

April Special

どうする 運動器リハ?

その使命と障壁、そして今後を考える



運動器リハは、アスリートはもとより、とくに高齢社会では高齢者にもきわめて重要な問題になっている。また、運動器リハが終了したあとのニーズもアスリートから高齢者までが感じている。医療機関として、これにどう対応しているか、理学療法士やトレーナーという人材の問題をどう考えて対処しているか。今の特集では、運動器重視の医療機関として知られる3つの施設の先生と、動作をみて評価することを基本に教育に取り組んでおられる大学、専門学校の先生に、それらの問題について語っていただいた。また、医療機関とフィットネスクラブの間に位置する施設のレポートも掲載した。計10人の方々に登場していただく。

- 1 「その人らしさ」にこだわる医療機関を支える理念 島田永和、愛洲 純 P.2
—— 医療と運動の問題を語る
 - 2 いち早く展開した運動重視の施設の注目される今後 大久保衛、若森真樹、杉本拓也 P.9
 - 3 医療の変遷、患者側、治療側の変容のなかで考える運動器リハ 岡田 亨 P.15
 - 4 理学療法士教育と理学療法士の役割 鈴木俊明、吉田隆紀、藤原 聡 P.22
—— 動作と評価
- Report** からだの動作と機能改善をエデュケーションする P.35
—— R-body project 大手町

1

どうする運動器リハ？

「その人らしさ」にこだわる 医療機関を支える理念

——医療と運動の問題を語る

島田永和

医療法人 永広会 島田病院理事長、整形外科医
はあとふるグループ代表

愛洲 純

医療法人 永広会 社会福祉法人 はあとふる
リハビリテーション部部长、理学療法士

大阪府南東部に位置する羽曳野市にある島田病院（整形外科、リハビリテーション科、麻酔科、ペインクリニック整形外科、内科、43床）は、スポーツ整形外科、スポーツ選手のメディカルチェックなどの専門診療も行い、有名選手を含むアスリートやスポーツ愛好家も多数治療やリハビリテーションを受けている。リハビリテーションに特化した八尾はあとふる病院（119床、八尾市）を含む「はあとふるグループ」（本項末尾参照）として、疾病予防施設「はびきのヴィゴラス」や介護老人保健施設「悠々亭」、訪問看護ステーション「ハートパークはびきの」なども併設している。ここでは、長くアスリートのみならず高齢者まで幅広い対象にスポーツ医学を実践してこられた経験から、島田理事長に運動器リハの現在と今後について忌憚のないところを語っていただいた。リハ部部長の愛洲先生にも同席していただき、リハビリとトレーニングについて述べていただいた。

運動重視の病院

——島田先生は大学（山口大学医学部）のときからスポーツ整形外科を志された？

島田：いえ、卒業後大阪市大の整形外科に入局し、故・市川宣恭先生（運動重視の整形外科医で大阪体育大学教授、身障者スポーツやダイナミック運動療法で知られる。プロボクサーでもあった）に、卒後2、

3年の頃に大阪・長居にある身障者スポーツセンターで行われていた身障者との柔道に誘ってもらいました。市川先生と廣橋賢次先生（股関節の運動療法で知られる整形外科医、前森ノ宮医療大学学長）、両先生のご指導を受けた影響で

す。私は市川先生門下ということになります。私自身スポーツが好きで、子どもの頃柔道をやり、その後バスケットボール、天王寺高校では伝統ある競技であるラグビーも少し経験しました。

——この病院はお父さんの代から。

島田：そうです。昭和54年（1979）にこの建物ができましたが、私が医師になったのがその前年昭和53年です。だからこの建物の建築デザインだとかは、私は全然関与していません。当時は外來のない結核病院を現在の地に移転するときに、初めて一般病床40床をもち、外來診療も始めています。その一般病床は、廣橋先生、市川先生にご指導いただき内科と整形外科で運用されていました。研修医の私は国立病院の外科系研修に参加し、外科の魅力も感じていましたが、がん患者が多く無力を感じたり、告知しないなかでの診療に辛い思いもして、民間病院でそういうことができると思えず、手術すれば治るし、その疾患で死ぬようなことがないということで、本格的に整形外科を専門領域として進むことになりました。



島田永和理事長（左）と愛洲 純リハ部部長

——リハビリテーション、運動療法を重視されていますが、それはいつから？

島田：市川先生が、ダイナミック運動療法をやっておられ、安静はダメで動かして対応しなければならないという方針でした。大久保衛先生（P.9）たちの先輩の指導を受け研究を手伝ったりしていました。当時、市川先生の指導を受けた鈴木秀雄トレーナーがいました。市川先生はリハビリテーションを担当する理学療法士ではなく、トレーナーに指示を出していました。理学療法士は面白くない気持ちだったと思います。ただ彼らが養成課程で習ったのはMMT5（徒手筋力テストで正常の値）の世界です。MMT5未満の人を対象にどうするかを学んできたわけですが、市川先生からすればMMTの6、7を求めめるのですから、それは合わない。ダイナミック運動療法ではスポーツ選手にはAAランクの体幹の機能を求めます。体重の5～10%の負荷を持ってクラウス・ウェーバーテスト（脊柱機能検査）を60秒できる人をさらに強化しろというような話です。理学療法士はそういうノウハウは学んでもいない

し、もっていかない。だから、市川先生は「理学療法士はだめだ」と言っていました(笑)。そこで先ほどの鈴木トレーナーを連れて来て、診察にも立ち合わせて、理学療法士を切り離し、運動プログラムを指示していたのです。

昭和59年(1984)、卒後7年目にしていろいろな事情で私は島田病院に副院長として赴任しました。職場の雰囲気を見て、やはり理学療法士とトレーナーが分離しているのはよくないと思いました。理学療法士も当然よい気持ちではない。また、その後、診療報酬上、理学療法士が対応すればもちろん保険診療として請求ができますが、トレーナーではそれができなくなりました。

——当時のトレーナーは、体育系の人？

島田: そうです。鈴木さんは体育学科卒で、日本体育協会の一級スポーツトレーナーの資格(現在のアスレティックトレーナーとは異なるフィットネストレーナー的な資格)を有していました。

そこで私が理学療法士とトレーナーと話し合いをしようともちかけました。市川先生は何も理学療法士を認めてないわけではない。でも君たちは健常者をさらに強くするような理論と方法は学問的に習っていないのだから、まずはトレーナーと一緒に仕事をできる体制をつくらうと言いました。市川先生は、腰のヘルニアの手術もしておられたのですが、ヘルニアの術直後までトレーナーに担当させておられた。さすがにそれは違うだろうということで、治療の時期によって分担しようということにしました。健常人同様に動けるようになるまでは理学療法士、そこからスポーツ現場に戻すのはトレーナーという線引きを最初にして、1人の患者さんを時期は異なるけれど、お互い協力してみたいこうというシステムをつくっていったのです。

——そんなことはほかではしていない時代。

島田: まず、やっていなかったでしょう。トレーナーを雇用しているところがなかった。経済的にもそれは難しかった。それで

ようやく形ができたと言えるでしょうか。すると、トレーナーのなかに五十肩や半月板損傷、前十字靭帯損傷などスポーツ外傷・障害に関心をもつ人が出てくるし、理学療法士

のなかにも競技復帰のためにどうすればよいかを考える人も出てきて、両方の領域がクロスオーバーするようになってきました。

42条施設のはしり、「ヴィゴラス」

——それはいつぐらい？

島田: 30年前ぐらいでしょうか。愛洲くんがここに来たのはいつ？

愛洲: 平成9年(1997)です。

島田: その頃にはそういう状態になっていた？

愛洲: そのときにはもうトレーナーと理学療法士は対象者別で、理学療法士は医師の指示で動き、トレーナーは、ヴィゴラス(前出の疾病予防施設)で健康増進の仕事をしていました。

——ヴィゴラスはいつから？

島田: 「健康増進クラブ」の名前で最初スタートして、その後、医療法第42条施設が認められ、取り組もうと考えました(注/医療法第42条施設は、医療法人の附帯業務の拡大として、医療法第42条第4号及び第5号において、「医療法人」は、疾病予防のためにフィットネス施設を併設し、運動施設の収入源として、生活習慣病管理料・疾病予防のための利用としてフィットネスクラブ的な会費や施設使用料が得られるとされた)。平成15年(2003)8月に開設しています。

——42条施設のはしり。42条施設は話題になったわりには普及しなかった。今また少し増えてきた印象はありますか？

島田: 採算的には難しい。商業的なフィットネスクラブなどには雰囲気やサービスなどで負けるでしょう。それが今日の話の1



ヴィゴラス内部。いつも大勢が利用している

つにもなるのですが、誰に使ってもらえばいいか、また、保険診療はどこで終了するのかといったことが問題です。たとえば、マラソンを走りたいと思っている人がいたとします。日常生活はまったく問題なく、仕事にも行っておられる。でも、自分の趣味として練習してフルマラソン完走を目標とされている。ところが20km、30kmになったら、足のここが痛むということを主訴に、医療保険を使って受診したとしましょう。場合によってはX線写真を撮ったりするかもしれませんが、それは医療行為として問題ありません。しかし、ではその人に30kmを越えてフルマラソンを走れるように指導しようとしたとき、「これって医療保険の対象？」と考えます。国の財政も考えると、違うだろうと思わざるをえない。だからこういう人たちは、初期の診断は医療保険でOKですが、あなたがフルマラソン完走できるようにするためにはヴィゴラスを使ってくださいという説明をしています。だから、そこは自分のポケットから自費で払ってくださいということになります。

それと横並びになるかどうかというのが、たとえば少年の野球選手の肘・肩が痛いというのはどうか。日常生活では何も支障がない。野球をやると痛い。

——キャッチボールはいいけど、思い切り投げると痛いというとき。

島田: そうです。それは医療保険の範囲なのか? やっぱり子どもたちは医療保険にしてやりたい気になったり、本当に悩むところですよ。

——そういう例ではレセプトが戻ってくるこ

2

どうする運動器リハ？

いち早く展開した運動重視の施設の注目される今後

大久保衛

医療法人 貴島会 ダイナミックスポーツ医学研究所 所長、びわこ成蹊スポーツ大学 名誉教授、整形外科 専門医

若森真樹

同ダイナミックスポーツ医学研究所 副所長、ヘッドトレーナー

杉本拓也

同ダイナミックスポーツ医学研究所 リハビリテーション室 室長、理学療法士

若森氏は、ダイナミックスポーツ医学研究所の前身である関西スポーツ科学研究所のときからのメンバー、すでに30年以上のキャリアになる。杉本氏は、トレーナーであったが理学療法士の資格を取得、現在同研究所のリハビリテーション室長を務めている。大久保先生は、前出の故・市川宣恭先生（P.2 参照）の薫陶を受け、同研究所で設立時から腰痛のダイナミック運動療法に取り組み、論文や書籍にもまとめてきた。運動器リハ、運動療法の経験豊富な3氏にこれまでとこれからのついてうかがった。

アスリートの場合

— 若森さんはヘッドトレーナー、バックグラウンドは？

若森：健康運動指導士です。現在は企業の健康管理が主になります。腰痛や頸肩腕症候群、VDT 症候群（Visual Display Terminal Syndrome）などの検診やフォローの運動指導といった予防と治療のため、企業におもむき運動療法を指導させていただいています。30年くらい前からスポーツチームのトレーナーをさせていただいて、最近、15年くらいは、バレーボールチームに帯同していました。チームにはフ

ィジカルトレーナーとメディカルトレーナーがいて、私は前者で、選手の強化がメインで、選手にトレーニングをさせること、リハビリと日常の健康管理を担当していました。

— 競技スポーツをみるスタッフとその環境や設備はこの30年で大きく変わった。

若森：進んでいるところはリハビリをメインとしたアスレティックトレーナーと、コンディショニングとストレングス（S&C）のスペシャリストがいて、前者は日本体育協会公認アスレティックトレーナーやNATA（National Athletic Trainers' Association）のアスレティックトレーナー、あるいは鍼灸師、理学療法士などの資格の人もいます。後者は、NSCA（日本ストレングス&コンディショニング協会）とJATI（日本トレーニング指導者協会）などの資格をもっている人が多いと思います。2つの資格をもって携わっている人が多くなりました。そういう意味では細分化した分業体制でやっているところも多いです。ケガの場合、理学療法士によるリハビリとS&C コーチによるトレーニングの間をアスレティックトレーナーがつなぐという場合もあります。

— そういう意味で選手を取り巻く環境は、ずいぶんよくなった。

若森：そう思います。しかし、医療機関で行われる運動器リハでは、理学療法士からアスレティックトレーナーやS&Cのスペ



左から、杉本拓也、若森真樹、大久保衛の3先生

シャリストにという流れではできません。理学療法士のみで、しかも期間も定められています。

— それは保険の関係ですね？

若森：そうです。医療機関で行う場合にはチームで行うような細分化した、かゆいところに手が届くようなリハビリテーションとコンディショニングを行うことができないのが現状だと思います。やったとしても無償のサービスになってしまいます。

— 制度的にはそうですね。しかし、アスリートやスポーツ愛好家の患者さんたちは、それ以上のものを求めている。

若森：そうです。それ以上のものを求められるので、当研究所でも問題になっているのですが、治療というのはどこまでか、どこから治療ではなくって、スポーツのコンディショニングになるのか。その判断が難しいところだと思います。さらにその病院で継続してみてもいいのか。

— こちらではどうされている？ ADL（日常生活動作）は問題なく、あとはいわゆるアスレティックリハビリテーション、強化だと判断された場合。

若森：今はほぼ無償のサービスです。自費でいただく場合に、医療法第42条施設（以下、42条施設）である疾病予防施設に移っていただいて実施しています。この研究所内にそういう施設が別にあり、担当スタッフも変わります。リハビリのほうは理学療法士、予防もしくは再発予防・強化のほうはトレーナー、健康運動指導士が担当します。——杉本さんは理学療法士ですから、リハビリには携わるけれども42条施設には携わらない？

杉本：私はもともとトレーナーでしたので、ウェイトトレーニングの知識もあり、私自身実践していることもあって、患者さんによっては私を指名していただいた場合は、理学療法士の勤務時間外であれば、私もパーソナルトレーニングをやっています。

——今の体制は、かなり進んでいるいい体制だと思われる？

若森：いい体制であるとは言いがたいです。

——それはスタッフにとって？ それとも患者さんにとって？

若森：スタッフにとってです。患者さんにとってはちょっとわかりませんが、ただ保険が使える範囲では、自己負担3割のところ、自費に移った場合、負担額が大きくなります。すると今まで保険でやってくれていたのに、やっていることはそれほど変わらないのに自費になったのが、患者さんにはやはり抵抗があります。こちら側も今まで3割負担の少ないお金でできていたのに、自費にするというのは気が引けるというか、難しいところです。

段階を追ってやっていきますが、ここまでは医療で、ここからは違いますというのは、なかなか理解していただくのは難しいところです。ここでもなかなか割りきった切り替えというのができていけませんので、ほぼ無償のサービスのかたちで行っているのが現状です。

——診断はドクターが行い、そのあとのリハビリやトレーニングについては、どのような方針で、どのように進めていく？

若森：それはもちろん疾患によって異なる部分がありますが、プロトコルがあり、たとえば、スポーツ整形外科であれば前十字靭帯（ACL）損傷の場合、術後このくらいの週でこういうことを始めていきましよう、という段階を追った内容を決めてあります。その

プロトコルに則ってやっていき、必ずしもそのとおりに進まないこともありますが、一応目安があって、このくらいまできたら歩けるようになりますよ、ここまできたら十分な関節可動域で動かせるようにしましよ。ここまできたら患側と健側の筋力比が何%くらいまで戻っているようにしましよという流れになります。

——それもやはり30年以上前と異なる。当時はまだそういう細かい基準が確立されていなかった。

若森：基準がなかったので、ドクターの診察のとき、患者さんとトレーナーと3者でどこまでを目指すか話し合いをして決めていました。今も原則的にはそうですが、プロトコルがありますので、このくらいの時期でこのくらいまでという処方を書き、その処方が理学療法士もしくはトレーナーに渡って、それに従って行うということになります。

——たとえば今のACLの話では、手術は貴島病院本院（グループの病院）で行い、術後はこちらで行う場合。

若森：そうです。

——他院から来ることもある？

若森：それもあります。

——すると、術式がドクターによって違うことがある。

若森：術式によってもプロトコルがあります。BTBであるとか、STGであるとか、昔であればLeeds-Keioの人工靭帯とか、それによってどんどん変わってきていますし、いろいろな情報がありますので、それによっても少しずつ変えてきています。



ビルの2階にあるダイナミックスポーツ医学研究所入り口（心齋橋、四ツ橋駅からすぐの好立地）

——リハビリテーションやその後のトレーニングについては、プロトコルがあるので、大きな問題は生じない？

若森：そうですね、ただみんな同じようにはいかない。ここまできたら、このくらい膝が曲がっているはずなのに曲がらないという場合とか、筋力もなかなか戻ってこないとか、何か問題があるのではないかといいところ、そのときにはドクター、理学療法士、トレーナー、患者さんと協議し、もう一度精査してみるということがあります。

スタッフ人選の基準

——スタッフに若い人が入ってくるとき、どのような基準で選ぶ？

若森：関連の病院の先生からの推薦が一番多いです。そのほか専門学校や大学から実習に来てくれた生徒さんで、こちらで実習したあと、ここでの仕事を希望してくる場合もありますが、そのとき実習時の態度をみていて、この人ならというこちらの評価が合えばさらによいですね。

——昔に比べて最近の若い人は、こんなところが違って来たと思うことがある？

若森：今は当研究所と同じような施設がありますが、昔は類似の施設はほとんどなかったもので、無給でもいいからトレーナーとして働きたいという積極的な人が多くいました。さすがに今は生活もありますから、そういうケースはなくなりました（笑）。

しかし、こんな例もありました。千葉県の学校に通うある男子学生が、将来プロ野球にかかわりたいと思って、夢を叶えるた

3

どうする運動器リハ？

医療の変遷、患者側、治療側の 変容のなかで考える運動器リハ

岡田 亨

医療法人 紺整会 船橋整形外科病院
新規事業開発部長
専門理学療法士（運動器）
日本体育協会公認アスレティックトレーナー

船橋整形外科病院は、整形外科の患者数日本一と言われ、肩関節・肘関節センター、スポーツ医学センター、脊椎・脊髄センター、人工関節センターという専門医療機能を有している。多数の理学療法士、アスレティックトレーナーを擁し、運動器リハ、トレーニングにも力を注いでいる。西船橋、市川にクリニック、隣接して老人保健施設などもあり、本誌174号でも紹介したコンディショニング施設「JETS コンディショニング」東海神店の展開にも参画している。ここでは、同病院の新規事業開発部長でもある岡田先生に聞いた。

整形外科とリハビリを マッチングした地域医療

—この船橋整形外科は、整形外科として日本でもっとも患者数が多いと言われていますが、今、外来で1日何人くらい？

岡田：全体では1,800人近くになるかと思っています。

—リハにはそのうち？

岡田：リハはそのうちの60～70%くらいです。当院開設の今から26、27年前くらいは、整形外科単科でMRIが入っている施設は稀少で、かつ外来受診の患者さんの9割くらいにリハオーダーが出されていました。そもそも「整形外科とリハビリをマッチングさせて、地域医療を作り上げていこう」というのが最初の理念でした。リハビリのほうも、受動的でなくて能動的にやってもらおうという考え方です。とくに整形外科なので、言いやすいといえば言いやす

いのですが、自分の疾患、問題と向き合っ
て積極的に自分で取り組んでいく。病院で
行うリハビリの時間は限られていますから、
その人が当院でいろいろノウハウや情報
を得て、生活のなかで自分の状態を管理
して、さらに元気になっていくということ
を後押ししようというコンセプトです。

整形外科ですから、患者さん方は、やはり
痛みの問題を中心に受診されます。痛み
に対峙するのはセラピストとかドクターの
技術だけではなくて、その人の基礎体力、
自分の疼痛に対する耐性を上げていかな
ければいけない。関節可動域訓練や筋力
トレーニングだけではなく、全身持久力、
循環器系も鍛えていかないと体力は上
がらない。そうしないと痛みはいつま
でも落ち着かない。というより、逆に
体力が向上することによって、痛み
のコントロールがよくなってくる。そ
こに我々のテクニックがのっかってく
れば、結果は1たす1が2ではなく、何
倍にもなる。ですから、積極的に患
者さんも自分で取り組んでください
というスタイルですとやってきました。

「医療サービス」か？

—こちらには今、理学療法士は何人くら
い？

岡田：約120名弱、トレーナーが20人強
です。

—サテライトクリニック2つのほかに、
174号で紹介したコンディショニング施設
「JETS コンディショニング」も展開されて
いる。

岡田：「JETS コンディショニング」は細
胞分裂のようなパターンのひとつです。リ
ハビリの形態がどんどん変容してき、昔
と比べるとリハビリの病院内の位置、医師と



岡田亨先生

の関係なども変化してきています。患者さ
ん側の変化もあると感じています。昔は
我々との共同作業のなかで、患者さん側
からの我々の専門的な立場に対する尊敬と
まではいかないでしょうか敬意というも
のもってもらえていた印象？が遠い記憶と
してあります。当院は平成元年創立ですが、
平成の前半から中盤に、「医療サービス」
とか「患者様」という言葉が出てきて、医
療業界で頻繁に使われ始めるようになり
ました。患者さん側に受益者的な発想とい
うか「カスタマー（お客さま）」のイメージ
が一気に強くなってきた時期だったと感じ
ています。その結果、「運動を指導しても
らうけど疲れるのはいやだ。リハビリで可
動域（ROM）訓練を行っても痛いのはい
やだ。自分で努力するのではなく、サー
ビスを買いに来ている、リハビリに対して、
医療機関にお金を払っているのだから、そ
の対価に応じたカスタマーを満足させる努
力をするべきだ」というような考えが醸成
されていったのではないかと考えていま
す。もちろん高圧的や暴力的な指導や

ROM 訓練では話になりませんが、ちょうどこの頃からでしょうか「訓練」という言葉もそのイメージが悪いということからか、あまり使われないうち、使わなくなってきた時期です。今は「プログラム」とか「エクササイズ」ですね。私は医療のなかでリハビリあるいは医療は、サービスではないと実感しています。困っている患者さんがいて、専門的な知識を有する者がその責務において、お互いの共通の目的を理解し合い、共同作業によって共依存の関係をつくって、障害回復に対する目標を定めて、そこに向かっていく。サービスではなくホスピタリティだと最近はとくに強く思います。共存だと言っても、こちら側も持っている力はいったい何なのか、むしろ患者さんに頼っている部分がある。障害の受容だとか、回復だとかは我々からのサービスで提供できるものではなく、患者さん自身が自分のなかでその力を醸成していかなくてはならない。ほんの呼び水程度の働きかけしか、我々にはできないと改めて思っています。少し視点を変えてスポーツの世界観で言ってみると、リハビリテーションは「re-habilis」と私の時代は教育を受けましたから、最近でもそうだと思いますが、ある人が目的活動の領域からなんらかの問題でドロップアウトしてしまった状態から、元に戻りたいという意識に合わせて相互支援して押し戻してあげる。そういう理念に基づくので、たとえば、1軍で活躍していた選手がケガをして2軍に落ちたとすると、ケガを治すというだけでなく、その人が「再び1軍で活躍したい」という思いに対してリハビリテーションしているわけです。だからそのように「お互いに協力して目的を達成してQOLを向上する」ことがリハビリテーションだと考えています。そうした一連の出来事というか、取り組みというかこれを「サービス」と表現したり、されたりすることには、私のなかで非常に違和感を抱いている部分です。

スポーツについては、横道にそれるかも

しませんが、最近「スポーツ QOL」あるいは「Quality of Sports Life」という言葉を考えています。

——それはいい。

岡田：スポーツ活動を生活、人生のメインにしている人を支援する。高めようとしているのが「スポーツ QOL、QSL

(もちろんまだ認知された言葉ではありませんが)」だということです。しかし、対価に見合ったサービスという発想、市場原理というか自由主義経済というか、今の世の中で非常に勢力を振るって、仕組みをつくる側が、ほかになかなかよい表現がないのか、「医療サービス」とか「介護サービス」という言葉でくっつけてしまっています。だから人員が足りないとか、施設のベッド数が足りないという問題も確かに物理的な部分で重要だと思いますが、人として、医療者として障害のある人をサポートするとか、年長者をサポートすることは当たり前のことと捉えるべきことではないかと。しかし理由があって、本当は自分が看護や介助をしたいけど時間を割くことができないとか、専門家をお願いしなければならないことがある。ましてや、実際に医療現場でも無料というわけにはいかない。そのサポートを受けた側がお礼や感謝も込めて、また安心して仕事を任せるために、それを表す何か尺度が必要になるので、時間単位でいくらという形態で表現、実施されている。根本はやむにやまれずといったところが含まれていると感じるとか、考えることが大切だと思いますが。

ところが、今はそのサービスの形態とか、その対価(料金)が前面に出てきて、そこばかりに目がいつているのではないかと。感謝や敬意ではなく対価だからと。しかしその対価は景気でブレるものですね。紛



最寄り駅は JR 東船橋。日々アスリートから高齢者まで、幅広い患者さんが訪れる

れもない感謝の意が変動する相場にすり替えられてしまう。サポートを行って、お返しで受け取るものが変化してしまえば、100%の気持ちでありがとうと言っても、今相場が動いているから 85%の価値ですねと言われてもわけがわからないということになってしまう。自分が一生懸命やったことはそんなはずはない。価値が目減りする、デフレが起きるので関係者が一生懸命やっている姿が、よそからみると価値の回復に必死みたいにつえられてしまう。本当はそんなことないのに。

さらに世間からは今、介護現場はブラック企業化しているとか、医療の現場もそれに近いとか揶揄されてしまう。お金と信頼、患者と医療機関の関係が混乱していると感じますよね。志のある関係者のなかには「いくら頑張っても」と思ったり、戸惑い混乱して自分を追い込み、痛ましい事件が起きてしまっている、そういうケースが少なくないと思っています。本質的に医療や介護をサービス形態で捉えるのはそぐわないと本気で思っています。でもそうした状況が現状であることも間違いのない。今後ますます医療費が高んでいくことによって、病院というある程度環境が整ったところで運動までしっかり指導できる環境がどんどん減っていくと予想しています。現に医療費が足りないからリハビリは月に何回までとか、何か月で終了というようなことが起きている。そのなかで、「リハビリ期

4

どうする運動器リハ？

理学療法士教育と理学療法士の役割 ——動作と評価

鈴木俊明

関西医療大学教授、大学院研究副科長、理学療法士

吉田隆紀

関西医療大学講師、理学療法士、日本体育協会AT

藤原 聡

神戸リハビリテーション福祉専門学校専任教員、田辺中央病院リハビリテーション科科長、北須磨病院リハビリテーション科科長、理学療法士

運動器リハを担当する理学療法士の教育現場や臨床現場に携わる3人の先生に理学療法士教育のあり方、運動器リハを進めるうえでの問題点、理学療法士の役割などについて語っていただいた。「動作をみることができ、評価ができる」理学療法士がテーマである。

動作がわかる

——鈴木先生は学生に対してどういう理学療法士になってほしいと思って教育に携わっておられる？

鈴木：理学療法士というのは、歩くとか立つといういわゆる基本動作をよい状態にしていくわけですが、それにはいろいろなやり方や手段があると思います。たとえば、歩けない部分を器具などで補って歩かせるという手段もあります。そうして積極的に歩かせるというやり方も大事だと思いますが、できれば、やはり元の身体に戻ってほしいというのが私の願いなのです。そこで教育において非常に大事なことは、正常な人の動き、正常動作をきちんと知って、患者さんの動作はどこが違ってくるということを理解して問題点をみつけていく。そういう姿勢が大事だと思います。

——正常がわかるから、異常がわかる。

鈴木：それは、たとえば運動器疾患であっても、神経疾患であっても、スポーツの疾患であっても、基本的には同じだと思います。しかしながら大事なのは、全部が全部正常にすればよいかと言ったら、実はそういうわけではない。たとえばスポーツ選手で言うと、高いパフォーマンスを発揮していた動作の正常とは異なる動作をす

べて正常にすると、さらに効率がよいものになるかという、これはまた別です。

——顕著な左右差があるなど、あり得る。

鈴木：その人の持っている特徴がありますから。そこを我々は理解したうえで、より正常に近づけていくということが大事だと思うのです。関西医療大学ではそこを非常に大事にして、動作分析の授業を行っています。患者さんの特徴を的確に知るためには、まずは健常者の正常動作が、学生のうちから理解できて、みることができるようという教育をしています。それが卒業して理学療法士になるという将来につながっていくと思います。私がここで強調しておきたいことがあります。「動作をみる」職種というのはいろいろあると思いますが、どの職種が一番いいというわけではなく、きちんと動作がみられる、動作を解剖学や運動学的な用語で正しく説明できる。そこで問題点がきちんとみつけれられるという



左から吉田隆紀、鈴木俊明、藤原 聡の3先生

ことが大事なのです。そのような理学療法士を育てるのが本学の一番の特徴と言えます。

——解剖と運動学。

鈴木：解剖と運動学の知識が基礎となります。動作がわかる、解剖と運動学の知識で動作を解釈できることを大きなポイントとして教育しています。嬉しいのは、臨床実習というのがあるのですが、どの実習地でも動作について同じようなコンセプトで教えていただいています。要するに、学内教育と臨床実習での教育が同じであることが大切です。すべての養成校で同じようなシステムであるかというところではなく、学校の教育と実習の教育がミスマッチするところもたくさんあります。「学校ではこう教えているけれど、臨床に行ったらこうだった」というようなこともあるのです。

——それでは学生は困る。

鈴木：困るんです。そのために本学では動

作の理解を大切に、臨床実習でもちゃんと教えていただけるようになっていきます。動作の見方という1つの柱ができてくる。それがあってこそ、運動器疾患を正しく評価できる。この評価というところが非常に大事だと思います。たとえば、テーピングの巻き方を知っていても、どのような機能障害に適応させるかということを知らないと、うまくいきません。

— ということは先生の考え方とは違う臨床実習をやっているところは、技術的な指導が多い？

鈴木：そういうところもあると思います。評価をどうするのかではなく、技術面での実習が多くなるかもしれません。もちろん技術は大事なのですが、その技術も正しく用いないと、間違った用い方では患者様が困ることになります。

— 理学療法士になって仕事をしている人で、〇〇法や〇〇テクニックに関するセミナーを受講する人が多いようですが、結局迷子になるということはある？

鈴木：そうですね。私も全国各地で講習会の講師をさせていただいていますが、私よりもっと大事にしているのは、動作分析と、そこからの評価です。正しく動作をみることができ、正しく評価ができれば、自ずからやるべきことは決まってきます。それは特別な方法でなくても治るわけです。たとえばストレッチをやるとか、関節の動きを変えるようなことをするとか。それは基本的な治療法で十分できます。

動作がみられないとどうなるか

— 正しく評価ができないと、改善されたかどうかかわからない。

鈴木：そうですね。しかし、本当に難しいのは、私が卒後教育を関与している病院・施設の1年目のセラピストに症例発表してもらおうのですが、ほとんどが間違っています。つまり、ちゃんとみることができていない。たとえば、歩行の立脚期に体幹が前傾する患者さん、胸腰椎移行部で屈曲しているにもかかわらず、多くの新人は「股関節屈曲」

とっています。ここで問題なのは、新人だけがこうだと言っているわけではなくて、新人が発表した内容は施設の先輩たちも指導しているということです。ということは、新人にかかわらず、セラピスト全員、とくに指導者レベルのセラピストが適切に評価できているかを確認する必要があるわけです。

— そのセラピストは先生の大学の卒業生ではなく？

鈴木：他の養成校の卒業生もいます。

— 先生の教え子ならそんなことはない。

鈴木：いや、そんなわけでもないです。そうしたら私は幸せですけど(笑)。学校の卒前教育というか学内教育だけでトレーニングは終わりません。卒後も、きちんと動作分析し評価するという習慣があるかないか、これだけで大きく違ってきます。その習慣がなく、動作をみないで治療するセラピストはたくさんいます。

— 「腰が痛いんですね」と言って、すぐに触るとか。

鈴木：「痛いんですね」と言って、痛いところをマッサージするというようなことはよくみられます。たとえば腰痛でも、円背になっている患者さんは腰痛を起こしやすいですね。脊柱の横にある最長筋や多裂筋が正しく活動してくれれば、脊柱がまっすぐになります。ところが円背になると、その横の腸筋という肋骨の後面と腸骨についている筋が伸ばされながら止めようとして働きます。だから骨盤が後傾し、胸郭が前傾するので、腸筋は伸ばされるのですが、そこでブレーキとして働く。働いてくれるから円背でも姿勢を保持できるので。

— それは疲れる。



関西医療大学。動作のみかた、評価を重視

鈴木：疲れます。そこで「痛い」というわけですよ。そういうときにセラピストは、「痛いんですか」と言って物理療法やマッサージ、ストレッチなどの運動療法をしますが、動作が本当にみることができていればそんなことはしないでしょ。それは最長筋や多裂筋などがうまく働かないから起こっている問題ですから、まず正しく働かさなければいけないところが働くようにしなければいけない。しかし、そもそも動作がみられないと、どうすればよいか何もわからない。

— 先生の大学の学生さんたちの当面の最大目標は、国家試験(国試)に合格すること。

鈴木：それは絶対に必要なことです。

— でも先生が今おっしゃっていることは…。

鈴木：国試にはほとんど出ませんね。だから本学では4年生の夏まで実習があります。4年の前期と後期では、教育内容が大きく変わります。4年の前期までは今述べた教育方針でしっかり指導し、そのあとは国試のための勉強に集中します。今までにお話したことだけで、国試は適当になどと言っていたら合格率は非常に悪いと思います。一方で、国試合格だけを目指す養成校もあるようです。そういうところはたぶん臨床実習できちんとした評価ができるようになるのは難しいかもしれません。

(この項 P.30 に続く)