# 理学療法白書 2018

編集

公益社団法人 日本理学療法士協会

HUMAN PRESS

# 白書の発刊にあたって

#### 公益社団法人日本理学療法士協会 会長 半田一登

現在、日本は未曽有の困難に直面しており、その原因が少子高齢社会の到来にあることは周知のことと思います。この状況に対して、筆者は「国難」という言葉を使い、共同して立ち向かっていくことを目指してきました。政府は、その困難を少しでも緩和するために2025年を目途とした地域包括ケアシステムの構築を急いでいます。日本理学療法士協会(以下、本会)は専門職集団であるがゆえ、この困難の解決にいかに貢献できるのかが非常に重要なことと認識しています。そして、2040年以降の本格的な人口減少社会の到来に備え、その時の理学療法業務を創造していかねばなりません。ある週刊誌のアンケートによると、2040年に業務を拡大できる職種として理学療法士が看護師とともに1位にランクされておりました。その理由の一つとして、理学療法士の業務は個別性が高いことがあげられており、もう一つには三次予防業務の拡大があげられていました。これらは、いずれもわれわれの努力なくしては到達することが難しいと思います。

理学療法士および作業療法士法では、理学療法は運動療法と物理療法で構成され、それをリハビリテーション医療の中で駆使するのが理学療法士という位置づけとなっています。しかし、世界理学療法連盟(WCPT: World Confederation for Physical Therapy)による理学療法士の業務は、健康づくり、予防・介入(産業保健、学校保健)、ハビリテーション、リハビリテーションとなっており、日本での法律的位置づけとは大きく異なっています。ところが、今日の少子高齢社会の到来によって、われわれが有する運動療法の知識と技術を「健康寿命延伸」や「介護予防」に活かしてほしいと各方面から期待されるようになりました。結果的に、日本においてもWCPTのいう「健康づくり」や「予防」が、われわれの重要な役割となってきたのです。一次予防理学療法、急性期理学療法、回復期理学療法、生活期理学療法、終末期理学療法、三次予防理学療法という世界基準での理学療法業務を完成させねばなりません。

このように社会保障制度や医療制度が流動的な場合には、往々にして後発グループにチャンスが 訪れます。ただし、チャンスは自らが切り開く努力なしでは実を結ぶことがないのです。逆に、チャ ンスを見逃すことによってピンチが訪れることも少なくありません。現状の高齢社会への適合、近 い将来の少子化への適合、これらを完成させることによって理学療法士の将来像が明るいものにな るのです。

「白書」とは、もともとは政府が行う公式の調査報告書であり、その後、さまざまな職種で発刊されることとなりました。本会でも過去において5年おきに白書を編纂していましたが、最近では2年ごとの発刊としています。今回の白書によって、会員一同が問題意識を共有するとともに周辺関係者の理学療法および理学療法士に関する理解度が進むことを期待しています。

理学療法白書PDF書き出し用.indb 3 19/04/04 13:44

## 理学療法士に期待すること

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 理事長

久保俊一

少子高齢化が進むわが国では、疾病構造が急速に変化しつつあり、必要とされる医療の内容も大きく移り変わってきました。なかでもリハビリテーション医学・医療は、その影響が大きい分野です。日本リハビリテーション医学会では、疾病・外傷で低下した身体的・精神的機能を回復させ、障害を克服するという従来の解釈の上に立って、ヒトの営みの基本である「活動」に着目し、その賦活化を図る過程がリハビリテーション医学・医療の中心であるという考え方を示しています。日常生活の「活動」としてあげられる、起き上がる、座る、立つ、歩く、手を使う、見る、聞く、話す、考える、服を着る、食事をする、排泄をする、寝るなどは、複合的かつ有機的に行われることで、家庭での活動、学校・職場・スポーツなどの社会活動につながっていきます。すべての年齢層で「活動を育む」意義を示しながら、身体機能の回復・維持・向上を図り、いきいきとした社会生活をサポートしていくことが必要です。疾病や障害の一次・二次予防においても、リハビリテーション医学・医療は大きな役割を果たしています。

このような社会情勢のなか、わが国ではリハビリテーション、リハビリ、リハなどの言葉が、医学・医療を問わず広く用いられているのが実情です。リハビリテーション医学、リハビリテーション医療、リハビリテーション診療、リハビリテーション診断、リハビリテーション治療など内容が明確になるように用語を使用していくべきです。WHO (World Health Organization)が提唱する「介入 (intervention)」には、日本において医療として認められていない方法も含まれています。日本は、リハビリテーション医学・医療において世界で最も充実した内容をもつ国です。内容が担保された用語を正しく使用し、しっかりとしたリハビリテーション診療を推進していくことが大切です。

リハビリテーション科は的確なリハビリテーション診断のもと、適切なリハビリテーション治療を行います。impairment(機能障害、形態異常)、disability(能力低下)、handicap(社会的不利)という障害構造モデルを踏まえ、より質の高い家庭での活動や社会での活動につなげていきます。また、リハビリテーション医療チームとしてお互いの専門性を熟知したうえでチーム間の意思疎通を図り、リハビリテーション医療を高めていくことが求められます。その際、専門職で重要な役割を果たすのが、理学療法士皆様です。ぜひともリハビリテーション科医とともに「活動を育む」リハビリテーション医学を発展させていただきたいと思います。

2018年10月に日本リハビリテーション医学会が中心となり、日本理学療法士協会にも参加いただいている日本リハビリテーション医学教育推進機構も設立されました。現在、20の学術団体、病院・施設団体、専門機関が加入しています。リハビリテーション医学・医療に関する教育の機運は高まっています。関係する多くの方々のご支援を、心からお願い申し上げます。

理学療法白書PDF書き出し用.indb 5 19/04/04 13:44

### 理学療法士のみなさんに期待すること

一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長

斉藤正身

理学療法白書の発刊にあたり、理学療法士のみなさんに期待することを述べさせていただきます。日本リハビリテーション病院・施設協会は、今年30周年を迎えます。当初より、リハビリテーションを提供する病院が地域で躍動できる環境整備や共生社会の実現に向けて活動してまいりました。発足8年目には、施設にも門戸を広げ現在に至っております。活動は、地域リハビリテーションの普及を中心に健康な時から急性期・回復期・生活期、そして終末期に至るまで、どのようなステージにおいても一人ひとりの生活・人生が豊かなものになるよう、リハビリテーションに携わるわれわれだからこそできることを追求してまいりました。

われわれの仕事は一人の専門職だけではできません。そのことを頭ではわかっているつもりでも、専門職としての自分にばかり意識が向いて、「自分がこの人にやってあげたい」という気持ちが強くなると「チーム」のことを忘れがちです。もちろん、個々の専門職としてのスキルが大事ではないということではありません。それを高めていくことは大前提です。その上で、そうしたプロフェッショナル同士がお互いのスキルを活かしあうように動き、一人では達成できないことをチームとして成し遂げることが大切ではないでしょうか。一人の専門職である前にチームの一員であることが、すべてのチーム構成員に求められます。さまざまな角度から専門的な視点や技術、およびお互いの仕事を尊重して協力することができた時にチームの本当の力が発揮できると思います。

現在、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が進められています。今後、地域特性を踏まえたうえで増え続ける認知症高齢者や単身高齢世帯などに対し、われわれ医療・介護のチームは一人の対象者に対してのチームというイメージだけではなく、地域包括ケアの構築、そして地域共生社会の実現に向けたチームの存在も意識する必要があります。その場合に対象は地域社会になり、すなわちわれわれがこれから真に取り組むべきことは「地域リハビリテーション活動」そのものです。個別の医療サービスとしてのリハビリテーションや理学療法で終わらず、地域にとって必要なアプローチ、理学療法士だからこそできること、その視点をしっかりもって地域チームの一員として活動されることを期待しています。ぜひ、地域リハビリテーション推進の原動力になってください。

理学療法白書PDF書き出し用.indb 6 19/04/04 13:44

## 理学療法の国際活動参加への期待

このたび、わが国の理学療法士の今後の国際活動参加への期待について思いを述べる機会をいただきました。私は、今年88歳となり、来年度には一緒に過ごしてきた兵庫県立総合リハビリテーションセンターも50周年を迎え、10月には第17回国際義肢装具協会(ISPO)世界大会が神戸で開催されます。私がこれまで実践してきた国際活動を紹介し、わが国の理学療法士の国際活動参加への期待を述べてみたいと思います。

私は、父が切断者であったことから、義肢をライフワークとする整形外科医になることを選択し ましたが、1955年卒業時、国内には義肢を学べる施設は皆無でした。海外研修の必要性を感じ、ま ずドルの確保のために米国シアトルの病院でインターンとしての激務につきました. 最大の問題 は、中学3年までは戦争により英語教育がなかったことによる私の低劣な英語力でした。 屈辱の1年 間でしたが、この貴重な経験がなければ、その後の私の国際社会における人生はなかったと思いま す. この1年間のインターン生活で, 英語力の向上とともに外国人に対するコンプレックスがなく なり、のちのカリフォルニア大学での義肢の製作研修はパラダイス同然でした。1960年に帰国後か ら兵庫県立身体障害者更生相談所の義肢装具の判定業務につき, 年35回の兵庫県下の身体障害者巡 回移動相談を担当し、障害のある多くの人々の地域生活から多面的なニーズを学びました. これが 医療. 社会. 職業. リハ工学. まちづくりを含めた総合リハビリセンターの設立(1969年). 地域リ ハシステム (1987年) の構築につながり、日本リハ病院・施設協会の基本理念となりました。リハビ リセンターの設立準備のために世界のリハビリセンター. 義肢装具研究施設をリストアップし. 3 カ月間に23カ国37施設を回る極貧の世界旅行を経験しました。これが契機となり、国際義肢装具協 会 (ISPO) 日本支部を設立し、ISPOの理事、アジア担当国際コンサルタント、副会長を務め、第6回 ISPO世界会議 (神戸; 1989年) を開催いたしました. その成果を評価されたのか, 1995 ~ 1998年 のアムステルダム世界大会まで会長職を務め、アジア義肢装具セミナーを行い、これが現在アジア 義肢装具学術大会(APOSM)となっています. また, 日本財団の支援を受けて, タイ, インドネシア, フィリピンなどに教育施設を設立することができました. このISPOへの参加により各国に友人が でき, 先進国への地域リハ視察を21年間続け, 多くの国際交流の絆をつくることができました.

これからのわが国における理学療法士の国際活動参加への期待としては、まず自分のライフワークとなる研究目的を明確にし、海外の同じ領域の研究者との連携を図り、訪問して友人をつくること、その研究成果を世界大会で発表し、必ず論文として残すことです。これらを実行するには、日々の努力による英語力が必要です。英語が喋れなくて、人間性まで低くみられてたまるか。私が、苦渋の日々を送った経験からです。若い世代の人に常にいっている言葉「若い時の苦労は買ってでもしなさい」を贈りたいと思います。

理学療法白書PDF書き出し用.indb 7 19/04/04 13:44

# 理学療法士に期待すること

茨城県立健康プラザ 管理者 大田仁史

#### 1. 終末期まで縦軸をとおした「包括的介護予防」

2018年7月末、社会保険審議会第74回介護保険部会で生活習慣病予防を中心とした保健と従来行ってきた介護予防を「一体的介護予防」として検討に入るとした。筆者は、第55回日本リハビリテーション医学会(2017年)の教育講演で「包括的介護予防」を提唱した。内容は保健と現行の介護予防事業を結ぶだけではなく、介護を困難にする状況を予防するため終末期まで介護予防の概念を一貫してもつ必要があるとし、人生の縦軸とそれぞれのステージで横軸に各職能による介護予防サービスを提供することが重要であることを強調した。

#### 2. 介護・終末期リハビリテーション

リハビリテーション医療は、医療と同時に始まり、急性期、回復期、生活期と続く.しかし、生活期の後のステージが明確でないため、どこまでリハビリテーション医療の職能が関わるのか曖昧なままになっている。筆者は、かねてより終末期ケアにリハビリテーションの理念と手法を活かすべきと考え、「介護・終末期リハビリテーション」を提唱してきた。その中でも特に不動による苦痛の解除と呼吸の安楽については、理学療法士をおいて他に果たせる職能はない。

#### 3. 右肩下がりの評価

高齢者の機能は、すべて右肩下がりである。したがって、終末期の諸活動にインセンティブを働かせるには右肩下がりの評価法を研究・確立しなければならない。具体的には人が亡くなるプロセスや死を評価することである。プロセスには多職種が関わるので協働しなければならない。また、死体の姿も、前段のケアの瑕疵の有無をみるためには重要である。現在このプロセス評価と死体の減点評価を提案し、全国介護・終末期リハビリテーション研究会で検討しているが、多くの理学療法士も関心を寄せてほしい。

#### 4. 在宅リハビリテーション・ケアに「集団」での取り組みを取り入れる

「2040年に向けた挑戦」で、「1体1」から「1対多」の対応が必要と述べられた。文脈からは大勢の要支援者に応じるためという量的な意味合いを感じる。しかし、これにあたるリハビリテーション専門職は集団の「量」をこなすだけでなく、その「質」を論じてほしい。精神科では診療報酬で、①自己

洞察の深化,②社会適応技術の習得,③対人関係の学習を目的に集団訓練が認められている.この3つの目標は身体障害についてもいえる.社会参加のために,このような意図をもった質の高い集団活動に参加し、次の段階で本社会に参加する,2段構えの考えに立つべきである.1対1と1対多を使いこなせる理学療法士になってほしい.

#### 5. 住民主体の介護予防施策の支援

介護予防の対象者数は想像を絶するほど多い。直接的に専門集団が高齢者に接する手法は通じない。保健事業でも同様である。 茨城県のシルバーリハビリ体操指導士養成事業は,住民が住民に体操を指導する2段構えの方式をとっている。 また,体操は3職能が治療法に用いてきた手技を体操化したもので障害学・動作学からなっている。 日本理学療法士協会が音頭をとって全国展開を図っているので、各理学療法士は強い関心を寄せてほしい。

理学療法白書PDF書き出し用.indb すべてのページ

# 理学療法白書 2018

一目次一

第】章	理学療法士を取り巻く状況	
	1. 2018年度トリプル改定の状況	2
	2. 地域包括ケアシステムの構築と理学療法士	12
	3. 理学療法士養成校数および国家試験受験者数と合格者の推移	20
	4. 本会会員と組織率および施設人員別会員数割合の推移	24
第∐章	活躍する理学療法士	
	1. 都道府県理学療法士会と本会の関係強化	30
	2. 企業との共同事業	
	3. 学校保健	
第∭章	理学療法士の養成と教育	
	1. 指定規則改正の背景とその概要 ····································	50
	2. 東京2020オリンピック・パラリンピックに参画する理学療法士の課題――	
宜【【/音	国際に関する取り組み	
12 I A ±	1. 国際に関する日本理学療士協会の取り組み(アジアを中心として)	70
	1. 国际に関する日本性子原工協会の取り組み(アラアを中心として)	7 0
	2. シンガポール国立人子保護機構(NOH3)の 日本式認知症・介護予防事業に対する人的支援	76
	3. 世界理学療法士連盟(WCPT)総会・学会招致活動の意義	

## 第√章 巻末資料

1. 会員の男女別年齢分布	84
2. 会員数の推移(男女別)	86
3. 会員数の推移(都道府県士会別)	88
4. 高齢者の割合と理学療法士会員の全国割合 (都道府県別65歳以上人口と協会会員数の比率)	90
5. 2017年度都道府県別高齢者割合と会員割合	93
6. 職場構成員による施設数	94
7. 施設区分の経年変化	96
8. 理学療法士養成施設の変化	102
9. 医療施設従事者数	104
10. 介護保険施設の常勤換算従事者数	106
11. 社会福祉施設に従事する理学療法士数の年次推移	110
12. 世界理学療法連盟(WCPT)国別情報 ーアジア西太平洋地域における日本の理学療法の状況	112
13. 理学療法士および作業療法士法	115
14. 政令規則(一部抜粋)	118
15. 理学療法士の名称の使用について	123
Column • Topics	
・ 理学療法士と政策立案 田中昌史	10
・4年制大学による理学療法士養成への期待 白石 浩	18
・倫 理 吉井智晴	22
・本会組織における女性の役員割合 谷口千明	27
・本会代議員選挙等選挙制度 高橋雅人	37
・ 妊産婦に対する理学療法 河合麻美	42
・厚生労働省での研修を経験して 森木貴司	48
・精神障害に対する理学療法 仙波浩幸	57
・会館建設の意義 森本 榮	66
・ 国際展開の実際 松井一人	·····74
<ul><li>・本会の職員等出向・研修制度 湯元 均</li></ul>	80

理学療法白書PDF書き出し用.indb すべてのページ

# <sup>第</sup>】<sup>章</sup> 理学療法士を 取り巻く状況

- 1. 2018年度トリプル改定の状況
- 2. 地域包括ケアシステムの構築と 理学療法士
- 3. 理学療法士養成校数および 国家試験受験者数と合格者の推移
- 4. 本会会員と組織率および施設人員別 会員数割合の推移



## 2018年度トリプル改定の状況

#### ◆ 改定全体の概要について

2018年度診療報酬・介護報酬・障害福祉サー ビス等報酬のトリプル改定において, 特に医 療・介護分野では社会保障制度改革推進法〔平 成24年(2012年)法律第64号]に基づき設置さ れた「社会保障制度改革国民会議 | の結論に基 づき, 2025年にあるべき姿に移行していくため の重要なチェックポイントとしての位置づけで ある. 診療報酬が2年に1回. 介護報酬が3年に 1回の改定であるため、2025年にあるべき姿を 構築する実質最後の同時改定であった. 今後さ らに高齢化率が増加し(図1). 地域ごとにまっ たく異なった様相を呈するなか(**図2**), 2025年 に耐えうる医療・介護サービス提供体制(図3) と地域包括ケアシステム(図4)を構築するこ とが求められている. 今回の改定からは, 他職 種・他事業所との連携、地域におけるニーズ・ 課題の検討, データで結果を示す体制づくりと いったことが理学療法士に求められている.

#### ◆ 領域別の改定概要

#### 1. 診療報酬

2

理学療法白書PDF書き出し用.indb 2-3

#### 1)全体的な改定に関する概要

診療報酬改定においては、「人生100年時代を見据えた社会の実現」「どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)」「制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進」を基本認識として、さまざまな改定が行われた。

#### 2) 各フェイズにおける改定概要

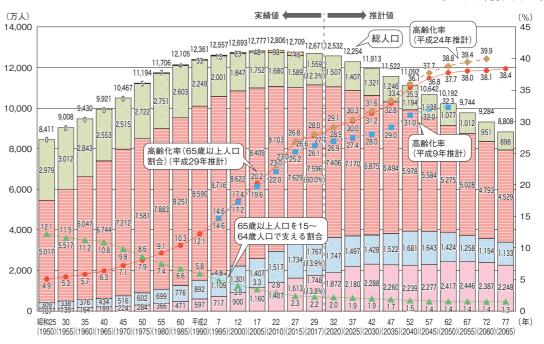
#### a. 急性期

より早期からのリハビリテーション介入や離 床を進めるために、ICUにおける早期からの理 学療法士等のチームによる介入を評価する「早 期離床・リハビリテーション加算」が新設され た. 日本理学療法士協会(以下,本会)としても 長らく厚生労働省と議論してきた内容である. 理学療法士を急性期病棟に配置し. より早期か ら必要に応じて関与できる「ADL維持向上等体 制加算」については、今もってあまり広がって いない. 2018年度改定においては、本加算のア ウトカム要件である院内褥瘡発生率の基準が見 直され、届出についても緩和する疑義解釈が発 出され、より取得が容易になるよう改定がなさ れた. これらを踏まえ本会としても. 理学療法 士の新たな分野として, さらに普及啓発を進め ていかなければならない. また. 旧来「在宅復 帰率」と呼ばれていた指数が、在宅以外のさま ざまな病院・施設に転院・転所していることも 「在宅復帰」としていたことに疑問が投げかけ られた結果、「在宅復帰・病床機能連携率」と名 称が変わった. 今後, 急性期においても真の「在 宅復帰 | として、自院・他院・施設でなく、よ り在宅や居住系の介護施設に退院させることが 求められるかもしれない.

#### b. 回復期

回復期リハビリテーション病棟においては、 手厚いリハビリテーション(1日6単位以上)を 行っている病棟を評価する充実加算がなくなり、ADLの維持・改善度合いを評価する実績 指数による評価が強化された。より早期からの

#### 1 2018年度トリプル改定の状況

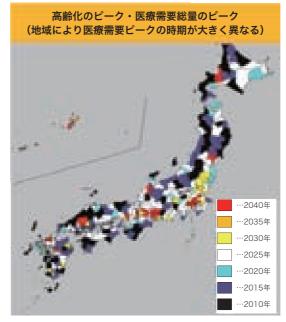


資料:棒グラフと実践の高齢化率については、2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」(平成29年10月1日確定値)、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」の出生中位・死亡中位による推計結果、点線と破線の高齢化率については、それぞれ「日本の将来推計人口(平成9年推計)」の中位仮定、「日本の将来推計人口(平成24年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による。推計時点における将来推計結果である

- (注1) 2017年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口(参考表)」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年~2015年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている
- (注2) 年齢別の結果からは、沖縄県の昭和25年70歳以上の外国人136人(男55人,女81人)及び昭和30年70歳以上23,328人(男8,090人女15,238人)を除いている
- (注3) 将来人口推計とは、基準時点までに得られた人口学的データに基づき、それまでの傾向、趨勢を将来に向けて投影するものである。基準 時点以降の構造的な変化等により、推計以降に得られる実績や新たな将来推計との間には乖離が生じうるものであり、将来推計人口はこ のような実績等を踏まえて定期的に見直すこととしている

(出典:内閣府平成30年版高齢社会自書)

#### 図1 高齢化の推移と将来推計



(出典:社会保障制度国民会議資料平成25年4月19日 第9回 資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

図2 医療と介護を取り巻く現状と課題

第

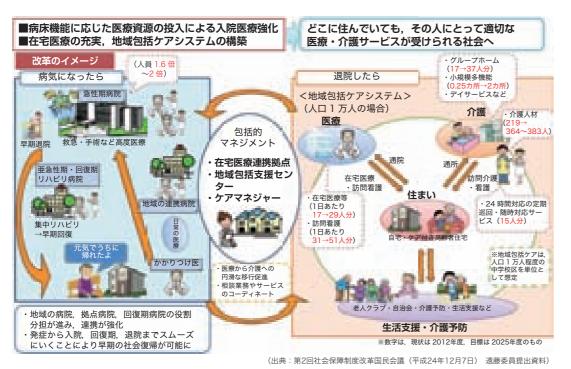


図3 医療・介護サービス保障の強化

- ・団塊の世代が 75歳以上となる 2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます
- · 今後, 認知症高齢者の増加が見込まれることから, 認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも, 地域包括ケアシステムの構築が重要です
- ・人口が横ばいで 75歳以上人口が急増する大都市部, 75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する 町村部など, 高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です



図4 地域包括ケアシステムの構築について

患者の受け入れと早期退院, ならびに単位数の 多寡に関係なく身体機能を回復させるリハビリ テーションの実施を求める方向性が明確にされ た. また. データ提出加算の届出が一部の病棟 を除いて義務化されたため、今後の回復期につ いては、これらのデータに基づき診療報酬が改 定される方向性がより強化されていくことにな る. 実績を上げられる理学療法を提供し. 量か ら質への意識変化とともに、各施設における業 務構造・過程を構築する必要がある. さらに回 復期リハビリテーション病棟を退棟してから3 カ月以内の患者については、疾患別リハビリ テーションの算定日数上限の対象患者から除外 され,病棟専従の理学療法士についても,要件 の緩和がなされた. 回復期リハビリテーション 病棟は、地域包括ケアシステムの担い手のイン フラとして位置づけされていることも意識し. 円滑な在宅生活の支援なども含め、地域で求め られる機能について考え、体制を整えていく必 要がある.

地域包括ケア病棟においては、地域で在宅療養を行っている患者の受け入れを行っているような200床未満の病院をより評価し、在宅へ復帰させることが評価される体系整理がなされた。また、より在宅に復帰させる機能をもつよう、「在宅復帰率」の「在宅復帰」の定義から介護老人保健施設へ転所することが外された。地域における患者の流れの変化を感じとり、本当の意味での在宅へ帰していくことが求められている。

#### c. 維持期・生活期

要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料の終了について、2017年までであった経過措置を1年間延長し、2019年3月末までとされた.4月以降、医療機関における外来リハビリテーションを受けられなくなる患者が一定程度で発生することが考えられ、それぞれの地域で受け皿の整備を行

う必要がある。また、医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設の場として、新たに介護医療院が新設された。医療提供施設ながら「在宅」としての扱いで、増えすぎた病院・病床の削減策の一つとして期待されている。2018年度現在でも、あまり広がってはいないが、多くの医療機関・施設が介護医療院に転換することを検討していることが明らかになっている。今後、増える介護医療院の中で、理学療法士が担う役割についても、広く普及させていく必要がある。

#### 3) 医療介護の円滑な連携に向けた体制

介護保険のリハビリテーションに移行する際、その計画の提供を評価するリハビリテーション計画提供料が新設され、介護保険のリハビリテーションと共通の様式が示された。また、生活機能向上連携加算として200床未満の病院に所属する理学療法士が通所介護事業所などを訪問し、助言を行うことなどを評価する加算が新設された。医療保険から介護保険への円滑な移行を促進し、より早期の退院・医療保険におけるリハビリテーションの終了が意図されている。

#### 4) 次期改定に向けての課題

回復期を中心としてリハビリテーションの提供量は、一定程度は担保されてきた。今後は手薄になっているところや、理学療法士によるサービスの提供が行き届いていないところに目を向けなければならない。具体的には、急性期でのより早期からの介入(365日体制の構築、ADL維持向上等体制加算の普及)、緩和ケア病棟、精神科病院などで、理学療法士の役割、重要性、効果を打ち出していく必要がある。また、リハビリテーションとしての括りとなっている現状の中で、真に理学療法の専門性を深掘りしつつ、それを横に広げながら、それぞれのサービスの質の向上に努めていくことも重要なポイントである。

第

#### 2. 介護報酬

#### 1) 全体的な改定に関する概要

「地域包括ケアシステムの推進」「自立支援・ 重度化防止に資する質の高い介護サービスの実 現」「多様な人材の確保と生産性の向上」「介護 サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定 性・持続可能性の確保」をキーワードに、改定 がされた、全体として介護保険法第8条や、 サービスの人員設備運営基準に基づき、厳格に 規定された改定となった。

#### 2) 各サービスにおける改定概要

#### a. 訪 問

#### (1) 訪問リハビリテーション

医師の指示の明確化として、リハビリテーションマネジメントが整理・評価された. 訪問リハビリテーション事業所において、医師が多種類の指示を行ったことにより、利用者のBarthel indexの値が高かったとして、医師の詳細な指示をリハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、I~IVに再編された. また、専任の常勤医師の配置が必要となり、算定の基準として当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師における指示の下で実施されることが明示された. ただし例外として、適切な研修を終えた主治医などから利用者情報を受けた際には、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療できない場合においても、実施・算定できることが明示された.

# (2) 訪問看護ステーションからの理学療法士 等の訪問

訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものであるにもかかわらず、看護職員と理学療法士等の連携が十分でない場合があるとして、初回や3カ月に1回の看護職員による定期的な訪問が求められるようになった。

#### b. 通 所

#### (1) 通所リハビリテーション

訪問リハビリテーションと同様, 医師の指示 の明確化として、リハビリテーションマネジメ ントが整理・評価された. 通所リハビリテー ション事業所において、医師が多種類の指示を 行ったことにより、利用者のBarthel indexの 値が高かったとして、医師の詳細な指示をリハ ビリテーションマネジメント加算の算定要件と して明確化し、Ⅰ~Ⅳに再編された. また, 通 所リハビリテーションではサービスの人員設備 運営基準において通所介護と異なり「利用者の 家族の身体的および精神的負担の軽減」が基本 方針となっていないために、利用者を長時間通 所リハビリテーション事業所にあずかるサービ スについては、基本報酬の適正化が行われた. 一方で理学療法士等を手厚く配置し、リハビリ テーションマネジメントに基づく長時間のサー ビスを提供している場合については、評価する として「リハビリテーション提供体制加算」が 新設された. さらに実施上の留意事項として. 「指定通所リハビリテーション事業所の医師が 利用者に対して、3カ月以上の指定通所リハビ リテーションの継続利用が必要と判断する場合 には、リハビリテーション計画書の特記事項欄 に指定通所リハビリテーションの継続利用が必 要な理由、その他指定居宅サービスの併用と移 行の見通しを記載すること」が示された. 今後 の改定では、3カ月間を基本として通所リハビ リテーションを終了し、他のサービスに移行さ せていく方向で検討されると予測される.

#### (2) 通所介護

介護保険法第8条には、通所介護について「機能訓練を行うこと」と表記があるにもかかわらず、一向に機能訓練を実施していない事業所が多い。その状態を解消するために、一定の実務経験を有するはり師およびきゅう師について、機能訓練指導員の対象資格として追加された。

また、外部の理学療法士等と連携して共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画などを作成した際には、これを評価する「生活機能向上連携加算」が新設された。通所介護事業所のアウトカム評価としては、前年一年間の利用者のADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合を評価する「ADL維持等加算」が新設された。本加算を算定するためには、多くの利用者がサービスを長時間利用していることが必要で、これもサービスの人員設備運営基準において、「利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減」が基本方針であるためであると考えられる。

#### c. 入 所

# (1) 老人保健施設におけるリハビリテーションのあり方

2017年度の介護保険法改定で、介護老人保健 施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であるこ とがより明確にされたことを踏まえ、この機能 をさらに推進すべく、理学療法士の配置などの 指標も用いた報酬体系の見直しが行われた. 具 体的には、在宅復帰率やベッド回転率、リハビ リテーション専門職の配置割合などによって点 数化された在宅復帰・在宅療養支援等指標など をもとに, 老人保健施設を超強化型, 在宅強化 型. 加算型. 基本型. その他型の5類型に分類す る改定となった。超強化型および在宅強化型に ついては、充実したリハビリテーションとし て、少なくとも週3回程度以上の実施が求めら れることとなった。個別のリハビリテーション も求められているが、一方で在宅復帰・在宅療 養支援機能に重きがおかれていることから、理 学療法士としてこれらの機能にどのように貢献 していくことができるのか、各施設においてそ の役割を検討することが必要である.

#### 3)全体における課題

#### a. 生活機能向上連携加算

一部前述したが, 訪問介護, 通所介護, 特別

養護老人ホームなどにおいて、200床未満の病院や通所リハビリテーション,訪問リハビリテーション事業所のリハビリテーション専門職などと連携して作成した計画に基づく介護を評価する「生活機能向上連携加算」が新設された、理学療法士が地域で役割を担うための一つの橋頭堡となる可能性を秘めているが、連携する理学療法士の所属に制限があることは課題である。一方で前述の通所介護では機能訓練を実施する必要があり、今後リハビリテーション専門職のみでは生活機能向上連携加算が広まらなかった場合、他職種との連携でも算定可能となる可能性もあり、専門職としての効果と実績を残す必要がある。

#### b. 次期改定に向けての課題

2018年度の介護報酬改定においては、介護保 険法・サービス人員設備運営基準に記載のとお り「理学療法、作業療法その他必要なリハビリ テーションを行うことにより、利用者の心身の 機能の維持回復を図る」ということを医師の指 示のもとで実施されることが厳格に位置づけら れた. つまり. 介護保険領域におけるリハビリ テーションにおいても、毎回の医師による詳細 な指示の必要性を改めて明確にしたわけであ る. 実際には、介護保険領域では治療的な観点 からのアプローチのみが求められるのではな く. 加齢に伴う機能低下などに対する生活支援 の観点からの環境整備や介護方法に関する指導 助言. また予防的難点からの関与など. 幅広い アプローチが求められる. これをリハビリテー ションと位置づけ, 医師の詳細な指示のもと, サービスを提供しなければならない事例と、生 活を支える視点から理学療法士としてサービス を提供する事例の整理が, 今後は非常に重要に なる.

また、今回の改定では「リハビリテーション」 サービスは3カ月を一つの目途として位置づけ られ、通所リハビリテーションは短期集中・短

6

時間に実行するものであり、通所介護は生活を 支援する観点から、中重度者に対し、1日をと おしてサービスを提供するものと方向づけられ た. そのような観点から今後、訪問リハビリ テーションと訪問看護からの理学療法士等によ る訪問についても、役割や機能の整理を行い、 いずれも重要な役割や機能を有していることを 明確に訴えていく必要がある。

一方で、自立支援に資する介護サービスへと 導くために、理学療法士などが位置づけられて いない通所介護などとの連携を図ることで、 サービスの質の向上を目指すことが位置づけら れるなど、本領域の中でわれわれ理学療法士の 期待が高まっていることも事実である.しか し、介護の領域については、科学的に自立支援 に導く具体的な手法はまだまだ未確立である. 今後、理学療法の専門性を駆使した具体的で科 学的な取り組みを実践していき、われわれ理学 療法士の関与が、適正な社会保障制度を牽引で きることを証明し、さらには制度にも位置づけ られていくことを推進していかなければならな い.

#### 3. 障害福祉サービス等報酬

#### 1) 全体的な概要

障害者自立支援法(現・障害者総合支援法)の施行から11年が経過し、障害福祉サービス等の利用者は約100万人、国の予算額は約1.3兆円とそれぞれ倍増しており、障害者への支援は毎年拡充している。また、障害者の重度化・高齢化、医療的ケア児や精神障害者の増加などに伴い、障害福祉サービス等の利用者が多様化している。このような状況において、適正なサービスの確保や制度の持続可能性等の観点から5つの報酬改定の基本的な考え方のもと、平成30年度障害福祉サービス等報酬改定が行われた。

①障害者の重度化・高齢化を踏まえた, 障害者の地域移行・地域生活の支援等.

- ②障害児支援の適切なサービス提供体制の確保と質の向上(医療的ケア児への対応等).
- ③精神障害者の地域移行の推進.
- ④就労継続支援に係る工賃・賃金の向上や就 労移行,就労定着の促進に向けた報酬の見 直し.
- ⑤障害福祉サービス等の持続可能性の確保と 効率的かつ効果的にサービスの提供を行う ための報酬等の見直し.

#### 2) 主な影響

障害福祉サービス等には多種多様なサービスがあり、もちろんそれぞれサービス内容は異なるが、全体を通して考えられる理学療法士への影響を2つあげる.

#### a. 共生型サービスの創設による対象者の多 様化

障害者が障害福祉サービスを受けるにあたって、近隣に障害福祉サービス提供事業所がない、65歳を境になじみのある障害福祉サービス提供事業所へ移行するといった課題があげられており、サービスを受ける機会の確保や安心できるサービス受給の体制整備が求められている.

今回の報酬改定で共生型サービスが創設され、介護保険サービス提供事業所であっても、 障害福祉サービスの提供が可能となるよう施設 の指定を受ける基準の特例が定められた。

その結果,介護保険サービス提供事業所に勤務する理学療法士は,障害者への対応も可能となり,障害福祉サービス提供事業所に勤務する理学療法士は,年齢を問わず,継続して支援を行える体制となったため,当該事業所に勤務する理学療法士には,多様な利用者への対応に向けて幅広い知識や技術が求められている.

# b. 適正な運用の推進による専門職配置の評価

居宅訪問型児童発達支援における訪問支援員特別加算の創設。生活介護におけるリハビリ

テーション加算の拡充、障害児通所支援における指導員加配加算や特別支援加算の拡充など、 サービスの質の担保として、理学療法士の配置 や理学療法士による介入が評価された.

さまざまな利用者から理学療法士が求められていることの現れであり、継続して利用者に信頼される専門職であるために、理学療法士は更なる研鑽のもと、その信頼を守っていく責任がある.

#### 3) 理学療法士に求められること

制度の適正な運用の推進が示された平成30 年度報酬改定では、理学療法士の配置の評価拡 充が行われた。多様なサービスが存在するな か、理学療法士には理学療法の実施にとどまら ず、以下の2点についても意識をもつことが重 要になる。

#### a. 多様な利用者に対応できる幅広い知識・ 技術の獲得

共生型サービスの創設により,介護保険サービス提供事業所においても障害者の対応を求められることになるなど,幅広い知見が必要となる

#### b. 家族, 関連施設職員等との良好な連携

利用者の身体状況、生活状況に鑑みて適切な サービスを提供し、利用者の生活を支援してい くために、理学療法士には幅広い知識と技術の みならず生活を支援する視点、さらには利用者 のみならず関係者との良好な関係を築きつつ, 専門職としての適切な支援の助言が求められる.

#### 4) 次期改定に向けての課題

平成30年度報酬改定においては、専門職配置の評価が拡充され、専門職への期待が示されている一方で、医療・介護領域と比較すると障害福祉サービス提供事業所に従事する理学療法士数は少ないのが現状である。この領域における理学療法士への期待に応えるためには、研修体制の充実や職場間のネットワーク構築、一人職場・少人数職場への支援など、勤務する理学療法士を支える体制を構築し、職域としての周知を図っていく必要がある。

一方で、今回の報酬改定で理学療法に対する 評価が拡充されたとはいえ、児童発達支援給付 費と比較して、医療型児童発達支援給付費の低 い報酬設定や生活介護におけるリハビリテー ション加算の報酬設定については、不十分であ る

今後,理学療法士による関与を増やし,障害 児・者への支援をより充実させるために,障害 福祉サービス等の領域で働く理学療法士の支援 体制を構築すると同時に,理学療法士の役割や 支援による効果を訴えていかなければならない

#### Column



#### 理学療法士と政策立案

10

日本理学療法士協会 理事, 日本理学療法士連盟 顧問 田中昌史

超高齢社会に直面しているわが国の社会保障において、地域包括ケアの完成および健康寿命の延伸に向けた取り組みが行われており、理学療法士の従事する領域は医療から介護、そして予防へ拡大しつつあります。これは、国民の自助や互助を推進する必要があるなど社会的な課題の解決に、理学療法士の有する専門的知識や判断、スキルが有用であり、そのことを望まれた結果であると思います。理学療法士は社会情勢を踏まえて、その時点において解決すべき社会的課題を常に認識しておく必要があります。

政策とは、特定の課題を解決するため、その目標達成のためにとる特定の手段や方法および選択肢などのことです。目標を達成するための様々な方法や選択肢の抽出、次いで最適な手法の検討を踏まえて決定に至ります。政策の実現や最適な選択肢であるといえるためには、政策に関わる人、影響を受ける人、利害関係が生じる人など多くの人々を説得して賛同を受けること、つまり合意形成が重要であり、政策の民主主義的な権威づけが求められます。そして、提案や議論する政治の場に参加する必要があるのです。

医療専門職として誕生した理学療法士が備える専門性は、医療にとどまらず、介護、予防、保健などの幅広い領域で国民の自立生活と健康増進に活用できるものです。しかし、中央社会保険医療協議会や介護給付費分科会などの制度や政策を審議する場に理学療法士は、いまだ常時参加できていません。したがって、社会課題を解決すべく政策を提言したくとも、公に発言して合意形成を得ることが困難な状況を解決する手段が必要となりました。

このような状況を解決するために、政策決定を行う政府 (内閣および行政府) に対するロビー活動 (特定の企業や団体、個人が政治的な決定に影響を及ぼすことを目的に行う政治活動) を展開する必要性が生まれ、2004年に日本理学療法士連盟が設立されました。以降、政府与党および所属国会議員との関係構築や組織内議員の擁立を目指して活動を拡大して2名の組織内議員を誕生させました。また、与党議員との関係構築も拡大し、自民党議員で構成される「リハビリテーションを考える議員連盟」には109名の議員が参加するなど、徐々にその政治的プレゼンスを強化させつつあります。しかしながら、社会課題を解決する有効な手段を提言することは当然のこととしても、合意に至る過程における発言力や多くの賛同を得ることについては、いまだ脆弱であるといわざるをえません。

意見対立が生じた場合に重要となる賛同者数を増やすためにも、個々の理学療法士が対象者・家庭・地域の課題を解決に導く個別性のある臨床力を身につけること、データ収集と分析に基づき課題解決への実効性があることを証明すること、地元議員との意見交換や勉強会を通じて理学療法士が提言する政策への賛同を得ること、組織内議員を擁立する活動に賛同者を募って参加することを、さらに進めていかなければなりません。一人ひとりが政策の実現に向けた原動力であり、そのための当事者であることを理解してもらいたいと思います。

11

理学療法自書PDF書き出し用.indb すべてのページ

13

19/04/04 13:45



# 地域包括ケアシステムの構築と 理学療法士

#### ◆ 現実化してきた地域包括ケアシス テム

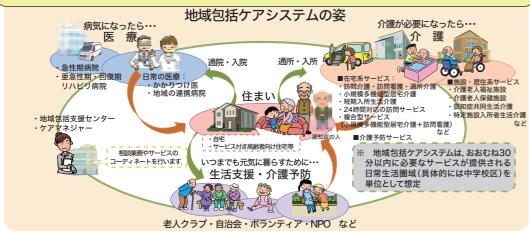
日本理学療法士協会(以下,本会)では2013年を起点とし、地域包括ケアシステムの構築に参画してきた。地域包括ケアシステムの構築とは、図1のごとく高齢者を取り巻くように市区町村を中心として医療、介護、予防、福祉などが必要な時に必要なサービスとして提供されるネットワークづくりをいう。そこに参画する職種や関係者は多く、理学療法士が交流する機会が少ない職種も多く含まれている。このネット

ワークを使って各地域で医療サービス,介護サービス,行政,各種団体などがチームを組んで活動し,効率的かつ効果的な活動が遂行されることを目指している(図1).例えば,介護予防では共助(医療,介護保険制度など),公助(行政サービス)からのサービスから互助(地域住民の集まり),自助(自分で自立する)へと進める.できるだけ費用を抑え,質の高いQOLが提供できるネットワークである.

これらのネットワーク構築が進むように、 2013年度から医療介護総合確保法、改正医療 法、改正介護保険法を整備し2014年度から

- ・団塊の世代が 75歳以上となる 2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分ら しい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に 提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます
- ・今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です
- ・人口が横ばいで 75歳以上人口が急増する大都市部, 75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する 町村部など, 高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です



(出典:厚生労働省HP地域包括ケアシステム)

図1 地域包括ケアシステム

2017年度末までに、第6次医療計画の中で各自 治体における医療提供体制の見直しとして地域 医療構想(ビジョン)の策定が進められた.介 護保険に関しては第5期介護保険事業計画、第 6期介護保険事業計画に介護サービスの充実、 地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域 ケア会議、認知症施策などがあげられた. 2017 年度に医療計画策定と介護保険事業計画策定を 一体化させ、2018年度からは第7次医療法、介 護保険法が同時に改定されるスケジュールと なった(図2).

2018年度からは地域包括ケアシステム構築の本格稼働の年度となったが、それまでの助走から一気に加速されてきたと感じている。都道府県理学療法士会(以下、士会)の地域包括ケアシステム関係の担当者からも、協力依頼が増加傾向にある反面、質を求める声も出ている。市区町村の行政担当者の意識の高さが伝わってくる。2025年に向けたシナリオが現実化してきた。

本会では、2013年10月に地域包括ケアシステム推進対策本部を設立した。当時、「この包括

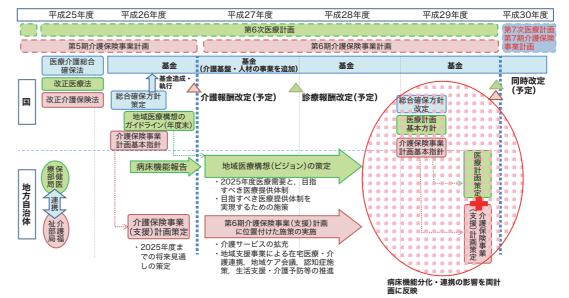
ケアシステムは、介護保険の仕組みで医療保険 領域の病院には関係がない」といった人が多く いたが、今ではこの制度や方向性を把握してい ないと地域の中で生き残れない状況にまでなっ ている。今後もますます注目される制度であ り、理学療法士にとって重要な課題である。

地域包括ケアシステム構築へ理学療法士が参画し、活躍の場をつくるには地域包括ケアシステム構築を推進する士会の組織づくりや、地域包括ケアシステムの中で専門職種としての価値を示し、またリハビリテーション専門職団体として地域に根差した支援を推進することが重要である。

#### ◆ 地域包括ケアシステム構築を推進 する士会の組織づくり

地域包括ケアシステムのネットワークは,各 地域でさまざまな形態で存在すると考えられた.しかし,構築に参画する条件を絞ると,士会 と構築を推進する市区町村行政や医師会,看護 協会などの多団体との連携強化が課題となった.

2013年度末に士会に対して情報収集を行い



(出典:第3回社会保障制度改革推進会議資料平成26年11月6日)

図2 医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール

都道府県や市区町村の特性を踏まえ、士会の強み、弱みの整理などから課題を抽出し、アクションプランの策定を行い、各都道府県の活動の方向性を確認した。これを起点に、介護予防事業、地域ケア個別会議への参画を推進した。並行して、市区町村行政や多団体への啓発活動、また国民向けに介護予防キャンペーンの実施を行った。前述の活動を円滑に進めるために組織の改革として、まずはブロック化、できれば市区町村に対応できる支部化などを提案した。

士会内部では士会長、役員各位が活動するにしても、日常業務の多忙により時間の確保ができない士会が多くあった。そのため協会として士会の会員規模の違い、都道府県の特性の違いなど、さまざまな問題点を考慮し、他士会の事務局運営の取り組みや行政との連携モデルを提示した。さらに、協会役員による士会訪問、理事育成研修会、士会事務職員研修などを実施し事務機能の強化を図った。士会運営上の問題点として特に資金不足は重要な課題であり、協会からの新たな士会支援金の創設を行った。

各士会の努力により現在,市区町村の介護予防事業に理学療法士の関与状況を調査すると1,963市区町村中,2016年度介護予防は903市区町村に参加,2017年度は1,136市区町村へ増加,また2016年度地域ケア個別会議は609市区町村に参加,2017年度は873市区町村へ増加している.

市区町村との連携はさまざまであるが、依頼の流れを大きく区分けすると、地域リハビリテーション広域支援センター事業との連携での派遣、次いでリハビリテーション専門職種協議会を窓口にした派遣、直接士会へ依頼による派遣の順で地域ごとに推進されている.

#### ◆ 地域包括ケアシステムによる専門 職種の価値

地域包括ケアシステムで活動している職種は

さまざまである. 予防分野であれば看護師, 柔 道整復師, 健康運動指導士などが個々の職種の 特性を活かし活動している.

理学療法士の特性は何か?集団、個別での身体機能の評価が実施でき、問題点の抽出、プログラムの立案と支援がエビデンスに基づいて実施可能な職種である。これをみえる化することが課題である。住民を集めて理学療法士が体操のお兄さんのごとく実施する予防事業だけではなく、住民が主体的に活動するプログラムへと推進することが重要な要件である。本会では茨城県立健康プラザの大田仁史先生のシルバーリハビリ体操指導士養成事業を推奨している。現在、本会が主体となって推奨し導入されたのは8市町村である。

地域ケア個別会議に関しては、埼玉県和光市から始まり、大分県でも成果を上げた要介護認定者の伸びを圧縮する自立支援型地域ケア個別会議を推奨している。この事業には、大分県理学療法士協会も参画し成果の一翼を担っている。自立支援型地域ケア個別会議で問題点となっているのが資料を適切に読みとり、対応策を提示できる能力があるかである。そのため能力の向上を目指し、大分モデルの研修を追加実施した。さらに、本会では山形県理学療法士会に依頼し、自立支援型地域ケア個別会議マニュアルを作成している。

介護予防および地域ケア個別会議への参加 も、理学療法士の専門性をいかに発揮できるか が重要なカギになる。本会では平成26年度から 介護予防推進リーダー研修、地域ケア個別会議 (旧地域包括ケア推進)推進リーダー養成講座 を開始している。この講座は作業療法士、言語 聴覚士も活用している。また、地域の多団体を 巻き込んだ研修体制の推進にも参画することが 望まれている。推進リーダーが開始されて現状 までの取得者数を表1に示す。年間では1,500 名程度増加している。都道府県別の会員に対す る取得者割合を図3,4に示す.本会としては、 今後の制度の流れを考えると会員全員に両研修 で紹介されている事項の理解を希望している. これら活動の中心になるのが,調整能力であ

表1 推進リーダー取得状況(2014~2017年度)

		地域化	ア会議	介護予防推進リーダー		
		取得者数	取得者数 累計取得率*		累計取得率*	
2014年度	新規	3,347	3.7%	2,950	3.3%	
2014年度	累計	3,347	3.7%	2,950	3.3%	
2015年度	新規	2,455	2.5%	2,204	2.3%	
2015年皮	累計	5,802	6.0%	5,154	5.3%	
2016年度	新規	1,480	1.5%	1,461	1.5%	
2010年辰	累計	7,282	7.4%	6,615	6.7%	
2017年度	新規	1,696	1.6%	1,605	1.5%	
2017年皮	累計	8,978	8.4%	8,220	7.7%	

\*取得者数/在会会員数

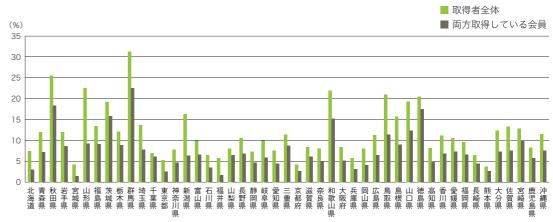


図3 都道府県別リーダー取得者割合(取得者全体)

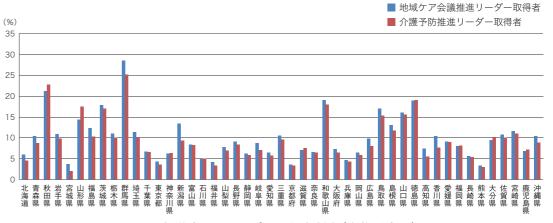
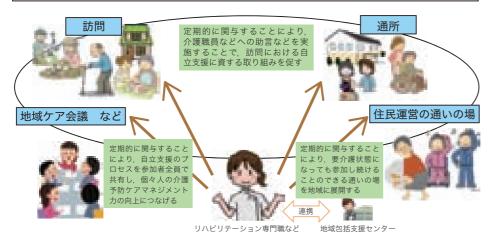


図4 都道府県別リーダー取得者割合(資格別内訳)

地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場などへのリハビリテーション専門職などの関与を促進する



リハビリテーション専門職などは、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場などの介護予防の取り組みを地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する

(出典:厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン 一部改正)

#### 図5 地域リハビリテーション活動支援事業の概要

る. 会員各位へは、日ごろの患者さんに対応するハンドリング技能向上と同等に状況を聞き取り分析し、現状での対応方法、関連サービスとの調整を行うなどの調整能力の向上を目指す意識改革が望まれている.

#### ◆ リハビリテーション専門職団体に よる地域に根差した支援

2014年度に理学療法士,作業療法士,言語聴 覚士の各団体の都道府県士会の代表者が東京に 集合し,各都道府県にリハビリテーション専門 職の窓口設置に関する協議が行われた.その結 果,各都道府県にリハビリテーション専門職協 議会が順次発足した.

設置の主たる要因は、市区町村で介護予防事業を開始する際に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士個々の専門性の区別がつかない点、誰に何を頼めばよいのかわからない点、どこに連絡すればよいのかわからない点などの理由により、窓口の設置が行政から要望されていた。このリハビリテーション専門職協議会の窓口の設

16

置により、市区町村の行政担当者からの依頼が スムーズになった。また、この協議会を通じて 多団体との研修会や意見交換会を活発化させて いる都道府県もある。

このように行政との交流のパイプが開通したことと、関わっている会員各位の努力もあり、今までのとりかかりとしての介護予防の推進、地域ケア個別会議への参画から、新たな段階へと進んできている。

よく目にする地域リハビリテーション活動支援事業の絵に描かれている女性が事業を巧みに活用し、市区町村に潜在する課題を抽出して課題解決へと進めていく姿が現されているが、この動きができる人材が望まれてきている(図5)

最近では、理学療法士の行う自立支援マネジメントが評価され、地域包括支援センターへの理学療法士の配置も始まっている。今こそ、リハビリテーション専門職団体として、地域リハビリテーションのマインドを地域包括ケアシステムへ浸透させる時でもある。地域包括ケアシ

ステムの構築と地域リハビリテーションの推進 は同じであると地域リハビリテーションの草分 け的な先生方は述べている。そこで、いま一度 原点に振り返ることが重要と考える。

地域包括ケアシステムのネットワークに参画 する人で、地域リハビリテーションの理念や活 動を理解している人は少ない. 地域包括ケアシ

ステムのネットワークが各地でつくられている 今こそ、地域リハビリテーションのマインドを 多くの関係者に注入する時期である。注入し関 係を深める活動は地域に根を張る活動となり、 今後の地域包括ケアシステムの構築の基盤に なってくる。

でくる。

#### Column



#### 4年制大学による理学療法士養成への期待

日本理学療法士協会 理事 白石 浩

2018年6月に開催された第47回日本理学療法士協会(以下,協会)定時総会において、「理学療法士養成課程の4年制大学化推進」が賛成多数で可決されました。協会の最高議決機関である総会で、はじめて「大学化推進」が決議されたことは、きわめて大きな意義を有しています。今後、会員の総意に基づいて重点的に取り組むべき課題として、協会の戦略的な取り組みが期待されています。

わが国では、日本学術会議が理学療法士・作業療法士教育の4年制大学化を1977年に勧告しています。世界理学療法連盟は、2007年に理学療法士の養成は4年制以上の大学教育にすることを決議し、OECD加盟国(30カ国)においては、すでに20カ国(67%)が4年制以上の大学教育を行っています。米国においては、修士レベルから博士課程の教育レベルに移行しようとしています。アジアにおいても4年制大学化が進んでおり、先進国日本の理学療法士教育は世界標準に比べると立ち後れています。

医療の高度化、専門化に伴い医療技術が急速な進歩を遂げているなかで、理学療法士、看護師などのコメディカルの教育年限は、おのおのの身分法に「3年以上」と規定されたまま半世紀以上もまったく手がつけられていないのです。

看護師の4年制大学化の取り組みをみてみると、2008年に厚生労働省内に「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」が設置され、養成について議論されています。多くの委員が看護師の4年生大学化に賛意を示すなか、医師会の委員が「①看護師国家試験合格者に占める養成所卒業者の割合が高い、②すべての医療現場において高度な看護水準が求められているのではない」などの理由で反対し、看護師の4年制大学化は暗礁に乗り上げました。この懇談会後、4年制大学化の動きは数年間沈静化していましたが、2016年4月に日本看護協会は、文部科学省の高等教育局長に看護職の人材育成に関する要望書を提出しました。しかし、医師会の動きはすばやく、同年8月に横倉義武会長が厚生労働省を訪れ、「看護基礎教育の大学化・4年制化は容認することはできない」と、塩崎恭久厚生労働大臣に申し入れを行っています。医師を頂点としたピラミッド型のヒエラルキーが暗黙に存在している医療界において、コメディカルの4年制大学化は厚く高い"壁"です。しかし、医療職の教育年限に関しては、薬剤師が4年制から6年制に移行した前例があります。また、理学療法学科を有する専門学校1校が文科省の認可を受け、2019年に専門職大学を開設する予定で、専門学校の大学化については一筋の光がみえ始めています。

国会では、小川かつみ参議院議員が中心となって「医療専門職の人財育成を考える

18

会」が設立され、現状の3年専門学校教育の見直しを模索しています。11の専門職団体からのヒアリングを終え、中間報告をとりまとめ、今後は適正な教育制度が検討されるよう基本法の制定を目指すとのことであり、その成果が期待されています。

平成の時代が終わりを告げ、新しい時代を迎えようとするなか、高度の知識・技術とともに豊かな人格形成が理学療法士教育に求められ、4年制大学化を期待する声が大きくなっています。20世紀、壊れるはずがないと信じられていたベルリンの壁は、市民の力で壊すことができました。4年制大学化の厚く高い"壁"を壊すためには、会員の結束、エビデンスの蓄積、政治力の強化とともに、一般市民の支持を得ることも重要な鍵になります。



# 理学療法士養成校数および国家 試験受験者数と合格者の推移

理学療法士の養成は、1963年4月に国立療養 所東京病院附属リハビリテーション学院におい て入学定員20名でスタートした. 翌年4月には 大阪府立盲学校が入学定員10名で, 筑波大学附 属盲学校も入学定員10名で開学した. 一方, 1971年3月31日までの時限立法(その後3年間 延長となり, 第9回国家試験まで)で,5年以上 の実務経験があり8週間の理学療法士および作 業療法士国家資格取得認定講習会修了者にも受 験資格が与えられた.

その後の理学療法士養成は、1966年4月に労働福祉事業団九州リハビリテーション大学校(定員20名)と徳島県立盲学校(定員15名)、1968年4月には初の私学4年制専門学校として高知リハビリテーション学院(定員20名)と続いた。その後も、平均年1~2校ペースで専門学校が開学した。

1979年4月に、わが国初の文部省管轄である 短期大学での養成開始が金沢大学医療技術短期

20

理学療法白書PDF書き出し用.indb すべてのページ

大学部(定員20名)で開始されたが、その後の四年制大学開設などもあり短期大学養成校数は1993~1994年がピークとなった。1986年の「理学療法と作業療法の教育に関する諮問委員会」の会議資料で、1990年頃代半ばには国が必要とされる理学療法士数が充足されるという資料提示がされ、その後3年間の学校新設が許可されなかった。しかし、1989年の高齢者保健福祉推進10カ年(通称ゴールドプラン)発表と規制緩和が相まって、また養成校数が増え、1992年4月には初の四年制大学として広島大学医学部保健学科理学療法専攻(定員30名)が開設した。

1999年には、指定規則改定と規制緩和政策により養成校数が急増し、2009年に専門学校での養成数のピークを迎え、2018年11月現在、大学106校、短大6校、専門学校149校の261養成校で、入学定員数は14,051名を数える(図1).

理学療法士国家試験は,1966年2月20日に第 一次試験として筆記試験、その合格者を対象に

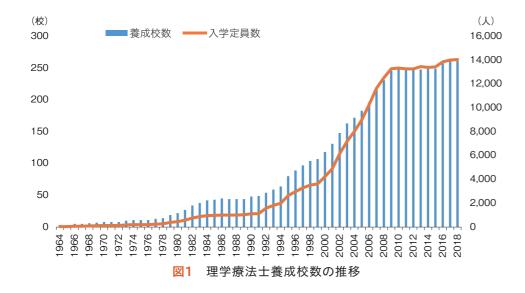






図3 理学療法士・医師・看護師の過去10年間 の国家試験合格率比較

3月25日に第二次試験として実技試験が課された.この実技試験は,1979年の第14回まで続き,第15回以降は筆記試験のみとなった.第1回国家試験の結果は,1,217名が一次筆記試験に臨み,その合格者596名を対象に二次試験として実技試験が執り行われ、養成校卒業者14名を含む183名の理学療法士が誕生した.

時限立法での特例措置が終了する第9回国家 試験 (1974年) まで、受験者数は1,000名余りを 数え、合格率は年度ごとに変動があるものの概 ね10~20%程度で、1,726名の理学療法士が誕 生している。第10回国家試験 (1975年) 受験者 数は、特例措置が終了した影響で158名と激減 したが、1981年の第16回 (1981年) までの合格 率は60~70%台であった。ちなみに、実技試 験がなくなった第15回以降とそれ以前の合格率に大きな隔たりはうかがえない(図2). 第17回(1982年)以降,合格率が80%後半から90%台と高い数値を示してきたが,第46回(2011年)と第51回(2016年)国家試験が75%に満たない合格率を示した.

過去10年間の国家試験合格率の変動幅は、医師、看護師ともに合格率は90%程度で安定しており、その変動幅は医師2.8ポイント、看護師2.5ポイントであるのに対して、理学療法士は合格率が74.3~92.6%であり18.3ポイントと大きな変動幅を認めた(図3).

理学療法士免許保有者や理学療法士として業を行っている者の数値は、籍での管理を行っていないことなどもあり、都道府県はおろか厚生労働省も把握できていない、数として把握できるのは、国家試験合格者の累積数だけで、第1回国家試験合格者(1966年)183名からスタートし、第25回国家試験合格者(1990年)までの累計で1万人を突破し、第46回国家試験受験者数は遂に1万人を超え、第47回国会試験合格者(2012年)には累計で10万人に達した。そして、2018年の第58回国家試験合格者までで、累計161,476名の合格者に至った。

#### Column



#### 倫 理

#### 日本理学療法士協会 常務理事 吉井智晴

社会構造や環境の変化の影響から倫理観や道徳概念が変わり、一方で理学療法士の注目度が高まっている現代社会において、理学療法士によるさまざまな事案は否応がなく新聞などのマスコミで報道されています。その内容には目を覆いたくなる事案もあります。医療専門職としての資質である倫理観の欠如と判断されても仕方がなく、人としての未熟性、社会性の不足、専門職としての驕りが許容される世界で生きてきてしまった影響が強いと思われます。

今、社会での職能的規律が各自に要求されると思われます。われわれは対象者の身体に直接に触れることが多く、理学療法士による身体接触は臨床技能として必要なものです。ハラスメントに対して過剰反応する必要はありませんが、認識不足に陥りがちな現状があるのではないかと感じます。われわれは、社会的にハラスメントへの意識が変化していることを敏感に捉え、自分たちの解釈だけで行動するのではなく、対象者への配慮の仕方は、ときに応じて変えていかなければなりません。

また最近一番、筆者が心を痛めたのは、入職後早い時期にデイサービスの運転業務を兼務し、慣れない運転で交通事故を起こした事案です。もちるん交通事故を起こした当事者が一番の責任を負うべきでありますが、雇用時に複数業務を段階的に負えるように契約することで、事故を回避できたのかもしれないと思うからです。理学療法士の職域は拡大され、医療施設以外に出る機会も増えております。いっけん理学療法士の行動様式は変化しているようではありますが、本質的な思考は相変わらず内向きで社会に目が開かれていない部分があり、しかもそれを意識する会員がまだまだ少ないことを危惧しています。

一方で今後、理学療法士が終末期医療にかかわる機会は、ますます増えていきます。 今まで、心身機能の回復、参加と活動への促進を中心目標としてきた人には、心身機能が徐々に低下していく対象者に対して戸惑いや無力感を強く感じるかもしれません。しかし、理学療法の手段は違えども、理学療法士の本質はまったく変わるものではありません。対象者に真摯に向き合い、ニーズや思いを支援する形は同じであり、終末期医療では単に理学療法技術のみでは守備範囲が狭く、理学療法士自身の品性、死生観が求められます。これらは一朝一夕に身につくものではないため、日ごろから「考える」ことを自分一人で、また同僚たちや他職種といろいろな話ができるようになってほしいものです。それが、ひいては終末期リハビリテーションのチーム医療の成熟にもつながっていくと考えます。 医学の進歩,職域の拡大,社会における多様性への寛容により,さまざまな場面で,さまざまな形で倫理性を問われる時代となりました。倫理綱領とは、専門職自身が専門職集団内部の人間の行動を規定するものであり、専門職を専門職としたらしめるものであります。日本理学療法士協会の倫理綱領第1項には「理学療法士は、全ての人の尊厳と権利を尊重する」とあります。この「全ての人」には、当然自らも含まれるべきであり、自分を大事にしない人が他人を大事にし、尊重することはできません。そのためには、まずは自らの心身の健やかさ、人格形成が必要で、理学療法士としての矜持をもつようになりたいものです。

#### 倫理綱領

公益社団法人 日本理学療法士協会

#### 序 文

公益社団法人 日本理学療法士協会(以下,「本会」という)は、会員が社会において信頼される人間となること、さらには、それを基盤として職能団体としての本会が公益に資することを目的として、「倫理綱領」を定めた。

会員と本会が相互の役割を果たす中で一体となって、より良い社会づくりに貢献することを願うものである.

- 一, 理学療法士は, 全ての人の尊厳と権利を尊重する.
- 一,理学療法士は、国籍、人種、民族、宗教、文化、思想、信条、家柄、社会的地位、 年齢、性別などにかかわらず、全ての人に平等に接する。
- 一, 理学療法士は, 対象者に接する際には誠意と謙虚さを備え, 責任をもって最善を尽くす.
- 一,理学療法士は、業務上知り得た個人情報についての秘密を遵守し、情報の発信や公開には細心の注意を払う。
- 一,理学療法士は、専門職として生涯にわたり研鑽を重ね、関係職種とも連携して質の高い理学療法を提供する。
- 一、理学療法士は、後進の育成、理学療法の発展ならびに普及・啓発に寄与する。
- 一、理学療法士は、不当な要求・収受は行わない。
- 一, 理学療法士は, 国際社会の保健・医療・福祉の向上ために, 自己の知識・技術・経験を可能な限り提供する.
- 一, 理学療法士は, 国の動向や国際情勢を鑑み, 関係機関とも連携して理学療法の適用に務める。

平成30年3月4日制定

22



# 本会会員と組織率および施設人員別会員数割合の推移

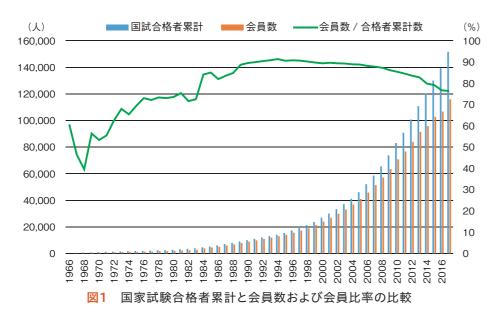
国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院1期生の遠藤文雄氏らは、第1回国家試験合格発表後に厚生省(現厚生労働省)に相談にいくなど、日本理学療法士協会(以下,本会)設立に向けて国家試験合格者全員入会をスローガンに勧誘等設立準備を進めていった。そして、1966年7月17日国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院にて国家試験合格者183名中110名(60.1%)の入会をもって任意団体としての設立総会が執り行われた。特例経過措置合格者の中には、従前から他の職能団体へ加入をしていた人々も多くいたこともあり100%には及ばなかったが、その意気込みは後世に受け継がれ、医療系職能団体では他に類をみない高い国家試験合格者の加入率を示し続けている。

国家試験合格者累計に対する本会会員者率は,60%からスタートして年々上昇し続け,1994年の設立29年目には91.3%を記録した.そ

理学療法白書PDF書き出し用.indb 24-25

の後も、当該年度の合格者数に対する本会新入 会者率はほぼ9割以上を維持し続け、2018年10 月31日現在、会員数が119,695名の組織となっ た. また、累計入会者数も147,000名余りを数 え、国家試験合格者の90%以上が本会に入会し たこととなる.

しかし、本会が組織率として公表してきた「本会会員数/国家試験合格者累計」の算出式が50年以上経過して、母数に亡くなられた人もそれなりの数が含まれるため意味をなさなくなってきている現実を受け、2018年度よりこの計算式での公表を廃止した(図1).新たな会員比率の目安として、厚生労働省の医療施設(動態)調査・病院報告の概況に報告されている医療施設(クリニックを含む)での従事者数を分母とし、2016年現在の医療施設所属会員数を分子として算出したものを図2で掲載したが、従事者の9割近くが会員であった。



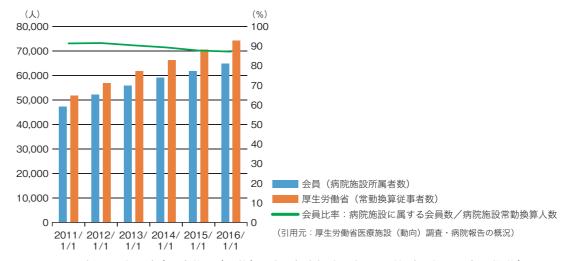
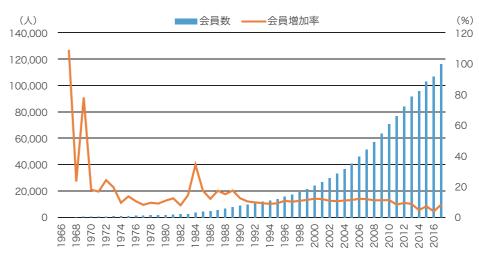


図2 新しい会員率(医療施設(動態)調査・病院報告の概況に基づく会員比率の推移)



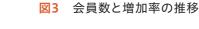




図4 職場人数別施設数割合の推移

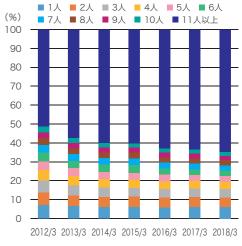


図5 職場人数別実会員数割合の推移

24

弗 Ⅰ 章 / <sub>里学療+</sub>

学療法士を取り巻く状況

19/04/04 13:45

会員数の推移と増加率を図3に示した. 増加率は1990年より10%前後で推移してきたが,2014年に4.6%を示したのは,休会期間を1年間と定め休会の継続申請をしなかった場合に退会処理した結果,一時的に退会者数が増加し増加率が低値を示した. また,2年後の2016年も3.8%と低値を示したのは,会費納入期限を超えた会員に対して規程どおりに未納退会処理を行ったために,この年も一時的に退会者数が増加し,増加率が低値を示した. これらはいずれも一時的なものであり,継続的な影響を示していない. ちなみに2018年度より会費前納制度に

変更となったが、会費未払による年間退会者数 に大きな変化はなかった.

職場人数別施設数割合のデータが2012年以降しかないが、一人職場もしくは二人職場の施設数は54~56%を占めていて、圧倒的に少人数職場の数が多い(図4).しかし、会員数でみると一人職場もしくは二人職場で勤務する会員数は全体の11~14%程度であり、職場の大規模化が進んでいる一方で、一人もしくは二人職場で勤務する会員数割合はあまり変化がみられない(図5).

Column



#### 本会組織における女性の役員割合

日本理学療法士協会 理事 谷口千明

女性理学療法士の活躍について、日本理学療法士協会(以下、協会)役員や代議員、 都道府県理学療法士会(以下、士会)役員の人数や年代からみてみました。

#### 男女数の比較 (図1)

1966年、協会が誕生した際には、役員22名のうち3名(13.6%)の女性役員がいました(協会五十年史より). その後、昭和と平成の時代には女性が1名もいない時期を複数年経験し、2018年(以下、現在)は25名(監事含む)のうち3名(11.5%)が女性役員です。その数字から判断しますと、草創期の諸先輩方は役職に就く女性が少ない時代における先駆者であったようです。

代議員数の変遷をみますと、記録にあるのは 1970年以降となり、その年は男性 21名、女性 1名 (4.6%) でした。協会役員同様に女性不在の時期を経過しつつ、現在では 男性 345名、女性 41名 (10.6%) です。ここ数年は、毎年少しずつ増加してきています。ただ、士会別にみますと、現在 25士会 (53.2%) には女性代議員が不在の状況です。

士会役員数の変遷においては男性士会長が数多くいる中で、女性士会長は現在までに3名(新潟2名,埼玉1名)です。役員についての古い記録がなく1993年の記録となりますが、全国で男性725名、女性53名(6.8%)、現在は男性719名、女性92名

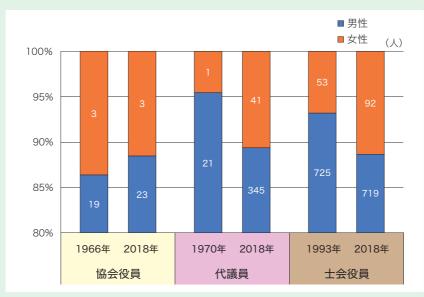


図1 日本理学療法士協会役員の男女比

(11.3%)と増加してきています。女性の士会役員が不在の士会は、徐々に少なくなってきていますが、まだ6士会では不在です。

#### 年代別男女の比較

協会役員においては、記録がないため割愛しますが、年代別に代議員の男女を比較してみますと、最近の記録となりますが創立 50 周年の 2016 年には男女ともに  $30 \sim 60$  歳代までの幅広い年齢層におり、男性は  $51 \sim 55$  歳が最も多く、女性では  $46 \sim 50$  歳が最も多くなっていました。現在では、 $20 \sim 60$  歳代までとさらに幅が広がり、男女ともに  $51 \sim 55$  歳が最も多くなっています。年代別士会役員は、現在の記録のみとなりますが  $30 \sim 70$  歳代で、男女ともに最も多いのは  $51 \sim 55$  歳です。

会員数の増加に伴い、女性理学療法士の役員数も少しずつではありますが、着実に増加してきています。会員男女比率が6対4ということを考えますと、各役員においても6対4を目標にしたいと思います。その目標を達成するためには、会議や総会の開催時間や曜日などを主婦や子育て世代でも参加しやすい設定にするなどの環境調整が必要です。近い将来、役員男女比率が世界水準に少しでも近づくことを期待しています。

# 第山章 活躍する 理学療法士

- 1. 都道府県理学療法士会と本会の関係強化
- 2. 企業との共同事業
- 3. 学校保健



# 都道府県理学療法士会と本会の関係強化

# ◆ 都道府県理学療法士会における組織強化の重要性

日本理学療法士協会(以下,本会)会員は2018年10月現在で,有資格者161,476人のうち加入会員は119,695人に達した. 医療専門職種の中では看護師, 医師に次いで3番目の会員数に到達した.

この巨大に成長した組織が国民に寄与できる 職能団体となりうるのか注目されている. 1966 年に本会が設立され、その後、兵庫県を皮切り に順次都道府県理学療法士会(以下、士会)が 設立されて47都道府県すべてに士会が誕生した. 以後、約50年の長きにわたり本会と士会が 一丸となって組織強化を行ってきた.

士会員の少ない時代には、施設の会員数も少数で自分たちの活動が正しいのか手探り状態であった。そこで、近隣の施設間での勉強会や情報交換会などで顔のみえる関係づくりを行い、質の担保を図ってきた。

2000年の介護保険開始に伴い訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションが報酬化されると同時に、医療保険に回復期リハビリテーション病棟が報酬設定され、理学療法士の働く先は急増した。それに合わせて養成校も増加し、有資格者は爆発的に急増し、従来の組織運営では顔のみえる関係を継続することが困難になってきた。

表1に士会を人口順に並べ、過去10年間の新入会員の動向とそれに伴う累積会員数を示す。 東京都理学療法士協会の新人の増加は、2017年 度には900名を超え人口の少ない士会の累計の

理学療法白書PDF書き出し用.indb 30-31

会員数を上回るものである。入会会員の少ない 県でも50名に近い会員が入会している。士会と もに、この10年で過去40年分の累積会員数を 上回って倍増した。士会および本会にとって急 増する会員の質の担保は、重要な課題となって いる。

2012年度以降,地域包括ケアシステムの推進が始まり,今までの中央集権から県や市区町村主体になる時代となった。これは、理学療法士の新たな活躍の場であり、市区町村の事業に積極的に関与しなければ未来はみえてこない。

これら会員増や制度に対する対策などに向けた士会の組織の改編,運営方法の見直しや強化が急務となった.ここでは、士会の組織強化に向けて実施してきた事業を紹介するとともに、今後の方向性を示す.

#### ◆ 士会の組織強化に向けた管理者 ネットワークの構築

多人数の入会者を、それぞれ異なった労働環境で、どのように質の担保・向上を行っていくかは、士会の組織運営だけでは解決できない課題となった。当然、会員の所属する職場での卒後教育が重要になり、職場と士会、そして本会の卒後教育の連動が重要視されている。その際、管理者各位の卒後教育への意識が統一されていることが、質の担保には重要である。また、経験の浅い会員同士の職場や会員一人職場の勤務者も増加する傾向にあり、管理者を育成しフォローアップする仕組みが望まれている。本会では、士会内での管理者ネットワークの構築を2013年から支援している。

#### 表1 年度別入会者数

()	人口 2017)	都道府 県士会	会員数 (2017)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
13	,724,000	東京都	8,402	357	415	439	440	586	535	633	699	666	955
9	,159,000	神奈川県	5,609	298	333	400	318	423	352	452	463	432	581
8	,823,000	大阪府	8,238	502	545	651	615	711	760	697	704	665	858
7	,525,000	愛知県	6,010	453	408	530	466	478	461	453	463	415	546
7	,310,000	埼玉県	5,056	266	352	323	325	391	381	446	465	419	558
6	,246,000	千葉県	4,671	269	296	346	306	378	421	430	475	400	536
	,503,000	兵庫県	5,363	257	309	365	337	421	496	441	430	397	556
5	,320,000	北海道	5,699	261	365	384	316	428	455	393	447	406	519
5	,107,000	福岡県	6,349	379	427	455	539	542	524	530	533	447	498
3	,675,000	静岡県	3,409	189	270	259	201	310	291	238	313	284	308
	,892,000	茨城県	2,186	119	141	200	172	217	169	181	191	158	196
2	,829,000	広島県	3,143	189	200	262	188	205	210	216	265	233	336
	,599,000	京都府	2,655	166	170	144	183	224	222	198	245	247	315
	,323,000	宮城県	1,607	103	119	119	88	129	115	113	100	104	140
	,267,000	新潟県	1,644	81	100	107	83	76	87	77	98	95	81
	,076,000	長野県	2,256	139	160	145	123	166	161	136	141	128	125
	,008,000	岐阜県	1,698	85	105	117	100	113	136	98	137	114	144
	,960,000	群馬県	1,940	100	139	154	149	151	171	153	163	146	186
	,957,000	栃木県	1,220	55	53	75	80	86	92	94	105	120	127
	,907,000	岡山県	2,027	92	145	164	129	155	159	169	140	136	174
	,882,000	福島県	1,505	89	98	80	98	132	148	127	135	116	125
	,800,000	三重県	1,379	79	97	104	82	117	113	94	107	91	116
	,765,000	熊本県	2,818	103	119	144	131	231	244	241	207	170	221
	,626,000	鹿児島県	2,835	149	169	185	183	218	253	219	228	186	265
	,443,000	沖縄県	1,679	94	112	86	108	107	114	85	94	102	128
	,413,000	滋賀県	1,089	86	88	85	63	60	71	72	69	104	99
	,383,000	山口県	1,613	82	115	129	102	128	145	117	129	125	127
	,364,000	愛媛県	1,646	95	108	118	93	125	99	104	96	103	117
	,354,000	長崎県	2,136	181	190	197	166	183	179	159	168	121	156
	,348,000	奈良県	1,333	65	80	102	72	113	97	115	102	109	115
	,278,000	青森県	917	51	51	62	49	61	56	53	50	57	83
	,255,000	岩手県	996	44	40	48	41	69	60	69	50	51	72
	,152,000	大分県	1,741	95	93	105	100	143	127	111	153	117	161
	,147,000	石川県	1,171	32	65	45	51	81	100	95	86	91	82
	,102,000	山形県	956	52	69	56	56	66	59	65	71	63	64
	,089,000	宮崎県	1,218	72	54 46	75	64	85	101	85	78	76	80
	,056,000	富山県 秋田県	915 643	53 24	31	55 27	42 30	53 36	63 33	57 26	64 40	64 41	84 29
	967,000			40	45	43	52	69	93	68	79	64	80
-	945,000	香川県 和歌山県	1,105 1,372	69	97	75	67	74	113	86	94	83	134
			1,372	72	97	80	80	100	84	96	106	89	117
-	824,000 823,000	佐賀県 山梨県	938	57	79	96	56	73	71	62	68	77	80
-	779,000	福井県	938	39	44	66	46	90	76	65	71	59	86
-	743,000	徳島県	1,136	67	65	69	64	80	64	62	94	81	85
-	714,000	高知県	1,136	105	115	132	101	109	126	110	107	76	93
-	685,000	島根県	745	41	52	45	33	50	48	39	44	42	61
-	565,000	島取県	745	72	78	101	50	72	48	39	44	51	56
				72					44			51	

在)参照 ※2 2008~2011年入会会員数については、会員管理システム導入以前のため届出書をもとに算出

※1 総務省統計局 都道府県, 男女別人口及び人口性比-総人口, 日本人人口(平成29年10月1日現

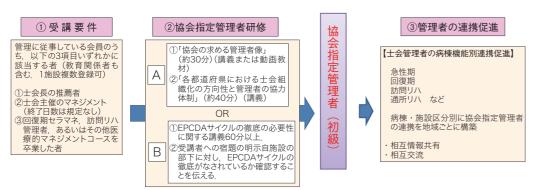
そこでは、管理者ネットワークの対象となる 管理者、もしくは今後管理者になる人材を対象 に初級管理者研修が実施されている。さらに、 施している(図1). 図2に各都道府県別の初級管理者の修了状況を会員数の割合を示す.

に初級管理者研修が実施されている. さらに, 管理者ネットワークのイメージ図を示す(図 管理知識の習得を目指した上級管理者研修を実 3). 例えば. ブロックまたは市町村単位で. 急

30

19/04/04 13:45

#### 【協会指定管理者(初級)】管理者の連携促進・組織強化を目指す



#### 【協会指定管理者(上級)】領域・医療機関機能別の管理者として更なるスキルアップを目指す



図1 研修制度の流れ

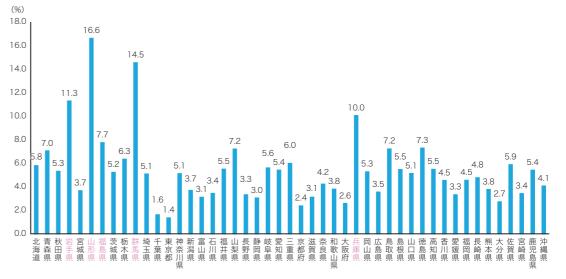
性期から生活期に勤務する会員所属施設の理学療法士の管理者が集まり、縦軸の管理者ネットワークを構築することによりその地域での行政への対応や会員同士の顔のみえる活動の推進を目的としている。また、横軸では急性期病院、回復期リハビリテーション病棟に勤務する管理者などの士会の範疇によって領域別の管理者が集まり共通する問題点の共有や課題解決を行う活動を目標としている。

この縦横のネットワークを運営する世話人を 育成する目的で、本会では2016, 2017, 2018年 度に中央共通研修会(縦)と領域別研修会(横) を開催し、合計517名の世話人を養成している。 各士会別にみると、各士会11名が研修会に参加 している。今後は、各士会長、理事会の任命を 受けてこのメンバーを中心にネットワークの構 築が推進されると期待している。

#### ◆ 士会の組織強化─人財発掘と事務 局機能強化

本会では、士会の理事育成を目指して2017、2018年度と研修会を開催している。リーダーシップ向上に資する講義、各都道府県の会員の質の向上に向けた取り組みの紹介や、特徴的な士会事業を紹介し、その後、出席者同士でのワークショップを行い、他士会の活動を学ぶ機会を設けている。

これとは別に、2017年度と2018年度は本会役員が士会理事会に参加して情報交換会を実施している。士会長、士会事務局長が本会と直接会議する機会は、年に数度のため、情報交換が不十分な面もある。さらに直接会議を行う機会のない士会理事、士会部長と忌憚のない意見交換を行う機会として、本会役員が士会を訪問し



※管理者ネットワーク初級修了者÷士会会員数×100

図2 管理者ネットワーク初級修了者の割合

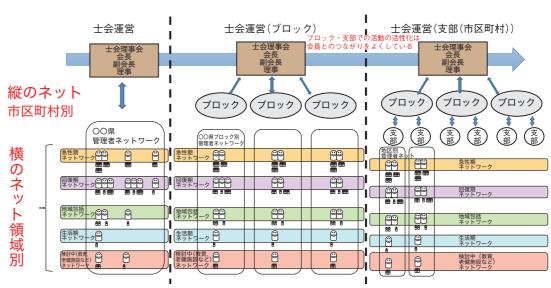


図3 組織として品質管理ができる体制づくりへ

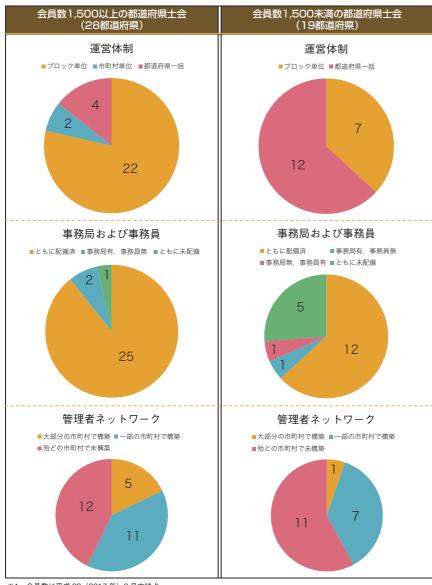
情報交換会を行うようになった.この事業を通じて,将来有望な人財の発掘につながれば幸いである.

また、士会理事各位での働き方が多様になり、土日勤務等の影響で士会業務の遂行が厳しくなっている。士会理事各位の事務業務の削減を目的に事務局の設置および事務員を雇用し、

士会業務負担軽減を目指している. これにより, 地域包括ケアシステムの構築に向けた急な市区町村への依頼に対応できる体制も整ってきた

図4に士会の運営体制,事務局機能として事務員の配置状況,管理者ネットワークの構築状況を示す。

32



- ※1 会員数は平成 29 (2017年) 3 月末時点
- ※2 事務局と事務員の配備は平成30(2018年)3月末時点

図4 各都道府県の組織運営体制

会員数1,500人以上の規模の士会では、ほと んどがブロックもしくは市区町村の単位により 活動が行われている. 1500人未満の規模では、 まだブロック単位ではない士会もあるものの, 規模の拡大とともに、今後はブロック化に進む ことが期待される.

事務局および事務員は、規模の大きい士会で はほとんど配備済みとなる. 1.500人未満の規

模の士会でも多くが配備済みとなり, 体制構築 が進んでいる.

管理者ネットワークは、開始からの期間がま だ短く, 現時点では多くが一部の市区町村での 構築となるが,今後,管理者研修の修了者が増 加していくとともに、ネットワークの拡大が期 待できる.

#### 士会モデル事業

士会運営の活性化を目指し、2015年に今後の 本会、士会運営に関わるモデルとなる事業を募 集した. 16の士会から応募があり. 個々の内容 を士会組織強化推進委員会で審査した. その結 果、以下に6士会7事業を選択し、3カ年でモデ ル事業を実施した.

#### 1. 山形県理学療法士会

事業名:地域ケア個別会議(自立支援を推進 する地域ケア個別会議) に参加する理学療法士 の能力向上事業.

具体的内容:現在,地域ケア個別会議は予防 を主に要介護者の増加を防ぐ和光式と, 従来あ る介護困難者を対象にした会議内容が混在して いる. 厚生労働省は和光式を推進し. 大分県で は要介護認定者の増加率を減少させた. 山形県 は、この方式を取り入れるにあたって自立支援 型地域ケア個別会議に参画する理学療法士のた めの知識, 分析ロジックなどを含んだマニュア ルをモデル事業として作成を行う.

事業価値:拡大する自立支援型地域ケア個別 会議への出席時に理学療法士として必要な知 識、分析ロジックを作成し、他士会に配布する.

#### 2. 三重県理学療法士会

事業名:株式会社との連携事業.

具体的内容:自動車メーカーであるA株式 会社との地域包括ケア推進を目的とした予防事 業が良好な結果を示している. この事業の進め 方を学ぶなかで、市町村へのアプローチ方法や 市町村で潜在しているニーズを明確化させ,各 都道府県に発信を行う.

事業価値: 待ちの状況から事業を活かして. 攻めの体制に進めることは他士会にも参考にな ると考える.

#### 3. 和歌山県理学療法士協会

事業名:地域包括ケアステーション事業. 具体的内容: 従来. 和歌山大学と柔道整復師

会による予防事業が和歌山県では推進されてい たが、2016年度より予防事業の委託が和歌山県 理学療法士協会に急増している. また, 地域個 別ケア会議に関して参加者の確保や自立支援地 域個別ケア会議の開設支援も含め依頼がきてい る. そのようななか. 片手間で実施している状 況では敏速に要望に対して対応できない状況で ある. 事務員も配置しているが、行政との対応 ができていないや, 受託しても理学療法士の配 置調整に手間がかかっているなどの状況を改善 するために、今回のステーションを設置し、さ まざまな状況に対応できる理学療法士を配置・ 受託し、派遣を円滑にして受託市町村を拡大を

事業価値:理学療法士の雇用と活用方法は. 確立できている十会もあるが、調整機能を提示 したものはない. 将来, 士会への増加する市町 村の依頼に対応可能なシステムとして検討もら えると考える.

#### 4. 島根県理学療法士会

事業名:行政への入職を推進する事業.

具体的内容: 行政への入職を士会でバック アップするシステムの構築が重要である. 現 在、島根県理学療法士会の役員が行政、なかで も地域包括支援センターに勤務し、総合事業で ある多様な事業に参加できる場所づくりを進め ている. これにより. 地域包括支援センターへ の配置による効果をみえる化して, 行政への雇 用をアピールする.

事業価値:地域包括支援センターでの理学療 法士雇用のメリットを明確化し, 行政へ雇用を アピールする価値がある.

#### 5 鳥取県理学療法士会

事業名:理学療法士の障がい者スポーツ普及 啓発モデルの策定.

具体的内容:鳥取県では障がい者スポーツに 積極的に参加している。理学療法士が日々接し ている対象者の自己意思で、障がい者スポーツ

34

に参加する場合,どんな障がい者スポーツが適していて,どこの誰に問い合わせてつなげるのかを整理する。また、この流れで対象者にスポーツを通じて活動参加へ案内できる会員教育も含めた事業を行う。

事業価値:2020年のパラリンピックだけでなく、それ以降の障がい者スポーツと理学療法士の関係を深める一翼を担うことが期待される.

#### 6. 茨城県理学療法士会

事業名:コンサルタント (OJT 実践) 事業設立準備事業, 障がい者相談支援事業の開設.

具体的内容: 茨城県では, 理学療法士を雇用した法人, もしくは未雇用法人に対して雇用の方法, 診療報酬からみた経営指標, 勤務者へのOJTを含めてコンサルテーションを行う事業を行う. 障がい者相談支援事業は, 全県下で障がい者の就労支援やリハビリテーション提供など, さまざまな問題に対応できる仕組みつくりうを行い事業化する. 茨城県では自立支援センターを開始しており, この事業を将来組み込む計画である.

事業価値:雇用拡大を士会自らが行うことで 参考となる.障がい者にとっては、今後重要な ニーズであり、ノウハウの構築に価値がある.

これらモデル事業の報告の最終年度が2018 年末になる。各士会ともに精力的に取り組んで おり、各士会の活動の起爆剤となることを期待している.

#### ◆ 士会と協会の関係強化

「理学療法士の急増で希少価値が失われる」と 後ろ向きに捉えるのか、または「増加に伴い働く領域が拡大し、さまざまな働き方や、専門職 の価値が多くの人に認知されている」と前向き に捉えるのかは、会員個々の判断になる。明ら かなこととして、数の多さは注目される。そこ で、組織力として具体的成果が出せるかであ る。成果の基盤は、士会の活動になる。現在の 総合事業での活動が全国規模で、どれほどでき るのかもその一例である。

複雑化する士会組織の運営には、ただならぬ 尽力が必要で士会長、理事各位の努力に敬服す る.協会も士会役員の努力に報いるために、政 策の提言、診療報酬の要望、生涯学習制度の確 立、産官学の連携など、さまざまな領域で組織 をアピールする活動を目指している、「会員 ファースト、会員あっての士会、士会あっての 本会」であり、この言葉が実感できる活動のた めに、今後とも本会、士会における組織強化を 図る必要がある.

# Column

#### 本会代議員選挙等選挙制度

#### 日本理学療法士協会 選挙管理委員会 委員長 高橋雅人

2017, 2018年度の協会役員候補者を決める「2016年度日本理学療法士協会役員候補者選挙」が2017年1月5日に告示されました。今回の役員候補者選挙から一般会員は役員に立候補はできるものの、投票権は代議員のみに与えられる間接選挙制に変更され、全国345名の代議員(表1)が23名の理事、2名の監事を選出する形式となりました。

2017年1月5日に告示された選挙は、同年2月13日に立候補が締め切られ、理事35名、監事1名の立候補届が受理されました。監事候補者は、定数内であったため投票は行われずに決定しましたが、理事候補者は定数を超えていたため、同年3月6~19日までを投票期間として投票が実施されました。3月19日の正午には開票し、異議申し立て期間を経て理事候補者が決定しました。

代議員による間接選挙制を実施した結果,投票率は前回(2014年度)の役員選挙の12.0%から88.1%に上昇しました(表2).日本理学療法士協会(以下,本会)運営に直接関与する,自らも都道府県で選ばれた代議員による選挙ですから,本来投票率は100%となるべきですが,全代議員345名の88.1%,すなわち304名が投票完了し,

	40 34 4 . O OU US 34 O W	
悪1	都道府県別代議員数	T
47 I		

北海道	16名	石川県	4名	鳥取県	3名
青森県	3名	福井県	3名	島根県	3名
秋田県	2名	山梨県	3名	山口県	5名
岩手県	3名	長野県	7名	徳島県	4名
宮城県	5名	静岡県	10名	高知県	5名
山形県	3名	岐阜県	5名	香川県	4名
福島県	5名	愛知県	18名	愛媛県	5名
茨城県	7名	三重県	4名	福岡県	18名
栃木県	4名	京都府	8名	長崎県	7名
群馬県	6名	滋賀県	3名	熊本県	9名
埼玉県	14名	奈良県	4名	大分県	5名
千葉県	13名	和歌山県	4名	佐賀県	4名
東京都	23名	大阪府	24名	宮崎県	4名
神奈川県	16名	兵庫県	15名	鹿児島県	9名
新潟県	5名	岡山県	6名	沖縄県	5名
富山県	3名	広島県	9名	合計	345名

表2 役員候補者数と投票率の比較

	2014年度	2016年度
理事立候補者数	32名	35名
監事理候補者数	1名	1名
有権者数	91,114名	345名
投票者数	10,955名	304名
投票率	12.0%	88.1%

#### 41名の11.9%が投票完了にいたりませんでした。

投票行動にいたらなかった理由を探り、選挙制度に関する問題点を検討するため、選挙制度検討委員会(大工谷新一委員長)より全代議員に向けて無記名でのアンケート調査が行われました。345名中333名からの回答で、回収率は96.5%でありました。333名のうち307名(92.2%)が「投票した/しようとした(一時保存・投票画面アクセス含む)」と回答し、26名(7.8%)が「投票しなかった」との回答でした。投票しなかった理由に、その大多数(20名)が「投票期間の失念」をあげていました。

選挙管理委員会から投票期間中に投票行動を促すメールを複数回送信しましたが、広報活動のさらなる工夫が必要なことがわかりました。また、選挙や総会の時のみならず、日ごろから連絡を取り合い、意見交換することを代議員の一責務と位置づけることや、投票しなかった代議員への罰則も提案されました。いずれにしても、各代議員には代議員であることの責務を十分に理解し、本会の運営に関わる者として一般会員から選出されたという自覚をもってもらう必要があります。次回の選挙には期待しています。



# 2 企業との共同事業

#### ◆ 地域密着プロジェクト

「いくつになっても自由に移動できる自立した生活」をサポートしていくという趣旨に賛同した産(ダイハツグループ・JAF),官(県・市町行政),学(日本理学療法士協会(以下,本会)),民(住民,社会福祉協議会,まちづくり協議会,自治会)が連携し、「地域密着プロジェクト」の取り組みを始めた.地域における重要な移動手段の一つ「車」に焦点をあて、地域に根ざした健康安全運転講座に取り組んでいる.

#### ◆ 2017年5月26日報道発表会

2017年5月26日に三重ダイハツ株式会社松阪船江店で、「高齢化社会に向けたコトづくり」報道発表会が開催された。東京・大阪をはじめ、地元の記者など27社31人が会場に訪れた。記者会見では、ダイハツ工業株式会社代表取締役社長や役員、三重ダイハツ株式会社代表取締役社長、松阪市長、本会会長が出席し、産官学そ

れぞれの取組みに対する思いを発表した(図1). また,同店で開催の「健康安全運転講座」をマスコミに披露した.理学療法士による運転に必要な筋力や認知機能を維持する健康・運動指導(図2)や,JAFのスタッフによる安全運転指導,販売会社スタッフによる車両体験を地域の人が体験した.

#### ◆ 健康安全運転講座

健康安全運転講座は、ダイハツ販売会社の店舗を活用し、高齢者の社会とのつながりを広げ、健康寿命を延伸させる道具の一つが自動車と考え、自動車を軸にした講座を開催している。健康安全運転講座は、2016年度から試行を開始し、三重県、広島県、静岡県で実施されてきた。平成30年(2018年)度からは全国へ展開を広げ、21都道府県、29市区町村、23販売会社で健康安全運転講座が開催されている。なかでも三重県では4店舗で講座が開催され、これまでの取り組みをまとめた健康安全運転講座運営



図1 高齢化社会に向けたコトづくり―報道発表会



図2 健康安全運転講座―理学療法による健 康·運動指導

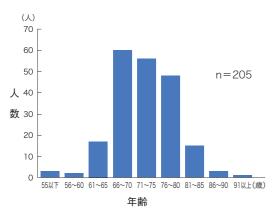


図3 三重県における健康安全運転講座参加 者の年齢分布

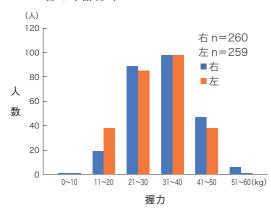


図5 三重県における健康安全運転講座参加 者の握力分布

の手引きを作成し、都道府県理学療法士会へ配 布されている.

#### ◆ 三重県における健康安全運転講座 の紹介

三重県では、これまでに19回開催され、延べ347名の人が参加されている。参加者の平均年齢は72.5  $\pm$  7.1歳で、 $60\sim70$ 代の参加が多い(図3)。自動車に関連する講座ということもあり、参加者の6割は男性であった(図4)。

講座の中で、参加者自身に現状の身体機能を 把握してもらう目的で、運動機能チェックを実施している(図5~8). シルバーカーを押して 歩いてくる人や、自転車または自動車を運転し てくる人など、参加者の身体機能もさまざまで

40

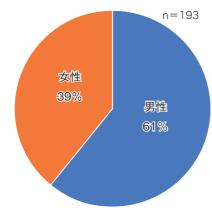


図4 三重県における健康安全運転講座参加 者の男女割合

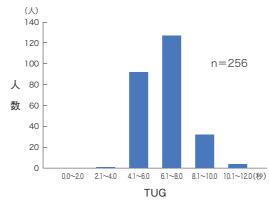


図6 三重県における健康安全運転講座参加 者のTimed Up and Go(TUG)分布

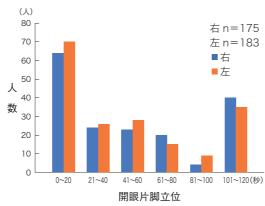


図7 三重県における健康安全運転講座参加 者の開眼片脚立位分布

あった. また, 講座の運動指導に反映させるため, 参加者へアンケートを実施している. アンケート結果をみると, 日常の自動車の使用目的は買い物や病院受診などが多く(図9), 運転中

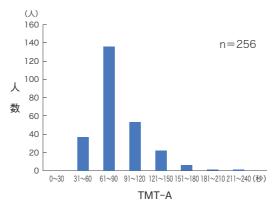


図8 三重県における健康安全運転講座参加者 のTrail Making Test-A(TMT-A)分布

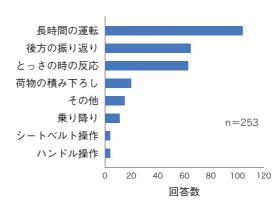


図10 自動車運転の際に苦労すること・困ることは何ですか(三重県における健康安全運転講座参加者アンケートより複数回答可)

に苦労していることとしては、長時間運転やとっさの反応、後方の振り返りなどがあげられている(図10). また、運転中・運転後に背中や腰、肩、首などに不調を感じていることも把握できる(図11).

われわれは、前述の結果に合わせたストレッ



図9 自動車を使用する主な行き先・目的は何ですか(三重県における健康安全運転講座参加者アンケートより複数回答可)

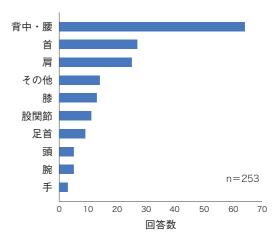


図11 運転中・運転後に調子が悪いと感じる 体の部位はありますか(三重県におけ る健康安全運転講座参加者アンケート より複数回答可)

チや運動を提供している。より運動効果を体感 してもらいながら、安全に長く自動車を運転す ることができる身体づくり、さらに体力維持・ 向上のための意識を高めるような内容の提供を 心がけている。

#### Column



#### 妊産婦に対する理学療法

#### 日本理学療法士協会 白書委員会 河合麻美

Y市にある産婦人科医院では、医師の指示のもと産前産後のママの身体をケアしています(図1). 昔から「妊娠・出産は病気ではない」といわれていますが、本当なのでしょうか?実は、女性の身体は妊娠から出産まで大きな変化を起こしており、出産時は子宮を含めた内臓は、もちろん骨盤、筋肉、靭帯まで交通事故並みのダメージを負っているともいわれています。特に大きい赤ちゃんであったり、難渋した出産の場合は、なおさらダメージが大きくなるとのことです。この産婦人科では妊婦検診や入院中、産後検診の際、「身体に不安がある」ママには適宜理学療法士が対応しています。そこで、どのような妊娠経過であったか、どのようなお産であったか、産後の経過や1カ月の育児の方法など、身体の不安になっているもとを問診し、評価していきます。痛みを伴う場合は、触診や各動作、歩行などの動作分析により原因を探して理学療法を提供します。多くの場合、ママは出産後すぐに24時間体制の育児が始まります。ママの身体の回復が追いつかない場合は、抱っこやおっぱいをあげることさえも辛く感じてしまうこともあるかもしれません。

実際の理学療法の治療場面では、ママと話しながら身体の不安や育児の悩み、ご主人をはじめ周りのサポートがあるかないかなどを聞きながら進めていきます。家にいるとどうしても赤ちゃん優先の生活になってしまい、自分の身体と向きあう時間もとれないママたちにとっては貴重な時間です。産後の身体の不調で多いのは腰痛、骨盤



図1 産前産後ケアの様子

痛,背中のはり、肩こりなどとのことです。軽い症状の場合は、姿勢調整や筋肉のストレッチ、関節運動などを行うことで、その日に症状が軽快することもありますが、習慣になってしまい症状が重くなっている場合などは数回通院し、理学療法を実施する場合もあります

まだまだ男性の育児休暇取得率は低く、産後の育児はママがメインになるのが現状です。腰痛や骨盤痛があるからといって抱っこしないわけにはいかず、ママはどうしても無理をしてしまいがちです。また、ママの身体と心は表裏一体なので、身体の不安が育児の不安や悩みにつながることもあります。だからこそ、産後早い段階からのママの身体のケアが必要なのです。

現在、日本理学療法士協会ではメンズヘルス・ウィメンズヘルスの部門があり、産 前産後の女性のためのケアについても研究や研修などを行っています。自身の出産経 験を経て、産前産後のケアの必要性を感じている女性理学療法士も多く、今後さらに 活躍の場が広がることを願っています。

女性が輝く社会をつくるには、女性が笑顔で育児ができる環境が大切です。産後のママたちが笑顔で育児ができるように、理学療法士としてできることを追求していきたいと思います

45

# 学校保健

#### ● 学校保健における理学療法士の関 わりの歴史および活動

学校保健とは、学校保健安全法(昭和33年4 月10日法律第56号, 最終改正平成27年6月24 日法律第46号) によると、学校における児童生 徒等および職員の健康の保持増進を図るため. 学校における保健管理に関し必要な事項を定め るとともに、学校における教育活動が安全な環 境において実施され、児童生徒等の安全の確保 が図られるよう、学校における安全管理に関し 必要な事項を定め、もって学校教育の円滑な実 施とその成果の確保に資することを目的とした ものである. また. 学校保健には大きく分けて 次の4つが含まれる.

- ①学校保健計画の策定等の学校の運営管理
- ②健康相談, 保健指導や地域の医療機関等と の連携
- ③就学時および児童生徒, 職員の健康診断
- ④感染症の予防

2014年4月30日に「学校保健安全法施行規則 の一部を改正する省令(平成26年文部科学省令 第21号)」が公布され、2016年4月1日から発 効・施行されている. この省令によって学校で の児童, 生徒, 学生および幼児の健康診断 (健 診) に係る検査項目に「四肢の状態」が必須項目 として加えられ.「四肢の状態を検査する際は. 四肢の形態および発育ならびに運動器の機能状 態に注意すること」と規定された. つまり. こ れまでの運動器に係る項目であった「脊椎およ び胸郭の疾病および異常の有無 | に加えて、四 肢を含めた運動器全体をみることとなった. こ

の改正により、生徒・児童の健康について注目 される機会が増え、学校医と養護教諭、保健体 育科教諭を中心にさまざな専門家の連携による 正しい理解に基づいた効果的な対応が求められ ている.

生徒・児童の健康に注目が集まるなか、運動 器医療の学術的知識と臨床技法を有する専門家 として理学療法士に期待が寄せられている. 具 体的には理学療法士が学校長、学校医・養護教 諭および地区の医師会などと緊密な連携のもと に、学校保健の現場に参画し、児童・生徒の運 動器の健康と健全な心身の成長・発達と生涯に わたる健康づくりに関わるものである。 理学療 法は、疾病や運動器の不調を抱える児童・生徒 への提供だけではなく、健康な生徒・児童に対 する運動指導や運動処方. 動作指導に対する提 供が期待されている.しかしながら、学校保健 領域で理学療法士が貢献していくための卒前・ 卒後のコアカリキュラムや研修の機会はなく. そのため現段階では学校現場とつながりのある 理学療法士が、ニーズを拾いながら理学療法を 提案し実績づくりをはじめている状況である. 今後、養成事業や環境・制度を整備することが 必要である.

#### ◆ 学校保健における日本理学療法士 協会の今年度までの取り組み

#### 1 運動器の健康・日本協会と日本理学 療法士協会との関わりにおける活動 について

日本理学療法士協会(以下,本会)は,2011年 の「一般財団法人 運動器の10年・日本協会

(現 運動器の健康・日本協会)」設立後, 運動器 の疾患・外傷・障害の予防に関する教育・啓発・ 普及活動として, 学校の運動器検診体制の整 備・充実事業と「スクールトレーナー|養成に 関わる調査・研究事業学校保健事業と、成長期 のスポーツ外傷予防啓発事業の2つの事業につ いて支援する活動をしてきた. これらの学校保 健における課題解決の実現のために、本会から 運動器の健康・日本協会へ適切に情報提供して いくなど、運動器の健康・日本協会との連携が 欠かせないとして. 学校保健領域での理学療法 士の活動実態と課題を明確にするための調査が なされた.

#### 2. 学校保健における理学療法士の活動 実態調査

活動実態調査として、第1回2011年度、第2 回2014年度, 第3回2015年度に実施した. なか でも第3回の調査結果においては、本会会員 (95.148名) のうち、学校保健に関する活動経験 を有していたのは1.143名(1.2%)で、そのうち 過去1年以内に活動を実施したのは389名 (0.4%), 527事例であった. 具体的には. 高等 学校(全体の44.6%)の生徒を中心に、「特定の 部・クラブ活動に所属している生徒・児童個別 および集団介入」「運動処方や予防プログラム」 を提供していることが多かった. 活動実施の目 的は、「外傷・障害への対応・予防 | が82.4%、「競 技パフォーマンスの向上」が52.4%、「健康に関 する全般的な教育」は26.2%であった. 活動時. 対象者における問題を発見した時は、なんらか の改善方法の指導を実施していた. その内容は 「セルフストレッチ・トレーニングの方法の指 導|「体の使い方に関する指導|「医療機関受診 の促し」などを、医師や指導教諭との連携のも とに実施していた. このような学校保健におけ る理学療法士の活動実態が明らかとなった. 以 上のことから、医師や指導教諭との適切な連携 のもとに理学療法士が予防や環境支援など広く

学校保健に関わることで、生徒・児童の体力低 下および過活動により発生するさまざまなケガ や障害などの課題解決に貢献できる可能性を見 い出せた. その後は、モデル調査事業に重点を おいた活動を実施し、理学療法士にとって意義 のあるスクールトレーナー制度とするための学 校保健活動マニュアル作成資料づくりに必要な 基礎資料の収集に努めている.

#### 3. 学校保健における理学療法士の役割 ―スクールトレーナー制度について

平成24.26.27年度に実施した3つの調査・ 取り組み活動のまとめとして、スクールトレー ナーの役割を図1に示した. 今後は. ①戦略・ 戦術の構想・提言および実現事業活動だけにと どまらず、②重点企画関連事項の構想、③他団 体との政策調整推進などの円滑で効率的実現の ため、④卒後研修機能向上および管理者教育シ ステム導入を基盤とした臨床施設機能評価機構 構想の提言や. 各分科学会・部門からのエビデ ンス提示のための基盤整備などに対する建設的 な提言力が必要である. この提言力とともに政 策実現に向けて推進するためには、その関連委 員会, 生涯学習, 各分科学会との有機的連携調 整をも視野に入れた. 都道府県理学療法士会 (以下、士会)による活動と情報共有の研修、お よびモデル活動の組織的な拡散活動の推進が今 後必要である。

#### 4. 成長期のスポーツ外傷予防啓発につ いて

成長期に過度なスポーツ活動を行うとスポー ツ外傷を発生しやすい. 特に成長期の重篤なス ポーツ外傷は、骨の変形などを伴う後遺症を生 じることがあり、予防の取り組みが必要であ

運動器の健康・日本協会では、成長期のス ポーツ外傷予防啓発事業として「成長期の投球 障害予防 | を実施している. これまで成長期の 投球障害早期発見のため. 検診制度の整備と

47

#### スクールトレーナーの役割

- 全校児童生徒を対象に、生活習慣の偏りや運動不足による問題や体育授業を含めた学校スポーツ、文化活動における運動器疾患・障害の発生や生活習慣病や肥満の予防と、これに必要な運動器および運動実施、スポーツトレーニングなどに関する正しい知識の教育・啓発を目的とする
- 医療専門職種である理学療法士が、学校医、養護教諭、保健体育教諭らと連携・協力し、 スクールトレーナー業務を推進する

#### 【業務内容】

#### ■課内活動における健康管理

- ①体育などの授業中における外傷・障害への対応とそ の予防
- ②生活習慣の改善(肥満対策)
- ③机・椅子・靴のフィッティング
- ④内科疾患の罹患生徒・児童(心臓奇形や腎疾患)に 対する運動処方や病態管理
- ⑤遊具の選択や配置などへの助言(リスクや効果)
- ⑥身体運動機能検査測定評価および事後の運動指導
- ⑦健康教育
- ⑧個別運動指導,集団運動指導
- ⑨教職員の外傷予防と健康増進(疾病予防)
- ⑩校医,養護教諭との連携
- ⑪その他

#### ■課外活動における健康管理

- ①クラブ活動における外傷・障害への対応, および予防
- ②健康教育
- ③教職員の外傷予防
- ④医療機関との連携
- ⑤その他

#### 図1 スクールトレーナーの役割

データ収集など進めるとともに予防啓発を行っている。2017年度事業には、①指導者講習会の開催、②セルフチェックの資料配布、③少年野球実態調査(中学生)などがある。その中でも指導者講習会では、全日本軟式野球連盟と協力して全国8地区11会場で開催し、医師と理学療法士が講師となり成長期のスポーツ外傷の解説とストレッチなどの実技指導について指導者を対象に行った。また、日本高等学校野球連盟は高校野球選手の傷害予防とその啓発活動として、甲子園大会に出場した投手に対し、整形外科医による肩肘関節機能検査と理学療法士による関節可動域測定およびストレッチングなどのセルフコンディショニング指導を行っている。

日本バレーボール協会ハイパフォーマンスサポート委員会メディカルユニットでは、全国中学生長身長発掘育成合宿に参加する男女約100名の選手に対してメディカルチェックを実施している。成長期のバレーボール選手では、Osgood-Schlatter病(骨端症)やジャンパー膝(膝蓋靭帯炎)などの膝関節前部の疼痛が多発して

46

おり、理学療法士がコンディショニング指導を 実施している.

東京都理学療法士では、理学療法士と養護教諭が学校保健についてディスカッションする公開講座を企画・実施した。その後、養護教諭からの依頼を受けて小学校での「車いす体験授業」や「スポーツ障害の予防と対策」などの出張公開授業を展開している。この出張公開授業では、児童・生徒だけではなく学校関係者や保護者の参加があり、児童・生徒の運動器の健康に関わる人々への予防啓発にも取り組んでいる。

#### ◆ 今日の現状と課題─学校保健推進 検討委員会の答申から

本会の学校保健推進検討委員会では、学校保健において理学療法士が公益に資する活動として、「理学療法士の有する知識と技能によって、学校における児童生徒などの健康の保持・増進を図るための学習および生活の支援、指導、生徒および教職員の健康と安全に関する教育ならびに指導を実践すること|と限定的に定義した。

こうした観点から現状と課題を考慮した場合、それには児童生徒・教職員の観点、理学療法士の観点によるものがある。学校における児童生徒の健康と安全に関する代表的な課題としては、以下のものがあげられる。

- ①部活動など,過度な運動(練習)による運動器の外傷・障害
- ②室内でのゲームなど,運動不足による体力 低下や生活習慣病リスクの増大
- ③発達性協調運動障害などの種々の発達障害
- ④不良姿勢や視力低下,集中力の低下など学力に影響する諸問題

また,職員においてはメンタルヘルスの障害や腰痛など,通常の労働者と同様の問題があげられる.これらの課題に対して,理学療法士が実際に介入する際は,医師をはじめ校長や教頭,養護教諭や保健体育教諭の理解と協力,保護者の理解等が必要である.また,関連他職種との関係や理学療法士の単位制労働形態が懸案事項としてあげられる.

一方,実際に理学療法士が介入する場合には、外部からの一時的な介入と学校の教職員としての介入、および新たな枠組みにおける介入の3つがある.外部からの一時的な介入にとどまらざるをえず、職員会議への参加や学校保健計画への関与などは難しい.したがって、外部からの一時的な介入ではなく、学校の教職員として関わることが望ましく、そのためには教諭免許の取得が奨励される.新たな枠組みとしては、運動器の健康・日本協会が推進しているスクー

ルトレーナー制度などによる関わりが想定される。他団体の新たな制度を活用した介入においては、多くの理学療法士が現場経験を積みながら、それに続くステップアップとしての生涯学習制度が望まれる。

ここまで述べた課題を解決するために、本会として取り組むべき事項には、大きく分けて実績づくりと人材育成がある。実績づくりにおいては、本会として、まず理学療法士が何を行うべきか・何ができるのか・効果とリスク・実施モデルなどを明確にし、これから新たに学校保健領域に関わる理学療法士に向けた活動マニュアル作成が望まれる。一方、理学療法士が介入する効果やエビデンスを明らかにし、関係省庁などに対して働きかけや政策提言を行う必要もある。これには、士会における学校関係機関(学校・所管教育委員会など)や他団体(医師会など)との連携も重要である。

人材育成については、学校保健の手段には理 学療法士の臨床経験だけでは培えない内容もあ るため、学校保健領域に理学療法士が関わるこ との意義や役割だけでなく、実際の方法・手法 についての研修が必要である.

このような活動が明確なものとするためには、例えば本会・士会における学校保健担当責任部署の連携組織化による、各地域での学校保健活動実態の把握と推進活動の現状分析・評価(良いモデル・悪いのモデルの提示)とともに、学校保健活動(活動マニュアル・研修)推進支援ネットワーク体制の基盤整備の確立が急がれる。



#### 厚生労働省での研修を経験して

日本理学療法士協会 白書委員会 森木貴司

厚生労働省での業務は、そもそも臨床しか経験したことない私にとって、戸惑いや 苦悩の連続でありました。しかし、臨床では経験しえない貴重な機会でもあり、「国民 のため」という大義をビシビシ感じながら、やりがいや充実感に溢れていたことを思い出します。ただ、当時を回想するだけで業務の壮絶さがよみがえります。

私は、社会・援護局障害保健福祉部企画課で障害者総合支援法に基づく障害者施策に関連する業務を経験し、主には身体障害者手帳の認定基準等の改正、障害者の全国実態調査、障害者に係る調査研究の総括に関することに携わりました。具体的な業務としては、各種検討会開催、実態調査事務、調査研究(科研費)の公募およびとりまとめ、議員からの資料要求対応、国会対応などであり、業務量もさることながら、迅速かつ正確な対応が求められるため、常にプレッシャーを感じる日々でありました。

最初の壁は、書庫にぎっしり保管された膨大な過去の資料の読み込みでした。「法令、起案、決裁、答弁、陳情、国会対応、~でございます」などの行政特有の文章や表現、呪文のような日本語の羅列により、ある程度慣れるまでは $2\sim3$ カ月を要しました。徐々に仕事を任せてもらえるようになってからは、決裁案件の業務がたいへんでした。各担当者が上長に理論破綻している箇所の指摘を受けている光景をたびたび目にし、いかに理路整然な文章にするかを考えさせられ、根拠法令に基づいた理論武装の重要性を痛感しました。

一方で考えさせられたのは、国民や患者団体からの電話応対であり、現状の制度の 谷間における切実な思いを聞く機会でもありました。現状の制度に少なからず課題も あると感じた一方で、組織的に迅速な対策を講じることは難しく、制度などを変える ことは世論の力 (メディア) や政治力が必要な要素でもあると感じました。つまり、た だ声を上げるのではなく世論を味方につけることや鶴 (国会議員) の一声が必要な場合があるということです。

このような厚生労働省におけるさまざまな業務において、法令などの改正に伴う決定プロセスが経験できたことで、行政の視点や思惑、議員が担う重要な役割について再認識することができました。現在は、この経験を活かし和歌山県理学療法士協会の立場から学術活動、行政との連携、政治活動を考慮しながら、県民に寄与すべく理学療法士の社会的な役割や認知度を推進していけるよう尽力していきたいと考えおります。

# 第川章 理学療法士の 養成と教育

- 1. 指定規則改正の背景とその概要
- 2. 東京 2020 オリンピック・パラリンピックに 参画する理学療法士の課題

19/04/04 13:45

# 1

# 指定規則改正の背景とその概要

# ◆改正の背景

「理学療法士・作業療法士学校養成施設指定規 則」とは、理学療法士・作業療法士教育のミニ マムな基準を定めたものであり、修業年限、教 育内容, 教員の人数・条件, 教育上必要な機械 器具などの設備. 臨床実習施設・実習指導者な どについての規則である.表1に指定規則をめ ぐる歴史について示した. ここで注目すべき は、1966年に制定された当時から比較して総時 間数に対する臨床実習時間の割合の減少と. 1999年に実施されたカリキュラムの大綱化と 単位制の導入である. すなわち. 教育科目から 教育内容による規定への変更や単位制の導入な ど、カリキュラムの弾力化などの見直しを行っ て以降、大きな改正は行われていなかった.こ の間に高齢化の進展に伴う医療需要の増大や、 地域包括ケアシステムの構築などにより. 理学 療法士に求められる役割や知識などが変化して きたこと、また臨床実習については、その実施 方法や評定方法などが、学校養成施設や臨床実 習施設によってさまざまであることや. 臨床実 習時間外に恒常的な課題を行うなど、学生に とっても大きな負担となっていることがあげら れる. そのため理学療法士の質の向上のため、 臨床実習のあり方を見直すことや、学校養成施 設や臨床実習施設における教育の質の向上につ いて要請されている.

2015年7月に改正に向けての検討会(非公式)が開始され、その後、日本理学療法士協会(以下、本会)に設置された「教育対策本部」および日本作業療法士協会、全国リハビリテーション学校協会との協議を経て、現行93単位から臨床実習4単位を増やす97単位案が提示された。これに対して全国の理学療法教育施設代表者研修会で検討され、意見聴取が行われたが、①臨床実習を4単位増やすことはカリキュラム上困難である、②教員の必要人数、資格は教授する教育内容に応じて検討すべきである、③臨床実習指導者の研修の必要性は認めるが、現実に例えば240時間(看護と同等)の研修は困難ではないかなど、否定的な意見が多かった。

一方,この取り組みとは別に臨床実習をめぐる実習学生の自死に関し、臨床実習教育を含む理学療法教育の現状について、衆議院で質問主意書が2016年3月9日に提出され、同年18日に政府答弁書が提出された。また、2016年4月には「理学療法士・作業療法士需給分科会」が立

### 表1 指定規則をめぐる歴史

理学療法教育のミニマムな基準を定めたものであり,修業年限,教育内容,教員の人数・条件,教育上必要な機械器具などの設備,臨床実習施設・実習指導者などについての規則

1966年:理学療法士·作業療法士学校·養成施設指定規則施行, 実習1,680時間, 総時間3,300時間

1972年: 基礎科目と専門科目の大分類. 臨床実習1.080時間. 総時間2.700時間

1989年: 基礎科目に外国語が追加, 専門科目は専門基礎科目と専門科目に区分, 独自カリキュラム編成が可能になった。実習810時間, 総時間2,990時間

1999年: カリキュラムの大綱化および単位制導入, 臨床実習18単位を含む93単位が規定された

ち上がり、その方向性を踏まえ、指定規則改正を進めたいという意向が厚生労働省より示された.このような状況を経て2016年10月21日に、本会、日本作業療法士協会、全国リハビリテーション学校協会による新たな合意案(101単位)が提出された.なお、この101単位案はたたき台であり、その後の正式な検討委員会では、さらに4単位増やした105単位案が検討された(後述するように最終的には101単位案となった).

2017年6~12月の間に,正式な「理学療法士・ 作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検 討会」が開催され報告書がまとめられた<sup>1)</sup>. この規則の実施は2020年入学者からであり,前回の改正からは,実に20年ぶりである.

# ◆ カリキュラム改正概要

今回の指定規則改正におけるカリキュラムの変更点を表2に示した<sup>2)</sup>. すなわち, 総単位数を93単位から101単位に増加したこと, 基礎分野では単位数は14単位で変更はないが, 教育内容に「社会の理解」を追加して患者・利用者などとの良好な人間関係を構築するために必要

表2 指定規則改正に伴う変更点

	教育内容	単位	立数	備考
	————————————————————————————————————	現行	改正後	VIII 75
	科学的思考の基盤			
基礎分野	人間と生活	14	14	
	社会の理解			
	人体の構造と機能および 心身の発達	12	12	
専門基礎分野	疾病と障害の成り立ち、 および回復過程の促進	12	14	栄養, 薬理, 画像, 救急救命, 予防などの基礎を含む
	保健医療福祉とリハビリ テーションの理念	2	4	リハビリテーションの理念(自立支援, 就労支援等を含む), 地域包括ケアシステム, 多職種連携の理解を含む
	基礎理学療法学	6	6	
	理学療法管理学	_	2	職場管理(教育を含む),職業倫理を含む
	理学療法評価学	5	6	画像評価を含む
	理学療法治療学	20	20	喀痰などの吸引を含む
専門分野	地域理学療法学	4	3	地域理学療法に関する演習·実習を「臨床実習」へ移 行し、1単位減
	臨床実習	18	20	臨床実習前の評価, 臨床実習後の評価を含む実習時間の3分の2以上は医療提供施設(医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設(除く薬局, 助産所)をいう)において行うこと. ただし, 医療提供施設における実習の2分の1以上は病院または診療所で行うこと. また, 通所リハビリテーションまたは訪問リハビリテーションに関する実習を1単位以上行うこと
	合計	93	101	

(出典:網本 和,他:理学療法士・作業療法士養成はどう変わる?週刊医学界新聞3269号より改変)

な,人間関係論,コミュニケーション論などを教育内容に追加することとなった。専門基礎分野では,現行26単位を4単位増の30単位として,「栄養,薬理,画像,救急救命,予防などの基礎」を必修化(2単位)し,「リハビリテーションの理念(自立支援,就労支援などを含む)」「地域包括ケアシステム」「多職種連携の理解」を必

修化した(2単位).専門分野では、「理学療法管理学」を新設して「職場管理(教育を含む)」「職業倫理」の必修化(2単位)、「画像評価」の必修化(1単位)、「喀痰等の吸引」の必修化となった.地域理学療法学は現行4単位であるが、このうち演習・実習を「臨床実習」に移行するため3単位となった.なお、表3に各分野における教

# 表3 教育の目標

	表3 教育の日標										
	教育内容	単位数	教育の目標								
基礎分野	科学的思考の基盤 人間と生活 社会の理解 (小計)	14	・科学的・論理的思考力を育て、人間性を磨き、自由で主体的な判断と行動する能力を培う、生命倫理、人の尊厳を幅広く理解する ・国際化および情報化社会に対応できる能力を培う ・患者・利用者などとの良好な人間関係の構築を目的に、人間関係論、コミュニケーション論などを学ぶ								
	人体の構造と機能 及び心身の発達	12	・人体の構造と機能および心身の発達を系統立てて理解できる能力を培う								
専門基礎分野	疾病と障害の成り 立ち及び回復過程 の促進	14	・健康,疾病および障害について,その予防と発症・治療,回復過程に関する知識を習得し,理解力,観察力,判断力を養うとともに,高度化する医療ニーズに対応するため栄養学,臨床薬学,画像診断学,救急救命医学などの基礎を学ぶ								
·分 野	保健医療福祉とリ ハビリテーション の理念 (小計)	4 (30)	・国民の保健医療福祉の推進のために、リハビリテーションの理念(自立支援、就労支援などを含む)、社会保障論、地域包括ケアシステムを理解し、理学療法士・作業療法士が果たすべき役割、多職種連携について学ぶ・地域における関係諸機関との調整および教育的役割を担う能力を培う								
	基礎理学療法学	6	・系統的な理学療法を構築できるよう, 理学療法の過程に関して必要な知識と技能を習得する								
	理学療法管理学	2	・医療保険制度, 介護保険制度を理解し, 職場管理, 理学療法教育に必要な能力を培うとともに, 職業倫理を高める態度を養う								
	理学療法評価学	6	・理学療法評価(画像情報の利用を含む)についての知識と技術を習得する								
専門分野	理学療法治療学	20	・保健医療福祉とリハビリテーションの観点から,疾患別,障害別理学療法の適用に関する知識と技術(喀痰などの吸引を含む)を習得し,対象者の自立生活を支援するために必要な課題解決能力を培う								
±Ϊ	地域理学療法学	3	・患者および障害児者, 高齢者の地域における生活を支援していくために必要な知識や技術を習得し, 課題解決能力を培う								
	臨床実習	20	・社会的ニーズの多様化に対応した臨床的観察力・分析力を養うとともに、治療計画立案能力・実践能力を身につける、各障害、各病期、各年齢層を偏りなく行う対応できる能力を培う、また、チームの一員として連携の方法を習得し、責任と自覚を培う								
	(小計)	(57)									
	合 計	101									

育目標を示す.

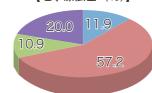
以上が、基礎分野、専門基礎分野、専門分野についての改正概要であるが、4年制大学においても124単位中101単位が指定規則による必須の単位であるため大学独自の自由な科目設計は総単位数を増やさない限り困難な印象であり、まして3年制養成校においては厳しい運用となる.

# ◆ 臨床実習の形態と方法

臨床実習は、高度・専門化、多様化する保健・ 医療・福祉・介護などのニーズに対応するため、 臨床現場における実践を通じて基本的な理学療 法技術の修得を図り、地域包括ケアシステムの 推進に資する高度医療人材を養成することを目 的に2単位追加することとなった。また、臨床 実習の質の向上を図るために「臨床実習前の評価」「臨床実習後の評価」を必修化することが盛り込まれている。さらに臨床実習1単位の時間数について、現行では45時間をもって構成することとされていたが、1単位を40時間以上の実習をもって構成することとし、実習時間外に行う学修などがある場合には、その時間も含め45時間以内とすることと規定され、学生の負担増にならないよう配慮された。

この改正された臨床実習は、これまでの「患者担当型」ではなく「診療参加型」であることとされているが、現状について厚生労働省の調査では図1~3に示すように、養成校側の認識は「すべて」または「一部」で診療参加型臨床実習

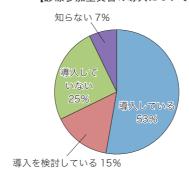
【理学療法士(%)】



- ■すべての臨床実習施設で導入
- ■一部の臨床実習施設で導入
- 導入を検討している ■ 導入していない
- (理学療法士 n=285)

図1 診療参加型実習の導入状況(養成校認識)

# 【診療参加型実習の導入について】



# 【実習内容と方法の決定について】

	種別	回答者数(人)	割合(%)
1	養成施設と打ち合せなどを行い、実習内容、実習方法などを 決めている	179	10.8
2	養成施設から依頼された実習 内容, 実習方法などにより実習 を行っている	631	38.2
3	実習施設において実習内容や 実習方法などのプログラムを 作成し,養成施設の依頼に合ったプログラムにより実習を行っている	497	30.1
4	実習施設において実習内容, 実習方法などを決めている	329	19.9
(5)	実習内容や実習方法をどう決 定しているか知らない	16	1.0
	合 計	1,652	100

図2 臨床実習指導者へのアンケート

19/04/04 13:45

53

# 【学生側の認識(理学療法士)】

■患者に触れる臨床実習はなかった	1.4%
■臨床実習先のチーム医療の一員として患者に触れる臨床実習を行った	18.8%
■患者を担当する形態での患者に触れる臨床実習を行った	79.8%

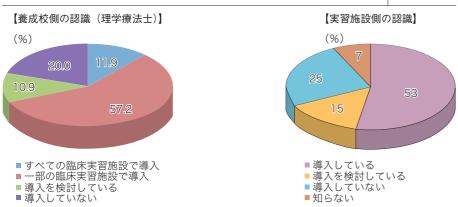


図3 学生(n=248)・卒業生(n=903)のアンケート

が導入されていると認識されているのは70%であり(図1), 実習指導者側では「導入している」との認識が53%である(図2)<sup>3</sup>. 一方, 図3に示すように学生および直近の卒業生の意識としては「患者を担当する形態」での実習を行ったとするものが約80%となっており<sup>4</sup>, この差は大きい. これまで50年以上にわたって行われてきた実習形態を, 一朝一夕に変更することは困難であるということを示している.

# ◆ 臨床実習指導者の要件<sup>5)</sup>

臨床実習指導者の要件として、「実習指導者は、理学療法士養成施設においては理学療法に関し相当の経験を有する理学療法士であり、免許を受けた後、5年以上業務に従事した者であり、かつ厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会等を修了した者とする」とされており、従来の臨床経験3年以上から要件は厳格化された。この「厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会」については、2019年2月より本会主催にて各地で開催されることとなっている。

その後、公表されたQ&Aでは、「実習指導

にあたる者全員が、実習指導者の要件にあては まる必要はあるか、また、実習施設に実習指導 者の要件を満たす者は1人でもいればよいの か. 副担当にもこの要件はあてはまるのか」と いう問いに対して、「実習指導を行うことがで きるのは、ガイドラインに示す講習会を修了し た者であり、すべての臨床実習指導者に受講を 求めるものである. なお、実習指導者の要件を 満たしていない者は実習指導はできないが、実 習指導者の指導・監督の下、診療チームの一員 として実習指導者と一緒に補助的な指導を行う ことはできる」と回答されている. また, 現行 で実習施設における実習人員と当該施設の実習 指導者数の対比は、2対1程度とすることが望 ましいこと. ただし、見学実習および主たる実 習施設で行う実習については, この限りではな いことが記載された. 見学実習については、養 成施設の教員および臨床実習指導者の要件を満 たしていないが免許を受けた後、5年以上業務 に従事した者を指導者とすることができるとさ れている. これとは別に、養成施設が「主たる 実習施設 | を設置している場合には、2対1程度

# 表4 教育内容および目標

区分	教育内容	目標	単位数	時間数	備考
	教育の役割	現代社会の構造と教育の役割について 学ぶ			発達障害を含む
	医療社会福祉制度	現行の法律や制度を学ぶ			
基礎分野	理学療法士,作業療 法士の職域	理学療法士,作業療法士の職域について学ぶ	2	30	
	初等中等教育の実際	高校までの学校教育の実際を学ぶ			
	青年期の心理的特徴	現代の若者の心理的特徴を学ぶ			
	教育原理	教育の本質を学ぶ			
教育基礎分野	教育心理学	学習理論·学習モデル·発達心理等を学 ぶ	4	60	
カ邦	教授方法	授業目的に合わせた教授方法を学ぶ			
	教育評価	評価の目的や種類を学ぶ			
	科目構成	カリキュラム構成の実際を学ぶ			模擬授業を含む
教育方法	授業設計	シラバスを作成し、授業を設計できるようにする	4	120	
各論	授業評価	授業の評価を学ぶ	4	120	
	成績評価	目標に合わせた試験問題を作成できる ようにする			
	実習の種類と方法	診療参加型臨床実習の考え方と方法を 学ぶ		60	
臨床実習	指導の方法	行動を変えるための指導方法を学ぶ	2		
教育	評価の基準	実習に使われる評価方法を学ぶ	2	60	
	指導者論	臨床実習指導者に必要な資質について 学ぶ			
	研究法	研究の種類と設計の要点を学ぶ			
研究方法	統計学	デザインに合わせた統計手法を学ぶ	1	30	
	研究法演習	研究のデザインについて学ぶ			
	リハビリテーション理 念と職種	さまざまな職種の役割を理解する			ハラスメントを含む
管理と運営	関連法規	コンプライアンス, 労務管理の考え方な どを理解する	4	60	
	職種間連携	対象者中心のリハビリテーションのため に職種間の連携について理解する	4	00	
	人間関係論	良好なコミュニケーションと業務の遂行 のために人間関係論を学ぶ			
	合 計		17	360	

の対比について緩和されるが、主たる実習施設における臨床実習指導者のうち1人は、厚生労働省が指定した専任教員養成講習会を修了した者、またはこれと同等以上の知識および経験を有する者であることが条件となっている.

# ● 専任教員の要件

専任教員の要件としては、「理学療法士である専任教員は、次のいずれにも該当する者であること. ただし、理学療法士として5年以上業務に従事した者で、大学において教育の本質・目的、心身の発達と学修の過程、教育の方法・

技術及び教科教育法に関する科目のうちから、 合計4単位以上(以下,「教育に関する科目」と いう)を履修して卒業した者又は理学療法士と して3年以上業務に従事した者で、大学院にお いて教育に関する科目を履修した者は、これに かかわらず専任教員となることができる.

- ・理学療法士・作業療法士として5年以上業務 に従事した者.
- ・厚生労働省が指定した専任教員養成講習会を 修了した者, 又は理学療法士の教育に関し, これと同等以上の学識経験を有すると認めら れる者」と指定規則に記載された.

この専任教員の要件についても, 臨床実習指 導者要件と同様に従来よりも厳格化されたとい えよう. 特に「厚生労働省が指定した専任教員 養成講習会」については、開催指針として講師 は担当科目を含む分野を専攻する大学の教員、 またはこれと同等以上の能力を有する者, 理学 療法士,作業療法士の専任教員として5年以上 の経験を有する者とし, 17単位 (360時間) 以上 であることとする案が提示されており、その教 育目標の案を表4に示した. なお, この規則の 適用は2022年からとされている.

# 🄷 まとめ

カリキュラム検討委員会報告書の「第7章 今 後の課題 | において 「平成11年 (1999年) の前 回改正から約18年経過しており、その間に理学 療法士,作業療法士を取り巻く環境も大きく変 化している. 今後も高齢化の進展などに伴い理 学療法士,作業療法士に求められる役割も変化

していくことが考えられることから、上記の検 証も踏まえ、新カリキュラムの適用から5年を 目処として,新たな見直しの必要性についての 検討を行うことが望まれる | と述べられている ことは重要である. すなわち, 今後は5年ごと にさまざまなカリキュラム内容, 教員・実習指 導者要件などが見直されていく意義は大きい.

今回, この指定規則改正によって新しいス テージに踏み出したといえる.5年ごとの改正 によって、よりよい理学療法教育が構築されて いくことを望むものである.

### 【文献】

- 1) 理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュ ラム等改善検討会報告書 (http://www.mhlw.go.jp/ stf/shingi2/0000193257.html) 2019年1月9日閲覧
- 2) 網本 和, 他:理学療法士・作業療法士養成は どう変わる?週刊医学界新聞3269号(http://www. igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do ? id = PA0326901) 2019年1月9日閲覧
- 3) 理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュ ラム等改善検討会―実習指導者向け調査結果報告 書 (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-muka/0000182810.pdf) 2019年 1月9日閲覧
- 4) 理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュ ラム等改善検討会―学生向けアンケート結果 (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-umuka/0000182809.pdf) 2019 年1月9日閲覧
- 5) 理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライ ンについて-厚生労働省医政局長通知, 医政発 1005 第 1 号 (http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/ tsuchi/documents/1005\_01\_ptot.pdf) 2019年1月9 日閲覧



# 精神障害に対する理学療法

日本理学療法士協会 白書委員会 仙波浩幸

# 精神心理領域理学療法の必要性

人間の心と身体は密接な関係があります。つまり、心身相関の関係性の中で理学療法を実践していかなければならず、すべての理学療法対象者は常に心身両面の配慮や対応が不可欠です。これからの理学療法士は、以下の対象者にも質の高い理学療法を実施していかなければなりません。

- ①精神疾患・障害者が、病気やけがにより日常生活動作の低下や身体機能障害の併発に対して、身体機能の回復・再獲得のための理学療法.
- ②精神疾患・障害者の活動低下,生活能力改善に対して,身体・精神機能向上のための理学療法.
- ③身体疾患・障害者が、精神や心理の変調や障害をきたし、身体疾患の増悪や身体 機能低下の負のフィードバックを防止する理学療法
- ④増大する軽度認知障害,認知症者の心身機能,活動の維持向上のための理学療法.

# 今後の精神障害に対する理学療法

精神疾患は健康寿命を損なう上位を占めるため、活動とともに「生活の質」の向上にも取り組んでいかなければなりません。日本における全病床数の20%は精神科病床であり、高齢化に伴い廃用症候群や転倒の問題を抱える入院患者の割合が増えています。また、隔離拘束中の肺塞栓予防や精神科作業療法・精神科デイケアなどと連携して、運動プログラムの運用や相談など、精神科病院・病棟での理学療法士の活躍が増しています。

回復期病棟、介護老人保健施設、在宅、通所においては履物、車いすなどの福祉用具の手配・相談、転倒予防、病棟や在宅の環境調整(風呂、トイレなど)、スタッフへのトランスファーや介助方法の指導など、理学療法士の本来業務である技術の提供がさらに増大します。予防理学療法、産業理学療法領域においても精神面の変調やうつ病への対応を踏まえた対策が求められています。

職能活動としては、精神科病院における理学療法士の配属、精神疾患者への理学療法の普及及び診療報酬の収載実現のために、日本理学療法士協会(以下,本会)職能局や精神科病院協会、その他の関連組織との連携を図り、調査研究、エビデンス研究も欠かせません。理学療法士が精神科病院・病床への配属、精神障害に関わるニーズが高まってきており、教育、臨床、研究のいずれにおいても充実・発展させることが喫

# 緊の課題となっています.

本会の調査では、精神科病院における理学療法士の勤務態様は1人または2人職場が圧倒的に多く、平均年齢も33歳と知識・技術の研鑽や組織運営にとても不安を感じているのではないかと推察できます。そこで本会の精神心理領域理学療法部門では、会員に対して精神心理領域に関する学術の研鑽、情報の提供、その他関連するさまざまなニーズに応えていきます。また、理学療法士の知識・技能を高めることで、国民の健康を守り、公共の福祉に貢献したいと思います。

# 東京2020オリンピック・パラリンピックに参画する理学療法士の課題

# ◆ はじめに

日本理学療法士協会(以下,本会)では,東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会(以下,東京2020大会)を通じて,理学療法士が「スポーツ」をツールとして対象者と社会をつなぐ活動を提案し,それに対応できる理学療法士を育成していく事業を行っている.また,東京2020大会後の遺産(Legacy)とする事業が継続できる仕組みを構築し,都道府県理学療法士会(以下,士会)や養成校を通じて「All Japan体制」で活動の場を広げる事業を目指している.そこで今回は,事業を実施していく中で生じる「課題」を紹介する.

# ◆ 現場調査の結果と答申書

本会では、東京2020大会まで5年となった2015年度に「オリ・パラ対策本部」を設置し、2017年にはアスリート支援に限らずスポーツに関わるすべての人々への支援、また環境支援なども踏まえ、領域を拡大した「スポーツ支援推進執行委員会」を改組した。

そこで、スポーツ理学療法および障がい者スポーツの現場調査として、2017年1月に士会や養成校へWebアンケート調査を実施した。アンケートでは、士会(回収率89%、42士会)でスポーツ関連事業を執行するにあたり役員配置について質問したところ、担当理事の配置は20%で、兼任理事の配置は67%であった。また、障がい者スポーツに関連する支援は19%(8士会)の士会で実施され、定期的な関係が構築されていた。しかし、「これまでの関わりなし」と

の回答が79% (33士会)であり,担当部局がない士会は55%に及んでいた.この結果から2020以降のレガシーとしては,地域の障がい者スポーツ協議会との円滑な情報交換の実施に期待するところである.理学療法士にとって身近な障がい者スポーツ領域において,担当者を明確にし,それに関わる多様な資格取得に関する情報やイベントの情報提供などといった,地域と身近な交流から始めることが望まれる.

一方、養成校(回収率51%,132/258校)では 障がい者スポーツに特化した専門授業がない養 成校が74%を占めており、学生時代より障がい 者個人の生涯学習や社会的なボランティア活動 として見識を深めておく機会が少ないように感 じた.

以上の結果をもとに、最終的答申書(図1)を作成し、それらを実現するよう事業を展開している。なお、資料提出後に「東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会」が正式な名称であることが判明したので、以後の掲載文書は修正している。

# ◆ 実施事業

### 1. 研修会事業

2012年に開催されたロンドンオリンピック・パラリンピック大会時の選手村内総合診療所(ポリクリニック)責任者(理学療法士)のColin Paterson氏を招聘し、情報提供・共有を目的に講議を受けた。ロンドン大会における理学療法士の募集では、書類選考を行い、さらに電話などによる個人審査を実施したのちに約500人が採用され、熟練者と未熟練者をミックスしたス

2017 (平成 29) 年 3 月 15 日

公益社団日本理学療法士協会 会 長 半 田 一 登 様

オリ・パラ対策本部 本部長 梶村 政司

#### 答申書

2015 (平成 26) 年度の総会後に発足した「将来構想戦略会議」の中で「オリ・パラ対策本部」(以下、対策本部)を終えるにあたり答申書を提出する。

以下の内容は本会が取り組むべき 2020 東京オリンピック・パラリンピックに向けて行う事業と、大会後のレガシーとする事業とそれを実現させるための組織の提案をする。

### 答 申

#### 1. 2020 東京オリンピック・パラリンピック大会に向けて行う事業

オリンピック・パラリンピック大会に向けて、アスリート支援のために質の担保と要員の確保を目的とした人財育成事業を行う。この事業は、全国の自治体で予定される事前キャンプやプレ大会で地域の理学療法士が支援することも含んでいる。

また、公益事業としては、大会に向け理学療法士の視点でユニバーサルデザインが適切 に配慮されるよう行政と連携を図ることや、一般ボランティアに対しての教育を指導者の 立場から事業として行う。

#### 2. 2020 東京オリンピック・パラリンピック大会後のレガシーとする事業

スポーツに関わる理学療法士の質を向上させ、特に障がい者スポーツでは職能的事業として理学療法士の関わる領域を拡大させる。

都道府県理学療法士会においてはスポーツを活用して対象者の社会参加を促進する。 また、養成校においてはスポーツ理学療法のカリキュラムに障がい者スポーツを取り入れることによって 障がい者スポーツに興味を抱かせる土壌を構築する。

一方で現在の医療制度に対しては、急性期を経て回復期以降の「社会参加」に移行する際に理学療法士が関わる社会の仕組みや制度改革の提言を議論する場を設置する。

以上

# 図1 オリ・パラ対策本部「答申書2017年3月」

タッフでチームを編成した.スタッフ育成に関しては、採用者を対象とした研修の実施、また本大会までにさまざまな大会のスタッフとして参加し、十分なシナリオトレーニングを実施することの重要性を説明された.このような情報収集をしながらも、東京2020オリンピック・パラリンピック組織委員会(以下、組織委員会)から求められる内容が不明確ななか、本会とし

てスタッフ養成カリキュラムを計画することは 困難であった. さらに、本大会までに全国各地 でプレ大会や事前キャンプ、また競技スポーツ に限らず、障がい者スポーツ大会が活発になる ことが予想される. したがって、これらの事業 への対応も必要であると考えられ、全国各地で 均一なスポーツ理学療法のサービスを提供でき る人材育成が必要との結論に至った. そこで本会の研修事業は、東京2020大会や国際競技大会に関わる理学療法士を広く育成することを目標とした.したがって、本会ではこの機会を契機に、理学療法士の積極的な関わりを促すとともに、活動にあたって必要となる知識や技能レベルの向上を図っていく事業として研修会を位置づけた.その構成は、総論、基礎、応用などの各種研修会である.総論の研修会は、2017年下期より始まり現在約1,400人が修了している.それ以降の基礎や応用の研修会は、2018年度で終了した.なお、本会より組織委員会に推薦し、選手村内総合診療所(ポリクリニック)および各競技団体にマッチングした理学療法士については、原則として「指定研修会(仮称)」などを受講する予定である.

# 2. 東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会への会員 の推薦

東京2020大会に「医療専門職」のボランティアとして、組織委員会より2018年9月正式に本会へ理学療法士の推薦依頼書を受領した(図

そこで本会では、会員に対してさらに詳細な「募集要項(図3)」を作成し、2018年10月22日~12月14日の期間に募集を行った。その要項内では「有資格・実践力・語学力・研修受講歴」、そして「地域活動歴」の5つのカテゴリに分け、それらを自己申告に基づき「公平性・視覚性・客観性」を担保するために、書類審査にはポイント制を導入した。

# 3. 士会とのレガシー事業に向けた協力・連携体制の構築

国内の各地域において、各国および各競技団体のキャンプ地となることが予想され、士会においてスポーツに関する支援要請が増えることが考えられる。これらの要請に応えていくためには、各士会において質の高いスポーツ理学療法を提供できる会員の育成や人材確保、そして

本会との双方向の協力・連携体制づくりが必要となる.

このような状況を鑑み、先の調査結果から各士会に対して「スポーツ理学療法運営担当者」「スポーツ理学療法推進協力者」の推薦を依頼し、本会との協力・連携体制の構築を図った。「スポーツ運営担当者」は1人とし、①都道府県士会の理事職または部長職、またスポーツ事業担当職などに就き、②士会においてスポーツ関連事業の責任者となっている人、または今後士会内でスポーツ関連事業の責任者となる人を条件として依頼した。「スポーツ理学療法推進協力者」は、競技スポーツと障がい者スポーツをバランスよく知り、2~7人として次の4条件すべてに該当する人の推薦を依頼した。

- ①理学療法士資格取得後5年以上経過し,か つ新人教育プログラムの修了者
- ②スポーツ現場での活動歴が3年以上あり、 かつ指導的立場にある人
- ③スポーツ理学療法, 地域でのスポーツ支援 活動に理解があり協力的な人
- ④スポーツ理学療法運営担当者と協調し、士 会におけるスポーツ関連事業に携わる意思 がある人

# ◆ 実施事業における課題

これまでにあげた事業を実施していく中で、いくつかの課題について述べる.

# 1. 研修会事業と募集における課題

最初の課題は、大会組織委員会に推薦する会員の育成と、派遣する理学療法士の人選であった。まず、本会では「スポーツ理学療法」の知識や、技術に対するグレード分けの検討に入った。しかし、2016年の時点では、組織委員会より正式に「理学療法士」が東京2020大会に採用されるか、また求められる人物像や採用人数などの明確な情報がまったく入っていない状態であった。本会事業は明確な情報(グレード分け



図2 東京2020大会組織委員会からの公式依頼書

にかかわる規模,選考者,グレード基準,選考 日程,会場確保など)がないため未定の段階で の計画立案は困難であり,適宜,大会組織委員 会からの情報をもとに事業調整をせざる終えな い状況であった。東京2020大会という冠の大き さから、公募開始後にエントリーする会員数も 多数となることが予想され、また会員の勤務状 況からロンドン大会で採用されていた電話審査 や個人の能力審査についても時間的、物理的に 困難と考えた.

#### DOMESTIC REPORT OF THE PARTY OF

#### 

- 高級を設立が必要する様子料金の資金の主要を選出を受け、オリンピック・パラフレビック人会発酵をですするようであるとご紹介されたがより、私し、するとは、必ずしも連絡したのではよりも無いません。
- 2000年で月1日的点で、計り年以上のスポーツの表の実施制度、あるいは、計り 年以上のペアテンピッチに関かる会替の実施機能を促する見込みのある方。
- GROWFTHERMAND PLICAGE AND MAKET PRESENT AND ASSESSMENT OF THE PROPERTY OF THE PRO
- E. 完整的小块对准是小棚梯度过去量的一件可
  - · 36千年6日在中国地区10年8日
  - モーチング所 (人間)、ヤイクリング材 (P女) 日本政治
  - 多数因为每一种资金基本是过的现在分类型的4.17 · 等

#### 用学研究: 是大3年末构成

#### 生の機能をついて

シグトについては地方関係ヤフナル、エンプトにつきょ可能が研究される中国現実的 関係を中国しております。また、高度を発出よりご能力いただく開展やホルフォー ル及びお金手をご知识をせていただくすまです。なお、場所についておき思いのでは ほございませんが、出来者とついては実施をあるのにて地方開発やすす。

4 SERVICE

MARKET, RICHLORD BRANCHERS CHRISTONS CONTROL OF THE STREET

# 図2つづき

次に、本会より大会組織委員会に推薦し、マッチングされた会員の身分保障に関する課題である。すでに、東京2020大会で活動するに際しての損害賠償保険は手配が済んでおり、また知識・技術習得のための指定研修会(仮)は計画中であるが、自宅通勤者以外の交通費や高騰する宿泊費については、自己負担となっている。さらに会員のほとんどが「雇用者」であるため、派遣期間中の休業補償などについても課題とされている。

# 2. 士会と養成校における障がい者スポーツの課題

士会のスポーツ (特に障がい者スポーツ) に 関わる役員不在の課題を打破する手段として, 先の「スポーツ理学療法担当者・協力者」を通 じて, 双方向の情報交換や人的交流を構築して いく必要がある. また, 本会では養成校に対す る課題の克服のために資料作成から「出張講義」 までを行うことにより, 障がい者スポーツの普 及を検討している。その目標は、レガシーとしてどこの養成校でも、「障がい者スポーツ」が普段のカリキュラムに採用され、卒前教育から地域の理学療法士とイベントの協同開催や情報交換を行うことと考えている。

# 3. 本会組織内の課題

本会内には就労支援や生活環境支援など、障がい、障がい者に特化した専門とする部局が存在しない。すなわち、理学療法士の原点は「障がい者支援」そのものであるが、その担当が欠落している。結果として、士会や養成校を含めた本会内全体に「障がい者」と向き合いながら実行する事業が希薄であった点が「最大の課題」となっていると思われる。

以前の障がい者に対するスポーツ支援は、急性期医療を終えた後、社会復帰に向けたツールとして時間がかかる中で行われていたが、その過程が途切れてしまっている。現在のリハビリテーションの医療制度は時間や単位制となり、

62

19/04/04 13:45

# 東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会 理学療法サービススタッフ参加応募の資格要件

(公社) 日本理学療法士協会 スポーツ支援推進執行委員会

- 1. 日本理学療法士協会の会員であること。
- 2. 応募時に理学療法士資格取得後5年以上経過していること。
- 3. 応募時に3年以上のスポーツ分野の実務経験、あるいはパラリンピックに関わる分野 (例:切断、脊髄損傷、視覚障害、神経学的障害、等)の実務経験を有すること。
- 4. 日本理学療法士協会新人プログラムを修了していること。
- 5. 外国語に関する一定の語学力を有していること。
- 6. 業務に関係する知識・技能を有していること。 次の①~④について、申請書への記載内容から確認
  - ①救急処置に関係する資格、認定
  - ②アンチドーピングに関する知識 (関係する講習会の受講等)
  - ③業務に関係する理学療法士以外の資格、認定
  - ④スポーツ理学療法研修会(総論、基礎、応用)の受講(修了見込み)
- 7. 次の期間中7日間以上の活動が可能であること。
  - ・オリンピック大会日程 : 2020年7月24日 (金)~8月9日 (日) パラリンピック大会日程 : 2020 年 8 月 25 日 (火)~9 月 6 日 (日)
  - ※・いずれも大会日程前2週間、後1週間程度も活動期間となる予定。
  - ・勤務時間は1シフト9時間を予定。
- 8. 宿泊や移動については、自身で確保、準備ができること。
  - ※・組織委員会から報酬の支払いはなし。
- ●組織委員会による審査の結果、理学療法スタッフとして選考された際には、 次の事項を遵守、遂行できること。
- 1. 日本理学療法士協会会長への誓約書の記載、提出
- 2. 日本理学療法士協会が指定するオリ・パラ理学療法サービス事業に関する損害保険への加入
- 3. 日本理学療法士協会が主催する準備のための指定研修会(仮称)を受講 (2019年度中、1~2日間の研修会を数回実施する予定)

# 図3 理学療法サービス・スタッフの資格要件

点を議論しなければならない課題が放置されて いる.

的な課題の打破として診療報酬に絡める議論も 大切であるが、本会内での障がい者スポーツ普

64

保険適応期間に制限が設定され、理学療法の原 及促進に向けた専門機関を設置し、医療機関と 障がい者スポーツセンターとの連携, 士会と障 がい者スポーツ協議会との連携を強化すること この東京2020大会を絶好の機会と捉え、現実 が重要である.こうした活動から「最大の課題」 を克服していきたい.

2 東京2020オリンピック・パラリンピックに参画する理学療法士の課題

# **●** おわりに

2020東京大会という最大イベント後には、新 たな人材が登用されず、組織の活力が減退する ことがあるといわれている. こうした懸念を払 供して行く予定である. 拭するためにも、本会としては理学療法士の活

躍は人材づくりにおいて持続可能な取り組みと して捉えている. 具体的には、次世代の理学療 法士に対して「スポーツ」をツールとした人材 育成やボランティア活動を常に進める事業を提

# **Topics**



# 会館建設の意義

### 日本理学療法士協会 副会長 森本 榮

# 現会館建設

日本理学療法士協会(以下,本会)も、本年で53年を経過します。スタートから30年間経過で、2万人という緩やかな増加を示した時代に、仮住まいのマンション事務所と数名の事務員で機能していた事務局を、今後増加する業務と職員増員を見込み、現在、千駄ヶ谷にある協会会館の建設が始まりました。1998年に竣工し現事務所が開設されました。当時の有資格者の増加見込みは緩やかなカーブを想定していました。その結果、20名程度が勤務する事務室、20人程度の会議室、会長室、資料室など、先人の想いの詰まった建物が完成しました。

# 新会館建設

66

しかし、時代の流れは急激で、理学療法士を取り巻く状況は大きく変化しています。なかでも2000年の公的介護保険の創設が基点となり、回復期リハビリテーション病棟、介護保険サービスである通所・訪問リハビリテーションなど、理学療法士の勤務先は急増しています。それに合わせて養成校も増加し、40年目で6万人、50年目で13万人まで理学療法士の有資格者が急激な上昇カーブで輩出されております。

当然、この変化は本会の運営に大きく影響しました。増加する会員の数への対応だけでなく、組織の拡大は組織の力を示すものでもあり、理学療法士の地位の向上、学識の向上など、さまざまな状況に対応できる拠点機能が求められています。現在、千駄ヶ谷の事務所内部を改修し40名強の事務員を3フロアーに分散し、押し込む状態で業務を行っています。結果として、千駄ヶ谷では会議や研修会への対応が不可能となり、田町にカンファレンスルームを開設し、2つの事務所機能で運営を行っています。

推定を大きく上回るペースで増加する会員を支えるには、現在の事務局分散体制では費用対効率が悪いと考え、新会館建設の計画が始まりました。2014年より会館の骨子をつくる諮問委員会が開催され、2017年には会館建設委員会が立ち上がり、2018年1月より東京都港区六本木に土地の取得、2月より設計事務所の選出、基本設計案の作成、2019年1月より既存建物の解体工事、新会館建設が開始され2020年度3月竣工を目指しております。

# 情報収集と整理、そして情報発信基地として機能を強化

新会館の内容は図1に示すように1階は各事務部門が活動できる空間とし、情報伝達の効率性を目指しています。2階は会長をはじめ役員を中心に行政、政治、他団体など対外的な情報交換の拠点として機能します。3階は、全国都道府県から士会長、事務局長など複数が出席して意見交換ができる大会議室とこれを4分割し、各種委員会などでの会議開催が可能な場所とし、情報の収集と発信が行える場所としました。1~3階の各フロアーの機能が一体化されることで組織の力はますます向上し、新しい時代における理学療法士の発展に寄与する拠点になると確信しています。



図1 新会館断面図

67

理学療法白書PDF書き出し用.indb すべてのページ

# 第一人章 国際に関する 取り組み

- 1. 国際に関する日本理学療士協会の取り組み (アジアを中心として)
- 2. シンガポール国立大学保健機構 (NUHS) の 日本式認知症・介護予防事業に対する人的支援
- 3. 世界理学療法士連盟 (WCPT) 総会・ 学会招致活動の意義



# 国際に関する日本理学療法士協会の取り組み(アジアを中心として)

# ◆ はじめに

日本の理学療法教育は、1963年に国立療養所 東京病院附属リハビリテーション学院から始 まったが、日本人には教員を務められる人材が なく, 欧米の理学療法士が中心となった(図1). 1966年の第1回国家試験終了後には、外国人教 員から日本理学療法士協会(以下,本会)を立 ち上げることを強く進言されるなど、本会に対 してもその功績は大いなるものがあり、極言す れば彼らのおかげで今日の世界最大クラスの本 会がある。一方で、アジア諸国をみると多くの 国で高齢社会の到来(図2)が近づいているに もかかわらず, 理学療法士養成は質・量ともに 遅れている感は否めない. 今から30年以上前に 当時の松村会長は本会を中心としてアジア理学 療法連盟(ACPT: Asian Contederation for Physical Therapy) 基金を創設し、アジア諸国での理 学療法士の育成と理学療法の発展を促した. そ れも日本の理学療法が欧米の支援によって発展 したことを踏まえ、アジアへの支援を始められ たことと思う. なお. 2018年のACPT学会は フィリピンのセブ島で14回目が開催された.

本会の国際活動としては、2014年には韓国との間で学生教育などに関する協定を結び、今日でも交流が続いている。2015年に本会は50周年を迎え、アジア・西太平洋諸国の理学療法士会の会長を招聘し、いくつかの祝賀行事に参加していただいた。現在の世界理学療法連盟(WCPT:World Confederation for Physical Therapy)の地域割りでは、アジア諸国はアジア・西太平洋地域に分類されており、当然ながらオーストラリアやニュージーランドにも式典などに参加していただいた。その際には、オーストラリアとの間で2国間協定を結んだ。また、ACPT学会の際に台湾やフィリピンを含む7カ国で災害時などでの互恵関係に関する協定を結んでいる。

われわれが欧米諸国から受けた恩、アジア諸 国から本会への支援養成、アジア諸国の現状、 日本政府による国際・アジア健康構想の開始、 そして本会会員の活躍の場の拡大、これらが相 まってアジアに対する本格的な支援を開始する 決断に至った。



70





図1 WHO派遣理学療法士と米軍施設での教育

#### フランス 1865 スウェーデン 1890 1975 85 オーストラリア 2011 米国 カナダ 65 2009 ハンガリー 1941 53 1994 スペイン 1947 45 1992 英国 24 1994 カザフスタン 1994 60 2054 中国 2000 26 2026 本 シンガポール 2000 19 2019 会の 韓国 2000 18 2018 スリランカ 2002 24 2026 海 タイ 2002 22 2024 外 2016 18 2034 ベトナム インド 2023 28 2051 インドネシア 2025 25 2050 1850 1900 1950 2000 2050(年

(出典: Kinsella and Wan He (2009), for Kazakhstan, Vietnam, India and Indonesia calculated using UN 2015)

### 図2 高齢者比率が7%から14%へ増加するのに必要な期間

左側が高齢化率が7%に達した年、右側が高齢化率が14%に達した年を指し、中央は7%から14%に上がるまでに何年かかったかを示している

# ◆ 国際・アジア健康構想

経済産業省では、「医療の国際展開に対する経済産業省の基本的考え方(表1)」によって、日本医療の海外展開を示し、2016年には健康・医療戦略推進本部での「アジア健康構想に向けた基本方針(表2)」が決定された。その結果、「国際・アジア健康構想協議会」が発足し、医療(自立支援ワーキンググループなど、7つのワーキンググループによって検討を行うようになった。現在では、「アジアに紹介すべき日本的介護の整理ワーキンググループ」で本会も事例を示しつつ積極的に取り組んでいる。

# 🔷 アジア理学療法フォーラム

2017年には,第1回アジア理学療法フォーラム(図3)を開催し、アジア諸国14の国と地域

の理学療法士協会代表の参加を得ることができた. 内閣官房での国際・アジア健康構想についての説明に始まり, 本会から高齢社会の理学療法士に対する影響と本会の取り組みについて説明をした. 会期の最後には, 各国の社会的現状や理学療法士の周辺環境について報告を行い, 積極的な意見交換が行われ, 最終的には参加各国から第2回フォーラムの開催の要請を受けて閉幕となった.

2018年度には、第2回アジア理学療法フォーラム(図4)を開催し、17の国と地域からの理学療法士に加え、医療関係の行政職にも参加をいただいた。その中で理学療法士に対する教育や研修についての論議が大きく盛り上がり、モンゴルやカンボジア、ミャンマー、ネパールなどから日本の支援に対する強い要望がなされた。開催後には参加各国の理学療法士のみならず、行政職の人からの感謝の意を込めたメール

HO派遣埋字療法士と米車施設での教育 ム (図3)を開催し、アンア諸国14の国と地域 す、行政職の人が

理学療法自書PDF書き出し用.indb 70-71 19/04/04 13:45

# 表1 医療の国際展開に対する経済産業省の基本的な考え方

# ・わが国の優れた機器・サービスなどを提供することを通じ、

①各国が抱える社会課題の解決への貢献を通じたわが国のプレゼンスの向上 ②拡大するヘルスケア分野の需要・市場の獲得を図る

### ・このため,

①わが国の優れた機器・サービスを各国のニーズに応じて提供すること(アウトバウンド) ②日本国内での診療を望む外国人患者の受け入れの促進に政府一体となって取り組んでいく(インバウンド)

# 表2 アジア健康構想に向けた基本方針(平成28年7月29日健康・医療戦略推進本部決定)

### 【今後に向けて】

- ・アジア健康構想は、日本がアジア地域の急速な高齢化を踏まえて新しいアジア社会をつくることに貢献しつつ、日本自身がよりよい高齢社会をつくるために不可欠の人材や市場を得るという相互互恵的な考えに基づくものである
- ・このような「連結性」の高いアジア社会においては、需要も変化し、日本から海外に高齢者関連のサービスを受けに行くことやアジア地域からサービスを受けるために来日するというニーズも生じる可能性がある
- ・地域の生活産業の多言語・多文化対応への支援など、新しい課題に取り組む必要がある



図3 第1回アジア理学療法フォーラム

が数多く届いている. 2019年度は,支援の要望があった各国の実情を把握するために,現地視察を行ったうえで第3回アジア理学療法フォーラムを開催する予定である.

# **♦** おわりに

本会ではシンガポールからの要請に従って、2年前から本会の会員を2名派遣し、シンガポールでのコグニサイズやヘルスプロポーションなどを主導してきた(図5).彼らは単に事業展開するにとどまらず、科学的にエビデンスを出して、日本的な理学療法によって効果を証明することにも成功した。この例のように日本の理学



図4 第2回アジア理学療法フォーラム

療法士を必要とする国があれば、広く会員に情報を提供するとともに、本会での強固な支援体制をつくっていく予定である.

また,第2回アジア理学療法フォーラムで希望が多かった諸外国から日本国内での博士課程などへの希望については、いくつかの大学とともに環境整備を積極的に行いたいと考えている。もう一つ要望の強かった日本国内での臨床研修については、積極的に推進したいと考え、いくつかの著名なリハビリテーション病院との協議は終えており、次年度中には実現できればと期待している。

本会の国際的な取り組みにおけるもう一つの



図5 シンガポールでの認知症予防(2018年)

目的は、海外志向の強い会員たちの活躍の場を 広げることである。これから急速に高齢化する アジアの中で、すでに急激な高齢化を経験し、 その対応能に長けた日本の理学療法士が活躍で きる場である。 最後になるが、第2回アジア理学療法フォーラムは内閣官房や経済産業省などの財政的支援により行っているものであり、言い換えれば国家的事業の一翼を担っている。

# Column



# 国際展開の実際

74

### 日本理学療法士協会 常務理事 松井一人

### 韓国の実情と事業展開の意義・目的について

現在、わが国は世界に類をみないスピードで、少子高齢化が進んでおり、他国が経験したことがない状況となっております。一方で、韓国を含むアジアでも同様に、欧米諸国における実情をはるかに上回るスピードで、少子高齢化が進んでいます。そのようななか、弊社では理学療法士が起業した民間企業として、在宅リハビリテーションの仕組みを築き、地域包括ケアの基盤構築に邁進してきました。今後、アジアの少子高齢化に向けて役に立ちたいということで、韓国のソウルにおいて「ほっとリハビリシステムズ Korea」を立ち上げ活動を開始したので、その内容について報告します。

弊社では、アジア戦略を考える際、どの国にサービスを展開すべきかを考え、2013年からタイ、シンガポールなどの東南アジア、そして韓国といった国の制度的背景や社会的実情・ニーズといった観点から市場調査を行ってきました。その中でも韓国は、社会保障制度として日本における介護保険制度に相当する、長期療養保険制度が2008年から施行されており、また経済的背景、今後の高齢化率の推移(図1)も含め、日本との親和性が高く、妥当なマーケットと認識しました。また、韓国におけるデイサービスなどの介護事業を複数視察すると、わが国の20年前によくみられた、単にお預かりの機能しか果たしていない介護事業所が多く、また一方で事業所の絶対数が人口に比して少ない状況でした。同時に、現地のパートナーとの出会いもあり、事業ス



タートの道が開かれました。弊社における韓国での事業の意義目的は、大きく3つあり、以下に示します。

- ①韓国式自立支援型介護の確立と標準化:10年早く介護保険が制度化された日本において、ほっとリハビリシステムズが手がける自立支援型介護を、韓国スタイルにバージョンアップさせ、韓国独自の自立支援型介護の標準化を果たすシンクタンク的役割を目指します。それには、日本と韓国双方で福祉について学んだスタッフを軸に、学問の視点からも客観的に良質な介護サービスを徹底検証します。
- ②実践事業所のコンソーシアム化:資本力が豊かで、韓国内でシンボリックな企業と連合体を組み、自立支援型介護を広め事業としての成果を上げて利用者数を増加させます。
- ③業界の活性化:韓国の介護業界に従事する人材は、40代後半から50代の人が圧倒的に多く、若い従事者の割合が少ないと感じています。日韓合同の事業展開を果たす中で、国際的活動を実践し、若いスタッフがモチベーション高く、就業するようなモデルとなる事業展開を目指しております。それにより韓国の介護分野が能力や志が高い人材で支えられることで、さらなる発展が得られます。

# ほっとリハビリシステムズにおける事業

2017年10月に韓国に現地法人を設立しました. 現地では理学療法士,介護スタッフ,ソーシャルワーカーで組織されています. 現在,事業は稼働していますが,その中でも大きく3つがあります. 1つ目は,韓国の大手電機メーカーが子会社を設立し,その法人にて今後シルバービジネスを展開していきます. その企業の職員教育や事業所設立に向けたコンサルタントを行っています. 2つ目は,韓国の既存の介護事業所に対して日本の弊社への見学ツアーなどの企画運営を行っています. 3つ目は,ほっとリハビリシステムズ Korea のデイサービスセンターを2019年の開設に目指して準備しています.

# 今後の展望

現状では、「日式介護」などと表出しながら十分な特色が打ち出せない事業所もみられるようです。弊社では、理学療法士の視点を事業に染み込ませ、自立支援を促す事業を積極的に展開していきたいと考えています。また、自社の事業のみならず、他の企業とも連携を図るとともに、日韓のスタッフ交流も図りながら、企業としての相乗効果も狙いたいところであります。また、大学などの教育機関との連携も図り、研究や教育にも貢献していきたいと考えています。まだまだ立ち上がったばかりの企業で、十分な成果を上げたところまで至っておりませんが、着実に事業を推進し、日韓両国のサービス発展に寄与していきたいです



# シンガポール国立大学保健機構 (NUHS)の日本式認知症・介護予防 事業に対する人的支援

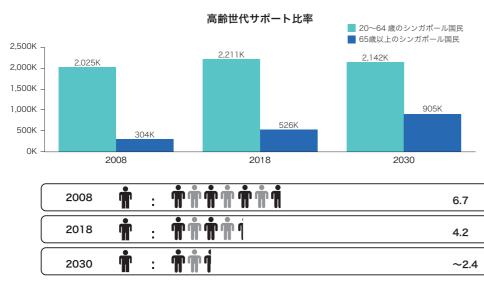
# ◆ はじめに

Global Ageing (世界レベルの高齢化)という言葉を耳にしたことはあるだろうか? 高齢者の割合が年々増加している日本では、毎日のように高齢社会という言葉を見聞きする. 筆者がはじめてGlobal Ageingという言葉を聞いたのは、今から約5年前、公衆衛生学修士課程の入学式の時だった. 乳幼児の生存や母子保健対策などのイメージが強いアフリカにおいても、すでに高齢化が問題視されており、たいへん驚いたことを鮮明に覚えている. 東南アジアに位置するシンガポールも、例外ではない. 65歳以上の人口割合が2010年には10%、2015年には13%を超え、今後、加速度的に高齢者の割合が増えていくことが予測されている(図1). このような社会的背景のもと、日本の国立長寿医療

研究センターで開発された認知症予防運動「コ グニサイズ」をシンガポールに取り入れる試み が、2017年度から始まった.本会では国際事業推 進の一環として本事業の支援をすることになった.

# **◆** シンガポールとは

シンガポールは、マーライオンの国、マリーナベイサンズホテルの屋上プール、最近では米国大統領と北朝鮮最高指導者との歴史的会談が開催されたことで注目を集めた。東京23区よりも一回り小さい国土のシンガポールは、保健省下において3つの行政区に分けられている。われわれが支援しているシンガポール国立大学保健機構(NUHS: National University Health System)は、シンガポール国立病院やシンガポール大学と協同し、シンガポールの西区を管轄している。加速していく高齢化を背景に、西区、中



(出典: Department of Statistics, Singapore2018)

図1 シンガポール国民の高齢世代人口と生産年齢人口の比較



図2 福祉団体における体操教室の様子

区、東区、それぞれの地域で効果的な高齢化対策を見つける取り組みが、競い合うように始まった。われわれは、まず日本のコグニサイズを現地に見合った形に改編することから活動を開始した。例えば、コグニサイズの一つに、数を数えながら足踏みをし、3の倍数で手をたたくという運動がある。この運動を参考に、3の倍数で「Aiyo」「Alamak」「Sakit」という現地の感嘆詞やマレー語を加え、ポーズをとるという運動に改編した。数を数えることが苦手な参加者も、これらの言葉が加わることで、より大きな声で数えるようになり、間違えた時には明るく笑いながら運動を続けることができた。

# ◆ 体操教室の開始

本事業名は、Healthy Ageing Promotion Programme for You (HAPPY) といい、地域在住の60歳以上の高齢者を対象とした健康増進事業である。プログラムスタッフは、2018年11月現在、老年医学を専門とする医師のほかに、現地スタッフ4名、日本人理学療法士2名の7名である。リーダーである医師以外は、本事業のために雇われた契約職員であり、Peoples Association\*1やCommunity Clubs\*2における勤務経験など、さまざまな背景をもつ職員で構成されている。NUHSのオリエンテーションや諸手続きを終えた後、2017年8月下旬、西区にある福祉団体 (Volunteer Welfare Organization\*3)の



図3 公営団地からバス停までの屋根付き歩道

センターを利用して、第1回目の体操教室が開 始された(図2). シンガポールのコミュニティ において特徴的なことは、シンガポール人の住 まいと移動手段である. 体操教室参加者のほと んどは、HDBと呼ばれるHousing & Development Board が運営する公営団地に住んでいる. 参加者は、主に徒歩あるいはバスで1駅、2駅移 動して、体操教室に参加している. バス停とバ ス停の間隔は約500mであり、日本のバス停に 比べて小刻みに設置されている. また. 公営団 地から最寄りのバス停や駅までの道路には、多 くの場合、屋根が設置されており(図3)、雨や 日差しから歩行者を守ってくれる. 年中高温多 湿の熱帯雨林気候であるシンガポールにおい て. 最寄りの公共交通機関まで屋根付きルート が確保されていることは、外出の機会を確保す ることに直結していると感じる. 体操教室は. 2018年11月現在, 福祉団体や Community Clubs などの4種類の機関と共同し、全国20カ所を超

- ※1 Peoples Association: Ministry of Culture, Community and Youth下の法定機関,世代や民族を超えた地域の調和を推進することを活動の目的とする.
  ※2 Community Clubs: 地域住民がスポーツや音楽,
- ※2 Community Clubs: 地域住民がスポーツや音楽, 絵画など, さまざまなサークル活動や地域のイベントに 活用できる公共施設.
- ※3 Volunteer Welfare Organization: Ministry of Social and Family Development下の法定機関National Council of Social Service に登録された福祉団体. 主に低所得者層を対象とし、政府の補助金と民間企業や個人の寄付金を得て活動を行っている団体が多い.

77

理学療法白書PDF書き出し用.indb 76-77

表1 体操教室参加者の特徴

年齢		性別		民 族		教育年数		居住区	
60~69歳	27%	女性	78%	中華系	90%	0年	33%	西区	55%
70~79歳	45%	男性	22%	マレー系	8%	1~6年	40%	中区	35%
80~89歳	25%			インド系	2%	7年以上	27%	東区	10%
90歳以上	3%			その他	0%				
合計	230人	合計	230人	合計	230人	合計	230人	合計	230人

えるセンターにおいて実施されている。体操教室の参加者の特徴を表1に示す。日本のコグニサイズ参加者と比較して最も顕著な特徴は、教育年数の違いである(日本:平均約11年<sup>11</sup>)。教育年数がゼロの参加者は33%、初等教育以下の割合は全体の70%を超えている。そのため数を数えたり、計算する課題が非常に苦手な参加者が多い理由の一つと推測される。

# ◆ ボランティア・インストラクター の育成

体操教室と並行して、福祉団体の職員や福祉 団体所属のボランティアおよび一般の地域住民 を対象としたボランティア・インストラクター 研修を2017年10月から開始した(図4).シン ガポールでは、さまざまな年代においてボラン ティア活動がたいへん活発である. なかでも, シンガポール政府の強力なサポートのもと. 60 歳以上のシニアボランティアを積極的に育成 し、活躍できる場所を次々と作り出している. 例えば、HAPPY体操指導ボランティアの60代 女性は、月曜日と水曜日にHAPPY体操教室、 火曜日は高齢者向けの英会話教室, 木曜日は Zumbaダンス教室 (ラテン系のダンス) のボラ ンティア・インストラクターとして, 活動的な 日々を送っている. そこで本研修の初回は. 福 祉団体の職員やボランティア14名を対象に、地 域の図書館の学習室を借りて行った. 2018年11 月までに11回. 合計140人が研修を受講した.

理学療法白書PDF書き出し用.indb 78-79

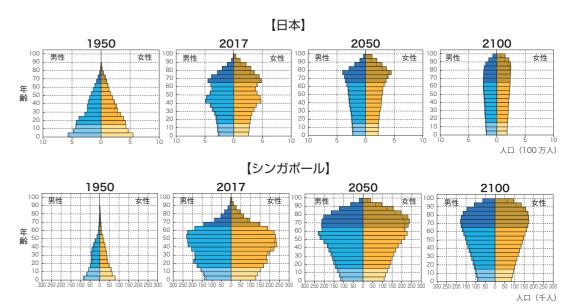
そのうち、76名が研修の全課程を修了し、14カ所を超える場所で体操教室が自主運営されている。

# ◆ 今後の課題

2018年11月現在,体操教室開始から1年3カ 月が経った. 対象地域は西区から全国へ拡大 し、累積参加者数も順調に増加している. しか し, 各教室に目を向けてみると, 参加者の総数 は変わらないものの、メンバーの一部が常に入 れ替わりを続けている。また、参加者の多くは 教室運営を支援してくれるが、 ボランティア・ インストラクターになることに抵抗感を示す. なかには、インストラクターを要請した直後か ら、教室への参加を辞めてしまった人もいる. 体操教室への継続した参加をどう促していく か, また教室の持続性, 特にCommunity Clubs など、どこの団体にも属していない教室の持続 性を、どのように高めていくかが、今後の課題 である. 現在, 体操教室参加者の90%を中華系 シンガポール人が占めている(表1).しかし. 国の民族構成は、中華系74%、マレー系13%、 インド系9% (外務省:シンガポール共和国基 礎データ 2017年6月) であり、参加者の割合と は異なる. この中華系シンガポール人以外の体 操教室への参加をどのように促していくのか が、課題としてあげられる. また、シンガポー ル人にとって転職することは日常的なことであ る. 本プログラムスタッフも同様であり. 現在 までに一人退職している. 職員構成が入れ替わ

#### 第1部 第2部 第3部 体操教室の紹介(3日間) 体操指導の実地訓練 最終評価(2日間) (3~6日間) ・バイタルチェックとリス 適切なバイタルチェック ・体操教室に関する講義 ク管理の習得 とリスク管理 と体験(1日目) ・基本的な6種類の体操 ・体操教室の見学(2日目) 基本的な体操計画 指導方法の習得 体操指導の実技とグ 基本的な教室運営 ループワーク(3日目)

図4 ボランティア・インストラクター研修の流れ



(出典: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division World Population Prospects: The 2017 Revision, Volume II: Demographic Profiles)

# 図5 人口ピラミッドの変化

りながらも、どのように本事業を拡大し、新たな展開につなげていくのかも、今後の課題である.

# ♦ おわりに

はじめに書いたとおり、確かにシンガポールは急激なスピードで高齢化している。シンガポールでは高齢化対策はもちろん、糖尿病などの生活習慣病に対しても政府主導の啓発キャンペーンが全国一斉に行われ、保健システムから住環境整備に至るまで、一丸となって転換が進められている。例えば、コグニサイズのような他国で効果が実証されている方法も、シンガポールでは積極的に取り入れ、まずは少人数、限られた地域で試行し、半年、1年、1年、1年半と効

果を検証しながら、良好な傾向が得られれば、すぐに人数や地域を拡大していく。この試行と検証、そして素早い決断の繰り返しにより、シンガポールはどんどん変化を遂げている。しかし、人口ピラミッドの予測推移をみる限り(図5)、逆に日本の超高齢社会に対する懸念は増すばかりである。

# 【文献】

1) Shimada H, et al: Effects of Combined Physical and Cognitive Exercises on Cognition and Mobility in Patients With Mild Cognitive Impairment: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc* 19: 1-8, 2018

78



# 本会の職員等出向・研修制度

日本理学療法士協会 事務局 事務長 湯元 均

日本理学療法士協会(以下,本会)では、2013年度より多彩なキャリアアップ形成支援を目的に専門職職員の外部研修・出向制度がスタートしました。厚生労働省に2年間の期限で本会理学療法士を研修生として派遣したのが始まりになります。理学療法士としての専門知識をベースに、国民に有益な制度設計などの活動に参加できたことは、個人にとっても稀有のものであるとともに、組織としても、そこで培われた能力を本会で幹部候補生や役員候補生として発揮することや、今後の職域活動に対して研修時の人脈形成結果を元に多少なりとも影響を与えてくれることなどを期待しています。

研修先各局からは、研修生に対して高い能力を有しているとの評価をもらっており、2018年現在、3名を研修生として受け入れていただいています。他方、研修制度とは別に、2015年度から保険局医療介護連携政策課の官民人事交流事業として、理学療法士の推薦の話しをいただき出向しています。推薦した理学療法士に対しても高い評価をもらっており、現在も継続しています。また、2016年には社会援護局障害保健福祉部から福祉工学専門官の公募を理学療法士に向けて行いたいというお声がけもいただき、理学療法士という専門職の新たなキャリアパスの広がりを感じています。

昨今は、本会の国際事業の取り組みも活発化してきております。2015年には短期間でありますが、WCPT事務局へ本会職員を2週間派遣したのを皮切りに、本会の事務局職員にも語学スキルの高い職員が求められてきているといった背景を受けて、事務局内での人材育成プログラムの一環として、2018年度はオーストラリア理学療法士協会の協力を得て、実践語学力教育のために本会職員を1名派遣しています。

さらに、他機関出向としては住民主体型介護予防事業の全国展開のために、茨城県健康プラザに2名の理学療法士が出向し、シンガポール国立大学保健機構 (NUHS) へシンガポールに適したデュアルタスクによる認知症予防プログラムの作成協力に1名の理学療法士を、公衆衛生分野における理学療法士としての可能性を探る目的で産業医科大学大学院医学研究科医学専攻に1名の理学療法士を研究生として派遣しています。

今後も変動する時代の流れに合わせて、多様なキャリアパスを職員などに提供していく予定であります。

# 世界理学療法士連盟(WCPT)総会・ 学会招致活動の意義

# ◆ 世界理学療法連盟とは

世界理学療法連盟(WCPT: World Confederation for Physical Therapy) は、1951年に設立された世界規模の理学療法士で構成される唯一の団体であり、現在109の国や地域を代表する協会が加盟している。その登録会員総数は450,000人を超えている。日本理学療法士協会(以下、本会)は、1974年に加盟している。

WCPTは、世界保健機関(WHO: World Health Organization)の協力機関として、国連関連機関や非営利組織とも連携しながら世界の理学療法・保健活動の普及・向上に寄与している。1991年には地区制を導入し、本会はアジア西太平洋地区(AWP地区: Asia Western Pacific region)に属している。なお、それよりも早い1980年に設立されたアジア理学療法連盟(ACPT: Asian Confederation for Physical Therapy)とは別組織である。

WCPTは4年に一度(オリンピック開催の前年)の頻度で総会を開催し、同時期に学術大会を開いてきた。2015年の総会で、新たに小規模な学術大会を4年ごとに開くことを決議した。また、AWP地区の学会も単独で開催されるので、4年間で3回の学術大会が開催されることになる。

# ♦ WCPTにおける本会の特徴と役割

世界の理学療法士協会からみた本会の特徴は、①会員数が多いこと、②組織率がきわめて高いこと、③職能と学術の双方の要素を併せもつ団体であること、④WCPT学会への参加者

数が多いこと、⑤多くの財政負担をしていること、⑥会長ならびに担当役員の任期が長いこと、などがあげられる.

多くの協会の会員組織率は25~50%程度であり、近年、低下傾向にあるとはいえ80%ほどの組織率をもつ本会は、世界的に驚きと敬意をもって捉えられている。また、先進国の協会は比較的に職能(協会によっては労働組合的な性格が高いところもある)の要素が強いが、本会は日本学術会議の協力学術研究団体でもあり、WCPT学会では世界有数の演題を公用語である英語で発表してきている。また、WCPTの会費は各協会の会員数に応じて支払う制度のため、本会は世界で最も高い配分の活動費(会費)を拠出してWCPTの財政基盤の大きな支えになっている。

# ◆ WCPT総会・学会の招致

本会では、1999年に第13回WCPT総会・学会を横浜で開催(奈良勲大会長)し、天皇陛下・皇后陛下のご臨席を賜り、天皇陛下から「おことば」を頂いたことはこのうえない名誉である。

日本は、世界に先駆けて高齢社会が進展し、2000年の介護保険法から2025年の地域包括ケアシステムの完成までの四半世紀にわたり高齢社会に資する社会保障制度を構築している。また、それに関連する施策としてアジア健康構想の枠組みで高齢者の自立支援や日本式介護・リハビリテーションを広く海外へ紹介している。このような中で、理学療法の幅広い役割と活動について世界に向けて発信することは本会の使命であり、再びWCPT総会・学会を招致する

ために2017年に特別委員会を設置した.

参考までに、英国(ロンドン2回)、米国(ニューヨーク、ワシントンDC)、オーストラリア(メルボルン、シドニー)、オランダ(アムステルダム2回)、カナダ(モントリオール、バンクーバー)では、すでに2回の総会・学会を開催しており、本会の規模や活動実績からして2度目の立候補は妥当であると判断している.

招致の時期は、2023年または2027年が候補となったが、世界の高齢社会の到来に先駆けて理学療法の役割をいち早く共有し、広く効果的な活動を促進することや、WCPTの改革(新たな執行体制による戦略的計画)を後押しする意味から2023年の開催が望ましいとの結論に至った。

総会・学会の招致には、大儀とレガシー(開催によって、その後の活動の道標や原動力となる遺産的価値を有する生産物)が不可欠である. 招致の目的は、①高齢社会における理学療法の役割と取り組みの共有、②WCPTの戦略的改革の促進、③安価な登録費による世界の数多く の理学療法士の集いの場、④科学技術や先端機器との融合、⑤予防領域・少子社会など新たな理学療法の役割と働きかた、⑥言語や文化の尊重と調和、⑦災害、虐待・差別など社会人道的課題に対する理学療法の貢献、⑧ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに資する理学療法の可能性とエビデンス、などを掲げている。なお、横浜大会以降のWCPT学会では、開会式ならびにレセプションなどのソーシャルイベントを除く学術プログラムは、WCPT本部が設置する学会プログラム委員会が立案するために、開催地の本会やその分科学会などでは企画できないことになっている。

最後に、これまでに招致(立候補)届けを提出し、一次選考を経て2017年12月にはWCPT担当者のサイトビジット(現地調査と評価)を受けた。その結果、最終候補地としてノミネートされている。

なお,新たな元号となった2019年5月に開催されるWCPT総会で2023年の開催地が決定・公表される予定である.

# 第 章

# 巻末資料

- 1. 会員の男女別年齢分布
- 2. 会員数の推移(男女別)
- 3. 会員数の推移(都道府県士会別)
- 4. 高齢者の割合と理学療法士会員の全国割合 (都道府県別65歳以上人口と協会会員数の比率)
- 5. 2017年度都道府県別高齢者割合と会員割合
- 6. 職場構成員による施設数
- 7. 施設区分の経年変化
- 8. 理学療法士養成施設の変化
- 9. 医療施設従事者数
- 10. 理護保険施設の常勤換算従事者数
- 11. 社会福祉施設に従事する 理学療法士数の年次推移
- 12. 世界理学療法連盟 (WCPT) 国別情報 - アジア西太平洋地域における日本の理学療法の状況
- 13. 理学療法士および作業療法士法
- 14. 政令規則(一部抜粋)
- 15. 理学療法士の名称の使用について

理学療法白書PDF書き出し用.indb 83 19/04/04 13:45

# 会員の男女別年齢分布





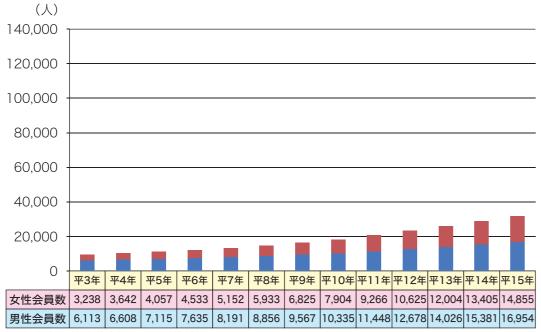


85 84

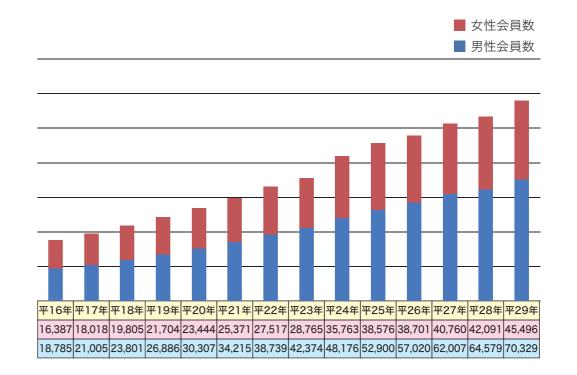
理学療法白書PDF書き出し用.indb 84-85 19/04/04 13:45



# 会員数の推移(男女別)







第

章

卷末次

86

理学療法白書PDF書き出し用.indb 86-87



# 会員数の推移(都道府県士会別)

	昭55年	昭60年	平2年	平7年	平12年	平17年	平18年	平19年	平20年	平21年
	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
北海道	82	155	363	576	1,072	2,041	2,253	2,405	2,595	2,835
青森	19	64	106	155	233	354	382	430	472	512
秋田	22	45	59	121	179	258	284	296	323	351
岩手	20	60	99	163	241	369	410	459	495	540
宮城	34	56	99	182	292	530	601	677	757	852
山形	14	37	59	92	181	325	351	399	418	481
福島	21	43	92	141	264	459	540	606	674	756
茨城	21	31	87	137	289	624	736	850	982	1,110
栃木	36	39	52	97	218	408	457	518	562	636
群馬	14	27	91	159	316	561	638	726	794	916
埼玉	40	106	259	408	727	1,461	1,707	1,963	2,180	2,447
千葉	24	82	187	353	684	1,293	1,462	1,660	1,909	2,163
東京	288	451	779	1,092	1,639	2,797	3,170	3,536	3,892	4,149
神奈川	153	243	438	688	1,094	1,856	2,092	2,358	2,589	2,842
新潟	43	72	129	214	376	672	756	823	893	976
富山	16	47	88	131	187	301	323	357	399	437
石川	31	68	142	192	279	401	437	499	534	575
福井	16	27	78	150	218	346	382	417	445	481
山梨	37	62	96	132	191	355	405	461	506	546
長野	58	111	203	294	491	802	873	949	1,020	1,129
静岡	53	103	225	341	580	1,016	1,113	1,238	1,389	1,636
岐阜	20	49	136	215	380	576	653	707	793	879
愛知	87	182	425	741	1,248	2,034	2,340	2,570	2,875	3,214
三重	9	27	85	132	299	497	552	592	647	737
京都	52	88	174	256	446	777	880	990	1,138	1,263
滋賀	19	47	99	131	208	351	400	438	494	553
奈良	6	22	72 99	125	209	436	466	537	603	667
和歌山	28 266	58 468	747	178	309 1,736	462 2,817	512 3,159	564 3,577	613 3,955	4,381
大阪 兵庫	114	220	390	648	1,730	1,619	1,801	2,011	2,255	2,568
岡山	41	71	150	272	494	730	816	902	991	1,104
広島	59	116	210	374	703	1,068	1,203	1,315	1,462	1,611
鳥取	31	38	54	74	152	231	269	307	343	389
島根	25	38	54	78	152	269	290	318	356	377
山口	17	36	89	163	293	450	513	580	648	750
徳島	44	88	130	172	343	528	560	609	637	691
高知	63	113	179	288	478	693	750	797	865	958
香川	32	72	103	147	235	414	475	505	570	611
愛媛	32	110	206	307	496	710	764	824	882	956
福岡	87	157	388	697	1,343	2,241	2,474	2,763	3,070	3,359
長崎	36	84	171	297	560	849	914	1,051	1,170	1,297
熊本	35	86	230	368	612	948	1,055	1,165	1,258	1,367
大分	27	63	125	190	334	574	628	709	784	867
佐賀	11	31	56	94	211	396	437	535	613	694
宮崎	12	41	117	195	332	474	497	523	588	658
鹿児島	20	45	156	291	571	1,013	1,142	1,277	1,418	1,566
沖縄	4	34	109	218	376	593	660	755	847	978
海外・その他	6	18	47	14	29	44	46	42	48	39
計	2,225	4,325	8,540	13,489	23,321	39,023	43,628	48,590	53,751	59,586

※休会者を除く※各年3月31日現在

									(人)
平22年	平23年	平24年	平25年	平26年	平27年	平28年	平29年	5年間	5年間
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	増加数	増加率
3124	3,366	3,721	4,036	4,323	4,664	4,766	5,169	1,448	39
568	615	658	692	720	764	789	851	193	29
382	423	453	479	500	536	574	601	148	33
593	619	685	750	805	843	878	945	260	38
948	1,007	1,109	1,214	1,301	1,378	1,364	1,461	352	32
523	571	635	691	747	803	852	907	272	43
837	896	1,000	1,113	1,211	1,314	1,357	1,437	437	44
1252	1,384	1,553	1,632	1,751	1,883	1,923	2,069	516	33
701	763	822	875	934	1,020	1059	1,153	331	40
1039	1,130	1,251	1,376	1,504	1,604	1,672	1,813	562	45
2658	2,927	3,206	3,448	3,713	4,053	4,245	4,690	1,484	46
2432	2,629	2,911	3,243	3,528	3,855	3,967	4,340	1,429	49
4642	5,019	5,476	5,796	6,167	6,759	6,910	7,750	2,274	42
3193	3,402	3,696	3,924	4,257	4,582	4,656	5,121	1,425	39
1056	1,099	1,155	1,228	1,294	1,392	1,438	1,481	326	28
474	515	580	625	659	715	764	837	257	44
651	718	782	869	934	993	1046	1,103	321	41
527	570	650	714	748	811	841	906	256	39
605	649	700	732	746	787	808	874	174	25
1259	1,374	1,524	1,639	1,746	1,864	1,927	2,011	487	32
1845	1,959	2,221	2,417	2,562	2,803	2,918	3,142	921	41
950	1,035	1,121	1,239	1,302	1,418	1,458	1,548	427	38
3545	3,847	4,241	4,560	4,775	5,048	5,071	5,473	1,232	29
831	878	966	1,040	1,108	1,179	1,219	1,303	337	35
1393	1,517	1,701	1,844	1,982	2,161	2,279	2,508	807	47
599	636	689	738	805	861	920	996	307	45
732	788	885	951	1,054	1,119	1145	1,233	348	39
781	839	892	966	1,031	1,098	1136	1,254	362	41
4902	5,299	5,773	6,228	6,614	6,977	6,979	7,593	1,820	32
2879	3,122	3,453	3,803	4,078	4,385	4,442	4,892	1,439	42
1229	1,343	1,441	1,558	1,668	1,763	1,800	1,932	491	34
1829	1,942	2,120	2,257	2,399	2,569	2,647	2,902	782	37
421	450	517	552	586	622	653	705	188	36
437	475	513	553	590	636	645	696	183	36
878	953	1,069	1,182	1,260	1,373	1,415	1,513	444	42
777 1061	819 1,137	837 1,218	858 1,290	877	951 1,439	981	1,045 1,493	208 275	25 23
	-	-		1,364		974	-		
670 1047	726 1,115	788 1,202	856 1,260	902	957 1,409	1,457	1,037	249 329	32 27
	-	-	-	-		-	-		
3679 1410	4,063 1,490	4,432 1,637	4,762 1,751	5,032 1,836	5,368 1,952	5,446 1,942	5,782 2,043	1,350 406	30 25
1541	1,490	1,881	2,057	2,232	2,375	2,365	2,043	642	34
966	1,076	1,159	1,225	1,307	1,435	1,493	1,617	458	40
787	864	932	981	1,307	1,435	1,493	1,017	319	34
754	803	859	981	980	1,147	1071	1,251	281	33
1734	1.837	2,003	2,171	2,305	2,474	2.487	2,673	670	33
1734	1,837	1,248	1.327	1.368	1.427	1.441	1,525	277	22
30	34	32	43	45	1,427	52	42	10	31
66,256	71,516	78,397	84,470	90,055	96,648		106,911	28,514	36
00,236	71,510	10,391	04,470	90,000	90,048	90,090	100,911	20,514	30

88

理学療法白書PDF書き出し用.indb 88-89 19/04/04 13:45



# 高齢者の割合と理学療法士会員 の全国割合(都道府県別65歳以上 人口と協会会員数の比率)

		<b>-</b>	2011/==>				2010/=		平成25年度
		平成23年度(	2011年度)			平成24年度(	2012年度)		(2013年度)
都道府県	65歳以上 人口 <sup>1)</sup>	65歳以上 人口割合	協会 会員数 <sup>2)</sup>	65歳以上 人口/協会 会員数	65歳以上 人口 <sup>1)</sup>	65歳以上 人口割合	協会 会員数 <sup>2)</sup>	65歳以上 人口/協会 会員数	65歳以上 人口 <sup>1)</sup>
全 国	29,752,000	23%	76,967	386.6	30,793,000	24%	83,687	368.0	31,898,000
北海道	1,382,000	25%	3,661	377.5	1,422,000	26%	4,019	353.8	1,469,000
青森県	355,000	26%	642	553.0	364,000	27%	690	527.5	373,000
秋田県	319,000	27%	451	707.3	326,000	28%	483	674.9	331,000
岩手県	358,000	22%	652	549.1	364,000	23%	717	507.7	372,000
宮城県	520,000	30%	1,070	486.0	534,000	31%	1,177	453.7	553,000
山形県	321,000	28%	590	544.1	326,000	28%	654	498.5	332,000
福島県	502,000	25%	935	536.9	511,000	26%	1,038	492.3	524,000
茨城県	676,000	23%	1,454	464.9	701,000	24%	1,603	437.3	728,000
栃木県	447,000	22%	803	556.7	463,000	23%	867	534.0	480,000
群馬県	479,000	24%	1,189	402.9	496,000	25%	1,306	379.8	512,000
埼玉県	1,506,000	21%	3,145	478.9	1,585,000	22%	3,425	462.8	1,661,000
千葉県	1,370,000	22%	2,825	485.0	1,437,000	23%	3,143	457.2	1,505,000
東京都	2,713,000	21%	5,521	491.4	2,812,000	21%	5,974	470.7	2,914,000
神奈川県	1,865,000	21%	3,714	502.2	1,948,000	21%	4,040	482.2	2,033,000
新潟県	624,000	26%	1,165	535.6	639,000	27%	1,245	513.3	655,000
富山県	287,000	26%	579	495.7	299,000	28%	634	471.6	309,000
石川県	279,000	24%	755	369.5	291,000	25%	815	357.1	302,000
福井県	202,000	25%	603	335.0	208,000	26%	683	304.5	214,000
山梨県	213,000	25%	687	310.0	218,000	26%	734	297.0	225,000
長野県	571,000	27%	1,525	374.4	585,000	27%	1,678	348.6	600,000
静岡県	903,000	24%	2,083	433.5	932,000	25%	2,340	398.3	966,000
岐阜県	504,000	24%	1,156	436.0	520,000	25%	1,243	418.3	539,000
愛知県	1,530,000	21%	4,195	364.7	1,591,000	21%	4,579	347.5	1,662,000
三重県	451,000	24%	935	482.4	465,000	25%	1,016	457.7	480,000
京都府	624,000	21%	1,605	388.8	649,000	22%	1,778	365.0	676,000
滋賀県	295,000	24%	702	420.2	306,000	25%	760	402.6	319,000
奈良県	340,000	23%	848	400.9	355,000	24%	951	373.3	369,000
和歌山県	274,000	23%	905	302.8	281,000	24%	965	291.2	288,000
大阪府	2,012,000	24%	5,746	350.2	2,099,000	26%	6,167	340.4	2,184,000
兵庫県	1,304,000	28%	3,367	387.3	1,355,000	28%	3,696	366.6	1,408,000
岡山県	493,000	26%	1,393	353.9	507,000	27%	1,505	336.9	524,000
広島県	693,000	29%	2,116	327.5	719,000	30%	2,287	314.4	743,000
鳥取県	155,000	25%	476	325.6	158,000	26%	545	289.9	163,000
島根県	207,000	24%	497	416.5	212,000	25%	541	391.9	217,000
山口県	407,000	28%	1,008	403.8	418,000	29%	1,119	373.5	429,000
徳島県	212,000	27%	898	236.1	217,000	28%	916	236.9	224,000
高知県	220,000	26%	1,228	179.2	226,000	27%	1,298	174.1	232,000
香川県	258,000	27%	778	331.6	268,000	28%	839	319.4	277,000
愛媛県	382,000	29%	1,201	318.1	393,000	30%	1,281	306.8	404,000
福岡県	1,144,000	23%	4,451	257.0	1,186,000	23%	4,828	245.7	1,230,000
長崎県	371,000	25%	1,547	239.8	380,000	25%	1,692	224.6	390,000
熊本県	467,000	26%	1,829	255.3	478,000	27%	2,026	235.9	491,000
大分県	319,000	26%	1,123	284.1	327,000	26%	1,252	261.2	337,000
佐賀県	209,000	27%	904	231.2	214,000	28%	967	221.3	219,000
宮崎県	293,000	26%	849	345.1	301,000	27%	913	329.7	310,000
鹿児島県	450,000	26%	1,954	230.3	457,000	27%	2,124	215.2	467,000
沖縄県	242,000	17%	1,207	200.5	250,000	18%	1,314	190.3	260

<sup>1)</sup>国勢調査による各年度10月1日時点の推計人口(年齢不詳の人口を各歳別にあん分した人口),人口数値は千人単位未満の位で四捨五入しているため,合計の数値と内訳の計は必ずしも一致しない

									(単位 人)
平成2	5年度(2013	3年度)	:	平成26年度(	2014年度)		平成27	7年度(2015年	年度)
65歳以上人口割合	協会 会員数 <sup>2)</sup>	65歳以上 人口/協会 会員数	65歳以上 人口 <sup>1)</sup>	65歳以上人口割合	協会 会員数 <sup>2)</sup>	65歳以上 人口/協会 会員数	65歳以上 人口 <sup>1)</sup>	65歳以上人口割合	協会 会員数 <sup>2)</sup>
25%	91,380	349.1	33,000,000	26%	95,618	345.1	33,868,000	27%	102,672
27%	4,416	332.7	1,519,000	28%	4,625	328.4	1,565,000	29%	5,009
28%	735	507.5	383,000	29%	763	502.0	394,000	30%	815
29%	511	647.7	339,000	30%	531	638.4	346,000	30%	568
24%	782	475.7	380,000	25%	836	454.5	389,000	26%	875
32%	1,289	429.0	573,000	33%	1,361	421.0	600,000	34%	1,443
29%	719	461.8	338,000	30%	774	436.7	346,000	31%	833
27%	1,161	451.3	537,000	28%	1,244	431.7	549,000	29%	1,349
25%	1,740	418.4	754,000	26%	1,834	411.1	780,000	27%	1,977
24%	928	517.2	498,000	25%	963	517.1	511,000	26%	1,049
26%	1,457	351.4	529,000	27%	1,567	337.6	545,000	28%	1,678
23%	3,740	444.1	1,737,000	24%	3,937	441.2	1,804,000	25%	4,297
24%	3,505	429.4	1,571,000	25%	3,740	420.1	1,611,000	26%	4,086
22%	6,373	457.2	3,011,000	22%	6,576	457.9	3,066,000	23%	7,210
22%	4,338	468.6	2,115,000	23%	4,569	462.9	2,178,000	24%	4,907
28%	1,328	493.2	672,000	29%	1,391	483.1	688,000	30%	1,503
29%	695	444.6	318,000	30%	721	441.1	326,000	31%	782
26%	904	334.1	313,000	27%	975	321.0	321,000	28%	1,041
27%	760	281.6	220,000	28%	792	277.8	225,000	29%	857
27%	778	289.2	231,000	27%	793	291.3	237,000	28%	833
28%	1,824	328.9	615,000	29%	1,911	321.8	631,000	30%	2,028
26%	2,586	373.5	998,000	27%	2,717	367.3	1,029,000	28%	2,989
26%	1,370	393.4	557,000	27%	1,393	399.9	571,000	28%	1,519
22%	4,976	334.0	1,728,000	23%	5,117	337.7	1,782,000	24%	5,423
26%	1,116	430.1	495,000	27%	1,164	425.3	507,000	28%	1,237
23%	1,952	346.3	701,000	23%	2,074	338.0	719,000	24%	2,265
26%	823	387.6	332,000	27%	869	382.0	341,000	28%	935
25%	1,041	354.5	383,000	26%	1,130	338.9	392,000	26%	1,197
25%	1,059	272.0	296,000	26%	1,109	266.9	298,000	27%	1,188
27%	6,759	323.1	2,267,000	28%	7,041	322.0	2,319,000	29%	7,439
29%	4,129	341.0	1,460,000	30%	4,350	335.6	1,502,000	31%	4,678
28%	1,625	322.5	540,000	29%	1,727	312.7	551,000	30%	1,827
31%	2,475	300.2	769,000	32%	2,562	300.2	783,000	32%	2,750
27%	583	279.6	167,000	28%	604	276.5	170,000	29%	645
26%	585	370.9	221,000	27%	615	359.3	225,000	28%	664
30%	1,249	343.5	441,000	31%	1,325	332.8	451,000	32%	1,439
29%	948	236.3	230,000	30%	938	245.2	234,000	31%	1,018
28%	1,404	165.2	237,000	29%	1,435	165.2	240,000	30%	1,512
29%	923	300.1	286,000	30%	958	298.5	292,000	31%	1,008
31%	1,362	296.6	415,000	32%	1,427	290.8	424,000	33%	1,502
24%	5,260	233.8	1,279,000	25%	5,424	235.8	1,321,000	26%	5,754
26%	1,831	213.0	401,000	27%	1,889	212.3	408,000	28%	2,013
28%	2,252	218.0	504,000	29%	2,433	207.2	514,000	30%	2,591
27%	1,346	250.4	347,000	28%	1,403	247.3	355,000	29%	1,533
29%	1,024	213.9	225,000	30%	1,103	204.0	231,000	30%	1,192
28%	993	312.2	319,000	29%	1,032	309.1	326,000	30%	1,093
28%	2,316	201.6	478,000	29%	2,423	197.3	485,000	29%	2,594
1 0 0/	1 410	0.2	270.000	100/	1 452	1050	202 000	200/	1 527

185.8

282,000

20%

1,527

91

270,000

19%

1,453

0.2

90

理学療法白書PDF書き出し用.indb 90-91 19/04/04 13:45

18%

1,410

<sup>2)</sup>会員数は国内会員のみ換算(海外会員は除く)

									(単位 人)
	平成27年度 (2015年度)	:	平成28年度(	2016年度)			平成29年度(2	2017年度)	
都道府県	65歳以上 人口/協会 会員数	65歳以上 人口 <sup>1)</sup>	65歳以上 人口割合	協会 会員数 <sup>2)</sup>	65歳以上 人口/協会 会員数	65歳以上 人口 <sup>1)</sup>	65歳以上 人口割合	協会 会員数 <sup>2)</sup>	65歳以上 人口/協会 会員数
全 国	329.9	34,591,000	27%	106,557	324.6	35,152,000	28%	115,719	303.8
北海道	312.4	1,602,000	30%	5,230	306.3	1,632,000	31%	5,699	286.4
青森県	483.4	401,000	31%	848	472.9	407,000	32%	917	443.8
秋田県	609.2	351,000	35%	613	572.6	354,000	36%	643	550.5
岩手県	444.6	395,000	31%	923	428.0	400,000	32%	996	401.6
宮城県	415.8	616,000	26%	1,478	416.8	631,000	27%	1,607	392.7
山形県	415.4	351,000	32%	884	397.1	355,000	32%	956	371.3
福島県	407.0	560,000	29%	1,407	398.0	569,000	30%	1,505	378.1
茨城県	394.5	801,000	28%	2,024	395.8	819,000	28%	2,186	374.7
栃木県	487.1	525,000	27%	1,116	470.4	536,000	27%	1,220	439.3
群馬県	324.8	558,000	28%	1,785	312.6	567,000	29%	1,940	292.3
埼玉県	419.8	1,857,000	25%	4,574	406.0	1,900,000	26%	5,056	375.8
千葉県	394.3	1,655,000	27%	4,250	389.4	1,692,000	27%	4,671	362.2
東京都	425.2	3,120,000	23%	7,494	416.3	3,160,000	23%	8,402	376.1
神奈川県	443.9	2,232,000	24%	5,071	440.1	2,274,000	25%	5,609	405.4
新潟県	457.8	700,000	31%	1,578	443.6	709,000	31%	1,644	431.3
富山県	416.9	330,000	31%	839	393.3	334,000	32%	915	365.0
石川県	308.4	327,000	28%	1,106	295.7	331,000	29%	1,171	282.7
福井県	262.5	229,000	29%	901	254.2	232,000	30%	980	236.7
山梨県	284.5	242,000	29%	871	277.8	245,000	30%	938	261.2
長野県	311.1	641,000	31%	2,139	299.7	647,000	31%	2,256	286.8
静岡県	344.3	1,051,000	28%	3,148	333.9	1,069,000	29%	3,409	313.6
岐阜県	375.9	581,000	29%	1,581	367.5	589,000	29%	1,698	346.9
愛知県	328.6	1,821,000	24%	5,552	328.0	1,852,000	25%	6,010	308.2
三重県	409.9	516,000	29%	1,288	400.6	522,000	29%	1,379	378.5
京都府	317.4 364.7	733,000	28% 25%	2,409	304.3	743,000	29%	2,655	279.8 327.8
滋賀県	304.7	350,000 401,000	30%	1,009	346.9 324.7	357,000 408.000	25% 30%	1,089	306.1
和歌山県	250.8	302,000	30%	1,251	241.4	304,000	30%	1,372	221.6
大阪府	311.7	2.366.000	27%	7.548	313.5	2.399.000	27%	8.238	291.2
兵庫県	321.1	1,535,000	28%	4,866	315.5	1,558,000	28%	5.363	290.5
岡山県	301.6	560,000	29%	1,882	297.6	567,000	30%	2,027	279.7
広島県	284.7	799.000	28%	2.848	280.5	809.000	29%	3.143	257.4
鳥取県	263.6	173,000	30%	687	251.8	175,000	31%	748	234.0
島根県	338.9	228.000	33%	687	331.9	230.000	34%	745	308.7
山口県	313.4	458,000	33%	1,501	305.1	462,000	33%	1,613	286.4
徳島県	229.9	238.000	32%	1,064	223.7	241.000	32%	1.136	212.1
高知県	158.7	242,000	34%	1,540	157.1	244,000	34%	1,130	151.5
香川県	289.7	297.000	31%	1.039	285.9	301.000	31%	1.105	272.4
愛媛県	282.3	432.000	31%	1,552	278.4	437.000	32%	1,646	265.5
福岡県	229.6	1,357,000	27%	5,934	228.7	1,384,000	27%	6.349	218.0
長崎県	202.7	417.000	30%	2.016	206.8	424.000	31%	2.136	198.5
Ale Lum			2370	2,010			5.70	2,.50	

2,620

1,137

2,637

199.6

187.0

531,000

240,000

338,000

501,000

303,000

30%

2,818

1,312

1,218

2,835

188.4

210.8

182.9

277.5

176.7

523,000

236,000

333,000

493,000

293,000

29%

30%

30%

20%

198.4

193.8

298.3

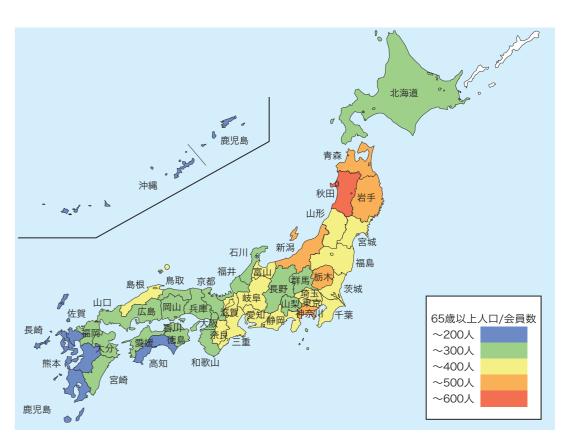
187.0

熊本県

佐賀県 宮崎県

鹿児島県

# 5 2017年都道府県別高齢者割合と 会員割合



注:国勢調査による10月1日時点の推計人口(年齢不詳の人口を各歳別にあん分した人口),人口数値は千人単位未満の位で四捨五入

92

理学療法白書PDF書き出し用.indb 92-93

<sup>1)</sup>国勢調査による各年度10月1日時点の推計人口(年齢不詳の人口を各歳別にあん分した人口),人口数値は千人単位未満の位で四捨五入しているため、合計の数値と内訳の計は必ずしも一致しない

<sup>2)</sup>会員数は国内会員のみ換算(海外会員は除く)

# 職場構成員による施設数

	平成2年度 (1990)	平成7年度 (1995)	平成12年度 (2000)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度(2008)	平成21年度 (2009)
1人	1,385	2,095	3,345	4,111	4,353	4,440	4,458	4,512
2人	756	920	1,337	1,752	1,856	1,932	1,919	2,075
3人	428	618	845	1,089	1,124	1,152	1,163	1,206
4人	252	411	596	752	749	798	798	820
5人	140	241	450	591	574	565	579	609
6~10人	211	401	773	1,262	1,437	1,525	1,510	1,551
11~15人	34	53	124	366	424	531	527	567
16~20人	9	12	32	111	134	176	165	252
21~30人	3	9	17	65	98	125	126	143
31人以上	2	3	5	30	34	56	54	75
合計	3,220	4,763	7,542	10,129	10,783	11,300	11,299	11,810
自宅	268	663	1,546	3,070	3,599	4,053	4,077	4,483

平成22年度(2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度(2017)
4,762	5,232	5,251	5,679	5,907	6,088	6,622	7,100
2,292	2,369	2,417	2,457	2,534	2,677	2,765	2,885
1,427	1,447	1,527	1,538	1,531	1,565	1,589	1,738
941	971	1,006	1,021	1,056	1,048	1,034	1,063
678	675	702	695	682	720	720	732
1,719	1,746	1,791	1,854	1,912	1,880	1,907	1,964
658	672	696	742	733	809	806	851
309	337	376	402	454	482	491	507
257	274	344	362	387	422	450	507
130	181	251	296	328	366	396	471
13,173	13,904	14,361	15,046	15,524	16,057	16,780	17,818
5,471	6,357	11,185	16,180	16,462	18,681	19,575	20,924

94

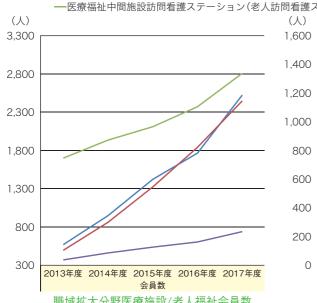
理学療法白書PDF書き出し用.indb 94-95



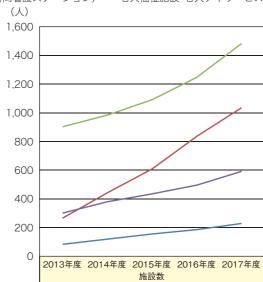
# 施設区分の経年変化

# 【職域拡大分野の会員数と施設数の5年推移】

──医療施設 / 病院一般病院(上記以外)療養型病床 ──医療施設 / 診療所 無床診療所 ――医療福祉中間施設訪問看護ステーション(老人訪問看護ステーション) ――老人福祉施設 老人デイサービス



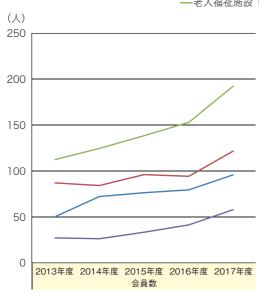
職域拡大分野医療施設/老人福祉会員数 (会員300名以上)



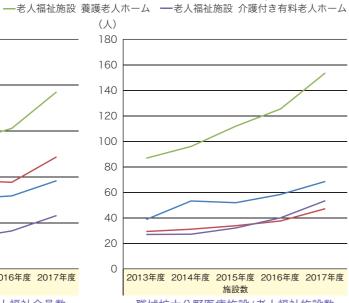
職域拡大分野医療施設/老人福祉施設数 (会員300名以上)

※訪問看護ステーションの会員数、施設数については、[全体表」にある「医療福祉中間施設/老人訪問看護ステーション」と「その他/訪問看護 ステーション(老人訪問看護ステーション)」の2分野の合算数となります

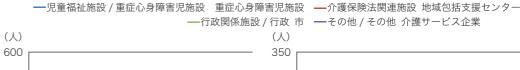
──医療福祉中間施設 老人デイケア ──医療施設 / 病院 精神科病院

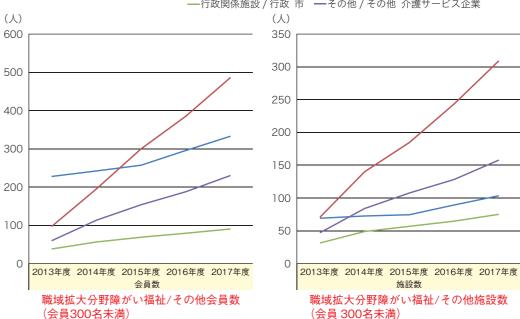


職域拡大分野医療施設/老人福祉会員数 (会員300名未満)



職域拡大分野医療施設/老人福祉施設数 (会員300名未満)





(会員300名未満)

96

# 【日本理学療法士協会 施設区分毎の会員数と施設数の5年推移】

		1人職場(1施設1名)				
		2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
	大学病院	9	10	14	13	21
	総合病院	57	61	54	68	64
	老人病院	57	54	47	46	45
	小児病院	5	9	6	5	5
	一般病院(上記以外)一般病床	774	769	739	732	717
医療施設/病院	一般病院(上記以外)療養型病床	40	47	58	61	60
乙烷ル议/ 州汽	感染症病院	0	0	0	0	0
	精神科病院	12	16	19	22	26
	結核病院	1	0	0	0	0
	ハンセン病病院	7	5	5	4	4
	地域支援病院	2	4	2	4	5
	その他	42	51	53	59	56
	有床診療所	756	724	682	723	720
左秦始郎/沙秦武	無床診療所	205	278	324	427	483
医療施設/診療所	療養型病床群	2	3	2	3	2
	その他	67	60	70	63	56
医療施設/不明	その他	12	18	21	38	43
	介護老人保健施設	976	936	931	899	915
医唇短头皮眼状型 /	老人訪問看護ステーション	396	367	367	371	368
医療福祉中間施設/	老人デイサービス	152	151	140	139	136
医療福祉中間施設	老人デイケア	34	43	40	47	52
	その他	144	126	125	107	103
	養護老人ホーム	68	73	90	107	123
	特別養護老人ホーム	290	297	298	313	341
	軽費老人ホーム	3	5	5	4	4
	老人デイサービス	254	307	365	406	477
	老人福祉センター	10	8	8	12	9
老人福祉施設/老人福祉施設	老人短期入所施設	6	5	7	8	13
	有料老人ホーム	16	20	23	39	39
	介護付き有料老人ホーム	28	27	29	38	49
	在宅介護支援センター	1	0	1	2	3
	高齢者総合相談センター	0	1	1	1	3
	その他	96	94	87	86	89
介護保険法関連施設/	- ·-				- 00	
介護保険法関連施設	地域包括支援センター	59	113	139	181	221
身体障害者福祉施設/	肢体不自由者更生施設	10	11	11	7	8
身体障害者更正養護施設	重度身体障害者更生養護施設	1	1	1	1	1
另体阵告有史正食暖爬故	重度障害者授産施設	2	1	1	2	1
身体障害者福祉施設/	身体障害者療護施設	86	93	80	77	81
身体障害者療護施設		00	93	00	11	01
身体障害者福祉施設/	子· 方· 4· 陈· 古· 4· 阿· 方· 4· 司·	_	_	0	_	_
重度身体障害者授産施設	重度身体障害者授産施設	5	6	6	7	7
身体障害者福祉施設/	身体障害者福祉センター A型	24	28	31	33	30
タ 体障害有価値記録/ 身体障害者福祉センター	身体障害者福祉センター B型	0	0	0	0	0
<b>牙</b> 体障害有価値ピンダー	在宅障害者デイ・サービス施設	2	1	1	4	2
身体障害者福祉施設/	自, 什 陪 中 老 市 什 扣 款 彩	12	11	10	10	10
身体障害者更生相談所	身体障害者更生相談所	12	11	12	12	13
児童福祉施設/知的障害児施設	知的障害児施設	1	1	2	6	8
児童福祉施設/						
知的障害児通園施設	知的障害児通園施設	12	11	9	15	14
	肢体不自由児施設	7	6	4	7	12
児童福祉施設/肢体不自由児施設	肢体不自由児通園施設	16	11	14	15	13
	肢体不自由児療護施設	0	0	0	0	0
児童福祉施設/	重症心身障害児施設	20	22	25	37	47
重症心身障害児施設						

		<b>今</b> 昌粉					施設数		
2012年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2013年度	2014年度		2016年度	2017年度
1,700	1,823 13,224	1,965 14,235	2,134 14,986	2,302 16,197		158 1,195	165 1,199	1,223	175 1222
	2.426								
2,407	-	2,490	2,450	2,549		266	265	259	250
357	354	345	321	321	59	60	56	54	53
34,667	36,074	37,897	38,527	41,541	4,156	4,169	4,169	4,158	4178
579	950	1,417	1,768	2,528		115	152	183	223
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
88	85	97	95	122		31	34	38	47
1	0	0	0	0		0	0	0	0
21	21	21	17	19		11	11	9	10
18	63	86	116	125		7	8	11	14
2,309	2,359	2,324	2,299	2,403		248	253	256	260
6,230	6,295	6,369	6,269	6,511	2,070	2,030	1,982	1,955	1955
497	866	1,316	1,843	2,451	265	437	606	829	1029
0	11	12	15	18		2	2	3	4
286	301	323	345	398		121	132	135	140
15	29	42	74	89	12	21	28	53	60
5,574	5,574	5,708	5,654	6,008		2,415	2,431	2,397	2492
1,452	1,514	1,502	1,486	1,553	743	721	718	714	726
306	314	304	292	300	211	210	203	196	199
51	73	77	80	96	39	53	52	58	68
404	400	380	350	337	224	205	203	180	172
113	125	139	153	193	87	96	112	125	153
346	355	379	417	466	311	319	331	356	395
3	9	10	8	8	3	7	7	6	6
374	476	542	617	751	295	378	433	493	586
27	29	32	36	45	16	15	15	18	17
11	9	12	16	21	9	7	9	11	16
17	22	27	38	47	15	20	24	38	43
28	27	34	42	58	27	27	32	40	53
3	3	6	5	6	2	1	3	3	4
0	1	1	1	3	0	1	1	1	3
215	205	220	218	228	135	128	126	125	130
	100	000	000	400		7.40	104	0.40	000
98	196	298	386	486	71	140	184	243	308
19	19	16	9	11	13	14	12	8	9
0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
8	5	6	7	6		3	3	4	3
			,						
135	132	125	117	130	104	107	98	91	97
15	12	11	11	10	11	9	9	10	9
	40	40	10	4.0	0.7	0.4	0.0	4.0	0.0
40	42	49	49	42		34	39	40	36
0	1	1	1	0		1	1	1	0
2	3	3	8	6	2	2	2	6	4
17	16	19	15	18	14	13	15	13	15
1	1	2	6	10	1	1	2	6	9
1.6	20	23	25	27	10	15	1.6	19	21
16	20	23	25	2/	13	15	16	19	21
279	272	270	261	271	57	54	55	56	60
92	97	95	90			33	34		35
0	0	0	0	0		0	0	0	0
228	243	258	296	333	69	73	75	90	104
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

98

19/04/04 13:45 理学療法白書PDF書き出し用.indb 98-99

ID 축 등 시 상 파. /ID 축 시 라 가 기	10 # 10 av = 1				0	
児童福祉施設/児童相談所 児童福祉施設/	児童相談所	2	3	3	3	3
心身障害児総合通園センター	心身障害児総合通園センター	7	6	9	11	14
精神障害者社会復帰施設/	精神障害者生活訓練施設	0	1	1	1	3
精神障害者生活訓練施設	精神障害者授産施設	0	0	0	0	0
	精神障害者地域生活支援センター	0	0	0	0	0
精神障害者社会復帰施設/ 精神保健福祉センター	精神保健福祉センター	1	0	1	0	1
精神障害者社会復帰施設/	精神障害者社会復帰促進センター	0	0	0	1	0
精神障害者社会復帰促進センター精神障害者社会復帰施設/	相呼降音4位去後が促進でクク	0	0	0	- '	
精神障害者グループホーム	精神障害者グループホーム	0	0	0	0	0
精神障害者社会復帰施設/ 精神障害者小規模作業所	精神障害者小規模作業所	0	0	0	0	0
知的障害者福祉施設/	知的障害者更生施設	0	2	4	5	6
知的障害援護施設	知的障害者授産施設	1	1	1	0	0
知的障害者福祉施設/	74831711 132123012	<u> </u>		-		
知的障害者更生相談所	知的障害者更生相談所	0	0	0	0	0
障害者自立支援施設/	生活介護事業所	4	6	6	7	9
指定障害者福祉サービス事業所	自立訓練(機能訓練)事業所	1	2	1	2	3
	多機能型事業所	3	5	6	7	9
障害者自立支援施設/	生活介護支援事業所	5	8	8	10	10
指定障害者支援事業所	自立訓練(機能訓練)支援事業所	4	3	3	3	4
障害者自立支援施設/ 指定相談支援事業所	指定相談支援事業所	0	0	0	2	5
毎年日談文版事業別			_		_	
指定地域活動支援センター	指定地域活動支援センター	2	5	4	7	6
#	肢体不自由児	10	10	15	18	19
教育・研究施設/特別支援学校	知的障害児	1	0	0	0	1
	その他	24	21	21	22	18
	理学療法3年制専門学校教員	3	4	3	3	6
	理学療法4年制専門学校教員	4	3	2	5	4
*** *** **** ****	理学療法短期大学教員	1	1	1	0	0
教育・研究施設/教育・研究施設	理学療法大学教員	11	10	9	9	12
	理学療法以外の大学教員	28	35	34	40	42
	研究施設	39	44	41	43	50
	その他	11	11	9	13	14
	保健所	17	19	21	18	21
	市町村保健センター	38	31	33	35	33
	国国	0	0	2	2	5
	都道府県	6	7	11	11	13
行政関係施設/行政	市	35	47	54 4	60	68
	町 村	9	2		6	
		0	1	1	0	1
	社会福祉協議会	4	5	3	3	7
	身体障害者福祉協議会その他	148	119	108	95	0 89
	スポーツ関係施設	148		108	22	27
健康産業/健康産業	スパーツ関係施設フィットネス施設	10	16	13	19	26
	職業センター	2	3	5	8	9
	以、関連企業	21	30	38	47	60
	ノハ内仕业木		49	51	55	58
	一船企業	1 1/51		011		
	一般企業 補装具作成施設	45			2	2
その他 / その他	補装具作成施設	0	0	1	2	2
その他/その他	補装具作成施設 訪問看護ステーション(老人訪問 看護ステーション)				347	492
その他/その他	補装具作成施設 訪問看護ステーション(老人訪問	0	0	1		492
その他/その他	補装具作成施設 訪問看護ステーション(老人訪問 看護ステーション) 介護サービス企業 自営・開業	120	188	1 254	347	
その他/その他	補装具作成施設 訪問看護ステーション(老人訪問 看護ステーション) 介護サービス企業	0 120 46	0 188 70	1 254 89	347 96	492 127

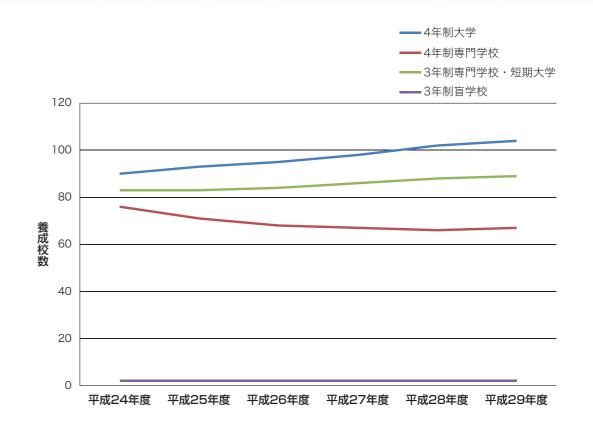
2	3	3	3	3	2	3	3	3	3
5	16	20	28	37	5	8	12	15	21
0	1 0	1	1	3	0	1	1	1	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	2	1	1	0	1	1	1
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	4	5	6	0	2	4	5	6
1	1	1	0	0	1	1	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	6	7	8	10	4	6	6	7	9
2	2	5	6	7	2	2	2	3	4
1	3	5	12	14	1	3	5	10	12
6	13	14	15	13	6	11	11	12	11
3	3	8	10	13	3	3	5	5	7
0	0	0	2	7	0	0	0	2	6
1	4	6	10	11	1	4	5	8	7
19	20	26	27	30	11	12	18	20	22
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
35	32	30	27	26	29	26	25	24	21
587	599	604	617	623	81	83	82	84	87
499	495	489	487	500	75 7	73	71	75	75
58 954	56 1,017	1,043	62 1,095	60 1,155	102	7 106	7 105	109	117
42	43	46	50	55	32	39	40	45	48
103	99	115	108	118	58	55	53	55	64
23	25	28	39	42	15	16	16	21	21
19	22	26	28	27	16	18	22	21	22
58	49	50	52	49	48	40	40	42	39
0	0	2	2	5	0	0	2	2	5
8	8	14	13	15	7	7	12	12	14
39	57	69	79	91	32	50	58	65	75
3	4	7	9	12	3	3	5	7	10
0	1	1	2	3		1	1	1	2
4	4	3	5	8	4	4	3	4	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
253	189	182	166	159	180	148	137	123	118
31	33	45	46	44	19	21	27	29	32
11	15	21	28	36	10	14	18	24	30
1	5	13	18	21	1	4	8	12	14
25	49	70	103	152	19	34	46	60	90
124	121	137	135	153	68	68	73	73	77
0	0	0	2	2	0	0	0	2	2
256	421	614	892	1,252	159	261	370	529	751
61	115	155	188	231	48	84	108	128	158
119	128	132	123	137	91	98	101	98	108
419	419	442	522	533	238	235	246	318	318
75,162	79,156	83,991	86,982	94,800	15,046	15,524	16,057	16,781	17,818

理学療法白書PDF書き出し用.indb 100-101 19/04/04 13:45

# 理学療法士養成施設の変化

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
4年制国立大学	13	13	13	13	14	14
4年制公立大学	10	10	10	10	10	10
4年制私立大学	67	70	72	75	78	80
4年制私立専門学校	76	71	68	67	66	67
3年制私立短期大学	5	6	6	6	6	6
3年制国立専門学校	1	1	1	1	1	1
3年制私立専門学校	77	76	77	79	81	82
3年制盲学校	2	2	2	2	2	2

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
4年制大学	90	93	95	98	102	104
4年制専門学校	76	71	68	67	66	67
3年制専門学校· 短期大学	83	83	84	86	88	89
3年制盲学校	2	2	2	2	2	2



102

19/04/04 13:45

理学療法白書PDF書き出し用.indb 102-103

第 \ 章 | 卷末資料



# 医療施設従事者数

職種	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)
医師	167,366	180,022.3	181,190.8	183,828.3	187,947.6	191,125.3
歯科医師	8,951	9,553.0	10,516.0	9,684.1	9,981.3	9,993.1
看護師(婦)	524,578	567,968.9	596,544.9	618,406.4	636,970.8	660,142.9
准看護師(婦)	223,633	181,695.1	180,427.7	176,441.8	170,782.5	166,546.0
看護業務補助者		199,141.8	195,406.1	191,323.9	189,838.3	193,536.7
薬剤師	41,071	40,119.6	40,402.0	41,032.2	41,760.0	43,113.6
診療放射線技師	33,247	35,484.3	36,112.2	36,884.5	37,443.2	38,079.4
臨床検査技師	44,826	45,676.8	45,935.3	46,638.9	47,371.9	48,055.4
管理栄養士	14,801	15,623.2	16,145.0	16,859.3	17,489.3	17,825.2
栄養士	8,283	6,585.4	6,363.1	6,026.2	5,917.6	5,776.3
あん摩マッサージ指圧師	5,072	3,632.4	3,282.4	3,005.0	2,743.4	2,524.1
理学療法士	19,025	28,508.5	31,385.7	34,782.7	38,675.3	42,813.0
作業療法士	9,305	17,070.2	19,202.5	21,776.9	24,456.7	27,616.0
臨床工学技士	6,372	9,405.4	10,029.4	10,956.6	11,931.9	12,837.8
義肢装具士	54	64.6	58.3	54.4	60.6	58.0
言語聴覚士	2,485	5,197.8	5,987.2	6,738.8	7,869.2	8,666.2

注:医師,歯科医師は非常勤も含む

医師、歯科医師については、平成2年から、その他の職種については平成14年から各施設における通常の勤務時間に換算(常勤換算)して計上した

資料:厚生労働省医療施設調査·病院報告(http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html)

各年10月1日現在

ı	TF # 0.0/F	T-+00/=	T-04/F	T-#05/5	T-#00/F	T-#07/F	T # 00 / =
	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
	(2010)	(2011)	(2012)	(2013)	(2014)	(2015)	(2016)
	195,368.1	199,499.2	202,825.2	206,658.6	210112.4	214677.8	217752.6
	10,202.8	10,112.1	10,115.6	10,103.6	10006.1	10051.8	10263.7
	682,603.9	704,626.7	725,559.8	747,009.2	767700.8	787404.2	806884.2
	161,125.8	153,690.6	147,800.5	142,304.7	135799.0	129594.0	123418.5
	196,072.6	196,894.2	198,343.3	200,105.8	196696.0	192329.0	186300.4
	43,294.8	42,802.9	44,353.9	45,680.4	46663.4	47941.8	49660.5
	38,906.7	39,629.2	40,603.2	41,323.4	42257.8	43249.1	44375.4
	48,986.3	49,772.1	50,665.4	51,759.5	52961.5	54155.4	55072.1
	18,284.7	18,824.3	19,745.4	20,510.5	21206.7	21887.0	22428.7
	5,682.3	5,486.7	5,299.6	5,044.3	4851.2	4654.9	4586.4
	2,271.9	2,103.2	1,905.7	1,782.1	1642.2	1516.6	1388.4
	47,541.2	51,800.1	56,851.2	61,720.6	66151.4	70492.4	74235.6
	30,795.0	33,020.5	35,577.7	37,451.0	39786.2	41376.0	43884.1
	13,767.0	14,585.8	15,504.6	16,588.7	17918.9	19263.5	20379.8
İ	58.6	63.7	62.9	63.9	62.5	66.4	66.0
	9,663.1	10,650.5	11,530.5	12,536.1	13493.4	14256.7	15123.2

104

理学療法白書PDF書き出し用.indb 104-105 19/04/04 13:45

# 10 介護保険施設の常勤換算従事者数

介護老人福祉施設	平成12年(2000)	平成17年(2005)	平成18年(2006)	平成19年(2007)	平成20年(2008)	平成21年(2009)
施設長	-	4,283	4,409	4,548	4,650	4,556
医師	1,112	1,233	1,250	1,221	1,200	1,095
歯科医師	_	59	62	63	63	66
看護師	5,615	8,190	8,815	9,492	10,301	10,766
准看護師	7,949	10,611	11,097	11,285	11,518	11,585
介護職員	104,028	147,706	156,253	164,291	172,339	176,727
介護福祉士(再掲)	_	62,597	66,977	73,834	81,183	86,391
薬剤師	_	_	_	_	_	_
管理栄養士	2,370	5,759	4,252	4,538	4,720	4,641
栄養士	_	3,971	1,909	1,850	1,959	1,823
機能訓練指導員*	_	3,861	4,167	4,297	4,474	4,259
理学療法士	238	256	287	312	350	383
作業療法士	103	169	196	228	260	296
言語聴覚士	14	33	29	35	33	40
柔道整復師	_	573	71	89	119	156
生活相談員·支援相談員	5,565	7,196	7,444	7,646	7,879	7,825
社会福祉士(再掲)	_	1,859	1,976	2,134	2,287	2,375
障害者生活支援員	_	32	32	33	33	33
介護支援専門員	3,401	5,981	6,435	6,580	6,976	6,578
精神保健福祉士等	_	_	-	_	-	
介護老人保健施設	平成12年(2000)	平成17年 (2005)	平成18年(2006)	平成19年(2007)	平成20年(2008)	平成21年 (2009)
施設長	_	_	-	_	-	-
医師	3,007	3,527	3,633	3,641	3,748	3,684
歯科医師	_	9	10	9	7	8
看護師	9,512	13,360	13,984	14,202	14,792	15,297
准看護師	16,750	19,673	19,870	19,877	20,209	20,147
介護職員	73,496	90,239	94,297	95,719	98,446	101,866
介護福祉士(再掲)	_	40,361	44,013	47,384	51,232	55,332
薬剤師	_	831	871	902	907	902
管理栄養士	2,055	4,291	3,425	3,508	3,605	3,563
栄養士	-	3,240	1,105	1,026	1,017	1,027
機能訓練指導員*	_	_	-	_	-	
理学療法士	2,407	3,218	3,659	3,955	4,229	4,761
作業療法士	1,830	3,165	3,566	3,805	3,991	4,227
言語聴覚士	195	532	615	616	670	683
柔道整復師・あんまマッサージ指圧師	1	_		_	_	
不是正反称 67/65 (7) 7 III 左即	_					
生活相談員・支援相談員	-	5,609	5,783	5,736	5,840	5,697
	_ _ _	5,609 2,014	5,783 2,254	5,736 2,272	5,840 2,367	5,697 2,388
生活相談員・支援相談員	- - -					
生活相談員·支援相談員 社会福祉士(再掲)	- - - - 2,935					

	平成22年(2010)	平成23年(2011)	平成24年(2012)	平成25年(2013)	平成26年(2014)	平成27年(2015)	平成28年(2016)	平成29年(2017)
	4,463	4,715	4831	4936	5148	5348	5444	5556
-	1,172	1,386	1,359	1,351	1,433	1,450	1,480	1,509
-	59	68	80	79	86	83	82	84
-	11,095	12,082	12,682	13,208	14,099	14,978	15,791	16,746
-	11,322	11,708	11,831	11,956	12,194	12,278	12,409	12,518
	176,747	187,434	192,566	198,766	203,620	209,460	212,638	217,295
	88,556	96,100	101,883	107,832	113,128	120,821	125,733	131,056
	-	-	-	_	-	_	_	
	4,635	5,029	5,269	5,412	5,814	6,138	6,263	6,535
	1,793	1,779	1,739	1,701	1,719	1,720	1,714	1,643
	4,222	4,481	4,775	4,990	5,018	5,219	5,342	5,649
	439	524	613	684	733	840	905	1,025
	353	427	440	498	534	600	645	696
-	42	43	50	55	68	96	109	129
	183	231	264	299	350	396	455	537
	7,744	8,135	8,287	8,560	8,942	9,180	9,367	9,648
	2,392	2,560	2,587	2,583	2,622	2,710	2,744	2,844
	41	38	40	44	47	51	66	64
	6,758	7,180	7,438	7,699	8,210	8,347	8,528	8,781
	_	_	_	_	_	_	_	_
	平成22年(2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年(2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年(2016)	平成29年(2017)
	-	-	-	-	ı	_	-	_
	3,601	3,758	3,921	3,928	3,976	4,093	4,121	4,261
	10	7	16	18	16	22	26	19
	15,232	16,287	17226	17677	10 40 4	10 220		
	19,387		17336	17,677	18,424	19,328	20,035	21,154
		19,621	19,955	19,368	19,114	18,872	18,616	21,154 18,329
	100,473	19,621 104,098						
-	100,473 56,706		19,955	19,368	19,114	18,872	18,616	18,329
-		104,098	19,955 107,904	19,368 107,310	19,114 107,340	18,872 108,214	18,616 108,598	18,329 109,212
	56,706	104,098 59,618	19,955 107,904 64,197	19,368 107,310 64,855	19,114 107,340 67,475	18,872 108,214 69,496	18,616 108,598 71,316	18,329 109,212 72,774
-	56,706 898	104,098 59,618 931	19,955 107,904 64,197 987	19,368 107,310 64,855 989	19,114 107,340 67,475 1,022	18,872 108,214 69,496 1,039	18,616 108,598 71,316 1,068	18,329 109,212 72,774 1,126
-	56,706 898 3,505	104,098 59,618 931 3,659	19,955 107,904 64,197 987 3,732	19,368 107,310 64,855 989 3,762	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153
-	56,706 898 3,505	104,098 59,618 931 3,659	19,955 107,904 64,197 987 3,732	19,368 107,310 64,855 989 3,762	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153
-	56,706 898 3,505 1,000	104,098 59,618 931 3,659 1,018	19,955 107,904 64,197 987 3,732 990	19,368 107,310 64,855 989 3,762 939	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810 923	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004 887	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062 884	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153 906 —
-	56,706 898 3,505 1,000 - 4,974	104,098 59,618 931 3,659 1,018 - 5,279	19,955 107,904 64,197 987 3,732 990 - 5,806	19,368 107,310 64,855 989 3,762 939 - 6,095	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810 923 - 6,304	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004 887 - 6,646	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062 884 - 7,009	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153 906 - 7,564
-	56,706 898 3,505 1,000 - 4,974 4,311	104,098 59,618 931 3,659 1,018 - 5,279 4,452	19,955 107,904 64,197 987 3,732 990 - 5,806 4,645	19,368 107,310 64,855 989 3,762 939 - 6,095 4,675	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810 923 - 6,304 4,772	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004 887 - 6,646 4,948	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062 884 - 7,009 4,987	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153 906 - 7,564 5,220
-	56,706 898 3,505 1,000 - 4,974 4,311	104,098 59,618 931 3,659 1,018 - 5,279 4,452	19,955 107,904 64,197 987 3,732 990 - 5,806 4,645	19,368 107,310 64,855 989 3,762 939 - 6,095 4,675	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810 923 - 6,304 4,772	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004 887 - 6,646 4,948	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062 884 - 7,009 4,987	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153 906 - 7,564 5,220
-	56,706 898 3,505 1,000 - 4,974 4,311 725	104,098 59,618 931 3,659 1,018 - 5,279 4,452 730 -	19,955 107,904 64,197 987 3,732 990 - 5,806 4,645 800 -	19,368 107,310 64,855 989 3,762 939 - 6,095 4,675 823	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810 923 - 6,304 4,772 857	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004 887 - 6,646 4,948 946	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062 884 — 7,009 4,987 1,003 —	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153 906 - 7,564 5,220 1,080
-	56,706 898 3,505 1,000 - 4,974 4,311 725 - 5,583	104,098 59,618 931 3,659 1,018 - 5,279 4,452 730 - 5,790	19,955 107,904 64,197 987 3,732 990 - 5,806 4,645 800 - 6,076	19,368 107,310 64,855 989 3,762 939 - 6,095 4,675 823 - 6,081	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810 923 - 6,304 4,772 857 - 6,130	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004 887 - 6,646 4,948 946 - 6,376	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062 884 — 7,009 4,987 1,003 — 6,319	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153 906 - 7,564 5,220 1,080 - 6,516
-	56,706 898 3,505 1,000 - 4,974 4,311 725 - 5,583	104,098 59,618 931 3,659 1,018 - 5,279 4,452 730 - 5,790	19,955 107,904 64,197 987 3,732 990 - 5,806 4,645 800 - 6,076	19,368 107,310 64,855 989 3,762 939 - 6,095 4,675 823 - 6,081	19,114 107,340 67,475 1,022 3,810 923 - 6,304 4,772 857 - 6,130	18,872 108,214 69,496 1,039 4,004 887 - 6,646 4,948 946 - 6,376	18,616 108,598 71,316 1,068 4,062 884 — 7,009 4,987 1,003 — 6,319	18,329 109,212 72,774 1,126 4,153 906 - 7,564 5,220 1,080 - 6,516

106

19/04/04 13:45 理学療法白書PDF書き出し用.indb 106-107

# 10 介護保険施設の常勤換算従事者数

介護療養型医療施設	平成12年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
	(2000)	(2005)	(2006)	(2007)	(2008)	(2009)
施設長	_	_	_	_	_	_
医師	_	7,273	6,585	5,857	5,183	4,578
歯科医師	_	100	88	93	80	55
看護師	15,032	15,292	14,124	12,409	11,264	10,353
准看護師	27,004	21,743	19,264	16,978	14,988	13,158
介護職員	46,179	41,391	37,542	34,131	30,494	28,047
介護福祉士(再掲)	_	8,374	8,522	8,570	8,125	8,962
薬剤師	_	2,641	2,388	2,169	1,973	1,779
管理栄養士	2,336	2,989	1,830	1,713	1,565	1,405
栄養士	-	1,914	930	759	641	576
機能訓練指導員*	_	_	-	_	_	_
理学療法士	_	2,924	2,865	2,795	2,749	2,611
作業療法士	_	1,411	1,461	1,407	1,390	1,332
言語聴覚士	358	609	627	587	582	582
柔道整復師・あんまマッサージ指圧師	_	_	-	_	_	_
生活相談員·支援相談員	_	_	-	_	_	_
社会福祉士(再掲)	_	-	-	_	_	_
障害者生活支援員	_	_	_	_	_	-
介護支援専門員	2,693	3,385	3,060	2,731	2,399	2,084
精神保健福祉士等	_	198	179	150	150	116

資料: 厚生省統計表データベースシステム: 平成16年, 17年, 18年, 19年, 20年, 21年, 22年, 23年介護サービス 施設·事業所調査

各年10月1日現在

注:調査方法の変更などによる回収率変動の影響を受けているため、数量を示す従事者数の実数は前年以前と単純 に年次比較できない

平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
(2010)	(2011)	(2012)	(2013)	(2014)	(2015)	(2016)	(2017)
	_	_	_	_	_	_	_
4,225	4,104	3,969	3,780	3,718	3,398	3,302	2,984
59	61	50	55	59	57	53	46
9,786	9,534	9,397	8,906	8,834	8,382	8,228	7,813
11,756	11,182	10,322	9,344	8,832	7,978	7,534	6,820
25,208	24,206	23,001	20,866	19,983	18,092	16,982	15,297
8,492	8,783	8,847	8,337	8,557	8,388	8,136	7,476
1,596	1,545	1,447	1,334	1,304	1,205	1,166	1,033
1,301	1,258	1,277	1,225	1,222	1,145	1,123	1,019
524	532	475	389	372	308	307	278
_	-	-	_	-	-	_	_
2,582	2,456	2,401	2,374	2,240	2144	2,089	1,974
1,343	1,321	1,250	1,153	1,094	1,074	1,080	1,023
548	560	528	511	501	467	494	469
_	-	-	_	-	-	_	_
_	-	-	_	-	-	_	_
_	-	-	_	-	-	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
1,891	1,779	1,783	1,597	1,549	1,422	1,364	1,214
113	131	130	138	101	93	106	96

108 109

理学療法白書PDF書き出し用.indb 108-109 19/04/04 13:45

# 社会福祉施設に従事する理学療法 士数の年次推移

年度		昭和50年 (1975)	昭和55年 (1980)	昭和60年 (1985)	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成18年(2006)	平成19年(2007)
総数	総数	764	1,154	1,617	2,608	2,775	1,965	1,407	1,384	1,494
	専任	602	830	1,074	1,416	1,258				
	兼任	162	324	543	1,192	1,517				
保護施設	総数	1	2	0	9	14	13	2	3	2
	専任	1	2	0	0	0				
	兼任	0	0	0	9	14				
+/	総数	163	335	670	1,188	1,171	102	44	18	26
老人福祉 施設	専任	72	154	344	435	191				
NE EX	兼任	91	181	326	763	980				
身体障害	総数	141	195	290	463	605	739	346	369	371
者支援施設	専任	112	152	176	267	315				
	兼任	29	43	114	196	290				
児童福祉 施設	総数	435	587	646	789	895	1,032	928	966	983
	専任	393	507	549	679	722				
2012	兼任	42	80	97	110	173				
知的障害 者援護施	総数	0	2	7	23	35	70	20	26	14
	専任	0	0	5	13	10				
設	兼任	0	2	2	10	25				
母子福祉 施設	総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	専任	0	0	0	0	0				
	兼任	0	0	0	0	0				
精神障害 者社会復 帰施設	総数	_	_	_	1	0	0	0	0	1
	専任	_	_	_	1	0				
	兼任	_	_	_	0	0				
その他の 社会福祉 施設等	総数	24	33	4	135	55	9	67	3	98
	専任	24	15	0	31	20				
	兼任	0	18	4	104	35				

資料:社会福祉施設等調査報告

注: 老人福祉施設では機能回復訓練指導員も含む(平成3年度まで)

平成9年以降は総数のみ

平成14年調査以前は理学療法員数

平成18年度以降は老人福祉施設には特別養護老人ホーム, 老人デイサービスセンター, 老人短期入所施設は 含まない

平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
(2008)	(2009)	(2010)	(2011)	(2012)	(2013)	(2014)	(2015)	(2016)	(2017)
1,500	1,529	1,481	1,670	1,571	1,682	1,759	1,859	2,070	2,047
3	2	2	3	3	4	3	3	3	2
26	38	18	23	33	30	30	32	35	35
355	341	371	394	375	432	445	440	465	490
986	1,015	933	1,057	860	891	920	946	1,028	961
15	8	7	3	_	_	_	_	_	_
0	-	-	_	-	-	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
115	125	150	190	271	313	334	438	541	559

110

**V** 章



# 世界理学療法連盟(WCPT)国別 情報一アジア西太平洋地域におけ る日本の理学療法の状況

# **JAPAN | NUMBERS**





World Confindenciano

World Confederations

# JAPAN | REGIONAL SNAPSHOT



上の地図はWCPT-AWP地域内において、人口1万人あたりの実践している理学療法士数をあらわしている

# JAPAN | REGIONAL SNAPSHOT



上のダイアグラムはWCPT-AWP地域における会員規模の比較を示している 日本の組織はこの地域で最大の規模である

# **JAPAN**







補注)ダイレクトアクセス:関連する医療専門職や政府行政官の間で世界的に 非常に良く知られている用語。例えば医師は理学療法士にダイレクトアクセスで きるなど医療専門職間のみのアクセスを意味するものではない。理学療法士は、 集中治療室において例えばどの患者が理学療法を必要としているかを判断するこ とや、医師の紹介なしに患者が理学療法士の評価や治療を受けることができるな どがアクセスに含まれる意味合いともいえる(参照:WCPT Web サイトの用語 解説)。

プライベートプラクティス: WCPTでは世界中の理学療法士が個人開業の権利が あると主張している。自律的医療者の理学療法士が、他の専門職により制限を受 けることなく理学療法士・ビスを提供できるべきである。また実践においては当 該国の法律や規則、あるいは WCPTの方針およびガイドラインに従って患者やク ライアントにサービス提供すべきである(参照: WCPT Webサイトの Policy statement)

112



理学療法自書PDF書き出し用.indb 112-113 19/04/04 13:46

# **JAPAN**



登録制度



日本では実践するために登録が必要である。

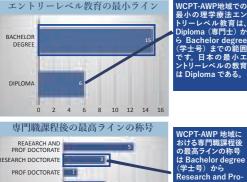
▌ サポートパーソネル(支援人材)



WCPT-AWP地域の60%の回答者は、理学療法サービス提供に 支援人材がいると報告している。 日本では残念ながら理学療法提供の一部を担う支援人材がいると いう情報はない。

# **JAPAN**





学生の関与度





for Physical Theorem



WCPI-AWP 地域の63%の回答者は残のための43%の回答者は残のための教育を受けていると報告している。日本では自律的実践のためいな教育は受けていない。

# 免責事項

MASTERS DEGREE

BACHELOR DEGREE



・これらのプロファイルを作成するにあたり、2017年のWCPT国別情報をもとに作成している。ただしデータが入手できなかった場合は2015年の情報を代用した。

ates(研究・専門職博士号)までの範囲である。日本での最高ラインの称号は

ates(研究博士号

- ・一般的に加盟組織から得たWCPT国別情報をもとに作成している。加盟組織の組織規模は全てWCPTが入手した資料にもとづく。
- © World Confederation for Physical Therapy 2017

### o World Comedetation for Finystear Metapy 202

# 3 理学療法士および作業療法士法

### 理学療法士及び作業療法士法

(昭和四十年六月二十九日法律第百三十七号)

最終改正:平成二十六年六月四日法律第五十一号

第一章 総則(第一条・第二条)

第二章 免許(第三条一第八条)

第三章 試験(第九条—第十四条)

第四章 業務等(第十五条一第十七条の二)

第五章 理学療法士作業療法士試験委員(第十八条·第十九条)

第六章 罰則(第二十条一第二十二条)

附則

# 第一章 総則

### (この法律の目的)

第一条 この法律は、理学療法士及び作業療法士の資格を定めるとともに、その業務が、適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする.

# (定義)

第二条 この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、 治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マツサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

- 2 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。
- 3 この法律で「理学療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、 理学療法を行なうことを業とする者をいう。
- 4 この法律で「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、 作業療法を行なうことを業とする者をいう.

# 第二章 免許

### (免許)

第三条 理学療法士又は作業療法士になろうとする者は、理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験に合格し、 厚生労働大臣の免許(以下「免許」という。)を受けなければならない。

# (欠格事由)

第四条 次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある.

- 一 罰金以上の刑に処せられた者
- 二 前号に該当する者を除くほか、理学療法士又は作業療法士の業務に関し犯罪又は不正の行為があつた者
- 三 心身の障害により理学療法士又は作業療法士の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- 四 麻薬,大麻又はあへんの中毒者

### (理学療法士名簿及び作業療法士名簿)

第五条 厚生労働省に理学療法士名簿及び作業療法士名簿を備え、免許に関する事項を登録する.

### (登録及び免許証の交付)

第六条 免許は,理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験に合格した者の申請により,理学療法士名簿又は作業療法士名簿に登録することによって行う.

2 厚生労働大臣は、免許を与えたときは、理学療法士免許証又は作業療法士免許証を交付する.

# (意見の聴取)

第六条の二 厚生労働大臣は、免許を申請した者について、第四条第三号に掲げる者に該当すると認め、同条の規定により免許を与えないこととするときは、あらかじめ、当該申請者にその旨を通知し、その求めがあったときは、厚生労働大臣の指定する職員にその意見を聴取させなければならない。

114

理学療法白書PDF書き出し用.indb 114-115

### (免許の取消し等)

- 第七条 理学療法士又は作業療法士が、第四条各号のいずれかに該当するに至ったときは、厚生労働大臣は、その免 許を取り消し、又は期間を定めて理学療法士又は作業療法士の名称の使用の停止を命ずることができる。
- 2 都道府県知事は、理学療法士又は作業療法士について前項の処分が行なわれる必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に具申しなければならない.
- 3 第一項の規定により免許を取り消された者であっても、その者がその取消しの理由となった事項に該当しなくなったとき、その他その後の事情により再び免許を与えるのが適当であると認められるに至ったときは、再免許を与えることができる。この場合においては、第六条の規定を準用する.
- 4 厚生労働大臣は、第一項又は前項に規定する処分をしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

#### (政令への委任)

第八条 この章に規定するもののほか, 免許の申請, 理学療法士名簿及び作業療法士名簿の登録, 訂正及び消除並びに免許証の交付, 書換え交付, 再交付, 返納及び提出に関し必要な事項は, 政令で定める.

# 第三章 試験

### (試験の目的)

第九条 理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験は,理学療法士又は作業療法士として必要な知識及び技能について行なう

#### (試験の実施)

第十条 理学療法士国家試験及び作業療法士国家試験は,毎年少なくとも一回,厚生労働大臣が行なう.

#### (理学療法士国家試験の受験資格)

- 第十一条 理学療法士国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、受けることができない。
- 一 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)第九十条第一項の規定により大学に入学することができる者(この号の規定により文部科学大臣の指定した学校が大学である場合において,当該大学が同条第二項の規定により当該大学に入学させた者を含む。)で,文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして,文部科学大臣が指定した学校又は都道府県知事が指定した理学療法士養成施設において,三年以上理学療法士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 二 作業療法士その他政令で定める者で,文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして,文部科学大臣が指定した学校又は都道府県知事が指定した理学療法士養成施設において,二年以上理学療法に関する知識及び技能を修得したもの
- 三 外国の理学療法に関する学校若しくは養成施設を卒業し、又は外国で理学療法士の免許に相当する免許を受けた者で、厚生労働大臣が前二号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認定したもの

### (作業療法士国家試験の受験資格)

- 第十二条 作業療法士国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、受けることができない.
- 一 学校教育法第九十条第一項の規定により大学に入学することができる者(この号の規定により文部科学大臣の指定した学校が大学である場合において、当該大学が同条第二項の規定により当該大学に入学させた者を含む、)で、文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣が指定した学校又は都道府県知事が指定した作業療法士養成施設において、三年以上作業療法士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 二 理学療法士その他政令で定める者で、文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣が指定した学校又は都道府県知事が指定した作業療法士養成施設において、二年以上作業療法に関する知識及び技能を修得したもの
- 三 外国の作業療法に関する学校若しくは養成施設を卒業し、又は外国で作業療法士の免許に相当する免許を受けた者で、厚生労働大臣が前二号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認定したもの

### (医道審議会への諮問)

- 第十二条の二 厚生労働大臣は、理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験の科目又は実施若しくは合格者の 決定の方法を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。
- 2 文部科学大臣又は厚生労働大臣は、第十一条第一号若しくは第二号又は前条第一号若しくは第二号に規定する基準を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

### (不正行為の禁止)

第十三条 理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験に関して不正の行為があつた場合には、その不正行為に関係のある者について、その受験を停止させ、又はその試験を無効とすることができる。この場合においては、なお、その者について、期間を定めて理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験を受けることを許さないことができる。

### (政令及び厚生労働省令への委任)

第十四条 この章に規定するもののほか,第十一条第一号及び第二号の学校又は理学療法士養成施設の指定並びに第十二条第一号及び第二号の学校又は作業療法士養成施設の指定に関し必要な事項は政令で,理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験の科目,受験手続,受験手数料その他試験に関し必要な事項は厚生労働省令で定める

# 第四章 業務等

### (業務)

- 第十五条 理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三号)第三十一条 第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすること ができる
- 2 理学療法士が、病院若しくは診療所において、又は医師の具体的な指示を受けて、理学療法として行なうマッサージについては、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和二十二年法律第二百十七号)第一条の規定は、適用しない。
- 3 前二項の規定は、第七条第一項の規定により理学療法士又は作業療法士の名称の使用の停止を命ぜられている者については、適用しない.

#### (秘密を守る義務)

第十六条 理学療法士又は作業療法士は、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た人の秘密を他に漏らしてはならない、理学療法士又は作業療法士でなくなった後においても、同様とする.

#### (名称の使用制限)

- 第十七条 理学療法士でない者は、理学療法士という名称又は機能療法士その他理学療法士にまぎらわしい名称を 使用してはならない.
- 2 作業療法士でない者は、作業療法士という名称又は職能療法士その他作業療法士にまぎらわしい名称を使用してはならない。

### (権限の委任)

- 第十七条の二 この法律に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。
- 2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生支局長に委任することができる。

# 第五章 理学療法士作業療法士試験委員

### (理学療法士作業療法士試験委員)

- 第十八条 理学療法士国家試験及び作業療法士国家試験に関する事務をつかさどらせるため, 厚生労働省に理学療法士作業療法士試験委員を置く.
- 2 理学療法士作業療法士試験委員に関し必要な事項は、政令で定める.

# (試験事務担当者の不正行為の禁止)

第十九条 理学療法士作業療法士試験委員その他理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験に関する事務を つかさどる者は、その事務の施行に当たって厳正を保持し、不正の行為がないようにしなければならない。

# 第六章 罰則

- 第二十条 前条の規定に違反して、故意若しくは重大な過失により事前に試験問題を漏らし、又は故意に不正の採点をした者は、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する.
- 第二十一条 第十六条の規定に違反した者は、五十万円以下の罰金に処する.
- 2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない.
- 第二十二条 次の各号のいずれかに該当する者は、三十万円以下の罰金に処する.
- 一 第七条第一項の規定により理学療法士又は作業療法士の名称の使用の停止を命ぜられた者で、当該停止を 命ぜられた期間中に、理学療法士又は作業療法士の名称を使用したもの
- 二 第十七条の規定に違反した者

附 則 省 略



# 政令規則(一部抜粋)

# 理学療法士及び作業療法士法施行令(抜粋)

(昭和四十年十月一日政令第三百二十七号)

最終改正:平成二十七年三月三十一日政令第百二十八号

内閣は、理学療法士及び作業療法士法(昭和四十年法律第百三十七号)第八条及び附則第四項第一号の規定に基づき、この政令を制定する。

### (免許の申請)

第一条 理学療法士又は作業療法士の免許を受けようとする者は、申請書に厚生労働省令で定める書類を添え、住所 地の都道府県知事を経由して、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

# (名簿の登録事項)

第二条 理学療法士名簿又は作業療法士名簿には、次に掲げる事項を登録する.

- 一 登録番号及び登録年月日
- 二 本籍地都道府県名(日本の国籍を有しない者については、その国籍)、氏名、生年月日及び性別
- 三 理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験合格の年月(理学療法士及び作業療法士法(以下「法」という。) 附則第二項の規定により理学療法士又は作業療法士の免許を受けた者については、外国で理学療法士の免許に相当する免許を受けた年月)
- 四 免許の取消し又は名称の使用の停止の処分に関する事項
- 五 前各号に掲げるもののほか、厚生労働大臣の定める事項の消除を申請する者についても、同様とする.
- 2 理学療法士又は作業療法士は、免許を取り消されたときは、五日以内に、住所地の都道府県知事を経由して、免許証を厚生労働大臣に返納しなければならない。

### (省令への委任)

第八条 前各条に定めるもののほか、申請書及び免許証の様式その他理学療法士又は作業療法士の免許に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める.

# (学校又は養成施設の指定)

- 第九条 行政庁は、法第十一条第一号若しくは第二号若しくは第十二条第一号若しくは第二号に規定する学校又は 法第十一条第一号若しくは第二号に規定する理学療法士養成施設若しくは法第十二条第一号若しくは第二号に規 定する作業療法士養成施設(以下「学校養成施設」という。)の指定を行う場合には、入学又は入所の資格、修業年 限、教育の内容その他の事項に関し主務省令で定める基準に従い、行うものとする。
- 2 都道府県知事は、前項の規定により理学療法士養成施設又は作業療法士養成施設の指定をしたときは、遅滞なく、当該養成施設の名称及び位置、指定をした年月日その他の主務省令で定める事項を厚生労働大臣に報告するものとする.

### (指定の申請)

第十条 前条第一項の学校養成施設の指定を受けようとするときは、その設置者は、申請書を、行政庁に提出しなければならない、この場合において、当該設置者が学校の設置者であるときは、その所在地の都道府県知事(大学以外の公立の学校にあつては、その所在地の都道府県教育委員会、次条第一項及び第二項、第十二条第一項並びに第十五条において同じ、)を経由して行わなければならない。

# (変更の承認又は届出)

- 第十一条 第九条第一項の指定を受けた学校養成施設(以下「指定学校養成施設」という。)の設置者は、主務省令で定める事項を変更しようとするときは、行政庁に申請し、その承認を受けなければならない。この場合において、当該設置者が学校の設置者であるときは、その所在地の都道府県知事を経由して行わなければならない。
- 2 指定学校養成施設の設置者は、主務省令で定める事項に変更があつたときは、その日から一月以内に、行政庁に届け出なければならない。この場合において、当該設置者が学校の設置者であるときは、その所在地の都道府県知事を経由して行わなければならない。
- 3 都道府県知事は、第一項の規定により、第九条第一項の指定を受けた理学療法士養成施設又は作業療法士養成施設(以下この項及び第十四条第二項において「指定養成施設」という。)の変更の承認をしたとき、又は前項

の規定により指定養成施設の変更の届出を受理したときは、主務省令で定めるところにより、当該変更の承認又は届出に係る事項を厚生労働大臣に報告するものとする.

# (報告)

- 第十二条 指定学校養成施設の設置者は、毎学年度開始後二月以内に、主務省令で定める事項を、行政庁に報告しなければならない、この場合において、当該設置者が学校の設置者であるときは、その所在地の都道府県知事を経由して行わなければならない。
- 2 都道府県知事は,前項の規定により報告を受けたときは,毎学年度開始後四月以内に,当該報告に係る事項(主 務省令で定めるものを除く、)を厚生労働大臣に報告するものとする.

#### (報告の徴収及び指示)

- 第十三条 行政庁は、指定学校養成施設につき必要があると認めるときは、その設置者又は長に対して報告を求めることができる。
- 2 行政庁は、第九条第一項に規定する主務省令で定める基準に照らして、指定学校養成施設の教育の内容、教育の方法、施設、設備その他の内容が適当でないと認めるときは、その設置者又は長に対して必要な指示をすることができる.

### (指定の取消し)

- 第十四条 行政庁は、指定学校養成施設が第九条第一項に規定する主務省令で定める基準に適合しなくなつたと認めるとき、若しくはその設置者若しくは長が前条第二項の規定による指示に従わないとき、又は次条の規定による申請があったときは、その指定を取り消すことができる.
- 2 都道府県知事は,前項の規定により指定養成施設の指定を取り消したときは,遅滞なく,当該指定養成施設の名 称及び位置,指定を取り消した年月日その他の主務省令で定める事項を厚生労働大臣に報告するものとする.

### (主務省令への委任)

第十七条 第九条から前条までに定めるもののほか,申請書の記載事項その他学校養成施設の指定に関して必要な 事項は,主務省令で定める.

#### (主務大臣等)

- 第十八条 この政令における行政庁は、法第十一条第一号若しくは第二号又は第十二条第一号若しくは第二号の規定による学校の指定に関する事項については文部科学大臣とし、法第十一条第一号若しくは第二号の規定による理学療法士養成施設又は法第十二条第一号若しくは第二号の規定による作業療法士養成施設の指定に関する事項については都道府県知事とする.
- 2 この政令における主務省令は、文部科学省令・厚生労働省令とする.

### (理学療法士作業療法士試験委員)

- 第十九条 理学療法士作業療法士試験委員(以下「委員」という。)は、理学療法士国家試験又は作業療法士国家 試験を行なうについて必要な学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する.
- 2 委員の数は,三十七人以内とする.
- 3 委員の任期は、二年とする、ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする.
- 4 委員は,非常勤とする.

附 則 省略

118

理学療法白書PDF書き出し用.indb 118-119

# 理学療法士及び作業療法士法施行規則 (抜粋)

(昭和四十年十月二十日厚生省令第四十七号)

最終改正: 平成二五年一月九日厚生労働省令第二号

理学療法士及び作業療法士法(昭和四十年法律第百三十七号)第十四条及び附則第四項から第六項まで並びに理学療法士及び作業療法士法施行令(昭和四十年政令第三百二十七号)第一条,第二条第五号,第六条第三項及び第八条の規定に基づき,理学療法士及び作業療法士法施行規則を次のように定める。

# 第一章 免許

# (法第四条第三号の厚生労働省令で定める者)

第一条 理学療法士及び作業療法士法(昭和四十年法律第百三十七号.以下「法」という.) 第四条第三号の厚生 労働省令で定める者は、精神の機能の障害により理学療法士及び作業療法士の業務を適正に行うに当たって必要 な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする.

# (治療等の考慮)

第一条の二 厚生労働大臣は、理学療法士又は作業療法士の免許の申請を行った者が前条に規定する者に該当すると認める場合において、当該者に免許を与えるかどうかを決定するときは、当該者が現に受けている治療等により障害の程度が軽減している状況を考慮しなければならない。

### (免許の申請手続)

- 第一条の三 理学療法士及び作業療法士法施行令(昭和四十年政令第三百二十七号、以下「令」という)第一条の理学療法士又は作業療法士の免許の申請書は、様式第一号によるものとする。
- 2 令第一条の規定により、前項の申請書に添えなければならない書類は、次のとおりとする.
- 一 戸籍の謄本又は抄本(出入国管理及び難民認定法(昭和二十六年政令第三百十九号)第十九条の三に規定する中長期在留者(以下「中長期在留者」という.)及び日本国との平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法(平成三年法律第七十一号)に定める特別永住者(以下「特別永住者」という)にあっては住民票の写し(住民基本台帳法(昭和四十二年法律第八十一号)第三十条の四十五に規定する国籍等を記載したものに限る。第三条第二項及び第五条第二項において同じ.)とし、出入国管理及び難民認定法第十九条の三各号に掲げる者にあっては旅券その他の身分を証する書類の写しとする)
- 二 精神の機能の障害又は麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者であるかないかに関する医師の診断書
- 三 法附則第二項の規定により理学療法士又は作業療法士の免許を受けようとする者であるときは、外国で理学療法士の免許に相当する免許又は作業療法士の免許に相当する免許を受けた者であることを証する書類

#### 名簿の登録事項

- 第二条 令第二条第五号の規定により、同条第一号から第四号までに掲げる事項以外で理学療法士名簿又は作業療法士名簿に登録する事項は、次のとおりとする。
- 一 再免許の場合には、その旨
- 二 免許証を書換え交付し又は再交付した場合には、その旨並びにその理由及び年月日
- 三 登録の消除をした場合には、その旨並びにその理由及び年月日

### 第二章 試験

# (試験科目)

- 第八条 理学療法士国家試験の科目は、次のとおりとする.
- 一 解剖学
- 二 生理学
- 三 運動学
- 四 病理学概論
- 五 臨床心理学
- 六 リハビリテーション医学 (リハビリテーション概論を含む.)
- 七 臨床医学大要 (人間発達学を含む.)
- 八 理学療法
- 2 略

附 則 省略

# 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則(抜粋)

(昭和四十一年三月三十日文部省·厚生省令第三号)

最終改正: 平成二七年三月三十一日文部科学省・厚生労働省令第二号

理学療法士及び作業療法士法(昭和四十年法律第百三十七号)第十四条及び附則第六項の規定に基づき,理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則を次のように定める.

# (この省令の趣旨)

- 第一条 理学療法士及び作業療法士法(昭和四十年法律第百三十七号、以下「法」という。)第十一条第一号若しくは第二号若しくは法第十二条第一号若しくは第二号の規定に基づく学校又は理学療法士養成施設若しくは作業療法士養成施設(以下「養成施設」という)の指定に関しては、理学療法士及び作業療法士法施行令(昭和四十年政令第三百二十七号、以下「令」という)に定めるもののほか、この省令の定めるところによる。
- 2 前項の学校とは、学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)第一条に規定する学校及びこれに附設される同法第百二十四条に規定する専修学校又は同法第百三十四条第一項に規定する各種学校をいう.

### (理学療法士に係る学校又は養成施設の指定基準学校又は養成施設の指定基準)

- 第二条 法第十一条第一号の学校又は養成施設に係る令第九条第一項の主務省令で定める基準は、次のとおりとする
- 一 学校教育法第九十条第一項に規定する者(法第十一条第一号に規定する文部科学大臣の指定を受けようとする学校が大学である場合において、当該大学が学校教育法第九十条第二項の規定により当該大学に入学させた者を含む.),旧中等学校令(昭和十八年勅令第三十六号)による中等学校を卒業した者又は附則第三項各号のいずれかに該当する者であることを入学又は入所の資格とするものであること.
- 二 修業年限は、三年以上であること、
- 三 教育の内容は、別表第一に定めるもの以上であること。
- 四 別表第一に掲げる教育内容を教授するのに適当な数の教員を有し、かつ、そのうち六人(一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあっては、一学級増すごとに三を加えた数)以上は理学療法士である専任教員であること、ただし、理学療法士である専任教員の数は、当該学校又は養成施設が設置された年度にあっては四人(一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあっては、一学級増すごとに一を加えた数)、その翌年度にあっては五人(一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあっては、一学級増すごとに二を加えた数)とすることができる。
- 五 理学療法士である専任教員は、免許を受けた後五年以上理学療法に関する業務に従事した者であること、
- 六 一学級の定員は、四十人以下であること
- 七 同時に授業を行う学級の数を下らない数の普通教室を有すること.
- 八 適当な広さの実習室を有すること.
- 九 教育上必要な機械器具,標本,模型,図書及びその他の設備を有すること.
- 十 臨床実習を行うのに適当な病院、診療所その他の施設を実習施設として利用し得ること.
- 十一 実習施設における臨床実習について適当な実習指導者の指導が行われること.
- 十二 管理及び維持経営の方法が確実であること
- 2 法第十一条第二号の学校又は養成施設に係る令第九条第一項の主務省令で定める基準は、次のとおりとする。
- 一 作業療法士その他法第十一条第二号の政令で定める者であることを入学又は入所の資格とするものであること。
- 二 修業年限は、二年以上であること.
- 三 教育の内容は、別表第一の二に定めるもの以上であること.
- 四 別表第一の二に掲げる教育内容を教授するのに適当な数の教員を有し、かつ、そのうち五人(一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあっては、一学級増すごとに二を加えた数)以上は理学療法士である専任教員であること。ただし、理学療法士である専任教員の数は、当該学校又は養成施設が設置された年度にあっては四人(一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあっては、一学級増すごとに一を加えた数)とすることができる。
- 五 前項第五号から第十二号までに該当するものであること.

### (指定の申請書の記載事項等)

- 第四条 令第十条の申請書には、次に掲げる事項(地方公共団体(地方独立行政法人法(平成十五年法律第百十八号)第六十八条第一項に規定する公立大学法人を含む)の設置する学校又は養成施設にあっては、第十二号に掲げる事項を除く)を記載しなければならない.
- 一 設置者の住所及び氏名(法人にあっては,主たる事務所の所在地及び名称)
- 二 名称
- 三 位置

- 四 設置年月日
- 五 学則
- 六 長の氏名及び履歴
- 七 教員の氏名,履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別
- 八 校舎の各室の用途及び面積並びに建物の配置図及び平面図
- 九 教授用及び実習用の機械器具,標本,模型及び図書の目録
- 十 実習施設の名称, 位置及び開設者の氏名 (法人にあつては, 名称) 並びに当該施設における実習用設備の概要
- 十一 実習施設における最近一年間の理学療法又は作業療法を受けた患者延数(施設別に記載すること.)
- 十二 収支予算及び向こう二年間の財政計画
- 2 令第十六条の規定により読み替えて適用する令第十条の書面には、前項第二号から第十一号までに掲げる事項を記載しなければならない.
- 3 第一項の申請書又は前項の書面には、実習施設における実習を承諾する旨の当該施設の開設者の承諾書を添えなければならない。

附 則 省略

122



# 理学療法士の名称の使用について





医疣医胃 1117 英 3 号 平成 25 年 14 月 27 日

**多新进时机图解支管部 (用) 共 · 报** 

郑生对新省区的共和区市部外



理学療法士の名称の使用等について (通知)

厚生労働者に設置されたテー上医療機造会議及びテー上医療経過方面検討!! ーキングアループにおいて、本年の月から30月にかけて、技術関係団体から提出された圧慢関係機構の業務製造の発展した関する管理書について構築してきました。

この複雑書における研究の1つとして、理学療法士が、介護予防事業等において身体に確認のない者に対して転倒防止の指導等を行うときに、理学療法士の名称を使用することの可否を認知の指令の要名について、規範の解析に混乱、がある実施に鑑み、理学療法の対象に、「身体に関係のおそれのある機」を参加してはしい体の療道がありました(別数1)。

これに対しては、本年お月からに開催された実が例チーム医療療達の施において制造さのような方針が決定されたところですが、このような関係があったことを検える、理学療法との名称の使用等について、下記の事項を実わすることとしましたので、その内容について十分割下知の上、関係者、関係団体等に対し関係要認を提っていただきますようお解いせし上げます。

100

様学療法主が、企業予防事業等において、参供に確認のない者に対して、制 物防止の物理等の影像の傾動に確定しない。 のように理学療法以外の実施を行うとまであっても、「理学療法士」というも 助き使用することは何も問題ないこと。

また、このような影響の開発に終当しない範囲の業務を行うときは、説明の 指示は手架であること。

123

理学療法白書PDF書き出し用.indb 122-123

# ■執筆者一覧

半田 一登 日本理学療法士協会 会長 内山 靖 日本理学療法士協会 副会長 森本 榮 日本理学療法士協会 副会長 網本 和 日本理学療法士協会 常務理事 梶村 政司 日本理学療法士協会 常務理事 植松 光俊 日本理学療法士協会 常務理事 松井 一人 日本理学療法士協会 常務理事 吉井 智晴 日本理学療法士協会 常務理事 白石 浩 日本理学療法士協会 理事 大工谷新一 日本理学療法士協会 理事 谷口 千明 日本理学療法士協会 理事 田中 昌史 日本理学療法士協会 理事. 日本理学療法士連盟 顧問 高橋 雅人 日本理学療法士協会 選挙管理委員会 委員長 湯元 日本理学療法士協会 事務局 事務長 均 折戸菜穂子 日本理学療法士協会 事務局 国際事業課 河合 麻美 日本理学療法士協会 白書委員会 仙波 浩幸 日本理学療法士協会 白書委員会 森木 貴司 日本理学療法士協会 白書委員会

# ■白書等執行委員会

板倉 尚子

伊藤 卓也

委員長 斉藤秀之

委 員 河合麻美 白石浩 仙波浩幸 森木貴司 西岡宏隆 花田忍

# ■表紙・背表紙掲載写真

第6回「笑顔をあきらめない。」写真コンテスト受賞作品 http://www.japanpt.or.jp/general/activity/photocon/list/

東京都理学療法士協会 理事

三重県理学療法士会 理事

理学療法白書PDF書き出し用.indb 124 19/04/04 13:46

# 【編集後記】

本書は、広く一般国民の皆さまに「本会の活動」や「理学療法」をお知らせする報告書として、従来の白書とは大きく内容を見直し「理学療法白書2018」を出版する運びとなりました。

本会がもつ様々な活動実績や統計・資料データに基づいた理学療法(土)の現状を中心に、今後の展望をわかりやすく示した内容となっております。 リニューアルされた本書をご覧いただけますと幸いでございます。

大規模研究助成の開始,学術研修大会のリニューアル,住民主体型介護予防事業の全国展開事業の現状など,ほかにも多数掲載したい事業がございましたが,厳選して皆様のお伝えしたい内容を考えた結果,このような本書の内容となりました.

理学療法の今を感じていただき、次年度の「理学療法白書 2019」も、ぜひお手に取っていただけますと光栄でございます。

白書等執行委員会

# 理学療法白書 2018

発 行 2019年4月30日 第1版第1刷©

編 集 公益社団法人 日本理学療法士協会

発 行 者 濱田亮宏

発 行 所 株式会社ヒューマン・プレス

〒 244-0805 横浜市戸塚区川上町 167-1 TEL 045-410-8792 FAX 045-410-8793

https://www.human-press.jp/

印 刷 所 シナノ印刷株式会社

本書の無断複写・複製・転載は、著作権・出版権の侵害となることが ありますのでご注意ください。

ISBN 978-4-908933-20-2 C 3047

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。 複製される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969 FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy. or.jp) の許諾を得てください。