理学療法白書
2014

— たくさんの「一歩」と歩んで50年 —

公益社団法人 日本理学療法士協会

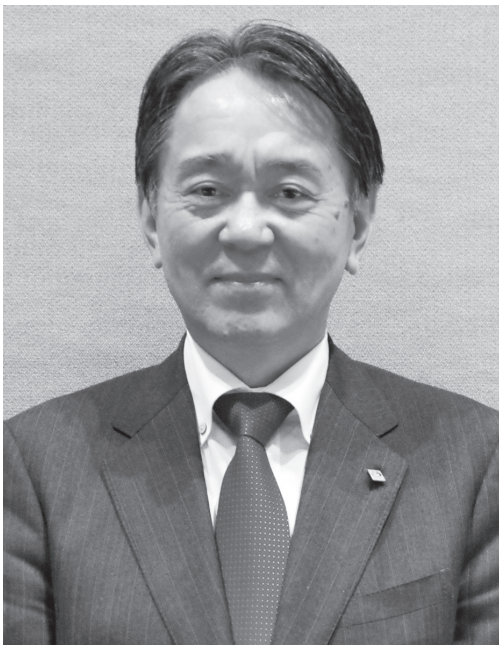
理学療法白書

2014

― たくさんの「一歩」と歩んで50年 ―

公益社団法人 日本理学療法士協会

2014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

2014年の診療報酬改定、そして2015年の介護報酬改定は今後の理学療法士のあるべき姿を如実に映しだしています。まず診療報酬改定では、急性期病院でのADL維持向上体制加算が本会の主張により認められました。本来、診療報酬は治療に対する対価であり、院内の予防的行為に対価が付いたことは理学療法士の将来に対して示唆的です。また、介護報酬では、「心身機能」「活動」「参加」を柱とする改定となり、バランスの良いリハビリテーション医療を求めています。また理学療法士等には評価・プログラム設定・ゴール設定を重要な使命としています。この2年間の報酬改定から、予防理学療法の推進とリハビリテーション医療の原点回帰が求められています。

2025年をターゲット年とした地域包括ケアシステムも着々と進んでおり、「医療・介護連携」「認知症施策」「地域ケア会議」「生活支援」「介護予防」が市町村を中心として運用されます。このいずれも、理学療法士にとって無縁ではありませんが、特に「地域ケア会議」と「介護予防」には重大な関心を持って臨まなければなりません。ただし、リハビリテーション関連団体との強固な連携は必須であり、全体としての進化の中に理学療法士の役割を創出することが大切です。

そして、これらを達成するためには、予防理学療法・治療理学療法・生活期理学療法それぞれの標準化を急がねばなりません。それを確実にしていくためには、科学を追及する理学療法士学会の更なる成長、生涯学習機構の機動性の高い運用が望まれます。日本理学療法士協会は質の高い理学療法士を社会に提供し続けることが社会的役割であり、そのことを達成しなければ、我々は重要な職域を失うことになります。

運動療法と物理療法によって構成される理学療法の明日の姿を描き、実現する絶好のチャンスであると共に今は最大のピンチとも言えます。

執筆者

半田　一登	公益社団法人 日本理学療法士協会
森本　　榮	初台リハビリテーション病院 サポート部
谷口　千明	放射線第一病院 リハビリテーション部
小川　克巳	公益社団法人 日本理学療法士協会
網本　　和	首都大学東京 健康福祉学部 理学療法学科
黒澤　和生	国際医療福祉大学 保健医療学部 理学療法学科
伊藤　克浩	山梨リハビリテーション病院 リハビリテーション部
植松　光俊	株式会社リハステージ
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
松井　一人	有限会社ほっとリハビリシステムズ
山根　一人	株式会社アール・ケア

目　　次

第１章　日本理学療法士協会の現状、そして未来

２年間の総括 …… 会長　**半田　一登**　10

第２章　重点課題への取り組み

第１節　予防事業 …… 会長　**半田　一登**　14

第２節　地域包括ケアシステム …… 地域包括ケアシステム推進対策本部本部長　**森本　　榮**　17

1. 地域包括ケアシステムとは
2. 地域包括ケアシステム構築に向けての取り組み
3. リハビリテーション専門職種への期待
4. おわりに

第３節　働く女性と理学療法士 …… 理事　**谷口　千明**　24

1. 働く女性の状況
2. 働く女性に関する国の対策
3. 女性理学療法士の状況
4. 女性理学療法士の課題
5. おわりに

第３章　日本理学療法士協会の２年間の取り組み

第１節　総務関連 …… 総務関連業務執行理事　**小川　克巳**　30

1. 協会新組織始動
2. 事務局
3. 副会長定数増と専従化
4. 組織率向上、休会者対策
5. システム開発、会員手続の完全ウェブ化とOCS開発
6. 叙勲について
7. 職員の厚労省研修派遣
8. 総務関連業務執行委員会所管の小委員会等
9. 委員会

第２節　学会関係 …… 学会担当業務執行理事　**網本　　和**　39

1. 概　　要
2. 日本理学療法士学会の発足
3. 学会の組織と活動
4. ま と め

第３節　生涯学習 …… 生涯学習業務執行理事　**黒澤　和生**　47

1. はじめに
2. 生涯学習機構の２年間の活動経過
3. 生涯学習機構の今後の展望
4. 終わりに

第４節　職能関連 …… 職能関連業務執行理事　**伊藤　克浩**　52
1．平成25年度　職能関連業務執行委員会　主な事業一覧
2．平成26年度　職能関連業務執行委員会　主な事業一覧

第５節　政策企画 …… 政策企画業務執行理事　**植松　光俊**　58
1．新組織としての役割と２年間の取り組み事業の概要
2．平成25年度　政策企画業務執行委員会　主な事業一覧
3．平成26年度　政策企画業務執行委員会　主な事業一覧
4．展　　望

第６節　広報啓発 …… 広報啓発業務執行理事　**梶村　政司**　65
1．総　　括
2．事業への取り組み
3．都道府県理学療法士会長委員との協働

第７節　特任部門
第１項　財　　団 …… 財団担当特任理事　**松井　一人**　71
1．一般財団法人「訪問リハビリテーション振興財団」設立までの経緯について
2．財団設立からこれまでの成果
3．特区における財団としての今後の展望

第２項　士　　会 …… 都道府県理学療法士会担当特任理事
都道府県理学療法士会強化特別委員会委員長　**山根　一人**　76
1．背景と経緯
2．歴　　史
3．会員の増加と社会環境の変化
4．士会の課題とその解決に向けた提言
5．地域包括ケアシステムにおける士会の役割と理学療法士への期待
6．おわりに

第４章　統計・資料編

1．医療・保健・福祉の基礎統計 …… 82
2．理学療法士に関する基礎資料 …… 99
3．日本理学療法士協会活動関連資料 …… 118
4．日本理学療法士協会年表（平成25年４月～平成27年３月） …… 132
5．協会出版・発行物（平成25年４月～平成27年３月） …… 134
6．理学療法士学校・養成施設一覧 …… 139
7．日本理学療法士協会倫理規定 …… 145
8．理学療法士業務指針 …… 146
9．理学療法士ガイドライン …… 148
10．理学療法士の職業倫理ガイドライン …… 157
11．理学療法教育ガイドライン（要旨・目次）（一部抜粋） …… 162
12．理学療法士及び作業療法士法 …… 164
13．政令規則（一部抜粋） …… 168
14．職種別、年齢階層別平均給与月額 …… 172

白書図表一覧

第１章　日本理学療法士協会の現状、そして未来

図１　国家試験合格者数…… 10
図２　介護予防のあり方…… 11
図３　防ぐ・治す・支える理学療法…… 11
図４　市町村が担う事業…… 12

第２章　重点課題への取り組み

第１節　予防事業

図１　将来人口の推移…… 14
図２　理学療法士の名称の使用等…… 15
図３　理学療法士及び作業療法士法…… 15
表１　活動・参加と体力…… 16

第２節　地域包括ケアシステム

図１　地域包括ケアシステム…… 17
図２　地域包括ケアシステム構築における重点課題…… 18
図３　地域包括ケアシステム推進対策本部組織図…… 19
図４　アクションプラン具体例…… 19
図５　地域ケア会議の種類と役割…… 20
図６　地域包括ケア推進リーダー…… 21
図７　介護予防推進リーダー…… 21
図８　新しい介護予防事業（案）…… 23

第３節　働く女性と理学療法士

図１　女性の年齢階層別労働力率…… 24
図２　女性の配偶関係、年齢階層別労働力率…… 25
表１　育児・介護休業法の概要…… 26
図３　養成校定員数と会員数…… 27
図４　年齢分布および男女比…… 27
図５　女性会員と他職種における離職率…… 27
図６　女性会員における休会会員比率…… 28
図７　退会者の年齢別男女比率…… 28

第３章　日本理学療法士協会の２年間の取り組み

第１節　総務関連

図１　公益社団法人日本理学療法士協会　組織図…… 30
図２　組織運営協議会と実務者協議：本会と士会との合意形成手続き…… 31
図３　業務執行委員会及び事務局構成の修正…… 31
図４　組織率、入会率と新卒入会率…… 32
図５　システム概念図（当初の構想）…… 33
表１　組織財政委員会のミッション…… 35
表２　事務所等再整備検討特別委員会…… 37
表３　学会検討特別委員会…… 37

表４　ICT特別委員会…… 38

第２節　学会関係
図１　学会組織…… 40
表１　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（１）…… 40
表２　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（２）…… 41
表３　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（３）…… 41
表４　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（４）…… 42
表５　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（５）…… 43
表６　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（６）…… 43
表７　部門の設立の趣旨…… 44
表８　分科学会・部門の延べ登録人数…… 44
表９　分科学会学術集会　開催一覧…… 45

第３節　生涯学習
図１　タイプ別研修会・講習会の区分…… 47
表1-1）領域別の認定理学療法士数（認定者）（平成25年６月現在）…… 49
表1-2）専門分野別の専門理学療法士数（取得者数）…… 49
表２　各年度における認定理学療法士受験者数の推移…… 49
表３　平成25年度　研修会・講習会の実績…… 50
表４　平成26年度　研修会・講習会の実績…… 50

第４節　職能関連
図１　理学療法士の配置における効果…… 52
図２　職種別有効求人倍率年次推移…… 53

第５節　政策企画
図１　介護予防ケアマネジメント事業の主な担当職種と追加の配置を希望する職種…… 59
図２　通所リハビリテーション・通所介護の役割特性…… 59
図３　リスク要因や禁忌の指示に関して、理学療法士の側からも、医師に対して判断を求める、情報共有を求める、相談を行う、などといったことを行っているか…… 60
図４　臼杵市における地域ケア会議…… 61
図５　特別支援学級への支援手段…… 62
図６　学校保健に関わる理学療法士の３つの取組み…… 63

第６節　広報啓発
図１　広報発信の視点…… 65

第７節　特任部門　財団、士会
第１項　財　　団
図１　一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団　組織図…… 71
図２　浜通り訪問リハビリステーション…… 72
図３　利用者数　推移表（平成24年11月～平成26年11月）…… 73
図４　依頼元居宅介護支援事業所、ケアマネージャーならびに指示医療機関・指示医数…… 73
図５　管理者養成研修会項目別分布と内容…… 74
図６　訪問リハビリテーション管理者研修会実施実績…… 74
図７　訪問リハビリステーションフォーラム2014…… 75
第２項　士　　会
図１　協会執行部ー都道府県理学療法士会連携…… 76

2年間の総括

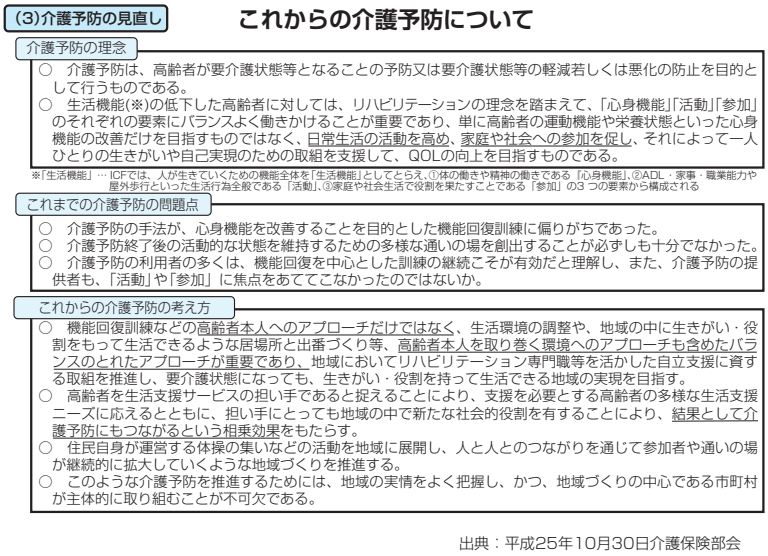
会長　半田一登

本会は昭和41年に第1回国家試験合格者によって設立され、50年近くが経過した。その約50年間を振り返ってみると、この2年間ほど理学療法士を取り巻く環境の変化が激しい時代はなかったと思われる。その激しさの要因は、超高齢社会を中心とした社会環境の変化とその変化に対応するための理学療法士の大量養成にある。

現在も理学療法士養成校は増えており、国家試験合格者は平成24年では9,850名、平成25年は10,115名、平成26年は9,315名となっている（図1）。理学療法士の国家試験が始まって以来約50年で、119,990名の理学療法士が誕生したが、この3年間で約3万人の理学療法士が誕生した。その結果、理学療法士に対する「質」が大きな課題として指摘されるところとなっている。日本リハビリテーション医学会やリハビリテーション病院施設協会等のリハビリテーション医からの声は高まる一方である。平成25年の介護保険部会に厚生労働省が提出した資料（図2）には、これまでの介護予防の問題点として、「介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった」と指摘し、さらに「介護予防の提供者も、活動や参加に焦点をあててこなかったのではないか」としている。そして、これからは「機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要である」としている。リハビリテーション医療の理念である社会復帰が理学療法士等の立場で実行されていないことに、厚生労働省からの強い懸念の表明として受け止めねばならない。そして、平成27年度介護報酬改定交渉の中でも、理学療法士業務、とくにマッサージ的行為に対する懸念は度々表明された。社会復帰を理念とするリハビリテーション医療に理学療法士は応えているか否かが強く問われている。このように、理学療法士を取り巻く環境は量の時代から質を問われる時代に大きくシフトし始めている。量的な充足が満たされてくると質を問う声が強まってくるのは一般的な現象である。この声を如何に受け止めて、いかな

	受験者（人）	合格者（人）	合格率（%）	合格者累計（人）
平成12年	3,196	3,048	95.4	26,921
平成13年	3,240	3,140	96.9	30,061
平成14年	3,503	3,354	95.7	33,415
平成15年	3,686	3,629	98.5	37,044
平成16年	4,289	4,199	97.9	41,243
平成17年	5,102	4,843	94.9	46,086
平成18年	6,155	6,002	97.5	52,088
平成19年	7,036	6,559	93.2	58,647
平成20年	7,997	6,924	86.6	65,571
平成21年	9,119	8,291	90.9	73,862
平成22年	9,835	9,112	92.6	82,974
平成23年	10,416	7,736	74.3	90,710
平成24年	11,956	9,850	82.4	100,560
平成25年	11,411	10,115	88.6	110,675
平成26年	11,129	9,315	83.7	119,990

図1　国家試験合格者数



出典：平成25年10月30日介護保険部会

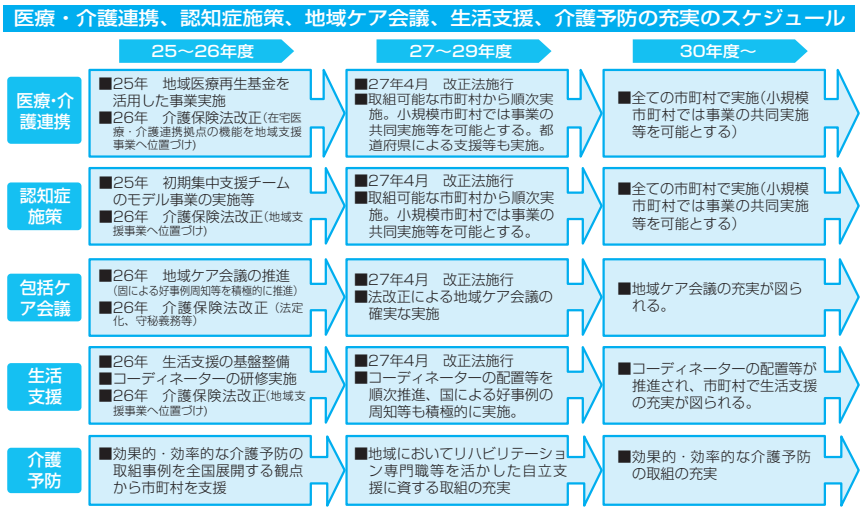
図2　介護予防のあり方

1．予防（防ぐ）理学療法
　① 生活習慣病予防　② 転倒予防　③ 腰痛予防　④廃用予防　⑤ 介護予防理学療法
2．治療（治す）理学療法
　① 命に資する理学療法
　② 病気に資する理学療法
　③ 障害に資する理学療法
3．生活期（支える）理学療法
　① 対象者及び家族の生活を支える理学療法
　② 参加型社会の構築

図3　防ぐ・治す・支える理学療法

る行動を日本理学療法士協会（以下、「本会」。）がそして一人一人の理学療法士がとるかによって、これからの理学療法士の方向性は決まっていく。

この数年、大きな課題になってきたのが、リハビリテーション医療と理学療法の関係である。リハビリテーション医療は、「re」とあるように、障害者の社会的統合を目指す医療であり、何らかの疾患や外傷等により機能や能力が低下した状態から回復及び増進させ、「右肩上がり」に治すことを目指す医療だ。ところが、医療の発展によるターミナルにおけるリハビリテーションや高齢者の老化に対するリハビリテーションが言われている。ターミナルや老化の方々の機能や能力を右肩上がりにすることは可能であろうか。当然ながら不可能である。概念上、右肩下がりの方々へのリハビリテーションという表現は不適切と思っている。これからは、「右肩下がり」の方々に対する理学療法を確立しなければならない。右肩上がりの理念と理学療法を準用するのではなく、右肩下がりの方々に対する理学療法士としての理念、右肩下がりの症状に対する理学療法技術の標準化が急がれる。例えば、物理療法をとっても治すことを目的とした物理療法から、ターミナルの方々への心地よい物理療法もなければならない。理学療法はその中心に運動療法を据えて基本的動作能力の回復を目指すものであり、理学療法士とは運動を治療として活用する専門職種である。そして、理学療法は今日、予防理学療法・治療理学療法・生活期理学療法に区分される（図3）。永年をかけて治療技術として開発されてきた理学療法を予防として活用することが今日では社会的に要望され、様々な予防理学療法の確立・標準化を急がねば



出典：平成25年10月30日介護保険部会

図４　市町村が担う事業

ならない。この分野もリハビリテーションとは異なった分野である。診療報酬上では「リハビリテーション医療は、理学療法・作業療法・言語聴覚療法の治療法より構成される」とされている。リハビリテーション医療は理学療法や作業療法･言語聴覚療法によって成り立っているが､理学療法士の業務の全てがリハビリテーション医療に包含されるものではない。

地域包括ケアシステムは、都道府県及び市町村が中心となって今後は運用される（図４）。本会が伝統的に行なってきた本会を中心とした中央集権的な組織運営では､都道府県等を対象とした今後の活動は困難になる。今後は都道府県理学療法士会（以下、「士会」。）の強化しかない。士会の集合体としての本会へと姿を変える時期だ。中でも理学療法士が事務局に常駐し、都道府県や市町村への速やかでな強力な渉外力を持つことが最大の課題である。士会の中には、理学療法士を複数雇用し、事務局を運営しているところもあり、大きな目標となる。

以上のような状況下で、本会としては理学療法士のさまざまな臨床能力を如何に引き上げることができるかが強く問われている。そのため、本会では平成25年に大胆な組織替えを行い、理学療法士学会や生涯学習機構としてそれぞれの役割を強化することを目指した。それらの結果、学会では12の分科学会と５つの部門が誕生し、生涯学習機構では250以上の研修会を開催するに至った。しかし現状では、組織変更の草創期の混乱状態もみられるが、今後速やかに対応し、会員の資質向上に資する体制にしなければならない。

これからは、これまで以上に「理学療法士の質」が問われる。そして、質を伴わない理学療法士、エビデンスの乏しい理学療法は姿を消す運命をたどることが予測される。

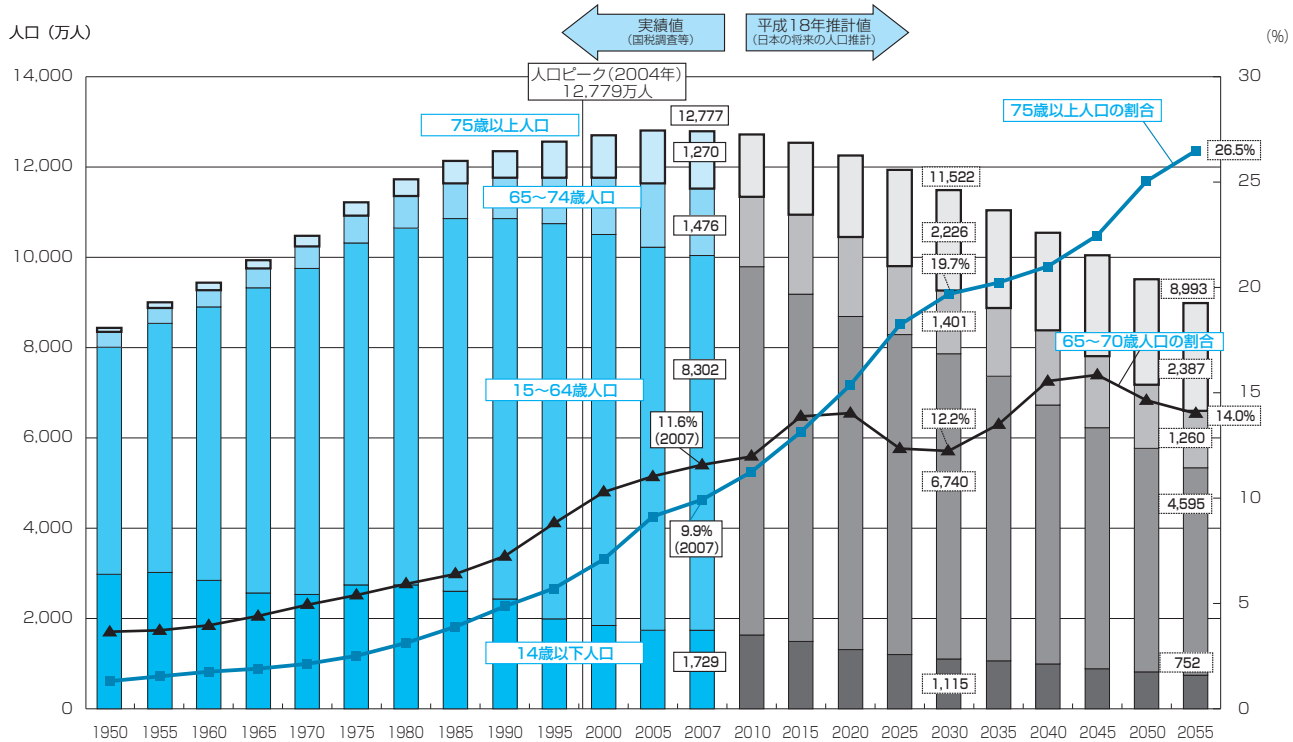
第１節　予防事業

会長　半田一登

保健は地域保健・学校保健・産業保健に区分され、主に高齢者社会に対する予防は地域保健、そして少子社会に対する予防は学校保健や産業保健分野での活動となる。これまで理学療法士は、地域保健分野に類する診療報酬や介護報酬分野での活動を中心としてきたが、これからは日本の少子高齢社会の到来によって、学校保健における学童のスポーツ障害予防や産業保健分野での腰痛予防等について専門的活動を確立しなければならない。

理学療法は、身体に障害のあるものだけを対象として、昭和40年に法制化された。理学療法士が誕生した昭和41年以降、医師の指示の下で、脳血管障害・脊髄損傷・切断・骨折・脳性麻痺・神経難病等を中心疾患として永らく活動してきた。それが今日では、少子高齢社会の到来による社会保障費の逼迫等で「予防」が国家的課題となっている。そのような中で、運動を治療として駆使する理学療法士による予防活動、即ち予防理学療法の必要性が高まっている。「運動」については、子供であれ、高齢者であれ、ほとんどの国民が理解すると共に実行しているが、運動を治療として活用する唯一の医療専門職としてその責任は重大である。

予防理学療法の必要性は、高齢社会に由来するものと、少子社会に由来するものに区分することができる。高齢社会に由来するものとしては、介護予防・廃用予防・転倒予防・認知症予防等があり、少子社会に由来するものとしては、労働者数が大きく減少するため、労働者の腰痛予防・うつ病予防・生活習慣病予防・スポーツ障害予防等がある。いずれにしても、この領域をしっかりと確立することが、将来の理学療法士にとっては



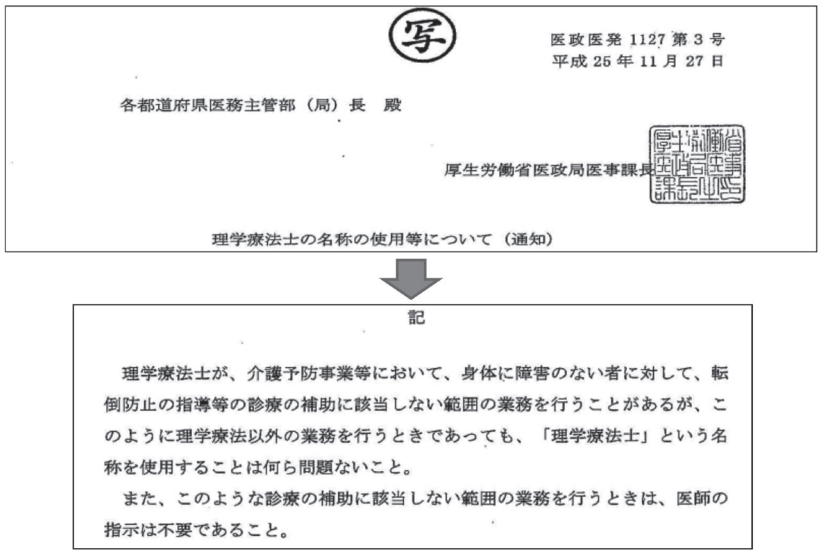
資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口（年報）」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」

図１　将来人口の推移

非常に重要な要素になる。現在は超高齢社会により増大した高齢者や患者によって理学療法士の雇用は拡大しているが、団塊の世代はいずれにしても大量死の時代を迎え、平成40年代後半には少子社会が到来すると共に人口も減少していく（図1）。また、そのころまでには疾病構造や治療技術も大きく変化することが予測される。超高齢社会への対応として大量に供給された理学療法士が行き場を失う事を強く危惧している。

平成25年12月に、厚生労働省医政局から画期的な通知（図2）が都道府県に出された。その中で、予防事業等の場で「理学療法士」を名乗って良いこと、予防事業等では医師の指示は不要であることが記載された。理学療法士及び作業療法士法（図3）では、厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下で、身体に障害のある者に対して、理学療法を提供している時に理学療法士を名乗って良いという事になっている。この通知では、身体に障害のない者に対して、医師の指示がない中でも理学療法士を名乗って良いことになっている。介護予防や転倒予防等にあっては、医師の指示がない中で、理学療法士を名乗りながら事業を展開することが認められた。予防とは言え、自らの判断で実行する以上は、その責任も重くのしかかってくる。そのための準備と覚悟が必要である。また一部では、この状況を開業権と関連付ける考え方をしているようだが、患者ではない方々に対する予防行為に対する通知であり、疾病を対象とした開業権とは全く異質なものである。

介護予防事業とは、活動的な状況にある高齢者を対象として、できるだけその状況を維持できるように支援する一次予防事業と、要支援や要介護状態になるリスクの高い65歳以上の高齢者を対象とした取り組みを二次予防事業とした二つの取組によって構成されている。一次予防事業とは、生活機能の維持や向上に向けた取



写

医政医発 1127 第 3 号
平成 25 年 11 月 27 日

各都道府県医務主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局医事課長

理学療法士の名称の使用等について（通知）

記

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

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

図2　理学療法士の名称の使用等

第1章　総則

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わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

3　この法律で、「理学療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行うことを業とする者をいう。

図3　理学療法士及び作業療法士法

表１　活動・参加と体力

年齢階級別　体力テストの結果

積極的に活動・参加を実施している高齢者１,007名を対象
（老人クラブや役員として意欲的に研修会に参加している高齢者）

Mean（±SD）

		65-69歳	70-74歳	75-79歳
握力（右）	(kg)	24.4　(4.2)	23.4　(3.9)	22.7　(3.3) **
開眼片足立ち	(秒)	77.1 (42.8)	51.7 (38.6)	38.5 (33.6) ***
10m障害物歩行	(秒)	7.1　(1.3)	7.6　(1.1)	8.0　(1.3) ***
６分間歩行	(m)	548.7 (56.8)	525.5 (62.4)	511.2 (70.9) ***

**P<0.01　***P<0.001

丸山，他．リーダー研修会参加老人クラブ役員における加齢と体力変化．
順天堂大学スポーツ健康科学研究．８：45-47，2004．

り組みで、介護予防の基本的な知識を普及したり、地域への積極的な参加やボランティア等の育成を支援する仕組みで、介護予防に関するパンフレットの作成、配布・介護予防に関する講習会の開催・介護予防に関する運動教室等の開催等を行う。二次予防事業には、二次予防事業対象者の把握・通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業・二次予防事業評価の４つがある。高齢になれば、運動機能低下は着実に起こり、次第に生活環境が狭小化していき、最後は布団の上の生活になっていく。我々に課せられた課題は、この布団の上の生活期間を如何に短くするかだ。ADLやIADLを維持すれば、所謂健康寿命を延ばすことができるというのは幻想である（図４）。運動と活動と参加をバランスよく生活の中に織り込むことが大切である。そのバランスよい生活のためには、専門職による専門的な評価とゴール設定、そして運動を含めてプログラム化することが大切である。

一方、少子社会の最大の課題は労働力の不足である。運動という切り口で、生活習慣病予防・腰痛予防・うつ病予防等に貢献することが理学療法士のこれからの社会的役割であり、今後の大切な職域としなければならない。しかし、腰痛予防一つをとっても簡単ではなく、職場環境・労働条件・身体状況・社会環境等を総合的に評価・分析しなければならない。その上での業務指導・運動指導・生活指導が必要となる。

理学療法は、予防理学療法・治療理学療法・生活期理学療法によって構成されている。理学療法士が誕生して以来、最初は治療理学療法のみを対象としてきたが、高齢社会が進むにつれて生活期理学療法へと広がりを見せてきた。これからは、予防理学療法を推進する時代である。そして、これらを確立するための必要条件は、それぞれの予防理学療法の標準化を図ると共にしっかりとエビデンスを出していくことである。

第２節　地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステム推進対策本部　本部長　森本　榮

1　地域包括ケアシステムとは

日本は少子高齢化に伴い、2025年には高齢者１人を２人の若者で支える時代に突入し、2050年には高齢者１人を１人の若者で支える時代が到来すると推計されている。さらに認知症の高齢者、独居高齢者の増加など多くの問題が予測され、これに対応するために社会保障制度改革等の政策が進んでいる。

社会保障制度改革国民会議の中で高齢者の増加する都市部と過疎化が進む地域では地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要と報告されている。

医療・介護の提供体制の再構築である地域包括ケアシステムとは、重度な要介護になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるネットワークつくりを目指している（図１）。

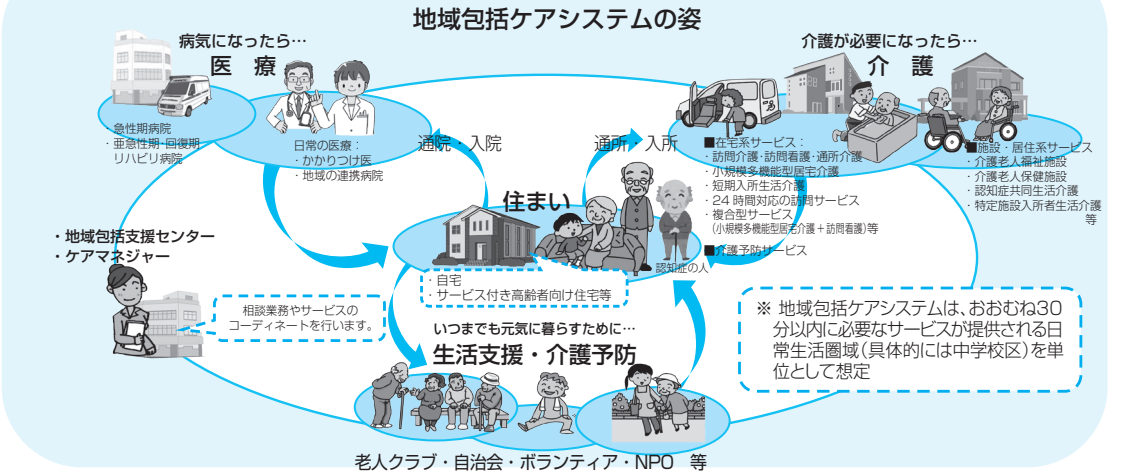
地域包括ケアシステムの構築は市町村が主体となって取り組むことが望ましく、概ね人口１万人程度で中学校区を基本としてネットワークを構築するとされている。また、地域包括ケアシステムの重点課題として①医療・介護連携、②認知症施策、③地域ケア会議、④生活支援、⑤介護予防の整備の５つの課題が掲げられてい

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重要な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

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



（出典）厚生労働省 HP

図１　地域包括ケアシステム

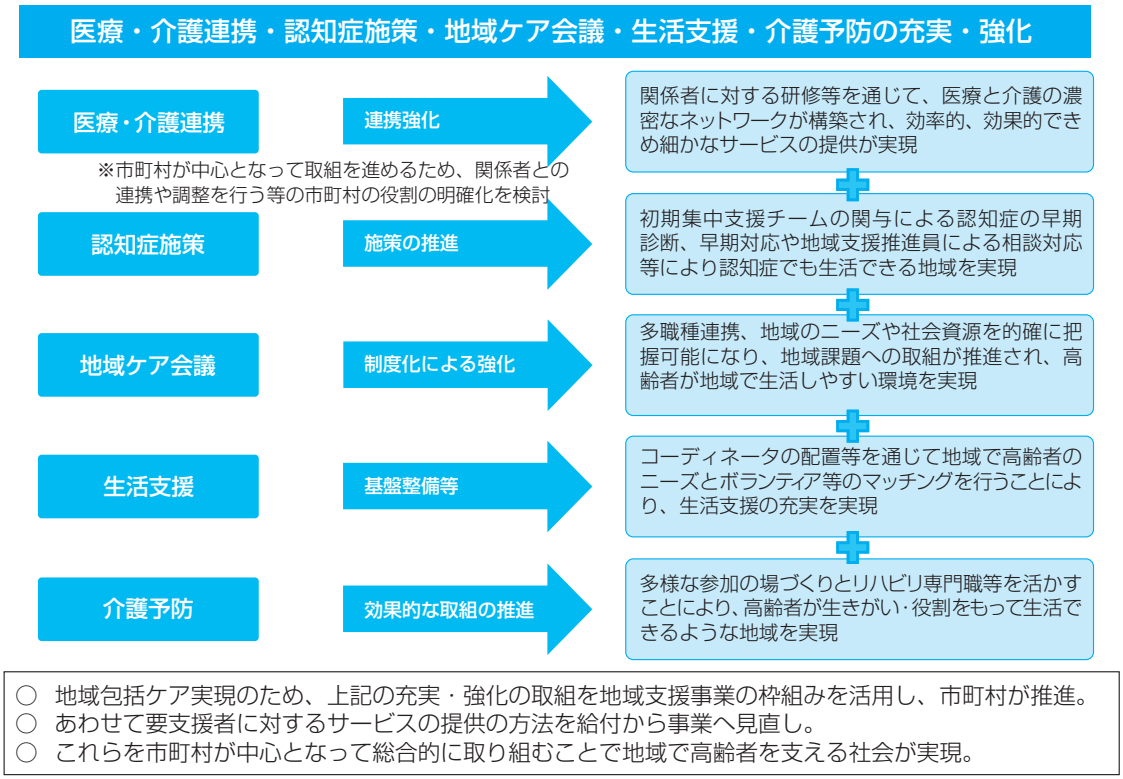


図２　地域包括ケアシステム構築における重点課題

る（図２）。その根底には「自助」自分のことは自分でできるように支援していくことが重要で、それを支えるために「互助」や「共助」、「公助」の関わりを深めていく事となっている。

具体的には、医療・介護保険サービスにより提供される高齢者への理学療法は「共助」となるが、例えば医療機関に従事する理学療法士は入院初期から在宅や施設での自立した生活「自助」を想定し、できるだけ短期間にＡＤＬ能力を向上させ在宅や施設へと復帰を目指し、また必要に応じて介護保険サービスや他のサービスへと連携する必要がある。連携された介護サービスに従事する理学療法士は、自立生活を継続させるために、機能回復を目指すだけでなく「互助」地域のコミュニティー、仲間つくりなどを通じて活動や参加へと結び付ける取り組みをすることが要望されている。これらの活動において、必要に応じて「公助」行政のサービスが活用される。

2　地域包括ケアシステム構築に向けての取り組み

1　対策本部の設置

平成25年11月13日総合企画会議（会長、副会長により構成）にて①今後の主役は都道府県理学療法士会（以下、「士会」。）であり、日本理学療法士協会（以下、「本会」。）は士会が地域包括ケアシステムに参画できるように支援すること、②地域ケア会議への参加促進と参加者の質の向上を目指し標準化を図ること、③予防理学療法を市町村事業へ提案できる体制を構築すること、④士会の事務局機能の強化を支援すること、⑤作業療法士、言語聴覚士と連携しリハビリテーション専門職種として活動すること等が提案され、地域包括ケア推進における方向性が示された。

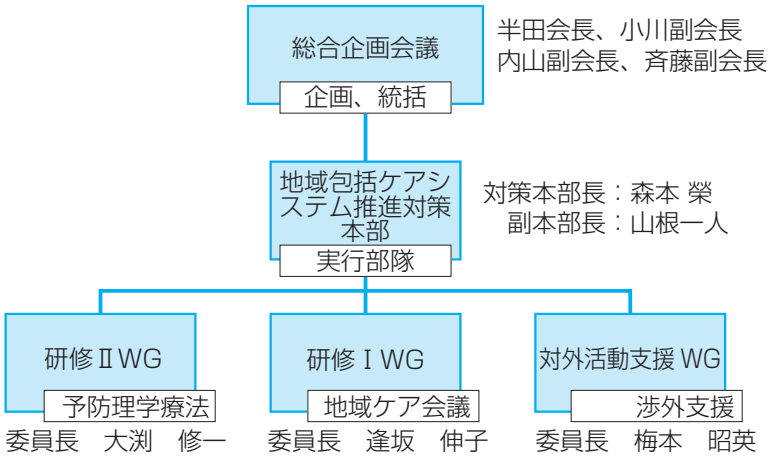


図３　地域包括ケアシステム推進対策本部組織図

■アクションプラン(案)(～平成27年度)

大区分	中区分	小区分	細区分	平成25年度 第3四半期	平成25年度 第4	平成26年度 第1	平成26年度 第2	平成26年度 第3	平成26年度 第4
0 アウトカム	0 公益性	1 地域包括ケア推進の視点	1 地域ケア会議にPTが参加した市町村数						
			2 介護予防事業にPTが参加した市町村数						
		2 人材育成の視点	1 暫定　認定PT(地域包括ケア推進)者数						
			2 暫定　認定PT(介護予防)者数						
1 後方支援(協会)	1 能力開発支援	1 方向性の共有	1 組織運営協議会						
			2 総合企画会議		1/10				
			3 理事勉強会		1/11				
			4 全国行脚						
			5 士会長向け研修		2/23				
			6 推進対策本部の設置						
		2 渉外活動支援(対　市区町村)	1 連携の基礎調査						
			2 担当役員向け研修		2/23				
			3 連携ガイドライン						
			4 ネットワーク化						
			5 ウェブ会議		準備	運用開始			
			6 自治体向けリーフレット				発刊		
	2 標準化	1 地域包括ケア推進対策	1 人材育成の基礎調査						
			2 地域ケア会議対策ガイドライン		準備	運用開始			
			3 暫定　認定PT(地域包括ケア推進)の制度化		準備	運用開始			
			4 E-Learning		準備	運用開始			
			5 対面研修の標準カリキュラム		準備				
			6 ネットワーク化						
		2 介護予防対策	1 人材育成の基礎調査						
			2 介護予防実践ガイドライン			運用開始			
			3 暫定　認定PT(介護予防)の制度化		準備	運用開始			
			4 E-Learning						
			5 対面研修の標準カリキュラム		準備				
			6 ネットワーク化						
2 主体者(士会)	1 法人機能の強化	1 事務局の強化	1 組織運営協議会						
			2 理事会での情報共有						
			3 士会長向け研修の活用		2/23				
			4 アクションプランの作成						
			5 雇用計画			検討			
		2 渉外活動の活発化(対　市区町村)	1 ウェブ会議の活用						
			2 担当役員向け研修の活用		2/23				
			3 士会独自の育成(事業)						
			4 窓口の明確化(市区町村担当)				決定		
	2 人材育成	1 人材育成(地域包括ケア推進)	1 対面研修の企画・実施			第1期		第2期	
			2 暫定　認定PT(地域包括ケア推進)取得の推奨						
			3 士会独自の育成(事業)						
		2 人材育成(介護予防)	1 対面研修の企画・実施			第1期		第2期	
			2 暫定　認定PT(介護予防)取得の推奨						
			3 士会独自の育成(事業)						

●:終了／●:予定／ 第1、第2の期限　※「地域包括ケア推進対策」は、地域ケア会議要因の育成に限定しない。

第1の期限　第2の期限

図４　アクションプラン具体例

上記の課題を具現化するために地域包括ケアシステム推進対策本部が事務局内に設置され、さらに地域ケア会議、予防理学療法、渉外活動支援の３つのワーキンググループが設置され（図３）、想定される課題を明らかにするための基礎調査から得られた結果に基づいて本会のアクションプランが策定され、取り組みの方向性が示された（図４）。

2　ワーキンググループの活動

1）地域ケア会議ワーキンググループ

地域包括ケアシステムにおいて、重要な役割を担う地域ケア会議に焦点を絞って活動した。地域ケア会議には、地域個別ケア会議と地域ケア推進会議を設置することが厚生労働省から示されている（図５）。

地域ケア会議では地域包括支援センターが主体となって、介護支援専門員（ケアマネジャー）を中心に実施しているサービス担当者会議において問題となる困難事例への対応に関して協議する。厚生労働省の作成した図には、主な構成員として理学療法士の参加も含まれており、理学療法士に対する期待が込められている。

そこで、サービス担当者会議に参加する初心者理学療法士から地域ケア会議に参加する熟練理学療法士までの質的向上を図り、標準化を行うための研修を計画することとなり、全国で実施可能な研修制度として、近い将来地域で貢献できる理学療法士を育成するために「地域包括ケア推進リーダー」研修を開始した（図６）。

平成26年11月末時点でリーダー登録6,489名、規定をクリアーした地域包括推進リーダー取得者が777名となっている。今後、都道府県の活動の活発化とともに取得者も増加する。

2）予防理学療法ワーキンググループ

介護予防に関わる理学療法士の標準化とリーダーの育成を目指した。地域包括ケアシステムにおける予防事業について問題視されてきたのが、「機能訓練の改善にばかり目が向き活動や参加が促進されていなかった」点である。地域のネットワークを利用した仲間作りや、趣味やボランティア活動を通じた参加促進等を絡めた予防事業の実施が望まれており、対策本部では、理学療法士が予防の重要性を理解し、仕組み作りなどの提案が可能になることを目的に「介護予防推進リーダー」研修を実施した（図７）。

平成26年11月末時点で登録者数5,885名、規定をクリアーした介護予防推進リーダー取得者が348名となっている。今後の医療・介護費用の削減において重要になるのが予防に関する視点であり職域の拡大も鑑みて、協会員全員が熟考することが望ましいと考えている。他に市町村向け、国民向けの予防に関する情報を

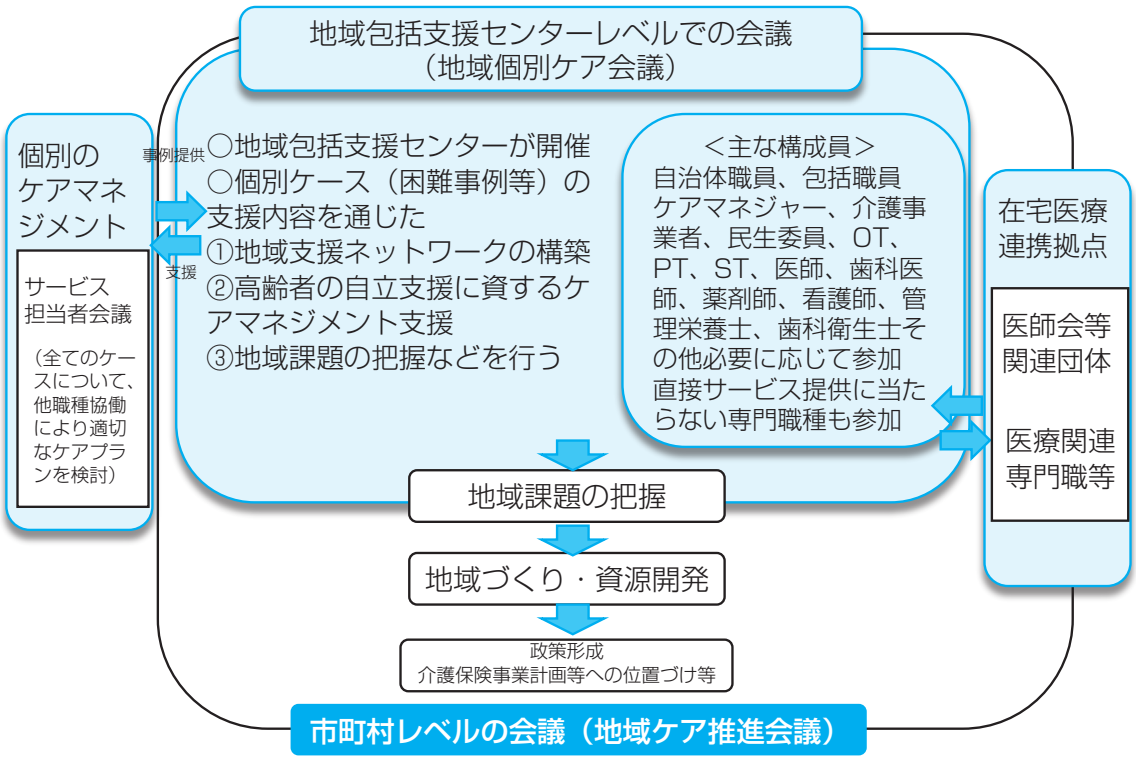


図５　地域ケア会議の種類と役割

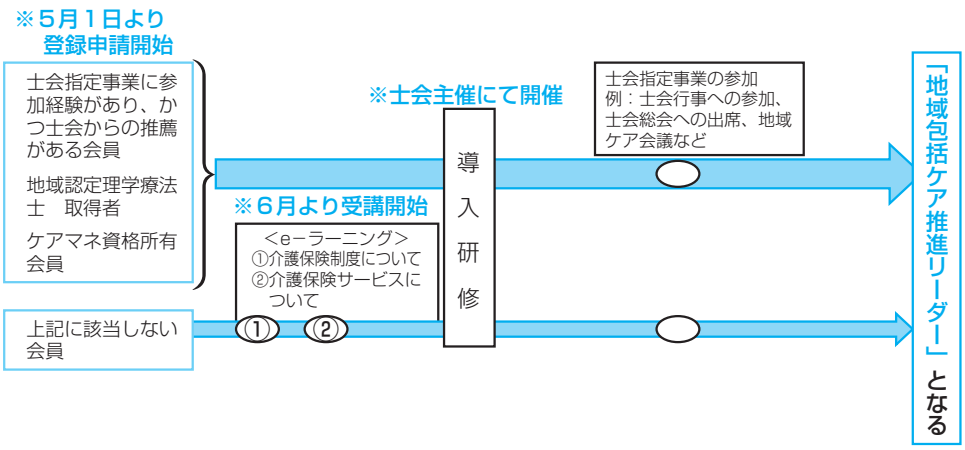


図6　地域包括ケア推進リーダー

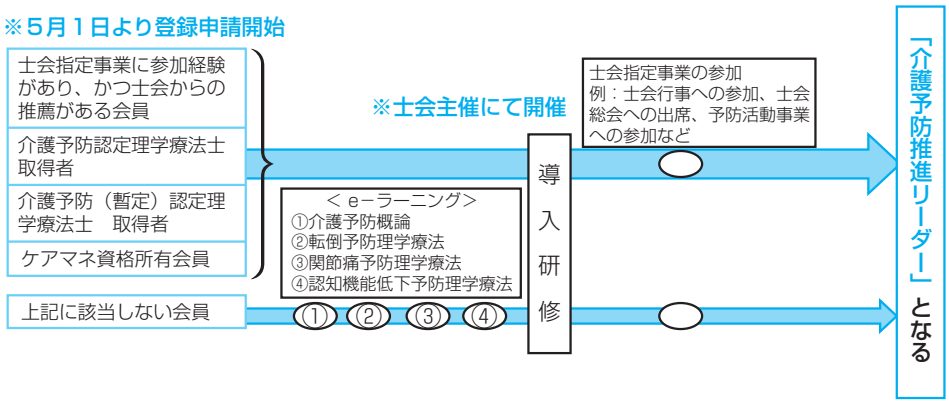


図7　介護予防推進リーダー

集約したリーフレットの作成も実施した。

3）渉外活動支援ワーキンググループ

士会が市町村へ理学療法士の特性や活用範囲を提案する際の方法や導入の仕方などの支援を行った。

各都道府県では人口、市町村数、病院・施設数、介護保険サービス数、会員数、会員の分布状況、県や市町村との関わりなどそれぞれ相違があり、統一された戦略では推進できない。士会で自己分析を行い、地域包括ケアシステムに取り組む「独自のアクションプラン」の策定が必要であった。

平成26年2月23日に渉外活動支援ワーキンググループの委員が中心となりモデルプランを提示し、士会はこれを参考に平成26年度事業アクションプランの策定を行った。また士会で問題となっている課題の解決方法や展開方法などを提示する活動も合わせて実施した。

3　都道府県理学療法士会と日本理学療法士協会の協業

1）組織運営協議会（旧 都道府県理学療法士会会長会議）

平成25年12月15日組織運営協議会にて地域包括ケアシステムに関する説明が行われ、地域包括ケア推進における主役は士会であることを明確化した。ただし、介護保険創設当時と同様に、医療機関勤務の理学療法士には関係ないことと感じる方も多数いた。しかし、平成26年4月の医療保険の診療報酬改定で新設された地域包括ケア病棟、医療・介護の連携、在宅復帰重視の点数設定により医療機関も含んだ地域包括ケアシステムの姿が明確化し、医療・介護の一体した活動の必要性が理解され、取り組みが加速した。

2）会長行脚

平成26年１月半ばより半田会長を中心に理事も加わり、全国都道府県士会会長、理事を対象に地域包括ケアシステムにおける理学療法士の役割を説明する行脚を開始した。４月末までに47都道府県を訪問し、士会の地域包括ケア推進に対する意識が高まった。

3）アクションプラン作成

各県の地域包括ケアシステム担当者を対象に研修会を開催し、各県のアクションプラン作成に必要な情報を提供し、活動目標の検討を依頼した。５月末に各都道府県の担当者から本会に、各都道府県で検討されたアクションプランが提出された。

10月18日には、平成26年度上半期終了時点でのアクションプランの進捗状況と活動して見えてくる問題点への対応をワークショップにて情報の共有を行った。その結果を基に平成27年度アクションプラン作成を依頼した。

11月２日には平成26年度組織運営委員会が開催され、平成27年度以降は各都道府県が主体となってアクションプランを基に取り組んでいくことが確認された。

4）研修システムの構築

２月より渉外、地域ケア会議、介護予防ワーキンググループの活動が開始され、５月には地域ケア推進リーダー研修、介護予防推進リーダー研修のｅラーニングのコンテンツや導入研修のカリキュラム、内容を標準化したスライドを作成し、全国どこでも同じ内容で行えるように各県士会の指導者向けに事前研修も開始した。７月15日ｅラーニング開始、８月より順次各都道府県で導入研修が開始した。

5）介護予防キャンペーン

急な要請であったが７月13日には全国一斉介護予防キャンペーンを実施し、半数の士会で実施され、平成27年度以降の全国統一介護予防キャンペーンの布石になった。

早急な対応を要求される課題が多数あったが47都道府県が一体となって活動できたことは、今後の本会の組織力の強化にもつながる出来事であったと感じている。

3　リハビリテーション専門職種への期待

８月９日に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士協会合同介護予防研修会が開催され、各職種の士会の代表者が一堂に会して研修が実施された。

介護予防は総合事業として新たな枠組みとして市町村で実施されるが、その仕組みの中に地域リハビリテーション活動支援事業が新設されている（図８）。

厚生労働省作成の介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（案）の中には地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場などへのリハビリテーション専門職などの関与を促進すると記されている。また別の項の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点に記載されている内容では「特にＡＤＬ・ＩＡＤＬの自立支援では、在宅生活で要支援者などの有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職などが、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましい。」と記されている。この文中の専門職種などの「など」には様々な職種が含まれているが、ＡＤＬ・ＩＡＤＬの自立支援には他のどの職種よりも高い能力を持っているのが理学療法士、作業療法士、言語聴覚士ではないだろうか。この高い評価を得たと考えるが、逆に他職種との差が出なければ、リハビリテーション専門職種への期待

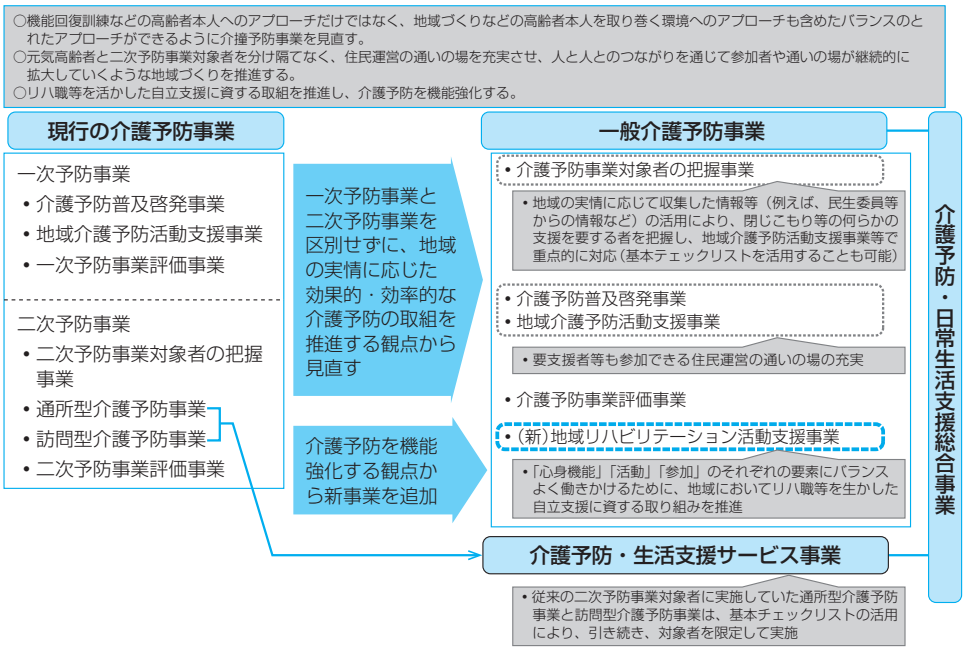


図８　新しい介護予防事業（案）

は減速すると考えられる。

次にリハビリ専門職種の中での理学療法士の役割は何かを考えると、医療機関に従事する理学療法士には地域の特性を把握し、在宅生活を想定したＡＤＬの改善を実施する。当然、他職種と連携しチームアプローチを発揮し効率的で効果的な医療運営の一翼を担い、連携先の介護サービスへと結びつける。介護サービスに従事する理学療法士は、その機能を低下させることなく在宅生活に活かし活動参加へと結びつけるという流れになる。その際に「理学療法士とは何ができるか？」に関して、技術も必要であるが、期待の中核は自立支援を引き出す適切な評価である。他職種に評価結果をわかりやすく説明し、他職種、例えば訪問介護員が自立支援を目的とした介助が提供できる様に支援することと考える。当たり前のことであるが専門職種の役割として適切な評価、評価した内容を見える化し説明できる説明責任が望まれている。

4 おわりに

地域包括ケアシステムの構築は急速に進められている。３職種協調して流れに乗り遅れないように活動を続けることが重要である。現状で本会がその流れに乗り遅れていないのは、重点課題として掲げた目標に各士会が努力した成果と考えている。今後は士会が主役であり、更なる各地域での活動の活発化を期待する。

第３節　働く女性と理学療法士

理事　谷口千明

需要に伴う養成校の増加に並行して本会会員も増加し、平均年齢32.6歳という若い組織の中で約半数は女性が占めるようになった。その一方で、結婚や出産、育児中の女性会員の休会や退会も多くみられ、中には離職される方もいる。家庭生活や育児経験などは、理学療法士として包容力を育むなど業務上の資質を高めるという可能性はあるものの、一方では経験のある理学療法士が臨床現場から遠ざかることを余儀なくされ、復帰の道を断たれる事実も少なからずある。女性に限らず経験のある理学療法士が現場を去ることは理学療法サービスの質的低下を招き、その現場はもとより広く理学療法を提供できなくなるといった損失に繋がる。女性理学療法士が働きやすく継続就労できる環境整備は、単に女性理学療法士の問題にとどまるものではなく、理学療法士全体の労働環境の整備ともなりえる。

そこで、総務省や文部科学省等の資料や公益財団法人21世紀職業財団の調査等を基に社会全体の働く女性の状況を捉えた上で、女性理学療法士の現状と課題について「平成22年度女性理学療法士就労環境調査」等から考えてみたいと思う。

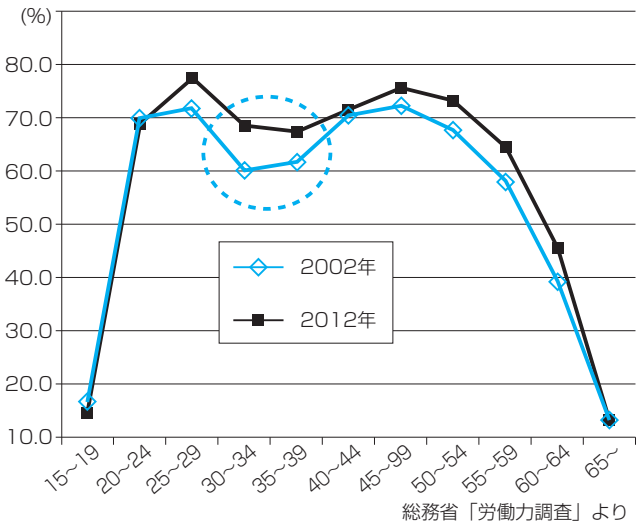
1　働く女性の状況

総務省「労働力調査」によると2012年度の女性雇用者数は2,357万人であり、2011年度より10万人増加している。同年度の雇用者総数に占める女性の割合は42.8%であり、前年比0.1%の上昇を示している。一方、男性は3,789万人と前年度より33万人（0.9%）減少している。女性雇用者の増加は、産業別には「医療・福祉」、「公務」等でみられており、「医療・福祉」分野では女性雇用者数の22.1%を占め、全雇用者総数の女性比率は77.1%と女性が最も多い産業分野となっている。

女性の労働力率を年齢階級別にみると、25～29歳（77.6%）と45～49歳（75.7%）を左右のピークとし、35～39歳（67.7%）を底とするM字型カーブを描いている。全体的な労働力は向上しているが平均的な結婚、出産・育児期に減少する傾向は10年前と変わっていない（図1）。

女性の配偶関係別労働力率をみると、未婚者は62.6%、有配偶者は49.1%となっている。ただ、10年前（2002年）と比較すると30～34歳が最も上昇（8.3%上昇）しており、これを配偶関係別にみると未婚者25～29歳、30～34歳の女性労働力率の上昇はあまり見られていないが、有配偶者25～29歳、30～34歳の女性労働力率の上昇がみられており、上昇幅が大きくなっている。このことがこの年代の全体的な労働力率上昇の変化要因と考えられる（図2）。

女性の非労働力人口は、2,976万人で前年比

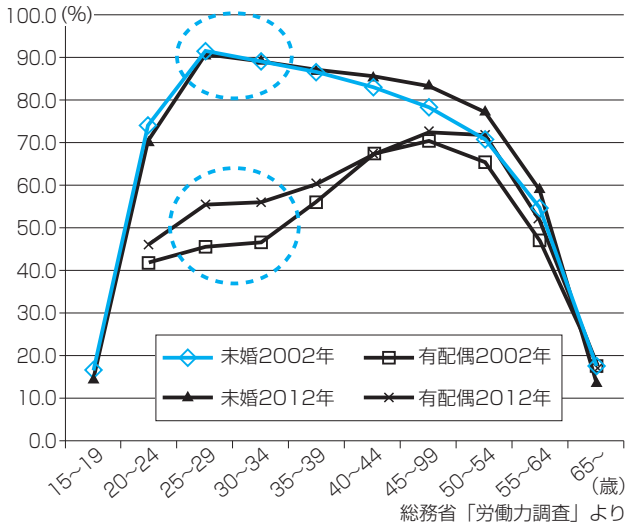


総務省「労働力調査」より

図１　女性の年齢階層別労働力率

3万人（前年比0.1%）減少しており、活動状態別にみると「家事」は1,596万人（前年比1.7%減）、「通学」は325万人（前年同率）、「その他（高齢者など）」は1,054万人（前年比2.4%増）となっている。いわゆる「専業主婦」が減少し、高齢者が増加していることを示している。

また、1997年以降「共働き世帯」が、男性雇用者と無業の妻からなる「片働き世帯」を上回り続けており、2012年度は「共働き世帯」1,054万世帯、「片働き世帯」は787万世帯となり、女性の社会進出が進んでいることを表している。



総務省「労働力調査」より

図2　女性の配偶関係、年齢階層別労働力率

文部科学省「学校基本調査（2013年3月）」によると、女性の学歴別新規学卒就職者の構成比は大学卒業者61.1%、短期大学卒業者14.1%、高等学校卒業者24.5%、中学校卒業者0.3%となっており、女性の大学卒業者の割合は過去最高となっている。高等学校卒業就職者を産業別にみると「製造業」が24.7%で最も多く、職業別では「サービス職業従事者」が34.9%で最も多くなっている。短期大学・大学卒業者においては、産業別で「医療・福祉」が短期大学48.9%・大学20.3%と最も多く、職業別では「専門的・技術的職業従事者」が最も多く、短期大学62.6%・大学36.3%であった。

女性の社会進出に伴い役職者に占める女性の割合も増加しており、2002年と2012年を比較すると係長級以上の役職者の割合が5.3%から9.6%へ上昇しており、役職別では係長級で9.6%から14.4%へ、課長級で4.5%から7.9%へ、部長級で2.4%から4.9%へとほぼ倍増していた。

公益財団法人21世紀職業財団「育児をしながら働く女性の昇進意欲やモチベーションに関する調査（2013年度）」によると、上司の育成意欲等が女性のキャリア意識に影響を与えているが、妊娠や出産、職場復帰等の各ライフステージにおける上司の部下育成や建設的フィーバック等のマネジメントが妊娠前より職場復帰後に低下し、現在でも元に戻っていない傾向にあると報告している。また、出産後の復帰において育児復帰支援制度がキャリア意識を高めており、復帰前の研修や育児休暇中から職場の情報提供が定期的にある、上司による面接がある等の支援が有効であったとも報告している。更には夫の協力として、子供の寝かしつけ、着替えなど日常的な世話という側面での育児頻度の高さや妻の仕事の応援などが、職場ではメンバー間で仕事の調整ができる等のワーク・ライフ・バランス環境がキャリア意識に影響を与えている結果となっていた。

このように女性の登用、女性の継続就労が多くなってきているが、まだまだ課題は多く、職場風土や配偶者の理解協力等の支援が大きく影響しているようである。

2 働く女性に関する国の対策

こうした女性の社会進出に並行して、平成4年「育児休業法」が制定され、平成7年に「介護休業制度」が加えられ、「育児・介護休業法」の制定に至った。「育児・介護休業法」は、さらに数度大きく改正を重ね、これまでは従業員数100人以下の事業主に対して「短時間勤務制度」等の制度が適用猶予とされていたが、平成24年度から全面適用されるに至っている（表1）。

少子高齢化が進む中で、減少する生産年齢人口を補うという観点にとどまらず、経済成長の観点からも女性

表１　育児・介護休業法の概要

制度内容	概　要
育児休業	• 両親ともに取得する場合は１歳２か月までで１年間取得可能 • 保育園に入れない等の事情がある場合は、１歳６か月まで取得可能 • 一定の要件を満たせば、期間雇用者も取得可能
看護休暇	• 小学校就学前の子が１人の場合は年５日、２人以上の場合は10日、年次有給休暇とは別に看護休暇が取得可能
育児のための所定労働時間の短縮措置	• 子が３歳に満たない労働者が対象 • 事業主に対して、所定労働時間を原則６時間とする短時間勤務制度を講ずる義務 • 事業主に対して、短時間勤務制度の適用除外とされた労働者について、フレックスタイム制度や始業・終業時刻変更等の代替措置を講ずる義務
介護休業	• 対象家族が要介護状態にいたるごとに１回、通算93日まで取得可能
介護休暇	• 要介護状態の家族が１人の場合は年５日、２人以上の場合は10日、年次有給休暇とは別に介護休暇が取得可能
介護のための所定労働時間の短縮措置	• 要介護状態の家族がいる労働者が対象 • １つの要介護状態について93日以上の短時間勤務やフレックスタイム制度、始業・終業時刻変更等からいずれか１つを事業主が選択して措置を講ずる義務
育児・介護のための時間外労働の制限	• 小学校就学前の子・要介護状態の家族がいる労働者が請求した場合には、時間外労働を１か月24時間、１年150時間以内とすることが可能
育児・介護のための深夜業の制限	• 小学校就学前の子・要介護状態の家族がいる労働者が請求した場合には、深夜業（午後10時から午前５時まで）を免除
配置の配慮	• 事業主に対して、労働者を転勤させようとする場合の、育児又は介護の状況に配慮する義務
不利益取り扱いの禁止	• 事業主に対して、育児休業、介護休業、子の看護休暇、介護休暇、所定外労働の制限、所定労働時間の短縮措置、時間外労働の制限及び深夜業の制限について、申出や取得等を理由に不利益に取り扱うことを禁止

の活躍促進が重要な課題となっている。しかし、女性労働者の就業を取り巻く現状を見ると、依然として男性と比べて女性の就業年数は短く、管理職率も低い水準にとどまっている。また、継続就労を希望しながらも出産・育児等により離職を余儀なくされている者が多いのも現状である。これらに対して、国は男女雇用機会均等法の履行確保はもとより、ポジティブ・アクションの推進や保育園の整備等の取り組みにより、継続就労を希望する者が就業意欲を失わないような環境整備を進めている。

また、育児や介護をしながら継続就労しやすい環境整備のため、仕事と生活の調和のとれた働き方（ワーク・ライフバランス）を実現することは重要な課題である。そのための取り組みとして、育児休業、介護休業その他の仕事と育児・介護の両立のための制度の定着促進や次世代育成支援対策の推進、育児や介護をしながら継続就労しやすい環境整備の促進、育児・介護休業給付、マザーズハローワーク事業の実施、女性の就業促進のための支援事業、母子家庭の母等に対する就業援助対策なども実施されている。

女性の能力発揮促進のための支援としては、在職中の労働者に対して多様なニーズに即した職業訓練を公共職業能力開発施設において実施したり、企業内における労働者の効果的なキャリア形成の促進を目的とした職業訓練や職業能力開発の支援を行う事業主に対して賃金及び経費の一部をキャリア形成促進助成金として助成をしたり、教育訓練給付金の支給や再就職への積極的支援等も行われている。

多人数職場が多くなってきた現在、こういった社会制度や社会資源等を当事者はもとより管理職は知っておく義務があると考える。

3 女性理学療法士の状況

近年、社会的需要を背景にした養成校の急増に伴い、養成校入学定員もこの10年余りで倍増し13,000人を超すものとなっている。これに並行して、本会の会員数も増加してきた（図3）。2014（平成26）年6月現在の会員数は93,273人で、20～40歳代の会員が77,792人、実に全体の83.4%であり、平均年齢も32.6歳ととても若い組織となっている。女性会員は38,147人40.9%、その内20～40歳代の会員は32,974名で女性会員の86.4%を占めている（図4）。養成校の入学定員を考えると、若い会員、女性会員が今後も増加していくことが容易に予測される。ただ、社会一般女性労働力率のようなM字型カーブを描くものではなく、養成校の増加に並行した20歳代をピークとした右肩下がりの状況である。

本会では、女性会員の増加する背景を受け、労働環境の現状と課題を把握し、就労しやすい環境づくりへの啓発活動や研修システムの改訂等の資料とするために、「2010（平成22）年度女性理学療法士就労環境調査」（以下、調査）を実施した。結果の詳細については、本会HPをご参照いただきたい。

調査回答者の年齢構成は女性会員における年代別会員数と近似値であり、20～40歳代が88.3%、その他、居住地区や勤務場所等についても全体とほぼ同値を示していた。

離職率をみると全体の離職者は3.25%、既婚者は全体の42.9%でその内7.13%が離職を経験、未婚者は57.1%でその内離職経験者はわずか0.33%であった。離職理由としては、妊娠・出産、結婚が上位であったが、離職者の内65.8%は再就職の意思があり、その80%は「理学療法士はやりがいのある仕事」と述べていた。他職種の離職率は、新卒看護職員8.9%（日本看護協会2012年調査）、介護関係職種は正規・非正規含めた全体で21.6%（介護労働安定センター 2012年介護労働実質調査）であり、本会

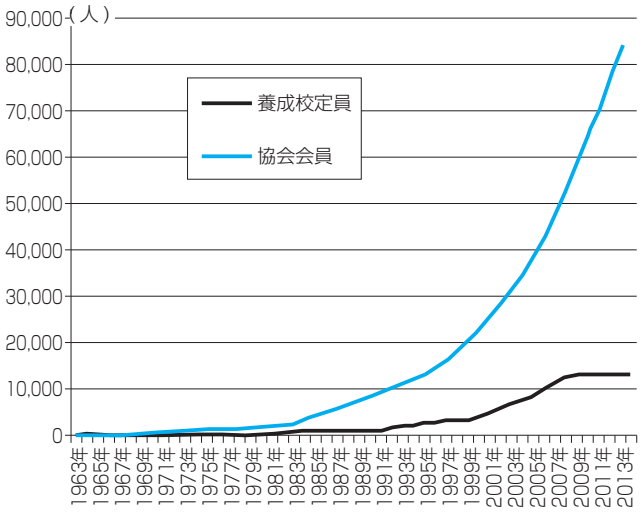


図3 養成校定員数と会員数

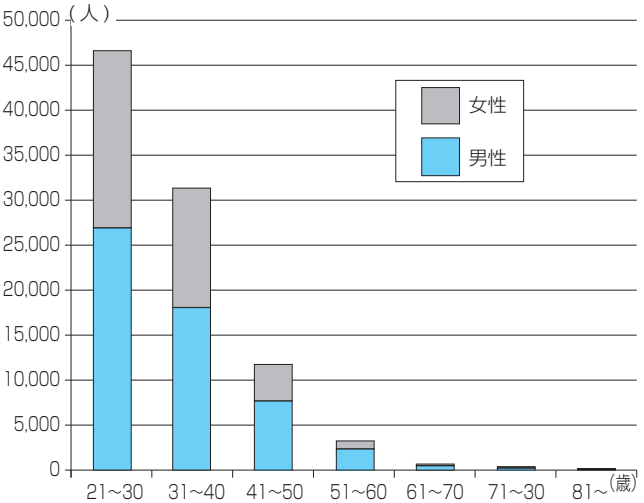


図4 年齢分布および男女比

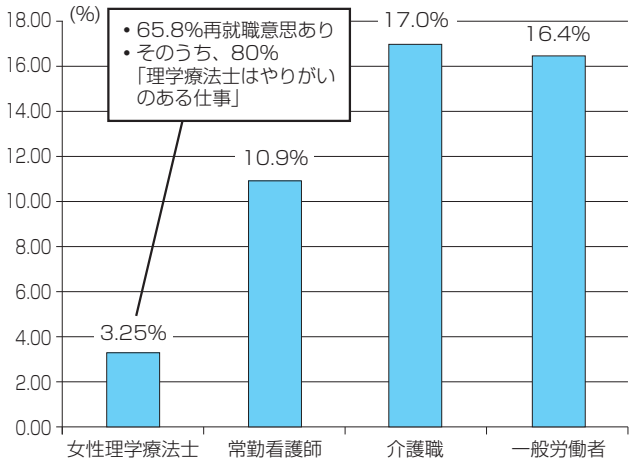


図5 女性会員と他職種における離職率

会員の離職率は、他医療職・介護職よりも明らかに低い結果を示していた（図５）。しかしながら、本会の「組織率向上特別委員会答申書（2014年度）」によると、31～40歳女性会員の16.3%が休会しており、休会理由の上位は子育て、家庭の事情、出産のため等があげられており（図６）、退会会員も女性に多く退会理由の上位には家庭の事情、離職のため等があげられていた（図７）。休会・退会者の多くは出産・育児世代であることは事実であり、この点を踏まえた対策を考慮する必要があると考える。離職者の内7.9%が４～24か月で復職しており、その要因には子育てを考慮した短時間労働や仕事内容等の理学療法士としてのスキルを重視した項目があげられていた。なお、60歳以上で急激に退会者が増加している原因は、定年退職後であることや絶対数が少ないことにより高いパーセンテージを示していると考えられる（図７）。

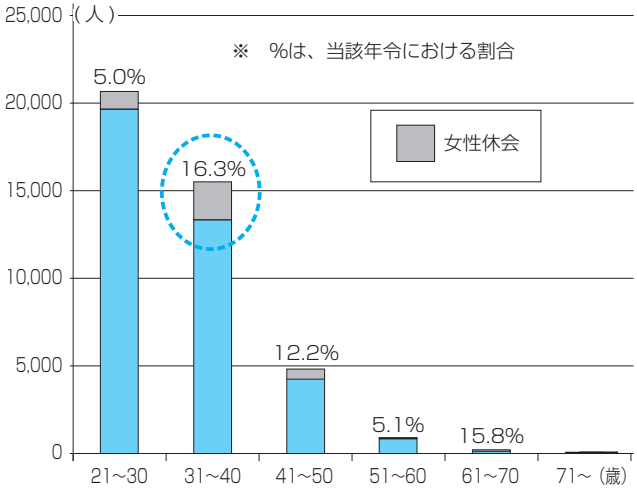


図６　女性会員における休会会員比率

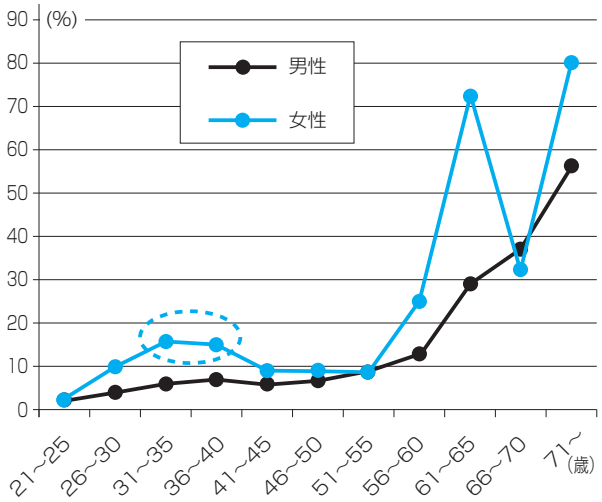


図７　退会者の年齢別男女比率

妊娠期の就業状況では、妊娠中も就業していた（すると思う、を含む）との回答が93.0%あり、その勤務形態は常勤職員が87.2%を占めていた。常勤職員として勤務するために必要なことは、職場の協力が39.1%、配偶者の協力が30.0%であり、社会一般女性と同様の回答であった。また、妊娠・出産時のトラブルとして、19.3%が切迫流産、13.9%が切迫早産、12.4%が吸引分娩、10.6%が帝王切開等の経験をしており、流産は全国の妊婦の15%前後の発生率（日本産婦人科学会）と比べると大変高率であり、妊婦自身の安全のみならず継続勤務の確保のためにも職場上司やスタッフ、配偶者等にも知っておいて欲しいデータである。妊娠中などの継続勤務の中でも、80%近くが生理的・身体的・精神的といった複数の負担を感じながら仕事している現状もある。育児休暇制度の利用はかなり定着してきているようだが、一般女性87.8%（男性は2.63%）に比べると82.1%と低い傾向にある。また、育児時間制度（生後１年に満たない児を育てる女性は所定の休憩時間以外にも１日２回少なくとも30分その児を育てるための時間を請求できる等）については、他の制度に比べると利用割合が約53%と低く、その理由として制度がない・制度を知らないとの回答があった。

結婚、妊娠・出産以外にも女性であるが故の差別的経験も多くあり、職場内査定・昇進や現場での役割等が差別経験内容としてあげられていた。そうした中でも、一般女性に比べると女性理学療法士では19.6%が何らかの役職者であり、理学療法部門の管理者も35.6%であり、女性管理者が多い傾向にあった。つまり、理学療法士は男性も女性も同じ立ち位置で業務に勤しむことにより結果がついてくる職業だと考えられる。

4 女性理学療法士の課題

調査により、浮かび上がってきた女性理学療法士の課題をまとめると、大きく以下の６つがあげられる。

① 妊娠期のリスクが高い傾向にあること
② 管理者も含め、理学療法士全体が社会保障制度等の知識に精通していること
③ ライフサイクルに合わせたキャリアデザインを構築できる制度や環境が不十分であること
④ 就労環境の整備（短時間勤務やワークシェアリング等の多様な働き方の提案等）が不十分であること
⑤ 復職支援（リカレント教育）制度が必要であること
⑥ 社会保障制度の啓発が不足していること

以上の課題を解決できるような研修制度やシステム整備等が重要であると考える。

5 おわりに

社会一般の働く女性の現状を捉えた上で、「女性理学療法士」の現状および課題についてまとめてみた。働きやすく継続就労できる労働環境整備は、女性理学療法士に限らず、理学療法士全体の労働環境の整備にも繋がる。本会は、これらの課題に対し、具体的な対策を検討していく。

第1節　総務関連

総務関連業務執行理事　小川克巳

1　協会新組織始動

平成25年4月より改定された新協会組織の運用が開始された。2011年（平成23年）7月より2013年（平成25年）3月まで足かけ2年をかけ、6月の総会での定款並びに関連諸規程の改定承認を踏まえての新組織の始動である（図1）。

今回の改定にあたって会長からのミッションは、1）戦える組織づくり、2）強力な協会－士会連携、3）組織（機関）分掌の抜本的見直しの3点であり、それらを主軸に、会員への運営力依存度を減少させ、スピード感を高めるために事務局機能（人的・能力的）強化を図り、役員の機能分担を推進した。とはいえ、新しい組織が完全に軌道に乗るには、それを動かす人の意識転換や動かしてみての細部の組織修正作業などが不可欠であり、まだ相応の時間が必要と思われる。また、かねてよりの課題であった都道府県理学療法士会（以下、「士会」。）との連携と協働という側面については、士会長などの士会役員を各業務執行委員会や特別委員会などの構成メンバーとすることにより、執行部と士会との理解が深まり、協会運営・士会運営双方において情報共有がなされ良い形で推移している。それと同時に、年に一度開催されてきた都道府県理学療法士会会長会議（略称：全国会長会議）も組織運営協議会と改称し、全国実務担当者会議（現状は全国事務局長会議）を前段として、重要課題と次年度事業計画等について一定の結論を得る機能的合理的運営がなされるようになってきた。その流れは図2の通りである。

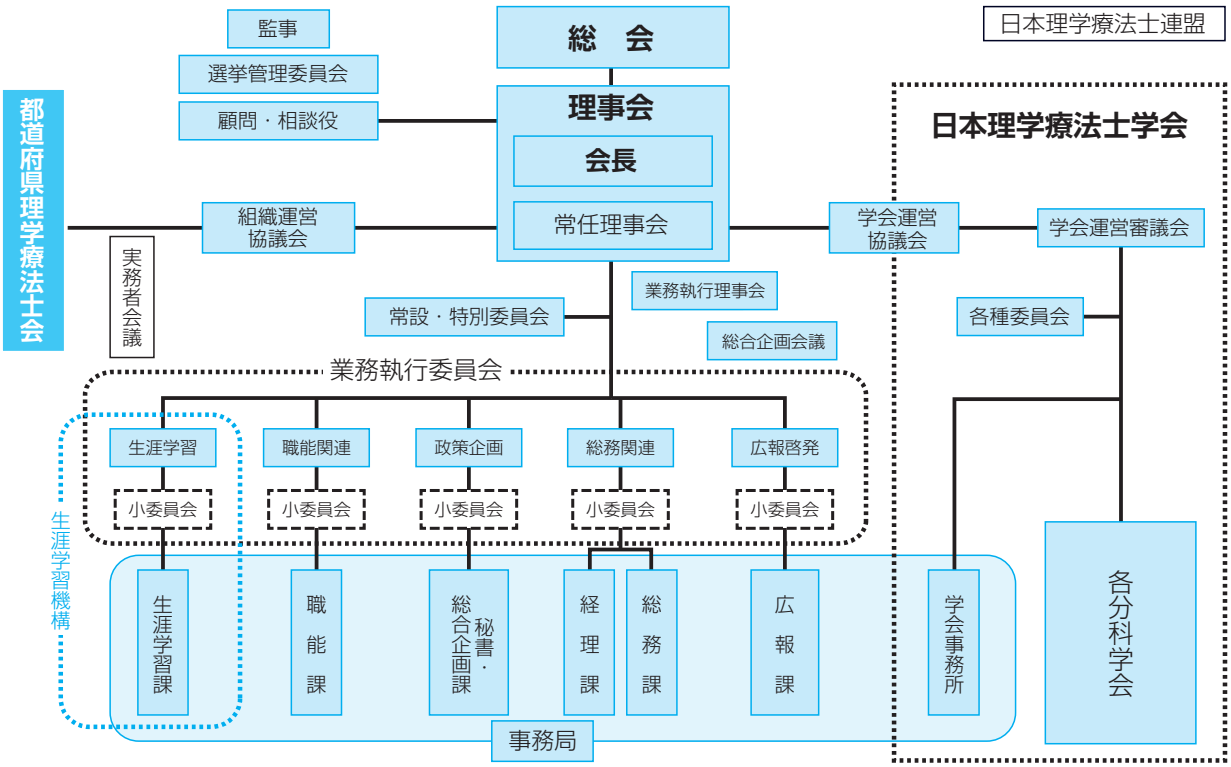


図1　公益社団法人日本理学療法士協会　組織図

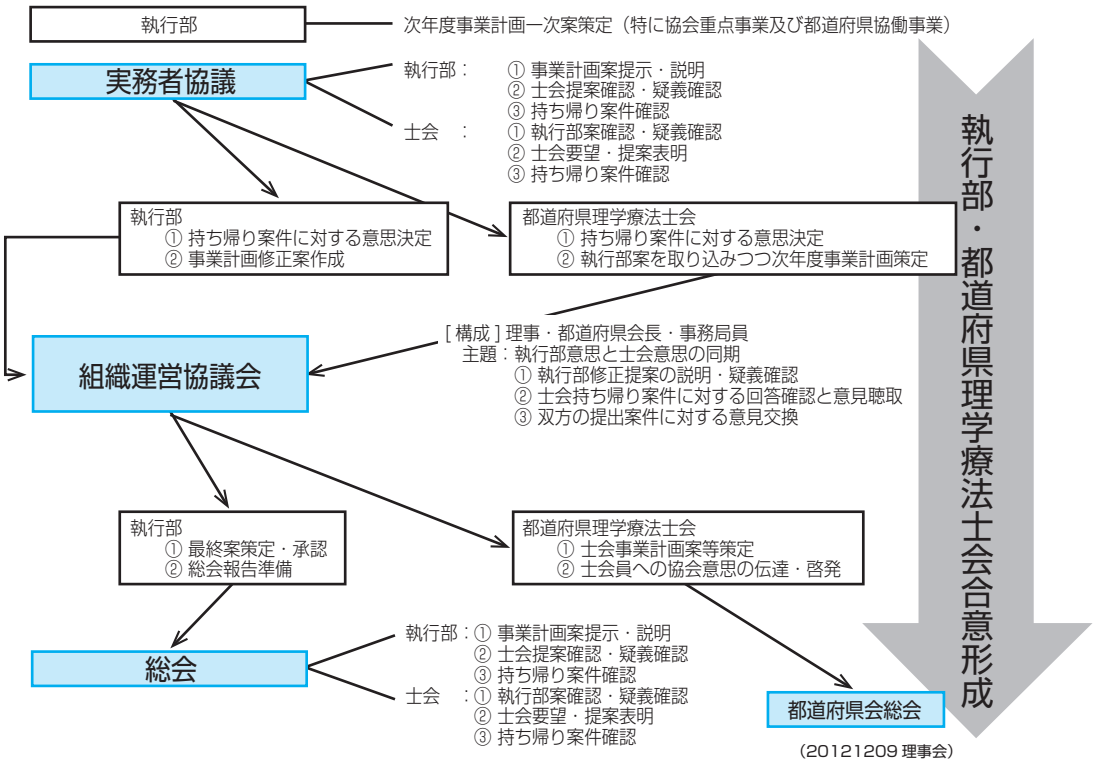


図２　組織運営協議会と実務者協議：本会と士会との合意形成手続き

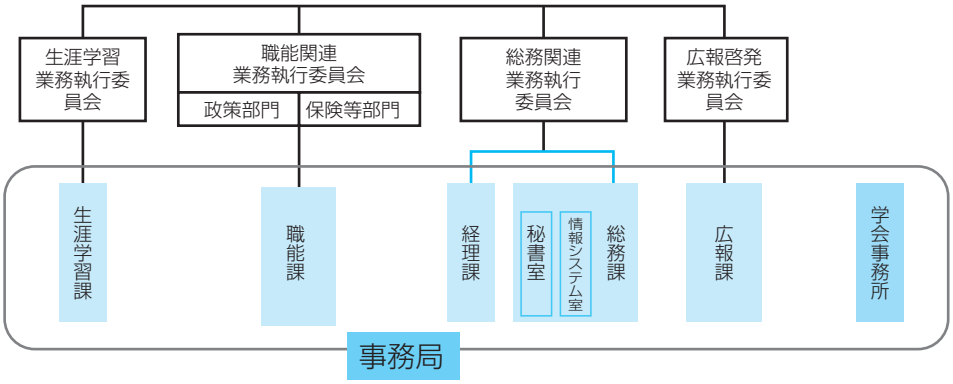


図３　業務執行委員会及び事務局構成の修正

2 事務局

総会等において協会事務局の機能強化が声高に求められるようになって久しいが、協会組織改定に伴って、各々の業務執行委員会並びに学会をしっかりと下支えできることを目的に組織構築を事務局内において構築した。単にマンパワーだけでなく、合目的的に機能が発揮できるよう大きく改定され、まだまだ道半ばではあるものの、この二年の間に、湯元事務長の着任もあって各部署の能力は飛躍的に向上した。また、２年間の運用により、職能関連業務執行委員会と政策企画業務執行委員会については問題部分も明らかとなってきたことから、両者を併合して職能関連業務執行委員会とし、その中に政策企画部門と保険等部門を配置、一方、事務所管については秘書・総合企画課の総合企画部分を職能課に併合、秘書部分については総務課に移管して秘書室とした。これにより、職能課は３年後の同時改定に向けて強化されることになる（図３）。

3 副会長定数増と専従化

平成25年度総会において、副会長定数に関する定款変更が承認され、2から3へと変更された。これにより、会長を含めて職能、総務、学会、教育という大区分での分掌が実現した。また、平成26年度からは副会長（事務局長）の専従に加え、さらにもう一名の副会長の月6日間の部分専従が実現したことにより、これまで以上に細部にわたる監督と指導･対応が可能となり、懸案であった協会財政の健全化を強力に推進する原動力となった。

4 組織率向上、休会者対策

本会は医療系職能団体の中で、ずば抜けて高い組織率を誇っている。平成26年3月31日の組織率は82.6%（休会者を含む）であり、2000年以降の組織率は図4に示す通りである。但し、組織率算出の母数は国家試験合格者数の累計を用いているため、必ずしも実態を表しているとは言えず、実数を母数とすれば組織率はこれより上がることになる。

しかし、昨今、図4に示すとおり組織率は低下傾向にある。組織率とともに入会率も下がっており、組織率の高さはその団体の国、他団体に対する発言力の大きさに直結するため、その対策が必要となった。平成25年度、協会内に組織率向上特別委員会が設置され、士会からの委員を含めて、原因究明と抜本的な対策が検討された。

特別委員会での検討により、組織率の低下は、定年退職後のシニア世代と子育て中の女性会員の休退会が大きな要因となっていることが指摘された。また、休会がそのまま退会に繋がるという、換言すれば、休会は退会予備軍とも言える実態も明らかになった。特別委員会の2年間の検討の結果により提出された答申書に沿った形で具体的な対策として打ち出されたのが、①シニア世代を対象にした会費割引制度の導入、②育児休業中の会員を対象に会費割引制度の導入であり、平成27年度から実施される。これらの減免制度が退会への抑止となるのか、5年後に結果を検証し、再度見直すこととしている。

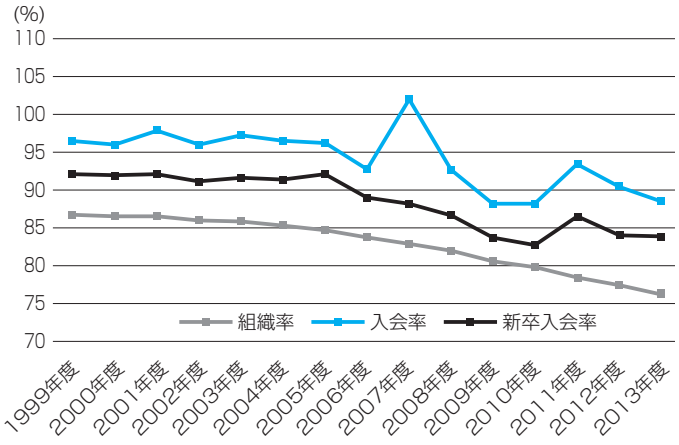


図4　組織率、入会率と新卒入会率

5 システム開発、会員手続の完全ウェブ化とOCS開発

社団法人は、人の集合体に対して法的な人格を与えられた組織であり、組織を構成する人の管理は社団法人の最も基本的な事務のひとつである。また、活動の原資たる年会費の徴収も基本的事務のひとつであり、これらの事務を確実に、ミスなく、効率的に遂行することは団体としての基本的かつ重要な業務であると言える。

本会ではこれまで会員管理、会費徴収業務に専用システムを導入していたが、会員の諸手続きについてはい

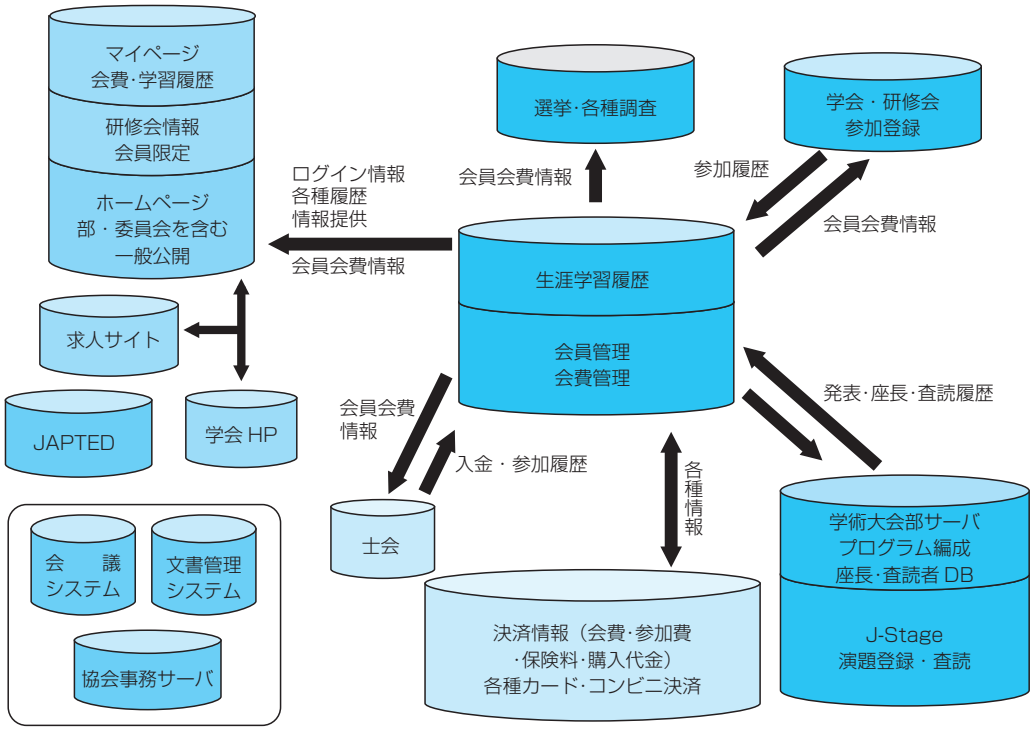


図５　システム概念図（当初の構想）

ずれも書類ベースで行われており、士会を経由して書類が本会へ転送され、事務局職員がデータの入力作業を行っていたが、会員数の増加に伴う作業量の急激な増加により、また、３～８月にその作業が集中していたことから、何らかの省力化、合理化、効率化が喫緊の課題となっていた。

こうしたことを受けて平成22年（2010年）度新システムの開発に着手し、平成23年６月から事務局内にてシステムの使用を開始、事務局内にて１年間の試用を経て、平成24年４月には会員及び士会に新システムを開放、協会会員管理、会費管理データベースの一元化、Web化のスタートにこぎ着けた。その後、新機能の追加、士会からの改修要望に対応しつつ、システムの完成度を高めてきたが、その開発費用が当初予定を大幅に超え、今後についても際限がないことから、平成27年度にはこれ以上の付加機能の開発を一旦凍結することになった。

当初計画では生涯学習履歴管理、研修会参加申し込み、参加費徴収、学会研修会会場での参加受付、学会演題登録、査読等、会員情報の包括的管理を目指したものの、学会演題登録、査読については、そのシステムの特殊性から包括化が叶わず、別システムとして開発することとなった。この別システムがOCS（Open Conference System）と称され、平成26年度末に完成予定であるが、会員管理システムとの一体運用が課題として残されている。図５を参照。

6 叙勲について

栄典として、国家または公共に対して功労のある者を勲等に叙して勲章を授けることを叙勲、社会の各分野における優れた行いや業績のある者に褒賞の記章を授与することを褒章と言う。単にその分野における功績のみならず、人柄等を含めて評価されるものであり、いずれも非常に名誉なことといえる。

本会では、かねてから厚生労働省に対して、叙勲・褒章推薦団体として認めるよう働きかけをしてきたが、

類似団体が先行していることもあって、これまで推薦団体として認められていなかった。しかし、様々な働きかけにより、平成24年度、ようやく叙勲・褒賞推薦団体として認められることとなり、団体として社会的信用を得たと言って過言ではない。

平成24年度に叙勲推薦団体として初めて中屋久長前会長（高知県理学療法士会）を推薦し、平成25年春に旭日小綬章を受章された。続いて平成26年春には福田修元監事（北海道理学療法士会）が旭日双光章を受章されている。

7 職員の厚労省研修派遣

平成25年度より、厚労省老健局、社会援護局、健康局に、それぞれ１名ずつ合計３名の本会職員（理学療法士）を研修のため派遣しており、２年間の研修を平成26年度末に終えるが、彼ら３名の派遣先における評価はいずれも極めて高く、平成27年度以降も引き続いて派遣の要請を受けた。これは本会職員の資質向上を目指す人材育成事業の一環でもあるが、研修終了後、必ずしも本会事務局に拘束されるものではない。通常ではなかなか経験の出来ない環境の中で我が国の厚労行政の一端を垣間見ることのできる、場合によっては新たな政策の誕生に関与することができるかも知れないという、その方面に関心を持つ理学療法士にとってはまさに願ってもない貴重な経験となる。３月に研修を終える３名にはそれぞれの場で大きく育って頂けることを期待してやまない。

8 総務関連業務執行委員会所管の小委員会等

1 白書小委員会

旧・白書委員会は、組織改定により小委員会として総務関連業務執行委員会の下に位置づけられた。理学療法白書は２年ごとに発刊されているが、平成26年度が発行年度にあたっており、そのキーワードを「予防」、「女性」、「地域」として、現在、年度末の発行を目指し、執筆担当各位の協力を得て編集作業中である。白書は本会の足跡を将来にわたって残す意義を有するものであり、本会が直面した課題とその対応を近未来的視点を持ちつつまとめられている。また、後段には本会の実態を数量的に表した資料を掲載し、白書を見ることによって、本会の種々の因子の推移を確認することができる。

2 組織・規則等検証ワーキンググループ

組織改定により解消された旧・組織部が担ってきた協会組織検討及び定款を始めとした諸規則等の検証、策定を所掌する部門として総務関連業務執行委員会の下に設置されたWGである。本会のすべての規則等は関連部門が作成したすべての原案を、他との整合性等を踏まえて内容を検証し、規則のランクを確認した上で体裁を整えてそれぞれの審議の場に提案することを業務としている。また、協会の組織のあり方についても継続的に検討し、あるべき姿の構築と提案を行っている。組織改定に伴って自律的学会がスタートしたが、この２年は主に日本理学療法士学会の組織及び運営に関する種々の規程等の整理・検証作業が中心となった。協会組織のマイナーチェンジ、学会の組織の充実化に向けて今後も相当の作業量が見込まれている。

9 委員会

1 表彰委員会

この２年間は、本会の顕彰行為の全面的再整備を主たる目的として活動。学術に関するもの以外の表彰手続き及び表彰区分の整理等に委員会の総力を挙げた。

手始めとしてこれまで本会規程集に掲載されているものの、実効性が失われていた業績評価基準の抜本的見直しに着手し、様々な角度から定型化を試みたが、個人の活動が個人毎に極めて多岐にわたること、ポイントの配分に困難が生じたことなどから、業績評価表を廃止することとした。また、士会をまたぐ異動等により士会からの推薦が得られにくい会員などを拾い上げるため、士会推薦の他、協会事務局推薦という途を設けた。さらに物故会員に対し没後の翌年度までを限度として表彰の対象とした。次いで平成26年度には頑張っている会員を積極的に表彰することを目的に、協会賞を善行分野、功労分野、成果分野の三区分に分けた。その上で、表彰規程の抜本的修正案を作成し、理事会に提出した。表彰に関する本則が成立したことで、今後はそのブラッシュアップと各賞の選考基準、運用内規等の補完的作業の完成に向けての作業が課題となる。

2 組織財政委員会

理学療法士養成機関の増加に伴って、新人理学療法士数が急増し、本会にとってはそれが組織規模の拡大に直結して今日に至っている。しかし、今後についてはこのような状況が継続することは見込めないことを想定し、近い将来に向けて堅実な財政基盤を確立する必要がある。こうしたことから継続的に財政基盤の現実的見通しを踏まえた今後のあり方について検討することを目的に新設されたのが組織財政委員会である。

与えられた具体的課題は、表１の通りである。平成27年度を最終答申年度としているが、状況によっては26年度末にも答申がなされる状況である。１．については既に答申が出され、組織運営協議会でも議論されたところである。26年度については、資金運用規程の検討、財政安定化のための収益事業、協会主催事業参加における協会支援と受益者負担、将来に備えた資金の積立と資金運用の見通し、などについて審議・検討を加えた。いずれにせよ、本委員会の責務は今後の本会の有り様に大きく影響するため、今後も綿密な調査と情報収集、そして細心な分析と慎重かつ正確な判断が求められる。

表１　組織財政委員会のミッション

１．年会費納入時期
２．財政基盤安定化のための遊休財産保持限度額
３．財政安定化のための収益事業
４．本会主催事業参加における協会支援と受益者負担
５．組織率安定化のための年会費の在り方

3 倫理委員会

専門職能団体にとって倫理意識の啓発は極めて重要な課題である。理学療法士がプロフェッショナルであり続けるための不可欠要素が倫理意識といって良い。本委員会では、そうした倫理意識を全会員に浸透させるため、また、士会単位での活動に結びつけていくために平成25年度より士会代表者を集めて研修会を開催している。平成25年度は「職能倫理を求めて」と題しての行動変容を期待した「接遇」についてロールプレイを

交えての研修会を、平成26年度の第２回研修会は同じテーマのもと、性暴力を素材として倫理意識を徹底するための方策を講師より提案して頂いた。士会代表者を招いての研修会は平成27年度の第３回をもって一応の終了となるが、それ以降についても継続して士会個々のレベルで会員への周知・啓発活動が行われるべきである。第２回研修会では本会の足らざる部分について講師より指摘を受けていることもあり、さらに実践的な活動に取り組む必要を感じている。

4　選挙管理委員会

選挙管理委員会では、平成25年度において代議員選挙、また新たに始動した分科学会の運営幹事選挙を実施、平成26年度においては、年度末に控えた役員改選並びに分科学会運営幹事改選に取り組んでいる最中である。

選挙に関する課題は大小、様々な課題が指摘されているが、完全無欠の手法などは臨むべくもなく、大多数が納得し、理解の得られる手法に落ち着かざるを得ない。もちろん、選挙手法自体の検討は本委員会の所管ではないが、合意の得られた手続きに従って公正に役員や代議員、そして運営幹事が選出されるよう最善を尽くしている。

5　50周年記念事業委員会

平成27年度に本会は設立満50年を迎える。それに伴い半田会長を連事業総合実行委員長としてその下に記念事業運営委員長（小川）、学術事業運営委員長（内山）が置かれた。記念事業として記念式典及び祝賀会、50年記念誌編纂のふたつを平行して現在準備中である。記念式典及び祝賀会については平成27年６月６日、ホテルオークラにて開催し、記念誌については平成27年末を目途に発行の予定となっている。また、設立50年に際し、記念事業の一環としてロゴマーク、キャッチフレーズ、マスコットキャラクターを公募し、以下が選定された。

たくさんの「一歩」と歩んで50年

キャッチフレーズ

協会が50周年という節目を迎えるまでには、数多くの患者さんや理学療法士さんたちの努力と「諦めたくない」という思いがあったものと思われます。「どんなに苦しくても、再び歩み始めた時に両者に湧きおこる「喜び」や「期待」が、「さあ、また一歩」と次の原動力になり、気がついたら半世紀経っていた。そしてこれからも患者さんと共に新しい一歩を歩んでいく」。そのようなイメージで作成しました。

（作者の言葉）

ロゴマーク

50をモチーフに、理学療法士をハートで表し、社会に貢献する協会をアピールするとともに、黄色と緑で協会の歴史と更なる躍進と発展を表現。さらにリングは協会員を表してみました。

（作者の言葉から）

マスコットキャラクター「にこるくん」

虹と笑顔とカエルをイメージしました。大雨が続いても、いつかは虹が出るように、人生辛い事があっても、いつか希望にカエルという想いを込めました。

（作者の言葉から）

6　事務所等再整備検討特別委員会

会館検討特別委員会（平成24～25年）の答申により、協会会館のあり方については東京オリンピック終了後に改めて検討することとなったが、現会館の現状は日常的な部門会議のスペースや来客との面談スペースを確保することすら困難なほどの飽和状態にあり、７年間をこの状況のまま過ごすのか否かについて、事務局

関連のみについて検討することを目的に、本委員会が平成26年度内を目途として設置された。オリンピック開催決定以来、港区、品川区の物件を中心に加速度的に賃貸価格が上昇している現状を横目に、様々な角度から検討が加えられたが、最終的に、中央（本会執行部）から地方（士会）への事業運営シフトが起こりつつあること、同時に機能・役割分担の明確化が求められていること、厚労行政の方向性が概ねまとまりつつあること、などの流れと、協会財政の現状とに鑑みて、当面の間、上記の流れを見極めると共に本会財政の好転を待って別途協議することとして、最終答申がまとめられる見込みとなっている（表2）。

表2　事務所等再整備検討特別委員会

検討事項
• 会館検討特別委員会答申書の確認 • 現状の説明と意見交換 • 会館建物の賃貸検討・候補地エリアの物件情報報告 • 会館建物の賃貸の可能性報告 • 費用対効果の比率検討
結果
希望エリアの物件価格が軒並み上昇しているため、現状の費用と移転した場合の費用を比較し、次回委員会へ物件情報とともに提出し、おおまかな方向性の合意を得る。 11月理事会にて答申案を提出、役員の意見収集を図り、事務所等再整備の方向性を決定したい。

7　学会検討特別委員会

協会組織改定に伴い日本理学療法士学会のさらなる自律化を目指しての運営が開始されたが、その最終形としての本会と学会、そして士会との組織的あり方及び連携のあり方を抜本的に検討することを主たる目的として平成25～27年の3年間を目途として設置された。その途中概要は表の通りであり、近々、2度目の中間答申が出される予定である（表3）。

表3　学会検討特別委員会

検討事項
1．協会・学会の現状把握と分析 2．他協会・学会の事例研究 3．日本理学療法学術大会ならびに分科学会学術集会の在り方 4．日本理学療法士協会と日本理学療法士学会との関係（あるべき姿）
結果（平成26年度時点）
• 若い会員を含め多くの会員の学術集会参加と研究発表の機会を確保する必要性から、平成32年からの連合大会の完全廃止は難しい。 • 総合的な理学療法やジェネラリストの必要性という観点から、理学療法の全ての領域を包括的に取り扱う機会の存在も重要である。したがって、専門性に特化した分科学会と総合的な連合大会という役割分担が望ましいと考えられる。 • 理学療法士の社会へのアピールの場の一つとして5,000人以上の参加者と1,500題の演題発表を擁する集会の存在意義も大きい。 • 連合大会の継続に要する協会財政や担当者の負担を考慮すると、連合大会を毎年開催するとういう判断も躊躇せざるを得ない。 以上から、平成32年以降は分科学会学術集会と一定期間毎に開催する連合大会を併存させる案を提案する。連合大会の開催は2年あるいは4年に1度の頻度が考えられる。 協会および学会は平成32年以降に一定間隔で連合大会を開催する方向で検討を進め、平成28年度（第51回連合大会開催年）中には開催計画を決定することが望ましい。

8　ICT特別委員会（Information and Communication Technology：情報通信技術）

経過は表４の通りであり、詳細は本節の５項を参照。

表４　ICT特別委員会

	経　　過
【第１回会議】	• 現時点までのシステム経過・費用について
	• 各々のシステム著作権について
【第２回会議】	• 将来的なシステム像の必要機能について
【第３回会議】	• 保守業務の凍結時期・再開発時期について
	• 協会事務局以外の会員管理システムでの情報公開範囲について
	• 演題管理システムの対応フローについて
【理　事　会】	• 中間答申提出
【第４回会議】	• 次期システムについて
	• 最終答申について

最終答申を２月の理事会に提出予定
※平成27年度内にて補完作業を終了

9　今後の課題

協会運営の根幹を支えるものが事務局機能であり、その基幹的機能を担うものが総務関連業務である。喫緊の課題とされて総会の度に事務局機能の強化が課題として指摘されてきたが、この数年でマンパワーはもとより、個々の機能強化は当初に比べて格段に進んだと考えている。しかしながら、理学療法士を取り巻く環境が相当に激しく動いている昨今の現状から、それらに適切に対応していくための事務技量の洗練度並びに熟達度という視点からは、理事などの役員を含め、求められるレベルには遙か遠いと考える。今後なお一層の意識化と努力が求められ、期待される。

終わりに、誌面の関係上触れる事ができなかった課題について簡単に述べる。

ひとつは、国際貢献である。この両年度の間に新たに支援要請を受けたのは中国、ロシア、モンゴルの三ヵ国であり、うち中国についてはパイロット事業としての意味を含め、北京大学と本会の共同で日中友好リハビリテーションセミナーを同大学で開催した。詳細は報告書を参照頂きたいが、これらの国への支援協力の具体的方策を国を巻き込みながら早急にまとめなければならない。

ふたつ目は、士会の運営体制強化と役割分担の明確化をベースとした中央執行から地方執行への動きを加速させ、近未来的な協会組織のあり方を模索する必要がある。中央主導型から地方主導へ、トップダウンからボトムアップ型組織へと大きく衣替えが必要な時期にきている。

第２節　学会関係

学会担当業務執行理事　網本　和

1　概　　要

平成25年度及び26年度における学術関係に関する活動については、大きな組織的な変革を伴った激動の期間であったといえよう。すなわち平成24年６月に学会組織を含めた日本理学療法士協会（以下、「本会」。）全体の新組織案が示され、これまでの専門領域研究部会体制から分科学会設立方針の議論が進められることとなった。平成25年１月には専門領域研究部会・部会長等からの意向確認、協議、２月のパブリックコメントの募集を経て「小児」「予防」を加えた最終案（12分科学会・５部門）が理事会にて３月10日承認された（30頁　図１）。その後学会役員選挙により、運営幹事および代表運営幹事が選出され、平成25年６月８日第42回定時総会にて定款、定款細則等を含め承認された。これ以降の活動については次項以降で述べることとする。

2　日本理学療法士学会の発足

本会では、定款第33条に基づき、機関としての日本理学療法士学会（以下、「学会」。）を置くこととしている。すなわち学会は、本会が設置した一つの機関で、組織上は本会の一部であり、本会の会員は全員が学会の会員でもあり、どちらか一方のみに所属するということはないということが重要な点である。

機関としての学会の使命は、①理学療法学のアカデミアを探求する、②学術成果を社会へ発信して普及・啓発を図る、③学術的側面から国の施策を提言する、である。①は、研究者の集合体としての創造的な研鑽であり、自由度の高い学術研究活動に該当している。②は日本医学会ならびに法人格を有する関連学会の社会使命に基づく諸活動と対応するものである。③は、日本学術会議に対応する役割である。詳細は協会ニュースNo.285を参照していただきたい。

3　学会の組織と活動

1　学会運営審議会と学会運営協議会

多くの分科学会の意思疎通を図り、総体として理学療法の発展に寄与するための意思決定機関として「学会運営審議会」があり、学会運営審議会議長は、学会を代表して学会活動の執行責任を担い、併せて、本会執行部との大所・高所からの情報共有と意見交換のために、「学会運営協議会」を設けている。

2　分科学会及び部門

学会の組織として図１左側に示すように、「分科学会」が基本的な構成要素となる。なおそれぞれの分科学会及び部門の設立趣旨と主な領域については、表１～７に示したので参照されたい。またそれぞれの分科学会及び部門の延べ登録者数は平成26年11月26日現在で表８に示すように、54,311名となっている。学会または部門への複数の登録が可能であるため実登録者数は8,866名であり、これは新人教育プログラム終

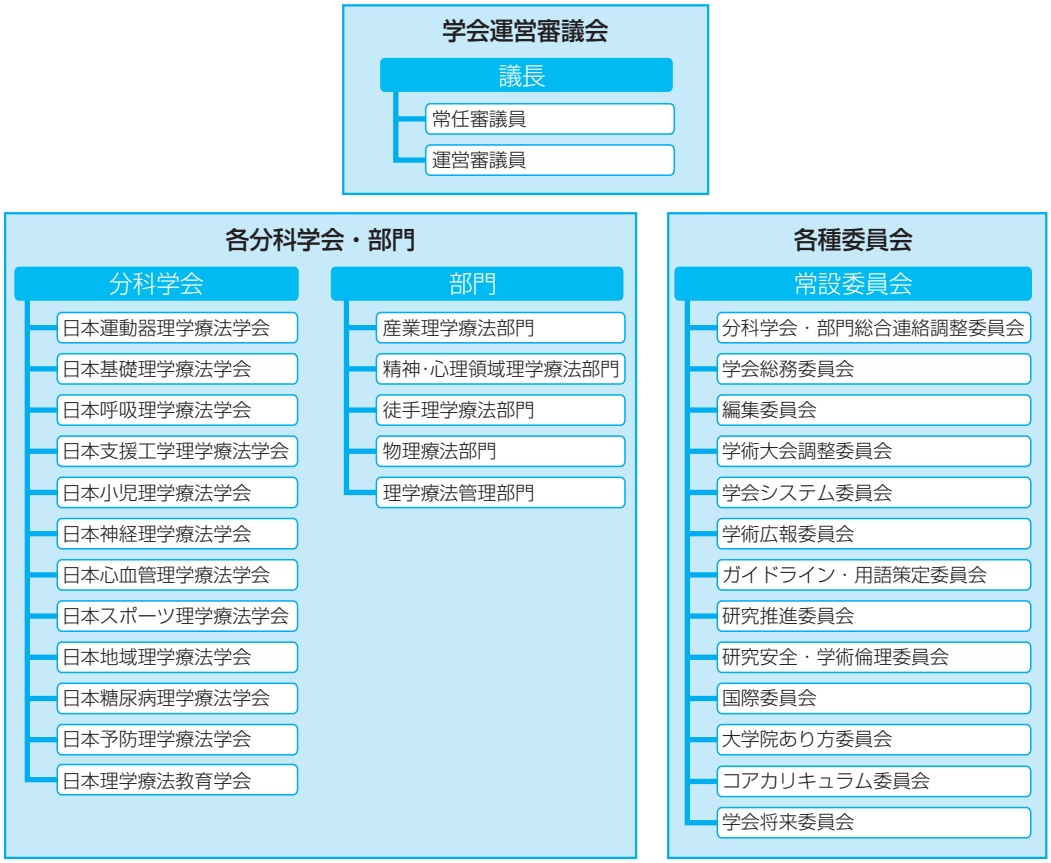


図１　学会組織

表１　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（１）

日本運動器理学療法学会	〈設立の趣旨〉 本学会は、身体運動にかかわる骨、軟骨、靱帯、腱、骨格筋など身体を構成し、身体運動を可能にする運動器の単独あるいは複合された疾患と機能障害に対する理学療法とその予防の研究を推進させることを目的とする。合わせて、関係分野との交流を図り、運動器研究の進歩に貢献し、日本と世界の保健、医療、福祉の発展に寄与する。 〈主な領域〉 1．運動器疾患とその障害に対する理学療法 2．末梢神経疾患とその障害に対する理学療法 3．運動器疾患に伴う疼痛、炎症に対する理学療法 4．運動器疾患とその障害の予防、など
日本基礎理学療法学会	〈設立の趣旨〉 疾患領域に基づく縦断的な研究体系に対して、理学療法学における横断的かつ学際的な学問統合の基盤の場として資することを通し、臨床における理学療法効果の根拠となる知見を得るための学問分野として、真に科学的な理学療法学の発展に寄与することを目的とする。 〈主な領域〉 1．解剖・組織学、生理学、生化学、病理学、細胞生物学、分子生物学、遺伝子工学等に関する理学療法学領域の基礎研究（運動や物理的刺激による主体反応の解明や、痛みの原因解明・治療法の開発に関する研究を含む）。 2．運動学、運動力学、生体工学に関する理学療法学領域の基礎研究（機能解剖に関する研究、筋電図、超音波診断装置を用いた研究を含む）。 3．神経科学、認知科学、心理学に関する理学療法学領域の基礎研究（運動制御・運動学習に関する研究を含む）。 4．理学療法評価学に関する基礎研究。 5．運動生理学に関する理学療法学領域の基礎研究。

表2　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（2）

日本呼吸 理学療法学会	＜設立の趣旨＞ 呼吸理学療法は、慢性期や急性期の呼吸管理において、呼吸障害の予防と治療のために適応される理学療法の手段である。 日本の呼吸理学療法の歴史は古く、理学療法士養成校ができる以前の1950年代から報告がみられる。当時は肺結核の外科手術後の呼吸管理を目的に「肺理学療法」という名称で実施されていたが、理解のある医師や実施できるセラピストは限られており、付加的な手段にすぎなかった。しかし現代では慢性閉塞性肺疾患を中心に、多くのエビデンスが確立され、呼吸理学療法への関心も高くなっている。さらには内科医に限らず外科医や集中治療医にも呼吸理学療法の必要性と有効性が認識され、その期待度も大きくなってきている。 呼吸は酸素を体内に取り込み、二酸化炭素を体外に排出する活動であり、酸素は生命維持のために必要なエネルギーを生産するために使われる。呼吸機能の重要性はあらゆる疾患や障害に共通しており、呼吸理学療法は非常に幅広い分野を対象としている。日本呼吸理学療法学会の設立は、呼吸理学療法にかかわる臨床と研究、教育活動を推進し、呼吸理学療法を普及・発展させることで、国民の健康の維持・向上に寄与することを目的にしている。 ＜主な領域＞ 1．呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患、肺癌、間質性肺炎、気管支喘息、肺結核後遺症、など） 2．神経筋疾患（筋萎縮性側索硬化症、進行性脊髄性筋萎縮症、多発性硬化症、ギランバレー症候群、筋ジストロフィーなど） 3．新生児の呼吸障害 4．急性の呼吸障害 5．慢性の呼吸障害 6．周術期呼吸障害（胸部手術、腹部手術など） 7．運動負荷試験 8．人工呼吸管理 9．酸素療法 10．在宅呼吸ケア、など

表3　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（3）

日本支援工学 理学療法学会	〈設立の趣旨〉 補装具領域の理学療法支援には、疾病や障がいによる運動器や神経系の運動制御に関する身体治療的側面と、補装具や住環境などの環境因子との適応を科学する支援工学的側面での理学療法学が存在する。 この領域は補装具等の治療的介入の検証や福祉機器の適応支援に関する実践的研究を基盤とした応用理学療法研究であり、その対象には、補装具、障がい者自立支援を目指した環境制御装置や介助機器や運動機器におけるロボットに見られるロボティクス支援工学などの応用科学の領域をも含んでいる。 本学会ではこれらの学術研究活動を横断的に取り組みながら理学療法の受け手となる障がい者（児）、高齢者の活動・参加とノーマライゼーションを促進し、日本地域理学療法学会をはじめとする他理学療法学会との連携を図りながら、その人の急性期、回復期、維持期、終末期といった生涯にわたる包括的理学療法サービスの展開とQOL向上に寄与することを設立趣旨とする。 ＜主な領域＞ 1．装具療法、補装具適合支援に関する研究 2．義肢適合支援、パーツ開発に関する研究 3．車いす、自助具、介護用具等福祉用具の適応支援およびロボティクスの導入や機器開発に関する研究、など
日本小児 理学療法学会	＜設立の趣旨＞ 小児を対象とした理学療法の評価と治療、安全管理、学校教育、療育環境など理学療法の視点にたった、幅広い理学療法の普及・啓発に資する実験的・調査的な研究を推進する。あわせて、地域や行政との連携を含めた保健医療制度における実践活動ならびに制度設計の横断的取組や草の根活動を教育・学術的な側面から支援することを目的とする。 ＜主な領域＞ 1．発達障害ならびに運動器、呼吸、循環、代謝疾患を有する小児の評価と治療 2．特別支援学校・学級を含む学校教育における理学療法の役割と効果 3．地域での母子保健、行政での取り組み 4．小児の健康増進、傷害予防に資する調査・研究、など
日本神経 理学療法学会	＜設立の趣旨＞ 神経障害に基づく複合的で幅広い課題について、理学療法の視点に立った基礎研究および臨床研究を推進し、根拠に基づく実践的な理学療法の開発・研鑽と普及および教育の向上を図り、神経障害に関わる理学療法の発展と、わが国の保健・医療・福祉および国民の健康に寄与することを目的とする。 ＜主な領域＞ 1．脳卒中（頭部外傷、脳腫瘍による脳損傷を含む） 2．発達障害（神経障害による） 3．脊髄損傷 4．神経筋疾患、など

表４　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（４）

日本心血管理学療法学会	〈設立の趣旨〉 高齢化と生活習慣の変化により、心血管疾患（狭心症、心筋梗塞、大血管疾患、心不全、末梢血管疾患、不整脈など）は増加している。また、急性期・回復期・維持期における予防・治療・理学療法の新たな介入方法の開発や調査、臨床研究、さらには疾患の理解を深めるための啓発活動が急務となっている。そのため、学術集会をはじめ、研究事業、各種講習会、市民公開講座、情報交換機会提供、留学支援、研究助成などの人材育成を通して、心血管理学療法学を発展させることが必要である。そこで、本学会は心血管理学療法にかかわる基礎的、応用的研究を推進し、あわせて当該療法の国内外への普及を啓発することで、国民の健康の維持・向上に寄与し、本邦ならびに世界の心大血管医療に貢献することを目的として設立する。 活動内容として、1．心血管理学療法における学術活動。2．心血管理学療法における、教育および知識・技術の向上に関する活動。3．心血管理学療法の普及促進に関する活動。4．心血管理学療法における国際交流に関する活動。を主とする。 ＜主な領域＞ 1．虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞、急性冠症候群） 2．心臓外科手術、心臓移植 3．慢性心不全 4．大血管疾患、閉塞性動脈硬化症 5．小児先天性心疾患 6．心大血管疾患の一次予防、二次予防、三次予防に関する事 7．心血管疾患患者の生命予後やQOL向上に関する事 8．心血管疾患患者の生活機能障害に関する事 9．補助循環装置関連 10．その他、心血管疾患が及ぼす全ての疾患（肺高血圧、慢性腎不全など）やその治療・リハビリテーションなど
日本スポーツ理学療法学会	＜設立の趣旨＞ スポーツ理学療法は、様々な目的をもってスポーツに取り組む対象者が、効率よく安全にスポーツ活動を実践できるよう、理学療法士の知識や技能を活用していくものである。その主な目的と場面は次のものになる。 ・外傷、疾病、等による身体的問題によって、スポーツ活動の休止や制約を余儀なくされた者や、スポーツ活動時の身体的不具合を有している者を対象として、早期に良い身体状態でスポーツ再開・復帰が可能となるようにする。 ・スポーツ活動に、様々な目的で取り組む人々を対象として（活動レベルや競技種目を問わず）、より良い身体状態でのスポーツ実践、外傷や疾病の予防、スポーツ能力の向上をはかる。本分科学会は、スポーツ理学療法に関係する基礎研究、臨床研究を推進し、関係分野との学術的交流をはかり、研究内容に関する包括的検討を加え、その効果と根拠を学術的に探求していくものである。それにより、理学療法とスポーツの発展に寄与することを本分科学会活動の目的とする。 ＜主な領域＞ ・スポーツ理学療法の主な領域と含まれる内容は、次のようなものになる。 ●スポーツ分野における理学療法の応用 ・スポーツ再開、復帰を目標とした外傷後、疾病後のリハビリテーション ・スポーツ活動の実践にあたってのリコンディショニング ・スポーツ活動の実践にあたってのコンディショニング ・スポーツ活動時の外傷予防 ・スポーツ活動時の疾病予防 ・スポーツ実践能力の向上 ・身心の健全な育成に関わる学校保健 ・障がい者のスポーツ活動への支援 ●スポーツ理学療法の対象 ・スポーツ選手（健常者、障がい者） ・スポーツ愛好者（健常者、障がい者） ・健康増進スポーツ実践者 ・児童、生徒 ●スポーツ理学療法の内容 ・運動療法（各種エクササイズ） ・物理療法 ・徒手療法 ・補装具、補助具、用具・道具 ●スポーツ活動を制約しうる疾患の病態、機能不全と身体運動、スポーツ活動への影響 ・運動器疾患：スポーツ外傷と障害（急性外傷と慢性外傷） ・循環器疾患 ・呼吸器疾患 ・身体的欠損、麻痺等を伴う疾患 ・その他

表5　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（5）

日本糖尿病 理学療法学会	＜設立の趣旨＞ 糖尿病の予防から治療、また糖尿病管理に関連する腎臓や肝臓などの機能低下・障害、肥満症等の代謝疾患・障害に対する理学療法の理論、介入方法および効果検証に関する学術活動を推進します。 糖尿病の基本治療として、運動療法のエビデンスは確立していますが、実施率は低く、理学療法士の介入により治療行動が向上することを示す必要があります。また、理学療法は神経障害や動脈硬化性疾患（足病変や末梢動脈疾患）などの糖尿病慢性合併症に有効ですが、十分普及しているとは言えません。本学会はこれらの課題に取り組み、実績を公表して糖尿病理学療法学の発展に努めます。 糖尿病では、筋力低下などの運動器障害、バランスや歩行障害が明らかにされており、内科系のみならず神経系や運動器を専門とする理学療法士の参画が求められます。また、急速な進歩を遂げる基礎分野の糖尿病研究と臨床の連携には、基礎系の理学療法士の関わりも必要です。 糖尿病は増加の一途をたどる国民病であり、医療界全体での対応が求められ、理学療法士にも大きな期待が寄せられています。糖尿病理学療法学会では、多様な専門性を持つ多くの会員の入会を切望します。 ＜主な領域＞ 1．糖尿病に対する運動療法と疾患管理指導（行動化学的理論に基づく療養指導） 2．脂質代謝異常、肥満症、慢性腎臓病などに対する運動療法および疾患管理指導 3．糖尿病特有の合併症やそれに伴う身体機能ならびに生活機能障害に対する理学療法、など
日本地域 理学療法学会	＜設立の趣旨＞ 高齢者や障がい者およびその家族が住み慣れた地域において継続して生活できるよう、保健・医療の分野から、主として生活支援の視点で学術的・実践的活動を行う。対象は高齢者・障がい者・障がい児を含むあらゆる地域住民とし、地域理学療法の普及と発展に寄与することを目的とする。 ＜主な領域＞ 1．老年学を基盤とする領域 介護予防、転倒予防、加齢、高齢者に対する機能評価と理学療法など 2．在宅支援領域 ・訪問（訪問リハ、介護者負担を含む） ・通所（通所型リハ） ・施設（施設を生活の場とする慢性期・維持期リハ） ・就労・就学（障がい児、障がい者の就学・就労支援） ・社会参加（障がい者スポーツ活動、社会参加、権利擁護、アドボカシー） ・制度（医療制度、介護制度、福祉制度および法的制度への働きかけ） ・生活環境整備（地域生活に伴う住環境整備、福祉用具、まちづくり政策形成） 3．保健を基盤とする領域健康増進、生活習慣病予防、高齢者の健康管理、女性の健康管理、集団評価と健康づくりのためのシステム構築など

表6　分科学会の設立の趣旨と含まれる領域（6）

日本予防 理学療法学会	＜設立の趣旨＞ 理学療法の目的を予防・治療・参加の3つに大別した際に、広く予防に関わる領域を科学的に検証していく。特に、健康増進、傷害予防を含めた1次予防として、地域保健、母子保健、産業保健について公衆衛生、産業衛生の視点を踏まえた理学療法の枠組みでの研究を推進する。あわせて、地域包括ケア、介護予防、再発予防に関係する医学的な安全管理、行動変容、家族や地域を含めた社会制度などに注目し、就労や学業の継続を含めた社会参加を帰結とした理学療法の貢献を科学的に検証することを目的とする。 ＜主な領域＞ 1．健康増進、ヘルスプロモーション 2．スポーツ活動や就労による傷害予防 3．介護予防、転倒予防、虚弱高齢者の管理 4．再発予防に資する運動習慣、行動変容 5．予防の社会的支援、制度設計に資する科学的検証、など
日本理学療法 教育学会	＜設立の趣旨＞ 理学療法士として、障害者・患者・他職種・理学療法学生などのヒトを対象とした理学療法教育について、研究発表等の学術的交流を推進していくこと目的とする。また、職業教育（職能教育）の一環として、職場環境・体制下における介入についての意見交換の場を図ることを目的とする。 ＜主な領域＞ 1．臨床教育（臨床実習教育など） 2．職業教育（職場教育、倫理教育、リカレント教育、キャリア教育および患者教育など） ＊従前の学会演題カテゴリー分類「管理・運営」系が、これに相当 3．学生教育（教育心理、教育評価、教育方法および教育成果など） ＊従前の学会演題カテゴリー分類「臨床教育」「その他」が、これに相当

表７　部門の設立の趣旨

産業 理学療法部門	産業保健あるいは産業衛生概念における就労者の職業に関連する健康増進と労働災害、職業病などの予防を目的とする学術的・実践的領域を補完する。特に、職業性腰痛予防、生活習慣病予防、労働災害予防等に関する理学療法の知識と技術の普及と啓発に努める。
精神・心理領域 理学療法部門	理学療法の実践において、気分障害（抑うつ状態）、不安障害などの症状、認知症や統合失調症者などの精神疾患を呈する身体障害と精神障害を合併併存する対象者が少なくない。本部門は、分科学会や専門部門と連携し補完するかたちで、精神症状や心理状態を正しく理解し適切な対応ができるよう、精神心理領域の知識や理学療法治療技術に関する普及と啓発に努める。
徒手 理学療法部門	理学療法士の徒手を用いる治療は、疾患別（運動系、神経系、内臓系など）、器官別（運動器、感覚器、呼吸器など）、組織別（関節、筋肉、神経など）、障害別（機能、動作、生活など）に理論と技術が体系化され、その背景には多様な学際領域が含まれる。徒手理学療法部門は、理学療法士が臨床実践する徒手的治療の科学的根拠を基盤として、国内外における徒手療法に関する学術活動と学術交流の向上と発展に向け、他学会や部門と連携し補完するかたちで、理学療法における徒手理学療法の学問的推進とその啓発に努める。
物理療法部門	物理療法関連学会と連携し、理学療法の一手段である物理療法の啓発、および物理療法教育の発展に貢献するための部門である。日本理学療法士協会の職能部門である認定制度ならびに職能に関する委員会業務を展開する。また、日本運動器理学療法学会等の各分科学会における学術活動に対して物理療法領域の学術活動を補完する。
理学療法管理部門	理学療法管理に関する管理運営研修会や管理者研修会などの教育・研修事業を通じて「キャリア形成」を支援し、補完する部門とする。 学術的交流および意見交換の場として、「日本理学療法教育学会」において、職業教育（職能教育）の一環として、発表および意見交換の機会を推進する。 ＊認定領域「管理・運営」を補完する。

表８　分科学会・部門の延べ登録人数

2014/11/26現在

分科学会・部門		延べ登録人数（人）
分科学会	日本運動器理学療法学会	5,826
	日本基礎理学療法学会	3,601
	日本呼吸理学療法学会	4,154
	日本支援工学理学療法学会	1,979
	日本小児理学療法学会	1,885
	日本神経理学療法学会	4,960
	日本心血管理学療法学会	3,062
	日本スポーツ理学療法学会	3,441
	日本地域理学療法学会	4,291
	日本糖尿病理学療法学会	2,718
	日本予防理学療法学会	4,211
	日本理学療法教育学会	2,694
部　　門	産業理学療法部門	1,844
	精神・心理領域理学療法部門	1,789
	徒手理学療法部門	3,527
	物理療法部門	1,972
	理学療法管理部門	2,357
	①延べ登録人数　合計（人）	54,311
統　　計	②実登録者数合計（人）	8,866
	③協会会員者数比率（%） ※②÷協会全会員数×100	9.7%
	④新プロ修了者数比率（%） ※②÷協会全新プロ修了者数×100	20.3%

表9　分科学会学術集会　開催一覧

分科学会名	学術集会	場　所	日　時	テーマ
日本運動器理学療法学会	第1回	東　京	平成27年12月	未定
日本基礎理学療法学会	第1回	愛　知	平成26年11月	理学療法と科学のインテグレーション
日本呼吸理学療法学会	第1回	兵　庫	平成26年10月	呼吸理学療法の未来の扉を開く
日本支援工学理学療法学会	第1回	東　京	平成26年12月	未来の日本を支える生活支援工学－リハビリテーションの今後－
日本小児理学療法学会	第1回	北海道	平成26年10月	ライフステージに沿った小児理学療法
日本神経理学療法学会	第11回	茨　城	平成26年12月	脊髄から見た神経理学療法
日本心血管理学療法学会	第1回合同	東　京	平成26年12月	健康寿命を支える呼吸･心血管･糖尿病理学療法
日本スポーツ理学療法学会	第1回	東　京	平成26年11月	スポーツ理学療法の現状と展望－ミッション再考－
日本地域理学療法学会	第1回	大　阪	平成27年1月	地域理学療法学の構築に向けて
日本糖尿病理学療法学会	第1回	大　阪	平成27年1月	未来への一歩、糖尿病理学療法の確立に向けて
日本予防理学療法学会	第1回	東　京	平成27年2月	予防理学療法の進む道
日本理学療法教育学会	第1回	愛　知	平成26年12月	日本理学療法教育学会の目指すもの

了者数の20.3%であり関心の高さを示しているが、総本会会員数からみれば10%足らずであり、学会活動参加へのより一層の広報活動が要請されているとも考えられる。平成26年度の各分科学会の活動として、表10に示すように学術集会を中心として活発に行われている。

3　各種委員会

分科学会が自立的に活動し、効果的な発信を行うために分科学会横断的な「各種委員会」を設けている（図1右側)。常設委員会として、分科学会・部門総合連絡調整委員会、学会総務委員会、編集委員会、学会システム委員会、学術大会調整委員会、学術広報委員会、ガイドライン・用語策定委員会、研究推進委員会、研究安全・学術倫理委員会、国際委員会、大学院あり方委員会、コアカリキュラム委員会、学会将来委員会の13の委員会が設置された。

分科学会・部門総合連絡調整委員会は、各分科学会長と部門長を構成員とし共通の運営方針、全体的な意見交換などを行い、学会総務委員会は、学会の主として事務的な事項（定款、規程など)、予算管理などを主たる任務とする。編集委員会はこれまでどおり学術誌の企画編集、論文審査などを担当し、学会システム委員会は、学術大会実施にかかるシステムの構築、演題管理など、学術大会調整委員会は、学術集会開催の企画運営に関する事項、各分科学会の学術大会開催に関わる事項などを行う。学術広報委員会は、学会ホームページの管理運用、学術情報の公開・発信、理学療法研究活動（EBPT チュートリアル、解説付き英語論文など）の啓発活動などを行い、ガイドライン・用語策定委員会は、ガイドラインおよびキーワード策定に関する事業を推進し、研究推進委員会は、研究助成事業の企画、審査などを行う。国際委員会は、世界理学療法連盟・アジア理学療法連盟の活動、諸外国への広報活動、国際的調査に関わり、大学院あり方委員会は、理学療法教育の水準に関する検討および大学院（理学療法領域）における教育内容の集約など、コアカリキュラム委員会は、学部教育における教育課程の標準化、指定規則の検討と関連団体との連絡・調整を実施し、学会将来委員会は、理学療法士学会の全体的な将来方針等の検討を行うこととなっている。

4　学会事務所

これらの活動を支援するために「学会事務所」をおいている。学会事務所には常勤職員7名が配置され分科学会・部門における学術集会、分科学会・部門総合連絡調整委員会、WCPTサブグループの組織運営の支援を行っている。さらに学会総務委員会、編集委員会、学術大会調整委員会等での会議運営等の支援、研究推進委員会への支援では研究助成の募集審査等の支援を行っている。

4 まとめ

日本理学療法士学会の課題として、以下のことが挙げられる。

①学術活動の強化と連携：理学療法のアカデミーと社会適用を推進し、関係学協会、行政諸機関等との連携を図り、学術活動の進歩と発信力の強化を図っていくこと

②理学療法の標準化・体系化：理学療法士の専門職としての能力の明示、理学療法の科学的基盤としてのエビデンスの蓄積、臨床推論過程の視覚化、診療・教育等のガイドラインを作成し、発信を進め、また専門・指導・管理を担うトップレベルのキャリア形成モデルと次世代を担う優秀な人材の発掘と育成を図ること

③学術活動・情報の普及・啓発：社会に対して有益な学術情報を発信し、電子媒体の活用、学習教材の開発等を通して学術活動・情報の普及・啓発を図り、あわせて、会員に対して時機を得た情報を速やかに発信しすべての会員が学会の諸活動に参画している意識を共有できる仕組みを構築すること

④国際的な視野に立った学術・教育活動：世界理学療法連盟が推奨する４年制教育の実現に向けた学術・教育の点から必要な整備を進め、理学療法学の大学院教育の実質化を追求し、また、アジアならびに世界規模での人的・物的な国際貢献に努め、地域や文化の特徴に根づいた実践的な理学療法の整備と発信を図ること

⑤学会組織の成熟：学会諸規程の整備を速やかに行い、学会組織の透明性と継続性を担保し、また、職能を担う協会内の業務執行委員会、生涯学習機構、都道府県理学療法士会、理学療法士連盟等との機能分化と連携を進め、段階的に分科学会を基軸とした自立的な運営体制による組織の成熟を図り、将来のさらなる飛躍に向けた環境の整備を進めること

日本理学療法士学会は今まさに産声を上げたばかりであり、協会員・学会員の皆様のご協力のもと、これらの重要な課題に取り組んでいきたいと考えている。

第３節　生涯学習

生涯学習業務執行理事　黒澤和生

1 はじめに

現在日本理学療法士協会（以下、「本会」。）の組織は、「戦略的な組織づくり」「業務分掌の見直し」「都道府県理学療法士会（以下、「士会」。）との協働･連携･分業のあり方」を念頭に、意思決定機関として総会、理事会、常任理事会を位置づけ、これまでの部局制を廃止し、自律性を担保する方向で運営を目指している。2013年（平成25年）４月１日から現在の新組織への完全移行となった（30頁　図１）。

さて、生涯学習業務執行委員会は、事務局生涯学習課とともに「生涯学習機構」を組織する。「生涯学習機構」内には、２つの小委員会（企画研修小委員会、検証資料小委員会）がある。「生涯学習機構」の役割は、日本理学療法士学会および士会、各委員会等と連携を保ちつつ、協会としてのキャリアパス、キャリアデザインの合意形成とパスに即した生涯学習システム・プログラムを構築することである。具体的には、新人教育プログラム、認定・専門理学療法士および年間250回以上の研修会の企画・運営と検証を扱う。

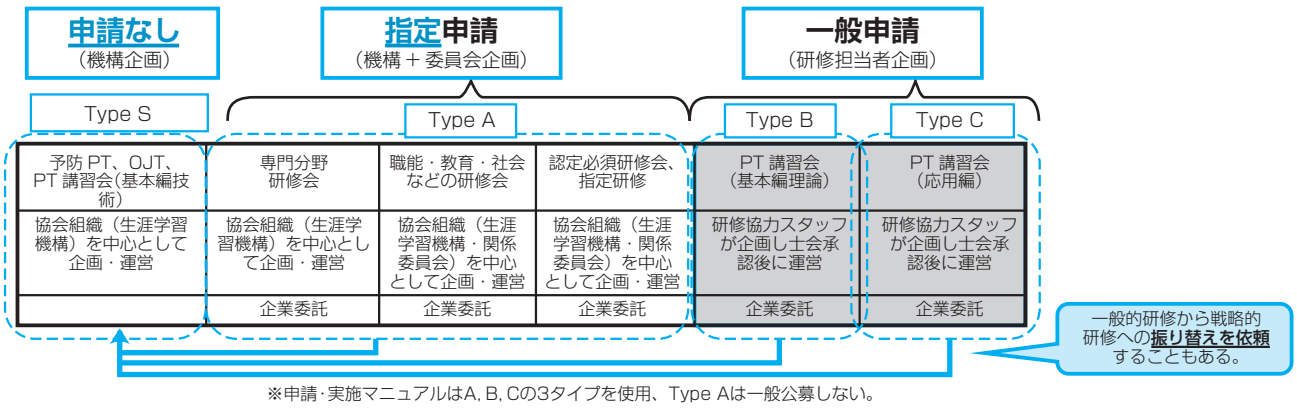
平成25年からの２年間の生涯学習機構の仕事を振り返る。

2 生涯学習機構の２年間の活動経過

生涯学習業務執行委員会は、本会で求められた組織改組の方向性に基づき、生涯学習機構の役割、機能、形態、分担、執行方法などを検討した。

組織改編に伴い、第一段階として現状分析から行った。具体的には、生涯学習プログラムの履修状況について視覚化を図るため、新人教育プログラムおよび認定・専門理学療法士取得率（県別・ブロック別）をグラフ化して、ホームページに掲載した。また、会員への学習支援としてホームページの充実を行い、現行の研修関連の情報をわかりやすく会員へ提示することとした。

研修会・講習会については、図１に示すタイプ別の区分（Type S、A、B、C）、申請書式の統一化、受講者アンケートの実施（WEB）、実施前の予算・企画内容の検証等を行い、包括的な研修全般の分析・検証を開



※申請･実施マニュアルはA, B, Cの3タイプを使用、Type Aは一般公募しない。

図１　タイプ別研修会・講習会の区分

始した。

平成26年12月では、研修委託（応用編等）については、その必要性について検証し、平成27年度からの研修のあり方を大幅に変更することとした（Type Bの士会への順次移行）。

研修事業では、運営委託のあり方について検証するとともにWEB会議を開催しながら、士会との一体的連携の基で、実施する人材育成事業への変更を検討した。

新たな試みの研修会として、理学療法士のみならず、医師、看護師、ケアマネージャーなど関連他職種向けの研修会（がんのリハビリテーション研修会、介護予防、通所リハビリテーションなど）の企画・運営を開始した。

1　生涯学習課の役割について

生涯学習課では生涯学習業務執行委員会が執行する事業の事務支援を担っている。企画研修小委員会に関する事業においては、全国学術研修大会および研修会・講習会事業などの企画調整や広報、研修会運営のマネジメントを行い、検証資料小委員会に関する事業では、新人教育プログラムの修了証発行、認定・専門理学療法士の資格試験の運営マネジメントなどを行っている。このほかの関連事業として国家試験解答難渋問題の要望書作成や、各養成校から情報を得て優秀な学生の表彰支援など幅広く実施している。

2　委員会活動

1）企画研修小委員会　平成25～26年度

（1）研修会

平成25年度では、企画研修小委員会の区割り検討と事業の情報収集を行った。平成26年度講習会・研修会の申請方法を変更し、申請フォーマットの統一により、研修会の行動目標の提示や実施後のWEBアンケートを行い、開催後の質的検証につなげることとした。また、研修のタイプ区分を設定し、戦略的な研修会は区別して実施を検討した。全国８ブロック学会の担当者会議時に意見交換を行い、士会との情報交換を実施した。

（2）全国学術研修大会の支援

運営マニュアルを作成し、担当士会への支援を行った。第49回全国学術研修大会（埼玉）の企画案の検討を補助して、方向性のアドバイスと支援を行った。また、第50回全国学術研修大会運営企業入札や企画案の検討を補助した。

（3）研修会事業の運営方針の検討

平成26年度では、研修会事業のタイプ別立案と研修会企画を行い、戦略的研修の提案と実施を行った。Type Sは、本会生涯学習機構が企画する戦略的な研修会であり、管理者教育などの人材育成や職域の拡大などに関係する研修会である。Type Aは、専門分野、職能、教育、社会などの研修会、認定資格取得のための認定必須研修会、指定研修を扱う。Type Bは、理学療法士講習会基本編（理論）、Type Cは理学療法士講習会応用編である。Type Sでは、管理者研修会、がんのリハビリテーション研修会（14か所）を実施した。

（4）職場内教育（On the job training：以下OJT）

生涯学習の研修の在り方、OJTの実施方法、研修の枠組み（タイプ別に戦略的研修会を追加）、受講費用の適正化を検討した。新人教育プログラムの見学履修（OJT）の導入（平成26年11月～）や認定理学療法士のOJT導入の検討を行った。

2）検証資料小委員会　平成25～26年度

（1）新人教育プログラム・e-learning

平成25年7月に新人教育プログラムのe-ラーニングモデル事業の検討を開始し、11月にはモニター募集

を開始した。具体的には、Aの各テーマを各ブロック２士会（計15士会）で実施した。平成26年７月からは、本会入会後４年目以上の会員を対象にB・D・Eの各テーマを実施した。また、新人教育プログラムのコンテンツの見直し（各士会担当講師より意見徴収後）および技術編のコンテンツ作成も実施していく。

(2) 認定・専門理学療法士関連

申請期間の定期化（認定11月１～30日・専門10月１～31日）を実施した。また、認定・専門理学療法士取得状況等の可視化（総会資料・ホームページ上）や制度履修ポイント表の改訂（士会活動、当委員会が認める資格）を行った。そして、各種リーダー資格のシステム構築（地域包括ケア推進リーダー、介護予防リーダー等）に関わり、既存のシステムとの整合性を検討した。第４回認定理学療法士の認定試験を開催した。領域別認定理学療法士数は、表１-1）に示した。また、専門理学療法士取得者数については、表１-2）に取得者数を示した。そして、平成23年度から25年度における認定試験受験者数の推移を表２に示した。平成25年では、それまで下降気味であった受験者数が右肩上がりに推移した。

(3) 研修検証

平成26年度の研修実施後の研修会検証を実施した（理学療法士講習会基本と応用）。具体的には、平成26年１月末、応募研修内容の審査（一般研修･戦略的研修）、応募内容の検討と承認（戦略的研修会、一般研修会）を行った。

表1-1） 領域別の認定理学療法士数(認定者)（平成25 年6月現在）

専門名	認定領域	取得者数
1. 基礎	1. 人	20
	2. 動物	10
2. 神経	3. 脳卒中	213
	4. 神経筋障害	19
	5. 脊髄障害	21
	6. 発達障害	28
3. 運動器	7. 運動器	145
	8. 切断	4
	9. スポーツ	60
	10. 徒手	23
4. 内部	11. 循環	106
	12. 呼吸	147
	13. 代謝	44
5. 生活環境支援	14. 地域	89
	15. 健康増進・参加	17
	16. 介護予防	75
	17. 補装具	14
6. 物理療法	18. 物理	11
	19. 祷嬉・倉傷	4
	20. 疹痛管理	4
7. 教育・管理	21. 臨床教育	25
	22. 管理運営	26
	23. 学校教育	23

1,128人
(2014.6現在)

表1-2） 専門分野別の専門理学療法士数（取得者数）

専門分野	取得者数
1. 基礎	312
2. 神経	462
3. 運動器	604
4. 内部	361
5. 生活環境支援	367
6. 物理療法	65
7. 教育・管理	186

2,357名（2015.1.6現在）

表2 各年度における認定理学療法士受験者数の推移

年 度	内 容	人数および割合
平成25年度	受験者数	579名
	合格者数	418名
	合 格 率	72.2%
平成24年度	受験者数	215名
	合格者数	141名
	合 格 率	65.6%
平成23年度	受験者数	306名
	合格者数	256名
	合 格 率	83.7%

（4）全国学術研修大会

・第49回全国学術研修大会　埼玉　予算・企画の検討

・第48回全国学術研修大会　静岡　報告・検証

3　講習会・研修会の実績

平成25年度、26年度の講習会・研修会の実績を表3、4に示す。平成25年度は、全研修回数254回であった。Type S　12回、Type A　91回、Type B　89回及びtype C　62回であった。平成26年度では、全研修回数263回であり、Type S　34回、Type A　62回、Type B　88回およびType C　79回であった。

4　委員会の今後の展開

・協会主催の臨床実習指導者研修会の企画変更

全国8ブロックで行っていた研修会を田町カンファレンスルームを使用して、WEB研修会をモデル的に行い、平成27年度に実施可能であるかも含めて検証、実施する。卒後教育の一環として、急性期、回復期、維持期（生活期）終末期（がんリハ）の各病期毎におけるOJTの企画などの検討を行っていく。

3　生涯学習機構の今後の展望

1　生涯学習執行委員会の課題

・キャリアラダーの合意形成と推奨（具体的内容の検討）

・卒前教育、卒後教育、マネジメント教育などの階層別研修の検討

・地域包括ケアシステム、理学療法士のコアスキルに関する検討

・本会、士会や団体との協力体制の整理

表3　平成25年度　研修会・講習会の実績

タイプ別研修会	内　容	回　数
TypeS	本会生涯学習機構が企画する戦略的な研修会	12
TypeA	専門分野、職能、教育、社会などの研修会、認定資格取得のための認定必須研修会、指定研修	91
TypeB	理学療法士講習会　基本編（理論）	89
TypeC	理学療法士講習会　応用編	62
		計254

表4　平成26年度　研修会・講習会の実績

タイプ別研修会	内　容	回　数
TypeS	がんのリハビリテーション	14
TypeS	管理者研修	1
TypeS	対外研修	1
TypeS	理学療法士講習会　基本編（技術）	18
TypeA	教育関連	1
TypeA	職能関連	3
TypeA	専門分野(旧専門領域研究部会)研修会	16
TypeA	認定必修・指定	42
TypeB	理学療法士講習会　基本編（理論）	88
TypeC	理学療法士講習会　応用編	79
		計263

2　医療広告ガイドラインへの対応

新人教育プログラム、認定・専門理学療法士規程の整理

4　終わりに

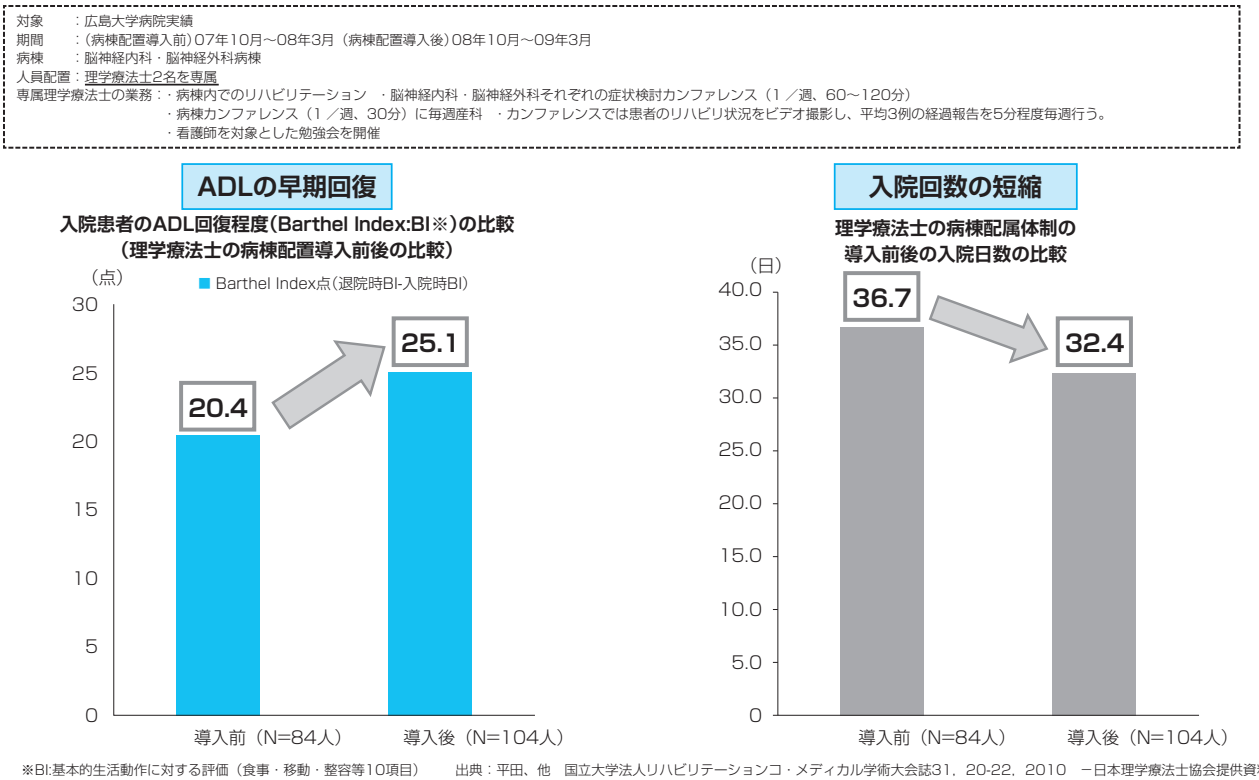
組織改編により、教育局（教育部、生涯学習部、研修部）ならびに学術局の専門領域研究部が担っている認定ならびに専門理学療法士制度（研修、認定等）について、生涯学習機構が統括し、一貫した組織もしくは事業によって運営することで進めてきた。引き継ぎ時点での委員や幹事の方々のご協力により運営が成り立っていることは確かであり、徐々にではあるが機構としての組織が育ってきているように感じている。機構の今後に期待していただきたい。

第４節　職能関連

職能関連業務執行理事　伊藤克浩

平成24年度より日本理学療法士協会（以下、「本会」。）の組織は新組織体系となり、かつての職能局は政策企画業務執行委員会と職能関連業務執行委員会に組織分けされた。私たちの職能関連業務執行委員会は、主に「今ある制度をより良きものに」をモットーに医療保険制度や診療報酬、介護保険制度や介護報酬において理学療法士が働きやすい環境構築に努めてきた。また、これから世に出る理学療法士がやりがいをもって仕事に取り組めるように、職能活動を進めてきた。これらの方針のもと実施してきた本委員会での主な事業を、次項に、実施報告としてとりまとめさせて頂いたのでご一読頂ければ幸いである。

さて平成26年度診療報酬改定では、中央社会保険医療協議会のデータに本会職能課で作成したデータが数多く使用され、また、厚生労働省から評価シートのフォーマットに関する相談など、多くの依頼が職能課に寄せられた。これらは専従の職員が４名在職していること、そしてその専従職員が専門職であるゆえ、他団体に比べて的確な回答を短時間で返し続けたという実績に起因している。結果、今回の診療報酬改定では疾患別リハビリテーション料以外に急性期病棟・地域包括ケア病棟へのリハビリテーション専門職の専従配置が認められ、職域拡大に資する報酬改定になった（図１）。今後は、この新たな職域を育てていかなければならない。在院日数の短縮や廃用・褥瘡予防といった病棟マネジメント業務に、積極的に取り組まれる会員が多く現れるよう、広報課・生涯学習課等と連携しながら、普及啓発を進めていく予定である。なお、平成26年度診療報酬改定における職能活動の成果は、職種別の有効求人倍率にも反映されている。平成18年度に7対１入院基本料が導入されてから看護師の有効求人倍率は理学療法士を上回り、処遇も大きく改善された。そして平成



出典：平田、他　国立大学法人リハビリテーションコ・メディカル学術大会誌31，20-22，2010　－日本理学療法士協会提供資料－

図１　理学療法士の配置における効果

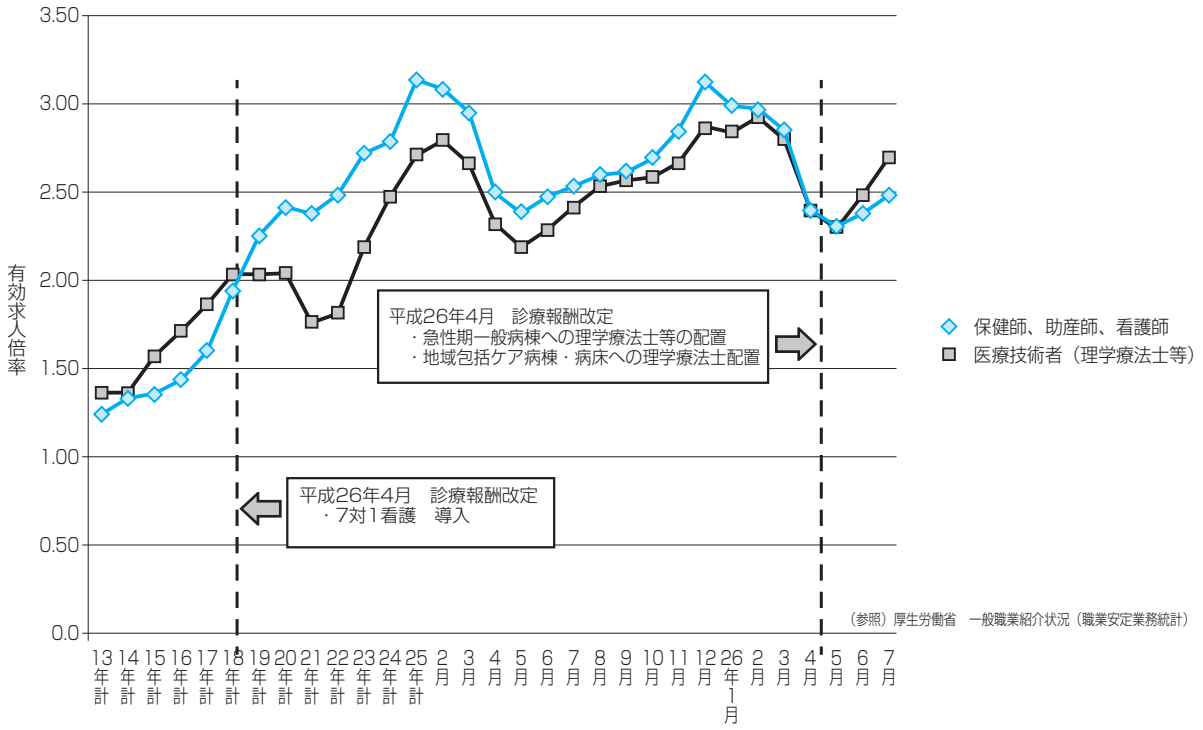


図2　職種別有効求人倍率年次推移

26年度診療報酬改定をきっかけに、理学療法士の有効求人倍率が看護師を上回った（図2）。これは本会の職能活動の1つの成果であり、これからも職能活動の成果を、皆様に見える形でお伝えできるよう努力して行きたい。

平成27年度介護報酬改定に向けた本委員会での取り組みでは、通所リハビリテーションや通所介護サービスにおけるリハビリテーション専門職の手厚い配置が評価されること、また訪問リハビリテーションサービスを含む複合型サービスが制度として認められること等を関係各所に要望した。このほかに、厚生労働省老健局から受託した調査研究事業において、老人保健課や振興課と協働して事業を遂行するよう働きかけ、良好な関係づくりに取り組んだ。これらの職能活動の結果、介護報酬改定においても本会のデータが、介護給付費分科会で採用された。現在のところ、改定結果については言及できないが、時代は確実に量から質にシフトしており、会員1人1人の質の向上についても、各種研修制度と連携して取り組まなければならない。平成27年度からは地域ケア会議の開催が必須化され、新しい総合支援事業も順次スタートして行く。これらの保険給付外の事業においても理学療法士が積極的に関与し、理学療法士の専門性をひろく国民に還元できる体制づくりを進めて行きたい。

1　平成25年度　職能関連業務執行委員会　主な事業一覧

1　医療・介護保険改定影響基礎調査事業

平成24年度に行われた診療報酬・介護報酬の同時改定を受けて、本会では改定前後のデータを取得する同時改定影響調査を行った。得られた調査結果は経時的なデータとして活用されている。このような経緯から本事業は、継続事業とすることが決定している事業である。

本事業の目的は、基礎的なデータを取得し、経時的に蓄積することである。蓄積されたデータは、引き続き今後の要望の根拠など、対外的に使用する資料の根拠としても使用される。

全国の都道府県理学療法士会（以下、「士会」。）推薦施設456施設を対象とし、インターネット上にASPシステムを用いた調査票を作成し、267施設（58.6%）から回答を得た。入院リハを算定している施設は156施設（58.4%）、外来リハを算定している施設は151施設（56.6%）、訪問リハを算定している施設は130施設（48.7%）、通所リハを算定している施設は118施設（44.2%）、入所リハを算定している施設は118施設（44.2%）であった。

2　急性期リハビリテーション推進事業

昨今の急性期における在院日数の議論では、「2025年のあるべき医療・介護の姿」に向けて、さらなる在院日数の短縮が求められている。入院患者の高齢化や合併症患者の増加に伴う、転倒や廃用症候群の発生のリスク等に対応しながら、在院日数の短縮を進めていかなければならない。

本事業では急性期病棟および集中治療室への理学療法士の配置が、①在院・在室日数の短縮、②転倒・続発症発生率の低下、③リハビリテーションの早期介入、④早期離床、⑤他職種との相互の情報共有の促進に寄与することが示された。またこれらの結果は、平成26年度診療報酬改定要望資料として活用され、ADL維持向上等体制加算が算定されるきっかけとなった。今までの診療報酬体系は、病気や治療に対する行為を評価するものだったが、この加算の新設で、病棟内での予防行為が診療報酬上で評価され、その役割を理学療法士が担うことになった。

3　回復期在宅リハ推進事業

都市部においては、回復期病床の割合が少なく、高齢化の進行も著しい。今後、回復期病院を経由せず、急性期から直接自宅へ退院する患者が増加していくことが想定される。しかし、急性期病院の退院直後において、自宅でのリハビリテーション実施における効果は明らかではない。

そこで、急性期病院から直接自宅へ退院した訪問リハビリテーションの利用者像を把握し、その利用者に対する自宅でのリハビリテーションの効果を疾患別に明らかにすることを目的とし、訪問リハビリテーション事業所および回復期病院へアンケート調査を実施した。

その結果、下肢体幹の骨折患者について、ADL障害が軽度である場合には、急性期病院から直接自宅へ復帰し、訪問リハビリテーションを選択することも有効であった。

4　居宅介護支援計画や訪問介護計画の作成支援モデルの効果

平成24年度介護報酬改定において、「訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合」の加算が新設されたが、本加算がどの程度算定されているのか、また共同訪問して行っている内容、普及させていくに当たっての問題点などは明らかとなっていないため、本加算の算定と連携の実態を明らかにするために、調査を行った。

訪問介護事業所の者と共同で居宅訪問した訪リハ事業所は29.9%と低く、介護連携加算を算定した事業所はさらにこのうちの24.1%と、事業所単位で見ても非常に低い算定率であった。共同訪問を行った者に関しては、訪問介護員や家族が実施する介助量の低下や、利用者の実際のADL向上、などの効果があった。共同で利用者の居宅を訪問することを困難にした原因として、介護連携加算を算定した前例がないため、介護連携加算を算定する手続きが分からないため、と回答した者が多かった。

5　介護老人保健施設（入所）での短期集中リハの効果調査

介護老人保健施設は、在宅復帰を目指し、在宅療養支援のための地域拠点となる施設であるが、現在の退所先割合において、在宅復帰率が低いことを指摘されている。

そこで、介護老人保健施設における入所早期からのリハビリテーションの提供実態を把握し、高頻度長時間のリハビリテーション提供に関してADLの向上および急変発生の予防に対する効果と在宅復帰との関係性を明らかにすることを目的とし、老人保健施設を対象にアンケート調査を実施した。

その結果、高頻度なリハビリテーションの提供は自宅退所に関連することが示され、自宅復帰率を高める一方策として理学療法士の介入を強化することが考えられた。

6　在宅リハビリテーション情報共有ITメディア開発事業

医療領域では、電子カルテの導入や、情報技術によるネットワークの開発が進み、チームによる情報共有や、病病（病診）連携が発展してきている。また、情報技術サービスが普及するにつれ、だれでもインターネットを通じて関心のある疾病の標準治療等の医療情報を知ることができるようになった。一方、介護・地域保健領域では、情報技術の基盤整備はこれからの課題である。特に、介護領域は、異なる事業者が協働して利用者にサービスを提供するため、リスクマネジメントや適正なサービス提供の観点から、相互に情報共有できる仕組みづくりが必要となる。

そこで本事業では平成24年度在宅医療連携拠点事業において、IT情報技術を活用した医療・介護連携を実際に行っている、高知県土佐清水市のモデルを視察し、実施状況等をヒアリングした。また在宅リハビリテーションにおけるIT技術の活用の在り方と、今後の取組みについて検討した。

2　平成26年度　職能関連業務執行委員会　主な事業一覧

1　地域ケア会議への理学療法士の関与の在り方検討事業

わが国では急速な高齢化に対応するために地域包括ケアシステムの構築が進められているが、中でも地域ケア会議は介護予防とともに重要な施策と位置づけられている。これらの施策は都道府県・市町村が中心となって行うため、理学療法士が積極的に関与していくためには、士会の主体的な動きを適切に支援する体制を協会に構築する必要がある。本調査は、地域ケア会議・介護予防事業などへの理学療法士の関与を推進するため、各地域での人材育成の現状と課題、士会と都道府県・市区町村との連携状況を把握し、日本理学療法士協会が地域包括ケアシステム推進の主体である都道府県理学療法士会に対する一層効果的な支援体制の構築を行うにあたっての基礎資料とすることを目的とした。調査の実施は平成27年1月を予定している。

2　訪問リハビリステーション創設に関する事業
～訪問リハビリテーションと訪問看護・介護を一体的に提供する、複合サービスの必要性に関する調査～

平成24年度の介護報酬改定では、単身・重度の要介護者等にも対応しうる在宅サービスの整備として、介護と看護の連携による一体的な複合型サービスが創設され、多職種が協働し複合的にサービスを展開することの必要性が示された。利用者の在宅限界を高めるサービス提供体制の構築を考えれば、訪問リハビリテーションにおいても、多職種と協働した複合的なサービス提供が必要である。そこで本事業では、訪問リハビリテーションと訪問看護・介護など、複数のサービスを一体的に提供する、複合サービスの必要性について調査を実

施した。

その結果、訪問リハビリテーション提供事業所が異なる介護サービス事業所と併設する利点として、事業所間のリハビリテーションの方針を共有しやすいこと、急性増悪時の統一した対応がとりやすいこと、また多様な利用者像を受け入れ可能であること等が明らかになった。

3　高齢者入居施設へのリハビリテーション実態調査事業

医療資源を有効利用するためには、短期入所サービスの利用等により在宅限界点を高め、また入居施設から入院に至る高齢者を減らす必要がある。しかし、現状多くの入居者は入院に至る経過を辿り、また短期入所利用中に、機能低下による日常生活自立度の低下を生じる利用者の問題が報告されている。以上より、特別養護老人ホーム、認知症高齢者共同生活介護、特定施設入居者生活介護、住宅型有料老人ホームを対象とし、入居および短期入所サービス利用者の特性とリハビリテーションの提供実態を明らかにすることを目的とした調査を実施した。結果、座りきり・寝たきりの入居者が特別養護老人ホームを中心として多く存在しているが、リハビリテーション専門職が関わる機会が少ないこと、また肺炎・尿路感染、および転倒による外傷の発生等、廃用症候群に関連する理由により入院に至っていることが示された。

4　訪問介護における自立支援型サービスの強化に向けた多職種連携推進に関する調査事業

平成24年度介護報酬改定において、訪問リハビリテーションと訪問介護との連携加算が新設されたが、十分に普及していない。平成25年度の事業において、訪問リハビリテーション事業所を対象に調査を実施したが、訪問看護ステーション（以下、「訪看st」。）のリハビリ専門職においては、訪問介護連携加算の対象外であり、訪看stにおけるリハビリ専門職と訪問介護との連携実態は明らかになっていない。

そこで、訪看stにおけるリハビリ専門職と訪問介護との利用者宅における連携実態を把握し、訪問介護連携加算の普及に向けた課題を明らかにすることを目的に、訪看stおよび訪問介護事業所に対しアンケート調査を実施した。

その結果、訪問介護連携加算を算定できない訪看stのリハビリ専門職においても、訪問介護との同行訪問を実施していた。一方で、訪看stにおける同行訪問を妨げる理由として「日程調整の手間」を挙げ、同行訪問後に訪問介護計画を確認できていない訪看stも多かった。

5　理学療法の介護予防効果検証事業

今後、要支援者を対象とした介護予防（訪問介護・通所介護）は、事業所等を主体とした給付から、市町村を主体とした（介護予防）事業へと移行になる（介護予防・生活支援サービス事業。一般介護予防事業と合わせて、介護予防・日常生活支援総合事業）。

理学療法士が当該事業において活用されるために、本会地域包括ケア推進対策本部では、ガイドラインの作成や、研修会の実施といった活動がなされているが、具体的な事業に関する情報収集機能は備わっていない。実際に事業を運営していくためには、ケーススタディとしての事例があることが有益であると考えられたため、介護報酬改定要望、ガイドラインや研修会における資料として使用されることを目的として、事例集の作成を行うべく情報収集を行った。情報収集を行うに当たり、士会から介護予防事業へ関与している理学療法士の紹介を受けた。

6　地域包括支援センターにおける理学療法士のあり方検討事業

医療や介護サービスの需要が高い75歳以上の人口増加は2025年をめどに最終段階を迎える。このため、介護予防や互助への取り組みを推進し、誰もが住み慣れた地域で暮らし続ける、地域包括ケアシステムを

2025年までに構築していく必要がある。地域包括支援センターはその地域包括ケアの提供主体として期待されており、さらなる自立支援機能の向上が求められている。

本会では過去２年間、地域包括支援センターの実態調査を実施し、リハビリテーションマネジメントの視点からの理学療法士の地域包括支援センターへの関与の在り方を検討してきた。その結果、地域包括支援センターの介護予防マネジメント業務への理学療法士の関与に期待が高いこと、理学療法士が関与できている地域包括支援センターが１%程度しかないこと等が明らかになった。本事業においてはこれらの結果を取りまとめ、厚生労働省に提出する要望資料を作成した。

7　平成26年度診療報酬改定の影響調査事業

平成24年度に行われた診療報酬・介護報酬の同時改定以降、本会では経時的に士会推薦施設を対象としてデータを取得する調査事業を継続して行っている。今回平成26年度診療報酬改定にあたっては、新たな理学療法士の働き方が求められるADL維持向上等体制加算が新設されたり、亜急性期病棟が廃止され地域包括ケア病棟が新設されたりするなど、大きな変化があった。また平成27年４月に実施される介護報酬改定やその先の同時改定に向けて、各病院・施設・事業所が示す反応や、会員諸氏への影響を知ることは今後の本会の方向性を考えるうえでも興味深い。

本事業の目的は、基礎的なデータを取得し、経時的に蓄積することである。蓄積されたデータは、引き続き今後の要望の根拠など、対外的に使用する資料の根拠としても使用される。

今回調査を実施するにあたり、あらためて士会へ対象施設の推薦を依頼した。

第５節　政策企画

政策企画業務執行理事　植松光俊

1　新組織としての役割と２年間の取り組み事業の概要

平成25年度から日本理学療法士協会（以下、「本会」。）は「真に戦える組織」になるための組織再編がなされた。その中でも広い視野で斬新かつ実効性の高い政策提言をする職能機能部門として、従来の職能局事業の中の「今あるものを高めていくこと」を主な所管業務とする職能関連業務執行委員会と区別し、「新たに提案する、これから作り上げていくこと」を主な業務とし、新たに政策企画執行委員会を立ち上げた。この政策企画執行委員会の目指す業務としては、診療報酬および介護報酬改定要望活動関連事業以外の、①協会グランドデザインに基づいた戦略・戦術の構想・提言および実現事業活動、②重点企画関連事項の構想、③他団体との政策調整推進などの効率的実現として事業活動してきました。この２年の事業活動の一覧を以下に示す。

【平成25年度　政策企画業務執行委員会　主な事業一覧】

① 地域包括支援センターのリハマネジメント支援モデルの効果
② 生活機能向上型の通所介護と通所リハの介護予防効果比較を通しての役割特性の検討　－個別機能訓練の実施実態・影響調査－
③ 理学療法士への指示の実態調査事業
④ ケアマネジャー資格取得教育課程
⑤ スクールトレーナー資格
⑥ 特別支援学校自立教諭免許認定試験受験資格取得教育課程

【平成26年度　政策企画業務執行委員会　主な事業一覧】

⑦ 地域包括支援センターのリハマネジメント支援モデルの効果PR
⑧ 予防領域での理学療法士の活用環境整備
⑨ 学校保健における理学療法士の活用環境整備
（特別支援学校 自立活動教諭）
⑩ 学校保健における理学療法士の活用環境整備（スクールトレーナー資格）

下線の事業は25・26年度継続事業を示す。

2　平成25年度　政策企画業務執行委員会　主な事業一覧

1　地域包括支援センターのリハマネジメント支援モデルの効果

地域包括支援センターはその地域包括ケアの提供主体として期待されており、さらなる自立支援機能向上が求められている。例えば、自立支援に資するケアマネジメントの実施は、当センターの重要な役割の１つである。自立支援に資するケアマネジメントの実施には、対象者の予後予測を含む専門的な知見が必要となるため、予後予測ができる理学療法士等の専門職が、ケアマネジメントに関与し、ケアマネジメントの自立支援機能を

高めていくことが期待されている。

そこで本事業では、地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメントに、理学療法士が関与する効果と理学療法士に期待する業務を把握した。介護予防ケアマネジメント業務への理学療法士の関与に対する期待が高い一方、地域包括支援センターに従事している理学療法士は少なく、理学療法士が地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメント業務に関与できている施設は1.1%であることが明らかになった。

	介護予防ケアマネジメント事業	
	主な担当職種（n＝266）	追加の配置を希望する職種（n＝259）
介護支援専門員	44.7%	18.1%
社会福祉士	34.2%	11.2%
介護福祉士	3.8%	4.2%
保健師	53.0%	35.9%
看護師	53.8%	16.6%
管理栄養士	1.1%	29.7%
薬剤師	0.0%	7.7%
理学療法士	1.1%	64.1%
作業療法士	0.4%	51.7%
言語聴覚士	0.0%	14.7%

図1　介護予防ケアマネジメント事業の主な担当職種と追加の配置を希望する職種

2　生活機能向上型の通所介護と通所リハの介護予防効果比較を通しての役割特性の検討 ―個別機能訓練の実施実態・影響調査

昨今の病院施設の在院・在所日数の短縮化に伴い、在宅生活の支援を目的とする通所系サービスに対する期待は高まっている。介護保険法によると、通所リハビリテーションと通所介護とには目標に明確な違いが示されているが、両提供サービスが類似しているのではとの指摘があり、機能的な役割は明確になっていない。

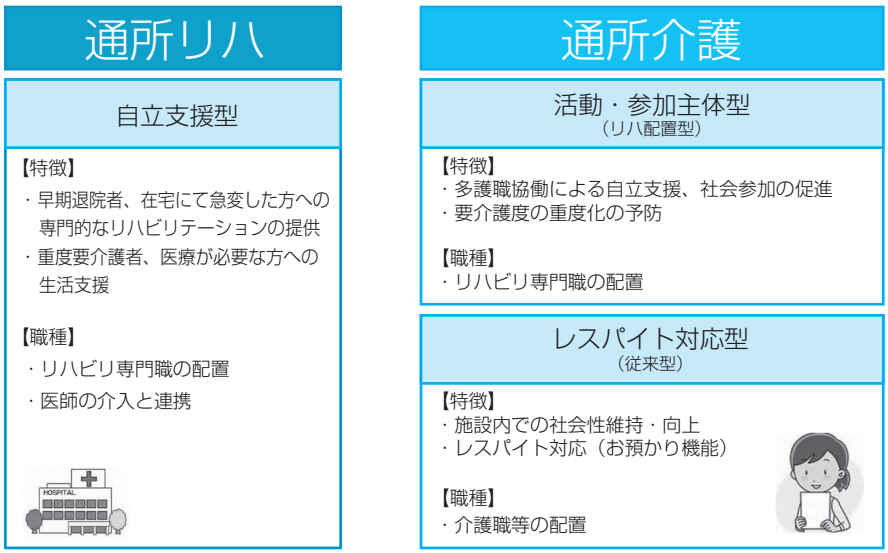


図2　通所リハビリテーション・通所介護の役割特性

そこで、通所リハビリテーション事業所（以下、「通所リハ」。）およびリハビリ専門職が配置されている事業所（以下、「リハ配置型」。）と配置されていない事業所（以下、「従来型」。）における個別リハビリテーション・個別機能訓練の提供実態を把握し、利用者像や予防効果から機能的な役割を明確にすることを目的に、調査を実施した。

その結果、通所リハでは、主に医療支援を必要とする利用者の生活支援・自立支援の役割を担っていた。また、リハ配置型通所介護は、リハビリ専門職の適切な評価のもと、介護職と連携し自立支援に向けた関わりを行っていた。一方で、従来型通所介護においては社会性の維持などを目的に、参加の場として提供されていた。

3　理学療法士への指示の実態調査事業

チーム医療を推進するために、各医療スタッフの役割の拡大が基本方針の一つとして示されている。医師による包括的な指示を推進していくことは、医療に関する情報量が拡大した昨今における医師の負担の軽減に加えて、提供する医療の質の向上につながると考えられる。今後包括的な指示を推進していく上で、必要な条件を明らかにするために、医療機関での理学療法士への指示の実態を調査した。

「リスク要因や禁忌に関して」の指示は他の指示に比べて数値を用いた指示があることが多く、理学療法士からも医師に情報共有をよく求めていることが明らかとなった。包括的指示のあり方として、「リスク要因や禁忌に関すること」は医師による具体的指示を受け、これ以外は包括的な指示を受けて理学療法士が担う、といった体制が望ましいのではないかと考えられた。

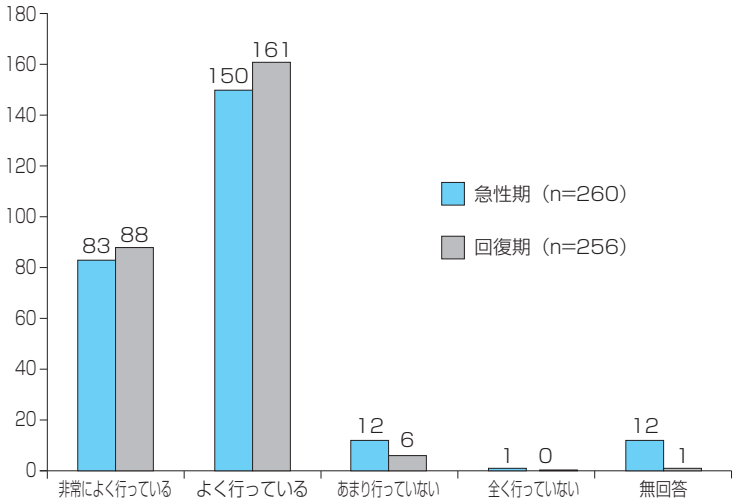


図３　リスク要因や禁忌の指示に関して、理学療法士の側からも、医師に対して判断を求める、情報共有を求める、相談を行う、などといったことを行っているか

4　ケアマネジャー資格取得教育課程

介護支援専門員の自立支援型のケアマネジメントの質を向上させることが求められている。自立支援型のケアマネジメントを実施するには、介護の視点に加え医療的な視点が必要である。そのため理学療法士等の医療専門職を基本資格にもつ介護支援専門員を増やして行くことが求められている。しかし、介護支援専門員試験の解答免除範囲が限局的な点や、介護支援専門員資格取得後のキャリアプランが未整備であり、積極的に介護支援専門員の資格を取得しようとする理学療法士が少ない。

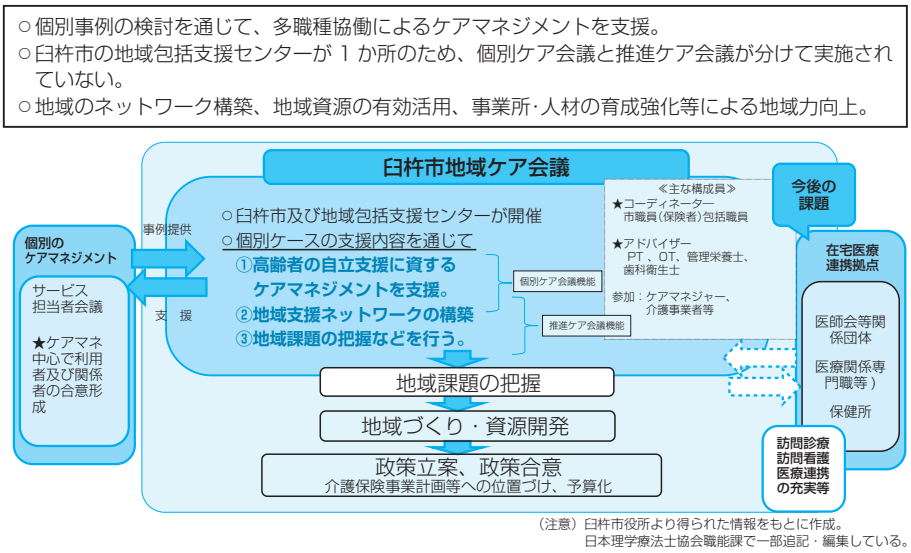
そこで本事業では、理学療法士がケアマネジャー資格を受験しやすい環境を整え、理学療法士を基礎資格とする介護支援専門員が増えるよう、理学療法士国家試験の出題範囲と介護支援専門員試験の出題範囲（保健医療サービス分野）の重複を精査し、試験科目の免除範囲拡大や受験可能年数の短縮について検討した。

3 平成26年度　政策企画業務執行委員会　主な事業一覧

1 地域包括支援センターのリハマネジメント支援モデルの効果PR

過去２年間、地域包括支援センター業務への理学療法士の関与に関する調査が実施され、その有用性が示されている。しかし、具体的な事例の取りまとめは未だ実施されておらず、会員および関係機関にわかりやすくその有用性を伝えるための情報収集が不十分であった。

そこで本事業では、本会会員および関係機関に、地域包括支援センター業務への理学療法士の関与が有用であることをわかりやすく広報できるための、事例（情報）収集およびコンテンツ作成を実施した。方法としては、地域包括支援センターが実施する業務に対し、理学療法士が積極的に関与し、効果を上げている市区町村（大分県臼杵市、富山県高岡市）を視察し、聞き取り調査を実施した。今後広報課と連携し、本調査で得られた情報を、関係各所に広報していく予定である。



（注意）臼杵市役所より得られた情報をもとに作成。
日本理学療法士協会職能課で一部追記・編集している。

図４　臼杵市における地域ケア会議

2 予防領域での理学療法士の活用環境整備

予防理学療法を事業として整備していくに際しては、まず予防理学療法の明確な定義付けとその実践に必要なキャリアデザインの創出および人材育成が課題となる。そのうえで関連他職種との関係性や理学療法士及び作業療法士法などの法的根拠をクリアしていく必要がある。また、実際に事業を進めていくための国民への啓発（広報）や人材確保が解決すべき課題として挙げられる。

予防理学療法の定義に関しては、協会ですでに発信している文書や刊行物、および分科学会で言及されているものや他学会、理学療法士及び作業療法士法との整合性を鑑みた検討が必要である。理学療法が法律上は診療の補助であることから、理学療法を手法とした予防ではなく、理学療法士が有する動作学や機能評価、運動指導という専門的知識と技術を用いて、介護予防や疾病予防、外傷予防、認知機能低下予防など様々な領域で貢献するという前提で検討されるべきである。

一方、人材育成については、卒前教育（養成教育）と生涯学習の双方に課題がある。養成教育で担保すべき内容と大学院教育で修得すべき内容について整理していく必要がある。生涯学習においては、予防理学療法を担う能力をもつ人材として新たな認定理学療法士、専門理学療法士の創出および理学療法士免許を背景とした別資格の認定制度も含めて検討しなければならない。

【平成25・26年度　継続事業一覧】

1　特別支援学校自立教諭免許認定試験受験資格取得教育課程、学校保健における理学療法士の活用環境整備（特別支援学校 自立活動教諭）

文部科学省は、特別支援教育は質の高い教育的対応を支える人材として、理学療法士および作業療法士等の外部専門家を広く活用して障害に応じた適切な教育を行うことの必要性を指摘している。しかし、医療的ケアを目的とした外部専門家では、児童生徒の学校生活や学校運営へ直接関与する機会が少なく、教育的リハ支援の目的を達成するには限界がある。

そこで、平成25年度事業では理学療法士が特別支援学校へ入職するために必要な資格およびその資格取得に関する課題について明らかにすることを目的に、入職に必要な資格取得の現状および理学療法士養成校における教職課程を調査し、課題を整理した。

その結果、特別支援学校へは主に自立活動教諭として入職する道が示された。自立活動教諭免許を取得するには、特別支援学校教員資格認定試験（以下、「認定試験」。）の受験が必要であったが、認定試験の内容においては理学療法士養成校のカリキュラムにて対応している科目が多くあった。一方で、認定試験の内容にある「教職に関する科目」を提供している理学療法士養成校は少なく、受験の阻害要因となっていると考えられた。

以上の事から、平成26年度事業として認定試験への受験促進を目的に、会員へ向け特別支援教育に関する広報活動を実践し、教職教養に関する学習を促している。

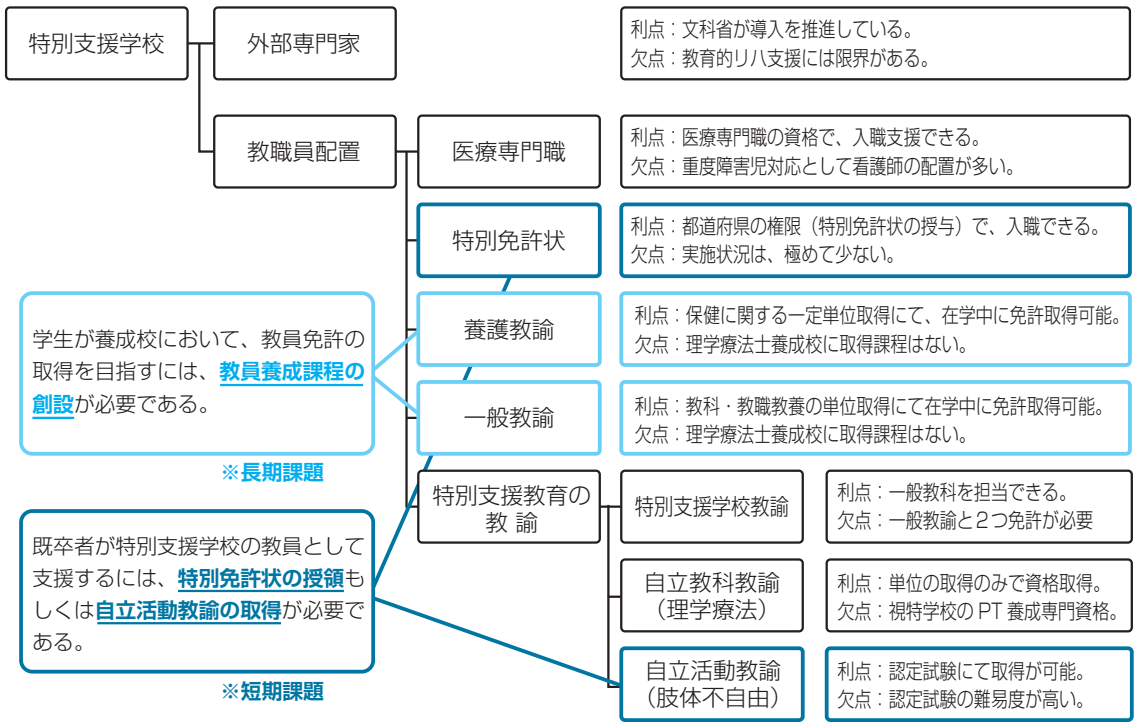


図５　特別支援学級への支援手段

2　スクールトレーナー資格,学校保健における理学療法士の活用環境整備(スクールトレーナー資格)

一般財団法人運動器の10年・日本協会（以下、「運動器の10年」。）においては、理学療法士が学校保健に関わるスクールトレーナー制度の創設に向けて議論がなされている。今後理学療法士にとって意義のあるスクールトレーナー制度を創設していくためには、本会から運動器の10年へ適切に情報提供していく等、運動器の10年との連携が欠かせない。平成25年度、26年度では、学校保健に関わる理学療法士の活動について詳細に明らかにすることを目的とした。

平成25年度は学校保健に関わる理学療法士の活動について、3つを抽出し調査を行った。またスクールトレーナーの健康管理活動としての業務内容や認定制度のあり方についても検討した。

平成26年度は実際にメディカルチェック事業を実施している施設を見学し、実態を調査した。また、幅広く学校保健に関わる理学療法士の活動に関して情報を収集するために、会員を対象として調査を実施する。

平成25年度に実施した3つの取組のまとめとして、作成したポンチ絵を図6に示す。また検討したスクールトレーナーのあるべき業務内容を、以下に示す。

①体育などの授業中における外傷・障害への対応とその予防
②生活習慣の改善（肥満対策）
③机・椅子、靴のフィッティング
④内科疾患の罹患生徒・児童（心臓奇形や腎疾患）に対する運動処方や病態管理
⑤遊具の選択や配置などへの助言(リスクや効果)
⑥運動器健診
⑦健康教育
⑧個別指導、集団指導
⑨クラブ活動における外傷・障害への対応および予防
⑩教職員の外傷予防と健康増進（疾病予防）
⑪校医、養護教諭との連携
⑫医療機関との連携
⑬その他

平成26年度の調査において明らかになった学校保健への理学療法士の有用な関わり方の情報を基に、平成27年度にはモデル事業を実施する予定である。理学療法士にとって意義のあるスクールトレーナー制度としたい。

図6　学校保健に関わる理学療法士の3つの取組み

4 展　望

政策企画委員会の事業活動は、①本会グランドデザインに基づいた戦略・戦術の構想・提言および実現事業活動だけにとどまらず、②重点企画関連事項の構想、③他団体との政策調整推進などの円滑な効率的実現のためには、④卒後研修機能向上及び管理者教育システム導入を基盤とした臨床施設機能評価機構構想の提言や、学会からのエビデンス提示のための基盤整備などに対する建設的な提言力が必要である。この提言力とともに政策実現力を推進委するためには、その関連委員会、生涯学習機構、各分科学会との有機的連携調整をも視野に入れた活動が今後必要である。

第６節　広報啓発

広報啓発業務執行理事　梶村政司

1　総　　括

日本理学療法士協会（以下、「本会」。）も新組織となり、一期２年を終える。その中で、広報啓発業務執行委員会は、事務領域内の広報課業務を主体として事業を遂行してきた。その委員会内には本会役員（理事）２名と経験者委員（小委員会委員長を含む）２名、そして都道府県理学療法士会（以下、「士会」。）の会長４名と広報課事務員２～３名の４グループ構成である。

今期の取り組みは、「広報課」の機能を維持しながら事業が停滞しないように遂行することであった。そのため新規事業については、次期への提案とそれを実行するまでのロードマップ作成に留まった。

そのような動きの中で時代に沿った会員の意見や意識を反映する目的でいくつかの調査を行い、それを事業に反映させてきた。１つは、会員に対して「理学療法士像」の調査を行った。その目的は会員が描く理学療法士像を広報活動となるリーフレットやポスターに役立てることであった。また、地域組織に対しては「理学療法の日」のイベントを実行する際の現場の課題整理を行った。それに対しては、本会が主導するイベントへの支援方法が明確化された。最後に、士会会員数の割合からJPTA NEWSに対する世代別の意識調査を行った。これは各世代で関心記事を確認し、その結果によって紙媒体かメディア媒体がいいのかという配信方法や、次年度からの記事内容の刷新材料とした。

そのような広報事業を実行する原則は、5W1H（ビジネス的には2H）の考えを基本にもって取り組んだ（図１）。すなわち、これらを曖昧しておくと、生きた情報も意味をなさなくなるケースが生じてくるため、そのような事態に陥らないよう各グループで情報の共有化を図り活動した。もう一方で公益法人化してからは、社会に対する「貢献」、すなわち企業でいうCSR（Corporate social responsibility：社会的責任）の意識をもつことも重要な課題となり活動に取り入れた。

最後に、当委員会の課題と次期事業に向かっての方針を述べる。

一般的に組織内での広報課の存在は、報道的役割を担うところから情報が集中し、5W2Hで伝えるという極めて重要な立場に位置するところである。ところが、本会の「広報」は、情報の配信部署（作業）に留まっているところがあり、「仕事」として存在価値が薄く感じられる。これらを解決するには、CSR的な事業を含め、部署内を２分する必要がある。すなわち、内向きと外向きの事業担当であり、部署の拡大（増員）が必須と考える。

しかし、広報課の課題は事業成果を問われると同時に、How muchに大きく影響を受ける事業が多い。また、予算や人員の面で経費節減対象事業に挙がることが多くなっているため、ここをどう克服するか組織の方針に影響される課題である。

次期事業については、「理学療法の日」の全国統一イベント開催である。これを実現することによって、社会的に理学療法の認知度を上げ

Who	▶	誰が，誰に対して
What	▶	どんな情報を
When	▶	どのタイミングで
Where	▶	どこで
Why	▶	どんな目的をもって
How	▶	どのような媒体（方法）で
How Much	▶	その（費用、経費）対価は

図１　広報発信の視点

るスタートとしたい。

真に「組織力」を示す部署が、この広報啓発業務執行委員会だと考えるが…。

なお、以下に広報啓発業務執行委員を務めた委員の意見も参考にしながら、具体的な事業の内容や反省、また課題を含めて整理したので紹介する。

2 事業への取り組み

広報啓発業務執行委員会がこの２年間に取り組んだ事業について紹介する。

1 広報ツール（ポスター等）の制作と活用

昨今の電子媒体の発展は目覚ましいものがあるが、紙媒体の広報ツールは、出先にて持参できる、手渡しできる、目につくところに貼っておける、というメリットにおいて価値は高いものがある。社会を取り巻く環境の変化により、理学療法士の職域も役割も変化してきた。ポスター・理学療法士ガイド・リーフレットにおいては、その時代を反映したキャッチコピーや説明文、そして時代を先取りする仕掛けも時に必要となっていく。

理学療法士のイメージとしては、病院・医療が先ず思い浮かぶ。しかしながら、現在は、在宅など生活場面での理学療法への進出も目覚ましいものがある。よって、広報ツールとしては、働く環境や立場の違いにより、自らの仕事内容の説明に使えなければいけない。そのためには、理学療法士そのものが名刺代わりに使えるものであることとともに、これからの方向性や指針も盛り込んでいること、さらには対外的にも理解しやすい内容であることが求められる。

特に平成26年度の改定で特に強調した点として、まとめると以下のようになる。

①理学療法士の専門性をしっかりと打ち出す

②医療や介護だけではなく予防や健康増進など、時代に沿った内容を盛り込んでいく

③対外的にも会員にもわかりやすく、共感できる内容にする

特にポスターにおいては、医療バージョンは「理学療法士は身体づくりの専門家です」、介護バージョンは「理学療法士は生活動作の専門家です」という文言を入れて、専門性をアピールしている。「理学療法士とは何か？」「理学療法士の専門性とは何か？」ということが問われ続けている現状のなかで、職域の広がりとともに、ますます専門性の定義が難しくなっている。広報ツールにて、普遍的に変わらないものを打ち出していくことも大切な役割となってくる。

リーフレットや理学療法士ガイドにおいては、「評価」「分析」「動作」「機能」「痛み」「バランス能力」「学習」「維持」「予防」「地域」「自立」などのキーワードを盛り込んでいる。時代の要請とともに、日進月歩で進化していく理学療法を、機微に察して共感できる言葉を選定していくことも大切な作業となってくる。

これらの広報ツールは、士会や会員を通じて、施設での掲示や理学療法週間イベントでの配布などを通して活用されている。

今後も求められる理学療法士としての役割は、時代とともにめまぐるしく変わっていく。理学療法の普遍的なツールと、新しい変化を内外に示していくことが、今後の広報ツールにおいても大切になってくると思われる。

2 理学療法の日啓発事業

1995年度に始まり、1999年度には全士会で実施されるようになった「理学療法週間」事業は、2014年度は「全国一斉介護予防推進キャンペーン」開催という大きな転換点を迎えた。これは、2025年を目指

して急速に進められている地域包括ケアシステム構築のうち、介護予防にエンドユーザーである国民に対して理学療法士の有用性を訴えるために急きょ決定した事業である。突然の依頼に士会も困惑したと思うが、無事に7月13日（日）に全国各地でイベントが実施され、メディアにも取り上げられるなど、一定の効果を見ることができたと考えている。次年度も引き続き開催することが決定しており、さらなる効果があげられることを期待している。

また、2013年度の新たな取り組みとして、以下の2つの事業を行った。

①「理学療法の日特設サイト」を本会ホームページ内に設置し、理学療法の日の由来や士会のイベント案内・実施報告などを掲載した。

②「写真コンテスト」を開催し、広く一般からも理学療法（士）に関わる写真を公募した。2013年度は最優秀賞1点、優秀賞1点、2014年度は最優秀賞1点、優秀賞2点を選出した。

3　国際福祉機器展出展（HCR）

本会は、国際福祉機器展へ東京都理学療法士協会と共同で出展している。これは、世界の福祉機器を一堂に集めた国際展示会であり、保健医療・福祉・介護の各分野の制度改革や事業活動を紹介する国際シンポジウム、セミナーなど、ホームケアとリハビリテーションに関する情報交換などが行われる。

2013年度は9月18日(水)～20日(金)、2014年度は10月1日(水)～10月3日(金）の各3日間、東京ビッグサイト東展示ホールにて開催され、2014年度の来場者は12万人を超えたとの報告があった。

この機会を、理学療法を啓発するのに適したツールと判断し、福祉機器をテーマに本会の活動や理学療法士からの様々なプレゼンテーションを行っている。出展ブースにおいては　理学療法士の立場からとらえた福祉機器の使い方を紹介するとともに、出展者プレゼンテーションにおいては、移乗介助技術や地域包括ケアシステムにおける介護予防を、理学療法士の視点から提案した。

一般住民や関連職種に我々がホームケアやリハビリテーションの中でどのように役割を果たしているのかそして今後どのような活動が出来るのかを知ってもらうために、様々な工夫をしている。いずれの内容も盛況で、多くの来場者に理学療法をアピールする機会を得た。また、一般の方からの個別相談や企業との連携についてのご相談も受けている。

国内では大阪・愛知・北九州でも類似のイベントが開催されている。士会においても啓発事業が盛んに行われるようになった。このようなイベントにおける活動ツールを発信するという役割も担いながら活動していく所存である。

4　障がい者助成事業

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、障がい者（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、この助成制度が始まった。1事業あたりの助成額は、その上限を30万円とし、次の選考基準をもうけて、厳正なる審査が行われている。

①事業の目標が明確で、事業計画・資金計画が適正かつ合理的か

②先駆的な取り組みであって、今後、他の（団体または事業）のモデルになりえるか

③障がい者とその家族の生活向上および周辺環境改善に働きかけうる事業か

④社会的印象（貢献度）が大きいか

⑤団体の公益活動が拡大・発展することが期待できる事業か

⑥この助成金の有効性

⑦本会の活動に沿っているか

2011年から始まったこの事業は、8団体（20事業）に助成を行い、それぞれ素晴らしい活動成果をご報告いただいている。今後も公益社団法人として他団体の活動を支援し、広くリハビリテーションの活動に寄与していく所存である。

5　動画制作

平成25年度は、「For your next step ～笑顔をあきらめない～」をタイトルに、高齢化社会や多様化した社会のニーズに応じた理学療法士の活動の場面を紹介した。この動画には患者さんや利用者の声や、協会として社会のために理学療法（士）に何が求められているのか、本会会長メッセージとして収録している。また、平成26年度事業として「地域ケアシステムと理学療法士の関わり」を制作する予定となっている。また、動画については本会のホームページだけでなくYou Tubeに本会の公式チャンネルとして公開した。

6　広報誌「笑顔をあきらめない。」

本会の広報誌として発行されてきた「理学療法士を知りたい人に『ぴたっ！』とくるマガジン『PT ぁ！』」は13号を最終号に、平成25年より「笑顔をあきらめない」にタイトルを変更し発行した。

当初「PT ぁ！」は一般･中高生を対象とした理学療法（士）の認知度を向上目的に創刊されたがものであったが、徐々に職能・職域を拡大する目的とする変化していたため、戦略的視点から職能・職域を拡大する目的を強化した広報に見直しを図っている。

平成25年度から平成26年度は年に2回のペースで14号から17号発行している。広報誌「笑顔をあきらめない。」14号では訪問リハビリステーションを特集し、浜通り訪問リハビリステーションで活躍する理学療法士の姿を掲載した。また、「笑顔をあきらめない」15号では「『予防』の意識が、日本を元気にする。」と題して介護予防を特集、「笑顔をあきらめない」16号では、特集「平成26年度診療報酬改定」として平成26年度診療報酬改定で創設された「急性期病棟への理学療法士の配置」等を中心に厚生労働省保険局医療課課長補佐と本会会長との対談を掲載した。「笑顔をあきらめない」17号では、「地域包括ケアシステムと理学療法～地域ケア会議と介護予防への取り組み～」を特集した。なお、18号は地域包括ケア病棟をテーマに制作を進めている。

7　ホームページ制作・管理

本会ではこれまでホームページの管理運用を外部に委託していたが、ページ数の増加によるメニューの煩雑さや更新にかかる作業負担・日数を軽減するため、2013年度にCMS（コンテンツマネジメントシステム）の試験導入を実施した。これにより情報提供にかかる日数も大幅に短縮されるとともに、コンテンツの管理が容易になった。

試験導入の結果、CMSの活用がより利便性の高いホームページ運用につながったため、2014年度には、単なるコンテンツの移行ではなく、一般向け・会員向け情報の区分が分かりにくいという従来の課題に加え、日本理学療法士学会や分科学会・部門の設置もあったことから、ホームページを刷新することとなった。

また、2013年にはFAQページを設置し、会員から問い合わせの多い質問について掲載している。

8　会報誌「JPTA NEWS」発行

2か月に一度発行している会報誌には、対談から研修会情報まで多種多様な記事を掲載してきたが、ページ数が多く読み切れないという声が以前から寄せられていた。そこで、2015年から50周年記念事業が開始されることもあり、本会会長の指示により293号（2015年2月号）から、カラー化およびコンテンツの見直

しによるページ削減を行うこととなった。削減されたコンテンツの一部はホームページに移行するなど、紙媒体とWEBを使い分け、会員への十分な情報提供を目指したい。

9 「ファックス通信」・「メール通信」の配信

本会では、緊急性や重要性の高い情報を会員に提供する手段として、会員所属施設への「ファックス通信」配信を行ってきた。しかし、施設に所属しない会員には情報が行き届いていなかった。そこで平成25年度よりメールマガジンの配信を企画し、平成26年度より「メール通信」をファックス通信配信のタイミングにあわせて月1回程度配信している。2014年12月現在、配信者数は5,000名を超え、一定のニーズに対応できたと考えている。

3 都道府県理学療法士会長委員との協働

広報啓発業務執行委員として業務に携わった4名の士会長から見た、広報啓発事業の進捗と課題に関する意見を以下に記す。

1 都道府県理学療法士会会長の立場から見た委員会

本会は、4大広報媒体「ホームページ」・「会報誌」・「ファックス通信」・「広報誌『笑顔をあきらめない。』」を利用し、内外への情報発信を行っている。本会にとっての広報活動は、公に存在や活動を示すものであり、そのためには、正確でタイムリーな事柄を会員や一般の皆様へ提供しなければならない。今回、協会組織改定のひとつの目的でもあった「協会-士会連携強化」の一環として、各業務執行委員会のメンバーとして士会会長に参加してもらうことになった。そうすることで本会が現在、そして将来に向け、どのような方向に動こうとしているのかを早々に理解することが可能となり、地域での対応がスムースになることなどのメリットがあげられる。

最後に、本会の広報活動は国民、会員、行政を中心に多様なステークホルダーが設定されている。このような多面的な広報活動を行うための要員確保には、現在の広報啓発に関わる委員・事務局員の人数が適切であるかどうかは、今後の検討課題であると指摘も受けた。

2 地域の士会長として委員会に参加

士会長が本委員会に携わるときの大きな課題は、広報印刷に関わる専門知識の不足である。実際の制作会社とのやり取りは事務職員が行うとしても、具体的な助言を行うためには、メディアへの専門的な知識とまではいかずとも、深い関心が必要となる。そのような状況の中で、士会長が置かれた意味を考えると、本会の事業方針と現場（士会）の状況に解離がないよう助言することと、委員会の考えをいかに一人ひとりの会員に浸透させるか、また現場の状況を、委員会を通して本会に伝え、事業に反映させることであった。

しかし、本会の発信する情報がどれほどの会員に読まれているか。一方で、理学療法（士）という言葉がどのくらい一般社会で認知されているか。あるいは県庁などに出向いて行政担当者と話をする機会の中で、いまだに理学療法士（会）と作業療法士（会）の区別が理解されていないのが現状である。このような現場の状況を考えるときだからこそ，地道な広報活動（事業）の継続が必要であると考える。

３　小冊子編集・士会所属会員意見の聴取における成果と課題

本会発行物の校正業務の関わりでは、会報誌をはじめとした情報媒体は、より深く、正しい知識を提供するものだと感じている。しかし、実際に読み手である会員が、いつ、どこで、どのような情報を、どのようにして受け取ることを望んでいるのか知る機会は少なかった。その中で得られた会報誌刷新に伴う現場のヒアリングでは、意見を聞く機会が与えられ貴重な経験となった、と感想をいただいた。そうした会報誌の内容に共感する会員の声も多く見られたが、時には非常に厳しい意見も見られ、「作り手の想い」と「読み手の想い」の乖離を実感することもあった。今後もこのような意見を真摯に受け止め、より効果的・効率的な広報媒体を模索していく方針である。

４　本会広報と士会広報のすみわけと連携

本会の広報物は、地方の会員にとって全国の最新情報を詳しく知ることのできる機会は貴重であり、これからも充実させていくべきであると考える。

しかし、大変関心の高い内容と思われる診療報酬や地域包括ケアシステムなどについては、会員の大半を占める20～30代の者は、それは上司が勉強すべき内容であるため、あまり興味が湧かないと言う。興味があるのは自分の知識や技術の向上に直接関係する学会や研修会の案内だのようである。理学療法士が少ない時代においては理学療法部門の管理運営を任される者も少なかったが診療報酬の改定や制度改正等については敏感に反応していた。そのような時代を過ごした者にとっては、若い会員にもっと視野を広くして動いてほしいと思うところであるが、自分に興味があるものだけを読むことはむしろ当たり前のことかもしれない。

このような世代間のギャップのある現状を考慮し、本会広報は若い会員にもっと読んでもらえるように内容等の改善を図る必要があると考える。また、士会での広報についても地元で開催する研修会等の案内を載せるだけでなく、本会広報の内容をかみ砕いて若い会員の興味が湧くように伝え直す必要があるかもしれない。そして、そのような工夫を積み重ねていくことが本会広報と士会広報のすみわけと連携につながると考える。

第７節　特任部門　財団、士会

第１項　財　　団

財団担当特任理事　松井一人

1　一般財団法人「訪問リハビリテーション振興財団」設立までの経緯について

平成23年12月、東日本大震災復興特別区域法に「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。これは、これまで訪問リハビリテーションの実施主体が、「病院・診療所・老人保健施設」に限られていたものを、それ以外の事業所（法人）においても、医療機関との連携の下、訪問リハビリテーション事業所を開設する事が出来ると位置づけられたものである。

訪問リハビリテーション事業所を経営・運営するノウハウや経験等が十分に備わっていない我々理学療法士が、限られた一定の期間の中で事業所を立ち上げ、運営する事のハードルは非常に高く、日本理学療法士協会（以下、「本会」。）を上げて、被災地の復興を第一義とし、公共性の高い事業を実施する事が出来る法人として、平成24年８月に一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団（以下、「財団」。）を、訪問リハビリテーション事業所の運営母体組織として、日本作業療法士協会・日本言語聴覚士協会と共に設立した。財団の組織図については、図１に示す通りである。

また、本会は日本作業療法士協会・日本言語聴覚士協会と共に、「訪問リハビリステーション」の制度化に向けて、「訪問リハビリテーション振興委員会」を組織し、訪問リハビリテーションの質の充実の為の研修や、

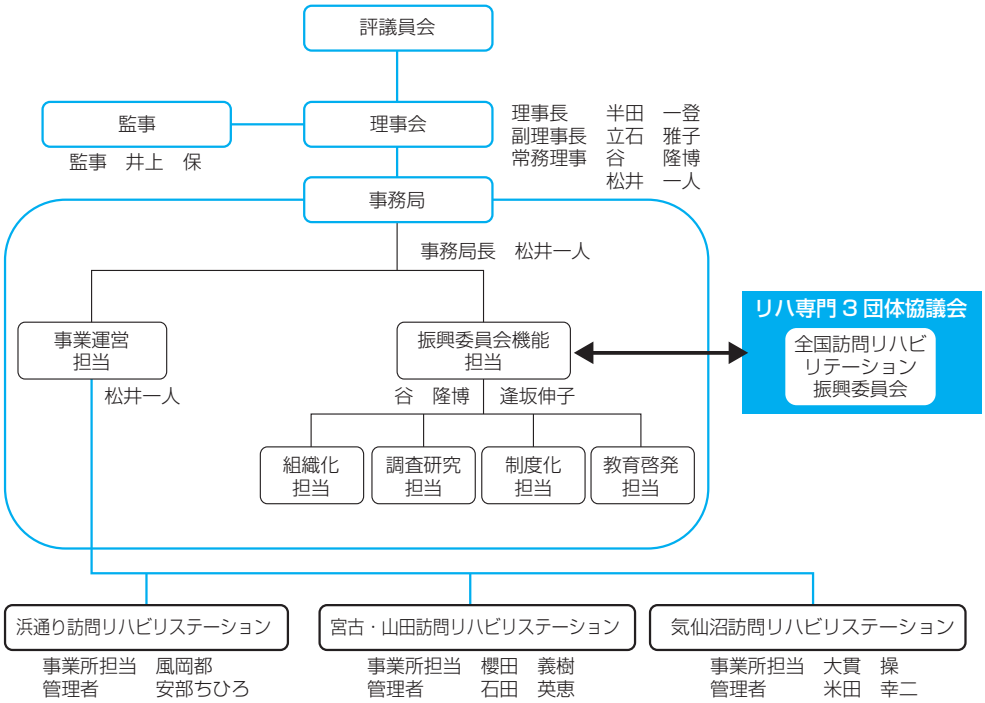


図１　一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団　組織図

都道府県理学療法士会（以下、「士会」。）との連携の下に組織的に実務者を拡充する組織化、さらに訪問リハビリテーションに関する調査、要望書作成に向けた制度化などの役割を担ってきた。平成26年度より、この事業が財団の活動や機能と重複する点も多い事より、その機能を財団に移管し継続している。

2 財団設立からこれまでの成果

1 訪問リハビリテーション事業所の運営について

（1）事業所設置について

復興支援のボランティア活動を推進してきた経緯の中から、早急に支援が必要と考えられた地域を優先に事業を行う事とし、その要望が強く表出されていた南相馬市に１つ目の事業所「浜通り訪問リハビリステーション」を平成24年11月に設立した。現在、当該事業所では６名（理学療法士４名、作業療法士１名、言語聴覚士１名）のスタッフで運営している（図２）。

次に、被災地のなかで唯一、会員が業務中に津波の犠牲になった地域であり、士会からの要請もあった岩手県宮古市にて「宮古山田訪問リハビリステーションゆずる」を平成25年４月に開設した。当該事業所では、現在５名（理学療法士３名、作業療法士２名）のスタッフで運営している。

また、宮城県の事業所として気仙沼訪問リハビリステーションを平成26年10月に設立し、復興特区に指定されている被災県のすべてで活動が出来る体制となっている。当該事業所では、現在３名（理学療法士２名、作業療法士１名）で運営している。

図２　浜通り訪問リハビリステーション

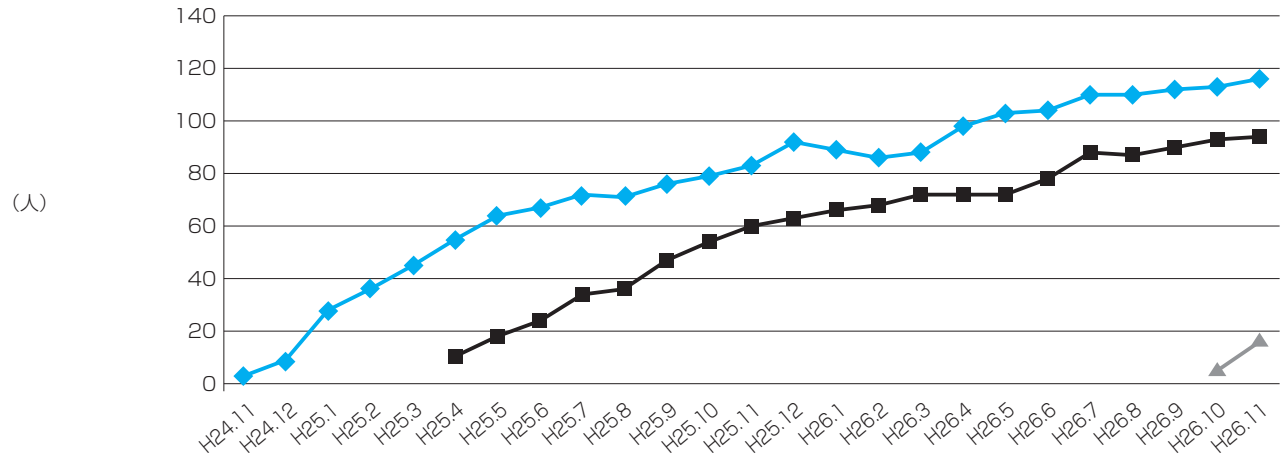
（2）訪問リハビリテーション事業所の運営実態

平成26年度における各事業所と全体の事業実績推移は、順調に推移している（図３）。平成26年11月現在、浜通り116事例、宮古94事例、気仙沼16事例に対しサービス提供をしている（図４）。ケースの担当ケアマネジャーは多岐の事業所にわたり、浜通り、宮古の事業所とも23か所の居宅介護支援事業所、40名を超える介護支援専門員よりケースの紹介を得ている。医療機関においても同様であり、浜通りでは24医療機関49名の医師、宮古では14医療機関、30名の医師より指示を受け、サービスを提供している（図４）。つまり、被災地復興特区における、訪問リハビリテーション事業所は、地域の幅広い機関より支持されている事がわかり、地域の医師や介護支援専門員から、地域における共有のインフラとして位置づけられている事が伺え、本会として予測したとおりの成果をあげている。

経営的側面からも、リハビリテーション専門職の経営能力についてご心配を頂く意見等も頂いていたが、お陰様で適正な経営が出来るレベルに近づいている。

2 訪問リハビリテーション振興委員会について

前述したように、訪問リハビリステーションの制度化に向け、３協会で構成している振興委員会の機能を移管し活動してきた。振興委員会には、訪問リハビリステーションの制度化を阻む要因を、克服する事と同時に、



	H24.11	H24.12	H25.1	H25.2	H25.3	H25.4	H25.5	H25.6	H25.7	H25.8	H25.9	H25.10	H25.11	H25.12	H26.1	H26.2	H26.3	H26.4	H26.5	H26.6	H26.7	H26.8	H26.9	H26.10	H26.11
利用者数（浜通り）	3	9	28	36	45	55	64	67	72	71	76	79	83	92	89	86	88	98	103	104	110	110	112	113	116
利用者数（ゆずる）						10	18	24	34	36	47	54	60	63	66	68	72	72	72	78	88	87	90	93	94
利用者数（気仙沼）																								5	16

図３　利用者数　推移表（平成24年11月～平成26年11月）

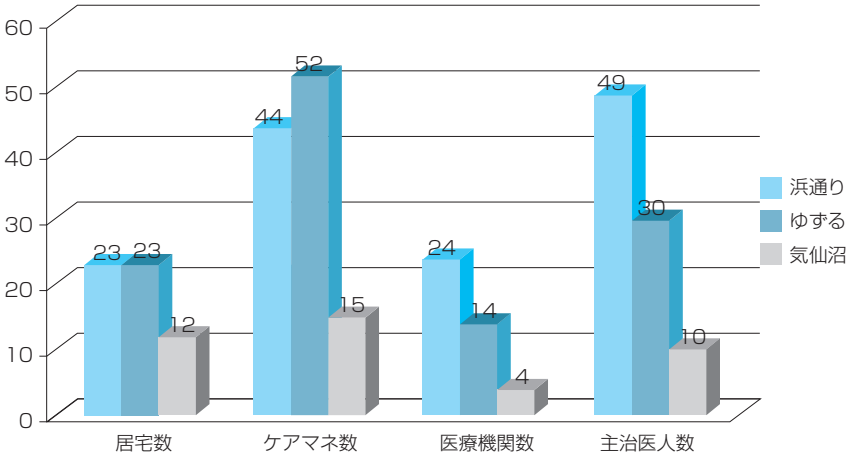


図４　依頼元居宅介護支援事業所、ケアマネージャーならびに指示医療機関・指示医数

日本の訪問リハビリテーションの充実に向け、研修班、組織化班、制度化班、調査班を組織し、それぞれ以下の活動を実行した。

（1）研修班

訪問リハビリテーションの質の向上に関する研修会の中でも、以下の研修会を実行した。

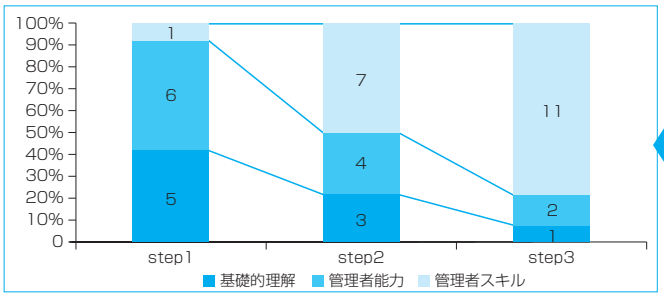
●訪問リハビリテーション管理者養成研修会

事業所の管理者として、最低限身に着けるべき、知識技術を身に着けるための研修で、Step 1～3までの各3日ずつの研修を合計9日間受講し、最終は試験を実行し修了としている（図5、6）。

●訪問リハビリテーション管理者研修会

管理者養成研修会を終了したものが、管理者としての資質を上げる事を目的とした研修を2日間の日程で実行している。

●訪問リハビリテーション実務者研修会



管理者研修会
３日間×３回
(STEP1･2･3)
39単位(90分/単位)

管理者研修講義種別及び講師

講義種別	講師	講義種別	講師
制度論	厚生労働省	専門知識技術論１	リハビリテーション医
方針論	全国リハビリテーション病院施設協会	専門知識技術論２	在宅医
連携論	訪問看護振興財団	支援論	介護支援専門員
効果論	全国訪問リハビリテーション振興会	経営実践論	公認会計士
技術論１	３協会	組織運営管理論１	３協会
期待論	３協会	組織運営管理論２	３協会
技術論２	在宅医	プレゼンテーション論	社会福祉大学教員
管理運営論	社会保険労務士	判断方針論	ワークショップ
人材育成論	キャリアカウンセラー	訪問リハ哲学論	３協会
事業展開論	３協会	リスクマネージメント論	三井住友海上火災保健
経営労務管理論	NPO 全国在宅リハ考える会	救急救命論	在宅医

- コンプライアンスの遵守
- 医学的リスク管理
- 経営的リスク管理
- 管理能力の向上

を強調したカリキュラムとしている
特に *医学的リスク管理* について、重点配分

STEP3最終日
試験を実施

図５　管理者養成研修会項目別分布と内容

研修会名		開催日	会場	開催地方	参加人数	
ステップ1	第1回	H20/11/20~22	タイム24ビル	東京	200	2157
	第2回	H21/08/28~30	帝京平成大学	東京	162	
	第3回	H21/11/20~22	森ノ宮医療大学	大阪	218	
	第4回	H22/6/18~20	南近代ビル	福岡	176	
	第5回	H22/10/9~11	帝京平成大学	東京	211	
	第6回	H23/4/29~5/1	岡山商工会議所	岡山	151	
	第7回	H23/9/23~9/25	日本青年会館	東京	190	
	第8回	H24/7/14~7/16	ダイテックサカエ	名古屋	145	
	第9回	H24/9/15~9/17	卸町会館	仙台	64	
	第10回	H25/7/13~7/15	日本青年会館	東京	156	
	第11回	H25/9/14~9/16	CIVI北梅田研修センター	大阪	162	
	第12回	H26/7/19~7/21	日本交通協会	東京	161	
	第13回	H26/9/13~9/15	CIVI北梅田研修センター	大阪	161	
ステップ2	第1回	H22/2/19~2/21	タイム24ビル	東京	163	1264
	第2回	H22/8/6~8/8	天満研修センター	大阪	169	
	第3回	H22/12/3~5	自治労会館	東京	194	
	第4回	H23/7/1~7/3	天満研修センター	大阪	143	
	第5回	H23/10/8~10/10	自治労会館	東京	107	
	第6回	H24/11/23~10/25	日本交通協会	東京	161	
	第7回	H25/11/2~11/4	日本交通協会	東京	166	
	第8回	H26/11/22~11/24	自治労会館	東京	161	
ステップ3	第1回	H23/2/11~2/13	帝京平成大学	東京	162	
	第2回	H23/11/18~11/20	シキボウホール	大阪	158	
	第3回	H24/1/27~1/29	家の光会館	東京	153	
	第4回	H25/2/9~2/11	日本交通協会	東京	161	
	第5回	H26/1/17~1/19	日本交通協会	東京	160	
	計				4215	

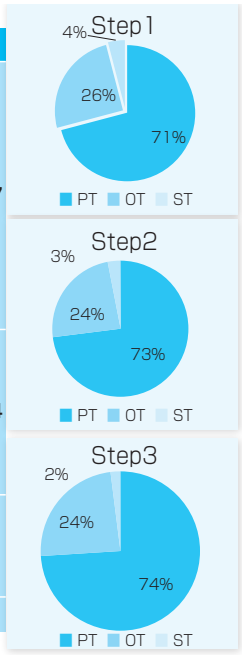


図６　訪問リハビリテーション管理者研修会実施実績

訪問リハビリテーションの実務者の質の向上と、訪問リハビリテーションの従事者の拡充を目的とした研修である。実際には、都道府県士会の協力を得て実行したが、その研修のテーマや枠組み等について、研修班で示し、後述の組織化班と連携し、全国で実施した。

(2) 組織化班

●地域リーダー会議

各都道府県士会において、前述の訪問リハビリテーション実務者研修会を実行するにあたり、適正な運営

が出来る様、各士会のリーダーを対象とし、会議と研修を年に１回２日にわたって開催してきた。

●地域リーダーブロック連絡会議

各都道府県士会の意見を、広く拾い上げ、事業に転嫁する事を目的とし、平成26年度より開催している。

●訪問リハビリテーションフォラーム

広く国民に訪問リハビリテーションについての理解を深めて頂くと共に、国の施策に直接的な影響力のある皆様と共に、訪問リハビリテーションについて考える共通の土台をつくり、制度化を目指した。平成26年度は２度のフォーラムを実践し、550名以上の集客を得て、成功裏に開催できた（図７）。

図７　訪問リハビリステーションフォーラム2014

（3）調査班

平成26年度は、介護報酬の改訂とも絡む年であり、特区における訪問リハビリステーションの成果検証を中心に活動してきた。

（4）制度化班

各協会の職能の部局と連携し、要望書作成において訪問リハビリテーションに特化した議論を展開してきた。

3　特区における財団としての今後の展望

復興特区における訪問リハビリテーション事業所について、一定の事業運営の成果が得られはじめている。東日本大震災の被災地である東北沿岸地域については、今後、日本が全体的に直面するであろう、更に進む少子高齢化社会に縮図でもあり、その中で財団立の訪問リハビリテーション事業所が、地域貢献できている現実は大きな成果である。

今後、財団が運営する訪問リハビリステーションの役割は、単に訪問リハビリテーションだけを提供する事業所から更に機能強化を図るべきである。例えば、在院日数短縮等に伴い益々重要性を増す中で、入院元の医療機関や地域医療を担う医師等、医療機関との強力な連携をはかり、地域ケアがより円滑に進むよう支援し、その利用者に対するケアプラン作成に関する支援を自立支援の視点からケアマネジャーをサポートする役割を実行しなければならない。また、地域の介護予防の拠点として、理学療法士が配置されている事業所であるがゆえの、機能を果たしていく必要がある。

今後、財団自らが、事業所を設立するのみならず、千葉県柏市等で取り組まれている総合特区における訪問リハビリステーションの運営支援等についても、等しく積極的に取り組んでいく。

さらに、職能団体を基盤として活動している財団法人として、訪問リハビリテーションの質的担保が図れる事業を、理学療法士協会、作業療法士協会、言語聴覚士協会が運営している「訪問リハビリテーション振興委員会」の業務委託を受ける中で、会員の皆様が常に質の向上に取り組める事業を会員の皆様に発信し、受講できる環境を整え、訪問リハビリテーションの充実を果たしていく。

結果として質の高い訪問リハビリテーションサービスを全国に供給できる体制を築き、必要なときに必要な量、必要な人にサービスを届けられる仕組（制度）を獲得して行きたい。

第2項　士　　会

都道府県理学療法士会担当特任理事
都道府県理学療法士会強化特別委員会委員長　山根一人

1 背景と経緯

今回の協会組織改定に向けたキーワードは３つあり、そのひとつが「本会－士会連携の推進」であった。これまで長く日本理学療法士協会（以下、「本会」。）と都道府県理学療法士会（以下、「士会」。）との連携の推進という課題が指摘されてきたが、今回の抜本的組織改定に伴い、組織構成そのものについては可能な限りの新たな試みが加えられた（図１）。その連携をさらに強固にするための窓口として新たに設けられたのが士会担当特任理事である。

平成25年度内においては、私と同様、士会担当として配置された中前理事と木村理事の３人で士会担当部会を構成し、組織的には小川副会長の所管の下に置かれた。

初期のミッションは、本会と士会との連携を推進していく上で、士会がいかなる課題を抱えており、本会がいかなる支援ができるのかを明確にすることであった。初期の構想では47都道府県士会を手分けして訪問調査の上、課題を洗い出すことが企図されたが、平成25年度内においては実際上のスタートが総会終了後の７月からというタイミングであり、また、予算の関係からブロック単位での訪問とせざるを得なかった。各ブロックでの士会長会議等に合わせての日程調整を行った結果、天候の加減で急遽開催が中止となった関東甲信越ブロックを除く７ブロックについて平成25年度内に訪問することができた。

平成26年度には、士会強化検討特別委員会が設置され、士会担当部会はそちらのコアとなって活動することになった。メンバーは新たに各都道府県士会長から６名、士会担当部会の３名、そして小川副会長を加えた10名であり、委員長には私が就任した。

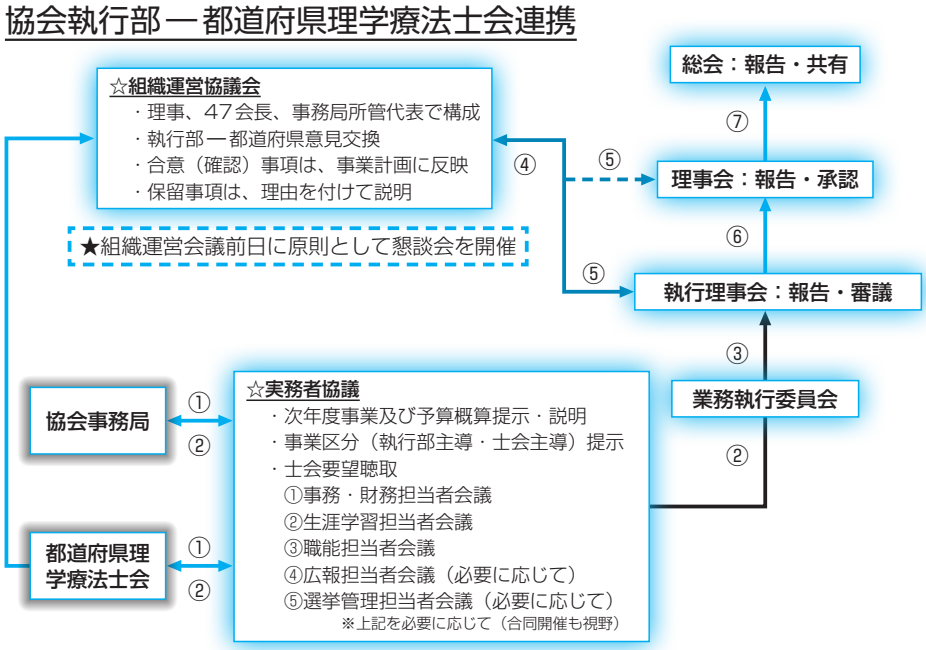


図１　協会執行部－都道府県理学療法士会連携

活動の趣旨は、平成25年度において実施したブロック訪問により得られた各種の情報をより具体的にすることであり、それを踏まえて具体的な本会の支援体制を答申することにある。

限られた時間の中で47士会に対するアンケート調査の実施が決定され、年末には士会へ送付、現在はその回収を終え、回答内容を分析中である。当初、回答者（士会長を想定）に負担感を抱かせないように限定的な調査項目に絞ることで設問を検討したが、議論を進める中で、様々に絡み合う要件を抽出するために設問が多岐にわたり、かなりのボリウムになってしまった。回答に関わって頂いた士会長他各位にこの場を借りて感謝申し上げる。調査の結果はまとまり次第、報告する予定である。

以下、本会－士会連携を推進する上での現時点で課題と考えられる事項等について私見中心となるが、報告する。

2 歴　　史

1966年7月、34人の発起人の尽力によって本会が創設された。そして、その翌年の1967年8月、兵庫県理学療法士会の創設に始まり、その後13年間をかけて1979年6月の群馬県理学療法士会の創設によって全国47の士会の創設が完了した。

創設の過程で特徴的なことは、まず中央組織が創設された後、地方組織が年を追うごとに創設されたことにある。一般的な全国組織にあっては地方からの活動が始まり、地方組織が全国に一定の割合で創設された後に、大同団結して中央組織ができ上がるのが常であった。連絡・通信網が発達途上の当時、全国の象徴として初めに本会が創設されたことは、その後の47士会の創設を早めたものとして、発起人各位には敬意を表するところである。

その後、本会は各士会と強力に連携し、同時に各士会も本会からの情報提供や、本会の運営を模範として参考とする中で、自らの士会の会員管理を行いつつ様々な事業展開を図ってきた。特に、過去50年間の具体的歩みを顧みるとき、その活動の中心は主に制度構築、そして学術活動が中心であったことを追記しておきたい。

3 会員の増加と社会環境の変化

1 急激な会員増加の影響

2015年2月現在、本会の正会員数は約9万1,000名となり、養成機関についても大学と専門学校を合わせて総計249校、入学定員は約13,500名となり、毎年9,000～10,000名余の新人理学療法士が誕生している。そのうちおよそ85%以上が本会に入会するため、毎年8,000名程度の会員増加が見られる。組織にあって会員の増加は喜ばしいことではあるが、特に士会にあっては、会員管理、会費未収への対応、会員相互の交流、各種研修会での会場選定等、近年の急激な会員の増加は組織管理に支障をきたしかねない。この急激な会員増加に対する対応は、本会の包括的会員管理システムを士会において共同利用することで相当の改善が図られてはいるものの、今後の動向を踏まえた長期的対応策定が不可欠と考える。

2 社会環境の変化

過去の理学療法士の職域として代表とされるものに、医療機関、小児療養施設、老人保健施設、養成機関、行政機関等が挙げられた。

しかし、2000年４月より介護保険法の施行により、上記に加えて介護保険分野での訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護、通所介護等の分野に多くの理学療法士が就業しはじめ、さらに介護分野においては、社会的起業者も300名前後存在（名簿調査推計）するといった多種多様な就業分野となってきた。

職域の拡大そのものは有意義である一方で、医療と介護の分野において職域を越えての会員の交流が今後の課題となろう。

4 士会の課題とその解決に向けた提言

1 組織統制と牽引を阻害する職場環境

2007年より今日まで本会は、会長をはじめ数名の役員の専従化と事務局員の大幅な増員によって、組織としての機能を格段に向上させてきた。

一方、士会が1,000人～6,000人前後の会員を牽引していくに当たって、士会活動は本業を別に持ちながらその合間を縫っての、勤務の時間外で行われている。

渉外活動を含めた士会長の「士会活動」を、しっかりとした「士会業務」にしていくためにも、士会業務に当てる時間の捻出が今後の課題と言える。

2 士会長をはじめとした役員による組織マネジメントの強化

「理学療法士の教育」と聞けば多くの理学療法士は、理学療法に関連する知識や技術の習得を連想しする。しかし、理学療法士は職場においても、チームを組んで仕事に従事している観点から組織マネジメントは機能している。士会活動においては数千人という、巨大な組織のマネジメント力が必要となってくる。

施設の理学療法部門の上に立つ者の技術や知識、そして経験は、若い会員からの魅力である一方、士会長においてはマネジメント能力の拡大、さらに次世代の士会長候補者の育成は士会長の業務として避けて通れない道といえる。同時に、組織マネジメントの一例として、「理念先行型運営」➡「戦略立案」➡「戦術実行」➡「役割分担と完了期日の決定」➡「アウトカムの確認」といった一連の流れを作動させつつ、強固な集団を形成していくことが求められる。

しかしながら、今日まで「組織マネジメント」を題材とした研修や啓発の必要性はあまり重視されてこなかった。こういった背景も、今回、士会担当特任理事が新たに設けられたひとつの理由である。「中央組織（本会）」から「地方組織（士会）」へのパラダイムシフトを進める中で、本会の士会への支援のあり方を考察するために小職が設けられたものである。

3 士会への本会からの財政支援の可能性

現在、本会の会費は11,000円（1,000円の会館積立金を含む）であり、士会費は各士会が任意に定めているが、その額は4,000円～11,000円と多様であり、前項にも記載したとおり、士会の会員数にも６倍程度の差があるため、財務環境も多岐にわたっている。

本会の士会に対する支援の形として財政支援が挙げられるが、全国一律に本会の会費を減免しただけでは、大規模士会と小規模士会の財政格差は埋められない。そのため、仮に財政環境の良くない小規模士会に対して本会が財政支援を行うという場合には、財政状況がどういった場合に支援するのか、その他どのような基準の下に支援するのかが課題となる。何より財政支援の実行にあたっては、まず全国の士会費を同額化することが

前提となる。その上で、指標を会員数と事業の状況などを勘案した上で多少の財政支援を行うということが考えられるが、現時点でそれほどの現実性はない。

本会の士会に対する財政面での直接的な支援を例に上げたが、今後は入念な議論を基に、財政支援以外の支援方法についても、公平性が担保できる方策を検討する必要がある。

4　事務局員の配置

士会運営に対して士会事務局が担う業務は多岐にわたり、その作業量も多い。中でも専従事務員をもたない事務局にあっては、事務局以外の役員も協力して事務作業に当たり、例えば学術関連の部・局から生じる事務作業は当該役員が代行して行っている士会も少なくない。

理学療法士を取り巻く労働環境については前述したが（3－1）、事務局の責任者たる事務局長もまた同様の環境の中で働いている場合が圧倒的に多い。特に、専従事務職員が雇用できていない士会に散見される事務機能の停滞は、会員や名簿の管理はもとより、即応性が求められる外部からの連絡・対応などの渉外活動に支障を来たしている。

これを打開するために、財務状況を改善することは言うまでもないが、もう1点、事務局員の雇用に資する、募集方法、給与構成、労務管理、労働・失業・社会保険、年金に加えて、雇用と育成という基本的管理知識などを関係者が身につけることが重要で、その知識習得の機会を本会として準備する必要があると考える。

5　強固な会員連絡網の確立の一例

インターネットやモバイル端末が普及する今日、会員への連絡網は郵便から電子メールに切り替えることも検討項目の一例として挙げられる。

仮に、この実現を目指した場合、全ての会員が好んで自己のメールアドレスを士会に提示しないことが想像できるため、その必要性を十分に説明し、会員の理解を得る努力が士会役員に求められる。

ある士会では約1,700名の会員を有し、郵便物を施設宛（約500施設）として年3回、個人宛として年6回発送している。この結果、年間の通信費、印刷費、封筒費および封入作業費等の諸経費は233万円となり、会員1名当たりに換算した通信費は1,300円を超える。

このことからも言えるように、通信手段をメールに変更することによる士会の経費削減効果も決して小さくはない。ただし、この場合においても士会では会員の個人情報の入力が必要となり、初回のみについては外注による入力費用が発生する。

しかし何よりも、会員との情報共有を初めとしたさまざまな意思疎通を強固にしていくことは、これからの士会運営に大変有用なことから、今後積極的に検討することが求められる事項であると考える。

5　地域包括ケアシステムにおける士会の役割と理学療法士への期待

1　地域支援事業

地域包括ケアシステムでは、全国約1万ヶ所の中学校区（人口約1万人）を生活圏域の単位と定め、その中に機能分化した医療機関と病床、介護事業所をバランス良く配置する。また、同圏域内のボランティアや住民に協力を得て、生活支援機能も整備される。

同時に、介護予防については市町村事業として、現在の要支援者を中心に実施される予定である。また2018年度の改定では、その枠がさらに拡大の方向にある。この拡大傾向にある予防分野が理学療法士の活

躍の場となるよう、士会および士会員が本会の後方支援をもって、積極的に介入することを期待する。

2　地域ケア会議

地域ケア会議は一つには「地域ケア個別会議」、もう一つには「地域ケア推進会議」に分けられる。

前者は、いわゆる困難事例への対応であり、ケアプランの中にリハビリテーション（自立支援）マネジメントの要素を盛り込んだ上で、活動と参加を促進することが一つの目的となっている。

後者は、そういったケアプランが作成される過程を、会議に参加した介護支援専門員と共有することで、介護支援専門員にもリハビリテーション概念や自立支援マネジメントを習得してもらうことが目的とされている。ここにも基本動作の分析や基本動作の習得、そして予後予測の能力をもち得た理学療法士の能力に国からの期待が集まっている。

それらの期待に応えるため、全国の地域ケア個別会議に士会員が積極的に参画し、理学療法士の能力を発揮することで公益団体として、専門職として、地域貢献度を高めていきたいと考えている。

一方、後者の「地域ケア推進会議」は、保険者単位で既存の介護資源の組み合わせや新たな介護資源の創造、コミュニティーの活性化等を図ることを目的とした会議と言われている。したがって、ここには地域ケア個別会議とは異なる能力が必要となる。それは、保険者の財政状況をはじめとした地域の環境や特性までも把握した上で、限られた財源の中で地域住民が安心して暮らせることを念頭に置いた提案力が必要となる。今後、模範となる保険者の取り組みを注視・検証する等、理学療法士自身が経験や研鑽を重ねて地域資源のマネジメントとも言うべきこの会議での活躍が期待される。

以上の通り、本会が「中央」から「士会」へのパラダイムシフトを推進する大きな理由がここにもある。人に密着し、地域に密着した士会の活動や事業展開、さらには県市町村への提案力などが求められる背景であり、士会に組織的機能強化が求められる所以である。

6　おわりに

日本の社会環境、財政環境、保険行政、そして本会・士会の社会的責務や会員動向が目まぐるしく変化する時代にあって、本会と士会の関係性も大きく変化しようとしている。

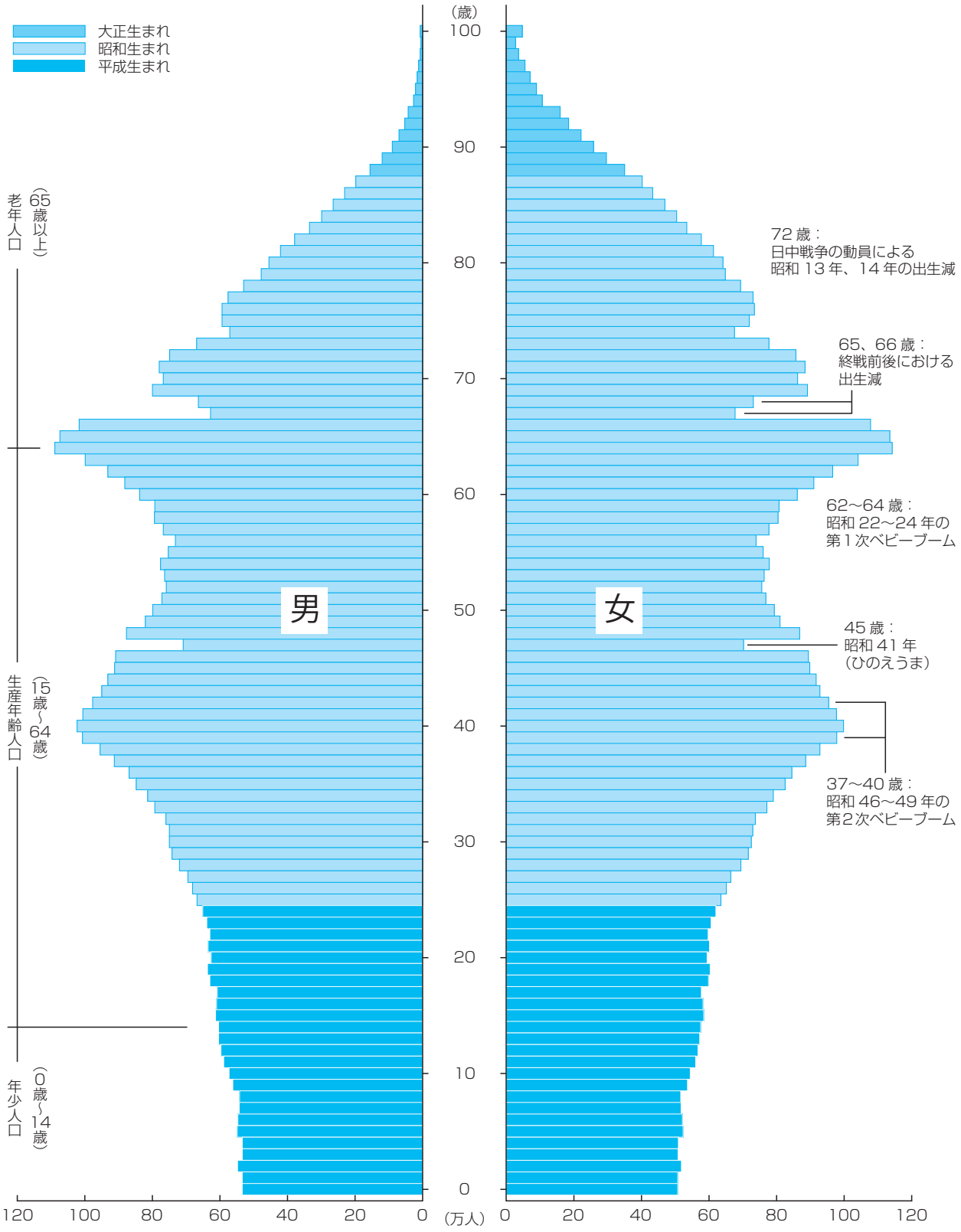
先にも述べたとおり、「地域包括ケアシステム」における理学療法士の役割強化という命題の下、士会の役割と責任は従来になく大きい。現場での実践事業もさることながら、士会員が保険者事業にしっかりと貢献できるよう、その資質を高めていくこと、そしてそれらを組織的に実行していくことが望まれる。

今後、引き続き本会と士会との分業と協業のあり方をともに検討し、職能団体としての存在感を主張するとともに、公益法人としての貢献を合理的に展開できるよう理学療法という仕事を有意義で活力あるものにしていかなければならない。

その第一線に立つ全国47都道府県の士会長各位には、目標達成に向けて、本会と手を携えて国民のために、理学療法を必要とするひとりひとりのためにご活躍いただければ幸いである。

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25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)	平成25年 (2013)
病院数	8,943	8,862	8,794	8,739	8,670	8,605	8,565	8,540
	(△83)	(△81)	(△68)	(△55)	(△69)	(△65)	(△40)	(△25)
一般病院	7,870	7,785	7,714	7,655	7,587	7,528	7,493	7,474
療養型病床群を有する病院(再掲)	4,243	4,135	4,067	4,021	3,964	3,920	3,892	3,873
	(△131)	(△108)	(△68)	(△46)	(△57)	(△44)	(△28)	(△19)
精神科	1,072	1,076	1,079	1,083	1,082	1,076	1,071	1,066
	(△1)	(4)	(3)	(4)	(△1)	(△6)	(△5)	(△5)
病院病床数	1,626,589	1,620,173	1,609,403	1,601,476	1,593,354	1,583,073	1,578,254	1,573,772
	(△11,988)	(△6,416)	(△10,770)	(△7,927)	(△8,122)	(△10,281)	(△4819)	(△4482)
一般病床	911,014	913,234	909,437	906,401	903,621	899,385	898,166	897,380
	(6,815)	(2,220)	(△3,797)	(△3,036)	(△2,780)	(△4,236)	(△1219)	(△786)
療養型病床群(再掲)	371,814	343,400	339,358	336,273	332,986	330,167	328,888	328,195
療養病床		(△28,414)	(△4,042)	(△3,085)	(△3,287)	(△2,819)	(△1279)	(△693)
精神科	352,437	351,188	349,321	348,121	346,715	344,047	342,194	339,780
	(△1,859)	(△1,249)	(△1,867)	(△1,200)	(△1,406)	(△2,668)	(△2,194)	(△2,414)
診療所数	98,609	99,532	99,083	99,635	99,824	99,547	100,152	100,528
	(1,167)	(923)	(△449)	(552)	(189)	(△277)	(605)	(376)
有床診療所	12,858	12,399	11,500	11,072	10,620	9,934	9,596	9,249
	(△619)	(△459)	(△899)	(△428)	(△452)	(△686)	(△338)	(△347)
療養型病床群を有する一般診療所(再掲)	2,171	1,887	1,728	1,625	1,485	1,385	1,308	1,231
無床診療所	85,751	87,133	87,583	88,563	89,204	89,613	90,556	91,279
	(1,786)	(1,382)	(450)	(980)	(641)	(409)	(943)	(723)
1日平均在院患者数	1,358,965	1,332,655	1,318,020	1,308,219	1,313,421	1,299,322	1,287,181	1,275,347
	(△23,225)	(△26,310)	(△14,635)	(△9,801)	5,202	△14,099	△12,141	△11,834
1日平均外来患者数	1,525,185	1,481,322	1,431,316	1,416,845	1,412,245	1,401,669	1,397,864	1,389,983
	(△54,455)	(△43,863)	(△50,006)	(△14,471)	△4,600	△10,576	△3,805	△7,881
平均在院日数	34.7	34.1	33.8	33.2	32.5	32.0	31.0	31.0
	(△1.0)	(△0.6)	(△0.3)	(△0.6)	(△0.7)	(△0.5)	(△0.8)	(△0.6)
一般病院	19.2	19	18.8	18.5	18.2	17.9	18.0	17.0
	(△0.6)	(△0.2)	(△0.2)	(△0.3)	(△0.3)	(△0.3)	(△0.4)	(△0.3)
(再掲)療養型病床群	171.4	177.1	176.6	179.5	176.4	175.1	172	168
精神科病院	320.3	317.9	312.9	307.4	301.0	298.1	292	285
					△6.4	△2.9	△6.0	△7.0
	(△6.9)	(△2.4)	(△5.0)	(△5.5)	(△6.4)	(△2.9)	(△6.2)	(△7.2)
100床当り従事者数	104.9	107.2	110	113.7	117.2	120.6	135.0	138.8
	(2.3)	(2.3)	(2.8)	(3.7)	(3.5)	(3.4)	(14.4)	(3.8)
医師	11.1	11.3	11.7	11.9	12.3	12.6	14.7	15.0
	(0.1)	(0.2)	(0.4)	(0.2)	(0.4)	(0.3)	(2.1)	(0.3)
看護師(婦・士)	36.7	38.2	39.6	41.2	42.8	44.5	51.0	52.6
	(1.9)	(1.5)	(1.4)	(1.6)	(1.6)	(1.7)	(6.5)	(1.6)
准看護師(婦・士)	11.1	10.9	10.6	10.4	10.1	9.7	8.7	8.4
	(△0.0)	(△0.2)	(△0.3)	(△0.2)	(△0.3)	(△0.4)	(△1.0)	(△0.3)
理学療法士	1.9*	2.1*	2.4*	2.7*	3	3.3	4.3	4.7
作業療法士	1.2*	1.3*	1.5*	1.7*	1.9	2.1	2.2	2.4
言語聴覚士	0.4*	0.4*	0.5*	0.5*	0.6	0.7	0.9	0.9
臨床放射線技師	2.2	2.3	2.3	2.4	2.4	2.5	3.0	3.1
臨床検査技師	2.8	2.9	3.0	3.0	3.1	3.1	3.8	3.8

＊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)	平成25年 (2013)
医師	181,190.8	183,828.3	187,947.6	191,125.3	195,368.1	199,499.2	202,825.2	206,658.6
歯科医師	10,516.0	9,684.1	9,981.3	9,993.1	10,202.8	10,112.1	10,115.6	10,103.6
看護師（婦）	596,544.9	618,406.4	636,970.8	660,142.9	682,603.9	704,626.7	725,559.8	747,009.2
准看護師（婦）	180,427.7	176,441.8	170,782.5	166,546.0	161,125.8	153,690.6	147,800.5	142,304.7
看護業務補助者	195,406.1	191,323.9	189,838.3	193,536.7	196,072.6	196,894.2	198,343.3	200,105.8
薬剤師	40,402.0	41,032.2	41,760.0	43,113.6	43,294.8	42,802.9	44,353.9	45,680.4
診療放射線技師	36,112.2	36,884.5	37,443.2	38,079.4	38,906.7	39,629.2	40,603.2	41,323.4
臨床検査技師	45,935.3	46,638.9	47,371.9	48,055.4	48,986.3	49,772.1	50,665.4	51,759.5
管理栄養士	16,145.0	16,859.3	17,489.3	17,825.2	18,284.7	18,824.3	19,745.4	20,510.5
栄養士	6,363.1	6,026.2	5,917.6	5,776.3	5,682.3	5,486.7	5,299.6	5,044.3
あん摩マッサージ指圧師	3,282.4	3,005.0	2,743.4	2,524.1	2,271.9	2,103.2	1,905.7	1,782.1
理学療法士	31,385.7	34,782.7	38,675.3	42,813.0	47,541.2	51,800.1	56,851.2	61,720.6
作業療法士	19,202.5	21,776.9	24,456.7	27,616.0	30,795.0	33,020.5	35,577.7	37,451.0
臨床工学技士	10,029.4	10,956.6	11,931.9	12,837.8	13,767.0	14,585.8	15,504.6	16,588.7
義肢装具士	58.3	54.4	60.6	58.0	58.6	63.7	62.9	63.9
言語聴覚士	5,987.2	6,738.8	7,869.2	8,666.2	9,663.1	10,650.5	11,530.5	12,536.1

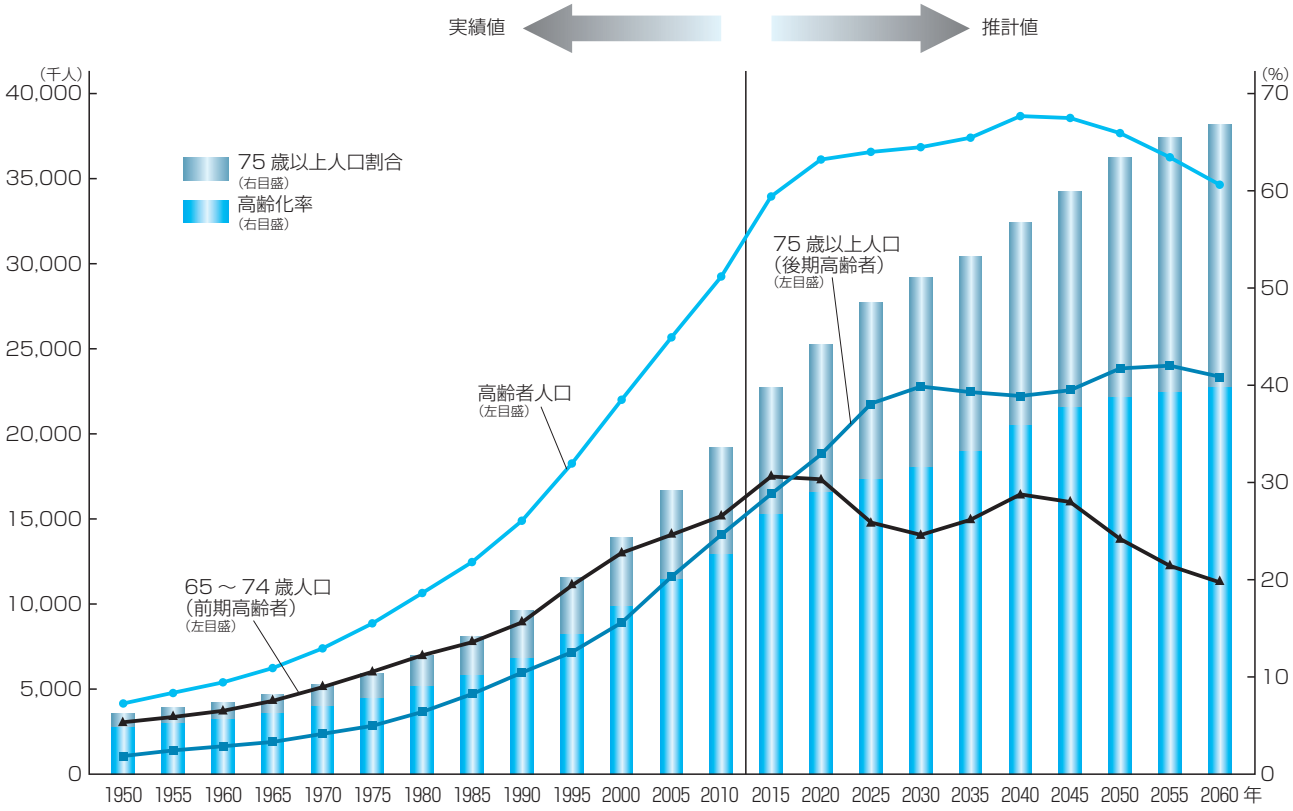
注：各年10月1日現在
　　医師、歯科医師は非常勤も含む。
　　医師、歯科医師については、平成2年から、その他の職種については平成14年から各施設における通常の勤務時間に換算（常勤換算）して計上した。
資料：厚生労働省医療施設調査・病院報告（http：//www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html）

4）高齢者の全体状況

<table>
<tr><td colspan="8">65歳以上人口　3,079万人（男1,317万人　女1,761万人）</td></tr>
<tr><td colspan="2">在宅　2,788万人</td><td rowspan="2"></td><td colspan="5">施設　187万人</td></tr>
<tr><td>有業者　700万人
（男421万人
女279万人）</td><td>非就業者　2,379万人</td><td rowspan="2">老人福祉施設
13万人</td><td rowspan="2">介護老人保健施設</td><td rowspan="2">病院・診療所</td></tr>
<tr><td>非要介護者</td><td>要介護者
（居宅介護支援利用者）</td><td>有料老人ホーム</td><td>その他</td><td>介護療養型医療施設</td><td>介護老人福祉施設</td></tr>
<tr><td>2,702万人</td><td>377万人</td><td>22万人</td><td>8万人</td><td>6万人</td><td>44万人</td><td>30万人</td><td>91万人</td></tr>
</table>

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

5）高齢化の推移と将来推計



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

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

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
70～74	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
					寝たきり期間					
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)										
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歳	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
70～74	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
(再掲)										
65歳以上	14	(100.0)	0.7	8.7	7.6	30.1	18.4	15.7	12.2	46.4

(単位：%)

(介護を要する者数10万対)

平成25年

年齢階級	総数	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	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ	1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替において介助を要する	不詳
要介護者	100,000	22,947	33,868	17,002	11,827	14,357
40～64歳	4,345	1,162	1,386	493	681	622
65～69	5,071	1,337	1,687	858	549	641
70～74	8,679	2,209	2,571	1,638	895	1,364
75～79	15,383	3,791	4,781	2,657	1,642	2,511
80～84	23,781	6,397	8,016	3,004	2,835	3,530
85～89	24,623	5,425	9,188	4,228	2,422	3,360
90歳以上	18,119	2,625	6,239	4,124	2,802	2,328
(再掲)						
65歳以上	95,655	21,784	32,482	16,509	11,146	13,734

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

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	5年以上10年未満	10年以上20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
65～69	241	（100.0）	1.7	5.8	7.9	21.6	12.9	19.1	12.9	7.9	10.4	52.7
70～74	396	（100.0）	0.8	8.6	7.3	24.2	15.7	15.9	9.6	5.6	12.4	46.7
75～79	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	1,071	（100.0）	0.9	5.8	7.7	31.4	22.6	14.8	4.9	1.3	10.7	43.5
（再掲）												
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	5年以上10年未満	10年以上20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
65～69	337	（100.0）	0.6	4.7	6.2	15.4	12.2	15.1	10.1	10.4	25.2	47.8
70～74	526	（100.0）	1.3	5.5	5.7	20.2	15.4	14.3	8.6	6.8	22.2	45.2
75～79	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	1,366	（100.0）	0.9	5.9	6.9	25.3	22.1	16.0	5.6	3.3	13.9	47.1
（再掲）												
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
70～74	12,053	2,621	3,910	2,385	1,022	942	962	9,220	212
75～79	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	14,890	1,658	4,553	2,390	2,168	2,301	1,525	12,938	294
（再掲）									
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１	要支援２	要介護者 経過的要介護	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	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
65～69	5,367	503	775	182	925	1,036	830	644	230	242
70～74	10,406	1,857	1,708	146	1,461	2,001	1,162	625	1,082	366
75～79	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25年

	総　数	要支援者 要支援１	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	13,809	15,530	19,103	19,767	12,897	9,335	7,324	2,234
40～64	4,345	339	757	580	753	529	556	548	283
65～69	5,071	666	983	990	880	747	351	383	71
70～74	8,679	1,113	1,370	1,416	1,608	1,220	855	793	304
75～79	15,383	2,530	2,511	2,662	3,471	1,699	1,208	1,053	249
80～84	23,781	4,169	4,002	4,577	4,408	2,316	2,246	1,615	448
85～89	24,623	3,644	3,442	5,563	4,900	3,386	1,984	1,328	377
90歳以上	18,119	1,349	2,465	3,316	3,748	3,001	2,134	1,603	502
（再掲）									
65歳以上	95,655	13,471	14,774	18,524	19,013	12,368	8,780	6,775	1,951

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25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)
平成23年	3,791	311	312	1,667	921	168
(2012)	(100)	(8.2)	(8.2)	(44.0)	(24.3)	(4.4)

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）　平成３年迄は聴覚障害
　　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
　　平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果

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)
平成23年	72.7	4.9	11.8	42.3	9.8	8.8
(2012)	(100)	(6.7)	(16.2)	(58.2)	(13.5)	(12.1)

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
　　平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果

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Ⅰ（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	中耳性疾患	内耳性疾患
昭和62年	2,423	65	53	76		13	354	−	−	232	93	97	103
(1987)	(100)	(2.7)	(2.7)	(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)	(0.8)	(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	網脈絡膜・視神経系疾患	じん臓疾患	心臓疾患	呼吸器疾患	ぼうこう疾患	大腸疾患	小腸疾患	後天性免疫不全症候群	その他・不明・不詳
昭和62年	63	63	112	74	136	65	14	20	1	−	781
(1987)	(2.6)	(2.6)	(4.6)	(3.1)	(5.6)	(2.7)	(0.6)	(0.8)	(0.0)	(−)	(32.3)
平成３年	46	55	105	95	135	68	16	25	1	−	1,136
(1991)	(1.7)	(2.0)	(3.9)	(3.5)	(7.2)	(2.5)	(0.6)	(0.9)	(0.0)	(−)	(41.7)
平成８年	48	22	113	131	293	78	22	34	1	−	0
(1996)	(1.6)	(0.8)	(3.9)	(4.5)	(10)	(2.7)	(0.8)	(1.2)	(0.0)	(−)	(0.0)
平成13年	35	17	97	169	360	83	26	34	2	−	1224
(2001)	(1.1)	(0.5)	(3.0)	(5.2)	(11.0)	(2.6)	(0.8)	(1.0)	(0.1)	(−)	(37.7)
平成18年	19	11	84	163	350	56	20	51	4	2	1,778
(2006)	(0.5)	(0.3)	(2.4)	(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	脊髄性小児マヒ	脊髄損傷Ⅰ（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	中耳性疾患	内耳性疾患
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	網脈絡膜・視神経系疾患	じん臓疾患	心臓疾患	呼吸器疾患	ぼうこう疾患	大腸疾患	小腸疾患	後天性免疫不全症候群	その他・不明・不詳
昭和62年	0.4	1.2	3.5	15.5	－	－	－	－	－	－	29.5
(1987)	(0.4)	(1.3)	(3.8)	(16.8)	(－)	(－)	(－)	(－)	(－)	(－)	(31.9)
平成３年	0.5	－	0.5	0.5	14.6	－	－	－	0.5	－	28.6
(1991)	(0.6)	(－)	(0.6)	(0.6)	(18.0)	(－)	(－)	(－)	(0.6)	(－)	(35.5)
平成８年	0.3	0.7	1.0	1.5	15.0	0.5	0.3	－	0.2	－	18.6
(1996)	(0.4)	(0.9)	(1.2)	(1.8)	(18.4)	(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)	(0.6)	(11.2)	(0.6)	(0.6)	(－)	(－)	(－)	(40.3)
平成18年	0.3	－	1.9	1.2	12.4	0.3	－	0.3	0.3	－	39.2
(2006)	(0.3)	(－)	(2.0)	(1.3)	(13.3)	(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：%）
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	638		756	－
(1987)	(100.0)	(0.3)	(3.2)	(7.5)	(11.1)	(20)	(26.4)		(31.1)	(－)
平成３年	2,722	16	71	136	266	467	789		918	58
(1991)	(100.0)	(0.6)	(2.6)	(5.0)	(9.8)	(17.2)	(29)		(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)	(3.8)	(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)
平成23年	3,864	10	57	110	168	323	443	439	2,216	25
(2012)	(100)	(0.0)	(5.7)	(1.9)	(1.5)	(1.9)	(1.4)	(1.0)	(5.0)	(0.0)
増加率(%) H23/H18	110.9	83.3	87.7	96.5	92.3	68.7	112.4	100.7	124.8	71.4

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「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
　　平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果

⑥年齢階層別にみた身体障害者の年次推移

	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（1960）	13.7		5.2	5.4	10.0	16.0	20.0	28.2		39.1
昭和45年（1970）	17.9		3.3	4.9	7.7	15.8	29.7	40.9	56.2	63.7
昭和55年（1980）	23.8		3.5	4.9	7.0	16.0	33.7	55.8	68.7	87.6
昭和62年（1987）	26.3		2.2	4.9	9.1	15.7	31.7	56.9	72.9	88.0
平成３年（1991）	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
平成23年（2012）	30.3	3.7	3.6	4.3	9.7	9.5	20.7	43.2	53.5	98.1

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」
　　平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果

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	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)	平成25年 (2013)
保護施設	340	296	298	298	302	300	299	297	294	295	292
老人福祉施設	12,904	28,613	43,285	41,948	43,459	45,147	43,779	40,368	42,676	5,323	5,308
養護老人ホーム	947	949	964	962	958	964	932	909	893	904	903
特別養護老人ホーム・介護老人福祉施設 1)	3,201	4,463	5,535	5,759	5,986	6,198	5,876	5,676	5,953	6,590	6,754
軽費老人ホーム（A型）	252	246	240	234	233	229	217	218	208	215	213
軽費老人ホーム（B型）	38	8	33	32	31	31	29	28	24	24	22
軽費老人ホーム（ケアハウス）	261	1,160	1,693	1,750	1,795	1,835	1,804	1,718	1,769	1,943	1,963
老人福祉センター（特A型）	266	269	267	260	260	267	243	236	222	259	253
老人福祉センター（A型）	1,594	1,624	1,590	1,569	1,545	1,527	1,390	1,363	1,306	1,479	1,454
老人福祉センター（B型）	354	378	427	431	429	434	380	386	405	450	450
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)	3,948	8,037	17,652	19,409	20,997	22,366	22,267	22,738	24,381	34,107	38,127
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）	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	8,980	9,445
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	5,962	6,099
障害者支援施設	–	–	–	–	197	458	751	1,204	1,661	2,660	2,652
地域活動支援センター	–	–	–	–	1,859	2,267	2,432	2,410	2,446	3,135	3,286
福祉ホーム	–	–	–	–	177	173	151	150	156	167	161
身体障害者更生援護施設	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	41	37	84	81	63	47	40	31	15	–	–
その他の障害者更生施設	24	23	30	29	29	15	11	5	4	–	–
身体障害者療護施設	269	377	484	499	455	389	292	190	106	–	–
重度身体障害者更生援護施設	71	73	–	–	–	–	–	–	–	–	–
身体障害者福祉ホーム	21	42	67	71	–	–	–	–	–	–	–
身体障害者授産施設	82	81	202	197	176	144	116	82	44	69	18
重度身体障害者授産施設	125	128	–	–	–	–	–	–	–	–	–
身体障害者通所授産施設	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	34	37	36	36	26	20	13	11	8	–	–
身体障害者福祉センター（A型）	36	41	39	39	37	36	35	32	33	31	35
身体障害者福祉センター（B型）	197	210	209	204	186	185	166	150	132	121	31
在宅障害者デイサービス施設	103	325	430	453	–	–	–	–	–	–	–
障害者更生センター	9	9	7	6	6	6	6	5	5	5	5
補装具作製施設	26	23	19	18	17	17	17	18	17	18	18
その他	98	108	124	124	131	130	127	132	131	133	137
婦人保護施設	52	50	50	49	49	48	48	47	45	46	48
児童福祉施設	33,231	33,089	33,545	33,464	33,524	33,431	32,353	31,623	31,599	33,873	33,938
保育所（保育園）	22,488	22,199	22,624	22,720	22,838	22,898	22,250	21,681	21,751	23,740	24,076
知的障害児施設（精神薄弱児施設）	295	272	255	254	251	248	239	224	225	–	–
知的障害児通園施設（精神薄弱児通園施設）	222	234	256	254	257	258	253	230	256	–	–
肢体不自由児施設	70	65	63	62	63	62	56	56	59	–	–
肢体不自由児通園施設	79	85	99	99	98	99	99	83	97	–	–
肢体不自由児療護施設	8	7	6	6	6	7	6	6	6	–	–
重症心身障害児施設	78	91	112	115	124	125	118	116	133	–	–
その他	9,991	10,136	10,130	9,954	9,887	9,734	9,332	9,227	9,072	7,830	8,948
知的障害者援護施設（精神薄弱者援護施設）	2,332	3,002	4,525	4,682	3,873	3,315	2,567	2,001	1,127	–	–
母子福祉施設	92	90	80	73	72	69	62	63	60	61	60
精神障害者社会復帰施設	233	521	1,687	1,697	935	782	635	504	366	–	–
その他の社会福祉施設	8,281	8,418	8,848	9,239	9,805	10,353	8,717	6,351	6,944	10,013	12,546
総数	58,786	75,875	94,612	96,286	98,712	100,828	92,860	85,853	87,978	–	–

注：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
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。
注：平成25年より障害者総合支援法が施行され、施設・サービス分類方法が変更になったため、総数は記載していない。
資料：厚生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、社会福祉施設等調査
　　政府統計の総合窓口e-Stat：平成18年度障害者・児実態調査

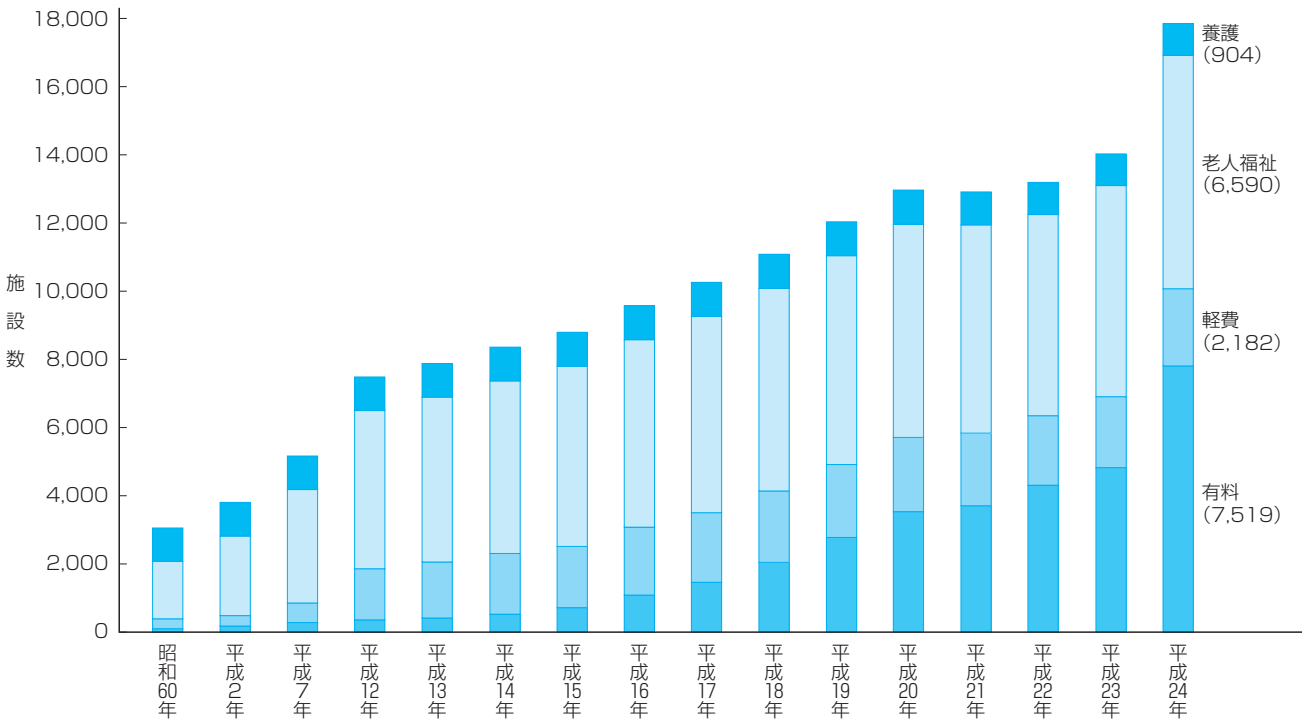
9）老人ホームの施設数の推移

①施設の種類別にみた老人ホームの施設数・定員・老年人口１万人当たりの定員

	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）
施設数											
養護老人ホーム	950	947	949	964	962	958	964	932	909	893	904
介護老人福祉施設	2,260	3,201	4463	5,535	5,716	5,892	6,015	5,876	5,676	5,953	6,590
軽費老人ホーム	295	551	1444	1,966	2,016	2,059	2,095	2,050	1,964	2,001	2,182
（A型）	254	252	246	240	234	233	229	217	218	208	215
（B型）	38	38	38	33	32	31	31	29	28	24	24
（ケアハウス）	3	261	1160	1,693	1,750	1,795	1,835	1,804	1,718	1,769	1,943
有料老人ホーム	173	272	350	1,406	1,968	2,671	3,400	3,565	4,144	4,640	7,519
総数	3,678	4,971	7,206	9,871	10,662	11,580	12,474	14,473	14,657	15,488	17,195
定員											
養護老人ホーム	67,938	67,219	66,495	66,837	66,667	66,375	66,239	64,194	62,307	60,752	65,113
介護老人福祉施設	161,612	220,916	298,912	383,326	399,352	412,807	422,703	414,668	403,313	427,634	475,695
軽費老人ホーム	17,331	27,666	61,732	82,594	84,325	86,367	88,059	86,049	83,845	85,220	91,474
（A型）	15,371	15,152	14,642	14,015	13,698	13,605	13,355	12,765	12,835	12,232	12,656
（B型）	1,810	1,808	1,818	1,547	1,467	1,450	1,463	1,363	1,285	1,080	1,170
（介護利用型）	150	10,706	45,272	67,032	69,160	71,312	73,241	71,921	69,725	71,898	77,648
有料老人ホーム	17,420	27,833	37,467	96,412	123,155	147,981	176,935	183,245	195,972	216,174	315,234
総数	264,301	343,634	464,606	629,169	673,499	713,530	753,936	834,205	829,282	874,990	947,516
老年人口1万人当たり定員											
養護老人ホーム	45.6	36.1	30.2	26.0	25.1	24.2	23.5	22.1	21.3	20.5	22.3
介護老人福祉施設	108.5	118.8	135.8	149.3	150.5	150.3	149.8	143.0	137.9	144.3	162.7
軽費老人ホーム	11.6	14.9	28.1	32.2	31.7	31.4	31.2	29.7	28.7	28.8	31.3
（A型）	10.3	8.1	6.7	5.5	5.1	5.0	4.7	4.4	4.4	4.1	4.3
（B型）	1.2	1.0	0.8	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
（ケアハウス）	0.1	5.8	20.6	26.1	26.0	26.0	26.0	24.8	23.8	24.3	26.6
有料老人ホーム	11.7	14.1	17.0	37.6	46.3	53.9	62.7	63.2	67.0	73.0	107.8
総数	177.4	184	211.1	245.1	253.5	259.8	267.2	287.6	283.6	295.3	324.0

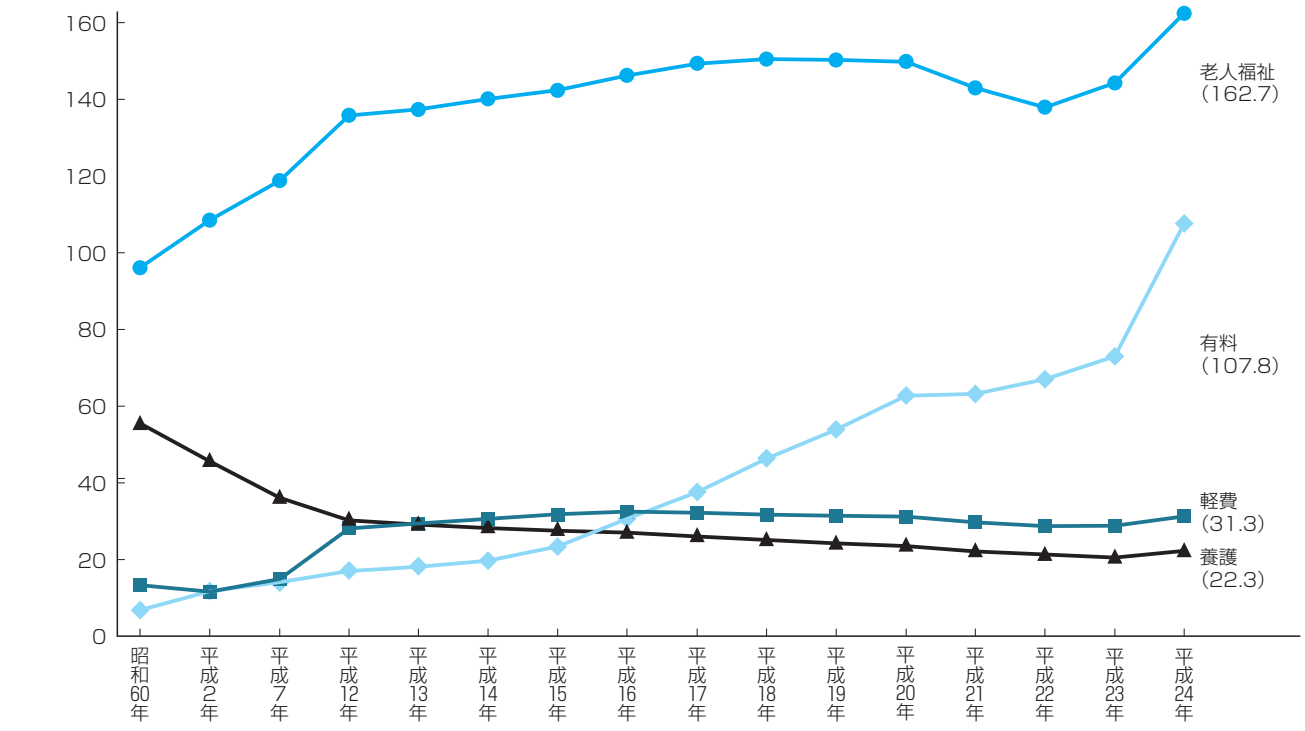
注：老年人口は、昭和60年、平成2年,12年,17年は総務庁統計局の国勢調査報告（総人口）の65歳以上人口を、その他の年は同推計値を用いた。
資料：資料：厚生労働省統計表データベースシステム・厚生行政基本統計表：社会福祉施設調査報告

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老人人口１万人当たりの定員の年次推移図



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）	平成23年度（2011）	平成24年度（2012）
総　数	7,960,851	7,933,683	7,935,476	7,905,166	7,568,554	7,583,680	7,566,454	7,395,214	7,597,014	7,676,206
栄養指導	5,668,987	5,693,973	5,579,676	5,383,462	5,373,926	5,286,081	5,286,385	5,100,137	5,103,394	5,116,622
運動指導	1,574,027	1,489,815	1,599,901	1,714,958	1,431,045	1,476,149	1,393,383	1,396,052	1,537,367	1,564,374
休養指導	163,151	137,912	129,614	112,227	103,136	102,931	109,576	113,901	108,507	96,969
禁煙指導	312,415	307,349	291,723	308,038	273,237	299,648	305,144	303,145	337,924	352,743
そ の 他	242,271	304,634	334,562	386,481	387,210	418,871	471,966	481,979	509,822	545,498

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。

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

②介護保険施設の施設数・定員・在所者数

施設の種類	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）	平成25年（2013）
総数	12,036	11,935	11,767	11,319	10,828	11,197	11,446	11,404
介護老人福祉施設	5,716	5,892	6,015	5,876	5,676	5,953	6,092	6,212
介護老人保健施設	3,391	3,435	3,500	3,463	3,382	3,533	3,710	3,683
介護療養型医療施設	2,929	2,608	2,252	1,980	1,770	1,711	1,644	1,509
定員総数（単位：千人）	828	837	841	818	788	822	844	844
介護老人福祉施設	399	413	423	415	403	428	439	449
介護老人保健施設	309	314	319	315	307	318	332	329
介護療養型医療施設	120	111	99	88	78	76	73	66
在所者総数	784,235	793,111	800,691	784,235	679,001	785,636	798,485	800,051
介護老人福祉施設	392,547	405,093	416,052	408,622	396,356	420,827	429,415	439,737
介護老人保健施設	280,589	285,265	291,931	289,273	282,645	293,432	301,539	299,885
介護療養型医療施設	111,099	102,753	92,708	82,007	73,405	71,377	67,531	60,429

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月の数字

③介護保険施設の常勤換算従事者数

	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）	平成25年（2013）
介護老人福祉施設								
施設長	4,409	4,548	4,650	4,556	4,463	4,715	4,831	4,936
医師	1,250	1,221	1,200	1,095	1,172	1,386	1,359	1,351
歯科医師	62	63	63	66	59	68	80	79
看護師	8,815	9,492	10,301	10,766	11,095	12,082	12,682	13,208
准看護師	11,097	11,285	11,518	11,585	11,322	11,708	11,831	11,956
介護職員	156,253	164,291	172,339	176,727	176,747	187,434	192,566	198,766
介護福祉士（再掲）	66,977	73,834	81,183	86,391	88,556	96,100	101,883	107,832
薬剤師	－	－	－	－	－	－	－	－
管理栄養士	4,252	4,538	4,720	4,641	4,635	5,029	5,269	5,412
栄養士	1,909	1,850	1,959	1,823	1,793	1,779	1,739	1,701
機能訓練指導員*	4,167	4,297	4,474	4,259	4,222	4,481	4,775	4,990
理学療法士	287	312	350	383	439	524	613	684
作業療法士	196	228	260	296	353	427	440	498
言語聴覚士	29	35	33	40	42	43	50	55
柔道整復師	71	89	119	156	183	231	264	299
生活相談員・支援相談員	7,444	7,646	7,879	7,825	7,744	8,135	8,287	8,560
社会福祉士（再掲）	1,976	2,134	2,287	2,375	2,392	2,560	2,587	2,583
障害者生活支援員	32	33	33	33	41	38	40	44
介護支援専門員	6,435	6,580	6,976	6,578	6,758	7,180	7,438	7,699
精神保健福祉士等	－	－	－	－	－	－	－	－
介護老人保健施設								
施設長	－	－	－	－	－	－	－	－
医師	3,633	3,641	3,748	3,684	3,601	3,758	3,921	3,928
歯科医師	10	9	7	8	10	7	16	18
看護師	13,984	14,202	14,792	15,297	15,232	16,287	17336	17,677
准看護師	19,870	19,877	20,209	20,147	19,387	19,621	19,955	19,368
介護職員	94,297	95,719	98,446	101,866	100,473	104,098	107,904	107,310
介護福祉士（再掲）	44,013	47,384	51,232	55,332	56,706	59,618	64,197	64,855
薬剤師	871	902	907	902	898	931	987	989
管理栄養士	3,425	3,508	3,605	3,563	3,505	3,659	3,732	3,762
栄養士	1,105	1,026	1,017	1,027	1,000	1,018	990	939
機能訓練指導員*	－	－	－	－	－	－	－	－
理学療法士	3,659	3,955	4,229	4,761	4,974	5,279	5,806	6,095
作業療法士	3,566	3,805	3,991	4,227	4,311	4,452	4,645	4,675
言語聴覚士	615	616	670	683	725	730	800	823
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	5,783	5,736	5,840	5,697	5,583	5,790	6,076	6,081
社会福祉士（再掲）	2,254	2,272	2,367	2,388	2,300	2,449	2,505	2,439
障害者生活支援員	－	－	－	－	－	－	－	－
介護支援専門員	4,843	4,865	5,135	4,905	5,075	5,417	5,725	5,697
精神保健福祉士等	－	－	－	－	－	－	－	－
介護療養型医療施設								
施設長	－	－	－	－	－	－	－	－
医師	6,585	5,857	5,183	4,578	4,225	4,104	3,969	3,780
歯科医師	88	93	80	55	59	61	50	55
看護師	14,124	12,409	11,264	10,353	9,786	9,534	9,397	8,906
准看護師	19,264	16,978	14,988	13,158	11,756	11,182	10,322	9,344
介護職員	37,542	34,131	30,494	28,047	25,208	24,206	23,001	20,866
介護福祉士（再掲）	8,522	8,570	8,125	8,962	8,492	8,783	8,847	8,337
薬剤師	2,388	2,169	1,973	1,779	1,596	1,545	1,447	1,334
管理栄養士	1,830	1,713	1,565	1,405	1,301	1,258	1,277	1,225
栄養士	930	759	641	576	524	532	475	389
機能訓練指導員*	－	－	－	－	－	－	－	－
理学療法士	2,865	2,795	2,749	2,611	2,582	2,456	2,401	2,374
作業療法士	1,461	1,407	1,390	1,332	1,343	1,321	1,250	1,153
言語聴覚士	627	587	582	582	548	560	528	511
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	－	－	－	－	－	－	－	－
社会福祉士（再掲）	－	－	－	－	－	－	－	－
障害者生活支援員	－	－	－	－	－	－	－	－
介護支援専門員	3,060	2,731	2,399	2,084	1,891	1,779	1,783	1,597
精神保健福祉士等	179	150	150	116	113	131	130	138

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の施設数・在所者数（介護サービス）

施設の種類	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）	平成25年（2013）
								各年10月1日現在
訪問系								
訪問介護	20,948	21,069	20,885	21,517	20,805	21,315	25,118	26,576
訪問入浴介護	2,245	2,124	2,013	2,033	2,021	2,002	2,103	2,033
訪問看護ステーション	5,470	5,407	5,434	5,221	5,119	5,212	5,972	6,458
通所系								
通所介護	19,409	20,997	22,366	22,267	22,738	24,381	29,815	33,163
通所リハビリテーション	6,278	6,380	6,426	6,152	5,877	5,948	6,315	6,405
介護老人保健施設	3,288	3,314	3,488	3,205	3,081	3,185	3,257	3,304
医療施設	2,990	3,066	2,988	2,497	2,796	2,763	3,058	3,101
その他								
短期入所生活介護	6,664	7,030	7,347	7,215	7,096	7,515	8,274	8,630
短期入所療養介護	5,437	5,278	5,242	4,857	4,633	4,726	5,079	4,918
介護老人保健施設	3,340	3,381	3,469	3,298	3,197	3,328	3,576	3,558
医療施設	2,097	1,897	1,773	1,559	1,436	1,398	1,503	1,360
認知症対応型共同生活介護	8,350	8,818	9,292	9,186	8,942	9,484	10,760	10,497
特定施設入所者生活介護	1,941	2,617	2,876	2,944	2,974	3,165	3,628	3,914
福祉用具貸与	6,051	5,649	4,974	5,474	5,202	5,212	6,143	6,378
居宅介護支援	27,571	28,248	28,121	27,961	27,158	27,705	31,600	32,956
								各年9月　単位：人
利用者数								
訪問系								
訪問介護	882,556	738,793	716,345	754,478	744,482	742,880	817,080	870,987
訪問入浴介護	62,219	64,396	64,242	66,559	68,046	65,593	67,508	65,858
訪問看護ステーション	281,160	292,839	281,917	292,244	297,346	316,583	360,805	385,951
通所系								
通所介護	955,506	882,596	933,611	964,579	963,475	1,018,651	1,140,565	1,223,344
通所リハビリテーション	412,044	366,665	368,873	354,868	346,273	353,897	360,502	372,586
介護老人保健施設	244,585	220,274	225,412	213,847	209,524	216,429	219,588	227,664
医療施設	167,459	146,391	143,461	141,021	136,749	137,468	140,914	144,922
その他								
短期入所生活介護	224,163	237,257	259,677	263,459	269,106	279,812	292,758	298,002
短期入所療養介護	58,069	56,389	56,769	52,142	50,857	49,878	51,609	50,053
介護老人保健施設	52,711	51,510	52,175	48,259	46,830	46,347	48,537	47,398
医療施設	5,358	4,879	4,594	3,883	4,027	3,531	3,072	2,655
認知症対応型共同生活介護	115,644	123,479	132,069	130,199	127,858	136,188	149,559	153,744
特定施設入所者生活介護	66,070	84,355	97,645	103,713	106,783	116,765	132,673	145,508
福祉用具貸与	652,262	670,700	699,984	841,520	825,687	872,197	1,080,763	1,164,717
居宅介護支援	1,889,213	1,643,451	1,704,996	1,755,255	1,759,799	1,804,902	1,804,902	2,084,901

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の常勤換算従事者数（介護予防サービス）

	平成21年（2009）	平成22年（2010）	平成23年（2011）	平成24年（2012）	平成25年（2013）
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	24,575	26,022
介護予防訪問入浴介護	1,826	1,841	1,837	1,925	1,871
介護予防訪問看護ステーション	5,092	5,010	5,103	5,846	6,314
（通所系）					
介護予防通所介護	21,632	22,023	23,481	28,509	31,635
介護予防通所リハビリテーション	6,017	5,753	5,829	6,046	6,214
介護老人保健施設	3,146	3,026	3,131	3,234	3,259
医療施設	2,871	2,727	2,698	2,812	2,955
（その他）					
介護予防短期入所生活介護	6,853	6,752	7,177	7,908	8,273
介護予防短期入所療養介護	4,686	4,467	4,561	4,939	4,749
介護老人保健施設	3,230	3,129	3,263	3,526	3,490
医療施設	1,456	1,338	1,298	1,413	1,259
介護予防特定施設入居者生活介護	2,791	2,822	2,991	3,416	3,672
介護予防福祉用具貸与	5,361	5,145	5,169	6,045	6,287
特定介護予防福祉用具販売	5,567	5,304	5,326	6,183	6,407
介護予防地域密着型サービス事業所					
介護予防認知症対応型通所介護	2,861	2,879	2,989	3,417	3,484
介護予防小規模多機能型居宅介護	1,564	1,773	2,099	2,910	3,251
介護予防認知症対応型共同生活介護	8,904	8,643	9,144	10,275	10,457
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	－	－	－		
利用者数					
介護予防居宅サービス事業所					
（訪問系）					
介護予防訪問介護	337,897	334,523	338,554	367,997	383,175
介護予防訪問入浴介護	366	359	342	450	367
介護予防訪問看護ステーション	21,417	22,402	24,207	28,818	32,678
（通所系）					
介護予防通所介護	313,606	307,791	32,105	368,801	413,712
介護予防通所リハビリテーション	107,229	102,825	104,953	104,174	110,148
介護老人保健施設	54,629	52,449	54,005	54,461	55,266
医療施設	52,600	50,376	50,948	49,713	54,882
（その他）					
介護予防短期入所生活介護	8,492	7,980	8,010	8,528	8,989
介護予防短期入所療養介護	1,262	1,151	1,066	1,098	1,093
介護老人保健施設	1,184	1,075	1,000	1,036	1,036
医療施設	78	76	66	62	57
介護予防特定施設入居者生活介護	19,450	18,217	18,969	21,092	23,007
介護予防福祉用具貸与	176,373	201,773	218,399	276,617	319,824
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					
介護予防認知症対応型通所介護	870	755	719	851	875
介護予防小規模多機能型居宅介護	3,220	3,647	4,150	5,635	6,707
介護予防認知症対応型共同生活介護	880	1,251	1,285	749	769
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	－	－	－		

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 (2001)	平成14年7月 (2002)	平成15年7月 (2003)	平成16年7月 (2004)	平成17年7月 (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		178	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)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)
心大血管疾患リハビリテーション料	Ⅰ	161	218	291	356	475	576	626	709
	Ⅱ	127	139	127	120	96	87	101	115
脳血管疾患リハビリテーション料	Ⅰ	1,544	1,868	2,041	2,159	2,273	2,358	2,454	2,541
	Ⅱ	4,844	4,765	1,319	1,498	1,701	1,788	1,846	1,863
	Ⅲ			3,322	3,143	3,013	2,930	2901	2911
運動器リハビリテーション料	Ⅰ	6,902	7,569	8,029	8,195	3,977	4,128	4,333	4,428
	Ⅱ	1,812	1,706	1,620	1,610	5,156	4,932	4,850	4,859
呼吸器リハビリテーション料	Ⅰ	2,504	2,648	2,824	2,944	3,090	3,167	3,246	3,309
	Ⅱ	1,191	1,165	1,132	1,091	1,058	966	904	873
難病患者リハビリテーション料		103	96	92	84	81	76	71	72
障害児(者)リハビリテーション料		289	271	314	316	327	334	338	343
がん患者リハビリテーション料		–	–	–	–	11	223	448	582
回復期リハビリテーション病棟1	一般病棟							97	203
	療養病棟							151	326
回復期リハビリテーション病棟2	一般病棟			115	430	480	490	428	342
	療養病棟			140	755	696	731	628	486
回復期リハビリテーション病棟3	一般病棟	326	366	311	78	72	67	68	79
	療養病棟	470	598	561	218	102	108	94	73

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資料 平成26年9月10日から引用
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
回復期リハビリテーション病棟は平成24年より新規入院患者のうち重症患者の割合、在宅復帰率等に応じて1～3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）	平成25年（2013）
開設者別（総数）	2,552	4,612	8,545	12,211	19,025	28,366	31,386	34,783	38,564	42,664	47,385	61,720
国（厚生労働省）	189	271	364	391	472	57	61	73	77	76	43	47
国（その他）	284	349	401	455	473	1,096	1,161	1,247	1,324	1,432	1,591	1,981
都道府県	388	546	722	907	1,050	1,143	1,161	1,189	1,206	1,194	1,145	1,292
市町村	344	558	980	1,447	1,956	2,546	2,606	2,715	2,885	3,055	3,254	3,977
地方独立行政法人	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	597
その他の公的医療機関	199	366	670	927	1,255	1,773	1,889	2,047	2,309	2,545	2,833	3,190
社会保険関係団体	108	169	288	373	495	681	723	769	818	850	897	1,029
公益法人	118	261	442	632	1,009	1,650	1,880	2,054	2,279	2,481	2,816	3,086
医療法人	365	1,081	2,863	4,879	9,788	16,381	18,634	21,167	24,059	27,078	30,586	40,294
学校法人・他	307	534	861	1,140	1,576	2,160	2,405	2,654	2,717	3,024	3,281	5,179
会社	36	72	124	179	207	244	254	309	355	369	393	502
個人	224	410	832	875	744	636	612	558	537	559	545	546
医育機関(再掲)	261	391	536	671		997	1,057	1,142	1,236	1,300	1,390	1,743

注：平成14年度からは常勤換算値
資料：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		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）	平成23年（2011）	平成24年（2012）
総数	総数	1,154	1,617	2,608	2,775	1,965	1,407	1,384	1,494	1,500	1,529	1,481	1,670	1,571
	専任	830	1,074	1,416	1,258									
	兼任	324	543	1,192	1,517									
保護施設	総数	2	0	9	14	13	2	3	2	3	2	2	3	3
	専任	2	0	0	0									
	兼任	0	0	9	14									
老人福祉施設	総数	335	670	1,188	1,171	102	44	18	26	26	38	18	23	33
	専任	154	344	435	191									
	兼任	181	326	763	980									
身体障害者支援施設･更生援護施設･社会参加支援施設	総数	195	290	463	605	739	346	369	371	355	341	371	394	375
	専任	152	176	267	315									
	兼任	43	114	196	290									
児童福祉施設	総数	587	646	789	895	1,032	928	966	983	986	1,015	933	1,057	860
	専任	507	549	679	722									
	兼任	80	97	110	173									
知的障害者援護施設	総数	2	7	23	35	70	20	26	14	15	8	7	3	－
	専任	00	5	13	10									
	兼任	2	2	10	25									
母子福祉施設	総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	－	－	－	－
	専任	0	0	0	0									
	兼任	0	0	0	0									
精神障害者社会復帰施設	総数	－	－	1	0	0	0	0	1	－	－	－	－	－
	専任	－	－	1	0									
	兼任	－	－	0	0									
その他の社会福祉施設等	総数	33	4	135	55	9	67	3	98	115	125	150	190	271
	専任	15	0	31	20									
	兼任	18	4	104	35									

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）
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
資料：社会福祉施設等調査報告

4）施設別理学療法士就職比率

職　場	昭和53年(1983) 常　勤 n=1,358	非常勤 n=371	平成2年(1990) 常　勤 n=2,735	非常勤 n=533	平成7年(1995) 常　勤 n=2,514	非常勤 n=713	平成12年(2000) 常　勤 n=10,703	非常勤 n=2,403	平成17年(2005) 常　勤 n=7,824	非常勤 n=803
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
総合病院	−	−	−	−	−	−	25.4	3.5	20.5	5.2
老人病院	−	−	−	−	−	−	6.0	3.1	5.7	3.4
小児病院	−	−	−	−	−	−	0.6	0.2	0.4	0.2
一般病院（前記以外）	60.6	30.2	71.2	36.6	68.3	20.6	38.8	17.6	42.3	17.4
精神病院	0.2	0.0	0.2	0.4	0.8	0.4	0.4	0.3	0.3	0.6
結核病院	1.6	0.3	1.2	0.2	0.8	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
らい病院	0.2	0.0	0.04	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0		
診療所	2.7	5.9	1.9	7.1	3.7	8.1	3.7	8.9	5.2	10.5
その他	4.6	1.3	3.8	1.9	3.6	2.9	1.5	1.3	3.0	0.9
B：社会福祉施設										
a.老人福祉施設										
介護老人保健施設	−	−	0.4	2.6	2.6	8.6	5.5	14.2	7.2	11.5
訪問看護ステーション	−	−	−	−	−	−	0.7	5.7	2.8	7.7
在宅デイサービス	−	−	−	−	−	−	0.1	0.7	0.2	1.0
その他の中間施設	−	−	−	−	−	−	0.1	0.4	0.1	0.0
養護老人ホーム	0.0	1.9	0.1	1.7	0.04	1.5	0.0	1.8	0.0	0.9
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
老人福祉センター	0.1	3.8	0.1	3.2	0.08	2.9	0.0	0.8	0.0	0.1
老人デイサービス	−	−	−	−	−	−	0.2	4.3	0.3	3.7
その他の老人福祉施設	0.1	0.3	0.1	1.1	0.3	0.3	0.1	0.5	0.4	2.0
b．身体障害者更生援護施設										
重度障害者更正施設	0.9	1.3	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1		
肢体不自由者更生施設	0.8	0.5	0.7	0.4	0.3	0.3	0.2	0.0	0.2	0.2
身体障害者療護施設	0.0	1.3	0.3	1.3	0.4	1.5	0.2	1.3	0.4	1.9
重度身障者授産施設	0.0	0.0	0.0	0.2	0.04	0.3	0.0	0.1		
身体障害者更生相談所	0.4	0.0	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	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
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
その他の身体障害者更生施設	0.0	0.0	0.2	0.0	0.04	0.1	0.3	0.3	0.1	0.4
c．児童福祉施設										
肢体不自由児施設	5.8	0.8	3.9	0.9	2.9	0.4	2.0	0.4	1.5	0.2
肢体不自由児通園施設	2.4	6.5	1.9	1.9	1.5	1.0	1.0	0.8	0.8	1.0
重症心身障害児施設	0.5	1.3	0.9	0.9	0.4	0.3	0.8	0.3	0.9	0.1
知的障害児通園施設	0.2	0.5	0.04	0.4	0.1	0.3	0.1	0.1	0.0	0.2
その他の児童福祉施設	0.1	0.5	0.6	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2
d．知的・精神障害者社会復帰施設										
知的障害者援護施設	−	−	−	−	−	−	−	−	0.0	0.4
精神障害者社会復帰施設	−	−	−	−	−	−	−	−	0.0	0.0
e．その他の社会福祉・介護施設									0.0	0.0
訪問介護施設	−	−	−	−	−	−	−	−	0.0	0.4
社会福祉協議会・身体障害者福祉協会	−	−	−	−	−	−	−	−	0.0	0.5
その他	−	−	−	−	−	−	−	−	0.1	0.5
C：教育・研究施設										
養護学校	0.6	2.7	0.2	0.4	0.1	0.6	0.2	0.2	*2	*2
専門学校（理学療法士養成）	3.4	6.2	1.9	2.1	2.5	2.1	2.4	3.4	2.6	5.5
短期大学（理学療法士養成）	0.8	0.3	1.5	0.2	1.2	1.1	0.4	0.3	0.1	0.0
大学（理学療法士養成）	−	−	−	−	0.3	0.3	1.1	0.3	0.8	0.7
大学院（理学療法関連）							−	−	0.0	0.0
その他の教育養成施設*1	0.2	0.3	0.0	0.4	0.3	0	0.1	2.3	0.2	2.2
研究施設	0.3	0.3	0.1	0.4	0.08	0.4	0.0	0.1	0.0	0.0
その他	0.1	1.1	0.04	1.1	0.08	1.3	0.0	0.4	0.0	0.0

職　場	平成22年(2010) 主たる職場 n=11,362	兼務している職場 n=11,726
A：医療施設		
精神科病院	0.7	1.0
結核療養所	0.1	0.1
一般病院（療養病床を有する）	33.8	34.9
一般病院（療養病床を有しない）	22.5	23.2
一般病院（地域医療支援病院）	8.7	9.1
有床診療所（療養病床を有する）	1.8	2.1
有床診療所（療養病床を有しない）	1.9	2.2
無床診療所	4.9	6.2
B：社会福祉施設（介護予防を含む）		
a．社会福祉施設		
介護老人福祉施設	1.4	2.3
介護老人保健施設	8.0	9.4
介護療養型医療施設	0.5	1.1
訪問介護	0.1	0.3
訪問入浴介護	0.0	0.1
訪問看護	2.5	3.9
訪問リハビリテーション	1.6	5.3
通所介護	0.8	1.9
通所リハビリテーション	3.1	8.3
短期入所生活介護	0.1	0.5
短期入所療養介護	0.1	1.0
特定施設入居者生活介護	0.1	0.3
居宅介護支援	0.1	0.4
介護予防支援（地域包括支援ｾﾝﾀｰ）	0.1	0.5
小規模多機能型居宅介護	0.0	0.1
夜間対応型訪問介護	0.0	0.0
認知症対応型通所介護	0.0	0.1
認知症対応型共同生活介護	0.1	0.2
地域密着型特定施設	0.0	0.0
地域密着型介護老人福祉施設	0.0	0.1
b．身体障害者更生援護施設		
身体障害者授産施設	0.0	0.1
肢体不自由者更生施設	0.2	0.3
身体障害者療護施設	0.5	0.8
身体障害者更生相談所	0.1	0.1
身体障害者福祉センターA型	0.1	0.1
身体障害者福祉センターB型	0.1	0.2
その他の身体障害者更生施設	0.1	0.2
c．児童福祉施設		
体不自由児施設	0.9	1.1
肢体不自由児通園施設	0.7	1.0
重症心身障害児施設	0.9	1.2
知的障害児通園施設	0.1	0.2
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		
社会福祉協議会・身障者福祉協会	0.0	0.1
その他	0.1	0.2
C：教育・研究施設		
特別支援学校	0.2	0.3
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）	0.1	0.1
大　学（理学療法士養成）	1.9	2.1
大学院（理学療法関連）	0.3	0.5
理学療法関連以外の大学・大学院	0.2	0.4
その他の教育養成施設	0.0	0.2
研究施設	0.1	0.1
その他	0.0	0.1

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	昭和53年(1983) 常　勤 n=1,358	昭和53年(1983) 非常勤 n=371	平成2年(1990) 常　勤 n=2,735	平成2年(1990) 非常勤 n=533	平成7年(1995) 常　勤 n=2,514	平成7年(1995) 非常勤 n=713	平成12年(2000) 常　勤 n=10,703	平成12年(2000) 非常勤 n=2,403	平成17年(2005) 常　勤 n=7,824	平成17年(2005) 非常勤 n=803
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
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
国（行政）	−	−	−	−	−	−	0.1	0.0	0.0	0.0
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
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
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
E：その他										
スポーツ・フィットネス施設	−	−	−	−	−	−	0.0	0.1	0.0	0.6
企業健康	−	−	−	−	−	−	0.0	0.0	0.0	0.0
その他健康産業	−	−	−	−	−	−	0.0	0.1	0.0	0.1
その他介護保険事業所	−	−	−	−	−	−	0.1	0.4	0.1	0.1
営業（自営）	−	−	−	−	−	−	0.2	0.3	0.1	0.1
F：その他										
自宅	−	−	−	−	−	−	0.4	0.6	0.2	1.5
海外	−	−	−	−	−	−	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	−	−	0.8	2.1	1.0	4.2	0.2	1.1	0.1	1.6

	平成22年(2010) 主たる職場 n=11,362	平成22年(2010) 兼務している職場 n=11,726
D：行政関係施設		
保健所	0.2	0.3
区市町村保健センター	0.3	0.6
国（行政）	0.1	0.1
都道府県庁（行政）	0.1	0.2
区市町村役場　（行政）	0.6	1.1
その他の行政	0.2	0.3
E：健康産業施設・営業施設		
スポーツ関係施設	0.1	0.2
フィットネス関係施設	0.1	0.2
企業健康	0.0	0.0
その他健康産業	0.0	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		
自宅	0.2	0.2
海外	0.0	0.0
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：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)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)
1人	3,345	4,111	4,353	4,440	4,458	4,512	4,762	5,232	5,251	5,679	5,835
2人	1,337	1,752	1,856	1,932	1,919	2,075	2,292	2,369	2,417	2,457	2,511
3人	845	1,089	1,124	1,152	1,163	1,206	1,427	1,447	1,527	1,538	1,533
4人	596	752	749	798	798	820	941	971	1,006	1,021	1,069
5人	450	591	574	565	579	609	678	675	702	695	669
6－10人	773	1,262	1,437	1,525	1,510	1,551	1,719	1,746	1,791	1,854	1,915
11－15人	124	366	424	531	527	567	658	672	696	742	742
16－20人	32	111	134	176	165	252	309	337	376	402	465
21－30人	17	65	98	125	126	143	257	274	344	362	399
31人以上	5	30	34	56	54	75	130	181	251	296	341
合計	7,542	10,129	10,783	11,300	11,299	11,810	13,173	13,904	14,361	15,046	15,479
自宅	1,546	3,070	3,599	4,053	4,077	4,483	5,471	6,357	11,185	16,180	15,682

注：平成26年度は平成26年12月末時点のデータ
資料：日本理学療法士協会　総会並びに代議員会資料

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　体	2,237	3,350	2,549	3,675	3,669	3,051	4,404	6,683
	病　院	1,903	2,480	2,105	3,015	−	−	3,226	4,859
	施　設	231	727	400	614	−	−	1,178	1,568
	その他	103	143	44	46	−	−	−	256
求 人 数	全　体	3,884	6,467	4,278	7,376	7,254	6,619	8,392	11,758
	病　院	3,371	4,870	3,631	6,230	−	−	6,584	9,174
	施　設	338	1,266	592	1,024	−	−	1,808	2,164
	その他	175	331	55	122	−	−	−	420
就職者数	全　体	936	1,587						
	病　院	865	1,418						
	施　設	75	118						
	その他	23	32						
求人倍率		3.88	4.07						
卒業者数		1,002	1,587						
養成校数		44	58	79	98	108	148	163	172
回答校数			53	58		65	54	63	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	5,888	5,771	5,995	4,199	4,893	4,745
	医療保険領域施設	4,306	4,119	4,301	3,256	3,409	1,425
	介護保険領域施設	1,261	1,302	1,511	852	1,318	2,133
	その他	321	350	183	91	166	1,187
求人数	全体	19,861	11,587	14,850	8,789	10,402	21,572
	医療保険領域施設	9,698	8,831	9,823	5,671	6,950	8,650
	介護保険施設	1,998	2,089	4,337	2,822	3,153	11,870
	その他	420	667	690	296	299	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%）
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

資料：日本理学療法士協会、平成22年度求人調査報告書

7）平成26年度診療報酬

平成16年4月

理学療法（Ⅰ）（リハビリテーション総合承認施設）		
	イ　個別療法（1単位）	250点
	ロ　集団療法（1単位）	100点
理学療法（Ⅱ）		
	イ　個別療法（1単位）	180点
	ロ　集団療法（1単位）	80点
早期理学療法（Ⅰ）、（Ⅱ）共通		
イ　発症後14日以内（1単位につき）		100点
ロ　発症後15日以上30日以内（1単位につき）		80点
ハ　発症後31日以上90日以内（1単位につき）		30点
病棟等早期歩行、ＡＤＬ訓練実施（1単位につき）		30点
リハビリテーション総合計画評価料（2.3.6ヶ月目に1月1回）		480点
理学療法（Ⅲ）	イ　個別療法（1単位）	100点
	ロ　集団療法（1単位）	40点
理学療法（Ⅳ）	イ　個別療法（1単位）	50点
	ロ　集団療法（1単位）	35点
退院時リハビリテーション指導料		300点
退院前訪問指導料		360点
在宅訪問リハビリテーション指導管理料		530点
難病患者リハビリテーション料		600点
摂食機能療法（1日につき）		185点
心疾患リハビリテーション料		550点
老人理学療法（Ⅰ）		
	イ　個別療法（1単位）	250点
	ロ　集団療法（1単位）	100点
老人理学療法料（Ⅱ）（名称変更）		
	イ　個別療法（1単位）	180点
	ロ　集団療法（1単位）	80点
退院後理学療法に対する加算（1単位につき）		50点
	イ　個別療法（1単位）	100点
	ロ　集団療法（1単位）	40点
	イ　個別療法（1単位）	50点
	ロ　集団療法（1単位）	35点
早期理学療法（Ⅰ）、（Ⅱ）共通		
イ　発症後14日以内（1単位につき）		100点
ロ　発症後15日以上30日以内（1単位につき）		80点
ハ　発症後31日以上90日以内（1単位につき）		30点
病棟等早期歩行、ＡＤＬ訓練実施（1単位につき）		30点
老人退院前訪問指導料		460点
老人リハビリテーション総合計画評価料（2.3.6ヶ月目に1月1回）		480点
入院生活リハビリテーション管理指導料（1週間につき）		300点

平成22年4月

脳血管区分（廃用以外）		
	Ⅰ	245点
	Ⅱ	200点
	Ⅲ	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。		
脳血管区分（廃用）		
	Ⅰ	235点
	Ⅱ	190点
	Ⅲ	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。		
運動器		
	Ⅰ	175点
	Ⅱ	165点
	Ⅲ	80点
※発症、手術または急性増悪から150日以内に限り算定可能。		
心大血管		
	Ⅰ	200点
	Ⅱ	100点
※発症、手術または急性増悪から150日以内に限り算定可能。		
呼吸		
	Ⅰ	170点
	Ⅱ	80点
※発症、手術または急性増悪から90日以内に限り算定可能。		
早期加算		45点
※治療開始日から起算して30日のみ算定可能。		
リハビリテーション総合計画評価料		300点
※脳血管Ⅰ･Ⅱ、運動器Ⅰ、Ⅱ、心大血管Ⅰ、呼吸器Ⅰ、がん患者について1月に1度算定が可能。		
退院時リハビリテーション指導料 300点		
退院前訪問指導料		410点
在宅訪問リハビリテーション指導管理料		
同一建物居住者以外の場合		300点
同一建物居住者の場合 255点		
難病患者リハビリテーション料		640点
障害児（者）リハビリテーション料		
	6歳未満	220点
	6歳以上18歳未満	190点
	18歳以上	150点
がん患者リハビリテーション料		200点
集団コミュニケーション療法料		50点
摂食機能療法（1日につき）		185点
栄養サポートチーム加算（週1回）		200点
呼吸ケアチーム加算（週1回）		150点
地域連携診療計画退院時指導料1及び地域連携診療計画退院計画加算		
地域連携診療計画退院時指導料1（退院時1回）		600点
地域連携診療計画退院計画加算		100点
地域連携診療計画退院時指導料2（退院後初回月1回）		300点
介護支援連携指導料		300点

平成24年4月

脳血管区分（廃用以外）	
Ⅰ	221点
Ⅱ	180点
Ⅲ	90点
脳血管区分（廃用）	
Ⅰ	212点
Ⅱ	171点
Ⅲ	90点
運動器	
Ⅰ	158点
Ⅱ	149点
Ⅲ	80点
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1（14日以内）	
イ）リハビリテーション科の医師が勤務している場合	75点
ロ）その他	30点
早期リハビリテーション加算2（15日以上30日以内）	30点
脳血管疾患、運動期リハビリテーション料	
早期リハビリテーション加算1（14日以内）	
イ）リハビリテーション科の医師が勤務している場合	75点
ロ）その他の場合	30点
早期リハビリテーション加算2（15日以上30日以内）	30点
外来リハビリテーション診療料1（7日につき）	69点
外来リハビリテーション診療料2（14日につき）	104点
亜急性期入院医療管理料1	2,050点
亜急性期入院医療管理料2	1,900点
※60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する	
回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,900点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,750点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,600点
※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こと	
脳血管、運動器リハビリテーション評価の改定	
（標準的算定日数を超えて、状態の改善が判断されない場合）	
維持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	

＊特に表記のない算定項目は平成22年改定のまま。

平成26年4月

脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用以外）	
Ⅰ	245点
Ⅱ	200点
Ⅲ	100点
脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用）	
Ⅰ	180点
Ⅱ	146点
Ⅲ	77点
運動器リハビリテーション料	
Ⅰ	180点
Ⅱ	170点
Ⅲ	85点
心大血管疾患リハビリテーション料	
Ⅰ	205点
Ⅱ	105点
呼吸器リハビリテーション料	
Ⅰ	175点
Ⅱ	85点
障害児（者）リハビリテーション料　6歳未満	225点
障害児（者）リハビリテーション料　6歳以上18歳未満	195点
障害児（者）リハビリテーション料　18歳以上	155点
がん患者リハビリテーション料	205点
認知症患者リハビリテーション料（1日につき）	240点
ADL維持向上等体制加算	25点
体制強化加算（回復期リハビリテーション病棟入院料1を現に算定している患者に限る）	200点
リハビリテーション総合計画評価料	300点
入院時訪問指導加算（入院中1回）	150点
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,025点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,811点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,657点
地域包括ケア病棟入院料1	2,558点
地域包括ケア入院医療管理料1	2,558点
地域包括ケア病棟入院料2	2,058点
地域包括ケア入院医療管理料2	2,058点
＊亜急性期入院医療管理料は平成26年9月30日をもって廃止	
介護保険リハビリテーション移行支援料	500点
初期加算	45点
早期リハビリテーション加算	30点
リハビリテーション総合計画提供料（退院時1回）	100点

8）平成24年度介護報酬（平成27年3月現在）

平成18年4月		平成21年4月		平成24年4月	
訪問リハビリテーション費	550単位	訪問リハビリテーション費		訪問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	20単位	基本サービス費	305単位	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	
短期集中リハビリテーション実施加算		短期集中リハビリテーション実施加算		※3月に1回を限度に算定可能	300単位/回
退院・退所・認定日から1ヶ月以内	330単位	1ヶ月以内	340単位		
退院・退所・認定日から3ヶ月以内	200単位	1ヶ月以上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		通所リハビリテーション費		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		リハビリテーションマネジメント加算	230単位	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	
経過的要介護	338単位	短期集中リハビリテーション実施加算		※所要時間1時間以上2時間未満	
要介護1	386単位	1ヶ月以内	280単位		
要介護2	463単位	1ヶ月以上3ヶ月以内	140単位		
要介護3	540単位	個別リハビリテーション加算	80単位		
要介護4	617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		
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					
経過的要介護	591単位				
要介護1	688単位				
要介護2	842単位				
要介護3	995単位				
要介護4	1,149単位				
要介護5	1,303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）					
要支援1	2,496単位				
要支援2	4,880単位				
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	短期入所療養介護（1日当たり）	240単位		
介護老人保健施設		介護老人保健施設		介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化	
試行的退所サービス費	800単位	基本サービス費		在宅復帰・在宅療養支援機能加算	21単位/日
リハビリテーションマネジメント加算	25単位	※週2回以上の機能訓練を行うこと。リハビリテーションマネジメント加算が包括化		入所前後訪問指導加算	
短期集中リハビリテーション実施加算	60単位	短期集中リハビリテーション実施加算		＜入所者1人につき1回を限度＞	460単位/回
（入所後3ヶ月以内）		3ヶ月以内	240単位		
認知症短期集中		認知症短期集中リハビリテーション実施加算			
リハビリテーション実施加算	60単位	3ヶ月以内	240単位		
介護療養型医療施設					
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）					
理学療法Ⅰ	180単位				
理学療法Ⅱ	100単位				
理学療法Ⅲ	50単位				
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Ⅰ　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	400単位				
要介護3,4又は5	520単位				

*特に表記のない算定項目は平成22年改定のまま。

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

	教育内容	単位数
専門分野	基礎理学療法	6
	理学療法評価学	5
	理学療法治療学	20
	地域理学療法学	4
	臨床実習	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		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（平成22年版）

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		
	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 内分泌腺
	G 感覚器	
	H 体表解剖	a 動脈、b 神経、c 筋、d 骨、e 関節
	I 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 筋線維の構造と機能、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-筋接合部の伝達、g 中枢神経、h 末梢神経
	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 自立神経	a 交感神経系、b 副交感神経系
	I 呼吸	a 呼吸運動（肺の内圧変化、容積変化を含む）、b ガス交換とガスの運搬、c 酸塩基平衡、d 呼吸中枢
	J 循環（心臓の機能を含む）	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 血液細胞の生成と分化、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 腸内消化吸収、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	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）
	N 排便	
	O 内分泌・栄養・代謝（生化学の基礎を含む）	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）
	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	
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		
	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 Developmental 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 疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進

大項目	中項目	小項目
1 医学概論		
	A 医学の基本	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）
	B 健康と病気の概念	a 健康の定義、b 病気の定義と分類

以降、次ページへ続く

大項目	中項目		小項目
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）
	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		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
	B 障害の診断と評価		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）の評価、d 参加制約（社会的不利）の評価、e 環境因子の評価
	C 機能障害の評価とリハビリテーション		a 運動障害（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）、b 基本動作障害、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 構音障害、i 視覚障害、j 聴覚障害、k 高次脳機能障害（失語、失認、失行、記憶障害、遂行機能障害等を含む）、l 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
	D 活動制限(能力低下)の評価とリハビリテーション		a 日常生活活動の障害、b 生活関連活動の障害
	E 参加制約(社会的不利)の評価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、g 複合動作練習、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 リハビリテーション機器（杖、車椅子、座位保持装置、環境制御装置を含む）、l リスク管理、m 機能的帰結の予測、n リハビリテーションプログラムの立案
	H 廃用症候群		a 疫学、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 その他の治療
4 臨床心理学			
	A 基礎理論		a 歴史、b 防衛機制と転移、c 学習、記憶、行動
	B 正常および異常心理		a 児童・青年期心理、b 成人・高齢者心理、c 障害者心理
	C 臨床心理検査法		
	D 心理療法およびカウンセリング		
5 精神障害と臨床医学		AからEに共通	
	A 疫学・予後		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 統合失調法、統合失調症様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
	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）		
6 骨関節障害と臨床医学		AからEに共通	
	A 疫学・予後		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（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、l 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
	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		
7 神経・筋系の障害と臨床医学		AからEに共通	
	A 疫学・予後		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脳膿瘍、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、③認知症、d 外傷①脳外傷、②脊椎・脊髄損傷、③末梢神経損傷（腕神経叢損傷、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
	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		
8 小児発達障害と臨床医学		AからEに共通	
	A 疫学・予後		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）
	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		

大項目	中項目	小項目	
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 E その他の治療	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
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からEに共通	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 健康増進、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、j 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 of life）e 総合リハビリテーション
	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

②専門分野

Ⅰ 基礎理学療法学

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)、 f 生活指導
	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）
	I 研究・教育	

大項目	中項目	小項目
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
	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
1 基礎		
	A 目的と領域	a 目的、b 信頼性と妥当性、c 急性期・回復期・維持期・終末期
	B 時期と手順	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	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
	B 運動系	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	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
	D 認知・高次脳機能	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	a 各疾患の評価指標、b 各障害の評価指標
	I 活動	a ADL(Barthel Index、Functional Indepedence Measure を含む） b IADL(Instrumental Activities of Daily Living)
	J 参加	a 参加、b QOL(Quality of Life)
	K 背景因子（個人因子）	
	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 各領域の評価		
	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 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、絞扼性末梢神経損傷を含む)
	D 運動発達障害	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
	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	a 摂食・嚥下障害、b 排尿障害、c 褥瘡、d 熱傷、e 精神科疾患、f 産科・婦人科領域
	J 廃用症候群	
	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		
	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 基本介入手段		
	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 牽引療法、h マッサージ
	C 補装具療法	a 義肢(義手・義足)、b 装具(上肢・下肢・体幹)、c 車椅子、座位保持装置、d 移乗機器、e 歩行補助具、f 適合技術
	D ADL と QOL(Quality of Life)	
	E リスク管理	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
	F 個人因子	
	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	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 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
	I 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、骨盤底筋群への対対応）、c 褥瘡、d 熱傷、e 悪性腫瘍、f 浮腫、g 精神科領域、h 産科領域
	J 廃用症候群	
	K 保健・福祉領域	a 健康増進、b 産業理学療法

Ⅳ 地域理学療法学

大項目	中項目	小項目
1 基礎		
	A 基礎概念	a 地域とは、b 地域における障害者（児）・高齢者
	B 制度	a 制度と関連法規、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	a 住環境整備、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 施設入所者	AからCに共通　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
	B 在宅（訪問・通所）	
	C 終末期	

V 臨床実習

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

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

国名	教育					臨床実践		プロフィール						
	養成校数	入学必須レベル	卒業必須レベル	教育期間	卒業者数／年	法則／規則	ダイレクトアクセス	理学療法士数	男性会員数	女性会員数	会員数	個人開業	男性比	女性比	男女比
アフリカ（20ヶ国）															
ベナン	1	Upper secondary	Bachelors degree	3	13	有	不可	120	32	48		不可			
カメルーン											82				
コンゴ民主共和国															
エジプト	3	Secondary	Bachelors degree	5	480	有	不可	3,000	689	315	650		11	5	11：5
エチオピア	1	Upper secondary	Bachelors degree	3-4	34	有	不可	300	30	54	84		4	6	2：3
ガーナ	1	Upper secondary	Bachelors degree	4	32	有	可	150	65	56	105	不可	6	5	6：5
ケニア	3	Upper secondary	Diploma	3	50	有	可	600	136	274	420		3	7	3：7
マラウイ	1	Secondary	Bachelors degree	5	17	有	可	31	13	17	28	不可	5	6	5：6
モーリシャス	3	Upper secondary	Bachelors degree	4	12	無	可	85	28	20	53	不可	5	4	5：4
ナミビア	0				0	有	可	105	80	18	80	不可	10	2	5：1
ニジェール	1	Upper secondary	Diploma	3	5	無	不可	45	9	36		不可			
ナイジェリア	7	Upper secondary	Bachelors degree	5	220	有	可	1,250			603				
ルワンダ	1	Upper secondary	Bachelors degree	4	28	有	可	260	40	120	160	不可	3	8	3：8
南アフリカ	8	Upper secondary	Bachelors degree	4	338	有	可	6,686	3,116	418	3,532	不可	9	1	9：1
スワジランド	0			該当なし	0	有	可	23	17	4	15	不可	11	3	11：3
タンザニア											22				
トーゴ	1	Upper secondary	Bachelors degree			有	不可	308				可			
ウガンダ	2	Upper secondary	Diploma	4	18	有	可	100	14	32	50		3	6	1：2
ザンビア	2	Upper secondary	Diploma	3	60	有	可	370			120				
ジンバブエ	1	Upper secondary	Bachelors degree	4	20	有	可	320	18	6	47	不可	4	1	4：1
アジア（27ヶ国）															
アフガニスタン	1	Upper secondary	Diploma	3	17	無	可	300	74	135	220	不可	3	6	1：2
オーストラリア	36	Upper secondary	Bachelors degree	4	0	有	可	26,123	6,429	3,151	10,723	不可	6	3	2：1
バーレーン											91				
バングラデシュ	1	Upper secondary	Bachelors degree	1年間必須のインターンシップを含む、5年間のフルタイム教育	100	無	可	800	162	188	350	不可	5	5	1：1
カンボジア	3	Upper secondary	Diploma	3	0	無	可	350	27	69	79	不可	3	9	1：3
フィジー	1	Upper secondary	Bachelors degree	3	10	無	可	68	14	6	61	不可	2	1	2：1
ホンコン	2	Upper secondary	Bachelors degree	4	60	有	不可	2,619	630	403	892	不可	7	5	7：5
インド	200	Upper secondary	Bachelors degree	3	3,500	無	可	28,077			21,511				
インドネシア	42	Upper secondary	Diploma		0	有	可	10,000			974	可			
イラン											1,596				
日本	249	Upper secondary	Diploma	3	11,064	有	不可	100,560	28,764	42,375	71,139	可	4	6	2：3
韓国	74	Upper secondary	Diploma	3	2,700	有	不可	22,800			4,500	可			
クウェート								880			350				
マカオ	0				0	無	可	91	58	26	82	不可	7	3	7：3
マレーシア											410				
モンゴル	1	Upper secondary	Bachelors degree	4	62	無	不可	62	60	2		不可			
ネパール	3	Upper secondary	Bachelors degree	4.5	13	有	可	501			207	可			

国名	教育					臨床実践		プロフィール							
	養成校数	入学必須レベル	卒業必須レベル	教育期間	卒業者数／年	法則／規則	ダイレクトアクセス	理学療法士数	男性会員数	女性会員数	会員数	個人開業	男性比	女性比	男女比
ニュージーランド	2	Upper secondary	Bachelors degree	4	210	有	可	4,040	2,500	820	2,924	不可	9	3	3：1
オマーン											200				
パキスタン	24	Upper secondary	Bachelors degree	4	228	無	可	1,250	200	550	720		3	8	3：8
フィリピン	94	Upper secondary	Bachelors degree	5	0	有	不可	24,216			734				
サウジアラビア	12	Upper secondary	Bachelors degree	4	0	有	不可	2,550	200	143	462	可	4	3	4：3
シンガポール	1	Upper secondary	Diploma	3	90	有	可	1,340	362	168	523	不可	7	3	7：3
スリランカ	2	Upper secondary	Diploma	3	85	有	可	300	40	50	90	可	4	6	2：3
台湾	14	Secondary	Diploma	5	940	有	不可	4,672	475	347	838	不可	6	4	3：2
タイ	14	Upper secondary	Bachelors degree	4	700	有	可	8,000			1,220				
アラブ首長国連邦											47				
ヨーロッパ（41ヶ国）															
オーストリア	10	Upper secondary	Bachelors degree	3	365	無	不可	7,500	3,105	681	4,023	不可	8	2	4：1
ベルギー	14	Upper secondary	Masters degree	4-5	1,200	有	不可	29,007	2,422	2,128	4,589	不可	5	5	1：1
ブルガリア	3	Upper secondary	Diploma	3	100	有	不可	500	150	140	290		5	5	1：1
クロアチア											1,321				
キプロス	2	Upper secondary	Bachelors degree	無	33	有	可	627	343	284	553	不可	6	5	6：5
チェコ	1	Upper secondary	Bachelors degree	3	400	無	不可	8,000	675	56	896	不可	8	1	8：1
デンマーク	1	Diploma	Bachelors degree	3.5	560	有	可	11,693	7,632	2,435	9,537	不可	8	3	8：3
エストニア	2	Upper secondary	Diploma	3	60	無	可	800	176	10	174	不可	10	1	10：1
フィンランド	1	Upper secondary	Bachelors degree	3.5	507	有	可	13,368	6,833	1,114	7,289	不可	9	2	9：2
フランス	1	Bachelors degree	Diploma	3 or 4	2,200	有	不可	75,164	2,562	2,038	4,600		6	4	3：2
ドイツ	280	Secondary	Diploma	3	7,000	有	不可	136,000			26,359	不可			
ギリシャ									500	300	800		6	4	3：2
ハンガリー	6	Upper secondary	Bachelors degree	12	300		不可	3,500			919				
アイスランド	1	Upper secondary	Bachelors degree	4	18	有	可	550	345	134	463	不可	7	3	7：3
アイルランド	6	Upper secondary	Bachelors degree	4	140	無	可	3,500	2,137	663	2,715	不可	8	2	4：1
イスラエル	5	Upper secondary	Bachelors degree	4	250	有	可	4,500			709	不可			
イタリア	37	Upper secondary	Bachelors degree	3	0	無	不可	55,000			4,120	不可			
ヨルダン	3	Upper secondary	Bachelors degree	4	150	有	不可	800			42				
ラトビア	3	Upper secondary	Bachelors degree	4	65	有	不可	1,195			400	不可			
レバノン	1	Upper secondary	Bachelors degree	4	0	有	不可	1,200	437	358	745	不可	6	5	6：5
リヒテンシュタイン	0	Upper secondary	Bachelors degree	3	0	有	可	95			86	不可			
リトアニア	11	Upper secondary	Bachelors degree	3	205	有	可	800			139	不可			
ルクセンブルグ	0				0	有	不可	1,000	262	213	437	不可	6	5	6：5
マルタ	1	Upper secondary	Bachelors degree	4	20	有	可	340	75	25	100	不可	8	3	8：3
モンテネグロ	1	Upper secondary	Bachelors degree	3	17	有	不可	272	73	43	116		6	4	3：2
オランダ	11	Upper secondary	Bachelors degree	4	2,500	有	可	38,000	9,943	7,425	17,500	不可	6	4	3：2
ノルウェー	4	Upper secondary	Bachelors degree	3	300	有	可	14,000	5,187	1,653	6,840	不可	8	2	4：1
ポーランド						無	可	45,000	724	276	1,000		7	3	7：3
ポルトガル	19	Upper secondary	Graduate diploma	4	600	有	可	6,912	891	209	1,100	不可	8	2	4：1
ルーマニア	2	Bachelors degree	Graduate diploma		600	有		2,000	96	29	175		5	2	5：2
セルビア	2	Upper secondary	Diploma	4	174	有	不可	3,200	520	280	809		6	3	2：1
スロバキア	2	Upper secondary	Diploma	3	0	有	可	3,000	350	50	400	不可	9	1	9：1
スロベニア	2	Upper secondary	Bachelors degree	3	50	有	不可	1,000	450	200	500	不可	9	4	9：4

国名	教育					臨床実践		プロフィール							
	養成校数	入学必須レベル	卒業必須レベル	教育期間	卒業者数／年	法則／規則	ダイレクトアクセス	理学療法士数	男性会員数	女性会員数	会員数	個人開業	男性比	女性比	男女比
スペイン	55	Upper secondary	Bachelors degree	4	1,997	有	可	39,936	3,473	2,315	5,612	可	6	4	3：2
スウェーデン	8	Upper secondary	Bachelors degree	3	540	有	可	12,310	7,965	1,748	9,745	不可	8	2	4：1
スイス	2	Diploma	Bachelors degree	4	350	有	不可	11,000	6,205	2,223	8,143	可	8	3	8：3
シリア											35				
トルコ	67	Upper secondary	Bachelors degree	4	1,300	無	不可	8,004	748	475	1,289	不可	6	4	3：2
ウクライナ	5	Upper secondary	Graduate diploma	5	0	無	可	80	47	33	113	可	4	3	4：3
イギリス	58	Upper secondary	Bachelors degree	3	1,943	有	可	48,734	30,591	7,851	39,208	不可	8	2	4：1
マケドニア															
北アメリカ（13ヶ国）															
バハマ	0				0	有	不可	53	16	3	13	不可	12	2	6：1
バルバドス						有				7	30		0	2	0：1
バミューダ	0			無	0	有	可	35	27	5	37	不可	7	1	7：1
カナダ	15	Bachelors degree	Masters degree	2	842	有	可	18,287	9,080	3,275	10,219	不可	9	3	3：1
クラサオ	0				0	有	不可	78	21	21	42	不可	5	5	1：1
グアテマラ	0	Upper secondary	Diploma	3	0	無	可	350			50	不可			
ガイアナ								30			19				
ジャマイカ	1	Upper secondary	Bachelors degree	4	27	有	不可	140	31	5	24	不可	13	2	13：2
パナマ	2										124				
プエルトリコ	1										131				
スリナム	1	Diploma	Masters degree	3	0	不明	可	57	31	9	40	可	8	2	4：1
トリニダード&トバゴ	0				0	有	不可	84	30	5	35	不可	9	1	9：1
アメリカ	219	Diploma	Professional doctorate	6	7,198	有	可	198,686	36,102	19,388	57,191	不可	6	3	2：1
南アメリカ（11ヶ国）															
アルゼンチン	28	Secondary	Bachelors degree	5	2,440	有	不可	35,000	708	391	1,099	不可	6	4	3：2
ボリビア											40				
ブラジル	572	Upper secondary	Bachelors degree	4	13	有	可	195	3,755	1,460	5,439	可	7	3	7：3
チリ	100	Upper secondary	Bachelors degree	5	1,123	無	不可	8,219			500	不可			
コロンビア	35	Secondary	Graduate diploma	4	1,395	有	可	20,000	90	10	80	可	11	1	11：1
エクアドル	1	Secondary	Bachelors degree	4	0	無	不可	3,000	53	16	70	不可	8	2	4：1
メキシコ		Upper secondary	Bachelors degree	4	200	有	不可	3,057	278	122	400	不可	7	3	7：3
パラグアイ	20	Diploma	Graduate diploma	4	200	有	可	1,000	133	79	212		6	4	3：2
ペルー	10	Secondary	Graduate diploma	5年間のフルタイム教育	80	有	不可	2,000	20	10	30	不可	7	3	7：3
ウルグアイ	3	Upper secondary	Bachelors degree	5	60	有	可	1,860			200	不可			
ベネズエラ	5	Upper secondary	Diploma	3	295	有	不可	3,000			200	不可			

2013年現在

資料２－２

写

医政医発 1127 第３号
平成 25 年 11 月 27 日

各都道府県医務主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局医事課長

理学療法士の名称の使用等について（通知）

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

この要望書における要望の１つとして、理学療法士が、介護予防事業等において身体に障害のない者に対して転倒防止の指導等を行うときに、理学療法士の名称を使用することの可否や医師の指示の要否について、現場の解釈に混乱がある実態に鑑み、理学療法の対象に、「身体に障害のおそれのある者」を追加してほしい旨の要望がありました（別添１）。

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

記

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

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

3. 日本理学療法士協会活動関連資料

1）全国研修会の変遷

回数	開催年	テーマ	研修会長	開催地	参加者数
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 Ⅱ	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　久夫	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	山　口	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14年（2002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）	生活支援に向けた理学療法　－専門性を活かす視点－	門脇　明仁	奈　良	2,300
第40回	平成17年（2005年）	動作の探究　－座る・立つ・歩く－	保村　譲一	愛　知	2,360
第41回	平成18年（2006年）	生活機能向上に対する理学療法技術	塩塚　　順	長　崎	1,889
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48回	平成25年（2013年）	理学療法の針路を問う	内田　成男	静　岡	2,800
第49回	平成26年（2014年）	理学療法の専門性と可能性～ 10年後を見据えて～	清宮　清美	埼　玉	3,311

*第34回はWCPT（世界理学療法学会）と同時開催
**第37回は監査報告に記載無し

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	矢郷瀰太郎	東　京	300	26
第 4 回	昭和44年（1969年）	ジストロフィー	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　－アウトカムの検証－	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48回	平成25年（2013年）	グローバル・スタンダード	鈴木　重行	愛　知	8,089	1,606
第49回	平成26年（2014年）	あなたの生活を支えます―理学療法士10万人からの提言―	長澤　　弘	神奈川	8,605	1,625

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変更した。

3）（現職者）講習会の変遷（平成25年4月～平成27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
平成25年		
4月	臨床実習指導方法について	宮　崎
	筋力増強運動　骨関節系疾患に対する治療手技	茨　城
5月	最新のニューロリハビリテーション	秋　田
6月	クリニカルリーズニングに基づく変形性膝関節症の保存療法のなかでの理学療法戦略	福　島
	徒手的理学療法の基礎～四肢に関して	北海道
	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（中枢疾患・内部疾患を中心に）	滋　賀
	観察による運動･動作分析－身体運動学に基づいた分析法の基礎－	宮　城
	臨床動作分析入門	愛　知
	胸椎・肋骨の運動機能障害に対する徒手理学療法	岐　阜
	徒手的理学療法の基礎的な評価と治療～頸椎･肩関節疾患を中心に～	石　川
	「認知症患者の日常生活動作練習－応用行動分析学の視点から－」	東　京
7月	臨床実習教育の方法論	東　京
	運動療法の生理学的根拠	東　京
	小児科領域の理学療法～急性期から在宅まで～	福　井
	痛み･麻痺･運動障害に対する治療的アプローチの理論と実践	東　京
	全人工股･膝関節置換術患者に対する評価と理学療法	石　川
	重症心身障害児･者の療育～基本的概念と理学療法の展開	佐　賀
	徒手療法の理論的背景と基礎～頸部、肩関節の徒手療法	岡　山
	肩関節理学療法アプローチの基礎と臨床	東　京
	筋骨格系障害に対する治療的手段-理論-	奈　良
	関節可動域制限と筋力低下に対する運動療法	鹿児島
	臨床で役立つ臨床動作分析とその治療	秋　田
	理学療法におけるリスク管理	神奈川
	身体知覚と運動学習	徳　島
	運動連鎖を利用した下肢障害の理学療法	福　岡
8月	神経難病に対する理学療法評価とアセスメント	福　島
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本（鹿児島）	鹿児島
	変形性膝関節症の理学療法 in 石川	石　川
	画像の診方　～必要な知識として～	愛　知
	慢性疼痛疾患治療の最前線～重力ストレスに対する身体応答の正常化が治癒に繋がる～	香　川
	中枢神経疾患の運動療法	山　形
	日常生活動作の分析－身体運動学的アプローチー	宮　城
	肩関節の解剖と理学療法 in 高知	高　知
	呼吸器理学療法の理論的背景と基礎	長　崎
	若手理学療法士のための臨床研究法入門	福　井
9月	スポーツ理学療法に必要な関節の解剖･運動学と代表的疾患の理学療法の展開	茨　城
	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	滋　賀
	早期離床に必要な臨床評価の基礎知識　Part3	大　分
	脳卒中患者に対する基本的理学療法の進め方（東京）	東　京
	理学療法における感染予防策とその周辺知識	広　島
	PTに必要な画像と臨床データーの読み方	香　川
	変形性関節疾患の理学療法（股関節・膝関節）	新　潟
	脳卒中片麻痺患者に対する運動力学的視点からの歩行アプローチ	愛　媛
	運動学･運動力学的理論に基づいた下肢関節運動障害に対する理学療法の展開	青　森
	認知症に対する理学療法	大　阪
	脳卒中における画像の見方と装具療法の考え方の基本	佐　賀
	観察による歩行分析	北海道
10月	統合的運動連鎖概念とそのメカニズム	山　形
	内部障害に対する理学療法の基本（熊本）	熊　本
	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
	肩関節疾患の理学療法について	千　葉
	投球障害に対する理学療法の基礎	愛　知
	肩関節の解剖と理学療法in和歌山	和歌山
	呼吸･循環セミナー2013「チーム医療に参画するための基礎知識」	富　山
	肩関節障害における機能解剖学的みかた	秋　田
	理学療法士のプロフェッショナリズム～生き生きと働き続けるための羅針盤～	広　島
11月	下部体幹から下肢の徒手療法～腰椎､骨盤､股関節の評価と治療～	鳥　取
	臨床に役立つ物理療法の基本的な考え方－疼痛･関節可動域制限･神経筋機能障害･創傷を中心に－	茨　城
	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
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本（東京）	東　京
	運動と姿勢調整	大　阪
	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
	腰痛疾患の評価と治療	三　重
	脊髄損傷の理学療法	愛　知
	肩関節の解剖と理学療法in岡山	岡　山
12月	徒手療法の理論的背景と基礎～頚部から肩関節の評価と治療～	福　岡
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	兵　庫
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本（福岡）	福　岡
	パーキンソン病の理学療法	京　都
	内部障害系理学療法の基礎－安全かつ効果的なアプローチのために－	福　井
	痛みの基礎知識と物理療法	兵　庫
	動機づけに配慮した運動療法の進め方	東　京
	画像（レントゲン・MRI・CT）の診方～骨関節系～	北海道
	脳卒中片麻痺患者における装具療法の実践－脳の機能解剖や画像所見に基づく取り組み－	和歌山
	痛みの基礎と理学療法	山　口
	代謝障害に対する理学療法の基本となる考え方（仮称）	茨　城
平成26年		
1月	人工股・膝関節全置換術に対する理学療法評価と治療	静　岡
	新世紀のリハビリテーション－脳科学１－	富　山
	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
	理学療法士に必要なリスクマネジメント	徳　島
	中枢神経疾患の評価・治療の基礎	静　岡
2月	循環器疾患に対する理学療法の基本となる考え方	茨　城
	脳卒中後遺症者に対する理学療法アプローチ	岩　手
	変形性膝関節症の理学療法in鹿児島	鹿児島
	頚部から肩関節の徒手療法	愛　媛
3月	はじめての理学療法研究法	山　口
	下肢切断の理学療法	兵　庫
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本（沖縄）	沖　縄
	発達が障がいされた小児期の人々に対する理学療法の進め方	茨　城
6月	小児科領域の理学療法～急性期から在宅まで～	福　井
	観察による運動･動作分析－身体運動学に基づいた分析法の基礎－	宮　城
	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（代替テーマ：病態理解に必要なカルテ解読力）	滋　賀
	認知症患者の日常生活動作練習	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	東　京
	脳卒中片麻痺患者における装具療法の実践－脳の機能解剖や画像所見に基づく取り組み－	奈　良
	徒手理学療法の基礎的な評価と治療－頸椎･肩関節疾患を中心に－	石　川
7月	臨床実習教育の方法論	東　京
	臨床に役立つ物理療法の基本的な考え方－疼痛・関節可動域・神経筋機能障害・創傷を中心に－	茨　城
	重症心身障害児･者の療育－基本的概念と理学療法の展開－	佐　賀
	臨床で役立つ臨床動作分析とその治療	秋　田
	運動療法の生理学的根拠	東　京
	肩関節障害理学療法アプローチの基礎と臨床	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
	筋の機能とトレーニング	鹿児島
8月	心臓リハビリテーションに必要な医学的知識と臨床介入	広　島
	認知神経科学とリハビリテーション	徳　島
	股関節疾患の理学療法	福　岡
	膝・股関節疾患における理学療法のアセスメント	福　島
	中枢神経疾患の運動療法	山　形
	徒手理学療法の基礎－脊柱・骨盤に対して－	北海道
	運動連鎖のメカニズム新訳～統合的運動生成概念～	秋　田
	画像の診方－必要な知識として－	愛　知
	臨床に役立つ身体運動学－日常生活動作の分析とその臨床応用－	宮　城

①理学療法士講習会　基本編～理論（つづき）

開催年月	テーマ	開催地
	臨床動作分析入門	愛　知
	新・若手理学療法士のための臨床研究法入門	福　井
	徒手理学療法の理論的背景と基礎	長　崎
	スポーツ外傷後リハビリテーションにおける機能評価と理学療法	兵　庫
9月	切断と義足に関する理学療法の基本となる考え方	茨　城
	肩関節の解剖と理学療法（高知）	高　知
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本（鹿児島）	鹿児島
	胸郭を中心にした体幹機能評価と運動連鎖	千　葉
	脳卒中患者に対する基本的理学療法の進め方（東京）	東　京
	変形性関節疾患（股関節・膝関節）の理学療法	新　潟
	理学療法士に必要な画像と臨床データーの読み方	香　川
	補装具と住環境支援に関する理学療法の基本となる考え方	茨　城
	脳卒中理学療法－科学的検証を基に新たな展開へ－	宮　城
	理学療法における感染予防策とその周辺知識	広　島
	運動学･運動力学的理論に基づいた下肢関節運動障害に対する理学療法の展開	青　森
	観察による歩行分析	北海道
10月	股関節障害における機能解剖学的みかた	秋　田
	身体活動に伴う呼吸循環応答－運動負荷試験の見方が変わる！－	宮　城
	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	茨　城
	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
	肩関節の解剖と理学療法	和歌山
	スポーツ理学療法に必要な関節の解剖･運動学と代表的疾患の理学療法の展開	茨　城
	理学療法士のプロフェッショナリズム－生き生きと働き続けるための羅針盤－	広　島
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	福　岡
	新世紀のリハビリテーション脳科学２	富　山
11月	下肢の評価と治療－股・膝・足関節を中心に－	鳥　取
	統合的運動生成概念とそのメカニズム	山　形
	脳卒中患者の日常生活動作	富　山
	腰痛の評価と治療	三　重
	運動療法の生理学的根拠	山　口
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	東　京
	姿勢制御へのアプローチ－重力に対する絶対的身体応答とは？－	香　川
	脊髄損傷の理学療法	愛　知
	肩関節疾患の理学療法	千　葉
	動作分析と理学療法－観察による動作分析をどのように意味づけ，どう介入するか－	広　島
	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
	内部障害系理学療法の基礎－安全かつ効果的なアプローチのために－	福　井
	パーキンソン病の理学療法	京　都
	脳卒中患者に対する基本的理学療法の進め方	鹿児島
	呼吸･循環セミナー2014「チーム医療に参画するための基礎知識」	富　山
12月	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	兵　庫
	動機づけに配慮した運動療法の進め方	東　京
	内部障害に対する理学療法の進め方の基本	熊　本
	痛みの基礎と理学療法	山　口
	画像（レントゲン・MRI・CT）の診方－神経系－	北海道
	脳卒中片麻痺患者における装具療法の実践－脳の機能解剖や画像所見に基づく取り組み－	和歌山
	代謝障害に対する理学療法の基本となる考え方	茨　城
平成27年		
1月	人工股･膝関節全置換術に対する理学療法評価と治療	静　岡
	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
	理学療法における物理療法の現状と実践	富　山
	脳血管疾患に対する評価・治療の基礎	静　岡
	変形性膝関節症の理学療法	鹿児島
2月	循環器疾患に対する理学療法の基本となる考え方	茨　城
	脳卒中における画像の見方と装具療法の考え方の基本	佐　賀
	肩関節の解剖と理学療法	奈　良
	下肢の評価と治療－股・膝・足関節を中心に－	愛　知
	脳卒中後遺症者に対する理学療法アプローチ	岩　手
3月	はじめての理学療法研究法	山　口
	発達が障がいされた小児期の人々に対する理学療法の進め方	茨　城
	内部部障害に対する理学療法の進め方の基本	沖　縄

②理学療法士講習会　基本編～技術

開催年月	テーマ	開催地
平成25年		
6月	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－	茨　城
7月	関節可動治療の基本（上肢編）	山　口
	筋力増強運動　骨関節系疾患に対する治療手技	愛　知
8月	筋力増強運動　骨関節系疾患に対する治療手技	秋　田
	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－	宮　城
9月	筋力増強運動の基本－骨関節系疾患に対する治療手技－	石　川
	下肢に対する関節可動域治療の基本	福　岡
	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	愛　媛
10月	関節可動治療の基本「運動器機能障害に対する関節可動治療手技」－主要関節の関節系･筋系障害に起因する治療を中心に－	島　根
11月	関節可動域制限に対する治療手技の基本（下肢編）	愛　知
平成26年		
1月	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－	北海道
4月	筋力増強運動　骨関節系疾患に対する治療手技	茨　城
5月	関節運動療法	大　阪
6月	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－	茨　城
	筋力増強運動　骨関節系疾患に対する治療手技	秋　田
	筋力増強運動の基本－骨関節系疾患に対する治療手技－	愛　知
7月	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」－上肢の関節系・筋系障害に起因する治療を中心に－	茨　城
	関節可動治療の基本（下肢編）	山　口
	ハンドリング技術－基本的な操作法から症例を対象とした操作法まで－	宮　城
8月	下肢に対する関節可動域治療手技	福　岡
	関節可動域治療の基本ー骨関係疾患に対する関節可動域治療ー	宮　城
	筋力強化治療の基本「骨関節系疾患に対する治療手技」	長　野
9月	関節可動域運動の基本	石　川
	筋力増強運動の基本－骨関節系疾患に対する治療手技－	石　川
	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－	愛　媛
11月	関節可動域制限に対する治療手技の基本（下肢編）	愛　知
平成27年		
1月	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～	北海道

③理学療法士講習会　応用編

開催年月	テーマ	開催地
平成25年		
6月	平成25年度管理者教育カリキュラム(第１ステージ)	熊　本
	理学療法士による移動・移乗の介助	神奈川
7月	下肢疾患の理学療法～局所機能のつくり方と運動連鎖の応用の仕方～	熊　本
	理学療法士職域拡大セミナー（頭痛の評価と治療）	東　京
	上肢・下肢の触診機能解剖	北海道
	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　葉
	呼吸理学療法の実際	大　阪
	筋骨格系疾患の段階的診療法－胸腰椎移行部椎間関節および肋椎関節障害－	大　阪
	PNF講習会【応用編】『PNFコンセプトを用いた運動器障害に対するアプローチ』	愛　媛
8月	成人片麻痺の評価と治療	大　阪
	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	山　口
	肺理学療法の実際	長　野
	ボバース概念に基づく脳性麻痺児の評価と治療	東　京
	呼吸理学療法	愛　知
	脳のシステム障害とアプローチ	三　重
	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
	脊髄損傷の理学療法	兵　庫
	生態心理学概念を導入した運動療法－基礎編：臨床動作分析－	福　井
	下肢の運動学と理学療法Ａ	京　都
	体幹に対する理学療法	福　岡
9月	理学療法士リーダー研修会	広　島
	Myofascial Release(Takei Concept)～基礎から応用～	東　京
	呼吸理学療法の理論と実際－急性呼吸不全を中心に－	兵　庫
	PNF 基礎と臨床応用	和歌山
	リハビリテーショントレーニング	愛　媛
	触圧覚刺激法　ベーシックコース	愛　知
	NICUの理学療法～早産･低出生体重児のFollow Up	北海道
	クラインフォーゲルバッハの運動学の治療的応用	岩　手
	姿勢保持の評価とその技術	秋　田
	成人片麻痺の評価と治療	東　京
	脳卒中に対する運動療法－バイオメカニクスを考慮した運動療法の理論と実際－	京　都
	脳卒中歩行病態の評価と３D下肢装具療法	神奈川
	高次脳機能と理学療法	埼　玉
	下肢切断の理学療法	神奈川
10月	観察による運動・動作分析－身体運動学に基づいた分析法の臨床応用－	宮　城
	脳卒中後遺症者に対する評価と治療の実践	山　形
	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
	中枢神経障害の評価と治療	福　岡
	脳卒中片麻痺者の実践的アプローチ	山　梨
	クリニカルリーズニングの臨床応用～肩関節複合体～	兵　庫
	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
	リスク管理講習会	千　葉
11月	筋骨格系疾患の段階的診療法	石　川
	子どもの環境設定と運動療法	石　川
	肩の機能解剖と理学療法	兵　庫
	統合的運動連鎖概念に基づくBiNIアプローチ	山　形
	中枢神経疾患に対する理学療法	愛　媛
	筋・筋膜性可動域制限と痛みに対する治療	富　山
	生態心理学概念に基づいた運動療法(ベーシックコース)	静　岡
	臨床での徒手的理学療法－肩の痛みに対する頚部及び肩甲帯領域の鑑別診断と治療－	和歌山
	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　京
12月	がんの理学療法	埼　玉
	脊柱・体幹の触診機能解剖	東　京
平成26年		
1月	成人片麻痺の運動療法	茨　城
	PNFの理論と実践	兵　庫
	肩関節の機能解剖と理学療法	福　岡
2月	下肢の運動学と理学療法Ｂ	京　都
	脊髄障害に対する理学療法の実際	神奈川
	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	高　知
	頸椎･上部胸椎の評価治療とクリニカルリーズニング	新　潟
	臨床における呼吸理学療法	愛　媛
	成人片麻痺の評価と治療	秋　田
	呼吸理学療法の実際～内科系障害を中心に～	大　阪
5月	徒手理学療法概説	東　京
	運動器疾患とPNF	東　京
6月	運動器リハビリテーション治療に対するＥＢＭに基づいた新たな戦略（関節可動域の改善、腰痛症）	福　岡
	PNF講習会【応用編】『PNFコンセプトを用いた運動器障害に対するアプローチ』	愛　媛
	呼吸理学療法の理論と実践	大　阪
	理学療法士による移動・移乗の介助	神奈川
	筋骨格系疾患の段階的診療法－骨盤と股関節を中心とした全身のホモ・サピエンス機能を考える	大　阪
	PNFによる痙縮筋に対する筋力強化	大　阪
7月	生態心理学概念に基づいた運動療法	静　岡
	理学療法士職域拡大セミナー（頭痛の評価と治療）	東　京
	下肢疾患の理学療法～局所機能のつくり方と運動連鎖の応用の仕方～	熊　本
	統計・研究法講習会	東　京
	痛み･麻痺･運動機能障害に対するアプローチの理論と実践	東　京
	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　葉
	身体運動の捉え方－評価と治療展開－	岩　手
	脳卒中歩行病態の評価と３D下肢装具療法	東　京
	水中理学療法の実際	神奈川
	集中治療病棟における内部障害理学療法のリスク管理講習会	広　島
	クリニカルリーズニング～肩複合体運動機能障害を通して～	北海道
8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	山　口
	生態心理学概念を導入した運動療法－動作分析－	福　井
	成人片麻痺の評価と治療（大阪）	大　阪
	成人片麻痺の評価と治療（東京）	東　京
	臨床動作分析の実際	茨　城
	呼吸理学療法の実際～呼吸介助手技の習得を中心に～	長　野
	呼吸理学療法	愛　知
	脳のシステム障害とアプローチ	三　重
	下肢の運動学と理学療法Ａ	京　都
	マッスルインバランスに対する理学療法－筋・筋膜に対する徒手療法と弱化筋に対する運動療法－	富　山
	腰の痛み、膝の痛みを考える	福　岡
9月	呼吸理学療法の実際	大　阪
	第８回理学療法士リーダー研修会	広　島
	脳卒中片麻痺患者に対する運動力学的視点からのアプローチ－座位編・立位編・歩行編－	愛　媛
	呼吸理学療法の理論と実際～急性呼吸不全を中心に～	兵　庫
	触圧覚刺激法	愛　知
	筋膜リリース～基礎から応用～	東　京
	NICUの理学療法～早産・低出生体重児のNICU及び退院後のFollow-upの実際～	北海道
	高次脳機能と理学療法	埼　玉
	脊髄損傷の理学療法	茨　城
	モビライゼーションPNF手技－ＥＢＭに基づいた新たな戦略　（関節可動域の改善、腰痛症）	東　京
10月	下部体幹（腰部と仙腸関節）の評価と治療	愛　媛
	脊髄損傷の理学療法	大　阪
	脳卒中後遺症者に対する評価と治療の実践	山　形
	生態心理学的概念に基づいた運動療法	和歌山
	筋骨格系疾患の段階的診療法	石　川
	脳卒中片麻痺者の実践的アプローチ	山　梨
	基本動作	千　葉
	体幹に対する理学療法	福　岡
	クリニカルリーズニングの臨床応用－下肢－	兵　庫
	脊柱・体幹の触診機能解剖	北海道
	観察による運動･動作分析－身体運動学に基づいた分析法の臨床応用－	宮　城
	低出生体重児の理学療法～NICUからフォローアップまで～	熊　本

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
	「胸郭の理学療法の考え方/胸郭と身体運動との関連性」（仮題）	福　岡
	運動器疾患とPNF	兵　庫
11月	リスク管理講習会	千　葉
	がんの理学療法	東　京
	上肢・下肢の触診機能解剖	東　京
	脳性麻痺児の評価と治療	東　京
	臨床での徒手的理学療法−腰部骨盤帯の問題に対する鑑別診断と治療−	和歌山
	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　京
	肩の機能解剖と理学療法	兵　庫
	PNF基礎と臨床応用	和歌山
	心・肺・腎の連関と運動療法を考える	岡　山
	子どもの環境設定と運動療法	石　川
12月	統合的運動生成概念に基づくBiNiアプローチ	山　形
	呼吸理学療法講座（医療と介護における呼吸理学療法）	岩　手
	モビライゼーションPNF手技を用いたリハビリテーション治療のＥＢＭに基づいた新たな戦略	兵　庫
	最先端：脳卒中の理学療法診療ガイドライン、歩行分析・練習と病期別理学療法の実践プラス１	茨　城
	モビライゼーションPNF手技を用いた脳卒中後片麻痺患者のＥＢＭに基づいた新たな治療法	東　京
平成27年		
1月	成人片麻痺の運動療法	茨　城
	下肢の運動学と理学療法Ｂ	京　都
2月	脊髄障害に対する理学療法の実際	神奈川
	臨床における呼吸理学療法	愛　媛
	成人片麻痺の評価と治療	秋　田
	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〜	新　潟
	呼吸理学療法の実際〜内科系障害を中心に〜	大　阪

④各種講習会・研修会

開催年月	研修会名	開催地
教育部		
平成25年8月	臨床実習指導者研修会(4-7年目研修)【九州】	長　崎
	臨床実習指導者研修会(4-7年目研修)【四国】	愛　媛
平成25年10月	臨床実習指導者研修会(4-7年目研修)【関東】	埼　玉
平成25年12月	臨床実習指導者研修会(4-7年目研修)【東北】	秋　田
	臨床実習指導者研修会(4-7年目研修)【北海道】	北海道
	臨床実習指導者研修会(4-7年目研修)【東海北陸】	三　重
平成26年2月	臨床実習指導者研修会(4-7年目研修)【近畿】	滋　賀
平成26年3月	臨床実習指導者研修会(4-7年目研修)【中国】	山　口
平成25年7月	日本理学療法士協会指定研修（名古屋会場）	愛　知
	日本理学療法士協会指定研修（東京会場）	東　京
	日本理学療法士協会指定研修（広島会場）	広　島
平成25年8月	日本理学療法士協会指定研修（松山会場）	愛　媛
	日本理学療法士協会指定研修（福岡会場）	福　岡
	日本理学療法士協会指定研修（仙台会場）	宮　城
	日本理学療法士協会指定研修（大阪会場）	大　阪
平成25年9月	日本理学療法士協会指定研修（札幌会場）	北海道
平成26年7月	日本理学療法士協会指定研修 東海北陸	愛　知
	日本理学療法士協会指定研修 関東甲信越1	東　京
平成26年8月	日本理学療法士協会指定研修 中国	広　島
	日本理学療法士協会指定研修 九州	福　岡
	日本理学療法士協会指定研修 近畿	大　阪
平成26年9月	日本理学療法士協会指定研修 四国	香　川
	日本理学療法士協会指定研修 東北	宮　城
	日本理学療法士協会指定研修 北海道	北海道
	日本理学療法士協会指定研修 関東甲信越2	東　京
平成26年2月	介護予防基礎･アドバンス･起業支援合同研修会	大　阪
平成26年3月	通所系リハビリテーション研修会	東　京
平成26年9月	理学療法士のためのリーダーシップ講座	東　京
平成26年11月	HOSPEX Japan 2014 少子高齢社会にむけた、予防･医療･介護領域での戦略的とりくみ	東　京
平成26年4月	がんのリハビリテーション研修会in東京	東　京
平成26年5月	がんのリハビリテーション研修会in山口	山　口
	がんのリハビリテーション研修会in神奈川	神奈川
平成26年6月	がんのリハビリテーション研修会in秋田	秋　田
	がんのリハビリテーション研修会in長崎	長　崎
	がんのリハビリテーション研修会in兵庫	兵　庫
平成26年7月	がんのリハビリテーション研修会in栃木	栃　木
	がんのリハビリテーション研修会in東京Ⅱ	東　京
平成26年8月	がんのリハビリテーション研修会in福岡	福　岡
平成26年9月	がんのリハビリテーション研修会in東京Ⅲ	東　京
平成26年10月	がんのリハビリテーション研修会in徳島	徳　島
	がんのリハビリテーション研修会in静岡	静　岡
平成26年11月	がんのリハビリテーション研修会in大阪	大　阪
平成26年12月	がんのリハビリテーション研修会in東京Ⅳ	東　京

⑤-1　専門分野（旧専門領域研究部会）研修会

開催年月	テーマ	開催地
平成25年		
5月	循環器講習会　生体反応モニタリング	愛　知
6月	WCPTサブグループ心理精神領域研修会１	東　京
	呼吸理学療法セミナー	神奈川
	心臓・大血管手術後の理学療法	東　京
	WCPTサブグループ心理精神領域研修会２	東　京
	糖尿病理学療法研修会（合併症）	神奈川
7月	糖尿病理学療法研修会（教育）	大　阪
	１運動器主催研修会（熊県）	熊　本
8月	神経部会講習会（甲南女子大学）	兵　庫
9月	２運動器主催研修会（愛知県）	名古屋
	管理運営研修会1/2	富　山
	急性期呼吸理学療法	広　島
	WCPTサブグループ心理精神領域研修会３	高　知
	心不全の理学療法	神奈川
	福祉用具セミナーⅣ（住宅改修）	大　阪
	WCPTサブグループ心理精神領域研修会４	高　知
	体験型研修会(動物･培養細胞を対象とした基礎領域)	長　崎
10月	福祉用具セミナーⅠ（起居動作の支援）	大　阪
	起業促進セミナー	東　京
	「科学するシリーズ」研修会	愛　知
11月	循環器理学療法実践セミナー	東　京
	神経理学療法研究部会主催研修会	東　京
	福祉用具セミナーⅡ（移乗動作の支援）	兵　庫
	３運動器主催研修会（北海道）	北海道
	物理療法領域における教育と研究（兵庫）	東　京
12月	９呼吸理学療法講座	岩　手
	福祉用具セミナーⅢ（車いす）	兵　庫
	10日神経理学療法学会学術集会	京　都
	管理・運営研修会2/2	北海道
1月	４運動器主催研修会（東京都）	東　京
2月	JFOMPT主催研修会	大　阪
	教員研修会	東　京
	糖尿病理学療法研修会（運動療法）	愛　知
	糖尿病理学療法研修会（運動機能障害）	石　川
3月	慢性呼吸不全に対する呼吸理学療法	岡　山
	神経理学療法研究部会研修会	
	神経部会研修会（大阪府）	大　阪
平成26年		
7月	第10回精神心理領域理学療法セミナー	広　島
8月	専門分野研修(運動器分野徒手):WCPTSG JFOMPT1/2　体幹運動機能障害の徒手理学療法　治療理論変遷と近年的治療−	福　岡
10月	レクチャーフォーラム『科学する』	宮　城
	第11回精神心理領域理学療法セミナー	東　京
	第12回精神心理領域理学療法セミナー	東　京
	福祉用具セミナーⅡ（移乗動作の支援）	兵　庫
	管理運営研修会2/2	熊　本
11月	戦略的研修会	東　京
12月	福祉用具セミナーⅢ（車いす）	東　京
平成27年		
2月	専門分野研修(運動器分野徒手):WCPTSG JFOMPT1/2　体幹運動機能障害の徒手理学療法−治療理論変遷と近年的治療−	福　岡
3月	専門分野研修(基礎分野)：基礎研究体験フォーラム	北海道

⑤-2　認定理学療法士必須研修会

開催年月	研修会名	開催地
平成25年		
8月	認定必須研修会（呼吸、関西地区）	兵　庫
	認定必須研修会（運動器）	東　京
	認定必須研修会（循環）	東　京
9月	認定必須研修会（物理療法）	東　京
	認定必須研修会（神経筋）	東　京
	認定必須研修会（脳卒中）	石　川
	認定必須研修会（臨床教育）	東　京
	認定必須研修会（発達障害）	福　岡
	認定必須研修会（動物・培養細胞を対象とした基礎領域）	東　京
	認定必須研修会（ひとを対象とした基礎領域）	東　京
	認定必須研修会（代謝）関西	兵　庫
	認定必須研修会（切断）	埼　玉
	認定必須研修会（褥瘡・創傷ケア）	宮　城
	認定必須研修会（脊髄障害）	愛　知
	認定必須研修会（脳卒中）	岩　手
10月	認定必須研修会（脳卒中）	兵　庫
	認定必須研修会（補装具）	広　島
	認定必須研修会（スポーツ）	東　京
	認定必須研修会（健康増進・参加）	大　阪
	認定必須研修会（運動器）	福　岡
	認定必須研修会（管理・運営）	東　京
	認定必須研修会（脳卒中）	東　京
	認定必須研修会（発達障害）	宮　城
	認定必須研修会	東　京
	認定必須研修会（疼痛管理）	広　島
11月	認定必須研修会（呼吸）	東　京
	認定必須研修会（脊髄障害）	岡　山
	認定必須研修会（大阪）	大　阪
	認定必須研修会（学校教育）	東　京
	認定必須研修会（代謝）関東	神奈川
	認定必須研修会（脳卒中）	沖　縄
12月	認定必須研修会（スポーツ）	福　岡
	認定必須研修会（地域理学療法）	兵　庫
	認定必須研修会（介護予防）	京　都
平成26年		
4月	認定必須研修会（臨床教育）	大　阪
5月	認定必須研修会（学校教育）	東　京
6月	認定必須研修会（徒手）　1	東　京
	認定必須研修会（地域理学療法）　1	東　京
	認定必須研修会（発達障害）	東　京
	認定必須研修会（物理療法）	大　阪
	認定必須研修会（褥瘡・創傷ケア）	兵　庫
	認定必須研修会（呼吸）　1	東　京
	認定必須研修会（疼痛管理）	東　京
	認定必須研修会（脊髄障害）	東　京
7月	認定必須研修会（脳卒中）	東　京
8月	認定必須研修会（循環）　1	東　京
9月	認定必須研修会（循環）　2	兵　庫
	認定必須研修会（神経筋障害）	兵　庫
	認定必須研修会（動物・培養細胞）	大　阪
	認定必須研修会（ひと）	大　阪
	認定必須研修会（切断）	東　京
10月	認定必須研修会（脳卒中）	宮　城
	認定必須研修会（脳卒中）	大　阪
11月	認定必須研修会（補装具）	福　岡
	認定必須研修会（代謝）	東　京
	認定必須研修会（呼吸）　2	兵　庫
	認定必須研修会（運動器）　2	大　阪
	認定必須研修会（介護予防）　1	京　都
	認定必須研修会（管理運営）	東　京
	認定必須研修会（徒手）　2	大　阪
	認定必須研修会（運動器）　3	鹿　児

4）　会員の性別年齢分布

年齢分布	平成20年度 男性	平成20年度 女性	平成21年度 男性	平成21年度 女性	平成22年度 男性	平成22年度 女性	平成23年度 男性	平成23年度 女性	平成24年度 男性	平成24年度 女性	平成25年度 男性	平成25年度 女性	平成26年度 男性	平成26年度 女性
21～25	4,640	4,769	5,476	5,025	6,465	5,356	9,103	7,087	10,635	8,190	10,225	8,187	11,548	8,538
26～30	7,310	7,810	8,559	8,320	10,017	8,921	10,601	8,762	12,159	9,269	14,475	9,723	15,906	10,196
31～35	7,113	5,535	7,623	5,930	8,287	6,228	8,552	6,050	8,868	6,180	9,317	6,387	9,981	6,643
36～40	4,771	2,576	5,488	2,981	6,161	3,480	6,359	3,545	6,907	3,895	7,718	4,486	8,145	4,827
41～45	2,869	1,607	3,078	1,721	3,346	1,852	3,431	1,866	3,811	2,022	4,393	2,172	4,856	2,400
46～50	1,754	758	1,967	961	2,226	1,156	2,228	1,158	2,253	1,211	2,520	1,427	2,684	1,494
51～55	892	216	1,014	244	1,136	311	1,164	326	1,270	411	1,453	551	1,597	680
56～60	530	115	539	126	595	133	600	137	627	140	690	166	747	171
61～65	190	34	240	38	286	55	284	47	298	46	314	50	348	63
66～70	114	14	112	14	89	13	77	13	71	10	93	10	108	14
71歳以上	124	10	119	11	131	12	116	10	113	11	104	9	108	10
総　計	30,307	23,444	34,215	25,371	38,739	27,517	42,515	29,001	47,012	31,385	51,302	33,168	56,028	35,036
平均年齢	34.6	31.5	34.3	31.7	34.1	31.9	33.2	31.3	32.9	31.2	33.2	31.6	33.1	31.8

※休会者数を除く
＊平成26年度については12月末現在の参考数字

5）協会会員数の推移

年　度（西暦）	受験者	合格者	合格者総数	会員数	組織率	休会者総数	新入会者数	休会者数	退会者数	復会者数
昭和41　1966	1,217	183	183	110	0.601					
42　1967	1,432	310	493	229	0.465					
43　1968	1,211	228	721	282	0.391					
44　1969	1,167	167	888	502	0.565					
45　1970	1,260	224	1,112	592	0.532		143		15	
46　1971	1,400	136	1,248	692	0.554		186		8	
47　1972	1,000	128	1,376	860	0.625		169		2	
48　1973	1,034	138	1,514	1,031	0.681		110		8	
49　1974	1,014	212	1,726	1,127	0.653		135		6	
50　1975	158	125	1,851	1,285	0.694		119		23	
51　1976	168	98	1,949	1,422	0.730		118		15	
52　1977	264	184	2,133	1,524	0.714	14	174		18	
53　1978	253	168	2,301	1,672	0.727	14	162		18	
54　1979	288	216	2,517	1,808	0.718	31	194		8	
55　1980	329	256	2,773	1,994	0.719	44	263		17	
56　1981	351	267	3,040	2,225	0.732	68	210	20	21	
57　1982	470	419	3,459	2,386	0.690	86	388	28	16	
58　1983	544	449	3,908	2,743	0.702	93	421	23	18	11
59　1984	658	618	4,526	3,689	0.815	121	595	31	23	4
60　1985	771	729	5,255	4,325	0.823	143	680	31	26	6
61　1986	914	859	6,114	5,005	0.819		753	55	31	6
62　1987	974	925	7,039	5,886	0.836		944	49	33	29
63　1988	1,004	948	7,987	6,770	0.848		948	60	19	15
平成　1　1989	1,064	980	8,967	7,599	0.847	367	952	98	45	18
2　1990	1,103	1057	10,024	8,540	0.852	420	1,029	74	41	26
3　1991	1,049	977	11,001	9,405	0.855	493	1,010	118	55	28
4　1992	1,087	1,029	12,030	10,297	0.856	577	1,022	120	45	34
5　1993	1,109	1,069	13,099	11,274	0.861	618	1,063	83	53	50
6　1994	1,196	1,086	14,185	12,258	0.864	691	1,136	122	92	62
7　1995	1,454	1,422	15,607	13,489	0.864	661	1,384	45	56	33
8　1996	1,768	1,688	17,295	14,942	0.864	757	1,656	125	114	57
9　1997	1,889	1,797	19,092	16,534	0.866	781	1,765	136	114	67
10　1998	2,286	2,215	21,307	18,496	0.868	710	2,172	167	458	55
11　1999	2,744	2,566	23,873	20,731	0.868	675	2,476	95	204	38
12　2000	3,196	3,048	26,921	23,321	0.866	706	2,928	180	231	58
13　2001	3,240	3,140	30,061	26,047	0.866	863	3,070	236	182	78
14　2002	3,503	3,354	33,415	28,787	0.861	1,058	3,221	298	256	82
15　2003	3,686	3,692	37,044	31,809	0.859	1,229	3,526	333	332	103
16　2004	4,289	4,199	41,243	35,172	0.853	1,521	4,052	456	397	95
17　2005	5,102	4,843	46,086	39,023	0.847	1,846	4,658	547	482	121
18　2006	6,155	6,002	52,088	43,628	0.838	2,242	5,571	636	569	140
19　2007	7,036	6,559	58,647	48,590	0.829	2,790	6,092	789	584	139
20　2008	7,997	6,924	65,571	53,751	0.820	3,397	6,417	840	604	212
21　2009	9,119	8,291	73,862	59,586	0.807	3,933	7,307	1,029	976	205
22　2010	9,835	9,112	82,794	66,256	0.800	4,502	8,043	1,056	279	811
23　2011	10,416	7,736	90,710	71,139	0.788	5,500	7,128	1,067	697	275
24　2012	11,956	9,850	100,560	78,397	0.780	5,812	8,655	714	1,100	304
25　2013	11,411	10,115	110,675	84,470	0.763	7,006	8,961	1,365	1,399	524
26　2014	11,129	9,315	119,990	91,064	0.758	4,961	8,386	404	3,887	174

＊会員数は休会者数を除く
＊平成26年度については12月末現在の参考数字
＊理学療法白書2012年版以前の数値に一部誤りがあったため、修正している。

6）士会別会員数の推移（各年度末現在）

	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	平25年 2013	平26年 2014	5年間 増加数 (人)	5年間 増加率 (%)	平25年人口推計値 (千人)	人口10万 当会員数 (平成25年)
北海道	363	576	1,072	2,041	2,253	2,405	2,595	2,835	3124	3,366	3,721	4,036	4,361	1,441	56	5,431	74.3
青森	106	155	233	354	382	430	472	512	568	615	658	692	733	220	47	1,335	51.8
秋田	59	121	179	258	284	296	323	351	382	423	453	479	504	156	48	1,295	37.0
岩手	99	163	241	369	410	459	495	540	593	619	685	750	809	255	52	2,328	32.2
宮城	99	182	292	530	601	677	757	852	948	1,007	1,109	1,214	1,305	457	60	1,050	115.6
山形	59	92	181	325	351	399	418	481	523	571	635	691	745	273	65	1,141	60.6
福島	92	141	264	459	540	606	674	756	837	896	1,000	1,113	1,225	439	65	1,946	57.2
茨城	87	137	289	624	736	850	982	1,110	1252	1,384	1,553	1,632	1,763	650	66	2,931	55.7
栃木	52	97	218	408	457	518	562	636	701	763	822	875	937	313	56	1,986	44.1
群馬	91	159	316	561	638	726	794	916	1039	1,130	1,251	1,376	1,504	582	73	1,984	69.4
埼玉	259	408	727	1,461	1,707	1,963	2,180	2,447	2658	2,927	3,206	3,448	3,758	1,268	58	7,222	47.7
千葉	187	353	684	1,293	1,462	1,660	1,909	2,163	2432	2,629	2,911	3,243	3,592	1,334	70	6,192	52.4
東京	779	1,092	1,639	2,797	3,170	3,536	3,892	4,149	4642	5,019	5,476	5,796	6,228	1,904	49	13,300	43.6
神奈川	438	688	1,094	1,856	2,092	2,358	2,589	2,842	3193	3,402	3,696	3,924	4,300	1,335	52	9,079	43.2
新潟	129	214	376	672	756	823	893	976	1056	1,099	1,155	1,228	1,305	335	38	2,330	52.7
富山	88	131	187	301	323	357	399	437	474	515	580	625	672	226	57	1,076	58.1
石川	142	192	279	401	437	499	534	575	651	718	782	869	940	335	63	1,159	75.0
福井	78	150	218	346	382	417	445	481	527	570	650	714	760	269	60	795	89.8
山梨	96	132	191	355	405	461	506	546	605	649	700	732	771	226	45	847	86.4
長野	203	294	491	802	873	949	1,020	1,129	1259	1,374	1,524	1,639	1,768	619	61	2,122	77.2
静岡	225	341	580	1,016	1,113	1,238	1,389	1,636	1845	1,959	2,221	2,417	2,597	1,028	74	2,051	117.8
岐阜	136	215	380	576	653	707	793	879	950	1,035	1,121	1,239	1,314	446	56	3,723	33.3
愛知	425	741	1,248	2,034	2,340	2,570	2,875	3,214	3545	3,847	4,241	4,560	4,856	1,685	59	7,443	61.3
三重	85	132	299	497	552	592	647	737	831	878	966	1,040	1,115	393	61	1,833	56.7
京都	174	256	446	777	880	990	1,138	1,263	1393	1,517	1,701	1,844	2,022	706	62	1,416	130.2
滋賀	99	131	208	351	400	438	494	553	599	636	689	738	808	244	49	2,617	28.2
奈良	72	125	209	436	466	537	603	667	732	788	885	951	1,066	348	58	8,849	10.7
和歌山	99	178	309	462	512	564	613	682	781	839	892	966	1,040	353	58	5,558	17.4
大阪	747	1,080	1,736	2,817	3,159	3,577	3,955	4,381	4902	5,299	5,773	6,228	6,705	2,273	57	1,383	450.3
兵庫	390	648	1,014	1,619	1,801	2,011	2,255	2,568	2879	3,122	3,453	3,803	4,122	1,548	69	979	388.5
岡山	150	272	494	730	816	902	991	1,104	1229	1,343	1,441	1,558	1,677	567	57	578	269.6
広島	210	374	703	1,068	1,203	1,315	1,462	1,611	1829	1,942	2,120	2,257	2,434	795	54	702	321.5
鳥取	54	74	152	231	269	307	343	389	421	450	517	552	585	209	61	1,930	28.6
島根	54	78	159	269	290	318	356	377	437	475	513	553	586	197	55	2,840	19.5
山口	89	163	293	450	513	580	648	750	878	953	1,069	1,182	1,271	534	82	1,420	83.2
徳島	130	172	343	528	560	609	637	691	777	819	837	858	892	221	35	770	111.4
高知	179	288	478	693	750	797	865	958	1061	1,137	1,218	1,290	1,365	425	49	985	131.0
香川	103	147	235	414	475	505	570	611	670	726	788	856	916	286	50	1,405	60.9
愛媛	206	307	496	710	764	824	882	956	1047	1,115	1,202	1,260	1,352	378	43	745	169.1
福岡	388	697	1,343	2,241	2,474	2,763	3,070	3,359	3679	4,063	4,432	4,762	5,121	1,692	55	5,090	93.6
長崎	171	297	560	849	914	1,051	1,170	1,297	1410	1,490	1,637	1,751	1,849	581	50	840	208.5
熊本	230	368	612	948	1,055	1,165	1,258	1,367	1541	1,678	1,881	2,057	2,267	799	64	1,397	147.2
大分	125	190	334	574	628	709	784	867	966	1,031	1,159	1,225	1,318	441	56	1,801	68.0
佐賀	56	94	211	396	437	535	613	694	787	864	932	981	1,068	368	60	1,178	83.3
宮崎	117	195	332	474	497	523	588	658	754	803	859	925	981	337	57	1,120	82.6
鹿児島	156	291	571	1,013	1,142	1,277	1,418	1,566	1734	1,837	2,003	2,171	2,336	753	53	1,680	129.2
沖縄	109	218	376	593	660	755	847	978	1085	1,160	1,248	1,327	1,380	480	57	1,415	93.8
海外・その他	47	14	29	44	46	42	48	39	30	34	32	43	41	−5	−10	−	−
計	8,540	13,489	23,321	39,023	43,628	48,590	53,751	59,586	66,256	71,516	78,397	84,470	91,064	30,719	56	127,297	66.4

総務省統計局発表　平成２５年１０月１日現在推計人口（http：//www.stat.go.jp/data/jinsui/2013np/index.htm）
*休会者を除く
*平成26年度については12月末現在の参考数字

7）FAX通信　配信記事一覧（2013年4月～2015年3月）

110号（2013年4月23日）
- 宮古・山田訪問リハビリステーションゆずる　開設
- 診療ガイドライン アンケート実施中
- 平成25年度研究助成　公募開始　今年は指定テーマで募集
- 新たに141名誕生　認定理学療法士
- 『理学療法白書2012　－絆をはぐくむ理学療法士－』発行
- 協会50周年記念誌　学術大会・学術研修大会の写真・資料を募集

111号（2013年5月20日）
- 平成25年春の叙勲 中屋久長氏（前会長）、旭日小綬章受章
- 第42回定時総会　東京で6月8日（土）開催
- 会員証をお忘れなく！　第48回日本理学療法学術大会in愛知
- 2013年度協会指定研修、5月24日（金）より事前登録受付開始！
- 平成25年度年会費の引落日は、6月27日（木）です！
- 訪問リハビリテーション振興財団職員を募集中
- 会員限定メールマガジン「メール通信」の配信を開始

112号（2013年6月20日）
- 第42回定時総会開催　今年度を2025年に向けたスタート年に
- 平成25・26年度役員決定　新体制での組織運営が始動

- 分科学会・部門への登録がスタートします
- 7月17日は理学療法の日！　各地でのイベント周知を
- 平成25年度年会費の引落日は、6月27日（木）です！

113号（2013年7月19日）
- 第48回全国学術研修大会（静岡）の事前登録開始！
- 分科学会・部門　登録はお早めに！
- 平成25年度理学療法研究助成選考結果および追加募集のお知らせ
- 第50回日本理学療法学術大会 テーマ決定＆ロゴ公募のお知らせ
- 年会費の納入はお済ですか？
- 7月21日は参議院選挙の日　投票に行きましょう

114号（2013年7月22日）
- 山口かずゆき氏（本会理事）参議院選挙当選！！
- リハビリ3協会が本格的に選挙活動　これまでで初の試み
- 障害者・高齢者の方々が本当に納得できる医療・介護制度を
- 理学療法士の労働環境の改善とやりがいの創出を目指す

115号（2013年8月20日）
- 第48回全国学術研修大会in静岡　事前申込　9月2日まで
- リハ3協会主催　訪問リハビリテーションフォーラム2013
- 分科学会・部門　登録はお早めに！
- 第50回日本理学療法学術大会ロゴマーク募集中です！
- 異動等の書面申請について
- 楽天カードのお申し込みを！

116号（2013年9月10日）
- リハビリ議員連盟　発足決定！！
- 第48回全国学術研修大会　事前申込を9月12日（木）まで延長
- 日本理学療法士学会　分科学会選挙について
- JPTA NEWS 284号（8月号）P20　タイトル訂正のお知らせ
- HCR（国際福祉機器展）出展　東京国際展示場（東京ビッグサイト）

117号（2013年10月3日）
- 第48回全国学術研修大会in静岡　開催せまる！
- 平成26年度診療報酬改定　要望書を提出
- 分科学会選挙について
- 英文誌JJPTA、理学療法学特集号　電子公開のお知らせ
- 施設情報変更について
- 専門職として社会人にふさわしい行動を
- 国民会議報告書を読もう！

118号（2013年10月23日）
- 理学療法機器、器具の点検について
- 国民の健康づくりと職場における腰痛対策の推進要望書を提出
- 分科学会選挙　立候補受付締切　投票開始は11月12日
- 日本理学療法学術大会演題登録用アカウントの先行登録
- 本会研究事業　協力研究員の募集について
- 新組織の紹介をマイページに掲載

119号（2013年11月11日）
- 代議員選挙に向けて　会員情報確認・変更手続のお願い
- 認定理学療法士・専門理学療法士申請の受付開始
- 日本神経理学療法学会選挙　投票開始迫る
- 第49回日本理学療法学術大会の演題登録について
- 楽天カードで年会費の引き落としを！
- 本会CMが放映されます

120号（2013年12月4日）
- 中医協総会（12/4） リハビリテーションに関して議論
- 早期リハビリテーションの充実
- 維持期リハビリテーションについて
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
- 分科学会選挙（小児・予防）に関するお願い
- 東日本大震災復興特区 訪問リハビリテーション事業所職員募集
- 腰痛予防対策講習会に講師派遣へ　産業理学療法の取組み
- 本会ホームページが新しくなりました
- 協会50周年記念誌　写真・資料を募集

121号（2013年12月19日）
- 厚生労働省医政局通知　理学療法士の名称の使用等について
- 組織運営協議会（旧全国都道府県理学療法士会会長会議）開催される
- 平成26・27年度　代議員選挙の実施について
- 分科学会選挙（小児・予防） 選挙について
- 学会抄録集のウェブ化に関するパブリックコメント募集について
- 第51回日本リハビリテーション医学会学術集会　演題募集
- 各種申請　平成26年1月1日（水）より、Web申請へ一本化します

122号（2014年1月6日）
- 三役より新年のご挨拶

123号（2014年1月20日）
- 平成26・27年度　代議員選挙の立候補受付開始
- 学会抄録集のウェブ化に関するパブリックコメントを募集
- チーム医療推進協議会「チーム医療による災害支援」研修会のご案内
- 異動申請等　各種手続きはお早めに！
- 広報誌「笑顔をあきらめない。」15号発行　テーマは「介護予防」

124号（2014年1月29日）
- 中医協総会（1/29）に平成26年度診療報酬改定の骨子案が提示される
- 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価
- 地域包括ケアを支援する病棟の評価
- リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進
- 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し
- 維持期リハビリテーションの評価
- 認知症対策の推進
- 廃用症候群に対する疾患別リハビリテーション等の適切な評価

125号（2014年2月12日）
◎診療報酬改定点数　答申される
- 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価
- 地域包括ケアを支援する病棟の評価
- リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進
- 維持期リハビリテーションの評価
- 認知症対策の推進
- 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し
- 廃用症候群に対する疾患別リハビリテーション等の適切な評価
- 消費税8%への引上げに伴う対応

126号（2014年2月14日）
- 平成26・27年度　代議員選挙の選挙公報掲載及び投票について
- 論文の投稿方法が変わります！
- 協会50周年記念誌　写真・資料を募集
- 写真コンテスト「笑顔をあきらめない。」 募集開始
- 楽天カードで年会費の引き落としを！

127号（2014年2月24日）
- 平成26・27年度　代議員選挙の投票開始
- 第49回学会in横浜　事前参加登録は2月24日から
- 消費税改正に伴う収納手数料の変更について
- 理学療法関連書籍新刊案内をご活用ください

128号（2014年3月7日）
- 平成26・27年度　代議員選挙の投票締切迫る
- 平成26年度予算案を承認
- 指定研修、認定必須研修会　事前参加予約開始
- 異動申請等　各種手続きはお早めに！
- ファックス通信125号（2月12日配信） 訂正とお詫び

129号（2014年4月8日）
- 平成26年度診療報酬改定　疑義解釈が公表される
- 本会主催「がんのリハビリテーション研修会」開催
- 第49回学術大会（神奈川）の事前参加登録について
- 動画「Next step for you ～笑顔をあきらめない～」公開
- 公式写真コンテスト「笑顔をあきらめない。」締切迫る
- 平成26年度　年会費について
- 異動申請等　お手続きをお願いします

130号（2014年4月24日）
- 訪リハ財団　宮城県気仙沼市に新規事業所を開設予定 職員募集中!

・訪問リハビリテーションフォーラム2014のご案内
・第49回日本理学療法学術大会in神奈川に関するお知らせ
・広報誌「笑顔をあきらめない。vol.16」発行
・第49回全国学術研修大会　事前参加登録費の訂正について

131号（2014年5月23日）
・第49回日本理学療法学術大会　開催間近！！
・第43回定時総会　東京で6月8日（日）開催
・平成26年度研究助成　公募開始（5月30日まで）
・平成26年春の叙勲 福田修氏（前役員）、旭日双光章 受章
・東日本大震災における支援活動　感謝状　授与される
・年会費納入について

132号（2014年6月16日）
・第43回定時総会開催　8議題を承認
・50回大会のプレ・コングレスミーティング　演題募集期間延長
・地域包括ケアシステム推進　e-ラーニングの受講受付を開始！
・平成26年度本会ポスターが完成　会員所属施設へ配布
・理学療法週間「介護予防推進キャンペーン」全国一斉開催を計画
・年会費の納入期限は6月30日です！

133号（2014年7月15日）
・全国事務局長会議が開催される。
・理学療法の日　介護予防推進キャンペーン　全国一斉実施。
・本会調査事業　協力調査員を募集しています。
・EBPT用語集を公開しています。
・学会版MMT・ROM評価指針に関するパブリックコメント募集。
・日本理学療法士学会　ロゴマーク募集中（一般公募）。

134号（2014年8月19日）
・第49回全国学術研修大会in埼玉　事前申込締切迫る！
・管理職・管理職候補の方へ　9月24日管理者研修会を開催
・４年目以上の会員の方へ　新人教育プログラム修了を！
・第2回日韓合同カンファレンス 演題募集中！
・ご注意ください！～年会費等を振込された方へ～

135号（2014年9月17日）
・第49回全国学術研修大会in埼玉　開催間近！！
・介護給付費分科会　事業団体ヒアリングに出席
・日本理学療法士学会の英語名称決定
・学会運営協議会開催される
・分科学会の学術集会情報を掲載しています。
・国際福祉機器展（HCR）に出展　10月1日～3日

136号（2014年10月16日）
・役員選挙に向けた会員情報の変更手続きについて
・第50回日本理学療法学術大会　演題募集は10月20日から！
・第2回日韓合同カンファレンスの演題〆切　10月23日まで延長
・特別セミナー・訪問リハビリテーションフォーラム2014ご案内
・協会事務局で働いてみませんか？　理学療法士職員募集
・年会費の納入はお済みですか？　楽天カード加入も随時受付中

137号（2014年11月13日）
・役員選挙に関するお知らせ
・分科学会運営幹事選挙に関するお知らせ
・組織運営協議会、開催される
・第50回日本理学療法学術大会　大会企画演題登録期間延長！
・理学療法学特集号（4号、8号）電子化のお知らせ
・認定理学療法士の申請受付を開始しています
・広報誌「笑顔をあきらめない。vol.17」発行

138号（2014年12月16日）
・役員選挙告示のお知らせ
・分科学会運営幹事選挙のお知らせ
・職能・病棟配置に関するセミナー開催のご案内
・理学療法学41-8号、JJPTA Vol.17電子版　公開のお知らせ
・第50回日本理学療法学術大会　ボランティア募集のご案内
・会員施設情報の正確な把握に向けた調査事業 ご協力のお願い

139号（2015年1月5日）
・三役より新年のご挨拶

140号（2015年1月16日）
・役員選挙の立候補受付および投票について
・分科学会運営幹事選挙のご案内　－選挙権・被選挙権について－
・平成27年度介護報酬改定　改定率は▲2.27%
・50周年記念事業　ロゴマーク等決定・Facebookページ開設
・管理者・臨床指導担当者向け研修会（会員限定）のお知らせ
・2014年度年会費のお支払はお済みですか？

141号（2015年2月6日）
- 速報：平成27年度介護報酬改定 単位数

142号（2015年2月9日）
- 役員選挙の投票、本日正午より開始！
- 平成27年度介護報酬改定情報第2弾
- 保健適用外の理学療法士活動に関する本会の見解について
- WCPTが若手理学療法士の国際的リーダーを募集中
- 第3回「笑顔をあきらめない。」公式写真コンテスト開催

143号（2015年2月17日）
- 役員選挙投票締切迫る！　－投票は2月22日（日）正午まで－
- 分科学会運営幹事選挙告示
- 平成27年度 年会費割引制度　申請受付は2月23日から！
- 第50回日本理学療法学術大会　事前参加登録開始
- 3月開催の研修会・講習会について
- 新しい動画を公開しました「地域包括ケアシステム・介護予防」

4. 日本理学療法士協会年表（平成25年４月～平成27年３月）

平成25年

４月　北海道医療大学リハビリテーション科学部理学療法学科開設
九州医療スポーツ専門学校理学療法学科開設

５月　第48回日本理学療法学術大会（大会長：鈴木重行、開催地：愛知、テーマ：グローバル・スタンダード）
循環器講習会　生体反応モニタリング

６月　第42回定時総会
WCPTサブグループ心理精神領域研修会１
呼吸理学療法セミナー
心臓・大血管手術後の理学療法
WCPTサブグループ心理精神領域研修会２
糖尿病理学療法研修会（合併症）

７月　糖尿病理学療法研修会（教育）
１運動器主催研修会（熊本）
日本理学療法士協会指定研修会　（名古屋会場）
日本理学療法士協会指定研修会　（東京会場）
日本理学療法士協会指定研修会　（広島会場）
第１０回訪問リハビリテーション管理者養成研修会STEP １（東京会場）

８月　認定必須研修会（呼吸、関西地区）
運動器認定必須研修会（東京都）
認定必須研修会（循環）
九州ブロック臨床実習指導者研修会（長崎）
四国ブロック臨床実習指導者研修会（愛媛）
神経部会講習会（甲南女子大学）
日本理学療法士協会指定研修会　（松山会場）
日本理学療法士協会指定研修会　（福岡会場）
日本理学療法士協会指定研修会　（仙台会場）
日本理学療法士協会指定研修会　（大阪会場）

９月　認定必須研修会（物理療法）
認定必須研修会（神経筋）東京都
認定必須研修会（脳卒中）石川県
認定必須研修会（臨床教育、東京）
認定必須研修会（発達障害）福岡県
認定必須研修会（動物・培養細胞を対象とした基礎領域）
認定必須研修会（ひとを対象とした基礎領域）
認定必須研修会（代謝）関西
運動器（切断）認定必須研修会
認定必須研修会（褥瘡・創傷ｹｱ）
認定必須研修会（脊髄障害）愛知県
認定必須研修会（脳卒中）岩手県
２運動器主催研修会（愛知県）
管理運営研修会1/2
急性期呼吸理学療法
WCPTサブグループ心理精神領域研修会３
心不全の理学療法
福祉用具セミナーⅣ（住宅改修）
WCPTサブグループ心理精神領域研修会４
体験型研修会（動物・培養細胞を対象とした基礎領域）
日本理学療法士協会指定研修会　（札幌会場）
第１１回訪問リハビリテーション管理者養成研修会STEP １（大阪会場）

10月　第48回日本理学療法士協会全国学術研修大会（大会長：内田成男、開催地：静岡、テーマ：理学療法の針路を問う）
認定必須研修会（脳卒中）兵庫県
認定必須研修会（補装具）
認定必須研修会（スポーツ）東京
認定必須研修会（健康増進・参加）
運動器認定必須研修会（福岡県）
認定必須研修会（管理・運営、東京）
認定必須研修会（脳卒中）東京都
認定必須研修会（発達障害）宮城県
認定必須研修会（東京）
認定必須研修会（疼痛管理）
関東甲信越ブロック臨床実習指導者研修会（埼玉）
福祉用具セミナーⅠ（起居動作の支援）
起業促進セミナー
「科学するシリーズ」研修会

11月　認定必須研修会（呼吸、東京地区）
認定必須研修会（脊髄障害）岡山県
認定必須研修会（大阪）
認定必須研修会（学校教育、東京）
認定必須研修会（代謝）関東
認定必須研修会（脳卒中）沖縄県
循環器理学療法実践セミナー
神経理学療法研究部会主催研修会
福祉用具セミナーⅡ（移乗動作の支援）
３運動器主催研修会（北海道）
物理療法領域における教育と研究（兵庫）
第７回訪問リハビリテーション管理者養成研修会 STEP２（東京会場）

12月　認定必須研修会（スポーツ）福岡
認定必須研修会（地域理学療法）
認定必須研修会（介護予防）
東北ブロック臨床実習指導者研修会（秋田）
北海道ブロック臨床実習指導者研修会（北海道）
東海北陸ブロック臨床実習指導者研修会（三重）
９呼吸理学療法講座
福祉用具セミナーⅢ（車いす）
10日神経理学療法学会学術集会
管理・運営研修会2/2

平成26年

１月　４運動器主催研修会（東京都）
第５回訪問リハビリテーション管理者養成研修会 STEP３（東京会場）

２月　近畿ブロック臨床実習指導者研修会（滋賀）
介護予防基礎・アドバンス・起業支援合同研修会（大阪）
JFOMPT主催研修会
教員研修会
糖尿病理学療法研修会（運動療法）
糖尿病理学療法研修会（運動機能障害）
第２回訪問リハビリテーション管理者研修会（東京会場）

３月　中国ブロック臨床実習指導者研修会（山口）
通所系リハビリテーション研修会（東京）
慢性呼吸不全に対する呼吸理学療法
神経理学療法研究部会研修会
神経部会研修会（大阪府）
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（大阪会場）
認定理学療法士認定試験（東京会場）
認定理学療法士認定試験（福岡会場）

4月　北海道科学大学理学療法学科開設
大和大学保健医療学部総合リハビリテーション学科開設
認定必須研修会（臨床教育）大阪
がんのリハビリテーション研修会（東京）

5月　第49回日本理学療法学術大会（大会長：長澤弘、開催地：神奈川、テーマ：あなたの生活を支えます－理学療法士10万人からの提言－）
認定必須研修会（学校教育）東京
がんのリハビリテーション研修会（山口）
がんのリハビリテーション研修会（神奈川）

6月　第43回定時総会
認定必須研修会（徒手）　1　東京
認定必須研修会（地域理学療法）　1　東京
認定必須研修会（発達障害）東京
認定必須研修会（物理療法）大阪
認定必須研修会（褥瘡・創傷ケア）兵庫
認定必須研修会（呼吸）　1　東京
認定必須研修会（疼痛管理）東京
認定必須研修会（脊髄障害）東京
がんのリハビリテーション研修会（秋田）
がんのリハビリテーション研修会（長崎）
がんのリハビリテーション研修会（兵庫）

7月　認定必須研修会（脳卒中）東京
日本理学療法士協会指定研修（愛知会場）
日本理学療法士協会指定研修（東京会場）
がんのリハビリテーション研修会（栃木）
がんのリハビリテーション研修会（東京Ⅱ）
第10回精神心理領域理学療法セミナー
第12回訪問リハビリテーション管理者養成研修会STEP 1（東京会場）

8月　認定必須研修会（循環）　1　東京
日本理学療法士協会指定研修（広島会場）
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（大阪会場）
がんのリハビリテーション研修会（福岡）
専門分野研修（運動器分野徒手）：WCPTSG JFOMPT1/2
体幹運動機能障害の徒手理学療法　－治療理論変遷と近年的治療－

9月　認定必須研修会（循環）　2　兵庫
認定必須研修会（神経筋障害）兵庫
認定必須研修会（動物・培養細胞）大阪
認定必須研修会（ひと）大阪
認定必須研修会（切断）東京
日本理学療法士協会指定研修（香川会場）
日本理学療法士協会指定研修（宮城会場）
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）
理学療法士のためのリーダーシップ講座（東京）
がんのリハビリテーション研修会（東京Ⅲ）
第13回訪問リハビリテーション管理者養成研修会STEP 1（大阪会場）

10月　第49回日本理学療法士協会全国学術研修大会（大会長：清宮清美、開催地：埼玉、テーマ：理学療法の専門性と可能性～10年後を見据えて～）
日本基礎理学療法学会学術集会（北海道）
第22回日本物理療法学会学術大会（長野）
日本呼吸理学療法学会学術集会（兵庫）
がんのリハビリテーション研修会in徳島
がんのリハビリテーション研修会in静岡
認定必須研修会（脳卒中）宮城
認定必須研修会（脳卒中）大阪

11月　日本神経理学療法学会学術集会　サテライトカンファレンス神奈川
日本基礎理学療法学会学術集会（愛知）
日本神経理学療法学会学術集会　サテライトカンファレンス岩手
日本スポーツ理学療法学会学術集会（東京）
がんのリハビリテーション研修会in大阪
認定必須研修会（補装具）福岡
認定必須研修会（代謝）東京
認定必須研修会（呼吸）　2　兵庫
認定必須研修会（運動器）　2　大阪
認定必須研修会（介護予防）　1　京都
認定必須研修会（管理運営）東京
認定必須研修会（徒手）　2　大阪
HOSPEX Japan 2014　少子高齢社会にむけた、予防・医療・介護領域での戦略的とりくみ
第8回訪問リハビリテーション管理者養成研修会 STEP 2（東京会場）

12月　日本理学療法教育学会学術集会（愛知）
日本神経理学療法学会学術集会（茨城）
日本支援工学理学療法学会学術集会（東京）
日本呼吸・心血管・糖尿病理学療法学会合同学術集会（東京）
がんのリハビリテーション研修会in東京Ⅳ
認定必須研修会（運動器）　3　鹿児島

平成27年

1月　日本地域理学療法学会学術集会（大阪）
日本神経理学療法学会　サテライトカンファレンス　広島
日本糖尿病理学療法学会学術集会（大阪）

2月　日本予防理学療法学会学術集会（東京）

5. 協会出版・発行物（平成25年4月～平成27年3月）

書　名	価　格
書籍、CD-ROM	
臨床実習教育の手引き　第5版	1,080円
理学療法白書　2010年版（CD）	1,080円
理学療法白書　2012年版（CD）	1,080円
新人教育プログラム教本　第9版	1,080円

※「理学療法白書　2010年版、2012年版」はCD-ROMのみの販売となります。
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致します。

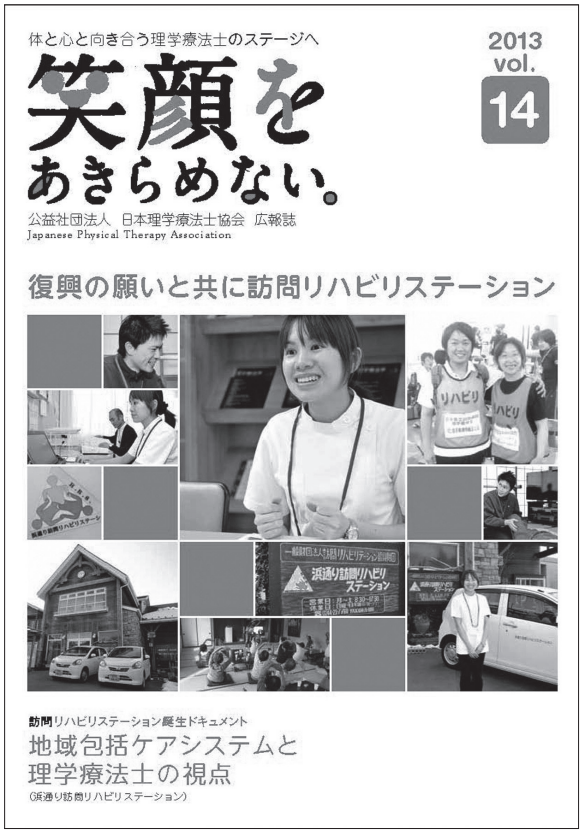
データベース（表題、キーワード、著者、巻、号、頁）

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～41巻最新号）

協会員に限り無料で提供いたします。
なお、今まで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。

問い合わせ先
■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：general（a）japanpt.or.jp
※迷惑メール防止のため、@を（a）にしています。打ち替えてメールを送信して下さい。



広報誌「笑顔をあきらめない。」Vol.14

広報誌「笑顔をあきらめない。」Vol.15

広報誌「笑顔をあきらめない。」Vol.16

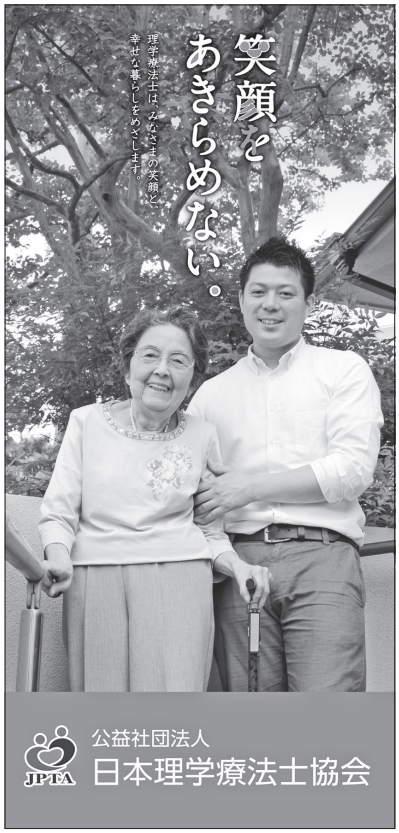
広報誌「笑顔をあきらめない。」Vol.17

ポスター「笑顔をあきらめない。」（平成25年度版）

ポスター「笑顔をあきらめない。」医療機関版
（平成26年度版）

ポスター「笑顔をあきらめない。」
訪問リハビリテーション版（平成26年度版）

リーフレット「笑顔をあきらめない。」
（平成25年度版）



リーフレット「笑顔をあきらめない。」
（平成26年度版）

地域包括ケアシステム
「自治体リーフレット」

理学療法士ガイド（平成25年度版）

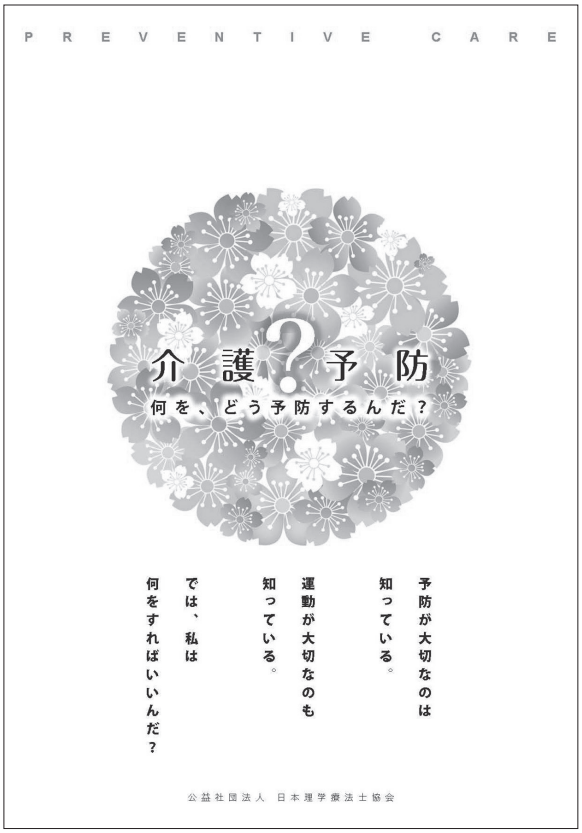
理学療法士ガイド（平成26年度版）

入会案内（平成25年度版）

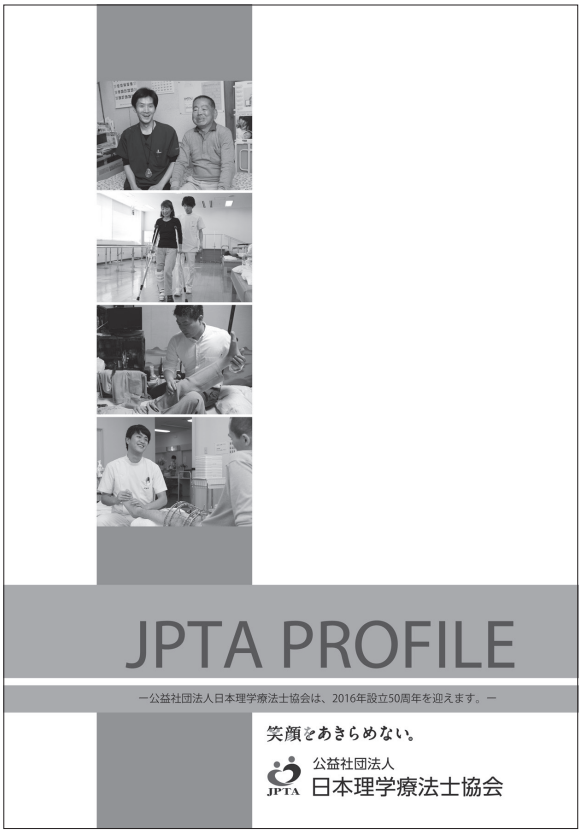
入会案内（平成26年度版）

新人教育プログラムのご案内（平成25年度版）

地域包括ケアシステム「介護予防ガイドブック」
（行政向け版）



地域包括ケアシステム「介護予防ガイドブック」
（国民向け版）



協会案内「JPTA PROFILE」（平成26年度版）

6. 理学療法士学校・養成施設一覧

（学校総数249校　現在募集校245校　定員13,435名　大学95校　短期大学6校　4年制専門学校68校　3年制専門学校80）　　平成27年1月15日現在

学校名	学科名	課程	定員 昼間	定員 夜間	都道府県	郵便番号	住所	TEL	FAX	開設	夜間
大学（95校）			4,717名								
【国立】											
□ 北海道大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	17		北海道	060-0812	札幌市北区北12条西5	011-716-2111	011-706-4913	2004	
□ 弘前大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	20		青森県	036-8564	弘前市本町66-1	0172-39-5981	0172-39-5981	2001	
□ 秋田大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	18		秋田県	010-8543	秋田市本道1-1-1	018-834-1111	018-884-6500	2002	
○ 筑波技術大学保健科学部保健学科	理学療法学専攻	4年	10		茨城県	305-8521	つくば市春日4-12-7	029-858-9550	029-858-9563	2006	
□ 群馬大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	20		群馬県	371-8514	前橋市昭和町3-39-22	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		石川県	920-0942	金沢市小立野5-11-80	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	390-8621	松本市旭3-1-1	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年	20		愛知県	461-8673	名古屋市東区大幸南1-1-20	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年	18		京都府	606-8507	京都市左京区聖護院川原町53	075-751-3964	075-751-3909	2003	
□ 神戸大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	20		兵庫県	654-0142	神戸市須磨区友が丘7-10-2	078-796-4504	078-796-4509	1995	
□ 広島大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	30		広島県	734-8551	広島市南区霞1-2-3	082-257-5555	082-257-5344	1992	
○ 長崎大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	18		長崎県	852-8520	長崎市坂本1-7-1	095-819-7900	095-819-7967	2002	
□ 鹿児島大学医学部保健学科	理学療法学専攻	4年	20		鹿児島県	890-8544	鹿児島市桜ヶ丘8-35-1	099-275-6804	099-275-6804	1999	
【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丁目	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		青森県	030-8505	青森市浜館間瀬58-1	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	990-2212	山形市上柳260	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	300-0394	稲敷郡阿見町阿見4669-2	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	260-0801	千葉市中央区仁戸名町645-1	043-305-2125	043-262-0755	2009	
○ 埼玉県立大学保健医療福祉学部	理学療法学科	4年	40		埼玉県	343-8540	越谷市三野宮820	048-971-0500	048-973-4807	1999	
□ 首都大学東京健康福祉学部	理学療法学科	4年	40		東京都	116-8551	荒川区東尾久7-2-10	03-3819-1211	03-3819-1406	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		神奈川県	238-8522	横須賀市平成町1-10-1	046-828-2500	046-828-2501	2003	
□ 大阪府立大学地域保健学域総合リハビリテーション学類	理学療法学専攻	4年	25		大阪府	583-8555	羽曳野市はびきの3-7-30	072-950-2111	072-950-2130	2003	
○ 県立広島大学保健福祉学部	理学療法学科	4年	30		広島県	723-0053	三原市学園町1-1	0848-60-1120	0848-60-1134	2000	
【私立】											
北海道文教大学人間科学部	理学療法学科	4年	80		北海道	061-1449	恵庭市黄金中央5丁目196-1	0123-34-0019	0123-34-0057	2006	
○ 北海道医療大学リハビリテーション科学部	理学療法学科	4年	80		北海道	061-0293	石狩郡当別町金沢1757	0133-23-1211	0133-23-1669	2013	
新 北海道科学大学	理学療法学科	4年	40		北海道	006-8585	札幌市手稲区前田7条15丁目4-1	001-681-2161		2014	
□ 東北文化学園大学医療福祉学部	リハビリテーション学科	4年	80		宮城県	981-8551	仙台市青葉区国見6-45-1	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科	4年	40		宮城県	981-8552	仙台市青葉区国見1-8-1	022-233-3111	022-233-3113	2008	
つくば国際大学医療保健学部	理学療法学科	4年	80		茨城県	300-0051	土浦市真鍋6-8-33	029-826-6622	029-826-6776	2007	
□ 国際医療福祉大学保健医療学部	理学療法学科	4年	80		栃木県	324-8501	大田原市北金丸2600-1	0287-24-3000	0287-24-3100	1995	
○ 群馬パース大学保健科学部	理学療法学科	4年	50		群馬県	370-0006	高崎市問屋町1-7-1	027-365-3366	027-365-3367	2005	
高崎健康福祉大学保健医療学部	理学療法学科	4年	40		群馬県	370-0033	群馬県高崎市中大類町37-1	027-352-1290	027-352-2055	2010	
群馬医療福祉大学リハビリテーション学部	理学療法学専攻	4年	35		群馬県	371-0023	前橋市本町2-12-1前橋プラザ元気21ビル6階	027-210-1294	027-260-1294	2012	
○ 目白大学保健医療学部	理学療法学科	4年	80		埼玉県	339-8501	さいたま市岩槻区浮谷320	048-797-2131	048-797-2132	2005	
○ 文京学院大学保健医療技術学部	理学療法学科	4年	80		埼玉県	356-8533	ふじみ野市亀久保1196	049-261-7973	049-261-8923	2006	
□ 埼玉医科大学保健医療学部	理学療法学科	4年	50		埼玉県	350-0496	入間郡毛呂山町川角981	049-295-1001	049-295-5104	2007	
日本医療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		埼玉県	350-0435	入間郡毛呂山町下川原1276	049-294-9000	049-230-5019	2007	
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	理学療法学専攻	4年	40		埼玉県	339-8555	さいたま市岩槻区太田字新正寺曲輪354-3	048-749-6111	048-749-6110	2011	
○ 帝京平成大学地域医療科学部	理学療法学科	4年	80		千葉県	290-0193	市原市うるいど南4-1	0436-74-5511		2008	
了徳寺大学健康科学部	理学療法学科	4年	80		千葉県	279-8567	浦安市明海5-8-1	047-382-2111	047-382-2017	2006	
植草学園大学保健医療学部	理学療法学科	4年	40		千葉県	264-0007	千葉市若葉区小倉町1639-3	043-233-9031	043-233-9088	2008	
□ 帝京平成大学健康メディカル学部	理学療法学科	4年	80		東京都	170-8445	豊島区東池袋2-51-4	03-5843-3111	03-5843-3153	2002	
□ 杏林大学保健学部	理学療法学科	4年	40		東京都	192-8508	八王子市宮下町476	042-691-0011	042-691-1094	2009	
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	120-0045	東京都足立区千住桜木2-2-1	03-6910-1010	03-6910-3800	2010	
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	東京都大田区西蒲田5-23-22	03-6424-2111	03-6424-2112	2010	

学校名	学科名	課程	定員 昼間	定員 夜間	都道府県	郵便番号	住所	TEL	FAX	開設	夜間
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	4年	70		東京都	206-0033	東京都多摩市落合4-11	042-373-8118	042-373-8111	2012	
□ 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	042-778-9693	042-778-9686	1994	
□ 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	2002	
□ 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	2006	
□ 新潟医療福祉大学医療技術学部	理学療法学科	4年	80		新潟県	950-3198	新潟市北区島見町1398番地	025-257-4455	025-257-4456	2001	
○ 新潟リハビリテーション大学医療学部リハビリテーション学科	理学療法学専攻	4年	40		新潟県	958-0053	村上市上の山2-16	0254-56-8292	0254-56-8291	2010	
金城大学医療健康学部	理学療法学科	4年	80		石川県	924-8511	白山市笠間町1200	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		山梨県	401-0380	南都留郡富士河口湖町小立7187	0555-83-5200	0555-83-5100	2003	
帝京科学大学医療科学部（上野原キャンパス）	理学療法学科	4年	80		山梨県	409-0193	上野原市八ツ沢2525	0554-63-4411	0554-63-6873	2007	
□ 聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部	理学療法学科	4年	30		静岡県	433-8558	浜松市北区三方原町3453	053-439-1400	053-439-1406	2004	
常葉大学保健医療学部（浜松キャンパス）	理学療法学科	4年	40		静岡県	431-2102	浜松市北区都田町1230	053-428-3511	053-428-1202	2009	
常葉大学健康科学部	静岡理学療法学科	4年	60		静岡県	420-0831	静岡市葵区水落町1-30	054-297-3200	054-297-3213	2013	
中部学院大学看護リハビリテーション学部	理学療法学科	4年	60		岐阜県	501-3993	関市桐ヶ丘２丁目１番地	0575-24-2211	0575-24-0077	2007	
○ 星城大学リハビリテーション学部	理学療法学専攻	4年	40		愛知県	476-8588	東海市富貴ノ台2-172	052-601-6000	052-601-6010	2002	
○ 藤田保健衛生大学医療科学部	リハビリテーション学科	4年	45		愛知県	470-1192	豊明市沓掛町田楽ヶ窪１番地98	0562-93-9000	0562-93-6817	2004	
○ 豊橋創造大学保健医療学部	理学療法学科	4年	60		愛知県	440-8511	豊橋市牛川町松下20-1	0532-54-2111	0532-55-0803	2006	
名古屋学院大学リハビリテーション学部	理学療法学科	4年	80		愛知県	480-1298	瀬戸市上品野町1350	0561-42-0350	0561-42-0629	2006	
日本福祉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	40		愛知県	475-0012	半田市東生見町26-2	0569-20-0131	0569-20-0139	2008	
○ 中部大学生命健康科学部	理学療法学科	4年	40		愛知県	487-8501	春日井市松本町1200	0568-51-1111		2010	
□ 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部	理学療法学科	4年	40		三重県	510-0293	鈴鹿市岸岡町1001-1	0593-83-8991	0593-83-9666	2002	
佛教大学保健医療技術学部	理学療法学科	4年	40		京都府	604-8415	京都市中京区西ノ京栂尾町2-7	075-491-2141	075-366-5757	2006	
京都橘大学健康科学部	理学療法学科	4年	60		京都府	607-8175	京都市山科区大宅山田町34	075-571-1111	075-574-4134	2012	
□ 畿央大学健康科学部	理学療法学科	4年	60		奈良県	635-0832	北葛城郡広陵町馬見中4-2-2	0745-54-1601	0745-54-1600	2003	
藍野大学医療保健学部	理学療法学科	4年	80		大阪府	567-0012	茨木市東太田4-5-4	072-627-1711	072-627-1753	2004	
四條畷学園大学リハビリテーション学部	理学療法学専攻	4年	40		大阪府	574-0011	大東市北条5-11-10	072-863-5043	072-863-5022	2005	
大阪河﨑リハビリテーション大学リハビリテーション学部	理学療法学専攻	4年	60		大阪府	597-0104	貝塚市水間158番地	072-446-6700	072-446-6767	2006	
□ 大阪電気通信大学医療福祉工学部	理学療法学科	4年	40		大阪府	575-0063	四條畷市清滝1130-70	072-876-3317	072-876-3321	2006	
○ 関西医療大学保健医療学部	理学療法学科	4年	40		大阪府	590-0482	泉南郡熊取町若葉2-11-1	072-453-8251	072-453-0276	2007	
○ 森ノ宮医療大学保健医療学部	理学療法学科	4年	60		大阪府	559-8611	大阪市住之江区南港北1-26-16	06-6616-6911	06-6616-6912	2007	
○ 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	70		大阪府	530-0043	大阪市北区天満1-9-27	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	
大阪行岡医療大学医療学部	理学療法学科	4年	80		大阪府	567-0801	茨木市総持寺１丁目１番41号	072-621-0881		2012	
新 大和大学保健医療学部	総合リハビリテーション学科	4年	40		大阪府	564-0082	大阪府吹田市片山町2-52-3	06-6385-8010		2014	
□ 神戸学院大学総合リハビリテーション学部医療リハビリテーション学科	理学療法学専攻	4年	40		兵庫県	651-2180	神戸市西区伊川谷町有瀬518	078-974-1551	078-974-5689	2005	
姫路獨協大学医療保健学部	理学療法学科	4年	40		兵庫県	670-8524	姫路市上大野7-2-1	0792-23-2211	0792-85-0352	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	60		兵庫県	658-0001	神戸市東灘区森北町6-2-23	078-413-3722	078-413-3742	2007	
○ 兵庫医療大学リハビリテーション学部	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	
神戸国際大学リハビリテーション学部	理学療法学科	4年	80		兵庫県	658-0032	神戸市東灘区向洋町中9-1-6	078-845-3500	078-845-3457	2009	
宝塚医療大学保健医療学部	理学療法学科	4年	40		兵庫県	666-0162	宝塚市花屋敷緑ガ丘1	072-736-8600	072-736-8659	2011	
□ 川崎医療福祉大学医療技術学部	リハビリテーション学科	4年	40		岡山県	701-0193	倉敷市松島288	086-462-1111	086-464-1109	1995	
□ 吉備国際大学保健医療福祉学部	理学療法学科	4年	40		岡山県	716-8508	高梁市伊賀町8	0866-22-9454	0866-22-7560	1995	
□ 広島国際大学総合リハビリテーション学部	理学療法学専攻	4年	60		広島県	739-2695	東広島市黒瀬学園台555-36	0823-70-4545	0823-70-4542	2006	
広島都市学園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	60		広島県	731-3166	広島市安佐南区大塚東3-2-1	082-849-6883		2013	
徳島文理大学保健福祉学部	理学療法学科	4年	60		徳島県	770-8514	徳島市山城町西浜傍示180	088-602-8000	088-602-8146	2010	
□ 国際医療福祉大学福岡保健医療学部	理学療法学科	4年	80		福岡県	831-8501	大川市榎津137番地１	0944-89-2000	0944-89-2001	2005	
帝京大学福岡医療技術学部	理学療法学科	4年	80		福岡県	836-8505	大牟田市新勝立町4-3-124	0944-57-8333	0944-55-7703	2005	
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	4年	80		福岡県	800-0252	北九州市小倉南区葛原高松1-5-1	093-561-9728	093-561-9728	2011	
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	理学療法専攻	4年	60		熊本県	865-0062	玉名市富尾888	0968-75-1800	0968-75-1811	2006	
○ 熊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		熊本県	861-5598	熊本市北区和泉町325	096-275-2111	096-245-3126	2007	
○ 西九州大学リハビリテーション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	0952-52-4191	0952-51-4481	2007	

学　校　名	学　科　名	課程	定員 昼間	定員 夜間	都道府県	郵便番号	住　所	T　E　L	F　A　X	開設	夜間
短期大学（6校）			370	40							
【私立】											
＊　仙台青葉学院短期大学リハビリテーション学科	理学療法学専攻	3年	80	40	宮城県	982-0011	仙台市太白区長町4-3-55	022-217-8885	022-308-2055	2013	
福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	0776-59-2205	2006	
白鳳女子短期大学総合人間学科	リハビリテーション学専攻	3年	40		奈良県	636-0011	北葛城郡王寺町葛下1-7-17	0745-32-7890	0745-32-7870	2007	
平成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	80		岐阜県	501-1131	岐阜市黒野180	058-234-3324	058-234-7333	2009	
岐阜保健短期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	2009	
愛知医療学院短期大学リハビリテーション学科	理学療法学専攻	3年	40		愛知県	452-0931	清須市一場519	052-409-3311	052-400-6413	2008	
4年制学校（68校）			3,258	670							
【私立】											
◇　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	4年	60		北海道	060-0063	札幌市中央区南3条西1丁目15	011-272-3364	011-272-3365	1996	
◇　札幌リハビリテーション専門学校	理学療法士科	4年	40		北海道	060-0004	札幌市中央区北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	
◇　北都保健福祉専門学校	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専門学校	理学療法士科	4年	40		北海道	064-0805	札幌市中央区南5条西11丁目1289-5	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		青森県	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	
＊　仙台医健専門学校	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
◇　山形医療技術専門学校	理学療法学科	4年	40		山形県	990-2352	山形市前明石水下367	023-645-1571	023-645-1571	1995	
◇　郡山健康科学専門学校	理学療法学科応用理学療法学科	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	土浦市湖北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	371-0006	前橋市石関町122-6	027-269-1600	027-269-1611	2001	
◇　太田医療技術専門学校	理学療法学科	4年	80		群馬県	373-0812	太田市東長岡町1373	0276-25-2414	0276-25-2441	2002	2004
◇　群馬医療福祉大学附属リハビリ専門学校	理学療法学科	4年	40募集停止		群馬県	371-0023	前橋市本町2-12-1前橋プラザ元気21ビル6階	027-210-1294	027-260-1294	2008	
◇　埼玉医療福祉専門学校	理学療法学科	4年	40		埼玉県	362-0071	上尾市井戸木2-2-1	048-786-0077	048-786-0027	2000	
◇　千葉・柏リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	80		千葉県	277-0902	柏市大井2673-1	04-7190-3000	04-7190-3010	2001	
◇　藤リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	30		千葉県	286-0845	成田市押畑908-1	0476-23-3675	0476-23-2179	1992	
千葉医療福祉専門学校	理学療法学科	4年	30		千葉県	299-1138	君津市上湯江1019	0439-55-4001	0439-55-4181	1998	
◇　東京リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	40		東京都	132-0021	江戸川区中央1-8-21	03-3674-0233	03-3674-0239	2001	
＊◇専門学校東都リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	80	40	東京都	153-0044	目黒区大橋2-4-2	03-3468-4656	03-3468-4635	1996	2002
＊◇日本リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	40	40	東京都	171-0033	豊島区高田3-6-18	03-5954-6511	03-5954-6455	1997	2000
◇　関東リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	40		東京都	190-0022	立川市錦町6-2-9	042-529-6655	042-529-6653	2000	
＊　東京メディカル・スポーツ専門学校	理学療法士科	4年	40	40	東京都	134-0088	江戸川区西葛西3-1-16	03-5605-2930	03-5605-2932	2006	2006
＊　首都医校	理学療法学科	4年	80	80	東京都	160-0023	新宿区西新宿1-7-3	03-3346-3000	03-3344-3001	2009	2009
◇　横浜リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	80		神奈川県	244-0801	横浜市戸塚区品濃町550-1	045-826-7550	045-826-7551	1998	
◇　茅ヶ崎リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	80		神奈川県	253-0061	茅ヶ崎市南湖1-6-11	0467-88-6611	0467-88-6612	1998	
◇　富山医療福祉専門学校	理学療法学科	4年	30		富山県	936-0023	滑川市柳原149-9	076-476-0001	076-476-0002	1996	
◇　若狭医療福祉専門学校	理学療法科	4年	40		福井県	919-1146	三方郡美浜町大藪7-24-2	0770-32-1000	0770-32-1500	2008	
◇　長野医療技術専門学校	理学療法学科	4年	40		長野県	381-2227	長野市川中島町今井原11-1	026-283-6111	026-283-6122	2001	
◇　常葉学園静岡リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	80		静岡県	420-0839	静岡市葵区鷹匠3丁目7-23	054-248-1112	054-248-1191	2005	
◇　専門学校白寿医療学院	理学療法学科	4年	40		静岡県	410-2221	伊豆の国市南江間1949番地	055-947-5311	055-947-5313	2005	
◇　専門学校中央医療健康大学校	理学療法学科	4年	80		静岡県	422-8006	静岡市駿河区曲金6丁目7-15	054-202-8700	054-202-8701	2007	
理学・作業　名古屋専門学校	理学療法学科	4年	40		愛知県	453-0014	名古屋市中村区則武1-1-4	052-454-3500	052-454-3504	2002	
◇　トライデントスポーツ医療看護専門学校	理学療法学科	4年	30		愛知県	464-8611	名古屋市千種区今池1-5-31	052-735-1646	052-735-3316	2007	
＊◇1名古屋医専	理学療法学科	4年	40	40	愛知県	450-0002	名古屋市中村区名駅4-27-1	052-582-3000	052-582-0099	2008	2008
＊◇京都医健専門学校	理学療法科	4年	40	40	京都府	604-8203	京都市中京区三条通室町西入衣棚町51-2	075-257-6507	075-257-6488	2007	2007
◇　専門学校ユマニテク医療福祉大学校	理学療法学科	4年	40		三重県	510-0854	四日市市塩浜本町2-36	0593-49-6033	0593-49-6034	1999	
◇　伊勢志摩リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	40		三重県	516-0805	伊勢市御薗町高向1658	0596-24-2540	0596-24-2567	2006	
◇　和歌山国際厚生学院	理学療法学科	4年	40		和歌山県	649-6331	和歌山市北野229-2	073-462-0300	073-462-5872	2008	

学　校　名	学　科　名	課程	定員 昼間	定員 夜間	都道府県	郵便番号	住　所	T　E　L	F　A　X	開設	夜間
＊◇大阪医専	理学療法学科	4年	80	80	大阪府	531-0076	大阪市北区大淀中1-10-3	06-6452-0110	06-6452-1100	2000	2000
＊◇履正社医療スポーツ専門学校	理学療法学科	4年	40	40	大阪府	532-0024	大阪市淀川区十三本町3-4-21	06-6305-6592	06-6305-1692	2005	2005
◇　神戸医療福祉専門学校　三田校	理学療法士科	4年	40		兵庫県	669-1313	三田市福島501-85	079-563-1222	079-563-1294	2001	
◇　玉野総合医療専門学校	理学療法学科	4年	40		岡山県	706-0002	玉野市築港1-1-20	0863-31-6830	0863-31-6859	2001	
＊◇朝日リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	40	40	岡山県	700-0984	岡山市北区桑田町2番21号	086-223-4111	086-223-4123	2006	2005
＊◇朝日医療専門学校　福山校	理学療法学科	4年	40	30	広島県	721-0945	福山市引野町南1丁目6-45	084-946-6780	084-946-6615	2002	2002
◇　広島医療保健専門学校	理学療法学科	4年	40募集停止		広島県	731-3166	広島市安佐南区大塚東3-2-1	082-849-6883	082-849-6884	2000	
◇　YMCA米子医療福祉専門学校	理学療法士科	4年	40		鳥取県	683-0825	米子市錦海町3-3-2	0859-35-3181	0859-35-3182	1994	
◇　島根リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	30		島根県	699-1511	仁多郡奥出雲町三成1625-1	0854-54-0001	0854-54-0002	1998	
リハビリテーションカレッジ島根	理学療法学科	4年	40		島根県	699-3225	浜田市三隅町古市場2086-1	0855-32-3262	0855-32-3261	1998	
◇　山口コ・メディカル学院	理学療法学科	4年	40		山口県	753-0054	山口市富田原町2-24	083-933-0550	083-920-4786	1996	
◇　ＹＩＣリハビリテーション大学校	理学療法学科	4年	40		山口県	759-0207	宇部市西宇部南4-11-1	0836-45-1000	0836-45-1010	2003	
◇　高知リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	70		高知県	781-1102	土佐市高岡町乙1139-3	088-850-2311	088-850-2325	1968	
◇　土佐リハビリテーションカレッジ	理学療法学科	4年	40		高知県	781-5103	高知市大津乙2500番地2	088-866-6119	088-866-6120	1993	
◇　四国医療専門学校	理学療法学科	4年	30		香川県	769-0205	宇多津町浜五番丁62-1	0877-41-2330	0877-41-2332	1997	
◇　河原医療大学校	理学療法学科	4年	40		愛媛県	790-0005	松山市花園町3-6	089-915-5355	089-915-8801	2007	
＊◇福岡リハビリテーション専門学校	理学療法学科	4年	80	40	福岡県	812-0011	福岡市博多区博多駅前3-29-17	092-475-1000	092-475-1002	2002	2002
◇　久留米リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	40		福岡県	834-0102	八女郡広川町水原1541	0943-32-7700	0943-32-3200	2003	
◇　福岡医療専門学校	理学療法科	4年	80		福岡県	814-0005	福岡市早良区祖原3-1	092-833-6120	092-833-6516	2007	
◇　福岡医健専門学校	理学療法科	4年	80		福岡県	812-0032	福岡市博多区石城町20-13	092-262-7664	092-262-7665	2008	
◇　こころ医療福祉専門学校	理学療法科	4年	40		長崎県	850-0048	長崎市上銭座町11-8	095-846-5561	095-846-5560	2007	
◇　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	熊本市東区小山2-25-35	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	宇城市三角町波多2864-111	0964-54-2211	0964-54-2213	2000	
＊◇九州中央リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	80	40	熊本県	860-0821	熊本市中央区本山3-3-84	096-322-2200	096-322-6161	2006	2006
◇　熊本駅前看護リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	80		熊本県	860-0047	熊本市西区春日2-1-15	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	40		佐賀県	841-0074	鳥栖市西新町1428－566	0942-84-5100	0942-84-0768	1995	
＊◇鹿児島医療技術専門学校	理学療法学科	4年	80	40	鹿児島県	891-0133	鹿児島市平川町字宇都口5417-1	099-261-6161	099-262-5252	2000	2003
＊◇琉球リハビリテーション学院	理学療法学科	4年	40	40	沖縄県	904-1201	国頭郡金武町金武4348-2	098-983-2130	098-983-2160	2002	2004
3年制学校（80校）			3,570	810							
【国立】											
国立病院機構東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		愛知県	465-8620	名古屋市名東区梅森坂5-101	052-801-1157	052-801-1160	1979	
【盲学校】											
筑波大学附属視覚特別支援学校	理学療法科	3年	8		東京都	112-0015	文京区目白台3-27-6	03-3943-5421	03-3943-5410	1964	
大阪府立視覚支援学校	理学療法科	3年	10		大阪府	558-0023	大阪市住吉区山之内1-10-12	06-6693-3471	06-6693-1504	1964	
【私立】											
北海道千歳リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	80		北海道	066-0055	千歳市里美2-10	0123-28-1061	0123-28-5335	1995	
＊　札幌医療リハビリ専門学校	理学療法学科	3年	40	40	北海道	060-0806	札幌市北区北6条西1丁目3-1	011-716-0555	011-716-4410	2008	2008
岩手リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	40		岩手県	020-0062	盛岡市長田町15-16	0196-54-2788	0196-54-2779	1980	
仙台リハビリテーション専門学校	理学療法学科	3年	30		宮城県	981-3212	仙台市泉区長命ヶ丘4-15-1	022-772-0511	022-772-0911	2003	
＊　仙台医療技術専門学校	理学療法学科	3年	80募集停止	40募集停止	宮城県	982-0011	仙台市太白区長町4-3-55	022-308-2051	022-308-2055	1996	2001
東北保健医療専門学校	理学療法学科	3年	40		宮城県	980-0013	仙台市青葉区花京院1-3-1	022-745-0001	022-745-0003	2012	
医療専門学校水戸メディカルカレッジ	理学療法学科	3年	40		茨城県	310-0035	水戸市東原3-2-5	029-303-7033	029-303-7034	2008	
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	048-778-3232	048-775-3444	2006	
葵メディカルアカデミー	理学療法科	3年	40		埼玉県	366-0035	深谷市原郷495-1	048-573-9321	048-572-1910	2008	
＊　専門学校医学アカデミー	理学療法学科	3年	40	40	埼玉県	350-1151	川越市今福2746	049-245-6853	049-246-5020	2005	2002
国際医療福祉専門学校	理学療法学科	3年	40		千葉県	260-0825	千葉市中央区村田町336-8	043-208-1600	043-208-1605	2004	
＊　八千代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	八千代市八千代台北11-1-30	047-481-7320	047-481-7321	2004	2004
東京衛生学園専門学校	リハビリテーション学科	3年	66	35募集停止	東京都	143-0016	大田区大森北4-1-1	03-3763-6621	03-5763-7253	1979	1992
＊　臨床福祉専門学校	理学療法学科	3年	80	40	東京都	135-0043	江東区塩浜2-22-10	03-5653-1711	03-5653-1725	2003	2003
＊　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	小金井市中町2-22-32	042-384-1030	042-385-0118	1983	1973

	学校名	学科名	課程	定員 昼間	定員 夜間	都道府県	郵便番号	住所	TEL	FAX	開設	夜間
	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	青梅市根ケ布1-642-1	0428-21-2001	0428-21-2413	1997	
＊	専門学校東京医療学院	理学療法学科	3年	32	30	東京都	104-0033	中央区新川1-10-18	03-3552-8511	03-3552-8510	2002	1997
	晴陵リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	40		新潟県	940-2138	長岡市日越319	0258-47-4690	0258-47-4691	1995	
	新潟保健医療専門学校	理学療法学科	3年	40		新潟県	950-0086	新潟市中央区花園2-2-7	025-240-0003	025-240-6885	2006	
	国際医療福祉専門学校　七尾校	理学療法学科	3年	35		石川県	926-0816	七尾市藤橋町西部1番地	0767-54-0177	0767-54-0215	2007	
	専門学校金沢リハビリテーションアカデミー	理学療法学科	3年	35		石川県	921-8032	金沢市清川町2-10	076-280-8151	076-280-8557	2000	
	信州リハビリテーション専門学校	理学療法学科	3年	40		長野県	399-6301	塩尻市贄川1215-2	0264-34-1023	0264-34-3371	2008	
	静岡医療科学専門学校	理学療法学科	3年	60		静岡県	434-0041	浜松市浜北区平口2000番地	053-585-1551	053-585-2533	1996	
	富士リハビリテーション専門学校	理学療法学科	3年	60		静岡県	417-0061	富士市伝法2527-1	0545-55-3888	0545-55-3889	2005	
	国際医学技術専門学校	理学療法学科	3年	80		愛知県	451-0051	名古屋市西区則武新町3-1-46	052-561-1166	052-561-2200	1994	
＊	中部リハビリテーション専門学校	理学療法学科	3年	40	40	愛知県	453-0023	名古屋市中村区若宮町二丁目2番地	052-461-1677	052-471-2333	1982	1992
＊	専門学校星城大学リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	40	40	愛知県	460-0008	名古屋市中区栄1-14-26	052-231-5335	052-231-5445	2004	2004
	あいち福祉医療専門学校	理学療法学科	3年	40		愛知県	456-0002	名古屋市熱田区金山町1-7-13	052-678-8101	052-678-8105	2005	
	東海医療科学専門学校	理学療法学科	3年	80		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	3年	40		滋賀県	527-0145	東近江市北坂町967	0749-46-2311	0749-46-2313	1996	
	奈良リハビリテーション専門学校	理学療法学科	3年	40		奈良県	630-0213	生駒市東生駒1-77-3	0743-73-9861	0743-73-9862	2000	
	関西学研医療福祉学院	理学療法学科	3年	40		奈良県	631-0805	奈良市右京1-1-5	0742-72-0600	0742-72-0635	2004	
＊	大阪医療福祉専門学校	理学療法士学科	3年	40	40	大阪府	532-0003	大阪市淀川区宮原1-2-14	06-6393-2288	06-6392-8120	2002	2002
	関西医療学園専門学校	理学療法学科	3年	40		大阪府	558-0011	大阪市住吉区苅田6-18-13	06-6699-2222	06-6699-5335	1993	
	阪奈中央リハビリテーション専門学校	理学療法学科	3年	40		大阪府	575-0013	四條畷市田原台6-2-1	0743-78-8711	0743-78-9232	1995	
	清恵会第二医療専門学院	理学療法士科	3年	20		大阪府	590-0026	堺市堺区向陵西町4-5-9	072-222-6226	072-222-4854	1977	
＊	関西医科専門学校	理学療法学科	3年	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	2005	2005
＊	近畿リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	40	40	大阪府	566-0022	摂津市三島3-3-2	06-6381-3282	06-6381-3283	2005	2005
	大阪リハビリテーション専門学校	理学療法学科	3年		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	3年	60		兵庫県	654-0142	神戸市須磨区友が丘7-1-21	078-795-8161	078-795-8299	1994	
	関西総合リハビリテーション専門学校	理学療法学科	3年	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	2005	
	神戸リハビリテーション福祉専門学校	理学療法学科	3年	40		兵庫県	650-0026	神戸市中央区古湊通1-2-2	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年	60	30	兵庫県	670-0962	姫路市南駅前町91-6	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	3年	35	35	兵庫県	663-8231	西宮市津門西口町2-26	0798-38-1288	0798-38-1289	2006	2006
	岡山医療技術専門学校	理学療法学科	3年	80		岡山県	700-0913	岡山市北区大供3-2-18	086-233-8020	086-233-8030	1992	
	専門学校川崎リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	30		岡山県	701-0192	倉敷市松島672	086-464-1179	086-464-1108	1974	
	倉敷リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	40		岡山県	714-0101	浅口市寄島町16089-31	0865-54-2006	0865-54-9117	2003	
	松江総合医療専門学校	理学療法士科	3年	40		島根県	690-0265	松江市上大野町2081-4	0852-88-3131	0852-88-3650	2002	
	出雲医療看護専門学校	理学療法士学科	3年	40		島根県	693-0001	島根県出雲市今市1151-1	0853-25-7034	0853-25-7679	2012	
	下関看護リハビリテーション学校	理学療法学科	3年	80		山口県	750-0025	下関市竹崎町3-4-17	083-222-0606	083-222-8906	2004	
	徳島医療福祉専門学校	理学療法学科	3年	40		徳島県	771-4307	勝浦郡勝浦町大字三渓字平128-1	0885-42-4810	0885-42-4815	1993	
	徳島健祥会福祉専門学校	理学療法学科	3年	40		徳島県	779-3105	徳島市国府町東高輪天満369-1	088-642-9666	088-642-9227	2000	
	高知医療学院	理学療法学科	3年	40		高知県	781-0270	高知市長浜6012-10	088-842-0412	088-841-1783	1978	
	専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ	理学療法学科	3年	40		香川県	761-8056	高松市上天神町722-1	087-815-3300	087-815-2111	2002	
	愛媛十全医療学院	理学療法学科	3年	40		愛媛県	791-0385	東温市南方561	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	3年	40		愛媛県	799-0422	四国中央市中之庄町1684-10	0896-24-1000	0896-24-1007	2007	
	北九州リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	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	3年	80		福岡県	814-0001	福岡市早良区百道浜3-6-40	092-407-0513	092-832-1190	2001	
＊	麻生リハビリテーション大学校	理学療法学科	3年	80	40	福岡県	812-0007	福岡市博多区東比恵3-2-1	092-436-9800	092-436-9807	2001	2002
	専門学校柳川リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	40	40募集停止	福岡県	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	3年	80	40	福岡県	800-0206	北九州市小倉南区葛原東2-2-10	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	3年	80	40	福岡県	811-0213	福岡市東区和白丘2-1-13	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	3年	40	40	福岡県	810-0004	福岡市中央区渡辺通4丁目3-7	092-738-7823	092-738-8584	2003	2003
	九州医療スポーツ専門学校	理学療法学科	3年	40		福岡県	802-0064	北九州市小倉北区片野3丁目5-16	093-932-5100	093-952-2080	2013	
	長崎医療技術専門学校	理学療法学科	3年	40		長崎県	850-0822	長崎市愛宕1-36-59	095-827-8868	095-827-8335	1995	

	学　校　名	学　科　名	課程	定員 昼間	定員 夜間	都道府県	郵便番号	住　所	T　E　L	F　A　X	開設	夜間
＊	長崎リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	40	40	長崎県	856-0048	大村市赤佐古町42	0957-53-7883	0957-54-6882	1981	2004
	西日本リハビリテーション学院	理学療法学科	3年	40募集停止	40募集停止	熊本県	861-8034	熊本市東区八反田3-20-2	096-380-6311	096-380-7352	1981	1992
	大分リハビリテーション専門学校	理学療法士科	3年	30		大分県	870-8658	大分市千代町3-22	097-535-0201	097-532-4122	1993	
	藤華医療技術専門学校リハビリ学館	理学療法学科	3年	30		大分県	879-7125	豊後大野市三重町内田2706-1	0974-22-3800	0974-26-4272	2001	
	武雄看護リハビリテーション学校	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	0954-23-6710	2011	
＊	宮崎リハビリテーション学院	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	
	宮崎医療福祉専門学校	理学療法士養成学科	3年	39		宮崎県	881-0004	西都市清水1000	0983-42-1010	0983-43-3015	2007	
	鹿児島医療福祉専門学校	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	
	神村学園専修学校	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

◎　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）併設　　◇　高度専門士　　◇1　高度専門士（昼間部のみ）

7. 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。

【研鑽および資質の向上】

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、常に研鑽に励み、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。
2. 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。
3. 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

（公益社団法人日本理学療法士協会）

Ⅰ．業務全般に関する事項

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月厚生労働省告示第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、保健師、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、3万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）[8) 9)]。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3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－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、保健師助産師看護師法第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、この目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、昭和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鑽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・技術を研鑽し、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・技術の研鑽に努め、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 DailyLiving）、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、および地域の保健師、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、保健師、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鑽の機会になる。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、保健師助産師看護師法、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）
（平成２４年４月１日一部改正）

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、（公社）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。（公社）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、倫理及び学術技能を研鑽し、わが国の理学療法の普及向上を図り、以って国民の医療・保健・福祉の増進に寄与する』（公益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、（公社）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）(公社)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
(平成24年4月15日改正)

社団法人日本理学療法士協会　倫理委員会

11. 理学療法教育ガイドライン（要旨・目次）
（一部抜粋）

目　次

（頁）

序文
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 …… 1

第 1 部 総論 …… 4
Ⅰ．卒前教育の枠組み …… 4
1. 卒前教育の到達目標 …… 4
2. 養成期間・養成形態に関する考え方 …… 5
3. 教員が備えるべき条件 …… 6
Ⅱ．臨床実習教育 …… 7
1. 臨床実習教育の到達目標 …… 7
2. 臨床実習の方法 …… 8
3. 臨床実習のモデル …… 9
4. 臨床実習指導者が備えるべき条件 …… 9
Ⅲ．卒前（学内）教育における理学療法教授法 …… 10
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 …… 11
3. 教育課程とコア・カリキュラムの活用 …… 12
4. 理学療法固有領域に適した教授方法 …… 13
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

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。1

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		備　　考
	講　　義	実習・演習	
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領域，“機能”とは生理学の中で理学療法と関連の深い領域を指す。
神経系の構造と機能	2	1	
内臓諸器官の構造と機能	2	1	
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。
理学療法基礎治療学	2	3	疾患を問わず共通に行われる運動療法および物理療法，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を総合的に学ぶ。神経障害は発達障害を含む。
神経障害理学療法学	3	2	
内部障害理学療法学	3	2	
地域理学療法 ＜小計3単位＞			
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＞			

12. 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、理学療法を行なうことを業とする者をいう。

4　この法律で「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。

第二章　免許

（免許）

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

（欠格事由）

第四条　次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

一　罰金以上の刑に処せられた者

二　前号に該当する者を除くほか、理学療法士又は作業療法士の業務に関し犯罪又は不正の行為があつた者

三　心身の障害により理学療法士又は作業療法士の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの

四　麻薬、大麻又はあへんの中毒者

（理学療法士名簿及び作業療法士名簿）

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

（登録及び免許証の交付）

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

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

（意見の聴取）

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

（免許の取消し等）

第七条　理学療法士又は作業療法士が、第四条各号のいずれかに該当するに至つたときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて理学療法士又は作業療法士の名称の使用の停止を命ずることができる。

2　都道府県知事は、理学療法士又は作業療法士について前項の処分が行なわれる必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に具申しなければならない。

3　第一項の規定により免許を取り消された者であつても、その者がその取消しの理由となつた事項に該当しなくなつたとき、その他その後の事情により再び免許を与えるのが適当であると認められるに至つたときは、再免許を与えることができる。この場合においては、第六条の規定を準用する。

4　厚生労働大臣は、第一項又は前項に規定する処分をしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

（政令への委任）

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

第三章　試験

（試験の目的）

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

（試験の実施）

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

（理学療法士国家試験の受験資格）

第十一条　理学療法士国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、受けることができない。

一　学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第九十条第一項の規定により大学に入学することができる者（この号の規定により文部科学大臣の指定した学校が大学である場合において、当該大学が同条第二項の規定により当該大学に入学させた者を含む。）で、文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣が指定した学校又は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ツサージについては、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和二十二年法律第二百十七号）第一条の規定は、適用しない。

3　前二項の規定は、第七条第一項の規定により理学療法士又は作業療法士の名称の使用の停止を命ぜられている者については、適用しない。

（秘密を守る義務）

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

（名称の使用制限）

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

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

（権限の委任）

第十七条の二　この法律に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

2　前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生支局長に委任することができる。

第五章　理学療法士作業療法士試験委員

（理学療法士作業療法士試験委員）

第十八条　理学療法士国家試験及び作業療法士国家試験に関する事務をつかさどらせるため、厚生労働省に理学療法士作業療法士試験委員を置く。

2　理学療法士作業療法士試験委員に関し必要な事項は、政令で定める。

（試験事務担当者の不正行為の禁止）

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

第六章　罰則

第二十条　前条の規定に違反して、故意若しくは重大な過失により事前に試験問題を漏らし、又は故意に不正の採点をした者は、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

第二十一条　第十六条の規定に違反した者は、五十万円以下の罰金に処する。

2　前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

第二十二条　次の各号のいずれかに該当する者は、三十万円以下の罰金に処する。

一　第七条第一項の規定により理学療法士又は作業療法士の名称の使用の停止を命ぜられた者で、当該停止を命ぜられた期間中に、理学療法士又は作業療法士の名称を使用したもの

二　第十七条の規定に違反した者

附　則　　省　略

13. 政令規則（一部抜粋）

理学療法士及び作業療法士法施行令（抜粋）

（昭和四十年十月一日政令第三百二十七号）

最終改正：平成一二年六月七日政令第三〇九号

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

（免許の申請）

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

（名簿の登録事項）

第二条　理学療法士名簿又は作業療法士名簿には、次に掲げる事項を登録する。

一　登録番号及び登録年月日

二　本籍地都道府県名（日本の国籍を有しない者については、その国籍）、氏名、生年月日及び性別

三　理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験合格の年月（理学療法士及び作業療法士法（以下「法」という。）附則第二項 の規定により理学療法士又は作業療法士の免許を受けた者については、外国で理学療法士の免許に相当する免許又は作業療法士の免許に相当する免許を受けた年月）

四　免許の取消し又は名称の使用の停止の処分に関する事項

五　前各号に掲げるもののほか、厚生労働大臣の定める事項

の消除を申請する者についても、同様とする。

２　理学療法士又は作業療法士は、免許を取り消されたときは、五日以内に、住所地の都道府県知事を経由して、免許証を厚生労働大臣に返納しなければならない。

（省令への委任）

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

（学校又は養成施設の指定）

第九条　主務大臣は、法第十一条第一号 若しくは第二号 若しくは第十二条第一号 若しくは第二号 に規定する学校又は法第十一条第一号 若しくは第二号 に規定する理学療法士養成施設若しくは法第十二条第一号 若しくは第二号 に規定する作業療法士養成施設（以下「学校養成施設」という。）の指定を行う場合には、入学又は入所の資格、修業年限、教育の内容その他の事項に関し主務省令で定める基準に従い、行うものとする。

（指定の申請）

第十条　前条の学校養成施設の指定を受けようとするときは、その設置者は、申請書を、その所在地の都道府県知事（大学以外の公立の学校にあつては、その所在地の都道府県教育委員会。以下同じ。）を経由して、主務大臣に提出しなければならない。

（変更の承認又は届出）

第十一条　第九条の指定を受けた学校養成施設（以下「指定学校養成施設」という。）の設置者は、主務省令で定める事項を変更しようとするときは、その所在地の都道府県知事を経由して主務大臣に申請し、その承認を受けなければならない。

２　指定学校養成施設の設置者は、主務省令で定める事項に変更があつたときは、その日から一月以内に、その所在地の都道府県知事を経由して、主務大臣に届け出なければならない。

（報告）

第十二条　指定学校養成施設の設置者は、毎学年度開始後二月以内に、主務省令で定める事項を、その所在地の都道府県知事を経由して、主務大臣に報告しなければならない。

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

（指定の取消し）
第十四条　主務大臣は、指定学校養成施設が第九条に規定する主務省令で定める基準に適合しなくなつたと認めるとき、若しくはその設置者若しくは長が前条第二項の規定による指示に従わないとき、又は次条の規定による申請があつたときは、その指定を取り消すことができる。

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

（主務大臣等）
第十八条　この政令における主務大臣は、法第十一条第一号 若しくは第二号 又は第十二条第一号 若しくは第二号 の規定による学校の指定に関する事項については文部科学大臣とし、法第十一条第一号 若しくは第二号 の規定による理学療法士養成施設又は法第十二条第一号 若しくは第二号 の規定による作業療法士養成施設の指定に関する事項については厚生労働大臣とする。
2　この政令における主務省令は、文部科学省令・厚生労働省令とする。

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

附　則　省略

理学療法士及び作業療法士法施行規則（抜粋）

（昭和四十年十月二十日厚生省令第四十七号）

最終改正：平成二五年一月九日厚生労働省令第二号

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

第一章　免許

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

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

（免許の申請手続）

第一条の三　理学療法士及び作業療法士法施行令（昭和四十年政令第三百二十七号。以下「令」という。）第一条 の理学療法士又は作業療法士の免許の申請書は、様式第一号によるものとする。

２　令第一条 の規定により、前項の申請書に添えなければならない書類は、次のとおりとする。

一　戸籍の謄本又は抄本（出入国管理及び難民認定法（昭和二十六年政令第三百十九号）第十九条の三 に規定する中長期在留者（以下「中長期在留者」という。）及び日本国との平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法（平成三年法律第七十一号）に定める特別永住者（以下「特別永住者」という。）にあつては住民票の写し（住民基本台帳法（昭和四十二年法律第八十一号）第三十条の四十五 に規定する国籍等を記載したものに限る。第三条第二項及び第五条第二項において同じ。）とし、出入国管理及び難民認定法第十九条の三 各号に掲げる者にあつては旅券その他の身分を証する書類の写しとする。）

二　精神の機能の障害又は麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者であるかないかに関する医師の診断書

三　法附則第二項の規定により理学療法士又は作業療法士の免許を受けようとする者であるときは、外国で理学療法士の免許に相当する免許又は作業療法士の免許に相当する免許を受けた者であることを証する書類

（名簿の登録事項）

第二条　令第二条第五号 の規定により、同条第一号 から第四号 までに掲げる事項以外で理学療法士名簿又は作業療法士名簿に登録する事項は、次のとおりとする。

一　再免許の場合には、その旨

二　免許証を書換え交付し又は再交付した場合には、その旨並びにその理由及び年月日

三　登録の消除をした場合には、その旨並びにその理由及び年月日

第二章　試験

（試験科目）

第八条　理学療法士国家試験の科目は、次のとおりとする。

一　解剖学

二　生理学

三　運動学

四　病理学概論

五　臨床心理学

六　リハビリテーション医学（リハビリテーション概論を含む。）

七　臨床医学大要（人間発達学を含む。）

八　理学療法

２　略

附　則　省略

理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則（抜粋）

（昭和四十一年三月三十日文部省・厚生省令第三号）

最終改正：平成二二年四月一日文部科学省・厚生労働省令第二号

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

（この省令の趣旨）

第一条　理学療法士及び作業療法士法（昭和四十年法律第百三十七号。以下「法」という。）第十一条第一号 若しくは第二号 若しくは法第十二条第一号 若しくは第二号 の規定に基づく学校又は理学療法士養成施設若しくは作業療法士養成施設（以下「養成施設」という。）の指定に関しては、理学療法士及び作業療法士法施行令（昭和四十年政令第三百二十七号。以下「令」という。）に定めるもののほか、この省令の定めるところによる。

２　前項の学校とは、学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条 に規定する学校及びこれに附設される同法第百二十四条 に規定する専修学校又は同法第百三十四条第一項 に規定する各種学校をいう。

（理学療法士に係る学校又は養成施設の指定基準学校又は養成施設の指定基準）

第二条　法第十一条第一号 の学校又は養成施設に係る令第九条 の主務省令で定める基準は、次のとおりとする。

一　学校教育法第九十条第一項 に規定する者（法第十一条第一号 に規定する文部科学大臣の指定を受けようとする学校が大学である場合において、当該大学が学校教育法第九十条第二項 の規定により当該大学に入学させた者を含む。）、旧中等学校令（昭和十八年勅令第三十六号 ）による中等学校を卒業した者又は附則第三項各号のいずれかに該当する者であることを入学又は入所の資格とするものであること。

二　修業年限は、三年以上であること。

三　教育の内容は、別表第一に定めるもの以上であること。

四　別表第一に掲げる教育内容を教授するのに適当な数の教員を有し、かつ、そのうち六人（一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあつては、一学級増すごとに三を加えた数）以上は理学療法士である専任教員であること。ただし、理学療法士である専任教員の数は、当該学校又は養成施設が設置された年度にあつては四人（一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあつては、一学級増すごとに一を加えた数）、その翌年度にあつては五人（一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあつては、一学級増すごとに二を加えた数）とすることができる。

五　理学療法士である専任教員は、免許を受けた後五年以上理学療法に関する業務に従事した者であること。

六　一学級の定員は、四十人以下であること。

七　同時に授業を行う学級の数を下らない数の普通教室を有すること。

八　適当な広さの実習室を有すること。

九　教育上必要な機械器具、標本、模型、図書及びその他の設備を有すること。

十　臨床実習を行うのに適当な病院、診療所その他の施設を実習施設として利用し得ること。

十一　実習施設における臨床実習について適当な実習指導者の指導が行われること。

十二　管理及び維持経営の方法が確実であること。

2　法第十一条第二号 の学校又は養成施設に係る令第九条 の主務省令で定める基準は、次のとおりとする。

一　作業療法士その他法第十一条第二号 の政令で定める者であることを入学又は入所の資格とするものであること。

二　修業年限は、二年以上であること。

三　教育の内容は、別表第一の二に定めるもの以上であること。

四　別表第一の二に掲げる教育内容を教授するのに適当な数の教員を有し、かつ、そのうち五人（一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあつては、一学級増すごとに二を加えた数）以上は理学療法士である専任教員であること。ただし、理学療法士である専任教員の数は、当該学校又は養成施設が設置された年度にあつては四人（一学年に二学級以上を有する学校又は養成施設にあつては、一学級増すごとに一を加えた数）とすることができる。

五　前項第五号から第十二号までに該当するものであること。

（指定の申請書の記載事項等）

第四条　令第十条 の申請書には、次に掲げる事項（地方公共団体（地方独立行政法人法（平成十五年法律第百十八号）第六十八条第一項に規定する公立大学法人を含む。）の設置する学校又は養成施設にあつては、第十二号に掲げる事項を除く。）を記載しなければならない。

一　設置者の住所及び氏名（法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称）

二　名称

三　位置

四　設置年月日

五　学則

六　長の氏名及び履歴

七　教員の氏名、履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別

八　校舎の各室の用途及び面積並びに建物の配置図及び平面図

九　教授用及び実習用の機械器具、標本、模型及び図書の目録

十　実習施設の名称、位置及び開設者の氏名（法人にあつては、名称）並びに当該施設における実習用設備の概要

十一　実習施設における最近一年間の理学療法又は作業療法を受けた患者延数（施設別に記載すること。）

十二　収支予算及び向こう二年間の財政計画

2　令第十六条 の規定により読み替えて適用する令第十条 の書面には、前項第二号から第十一号までに掲げる事項を記載しなければならない。

3　第一項の申請書又は前項の書面には、実習施設における実習を承諾する旨の当該施設の開設者の承諾書を添えなければならない。

附　則　省略

14. 職種別、年齢階層別平均給与月額

職種	年齢階層	平均給与月額 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	円	円	円	円
	～20	－	－	－	－
	20～24	－	－	－	－
	24～28 ＊	803,278	143,146	660,132	3,982
	28～32	828,681	148,009	680,672	8,185
	32～36 △	911,016	183,955	727,061	15,749
	36～40 ◎	856,584	134,420	722,164	30,780
	40～44	1,046,586	139,779	906,807	24,772
	44～48 ▽	1,146,500	124,555	1,021,945	18,403
	48～52	1,137,991	85,453	1,052,538	22,463
	52～56	1,249,521	127,695	1,121,826	14,573
	56～	1,216,411	45,429	1,170,982	17,279
	計(42.3歳)	1,005,053	129,026	876,027	19,802
薬剤師					
	～20	－	－	－	－
	20～24	－	－	－	－
	24～28	310,252	32,298	277,954	23,444
	28～32 △	330,930	41,555	289,375	15,477
	32～36 ◎	361,564	45,499	316,065	10,593
	36～40	409,303	48,749	360,554	18,988
	40～44 ▽	410,902	37,137	373,765	17,758
	44～48	415,227	34,501	380,726	12,997
	48～52	438,759	35,628	403,131	15,782
	52～56	432,286	28,429	403,857	6,679
	56～	439,713	20,757	418,956	20,260
	計(36.1歳)	366,414	38,177	328,237	16,897
臨床検査技師					
	～20	－	－	－	－
	20～24	238,015	20,297	217,718	9,420
	24～28	265,201	28,306	236,895	10,272
	28～32 △	286,611	27,275	259,336	12,441
	32～36	301,036	24,458	276,578	11,038
	36～40 ◎	321,790	26,788	295,002	9,622
	40～44	365,158	34,972	330,186	12,667
	44～48	386,702	35,106	351,596	13,602
	48～52 ▽	431,690	44,180	387,510	18,620
	52～56	441,641	46,742	394,899	13,143
	56～	458,212	43,002	415,210	9,713
	計(40.4歳)	351,663	33,454	318,209	12,187
看護師長					
	～20	－	－	－	－
	20～24	－	－	－	－
	24～28 ＊	312,101	46,532	265,569	9,461
	28～32	370,018	68,378	301,640	16,699
	32～36	384,638	48,446	336,192	14,111
	36～40	389,432	37,865	351,567	12,362
	40～44 △	406,556	31,295	375,261	10,729
	44～48 ◎	431,743	30,280	401,463	9,157
	48～52	437,432	28,311	409,121	11,591
	52～56 ▽	444,772	28,118	416,654	9,938
	56～	446,205	27,279	418,926	11,341
	計(47.5歳)	425,038	31,496	393,542	10,969
看護師					
	～20	－	－	－	－
	20～24	294,586	40,352	254,234	13,010
	24～28	323,643	49,316	274,327	13,477
	28～32 △	336,302	46,517	289,785	14,041
	32～36 ◎	347,427	43,633	303,794	10,273
	36～40	359,221	41,864	317,357	9,760
	40～44 ▽	360,577	40,234	320,343	8,728
	44～48	379,915	43,522	336,393	11,541
	48～52	380,699	40,813	339,886	9,592
	52～56	383,896	36,327	347,569	8,216
	56～	381,135	34,721	346,414	8,269
	計(36.9歳)	350,084	43,272	306,812	11,158
診療放射線技師					
	～20	－	－	－	－
	20～24	276,629	24,053	252,576	20,871
	24～28	302,004	41,486	260,518	12,690
	28～32 △	319,461	39,461	280,000	13,552
	32～36	339,914	38,288	301,626	10,239
	36～40 ◎	362,071	39,945	322,126	9,384
	40～44	420,803	54,180	366,623	17,621
	44～48 ▽	460,061	57,079	402,982	16,352
	48～52	474,853	44,434	430,419	12,962
	52～56	524,976	65,006	459,970	23,399
	56～	506,203	40,691	465,512	13,511
	計(39.3歳)	391,174	45,108	346,066	14,035
理学療法士					
	～20	－	－	－	－
	20～24	251,813	10,092	241,721	14,704
	24～28 △	262,845	13,803	249,042	10,228
	28～32 ◎	288,900	14,890	274,010	10,987
	32～36 ▽	308,683	14,923	293,760	13,664
	36～40	331,135	13,583	317,552	12,061
	40～44	342,353	13,712	328,641	12,261
	44～48	399,640	16,813	382,827	12,931
	48～52	461,062	11,513	449,549	9,115
	52～56	426,466	10,975	415,491	15,415
	56～	481,747	13,412	468,335	13,366
	計(31.7歳)	298,389	13,980	284,409	11,644
作業療法士					
	～20	－	－	－	－
	20～24	249,752	8,767	240,985	10,314
	24～28 △	257,902	10,098	247,804	7,628
	28～32 ◎	275,727	9,509	266,218	10,474
	32～36 ▽	301,729	10,032	291,697	10,195
	36～40	315,966	8,358	307,608	10,767
	40～44	316,904	9,386	307,518	9,380
	44～48	365,231	10,636	354,595	9,074
	48～52	382,371	8,442	373,929	19,946
	52～56 ＊	388,011	2,547	385,464	12,411
	56～ ＊	411,621	0	411,621	7,500
	計(31.4歳)	284,895	9,530	275,365	9,673

資料：民間給与の実態（平成26年職種別民間給与実態調査の結果）
http：//www.jinji.go.jp/kyuuyo/minn/minnhp/min26_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。

白書小委員会

委 員 長　　小川　克巳

副委員長　　仙波　浩幸

委　　員　　河合　麻美、西山　知佐、西村　佳代子、木村　さおり、齋藤　桃子

理学療法白書 2014

平成 27 年 3 月 31 日　2014 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

JPTA