

学会長講演

「私の臨床経験から考える 理学療法士の臨床能力とは！」

大会1日目 8月25日(土) 12:55~13:15

はつかいち文化ホール さくらびあ 大ホール

講師 医療法人日域整形外科クリニック

第26回中国ブロック理学療法士学会

学会長 久保 高行

司会 和光整形外科クリニック

第26回中国ブロック理学療法士学会

副学会長 沖政 祐亮

私の臨床経験から考える理学療法士の臨床能力とは！

医療法人日域整形外科クリニック リハビリテーション科
第 26 回中国ブロック理学療法士学会 学会長 久保 高行



寄添って...

本学会のテーマは、

「理学療法士の臨床能力を問う～臨床 3 年そして 5 年、その後への飛躍に向けて」と中国ブロック会員諸氏にエールを贈る言葉を添えました。この臨床能力は、知識・情報収集能力・総合的判断力・技能・態度から構成されているとされています。今回の講演ではこれら要素を振り返りながら幾つかの会員へのアンケートや私自身 27 年の理学療法士経験を踏まえこの学会のプロローグにしたいと考えています。

私の理学療法訓

1. 臨床経験とは、その感性によってより磨きがかかりその感性は五感のフル活用である
2. もやもやしたことを、もやもやしたまま考え続けられる能力がプロの理学療法士の条件
3. 理学療法はどういう仕事なのか？そして自分自身はどのスタンスにいるのかを常に確認

(3 人の諸先輩より学んだ言葉)

特 別 講 演

運動機能回復のための臨床能力 ～歩行に対する認知神経リハビリテーションを通して～

大会 2 日目 8 月 26 日(日) 10 : 55 ~ 12 : 25

はつかいち文化ホール さくらびあ 大ホール

講 師 高知医療学院

学院長 宮本 省三

司 会 第 26 回 中国 ブロック 理学療法士学会

学会長 久保 高行

運動機能回復のための臨床能力

～歩行に対する認知神経リハビリテーションを通して～

高知医療学院 学院長 宮本 省三



運動機能回復のための臨床能力とは何か？ その解答は日々の臨床の現場に無数にあるはずだ。本講演では片麻痺の治療場面のエピソードをいくつか紹介しながら、運動機能回復のための臨床能力について考えてみたい。

〔1〕ある右片麻痺患者に車椅子から立ち上がって平行棒内歩行訓練をさせようとする、患者は左手で平行棒を手前に強く引っ張るばかりで上手く立ち上がることができない。何度か試みるが失敗してしまう。健側下肢の筋力が低下しているわけではない。このままでは平行棒内歩行訓練ができない。理学療法士はこの患者が車椅子から上手く立ち上がれないという不思議な現象をどのように解釈すればよいのだろうか？

〔2〕ある左片麻痺患者が平行棒内で理学療法士にほぼ全介助で立位を取らされている。理学療法士は右手で不安定な体幹全体を保持すると同時に、膝折れを防ぐために左手で膝を保持している。だが、立位は体幹が崩れ不安定で、下肢は随意的に前方に振り出せず、平行棒内歩行訓練は困難である。また、患者の顔は床を向き頸は右側に回旋している。このような状態の患者に対し、早期リハビリテーション（廃用症候群の予防）という観点から平行棒内歩行訓練を行うことは適切なのだろうか？

〔3〕ある片麻痺患者を歩行分析すると「踏切り期に下肢全体を骨盤から引き上げるように持ち上げ、遊脚期には股関節の外旋が目立ち、膝関節をほぼ伸展させたまま振り出し、接床は内反尖足によって足底外側接地する」という典型的な「分廻し歩行」が観察された。この患者に「足部にはMP関節があることを視覚的に教え、踏切り期にMP関節の伸展を注意深く感じながら、ゆっくりと歩くよう」言語指示した。すると、直後に踏切り期の骨盤の引き上げ、遊脚期の股関節の外旋と膝の伸展が改善した。言語指示のみで明らかに分廻し歩行が改善したのである。これは果たして「運動療法」なのか？

〔4〕ある片麻痺患者は杖なし歩行が可能だが、歩行分析すると遊脚後期に膝関節の最終伸展が見られず、膝屈曲位で接地する。つまり、振り子のように膝が軽くスムーズに伸展せず、足全体を床に置くように接地する。ハムストリングスに痙性が残存しているように思われた。この患者には認知運動療法を適用した。そして、数日後のある時、一瞬にしてそれが回復した。つまり、遊脚期に膝関節を軽くスムーズに最終伸展して足部を床に接地することができるようになった。患者に回復した理由を尋ねると「靴の重さが感じられるようになったから」と答えた。この患者の言葉は何かを意味しているのだろうか？ また、どのような「認知運動療法」によって回復したのだろうか？

これらのエピソードを深く思考することは、患者の運動機能回復と理学療法士の臨床能力の向上につながるはずである。その意味を歩行に対する認知神経リハビリテーション（認知運動療法）の臨床場面を紹介しながら解説する。

シンポジウム I

在宅における理学療法士の Specialty & Professionalism

大会 2 日目 8 月 25 日(土) 14 : 35 ~ 16 : 05

はつかいち文化ホール さくらびあ 大ホール

コーディネーター 訪問看護ステーションみなみ

坂口 暁洋

シンポジスト (株)タガワブレース タガワブレース訪問看護ステーション

四海 公貴

社会福祉法人よこた福社会 デイサービスにこにこ

小林 修

IGL訪問看護ステーション

菅原 道俊

在宅における理学療法士の Specialty & Professionalism

訪問看護ステーションみなみ 坂口 暁洋

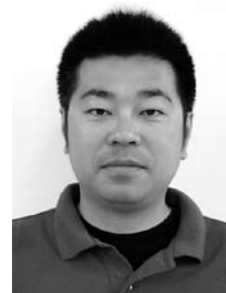


介護保険制度の導入により在宅での医療や介護サービスの充実が進む中で、リハビリテーション専門職である理学療法士の必要性和期待の高まりは周知の通りです。また、理学療法としては、急性期から回復期そして維持期（生活期）のサイクルおよび終末期に向けての一連の人生の中で、患者様の生活（人生）の基盤となる在宅を見据えることは当然のことであり、その専門性を求める声に応えなければなりません。しかしながら、理学療法士がもつ医療従事者としての専門性を、在宅で医療や介護の分野で発揮するためには、まだまだ人材が足りません。

そこで、今回のシンポジウムでは在宅での実践的なテクニックや思考過程、そして自分達（シンポジスト）の頑張る姿を伝えることで、理学療法士が考慮すべき在宅生活および人生のあり方について考えるとともに、在宅でのリハビリテーションに直接的に従事する人材増え、患者様が活用できるサービスがさらに充実することを目標としています。私はこれまで何か物事を起こそうと思った時、そこには必ず人との出会いがありました。それはライバルだったり、憧れの人だったりすると思います。学生時代に好きな先生の教科は成績も良かったのではないのでしょうか。今回のシンポジウムのねらいは「訪問リハビリテーションにおける理学療法士の専門性（specialty）」を伝えたいだけではありません。もっと大切なものは、シンポジストの姿や情熱（Professionalism）です。このシンポジウムが、皆様とシンポジストの良き出会いの場になればと思います。

在宅の理学療法士として、私が大切にしていること ～ 地域および他事業所との連携 ～

(株) タガワブレース タガワブレース訪問看護ステーション 四海 公貴



Key words 訪問リハビリ 連携 face to face

現在、日本の高齢者は1人暮らしの増加、高齢者のみ世帯の増加、少人数の世帯が増加しており、本当に在宅で医療や介護ができるのだろうか疑問に思う。少なくとも私が介入している地域では家族のみでは到底対応できない現状がある。そのため、医療保険や介護保険を利用し、必要で適切な医療・介護サービスを受けることで、なんとか利用者やその家族が生活を維持している。家族は病院や介護施設の職員とは違い、仕事で介護を行っているわけではなく、仕事をしていたり、身体に障害を持っている場合もある。よって休息なく24時間体制で介護を行うことは不可能である。ましてや医療知識・介護知識もない中で介護を行わないといけない。このような環境の中で、理学療法士としていかに介入すべきかということは、私自身、究極の課題であると考え、一人ひとりの利用者と向き合っている。正確には向き合う努力は誰にも負けないように努力しているつもりである。

訪問リハビリの介入依頼がご家族や介護支援専門員、医師などからある場合、「機能訓練をお願いします。」「リハビリを希望されていますのでお願いします。」「病院でリハビリをしていたので継続してお願いします。」などと漠然とした依頼が多い中、実際に利用者や家族、主治医と面談し、医学的情報や評価内容、家族の介護力等によって、理学療法の必要性、予後予測、具体的な理学療法内容を大きく決定し、理学療法を進めていくわけであるが、医療機関などのように毎日介入できるわけではなく、介護保険では区分支給限度額や医療保険では厚生労働大臣の定める疾患以外は3回/週を限度と規定してある為、当事業所では利用者1人あたり平均約2回/週の介入頻度である。この中でどうすれば効果的な理学療法を提供できるのか難しい問題であるが、これが現実である。

私はこれらに対応するため、もっとも大切にしている事がある。それは私が介入していないとき、どれだけ理学療法のエッセンスを取り入れることができるかである。そのためには、利用者に介入している他の事業所や地域のサービスといかに連携することができるかを大切にしている。私の信念としてface to faceを基本にしている為、訪問リハビリに介入していない時間は常に他事業所や医療機関、地域へ飛び出している。当初は私のような泥臭い理学療法士は地域にいなかったようで、当初は冷たく対応されたりすることも多々あったが、今では快く相談や連携にご協力していただいている。

シンポジウムでは、歩行獲得に向け訪問リハビリ・デイケア・デイサービスと連携した症例、車の運転に向けて医師・介護支援専門員・訪問リハビリ・自動車学校・運転免許センターと連携した症例について具体的に話していきたく思う。

ーその方のあるべき生活への支援を考えるー

社会福祉法人よこた福祉会 デイサービスセンターにここ 小林 修



Key word: 自立支援、生活機能障害、自律支援

【シンポジウム要旨】 リハビリテーション前置主義への回帰が話題となった平成 24 年の介護保険の改定が医療保険の改定と同時に行われた。特に介護保険分野ではより在宅指向が強化された、ととらえることもできる。通所介護でも 2 段階の個別機能訓練が設定され、訪問リハビリテーションでは訪問介護との連携が評価されるにいたった。その通所介護の個別機能訓練加算Ⅱについては「利用者の自立支援を促進するという観点から、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練（生活機能の向上を目的とした訓練）実施を評価するものである。」とある（平成 24 年度介護報酬改定に関する Q&A Vol. 2 より）。

介護保険改定の度に行政資料の中で繰り返される「機能訓練」「生活機能」を我われはどのように考え、それに対してどのような理学療法士ならではのアプローチを行っていくべきなのだろう。

「機能」「機能訓練」を考えた時に、つい「身体機能」を中心に考えてしまうが、利用者の「生活」そのものを捉え、そこから身体機能障害が引き起こす「生活機能障害」を見出し、そこへ理学療法士としてアプローチしていくことが求められ、期待されているのではないのだろうか。逆に言えば、今まで期待に応えられていないから、毎回のように強調されているのではないか。

目の前の利用者の「生活」と一口に言っても、そこには千差万別の価値観があり、生活環境があり、その方の歴史、何より家族の歴史がそこにはある。在宅生活を支援するときには、それらを踏まえたうえで「自立支援」「自律支援」を考えていく必要がある。すなわち、その方の「本来あるべき生活への支援」が求められているのだと思う。その、本来あるべき生活への支援について、理学療法士ならではの関わり方（Specialty：専門・特性・特徴・特質、Professionalism：専門家気質・専門的技術）を踏まえつつ、多くの方とディスカッションできれば幸いと思う。

在宅での医療的側面からの理学療法

IGL 訪問看護ステーション 菅原 道俊



「在宅に興味はあるけど・・・」、「いつかは在宅でやってみたいけど・・・」、「まだ経験が少ないから在宅に行くには・・・」など、在宅に興味はあっても踏み込めないといった話をよく聞きます。そんな人たちに、私の話が少しでもきっかけになれば、という思いで話を進めていきたいと思います。

私が在宅に関わる様になったのは、理学療法士の免許を取った年にさかのぼります。当時、勤務していた病院（東京の外れの田舎町の病院）で仲の良かった医師達と在宅の勉強会を始めたのがきっかけです。数ヵ月後に在宅医療に目覚めたその医師が開業し往診専門で在宅医療を始め、その先生から患者様のリハビリテーションを依頼され、私も病院の仕事の後に理学療法士として訪問を開始しました。9年間、病院と訪問の両立を続けましたが、地元で在宅に関わりたいたいと思いから、広島に帰り、当訪問看護ステーションで勤務するようになり、今年で10年目を迎えました。

当ステーションの利用者は、0歳から100歳まで幅広い年齢層で、疾患は脳卒中、神経難病、呼吸器疾患、整形疾患、がん、脳性麻痺、その他、様々であるのが現状です。したがって、初めて経験するようなケースが結構あります。そんな状況なので、“何でも来い!”というスタンスでいるしかありません。もちろん、自分の力量を見極め、知らない事、わからない事、できない事があったら、その都度勉強し、トレーニングしていくという事の繰り返しは当たり前の話ですが…。そんな事から考えてみると、私の中では、在宅での理学療法は、総合理学療法という位置付けです。色々な領域で語られている最新の情報に耳を傾け、それらを統合して様々なケースに挑んでいくというのが在宅での理学療法ではないでしょうか？在宅では、狭い領域だけでなく、幅広い分野に目を向けることが大事だと考えています。

病院と在宅では、何が違うのでしょうか？環境が違うということは当たり前ですが、在宅では病院では医療行為とされている行為の一部が家族に丸投げされているという現状があり、在宅に訪問するとそこでは医療従事者は自分だけであるということ、そして病院よりはるかにその利用者の医学的情報が少ないという点が大きな違いではないのでしょうか？家族の人にとっては、医療従事者でもないのに医療行為を任されるというのは相当な負担があるということを理解して接しなければなりません。吸引や胃瘻の管理、その他、色々、そしてリハビリまで。そんな家族の不安には十分に耳を傾けていく必要があります。

在宅では利用者に色々な職種（様々な事業所）が係わっており、連携が重要である事は言うまでもありませんが、どう連携をとっていけばいいのでしょうか？在宅での理学療法は利用者や他職種からどんな事を求められているのでしょうか？

今回のシンポジウムでは、医療的側面からの理学療法にテーマを絞り、当方の事例を通して在宅での様子を紹介しながら、どのように考え、どのように展開しているのかといったこととお話ししながら、このシンポジウムのテーマである「在宅における理学療法士の Specialty & Professionalism」について私の考えをお伝えしていこうと考えています。

シンポジウムⅡ

回復期リハビリテーション病棟に必要な理学療法士 ～他施設の取り組みを通して振り返ろう～

大会2日目 8月26日(日) 14:30～15:50

はつかいち文化ホール さくらぴあ 大ホール

コーディネーター 医療法人社団清風会 五日市記念病院
大内田友規

シンポジスト 広島市総合リハビリテーションセンター
甲田 宗嗣

鳥取県中部医師会立三朝温泉病院
近藤 宏

西広島リハビリテーション病院
田中直次郎

回復期リハビリテーション病棟に必要な理学療法士 ～他施設の取り組みを通して振り返ろう～

医療法人社団清風会 五日市記念病院 大内田友規



回復期リハビリテーション病棟は「急性期病院から可能な限り適応とされる患者を早期に受け入れた上で、ADL 能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰」という明確な目的を持つ事は周知の通りである。ただ、その目的に向けて取り組んできた今に至る各病院の「経緯」や「事情」は異なる。平成 24 年現在で中国 5 県が有する約 4500 床の回復期リハビリテーション病棟のそれぞれの今を垣間見れば、聴講者が今悩んでいる事に何か光明は射さないだろうか。

例えば、私が所属する医療法人社団清風会は五日市記念病院・廿日市記念病院でそれぞれ 60 床、計 120 床の回復期リハビリテーション病棟を有する。そのほとんどのリハビリスタッフは経験年数が 10 年以下であり、組織としてはまだまだ未成熟である。制度が変わる度、スタッフが増える度にその都度悩み、工夫をしながら今を積み上げてきた。組織力が乏しいことで、チーム医療を行う上でのもどかしさも感じてきた。そんな急激なスタッフ数の増加に振り回され、部署力の底上げに難渋している方へ、当院の取り組みを紹介しつつ今を共有したい。

また、ADL 能力向上の推進についてはどうだろうか。今では当たり前となった 365 日のリハ、病棟リハ、早出などの時差出勤。これらをすれば ADL 能力が向上するわけではなく、これらをいかにツールとして用いるかが難しい。当院では、ADL の情報共有に FIM 表という可視化ツールを用いてカンファレンスを行っている。各職種の多忙な業務時間内で、無駄を少なくカンファレンスを進行し、かつ ADL での問題点を共有し、方向性を定め、在宅復帰への近道となる工夫である。それを基に特に ADL の集中しかつ病棟スタッフの少ない早出の時間帯に徹底した病棟リハを行っている。カンファレンスにて抽出した、自宅へ帰るに当たりウィークポイントとなる問題点を中心に。まだまだ課題も多いが、自宅退院を目指している患者すべてが週末に外泊するような、そんな病棟を一つの理想としている。

本セッションでは、回復期リハビリテーション病棟で活躍している立場の違う 3 名の先生方をお招きし、特にチーム医療の連携強化と ADL 能力向上の推進についてそれぞれの病院での取り組みを積極的に発表していただく予定としている。また、管理・運営の目線も必要視される中堅理学療法士へ向けて、管理者という立場の違いにおいても良いヒントが得られればと考える。聴講者が他施設の取り組みに刺激を受け、回復期病棟に必要な理学療法士とならない為に！と奮い立つような、そんなセッションとなるよう期待したい。是非、自施設で取り入れ、取り組みの幅を広げる一助となって欲しい。

回復期病棟に必要な理学療法士 ～他施設の取り組みを通じて振り返ろう～

広島市総合リハビリテーションセンター 甲田 宗嗣



平成 12 年に制定された回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーション機能を急性期病院から切り離すことで急性期病院の在院日数短縮に大いに貢献してきた。また、平成 12 年では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士をあわせて 4 万 5 千人だったが、平成 24 年現在では 18 万人と約 4 倍に急増しており、回復期リハビリテーション病棟は 3 療法の雇用の支える役割も果たしてきたように思われる。

しかし、課題も多い。①急性期と生活期でのリハビリテーションも拡充してきており、軽症な患者では急性期から在宅へのルートが確保されてきていること、②平成 24 年度の診療報酬改定でも見て取れるように亜急性期寄りの回復期病棟では診療報酬は微増したもの、他は維持ないし微減であり、今後この傾向は強まる可能性があること、③回復期リハビリテーション病棟そのものが新しい制度であるのと経営者が安価に人材を確保しようとしてきたため、比較的若いセラピストが多く、時代の変革に対応できる組織ができていないこと、④診療報酬では同一の算定料になってしまった 3 療法の業務分担に課題があることなど、挙げればキリがない。

今回のシンポジウムでは、私達が当院で取り組んできたことについて課題を踏まえて紹介し、また、当院で働く他職種が理学療法士に何を期待しているのかインタビューの結果を紹介する。その上で、今後、回復期リハビリテーション病棟に理学療法士が必要とされるために、個人として、理学療法士集団として、どうしたら良いか私見を述べさせていただくことにする。

当院の回復期リハビリテーション病棟の歩み (10年目を迎えて)

鳥取県中部医師会立三朝温泉病院 リハビリテーション科 近藤 宏



回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟である。

当院は平成12年3月に国から鳥取県中部医師会に経営移譲され、今年で13年目を迎える。回復期リハ病棟開設当時の施設形態は整形疾患を中心とした199床の病院で、一般病棟と療養病棟を併設したケアミックス型の病院であった。

平成12年度に回復期リハ病棟が制度化された頃、全国的に回復期リハ病棟の取得は困難といわれており、当院では全く取得検討さえしていなかった。しかし調査を行ってみると、対象疾患について整形疾患は病院内の一般病棟からの転棟で、脳血管疾患は近医の一般病院からの紹介で基準を満たしていた。専従医師の確保や看護師の充足も可能であった。取得で問題となったのは専従リハスタッフの人員配置と訓練浴室の設置で、それはリハスタッフの採用と訓練浴室を増設したことで施設基準を満たすことができ、取得申請に至ることができた。

平成15年に回復期リハ病棟を開設し今年で10年目となった。開設当初は病床数37名に対し、PT2名、OT1名でPT4年目、PT1年目、OT2年目といった経験年数の少ないスタッフで人員配置していた。運営するにあたりリハスタッフはもちろん、看護スタッフを含めた病院内の誰もがどのように運営したらいいのか分からなかった。近隣施設に相談するにも回復期リハ病棟を取得している病院が少なく、施設形態も違っていたため当院で参考にすることが少なかった。そのため多職種で県外へ施設見学に行き、各職種の学会誌や書籍、HPなどで情報収集しながら試行錯誤し、専従医や病棟師長達と頻回に相談し、当院の回復期リハ病棟を形作っていった。

その後、運営上影響を受けた点として、まずスタッフの結婚退職や出産、専従リハスタッフの増加などによる人事異動があった。そして新たに34床の回復期リハ病棟を開設、土曜日リハビリ開始、365日リハビリ開始、新病棟建設に伴う回復期リハ病棟の合併などのシステム変更もあった。その他に専従医や病棟師長の変更、7対1の看護基準取得に伴う看護スタッフの減少、他部門や地域からの要望なども影響を受けた点である。

そんななかで当院の回復期リハ病棟がどのように取り組んで形を変えていったか、その際にどんなことが大変であったか、これからどんなことに取り組んでいこうとしているか報告させていただき、ご参加の皆さんの回復期リハ病棟のヒントになれば幸いである。

私的施設による回復期病棟－西広島リハビリテーション病院－

西広島リハビリテーション病院 田中 直次郎



key word : 回復期病棟、チーム医療、理学療法

【病院概要】

当院は都市型リハビリテーション専門病院として 1986 年に開設した。2003 年に 139 床全床が回復期リハビリテーション病棟（回復期病棟）となり、ADL の向上と社会復帰の促進を目的に 365 日、平均 8 単位以上のリハビリテーションを実施している。病棟配属の理学療法士は 46 名、作業療法士 37 名、言語聴覚士 11 名で、疾患は脳血管障害が 60%、大腿骨頸部骨折が 15% である。平成 22 年には日本医療機能評価機構の付加機能「リハビリテーション機能」を認定され、今年度からリハビリテーション科専門医が 2 名となった。患者の重度化に対応し、全 3 病棟とも回復期病棟入院料（新 1）を算定している。

【取り組みの紹介】

- 高密度のリハビリテーションと療法士グループ制：脳血管障害患者に対する 1 日 6 単位以上のリハビリテーションは回復期病棟でのエビデンスがある。当院ではさらに平均 8 単位以上にすることで 6 単位時よりも在院日数が短縮し FIM 効率が改善した。高密度リハを実施するために、各病棟とも 2～4 名の理学療法士を 1 グループとして患者を担当し、出勤者数も患者数に合わせグループ内で調整している。
- 理学療法評価：チームの治療方針検討と効果判定のため、信頼性・妥当性のある評価指標を使用し情報共有することが不可欠である。運動機能や ADL の代表的な評価について必要なものは 2 週間ごとに評価し、カンファレンスで議論する。
- 理学療法について：理学療法は運動学習の原則に則って実施し、ターゲットは ADL である。治療効果をチームの中で検討することも大切である。また、随意筋電制御電気刺激装置やロボットなどの最新機器も治療手段として積極的に取り入れている。
- 院内クリニカルパス：2007 年から初発の脳血管障害と大腿骨頸部骨折の患者に導入している。目的は①予後予測の明確化、②患者に提供すべきプログラム内容と時期の提示、③チーム医療の標準化、④教育ツールの充実である。
- 連携について：患者に提供する理学療法は、発症から在宅まで一貫したものにしたい。現在はそのために急性期、回復期、生活期の関係者が議論する場を構築する段階であり、回復期病棟としてつなぎ役となるよう努めている。
- セラピスト 10 カ条宣言について：全国回復期リハビリテーション協議会では回復期病棟のセラピスト 10 カ条宣言を掲げ、セラピストのあるべき姿を集約している。

以上、端的に言えばチームとコラボレーションして成果を挙げることができる理学療法士が求められている。これらを逆説的にとらえれば、必要のない理学療法士像となる。

卒後教育セミナーⅠ

**チーム医療を成功させる この一手！
～理学療法士だから できること～**

大会2日目 8月26日(日) 16:00～17:00

はつかいち文化ホール さくらぴあ 大ホール

講 師

市立三次中央病院

崎元 直樹

司 会

広島市立安佐市民病院

廣澤 隆行

チーム医療を成功させる この一手！ ～理学療法士だから できること～

市立三次中央病院 崎元 直樹



チーム医療って何でしょうか？チーム医療のなかでの私たち理学療法士のやりがいて何でしょうか？一人の患者さんに対してチーム医療でやったからこそ、充実した関わりができた！という経験のある理学療法士は今どれぐらいいるのでしょうか？

理学療法室で展開されるリハビリテーションだけでは、チーム医療を展開するために対応できないことは、すでにみなさん周知していらっしゃると思います。患者さんに関わっていくためには、理学療法士だけの力や手技だけでは難しいことも明らかです。では、具体的に私たちがチーム医療に貢献するために、今何が求められているのでしょうか？

日進月歩の医療の世界で医療現場の状況も刻々と変化し、理学療法の介入内容は10年前に比べ著しく変化しました。急性期、回復期、生活期 それぞれで繰り広げられる理学療法は比較的明確に分化されたものの、発症後の日数制限のため患者一人を全人間的に診るというよりは、疾患別体系で流動性や効率化が求められるようになりました。分化されてきたがゆえに、理学療法士間や何よりもチーム医療で必要な他職種とのやりとりも希薄化している傾向があります。どの現場でもチーム医療が重要ということは言うまでもありません。しかし、その一方で理学療法士同士、または他職種との連携方法をどのように変化させているのでしょうか？クリニカルパスだけでは対応できない患者さんはどのように対応しているのでしょうか？

私自身も困難な症例を目の当たりにしたときにチーム医療の素晴らしさを経験したこともありました。そして、このような症例を増やすために様々な手を打ってきました。もちろん失敗もありました。理学療法士としての専門性を追求するがゆえに、陥ってしまったチーム医療での落とし穴も経験しました。しかし、チーム医療を成功させるためにどうしても必要であった理学療法士としての一手もありました。

チーム医療のなかで理学療法士が輝ける存在であるために、そしてチーム医療のなかで我々が必要とされ続けるために、どのような一手を打っていけばよいのか？これからの理学療法を支えていく皆さんへのメッセージとして述べたいと思います。

卒後教育セミナーⅡ

“こなす”理学療法士から“できる”理学療法士へ
～急性期運動器疾患・変形性膝関節症を中心に～

大会2日目 8月26日(日) 16:00～17:00

はつかいち文化ホール さくらぴあ 小ホール

講 師

広島大学病院

島田 昇

司 会

県立広島大学

田中 聡

“こなす”理学療法士から“できる”理学療法士へ 急性期運動器疾患・変形性膝関節症を中心に

広島大学病院 診療支援部 リハビリテーション部門 島田 昇



近年、医療制度の変遷と理学療法士数の増加により、理学療法士の質が問われている。今求められるのは日々の診療をまじめに“こなす”理学療法士ではなく、“できる”理学療法士である。

“できる”理学療法士とは、患者の疾患や要望を的確にとらえ、かつ日々更新される膨大な量の情報から患者に必要な治療を選択・実践し、日々治療の有効性を検証できること、換言すると理学療法の基本が忠実に実践できる理学療法士である。

変形性膝関節症(膝 OA)の有症状者数は約 800 万人、X 線像より診断される患者数は約 2,530 万人と推定されており、将来にわたり理学療法士が対象とする機会の多い疾患である。2007 年以降、膝 OA に対する国際的な治療ガイドラインが発表され、そこには理学療法と運動療法が明記されている。2011 年 11 月本邦でも理学療法診療ガイドライン第 1 版（日本理学療法士協会編）が発表され、膝 OA に対する理学療法についてその有効性と推奨度が詳細に示された。しかし、実際に根拠に基づいた治療を日々提供し成果を上げている理学療法士はどの程度いるだろうか。また、十分な治療効果を示すことができない患者にたいして「なぜ期待された効果が提供できなかったか」を明確に説明している理学療法士はどれ程いるであろうか。

科学的証明は多数の患者を母集団として統計学的に検討されているため、必ずしも自分の担当患者が検定範囲内に存在するとは限らない。理学療法士として重要なのは、ある治療法が担当患者に有効かどうか見極め、効率的な治療戦略を展開することである。当院で実施している膝 OA 術後のフォローアップでは、高位脛骨骨切り術後患者の約 30%に歩行時の lateral thrust が残存し、膝関節痛が残存する傾向にある。このように標準的治療で改善しない症例を見つけ出し、次の治療手段へと展開している。理学療法士はその病態を正しく評価し問題点に対して正しく治療することにより有効性が得られ、また患者に感謝されたときこの上ない喜びを感じられる。

本セッションでは現在の医療制度と理学療法の変遷がもたらした理学療法士の質低下という問題を提起し、これを打開するためのガイドラインや科学論文の正しい解釈・実践方法を紹介する。また当院における変形性膝関節症術後患者の臨床データから得られた新たな知見についても報告し、患者が望む理学療法士の質とは何かを考えたい。

