

シンポジウム

12:00 ~ 13:20 第1会場(大ホール)

温故知新 ～昭和を知り、平成を振り返り、その次の時代へ～

シンポジスト：門田 正久(飛翔会グループ)

山崎 重人(マツダ病院)

横田 晋一(やすもとクリニック)

森田 裕治(沼隈病院)

杉原 和也(木阪病院)

岩本 義隆(ヒロシマ平松病院)

座 長：徳森 公彦(第23回広島県理学療法士学会 学会長)

今回は学会テーマを「温故知新～昭和を知り、平成を振り返り、その次の時代へ～」とさせていただきます。近年の医療提供においてEBM (Evidence-based Medicine) の重要性は言うまでもありませんが、客観性や数字という根拠だけではなく、セラピストの経験や直感、患者さんや利用者さんの個人の歴史、性格、人生観などの情報にも基づいた医療提供の重要性も再認識されつつあります。我が国に理学療法士制度が誕生し50数年が経過しました。その間にリハビリテーション(リハビリ)という言葉は世間一般にも広がり、理学療法士の存在意義も、希少価値からどのように国民に貢献できるのかが問われる時代へと移り変わってきています。昭和から平成そして次の時代へ、これから先も国民から必要とされる理学療法士であるために、今一度その存在意義を確認し、みんなで共有し、更なる発展を遂げる時期へと差し掛かっているのではないのでしょうか。そこで、このたびの学会ではシンポジウム企画として若手、中堅、ベテランの理学療法士がそれぞれの世代を反映した価値観をぶつけあい、会場の皆様にもご参加いただき以下の内容の議論を深めたいと考えております。

尚、下記のQRコードは、シンポジウムの内容に関連する事前アンケートです。ご協力お願いいたします。

1. 理学療法士という職業のプライド
2. 理学療法士の質について
3. ジェネラリストとスペシャリストについて
4. 地域包括ケアシステムについて
5. 理学療法士になって良かったことについて



シンポジスト：門田 正久(飛翔会グループ)



株式会社ケアウイング 取締役
医療法人社団飛翔会 理事
NPO 法人ケアユナイティッド 理事長

【資格】

日本障がい者スポーツ協会公認障がい者スポーツトレーナー、日本体育協会公認アスレチックトレーナー
ポールスターピラティスリハ認定トレーナー、adidas functional trianing academy アンバサダー
フランクリンメソッド レベルⅢ 認定、ルネサンス マスタートレーナー教育トレーナー
SKLZ パフォーマンストレーナー、テクノジム ARKE 認定トレーナー、介護予防主任運動指導員

【公職】

日本パラリンピック委員会 運営委員 強化委員、日本障がい者スポーツ協会 指導者協議会 トレーナ-部会長
日本障がい者スポーツ協会 医学委員会 東京 2020 医務関係調整部会 部会員
東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会内
「アスリート向け医療サービスに関するワーキンググループ」メンバー
「選手村理学療法サービスに関する作業部会」メンバー

1. 理学療法士という職業プライドについて、主催者側からは資料技術の向上と精神的な支えと表現がありますが、職業への誇り（プライド）と考えるのであれば、職業上の相手となるクライアントとの関係性や職場の同僚や医療であれば関係専門職種の方々を通じて、自分自身が認められている存在になっているのか、なりえるのかがとても重要に感じています。また認められることでその職業への価値観を見出していき、誇りに思えてくるものではないかと思います。そしてそれが自己の可能性実現にむけて生き方を変えていくことにつながるのだと思います。そう考えるとクライアントが求めるものは、最低限理学療法を求めているのであれば、その技術に不足があれば認めてもらえないでしょうし、その最低限を常に引き上げていくことが必要だと思います。結果精神的な支えになることもできると思います。

2. 理学療法の質ですが、理学療法自体は科学的な裏付けを主体とする価値判断の高まりからそれ自体はある意味向上してきているものと思います。それを活用する理学療法士と考えると、大きな差があるようにも思えます。ただ、この40年近くで主として活動の場となる医療体制の変化が同期して変化してきていることを加味すれば、ある意味限界と転機を迎えていると考えたほうがいいのかもかもしれません。

3. ジェネラリストとスペシャリストの提示ですが、クライアントから見ればすべての理学療法士はスペシャリストとなるはずですが、この区分は医師の診療科目上の細分化された流れや報酬体系と医療業界の経営マネージメントシーンから、ジェネラリストやスペシャリストなどの区分化を謳いだしたのではないかと考えています。業界違いですが、トレーナー業界では、この10年いろいろなトレンド的なメソッドが海外から来ています。出典をみるとVojta法やRood法などが出典にも記載されていたりすると、僕たちのクライアントは「人」であって「疾病」はその個性であると解釈するほうが自然のように思います。であれば自ずとプロフェッショナルとしてどうあるべきかと自身に問いかけることが大切かと思っています。

4. 地域包括ケアシステムは、ふた昔前までは、急性期病院とリハ病院で完結していたシステムの細分化かと認識しています。昔の医師のスーパーローテーションなどを臨床実習や卒業教育で入れてあげられると、システム（クライアントの時系列な変化と社会機能の対応）の理解につながると思います。ただ現況ではそれを経験せずして各システムに翻弄されているようにも聞き及びます。ただシステムというなら自分の立ち位置の前後を見つめる時間をつくることで、自分のやるべきことあるべき姿を構築していくことができるのではと思います。

5. 良き職業です。

シンポジスト：山崎 重人(マツダ病院)



現 職：マツダ株式会社 マツダ病院 リハビリテーション科 療法士長
学 歴：平成 元年 国立病院機構呉医療センター附属リハビリテーション学院卒業
平成 元年 理学療法士免許取得
職 歴：平成 元年 島の病院 大谷リハビリテーション病院
平成 3年 広島県立安芸津病院
平成 6年 飛翔会 寛田(かんだ)クリニック
平成 7年 三好整形外科クリニック
平成 14年 マツダ株式会社 マツダ病院 現在に至る
資 格：平成 19年 日本理学療法士協会認定 骨関節疾患専門理学療法士
平成 27年 日本転倒予防学会認定 転倒予防指導士
平成 27年 作業管理士
社会活動：平成 25年 日本理学療法士協会 / 日本理学療法士学会
産業理学療法部門 代表運営幹事 現在に至る

1. 次世代の若者に、理学療法士という職業を選択させたいと思えることが、職業のプライドと考える。理学療法士は魅力ある職業であると言えるのか。そのためには理学療法士の強みとは？の回答を持ち合わせ、他職種に示すことが出来ることも必要である。患者の機能回復、生活への復帰の過程で、患者・家族から『この人となら一緒に頑張れそうだ』と思われる人間性があることが前提で、介入効果を即効性・持続性ともに示すことが出来る治療技術を兼ね備えているべきである。

2. 質の低下の基準が主観であるので、回答に難渋するが、理学療法の質が低下しているのではなく、理学療法士間のレベルの差が顕在化している印象を持っている。理学療法士として常に研鑽している人と、そうとはいえない人がいることは事実である。一方、呼吸器系、循環器系、脳血管系の領域などは、私が理学療法士免許を取得した時代よりははるかに治療の質が向上していると感じている。医療の質の向上に伴い、チーム医療が叫ばれ久しいが、特にこの10年で理学療法士協会の会員数が急激に増え、協会内で理学療法のレベルを担保する学習制度が後追いになっている現状の中、他職種と一緒に働く機会が増え、外部から評価される機会が増え、我々ひとり1人のレベルの差が目につくようになってきたと感じている。

3. 卒後の教育体制が充分であることが前提であれば、ジェネラリストから教育されその後、スペシャリスト（専門性）への流れが望ましいのは言うまでもない。しかし現状は、免許取得後、医師のように研修医期間がなく、就職先に育成を一任されているように、免許取得後、平等に育成機会があるとはいえず、対応出来る疾患・時期が偏った理学療法士が育成されているともいえる。対象とする患者の病態も多様化している中で、トータルで対応できることが求められているし、全てに対応できる専門職として社会からは期待されているように感じている。また、今後、就職先が病院とは限らず、地域、行政、加えて企業と、職域拡大を視野に入れるならば、ジェネラリスト・レベルの担保は必須であろう。個人的には、平成34年度導入予定の生涯学習制度上で検討されている免許の更新制度の導入によるスキルアップが我々の現状に沿うと考えている。

4. 3.の現状からも分かるように、急性期、亜急性期、回復期、生活期ごとでの関わりは難しい。事実として、卒業後就職した施設で対応する疾患・時期のみしか対応できない環境にある。入院直後に受けたりハビリ治療を、在宅でも受けたとは、聞く話である。理学療法士自体が、診療報酬の中で、急性期から生活までを意識した患者介入のイメージを付けることが出来なくなっている流れも大きいし、30歳前半までは会員が大半を占めることから、他者の生活イメージを描ききれない理学療法士が増えている背景もあるように感じている。自分が家庭を持ち、子どもを授かり、両親の面倒を見るなどの環境に己を置くことで、身に付くことも少なくないのかもしれない。

5. 人に感謝できる自分に成長できたこと。この仕事を選択したからこそ出会えた全ての方々に対し、自身を成長させていただけの機会と支援をいただけたことに感謝している。

シンポジスト：横田 晋一(やすもとクリニック)



<略歴>

1998年 南山大学文学部人類学科卒業

2005年 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター
附属リハビリテーション学院卒業

2005年より独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 同機構 広島西医療センターを経て

2013年より医療法人明笑会やすもとクリニックに勤務

1. もしこの患者に理学療法が実施されなかったらどうなるか、を想像したとき、生じうる不利益を回避し、治療期間を短縮するための理学療法技術は重要な要素になる。理学療法士のプライドの意味を職業意識とするなら、医療技術職として期待されている役割を果たすことが重要ではないか。また、理学療法士は患者にとって精神的な支えとなる役割が期待されている場合もある。一技師に対して「先生」と敬称をつけて呼んでもらえるとき、自分自身だけでなく、これまで実施されてきた理学療法の蓄積が期待されていると捉えている。

2. 理学療法士の質を何をもって判断するかが難しいが、理学療法士の人数が増えてきたことによって学習機会や教材が揃い、質を高める入口となるチャンスは増えてきた。卒後学習が進んでいけば、専門、認定理学療法士のように質を担保しようとする制度を利用することもできる。理学療法士の質を考える一つの材料として、卒後教育のコースの充足度は求められるだろう。この点では質は向上していると感じる。一方で質が低下したと指摘される考え方を推察すると、学習資源が増え若手セラピストや臨床実習の学生は以前より学習機会は得ているのに、それを満たせていないと感じる。若手だけでなく経年者であっても知識や経験をアップデートできないとマンネリズムの指摘はされうる。医療が高度専門化していく中で、技師としての専門性を見出していく努力が求められる。

3. 技士としての専門性がどのような観点で論じられるのかは、現状ではフィールドとなる職種で違うのではないかな。病期で考えると、例えば急性期では、整形外科以外でも対応した診療科の管理下であり、セラピストも臓器別の専門分野を持つことになる。急性期ですべきことと生活期で評価・治療にかかわる思考過程は違う。その点では病期ごとに特化した専門家は重要であろう。一方で、整形外科で外来リハビリを担当する本職では、臓器別区分よりも、一般的な身体状況を捉えられる能力が必要と感じることもある。例えば整形疾患の病名で運動器リハビリを展開していても、リスクを回避するために急性期における脳血管疾患や呼吸・循環、などの知識と経験が必要となる場面はあり、さらにチームでの連携が求められる。その意味でジェネラリストは必要だと考える。

4. 例えば患者対応を地域全体で考える場合においては、地域連携パスを用いるケースなど、生活空間で連続した治療やリハビリテーションの流れが見えるようになればより連携が深まると考える。個人的には、支部活動を中心に地域医療圏で顔の見える連携活動に助けられてきた経緯があり、一層の推進を期待したい。

5. これまで一技師としての見解を述べてきたが、卒前卒後の学習と学習経過の中で支えられてきた先輩方の治療技術を多少なりとも身に付けて、患者の治療が行えるように努めてきた。臨床においてはやりがいを感じながら経過と結果を追っている。理学療法士という職業は現状のフィールドだけでなく、幅広い分野で応用、活躍できる方法論があると期待している。

シンポジスト：森田 裕治(沼隈病院)



- ≪ 役職 ≫ 社会医療法人社団沼南会 経営管理部兼リハビリテーション部 副部長
≪ 学歴 ≫ 2001年 川崎リハビリテーション学院卒業
≪ 職歴 ≫ 2001年 医療法人社団沼南会入職
2007年 同法人 沼隈病院リハビリテーション室室長就任
同法人内(病院・通所・入所・入居・訪問・地域リハビリ業務)従事
2009年 同法人 リハビリテーション部 副部長就任
2010年 同グループ 社会福祉法人 まり福祉会 通所介護事業体立ち上げ、管理者へ就任
2012年 社会医療法人社団沼南会 経営企画管理課へ配属(運営・企画・人事・広報等々)
同法人 高齢者複合施設(介護付高齢者住宅・ショート・デイケア)立ち上げ
2017年 同法人 地域密着型特別養護老人ホーム立ち上げ、現在の役職に至る
- ≪ 活動 ≫ 福山市地域包括ケアシステム推進会議委員(在宅医療介護連携推進会議 認知症支援推進会議)
おたがいさまの“つながり”支援隊1期生(福山市高齢者支援課・福山市社会福祉協議会生活支援
コーディネーター協働業務)
ふくやま“奏かなで”ラボ 企画メンバー(第2回音楽交流会 実行委員)

1. 『精神的な支え』は、『傍にいて傾聴し、寄り添ってあげたい』『楽しく会話ができる』ということではないと思います。リハビリテーション専門職・理学療法士として、評価を元に、同意の上、適切な治療手段を提供し初めて成り立ちます。精神的な支えを行うために、『治療技術』は必要な要素の一つと認識しています。①運動学を機軸に基本的な動作分析が行える→②生理・解剖・疾病学的な観点から、動作への問題点を抽出し、社会的背景など全体的な生活要素を網羅して目標設定が行える→③問題点に対して適切に手技の量・期間を決定し提供できる→④日常生活動作の適切な指導が行える→⑤必要性に応じて多職種・他事業体と連携を図り、リファーすることができる。これら①～⑤全てが治療技術だと考えています。①～③は、基礎教育、卒後研修、各種学会、勉強会などで網羅できているように感じますが、②の社会的背景を捉えた中での目標設定は難しいと感じています。患者の全体像を捕らえる幅広い視点は、オムニバスの体制教育も必要ですが、セラピスト自身の様々な分野経験、社会経験が必要に感じています。④・⑤は『伝え上手は聴き上手』といわれるように、まずは、伝える相手が何を望んでいるのか？伝える側の立場にたって認識しなければ、伝えようとしても不可能で、適切な『リファー』も行えないと考えています。

2. 『理学療法の質』が低下なのか？変化しているのか？私は微妙だと考えています。『養成』という視点で考えれば、私が、入学した約20年前と現在では、学校運営そのものに変化があります。現在社会では、少子化・人口減少時代で、学校はどこも生き残り合戦です。そのような中で、理学療法士は3～4年で国家受験資格が得られ、超高齢社会の日本で安定した仕事として国民に映り、リハビリ関連学部開設・定員増を行い、入学基準そのものを下げていけば運営は潤いやすくなるはずですが、しかし、昨今の診療・介護報酬改定でのリハビリテーションに関連する事項は決して明るくなく、今後の安定が期待できない厳しい状況の職種と認識しています。“リハビリテーションの幻想”を少なからず持っている実習生さん達をみると、社会の全体的変容(人口層・家族形態・就労状況等々)を根底に、教育格差(家族・地域教育・義務教育等々)が激しく、個々の“学習能力”に、かなりのばらつきがあると思います。このような中で、年間1万人単位で、私達の仲間は増大していますが、現職者では、職人的な知識・技術教育はしっかりと受けているものの『マネジメント教育』『キャリア教育』は、経験や個人の特性に頼るところが多分にあります。きっと、これらは、基礎教育から体系的に進めていくべき項目なのだと思います。“昭和の人生すごろく”が崩壊し、強力なリーダーシップとトップダウンでは対応できない労働市場になっている今は、『フォロワーシップマネジメント』『ボトムアップ的な事業の勧め方』など、昨今の働き方改革(副業等)も含めた新たなキャリアビジョン形成が必要と感じています。『理学療法士の質の変化』よりも、急激な時代の変容とともに、私達に求められること自体が短期間に変化しているのです。今、医療・介護・福祉業界は、『適切な時期に一定期間“適切”な量のサービス提供』です。アメリカから導入されたDPC制度が浸透し、地域医療構想を機軸とした病床再編、機能分化がなされています。そのような中で私達、理学療法士に、『何が求められているのか？』これを再考しなければ、『質』の議論は難しく本末転倒になってしまう気がしています。

3. 皆様もご存知のように、Generalist は、『幅広い分野の知識や技能、経験を有する人のこと』 Specialist は『特定の分野に関する深い知識とスキル、経験をもち、その分野において高いパフォーマンスを発揮できる人材』です。私が就職した頃(18年前)は、Generalist は、大先輩や役職者であり、病院の中で、様々な疾患に対応できる理学療法が行え、部署・院内の様々な事にも対応できる長期雇用者だったと思います。また Specialist は、中堅～役職者、外部のインストラクターで『脳卒中の理学療法だったらあの理学療法士』『整形疾患の理学療法だったらあの理学療法士』でした。私自身も、新人の頃は、とにかく多くの疾患を経験し“プチ Generalist”を目指しながら、得意な専門理学療法を持つと日々精進していたように記憶しています。医療業界は Dr のインターン後の専門医への流れや、Ns の専門・認定看護師制度、理学療法士の専門・認定理学療法士制度などもこのような形だと思えます。しかし、他業界では営業部・販売部など各部署に配属され、まずは、そこで特定の経験をして Specialist を目指しながら、部署異動を行い、業界全体・一般社会を学び、Generalist を目指す社会であったようです。これらに共通するのは、日本の時代背景が人口増加・高度経済成長期であり終身雇用が根底のキャリアデザインであったということです。医療・介護業界も、国家資格取得が前提で、労働と終身雇用が保障されていました。しかし、現在の日本は、人口減少(現在約1億2千万人→50年後8千8百万人)、少子化(1950年4.3人 2005年:人1.2人 2016年1.4人)、超高齢社会(1950年4.9% 2000年17.4% 2015年26.8%)、社会的文化構造の変容で、今までのキャリアデザインは幻想となってきています。また医療・介護・福祉業界でも、地域包括ケアシステム・共生がメインのテーマです。昔のように『医療は病院』、『福祉で介護』といった時代ではなく、医療・介護・福祉・地域全てが一体になった体制へシフトチェンジしています。また昨今の AI、SNS 等の技術躍進で労働産業構造そのものが変化し、私達の業界でも、今後急速に変化していくと思われれます。現在、リハビリテーション専門職・理学療法士等は、7割が病院勤務ですが、地域医療構想による病床再編が進み、超急性期・一般急性期・回復期・地域包括ケア・療養等病床群に区分され勤務する病院の体制やビジョン、所在する地域等で、求められる事・役割に違いがあります。また介護分野では、老健を中心とした入所系、通所系、入居系等、診療・介護分野双方に対応する訪問系と事業形態も様々です。そのような中で、私達リハビリテーション専門職・理学療法士は、何を Generalist・Specialist なのか?そのものを再考する必要があると思えます。様々な現場で働いている私達が、まず認識すべき事は、多様に変化している診療・介護事業体で働く組織の一員であり、『何を求められているのか?』を把握し、様々な人と一緒に応えていく必要があります。また法人の所在する地域では何を求めどう動くべきなのか?俯瞰して考えてみるべきです。Generalist・Specialist どちらが先でも、どちらを目指しても、共通して必要となる能力は、運営力・調整力・企画力・実行力、“Creativity”“Social skill”だと思っています。Charles Darwin の「It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent, but the one most responsive to change」“responsive to change”まさにこれからは、『変化への適応』が必要であり、私達リハビリテーション専門職・理学療法士の“本来の強み”を活かし、様々な分野をつなげる Professional「変革や創造の担い手として専門的知識・思考」を目指すべきではないか?と考えています。

4. 地域包括ケアシステムは、一言で言えば、国民が生まれ育った地域で、どのようになっても、その人らしく『ほとんど在宅・たまに医療・介護・ほとんど地域で交流』です。国民一人一人は、生きていく上で選択・決定を自己責任で行い、生きやすい・活きやすい地域で、責任と義務を果たしながら生活してくださいね!という事です。また、私達リハビリテーション専門職・理学療法士の多くが働く病院や介護系事業体では、変革・統合を繰り返しながら共生社会へと変化していきます。今年度の診療・介護報酬改定では、これらがより顕著となり本腰をいれて強制時代にはいったと捉えています。今年度の診療報酬改定を乗りきるポイントは、地域医療構想での病床再編を機軸とした在宅復帰、在院日数の短縮へ対応する体制・力量だと考えています。また人口減少時代での入院患者数の確保に貢献できなければ、病床稼働率が下がり、トータルの収入がダウンし継続性が危うくなります。また、介護報酬では、量的収入時代から収支時代へ変化し、多様に変化する制度にあわせながら柔軟な事業体制へ変換する力、医療依存度の高い方へ対応できるサービス提供など、事業体の特性をもちながら、個別性の重視と共に統合時代に入っています。

5. 私が理学療法士になってよかったと思う点は、この時代のリハビリテーション専門職、理学療法士として、今までの諸先輩方が築いてくださった“本来の強み”(リハビリテーション的思考・視点・発想)を活かしながら、様々な人たちと出会い仕事ができている点です。多くの方に支えていただきながら、今のような働き方をさせていただいており感謝しています。そもそもリハビリテーション概念は、第一次世界大戦中の従軍看護師から始まり、戦争後の失業者を増やさない。という社会的運動が始まりでした。今の時代、きっと、リハビリテーション専門職・理学療法士は、どの分野で働いていても将来が見えない“戦場”で“リハビリテーション・理学療法士って何だろう?”と考えながら戦っているのだと思います。リハビリテーション概念の原点回帰とともに、今の時代にあったリハビリテーション、“その人らしさ”を診療・介護・福祉のみにとわられることなく、様々な形で提供できればと考えています。

シンポジスト： 杉原 和也(木阪病院)



【学歴】

平成 22 年 3 月 学校法人同志舎 リハビリテーションカレッジ島根 理学療法学科 卒業
平成 30 年 4 月 県立広島大学大学院 総合学術研究科保健福祉学部修士課程 入学

【職歴】

平成 22 年 4 月 医療法人社団博愛会 木阪病院 リハビリテーション科 理学療法士
現在に至る

1. プライドとは「自尊心、誇り」を意味し、自尊心は「自分を尊重し誇りをもつこと」、誇りは「名誉に思うこと」とされています（三省堂国語辞典）。我々理学療法士（以下 PT）が Specialist（専門家）としてプライドを高めていくには、治療技術の向上と患者・家族にとっての精神的支柱である両方の視点が必要であると、個人的に感じています。ただ、ここ数年で PT への期待や役割が多様化し「何から学べばいいのかわからなくなる」といった後輩達の声も耳にします。シンポジウムでは、この治療技術や精神的支柱としての能力を高めるコツについて先輩達に助言を仰ぎ、日々の臨床業務に反映できるきっかけになればと思います。

2. 理学療法士とはご存知の通り国家資格であり「国が知識や技術が一定の水準以上にある」と認めるものです。つまり、国家試験に合格した時点で、国の認める一定の質は確保されていることになります。しかし、私が働きだした当時から「理学療法士の質が低下している」と耳にする機会は少なくありませんでした。その背景には医療・介護の現場が大きく進歩したこと、それに伴って教育内容が高度化したこともあり「求められる質」が高まっているからではないかと考えています。こちらについても、先輩達が我々若手にどのようなことを求めているのか、伝えていくのかを議論していければと思います。

3. 我々は国家資格を有した時点で、PT = Specialist として国から認められます。そして日々の臨床業務に従事し、PT としてのプライドを高めていくものと思います。長く PT を続けていくには脳血管や運動器、呼吸器など何らかの専門性は必要かもしれません。しかし、上述した国の期待に応えていくには、Generalist（多方面の知識・経験を持つ人）としても成長していく必要もあります。事実、病院に入院する方の多くは合併症や既往を抱え、行われる治療は主病名に対するものだけではないはずです。個人的には Specialist, Generalist はどちらも大事で、重要なのは各個人が「どんな PT でありたいか」ではないかと考えています。

4. 皆様は「住民運営通いの場」をご存知でしょうか？現在、私は東広島市の回復期にあたる病院に勤める傍ら、月に 2 回ほど市の一般介護予防事業である住民運営通いの場に病院から派遣されています。地域作りによる介護予防を推進するための手引きによると（2017 年、厚生労働省）、この事業は一次・二次を分け隔てることなく、全ての高齢者を対象とした介護予防事業とされています。また、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインによると（2018 年、厚生労働省）、機能回復訓練だけでなく、生活環境の調整や地域作りなど高齢者本人を取り巻く環境へのバランスのとれたアプローチが必要とされています。当日は地域包括ケアシステムの取り組みの一つとして、私が参加している介護予防事業についてご紹介し「PT にはこんな役割もある」というお話をしたいと思います。

5. 私は今年で PT9 年目ですが、この間に沢山の素敵な出会いがありました。患者様やそのご家族、他施設に勤める PT 達。その出会った方達との付き合いは今も続き、様々な形で私を助けてくれています。このような学会や研修会は色々な人とつながるチャンスです。特に新人の方達は臆せず外に飛び出してみてください。きっと素敵な出会いが待ち受けているはずです。

シンポジスト： 岩本 義隆(ヒロシマ平松病院)



《学歴》

平成 25 年 3 月 広島大学 医学部 保健学科 理学療法学専攻 卒業
平成 27 年 3 月 広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 保健学専攻 博士課程前期 修了
平成 30 年 3 月 広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 保健学専攻 博士課程後期 (博士 (保健学)) 修了

《職歴》

平成 30 年 4 月 医療法人社団まりも会 ヒロシマ平松病院 リハビリテーション部 理学療法士

1. 日本理学療法士協会の理念として、以下の宣言がなされている;「尊厳ある自立」と、その「くらし」を守ります。真に求められる理学療法科学の探求と創造、そして自らの技能と資質の向上に努力します。必要な提言や社会的行動を精力的に行います。(日本理学療法士協会 HP より)。我々はクライアントと向き合うために、自らの技能や資質を磨いて入念な準備をする必要がある。しかしながら、その技術や理論に溺れることなく、クライアントに寄り添いチームアプローチの一員としてその職務を全うすることが求められる。一方で懸念されるのは、理学療法士がその専門性を十分に理解せず、「理学療法士の〇〇化」と揶揄されるような状態に陥ることである。これを防ぐためには、プロフェッショナルとして、自らの仕事にプライドを持ち、職務にあたること肝要であろうと思われる。

2. 理学療法士は医師同様、国家試験に合格を以て資格を有し、職務にあたることできる。しかし、医師と大きく異なるのはその後の教育システムであり、医師が2年間のOJT形式での臨床研修を課されるのに対して理学療法士は、所属施設によるところが非常に大きい。平成に入り、理学療法士養成校は大学、専門学校を含めて指数関数的に増加し、増え続ける新人理学療法士に対してその質の担保は非常に難しいものとなるのが推察される。今後、養成課程における総合臨床実習や、卒後教育が変わる可能性は大いにあるが、理学療法士の質の向上は必須課題である。具体的には、病院の垣根を越えたOJT形式での臨床研修が必要と考える。

3. 理学療法を受けるクライアントにとって理学療法士は「理学療法」のスペシャリストであり、私たちもそうあるべきである。そもそも、理学療法におけるジェネラリスト、スペシャリストとは何なのであろうか。協会の指定する7専門分野23領域全ての知識や技能を浅く広くでも有しているものがジェネラリストで、1領域に秀でていながらもその他の知識や技能はないに等しいものがスペシャリストなのだろうか。理学療法を行う上で最低限有すべき標準的な知識や技能を経験年数相応に有し、さらに自らが得意とする分野や領域で他より秀でていたという自信を持ちクライアントと接するのが正しい理学療法士なのではないだろうか。

4. 超高齢社会を迎え、今後も少子高齢化に拍車がかかる我が国では社会保障費の削減が喫緊の課題であり、政府が打ち出した地域包括ケアシステムにおいて、私たち理学療法士は活躍の可能性を大いに秘めている。通院や入院が必要な患者を地域へ復帰させる、通所や入所が必要な利用者の日常生活動作を守るだけでなく、地域在住高齢者の運動機能を維持し、健康寿命を延伸するための予防的介入において、今後更なる飛躍が期待される。「予防」を目的とした理学療法には医師の処方が必要なくなった現在、理学療法士は積極的に地域へ、産業分野、教育分野へとその活動の場を広げ、私たちしか持ち得ない知識や技能を存分に発揮し、国民の健康に寄与すべきである。

5. 私たち日本人は「和」を重んじる国民性を有し、また理学療法士は「先生」という敬称つきで呼ばれることが多いため、ほとんどの場合でクライアントは私たちの理学療法に対して感謝の意を表す。しかしながら、そのような状況に慢心することなく心技体を準備し、情熱と真心を持って臨み、クライアントの感情が溢れんばかりの感謝や、驚きを伴うような運動機能の改善に導けた際にはこの上ない喜びを感じ、改めて理学療法士という職業を選んでよかったと思う。