理学療法自書 2012

絆をはぐくむ理学療法士



公益社団法人 日本理学療法士協会

理学療法白書

2012

一絆をはぐくむ理学療法士一

2012年度版 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

平成25年3月時点で、本会会員数は休職者を含めて8万3千人となり、組織率は83%となっています。急激な会員増は、内部的には様々な課題を生じさせていますが、対外的には、この数字は大きく意味を持ち始めています。まず会員数8万人強は、日本看護協会に続いて、大きな数字となりました。それらのおかげで、厚生労働省での諸会議で様々な立場を得ることができるようになりました。これは非常に大きなことで、政策立案する段階から職務に携わることであり、本会の意向を述べる機会が生じてきます。一方、そのような発言の機会にいかなる内容の発言をするか、いかなるデータを示すことができるかが重要です。そのための準備を継続的に行なう機関を育て上げねばなりません。

平成24年には社会保障と税の一体改革と称して、政治的には大きな動きがありました。その中で社会保障システムの一環として、地域包括ケアシステムが提唱されています。このシステムは中学校区を単位としながら、地域完結的なシステムとなっており、「自助」「互助」「共助」「公助」をシステム化することとなっています。問題はその内容と共に2025年を目途に作り上げることになっていることです。今から12年後には大きな構造改革が行われ、その高齢社会の中でいかにして理学療法を活用できる方向性を産み出すかは、我々の努力にかかっています。

先日(平成 25 年 3 月 14 日)、理学療法士学生協会の研修会に行ってきました。全国から集まった 200 余名 の方々の真摯な論議に胸を打たれると共に、彼らが一様に抱えている不安感に強い責任感を感じざるを得ませんでした。神戸大学の 2 年生が、この苦境を打開するためには、知名度を上げるのではなく、認知度を上げる必要を訴えていました。そして、認知度を上げるためのグループディスカッションでは、映画製作や機器開発、マスメディアの活用等が語られていました。

在学生が不安を感じるような理学療法士の現況を打開し、専門職として満足度の高い理学療法分野を作り上 げねばなりません。未来のために残された時間はあと 10 年余です。

執筆者

半田 一登 公益社団法人 日本理学療法士協会 会長

小川 克巳 沖縄リハビリテーション福祉学院

山口 和之 前衆議院議員

渡邉 好孝 医療法人松田会

櫻田 義樹 岩手県立中央病院 リハビリテーション科

森本 榮 初台リハビリテーション病院 サポート部

斉藤 秀之 筑波記念病院 リハビリテーション部

網本 和 首都大学東京 健康福祉学部 理学療法学科

梶村 政司 中国電力株式会社 中電病院 リハビリテーション科

植松 光俊 星城大学大学院 健康支援学研究科

山根 一人 株式会社アール・ケア

松井 一人 有限会社ほっとリハビリシステムズ

太田 智弘 専門学校北海道リハビリテーション大学校 理学療法学科

林 義孝 武庫川女子大学大学院 健康運動科学研究所

吉井 智晴 東京医療学院大学 保健医療学部 リハビリテーション学科

目 次

第1部 日本理学療法士協会の現在そして未来

第1節 公益社団法人としてのさらなる飛躍 ………………………… 会長 半田 一登 10

- 1. はじめに
- 2. 東日本大震災と支援活動
- 3. 訪問リハビリステーション
- 4. 地域包括ケアシステム
- 5. 組織改革
- 6. 養護学校等への理学療法士派遣
- 7. 教育
- 8. おわりに

第2部 東日本大震災への対応— 『笑顔をあきらめない』

第1節 日本理学療法士協会の支援活動 …………………………… 副会長 小川 克巳 16

- 1. はじめに
- 2. 協会は理学療法士として被災者支援にいかに向き合おうとしたのかー組織論的視点からー
- 3. 時期毎の災害時リハビリテーション支援についてーその特徴と課題ー
- 4. おわりに

第2節 福島県理学療法士会の取り組み

「復興・未来に向けてのスタート」 …………………… 福島県士会長 山口 和之 21

- 1. はじめに
- 2. 震災発生直後
- 3. 災害支援活動「初期」
- 4. 災害支援活動「中期」
- 5. 災害支援活動「後期」
- 6. おわりに

第3節 宮城県理学療法士会の取り組み

「笑顔が人々の未来をつないでいる」…………………………………………………………… 宮城県士会長 渡邉 好孝 28

- 1. あれから、もうすぐ2年目の春を迎える
- 2. 災害対策本部活動の経過
- 3. 現実・現場・現物での連携が大切
- 4. 今後の課題
- 5. より好い支援とは
- 6. おわりに

第4節 岩手県理学療法士会の取り組み

「岩手で結ばれた絆」………………………… 岩手県士会長 **櫻田 義樹 32**

- 1. はじめに
- 2. 会員の被災について
- 3. 発災から活動初期
- 4. 陸前高田市支援活動
- 5. 山田町支援活動
- 6. おわりに

第3部 日本理学療法士協会の2年間の取り組み

第1	節 事 務 局 事務局1. 事務局の2年間の取り組み2. 新組織体制への移行に向けた事務局の基盤整備3. 包括的管理システム4. 事務局業務の強化	森本	榮	38
第2	節 教 育 局	斉藤	秀之	43
第3	第 学 術 局 学術局長 1. 学術局の活動―総括 学門領域研究部の活動実績 3. 学術大会部の活動実績 学術誌部の活動実績 4. 学術誌の活動実績 学術局に関する今後の展望	網本	和	51
第4	節 社 会 局	梶村	政司	56
第5	節 職 能 局 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	植松	光俊	62
第6 1	節 重点課題への取り組みー特別委員会 協会組織検討特別委員会	· 기기	克巳	67
2	広報戦略特別委員会 委員長 1. はじめに 2. 広報戦略の基軸 3. 協会の主たる基本戦略の確認	山根	一人	70
3	訪問リハビリステーション特別委員会	松井	一人	72

4	IT化推進特別委員会 1. 引継ぎ前までの経過 2. 1年目の活動 3. 2年目の活動 4. 今後の課題	委員長	太田	智弘	74
5	指定規則等特別委員会 1. はじめに 2. 検討項目 3. 答申の概要 4. おわりに	委員長	林	義孝	76
6	研修体制統合特別委員会1. 研修体制の現状と課題2. 研修体制統合のための方策3. 将来への発展性	委員長	吉井	智晴	79
第4	4部 統計・資料編				
	4部 統計・資料編 ^{医療・保健・福祉の基礎統計}				82
1.					
1. 2.	医療・保健・福祉の基礎統計		•••••	•••••	99
1. 2. 3.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料		•••••	•••••	99 115
1. 2. 3. 4.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料			•••••	99 115
1. 2. 3. 4. 5.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表				99 115 126 129
1. 2. 3. 4. 5.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表 日本理学療法士協会 刊行物				99 115 126 129 133
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表 日本理学療法士協会 刊行物 理学療法士養成校一覧				99 115 126 129 133
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表 日本理学療法士協会 刊行物 理学療法士養成校一覧 公益社団法人日本理学療法士協会 倫理規程				99 115 126 129 133 139
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表 日本理学療法士協会 刊行物 理学療法士養成校一覧 公益社団法人日本理学療法士協会 倫理規程 理学療法士業務指針				99 115 126 129 133 139
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表 日本理学療法士協会 刊行物 理学療法士養成校一覧 公益社団法人日本理学療法士協会 倫理規程 理学療法士業務指針 理学療法士ブイドライン				99 115 126 129 133 139 140 142
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表 日本理学療法士協会 刊行物 理学療法士養成校一覧 公益社団法人日本理学療法士協会 倫理規程 理学療法士業務指針 理学療法士ブイドライン 理学療法士の職業倫理ガイドライン 理学療法教育ガイドライン(一部抜粋) 理学療法診療ガイドライン				99 115 126 129 133 139 140 142
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表 日本理学療法士協会 刊行物 理学療法士養成校一覧 公益社団法人日本理学療法士協会 倫理規程 理学療法士業務指針 理学療法士ブイドライン 理学療法士の職業倫理ガイドライン 理学療法教育ガイドライン(一部抜粋)				99 115 126 133 139 140 142 151
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	医療・保健・福祉の基礎統計 理学療法士に関する基礎資料 日本理学療法士協会活動関連資料 日本理学療法士協会年表 日本理学療法士協会 刊行物 理学療法士養成校一覧 公益社団法人日本理学療法士協会 倫理規程 理学療法士業務指針 理学療法士ブイドライン 理学療法士の職業倫理ガイドライン 理学療法教育ガイドライン(一部抜粋) 理学療法診療ガイドライン				99 115 126 129 133 139 140 142 151 154

白書図表一覧

第1日	部 日本理学療法士協会の現在そして未来	
図 1	訪問リハビリステーションの理念	11
図2	訪問リハビリステーションの機能	11
図3	理学療法の区分化	
第2部	部 東日本大震災への対応—『笑顔をあきらめない』	
第1節	日本理学療法士協会の支援活動	
表]	災害時の理学療法(士)の目的	18
表2	公益財団法人 国際医療技術財団(JIMTEF)第2回災害医療研修コース·······	
第2節	福島県理学療法士会の取り組み	
表]	施設被害状況および避難状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	21
表2	県内避難所数と介入決定避難所数	23
図 1	活動イメージ	24
表3	避難者への提供支援物品・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	25
表4	災害対策本部活動物品······	
表5	本会会員登録者数·····	26
図2	相談支援専門職チーム派遣事業活動方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
表6	本会会員参加の支援活動数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	27
第3節	宮城県理学療法士会の取り組み	
図]	災害対策本部組織図	29
表1	宮城県の災害対策本部活動経過・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	29
図2	震災直後、祈りを捧げる他県の理学療法士の仲間(元宮城県理学療法士会会員)	31
図3	震災直後、自らも被災者となり避難所生活をしながらも笑顔で被災者支援をする理学療法士	31
第4節	岩手県理学療法士会の取り組み	
表1	発災から活動初期の流れ	
表2	陸前高田市支援活動の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
図 1	「地域リハビリテーション」への依頼理由(陸前高田市支援結果)	
図2	個別支援を終了した理由(陸前高田市支援結果)	35
図3	支援の終了を判断した理由(陸前高田市支援結果)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
	山田町支援活動の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
	災害リハビリテーション支援 依頼を受けた住民の居住区分(山田町支援結果)	
	災害リハビリテーション支援を依頼した理由(山田町支援結果)	
図6	災害リハビリテーション支援 終了とした理由(山田町支援結果)	37
第3部	部の日本理学療法士協会の2年間の取り組み	
第1節	事務局	
図1	新組織体制に向けた事務局内職員の増員と事務局業務対応内容の変化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	39
図2	日本理学療法士協会田町カンファレンスセンター・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
図3	田町カンファレンスセンター見取図	40
図4	システム概念図	41
表]	システム導入によって可能になった機能	41

第2節	教育局	
図 1	理学療法士のキャリアデザイン 1 (イメージ)	15
図2	理学療法士のキャリアデザイン2(イメージ) 4	
図3	理学療法士体系的研修体制(イメージ)	16
表1	臨床実習指導者研修会	
表2	教員研修会········	17
表3	新人教育プログラム(平成24年度版)	19
表4	臨床実習·教育指導者研修会······ 5	50
第3節	学術局	
表1	応募演題数と日本理学療法士協会会員数との比率の推移 5	52
表2	応募演題数の推移 5	53
表3	理学療法学過去5年間の刊行状況 5	54
第5節	職能局	
図 1	協会に求められる職能機能強化のための基盤整備	32
第6節	重点課題への取り組み-特別委員会	
1 協会	会組織検討特別委員会	
図 1	組織・機構図	86
2 広報	B戦略特別委員会	
図1	広報戦略の基軸 7	70
3 訪問	り リハビリステーション特別委員会	
図1	訪問リハビリステーションを核とした地域包括ケアシステムの構築の提案 7	72
図2	浜通り訪問リハビリステーション(開設スタッフと半田会長) 7	73
4 IT化	比推進特別委員会	
表1	包括的会員管理システムの要望・対応件数 7	75
6 研修	多体制統合特別委員会	
表1	委員会開催とテーマ 7	79
図 1	生涯学習センター(案)の組織と主要業務	30

第1部 日本理学療法士協会の現在そして未来

第1節 公益社団法人としての更なる飛躍

公益社団法人 日本理学療法士協会 会長 半田一登



はじめに

協会の現在そして未来を語るにあたって、東日本大震災の過去・現在・未来は避けては通れない。発災から 2年以上が経過した中で、未だに3万人以上が仮設住宅生活を余儀なくされている。その中で、生活不活発病 (廃用症候群)の実態は驚くものがある。平成23年3月11日の発生、対策本部の設置、3月21日の視察、支援活動開始、支援活動休止、訪問リハビリステーション設立、今後の対策推進と目まぐるしく展開した。南 相馬市に創設した浜通り訪問リハビリステーションから見えてくるのは、この大災害で南相馬市は一気に超高齢社会になってしまったことである。この南相馬市を活力ある地域として再生できないとすれば、これからの超高齢社会の大きな影を落とすことになる。

昨年の社会保障と税の一体改革で「地域包括ケアシステム」を推進することが盛り込まれた。このシステムは2025年を目途に中学校区を単位としながら、「自助」「互助」「共助」「公助」を機能的に展開するためのものである。この改革は、すべての職種にとってチャンスでありピンチである。本会としては、地域包括ケアシステムへの対応を最重要課題と認識し対応していく。

本会会員数は、休会者を含めると8万人を超え、組織率は83%となっている。この急激に拡大する組織を機能的に運用することは極めて難しい。そこで平成22・23年度をかけて組織改革に着手した。その基本姿勢は会員による手作り的組織からの脱却であり、事務局機能の向上である。理学療法士学会の組織内分離・研修体制の一体化・職能機能の強化・広報体制の強化等が主要課題である。

このように変化する社会を真正面から受け止めることのできる組織を作り上げ、理学療法士が高齢社会に貢献できることを証明し、公益社団法人としての役割を果たしていかねばならない。

2

東日本大震災と支援活動

平成23年3月11日に未曾有の大災害が東日本を襲った。私は10日後の21日には、協会が安全に会員を支援活動に参加させることができるかを判断するために、岩手県理学療法士会会長等と宮古市や山田町を視察した。現地の被災地に立った私には恐れと慄き以外に何も頭には浮かぶことはなかった。人々の努力や知恵を凌駕した自然の力に屈服し、単に服従しか残されていないのかとも思えた。その後、100名以上の会員が岩手県や宮城県の沿岸部を中心に支援活動を展開した。本会の支援活動への会員の積極的な参加姿勢や支援活動の的確さは人後に落ちないものであったと誇りに思っている。支援活動終了の挨拶に仙台市を訪れたときに、リハビリセンター所長からいただいた、「理学療法士の支援活動は見事であった。被災者の状況を的確に判断し、求められるものを適切に判断していた。これこそ、プロの仕事であった。」という言葉は、支援活動参加者の素晴らしい勲章である。

今回の東日本大震災で明らかになった課題が災害救助法にあった。古くに作られたこの法律は、今日の高齢 社会を背景にしているのではなく、若者社会の急性期医療を前提とした作りとなっている。そのため、被災者 の大多数を占める高齢者の方々の慢性期疾患に対応する術がない状態であった。廃用症候群(生活不活発病)、 認知症、生活習慣病、そしてそれらの結果としての要介護度の悪化、これらが決定的に法律に欠けている部分 と判断している。チーム医療推進協議会(医療職 18団体で構成)で災害救助法の改定等を要望したが、未だ 先は見えていない。

その後は、リハビリテーション医療関連の10団体で統合的に支援活動を行ってきたが、24年秋をもって、具体的な支援活動を終了した。現在では、今後の災害を考慮し、チームとしての支援活動能力向上、地域でのマネージャー育成を目的として研修会を開催しているところである。その中で、大きく変化してきたことは、DMATと災害支援リハビリ10団体が協働して研修会を行っていることである。理学療法士と言えども災害時にあっては、通常とは異なる特別な機能を求められる。一次トリアージ等への参加に関して、救急学会等からも日本理学療法士協会との連携を求める声があがっている。大災害時にあっては、理学療法士が果たさなければならない本質的な役割をしっかりと果しながら、期待される別の役割をもしっかりと身に着けていくことが望まれる。

3

訪問リハビリステーション

「本会は何故に訪問リハビリステーションを推進しているのか」としばしば質問されるし、反対意見をうかがうこともある。その第一の推進理由は、超高齢社会にあっては不可欠な機能と判断していること、第二に理学療法士のキャリアデザインに多様性を持たせること、そして第三に経営的感覚を持った理学療法士が誕生することによる本会の運営への波及的効果があることを列挙してきた。

平成24年の医療介護の同時改定で何とか訪問リハビリステーションを認めてもらおうと様々な努力をしたが、残念ながら夢がかなうことはなかった。その背景には、我々が考える訪問リハビリステーションの理念(図

障害者や高齢者が、住み慣れた地域において、尊厳のある自立した生活ができるよう、医師の指示に基づき、訪問看護や訪問介護等との一体的連携の下に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者の生活の場に訪問し、心身機能の維持・向上や生活活動の維持・拡大等に関する包括的機能を持つ専門機関です。

図 1 訪問リハビリステーションの理念

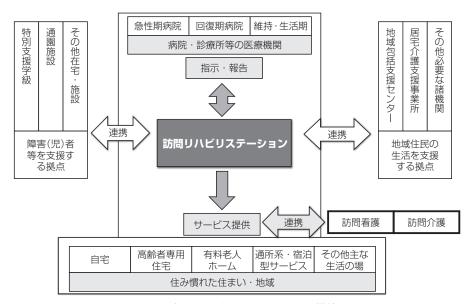


図 1 訪問リハビリステーションの機能

第1部 日本理学療法士協会の現在そして未来

1) やその機能(図2)について十分な理解を得るには至らなかったことが挙げられる。しかし、介護給付費分科会で訪問リハビリステーションの必要性を訴えたこと等が反映したのか、東日本大震災の特区として訪問リハビリステーションが認められることになった。本会では、日本作業療法士協会及び日本言語聴覚士協会と共に一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団を創設し、平成24年11月1日には福島県南相馬市に浜通り訪問リハビリステーションを立ち上げた。その日に行った祝賀会には南相馬市医師会・南相馬市立総合病院・南相馬市市議・地元経済人等が集まっていただき、盛大に門出を飾ることが出来た。今後は岩手県の山田町に第2弾を設置すべく準備を進めているところで、最終的には4~5か所のステーションを創設したい。

今後の訪問リハビリステーションのあり方や肺炎患者の急増という現象を考えると、理学療法基礎能力の向上は当然としながら、バイタルチェック能力・救命救急措置能力の更なる向上、チームアプローチの推進等が必置となる。



地域包括ケアシステム

理学療法士の未来を語るときに、地域包括ケアシステムは最重要課題である。昨年、消費税引き上げが決定し、社会保障費として活用することが言われている。そうした中で、2025年を達成年度としたこのシステムの動向は理学療法士の「これから」に大きな影響がある。残り12年でシステムを作るという事は、すべての専門職にチャンスであり、ピンチである。地域包括ケアシステムの意義や方向性を確実に把握し、専門性を生かした領域を確立した職能団体が有用な位置づけとなることが予測される。

このシステムは、「自助」「互助」「共助」「公助」のシステム化と言え、予防理学療法としての「自助」「互助」、治療理学療法としての「共助」における医療保険、リハビリ理学療法としての「共助」における介護保険、それぞれの段階での理学療法(図3)を確立し、社会的評価を得ることが大切である。しかも、それを数年以内に達成しなければならない。2025年以降の大きな改定は、高齢社会が収束し、日本が少子社会になるまではないと考えている。そうした中で、本会では特に理学療法士による運動療法を中心とした「自助」を作り上げなければならない。自助こそが地域包括ケアシステムの基盤である。生活習慣病予防・転倒予防・介護予防等の標準的な運動療法を確立するための特別委員会を平成25年度に創設し標準的予防理学療法を作り上げ、26年度には都道府県理学療法士会の公益活動の一環として、その結果を活用していただきたいと思っている。

- 1. 予防(防ぐ)理学療法
 - ① 生活習慣病予防理学療法
 - ② 転倒予防理学療法
 - ③ 介護予防理学療法
 - ④ 障害予防理学療法
- 2. 治療(治す)理学療法
 - ① 命を助ける理学療法
 - ② 病気を治す理学療法
 - ③ 障害を治す理学療法
- 3. リハビリ(支える)理学療法
 - ① 生活を支える理学療法
 - ② 人生を支える理学療法

図3 理学療法の区分化

地域包括ケアシステムの中で有意な活動を展開するためには、協会組織を挙げた取り組みと個々の会員の努力が求められる。



組織改革

平成23・24年度をかけて、組織の抜本的な改革案を検討してきた。私は組織改革にあたって、「闘える組 織」を念頭に置くことを強く要望した。改革の第一の課題は、協会事務局機能の強化である。昭和41年に本 会が設立されて以降、本会の活動は会員の手弁当で行ってきた。これは美徳としては通用しても、現在のよう に理学療法士の労働環境が悪化している現状では、組織活動停滞の要因になってくる。厚生労働省を筆頭とす る対外活動では、まず求められることはスピード感である。これまでも、厚生労働省から求められたデータ提 出までに猶予期間が2~3日ということもあった。通常勤務を持った会員の方々にこれを期待することは酷 なことである。会員の手弁当による組織運営から、協会事務局による運営へ大きく舵を切らねばならない。協 会理事等は選挙で選ばれるために、組織運営の継続性にもどうしても課題が生じる。この継続性を担保し、事 業を計画的に遂行していくためには、ピラミッド型とフラット型のそれぞれのメリットを取り入れた機能的な 事務局が必要である。闘える組織づくりのためには、スピード感と恒常性が極めて大切である。第二の改革の ポイントは、都道府県理学療法士会との連携の強化である。協会の事業計画・事業執行・運営に組織的に参加 してもらい、協会と都道府県理学療法士会の意思の疎通の改善を図る予定である。将来的には組織内活動は都 道府県理学療法士会が担い、組織外活動を協会が担うような2分化的活動方針が必要と考える。第三の理学療 法士学会の組織内分離を推進することである。これはあくまでも、協会の内部での分離という事に今回はなる が、それでも各分科学会は「自立と自律」が強く求められることになる。各研究会の組織の大きさや機能、そ して経験に大きな差が生じている現状を考えた時に、「自立と自律」を達成できたとこから順次、「日本・・・ 理学療法学会」として移管していくことになる。協会内で各種の学術大会が開催され、活気のある学術体制が 出来上がることを強く期待している。第四が研修システムの統合化である。そのために生涯学習機構を創設し、 協会が行っている研修会や講習会等の一括管理をする。これまでは職能局・教育局・学術局等がそれぞれに開 催していたために、日程上の問題や全体としての整合性に課題が生じていた。年間260本に及ぶ研修会をよ り利用しやすいものに変えていかねばならない。

本会の職能活動を行うにあたって、非常に有効な数字として本会の組織率がある。80%を超える組織率を持っている医系職能団体は本会をおいて他にはない。これは先人たちが築いた輝かしい伝統であると共に、会員の身近なところで活動を展開してきた都道府県理学療法士会の活動の成果である。今後も組織率を維持向上させるためには、これからも都道府県理学療法士会の活動をさらに活発にし、会員が求める研修内容を充実させること、理学療法士の労働環境を改善すること等を果たすことによって、新卒者の入会率を挙げることや休会者の増加に歯止めをかけることが可能となる。そして、組織率に大きな影響を及ぼすであろうもうひとつの課題として会員間の情報の共有化がある。会員数が増え組織が大きくなればなるほど、情報格差が生じやすくなる。広報特別委員会の報告を中心に据え、今後の広報体制作りも急がねばならない。



養護学校等への理学療法士派遣

特別支援学級等での理学療法士等の活動の必要性を文部科学省に提案してきて数年が経った。これまでは暗礁に乗り上げた感があったが、平成25年度に試行事業として約4億円が承認された。今回は外部の理学療法士による派遣事業的な位置づけとなっているが、将来的には試行事業から本格実施という方向性を文部科学省

第1部 日本理学療法士協会の現在そして未来

は持っている。この試行事業に全面的に参入し、特別支援学級等の発達障害児の健康に資すること、活動環境の調整を行うこと等は重要なことである。都道府県理学療法士及び会員のご理解と積極的な参加が必要である。

7

教 育

理学療法は治療であることは、診療報酬のリハビリ料に明記されていることであり、治療だからこそ治療費を受け取ることができるのである。これまで我々は、理学療法をリハビリ医療の中に置くことで、治療理学療法の側面を曖昧模糊としてきた。治療であるならば求められるのは、エビデンスと倫理、そして理学療法の標準化である。そして、この標準化こそが、臨床実習前教育・臨床実習教育・卒後研修とつながるための大きな骨格になる部分である。そして、臨床理学療法の標準化によって、臨床実習も合目的性が高まり、結果として臨床理学療法の科学性と質も高まる。

一方、少子化の遂行と共に理学療法士養成校への18歳人口の関心は薄くなっている。18歳人口が120万人という中で、理学療法学科1学年定員が1万3千人強であること自体に大きな問題がある。今年度から、従来からの課題であった養成校施設評価を始めたが、評価を拒否する養成校が非常に多い状態である。今後3年以内での全養成校の評価を目指していくが、養成校教員のご理解を強く求めたい。そして、この急激な養成校の増加は教育上の課題のみにとどまらず、臨床業務における種々の課題に繋がっている。新卒理学療法士のレベルダウン、理学療法士の処遇悪化等は甚だ解決の難しい状況となっている。18歳人口の減少と理学療法士処遇の低下が入学希望者の減少を来し、希望者全員入学ともなれば、更に質の問題が浮上してくる。この悪循環を打破するためには、養成校経営者・理学療法学科教員・日本理学療法士協会による3者協議会を開催し、養成数の適正化を図るべき時期である。

8

おわりに

2025年モデルとしての地域包括ケアシステムにおける理学療法士の役割について、協会として個人として重要に受け止めなければならない。しかし、それはあくまでも少子高齢社会としての対応であり、2025年以降の少子社会における理学療法を考えた時に、現在の高齢者モデルの理学療法から、本来の障害者モデルへの回帰も大切である。近未来的な目標、中長期的な目標、これらを混同することなく前進しなければならない。

そして、その目標を達成するためには、協会の組織力向上が欠かせない。すべての都道府県理学療法士及びすべての会員が同じ方向を向いてこそ、理学療法士の明日は開ける。

第1節 日本理学療法士協会の支援活動

副会長 小川克巳



はじめに

平成23年3月11日14時46分、東北三陸沖を震源とするマグニチュード9.0の大地震とともに、最大遡上高40.1mに達する巨大津波が発生、岩手、宮城、福島、茨城、千葉の5県を中心に、多くの死傷者を出す未曾有の大惨事になったことは、二年を経過してなお我々の記憶に新しい。インターネットの動画サイトには、数多くの動画がアップされており、見る者の恐怖と涙を誘う。身内や警察、消防、自衛隊などの必死の捜索にもかかわらず、いまも行方不明者は数千名に上るとされている。幸いに命ながら得た人々についても、なお仮設住宅に暮らす方々は三万数千人を数える。連綿と続けてきた日々の暮らしと歴史を、いきなりの天災によって断ち切られ、家族や居場所を奪われた人々に対して、専門職として我々ができることは何なのか、機敏な行動が求められるだけに、日常的な備えをしておくことは公益法人としても喫緊の課題である。

本会では、基本的な緊急時の対応をマニュアル化してはいたが、これほど広範囲に亘る被災は想定しておらず、その対応に戸惑いつつも半田一登会長の果敢な決断により、被災地へボランティアを派遣することを3月14日に発表した。それに応えてくれた会員は283名に上った。同時に義援金の協力を求めたところ、決済時には何と27.243.327円もの浄財が寄せられた。

一方で、支援の質と方法を探るため、自ら被災直後の現地へ乗り込んだ半田会長から伝えられる状況は、聞く我々にテレビなどの映像に生々しい現実感を持って迫った。そうして集めた現地の情報を分析して支援の内容を想定、4月3日早朝、協会が派遣するボランティアの第1陣が宮城県へ向けて東京を発ち、次いで岩手へ向けて第2陣が発った。

協会や会員の半年間にわたる支援活動の記録が、「2011.3.11 東日本大震災 災害時理学療法(士) 支援活動の記録」と題した本会発行の冊子に詳しい。現地に入った彼らが、半年間のボランティア活動について、何をし、何を感じたのか、是非読み解いて欲しい。今後の協会が担うべき緊急時の役割に、貴重な示唆を与えるものである。

2

協会は理学療法士として被災者支援にいかに向き合おうとしたのかー組織論的視点から一

本会は、阪神・淡路大震災など過去の経験を生かし、(社)日本理学療法士協会災害時支援マニュアルを作成し、大規模災害に備えてきた。今回の震災でも理学療法士による支援の意義は共通しており、端的に言えば、理学療法士が早期から被災地に赴き、避難所等の生活環境整備などを通して、静脈血栓塞栓症や生活不活発による生活動作能力の低下を予防することである。また、被災によって中断した理学療法士との関わりを一時的に補完することも求められる。一方、今回の震災の特徴は、その被害範囲が広域であったこと、極めて多くの住民が避難所で生活したこと、そして、仮設住宅暮らしが継続していることである。このことは、被害を受けた地域の都道府県理学療法士会(以後、単に「被災士会」という)が単独で支援できる範囲を大きく超えるものであった。このような状況にあって本会は、個別に災害支援を展開するのではなく、本会と被災士会が一体となった組織的で規模の大きい支援活動を目指した。ここでは、本会が、理学療法士として被災者支援にいかに向き合おうとしたか、そして支援を進める課題とその解決に向けた取り組みを組織論的視点からまとめる。

情報連携および指揮・命令系統の構築

本会は半田一登会長を本部長とした災害対策本部を設置し、被災士会と密な連携を図るため、専属の本会職員を2名配置した。岩手県では、櫻田義樹会長を現地対策本部長とし、宮城県と福島県では、渡邉義孝会長、山口和之会長をそれぞれ筆頭とした指揮命令体制を整えた。日々変化する現地の状況を踏まえて指揮を執ってもらえるよう、当該地区行政に勤務あるいは交流のある会員を現場責任監督に迎えた。そして、全国からボランティアとして派遣された会員は、彼らの指示を受けながら支援に専念した。この組織の運用においては、被災士会の災害支援活動に対する考え方を優先して尊重し、本会は、例えば、情報の集約・整理・発信、本会職員の派遣を含めた人的支援や資金、物品支援といった側面から支援することを基本とした。また、実際の運用においては、被災地域の実情に応じて弾力的であった。その理由のひとつは、被災地を支援する枠組みの相違である。岩手県の場合、士会と本会が一体となった支援体制であったが、宮城県や福島県では、介護職も含めた諸団体で構成したチームや、東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体が主体となった混成チームが編成されるなど、地域ごとに異なる枠組みに沿って理学療法士による支援が展開された。

2 被災地の外部機関等との交渉に重点を置いた被災士会中心の組織づくり

被災地支援では、都道府県や被災市町村、現地の医療機関等の外部機関と交渉する機会は多い。そこで、調整能力を効果的に機能させ円滑に交渉を進めるため、その主導的役割は、日頃から地域活動に参画する被災士会に委ね、本会職員は被災士会を補佐的に支援した。普段の地域の実情を良く知る被災士会の判断は極めて重要であった。

3 支援拠点作りと被災地行政機関

理学療法士の災害支援は、医師や看護師等と異なり、災害救助法などの法令に定められていない。支援活動を一方的に開始することは、かえって保健医療福祉の支援活動を妨げたり、また、被災した行政機関も、自身が把握してない民間団体の支援には敏感なところがあった。そのため、本会の組織的な取り組みを公的な支援と連携した支援に位置づけることが最大の課題であった。被災地の保健医療福祉を担当する現地の行政職員と直接交渉し、結果として、行政側から理解を得られ、我々の活動拠点を確保できた。法令で定めのない医療職種が被災地支援を組織的に展開する場合、こうした行政側との交渉が大変重要であった。

4 ニーズに応じた人材の確保

被災地支援を継続的に実施するには、現地のニーズに応じた人員を確保しなくてはならなかった。3月18日、本会は全国の本会会員に対して、ボランティア派遣事業及びボランティア募集を開始した。派遣事業は4月3日より宮城県で、次いで岩手県で開始され9月の終了までに合計108名のボランティアを派遣した。現地の主なニーズは生活不活発の予防にあること、また地域保健を担う保健師や、避難所の管理者等との連携や交渉ごとが頻繁にあることが見込まれたため、活動初期の応募要件は、5年以上の経験年数や訪問リハビリテーションの経験等を設定した。仮設住宅が建ち始めた7月頃になると、現地のニーズに応じて、集団指導等の経験を考慮した派遣スケジュールを組み立てた。

5 ボランティアの安全面への配慮

支援活動は断続的な余震の中で展開され、また、再び津波に襲われる恐れもあった。本会はボランティアが 心身ともに健康な状態で活動でき、そして無事に職場へ戻れるように配慮した。そのため、特に宿泊場所は、 被災士会や被災地の会員と慎重に選定した。また、活動期間は実質3~4日間程度の短期間とした。瓦礫の

山となった被災地を目の当たりにし、肉親や友人を多く亡くした被災者・住民と正面から向き合う支援活動は、極めて特殊な状況であり、精神的に大きな負担を伴うと判断したためである。その他、特殊な環境下で不慣れな活動に従事するため、支援時に事故等が発生した場合、保険対象に認められるかどうか、本会が推奨する理学療法士賠償責任保険の補償内容を事前に確認するなど、会員が安心して活動に専念できるよう、補償対応にも備えた。

6 災害時の理学療法(士)支援の基本的な考え方の共有

初めて組織的に大規模な災害支援を展開した本会は、災害時の理学療法(士)の活動とはどういったものか、 改めて関係者間で共有する必要があった(表 1)。特に、実際の支援にあたるボランティアの多くは被災地支 援の経験が殆どなかったため、支援目的や活動イメージ、自己完結型の原則といった被災地支援特有の考え方 を提示する必要があった。その方策は、例えば、岩手県においては、しおりの事前配布や、活動中に質疑が生 じた場合でも、いつでも本会職員と意見交換できる体制を整え、災害時の理学療法支援を組織的に共有できる 仕組みづくりを心がけた。

表 1 災害時の理学療法(士)の目的

災害時の理学療法(士)支援の目的は、被災地域において、必要な理学療法知識の提供や具体的な実地指導等を通して、 被災者の生活不活発病予防や、被災によって低下した身体 動作機能に対する回復を支援すること

7 金銭による支援、物品支援

本会は、発災直後から被災士会への資金的援助を開始し、被災会員に対しては見舞金や会費免除などの対応も行った。職場を失った会員を支援する目的で、本会で一時的に雇用するなど、多面的に取り組んだ。また、執行部は、すでに仮組みされていた平成23年度予算案を大幅に組み直すなど、発災間もない時期から本格的に災害支援に取り組む積極的な姿勢を示した。全国の会員や海外から寄せられた寄付金は、日本障害者協会や、あしなが東日本大震災・津波遺児基金へ寄付した。また、物品支援では、靴を本会で購入し、本会が窓口となって韓国や台湾の理学療法士協会から杖や歩行器の支援を受け、被災士会を通して被災者・住民に提供された。

(3)

時期毎の災害時リハビリテーション支援について-その特徴と課題-

1 フェイズ1 応急修復期

災害復興支援のため本会は会員ボランティアを募り、2011年4月より派遣を開始した。この時期は自衛隊、 消防、警察を中心とする行政組織や非営利団体の支援を受け、ライフライン、幹線道路網、情報網などの修復、 行政機能の回復や被災者への一次医療の提供、仮設住宅建築・移行が進む頃であった。

最初の支援地域として岩手県陸前高田市と宮城県仙台市若林区を設定し、避難所や被災者宅での支援活動を始めた。宮城県の避難所での活動では、県庁や区役所との連携の下、環境の調整や設定などをすることで予防的な理学療法を集団に対して実施した。岩手県では保健師からの情報提供を受け、ADL指導、運動機会の提供、起居動作介助や指導を行ったが、この時期のボランティア会員の役割には、支援の為の基盤整備も含まれてい

た。例えば、ガソリンの購入が可能なスタンドや支援物資の購入が可能な商店の確認、公共交通機関のダイヤ変更、インフラストラクチャーの回復状況など、時々刻々と変化する状況の中で情報を収集、取捨選択することが必要であった。岩手県陸前高田市は発災前からリハビリテーション資源の少ない地域であったため、理学療法士に何が出来るのか、理学療法士はどんな職種かを伝えるところから始めることもあり、平時からの災害支援活動に対する理学療法士の関わり方を周知する必要性があると考えられた。

いまだ行方不明の家族、親戚、友人を心配する方々に対する初期の災害支援活動では、傾聴や寄り添いなど、被災者の心情に配慮した慎重な対応が必要であり、「ボランティアの募集に経験年数を加えたことは正しかった」と言ったある会員の言葉が印象に残る。

2 フェイズ2 復旧期

2011年6月以降、岩手県や宮城県では自衛隊の一部撤退とともに本格的な復旧が始まった。先に派遣された会員達の経験が集積され、理学療法士の支援活動の認知が進むなど、支援活動は徐々に軌道に乗り始めた。被災地域のリハビリテーション関連事業所が再開し始めたのもこの時期の特徴といえよう。一方で、被災者に「支援疲れ」と呼ばれる雰囲気がみられ、現場レベルではフェイズ1と異なる対応が求められるようになってきた。

多くの医療関係職種が支援を実施するなか、本会が派遣した会員と類似した質問をし、指導をして数日で被災地を後にする支援者もいたようで、短い派遣期間の間で出来るだけ役に立ちたい支援者と、長期にわたり今後の人生を考える被災者の方々との間の時間に対する考え方や感じ方には大きな違いがあったように思う。そんな中、「リハビリの先生なら会ってもよい」といわれ、訪問支援が適切に開始されたことがあった。医療チームの介入を拒否されていた方であったが、身体に触れることが許される理学療法士だからこそ、介入を許される機会が得られた、印象深い経験であった。

医療保険や介護保険に関する行政機能の一部が回復する中、被災地域のリハビリテーション事業所の復興を妨げないように支援活動を進めるため、徐々に直接的な支援から、地域のリハビリテーション資源へと行政機能の回復度合いにより支援方法を変えて活動を行った。

3 フェイズ3 復興期

避難所が閉鎖され、2011年9月には宮城県、岩手県のほぼ全ての被災者が新たな住居への移動を完了した。宮城県では仮設住宅在住者の深部静脈血栓症のスクリーニングテストを行い、岩手県では個別支援依頼が大幅に減少してサロンでの活動が本格化した。握力やファンクショナルリーチテスト、Timed Up and Go test などの評価や集団介入を通じて、仮設住宅移動後の被災者が在宅で孤立しないようにすることが目的となる一方で、復興期と呼ばれるこの時期、本会は支援活動をどういう形で収束させるかについての検討を開始した。

仮設住宅周辺の地理的条件により外出が困難な方々の自宅での孤立化を予防するため、被災地域の医療施設、 非営利団体と連携をして、全国の会員や台湾、韓国の理学療法士協会から寄贈を受けた移動補助具を配布した。 その際には使用方法の直接的な指導のみならず、杖の高さの調整やシルバーカーの組み立て方、メンテナンス の方法を地元のデイサービス職員へ間接的に指導するなど、支援終了後の継続性を見据えた活動を行った。これまでの取り組みも奏功して、ケアマネージャーや保健師とのつながりがいっそう強くなり、医療・介護資源 の正常化が進んだ。

理学療法士は「予防、保健、医療、福祉と幅広い立場から支援をすることが出来る。」、「被災された方に寄り添い、傾聴し、言葉にならないニーズをくみ取ることが出来る。」などの派遣会員の声から、災害時における理学療法士のあり方や理学療法の可能性が見えたといえる。地域のリハビリテーション事業所がほぼ正常化しはじめた2011年9月30日、本会は組織的な災害支援活動を終了した。

表2 公益財団法人 国際医療技術財団 (JIMTEF) 第2回災害医療研修コース

月日:平成24年10月19日(金)、20日(土) 会場:独立行政法人国立病院機構災害医療センター

	時間	プログラム
	13:00 ~ 13:10	挨拶 林茂樹災害医療センター名誉院長
]	13:10 ~ 14:00	「災害医療概論」 小井土雄一 災害医療センター臨床研究部長: 救命救急センター部長 DMAT事務局長
日 目 10	14:00 ~ 15:00	「トリアージ START方式」 小笠原智子 災害医療センタI救命救急センター医長
月 19 日	15:00 ~ 16:00	「DMAT」 近藤久禎 災害医療センター病態蘇生研究室長 教育研修室長 政策医療企画研究室長、DMAT事務局次長
	16:00 ~ 17:00	「チームビルディング・組織論」 中田敬司 東亜大学医療学部準教授
	18:00	意見交換会(会場:パレスホテル立川)
2	9:00 ~ 10 · · 30	「急性期に各職種として何が出来るか」 ある災害を設定してグループ毎にディスカッション+プレゼンテーション 小井土雄一 災害医療センタ-DMAT事務局長 市原正行 災害医療センタ-DMAT事務局
日 目 10 月	10:30 ~ 12:00	「亜急性期〜慢性期に何が出来るか」 ディスカッション+プレゼンテ-シヨン 近藤久禎 災害医療センタ-DMAT事務局次長
20	12:00 ~ 13:00	「東日本大震災の経験」 内藤万砂文 長岡赤十字病院救命救急センター長
	13:00 ~ 13:10	閉講式:修了証書授与 林 茂樹 JIMTEF担当執行理事



おわりに

平成24年9月、私は公益財団法人国際医療技術財団が主催する第2回JIMTEF災害医療研修コースを受講する機会に恵まれた。実質的にはわずか1日の研修であったが、時間に比べて内容の豊富なこと、私には極めて得ることの多い研修会であった(表2)。機会があればできるだけ多くの方々に受講して頂くようお勧めする。また、本会の被災者への直接的な支援活動は9月を以て一応の区切りをつけたが、その後、震災復興特区の適用を受けて、彼の地に訪問リハビリステーションを設置、地元の医師会や行政の絶対的な協力を得て着々と成果を上げている。また、岩手県山田町にふたつめの訪問リハビリステーションを設置し、今後なお一層、支援の幅を広げていくよう活動中である。

参考書籍:

- 1) 東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』作成ワーキンググループ (2012).
- 2) 大規模災害リハビリテーション対応マニュアル 医歯薬出版.
- 3) 公益社団法人日本理学療法士協会(2012). 災害時理学療法(士)支援活動の記録,公益社団法人日本理学療法士協会.

第2節 福島県理学療法士会の取り組み

「復興・未来に向けてのスタート」

一般社団法人 福島県理学療法士会 会長 山口和之



はじめに

千年に一度といわれる規模で発生した東日本大震災から2年が経過しようとしている。福島県内の各地では、未だに震災の傷後が残り避難生活を余技なくされている方々が大勢いる。特に、当県では東京電力福島第一原発の事故が日常生活を営む上で重大な影響を及ぼし、復興の兆しが見えないまま、たくさんの方々が故郷に戻ることさえ出来ない状況が続いている。一方で、震災直後より国内はもちろん遠く海外からも多くの温かいで支援をいただいた。現在も、そうしたで支援の中で当県の被災された方々が支えられている。改めて福島県民として、また福島県理学療法士会(以下:本会)として、で支援いただいた全ての皆様に心より御礼申し上げたい。

この度、改めて発生当時の様子や、そこから本会がどのような活動を経てきたのかを振り返る必要があると感じた。ここでは、主に発生当初の本会における災害対策本部開設から、福島県の事業である相談支援専門職チームへの参加までの活動の様子をご紹介させていただきたい。



震災発生直後

震災発生当初、福島県内の理学療法士会員の多くは勤務中にあり、浜通りでは津波の直撃に見舞われ、命がけで障がいのある高齢者の救助にあたった会員もいたと聞いている。また、津波被害地区以外でも地震・原発事故の影響により、移動のための燃料もなく、電気、水道も止まり、食料も不足の状況下で、泊まり込みの連続、昼夜を問わず、懸命の治療・支援をしている会員もいた。またの各地の避難所においても福島県内の理学療法士はもとより、全国各地から理学療法士のボランティアが入り、二次災害の防止に大きく貢献していた。

本会では直ちに災害対策本部を設置した。本部では、県内の被害状況把握のための情報収集と、県内会員の安否確認が急務であった。県内各支部(相双・いわき・県北・県中・県南・会津)の役員との連絡を取り合い、その全体像の把握に努めた。情報が集まるにつれ、その被害状況が明らかになってきた。県内の被害状況は甚大であった。特に浜通りを襲った津波は大きな被害をもたらし、加えて福島第一原発事故を受けての避難命令区域が発表。周辺の住民は避難を余儀なくされた。会員の被災状況および安否状況確認も並行して実施したが、

	被害なし	全壊	半壊	一部損壊	原発避難	
相双	1	1	1	8	12	
いわき	9	0	0	14	0	
県 北	15	0	0	16	0	
県 中	21	0	2	7	0	
県 南	4	0	0	2	0	
会 津	20	0	0	3	0	
		1				

表 1 施設被害状況および避難状況

電話回線の混乱等により、正確な情報把握が困難であった。しかし、各支部長からの報告により死亡者 0、重症者 0 人との報告を受けた。各会員の被災状況確認作業は、4 月下旬に「被災状況確認表」を発送し、その集計は平成23年5月に集計を終えることとなった(表 1)。

一方で、災害対策本部を中心として本会での今後の活動・運営に関する、検討課題の整理・協議等を進めた。 また、緊急理事会を開催し、県内会員および施設に関する情報収集をはじめ、会員への支援に関する事項なら びに災害支援活動に関する活動指針等に関しても検討・協議が進められていった。

本会運営と併行し、県内各地における災害支援活動に関する協議事項は多岐に渡り、連日、各支部担当者および理事役員らが中心となって情報交換等を進めていった。

(検討事項)

- 1. 平成23年度本会総会の開催について
- 2. 平成23年度本会暫定予算について
- 3. 平成23年度本会事業計画について
- 4. 県士会からの情報発信について
- 5. 災害対策本部の設置について
- 6. 理学療法士協会東北ブロック会議(平成23年4月16日)について
- 7. キャラバン隊(3月28日~4月1日の間、doctor、nurse、PTがいわき方面の避難所を巡回する) について
- 8. ボランティア活動の展開について
- 9. ボランティア活動にあたっての保険・注意について
- 10. 協会本部からの事務対応職員派遣について
- 11. 各種書類について
- 12. 補装具支給について(一本杖、シルバーカー)
- 13. 行動費支給について
- 14. 会員に対するボランティア募集について
- 15. 会員被害への見舞金支給について
- 16. 各支部での報告
- 17. 避難所への介入について

3

災害支援活動「初期」

県内各地の情報が徐々に集まり、本会における災害支援活動の指針が概ね決定すると、本会では県内の避難所数および避難所で収容されている人数の把握ならびに避難所で生活する人々の状況把握を目的に調査活動を開始した。

調査対象

福島県内全域の避難所

調査方法

- 災害対策本部による県内全域の避難所数の集計・調査を行う。
- 避難者受け入れ人数が100人規模の避難所を訪問し現状把握を行う。各支部単位で調査を分担。それぞれの支部内の病院等施設単位で調査対象避難所を決定し調査介入する。

調査結果(表2)

表2 県内避難所数と介入決定避難所数

	総受入人数 (人)	避難所数	受け入れ100名以上の避難所(実際の調査実施施設)	支援介入決 定避難所数
相双	3,432	18	9	0
いわき	3,964	82	10	4
県 北	8,632	76	29	6
県 中	11,478	106	20	8
県 南	1,370	18	3	1
会 津	4,385	44	16	5
合 計	33,261	344	87	23

※震災発生後20日目 平成23年3月30日時点

調査結果を踏まえての決定事項

- この調査は、県内の本会登録施設へ協力を依頼。依頼方法は各施設公文書による各施設の案内とした。
- 協力要請施設は職員数が5名以上の施設とした。
- 調査にあたっては、調査員となる各施設職員全員に対し、「理学療法士賠償責任保険・個人賠償責任保険」 の加入を義務付け、調査にあたるよう指示した。
- 調査機関は平成23年4月1日(金)~平成23年4月10日(日)までとした。
- 実際に調査に向かった避難所は受入人数規模が100名以上の施設を対象とした。
- 調査施設によっては、既に温泉施設などへ避難先を移動しており、100名を割っている施設も多くあった。
- ・ 県内における避難所数は344であった。
- 避難所規模でみるとその受入人数は避難所によって差が大きく、数十名規模〜数百名規模まで様々であった。
- 特に数十名規模の避難所で避難生活をしている住民の多くは、温泉施設や自宅・親戚等への移動を既に予 定済であり、閉鎖が決定している避難所が多い状態であった。

また調査開始当初、100名を超す避難者がいた施設の中には避難者が自主的に温泉施設などの避難先へ移動し100名を下回る施設も多くあった。

- この段階で、避難所生活の長期化が予想されるのは調査の段階で 100名を超える規模を持つ避難施設であることが分かった。
- 以上のことから、本会では避難所を対象とした災害支援活動を想定した場合、その介入要素が多く存在するのが調査の段階で100名規模の避難所であると判断し、特に重点的に支援活動を行う必要性が高いと思われた。



災害支援活動「中期」

県内各地の避難所の調査が終了し、各県士会支部が分担して地域ごとの支援活動を開始した。各地域によって様相の異なる避難所。そこで生活する人々の状況をさらに詳細に評価し、個別的な支援活動を実践した。活動当初は今後の生活の見通しが立たない不安定な心理状態の方々に対し、理学療法士という職種の人間が関わる事などに戸惑いを感じながら、一人一人の訴えに傾聴する事しかできない状況もあった。しかし、「まずは日常生活が安全に遂行できる事」という目標を持ち、避難されている方々や関係スタッフとの関わりを深め、

問題点を見出し個別的に対応するよう心掛けた事で生活再建の一部を担う事ができたのではないかと感じる。より効果的な活動に繋げていくためには各避難所のトップダウンでの意思統一システム及び役場・介護・福祉の体系化。ボランティアスタッフや寄付される物品の管理窓口の一本化および地域における専門職チームの日頃からの関係構築が必要であると痛感した。支援概要および支援活動方法等は以下の通りだ。

支援概要

- 避難所支援活動を開始するにあたって、「東日本大震災における被災地ならびに避難所等への当士会理学療法士派遣要請」をホームページに掲載し、その支援活動参加に関する募集を行った。
- 避難所支援への協力会員数:延べ81名
- 避難所に対する支援期間:平成23年4月4日~8月11日
- 避難所支援を開始するにあたって、理学療法士の支援に関する理解を深めてもらう目的で避難所へ配布するためのチラシを作成した。
- 静脈血栓予防体操の配布チラシを作成し使用した。
- 上記調査結果を踏まえて本会での避難所支援活動を開始する事とした。
- ・調査結果から絞りこんだ避難所施設全23施設とした。
- 避難所支援は県士会支部単位で実施する事とし、各支部内にある避難所を支部内の協力可能施設所属職員で支援を行う事とした。
- なお、一つの避難所を一つの施設で担当し、可能な限りスムーズな伝達が可能となるよう配慮した。

避難所支援方針

- 個別指導を中心に切れ目のない長期的支援活動を行う。単発的な援助は行わない。
- 個別指導は外来リハのイメージで実施する。
- 活動日程・曜日等は協力担当施設により検討する。

避難所支援介入時の記録

• 個別介入を実施するにあたり、個別カルテを作成・使用した。

避難所支援手法例

- パターンa: 身体機能確認調査表を配布し、その結果に基づき個別指導を行う。
- パターンb: 実務担当者の後方支援的な活動。実務担当者と連携しながら理学療法業務の依頼を受ける。
- パターンc:上記aとbを行う。
 - ※実務担当者は身体機能をある程度理解している保健師が望ましい。

保健師は常勤しているとは限らないので筋体制の確認をしてパターンa、b、cを決定する。

活動イメージ

本会の活動イメージは、図1の通りである。



図1 活動イメージ

物 品(表3・表4)

• 避難所支援時に使用した物品は、災害対策本部で準備した避難所住民用提供物品と日本理学療法士協会か

らの支援物品で構成された。また、事務局における活動用物品を準備・使用した。

• 必要物品請求書を利用して、対策本部宛てに必要物品の請求を行う形をとった。

表3 避難者への提供支援物品

物品名	個 数
一本杖	61
4点杖	1
ピックアップ歩行器	1
シルバーカー	16
靴	6
セラバンド	10

表 4 災害対策本部活動物品

物品名	個 数
携帯電話	1個
ポケットティッシュ	3000個
ボールペン	1000本
ストレッチパンフ	600個
ゼッケン	50枚
消毒液	60本
グローブ・マスク	5箱
腕章	7個
その他	杖先ゴム・補助具等



災害支援活動「後期」

震災発生直後、本会では県内にある主な各避難所に対して支援活動を継続してきた。避難所では主な支援内容が個別支援であり、その支援期間も避難所が開設され閉鎖されるまでの間の活動が一定の区切りであった。

次第に避難住民の生活の場が避難所から仮設住宅へ移行していくにあたり、福島県では仮設住宅等被災高齢者等生活支援のための相談支援専門職チーム派遣事業の実施を決定。被災により避難所および仮設住宅において生活する事になった高齢者等を支援するため同チームを派遣することとなった。避難先での高齢者等の生活状況を把握する事に努めニーズと問題点を整理し、その情報を効率よく利用する事でより具体的な支援を地域サービス等と結び付け生活環境の改善を図る事を目的に活動が開始された。

同チームは、介護支援専門員、社会福祉士、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、作業療法士と共に、 我々理学療法士もそのチームの一員として組織構成がされ、その活動はより実践的に包括的に支援する内容へ と変化していった。

この活動は現在も続いており必要に応じて本会も支援活動への協力を行っている。避難生活が長期化し、発生当初と比べ、抱える問題点も大きく変化してきた。避難所で生活する人々がその地域で総合的・包括的に保健・医療・福祉資源を活用できるよう、地域の様々な機関・施設・業種が連携を図り支援を続けている。

本会における災害対策支援チーム募集について

福島県の事業として開始された相談支援専門職チームへの参加が、本会でも決定され本格的にその支援活動への準備および体制整備が進められた。

当県災害対策本部では平成23年上旬に県士会各支部への通達の上、会員に対しての相談支援専門職チーム活動メンバー登録依頼を開始した。

本会会員登録手順

- ①登録申し込み
- ②登録
- ③会員各々の所属施設への活動許可申請
- ④支援活動決定

⑤支援活動実施

本会会員登録者数

本会の会員登録者数は表5の通りである。

表5 本会会員登録者数

秋 5 本五五頁豆峽百数	
	福島県理学療法士会登録者数
県 北	11
県 中	42
県 南	13
会 津	13
いわき	12
相双	3
総計	94

[※]平成24年2月1日現在

本会における相談支援専門職チーム派遣事業活動方法

本会の相談支援専門職チーム派遣事業活動方法は、図2の通りである。

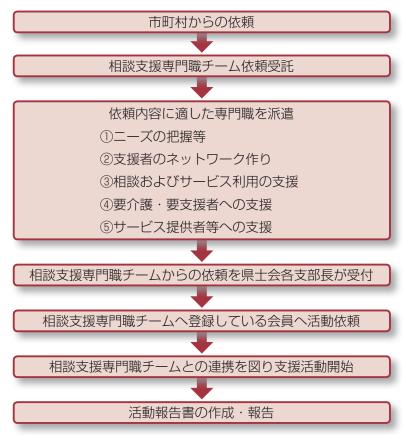


図2 相談支援専門職チーム派遣事業活動方法

本会会員参加の支援活動数

支援活動は依頼内容もしくはニーズに応じて、複数の職種で行われる事も多いのが現状だ。理学療法士単独で支援活動を行う場合もあれば理学療法士と多職種で活動を進める場合もある。以下に支援活動数および支援チーム活動者数等を記載する。

なお支援内容によっては理学療法士の介入必要のないものも存在するため、活動数と活動者数は理学療法士 が介入していないものも含まれている。

表6 本会会員参加の支援活動数

支援活動報告件数	107回
対象者のべ人数	2352人
支援チーム活動者数	520人

※平成24年2月1日現在

活動内容としては、避難住民のニーズ把握や介護保険サービス開始・調整に至るまで、個別ニーズに対応する支援が展開されている。理学療法士としての活動も柔軟かつ臨機応変な対応が求められる課題に直面する場面が多くある。その主な支援活動内容としては仮設住宅内の手すり設置や段差解消などの住宅環境整備に関するものや、動作指導などの環境に即した運動方法の提案、さらに集団体操や作業機会・空間の提案などもあり個別から集団まで幅広い支援活動が行われている。

仮設住宅での避難生活を送る上で避難住民の抱える問題は数多く存在する。さらに高齢化率の高さも考慮するとそのニーズの多様化も予想されることに加え、長期化するであろう仮設住宅での避難生活が人々に不安の追い打ちをかけている。理学療法士としての支援活動内容も、その環境下で生活する人々の状況に対応しながら進めていく予定である。



おわりに

災害対策は、初動・応急・復旧・復興の各段階がある。今の困難を救い、未来に向けたスタートをいかに速やかに切れるか、ビジョンを示せるかが重要だ。震災直後に求められていた個々の医療・介護などの様々なリハビリテーションは、その後、まちづくりというリハビリテーションに移行するだろう。復興への過程がまさにリハビリテーションそのものである。その意味で、私たち理学療法士がそれぞれの役割を果たすことがとても重要になる。地域住民主体の、医療・介護制度を再構築すること(地域づくり)が極めて重要であると考えている。自助・互助・共助・公助の考えに基づき、都道府県・市町村を含めた、地域の構成員がそれぞれの役割と責任のもとに相互に連携・協働することで、安心できる医療・介護制度を実現できる。福島県理学療法士会として、災害の復旧・復興に全力で対処するとともに、安全・安心な社会の実現に力を注ぎたいと思っている。

第3節 宮城県理学療法士会の取り組み

「笑顔が人々の未来をつないでいる」

一般社団法人 宮城県理学療法士会 会長 渡邉好孝



あれから、もうすぐ2年目の春を迎える

平成23年3月11日午後2時46分、忘れることのできない災害を体験した。岩手県と宮城県の太平洋沿岸を震源とするマグニチュード9.0、最大震度7の大地震によって、東日本の沿岸部は近代では経験をしたことのない7mを超える大津波に見舞われ甚大な被害を受けた。

宮城県災害復興政策課の平成24年10月31日現在の調査によると、人的被害では死者行方不明者は約11,760名、住宅の全壊半壊は約24万世帯、被害額は約9兆1,800億円であり、医療・福祉施設の被害状況は、宮城県内の医療施設26%、入所高齢者施設13%、障害福祉施設の35%が被害を受けたと宮城県医療整備課、障害福祉課、長寿社会政策課の調べより報告されている。また、避難の状況は避難所数1,183施設、避難者数320,885人であり、平成23年11月9日に全避難所が閉鎖された。応急仮設住宅は平成24年12月28日現在で入居戸数21,254戸、入居者数56,327人と宮城県保健福祉部震災援護室より報告された。

被害の少なかった国民の多くの方々はリアルタイムに何度も繰り返し報道された映像によって被害を実感され、自然災害に対する畏怖の念を脳裏に焼き付けられたのではないだろうか。

宮城県は人的被害、住宅の損壊、被害額など全国最大の被災地となった。今では沿岸部から離れた地域では 2年前の過去の爪痕を感じることの少ない日常生活を取り戻してはいるが、強い余震がある度に、あの日から の厳しかった生活の記憶が甦り、強い不安な気持ちになってしまうこともたびたびである。こうして震災当時 の過去に気持ちを戻すことさえ本当は辛くてならない。

2

災害対策本部活動の経過

近年中に宮城県沖地震が必ず来ることを宮城県民の誰もが予想はしていた。宮城県理学療法士会では災害対策委員会を発足させ、マニュアル作りや対応策を検討してはいたが、この3.11 震災は私たちの安易な予想をはるかに超える規模のもので、マニュアルや対応策は絵空事でしかなかった。一瞬にして当たり前の日常が奪われた空虚感、そして災害の爪痕から見える無常。現場を目の当たりにし、失ったものの価値や多寡に関わらず受け入れざるを得ない現実がそこにはあった。

宮城県理学療法士会の災害対策本部(図 1)は通信連絡網が寸断された中ではあったが、第一義に行ったことは会員の安否確認だった。通信機能を含むライフラインの復旧の兆しが見えはじめて約 1 週間が経過した頃より、激甚災害地域で働く仲間の無事の知らせが徐々に入ってきた。当人と直接話ができた時に自然に溢れ出た涙を今も忘れることはできない。全会員無事の確認ができた瞬間の安堵、そして会員仲間との笑顔での再会は、これから始まる支援活動を後押しするものとなった。

仲間との情報交換によって現地の状況は少しずつ理解できるようになり、この情報によって、宮城県内ですでに起こっている現実から未来を予測することができたような気もした。この未曽有の災害に対し宮城県理学療法士会はこれから主体的に何を成すべきか、行政機関との関わりをどうするか、連携をどこと・誰とどのよ

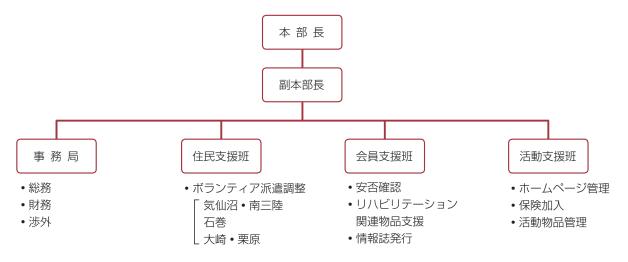


図 1 災害対策本部組織図

表 1 宮城県の災害対策本部活動経過

3.11	東日本大震災 発生
3.15	県士会災害対策本部 設置
	• 本部長および副本部長任命
	• 会員の安否確認開始
3.17	県士会ホームページによる情報発信開始
3.20	宮城県保健福祉部健康推進課からの支援要請受託
3.23	県士会ボランティア募集開始
3.24	理事会および第1回災害対策本部会議 開催
	• 災害対策本部内に事務局・住民支援班・会員支援班 設置
3.25	避難所巡回実施(名取・岩沼)
	• 県内各地の保健福祉事務所所属理学療法士からの情報収集開始
3.28	宮城県保健福祉部健康推進課・宮城県作業療法士会との支援検討会議 開催
3.29	日本理学療法士協会事務局との情報交換開始
3.31	避難所巡回実施(石巻)
4. 1	会員支援情報発信ツールとして「G! MPニュース」発行
	多賀城市支援検討会議 開催
4. 2	気仙沼地域リハビリテーション支援チームとの情報交換会 開催
4. 3	日本理学療法士協会事務局との第1回情報交換会 開催
4. 4	県士会ボランティア派遣開始(多賀城)
4. 7	石巻市支援検討会議 開催
4. 9~10	県士会ボランティア派遣開始(石巻DVT検診)
4.14	県士会ボランティア派遣開始(石巻)
4.16	県士会ボランティア研修会 開催
	県士会ボランティア派遣開始(気仙沼・南三陸)
4.27	宮城県保健福祉部健康推進課・日本理学療法士協会・宮城県作業療法士会との
	支援検討会議 開催
5. 6	日本理学療法士協会ボランティア派遣開始(気仙沼・南三陸・石巻)
5.12	災害対策本部内に活動支援班 設置
5.18	県士会ボランティア派遣開始(大崎・栗原)
5.30	県士会ボランティア派遣終了(多賀城)
7. 2	県士会ボランティア派遣終了(大崎・栗原)
8. 3	石巻市支援検討会議 開催
9. 2	県士会ボランティア派遣終了(気仙沼・南三陸)
9.10	日本理学療法士協会ボランティア派遣終了(気仙沼・南三陸・石巻)
10. 1	東日本大震災におけるリハビリテーション支援活動報告会 開催

^{* 12/15}現在、石巻のみ県士会ボランティア派遣継続中

うにとるのか、ボランティアとは何なのか、人を助けるとはどういうことなのかなど、プレッシャーに押し潰されそうにもなりながらも本格的な支援活動を開始することになった(表 1)。

平成23年3月から平成24年3月までの宮城県健康推進課調査によると、避難所等への支援に関わった医療関係者の延べ人数は2,059名であり、リハ職であるPT・OT・STは1,730名、その内PTは1,277名で全体の約74%であった。同課の調べで平成23年3月24日から平成24年3月31日までの宮城県理学療法士会及び宮城県作業療法士会活動状況は、避難所数50に対して、宮城県理学療法士会活動日数386日、活動者数792名、宮城県作業療法士会活動日数257日、活動者数570名であった。主な活動はバリアフリー化であり、浴室・脱衣室・トイレ・玄関・居室の手すりの取り付けや段差調整・ドアの調整などを行った。

3 現実・現場・現物での連携が大切

途方に暮れるほどの困難を実感している激甚災害地域への住民支援や会員支援を行うには、苦労を共にされた方同士にしか分からない現実があることを理解した上で、現場に足を踏み入れ、現物を手に取り活動しなければならない。そのためには、その地域で活躍されている行政機関・保健師・地域包括支援センター・リハビリテーション関係者などの協力なしには円滑な支援活動は行えない。特に超急性期・急性期では現地関係者の指示の下で行動をしなければ混乱を生むばかりである。

迅速かつ適切な支援を供給するには、その時々の感情に支配されない冷静な判断力のある指揮者と、さらに、 行動目標をプログラミングしスケジュールに則って支援者をまとめ、的確に行動を制御できるコントローラー タイプの仲間の力が必要となる。

宮城県から委託された仮設住宅への戸別訪問調査や住宅改修事業、仮設住宅の集会所での集団運動指導、健康やリハビリテーションに関わる相談、リハに関わるボランティア活動などの調整は、現地の各関係機関や職種との連携なくして住民との信頼は築かれない。どんなに優れた能力があったとしても、選ばれる基準は、"共に行動できる人"であることを学ぶことができた。

4 今後の課題

大災害時は情報連絡網を素早く機能させることが支援を待つ人々を勇気付けることを経験から学んだ。不測の災害への備えの第一義的なことは、どのような事態であっても会員間の連絡が速やかに取れるようにしておくことだ。そのための通信手段を幾通りも確認し、有事となっても情報連絡網は的確に機能する支援連携システムとすること。そして、さまざまな場面を想定して実践訓練を繰り返し行うことが、不測の大災害に備える喫緊の課題であると思っている。

5 より好い支援とは

被災者の多くは喪失の深い落ち込みや抑うつを抱えながらも立ち上がってきている。しかし、悲しさや切な さを拭い去ることのできない現実があることも事実である。

復興に伴う真の地域貢献は社会との調和を意識するものでなければならない。また、理学療法士会と理学療法士の支援活動は、その地域でこれまで活動していた理学療法士を元気にするものでなければ意味がない。良

かれと思っての貢献活動が、地域と社会そして理学療法士の仲間にとって本当に望まれることなのか、必要とされることなのか。私たちの役割がまだ役立つものなのかを熟慮し行動していかなければならない。

現在、被災地には様々なNPOや事業者が外部から参入している。組織や個人の利益を追い求める偽善的支援者は淘汰されることだろう。これからも私たち宮城県理学療法士会は、より好い支援とは、人を助けるということはどのようなことなのかを問い続け、有能な支援者であり続けたいと思っている。



おわりに

生命は生きることを欲し続け、生存することを結果としている。人間にとっては "人・物・お金・情報・システム" は生きるために必要な大切な経営資源だ。大災害時では物持ちや金持ちよりも、人持ちであることが最大の価値であることを学ばれた方は多いのではないか。とてつもない困難に遭遇した時に、人は何よりも一番に人を頼りにすること、そして、大切な人がそこにいる限り夢は逃げないことを私たちは経験することができた。困難時見返りを求めずに助け合う人同士の行動は、心や身体を動かす原動力になった。そして思い遣り行動である無財の七施に接したときに、誰もが幸せを感じることができたのではないだろうか。

共に感じた想い出の数が多いほど絆は深まるのかもしれない。人と人の絆はどんなに大きな天災によって命の交流が絶たれたとしても、心の繋がりまでを奪うことはできないと思う。そして、困難を乗り越える過程で生まれたお互いを信頼しきった"笑顔が人々の未来をつないでいる"のだと私は信じている。



図2 震災直後、祈りを捧げる他県の理学療法士の仲間(元宮 城県理学療法士会会員)

宮城の理学療法士は自らのことで精一杯でまったく動きが取れていない時期。真っ先に被災地に駆け付け、被災地の現場・現実をつぶさに見て回り、仲間の理学療法士の安否確認や現状を知らせてくれた理学療法士の仲間がいた。震災から1週間位の大地は危険地帯ばかり、しかし、日中の空と夜空の星がとても美しく見えた時期だった。情報は乏しく物資がない、そのような過酷な環境の中、彼は何度も何度も現地に出向き仲間を励ましてくれた。私は彼から真のボランティア精神を学んだ。その時にいただいた情報を下に、宮城県理学療法士会の活動は開始された。



図3 震災直後、自らも被災者となり避難所生活をしながらも 笑顔で被災者支援をする理学療法士

第4節|岩手県理学療法士会の取り組み

「岩手で結ばれた絆」

社団法人 岩手県理学療法士会 会長 櫻田義樹



はじめに

平成23年3月11日の東日本大震災大津波により、東北沿岸は多大な被害を受け、岩手県(以下:当県)では、沿岸部12市町村、とくに宮古市、山田町、大槌町、釜石市、大船渡市、陸前高田市の6市町村は壊滅的な状態となった。筆者が勤務する岩手県立中央病院では、発災直後からDMATによる支援を行っており、理学療法部門として、「避難所でのエコノミー症候群予防」のため、簡易な運動プログラムのプリントを作成・配布し、医師や看護師との連携を図るとともに現地状況の把握に努めていた。また、岩手県理学療法士会(以下:本会)では、事務局員を中心に会員の安否や会員所属施設の状況など、確認作業に追われていた。

本書では、本会における「災害理学療法活動」を時系列で報告するとともに、思い出深い出来事を紹介することにより、将来、起こり得るであろう大災害時に、少しでも役立って欲しいと考えている。

2

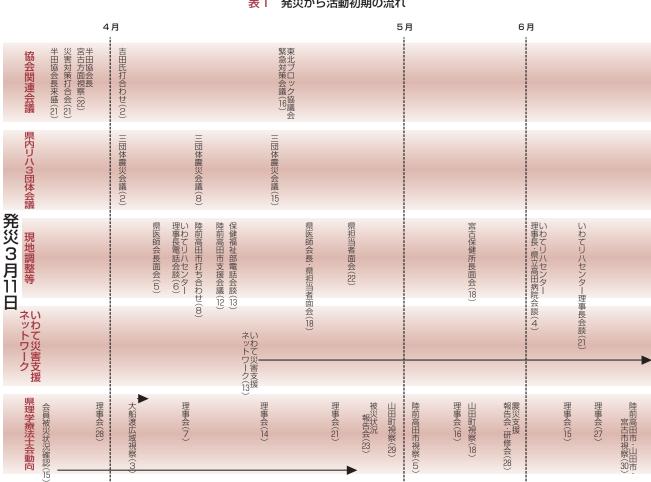
会員の被災について

会員の安否確認をしていくなか、山田町の老人保健施設「シーサイド かろ」に勤務していた加藤譲氏が入居者の避難誘導時に大きな津波に襲われ、行方不明となっているとの報告があった。その後、無念ながら死亡が確認され、4月7日火葬が営まれた。当時の勇敢な彼の行動は、新聞にも取り上げられ、"あれだけの津波を目の前にしながら、救助に当たっていたのだから、「自分は助からないかも」と感じていたのではないだろうか。今は、悔やんでもしかたがない。自分の息子を褒めてやりたい"と記されていた父親の言葉が印象深く、我々も彼の勇敢な姿を目に浮かべ、心から尊敬の意を表すとともに、本会の誇りとして歴史に残したいと思っている。

3

発災から活動初期-(表1)

3月21日、岩手県立中央病院において、日本理学療法士協会(以下:協会)の半田一登会長、隣県である秋田県理学療法士会の高橋仁美会長等とともに、今後の被災地支援活動などについて協議した。主な内容は、①岩手県における被災地支援活動は作業療法士会と言語聴覚士会の3団体協力の下で体制を築くこと。②協会事務局の吉田俊之氏を岩手担当として配置すること。③同年11月に岩手県で開催予定の協会東北ブロック学術大会開催の可否については、東北6県会長会議を開催して決議すること。などであった。22日には半田会長と被災地である当県宮古市を視察し、映像では感じることの出来ない地域住民の悲痛な叫びや瓦礫だらけの街を目の前にし、「われわれに何が出来るのだろうか?何からはじめたら良いのか?」、事の重要さを肌で感じることとなった。4月2日には、県作業療法士会、並びに県言語聴覚士会との第1回3団体連携会議を開催し、被災支援地域の分担について協議した結果、被災地域を3診療圏域に分けた上で、宮古広域―山田町と大船渡



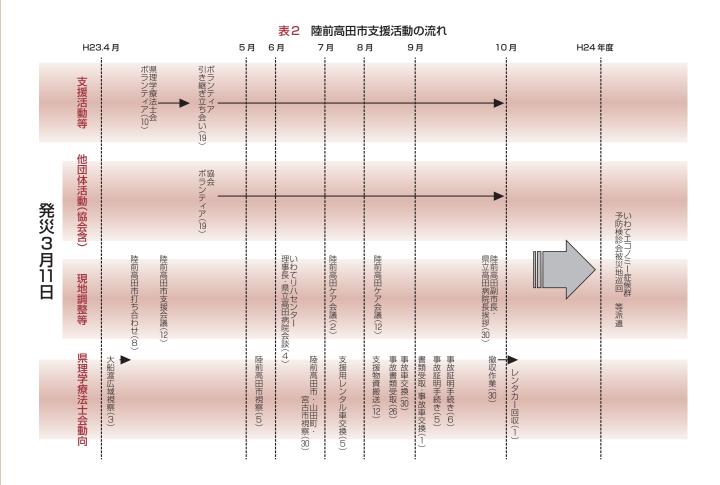
発災から活動初期の流れ

広域一陸前高田市の2診療圏域を本会が担当することとなった。同日、協会事務局の吉田氏と合流し、4月3 日からの2日間、大船渡広域を視察した。その結果、避難者数が多いことや医療・福祉が壊滅状態であった陸 前高田市に支援拠点を築くこととし、4月10日より協会ボランティア協力のもと、「災害理学療法活動」が 本格的に始動することとなった。そのほか、4月5日、6日には、岩手県医師会の石川育成会長やいわてリハ ビリテーションセンター高橋明理事長と連携を確認し、4月13日からは本会の活動を県保健福祉部・県医師 会・岩手医科大学・自衛隊などで構成されていた「いわて災害医療支援ネットワーク」に報告することとした。 また、毎日の会議には、本会副会長の佐藤益文氏を専任担当とし、正式に「岩手県理学療法士会災害対策本部」 を設置した。



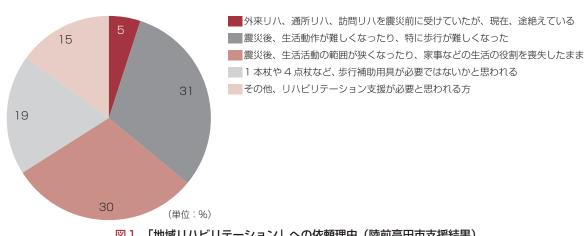
陸前高田市支援活動-(表2)

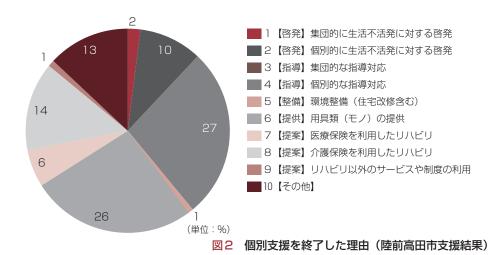
4月10日から9月30日までの約半年間、協会災害ボランティア協力のもと、陸前高田市を中心とした岩 手県気仙地区支援活動を実施した。開始の10日間は、本会の役員主導で先陣を切り、協会事務局の吉田氏と ともに、現地の大和田幸明氏、金野千津氏のコーディネーター2人と調整を図りながら、現地の医師や行政、 および保健師等へ、活動の趣旨や計画について理解を得ることからはじめた。活動拠点は、仮設の保健センター がある陸前高田市立高田第一中学校とスタッフの宿泊所とした鈴木旅館であり、保健センターでは、毎日開催



されていた「朝の会」と「夕方の会」へ参加することで地元保健師のほか、各支援団体と連携を築きながら、 廃用予防や生活不活発病予防活動を展開していった。我々のチーム名は、多くの方々に分かりやすく、早く覚 えて貰うために「地域リハビリテーション支援チーム」と名づけ、活動のセールスポイントについては、定期 的に発信した。

陸前高田市における災害理学療法支援結果は、(図1~3)に示すとおりである。





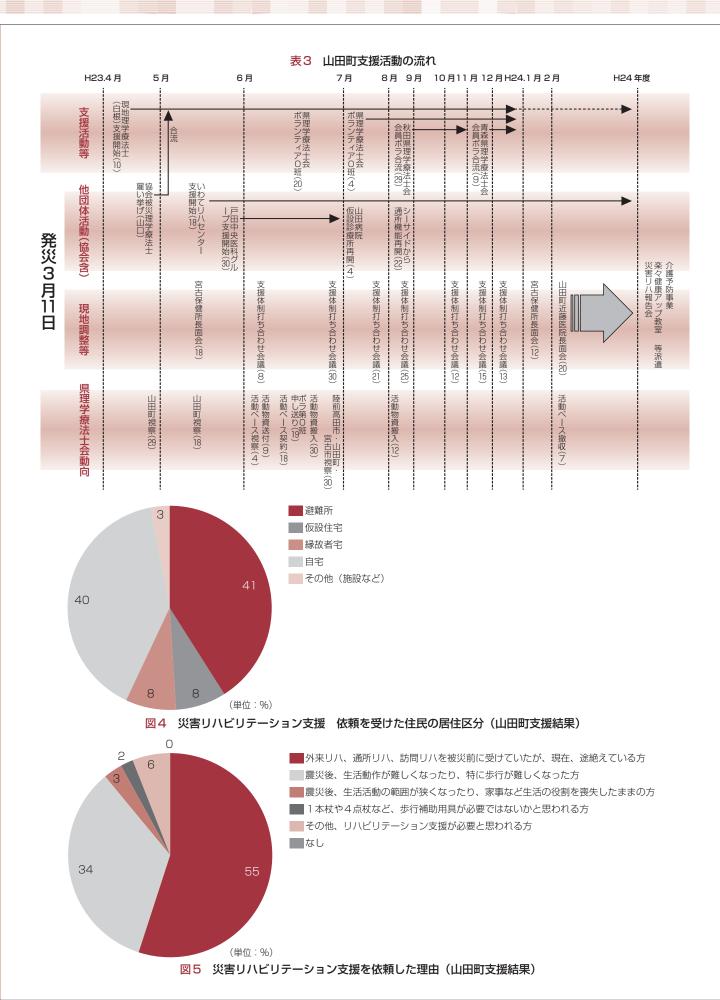


5 山田町支援活動-(表3)

被災により町の民間施設から解雇されていた理学療法士を協会にて一時雇用することが決定し、4月29日に現地調査を実施した。現地の白根達也コーディネーターと連携を取りながら、避難所数箇所における災害理学療法活動を視察し、今後の支援活動方法などについて検討した。6月20日から12月30日までの約半年間、近隣の青森県と秋田県理学療法士会協力のもと、前半は避難所や在宅などでの個別対応、後半は仮設サロンなどにおける集団対応を中心に災害理学療法活動を実施した。

山田町における災害理学療法支援結果については、(図4~6)に示すとおりである。

第2部 東日本大震災への対応―『笑顔をあきらめない』





6 おわりに

陸前高田市への協会からの派遣者は、北は北海道から南は九州地区まで総勢280名、山田町の秋田県理学療法士会、青森県理学療法士会からの派遣者は、68名を数えた。支援に来た理学療法士一人一人が、被災によるライフラインや瓦礫などによる移動が不便ななか、被災者の精神面を配慮しながら、復興のために尽力した証は、必ずや人と人を結び付け、確固たる絆を築いていけたものと確信している。「笑顔をあきらめない」と願う気持ちは、「明日という日を作り出す」ことに違いない。復興までには、まだまだ時間を要するが、いずれ、あの苦痛な日々を知った人たちに、「これが岩手だ」と示せるときが来ることを目標に、これからも全国の理学療法士の仲間が作ってくれた「岩手の絆」をしっかりと支えて行きたいと思っている。

第1節 事務局

事務局長 森本 榮



事務局の2年間の取り組み

この2年間の事務局のスタートは平成23年3月11日の東日本大震災の支援から始まった。事務局では半田会長の指示のもと震災発生直後から支援活動が開始された。被災県士会との連絡を密接にし、被災会員の被災状況の確認や、並行して一般の被災者への支援金公募等の間接支援を実施した。また、直接支援として現地に協会職員を派遣し被害状況の確認を行い、理学療法士のボランティアの受け入れ基盤を構築した。現地への派遣に関しては、事務局に経験のある理学療法士を雇用していたからこそ、迅速な対応ができたと考えている。日本理学療法士協会として、今後の災害支援における理学療法士の支援活動の方向性が蓄積され、事務局活動もその一翼を担ったと考える。震災支援の詳細は第2部に記されている。

次いで、平成24年4月、社団法人日本理学療法士協会(以下:協会)が公益社団法人として認可され新たな一歩を踏み出した点である。公益性の高い事業の推進という、一段高い視野に立った組織運営が期待されている。会員が10、15、20万人と増大しても安定した組織運営体制の継続が社会的にも要求されている。協会組織検討特別委員会から提示された新組織体制の整備が行われているが、その骨子の中核には事務局基盤の強化整備が求められている。

強化整備には大きく2つの課題がある。最初の課題として事務局職員の増員とそれに伴う業務の拡大である。次いで、情報の一元化を目指した包括管理システムの円滑な導入が挙げられた。事務局長としてこの2点に関して2年間の活動として報告する。



新組織体制への移行に向けた事務局の基盤整備

1 人員の増員とそれに伴う業務拡大

平成25年より新組織体制での活動が開始される。(協会組織検討特別委員会報告参照)、このためにまず、人(人材)の体制作りが要望された。図1に示すように平成22年6月時点での人員は理学療法士8名、一般事務7名で、一般事務員は会員管理と経理、総務業務であった。理学療法士は一般事務員と並行した事務作業が多く理学療法士の特性を生かした業務はさほど実施されていなかった。業務の見直しを行い平成23年6月時点で一般事務員を12名に増員し、理学療法士が専門職の特性を生かせる業務を拡大した。職能局業務特に介護保険、医療保険同時改訂への対応や学術・教育関連の業務を中止に業務の基盤を作り上げた。

平成24年には理学療法士9名、一般事務員17名、合計26名と派遣6名の体制となった。増員に合わせて、23年度の業務拡大からさらに職能部門、学術教育部門、社会局部門と協会活動の全域へと支援拡大した。各部の業務も、理学療法士でなければできない業務と一般事務員で実施できる業務に振り分け効率的な支援体制を目指している。

事務局への会員の要望は会費を無駄なく、効率的かつ効果的に活用し事業を遂行することである。そのためには事務員のコスト管理能力の育成が重要である。例えば、業務委託の実施に当たって、委託業務内容の質の評価、費用対効果等の比較検討が多面的に分析できる事務局員を育成している。

局企画(例:日韓合同カンファ等) 学術大会部支援 専門領域研究部支援 学術誌部支援、他関連する委員会支援 局企画(例 研修会業務効率) 教育部業務支援 牛涯学習部業務支援 研修部業務支援、履修履歴管理等 局企画(提案型管理者、同時改定調査、会員 就業先施設データー作成) 医療、介護保険部支援、業務推進部支援 各種職能関連研究調査、訪問リハ委員会支援 他関連する委員会支援 社会局 学術局支援業務 教育研修業務支援 公益事業推進部支援 広報部支援(理学療法ガイドライン等) 職能関連業務 調查部支援 • 介護保険・医療保険改定 国際部支援、他関連する委員会支援 事務部業務 経理 事務部業務 経理 経理 業務内容の 財務管理・会員管理・決済管理 • 財務管理·会員管理·決済管理 財務管理・会員管理・決済管理 総務 総務 • 理事会運営·各種規約、公文章作成 • 会長業務支援、理事会運営 • 理事会運営 · 各種規約、公文章作成 • 各種規約、公文章作成 • 各種出版物、理学療法学作成支援 • 各種出版物、理学療法学作成支援 • 各局支援、福利厚生部 変 • PT あ、FAX 通信等広報 • PT あ、FAX 通信等広報支援 ュース編集部 • その他雑務 • その他雑務 他関連する委員会支援 _____ 人員の 常勤職員 常勤職員 常勒職員 • 理学療法十 8名 • 理学療法士 8名 • 理学療法十 9名 17名 • 一般事務員 7名 • 一般事務員 12名 一般事務員 増 2名 派遣事務員 派遣事務員 4名 派遣事務員 6名 増員内訳 • 理学療法士 1名 • 一般事務員 5名 • 理学療法士 増員内訳 1名 一般事務員 平成22年6月 平成23年6月 平成24年6月

学術局

図 1 新組織体制に向けた事務局内職員の増員と事務局業務対応内容の変化

他の理事にも、事務局内部の活動を理解できる様に事務局の見える化に取り組んだ。業務の質の向上に関しては、各局長から業務内容の把握だけでなく業務内容への指導、示唆を行うことで業務の質の向上を目指している。

図1のごとく急速に業務内容を拡大しているが十分に機能しているとは言えない。協会の歴史や流れ、各種規則の制定された経緯などを学びながら実施している状況であり、苦闘していることをご理解いただきたい。理学療法士でも1年、2年目では指示されたことを遂行できる範疇であり、自ら行動するには最低でも3年は必要である。これを考えれば平成25年度、26年度と今しばらく基盤の整備に時間をいただきたい。

2 協会会館の事務局専有化

上述の人員増大に伴い、協会会館内部も手狭となり、スペース確保のために会議室や倉庫を他の場所に賃借する案が検討された。同時期から各部の活発な活動により、協会会議室以外の貸会議室の使用が急増し、会議費用が増加した。このような背景から平成24年5月に東京都港区芝浦(JR田町駅前)にスペースを賃借し、カンファレンスセンターを開設した。会議室A(16名)2部屋に分割可能な会議室B、C(最大椅子席100名)、会議D(8名)と多目的に会議室の運用が行えるように設計した。最大4会議が同時進行できることもあり理事会、各種部会、委員会、セレモニーなどで曜日によっては終日満室も増えている。1か月の会議室稼働率は60%を超えるまで増加している。(図2、3)

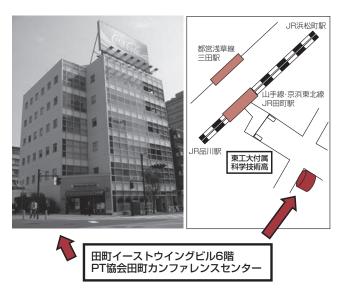


図2 日本理学療法士協会田町カンファレンスセンター

図3 田町カンファレンスセンター見取図

また、現状の協会会館も増加する事務員のスペース確保や築15年目を迎え建物の劣化に伴う修繕費用も増え、会議室と分離した状態では効率が悪く、事務所移転統合の検討が行われている。現在、協会会館建設委員会が運営されており、25年度末には指針が提出される予定である。

3

包括的管理システム

1 システムの導入経過

会員数の増加に伴い、人、物、金、情報の会員管理における事務作業の増大は予測される。これら会員増に 対応するために平成21年5月よりIT特別委員会が設置された。

システムの基本骨格は図4に示す。①-1事務局機能強化のため氏名、所属、住所、県士会などの会員管理、会費、研修会参加費、等の決済情報管理の会費管理データーベースが検討された。次いで②-1から4までの生涯学習履歴データーベース。新人プログラム、認定、専門領域等のマイページ上での会員による自己管理機能、研修情報、ホームページ上での情報提供、学会・研修会参加登録の機能が設計された。学術大会部データーベースでのプログラム編成、座長・査読者DB、演題登録、査読管理が可能な機能が要望された。さらに各県士会データーベースで会員入会、移動、休会、退会の手続きが可能な機能が組み込まれた。

平成22年から開発に着手し、平成23年全システム稼働を目指していた。しかし、基本設計図の遅れや開発に際して詳細が未確定のものもあり、平成23年度は会費管理システムの稼働にとどまった。他の機能は大幅な遅れとなり、最終的には、平成24年4月から生涯学習システム、士会との連携などの稼働が行われた。会員諸氏に対し、ご迷惑をかけたことをこの紙面を借りて深謝したい。

2 システムの活用状況

現状でのシステム導入によって可能になった機能を表 1 に示す。各機能を協会、士会、会員個人に分け記載している。会員の情報管理、決算管理が開発前と比べ迅速になった。入会申し込みは70%以上がシステムを活用し、例年の紙ベースは着実に減少している。マイページの使用や生涯学習の管理機能については新人プロ

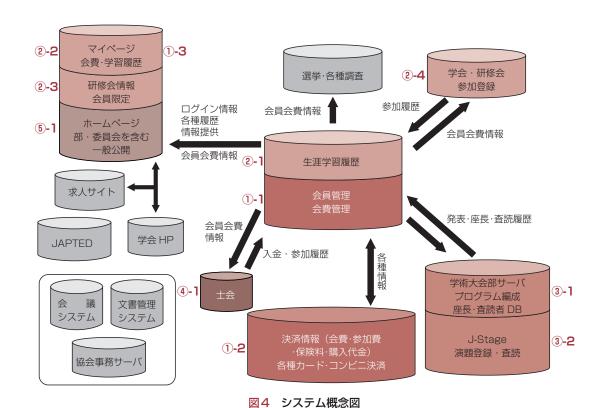


表 1 システム導入によって可能になった機能

機能	協 会	士 会	会 員
①会員情報管理	入会、異動、復会、休会、退会の 承認、各種データの検索、出力	士会員の入会、異動、復会、休会、 退会の承認、士会員データの検索、 出力	入会、異動、復会、休会、退会の 申請
①決済管理	会費、参加費、保険料請求、各種 台帳出力	士会員の会費納入状況確認、各種 台帳出力	会費、セミナー参加費、保険料納入状況確認
①マスター 管理	施設、学校情報、郵便番号 DB等管理		
①②共通マイページ	お知らせ機能の情報登録		会員基本情報、会費納入状況の確認、研修会登録、履歴確認
②生涯学習 管理	セミナー受講履歴の登録、新プロ 修了証の発行 認定PT認定証の発行	士会員受講履歴の確認、出力	新プロ単位、生涯学習ポイントの 確認
②セミナー 講習会管理	セミナー情報登録、参加者名簿出力	士会主催セミナー情報登録	セミナー情報検索、参加登録
③演題管理	J-stageのソースを利用した査読 者、演題管理、出力		演題登録、査読者登録、査読

グラムの短縮に伴い履修者が増加し、アクセス数も増加した。

セミナー講習会管理機能で印象に残るのが、平成24年度開催の兵庫学会である。受付確認に研修会決済管理システムを使用したが、良好に機能し、受付に列ができることもなく「サクサク」と受付が行われる光景にはシステム活用の威力を感じた。

良い機能だけでなく、今までより手間が増えたとのご批判もあり、使い勝手の良い機能、悪い機能、創意工夫が必要な機能、使用して初めて要望される機能などを整理して順次機能改善を行っている。会員諸氏の医療機関や施設でも電子化が進んでいるが、電子カルテも活用すればするほど、あれこれと追加希望が出てくる。これは当たり前であり、包括的管理システムも同様に進化させる目的で要望に応える必要がある。今後継続した機能強化の必要性をご理解いただきたい。



事務局業務の強化

協会事務局の強化に向けて2点対策を述べる。

1点目に当たり前であるが、法令の遵守がある。改正される税務基準、会計基準等対応し学会、全国研修会、各種研修会等での経理規定を法令に沿って改定している。運営支援に参加している会員各位には経理の仕組みを理解されていない会員もあり、不慣れな作業に加え、細かな要求要望でご苦労、負担を課している。ただし、法令の遵守は優先であり、この点に関してはご理解いただきたい。

2点目に、急増する会員数と並行して、会員各位の職場環境の変化に伴い、従来の手弁当での部会、委員会、研修会等の運営が限界となっており、運営方法の見直しが必要な時期に到達している。さらに組織が拡大、成熟すればするほど、対外的な対応や内部組織に向けた対応など内外ともに多様な問題点が発生している。理事各位も様々な問題点に関して、すべて把握することは困難な状況になっている。これらを解決するために専務理事の複数名の配置と事務局の総務、労務、財務等でのスペシャリストの雇用または委託等での業務の補強による事務局機能の強化が必要である。

強化には理学療法士の雇用が必要不可欠である。政策的提案でも、臨床場面の現状を含み提案するとそうでないとでは提案先に対するインパクトは異なる。これらの考え方は職能、社会、学術、教育事業でも同様で各局の機能向上につながる。

我こそはと、協会の門をたたき運営に参画する理学療法士を求める。

第2節 教育局

教育局長 斉藤秀之



教育局と関係する組織

教育局には、教育部、生涯学習部、研修部の3部がある。

また、教育局と密接な関係がある活動部門は、指定規則等特別委員会、研修体制統合特別委員会に加えて、 学術局専門領域研究部、IT化推進特別委員会が挙げられる。



教育局の課題に対する現状と今後の方向性

1 教育局長に着任した平成23年時の課題

①教育部

- 教育管理専門領域・教育ガイドライン・学校連絡会・大学研究会などとの整合性と役割分担の不明時である
- ・臨床実習指導者研修会、教員研修会の運営が業務化している
- •「教育」という組織の根幹やそのあり方を考えるシンクタンク化していない

②研修部

- 全国学術研修大会の運営等を担当士会に丸投げのイメージ
- 研修事業の事務方となっていて、その窓口として疲弊している
- 理学療法士講習会に関して専門領域研究部会と都道府県士会との関係が円滑でない
- •「(卒後) 研修 | のあり方を俯瞰的に検討できていない

③生涯学習部

- 「新人教育プログラム修了率」が低値である
- •「新人教育プログラム」の大幅な見直しへの決断がなされていない
- 「生涯学習」ではなく「新人教育プログラム」を所管しているというイメージ
- 「生涯学習」のあり方を俯瞰的に検討できていない

④教育局

- 協会組織・学会機構および事務局の統治機構がセクトになりがち
- 業務執行理事と事務局・事務所職員との意思決定プロセスが未成熟である
- マイページへの生涯学習履歴の反映が不十分である
- 協会各局部委員会間や協会と都道府県士会およびブロック協議会との連携と機能分化が不十分である
- E ラーニングシステム構築が遅延している
- 研修事業が一元管理されていない
- 理学療法士の卒前教育を含めたキャリアモデルが未整備である

2 課題に対する教育局ならびに関連する委員会等での主な活動実績と今後の方向性

①教育部

- 教育ガイドラインの作成を通じて、教育管理専門領域部会と教育ガイドライン委員会との協議の基盤は 構築できたが、定期的な開催にまで至っていない。学校連絡会・大学研究会などとの協議基盤は依然と して未構築である。
- 臨床実習指導者研修会は臨床指導・教育研修会として生涯学習部に移管した。教員研修会の運営は部が 実施している。
- 「教育」という組織の根幹やそのあり方を考える部内文化は醸成できたが、十分とは言い難い。

今後、「教育部」は部としてではなく、教育制度に関する常設委員会として、生涯学習機構(仮称)や事務 局研修課(案)などと連動しながら、協会としての方針に則って、事業計画や予算案を作成し、事業執行を指揮し、事業報告・決算報告に責任を負う予定である。

②研修部

- 全国学術研修大会の準備員会等に研修部長・教育局長および事務局職員も随時出席するようにした。また、会員参加費や運営補助金の支援を強化した。
- •「学術研修大会を50回大会後は開催せず、発展的解消」という「学術大会、学術研修大会あり方検討特別委員会」からの答申を尊重し、第50回日本理学療法学術研修大会(平成27年度)を一つの節目として、従来の学術研修大会には終止符を打ち、50年の伝統を引き継ぎつつ、病期や職能領域に関する報告・症例発表や提言型シンポジウムなどを取り入れた新たな学術研修大会の内容への移行準備を段階的に進める方向付けに取り掛かった。
- 理学療法士講習会運営への部員の関与の簡素化が浸透しつつある。しかしながら、事業計画や日々の問い合わせなどへの対応窓口としての完全に事務局職員に移行できずその機能は残存している。
- 理学療法士講習会基本編に関して都道府県士会との関係は年 1 回の全体会議で構築されつつあるが、専門領域研究部会と連携が課題として残っている。
- 理学療法士講習会基本編技術の開催について標準的なものが構築されつつあるが、量的に担保されていない状況は大きな課題である。
- 階層別研修としての理学療法士講習会基本編・応用編を一定の基準で管理できつつあるが、「(卒後) 研修」のあり方を俯瞰的に部としての検討は未着手である。早急に一定程度の新たな基準を検討し、明示していく予定である。

今後、「研修部」は部としてではなく、生涯学習に関する業務執行委員会(案)に統合され、事務局研修課(案)や生涯学習機構(仮称)と連動しながら、年間事業計画・予算の立案と執行並びに事業報告・決算報告に責任を負う予定である。

③牛涯学習部

- •「新人教育プログラム修了率」が60%近くにまで改善した。100%を目指していく方向性に変わりはない。
- 「新人教育プログラム」の大幅な見直しを先送りすることなく実行した。
- •「生涯学習」ではなく「新人教育プログラム」を所管しているというイメージは薄れているものの、根 強く残っている。
- 協会の全ての研修を「生涯学習」として構築することに対する合意形成は得られ、議論は開始されたが、 そのあり方を俯瞰的に可視化したアウトプットはできていない。

今後、「生涯学習部」は部としてではなく、事務局研修課(案)や生涯学習機構(仮称)と連動しながら、

生涯学習に関する業務執行委員会として、年間事業計画・予算の立案と執行並びに事業報告・決算報告に責任 を負う予定である。

④教育局

- セクトになりがちな協会組織および事務局を横断的に連動することの合意形成をし、業務の効率化と適正な統治を局内組織文化として醸成した。
- 業務執行理事と事務局・事務所職員との意思決定プロセスを円滑化するため、不定期ではあるが、理事会開催時以外の協会事務所での業務執行を2回/月程度心がけた。
- マイページへの生涯学習履歴の反映が不十分とならないよう、IT化推進特別委員会との連携を強化した。
- •教育部、生涯学習部、研修部の3部で先ずは分掌を整理し、さらに、研修体制統合特別委員会への部員派遣、学術局専門領域研究部会やIT化推進特別委員会への生涯学習部長等の参加を定例化して情報の共有と整合性を担保することに努めた。
- 現行のホームページの大幅見直しを伴わない、E ラーニングシステム構築に向けたコンテンツ撮影や 方策の模索を始めた。
- 各種局・部・委員会等で開催している研修事業を一元管理することについての合意を理事会で得ると同時に、研修事業委託についても業務執行理事会で確認し、実行の検討を始めた。
- 理学療法士の卒前教育を含めたキャリアモデルの可視化と連動する協会としての研修体制を業務執行理事会に提案し、検討する方向性を確認した。図1・2・3にそのイメージを示す。なお、これらは筆者

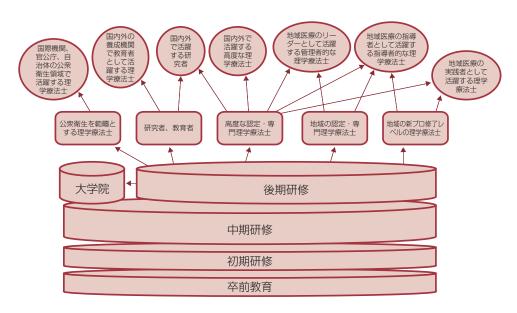


図1 理学療法士のキャリアデザイン1(イメージ)

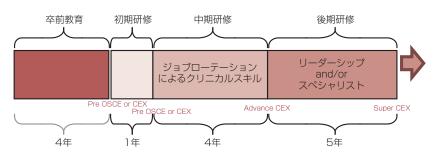


図2 理学療法士のキャリアデザイン2(イメージ)

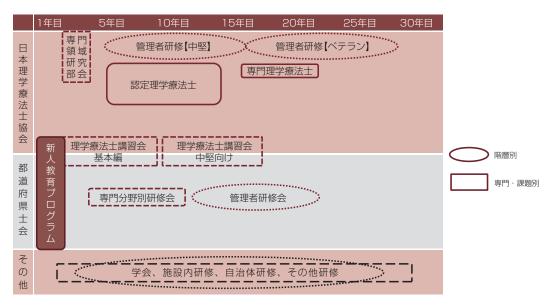


図3 理学療法士の体系的研修体制 (イメージ)

があくまでイメージしているものであり、理事会として執筆時点で議論しているものではない。

今後、「教育局」は生涯学習に関する業務執行委員会として、年間事業計画・予算の立案と執行並びに事業 報告・決算報告に責任を負う予定である。

理学療法士の生涯学習の俯瞰とキャリアデザインを可視化する大きな使命を担う重要な部門になると考えられる。

3

教育局が推進した活動

1 教育部

①臨床実習指導者研修会

平成20年より全国8ブロックでの開催事業として取り組んでおり、23年度も継続事業として実施した。 全国8か所(北海道、山形、茨城、静岡、兵庫、広島、徳島、長崎)で221名の参加者であった(表1)。 24年度からは生涯学習部に移管した。

ブロック	期日	会場	受講者数(名)						
北 海 道	2012. 2.18~19	手稲渓仁会病院 大会議室	22						
東北	2012. 2.18~19	山形医療技術専門学校	25						
関東甲信越	2011.11.19~20	イーアスつくば2F イーアスホール	59						
東海北陸	2011.11.5~6	常葉学園静岡リハビリテーション専門学校	23						
近 畿	2012. 2.18~19	ハーベスト医療福祉専門学校	21						
中 国	2011.11.12~13	ローズコム福山	18						
四 国	2012. 3.17~18	徳島文理大学	27						
九州・沖縄	2012. 2.25~26	島原市森岳公民館大ホール	26						

表 1 臨床実習指導者研修会

表2 教員研修会

開係	崔地	期日	会場	受講者数(名)
兵	庫	2011.11.19~20	甲南女子大学	22
福	岡	2012. 8.18~19	国際医療福祉大学	22
愛	知	2012.10.27~28	中部リルビ・リテーション専門学校	15

②教員研修会

平成23年度は兵庫県のみの開催で22名、24年度は福岡と愛知の2ヶ所での開催で37名の参加であった(表2)。

③理学療法士教育施設評価・評価表の検討(平成23年度)

教育施設評価表に関して、「理学療法教育施設評価検討特別委員会」報告書と「一般社団法人リハビリテーション教育評価機構(案)」の検討を行い、報告した。

④養成校への研修会会場協力の調査(平成24年度)

全国251校の養成校に対して協会研修会の会場としての協力の是非について調査を実施した。回収率は154校(61.4%)であり、そのうち137校(89.0%)が協力可能の回答であった。

⑤臨床実習ガイドラインの検討(平成24年度)

平成22年に「教育ガイドライン」が発表されて卒前教育のコア・カリキュラムが示された。協会の理学療法士教育指針は提示され、臨床実習教育に関しては「クリニカル・クラークシップ」を基本とするという指導方針が明記された。指導目標を加えた「教育ガイドライン」と整合性のある「臨床実習ガイドライン」の作成を進めている。作成の参考とするためWCPT教育ガイドライン集の翻訳作業を行い、協会ホームページに掲載した。

⑥臨床実習に関する具申

- 1) 臨床実習指導の現状として、依然として深夜までの指導や夜間の呼出、日を越えての指導など、過度と受け取られる指導が実践されていることに対して、理事会に会員への注意喚起のお願いを具申した。
- 2) 臨床実習期間について、将来的には卒業後国家試験合格を条件として実施することが望ましい旨を具申した。

2 研修部

①理学療法士講習会

現職者講習会を、協会の研修体制としてより標準化する目的で、「理学療法士講習会(基本編)」および「理学療法士講習会(応用編)」に分類し、全国8か所で開催した研修部協力スタッフブロック会議にて各都道府県士会へのお願いおよび意見の収集を行い管理した。「理学療法士講習会(基本編)」および「理学療法士講習会(応用編)」の「申請・運営マニュアル」や「理学療法士講習会申請・実施に関するQ&A」を作成し、運営に関する標準化を継承した。

平成23年度では、基本編は78の講習会(理論71,実技9)が開催され、7,043名の参加者があった。 応用編は74の講習会が開催され、2,366名が受講した。平成24年度では、基本編は88の講習会(理論78,実技10)、応用編は73の講習会を開催する予定であった。基本編は12月開催までで6,377名、応用編は1月中旬現在で1,783名が受講した。

理学療法士講習会の開催延べ日数は、平成23年度は280日、平成24年度は277日であった。また、開催回数は152回から161回と増加し、受講者も9,409名から年度の4分の3で8,160名であることから、年間で10,000人が受講することが推測される。これは理学療法士講習会が1年の75%、あるいは

2.3日に1回の頻度で全国のどこかで開催され、会員の7~8人に1人は受講している状況を示している。

②全国学術研修大会

第46回学術研修大会(平成23年度)は山梨県理学療法士会の担当(谷村英四郎士会長、小林伸一大会長)のもと甲府市で平成23年10月6日~7日に1,800名の参加者を得て開催された。第47回学術研修大会(平成24年度)は鹿児島県理学療法士会の担当(梅本昭英士会長・大会長)のもと鹿児島市で平成24年10月5日~6日に2,323名の参加者を得て開催された。

第47回大会では、運営補助金等の増額を実行し、収支決算において事務局が担当士会に出向いて支援を する態勢を実行した。

なお「学術大会、学術研修大会あり方検討特別委員会」では第50回大会をもって初期の役割を終了する旨の答申がされた。理事会で全国学術研修大会の役割と今後の方向性について真摯な理論を重ね、全国学術研修会は発展的に解消とし、「日頃の業務に直結した調査・事例研究報告」「標準化された教育講演」「担当都道府県士会、協会が企画するシンポジウム等」を柱として継続し、協会本部が今まで以上に担当士会の運営を支援する運営形態として地域での理学療法の普及・啓発の一助とすることが今後の方向性として示された。

③全国学術研修大会ポストセミナー

第46回学術研修大会(平成23年度)は、平成23年10月7日に高柳清美氏(埼玉県立大学)を講師として『「根拠に基づいた理学療法」のすすめ』のテーマで開催した。第47回学術研修大会(平成24年度)は、平成24年10月6日に板場英行氏(川田整形外科)を講師として「運動機能障害理学療法の近年的臨床アプローチを考える」のテーマで開催した。

3 生涯学習部

①新人教育プログラム

1)新人教育プログラム修了率

新人教育プログラム修了率は、平成23年度は48.2%、平成24年度は平成23年12月時点で57.5%であり、4年目以上の修了率が約60%に到達しつつあることは会員の行動変容として一定の評価ができる。ちなみに、平成20年度は44.9%、平成21年度は45.3%、平成22年度は45.6%であった。

2) 新人教育プログラム見直し(改訂)

会長が目指している新人教育プログラム修了率100%を実現するために、理事会で多くの時間を割いて議論を行い、時代の趨勢と協会としての新人理学療法士教育支援の役割を明示した内容に新人教育プログラムを平成24年度より大幅に改訂した(表3)。修業年限3年、1単位当たり90分、設定された18単位すべて取得することが要件であったが、修業年限1年、1単位60分を15単位に変更し、新人教育手帳を廃止した。教育内容の標準化と都道府県士会担当者の負担軽減に加え、受講形式の多様化を含む成人学習理論の原則を考慮した見直しであり、今後新人教育プログラム修了率がさらに飛躍的に向上することを期待している。プログラムで新設した実地研修での単位認定に向け、認定・専門理学療法士および施設に対して新人教育プログラムの施設研修の調査を実施し300名を超える会員から協力を得られる見込みである。なお今後の修了率を考察し、5年後の見直しに向けて備えていく。

- 3) 都道府県理学療法士会運用マニュアル・Q&A および標準テキストの改訂を実施した。
- ②リカレント教育
- 1) 必須教育プログラム履修促進研修会

平成22年度から2年間の時限措置として開始した、入会11年以上の会員で新人教育プログラム未修了者を対象とした必須教育プログラム履修促進研修会を実施した。このプログラムは従来から存在したもので

表3 新人教育プログラム(平成24年度版)

			100日歌史》					** 中) 外 刨	+	
			必須選	「「ひつつ」	修了两件			格別のフノノル	1	
講座名	新テーマ	旧テーマ	必須	選択	(単位数)	無印	標準 PPT	理学療法士講習会 (基本編) への参加	臨床教育・指導者 研修会への参加	施設田参
必須初期研修	A-1 理学療法と倫理	I -2 職業倫理·管理運営	_		_	0	0			
必須初期研修	A-2 協会組織と生涯学習システム	Ⅰ-1 協会組織と生涯学習システム	_		_	0	0			
必須初期研修	A-3 リスクマネジメント (安全管理と感染予防含む)	11-2 人間関係及び労働衛生	_		_	0	0			
必須初期研修	A-4 人間関係および接遇 (労働衛生含む)	11-2 人間関係及び労働衛生	_		_	0	0			
必須初期研修	A-5 理学療法における関連法規(労働法含む)	I-4 理学療法士・作業療法士法および関係法規	_		_	0	0			
	B-1 一次救命処置と基本処置			_		0	0			0
	B-2 クリニカルリーズニング	Ⅱ-1 学問としての理学療法と研究方法論		_	C	0	0	0		
ユナ原 /広り	B-3 統計方法論 * 1	Ⅱ-6 症例検討Ⅱ		_	n	0	0	0		
	B-4 症例報告・発表の仕方 * 1	I -6 症例検討 I		_		0	0	0		
	C-1 神経系疾患の理学療法	I -5 トピックス I		_		0		0		а * ()
	G-2 運動器疾患の理学療法	Π-5 トピックスΠ		_		0		0		е *
	C-3 内部障害の理学療法	日-5 トパックス日		_		0		0		г *
理学療法の臨床	C-4 高齢者の理学療法	11-3 生活環境支援		_	4	0		0		а * О
	C-5 地域リハビリテーション (生活環境支援含む)	I-3 地域におけるリハビリテーション		_		0		0		« (
	C-6 症例発表	皿-6 症例検討皿		ო						
	C-7 士会活動·社会貢献			_		ΑΠ	5都道府!	各都道府県理学療法士会が認定した活動に参加	認定した活動に参	加
	D-1 社会の中の理学療法	II-4 社会の中の理学療法 II-1 理学療法士と保険制度		_		0	0			
理学療法の専門性	D-2 生涯学習と理学療法の専門領域	Ⅲ-2 生涯学習と理学療法の専門領域		_	Q	0	0			
	D-3 理学療法の研究方法論 (EBPT 含む)	II-1 学問としての理学療法と研究方法論		_		0	0			
	D-4 理学療法士のための医療政策論			_		0	0			
	E-1 臨床実習指導方法論	皿-4 理学療法の教育方法論		_		0	0		0	
理学療法における人材の育成	E-2 コーチングとティーチング (コミュニケーションスキル含む)			_	_	0	0		0	
	E-3 国際社会と理学療法	皿-3 世界の理学療法		_		0	0			
		ilia			15					
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		1								

2012年12月 1 理学療法養成校において、学士または高度専門士取得者は免除 (平成24年度入会者より該当)
 ※2 認定・専門理学療法士(暫定含む) 在籍施設での研修を半日以上とする (平成25年度運用予定) 新人教育プログラム運用の手引き プログラム改訂と「化に伴う運用の変更点 都道府県理学療法士会用 (第2版)
 編 集 公益社団法人日本理学療法土協会 生涯学習部 発 行 公益社団法人日本理学療法土協会 全涯学習部 会 長 半田 一登 教育局長 斉藤 秀之

主⊿	防亡宝羽	_	教育指導者研修会
₹ 4	品床美智	•	教育指導有研修完

ブロック	会場	開催日	受講者数(名)
東 北 近 畿 中 国 関東甲信越 九州・沖縄 四	仙台医健専門学校 和歌山県立医科大学附属病院 米子市文化ホール 千葉県立保健医療大学 九州栄養福祉大学 高知リハビリテーション学院	2012. $8.18 \sim 19$ 2012. $8.25 \sim 26$ 2012.11.10 ~ 11 2012.11.23 ~ 24 2012.12.15 ~ 16 2013. $1.12 \sim 13$	11 28 17 26 17 28
東海北陸北海道	高知りバビリケーション子院 石川県女性センターホール 市立札幌病院	2013. 1.12 × 13 2013. 2. 2 × 3 2013. 2. 9 × 10	20 (予定) 55 (定員)

あるが、平成24年度新人教育プログラムの見直しを機に廃止するため、リカレント教育の意味合いを持つ試行事業であった。平成22年度は全国4会場で303名、平成23年度は全国8会場で736名が受講し、平成23年度必須教育プロ履修対象会員数7,664名の9.9%の会員が、新人教育プログラムを修了したことになる。入会11年目以上の会員が新人教育プログラムを修了することは職場や地域での新人教育プログラム履修に対する陽性効果として期待される。

2)被災3県理学療法リカレント講習会

岩手(岩手県民情報交流センター)、宮城(仙台医健専門学校)、福島(郡山健康科学専門学校)にて、新人教育プログラム必須の5テーマの講習会を実施し、319名(岩手99名、宮城102名、福島118名)が受講した。

- ⑤ 臨床実習·教育指導者研修会
 - 教育部で実施していた「臨床実習指導者研修会」を今後の協会研修事業一元化に向けて生涯学習部に移管 し、「臨床実習・教育指導者研修会」として、全国8ブロック、202名の受講が推測される(表4)。
- ⑥新人理学療法士等に対する職場内教育と離職に関する予備的調査、理学療法士に必要な医療安全·生命倫理· 医療倫理、感染管理·対人関係等に対する普及啓発に関する検討した。



その他教育局に関係する主な活動実績

以下に教育局に関係する主な活動実績について記す。

- ①一般社団法人運動器の10年・日本協会との合同事業の協議
- ②日本運動器科学会との共同研修会の協議
- ③一般社団法人リハビリテーション教育評価機構への参画
- ④養成施設指定規則変更要望書の提出、教育施設評価の開始、関連医学会との共同研修体制の推進、教育・研修機能の基本的な位置づけの検討
- ⑤研修体制統合特別委員会の「生涯学習センター(仮称)」位置づけの答申。協会組織検討特別委員会が引き継ぎ、 「生涯学習機構(仮称)」として位置付ける方向性

第3節 学 術 局

学術局長 網本 和



学術局の活動一総括

日本理学療法士協会(以下:協会)にとってこの2年間は、公益法人化をはじめ代議員制の構築など大きな変化を経験した期間だった。協会の学術的側面を運営する学術局にとっても、専門領域の分科会化の流れを基調として様々な組織改編の準備に傾注した期間であったといえる。医療広告ガイドライン掲載を展望した「認定理学療法士」制度の発足、当該試験の実施など新たな取り組みを示すことができた。専門領域研究部、学術大会部、学術誌部の三部門の部長ならびに部員の方々の献身的な努力によって活発な運営・活動がなされ、さまざまな協会会員のニーズに対応できたものと確信している。次章以降に各部門の活動実績を報告する。



専門領域研究部の活動実績

専門領域研究部が主体となって推進した活動及び取り組みは、以下の通りである。

- ①専門領域審議会を開催し、7部会の部会長による会議を複数回開催した。専門領域研究部全体の方向性ならびに専門・認定理学療法士、学術大会の分科会化への移行工程、学術機関としての将来構想など、重要事項の具体的な協議機関と位置づけ、さまざまな事業を推進した。
- ②各部会の運営幹事として、総務、認定、研修、学術、学会、ガイドライン等の共通役割として明示し、それでれの横断グループ会議によって全体の意思統一を図った。
- ③専門理学療法士(暫定)の資格取得を推進し、1999年から10年間に500人程度であった専門理学療法士は、2010年度までで2,228人まで拡充できた。さらに2011年度は10月現在で62名が認定された。それぞれの専門理学療法士の分類は、基礎295名、神経447名、運動器591名、内部障害335名、生活環境支援366名、物理療法67名、教育管理185名だ。また、「専門理学療法士ならびに認定理学療法士資格取得および更新に関わる履修ポイント基準(2012年度版)」を協会ニュースNo.276別冊(変わります!専門理学療法士制度:第10報)として提示した。
- ④認定理学療法士は、23領域において研修及び認定試験が実施され、2010年度には285名の認定理学療法士が誕生し、2011年度には10月現在185名が認定されている。
- ⑤会員からの問い合わせに部長、部会長、運営委員が個別に回答し、多数の回答と共通した内容のQ&Aを作成し、制度普及拡大に努めた。協会ニュースNo.276別冊(変わります!専門理学療法士制度第10報)に詳細を掲載した。
- ⑥協会員から応募された研究助成に関わる採択・不採択の審査を行い、研究の推進を実施した。2011年度の採択は、基礎研究3件、臨床研究12件、専門領域エビデンス研究4件だった。2012年度の採択は、基礎研究6件、臨床研究9件、多施設共同型研究4件だった。
- ②第51回理学療法学術大会から分科会学術大会開催へ向けて、継続的に検討を進めてきた。
- ⑧理学療法診療ガイドラインの改定に向け、検討を進めてきた。

専門領域研究部は多大な業務量に対し精力的に取り組んできた。学術活動は、萌芽的な検証や理念形成を含めた継続的な取り組みが求められる。この3年で着実に増加している専門理学療法士、新たに誕生した認定理

学療法士は、職能的な活動とも結びついているために、社会情勢の中で臨機応変な活動が求められる。

3

学術大会部の活動実績

学術大会部は、学術大会運営に関わる演題登録と査読、プログラム編集の各作業の効率化と大会準備委員会の負担軽減を目的に、インターネット環境下における学術大会支援システムのカスタマイズと運用を行ってきた。演題登録と査読については、独立行政法人科学技術振興機構(Japan Science and Technology Agency; JST)の学会支援システムを利用し各大会に合わせたカスタマイズ作業を行ってきたが、JSTの事業改変と日本理学療法士協会組織運営のIT化と共に学術大会の分科会化の方針に従い、協会独自の学術大会支援システムの構築と運用が必須となった。2016年、第51回日本理学療法学術大会以降の学術大会分科会開催における複数大会で同時に運用可能な学術大会支援システムの構築を目指し、2000年よりOpen Conference System (OCS) を利用したシステムの開発を行ってきており、2014年、第49回大会での本格運用を目指している。

2012年度は、OCSによる演題登録査読システムの構築作業を行いながら、同時に今後学術大会分科会が担う発表セッション割り振り、プログラム編集に関わる作業の啓発事業を専門領域研究部会との連携の下に行った。

JST学会システム(2012年度で運用終了予定)を利用してきた運用実績として、この10年間(2003年~2012年)における日本理学療法学術大会の演題登録の推移について報告する。

1) 応募演題数の推移(表1参照)。

- ①応募演題数は10年で約1,000題増加し、最近の3大会では2,000題を超えた。
- ②協会会員数は平成 15年時の28,787人から平成24年には71,139人となり、ここ10年で約2.5倍に増加した。
- ③応募演題数の増加が著しいが、それにも増して協会会員数が増えていることから、演題応募比率(応募演題数/協会会員数×100)は平成19年度開催の第43回大会(福岡)での4.27%をピークに近年では減少傾向を示した。

『演題数と日本理学療法士協会会員数との比率の	

開催年	理学療法学術大会 開催回数と都道府県	応募演題数 (題)	協会会員数(人)	演題応募比率 (%)	
平成16年	39 回宮城	1,070	28,787	3.72	
平成17年	40 回大阪	1,246	31,809	3.92	
平成 18年	41 回群馬	1,207	35,172	3.43	
平成 19年	42回新潟	1,385	39,023	3.55	
平成20年	43 回福岡	1,861	43,628	4.27	
平成21年	44 回東京	1,726	48,590	3.55	
平成22年	45 回岐阜	1,711	53,751	3.18	
平成23年	46回宮崎	2,087	59,586	3.50	
平成24年	47回兵庫	2,119	66,256	3.20	
平成25年	48回愛知	2,123	71,139	2.98	

^{※ 1} 応募締め切りが開催年度の前年のため、前年度の会員数を使用した

2) 専門領域別応募演題数の推移(表2参照)

- ①第39回大会(宮城)から、演題分類を専門領域研究部会の呼称と合わせた。10年間の応募演題数の変化は、若干の増減があるものの全分類で増加傾向を示した。
- ②その中でも内部障害と教育管理がもっとも増加率が小さく約1.8倍、運動器がもっとも大きく約2.2倍の増加であった。
- ③今年度の第48回大会応募演題数は基礎(561題)、運動器(554題)、生活環境支援(313題)の順に 多く、物理療法は40演題を超えていない。

4X にいかが後の数ペンコロン										
	39回 宮城	40回 大阪	41回 群馬	42回 新潟	43回 福岡	44回 東京	45回 岐阜	46回 宮崎	47回 兵庫	48回 愛知
基礎	284	296	331	367	483	525	494	554	557	561
神 経	170	198	167	215	295	257	246	326	313	317
運 動 器	254	271	268	336	455	412	427	564	522	554
内部障害	115	144	114	133	193	166	160	224	206	209
生活環境支援	157	197	214	214	266	239	258	277	357	313
物 理 療 法	19	22	28	22	29	20	23	27	39	38
教育管理	71	78	85	98	140	107	103	115	125	131
その他		40								
計	1,070	1,246	1,207	1,385	1,861	1,726	1,711	2,087	2,119	2,123

表2 応募演題数の推移

単位:題

3) 考察

過去 10年間の演題登録数の推移は、理学療法士養成大学の急増と大学院設置が背景にあると思われる。今後の予想推移として、大学及び大学院の新たな設置は縮小すると思われるため、演題登録数は微増するものの会員数比率は急激に低下して行くことが推察される。一方で専門領域研究部会の学会組織化と共に研究の質の向上が期待できる。



学術誌部の活動実績

学術誌部では会員の学術活動の支援と成果発表を通して、理学療法学の発展と理学療法士の社会的地位の向上に寄与することを目標に取り組みを続けている。

│ 理学療法学および英文誌 JJPTA 出版

本会の学術誌「理学療法学」はわが国におけるトップジャーナルとして厳選された研究論文の掲載を使命とし、発刊以来39巻を数えるに至っている。一方、会員数の増加、特に若い会員の急増により、会員の臨床および学術活動を支援する役割を果たすために平成22年の37巻から企画記事の掲載も開始している。以下に過去5年の刊行状況を示す。平成24年度39巻から学術大会の専門領域研究部会企画講演の掲載を特集号から通常号へ移しての掲載も開始した。

企画記事は、新人向けの臨床入門講座と中堅向けの臨床実践講座を掲載し、また適宜、両講座以外の特別企画も掲載している。

英文誌Japanese Journal of Physical Therapy Association (JJPTA) に関しては、ここ数年の掲載

		20 7	1 10000 1000	0 112307111	17470		
	研究論文	短 報	症例研究	その他*	企画記事	学術大会	計
35巻 (H20)	25	2	1	3			31
36巻 (H21)	22	6	2	4			34
37巻 (H22)	26	2	3	4	13		48
38巻 (H23)	29	1	1	3	17		51
39巻 (H24)	24	2	2	О	14	2	44

表3 理学療法学過去5年間の刊行状況

数が3件程度となっている。年1回の発行であることの影響を考慮し、J-Stageでの早期掲載を開始するなどの対応を取っているが、なお掲載数増に向けての検討を進めている。また、J-Stageでの早期掲載を行っていることから、25年度からは冊子体での発行から電子ジャーナルのみの体制に移行する予定である。

2 優秀論文表彰

学術誌部では、理学療法学を発展させ、会員の学術活動の活性化と優秀な研究者を育成することを目的に、協会の学術誌に掲載された優秀な研究業績を表彰する規程を平成21年度に制定した。表彰の対象は、理学療法学およびJJPTAに掲載された「研究論文」で筆頭者が会員であるものであり、選考委員は学術局長、学術誌部員、編集委員、学術大会部長、専門領域研究部長が担当し、論文の独創性、論理性、貢献性等を評価して行い、理事会で授賞を決定している。

3 有料優先審査制度

理学療法学では投稿論文の審査期間の短縮に努めており、掲載論文の審査期間(投稿受付から査読、著者修正、再査読の過程を複数回経て採用決定された期間)は平成19年の平均9.9カ月から平成23年では6.7カ月と3か月以上の短縮を実現している。しかし、大学院における学位論文審査など特に短期間で審査を希望される会員のために平成21年度から有料優先審査制度を開始した。これは投稿の2週間以上前に申請をしていただくことで、投稿から概ね3週間で審査結果を通知する制度だ。平成23年には14論文、平成24年には15論文がこの制度を利用している。また、平成23年度からはJJPTAについても有料優先審査制度の適応を広げている。

4 ホームページでの学術情報提供

学術誌部は、従来、学術誌発行がその役割の全てであったが、ホームページで種々の学術情報を提供し、会員の臨床および学術活動を支援する役割を果たすこととし、平成21年度から以下の2つのサイトを提供している。

1) EBPTチュートリアル

EBPTを推進するために、その基礎知識から実践応用いたる種々の情報を提供している。平成23年には EBPTをわかりやすく解説する「イラストで見るEBPTの実践」を計6回掲載した。また23年末からは EBPTの臨床活用の実践例を報告する「EBPTワークシート」の掲載を開始し、現在まで7テーマの実践例を 掲載している。

2)解説付英語論文サイト

理学療法関係の英語論文の抄録を提供している。多くの学術誌に同様の記事が掲載されているが、本サイトでは抄読者が論文の背景や、論文の長所や短所に関する解説を加えて紹介するのが特徴である。また、ホーム

^{*}その他は症例報告、実践報告など

ページでの公開のためPubMedへのリンクや他の情報源でのリンクもあり、効率的な情報収集が可能である。 月1回2編を追加掲載しており、平成23年度以降も年に24編を新たに掲載している。



学術局に関する今後の展望

既に協会ホームページ上あるいは理事会議事録でも周知のように、平成25年4月以降大幅な組織改編が実施される。学術関連では「日本理学療法士学会」が明確に定義され、その運営には学会運営審議会があたることとしている。これまでの学術局三部門はそれぞれの機能・役割に応じて「委員会」等に再編される。また51回学術大会から分科会学会を開催することとしていたが、それぞれの理学療法の学術の発展を担う「academy」と、その集会である「conference」を区別することで連合学会(学術集会)の形式で進められる予定である。

どのような形に組織されるとしても、理学療法の目的と使命が科学的かつ実践的な理学療法サービスを広く 国民の医療、健康維持・増進に資するものであることは自明であり、そのための自己研鑽、研究活動を協会会 員の皆様とともに創っていくことが望まれていると考える。

第4節 社会局

社会局長 梶村政司



社会局2年間の取り組みから、新組織の展開を考える

社会局には、公益事業推進部、広報部、調査部、そして国際部がある。それらの今期事業の詳細な内容に関しては、各部の掲載を参照されたい。その中でも「新組織」に対する要望と期待が込められた内容が書かれているので、ご注目いただきたい。それらの流れを踏まえ今期(平成23·24年度)の社会局事業の取り組みから、関連した4つのテーマに沿った新たな希望的(組織)展開を述べる。

1 「理学療法の日」を公益事業として考える

全国が一致団結して行えるイベントの一つとして、「理学療法の日」にちなんだ事業展開を考える。

現在の社会局に関係する公益事業(福祉分野)は、「バリアフリー展」(大阪、4月)と「国際福祉機器展(東京、10月)」があり、まさに「公益」の柱となるべき事業と思われる。それらは共に日本の情報発信地である「東京と大阪」を舞台として来場者が12万人(東京)を対象とした広報が行え、また、それ以上の効果として、福祉に関係ある企業や業者から最新の出展や情報が満載されていることが挙げられる。特に今期、東京都理学療法士会とのジョイントにより「理学療法ブース」を開業して、多くの一般来場者や患者さん、障がい者の方々やその家族、そして医療関係者や学生等への啓発活動が行えた。

これら「福祉機器展」は、どちらも「理学療法の日(7月17日)」と約3ヶ月のズレはあるが、本会の機軸として全国統一したテーマで「理学療法の日」が展開できないものか検討を始めたい。そのためには、実動組織の構築が急がれるところと考える。こうした、組織設計を通じて、本会と都道府県理学療法士会が統一され、コミニュケーションの図られた事業となることを期待する。

この事業を通じて「全国一丸となったイベント」を開催し、組織の盤石化を狙う意味からも重要な事業となるため、早期のシステム作りを考えたい。

2 調査活動を活かした事業展開

現在の調査部の行っている事業が、本会事業にどのよう反映されているのかいささか疑問を持っている。今期の報告にもあるように、理学療法士の求人領域は、「医療領域」から「介護領域」にシフトしている。では、シフトされた現実を見るとき、本会は関係機関に対して何をもって「対応」し手段を講じていくのだろうか。今後は、こうして得られた結果からの事業展開も必要であり、将来の「理学療法士像」を本会が求める理想的な「職域」に展開することが、本来の「調査」ではないかと考える。それらの情報や調査活動が、本会シンクタンクを通じて理学療法士の将来設計が実現できる事業展開につなげるように考えたい。

3 広報事業を考える

現在、本会の行っている広報事業が「今の時代」に相応した情報の「発信」や「受信」を、コントロールできているのか、を検証している。同時期に「広報戦略特別委員会(委員長・山根一人理事)」からは、新組織の広報センター(仮)構想が検討されていた(詳細は、報告書を参照)。それらを参考にすると、「情報を扱う部門」にはその組織において高い権限が与えられなければならないと考える。そこで、これまでの広報活動という小さなイメージから脱して、大きな「情報の送受信事業」と位置付け役員や専属事務要員の確保など、そ

のシステムの土台作りから行う必要があると考える。

4 国際貢献としてのできる「社会局」

国際貢献は、単に我が国の理学療法の知識や技術支援に留まらず、産業としての参画もこれからの展開として考えるべきではないだろうか。すなわち、理学療法の領域に限ることではないが、近い将来には東アジアを経済圏に含めた起業展開の時代に突入することに違いない。したがって、本会はこれまでの厚生労働省や文部科学省のチャンネル以外に、外務省や経済産業省との関係性を積極的に構築できる組織作りが必要と考える。



公益事業推進部

平成23~24年度事業

1)身体障害者団体への助成事業

地域リハビリテーションを含む医学の進歩により、生活支援を必要とする高齢者、障害者(児)等が増加しており、それらの方々が住み慣れた地域で安心して生活できる社会の構築が課題となっている。しかし、それを実現するためには、国民が互いに理解し支え合うことが最も重要であり、そうした活動を支援することを目的として、この助成制度は23年度より実施されている事業である。

その対象は、当事者(障害者とその家族)団体並びに障害者分野の関係団体のうち、全国及び広範な活動範囲をもつ団体、あるいは都道府県及び政令指定都市の地域組織の連合会等であることとし、広く国民に事業の恩恵が生じるように配慮している。

こうした中で24年度は、評価様式を見直し、より本会の意向を反映させられるような内容に工夫した。その結果、8団体の申請に対し5団体を選定し助成を行った。

なお、23年度助成団体からの報告書は、まとめた内容を本会ホームページ上で閲覧が可能である。

2) 理学療法週間への助成事業

都道府県理学療法士(協)会の理学療法週間に関する公益事業を支援するために、この2年間を限定として 実施された事業である。

その目的は、国民の健康を維持・増進するためである。22年度の全国都道府県理学療法士会会長会議において提示した広報戦略構想の中で示したように、23年度より「配る広報」から「見せる(伝える)広報」への方針転換の一環として、「理学療法週間」活動助成制度を設けた。この制度は本会の作成したグッズ配布だけに依存した活動に頼ることなく、都道府県の独自性や地域特性がより反映された理学療法(士)教育啓発に重点を置いた広報イベント活動への移行やその広範な展開・拡大を促すために設けられたものである。

また、当該助成金を受けた都道府県理学療法士会の活動報告から得られた様々な「理学療法週間」活動実態の詳細情報(特に目的・対象)は、より効果的な理学療法(士)広報活動モデルを全国都道府県理学療法士会に提示することで全国の「理学療法週間」活動の活性化を図ることを目的としている。

24年度は25会の応募があり、17会の支援を決定した。主管が広報部公益事業推進部へ移り、評価基準の見直しを行った上、「理学療法の日」の時期と類似させることとし選定した。なお、その報告は今年度中にホームページ上にて活動モデルの提示を行う予定である。

2 今後の事業展開

従来の保健福祉分野から発展した公益事業推進部であるが現在は助成事業を行う部となってしまっている。 本会の中において保健福祉分野としての活動展開が未熟であったことを反省している。

助成事業自体は、身障団体・都道府県理学療法士会共に厳選なる選定を行い有意義な活動の支援を行えているものと判断する。

公益法人となった本会にとっては事業そのものが公益事業であり、それを推進する部の存在はもはや必要ないのではないかと考える。身障団体助成事業に関しては、当該団体から大きく評価され本会の当初目的は達成される方向に進んでいる。したがって、基本的には継続事業と考えていけば良いが、事業としては事務的な作業で実施できる内容と考える。

今後の当部の展開としては、本会自体が公益事業をどのように捉えていくかによって大きく変わってくると思う。法人全体を公益事業展開の組織として考えていけば、特別に当部のような組織は必要ない。また、より狭義の公益事業展開を考えていくのであればそれを執行するための部は必要と思われるが、実際の実施にあたり全国展開を考えた事業の場合に本会部員だけでの活動は行えず、少なからず都道府県理学療法士会の協力が必要になる。この時に、各地域の会が行う事業と本会が行う公益事業を同じように考えて行くには少し無理がある。

キャンペーンやイベントに分類される事業展開の中で行う性質のものなら、都道府県理学療法士会の後方支援というポジションに立つのが現実的かと思う。

結論としては、本会が公益事業展開に積極的な意向がなければ、当部を事務局業務に吸収して助成事業のみを展開し、今後の様子をみるのが得策かと考える。

3 広報部

平成23年度の活動は、理学療法(士)の関わりの場面が医療や介護のみならず健康増進や教育・研究などの様々な場面に広がりをみせているなかで、その関わりを紹介するPR動画を作成した。動画は導入編から全11編で構成されホームページで公開している。また、「理学療法週間」においては、各都道府県理学療法士会の独自性や地域特性を持った啓発事業の支援を目的に「理学療法週間における助成金制度」を行った。この事業は啓発事業の促進を目的に平成24年度事業にも継続され2年間実施された。

国際福祉機器展においては、東京都理学療法士会と共同開催を行った。この展示会には12万人の来場があり、本会出展ブースには約2,000人の来場者があった。出展は「理学療法士による福祉機器選定」等の実演を含む15分程度の講演を中心に行われた。

「PTあ! 12号」「切れ目のないリハビリ環境を作る」(2012年2月)、「PTあ! 13号」「理学療法士が未来を考える」(2012年3月)発行した。「PTあ!」は「理学療法士を知りたい人にぴたっとくるマガジン」として、当初は、一般・中高生を対象とした理学療法(士)の認知度向上目的に創刊されたものであったが、徐々に職能・職域拡大を目的とする広報誌と変化していった。 戦略的視点から広報の見直しが広報戦略特別委員会を中心に行われ、広報誌の位置付を改め「PTあ!」は13号をもって最終号として、今後は新たな広報誌を展開することになった。

平成24年度は、本会は公益社団法人となり広く公益に資する理学療法を普及・啓発する責務がより一層拡大した。それに伴い本会における理学療法リーフレット及び「笑顔をあきらめない」をキャッチフレーズとするポスターを作成した。

本会のキャッチフレーズとして「笑顔をあきらめない」を積極的に活用する方針とし、そのキャッチフレーズを用いた動画も作成し、ホームページにて公開を行った。

理学療法(士)の理解を深める広報誌として「理学療法士ガイド」を新たな広報誌として作成した。同ガイドでは病気やケガの回復を促すための理学療法やスポーツの場面や介護予防など様々な場面での関わりが紹介される内容となっている。

ステークホルダーを事業者等の雇用者とする職能・職域拡大を目的とする広報誌の創刊を年度内にて予定する。

今後の広報部の展望として、会員数の急増に伴った本会の組織拡大、高齢社会や社会保障等の外部環境の変化に伴い広報部門の強化が求められている。平成25年度においては新たな広報体制を整備し、戦略的広報を進めていくことが計画されている。



調査部

本会の戦略的活動に必要とされるデータを模索し、各担当部局との連携を図りながら調査事業をすすめることを目標とした。

今期は理学療法士の需給調査と広報媒体の効果検証、全国基礎データ・評価フォーマット調査事業を行った。 理学療法士の需給調査では、新卒者に対する求人状況が医療保険と介護保険、あるいはその他でどのような 社会的ニーズを負うかを判断するために継続的に実施してきた事業である。その結果は、求人倍率は高い水準 を示し、医療保険と介護保険、その他のすべての分野で求人件数は前年度より増加していた。特徴的であった 点は、医療保険領域での求人施設数が減少した一方で介護保険領域での求人施設数が著しく増加した点である。 今後は介護保険領域、特に在宅領域における理学療法士のニーズが高まることが予想され、このような社会的 ニーズに応えられるような人材の育成が不可欠であることから、学校教育カリキュラムを再考する必要性が示 唆された。また需給調査は理学療法士の職域維持と拡大にとって重要な調査事業であり、今後はどのような形 態でこの事業を継続させることが有用であるかを検討する必要があると考える。

広報媒体の効果検証では、会員の地域別、年代別による既存の広報媒体の利用形態や利用価値、望まれる発 信形態を調査することにより、会員にとって有益な「広報センター」構想に向けた現行の問題点などについて 考察した。その目的は、本会が発信する広報媒体(ホームページ、Fax通信、ニュース、PTあ!、理学療法学)各々 の利用状況についてアンケート調査を実施することであった。そうした今回の調査は、理学療法学にアンケー トはがきを同封し返信にて回答を求める手法を用いたが、その回収率が極めて低かった結果をうけ、理学療法 学は利用価値が低く目つ本会への帰属意識や魅力も低下していることが推察された。それらより、会員が広報 媒体から得たい情報として「学術・研修会関係」、「医療・介護保険関係」、「PT協会の動向」、「学術的情報」、 「専門·認定理学療法士関係」、「政治的動向」の順に選択されていた。また、活用度の高い広報媒体としてホー ムページ、Fax通信、理学療法学、ニュース、PTあ!の順であった。さらに、50歳未満の会員には電子媒体、 50歳以上の会員には紙媒体が活用度の高い広報媒体となっており、その年齢別構成人数を考慮すれば電子媒 体への早急な移行がなされるべきであると提案できる。加えて、本会からの望ましい発信形態にはホームペー ジ、Fax通信、ニュース、メールマガジン、電子ジャーナル、冊子の順に選択されており、電子媒体を運用し ながら Fax 通信やニュースを併用する形態が望まれていることが示唆された。ただし、現状の本会ホームペー ジの課題や電子媒体を利用しづらい環境にある会員に対する課題などが残る側面も考えられる。また、PTあ! についてはすべての世代で活用度が最も低く、当媒体発行の目的及びその内容や配布手法が会員のニーズに合 致していない可能性が高いと考えられた。自由記載の設問においては、紙媒体を止めて電子媒体にして欲しい、

コスト削減して本会会費を減額して欲しいなどの意見が多く寄せられた。

調査部では、今後も全国基礎データ・評価フォーマット調査事業として他局と連携し、会員の基礎データや 全国の協力施設からトピックスデータを収集できるシステムづくりを継続してすすめる予定である。

5

国際部

1 JICA 医療技術スタッフ練成コースの支援活動

国際部では、財団法人国際医療技術交流財団(JIMTEF)と協力し、独立行政法人国際協力機構(JICA)医療技術スタッフ練成コースの支援活動を行っている。平成21年度までに個別研修事業として4ヵ国から17名、集団研修事業として22カ国から34名を受入れてきた。平成22年度からはミャンマーーカ国限定研修コースに統合され、平成23年度、平成24年度と毎年5名の理学療法士が来日し約2カ月の集団研修を受けた。本会の具体的な支援内容は、実際の研修に加えて、研修コースにかかるアクションプランの策定、中間発表、最終発表、ヒアリングなどに、理学療法の専門家を派遣したり、研修プログラムの作成、研修施設の調整も行っている。なおこの研修は、本会に加えて、新潟医療福祉大学、藍野大学、阪和第二泉北病院、兵庫県立総合リハビリテーションセンター、信原病院の協力にて行われている。

2 第7回国際教育セミナーの開催

国際教育セミナーは、年に一度を行っている。

平成23年度は「世界の理学療法最新トピックスー健康増進からスポーツ・ロボットスーツまでー」をテーマに、平成23年7月31日(日)に東京工科大学蒲田キャンパスで開催された。主な講演内容は健康増進分野から玉利光太郎会員(吉備国際大学)、アスレチックリハビリテーションにつて椛沢修会員(片倉病院)、ロボットスーツHALについて長谷川真人会員(サイバーダイン社)、オーストラリアの臨床実習について河西理恵国際部員(東京工科大学)であった。

平成24年度は「WCPTサブグループの最近の話題」をテーマに、平成25年3月24日(日)に東京工科大学蒲田キャンパス(東京都大田区)で開催された。スポーツ理学療法研究部門から浦辺幸夫会員(広島大学)、徒手療法部門から山内正雄会員(済生会西条病院)、精神心理部門から仙波浩幸会員(豊橋創造大学)に講演いただき、教育講演「国際誌に投稿するコツ、アクセプトされるコツ」を山田純生会員(名古屋大学)に講演いただいた。

3 第19回、第20回海外技術協力セミナーの開催

本会国際部では、日本作業療法士協会と合同で毎年、海外技術協力セミナーを行っている。第19回海外技術協力セミナーは平成24年1月28日(土)~29日(日)に杏林大学で行われた。参加者合計95名。テーマは「海外技術協力の変わらぬものとこれから求められるもの」。基調講演に田口順子会員、特別講演に日本総研上席主任研究員の大泉啓一郎先生をお迎えし、これまでの国際協力活動を通して変わらぬもの、また近い将来、アジア全体が直面する高齢化の問題の中、変わりゆくリハビリテーション分野の技術協力のあり方を議論した。

さらに、平成24年度は本会が海外技術協力セミナーを開催し20年(日本作業療法士協会と共同開催になって10周年)を迎えた。これを記念して、第20回海外技術協力セミナーと20周年記念式典パーティーを平成25年1月26日(土)、27日(日)に田町カンファレンスルームで行った。基調講演として厚生労働省の

竹林経治氏に「地域包括的ケアにおける現代アジアの潮流、タイにおける高齢者ケア」を講演いただいた。また、本会は1993年にインドネシア・ソロCBRに対する海外医療技術協力5ヵ年プロジェクトを行っており、その際に強力なカウンターパートであったCBR開発・訓練センター(Community Based Rehabilitation Development and Training Center)の元所長Handojo Tjandrakusuma(ハンドヨ・チャドラクスマ)博士に来日いただき、「FROM COMMUNITY BASED REHABILITATION(CBR)TO COMMUNITY INITIATIVE REHABILITATION(CIR)」と題した記念講演を開催した。20周年記念式典パーティーでは、20年を振り返って、スライドが提示され、記念誌が配布された。また、過去20回のセミナー参加経験者からその後の経験談を披露していただき、盛会のうちに終了した。

海外技術協力セミナーは平成24年度の20周年記念式典を持って一旦終了となった。平成25年度以降は本会の国際協力事業の在り方を根幹的に見直す予定となっている。

第5節|職 能 局

職能局長 植松光俊



局付け事業活動

平成23、24年度職能局の活動の中心となった事業の1つとしては、前年度から最重要課題事業として取り組み出された「管理者の育成」を目的とした「領域別管理者ネットワークの構築」の継承であった。

前年度開催予定でありながら3.11東日本大震災により開催できなかった「提案型管理者育成ワークショップ」を職能局各部挙げて開催した。それに併せて、この2年間の協会重点事業の1つである「職域の維持拡大に関する事業」に挙げられた、①職能的横断会議の開催(急性期・回復期・生活期)、および②職能的データのモデル施設による収集(急性期・回復期・生活期)、を可能とする体制づくりであった。つまり急性期、回復期、生活期、予防事業のそれぞれの領域について、さらに細分化した分野別ネットワーク施設・事業群を構築し、その分類に基づいたモデル調査事業案やその成果検証のための調査票骨子案の提案、そしてその調査の実施・データ収集と分析によるエビデンスに基づいた政策提言ができる職能機能強化のためのネットワーク体制づくりの「基盤整備」も目指した(図1)。この体制づくりのための検討の場として、社会局調査部との職能的横断会議も実施した。さらに政策提言に必要な理学療法士グランドデザイン策定事業にも24年度から取

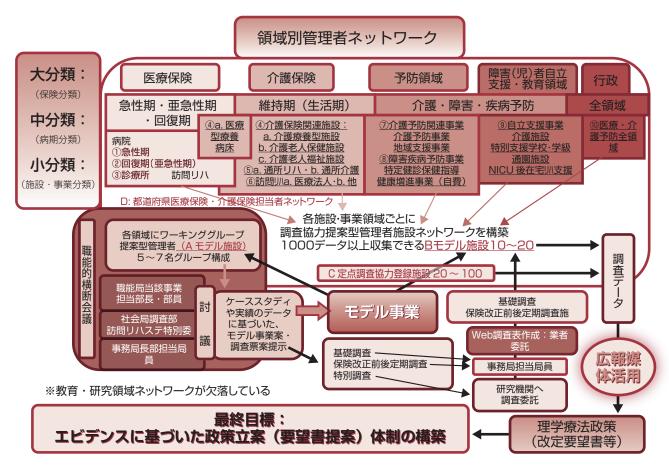


図 1 協会に求められる職能機能強化のための基盤整備

り組んだ。以上の事業は局付け予算事業として計画し、医療・介護保険部や業務推進部の共同事業として実施した。これらの事業に加えて、平成23年度は24年度医療・介護保険同時改定に向けた提案書の作成に追われた年であった。また24年度はその同時改定による影響調査と次期改定に向けた提案書作成のためのエビデンス収集調査として、①23年度に社会局調査部が構築したC定点調査協力登録施設(全国都道府県士会推薦医療保険施設および介護保険施設それぞれ5施設、計470施設)を対象とした基礎データ調査事業(今後、医療・介護保険施設基礎データベース集積目的の年次基本調査として実施予定)と、②職能局各部における個別モデル調査5事業(後述)の実施に追われた年であった。

- 1) 管理者ネットワーク構築事業(24年度)
 - ① 介護保険領域の入所施設、通所施設、訪問リハサービス事業、予防領域の介護予防事業、障害疾病 予防・健康増進事業、障害(児)者自立支援事業・特別支援学級、行政領域の管理者ネットワーク委 員会を各1回開催し、各領域の課題と改善提言についてヒヤリングをした。
 - ② 急性期、回復期、診療所の管理者ネットワーク委員会を2月3月に各1回開催し、診療報酬改定影響調査結果の分析と要望提案についてヒヤリングを実施した。
 - ③ 介護保険領域の各委員会については介護報酬改定影響調査結果の分析と要望提案のためのヒヤリングを3月に各1回を開催した。
- 2) 提案型管理者育成ワークショップの開催24年2月:110名参加、25年2月:80名参加
- 3) 理学療法士グランドデザイン策定事業(24年度) 医療・介護・予防・教育・広報各領域のリーダー会議を6回開催し、各領域グランドデザインを策定した。



職能局各部の活動

医療保険部

- 1)診療報酬改定関係事業
 - a. 24年度診療報酬改定に向けた提案書の作成(23年度)
 - ① 管理者ネットワーク委員会の開催 急性期、回復期、診療所委員会、各1回を開催し診療報酬等への改定の骨子の作成
 - ② 医療保険部も参加しヒアリングを実施
 - ③ 管理者ネットワークの構築
 - b. 24年度診療報酬改定影響調査支援(24年度)
- 2) 提案型管理者育成ワークショップの開催支援(23年度、24年度) メーリングリストでのネットワークの構築

その他に、「診療報酬改定に対する裏付けの資料づくり」として、下記の項目に集中し取り組んできた。

- ①「急性期加算のエビデンス」の提示
- ② 診療所の早期加算対象患者実施件数実態調査(全国士会推薦施設対象)
- ③ 調査協力施設のリクルート作業
- ④ 急性期施設実態調査(5施設対象:ER、ICU、CCU等施設での実施状況と早期加算対象患者・実施単位調査)

2 介護保険部

- 1) a. 24年度介護保険同時改定に向けた提案書の作成(23年度)
 - ① 管理者ネットワーク委員会の開催 介護保険施設、介護予防、通所ケア委員会各1回を開催し介護報酬等への改定の骨子の作成
 - ② 介護保険部も参加しヒアリングを実施
 - ③ 管理者ネットワークの構築
 - b. 24年度介護報酬改定影響度調查支援(24年度)
- 2)提案型管理者育成ワークショップの開催支援(23、24年度) メーリングリストでのネットワークの構築
- 3) 都道府県士会医療保険・介護保険担当者との情報交換(23、24年度) メーリングリスト作成、名簿管理をシステム化
- 4) 3モデル調査事業(24年度)
 - ① 居宅介護支援事業所支援モデル調査事業(理学療法士による居宅介護支援計画作成支援の効果)
 - ② 訪問介護事業所支援モデル調査事業(理学療法士による訪問介護計画作成支援の効果)
 - ③ 老人保健施設での短期集中リハモデル調査事業(老人保健施設短期集中リハ効果調査)

3 業務推進部

1) 介護予防アドバンスセミナー(1回/年)(23、24年度)

実際の現場において介護予防の事業立案及び実行できる人材の養成を目的として通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション、さらには地域包括支援センターなどあらゆる場面で必須の要素を組み込んだカリキュラムを通した2日間の研修を開催した。

- 2) 起業促進セミナー(1回/年)・起業支援セミナー(1回/年)(23、24年度) 理学療法士としての地域貢献を起業という形態からその可能性を探り、同時に業務拡大の促進を図っていくことを目的として開催した。両セミナー修了者の半数以上の理学療法士が起業し、各々の地域で活躍されている。
- 3) 通所系リハビリテーション研修会(1回/年)(23、24年度) 通所リハビリテーションのあるべき姿の追求(標準化)、リハビリテーションサービスとしての質的 向上のための方法論、効果検証、地域のニーズに合致したサービスの仕組みを理解することを目的とし た研修会を開催した。
- 4) リハビリテーション政策理学療法士の権限移譲検証事業(23、24年度) 臨床における理学療法業務の実情を調査し、患者(利用者)への理学療法サービスの向上等を目的と したアンケート調査及び座談会を開催した。
- 5) 2モデル調査事業(24年度)
 - ① 介護保険における地域包括支援センター支援モデル調査事業地域包括支援センターにおける理学療法士の役割とその意義に関する研究
 - ② 急性期リハ・在宅リハ推進モデル調査事業推進 急性期病院から在宅へ退院する患者への在宅リハビリテーションシステムのあり方に関する実態調査



24年度診療報酬・介護報酬改定についての総括

1 平成24年度診療報酬改定

診療報酬財源の確保が難しい財政状況を考慮し、本会は「主要な改定内容が前回改定を下回らないこと」を 最も重要な視点として要望活動に取り組んだ。具体的な要望項目の中では、特に「より早期からのリハビリテー ション介入」について、重点的に働きかけた。

今回の改定では、我々の根幹となる疾患別リハビリテーション料を基本的に据え置くことができ、または早期リハビリテーション加算の2段階化という形で「早期からのリハビリテーション介入」を強化することに繋がった。

改定に反映された要望項目(一部反映含む)

- 早期リハビリテーション加算の要件見直し
- ・回復期リハビリテーション病棟の3段階評価
- 標準的算定日数を超えた場合のリハビリテーションの継続
- 医療保険と介護保険の併用期間の延長
- 外来リハビリテーションにおける医師の診察頻度の見直し

(課題)

- 1. 病棟配置
- 2. 面積基準の緩和
- 3. デイホスピタルの創設
- 4. 緩和ケアの促進
- 5. 早期リハビリテーションの推進
- 6. 廃用症候群の取り扱い
- 7. 「脳血管疾患リハーと「運動器疾患リハーの標準的算定日数超え対策
- 8. 回復期病床退院間近のリハビリテーションのあり方
- 9. リハビリテーション料の統一
- 10. 物理療法と運動療法の併用に対する新規加算
- 11. 入院中の認知症患者に対する理学療法士の対応
- 12. 外来リハビリテーション診療料の推進
- 13. 術前リハビリテーションの推進

2 平成24年度介護報酬改定

2025年にむけた地域包括ケアシステムの実現に向けた仕組みづくりが推進される中、本会は、本制度におけるリハビリテーション提供体制と、地域生活移行及び定着支援体制の充実が図られる事を目的として要望活動に取り組んだ。特に、「共同利用型訪問リハビリステーションの創設」については、3団体で密に連携して重点的に取り組んだ。今回の改定では実現せず、訪問リハビリテーションの基盤強化には、サテライト設置の施策が盛り込まれた。また、他職種との連携に対する評価を求めた結果、訪問介護事業所との連携加算が、新たに改定項目に盛り込まれ、リハビリテーション専門職と他職種との連携強化につながった。尚、東日本における復興推進の中で特例として、医療機関以外による訪問リハビリテーション事業所が開設できることになった。

改定に反映された要望項目(一部反映含む)

- 指示書を出す医師の診察要件の緩和(訪問リハビリ)
- 訪問期間の上限を3か月までに緩和(訪問リハビリ)
- 短期集中リハビリテーション加算の見直し(通所リハビリ)
- 状態が悪化した場合の、集中的なリハビリテーションを評価(老健)
- 時間区分の見直し(訪問看護ステーション)
- リハビリテーション専門職とサービス提供責任者との連携(訪問リハビリ)

(課題)

- 1. 介護保険・生活期リハビリにおいて、リハビリテーションは医療か、介護か
- 2. 急性期からの在宅リハの推進モデルの提案
- 3. 介護療養管理指導料としての、①ケアマネジャーへの「ケアプラン作成支援」、介護サービス提供責任者に「介護計画作成支援」、訪問・通所介護サービス事業所での「サービス向上支援」、「住居環境整備・福祉用具貸与サービス評価支援」など
- 4. 居住系施設への訪問リハサービスの普遍化
- 5. 特養等のリハは配置制か訪問リハか
- 6. リハビリテーションマネジメントの復活は必要か?
- 7. 短時間通所リハの利用拡大抑制要因は?
- 8. 通所介護・通所リハにおける理学療法士の役割・効果の検証
- 9. ケアマネジメントへのリハ職関与連携の有用性エビデンス提示(理学療法士のケアマネジャー資格取得課程の見直し)
- 10. 要支援ケースへの介護保険による介護予防リハの必要性明示→「介護予防・日常生活支援総合事業」
- 11. 加算報酬のあり方の見直し(利用者負担増と利用制限問題)→「事業所評価加算」「複合型サービス(新)」など



展望

2025年に向けて、医療の急性期重点化、在宅医療の推進、がんリハビリテーションのニーズ拡大、そして理学療法士求人市場も介護保険施設が医療保険施設をすでに上回っているという、リハビリテーションを取り巻く環境は大きく変化している。その変化の中で理学療法士に求められているのは、急性期、生活期(高齢者の急変)や終末期で応えることができる確かな理学療法治療技術といった医療の「治療・改善」という役割に加え、人々の生活や人生の「豊かさ」への貢献ではないだろうか。その為には既存の通所や訪問サービスの検証、さらには従来の医療領域で培った見識や技術、理学療法士自身の人間力を最大限に活かし、新しい「産業」としての理学療法を確立する事が急務である。職能局では、急性期や終末期での高い理学療法サービス提供環境を確保できる病棟配置制の評価や、介護予防や地域包括支援システムでの理学療法士の役割の検証、情報化社会に不可欠な管理者レベルでのネットワークづくり、また、地域や在宅でのより身近な理学療法の提供に向けた起業者支援事業等を通して、理学療法士の職域の拡大に向けた活動を今後も推進して行く必要がある。

第6節|重点課題への取り組み一特別委員会

1 協会組織検討特別委員会

委員長 小川克巳



はじめに

協会組織検討特別委員会は、平成23年度内において本会に関わる内外の諸事情の変化に対応していくための組織のあり方を検討するために1年を目処に設置された。合計9回にわたる委員会での議論の結果、協会組織と運営に関わる基本方針がまとまり、平成24年度には理事会での承認の下で第二次協会組織検討特別委員会が設置され、具体的な組織構成に対する検討が始められた。

今回の組織改定の軸は、「戦える組織作り」、「都道府県理学療法士会との連携強化」、「組織事務分掌の抜本的見直し」の三点にある。毎年8千人前後の新人理学療法士が誕生する今日にあって、専門職としての資質の維持・向上と職域の確保は理学療法(士)の未来を担保する上で極めて重大な課題となっており、立法と行政の両方への働きかけや求められる対応を効率的に行っていくことは喫緊の課題となっている。こうした課題を解決するためには、都道府県理学療法士会組織が単に巨大化したに等しいこれまでの協会組織では困難であり、これに代わる新しいシステムの導入が急がれていた。その端的な答えが「部局制の廃止」であり、「権限委譲と責任分担」であった。

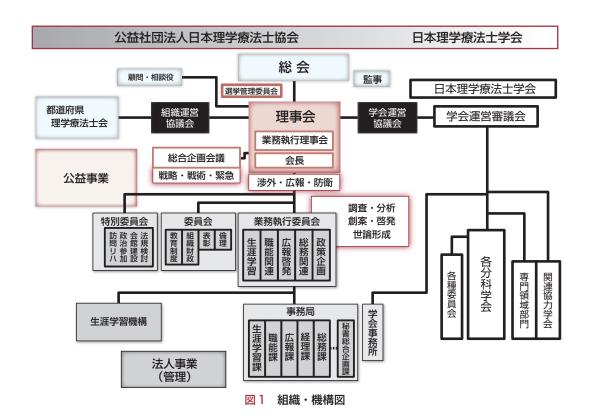


課題と対応

1 「戦える組織作り」

2009年7月の衆議院議員選挙で、民主党への政権交代がなされ、それと同時に我が業界初の国会議員が誕生した。本会にとって初めての会長の専従化による迅速且つ戦略的な動きをさらに効果的ならしめたもうひとつの力が、この議員の誕生による政治力の保有であった。精力的な立法と行政への働きかけが功を奏し、2008年度診療報酬改定では理学療法士協会のひとり勝ちとすら言われた。理学療法士に対する認知度が次第に高まると同時に求められる役割や責任も重くなり、厚労行政上の施策に対して意見を求められる機会も増えてきた。職能団体として根拠のある適切な提言を行うためには、理学療法を初めとするリハビリテーション関連のみならず、我が国における社会保障制度全般に関する日常的な情報の集積とその分析が不可欠である。事務局機能の強化という中に含まれるのかもしれないが、これまで何度かその必要性が指摘されていたシンクタンク系機関の具体化が重要な課題としてクローズアップしてきた。それと同時に、会員の本務傍らでの事業展開という善意と情熱に支えられてきた協会運営ではどうしてもスピード性に欠け、関係諸官庁等からのデータ提出等の要請に対しても十分に対応できないことが大きな課題となった。

この課題の解決の方策として、「企画部分」と「執行部分」を区分して、前者については役員や会員により、 また後者については事務局をはじめとする担当部署へと機能分担することで、効率性、責任性及び即時性と執 行スキルなどを高めていくこととした。これまで部や委員会はすべて会員で構成され、事業の企画から執行、



そして予算及び決算までのすべてを分担し、実行してきた。日常診療業務の傍ら、そうした膨大な役割を担うには時間的にも効率的にも限界がある。担っている役割の中には専門性を要求されることも少なくなく、「餅は餅屋」というように必要な部分については積極的に外部委託していくこととした。そうすることで事務局に集中する事業執行負担を少しでも軽減することができる。

図1は協会組織の組織・機構を表したものである。

2 「都道府県理学療法士会との連携強化」

これもかねてより総会や全国会長会議等で再三指摘され、議論されてきた大きな課題だった。初年度の協会 組織検討委員会では専らこの問題について集中的に意見交換してきたと言っていいだろう。代議制が導入され たことによって得られた利点は少なくないが、執行部と会員とのパイプ径がやや狭まった感は否めない。

このことが声高に言われ始めた背景には、協会事業と都道府県理学療法士会(以下、「士会」)事業との整合性を図り、その実効性を高めていく必要が指摘され始めたことによる。それまで法人士会と任意団体士会とが共存しており、士会と連携しつつ協会事業を一律に展開することが困難だった。ところが協会が推進した士会の法人化に、今回の法人制度改定が大きく後押しをする結果となって47士会が何らかの法人格を有することになった。ここは法人格を有する協会と士会という視点で論じる場ではないので、この点については別の機会に譲るが、協会一士会連携を根本的に見直すという点で大きな契機となったことは確かである。

協会-士会連携を高めるための最も有効な手段は、目的を共有することであり、共通の価値観を持つことである。互いの立場を尊重しつつ、合理的・親和的な意思疎通を図ることが求められる。今回の組織改定では、それらの課題の解決法として、協会と士会における実務者レベルの協議を課題毎に始めること、同時に次年度協会事業計画及び予算案の原案策定を早めること、全国都道府県理学療法士会会長会議(組織運営協議会と改称)の機能を強化すること、などに加え、協会諸機関への士会長や代議員の委員としての積極的参画を求めることなどを考えている。決して十分ではないかもしれないが、よりよい協会運営のために考えられることは実施していく。

3 「組織事務分掌の抜本的見直し」

協会組織のアウトフレームが変われば当然その機能についても大きく変わる。より機能的視点から組織内各機関の役割を定めることとした。特に権限(裁量の範囲)と責任という視点を重視しながら、それぞれの機能を明示するとともに機関間の連携や関係づけなどにも工夫を凝らしている。二次元の組織図ではなかなか的確に表示することが困難だが、組織は目的のために存在し、内的・外的環境要因により、柔軟に変化させるものだ。常に変化し、進化させながらより良い組織を作り上げていきたいと考えている。

4 「学会の自律化」と「研修機能の一元化」

前記した三点のほか、今回の組織改定にあたって意欲的に取り組んだのが、学会の自律化と研修機能の一元化というふたつの課題である。

日本理学療法士学会は、その開催名称を日本理学療法学術大会として、平成25年には第48回目を迎える。第51回大会からは、分科学会として新たにスタートすることになっているが、理学療法学の分野毎の学問的成熟をなお一層推進することが期待されている。本会は職能団体、公益団体、そして学術団体という三つの性格を有しているが、学術団体としての性格を社会に厳然として存在せしめるためには、学会としての自律性と自立性が担保される必要がある。とは言え、会員の平均年齢が32歳前後という若い団体では、今すぐに本会から完全に切り離すことには不安が残るのも事実である。よって、その第一段階として自律性を担保できるように組織構成を改定した。制度の詳細についてはなお検討段階にあるが、今回の組織改定の一環として実施されることになっている。

ふたつめの研修機能の一元化については、これは士会事業でも類似の問題を抱えているのではないかと思うが、それぞれの部や委員会等の機関が様々に研修会等の催し物を企画すると、中には似通ったものが複数実施されるということがよくある。事業を費用の観点からも効果的・合理的に展開していくという命題に完全に逆行する現象である。そうした人的・時間的・経済的口スを解消するため、また、全国に均質な研修の機会を担保するために、研修事業を一元化する必要については多くを語る必要はないだろう。

今回の組織改定では、それを担う機関として「生涯学習機構」を立ち上げる。これは独立機関ではなく、本会組織の一機関として位置づけられており、当面は専門理学療法士、認定理学療法士制度における認定機関としての機能をも持つが、いずれは自律性を担保された機関に昇格されることが望ましいと考えている。

2 広報戦略特別委員会

委員長 山根一人



はじめに

近年の日本理学療法士協会(以下:協会)の内部環境の変化として、①会員数が急増し、②協会の機能が多様化してきた点にある。また、外部環境の変化として、①会員急増による職域と業務の拡大が急がれ、②介護分野が台頭し、③協会のステークホルダーの拡大に伴い、④協会の活動が外部に与える影響が大きくなった点にある。

これらの環境変化により、協会内外に向けた広報活動を戦略的に行う必要性が高まってきた。しかし、現在 の協会の広報活動は複数の部門で単発的に実施され、上述の変化に相応することなく旧態依然として実施され ている。

それを是正·改革し、戦略的な広報を実施することを目的に、本年度本委員会が組織された。本委員会では、 戦略的広報を実施するために障壁となっている協会組織の問題点を明らかにした上で、新しい広報部門の組織 体制とその機能、運用上の留意点も広報戦略特別委員会報告書に併せて提言した。

2

広報戦略の基軸

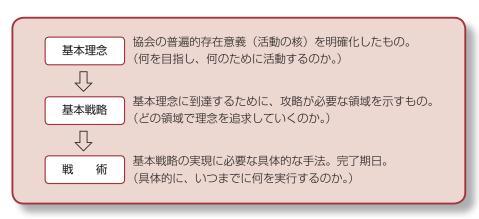


図1 広報戦略の基軸

上の図 1 は、組織運営における「基本理念 | 「基本戦略 | 「戦術 | の関係を示す。

真の組織運営の定石は、まず基本理念があり、それに到達するために基本戦略が生まれ、その基本戦略を実現するための戦術が策定される。この流れがあって、はじめて組織運営の全体像が明らかになり、広報戦略も要所で機能することとなる。

従って本委員会は、まず初めに協会の基本理念を理事会の承認を得て成分化した。(次項)

この基本理念から始まる基本戦略、それに続く戦術の実行に向けて、広報戦略とそれを実施していくための 体制づくりを提言した。

またここで、あえて「基本理念」について言及するが、基本理念は協会の普遍的存在意義を表し、協会が全精力を費やして到達すべく「活動の核」である。したがって、基本理念の意味は協会幹部から会員に至るまでが理解できるよう、協会は常にその浸透を図っていかなければならない。

私たちは理学療法士として、すべてのひとの健康と幸福を実現するために

- 一、「尊厳ある自立」と、その「くらし」を守ります。
- 一、真に求められる理学療法科学の探求と創造、そして自らの技能と資質の向上に努力します。
- 一、必要な提言や社会的行動を精力的に行います。



協会の主たる基本戦略の確認

広報戦略は基本戦略に大きく関わることから、ここでは上記の基本理念から引き出された協会の基本戦略を 列挙する。

尚、確認事項として、基本理念は普遍的な一方で、基本戦略は社会環境や制度の変更等があった場合、年度 でとに再考され練り直す必要があることは言うまでもない。

<外部戦略>

- ①雇用の拡大
- ②身分の向上
- ③訪問リハビリステーションの制度創設
- ④学校教育の4年制化(大学教育化)
- ⑤理学療法料の復活(業務独占の明確化)
- ⑥理学療法士及び作業療法士法の改正

<内部戦略>

- ⑦会員の資質の向上
- ⑧組織検討
- ⑨ I T化推進
- ⑩戦略的広報の充実
- ①事務機能強化
- ⑫政治活動の強化

以上、本委員会の最終報告書を抜粋し、広報戦略に必要な要件の導入部分を今回の白書に記載した。 詳細は「最終報告書」に加え、「理念説明文」および「ステークホルダー別の広報戦略と戦術」を合わせて ご高覧いただきたい。

第3部 日本理学療法士協会の2年間の取り組み

3 訪問リハビリステーション特別委員会

委員長 松井一人



訪問リハビリステーション特別委員会の活動目的

本委員会は、平成24年の介護・医療報酬同時改訂を控え、訪問リハビリステーションの制度化を目的として活動をしてきた。制度化を具現化するには、いくつか越えねばならない課題があり、それを解決する活動をすると同時に、訪問リハビリステーションの在り方についての要望書作成を行い、政策提案をしてきた。

2

訪問リハビリステーションの制度化にむけた委員会活動

制度化を阻む課題として、①訪問リハビリテーションの質の担保、②望ましい形での普及、③事業所のコンプライアンスの担保などが、関係省庁や他団体から懸念されていた。この課題をクリアする為の施策を打ち出し、具体的に日本作業療法士協会や日本言語聴覚士会と連携しながら、関係省庁や他団体にご理解やご協力が得られるよう、行動してきた。

要望書作成において、実際に訪問リハビリステーションがどの様な機能を果たし、その為にどのような事業所として誕生する事が最も望ましいかについても、協会の意見として取りまとめ、要望書作成した。訪問リハビリステーションが、早期在宅復帰の支援が出来、かかりつけ医との連携の要となり、また、ケアマネジャーに対する、ケアプラン作成支援の窓口としての機能、更には、高齢者のみでなく、障害者(児)に対しても、リハビリテーションを提供でき、加えて地域の介護予防や健康支援の拠点としても機能できるという、地域包括ケアシステムに貢献できる訪問リハビリステーションについて、具体的に提案してきた(図 1)。

結果として、平成24年度の同時改定には、制度化する事は、叶わなかったが、後述する東日本大震災復興特別支援法において、復興特別区域において、訪問リハビリ事業所の運営が認められ、平成24年の報酬改定

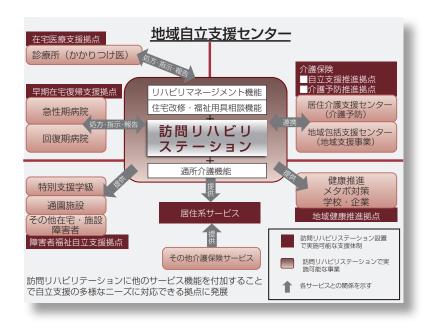


図 1 訪問リハビリステーションを核とした地域包括ケアシステムの構築の提案

後は、その制度を有機的に活かし、復興支援を行いつつ、訪問リハビリテーションが適正に運営されるよう、 活動してきた。



訪問リハビリテーション振興委員会への協力参加

訪問リハビリステーションの制度化については、本会に加え、作業療法士協会、言語聴覚士協会と共に協調 歩調の下、活動する事も重要であり、「全国訪問リハビリテーション振興委員会」等を通じ、リハビリテーション専門職能団体として3協会の思いを一つにし、行動する事にも力を注いできた。ここでは、①訪問リハビリテーションの質の向上として、「管理者研修会」の企画運営、「実務者研修会」を各都道府県で一斉に実行する ための「地域リーダー育成研修会」の企画運営などを行った。②制度化が必要な根拠を示す他の調査等も行い、ケアマネジャーの意識調査、医療機関の医師、リハビリテーション部門長、医療ソーシャルワーカーへの調査 等を行った。③一般への啓発として、「訪問リハビリテーションフォーラム」を開催した。④あるべき訪問リハビリステーション事業所やその機能について、3協会の意見を摺合せ、厚生労働省に要望書として提出した。この様な活動について、理学療法士協会は主体的に協力し、一定の成果を上げる事が出来たと考える。



訪問リハビリテーション振興財団の設立

前述した復興特別区域法の中に、「訪問リハビリテーション事業所整備推進事業」が位置づけられた。これまで、訪問リハビリテーション事業所は、病院、診療所、老人保健施設に設置が認められていたが、ここでは、その事業所と密接な連携を保ちつつ、適正に運営する事を前提に、規制が緩和されている。本会では、平成24年1月に被災県の士会長会議を臨時に招集し、本会として何としても、この事業を主体的に立ち上げ、復興支援と訪問リハビリテーション事業の有効性を示したいと、協力要請をした。一方、本事業は前例がなく、県士会単位で運営する事は、極めて難しいと判断し、「訪問リハビリテーション振興財団」の設立を決定した。本会の半田一登会長が理事長に就任し、日本作業療法士協会会長、日本言語聴覚士協会会長にも評議員として参画いただきながら財団が10月1日より動き始めた。

先ず、福島県南相馬市より要請を受け、11月1日に「浜通り訪問リハビリステーション」を立ち上げた。現在、南相馬医師会、市立南相馬総合病院、南相馬市をはじめ、地元のケアマネジャーとも、有機的に連携を図りながら、地域のニーズに応えている。また、平成25年4月には岩手県宮古地区に、2個所目の訪問リハビリステーションを開設できるよう、準備を重ねている。

これから増える理学療法士が、夢や希望をもって 活動できる職域を広げ、真に国民に求められる活躍 をするために、本委員会が果たすべき役割は大きい と認識している。



図2 浜通り訪問リハビリステーション (開設スタッフと半田 会長)

第3部 日本理学療法士協会の2年間の取り組み

4 IT 化推進特別委員会

委員長 太田智弘



引継ぎ前までの経過

2009年の都道府県を含む包括的会員管理システム化導入の理事会決定を受けて、第1次推進特別委員会が設置される。開発コンセプトとして、①10万~15万人の会員数に耐えうるシステムを構築する、②会員増に伴う都道府県理学療法士会事務局の業務量増を抑える、③多様化する会員ニーズに対応する、④協会、士会が管理する会員情報の一元化の4点の実現をめざしコンサルタント会社の入札が行われ、2010年6月には開発会社も決定されシステム開発に着手した。会費収納方法や新人教育プログラムの変更など種々の経緯経過がありましたが、予定より4か月遅れの2011年7月末に全システム納品となる。しかし、要件通りになっていない点や協会システム変更に伴うプログラム変更などが多々あり、修正対応を事務局側で、システム全面運用開始目標を第2次IT化推進特別委員会へ2012年9月に引き継がれた。

2

1年目の活動

委員構成は、前委員長以外は全て新任であり、特に当該システムの学術関連システムがひ弱な事もあり、学術研修大会より委員にも途中より参加いただき6名の委員と、事務局からシステムエンジニアを含む4名の計10名でスタートを切った。

ご存知のように、どんなにすばらしいシステムであろうとも使用者が参加しなければ全くに役に立たないものであり、エンドユーザーである47都道府県士会の協力がなければ一歩も前に進まないものである。しかし、新しい委員にとっては、士会との運用開始準備どころか、システムに対して全く予備知識もない状態での惨憺たるスタートであった。

しかし、協会事務局職員の適切な示唆と支援のもと月1回ペースで活動を開始した。委員会を開催していく中で、業者・協会事務局・委員会の関係性と物事の決定ルール見直しを行いながら、1つ1つの工程について検証を開始した。

協会に対しても士会に対しても事務作業効率化をうたいながらも、システム納品までに全士会に対する聞き取り調査が行われていない事がわかった。急遽、2011年12月に士会事務局を対象として会員管理システムを、2012年2月には士会学術・教育担当者を対象に4月からの新人教育プログラム変更に伴う説明会を、また2012年3月には協会のすべての部局長を対象に、デモンストレーションしながら課題の洗い出しと意見徴集を行った。その場での多くの指摘と士会が置かれている現状課題認識ができたことは、今後の運用方法検討にあたり大きな成果であったと考える。

大きなカスタマイズをせずに運用方法で工夫することを前提に開始した。士会担当者や部局担当者など現場 の声を聴くと、改善点や不備が少なくなく、予定外の改修費用が発生してしまった。



2年目の活動

年次限定での特別委員会であったが、残存課題が多く、2012年度への継続となった。継続課題としては、①学術関連履歴が一切包括会員管理システムでは管理できない、②士会事務局の作業軽減やペーパーレス化への実現性が見えにくい、などが大きなものとして挙げられ、実運用を通しながらその解決に向けた活動を行うこととなった。

特に、学術関連履歴課題解決のために実務担当者を委員として追加し、併せて学術大会部、生涯学習部、広報部などとの合同会議という位置づけで、関連部局との意見徴集などを行いながら課題解決の実現に向けた活動を行ってきた。

また、事務局の協力を頂きながら、ブロック学会での意見交換会などの活動を通し、システム利用啓発と課題聴取も実施した。



今後の課題

説明会等を実施しデモンストレーションでの操作練習を行った2011年度と、実際に包括的会員管理システムを運用し始めた2012年度(11月まで)の項目別要望件数ならびに対応件数を表1に提示する。まだまだ、当初の開発コンセプトを満足させるには程遠い状態ではあるが、一歩一歩確実に変化を遂げてきているものと考える。

まず取り組むべき課題としては、包括的会員管理システムとリンクされた外部学術関連履歴システムの完成 と各種手続きのペーパーレス化へのスムーズな移行、および士会との重複作業解消であると考える。これらの 解決のためには、関連部署との綿密な調整を怠ることなく、幅広く意見を聞きながら、本来の目的とした包括 的会員管理システムへ向かうべきと考える。

		要望		対 応			
	2011年度 2012年度 合 計			実施件数	残 件 数		
会員管理	127	209	336	236	100		
決済管理	85	32	117	96	21		
生涯・研修	58	220	278	159	119		
入退室管理	6	38	44	21	23		
演題管理	23	30	53	22	31		
その他	4	11	15	8	7		
総件数	303	540	843	542	301		

表 1 包括的会員管理システムの要望・対応件数

第3部 日本理学療法士協会の2年間の取り組み

5 指定規則等特別委員会

委員長 林 義孝



はじめに

平成11年に、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則(以下、指定規則)ならびに、理学療法士作業療法士養成施設指導要領(以下、指導要領)が、大幅改正のもとで大綱化され、より理学療法士養成教育の自由度が向上したことに加え、従来の実質的規制緩和政策と併せもって、養成校の新規設置の増加に、少なからず影響を及ぼしてきたといえる。

他方、この10年間に介護保険制度の創設や、介護予防を目的とした地域支援事業の導入と促進、医科診療報酬科目における理学療法料の名目廃止と、これに代わる疾患別リハビリテーション料が新設されるなど、理学療法を取り巻く医療保険制度の解釈に、少なからず変化があったことが認められる。

さらに、近年の食生活や労働環境の変化による生活習慣病の増加、より一層加速した高齢化率の上昇等によって、理学療法対象疾病構造の多様化と、対象者数の増加が著しい。

これらを背景に、神経科学や筋生理学の発展と、その応用による中枢神経障害や運動器障害への科学的根拠に基づく、理学療法技術の研究と応用も日進月歩で向上し、リハビリテーション医療の中核を担う役割を果たしているといえる。

このように、わが国の少子高齢化や生活環境の変化に伴う疾病構造の変化に対応し、より安全で効果的な理学療法技術を提供し、国民の負託に応えられる理学療法士を養成するための教育課程再考の必要性から、指定規則ならびに指導要領の改正に関する検討を行うため、協会長の諮問を受け、平成23年5月に本特別委員会が設置された。

2

検討項目

日本理学療法士協会会員を対象とした、理学療法士の年齢構成や経験年数分布等の定期的基礎調査を基に、 平成22年度指定規則等委員会報告書、理学療法教育ガイドライン(第1版)等を参考資料に加え、他の医療 専門職種の養成教育制度との比較検討を行い、次の事項について検討した。

- ①養成校の教育課程と修業年限について
- ②養成校教員の要件と人員数について
- ③臨床実習指導者ならびに臨床実習施設の要件について
- ④養成校に必要な、設備および教育用機械器具等について

3

答申の概要

1 養成校の教育課程と修業年限

大学教育における国家試験受験資格取得を念頭におき、修業年限を4年以上とした教育課程を編成し、卒業 要件を124単位とした。 主な改正点は以下の通りであるが、現行において3年制専門学校および短期大学が多数設置されていることを考慮し、答申書では修業年限3年課程での取得単位数も併記した。

- 1)基礎分野では、医療人としての豊かな人間性と、深い教養を涵養することを目的に、14単位から30単位とした。
- 2) 専門基礎分野では、「疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」と「保健医療福祉とリハビリテーションの理念」に関する内容を、それぞれ2単位ずつ増やし、「人体の構造と機能及び心身の発達」で設定を想定されていた「運動学」を、理学療法における中核的な基礎学問として位置づけ、「専門科目」へ移行した。
- 3) 専門分野を以下のように再編した。
 - i 「基礎理学療法学」を25単位と大幅に増強し、上述の運動学を専門科目として教授するとともに、理学療法の科学的基盤と基本的な理学療法評価、理学療法治療の理論と技術、科学研究の基礎となる研究方法論、理学療法教育の基礎、等を含むこととした。
 - ii 「理学療法評価学」と「理学療法治療学」を「系統別理学療法学」として再編し、運動器、神経、呼吸、循環、 代謝系などを系統別に、小児から高齢者までを含む理学療法として網羅することとし、合わせて 18 単 位を設定した。
 - iii 「地域理学療法学」では、地域における理学療法介入の実際を含むこととし、5単位に増やした。
 - iv 「臨床実習」では、これまでと同じ18単位を設定し、実習指導者の指導・監督下での評価・治療を伴う実習に16単位以上、医療機関における実習を12単位以上として、医療専門職としての基礎を修得・ 形成することを基盤とした。

2 理学療法士有資格者教員(以下、教員)の要件と人員数について

1)教員の要件を学士以上の学位を有することとした。

現行では、教員の教育能力に関する規定がないことから、教育の質の担保および向上を目的に、教育能力の一側面ではあるが、学士の学位を有することを、最低条件として規定した。

また、確固たる教育組織を構築するため、養成校における教育経験を有し、教育課程全般に責任を持つ教務主任職の配置を、新たに規定した。

- 2) 教員数を8人以上とした。
 - i 教育内容の多様化と高度専門化、取得単位数の増加と4年制養成課程への統一化を計るため、教員数の 増加を大前提とする、改正案を作成した。

養成教育3年制から4年制移行を目標に、1学年増加に対応するため1人を、教務に関する責任者である教務主任職の新設により1人を、各々増員することで、計8人以上を理学療法士有資格者教員数とした。

ii 専門科目の卒業要件単位の約3割を占める臨床実習は、理学療法士養成課程において、極めて重要な科目として位置付けられる。これら、臨床実習教育のより一層の充実を図るため、専任の「臨床実習指導教員の配置」が望ましいとした。

3 臨床実習指導者ならびに臨床実習施設の要件

教育課程において、臨床実習は極めて重要な科目として位置付けられることを重視し、養成校教員と同等以上の臨床実務経験が必要と考えた。

また、養成校と臨床実習施設(以下,実習施設)の密接な連携が不可欠との認識のもと、実習施設に関する 規定を見直した。

第3部 日本理学療法士協会の2年間の取り組み

- 1) 実習指導者の要件を臨床経験3年以上とし、うち1名以上は5年以上臨床業務に従事した者とした。
- 2) 近接する実習施設数を、全実習施設の3分の1以上とした。

実習施設任せの実習ではなく、養成校が責任を持って実習教育を行うことが必要であり、養成校と実習施設が緊密な連絡調整のもとに、実習教育を実施するためには、できるだけ多くの近接実習施設を有することが望ましい。

現在の様に、全国に養成校が設置されている現状では、遠方に実習施設を有する教育的意義はないと判断した。

3)病院または診療所である実習施設の要件である、設備機器類の設置規定を原則削除した。

病院形態の専門分化と多様化をうけて、既存の設備機器類の設置規定を再検討した結果、従来の設置規定を廃した。

これに伴い、病院における理学療法部門の活動性指標の一つとして、3人以上の理学療法士が配置されていること、定期的な研鑽が行われていることを新たな要件とした。

4 養成校の設備および教育に必要な機械器具

教育課程の改訂根拠と同様、養成校における設備および教育に必要な機械器具についても、既に教育上不要と考えられる機器や、新たに配置が必要な機器を検討するとともに、既設校においては機能劣化への対応として、積極的に教育環境整備に取り組み、必要に応じて適宜更新が望ましいことを明文化した。



おわりに

最終答申書は、平成24年4月6日に会長に提出し、指定規則等特別委員会の責務を果たした。

理学療法士の資質向上と理学療法学の科学的発展なくして、理学療法士の明るい将来は望めないとの危機感から、理学療法士養成課程再検討への取り組みを開始した。

冒頭に述べた通り、国民の負託に応えられる理学療法士養成を目指して、答申書をまとめたつもりである。 まだまだ十分な内容となり得ていないが、僅かずつでも理想に近づくための指標となれば幸いである。

6 研修体制統合特別委員会

委員長 吉井智晴



研修体制の現状と課題

研修体制統合特別委員会は、任期1年の委員会(表1)として、本会の研修体制の現状と課題を分析し、解決するための方策と取り組むべき事業について提案した。

「研修会の運営状況」「士会の立場」「企画方法と内容」の3方向から検討した。

まず、「運営状況」としては、現在、理学療法士の生涯学習システムには、新人教育プログラムおよびその後の継続した研修システムが存在する。本会主催の研修会だけでも平成23年度で223件(研修部154件、専門領域研究部会51件、教育部8件、生涯学習部8件、職能局2件)開催されている。そこから見える課題には、①件数の多さ②内容の重複や不足とテーマの偏りがあること③地域による格差④会員の増加に伴う研修会の件数の増加による運営主体の負担増⑤本会主催の研修会に関する評価がなされていない等がある。次に、「士会の立場」としては、生涯学習部の平成22年度調査より、新人教育プログラムの修了率は45.6%、専門領域研究部会入会率は21.3%であり、履修率・入会率の低迷が大きな課題となっている。専門領域研究部会は平成20年第7回(12月)理事会において、「新人教育プログラム修了者は、専門領域部会に登録する義務がある」と議決され、平成21年総会において「義務化」が議決されたにもかかわらず、会員への浸透性は低く、士会担当者にも十分に理解されていない状況にある。また、「企画方法と内容」としては、研修企画が分野別組織別に行われているため、それらが本会全体の今後の方向性にどのようにかかわるか、また隣接領域や類似内容の研修会との関連性が明確でないことが課題だ。現状では、新人教育プログラムは「基本姿勢」や「基本態度」、専門領域は「学術性」にやや偏り、臨床現場の「技術」や「理学療法の実践能力」についての意義目的が弱くなっている。

表 1 委員会開催とテーマ

【第1回】開催日:平成23年7月7日

テーマ:委員会の目的の共有と作業スケジュール確認、役割分担

【第2回】開催日:平成23年8月13日

テーマ: 各委員検討案の報告と意見集約

【第3回】開催日:平成23年9月10日

テーマ:生涯学習センター創設に向けた具体的検討

【第4回】開催日: 平成23年10月10日

テーマ:理事会意見・要望等の対策検討、答申書作成に向けた意見集約

【第5回】開催日:平成23年11月20日

テーマ: 答申書のアウトラインの作成

【第6回】開催日:平成23年12月23日

テーマ: 意見の最終集約および答申書の完成

【答申書提出】 平成24年1月7日



研修体制統合のための方策

本委員会としては、現在の組織上分散していた研修体制を統合し、機能としての「生涯学習センターの創設」 (図1)を提案した。生涯学習センターとは、「人格、倫理及び学術技能を研鑽し、わが国の理学療法の普及向

第3部 日本理学療法士協会の2年間の取り組み

生涯学習センター 企画調整係 研修会開催支援 (広報・募集・運営・会計業 協会主催研修会・講習会の審査・企画 務等)に関すること 都道府県理学療法士会の生涯学習に関する 調整に関すること 現生涯学習 部機能 ・新規研修会に関すること 会員の生涯学習に関する支援(履修管理、 ・新人教育プログラムに関すること 海外派遣および海外留学等) ・理学療法士講習会に関すること 現専門領域研究 部機能の一部 ・ 専門領域研究部会に関すること 評価検証係 ・管理者育成研修会に関すること 教員研修会、臨床実習指導者研修会 研修会・講習会の事後評価に関すること 現教育部機能 に関すること ・その他各局企画の研修会に関すること メディア開発係 その他生涯学習システムに関すること ・協会内の図書、出版に関すること その他の数材・メディア等に関すること

図 1 生涯学習センター(案)の組織と主要業務

上を図るとともに国民保健の発展に寄与すること」という本会目的に従い、本会理事会のもとに組織され、本会の活動方針に基づく理学療法士の生涯学習を支援するものである。その役割は、新人教育から専門領域まで幅広く、また、臨床実習指導者育成や管理者育成、教員研修等多岐にわたり理学療法士の生涯学習を支援することとし、その組織に関しては、現本会の各部の役割をそのまま組織化するのではなく、縦割り組織の弊害を防ぐために、独立性の高い機能的なものとなるよう編成することが望ましいと考える。すなわち、「企画調整→研修支援→評価検証」の一連の流れになるよう主要業務を設定し、更に図書出版部門を追加し、全体で「企画調整係、研修支援係、評価検証係、メディア開発係」の4つの係を置く。具体的には、研修会の企画や生涯学習システムの制度に関する事項を担当する「企画調整係」、研修会の広報・募集・運営等の研修会開催支援を担当する「研修支援係」、研修会の事後評価を行う「評価検証係」、この係は研修会の個別検証を行うとともに、本会主催の研修会について領域別・地域別に偏りがないか全体的な検証も行う。「メディア開発係」、この係は本会が出版する書籍・雑誌等に関することやその他の教材・メディアに関する事項を担当する。運営面では、生涯学習センターに本会の生涯学習に関わる専従スタッフを配置することにより、従来の各部局部員の負担が少なくなるとともに、理学療法士の生涯学習全般について継続的な対応が可能となる。また、生涯学習に関する業務を生涯学習センターに包括することにより、センター内での連携がとりやすくなり、統制のとれた研修会開催、効率的な会員の学習支援が可能となると考える。

3 将来への発展性

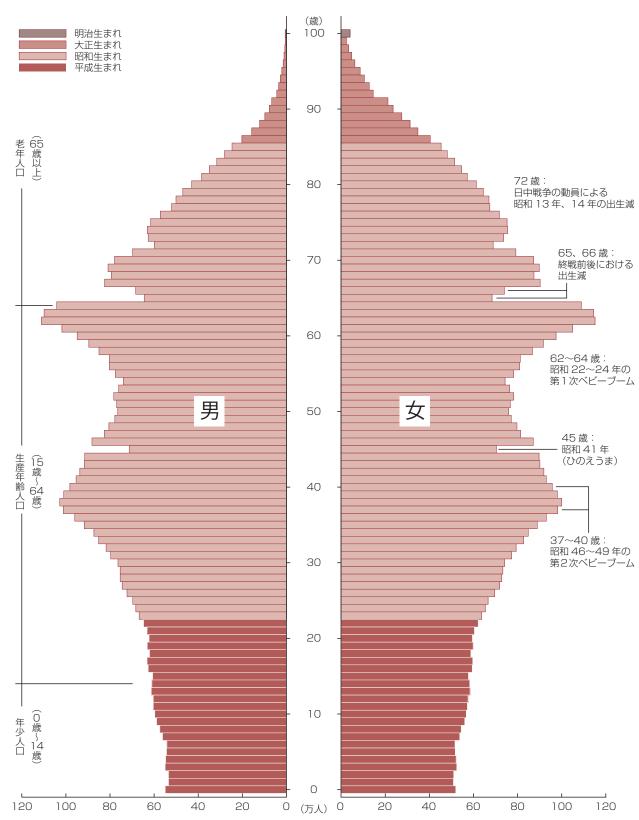
組織の検討にあたっては、現状の課題を解決するだけでなく、将来的に発展性のある構造とした。今後、評価の客観性を考えるならば第三者評価機関として独立することが望ましい。従って、法人化や第三者評価機関としての独立運営の可能性も十分に視野に入れながら、機能としての運営を実施することが望ましいと思われる。時期については、会員動向や本会組織全体の機能との調整を図りながら慎重な検討の必要性がある。更には、法人化については、本委員会としては将来像としての可能性はあると考えるが、NPO法人、一般法人、公益法人等のメリット、デメリットの問題の検討、本会全体組織との関係の検討などへの慎重な対応が必要であると思われる。

本委員会の提案については、答申書を作成するとともに、協会組織検討特別委員会に報告し、本会全体の組織検討に組み込まれて行く予定である。

第4部 統計·資料編

1. 医療・保健・福祉の基礎統計

1) 日本の人口ピラミッド



「国勢調査」による人口を基礎とした推計人口(平成 23 年 10 月 1 日現在)による。

資料:総務省統計局統計調査部国勢統計課「人口推計年報」

総務省統計局(http://www.stat.go.jp/data/kouhyou/e-stat_jinsui2013.xml)

2) 医療施設調査・病院報告の概況

	平成 12年 (2000)	平成 17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)
√〒71戸米h	0.000	0.006	8,943	0.060	0.704	0.700	0.670	0.605
病院数	9,266 (△17)	9,026 (△51)	(△83)	8,862 (△81)	8,794 (△68)	8,739 (△55)	8,670 (△69)	8,605 (△65)
一般病院	8,205	7,952	7,870	7,785	7,714	7,655	7.587	7,528
療養型病床群を有する病院(再掲)	3,167	4,374	4,243	4,135	4,067	4,021	3,964	3,920
派長主的外げで 日子の的死(円尾)	(△12)	(△47)	(△131)	(△108)	(△68)	(△46)	(△57)	(△44)
精神科	1,058	1,073	1,072	1,076	1,079	1,083	1,082	1,076
16171	(△4)	(△3)	(△1)	(4)	(3)	(4)	(△1)	(△6)
病院病床数	1,647,253	1,631,473	1,626,589	1,620,173	1,609,403	1,601,476	1,593,354	1,583,073
	(△283)	(△80)	(△11,988)	(△6,416)	(△10,770)	(△7,927)	(△8,122)	(△10,281)
一般病床	1,264,073	904,199	911,014	913,234	909,437	906,401	903,621	899,385
	(2,399)	(△7994)	(6,815)	(2,220)	(△3,797)	$(\triangle 3,036)$	(△2,780)	(△4,236)
療養型病床群(再掲)	241,160	359,230	371,814	343,400	339,358	336,273	332,986	330,167
療養病床				(△28,414)	(△4,042)	(△3,085)	(△3,287)	(△2,819)
精神科	358,173	354,296	352,437	351,188	349,321	348,121	346,715	344,047
	(425)	(△631)	(△1,859)	(△1,249)	(△1,867)	(△1,200)	(△1,406)	(△2,668)
診療所数	92,824	97,442	98,609	99,532	99,083	99,635	99,824	99,547
	(965)	(391)	(1,167)	(923)	(△449)	(552)	(189)	(△277)
有床診療所	17,853	13,477	12,858	12,399	11,500	11,072	10,620	9,934
	(△936)	(△1,288)	(△619)	(△459)	(△899)	(△428)	(△452)	(△686)
療養型病床群を有する一般診療所(再掲)	2,508	2,544	2,171	1,887	1,728	1,625	1,485	1,385
無床診療所	74,971	83,965	85,751	87,133	87,583	88,563	89,204	89,613
	(1,901)	(1,679)	(1,786)	(1,382)	(450)	(980)	(641)	(409)
1 日平均在院患者数	1,401,399	1,382,190	1,358,965	1,332,655	1,318,020	1,308,219	1,313,421	1,299,322
	(16,332)	(△2,656)	(△23,225)			(△9,801)	5,202	△14,099
1 日平均外来患者数	1,810,990	1,579,640	1,525,185	1,481,322	1,431,316	1,416,845	1,412,245	1,401,669
	(△387,498)	(△28,209)	(△54,455)	(△43,863)	(△50,006)	(△14,471)	△4,600	△10,576
平均在院日数	39	36	34.7	34.1	33.8	33.2	32.5	32.0
	(△1.2)	(△0.6)	(△1.0)	(△0.6)	(△0.3)	(△0.6)	(△0.7)	(△0.5)
一般病院	30	20	19.2	19	18.8	18.5	18.2	17.9
	(△0.7)	(△0.4)	(△0.6)	(△0.2)	(△0.2)	(△0.3)	(△0.3)	(△0.3)
(再掲)療養型病床群	172	173	171.4	177.1	176.6	179.5	176.4	175.1
精神科	377	327	320.3	317.9	312.9	307.4	301.0	298.1
	(△21.8)	(△10.8)	(△6.9)	(△2.4)	(△5.0)	(△5.5)	(△6.4)	(△2.9)
100床当り従事者数	99.7	102.6	104.9	107.2	110	113.7	117.2	120.6
	(1.3)	(0.9)	(2.3)	(2.3)	(2.8)	(3.7)	(3.5)	(3.4)
医師	10.2	11.0	11.1	11.3	11.7	11.9	12.3	12.6
	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.2)	(0.4)	(0.2)	(0.4)	(0.3)
看護師(婦·士)	31.9	34.8	36.7	38.2	39.6	41.2	42.8	44.5
	(1.0)	(0.6)	(1.9)	(1.5)	(1.4)	(1.6)	(1.6)	(1.7)
准看護師(婦·士)	13.6	11.1	11.1	10.9	10.6	10.4	10.1	9.7
	(△0.4)	(△0.5)	(△0.0)	(△0.2)	(△0.3)	(△0.2)	(△0.3)	(△0.4)
		1 0	* 1.9	* 2.1	* 2.4	* 2.7*	' 3'	3.3*
理学療法士	1.2							
作業療法士	0.6	1.1	* 1.2	* 1.3				
作業療法士 言語聴覚士	0.6 0.2	1.1 0.3	* 1.2° * 0.4°	* 1.3° * 0.4°	* 0.5	* 0.5	0.6	0.7*
作業療法士	0.6	1.1 0.3 2.2	* 1.2	* 1.3				

^{*}常勤換算従事者数、病院病床数より概算

注:病院数、病院病床数には結核療養所、伝染病院、らい療養所を含む。 各年10月1日現在、単位は施設、病床、人。()内は対前年増減数。 平成17年度以降、Webページ資料では「その他」になっていた。従事者数は平成18年度概況では公表されていない。

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

3) 医療施設従事者数

	平成 12年(2000)	平成17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年(2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)
医師	167,366	180,022.3	181,190.8	183,828.3	187,947.6	191,125.3	195,368.1	199,499.2
歯科医師	8,951	9,553.0	10,516.0	9,684.1	9,981.3	9,993.1	10,202.8	10,112.1
看護師(婦)	524.578	567.968.9	596.544.9	618.406.4	636.970.8	660.142.9	682.603.9	704.626.7
イ	223,633	181,695.1 199.141.8	180,427.7 195,406.1	176,441.8 191,323.9	170,782.5 189,838.3	166,546.0 193,536.7	161,125.8 196,072.6	153,690.6 196,894.2
薬剤師 診療放射線技師	41,071	40,119.6	40,402.0	41,032.2	41,760.0	43,113.6	43,294.8	42,802.9
	33,247	35,484.3	36,112.2	36,884.5	37,443.2	38,079.4	38,906.7	39,629.2
臨床検査技師	44,826	45,676.8	45,935.3	46,638.9	47,371.9	48,055.4	48,986.3	49,772.1
管理栄養士	14,801	15,623.2	16,145.0	16,859.3	17,489.3	17,825.2	18,284.7	18,824.3
栄養士	8,283	6,585.4	6,363.1	6,026.2	5,917.6	5,776.3	5,682.3	5,486.7
あん摩マッサージ指圧師	5,072	3,632.4	3,282.4	3,005.0	2,743.4	2,524.1	2,271.9	2,103.2
理学療法士	19,025	28,508.5	31,385.7	34,782.7	38,675.3	42,813.0	47,541.2	51,800.1
作業療法士	9,305	17,070.2	19,202.5	21,776.9	24,456.7	27,616.0	30,795.0	33,020.5
臨床工学技士	6,372	9,405.4	10,029.4	10,956.6	11,931.9	12,837.8	13,767.0	14,585.8
義肢装具士	54	64.6	58.3	54.4	60.6	58.0	58.6	63.7
言語聴覚士	2,485	5,197.8	5,987.2	6,738.8	7,869.2	8,666.2	9,663.1	10,650.5

注:10月1日現在

医師、歯科医師は非常勤も含む。

医師、歯科医師については、平成2年から、その他の職種については平成14年から各施設における通常の動務時間に換算(常動換算)して計上した。 資料:厚生労働省医療施設調査・病院報告(http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html)

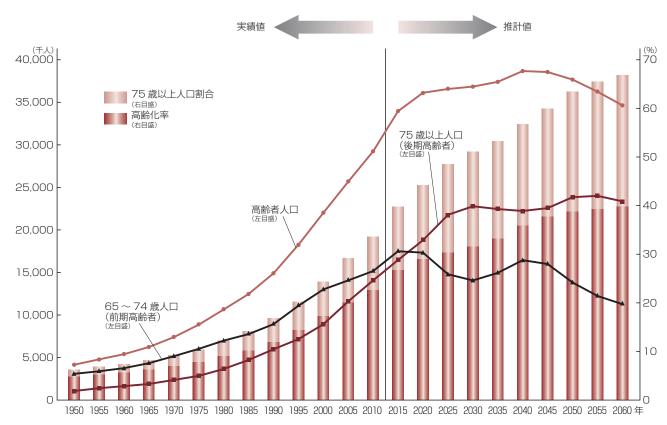
4) 高齢者の全体状況

6	65 歳以上人口 2,975 万人 (男 1,268 万人 女 1,707 万人)									
在宅	2,7887	万人					施設 187	万人		
有業者 609 万人 (男 374 万人 女 235 万人)	非就業	緒 2,381 万人	有		、福祉 57万/		介	病院		
非要介護者	非要介護者		有料老人ホーム	その他	介護療養型医療施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	院・診療所		
2,469 万人		506万人	18万人	8万人	設フ万人	42万人	29 万人	91 万人		

資料:総務省統計局『平成23年人口推計年報』,「平成24年労働力調査」、

厚生労働省「平成23年介護サービス施設・事業所調査」、「平成23年社会福祉施設等調査」、「平成21年 国民生活基礎調査」、「平成22年介護保険事業状況報告」、「平成23年介護給付費実態調査」、「平成23年患者調査」より作成

5) 要介護高齢者の将来推計



注: 1955年の沖縄は70歳以上人口23,328人を前後の年次の70歳以上人口に占める75歳以上人口の割合を元に70~74歳と75歳以上人口に按分した。 資料: 2005年までは総務省「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による 推計結果

(再掲) 65歳以上

第4部 統計・資料編

6) 寝たきり者(在宅)数の年齢別・寝たきり期間別構成

①要介護期間・寝たきり期間別にみた要介護者・寝たきり者の構成割合

①要介護期間	・寝たきり	期間別にみた	と要介護者	・寝たきりれ	当の構成割台	Ì				平成 10年
年齢階級	総数(単位:千人)	1月未満	1月以上 6月未満	6月以上 1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	(再掲)3年 以上
					要	介	護期	間		
要介護者	1,243	(100.0)	1.7	6.6	8.3	23.7	18.2	20.0	20.0	58.2
6~39歳	94	(100.0)	0.9	0.7	1.6	4.9	4.6	19.6	66.3	90.5
40 ~ 64	145	(100.0)	1.7	4.8	5.5	19.2	16.2	21.2	30.5	68.0
65 ~ 69	110	(100.0)	1.2	7.6	7.0	21.3	17.4	18.4	25.8	61.6
$70 \sim 74$	139	(100.0)	1.8	8.6	8.3	23.7	16.7	19.9	19.8	56.4
75 ~ 79	166	(100.0)	2.7	7.8	8.5	27.1	17.2	19.5	15.3	52.1
80 ~ 84	225	(100.0)	1.2	7.9	11.1	26.9	20.2	19.3	11.0	50.6
85歳以上	364	(100.0)	1.7	6.2	9.7	27.6	22.5	20.6	10.0	53.1
(再掲)										
65歳以上	1,004	(100.0)	1.7	7.4	9.3	26.1	19.7	19.8	14.2	53.7
					寝	たき	· り 期			
寝たきり者	356	(100.0)	2.8	10.5	12.3	23.1	18.2	18.4	14.4	51.0
(再掲)	000	(100.0)		. 0.0		20				00
65歳以上	316	(100.0)	2.8	10.7	13.1	24.3	19.0	18.9	10.8	48.7
										(単位:%)
(介護を要する者)	数10万対)									平成 19年
年齢階級	総数(単位:千人)	1月未満	1月以上 6月未満	6月以上 1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	(再掲)3年 以上
					要	介	護期	間		
要介護者	100	(100.0)	0.7	6.1	7.1	28.1	20.3	14.6	9.7	44.6
40 ~ 64	5	(100.0)	0.5	6.9	7.3	25.3	18.9	15.1	16.2	50.2
65 ~ 69	5	(100.0)	_	4.5	9.8	25.5	11.0	16.8	18.3	46.1
$70 \sim 74$	10	(100.0)	_	6.3	6.4	24.3	15.6	16.9	14.3	46.8
75 ~ 79	18	(100.0)	0.7	6.0	9.8	29.7	19.1	13.2	9.5	41.9
80~84	23	(100.0)	0.8	6.3	5.4	31.6	20.0	14.6	8.1	42.7
85歳以上	38	(100.0)	0.9	6.1	6.7	27.0	24.0	14.4	7.2	45.5
(再掲)										
65歳以上	100	(100.0)	0.7	6.0	7.1	28.3	20.4	14.6	9.3	44.3
					寝	たき	· り 期	目間		
寝たきり者	15	(100.0)	0.6	9.1	8.1	29.5	18.3	16.1	11.9	46.3

資料:厚生労働省統計表データベースシステム:平成10年,平成19年国民生活基礎調査より計算

0.7

8.7

7.6

30.1

18.4

15.7

12.2

(100.0)

46.4

②日常生活の自立の状況の期間別にみた手助けや見守りを要する者の割合

										平成 16年		
年齢階級	総数(単	単位:千人)	1月未満	1月以上 6月未満	1年未満 6月以上	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満		10年以上 120年未満	20年 以上	不詳	(再掲)3年 以上
要介護者	3,569	(100.0)	1.1	6.2	7.6	27.1	17.6	15.1	8.8	6.2	10.4	47.7
6~39歳	218	(100.0)	0.9	0.9	1.4	4.1	4.6	22.0	28.0	31.7	6.9	85.8
40 ~ 64	345	(100.0)	1.2	5.5	5.2	17.7	13.3	17.4	14.2	17.4	8.1	62.3
$65 \sim 69$	241	(100.0)	1.7	5.8	7.9	21.6	12.9	19.1	12.9	7.9	10.4	52.7
$70 \sim 74$	396	(100.0)	0.8	8.6	7.3	24.2	15.7	15.9	9.6	5.6	12.4	46.7
$75 \sim 79$	592	(100.0)	1.4	7.1	9.1	30.6	17.1	12.7	7.3	4.1	10.6	41.0
80~84	705	(100.0)	1.4	6.5	8.9	32.9	19.0	12.6	5.5	2.1	10.9	39.3
85歳以上 (再掲)	1,071	(100.0)	0.9	5.8	7.7	31.4	22.6	14.8	4.9	1.3	10.7	43.5
65歳以上	3,005	(100.0)	1.2	6.6	8.3	29.9	19.0	14.3	6.8	3.1	10.9	43.2
												平成 19年
年齢階級	総数(単	単位:千人)	1月未満	1月以上 6月未満	1年未満 6月以上	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満		10年以上 120年未満	20年 以上	不詳	(再掲)3年 以上
要介護者	5,232	(100.0)	1.1	5.4	5.5	19.5	16.0	13.7	7.6	7.1	24.2	44.3
6~39歳	626	(100.0)	0.3	1.0	1.0	3.4	3.8	9.7	12.0	11.0	58.0	36.4
40 ~ 64	641	(100.0)	0.9	5.0	2.8	11.9	11.7	11.2	8.4	13.3	34.8	44.5
$65 \sim 69$	337	(100.0)	0.6	4.7	6.2	15.4	12.2	15.1	10.1	10.4	25.2	47.8
$70 \sim 74$	526	(100.0)	1.3	5.5	5.7	20.2	15.4	14.3	8.6	6.8	22.2	45.2
$75 \sim 79$	785	(100.0)	1.4	7.1	6.9	22.7	18.1	13.0	7.1	5.5	18.5	43.6
80~84	941	(100.0)	1.6	6.8	7.0	25.7	18.3	14.6	5.6	5.2	15.2	43.7
85歳以上 (再掲)	1,366	(100.0)	0.9	5.9	6.9	25.3	22.1	16.0	5.6	3.3	13.9	47.1
65歳以上	3,955	(100.0)	1.2	6.2	6.7	23.3	18.6	14.7	6.7	5.3	17.2	45.4

資料:厚生労働省統計統計情報部:平成16年、平成19年国民生活基礎調査より計算

手助けや見守りを要する者の数:寝たきりから「何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる」者および「不詳」を含む

③現在の要介護度の状況別にみた介護を要する者の割合

(介護を要する者数 10万対) 平成 16年

年齢階級	総数	要支援者	要介護度 1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	(再掲) 要介護者	要介護度 不詳
総数	100,000	18,892	34,299	16,770	11,275	9,287	7,572	79,203	1,905
40 ~ 64	5,215	859	1,706	819	727	377	532	4,161	195
65 ~ 69	5,792	740	1,840	1,139	606	697	557	4,838	214
$70 \sim 74$	12,053	2,621	3,910	2,385	1,022	942	962	9,220	212
$75 \sim 79$	17,968	3,731	6,086	2,961	2,008	1,572	1,161	13,788	448
80 ~ 84	24,594	5,811	9,118	4,014	2,236	1,858	1,320	18,546	237
85 ~ 89	19,467	3,471	7,074	3,061	2,498	1,542	1,514	15,690	306
90歳以上 (再掲)	14,890	1,658	4,553	2,390	2,168	2,301	1,525	12,938	294
65歳以上	94,763	18,032	32,582	15,950	10,538	8,911	7,040	75,021	1,710

③現在の要介護度の状況別にみた介護を要する者の割合(つづき)

(介護を要する者数 10万対) 平成 19年

年齢階級	総数	要支援者 要支援 l	要支援2	要介護者 経過的要介護	要介護]	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護度 不詳
総数	100,000	13,931	13,542	1,467	17,860	17,843	14,586	9,803	7,280	3,687
40 ~ 64	5,213	406	509	109	934	989	804	506	458	497
$65 \sim 69$	5,367	503	775	182	925	1,036	830	644	230	242
$70 \sim 74$	10,406	1,857	1,708	146	1,461	2,001	1,162	625	1,082	366
$75 \sim 79$	17,792	3,080	2,500	357	3,167	2,792	2,776	1,550	1,101	468
80~84	23,216	3,718	3,368	295	4,079	4,193	3,243	2,599	1,154	567
85 ~ 89	21,584	3,261	3,086	270	4,322	3,887	2,631	1,677	1,769	681
90歳以上	16,396	1,106	1,585	108	2,972	2,944	3,141	2,203	1,487	852
(再掲)										
65歳以上	94,762	13,525	13,022	1,358	16,926	16,854	13,782	9,297	6,823	3,176

(介護を要する者数10万対)

平成22年

	総数	要支援者 要支援 l	要支援2	要介護者 要介護 1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護度 不詳
総数	100,000	12,823	15,652	17,505	19,141	14,964	9,875	7,056	2,984
40 ~ 64	4,452	313	691	426	860	1,034	390	432	307
$65 \sim 69$	5,107	591	671	769	1,171	704	375	431	394
$70 \sim 74$	9,275	860	1,602	1,898	1,547	1,004	1,401	655	308
$75 \sim 79$	16,616	2,431	3,177	3,058	3,331	2,278	1,203	753	384
80~84	23,888	4,447	4,012	4,421	4,085	3,063	2,075	1,197	588
85 ~ 89	22,835	2,769	3,519	4,542	4,361	3,408	2,336	1,398	502
90歳以上 (再掲)	17,812	1,397	1,980	2,391	3,787	3,473	2,096	2,190	500
65歳以上	95,532	12,495	14,961	17,079	18,282	13,930	9,486	6,623	2,677

注:年齢階級の「総数」には、介護を要する者の年齢不詳を含む。

資料:厚生労働省:平成16年,平成19年,平成22年国民生活基礎調査(政府統計の総合窓口(e-Stat):http://www.e-stat.go.jp)

7) 身体障害者(児)数の推移と疾患別状況

①身体障害者数の推移

	総数	視覚障害	聴覚言語障害	肢体不自由	内部障害	重複障害(再掲)
昭和45年	1,314	250	235	763	66	121
(1970)	(100)	(19.0)	(17.9)	(58.1)	(5.0)	(9.2)
昭和55年	1,977	336	317	1,127	197	150
(1980)	(100)	(17.0)	(16.0)	(57.0)	(10.0)	7.6
昭和62年	2,413	307	354	1,460	292	156
(1987)	(100)	(12.7)	(14.7)	(60.5)	(12.1)	(6.5)
平成3年	2,722	353	358	1,553	458	121
(1991)	(100)	(13.0)	(13.2)	(57.1)	(16.8)	(4.4)
平成8年	2,933	305	350	1,657	621	179
(1996)	(100)	(10.4)	(11.9)	(56.5)	(21.2)	(6.1)
平成13年	3,245	301	346	1,749	849	175
(2001)	(100)	(9.3)	(10.7)	(53.9)	(26.2)	(5.4)
平成 18年	3,483	310	343	1,760	1,070	310
(2006)	(100)	(8.9)	(9.8)	(50.5)	(30.7)	(8.9)

注:身体障害者数には、18歳未満の身体障害者(身体障害児)を含まない。

上段推計数(単位:千人) H3迄は聴覚障害

下段構成割合(単位:%)

資料:厚生労働省統計表データベースシステム:障害保健福祉部「身体障害者実態調査」

政府統計の総合窓口e-Stat:平成18年度障害者・児実態調査

②身体障害児数の推移

	総数	視覚障害	聴覚言語障害	肢体不自由	内部障害	重複障害(再掲)
昭和45年	93.8	7.0	23.7	57.3	5.6	12.6
(1970)	(100)	(7.5)	(25.3)	(61.3)	6.0	13.4
昭和62年	92.5	5.8	13.6	53.3	19.8	6.6
(1987)	(100)	(6.3)	(14.7)	(57.6)	(21.4)	(7.1)
平成3年	81.0	3.9	11.2	48.5	17.5	6.3
(1991)	(100)	(4.8)	(13.8)	(59.9)	(21.6)	(7.8)
平成8年	81.6	5.6	16.4	41.4	18.2	3.9
(1996)	(100)	(6.9)	(20.1)	(50.7)	(22.3)	(4.8)
平成13年	81.9	4.8	15.2	47.7	14.2	6.0
(2001)	(100)	(5.9)	(18.6)	(58.2)	(17.3)	(7.3)
平成 18年	93.1	4.9	17.3	50.1	20.7	15.2
(2006)	(100)	(5.3)	(18.6)	(53.8)	(22.2)	(16.3)

注:上段推計数(単位:千人) 下段構成割合(単位:%)

資料:厚生労働省統計表データベースシステム:障害保健福祉部「身体障害児実態調査」 政府統計の総合窓口e-Stat:平成18年度障害者·児実態調査

③身体障害者の疾患別状況

	総数	脳性マヒ	脊 髄 性小児マヒ	脊髄損傷 [(対マヒ)	脊髄損傷Ⅱ (四肢マヒ)	進行性筋萎 縮性疾患	脳血管障 害	脳挫傷	その他の脳 神経疾患	骨関節 疾 患	リウマチ 性疾患	中耳性疾	生 内耳性患 疾患
昭和62年	2,423	65	53	7	76	13	354	_	_	232	93	97	103
(1987)	(100)	(2.7)	(2.7)	(2	2.7)	(0.5)	(14.7)	(-)	(-)	(9.6)	(3.8)	(4.0) (4.3)
平成3年	2,722	67	43	34	29	12	325	_	_	214	96	73	89
(1991)	(100)	(2.5)	(1.6)	(1.2)	(1.1)	(0.4)	(11.9)	(-)	(-)	(7.9)	(3.5)	(2.7	(3.3)
平成8年	2,933	74	47	43	33	13	359	14	64	254	99	78	66
(1996)	(100)	(2.5)	(1.6)	(1.5)	(1.1)	(0.4)	(12.2)	(0.5)	(2.2)	(8.7)	(3.4)	(2.7	(2.3)
平成13年	3,245	80	55	58	42	22	341	17	72	281	98	73	58
(2001)	(100)	(2.5)	(1.7)	(1.8)	(1.3)	(0.7)	(10.5)	(0.5)	(2.2)	(8.7)	(3.0)	(2.2	(1.8)
平成 18年	3,483	54	43	33	24	21	273	11	73	238	97	32	45
(2006)	(100)	(1.6)	(1.2)	(1.0)	(8.0)	(0.7)	(7.8)	(0.3)	(2.1)	(6.8)	(2.8)	(0.9) (1.3)
	角膜疾患	水晶体 疾 患			ん臓 患	臓疾患	呼吸器 疾 患	ぼうこう 疾 患	大腸疾患	小腸疾		性免疫 住候群	その他・ 不明・不詳
昭和62年	63	63	112	2 7	74	136	65	14	20	1	-	_	781
(1987)	(2.6)	(2.6)	(4.6			(5.6)	(2.7)	(0.6)	(8.0)	(0.0)) (-	-)	(32.3)
平成3年	46	55	108			135	68	16	25	1		_	1,136
(1991)	(1.7)	(2.0)	(3.9			(7.2)	(2.5)	(0.6)	(0.9)	(0.0)) (-	-)	(41.7)
平成8年	48	22	110			293	78	22	34	1		-	0
(1996)	(1.6)	(0.8)	(3.9			(10)	(2.7)	(0.8)	(1.2)	(0.0)		-)	(0.0)
平成13年	35	17	97			360	83	26	34	2		-	1224
(2001)	(1.1)	(0.5)	(3.0			11.0)	(2.6)	(0.8)	(1.0)	(0.1)		-) -	(37.7)
平成 18年	19	11	84			350	56	20	51	4		2	1,778
(2006)	(0.5)	(0.3)	(2.4	l) (4	7) (10.0)	(1.6)	(0.6)	(1.5)	(0.1)) (0	.1)	(51.0)

注:表中の脊髄損傷Ⅰは「対麻痺」を、脊髄損傷Ⅱは「四肢麻痺」をいう。

上段推計数(単位:千人) 下段構成割合(単位:%)

身体障害者には、18歳未満の身体障害者(身体障害児)を含まない。

資料:厚生労働省統計表データベースシステム:障害保健福祉部「身体障害者実態調査」

政府統計の総合窓口e-Stat:平成18年度障害者・児実態調査

④身体障害児の疾患別状況

	総数	脳性マヒ	脊髄性	脊髄損傷 I	脊髄損傷Ⅱ	進行性筋萎		脳挫傷	その他の脳		リウマチ	中耳	
			小児マヒ	(対マヒ)	(四肢マヒ)	縮性疾患	障害		神経疾患	疾患	性疾患	疾	患 疾患 ————
昭和62年	92.5	26.9	0.8	2.7	1.9	2.7	0.8	_	_	_	_	1.5	5.1
(1987)	(100.0)	(29.1)	(0.9)	(2.9)	(2.1)	(2.9)	(0.9)	(-)	(-)	(-)	(-)	(1.6) (5.5)
平成3年	81.0	21.8	1.0	1.9	1.9	0.5	2.4	_	_	1.0	_	0.5	4.9
(1991)	(100.0)	(26.9)	(1.2)	(2.3)	(2.3)	(0.6)	(3.0)	(-)	(-)	(1.2)	(-)	(0.6) - (6.0)
平成8年	81.6	18.6	0.7	0.5	0.8	2.0	1.9	0.3	3.4	1.0	_	1.0	3.7
(1996)	(100.0)	(22.8)	(0.9)	(0.6)	(1.0)	(2.5)	(2.3)	(0.4)	(4.2)	(1.2)	(-)	(1.2) (4.5)
平成 13年	81.9	19.8	0.2	1.0	1.9	1.0	1.4	1.0	4.8	0.5	_	0.7	4.3
(2001)	(100.0)	(24.2)	(0.2)	(1.2)	(2.3)	(1.2)	(1.7)	(1.2)	(5.9)	(0.6)	(-)	(0.9) (5.3)
平成 18年	93.1	24.1	0.3	0.9	0.6	1.5	0.9	0.3	3.7	0.6	_	0.3	3.7
(2006)	(100.0)	(25.9)	(0.3)	(1.0)	(0.6)	(1.6)	(1.0)	(0.3)	4.0)	(0.6)	(-)	(0.3) (4.0)
	角膜疾患	水晶体 疾 患			ん臓 患 心!	蔵疾患	呼吸器 疾 患	ぼうこう 疾 患	大腸疾患	小腸疾	患 後天性 不全症		その他・ 不明・不詳
昭和62年	0.4	1.2	3.5	5 15	5.5	_	_	_	_	_	-	_	29.5
(1987)	(0.4)	(1.3)	(3.8	3) (16	6.8)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-	-)	(31.9)
平成3年	0.5	_	0.5	5 0	.5 1	4.6	_	_	_	0.5	-	_	28.6
(1991)	(0.6)	(-)	(0.6	G) (O	.6) (1	8.0)	(-)	(-)	(-)	(0.6)	(-	-)	(35.5)
平成8年	0.3	0.7	1.0) 1	.5 1	5.0	0.5	0.3	_	0.2	-	_	18.6
(1996)	(0.4)	(0.9)	(1.2	2) (1	.8) (1	8.4)	(0.6)	(0.4)	(-)	(0.2)	(-	-)	(35.0)
平成 13年	0.5	0.2	1.0) 0	.5	9.2	0.5	0.5	_	_	-	_	33.0
(2001)	(0.6)	(0.2)	(1.2		- /	1.2)	(0.6)	(0.6)	(-)	(-)	(-	-)	(40.3)
平成 18年	0.3	_	1.9			2.4	0.3	_	0.3	0.3		_	39.2
(2006)	(0.3)	(-)	(2.0)) (1	.3) (1	3.3)	(0.3)	(-)	(0.3)	(0.3)) (-	-)	(47.1)

注:表中の脊髄損傷 I は「対麻痺」を、脊髄損傷 ${\mathbb I}$ は「四肢麻痺」をいう。

上段推計数(単位:千人) 下段構成割合(単位:%)

資料:厚生労働省統計表データベースシステム:障害保健福祉部「身体障害者実態調査」

政府統計の総合窓口e-Stat:平成 18年度障害者・児実態調査

⑤年令階級別にみた身体障害者数

	総数	18~19歳	20~29	30~39	40~49	50~59	60 ~ 64	65 ~ 69	70歳以上	不詳
昭和62年	2,413	8	78	182	269	483	6:	38	756	_
(1987)	(100.0)	(0.3)	(3.2)	(7.5)	(11.1)	(20)	(26	6.4)	(31.1)	(-)
平成3年	2,722	16	71	136	266	467	78	39	918	58
(1991)	(100.0)	(0.6)	(2.6)	(5.0)	(9.8)	(17.2)	(2	(9)	(33.7)	(2.1)
平成8年	2,933	8	72	111	242	435	378	408	1,179	_
(1996)	(100.0)	(0.3)	(2.5)	(8.8)	(8.3)	(14.8)	(12.9)	(13.9)	(40.2)	(-)
平成13年	3,245	11	70	93	213	468	363	522	1,482	22
(2001)	(100.0)	(0.3)	(2.2)	(2.9)	(6.6)	(14.4)	(11.2)	(16.1)	(45.7)	(0.7)
平成 18年	3,483	12	65	114	182	470	394	436	1,775	35
(2006)	(100.0)	(0.3)	(1.9)	(3.3)	(5.2)	(13.5)	(11.3)	(12.5)	(51.0)	(1.0)
増加率(%) H13/H18	107.33	109.09	92.86	122.58	85.45	100.43	108.54	83.52	119.77	159.09

単位:千人

資料: 厚生労働省統計表データベースシステム: 障害保健福祉部「平成8年身体障害者実態調査」 政府統計の総合窓口e-Stat:平成18年度障害者・児実態調査

⑥年齢階層別にみた身体障害者の年次推移(人口千人対)

	総数		18~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~64歳	65~69歳	70歳以上
昭和35年	13.7		5.2	5.4	10.0	16.0	20.0	28	3.2	39.1
昭和45年	17.9		3.3	4.9	7.7	15.8	29.7	40.9	56.2	63.7
昭和55年	23.8		3.5	4.9	7.0	16.0	33.7	55.8	68.7	87.6
昭和62年	26.3		2.2	4.9	9.1	15.7	31.7	56.9	72.9	88.0
平成3年	28.3		3.9	4.1	8.3	13.4	28.9	54.5	75.9	90.4
平成8年(1996)	28.9		2.3	3.8	7.0	12.2	26.2	49.6	62.3	94.6
	総数	0~9歳	10~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~64歳	65~69歳	70歳以上
平成13年(2001)	26.2	3.1	4.0	3.9	5.4	13.0	24.2	46.5	72.1	96.2
平成 18年 (2006)	28.0	3.2	4.4	4.1	6.1	11.6	24.4	48.9	58.3	94.9

注:人口千人対の身体障害者数算出の基礎人口は、総務庁統計局の「国勢調査」及び「推計人口」における 18歳以上の人口を用いた。 資料:厚生労働省「身体障害者実態調査」及び厚生労働省「身体障害児・者実態調査」

8) 施設の種類別にみた社会福祉施設数の年次推移

施設の種類	昭和60年(1985)	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成12年(2000)	平成 17年 (2005)	平成18年(2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年(2009)	平成22年(2010)	平成23年(2011)
保護施設	353	351	340	296	298	298	302	300	299	297	294
老人福祉施設	4,610	6.506	12,904	28,613	43.285	41.948	43,459	45.147		40.368	42,676
養護老人ホーム	944	950	947	949	964	962	958	964	932	909	893
特別養護老人ホーム・介護老人福祉施設1)	1,619	2,260	3,201	4,463	5,535	5,759	5,986	6,198	5,876	5,676	5,953
を費老人ホーム(A型)	242	254	252	246	240	234	233	229	217	218	208
軽費老人ホーム(B型)	38	38	38	8	33	32	31	31	29	28	24
軽費老人ホーム(ケアハウス)	-	3	261	1,160	1,693	1,750	1,795	1,835	1,804	1,718	1,769
老人福祉センター(特A型)	241	257	266	269	267	260	260	267	243	236	222
老人福祉センター(A型)	1.767	1,457	1,594	1,624	1,590	1,569	1,545	1,527	1,390	1,363	1,306
老人福祉センター(B型)	1,707	326	354	378	427	431	429	434	380	386	405
老人価値 ピンター (日空) 老人日帰り介護施設 (老人デイサー ビスセンター)・通所介護事業所 ²⁾	_	977	3,948	8,037	17,652	19,409	20,997	22,366		22,738	24,381
老人デイサービスセンター(A型)	_	_	265	_	_	_	_	_	_	_	_
老人デイサービスセンター(B型)	_	977	2,863	-	_	_	_	_	_	_	_
老人デイサービスセンター(C型)	_	-	307	_	_	_	_	_	_	_	_
老人デイサービスセンター(D型)	_	_	187	-	_	_	_	_	_	_	_
老人デイサービスセンター(E型)	_	_	326	-	_	_	_	_	_	_	_
老人短期入所施設・短期入所生活介護事業所3)	_	_	15	4,515	6,216	6,664	7,030	7,347	7,215	7,096	7,515
老人(在宅)介護支援センター	_	_	2,028	6,964	8,668	4,878	4,195	3,949	3,426	_	_
障害者支援施設等	_	_	_	_	_	_	2,233	2,898	3,334	3,764	4,263
障害者支援施設	_	_	_	_	_	_	197	458	751	1,204	1,661
地域活動支援センター	_	_	_	_	_	_	1,859	2.267	2.432	2.410	2.446
福祉ホーム	_	_	_	_	_	_	177	173	151	150	156
身体障害者更生援護施設	848	1,033	1,321	1,766	2,294	2,352	1,575	1,346	1,066	835	604
肢体不自由者更生施設	48	44	41	37	84	81	63	47	40	31	15
その他の障害者更生施設	34	32	24	23	30	29	29	15	11	5	4
身体障害者療護施設	167	210	269	377	484	499	455	389	292	190	106
重度身体障害者更生援護施設	52	61	71	73	_	_	_	_	_	_	_
身体障害者福祉ホーム	-	10	21	42	67	71	_	_	_	_	_
身体障害者授産施設	87	85	82	81	202	197	176	144	116	82	44
重度身体障害者授産施設	110	119	125	128	_	_	_	_	_	_	_
身体障害者通所授産施設	64	109	185	252	326	330	256	210	156	122	78
身体障害者小規模通所授産施設	_	_	_	_	237	265	193	147	87	57	31
身体障害者福祉工場	21	24	34	37	36	36	26	20	13	11	8
身体障害者福祉センター(A型)	24	33	36	41	39	39	37	36	35	32	33
身体障害者福祉センター(B型)	157	175	197	210	209	204	186	185	166	150	132
在宅障害者デイサービス施設	_	25	103	325	430	453	_	_	_	_	_
障害者更生センター	8	9	9	9	7	6	6	6	6	5	5
補装具作製施設	34	28	26	23	19	18	17	17	17	18	17
その他	85	87	98	108	124	124	131	130	127	132	131
婦人保護施設	56	53	52	50	50	49	49	48	48	47	45
児童福祉施設		33,176		33,089		33,464	33,524		32,353		31,599
保育所(保育園)	22,899		22,488	22,199	22,624		22,838		22,250	21,681	21,751
知的障害児施設(精神薄弱児施設)	321	307	295	272	255	254	251	248		224	225
知的障害児通園施設(精神薄弱児通園施設)	218	215	222	234	256	254	257	258		230	256
肢体不自由児施設	74	72	70	65	63	62	63	62		56	59
肢体不自由児通園施設	70	73	79	85	99	99	98	99	99	83	97
肢体不自由児療護施設	8	8	8	7	6	6	6	7		6	6
重症心身障害児施設	56	65	78	91	112	115	124	125	118	116	133
その他 (株分表: ************************************	9,663	9,733	9,991	10,136	10,130	9,954	9,887	9,734		9,227	9,072
知的障害者援護施設 (精神薄弱者援護施設)	1,244	1,728	2,332	3,002	4,525	4,682	3,873	3,315		2,001	1,127
母子福祉施設 ************************************	88	92	92	90	1 607	73	72	69	62	63 E04	60
精神障害者社会復帰施設 その他の社会福祉施設	- 7,435	90 7,977	233 8,281	521 8,418	1,687 8,848	1,697 9,239	935 9,805	782 10,353	635 8,717	504 6,351	366 6,944
総数	47,943	51,006	58,786	75,875	94,612	96,286	98,712	100,828	92,860	85,853	87,978

注:1) 平成12年以降は、「介護サービス施設・事業所調査」において、介護老人福祉施設として把握した数値である。

²⁾ 平成 11年より老人デイサービスセンターが日帰り介護施設として、集計方法変更。平成 12年以降は、「介護サービス施設・事業所調査」において、通所介護事業所として把握した数値である。

³⁾ 平成12年以降は、「介護サービス施設・事業所調査」において、短期入所生活介護事業所として把握した数値である。

注:調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、数量を示す施設数の実数は前年以前と単純に年次比較できない。

資料:厚生労働省統計表データベースシステム・厚生行政基本統計表:社会福祉施設調査報告政府統計の総合窓口e-Stat:介護サービス施設・事業所調査 政府統計の総合窓口e-Stat:平成18年度障害者・児実態調査

9) 老人ホームの施設数の推移

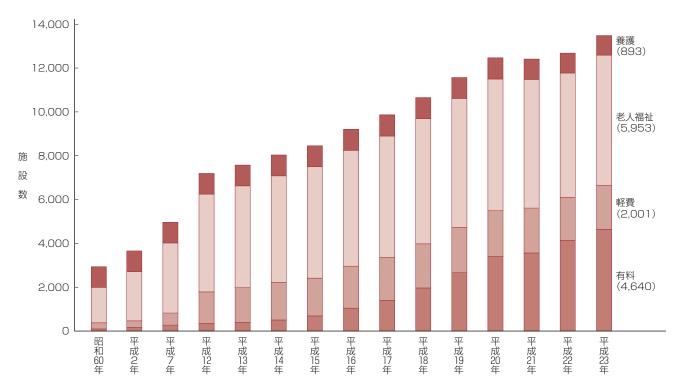
①施設の種類別にみた老人ホームの施設数・定員・高齢者人口 1 万人当たりの定員

	昭和60年 (1985)	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成 12年 (2000)	平成 17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)
施設数 養護老人ホーム 介護老人福祉施設 軽費老人ホーム (A型) (B型)	944 1,619 280 242 38	950 2,260 295 254 38	947 3,201 551 252 38	949 4463 1444 246 38	964 5,535 1,966 240 33	962 5,716 2,016 234 32	958 5,892 2,059 233 31	964 6,015 2,095 229 31	932 5,876 2,050 217 29	909 5,676 1,964 218 28	893 5,953 2,001 208 24
(ケアハウス) 有料老人ホーム	97	3 173	261 272	1160 350	1,693 1,406	1,750 1,968	1,795 2,671	1,835 3,400	1,804 3,565	1,718 4,144	1,769 4,640
総数	2,940	3,678	4,971	7,206	9,871	10,662	11,580	12,474	14,473	14,657	15,488
定員 養護老人ホーム 介護老人福祉施設 軽費老人ホーム (A型) (B型) (介護利用型) 有料老人ホーム	69,191 119,858 16,522 14,712 1,810 – 8,490	67,938 161,612 17,331 15,371 1,810 150 17,420	67,219 220,916 27,666 15,152 1,808 10,706 27,833	66,495 298,912 61,732 14,642 1,818 45,272 37,467	82,594 14,015 1,547 67,032	66,667 399,352 84,325 13,698 1,467 69,160 123,155	86,367 13,605 1,450 71,312	88,059 13,355 1,463 73,241	64,194 414,668 86,049 12,765 1,363 71,921 183,245	83,845 12,835 1,285 69,725	60,752 427,634 85,220 12,232 1,080 71,898 216,174
総数	214,061	264,301	343,634	464,606	629,169	673,499	713,530	753,936	834,205	829,282	874,990
老年人口1万人当たりな 養護老人ホーム 介護老人福祉施設 軽費老人ホーム (A型) (B型) (ケアハウス) 有料老人ホーム	55.5 96.1 13.3 11.8 1.5 - 6.8	45.6 108.5 11.6 10.3 1.2 0.1 11.7	36.1 118.8 14.9 8.1 1.0 5.8 14.1	30.2 135.8 28.1 6.7 0.8 20.6 17.0	26.0 149.3 32.2 5.5 0.6 26.1 37.6	25.1 150.5 31.7 5.1 0.6 26.0 46.3	24.2 150.3 31.4 5.0 0.5 26.0 53.9	23.5 149.8 31.2 4.7 0.5 26.0 62.7	22.1 143.0 29.7 4.4 0.5 24.8 63.2	21.3 137.9 28.7 4.4 0.4 23.8 67.0	20.5 144.3 28.8 4.1 0.4 24.3 73.0
総数	171.7	177.4	184	211.1	245.1	253.5	259.8	267.2	287.6	283.6	295.3

注:老年人口は、昭和60年、平成2年、12年、17年は総務庁統計局の国勢調査報告(総人口)の人口を、平成7年は同抽出速報集計結果(総人口)の65歳以上人口を、その他の年は同推65歳以上人口を、その他の年は同推計値をもちいた

資料:厚生労働省統計表データベースシステム・厚生行政基本統計表:社会福祉施設調査報告

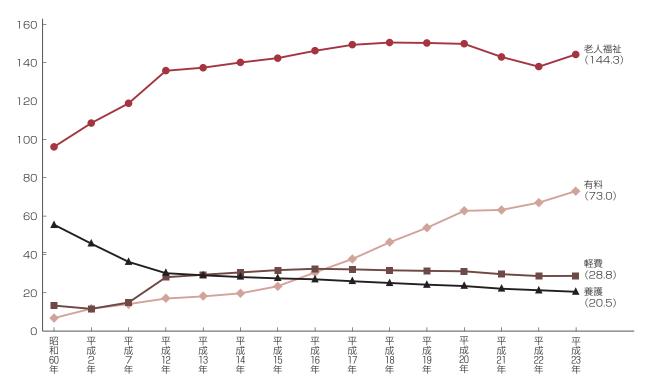
②老人ホーム施設数の年次推移



注: 老年人口は、昭和60年、平成2年は総務庁統計局の国勢調査報告(総人口)の65歳以上の人口を、平成7年は同抽出速報集計結果(総人口)の65歳以上人口を、その他の年は同推計人口(総人口)の65歳以上を使用した。

資料:厚生労働省統計表データベースシステム・厚生行政基本統計表:社会福祉施設調査報告

③高齢者人口1万人当たり定員の年次推移



注: 老年人口は、昭和60年、平成2年は総務庁統計局の国勢調査報告(総人口)の65歳以上の人口を、平成7年は同抽出速報集計結果(総人口)の65歳以上人口を、その他の年は同推計人口(総人口)の65歳以上を使用した。

資料:厚生労働省統計表データベースシステム・厚生行政基本統計表:社会福祉施設調査報告

10) 介護サービス施設・事業所状況

①健康増進関係事業の被指導延人員

(単位:人)

	平成13年度 (2001)	平成 14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成 16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成 18年度 (2006)	平成 19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度(2010)
総 数 栄養指導	7,362,453 5.889.677	7,517,975 5,724,726	7,960,851 5,668,987	7,933,683 5,693,973	7,935,476 5.579.676	7,905,166 5.383.462	7,568,554 5.373.926	7,583,680 5,286,081	7,566,454 5,286,385	7,395,214 5,100,137
運動指導	1,058,652	1,224,738	1,574,027	1,489,815	1,599,901	1,714,958	1,431,045	1,476,149	1,393,383	1,396,052
休養指導	161,586	132,576	163,151	137,912	129,614	112,227	103,136	102,931	109,576	113,901
禁煙指導	252,538	237,092	312,415	307,349	291,723	308,038	273,237	299,648	305,144	303,145
その他		198,843	242,271	304,634	334,562	386,481	387,210	418,871	471,966	481,979

注:平成22年度は、東日本大震災の影響により、岩手県の一部(釜石市、大槌町、宮古市、陸前高田市)、宮城県のうち仙台市以外の保健所及び市町村、福島県の一部の市町村(南相馬市、楢葉町、富岡町、川内町、大熊町、双葉町、飯館村、会津若松市)が含まれていない。

②介護保険施設の施設数・定員・在所者数

施設の種類	平成 12年 (2000)	平成 17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年(2008)	平成21年(2009)	平成22年(2010)	平成23年(2011)
総数	10,992	12,213	12,036	11,935	11,767	11,319	10,828	11,197
介護老人福祉施設	4,463	5,535	5,716	5,892	6,015	5,876	5,676	5,953
介護老人保健施設	2,667	3,278	3,391	3,435	3,500	3,463	3,382	3,533
介護療養型医療施設	3,862	3,400	2,929	2,608	2,252	1,980	1,770	1,711
定員総数(単位:千人)	649	811	828	837	841	818	788	822
介護老人福祉施設	299	384	399	413	423	415	403	428
介護老人保健施設	234	298	309	314	319	315	307	318
介護療養型医療施設	116	130	120	111	99	88	78	76
在所者総数	612,264	766,128	784,235	793,111	800,691	784,235	679,001	785,636
介護老人福祉施設	296,082	376,328	392,547	405,093	416,052	408,622	396,356	420,827
介護老人保健施設	213,216	269,352	280,589	285,265	291,931	289,273	282,645	293,432
介護療養型医療施設	102,966	120,448	111,099	102,753	92,708	82,007	73,405	71,377

注:調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、数量を示す施設数の実数は前年以前と単純に年次比較できない。

資料:厚生労働省統計表データベースシステム:平成 17・18・19・20・21・22 年度地域保健・老人保健事業報告

資料:厚生労働省統計表データベースシステム:平成16年、17年、18年、19年、20年、21年、22年、23年介護サービス施設・事業所調査 在所者数は各年9月の数

③介護保険施設の常勤換算従事者数

平成12年 (2000) 平成17年 (2005) 平成18年 (2006) 平成19年 (2007) 平成20年 (2008) 平成21年 (2009) 平成22年 (2010) 介護老人福祉施設 施設長 医師 国科医師 - 4,283 1,233 1,250 62 62 63 63 63 66 59 62 63 63 66 59 68 66 59 68 68 69 7,949 10,611 11,097 11,285 11,518 11,585 11,322 介護職員 104,028 147,706 156,253 164,291 172,339 176,727 176,747 介護福祉士(再掲) - 4,259 66,977 73,834 81,183 86,391 88,556 薬剤師 - - <t< th=""><th>平成23年 (2011) 4,715 1,386 68 12,082</th></t<>	平成23年 (2011) 4,715 1,386 68 12,082
施設長 - 4.283 4.409 4.548 4.650 4.556 4.463 医師 1.112 1.233 1.250 1.221 1.200 1.095 1.172 歯科医師 - 59 62 63 63 63 66 59 看護師 5.615 8.190 8.815 9.492 10.301 10.766 11.095 准看護師 7.949 10.611 11.097 11.285 11.518 11.585 11.322 介護職員 104.028 147.706 156.253 164.291 172.339 176.727 176.747 介護福祉士 (再掲) - 62.597 66.977 73.834 81.183 86.391 88.556 薬剤師	1,386 68 12,082
施設長 - 4,283 4,409 4,548 4,650 4,556 4,463 医師 1,112 1,233 1,250 1,221 1,200 1,095 1,172 歯科医師 - 59 62 63 63 63 66 59 看護師 5,615 8,190 8,815 9,492 10,301 10,766 11,095 准看護師 7,949 10,611 11,097 11,285 11,518 11,585 11,322 介護職員 104,028 147,706 156,253 164,291 172,339 176,727 176,747 介護福祉士 (再掲) - 62,597 66,977 73,834 81,183 86,391 88,556 薬剤師	1,386 68 12,082
医師 1,112 1,233 1,250 1,221 1,200 1,095 1,172 歯科医師 - 59 62 63 63 66 59 看護師 5,615 8,190 8,815 9,492 10,301 10,766 11,095 准看護師 7,949 10,611 11,097 11,285 11,518 11,585 11,322 介護職員 104,028 147,706 156,253 164,291 172,339 176,727 176,747 介護福祉士 (再掲) - 62,597 66,977 73,834 81,183 86,391 88,556 薬剤師	1,386 68 12,082
歯科医師-596263636659看護師5,6158,1908,8159,49210,30110,76611,095准看護師7,94910,61111,09711,28511,51811,58511,322介護職員104,028147,706156,253164,291172,339176,727176,747介護福祉士(再掲)-62,59766,97773,83481,18386,39188,556薬剤師管理栄養士2,3705,7594,2524,5384,7204,6414,635栄養士-3,9711,9091,8501,9591,8231,793	68 12,082
准看護師 7,949 10,611 11,097 11,285 11,518 11,585 11,322 介護職員 104,028 147,706 156,253 164,291 172,339 176,727 176,747 介護福祉士(再掲) - 62,597 66,977 73,834 81,183 86,391 88,556 薬剤師 - - - - - - - 管理栄養士 2,370 5,759 4,252 4,538 4,720 4,641 4,635 栄養士 - 3,971 1,909 1,850 1,959 1,823 1,793	
介護職員104,028147,706156,253164,291172,339176,727176,747介護福祉士 (再掲)- 62,59766,97773,83481,18386,39188,556薬剤師	
介護福祉士 (再掲) - 62,597 66,977 73,834 81,183 86,391 88,556 薬剤師 - - - - - - - - - 管理栄養士 2,370 5,759 4,252 4,538 4,720 4,641 4,635 栄養士 - 3,971 1,909 1,850 1,959 1,823 1,793	11,708
薬剤師 -	187,434
管理栄養士 2,370 5,759 4,252 4,538 4,720 4,641 4,635 栄養士 - 3,971 1,909 1,850 1,959 1,823 1,793	96,100
栄養士 - 3,971 1,909 1,850 1,959 1,823 1,793	5,029
機能訓練指導員* - 3.861 4.167 4.297 4.474 4.259 4.222	1,779
	4,481
理学療法士 238 256 287 312 350 383 439	524
作業療法士 103 169 196 228 260 296 353	427
言語聴覚士 14 33 29 35 33 40 42 柔道整復師 - 573 71 89 119 156 183	43
柔道整復師 - 573 71 89 119 156 183 生活相談員・支援相談員 5,565 7,196 7,444 7,646 7,879 7,825 7,744	231 8,135
社会福祉士(再掲) - 1,859 1,976 2,134 2,287 2,375 2,392	2.560
では	38
介護支援専門員 3.401 5.981 6.435 6.580 6.976 6.578 6.758	7,180
精神保健福祉士等	
介護老人保健施設	
施設長	_
医師 3,007 3,527 3,633 3,641 3,748 3,684 3,601	3,758
歯科医師 - 9 10 9 7 8 10	7
看護師 9,512 13,360 13,984 14,202 14,792 15,297 15,232	16,287
准看護師 16,750 19,673 19,870 19,877 20,209 20,147 19,387 介護職員 73,496 90,239 94,297 95,719 98,446 101,866 100,473	19,621 104,098
介護福祉士(再掲) - 40,361 44,013 47,384 51,232 55,332 56,706	59,618
薬剤師 - 831 871 902 907 902 898	931
管理栄養士 2,055 4,291 3,425 3,508 3,605 3,563 3,505	3,659
栄養士 - 3,240 1,105 1,026 1,017 1,027 1,000	1,018
機能訓練指導員*	
理学療法士 2,407 3,218 3,659 3,955 4,229 4,761 4,974	5,279
作業療法士 1,830 3,165 3,566 3,805 3,991 4,227 4,311 言語聴覚士 195 532 615 616 670 683 725	4,452 730
A	730
生活相談員·支援相談員 — 5,609 5,783 5,736 5,840 5,697 5,583	5,790
社会福祉士(再掲) - 2,014 2,254 2,272 2,367 2,388 2,300	2,449
障害者生活支援員	_
介護支援専門員 2,935 4,756 4,843 4,865 5,135 4,905 5,075	5,417
精神保健福祉士等	
介護療養型医療施設	
施設長	_
医師 - 7,273 6,585 5,857 5,183 4,578 4,225	4,104
歯科医師 - 100 88 93 80 55 59 香港師 15,000 14,104 10,400 11,064 10,350 0,700	61
看護師 15,032 15,292 14,124 12,409 11,264 10,353 9,786 准看護師 27,004 21,743 19,264 16,978 14,988 13,158 11,756	9,534 11,182
介護職員 46,179 41,391 37,542 34,131 30,494 28,047 25,208	24,206
介護福祉士(再掲) - 8,374 8,522 8,570 8,125 8,962 8,492	8,783
薬剤師 - 2,641 2,388 2,169 1,973 1,779 1,596	1,545
管理栄養士 2,336 2,989 1,830 1,713 1,565 1,405 1,301	1,258
栄養士 - 1,914 930 759 641 576 524	532
機能訓練指導員*	- 0.450
理学療法士 - 2,924 2,865 2,795 2,749 2,611 2,582 作業療法士 - 1,411 1,461 1,407 1,390 1,332 1,343	2,456
作業療法士 - 1,411 1,461 1,407 1,390 1,332 1,343 言語聴覚士 358 609 627 587 582 582 548	1,321 560
言品 概見 1 302 302 340 柔道整復師・あんまマッサージ指圧師 - - - - - - -	_
生活相談員・支援相談員 生活相談員 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー	_
社会福祉士(再掲)	_
障害者生活支援員	_
介護支援専門員 2,693 3,385 3,060 2,731 2,399 2,084 1,891	1,779
精神保健福祉士等 - 198 179 150 150 116 113	131

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

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

④居宅サービス事業所・施設数・利用者数(介護サービス)

施設の種類	平成12年 (2000)	平成 17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年(2010)	平成23年(2011)
訪問系							鲁	4年10月1日現在
訪問介護	9.833	20.618	20.948	21.069	20.885	21,517	20.805	21.315
訪問入浴介護	2,269	2,402	2,245	2,124	2,013	2,033	2,021	2,002
訪問看護ステーション	4,730	5,309	5,470	5,407	5,434	5,221	5,119	5,212
通所系								
通所介護	8,037	17,652	19,409	20,997	22,366	22,267	22,738	24,381
通所リハビリテーション	4,911	6,093	6,278	6,380	6,426	6,152	5,877	5,948
介護老人保健施設	2,638	3,185	3,288	3,314	3,488	3,205	3,081	3,185
医療施設 その他	2,273	2,908	2,990	3,066	2,988	2,497	2,796	2,763
短期入所生活介護	4.515	6.216	6.664	7.030	7.347	7.215	7.096	7.515
短期入所療養介護	4,651	5,513	5,437	5,278	5,242	4.857	4,633	4.726
介護老人保健施設	2,616	3,220	3,340	3,381	3,469	3,298	3,197	3,328
医療施設	2,035	2,293	2,097	1,897	1,773	1,559	1,436	1,398
認知症対応型共同生活介護	675	7,084	8,350	8,818	9,292	9,186	8,942	9,484
特定施設入所者生活介護	_	1,375	1,941	2,617	2,876	2,944	2,974	3,165
福祉用具貸与	2,685	6,317	6,051	5,649	4,974	5,474	5,202	5,212
居宅介護支援	17,176	27,304	27,571	28,248	28,121	27,961	27,158	27,705
利用者数							各	年9月 単位:人
訪問系								
訪問介護	446,679	1,090,112	882,556	738,793	716,345	754,478	744,482	742,880
訪問入浴介護	60,384	67,288	62,219	64,396	64,242	66,559	68,046	65,593
訪問看護ステーション	203,573	279,914	281,160	292,839	281,917	292,244	297,346	316,583
通所系								
通所介護	616,967	1,097,273	955,506	882,596	933,611	964,579	963,475	1,018,651
通所リハビリテーション	273,769	461,687	412,044	366,665	368,873	354,868	346,273	353,897
介護老人保健施設	177,122	270,436	244,585	220,274	225,412	213,847	209,524	216,429
医療施設 その他	96,647	191,251	167,459	146,391	143,461	141,021	136,749	137,468
短期入所生活介護	103.258	210.688	224.163	237.257	259.677	263.459	269.106	279.812
短期入所療養介護	29.703	60.633	58.069	56.389	56.769	52.142	50.857	49.878
介護老人保健施設	27,332	54,118	52,711	51,510	52,175	48,259	46,830	46,347
医療施設	2,371	6,515	5,358	4,879	4,594	3,883	4,027	3,531
認知症対応型共同生活介護	5,450	94,907	115,644	123,479	132,069	130,199	127,858	136,188
特定施設入所者生活介護	_	49,927	66,070	84,355	97,645	103,713	106,783	116,765
福祉用具貸与	106,274	965,245	652,262	670,700	699,984	841,520	825,687	872,197
居宅介護支援	1,074,242	2,264,525	1,889,213	1,643,451	1,704,996	1,755,255	1,759,799	1,804,902

注:調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、数量を示す利用者数の実数は前年以前と単純に年次比較できない。 資料:厚生労働省統計表データベースシステム:平成17年、18年、19年、20年、21年、22年、23年介護サービス施設・事業所調査

⑤居宅サービス事業所・施設数・利用者数(介護予防サービス)

		平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)
+ /======				
施設数	介護予防居宅サービス事業所			
	(訪問系)			
	介護予防訪問介護	20,965	20,299	20,830
	介護予防訪問入浴介護	1,826	1,841	1,837
	介護予防訪問看護ステーション	5,092	5,010	5,103
	(通所系)			
	介護予防通所介護	21,632	22,023	23,481
	介護予防通所リハビリテーション	6,017	5,753	5,829
	介護老人保健施設	3,146	3,026	3,131
	医療施設 (3.0.41)	2,871	2,727	2,698
	(その他)	6.050	6,752	7 1 77
	介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護	6,853 4,686	6,752 4,467	7,177 4,561
	介護老人保健施設	3,230	3,129	3,263
	医療施設	1,456	1,338	1,298
	介護予防特定施設入居者生活介護	2,791	2,822	2,991
	介護予防福祉用具貸与	5,361	5,145	5,169
	特定介護予防福祉用具販売	5,567	5,304	5,326
	介護予防地域密着型サービス事業所		0.070	
	介護予防認知症対応型通所介護	2,861	2,879	2,989
	介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護	1,564	1,773	2,099
	月度 7 内部和近 7 加空 7 向主	8,904 _	8,643 _	9,144
	7 版 F 例 久 版 手来 / 1 (2 2 3 4 5 11 久 版 こ 2 2 7)			
利用者数	坟			
	介護予防居宅サービス事業所			
	(訪問系)			
	介護予防訪問介護	337,897	334,523	338,554
	介護予防訪問入浴介護	366	359	342
	介護予防訪問看護ステーション	21,417	22,402	24,207
	(通所系)	010.000	007.701	00.105
	介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション	313,606 107,229	307,791 102,825	32,105 104,953
	介護老人保健施設	54,629	52,449	54,005
	医療施設	52,600	50,376	50,948
	(その他)	32,000	55,575	55,545
	介護予防短期入所生活介護	8,492	7,980	8,010
	介護予防短期入所療養介護	1,262	1,151	1,066
	介護老人保健施設	1,184	1,075	1,000
	医療施設	78	76	66
	介護予防特定施設入居者生活介護	19,450	18,217	18,969
	介護予防福祉用具貸与	176,373	201,773	218,399
	特定介護予防福祉用具販売			_
	介護予防地域密着型サービス事業所			
	介護予防心域密層空り一こス事業所 介護予防認知症対応型通所介護	870	755	719
	介護予防小規模多機能型居宅介護	3,220	3,647	4,150
	介護予防認知症対応型共同生活介護	880	1,251	1,285
	介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	_		- ,233

注:調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、数量を示す利用者数の実数は前年以前と単純に年次比較できない。 資料:厚生労働省統計表データベースシステム:平成21年、22年、23年介護サービス施設・事業所調査

2. 理学療法士に関する基礎資料

1)理学療法関連承認施設数

	平成 13年7月	平成 14年7月	平成 15年7月	平成16年7月	平成 17年7月
	(2001)	(2002)	(2003)	(2004)	(2005)
総合リハビリテーションA	514	605	719	812	929
B		23	46	68	88
理学療法(Ⅱ)	3,599	4,397	4,474	4,550	4,636
理学療法(Ⅲ)	749	1,314	1,419	1,500	1,555
心疾患リハビリテーション料	100	114	129	165	215
難病患者リハビリテーション料	15	20	19	19	20
回復期リハビリテーション病棟 一般病棟	115	93	195	255	281
療養病棟		1 <i>7</i> 8	274	401	446

数は病院数診療所数を合算。

総合リハビリテーションは平成13年までは理学療法(I)と表記。

回復期リハビリテーション病棟は平成 14年から表示変更

平成13年7月データは日本医事新報No.4056 (2000年1月19日) p.93から引用

平成14年以降のデータは日本医事新報No.4230 (2005年5月21日) p.76、No.4232 (2005年6月4日) p.73、74

No.4289 (2006年7月8日) p.28、No.4290 (2006年7月15日) p.29、30から引用

		平成 18年7月 (2006)	平成19年7月 (2007)	平成20年7月 (2008)	平成21年7月 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)
心大血管疾患リハビリテーション料	I II	161 127	218 139	291 127	356 120	475 96	576 87
脳血管疾患リハビリテーション料	I I	1,544 4,844	1,868 4,765	2,041 1,319	2,159 1,498	2,273 1,701	2,358 1,788
運動器リハビリテーション料	III I	6,902	7.569	3,322 8,029	3,143 8,195	3,013 3,977	2,930 4,128
呼吸器リハビリテーション料	I I	1,812 2.504	1,706 2.648	1,620 2.824	1,610 2.944	5,156 3.090	4,932 3.167
難病患者リハビリテーション料	П	1,191	1,165 96	1,132	1,091	1,058 81	966 76
障害児(者)リハビリテーション料がん患者リハビリテーション料		289	271 —	314	316	327 11	334 223
	かきま			115	430	480	490
	一般病棟 療養病棟	000	000	140	755	696	731
回復期リハビリテーション病棟2・	一般病棟 療養病棟	326 470	366 598	311 561	78 218	72 102	67 108

医事新報 No.4322 (2007年2月24日) p30、No.4323 (2007年3月3日) p31、No.4509 (2010年9月25日) p24、No.4510 (2010年10月2日) p25から引用 平成22年以降のデータは厚生労働省中央社会保険医療協議会 平成24年11月14日 報告資料から引用 回復期リハビリテーション病棟は平成20年より新規入院患者のうち重症の患者の割合等に応じて1及び2に区分

2) 一般病院に従事する理学療法士数の年次推移

年 度	昭和50年 (1975)	昭和55年 (1980)	昭和60年(1985)	平成2年 (1990)	平成7年(1995)	平成 12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)
開設者別(総数)	1,827	2,552	4,612	8,545	12,211	19,025	28,366	31,386	34,783	38,564	42,664	47,385
国(厚生労働省)	95	189	271	364	391	472	57	61	73	77	76	43
国(その他)	228	284	349	401	455	473	1,096	1,161	1,247	1,324	1,432	1,591
都道府県	303	388	546	722	907	1,050	1,143	1,161	1,189	1,206	1,194	1,145
市町村	223	344	558	980	1,447	1,956	2,546	2,606	2,715	2,885	3,055	3,254
その他の公的医療機関	156	199	366	670	927	1,255	1,773	1,889	2,047	2,309	2,545	2,833
社会保険関係団体	85	108	169	288	373	495	681	723	769	818	850	897
公益法人	93	118	261	442	632	1,009	1,650	1,880	2,054	2,279	2,481	2,816
医療法人	244	365	1,081	2,863	4,879	9,788	16,381	18,634	21,167	24,059	27,078	30,586
学校法人·他	202	307	534	861	1,140	1,576	2,160	2,405	2,654	2,717	3,024	3,281
会社	35	36	72	124	179	207	244	254	309	355	369	393
個人	162	224	410	832	875	744	636	612	558	537	559	545
医育機関(再掲)	176	261	391	536	671		997	1,057	1,142	1,236	1,300	1,390

注:平成14年度からは常勤換算値

資料:厚生労働省「医療施設調査病院報告」(総数はWebページ、その他は冊子体)

3) 社会福祉施設に従事する理学療法士数の年次推移

年 度		和50年 1975)	昭和55年	昭和60年 (1985)	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成 12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)
総数	総数 専任	764 602	1,154 830	1,617 1,074	2,608 1,416	2,775 1,258	1,965	1,407	1,384	1,494	1,500	1,529	1,481	1,670
保護施設	兼任 総数 専任	162 1 1	324 2 2	543 0 0	1,192 9 0	1,517 14 0	13	2	3	2	3	2	2	3
老人福祉施設	兼任 総数 専任	0 163 72	0 335 154	0 670 344	9 1,188 435	14 1,171 191	102	44	18	26	26	38	18	23
身体障害者支援施 設·更生援護施設· 社会参加支援施設	兼任 総数 専任 兼任	91 141 112 29	181 195 152 43	326 290 176 114	763 463 267 196	980 605 315 290	739	346	369	371	355	341	371	394
児童福祉施設	総数専任	435 393 42	587 507 80	646 549 97	789 679	895 722 173	1,032	928	966	983	986	1,015	933	1,057
知的障害者援護 施設	総数専任	0	2 0 2	7 5 2	23 13	35 10 25	70	20	26	14	15	8	7	3
母子福祉施設	総数専任兼任	0	0	0 0	0	0 0	0	0	0	0	0	_	_	_
精神障害者社会 復帰施設	総数専任	_ _ _	_ _ _	_ _ _	1 1 0	0 0	0	0	0	1	_	_	_	_
その他の社会福 祉施設等	総数専任兼任	24 24 0	33 15 18	4 0 4	135 31 104	55 20 35	9	67	3	98	115	125	150	190

注:1. 老人福祉施設では機能回復訓練指導員も含む(平成3年度まで)

資料:厚生労働省「社会福祉施設等調査報告」

^{2.} 平成9年以降は総数のみ

^{3.} 平成14年調査以前は理学療法員数

^{4.} 平成 18年度以降は老人福祉施設には特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設は含まない

4) 施設別理学療法士就業比率

		昭和53年	F(1983)	平成2年	(1990)	平成7年	(1995)	平成12	年(2000)	平成17年	₹(2005)			年(2010)
職	場	-	非常勤 n=371			常勤 n=2,514				常勤 n=7,824			主たる 職場 n=11,362	兼務して いる職場 n=11,726
A:医療施設												A:医療施設		
大学病院		9.9	0.0	6.1	0.4	4.9	0.7	4.3	1.6	3.2	0.0	精神科病院	0.7	1.0
総合病院		_	_	_	_	_	_	25.4	3.5 3.1	20.5 5.7	5.2	結核療養所	0.1 33.8	0.1
老人病院 小児病院			_	_	_	_	_	6.0 0.6	0.2	0.4	3.4 0.2	一般病院(療養病床を有する) 一般病院(療養病床を有しない)		34.9 23.2
一般病院(前		60.6	30.2	71.2	36.6	68.3	20.6	38.8	17.6	42.3	17.4	一般病院(地域医療支援病院)	8.7	9.1
精神病院	יו לאינונוני	0.2	0.0	0.2	0.4	0.8	0.4	0.4	0.3	0.3	0.6	有床診療所(療養病床を有する)		2.1
結核病院		1.6	0.3	1.2	0.2	0.8	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	有床診療所(療養病床を有しない		2.2
らい病院		0.2	0.0	0.04	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0			無床診療所	4.9	6.2
診療所		2.7	5.9	1.9	7.1	3.7	8.1	3.7	8.9	5.2	10.5	B:社会福祉施設(介護予防を含む	む)	
その他		4.6	1.3	3.8	1.9	3.6	2.9	1.5	1.3	3.0	0.9	a. 社会福祉施設		
B:社会福祉旅												介護老人福祉施設	1.4	2.3
a.老人福祉施			_	0.4	0.6	0.6	0.6		140	7.0	115	介護老人保健施設	8.0	9.4
介護老人保健 訪問看護ステ		_	_	0.4	2.6	2.6	8.6	5.5 0.7	14.2 5.7	7.2 2.8	11.5 7.7	介護療養型医療施設 訪問介護	0.5 0.1	1.1 0.3
在宅デイサー		_	_	_	_	_	_	0.7	0.7	0.2	1.0	訪問入浴介護	0.0	0.3
その他の中間		_	_	_	_	_	_	0.1	0.7	0.1	0.0	訪問看護	2.5	3.9
養護老人ホー		0.0	1.9	0.1	1.7	0.04	1.5	0.0	1.8	0.0	0.9	訪問リハビリテーション	1.6	5.3
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.8	16.4	0.3	12.9	0.6	16.6	0.4	9.6	0.4	7.6	通所介護	0.8	1.9
老人福祉セン	<i>/ター</i>	0.1	3.8	0.1	3.2	0.08	2.9	0.0	0.8	0.0	0.1	通所リハビリテーション	3.1	8.3
老人デイサー		_	_	_	_	_	_	0.2	4.3	0.3	3.7	短期入所生活介護	0.1	0.5
その他の老人		0.1	0.3	0.1	1.1	0.3	0.3	0.1	0.5	0.4	2.0	短期入所療養介護	0.1	1.0
b. 身体障害者		0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1			特定施設入居者生活介護	0.1	0.3
重度障害者更 肢体不自由者		0.9 0.8	1.3 0.5	0.0 0.7	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	居宅介護支援 介護予防支援(地域包括支援センター)	0.1 0.1	0.4 0.5
身体障害者療		0.0	1.3	0.7	1.3	0.4	1.5	0.2	1.3	0.4	1.9	小規模多機能型居宅介護	0.0	0.3
重度身障者授		0.0	0.0	0.0	0.2	0.04	0.3	0.0	0.1	0.4	1.0	夜間対応型訪問介護	0.0	0.0
身体障害者更		0.4	0.0	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	認知症対応型通所介護	0.0	0.1
身体障害者福	祉センターA型	1.3	2.4	0.4	0.4	0.2	0.4	0.1	0.2	0.1	0.5	認知症対応型共同生活介護	0.1	0.2
身体障害者福	祉センターB型	0.4	1.1	0.3	1.3	0.6	1.8	0.2	0.4	0.2	0.4	地域密着型特定施設	0.0	0.0
	障害者更生施設	0.0	0.0	0.2	0.0	0.04	0.1	0.3	0.3	0.1	0.4	地域密着型介護老人福祉施設	0.0	0.1
C. 児童福祉施		F 0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.4		0.0	b. 身体障害者更生援護施設	0.0	0.1
肢体不自由児 肢体不自由児		5.8 2.4	0.8 6.5	3.9 1.9	0.9	2.9 1.5	0.4	2.0	0.4	1.5 0.8	0.2 1.0	身体障害者授産施設 肢体不自由者更生施設	0.0 0.2	0.1 0.3
重症心身障害		0.5	1.3	0.9	0.9	0.4	0.3	0.8	0.3	0.8	0.1	身体障害者療護施設	0.5	0.8
知的障害児通		0.2	0.5	0.04	0.4	0.1	0.3	0.1	0.1	0.0	0.1	身体障害者更生相談所	0.0	0.1
その他の児童		0.1	0.5	0.6	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	身体障害者福祉センターA型	0.1	0.1
d. 知的·精神障	害者社会復帰施設	1										身体障害者福祉センターB型	0.1	0.2
知的障害者援	段護施設 (2018)	-	_	_	-	-	_	_	_	0.0	0.4	その他の身体障害者更生施設	0.1	0.2
精神障害者社		_	_	_	_	_	_	_	_	0.0	0.0	c. 児童福祉施設		
e. その他の社会										0.0	0.0	体不自由児施設	0.9	1.1 1.0
訪問介護施設	z ·身体障害者福祉協会	_	_	_	_	_	_	_	_	0.0	0.4 0.5	肢体不自由児通園施設 重症心身障害児施設	0.7 0.9	1.0
その他	为件件百日田江伽五	_	_	_	_	_	_	_	_	0.0	0.5	知的障害児通園施設	0.3	0.2
C->10										٥.١	0.0	その他の児童福祉施設	0.1	0.1
												d. 知的·精神障害者社会復帰施設		
												知的障害者援護施設	0.1	0.2
												精神障害者社会復帰施設	0.0	0.1
												e. その他の社会福祉・介護施設	0.0	0.1
												社会福祉協議会・身障者福祉協会 その他	0.0 0.1	0.1 0.2
C:教育·研究	7施設											C:教育・研究施設	U. I	0.८
養護学校	كلاتاران	0.6	2.7	0.2	0.4	0.1	0.6	0.2	0.2	*2	*2	特別支援学校	0.2	0.3
	[学療法士養成)	3.4	6.2	1.9	2.1	2.5	2.1	2.4	3.4	2.6	5.5	専門学校(理学療法士養成)	2.8	3.4
短期大学(理	[学療法士養成)	8.0	0.3	1.5	0.2	1.2	1.1	0.4	0.3	0.1	0.0	短期大学(理学療法士養成)	0.1	0.1
大学(理学療		_	_	_	_	0.3	0.3	1.1	0.3	0.8	0.7	大 学 (理学療法士養成)	1.9	2.1
大学院(理学	療法関連)							_	_	0.0	0.0	大学院 (理学療法関連)	0.3	0.5
その他の教育	養式体=೧∗1	00	0.0	0.0	0.4	0.0	0	0 1	2.0	0.0	0.0	理学療法関連以外の大学・大学院	0.2	0.4
その他の教育 研究施設	1食以肥改 1	0.2	0.3	0.0	0.4	0.3	0.4	0.1	2.3	0.2	2.2 0.0	その他の教育養成施設 研究施設	0.0 0.1	0.2 0.1
WT ストルドロX		0.0		0.1		0.08	1.3	0.0	0.1	0.0	0.0	その他	0.0	0.1

以降、次ページへ続く

4) 施設別理学療法士就業比率(つづき)

職場			常勤	非常勤	常勤	非常勤	平成 12年 常勤 n=10,703	非常勤	常勤	非常勤		平成22 主たる 職場 n=11,362	年(2010) 兼務して いる職場 n=11,726
D:行政関係施設											D:行政関係施設		
保健所	0.1	2.4	0.2	3	0.3	2.9	0.3	1.5	0.3	0.7	保健所	0.2	0.3
区市町村保健センター	0.0	4.6	0.1	9.9	0.4	11.9	0.6	5.0	0.5	1.4	区市町村保健センター	0.3	0.6
国 (行政)	_	_	_	_	_	_	0.1	0.0	0.0	0.0	国(行政)	0.1	0.1
都道府県庁(行政)	0.1	1.1	0.1	0.6	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.0	都道府県庁(行政)	0.1	0.2
区市町村役場(行政)	0.4	3.2	0.3	3	0.6	4.5	0.7	4.0	0.7	3.4	区市町村役場 (行政)	0.6	1.1
その他の行政	0.2	1.3	0	0.4	0.08	0.6	0.3	0.9	0.1	0.7	その他の行政	0.2	0.3
E:その他											E:健康産業施設・営業施設		
スポーツ・フィットネス施設	_	_	_	_	_	_	0.0	0.1	0.0	0.6	スポーツ関係施設	0.1	0.2
企業健康	_	_	_	_	_	-	0.0	0.0	0.0	0.0	フィットネス関係施設	0.1	0.2
その他健康産業	_	_	_	_	_	_	0.0	0.1	0.0	0.1	企業健康	0.0	0.0
その他介護保険事業所	_	_	_	_	_	_	0.1	0.4	0.1	0.1	その他健康産業	0.0	0.1
営業(自営)	_	_	_	_	_	-	0.2	0.3	0.1	0.1	その他介護保険事業所	0.1	0.2
											自営施設	0.0	0.1
											開業施設	0.1	0.1
											医業類似行為施設	0.0	0.1
											営 業 (自営)	0.1	0.1
F: その他											F: その他		
自宅	_	-	_	_	_	_	0.4	0.6	0.2	1.5	自宅	0.2	0.2
海外	_	-	_	_	_	_	0.0	0.0	0.0	0.0	海外	0.0	0.0
その他	_	_	0.8	2.1	1.0	4.2	0.2	1.1	0.1	1.6	その他	0.3	0.5

注:1.95年調査まで四年制大学のデータ 2.05年調査では選択肢の都合で専門学校(理学療法士養成)に含まれる 3.10年調査では、設問および選択肢の分類を変更している 資料:日本理学療法士協会白書委員会、アンケート83年調査,90年調査,95年調査,2000年,05年調査,10年調査

5) 職場構成員による施設数

年度	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成 12年 (2000)	平成 17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)
1人	1,385	2,095	3,345	4,111	4,353	4,440	4,458	4,512	4,762	5,232	5,251
2人	756	920	1,337	1,752	1,856	1,932	1,919	2,075	2,292	2,369	2,417
3人	428	618	845	1,089	1,124	1,152	1,163	1,206	1,427	1,447	1,527
4人	252	411	596	752	749	798	798	820	941	971	1,006
5人	140	241	450	591	574	565	579	609	678	675	702
6-10人	211	401	773	1,262	1,437	1,525	1,510	1,551	1,719	1,746	1,791
11-15人	34	53	124	366	424	531	527	567	658	672	696
16-20人	9	12	32	111	134	176	165	252	309	337	376
21-30人	3	9	17	65	98	125	126	143	257	274	344
31人以上	2	3	5	30	34	56	54	75	130	181	251
合計	3,220	4,763	7,542	10,129	10,783	11,300	11,299	11,810	13,173	13,904	14,361
自宅	268	663	1,546	3,070	3,599	4,053	4,077	4,483	5,471	6,357	11,185

注:平成24年度は12月末現在 資料:日本理学療法士協会

6) 理学療法士養成学校・養成施設卒業者の求人・就職状況の推移①

		平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成 10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成 13年 (2001)	平成 14年 (2002)	平成 15年 (2003)	平成 16年 (2004)
求人箇所	全 病 院 設 その他	2,237 1,903 231 103	3,350 2,480 727 143	2,549 2,105 400 44	3,675 3,015 614 46	3,669 - - -	3,051 - - -	4,404 3,226 1,178	6,683 4,859 1,568 256
求人数	全 病 院 施 設 その他	3,884 3,371 338 175	6,467 4,870 1,266 331	4,278 3,631 592 55	7,376 6,230 1,024 122	7,254 - - -	6,619 - - -	8,392 6,584 1,808 -	11,758 9,174 2,164 420
就職者数	全 病 院 設 その他	936 865 75 23	1,587 1,418 118 32						
求人倍率		3.88	4.07						
卒業者数 養成校数 回答校数		1,002 44	1,587 58 53	79 58	98	108 65	148 54	163 63	172 74

資料:日本理学療法士協会調査部求人(就職状況)調査

6) 理学療法士養成学校・養成施設卒業者の求人・就職状況の推移②

		平成 17年 (2005)	平成 18年 (2006)	平成 19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)
求人箇所	全体 医療保険領域施設 介護保険領域施設 その他	5,888 4,306 1,261 321	5,771 4,119 1,302 350	5,995 4,301 1,511 183	4,199 3,256 852 91	4,893 3,409 1,318 166	4,745 1,425 2,133 1,187
求人数	全体 医療保険領域施設 介護保険施設 その他	19,861 9,698 1,998 420	11,587 8,831 2,089 667	14,850 9,823 4,337 690	8,789 5,671 2,822 296	10,402 6,950 3,153 299	21,572 8,650 11,870 1,052
国家試験合格者数	全体	4,199	4,843	6,002	8,291	9,112	7,736
求人倍率		10.2	8.7	7.0	4.1	3.08	10.6

注:1. 養成校数:247校、回答校:90校(回収率36%)

資料:日本理学療法士協会、平成22年度求人調査報告書

^{2.} 医療保険領域施設(特定機能病院、公立病院、一般病院、精神病院、感染症病院、診療所)

介護保険領域施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、訪問看護、地域包括支援センター、有料老人ホーム、デイサービス)

その他(身体障害者福祉施設、精神障害者会福祉施設、知的障害者自立支援施設、研究機関、行政関係施設、健康産業リハ関連企業、自営、開業)

^{3.} 求人倍率=重複率補正求人数/国家試験合格者数

7) 平成22年度理学療法診療報酬

平成16年4月		平成22年4月		平成24年4月		
理学療法(1)(リハビリテーション総合承認施設) イ 個別療法(1単位) 28 ロ 集団療法(1単位) 1(理学療法(I) イ 個別療法(1単位) 1(理学療法(I) イ 個別療法(1単位) 18	250 100 180 180 180 180 180	脳血管区分(廃用以外) I 245点 I 200点 I 100点 ※発症、手術または急性増悪から180日以内に限り算定可能。 Rum等区へ4(廃用)	245点 200点 100点 定可能。	脳血管区分(廃用以外)	I П П П П П П П П П П П П П П П П П П П	221 点 180点 90点
素型療法(1 単立) 位につき) 以内(1 単位につき) 以内(1 単位につき) 実施(1 単位につき) (2.3.6ヶ月目に1月1回)	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	ミムガ(飛州) I II R症、手術または急性増悪から180日以内に限り算 器	235点 190点 100点 定可能。 175点	(96/H)		2722 300 海 海 第 300 海 海 第 300 海 海 第 300 海 海 第 300 海 海 海 河
理学療法(II) イ 個別療法(1単位) 1(1単位) 理学療法(IV) イ 個別療法(1単位) (1単位) ロ 集団療法(1単位) (1単位) (1単位)	1000 400 350 350 350 350 350 350 350 350 350 3	1 165点 エスター 165点 エスタル・ライン エスター 150日以内に限り算定可能。心大血管 1 200点 エスター エスター エスター エスター エスター エスター エスター エスター	1655 80点 定可能。 200点	コ 国 心大血管、呼吸器リハビリテーション料 早期リハビリテーション加算 I (14日以内)		200 100 11位 11位 11位 11位 11位 11位 11位 11位 1
- ション指導を デーション指導管理や デーションが ヨICOき)	3000年 第 300年 300年 300年 300年 300年 300年 30	3 発症、手術または急性増悪から 150日以内に限り算 I 発症、手術または急性増悪から 90日以内に限り算済 加算	FOUNT 定可能。 80 点 45 点	ア 一期 一子場 一 シリシー合 ス ヨハョシ	п - /п	72 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30
	250点 100点 180点 80点	治療開始日から起算して30日のみ算定可能。 ピリテーション総合計画評価料 値買1・I、運搬1、I、心大値管1、順機器1、抗/患者について1月に1度 時リハビリテーション指導料 前訪問指導料 同門ハビリテーション指導管理料 同一種物居住者以外の場合	3000 第2000 3000 3000 3000 3000 3000 3000	早期リハビリテーション加算2(15日以上30日以下外来リハビリテーション診療料1(7日につき)外来リハビリテーション診療料2(14日につき) 田急性期入院医療管理料1 亜急性期入院医療管理料1 無名性期入院医療管理料2 ※60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する 同復期リルビリテーション病構入院料1 同復期リルビリテーション病療法の病室単位で算定する	(15日以上30日以内) (7日につき) (14日につき) (14日につき) の病室単位で算定する 院科 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	(8) (8) (8) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (9
立につき) (1単位) 1	50点 100点 40点	(1)	640 640 720 190 150 150 150	回役用リハドリアーンョン海棟入院社2 回復期リハビリテーション病棟入院社3 ※重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善している 脳血管、運動器リハビリテーション評価の改定 (標準的算に日数を超えて、状態の改善が判断されない場合)	NRや 2 NR 2 NR 2 NR 2 NR 2 NR 2 NR 2 NR 2 NR	で で で で で で で で で で で で で で で で で で で
イ 個別療法 (1単位) に 集団療法 (1単位) に 集団療法 (1単位) に 集団療法 (1単位) に 発症後 14 日以内 (1 単位につき) に 発症後 15 日以上 90 日以内 (1 単位につき) に 発症後 31 日以上 90 日以内 (1 単位につき) に	250 200 200 44 200 200 44 46 46 46 46 46 46 46 47 47 47 47 47 47 47 47 47 47 47 47 47	がん患者リハビリテーション料 集団コミュニケーション療法料 摂食機能療法(1日につき) 米養サポートチーム加算(週1回) 呼吸ケアチーム加算(週1回) 地域連携診療計画逸院時指導料)(退院時1回) 地域連携診療計画遠院時指導料)(退院時1回) 地域連携診療計画遠院時指導料)(退院時1回) 地域連携診療計画遠院時指導料)(遠院時1回) 地域連携診療計画遠院時指導料)(遠院時1回) 行護支援連携指導料	2000 2000 2000 2000 3000 3000 3000 3000	維特期リハビリテーションの評価 介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リ ハビリテーションを算定できる期間を1月間から2月間に延長 (2月目は7単位まで) 訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応 患者1人にき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する ※1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合 6月に1回、14日に限り1と2を合わせて1日4単位に限り算定する	5 小移行後に医療保険の疾患 5期間を1月間から2月間に 1増悪への対応 で適6単位に限り算定する 1が5点以上悪化した場合 でわせて1日4単位に限り算	

21単位/日

460単位/回

8) 平成22年度介護報酬

訪問リハビリテーション費 550単位 リハビリテーションマネジメント加算 20単位 短期集中リハビリテーション実施加算 退院・退所・認定日から1ヶ月以内 330単位 退院・退所・認定日から3ヶ月以内 200単位 介護予防短期集中リハビリテーション実施加算 退院・退所・認定日から3ヶ月以内 200単位 指定訪問看護ステーションの理学療法士等訪問 30分未満 425単位 30分以上1時間未満 830単位 通所リハビリテーション費 所要時間3時間以上4時間未満の場合 経過的要介護 338単位 386単位 要介護] 要介護2 463単位 540単位 要介護3 617単位 要介護4 要介護5 694単位 所要時間4時間以上6時間未満の場合 経過的要介護 447単位 要介護 1 515単位 要介護2 625単位 要介護3 735単位 要介護4 845単位 要介護5 955単位 所要時間6時間以上8時間未満の場合 591単位 経過的要介護 688単位 要介護] 要介護2 842単位 995単位 要介護3 1 149単位 要介護4 要介護5 1303単位 リハビリテーションマネジメント加算 20単位 短期集中リハビリテーション実施加算 退院・退所・認定日から1ヶ月以内 180単位 退院・退所・認定日から3ヶ月以内 130単位 退院・退所・認定日から3ヶ月越 80単位 通所リハビリテーション訪問、計画作成加算(月1回) (介護老人保健施設のみ) 550単位 介護予防通所リハビリテーション費(月1回) 2,496単位 要支援1 4.880単位 要支援2 運動機能向上加算(月1回) 225単位 介護保険施設 在宅復帰支援機能加算 10単位 介護老人保健施設 800単位 試行的退所サービス費 リハビリテーションマネジメント加算 25単位 短期集中リハビリテーション実施加算 60単位 (入所後3ヶ月以内) 認知症短期集中 リハビリテーション実施加算 60単位 介護療養型医療施設 25単位 リハビリテーションマネジメント加算 短期集中リハビリテーション実施加算 60単位 (入所後3ヶ月以内) 180単位 理学療法 [理学療法Ⅱ 100単位 50単位 理学療法Ⅲ 作業療法·言語聴覚療法 180単位 通所介護個別機能訓練加算 27単位 短期入所生活介護機能訓練指導員加算 12単位 特定施設入所者生活介護個別機能訓練加算 12単位 参考:居宅介護支援費(1月につき) 経過的要介護居宅介護支援費 850単位 居宅介護支援費 [要介護 1 又は2 1,000単位 要介護3,4又は5 1,300単位 居宅介護支援費Ⅱ 要介護1又は2 600単位 要介護3,4又は5 780単位

居宅介護支援費Ⅲ 要介護1又は2

要介護3.4又は5

400単位

520単位

平成22年4月

訪問リハビリテーション費 基本サービス費 305単位 短期集中リハビリテーション実施加算 1ヶ月以内 340単位 1ヶ月以上3ヶ月以内 200単位

平成24年4月

訪問リハビリテーション費 要訪問介護事業所のサービス提供者と連携した場合の加算 300単位/回 ※3月に1回を限度に算定可能

通所リハビリテーション費 リハビリテーションマネジメント加算 230単位 短期集中リハビリテーション実施加算 1ヶ月以内 280単位

1ヶ月以上3ヶ月以内 140単位 個別リハビリテーション加算 80単位 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位 通所リハビリテーション費 個別リハビリテーション実施加算の1日複数 回算定が可能

※所要時間1時間以上2時間未満

短期入所療養介護(1日当たり) 240単位 介護老人保健施設 基本サービス費

※週2回以上の機能訓練を行うこと。リハビリテ -ションマネジメント加算が包括化 短期集中リハビリテーション実施加算

3ヶ月以内 240単位 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

3ヶ月以内 240単位 入所前後訪問指導加算

介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 <入所者1人につき1回を限度>

9) 理学療法カリキュラム (新旧対照表)

新カリキュラム(平成11年度より)

	教育内容	単位数
基礎分野	科学的思考の基盤 人間と生活	14
専門基礎分野	人体の構造と機能及び心身の発達 疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進 保健医療福祉とリハビリテーションの理念	12 12 2
専門分野	基礎理学療法 理学療法評価学 理学療法治療学 地域理学療法学 臨床実習	6 5 20 4 18
合 計		93

	教育内容	単位数
専門分野	基礎理学療法 理学療法評価学 理学療法治療学 地域理学療法学 臨床実習	6 5 20 4 18
選択必修科目		9
合 計		62

旧カリキュラム(平成元年改訂)

	科目名		時間数		
		講義	実習	計	
基礎科目	人文科学	90		90	2科目以上
	社会科学	60		60	2科目以上
	自然科学	90		90	2科目以上
	保健体育	15	45	60	
	外国語	60		60	
	小計	315	45	360	
専門基礎科目	解剖学	75	90	165	
	生理学	75	45	120	
	運動学	45	45	90	
	病理学枕論	30		30	
	臨床心理学	30		30	
	リハビリテーション概論	30		30	地域保健学・地域福祉学を含む
	リハビリテーション医学	30		30	精神科リハビリテーションを含む
	一般臨床医学	30		30	
	内科学	60		60	老年医学を含む
	整形外科学	60		60	外傷・腫瘍を含む
	神経内科学	60		60	
	精神医学	45		45	
	小児科学	30		30	
	人間発達学	30		30	
	小計	630	180	810	
専門科目	理学療法概論	90		90	
	臨床運動学	30		30	
	理学療法評価法	45	45	90	
	運動療法	90	90	180	
	物理療法	45	45	90	
	日常生活活動	30	45	75	
	生活環境論	30	-	30	リハビリテーション関連機器を含む
	義肢装具学	30	45	75	
	理学療法技術論	60	90	150	
	臨床実習	20	810	810	
	小計	450	1,170	1,620	
選択必修科				200	
				2,990	

10) 理学療法士国家試験出題基準 (ガイドライン)

①専門基礎分野

I 人体の構造と機能及び心身の発達

大項目	中項目	小項目
1 解剖学		
. /3/12/3	A 総論	a 定義、目的、分類
	B 骨格系	a 骨の構造と分類、b 骨吸収と骨形成、c 関節の構造と分類、d 各部の骨・靭帯・関節
	C筋系	a 筋の構造と形態、b 各部の筋・腱・靭帯
	D神経系	a 中枢神経系、b 末梢神経系
	E 脈管系	a 心臓、b 動脈系、c 静脈系、d リンパ系
	F内臓諸器官	a 消化器、b 呼吸器、c 泌尿·生殖器、d 內分泌腺
	G感覚器	
	H 体表解剖	a 動脈、b 神経、c 筋、d 骨、e 関節
	断層解剖	a 中枢神経系、b 筋・骨格・末梢神経系、c 内臓諸器官
	J 組織	a 細胞の構造、b 発生
2 生理学	A 総論	a 定義、目的、分類
	B 細胞生理(分子生物学と	
	再生医学の基礎を含む)	
	C 筋	a 筋繊維の構造と機能、b 筋収縮
	D 神経	a 神経線維の構造、b 興奮と伝導、c シナプス伝達、d 反射、e 受容器 - 感覚神経伝達、f 神経 - f
	D THIE	接合部の伝達、8中枢神経、1・精神経
	E感覚	a 体性感覚(皮膚感覚、深部感覚)、b 内臓感覚、c 視覚、d 聴覚、平衡感覚、e 嗅覚・味覚
	F 発声·構音·言語	a 発声器官、b 言語中枢
	G 運動	a 神経筋運動単位、b 随意運動、c 筋緊張、d 運動における生体の生理的変化
	H 自律神経	a 交感神経系、b 副交感神経系
	呼吸	a 呼吸運動(肺の内圧変化、b ガス交換とガスの運搬、c 酸塩基平衡、d 呼吸中枢
	」 呼吸 J 循環(心臓の機能を含む)	a 呼吸運動(卵の外圧支化、b ガス叉換とガスの運搬、b 酸塩を干锅、b 呼吸干燥 a 循環の調節(血液とリンパの循環)、b 心筋の特性、c 心臓拍動の自動性と心拍出量、d 心臓の刺
		激伝導系
	K 血液·免疫	a 血液の成分、b 血液細胞の成分と分化、c 血液凝固と線溶現象、d 免疫機能
	L 咀嚼・嚥下、消化、吸収	a 唾液分泌の機序、b 嚥下運動と嚥下反射中枢、c 胃内消化(胃液分泌、蠕動運動を含む)、d 腸P 消化吸収、e 肝臓・胆嚢・膵臓の機能、f 消化酵素、g 栄養素と吸収部位
	M 排尿 N 排便	a 尿の性状、b 糸球体・尿細管の機能、c 排尿機構(排尿中枢を含む)
	O 内分泌·栄養·代謝	a ホルモンとビタミン、b 糖、蛋白、脂肪代謝、c 代謝率(基礎・エネルギー代謝率を含む)
	(生化学の基礎を含む)	
	P 体温調節	a 体温調節中枢、b 熱の産生と放出の機序
	Q 生殖	a 勃起、射精、b 排卵、月経、妊娠、出産
	R 老化	- John () Jill () J
2 運動学		
3 運動学	A 総論	a 定義、目的、b 力学の基礎、c 運動器の構造と機能(機能解剖を含む)、d 運動の中枢神経機構、
		e 運動とエネルギー代謝、f 運動と呼吸・循環
	B 四肢と体幹の運動	a 顔面・頭部の運動、b 上肢帯と上肢の運動、c 下肢帯と下肢の運動、d 体幹の運動、e 呼吸運動
	C 運動分析・動作分析	
	D 姿勢	
	E 歩行	
	F 運動制御と運動学習	
 4 人間発達学		
7 八凹尤圧于	A 総論	a 定義、目的、b 発達理論、c 発達段階と発達課題、d 発達評価(DDST:Denver Develop-
	7 C 196C LIII	mental Screening Test 日本版、遠城寺式等)、e 運動発達(原始姿勢反射を含む)、f 精神発達
		g心理社会的発達
	B 各期における発達	a 小児期、b 青年期、c 成人期、d 老年期
Ⅱ 疾病と障害	髻の成り立ち及び回復過程の 個	足進

大項目	中項目	小項目
〕医学概論	A 医学の基本 B 健康と病気の概念	a 生命倫理、b 基本的人権、c 医の倫理(患者の権利、医療者の義務) a 健康の定義、b 病気の定義と分類
2 臨床医学総論	A 病理学概論	a 病因論(内因・外因を含む)、b 病理学的変化(血行障害、進行性・退行性病変、炎症・感染・免疫・アレルギー、腫瘍・新生物、奇形・遺伝を含む)、c 生体反応(ホメオスターシス、ストレス)
以降、次ページへ続	<u> </u>	

大項目	中項目	小項目						
	B 病気の診断と治療		a 問診、身体所見、記録、b 生化学的検査、c 生理学的検査、d 画像検査、e 薬物療法、f 外科療法、g 安静、栄養、看護					
3 リハビリテ	- ーション医学							
	A 総論 B 障害の診断と評価	a 医	a リハビリテーション医学の定義と歴史、b リハビリテーション医学の特徴 a 医学的情報(病理・電気・画像診断を含む)の評価、b 機能障害の評価、c 活動制限(能力低下)					
	C 機能障害の評価とリハビリ テーション	a 運 b 基 構音	価、d 参加制約(社会的不利)の評価、e 環境因子の評価 動障害(運動麻痺、筋力低下、持久力低下、筋萎縮、関節拘縮、運動失調、痙縮、固縮を含む) 本動作障害、c 複合動作障害、d 呼吸障害、e 循環障害、f 代謝・内分泌障害、g 発達障害、h 体動作障害、j 視覚障害、k 高次脳機能障害、e t 保管度、a と間の関係である。 2 間 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
	D 活動制限(能力低下)の評価と リハビリテーション E 参加制約(社会的不利)の評価		を含む)、I 疼痛、m 摂食・嚥下障害、n 排尿障害、o 排便障害、p 心理的問題 常生活活動の障害、b 生活関連活動の障害					
	とリハビリテーション							
	F 病態運動学 G リハビリテーション治療	a 理学療法、b 作業療法、c 言語聴覚療法、d 義肢・装具療法、e 運動学習、f 基本動作練習合動作練習、h バイオフィードバック療法、i 神経ブロック、j 心理的アプローチ、k リハビリテン機器(杖、車椅子、座位保持装置、環境制御装置を含む)、I リスク管理、m 機能的帰結の						
	H 廃用症候群	a 疫	ハビリテーションプログラムの立案 学、b 病理・病態・症候、c 評価・検査(画像・生理検査を含む)、d リハビリテーション、e そ の治療					
4 臨床心理学								
	A 基礎理論 B 正常および異常心理 C 臨床心理検査法 D 心理療法およびカウンセリング	a 歴史、b 防衛機制と転移、c 学習、記憶、行動 a 児童・青年期心理、b 成人・高齢者心理、c 障害者心理						
5 5 精神障害と	臨床医学							
	A 疫学・予後 B 病因・症候 C 評価・検査(画像・生理 検査を含む)・診断 D リハビリテーション E その他の治療(精神療法を含む)	AからEに共通	a 器質性精神障害(症状性を含む)、b 精神作用物質使用による精神および行動の障害、c 統合失調症、統合失調症用障害および妄想性障害、d 気分(感情)障害(躁うつ病・うつ病を含む)、e 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、f 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(摂食障害・非器質性睡眠障害を含む)、g 成人の人格(パーソナリティ)及び行動の障害、h 知的障害、i 心理的発達の障害、j 小児期および青年期に通常発症する行動および情動の障害、k てんかん					
	A 疫学・予後 B 病理・症候 C 評価・検査(画像・生理 検査を含む)・診断 D リハビリテーション E その他の治療	AからEに共通	a 変形性関節症・人工関節置換術後、b 骨折、c 脱臼、d 関節リウマチとその近縁疾患、e スポーツ外傷、f 脊椎疾患(椎間板ヘルニア、脊椎症を含む)、g 腰痛症、h 切断 (小児の先天性奇形を含む)、i 靭帯損傷、j 肩関節疾患(肩関節周囲炎、腱板損傷を含む)、k 慢性疼痛疾患、I 骨粗鬆症、m 骨壊死性疾患(大腿骨頭壊死を含む)、n 先天性異常、系統疾患(骨端症を含む)、o 骨軟部腫瘍、p 熱傷					
	 の障害と臨床医学							
	A 疫学・予後 B 病理、症候 C 評価・検査(画像・生理 検査を含む)・診断 D リハビリテーション E その他の治療	AからEに共通	a 血管障害(①脳出血、②脳梗塞、③くも膜下出血、④脳静脈血栓症、⑤脊髄血管障害) b 感染・炎症性疾患(①髄膜炎、②脳棲塞、③脳炎、④急性脊髄前角炎、⑤遅発型ウイルス感染症)、c 変性ならびに脱髄疾患(① Parkinson病、② Parkinson症候群、③脊髄小脳変性症、④筋萎縮性側索硬化症、⑤脊髄性進行性筋萎縮症、⑥多発性硬化症、⑦脊髄空洞症、⑧認知症)、d 外傷(①脳外傷、②脊椎・脊髄損傷、③末梢神経損傷(腕神経養損傷、絞扼性末梢神経損傷を含む)、e 腫瘍(①脳腫瘍、②脊髄腫瘍)、f 末梢神経・筋疾患(①三叉神経痛、②顔面神経麻痺、③多発神経炎、④重症筋無力症、⑤多発筋炎、⑥筋ジストロフィー症、⑦筋緊張症)、g てんかん、頭痛、h 感覚器系障害(①視覚障害、②聴覚障害)					
8 小児発達障	害と臨床医学 A 疫学・予後 B 病理・症候 C 評価・検査(画像・生理 検査を含む)・診断 D リハビリテーション E その他の治療	AからEに共通	a脳性麻痺、精神発達遅滞、b 二分脊椎、c 悪性腫瘍、d 遺伝子病・系統疾患(骨端症を含む)					
9 内部障害と	臨床医学 A 疫学・予後 B 病理・症候 C 評価・検査(画像・生理 検査を含む)・診断 D リハビリテーション	AからEに共通	a 呼吸器疾患、b 循環器疾患、c 消化器疾患、d 腎・泌尿器疾患、e 生殖器疾患、f 血液疾患・自己免疫疾患、g 内分泌・代謝疾患 注:それぞれの疾患には悪性疾患、感染症を含む					

大項目	中項目	小項目						
	E その他の治療							
10 老年期障害の	10 老年期障害と臨床医学 A 疫学・予後 B 病理・症候 C 評価・検査(画像・生理 検査を含む)・診断 D リハビリテーション E その他の治療		a 老年症候群、b 認知症、c 脳血管障害、d うつ、e 心不全、f 末梢循環障害、g 老人性肺炎・誤嚥性肺炎、h 慢性閉塞性肺疾患、i 悪性腫瘍、j 変形性関節症、k 骨折、l 骨粗鬆症、m 睡眠障害、n 摂食・嚥下障害、o 感覚器障害、p終末期のケア					

Ⅲ 保健医療福祉とリハビリテーションの理念

大項目	中項目	小項目
1 保健医療福祉		
	A 医療	a インフォームドコンセント、b 安全管理(インシデント・感染症対策等)、c 個人情報保護、d チーム医療、連携医療、e EBM(根拠に基づいた医療)、f 医療の供給体制(一次・二次・三次医療、救急・災害・へき地医療、地域医療)
	B保健	a 健康管理、b 健康增進、C 一次·二次·三次予防、d 環境保健、e 地域保健、f 母子保健、g 学校保健、h 産業保健、i 高齢者保健、i 精神保健、k 感染症対策
	C 医療·福祉制度	a 医療保険制度、b 公的扶助制度、c 介護保険制度
	D関連法規	a 医事法規(①医療法、②理学療法士及び作業療法士法)、b 保健衛生法規(①地域保健法、②精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、③高齢者の医療の確保に関する法律)、c 福祉関係法規(①障害者自立支援法、②児童福祉法、③身体障害者福祉法、④知的障害者福祉法、⑤老人福祉法)
2 リハビリテー	ション概論	
	A 理念	a リハビリテーションの定義・歴史、b ノーマライゼーション、c 自立生活(Independent-Living)、d QOL(Quality oflife)
	B 疾病・障害の概念と分類	a ICD (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems), b ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), c ICF (international Classification of Functioning, Disability and Health)
	C 患者・障害者の心理・社会的 側面	a 患者の心理・信念、b 障害受容、c 心理教育(患者教育、家族教育)、d 社会参加、社会復帰
	D リハビリテーションの進め方	a リハビリテーション関連職種とその役割、b チームアプローチ、c 評価会議とゴール設定、d リハビリテーションプログラム、クリニカルパス
	E リハビリテーションの諸相	a 医学的リハビリテーション、b 教育的リハビリテーション、c 職業的リハビリテーション、d 社会的リハビリテーション、e 地域リハビリテーション

平成22年版理学療法士作業療法士国家試験出題基準(平成20年9月8日) http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/09/tp0908-2.html

②専門分野

I 基礎理学療法学

1 45 WE /± 7	于/泉/公 于	
大項目	中項目	小項目
1 理学療法	の概要	
	A 歴史	a 日本・世界の理学療法
	B 倫理	a 専門職の使命、b ノーマライゼーション、c インフォームドコンセント、d 個人情報保護
	C 法規·関連制度	a 理学療法士及び作業療法士法、b 医療保険制度、c 介護保険制度
	D 基調	a 国際分類(疾病、障害、生活機能)、b 臨床疫学、c 予後・帰結予測、d エビデンスに基づく理学療法e 診療ガイドライン、f クリニカルパス
	E領域	a 保健·医療·福祉、b 急性期·回復期·維持期·終末期、c 健康増進·障害予防
	F 過程	a 評価、b 治療計画、c 実施、d 効果判定、e 記録・報告
	G 治療·介入技術	a 運動療法、b 物理療法、c 補装具療法、d 対人関係技術 e 環境整備(住宅改修、福祉用具等を含む
	H 管理·運営	a 理学療法部門の管理運営、b 安全管理(インシデント・感染症対策 等)、C 情報管理(カルテ管理 個人情報保護等)
	l 研究・教育	
2 理学療法	の基礎	
	A 運動発現	a 運動の発現機構、b 関節構造、関節可動域、c 筋収縮、筋機能
	B 運動制御	a 運動の制御機構、b 随意運動のメカニズム、c 中枢神経系、d 末梢神経系
	C 持久性	a 運動の維持機構、b 呼吸循環、c 代謝、d 疲労、e 消化・吸収
	D 認知	a 感覚·知覚、b 認知
	E 情緒·心理	a 意欲、b ライフサイクル、c 障害受容
	F 運動学	a 動作の構造、b 基本動作、c 歩行、d バイオメカニクス

大項目	中項目	小項目
	G 病態運動学	a 疾患と障害、b 動作障害
	H 運動学習	a システム論、b 条件付け・フィードバック、c 可塑性、再組織化
	I痛み	a 分類、b メカニズム、c 制御機構
	J 発達・加齢	a 正常発達、b 心身機能の変化
	K 活動·参加	a ADL (Activities of Daily Living)、b IADL (Instrumental Activities of Daily Living)、c QOL (Quality of Life)
	L 環境調整	a 環境の構造、b 環境と個体
Ⅱ 理学療法	評価学	
大項目	中項目	小項目
] 基礎		
	A 目的と領域 B 時期と手順	a 目的、b 信頼性と妥当性、c 急性期・回復期・維持期・終末期 a 初期・中間・最終、b 立案と説明、c 面接、d 情報収集(検査・画像所見等を含む)、e 実施(観察、検査・測定、動作分析)、f 統合と解釈
2 基本評価		
	A 全身状態·局所所見 B 運動系	a 意識、b バイタルサイン、c 栄養状態、d 皮膚(褥瘡を含む)、e 排尿・排便、f 摂食・嚥下 a 四肢長・周径、b 関節可動域、c 筋力、d 筋持久力、e 筋緊張、f 反射、g 協調機能、h 平衡機能 i 脳神経(運動系)
	C 感覚系 D 認知·高次脳機能	a 体性感覚(皮膚感覚、深部感覚)、b 特殊感覚、c 痛み、d 内臓感覚 a 知的機能、b 注意、c 失語・失行・失認、d 記憶、遂行機能
	E 呼吸·循環	a 運動負荷試験、b 呼吸機能、c 循環機能、d 全身持久力
	F動作	a 基本動作分析、b 歩行分析
	G 発達	a 姿勢反射、b 発達検査(DDST:Denver Developmental Screening Test 日本版、遠城寺式等
	H 臨床評価指標 I 活動	a 各疾患の評価指標、b 各障害の評価指標 a ADL (Barthel index, Functional Independence Measureを含む)、b IADL (Instrumenta Astronomy Company (Instrumental Independence Measureを含む)、b IADL (Instrumental Independence Measure を含む)、b IADL (Instrumental Independence Measure を含む)。b IADL (Instrumental Independence Measure Independence Measure Independence Measure Independence Measure Independence Measure Independence In
	J 参加	Activity of Daily Living) a 参加、b QOL(Quality of Life)
	K 背景因子(個人因子)	a Syllik b GOL (Guality of Elie)
	L 背景因子(環境因子)	a 住環境調査(家屋調査等)、b 家族関係、c 家庭環境
3 各領域の評		
	A 骨関節障害	a 変形性関節症、b 骨折、c 関節リウマチとその近縁の疾患、d スポーツ外傷・障害、e 脊椎疾患、f 腰痛症、g 切断 (小児の先天性奇形を含む)、h 靭帯損傷、i 肩関節周囲炎・腱板損傷、j 胸郭出口症候群、k 慢性疼痛疾患、l 骨壊死性疾患(大腿骨頭壊死を含む)
	B 中枢神経障害	a 脳血管障害、b Parkinson病、Parkinson症候群、c 外傷性脳損傷、d 脳腫瘍、e 脊髄小脳変性症、f 脊髄損傷(頸髄損傷を含む)
	C 神経筋障害	a 筋ジストロフィー、b 筋萎縮性側索硬化症、c 多発性筋炎・皮膚性筋炎、d 重症筋無力症、e 多発性硬化症、f ニューロパチー (Guillain-Barré症候群を含む)、g 末梢神経損傷 (腕神経叢損傷、絞
	D 運動発達障害	扼性末梢神経損傷を含む) a 脳性麻痺、b 二分脊椎、c 運動発達遅滞、d Down症候群、e 骨系統疾患
	E 呼吸器障害	a 急性呼吸不全、b 慢性閉塞性肺疾患
	F 循環器障害	a 虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症)、b 閉塞性動脈硬化症、c Raynaud症候群
	G 感覚器障害	a 眼科疾患、b 耳鼻咽喉科疾患(聴覚、前庭障害)
	H 代謝障害	a 糖尿病、b 肥満、c 慢性腎臓病
	I その他の疾患・障害 J 廃用症候群	a 摂食·嚥下障害、b 排尿障害、c 褥瘡、d 熱傷、e 精神科領域、f 産科·婦人科領域
	K 保健·福祉領域	a 予防保健医学、b 産業理学療法
Ⅲ 理学療法	治療学	
大項目	中項目	小項目
 1 基礎		
·WE	A 目的と領域	a 目的、b 領域·病期
	B 組み立てと手順	a 目標設定、b 介入戦略、c リスク管理、d プログラム
2 基本介入手		
	A 運動療法	a 全身調整運動、b 関節可動域運動、c 筋力増強運動、d ストレッチング、e 筋再教育、f 筋持久力 g 全身持久力、h 感覚・知覚再教育、i 協調運動、j バランス練習、k 基本動作練習、l 歩行練習、
		m 痛みに対する運動療法、n 運動学習、o 発達障害に対する運動療法、p 各種の治療手技
	B 物理療法	a 温熱·寒冷療法、b 電気刺激療法、c 電磁波療法、d 光線療法、e 超音波療法、f 水治療法、g 電
	B 物理療法 C 補装具療法	

大項目	中項目	小項目
	D ADLとQOL (Quality of Life) E リスク管理 F 間人因子	a 疾患別、b 病期別、c 高齢者、d 転倒予防、e 褥瘡の予防と治療
	G 環境因子	a 住環境調査(家屋調査等)、b 家族関係、c 家庭環境
3 各領域の治療		
	A 骨関節障害	a 変形性関節症、b 骨折、c 関節リウマチとその近縁疾患、d スポーツ外傷・障害、e 脊椎疾患、f 腰痛症、g 切断 (小児の先天性奇形を含む)、h 靭帯損傷、i 肩関節周囲炎・腱板損傷、j 胸郭出口症候群、k 慢性疼痛疾患、l 骨壊死性疾患(大腿骨頭壊死を含む)
	B 中枢神経障害	a 脳血管障害、b Parkinson病、Parkinson症候群、c 頭外傷、d 脳腫瘍、e 脊髄小脳変性症、f 脊髄損傷(頸髄損傷を含む)
	C 神経筋障害	a 筋ジストロフィー、b 筋萎縮性側索硬化症、c 多発性筋炎・重症筋無力症、d 多発性硬化症、e 多発神経炎、f ニューロパチー (Guillain-Barré症候群を含む)、g 末梢神経損傷 (腕神経叢損傷、絞扼性末梢神経損傷を含む)
	D 運動発達障害 E 呼吸器障害	a 脳性麻痺、b 二分脊椎、c 運動発達遅滞、d Down症候群、e 骨系統疾患 a 急性呼吸不全、b 慢性閉塞性肺疾患
	F 循環器障害	a 虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症)、b 閉塞性動脈硬化症、c Raynaud症候群
	G 感覚器障害	a 視覚障害を合併する歩行・生活指導、b 前庭性めまいに対する運動療法
	H 代謝障害	a 糖尿病、b 肥満、c 慢性腎臓病
	その他の疾患・障害	a 摂食・嚥下障害(口腔ケアを含む)、b 排尿障害(失禁予防運動、骨盤底筋群への対応)、c 褥瘡、d 熱傷、e 悪性腫瘍、f 浮腫、g 精神領域、h 産科領域
	J 廃用症候群	<i>□ /</i> 4 序 14 / / □ 立 平 T田 2 / □ 下 1
	K 保健·福祉領域	a 健康増進、b 産業理学療法

Ⅳ 地域理学療法

大項目	中項目	川項目								
1 基礎										
	A 基礎概念	地域とは、b 地域における障害者(児)・高齢者								
	B 制度	削度と関連法規、b 社会資源								
	C 地域理学療法	a 理念と目的、b 他職種との協働、c 地域との連携、d 訪問理学療法、e 通所理学療法、f 施設における理学療法、g 障害予防、h 健康増進、i 特定疾患の評価と治療								
	D バリアフリーとユニバーサルデザイン	の球子療法、8 障害予例、11 健康増進、1 特定秩忠の計画と活像 体環境整備、b 家屋改造								
	E 福祉用具	a 福祉用具導入の考え方、b 代表的な福祉用具、c 自立生活支援機器(環境制御装置等を含む)、d スポーツ・レクリエーション用具								
	F 家族への指導	a 介助方法								
2 評価と支援		A								
	A 施設入所者 B 在宅(訪問·通所) C 終末期	A からら a 廃用症候群、b 脳血管障害、c 骨関節障害、d 神経障害、e 悪性腫瘍、f 住環境、g 生活状 況								

Ⅴ 臨床実習

V 阿尔夫白		
大項目	中項目	小項目
1 概要	A 安全管理(インシデント B 事故・過誤 C 感染症対策 D インフォームドコンセン	
2 実施	D インフォームドコンセン E 守秘義務 	<u> </u>
_ > 0.0	A 情報管理 (カルテ管理・個人情報保 B 個人情報保護	護等)
	C 記録・報告 D 対人関係技術 E 画像等の医学情報の理解	

平成22年版理学療法士作業療法士国家試験出題基準(平成20年9月8日) http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/09/tp0908-2.html

11)世界理学療法連盟加盟国の教育、臨床実践、プロフィールの調査結果(2003年3月現在)

この調査は2003年3月現在までに世界理学療法士連盟(World Confederationfor Physical Therapy: WCPT)によって収集された加盟国の教育、臨床、理学療法士数などの調査結果をまとめたものである。2006年9月6日にWCPT事務局長、Brenda J Myers氏より入手。そのため、2007年5月に正式に加盟が承認された、アフガニスタン、バハマ、バーレーン、バングラディッシュ、ブラジル(再加盟)、UAE、ギアナ、モンテネグロ、カンボジア、ルワンダの資料は掲載されていない。

1. 教育について

2003年現在、自国で理学療法士の養成学校がない国があり、特に途上国やアフリカ諸国に目立つ。そのような国では隣国にて教育を受け、資格をとることになるが、国によっては理学療法士法が整備されていない国もある。世界各国の教育レベルはさまざまで、日本のように3年生の専門学校から博士課程までそろえる国が存在する一方で、DiplomaやCertificateレベルの国も多い。またアメリカのように、学士レベルでの教育をやめ、専門職大学院に移行している国もある。

2. 臨床実践について

ダイレクトアクセスとは医師の指示なしに患者を診る行為のことを指すが、91か国中38カ国は何らかの制限はあるもののダイレクトアクセスが可能となっている。また、個人クリニックで開業して働く理学療法士も多く、別の資料では世界の約85%の国で理学療法士が個人クリニックを開業しているという。

3. 各国プロフィールについて

アメリカ、ドイツ、イギリスに次ぐ第4位であったが、2007年5月現在、日本の理学療法士協会に所属する会員数はアメリカ合衆国に次ぐ世界第2位で、会員数の増加率から判断するに2008年にはWCPT加盟国の中でも最も会員数の多い国となることが確実である。また、世界各国の理学療法士の男女比は、女性の割合が多い国が多い。

		教	育			臨床実践			プロフ	ィール	
国 名	養成校数	レベル	期間(年)	卒業者 数/年	法律/規則	PT免許の条件 試験/卒業	ダイレクト アクセス	理学療 法士数	会員数	個人クリ ニック数	男:女 比
アフリカ地区(ボツワナ	15カ国)				あり	卒業	不可	45	20	19(8m)	1:2
カメルーン エジプト	1	Degree	4+1イン	50	あり	卒業	不可	>2,000	700	100	
エチオピア	0	Diploma	ターン Diploma	0	あり	卒業	病院では可	13	13		3:1
ガーナ	0				あり	卒業	開業は不可 可	29	27	2	1:3
ケニア マラウイ	1	Diploma	3	20	あり	卒業	可	500	400 32	150	1:10
ナミビア ナイジェリア	0				あり	卒業	可	44	36	36	1:14
南アフリカ	8	Degree	4	249	あり	卒業	可	4,098	2,266	1,100	1945F 140M
スワジランド			_	_					12		
タンザニア]	Diploma	3	7	あり	卒業	不可	91	60	18	3:1
ウガンダ	1	Diploma	3	10	あり	卒業	可	55	45	10	3/2
ザンビア	2	Diploma Degree	3 4	20 20	あり	卒業	不可	150	55	10	1:3
ジンバブエ アジアー西太平:] 洋地区 (17	Degree カ国)	4	18	あり	卒業	可		131		
オーストラリア		Degree	4	629	あり	卒業	可	15,513	10,150	5,300	1:4
フィジー	1	Diploma	3	OLO	なし	-	可	27	23	0,000	1:27
香港	1	Degree	3	100	あり	卒業	不可	1,000	630	160	2:3
インド	-	図)Degree	4-5	5,000	なし	1 2/2	可 保険外	12,000	6,000	1,500	4:7
インドネシア	8	Diploma	3	200	あり	両方	可	1,300	938	100	56:44
イラン	10	Degree	4	250	なし	ررسا	不可	1,500	1,425	250	1:1
日本	89	PhD,MA, BS,PPT	3-4	2,800	あり	試験	不可	20,000	18,496	1,200	4:3
韓国	23	Diplomae &Degre	3-4	1,120	なし	試験	不可	7,000	6,000		2:3
クウェート									190		
マレーシア	1	Diploma	3	40-45	なし	_	可	300	300	10	1:3
ネパール	1	Certificate	3	12	あり	卒業	可	31		25(15m)	17:14
ニュージーラン		Degree	4	132	あり	卒業	可	2,491	1,875	55%	1:4
フィリピン	110	Degree	5	5,000	なし	-		420	300		
サウジアラビア	2		5.5	100	あり	インターン		300		1,000??	16:14
シンガポール]	Diploma	3	30	なし	卒業	可	250	126	15	1:5
スリランカ	1	Certificate	2	25	あり	卒業	不可	261	299	39(20 members)	17/15
台湾	9	Degree& Diploma	4 2	550	あり	試験	不可	1,600	900	データなし	1:1
タイ	7	Degree	4	200	あり	卒業	不可	750	459	とても少ない	1:4
ヨーロッパ地区		Distance	0	000	+ 6	\/	7-	4.500	0.500	1 500	0.1
オーストリア	11	Diploma	3	300	あり	Yes	不可	4,500	3,500	1,500	9:1
ベルギー	25	Graduate Licentiate	4 5 7	2,500	あり		不可	16,500	4,000	データなし	1:1
ブルガリア	7	Doctor 3Degree	7 4	100	あり	卒業	可	4,000	300	データなし	1/3
クロアチア	13	4Diploma Highschool	3	120	あり	1年実践後	不可	3,000	680	50	2/8
, , , ,	10	1 1	4	315	נינט	に試験	1.43	5,500	000	50	۷,0
キプロス	0	2Diploma	3	40	あり	Min.of	可	200	228	165	1:3
イノ山 人	U				טיפט	Health	ÞJ	200	220	100	٥.١
チェコ	17	Diploma& Degree	3	500	あり	卒業	可	5,000	1,721	500	1:10
デンマーク	8	Degree	3-3½	609	あり	卒業	治療は不可、 評価は可		6,903	1,600	1:6
エストニア	1	Degree	4	15	あり	卒業	不可	250	200	0	1:25

			育			臨床実践			プロフ	ィール	
国 名	養成校数	レベル	期間(年)	卒業者 数/年	法律/規則	PT免許の条件 試験/卒業	ダイレクト アクセス	理学療 法士数	会員数	個人クリニック数	男:女
フィンランド フランス ドイツ	17 65 223	Degree Diploma Diploma	3½ 3 3	375 1,500 5,000	あり あり あり	卒業 両方 卒業	可 不可 治療は不可、	9,784 48,000 80,000	7,312 4,000 32,000	1,660 37,000 1/3	1:3 2:1 1:4
ギリシャ ハンガリー	3 5	Degree Degree	4	100 200	あり あり	卒業 卒業	評価は可 不可 不可	3,000 2,250	800 1,600	1,500	1:3 1:99
アイスランド	1	Degree	4	15-18	あり	卒業	治療は不可、 評価は可	370	370	150	1:4
アイルランド イスラエル	3	Degree	4		あり	卒業	可	わからない	1,297 700	220	1:9
イタリア ヨルダン	40 4	Diploma (1) Degree (3)	3 3 4	>1,000 12	あり あり	卒業 卒業	開業では可 不可	35,000 400	3,900 100	データなし 150	1:1 2:3
ラトビア レバノン	1	Licentiate	4	30	あり	卒業	不可	200	130 390	10%	1:9
リヒテンシュタイ? ルクセンブルク リトアニア	ン 0 0	NA Diploma	3-4	15	なし あり	両方	不可不可	29 350	29 300 300	10 280	1:4 1:2
マルタ オランダ	1 11	Degree Degree	4 5,6	20 1,000	あり あり	卒業 卒業	不可 治療は不可、 評価は可	140 17,500	60 17,000	データなし 12,000	2:3 1:1
ノルウェー ポーランド ポルトガル	5 8 7	Degree Degree Degree	4 51/2 3	270 200 250	あり あり あり	卒業 試験 卒業	可可可	6,300 30,000 2,000	6,668 700 928	2,320 Nodata 1/3	1:4 1/3 1/4
ルーマニア スロベニア	8 1	Degree	4 3+9ヵ月	120 14	あり あり あり	卒未 卒業 臨床試験	不可 可	420 1,200	218 836	86 90	1:3 1/9
スペイン スウェーデン スイス	32 7 14	Diploma Degree. Diploma	3 3 4	3,000 550 300	あり あり あり	Yes 卒業 卒業	可 可 制限されている	8,000 9,500 8,000	3,088 11,000 6,000	2,500 1,500 4,000	1:1 1:3 7:3
シリア トルコ イギリス	5 6 26	Certificate Degree Degree	2 4,5 3or4	90 200 1,420	あり なし Inpublic	卒業卒業	不可 不可 不可 可	700 1,500	150 623 31,031	116 700	2:1 1:3
ユーゴスラビア 北アメリカーカ!	2	Diploma	2.5	80	sector あり	卒業	不可	2,000	1,000	200	1:4
北アスリカーカ! バルバドス バミューダ		区 (IE기里)			あり あり	卒業 卒業	不可可	30 28	25 23	10 14	1/5 1:13
カナダ	13	12B 1M	3-4, 2	685	あり	州によって 異なる		13,500	9,500	4,037	1/5
コスタリカ クラサオ グアテマラ		認) Diploma	3	15	なし	卒業	不可	300	55 50repated	Most	1/5
ジャマイカ	2(非 1	Degree	3+1	45from3 15	あり	卒業	不可	75	10pay 100	40	1/10
パナマ プエルトリコ	2	Degree 1 Degree 2Associate	4 2 1	36 36 55	あり あり	卒業 試験	不可不可	180 491	64 262	40 221	1.6 1/10
スリナム	1	Degree	4	NoGrads yet (15)	なし	卒業	可	20	15	MostBoth	1/3
トリニダード& アメリカ合衆国	181	0 B,M,D	2-3	5,000	なし あり	卒業 試験	制限アリ 32州で可	40 108,000	32 46,600	12 28.4%	1:6 1:2
南アメリカ地区 アルゼンチン ボリビア	(ゴル国)	Diploma	5	1300	あり	州ごと	不可	9,000	3,000	70%	1:3
チリ コロンビア エクアドル	1 35	Degree Degree	5 5	130 2,000	あり あり		不可 可	3,000	900 550	80% 70%	1:1 1:9
メキシコ	1	Diploma Degree	3.5 4.5	70	なし	No	不可	2,000	200	500	1:4
ペルー ウルグアイ ベネズエラ	1 3		4 3	50 90	あり あり	卒業	不可不可	1,000	650 150	Unknown 500	1:2 1:5

2003年3月現在

3. 日本理学療法士協会活動関連資料

1) 全国研修会・学術研修大会の変遷

		テーマ	研修会長	 開催地	参加者数
	PETE 41 (1000 (T))	D T #88946470	#500 V/-±		
第1回	昭和41年(1966年)	PT部門管理	駒沢 治夫	東京	30
第2回	昭和42年(1967年)	ファシリテーション	小池 信雄	東京	80
第3回	昭和43年(1968年)	痛み	川畑光雄	大 阪	150
第4回	昭和44年(1969年)	脳卒中	野本卓	東京	120
第5回	昭和45年(1970年)	ファシリテーションテクニック	野々垣嘉男	愛知	380
第6回	昭和46年(1971年)	理学療法におけるリスク管理	鈴木 達司	東京	140
第7回	昭和47年(1972年)	リウマチ	梅田 晃昌	岡山	400
第8回	昭和48年(1973年)	疼痛の解消	奈良 勲	東京	200
第9回	昭和49年(1974年)	農村における脳卒中	伊藤日出男	秋田	140
第10回	昭和50年(1975年)	関節症	宮風 隆夫	京都	237
第11回	昭和51年(1976年)	歩行	古賀 友弥	兵 庫	333
第12回	昭和52年(1977年)	早期リハビリテーションの重要性と諸問題	下畑 博正	福岡	293
第13回	昭和53年(1978年)	評価	細田 多穂	東京	719
第14回	昭和54年(1979年)	評価part I	武富 由雄	大 阪	898
第15回	昭和55年(1980年)	フォローアップを考える	竹谷 春逸	静岡	399
第16回	昭和56年(1981年)	合併症	福田修	北海道	370
第17回	昭和57年(1982年)	難病と理学療法	吉田 和昭	愛知	828
第18回	昭和58年(1983年)	評価と記録	鈴木 一	宮城	599
第19回	昭和59年(1984年)	老化	松本 英雄	長 野	662
第20回	昭和60年(1985年)	理学療法における治療効果	中屋 久長	高知	1,271
第21回	昭和61年(1986年)	PTのための最新医学	大内 二男	神奈川	902
第22回	昭和62年(1987年)	理学療法の有効性	高柳 朔司	熊本	1.339
第23回	昭和63年 (1988年)	痛みに対する理学療法の可能性	錦織 清	島根	1,220
第24回	平成 元 年 (1989年)	理学療法の領域と可能性	奥村 建明	徳島	1.202
第25回	平成 2 年 (1990年)	理学療法の専門性	馬場の大	広島	1.392
第26回	平成 3 年 (1991年)	運動療法における装具を考える	江沢 省司	千 葉	1,280
第27回	平成 4 年 (1992年)	呼吸と理学療法	木下 賢治	和歌山	1,168
第28回	平成 5 年 (1993年)	理学療法の課題と展望	高橋 寛	大分	1,180
第29回	平成 6 年 (1994年)	臨床運動学と理学療法	高木武二	群 馬	1,306
第30回	平成 7 年 (1995年)	高齢化に対応する理学療法	渡辺洋介	沖縄	1.060
第31回	平成 8 年 (1996年)	理学療法評価の再考	中島・敏和	Ш 🗆	1,285
第32回	平成 9 年 (1997年)	理学療法技術	藤縄 理	新潟	1.374
第33回	平成10年(1998年)	運動療法における最新の基礎医学	御厨征一郎	鳥取	1.253
第34回*	平成11年(1999年)	文化を超えて	奈良 勲	神奈川	7,106
第35回	平成12年(2000年)	理学療法における最新の評価と治療	松永義博	香川	1,321
第36回	平成13年(2001年)	テクニカルスタンダード	山田道廣	佐賀	2,000
第37回	平成13年(2007年)	理学療法と隣接領域との連携	高橋穂	山形	1,284
第38回	平成 15年 (2003年)	理学療法の資質-人間性・知識・技術-	金子操	栃木	1,400
第39回	平成 16年 (2004年)	生子療法の負責・人間は、知識、技術 生活支援に向けた理学療法・一専門性を活かす視点ー	門脇明仁	奈良	2.300
第40回	平成17年(2004年)	生活文法に向けた理学療法 ― 等に性を活がす税点― 動作の探究 ―座る・立つ・歩く―	保村譲一	示 · 反 · · · · · · · · · · · · · · · · ·	2,360
第41回	平成17年(2005年) 平成18年(2006年)	製TFの採売 一座る・立フ・歩く一 生活機能向上に対する理学療法技術	体的	変 和 長 崎	2,360 1.889
	1				,
第42回	平成19年(2007年)	先端科学と理学療法の未来	居村 茂幸	茨城	2,000
第43回	平成20年(2008年)	評価の再考	水本善四郎	札幌	1,981
第44回	平成21年(2009年)	理学療法テクニックセオリーの再考	大西 昇一	三重	3,269
第45回	平成22年(2010年)	近未来に向けての理学療法~理学療法アプローチの確立~	山内正雄	愛媛	1,776
第46回	平成23年(2011年)	原点回帰-再考・今、理学療法士に何が求められているか-	小林 伸一	山梨	1,800
第47回	平成24年(2012年)	より認知される理学療法を求めて-評価と治療を究める-	梅本 昭英	鹿児島	2,327

^{*}第34回はWCPT (世界理学療法学会) と同時開催 第41回より全国研修会から学術研修大会へ名称を変更した。

2) 日本理学療法士学会・学術大会の変遷

回数	開催年	テーマ	学会長	開催地	参加者数	演題数
第1回	昭和41年(1966年)	PT管理と運営	遠藤 文雄	東京	60	0
第2回	昭和42年(1967年)	整形外科のPTを中心として	岩本敬	大 阪	100	5
第3回	昭和43年(1968年)	切断	矢郷彌太郎	東京	300	26
第 4 回	昭和44年(1969年)	ジストロフイー	平川 教次	兵 庫	500	35
第5回	昭和45年(1970年)	片マヒ	山口 二郎	福島	700	49
第6回	昭和46年(1971年)	臨床教育	谷岡 淳	東京	550	35
第7回	昭和47年(1972年)	コミュニケーション	和才嘉昭	福岡	600	48
第8回	昭和48年(1973年)	理学療法士の壁	浅野 達雄	大 阪	700	52
第9回	昭和49年(1974年)	リハビリテーション工学	古川良三	愛知	500	60
第10回	昭和50年(1975年)	理学療法 10年の歩み	後藤 宜久	東京	750	71
第11回	昭和51年(1976年)	守ろう、福祉医療を、理学療法士で	浜島 良知	宮城	1,000	101
第12回	昭和52年(1977年)	地域医療と理学療法	山内 孝	北海道	526	121
第13回	昭和53年(1978年)	地域における高齢者の理学療法	中屋 久長	高 知	808	120
第14回	昭和54年(1979年)	ゴールセッティングを考える	谷島 朝生	神奈川	1,186	76
第15回	昭和55年(1980年)	社会のニードと理学療法	高橋 長	広島	1,200	101
第16回	昭和56年(1981年)	接点の理学療法	宮風 隆夫	京都	1,300	153
第17回	昭和57年(1982年)	理学療法士の志向性	貴田 正秀	秋 田	1,000	146
第18回	昭和58年(1983年)	理学療法学の確立	関川 博	東京	1,200	178
第19回	昭和59年(1984年)	理学療法学の確立	奈良 勲	石 川	1,000	162
第20回	昭和60年(1985年)	21世紀社会-理学療法士からの提言	西本 東彦	大 阪	1,655	183
第21回	昭和61年(1986年)	関節メカニズムと運動療法	下畑 博正	福岡	1,555	184
第22回	昭和62年(1987年)	日本における理学療法の独創性	武富 由雄	兵 庫	1,600	216
第23回	昭和63年(1988年)	医療機関以外での理学療法	渡辺 俊弘	愛 媛	1,828	262
第24回	平成 元 年(1989年)	理学療法と福祉社会	清水 宏一	岩 手	1,433	270
第25回	平成 2 年 (1990年)	四半世紀の歩み	福田修	北海道	1,603	405
第26回	平成 3 年 (1991年)	科学からのメス	古米 幸好	岡山	2,234	360
第27回	平成 4 年(1992年)	移動と理学療法	奥村 愛泉	長 崎	1,968	433
第28回	平成 5 年 (1993年)	国際的視野に立った理学療法	田口順子	神奈川	2,030	454
第29回	平成 6 年 (1994年)	障害予防と理学療法	伊藤日出男	青 森	1,680	481
第30回	平成 7 年(1995年)	21世紀への理学療法プランニング	細田 多穂	東京	2,031	526
第31回	平成 8 年(1996年)	理学療法の基礎	野々垣嘉男	愛知	2,028	523
第32回	平成 9 年(1997年)	保健・福祉への理学療法プランニング	関 勝男	埼玉	2,661	562
第33回	平成10年(1998年)	健康科学としての理学療法士	森永 敏博	京都	2,522	642
第34回*	平成11年(1999年)	文化を超えて	奈良 勲	神奈川	7,106	252
第35回	平成12年(2000年)	理学療法の効果判定	内匠 正武	鹿児島	2,570	801
第36回	平成13年(2001年)	21世紀の理学療法	佐々木久登	広島	3,836	850
第37回	平成14年(2002年)	医療環境の変化と理学療法	石井 俊夫	静岡	3,400	837
第38回	平成15年(2003年)	科学的根拠に基づく理学療法	中澤 住夫	長 野	3,400	865
第39回	平成16年(2004年)	病気・障害、そして健康…理学療法学の近未来に向けて	半田 健壽	宮城	4,640	1,059
第40回	平成17年(2005年)	臨床的感性からの創造	林 義孝	大 阪	8,300	1,242
第41回	平成18年(2006年)	理学療法の可能性	内山 靖	群馬	4,390	1,186
第42回	平成19年(2007年)	飛躍への挑戦 ーアウトカムの検証ー	黒川幸雄	新潟	5,001	1,371
第43回	平成20年(2008年)	理学療法のTotalQualityManagement	橋元 隆	福岡	5,851	1,749
第44回	平成21年(2009年)	EBPTの構築を目指して	柳澤健	東京	6,607	1,726
第45回	平成22年(2010年)	チャレンジ・健康日本~高齢社会における担い手を目指して~	西脇 雅	岐阜	4,478	1,543
第46回	平成23年(2011年)	リハビリテーションの未来図~理学療法は社会にどう貢献するべきか~	武田 禎彦	宮崎	4,167	1,513
第47回	平成24年(2012年)	プロファッション!新たなるステージへ	八木 範彦	兵 庫	8,010	1,509

^{*}第34回はWCPT (世界理学療法連盟学会)、全国研修会と同時開催 第36回より理学療法士学会から理学療法学術大会へ名称を変更した。

3) 講習会・研修会(平成23年4月~平成25年3月)

①理学療法士講習会 基本編~理論

開催年月	テーマ	開催地	開催年月	テーマ	開係	催地
平成234	年			徒手療法の理論的背景と基礎~頸部から肩の評価と治療~	福	岡
6月	徒手療法の理論的背景と基礎	北海道		脳卒中片麻痺者に対する理学療法の考え方	愛	知
	肩関節の解剖と理学療法in滋賀	滋賀	l	パーキンソン病の理学療法	京	都
	徒手的理学療法の基礎的な評価と治療~腰椎・股関節疾患を中心に~	石 川		痛みの基礎と理学療法	Щ	
7月	痛み・麻痺・運動機能障害に対する治療的アプローチの理論と実践	東京	平成24年	=		
	理学療法士のための「動作観察・分析」の基本	愛 知	1月	肩関節周囲炎の理学療法(物理療法の選択から具体的運動療法まで)	東	京
	人工股・膝関節全置換術患者に対する評価と理学療法	石 川		筋骨格系障害に対する治療的手段-理論-	香	JH
	徒手療法の理論的背景と基礎〜腰部の評価と治療〜	岡山	2月	徒手理学療法に必要な画像診断・評価・治療の基礎知識(膝・足関節)	岐	阜
	身体知覚と運動学習	徳 島	i	臨床実習教育の方法論	高	知
	日常生活動作練習の進め方	高 知		徒手療法の理論的背景と基礎~頸部から肩関節の評価と治療~	愛	媛
8月	脳卒中患者に対する基本的理学療法の進め方	福岡	3月	下肢切断の理学療法	兵	庫
	中枢神経疾患の運動療法	山形	6月	徒手的理学療法の基礎的な評価と治療-腰椎・股関節を中心に-	石	JH
	運動療法の進め方	神奈川		徒手的理学療法の基礎-脊柱・骨盤に対して-	北	海道
	臨床で役立つ臨床動作分析とその治療	秋 田		認知機能障害に対する理学療法	大	阪
	股関節機能障害に対する理学療法の進め方の基本	福島	i	姿勢と運動の脳・神経科学	大	阪
	脳血管障害に対する運動療法	広島	i	筋骨格系障害に対する治療的手段-理論-	兵	庫
	徒手的理学療法の理論的背景と基礎	長崎		運動機能障害に対する徒手理学療法・腰椎・骨盤の評価と治療・	岐	阜
	理学療法士のプロフェッショナル	広島	7月	脳卒中における画像の見方と装具療法の考え方の基本	鹿」	児島
	理学療法士のための脳画像のみかた-脳血管障害を中心として-	高知		カルテを読み解くことで病態を理解し理学療法を行おう	滋	智
	運動連鎖を利用した下肢障害の理学療法	和歌山		人工股・膝関節全置換術患者に対する評価と理学療法	石	JII
9月	運動器超音波の基礎と臨床	秋田		痛み・麻痺・運動機能障害に対する治療的アプローチの理論と実践		京
- / 3	臨床実習教育の方法論	東京		臨床解剖学的視点による脳卒中のとらえ方とアプローチ	奈	_
	若手理学療法士のための臨床研究法入門	福井		身体知覚と運動学習	徳	
	肩関節の解剖と理学療法in奈良	奈良		理学療法におけるリスク管理		 奈川
	下肢関節疾患の理学療法〜関節運動へのアプローチ〜	青森		徒手療法の理論的背景と基礎一股関節、膝関節、足関節の徒手療法一		Ш
	変形性膝関節症の理学療法	広島		中枢神経疾患の評価とアセスメントの基礎	福	島
	脳卒中患者に対する基本的理学療法の進め方	東京		肩関節における機能解剖と理学療法評価・治療	東	京
	脊髄損傷の理学療法	愛知		臨床動作分析	愛	知
	早期離床に必要な臨床評価の基礎知識	大 分		腰痛疾患の評価と治療	福	岡
	脳卒中理学療法に必要な基本的知識	秋田		膝関節障害における機能解剖学的みかた	秋	
	慢性閉塞性肺疾患患者への呼吸リハビリテーションの基礎と臨床	茨城		脳血管障害に対する運動療法	広	島
	姿勢・動作観察の基本	鹿児島		中枢神経疾患の運動療法	Ш	
	臨床解剖学的視点による脳卒中のとらえ方とアプローチ	佐賀		呼吸器理学寮法の理論的背景と基礎(長崎)	長	
	肩関節の解剖と理学療法in和歌山	和歌山		臨床で役立つ臨床動作分析とその治療	秋	_
10月	同の理学療法	群馬		変形性膝関節症の理学療法	埼	玉
1073	臨床解剖学的視点による脳卒中のとらえ方とアプローチ	兵 庫		画像の診方ー必要な知識として一	愛	知
	観察による歩行分析	北海道		理学療法士のための脳画像のみかた	高	知
	日常生活動作練習の進め方	北海道		内部障害に対する理学療法の進め方の基本(鹿児島)		記見
	肩関節疾患の理学療法について	千 葉		若手理学療法士のための臨床研究法入門		井
	理学療法における感染予防策とその周辺知識	広島		肩関節の解剖と理学療法in高知	高	知
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	熊本		下肢関節疾患の理学療法―関節運動へのアプローチ	青	森
	運動器リハビリテーションの画像診断と評価と治療~腰部・骨盤・下肢編	岐阜		日常生活活動の分析ー身体運動学的アプローチ	宮	城
	投球障害に対する理学療法の基礎	愛知		脳卒中患者に対する基本的理学療法の進め方(東京)		京
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	兵 庫		理学療法における感染予防策とその周辺知識		島
	高次脳機能障害に対する評価と治療	宮崎		早期離床に必要な臨床評価の基礎知識 Part2		分
11月	同次個機能降音に対する計画と治療 肩関節の解剖と理学療法in広島	広島		脳卒中片麻痺に対する運動力学的視点からの歩行アプローチ	愛	媛
11/3	中枢神経疾患の理学療法アプローチ	岩手		統合的な運動連鎖の概念とそのメカニズム		形
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	東京		臨床実習教育の方法論		京
	中枢神経疾患の捉え方と治療	静岡		PTに必要な画像と臨床データーの読み方		小川
	W解剖学および運動学的思考に基づく脳卒中理学療法の展開	市 森		観察による歩行分析		川 海道
		三重		慢性閉塞性肺疾患患者への呼吸リハビリテーションの基礎と臨床		
	腰痛疾患の評価と治療				茨	
	徒手的理学療法の理論的背景と基礎~下部体幹(腰から股・膝関節を中心に)	鳥取		解剖学運動学的視点からみた脳卒中のとらえ方とアプローチ	佐出	
	体幹の機能解剖と運動の基礎~胸郭の病態メカニズムと理学療法~	岩手		体幹の機能解剖と運動の基礎~胸郭の病態メカニズムと理学療法~		手杰
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	福島		脳解剖学および運動学的思考に基づく脳卒中理学療法の展開	青	森
	小児科領域の理学療法〜急性期から在宅まで〜	福井		投球障害に対する理学療法の基礎	愛	
100	機能障害に対する物理療法の理論と方法	兵 庫		脳卒中理学療法に必要な基本的知識	秋	
12月	内部障害合併患者のリスクマネジメント基礎知識	福井		徒手的治療手技の基礎-上部体幹から上肢-	鳥	取
	運動機能障害に対する徒手理学療法-頚椎・肩甲帯の評価と治療ー	岐阜		肩関節疾患の理学療法について カ知策を与える理学療法について	干	
	呼吸器疾患に対する理学療法の進め方の基本	滋賀		内部障害に対する理学療法の進め方の基本(熊本)	熊	
	画像(レントゲン・MRI・CT)の診方~骨・関節系~	北海道		理学療法士のプロフェッショナリズム	広	_
	脳卒中に対する装具療法の取り組み	和歌山		内部障害に対する理学療法の進め方の基本	福	島
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	福岡		肩関節の解剖と理学療法in和歌山	和語	歌山

①理学療法士講習会 基本編~理論(つづき)

開催年月	ラーマ		開催年月	テーマ	開係	崔地
11月	小児科領域の理学療法-急性期から在宅まで-腰痛疾患の評価と治療内部障害に対する理学療法の進め方の基本(東京)呼吸・循環セミナー「チーム医療に参画するための基礎知識」中枢神経疾患の捉え方と治療育髄損傷の理学療法	福三東富静愛井重京山岡知		肩関節の理学療法 運動療法の進め方 内部障害に対する理学療法の進め方の基本 徒手理学療法に必要な画像診断・評価・治療の基礎知識(膝・足関節) 脳卒中片麻痺患者における装具療法の実践 痛みの基礎と理学療法	群神奈岐和山	馬川 良阜山口
12月	肩関節の解剖と理学療法in広島 脳卒中後遺症者に対する理学療法アプローチ 内部障害合併患者のリスクマネジメント基礎知識 徒手療法の理論的背景と基礎~下部体幹から下肢の評価と治療~ 肩関節の解剖と理学療法in滋賀 画像(レントゲン・MRI・CT)の診方-神経系- パーキンソン病の理学療法 内部障害に対する理学療法の進め方の基本(福岡)	広岩福福滋北京福島手井岡賀道都岡	平成25年 1月 2月 3月	日本	静東香愛徳沖兵	岡京川媛島縄庫

②理学療法士講習会 基本編~技術

開催年月	テーマ	開催地	開催年月	テーマ	開催地
平成23:	年				
9月 10月 11月	関節可動域治療の基本ー骨関節系疾患に対する関節可動域治療 関節可動域治療の基本〜骨関節系疾患に対する関節可動域治療手技 関節可動域治療の基本〜骨関節疾患に対する関節可動域治療手技 関節可動域治療の基本〜上肢に対する関節可動域治療手技 関節可動域治療の基本〜骨関節系疾患に対する関節可動域治療手技 関節可動域治療の基本〜骨関節系疾患に対する関節可動域治療手技	福愛 秋高島愛 田知根知	10月	筋力増強運動 - 骨関節系疾患編と高齢者及びスポーツ運動手技 - 関節可動域治療の基本 - 骨関節系疾患に対する関節可動域治療技術手技 - 関節可動域治療の基本 - 上肢に対する関節可動域治療技術手技 - 関節可動域治療の基本 - 骨関節系疾患に対する関節可動域治療 - 関節可動治療の基本 - 運動器系疾患に対する関節可動域治療手技 - 下肢の関節系・筋系障害に起因する治療を中心に -	石愛高秋 島
平成24: 1月 3月 9月	年 関節可動域治療の基本~下肢に対する関節可動域治療手技 関節可動域治療の基本~骨関節系疾患に対する関節可動域治療手技 関節可動域治療の基本「運動器系疾患に対する関節可動域治療手技」 - 上肢の関節系・筋系障害に起因する治療を中心に -	北海道 長 野 長 野	平成25 ⁴ 1月 3月	関節可動域制限に対する治療手技の基本 筋力増強運動 骨関節系疾患に対する治療手技 年 関節可動域治療の基本-下肢に対する関節可動域治療技術手技- 筋力増強運動 技術編	愛 知 愛 知 北海道 東 京

③理学療法士講習会 応用編

開催年月	テーマ	開催地	開催年月	テーマ	開催	詳地
平成234	年			徒手理学療法-MulliganConcept:LowerQuarter	東	京
6月	理学療法におけるリスク管理	神奈川		徒手理学療法-末梢神経症状の評価と治療	埼	\pm
	理学療法士による移動・移乗の介助	神奈川		上肢・下肢の触診機能解剖	東	京
7月	呼吸理学療法の実際	大 坂		呼吸理学療法	愛	知
	変形性股関節症の理学療法	神奈川		脳の機能解剖学・運動学からみた片麻痺の理学療法	Ξ	重
	テープ療法-筋骨格系疾患の段階的診療法-有痛性肩関節制動症	大 坂		脊髄損傷の理学療法	兵	庫
	コアコンディショニングとコアセラピー	沖縄	9月	理学療法士リーダー研修会	広	島
	マスターしよう!! 神経筋促通治療法 (PNF治療法) のパターン	静岡		脊柱・体幹の触診機能解剖	東	京
	痛み・麻痺・運動機能障害に対する治療的アプローチの理論と実践	高 知		下枝切断の理学療法	神奈	11(3
	クラインフォーゲルバッハの運動学の治療的応用	岩 手		成人片麻痺の評価と治療	東	京
	徒手的理学療法-肩甲帯・上肢の評価治療とクリニカルリーズニング-	佐 賀		呼吸理学療法の理論と実際〜急性呼吸不全を中心に〜	京	都
	生態心理学概念を導入した運動療法-基礎編:動作分析	福井		痛みに対する臨床推論と理学療法アプローチ	愛	媛
	脳性まひ児のための馬を使った運動療法	石 川		触圧覚刺激法	愛	知
	脊柱のマニュアルセラピー 評価と治療手技	岐阜		質の質の高いリハビリテーション部門運営のための仕組み作り	千	葉
8月	成人片麻痺の評価と治療	大 坂		筋膜リリース〜基礎から応用〜	東	京
	PNF講習会 応用編『ADL指向型PNF』	愛媛		臨床動作分析	Щ	形
	痛み・麻痺・運動機能障害に対するマイオチューニングアプローチの理論と実践	東京		ボバース概念に基づく脳性麻痺児の評価と治療	東	京
	脳卒中に対する運動療法ーバイオメカニクスを考慮した運動療法の理論と実際ー	京都		下肢の運動学と理学療法A	京	都
	「肺理学療法の実際」	長 野		中枢神経疾患に対する理学療法	愛	媛
	高次脳機能と理学療法	埼玉		姿勢保持の評価とその技術	秋	\blacksquare
	痛み·麻痺·運動機能障害に対する治療的アプローチの理論と実践	ЩП	10月	筋・筋膜性可動域制限と痛みに対する評価と治療	富	山
	徒手理学療法-MulliganConcept:UpperQuarter	熊本		複合性局所疼痛症候群(CRPS)の評価と運動療法	東	京

③理学療法士講習会 応用編(つづき)

開催年月	テーマ	開催	地	開催年月	テーマ	開催地	也
	NICUにおける理学療法(長野版)	長	野		呼吸理学療法	愛失	田
	運動障害に対するエコロジカル・アプローチー生態心理学的概念に基づいて一		岡		脳の機能解剖学および運動学からみた片麻痺の理学療法		Ē
	Palpation(触診)と軟部組織に対するアプローチ(四肢編)	岐	阜		筋膜リリース〜基礎から応用〜		京
	PNF基礎編	和歌	œЩ	9月	痛み・麻痺・運動機能障害に対するマイオチューニングアプローチの理論と実践	東方	· 京
	心・肺・腎の連関と運動療法を考える(ベーシックコース)	畄	Ш		脳卒中に対する運動療法	京者	邹
	筋骨格系疾患の段階的診療法	石	Ш		理学療法士リーダー研修会	広島	兽
	下肢のマニュアルセラピー~評価と治療~	愛	媛		脳卒中歩行病態の評価と3D下肢装具療法	高矢	田
	脳卒中片麻痺者の評価と治療		梨		ボバース概念に基づく脳性麻痺児の評価と治療	東方	京
	子どもの環境設定と運動療法		JII		運動障害に対するエコロジカル・アプローチ	静區	当
	はじめて学ぶ!よくわかる理学療法研究の基本一研究疑問の見つけ方から計画の立案まで一	静	岡		呼吸理学療法の理論と実際〜急性呼吸不全を中心に〜	兵 厚	車
11月	臨床での徒手的理学療法-腰痛に対するクリニカルリーズニング-	和歌	ZШ		触圧覚刺激法 ベーシックコース	愛失	E
, ,	成人片麻痺の評価と治療		島		姿勢保持の評価とその技術		∄
	肩の機能解剖と理学療法		庫		筋骨格系障害に対する臨床推論と理学療法アプローチ	愛奶	暖
	リスク管理講習会	千	葉		高次脳機能と理学療法		F
	腰痛患者に対する教育的アプローチ		智		質の高いリハビリテーション部門運営のための仕組み作りとその実行	千 第	葉
12月	運動負荷心電図講習会		京		下肢の運動学と理学療法A		邹
. — , 3	神経筋促通治療法(PNF治療法)の日常生活動作での使い方一寝返りから立ち上がりまで一		岡		脊髄損傷の理学療法	大阪	
平成244				10月	脳卒中後遺症者に対する評価と治療の実践		杉
1月	成人片麻痺の運動療法	茨	城		複合性局所疼痛症候群(CRPS)の評価と運動療法	東京	京
	下肢の運動学と理学療法B		都		PNF臨床編	和歌山	Ш
2月	高齢者の運動機能向上および転倒予防のための評価と運動療法	京			生態心理学的概念に基づいた運動療法-理学療法士としての身体づくり-	和歌山	
_,,	認知神経リハビリテーション(認知運動療法)		岡		心・肺・腎の連関と運動療法を考える(ベーシックコース)	岡山	
	脊髄障害に対する理学療法の実際	神奈			筋骨格系疾患の段階的診療法	石川	
	片麻痺歩行病態の新たな評価と分析に基づいた下肢装具療法の介入		知		上部体幹(頸椎・胸椎)から上肢のマニュアルセラピー		暖
	徒手的理学療法一肩甲帯・上肢の評価治療とクリニカルリーズニング		潟		コアセラピーの理論と実践		当
	臨床における呼吸理学療法		媛		脳卒中片麻痺者の実践的アプローチ		梨
	成人片麻痺の評価と治療		田		中枢神経疾患に対する理学療法		暖
	がんの理学療法		玉		子どもの環境設定と運動療法	石川	
3月	呼吸理学療法の実際~内科系呼吸障害を中心に~	大		11月	リスク管理講習会		葉
6月	変形性股関節症の理学療法	神奈		/ 3	同の機能解剖と理学療法 この機能解剖と理学療法	- · ·	
0/1	呼吸理学療法の実際	大			臨床での徒手的理学療法-頚部の痛みと機能障害-	和歌山	
	理学療法士による移動の介助(旧リフティング法)	神奈			理学療法士職域拡大セミナー(顎関節障害の評価と治療)	東方	
	変形性膝関節症の運動器リハビリテーションー段階的診療法ー	大			成人片麻痺の評価と治療		語
7月	痛み・麻痺・運動機能障害に対する治療的アプローチの理論と実践			12月	運動負荷心電図講習会	東京	
, ,,,	理学療法士職域拡大セミナー(頭痛の評価と治療)		京	/ 3	がんの理学療法		¥
	クラインフォーゲルバッハの運動学の治療的応用		手		筋・筋膜性可動域制限と痛みに対する治療	富山	_
	水中理学療法の実際	神奈			育柱・体幹の触診機能解剖	北海道	
	脳性まひ児のための馬を使った運動療法	石			ボバース概念に基づく脳性麻痺児の評価と治療	東京	
	徒手的理学療法-骨盤帯・下肢-	_	賀		成人片麻痺の運動療法	茨坝	-
	生態心理学概念を導入した運動療法ー基礎:臨床動作分析ー		井		痛み・麻痺・運動機能障害に対するマイオチューニングアプローチの理論と実践		知
8月	下肢のマニュアルセラピー評価と治療手技		阜		理学療法における運動学習の基礎と実践		馬
0/1	「PNFコンセプトを用いた運動器障害に対するアプローチ」		一 媛	平成 25年		10+ /11	עו
	成人片麻痺の評価と治療	大		2月	・ 下肢の運動学と理学療法B	京者	<u>₽</u> 17
	成人方MAMAの計画と加索 MulliganConcept:神経モビライゼーション		本	└ /コ	認知神経リハビリテーション(認知運動療法)	静間	
	徒手的理学療法-MulliganConcept - 預胸椎及び肩甲帯~手指に対する評価と治療	東			育髄障害に対する理学療法の実際	神奈川	
	使于可は子原本「Mulligal College」「規則性及び肩甲帝で子指に対する計画と元原 肺理学療法の実際		野野		骨髄障害に対するほ子療法の美味 骨盤帯・下肢の評価治療とクリニカルリーズニング	新湯	
	かほ子原広の天际 観察による臨床運動・動作分析		城		情盤市・下版の計画//療とグリー///// 協床における呼吸理学療法	愛媛	
	観察による臨床運動・動作が削 徒手理学療法 – MulliganConcept		玉		成人片麻痺の評価と治療	秋 日	
	上肢・下肢の触診機能解剖	東		3月	成人万 麻痺の計画と	大队	
	工放・下放の触診機能辨引 成人片麻痺の評価と治療		-	97	*) *	Л I).	ıΧ
	ルスハロ Mがキリリ 正川 (二/口)京	東	不				

④-1 各種講習会・研修会(教育部・生涯学習部)

	開催地	開催年月
教育部		
臨床実習指導者研修会	北海道	平成24年 2月
臨床実習指導者研修会	山形	平成24年 2月
臨床実習指導者研修会	茨 城	平成23年11月
臨床実習指導者研修会	静岡	平成23年11月
臨床実習指導者研修会	兵庫県	平成24年 2月
臨床実習指導者研修会	広島	平成23年11月
臨床実習指導者研修会	徳島	平成24年 2月
臨床実習指導者研修会	長 崎	平成24年 2月
教員研修会	兵 庫	平成23年11月
教員研修会・福岡	福岡	平成24年 2月
教員研修会・愛知	愛 知	平成24年 2月
生涯学習部		
新人教育プログラム履修促進研修会:札幌	北海道	平成23年 6月
新人教育プログラム履修促進研修会:新潟	新 潟	平成23年 7月
新人教育プログラム履修促進研修会:東京	東京	平成23年 8月
新人教育プログラム履修促進研修会:島根	島根	平成23年10月
新人教育プログラム履修促進研修会:大分	大 分	平成23年11月
新人教育プログラム履修促進研修会:沖縄	沖縄	平成24年 1月
新人教育プログラム履修促進研修会:徳島	徳島	平成24年 2月
新人教育プログラム履修促進研修会:神戸	兵 庫	平成24年 3月
理学療法リカレント講習会(東北3県)	宮城	平成24年 3月
理学療法リカレント講習会(東北3県)	福島	平成24年 6月
理学療法リカレント講習会(東北3県)	岩 手	平成24年 9月
臨床実習·教育指導者研修会(仙台)	宮城	平成24年 8月
臨床実習·教育指導者研修会(和歌山)	和歌山	平成24年 8月
臨床実習·教育指導者研修会(鳥取)	鳥取	平成24年11月
臨床実習·教育指導者研修会(千葉)	千 葉	平成24年11月
臨床実習·教育指導者研修会(九州)	福岡	平成24年12月
臨床実習·教育指導者研修会(高知)	高知	平成25年 1月
臨床実習·教育指導者研修会(石川)	石川	平成25年 2月
臨床実習·教育指導者研修会(札幌)	北海道	平成25年 2月

④-2各種講習会・研修会

	開催地	開催年月
通所系リハビリテーション研修会 通所系リハビリテーション研修会 東京会場 通所系リハビリテーション研修会 大阪会場 介護予防アドバンス公開講座 提案型管理者育成を目指したワークショップ 第6回訪問リハビリテーション管理者研修会 STEP1 ~剛山会場~ 第7回訪問リハビリテーション管理者研修会 STEP1 第8回訪問リハビリテーション管理者研修会 STEP1 第9回訪問リハビリテーション管理者研修会 STEP1	東大東東岡東愛宮京阪京京山京知城	平成24年11月 平成24年2月 平成24年12月 平成24年2月 平成23年4月 平成23年9月 平成24年7月 平成24年9月
第7回起業促進セミナー〜福岡会場〜 起業支援セミナー合宿〜東京会場〜 起業支援セミナー 起業支援セミナー合宿 リカレント研修会(中堅管理者対象) リカレント研修会(中堅管理者対象)	福東東東福東岡京京京同京	平成23年10月 平成23年11月 平成24年 7月 平成24年 9月 平成24年 9月 平成24年 9月
日本理学療法士協会指定研修(大阪会場) 日本理学療法士協会指定研修(福岡会場) 日本理学療法士協会指定研修(北海道会場) 日本理学療法士協会指定研修(東京会場) 日本理学療法士協会指定研修(大阪会場) 日本理学療法士協会指定研修(福岡会場) 日本理学療法士協会指定研修(北海道会場) 日本理学療法士協会指定研修(北海道会場) 日本理学療法士協会指定研修(東京会場)	大福北東大福北東 阪岡道京阪岡道京阪岡道京	平成23年 9月 平成23年 8月 平成23年 9月 平成23年 8月 平成24年 7月 平成24年 7月 平成24年 8月 平成24年 8月
第6回国際教育セミナー 第7回国際教育セミナー 第19回海外技術協力セミナー 第20回海外技術協力セミナー及び記念式典	東東東東東京京京京京	平成23年 7月 平成25年 3月 平成24年 1月 平成25年 1月

⑤-1 専門領域研究会

研修会名	テーマ	開催	地	開催年月
1 基礎理学療法研究部会				
動物・培養細胞を対象とした体験型研修会	中枢神経障害に対する理学療法	愛		平成23年 9月
	バランス制御の身体運動学的分析	宮		平成23年12月
講演型研修会-知っとっと?近の肥大と萎縮のメカニズム-		福市		平成24年 7月
体験型研修会 姿勢制御の運動解析 - その可能性と限界 - 2 神経理学療法研究部会	男/凹 夫缺ンリー人]	東	뭈	平成24年 9月
こか程は子原公明元即云 神経理学療法研究部会学術集会		兵	庫	平成23年12月
神経部会理学療法講習会in兵庫		兵		平成23年 7月
神経部会理学療法講習会in東京			京	平成24年 2月
神経理学療法研究部会講習会	脳卒中理学療法の視点と実際	兵	庫	平成24年 8月
第4回心理精神領域理学療法セミナー	身体リハビリテーションにおける精神医学・心理学的対応		京	平成24年 9月
第9回日本理学療法士協会神経理学療法研究部会学術集会			潟	平成24年12月
神経理学療法研究部会研修会(福岡)	ミラーニューロンの明らかにしたもの		岡 城	平成25年 2月
神経理学療法研究部会研修会(宮城) 第5回心理精神領域理学療法セミナー	学習と脳-ニューロリハビリテーションを実践するための脳科学の基礎- 理学療法において精神心理領域をもっと身近なものとして考えよう。		观 島	平成25年 2月 平成25年 2月
3運動器理学療法研究部	注子原広に切りて相呼心注視域でもJC対点なものとして考える J。	Ш	与	十成23年 2月
平成23年度専門領域運動器理学療法研究部会主催研修会		埼	玉	平成24年 3月
平成24年度専門領域運動器理学療法研究部会主催研修会	臨床研究による理学療法診断学構築の具体的手法	-	島	平成24年10月
平成24年度専門領域運動器理学療法研究部会主催研修会	運動機能障害に対する機能診断とクリニカルリーズニング	宮	城	平成24年11月
平成24年度専門領域運動器理学療法研究部会主催研修会	臨床研究による理学療法診断学構築の具体的手法	畄	Щ	平成25年 2月
4内部障害理学療法研究部会				T 1000 5
糖尿病研修会(神奈川)		神奈		平成23年 6月
糖尿病研修会(大阪) 糖尿病研修会(石川)		大石	別	平成23年 3月 平成24年 2月
糖尿病研修会(香川)		4		平成24年 2月
循環器理学療法入門セミナー		東		平成24年 4月
循環器理学療法講習会	運動療法中の生体反応モニタリング	愛	-	平成23年 5月
循環器理学療法講習会	心臓・大血管手術後の理学療法	東	京	平成23年 6月
循環器理学療法講習会	心不全の理学療法	神奈]	平成23年 9月
循環器講習会 教育セミナー Part4		神奈		平成24年 1月
循環器エポックミーティング		神奈		平成23年 7月
内部障害理学療法研究部会呼吸班理学療法研修会(神奈川) 循環器理学療法入門セミナー		神奈東		平成24年 4月
個項格理学療法人口セミナー 循環器理学療法入門セミナー理学療法生体反応モニタリング	as d	宋 愛	-	平成24年 4月 平成24年 5月
心臓・大血管手術後の理学療法		東		平成24年 6月
糖尿病研修会		神奈	-	平成24年 6月
糖尿病理学療法研修会(教育)	行動科学的理論・アプローチをふまえた教育方法	大	阪	平成24年 8月
心不全の理学療法		神奈		平成24年 9月
糖尿病理学療法研修会(運動器)	運動機能障害を持つ糖尿病患者に対する理学療法	石		平成24年10月
呼吸理学療法講座		岩如本	-	平成24年11月
循環器理学療法アドバンス 循環器教育セミナー		神奈東		平成24年11月 平成25年 1月
循環路教育とミナー 糖尿病理学療法研修会(評価)	糖尿病理学療法の実践的評価	香		平成25年 7月 平成25年 3月
5生活環境支援理学療法研究部会			,,,	130201 073
福祉用具セミナーⅡ(移乗編)		兵	庫	平成23年 9月
中級障がい者スポーツ指導養成講習会		大		平成23年 9月·10
福祉用具セミナーⅢ(車いす編)				平成23年11月
第3回学術集会セミナー				平成23年12月
福祉用具セミナーⅠ(起居編) 福祉用具セミナーⅣ(住宅改修編)				平成24年 1月 平成24年 2月
福祉用具セミナー(車いす編)				平成24年 2月
福祉用具セミナー(起居編)				平成24年11月
	地域理学療法領域における補装具支援介入			平成24年11月
福祉用具セミナー(移乗編)		兵	庫	平成24年12月
福祉用具セミナー(住宅改修編)		大	阪	平成25年 2月
6物理療法研究部会		/=	_	T-#-00 F-10 F
第19回日本物理療法学会学術大会			島	平成23年10月
教員対象講習会	物理療法を構造的に考える	果京	-	平成23年11月 平成24年10月
第20回日本物理療法学会学術大会in 草郏	カーエルボノム と 旧がたドコト ワノしの	兵		平成24年10月
第20回日本物理療法学会学術大会in京都 物理療法における教育と研究		//		
物理療法における教育と研究		共	/=	
物理療法における教育と研究		六 愛		平成23年 8月
物理療法における教育と研究 7教育・管理理学療法研究部会 教育研究会 管理運営研修会	リハビリテーション部門のマネジメント	愛富	知 山	平成23年11月
物理療法における教育と研究 7教育・管理理学療法研究部会 教育研究会		愛	知 山	
物理療法における教育と研究 7教育・管理理学療法研究部会 教育研究会 管理運営研修会	リハビリテーション部門のマネジメント	愛富東	知 山	平成23年11月
物理療法における教育と研究 7教育・管理理学療法研究部会 教育研究会 管理運営研修会 教育・管理系研究部会 研修セミナー		愛富東	知山京	平成23年11月 平成23年 2月

⑤-2認定理学療法士必須研究会

研修会名		分 野	開催地	開催年月
1 基礎理学療法研究部会				
	1) -a	ひとを対象 ひとを対象	東京	平成23年10月
			大 阪	平成24年10月
ひとを対象とした基礎領域		動物・培養細胞	東京	平成23年10月
認定必須研修会(動物・培養細胞を対象とした基礎領域)	I) -b	動物・培養細胞	大 阪	平成24年10月
2 神経理学療法研究部会 必須研修会(脳卒中)福岡	S) -a	脳灰山	福岡	平成23年10月
必須研修会(脳卒中)大阪	2) -a	脳卒中	大阪	平成23年11月
必須研修会(脳卒中)宮城	2) -a	脳卒中	宮城	平成24年 1月
認定必須研修会(脳卒中)愛知県	2) -a	脳卒中	愛知	平成24年 9月
認定必須研修会(脳卒中)高知県	2) -a	脳卒中	高知	平成24年10月
認定必須研修会(脳卒中)神奈川県	2) -a	脳卒中	神奈川	平成24年11月
認定必須研修会(脳卒中)熊本県	2) -a	脳卒中	熊本	平成24年12月
認定必須研修会(脳卒中)北海道	2) -a	脳外中	北海道	平成24年12月
必須研修会(神経筋)東京 認定必須研修会(神経筋)兵庫県	2) b	件栓肋焊告 地级铁跨宝	東 京 兵 庫	平成23年11月 平成24年 9月
必須研修会(脊髄障害)神奈川	2) -u	神栓別桿音	共 神奈川	平成23年12月
必須研修会(脊髄障害)兵庫	2) -c	脊髄障害	兵 庫	平成23年12月
認定必須研修会(脊髄障害)東京都	2) -c	脊髄障害	東京	平成24年12月
必須研修会(発達障害)北海道	2) -d	発達障害	北海道	平成23年10月
必須研修会(発達障害)東海	2) -d	発達障害	愛 知	平成23年10月
認定必須研修会(発達障害)京都	2) -d	脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳脳神神育育育発発発動動 強達達達達 電害害害害害害害害	京都	平成24年10月
3運動器理学療法研究部会	0)	YEI \$1.00		亚世 00 年 0 日
運動器実践理学療法特論(関西地区) 運動器実践理学療法特論(関東地区)	3) -a	建 期器	大 阪 埼 玉	平成23年 9月 平成23年11月
3 連則結 3 連則結 3 連則結 2 連動器 2 実践 2 東京 3 連動器 2 東京 3 東京 4 東京 5 東京 5 東京 6 東京	3) -a	建到码 運動器	境	平成23年11月 平成24年 9月
第2回運動器認定必須研修会 広島県	3) -a	運動器	来 示 広 島	平成24年 10月
(切断) 認定理学療法士必須研修会	3) -h	切断	埼玉	平成23年11月
運動器(切断)認定必須研修会	3) -b	切断	埼玉	平成24年 9月
(スポーツ) 認定理学療法士必須研修会・第1回	3) -c	スポーツ	東京	平成23年10月
(スポーツ) 認定理学療法士必須研修会・第2回	3) -c	スポーツ	愛知	平成23年12月
スポーツPT認定必須研修会・東会場(東京)	3) -c	スポーツ	東京	平成24年10月
スポーツPT認定必須研修会 西会場(名古屋)	3) -c	スホーツ	愛知	平成24年12月
徒手協会指定講習会(第2回大阪) 徒手協会指定講習会(第3回東京)	3) 4	(年) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本	大 阪 東 京	平成23年 9月 平成24年 1月
認定必須研修会(徒手、東京)	3) -q	徒手 徒手	東京	平成24年 1月 平成24年 10月
認定必須研修会(徒手、大阪)	3) -d	徒手	大阪	平成24年11月
4内部障害理学療法研究部会	-, -	<i>y</i> = 3	7 1/20	1730 = 1 1 1 1 7 3
認定理学療法士(循環)必須研修会	4) -a	循環	東京	平成23年10月
認定必須研修会(循環)	4) -a		東京	平成24年 8月
認定理学療法士(呼吸)必須研修会関西地区	4) -b 4) -b	呼吸	兵 庫	平成23年 7月
			東京	平成23年10月
認定必須研修会(呼吸、関西地区) 認定必須研修会(呼吸、東京地区)	4) -b 4) -b		兵 庫 東 京	平成23年 8月 平成24年11月
認定理学療法士(代謝)必須研修会	4) -c		神奈川	平成23年11月
認定必須研修会(代謝)	4) -c		神奈川	平成23年11月 平成24年12月
5生活環境支援理学療法研究部会	., 3		11.35711	
認定理学療法士必須研修(地域理学療法)	5) -a	地域	兵 庫	平成23年12月
認定必須研修会(地域理学療法)	5) -a		兵 庫	平成24年12月
認定理学療法士必須研修(健康増進・参加)		健康増進・参画	大 阪	平成23年12月
認定必須研修会(健康増進・参加)		健康増進・参画	大阪	平成24年10月
介護予防認定理学療法士必須研修会 認定必須研修会(介護予防)	- /	介護予防 介護予防	東 京 都	平成23年11月 平成24年12月
認定理学療法士必須研修(補装具)		が護予防 補装具	京都 北海道	平成24年12月 平成23年11月
認定必須研修会(補装具)		補装具	大阪	平成23年11月 平成24年 9月
6物理療法研究部会	_, 4			
認定理学療法士必須講習会(物理療法)		物理療法	奈 良	平成23年 9月
認定必須研修会(物理療法)		物理療法	福岡	平成24年 9月
認定理学療法士必須講習会(褥瘡・創傷管理)		褥瘡・創傷ケア		平成23年 9月
認定必須研修会(褥瘡・創傷クア)		褥瘡・創傷ケア	東京	平成24年 9月
認定理学療法士必須講習会(疼痛管理)		疼痛管理	東京北海道	平成23年 9月
認定必須研修会(疼痛管理) 7 教育・管理理学療法研究部会	O) -C	疼痛管理	北海道	平成24年10月
/ 教育·官珪珪子原法听先命云 臨床教育認定必須研修会	7) -2	臨床教育	東京	平成23年11月
認定必須研修会(臨床教育、東京)		臨床教育	東京	平成23年11月
管理·運営認定必須研修会		管理·運営	東京	平成23年11月
認定必須研修会(管理・運営、東京)		管理·運営	東京	平成24年10月
学校教育認定必須研修会	7) -c	学校教育	東京	平成23年10月
認定必須研修会(学校教育、東京)		学校教育	東京	平成24年10月

4) 会員の性別年齢分布

年齢分布	平成] (男 性)年度 女 性	平成 15 男 性	5年度 女 性	平成2 男 性	0年度 女 性	平成2 男 性	1 年度 女 性	平成28 男 性	2年度 女 性	平成23 男 性	3年度 女 性	平成24 男 性	4年度 女 性
21~25	1.658	3.105	2.595	4.495	4.640	4.769	5.476	5.025	6.465	5.356	9.103	7.087	10.635	8.190
26~30	2,501	2,259	4,463	5,347	7,310	7,810	8,559	8,320	10,017	8,921	10,601	8,762	12,159	9,269
$31 \sim 35$	2,368	1,487	3,592	2,389	7,113	5,535	7,623	5,930	8,287	6,228	8,552	6,050	8,868	6,180
36~40	1,605	562	2,646	1,563	4,771	2,576	5,488	2,981	6,161	3,480	6,359	3,545	6,907	3,895
41 ~ 45	859	211	1,656	609	2,869	1,607	3,078	1,721	3,346	1,852	3,431	1,866	3,811	2,022
$46 \sim 50$	558	152	859	227	1,754	758	1,967	961	2,226	1,156	2,228	1,158	2,253	1,211
$51 \sim 55$	271	61	552	144	892	216	1,014	244	1,136	311	1,164	326	1,270	411
$56 \sim 60$	232	28	232	50	530	115	539	126	595	133	600	137	627	140
61~65	170	16	166	14	190	34	240	38	286	55	284	47	298	46
$66 \sim 70$	63	6	121	10	114	14	112	14	89	13	77	13	71	10
71 歳以上	50	17	71	7	124	10	119	11	131	12	116	10	113	11
総計	10,335	7,904	16,953	14,855	30,307	23,444	34,215	25,371	38,739	27,517	42,515	29,001	47,012	31,385
平均年齢	34.8	29	34.4	29.7	34.6	31.5	34.3	31.7	34.1	31.9	33.2	31.3	32.9	31.2

^{*}会員数は休会者数を除く *平成24年度は12月末現在

5) 協会会員数の推移

		77 FA +V	∧ ±47 ±7	^ 10 +/ W*b	^ =*b	/□/ ∰ / =	L ^ +/ W*b	***	↓ ∧ ★**	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	/= ^ +/*b
年 度 (西	· (首)	受験者	合格者	合格者総数	会員数	組織率	外云有総数	新入会者数	休会者数	退会者数	復会者数 —————
昭和41 19	966	1,217	183	183	110	0.601					
42 19		1,432	310	493	229	0.465					
43 19	968	1,211	228	721	282	0.391					
44 19		1,167	167	888	502	0.565					
45 19		1,260	224	1,112	592	0.532	143	15			
46 19		1,400	136	1,248	692	0.554	186	8			
47 19		1,000	128	1,376	860	0.625	169	2			
48 19		1,034	138	1,514	1,031	0.681	110	8			
	974	1,014	212	1,726	1,127	0.653	135	6			
50 19		158	125	1,851	1,285	0.694	119	23			
51 19		168	98	1,949	1,422	0.730	118	15			
52 19		264	184	2,133	1,524	0.714	14	174	18		
53 19		253	168	2,301	1,672	0.727	14	162	18		
54 19		288	216	2,517	1,808	0.718	31	194	8		
55 19		329	256	2,773	1,994	0.719	44	263	17	0.1	
56 19		351	267	3,040	2,225	0.732	68	210	20	21	
57 19 58 19		470 544	419 449	3,459	2,386	0.690	86	388 421	28 23	16	1.1
59 19		658	618	3,908 4,526	2,743 3,689	0.702 0.815	93 121	595	23 31	18 23	11 4
60 19		771	729	5,255	4,325	0.823	143	680	31	26	6
61 19		914	859	6,114	5,005	0.819	143	753	55	31	6
62 19		974	925	7,039	5,886	0.836		944	49	33	29
63 19		1,004	948	7,003	6,770	0.848		948	60	19	15
平成 1 19		1,064	980	8,967	7,599	0.847	367	952	98	45	18
2 19		1,103	1057	10,024	8,540	0.852	420	1,029	74	41	26
3 19		1,049	977	11,001	9,405	0.855	493	1,010	118	55	28
4 19		1,087	1,029	12,030	10,297	0.856	577	1,022	120	45	34
5 19		1,109	1,069	13,099	11,274	0.861	618	1,063	83	53	50
6 19		1,196	1,086	14,185	12,258	0.864	691	1,136	122	92	62
7 19		1,454	1,422	15,607	13,489	0.864	661	1,384	45	56	33
8 19	996	1,768	1,688	17,295	14,942	0.864	757	1,656	125	114	57
9 19	997	1,889	1,797	19,092	16,534	0.866	781	1,765	136	114	67
10 19		2,286	2,215	21,307	18,496	0.868	710	2,172	167	458	55
11 19	999	2,744	2,566	23,873	20,731	0.868	675	2,476	95	204	38
12 20	000	3,196	3,048	26,921	23,321	0.866	706	2,928	180	231	58
13 20		3,240	3,140	30,061	26,047	0.866	863	3,070	236	182	78
14 20		3,503	3,354	33,415	28,787	0.861	1,058	3,221	298	256	82
15 20		3,686	3,692	37,044	31,809	0.859	1,229	3,526	333	332	103
16 20		4,289	4,199	41,243	35,172	0.853	1,521	4,052	456	397	95
17 20		5,102	4,843	46,086	39,023	0.847	1,846	4,658	547	482	121
18 20		6,155	6,002	52,088	43,628	0.838	2,242	5,571	636	569	140
19 20		7,036	6,559	58,647	48,590	0.829	2,790	6,092	789	584	139
20 20		7,997	6,924	65,571	53,751	0.820	3,397	6,417	840	604	212
21 20		9,119	8,291	73,862	59,586	0.807	3,933	7,307	1,029	976	205
22 20		9,835	9,112	82,794	66,256	0.800	4,502	8,043	1,056	279	811
23 20		10,416	7,736	90,710	71,516	0.788	5,500	7,128	1,067	697	275
24 20	112	11,956	9,850	100,560	78,397	0.780	5,812	8,655	714	1,100	304

^{*}会員数は休会者数を除く *平成24年度は12月末現在

6) 士会別会員数の推移(各年度末現在)

	昭55年 1980	昭60年 1985	平2年 1990	平7年 1995	平12年 2000	平17年 2005	平18年 2006	平19年 2007	平20年 2008	平21年 2009	平22年 2010	平23年 2011	平24年 2012	5年間 増加数 (人)	5年間 増加率 (%)	平23年人 口推計値 (千人)	人口10万 当会員数 (平成23年)
北海道		155	363	576	1,072	2,041	2,253	2,405	2,595	2,835	3124	3,366	3,721	1,113	49	5,486	84.2
	‡ 19	64	106	155	233	354	382	430	472	512	568	615	658	233	61	1,363	83.3
	∃ 22 ∮ 20	45 60	59 99	121 163	179 241	258 369	284 410	296 459	323 495	351 540	382 593	423 619	453 685	139 209	49 51	1,075 1,314	83.0 87.2
	成 34	56	99	182	292	530	601	677	757	852	948	1,007	1,109	406	68	2,327	84.6
	¥ 14	37	59	92	181	325	351	399	418	481	523	571	635	220	63	1,161	84.2
	島 21	43	92	141	264	459	540	606	674	756	837	896	1.000	356	66	1,990	84.4
	式 21	31	87	137	289	624	736	850	982	1,110	1252	1,384	1,553	648	88	2,958	80.2
	★ 36	39	52	97	218	408	457	518	562	636	701	763	822	306	67	2,000	83.4
群	馬 14	27	91	159	316	561	638	726	794	916	1039	1,130	1,251	492	77	2,001	81.1
-	₹ 40	106	259	408	727	1,461	1,707	1,963	2,180	2,447	2658	2,927	3,206	1,220	71	7,207	83.6
	業 24	82	187	353	684	1,293	1,462	1,660	1,909	2,163	2432	2,629	2,911	1,167	80	6,214	82.3
	ž 288	451	779	1,092	1,639	2,797	3,170	3,536	3,892	4,149	4642	5,019	5,476	1,849	58	13,196	82.7
神奈丿		243	438	688	1,094	1,856	2,092	2,358	2,589	2,842	3193	3,402	3,696	1,310	63	9,058	83.5
	易 43	72	129	214	376	672	756	823	893	976	1056	1,099	1,155	343	45	2,362	88.8
	Ц 16 II 31	47 68	88 142	131 192	187 279	301 401	323 437	357 499	399 534	437 575	474 651	515 718	580 782	192 281	59 64	1,088 1,166	84.9 80.1
	† 16	27	78	150	218	346	382	499	445	481	527	570	650	188	49	803	84.4
	₹ 37	62	96	132	191	355	405	461	506	546	605	649	700	244	60	857	84.1
	§ 58	111	203	294	491	802	873	949	1,020	1,129	1259	1,374	1,524	501	57	2,142	82.2
	53 53	103	225	341	580	1,016	1,113	1,238	1,389	1,636	1845	1,959	2,221	846	76	3,749	83.5
	⊉ 20	49	136	215	380	576	653	707	793	879	950	1,035	1,121	382	58	2,071	84.9
	87	182	425	741	1,248	2,034	2,340	2,570	2,875	3,214	3545	3,847	4,241	1,507	64	7,416	83.5
Ξ	重 9	27	85	132	299	497	552	592	647	737	831	878	966	326	59	1,847	83.9
-	『 52	88	174	256	446	777	880	990	1,138	1,263	1393	1,517	1,701	637	72	2,632	83.3
	買 19	47	99	131	208	351	400	438	494	553	599	636	689	236	59	1,414	86.9
	見 6	22	72	125	209	436	466	537	603	667	732	788	885	322	69	1,396	84.6
和歌」		58	99	178	309	462	512	564	613	682	781	839	892	327	64	995	81.3
	反 266	468	747	1,080	1,736	2,817	3,159	3,577	3,955	4,381	4902	5,299	5,773	2,140	68	8,861	82.7
	事 114	220	390	648	1,014	1,619	1,801	2,011	2,255	2,568	2879	3,122	3,453	1,321	73	5,582	82.3
	山 41 島 59	71 116	150 210	272 374	494 703	730 1,068	816 1,203	902 1,315	991 1,462	1,104 1,611	1229 1829	1,343 1,942	1,441 2,120	527 739	65 61	1,941 2,855	82.2 83.0
	ID 31	38	54	74	152	231	269	307	343	389	421	450	517	181	67	585	86.4
	艮 25	38	54	78	159	269	290	318	356	377	437	475	513	185	64	712	79.4
-	17	36	89	163	293	450	513	580	648	750	878	953	1,069	440	86	1,442	78.7
徳	島 44	88	130	172	343	528	560	609	637	691	777	819	837	259	46	780	84.4
高 分	€ 63	113	179	288	478	693	750	797	865	958	1061	1,137	1,218	387	52	758	84.3
香	11 32	72	103	147	235	414	475	505	570	611	670	726	788	251	53	992	84.2
	爰 32	110	206	307	496	710	764	824	882	956	1047	1,115	1,202	351	46	1,423	85.7
	3 87	157	388	697	1,343	2,241	2,474	_,	3,070	3,359	3679	4,063	4,432	1,589	64	5,079	82.7
	奇 36	84	171	297	560	849		1,051		1,297		1,490		576	63	1,417	87.0
	\$ 35	86	230	368	612	948	1,055		1,258			1,678	1,881	623	59	1,813	81.5
	2 7	63	125	190	334	574	628	709	784	867		1,031	1,159	403	64	1,191	84.1
	当]]	31	56	94	211 332	396 474	437 497	535 523	613 588	694 658	787 754	864 803	932	427	98 62	847 1,131	80.3
用 用 II	奇 12 島 20	41 45	117 156	195 291	332 571	1,013	1.142		1,418			1,837	859 2,003	306 695	62 61	1,131	81.9 85.2
沖縄	₅₀ ∠0	34	109	218	376	593	660	755	847	978			1,248	500	76	1,401	84.3
/T/II型 海外・その1		18	47	14	29	44	46	42	48	39	30	34	32		-26	-	- 5-7.0
計				13,489											64	127,799	83.3

総務省統計局発表 平成23年10月1日現在推計人口(http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2011np/index.htm) *会員数は休会者を除く *平成24年度は12月末現在

4. 日本理学療法士協会年表 (平成23年1月~平成25年3月)

平成23年

1月 循環器理学療法教育セミナー

福祉用具アドバンスセミナー: 車いす編

認定必須研修会 理学療法評価法の再現性と妥当性

認定必須研修会 脳卒中の基礎と臨床

認定必須研修会 神経筋障害の基礎と臨床

認定必須研修会 運動器実践理学療法特論(北海道)認定必須研修会 運動器実践理学療法特論(九州)

認定必須研修会 糖尿病理学療法入門セミナー (名古屋)

必須教育プログラム履修促進研修会(熊本)

2月 PTあ! 11号発行

専門領域 (運動器) 理学療法研修会

障害者スポーツアドバンスセミナーⅡ

教育・管理系研究部会 研修セミナー

通所系リハビリテーション研修会

東北ブロック臨床実習指導者研修会

近畿ブロック臨床実習指導者研修会

北海道ブロック臨床実習指導者研修会

中国ブロック臨床実習指導者研修会

認定必須研修会 運動器実践理学療法特論 (関東)

認定必須研修会 運動器実践理学療法特論 (関西)

認定必須研修会 運動器実践理学療法特論(中国)

認定必須研修会 切断

認定必須研修会 徒手理学療法

必須教育プログラム履修促進研修会(大阪)

必須教育プログラム履修促進研修会(東京)

3月 認定理学療法士·認定試験

福祉用具アドバンスセミナー:移乗編

認定必須研修会 糖尿病理学療法入門セミナー(香川)

4月 人間総合科学大学保健医療学部リハビリテーション学科理学 療法学専権問訟

> 九州栄養福祉大学リハビリテーション学部理学療法学科開設 関西福祉科学大学保健医療学部リハビリテーション学科開設

宝塚医療大学理学療法学科開設

武雄看護リハビリテーション学校理学療法学科開設

循環器理学療法入門セミナー(内部障害理学療法研究部会)

第6回訪問リハビリテーション管理者研修会STEP1(岡山)

5月 第46回日本理学療法学術大会(大会長:武田禎彦、開催地: 宮崎、テーマ:リハビリテーションの未来図)

循環器理学療法講習会(內部障害理学療法研究部会、愛知)

6月 第40回総会、公益社団法人化後の代議員を平成22年に選出 した代議員に代えることが承認

> 東日本大震災における災害時理学療法(士)支援活動の記録 発行

糖尿病研修会(内部障害理学療法研究部会、神奈川)

循環器理学療法講習会(内部障害理学療法研究部会、東京)

新人教育プログラム履修促進研修会(札幌)

7月 認定必須研修会 呼吸(関西)

神経部会理学療法講習会(神経理学療法研究部会、兵庫)

循環器エポックミーティング(内部障害理学療法研究部会)

新人教育プログラム履修促進研修会(新潟)

第6回国際教育セミナー(国際部)

8月 日本理学療法士協会指定研修(福岡会場)

日本理学療法士協会指定研修 (東京会場)

教育研究会(教育·管理理学療法研究部会、愛知)

新人教育プログラム履修促進研修会(東京)

9月 必須研修会 運動器実践理学療法特論

必須研修会 徒手協会指定講習会

必須講習会 物理療法

必須講習会 褥瘡·創傷管理

必須講習会 疼痛管理

日本理学療法士協会指定研修(大阪会場)

日本理学療法士協会指定研修(北海道会場)

動物・培養細胞を対象とした体験型研修会(基礎理学療法研

究部会)

循環器理学療法講習会(内部障害理学療法研究部会、神奈川) 福祉用具セミナー II 移乗編(生活環境支援理学療法研究部会) 中級障がい者スポーツ指導養成講習会(生活環境支援理学療 法研究部会、大阪)

第7回訪問リハビリテーション管理者研修会STEP1 (東京)

10月 第46回日本理学療法士協会全国学術研修大会(大会長:小林

伸一、開催地:山梨、テーマ:原点回帰)

必須研修会 発達障害(北海道)

必須研修会 発達障害(東海)

必須研修会 脳卒中(福岡)

必須研修会 スポーツ

必須研修会 循環

必須研修会 呼吸 (関東)

必須研修会 学校教育

必須研修会 ひとを対象

必須研修会 動物·培養細胞

中級障がい者スポーツ指導養成講習会(生活環境支援理学療

法研究部会、大阪)

第19回日本物理療法学会学術大会(物理療法研究部会)

新人教育プログラム履修促進研修会(島根)

第7回起業促進セミナー

11月 必須研修会 神経筋

必須研修会 脳卒中

必須研修会 運動器実践理学療法特論

必須研修会 切断

必須研修会 代謝

必須研修会 介護予防

必須研修会 補装具

必須研修会 臨床教育

臨床実習指導者研修会(茨城)

臨床実習指導者研修会(静岡)

臨床実習指導者研修会(広島)

教員研修会(兵庫)

福祉用具セミナーⅢ車いす編(生活環境支援理学療法研究部会 丘庫)

教員対象講習会(物理療法研究部会)

管理運営研修会(教育·管理理学療法研究部会)

新人教育プログラム履修促進研修会(大分)

起業支援セミナー合宿

12月 必須研修会 脊髄障害(神奈川)

必須研修会 脊髄障害(兵庫)

必須研修会 発達障害(北海道)

必須研修会 スポーツ

必須研修会 地域理学療法

必須研修会 健康増進・参加

必須研修会 管理·運営

ひとを対象とした体験型研修会(基礎理学療法研究部会)

神経理学療法研究部会学術集会(神経理学療法研究部会) 第3回学術集会セミナー(生活環境支援理学療法研究部会)

平成24年

1月 循環器講習会教育セミナー Part4(内部障害理学療法研究部 会)

福祉用具セミナーI起居編(生活環境支援理学療法研究部会)

必須研修会 脳卒中(宮城)

必須研修会 徒手(東京)

新人教育プログラム履修促進研修会(沖縄)

第19回海外技術協力セミナー(国際部)

2月 臨床実習指導者研修会(北海道)

臨床実習指導者研修会(山形)

臨床実習指導者研修会(兵庫)

臨床実習指導者研修会(長崎)

PTあ!第12号発行

神経部会理学療法講習会(神経理学療法研究部会、東京)

糖尿病研修会(内部障害理学療法研究部会、石川)

福祉用具セミナーⅣ住宅改修編(生活環境支援理学療法研究 部会)

教育・管理系研究部会研修セミナー(教育・管理理学療法研究部会)

新人教育プログラム履修促進研修会(徳島)

通所系リハビリテーション研修会

提案型管理者育成を目指したワークショップ

3月 認定理学療法士認定試験(大阪会場)

認定理学療法士認定試験(福岡会場)

認定理学療法士認定試験(北海道会場)

認定理学療法士認定試験(東京会場)

臨床実習指導者研修会(徳島)

PTあ!第13号発行

糖尿病研修会(内部障害理学療法研究部会、大阪)

糖尿病研修会(内部障害理学療法研究部会、香川)

平成23年度専門領域運動器理学療法研究部会主催研修会(埼玉)

新人教育プログラム履修促進研修会(神戸)

4月 群馬医療福祉大学リハビリテーション学部開設

東京医療学院大学保健医療学部リハビリテーション学科開設

京都橘大学健康科学部理学療法学科開設

大阪行岡医療大学医療学部理学療法学科開設

出雲医療看護専門学校理学療法士学科開設

東北保健医療専門学校理学療法学科開設

内部障害理学療法研究部会呼吸班理学療法研修会(神奈川)

循環器理学療法入門セミナー(内部障害理学療法研究部会)

5月 第47回日本理学療法学術大会(大会長:八木範彦、開催地: 兵庫、テーマ:プロフェッション!新たなるステージへ) 循環器理学療法入門セミナー理学療法生体反応モニタリング (内部障害理学療法研究部会)

6月 第41回定時総会、公益社団法人移行祝賀会

心臓・大血管手術後の理学療法(内部障害理学療法研究部会) 糖尿病研修会(内部障害理学療法研究部会)

理学療法リカレント講習会(宮城)

理学療法リカレント講習会(福島)

7月 日本理学療法士協会指定研修(大阪会場)

日本理学療法士協会指定研修(福岡会場)

講演型研修会-知っとっと?近の肥大と萎縮のメカニズム-(基礎理学療法研究部会)

第8回訪問リハビリテーション管理者研修会STEP1

起業支援セミナー

8月 日本理学療法士協会指定研修(北海道会場)

日本理学療法士協会指定研修(東京会場)

教員研修会(福岡)

教員研修会 (愛知)

必須研修会 循環

必須研修会 呼吸 (関西地区)

神経理学療法研究部会講習会(神経理学療法研究部会)

糖尿病理学療法研修会教育(內部障害理学療法研究部会)

臨床実習·教育指導者研修会(仙台)

臨床実習·教育指導者研修会(和歌山)

9月 理学療法士ガイド発行

必須研修会 脳卒中(愛知)

必須研修会 神経筋 (兵庫)

必須研修会 運動器 (東京)

必須研修会 運動器切断

必須研修会 補装具

必須研修会 物理療法

必須研修会 褥瘡・創傷ケア

体験型研修会 姿勢制御の運動解析ーその可能性と限界ー(基

礎理学療法研究部会)

第4回心理精神領域理学療法セミナー(神経理学療法研究部 会)

心不全の理学療法(内部障害理学療法研究部会)

第11回管理運営研修会(教育·管理理学療法研究部会)

理学療法リカレント講習会(生涯学習部)

リカレント研修会 中堅管理者対象(福岡)

第9回訪問リハビリテーション管理者研修会STEP1

起業支援セミナー合宿

リカレント研修会 中堅管理者対象(東京)

10月 第47回日本理学療法士協会全国学術研修大会(大会長:梅本 昭英、開催地:鹿児島、テーマ:より認知される理学療法を 求めて)

必須研修会 ひとを対象

必須研修会 動物・培養細胞を対象とした基礎領域

必須研修会 脳卒中(高知) 必須研修会 発達障害(京都)

必須研修会 運動器 (広島)

必須研修会 スポーツ (東京)

必須研修会 徒手(東京) 必須研修会 健康増進・参加

必須研修会 疼痛管理

必須研修会 管理·運営

必須研修会 学校教育

専門領域運動器理学療法研究部会主催研修会(福島)

糖尿病理学療法研修会 運動器 (內部障害理学療法研究部会)

福祉用具セミナー車いす編(生活環境支援理学療法研究部会)

第20回日本物理療法学会学術大会in京都(物理療法研究部 会)

11月 必須研修会 脳卒中(神奈川)

必須研修会 徒手(大阪)

必須研修会 呼吸(東京地区)

平成24年度專門領域運動器理学療法研究部会主催研修会(宮城)

呼吸理学療法講座 (内部障害理学療法研究部会)

循環器理学療法アドバンス(内部障害理学療法研究部会)

福祉用具セミナー起居編(生活環境支援理学療法研究部会)

生活環境支援理学療法研究部会第4回学術集会セミナー(生

活環境支援理学療法研究部会)

物理療法における教育と研究(物理療法研究部会)

臨床実習·教育指導者研修会(鳥取)

臨床実習·教育指導者研修会(千葉)

通所系リハビリテーション研修会

必須研修会 脳卒中(北海道)

12月 必須研修会 脳卒中(熊本)

必須研修会 脊髄障害(東京)

必須研修会 スポーツ (愛知)

必須研修会 代謝

必須研修会 地域理学療法

必須研修会 介護予防

必須研修会 臨床教育

第9回日本理学療法士協会神経理学療法研究部会学術集会(神

経理学療法研究部会)

福祉用具セミナー移乗編(生活環境支援理学療法研究部会)

臨床実習·教育指導者研修会(九州)

介護予防アドバンス公開講座

平成25年

1月 循環器教育セミナー(内部障害理学療法研究部会)

臨床実習·教育指導者研修会(高知)

第20回海外技術協力セミナー及び記念式典(国際部)

2月 神経理学療法研究部会研修会(神経理学療法研究部会、福岡)

神経理学療法研究部会研修会(神経理学療法研究部会、宮城)

第5回心理精神領域理学療法セミナー(神経理学療法研究部会)

平成24年度專門領域運動器理学療法研究部会主催研修会(岡山)

福祉用具セミナー住宅改修編(生活環境支援理学療法研究部会)

臨床実習‧教育指導者研修会(石川)

臨床実習·教育指導者研修会(札幌)

3月 認定理学療法士認定試験(大阪会場)

認定理学療法士認定試験(福岡会場)

認定理学療法士認定試験(北海道会場)

認定理学療法士認定試験(東京会場)

糖尿病理学療法研修会 評価 (内部障害理学療法研究部会)

リハビリテーション部門における職場管理〜基礎から学ぶ職

場管理~(教育·管理理学療法研究部会)

第7回国際教育セミナー(国際部)

5. 日本理学療法士協会 刊行物 (平成25年2月現在)

書名	価 格
書籍、CD-ROM	
	1,000円
理学療法白書 2005年版	1,000円
理学療法白書 2007年版	1,000円
理学療法白書 2010年版 (CD版のみ)	1,000円
新人教育プログラム教本 第9版	1,000円
田左、左序がかあかした。プロス争弊がるゼロナオ	

現在、在庫がわずかとなっている書籍がございます。

上記一覧の書籍は、在庫が無くなり次第販売終了となりますので、予めご了承をお願いいたします。

データベース(表題/キーワード/著者/巻/号/頁)

日本理学療法士学会(第1回~第43回学会)

理学療法学(第1巻~第39巻最新号)

データベースは、協会員に限り無料で提供いたします。 また、今までにご購入いただいた方については、引き続きアップデートを無料で受付いたします。

問い合せ先

■公益社団法人 日本理学療法士協会 事務局■ 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷3 - 8 - 5 TEL 03-5414-7911 FAX 03-5414-7913

E-mail: somu@japanpt.or.jp

会員限定 発行物

理学療法診療ガイドライン第1版

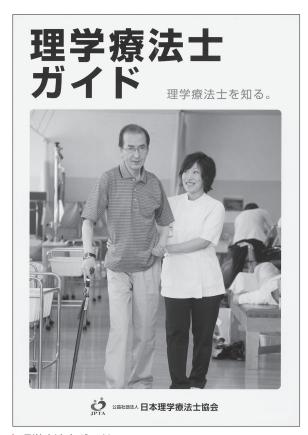
新人教育プログラム資料

理学療法学術キーワード集 第1版(暫定版)2013

協会員のみマイページからダウンロードが可能です。



PTあ!第12号



理学療法士ガイド



PTあ!第13号



第 1 回日韓合同カンファレンス プログラム抄録集



「笑顔をあきらめない。」理学療法紹介リーフレット(平成23年度製作)



英語版リーフレット(日本の理学療法・日本理学療法士協会について)



「笑顔をあきらめない。」理学療法紹介リーフレット(平成24年度製作)



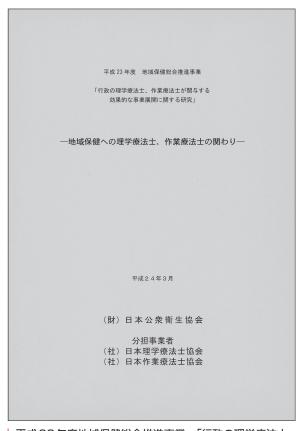
「笑顔をあきらめない。」 日本理学療法士協会紹介ポスター(平成24年度製作)



2011.3.11 東日本大震災 災害時理学療法(士)支援活動の記録

地域におけるリハビリテーション提供のあり方に 関する調査研究事業 調査報告書 ^{平成24年3月} 社団法人日本理学療法士協会

地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関す る調査研究事業 調査報告書



平成23年度地域保健総合推進事業 「行政の理学療法士、 作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究」

6. 理学療法士養成校一覧 (平成24年7月20日現在)

1.000 1.00	孙 校 在	学 本 名	課程	定員屋間夜間	都道府県	郵便番号 住 所		— Е Г	А Х	開設夜間
	大学 (90校) [四六]			4,427名						
	、山上。 □ 北海道大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	17	光海庫			011-716-2111	011-706-4913	2004
(2014年 2014年 2	□ 弘前大学医学部保健学科□ 執田士等医等部保健等科	理学療法学専攻	4 4	50	## # 			0172-39-5981	0172-39-5981	2001
	○ 欠日人子因子即序除于付○ 知決技術大学保健科学報報等	(1) 本人がカイギタ (1) 世が梅汁が車及	1 4 † ∰	0 0	次 日 料 基 画			0.09-858-9550	0.09-858-9563	N 000
(2)	○ がばれるという。 □ 群馬大学医学部保健学科	理学療法学専攻	- 4	80	群馬県			027-220-7111	027-220-8999	1997
	□ 金沢大学医薬保健学域保健学類	理学療法学専攻	4年	20	包川県			076-265-2500	076-234-4372	1996
	□ 信州大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	18	長野県			0263-37-2413	0263-37-2413	2003
	□ 名古屋大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4	20	愛知県			052-719-1343	052-719-1343	1998
	□ 京都大学医学部人間健康科学科 □ #=-+===================================	理学療法学専攻	4 4	9 0	小都不		m	075-751-3964	075-751-3909	2003
	一种一大学医学部条键学型一种中央等所等的系统	坦子療法予學权自治事等	4 ¢ ∰ f	0.00	五年二			0/8-/96-4504	0/8-/96-4509	1995
1985年大学経路機等時	□ ム島入字医子部保健字枠□ 馬崎大学医学部保健導科	斯·斯尔·斯·斯尔斯·斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯斯	4 4 # #	ρ α α	1人所明 高 画			082-25/-5555	082-257-5344	N 0000
特別	□ 大型大学 13 事等所 2 = □ 鹿児島大学 医学部保健学科	理学療法学専攻	- 4	SO 6	鹿児島県			099-275-6774	099-275-6804	1000
	[公立]									
	□ 札幌医科大学保健医療学部	理学療法学科	4年	20	北海道	060-8556 札幌市中央区南1条西17丁		011-611-2111	011-611-2150	1993
	□ 青森県立保健大学健康科学部	理学療法学科	4年	30	事業温			017-765-2000	017-765-2099	1999
	○ 山形県立保健医療大学保健医療学部	理学療法学科	4年	20	山形県			023-686-6611	023-686-6677	2000
	□ 茨城県立医療大学保健医療学部	理学療法学科	4年	40	茨城県			029-840-2207	029-840-2307	1995
	千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科	理学療法学専攻	4年	25	千葉県		_	043-305-2125	043-262-0755	2009
		理学療法学科	4年	40	均玉県			048-971-0500	048-973-4807	1999
ASS	□ 首都大学東京健康福祉学部	理学療法学科	4年	40	東京都			03-3819-1211	03-3819-7154	1998
	○ 神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科	理学療法学専攻	4年	20	善 一二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二			046-828-2500	046-828-2501	2003
19	ΙĖ	理学療法学科	4年	22	大阪府			072-950-2111	072-950-2130	2003
14.	〇 県立広島大学保健福祉学部	理学療法学科	4年	30	広島県			0848-60-1120	0848-60-1134	2000
	【私立】									
東上代と魔人学医療衛出学部 リルビリテーショ学科 4年 80 冒縮線 981-8552 出価再算区国見-8-1 022-233-311 022-233-		理学療法学科		80	北海庫			0123-34-0019	0123-34-0057	2006
実施品社学保護医療学問 担保管系表等的 4年 90 資源課 881 88152 出信再算64.533 300-0051 上消雨算64.533 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-3111 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-33-31 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05 0222-32-05		リハビリテーション学権		80	宮城県			022-233-3310	022-233-7941	1999
	東北福祉大学健康科学部	リハビリテーション学		40	別城岸			022-233-3111	022-233-3113	2008
関係機能と発達 日本学療法学科 4年 80 助木県 324-8501 724-8500-1 028/24-3300 028/24-3300 028/24-3301 028/24-3300 028/24-3301 028/24-3300 028/24-3301 028/24-3300 028/24-3200 028/24-3200 027-36-205-336 028/24-3200 027-36-205-336 028/24-205-336		理学療法学科	4年	80	茨城県			029-826-6622	029-826-6776	2007
#学療法学科 4年 40 群馬県		理学療法学科	4年	80	加木県			0287-24-3000	0287-24-3191	1995
		坦字療法字科	4 • ∰ 1	20	群軍			027-365-3366	027-365-3367	2005
#無極機を飛光学科 4年 80 埼玉県 33-8601 さいたま市岩機及容含20 048-797-2132 48-797-2132 47-294-802-804-8032 前周月29年 4年 80 埼玉県 330-8601 さいたま市岩機及容含20 048-797-2132 48-797-2132 44-802 前五県 350-0496 入間郡毛呂山町川角981 048-797-2132 049-261-793 049-291-794 理学療法学科 4年 40 干薬具 264-0007 生薬ಗき薬尿の 24-261-193 043-233-908 の表科大学医療科学部 4年 40 干薬用 264-0007 生薬肝を薬尿の 24-261-193 043-233-908 の表子を療料学部 4年 40 干薬用 264-0007 生薬肝を薬尿の 24-261-193 043-233-908 の表子を療料を影響 表示を解析学部 4年 40 東京都 120-0045 東京都尼西瀬田馬-23-22 の3-264-211 3-264-211 3-24-24-211 3-24-2-21 4年 80 東京都 120-0043 東京都原西瀬田馬-23-22 (42-211) 04-291-193 4年 80 東京都 120-0043 東京都原西瀬田馬-23-22 (42-211) 04-291-193 4年 80 東京都 120-0043 東京都原西瀬田馬-23-22 (42-211) 04-291-193 (42-778-9700 042-778-9686 四和大学保健医療学部 4年 30 神奈川県 256-8556 横浜市線区市地田県田川 12-15-194 4年 30 神奈川県 256-8556 横浜市線区市地田県田川 12-15-194 4年 30 神奈川県 250-8586 横浜市線区市地田県田川 12-15-194 4年 30 神奈川県 250-8588 小田原市城川 1-2-25 (45-050) 045-21-6501		埋字療法字科	4 .	40	群馬県			027-352-1290	027-352-2055	2010
		相子療法子學 及 自34年4322	4 ¢ ∰ f	300	群馬県			027-210-1294	027-260-1294	7 L
大火子子保護医療学問 単子療法学科 4年 80 埼玉県 350-6353 MOMPINE AND TRINITE AND TRI		A 和 上 が が 上 に に に に に に に に に に に に に	† † † †	000	阿什洲			048-787-2131	048-797-7132	0000
内工廠 内 大塚 健康 成 子 (Mark De Lama) II 日 (Mark De Lama) II		四十条六十字 国订册 17 18 25	1 1 1 1	00 [阿州州			048-201-7876	044-701-800 040-040	V000
中央医療科学学程度		A 日 1 日 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 < † f	0 0	1000年110日			049-789-1001	040-000-0104	7007
大学 大学 大学 大学 大学 大学 大学 大学		A 七版 4 中央 4 由 1 市 1 市 1 市 1 市 1 市 1 市 1 市 1 市 1 市 1	†	0 5				049-694-9000	0100-000	, , , ,
1985年 19		和 十 版 付 十 中 女 苗 少 楓 许 少 数	† <u></u>) (1 中			048-743-0111	0-1-0-0-1-0-1-0	- 1000
特別		は小ぶんとは	ļ 4 ├ ⊞	0 0	K 単			047-382-2111	71082-885	0000
中央	があっている。 はいい はい は は は は は は は は は は は は は は は は	なが、地域の	- 4	40	十二		~	043-233-9031	043-233-9088	0000
容林大學保健学部 排棄 (20-0045 東京都 (20-0045))) (10-0045 東京都 (20-0045 東京都 (20-0045 東京都 (20-0045))) (10-0045 東京都 (20-0045)) (10-0045 中国 (20-0045))	清子 11/12 発信11/20 記 帝京平成大学健康メディカル学部	世少 歴 学 学 学 学 学 学 学 学 学 学 学 が が が が が が が が が が が が が	- 4	80	東京都			03-5843-3111	03-5843-3153	2002
帝京科学大学医療科学部 (千任キャンパス)東京都120-0045 東京都区区千住桜木2-3-103-6910-101003-6910-3800東京工科大学医療保健学部 東京医療学院大学保健医療学部 昭和大学保健医療学部4年 リハビリテーション学科 理学療法学科4年 3870東京都 東京都 神奈川県 26-0858 福祉大学小田原保健医療学部120-0045 東京都大田区西蒲田5-23-22 東京都会市落合4-1103-6424-2111 042-400-7083 神奈川県 神奈川県 26-8555 横浜市綾区十田場町186503-6424-2112 042-778-970 042-778-970 042-778-9686昭和大学保健医療学部 国際医療福祉大学小田原保健医療学部 国際医療福祉大学小田原保健医療学部4年 4年 4年4年 4644 <t< td=""><td>杏林大学保健学部</td><td>理学療法学科</td><td>4年</td><td>40</td><td>東京都</td><td></td><td></td><td>042-691-0011</td><td>042-691-1094</td><td>2009</td></t<>	杏林大学保健学部	理学療法学科	4年	40	東京都			042-691-0011	042-691-1094	2009
東京社 学医療保健学部理学療法学科4年80東京都144-8535東京都144-8535東京都144-8535東京都144-8535東京都144-8535東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033206-0033東京都206-0033206-0033東京都等自由206-0033206-0033東京都等自由206-0033206-0	帝京科学大学医療科学部(千住キャンパス)	東京理学療法学科	4年	80	東京都			03-6910-1010	03-6910-3800	2010
東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033東京都206-0033 <th< td=""><td>東京工科大学医療保健学部</td><td>理学療法学科</td><td>4年</td><td>80</td><td>東京都</td><td>144-8535 東京都大田区西浦田5-23-2</td><td></td><td>03-6424-2111</td><td>03-6424-2112</td><td>2010</td></th<>	東京工科大学医療保健学部	理学療法学科	4年	80	東京都	144-8535 東京都大田区西浦田5-23-2		03-6424-2111	03-6424-2112	2010
北里大学医療衛生学部 リハビリテーション学科 4年 38 神奈川県 252-0373 相模原市南区北里1-15-1 042-778-9700 042-778-9686 昭和大学保健医療学部 4年 30 神奈川県 226-8555 横浜市緑区十日市場町1865 045-985-6500 045-985-7584 国際医療福祉大学小田原保健医療学部 理学療法学科 4年 40 神奈川県 250-8588 小田原市城川1-2-25 0465-21-6500 0465-21-6501		リハピリテーション学科		70	東京都			042-400-7083	042-373-8111	2012
昭和大学保健医療学部 理学療法学科 4年 30 神奈川県 226-8555 横浜市緑区十日市場町 1865 045-985-6500 045-985-7584 国際医療福祉大学小田原保健医療学部 理学療法学科 4年 40 神奈川県 250-8588 小田原市城山 1-2-25 0465-21-6500 0465-21-6501		リハビリテーション学科		38	神奈 県	252-0373 相模原市南区北里1-15-1		042-778-9700	042-778-9686	1994
国際医療福祉大学小田原保健医療学部 理学療法学科 4年 40 神奈川県 250-8588 小田原市城山1-2-25 0465-21-6500 0465-21-6501		理学療法学科	4年	30	神 祭三宗	226-8555 横浜市緑区十日市場町 1865		045-985-6500	045-985-7584	2002
		理学療法学科	4年	40	神祭 県	250-8588 小田原市城山 1-2-25		0465-21-6500	0465-21-6501	2006

新版的 条件 子	孙	孙	課程	定員 昼間 夜間	都道府県	郵便番号 住 所	_ E L	× ×	開設。	夜間
2006年2023 日本学院を持ち、 2017年2017年2017日										
出発性を開発を開発した (1994年 2015年 20		四小個什多別	7	α	単語は		005-057-4455	005-057-445B	1000	
### 2017 1997 # 2017		4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	† t	5 6	KEE			000000000000000000000000000000000000000	- 0	
#### 14		压子炼冶子串以	† †	04	料泡米		UZ34-30-8Z8Z	UN04-00-4NU	0	
	金城大学医療健康学部	理学療法学科	4年	80	石川県		076-276-4400	076-275-4316	2007	
	健康科学大学健康科学部	理学療法学科	4年	80	三黎派		0555-83-5200	0555-83-5100	2003	
### 32	帝京科学大学医権科学部(上野原キャンパス)	西学療法学科	4年	80			0554-63-4411	0554-63-4430	2007	
(1995年20年7月 1995年20日 1995年2		日小根什小型	 . #	000			052 720 1700	052 730 1706		
	用談へいくこく・一く中いこうい	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	† ;	0 0	长 <u>国</u> 盘		001-001-000	000,100,010	† 0 0 0 0	
製造機能が表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表	决松大字保健医療字部	埋字猴法字科	4年	40	単位温		053-428-35	053-428-1202	2003	
	中部学院大学リハバリアーション学問	理学療法学科	4年	09	岐阜県		0575-24-2211	0575-24-0077	2007	
		由 小 本 小 市 い	7年	40	聚和圖		052-601-6000	052-601-6010	000	
(1995年7月11年 1995年7月 1997年7日		在地/1// 川151111) L	NAT.			0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
		リハドリナーソヨノ予科		45	% 知账		0262-83-8000	UDDEK-88-081/	2004	
本語表大き機能学型、レンテンコン学科 用学数系学術 4 和 8		理学療法学科	4年	09	愛知県		0532-54-2111	0532-55-0803	2006	
	女七郎沙原十沙ニハアニトーション沙恵	田沙海洋沙科	7年	Ca	题 扣 圖		0561-42-0350	0561-42-0629	9000	
	コロ肝さんがくいい、ハコハウザーコール・ディー・選手を持ちます。		- t	9 6	X F				0 0	
	ロ令価値入子解験な子思してロントーソョノ子な	莊子漿冶子串以	† †	740	% 知能		0568-20-0131	0568-20-0138	2002	
	中部大学生命健康科学部	理学療法学科	4年	40	愛知県		0568-51-1111		2010	
		医抗性性	4年	40	<u>=</u> =		0593-83-891	0593-83-9666	000	
		この対し、世の世	-	0 6	1 1 1		- 10 CO	010000000000000000000000000000000000000		
		压子炼芯子件	† †	04	光色灯		0/3-481-7-141	U 2-48R-000U	VOO P	
		理学療法学科	4年	09	京都府		075-571-1111		2012	
(2014年7月7日)		理学療法学科	4年	09	奈良県		0745-54-1601	0745-54-1600	2003	
(2017年) (1777年) (17		田沙南谷沙沙	- F	Ca	+ 1857		1171 709 070	070 697 1759	7000	
		4-6/4-4	† ·	5 :			0/2-02/-1/11	0/1-/40-4/0	1 1	
高級者大学機構を持ちます。	四条数字園大字リハハリアーション字部	埋字潛法字專权	† †	740	人受み		0/2-863-5043	0/2-863-5022	2002	
	大阪道廊フパガファーツョン大学リパガファーツョン学問	理学療法学専攻	4年	09	大阪府		072-446-6700	072-446-6767	2006	
		理学療法学科	4年	40	大阪府		072-876-3317	072-876-3321	2006	
		田少樹汁少別	7年	40	十個帝		079-453-8951	079-453-0976	7000	
			- t	0 0	100				1 0	
	林人国内掠入子、宋陆内掠子即	田子原 万 中 在	† †	0 1	NXM2		1 1 50-0 1 00-00	Z 60-01 00-00	Z007	
	大阪保健医療大学保健医療学部リハビリテーション学科	理学療法学専攻	4年	09	大阪府		06-6352-0093	06-6352-5995	2009	
	関西福祉科学大学保健医療学部リハビリテーション学科	理学療法学専攻	4年	80	大阪府	582-0026 柏原市旭ヶ丘3-11-1	072-978-0088	072-978-0377	2011	
		 	4年	80	大阪府		072-621-0881		201	
		自沙根谷沙里名	- /- - ft	70			078 074 1551	078 074 5680	1 C C C	
		4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	† •	ļ °	K !!		1001-470-0010	0.000-1-0.000		
	始路獨協大字医療保健字部	埋字療法字科	4	40	共庫県		0/92-23-2211	0/92-85-0352	2006	
	甲南女子大学看護リハビリテーション学部	理学療法学科	4年	09	兵庫県		078-413-3722	078-413-3742	2007	
		理学療法学科	4年	40	兵庫県	650-8530 神戸市中央区港島1-3-6	078-304-3000	078-304-2700	2007	
海医療指孔子学療理医療学部 176-802		松析	4年	080	中国恒	G58-C030	078-845-3500	078-845-3457	6.000	
(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	こう 15シング・プレイ・ファング 小砂内板十秒石等内板の	日が個件が返	- / - ft	70			070 726 9600	070 736 9650) [
Minument		4-604-4		j ;	K !		0/2-/30-9900	0000-007-000	- I	
		リハヒリアーション字枠		40	100円		086-462-1111	086-464-1109	1995	
高国際大学保健医療学部総合リバビリテーション学科 理学療法学科 4年 60		理学療法学科	4年	40	国工運		0866-22-9454	0866-22-7560	1995	
画文理大学保護福祉学部4年60德島県 福岡県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 高田県 田学療法学科 山火ビリテーション学科 田学療法学科 日本 田学療法学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学学科 田学療法学等女 田学の主教科 田子の主教科 <br< td=""><td></td><td></td><td>4年</td><td>09</td><td>広島県</td><td></td><td>0823-70-4500</td><td>0823-70-4542</td><td>2006</td><td></td></br<>			4年	09	広島県		0823-70-4500	0823-70-4542	2006	
際医療福祉大学福岡医療技術学部 理学療法学科 4年 80 福岡県 831-8501 大川市慶津137番地1 0944-89-2000 0944-89-2001 京大学福岡医療技術学部 理学療法学科 4年 80 福岡県 800-0252 北九州市小倉南区豊原高松1-5-1 094-57-8333 0944-57-703 州栄養福祉大学福岡医療技術学部 理学療法学科 4年 80 福岡県 800-0252 北九州市小倉南区豊原高松1-5-1 094-57-8333 0944-57-703 州栄養福祉大学福岡医療技術学部 理学療法学科 4年 80 福岡県 800-0252 北九州市小倉南区豊原高松1-5-1 094-57-703 州保養福祉大学福岡医療技術学部 24年 60 熊本県 865-0062 五名市富尾 88 098-75-1811 096-275-1811 本保健科学大学保健科学部リバビリテーション学科 理学療法学専攻 4年 40 熊本県 865-0062 五名市富尾 88 098-75-1811 096-275-1811 学 (5 校)	徳島文理大学保健福祉学部		4年	90	衛龍軍		088-602-8000	088-602-8146	2010	
		13.00世	 . fr	0 0	加图画		0077-89-7760	0977-80-000	1 COO	
大学権間医療技術学的			†	0 0	K III		0044-00-6000	0044-00-00-00-00-00-00-00-00-00-00-00-00		
(市尔入子值回医療技信子問	埋子燎汰子科	† †	20	四国		0844-57-8333	0844-55-7703	2002	
	九州栄養福祉大学リハビリテーツョン学部		4年	80	福岡県		093-561-9728	093-561-9728	2011	
本保健科学大学保健科学部リハビリテーション学科 理学療法学専攻 4年 40 佐賀県 842-8585 神埼町尾崎4490-9 096-2-75-2111 096-245-3126	九州看護福祉大学看護福祉学部リハビリテーション学科		4年	90	熊本県		0968-75-1800	0968-75-1811	2006	
学(5枚) 出空療法学専攻 44 40 佐賀県 842-8585 神埼町尾崎4490-9 0952-52-4191 0952-52-4191 0952-51-4481 学(5枚) 井医療短期大学リハビリテーション学科 理学療法学専攻 34 50 福井県 910-3113 福井市江上町55字鳥町13-1 0776-59-2200 0776-59-2300 0776-59-2300 0776-59-2300 0776-59-2300 0776-59-2300			4年	40	能本県		096-275-2111	096-245-3126	2007	
学(5校) 井医療短期大学リハビリテーション学科 理学療法学専攻 3年 50 福井県 910-3113 福井市江上町55字鳥町13-1 0776-59-2200 0776-59-220 の776-59-220 の776-5			4年	40	佐智順		0952-52-4191	0952-51-4481	2007	
学(5校) 井医療短期大学リハビリテーション学科 理学療法学事故 3年 50 福井県 910-3113 福井市江上町55字鳥町13-1 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-220 0776-59-22-7870 058-234-7333 9年機を開井大学リハビリテーション学科 理学療法学専攻 3年 80 岐阜県 500-8281 岐阜市東鶉2丁目92番地 058-274-5001 058-274-5260 058-274-526			+	P	K Z		1000		5	
井医療短期大学リハビリテーション学科 理学療法学専攻 34 50 福井県 910-3113 福井市江上町55字鳥町13-1 0776-59-220 0776-59-220 は長機短期大学が合人間学科 U/ビリテーション学科 理学療法学専攻 34 80 岐阜県 501-1131 岐阜市県野180 058-234-3324 058-234-7333 058-274-5001 058-274-500	知由大学(5枚)			0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0						
井医療短期大学リハビリテーション学科 理学療法学事攻 34 50 福井県 910-3113 福井市江上町55字鳥町13-1 0776-59-220 0776-59-220 の				I)						
は上来点は子草な、34 36 40 無対策 50-6011 北豊城郡王寺町豊下1-7-17 0745-32-7890 0745-32-7890 理学療法学専攻 34 80 岐阜県 501-1131 岐阜市無野180 058-234-73324 058-234-7333 理学療法学専攻 34 80 岐阜県 500-8281 岐阜市東鶉21目92番地 058-274-5001 058-274-5260 学教法学専攻 34 40 愛知県 452-0931 清須市-場519 052-409-3311 052-409-3311	『江子』に江子』に下京には「北下」に、「江子」には、「江子」に、「八二十一)に、「小」にから	田沙根沿沙冊子	о Д	C	中中	1001100110111111111111111111111111111	0778 59 9900	0778 59 000	9000	
(145.5年) 34 40	国共の旅台塔ストンストン・フェントにも単立を開ける場合の一個地域	イナダクナキシニアニー・ションが重を		0 6	K III		0775 22 7800	07.70-03-5550	0 0	
	口原文上有多个小核口之间不全 计记录器 计手序 化二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二	リバニシーションナポター国連手手を		5 0	张 LE		0.45-36-7090	0/45-56-70/0	\ 000 000 000 000 000 000 000 000 000 00	
生子療法子等以 3年 80 版字派 35-7-4-5-20	十支内が対象とようにつう「フェントな事件の存在者上述に言うに、ションは	A 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	† t	0 0	Y U		000-004-0004	000-14-7000		
世外教分子専文 4 4 4	長年朱麗拉男人子 フィーソーノ 子女 単名 正子 単名 正子 は 単名 正子 は まま しょう は まま しょう しょう しょう しょう しょう しょう しょうしょう しょうしょう しょう	班子斯万子毕攻 自3年十3世界	უ (现 上 出	200-828 反中市米端区 田名64日 110	008-7/4-0001	008-4/4-0460	DO 0	
	変判医療子院短期大字リハヒリナーソョン子科	埋子療法字專以	# D	40	阪知 宗		052-408-3311	052-400-6413	2002	

			自自	夜誾						
4年制学校 (76校) [新 六]			3,418名 710名	710名						
	理学療法学科	4年	09		1. 海道	060-0063 4.婦市中央区南3条西1丁目15	011-272-3364	011-272-3365	1996	
おいて、これでは、これでは、これでは、一般では、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ	理学療法十科	4年	40		- 一川川川	060-0004 私婦市中央区共4条西19-1-3	011-616-2221	011-616-2227	2001	
専門学校日本福祉リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	40		北海道	061-1373 恵庭市恵み野西6-17-3	0123-37-4520	0123-37-4525	1995	
北都保健福祉專門学校	理学療法学科	4年	40		北海道	078-8801 旭川市緑が丘東1条2丁目1-28	0166-66-2500	0166-66-2606	1995	
札幌医学技術福祉歯科專門学校	理学療法士科	4年	40		北海道		011-513-2111	011-513-1515	2009	
東北メディカル学院	理学療法学科	4年	40	.,	青茶県	039-1522 三戸郡五戸町苗代沢3-638	0178-61-0606	0178-61-0034	2003	
仙台保健福祉専門学校	理学療法科	4年	40		宮城県	981-3206 仙台市泉区明通2-1-1	022-378-1100	022-378-7272	2007	
* 仙台医健專門学校	理学療法科	4年	40	40	宮城県	984-0051 仙台市若林区新寺2-1-11	022-292-2135	022-291-5856	2007	2007
山形医療技術專門学校	理学療法学科	4年	40	_	山 形⊪	990-2352 山形市前明石水下367	023-645-1571	023-645-1571	1995	
郡山健康科学專門学校	理学療法学科応用理学療法学科	科 4年	40		福島県	963-8834 郡山市図景 2-9-3	024-936-7777	024-936-7778	1998	
アール医療福祉専門学校	理学療法学科	4年	40	`	茨城県	300-0032 十浦市強光 2-10-35	029-824-7611	029-835-5155	2001	
マロニエ医療福祉専門学校	理学療法学科	4年	28		栃木県	328-0027 栃木市今泉町 2-6-22	0282-27-8425	0282-27-8429	2000	
前橋医療福祉専門学校	理学療法学科	4年	80		群馬県		027-269-1600	027-269-1611	2001	
太田医療技術專門学校	理学療法学科	4年	80		群馬県		0276-25-2414	0276-25-2441		
* 高崎医療技術福祉専門学校	理学療法学科	4年	40	40	群馬県			027-353-1634		2006
群馬医療福祉大学附属リハビリ専門学校ニーニーニーニーニー	理学療法学科	4.	募集停止		群馬県			027-260-1294	2008	
均玉医療福祉専門字校	埋字療法字科	† †	40		加工温	362-00/ 上尾市井戸木2-2- 	048-786-0077	048-786-0027	2000	
十二十二十二十一ション学院	理学療法字科	4 .	08		十業温		04-7190-3000	04-7190-3010	2001	
蒸リハアリアーション 呼応	埋字療法字科	4年	90		十八八十		04/6-23-36/5	0476-23-2179	388	
十葉医療福祉専門学校 	理学療法学科	4 ₩	90		土瀬川		0439-55-4001	0439-55-4181		
「徳寺字園リハヒリナーション専門子校	埋字療法字科	† † †	щ	暴集停止 9	果小部	30-0056	03-5638-8885	03-5638-8886		2002
果沢リハアリナーション専門予校コイナルが出土を発生しませ	単字療法字科 目並作注意2	4 , # 1	74 1	!	果兄弟		03-36/4-0233	03-36/4-0239	500.1	
	埋字療法字科 自非作法 # 2	4 , # f	巻葉停止		果兄弟		03-3/32-1111	03-3/32-114/		0
* 専門学校果都リハトリケーンヨン学院・ ロキニミジョー・シェン書間芸芸	西北斯沃州本	4 ¢	200		果兄葛	153-0044 四派区大衛兄-4-7 171 0000 垂直原相目 0 0 10	03-3468-4656	03-3468-4635	2000	
	军子统入中华国际条件	դ Հ	5 5	5	米 元 最 引 量 引 量 引 量 引 量 加 量 加 量	1/1-0033 明郎区画田3-9-18	04-0304-001	04-5854-6455		2002
	田子様 六子 4年 国 5 年 7 十 5 1	դ Հ	5 6		形式等		044-548-6655	044-548-5553		
* 米ガンナイノバン・スポーン部门子女・北世府女	A 田小南 田 山	1 ∠ † ք	5 0	5 0	N 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元	34-0080 江丁	03-2002-2330	03-2002-4834		
	田子原/A-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4	1 < † f	0 0		米 子 子 子	190-000の 新田内四巻1年1-7-9777 4511年11日 11日 11日 11日 11日 11日 11日 11日 11日 1	00-3240-3000	0.5-5.544-5.001		000
魚沢 フィーソーノ 半し 半に 子校 基 ボリー アーニン・アーション 単 ト 専門 ディー・アニー・ジョン 単国 学 対	田小旅 六 小	դ Հ † ք	0 0	. 1	11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11	744-080 每次日丁刻内品源500-1050 本表出任人的日前1000-1	045-826-7550	045-826-755	0 0	
そら高しい「しっ一ノコノ北」上女社は「こうニトーツ」と出まれ	エナ 気み 上な 国 手 値 は 供 が ま	† / † fi	100年	. 1			0467-66-6611	0467-66-0012	р р р р р о п	
巻添しハインケーノエノ北に不安明に圧縮おきませます。	田子原/A-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4	1 < † f	参末で上			800-0000 4711170118-10	070 470 000	070-024-00-070	ט פר ט פר	
国山内র面住地 174女 田田が教命で11771千一ジョングセザバー	田	1 / † fi	о В	- 1'	■ II 示 7 I I I I	888-00K3 /	076-280-8151	076.280.8557		
	41年後分子に 自手履行数	† †	3 5				0770-39-1000	0770-32-1500	0000	
白沙石凉油电池一步吹用电子的	4 子原分に 単少樹汁少気	† †	7 5	7	田工光		00770-025-1000	006-083-6100	000	
- 1	コーダ グーケ 国連 飛り返り	†	5 0		以 型 沂		000-000	000-000-0100	- U	
6米子図町直つ(1001)ソーノ47予女田町は女で半府条道な	田子原/A-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4-4	1 < † f	0 6	- 4	野回洲	450-000の 野国三米/不應月の 1 1 1-10	004-740-117	OFF 047 F010		
4774次日本内統化方用第二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	日子郎万子な	†	5 6	_ #	野国洲	410-CCC 7400周三浦/月間 040 冊月	0000-947-001	000-047-0010	1 0	
米ギンパロンケーソュノ地口水交展が 子業 女士同番問題表	田子様/万字な 国珍儒/1982	դ Հ դ ք	00 0	_ ~	野尾形	455-9000 野画に繋ぶて田掛め」田1-10710 4100017 41111111111111111111111111	0024-404-6700	054-404-6701 0F2 4F4 2F04	\ 000 000 000 000 000 000	
7.	田	1 / † fi	100年年	0	80 在示		052-454-5500 052 462 6646	OE2 494-5304		2000
14.7.6.7.8.8.8.8.8.8.8.8.8.8.8.8.8.8.8.8.8	は一般な子で	†	米が下げる	., 4	N/A/H B/A/H	400-00c0 百四年三十四万百四里 c-c	0007-406-0070	000-406-000		000
トンイナノ トスパーン内が価報部 二子女・ 女士 同所事	田子様/万字な 国珍儒/1982	դ Հ դ ք	0 0	, , , ,		464-9011 石口海下十種人之池 1-0-31	052-733-1646	0000-000-0010	\ 000 000 000 000 000 000	
	年予原は上に	† †	7 5		N 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	430-000C 石工庫に下心の石製(+-E/) 607-8303 石製市七百区二条通数野街3 水御野区1-0	075-257-6507	075-257-6788		0000
	は上級がた	+ -	2 5				0593-79-6033	0593-79-6037		
コントンの採用はたいて、中勢大都にアプロディンとは	世子派/公子中 田学梅洪学科		04		(二十二)		0596-24-2540	0596-24-2567	0000	
ががらずが、ファイン・コイン・コン・コン・コン・コン・コン・コン・コン・コン・コン・コン・コン・コン・コン	なが、単位世	- 4	04		五十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二		073-462-0300	073-462-5872	0 0 0	
* 大阪医車	西学療法学科		80	80	大阪府	531-0076 大阪市北区大学中1-10-3	06-6452-0110	06-6452-1100		2000
	はいがいは、	-) (1	10:00:00:00/3/3/3/3/3/3/3/3/3/3/3/3/3/3/3	0 0 0	0 0 0) (
		-	- 17		TY PER K		アーア・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・フ・	7.7.7.		2

### 140	沙 校	平本	課程	田	都道府県	県 郵便番号 住 所	T E L	× ×	開設	夜間
(1) (1) (1) (1) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2					至昌					
1997年 19	玉野総合医療専門学校	理学療法学科	4年	40	岡口灣	706-0002	0863-31-6830	0863-31-6859	2001	
日本の	専門学校福嶋リハバリテーション学院	理学療法学科	4年	40	田田県	714-0101	0865-54-2006	0865-54-9117	2003	
		理学療法学科	4年			700-0984	086-223-4111	086-223-4123	2006	2005
(17人) (17\lambda) (17	朝日医療専門字校工の原金	埋字療法字科	4 4 # f			721-0945	084-946-6780	084-946-6615	2002	2002
(1971年7月) 1975年	広島医療保健専門学校 XMOA 光/ 医毒酒乳 電間当共	相子療法 相子療法 相子療法 一型	ተ ተ ተ ተ	5 6		731-3166	082-849-6883	082-849-6884	2002	
### 1999	IMOAA于内存有位型门水权自由门口,以上	田小熊 石 田 山 藤 山 北	դ Հ դ հ	5 6	同共产	000-0000	000000000000000000000000000000000000000	00000-00-000	1000	
	間셨りハイフケーショノ水系ニニアニー・ジュンサー・************************************	A 田 田 山 南 山 山	դ Հ Է ք	ر م م			0834-34-0001	0854-54-0002	0000	
	ンパトンケーションンアシン形食ニュニュンジ・サー連型	田小熊子小学	դ Հ դ հ	5 6		0000-0000 7 0 0 0 0 0		0000-027-020	מ מ מ מ	
	コココ・メアイノジル予覧 とりここ アニー・ベー・ボー	田小衛子中本田市衛子中	դ Հ Է Մ	5 6	E	753-0054	083-833-0330	083-970-4780		
### 200	YICアスカンナーソース学校Mをごうごうことできます。	は一番がずる	դ Հ դ ք	7 40	HIN	758-0207	U836-45-1000	0836-45-1010	2002	
	画光レスカファーション学院士 チェニュジュー・ジェンナー	は一番がある。	ት ተ ት ተ	5 5		781-1102	088-820-2311	088-820-7372	2000	
	有シストントーソコノンフシン 国国府雇制 電孔本	用小板 近小女 国 1. 桶 1. 1. 2.	† t	5 6		700.000	000-000-01	000-000-0120	2 0 0 0	
	四国对统治二小交过国内编十进共	和小術 石 田 山 藤 千 正 玉	դ Հ դ ք	0,00	二二年	708-0802	000 / -4 I-AGRG	787-14-7-000	7 0 0	
		田子様万子な	† 1			790-000	000-010-000	000-910-000	V 000	(
		<u> </u>	4 ·			812-0011	092-475-1000	092-475-1002	2002	2002
	久留米リハヒリナーション字院	埋字源法字科		740	重!	834-0102	0943-32-7700	0943-32-3200	2003	
	専門学校式をレスセンチーンヨン大学校は国际工士開発さ	世子療法子本 田北十六2		导集停止	金属	800-0552	093-471-7939	093-4/1-8123	2004	
	备总医療事門字校 	埋字源法科	† † .	28	明 記	814-0005	082-833-6120	092-833-6516	2007	
	备国医健卑 門子校 	世子版法科 □ :: ← :: 5:	† † i	G :	重量	812-0032	092-262-7664	092-262-7669	2008	
本部位別以上リテンヨン学院 理学療法学科 4年 40	こころ医療福祉専門学校	理学療法科	₩.	40	平 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三	850-0048	095-846-5561	095-846-5560	2007	
サイガルンリン学院 特別は関連を設すする。 4年 40 所本課 860-0021 展本語の2-928(4-111) サイガルンリン学院 特別は関連を設すする。 4年 40 内 (中央リルビリテーション学院 特別は関連を設すを (4) 内 (4) 内 (4	熊本総合医療リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	40	熊本県	861-8045	096-389-1133	096-389-1135	1981	
### ### ### ### ### ### ### ### ### ##	メディカル・カレッジ青照館	理学療法学科	4年	40	熊本県	869-3205	0964-54-2211	0964-54-2213	2000	
本服前番機以化リテーション学院 理学療法学科 4年 80		理学療法学科	4年			860-0821	096-322-2200	096-322-6161	2006	2006
(熊本駅前看護リハビリテーツョン学院	理学療法学科	4年	80	熊本県	860-0047	096-212-0711	096-212-0712	2008	
	医療福祉専門学校緑生館	理学療法学科	4年			841-0074	0942-84-5100	0942-84-0768	1995	
(2.7.7 4.7 4.7 4.7 4.7 4.7 4.7 4.7 4.7 4.7		理学療法学科	4年			891-0133	099-261-6161	099-262-5252	2000	2003
学校 (80校) 8 全力屋 (80校) 8 本 20		理学療法学科	4年			904-1201	098-983-2130	098-983-2160	2002	2004
名古屋病院附属リハビリテーション学院 理学療法学科 3年 20 愛知票 465-8620 名古屋市名東区梅森坂5-101 数大学附属視覚特別 交換学校 理学療法科 3年 10 大阪府 558-0023 大阪市住吉区山之内-12-2 阪荷立規覚支援学校 理学療法科 3年 10 大阪府 558-0023 大阪市住吉区山之内-10-12 原産産ルリベビリテーション学院 理学療法学科 3年 40 北海道 066-0065 干燥市里美2-10 日の産産リンバビリ専門学校 理学療法学科 3年 40 お海道 060-0806 札幌市北区北6条西1 T目3-1 自口バビリテーション学院 理学療法学科 3年 40 お海県 100-082 水原油産美2-10 自口バビリテーション学院 理学療法学科 3年 40 13年票 060-0806 札幌市北区北6条西1 T目3-1 自口バビリテーション学院 理学療法学科 3年 40 13年票 100-082 水戸市農産の1-16-15-1 自口のバビリテーション学院 理学療法学科 3年 40 100-082 水崎県 98-2-001 40-16-15-1 専門学校 理学療法学科 3年 40 5域県 98-0-013 40-16-15-1 専門中庭 水園 中庭 水園 中庭 水園 中庭 水園 中庭 水園 中庭 水園 中庭 大田	3年制学校(80校)		m [°]	570名	50 名					
2	[五国]									
彼大学附属視覚特別支援学校 理学療法科 3年 8 東京都 大阪府 112-0015 文京区目白台3-27-6 阪府立視覚支援学校 理学療法科 34 10 大阪府 558-0023 大阪市住吉区山之内1-10-12 衛道干濃リハビリテーション学院 理学療法学科 34 40	東名古屋病院附属リハビリテーション学院 【盲学校】	理学療法学科	00 年	20	愛知過		052-801-1157	052-801-1160	1979	
販売立規則支援学校 理学療法等 3年 10 大阪府 558-0023 大阪市住吉区山之内110-12 知道主意リハビリテーション学院 理学療法学科 3年 40 40 1 (筑波大学附属視覚特別支援学校	理学療法科	3年	ω	東京都		03-3943-5421	03-3943-5410	1964	
海道干歳リハビリテーション学院 歴史療法学科 3年 40 40 北海道 世学療法学科 3年 40 40 北海道 田学療法学科 3年 40 40 北海道 田学療法学科 3年 40 40 出海 田学療法学科 3年 40 20-0062 歴間市長田町15-16 日学療法学科 3年 40 20-0062 歴間市長田町15-16 日学療法学科 3年 40 宮城県 日学療法学科 3年 40 宮城県 日学療法学科 3年 40 本域 日学療法学科 3年 40 本域 日子美順 20-011 上盾木大学平塚678-1 本長のいとリテーション学院 日学校社会医学技術学院 日本 東京都 19-8-0004 青梅市根か市1-6-42-1	大阪府立視覚支援学校[私立]	理学療法科	3 年	10	大阪水		06-6693-3471	06-6693-1504	1964	
	「石斗」	2000年	C H	0	十	2200 990	1901 00 0010	300 00 COLO	1 0 1	
		年ナダカナな	t #			060-080	011-716-0555	011-716-4410		α Ο Ο Ο
(山台)ハビリテーション専門学校 理学療法学科 3年 30 宮城県 881-3212 山台市泉区長町・左415-1 日本療法学科 3年 40 宮城県 882-0011 仙台市東区長町・4-3-55 東北保健医療専門学校 理学療法学科 3年 40 宮城県 980-0013 仙台市専葉区花京院1-3-1 国学療法学科 3年 40 埼玉県 360-0013 仙台市書葉区花京院1-3-1 選挙療法学科 3年 40 埼玉県 360-0013 加台市書葉区花京院1-3-1 選挙療法学科 3年 40 埼玉県 360-0013 加台市書葉区花京院1-3-1 国学療法学科 3年 40 埼玉県 260-0825 深等市専原36-8 国際医学務権地専門学校 国際医学務権地専門学校 理学療法学科 3年 40 埼玉県 260-0825 不禁市中央区科田町336-8 日学療法学科 3年 40 千葉県 260-0825 不禁市中央区科田町336-8 国際保衛社専門学校 理学療法学科 3年 40 千葉県 260-0825 不禁市中央区科田町336-8 国際保衛社専門学校 理学療法学科 3年 80 40 千葉県 276-0031 八千代台北11-1-30 リハビリテーション学院 理学療法学科 3年 80 40 千葉県 276-0031 八千代台北11-1-30 リハビリテーション学院 理学療法学科 3年 80 40 7葉県 276-0031 八千代台北11-1-30 国際保衛社専門学校 理学療法学科 3年 80 40 7葉県 276-0031 八千代台北11-1-30 国際保衛社専門学校 理学療法学科 3年 80 40 7葉県 135-0043 江東区塩浜 2-22-10 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 3年 80 40 東京都 135-0043 江東区塩浜 2-22-10 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 3年 40 東京都 135-0044 青梅市根ケ市1-6-42-1		は一般などでは、	р с.			000000	0196-54-2788	0196-54-2779	1980	0
## 19 19 19 19 19 19 19 19	「コンハンハハン」と記録して「一人」という。	は一般がは	- W	2 0	い。	981-30	000-770-000	1190-024-000	000	
東北保健医療専門学校 理学療法学科 3年 40 売城県 980-0013 仙台市青葉区花完院 1-3-1 医療専門学校メ戸メディカルカレッジ 理学療法学科 3年 40 海玉県 362-0011 上尾市大字平塚678-1 と見中央医療専門学校 理学療法学科 3年 40 埼玉県 362-0011 上尾市大字平塚678-1 医学力方三 理学療法学科 3年 40 埼玉県 362-0011 上尾市大字平塚678-1 医学力方三 理学療法学科 3年 40 埼玉県 362-0011 上尾市大字平塚678-1 国際医療和社専門学校 理学療法学科 3年 40 村工 140-0035 深台市原郷 495-1 国際医療福祉専門学校 理学療法学科 3年 40 中華県 260-0085 千葉市中央区村田町336-8 東京衛生学園専門学校 理学療法学科 3年 40 中華県 270-0081 八千代市八千代台北 11-1-30 国際保備社専門学校 理学療法学科 3年 40 40 東京 270-0043 江東区塩浜 22-10 専門学校社会医学技術学院 3年 80 40 東京 3 143-0016 大田区大森北 11-1 電門学校社会医学技術学院 3年 40 東京 3 168-0043 江東区塩油 22-10 専門学校社会医学技術学院 3年 40 東京 3 184-8508 小金井市中町 2-22-32 多摩リハビリテ		なが、世界を表現である。) Н Н			982-0011	000-308-0051	CVV-3CR-VC55	1996	1000
医療専門学校 理学療法学科 3年 40 茨城県 310-0035 水戸市原原3-2-5 上尾中央医療専門学校 理学療法学科 34 40 埼玉県 362-0011 上尾市大学平塚678-1 要メディカルアカデニー 理学療法学科 34 40 埼玉県 366-0035 深合市原郷 495-1 医学ブカデニー 理学療法学科 34 40 埼玉県 366-0035 深合市原郷 495-1 国際医療福祉専門学校 理学療法学科 34 40 有工業県 260-0825 子葉市中央区村田町 336-8 大代セリハビリテーション学院 理学療法学科 34 40 千葉県 260-0825 子葉市中央区村田町 336-8 原係 福祉専門学校 理学療法学科 34 40 千葉県 276-0031 八千代台北11-1-30 財化ビリデーション学院 理学療法学科 34 40 東京館 143-0016 大田区大森北4-1-1 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 34 40 東京館 183-0043 136-0043 136-0043 専門学校社会医学技術学院 34 40 40 東京館 184-8508 10金井市中区-22-32 参摩リハビリテーション学院 34 40 東京館 198-0004 <td< td=""><td></td><td>は一般が手を</td><td>· 世</td><td></td><td></td><td>980-0013</td><td>022-745-0001</td><td>022-745-0003</td><td>0.00</td><td>-</td></td<>		は一般が手を	· 世			980-0013	022-745-0001	022-745-0003	0.00	-
上尾中央医療専門学校 理学療法学科 3年 40 埼玉県 362-0011 上尾市大字平塚678-1 要メディカルアカデニー 理学療法学科 34 40 40 埼玉県 366-0035 深谷市原郷 495-1 医学アカデニー 理学療法学科 34 40 40 埼玉県 366-0035 深谷市原郷 495-1 国際医療福祉専門学校 理学療法学科 34 40 40 有業県 260-0825 千葉市中央区村田町 336-8 東京衛生学園専門学校 理学療法学科 34 40 千葉県 260-0825 千葉市中央区村田町 336-8 財化ビリアーション学院 理学療法学科 34 40 7 7 40 143-0016 大代市バイ代台北 11-1-30 関係権権専門学校 財化ビリアーション学院 34 40 40 7 7 143-0016 大代市バイビル 11-1-30 専門学校社会医学技術学院 34 40 40 東京衛 135-0043 11-1-1-30 専門学校社会医学技術学院 34 40 40 東京衛 126-0081 126-0021 11-1-1-30 専門学校社会医学技術学院 34 40 40 東京衛 126-0081 126-0081 126		理学療法学科	。 (ウ) (サ)	9 4	茨城県	310-0035	029-303-7033	029-303-7034	2008	
英メディカルアカデニー 理学療法科 3年 40 埼玉県 366-0035 深谷市原郷 495-1 医学アカデニー 理学療法学科 34 40 40 埼玉県 360-1151 川越市今福 2746 国際医療福祉専門学校 理学療法学科 34 40 千葉県 260-0825 千葉市中央区村田町 336-8 J/イギリバビリテーション学院 理学療法学科 34 40 千葉県 260-0825 千葉市中央区村田町 336-8 康原衛生学園専門学校 理学療法学科 34 80 40 千葉県 276-0031 八千代市八千代台北11-1-30 即保福祉専門学校 理学療法学科 34 80 40 7 43 143-0016 大田区大森北-1-1 関学校社会医学技術学院 理学療法学科 34 70 35 東京部 184-8508 小金井市町 2-22-10 専門ソビリテーション学院 理学療法学科 34 40 東京部 198-0004 青梅市根が 1-642-1	上尾中央医療専門学校	理学療法学科	3年	40	埼玉県	362-0011	048-778-3232	048-775-3444	2006	
医学力方三 理学療法学科 3年 40 40 埼玉県 350-1151 川越市今福 2746 国際医療福祉専門学校 理学療法学科 3年 40 干葉県 260-0825 千葉市中央区村田町 336-8 東京衛生学園専門学校 理学療法学科 3年 80 40 干葉県 260-0825 千葉市中央区村田町 336-8 東京衛生学園専門学校 理学療法学科 3年 80 40 干葉県 276-0031 八千代市八千代台北11-1-30 関係福祉専門学校 理学療法学科 3年 86 募集停止 東京都 143-0016 大田区大森北-1-1 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 3年 70 35 東京都 184-8508 小金井市中区-22-10 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 3年 40 東京都 198-0004 青梅市根7市1-6-42-1	葵メディカルアカデミー	理学療法科	3年	40	埼玉県	366-0035	048-573-9321	048-572-1910	2008	
国際医療福祉専門学校 理学療法学科 3年 40 干葉県 260-0825 千葉市中央区村田町 336-8 八千代リハピリテーション学院 理学療法学科 3年 80 40 干葉県 276-0031 八千代市八千代台北11-1-30 東京衛生学園専門学校 リハピリテーション学科 3年 66 募集停止 東京都 143-0016 大田区大森北4-1-1 臨床福祉専門学校 理学療法学科 3年 80 40 東京都 135-0043 江東区塩採 2-22-10 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 3年 70 35 東京都 184-8508 小金井市中区-22-32 多摩リハビリテーション学院 理学療法学科 3年 40 東京都 198-0004 青梅市根が 1-642-1	医学アカデミー	理学療法学科	3年			350-1151	049-245-6853	049-246-5020	2005	2002
八十代リハピリテーション学院 理学療法学科 3年 80 40 †葉県 276-0031 八十代台北11-1-30 東京衛生学園専門学校 リバピリテーション学科 3年 66 募集停止 東京部 143-0016 太田医太森北4-1-1 臨床福祉専門学校 理学療法学科 3年 80 40 東京部 135-0043 江東区塩浜2-22-10 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 3年 70 35 東京部 184-8508 小金井市中町2-22-32 多摩リハビリテーション学院 理学療法学科 3年 40 東京部 198-0004 青梅市根が 1-642-1		理学療法学科	(Y)			260-0825	043-208-1600	043-208-1605	2004	
東京衛生学園専門学校 J/パピリテンミン学科 3年 66 募集停止 東京部 143-0016 大田区大森北イー1-1 臨床福祉専門学校 理学療法学科 3年 80 40 東京部 135-0043 江東区塩浜 2-2-10 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 3年 70 35 東京部 184-8508 小金井市中町 2-2-2-32 多摩リハピリテーション学院 理学療法学科 3年 40 東京部 198-0004 青梅市根が有 1-642-1		理学療法学科				276-0031	047-481-7320	047-481-7321	2004	2004
個米面化割ですが、 はず旅ががです。 34 80 40 果が節 133-0043 7.1累化温板で-7-0 専門学校社会医学技術学院 理学療法学科 34 70 35 東京都 184-8508 小金井市中町 2-22-32 多摩リハビリテーツョン学院 理学療法学科 34 40 東京都 198-0004 青梅市根が有 1-642-1		リバアリアーション呼奉 国連備半追撃				143-0016	03-3/63-6621	03-5/63-7253	6/6/	N 000
4. J-YX1-XIX-J-XIII-J-III 4. J-YX1-XIX-J-XIII-J-III 多摩リハビリテーツョン学院 理学療法学科 3年 40 東京部 198-0004 青梅市根7布 1-642-1		五十 <u>添</u> 万十字 国珍南半珍	უ ი			100-0043	03-5653-1711	03-10003-1700	2000 2000 2000	2003
- 100-000 - 35-5K - 10 - 10 - 15-1-15-15-15-15-15-15-15-15-15-15-15-15		年/	ე (º			198-000	046-364-1030	046-363-0116	000	0 / 0
	岁冊ン、「「・」」、「・」」、「・」」、「・」」、「・」、「・」、「・」、「・」、「・	年子原ムナイ	÷	5	A ZA		- 004-14-04-0	0460-6-1-6-4-0	0	

孙 公	学 库 名	講	定員區間		都道府県	郵便番号 住 所	T E L	A X	開設	夜間
* 專門学校東京医療学院	理学療法学科	世 の	S S	30	東京都	104-0033 中央区幣川1-15-13	03-3552-8511	03-3552-8500	2002	1997
晴陵リハゲリテーション学院	理学療法学科	34	40		新潟県	940-2138 辰国市田財319	0258-47-4690	0258-47-4691	1995	
新潟保健医療専門学校	理学療法学科	34	40		新潟県	950-0086 新潟市中央区花園 2-2-7	025-240-0003	025-240-6885	2006	
国際医療福祉車門学校七尾校	对点光型有由	34	32		石川県		0767-54-0177	0767-54-0215	2007	
信をリスプリテーション専門学校	理学療法学科	8	75		長野県		0264-34-1023	0264-34-3371	2008	
静岡医療科学専門学校	理学療法学科	34	09		静岡県	434-0041 浜松市浜北区平口2000 番地	053-585-1551	053-585-2533	1996	
3.121/2/17 17 17 17 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	田学療法学科	· 世	09		韓田県		0545-55-3888	0545-55-3889	2005	
国際医学技術専門学校	田学療法学科	8	80		愛知県		052-561-1166	052-561-2200	1994	
1351 1752	田小樹汁小科	· 世	40	40	愛知 に の		052-461-1677	052-471-2333	1980	1992
・ けい、(しい) ・ しい いこう (V) ・ 申門学校星 域大学 しハブリテーション 学院	理学療法学科	ი ლ	9	9	愛知県		052-231-5335	052-231-5445	2004	2004
	西学療法学科	3	40		愛知県		052-678-8101	052-678-8105	2005	
東油医療科学専門学校	理学療法学科	3	40		愛知県	450-0003 名古屋市中村区名駅南2-7-2	052-588-2977	052-588-2978	2007	
滋賀医療技術専門学校	理学療法学科	8	40				0749-46-2311	0749-46-2313	1996	
奈良リハビリテーション専門学校	西学療法学科	3	40		発見順		0743-73-9861	0743-73-9862	2000	
関西学研医療福祉学院	理学療法学科	8	40		奈良県		0742-72-0600	0742-72-0635	2004	
* 大阪医療福祉専門学校		3	40	40	大阪府		06-6393-2288	06-6392-8120	2002	2002
関西医療学園専門学校	理学療法学科	34年	40		大阪府		06-6699-2222	06-6699-5335	1993	
行困リスガリゲーツョン専門学校	理学療法学科	30世	募集停止		大阪府	567-0801 茨木市総持寺 1-1-41	072-621-0881	072-621-1233	1970	
阪奈中央リハビリテーション専門学校	理学療法学科	8	40		大阪府		0743-78-8711	0743-78-9232	1995	
関西医療技術専門学校	理学療法学科	34	募集停止		大阪府	582-0026 柏原市旭ヶ丘3 - 11 - 1	072-978-0088	072-978-0377	1995	
清惠会第二医療專門学院	理学療法士科	34	50		大阪府	590-0026 堺市堺区向陵西町4-5-9	072-222-6226	072-222-4854	1977	
* 大阪物療専門学校	理学療法学科	34	募集停止		大阪府	593-8329 堺市西区下田町23-1	072-266-8877	072-266-3322	2002	
* 関西医科専門学校	理学療法学科	34	80	40	大阪府	530-0053 大阪市北区末広町3番27号	06-6366-1001	06-6366-1008	2002	2005
* 近畿リハビリテーション学院	理学療法学科	34	40	40	大阪府	566-0022 摂津市三島3-3-2	06-6381-3282	06-6381-3283	2002	2005
大阪リハビリテーション専門学校	理学療法学科	34	40		大阪府	530-0043 大阪市北区天満 1-17-3	06-6354-0091	06-6354-8887	2000	
神戸総合医療専門学校	理学療法士科	34	09		兵庫県	654-0142 神戸市須磨区友が丘7-1 - 21	078-795-8000	078-793-5070	1994	
関西総合リハビリテーション専門学校	理学療法学科	34	40		兵庫県	656-2132 淡路市志筑新島7-4	0799-60-3600	0799-60-3610	2001	
西はりま医療専門学校	理学療法学科	3年	40		兵庫県	678-0203 赤穂市元町 5番地9	0791-45-1117	0791-45-1173	2002	
神戸リハビリテーション福祉専門学校	理学療法学科	3 3 4	40		兵庫県		078-361-2888	078-361-2880	2006	
* ハーベスト医療福祉専門学校	理学療法学科	3 分 世	09	30	兵庫県		079-224-1777	079-224-1779	2008	2008
* 平成リハビリテーション専門学校	理学療法学科	(Y)	32	32	兵庫県		0798-38-1288	0798-38-1289	2006	2006
岡山医療技術専門学校	理学療法学科	ლ ლ	80		国ニョ		086-233-8020	086-233-8030	1992	
専門(収入) コンパカファーション 呼ぶき ぎょうぐん 正主 まます	埋字療法字科	₩ t	S 6		三世 三世		086-462-1111	086-464-1108	19/4	
化江杉口区 掠夺门子仪 计一中间压备 苯苯甲甲沙坎	田子焼芥片 田珍香半十0gg	# ₩ უ ი	5 6		加克斯	690-0265 松江市上入野町 2081-4 603 0001 宣祖冒山雷市今末 115 1 1	0852-88-3131	0852-88-3650	א ני	
	年を受けれた。) (r	ξ α				083-52-090	083-20-800	7 000	
「気値扱ンハニン・一ノコノナ女角は圧破が計画間連校	年を受けるとは、国党を対して、	† # o c	8 5		1 世紀	-	0885-72-7810	0885-42-4815	1000	
该四位统(国1441 J上)文 使具健社会福祉重問学校	は上次の子が田学権法学科) Н	5 4 C		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		088-642-9666	088-642-9077		
高知医療学院	理学療法学科	(S)	40		高知県		088-842-0412	088-841-1783	1978	
専門学校穴及リハゲリテーションカフッジ	理学療法学科	3年	40		香川県		087-815-3300	087-815-2111	2002	
愛媛十全医療学院	理学療法学科	3 3 4 5 7	40		愛媛県		089-966-4573	089-966-3924	1979	
四国中央医療福祉総合学院	理学療法学科	34	40		愛媛県	799-0422 四国中央市中之圧町1684-10	0896-24-1000	0986-24-1007	2007	
北九州リハビリテーション学院	理学療法学科	34	40		福岡県	800-0343 京都郡苅田町上片島1575	0930-23-3653	0930-23-3370	2003	
福岡国際医療福祉学院	理学療法学科	34	80		福岡県		092-832-1166	092-832-1190	2001	
* 麻生リハビリデーション大学校	理学療法学科	34	80	40		812-0007 福岡市博多区東比恵3-2-1	092-436-9800	092-436-9807	2001	2002
専門学校巻三リハガンテーツョン驴院	理学療法学科	30世	40	募集停止		832-0058 柳川市上宮永町116-1	0944-72-1001	0944-72-1018	1990	1993
* 小倉リハビリテーション学院	理学療法学科	30世	80	40	福岡県		093-473-8005	093-473-8159	2004	2004
* 福岡和白リハビリテーション学院	理学療法学科	(C)	80	40	相岡温		092-608-8600	092-608-8601	2007	2007
* 福岡天神医療リハビリ専門学校 	理学療法学科	ლ ლ	40	40	四回		092-738-7823	092-738-8584	2003	2003
	理学療法学科	m け	40	!		850-0822 長崎市愛宕 1-36-59	095-827-8868	095-827-8335	1995	
* 板高リスアリケーション水流	理予療法予科	# D	04	94	高洞	856-0048 入村市亦佐古町 42	095/-53-/883	0957-54-6882	_ D D	2004

(アレテーツョン) アレデーツョン事 女信等目学校 女信等目学校 フハピリテーツョ アレテーツョン学 露社専門学校 奏福社専門学校 事務学校	理学療法学科理学療法士科		神年 石 二 岩 十 国					
	エーががたした		新果炉片 熙令宗 十八画	862-0934 熊本市八反田3-20-2	096-380-6311		1981	1992
	理学療法学科	30	大公 大公県 東京	870-8038 人が111111111111111111111111111111111111	0974-22-3800	0974-26-4272	2001	
宮崎リハビリテーション学宮崎医療福祉専門学校 宮崎医療福祉専門学校 鹿児島医療福祉専門学校 神村学園専修学校	理学療法学科	3年 40	佐賀県	843-0024 武雄市武雄町大字富岡 12623番地	0954-23-6700		2011	
崎医療福祉専門学校 兄島医療福祉専門学校 村学園専修学校	理学療法学科	3年 40	40 宮崎県	880-2112 宮崎市大字小松1119-62	0985-48-2734	0985-47-5758	1982	
兄島医療福祉專門学校 村学園專修学校	理学療法士養成学科	3年 39	国島温	881-0004 西都市清水 1000	0983-42-1010	0983-43-3015	2007	
村学園専修学校	理学療法学科	3年 80	鹿児島県	890-0034 鹿児島市田上8-21-3	099-281-9911	099-281-9913	1995	
	理学療法学科	3年 40	鹿児島県	896-8686 いちき串木野市下名4460	0996-21-2071	0996-21-2071	2002	
鹿児島第一医療リハビリ専門学校	理学療法学科	3年 40	鹿児島県	899-4395 霧島市国分中央 1-12-42	0995-48-5551	0995-48-5553	2002	
* 沖縄リハビリテーション福祉学院	理学療法学科	3年 40	40 沖縄県	901-1393 島尻郡与那原町板良敷 1380-1	098-946-1000	098-946-1999	1990	2003

③ 大学院 博士課程併設○ 大学院 修士課程併設□ 大学院 博士・修士課程併設* 昼間および夜間部(4年制)がある学校平成24年7月20日現在 学校総数251校(学生募集校242)、定員13,265名

7. 公益社団法人日本理学療法士協会 倫理規程

日本理学療法士協会は、本会会員が理学療法士としての使命と職責を自覚し、常に自らを修め、律する基準として、ここに倫理規程を設ける。

基本精神

- 1. 理学療法士は、国籍、人種、民族、宗教、文化、思想、信条、門地、社会的地位、年齢、性別などのいかんにかかわらず、平等に接しなければならない。
- 2. 理学療法士は、国民の保健・医療・福祉のために、自己の知識、技術、経験を社会のために可能な限り 提供しなければならない。
- 3. 理学療法士は、専門職として常に研鑽を積み、理学療法の発展に努めなければならない。
- 4. 理学療法士は、業務にあたり、誠意と責任をもって接し、自己の最善を尽くさなければならない。
- 5. 理学療法士は、後進の育成に努力しなければならない。

遵守事項

- 1. 理学療法士は、保健・医療・福祉領域においてその業の目的と責任のうえにたち治療と指導にあたる。
- 2. 理学療法士は、治療や指導の内容について十分に説明する必要がある。
- 3. 理学療法士は、他の関連職種と誠実に協力してその責任を果たし、チーム全員に対する信頼を維持する。
- 4. 理学療法士は、業務上知り得た情報についての秘密を守る。
- 5. 理学療法士は、企業の営利目的に関与しない。
- 6. 理学療法士は、その定められた正当な報酬以外の要求をしたり収受しない。

(昭和53年5月17日制定) (平成9年5月16日一部改正) (平成24年4月1日一部改正)

8. 理学療法士業務指針

(公益社団法人日本理学療法士協会)

近年におけるリハビリテーション・医療の進展は、心身の機能に発生した多様な障害をできるだけ改善するために、医師を中心に看護師、理学療法士、 作業療法士、義肢装具士、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー、言語聴覚士など多くの医療関連職種が連携するチーム医療を必須なものとしてきた。

理学療法士の業務については、「理学療法士及び作業療法士法」(昭和40年6月)にその定義とともに規定されている。その後、理学療法士の業務は、国民の医療需要の多様化に伴い対象者および業務の内容が医学、医療の発展を反映する方向に展開してきている。従って、現行法の「身体に障害のある者」という対象者についてみると脳性麻痺の超早期療育、脳卒中に対する発症直後からの早期リハビリテーションの必要性、および在宅老人の寝たきり予防や心身の機能維持・増進を図るための働きかけの必要性など今日では対象者の範囲が拡大されている。また、理学療法士の業務内容の定義についても、より効果的なリハビリテーション・医療の実現を目指した理学療法の内容が要請され実施されている現状にある。

理学療法士は、多様な障害あるいは重複した障害に取組むチーム医療の一員として業務を適切に、かつ円滑に行うことが期待されている。この理学療法士業務指針は、理学療法士の役割および責任を明らかにすることで各職種間の連携を一層促進することを通してリハビリテーション・医療・保健・福祉の向上に貢献することを目的に定めるものである。

今日、理学療法士の業務の場は、療養所、診療所、一般病院、らい病院、精神病院、老人病院等の医療機関、老人保健施設および社会福祉施設に併設される医療機関のみにとどまらず、理学療法の知識・技術に立脚し地域活動、学校、社会福祉施設などの保健・福祉にかかわるあらゆる分野にわたっている。

この業務指針は、理学療法士の業務の標準を示すものであるが、実際の業務の遂行にあたっては、施設の整備状況、業務の目的、あるいは理学療法士の経験などを配慮した運用が望まれる。

なおこの業務指針は、理学療法士の業務の定型化・固定化を意図するものではなく、今後の医療需要の変化やリハビリテーション・医療の進展に伴う 柔軟な対応を図り、必要に応じ適時見直されるべきものである。

業務全般に関する事項

【目的】

1. 理学療法士は、身体に障害のある者、また、障害の発生が予測される者に対し、その基本的動作能力の回復や心身の機能の維持・向上を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、電気刺激、光線、徒手的操作(マッサージ他)、温熱水治その他の物理的手段を加えることを業務とし、もって保健・医療・福祉の普及および向上に寄与することを目的とする。

【研鑚および資質の向上】

2. 理学療法士は、リハビリテーション・医療の知識・技術についての動向等に関する情報収集、他の関連分野の知識、医療をめぐる問題等にも注意を 払うなど、常に研鑚に励み、専門職としての資質を向上させるようつとめる。

【基本的姿勢】

3. 理学療法士は、専門技術者であることを十分認識し、最善の努力を払い業務を遂行するものとする。

【チーム医療での協調】

4. 理学療法士は、リハビリテーション・医療のチームの一員として医師、看護師、作業療法士、義肢装具士、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー、言語聴覚士など多くの医療関連職種と緊密な連携を保ち、より円滑で効果的な医療を行うようつとめるものとする。

【法の遵守】

5. 理学療法士は、業務の遂行にあたり理学療法士及び作業療法士法の主旨を十分理解するとともに、関連法規を遵守しなければならない。

【守秘義務】

6. 理学療法士は、業務上知りえた秘密を正当な理由無くして他人に漏らしてはならない。これは理学療法士でなくなった後においても同様とする。

【対象者・家族への説明】

7. 理学療法士は、対象者の病態や治療内容について対象者又はその家族から説明を求められた時には、その旨を医師に報告する。 理学療法士は、対象者の理学療法の評価・目的・内容について対象者又はその家族等その都度適切に説明するものとする。

【記録の整備・保存】

8. 理学療法士は、リハビリテーション・医療において医師より指示された対象者毎に記録を作成し、少なくとも5年間は保存するものとする。また、理学療法上必要な記録を整備保存する。

【安全性の配慮・事故の防止】

9. 理学療法士は、理学療法実施に当たって、事故防止に努め万全の配慮の下に行う。

【教育】

10. 理学療法士は、理学療法士になろうとする者の育成に努め、臨床実習教育等に協力するようつとめる。

医師の指示に関する事項

- 1. 理学療法士は、医師の指示の下に理学療法を実施するものとする。
- 1. 理学療法士は、個別の業務を行うにあたって、その都度医師の具体的な指示を受けることを必ずしも必要としないが、但しその業務は、全体として 医師の指示により行われるものとする。
- 2. 理学療法士は、医師から理学療法遂行の対象者について留意すべき事項に関し書面等により指示をあらかじめ受けるものとする。理学療法士は、疑義がある点について医師に確認を求めるものとする。

理学療法士の個別業務に関する事項

【対象】

1. 理学療法士は、そのリハビリテーション・医療における対象として入院医療、在宅医療にわたり、骨関節機能、神経筋機能、心肺循環器機能、代謝機能などの疾病の特性を考慮し身体に障害のある者、または障害の発生が予想される者を対象とする。

身体に障害のある者とは、永続的・一時的であることを問わず、疾病・外傷・先天的な要因によって身体の諸機能になんらかの障害を有する者、基 本的動作能力に障害のある者、また障害の発生が予測される者を含む。

【評価・理学療法計画作成】

2. 理学療法士は、理学療法を行うに際しては、理学療法計画を検査・測定、評価に基づいて作成する。また評価のための検査・測定は、医師の指示により単独に行われることもある。

理学療法士は、理学療法治療計画の修正、再選択のために定期的な再評価を実施し、理学療法の効果を把握するのに最終評価を行う。

【治療】

- 3. 理学療法士は、主として次の理学療法を行う。
 - 1) 基本的動作能力の回復を図るために、治療体操その他の運動を行わせる運動療法。
- 2) 骨関節機能、神経筋機能、心肺循環器機能、代謝機能などの改善を図る運動療法。
- 3) 電気刺激、徒手的操作(マッサージ他)、温熱、水治、光線その他の物理的手段を加えることを治療として行う物理療法。
- 4) 基本的動作能力の改善をより実用的なものとするための日常生活動作指導。
- 5) 基本的動作能力の回復を図り治療体操その他の運動を行わせ、日常生活動作の効率を向上させる。また、生活適応の拡大に必要な補装具、リハビリテーション機器、福祉機器等を選定・開発し、日常生活周辺の環境を整備指導する。
- 6) 運動療法の補助的手段として、スポーツ、遊戯、ダンスなどを用いる。

【予防】

4. 理学療法士は、在宅老人の寝たきり予防や心身の機能維持、産業・農村医学領域での腰痛などの予防を図るための指導や運動療法を行う。

【指導】

- 5. 理学療法士は、理学療法の実施にあたり次のような指導を行う。
- 1) 理学療法士は、リハビリテーション・医療において、対象者の基本的動作能力の維持・向上を図るため、対象者・家族に指導を行う。
- 2) 理学療法士は、対象者が退院する際には必要に応じて、対象者や家族に退院時の指導を行う。
- 3) 理学療法士は、必要に応じて対象者を訪問し、指導する。
- 4) 理学療法士は、地域社会や公共団体の地域保健・福祉計画の策定に協力する。

【記録】

6. 理学療法士は、リハビリテーション・医療において、理学療法計画のために行われた検査・測定、評価などの記録、並びに、理学療法計画にもとづいてて実施された理学療法について対象者毎に記録を作成する。

【機器の保守・点検】

7. 理学療法士は、理学療法に使用される機器に関し治療に支障のないように保守及び管理を行う。

特記事項

- 1. 理学療法士の業務は、作業療法士の業務と最も関連の強いものであり、治療の場に於いてはそれぞれに専門性を活かした役割を担っている。理学療法士業務と作業療法士業務の共通領域には日常生活に必要な動作の訓練や生活環境の調整(家屋改造への指導等)があり、対象者のより良い生活実現のために各々の役割分担を事前に調整し有機的に業務を遂行するようつとめる。
- 2. 理学療法士は、義肢装具士と連携のもとに、義肢装具を使用する対象者に対して、義肢装具の適合・調整や装着訓練を実施する。
- 3. 理学療法士は、臨床工学技士と連携のもと、生命維持装置管理下にある対象者に対し理学療法を実施する。
- 4. 理学療法士は、在宅対象者に理学療法を実施する場合にも本業務指針を遵守する。

(平成7年12月9日制定) (平成24年4月1日一部改正)

9. 理学療法士ガイドライン

(日本理学療法士協会)

1. 【目的】 について

現在、理学療法の対象は、非常に多岐にわたっている現実がある。つまり、法で定められた理学療法士の業務の場としての、医療機関やその枠を多少広げた老人保健施設、社会福祉施設にある対象者(患者)ばかりでなく、医療機関とは違った仕事場をもつ理学療法士が増えてきたため、その対象者が現に障害を有するものでない場合も出現してきたのである。この現実についての説明は後述することにして、ここでは法で定められた、理学療法士の行う理学療法の対象・目的を中心に述べることにする。

「理学療法士及び作業療法士法」¹⁾、「理学療法士及び作業療法士法の解説」(以下、法の解説と略)²⁾によると、理学療法とは、

- 1) その対象となるものは、身体に障害のあるものであり、
- 2) その主な目的は、対象となるものの基本的動作能力の回復を図ることであり、
- 3) そのために用いられる手段は、対象となるものに治療体操その他の運動を行わせることおよび対象となるものに電気刺激、マッサージ、 温熱その他の物理的手段を加えることであって、

と示されていることからすると法的には、この対象、目的および手段の三点においてこの定義にあてはまらない行為は理学療法とは解釈することができない。たとえば、身体に障害のないものに対するマッサージであるとか、身体に障害のあるものに対し、その基本的動作能力の回復を図るために行われる手術や投薬などの診療行為は、いずれも理学療法には属さない。ただし、ここにいう身体に障害のあるものの範囲は身体障害者福祉法にいう身体障害者の範囲よりも広く、半永続的な障害や多くの内科的な障害、ときには外科手術後の一時的な障害をすら含むことがある、と述べている。

言い換えると、理学療法の対象とされる身体障害の範囲は、およそ永続的であると一時的であるとを問わず、疾病ないしは先天的な異常によって身体の諸機能(精神機能を除く)になんらかの障害を現に有するものはすべてこれに含まれると考えられる。ただ、理学療法の主な目的が、失われている基本的動作能力の回復を図ることにあるために、理学療法の対象となる身体に障害のあるものの範囲は、おおむね基本的動作能力に障害のあるものだけにおのずから限定されることとなる。また、基本的動作能力とは、坐る、立つ、歩く、体や手足を曲げたり伸ばしたりするといった人間にとって基本的といえるような運動能力の事をいい、このような能力の障害は、手足、肩、腰あるいはこれらの運動をつかさどる神経筋系統などに障害がある場合に多くみられるが、そのほか呼吸器、心臓、消化器等の内臓の障害に伴って生ずる場合もある、としている。

これらをみると、現在問題となっている急性期の呼吸・循環器障害者に対して行う理学療法も、理学療法士が対応してもよいだけの法的な下地はあることが分かる。今日、治療対象としては一般的な脳卒中片麻痺の患者すら過去には治療対象として指示されることがなかったのであるが、今では何の違和感もなくこの患者が理学療法の対象になっている。このことを考えれば、現在は一部の理学療法士しか対象としていない疾患が、一般的な理学療法の対象となるかどうかは、理学療法士の今後の姿勢一つにかかっているといえよう。

また、前述の「理学療法士及び作業療法士法」や「法の解説」ではうたわれていないが、厚生労働省告示として[注1]、理学療法士による 脳卒中や老人の障害に対しての、発症直後からの早期・超早期理学療法のサービスが制度上理学療法士に裏付けられた。それに付け加えて、 医療施設が併設されていない小児や若年者に対する通園・通所施設ですでに行われている理学療法サービス、在宅老人に対する寝たきり予防や心身の機能維持・増進を図るための理学療法サービスがある。中でも、障害が起こる前に行う理学療法、すなわち予防的な理学療法の 考えが、老人に限ってであるが期待されてきたことは、非常に画期的なことである。この考え方そのものは、特に目新しいものではなく、術後の成績をあげるために術前から理学療法士が対応する場面は、今までもすでに在ったわけであるが、この考え方が公的に認められるためには、やはり、理学療法士の卒前・卒後の教育を含んだ、理学療法技術の積み上げが必要とされよう。

[注1] 〈老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準に基づき、老人理学療法等の施設基準を定める件〉 [昭和63年1月厚生労働省示第73号、改正平成4年4月1日]

2. 【研鑽および資質の向上】について

理学療法士の医療における業務の対象は、多くはなんらかの疾患や障害のある人がその対象である。さまざまな人格、社会的背景を持った対象者と直接触れ合う専門職として、高度な知識と技術、さらには、豊かな人格をそなえる必要がある由縁である。医療において限られた分野だけを専門に扱う職種が多数誕生しているが、その業務領域をはっきりすることにより、特色のあるより進んだ専門性が期待できる。しかし、その反面ある分野に携わる職種の専門性向上の努力にともない、隣接する職種との壁が高くなり各々の領域でのみ専門化の進む恐れがある。このことは、今の医療社会においては決して患者の利益にはならない。ある職種の独立が専門家として社会的に容認されるのは、その技術に対する信頼性の高い評価に基づくものと考えてよく、専門家たるための核となる理学療法知識・技術、理学療法士としての人間性の錬磨は、我々に課せられたこととして特に必要である。それと同時に、医療の場においては関連する職種と互いに認め合い、結び付きに洩れがないように細心の注意を払いチームワークを密にすべきである。我々は、自己の研鑽はもとより、関連する分野に対する知識や現在の医療に対する問題にはいつも注意を払い、情報を収集し分析することによって、その時代にあって一番よい治療のために、医療技術の研鑽義務が課せられている。

3. 【基本的姿勢】について

理学療法士は、単に身体の障害の克服を目指すばかりではなく、その対象者の社会的背景やそのときの心理的な状況を理解して言動をわきまえなくてはならない。「法の解説²⁾ 第3章 (1) 心身障害という重荷を負う人々」によれば、『現代社会においても、心身の障害があるということは、人生の旅路をたどる上での大きなハンディキャップであることはいうまでもない。身体に障害があるとその人の行動能力は制限され、労働や勉学にさしつかえることはもちろん、その障害の程度が重いときは自分の身のまわりのことを処理するにも思うにまかせないということになる。また精神に障害があると心のコントロールができないので、社会生活に適応することが困難になる。』ので理学療法士は失ったものを数えるだけではなく、残された能力を最大限に活用できるようにし、社会復帰に向けてともに最大限の努力をしなければならない。また、対象者および家族のニーズを理解し、現実の障害程度を十分に把握してその目標に対して最善の努力を払う必要がある。このことは、医療という業務が人々の健康、生命とに深く関わっている点に根拠が求められる。

また、常に切磋琢磨することにより理学療法の分野を高めようとする努力を怠ってはならない。

日本理学療法士協会倫理規定³⁾の前文には『今日、分化、高度化する医療にあってリハビリテーションの一翼を担う理学療法士への期待に対し、応えることの責任は極めて大きい。理学療法士は、この重責を十分に認識し、これに答えるために、理学療法を業とする個人として、あるいはその団体(協会)として、社会や市民に対し不断の努力と善意をもって寄与するよう傾注することが望まれる。』とある。

同規定にはこの目的を達成する原則として、『3. 理学療法士は患者の医療、福祉に寄与するために、常に高水準の専門的知識と技術の習得、維持に努め、これを実践に生かす。』、『8. 理学療法士の活動は、病院・施設内に留まらず、広く公衆衛生、保健、地域活動の向上にも関与し、社会の理学療法への要求に答えるよう努力する。』、『9. 理学療法士は、後進の育成に関心を示し、教育水準の向上を図るよう努力する。』と定められている。

また、理学療法士という職業は、対象者との心のつながりが重要な職業である。ともすれば医療を与える立場となり、言葉使いを含めた接し方に配慮を忘れる場合がある。しかし、理学療法士の役割は対象者の持つ最大限の能力を引き出すことであり、その助けとなることが本来の職務である。その点を常に念頭におきながら、謙虚な態度を忘れずに接することが重要である。

なお、専門職の特性としては3つの側面から、以下のようなことが言われている4。

- 1) 技術的側面からは、公益奉仕を目的とする継続的な活動であり、科学や高度の知識に支えられた技術を持ち、その技術の使用を支えるための一般的利益を持つことが大切である。
- 2) 経済的側面からは、対象者の幸福や利益を図ることを行動の基準とし(利他主義)、あくまで中立的立場を保つよう努力する。
- 3) 社会的側面からは、理学療法士としての認識を持った自己規制の団体であることが必要となる。これらのことを理学療法士として認識し、最善を求めて努力することが基本的な姿勢として望まれる。

4. 【チーム医療での協調】について

医療が高度に発展し疾病構造が複雑になってくると、細分化された領域に熟練した職種が配された方が医療経済的にも合理的であり、医療技術的にも良質なサービスが期待される。そのために公認の資格を作り、その資格を有するものに限って医療の一翼を担うことができるようになった。そして、多種多様な医療分野の中の一部を専門に扱う職種が生まれてきた。また、医療の分野において合理化と能率の向上が必要となり、このような要請が多様な医療関係職種間におけるチームワークによる医療を行う現在のような体制を生んだ。

リハビリテーション・医療を円滑に進めるためには、その対象者に関係する医療スタッフ間の緊密な連携が必要である。従来より、各医療関連職種は医師との密接な繋がりをもった形で専門化しやすい制度になっていたことが、医療を受ける側からにとっても医療経済的にみても、決して好ましいことではないと言われている 5 。チーム医療の必要性については「理学療法士及び作業療法士法」 1)にはうたわれていないが、近年制定された「義肢装具士法第39条」には『義肢装具士は、その業務を行うにあたっては、医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない』と他の医療関係者との連携がうたわれており、「臨床工学技士法」にも同様の条文がある。これは従来の反省に立って記載されたものといわれている。リハビリテーションが欧米より導入されてから日本においてもチーム医療の重要性が論議され、それが法律的に明らかにされたことは意義深いことである。

リハビリテーションに携わるチームの構成員としては医師、看護師、作業療法士、義肢装具士、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー、言語聴覚士、生活指導員、介護福祉士、寮母など多くの関連職種がある。一方、地域に目を広げてみると、保健婦、教師、保母などとの連携があり、チーム全体で対象者に取り組む必要がある。そのためには、チーム全体の方針と対象者のニーズが同じ方向性を持つことが重要である。理学療法士が高度化・専門化していく医療と医療へのニーズに応えていくためには、他の専門職との協力関係を損なわないように、対象者が求めるニーズを満たすために良好な関係を作り出し、相携えていくことを念頭に置く必要がある。このことは、病院以外の施設・学校などにおいても同様のことがいえる。また、必要時には医療関係職種以外の職種(例えば住宅改造における建築士等)とも連携しなくてはならない。

このような同じ方向性を持つためには、定期的なカンファレンスも必要なことであるが、日常のスタッフ間におけるスムースな意志疎通が重要である。そして、何が対象者のためであり、どうすることが医療の質の向上に最も役立つかという観点に立って考えるべきである⁵⁾⁶。

5. 【法の遵守】について

「法律」というと、わかりにくいもの、わずらわしいものと敬遠されがちなものであるが、行政機関による判断・命令や裁判所における 結論もその基となるのは法律、政令、規則等であり、好き・嫌いに関係なくこれを守らなければならない。これら法律等は我々の「社会生 活上のきまり」であって、この「きまり」を守ることにより社会の秩序が維持されるからである。医療に従事するものは、通常の法概念を

理解し、主要な医療法規 7 も知っておく必要がある。これは、その業務を円滑に進めていくだけでなく、常に発生する可能性のある医療事故や医療紛争にも十分に対応してゆくための方途である。

医療業務は、国民の健康および生命に直接的に影響する業務であるため、国家はこの業務を行うことのできるものの資格を厳格に定め、 適切な医療の確保に努めている。理学療法士も「理学療法士及び作業療法士法」によって定められており、この法を遵守し業務を遂行しな ければならない。

6. 【守秘義務】について

日本理学療法士協会(昭和54年4月1日)は倫理規定³⁾を作成し、その中で『理学療法士は、患者の人間性を尊重し、業務上知り得た患者の資料及び情報については、法令に違背することなく特別な事情のない限り、秘密を守り、関係者以外の者に漏らさない。』との原則を掲げている。これは理学療法の対象となる人が、身体または精神に障害のある人々であることを考慮して、理学療法士がその義務を行なうにあたり、知りうるこれらの個人についての身体障害の状態、その他に関する秘密をみだりに漏らすことのないようにとの趣旨からである。

理学療法士及び作業療法士法第16条では、「業務上知り得た人の秘密を守る義務」が課せられている。理学療法士が、この規定に違反して、正当な理由がないにもかかわらず、その業務上知り得た人の秘密を漏らしたときは、法第21条第1項の規定により、三万円以下の罰金に処せられる。ただし、理学療法士または作業療法士が秘密を漏らしたことにより害を被ったもの、または、その法定代理人が告訴をしない限りにおいては、罪に問われることはない(法第21条第2項) $^{81.91}$ 。なお、その秘密を漏らした理学療法士が、免許の取消しを受け、または施行令第4条第1項の規定による登録の消除を受けたことにより、理学療法士でなくなったときも、秘密を漏らしてから三年を経過して公訴時効が成立しない限りは被害者または法定代理人の告訴によつて罪に問われることがあるものとされている(法第16条後段)。

現在、医療関係者のうち、医師、看護師、助産師および薬剤師にあっては刑法第134条第1項 10 の規定によって、衛生検査技師にあっては衛生検査技師法第21条第1項第3号の規定によって、それぞれその業務上知り得た人の秘密を故なく漏らしたときは処罰の対象とされている。

7. 【対象者・家族への説明】について

理学療法士は、疾患およびその病態についての詳細な説明を行う必要はない。そのような説明が必要な場合、医師に対象者またはその家族への説明を行うよう依頼する。理学療法士が説明する内容は、対象者の運動機能障害状態、残存運動機能および理学療法の目的(目標)・内容に関するものである。実際の説明に当たっては、説明の実施およびその内容について担当医師と十分に相談し、リハビリテーション医療チームとしての意見の統一に支障を来たさないように注意する必要がある「注2」。

担当医師から理学療法の指示を受け、対象者に評価・治療を開始するに先だって、対象者またはその家族に理学療法評価・治療の概要を 十分に説明した上で、理学療法を開始する。

対象者の評価終了後、評価内容と理学療法治療予定(理学療法治療の適応がない場合も含めて)をまず担当医師に報告し、医師との相談により、理学療法士からの説明の必要があれば、上記の要領に従って説明を行う。

理学療法治療が開始された後、対象者またはその家族から理学療法評価・治療について説明を求められた時、あるいは治療の遂行を円滑にするため、もしくは治療の終了について承諾を得るために対象者またはその家族に説明する必要がある場合には、その事情を担当医師に報告し、上記の要領に従って説明を行う。

地域リハビリテーション・医療において理学療法士が対象者またはその家族に説明を行う場合でも、原則として理学療法の開始に先だって医師の診察を前提とし、医師の指示下であるため、病院における場合と同様に対処することができる。必要に応じて医療情報・福祉情報の提供を行うように努める「注3」。

- [注2] このような理学療法士による説明も理学療法業務に含まれるものと考えられるので、基本的には理学療法士及び作業療法士法第2条第3項および第15条第1項の規定によるものとする。
- [注3] 福祉業務あるいは健康増進業務に従事している際の説明については、基本的に医師の診察を前提としていないので、理学療法士の専門職としての自由裁量の範囲について正確に認識し、範囲を逸脱しないよう十分に注意を払う必要がある。

8. 【記録の整備・保存】について

医学の歴史の中で記録の果たした役割は大きく、19世紀までの医療の発展に記録がかなりの貢献をしているといわれる。さらに、米国外科学会では、「正確にして完全な診療録を全患者に対して作成し、かつこの記録を入手しやすい方法で院内に整理保管すること」という規定を病院標準化の基準の一つとしている⁸。医師の診療録記載に関しては、医師法第24条および医師法施行規則第23条に規定されているが、法律が医師に診療録作成を義務づけている目的は次の通りである⁹。

- 1) 医師に対して患者に適切な診療を行わせること
- 2) 医師にその診断の適正性をその記載によって証明させ、これによって医務を行政的にとりしまっていくこと
- 3) 保険その他の医療費請求の証拠資料とすること
- 4) 出生、死亡時の確定や各種の手当、年金などの請求その他の目的に使用される診断書、証明書などの作成にあたって、患者の健康状態を裏付けるに必要な資料とすること
- 5) 刑事裁判、民事裁判における重要な証拠として社会的にも大切な役割をもっているので、これらの必要な資料とすること
- 6) 医師が自己の行った治療行為についての思考活動を補助、軽減するための一種のメモないし備忘録としての性質をもつこと

上記の記述を参考にして、理学療法士が理学療法診療録作成・保存する目的を列挙すると、次の項目のようになる。

- 1) 対象者に対して理学療法士が適切な評価・治療を行っているか否かの資料とすること、さらに理学療法の効果判定の資料とすること
- 2) 診療録を記載した職員以外の医療従事者に、必要であれば対象者の情報を提供するため、さらに対象者の治療のための症例検討会議に役立つこと
- 3) 保険その他の医療費請求の証拠資料とすること、および行政当局の医療監査を受け理学療法施設基準の承認のための資料とすること
- 4) 対象者の健康状態もしくは運動機能障害状態の公的な証明書が必要な場合に、その作成のための資料を提供するため
- 5) 法務上、対象者の健康状態もしくは運動機能の障害状態に関する証拠が必要な際の資料とすること
- 6) 理学療法士が評価・治療を行う上で資料の整理、思考の補助に役立てること、および他の対象者に対する理学療法診療の参考とする ため
- 7) 理学療法の質を高めるための教育・研究、将来の理学療法評価・治療の開発のための研究に役立てるため

リハビリテーション医療チーム内においては、診療録の統合化に努めることが好ましい。

理学療法評価・治療に必要な電気生理学的検査結果、画像診断結果、動作分析結果等 [注4] も理学療法診療記録に含めて管理することが望ましいが、それが不可能な場合には別途に管理し、必要な場合にすぐに検索できるようにしておくことが好ましい。

時代の流れとしては、コンピューターを利用した診療記録システム(コンピューター利用患者志向型診療録: computerized patient oriented medical record) [注5] の利用が増加するであろうが、この場合問題となるのは、理学療法士が理学療法を行うために対象者の如何なる情報を知る必要があるかということである。すなわち、理学療法士としてのコンピューター利用患者志向型診療録の使用権限の問題である。この場合、理学療法士として必要な情報およびその理由を明確にし、このような新診療録システムに対処できるように努める必要がある。

すべての理学療法診療記録は、対象者がこれ以降の理学療法診療の必要なしと判断された最後の診療日から少なくとも5年間保管し、その間必要な場合にはただちに参照できるように管理する必要がある。また、対象者に関する種々の記録が、個人のプライバシー保護を侵害しないように厳重に注意する(守秘義務の項参照)¹⁰⁾ ¹¹⁾ ¹²⁾。

- [注4] 神経幹伝導検査、強さー時間曲線測定、神経伝導速度測定、筋電図検査、レントゲン写真情報、超音波画像情報、CT、MRI、動作筋電図検査、動作画像情報(ビデオ、16mmフィルム)、運動力学的測定等
- [注5] 国際病歴学会では1976年から、medical recordという呼び名を改め、healthrecordとしている。

9. 【安全性の配慮・事故の防止】について

法により理学療法士または作業療法士は、保健婦助産師看護師法第31条第1項および第32条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法または作業療法を行なうこととされている。

理学療法士が診療の補助を行うとされる医行為とは、広義では、『人に対して医療の目的のもとに行われるところの社会通念上、この的 到達に資すると認められる行為をいう』と考えられ、狭義では、『広義の医行為中、医師の医学的知識と技術を用いてするのでなければ、 生理上危険を生ずる恐れが有る行為をいう』とされ、この意味では医行為であるとされるには、治療目的を必要条件としてはいないのである。

上述のように、医師の医学的知識と技術を用いてするのでなければ、生理上危険を生ずる恐れが有る行為を行うのであるから、その行為に使用する機器の安全を確保することはもとより、治療行為を行う場の安全を管理し、治療対象の治療時における、疾患、障害の特性よりもたらされる危険、事故の防止について配慮することが求められる。

さらに、これらの対策にもかかわらず発生してくる事故などの対処方法についても、あらかじめ検討しておくことが大切である。

一般に過失とは、不注意の為に違法な(危険な)事実の発生(または発生の可能性)を知らないで、その結果の発生を回避(防止)しない態度だといわれる。前者が結果発生の予見義務違反であり、後者が結果発生の回避義務違反である。この注意義務の基準は、通常一般の理学療法士の能力を標準にするものであるから、客観的注意義務といわれる。

- 1) 治療機器の点検、保守、管理
- 2) 治療場所の安全対策 (整理、整頓、死角、床の滑り、取り付け機器、混雑度)
- 3) 疾患、障害の特性よりもたらされる危険、事故の防止(リスク管理)
- 4) 緊急時の対応措置 (連絡、処置)
- 5) 事故についての報告様式の策定

10. 【教育】について

専門職は、長期にわたる教育を経て育成されるものであることは、自らの理学療法士となった経緯を振返るまでもなく容易に理解されるであろう。その理学療法士が、社会に質の高いサービスをすることを通し、高い社会的評価を得ることができる。時には、自らの仕事を高めていく際に手を携えて進む同僚として働くことにもなる。このような連関を思うと、理学療法士養成課程の学生を育てる臨床実習を見過ごすべきことでないことを了解されるものと考えられる。

ここで理学療法士の教育について簡単にその状況を眺めてみる。理学療法士は学校として区分される大学、短期大学、専門学校に区分される養成施設において養成されており、その養成総定数は平成6年度(1994)より年間二千人を超えるようになった。それは社会的な要請によるものであり、今後、さらに養成力が増強されると予想されている。

この環境の中で、その社会的要請に十分に答えるためには以下に示す問題を踏まえて理学療法士の教育に係わることが大切であろう。 教育の成果は、一つには、教育担当者、教育施設、教育時間などの実施環境、そして、大学入学者選抜時に見られる状況からうかがわれるように、学習者の資質に関わっているといえるであろう。理学療法士教育の結果も同様である。

学生の資質については、指導にあたるものが直接に接することで評価できるものであるが、学生の資質についての一般的な傾向は、教育を取巻く社会環境、そして、教育の結果が生かされる職業環境を客観的に検討することが大切であろう。大学をめざすものは理学療法士の養成が始まった頃より振返ると、国立大学一期校、二期校の分類での入学試験から、共通一次試験を経て、大学入試センター試験と高等教育の選抜の方法は変化し、それに応じて受験生は進路を選び、理学療法士学校・養成施設は1980年代の資格取得へのブームと専門学校への進学の増加、そして短大、大学の設置による進路の選択幅の増加を経て今日に至っている。進学塾の増加、学校でのさまざまな問題、経済の成長と学生の気質に直接に影響する環境が大きく変化してきているのである。教育を受ける学生も、毎年同じ気質を持っているとは限らないことを改めて了解する必要がある。

次に、教育環境について見ると、理学療法士養成についての指定規則のカリキュラムに関する内容は昭和47年に一部改定がなされ、そして平成元年3月、17年ぶりに大幅に改定され、平成2年度の入学生からその適用を受けることとなった。前指定規則に示す教育内容が実状とは大きくかけ離れたために改定されたと推測される。しかし、平成元年の指定規則改定によってこの相違が十分解消されたとは言い難いが、新しい時代に向けて対応に努めている点は多い。

理学療法士養成についての指定規則によるカリキュラム総時間数は、養成開始当時は総時間数3300時間以上と定められていたが、それが昭和47年に2700時間に減少し、平成元年は2990時間と増加した。規定された臨床実習時間についてみると最初は1680時間以上で、昭47年に1080時間以上となり、平成元年の改定で810時間以上と最低基準は減少している。

実情を見ると、平成元年指定規則改定前の養成施設(医療短大を除く)のカリキュラム総時間数平均は3757.8時間と指定規則を約1000時間超過していた。その原因は単純なものとは思われないが、近年、理学療法の対象は多様化し、その中で専門細分化が進み、学ぶべき情報は増大の一途をたどっているため、授業時間の増大はやむを得ない側面もあり、指定規則のカリキュラム時間数は少なすぎるという圧倒的な認識のあることは報告されていた。

このような認識から見ると総時間数減の改定は逆行するものといえる。自ら深く物事を理解する方法を身につけていく大学教育という観点からは、この時間数でも詰め込みすぎといえる。カリキュラム総時間が少ない分、知識の整理と効率的な授業は要求されるが、そこから生じる物理的および心理的余裕は青年期の成長にとってきわめて重要な意味合いを持っている。質の高い医療を提供するためにも人間的な成長が図られることを願い、カリキュラムや授業の工夫による教育効率の向上と、余裕のある教育環境の整備が積極的に追求されることを期待したい。

カリキュラム内容についてみると平成元年指定規則改定では、臨床実習の時間が大幅に減少し、その分理学療法専門科目の時間数が増えたことが特色である。しかし、それらのことは多かれ少なかれ各学校・養成施設で既にカリキュラムの中に取り込まれていたことから、教育内容についてはそれほど特別な変化を感じることはできないものであろう。

このカリキュラムを実施するにあたっては、専門教育の部分については、理学療法士自身であたらなければならない。専門職を育成する ためには、自らも教育担当者となって努めなければならないのである。

例えば、その努めるべき身近なものとして、理学療法士となる大きなステップとしての臨床実習について見てみよう。(医学部での医師の養成教育では教官が臨床の場において授業を行っているが)理学療法士の養成教育での臨床実習は、医師の養成教育における臨床教育の時間とは比べられないほど多く、また学校終了後の教育体制がないためにその重要性が一層高いにもかかわらず、いわゆる教育の場として位置づけられていない病院施設等で、身分的にも教育者でない理学療法士が指導することで行われる。臨床経験の量からも、指導にあたるのに適切でない理学療法士により行われることもある。このような状況は、学生にとってもまた指導者本人にとっても望ましい姿ではない。実習指導経験者を対象とした平成2年度の調査によれば、約80%の指導者は指導時間の少なさと自信のなさを理由として挙げ実習指導に不満を抱いている。

このような臨床実習を養成教育の中でどのように意味づけるかは、立場あるいは経験により違いを見せると思われるが、臨床実習の時間が多ければそれだけ即戦力の養成に役立つということを誰もが思うところであろう。昭和57年度調査(理学療法白書、1985)によると、臨床実習1080時間に対し適当あるいは少ないと感じる人が圧倒的に多く、多過ぎるとする回答はわずかで即戦力への期待の大きさが見られるのである。しかしながら、臨床実習が多くなればそれだけ学内教育の時間を圧迫し、学校養成施設側の意図する教育目標の達成が困難になることも推測される。

理学療法士養成教育の中の妥当な臨床実習の時間数は、当分の間は社会の要請と教育の成熟度の兼ね合いによって決められると思われる。 理学療法士が量的に充足されてくれば、社会的要請は即戦力から質の高さへと転換が起こっていくものであろうが、理学療法士は、今日、量、 質とも求められていると考えなくてはならない。

しかしながら、今回の改定による短時間の臨床実習で、目的とする効果が上げられるような望ましい実習形態が構築されているとは判断 し難い。理学療法はきわめて臨床的な知識、技術の体系であり、教育の中での臨床的体験は不可欠である。短時間の実習で最も効果を上げ るためには、学内の教育内容と実習内容の密接な関連と、教官と実習指導者との緊密な協力体制が必要である。実習指導者もそのような指 導ができるよう研鑚を積まなくてはならない。

要約するならば、この指針の項目は、教育の状況を把握しながら、学校、養成施設での教育、あるいは、臨床業務と合わせて、理学療法士が積極的に臨床教育に携わり、その結果としての理学療法士の質の向上について努められたいということである。

Ⅱ. 医師の指示に関する事項について

医療行為は、本来医師が自ら行うのが建前であるが、医療の細分化専門化が進むにつれ、それを補助する各種の医療専門職が生まれてきている。我々理学療法士の業務も、法の解説²に述べられているように、「理学療法業務の中には医行為に属するものがある」とされている。このように、本来医師が自ら行う医行為の一部を理学療法士が補助行為として施行するのであるから、それは医師自らが行った場合と同等の優れた医行為でなければならない。したがって、そのような優れた医行為の実施のために担当医師から留意すべき事項についての情報、例えば理学療法施行上、対象者に生じる可能性のある生命および保健管理上の危険性、効果的な理学療法のために考慮されるべき医学的所見、適用されるべき理学療法手段に関する担当医師の意見等についての指示を受けておくことが必要である。そのためにも、理学療法士は自己の専門知識・技術を研鑚し、医療技術者としての能力を高めるよう努力しなければならない。そして、このことが理学療法士としての専門性の確立・向上の基盤となり、社会へのよりよい理学療法の供給を行う原点となり得ることを認識する必要があるだろう。

また、法の解説に、「一般的には禁止されている診療の補助行為の一部を業とする権能が与えられたことによって、形式的には単に名称のみを独占するにすぎない理学療法士および作業療法士は、実質的には無資格者が行ってはならない固有の業務分野を占有することになった」とあるように、医師の権限の一部が理学療法士に委譲されたと考えられるのであるから、それに応じた責任を果たす義務がある。

医師法第17条の規定によれば、「医師でなければ医業をなしてはならない」ので、対象者からの要請に応じて理学療法士が直接に理学療法を実施した場合、同法に触れることになる。医療における理学療法は当然医業に属するものなので、理学療法士は医師からの指示を受けて理学療法を実施する必要がある。つまり医師の指示を受けたことにより、理学療法士は医行為の一部を担うことになる。医師が対象者の訴えを医学的見地から解釈分析するように、専門職としての理学療法士も対象者の訴えおよび医師の指示を、理学療法学的立場から解釈分析し、自ら行う理学療法の基盤となる対象者のニードを見出すよう努力しなければならない。したがって、専門職としての立場で自覚を持ってその指示を受けることは、対象者に対して適切なサービスを提供し、理学療法の専門性を高めることになる。

医師の指示には、一般的な指示、具体的な指示、あるいは直接指導といったものがあるが、その内容および記載については、指示を受ける理学療法士の知識・技術・経験の程度もしくは対象者の重症度により異なるであろう。大切なことは、理学療法士として知識・技術の研鑚に努め、治療者としての自分を高める努力を続けることである。また、医師の指示と自ら実施する理学療法の間に、理解不足の間隙が生じないよう配慮する必要もある。

一般的な指示であれ具体的な指示であれ、理学療法士は医師の指示を受けて理学療法を実施するものであるから、疑義が生じた場合には 担当医師と十分な討議を行い意見を統一する必要があり、それが対象者への適切で良質なサービスを提供することにつながる。また、指示 内容の施行が様々な要因で困難な場合には、それに代わる治療方法について医師の同意を得ておくことも必要となる。

Ⅲ. 理学療法士の個別業務に関する事項

1. 【対象】について

理学療法士の個別業務の対象は、永続的であれ一時的であれ、疾病または先天的異常によって身体の諸機能(精神機能を除く)になんらかの障害を有するものである。すなわち、骨・関節系、筋・軟部組織系、神経系、エネルギー代謝系などのさまざまな疾病により起こされた障害をもつものや、あるいは起こる恐れのあるものであり、新生児から老人に至るまであらゆる年代各層にわたっている。このように、対象の範囲は将来障害の発生が予想されるものに対する予防的処置からターミナル・ケアまで含まれ、疾患名からは推し量れない側面をもっている。

最近、老人保健法や老人福祉法を基盤にした地域リハビリテーションが推進されるに至り、保健・医療・福祉それぞれの分野で理学療法 士の職域が拡大しつつあり、今後とくに保健・福祉分野での対象者の占める割合も、確実に増加していくであろう。

2. 【評価】について

評価は、身体の諸機能の状態、疾病により患者の日常生活動作(ADL:Activities of Daily Living)、あるいは、生活の質(QOL:Quality of Life)がどのように変容したかを把握するためのもので、評価が行われたその時点での対象者の状態や、経時的に行うことにより対象者の状態の変化を知ろうとするものである。評価は検査測定とその評定により行われ、理学療法を進める上での出発点となり、対象者の障害像を的確に把握するために欠くことのできない重要なステップである。

実際の臨床場面では、短期的・長期的治療目標を決定するために必要である機能的状態の把握と予後の推測、理学療法計画に直接つながる問題点を把握するための障害因子の抽出が主な目的である。このため問題点の抽出、および治療目標や治療方針を決定する上で、どのような面に重点をおいて評価を行うかの選択は各対象者により異なる。

既往歴、現病歴、社会的背景などに加えて精神心理的面をも含め、総合的に分析することにより、疾病や障害をとらえるばかりではなく「人」としてとらえることが重要となる。

評価の主眼に即して行われる個々の検査測定としては、

- 1) 障害された機能の評価
 - ①関節可動域検査
 - ②徒手的、あるいは測定機器による筋力検査
 - ③筋電図等を用いた神経・筋機能評価

- ④各種の方法による動作分析
- ⑤呼吸循環機能検査
- ⑥平衡機能検査
- ⑦体力評価
- ⑧痛みの評価

など

- 2) 総合的な生活障害の評価
 - ①日常生活動作検査
 - ②住宅・環境の適性評価

などが、理学療法士として評価を進めるために行われる。

3. 【理学療法計画作成】について

評価において理学療法士として対応すべき問題点を抽出した後、医師の治療方針、対象者および家族のニーズ、理学療法士が勤務する施設の特性を考慮した上で、対象者に提供される理学療法計画すなわち理学療法プログラムが作成される。理学療法計画作成において基盤となるものは、経験あるいは学問的知識にもとづいた機能予後判断であり、それにしたがって短期目標および長期目標が設定される。

作成にあたっては、疾患の種類と重症度、生命予後および医学的治療計画等の医学的項目に加えて、機能障害(impairment)、能力低下(disability)、社会的不利(handicap)および機能予後等の障害に関する項目、さらに各個人の生活の質といった事柄を考慮する必要がある。したがって、理学療法計画は理学療法部門内の判断のみで作成されるのは望ましいことではなく、医療チームの各専門家の判断および対象者個人や家族の意見を考慮し、作成されなければならない。また、理学療法プログラムの施行に伴って対象者の変化を精細に観察し、理学療法評価を定期的に繰返し行い、その結果を分析することにより、必要に応じてより適切な理学療法計画を再作成しなければならない。さらに、退院、転院などの対象者の転帰に際しては、最終評価を行うとともに今までの理学療法計画を見直した上で、以後のフォローアップ計画を作成する。

4. 【治療】について

理学療法士の行う理学療法の対象となるもの、目的および手段については前述されているとおりであり、法的にはそれらの定義にあてはまらない行為は理学療法とはいえない。しかし、近年の医療需要の多様化にともないその業務も変化してきており、産前から終末医療までのそこに関連する広い範囲の対象を考えなくてはならない。このような実情からも、理学療法士は対象となる者の機能障害、能力低下に留まらず、社会的不利の問題にも理学療法士の立場で関与する必要がある。これらの広い範囲の対象は、ICUやCCUにみられる疾病の発症直後、交通事故および産業災害等の受傷直後よりの救急救命医療への関わりから、在宅訪問にみられる生活そのものへの関わりまで実にさまざまである。このような対象となるものへ十分なサービスを提供できるように、理学療法士として個々の問題点を最大限に解決できるように治療を組み立てる必要がある。また、治療には徒手的な治療法、機械器具を用いる治療法、補装具等を用いる治療法、および福祉機器の活用まで幅広く考慮する必要がある。具体的な治療を行うにあたっては、治療上の安全を十分に考慮して実施することが重要である。

5. 【予防】について

理学療法士の業務の中心となるのは治療であるが、その他に重要なのは予防的な側面である。例えば、病院内においては、対象者に対する手術後に予測される筋力や呼吸機能の低下などを最小限にするための理学療法を実施することは、予防の観点から重要である。また、入院時から家族に介護方法やその時の正しい姿勢を指導することは、介護による腰痛等の予防を行うことにもなる。これらの予防についての指導は、病院や施設の職員、および地域の保健婦、訪問看護師、ホームヘルパー、ボランティア等に対しても必要であれば行うことが望ましい。この予防については企業においても関心のあることであり、要請があれば積極的に参画することも将来の職域拡大につながると考えられる。このように、理学療法士の対象が障害を現に有するものから、障害の発生が予測されるものの予防まで広がってきていると言える。

老人保健法の制定後(昭和58年2月)からは、各都道府県で特に地域での活動が積極的に推進されている。これらへの理学療法士の参画は、保健所や保健センター等での機能訓練事業のみならず、在宅の障害者への訪問事業も行われており、寝たきりの予防に対しても積極的に事業が展開されている。

この在宅訪問については昨今の診療報酬の改定でも認められるところとなり、病院に勤務する理学療法士の在宅訪問も各地で実施されている。保健の領域をみると、この分野での理学療法士の参画は少ないのが現状であるが、健康を維持するあるいは増進するという社会のニーズに応えていくのは、今後の課題でありひとつの目標ともなるだろう。

6. 【指導】について

理学療法士の対象とするものが、病院内での生活がある程度自立しても、退院後の自宅での生活には支障があることも多い。この点が解決されないままに退院したものは、寝たきりや再入院となることも考えられる。それを防ぐために、住宅・環境や家族の介護力等を把握し、日常生活動作の効率を向上させるのに必要な補装具、福祉機器等の導入や機種の選定および開発を行う。さらに、対象となるものの自立した生活および家族の介護量を軽減するために、無理なく長続きする方法について助言や指導をする。それは、病院で獲得した基本的動作能力の維持・改善にもつながることになる。

退院した後に在宅訪問を行う際には、家族、地域での主治医、保健婦、訪問看護師等の対象者を取り巻く周囲との連携を十分にとることが大切である。また、地域および特別養護老人ホームなどでの「寝たきりゼロ」を目指した活動や、家族、ホームヘルパー、ボランティア等を対象とした介護教室における実技講習会の開催も積極的に推進されている。これらにも理学療法士として積極的に協力し、地域社会や公共団体の地域保健・福祉計画の策定に参画することも、今後はさらに求められていくことと考えられる。

7. 【記録】について

理学療法記録の目的については、業務全般に関する事項の「記録の整備・保守」のところで述べたので、ここではその記録法について解説する。

理学療法を開始するに際しての医師よりの指示および評価内容の記載から始めて、以後の治療経過と変更内容を記述する。医師の追加指示内容や症例検討会議の記録も含めて症状・障害の変化を細かく記録しておく。この記録は公的な性格をもつものであり、医事的参照のみでなく、行政的・法務的役割を担うものであることを周知しておくことが大切である¹³。

記録方法としては、1968年L.L.Weedによって提唱された問題志向型医療記録(POMR: Problem Oriented Medical Record)が参考になると思われる^{14 15) 16)}。この方法について簡単に述べる。

問題志向型医療記録の構成

1) 基礎データ

患者の生活像、病歴、診察・評価所見、検査・測定データを記載したものであり、治療に携わるスタッフにとって患者の全体像が的確に 把握できるものでなければならない。

2) 問題リスト

患者の治療およびケアの対象となる問題をその重要度にしたがって列挙する。記録の保管・整理のために何らかの方法でコード化することが望ましい。また、問題点に対して理学療法により解決可能か否か、あるいは理学療法治療手段の適用性についての考察が必要である。

3) 初期計画

診断・評価的計画と治療・ケア的計画とがある。これにより、患者への初期のアプローチが明確になる。

4) 経過記録

①叙述的経過記録

これは次の4項目に分けて記載するとよい。

- S (Subjective): 患者の訴え、症状の主観的な叙述
- O (Objective):治療者による客観的なデータ
- A (Assessment): データの分析、総合および解釈
- P (Plan):治療・評価の計画あるいはプログラム

②経過一覧表

経過記録の主要な内容を一覧表にまとめるのが望ましい。また、一週間の要約を記し、状態の変化を捉えやすくするとよい。

5) 退院時要約、あるいは最終記録

叙述的経過の様式で記載する。転院に際しての紹介状の記載内容もこれに含まれる。

以上、問題志向型医療記録の構成について略述したが、記録全体あるいは個々の項目について教育・指導を受ける必要があり、それにより評価・治療の見直しが可能となり、治療者にとっても研鑚の機会になる。それゆえ、経験豊かな理学療法士が経験の浅い理学療法士を指導するというスーパーヴィジョンの制度を設けることが望ましい。また、診療報酬請求のために必要な項目の記載(保険診療点数の項目および理学療法実施時間等)も大切な業務の一つである。さらに、理学療法記録の作成・保管業務を円滑に遂行するために、対象者の受持ち担当制を徹底するとともに、診療記録作成・保管業務に必要な時間を割けるように時間的余裕をもった業務体制が望まれる。

8. 【機器の保守・点検】について

理学療法に使用される医療機器は使用目的により、評価用機器と治療・訓練用機器に分けられる。使用場面で分けると、運動療法で用いる機器と物理療法で用いる機器がある。また、理学療法評価・治療の進歩のための研究用機器も必要であろう。さらに、理学療法学生や新人理学療法士の教育のための機器(例えば、スライド・ビデオ映写機等)を備えておくことも重要であると思われる。

機器管理の原則は、理学療法部門にある機器を分類し、それぞれの管理責任者を定めて部門内での日々の点検、および機器製作・納入業者による定期的な点検を行い、記録しておくことである。さらに、その記録内容がスタッフ全員に熟知されており、管理責任者だけではなく、全員が機器管理に携わっているという認識が大切である。まず第一に、日常業務の円滑な遂行は使用機器の正常な作動なくしてはなされないものであると考え、機器管理という仕事を重視する態度が必要であろう。

次に、機器点検およびその記録は医療事故の防止および事故後の適切な処置に医事的・行政的・法務的に極めて重要なものであるから、副次的業務ではなく主業務の一つとして業務体制に位置付けておく必要がある。

また、理学療法用機器は近年では高額かつ精密なものが開発されており、機器購入にあたっては、その維持費および専門技術者による点検・ 修理費も考慮して予算を立てる必要がある。さらに、取り扱いに際して高度な知識・技術を要するものについては、その納入・更新時に全 員が十分な説明を受ける機会を設け、緊急時には専門技術者の支援体制を確立しておくことが望ましい。

Ⅳ. 特記事項

特に指針作成の背景に述べた理学療法士業務検討委員会の発足事情にもとづいて、殊更に作業療法士とのオーバーラップの部分と新たな職種として参入し、今後とも連携が必要と思われる義肢装具士、臨床工学技士との関係を取り上げ、もれのない医療が受けられるよう協力していく意図を明らかにするために述べたものである。

医療の高度化、専門分化は医療の現場に最新の技術、機器が導入され、その結果、既存の職種では対応しきれない領域を生み出し、新たな職種による業務の必要性から専門職種の誕生に至っている。新たな医療関係職種としては義肢装具士や臨床工学技士があり、これらについては当初から各々の業務を明確にするための業務指針が作成されており、その中で4. チーム医療での協調で述べているようにチームワーク医療での連携の必要性が強調されている。

そこで特記事項において理学療法士は既存の医療職種としてリハビリテーション・医療のチームの一員として医師、看護師、作業療法士、ならびに医療ソーシャルワーク、言語聴覚士各々の職種等と連携を保ち効果的な医療をすすめるためのチーム医療を必須のものとして実践してきたことを確認し、さらに広範な職種との連携を視野において、チーム医療の発展に寄与すべく努力するよう示しているのである。

参考文献

- 1) 厚生労働省編:理学療法士及び作業療法士、厚生法規総覧(後載資料①参照)
- 2) 厚生労働省医務局医事課編:理学療法士及び作業療法士法の解説、中央法規出版1965.
- 3) 日本理学療法士協会倫理規定、1975. (後載資料②参照)
- 4) 石村善助: 医療における業務独占、理・作・療法、22 (2): 76-79、1988.
- 5) 横田真二: 医療における専門分化、理・作・療法、22(2): 71-75、1988.
- 6) 砂原茂一:核と境界線-名称独占と業務独占を巡って-、理・作・療法、22(2):80-84,1988.
- 7) 例えば、理学療法士及び作業療法士法の他に、医療法、医師法、薬剤師法、保健婦助産師看護師法、義肢装具士法、臨床工学技士法等・・・。
- 8) 岩崎榮(編): 診療情報の管理. p12-13,医学書院、1988.
- 9) 岩崎榮(編): 診療情報の管理. p20,医学書院、1988.
- 10) 刑法134条1項

医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

- 11) 刑法 135条 (親告罪)
 - この章の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。
- 12) 刑法訴訟法 149条「業務上の秘密と証言拒絶権」

医師、歯科医師、助産師、看護師、弁護士、弁理士、公証人、宗教の職に在る者又はこれらの職に在った者は、業務上委託を受けたため、知り得た事実で他人の秘密に関するものについては、証言を拒むことができる。但し、本人が承諾した場合、証言の拒絶が被告人のためのみにする権利の濫用と認められる場合(被告人が本人である場合を除く)その他裁判所の規定で定める事由がある場合は、この限りでない。

- 13) 服部一郎、細川忠義、和才嘉昭:リハビリテーション技術全書. p69-71,医学書院、1974.
- 14) 日野原重明: POS 医療と医学教育革新のための新しいシステム. 医学書院、1973.
- 15) 日野原重明: POSの基礎と実践. 医学書院、1980.
- 16) 山本・坂田 (監修): POS実践マニュアル. 日総研出版、1986.

(平成7年12年9日制定)

10

10. 理学療法士の職業倫理ガイドライン

まえがき

理学療法士の資格が日本に誕生してから40年が過ぎたいま、日常に「リハビリテーション」という言葉が国民に使われ、準じて理学療法士行為である理学療法が一般にも理解されるようになってきている。近年は、高齢社会の背景も手伝い、理学療法士に対する社会の期待と要望が大きく膨らんでいる。これに対応するかのように、多くの理学療法士の新人が生まれ、(社)日本理学療法士協会会員の急速な会員数増加と平均年齢若年化が加速している現実が観られる。また、理学療法士の活動の場が、医療領域のみならず福祉領域など多方面への広がりにより、所属する病院や施設の中で、先進の指導を受けづらい環境の下で業務に携わる若年理学療法士も増加している。一方、社会の発展とともに情報化も加速進展し、国民が有する医療・福祉すなわち疾病・障害に関する知識は非常に高いものとなっている。これらの事象を通し、国民の理学療法への認識度が高まれば、当然に、理学療法士各人をみる目も厳しくなるのは想像に難くない。

加えて、今日のわが国の社会情勢を鑑みると、医療分野を含めたさまざまな分野において、経済効率優先の裏面として社会モラルの低下が強く問われており、職業倫理観の不足や欠如に起因すると思われる事故や事件が表面化し、職業倫理破壊が始まったとさえいわれるようになっている。

このように、若年理学療法士の一気呵成な激増と職業倫理に対する社会的要求が高まる趨勢の中で、理学療法士としての品性がますます問われる時代となっていることは疑いない。(社)日本理学療法士協会会員にあっては、その業務や日常において、知識や技術の向上だけでなく倫理観(モラル)の常なる向上を心がけ、会員各々が相応しい品位を身につけ、且つ保つように努めなければならない。

会員は、診療にあっての責務においてのみでなく、研究や教育にあっても、医療に携わる専門職の一員として『人格、倫理および学術技能を研鑚し、わが国の理学療法の普及向上を図るとともに国民保健の発展に寄与する』(社団法人日本理学療法士協会定款第3条)ために、自己を律し自らの責任で理学療法士としての行為をなす必要がある。そして、(社)日本理学療法士協会倫理規定を基本精神とし、この職業倫理ガイドラインに記す事項を遵守すべき範として、患者および対象者には公平に接し、且つその権利を尊重しつつ理性ある判断の上、責任をもって理学療法行為を行わねばならない。また、医療行為は合法的侵襲行為であることをも十分に認識し、医療行為の一翼を担う理学療法士は、患者および対象者に危害を加えてはならず、またその危害を積極的に防止し除去するよう援助しながら、彼らに利益を供与できるよう努める必要がある。さらに、患者および対象者が自律的に判断して振舞えるべく、人権を尊重しつつ業務を行う責務もある。

1. 守秘義務

- 1)「理学療法士および作業療法士法第16条」および「刑法第134条」に則り、患者および対象者の秘密を正当な理由なしに第三者に漏らしてはならない。
- 2) 秘密とは診療や相談指導の過程で知り得た患者および対象者の秘密であり、心身の障害や病状には限らず、その事項が他人に知られないことが本人の利益である限り秘密であることを認識する。
- 3) 診療録やパソコン・データ、メモ、および会話などについて、漏示の防止に努めなければならない。

2. 個人情報保護

- 1) 高度情報社会にあって、守秘義務と合わせて、プライバシー保護の観点から個人情報および個人に関する情報が公になることを防が ねばならない。
- 2) 患者や対象者に関する、氏名や生年月日および住所などの個人情報は、漏洩の無いように保護しなければならい。
- 3) 患者や対象者の病状・患者評価・治療プログラム・治療の効果と治癒状況などに関する情報など、患者や対象者の個人に関する情報は、漏洩の無いように保護しなければならない。
- 4) 施設の職員に関する、氏名や生年月日などの個人情報は、漏洩の無いように保護しなければならい。
- 5) 施設の職員の、身体的特徴や性格など個人に関する情報は、漏洩の無いように保護しなければならい。

3. 応召義務

- 1) 医師の指示の下に理学療法を行う限りにおいては、医師法第19条に従い、患者および対象者が診療や相談指導に訪れたとき、依頼があったものとして、これを引き受ける義務がある。
- 2) 診療や相談指導において、患者および対象者に、協力を求めることができる。

4. 診療(指導)契約

- 1) 医療も契約行為であり、患者および対象者が参加しての、相互参加型でなければならない。
- 2) 患者および対象者の診療(指導) 依頼があって、これを引き受けたときは、承諾したものとして、診療(指導) 契約が成り立つ。
- 3) 診療や相談指導は、診療(指導) 契約に従って履行されなければならない。

- 5. インフォームド・コンセント (説明と同意)
 - 1) 患者および対象者の請求に対し、あるいは請求が無くても必要により、患者および対象者と家族へ、状況を説明する義務がある。
 - 2) 説明においては、医師およびチームメンバー (スタッフ) と協調して連携のうえ、診療や指導の方針と説明の範囲を確認しておかなければならない。
 - 3) 医師から判断を任されている事項については、患者および対象者に協力を求めることで責務に対する働きかけを行い、患者および対象者の同意を得なければならない。
 - 4) 判断能力のある患者や対象者が求める範囲が説明義務となるが、患者や対象者には「知らされない権利」もあることを承知しておく。

6. 処方箋受付義務

- 1) 理学療法士は、診療の補助者の一員であり、医師の指示の下に診療を行わなければならない。
- 2) 医療行為にあっては、医師の処方を以って患者の診療にあたる。
- 3) 医師からの処方箋の交付があって、その受付によって、処方があったとみなされるものである。
- 4) 診療内容の変更においても、処方箋によって、処方が変更されなければならない。
- 5) 保健・福祉の分野にあっては、医師を含むチームメンバー(スタッフ)と連携を保ち協調をもって協力して対象者への相談と指導にあたる。

7. 診療録への記載と保存の義務

- 1) 診療があったときは、診療録あるいは診療補助録に診療の日時と内容などを、すみやかに記録しなければならない。
- 2) 診療の日時と内容など、診療記録は虚偽無く記載する。
- 3) 診療録および診療補助録は、5年間は保存しなければならない。

8. 診療情報の開示

1) 診療情報開示の請求があったときは、施設長および担当医師の判断と指示によって、施設長あるいは医師を通じて公開する。

9. 守るべきモラルとマナー

- 1) 公序良俗に従い、社会人としてのマナーを守り、医療者としてのモラルを遵守することで、自己の品性を高めるように努める。
- 2) 理学療法士としての信頼を毀損するような行いは慎む。
- 3) 謝礼などで誤解を生む恐れのある金品の授受については、注意を払う。
- 4) 自己の自律性を保つため、自己を常に点検する姿勢を持つ。
- 5) 他の理学療法士などへの、あからさまな批判や中傷は避ける。
- 6) 自己の利益のためのみを目的としての商品販売などに荷担してはならない。
- 7) 医療関連業者との個人的利害関係をもたない。
- 8) 行政処分の対象となるような行為は、あってはならない。

10. 診療や相談指導の手技と方法

- 1) 科学的根拠に基づいた手技と方法を用いる。
- 2) どのような場合にも、患者に同意を得る。
- 3) 対象者から心身の状況を聞きだすときは、ことばに注意を払う。
- 4) 対象者との接遇では、ことばだけでなく、行動や表情など非言語的表現にも注意を払う
- 5) 患者に危害や苦痛を加えてはならず、診療に苦痛が伴うときは患者に充分な説明をして同意を得る
- 6) 対象者に精神的苦痛を強いてはならない。
- 7) 診療や指導は、対象者の評価と治療を目的としたものであり、医学的に承認された手段と方法を用いる。

11. 安全性の確保

- 1) 医療事故防止のための注意を、常に怠ってはならない。
- 2) 医療事故があったときは直ちに、主治医および施設管理者に報告しなければならない。

12. セクシュアル・ハラスメントの防止

- 1) 相手方にとって不快な性的な言動として受け止められるセクシュアル・ハラスメントを、行為者本人が意図すると否とにかかわらず、行ってはならない。
- 2) セクシュアル・ハラスメントとみまちがえられる紛らわしい行為を行なってはならない。

13. アカデミック・ハラスメントの防止

- 1) 就学・研究・実習・課外活動・就労などの関係においてなされる権力を利用した嫌がらせであるアカデミック・ハラスメントを、嫌がらせの意図の有無にかかわらず、行ってはならない。
- 2) アカデミック・ハラスメントとみまちがえられる紛らわしい行為を行なってはならない。

14. 日々の研鑽

- 1) 専門職業人としてふさわしい高い専門知識と技能および倫理を持つよう、知識・技術・態度の習得と研鑽を生涯にわたり続けなければならない。
- 2) 患者にとって最良の診療法であるかを選択するため、日々、研鑽を積むことを心がける。
- 3) 研究心と、研修への関心をもち続ける。
- 4) (社) 日本理学療法士協会の生涯学習システムに従い、専門理学療法士になることが望ましい。

15. 研究モラル

- 1) 研究にあたっては、「ヘルシンキ宣言」や厚生労働省告示「臨床研究に関する倫理指針」を守る。
- 2) 対象者がいるときは、対象者の了解を得て、その旨を論文に記載する。
- 3) 対象者の人権や権利を守り、対象者が不利益を受けることの無いように配慮する。
- 4) 発表においては、モラルを守り、対象者のプライバシー保護や匿名性や機密性の保護に配慮する。

16. 良好なチームワーク

- 1) 理学療法士相互間、および診療や相談指導に係わるすべての専門職種との連携を保つ。
- 2) チームにあっては、個々のメンバーが互いに尊敬しあい、相互の協力を図る。
- 3) チームで知り得た情報をすみやかに共有して、治療の継続を目指す。

17. 後進の育成

- 1) 理学療法士になろうとする学生や理学療法士の新人への教育は、理学療法士としての経験を積んできた者の義務である。
- 2) 理学療法士としての経験を積んだ者は、理学療法士になろうとする学生や理学療法士の新人の範とならねばならない。

平成18年3月1日

社団法人日本理学療法士協会 倫理委員会

委員長 山本 双一 昌己 委員 大村 陽子 委員 宮本 謙三 委員 秋山 純和 委員 浅田 春美

11. 理学療法教育ガイドライン (-部抜粋)

1. 序文

1) 理学療法教育ガイドライン (1版) 策定の経緯

現在の理学療法士教育は、平成11年に改正された理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に沿って行われています。現行の指定規則は大幅に大綱化されたこともあり、改正された当時から具体的な教育内容に関する指針を求める意見が多く聞かれました。また、その当時から教育課程が大学、短大、専門学校(3年制・4年制)と多岐にわたっていたことから、養成施設によって教育内容にかなり偏りがあることも指摘されていました。

これまで、わが国の理学療法教育には依拠すべき教育ガイドラインがなく、厚生労働省により国家試験の出題内容を提示した「国家試験出題基準」があるのみでした。このため、養成施設における具体的な教育目標の設定やレベルの規定も必ずしも明確とはいえませんでした。したがって、養成施設における教育の質をより向上し、一定水準の質を維持するとともに、教育内容を再編成して多様化をはかる必要があります。しかしながら、膨大な学習内容のすべてについて従来の教育手法を用いて効率よく履修させることはもはや困難と思われます。事実、教育内容は実質的に各養成施設や科目担当教員の裁量に委ねられており、内容の偏りや不足を来たすことは避け難いと思われます。こうした問題を是正するためには、理学療法教育の内容について精選された基本的かつ標準的な内容を重点的に履修させるカリキュラムを確立する必要があります。

こうした状況を受けて、平成16年より協会内では教育部を中心として、教育ガイドライン作成に向けた取り組みが始まりました。平成18年には専門領域のみの教育ガイドライン(試案)が作成されました。その後、協会内に正式に「教育ガイドライン作成委員会」が発足し、この試案をもとに、平成21年になって、専門基礎領域も含めた教育ガイドライン(第0版)が作成され、WEB上に公開されることとなりました。そして、今回、さらにこの教育ガイドライン(第0版)をもとに、新たな委員会の下で教育ガイドラインが策定され、教育ガイドライン(第1版)が発行されるに至りました。この間、多くの皆様にご協力を賜りましたことを改めてここに厚く御礼申し上げます。

なお、教育ガイドラインは各教育機関の独自のカリキュラムや教育方法を拘束するものではなく、より効率よく教育を行うためのものであることを改めて強調しておきたいと思います。教育ガイドライン(第1版)では具体的な教育内容を包括的に提示し、利用しやすいよう工夫してあり、多くの皆様に広く活用されることを望んでおります。このガイドラインに基づいて、各養成施設が独自の教育理念や特色に合わせたカリキュラムを設定していただければ幸いです。最後に、理学療法教育を取り巻く情勢に対応して、ガイドラインの内容について、今後も定期的な見直しや改訂の作業が必要となることはいうまでもありません。引き続き、皆様のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成22年4月 教育ガイドライン (1版) 検討部会

2. 目 次

理学療法教育ガイドライン (1版) 策定の経緯 本ガイドラインにおける主な提言の要旨 第1部総論 4 I. 卒前教育の枠組み 1. 卒前教育の到達目標 5 2. 養成期間・養成形態に関する考え方 3. 教員が備えるべき条件 Ⅱ. 臨床実習教育 1. 臨床実習教育の到達目標 8 2. 臨床実習の方法 3. 臨床実習のモデル 4. 臨床実習指導者が備えるべき条件 Ⅲ. 卒前(学内)教育における理学療法教授法 1. 理学療法教育とその過程10 2. 理学療法教育の目標とその設定 3. 教育課程とコア・カリキュラムの活用13 4. 理学療法固有領域に適した教授方法

5. 理学療法能力を評価する方法 (教育評価)

.....17

6. 卒前(学内)教育の展望	
~標準的学内教育の構築を目指して~	20
Ⅳ. 4年生大学カリキュラムへの提言	21
V. 大学院教育カリキュラムへの提言	24
第 2 部 理学療法卒前教育モデル・コア・カリキュラム	26
I. 卒前教育モデル・コア・カリキュラム編成方針	26
1. 指定する単位数	26
2. 指定する授業形態	26
3. 単位制の考え方	27
4. 理学療法モデル・コア・カリキュラム科目一覧	28
Ⅱ.理学療法モデル・コア・カリキュラム	29
<専門基礎領域>	
骨関節系の構造と機能	30
神経系の構造と機能	31
内臓諸器官系の構造と機能	32
運動学	33
人間発達学	34
医学概論	35
臨床心理学	36
精神障害と臨床医学	37
骨関節障害と臨床医学	38
神経・筋系の障害と臨床医学	39
小児発達障害と臨床医学	40
内部障害と臨床医学	41
老年期障害と臨床医学	42
保健医療福祉論	43
リハビリテーション概論	44
<専門領域>	
基礎理学療法学	45
理学療法基礎評価学	47
理学療法基礎治療学	48
骨関節障害理学療法学	49
神経障害理学療法学	52
内部障害理学療法学	55
地域理学療法学	59
巻末資料	····· 60 ~ 81

第4部 統計·資料編

本ガイドラインにおける主な提言の要旨

教育ガイドライン (1版) 検討部会 部会長 大橋ゆかり

本ガイドラインでは、理学療法卒前教育における到達目標、そこに至るまでの学内教育、臨床実習教育の指針および教育を担う者の能力に関する提言を行った。ここでは、それらの中から主要な提言を取り上げ、その要旨を述べる。

1. 理学療法卒前教育の到達目標

理学療法教育は、本質的に生涯にわたって継続されなければならないものである。その中で、卒前教育が果たす役割とは、理学療法士として生涯にわたり活躍するための資質、知識、技術に関する基礎を築くこと、および医療専門職として必要な新たな知識、技術に出会った時に、それらを自ら学ぶための能力と習慣を形成することである。このような考えの下に、本ガイドラインでは、理学療法卒前教育の到達目標を「理学療法の基本的な知識と技能を修得するとともに自ら学ぶ力を育てる」こととした。

2. 教員が備えるべき条件

1) 理学療法専門科目を担当する教員が備えるべき条件

理学療法士としての臨床経験は、理学療法士としての専門知識、専門技術を向上させるために必須の要件である。また、医療は日々進歩するものであることから、自分の経験のみに頼ることなく、理学療法分野の新しい知見を積極的に学び、常に自らを向上させる姿勢なくしては、学生を教育することはできない。生涯にわたる自己学習の方法として、協会が提供する生涯学習プログラムは有用であり、教員として自分の専門分野を持つためには、専門理学療法士レベルの能力が必要である。

2) 理学療法専門基礎科目を担当する教員が備えるべき条件

専門基礎科目群の中で、理学療法士が教授できる可能性が高いのは基礎医学領域の科目である。近年では、医学系の大学院を修了し、基礎医学領域の学位を授与された理学療法士も増えてきている。しかしこれらの学位取得者は、学位に関わる研究領域と、通常の業務としている領域が異なることが多く、学位取得のみで教育が行えるとは考えにくい。そこで基礎医学系の科目を担当する教員(理学療法士)は、学位取得に加え、当該領域におけるティーチング・アシスタント(TA)としての教育経験またはこれに準じる教育経験を有することが望ましい。

3. 臨床実習教育の到達目標

理学療法士の就業環境はここ数年で大きく変化し、新卒者でありながら一人職場で就業しなければならない理学療法士数は減少した。また、協会が推進する生涯学習システムの波及効果により、地域単位で新卒者を支援する取り組みを行う士会も散見され、今後の普及が期待される。一方、近年では、資格を持たない実習生が患者に専門的介入を行うことへの懸念や、患者中心医療の本格的な実施により、実習中に学生が体験できる臨床行為も制約されるようになってきた。このような状況を考慮し、本ガイドラインでは、理学療法臨床実習教育における到達目標のミニマムを「ある程度の助言・指導のもとに、基本的理学療法を遂行できる」とした。

4. 臨床実習指導者が備えるべき条件

現行の指定規則では、臨床実習指導者は3年以上の実務経験を有する者であることとされており、これ以外に、臨床実習指導者の資格要件はない。しかし、一旦、実習生を担当すれば、指導者が実習生に与える影響は多大なものがあることを考えると、何らかの条件が追加されるべきである。そこで本ガイドラインでは、臨床実習指導者は、少なくとも、理学療法士協会が推進する生涯学習システムの新人教育プログラムの全単位を取得していることが望ましいとした。さらに、臨床実習指導者は、複数の学生に対して擁護的な立場から支援を行った経験(準指導者としての学生指導)を有することが望ましい。その際、新人教育プログラムの履修と、準指導者の経験を並列的に行っても良い。

5. 理学療法卒前教育モデル・コア・カリキュラムの構成

本ガイドラインでは、指定規則93単位の中の83単位に相当する内容をコア・カリキュラムとして示すことにした。本コア・カリキュラムとして指定する83単位のうち、18単位を臨床実習の単位として確保し、残り65単位を学内教育の単位に充てた。

専門基礎領域の科目では、「解剖学」の中で、理学療法との関わりの深い領域に対し「人体の構造(学)」、「生理学」の中で、理学療法との関わりの深い領域に対し「人体の機能(学)」という名称を用いた。科目名としては、「人体の構造(学)」と「人体の機能(学)」を融合し、「~系の構造と機能」とした。なお、~系の部分は後述する系統別理学療法学の3領域との対応を図った区分とした。専門基礎領域の科目では、「人体の構造と機能」の3科目にのみ演習・実習を含むものとし、「運動学」の実習部分は専門領域の科目の中で教授することとした。

専門領域は理学療法の基礎、系統別理学療法、地域理学療法の3つに区分した。系統別理学療法については、協会における専門領域研究会の区分や欧米諸国における理学療法の領域区分を参考に、障害(疾患)別理学療法としてある程度の区分が可能な3領域(骨関節障害、神経障害、内部障害)を定めた。

各科目に、講義、実習・演習、自己学習時間の配分を示すとともに、表1の基準に従い、教授内容に対する到達目標を定めた。 本モデル・コア・カリキュラムの科目一覧を表2に示した。

表1 到達レベル

「キーワードレベル」 その用語をどのような文脈で聞いたかが分かり、必要な時に自己学習できるレベル

「知識獲得レベル」 自分の言葉で説明できるレベル

「臨床実習要補助レベル」 学内実習で経験しており、健常者に対しては適切に実施できるが、臨床場面ではリスクをとも

なう可能性が高く、指導者による十分な指導、補助が必要なレベル

「臨床実習見守りレベル」 学内実習で経験することにより、臨床場面でもある程度自力で行えると判断できるレベル

表2 理学療法教育モデル・コア・カリキュラム科目一覧

科目名		単位数	∰ ∃Z				
村 日 石	講義	実習・演習	備考				
基礎領域 <計12単位>							
「科学的思考の基礎」、「人間と生活」の内容を含む科目から選択							
専門基礎領域 <計23単位>							
人体の構造と機能および心身の発達 <小計12単位>							
骨関節系の構造と機能	2	1	構造とは解剖学の中で理学療法と関連の深い				
神経系の構造と機能	2	1	領域、機能とは生理学の中で理学療法と関連				
内臓諸器官の構造と機能	2	1	の深い領域を指す。				
運動学	2	0	実習は専門領域の科目で行う。				
人間発達学	1	0					
疾病と障害の成り立ちおよび回復過程の促進 <小計8単位>							
医学概論	1	0					
臨床心理学	1	0					
精神障害と臨床医学	1	0					
骨関節障害と臨床医学	1	0					
神経・筋系の障害と臨床医学	1	0					
小児発達障害と臨床医学	1	0					
内部障害と臨床医学	1	0					
老年期障害と臨床医学	1	0					
保健医療福祉とリハビリテーションの理念 <小計3単位>	'						
保健医療福祉論	1	0					
リハビリテーション概論	2	0					
専門領域 <計30単位(臨床実習18単位を除く)>							
理学療法の基礎 <小計12単位>							
基礎理学療法学	2	2	理学療法総論と運動学実習を含む。				
理学療法基礎評価学	1	2	疾患を問わず共通に行われる評価について学ぶ				
			疾患を問わず共通に行われる運動療法および物				
理学療法基礎治療学	2	3	理療法、生活支援機器 (PO、W/C等) につい				
			て学ぶ。				
系統別理学療法 <小計15単位>							
骨関節障害理学療法学	3	2	医療領域における理学療法の評価から治療まで				
神経障害理学療法学	3	2	・ を総合的に学ぶ。神経障害は発達障害を含む。				
内部障害理学療法学	3	2					
地域理学療法 <小計3単位>	1		1				
地域理学療法学	3	0					
自由裁量時間 <3年制課程:10単位、4年制課程:41単位>							

理学療法教育ガイドライン執筆者一覧

(敬称略)

<1版> 執筆担当者

/ 0/4 -				
	ガイドライン委員会委員長	内山	靖	
	教育ガイドライン部会長	大橋の	かり	
	教育ガイドライン部会員	潮見	泰蔵	
	"	黒木	裕士	
	"	清水	和彦	
	"	河西	理恵	
	"	有馬	慶美	
	"	廣瀬	浩昭	
	"	天満	和人	
	"	信太	雅洋	
	"	斉藤	秀之	(生涯学習部長)
	"	高橋精	青一郎	(教育部長)

保村 譲一(教育管理系部会長)

12. 理学療法診療ガイドライン

(目次および I 、 Vを抜粋)

理学療法診療ガイドライン 第1版 (2011)

Japanese Guidelines for the Physical Therapy

目	次	
Ι.	推奨グレードの決定およびエビデンスレベルの分類	 1
${\rm I\hspace{1em}I}$.	参考としたガイドライン,引用したデータベース	 3
${\rm I\hspace{1em}I}.$	理学療法診療ガイドライン第1版(2011)Reviewer 一覧	 11
IV.	各疾患・領域の理学療法診療ガイドライン	 13
	1. 背部痛	 14
	2. 腰椎椎間板ヘルニア	 151
	3. 膝前十字靭帯損傷	 170
	4. 肩関節周囲炎	 233
	5. 変形性膝関節症	 277
	6. 脳卒中	 380
	7. 脊髄損傷	 465
	8. パーキンソン病	 520
	9. 脳性麻痺	 570
	10. 糖尿病	 731
	11. 心大血管疾患	 857
	12. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)	 956
	13. 身体的虚弱(高齢者)	 1004
	14. 下肢切断	 1038
	15. 地域理学療法	 1082
	16. 徒手的理学療法	 1158
V.	理学療法診療ガイドライン第1版(2011)策定組織	 1222

- I. 推奨グレードの決定およびエビデンスレベルの分類
- 1. 推奨グレードの決定

推奨グレードは、「Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007」に記載されている「推奨の決定」を参考とし、表 1、表 2 のごとく社団 法人日本理学療法士協会ガイドライン特別委員会理学療法診療ガイドライン部会にて策定した規準に従って決定した。

表1 「理学療法評価(指標)」の推奨グレード分類

推奨グレード Grades of recommendations	内容 Type of recommendations
A	信頼性,妥当性のあるもの
В	信頼性,妥当性が一部あるもの
С	信頼性, 妥当性は不明確であるが, 一般的に使用されているもの (ただし, 「一般的」には学会, 委員会等で推奨されているものも含む)

表2 「理学療法介入」の推奨グレード分類

推奨グレード Grades of recommendations	内容 Type of recommendations
A	行うように勧められる強い科学的根拠がある
В	行うように勧められる科学的根拠がある
C1	行うように勧められる科学的根拠がない
C2	行わないように勧められる科学的根拠がない
D	無効性や害を示す科学的根拠がある

2. エビデンスレベルの分類

エビデンスレベルは、表3のごとく「Minds 診療ガイドライン作成の手引き2007」に記載されている「エビデンスのレベル分類」に準じて判定した。

表3 「理学療法介入」のエビデンスレベル分類

エビデンスレベル Level of evidence	内容 Type of evidence
1	システマティック・レビュー /RCTのメタアナリシス
2	1つ以上のランダム化比較試験による
3	非ランダム化比較試験による
4a	分析疫学的研究 (コホート研究)
4b	分析疫学的研究(症例対照研究,横断研究)
5	記述研究(症例報告やケース・シリーズ)
6	患者データに基づかない,専門委員会や専門家個人の意見

 $RCT: \ {\tt randomized} \ \ {\tt controlled} \ \ {\tt trial}$

(福井次矢・他(編):Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007. 医学書院, 2007より引用)

※エビデンスレベルが1または2の結果であっても、そのRCTの症例数が十分でなかったり、企業主導型の論文のみしか存在 せず再検討がいずれ必要と判定した場合は、「理学療法介入」の推奨グレードを一段階下げて「B」とした。

12

V. 理学療法診療ガイドライン第1版 (2011) 策定組織

(敬称略, 2011年10月現在)

(1) 担当理事, 部会長, 部長

担当理事 内山 靖(社団法人日本理学療法士協会/副会長)

担当部会長 鈴木 重行(社団法人日本理学療法士協会/ガイドライン特別委員会 理学療法診療ガイドライン部会長)

担当部長 長澤 弘(社団法人日本理学療法士協会/専門領域研究部長)

(2) 疾患・領域, 班長

背部痛
 腰椎椎間板ヘルニア
 腰椎間板ヘルニア
 機前十字靭帯損傷
 肩関節周囲炎
 変形性膝関節症
 対本
 重行(名古屋大学)
 検生(埼玉県立大学)
 敏生(日本鋼管病院)
 本(信原病院)
 本藤 伸宏(広島国際大学)

6. 脳卒中 吉尾 雅春 (千里リハビリテーション病院)

7. 脊髄損傷 神沢 信行 (甲南女子大学)
 8. パーキンソン病 望月 久 (文京学院大学)
 9. 脳性麻痺 中 徹 (鈴鹿医療科学大学)

10. 糖尿病
 11. 心大血管疾患
 12. 慢性閉塞性肺疾患
 13. 身体的虚弱(高齢者)
 14. 世末等(信州大学)
 15. 大平 雅美(信州大学)
 第6 (北里大学)
 16. 大子 大人(札幌医科大学)

14. 下肢切断 大峯 三郎 (九州リハビリテーション大学校)15. 地域理学療法 金谷さとみ (菅間記念病院在宅総合ケアセンター)

16. 徒手的理学療法 板場 英行 (川田整形外科)

(3) 総務

岩田 全広(日本福祉大学)

井上 貴行(名古屋大学医学部附属病院)

(4) 協会事務局

西山花生里(社団法人日本理学療法士協会) 矢島紗由美(社団法人日本理学療法士協会) 新谷 奈々(社団法人日本理学療法士協会)

13. 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:平成一九年六月二七日法律第九六号

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 はな行なうことな業とする考えいう
 - 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

13

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厚生労働大臣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厚生労働大臣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厚生労働大臣 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厚生労働大臣が指定した作業療法士養成施設において、二年以上作業療法に関する知識及 び技能を修得したもの
 - 三 外国の作業療法に関する学校若しくは養成施設を卒業し、又は外国で作業療法士の免許に相当する免許を受けた者で、厚生労働大臣が前二号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認定したもの

(医道審議会への諮問)

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

(不正行為の禁止)

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

(政令及び厚生労働省令への委任)

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

第四章 業務等

(業務)

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

(秘密を守る義務)

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

(施行期日)

1 この法律は、公布の日から起算して六十日を経過した日から施行する。ただし、第五章の規定は公布の日から、第十条の規定 は昭和四十一年一月一日から施行する。

(免許の特例)

2 厚生労働大臣は、外国で理学療法士の免許に相当する免許を受けた者又は作業療法士の免許に相当する免許を受けた者であつて、理学療法士又は作業療法士として必要な知識及び技能を有すると認定したものに対しては、第三条の規定にかかわらず、当分の間、理学療法士又は作業療法士の免許を与えることができる。この場合における第六条第一項の規定の適用については、同項中「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」とあるのは、「外国で理学療法士の免許に相当する免許を受けた者又は作業療法士として必要な知識及び技能を有すると厚生労働大臣が認定したものの申請により」とする。

(受験資格の特例)

- 3 この法律施行の際現に理学療法士又は作業療法士として必要な知識及び技能を修得させる学校又は施設であつて、文部大臣又は厚生大臣が指定したものにおいて、理学療法士又は作業療法士として必要な知識及び技能を修業中であり、この法律の施行後その学校又は施設を卒業した者は、第十一条又は第十二条の規定にかかわらず、それぞれ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ができる。
- 4 この法律の施行の際現に病院、診療所その他省令で定める施設において、医師の指示の下に、理学療法又は作業療法を業として行なつている者であつて、次の各号に該当するに至つたものは、昭和四十九年三月三十一日までは、第十一条又は第十二条の規定にかかわらず、それぞれ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ができる。
 - 一 学校教育法第五十六条第一項の規定により大学に入学することができる者又は政令で定める者
 - 二 厚生大臣が指定した講習会の課程を修了した者
 - 三 病院、診療所その他省令で定める施設において、医師の指示の下に、理学療法又は作業療法を五年以上業として行なつた 者
- 5 前項に規定する者については、第十四条の規定に基づく理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験に関する省令において、 科目その他の事項に関し必要な特例を設けることができる。
- 6 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厚生労働省令の定めるところによりこれと同等 以上の学力があると認められる者は、第十一条第一号及び第十二条第一号の規定の適用については、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とみなす。

附 則 (昭和四四年六月二五日法律第五一号)

この法律は、公布の日から施行する。ただし、第一条中厚生省設置法第二十九条第一項の表薬剤師試験審議会の項を削る改正規定並びに第十条及び第十一条の規定は昭和四十四年九月一日から、第一条中厚生省設置法第二十九条第一項の表栄養審議会の項の改正規定、同表中医師試験研修審議会の項を改める改正規定並びに同表歯科医師試験審議会、保健婦助産婦看護婦審議会及び理学療法士作業療法士審議会の項を削る改正規定並びに同法第三十六条の七第三号にただし書を加える改正規定及び同法第三十六条の八に一号を加える改正規定並びに第二条から第九条までの規定は昭和四十四年十一月一日から施行する。

附 則 (昭和四五年四月一四日法律第一九号) 抄

(施行期日)

- 1 この法律は、公布の日から起算して三箇月をこえない範囲内において政令で定める日から施行する。
- 附 則 (昭和四六年四月一日法律第二八号) この法律は、公布の日から施行する。
- 附 則 (平成三年四月二日法律第二五号) 抄 (施行期日)
 - 1 この法律は、平成三年七月一日から施行する。
- 附 則 (平成五年一一月一二日法律第八九号) 抄 (施行期日)

第一条 この法律は、行政手続法(平成五年法律第八十八号)の施行の日から施行する。

(諮問等がされた不利益処分に関する経過措置)

第二条 この法律の施行前に法令に基づき審議会その他の合議制の機関に対し行政手続法第十三条に規定する聴聞又は弁明の機会 の付与の手続その他の意見陳述のための手続に相当する手続を執るべきことの諮問その他の求めがされた場合において は、当該諮問その他の求めに係る不利益処分の手続に関しては、この法律による改正後の関係法律の規定にかかわらず、なお従前の例による。

(罰則に関する経過措置)

第十三条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(聴聞に関する規定の整理に伴う経過措置)

第十四条 この法律の施行前に法律の規定により行われた聴聞、聴問若しくは聴聞会(不利益処分に係るものを除く。)又はこれらのための手続は、この法律による改正後の関係法律の相当規定により行われたものとみなす。

(政令への委任)

第十五条 附則第二条から前条までに定めるもののほか、この法律の施行に関して必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (平成七年五月一二日法律第九一号) 抄

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して二十日を経過した日から施行する。

附 則 (平成一一年七月一六日法律第八七号) 抄

(施行期日)

- 第一条 この法律は、平成十二年四月一日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。
 - 一 第一条中地方自治法第二百五十条の次に五条、節名並びに二款及び款名を加える改正規定(同法第二百五十条の九第一項に係る部分(両議院の同意を得ることに係る部分に限る。)に限る。)、第四十条中自然公園法附則第九項及び第十項の改正規定(同法附則第十項に係る部分に限る。)、第二百四十四条の規定(農業改良助長法第十四条の三の改正規定に係る部分を除く。)並びに第四百七十二条の規定(市町村の合併の特例に関する法律第六条、第八条及び第十七条の改正規定に係る部分を除く。)並びに附則第七条、第十条、第十二条、第五十九条ただし書、第六十条第四項及び第五項、第七十三条、第七十七条、第百五十七条第四項から第六項まで、第百六十条、第百六十三条、第百六十四条並びに第二百二条の規定 公布の日

(従前の例による事務等に関する経過措置)

第六十九条 国民年金法等の一部を改正する法律(昭和六十年法律第三十四号)附則第三十二条第一項、第七十八条第一項並びに 第八十七条第一項及び第十三項の規定によりなお従前の例によることとされた事項に係る都道府県知事の事務、権限 又は職権(以下この条において「事務等」という。)については、この法律による改正後の国民年金法、厚生年金保 険法及び船員保険法又はこれらの法律に基づく命令の規定により当該事務等に相当する事務又は権限を行うこととさ れた厚生大臣若しくは社会保険庁長官又はこれらの者から委任を受けた地方社会保険事務局長若しくはその地方社会 保険事務局長から委任を受けた社会保険事務所長の事務又は権限とする。

(新地方自治法第百五十六条第四項の適用の特例)

第七十条 第百六十六条の規定による改正後の厚生省設置法第十四条の地方社会保険事務局及び社会保険事務所であって、この法 律の施行の際旧地方自治法附則第八条の事務を処理するための都道府県の機関(社会保険関係事務を取り扱うものに限 る。)の位置と同一の位置に設けられるもの(地方社会保険事務局にあっては、都道府県庁の置かれている市(特別区 を含む。)に設けられるものに限る。)については、新地方自治法第百五十六条第四項の規定は、適用しない。

(社会保険関係地方事務官に関する経過措置)

第七十一条 この法律の施行の際現に旧地方自治法附則第八条に規定する職員(厚生大臣又はその委任を受けた者により任命された者に限る。附則第百五十八条において「社会保険関係地方事務官」という。)である者は、別に辞令が発せられない限り、相当の地方社会保険事務局又は社会保険事務所の職員となるものとする。

(地方社会保険医療協議会に関する経過措置)

第七十二条 第百六十九条の規定による改正前の社会保険医療協議会法の規定による地方社会保険医療協議会並びにその会長、委

員及び専門委員は、相当の地方社会保険事務局の地方社会保険医療協議会並びにその会長、委員及び専門委員となり、 同一性をもって存続するものとする。

(進備行為)

第七十三条 第二百条の規定による改正後の国民年金法第九十二条の三第一項第二号の規定による指定及び同条第二項の規定によ る公示は、第二百条の規定の施行前においても行うことができる。

(厚生大臣に対する再審査請求に係る経過措置)

第七十四条 施行目前にされた行政庁の処分に係る第百四十九条から第百五十一条まで、第百五十七条、第百五十八条、第百六十五条、第百六十五条、第百七十条、第百七十条、第百七十条、第百七十条、第百七十条、第百七十条、第百七十条、第百七十条、第百七十条、第百七十条、第百九十五条、第二百一条、第二百十九条から第二百二十一条まで、第二百二十九条又は第二百三十八条の規定による改正前の児童福祉法第五十九条の四第二項、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第十二条の四、食品衛生法第二十九条の四、旅館業法第九条の三、公衆浴場法第七条の三、医療法第七十一条の三、身体障害者福祉法第四十三条の二第二項、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五十一条の十二第二項、クリーニング業法第十四条の二第二項、狂犬病予防法第二十五条の二、社会福祉事業法第八十三条の二第二項、結核予防法第六十九条、と畜場法第二十条、歯科技工士法第二十七条の二、臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第二十条の八の二、知的障害者福祉法第三十条第二項、老人福祉法第三十四条第二項、母子保健法第二十六条第二項、柔道整復師法第二十三条、建築物における衛生的環境の確保に関する法律第十四条第二項、廃棄物の処理及び清掃に関する法律第二十四条、食鳥処理の事業の規制及び食鳥検査に関する法律第四十一条第三項又は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第六十五条の規定に基づく再審査請求については、なお従前の例による。

(厚生大臣又は都道府県知事その他の地方公共団体の機関がした事業の停止命令その他の処分に関する経過措置)

第七十五条 この法律による改正前の児童福祉法第四十六条第四項若しくは第五十九条第一項若しくは第三項、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第八条第一項(同法第十二条の二第二項において準用する場合を含む。)、食品衛生法第二十二条、医療法第五条第二項若しくは第二十五条第一項、毒物及び劇物取締法第十七条第一項(同法第二十二条第四項及び第五項で準用する場合を含む。)、厚生年金保険法第百条第一項、水道法第三十九条第一項、国民年金法第百六 条第一項、薬事法第六十九条第一項若しくは第七十二条又は柔道整復師法第十八条第一項の規定により厚生大臣又は都道府県知事その他の地方公共団体の機関がした事業の停止命令その他の処分は、それぞれ、この法律による改正後の児童福祉法第四十六条第四項若しくは第五十九条第一項若しくは第三項、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第八条第一項(同法第十二条の二第二項において準用する場合を含む。)、食品衛生法第二十二条若しくは第二十三条、医療法第五条第二項若しくは第二十五条第一項、毒物及び劇物取締法第十七条第一項若しくは第二項(同法第二十二条第四項及び第五項で準用する場合を含む。)、厚生年金保険法第百条第一項、水道法第三十九条第一項若しくは第二項、国民年金法第百六条第一項、薬事法第六十九条第一項若しくは第二項若しくは第二項子とは第二項不可以表道整復師法第十八条第一項の規定により厚生大臣又は地方公共団体がした事業の停止命令その他の処分とみなす。

(国等の事務)

第百五十九条 この法律による改正前のそれぞれの法律に規定するもののほか、この法律の施行前において、地方公共団体の機関が法律又はこれに基づく政令により管理し又は執行する国、他の地方公共団体その他公共団体の事務(附則第百六十一条において「国等の事務」という。)は、この法律の施行後は、地方公共団体が法律又はこれに基づく政令により当該地方公共団体の事務として処理するものとする。

(処分、申請等に関する経過措置)

- 第百六十条 この法律(附則第一条各号に掲げる規定については、当該各規定。以下この条及び附則第百六十三条において同じ。)の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定によりされた許可等の処分その他の行為(以下この条において「処分等の行為」という。)又はこの法律の施行の際現に改正前のそれぞれの法律の規定によりされている許可等の申請その他の行為(以下この条において「申請等の行為」という。)で、この法律の施行の日においてこれらの行為に係る行政事務を行うべき者が異なることとなるものは、附則第二条から前条までの規定又は改正後のそれぞれの法律(これに基づく命令を含む。)の経過措置に関する規定に定めるものを除き、この法律の施行の日以後における改正後のそれぞれの法律の適用については、改正後のそれぞれの法律の相当規定によりされた処分等の行為又は申請等の行為とみなす。
 - 2 この法律の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定により国又は地方公共団体の機関に対し報告、届出、提出その他の手続をしなければならない事項で、この法律の施行の日前にその手続がされていないものについては、この法律及

びこれに基づく政令に別段の定めがあるもののほか、これを、改正後のそれぞれの法律の相当規定により国又は地方 公共団体の相当の機関に対して報告、届出、提出その他の手続をしなければならない事項についてその手続がされて いないものとみなして、この法律による改正後のそれぞれの法律の規定を適用する。

(不服申立てに関する経過措置)

- 第百六十一条 施行目前にされた国等の事務に係る処分であって、当該処分をした行政庁(以下この条において「処分庁」という。) に施行目前に行政不服審査法に規定する上級行政庁(以下この条において「上級行政庁」という。)があったもの についての同法による不服申立てについては、施行日以後においても、当該処分庁に引き続き上級行政庁があるも のとみなして、行政不服審査法の規定を適用する。この場合において、当該処分庁の上級行政庁とみなされる行政 庁は、施行目前に当該処分庁の上級行政庁であった行政庁とする。
 - 2 前項の場合において、上級行政庁とみなされる行政庁が地方公共団体の機関であるときは、当該機関が行政不服審 査法の規定により処理することとされる事務は、新地方自治法第二条第九項第一号に規定する第一号法定受託事務 とする。

(手数料に関する経過措置)

第百六十二条 施行日前においてこの法律による改正前のそれぞれの法律(これに基づく命令を含む。)の規定により納付すべきであった手数料については、この法律及びこれに基づく政令に別段の定めがあるもののほか、なお従前の例による。

(罰則に関する経過措置)

第百六十三条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(その他の経過措置の政令への委任)

- 第百六十四条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置(罰則に関する経過措置を含む。) は、政 令で定める。
 - 2 附則第十八条、第五十一条及び第百八十四条の規定の適用に関して必要な事項は、政令で定める。

(検討)

- 第二百五十条 新地方自治法第二条第九項第一号に規定する第一号法定受託事務については、できる限り新たに設けることのないようにするとともに、新地方自治法別表第一に掲げるもの及び新地方自治法に基づく政令に示すものについては、地方分権を推進する観点から検討を加え、適宜、適切な見直しを行うものとする。
- 第二百五十一条 政府は、地方公共団体が事務及び事業を自主的かつ自立的に執行できるよう、国と地方公共団体との役割分担に 応じた地方税財源の充実確保の方途について、経済情勢の推移等を勘案しつつ検討し、その結果に基づいて必要 な措置を講ずるものとする。
- 第二百五十二条 政府は、医療保険制度、年金制度等の改革に伴い、社会保険の事務処理の体制、これに従事する職員の在り方等 について、被保険者等の利便性の確保、事務処理の効率化等の視点に立って、検討し、必要があると認めるときは、 その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- 附 則 (平成一一年一二月二二日法律第一六〇号) 抄

(施行期日)

第一条 この法律(第二条及び第三条を除く。)は、平成十三年一月六日から施行する。

附 則 (平成一三年六月二九日法律第八七号) 抄

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して一月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(検討)

第二条 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律における障害者に係る欠格事由の 在り方について、当該欠格事由に関する規定の施行の状況を勘案して検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ず るものとする。

(再免許に係る経過措置)

第三条 この法律による改正前のそれぞれの法律に規定する免許の取消事由により免許を取り消された者に係る当該取消事由がこ

の法律による改正後のそれぞれの法律により再免許を与えることができる取消事由(以下この条において「再免許が与えられる免許の取消事由」という。)に相当するものであるときは、その者を再免許が与えられる免許の取消事由により免許が取り消された者とみなして、この法律による改正後のそれぞれの法律の再免許に関する規定を適用する。

(罰則に係る経過措置)

第四条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

附 則 (平成一三年七月一一日法律第一〇五号) 抄

(施行期日)

- 第一条 この法律は、公布の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。
 - 二 第五十六条に一項を加える改正規定、第五十七条第三項の改正規定、第六十七条に一項を加える改正規定並びに第七十三条の三及び第八十二条の十の改正規定並びに次条及び附則第五条から第十六条までの規定 平成十四年四月一日
- 附 則 (平成一三年一二月一二日法律第一五三号) 抄

(施行期日

第一条 この法律は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(処分、手続等に関する経過措置)

第四十二条 この法律の施行前に改正前のそれぞれの法律(これに基づく命令を含む。以下この条において同じ。)の規定によってした処分、手続その他の行為であって、改正後のそれぞれの法律の規定に相当の規定があるものは、この附則に別段の定めがあるものを除き、改正後のそれぞれの法律の相当の規定によってしたものとみなす。

(罰則に関する経過措置)

第四十三条 この法律の施行前にした行為及びこの附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施 行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(経過措置の政令への委任)

第四十四条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に関し必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (平成一九年六月二七日法律第九六号) 抄

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

14. 職種別、年齢階層別平均給与月額

				給 与 月				平	均 給	与 月	額
職種	年齢階層	きまって 支給する 給与(A)	うち時間 外 手 当 (B)	(A-B)	う ち 通勤手当	職種		きまって 支給する 給与(A)	うち時間 外手当 (B)	(A-B)	う ち 通勤手当
医師	歳以上 歳未満 ~ 20	円	円	円	円	看護師	『 歳以上 歳未満 ~20	円	円 -	円	円
	20 ~ 24 24 ~ 28 * 28 ~ 32 32 ~ 36 \(\times\) 36 ~ 40 \(\times\) 40 ~ 44	960,108 1,108,501	107,288 167,161 119,005 86,829 99,600	631,593 669,802 767,838 873,279 1,008,901	- 10,374 7,952 11,893 14,223 21,240		20 ~ 24 24 ~ 28 28 ~ 32 △ 32 ~ 36 ◎ 36 ~ 40 40 ~ 44 ▽	342,132 349,194 365,722	29,607 43,192 41,583 42,878 42,212 42,814	266,636 273,010 285,872 299,254 306,982 322,908	9,978 11,671 9,505 10,132 9,632 10,262
	44 ~ 48 ∇ 48 ~ 52 52 ~ 56 56 ~	1,161,656 1,187,719 1,188,309 1,204,674	107,710 98,469 59,251 29,104	1,053,946 1,089,250 1,129,058 1,175,570	11,568 10,072 12,016 13,272		$44 \sim 48$ $48 \sim 52$ $52 \sim 56$ $56 \sim$	380,757 378,569 388,274 366,202	44,768 42,646 45,852 34,559	335,989 335,923 342,422 331,643	10,904 11,314 8,762 8,396
	計(41.2歳)	1,006,125	105,621	900,504	12,636		計(37.0歳)	346,213	41,931	304,282	10,203
薬剤的	~ 20 20 ~ 24 24 ~ 28 28 ~ 32 △ 32 ~ 36 ◎ 36 ~ 40 40 ~ 44 ▽ 44 ~ 44 ~ 48 ~ 52 52 ~ 56 56 ~ 計(36.0歳)	304,596 320,634 339,862 383,079 405,167 409,194 450,218 435,065 444,038 356,201	37,302 39,004 32,420 41,617 41,235 32,955 33,948 26,215 27,323 36,546	267,294 281,630 307,442 341,462 363,932 376,239 416,270 408,850 416,715 319,655	17,168 16,244 15,178 16,595 18,787 9,457 20,975 11,508 12,267	事務化	~ 20 20 ~ 24 24 ~ 28 △ 28 ~ 32 32 ~ 36 ◎ 36 ~ 40 40 ~ 44 ▽ 44 ~ 44 ▽ 44 ~ 52 52 ~ 56 56 ~	314,550 327,773 336,698	14,112 24,564 38,212 42,809 40,465 37,066 37,100 36,468 32,763 32,423 24,131 37,475	177,094 205,282 241,157 271,741 287,308 299,632 315,005 325,266 336,927 348,775 355,784 283,100	12,315 12,193 12,159 14,729 14,416 14,643 14,461 14,232 13,908 13,845 14,168
診療が	双射線技士	000,201	00,010	010,000	10,000	技術化		020,070	07,170	200,100	10,000
12 IN.112	$ \begin{array}{c} \sim 20 \\ 20 \sim 24 \\ 24 \sim 28 \\ 28 \sim 32 \\ 2 \sim 36 \\ 36 \sim 40 \\ 40 \sim 44 \\ 44 \sim 48 \\ 48 \sim 52 \\ 52 \sim 56 \\ 56 \sim \\ \end{array} $	341,248 373,069 417,829 454,345 474,951 501,156 506,570	28,056 38,626 37,727 42,828 39,584 43,398 41,083 37,391 34,871 29,010	248,137 253,959 277,267 298,420 333,485 374,431 413,262 437,560 466,285 477,560	25,529 13,765 16,639 11,660 16,308 16,409 13,565 13,089 17,191 19,843	J. 7131	\sim 20 \sim 24 \sim 28 \sim 32 \odot 32 \sim 36 \sim 40 \sim 44 \sim 48 \sim 52 \sim 56 \sim	338,969 363,606 379,824 394,155 405,771 421,776 425,173 424,884	24,635 40,518 56,359 64,523 65,228 64,506 60,751 55,831 50,953 44,134 40,760	189,219 207,267 243,375 274,446 298,378 315,318 333,404 349,940 370,823 381,039 384,124	11,943 8,458 8,829 9,965 10,796 11,291 11,529 11,121 13,482 10,458 11,913
	計(38.4歳)	381,666	38,772	342,894	15,343	TER 114	計(34.0歳)	348,023	58,713	289,310	10,285
温床校	を	304,000 322,471 372,915 402,981	- 14,834 25,373 30,055 28,698 26,667 32,239 36,104 33,525 34,873 26,375	225,667 237,135 255,919 275,302 295,804 340,676 366,877 378,608 411,488 404,291	15.518 11.088 11.451 14.397 13.331 17.201 20.164 16.475 9.813 14.488	埋字/	意法士 ~ 20 20 ~ 24 24 ~ 28 △ 28 ~ 32 ◎ 32 ~ 36 ▽ 36 ~ 40 40 ~ 44 44 ~ 48 48 ~ 52 52 ~ 56 56 ~ 計(31.4歳)	283,679	9,952 13,455 15,680 14,575 18,704 14,304 15,168 16,391 10,153 13,550	238.875 249.988 267.999 285.230 311.179 340.889 382.911 414.535 427.569 409.768	- 10,260 9,821 10,553 10,354 9,637 12,402 9,213 10,784 16,016 16,797
看護師	長					作業組	療法士				
	~ 20 20 ~ 24 24 ~ 28 * 28 ~ 32 32 ~ 36 36 ~ 40 40 ~ 44 △ 44 ~ 48 ◎ 48 ~ 52 52 ~ 56 ▽ 56 ~	435,006 440,614	43.605 40.294 48.755 38.133 32.860 32.793 33.300 26.989 20.928 32.392	271,201 305,789 325,940 347,182 378,643 402,213 407,314 420,192 420,044 392,189	5,599 8,128 9,940 9,269 10,765 9,853 8,819 9,032 9,135 9,485		~ 20 20 ~ 24 24 ~ 28 △ 28 ~ 32 ◎ 32 ~ 36 ▽ 36 ~ 40 40 ~ 44 44 ~ 48 48 ~ 52 52 ~ 56 * 56 ~ *	277,216 289,978 304,127 329,249 336,823 373,695	9,185 9,452 9,566 11,147 11,236 10,410 11,500 7,956 6,492 2,612	232,656 248,715 267,650 278,831 292,891 318,839 325,323 365,739 369,681 349,959 267,101	7,590 7,717 9,458 8,455 11,434 12,057 9,774 7,702 10,217 6,561

資料: 人事院「民間給与の実態(平成24年職種別民間給与実態調査の結果)」 http://www.jinji.go.jp/kyuuyo/minn/minnhp/min24_index.htm

^{** :}調査実人員20人以下 △:第1四分位 ◎:中位 ▽:第3四分位 **:分位が重複している ことを示す。

白書委員会

委員長 仙波 浩幸

委 員 西山 知佐、三輪 麻保、矢野 秀典、山川 亜里佳、渡邉 純

(五十音順)

理学療法白書 2012

平成 25 年 3 月 31 日 2012 年版発行

編集 発行 公益社団法人 日本理学療法士協会

> 〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ケ谷 3 丁目 8 番 5 号 TEL (03) 5414-7911

印刷·製本 大日本印刷株式会社

〒 162-8001 東京都新宿区市谷加賀町 1 丁目 1 番 1 号 TEL (03) 3266-2111

