

新型コロナ対策本部理学療法業務等担当

# 予防領域

新型コロナウイルス感染症収束後の  
理学療法士の活躍の場づくり

## 構成メンバー

大淵修一	東京都健康長寿医療センター
山田実	筑波大学
解良武士	高崎健康科学大学
西川正一郎	葛城病院
平野康之	東都大学
植田拓也	東京都健康長寿医療センター
倉地洋輔	からだ康房
ト部吉文	大橋病院

# 1. 新型コロナウイルス感染症感染拡大による、重症化予防を含む予防的理学療法提供

## 供の制限の実際

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大により、予防領域には様々な制約が生じていた。ここでは、医療機関、通所系サービス機関、訪問系サービス機関、介護予防（通所サービスC）、介護予防（通いの場）のそれぞれにおいて、特に緊急事態宣言が発出されていた4～5月の間および解除後にどのような制約が生じていたのかを整理する。

### 1) 医療機関

会員の多数を占める病院勤務の理学療法士における予防的理学療法提供場面では、大きく3つの制約が存在していた。一つは、入院・転院の中止・制限、次に外来診療の規模縮小・中止・患者の受診の自粛、最後に入院患者への面会制限・禁止であった【図1】。医療機関における予防的理学療法では、疾病の重度化予防や再発予防といった三次予防が主に提供されることになる。一次予防や二次予防と異なり、既に疾病・障害を有するものでは自立した予防行動が難しい患者もいることから、医療従事者による予防的理学療法の提供や、家族などキーパーソンとの予防的理学療法に関する情報提供が制限されたことは、退院の時期を遅らせるだけでなく、在宅療養環境の整備、疾病の自己管理の学習に支障をきたし、機能低下の進行や再発の確率を上げた可能性がある。また外来診療の自粛は、疾病管理の遅滞を招き、継続的な療養支援が必要な患者の廃用による高次生活機能、ADL能力の低下を生じた。

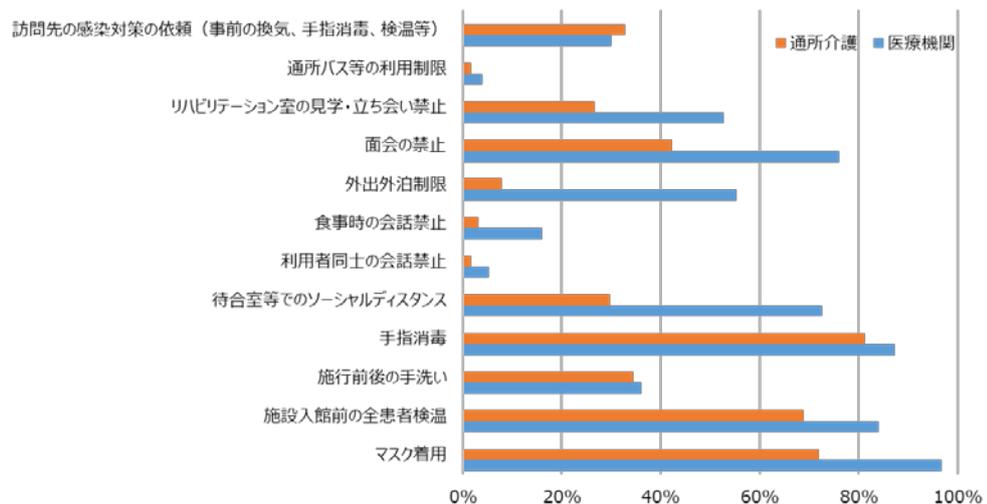


図1. あなたの事業者でどのような感染対策を行いましたか？（複数回答可）

ところで、このような予防的理学療法提供が困難となった一要因に、医療従事者の問題もあった。

一般的な感染症への感染教育は徹底されていたが、新興感染症への理解が十分でなく、防御態勢を整え通常診療を行うまでに時間がかかった。新興感染症は初期に悪性度・感染経路が不明であるため、情報収集、特徴に応じた防護体制の構築など更に踏み込んだ感染症への対応体制が必要であった。また、予防物品の備蓄が十分でないことが原因で患者の受け入れをさらに困難にしたことから、感染拡大による流通経路の遮断・混乱への備えも必要であった。

緊急事態宣言が解除される頃には、セラピストの働き方を工夫することで、院内クラスターの発生予防が徹底されるようになった。いずれの医療機関でも、体調管理、予防装備の着用、手指消毒、患者毎の機器・什器の消毒などが行われた【図2】。それに加えて、入院と外来、訪問の兼担を避ける、土日に勤務を増やし平日出勤を減らす、入院患者へのリハ提供は原則病棟で行う、不要不急の行動自粛などが行われた。また、患者に対しても、リハ前の検温、手指消毒など感染予防対応がとられるようになった【図1】。患者・医療者双方のマスクの装着は非言語性コミュニケーションを必要とする患者の理解を著しく制限した。さらに、入院日から1週間はリハ提供を禁止することに加え、面会の制限、退院カンファレンスなどの制限が行われ、365日リハ提供体制が崩壊した。リハは家族や周囲の理解が重要であり面会の制限の影響は小さくないと考えられる。

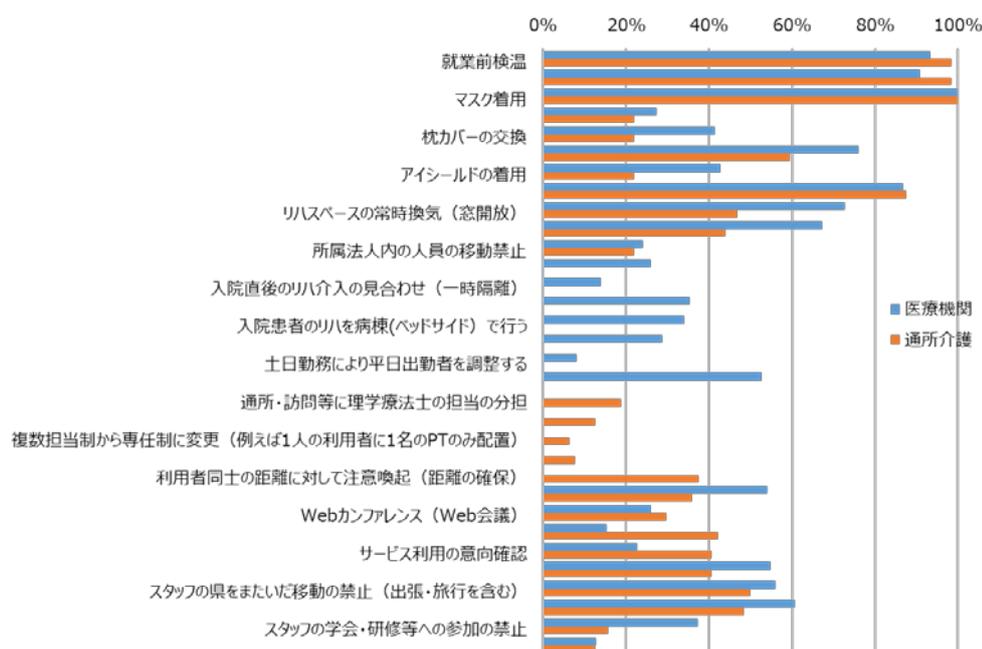


図2. あなたの事業所でどのような感染対策を行いましたか？理学療法士が行った対応（複数回答可）

## 2) 通所系サービス機関

通所系サービス機関は、サービス利用者が大幅に減少し、現在（2020.9時点）なお回復していない【図3】。この背景には、機能低下を有する利用者は概ね高齢であり、今回の新興感染症のハイリスク者であったために、利用者または利用者家族において、他者との接触回避による利用自粛が大きく影響した。通所系サービスにおける予防的理学療法は、医療機関のそれと同様の三次予

防を目的とする場合が多い。このように疾病・障害管理の必要性が高い状態にも関わらず、予防的理学療法を提供が不十分になったことで身体機能や認知機能低下、日常生活活動（ADL）制限の進行などが生じた。

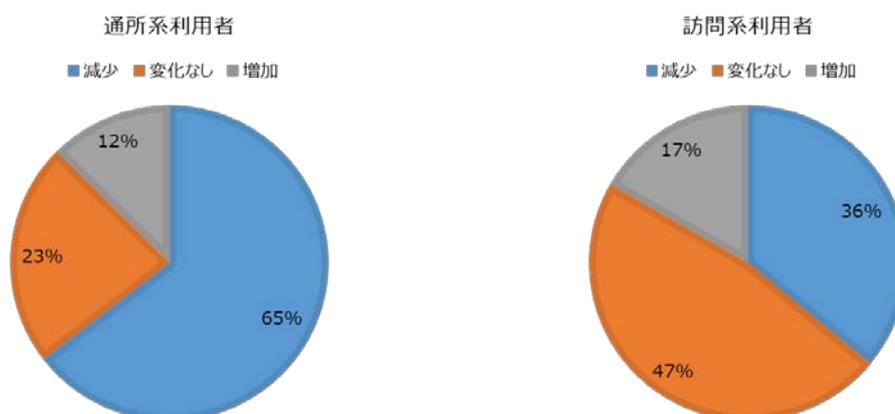


図3. :新型コロナウイルス感染拡大より前に比べ、あなたの事業所では利用者は変化しましたか？

また、通所系サービス機関においては、医療機関以上に感染症対策に遅れが生じていた。この大きな原因には、マスクやフェイスシールド、消毒剤などの感染予防物品が医療機関に優先的に届けられたことにより、多くの通所系サービス機関の日常的な感染予防物品についても流通が混乱してしまった事がある。いわゆる 3 密（密閉空間、密集場所、密接場面）の回避も検討した機関が多かったが、実際には十分なスペースの確保が困難であったり、熱中症対策から外気温の上昇とともに換気が困難になったり、また高齢者の行動を十分に制御できずに密接場면을形成してしまったりと、感染リスクの低減に配慮しなければならない場面の方が多くなってしまったことで、リハビリテーションの提供にも制約が生じていた。

このような中で、通所系サービス機関の利用を制限することや、訪問サービスへ移行するなど、様々な工夫が試みられた。例えば、利用者の自宅での感染対策の状況についても把握し、不顕性感染によるクラスター発生への対応がとられた。また、日々の検温や体調などの健康管理表への記入、県外の家族や友人との接触があった場合には、その後 2 週間の通所を制限するなどの対策を取る機関もあった。なお、特例制度によって、通所系サービス事業所による訪問サービスへの代替えが認められたが、訪問サービスの体制整備、人事管理体制が不十分であり、実際に訪問サービスを提供していない事業所が訪問サービスを実施できた例は多くない。以前より訪問系サービスを提供していた事業所では、訪問サービス提供のマニュアルが整備されており、これを通所系サービスの従事者が学習することで比較的スムーズに移行できたケースもあった。訪問サービスを提供している事業所であっても、マニュアルなどが存在しない事業所では現実的にはサービスの代替えが難しかった。しかし、このようなマニュアルが存在している事業所に於いてもケアマネジャーや利用者家族との調整にも難航し、サービス提供計画の変更が短期間にできなかったことも速やかなサ

サービスの転換を難しくした。

### 3) 訪問系サービス機関

訪問系サービス機関も、通所系と同様に利用が減少した。この背景には、利用者または利用者家族の中には、訪問スタッフが感染源のベクターとなることを恐れ利用を自粛するケースが多かった【図 4】。訪問系サービス利用者は、他のサービス利用者以上に身体機能が低下している利用者が多い上に、日頃の社会的な交流機会が少ない利用者が多いことから、サービス提供者が唯一家族以外の感染源と認知されやすく、リスクを過大に見積もったのではないかと考えられた。こうしたウイルスのベクターになる危険は、従事者の感染予防の徹底だけでは払拭することができない。つまり、従事者の感染予防の徹底は行えても、例えば認知機能が低下した利用者についてマスクの利用や手指消毒の徹底は難しい。緊急事態宣言が解除される頃には、各専門機関が発行している感染症対策に関する情報を配布することで、感染のベクターとならないためのできる限りの対策をしていることを周知し、利用抑制を少なくするようになった。これにより訪問系サービスの利用は徐々に回復したが、独居、高齢者世帯、認知機能低下などの影響により、情報が適切に伝達されず、適切な感染予防対策が講じられていないためにリハサービスの提供ができないこともあった。利用者への感染予防対策の徹底には課題が残ると感じられた。

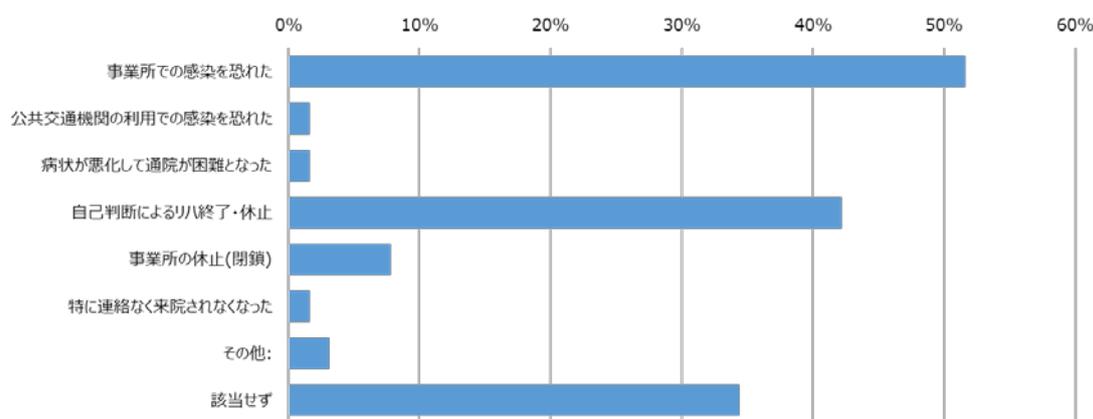


図4. 利用者が減少した主な原因はどれですか(複数回答)

また、介護者がいる場合には、訪問系サービス提供の抑制が介護負担感の増大につながっている例もあった。利用者との関係性を訪問系サービスの提供により調整していたが、定期訪問の抑制によって身体機能の低下だけでなく、家族を含んだ社会的機能に対しても影響があった。改めて、訪問サービスには身体機能の維持・改善に有用となるだけでなく、社会的機能の維持にも重要な役割を果たしていることを認識した。

### 4) 介護予防(通所サービス C)

前述の如く介護保険サービスが継続している中で、介護予防・日常生活支援総合事業の通所サ

ービス C は現在(2020.9 時点)でも中断している例が多かった。しかしこの判断は、リスクとベネフィットの観点から正しい判断であったのか今後の検証が必要である。通所サービス C は、総合事業対象者すなわち、心身機能低下のハイリスク者に対する予防的なサービス提供であり、感染予防に判断の基準を置くことにより、機能低下の予防が回復不可能なところまで進行してしまう危険がある。要支援者、軽度要介護者の増加が懸念される。

なお、少数の自治体では、通所サービスから訪問サービスに切り替え、行政職員やリハ専門職が訪問指導を行った例もあった。しかし、このような訪問を実施できた自治体は一部であり、前述の訪問系サービスと同様、感染予防の管理体制が不十分であることや対象者自身によるサービス拒否、さらにはマンパワー不足などの課題が残った。

### 5) 介護予防(通いの場)

住民が主体的に活動を行う介護予防のための通いの場は、ほとんどの自治体で活動自粛を要請していた【図 5】。ただし、通いの場は住民自身で管理・運営を行うものであり、行政側に活動中止を指示する権限はない。そのため、ほとんどの通いの場で活動自粛がなされたものの、一部では活動を継続していた例もある。通いの場は、一次予防、二次予防分け隔てなく参加できることが特徴であり、フレイルの状態にあるハイリスク者も多く参加している。活動自粛は、感染機会を少なくする効果があるものの機能低下を促進した可能性があり、今後の要介護への移行を防止することに特に注力しなければならない。

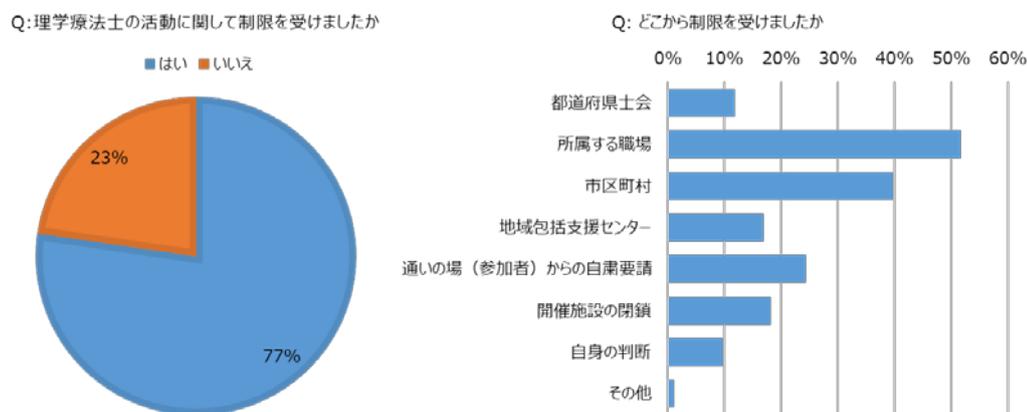


図5. 活動に関して制限を受けましたか？

また、多くの自治体職員による巡回や専門職派遣は中止していた。行政職員やリハ職に関しては、通いの場の初期支援や体力測定などで関わる機会があるが、このような支援の中断によって、通いの場参加者の状態を伺い知ることが出来なくなり必要な支援が届かなかった可能性が高い。なお、そのような中で、各自治体では、少しでも介護予防につながるよう、ケーブルテレビやインターネット動画、広報誌などで、体操実施を呼び掛けていた。しかし、多くの高齢者はこのような情報にアク

セスすることができておらず、情報提供の方法や、住民がコンテンツを選択するための支援の方策に課題が残った。また、通いの場のコンセプトである、住民主体の活動が行政からの一方的な中止要請や在宅での活動に関する情報提供という形に変わり、構築してきた協働関係を逆行させてしまったことが懸念される。

通いの場の再開にあたっては、基本的な感染予防の徹底と3密回避に主眼が置かれていた【図6】。ただし、他のリハ提供場面とは異なり、住民が主体的に実施する活動である。そのため、ある程度の情報は行政側から提示されるものの、それらの情報をどのように扱うかについては、通いの場に参加する住民の判断となっていた。また、参加人数、会場の環境、実施内容等は、各通いの場により異なるため、参加住民による協議の上で開催方法を模索している自治体もあった。行政側から各グループに対しては、各機関が発行している感染予防マニュアルや消毒剤などの感染予防物品の配布や、保健師による感染予防講義などが実施されていた。

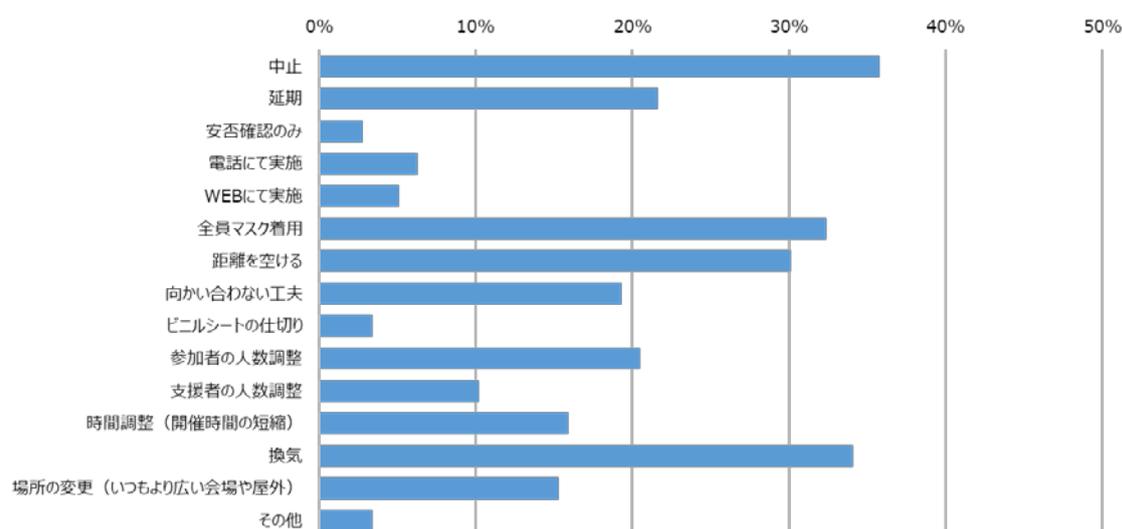


図6. 感染拡大後に、介護予防（通いの場）へのかかり方はどのような変更を行いましたか

現在なお、自粛中の通いの場も多いが、再開した通いの場の実施状況を観察すると、チラシの配布や保健師からの感染予防の知識の提供のみでは、クラスターの発生リスクが残ることが多かった。ソーシャルディスタンスの確保や掛け声や合唱などの大きな発声を控えるなどのルールは設けられているものの、時間経過に伴いルールの順守率が低下するなどの傾向がみられた。専門職の定期的な巡回で、リスクとなる状況を具体的に示して改善策を一緒に考えるなど、踏み込んだ支援が必要ではないかと考えられた。

通いの場は住民の主体的活動の場であるため、他の予防的理学療法提供場面と比較して感染予防の危機管理体制が脆弱かつそれぞれの通いの場で格差がある。実施内容については、感染予防の制約があるものの運動を中心とした通いの場では、十分なプログラムが行われていたが、会食を含む通いの場や口腔機能向上を目指す通いの場では、十分なプログラムが行えず、安否確認

を中心とした実施内容に改変されていた。行政や専門職による定期的な巡回やオンライン、電話等を活用した適切な情報提供により、感染予防の徹底、介護予防の実施と、感染リスクの高いプログラムについては代替案の提案などが必要と考えられた。

## 2. 新たな難局を見据えた提案：COVID-19 から学んだこと

今回の COVID-19 では、自粛という行動制限のために、高齢者特にフレイル高齢者における疾病予防、重症化予防が十分に行えず状況を悪化させてしまった。この行動制限によるフレイルの進行は、COVID-19 に限らず、これまでの災害でも同じ課題を抱え、都度解決策が提案されてきたが、各地で発生した災害経験は時間経過に伴い風化され、それぞれで得た教訓が次に十分に活かされない状態が続いてきた。COVID-19 の感染予防を主眼とするあまり、活動制限によるフレイルの進展が過小評価されてしまったことは残念で、また収束の目処が立たないことから、現環境下であってもフレイルの進展を最小化するイノベーションが必要と考えられた。

これまで予防的理学療法領域においては、主に対面での支援が重視されてきたが、今回はその脆弱な体制が明らかとなった。特に、後期高齢期の社会的特性より、外来や介護予防では対面での支援あるいはフレイル予防が進められてきた。高齢者の IT (Information Technology) アクセスが難しいことを理由にして ICT (Information and Communication Technology) の活用を真剣に進めてこなかったが、対面での支援・交流ができない場合でも、在宅で疾病管理、フレイル進展予防ができるよう、ICT の活用と訪問などの対面支援をハイブリットで提供する予防的理学療法の提供体制の構築が必要と考えられた。病院においても、外来通院ができないことを想定し、例えば月に 4 回外来での療養指導をするのであればその 1 回を ICT を使った在宅での療養指導をするなど、患者や利用者の ICT の活用技術を高め、通院、通所、あるいは訪問ができない場合でも、自立支援を行える体制を取るべきである。

ICT の活用については、国の主導でこれまでも幾度となく導入が検討されてきたが、主な対象者が後期高齢者との理由で、インターネットへのアクセスがないなど対象者の ICT リテラシーの障壁もさることながら、対面での接触を伴う支援が効率的なリハビリテーションの実施には必要であるという先入観がセラピストにあったことが気付かされた。現状のようにただただ機能低下が進んでいく状況に直面することで、ICT の活用がアフターコロナの新常識に必要であると考えられた。一方、前述のごとく ICT リテラシーに障壁がある対象が多いことから、単純に ICT にシフトするのではなく、患者・利用者の ICT リテラシーを高めることも理学療法士の職務とすべきである。以上のことから、新型コロナウイルス感染症収束後の理学療法士の活躍の場づくりために、下記5つの取組みを提案する。

### 1) 指定感染症類型ごとの TCP (Therapy Continuing Plan) の策定

日常的な感染症対策については十分な注意を図り、感染防止の実績があったが、悪性度・感染度の確定していない新興感染症に対し、予防的理学療法を提供する体制整備に遅れが出たことから、指定感染症類型ごとに予防的理学療法を提供する方略について予め定め、切れ目のない治療の提供を目指す。また、このサービスの提供に必要な感染防止の装備、機器の整備を図る。一方、サービス形態を変更することによる流動的なマンパワーの不足が想定されることから、非就業の理学療法士の人材登録や医療機関・事業者間の連携を仲介し、加

えて必要とされる教育を行うなど平時より緊急時を想定した人員体制の強化が図れる体制を構築する。

## 2) 予防的理学療法の ICT への置き換えの推進【図 7】

感染による重症化のリスクの高い患者・利用者を対象とし、かつ生命維持に直結する治療を必要としない予防的理学療法は、サービス提供期間、患者・利用者ともに利用を制限しやすい環境にあった。しかし、これによって疾病管理が十分に行えない、フレイルの進行などが見られた。予防的理学療法の提供に於いては、対面にて行うものという理学療法士の暗黙の了解があり、ICT について実証研究レベルでは行われているものの、日常のリハ業務に生かされては来なかった。この反省の上に立ち、現在行われている予防的理学療法全てについて ICT への置き換えができると仮定し、ICT による予防的理学療法研究を加速させ、社会実装を目指す。

これにより COVID-19 感染拡大のような状況下においても、社会交流の維持や代替訪問指導が可能になると考えている。特に、介護予防領域においては、身体活動および社会活動の維持・向上の重要性が示されており、オンライン会議システムや活動量計測アプリケーションの活用などの先進的な事例を普及啓発することにより、直接的な交流が困難な状況下であってもこれらの活動が維持できることを目指す。また、予防的理学療法の提供に限らず、遠隔で身体機能や住環境の評価ができるアプリケーションなどの開発を推進する。

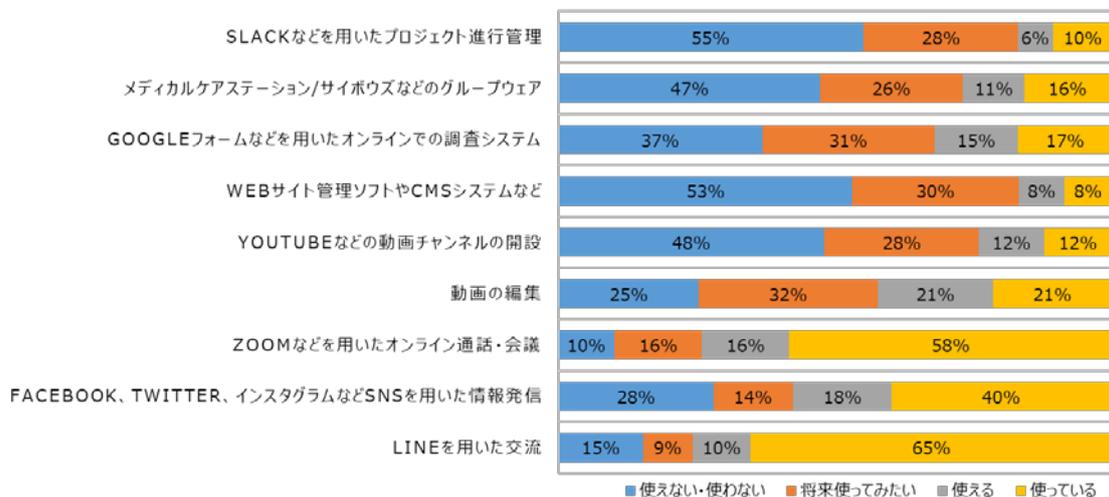


図7. あなたのICTの活用の様子についての質問です。  
「通いの場」とは限らず、業務や趣味、社会活動など広くかかっています。

## 3) 「ICT と訪問」、「外来と訪問」などハイブリッドな予防的理学療法体制の構築

COVID-19 感染拡大によって明確になったのは、単一サービス提供型の脆弱性である。つ

まり、外来、通所、訪問など、それぞれの医療機関、事業所が業務分担をするように単一サービス提供体制で予防的理学療法を提供しており、外出自粛などの社会変化に対応することができずに、一時的に予防的理学療法が途絶えてしまっていた。国では、通所系サービス事業所においては特例制度により訪問サービスでのサービス提供が認められたものの、事業者側が対応できずに切り替えできなかったことは反省すべきである。一方、医療機関に於いては外来と訪問リハ、介護事業所に於いては通所型と訪問型のリハサービスを提供していた事業所はスムーズに移行が行えた。

このことから、例えば維持期の疾病管理として外来を主に行っている医療機関であったとしても、そのうちの数回は訪問や ICT での疾病管理を行うなど、ハイブリッドな予防的理学療法の提供体制の構築が求められる。また、この際に前述の ICT の活用を積極的に進め、理学療法士が患者・利用者に対して ICT リテラシーを高める役割を担い、対面・訪問・ICT がベストミックスで提供できる体制を構築する。

予防的理学療法では自己管理が重要であり、ICT を活用することで疾病管理や運動量の確保が自立して行いやすくなることは患者・利用者にとって有益である。例えば、外来に通院できない状況が生じたとしても、平時より各種計測装置（例えば、腕時計タイプの生体情報計測装置）を装着しておくことにより、患者・利用者および患者・利用者の家族は自ら疾病管理、さらには遠隔にいる医療従事者もリアルタイムに状況を確認しながら指導を行うことが可能となる。ライフログに基づく療養支援を行うことができる。

#### <ハイブリッドな予防的理学療法の具体的イメージ【図 8】>

前述の「ICT と訪問」、「外来と訪問」などハイブリッドなリハビリテーションの具体的イメージを下記に示す。リハ専門職が有する評価能力、特に動作分析は、ICT デバイスを適切に活用することで、十分にリモートでも実施できる可能性がある。また、予防的理学療法という特性を考慮すれば、実際にセラピストが利用者の身体に触れる機会は少なく、こちらもリモートで十分に効果が得られる可能性がある。下記の例は、いずれも未実施のものであり、今後、これらのハイブリッド予防的理学療法の有用性を検証するとともに、その実現可能性の検証もしていく必要がある。

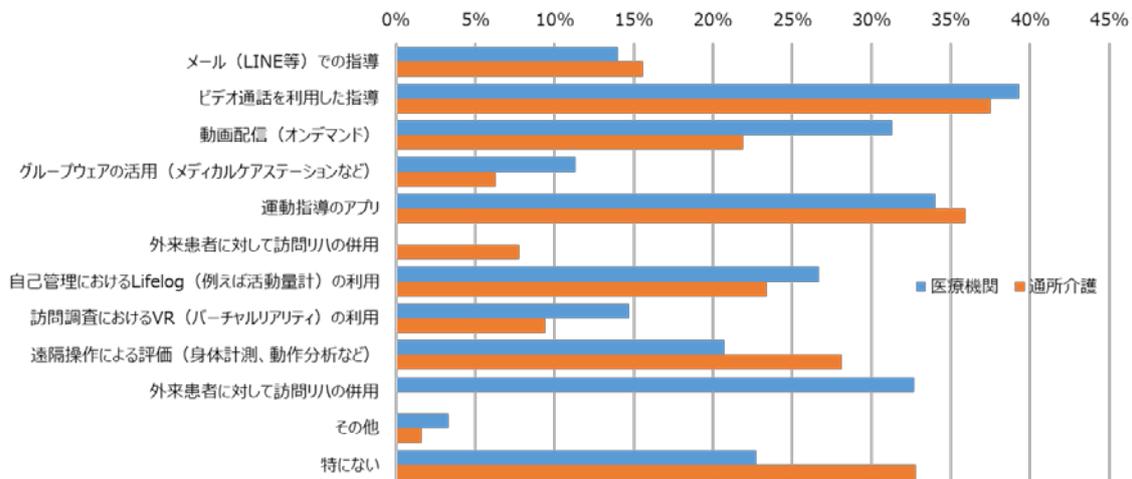


図8. 新型コロナウイルス感染症が収束後に取り入れてみたい新しい理学療法提供手段はありますか？（複数選択）

#### ① 通所リハ機関

- ICT 利活用により、自宅のオンライン環境でリハに取り組むことが可能となれば、感染拡大時や災害時においても身体機能の低下を予防するような指導を行うことが出来る。
- また、新たな生活様式が求められるが、施設の物理的環境は容易に変更することが出来ない。利用者を 2～3 のグループに分け、オンラインによる自宅リハと、オンサイトによる施設リハのローテーションを組むことにより、いわゆる 3 密を回避しながら、利用者の身体機能の維持・改善を図ることが可能となる。

#### ② 訪問リハ機関

- オンラインによる事前指導を導入することで、訪問前にサービス利用者自宅内の感染対策を実施することが可能であり、サービス利用者、家族及びリハ職等関係者への感染拡大を防ぐことが出来る。
- 動作指導、運動指導など、実際の生活活動について、オンラインでサポートすることも可能となる。オンサイトでの対面型訪問リハは、動作介助、補装具・家屋調整などオンライン環境下では実施できない点を補う。両者を併用することで、感染予防強化期間や災害時においても訪問リハの質を保つことが可能となる。

#### ③ 介護予防（通所・訪問サービス）

- 通所サービス C は、利用者が掲げた目標に対し期間限定のサービスが提供される。短期間でのサービス提供となる事から、一方的な指導に留まらず、社会的役割の再獲得に繋げることが重要である。
- オンライン環境下では、運動指導や ADL 指導のみならず、カウンセリングなどモチベーションを高めるような指導を行うことが可能である。オンサイトでは、オンラ

イン指導時に得た情報を適切に活用し、補装具や家屋の調整など、オンライン環境では実施できない点を補う。

#### ④ 通いの場

- ・ COVID-19 による活動自粛は、多くの高齢者に身体機能の低下を防ぐことの重要性、そして仲間とのコミュニケーションの重要性をこれまでになく感じさせた。通いの場に ICT を導入することは、感染拡大や大きな災害発生時にもグループ内のコミュニケーションを取りやすくし、会場の物理的環境に関係なく、これまでと同様に同じ曜日の同じ時間に体操等の活動をするを可能にさせる。
- ・ また、オンラインによるミーティングを開催することで、それぞれグループが抱える問題(グループ運営方法、感染予防策、運動実施方法など)を、他のグループメンバー等と共有することが可能となり、このピアカウンセリングによりストレスの軽減を図ることが可能である。これらの支援を、地域リハビリテーション活動支援事業等の既存の事業を活用して実施していくことが求められる。

#### 4) ヘルスコミュニケーターの育成

住民主体の通いの場は、住民の主体性に十分な配慮をしなければいけない。新興感染症に関する住民と行政・専門職の知識のギャップから、行政・専門職が一方的な自粛の要請や感染症予防の情報を提供してしまったことは反省すべきである。築き上げてきた協働の関係を壊すものであったし、これにより感染対策を十分に講じて再開したもののプログラムの進行に合わせて、感染リスクの高いプログラム実施になってしまうなど、住民主体の感染予防の形骸化が生じた。

参加者・世話役ともに自らの力で獲得したと感じられる感染症予防能力の向上が必要と考えられ、予防的理学療法に関わる理学療法士が、感染予防に対する情報を提供する指導者から、住民の感染症に対する合意形成を促す関わり方ができるヘルスコミュニケーターとなるべきであった。理学療法士が感染症予防の知識を確実なものにすることはもちろんのこと、それをSDM(Shared Decision Making)の過程と理解して、一方的な情報提供は避け、住民と対話しよりよい選択を促す、理学療法士の支援能力の強化が必要である。

#### 5) ソーシャル・ネットワーキングを利用した地域包括ケアシステムの構築【図 8】

通所型サービスから、訪問型サービスに転換するなど、サービス実施計画の変更が必要な要件もあったが、対面での相談・会議が開きにくいことから、実施計画が改定できず訪問型のサービスを提供できない例があった。ソーシャル・ネットワーキングアプリケーションを活用し、こうした不測の事態であっても、利用者の状態、サービス提供者の状況を共有できる地域包括ケアシステムの構築も必要であった。顔の見える関係の構築が目標の一つである地域包括ケアシステムだが、対面での接触を最小限にしながらも機能が維持できる方法を日頃より構築することが求められる。理学療法士は年齢も若く、ソーシャルメディアの活用に優れているものも多いことから、地域で対面が難しい状況となっても地域包括ケアシステムが維持される環境づくりに積極的に

貢献すべきである。

## おわりに

この度の COVID-19 の感染拡大によって、医療や介護など様々な場面での予防的理学療法の提供に大きな影響があった。本報告書では、新型コロナウイルスの感染拡大による、予防的理学療法提供の制限に関する調査と専門家による討議によって、現状の課題を分析し、これを解決する理学療法士の中・長期的な役割を、新たな難局を見据えた提案 (COVID-19 から学んだこと) にまとめた (図9)。

今後の未知なるパンデミックでも、患者・利用者への予防的理学療法の提供を滞らせないためには、非対面での理学療法を積極的に研究し、対面・非対面、外来・訪問、医療・介護など、“〇〇〇と△△△の組み合わせ”によるしなやかな (レジリエントな) 予防的理学療法の提供体制の構築が求められる。

本報告書ではこれを実現する5つの取り組みを提案した。これによりどのような状況下でも、患者・利用者・地域住民が医療・介護・行政、元気・フレイル・要介護などで分断されることなく、予防的理学療法の恩恵を享受できる体制が構築される。また、この提言を実施する過程で、理学療法士の新たな活躍の場が創出され、医療保険、介護保険、保険外サービスにおける付加価値を高め、さらには地域包括ケアシステムにおける一つの核として認識されることにつながると考えられる。

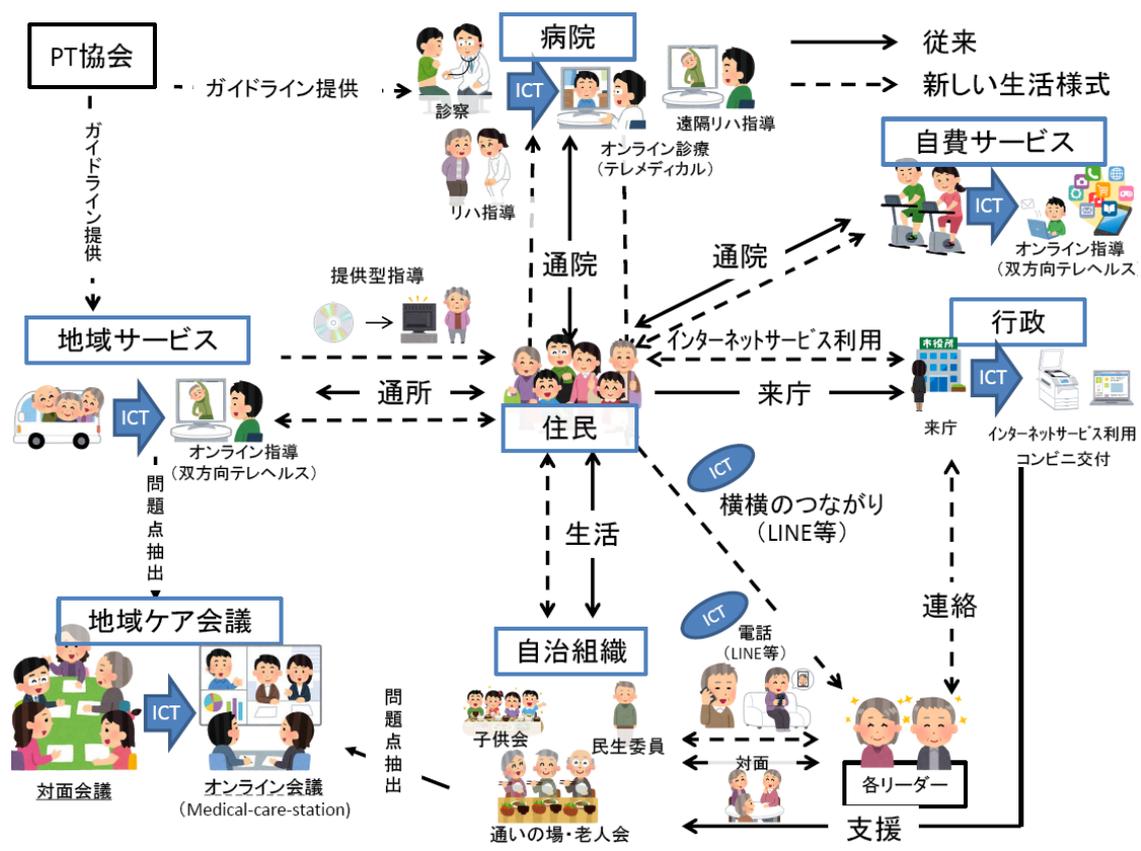


図9 予防的理学療法提供体制の実際