



Presented by EzoPT 代表 北海道の理学療法士__カズ__

初版：2018 年 12 月

臨床実習ガイド



I. 臨床実習のポイント

◆臨床実習の心得

- ① RPT はあれこれと端から指図しない。学生の積極性をもって実習内容が決まる。
- ② 学生である前に、病院に来た以上は患者にとっては職員と同じ。
- ③ 実習時間を有効に活用し、書き物や調べ物は実習の時間内で行おう。ただし、臨床実習に来ているという大前提を忘れてはならない（現場でしか学べないことがある）。
- ④ 休憩時間や日常など積極的にスタッフと会話をしよう。学生だけで盛り上がらないように！
- ⑤ 理学療法士はなんだかんだ体育会系【挨拶、笑顔、報連相】が大前提。
- ⑥ 家に帰ってから考えようは負のスパイラルの入り口。学生が家に持ち帰ったって、考えられる範囲は限られている。答えはなるべく病院にいる間に見つけよう。
- ⑦ SV の特徴をつかもう。前の実習と同じように対応すると痛い目に…
- ⑧ メモ書きはなるべく詳しく（単語だけ書いていても、持ち帰ってから、「あれ？これなんだっけ？」ってなる。
- ⑨ 家でのまとめ作業の計画はまずは【寝る時間】から決める。あとは逆算してスケジュールを立てる。



理学療法士である前に社会人としての自覚を持つのが大事

□ § 見学実習（1～2年生）の心得

- ① 自分が今まで思っていた理学療法士像と本来の理学療法士像とのギャップを見つける。
- ② 見学している内容の中で授業で習った基礎座学がどのように使われているかを見つける。
（生理学・運動学・物理学 etc..）
- ③ 最も評価されるものは、社会性。理学療法士としての適応能力。
- ④ 会話の中から情報収集をする技術を身につける。

§ 検査測定実習（主に2年生）の心得

- ① 実習前に健常人相手には評価手技を正しく遂行できるようにしておく
- ② 代償動作や評価の注意点などを抑えておく
- ③ なんのためにその評価を行わなければいけないか？を考えるトレーニングをしておく
- ④ 検査実習を行わせていただく患者さんに感謝を忘れない。
- ⑤ 最低限実習前までにトランスファや歩行介助などは練習しておく

§ 評価実習・治療実習（３～４年生）

- ① この人がなぜ入院しているか？この人がなぜお家に帰れないか？を考えるように心がける
- ② この人がお家に帰れない理由を増幅させている能力障害を考える
- ③ お家に帰れない理由を増幅させている能力障害を起こす機能障害を考える
- ④ 早く帰るためには、どんな事を手伝ってもらえばお家に帰れるか？を考える。
- ⑤ 手助けしてくれる人はいるのか？日中は一人きり？専業主婦とか誰と住んでる？（家族歴）
- ⑥ この人の寝室は何階？階段にてすりはある？お風呂は？トイレは？外階段あったら、階段が昇降できないと家に入ることすら出来ないよね？（家屋情報）



どうしてお家に帰れないか？
どうしたらお家に帰れるか？
頼るものはあるのか？

評価実習・治療実習の思考過程

＜Section 1＞

1. まず、全体像（人間像、障害像を含む）を捉える。人間の基本ベースは「生活」です。病前の生活はどうだったか？現在の生活はどうなのか？できるかぎり詳しく、第一印象は全体像の中に含まれる。
2. 生活（活動・動作）は ①精神活動があって初めてなし得る物であって ②動作が必ず出現します。
3. 以上の事をふまえると、ADLと動作観察・分析から行なうのがよいでしょう。

※ どの程度動ける方なのかは初日にスクリーニングテスト※¹を行う。

常にどこに問題点があるのかを頭の片隅に置きながら評価を進めていくことが大切です。

4. 問題点を頭に浮かべながら…Disability level・Activity limitation から問題点の仮説を立てる事をおすすめします。

＜Section 2＞

1. 対象者から離れての見学は慎みましょう（あえて離れてみるべき時も有りますが）。そして全てのことに疑問を持って勉強して下さい。
2. 見学したことについて実習日誌に簡潔に記載し、質問や疑問を加えましょう。
3. 担当セラピストが治療中に見学する場合、その旨を患者とセラピストに伝えてから見学や手伝いをしてください

※質問や疑問が思いつかない実習生

- ・自分で解決していないか？

目の前で大腿四頭筋のトレーニングをしている！←本当にトレーニング？

あれは上腕二頭筋のマッサージをしている！←本当にマッサージ？

- ・疑問が浮かぶほど勉強や練習をしていない。

評価の練習をしていて、難しいこととかなかった？

教科書読んでわからないとことなかった？

→せっかく臨床家の見学をしているのだから日々の疑問を投げつけてみよう。

- ・理学療法士のやっていることが正しいと信じ込まない。

→説明してくれたことがわからなかったら「なぜ？」「わかりません。」と言ってみる勇氣も大事

◁Section 3 学生の評価について

バイザーが学生を評価するにあたり、何を評価するかというと ①現時点での達成度、②実習中の伸び具合の2点です。自分の実力に奢らず、また気を落とさずに努力してください。そこを評価します。

◁Section 4 情報収集

相手が能動的に動かなければならないような言葉は使わない。「貸してください」など。カルテを長い時間独占してはいけない。せいぜい10分が限度でしょう。とりあえず書き写してきて後から理解するくらいの勢いで。1度では理解することが難しいかも。2～3度見てみて理解不能であればバイザーに質問。カルテは暇な時間を狙って。スタッフにきいてみてください。

参考

1. 動作が絡む評価について

- ・歩行、移動動作
- ・起居動作
- ・ADL 動作

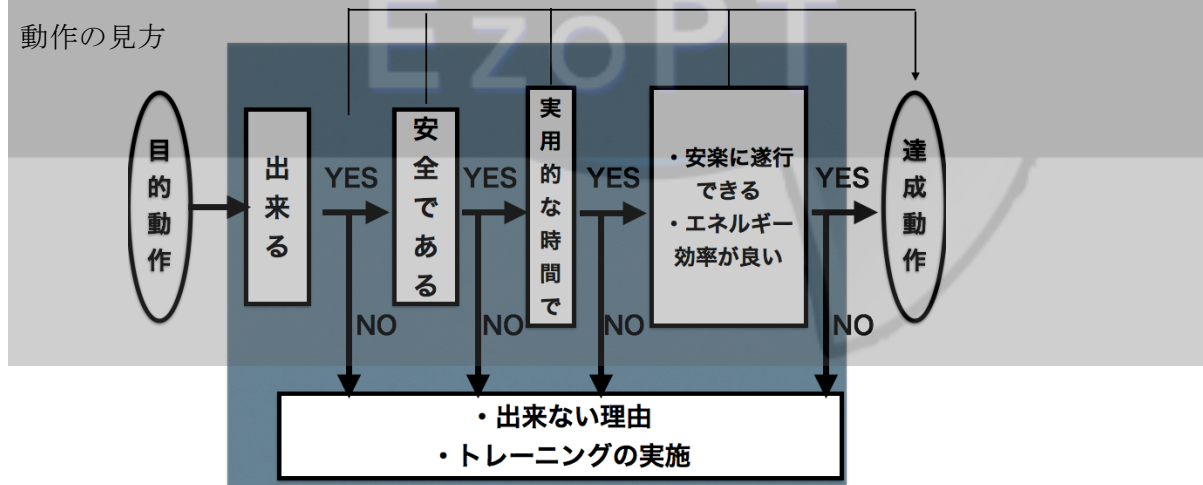
- ①質的評価（数値には表せない。どのような動作様式か？）
- ②量的評価（数値に表すことができる）

が存在する。どちらも重要で、両方を評価しなければならない。それはなぜか？ ADLの評価の量的な評価は「できる」か「できない」か？を評価しているもの、そこには「どのようにやってできないか？」「どのようにやって出来ているのか？」という実際を評価することは困難。「どのようにやってできないか？」がわかれば、その出来なかったところに「手すり」を設置してあげればできる可能性を見つけることができる。しかし、ADLの量的な評価しかなければそこには気がつくことは出来ない。

ADLについては、評価表に則って進めていくと思わぬ誤算が生じる。不足する。注意！

動作観察の結果を記載する際、記載内容（動作観察の文章化）を真似てみてその動作が学生自身で再現できるかどうかポイントです。

2. 動作の見方



動作の評価 ≠ 動作の様式の評価

<評価実習・治療実習の実践編>

～評価を行う前に知っておきたいこと～

運動器疾患における評価とは？

目的

- ①身体的あるいは身体力学的な**診断を確立**する
- ②治療をするための**適用と禁忌**を明らかにする。
- ③**予後を判定**するための基本線を確立する。

さらには・・・

症状の原因を探る事で、適切な治療手段を選択する。

症状を引き起こしている**部位・組織**を明らかにする。

そのためには・・・

機能解剖学知識、問診、視診、触診、詳細な検査技術

これは、運動器疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患に限らずどの科目にも言えること。理学療法士の仕事の殆どがこの【評価学】

評価が正しければ、治療は生理学的な反応を与えるだけである。しかし、評価というところが皆さんが口々に「難しい。」という。しかし、患者が訴える事はいたって単純。

運動器疾患の主症状

ほとんどの運動器疾患では

- ①疼痛
- ②関節可動域制限
- ③筋力低下

(神経障害を除く)

我々は、左記の主症状を相手にする。それ主症状が何故起っているか？を考え出せば、患者の治療が可能である。そのため、学生は「**疼痛とはなにか？なぜ起こるのか？**」「**可動域制限とはなにか？拘縮とはなにか？どうしたら起こるのか？**」「**筋力とはなにか？筋力低下はなぜ起こるか？どれくらいの期間で起こるか？**」など、病理学や組織学の学習は実習前に行なっていなければ、機能障害が起こってしまう原因がわ

からないので、押さえておくの良い。そして、基本的な患者が訴える運動学的な疼痛には特徴がある。

それは次に記載したものである。基本的に運動学的な症状は機械的刺激が疼痛の原因となる部位にかかった際に出現する。このような特徴があれば、患者が訴える痛みは詐病ではなく、運動器の痛みとして認識して良い。

運動器系の疼痛の特徴

- 荷重により疼痛は誘発、増悪する。
- 免荷により疼痛は緩和する。
- 特定の運動方向で疼痛が出現、増悪する。
- 疼痛が誘発する運動方向と逆方向の運動で疼痛は緩和する。

そして評価を行う時に一番学生に気を付けて欲しいことは、患者さんに「触れないこと。」患者さんは痛みがある。一番患者さんが嫌がることは痛い場所を無理に動かこと。

「今動かそうとしている君は患者さんの足がどれくらい曲がるかわかるか？」おそらくわからないと思う。我々もどれくらい曲がるかわからないものを曲げるときが一番怖い。だから、まずははじめに、患

者さんに動かせる範囲内で自動運動によって動かして貰おう。そうすれば、患者さん自身であればどれくらいの範囲動かせるか？というのが理解できる。

そして、もう一つは、痛みを訴えている患者さんに「痛いですか？」と聞くことだ。「痛いと言うに決まっている。」大事なものは、痛みの質。こう動かすとどう痛いか？痛みに変化があるのか？「痛みが強くなった？それとも弱くなった？」動かす方向によって痛みが変化するのであれば、「なぜそっちの方向に動かしたら痛みが強くなって、逆に動かすとなくなるのか？」その原因となっている組織を考えることができる。「痛いですか？」と聞いてしまうと、得られる情報は「YES」か「NO」二択でしかない。多くの情報を得るために、痛みの聞き方を変化球にしてみよう。

評価をする前に・・・

- 疼痛を訴えている患者に、「いきなり触れて他動的に動かさないこと。」
- 痛みを訴えている患者に「痛いですか？」とは聞かないこと

Red flag : 危険

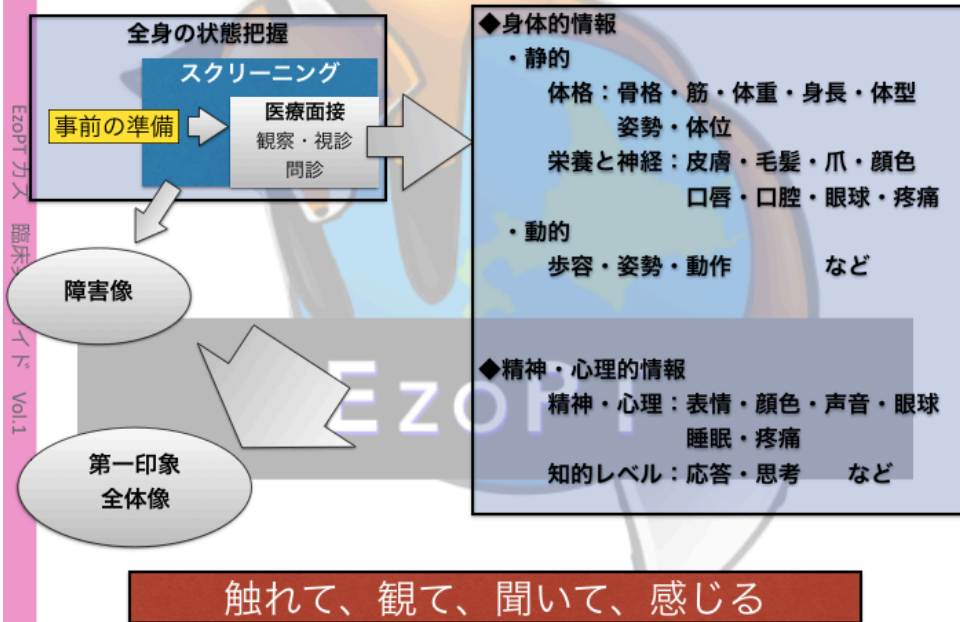
筋骨格系以外の問題を示すもので、その所見が認められる場合は、医療専門家と連携を取らなければならない。

- **癌**：夜間の持続性疼痛、全身の持続性疼痛、突然の体重減少(4.5～6.8/2w)、食欲不振、異常な腫れや隆起、異常な倦怠感
- **循環器系**：息切れ、めまい、胸部の痛みや重い感じ、全身の脈打つような痛み、下肢(ふくらはぎ)や上肢の持続した強い痛み、足部の変色や疼痛、腫脹(損傷X)
- **消化器系/性尿器系**：強度もしくは非常に起こる腹痛、頻度にかかる胸焼けや消化不良、頻度にかかる吐き気や嘔吐、膀胱機能の変化または問題、頻度の生理不順
- **混合**：発熱、寝汗、最近起きた重度の情緒障害、受傷歴のない関節の腫脹や発赤、妊娠
- **神経系**：聴覚異常、病歴の伴わない頻度もしくは重度の頭痛、嚥下もしくは言語障害、視覚障害(複視、視野狭窄)、平衡機能や協調性障害、気絶発作、特発性虚弱

そして、評価を行う前に（情報収集や Nrs 情報など）で必要になってくるのがこの **Red flag** この患者さんに本当に理学療法を行ってもよいの？問診や視診の中から、患者さんに起こっている危険性を把握しなければならない。この Red flag を把握しない状態で、評価を始めてしまうと、理学療法士が原因で症状を悪化。最悪なケースでは患者さんを死に至らしめてしまう可能性を持つ。

<評価の実践>

全身状態



それでは評価に移っていく。通常学生が患者さんを受け持つ場合、バイザーからカルテを渡されたり、処方箋を渡されたりし、初期評価の前日にバイザーと一緒に挨拶に行く事が多い。

そして、重要なのがこの“挨拶”の時の患者さんの全体像、第一印象を把握すること。

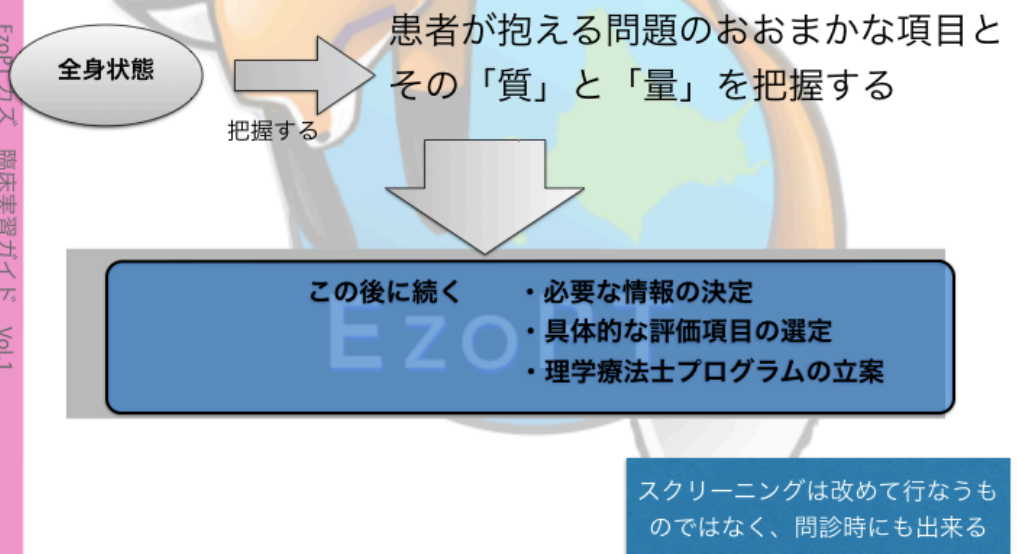
体格や顔色、毛髪の色や血色状態、このような観察

で「栄養状態」や「精神状態」、「性格」などが把握できる。また、挨拶に行った時に、患者さんがわざわざベッドに腰をかけてくれたら、「この患者さんは起き上がりから端座位までは自立してできるのだ。」とすでに評価ができる。

そのようなことを事前に把握することで、一日に行えそうな評価の量や協力性または、筋力なども予測できるかもしれない。また、次の日からの評価の時にどのような肢位で行うのか？という PLAN も立てることができる。だからこそ、前日の挨拶はとても重要である。

そして、可能であればその場でスクリーニングができればベスト。出来なくとも、初日の評価はスクリーニングで終わらすべきだと思う。学生はすぐに ROM や MMT を計測したがる。しかし、前述したとおりどれくらい動けるかわからないのに ROM を初日にやってしまうとおそらく散々な目に合う(患者さんが痛い痛いと言って、学生は焦って汗が吹き出す…笑)。だからこそ、初日はどれくらい動けるか？大雑把な評価を行う。スクリーニング

スクリーニング



スクリーニングは改めて行なうものではなく、問診時にも出来る

汗が吹き出す…笑)。だからこそ、初日はどれくらい動けるか？大雑把な評価を行う。スクリーニング

は評価を行うための評価。これを行うことによって、学生の評価の PLAN を立て易くする。理学療法士になるとこのスクリーニングの時点でおおよその予後予測は可能になる。

それではスクリーニングとはどのようなことを行なったらよいかを次に記載する。これだけの評価すれば良いわけではない。あくまでも患者さんのおおよその状態を把握するために行うものである。

運動項目のスクリーニング

まずはActive

Active ROMはさることながら

- ・大まかな筋力（機能不全）
- ・協調性
- ・肩甲骨、骨盤との協調性(代償性)

（脊柱の運動も含む）

・ Passive ROM

・ End feel(最終域終末感)

そのまま
Passive

全体を通して認知能力、理学療法士への理解度・期待度、疼痛、制限因子、運動麻痺(口腔顔面を含む)、高次脳機能障害などが判明する

左記に記載のある ROM というのは、ゴニオメーターを使った ROM-t ではなく、関節可動域の把握ということで記載している。簡単に言えば、次に記載する「バンザイ」や「グーパー」など大雑把な運動である。そのような運動をしたあとには必ず、最終域の抵抗感を感じておこう。End feel を感じておくと、どんな組織が可動域の邪魔をしているのか？が

把握することが可能である。座位保持が可能なら座位で行なう。座りながら行なうバンザイの動作は、重心の移動が可能か？ということがおおよそ把握できる。そう、いわゆる「内乱」「立ち直り動作」が確認できる。また、バランスを崩したら「ステッピング反応」や「保護伸展反応」などもみることができるかもしれない。逆にバランス反応が出なければ、

後日、「バランス評価を行なったほうが良いかもな？」と評価のプランも生まれてくる。あくまでも、大雑把な評価である。

評価の手順

上肢

必ず肩甲骨の動きを確認しながら行なう

座位保持可能な場合は座位で
座位保持困難な場合は臥位で

グーパー
肘の屈伸
肩の屈伸・外転・外旋・内旋

まずはActiveで。そしてPassiveでエンドフィールも確認

体幹・骨盤

Pelvic tilt
脊柱屈伸・頸部の運動

座位保持可能な場合は座位で

そして、下肢も同様に行う。立位ができるなら立位で行うと、さらにフォーカスを絞ることができる。立位で行うのが困難であれば、座位で行う。この時、初期評価時点では「一人で自立して立つことは困難かもしれない。」という予測も生まれる。何度も言うが、実際の評価は後日に行う。

また、片足立位をとって

下肢

立位保持可能な場合は立位で

股関節屈曲（片脚立位）
しゃがみ立ち上がり座位保持可能な場合は座位で
座位保持困難な場合は臥位で股関節屈伸
膝屈伸
足首底背屈（膝伸展・屈曲）
足趾グーパーまずはActiveで。そしてPassiveでエンドフィールも確認

たくさんある。

そして、学生の評価で必ずと言っていいほど、ドツボにはまるのが【バランス】の評価である。実習が始まる前にまずは「バランスって何？」ということをもとめてみたいだろう。簡単に言えば、着目すべきところは、【重心が移動した際に支持基底面にとどめておく能力があるか？】これは、例えば身体を硬直させることも留めておく能力と言える。また、重心が移動した際に支持基底面の中心に戻る能力“立ち直り反応”などもこれに属する。もう一つが、【重心が支持基底面から逸脱してしまった際に新たな支持基底面を作る能力があるか？】である。これは、例えば、人に押された時に手を何処かにつく反応“保護伸展反応”であったり、足が一步前に出るような“ステッピング反応”であったりがこれに属する。

これらは、人間の脳が正常であれば起こる反応であることをまずは念頭に入れなければならない。姿勢制御は脳で行われるからだ。だからこそ、バランスの評価の観察には注意が必要である。大事なのは、【反応が出ていないのか？】【反応は出ているけど、支える力がないのか？】【反応は出ているけど、

痛みにより制限されているのか？】【反応はあるけど瞬発性がないのか？】など、“中枢の問題”であるのか、“末梢（効果器）の問題”であるのかを見逃してはならない。

バランス反応の評価は、能力レベル（Disability）の評価であるため多くの機能（Impairment）レベルの障害が影響を及ぼす可能性が隠れている。筋力が、可動域が、疼痛が、感覚が？いか

姿勢反射？反応？バランス？

<バランスとは>

「支持基底面に重心を投影するために必要な平衡に関する神経機構に加えて、骨アライメント、関節機能、筋力などの要素が含まれる」とされる。

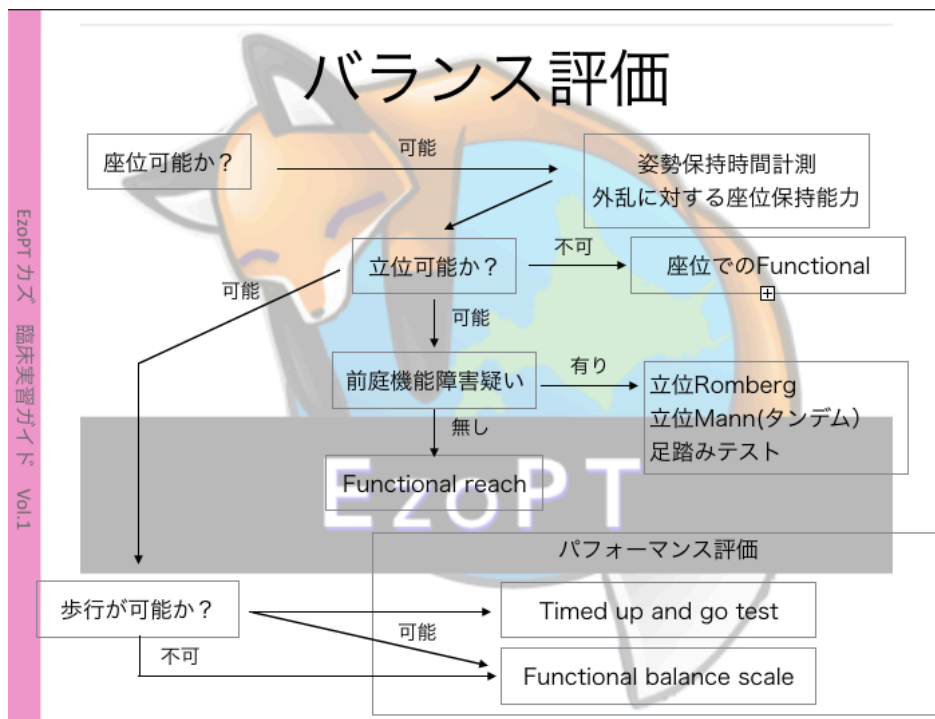
<平衡機能>

種々の運動や行動に伴う姿勢を維持・調節するために必要な神経機能を指す。
「重力を含めた外力に対する反射的・反応的・予測的な要素を含む」

バランス能力は、平衡性・敏捷性・柔軟性・瞬発性・持久性などの要素を統合した能力

- ・静的姿勢保持能力
- ・動的姿勢保持能力
- ・パフォーマンス

なる機能障害もバランス能力の低下を生み出す可能性がある。だからこそ、バランスの評価は難しい。

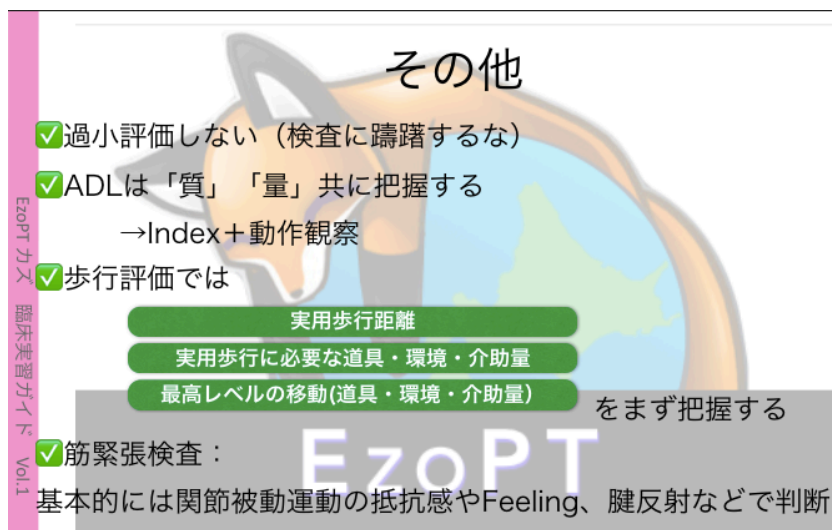


そこで、学生の皆さんに参考までにバランスの評価の手順を書いてみた。このフローチャート図の通り進んでいけば、ある程度のバランス評価は可能である。

簡単に言えば、【座れる】か？座れるということは、支持基底面の中に重心を留めておく能力はある。それでは、それはどれくらいの時間か？人に押されても大丈夫か？自分ではどの程度リーチできる？と順を追って進

んでいく。最終的に歩行能力のバランス評価へ、歩行が困難ならその場でできる **Functional balance scale** へと進んでいく。これくらい評価がうまく進めばバイザーも文句は言わないだろう。おそらく、これを暗記したら、バイザーよりもバランス評価だけなら見ることができるかもしれない。

一つこのバランス評価の中で注意したいことがある。それは、バランステストの点数（量）ばかりに気をとられて、どのようにバランスが崩れるか？どちら方向が弱い？などの質的な観察を忘れないことだ。これに注意して観察することで、もし患者さんが歩行困難なら、どちら方向に転びやすいか？どちら方向に押されると危険か？など把握ができ、それが参加レベルまでの評価の手助けになるかもしれない。



評価のその他のポイントとして、☒過小評価をしない事。これは重要。歩かせてもいないのに歩けないと決めつけない事だ。全介助でも歩くことが出来たなら、【全介助なら歩くことができる】という評価につながる。実はこれは非常に重要である。全介助なら、歩行ができる。どんな部分にどのような力の介助を必要としたかを理解すれば、患者さんの鍛えるべき部分。そして、問題点が見えてくる。歩行器歩行でまだ介助が

必要な方でも、杖歩行ではどの程度の介助が必要なのか？など評価する事は非常に重要である。

歩行の評価では、【実用的な歩行（安全に歩ける歩行）】と【最大限無理して歩ける歩行（危険でもレベルの高い歩行）】を把握することが重要である。我々はこのギャップを埋めることが重要。そして退院像は【実用的な歩行（安全に歩ける歩行）】となるため、それをいかに引き上げるかにかかっている。

実習における評価

- ・ 長くても1週間以内に終了せよ
 - ・ 患者の治療につながる評価順序、内容に心がけよ
 - ・ 一人よがりの方法は慎むべし
→リスク管理はしっかり！手伝ってもらうことに躊躇するな！
 - ・ 最重要評価項目は何かははっきりさせよ！
→しかし、網羅すべき評価結果の表出も「問題なし」を結論付けるために必要！
 - ・ 1日の終わりに
- 全体としての評価結果の整理 患者の状態とのすり合わせ
- 必要な治療との関連付け 明日の予定をシュミレーション

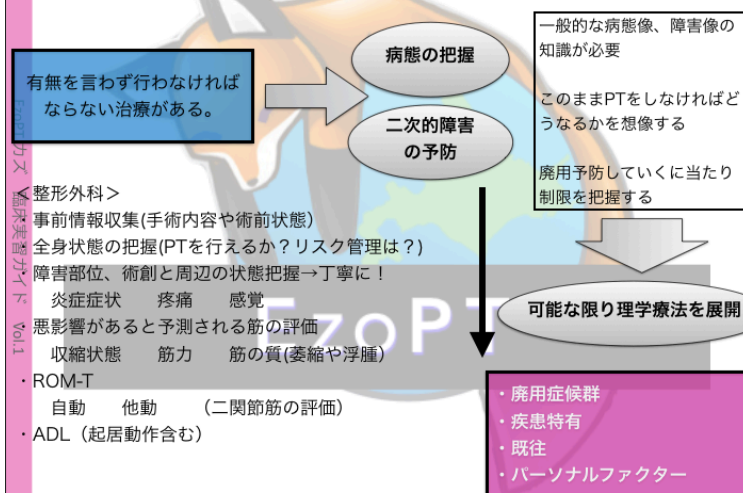
実習における評価は、左記の内容に注意すべき。長くても1週間と書いてあるが、整形外科の場合はできれば3日くらいで終わらせたい。もし、術直後の患者さんを受け持つことになったら、手術翌日の評価内容と急性炎症期が落ち着いた72時間後では、全く別人になるからだ。評価結果も数日で変わってしまうから、整形はなるべく早く評価を負えなければならない。

また、急性期の理学療法では評価が

まとまってなくとも有無を言わずやらなきゃならない治療があることを忘れてはいけない。それは、手術部位の管理です。

学生の場合は、殆どの場合、「理学療法士は歩行を自立させる事が仕事」だと思っている人が多い。あながち間違えではないが、手術した部位を元の状態に戻してあげることも必要だ。人工股関節置換術後の担当になって、杖をついて歩けるようになった。しかし、股関節は60°しか曲がらない。というのは駄目だ。歩行をして、自宅に帰ることがゴールかもしれないが、股関節を人工関節が動く範囲まで正常化することは有無を言わずにしなければならないゴールである。であるから、“自宅に返すこと”と

急性期の理学療法



“局所の管理”という2つの視点で患者さんを見ていかなければならない。

最後に、あなたは実習に来ているかもしれないが、担当する患者さんにとって入院という大きなイベントである。恐怖や不安などに苦しめられているかもしれない。技術も知識も無いあなたができる事、それは患者さんに寄り添うことです。理学療法士は接客業です。自分が主役ではないのです。あなたが担当してくれて良かったと言ってもらえるように、患者さんの人生に名前を刻んでください。

実習期間中に知ってほしいこと

- ✓ 理学療法士は治療者である前に接客業であること。
→人の精神・心理を理解することも重要
- ✓ 社会人、大人としての常識をもつ。(挨拶、マナー、話し方)
→自分が患者だったらと考えてみる
- ✓ 「常識」と思っていることに疑いを持つ。
- ✓ 理学療法士は「解剖学」「運動学」「病理学的」異常を評価し「生理学」的なアプローチを行なうことでその人の問題を解決する

< 製作者プロフィール >



氏名：菅原 和侑

ペンネーム：北海道の理学療法士__カズ__

【専門】

- ・筋膜調整, 筋膜研究, 徒手療法, 整形外科領域リハビリテーション,
スポーツリハビリ全般, 内部機能障害の治療, Website運営



< 経歴 >

専門学校2年生から**”ブラインドタッチができるようになりたい！”**という理由でブログを始める（北海道の理学療法士のカズの日記）。

2009年より理学療法士として札幌市内の病院に勤務, 2010年よりナショナルトレセンU12 と北海道トレセンU12の専属のトレーナーとして, サッカー分野に携わっている。また, 専門学校の非常勤講師として触診, 徒手理学療法, スリングセラピーなどの講義を受け持っている。

治療分野としては, Orthopedic Manipulative Physical Therapy course (Kaltenborn Evjenh concept) という, 海外の専門職大学院の徒手療法コースを数年かけ受講し現在は試験前の臨床実習を行なっている。また, 筋膜治療を極めるために勉強中。

筋膜治療は2013年からFascial Manipulation® (筋膜マニピュレーション) のコースに参加し, 2014年9月にイタリアにあるFascial Manipulation®の創始者であるLuigi SteccoのクリニックでFascial Manipulationの全コースが終了した。その後は, 日本にFascial Manipulation®を普及するために, 日本で行われる国際コースのアシスタントとなり講習会の指導にあたっている。

2018年9月に現在世界で40名弱が保有している, 認定 Fascial Manipulation® Specialistの資格を他の日本人アシスタントや受講生の成績をおさえて, 日本人No.1の成績を収め取得した。

現在は筋膜治療, 徒手療法のみならず, 膜筋膜に関わる再活性化トレーニング **”Fascial Re-Action”**を有志と考案し, 講習会の運営や一般向けに体操教室なども開催している。また, 2017年から大学院に進学し, 臨床でクライアントを治療する傍ら, Fascia (筋膜)に関する研究や海外の筋膜関連の書籍の翻訳等を行なっている。

< 北海道の理学療法士__カズ__のモットー >

【北海道から理学療法士を盛り上げよう！】

この精神のもと札幌市を中心として本来の病院業務から一歩出て色々な活動をしています。目標は, **大泉洋**が所属する**「チームナックス」**のような北海道を代表する人になること。そして, 理学療法士の世界を変えたい! という思いもあり, 色んな分野の方の協力を得ながら, Websiteの開設やエンタメの発信などを積極的に行なっている。口癖は**「非常識を続ければ常識になる。そして, 現代の常識は過去の非常識の積み重ね。」**。今後も, 世間に非常識を投げかけ, 理学療法士の発展ができればと思います!



気軽にフォローどうぞ!

LINE@



Twitter : 北海道の理学療法士 菅原和侑 (@CaptamKz)

Facebook page : <https://www.facebook.com/sports.and.bodycare.kazuyuki/>

Website : EzoPT.com ~ 蝦夷理学療法士ドットコム ~

(<https://www.hokkaido-physiotherapist-ezopt.com>)