

## 第3回検討会の主なご意見

### 1. 総単位数の見直しについて（教育内容について）

- 理学療法士は専門基礎分野と専門分野に「画像診断」があるが、専門分野の理学療法評価学にある「画像診断の内容を含むこと」とは、理学療法に必要な情報を画像から読み取れることを教えるという意味と解釈すればよいか。
- 少し微妙な問題があると思う。あくまでも患者さんの状態が今どうかということ診断するのは医師の責任である。理学療法士の方は、エコーやレントゲンの画像が、どういうことを意味しているのかを御理解をいただくことは非常に大事であるが、医療安全の点でしっかり分けて考えないと、患者さんにとって危険なことが起こりかねないので、診断に至るような部分が入らないように整理すべき。
- 療法士が判断すべきこととして、例えば歩行分析や床反力計など画像でしかわからない情報がたくさんあるので、画像という言葉だけをせひ入れて、「画像評価」という言葉でよいのではないか。
- 大事なことは、理学療法士と医師の連携がしっかりとれているかどうかであり、その連携がとれていけば大きな問題にはならないが、必ずしもそうでない場面もあり得ることなので、そこをきちっと医療安全の点から指摘しておきたい。
- 理学療法士は、どちらかというとも動的ないろんな画像を診断とは違う使い方をしており「診断」という言葉は不適切だと思う。「評価」という言葉であれば、懸念されているようなことはないと思うので、もう一回考えて、ご指摘のあったところをしっかりと押さえたい。
- 前回指摘した「予防」というのは、例えば、理学療法をしながら、また次に同じように外傷を負わないようにするということは当然必要になるわけで、あくまでも医療の枠の中で行われるのであれば十分理解できる。  
ただ、チームを組んで医療を行うということと少し逸脱というか、そこから出てしまうことがもともとの懸念しているところ。医療と関係なく、理学療法士という名称を独占で使うというようなお話もあり、そこで扱われる領域は予防だということなので意見を申し述べたというのが前回の経緯。

- 県や県医師会の先生方との関係で、色々な予防的なことが始まってきているが、我々は、学校で治すということしか習ってない。その中の一つである運動療法も、そのままでは予防には展開しがたいところがある。社会的に非常に求められており、ニーズも高いので、ちゃんとした教育をして、エビデンスのある予防的な運動療法を展開したい。また、予防といえどもやはりリスクあるので、医師との連携をしながら予防をより専門的に、少しでも高齢者たちが健やかな生活ができるかというところで資するような教育をぜひ行いたい。
- 予防が必要なことは全く異論ないが、余りそこがひとり歩きしないように、むしろ全体の構成の中でその分野がちゃんとできるように単位をそこに振り向けるということで、あまり予防が特出しにならないほうがよいのではないか。
- 医療の分野で運動をプロにするのはPT、OT、STだと思う。そういう意味では、非常に大きなことは皆さん認めていることなので、それに關してきちっとした知識を与えるというのは、医療人にとって非常に重要。知っていたほうがずっと患者のためになるし、ほかのことにも役に立つので、これは1章立てたほうがいいと思う。
- 本学も各地から依頼を受けて動いており、そういう意味でも、きちんとした教育をしなければ、かえって危ないと思うところが多々ある。特に医師との連携とか、二次予防では、一連の科目として整えていただきたい。
- 予防という項目は、あってもいいのではないかと。対象が広く、障害を持った方、健康増進といったところ、スポーツをやっている方とかさまざまな、健常の高齢者から子供までというような、大きく対象を広くくくれる項目であると思う。予防の概念も含めたところから積み上げて教育をしていくということは、今の社会とか今後の社会のあり方の中では必要になってくるのではないかと。
- 実際に介護、あるいは総合事業等で理学療法、作業療法の方にやっていただく場面は非常によくわかるが、そのようなサービスを受ける方にとって、より安全なしっかりした形がとれることが必要。しかしまた、この教育のカリキュラムは制度と違うという面もあり、どういう理学療法士、作業療法士をつくるかという意味では非常に大事である。より患者さん、あるいはサービスを受ける方にとって利便性の高いものをもうちょっと工夫していただきたい。

- 予防が重要ということは共通しており、現実的には、職域の問題と、実際に何を教えるのかということが明確でないとなかなか議論が進まないのではないかと。どういう教育内容で、実際に理学療法士と作業療法士がどういう内容の健康増進なのかということ、次回までに整理していただき、もう一度ここで議論したい。
- 最低履修時間数は、教育の実質化ということから、他の医療職種でも決め始めている。時間数は次回、事務局から提案いただきたい。

## 2. 臨床実習の在り方について

- 実習施設の「少なくとも1か所は養成施設に近接していること」は、近接していることよりも、中核的な実習施設で全面的に協力するような病院が1か所は必要。中核という表現は検討していただき、きちっとした契約によって全面的な協力をする病院ということを書き方を工夫していただきたい。
- 附属病院があつて、そこで連携をして教育していくことは本当にいい方法だが、現状で、そういうことを規定してしまうとなかなか難しい。ぜひ段階的に考えていただき、努力義務ということで考えていただきたい。
- 急にはできないと思うので、5年後の課題にはなるが、望ましいという記載をどのように入れるかということに関しては、事務局でもう一度御検討していただきたい。
- 実習施設として、訪問看護、通所介護の理学療法等の実施件数は非常に多くなっていて、実際に見学に行くということを考えると、この中に少しそういう説明を入れるか、違うくりですのか、少し考えていただきたい。
- 臨床実習指導者講習会で、理学療法士協会で行っている講習会等で講習会の受講免除とするべきものがあるか確認をさせていただきたい。
- 臨床実習指導者講習会の受講者資格について、実務経験5年の人に受講資格があるという形にするかどうか、年数をほかの職種でどうなっているか調べていただいて、次のときにもう一度これを出していただきたい。
- 診療参加型について、指導者と学生が思っていることに大きな乖離がある。次回は、見学実習、評価実習、総合臨床実習をどう考えていくのか、

診療参加型をどう考えていくのか、臨床実習指導者と指導者の下についている部下との関係性をどうするか、それと同時に、臨床実習で学生が行う治療法のことに関してどう議論していくかということを考えた上で、診療参加型臨床実習を考えないと、今度は専任教員の資格をどこまで強めるか弱めるかということはまさに臨床実習のあり方に関係しますので、それを中心に次回は最初にやりたい。

### 3. 第三者評価について

- 第三者評価の評価について、医療系は特に患者安全ということがあり、同僚評価するというシステムは非常に重要だと思う。