理学療法白書 2019

編集
公益社団法人
日本理学療法士協会

理学療法白書発刊にあたって

公益社団法人　日本理学療法士協会　会長　半田一登

2018年度を振り返ると大波乱の1年であったと言えます。その要因として外的因子をあげることができますが、その外的因子に十分に対応できる組織力が不足していたのも事実です。

最も大きな動きとして、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の改定がありました。本来この規則は10年おきに改定することになっているのですが、今回の改定は実に約20年ぶりでした。長期間改定がなされていなかったことに加えて、臨床実習期間中に起こった学生の不幸な出来事もあり、大幅な改定になりました。またこのような経緯もあり、今回は臨床実習のあり方が主な議題になり、臨床実習は見学実習・評価実習・総合臨床実習で構成されることを確認し、1年次からの臨床との関わりを重要視しました。現在、臨床実習指導者の研修会を順次開催しているところであり、順調に展開することを期待しています。

続いて生涯学習システムの再構築も大きな課題になりました。臨床理学療法士の質が問われており、その質を担保するためにはどのようなシステムが適切か、理想と現実の狭間で度重なる論議を行いました。最終的に5年間を単位とした登録理学療法士を制度化し、5年おきに登録理学療法士の更新を義務付けることとしました。ここで、すべての会員が参加できることを前提とするために、e-learningを積極的に整備することにしました。これらの論議の遅れもあり、認定理学療法士及び専門理学療法士については2019年秋までにまとめることになりました。

また2018年より、分科学会が本格的に分散開催を実施しました。分科学会参加者数合計は以前の合同学会参加者数を上回っており、当初の目的の一つは達成できたと評価しています。ただし、分科学会化の主たる目的であった理学療法科学の推進という視点からは十分とは言い難い状況にあります。診療報酬や介護報酬においては、エビデンスがないと報酬対象としては認められない方向性が強くなっています。その点からも各分科学会の研究促進を強く期待しています。

地域包括ケアシステム関連の都道府県理学療法士会の事業は順調に展開しています。地域包括ケアシステムは地方の時代の幕開けという視点で考えることが重要です。都道府県や市町村の要望に対応するだけでなく、「待ち」から「売り込み」へ姿勢を転換し、その本来のニーズに応えられる組織づくりを行わなければなりません。

国際活動としては、第2回アジア理学療法フォーラムを開催しました。2017年の第1回では14の国と地域が集まりましたが、この度は17の国と地域が集まりました。この中で各国の理学療法士を招き、臨床研修を日本で開催すること、各国の理学療法士教育に協力することを決議し閉幕しました。

以上、包括的な報告をさせていただきましたが、このような重要な時期をしっかりと対応できる力強い日本理学療法士協会及び都道府県理学療法士会の構築を急がねばなりません。

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、理学療法士の社会的な信頼の確立と、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」を定める。

本会ならびに理学療法士が、高い倫理感を基盤として相互の役割を果たす中で、理学療法の発展と国際社会への貢献のために、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・福祉の向上のために、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努める。

附 則

1　この規程は、昭和53年5月17日より施行する。

附則

1　この規程は、一部改訂を行い、平成9年5月16日より施行する。

附則

1　この綱領は、規程から綱領に全面改訂し、平成30年3月4日より施行する。

附則

1　この綱領は、条文の文言を一部修正し、平成31年4月1日より施行する。

附則

1　この綱領は、序文の改訂と条文の文言を一部修正し、令和元年7月7日より施行する。

理学療法白書2019

—目 次—

第Ⅰ章　理学療法士を取り巻く状況

1. 指定規則改正を受けての臨床実習教育への取り組み……2
2. 平成30年度診療報酬・介護報酬改定……8
3. 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション専門職の取り組みと
   リハビリテーション実施状況に関する調査……12
4. 介護報酬改定の影響および
   リハビリテーションマネジメントに関する調査……15
5. 新人教育プログラムから登録理学療法士の
   5年更新制度へモデルチェンジ……20

第Ⅱ章　活躍する理学療法士

1. 多様な領域で働く理学療法士……28
2. 温泉を活かした健康づくり……33
3. 理学療法に関わる研究助成事業……40
4. 予防に関する大規模臨床研究への助成事業……42

第Ⅲ章　理学療法士の養成と教育

1. 学術研修大会と学術大会の役割……46
   第53回日本理学療法学術研修大会in茨城の開催の
   意図・効果……47
   第53回日本理学療法学術大会の
   開催（分散開催）の意味と効果……53
2. 管理者育成に向けた管理者ネットワークの構築……57

第Ⅳ章　国際に関する取り組み

1. 第２回アジア理学療法フォーラム……64
2. アジア次世代リーダーミーティング……68

第Ⅴ章　資料・統計

1. 会員の性別年齢分布……76
2. 会員数の推移（男女別）……78
3. 会員数の推移（都道府県別）……80
4. 施設区分の経年変化……82
5. 理学療法士養成施設の変化……88
6. 年度別入会者数（10年間）（都道府県別）……89
7. 新人研修の実施時期……90
8. 新人教育プログラム臨床見学受入施設数……95
9. 地域包括ケアシステム完成に向けた管理者ネットワーク初級修了者……96
10. 地域包括ケアシステム完成に向けた地域ケア会議推進リーダーと介護予防推進リーダー取得状況……98
11. 認定理学療法士について……100
12. 専門理学療法士について……102
13. 高齢者の割合と会員の全国割合（都道府県別65歳以上人口と会員数の比率）……104
14. 2018年度都道府県別高齢者割合と会員割合……107
15. 生涯学習履修状況……108
16. 職場構成員による施設数……109

第Ⅴ章　資料・統計

17. 研究助成事業……110
18. 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション専門職の取り組みと
リハビリテーション実施状況に関する調査……113
19. 介護報酬改定の影響および
リハビリテーションマネジメントに関する調査……114
20. 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……115
21. 理学療法士及び作業療法士法……119
22. 政令規則（一部抜粋）……124
23. 理学療法士の名称の使用について……130

トピックス＆コラム

理学療法士と政策立案……18
表彰制度の紹介……25
西日本豪雨に対する本会としての災害支援活動について……44
広報のリニューアル……60
大学教授としての社会的活動 - ボッチャ甲子園と私……74

第Ⅰ章

理学療法士を取り巻く状況

1. 指定規則改正を受けての臨床実習教育への取り組み
2. 平成30年度診療報酬・介護報酬改定
3. 地域包括ケア病棟における リハビリテーション専門職の取り組みと リハビリテーション実施状況に関する調査
4. 介護報酬改定の影響およびリハビリテーション マネジメントに関する調査
5. 新人教育プログラムから登録理学療法士の 5年更新制度へモデルチェンジ

1 指定規則改定を受けての臨床実習教育への取り組み

はじめに

理学療法士および作業療法士の学校養成施設指定規則については、1999年にカリキュラムの弾力化等の見直しを行って以降、大きな改正は行われなかった。この間、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、理学療法士および作業療法士に求められる役割や知識等が変化し、さらに、学校養成施設の増加によって、臨床実習の在り方の見直し等が求められていた。このような状況を踏まえ、質の高い理学療法士および作業療法士を育成するため、2017年6月から「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、同年12月25日に報告書[1)]が取りまとめられた。

これに伴い、2018年10月5日に「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令」、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」[2)]および「理学療法士作業療法士臨床実習指導者講習会の開催指針」[3)]が定められ、2020年4月1日の指定規則改正の施行に向けた準備が始まった。

本稿においては、臨床実習の在り方の見直しの議論を踏まえ、「臨床実習指導者講習会」開催の経緯を振り返るとともに、(公社)日本理学療法士協会(以下、「本会」という。)の2018年度の取り組みについて述べる。

臨床実習に関する議論と報告書等の概要

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様々であることや、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から、理学療法士および作業療法士の質の向上のため、臨床実習の在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も求められた。検討会においては、第2回検討会で本会の提案[4)]を示し、第3回検討会では厚生労働省からアンケートによる実態調査[5)]の結果が示され、5回にわたり議論された(図1)。

特に臨床実習1単位の時間数については、図2の「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」で行ったアンケート調査結果が、75%以上の学生等が臨床実習中に「毎日自宅に持ち帰り課題を行っていた」と回答し、「自宅で課題に費やす1日あたりの時間数」について60%以上が「3時間以上」であったことから、理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインにおいて、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等がある場合には、その時間も含め45時間以内とされた。

臨床実習の総単位数の要件については、高度・専門化、多様化する保健・医療・福祉・介護等のニーズに対応するため、臨床現場における実践を通じ、基本的理学療法技術の修得を図り、地域包括ケアシステムの強化に資する高度医療人材を養成することを目的に2単位追加され、また、

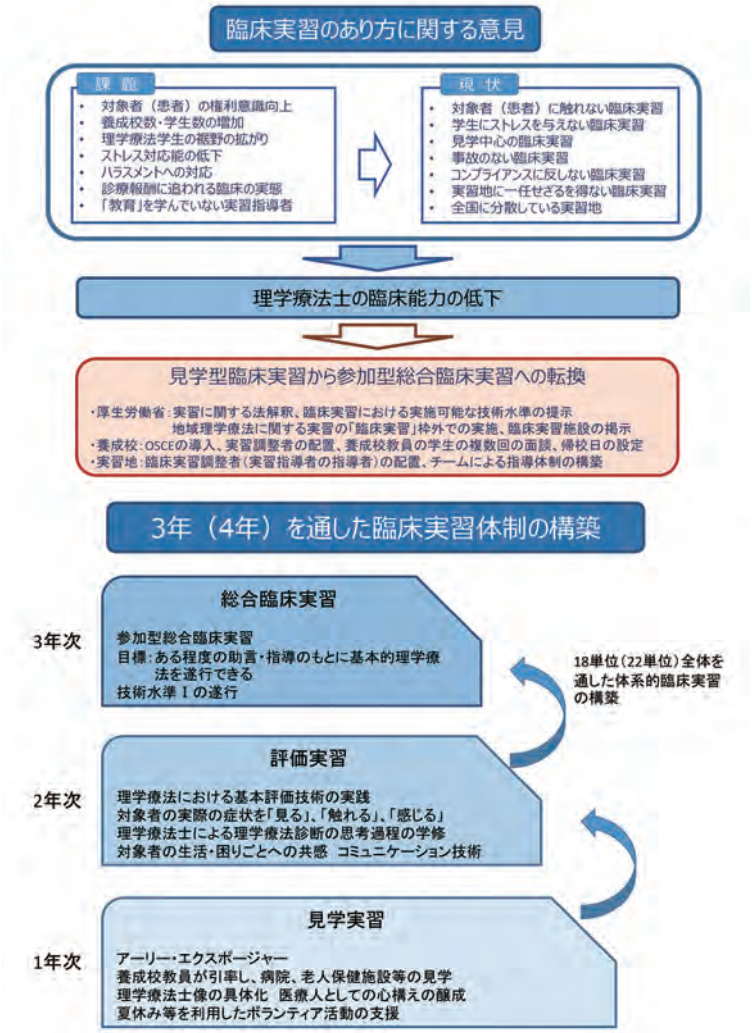


図1　（公社）日本理学療法士協会提出資料

第２回理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会資料より

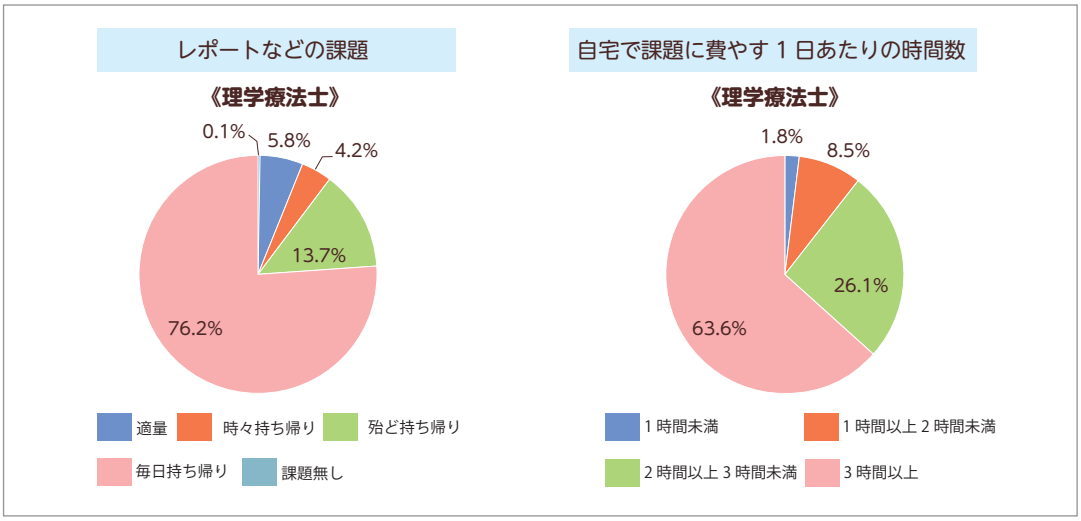
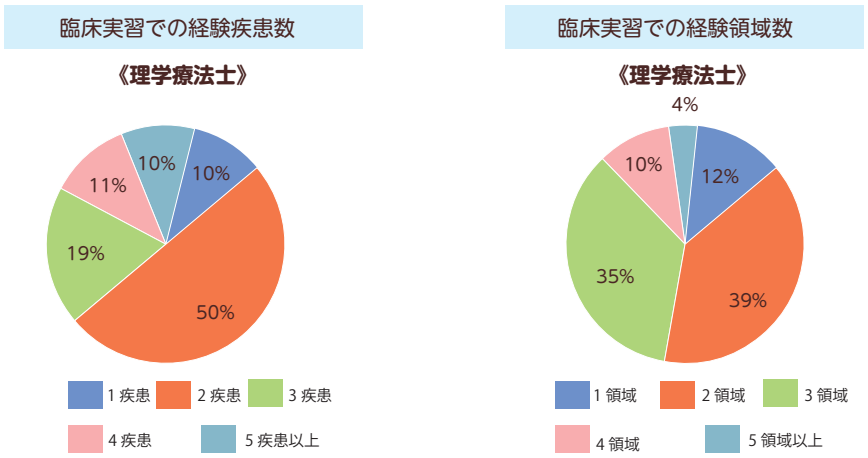


図2　臨床実習の課題について（学生向けアンケート）

第３回理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会資料より



（単位：%）

	3人未満	3人以上5人未満	5人以上
中枢神経疾患（n=785）	70.3%	18.2%	11.5%
整形外科疾患（n=823）	56.7%	26.7%	16.5%
精神疾患（n=123）	92.7%	4.9%	2.4%
循環器疾患（n=263）	72.6%	17.9%	9.5%
呼吸器疾患（n=256）	72.7%	19.9%	7.4%
小児科疾患（n=143）	86.7%	4.9%	8.4%

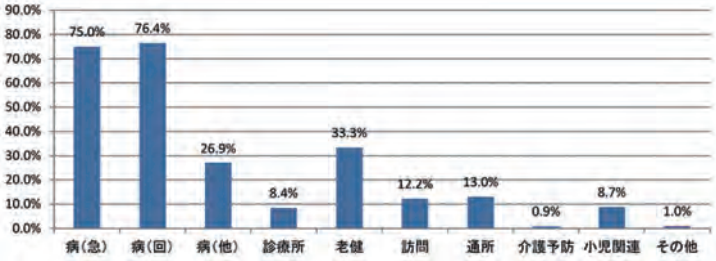


図3　臨床実習の経験疾患数について（学生向けアンケート）

第3回理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会資料より

臨床実習の質向上を図るために、「臨床実習前の評価」、「臨床実習後の評価」が必修化された。

臨床実習施設の要件については、検討会の議論において、地域包括ケアシステムが推進される中、臨床実習で在宅医療を経験できるように改正すべきという意見が多く出されたことから、訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションに関する実習を1単位以上行うことが義務付けられた。さらに、地域包括ケアシステムの推進に対応できるようにするには、多様な施設を経験することが重要であるという意見があったことから、養成施設は、実習施設として、医療提供施設の他、介護保険施設、老人福祉施設、身体障害者福祉施設、児童福祉施設、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設等を適宜含めるよう努めなければならないこととされた。また、臨床実習の質の向上を図るため、養成施設は要件を満たす主たる実習施設を置くことが望ましいとされた。

臨床実習指導者の要件としては、理学療法に関し相当の経験を有する理学療法士とし、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または厚生労働省および医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会のいずれかの講習会を修了した者とされた。なお、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こととされた。

臨床実習の構成については、原則として、見学実習、評価実習、総合臨床実習をもって構成することとされた。また、図３のように学生に対するアンケート結果から、臨床実習施設での経験疾患数は２疾患以下が60％であり、経験領域数は２領域以下が51％であったことから、多様な疾患を経験できるように計画することや、臨床実習の方法について、評価実習と総合臨床実習については、実習生が診療チームの一員として加わり、臨床実習指導者の指導・監督の下で行う診療参加型臨床実習が望ましいこととされた。

臨床実習において実習生が行うことのできる行為については、あらかじめ患者に同意を得た上で、臨床実習指導者の指導・監督の下、事前に養成施設と臨床実習施設において心身の侵襲性がそれほど高くないと判断したものとされ、上記行為を行う場合には、臨床実習前に実習生の技術等に関して、実技試験等による評価を行い、直接患者に接するに当たり、総合的知識および基本的技能・態度を備えていることを確認する必要があることとされた。

また、専任教員の要件においては、臨床実習の質の向上を図るため、養成施設は、臨床実習全体の計画の作成、実習施設との調整、臨床実習の進捗管理等を行う者（実習調整者）として、専任教員から１名以上配置することとされた。

臨床実習指導者講習会開催指針の概要と本会の取り組み状況

臨床実習に関する議論と報告書等を踏まえ、実務経験４年以上の理学療法士、作業療法士を対象とした臨床実習指導者講習会開催指針が示され、ワークショップ（参加者主体の体験型研修）形式で16時間以上実施することが義務付けられた。

講習会におけるテーマについては、理学療法士、作業療法士養成施設における臨床実習制度の理念と概要、臨床実習の到達目標と修了基準、臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案（ガイドラインの５（4）に規定する時間数で臨床実習プログラムを立案すること）、臨床実習指導者の在り方（臨床実習指導者がハラスメントについて十分な問題意識を持つとともに、ハラスメントを起こさないための「ハラスメントの防止について」）を含むこととされ、本会および、全国リハビリテーション学校協会、日本作業療法士協会主催（以下、「三協会」という。）の臨床実習指導者講習会が開催されることとなった。

臨床実習指導者講習会開催にあたっては、三協会での協議に加え、本会内で協議をした結果、臨床実習指導者講習会の質を確保する目的から、臨床実習指導者中央講習会を2019年２月16日から７月14日まで11回にわたり開催（定員1,100人）し、講師および世話人を育成するとともに、都道府県に三協会による協議会を設置し、都道府県講習会を順次開催できる体制を構築することとした（表１）。

表1　(公社) 日本理学療法士協会臨床実習指導者講習会プログラム(中央講習会)

2019年2月16日～2019年7月14日

講義・演習テーマ(講義：480分、演習480分=計960分)	学修目標
講義1【理学療法士・作業療法士養成施設における臨床実習制度の理念と概要】 臨床実習指導者講習会のねらい、ファシリテーターの役割(30分) 意義・目的・内容・仕組み(30分)	臨床実習指導者講習会開催の背景ならびに目的を理解する。 臨床実習指導者講習会におけるファシリテーターの役割を理解する。 指定規則・コアカリキュラムを踏まえて、理学療法士養成教育における臨床実習の理念と概要を理解し、卒前教育で取り組む意義ならびに目標について理解する。
講義2【その他臨床実習に必要な事項】 教育原論・人間関係論(60分)	教育の基本、学習の基本について理解し、学習者評価に混入しかねない学習者評価バイアスについて理解する。また、種々の学習理論について理解を深める。教授者-学習者関係を中心に、教育的配慮としての人間関係の構築について理解する。
演習1【その他臨床実習に必要な事項】 人間関係論(60分)	演習に先立ち、受講生間のアイスブレーキングの時間を設ける。実習場面において、「学習者評価に混入しかねない状況」について議論し、「教育的配慮ができる指導者の対応とは」についてグループワークを行う。グループワーク内で、指導者ー実習生関係の場面を設定し、ロールプレイを実施する。
講義3【臨床実習指導者のあり方】 リスク管理、コンプライアンスならびにハラスメント防止(60分)	臨床実習における対象者の権利保障・安全性の管理、個人情報保護、さらに、学生に対するハラスメントについて理解し、臨床実習指導者としてのあり方を理解する。
演習2【臨床実習指導者のあり方】 ハラスメント防止について(90分)	ハラスメント防止の観点から、相談事例について、背景分析から再発予防策、自殺に至るケース等を勘案して検討を行う。
講義4【臨床実習の到達目標と修了基準】 (60分)	「臨床実習の手引き」を元に実習生が実習において、取り組む水準ならびに到達目標について理解する。さらに、水準が分類される背景についても理解を深める。
演習3【臨床実習の到達目標と修了基準】 (60分)	免許取得時点で有するべき到達目標を基準に、臨床実習前・臨床実習後の評価の観点ならびに養成校内教育、臨床実習教育、卒後臨床研修の役割分担について議論する。
講義5【臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案】 (90分)	診療参加型臨床実習の基本となる教育・学習理論について理解し、基本的態度・運動スキル・認知スキルのそれぞれの指導ステップならびに指導のポイントについて理解する。
演習4【臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案】 規定する時間数で臨床実習プログラムを立案(90分)	ガイドライン5（4）に規定する時間数で臨床実習プログラムを立案する。臨床実習プログラムの立案にあたっては、診療参加型臨床実習の方法を含めることや、臨床実習前の学修と臨床実習が十分に連携できるようにすること、自殺防止等を総合的に勘案して議論する。
講義6【その他臨床実習に必要な事項】 診療参加型臨床実習における学生評価(90分)	教育評価の意義、診断的・形成的・総括的評価ならびに評価と評定の違いについて理解するとともに、それぞれの評価目的に応じた実習指導者と教員の役割について理解する。
演習5【その他臨床実習に必要な事項】 診療参加型臨床実習における学生評価(90分)	臨床実習前後の評価を展開していくために必要な教育結果の判定方法、総合臨床実習の質向上を図るための学校養成施設と臨床実習施設の連携のあり方等について議論する。
演習6【臨床実習指導者およびプログラムの評価】 (90分)	臨床実習指導者および臨床実習プログラムの評価を行うことについて、どのように考えるか、また臨床実習プログラムを評価する場合に考えられる評価項目や、評価方法について検討を行う。
講義7【理学療法士・作業療法士養成施設における臨床実習制度の理念と概要】 グループワークの展開法(60分)	臨床実習指導者講習会で中核をなすグループワークをどのように展開するのか、ファシリテーターとして留意すべきことは何かについて理解を深める。

※2020年2月改訂予定

まとめ

今回の見直しについては、質の高い理学療法士、作業療法士を養成するため大幅な見直しを行うものであり、新カリキュラムが適用された以降は、当該見直しによる理学療法士、作業療法士の質の向上等について検証することが必要であることから、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とされている。また、今回、段階的な見直しが必要なものとして、多くの努力規定が追加されており、養成施設が主たる臨床実習施設を確保すること、臨床実習施設に更衣室等の必要な設備が備えられていること、実習生が診療チームの一員として加わる診療参加型の臨床実習を行うこと、学生が臨床実習において様々な職場を体験することや多様な疾患を経験することについては、将来的には全ての学校養成施設において実施されるべきものであることから、積極的に学校養成施設が実施することが望まれるとされた。

本会においても、臨床実習指導者講習会を含め、その内容が適切に実施されるよう、引き続き検証および検討を行っていく。

【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（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000193257.html）2019年8月15日閲覧

2）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（http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/01_Guideline_181005.pdf）2019年8月15日閲覧

3）理学療法士作業療法士臨床実習指導者講習会の開催指針について（http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/aboutpt/06_rinsyouzisyusido_181005.pdf）2019年8月15日閲覧

4）第2回理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会―（公社）日本理学療法士協会提案（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000176542.pdf）2019年8月15日閲覧

5）第3回理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会（資料）―学生、卒業生に対するアンケート結果（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000182809.pdf）2019年8月15日閲覧

2 平成30年度診療報酬・介護報酬改定

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定の概要

団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築や制度の安定性および持続可能性の強化を目指して社会保障制度が見直されており、2025年のあるべき姿を構築する実質最後の機会と注目されていた平成30年度診療報酬・介護報酬の同時改定（以下、「平成30年度改定」という。）では、主に以下4つを柱に実施された。

Ⅰ 地域包括ケアシステムの構築・推進と医療機能の分化・強化、連携の推進
Ⅱ 新しいニーズや自立支援・重度化防止に資する質の高い医療・介護サービスの実現・充実
Ⅲ 医療・介護従事者の確保と負担軽減や働き方改革の推進と生産性の向上
Ⅳ 効率化・適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定の影響検証

本会では平成30年度改定の影響を検証するために、以下8項目のとおり病期別や介護保険サービス別、または対象疾患・障害別に有識者を集め、現場での平成30年度改定の影響や今後の課題等について議論した。

① 急性期
② 地域包括ケア病棟・回復期
③ 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション（診療所・介護老人保健施設）
④ 通所介護・訪問看護
⑤ 障害福祉等サービス・小児
⑥ 療養病棟・介護医療院
⑦ 介護老人保健施設
⑧ 終末期

各分類で挙げられた影響や課題等について示す。

① 急性期

● 早期離床・リハビリテーション加算の課題

平成30年度改定で特定集中治療室における早期離床・リハビリテーション加算が新設され、届出施設は増加しているが、研修を修了した看護師の確保や特定集中治療室管理料を算定していない準集中治療室では同様の体制を敷いていたとしても算定できない。

● ADL維持向上等体制加算の課題

褥瘡要件の基準が緩和されたADL維持向上等体制加算は、今なお届出施設が少なく、病棟におけるケアの質向上の観点で理学療法士が関われることの理解が浸透していない。

● 医療介護連携の課題

医療介護連携の推進に向けて、リハビリテーション実施計画書（以下、「リハ実施計画書」という。）の新たな様式が作成され、医療機関が作成したリハ実施計画書をもって介護保険サービスの利用を開始できることとなったが、医療機関側の負担が増え、現場からは様式の簡略化を求める意見が挙がっている。

② 地域包括ケア病棟・回復期

● 回復期リハビリテーション病棟における退院後フォローアップの推進

回復期リハビリテーション病棟における専従者の要件緩和および算定日数上限の除外対象要件に回復期リハビリテーション病棟退棟後3か月以内の患者が追加されたことで、退院患者のフォローアップが行いやすくなった。

● 地域包括ケア病棟機能の明確化

地域包括ケア病棟の機能の違い（ポストアキュート、サブアキュート）により、リハビリテーションの介入方法や提供量の整理をすべきである。集中的にリハビリテーションを必要とする患者に対して、疾患別リハビリテーション料の算定を認めてもらえると質が向上すると考えられる。

● 医療介護連携の推進等

リハ実施計画書を作成しても介護保険サービスで使用されないケースがあり、ADLをFIMで評価していてもBIで記載を求められているので使い勝手が悪い。地域包括ケア病棟ではリハビリテーション総合計画評価料および計画提供料は算定できない。

在宅復帰率の対象に介護老人保健施設が含まれなくなったことは影響が大きい。

● 理学療法士の働き方

出来高評価がある限り、理学療法士の働き方は変わらない。数（単位）を稼げばいいと思っている職員がいるのも事実である。

③ 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション（診療所・介護老人保健施設）

● リハビリテーションマネジメント

リハビリテーションマネジメント加算（以下、「リハマネ加算」という。）の区分の違いにより利用者にどのような利点があるのかが明確になっていないため、実施の判断や利用者への説明時などケアマネジャーを中心に混乱が生じている。また、担当者会議の実施に向けて準備期間を要し、Ⅱ以上の加算に繋がらない可能性がある。

● 訪問リハビリテーションにおける医師の関与の強化

訪問リハビリテーションにおける専任常勤医師の配置が必須となったが、配置が厳しい実情にある。利用者にとっても、診療体制は変わらないまま20点減算となった者、二重診療となり負担が増える者等の影響が起きている。

ほかの医療機関の医師から情報提供を受ける際は、当該医師が研修を修了していることが要件とされている点についても、今後の動向を確認していく必要がある。

● 受入元の医療機関との連携の必要について

リハ実施計画書の内容が多岐にわたり、書類作成や情報伝達に際して負担が生じている。測定や情報収集に伴う利用者への負担や対応する職員の業務負担が増えることにつながりかねない。

情報提供側の書類作成負担を軽減し、情報受取側や説明を受ける利用者や本人にとって理解しやすいように書式の簡素化を図る必要がある。

● 生活機能向上連携加算

充実した取り組みとなるように、事業所と利用者との関わりが少ないあるいはまったくない場合には、短時間で有益な情報を提供することが難しい可能性がある。充実した情報提供につなげるためには、サービスの利用者や指導内容の吟味が必要である。一方で、取り組みが促進されることで、地域全体に対してスクリーニングとしての関与が可能となる。

今後積極的に実施していくためには、本加算の理解、望ましい連携方法の模索が必要である。

④ 通所介護・訪問看護

● **訪問看護における看護職員の定期的な訪問**

平成30年度改定により、看護師による定期的な訪問が必須となったことで、利用者のニーズやサービスを提供する上での課題を抽出し、事業所の質の向上につながるきっかけとなる利点がある。

一方で、看護師の負担が増加し、これまで看護師による訪問が少なかった利用者には理解が得られにくく、対応に苦慮する事例がある。

● **通所介護におけるアウトカム評価**

ADLをFIMで評価している事業所においては、アウトカム評価の際にBIで再測定する作業負担が生じている。介護保険利用者におけるアウトカム評価として、心身機能向上のみの視点で語られることのないように、終末期の利用者など利用者の状態に沿って、アウトカム評価のあり方を検討していくべきである。

⑤ 障害福祉等サービス・小児

● **教育機関等の関係者との連携の促進**

医療機関から教育現場へ情報を提供した際に、報酬請求が行えず、家族へ請求している現状である。新設された訪問看護情報提供療育費2は初めて教育機関に在籍する際に限られているため、6か月に1回程度の算定や継続的な連携を認めるような体制が求められる。

特別支援学校と連携するには、文書だけの情報提供だけではなく、直接学校でやり取りするような関わりが必要であるため、現状は事業所の持ち出しで対応していることが多い。

● **理学療法士の質の担保**

小児領域に携わる理学療法士は、今後ニーズの増大が見込まれ、質とともに量の担保が必要である。しかしながら、当該領域の医療機関や施設等は公的な機関が多く、従事者数の規定等により人員を増やしにくい状況である。

理学療法士には、技術の習得以外にも発達の理解や家族対応、障害福祉に関する制度の理解など、領域特異的な知識や技術の習得が必要である。特に、家族対応は実体験がないと習得しづらい。

小児領域に新たに対応する医療機関や施設が増えているため、教育ラダー作成や施設間での職員交流などの取り組みが求められる。

⑥ 療養病棟・介護医療院

● **報酬上の課題**

療養病床・介護医療院は要介護度が重度の者も多く、20分1単位の関わりでは、理学療法士として、患者の生活を支援する柔軟な対応が行えない現状がある。患者の生活場面で細かく介入する、他職種と協働でケアの質を上げていくような関わりが求められている。

機能訓練以外の多様な取り組みが評価され、報酬に盛り込まれることが必要である。

● **理学療法士の質の担保**

他職種と協働する能力や人の死に関わる当該領域に関わっていく上で求められる教育や、キャリア形成について議論が必要である。

重症患者が多い中、看護・介護職の配置も少ない当該領域においては、入所者に対してレクリエーションや行事を含めた1日または1週間の生活に関わるといった視点を持ち、他職種に対しては、当該病棟のケアの質の向上に向けた支援が求められている。

⑦ 介護老人保健施設

● **報酬上の課題**

自立支援や重度化防止の視点で支えられる施設であるが、その機能を充実するためには現在の職員数では不十分である。

急性期病院退院患者を取り込むことが入所率向上において重要となるが、短期集中的介入でも1回20分の提供が週7回のみとなり、急性期

病院入院時と比較して、入所後の個別の介入回数が減少することが課題である。

地域貢献に資する取り組みには人材が必要であり、そのためには施設としての収益が必要であるが、通常業務で職員の負担が大きく、地域貢献を評価した加算がないと、地域との繋がりを保つことは難しい。

● **理学療法士の質の担保**

急性期病院からの受け入れを考えると、医療対応力を高めることが重要である。

介護老人保健施設においても看取り機能が求められる可能性がある。一方で、理学療法士は看取り対応の機会が医師や看護師よりも恵まれていないため、対応可能な人材の育成が必要である。

⑧ 終末期

● **終末期における理学療法士の役割・効果**

技術的な役割として、呼吸困難感の軽減、リラクゼーション、リンパ浮腫に対するアプローチ、最期の本人の希望を叶えるための環境設定が挙げられる。

医師等の他職種に理学療法士の関わりを理解されていない場合があるため、理学療法士ができることを可視化し、理解を得ることが求められる。

● **看護師等多職種との連携のあり方**

重複障害をもつ人が多い中で、全身状態や薬剤、食事の管理を看護師と連携しながら行うべき患者・利用者は多い。

患者・利用者や家族から話を聴き出せる職員は、看護師の時もあれば理学療法士の時もある。それぞれの専門性を活かしながら、情報について共有し、協働で目標を設定していくような連携が求められる。

● **理学療法士に必要な資質および教育・管理体制**

機能・動作面の評価や安易な役割再獲得に偏った目標設定など、医学モデルで患者・利用者を捉えると難しい部分が大きい。死生観を含め、生活する人として本人を捉えるような視点が求められる。

生活する人としての本質を引き出し、患者にとって話しやすい人になるためには、理学療法士は死にいく人とのコミュニケーション方法を身につけていかなければならない。

まとめ

平成30年度改定を受けて、改めて医療機関での理学療法士の早期介入や医療介護連携の推進が評価された形となった。一方で、緩和ケア病棟や精神科病院など未だ理学療法士の介入が行き届いていない領域の存在や、終末期や小児などの今後理学療法士が求められる領域における理学療法士の質の担保や介入の必要を打ち出していく必要がある。

介護保険においては自立支援に資する介護サービスが求められている中で、未だ理学療法士の介入が行き届いていないところがある。従来の理学療法士による個別的な関わりを含めて、自立支援や重度化予防に向けて理学療法士によるマネジメントを展開していくことが重要である。

医療保険、介護保険のいずれにおいても「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」を基本認識に、理学療法士が国民の健康・幸福に寄与できるよう、各医療機関の機能や介護事業所における理学療法士の専門性の深堀、普及に努めていくとともに、科学的検証を強化しなければならない。

3 地域包括ケア病棟における リハビリテーション専門職の取り組みと リハビリテーション実施状況に関する調査

調査目的

調査の目的は、理学療法士が地域包括ケア病棟に求められている役割―在宅・生活復帰および地域での生活支援―においてより一層貢献するために、現状の取り組み状況を把握し、より良い体制づくりに向けた知見を得ることである。

2014年度の診療報酬改定で地域包括ケア病棟入院料が新設され、近年病床数は増加傾向にある。地域包括ケアシステムを支える役割が期待される当該病棟において、リハビリテーション専門職（以下、「リハ職」という。）は包括評価されている柔軟性を活かし、より良い在宅・生活復帰、地域での生活を継続していくことを支援する役割が求められている。

2015年度に本会が地域包括ケア病棟を対象に実施した調査では、当該病棟における病床数あたりの配置人数割合にばらつきがあることが認められ、その配置人数の割合が高いほど病棟における取り組みが十分行われている傾向が確認された。また、今後より良い在宅・生活復帰支援を促進していくために、リハ職の適切数の配置や求められる役割について継続して検討していく必要性が示唆された。

そこで、地域包括ケア病棟でのリハ職の取り組みとリハビリテーション実施状況に関する実態調査を行い、当該病棟における疾患別リハビリテーションの提供状況やそれ以外のリハ職の取り組みを明らかにすることを目的とした。

※調査概要は、p.113に掲載しています。

調査結果

当該病棟における専従者の取り組みは多岐にわたり、担当患者に対する取り組みをはじめ、他職種との連携や病棟管理に関する業務等が挙げられるが、疾患別リハビリテーション料以外の介入に関しては十分な関わりが多くの施設で行われていないことが明らかになった。

調査票を送付した2,253施設のうち、1,335施設から回答が得られた（回収率53.9%）。そのうち、データ等の欠損が無かった回答は地域包括ケア病棟入院料を算定する572施設、地域包括ケア入院医療管理料を算定する338施設、合計910施設であった。

地域包括ケア病棟における専従リハ職は、施設基準に準拠した1名のみの配置としている施設が855施設と全体の91.2%であり、病床当たりの専従の人数は、全体の61.3%が4.0%未満（25床に1人未満）であった。また、専従リハ職における患者1人あたりの平均リハビリテーション提供単位数は2.0~2.4単位が約7割を占めており、専従リハ職における1日のリハビリテーション提供単位数は18単位と回答する者の割合が最も多かった。これらのことから、地域包括ケア病棟で働く専従リハ職は、疾患別リハビリテーションの提供に大半の時間を割いている者が多く、施設基準である「リハビリテーションを提供する患者については、1日2単位以上実施する」を満たすため、疾患別リハビリテーションの実施に苦慮している状況であることが推察された。さら

に、休日のリハビリテーション実施状況は土曜日に実施している施設が70%程度であり、土曜日、日曜日の両日リハビリテーションを提供できている施設は20%に満たない結果であった。この点から、土・日・祝祭日もリハビリテーション提供の対象となる当該病棟において、1日当たりに提供する単位数は相対的に増加している可能性があることも推察できる。

一方で、疾患別リハビリテーションの実施状況について「不十分」と回答した割合が26%であり、その理由で最も多かったのが「時間の調整がつかない」と「人員が不足している」であった。当該病棟の施設基準において「当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が1名以上配置されていること」と定められているところであるが、病棟数の偏差も大きいことから今後病床数に対応した適当数のリハ職の配置が必要であることが示唆された。

本調査では疾患別リハビリテーション以外の取り組み状況について調査をした。疾患別リハビリテーションを実施している患者に対する疾患別リハビリテーション以外のリハ職の関わりとして「患者本人へのADL指導」を実施している割合は73.5%と最も多く、次いで「他職種へのアドバイス、情報共有」が66.6%、「患者家族への情報共有・指導」が61.8%であった(図1)。一方で、疾患別リハビリテーション非実施患者に対するリハ職の関わりは全体に低い傾向であり、いずれも50%を下回っていた(図2)。

また、病棟での取り組みについてどのように感じているか聴取したところ、「入院時の他職種との合同評価」、「患者本人へのADL指導」、「集団体操の実施」について「十分」と回答した者がいずれも20%を下回る結果となった。その理由で最も多かったのが「取り組みを実施するための方法が確立されていない」であり、次いで「人員が不足している」、「時間の調整がつかない」であった。

まとめ

本調査を通して、在宅・生活復帰および地域での生活支援を推進していくためには、理学療法士は病棟マネジメントに資する取り組みの強化が求められるという一つの結論を見い出した。

地域包括ケア病棟は疾患別リハビリテーション料が包括評価されており、仕組み上は、柔軟なリハビリテーションを提供できるが、実際は疾患別リハビリテーション以外の取り組みは十分に展開されていない。これらを実施するためには、その方法の確立が必要である可能性が示唆された。

地域包括ケア病棟として、在宅・生活復帰支援を促進していくために、疾患別リハビリテーションが処方されなかった患者も、理学療法士の積極的な関わりが必要だと言える。他の医療専門職と情報共有しながら、理学療法士の地域包括ケア病棟においての果たすべき役割を広く普及していく必要がある。

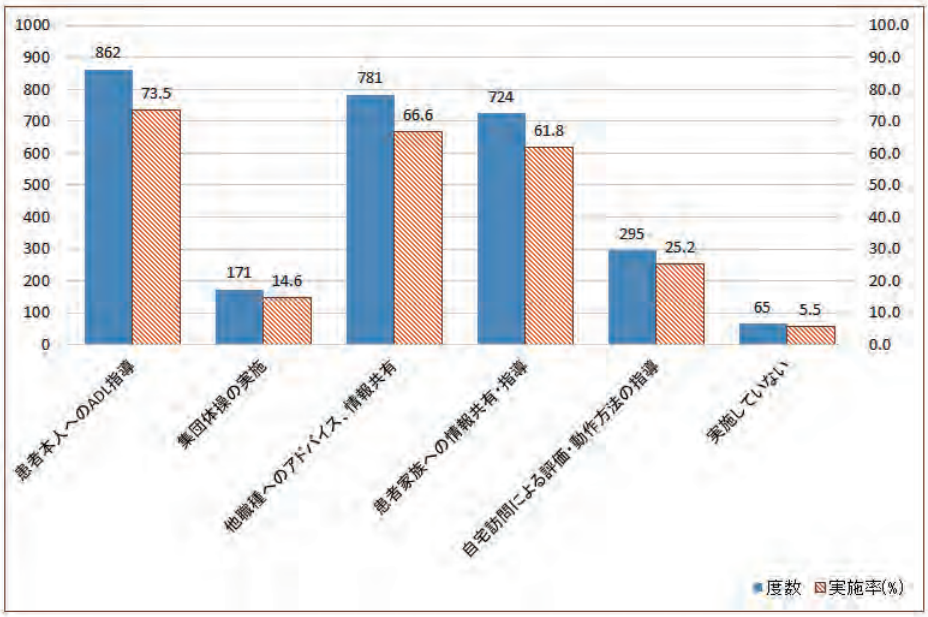


図1　リハビリテーション実施群に対する疾患別リハ以外の関わり状況

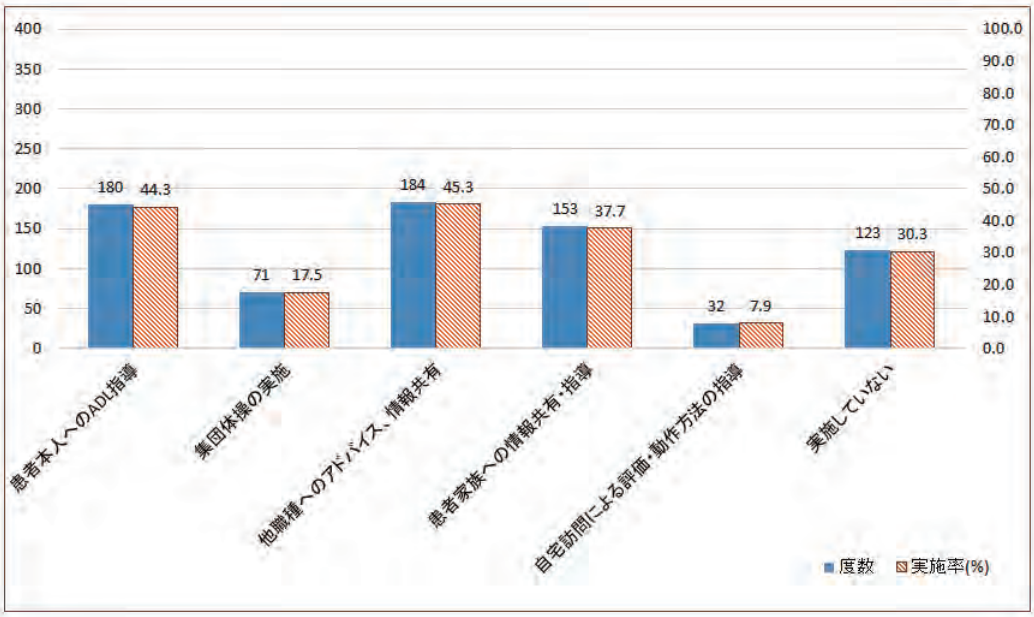


図2　リハビリテーション非実施群に対する疾患別リハ以外の関わり状況

4 介護報酬改定の影響および リハビリテーションマネジメントに関する調査

調査目的

平成30年度介護報酬改定では、リハマネ加算や医療介護連携、生活機能向上連携加算等の改定が行われた。訪問リハビリテーションは介護保険利用者に対して、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活を助けるために行われるものであり、本調査は改定後の取り組み状況を把握し、改定の影響を捉えることを目的に実施した。

平成30年度介護報酬改定では、医師によるマネジメントを評価したリハマネ加算やリハ職による自立支援に向けた取り組みをリハ職がいない介護保険サービス事業所にも広めるための生活機能向上連携加算の見直し、円滑な医療介護連携の推進に向けてリハ実施計画書の見直しが行われた。

本調査では、訪問リハビリテーション事業所（以下、「訪リハ事業所」という。）を対象に、平成30年度介護報酬改定後のリハマネ加算や生活機能向上連携加算等の取り組み状況を把握することで、介護報酬改定の影響を把握することとした。

※調査概要は、p.114に掲載しています。

調査結果

本調査では、リハマネ加算、医療介護連携、生活機能向上連携加算の3点に着目し、それぞれについて実態を聴取したところ、新設されたリハマネ加算、医療介護連携の推進に向けて作成された新たなリハ実施計画書、対象施設が拡大された生活機能向上連携加算は未だ取り組みが普及していない状況が明らかとなった。

調査票を送付した全国の訪リハ事業所3,806施設のうち、1,625施設（回収率42.7%）から回答が得られた。

平成30年度介護報酬改定におけるリハマネ加算の見直しは、医師の説明時間が確保できない、または医師が多忙であるためリハビリテーション会議へ参加できず利用者またはその家族に対する訪問リハビリテーション計画の説明と同意が取得困難であることへの対応策であった。ICTを活用した場合であっても医師のリハビリテーション会議への出席が認められたが、ICTを活用している訪リハ事業所は少なく、リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定している訪リハ事業所のうち、280施設（70.4%）が「ICTを活用していない」と回答した。また、ICTを活用していない理由にはICTを活用する機材がないことが最も多く、その他、ICTを活用しても医師の時間が確保できないこと、患者や家族の理解が得られないことなどが挙げられた。

円滑な医療介護連携の推進に向けて、リハ実施計画書の新規様式が作成され、介護保険でのリハビリテーションを提供する事業所においては当該様式をもってリハビリテ―ション計画書の作成を省くことが可能となり、医療保険から介護保険への移行の際に介護保険でのリハビリテーションの早期開始が期待された。

本調査の結果から、医療保険から介護保険下

でのリハビリテーションに移行した利用者に関する情報共有の手段として、新たな様式を用いてリハビリテーション計画を共有することよりも、退院前のカンファレンスへの参加や医療機関のリハ職と面会することで情報共有を図る訪リハ事業所が多いことが明らかになった。また、同一法人で隣接していない医療機関や別法人の医療機関と連携する場合には、リハ実施計画書の新たな様式やリハビリテーション総合実施計画書によるリハビリテーション計画の共有よりも情報提供書を用いた情報共有が多いことも明らかとなった（図1）。

利用者の自立支援に資する介護計画策定を目的としている生活機能向上連携加算は、平成30年度介護報酬改定において算定可能な介護保険サービス事業所が拡大し、事業所によってはICTを活用した理学療法士等と当該事業所の責任者等との情報共有が認められた。本調査の結果から、連携先の理学療法士等は身体機能やADLの評価に留まらず、介助方法や環境整備等に関する指導・助言、福祉用具評価・選定・助言等、多岐にわたる支援を実施しているこ

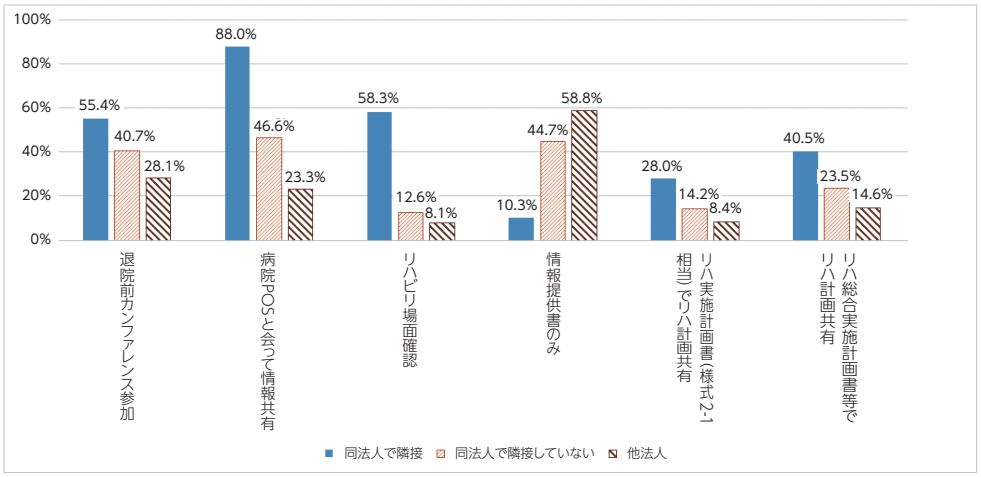


図1　医療保険でのリハビリテーションから介護保険での訪問リハビリテーションに移行した利用者のうち情報共有の手段別割合　※複数回答可

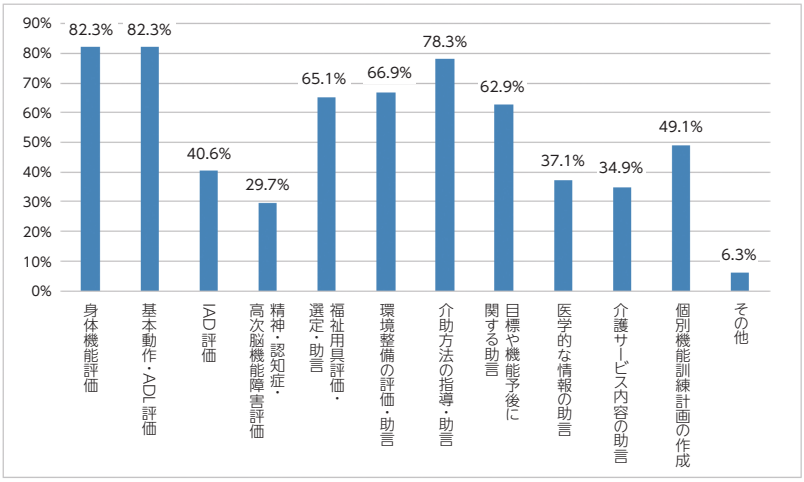


図2　外部派遣でリハ職が実施している内容　※複数回答可

とが明らかとなった（図2）。一方で連携する訪リハ事業所は未だ数少なく、連携していない訪リハ事業所のうち約9割が他の介護保険サービス事業所から依頼が無かったと回答していた。

まとめ

本調査を通して、介護保険での訪問リハビリテーションの提供に際して、より多くの利用者により良質な支援を提供できるように、多様な手段を活用して、関連する事業所や専門職との連携を推進していくことが求められるということがわかった。

利用者の自立を支援するために、訪リハ事業所の理学療法士には、従来の利用者個人への関与以外に、他の介護保険サービス事業所との円滑な連携のもと適切な情報共有や助言・指導等が求められている。

一方で、他の介護保険サービス提供事業所等との連携が十分に展開されていないという結果を読み取れた。今後、理学療法士の能力を地域住民への自立支援に活かしていくために、訪リハ事業所における理学療法士の役割や効果的な取り組みを普及していく必要がある。

TOPIX & COLUMN

理学療法士と政策立案

小川 克巳

「政策」とは、必ずしも政治家にのみ、縁のある言葉ではありません。規模の大小を問わず、何らかの組織や団体のマネジメントに携わる立場の者にとって、その運営方針や、組織目標の実現に向けての戦略・戦術といったものはすべてそれに該当します。言い換えれば、理想形に近づくために、将来または現在直面するであろう課題を想定し、それらを解決するための方策をプログラム的に配置したもの、ということができます。

つまり、私たち理学療法士の理想形や望ましい有り様を具体的にイメージすると共にその実現を阻害する課題は何かを明確化し、それらを解決するための方策を導き出すこと、それが理学療法士の政策ということになるのです。

このように考えると、手順そのものは私たちが日常的に行っている理学療法のプロセスと共通することに気付きます。そういう意味では私たちにとって政策を考えるこ

表1　理学療法士が抱える課題例

領域	課題	内容
養成教育	複数の養成課程	質のバラツキ
	カリキュラム	人材育成視点に乏しい専門職偏向教育
	教員	質の担保
	臨床実習	非臨床実践的臨床実習
職能	専門性の確立・周知	理学療法(士)としてのコア
	社会的要求との乖離	地域包括ケアシステム
		地域共生社会
		健康寿命延伸
		労働環境づくり・就労支援
		予防領域理学療法の確立
		介護期・看取り期理学療法の確立
		公衆衛生・保健領域への参入
	「医療専門職」の限界	理学療法の市場化
	更新免許制	質の担保、実労働数の把握
処遇	給与の底止まり	学歴社会、公定価格(医療・介護)
	スキルフィー	認証制度の公認
	生涯学習・資質向上機会	財政面、制度面
	単線型キャリアパス	教育を拡げる必要
	女性理学療法士固有の課題	働き方、育休・産休、職場理解
学術	研究環境	ゆとりのない日常業務
	研究費用	所属施設の無理解
	指導者	有能な人材不足、ゆとり不足

とはそれほど難しいことではありません。但し、課題や理想像、具体的解決法など、個別に検討する場合にはそれなりの情報と知識、想像力と創造性、加えて分析力や論理的思考力などが求められることは必然なのです。

では、理学療法士である私たちにとっての課題にはどのようなものが考えられるのか、私見を**表1**に示しました。ざっと見渡しただけでも喫緊の課題と思われるものがこれほどに挙げられます。診療報酬や介護報酬に絡む課題を挙げればさらにその項目は膨れ上がることになります。これらの課題を解決し、理想とする姿に近づけていくために**図1**のプロセスを踏むことになりますが、私たちの有り様は国策の方向性を考慮に入れずには考えられません。様々な国の施策を分析し理解することで、その方向性を明確に理解することができるのです。広い視野と深い思索によってのみ理学療法士の政策立案は成立しています。

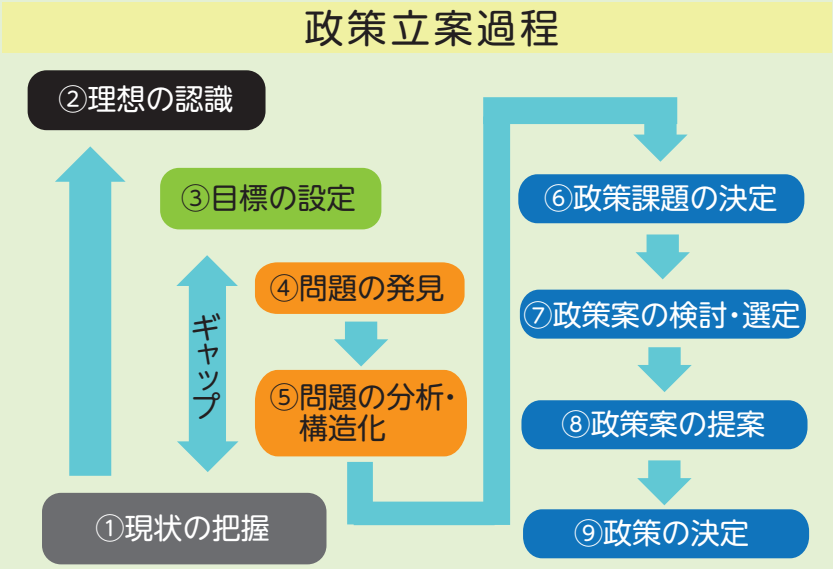


図1　一般的な政策立案過程

5 新人教育プログラムから登録理学療法士の5年更新制度へモデルチェンジ

卒後5年間の研修の義務化と更新制度が必要となる背景

本会における生涯学習の制度化は、1994年に新人教育プログラムが開始されることにより始まった。その後、1997年に生涯学習システムの専門理学療法士制度が導入され、これまでに会員における資格の浸透および新人教育プログラム修了率増加など一定の認知が得られ、現在に至っている。

一方、昨今において、国民に対して多様な障害像に対応できる能力を有する者（ジェネラリスト）を育成することによる理学療法士全体の資質向上および、より専門性の高い臨床技能を有する者（スペシャリスト）の育成が求められている。

これらの課題に対応することは急務であり、現制度における課題を見直し、アップグレードする時期に来ていた。

そこで、入会時からの系統だった生涯学習プログラムの整備と社会から一定の評価が得られる制度設計が必要となり、大幅な系統的学習時間増加と生涯を通じて学習ができるような制度の検討が行われた。

経緯・経過

2016年度より始まった制度の議論であったが、2018年6月の定時総会において、制度検討の延伸が報告された。

要因としては、医療広告ガイドライン到達が困難であることが判明し、戦略の組み直しが必要になった点や外部評価機構による評価方法を検討していたが、財政負担等の理由で困難になった点が挙げられた。その後、拡大生涯学習システム検討委員会を立ち上げ、1年かけて、それまでに議論された制度の概要を踏まえ、①質の向上、②多様な障害像に対応できる理学療法士（ジェネラリスト）の育成の2点を中心に以下の点について再度検討を行った。

- 学習時間数の増加
- 実地研修の導入
- 都道府県理学療法士会（以下、「士会」という。）の業務負担が少ない運用
- 入会後5年間を義務教育的な位置付けとした前期研修、後期研修の導入
- カリキュラムの内容と多様性

モデルチェンジ

委員会での検討を経て、先述のとおり、新しい制度では、卒後5年間を義務教育的な位置づけとして、理学療法士全体の質の向上を図るとともに、そのカリキュラムを修了した者に登録理学療法士の称号を与えて社会に対して質の保証をすることを目的とした。また、登録理学療法士を更新していくことで、生涯に渡って学習し、知識・技術の維持を図っていく仕組みを作成した（図1）。

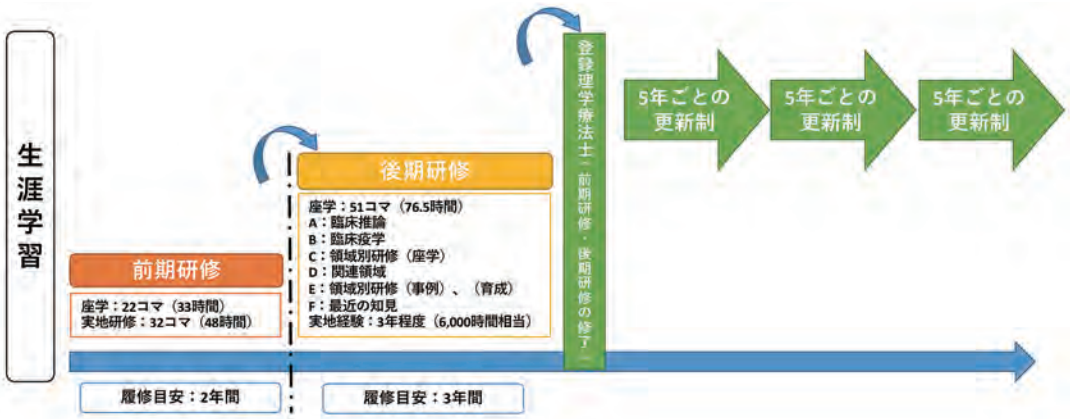


図1　登録理学療法士と更新制イメージ（全体）

次に、カリキュラムの骨子について、概説する。

前期研修について

前期研修では、必要に応じて指導を求め、基礎的（ベーシック）理学療法を実践できることを到達目標として、現行の新人教育プログラムの13時間の講義から、前期研修（研修理学療法士）と名称変更を行い、座学研修22コマ（33時間）と実地研修32コマ（48時間）の計54コマ（81時間）とし、目安2年間の履修期間とした。

内容としては、組織教育と基礎的臨床力向上の内容とし、対面での研修またはe-ラーニングでの受講を予定している。

現行の制度からの変更としては、カリキュラム数、時間数の増加もあるが、もう1点は実地研修を組み込んだ点である。この実地研修の導入の意図は、本会として全国の施設内教育においてOn-the-Job Training（以下、「OJT」という。）導入に誘導することが狙いであり、導入段階ではOJT経験を評価するものとしている。そのため、本会としての実地研修指導者用マニュアルを準備することとし、それを用いて実地研修を行ってもらうことを第1に考えているが、すでに施設内で行っている新人研修なども読み替えるなど柔軟な履修要件を考えている。

後期研修について

後期研修では、多様な領域で標準（スタンダード）理学療法を臨床実践でき、学生や後輩を指導できることを到達目標とし、座学51コマ（76.5時間）の受講と3年程度（6,000時間相当）の実地経験の履修内容とした。前期研修終了後の3年間を目安履修期間とし、後期研修を修了することで、登録理学療法士となる。

内容としては、職場特性や会員の指向性を考慮し、選択科目を設定し多様な職場に対応できる職場内教育の支援となる内容とし、多様な障害像に対応できる理学療法士、すなわちジェネラリストの育成を目指すため、カリキュラムに多様性を持たせることとした。また、座学の研修内容だけでなく、「領域別研修（事例）」として、症例検討会などでの発表や参加（聴講）もカリキュラムの一部に組み込んだ。

前期研修・後期研修のカリキュラムは、表1、表2のとおり。

図2　登録理学療法士の履修イメージ（前期・後期研修の詳細版）

表1　前期研修カリキュラム

到達目標	必要に応じて指導を求め、基礎的（ベーシック）理学療法を実践できるレベル				
講座名	講義テーマ	コマ（時間）	修了要件	研修形式	学習目標
A 初期研修	A-1 職業人と倫理	1コマ （1.5時間）	6コマ （9時間）	対面 または e-ラーニング	・医療・福祉分野で働く職業人としての高い倫理観を身につける。
	A-2 協会組織	1コマ （1.5時間）			・学術職能団体としての本会の歴史や社会的位置づけを理解する。 ・本会会員としての自己研鑽や活動の内容を理解する。 ・WCPT、ACPTについて概要を理解する。
	A-3 人間関係 および接遇	1コマ （1.5時間）			・組織・職場・患者との人間関係について学ぶ。 ・理学療法士として必要な接遇について理解する。 ・人間関係から生ずる労働衛生上の問題についても取り上げ，各種ハラスメントについて理解する。
	A-4 理学療法における関連法規	1コマ （1.5時間）			・理学療法を実践する上で必要な法律、事例について理解する。
	A-5 理学療法における情報管理	1コマ （1.5時間）			・理学療法を実践する上で必要な情報を適切に管理する方法を理解する。
	A-6 生涯学習について	1コマ （1.5時間）			・生涯学習の必要性を理解し、協会が作成した制度の意義と目的を理解する。
B 理学療法の 基礎	B-1 一次救命処置と基本処置	1コマ （1.5時間）	6コマ （9時間）	対面 または e-ラーニング	・一次救命処置の概念を説明できる。 ・心肺蘇生法（CPR）の実際を説明できる。 ・自動体外式除細動器（AED）の操作方法を説明できる。 ・CPRとAEDを組み合わせた一次救命処置について，説明できる。 ・吸引操作の適応およびリスクを説明できる。 ・気管吸引の流れを説明できる。 ・気管吸引に至るまでの流れを説明できる。
	B-2 クリニカルリーズニング	1コマ （1.5時間）			・理学療法をより適切に実践するために必要な臨床推論の方法を理解する。
	B-3 理学療法の研究方法論	1コマ （1.5時間）			・研究活動の実践に必要な知識や方法を学び、結果の解釈、考察ができるようになる。 研究倫理についてはも含める必要性があると考えるので、CITI-Japan、ICR臨床研究入門、等のe-learning受講での認定も行う。 今後の学会発表等を行う上で、COIを含めて履修していることが要件になる。
	B-4 統計方法論	1コマ （1.5時間）			・理学療法における実験研究・調査研究のデータ解析方法について学ぶ。 ・具体的な統計的解析手法の手順を理解する。
	B-5 症例報告・発表の仕方	1コマ （1.5時間）			・症例報告に必要な情報収集について理解を深める。 ・症例検討に向けた症例提示の方法について理解する。 ・後期研修の「領域別研修（事例）」のためのフォーマットの提示を含める。
	B-6 リスクマネジメント	1コマ （1.5時間）			・理学療法士に必要な安全管理について理解する。 ・リスクマネジメントの必要性を理解する。 ・理学療法におけるリスクマネジメントの背景を理解する。 ・リスクマネジメントにおける記録・報告の方法を理解する。 ・医療に関わる職種として感染の基礎その予防の実態について理解する。

（続く）

表1　前期研修カリキュラム　（続き）

到達目標	必要に応じて指導を求め、基礎的（ベーシック）理学療法を実践できるレベル				
講座名	講義テーマ	コマ（時間）	修了要件	研修形式	学習目標
C 理学療法の専門性	C-1 神経系疾患の理学療法	2コマ（3時間）	10コマ（15時間）	対面 または e-ラーニング	検討中
	C-2 運動器疾患の理学療法	2コマ（3時間）			検討中
	C-3 内部障害の理学療法	2コマ（3時間）			検討中
	C-4 予防領域の理学療法	2コマ（3時間）			検討中
	C-5 チーム医療の中の理学療法	1コマ（1.5時間）			検討中
	C-6がんのリハビリテーション	1コマ（1.5時間）			検討中
計			22コマ（33時間）		
D-1 実地研修	D-1 ①自施設での実地研修 ・下記のイもしくはロでの受講とする イ：自施設にて指導者マニュアルによる受講 ロ：自施設にて独自の研修プログラムによる受講	32コマ（48時間）	32コマ（48時間）	対面 （職場でのOJT）	・研修生の能力評価に基づき、安全かつ効果的な理学療法を必要に応じ上司の指導を受けながら実施できる能力を身につける。
	D-1 ② 他施設での実地研修 （見学研修） ハ：他施設にて、見学研修の受講	32コマ（48時間）	32コマ（48時間）	対面 （他施設での見学研修）	
計			54コマ（81時間）		
D-2 実地研修 （代替）	D-2 ①動作観察の基礎	1コマ（1.5時間）	5コマ（7.5時間）	e-ラーニング	
	D-2 ②基本動作障害	1コマ（1.5時間）			・基本動作障害の観察ポイントや臨床上のヒントを学ぶ。 ・正常動作の背景と異常動作の様々な原因推察　など
	D-2 ③移乗・移動動作障害	1コマ（1.5時間）			・移乗・移動動作障害の観察ポイントや臨床上のヒントを学ぶ。 ・正常動作の背景と異常動作の様々な原因推察　など
	D-2 ④応用動作障害	1コマ（1.5時間）			・応用動作障害の観察ポイントや臨床上のヒントを学ぶ。 ・正常動作の背景と異常動作の様々な原因推察　など
	D-2 ⑤その他各種臨床上のポイント	1コマ（1.5時間）			・臨床上のヒントやポイントを学ぶ。 ・対象者との接し方や指導方法、臨床的応用・工夫　など
	D-2 領域別研修 （事例） ・神経系理学療法学 ・内部障害系理学療法学 ・運動器障害系理学療法学	1コマ（1.5時間）	1コマ（1.5時間）	対面	・後期研修の領域別研修（事例） 士会が認める症例検討会に参加して、各領域での臨床推論および課題解決のプロセスを経験学習する。

まとめ

本会としては、この前期研修・後期研修の履修目安5年間のカリキュラムを修了することで、標準的な理学療法が実践できる人材、ジェネラリストの育成を目指す。

また、登録理学療法士となった後も、更新制度を設けることで、生涯に渡り、自身の知識と技術の維持・更新に努めていくことができる制度と考えており、多くの会員が登録理学療法士を取得し、更新していくことを目指している。

表2　後期研修カリキュラム

到達目標	多様な領域で標準的（スタンダード）理学療法を臨床実践でき、学生や後輩を指導できるレベル				
講座名	講義テーマ	コマ（時間）	修了要件	研修形式	学習目標
A 臨床推論	A-1 理学療法 診断学1	1コマ （1.5時間）	4コマ （6時間）	e-ラーニング または 対面	・身体機能の状態を表しているバイタルサインの意味を理解する。 ・バイタルサインに基づいたリスクマネジメントの重要性について学習する。
	A-2 理学療法 診断学2	1コマ （1.5時間）			・身体機能の状態を表しているバイタルサインの意味を理解する。 ・バイタルサインに基づいたリスクマネジメントの重要性について学習する。
	A-3 画像診断学	2コマ （3時間）			・脳画像（CT像、MRI像）を参照し、脳の機能解剖、局在性について、必要な解剖学的知識を正しく理解する。 ・四肢・体幹のX線像、CT像、MRI像等を参照し、運動器系疾患について、必要な機能解剖ならびに構造的特徴に関する知識を正しく理解する。 ・胸部X線所見や心エコー所見等の読影法についての知識を正しく理解する。 各種病態に対する明確な画像所見を学び、種々の症状が想起できるように学習する。
B 臨床疫学 〔演習〕	B-1 臨床疫学	2コマ （3時間）	4コマ （6時間）	e-ラーニング または 対面	・EBMや診療ガイドラインの表す価値や位置づけについて正しく理解する。 ・PEDro等のデータベースを用いてランダム化比較試験、システマティックレビューや診療ガイドライン研究、Narrative　Databaseなどの質に関する評価について学び、臨床に関わる最も妥当で十分な情報を検索する。
	B-2 文献検索 演習1	2コマ （3時間）			・EBPデータベースのあらましを理解する。 ・理学療法を適切に実施するために必要となる評価の内容について、関心がある領域の文献検索が出来る。 ・理学療法を代表とする治療の内容ついて、関心がある領域の文献検索ができる。 ・文献検索にて得た結果を利用して、科学的根拠を持った臨床での活用方法を考える。
C 領域別研修 （座学）	C-1 神経系 理学療法学	2～10コマの 範囲で履修	19コマ （28.5時間）	e-ラーニング または 対面	・領域別の代表的な疾患・障害に対して、評価や治療に必要な知識と技術のポイントや、物理療法や義肢装具などの必要性なども学習し、それらの領域すべてを終了することでジェネラリストとしての質を担保するものである。 具体的な内容やキーワードについては、別途規定するものである。
	C-2 運動器系 理学療法学	2～10コマの 範囲で履修			
	C-3 内部障害系 理学療法学	2～10コマの 範囲で履修			
	C-4 病期別 理学療法学	2～7コマの 範囲で履修			
	C-5 周辺領域と 理学療法	2～5コマの 範囲で履修			
D 関連領域	D-1 栄養学	1コマ （1.5時間）	5コマ （7.5時間）	e-ラーニング または 対面	・患者の置かれている低栄養の現状を把握する。 ・栄養強化療法に基づいた運動療法の必要性について学習する。
	D-2 創傷治療学	1コマ （1.5時間）			・褥瘡の発生原因、発生機序について学習し、その定量化の為の評価方法を学ぶ。 ・褥瘡に対する具体的な方法論として、ポジショニング、シーティング、物理療法などについて学習する。
	D-3 薬理学	1コマ （1.5時間）			・理学療法の処方頻度が高い疾患を中心とした薬物療法の作用、副作用について学習する。 ・理学療法を実施する上で注意しなければならない薬剤について把握する。
	D-4 福祉住環境 総論	2コマ （3時間）			・ADLを支援するための福祉用具の選定や、義肢装具の活用について学習する。 ・ADLを支援するために必要な住環境整備、ADLの手段などについて学習する。
E 領域別研修 （事例）	E-1 内部障害系 理学療法学	2コマ （3時間）	6コマ （9時間）	対面	・士会が認める症例検討会（1症例に付き30分）に参加して、各領域での臨床推論および課題解決のプロセスを経験学習する。
	E-2 運動器障害系 理学療法学	2コマ （3時間）			
	E-3 神経系 理学療法学	2コマ （3時間）			
E 領域別研修 （育成）	E-4 臨床実習指導	2コマ （3時間）	5コマ （7.5時間）	e-ラーニング または 対面	・臨床実習指導に必要な知識。技術、管理運営に係る技術を身につける。
	E-5 臨床教育 方法論	2コマ （3時間）			・臨床教育における指導者の役割を学び、実践に必要な知識を身に付ける。
	E-6 ティーチングと コーチング	1コマ （1.5時間）			・臨床教育における指導者の役割を学び、実践に必要な知識を身に付ける。
F 最近の 知見	F-1 神経系領域の 最近の知見	1コマ （1.5時間）	8コマ （12時間）	e-ラーニング	・理学療法診療ガイドラインの5年ごとの更新をもとに、領域あるいは病期などの括りで学習する。
	F-2 運動器系領域 の最近の知見	1コマ （1.5時間）			
	F-2 運動器系領域 の最近の知見	1コマ （1.5時間）			
	F-4 基礎・ 公衆衛生領域の 最近の知見	1コマ （1.5時間）			
	F-5 その他の関連 領域に関する最近 の知見	1コマ （1.5時間）			
	F-6 トピックス	1コマ （1.5時間）			
	F-7 協会の方針	1コマ （1.5時間）			
	F-8 世界の動向	1コマ （1.5時間）			
計			51コマ （76.5時間）		

TOPIX & COLUMN

表彰制度の紹介

砥上 恵幸

本会は、会員などを表彰するため表彰規程を定めています。それによると、本会が会員を表彰するものには「協会賞」および「感謝状」、それと、将来本会会員になる養成校の卒業生が対象の「学業優秀賞」があります（図1、図2、図3）。

「協会賞」は、会員歴30年以上、かつ55歳以上で、本会の活動、士会の活動において格段の功績のあった会員に贈る表彰です。表彰式は、本会定時総会時に執り行われます。表彰状および記念の盾、副賞が贈られます。「感謝状」は、人命救助や長年にわたるボランティア活動などで本会に対して多大な貢献があった団体または個人や、50年以上にわたり本会の後進の育成に尽力した会員、そして、日本理学療法学術研修大会大会長、ならびに士会に贈られます。「学業優秀賞」は、養成校の学科長または専攻長の推薦に基づいて、学業優秀な当年度卒業生に対して行われる表彰です。受賞者には、表彰状と記念としてボールペンが贈られます。

また、本会は他団体が行う表彰に会員を推薦する場合もあります。それには、「叙勲」や本会の10年ごとの周年記念式典での「厚生労働大臣表彰」、そして義肢装具に関して高い見識を持ち社会的貢献を果たした方に送られる「飯田賞」などがあります。「叙勲」は、2013年から本会会員が受賞するようになり、これまで本会の創成期から指導的立場にあって本会を力強く牽引してこられた5名の会員が旭日章受章、旭日双光章を受章されています。「厚生労働大臣表彰」は、永年にわたる理学療法の業務を通じて、我が国におけるリハビリテーション医療の向上に貢献し、かつ、斯界の発展に顕著な功績のあった本会の会員に対して、厚生労働大臣がその功績をたたえ、以て保健医療行政の推進に寄与することを目的に贈られるものです。本会では、本会や士会において多大な功績があり、他の会員の模範になる会員を推薦しています。本会の設立から50年間で122名を推薦し、受賞されています。「飯田賞」は、1981年に日本義肢装具学会に設けられ、義肢・装具・リハビリテーション工学の分野で優れた業績をあげた方を表彰し、本賞と奨励賞を授与するもので、これまで、多くの会員が本賞と奨励賞を受賞されています。

以上、本会が行う表彰および本会が推薦する他団体の表彰について紹介いたしました。これらの表彰は、受賞者のそれまでの功績に対して贈るものではありますが、受賞者がその後も理学療法とリハビリテーション医療の発展にさらに貢献していただくために贈るものです。これからも本会は、客観的な基準に基づく公平な表彰機会を会員に提供していきます。表彰受賞者が、受賞後もそれまで以上に国民の保健、医療そして福祉の発展に力強く寄与されることを切に願っています。

図1　学業優秀賞

図2　感謝状

図3　協会賞授賞式の様子

第Ⅱ章

活躍する理学療法士

1. 多様な領域で働く理学療法士
2. 温泉を活かした健康づくり
3. 理学療法に関わる研究助成事業
4. 予防に関する大規模臨床研究への助成事業

1 多様な領域で働く理学療法士

はじめに

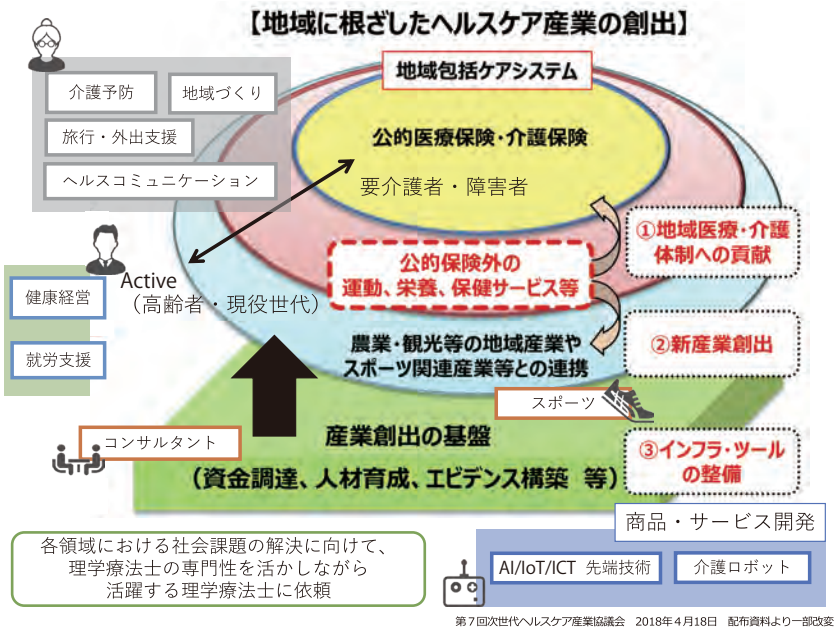
診療報酬などの報酬制度には理学療法士が算定できる項目が規定されており、算定に基づき、所属する医療機関に報酬が支払われる。この報酬制度を根拠として、伝統的に理学療法士は医療機関に雇用され、その算定できる項目の遂行―受傷者・発症者および障害者の社会復帰を目指すリハビリテーション―に従事してきた。本会会員においても約2/3が医療機関に所属している[1)]。

一方で、理学療法士が有する専門性は医療機関における対患者のみならず、様々な場面で活用がなされうるものと考えられる。本会会員の所属先分布をみると、医療・介護分野の施設・事業所のみならず、研究施設や一般企業に至るまで、幅広い分野に従事していることが分かる。

このような理学療法士たちは、様々な領域でその知識・技術・知恵をどのように活かしているのか、また理学療法をさらに社会に活かす方法はあるのか。実際に様々な分野で理学療法士の可能性を広げ、未来を創り活躍する理学療法士の取り組みを取材し、事例集としてまとめた「多様な領域で働く理学療法士」に関するパンフレットを作成した。

※本会HP上マイページ内（「会員限定コンテンツ」→「職能」→「働き方」）に本冊子の電子媒体を公開しています。

取材対象者について



第７回次世代ヘルスケア産業協議会　2018年４月18日　配布資料より一部改変

図1　取材対象者が活躍する業界の整理

取材対象者の選定にあたっては、経済産業省が示すヘルスケア産業と公的保険の概念図から、様々な位置づけにある業界でそれぞれの領域において理学療法士としての知識・技術・知恵を活かして活躍されている方々8名を選出した（図1、表1）。

表1　取材対象者の背景

1. 理学療法士 × 先端デバイス×農業
2. 理学療法士 × AI
3. 理学療法士 × ヘルスコミュニケーション
4. 理学療法士 × 地域づくり
5. 理学療法士 × 産業保健
6. 理学療法士 × コンサルティング
7. 理学療法士 × 経営者
8. 理学療法士 × スポーツアパレル

多様な領域で働く理学療法士の専門性

医療機関以外で活動する場合、当然それぞれの領域に特有の知識や考え方などを身に付けなければならない。今回の取材対象者についても、多くはそれぞれの領域に理学療法士として関わっているというよりは、それぞれの領域で活動を進めるうえで、理学療法士としての知識・技術・知恵が活かされている、といった状況であろう。具体的には以下の理学療法士特有の専門性・強みなどを活かしていることが考えられた。

(1) 理学療法士としての臨床経験や医療機関での経験、あるいは経験上知りえた制度などに関する様々な知識
(2) 理学療法を実施するための思考・検証過程
(3) 身体や運動に関する理学療法士特有の専門知識

医療機関で働くことと、他分野で働くこと

今回の取材対象者の中に、20分1単位の疾患別リハビリテーションを実施することを活動の中心にされている方はいない。多くは時間的に細かく制約されるものがないなかで、自身で課題と期日を設定し、自身で進捗を管理する必要がある働き方をされている。近年では、医療機関においても急性期病棟における病棟配置（ADL維持向上等体制加算）や地域包括ケア病棟における専従配置など、時間的制約が取り払われた中でアウトカムを求められる働き方が増えてきてはいるが、まだ一般的とは言い難い。

他分野の方々と仕事をするためには、当然それぞれの領域の文化を持った方や異なる専門性を持った方と協働していかなければならず、そこに困難があると推察される。実際、多くの取材対象者からコミュニケーションの重要性に関する指摘があった。同じ言語・価値を共有していない他分野の方々と協働していくにあたり、試行錯誤されている。

一方では、医療機関における理学療法士についても、昨今の「チーム医療」推進のもと、他職種や家族・介護保険分野の専門職等様々な関係者とコミュニケーションを取らなくてはならなくなった。理学療法士、もしくはリハ職としての専門性に依拠しつつも、その専門性を同じ言語・価値を共有していない様々な関係者に伝えていかなければならなくなり、そこに医療機関外で働く理学療法士と本質的な相違はない状況である。

「その他の分野」に従事する理学療法士

2019年4月に開催された「医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士・作業療法士分科会（第3回）」[2)]においては、2040年を目途とした、理学療法士の需給推計に関する案が提示された。2040年に、理学療法士の供給数が需要数の1.6倍とのデータが示されたため注目を集めたが、本稿では別の点に注目したい。

本推計のうち需要データは各領域における需要を過去10年間の推移を踏まえて推計したものだが、そこに「その他の分野」の「その他」という類型が示されている（図2）。健康産業や一般企業など、まさに今回の取材対象者が所属している組織が含まれている類型だが、この類型に所属する理学療法士が2040年時点で9,400人と推計されている（図3）。20年後も、多くの理学療法士が理学療法士としての経験や専門性を活かし、社会に貢献していっていただきたい。

理学療法士・作業療法士の需要推計

(4) その他の分野に従事する理学療法士・作業療法士

その他の分野

行政分野(保健所等)、教育分野(学校養成施設、研究施設等)、福祉分野(児童福祉施設、身体障害者福祉施設等)等の理学療法士・作業療法士数については、下記の方法により、将来の理学療法士・作業療法士の需要数を推計する。

	理学療法士※1 (2017年度)	作業療法士※1 (2017年度)	推計方法
行政分野	855	244	左記の分野について、理学療法士・作業療法士数のこれまでの推移、今後の見通し等を勘案して具体的な推計を行う。
教育分野	2,610	1,501	
福祉分野	1,080	1,536	
その他	2,513	246	

※1 理学療法士協会・作業療法士協会の会員調査による。
※2 理学療法士協会・作業療法士協会の会員組織率も勘案する。

行政	保健所、市区町村保健センター、国、都道府県、市、町、村、社会福祉協議会、身体障害者福祉協議会、地域包括支援センター等
教育	学校養成施設、研究施設、特別支援学校等
福祉	身体障害者福祉施設、児童福祉施設、精神障害者社会復帰施設、知的障害者福祉施設、障害者自立支援施設等
その他	健康産業、職業センター、リハ関連企業、一般企業、補装具作成施設、介護サービス企業、自営・起業等 ※医療施設、介護施設、福祉施設、行政、教育以外のもの

図2　医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士・作業療法士分科会(第3回)　資料より一部改変その1

その他の分野に従事する理学療法士・作業療法士の推計 ①

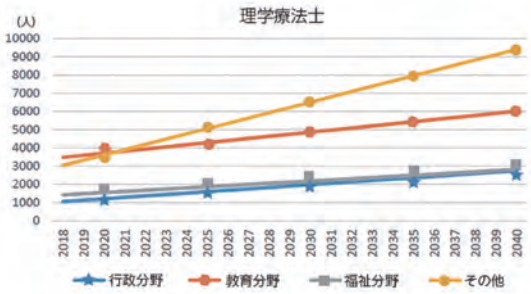
行政・教育・福祉・その他分野に従事する理学療法士・作業療法士

推計にあたっての考え方

① 各協会の会員調査から得られた行政・教育・福祉・その他の従事者数から、組織率を勘案(会員調査の従事者数/組織率)した人数を算出。
② 将来の従事者数については、2008から2017年の従事者数の推移(変化率)を踏まえて推計。

		2018	2025	2040
理学療法士	行政分野	1057	1595	2748
	教育分野	3478	4283	6009
	福祉分野	1421	1864	2815
	その他	3037	5062	9400
作業療法士	行政分野	378	486	717
	教育分野	2290	2832	3995
	福祉分野	2014	2376	3153
	その他	390	562	926
合計		14065	19060	29764

※(公社)日本理学療法士協会会員調査(2008年～2017年)
※(一社)日本作業療法士協会会員調査(2008年～2017年)



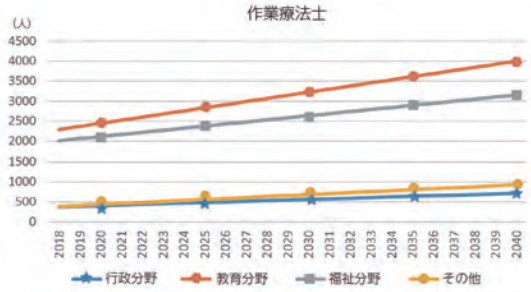


図3　医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士・作業療法士分科会(第3回)　資料より一部改変その2

まとめ

事例集を作成・公表するにあたり、本会としての意図が３点ある。

１点目は、理学療法士の専門性の価値は高いということである。医療機関に勤務していたとしても、懸命に臨床業務に励むことで身に付く専門性は、その他の様々な領域においても有用であろう。仮に医療機関に勤務し続けることに不安を感じるのであれば、なおさらその専門性の習得に邁進すべきと考えられる。

２点目は、理学療法士であることに誇りを持ち、理学療法を活かして様々なことに挑戦していただきたいということである。先述の通り理学療法士の多くは医療機関に所属しており、現状その専門性を活かして多様な分野で活躍し社会に貢献しているとは言い難い。だからこそ、本事例集から社会に貢献する方法に関するヒントを得て、新たな領域を理学療法士の職域として切り開き、後進たちが続く轍を作っていっていただきたい。

３点目は、多様な価値観を認め合い、挑戦する人を応援できる組織づくりの必要性についてである。多くの理学療法士は医療機関に所属しているが、会員の増加とともに、様々な領域に所属する理学療法士が生まれてきているのも事実である。組織構成員の多様性は、必ずその組織を強くすると信じている。本会としても理学療法士の職域の拡大は重要課題であり、理学療法士としての知識・技術・知恵を他分野にどのように活かすか、社会に求められる要素は何か、を追及し続けなければならない。

こういった状況から、他分野で活躍する理学療法士にとってもよりどころとなり、医療機関に所属している理学療法士ともお互いに高め合える場として本会が位置づけられるよう、多様な価値観を認め合い、挑戦する人を応援できる組織をつくっていかなければならない。

【文献】

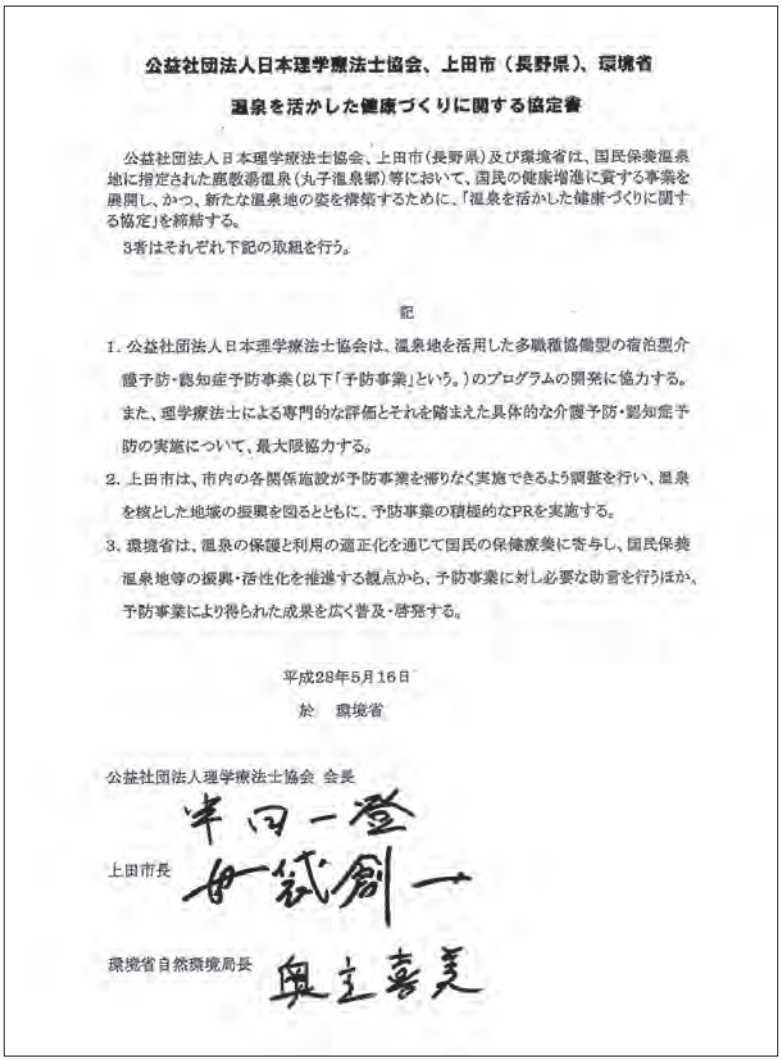
1）（公社）日本理学療法士協会　統計情報　会員の分布　http://www.japanpt.or.jp/about/data/statistics/（2019年8月20日閲覧）

2）厚生労働省　医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士･作業療法士分科会（第3回），2019年4月5日（金）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000132674_00001.html（2019年8月20日閲覧）

2 温泉を活かした健康づくり

はじめに

本会、上田市（長野県）および環境省は、国民保養温泉地に指定された鹿教湯温泉（丸子温泉郷）等において、国民の健康増進に資する事業を展開し、かつ、新たな温泉地の姿を構築するために、「温泉を活かした健康づくりに関する協定」を2016年5月に締結した。その経緯と締結後の動きについて紹介する（図1、図2）。



公益社団法人日本理学療法士協会、上田市（長野県）、環境省

温泉を活かした健康づくりに関する協定書

公益社団法人日本理学療法士協会、上田市（長野県）及び環境省は、国民保養温泉地に指定された鹿教湯温泉（丸子温泉郷）等において、国民の健康増進に資する事業を展開し、かつ、新たな温泉地の姿を構築するために、「温泉を活かした健康づくりに関する協定」を締結する。

3者はそれぞれ下記の取組を行う。

記

1. 公益社団法人日本理学療法士協会は、温泉地を活用した多職種協働型の宿泊型介護予防・認知症予防事業（以下「予防事業」という。）のプログラムの開発に協力する。また、理学療法士による専門的な評価とそれを踏まえた具体的な介護予防・認知症予防の実施について、最大限協力する。
2. 上田市は、市内の各関係施設が予防事業を滞りなく実施できるよう調整を行い、温泉を核とした地域の振興を図るとともに、予防事業の積極的なPRを実施する。
3. 環境省は、温泉の保護と利用の適正化を通じて国民の保健療養に寄与し、国民保養温泉地等の振興・活性化を推進する観点から、予防事業に対し必要な助言を行うほか、予防事業により得られた成果を広く普及・啓発する。

平成28年5月16日

於　環境省

公益社団法人理学療法士協会 会長　半田一登

上田市長

環境省自然環境局長　奥主喜美

図1　協定書

図2　署名後、手を取り合う 4 名。
画面左より、半田会長（画面左）、鬼木環境大臣政務官（中央左）、
上田市長（中央右）、奥主自然環境局長（画面右）

協定締結に至った経緯と締結後の動き

1. 社会背景

我が国は既に人口減少、超高齢社会に突入し、深刻化する人手不足に加え、従業員の平均年齢の上昇による健康リスクの増大、生産性低下といった構造的課題に直面している。近年においては「未来投資会議」や「経済財政諮問会議」においても予防・健康づくりの重要性が議論され、「経済財政運営と改革の基本方針 2019について（2018年6月21日閣議決定）」では予防・健康づくりの取組の重要性が明記された。高齢者の急増から現役世代の急減という局面に変わる中で、健康寿命を延伸し、活力ある社会にしていくことは、我が国の喫緊の課題となっている。

2. 厚生労働省健康局　宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）試行事業への参加

2008年4月より開始された特定保健指導は、日本人の死因の約 6 割と言われる生活習慣病を予防する取り組みの1つである。厚生労働省健康局は2015年度に、“宿泊体験を通した気づき”や“観光と医療の連携”など、従来の保健指導に新たな要素を取り込み、より効果的な保健指導の実施と地域活性化を同時に達成することを目指した宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）の試行事業を立ち上げ参加事業者を公募した。

本会はこの事業に採択され、企業・健康保険組合等から保健指導の必要がある参加者21 名を受け入れ、運動痛等に配慮した多職種協働による宿泊型保健指導を長野県上田市鹿教湯温泉郷にて実施した。

観光資源を活用し、また、医師や保健師、理学療法士等の多職種が運動器痛のリスク等を管理しながら実施する、新たな予防事業への試みとなった（図3、図4、図5、図6）。

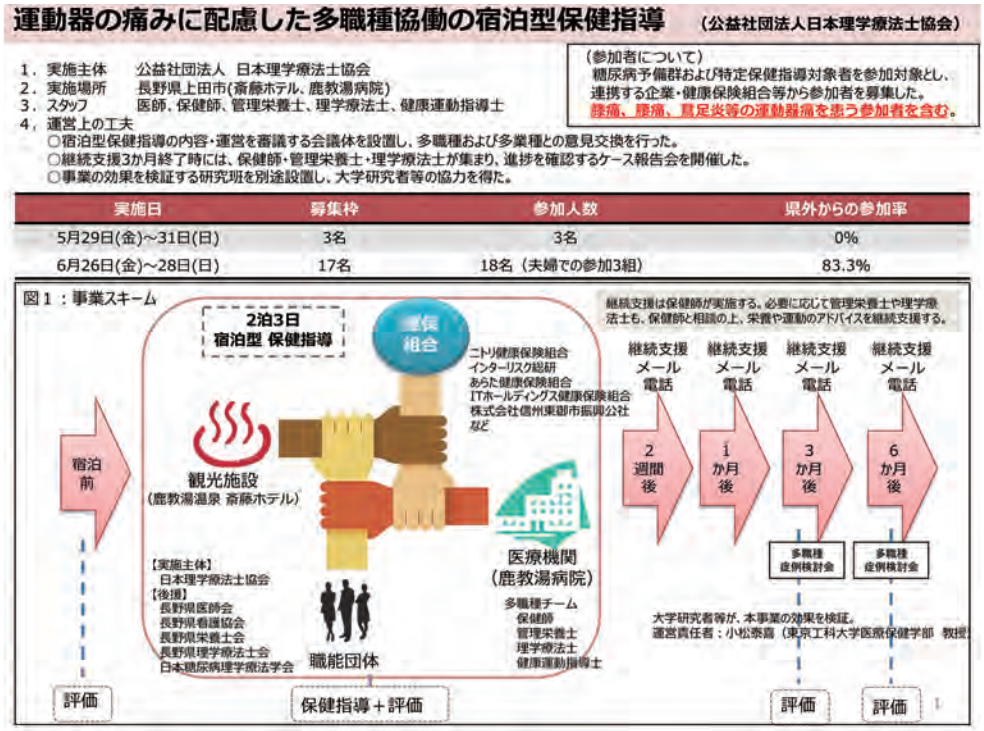


図３　運動痛等に配慮した多職種協働による宿泊型保健指導　概要

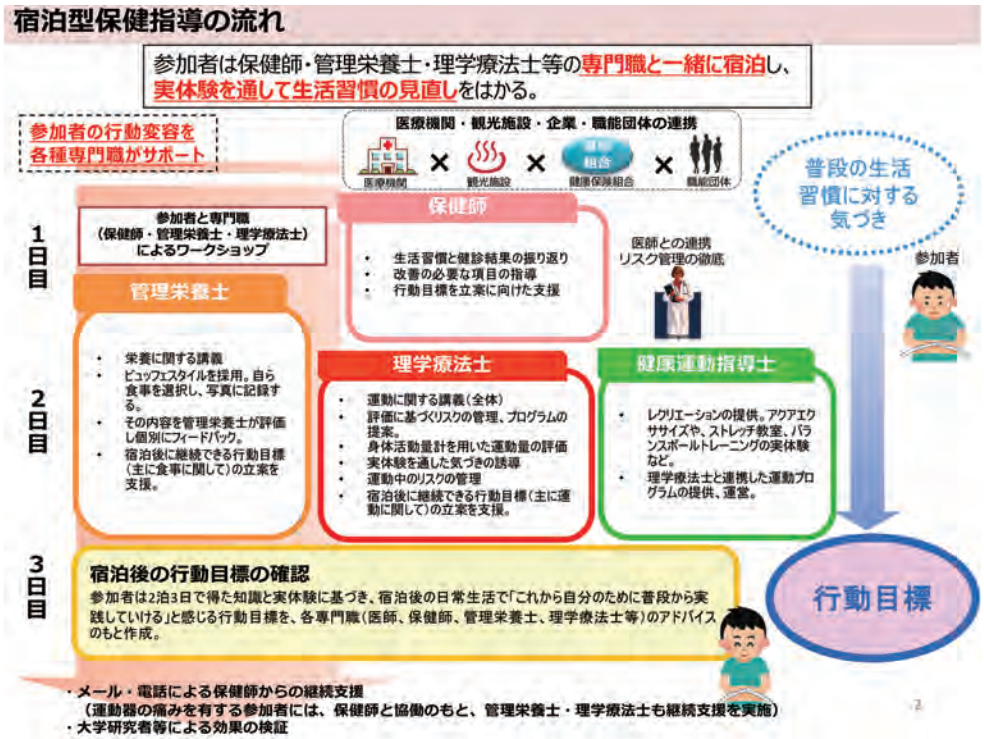


図４　（公社）日本理学療法士協会が実施した宿泊型保健指導の流れ

*参加者は２泊３日のプログラムの中で、健診結果の見方や保健指導の必要性を学んだほか、適度な運動強度（3METｔ程度）を実際に体験し、適切な食事量や食べ合わせ等を体験した。これらの体験等を参考に、参加者は自身の生活習慣を振り返り、継続可能な行動目標を考えた。また一緒に参加する保健師・管理栄養士・理学療法士等は講話や個別の評価・指導を通して、参加者１人１人の行動目標の立案をサポートした。例えば、運動時の膝痛、腰痛等がある参加者に対して、理学療法士が専門的な評価のもと、運動痛に配慮した個別の運動プログラムを提案し、行動目標を設定した。また宿泊後も保健師と理学療法士が協働し、継続的な支援を行った。

1) 参加者基本情報

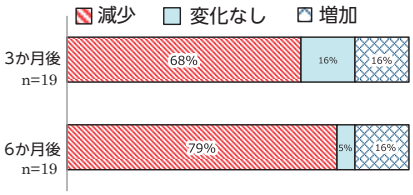
＊グレーの参加者時は参加時に運動器の痛みを有する参加者。

ID	性別	年齢	身長	体重	BMI	腹囲	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪（TG）	HbA1 c（NGSP）	備考
1	男性	50	165.5	86.4	31.5	90.0	114	73	304	6.3	
2	男性	49	167.1	67.0	24.0	81.0	111	59	228	5.7	
3	男性	50	175.5	78.0	25.3	97.5	127	95	98	5.5	
4	男性	53	175.9	88.6	28.6	92.0	139	82	143	5.8	
5	男性	52	168.4	69.8	24.6	78.5	129	86	128		
6	男性	37	167.4	82.2	29.3	96.0	106	70	66	5.3	
7	男性	29	165.5	77.2	28.2	94.5	129	79	37	5.0	
8	男性	52	176.5	79.4	25.5	86.5	110	67	107	5.3	
9	男性	56	162.7	61.0	23.0	79.0	133	94	164		夫婦で参加
9(2)	女性										夫婦で参加
10	男性	56	170.7	90.0	30.9	100.0	133	94	92	5.7	夫婦で参加
11	女性	52									夫婦で参加
12	男性	46	171.1	79.6	27.2	90.0	127	84	154	5.6	
13	男性	44	174.3	99.0	32.6	107.0	124	89	176	5.7	夫婦で参加
14	女性	50	155.5	52.4	21.6	75.5	110	59	72	5.5	夫婦で参加
16	男性	43	173.2	78.9	26.3	86.5	104	70	163		
17	男性	50	169.6	71.4	24.8	84.0	119	88	128	6.1	
18	男性	59	170.7	76.1	26.1	89.0	128	80	92	6.4	
19	男性	56	166.3	80.6	29.1	91.0	158	97	147	5.8	
20	男性	56	170.3	76.7	26.4	92.0	149	93	186	5.8	
21	男性	33	172.0	72.9	24.6	82.0	132	74	77	5	

注釈：ID9(2)はプログラムに参加したが、調査への同意が得られない等の理由で、調査対象外とした。なお身長、体重、BMI、腹囲はプログラム参加時の値を参照し、その他の値は平成26年度健康診断の結果を参照した。
ID15は体調不良を理由にプログラムを欠席したため、調査対象外とした。

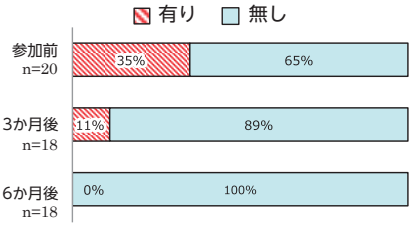
2) 体重の変化

8 割の参加者が減量。6 か月で平均▼ 1.7kg ±2.1



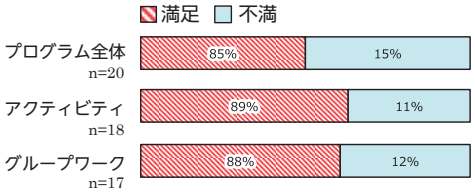
3) 週3回以上の夕食後の間食の有無

食生活が見直され、夕後の間食が減った。



4) プログラムに対する満足度

80% 以上の参加者が満足と回答。



5) プログラムに対する理解度

80% 以上の参加者が満足と回答。

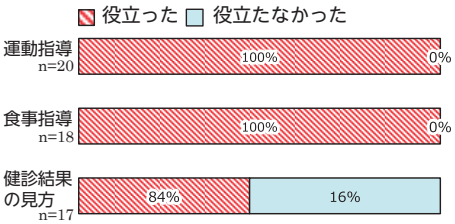
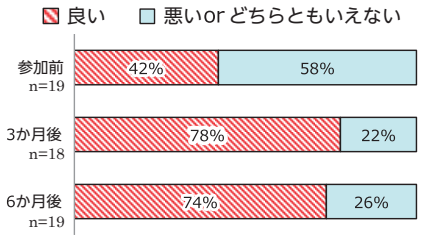


図5　主な結果　（続く）

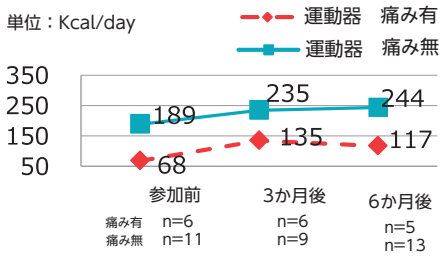
6) 健康状態の変化

健康に感じる参加者の割合、増える。



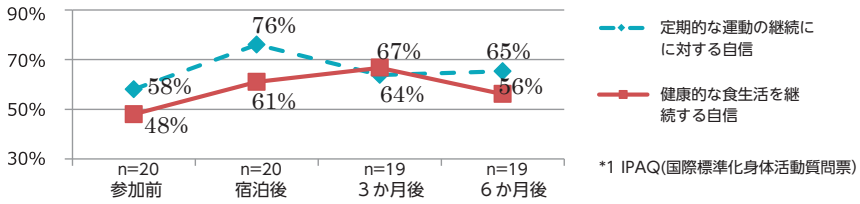
7) 身体活動量の変化 (IPAQ*1)

運動器に痛みがある参加者も身体活動量が向上。



8) 定期的な運動および健康的な食生活の継続の自信

プログラム参加前に比べ、定期的な運動、健康的な食生活の継続の自信が向上した。

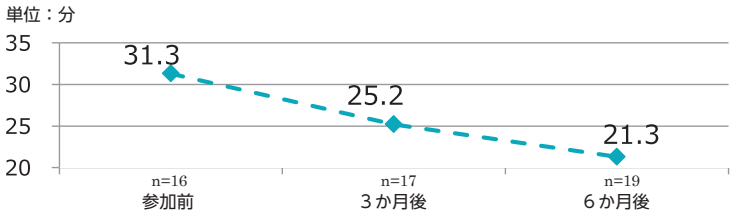


*1 IPAQ(国際標準化身体活動質問票)

9) 相対的社会的ジェットラグ(MSF-MSW) の変化 *2

*2 社会的ジェットラグは仕事がある日と無い日の睡眠サイクル変化を指し、肥満との関連性が報告されている。

プログラム参加後、仕事がある日と無い日の睡眠サイクルのズレが短縮した。



10) うつ尺度 (CES-D) *3および睡眠の質 (PSQI) *4の変化

*3 CES-D(うつ病自己評価尺度) *4 PSQI(ピッツバーグ睡眠質問票)

うつおよび睡眠の質において、わずかながら、改善傾向が見られた。

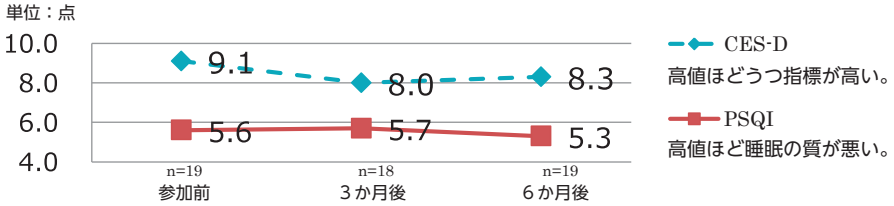


図5　主な結果　(続き)

保健師と理学療法士の協働による保健指導～運動器に痛みを有する参加者に対して～

運動器に痛みを有する参加者に対しては、保健師と理学療法士が協働して、個別評価を実施し、運動方法や負荷量、ストレッチングなど個別の運動指導を実施した（図表1）。なかには、今まで放置していた運動器の痛みと向き合うきっかけとなり、医療機関への受診に繋がるケースもあった。
継続支援においても、理学療法士は保健師と協働し、メールによる継続支援（運動指導）を実施した（図表2）。

図表1：理学療法士よる運動指導

1. 運動に関する講話
2. 運動器の痛み等機能評価の実施
   - ・専門職による個別のアセスメント
   - ・個別のプログラムの提案と継続支援
3. 継続可能な運動プログラムの提案・実体験

図表2：理学療法士による継続支援　メール例（運動器の痛みに配慮した運動方法のアドバイス）

保健師より継続支援でのメールにおいて膝の痛みの訴えがあったとのことで紙面にて簡単ではありますがアドバイスをさせて頂きます。・・・省略
膝には・・・体重1kgの減量に伴い走行時には7～10kgの負荷が免荷される・・・膝周囲の筋力トレーニング、ストレッチと共に膝痛に対し減量を検討されてもいいかと思います。簡単な筋力トレーニング、ストレッチ方法を下に示しますのでご参照下さい。

参加者および専門職の声および今後の展望

【参加者の声】
- ▶日々忙しい毎日を過ごしている勤労者にとっては、保健指導の必要性を理解することはできるが実践にうつせていない。
- ▶保健師・管理栄養士・理学療法士等の専門職の方と一緒に宿泊し、実体験を通して行動変容を促す取り組みは効果的だと感じた。

【保健師の声】
- ▶普段の保健指導においても、運動器痛を有するケースが散見される。今回の多職種協働の保健指導は、行動変容の動機づけの効果が高いと感じた。
- ▶保健指導の中で各専門性を効果的に統合していくためには、関わるスタッフが保健指導に関する知識・スキルを深め、互いの専門性を理解し合う必要がある。
- ▶今後、運営マニュアルを更新していき、情報共有の仕方や継続支援の進め方など、さらに整理していく必要がある。

【管理栄養士の声】
- ▶ご自宅での普段の食事を写真で記録していただき、それに対するフィードバックも考えていきたい。

【理学療法士の声】
- ▶毎日の生活の中で運動の要素をいかに無理なく取り込んでいくかを意識し、運動器の痛みや疲労感に配慮した、持続可能な運動プログラムの提案が行えた。

【健康運動指導士の声】
- ▶負荷量の設定や痛みに配慮した運動プログラムの企画などにおいて、理学療法士との連携が役にたった。

【展望】
- ▶膝や腰における変形性関節症の有症率は、40歳以上で高く、加齢や肥満に伴いリスクが高まることが知られている※1。本プログラムでも20名中7名が運動器に痛みを有していた。実際の保健指導の現場においても、運動器痛のリスクを管理しながら保健指導を進めていくケースが少なくなく、多職種連携が必要である。
- ▶例えば理学療法士においては、今回のように、専門的な評価に基づき、痛みの寛解または予防を意識した動作の指導を、保健指導の中で進めていきたい。
- ▶また労働実態に応じた保健指導を実施するため、職場環境の評価についても併せて取り組み、エビデンスを蓄積していきたい。
- ▶本事業は疾病予防を多職種・多業種で推進する重要な取り組みであり、40歳未満の若年層や高齢者の疾病予防についても、展開を検討していきたい。

※1 吉村典子、変形性関節症の疫学研究～大規模コホート研究ROADより～、CLINICALCALCIUMVol.19No.11p20～p25

図6　保健師と理学療法士の共同による保健指導　～運動器に痛みを有する参加者に対して～

3. 環境省との出会いと3者協定の締結

宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）の試行事業の成果報告会において、本会は「運動痛等に配慮した多職種協働による宿泊型保健指導」の取組内容を報告した。その場に参加していた環境省自然環境局自然環境整備課温泉地保護利用推進室の担当者より高い評価を受け、国民保養温泉地の活性化と健康増進の観点から互いに協力できることがないか、意見の交換を行うようになった。

そして2016年5月17日、本会、上田市（長野県）および環境省は、国民保養温泉地に指定された鹿教湯温泉（丸子温泉郷）等において、国民の健康増進に資する事業を展開し、かつ、新たな温泉地の姿を構築するために、「温泉を活かした健康づくりに関する協定」を締結することとなり、3者はそれぞれ以下の取り組みを行うこととなった。

1. 公益社団法人日本理学療法士協会は、温泉地を活用した多職種協働型の宿泊型介護予防・認知症予防事業（以下「予防事業」という。）のプログラムの開発に協力する。また、理学療法士による専門的な評価とそれを踏まえた具体的な介護予防・認知症予防の実施について、最大限協力する。
2. 上田市は、市内の各関係施設が予防事業を滞りなく実施できるよう調整を行い、温泉を核とした地域の振興を図るとともに、予防事業の積極的なPRを実施する。
3. 環境省は、温泉の保護と利用の適正化を通じて国民の保健療養に寄与し、国民保養温泉地等の振興・活性化を推進する観点から、予防事業に対し必要な助言を行うほか、予防事業により得られた成果を広く普及・啓発する。

4. 3者協定後の動き

環境省の下に設置された「自然等の地域資源を活かした温泉地の活性化に関する有識者会議」は、2017年7月、「自然等の地域資源を活かした温泉地の活性化に向けた提言～新・湯治-ONSEN stayの推進～」を取りまとめた。

その報告書では、「公益社団法人日本理学療法士協会、上田市（長野県）および環境省では3者協定を締結し、鹿教湯温泉（長野県上田市）において温泉を活かした新しい健康づくりを実施しており、これまでとは異なった国民保養温泉地のモデルとなる可能性がある。」と明記された。

また、温泉地を中心とした多様なネットワークづくりを目指した「チーム　新・湯治」という取り組みが環境省の旗振りの下スタートし、本会はそのメンバーとして参画することとなった。

さらに、2017年1月と2018年12月には、国民保養温泉地等の振興・活性化ならびに国民の健康増進に資する取り組みの普及を図ることを目的に、環境省・上田市・本会の関係者が一堂に会する「温泉を活かした新しい健康づくりフォーラム」を開催した。なおモデル事業として取り組んだ「運動痛等に配慮した多職種協働による宿泊型保健指導」は、現在、形を変え、「宿泊型予防事業（物忘れドック）」として、民間病院主導のもと実施されている。

3 理学療法に関わる研究助成事業

研究助成の背景・目的

我が国に理学療法士が誕生して50年余りとなる。本会の会員数も10万人を超え、保健医療の多方面で活躍することとなっている。

一方で、我が国の抱える少子高齢化や疾病構造の変化に伴い、我々理学療法士に求められる役割も変化している。医療や介護の世界だけでなく、広く社会から求められる専門職となるためには、エビデンスに基づく医療（Evidence-based Medicine：EBM）が求められる。EBMとは、「個々の患者のケアに関わる意思を決定するために、最新かつ最良の根拠（エビデンス）を、一貫性を持って、明示的な態度で、思慮深く用いること」、「入手可能で最良の科学的根拠を把握した上で、個々の患者に特有の臨床状況と価値観に配慮した医療を行うための一連の行動指針」、「個々の患者の臨床問題に対して、（1）患者の意向、（2）医師の専門技能、（3）臨床研究による実証報告を統合して判断を下し、最善の医療を提供する行動様式」などと定義されている。EBMが現在のように世界的な規模で注目されるようになった背景には、（1）科学的な根拠に基づいた臨床判断の必要性に対する医療者側の意識が高まってきたこと、（2）患者や家族がインターネットを利用して医療情報を入手しやすくなったことにより、医療の内容・質に対する患者側の意識が高揚してきたこと、（3）インターネットを利用して、コクラン共同計画などのエビデンス・データベースから、質の高い臨床研究の結果を効率よく入手できるようになったこと、（4）臨床疫学や統計学の進歩により、根拠となる臨床研究のデザインや方法論、妥当性・信頼性を判断するため基準が整備されてきたこと、（5）医療の標準化と効率化を求める行政側からの要求が高まってきたこと、などが影響しているものといわれている。理学療法分野においてもEvidence-based Physical Therapy（EBPT）として、医療分野の臨床判断（clinical decision making）における新しい行動指針として導入されるようになっている。

このような背景から、本会においても「研究助成規定」を設け（A）指定研究：本会が指定する研究項目に該当する内容、（B）一般研究：指定研究に含まれない内容の2つの研究助成を行っている。

なお、指定研究については次の9項と定めている。

① 実践能力の向上に資する理学療法教育研究
② 国際的な視野に立った自立支援、および健康増進・予防に関する研究
③ 基本的評価の確立に関する研究
④ 急性期理学療法の効果に関する研究
⑤ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション施設での理学療法効果に関する研究
⑥ 在宅における理学療法に関する研究
⑦ 運動療法や物理療法のエビデンスに関する研究
⑧ 装具・義肢・福祉機器に関する研究
⑨ 理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究

応募状況

2018年度の応募状況は以下のとおりである。
A：指定研究　申請件数 61件
B：一般研究　申請件数 41件

指定研究における9領域の応募状況
①4件、②7件、③10件、④1件、⑤1件、⑥1件、⑦9件、⑧2件、⑨26件

採択状況

2018年度の採択状況は以下のとおりである。

本研究助成に係る審査については、12分科学会の研究推進委員ならびに協力員によって審査が行われている。その審査のポイントとしては、研究としての重要性、研究計画・方法の妥当性、予算の妥当性、新規性・独自性、実現可能性、研究の貢献性・発展性、倫理的配が十分であるか、利益相反に関する団体等がないか、などの8項目で行われた。

※2018年度理学療法にかかわる研究助成採択一覧はp.110に掲載しています。

まとめ

例年多くの助成申請を頂いているが、申請にあたっては「研究助成規定」ならびに募集要項である「理学療法にかかわる研究助成の公募について」の内容を十分に理解することを望む。

また、本研究助成が基本的には単年度研究であり、審査の結果について理事会の審議を経て採択が決定される。例年の審査において下記の点に留意すること。

- 実際の助成金については、研究倫理手続きが完了したことを確認して行われるため、申請段階での倫理手続きについては、事前に計画されることが望ましい。倫理申請に時間がかかることは、助成金の支払いが遅れることとなり、研究計画に影響がないように留意すること。
- 本研究の成果の公表については、理学療法学、またはPhysical Therapy Researchへ6か月以内に公表することが「研究助成規定」に明記されている。一方で、助成を受けた研究成果としての論文投稿がなされないことが学会運営審議会で問題提起されている。そのため、今年度から申請手続きの際に、公表として論文投稿についての理解を確認するためのチェック項目を追加した。
- 予算書の作成にあたっては、本研究に必要な用途であることを理解するとともに、本研究助成が理学療法士協会から行われていることを理解し、学会参加費用においても本研究の成果であり、理学療法分科学会を基本とすること。

4 予防に関する大規模臨床研究への助成事業

研究助成の背景・目的

急速な少子高齢化の進展や疾病構造の変化に伴い、社会が理学療法士に求める役割は質・量ともに増大している。理学療法士が社会から求められる役割を果たし、そして、社会から信頼される専門職となっていくためには、科学的根拠に基づく理学療法を通して国民の健康寿命の延伸と生活の質の向上に寄与すると共に、障がい者の自立を支援し、社会保障費の適正化に資する政策提言を理学療法士自らが積極的に行っていく必要がある。

しかしながら、政策提言や診療報酬の維持・獲得に資する日本人を対象にした理学療法の科学的知見は不足しており、現在の理学療法や理学療法士に、国や国民、関連職種を納得させることのできる客観性と正当性が十分にあるとはいいがたい状況にある。

2025年に日本の公的医療保険制度は大きな転換点を迎える。2025年には、いわゆる団塊の世代（1947～49年生まれ）の全員が75歳以上の「後期高齢者」となり、医療費の高騰から国民皆保険の持続可能性すらも危ぶまれる「2025年問題」がある。現在もすでに医療給付費や介護給付費の高騰が問題視されているが、国民の税負担や保険料負担の増加、自己負担割合の引き上げ、保険対象範囲の縮小などによる給付の引き下げにも限界がある。そのため、医療給付費や介護給付費の削減を通じた社会保障費の抑制が重要課題となっている。

一方、診療報酬と介護報酬は保険医療機関などの収益、すなわち理学療法士の給与にも大きく影響する。医療での診療報酬は2年に一度、介護での介護報酬は3年に一度の改定があり、6年に一度は診療報酬と介護報酬の同時改定が行われることになっている。厚生労働省は2012年、2018年、2024年の診療報酬と介護報酬の同時改定を「ホップ・ステップ・ジャンプ」と表現して、2025年までに医療や介護の現状のあり方、団塊世代が高齢者になってもスムーズな医療や介護が受けられるような体制に変革することを目標としている。言い換えれば、2025年までに日本の医療や介護の体制は確立するといえ、2024年の診療報酬と介護報酬の同時改定で、2025年以降の望ましい医療・介護体制に強く政策誘導されることが予想される。国は発症予防、再発予防、重症化予防を通じて、医療給付費や介護給付費の削減を通じた社会保障費の抑制に力点を移そうとしている。

このような背景から、本会では科学的根拠に基づく標準化された予防理学療法の確立、ならびに医療経済学的視点から有意義な政策提言を行うための科学的知見の創出を目的とした大規模臨床研究に対して費用を助成することとした。

応募状況

2018年度の大規模臨床研究に対する研究助成の公募には、21件の応募があった。テーマ別応募件数は、健康寿命延伸に関する予防理学療法に関するものが12件、転倒に関する予防理学療法に関するものが1件、要介護状態の発生・増悪予防に関する予防理学療法に関するものが8件であった。また、研究代表者の職種として、理学療法士12件、医師7件、その他2件と、当初の予想よりも多くの理学療法士以外からの応募があった。

採択状況

「大規模臨床研究に対する研究助成」採択研究一覧はp.111、第Ⅴ章 資料・統計「研究助成事業」へ掲載する。

研究成果

2017、2018年度の研究を調整、最終報告書のサマリをp.111、第Ⅴ章 資料・統計「研究助成事業」へ掲載する。

まとめ

2017、2018年度の大規模臨床研究は一部を残して終了した。最終報告書および各種成果のまとめを対外的に広く発表することで、予防分野における理学療法の確立を目指す原動力になると考える。

なお、一部の研究は、途中で計画変更や研究期間の延長などが申請された。大幅な研究計画の変更はなかったが、当初からある程度予想されていた対象者の減少を報告した研究者があった。今後は成果に応じた研究助成を考える必要がある。

2017、2018年度の経験と実績を踏まえ、2019、2020年度にも同様の研究助成が行われている。

TOPIX & COLUMN

西日本豪雨に対する本会としての災害支援活動について

斉藤 秀之

2018年6月28日から7月8日にかけて西日本を中心に北海道や中部地方を含む全国的に広い範囲で記録された台風7号および梅雨前線等の影響による集中豪雨（以下、「2018年7月豪雨」という。）による本会としての災害支援について述べるにあたり、まず、被災された多くの国民および関係機関にお見舞い申し上げます。

2018年7月豪雨は岡山県、広島県、愛媛県の災害の甚大さと被災地支援の状況から西日本豪雨災害として語られていますが、被災地域は北海道、長野県、岐阜県、京都府、兵庫県、島根県、山口県、高知県、福岡県、佐賀県、宮崎県、鹿児島県など広範でした。そのため、本会規程「協会緊急時対応」に準じ、本会事務局から上記の被災した士会の事務局に会員の安否確認、健康被害および財産被害ならびに士会事務局の被害状況の確認を依頼しました。同時に加盟している大規模災害リハビリテーション災害支援関連団体協議会（Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team；以下、「JRAT」という。）の活動に関する情報収集を始めました。つまり、本会では災害発生時、会員や士会事務局の安否、被災状況の確認を本会・士会・会員のネットワークで確認すること、JRATからの要請等に応じる準備をすることが初動です。

なお、JRAT事務局は、本会事務職員が兼任体制で担っています。この事務局はあくまで平時の事務局であり、発災後に活動支援が開始される際の事務局は、JRATの加盟団体から選ばれた人員で構成されたチームが、JRAT災害対策本部（東京本部）となります。この時間的線引きと移行の判断および移行後の役割分担、ならび財源には課題があると言えるでしょう。

今回、本会災害対策本部長（会長：半田一登）は被災士会の状況を考慮し、先の熊本地震同様、本会先遣隊として災害支援経験者を岡山県と広島県に派遣しました。行く先々で理学療法士が自治体災害対策本部でJRATの枠の中で動いていること、一方でどう動いて良いか困惑していることが確かに知れました。したがって、この期間の本会の災害支援の質は、JRATによる支援が開始するまでに、その活動が容易となるよう士会が自治体対策本部に参画し、災害支援活動の準備や方法、および終息までのイメージ化を現地に出向いて助言、いわゆるOJTでの関わりを検討すべきと考えています。

今回でも今まで同様、JRATの活動が終焉したあとも、士会の公益活動として被災者支援を継続していました。これらは、都道府県、市区町村行政との協働で行う「地域リハビリテーション活動支援」などの新たな総合事業の仕組みと類似しており、シルバーリハビリ体操指導士養成事業の普及促進がこれにあたります。一方、本会として災害という特異的な事象に対する会員への教育・研修支援も必要と考えており、第53回日本理学療法学術研修大会in茨城で試行された災害理学療法士認定になりうる講座・研修会等があげられます。

2018年7月豪雨における本会としての被災地支援をまとめると、①理学療法士の個人の集まりである士会と会員の被害確認と支援、②JRATからの要請に対する支援、③会員への平時の教育・研修と発災後のOJT、となります。

今後の本会における災害支援体制の構築の一助となれば幸いです。

第Ⅲ章

理学療法士の養成と教育

1. 学術研修大会と学術大会の役割

   第53回日本理学療法学術研修大会in茨城の開催の意図・効果

   第53回日本理学療法学術大会の開催（分散開催）の意味と効果

2. 管理者育成に向けた管理者ネットワークの構築

1 学術研修大会と学術大会の役割

背景

本会における全国規模での集合研修形式の事業には、春の日本理学療法学術大会と秋の全国学術研修大会があり、52回の歴史を刻んできた。

2018年より、「理学療法学」を高める分科学会による学術大会と「理学療法士の臨床技能」を高める学術研修大会として機能的棲み分けを図ることとなった（図1）。

分科学会による学術大会では、学究的機能をより専門・高度化するとともに、本会における究極の学問的、学際的研究成果に対する議論の場として位置づけ、学術研修大会では、これまでの全国学術研修大会で有していた研修機能および教育機能に、職能機能と社会的機能を付加することを基本方針として、プロフェッショナルとしての臨床技能の追究する役割を持った大会と位置づけられた。

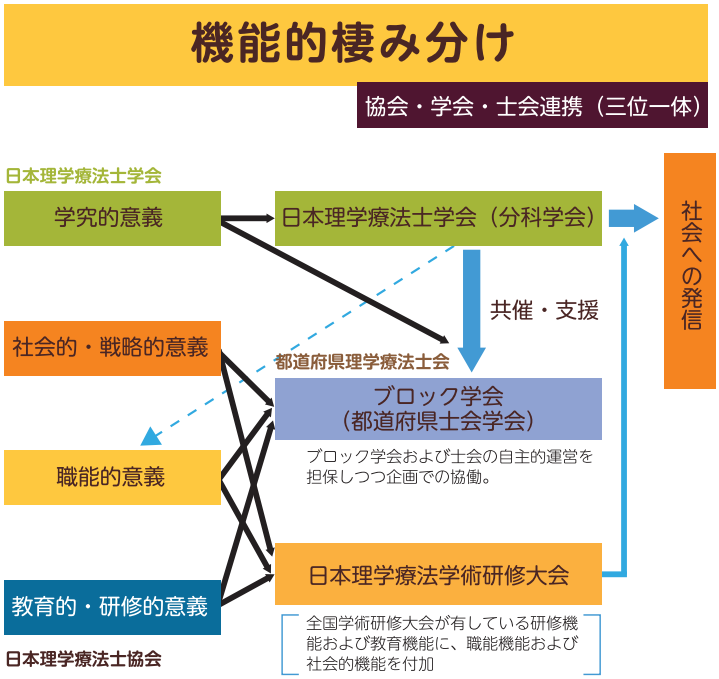


図1　学術研修大会と学術大会の機能的棲み分け

第53回日本理学療法学術研修大会in茨城の開催の意図・効果

1. 第53回日本理学療法学術研修大会in茨城の開催の意図

先述の背景から、第53回日本理学療法学術研修大会in茨城では、これまでの新人や若手を重視した内容から、多世代が参加できる研修大会の姿を目指した内容へリニューアルし、各年代に応じた階層別、課題別の臨床技能を習得することが、国民の負託に応えることになり、豊かな理学療法士人生につながる企画とした。

大会テーマを「自立を支援する臨床技能を極める」、サブテーマを「豊かな理学療法士人生を送るために」と銘うち、実践形式の研修を中心とし、理学療法士の全国規模の集合研修会のあり方を示した。

プログラムの構成は、以下の5つを柱として、今までの90分枠の座学研修ではなく、ほとんどの研修が1~2日間であり、5割以上は実技を含んだ内容とした。

1) **基本的臨床技能研修**

今日的課題として、実践的な障害学や病期に焦点をおき、様々なリスクや制限のある中で理学療法はどのように動作を獲得して、自立度を高めるかという基本的臨床技能研修を重視した。

2) **課題別研修**

90分枠の座学形式の研修だけではなく、1つの会場で1つのテーマに沿った系統的に実践形式の研修を1日から2日間を通じて学ぶことができ、職場に帰って、即実践できるような課題別研修を企画した。

3) **階層別研修**

新人や若手を重視した内容から多世代が参加できる階層別研修を企画した。

4) **臨床技能研修、資格認証等研修**

資格や臨床技能の認証・評価機能を有するOJT研修を企画した。

5) **事例報告会**

会員ならびに関係者等によるポスター発表形式の参加型研修を企画した。

具体的なプログラムの内容としては、最近のトピックスである内容はもちろん、「災害と理学療法」、「中堅管理者向けの職場研修会」、「フットケア研修会」、「FIM研修会」など各団体から共催・後援いただいた研修を多く実施し、一部研修では修了証を発行したこと、目線カメラなどの導入によって研修を充実させたこと、4病院に協力頂き短縮版臨床技能評価（mini-CEX）や客観的臨床技能評価（OSCE）を実施したこと、“認知症”や“排尿”、“英会話”など専門・認定分野として存在しないが、臨床での困りごとをテーマとして研修を実施したこと、士会および市区町村における新たな総合実践報告に関して公募し、58演題ポスター発表を行ったことが本大会の事業の特徴である。

また、講師に新進気鋭の若手講師を多数起用することと、テーマや講師主体の企画ではなく、企画内容に適する講師（他職種も含む）を選出することを重視した。

最終的には、基本的臨床技能研修2企画、課題別研修13企画、階層別研修2企画、臨床技能評価3企画、資格認証等研修4企画、事例報告の全25企画の研修大会となった（図2）。

学術研修大会　プログラム日程表

2018年5月25日（金）

	つくば国際会議場												茨城県立医療大学
	1階					2階			3階		4階		
	大ホール	多目的ホール		大会議室101	大会議室102	中ホール200	中会議室201	中会議室202	中ホール300	小会議室303	小会議室405	中会議室406	
定員	300	100	－	60	100	200	120	60	300	60	11	100	50
聴講者		50	－	40	40	外		30	外		20		
8:00													
9:00	8:30受付開始		都道府県理学療法士会および市町村における新たな総合事業等実践報告会（ポスター掲示）										
10:00	【実技(1日)】日本理学療法士協会認定理学療法士の指定研修会	【実技(2日)】災害と理学療法－支援から自立へ－		【実技(1日)】上肢から自立を診る －全身運動に必要な上肢機能を考える－	【実技(1日)】理学療法における臨床研究のすすめ －研究計画から論文執筆まで－	【実技(1日)】理学療法スキルの再考 －関節可動域運動・筋力強化運動－	【実技(2日)】中堅管理者向けの職場管理研修	【実技(1日)】国際化に対応する臨床理学療法英会話	【実技(1日)】明日からの診療が変わる －起立・歩行にこだわる－	【実技(1日)】日本理学療法士協会認定理学療法士の認定必須研修会（補装具）	【実技(1日)】臨床力を高める －患者診療の模擬演習（OSCE）－	日本理学療法士協会 管理者研修（初級）	【実技(1日)】指導力を高める －臨床実習生指導方法を学ぶ－
11:00													
12:00													
13:00	開会式												－指導力を高める －臨床実習生指導方法を学ぶ－
14:00													
15:00	－日本理学療法士協会認定理学療法士の指定研修会－	－災害と理学療法から自立へ－		－上肢から自立を診る －全身運動に必要な上肢機能を考える－	－理学療法における臨床研究のすすめ －研究計画から論文執筆まで－	－理学療法スキルの再考 －関節可動域運動・筋力強化運動－	－中堅管理者向けの職場管理研修	－国際化に対応する臨床理学療法英会話	－明日からの診療が変わる －起立・歩行にこだわる－	－日本理学療法士協会認定理学療法士の認定必須研修会（補装具）	－臨床力を高める －患者診療の模擬演習（OSCE）－	－日本理学療法士協会 管理者研修（初級）	
16:00													
17:00													
18:00													
19:00			理学療法士と総合事業（質疑応答・意見交換）										
20:00													

2018年5月26日（土）

	つくば国際会議場												茨城県立医療大学
	1階					2階			3階				
	大ホール	多目的ホール		大会議室101	大会議室102	中ホール200	中会議室201	中会議室202	中ホール300	小会議室303	小会議室405	中会議室406	
定員	300		－	100	100	200		100	300	60	10	100	60
聴講者	200	50	－	40	40	外		20	外		20	30	
8:00													
9:00	【実技(1日)】疼痛に対するセルフ・エクササイズへと繋がる理学療法	【実技(2日)】災害と理学療法－支援から自立へ－	都道府県理学療法士会および市町村における新たな総合事業等実践報告会（ポスター掲示）	【実技(半日)】正しいADL評価とは－FIMを正しく実践する－	【実技(1日)】認知症に対する理学療法の実践	【実技(1日)】理学療法スキルの再考 －関節可動域運動・筋力強化運動－	【実技(2日)】中堅管理者向けの職場管理研修	【実技(1日)】排尿障害に立ち向かう －理学療法の可能性－	【実技(1日)】明日からの診療が変わる －起立・歩行にこだわる－	【実技(1日)】日本理学療法士協会認定理学療法士の認定必須研修会（物理療法）	【実技(1日)】臨床力を高める －患者診療の模擬演習（OSCE）－	【実技(1日)】足から自立を診る －フットケアに取り組む－	【実技(1日)】ウィメンズヘルスにおける理学療法
10:00													
11:00													
12:00	次期大会長挨拶		様々な総合事業を知ろう（質疑応答・意見交換）		【座学】認知症サポーター研修	－理学療法スキルの再考 －関節可動域運動・筋力強化運動－	【座学】理学療法士における改革課題と展望	－排尿障害に立ち向かう －理学療法の可能性－	－明日からの診療が変わる －起立・歩行にこだわる－	【座学】PTの生涯プランニング			
13:00			都道府県理学療法士会および市町村における新たな総合事業等実践報告会（ポスター掲示）										
14:00	－疼痛に対するセルフ・エクササイズへと繋がる理学療法	－災害と理学療法－支援から自立へ－		【実技(半日)】正しいADL評価とは－FIMを正しく実践する－	－認知症に対する理学療法の実践		－中堅管理者向けの職場管理研修			－日本理学療法士協会認定理学療法士の認定必須研修会（物理療法）	－臨床力を高める －患者診療の模擬演習（OSCE）－	－足から自立を診る －フットケアに取り組む－	－ウィメンズヘルスにおける理学療法
15:00													
16:00	閉会式												
17:00													

実技研修（2日間）　実技研修（1日）　特殊な研修　半日研修　座学研修

図２　学術研修大会　プログラム日程表

2. 第53回日本理学療法学術研修大会 in茨城の開催の効果

意図で述べた5つの柱のプログラムを開催した効果を、大きく6点に分けて小括する。

1）臨床技能に主眼を置いた学術研修大会と科学を極める学術集会との対照化

臨床技能に主眼を置き、科学を極める分科学会における学術集会とは性格を対照化された学術研修大会企画を提示できた。さらに、研修内容や参加申込種類による参加費の相違形式を導入した。参加者数から、年会費を納入している会員にとって帰属の満足度を高めることができた。

2）理学療法士としてのコアとなる職能別研修、社会の要請に対応する課題別研修、多世代に対応する階層別研修を体系化

「疾患ではなく障害を診ること」「研修翌日から臨床で活かせる技能を習得してもらうこと」

「多世代の会員が参加したいと思う研修」を3本柱として、全25企画の研修を実施した。そのうち、コアとなる職能別研修として、基本的臨床技能研修2企画および資格認証研修4企画、総合事業の事例報告を含めた課題別研修14企画、階層別研修2企画を実施した。参加した方々の世代が広がり、参加した方々からは「面白かった」、講師陣からも「またやりたい」などの言葉が聞かれ、参加者、講師陣ともに高い満足度が得られた。

3) **若手・中堅層会員や他職種の講師陣を積極的登用**

今大会は、全国学術研修大会からの目的である、若手・中堅層会員の講師経験や養成の場となる学術研修大会へ回帰した。また、医師、看護師、作業療法士など研修内容に精通した専門家にも講師を依頼した。1～2日間を通じた研修企画とし、ほぼすべての企画が複数講師による講義対応であったため、その質を保証するために講師陣の責任者を位置付け、取り纏めを準備委員会と共に実施した。これらの準備に係る作業は膨大であったが、若手・中堅講師陣の熱意は想像以上のものであり、「協会、理学療法士としてやりたいことがわかった」「ありがたかった」「充実した」「理学療法士の役割がわかった」など想定外の、会員からの本会事業に対する支持や他職種からの承認という陽性効果を創出できた。

4) **本会理事による臨床技能を認証する研修の可視化**

OSCEおよびmini-CEXについて、OSCEは主会場にて標準患者に対して、mini-CEXは4つの会員所属病院で実際の患者に対する臨床技能認証として実践した。被評価者は会員を対象とした公募型、評価者は本会理事クラスを対象とした。臨床時のユニフォームを着用し学術研修大会会場内を移動している風景は、今大会ならではの取り組みとなった。被評価者からは「自信になった」、評価者からは「良くわかった」「続けたほうが良い」、聴講者からは「やり方が参考になった」など、本会が取り組む臨床技能評価のあり方を示すことができた。

5) **学会運営業者に依存しない大会運営を実現**

学会運営業者を選定せず、士会の将来を担うであろう人材を中心とした準備委員会、士会、本会が一体的に運営することを念頭に置き、準備から運営を実施することができた。広報においては、本会が既に構築したホームページ運用システムを初めて活用し、斬新な広報手法を提示した。協賛方法についても研修テーマごと、会場ごと、など新たな仕組みは協賛企業から好評であった。運営に携わった会員からは、「想像以上に大変でであったが、とても良い経験となった」「またこういった事業に関わりたい」「全国で活躍する著名な方々と知り合うことができた」など、士会の組織をより強化する効果が得られた。

6) **開会式による社会的発信**

本会の学術研修大会としては初めて後援を頂いた厚生労働省、文部科学省、経済産業省を含め国内102団体から後援を頂いた。開会式は、39名の県内関係団体のご登壇、厚生労働省大臣（代理）、文部科学省高等教育局長（代理）、内閣府特命担当大臣（代理）に加え、茨城県知事、つくば市長ご本人からご来賓のお言葉を頂いた。本会の倫理規程宣言、理事紹介も行い、社会的発信の開会式モデルを提示した。「これは理学療法士をアピールできて良い（来賓医師）」「呼んでいただいて光栄である（来賓医師）」「盛大だ」「良くこんなに集まった」「こんな開会式はできない」といった感想も聞かれ、一定の成果があった。

大会参加者数

※実人数(のべ人数)

					計
有料参加者 ※(述べ人数)は、 別表「研修会別 参加者数」を参照	事前登録	16000	2日間研修	112	2,442 (2,611)
			1日間研修×2	463	
		14000	1日間研修(25日)のみ	158	
			1日間研修(26日)のみ	501	
		15000	1日間研修+半日研修	31	
		13000	半日研修	73	
		12000	聴講(2日間)	630	
		0	無料(中央研修会のみ)	39	
	当日登録		聴講(2日間)	237	
			非会員	3	
			学生	37	
	小　計			2,284 (2,377)	
一般・来賓・関係者	実践報告会			16 (58)	
	来賓			47 (60)	
	展示等関係者			85 (85)	
	協会役員			0 (17)	
	協会職員			10 (14)	
	小　計			158 (234)	
講師・司会・ 運営スタッフ等	講師			84 (116)	235 (312)
	座長			10 (15)	
	ファシリテーター			7 (10)	
	アシスタント			6 (7)	
	シンポジスト			2 (3)	
	運営スタッフ		準備委員	0 (24)	
			会員	123 (131)	
			学生	0 (0)	
			企業協力	0 (2)	
			小 計	232 (308)	
			委託業者	3 (4)	
			小 計	3 (4)	
合　計					2,677 (2,923)

都道府県別参加者数

No	都道府県	参加者	新人教育プログラム	
			修了者	未修了者
1	北海道	59	50	9
2	青　森	26	21	5
3	秋　田	13	10	3
4	岩　手	12	12	0
5	宮　城	18	14	4
6	山　形	21	19	2
7	福　島	62	51	11
8	茨　城	333	297	36
9	栃　木	78	68	10
10	群　馬	93	87	6
11	埼　玉	148	128	20
12	千　葉	176	146	30
13	東　京	301	249	52
14	神奈川	123	112	11
15	新　潟	34	33	1
16	富　山	18	18	0
17	石　川	22	21	1
18	福　井	6	6	0
19	山　梨	28	21	7
20	長　野	37	30	7
21	静　岡	54	47	7
22	岐　阜	9	6	3
23	愛　知	66	54	12
24	三　重	12	12	0

No	都道府県	参加者	新人教育プログラム	
			修了者	未修了者
25	京　都	16	15	1
26	滋　賀	6	6	0
27	奈　良	9	7	2
28	和歌山	14	8	6
29	大　阪	66	58	8
30	兵　庫	63	48	15
31	岡　山	19	14	5
32	広　島	32	27	5
33	鳥　取	16	13	3
34	島　根	8	7	1
35	山　口	7	5	2
36	徳　島	23	23	0
37	高　知	18	14	4
38	香　川	8	8	0
39	愛　媛	13	12	1
40	福　岡	34	26	8
41	長　崎	14	12	2
42	熊　本	17	14	3
43	大　分	18	12	6
44	佐　賀	10	10	0
45	宮　崎	6	6	0
46	鹿児島	18	16	2
47	沖　縄	28	26	2
48	海　外	0	0	0
合　計		2,212	1,899	313

研修会別参加者数

※1 当日受講者：ポイント付与者を対象　※2 途中入退室含む

2日間の研修	収容人数	定員数	申込者数	当選者数	受講者数※1	聴講者数※2	備考
災害と理学療法 －支援から自立へ－	162	100	36	36	30	[1日目] 100 [2日目] 50	
中堅管理者向けの職場管理研修	126	100	77	77	73	——	
実践報告会	——	——	——	——	——	[1日目] 150 [2日目] 50	

1日目(25日)	収容人数	定員数	申込者数	当選者数	受講者数※1	聴講者数※2	
上肢から自立を診る　－全身運動に必要な上肢機能を考える－	144	60	68	59	57	140	
理学療法における臨床研究のすすめ －研究計画から論文執筆まで－	144	66	69	66	62	[午前] 60 [午後] 聴講なし	
理学療法スキルの再考 －関節可動域を守る運動療法回帰－	200	150	172	150	149	——	
国際化に対応する臨床理学療法英会話	126	60	40	40	38	40	
明日からの診療が変わる －起立・歩行にこだわる－	324	300	335	300	293	——	
指導力を高める －臨床実習生指導方法を学ぶ－	60	40	47	40	39	——	
臨床力を高める　－患者診療の模擬演習(OSCE)－【1日目】	72	11	11	11	10	[午前] 48 [午後] 44	
認定理学療法士の指定研修	808	500	438	438	430		
認定理学療法士の認定必須研修会(補装具)	63	60	64	60	59	——	
初級管理者中央研修会	108	50	50	50	50	——	
mini-CEX午前　[見学者数]		5	4	3	3	——	1日2施設計4名受講
mini-CEX午後　[見学者数]	——	5	4	4	4	——	上記に含む

2日目(26日)	収容人数	定員数	申込者数	当選者数	受講者数※1	聴講者数※2	
疼痛に対するセルフ・エクササイズへと繋がる理学療法	808	200	336	336	324	500	
認知症に対する理学療法の実践	144	100	88	88	83	[午前] 50 [午後] 聴講なし	
理学療法スキルの再考 －関節可動域を守る運動療法回帰－	200	150	93	93	88	——	
排尿障害に立ち向かう －理学療法の可能性－	126	100	65	65	59	35	
明日からの診療が変わる －起立・歩行にこだわる－	324	300	269	269	261	——	
足から自立を診る －フットケアに取り組む－	108	60	74	60	57	[午前] 45 [午後] 10	
ウィメンズヘルスにおける理学療法	630	60	68	60	58	——	
認定理学療法士の認定必須研修会(物理療法)	63	60	49	49	36	——	
臨床力を高める　－患者診療の模擬演習(OSCE)－【2日目】	72	10	17	10	7	[午前] 22 [午後] 18	
正しいADL評価とは －FIMの実践－：午前	144	100	73	73	70	40	
正しいADL評価とは －FIMの実践－：午後	144	100	32	31	28	30	
mini-CEX午前　[見学者数]	——	5	7	5	5	——	1日2施設計4名受講
mini-CEX午後　[見学者数]		5	4	4	4	——	上記に含む
認知症サポーター研修	144	——	——	——	——	70	
理学療法士における政策課題と展望	126	——	——	——	——	85	
歩行動揺計を用いた理学療法の新たな展開	230	——	——	——	——	110	
理学療法士の生涯ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞを考える	100	——	——	——	——	75	

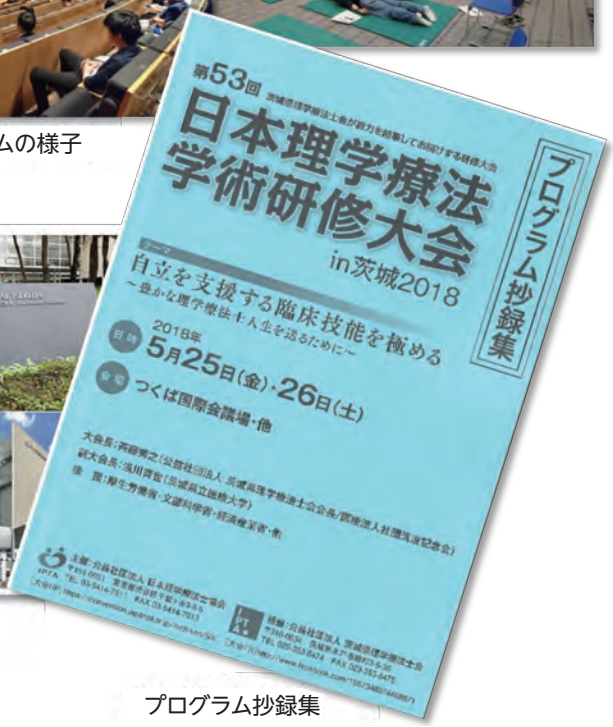
参考　第53回　日本理学療法学術研修大会 in 茨城　参加者データ　(続き)

第 53 回日本理学療法学術大会 in 茨城

準備委員・運営委員集合写真

研修プログラムの様子

メイン会場 つくば国際会議場



プログラム抄録集

第53回日本理学療法学術大会の開催（分散開催）の意味と効果

1. はじめに

2013年4月に従前の7つの専門領域研究部会から12の分科学会、5つの部門（のちに5部門を追加、合計10部門）が発足し6年が経過した。当初の構想では5年を区切りの時期として、第1期は「学会組織の基盤整備、会員による分科学会の登録の推進、運営幹事の役員選挙実施」を目標とする基盤整備期、第2期は「各分科学会の学術成果の発信、関連学会との連携成果の公開、運営審議会役員は分科学会代表幹事等で構成し、自律的な活動を推進する」という展開期、第3期は「各分科学会の法人化、独自の予算事業編成、分科会横断的な協議会を設立、基本的な各分科学会の自律・自立的な運営」を指向する成熟期として位置づけてきた。

上記における展開期にあたる2018年度の53回日本理学療法学術大会は、分科学会化による初めての学術大会として10大会に分散して開催され、参加者総数12,028人（会員11,430人、非会員598人）、一般演題数1,895題（採択率95.9%）となった。分科学会学術集会・部門研究会は、6分科学会が学術集会、サテライトカンファレンス等9の学術イベントを、6部門では研究会等（学術大会と共催含む10の学術イベント）が開催された。直近の52回大会（連合大会）では、参加者総数が7,771人、演題数1,780（採択率93.4%）だったことを考えると、全体として学術大会は活性化したといえる（**表1**）。

学術大会がこれまでの連合大会の開催から分散開催となったことの影響について、学会将来員会（横田一彦委員長）の「学会分散化の効果検証に関するワーキンググループ（中山恭秀代表）」による調査報告書（2019年5月報告、以下、「報告書」という。）に基づき分散開催の意義と影響について報告する。

表1　演題選択率

学会名	演題応募数（件）	演題採用数（件）	演題採択率
第49回大会	2134	1633	76.4%
第52回大会	1905	1780	93.4%
2018年度分科学会（合計）	1975	1894	—
（平均）	197.5	189.4	95.9%
運動器PT学会	545	522	95.8%
基礎PT学会	233	229	98.3%
呼吸・心血管・糖尿病PT学会	177	175	98.9%
支援工学PT学会	30	30	100.0%
小児PT学会	100	88	88.0%
神経PT学会	353	315	89.2%
スポーツPT学会	96	96	100.0%
地域PT学会	179	179	100.0%
教育・管理PT学会	54	52	96.3%
予防PT学会	208	208	100.0%

2. 「分科学会化移行に伴い、何がどのように変わったか」

報告書では学会運営にかかわる担当者277名を対象として、分科学会化移行に伴い、何がどのように変わったかについての調査（回収率47.3%）が報告されている。設問は全24問で構成されているが、主な結果について記載する。

分科学会に伴って演題の質は「良くなった」「どちらかといえば良くなった」が28%、「大きく変化していない」が65%を占めていた（**表2**）。全体的に緩やかに質が高まっている状況を認識していることが理解できる。分科学会になったことで、他の学会に会員の発表の場所が流れたという印象があるかという問いに対しては、6割がそうは感じていないと回答していた（**表3**）。その理由として、「全国学会が無くなったから」「専門職が集まる場を求めているから」という回答が約40%を占めていた（**表4**）。つまり、より専門的領域に深化していく分科学会化においては、その領域に強い関心があるものが参加するということを示している可能性がある。分科学会の位置付けについては、運営側は分科学会の専門的レベルが高くブロック学会や士会の学術大会は登竜門であるという認識を持っている様子が伺えた。

また、連合大会開催に関しては8割以上で期待するとの回答があり、4年に1度という回答が最も多い結果となった(**表5**)。このことは、専門的領域に深化するという志向性を示す一方で、理学療法の大きな枠組みの中での研究成果の総合的・包括的な交流が不可欠であるという認識を示していると考えられる。

表2　設問10　分科学会移行に伴い、演題の質はどのように変わりましたか？

【選択肢と回答】

選択肢	件数	%
1. 良くなった	10	7.6
2. どちらかといえば良くなった	27	20.6
3. どちらともいえない	85	64.6
4. どちらかといえば低くなった	6	4.6
5. 低くなった	3	2.3

表3　設問11　分科学会化により、これまで全国学会に参加していた会員が都道府県仕学学会やブロック学会、他関連職学会へ発表・参加学会を替えている印象はありますか？

【選択肢と回答】

選択肢	件数	%
はい	52	39.7
いいえ	79	60.3

表4　設問13　設問11または12で、「はい」と答えた場合、その理由について考えられるものを教えてください。(自由回答)

【アフターコーディングによる分類】N=46

分類	%
PT全国学会がなくなったから	20.9
専門職が集まる場を求めているから	16.3
他のPT以外の学会の方が魅力的だから	15.3
両方増えている	5.9
他の関連学会が発表しやすくなった	5.2
広報が不足している	5.2
全国学会より応募しやすい	3.8
地域が限定される	2.2
地域でも全国学会があるから	2.2
その他	23.1

表5　設問18　連合大会を期待しますか？

【回答】

選択肢	件数	%
はい	107	81.7
いいえ	24	18.3

設問19　「はい」と答えた方にお聞きします。何年おきが良いですか？（選択）

【回答】

順位	選択肢	件	%
1位	3年おき(4年に1回)	41	31.3
2位	1年おき(2年に1回)	21	16.0
3位	4年おき(5年に1回)	17	13.0
4位	毎年	15	11.4
5位	2年おき(3年に1回)	12	9.2
	それ以上	1	0.8

3.「分科学会化移行に伴う会員の意識調査」

さらに、報告書には会員96,951名を対象とした意識調査(回答数4,046件、4.2%)が記載されている。回答者の基本属性として、年代は30歳代が約40%を占めており、86%が分科学会・部門に登録し、それらのうち所属する学会について**表6**に示した（重複回答）。分科学会化により専門性が高まっていると感じているものは、「いいえ」と回答した会員の2倍であり、専門性の高まりを感じている会員の意識が現れる結果となった(**表7**)。回答者において、学術大会に参加したものは42.3%であり、学術大会への参加目的を教育講演や発表の聴講とするものが多い結果となった(**表8**)。

士会の主催する学術大会やブロック学会、他の関連学会に比べて分科学会の優先順位は1位・分科学会、2位・都道府県学会主催の学術大会、3位・ブロック学会であった(**表9**)。連合大会と比較して参加して感じた演題の質の変化については、「連合大会に参加していない」「分科学会に参加していない」ものが33%存在し、残りの67%のものの印象では、「良くなった」「少し良くなった」は合わせて18%（参加者の中での修正割合は30%）であるのに対して「どちらともいえない」が34%（参加者の中での修正割合は56%)、「低くなった」は8%（参加者の中での修正割合は13%)を示した(**表10**)。

表6　所属学会の内訳

	件数	%
日本運動器理学療法学会	1912	47.3
日本神経理学療法学会	1325	32.7
日本予防理学療法学会	943	23.3
日本地域理学療法学会	933	23.1
日本呼吸理学療法学会	717	17.7
日本基礎理学療法学会	698	17.3
日本スポーツ理学療法学会	507	12.5
日本心血管理学療法学会	441	10.9
日本理学療法教育学会	397	9.8
理学療法管理部門	369	9.1
日本糖尿病理学療法学会	251	6.2
徒手理学療法部門	244	6.0
日本支援工学理学療法学	214	5.3
日本小児理学療法学会	206	5.1
がん理学療法部門	156	3.9
栄養・嚥下理学療法部門	146	3.6
産業理学療法部門	138	3.4
物理療法部門	137	3.4
精神・心理領域理学療法部門	94	2.3
ウィメンズヘルス・メンズヘルス理学療法部門	78	1.9
学校保健・特別支援教育理学療法部門	76	1.9
動物に対する理学療法部門	27	0.7
無回答	324	8.0

表7　設問3　分科学会移行における専門性に関して

1. 各分科学会の取り組みに対して専門性が高まっていると感じますか？（あなたが現在所属している代表的な分科学会の1つに対する回答としてお答えください）

【回答】

	件数	%
はい	2062	51.0
いいえ	991	24.5
分科学会に所属していないのでわからない	567	14.0
無回答	426	10.5

表8

1. あなたが学術大会（分科学会主催のもの以外も含む）に参加される（もしくはされた）目的として、当てはまるものを以下から選び、優先順位として1～3位まで選択してください。

【回答】*

	1位	2位	3位	総合
教育講演等の聴講	1479	1048	605	7138
他社の発表の聴講	622	1376	935	5553
自身の発表	1120	373	398	4504
生涯学習ポイントの取得	385	542	840	3079
他者（他施設）との交流	173	409	663	2000
学会の運営スタッフ	86	63	111	495
病院（もしくは上司や先輩）の要請	28	47	89	267
知人や友人の誘い	11	32	104	201
その他	55	16	56	253
無回答	87	140	245	786

※総合は1位3点、2位2点、3位1点の重みづけをしたもの

表9

1. 会員として、学術大会に参加、もしくは発表をする場合、どちらの学術大会を優先的に選択しますか？　優先順位として1～3位まで選択してください。

【回答】*

	1位	2位	3位	総合
分科学会主催の学術大会	2152	1030	616	9132
都道府県学会主催の学術大会	793	1176	1344	6075
ブロック学術大会	381	1294	1646	5377
他の学術大会	603	335	138	2617
無回答	117	211	302	1075

※総合は1位3点、2位2点、3位1点の重みづけをしたもの

表10

1. 分科学会で開催されるようになった学術大会に関して、演題の質はどのように感じていますか？　12分科学会合同の全国学術大会を経験したことがある方は、その際と比較した印象をお答えください。

【回答】

	件数	%
良くなった	302	7.5
少し良くなった	454	11.2
どちらともいえない	1385	34.2
少し低くなった	197	4.9
低くなった	129	3.2
分科学会主催前の合同の全国学術大会に参加したことがない	421	10.4
分科学会主催の学術大会に参加していない	961	236.8
無回答	197	4.9

4. まとめ

報告書の内容から、連合大会開催に比し分散開催によってより専門的な演題が増え質的にも若干の向上があるという印象を持っていることが理解されるが、その影響と意義を結論付けることは、2018年度が初めての開催年であるから困難であり、同様な調査を今後とも継続的に実施していく必要性がある。

さらに重要な点として、今回の調査は「印象」に関わる意識調査だったが、今後は学術レベルを示すもの、演題発表の質の検証方法（研究デザイン）などについての調査検討が必要と考えられる。また、参加者の立場に立つと従来の連合大会では一度に多くの領域の話題に触れることが可能であったこと、参加する場合の経済的負担の検証などの側面についての調査も重要と考えられる。

中長期的に展開期から成熟期へとむかう本会の学会機能は、「理学療法学」の発展を視野に入れて他の関連医学会等との連携を強化し、学会として科学的基盤を構築する研究への支援の方向性を示す段階にきているものといえる。

第54回　日本理学療法学術研修大会　ポスター

2 管理者育成に向けた管理者ネットワークの構築

管理者ネットワークの目的

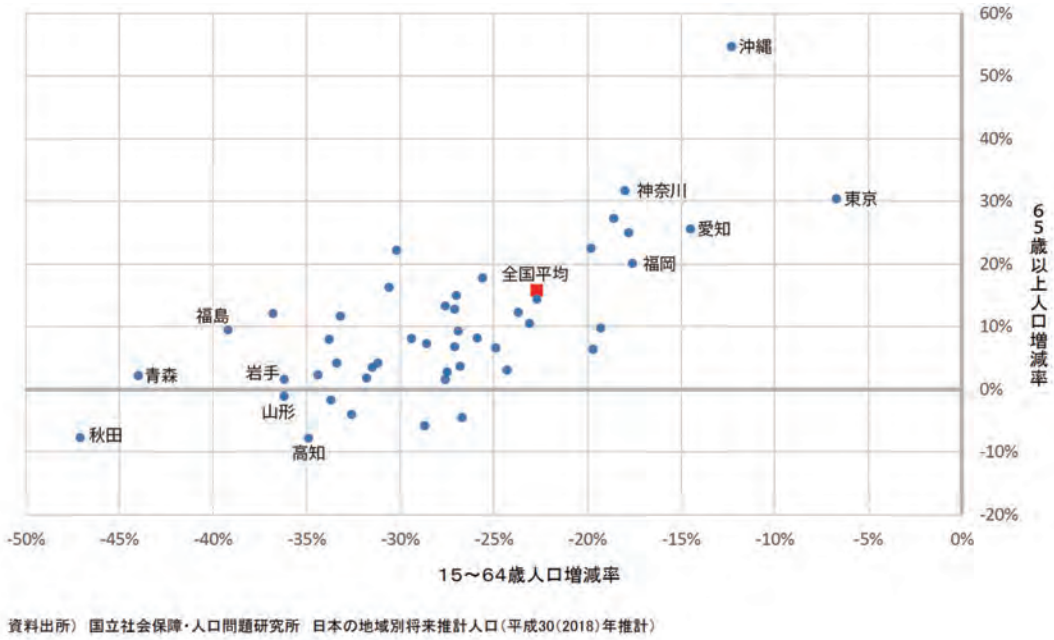
現在、日本は急激な人口変化、さらには地域ごとで異なる人口動態の変化に見舞われている（図1）。また、理学療法士が対面する国民の障害像も多様化しており、理学療法士の所属する施設も同様に多様となっている。管理者ネットワークの構築は、近年の社会環境の変化に理学療法士が柔軟に適応し、社会環境の変化に適した解決策を提示できる専門職としてあり続けることを目的としている。

1. 都道府県、ブロック、市区町村へとミクロ化する組織対応範囲の充実

各都道府県における地域包括ケアシステムに対する取り組みは推進され、ブロックや市区町村へと対応はミクロ化している。組織として対応するには、各地域を基盤としている医療機関、介護保険関連施設等に従事している管理者の協力体制が必要不可欠であり、組織化を行う必要がある。

2. 多様な職場に勤務する理学療法士の質の向上に向けた管理者能力の強化

医療機関における急増する理学療法士における質の低下は、職種に対する信頼の危機に繋がる可能性がある。また、所属施設が多様となり、介護および障害福祉事業所における一人または少人数職場においては、自施設内での取り組みを振り返る機会が少なく、一事業所で質を担保することが難しい環境にある。



（出典：第32次地方制度調査会第2回専門小委員会会議資料3　平成30年9月12日）

図1　都道府県別 生産年齢人口、高齢者の増減（2015→2040年）

管理者ネットワークの構築

先述した目的を達成すべく、各施設の管理者が連携し、有機的に活動できる組織を構築することが管理者ネットワークの本旨である。管理者ネットワークは都道府県内にあるすべての施設・事業所の管理者が自らの施設・事業所が属する地域・職域に展開され、網の目状にネットワーク体制が構築されることを目指している（図２）。

1. 地域における管理者ネットワーク（図２青枠で表示）

管理者ネットワークの目的で述べたとおり、急な環境変化や地域ごとで異なる社会環境にある現在の日本において、都道府県よりもミクロ化した市区町村単位での地域課題に対応できる組織が必要である。そのため、地域課題を解決するために、急性期病院や回復期病院または介護事業所等の所属施設の機能を問わず、同一地域に所属する施設・事業所の管理者が連携できるネットワークを「地域における管理者ネットワーク」とした。

2. 職域における管理者ネットワーク（図２赤枠で表示）

各施設や事業所の管理者は所属している施設・事業所の機能に特化した課題を有する課題を抱えている。診療報酬や介護報酬においては、制度を運営する組織の多くが都道府県ごとに設置されていることから、いわゆる“ローカルルール”が存在しているといわれている。このような地域ごとの各施設・事業所の機能に特化した情報を共有し、また、身近にいる管理者同士で各施設・事業所の管理者が抱える課題を共有し、課題解決に向けた対策を検討しあえる組織を構築するために、急性期病院、回復期病院、訪問リハ事業所等の施設・事業所の機能ごとの管理者が連携できるネットワークを「職域における管理者ネットワーク」とした。

管理者ネットワークの姿（イメージ）

全ての施設・事業所が地域（市区町村・ブロック等、士会による任意の単位）・職域（都道府県単位）のネットワークに属する網の目状の連携体制を構築する。

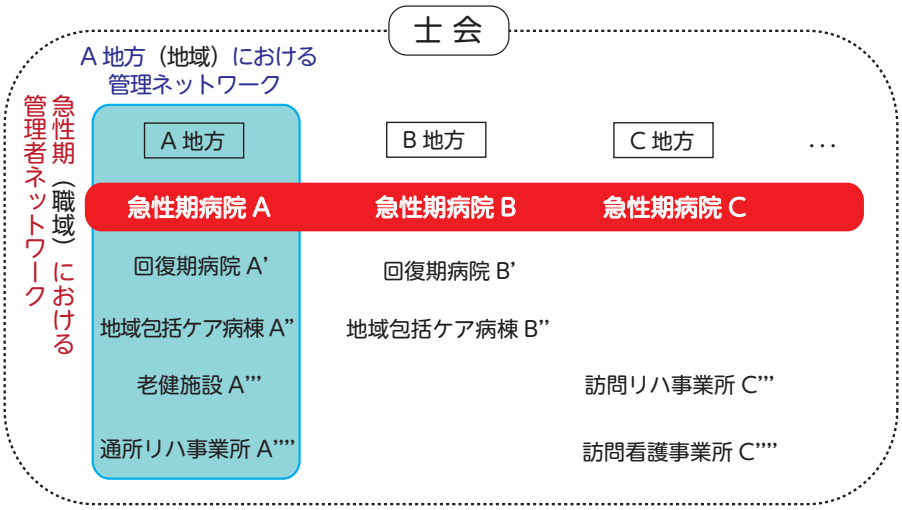


図２　管理者ネットワークの姿（イメージ）

2018年度の管理者ネットワークの構築に向けた事業

各都道府県での管理者ネットワークの構築に向けて、都道府県理学療法士会（以下、「士会」という。）において、これらのネットワーク化を推進する役割を担った「世話人」を擁立している。士会で開催する管理者ネットワーク研修会の企画および講師等を担うことを想定している。

本会では、2016年度より世話人を対象とした協会指定管理者中央研修会を開催してきた。2018年度も2018年5月に協会指定管理者中央研修会（共通）と2019年1月に協会指定管理者中央研修会（職域別）を開催した。協会指定管理者中央研修会（職域別）においては、①急性期、②回復期、③地域包括ケア病棟、④生活期の4つの職域ごとに同研修会を開催した。各職域に特化した診療報酬や介護報酬において理学療法士に求められてくるであろう役割をテーマに掲げ、講義およびワークショップを行った。各テーマに基づく講義と講義の内容を踏まえたワークショップを実施し、参加者同士による議論を通じて、管理者が行うべき取り組みを検討した（表1）。

2016年度から2018年度までに協会指定管理者中央研修会を開催し、合計517名の世話人を養成した。今後は各士会で世話人を中心に管理者ネットワークの構築およびネットワークを活用した地域課題への対応が推進されていくことを期待する。

職域	テーマ1	テーマ2
①急性期	早期からの充実した理学療法提供体制の構築	専従者が必要とする能力について
②回復期	理学療法士に求められる回復期リハビリテーション病棟管理能力	これからの回復期リハビリテーション病棟マネジメント
③地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟で働く理学療法士への組織体制と教育	地域包括ケア病棟に求められる理学療法士の関わり方
④生活期	生活期における教育	理学療法士が地域で活躍するために

表1　2018年度協会指定管理者中央研修会（職域別）で掲げたテーマ

TOPIX & COLUMN

広報のリニューアル

吉井 智晴

本会の2018年度の広報事業は「広報のリニューアル」をテーマに、情報の受け手の属性に応じたメディアの選択を整理しました。特に情報の受け手に対してPush型の情報発信を強化することを目的に、従前より運営していたメールマガジン配信、Facebookに加え、2018年10月よりTwitter、LineといったSNSを使用した情報発信をスタートさせました(図2、図3)。

本会ホームページは情報量が多く、一般向け・会員向けの情報が混在してしまい、必要な情報を見つけづらいという課題があったため、情報の種類を整理し、会員向けの情報はマイページ内に設けた「会員専用コンテンツ」へ移行しました。一方、オープンサイトでは、広い層にタイムリーに本会および会長の活動の情報を受け取ってもらえるよう「JPTA NEWS on-line」を掲載することにしました。

また、設立時より発行している会報誌「JPTA NEWS」では2017年度より会員の読みやすさ・興味に応じた特集を重視し、読み物的要素を強くしました(図4)。さらに、上半期・下半期にわけた「研修会・講習会カレンダー」を2018年度より作成し、施設管理者宛の会報誌に同封して送付しました(図1)。

なお、一般の方に幅広く理学療法士の存在を知ってもらうため、配布先が限定的な広報誌「笑顔をあきらめない。」の紙媒体での発行を停止し、WEB広報誌「リガクラボ~毎日に笑顔をプラスするWEBメディア」の公開準備を進めている(公開日は理学療法の日にあわせて2019年7月17日予定)。

図1　研修会・講習会カレンダー

図2　各種SNS

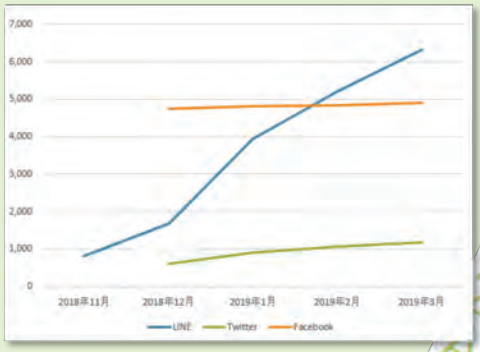


図3　SNS 登録者数推移

図4　会報誌

第Ⅳ章

国際に関する取り組み

1. 第２回アジア理学療法フォーラム
2. アジア次世代リーダーミーティング

1 第2回 アジア理学療法フォーラム

健康医療戦略とアジア健康構想 ―アジア理学療法フォーラムの背景―

2014年の第186回通常国会において成立した健康・医療戦略推進法に基づき、健康・医療戦略が定められた。内閣総理大臣を長とする健康医療戦略推進本部の下、健康医療戦略推進会議がおかれ、この中に創薬、医療機器開発、ゲノム医療実現推進、医療ICT、ファンドタスク、ヘルスケア産業など課題別に各種協議会やタスクフォースが設置された。このタスクフォースの一つして、医療技術・サービスの国際展開に係る取り組みを関係府省庁が連携して推進することを目的とし、医療国際展開タスクフォースがおかれた。

医療国際展開タスクフォースは2016年に、「アジア地域において、健康長寿に資する介護サービス等の提供や介護システムの構築に協力し、介護分野における相互互恵的な関係を構築するため、また、それらの取組みが我が国における最先端の医療・介護サービスを実現する契機となり、日本および新興国・途上国等相手国にとっての好循環を実現する」ことを目的としたアジア健康構想推進会議（アジア健康構想ワーキンググループ）を開催し、アジア健康構想の草案が協議された。

アジア健康構想は、当初、アジアにおいて急速に進む高齢化に対応したUHC（Universal Health Coverage）と健康長寿社会を実現し、持続可能な経済成長が可能な新たなアジアを創るため、アジア地域への地域包括ケアシステムの構築や日本の民間事業者等の進出促進等の相互互恵的なアプローチによる取り組みを進めることを基本的な方針として医療や介護がサービスの中核を占めていたが、現在ではインフラ部分まですそ野が広げられたところ、製品・サービスとして、①医療・介護、②ヘルスケアサービス（予防・健康増進など）、③健康な生活を支えるサービスの3つにわけた。また、それらに関連する人材育成、産業・社会基盤の整備などが支援の方策としてあげられている。さらに、アジアのみにとどまらず、人間の安全保障の理念に基づきアフリカ健康構想も提示され、2019年8月末に開催されるTICAD7（第7回アフリカ開発会議）に向けた議論が進んでいる。なお、この事務局機能は内閣官房健康医療戦略室に置かれている。

アジア理学療法フォーラムの経緯と アジアの人材育成

アジア健康構想を具体的に推進するための官民連携プラットフォームとして「国際・アジア健康構想協議会」が設置された。2017年2月9日に開催された第一回の協議会のなかで本会会長が、国際的な協力実績およびアジア諸国におけるリハビリテーションの現状と課題について報告したところ、本会として、アジア健康構想を推進する具体的な事業についての期待が寄せられた。

そこで同年9月、本会で初めてとなる大規模な国際会議として、第1回アジア理学療法フォーラム（以下、「第1回フォーラム」という。）を都内で開催した。初日は高齢化の社会課題に対する課題先進国の理学療法士協会として、本会は高齢社会における理学療法の取り組みや、先進的な支援機器、リハビリテーション医療・介護などを紹介した。翌日に行われた意見交換では6割以上の国・地域においては卒後研修制度等が未整備であることなど、アジアにおける職能的な課題が確認されたことから、「理学療法・リハビリテーション分野の人材育成」の必要性が提起された。結果、内閣官房健康医療戦略室との協議を経て、本会では今後5年間にかけて、理学療法・リハビリテーションの臨床実践を促進する高度教育人材・高度臨床人材の育成を、日本国内外で支援するプロジェクトを実施する運びとなった。

プロジェクトの実施にあたり、内閣官房健康医療戦略室よりERIA（Economic Research Institute for ASEAN and East Asia、日本語名称：東アジア・ASEAN経済研究センター）の紹介を受けた。ERIAは、第3回東アジアサミット（ASEAN10カ国と日・中・韓・印・豪・ニュージーランド）で日本政府の提案により設立が合意された国際機関で、本部はインドネシアのジャカルタに位置している。第1回フォーラムで得られた課題をもとにERIAと協議をしたところ「理学療法・リハビリテーション分野の人材育成」について、アジアの理学療法士協会の代表者のみならず、理学療法・リハビリテーション分野の担当行政官を交えた、情報提供を含む政策対話を行うことが合意され、第2回アジア理学療法フォーラム（以下、「第2回フォーラム」という。）では、本会で初めて国際機関と業務提携のうえで共催を受ける事業となった（図1）。

第1回フォーラムでは、14の国と地域の理学療法協会（香港、モンゴル、台湾、マレーシア、フィリピン、ミャンマー、シンガポール、インドネシア、パキスタン、ネパール、韓国、バングラデシュ、スリランカ、タイ）から25名の出席だったが、第2回フォーラムでは更にマカオ、カンボジア、ベトナムの理学療法協会からの代表者1～2名と、理学療法・リハビリテーション担当行政官の出席を得て、17の国と地域から46名の出席をえることとなった。

開会式には、国際・アジア健康構想協議会の座長、参議院議員（自民党国際保健医療戦略特命委員会委員長）、厚生労働省医務技監、内閣官房健康医療戦略室企画官から挨拶と基調講演があった。

初日のシンポジウムでは、「リハビリテーション分野での専門職教育の現状」をテーマとして、本会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会から、それぞれの専門における卒前・卒後教育現状と課題や運用されている生涯学習等について報告された。

翌日のインフォーマティヴセッションでは、日本の理学療法士がアジアで展開している様々な人材育成協力をテーマとして進められた。群馬大学大学院医学部保健学研究科からはモンゴルでの理学療法教育への協力について、シンガポール国立大学保健機構研究員らが地域在住高齢者を対象とした体操教室プログラムでの支援について、相澤（北京）医院管理有限公司事長が中国での臨床的なリハビリテーション人材育成について、株式会社ほっとリハビリシステムズの代表取締役は韓国で自立支援型介護を含む確率や標準化にむけた取り組みなどを紹介した。

ラウンドテーブルディスカッションでは、①アジアでの理学療法・リハビリテーション分野の人材育成、②将来に向けた協力体制について意見交換がなされ、アジア各国の理学療法士が協力し合い、理学療法の発展やサービスの仕組みづくりにつとめ、障がいがある人々や高齢者を支援することを趣旨とするアジア地域での協力体制の構築を含む以下の声明が採択された。

At the 2nd Asian Physical Therapy Forum, we declare the followings；

1. We, physical therapists of each country in Asia, will dedicate to the public benefit by progressing physical therapy.
2. Countries where physical therapy well developed are going to cooperate together to support the other Asian countries.
3. Not only for elderlies but also children and adult persons with disability, we will organize the system to provide the sufficient service as an essential role of physical therapy.

また、プレイベントとして開催されたオプショナルツアーでは、社会保障制度の概要についての情報提供や、港区の「介護予防総合センターラクっちゃ」にて都市型の多様な高齢者介護予防事業の視察などが行われた。

ポストイベントでは、介護車両やオリンピックパラリンピックにむけた施設の見学を含めたアクセシビリティツアーを行い、公共の交通機関や衛生施設、ならびにインフラストラクチャー等のチェック、移動を含む体験を行った。

まとめ

本会では、官庁との共催や後援を得た事業はこれまでも複数実施しているが、第２回フォーラムは国際機関との契約の下、外務省より「日メコン交流年2019」の認定をうけて開催されたこと、多協会間で声明文が合意されたこと、国内外の関係省庁の官僚が出席したことなどを踏まえるなど、本会設立以来、例を見ない事業といえる。

また、運営では、２日間にわたり本会会員延べ20名のボランティアによる協力があった。彼らは多様な言語を操るだけではなく、アジア各国・地域の文化をふまえたうえで、迅速かつ柔軟な対応を行い、各国との交流において非常に重要な役割を果たした。これは、草創期に欧米の理学療法士から支援を受けた恩を、理学療法・リハビリテーションが発展の途上にある国や地域の人々の健康に還元し、アジアの人材育成事業を考えるにあたって最も重要な財産と言える。

図１　第２回アジア理学療法フォーラム

2 アジア次世代リーダーミーティング

はじめに

グローバル化の進展に伴い、国際的課題への効果的・効率的な対応が必要となってきた。また、海外で働く者、同僚や患者が外国人というケースの増加など、理学療法士を取り巻く環境は劇的に変化してきた。

そこで、本会では国際感覚を養う機会を醸成するために情報を収集し、方針や戦略案を策定し、国内外で展開する事業にかかる視点について取り組んでいく必要性が生じ、2017年6月に国際事業推進執行委員会が発足した。その事業の一つとして、2018年3月に第1回アジア次世代リーダーミーティングを台湾において開催した。その際、本会の若手会員に潜在的国際人材が多く存在することが明らかになった。2回目は、本会と長く友好関係を構築してきたシンガポール理学療法士協会との共催により、2019年3月にシンガポールにおいて第2回アジア次世代リーダーミーティングを開催した。

目的

1. 海外における職能および学術に資する情報共有を促進する、
2. 若手会員に海外の理学療法士との関係を築く契機となる場を提供し、国際感覚と語学・コミュニケーション能力の向上を図る
3. アジア地域の理学療法をけん引する次世代のリーダーを育成

内容

本会会員を対象とした公募、選考過程を経て、5名の理学療法士が日本から参加し、シンガポールの理学療法士6名とともに研修に取り組んだ（**図1**）。3日間の日程概要を**表1**に示した。

研修の内容は、主にグループディスカッションと施設見学、シンポジウムにより構成された。

グループディスカッションは、11名の参加者が2つのグループに分かれ、共通のテーマ「高齢化社会における理学療法士の役割―慢性疾患の増加を背景に―」について3日間議論を交わし、最終日にはグループごとに発表した（**図2**）。一つ目のグループは、高齢化社会における日本とシンガポールの共通点を背景に、先に高齢化が進んでいる日本社会の状況から両国における理学療法士の役割が提案された。シンガポールにおける急速な高齢化を考えた時、病院から地域社会へスムーズに移行するための理学療法士の役割について共有できることが分かった。さらに、地域に暮らす高齢者が予防や健康増進に対して「自立・自助」的に関わることの重要性が共通して存在することも分かった。もう一つのグループは、高齢化社会と地域における理学療法

図1　アジア次世代リーダーミーティングの参加者および関係者

表1　日程概要

	時間	活動	会場
1日目	9：00	開会式	Admiralty Medical Centre/ Kampong Admiralty
	9：30	グループディスカッション1	Admiralty Medical Centre/ Kampong Admiralty
	10：15	施設見学1	Admiralty Medical Centre/ Kampong Admiralty
	11：45	昼食	Kampong Admiralty Food Centre
	13：45	施設見学2	Sengkang Hospital and Community Hospital
	15：30	グループディスカッション2	Sengkang Hospital and Community Hospital
	19：00	夕食とソーシャルネットワーキング	
2日目	9：00	施設見学3	Singapore Heart Foundation（シンガポール心臓財団）
	10：45	グループディスカッション3	Singapore Institute of Technology
	12：00	昼食とネットワーキング	（シンガポール工科大学）
	13：00	シンポジウム：フレイル予防における理学療法士の役割 1.「フレイルと慢性疾患：ミッシングリンク！」 2.「今後に向けて：フレイル予防における理学療法士の役割」	Singapore Institute of Technology
	16：00	グループディスカッション4：	Singapore Institute of Technology
3日目	8：30	各グループの発表 「高齢化社会における理学療法士の役割」	Singapore Institute of Technology
	9：30	シンガポール理学療法士協会会長挨拶 本会副会長挨拶 他のゲストの挨拶	Singapore Institute of Technology
	10：00	修了証書の授与と閉会式	Singapore Institute of Technology
	10：30	お別れ会	

図2　グループディスカッションの様子

図3　総合病院内の日常生活動作練習場所（後方は電車の車両模型）

士の役割に関する6つの課題と解決方法について発表した。1．公的機関や政策担当者、施設間の情報共有の在り方、2．個人の機能・能力レベルに合わせた運動プログラムの提案、3．持続性と大規模展開における実現可能性、4．両国間の地理的な違いが理学療法におけるアクセサビリティに及ぼす影響、5．高齢者の積極的な参加の促進（モチベーションの維持向上）、6．多職種におけるチームでの関わりと統合的アプローチの中での理学療法プログラムのアウトカム評価方法について述べられた。

施設見学では、まず、シンガポールの特徴でもある公団住宅を見学した。国民の約8割が公団住宅に住むといわれているシンガポールの中で、見学先であるKampong Admiraltyは、高齢社会を目前とする中、非常に注目を浴びている公団住宅であった。その一番の特徴が、住居と同じ屋根の下で買い物も食事もクリニック受診も可能である点であった。リハビリテーションセンターを備えるクリニックは、患者教育に重点を置き患者のセルフメディケーションを促す工夫が随所になされていた。次に、2週間後にオープンを控えた総合病院を見学した。この病院は、従来の病院以上に地域社会と連携し、包括的に住民のQOL向上に取り組むことをミッションとしていた。理学療法部門では、最先端の機器を駆使し、入院および外来患者の回復および自立生活支援に力を入れるとともに、2018年6月から55歳以上の地域在住高齢者を対象とした健康増進や予防プログラムを試行していた（図3）。この試行事業は、地域在住高齢者のサルコペニアやフレイルの状況把握と危険因子を同定することを目的としていた。見学当時は試行段階であったが、2年間で約2,000人を動員する計画であった。3か所目は、シンガポール心臓財団が運営する施設を見学した。同財団は心臓リハビリテーションをけん引する非営利組織であり、シンガポール国内に3か所のウェルネスセンターを展開していた。運動指導の内容は日本における慢性期の心臓リハビリテーションにおける運動療法に極めて近いと考えられたが、血圧手帳や運動プログラムのパンフレットはいずれも多言語（英語、中国語、

図4　シンガポール工科大学のシンポジウム会場

マレー語、タミル語など）対応となっており、多民族、多言語というシンガポールの特徴に対応したサービスが提供されていた。

また、2日目にシンガポール工科大学と共催し、シンポジウムも開催した（図4）。「フレイルと慢性疾患」および「フレイル予防における理学療法士の役割」と題した二つのセッションがを行い、シンガポールの医師と理学療法士、医療従事者、2名の本会理事がシンポジストとして加わった。本研修の参加者はもちろん、それ以外のシンガポールの理学療法士や学生、シンガポール工科大学の講師陣など多くの人が聴講し、予定時間を超えるほどの様々な質問が飛び交った。

まとめ

選出された次世代リーダーたちは、非常に友好的かつ積極的に参加していた。これは、研修終了時のアンケート調査にも表れていた（図5）。例えば、「全体を通して積極的に参加した」に対し、参加者全員が「そう思う」「非常にそう思う」と回答した。また、「グループディスカッションを通してその分野の知識が増えた」に対し、参加者全員が「そう思う」「非常にそう思う」と回答した。高い英語のコミュニケーション能力を持つ新たな若手理学療法士を発掘できたことは、この事業の一つの成果と言っても過言ではない。国は違っていても共有の課題は山積しており、理学療法士の連携力やアジア内でのネットワークの構築の有効性とともに、国際的な人材育成をさらに推進することの重要性を再確認できた。

また、国際事業推進執行委員会の事業の一つとして、2018年11月に第1回国内語学研修を実施し、10名の本会会員が参加した。これには第1回アジア次世代リーダーミーティングの参加者2名に協力を要請し、ミーティングの報告と語学研修のファシリテータ役を務めてもらった。国際分野で活躍する人材をどのように育成していくのか、本研修を通して発掘した人材の活躍の場をどのように拡大していくかは継続した課題である。

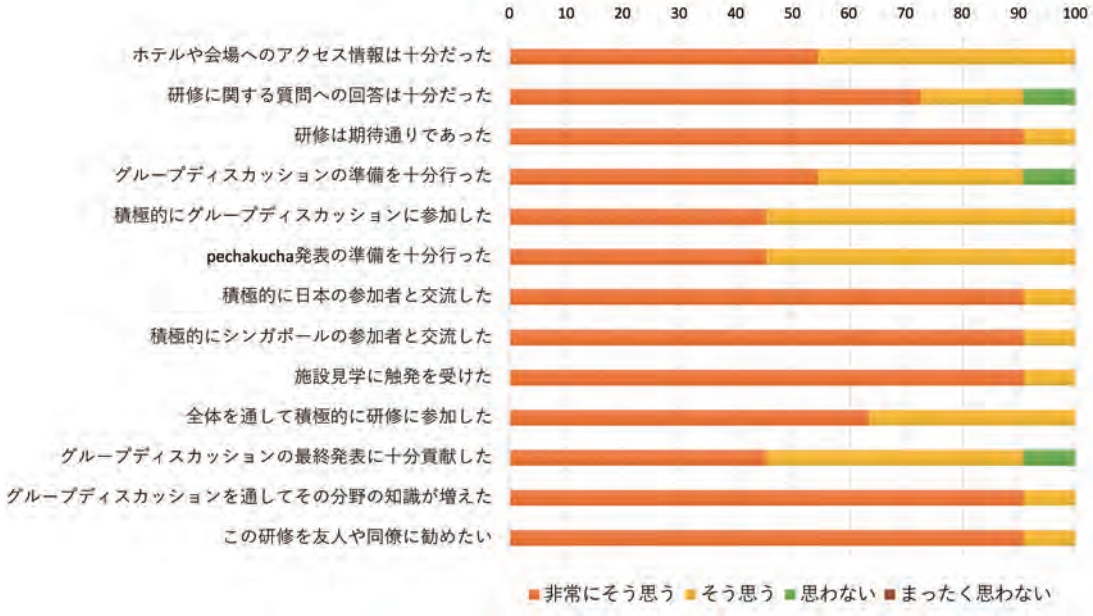


図5　第2回アジア次世代リーダーミーティング後のアンケート結果

TOPIX & COLUMN

大学教授としての社会的活動 ―ボッチャ甲子園と私―

奥田 邦晴

大学の使命は教育、研究、そして社会貢献です。私の勤務する大阪府立大学では、重度障がい者の代表的なパラリンピックスポーツであるボッチャを、本学の大きな社会貢献活動の一つとしています。筆者は、ボッチャのクラス分け委員を経て、現在は、一般社団法人日本ボッチャ協会（以下、「ボッチャ協会」という。）の代表理事を務めています。大学では、リハビリテーション概論や障がい者スポーツ指導論等の授業を通して学生に障がい者理学療法の機能について教えています。また、脳性麻痺のボッチャ選手の新しいトレーニング方法（ボチトレ）の開発・検討や障がい者スポーツの社会的効果の研究を行っています。

大学には、理学療法学・作業療法学専攻の学生が主な構成員となるアダプテッドスポーツクラブとボッチャに特化したボッチャ部の２つの部活があります。ボッチャ部は、競技大会の運営や審判ボランティアとして活動し、また、日々小学校や地域をまわり、ボッチャの楽しさを伝えると共に、学生自らがボッチャ選手として練習に励んでいます。これら学生達の社会貢献活動こそが大学の力となっていると思います。

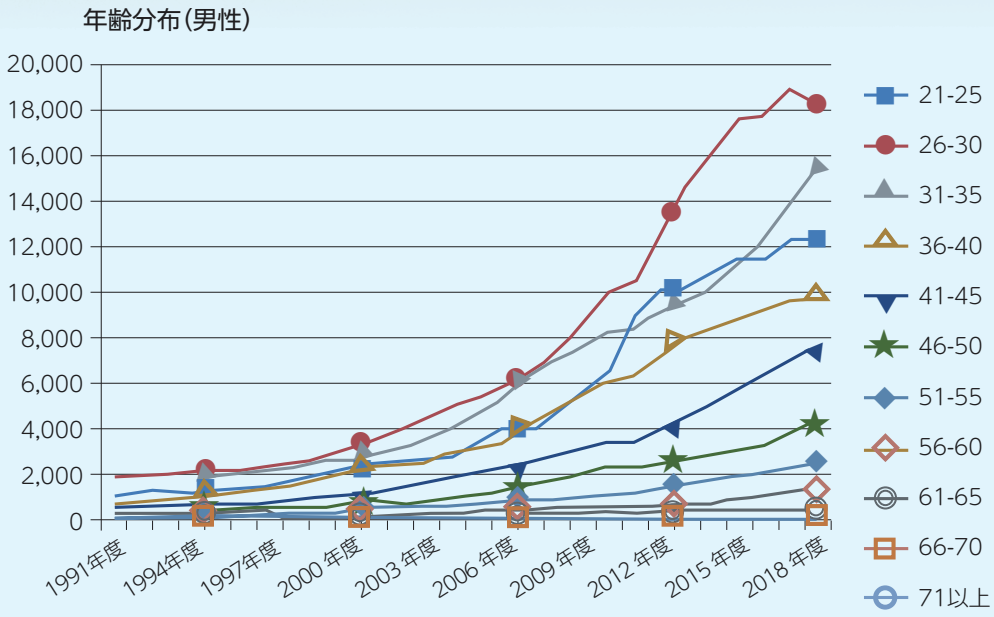
リオ2016パラリンピック競技大会において火ノ玉JAPANチームが銀メダルを獲得しました。その１年前、ボッチャ協会では東京2020パラリンピック競技大会に向けて２つのビジョンを提案しました。Para-BocciaとI-Boccia（Inclusive B：愛ボッチャ）です。当時の登録選手数は158名と少なく、東京や大阪等の都心に集中している一方で、東北では福島県の12名や、日本海側では石川県の７名を除いてその他の県は０名、そして四国４県でも１名に過ぎず、地方・地域格差が大きいことが問題となっていました。福島、石川、埼玉県の特別支援学校の教員がボッチャ協会の役員等を務めていたことから、特別支援学校がボッチャ選手発掘のキーステーションと考え、肢体不自由特別支援学校の全国大会を“全国ボッチャ甲子園”とし新たに開催しました。全国から電動車椅子の生徒達が東京に一堂に会することから、安全面確保を最重要課題とし、在来線などの公共交通機関を使用せず、主要駅や空港などからリフトカーでの送迎を計画しました。結果、1,000万円超えの経費を要することになりましたが、協賛企業、スポーツ庁のSpecialプロジェクトの助成、そして本会のご支援のおかげで、何とか開催できる運びとなりました。2017年第２回大会からは、港区スポーツセンターを聖地とし、第３回には“全国ボッチャ選抜甲子園”に改称し、より競技性の高い若年層向けの大会として、社会的にも非常に注目度の高い大会となっています。理学療法士協会では、「理学療法士にとっての障がい者スポーツの機能と役割を学ぶ」というテーマで、大会ボランティアとして募集をかけ、毎年40名余りの会員が参加しています。主な業務は、障がい者の生活支援のプロという立場から、全国から集う支援学校のチームボランティア（おもてなし隊：各校を専属で1～2名が担当）として、優勝を目指し１日を共にしています。大会後のアンケート結果からも、「非常に良い経験ができた」、「支援学校の先生や生徒と関わりがもてる良い機会でした」など好評な意見が多く、一方、支援学校に実施したアンケートからも、理学療法士への感謝と共に、大きな期待が寄せられていました。スポーツが本会や全国の士会と特別支援学校との絆を深め、理学療法士自らが障がい者支援は当たり前事であることを再認識し、地域での障がい者スポーツ大会の開催なども視野に入れた支援活動を具現化されることを期待しています。これらの活動から、社会の理学療法士に対する期待とステータスが一層高まることが推察されるとともに、東京2020パラリンピック競技大会を介した障がい者理学療法への原点回帰が、近未来の理学療法のドアを開けるキーとなるのではないでしょうか。

第V章

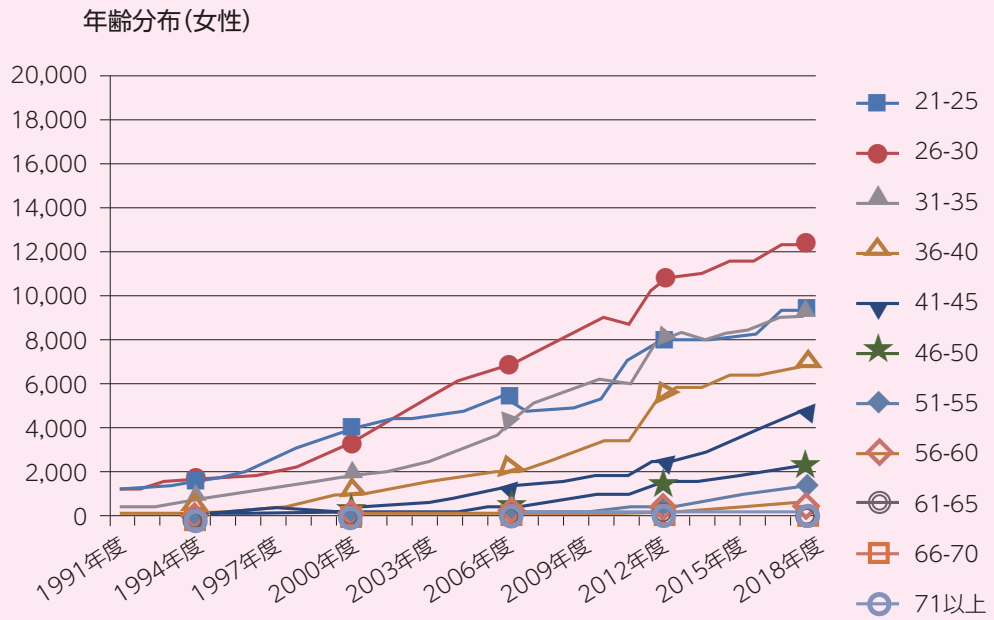
資料・統計

1. 会員の性別年齢分布
2. 会員数の推移(男女別)
3. 会員数の推移(都道府県別)
4. 施設区分の経年変化
5. 理学療法士養成施設の変化
6. 年度別入会者数(10年間)(都道府県別)
7. 新人研修の実施時期
8. 新人教育プログラム臨床見学受入施設数
9. 地域包括ケアシステム完成に向けた管理者ネットワーク初級修了者
10. 地域包括ケアシステム完成に向けた地域ケア会議推進リーダーと介護予防推進リーダー取得状況
11. 認定理学療法士について
12. 専門理学療法士について
13. 高齢者の割合と会員の全国割合(都道府県別65歳以上人口と会員数の比率)
14. 2018年度都道府県別高齢者割合と会員割合
15. 生涯学習履修状況
16. 職場構成員による施設数
17. 研究助成事業
18. 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション専門職の取り組みとリハビリテーション実施状況に関する調査
19. 介護報酬改定の影響およびリハビリテーションマネジメントに関する調査
20. 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
21. 理学療法士及び作業療法士法
22. 政令規則(一部抜粋)
23. 理学療法士の名称の使用について

1 会員の性別年齢分布

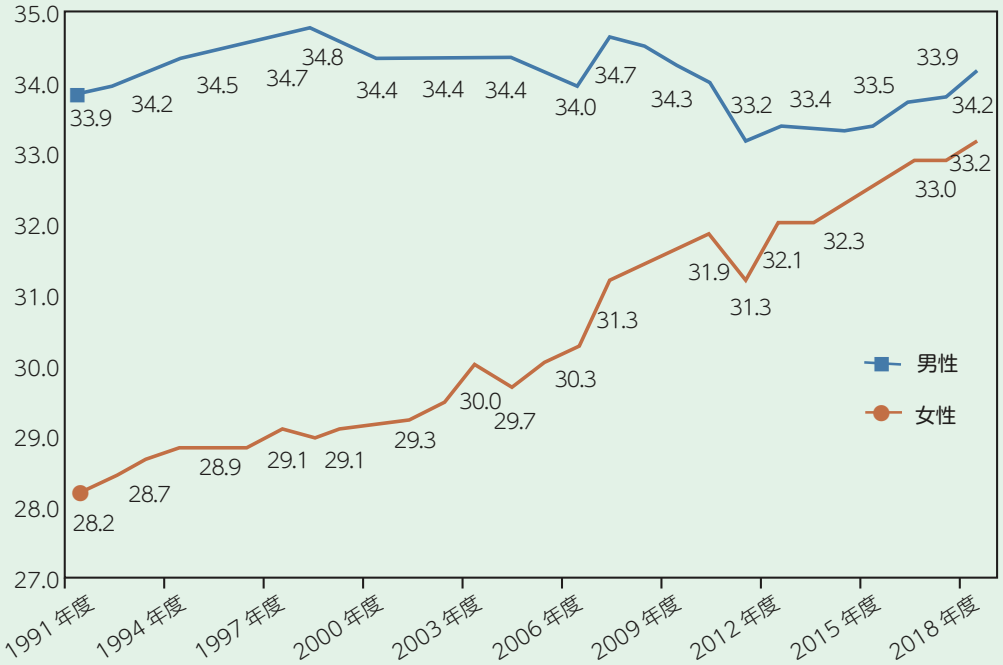


※2019年3月31日現在



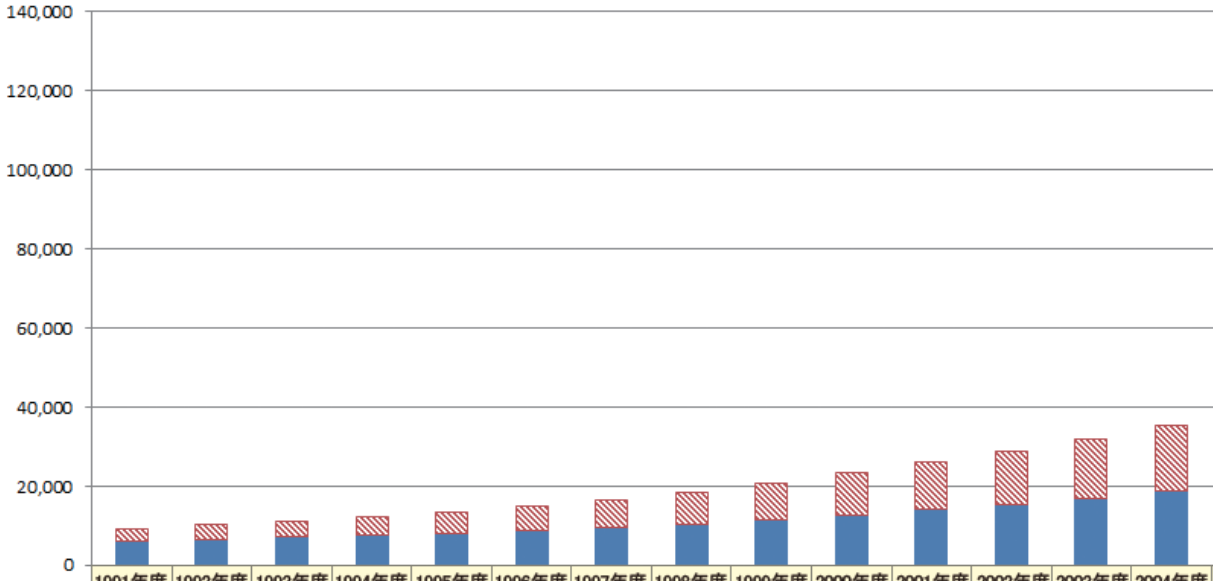
※2019年3月31日現在

性別平均年齢



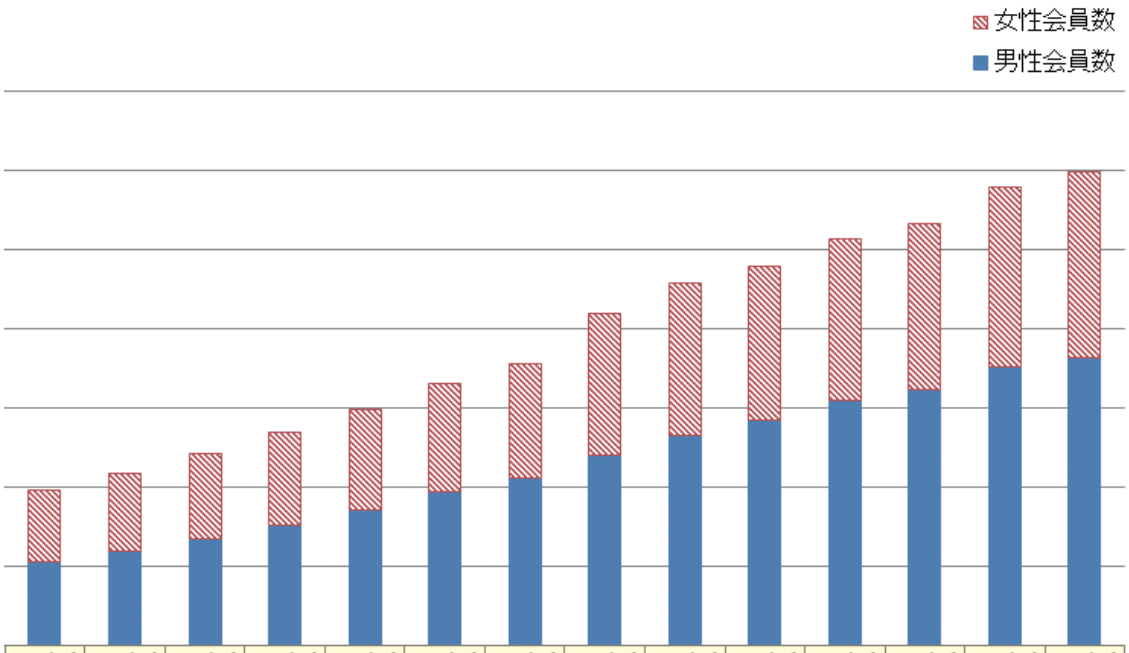
※2019年3月31日現在

② 会員数の推移（男女別）



	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度
女性会員数	3,238	3,642	4,057	4,533	5,152	5,933	6,825	7,904	9,266	10,625	12,004	13,405	14,855	16,387
男性会員数	6,113	6,608	7,115	7,635	8,191	8,856	9,567	10,335	11,448	12,678	14,026	15,381	16,954	18,785

※各年３月31日現在



2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
18,018	19,805	21,704	23,444	25,371	27,517	28,765	35,763	38,576	38,701	40,760	42,091	45,496	46,980
21,005	23,801	26,886	30,307	34,215	38,739	42,374	48,176	52,900	57,020	62,007	64,579	70,329	72,545

（人）

3 会員数の推移（都道府県別）

士会別会員数の推移（各年度末現在）

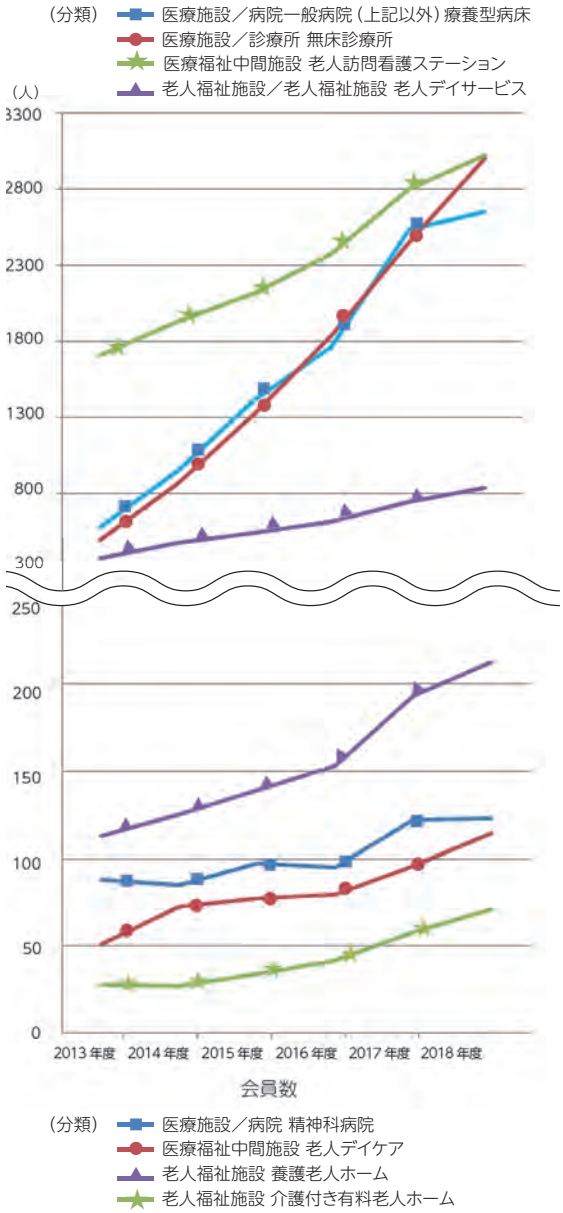
	1980年度	1985年度	1990年度	1995年度	2000年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度
北海道	82	155	363	576	1,072	2,041	2,253	2,405	2,595	2,835
青　森	19	64	106	155	233	354	382	430	472	512
秋　田	22	45	59	121	179	258	284	296	323	351
岩　手	20	60	99	163	241	369	410	459	495	540
宮　城	34	56	99	182	292	530	601	677	757	852
山　形	14	37	59	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	125	209	436	466	537	603	667
和歌山	28	58	99	178	309	462	512	564	613	682
大　阪	266	468	747	1,080	1,736	2,817	3,159	3,577	3,955	4,381
兵　庫	114	220	390	648	1,014	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	159	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
※各年度3月31日現在

2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	5年間 増加数	5年間 増加率(%)
								(人)	(人)	(%)
3124	3,366	3,721	4,036	4,323	4,664	4,766	5,169	5,323	1,287	32
568	615	658	692	720	764	789	851	863	171	25
382	423	453	479	500	536	574	601	617	138	29
593	619	685	750	805	843	878	945	971	221	29
948	1,007	1,109	1,214	1,301	1,378	1,364	1,461	1,463	249	21
523	571	635	691	747	803	852	907	921	230	33
837	896	1,000	1,113	1,211	1,314	1,357	1,437	1,467	354	32
1252	1,384	1,553	1,632	1,751	1,883	1,923	2,069	2,098	466	29
701	763	822	875	934	1,020	1059	1,153	1,203	328	37
1039	1,130	1,251	1,376	1,504	1,604	1,672	1,813	1,882	506	37
2658	2,927	3,206	3,448	3,713	4,053	4,245	4,690	4,861	1,413	41
2432	2,629	2,911	3,243	3,528	3,855	3,967	4,340	4,428	1,185	37
4642	5,019	5,476	5,796	6,167	6,759	6,910	7,750	7,905	2,109	36
3193	3,402	3,696	3,924	4,257	4,582	4,656	5,121	5,265	1,341	34
1056	1,099	1,155	1,228	1,294	1,392	1,438	1,481	1,522	294	24
474	515	580	625	659	715	764	837	844	219	35
651	718	782	869	934	993	1046	1,103	1,128	259	30
527	570	650	714	748	811	841	906	904	190	27
605	649	700	732	746	787	808	874	887	155	21
1259	1,374	1,524	1,639	1,746	1,864	1,927	2,011	2,042	403	25
1845	1,959	2,221	2,417	2,562	2,803	2,918	3,142	3,253	836	35
950	1,035	1,121	1,239	1,302	1,418	1,458	1,548	1,603	364	29
3545	3,847	4,241	4,560	4,775	5,048	5,071	5,473	5,539	979	21
831	878	966	1,040	1,108	1,179	1,219	1,303	1,340	300	29
1393	1,517	1,701	1,844	1,982	2,161	2,279	2,508	2,589	745	40
599	636	689	738	805	861	920	996	1,026	288	39
732	788	885	951	1,054	1,119	1145	1,233	1,269	318	33
781	839	892	966	1,031	1,098	1136	1,254	1,271	305	32
4902	5,299	5,773	6,228	6,614	6,977	6,979	7,593	7,610	1,382	22
2879	3,122	3,453	3,803	4,078	4,385	4,442	4,892	5,023	1,220	32
1229	1,343	1,441	1,558	1,668	1,763	1,800	1,932	1,948	390	25
1829	1,942	2,120	2,257	2,399	2,569	2,647	2,902	3,002	745	33
421	450	517	552	586	622	653	705	738	186	34
437	475	513	553	590	636	645	696	712	159	29
878	953	1,069	1,182	1,260	1,373	1,415	1,513	1,526	344	29
777	819	837	858	877	951	981	1,045	1,066	208	24
1061	1,137	1,218	1,290	1,364	1,439	1,447	1,493	1,459	169	13
670	726	788	856	902	957	974	1,037	1,062	206	24
1047	1,115	1,202	1,260	1,345	1,409	1,457	1,531	1,573	313	25
3679	4,063	4,432	4,762	5,032	5,368	5,446	5,782	5,710	948	20
1410	1,490	1,637	1,751	1,836	1,952	1,942	2,043	2,015	264	15
1541	1,678	1,881	2,057	2,232	2,375	2,365	2,523	2,510	453	22
966	1,031	1,159	1,225	1,307	1,435	1,493	1,617	1,626	401	33
787	864	932	981	1,060	1,147	1171	1,251	1,230	249	25
754	803	859	925	980	1,038	1071	1,140	1,141	216	23
1734	1,837	2,003	2,171	2,305	2,474	2,487	2,673	2,632	461	21
1085	1,160	1,248	1,327	1,368	1,427	1,441	1,525	1,516	189	14
30	34	32	43	45	44	52	42	39	−4	−9
66,256	71,516	78,397	84,470	90,055	96,648	98,890	106,911	108,622	24,152	28

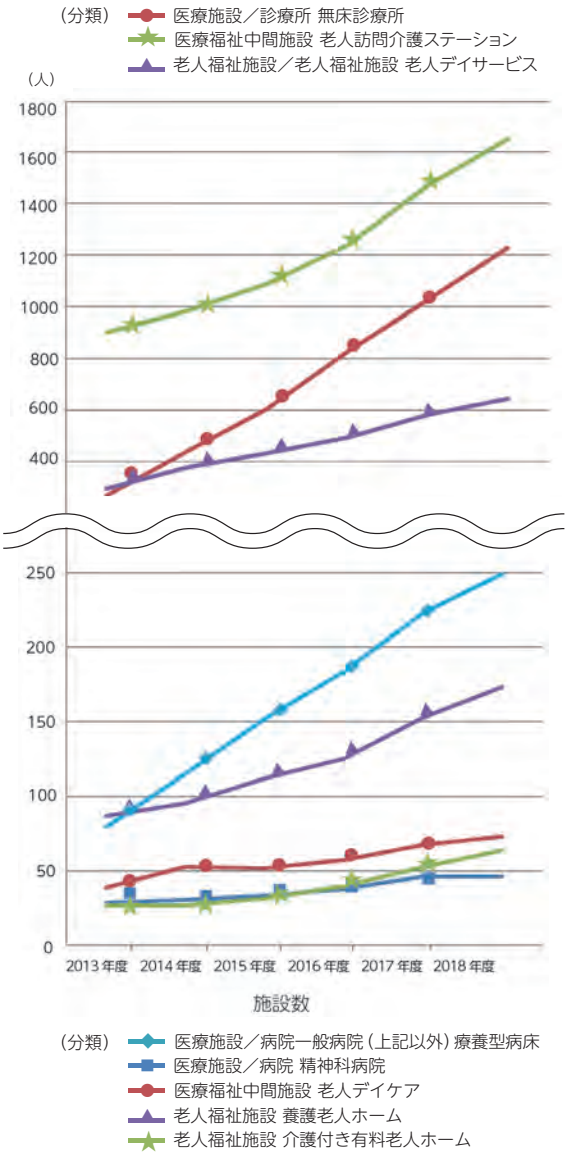
4 施設区分の経年変化

職域拡大分野の会員数と施設数の５年推移



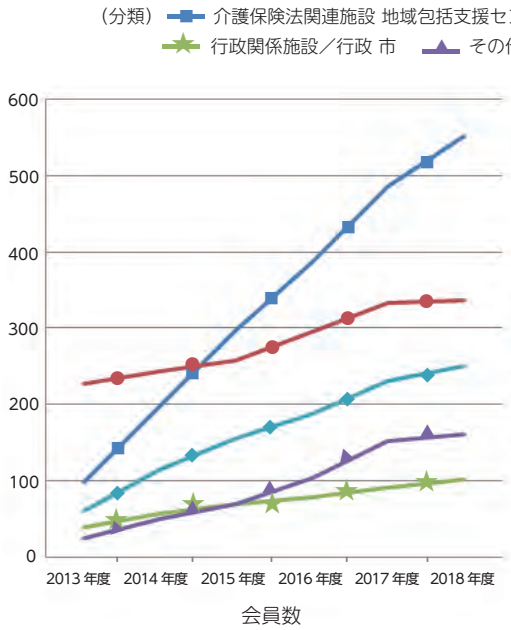
「医療施設／老人福祉施設」分野に属する会員数の経年変化

※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。

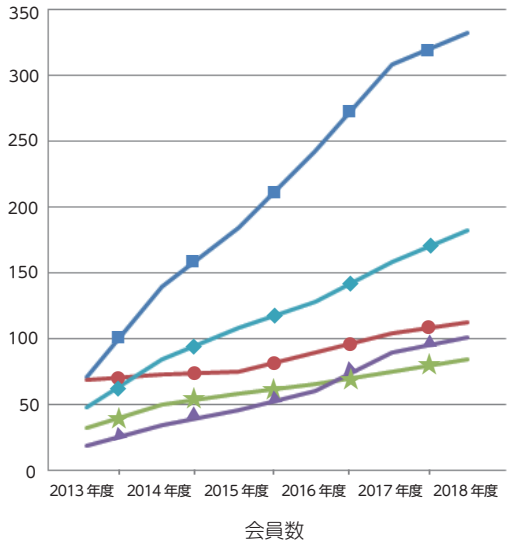


「医療施設／老人福祉施設」分野に属する施設数の経年変化

※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。



「障がい福祉施設／その他施設」分野に属する会員数の経年変化



「障がい福祉施設／その他施設」分野に属する施設数の経年変化

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	2018年度
医療施設／病院	大学病院	9	10	14	13	21	27
	総合病院	57	61	53	68	63	58
	老人病院	57	54	47	46	45	41
	小児病院	5	9	6	5	5	4
	一般病院（上記以外）一般病床	774	769	738	736	712	698
	一般病院（上記以外）療養型病床	40	47	58	61	60	64
	感染症病院	0	0	0	0	0	0
	精神科病院	12	16	19	22	26	24
	結核病院	1	0	0	0	0	0
	ハンセン病病院	7	5	5	4	4	3
	地域支援病院	2	4	2	4	5	12
	その他	42	51	53	60	57	60
医療施設／診療所	有床診療所	756	723	683	724	721	710
	無床診療所	205	278	324	433	483	562
	療養型病床群	2	3	2	3	2	4
	その他	67	60	70	62	55	70
医療施設／不明	その他	12	18	21	40	43	52
医療福祉中間施設／医療福祉中間施設	介護老人保健施設	976	936	930	902	919	920
	老人訪問看護ステーション	396	367	366	372	367	368
	老人デイサービス	151	151	141	138	136	129
	老人デイケア	35	43	40	47	52	43
	その他	144	126	125	107	103	98
老人福祉施設／老人福祉施設	養護老人ホーム	66	73	90	106	123	147
	特別養護老人ホーム	289	296	298	313	342	348
	軽費老人ホーム	3	5	5	4	4	6
	老人デイサービス	254	307	362	407	477	536
	老人福祉センター	9	8	8	12	9	8
	老人短期入所施設	6	5	7	8	13	12
	有料老人ホーム	16	20	23	39	39	45
	介護付き有料老人ホーム	28	27	29	38	48	61
	在宅介護支援センター	1	0	1	2	3	6
	高齢者総合相談センター	0	1	1	1	3	2
	その他	95	94	87	86	89	90
介護保険法関連施設／介護保険法関連施設	地域包括支援センター	59	113	139	180	221	222
身体障害者福祉施設／身体障害者更正養護施設	肢体不自由者更生施設	10	11	11	7	8	5
	重度身体障害者更生養護施設	1	1	1	1	1	0
	重度障害者授産施設	2	1	1	2	1	2
身体障害者福祉施設／身体障害者療護施設	身体障害者療護施設	85	93	80	77	81	77
身体障害者福祉施設／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	8
身体障害者福祉施設／身体障害者福祉センター	身体障害者福祉センター Ａ型	23	28	31	33	30	22
	身体障害者福祉センター Ｂ型	0	0	0	0	0	1
	在宅障害者デイ・サービス施設	2	1	1	4	2	1
身体障害者福祉施設／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	11
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	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	14	14	21
児童福祉施設／肢体不自由児施設	肢体不自由児施設	7	6	4	7	12	11
	肢体不自由児通園施設	16	11	14	15	13	11
	肢体不自由児療護施設	0	0	0	0	0	1
児童福祉施設／重症心身障害児施設	重症心身障害児施設	20	22	24	36	47	54
児童福祉施設／情緒障害児短期治療施設	情緒障害児短期治療施設	0	0	0	0	0	0

会員数						施設数					
2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
1,700	1,823	1,965	2,134	2,302	2,399	156	158	165	169	175	179
12,335	13,224	14,235	14,986	16,197	16,883	1,189	1,195	1,199	1,223	1,222	1,236
2,407	2,426	2,490	2,450	2,549	2,463	269	266	265	259	250	238
357	354	345	321	321	318	59	60	56	54	53	51
34,667	36,074	37,897	38,527	41,541	42,417	4,156	4,169	4,169	4,158	4,178	4,146
579	950	1,417	1,768	2,528	2,652	80	115	152	183	223	249
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
88	85	97	95	122	123	29	31	34	38	47	47
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
21	21	21	17	19	20	12	11	11	9	10	9
18	63	86	116	125	133	3	7	8	11	14	22
2,309	2,359	2,324	2,299	2,403	2,447	244	248	253	256	260	264
6,230	6,295	6,369	6,269	6,511	6,217	2,070	2,030	1,982	1,955	1,955	1,910
497	866	1,316	1,843	2,451	3,008	265	437	606	829	1,029	1,230
0	11	12	15	18	21	0	2	2	3	4	7
286	301	323	345	398	401	125	121	132	135	140	147
15	29	42	74	89	130	12	21	28	53	60	73
5,574	5,574	5,708	5,654	6,008	6,043	2,453	2,415	2,431	2,397	2,492	2,487
1,452	1,514	1,502	1,486	1,553	1,496	743	721	718	714	726	710
306	314	304	292	300	269	211	210	203	196	199	182
51	73	77	80	96	114	39	53	52	58	68	73
404	400	380	350	337	333	224	205	203	180	172	161
113	125	139	153	193	212	87	96	112	125	153	173
346	355	379	417	466	472	311	319	331	356	395	400
3	9	10	8	8	10	3	7	7	6	6	8
374	476	542	617	751	839	295	378	433	493	586	647
27	29	32	36	45	46	16	15	15	18	17	16
11	9	12	16	21	20	9	7	9	11	16	16
17	22	27	38	47	52	15	20	24	38	43	48
28	27	34	42	58	71	27	27	32	40	53	64
3	3	6	5	6	9	2	1	3	3	4	7
0	1	1	1	3	2	0	1	1	1	3	2
215	205	220	218	228	238	135	128	126	125	130	136
98	196	298	386	486	551	71	140	184	243	308	332
19	19	16	9	11	10	13	14	12	8	9	7
0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
8	5	6	7	6	4	4	3	3	4	3	3
135	132	125	117	130	130	104	107	98	91	97	95
15	12	11	11	10	8	11	9	9	10	9	8
40	42	49	49	42	39	31	34	39	40	36	30
0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1
2	3	3	8	6	5	2	2	2	6	4	3
17	16	19	15	18	16	14	13	15	13	15	13
1	1	2	6	10	14	1	1	2	6	9	10
16	20	23	25	27	33	13	15	16	19	21	27
279	272	270	261	271	281	57	54	55	56	60	62
92	97	95	90	90	102	36	33	34	35	35	34
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
228	243	258	296	333	336	69	73	75	90	104	112
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

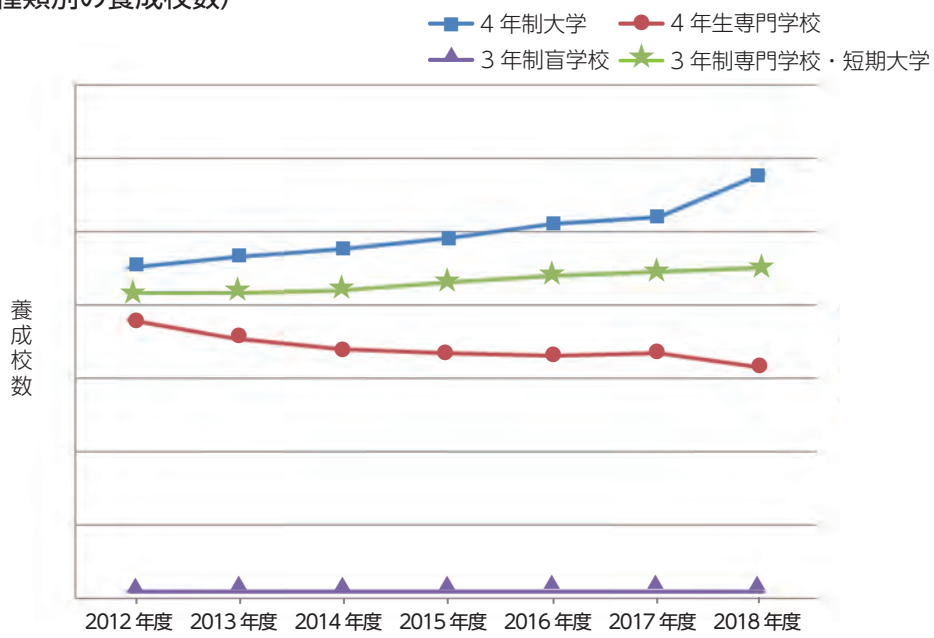
		1人職場(1施設1名)					
		2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
児童福祉施設／児童相談所	児童相談所	2	3	3	3	3	2
児童福祉施設／心身障害児総合通園センター	心身障害児総合通園センター	7	6	10	12	15	21
精神障害者社会復帰施設／精神障害者生活訓練施設	精神障害者生活訓練施設	0	1	1	1	3	1
	精神障害者授産施設	0	0	0	0	0	0
	精神障害者地域生活支援センター	0	0	0	0	0	0
精神障害者社会復帰施設／精神保健福祉センター	精神保健福祉センター	1	0	1	0	1	1
精神障害者社会復帰施設／精神障害者社会復帰促進センター	精神障害者社会復帰促進センター	0	0	0	1	0	0
精神障害者社会復帰施設／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	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	0
知的障害者福祉施設／知的障害援護施設	知的障害者更生施設	0	2	4	5	6	7
	知的障害者授産施設	1	1	1	0	0	0
知的障害者福祉施設／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	1
障害者自立支援施設／指定障害者福祉サービス事業所	生活介護事業所	4	6	6	7	9	8
	自立訓練(機能訓練)事業所	1	2	1	2	3	5
	多機能型事業所	3	5	6	7	9	10
障害者自立支援施設／指定障害者支援事業所	生活介護支援事業所	5	8	8	10	10	8
	自立訓練(機能訓練)支援事業所	4	3	3	3	4	3
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	7
障害者自立支援施設／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	6
教育・研究施設／特別支援学校	肢体不自由児	10	10	15	18	19	22
	知的障害児	1	0	0	0	1	1
	その他	24	21	21	22	18	16
教育・研究施設／教育・研究施設	理学療法3年制専門学校教員	3	4	3	3	6	7
	理学療法4年制専門学校教員	4	3	2	5	4	6
	理学療法短期大学教員	1	1	1	0	0	0
	理学療法大学教員	11	10	9	9	12	11
	理学療法以外の大学教員	28	35	34	40	42	47
	研究施設	39	43	41	42	50	50
	その他	11	11	9	13	14	15
行政関係施設／行政	保健所	17	19	21	18	21	21
	市区町村保健センター	38	31	33	35	33	33
	国	0	0	2	2	5	6
	都道府県	6	7	11	11	13	11
	市	35	47	54	60	68	76
	町	3	2	4	6	9	9
	村	0	1	1	0	1	1
	社会福祉協議会	4	5	3	3	6	7
	身体障害者福祉協議会	0	0	0	0	0	0
	その他	148	119	108	95	89	80
健康産業／健康産業	スポーツ関係施設	13	16	19	22	27	25
	フィットネス施設	10	13	13	19	26	31
その他／その他	職業センター	2	3	5	8	9	10
	リハ関連企業	20	30	38	47	61	68
	一般企業	44	49	51	55	59	59
	補装具作成施設	0	0	1	2	2	2
	訪問看護ステーション(老人訪問看護ステーション)	119	188	254	347	490	626
	介護サービス企業	46	70	86	96	124	146
	自営・開業	74	77	83	82	88	91
	その他	166	167	175	238	242	252
総　計		5,679	5,907	6,088	6,622	7,100	7,472

会員数						施設数					
2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2
5	16	20	28	37	42	5	8	12	15	21	28
0	1	1	1	3	1	0	1	1	1	3	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1
0	0	0	1	0	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	0	0	0	0
0	2	4	5	6	7	0	2	4	5	6	7
1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
4	6	7	8	10	13	4	6	6	7	9	10
2	2	5	6	7	10	2	2	2	3	4	6
1	3	5	12	14	14	1	3	5	10	12	12
6	13	14	15	13	13	6	11	11	12	11	10
3	3	8	10	13	12	3	3	5	5	7	6
0	0	0	2	7	11	0	0	0	2	6	9
1	4	6	10	11	11	1	4	5	8	7	7
19	20	26	27	30	31	11	12	18	20	22	24
1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1
35	32	30	27	26	23	29	26	25	24	21	19
587	599	604	617	623	633	81	83	82	84	87	92
499	495	489	487	500	501	75	73	71	75	75	75
58	56	64	62	60	57	7	7	7	6	6	6
954	1,017	1,043	1,095	1,155	1,172	102	106	105	109	117	117
42	43	46	50	55	67	32	39	40	45	48	55
103	99	115	108	118	124	58	55	53	55	64	65
23	25	28	39	42	56	15	16	16	21	21	25
19	22	26	28	27	29	16	18	22	21	22	24
58	49	50	52	49	48	48	40	40	42	39	39
0	0	2	2	5	6	0	0	2	2	5	6
8	8	14	13	15	13	7	7	12	12	14	12
39	57	69	79	91	101	32	50	58	65	75	84
3	4	7	9	12	12	3	3	5	7	10	10
0	1	1	2	3	3	0	1	1	1	2	2
4	4	3	5	8	9	4	4	3	4	7	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
253	189	182	166	159	136	180	148	137	123	118	103
31	33	45	46	44	44	19	21	27	29	32	32
11	15	21	28	36	43	10	14	18	24	30	35
1	5	13	18	21	23	1	4	8	12	14	15
25	49	70	103	152	161	19	34	46	60	90	101
124	121	137	135	153	157	68	68	73	73	77	79
0	0	0	2	2	2	0	0	0	2	2	2
256	421	614	892	1,252	1,527	159	261	370	529	751	944
61	115	155	188	231	251	48	84	108	128	158	182
119	128	132	123	137	147	91	98	101	98	108	112
419	419	442	522	533	558	238	235	246	318	318	328
75,162	**79,156**	**83,991**	**86,982**	**94,800**	**97,462**	**15,046**	**15,524**	**16,057**	**16,781**	**17,818**	**18,373**

5 理学療法士養成施設の変化

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
4年制大学	90	93	95	98	102	104	116
4年制専門学校	76	71	68	67	66	67	63
3年制専門学校・短期大学	83	83	84	86	88	89	90
3年制盲学校	2	2	2	2	2	2	2

理学療法士養成施設の変化
（学校種類別の養成校数）



6 年度別入会者数（10年間）（都道府県別）

（人）

人口 (2018)	都道府県	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2010年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	会員数 (2018)
13,822,000	東　京	415	439	440	586	535	633	699	666	955	781	8,694
9,177,000	神奈川	333	400	318	423	352	452	463	432	581	556	5,870
8,813,000	大　阪	545	651	615	711	760	697	704	665	858	787	8,412
7,537,000	愛　知	408	530	466	478	461	453	463	415	546	518	6,200
7,330,000	埼　玉	352	323	325	391	381	446	465	419	558	543	5,312
6,255,000	千　葉	296	346	306	378	421	430	475	400	536	510	4,833
5,484,000	兵　庫	309	365	337	421	496	441	430	397	556	514	5,610
5,286,000	北海道	365	384	316	428	455	393	447	406	519	488	5,970
5,107,000	福　岡	427	455	539	542	524	530	533	447	498	445	6,390
3,659,000	静　岡	270	259	201	310	291	238	313	284	308	298	3,574
2,877,000	茨　城	141	200	172	217	169	181	191	158	196	184	2,247
2,817,000	広　島	200	262	188	205	210	216	265	233	336	284	3,297
2,591,000	京　都	170	144	183	224	222	198	245	247	315	271	2,788
2,316,000	宮　城	119	119	88	129	115	113	100	104	140	101	1,648
2,246,000	新　潟	100	107	83	76	87	77	98	95	81	74	1,705
2,063,000	長　野	160	145	123	166	161	136	141	128	125	105	2,325
1,997,000	岐　阜	105	117	100	113	136	98	137	114	144	139	1,786
1,952,000	群　馬	139	154	149	151	171	153	163	146	186	175	2,035
1,946,000	栃　木	53	75	80	86	92	94	105	120	127	108	1,284
1,898,000	岡　山	145	164	129	155	159	169	140	136	174	146	2,068
1,864,000	福　島	98	80	98	132	148	127	135	116	125	105	1,555
1,791,000	三　重	97	104	82	117	113	94	107	91	116	115	1,448
1,757,000	熊　本	119	144	131	231	244	241	207	170	221	203	2,858
1,614,000	鹿児島	169	185	183	218	253	219	228	186	265	208	2,845
1,448,000	沖　縄	112	86	108	107	114	85	94	102	128	118	1,704
1,412,000	滋　賀	88	85	63	60	71	72	69	104	99	84	1,125
1,370,000	山　口	115	129	102	128	145	117	129	125	127	94	1,640
1,352,000	愛　媛	108	118	93	125	99	104	96	103	117	113	1,704
1,341,000	長　崎	190	197	166	183	179	159	168	121	156	127	2,151
1,339,000	奈　良	80	102	72	113	97	115	102	109	115	122	1,389
1,263,000	青　森	51	62	49	61	56	53	50	57	83	57	946
1,241,000	岩　手	40	48	41	69	60	69	50	51	72	64	1,037
1,144,000	大　分	93	105	100	143	127	111	153	117	161	103	1,764
1,143,000	石　川	65	45	51	81	100	95	86	91	82	71	1,209
1,090,000	山　形	69	56	56	66	59	65	71	63	64	48	986
1,081,000	宮　崎	54	75	64	85	101	85	78	76	80	65	1,247
1,050,000	富　山	46	55	42	53	63	57	64	64	84	58	930
981,000	秋　田	31	27	30	36	33	26	40	41	29	23	662
962,000	香　川	45	43	52	69	93	68	79	64	80	81	1,144
935,000	和歌山	97	75	67	74	113	86	94	83	134	89	1,405
819,000	佐　賀	94	80	80	100	84	96	106	89	117	87	1,318
817,000	山　梨	79	96	56	73	71	62	68	77	80	69	967
774,000	福　井	44	66	46	90	76	65	71	59	86	42	995
736,000	徳　島	65	69	64	80	64	62	94	81	85	74	1,172
706,000	高　知	115	132	101	109	126	110	107	76	93	73	1,613
680,000	島　根	52	45	33	50	48	39	44	42	61	37	771
560,000	鳥　取	78	101	50	72	44	39	46	51	56	59	787

※総務省統計局　都道府県，男女別人口および人口性比－総人口，日本人人口（平成30年10月1日現在）参照
※ 2009～2011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

7 新人研修の実施時期

2014年度

(回)

都道府県	2014年04月	2014年05月	2014年06月	2014年07月	2014年08月	2014年09月	2014年10月	2014年11月	2014年12月	2015年01月	2015年02月	2015年03月
北海道	6	6	18	18	13	19	15	9	8	9	21	11
青　森	1	1	3	2	2	0	0	1	3	1	1	0
秋　田	0	0	3	1	4	0	1	0	0	0	0	2
岩　手	0	2	2	1	0	1	2	1	1	1	0	0
宮　城	0	1	3	2	2	2	5	4	1	3	1	1
山　形	0	1	2	1	1	2	0	5	1	0	0	1
福　島	1	0	1	2	1	3	2	2	1	3	3	4
茨　城	3	2	5	1	4	5	3	0	0	0	1	1
栃　木	0	0	1	5	4	2	5	7	3	5	1	3
群　馬	0	0	2	2	0	3	3	5	1	1	4	2
埼　玉	0	1	3	6	10	5	11	16	10	11	1	0
千　葉	0	2	5	2	6	1	2	2	1	2	2	3
東　京	0	0	2	2	7	6	1	9	2	3	8	1
神奈川	1	0	7	2	3	7	1	5	6	2	3	9
新　潟	0	0	3	7	2	0	1	1	9	0	1	2
富　山	3	1	3	7	0	5	0	7	2	3	2	2
石　川	0	1	2	0	0	2	2	1	0	0	2	3
福　井	0	5	0	5	0	5	0	0	1	0	0	1
山　梨	0	0	1	1	5	0	3	2	2	1	4	0
長　野	0	1	0	5	0	6	1	5	2	1	0	0
静　岡	0	0	7	0	1	2	6	11	14	7	14	6
岐　阜	0	0	1	0	1	2	0	1	0	1	0	0
愛　知	2	2	4	3	6	7	7	5	9	7	10	5
三　重	1	1	4	2	1	2	5	4	2	2	1	1
京　都	0	3	3	1	3	5	3	3	1	2	0	0
滋　賀	0	1	3	1	1	2	1	3	2	0	1	1
奈　良	0	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	0
和歌山	1	3	5	7	2	8	5	6	2	1	6	5
大　阪	1	1	10	7	2	9	7	10	6	7	6	3
兵　庫	0	1	2	2	2	5	6	3	2	11	7	2
岡　山	1	1	3	0	11	1	3	1	0	8	5	1
広　島	0	1	4	15	2	5	16	6	4	11	5	2
鳥　取	1	3	3	9	2	2	1	6	0	0	2	2
島　根	0	0	2	2	0	0	4	4	2	1	4	0
山　口	1	3	2	4	4	5	2	10	1	2	3	2
徳　島	1	1	1	1	1	2	1	2	0	1	0	1
高　知	0	0	6	2	1	8	7	6	1	7	2	3
香　川	0	1	3	1	3	5	1	0	3	0	3	2
愛　媛	0	1	2	3	9	5	9	6	4	1	0	1
福　岡	0	1	0	1	0	5	10	3	1	0	3	1
長　崎	0	0	4	6	0	5	1	13	3	3	2	2
熊　本	0	0	3	3	2	3	2	1	1	0	0	1
大　分	0	1	0	3	2	2	4	2	0	1	6	1
佐　賀	2	1	1	2	11	2	2	0	1	13	0	0
宮　崎	0	0	3	1	1	3	2	2	1	1	2	0
鹿児島	0	0	4	7	5	7	7	7	5	2	4	2
沖　縄	0	0	0	4	0	1	1	1	2	0	4	3

2015年度

(回)

都道府県	2015年04月	2015年05月	2015年06月	2015年07月	2015年08月	2015年09月	2015年10月	2015年11月	2015年12月	2016年01月	2016年02月	2016年03月
北海道	2	11	11	22	15	16	15	10	9	8	19	12
青　森	1	0	1	2	0	3	1	2	2	0	2	0
秋　田	0	2	1	3	3	3	3	1	0	0	0	2
岩　手	0	2	2	1	2	2	1	1	2	2	0	0
宮　城	0	2	5	4	4	4	4	5	2	3	2	0
山　形	0	1	1	0	1	3	3	1	0	0	0	0
福　島	1	0	1	1	1	3	3	4	0	0	3	2
茨　城	5	3	6	2	6	6	0	0	0	1	0	0
栃　木	1	0	1	7	2	3	1	7	1	0	6	3
群　馬	0	0	1	2	1	0	3	6	3	1	6	3
埼　玉	0	1	4	7	9	8	14	19	6	11	3	1
千　葉	0	1	2	1	6	1	4	3	2	2	3	1
東　京	0	1	2	3	2	3	4	6	1	1	8	3
神奈川	1	1	2	9	4	9	3	6	7	1	3	5
新　潟	0	1	3	7	1	1	0	0	8	0	0	2
富　山	4	2	3	9	1	5	1	7	1	3	3	0
石　川	0	2	2	1	0	4	0	1	0	0	1	1
福　井	0	5	0	5	0	6	0	0	0	0	0	0
山　梨	0	0	1	0	5	0	4	2	1	4	1	0
長　野	0	0	1	5	2	6	0	4	2	1	1	1
静　岡	1	7	2	3	3	1	9	12	10	5	13	5
岐　阜	0	0	0	0	1	2	1	1	1	0	0	1
愛　知	1	1	4	8	4	5	8	11	7	10	6	8
三　重	2	0	3	2	3	3	3	6	2	1	0	1
京　都	0	1	0	3	2	3	3	5	2	2	1	0
滋　賀	1	0	2	1	2	2	1	1	2	1	1	0
奈　良	0	1	2	2	2	4	2	6	3	3	3	0
和歌山	1	3	6	9	3	5	7	7	6	3	4	5
大　阪	1	1	9	5	2	11	7	11	5	12	9	3
兵　庫	0	0	0	4	0	4	0	4	2	8	9	7
岡　山	1	1	1	1	10	2	2	1	1	8	5	0
広　島	0	1	8	13	1	6	13	8	3	8	3	0
鳥　取	1	0	3	1	10	2	3	4	0	1	1	1
島　根	0	0	3	2	1	3	2	1	1	2	1	2
山　口	0	1	1	8	5	7	3	6	2	1	1	2
徳　島	0	1	2	1	2	3	2	2	3	0	2	1
高　知	0	0	6	0	1	7	4	1	5	7	5	1
香　川	0	1	2	4	3	1	2	4	4	2	0	3
愛　媛	0	1	2	13	4	7	0	13	0	0	1	1
福　岡	0	1	2	3	2	6	6	1	4	1	7	0
長　崎	1	1	4	6	4	3	5	4	0	5	3	1
熊　本	0	1	1	3	2	2	3	0	1	0	3	1
大　分	0	0	0	2	3	3	3	5	0	2	4	1
佐　賀	2	2	0	10	5	4	6	1	0	11	5	1
宮　崎	0	1	0	2	1	4	1	0	4	2	2	1
鹿児島	0	0	7	11	5	10	11	9	5	2	8	3
沖　縄	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1

2016年度

(回)

都道府県	2016年04月	2016年05月	2016年06月	2016年07月	2016年08月	2016年09月	2016年10月	2016年11月	2016年12月	2017年01月	2017年02月	2017年03月
北海道	10	7	11	22	6	23	16	7	5	10	32	5
青　森	1	0	1	2	0	0	1	3	2	3	1	0
秋　田	0	0	2	4	5	0	4	1	0	0	0	1
岩　手	1	2	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1
宮　城	0	1	2	5	6	2	3	4	2	2	1	2
山　形	0	1	2	1	2	2	1	2	1	1	0	0
福　島	0	0	2	1	2	3	2	2	2	0	9	1
茨　城	6	4	5	4	6	5	0	0	1	1	1	0
栃　木	1	0	1	9	0	2	9	2	2	5	2	4
群　馬	0	0	1	1	2	1	2	4	2	2	4	3
埼　玉	0	2	6	3	8	5	9	10	5	13	6	0
千　葉	0	2	2	1	7	2	1	2	2	1	6	4
東　京	1	0	2	2	2	2	4	7	4	2	10	1
神奈川	2	3	9	11	3	9	4	7	6	2	2	3
新　潟	0	2	3	2	1	1	3	11	0	0	0	3
富　山	2	2	3	8	1	6	1	8	1	4	2	0
石　川	0	1	4	0	0	5	1	0	1	2	3	1
福　井	0	2	0	1	0	2	0	1	1	1	0	0
山　梨	0	0	0	1	4	0	2	3	0	7	1	0
長　野	0	1	2	5	1	6	1	6	1	1	2	0
静　岡	1	3	3	4	3	5	14	9	10	7	10	2
岐　阜	0	0	0	0	3	1	2	4	2	1	1	0
愛　知	4	3	11	8	5	9	10	14	8	11	7	4
三　重	2	0	2	5	0	5	2	5	1	0	1	1
京　都	0	1	2	7	1	1	2	4	2	2	0	0
滋　賀	1	0	3	4	2	4	1	2	1	1	4	0
奈　良	0	1	2	3	2	4	3	4	3	2	4	0
和歌山	0	5	5	6	1	6	4	2	5	4	6	2
大　阪	1	9	8	8	5	10	10	14	4	10	10	3
兵　庫	0	0	1	6	2	3	2	4	5	12	6	2
岡　山	0	1	1	2	10	1	0	3	0	11	6	2
広　島	0	2	9	12	3	1	9	3	4	1	11	0
鳥　取	1	1	5	1	10	5	1	4	0	1	3	1
島　根	0	1	1	1	0	3	3	6	1	0	2	1
山　口	1	2	4	5	3	3	8	2	2	3	1	2
徳　島	1	1	5	1	3	3	4	4	0	1	1	1
高　知	0	0	5	2	0	7	3	0	5	6	3	0
香　川	0	1	4	4	1	1	3	1	3	1	3	1
愛　媛	0	0	8	11	4	8	3	4	5	2	3	2
福　岡	1	3	3	4	0	5	10	2	3	1	5	2
長　崎	0	2	2	6	4	1	5	4	3	5	4	0
熊　本	0	0	2	1	2	3	1	1	2	0	2	0
大　分	0	0	1	2	2	2	3	3	0	1	5	1
佐　賀	2	0	4	12	3	2	5	1	1	13	3	4
宮　崎	0	0	4	3	2	2	3	1	1	3	0	1
鹿児島	3	0	17	9	1	5	14	3	7	4	3	4
沖　縄	0	0	0	3	0	1	2	2	0	2	2	3

2017年度

(回)

都道府県	2017年04月	2017年05月	2017年06月	2017年07月	2017年08月	2017年09月	2017年10月	2017年11月	2017年12月	2018年01月	2018年02月	2018年03月
北海道	9	7	10	14	10	22	14	11	3	5	27	10
青　森	1	0	2	2	0	1	2	3	3	2	1	0
秋　田	0	0	2	3	2	4	3	3	2	2	1	0
岩　手	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
宮　城	0	1	2	4	4	3	3	1	3	1	2	1
山　形	0	1	2	1	0	4	2	3	0	0	0	0
福　島	0	1	1	6	1	3	2	1	3	1	5	2
茨　城	0	0	0	3	6	6	6	4	5	2	2	0
栃　木	1	1	2	1	7	3	8	1	2	6	3	2
群　馬	0	0	1	1	2	3	3	3	3	3	6	3
埼　玉	2	2	5	9	10	9	13	9	7	12	8	2
千　葉	1	0	1	3	11	9	1	1	6	6	1	5
東　京	0	0	3	5	3	4	2	8	2	2	8	3
神奈川	0	3	7	8	4	5	10	6	9	1	5	8
新　潟	0	2	4	5	1	1	11	1	0	3	1	4
富　山	1	2	3	9	2	6	7	3	1	4	2	2
石　川	0	1	3	0	0	5	1	0	1	1	3	2
福　井	0	2	1	2	0	1	3	0	1	3	4	1
山　梨	0	0	0	0	3	2	2	4	2	4	1	0
長　野	0	0	3	5	1	7	3	4	1	0	2	0
静　岡	2	1	2	6	3	4	10	9	13	9	5	3
岐　阜	0	2	3	3	2	3	6	9	2	3	4	1
愛　知	5	5	7	15	5	8	2	11	10	9	9	7
三　重	1	1	2	3	1	2	1	5	1	1	0	2
京　都	0	0	7	2	3	3	4	3	7	3	0	0
滋　賀	0	1	4	2	3	3	2	1	1	1	5	3
奈　良	0	1	1	2	1	2	2	0	1	4	2	1
和歌山	1	4	4	9	3	3	7	10	2	4	9	6
大　阪	1	5	13	12	6	10	7	8	8	13	7	5
兵　庫	0	0	1	7	2	2	3	3	3	9	10	2
岡　山	0	1	0	1	10	1	2	1	1	9	4	3
広　島	0	1	0	12	6	6	9	8	1	4	3	2
鳥　取	1	0	7	2	7	3	5	2	0	1	2	1
島　根	0	1	3	3	3	4	3	5	3	1	5	1
山　口	1	0	2	8	3	7	2	3	2	6	5	2
徳　島	0	2	7	6	4	4	4	4	2	1	0	5
高　知	0	0	1	2	2	3	2	3	2	2	5	2
香　川	0	0	2	3	2	1	3	1	3	1	4	3
愛　媛	0	0	11	6	5	8	8	7	5	1	6	1
福　岡	1	1	3	2	3	2	6	6	2	8	6	3
長　崎	2	0	4	5	5	3	7	3	0	4	1	0
熊　本	0	0	5	0	3	1	2	2	3	2	1	1
大　分	0	0	1	3	2	1	3	2	1	3	5	0
佐　賀	2	0	2	13	2	5	3	4	1	11	7	3
宮　崎	0	0	2	2	2	3	2	3	1	4	2	1
鹿児島	0	2	6	15	4	13	8	9	7	2	3	2
沖　縄	0	0	1	3	2	2	2	2	0	1	1	0

2018年度

(回)

都道府県	2018年04月	2018年05月	2018年06月	2018年07月	2018年08月	2018年09月	2018年10月	2018年11月	2018年12月	2019年01月	2019年02月	2019年03月
北海道	1	7	18	12	12	17	23	11	10	13	23	1
青　森	1	0	1	1	0	2	1	3	3	3	0	0
秋　田	1	0	3	4	2	3	5	1	2	1	2	0
岩　手	1	0	2	1	0	0	2	0	1	0	1	0
宮　城	1	1	3	5	4	5	1	1	4	3	1	2
山　形	0	1	1	0	0	4	3	2	0	0	1	1
福　島	0	0	2	2	0	2	1	2	2	2	5	1
茨　城	0	0	0	0	6	6	10	5	5	1	0	0
栃　木	2	1	9	1	6	1	5	4	2	2	1	2
群　馬	0	0	1	2	1	4	2	4	3	2	6	2
埼　玉	2	4	8	9	14	6	10	14	8	14	4	2
千　葉	0	6	4	0	15	11	5	1	6	6	9	2
東　京	0	2	1	5	3	2	2	8	3	5	5	4
神奈川	3	3	8	13	2	4	7	5	10	4	11	4
新　潟	0	2	2	3	1	1	2	11	0	1	1	4
富　山	2	1	3	11	2	5	4	2	1	5	3	0
石　川	0	1	4	1	0	4	2	0	0	3	1	1
福　井	1	4	2	9	2	4	2	1	4	1	0	1
山　梨	0	0	1	0	3	2	5	2	0	4	1	0
長　野	0	0	3	6	0	5	2	6	2	0	1	1
静　岡	2	2	2	14	8	16	3	11	8	7	7	1
岐　阜	0	3	4	2	4	4	6	5	4	3	5	1
愛　知	5	5	2	8	10	13	7	14	9	8	7	8
三　重	2	3	3	2	5	3	1	4	1	2	1	2
京　都	0	2	6	5	4	2	8	2	2	1	0	1
滋　賀	0	0	3	3	2	3	1	2	5	2	2	0
奈　良	0	0	1	3	0	1	1	2	3	1	3	0
和歌山	2	5	4	11	1	4	7	12	4	3	4	3
大　阪	3	9	7	12	7	17	5	12	9	14	9	0
兵　庫	1	0	5	5	0	3	4	4	3	11	8	4
岡　山	0	0	1	1	11	1	3	2	2	10	4	2
広　島	0	1	0	11	6	14	2	9	1	2	3	0
鳥　取	1	0	5	1	6	2	2	1	1	0	0	0
島　根	0	3	4	2	4	1	3	5	1	1	1	1
山　口	1	2	2	6	4	8	3	3	4	4	6	3
徳　島	0	1	5	4	5	3	3	4	0	2	1	3
高　知	0	1	2	1	1	4	1	4	0	1	5	2
香　川	0	0	2	3	2	0	4	1	2	2	3	1
愛　媛	0	1	4	3	4	4	3	7	3	4	1	2
福　岡	1	3	5	8	6	1	5	7	3	7	3	3
長　崎	2	0	4	6	6	2	5	6	2	4	2	1
熊　本	0	0	3	1	2	2	1	2	2	2	0	0
大　分	0	0	3	3	2	3	4	2	2	1	6	0
佐　賀	2	0	2	13	3	4	4	3	4	14	3	4
宮　崎	0	1	4	2	3	3	1	2	3	3	3	0
鹿児島	1	1	13	9	10	10	11	12	4	1	3	1
沖　縄	0	0	2	4	1	2	1	1	1	1	2	2

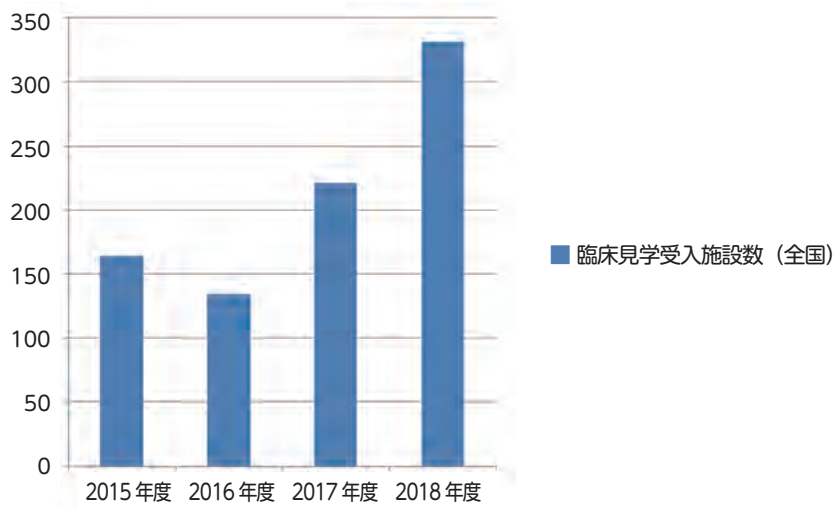
8 新人教育プログラム 臨床見学受入施設数

都道府県別臨床見学受入施設数

都道府県	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
北海道	10	5	12	19
青　森	1	0	0	1
秋　田	1	1	1	2
岩　手	2	1	1	4
宮　城	0	1	1	5
山　形	1	1	2	3
福　島	3	3	4	7
茨　城	4	5	7	7
栃　木	3	3	5	5
群　馬	1	4	6	10
埼　玉	8	6	9	12
千　葉	7	7	8	11
東　京	14	8	12	24
神奈川	5	6	6	11
新　潟	3	4	4	5
富　山	1	0	0	0
石　川	1	0	0	1
福　井	2	1	2	2
山　梨	3	2	3	6
長　野	2	1	1	1
静　岡	5	4	5	8
岐　阜	2	2	9	11
愛　知	4	4	8	11
三　重	2	2	3	4

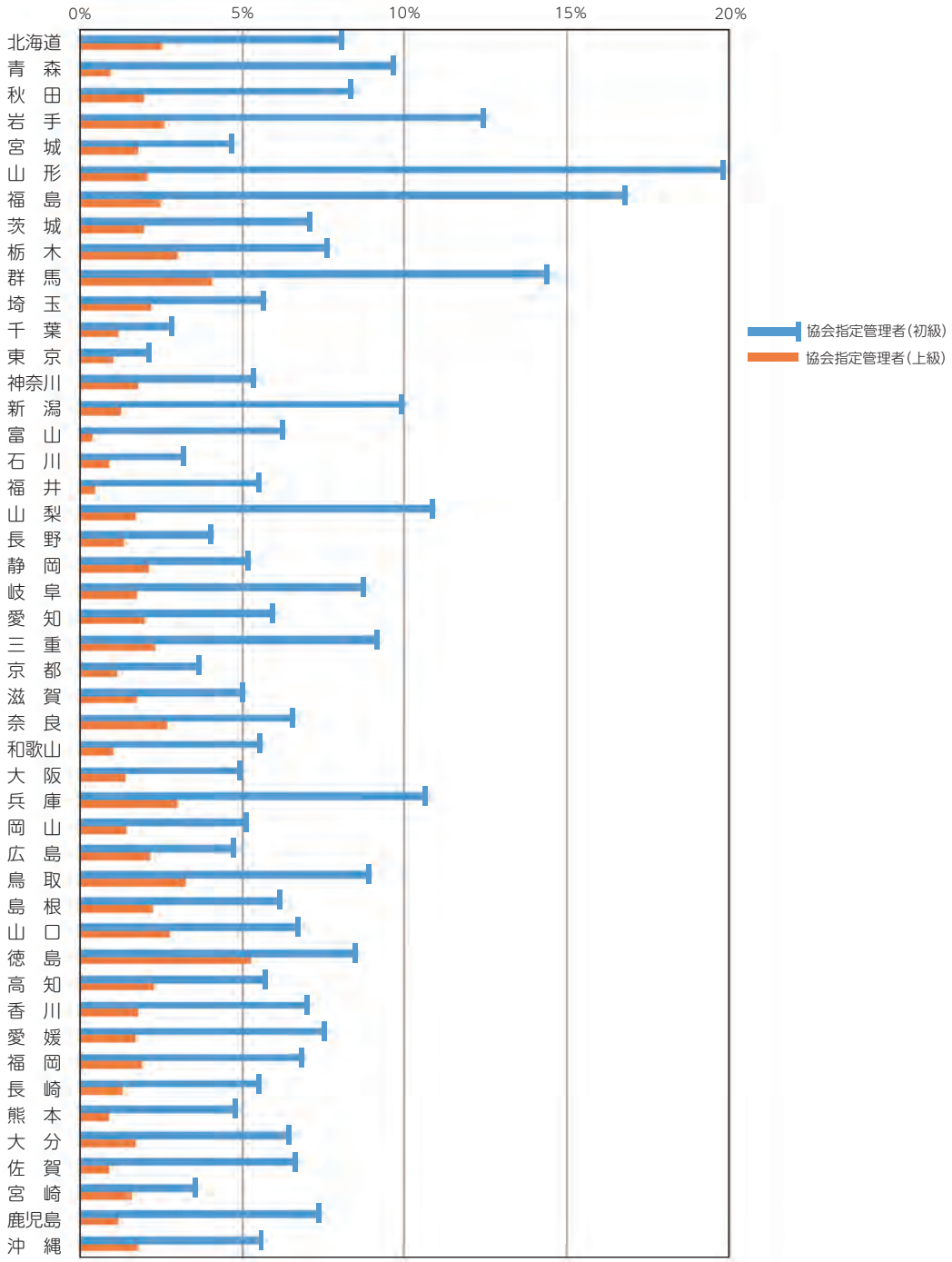
都道府県	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
京　都	2	3	5	8
滋　賀	0	0	1	1
奈　良	1	0	1	2
和歌山	1	1	1	2
大　阪	7	7	10	15
兵　庫	7	7	10	11
岡　山	7	6	7	12
広　島	6	7	10	15
鳥　取	2	0	1	3
島　根	0	3	3	5
山　口	6	3	6	7
徳　島	0	0	6	5
高　知	1	0	1	2
香　川	2	1	8	9
愛　媛	4	3	3	4
福　岡	15	6	13	21
長　崎	2	2	4	6
熊　本	2	0	2	4
大　分	2	2	4	5
佐　賀	0	0	0	1
宮　崎	1	0	0	3
鹿児島	7	5	7	10
沖　縄	4	7	9	10

年度別臨床見学受入施設数



9 地域包括ケアシステム完成に向けた管理者ネットワーク初級修了者

協会指定管理者都道府県別取得者割合（資格別内訳）



協会指定管理者都道府県別取得者数

（人）

都道府県	会員数	初級	上級
北海道	5,323	431	133
青　森	863	84	8
秋　田	617	52	12
岩　手	971	121	25
宮　城	1,463	69	26
山　形	921	183	19
福　島	1,467	247	36
茨　城	2,098	149	41
栃　木	1,203	92	36
群　馬	1,882	272	76
埼　玉	4,861	276	107
千　葉	4,428	126	52
東　京	7,905	169	81
神奈川	5,265	283	93
新　潟	1,522	152	19
富　山	844	53	3
石　川	1,128	36	10
福　井	904	50	4
山　梨	887	97	15
長　野	2,042	83	27
静　岡	3,253	170	69
岐　阜	1,603	141	28
愛　知	5,539	331	109
三　重	1,340	123	31
京　都	2,589	95	29
滋　賀	1,026	52	18
奈　良	1,269	84	34
和歌山	1,271	71	13
大　阪	7,610	380	105
兵　庫	5,023	537	151
岡　山	1,948	100	28
広　島	3,002	144	64
鳥　取	738	66	24
島　根	712	44	16
山　口	1,526	103	42
徳　島	1,066	91	56
高　知	1,459	84	33
香　川	1,062	75	19
愛　媛	1,573	119	27
福　岡	5,710	394	108
長　崎	2,015	112	26
熊　本	2,510	121	22
大　分	1,626	105	28
佐　賀	1,230	82	11
宮　崎	1,141	41	18
鹿児島	2,632	195	31
沖　縄	1,516	85	27

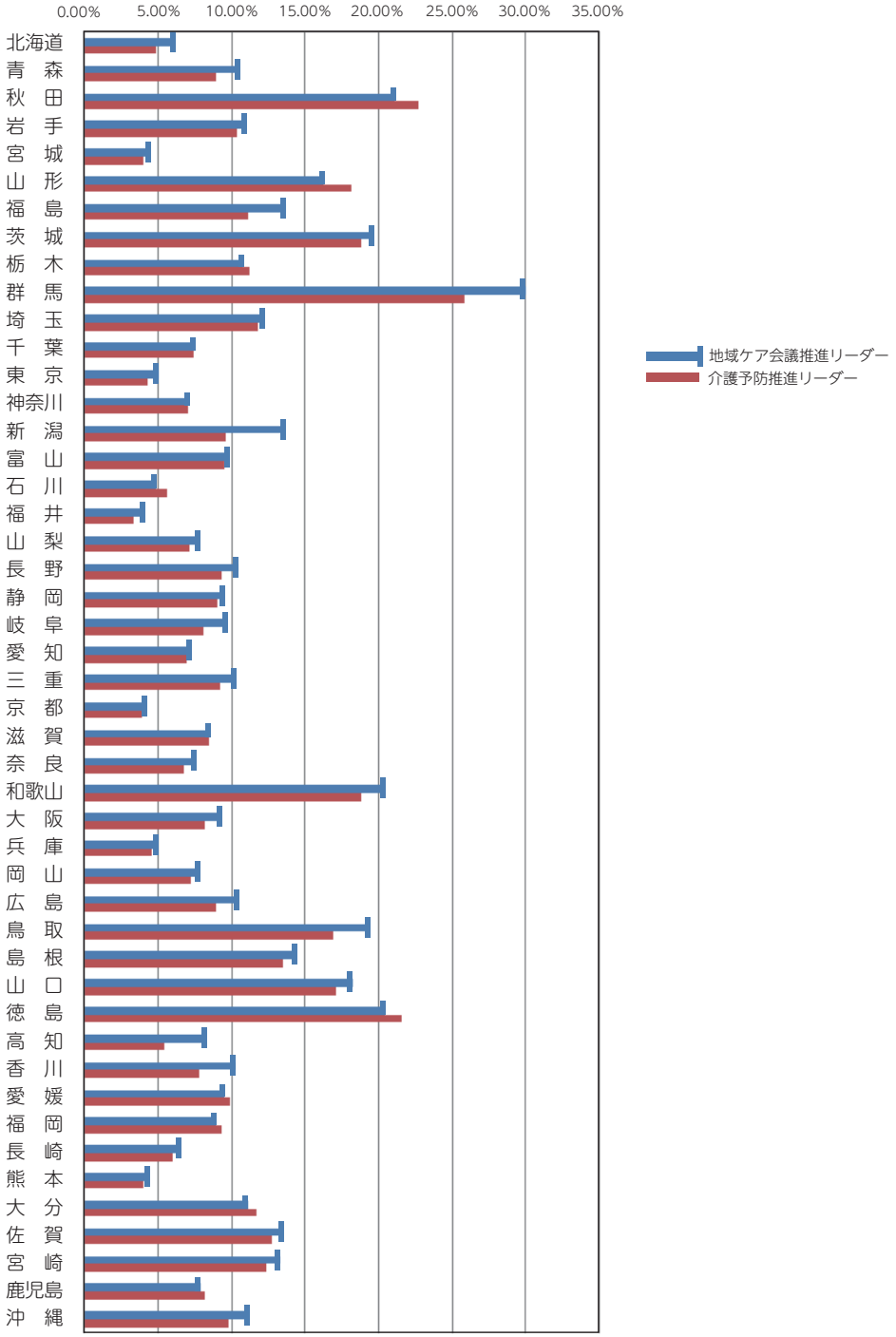
※初級：協会指定管理者（初級）
※上級：協会指定管理者（上級）

管理者人材育成の目的

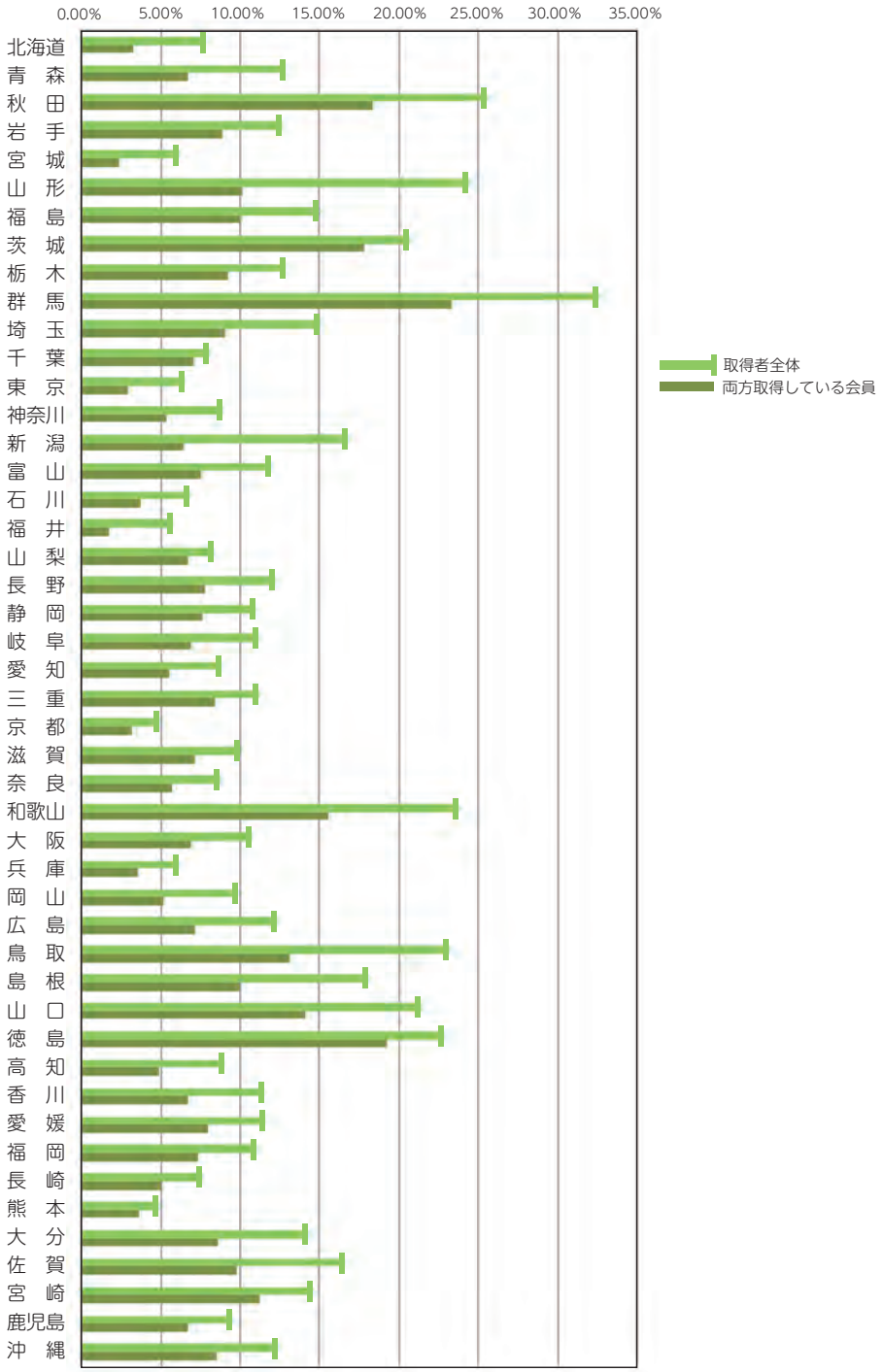
1. 士会、ブロック、市区町村へとミクロ化する組織対応範囲の充実各都道府県における地域包括ケアシステムに対する取り組みは推進され、ブロックや市区町村へと依頼への対応はミクロ化している。組織として対応するには、各地域を基盤としている医療機関、介護保険関連施設、教育機関等に従事している管理者の協力体制が必要不可欠である。
2. 医療・介護の再編に対する対応能力の強化
   医療・介護サービスの連携、医療機関の機能分化等に伴う病床再編の動向は、理学療法士の勤務状況や雇用を左右する事項であり、管理者が病床機能等に応じた理学療法士の役割を的確に把握する必要性が増している。この状況下において、所属法人の組織運営に適切に対応し、貢献することが理学療法士の存続とも大きく関係してくる。そのための管理者間の情報提供や交換は重要となっている。学校教育においても病床再編の動向に対応することが求められるため、教育管理者の参画も重要である。
3. 多様な職場に勤務する理学療法士の質の向上のための管理者能力の強化
   急増する理学療法士における質の低下は、職種に対する信頼の危機ともなる。質の向上・維持には身近な管理者の質に対する意識や活動が重要である。管理者の能力を向上させるために、協会、士会が一体となって管理者の育成を強化する。

10 地域包括ケアシステム完成に向けた地域ケア会議推進リーダーと介護予防推進リーダー取得状況

都道府県別リーダー取得者割合（資格別内訳）



都道府県別リーダー取得者割合（取得者全体）



11 認定理学療法士について

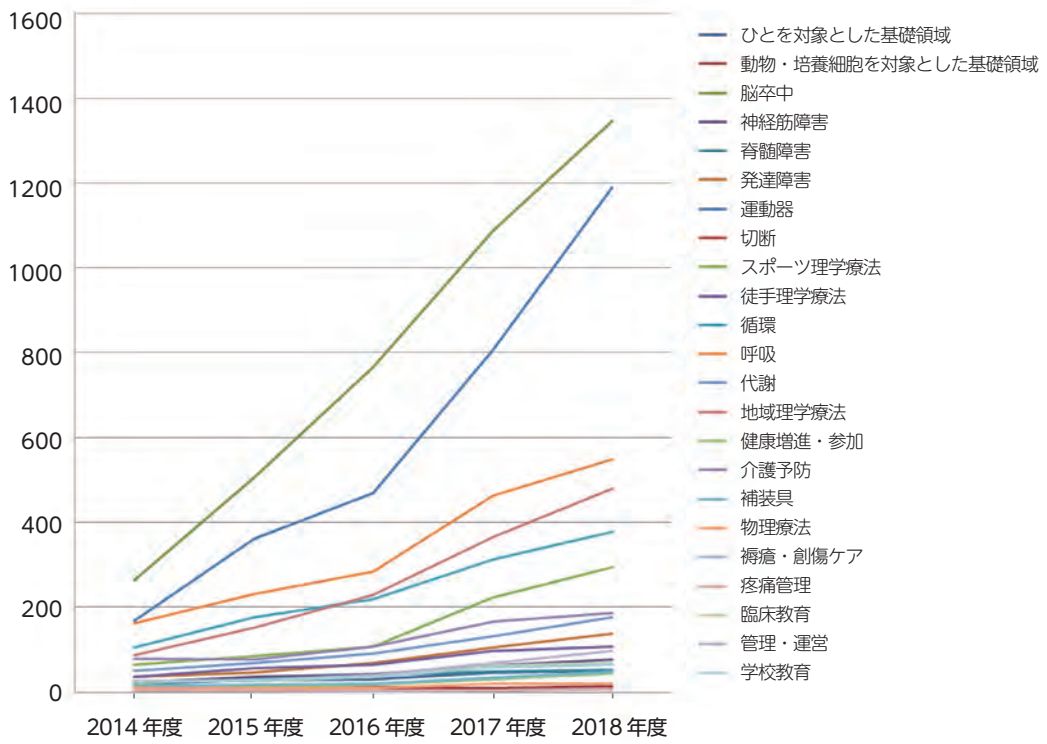
認定・専門理学療法士制度の目的

本会における認定・専門理学療法士制度は、身体に障がいのある者、あるいはその恐れのある者を対象に行う理学療法において、個人の活動と生活機能の向上および健康増進を促進して社会参加を支援するため、特定の理学療法分野における良質なサービスを提供するために、〈学術領域における専門性（science）〉・〈社会、職能面における理学療法の専門性（技術・スキル）〉を備えた理学療法士を社会に送り出し、国民の保健医療福祉の増進に寄与することを目的とする。

認定理学療法士制度の概要

認定理学療法士制度は、7分野23領域から成り、それぞれの認定領域において理学療法技術と知識を有することが認められた者を認定理学療法士として認定する。また、認定理学療法士の資格認定後も、良質なサービスを提供する臨床能力を備え、より高度な専門性を志向し、生涯にわたる自己研鑽を継続する者を認定理学療法士として定義する。そのため、高い専門的臨床技能と経験を維持するために、5年毎の更新を義務付ける。

領域別 取得者数の推移



都道府県別 取得者数（実人数）の推移

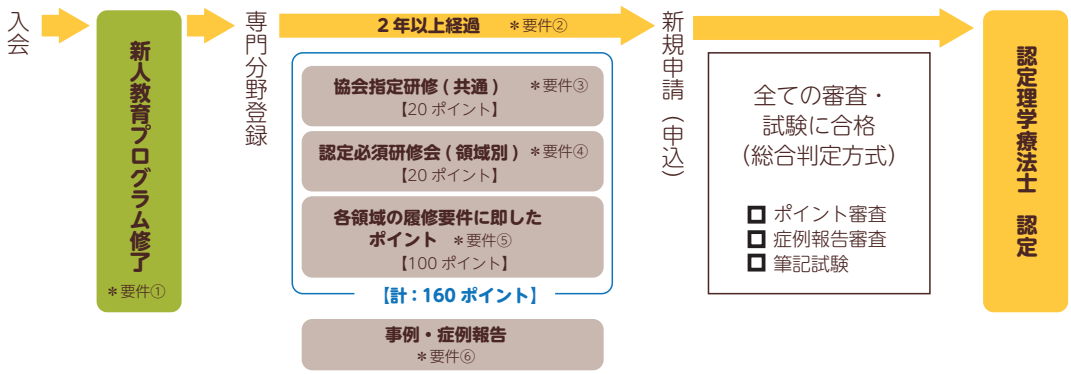
（人）

都道府県	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
北海道	66	97	122	162	219
青　森	9	10	12	15	26
秋　田	5	7	14	24	35
岩　手	8	15	28	47	66
宮　城	11	25	36	56	63
山　形	3	10	16	23	37
福　島	14	20	31	52	72
茨　城	17	29	64	104	125
栃　木	7	14	36	54	69
群　馬	23	34	35	53	59
埼　玉	37	72	101	160	212
千　葉	40	77	112	199	230
東　京	93	141	205	332	432
神奈川	65	100	147	217	285
新　潟	14	25	32	53	78
富　山	10	15	17	24	38
石　川	6	8	11	16	26
福　井	6	17	23	33	48
山　梨	14	30	37	51	62
長　野	20	27	40	60	67
静　岡	25	41	59	93	112
岐　阜	13	17	18	36	51
愛　知	72	96	123	173	225
三　重	16	25	35	47	65

（人）

都道府県	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
京　都	26	42	42	63	74
滋　賀	14	14	19	32	42
奈　良	13	18	21	41	62
和歌山	3	4	6	11	20
大　阪	88	130	178	290	379
兵　庫	59	84	102	150	206
岡　山	29	45	59	87	107
広　島	26	37	57	94	123
鳥　取	7	13	14	30	44
島　根	9	14	23	35	38
山　口	13	31	38	64	97
徳　島	7	9	9	19	35
高　知	9	21	29	39	54
香　川	24	32	40	56	66
愛　媛	13	26	32	50	72
福　岡	65	108	157	231	285
長　崎	15	23	34	60	82
熊　本	11	22	31	45	61
大　分	13	20	25	37	58
佐　賀	11	17	23	34	39
宮　崎	13	19	27	46	59
鹿児島	38	47	57	96	108
沖　縄	3	8	23	26	36

認定理学療法士の取得手順



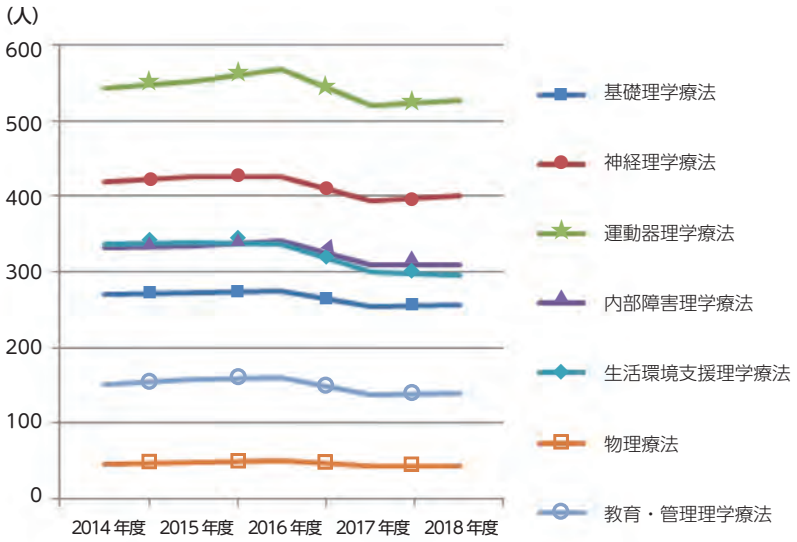
※新プロ修了までの最短期間：1年
※2021年度に制度変更予定

12 専門理学療法士について

専門理学療法士制度の概要

専門理学療法士制度は、7分野から成り、それぞれの専門分野において理学療法の知識・学際的専門性を有することが認められた者を専門理学療法士として認定する。また、専門理学療法士の資格認定後も、理学療法の学問的発展に寄与する研究活動を維持し、より高度な専門性を志向し、生涯にわたる自己研鑽を継続する者を専門理学療法士として定義する。そのため、高い知識・学際的専門性を維持するために、5年毎の更新を義務付ける。

領域別 取得者数の推移



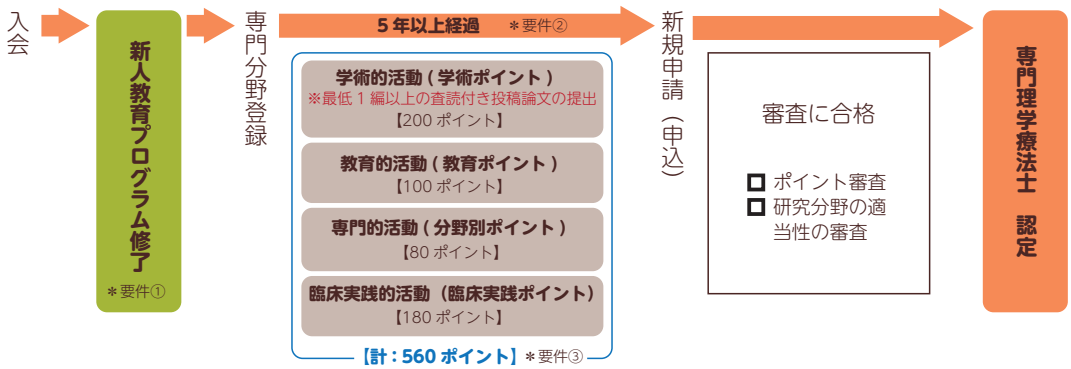
都道府県別 取得者数の推移

（人）

都道府県	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
北海道	106	107	106	81	81
青　森	14	15	15	14	14
秋　田	17	17	19	16	16
岩　手	19	20	19	15	15
宮　城	11	12	12	13	14
山　形	15	15	15	13	14
福　島	11	10	9	10	10
茨　城	40	43	45	43	43
栃　木	14	14	14	13	15
群　馬	33	34	32	29	30
埼　玉	67	68	69	67	70
千　葉	54	53	57	60	60
東　京	151	152	157	149	154
神奈川	117	118	118	103	100
新　潟	31	31	33	26	25
富　山	13	13	13	11	11
石　川	37	37	37	28	27
福　井	21	21	21	22	23
山　梨	4	4	4	4	4
長　野	31	32	33	22	22
静　岡	33	32	31	32	31
岐　阜	14	14	15	14	14
愛　知	127	130	130	115	114
三　重	18	19	19	18	18

都道府県	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
京　都	35	35	36	37	40
滋　賀	14	12	13	10	9
奈　良	19	19	22	24	25
和歌山	12	13	13	13	14
大　阪	94	95	98	95	94
兵　庫	82	82	76	79	86
岡　山	19	19	23	21	22
広　島	54	53	49	49	48
鳥　取	8	8	10	9	7
島　根	2	2	2	1	1
山　口	13	12	11	13	13
徳　島	3	4	6	6	6
高　知	26	25	25	21	22
香　川	22	22	23	21	20
愛　媛	33	33	32	26	26
福　岡	86	89	89	78	77
長　崎	35	31	30	24	25
熊　本	24	23	22	18	19
大　分	18	20	20	14	16
佐　賀	18	18	18	14	14
宮　崎	7	7	7	5	5
鹿児島	24	24	24	24	26
沖　縄	9	10	10	10	10

専門理学療法士の取得手順



※新プロ修了までの最短期間：1年
※2021年度に制度変更予定

13 高齢者の割合と会員の全国割合（都道府県別65歳以上人口と会員数の比率）

都道府県	2011年度				2013年度			
	65歳以上人口[1]	65歳以上人口割合	協会会員数[2]	65歳以上人口/協会会員数	65歳以上人口[1]	65歳以上人口割合	協会会員数[2]	65歳以上人口/協会会員数
全国	**29,752,000**	**23%**	**76,967**	**386.6**	**31,898,000**	**25%**	**91,380**	**349.1**
北海道	1,382,000	25%	3,661	377.5	1,469,000	27%	4,416	332.7
青森	355,000	26%	642	553.0	373,000	28%	735	507.5
秋田	319,000	27%	451	707.3	331,000	29%	511	647.7
岩手	358,000	22%	652	549.1	372,000	24%	782	475.7
宮城	520,000	30%	1,070	486.0	553,000	32%	1,289	429.0
山形	321,000	28%	590	544.1	332,000	29%	719	461.8
福島	502,000	25%	935	536.9	524,000	27%	1,161	451.3
茨城	676,000	23%	1,454	464.9	728,000	25%	1,740	418.4
栃木	447,000	22%	803	556.7	480,000	24%	928	517.2
群馬	479,000	24%	1,189	402.9	512,000	26%	1,457	351.4
埼玉	1,506,000	21%	3,145	478.9	1,661,000	23%	3,740	444.1
千葉	1,370,000	22%	2,825	485.0	1,505,000	24%	3,505	429.4
東京	2,713,000	21%	5,521	491.4	2,914,000	22%	6,373	457.2
神奈川	1,865,000	21%	3,714	502.2	2,033,000	22%	4,338	468.6
新潟	624,000	26%	1,165	535.6	655,000	28%	1,328	493.2
富山	287,000	26%	579	495.7	309,000	29%	695	444.6
石川	279,000	24%	755	369.5	302,000	26%	904	334.1
福井	202,000	25%	603	335.0	214,000	27%	760	281.6
山梨	213,000	25%	687	310.0	225,000	27%	778	289.2
長野	571,000	27%	1,525	374.4	600,000	28%	1,824	328.9
静岡	903,000	24%	2,083	433.5	966,000	26%	2,586	373.5
岐阜	504,000	24%	1,156	436.0	539,000	26%	1,370	393.4
愛知	1,530,000	21%	4,195	364.7	1,662,000	22%	4,976	334.0
三重	451,000	24%	935	482.4	480,000	26%	1,116	430.1
京都	624,000	21%	1,605	388.8	676,000	23%	1,952	346.3
滋賀	295,000	24%	702	420.2	319,000	26%	823	387.6
奈良	340,000	23%	848	400.9	369,000	25%	1,041	354.5
和歌山	274,000	23%	905	302.8	288,000	25%	1,059	272.0
大阪	2,012,000	24%	5,746	350.2	2,184,000	27%	6,759	323.1
兵庫	1,304,000	28%	3,367	387.3	1,408,000	29%	4,129	341.0
岡山	493,000	26%	1,393	353.9	524,000	28%	1,625	322.5
広島	693,000	29%	2,116	327.5	743,000	31%	2,475	300.2
鳥取	155,000	25%	476	325.6	163,000	27%	583	279.6
島根	207,000	24%	497	416.5	217,000	26%	585	370.9
山口	407,000	28%	1,008	403.8	429,000	30%	1,249	343.5
徳島	212,000	27%	898	236.1	224,000	29%	948	236.3
高知	220,000	26%	1,228	179.2	232,000	28%	1,404	165.2
香川	258,000	27%	778	331.6	277,000	29%	923	300.1
愛媛	382,000	29%	1,201	318.1	404,000	31%	1,362	296.6
福岡	1,144,000	23%	4,451	257.0	1,230,000	24%	5,260	233.8
長崎	371,000	25%	1,547	239.8	390,000	26%	1,831	213.0
熊本	467,000	26%	1,829	255.3	491,000	28%	2,252	218.0
大分	319,000	26%	1,123	284.1	337,000	27%	1,346	250.4
佐賀	209,000	27%	904	231.2	219,000	29%	1,024	213.9
宮崎	293,000	26%	849	345.1	310,000	28%	993	312.2
鹿児島	450,000	26%	1,954	230.3	467,000	28%	2,316	201.6
沖縄	242,000	17%	1,207	200.5	260	18%	1,410	0.2

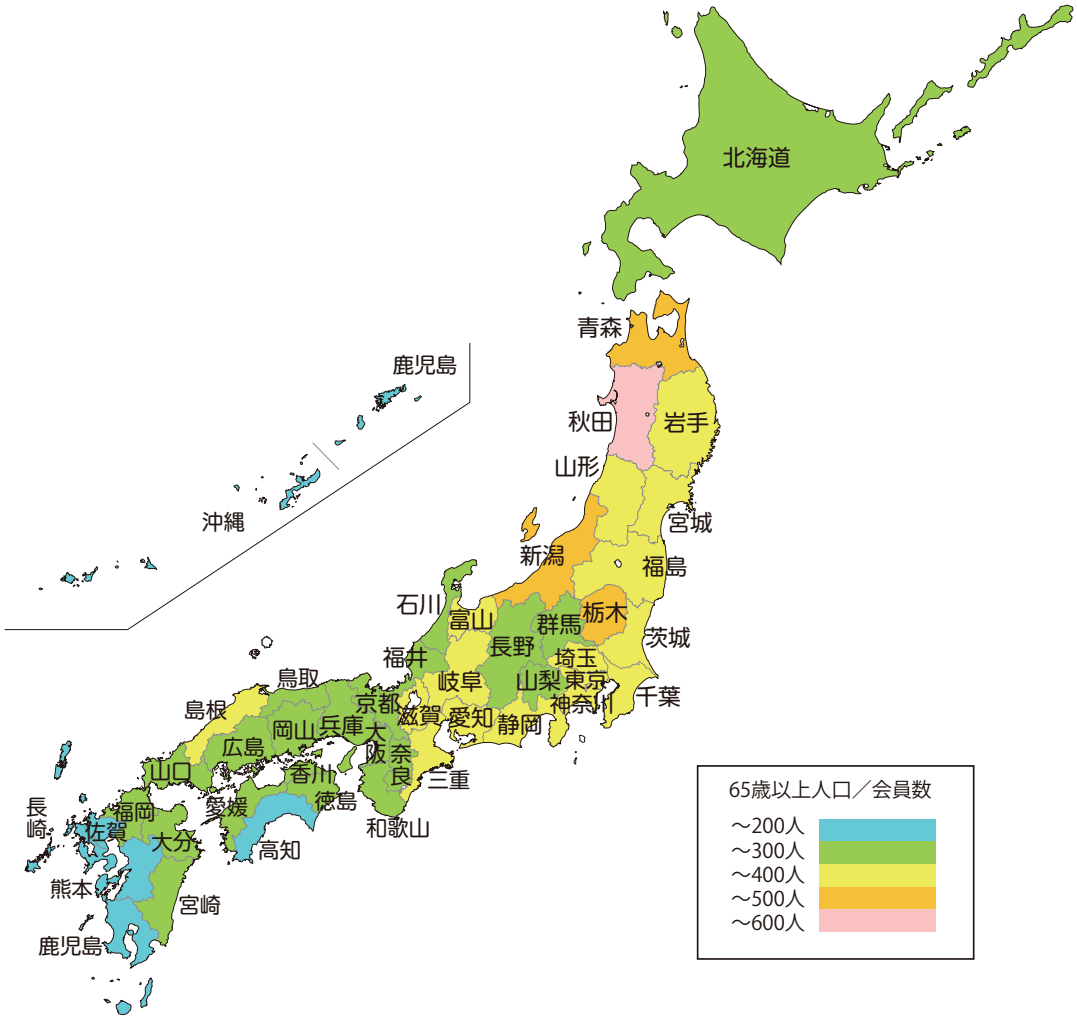
都道府県	2015年度				2016年度			
	65歳以上人口[1]	65歳以上人口割合	協会会員数[2]	65歳以上人口/協会会員数	65歳以上人口[1]	65歳以上人口割合	協会会員数[2]	65歳以上人口/協会会員数
全　国	**33,868,000**	**27%**	**102,672**	**329.9**	**34,591,000**	**27%**	**106,557**	**324.6**
北海道	1,565,000	29%	5,009	312.4	1,602,000	30%	5,230	306.3
青　森	394,000	30%	815	483.4	401,000	31%	848	472.9
秋　田	346,000	30%	568	609.2	351,000	35%	613	572.6
岩　手	389,000	26%	875	444.6	395,000	31%	923	428.0
宮　城	600,000	34%	1,443	415.8	616,000	26%	1,478	416.8
山　形	346,000	31%	833	415.4	351,000	32%	884	397.1
福　島	549,000	29%	1,349	407.0	560,000	29%	1,407	398.0
茨　城	780,000	27%	1,977	394.5	801,000	28%	2,024	395.8
栃　木	511,000	26%	1,049	487.1	525,000	27%	1,116	470.4
群　馬	545,000	28%	1,678	324.8	558,000	28%	1,785	312.6
埼　玉	1,804,000	25%	4,297	419.8	1,857,000	25%	4,574	406.0
千　葉	1,611,000	26%	4,086	394.3	1,655,000	27%	4,250	389.4
東　京	3,066,000	23%	7,210	425.2	3,120,000	23%	7,494	416.3
神奈川	2,178,000	24%	4,907	443.9	2,232,000	24%	5,071	440.1
新　潟	688,000	30%	1,503	457.8	700,000	31%	1,578	443.6
富　山	326,000	31%	782	416.9	330,000	31%	839	393.3
石　川	321,000	28%	1,041	308.4	327,000	28%	1,106	295.7
福　井	225,000	29%	857	262.5	229,000	29%	901	254.2
山　梨	237,000	28%	833	284.5	242,000	29%	871	277.8
長　野	631,000	30%	2,028	311.1	641,000	31%	2,139	299.7
静　岡	1,029,000	28%	2,989	344.3	1,051,000	28%	3,148	333.9
岐　阜	571,000	28%	1,519	375.9	581,000	29%	1,581	367.5
愛　知	1,782,000	24%	5,423	328.6	1,821,000	24%	5,552	328.0
三　重	507,000	28%	1,237	409.9	516,000	29%	1,288	400.6
京　都	719,000	24%	2,265	317.4	733,000	28%	2,409	304.3
滋　賀	341,000	28%	935	364.7	350,000	25%	1,009	346.9
奈　良	392,000	26%	1,197	327.5	401,000	30%	1,235	324.7
和歌山	298,000	27%	1,188	250.8	302,000	32%	1,251	241.4
大　阪	2,319,000	29%	7,439	311.7	2,366,000	27%	7,548	313.5
兵　庫	1,502,000	31%	4,678	321.1	1,535,000	28%	4,866	315.5
岡　山	551,000	30%	1,827	301.6	560,000	29%	1,882	297.6
広　島	783,000	32%	2,750	284.7	799,000	28%	2,848	280.5
鳥　取	170,000	29%	645	263.6	173,000	30%	687	251.8
島　根	225,000	28%	664	338.9	228,000	33%	687	331.9
山　口	451,000	32%	1,439	313.4	458,000	33%	1,501	305.1
徳　島	234,000	31%	1,018	229.9	238,000	32%	1,064	223.7
高　知	240,000	30%	1,512	158.7	242,000	34%	1,540	157.1
香　川	292,000	31%	1,008	289.7	297,000	31%	1,039	285.9
愛　媛	424,000	33%	1,502	282.3	432,000	31%	1,552	278.4
福　岡	1,321,000	26%	5,754	229.6	1,357,000	27%	5,934	228.7
長　崎	408,000	28%	2,013	202.7	417,000	30%	2,016	206.8
熊　本	514,000	30%	2,591	198.4	523,000	29%	2,620	199.6
大　分	355,000	29%	1,533	231.6	362,000	31%	1,601	226.1
佐　賀	231,000	30%	1,192	193.8	236,000	28%	1,219	193.6
宮　崎	326,000	30%	1,093	298.3	333,000	30%	1,137	292.9
鹿児島	485,000	29%	2,594	187.0	493,000	30%	2,637	187.0
沖　縄	282,000	20%	1,527	184.7	293,000	20%	1,575	186.0

都道府県	2017年度				2018年度			
	65歳以上人口 1)	65歳以上人口割合	協会会員数 2)	65歳以上人口/協会会員数	65歳以上人口 1)	65歳以上人口割合	協会会員数 2)	65歳以上人口/協会会員数
全　国	**35,152,000**	**28%**	**115,719**	**303.8**	**35,578,000**	**28%**	**119,420**	**297.9**
北海道	1,632,000	31%	5,699	286.4	1,656,000	31%	5,970	277.4
青　森	407,000	32%	917	443.8	412,000	33%	946	435.5
秋　田	354,000	36%	643	550.5	357,000	36%	662	539.3
岩　手	400,000	32%	996	401.6	403,000	33%	1,037	388.6
宮　城	631,000	27%	1,607	392.7	643,000	28%	1,648	390.2
山　形	355,000	32%	956	371.3	358,000	33%	986	363.1
福　島	569,000	30%	1,505	378.1	576,000	31%	1,555	370.4
茨　城	819,000	28%	2,186	374.7	833,000	29%	2,247	370.7
栃　木	536,000	27%	1,220	439.3	546,000	28%	1,284	425.2
群　馬	567,000	29%	1,940	292.3	574,000	29%	2,035	282.1
埼　玉	1,900,000	26%	5,056	375.8	1,934,000	26%	5,312	364.1
千　葉	1,692,000	27%	4,671	362.2	1,721,000	28%	4,833	356.1
東　京	3,160,000	23%	8,402	376.1	3,189,000	23%	8,694	366.8
神奈川	2,274,000	25%	5,609	405.4	2,305,000	25%	5,870	392.7
新　潟	709,000	31%	1,644	431.3	716,000	32%	1,705	419.9
富　山	334,000	32%	915	365.0	336,000	32%	930	361.3
石　川	331,000	29%	1,171	282.7	334,000	29%	1,209	276.3
福　井	232,000	30%	980	236.7	234,000	30%	995	235.2
山　梨	245,000	30%	938	261.2	248,000	30%	967	256.5
長　野	647,000	31%	2,256	286.8	651,000	32%	2,325	280.0
静　岡	1,069,000	29%	3,409	313.6	1,081,000	30%	3,574	302.5
岐　阜	589,000	29%	1,698	346.9	595,000	30%	1,786	333.1
愛　知	1,852,000	25%	6,010	308.2	1,875,000	25%	6,200	302.4
三　重	522,000	29%	1,379	378.5	527,000	29%	1,448	364.0
京　都	743,000	29%	2,655	279.8	749,000	29%	2,788	268.7
滋　賀	357,000	25%	1,089	327.8	363,000	26%	1,125	322.7
奈　良	408,000	30%	1,333	306.1	413,000	31%	1,389	297.3
和歌山	304,000	32%	1,372	221.6	306,000	33%	1,405	217.8
大　阪	2,399,000	27%	8,238	291.2	2,420,000	28%	8,412	287.7
兵　庫	1,558,000	28%	5,363	290.5	1,577,000	29%	5,610	281.1
岡　山	567,000	30%	2,027	279.7	571,000	30%	2,068	276.1
広　島	809,000	29%	3,143	257.4	817,000	29%	3,297	247.8
鳥　取	175,000	31%	748	234.0	177,000	32%	787	224.9
島　根	230,000	34%	745	308.7	231,000	34%	771	299.6
山　口	462,000	33%	1,613	286.4	465,000	34%	1,640	283.5
徳　島	241,000	32%	1,136	212.1	243,000	33%	1,172	207.3
高　知	244,000	34%	1,611	151.5	245,000	35%	1,613	151.9
香　川	301,000	31%	1,105	272.4	303,000	32%	1,144	264.9
愛　媛	437,000	32%	1,646	265.5	441,000	33%	1,704	258.8
福　岡	1,384,000	27%	6,349	218.0	1,408,000	28%	6,390	220.3
長　崎	424,000	31%	2,136	198.5	429,000	32%	2,151	199.4
熊　本	531,000	30%	2,818	188.4	537,000	31%	2,858	187.9
大　分	367,000	32%	1,741	210.8	371,000	32%	1,764	210.3
佐　賀	240,000	29%	1,312	182.9	244,000	30%	1,318	185.1
宮　崎	338,000	31%	1,218	277.5	342,000	32%	1,247	274.3
鹿児島	501,000	31%	2,835	176.7	506,000	31%	2,845	177.9
沖　縄	303,000	21%	1,679	180.5	313,000	22%	1,704	183.7

1) 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。

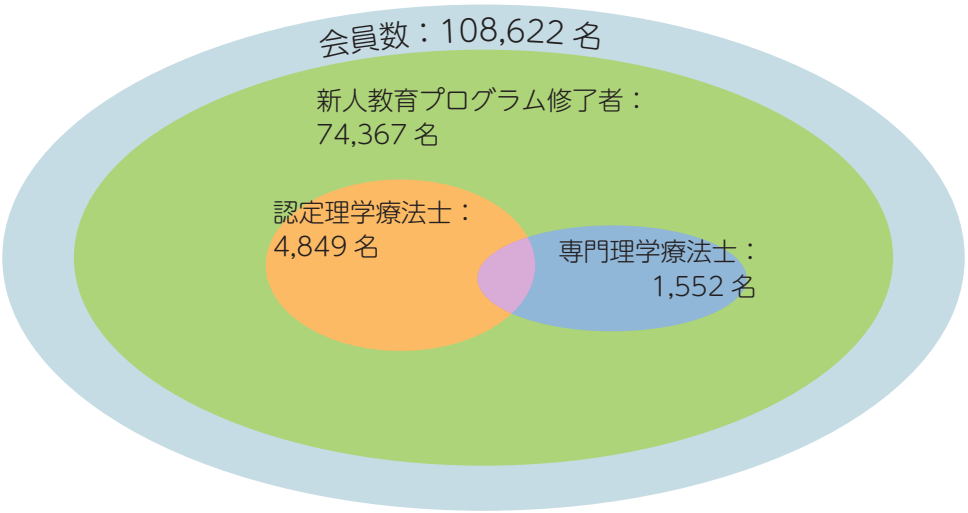
2) 会員数は国内会員のみ換算(海外会員は除く)

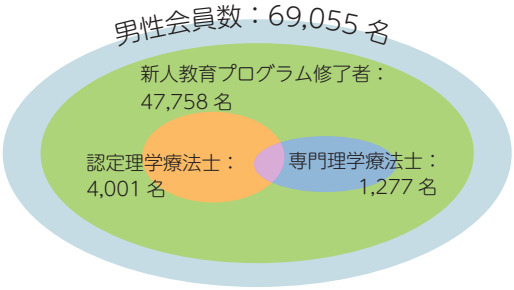
14 2018年度都道府県別 高齢者割合と会員割合

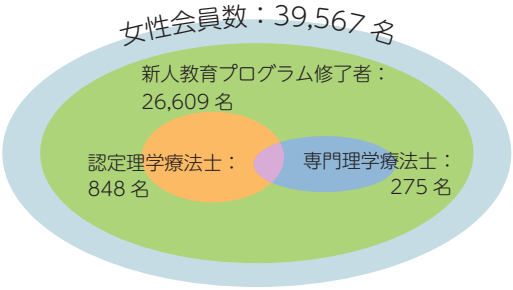


注：国勢調査による10月1日時点の推計人口（年齢不詳の人口を各歳別にあん分した人口）

15 生涯学習履修状況


会員数：108,622 名
新人教育プログラム修了者：
74,367 名
認定理学療法士：
4,849 名
専門理学療法士：
1,552 名


男性会員数：69,055 名
新人教育プログラム修了者：
47,758 名
認定理学療法士：
4,001 名
専門理学療法士：
1,277 名


女性会員数：39,567 名
新人教育プログラム修了者：
26,609 名
認定理学療法士：
848 名
専門理学療法士：
275 名

16 職場構成員による施設数

	1990年度	1995年度	2000年度	2005年度	2006年度	2007年度
1人	1,385	2,095	3,345	4,111	4,353	4,440
2人	756	920	1,337	1,752	1,856	1,932
3人	428	618	845	1,089	1,124	1,152
4人	252	411	596	752	749	798
5人	140	241	450	591	574	565
6－10人	211	401	773	1,262	1,437	1,525
11－15人	34	53	124	366	424	531
16－20人	9	12	32	111	134	176
21－30人	3	9	17	65	98	125
31人以上	2	3	5	30	34	56
合計	3,220	4,763	7,542	10,129	10,783	11,300
自宅	268	663	1,546	3,070	3,599	4,053

	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
1人	4,458	4,512	4,762	5,232	5,251	5,679
2人	1,919	2,075	2,292	2,369	2,417	2,457
3人	1,163	1,206	1,427	1,447	1,527	1,538
4人	798	820	941	971	1,006	1,021
5人	579	609	678	675	702	695
6－10人	1,510	1,551	1,719	1,746	1,791	1,854
11－15人	527	567	658	672	696	742
16－20人	165	252	309	337	376	402
21－30人	126	143	257	274	344	362
31人以上	54	75	130	181	251	296
合計	11,299	11,810	13,173	13,904	14,361	15,046
自宅	4,077	4,483	5,471	6,357	11,185	16,180

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
1人	5,907	6,088	6,622	7,100	7,472
2人	2,534	2,677	2,765	2,885	2,979
3人	1,531	1,565	1,589	1,738	1,734
4人	1,056	1,048	1,034	1,063	1,102
5人	682	720	720	732	736
6－10人	1,912	1,880	1,907	1,964	1,911
11－15人	733	809	806	851	901
16－20人	454	482	491	507	513
21－30人	387	422	450	507	528
31人以上	328	366	396	471	497
合計	15,524	16,057	16,780	17,818	18,373
自宅	16,462	18,681	19,575	20,924	21,957

17 研究助成事業

2018年度理学療法にかかわる研究助成 採択研究一覧

A：指定研究助成（助成総額700万円）　申請件数 61件、採択件数 10件、採択研究一覧

受付番号	申請者氏名	所属	指定研究名	研究テーマ	研究期間	決定助成額(円)
H30-A02	渡邉 観世子	国際医療福祉大学	⑨理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究	ウィメンズヘルス理学療法の実態調査および養成課程での教育内容のありかた	2018年度	655,000
H30-A11	瓜谷 大輔	畿央大学	②国際的な視野に立った自立支援、および健康増進・予防に関する研究	日本人変形性膝関節症患者の心理的特徴の解明とその国際比較	2018年度	360,000
H30-A13	玉越 敬悟	新潟医療福祉大	⑨理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究	脳出血モデルラットにおける超急性期理学療法の効果に関する基礎医学的検証	2018年度	880,000
H30-A19	薄 直宏	東京女子医科大学八千代医療センター	①実践能力の向上に資する理学療法教育研究	演劇教育手法を用いた理学療法士学生のコミュニケーションの変化	2018～2019年度	839,000
H30-A21	相原 正博	帝京科学大学	⑨理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究	不活動が脳に与える影響の基礎的検討―脳由来神経栄養因子BDNFに着目して―	2018年度	805,000
H30-A26	吉岡 潔志	長崎大学	⑨理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究	男性ホルモン低下による排泄制御筋への影響と全身性運動効果の基礎的検証	2018年度	640,000
H30-A28	川田 尚吾	筑波大学	⑨理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究	プライマリ・ケアの医師、看護師はどのような場面で理学療法士を必要と考えているか？	2018年度	575,000
H30-A43	野口 泰司	名古屋市立大学	⑨理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究	地域高齢者の睡眠障害に対する新しい予防理学療法の構築に向けた研究	2018年度	550,000
H30-A50	中西 智也	東京大学	⑨理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究	障碍者スポーツによる運動機能回復と背景にある神経基盤の解明	2018年度	913,000
H30-A59	筆保 健一	広島大学病院	⑨理学療法の新たな技術開発に資する萌芽挑戦的研究	NASHにける病態およびサルコペニア改善のための筋力トレーニングの効果検証	2018年度	783,000

B：一般研究助成（助成総額300万円）　申請件数41件、採択件数6件

受付番号	申請者氏名	所属	研究テーマ	研究期間	決定助成額(円)
H30-B08	飯田 尚哉	札幌医科大学	超音波剪断波エラストグラフィを用いた肩関節後方関節包の受動的な弾性特性評価	2018年度	537,000
H30-B19	松田 雅弘	城西国際大学	急性期～回復期病院における脳卒中患者に対する下肢装具の活用に関する実態調査	2018年度	120,000
H30-B22	岡田 圭祐	香芝生喜病院	絞扼性神経損傷モデルラットに対する他動的運動介入が神経障害性疼痛に与える影響	2018～2019年度	574,000
H30-B30	松木 良介	関西電力医学研究所関西電力病院	くも膜下出血患者に対する早期離床プログラムの安全性と有用性の探索	2018年度	640,000
H30-B36	坂本 淳哉	長崎大学	生物学的根拠に裏付けされた変形性膝関節症の痛みに対する運動療法の確立に向けた研究	2018年度	652,000
H30-B39	森下 佑里	埼玉県立大学	前十字靭帯自己治癒に貢献する細胞の探索と検証	2018年度	477,000

大規模臨床研究に対する研究助成　採択一覧

No	申請代表者氏名	申請代表者所属	助成金額(千円)	研究テーマ
1	服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保障福祉協会医療経済研究機構	25,000	寝屋川市が実施する介護予防・日常生活支援総合事業を通じた予防理学療法の活用がその後の虚弱高齢者の身体機能向上、社会参加そして介護サービス未利用状態の維持に与える効果の評価
2	田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野	9,800	ハイリスク者へのリハビリテーションによる健康寿命の延伸への効果―医療・介護レセプト連結データによる分析
3	山田 実	筑波大学	20,000	大規模コホート研究による介護予防効果の検証と理学療法士による個別プログラムの有用性の検証
4	佐藤 慎一郎	人間総合科学大学	15,000	地域自立高齢者における要介護状態への移行の実態とその予防対策に関する研究
5	北井 豪	神戸市立医療センター中央市民病院	18,000	内部障害合併患者の急性期病院退院後の再入院予防を目的とした標準化在宅理学療法プログラの構築～遠隔診療を用いた急性期病院・地域機関の一体化～

大規模臨床研究　研究成果

研究課題名			
寝屋川市が実施する介護予防・日常生活支援総合事業を通じた予防理学療法の活用がその後の虚弱高齢者の身体機能向上、社会参加そして介護サービス未利用状態の維持に与える効果の評価			
研究分野	研究者名	所属機関	助成金額
要介護状態の発生・増悪に関する予防理学療法	服部 真治	(一財)医療経済研究・社会保障福祉協会医療経済研究機構	25,000,000円
対象者			
大阪府寝屋川市在住の要支援者(新規認定者、および、既存サービス利用者)			
主な研究結果①	主な研究結果②		
介入群では卒業該当者は17 人であり、卒業率は11.8%だった。対照群は1 人であり、卒業率は0.6%だった。サブグループ解析として、認定区分別、年齢階級別および給付利用状況別を追加分析した。認定区分別では、要支援1で介入群の卒業が12.5%、対照群で1.1%、要支援2 で介入群の卒業が10.9%、対照群で0.0%だった。年齢階級別では、介入群の卒業が65 歳以上74 歳以下で4.0%、75 歳以上84 歳以下で12.2%、85 歳以上で17.2%だった。	給付利用状況については、介入前から要支援者対象サービスを利用していた場合、介入群の卒業が12.0%、対照群で0.0%、初めて要支援者対象サービスを利用した場合、介入群の卒業が9.1%、対照群で5.6%だった。		

研究課題名			
ハイリスク者へのリハビリテーションによる健康寿命の延伸への効果―医療・介護レセプト連結データによる分析			
研究分野	研究者名	所属機関	助成金額
健康寿命の延伸(生活習慣病等の発生・増悪予防)に関する予防理学療法	田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系	9,800,000円
対象者			
65歳以上の者のうち、①2012年4月～2012年9月に入院および退院があった者(A市)　②2012年10月から2015年3月までの期間に「退院時リハビリテーション指導料」と「疾患別リハビリテーション料」が同月に算定あった者(B市)　③要介護認定(要介護度5を除く)受けた者のうち、2012年4月～2012年9月に入院および退院があった者			
主な研究結果①	主な研究結果②		
退院翌月に何らかのリハを利用した者の割合は、「入院リハあり(3単位未満/日)」群のうち12.6%、「入院リハあり(3単位以上/日」群のうち28.3%であった。また、退院6ヶ月後、退院12ヶ月後において、外来リハを利用した者の人数は減少していた。一方、介護保険のリハを利用した者の人数はほとんど変化しなかった。	B市はA市に比べ、退院同月に要支援または要介護の認定を受けた者が少なかった。また、退院1ヶ月後に外来リハ利用者の割合は19.6%であった一方、介護リハ利用者の割合2.6%であり、A市の結果と比較しても、B市は介護リハの利用者が少なかった。また、B市はA市に比べて介護費用が0円であった者の割合が大きく、介護保険サービス全体の提供量も少ない可能性が考えられた。		
主な研究結果③			
軽中等度介護群においては、多重ロジスティック回帰分析、およびプロペンシティスコアマッチング法により調整した場合も、「退院後介護リハ」があった者は、なかった者に比べて、退院12ヶ月後時点の要介護度の悪化が有意に少ない結果となった。一方、「退院後外来リハ」の有無については有意な関連は認められなかった。また重度介護群においては、「退院後介護リハ」の有無および「退院後外来リハ」の有無のいずれも、退院12ヶ月後時点の要介護度の悪化との有意な関連は認められなかった。			

大規模コホート研究による介護予防効果の検証と理学療法士による個別プログラムの有用性の検証			
研究分野	研究者名	所属機関	配分額
要介護状態の発生・増悪に関する予防理学療法	山田 実	筑波大学人間系	20,000,000円
対象者			
滋賀県米原市在住の要支援・介護状態にない高齢者			
主な研究結果①	主な研究結果②		
7.5年の追跡期間を設けた調査結果から、二次予防事業では、追跡開始2年時点では参加者と非参加者で比較的大きな差があるが、7.5年の追跡完了時点ではこの差が消失していた。また、介護給付費用については、通いの場の参加の有無、社会参加の有無によって有意差を認めた。転倒経験および転倒恐怖感の有無はいずれも要介護の発生に影響を及ぼしており、中でも転倒恐怖感の影響が強かった。	地域在住高齢者を対象に、身体機能計測と運動フィードバックによる機能向上効果を検証したところ、フィードバックの種類に関係なく、いずれの群も身体・口腔・認知機能の向上効果を示した。さらに、サブグループ解析として転倒恐怖感の有無によって層化し分析を行ったところ、転倒恐怖感有り層では膝伸展筋力変化量に有意な差を認め、理学療法士によるフィードバック群で最も良好な改善を示した。		

研究課題名			
地域自立高齢者における要介護状態への移行の実態とその予防対策に関する研究			
研究分野	研究者名	所属機関	配分額
要介護状態の発生・増悪に関する予防理学療法	佐藤 慎一郎	人間総合科学大学保健医療系	15,000,000円
対象者			
T市に居住する高齢者のうち、2016年1月の時点で要介護認定を受けていない全ての自立高齢者			
研究①の進捗状況	研究②の進捗状況		
自立状態から要支援および要介護状態へ移行する頻度と関連要因として、要介護認定データの提供について行政と合意が得られたためデータ解析と報告書の作成を進めている。	高齢者における膝痛の発生頻度とその関連要因について、2016年～2018年の観察期間と2019年1月からの追跡調査結果よりデータ解析と報告書を作成していく。		
研究③の進捗状況			
介護予防プログラムを実施した際の運動器系障害の医療費および介護費に対する削減効果について、行政からレセプトデータ等の提供を受けながらデータ解析と報告書の作成を進めている。			

研究課題名			
内部障害合併患者の急性期病院退院後の再入院予防を目的とした標準化在宅理学療法プログラムの構案～遠隔診療を用いた急性期病院・地域機関の一体化～			
研究分野	研究者名	所属機関	配分額
内部障害合併患者に対する再入院に関する予防理学療法	北井 豪	神戸市立医療センター中央市民病院	1,800,000円
対象者			
急性期病院に2018年1月～12月に入院した65歳以上の内部障害（循環器および呼吸器内科）合併患者全例			
研究の進捗状況			
本研究への参加表明者に対して教育プログラムを進めている。今後症例登録を開始し、遠隔モニタリングの環境設定や介入時の課題をスクリーニングすることで改善を図り、標準的プログラムを実施できる体制構築に向けてデータ解析を行い報告書を作成していく。			

18 地域包括ケア病棟における リハビリテーション専門職の取り組みと リハビリテーション実施状況に関する調査

対象	2018年9月1日時点で地域包括ケア病棟入院料あるいは入院医療管理料を算定している2,253施設
方法	郵送によるアンケート調査
期間	2018年12月3日～2018年12月28日
調査票の構成 および回答条件	1. 施設票 ●地域包括ケア病棟に関する設問については、複数病棟で算定している場合1病棟について回答を求めた。 2. リハビリテーション専門職票 3. 患者票計4名分 ●疾患別リハビリテーションを提供した患者2名、疾患別リハビリテーションを提供しなかった患者2名について回答を求めた。
回答者	地域包括ケア病棟に専従で配置されているリハビリテーション専門職
各調査票の 主な設問内容	1. 施設票 ●病院情報 －病床数 －算定している他の入院基本料・特定入院料 ●地域包括ケア病棟の情報 －病床数 －入棟患者数 －疾患別リハビリテーションを実施している患者数 2. リハビリテーション専門職票 ●専従について －専任リハビリテーション専門職数 －1日あたりの疾患別リハビリテーション提供単位数 －疾患別リハビリテーション以外での入院患者に介入する時間 ●専任について －専任リハビリテーション専門職数 －1日あたりの疾患別リハビリテーション提供単位数 －疾患別リハビリテーション以外での入院患者に介入する時間 ●病棟におけるリハビリテーション専門職の取り組み状況 －取り組みに関する充実度 3. 患者票 ●基本情報 －年齢・性別 －入院前介護度 ●入院に関する情報 －主疾患名 －疾患別リハビリテーション処方内訳 －リハビリテーション専門職による疾患別リハビリテーション以外の介入状況
回答数(回収率)	1,335施設(59.3%)

19 介護報酬改定の影響および リハビリテーションマネジメントに関する調査

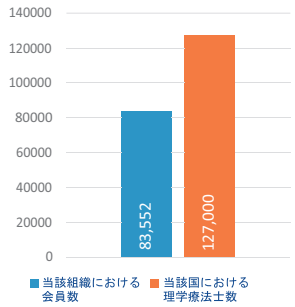
対象	2018年9月1日時点で地域包括ケア病棟入院料あるいは入院医療管理料を算定している2,253施設
方法	郵送によるアンケート調査
期間	2018年12月3日～2018年12月28日
調査票の構成 および回答条件	1. 施設票 ● 2019年1月31日現在、または2019年1月の1か月の実績で回答を求めた。 2. 個票3名分 ● 2018年8月1日から2018年10月31日までに介護保険での訪問リハビリテーションを新規で利用開始した順に3名について回答を求めた。 ● 3名の新規利用者がいない場合には、該当する人数分のみの回答を求めた。
回答者	訪問リハビリテーション事業所に従事するリハビリテーション専門職
各調査票の 主な設問内容	1. 施設票 ●施設情報 －訪問リハビリテーション従事者数 －利用者数 ●リハビリテーションマネジメントおよびリハビリテーション会議の取り組み状況 －リハビリテーションマネジメント加算の算定状況 －ICTを活用したリハビリテーション会議の実施状況 ●医療介護連携について －医療保険でのリハビリテーションから介護保険での訪問リハビリテーションに移行した利用者数 －医療介護連携の情報共有の方法 ●生活機能向上連携加算の実施状況 －リハビリテーション専門職の外部派遣実施状況 －派遣している施設・事業所 －リハビリテーション専門職が実施している内容 2. 個票 ●利用者の基本情報 －要介護度 －要介護状態となった主な原因疾患 －Barthel Index ●訪問リハビリテーションの医師の関与について －開始時の指示の内容（開始時の留意事項、実施中の留意事項等） ●訪問リハビリテーションの提供およびリハビリテーションマネジメントについて －取得したリハビリテーションマネジメント加算 －開始時および3か月後の主目標 ●訪問リハビリテーション開始から3か月後の利用者の状況 －開始時と3か月後の訪問リハビリテーション利用状況 －開始時と3か月後の訪問リハビリテーションの支援内容
回答数（回収率）	1,335施設（59.3%）

20 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

JAPAN | NUMBERS

World Confederation for Physiotherapy

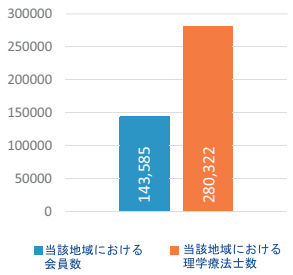
国内の理学療法士の数



65.7% の理学療法士がJPTA会員

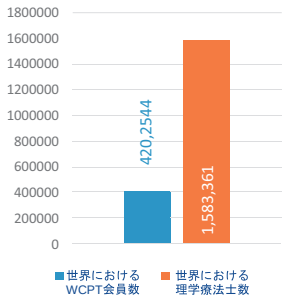
補注:AWP=Asia Western Pacific
アジア西太平洋地域 (2018年12月時点で28か国・地域)

WCPT-AWP内の理学療法士の数



51.2% の理学療法士は
WCPT-AWP 加盟組織の会員

世界の理学療法士



26.5% の理学療法士が
WCPT加盟組織の会員

このレポートのデータは、WCPTのメンバー組織に送信された年次調査への回答に基づいている。2018年は122の会員組織へ年次調査が送られ、89の組織が回答した。一部のデータはWCPTで入手可能な他のソースを参照している。

JAPAN | GENDER

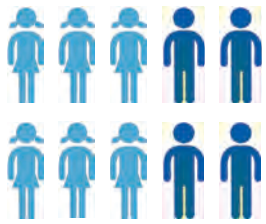
World Confederation for Physiotherapy

国　内

10人のうち4名の
理学療法士は女性

世　界

10人のうち6名の
理学療法士は女性



JAPAN | MEMBERSHIP IN YOUR REGION

World Confederation for Physiotherapy

国	Number of members	
Afghanistan	270	
Australia	17,900	
Bangladesh	836	
Cambodia	155	
Hong Kong	1,064	
Japan	83,552	この地域において最も大きな加盟組織
Korea (South)	20,093	
Macau	133	この地域において最も小さな加盟組織
Malaysia	980	
Mongolia	147	
Myanmar	806	
Nepal	370	
New Zealand	3,412	
Philippines	4,961	
Saudi Arabia	440	
Singapore	344	
Taiwan	1,088	
Thailand	1,430	
United Arab Emirates	200	

このデータは2018年の年次調査の回答に基づいている

JAPAN | MEMBERSHIP IN YOUR REGION

World Confederation for Physiotherapy

2017年以降の調査での会員数の増加/減少の割合

日本理学療法士協会

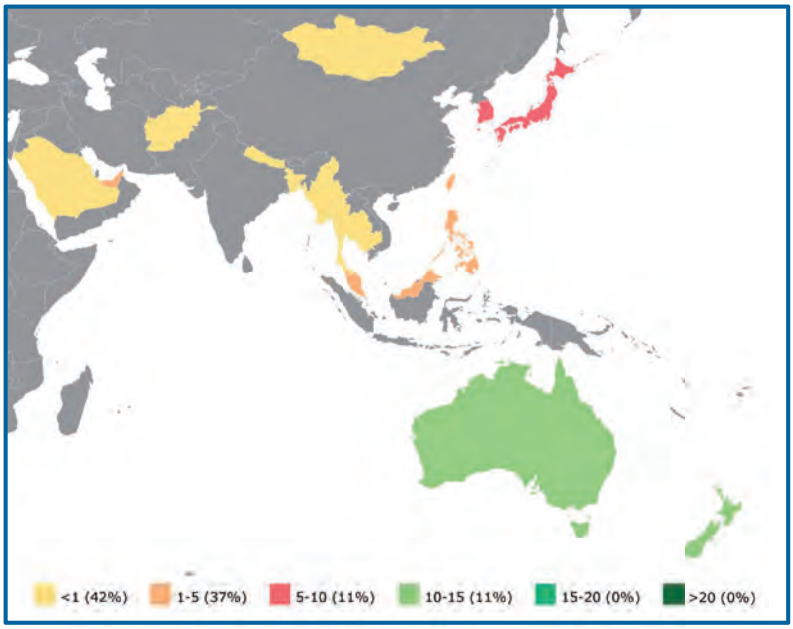
WCPT-AWP地域

世界において、
WCPT加盟組織のある国々

このデータはWCPT加盟組織から集められた報告により会員の動向を反映している

ASIA WESTERN PACIFIC | IN YOUR REGION

World Confederation for Physiotherapy



この地図は、AWP地域の人口1万人あたりの理学療法士の数を示している

JAPAN | PRACTICE IN YOUR REGION

World Confederation for Physiotherapy

当該地域において、理学療法士は以下が許されている:	Australia	Bangladesh	Cambodia	Macau	New Zealand	Saudi Arabia	Singapore	United Arab Emirates	Malaysia	Nepal	Philippines	Thailand	Afghanistan	Taiwan	Hong Kong	Japan	Myanmar	Korea (South)	Mongolia
ファーストコンタクトとして働く/自律的な実践をする	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						✓					
患者やクライアントを評価する	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
診断をする	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
治療 (介入、アドバイス、アウトカムの評価)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
他の専門職/サービスへの紹介	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓		
その他予防的アドバイス/サービス	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

日本で理学療法実践するために
理学療法士は登録が必要か？

日本で理学療法実践するために理学療法士は
JPTA の会員になることが必須か？

免責事項

- 本報告内のデータはWCPT加盟組織の年次調査への回答に基づいている。
- 2018年は122の加盟組織へ送り89の回答を得た。調査日は2018年6月30日
- 一部のデータは、WCPTで入手可能な他のソースを参照している。
- 質問ほか、国情報を変更したい場合、お問い合わせは以下まで。
  countryprofile@wcpt.org

21 理学療法士及び作業療法士法

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―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―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―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つて行う。

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、その求めがあつたときは、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。

（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つたときは、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つても、その者がその取消しの理由となつた事項に該当しなくなつたとき、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つたときは、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ツサージについては、あん摩マツサージ指圧師、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つた後においても、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つて厳正を保持し、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

22 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又は作業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つたときは、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

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）にあつては住民票の写し（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つ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つては、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つては四人（一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあつては、一学級増すごとに一を加えた数）、その翌年度にあつては五人（一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあつては、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つては、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つては四人（一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあつては、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つては、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（法人にあつては、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

23 理学療法士の名称の使用について

写

医政医発 1127 第 3 号
平成 25 年 11 月 27 日

各都道府県医務主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局医事課長

理学療法士の名称の使用等について（通知）

厚生労働省に設置されたチーム医療推進会議及びチーム医療推進方策検討ワーキンググループにおいて、本年６月から10月にかけて、医療関係団体から提出された医療関係職種の業務範囲の見直しに関する要望書について議論してきました。

この要望書における要望の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障害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や医師の指示の要否について、現場の解釈に混乱がある実態に鑑み、理学療法の対象に、「身体に障害のおそれのある者」を追加してほしい旨の要望がありました（別添１）。

これに対しては、本年10月29日に開催された第20回チーム医療推進会議において別添２のような方針が決定されたところですが、このような議論があったことを踏まえ、理学療法士の名称の使用等について、下記の事項を周知することとしましたので、その内容について十分御了知の上、関係者、関係団体等に対し周知徹底を図っていただきますようお願い申し上げます。

記

理学療法士が、介護予防事業等において、身体に障害のない者に対して、転倒防止の指導等の診療の補助に該当しない範囲の業務を行うことがあるが、このように理学療法以外の業務を行うときであっても、「理学療法士」という名称を使用することは何ら問題ないこと。

また、このような診療の補助に該当しない範囲の業務を行うときは、医師の指示は不要であること。

執筆者一覧

本編

半田　一登	日本理学療法士協会	会長
斉藤　秀之	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
高橋　哲也	日本理学療法士協会	常務理事
佐々木 嘉光	日本理学療法士協会	理事

トピックス&コラム

吉井　智晴	日本理学療法士協会	常務理事
小川　克巳	日本理学療法士協会	理事　参議院議員
奥田　邦晴	日本理学療法士協会	2020年東京大会推進委員会
砥上　恵幸	日本理学療法士協会	表彰委員会　委員長
藤田　博暁	日本理学療法士協会	日本理学療法士学会研究推進委員会　委員長

本誌掲載写真

第７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/07/

理学療法白書 2019

電子版発行　2020 年 1 月 31 日
編　　集　公益社団法人 日本理学療法士協会
発 行 者　吉田　初音
発 行 所　株式会社 ガイアブックス
〒107-0052 東京都港区赤坂 1-1 細川ビル2F
TEL.03 (3585) 2214　FAX.03 (3585) 1090
http://www.gaiajapan.co.jp

Copyright GAIABOOKS INC. JAPAN2020

この電子書籍の全部または一部を無断で複製、転載、改竄、公衆送信すること、および有償無償にかかわらず、本データを第三者に譲渡することを禁じます。

9784866540320
1923047025005
ISBN978-4-86654-032-0
C3047 ¥2500E

GAIA BOOKs ガイアブックス

定価 本体2,500円+消費税

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