

第3回検討会の主なご意見

1. 単位数の引上げ、最履修時間数の設定について

- 「高齢者及び競技者の生理学的特徴・変化」については、しっかり区別するなら細野先生の2単位30時間でこの2つをやるというのでどうでしょうか。高齢者だけで全部終わっても困りますので、高齢者も1単位、アスリートも1単位。
- 「柔道整復術適応」については、医学のほうでも物すごく重要な課題になっているの。肝硬変というのはどんな病気かというのは知っているが、体がだるいという患者さんが来て、そのときに肝硬変が頭に浮かぶのか。単なる風邪なのか。患者さんの症状からいって、これが自分の手に負えるのか負えないのかというのを判断するのは、病気の知識とはまた別の思考能力。これはしっかり教えないと、大きく言うと、ひいては大きな事故にもつながりかねないし、大事なところ。
- もともと整形外科、外科等の一般臨床という中で病態や疾患について学習をしており、国家試験にも出ている。そういう意味では120時間の増は多い。
- 医師で言えば内科診断学であり、講義というより実習に近いようなことを行っている。これはとても大事なことだと思うので、120時間は必要でないにしても、しっかり行う必要があるということを示すために別建てにするのがいいと思う。今、整形外科、外科学、臨床で行っているからいいのではなく、教育をシフトしなければいけないということを示すためにも、きちんと2単位にして、60時間が多いなら30時間にしてでも、2単位しっかり行わなければいけないという意味として出すべき。それが多過ぎるのなら、整形外科学や外科学のほうを少し減らせばいいのではないか。
- この部分では、柔道整復術、施術の適否の臨床的判定のところ、画像を読む能力という内容で、我々がレントゲンを撮るとか、そういった意味では全くなくて、超音波観察装置いわゆるエコーだとかそうしたものの判断で、臨床的にどういう状態であるかという部分をきっちり見きわめる能力が必要だと思う。ここでは、柔道整復術の特徴である部分で、来られる患者さんの

適否をきっちり見きわめる、判定ができる講義に絞ったほうがいいと思う。

- 専門基礎分野を2単位30時間、専門分野を2単位30時間。内容的には専門基礎分野は座学中心で、整形や外科の先生が臨床推論というのはどうということかとか、どういうふうに考えていくのかというようなことを、多少参加型のものを含めて入れる。専門分野は現場でこんな症例がいた、君ならどうしたらいいかと。実はこれが送らなかつたら次の日に救急車で運ばれたとか、そういうのを見ながらグループワークをするのを中心みたいなイメージだと思う。
- 「保険の仕組み」については、1単位例えば15時間ということになると、教える内容がどうしても金銭の話になってしまうのではないかと危惧をしている。制度とか考え方ということだけで15時間を維持するのは難しい。時間を長くともうと思うと、事務的な金銭の計算を教える話になってしまうので、半分ぐらいの時間でもいいのではないかとということで、「職業倫理」とあわせて1単位15時間というのが考え方。
- ぜひ柔道整復師の方にきちっと身につけていただきたいことは、日本全体の医療費がどうなっていて、そしてそれが今後どのような予測があって、人口構成がどうで、先々の医療提供はどうなるのかということについて、柔道整復の方にも早い時期にしっかりそのことを考えていただくということは大事であり、そろばん勘定の話をするということでは決してなくて、まず全体の医療のありようを理解し、その中で柔道整復師の方が担う役割はどのようなことなのかということをしつかり学んでいただきたい。それで、医療制度の中で特に受領委任払いについての知識は正確に早い段階から持っていただければいいことで、それをどのように請求するかというような技術的な話をしていただくわけではないと思う。実習の段階でも実務を身につけるといいうことも大事ですが、どうしたら収益が上がるかとか、そういう話では決してない。
- もう一つの倫理というと、法律とかかたい話のように思うのですか、日常の倫理をディスカッションしてほしい。それだけで患者さんの対応は違います。現場のリアルケースですね。上のケースとも合うのですが、倫理的な問題で、お支払いができない人が来たときにどうするのかとか、そんなことまで考えてほしいなと思うので、そういう意味で、1単位・1単位の15時間・15時間でいかがでしょうか。事項としては「医療経済並びに保険の仕組み」

くらいがいいかもしれない。

- 細野先生の案から「柔道整復術適応」が専門基礎、専門を合わせて60時間で30時間増え、「職業倫理」が15時間増えて、合計45時間増えて、2,795時間ということか。
- 増加分の単位数は、既存の単位から削減を考える。そこは、細野先生に提案いただいて、2,750時間から2,825時間の間で次回検討するが、2,750時間に近いところになるのではないか。
- 新たに追加するカリキュラムを規定する際には、今回追加するものを「教育内容」として独立した項目をつくることはできないか。
- 放送大学は経験をしておりまして、自分で15時間の放送を全部見て、さらに教科書がありますので、それを勉強して、なかなか内容は濃いものがありますし、勉強するのは大変だったという経験があります。ああいうものが柔道整復師なるものとして身につけてくれば、非常に質の向上といえますか、質を担保する意味でいいのかなというのが私の考えであります。
- 問題は、予想される数がある程度言わないと、放送大学もコンテンツをつくったけれども、見る人がいないではまずい。
- 基礎単位14単位の半分が最大だと思う。
- 真面目にやらない人は確実に単位がとれない仕組みをつくっておけば、科目によっては認めてもいいのでは。
- その担保がなかなか難しいかもしれない。
- 放送大学の都合もすり合わせなければいけないが、准看護師から看護師になる2年課程の通信制の場合は、通信だけで、あとはスクーリングをやっている。医療職で通信制を行っているのは2年課程だけ。御提案のように、基礎の部分で、単位を互換性にして、放送大学で取得した単位を認めるかどうかということだろうと思う。
医療にかかわる、例えば専門基礎とか専門分野を放送でやるのはとても難しいだろうと思いますので、単位の互換の問題ということになるから、既存

の放送大学のどこかのカリキュラムの一部をここに流用できるか、単位を互換できるか、そういう議論になる。

2. 臨床実習について

- 養成施設以外の臨床実習の件について、日本柔道整復師会では実習する学生1グループが2～3名で終日6日間受け入れ可能な施術所、施術管理者と勤務柔整師が2名の計3名以上の施術所、開業歴5年以上、1日の来院数が30名以上の施術所の4要件で47都道府県を調査した。

ところが、勤務する柔整師が3人以上いる施術所というのは非常に少なく、日本柔道整復師会会員が1万7千弱なのですが、千施設前後になりまして、その要件を2人にした場合の調査がまだできていない。養成施設の1学年5千名として、1人グループ2人としますと3千施設ぐらい必要かと思う。それも都道府県別のことも考えないといけない。資料として今回提出させていたかどうかと思ったが、整理ができていなくて申し訳ない。

それと、試験財団の卒後臨床研修を実施する施設が5,363施設、接骨医学会で認定柔道整復師の研修を受けた人が約600名いる。早急に提出できるよう調査している。

- 45時間の受入れを念頭に置いていいのか。1施設で4時間とかしか受入れていただけなかったりすると全然足りない。1単位45時間分をどうやって維持、教育しようということで、学校協会でも非常に大変だという話が出ている。接骨院で受入れていただける施設数が多ければ多いほどいいが、1施設で2人を45時間受入れるというのは難しい話なので、その辺が心配。
- 学生がこれだけいるため、研修施設の要件を緩くしたりするというのが思考の流れではなく、まず患者がいて、患者が施術を受けるから、これだけの施術所が今世の中にあり、それに合うだけの学生を育てるべきである。要するに、実習施設がないくらい学生をとるのはやめたらという考えもある。
- 臨床実習1単位というのは、例えば医学部の場合だと通常35時間なので、45時間全部臨床実習をしなければ1単位と認めないという方針なのか。
臨床実習をして、いろいろな経験をまとめてポートフォリオをつくるのかもしれませんが、それを含めた上で1単位を45学習時間と考えるのが普通で、通常の医学部は35時間で臨床実習1単位と考えているので、その辺は統一しないと、5日なのか6日なのかということは実習施設を割り出すのに

大きなことになる。

また、施術管理者がいるという条件がないと、保険診療をしているところで、学校で習った受領委任払いの話のところを施術所でちゃんと確かめていくということにならないので、追加していただきたい。

- 臨床実習を今度拡充するに当たって、内容はどういうふうが増えて、到達目標はどこにあるのかというところが、まだ見えていないので、そこがはっきりして、それによってどこで実習するのが一番ふさわしいかという議論になるのではないか。

3. 専任教員について

- 専任教員の見直しについて、現状は専門分野の全部と、専門基礎分野の中の「保険医療福祉と柔道整復の理念」がいわゆる専科教員の教授範囲であり、それ以外の専門基礎分野で「人体の構造と機能」、「疾病と傷害」、この分野については医師または大学の教員という縛りになっているので、他職種のように見直してはどうか。

- 要するに、専門基礎分野というのが、もともと解剖学、生理学、運動学、病理学、公衆衛生学、一般臨床、外科、整形外科、リハビリテーション医学、という科目からなっていたので、医師が教えるという形になっている。

問題は、この指定規則は医師という規定だけで、例えば医学部の教授、助教授、講師という規定がない。そうすると、医師でない解剖の教授は教育できない。その辺も現実に合わせて、医学部の教授、助教授、助教とか、専門分野の、そういうことも明記したほうが良いと思う。

専門基礎分野にどういう教育内容が含まれるかということが今後問題になってくると思います。例えばリハビリテーション医学の中に機能訓練みたいな領域が入ってくる可能性がある。機能訓練のことを大学のリハビリテーションの教授にお願いするのかというと、それが本当に適切かという話は出てくる。そういう意味で、専任教員が何を教えることができるかというのは、専門基礎分野の中でどういう教育内容が含まれるかを列記しないと決まらない。

- 現状追認とはいえ、余りがちがちに書いても、医学部の基礎分野は医師でない人が半数を超えた。ほかの業種を見ても、「それ相当の経験を有する者」であることとか。

- 医師以外でなくてもいい。大学の助手経験で3年以上という規定がある。
- 専門分野の専任教員の要件であって、柔整の免許を有する者の要件として、現行の「3年以上の実務に従事」から「5年以上の実務に従事」に改正してはどうかについては、5年が終わってから講習に半年行くと、現実には卒後6年になり、開業してしまう。
4年目で講習を受けられるという形にすれば、今よりも実質的には1年半延びることで済む。
- 医師の指導者講習も、臨床経験7年以上だけど、7年より前に講習会だけは受けていい。7年たったなら指導医になれるというルールだったと思うので、講習会を3年目あるいは4年目で受けて、5年の実務が完了した時点で、講習会も受けているからその時点で教員になれる。そんなところが妥当なところかなと思う。そうすると、2年間かけて講習を受けることも可能ですので、受けやすいかと思う。

4. その他について

- 臨床実習の指導者の資格認定という作業にどれくらい時間がかかるか。例えば来年から始めるとしても、プログラムの内容とか時間数とか、チーフタスクフォースは誰にするとか、そういったものも決めなければいけないし、今度それを実施しなければいけない。そして、学生が多分2年生ぐらいになると、臨床実習が始まってしまうのではないかと思う。2年から始まる可能性があるということ、それと同時に、臨床実習のプログラムをどう立てるかということも考えないといけないので、そこが心配。
- とりあえず5年以上の実務経験がある者にしておいて、その者はできるだけ速やかに講習会を受けることという移行措置をして、2～3年後を目途に、講習会を受けてないと駄目という移行措置をつくるのだろうと思う。実習そのものを先延ばしにするのはやめたほうがいい。もし施設さえ整えば、30年入学の人はちゃんとした実習をやったほうがいい。