公益社団法人
日本理学療法士協会
JPTA
Japanese Physical Therapy Association

# JPTA NEWS

2022.10 vol.339

# 理学療法の質の担保

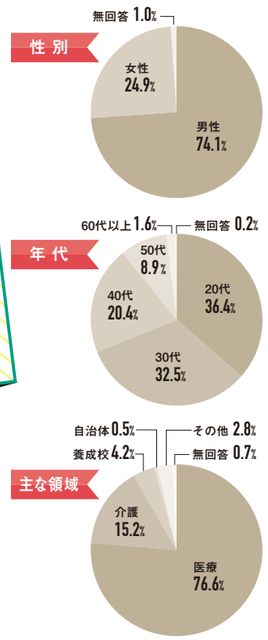
ISSN 0914-2517

特集

# 理学療法の質の担保

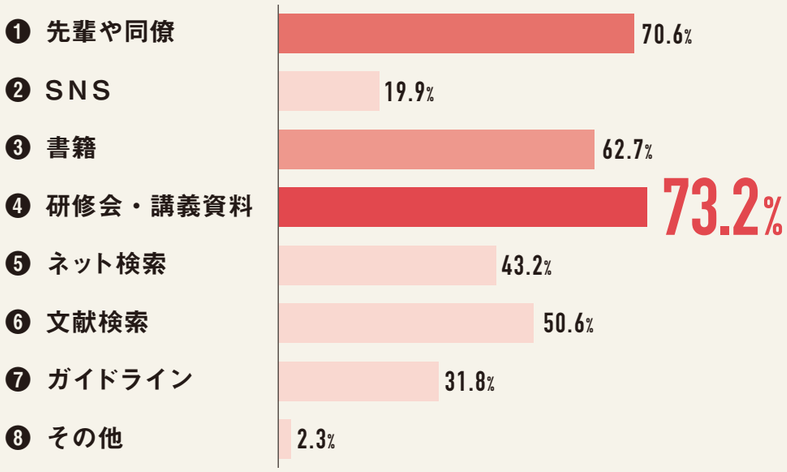
## 臨床の理学療法士は、どのような手段・ツールを使いながら、目の前の疑問や問題と向き合っているのだろう？

〔アンケート回答者基本情報〕




調査内容：JPTA NEWS 339(10月号) 特集アンケート
実施期間：2022年7月27日～8月10日
回答者数：3,020人
※当アンケートは、マイページに登録されているメールアドレス宛てに送信しています。メールが届いていない方は、マイページの登録内容をご確認ください。

### Q1 日々の臨床の中で直面する技術レベルの問題をどのような手段で解決していますか？〔複数回答〕

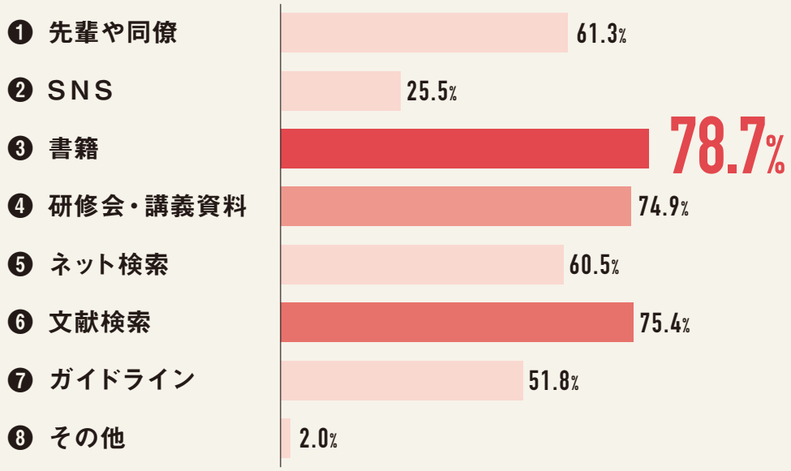



＜アンケート回答より＞

技術レベルの**問題解決の手段は、「❹研修会・講義資料」が【73.2%】、次いで「❶先輩や同僚」が【70.6%】、「❸書籍」が【62.7%】を占めています。**次いで、「❻文献検索」が【50.6%】の割合で選択されています。

また、「❽その他」については、「eラーニング」「自施設で実施している症例検討会や勉強会」、「他施設との交流で知り合った知人」、「過去に得た技術の応用・工夫」「臨床の中で模索」「なんども試行」「自己にて研究」などの回答も寄せられています。

### Q2 日々の臨床の中で直面する知識レベルの問題をどのような手段で解決していますか？〔複数回答〕



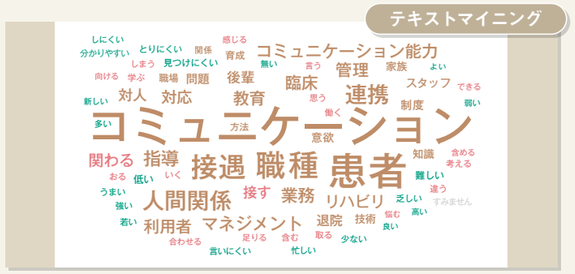

＜アンケート回答より＞

知識レベルの**問題解決の手段は、「❸書籍」が【78.7%】、次いで「❻文献検索」が【75.4%】。文献検索と概ね等しい割合で「❹研修会・講義資料」が【74.9%】となります。**また、「❶先輩や同僚」【61.3%】、「❺ネット検索」【60.5%】も半数以上の割合で選択されています。

なお、「❽その他」については、技術レベルの問題での回答と一致する内容のほか、「所属する治療団体」や「外部講師を招いての指導」「会員制オンラインセミナー」「YouTube」などの回答が寄せられています。

### Q3 日々の臨床の中で技術・知識レベル以外でどんな問題に直面しますか？〔自由回答〕

テキストマイニング




（回答数：2782 / 無回答：238）

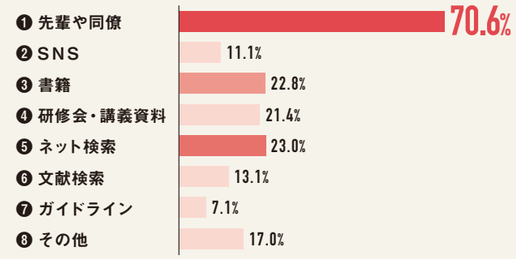
＜アンケート回答より＞

回答結果をテキストマイニング*で表しました。単語の**出現頻度として、「コミュニケーション」「患者」などの名詞が全体の大きな割合**を占めています。また、「職種」「連携」とあるように多職種間連携という意見も少なくありません。**ここでは、「関わる」「接す」等の動詞も多いことから、ヒューマンレベルの問題を挙げた方が多かったようです。**

ほかには、「臨床(学術)」に対する意識・意欲の乖離、「教育」「マネジメント」などの経営管理や組織運営に関わる内容や「経験不足」の要素が含まれる内容、さらにクレーム応対などの「接遇・マナー」に関することや、働く職場の「環境」となる体制や設備不足などの回答が寄せられています。回答の中には、医療・介護制度などの社会的課題に関する意見もありました。

*ユーザーローカルAIテキストマイニングによる分析（ https://textmining.userlocal.jp/ ）

### Q4 Q3で回答した問題をどのような手段で解決していますか？〔複数回答〕




＜アンケート回答より＞

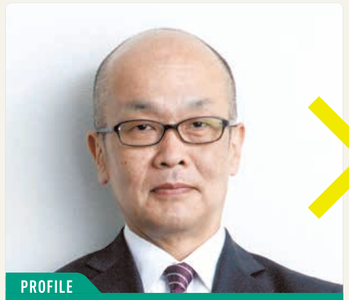
Q3で回答した**問題解決の手段は、「❶先輩や同僚」が【70.6%】を占めています。**

「❽その他」については、患者家族との面談、カンファレンスでの問題提起や提案、多職種での協働、国内・国際学会への参加、外部の専門機関や医療職以外への相談・助言などの回答が寄せられています。コミュニケーションなど対人関係については、手段・ツールというよりは経験則が効果的であるという回答が多いようですが、解決していないという回答も複数見受けられます。
また、職場の体制や制度に関わることも、さまざま工夫しているものの解決の糸口が見つからないという回答も少なくありません。

Cross Talk

# 理学療法の質の担保のためには

理学療法の質を担保するために、
私達理学療法士は何を大切にすべきなのでしょうか。
EBMという言葉が浸透して久しく、
今やエビデンスは理学療法士にとっても
非常に重要なものですが、
実際の臨床においてエビデンスをどのように
活用することが質の担保につながるのでしょうか。
今回は大工谷新一副会長、柴田健治さん、
峰松一茂さんに、臨床の立場で感じていることを
語っていただきました。



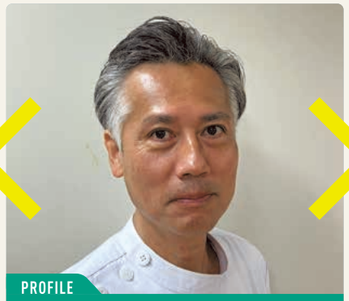
PROFILE

北陸大学／日本理学療法士協会副会長

**大工谷　新一さん**

Shinichi Daikuya

1991年に京都大学医療技術短期大学部理学療法学科を卒業し、病院理学療法士、専門学校専任教員、病院部門管理者、介護事業運営会社、医療コンサルティングファーム、日本理学療法士協会専務理事を経て現職。



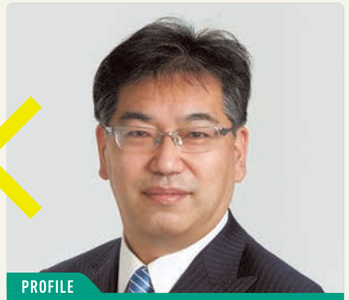
PROFILE

大津赤十字病院

**柴田　健治さん**

Kenji Shibata

1991年に京都大学医療技術短期大学部理学療法学科を卒業し、日本赤十字社大津赤十字病院勤務、現在に至る。日本理学療法士協会 認定理学療法士（管理・呼吸）、指定管理者（上級）、滋賀県理学療法士会副会長、日本赤十字リハビリテーション協会理事。



PROFILE

鶴田運動機能回復クリニック

**峰松　一茂さん**

Kazushige Minematsu

1994年に長崎リハビリテーション学院を卒業、その後、総合病院、生活期の病院（地域リハビリテーション・小児の訪問等）を経て現在の職場に勤務している。県士会活動として、卒後教育関係、学術関係の部局をへて、2013年より佐賀県理学療法士会理事（副会長）、2021年より会長。

大工谷：本日は「理学療法の質の担保」というテーマで、臨床経験の長いお二方をお呼びしさまざまなご意見を伺いたいと思います。今日はよろしくお願いします。

柴田・峰松：よろしくお願いします。

## 質の担保とエビデンスの相関

大工谷：最近、エビデンスのことを語る場面が徐々に増えてきているのですが、その中でよく話すのは、エビデンスレベルの高い治療であったとしても、誰がやっても同じ結果が出るわけではないということです。そこには当然、人のバイアスが入っていて、コミュニケーション力なども大事な要素になってきます。よく理学療法士がAIに置き換えられない仕事の上位に入る理由もそこにあるのかなと思っています。柴田さん、峰松さんはどう思われますか。

柴田：このお話をいただいてから、自分は今、臨床でエビデンスとかガイドラインをどういうふうに使っているのだろうかと考えました。確かに、ガイドラインとかエビデンスというのは、理学療法の質の担保にはとても大切なものです。やはり臨床においてはいろんなバイアスがかかっているので、それをどういうふうにやっつけていくのかっていうのが臨床家の仕事なんだろうなと思っています。

峰松：ガイドラインについて、実際の臨床で使用しているか、自施設の理学療法士に聞いてみると、そういう認識は低いようでした。僕自身も考えたら、ガイドラインについて確認はするのですが、臨床上で自分が疑問に思っていることとリンクしているかと言われたら、そこはまだ差があるような気がしています。使い方によっても結果は変わってくると思いますが、結局それをどう使うかは個人や院内での教育などに任されている側面もあると思います。

## エビデンスによって安全性は担保されるか?

大工谷：エビデンスレベルが高いことをやればいいということではなくて、どう使うかも大事ということですね。一方で、エビデンスがないとか、安全性が低くて効果が出にくいことを積極的に選択するのは、国民利益からは反すると思います。私は理学療法の「核」の設定作業部会を担当しているのですが、理学療法の本質を語る時の重要なキーワードが「安全性」なんです。安全性という観点から考えた時、エビデンスレベルとかガイドラインによって安全性は担保されると思いますか。

柴田：臨床にいて一番感じるのは、大工谷さんが言われたように、今は安全性にはとても注意を払わないといけない時代だと思います。今はいろいろなエビデンスが出ていますが、これをしたら駄目ですよっていうようなエビデンスを踏まえずに治療するのは、今の時代とても危険だと思っています。理学療法って生命に関わるような負の要素が少ないので、よくならなくても新たに障害が発生するわけでなければ、ありがとうございました、って言ってもらえた時代もありました。でも今は、負のエビデンスが出ているものに関して何か問題が起きたら非常に危険です。危険なところは押さえておくべきだと思っています。それは臨床にいて肌で感じているところです。

峰松：安全性という視点で思うのは、患者さんに説明をする時には、非常に役立ちます。「こんなことがガイドラインでも示されていますのでやっていきましょう。」とか、患者さんに説明をするうえでは非常に有効に使えるものだと思っています。

柴田：同じ治療を行うとしても、エビデンスのことが全く頭にないまま自分のしたい治療を行うのと、エビデンスを理解したうえで状況をみながら行うのとでは、リスク管理という観点では全く違うと思います。

大工谷：確かにそれは全然違いますね。患者さんの個性や状態を含め、より良い方向を推論して理学療法を行っていれば、エビデンスを活かせていることになりますね。また、そういう視点がないと科学は発展していかないと思います。臨床家がエビデンスをしっかり理解したうえで症例に向き合うことは非常に大事だと思います。そういった意味ではエビデンスの構築のためには、症例研究がとても大切になってくるのではないかと思います。

## きちんとした評価をしたうえでの選択が大事

柴田：大工谷さんは、理学療法標準評価の策定にも関わっておられると思いますが、理学療法の質の担保のためには評価もとても大事ですよね。エビデンスがあるからといって、評価なしにやるっていうのが今一番危ないんじゃないかと思います。患者さんを評価せずにエビデンスレベルが高いからといって、どんどん歩かすだけ歩かせたりしている場面も結構あるのではないかなと心配しています。

大工谷：確かにそうですね。エビデンスレベルが高いからといって、動作練習ばっかりやるとか、長時間歩行だけすれば歩けるみたいなエビデンスがあった時に、評価をせずにずっと歩かせればいいっていうのはおかしいと思います。機能評価はとても大事ですよね。

峰松：動作を見るのは理学療法の一番大事なところだと思いますので、機能評価も動作分析も両方大事で、どちらかに偏り過ぎるのは非常に良くないと思います。やはり先ほどから皆さんが言われているように、最初にしっかり評価して、分析して、治療をして、また評価をして帰す。そこまでが理学療法には必要な流れだと思います。

大工谷：そうですね。エビデンスはとても大事ですが、診断名や障害名で治療方法を選択するのではなく、きちんと評価をしたうえで選択すべきだと思います。養成校や臨床実習では評価が大事って言っているので、そこは矛盾がないようにしないといけないと思います。

Cross Talk

## 質の担保のために大切にしていること

**大工谷**：親戚などから、「ケガしたけどどこかいいリハビリテーションない?」などと聞かれることはよくありますよね。患者さんが評判いいところを探そうとするのは当然と思います。お二人は、それぞれご所属先の環境は違いますが、何か思うところはありますか。

**峰松**：やはり、クリニックや小さい病院では、「リハビリテーションの評判を聞いて来ました」と言われることもあるかと思います。臨床の中で患者さんに質の高い理学療法を行うことを認識してもらおうという意識は必要だと思います。

**柴田**：私の病院は、3次の高度救命救急センターですから、救急車で運ばれてきたり、手術などの治療を受けに来る患者さんがほとんどです。こういう病院というのは、やはりその地域の住民からの信頼感がないといけないのです。いつもスタッフには、その信頼感をセラピストが裏切っちゃダメだと言っています。自分たちで引っ張ってきていない以上、自分たちが高いレベルの理学療法を提供できないとその信頼感を汚してしまい、せっかく皆が頑張って築き上げたものを台無しにしてしまいます。信頼に応えられるリハビリテーション部門であることが必要だと思っています。それは技術的な部分だけでなく人間的な部分も含めたものだと思っています。

**大工谷**：そのとおりですね。理学療法の質の担保のためには技術面だけではなく人間的な部分も求められているのかもしれません。個々の技術・対応、それには行儀とか接遇も含まれるのかもしれませんが、ほかには何が大事なのでしょう。

**柴田**：僕はやっぱり向上心が大事だと思います。常に学び続けるっていうことをしていかないといけないと思います。急性期の病院は、いろんな疾病とか、いろんな患者さんがいらっしゃいます。非常にリスクが高い患者さんと向き合うことも多いので、日々最新の医学的な知識を取り入れて学んでいく必要があります。組織内で勉強できる良い関係をつくって、皆が常に自分らが学びたいことについて学んで、求められている技術レベルに向けて常に更新していくっていうことが必要になってくるんです。

**大工谷**：峰松さんは、ここのリハビリテーションでよかったと思ってもらえるために何を大切にしていますか。理学療法士に特に勉強してほしいことなどはありますか。

**峰松**：術後に関しては、何らかの痛みなどがあって手術を受けられる方などは、術前レベルを上回ることを目標にしています。理学療法を行う中での疑問を医師やコメディカルと一緒に解決していくところが非常に大切かと思います。どうしても医師の考え方と理学療法の目線がずれる場合もあるので、そこは調整をしながらやっていくことが理想だと思っています。

そのためには、ありきたりですがやはり解剖学は大事だと思います。学校でも習ってはいるのですが、その中でもやはり解剖学と運動学をうまくリンクさせていくことで、ただ単に解剖を教科書的に見るのではなくて、それが動作にどうつながっているのかをしっかりイメージができるようにしていくことが大切だと思います。

**大工谷**：例えば、同じ筋トレをするにしても、手術やケガの影響と、骨や軟部組織の状態をイメージしながら抵抗をかけて、最大の効果を引き出すということですね。

**峰松**：そうです。そこが一番経験値を必要とするところなので、データ化し難くてエビデンスにし難いところであり、個別性の高いところだと思います。一人ひとり筋の萎縮具合も変わってきます。それを見抜くための基本的な知識を解剖で勉強する必要があり、非常に技術的なところで人によって差が出てしまう部分でもあるので、これをどう標準化に近づけていくか、今後の課題の一つかと思います。

**大工谷**：治療をしても効果が出ないのは、自分自身の技術の問題かもしれないのに、それを患者さんとかエビデンスのせいにするのは怖いことです。

## 理学療法のエビデンスとは?

**柴田**：理学療法にとって必要なのは、峰松さんがおっしゃられたように個別性を理解して、その人に応じた治療ができること。そのためには、先ほど話にも出たように、きちんと評価ができることが大事です。その先に、将来もっとたくさんのエビデンスが出てくると良いなと思うんです。臨床家は今出ているものも含めて、個別性の追求をもっと推し進めていき、研究者はそれにヒントを得て研究をさらに進めることで、とても質の高いエビデンスになって、理学療法全体がレベルアップしていく。レベルをどんどん上げていくためにはそのような作業が必要ではないかと思うのです。

**大工谷**：そのとおりです。そこまで踏み込むのが理学療法のエビデンスかなと思います。

そのためには症例報告、症例研究がすごく大事で、もっと症例報告を臨床の場から出していかないといけないと思っています。

理学療法ガイドラインをはじめとして、たくさんのガイドラインがありますが、ガイドラインを使う時には、そこで示されている効果をちゃんと見ないといけなくて、自分の介入によってガイドラインに書かれていることと同じ効果が得られたかどうかはきちんとチェックしないといけないと思います。効果が得られなかった時、原因を深掘りして、ガイドラインに沿ってやったけど、こんな事情でこんな結果だったから、これをやったらさらに良くなったみたいなものを症例報告でまとめれば、ガイドラインを作った価値もどんどん上がっていくのかなと思います。

**峰松**：一方で、診療報酬に関わるエビデンスになってくると、全国民に共通して言えるようなところっていう形にならざるを得ないのかなと思います。

**大工谷**：そうですね。診療報酬の場合は、制度上誰がやっても同じ報酬が発生するわけですから、効果があることに点数が付くのは当然だと思います。そう考えると、そういった最大公約数的な全国民に共通して言えるようなエビデンスを示していくこともとても大事です。これは、先ほど話したような本当に深めるべきエビデンスとは分けて考えないといけないと思いました。

**峰松**：症例報告や症例研究は大事ですね。士会の役員の立場で考えてみても、所属施設だけではなくて、近隣の施設で集まった症例検討会など、横のつながりができてくるといいと思います。施設間の差を埋めて会員の底上げができるようなシステムをつくりたいと考えています。

**柴田**：そのとおりですね。臨床家が自分の施設だけで臨床データを出そうと思っても、限界がありますよね。私ももっと病院間や地域で横のつながりを持って大規模な臨床研究ができると良いなと思います。

**大工谷**：理学療法の質の担保のためには、ただエビデンスがあることをやればいいわけじゃないですね。それはただの材料であって、僕らがそれをその人に合わせてどう使うかということの方が大事だと思います。そのためには、個人の努力だけでなく、横のつながりも大切だというご意見もありました。もっと業界全体がレベルアップしていけるような仕組みづくりも大切だと感じました。今日はお忙しい中どうもありがとうございました。

オンライン鼎談の様子

Guide Line

# 理学療法ガイドライン

## ガイドラインって何?

対象者に行われる重要度の高い医療行為について、検査測定や治療のエビデンス（科学的根拠）、それに伴う益（効果など）と害（リスクなど）のバランスなどを考慮して、対象者と医療者の協働による意思決定を支援するために最適と考えられる方法を「推奨」として提示する文書です。

## ガイドラインが誕生した背景

同じ病気や障害でも医療者や施設によって行う検査や治療が異なることがありますが、医療の質向上やアウトカム重視、効率化が求められる中、現段階で最も有効な治療法を、エビデンスをもとに示す必要性が広く求められたことにあります。

## 医療者にも対象者にも参考になるガイドライン

ガイドラインは、標準的と考えられる治療方針を最新のエビデンスに基づいてわかりやすくまとめたものです。医療者も対象者もガイドラインを読むことで、推奨されている治療を知ることができますので、治療内容をともに判断することが可能となります。

## ガイドラインのみが正解ではない!

ガイドラインは現時点でのエビデンスに基づくあくまで意見です。対象者にその治療を受けるべきと強制するものではありません。対象者のもつ多様な症状や障害、対象者の希望、経済状況（費用負担の限界）、医療者の経験知などによる判断が否定されるものではないことに留意が必要です。

理学療法ガイドライン第2版

## Flow 作成の流れ

**疾患の診療内容から重要な臨床的課題（クリニカルクエスチョン;CQ）を設定する**

**システマティックレビュー；SR**

- CQに関する研究論文をすべて収集する
- 関連性が強く、重要度の高いものを選んでまとめる
- SRのデータを量的にまとめ分析する（メタアナリシス；meta-analysis）

**システマティックレビュー**
CQに関する文献を検索式で定めた手順で検索・収集し、類似した研究を一定の基準で選択・評価を行ったうえで、統計学的な手法を用いてまとめる研究

**メタアナリシス**
統計的手法を用いて、データを量的に統合するもの

**ステートメントの作成** → **パブリックコメント**

**ステートメント**
システマティックレビューの情報をもとに専門家の意見をまとめたもの

**推奨の作成** → **パブリックコメント・外部評価委員による評価**

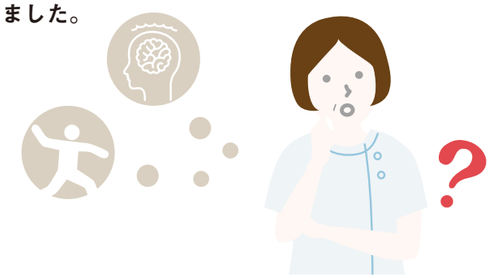
**推奨**
治療を実施するまたは実施しないことを推奨したり、複数の治療法のいずれかを推奨するもので、エビデンスレベルと推奨の強さが設定されます。作成にはエビデンスの確実性、益と害のバランス、患者の価値観と希望、経済的な視点が考慮されます。

**完成**

理学療法ガイドライン第2版の

## Category カテゴリーにはどんなものがある?

**21領域、41疾患・外傷について、CQ数195（推奨129、ステートメント66）で作成されました。**



| 疾患・領域 | CQ数 | 担当 |
|---|---|---|
| 脳卒中 | 22 | 日本神経理学療法学会 |
| 脊髄損傷 | 4 | |
| 神経難病 | 18 | |
| 脳性麻痺 | 6 | 日本小児理学療法学会 |
| 低出生体重児 | 6 | |
| 二分脊椎 | 2 | |
| 骨形成不全症 | 2 | |
| デュシェンヌ型筋ジストロフィー | 2 | |
| 頸部機能障害 | 10 | 日本運動器理学療法学会 |
| 背部機能障害 | 8 | |
| 肩関節機能障害 | 8 | |
| 肘関節機能障害 | 11 | |
| 手関節・手指機能障害 | 13 | |
| 股関節機能障害 | 8 | |
| 膝関節機能障害 | 12 | |
| 足関節・足部機能障害 | 4 | |
| 投球障害（肩・肘） | 17 | 日本スポーツ理学療法学会 |
| 膝前十字靱帯損傷 | 9 | |
| 足関節捻挫 | 3 | |
| 心血管障害 | 2 | 日本循環器理学療法学会 |
| 呼吸障害 | 10 | 日本呼吸理学療法学会 |
| 糖尿病障害 | 5 | 日本糖尿病理学療法学会 |
| 軽度認知障害 | 1 | 日本予防理学療法学会 |
| フレイル | 6 | |
| 地域 | 6 | 日本地域理学療法学会 |
| CQ数合計 | 195 | |

**図は例です。ガイドラインによって定義が異なるので注意しましょう。**

### エビデンスレベル

治療による効果を推定した際の確信（エビデンス）が、推奨を支持するうえでどの程度十分かを示す指標

| | | | |
|---|---|---|---|
| A（強） | 強く確信がある | C（弱） | 確信は限定的である |
| B（中） | 中程度の確信がある | D（とても弱い） | ほとんど確信できない |

### 推奨の強さ

治療を行った場合に対象者が受ける益と害のバランスの程度

| | | |
|---|---|---|
| 推奨する | 強い推奨 | 多くの場合で益が害を上回る。 |
| | 弱い推奨 | 益が害を上回ることが多いが、対象によっては逆もある。 |
| | 条件付き推奨 | ある条件を満たした場合に推奨するもの。 |
| 推奨しない（非推奨） | 弱い非推奨 | 害が益を上回ることが多いが、対象によっては逆もある。 |
| | 強い非推奨 | 多くの場合で害が益を上回る。 |

**特に弱い推奨の場合、治療によって得られる益は不確実ですので、理学療法士は治療を行うか対象者とよく相談して意思決定をする必要があります。**

# How to 活用術!!

ガイドラインは、臨床場面においてどのような治療（理学療法）を実施するのかを検討する際に使用するものです。

ガイドラインのCQは臨床場面で利用されるPICOを用いて設定されています。

## 1 まず、PICOを設定します。

### 活用の流れ

評価、情報収集、検査・測定
↓
統合と解釈
↓
目標設定
↓
治療計画の立案… PICO
↓
治療の実行

**P** Patients
（どのような対象者に）

詳細に設定すると既出のガイドラインに該当しない可能性が高くなりますので、共通する状態を設定します。
例）脳梗塞←該当しやすい
脳梗塞、右片麻痺・感覚障害あり←該当しにくい

**I** Interventions
（どのような理学療法を行うことが）

**C** Comparisons
（行わないこと、または異なる理学療法よりも）

行うか行わないかで比較することが多い。

**O** Outcomes
（有効・有用か、なりやすいか・なりにくいか、など）

効果を期待する指標やその測定法を設定します。
例：歩行能力（6MD）、呼吸機能、QOLなど

※PICOの設定はさまざまですので参考例となります。

## 2 設定したPICOに合致したガイドライン（推奨）を探して比較・解釈を行います。

1. PICOに設定した事項と合致しているか。
2. 推奨の強さ、エビデンスの強さはどうか。
3. 推奨の合意率（作成委員の意見に開きはあったか）
4. 益（良い面）と害（悪い面）のバランスはどうか。
5. 対象者の価値観や希望にかなっているか。
6. 必要なコスト（必要な機器などが高額とならないか）
7. 医療者自身がその治療を行える技量があるか。

## 3 ガイドライン（推奨）の解釈を踏まえて対象者と治療の選択を行います。

1. 対象者にとっての益と害および問題点（指標）の改善可能性
2. ガイドラインで示された治療法以外の選択肢
3. 対象者の希望や価値観、コスト

上記の情報を対象者と共有して意思決定を行い、治療を開始します。
適宜、益と害の効果判定を行いながら必要に応じて見直しを行います。

**一般に、益を過剰期待し、害を過少評価する傾向があります。**
**対象者の理解がないまま意思決定がされると「おまかせ」かつ「期待したほどではない」となるので理解度を確認しましょう。**

## ガイドラインの活用、そして新たな知見を見つける

ガイドラインに提示された治療を実践・活用いただき、
**ご自身が実施している治療のアウトカムと比較することが重要**です。
ガイドラインよりも高い効果を上げている治療があれば、その**データを集積し、関連学会での発表などで公開されることにより、対象者にとってより良い治療が普及**されていきます。

## ガイドラインのこれから

理学療法ガイドラインは2022年4月に著作権が一般社団法人日本理学療法学会連合へ譲渡されました。
また、発行1年後には第2版オンライン版は広く一般に公開される予定となっており、
その後、**Mindsガイドラインライブラリ（公益財団法人日本医療機能評価機構）へも掲載される見込み**となっています。
近年、ガイドラインで示された事項が診療報酬の要件となる傾向にあります。
エビデンスの集積そして対象者にとって有益な治療がさらに展開されるとともに、診療報酬においても評価されるよう
**多くの理学療法士がガイドラインを活用していただけるようお願いいたします。**

## CHECK

理学療法ガイドライン第2版は、書籍（医学書院）のほか会員マイページからも会員限定オンライン版が閲覧できます。
オンライン版は書籍版の内容に加え、推奨作成の経過などAGREEⅡ※で示されている内容を網羅した詳細版となっています。
また、明日への提言では今後の課題を、Future Research Questionでは将来の研究内容を掲載しています。

### ※AGREEⅡとは

**ガイドラインの質のばらつきを評価するツール**であり、作成過程の不偏性を担保するための指標です。
例えば、推奨作成の方法が明確である、専門家による外部評価がなされている、推奨を支持するエビデンスが明確であるなど6領域23項目から構成されます。

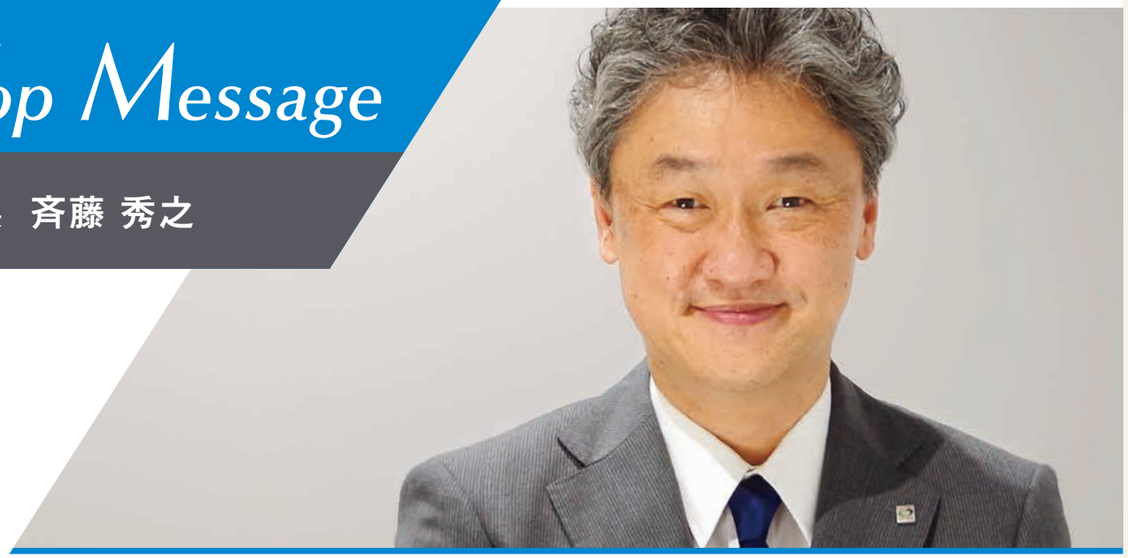
Background Question、明日への提言、Future Research Questionが読めるのはWEB版だけです!

マイページ ▶ 会員限定コンテンツ ▶ 協会運営・資料一覧 ▶ 資料一覧 ▶ 理学療法ガイドライン（第2版）

https://mypage.japanpt.or.jp/mypage/login ▶▶▶

# Top Message

会長　斉藤 秀之



## 質の担保

スポーツ庁から任期付職員の採用のお知らせが7月26日付けで発出された。職名は文部科学事務官（スポーツ庁健康スポーツ課専門職）とあり、応募資格は「日本国籍を有し、大学卒業以上で、運動指導又は運動療法に関連する資格を有する者。かつ、地方公共団体、民間企業・研究機関等におけるスポーツ・健康に関するプロジェクトマネジメント、コンサルティング、調査研究、事業企画・実施等のいずれかに係る職務経験を3年以上有している」というものである。この応募資格にある運動指導又は運動療法に関連する資格として「理学療法士」が例示された。私が知る限りスポーツ庁における理学療法士を明確に対象とした民間人材の公募は初である。この事実は、理学療法の質や本会の歴史を鑑みても、大変喜ばしい出来事と評価するものである。同時にわが国においてスポーツという分野で理学療法が担保される契機となることを多いに期待する。

任用後に想定される業務として「医学的観点によるコンディショニングや運動療法等の介入」、「安全かつ効果的な運動・スポーツの実施環境の整備に関する方策の検証等」、「障害者スポーツの指導者養成に資するための障害者の動作能力等に考慮したマニュアル等の検討・作成」等が記載されている。

これら想定される業務は、スポーツ政策の中核で検討された理学療法というシーズにマッチングした業務であり、質の担保が示されたスポーツ理学療法の今後の進路が明示され、学会・協会をあげて取り組むべき方向性である。

自分がやりたい、行いたい、というウォンツではなく、むしろ国民のニーズと向き合い、その解決に積極果敢に挑むことで、質の担保がより強固となる。そのためにはさまざまな研鑽の積み重ねが重要であることは言うまでもないが、世界理学療法連盟が表明している「生活（人生）の質や動きのポテンシャルを見極め、また最大化すること」という理学療法の本質を、質の担保の背骨として各自が研鑽の目標とすることを提言する。

＊参考：2023年度予算概算要求に向けた要望を6月27日、スポーツ庁長官宛に提出しました。
（https://www.japanpt.or.jp/info/20220629_683.html）



## 理学療法士をとりまく いろいろ

### Vol. 16　動き出している! トリプル改定

令和6（2024）年度は、医療保険、介護保険、障害福祉サービスのトリプル改定年度です。すでに厚生労働省におきましては、経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）等の閣議決定等に基づき、社会保障審議会におきまして、報酬改定の基本方針を定めるための議論が少しずつ動き出しています。

また、厚生労働省の委託で実施される調査研究事業（報酬改定のエビデンスの構築）も盛んに行われ、斉藤会長をはじめ、本会役員や本会推薦の会員が膨大な資料を丁寧に確認しながら、重要な協議に臨んでいます。近年は、ガイドラインなどに示されるエビデンスは、報酬改定の俎上に載るためには必須となっています。会員の皆さまの学術活動がさらに推進され、職能的エビデンスが構築されることが、臨床現場にとっても重要になっています。

そして、本会におきましては、9月3日に臨時の役員会議が開催され、斉藤会長をトップとする「令和6年度報酬改定対策強化推進本部」を設置することが決定しました。

さらに10月には、協会指定管理者と学会連合等の有識者で構成する報酬毎の検討会（構成員、聴講者含め総勢約265名の会員で構成）を本格的に開始する予定です。

国民の健康と幸福を実現し、会員の誇りを守るため、本会では引き続き丁寧に準備を重ね、トリプル改定に取り組んで参ります。

マイページ > 会員限定コンテンツ > 政治・渉外活動 > 報酬改定
https://mypage.japanpt.or.jp/mypage/login

## 仕事を守る、生活を守る 理学療法士と 政治活動

国政や地方議会で活躍する理学療法士や、連盟を含めいろいろな形で政治活動を行っている理学療法士に登場いただき、業界を取りまくさまざまな課題やその解決に向けた取り組みを紹介いただきます。

理学療法士は、国家資格を有する医療専門職であり、その資格や業務の内容については「理学療法士及び作業療法士法（法律第137号）」において定められています。医療専門職であること、国家資格により身分が規定されていることなどから、私達自身の職域も処遇も守られているのだとの何の根拠もない安心感が端々まで蔓延しています。

わが国におけるリハビリテーション医療の発展は、高度経済成長を背景とした産業・交通外傷の増加、生活習慣病等、疾病構造の変化による社会的ニーズの高まりによって支えられ、さらにその後に続く超高齢社会到来による追い風を受けて発展してきました。それに伴って養成数も増加の一途を辿り、現在では養成校数279校、一学年定員14,574名に及び、毎年9千人～1万人前後の新人理学療法士が誕生しています。わが国の総人口が大きく減少局面にあることを考えると、供給量の調整は今後必然となるでしょう。また、質の面についてもすでに「理学療法士・作業療法士需給分科会」において懸念が示されるなど、わが国の理学療法士養成課程全般にわたって将来を見据えた抜本的検討を必要とする状況にあります。

いかがでしょうか。ただ供給量の問題を取り上げただけでも多少の危機感を感じていただけたのではないでしょうか。いかに国家資格とは言え、国はその生活までは守ってくれませんし、ましてや私達が何となく抱いている処方権者たる医師への依存、これも全くの幻想であることはこれまでの歴史が証明しています。

私達は社会的ニーズに守られてこれまでの地位を築いてきたのです。社会的ニーズが低下すれば私達の仕事や生活を守るものはないと言っても過言ではありません。では、社会的ニーズを高めていくためにはどうすればいいのでしょうか。もちろん、理学療法士の価値を広く知らしめること、高めること、広げることが必要ですが、加えて制度や仕組みへの働きかけが重要になります。

（次号へつづく）

**小川 かつみ**

1951年、福岡県北九州市生まれ。1973年、九州リハビリテーション大学校卒業。熊本県理学療法士会会長、日本理学療法士協会副会長などを歴任。2016年、参議院議員通常選挙にて初当選。2020年、参議院厚生労働委員会委員長、自民党厚生労働部会副部会長。現在、日本理学療法士協会理事などを務める。

**事務局からのお詫び**　前号JPTA NEWS338（2022年8月）号において、13頁「理学療法士議員 小川かつみ国会を走る！」内に誤字がございました。この場をお借りして皆さまに深くお詫び申し上げます。（誤：安部晋三元総理　→　正：安倍晋三元総理）

本コーナー「生涯現役」では、生涯現役で活躍する先達から会員の皆さまへメッセージを募集しております。
お問い合せ先：JPTA NEWS担当 news@japanpt.or.jp

# 生涯現役

門脇 明仁（かどわき あきひと）
平和会吉田病院
一般科リハビリテーション室


Akihito Kadowaki
1956年高知県生まれ。21歳高知リハビリテーション学院を卒業し奈良県立奈良病院に就職。37歳奈良県理学療法士会会長に就任。士会法人化や奈良県理学療法士学会、近畿理学療法学術大会、全国研修会を担当。60歳定年退職、縁あって平和会吉田病院に再就職。

最近の趣味はキャンプや歴史巡りです。出雲の古代遺跡、朝倉遺跡や関ケ原古戦場など当時をしのびながら歩くのは想像力をかき立て大好きです。

## 気づきと興味がセカンドキャリアを育んだ

1977年21歳、初めて就職した頃に亡き母は「息子はビリビリテーションの仕事をしている」と周囲に話をしていました。この時代はそんな認識でしたし、当時の私もよくわからないまま仕事をしていました。後に学生実習指導を受けるのですが、自身のあまりの知識のなさを恥じ入りました。そこで奮起して勉強すると、知識が深まることの楽しさや知識がつながった時のおもしろさがありました。その気づきがスタートでした。幸いに就職した病院はさまざまな疾患の患者さんがおられ、高度急性期からの理学療法士の役割を学びました。

43歳、放送大学教養学部に入学。学びがおもしろいとの気づきが後を押し入学しました。4年間の通信教育や対面授業で学問の広さと深さに触れ、多くの興味がわきました。これがその後の仕事や歴史巡りなどの趣味活動を広げました。

60歳定年退職後、平和会吉田病院に再就職し現在に至っています。ここは在宅生活に向けて徹底的に患者さんをフォローする、面倒見のよい病院です。前職では自宅退院を視野に入れることは少なく、多くの患者さんが転院する病院でした。吉田病院の在宅に向けた退院前カンファレンス、退院前在宅訪問、訪問看護ステーションからのリハビリ訪問などは、私にとって興味津々の世界です。なるほど、こんな考え方があるのか。私の定型的思考を修正してくれる若いスタッフからの指摘もありがたいです。前職で高度急性期医療からの理学療法士の役割を学び、現職ではリハビリの集大成とも言える在宅生活への理学療法を学んでいます。これまでの気づきと興味は、私のセカンドキャリアを育んでいると感じています。

コツコツ学ぼう！

## 登録理学療法士 更新ポイント 問題解答

登録理学療法士の更新ポイントの取得要件の一つに、JPTA NEWSの問題解答があります。全問正解で、1ポイント取得できます！
登録理学療法士の方は、更新資料をご確認のうえ、右記のQRコードを会員専用アプリで読み込んで、ぜひチャレンジしてみてください！

カリキュラムコード　111 消化器疾患　回答期限は12月19日まで

マイページ内のeラーニング画面からもご回答いただけます。セミナー番号「102561」でお申し込みください。
手順については、下記ページ「問題解答の概要」資料をご確認ください。
※解答後、2～3日以内にマイページ内の履修状況へ反映されます。

**登録理学療法士制度の概要はこちら** ▶ https://www.japanpt.or.jp/pt/lifelonglearning/new/registered/
コツコツ学ぼう！登録理学療法士更新ポイントに関するお問い合せは、本会ホームページ FAQからお願いいたします。



# INFORMATION

## 異動・休会・復会・退会等の手続きについて

会員数 137,065名 2022年9月30日現在 ＊休会者含む

ご登録内容に変更が生じた場合は、日本理学療法士協会（以下、本会）ホームページ内の【マイページ】へログインし、Web 申請にて各種手続きをお願いいたします。
トラブル防止のため、電話・メール・FAX による各種申請は受け付けておりません。
〈参考URL〉https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/member/
＊ Web 環境がない場合は、本会事務局（TEL：03-6804-1421）へお問い合せください。

### 異　動

**所属施設の変更・自宅住所の変更等により会員登録内容に変更が生じた場合は、**
**マイページの【登録内容の変更・確認】➡【本人情報の確認・更新】より、次の通りお手続きください。**

所属施設の変更：【主たる所属先変更】より、異動申請手続きを行ってください。
自宅住所の変更：所属施設の登録がある方は【自宅情報変更】より、お手続きください。お手続き後、即時変更可能です。
所属施設の登録がない方は【自宅情報変更・所属先追加】より、異動申請手続きを行ってください。

（注）・【就労（学）状況】の入力欄は、非常勤勤務の方も、ご所属施設がある場合には【働いている】をご選択ください。
・海外会員に登録される場合は、会費の支払い方法について確認させていただきますので事前に本会事務局へご連絡ください。
なお、帰国後は必ず都道府県理学療法士会に所属しなければなりません。
・施設移転等による施設情報の変更は、施設会員代表者、または施設会員代表者代理に割り当てられた方のみご変更が可能です。
施設会員代表者様は【マイページ】へログインしていただき、【登録内容の変更・確認】➡【施設情報管理】よりお手続きください。

### 休　会　・　退　会

**マイページの【登録内容の変更・確認】➡【本人情報の確認・更新】➡【休会申請する】または【退会申請する】よりお手続きください。**
**申請受理後、下記の権利が停止となります。**

休会中ならびに退会後は下記の権利が停止となります。

- 各種研修会・学会等への会員価格での参加
（非会員価格での参加となり、会員対象の研修会への参加はできません）
- 理学療法士賠償責任保険への加入（全員加入・任意加入）
- 役員候補者選挙および代議員選挙の選挙権、被選挙権
- 各種学会への無料での演題登録
- 会報誌「JPTA NEWS」の発送
- 福利厚生サービス「クラブオフ」の利用　など

（注）・休会期間は4月1日から翌年 3月31日までです。年度途中の休会も満了日は3月31日となります。
ただし、1月1日～3月31日の間に申請が行われた場合は、ご申請日または4月1日から翌年3 月31日を休会期間とします。
・休会期間満了時までに必ず復会/休会継続/退会いずれかの手続きをお願いします。休会継続をご希望の場合は、休会継続申請受付期間（1月1日～3月31日）にご申請ください。
・休会期間満了時までに手続きがない場合は、規定により退会となりますのでご留意ください。
退会後、生涯学習履修履歴は無効となり、取得した資格も失効します。再入会時には再履修・再取得が必要です。
・休会中に所属施設が変更、もしくは自宅住所が変更となった場合は、上記、【異動】の手順に沿ってお手続きください。
・年度途中の申請の場合、納入済の当年度年会費はご返金いたしかねます。
（注）・退会日は退会申請を行った日となります。退会後、生涯学習履修履歴は無効となり、取得した資格も失効します。再入会時には再履修・再取得が必要です。
・納入済の当年度年会費はご返金いたしかねます。
・退会される場合は、会員証を速やかに破棄してください。

### 復　会

休会中の会員が復会を希望する場合は、マイページの【登録内容の変更・確認】➡【本人情報の確認・更新】➡【復会申請する】よりお手続きください。

### 会　費　割　引（育児休業・シニア・海外）

マイページの【お支払い管理】➡【会費割引申請】よりお手続きください。2023年度年会費が割引適用となります。

### マイページのログインID・パスワードの再発行

マイページへログインできない場合は、マイページログイン画面下の「ログインできない方はこちら」より、ID・パスワードの再発行申請をお願いします。
〈参考URL〉https://www.japanpt.or.jp/inquiry/faq/mypage/system20002.html
（注）お電話によるID・PWのご照会は行っておりません。

### マイページ専用アプリ導入のお知らせ

2022年5月中旬に、会員マイページ専用アプリをリリースしました。会員専用アプリでは、マイページへのオートログインやQRコード読取機能による研修会参加受付が可能になるほか、協会・士会からのお知らせがプッシュ通知で受信できます。
ぜひ、アプリをダウンロードのうえ、ご活用ください。

※会員マイページ専用アプリに関する詳細は下記よりご確認いただけます。
参考URL　https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/newsystem/

### クラブオフについて

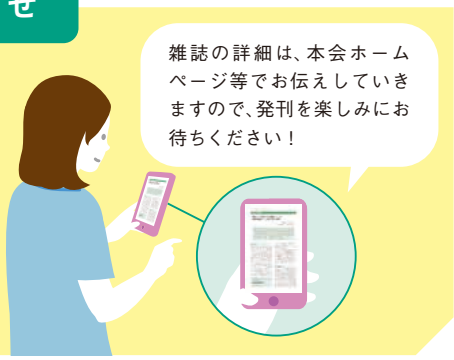
＼ 行楽の秋　レンタカーで出かけよう♪ ／
オリックスレンタカー
特別プラン 基本料金より 最大55%OFF
その他、ニッポンレンタカーや日産レンタカーの優待もございます。
ORIX Rent-A-Car　オリックス レンタカー
◎その他サービスの詳細はWebで検索
理学療法士協会　クラブオフ　検索

# HOT TOPICS

## 『日本理学療法士協会雑誌 Up to Date』の発刊のお知らせ

2023年2月！新たな機関誌がオンライン発刊されます！これからの理学療法士協会を背負ってゆく若い世代の会員が読んでおもしろく感じてもらえるような、経験を積んだ会員には今さら聞けないことを知る良い機会になるような、そんな人間味あふれる雑誌になることを目指し、発刊の準備を進めています。

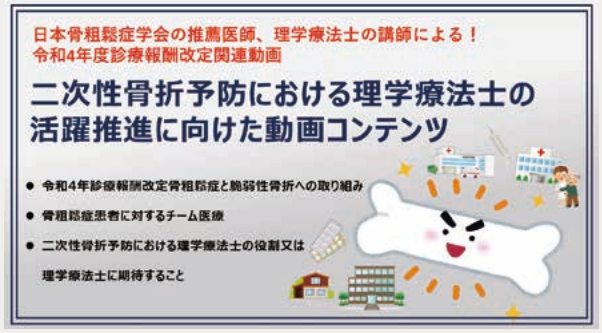
幅広い世代の会員に親しんでいただけるよう、図やイラストだけでなく、動画を多く盛り込んでいるオンライン雑誌であることが最大の特徴です。スキマ時間にスマートフォンやタブレットでいつでも気軽にお読みいただけます。




## 令和４年度診療報酬改定を踏まえた職能研修動画 続々公開中！

現在は、二次性骨折予防、生活習慣病管理料、NICU等における理学療法の推進、糖尿病足病変、小児特定集中治療室管理料に関する動画コンテンツを公開しています。ぜひご覧いただき、皆さまの日々の臨床にお役立てください。

お申込は不要で会員限定コンテンツよりご視聴いただけます！！




会員限定コンテンツ ▶ 職能事業 ▶ 協会指定職能研修会 ▶ 社会保障制度の普及啓発

https://mypage.japanpt.or.jp/mypage/login

## 各種保険のご案内

本会では会員の福利厚生の一環として、以下の保険を取り揃えています。

**・理学療法士賠償責任保険**

会員が安心して業務に専念できるように賠償責任リスクから守る保険です。上乗せ補償プランもご用意しています。

**・医療保険**

医療費負担に備える保険です。

**・がん保険**

がん治療を幅広くまとめて保障するがん保険です。

**・介護保険**

「仕事と介護」の両立をサポートする保険です。HPに紹介動画をご用意しています。

いずれの保険も在会会員の方であることが加入条件です。保険の詳細につきましては、本会ホームページならびにマイページ内にパンフレット等ご用意していますので、そちらをご参照ください。

会員限定コンテンツ ▶ 会員向けサービス ▶ 理学療法賠償責任保険／団体保険

https://mypage.japanpt.or.jp/mypage/login

**マイページ（会員限定コンテンツ）へのアクセスはこちらから。**

公益社団法人
日本理学療法士協会
JPTA Japanese Physical Therapy Association

公益社団法人 日本理学療法士協会会報誌　号数：No.339
発行日：2022年10月20日

発行人：公益社団法人 日本理学療法士協会
〒106-0032　東京都港区六本木七丁目11番10号
TEL：03-5843-1747　FAX：03-5843-1748

代表：斉藤秀之
編集：日本理学療法士協会 事務局
本会HP：https://www.japanpt.or.jp

HPへアクセス