

シンプル理学療法学シリーズ

理学療法概論 テキスト

理学療法入門
テキスト
改訂第2版

監修

埼玉県立大学名誉教授

細田多穂

編集

九州中央リハビリテーション学院

中島喜代彦

国際医療福祉大学

森田正治

埼玉県立大学

久保田章仁

南江堂

監 修

細 田 多 穂 ほそだ かずほ 埼玉県立大学名誉教授

編 集

中 島 喜 代 彦 なかしま きよひこ 九州中央リハビリテーション学院副学院長
森 田 正 治 もりた まさはる 国際医療福祉大学大学院准教授
国際医療福祉大学保健医療学部理学療法学科准教授
久 保 田 章 仁 くはた あきひと 埼玉県立大学保健医療福祉学部講師

執筆者（執筆順）

中 島 喜 代 彦 なかしま きよひこ 九州中央リハビリテーション学院副学院長
森 田 正 治 もりた まさはる 国際医療福祉大学大学院准教授
国際医療福祉大学保健医療学部理学療法学科准教授
丸 山 倫 司 まるやま のりかず 九州中央リハビリテーション学院理学療法学科
河 波 恭 弘 かわなみ やすひろ 北九州リハビリテーション学院理学療法学科
山 田 和 政 やまだ かずまさ 星城大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科教授
久 保 田 章 仁 くはた あきひと 埼玉県立大学保健医療福祉学部講師
富 士 本 隆 文 ふじもと たかふみ 元柳川リハビリテーション学院
横 尾 正 博 よこお まさひろ 柳川リハビリテーション学院理学療法学科学科長
伊 藤 浩 充 いとう ひろみつ 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教授
高 橋 精 一 郎 たかはし せいいちろう 国際医療福祉大学福岡リハビリテーション学部理学療法学科教授
郷 貴 大 ごう たかひろ 新潟保健医療専門学校副校長
国 中 優 治 くになか ゆうじ 元九州中央リハビリテーション学院理学療法学科
株式会社 SENSTYLE 代表取締役
木 村 貞 治 きむら ていじ 信州大学医学部保健学科理学療法学科専攻教授
加 地 啓 介 かじ けいすけ 了徳寺大学健康科学部理学療法学科准教授

「シンプル理学療法学シリーズ」監修のことば

近年、高齢化社会を迎え、理学療法士の需要が高まるとともに、理学療法士養成校数・学生数が急激に増加している。現代の理学療法教育には、この理学療法士を目指す多くの学生に対する教育の質を保証し、教育水準の向上および均質化に努める責務がある。

しかし既存の教科書は、教育現場の実際を重視するというよりも、著者の意向・考え方を優先するきらいがあり、各疾患別理学療法のアプローチを個々に暗記する形式のものが多く、一方で、学生には、学習した内容を単に“暗記する”ということだけではなく、“理解して覚える”ということが求められている。そのため講義で学んだ知識・技術を確実に理解できる新しい形の教科書が望まれている。そこで、これらを具現化したものが「シンプル理学療法学シリーズ」である。

編集にあたっては本シリーズの特長を次のように設定し、これらを過不足のないように盛り込むことを前提とした。

1. 理学療法教育カリキュラムに準拠し、教育現場での使いやすさを追求する。
2. 障害を系統別に分類し、障害を引き起こす疾患の成り立ちを解説した上で、理学療法の基礎的なガイドラインを提示する。このことにより、基本的な治療原則を間違えずに、的確な治療方法を適応できる思考を養えるようにする。
3. 実際の講義に即して、原則として1章が講義の1コマにおさまる内容にまとめる。さらに、演習、実習、PBL（問題解決型学習）の課題を適宜取り込み、臨床関連のトピックスを「memo」としてコラム形式で解説する。また、エビデンスについても最新の情報を盛り込む。これらの講義のプラスアルファとなる内容を、教員が取捨選択できるような構成を目指し、さらに、学生の自習や発展学習にも対応し、臨床に対する興味へつながるように工夫する。
4. 網羅的な教科書とは異なり、理学療法士を目指す学生にとって必要かつ十分な知識・技術を厳選する。長文での解説は避け、箇条書きでの簡潔な解説と、豊富な図表・写真を駆使し、多彩な知識をシンプルに整理した理解しやすい紙面構成になるように努める。
5. 学生の理解を促すために、2色刷、キーワード等により重要なポイントがひとめでわかるようにする。また、予習・復習に活用できるように、「調べておこう」、「学習到達度自己評価問題」などの項目を設け、能動学習に便宜をはかる。

改訂第2版の発刊にあたっては、以上の編集方針に加えて、さらにわかりやすさに重きを置いた紙面構成・デザインの一部変更（脳スペースを活用して欧文スペルや用語解説を掲載するなどの工夫）を行った。

シリーズ構成は障害別の分類に沿った全12巻として、理学療法領域の専門科目を網羅した。また、いずれの理学療法士養成校で教育を受けても同等の臨床遂行能力が体得できるような、標準化かつ精選された「理学療法教育ガイドライン＝理学療法教育モデル・コアカリキュラム」となり得ることをめざした。これらの目的を達成するために、執筆者として各養成施設で教鞭をとられている実力派若手教員に参加いただいたことは大変に意味深いことであった。

既存の教科書の概念を刷新した本シリーズが、学生の自己研鑽に活用されることを切望するとともに、理学療法士の養成教育のさらなる発展の契機となることを期待する。

最後に、発刊・編集作業においてご尽力をいただいた諸兄に、心より感謝の意を表したい。

序 文

「シンプル理学療法学シリーズ」の第1巻目として『理学療法入門テキスト』が2007年12月に刊行され、5年が経過した。これまで増刷を重ねるなかで、一部内容の更新は差し込み資料で情報提供してきた。今回、章立てを含め内容の見直しに加え、講義の実情を踏まえ『理学療法概論テキスト』に書名を改めた。改称した本書の特長として、以下の3つをあげる。

1つ目の特長は、前版の刊行後に日本理学療法士協会から「理学療法教育ガイドライン」と「理学療法診療ガイドライン」の第1版が発表されており、本書ではこれらの情報についても触れている。平成22年4月に発表された「理学療法教育ガイドライン」では、理学療法士の養成過程における到達目標が具体的に明示されるとともに、理学療法教育のコア・カリキュラムが提示された。また、平成23年11月に発表された「理学療法診療ガイドライン」では、16の領域における理学療法介入の推奨グレードとエビデンスレベルに加えて、理学療法評価（指標）の推奨グレードと詳細なアブストラクトなどが提示された。いずれも非常に有益な情報が網羅されており、是非とも一読して頂きたい。

2つ目の特長は、本書の内容で最新情報に位置づけるものを南江堂のウェブサイト上で参照できるようにしたことである。特に、介護・診療報酬など改定される情報は必要に応じて最新情報を更新していく予定である。

3つ目の特長として、医師の処方から理学療法の実際までの一連の過程などは、イメージしやすいMOVIE（動画）を作成した。さらに、入学初期に導入されることの多い障害体験や、近年、さまざまな養成校が学生の技能評価として取り組みはじめている客観的臨床能力試験（OSCE：Objective Structured Clinical Examination）の一場面もMOVIE（動画）で提示しつつ、その場面で使用されている実施課題、シナリオ、評価基準等をウェブサイト上に掲載した。

本書では、初学者が理学療法（士）の意味を理解しやすいように内容を見直してきた。可能な限り平易な言葉や文章を用いてはいるが、本書の活用を通して講義を担当される先生方や学生諸君からの忌憚のないご意見、ご批評を頂ければ幸いである。

最後に、本書の刊行にあたり、さまざまな助言を頂いた埼玉県立大学 細田多穂名誉教授、ならびに編集のお手伝いをいただいた南江堂の野村真希子氏と吉野正樹氏に感謝の意を表したい。

平成25年1月

編者を代表して 森田 正治

目次

理学療法とは

1

理学療法って何だろう? (中島喜代彦)

1

A 理学療法の歴史	1
① 理学療法の歴史	1
② わが国における歴史	4
B 理学療法の定義	7
① 理学療法という名称について	7
② さまざまな理学療法の定義	7
a. 世界理学療法連盟 (WCPT) の定義	7
b. 米国理学療法士協会 (APTA) の業務指針	8
c. 英国理学療法士協会 (CSP) の定義	8
d. わが国における定義 web	8
C 理学療法を構成する各種技術の概要	8
① 運動療法	9
② 物理療法	9
a. 温熱ならびに寒冷療法	9
b. 水治療法	10
c. 電気療法	10
d. 光線療法	11
e. マッサージをはじめとした各種徒手療法	11
f. 牽引療法	11
③ 日常生活活動の練習	12
④ 補装具療法	12
⑤ 環境整備関連	12
D 理学療法とリハビリテーション	13
① リハビリテーションの語源	13
② リハビリテーションとノーマライゼーション	13
③ リハビリテーションの種類	13
a. 医学的リハビリテーション	14
b. 職業的リハビリテーション	14

c. 社会的リハビリテーション	14
d. 教育的リハビリテーション	14
e. 地域リハビリテーション	14
④ リハビリテーションの流れと最終目的	15
⑤ 理学療法とリハビリテーションの結びつき	15
E 理学療法と障害	16
① 理学療法と障害の接点	16
② 障害モデル	16
a. 障害の医学モデルとは	16
b. 障害の社会モデルとは	16
③ 国際障害分類 (ICIDH) から国際生活機能分類 (ICF) へ	17
a. 国際障害分類	17
b. 国際生活機能分類	18
④ 理学療法 (士) と国際生活機能分類	19

2

理学療法の役割って何だろう? (森田正治)

23

A 医学の領域	23
① 診療科目	23
② 治療医学としての理学療法の確立	23
③ 保健・福祉領域における理学療法の展開	25
B 理学療法の対象	25
① 身体障害者福祉法に基づく理学療法の対象者	25
② 理学療法診療ガイドライン	28

3

理学療法の実際ってどんな流れなの？

(A：丸山倫司・B：河波恭弘)

31

A 理学療法の流れ（理学療法過程）	31
① 理学療法の処方	31
② 評価	32
a. 対象者の医学的情報収集	32
b. 対象者の観察・面接	33
c. 検査・測定	33
d. 得られた情報の統合と解釈	34
③ 評価時期	35
a. 初期評価	35
b. 中間評価	35
c. 最終評価	35
④ 目標設定	35
⑤ 治療計画	36
⑥ 再評価	36
⑦ 記録報告	36
a. 理学療法の記録	36
b. 理学療法報告書	36
c. 情報管理	37
B クリニカルパス	37
① クリニカルパスとは	37
② クリニカルパスの導入目的	39
③ クリニカルパス導入にあたってのポイント	39
④ パスの基本構成とその効果	39
a. 患者用パス	39
b. 医療提供者用パス	40
⑤ パス検証のためのバリエーション分析 web	40
C 理学療法における診療ガイドラインの適用	41
① 診療ガイドラインの適用例	41
a. 肩関節周囲炎	41
b. 変形性膝関節症	42

専門職としての
理学療法士

4

理学療法（士）に求められる使命，倫理って何だろう？

(山田和政)

45

A 理学療法士の使命	45
① 理学療法の「対象」や「目的」からみた理学療法士の使命とは？	46
② 理学療法の「手段」からみた理学療法士の使命とは？	46
B 理学療法士の倫理	47
① 守秘義務と個人情報保護	47
② 「説明と同意そして意思決定」の尊重	48
③ 自己決定権の尊重	49

5

理学療法士に求められる臨床思考って何だろう？

(久保田章仁)

51

A 理学療法士に求められる資質	51
① 臨床推論（クリニカルリーズニング）	51
B 接遇・コミュニケーション	54
① 交流分析（TA）	54
② 対人関係技術（援助のための態度）	55

6

理学療法士って、どんなところで活躍しているの？

57

6-1 医療の現場	(富士本隆文) 57
A 医療の場の分類	57

8

理学療法士に関連する法律を学ぼう (中島喜代彦)

85

A 法規の種類と効力	85
① 国による法規	86
a. 憲法 web	86
b. 法律 web	86
c. 命令 web	86
② 地方自治体による法規	87
a. 条例	87
b. 規則	87
B 「理学療法士及び作業療法士法」の誕生	87
C 「理学療法士及び作業療法士法」を解明する	88

理学療法士と教育

9

理学療法 (士) 教育とは? (森田正治)

91

A 世界における理学療法教育の変遷	91
① 米国	91
② 英国	92
③ カナダ	92
B わが国における理学療法教育の現状と課題	92
① 養成校数増加の変遷	92
② 指定規則の変遷 web	94
③ 理学療法教育ガイドライン	95
a. 理学療法卒前教育の到達目標	96
b. 臨床実習教育の到達目標	97
④ 日本理学療法士協会「教育ガイドライン」におけるモデル・コア・カリキュラム	98
C 医学教育に相応した CBT や OSCE にたどり着けるのか ▶	98

① 医学教育の現状	98
a. 医学教育変革の流れ	98
b. 医学教育モデル・コア・カリキュラム	100
c. 共用試験	100
d. 医学教育で実施されている CBT の概要	100
e. 医学教育で実施されている OSCE の概要	101
② 理学療法教育における OSCE の現状と課題	102
a. 群馬大学医学部保健学科理学療法専攻の実例	102
b. 福岡国際医療福祉学院理学療法学科の実例 web	103
c. 茨城県立医療大学附属病院の実例	105
d. 今後の課題	105
D 臨床実習のあるべき姿	106
① 卒前教育の集大成としての臨床実習の意義	106
② 臨床実習の現状と課題	107
③ 臨床実習指導者の研修制度	108
E 卒後教育システム	108
① 生涯学習システムの基本理念	108
② 新人教育プログラム	108
③ 専門領域研究部会	111
④ 専門理学療法士制度	112
⑤ 卒後教育の今後	113

10

フィールドワークをやってみよう (郷 貴大)

115

A 病院または施設見学	115
① 病院または施設見学の意義と目的	115
a. 病院または施設見学の背景	115
b. 病院または施設見学の意義と目的	116
② 病院または施設見学時の心得	116
B QOL を求めて	117
① QOL の背景	117
② QOL の概念	117
③ QOL の実際	117
C QOL を意識したフィールドワーク ▶	119

① ユニバーサルデザイン	120	① EBPT とは	139
a. ユニバーサルデザインの概念 – バリアフリー デザインからの変遷 –	120	a. EBPT の定義	139
b. ユニバーサルデザインの原則	121	b. EBPT の目的	139
② ノーマライゼーション	122	c. EBPT の臨床的意義	140
a. ノーマライゼーションの背景	122	B EBPT の実践方法	140
b. ノーマライゼーションの概念	122	① ステップ 1：臨床上の疑問点の抽出と定式化	140
c. ノーマライゼーションの実際	122	② ステップ 2：臨床上の疑問点に関する情報（エビ デンス）の検索	141
③ バリアフリー	123	③ ステップ 3：得られた情報の批判的吟味	143
a. バリアフリーの背景と概念	123	④ ステップ 4：得られた情報の患者への適用の検討	144
b. バリアフリーとユニバーサルデザインの違い …	123	⑤ ステップ 5：EBPT のプロセスと介入結果の評価	145
		C EBPT に関する理解を深めるために	145
		D EBPT の今後の課題	146

11

理学療法研究ってどうすればいいの？

125

11-1 理学療法研究とは (国中優治) 125

A 研究の意義と理学療法研究の動向	125
① 専門職としての理学療法士	125
② 理学療法士と研究	126
③ 研究の発表	126
a. 方法について	126
b. 発表準備について	126
B 研究に対する基本的理解	128
① 用語を正しく使おう	128
② 研究の種類	130
a. 基礎医学研究	130
b. 臨床研究	130
c. 社会医学的研究	130
C 研究デザイン	130
① さまざまな研究デザイン	130
② 研究データの分析	134
a. 統計で用いる用語	134
b. 自分の抽出した標本で検定をしてみよう	135
③ 研究結果とその解釈	137
11-2 EBPT を実践してみよう (木村貞治) 138	
A 理学療法の臨床判断とその根拠	138

理学療法士に
必要な管理や運営

12

理学療法士に必要な管理や運営って何だろう？

(加地啓介)

147

12-1 理学療法と報酬 148

A 医療保険および介護保険制度	148
① 医療保険制度	148
a. 職業・年齢等に応じた医療保険制度	148
b. 被保険者とは	149
c. 保険者とは	149
d. 保険料とは	149
e. 被保険者証とは	149
f. 保険医療機関とは	150
g. 一部負担金とは	150
h. 診療報酬とは	150
i. 審査支払機関	150
j. 給付のしくみと種類	150
k. 高額療養費制度	151

② 介護保険制度	151
a. 被保険者	152
b. 保険者	152
c. 保険料と徴収方法	152
d. 介護認定までの流れ	152
e. 一部負担金	153
f. 介護報酬	154
g. 予防給付、介護給付におけるサービスの種類	154
B 理学療法と関連する施設基準と報酬	155
① 医療保険領域での施設基準と診療報酬 	155
② 介護保険領域での施設基準と診療報酬 	155
C 医療経済学の視点の必要性	156
① 医療経済学とはどんな学問なのか？	156
② 経済効率を考えた医療サービスのあり方	157
③ 医療・介護サービスの質向上、効率化を目指す	157
a. EBM の推進と医療サービスの標準化	157
b. 診療報酬体系の見直し	157
c. 医療機関経営の近代化、効率化	157
d. 消費者（支払者－患者・保険者）機能の強化	158
e. 公的医療保険の守備範囲の見直しによる医療サービスの提供	158
f. 在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策との連携	158
g. 診療報酬と人件費のかかわりについて	158
D 業務上かわってくる社会資源について	161
① 福祉用具と住宅改修について	161
② 施設サービス	162
③ このようなときには	162
④ そのほかの福祉サービス	163

12-2 理学療法とTQC	163
A リスク管理とは	163
① リスク管理の必要性について	163
a. 個人情報保護	163
b. カルテ管理	164
② TQC, TQM の考え方	164
③ ISO（国際標準化機構）について	164
④ 患者満足度の向上について	165
a. サービスの質の 10 要因	165
b. 患者（顧客）満足度（CS）	165
B 医療事故の防止	166
① インシデント、アクシデント	166
a. インシデント	166
b. アクシデント	166
c. インシデント・アクシデント報告書	166
② 医療訴訟について	166
a. 医療訴訟の基本理念	166
b. 裁判手続	166
C 感染予防策	168
① 標準予防策	168
a. 標準予防策（スタンダード・プリコーション）	168

参考文献

171

索引

177

和文索引	177
欧文索引	181

本書内の参考資料 , 参考動画  のご案内

関連法規などの参考資料（目次の  マーク）、また OSCE、フィールドワーク実施例の参考動画（目次の  マーク）は南江堂のリハビリテーション・テキストシリーズホームページにてご覧ください。

URL <<http://text.nankodo.co.jp/rehabilitation/>>

1

理学療法って何だろう？

1
理学療法って
何だろう？

▶ 一般目標 ◀

- 理学療法の概要を理解する。

▶ 行動目標 ◀

1. 世界およびわが国の理学療法の歴史について、その概要を説明できる。
2. わが国における理学療法の定義と世界理学療法連盟の定義との相違点を説明できる。
3. 理学療法を構成する各技術の概要を説明できる。
4. 理学療法とリハビリテーションとの関連について説明できる。
5. 理学療法と障害との関連について説明できる。



▶ 調べておこう ◀

1. 世界理学療法連盟が示す理学療法の定義に「理学療法は身体治療の技術であり、科学でもある」という箇所（7 ページの下線部分）がある。この文中の「技術」に該当する英語は“art”（アート）と表記されているが、通常、技術というと“technique”（テクニック）という英語を思い浮かべる。そこで、art と technique の違いについて調べよう。
2. わが国における理学療法の定義と、世界理学療法連盟の定義などとを比較し、その違いについて調べよう。
3. 以下の用語について調べよう。
 - 自己決定権
 - IL (independent living) 運動
 - QOL (quality of life)

A 理学療法の歴史

① 理学療法の歴史

（わが国の理学療法およびリハビリテーションに最も大きな影響を及ぼした米国での歴史を中心に記述する）

- 理学療法（physical therapy, physiotherapy）は、物理療法や運動療法およびマッサージをはじめとする各種徒手療法などの技術で構成され、これらは個別に

表 1-1 理学療法の歴史年表（古代から専門職誕生まで）

時 代	年	理学療法 physical therapy	関連事項
古 代	BC3000 AD200	(呪術・迷信の時代) 太陽 (自然療法) 電 気 熱 水 温 泉 徒 手 体 操	最初のギリシャ医書 (BC520 ころ) [釈迦の生誕 (BC565 ころ)]
中 世	500 1200		[原始キリスト教] [中世の暗黒時代 (6~8 世紀)] [大化の改新 (645)] イタリア・サレルノに医学校開設 (850) [スコラ哲学 (9~13 世紀)]
ルネッサンス	1300 1600	(解剖学・生理学・病理学などの基礎医学の確立)	[十字軍遠征 1096~] 黒死病(ペスト)大流行 (1348~1451) [ダビンチ (1452~1519)] [宗教改革 (1517)] パラケルスス『大外科学』(1536) ヴェサリウス『人体の構造』(1543) 肺循環 (1540), 副腎 (1564), 静脈弁 (1574) の発見, 新しい四肢切断術・結紮法 (1564) 血液循環の発見 (1628)
近 代	1700 1800	日光・光線療法 電気治療 温熱療法 水治療法 温泉療法 マッサージ 治療体操	整形外科 (1714) [ガルヴァーニ動物電気の発見 (1780)] [杉田玄白ら『解体新書』] ジェンナー種痘法 (1796) 炭疽菌 (1876), らい菌・淋菌 (1879), 腸チフス菌 (1880), コレラ菌 (1883) の発見 X 線の発見 (1895)
現 代	1900	電気療法 水治温泉療法 マッサージ・運動	
	1923	理学療法 physiotherapy の統合	[第 1 次世界大戦 (1914~1918)]
	1942	リハビリテーションの確立	放射線医学 (1920) [関東大震災 (1923)]
	1944	物理医学 physical medicine	内科・外科 整形外科 神経 (内) 科 小児科
	(1947)	物理医学専門医 physiatrist 制度	
	1949	物理医学およびリハビリテーション physical medicine and rehabilitation	[第 2 次世界大戦 (1939~1945)] [世界保健機関 WHO 設立 (1946)]
	(1949)	米国理学療法士協会 APTA 改称	物理医学 (1947)
	(1951)	世界理学療法連盟 WCPT 設立	物理医学およびリハビリテーション

人類の有史以来存在していた (表 1-1)。

- 体系だった理学療法の起源は、古代ギリシャのヒポクラテス (Hippocrates : BC460 ~ ?) (「memo」参照) の時代にさかのぼる。
- この時代には、日光、熱、水、温泉など自然の物理的エネルギー physical energy を利用して病気やけがの治療にあたっていたとされる。
- ヒポクラテスの時代の医学は、アレキサンドリア医学、そしてローマ医学へ引き継がれ発展していったが、5 世紀から 15 世紀にかけて科学の進歩が著しく停滞した時代 (いわゆる中世の暗黒時代) となり、医学も同様にさほどの進歩もなかった。



ヒポクラテスは「医学の父」または「医聖」と称される

ヒポクラテスの医学の特色はつぎのとおりである。

- ①病状を正確に観察し記述する。
- ②病気よりも病人の現状を全体としてとらえ、予後を正確に予測しようとする。
- ③環境が病気の発生や経過、さらに人の体質や気質に及ぼす影響を明らかにし、病気を自然現象としてとらえる。
- ④粘液や胆汁などの体液によって発病のしくみを合理的に説明しようとする。
- ⑤骨折や脱臼などの負傷に対する包帯のしかたや整復のための補助器具を説く。
- ⑥病気の治療法としては、自然治癒力を重視し、病人の状態に合わせて食事の内容を指定する。

以上のように、ヒポクラテスは、病気の発症を土地や気候を含む環境全体のなかでの自然現象ととらえ、それに合理的な説明を与えることによって医学を迷信や呪術から切り離し、科学的な領域として発展させた。

ヒポクラテスの誓い

『医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエイア、パナケイアおよびすべての男神と女神に誓う、私の能力と判断にしたがってこの誓いと約束を守れることを、この術を私に教えた人をわが親のごとく敬い、わが財を分かって、その必要あるとき助ける。その子孫を私自身の兄弟のごとくみて、彼らが学ぶことを欲すれば報酬なしにこの術を教える。そして書きものや講義その他あらゆる方法で私の持つ医術の知識をわが息子、わが師の息子、また医の規則にもとづき約束と誓いで結ばれている弟子どもに分かち与え、それ以外の誰にも与えない。●私は能力と判断の限り患者に利益すると思う養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。●頼まれても死に導くような薬を与えない。それを覚らせることもしない。同様に婦人を流産に導く道具を与えない。●純粋と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。●結石を切りだすことは神にかけてしない。それを業とするものに委せる。●いかなる患家を訪れるときもそれはただ病者を利益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人と奴隷のちがいを考慮しない。●医に関すると否にかかわらず他人の生活について秘密を守る。●この誓いを守りつづける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるであろう。もしこの誓いを破るならばその反対の運命をたまわりたい』

(原文：小川鼎三訳)

- 宗教革命後、その支配から解き放たれた時代の1543年にヴェサリウス(Vesalius A:1514～1564)が近代解剖学の原典とされる解剖学書を完成させたのを皮切りに、19世紀までの間に、解剖学、生理学、病理学、細菌学などの基礎医学が発展した。一方、臨床にあっては内科や外科が中心であった。
- 理学療法は1923年に米国においてphysiotherapyとして統合されるまで、内科および外科の双方の場でそれぞれ医師により実施されていた。
- わが国に限らず、「理学療法とリハビリテーションの結びつき」については米国でのさまざまな出来事(表1-2)が影響している。
- 第一次世界大戦終了時の1918年に米国議会で「戦傷者リハビリテーション法」

表 1-2 リハビリテーションの変遷

年	事 項
1917	米国陸軍軍医総監部のもとに Division of Physical Reconstruction and Rehabilitation (身体再建およびリハビリテーション部門) を設置
1918	戦傷者リハビリテーション法が成立
1920	米国議会において、職業的リハビリテーションを推進するための法律である Smith-Fess 法 (職業リハビリテーション法) が成立
1920 ~ 30	急性灰白質髄炎の大流行
1942	米国にて全国リハビリテーション協議会の開催

が成立し、多くの治療施設が設立され、職業復帰のための指導も行われた。

- 1920 年から 1930 年にかけて急性灰白質髄炎が大流行し、理学療法が医師や理学療法士によって実施された。
- 1942 年、第二次世界大戦中のニューヨークで全国リハビリテーション評議会が開催され、「リハビリテーションとは、障害者を、身体的、精神的、社会的、職業的および経済的に可能な限り有用性を発揮するように回復させることである」と定義された。
- この時期における理学療法は、戦傷者の社会復帰や戦地復帰を目的とした治療手段として、あるいは急性灰白質髄炎患者やその後遺症をもつ障害者の就学や社会復帰を目的とした治療手段としてたいへん有効な治療技術であることが認識されるにいたった。
- まさに理学療法がリハビリテーションの一手段であると位置づけられた時期となった。
- この後、理学療法は、リハビリテーションの理念のもと、単に機能障害 impairment の治療手段という位置づけではなく、歩行能力を向上させるなど、日常生活活動の遂行能力を向上させる手段としての位置まで拡大してきた。

② わが国における歴史

(主なことがらを表 1-3 にまとめる)

- わが国では 1874 (明治 7) 年に医制 (表 1-4) がしかれ、明治政府は本格的に西洋医学を取り入れた医療体制の整備を始めた。
- 明治の中ごろに理学療法につながる医療マッサージがつたわり、医師が治療に応用した。
- 大正末期には、医学の一領域として確立した。
- 太平洋戦争敗戦後、理学療法は、理学療法という名称にて看護師らによって実施されており、現在でいう「物理療法」の色彩が強い療法であった。
- 1950 ~ 60 年代、欧米の医療視察をとおして physical therapy および physical therapist が紹介され、1963 (昭和 38) 年に本邦初の理学療法士の養成校が東京に開校した。
- 1965 (昭和 40) 年「理学療法士及び作業療法士法」が成立した。

表 1-3 わが国の理学療法の歴史

年	事 項
1887 (明治 20)	陸軍の軍医であった橋本乗晃が今日の理学療法につながる医療マッサージを紹介し、それを機に医師が治療に応用した。
1891 (明治 24)	東京大学に理学療法士の走りともいうべき「医療マッサージ師」が採用され、内科や外科系の医療マッサージが確立されていった。
1906 (明治 39)	東京大学整形外科教室（田代義徳）が「ツアンデルアパラート」室、いまでいう運動療法室を開設した。
1912 (大正元)	当時の東京大学整形外科医局長であった高木憲次は後療法の担い手として「術手」という医療技術者を採用した。
1916 (大正 5)	高木憲次は肢体不自由児の療育事業の制度を提唱した。
1918 (大正 7)	東京大学付属病院に物療内科が開設されて、水治療法、温熱療法、電気療法などが実施された。
1926 (大正 15)	東京大学医学部に内科物理療法学（通称、物療内科）という講座が開設された。
1942 (昭和 17)	高木憲次らにより、整肢療護園が開設され、肢体不自由児を中心に小児の治療訓練が開始された。
1941 ～ 1945 (昭和 16 ～ 20)	太平洋戦争を通し、切断や脊髄損傷などの戦傷者に対して、その治療や職業訓練が実施された。
1947 (昭和 22)	この年に発令された保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則のなかに、「理学療法」という用語が 15 時間の教科科目として記述されていた。
1950 (昭和 25)	水野祥太郎医師による欧米医療視察団から、欧米のリハビリテーション医療や PT および OT という呼称のセラピスト therapist などの紹介がなされた。
1961 (昭和 36)	厚生白書に医学的リハビリテーションに関する技術者の養成に関する記述がなされ、世界保健機関（WHO）の協力のもと、その技術講習会が国立身体障害者更正指導所にて執り行われた。
1963 (昭和 38)	東京都清瀬市にある国立療養所東京病院に付属のリハビリテーション学院が開所し、本格的に理学療法士および作業療法士の養成が開始された。
1965 (昭和 40)	理学療法士及び作業療法士法成立。
1966 (昭和 41)	7 月 17 日、理学療法士の団体である日本理学療法士協会が設立された。
1974 (昭和 49)	日本理学療法士協会が世界理学療法連盟（WCPT 1951 年設立）の一員となった。

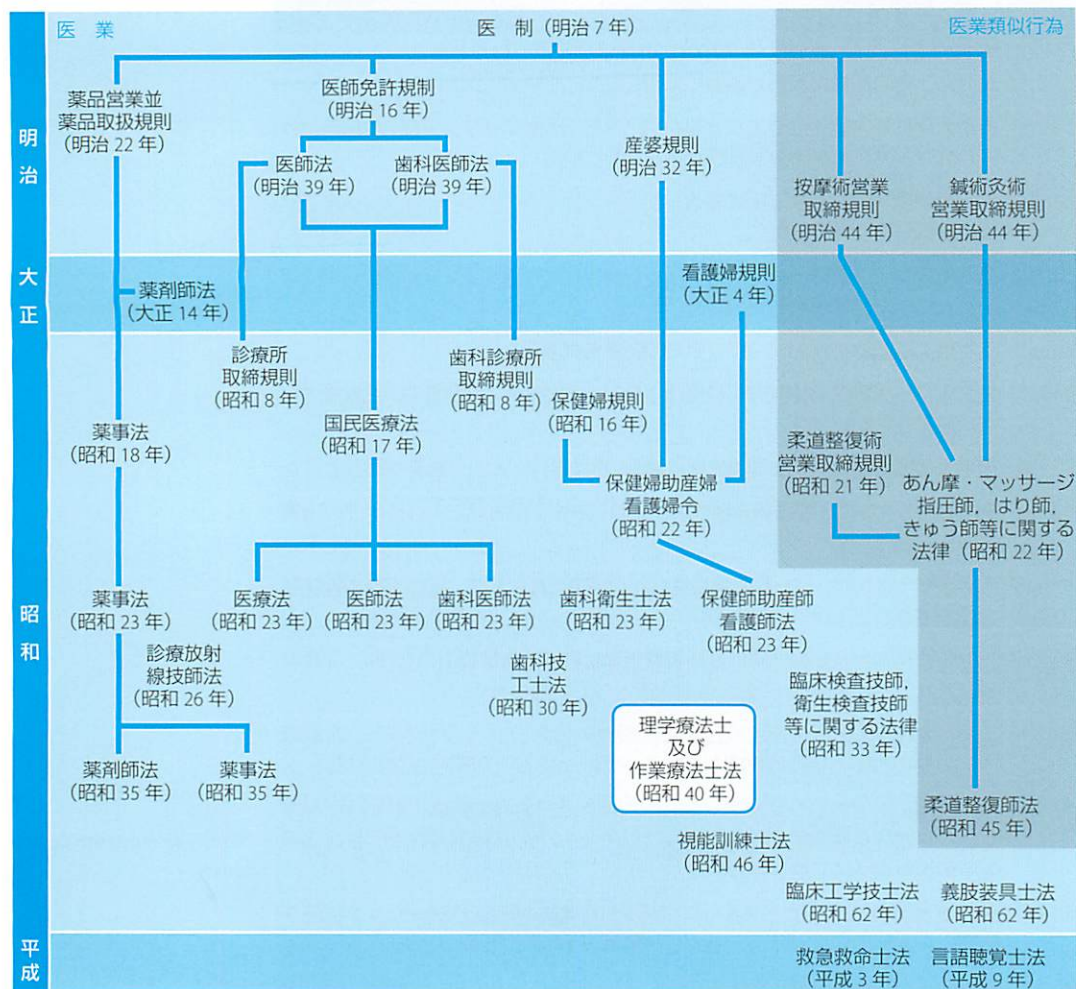
WHO : World Health Organization

WCPT : World Confederation for Physical Therapy

- この法律をもとに、同年に第 1 回理学療法士の国家試験が実施され、理学療法の実践者ならびに医学的リハビリテーションの推進役として「理学療法士」が公式に誕生した。
- 1966（昭和 41）年 7 月 17 日には理学療法士の職能*団体である日本理学療法士協会が設立され、1974（昭和 49）年には世界理学療法連盟（WCPT 1951 年設立）にも加盟した。
- 日本理学療法士協会は 1994（平成 6）年から 7 月 17 日を「理学療法の日」と定め、この日を挟む 1 週間を「理学療法週間」とし、理学療法の普及に努めている。

*職能 職務を遂行する能力の意で、社会や組織の中でその職業が受けもつ役割りをさす。

表 1-4 わが国における医療関連職種の法律制定の時期



memo

1962 年に、水野祥太郎氏は欧米のリハビリテーションに関する視察報告のなかで、physical therapy および physical therapist を「機能療法および機能療法士」という呼称で紹介している。この機能療法という名称には、従前の物理療法から運動療法を主体とする内容に切り替えていこうとする意味合いが込められていたものと思われる。1963 (昭和 38) 年、砂原茂一氏 (国立療養所東京病院院長) を座長とする PT・OT 調査会で、physical therapy および occupational therapy などの日本語名称に関して討議がなされた。その当時の日本整形外科学会では physical therapy ならびに occupational therapy を、それぞれ「機能療法」ならびに「職能療法」と呼称していた。医療制度調査会の答申では physical therapist を「機能療法士、物理療法士、または理学療法士」、occupational therapist を「職能訓練士または職能療法士」という呼称が提案され、結果、physical therapy を「理学療法」、occupational therapy を「作業療法」とすることが決定された。医療制度調査会で、rehabilitation の訳語も論議されたが、結論にいたらず、「リハビリテーション」という外来語として今に引き継がれている。

表 1-5 Principles and Guidance for initiating the training of Physical Therapy (WCPT, 1982)

INTRODUCTION

Physical therapy is one of the professions complementary to medicine.

Together with other professions, such as nursing, occupational therapy and social service, physical therapy plays an important and dynamic role in the medical, social and vocational rehabilitation of the physically and mentally handicapped.

To appreciate the importance of a comprehensive program of treatment for the maintenance of health, for the prevention of disability and for the rehabilitation of the sick and handicapped; one must understand the scope of physical therapy and the role of the physical therapist.

Physical therapy is the art and science of physical treatment by means of therapeutic exercise, instruction, heat, cold, light, water, massage and electricity.

Among the aims of treatment are the relief of pain, the increase of circulation, the prevention and correction of disability, and the maximum return of strength, mobility and co-ordination.

Physical therapy also includes the performance of electrical and manual tests to determine the amount of impairment of nerve supply and the strength of muscles; tests to determine functional abilities; measurement of range of joint movement, and measurement of vital capacity as diagnostic aids for the physician and for recording progress.

As well as working to prevent disability and to rehabilitate the sick and handicapped, physical therapists are also active in preventive medicine and undertake clinical research.

B 理学療法の定義

① 理学療法という名称について

- 理学療法の接頭語である「理学」という言葉は、「現代においては、数学、物理学、化学、生物学、地球科学、天文学など、自然科学系の基礎研究を行う分野の総称をさすが、明治時代の初期にはとくに、物理学 physics をさしていた」とされる。
- 「理学とは、とくに物理学をさしていた」とする明治時代の事実より、物理的刺激をもって治療手段とする療法を理学療法と呼称するようになったものと考えられる。
- 理学療法を表す英語には physical therapy と physiotherapy とがある。
- physical therapy という表現は、主に米国で用いられている。physical energy（物理的ないしは自然エネルギー）を治療 therapy の手段に用いることに由来している。
- physiotherapy という表現は、主に英国で用いられている。therapy の接頭語に physio-（生理学的）を当てているが、これは治療手段としての physical energy によって引き起こされる生体内での生理的变化に着目したことに由来している。

② さまざまな理学療法の定義

以下に、理学療法の定義ないしはそれに類似した事柄を示す。

a. 世界理学療法連盟 (WCPT) の定義

世界理学療法連盟 (WCPT の組織については 75 ページ参照) による「理学療法士養成のための信条と手引き」の序説 (表 1-5 の原文参照) においては、「理

WCPT : World Confederation
for Physical Therapy

学療法は、医療を構成する専門領域の1つである。理学療法は、看護や作業療法および社会福祉事業などの他の専門領域とともに、身体障害者や精神障害者の医学的・社会的・職業的リハビリテーションにおいて重要な役割を担っている。健康保持や障害の予防のため、あるいは病人と障害者のリハビリテーションのための包括的な治療プログラムの重要性を理解するには、理学療法の適応範囲や理学療法士の役割を理解しておく必要がある。理学療法とは、運動療法・教育的指導・温熱・寒冷・光線・水・マッサージおよび電気などを治療手段とする身体治療の技術（art）であり、科学（science）でもある。治療目的としては、痛みの軽減・血行の改善・障害の予防と改善・筋力と可動性および協調性の最大回復にある。理学療法には、医師の診断の補助としての目的や経過を記録する目的で、神経支配と筋力低下の程度を決定するための電氣的検査や徒手的な検査、機能的な障害を決定する検査、関節可動域検査や肺活量の測定の実施も含める。理学療法士は、障害の予防や、病人や障害者のリハビリテーションに関与するだけでなく、予防医学や臨床研究の領域でも活動する」と紹介されている。

APTA : American Physical
Therapy Association

b. 米国理学療法士協会（APTA）の業務指針

APTAの業務指針においては、「理学療法は、ヘルス・ケアに関する専門領域であり、病院・クリニック・ナーシングホーム・開業などの場で実施されている。理学療法士は、病気、けが、事故、先天的障害などによって障害をもつ患者を対象とする。理学療法士は、神経系・筋骨格系・感覚運動系・心肺機能の評価を行う。理学療法士は、患者の主治医である医師または歯科医師の依頼を受けて、各種検査の結果に基づいて初期および長期の治療計画を立案し、実施する。さらに患者のモチベーションを上げ、患者やその家族への指導や関連する他の医療専門職への指導も行う」となっている。

CSP : Chartered Society of
Physiotherapy

c. 英国理学療法士協会（CSP）の定義

英国においては、「理学療法とは、疾病と障害の予防と治療、ならびに日常生活活動を含む機能の発達と回復をはかるために、物理的手段を使い、リハビリテーションの過程を援助することである」となっている。

d. わが国における定義

- わが国においては、1965（昭和40）年6月29日に法律第137号として「理学療法士及び作業療法士法」（第2部第8章と付録資料参照 [web](#)）が公布された。
- この法律には、「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、および電気刺激、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。」と規定されている。



C 理学療法を構成する各種技術の概要

理学療法を構成する技術には、現在にあっては運動療法を主として、物理療法、日常生活活動（ADL）指導、補装具療法などがある（図1-1）。

ADL : activities of daily living

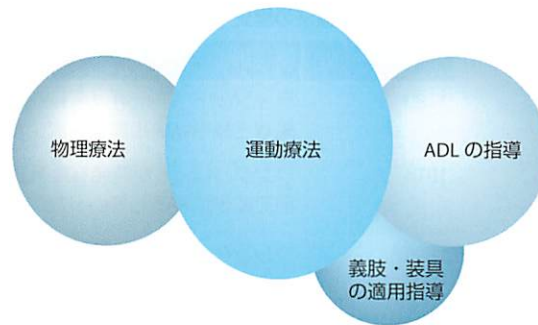


図 1-1 理学療法を構成する各種技術

① 運動療法

- **運動療法** therapeutic exercise は、患者または障害者自身による運動（自動運動 active movement という）や理学療法士などの他者による運動（他動運動 passive movement という）によって、神経系、運動器系、呼吸・循環器系、代謝系などの機能の向上、改善および維持を目的に行われ、現代にあっては理学療法の中核をなす技術である。
- 運動療法の歴史は物理療法と同様に古い（表 1-6）。ヒポクラテスは、散歩、乗馬、格闘などを筋力強化に利用していたとされる。
- 現在においては、運動系の障害に対する運動療法ばかりでなく、呼吸器疾患や生活習慣病（高血圧、動脈硬化、虚血性心疾患、糖尿病、高脂血症など）など内科系疾患の予防および治療においても積極的に活用されている。

② 物理療法

- **物理療法** physical agents とは、生体に加えた物理的刺激（温熱・寒冷、電気、光、徒手など）によって生じる生理的反応を治療に応用するもので、主に鎮痛を目的に用いる。
- 臨床では物理療法を単独で利用する場合もあるが、通常は運動療法の前処置として利用されることが多い。
- 現在のわが国にあっては、運動療法が理学療法の中核的技術をなしている分、物理療法がなおざりにされている印象をもつ。
- 物理療法も理学療法の重要な技術の 1 つであり、その効果効能の研究を推し進め、臨床場面での利用を促進する必要がある。

a. 温熱ならびに寒冷療法 thermotherapy and cryotherapy

- 古代より、温泉の温水や太陽光で熱した砂を痛みのある部位に当てると痛みが緩和することは経験的に知られていた。
- 古代中国ではうっ血*による疾患に対してお灸が行われており、現在にも引き継がれている。
- 現在の臨床現場では、蓄熱に優れた素材を布袋に封入したホットパックによるあんぽう巻法やパラフィン浴が用いられている。
- 後述の電気療法のなかにも、温熱療法に属するものがある。

*うっ血 静脈血が異常に増加した状態をうっ血といい、動脈血が異常に増加した状態を充血という。また、動脈血の流入が減少ないしは途絶することを虚血という。

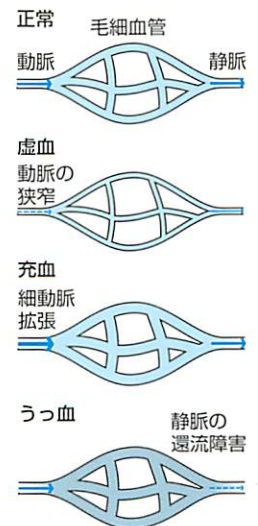


表 1-6 運動療法の歴史

年	事 項
1780	ティゾット (Tissot) が『治療運動』を出版。そのなかで、筋力低下や関節拘縮など長期臥床の弊害を説いた。
1813	リング (Ling) が開発した系統だった治療体操が、スウェーデン体操という名前で欧米に浸透していった。
1889	フレンケル (Frenkel) が脊髄癆*による失調症に対して反復運動で協調性を改善するための体操を提唱した。
1907	クラップ (Klapp) が脊柱側弯症に対する変形矯正の目的で葡萄運動を提唱した。
1945	デローム (DeLorme) は筋力増強の方法として、漸増抵抗運動 (PRE) を開発した。
1946	カバット (Kabat) により固有受容性神経筋促通法 (PNF) が開発され、整形外科領域や中枢神経障害の患者およびスポーツ選手のパフォーマンス向上の目的で現在もさかに行われている。
1953	ヘッティンガーとミュラー (Hettinger and Müller) が短時間の最大等尺性収縮による筋力増強理論を発表した。
1950 年代以降	脳性麻痺や脳血管障害による片麻痺など、中枢性の運動障害を有する患者を対象として、ボバース (Bobath) 夫妻、ルード (Rood)、ブルンストローム (Brunnstrom)、ボイタ (Vojta) の各氏が神経生理学を理論的基盤とするおのの治療技術を提唱し、現在においても実施されている。 主に慢性閉塞性肺疾患を対象に、呼吸訓練および運動療法が行われている。 1990 年代、イタリアのカルロ・ペルフェッティ (Carlo Perfetti) が考案した認知運動療法が行われている。 糖尿病や虚血性心疾患などに代表される生活習慣病の予防や治療の一環として運動療法が行われている。

*脊髄癆：神経梅毒の1つで、腰髄や仙髄の後索や後根が侵される。進行性運動失調を主徴とし、電撃痛、尿失禁、深部感覚障害、筋緊張低下、反射亢進、栄養障害性関節変形（シャルコー関節）を特徴とする。

■ 寒冷の治療への応用も温熱同様に古い歴史があり、氷や雪を止血に利用したり、腫れや痛みの軽減に冷水を利用したりした。

■ 最近では、急性期の痛みや筋スパズム（筋攣縮）などにアイスパックやコールドスプレーを使用する。

b. 水治療法 hydrotherapy

■ 古代ローマ時代にはリウマチや外傷の治療に温泉がさかんに利用されていたという。

■ 17～18 世紀には解熱目的に冷水浴が使用されていた。

■ 現在では主に鎮痛や循環改善の目的で、温水による温熱効果と気泡や水流の刺激によるマッサージ効果を併用した特殊浴槽が利用されている。

■ プール水中内での浮力や抵抗を利用した歩行練習などを行う水中運動療法も、水治療法の一つといえる。

c. 電気療法 electrotherapy

■ 古代ギリシャでは、シビレエイの発する電気を痛風の治療に用いていた。

■ 19 世紀半ばから後半にかけヨーロッパでは麻痺筋に対し電気刺激療法がさか

PRE : progressive resistance exercise

PNF : proprioceptive neuromuscular facilitation technique

んに用いられた。

- 現在にあっては、電気療法は、筋萎縮の予防や鎮痛効果が期待される低周波刺激または中周波刺激療法か、温熱効果が期待される高周波療法（超短波ないしは極超短波療法）、温熱およびマイクロマッサージ効果が同時に期待できる超音波療法に大別される。

d. 光線療法 phototherapy

- 古くはヒポクラテスの時代から 20 世紀初頭まで、太陽光線を利用して肥満や外傷および結核の治療にあたっていた。
- 太陽光線の分析により、治療に有効な光線は赤外線と紫外線であることが判明した。
- 現在では、これらの光線を人工的に作り出せる装置が開発されている。
- 赤外線には温熱効果があるため、臨床場面では鎮痛目的で用いられることがある。
- 紫外線には滅菌・殺菌作用およびビタミン D の活性化作用が認められており、主に皮膚科領域で積極的に使用されている。
- 最近では半導体レーザーを利用したレーザー治療器が開発され、皮膚科や眼科などで利用されており、理学療法の分野でも鎮痛目的で用いられている。

e. マッサージをはじめとした各種徒手療法 massage and manual therapy

- massage はフランス語であり、その語源はアラビア語の mass（さわる）ないしはギリシャ語の massein（揉むこと）とされる。
- 中国の「黄帝内経」ではあん摩として記述されている。
- 16～19 世紀にかけヨーロッパではマッサージの術式や治療効果の研究が進み、整形外科と結びついた。
- 20 世紀に入ってからさまざまな手技が考案されたが、ヘッド (Head) による「reflex massage」などが有名であり、民間療法の領域も含め、今現在でも利用されている。
- 1970 年代後半、マックコネイル (MacConaill) らによって関節包内の動きに関する研究がなされ、その研究結果をもとに関節モビライゼーション joint mobilization という手技が開発された。この手技は、主に痛みを主訴とする整形外科疾患を対象に、多くの理学療法士によって実施されている。
- 現在にあっては、関節モビライゼーションをはじめ、筋、結合組織、神経、リンパなどのさまざまな組織を治療対象とする手技が理学療法士によって行われている。

f. 牽引療法 traction therapy

- ヒポクラテスは、脊柱変形に対して胸郭と骨盤にそれぞれ太い紐を巻き付け、相反する方向に牽引して矯正したという。
- 現在の理学療法場面での牽引療法は、モーターによって牽引力を発生させる装置を使用して行われている。装置の原理は基本的にはヒポクラテスが行っていた方法と同じである。
- 温熱療法と併用しながら行われる。

③ 日常生活活動の練習

- 日常生活活動という概念は、1945年、第二次世界大戦後のリハビリテーションの理念のもと、米国の医師のディーバー（Deaver）と理学療法士のブラウン（Brown）によって提示され、医療のなかに取り入れられた。
- 日常生活の場面を設定し、日常生活での動作を反復練習することにより、その遂行能力の向上を目指すものである。
- 補装具や自助具を利用しながら行う場合もある。
- 医学的リハビリテーションの到達目標として、とくに高齢者にとっては「ADLの自立」が設定されることが多い。



高齢者のリハビリテーションゴールを「ADLの自立」と設定することが多い理由を考えてみよう。毎日何回ともなく行う動作であるADLとたまに行う動作とを比較した場合、いずれの動作が不自由になる場合がより困ると思うか、いずれの動作が不自由になる場合がより人の手を借りらなければならないか、考えてみよう。

FIM : functional independence measure

- 日常生活活動のレベルを診る尺度として、バーセルインデックス Barthel index や機能的自立度評価法（FIM）といった評価法が一般的に用いられる。

④ 補装具療法

- 補装具という言葉は1950（昭和25）年に施行された身体障害者福祉法という法律のなかの用語として使用された。
- 補装具とは、身体に障害をもつ人の日常生活や社会生活の利便性を高めるための器具をいう。
- 補装具の代用的なものには、義肢（義足や義手）、装具（上肢装具、下肢装具、体幹装具、手指用装具など）、車いす、歩行器、杖（松葉杖、T字杖など）がある。
- 厚生労働大臣が指定した品目については、所定の申請にて1割の自己負担で支給される。
- 補装具の処方は法律上、医師によりなされるが、その処方内容を的確なものとするために理学療法士は対象者の身体能力などの情報を提供しなければならない。
- 理学療法士は、義肢装具士などの補装具制作者への助言や補装具の適合状態のチェックならびにその装着練習などを行う。

⑤ 環境整備関連

- 理学療法士は、患者や障害のある人のバリアとなることの多い自宅のトイレや浴室の改造に関する助言などを通し、その方たちの日常生活活動の遂行能力を高めることに努める。

- 環境の整備は介助する人の介助量を減らす側面を有する。

D 理学療法とリハビリテーション

① リハビリテーションの語源

- rehabilitation という言葉は、re-（再び）と -habilis-（適した、ふさわしい）および -ation（～にする行為・過程）に分解でき、単純につなぎ合わせれば「再び、適するようにする行為・過程」という意になる。
- この言葉の出現は中世ヨーロッパにさかのぼる。この時代は大変宗教色の強い時代であり、教会の権限が絶大であった。教会から破門された者が、破門が取り消され再び信者としての権利を取り戻すことをリハビリテーションといった。
- 近代では、「無実の罪からの解放」や「名誉回復」をさし、現代では「犯罪者の社会への復帰」や「職業復帰」といったことまでをさす。
- 上田敏は、障害から立ち直り「再び人間らしく生きる」こと、すなわち「障害をもつ者の全人間的復権」こそがリハビリテーションであると述べている。

② リハビリテーションとノーマライゼーション

- 1982（昭和 57）年の身体障害者福祉審議会（厚生大臣〔当時〕の諮問機関）の答申では、リハビリテーションとは、「障害をもつ故に人間的生活条件から疎外されている人の全人間的復権を目指す技術、および社会的政策的対応の総合的体系である」とされている。
- この答申でいうリハビリテーションとは、単に理学療法などの医学的技術を用いて身体障害の機能改善を行うという狭い意味ではなく、障害のある人の「社会参加と自立」を可能な限り促すための方法・手段であるということを意味している。
- ノーマライゼーション normalization とは、障害のある人の存在を特別、特殊のものにとらえて社会から引き離すのではなく、障害のあるなしにかかわらず、ともに同じ地域で生活している状態こそが自然であるという考えに立った思想である。
- この思想は、障害をもつ人が家庭や地域において普通の生活を送っていくことを可能とするためのさまざまな方策を講じていくことの重要性を訴えている。
- 以上より、障害のある人に対するさまざまな施策は、現在にあっては「リハビリテーション」の理念と「ノーマライゼーション」の思想のもとに実施されていくことが肝要といえよう。

③ リハビリテーションの種類

- WHO の定義（表 1-7）や身体障害者福祉審議会の答申からもわかるように、リハビリテーションとは医療の面ばかりではなく、職業や社会的な面までを包括するほど広範囲に及ぶことがわかる。

表 1-7 Definition of Rehabilitation

(WHO, 1981)

Rehabilitation includes all measures aimed at reducing the impact of disabling and handicapping conditions, and at enabling the disabled and handicapped to achieve social integration. Rehabilitation aims not only at training disabled and handicapped persons to adapt to their environment, but also at intervening in their immediate environment and society as a whole in order to facilitate their social integration the disabled and handicapped themselves, their families, and the communities they live in should be involved in the planning and implementation of services related to rehabilitation.

「リハビリテーションとは、能力障害や社会的な不利をもたらすさまざまな状況を改善し、障害をもつ者の社会的統合（社会の一員として存在すること）を成し遂げるためのあらゆる手段を含んでいる。リハビリテーションは、障害者を環境に適応させるための訓練を行うだけではなく、障害者の社会的統合を促進させるために障害者を取り巻く環境や社会を変えていくことも目的とする。そして、障害者自身、家族、彼らが住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関係するさまざまなサービスの計画やその実行にかかわり合わなければならない」

- リハビリテーションは、医学的リハビリテーション、職業的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、地域リハビリテーションに大別できる。

a. 医学的リハビリテーション medical rehabilitation

- 医学的リハビリテーションとは、一言でいうと「障害のある人を社会参加と自立の方向に導くための一連の医療プロセス」となる。
- 単にリハビリテーションという場合は、医学的リハビリテーションをさしている場合が多く、理学療法と最も関連する領域である。
- 後述するその他のリハビリテーション領域の効果を左右する重要な意義をもち、リハビリテーションのすべてのプロセスにかかわるサービスの基調をなすものである。

b. 職業的リハビリテーション vocational rehabilitation

- 職業的リハビリテーションとは、障害によって失職した人に対し、職業指導や職業訓練など、職（場）への復帰に向けた一連の援助をさす。
- 職業に就くことを目指したサービス体系で、社会政策として展開される。

c. 社会的リハビリテーション social rehabilitation

- 社会的リハビリテーションとは、リハビリテーションプロセスの妨げとなる経済的、社会的負担を軽減させ、障害のある人を家庭や地域社会や職業上の要求に適応できるように援助し、その人自らが主体性、自立性、選択性をもって社会の一員として生活していけるようにすることである。

d. 教育的リハビリテーション educational rehabilitation

- 教育的リハビリテーションとは、早期療育*をはじめ、教育上配慮が必要な児童・生徒の豊かな人格形成を目的とし、障害特性や運動、認知、情緒、言語など発達段階に応じた教育の実践をいう。

e. 地域リハビリテーション community rehabilitation

- 地域リハビリテーションについて、日本リハビリテーション病院・施設協会は、「障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、生き生きとした生活が送れるよう、医療や保健、福

*療育 高木憲次氏による医療と教育を重ねてつくった造語であり、医療、教育、福祉などの現代の科学を総動員して障害を克服し、その児童がもつ発達能力をできるだけ有効に育て上げ、自立に向けて育成することという。

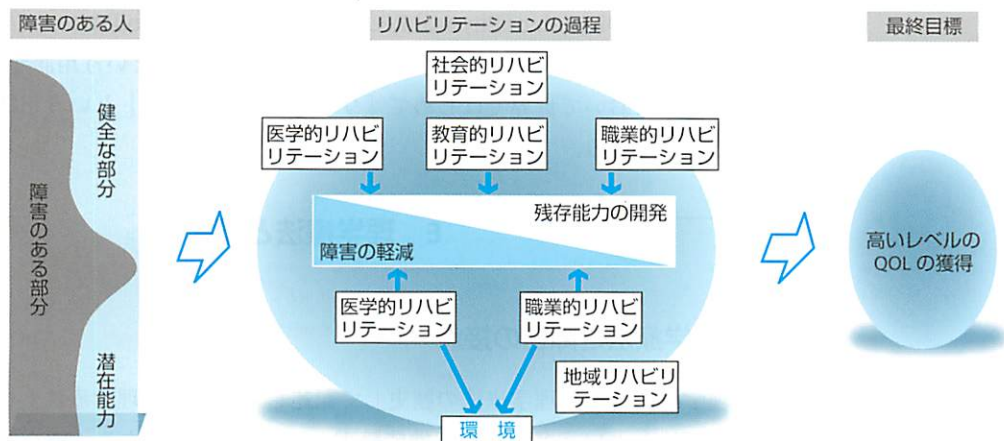


図 1-2 リハビリテーションの流れと最終目的

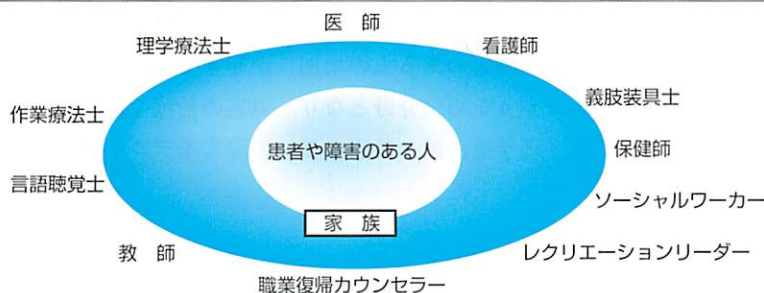


図 1-3 リハビリテーションチームを構成する職種

社及び生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてをいう」と定義している。

- わが国においては、「ノーマライゼーション実現のための地域における生活支援」の具体的方策として、バリアフリー型住宅の普及、グループホームや福祉施設の整備、職場の確保、介護サービスの充実、福祉のまちづくりの推進などが実施されている。

[4] リハビリテーションの流れと最終目的

- リハビリテーションの最終目標は、できるだけ高いレベルのQOLの獲得である。
- QOLを高めるためには医学的リハビリテーションによる対応だけでは不十分なことが多く、すべてのリハビリテーションサービスを動員する必要がある(図1-2)。
- すべてのリハビリテーションサービスを動員することを総合的リハビリテーションアプローチと呼ぶが、この総合的リハビリテーションアプローチを行うには、さまざまな専門職が協力することが重要となる(図1-3)。

[5] 理学療法とリハビリテーションの結びつき

- 第一次世界大戦(1914～1918年)のさなかに米国陸軍軍医総監部のもとに設

QOL: quality of life

memo
QOLとは、「生命の質」とか「生活の質」、あるいは「人生の質」などと訳されている。このように訳されたことに思いを寄せると、「人には、それぞれの生活のあり方があり、人生のあり方がある。それを最終的に決定するのは本人であり、何人によっても侵されるべきものではない」という考えにいたる。

置された Division of Physical Reconstruction and Rehabilitation（身体再建およびリハビリテーション部門）の名称に Rehabilitation という用語が使用され、医療の場において世界ではじめて「リハビリテーション」という用語が使われたとされている。

E 理学療法と障害

① 理学療法と障害の接点

- 理学療法は、「A 理学療法の歴史」で記述したとおり、「理学療法」ないしは「物理療法」という名のもと、機能障害 impairment に対する治療を主目的とする治療医学の一分野として存在していた。
- 急性疾患に対する治療技術の著しい進歩の裏で、慢性疾患の増加という疾病構造の変化（すなわち障害のある人の増加）が起きているなかで、理学療法は医学的リハビリテーションの一分野となり、障害の治療手段と位置づけられた。
- 現在にあっては、理学療法は、後述の2つの障害モデルの観点から展開されている。

② 障害モデル

障害モデルには、理学療法ととくに関係が深い「障害の医学モデル」と、社会的リハビリテーションの視点が反映されている「障害の社会モデル」の2つが想定されている。

a. 障害の医学モデルとは

- 「障害の医学モデル」では、対象となる個人を医学・生物学観点（解剖学、生理学、精神・心理学観点）からみて、まさにその心身が「正常」かどうかということを問題にする。
- このモデルの特徴は、「障害」を個人の問題と設定していることと、病気やけがが原因で機能障害 impairment が起こり、その機能障害の結果により能力障害 disability が生じ、能力障害の結果として社会的不利 handicaps が生じるという、一方通行の見方をするとところにある（表 1-8、図 1-4）。

b. 障害の社会モデルとは

- 「障害の社会モデル」では、「社会参加の機会が平等かどうか」という視点を基盤に据え、社会のなかに存在する差別的な構造や制度、人間関係を問題とする。
- このモデルのいちばんの特徴は、「障害」を社会の問題と設定しており、「障害の所在も社会にあり、変わるべきは社会そのものである」という点にある。
- 次なる特徴は、障害者の位置づけである。「障害の医学モデル」のなかでは、障害者は医療サービスを受ける受動的存在の色彩が強いが、「障害の社会モデル」のなかでは、自立生活（IL）運動や権利擁護運動などにみられるように、「障害者自身が社会変革を主体的に実行していく能動的存在である」とされる点である。

表 1-8 国際障害分類

疾患・変調 (disease or disorder)	病気やけがなどの疾患をいう。
機能・形態障害 (impairment)	疾患を原因として、解剖学や生理学ないしは心理学の観点からみた構造または機能の喪失または異常状態、原則的に器官レベルの障害をいう。例) 痛み、筋力低下、関節拘縮、麻痺など
能力低下 (disability)	機能障害の結果として、人として常日ごろ行っている動作またはその範囲内の活動を行う能力の制限または喪失した状態、個人レベルの障害をいう。例) 食事や排泄動作の困難、コミュニケーション困難など
社会的不利 (handicaps)	機能障害や能力低下の結果として、一般の人々が享受している生活水準や社会経済活動への参加などが保障されていない状態、社会レベルの障害をいう。例) 職場復帰困難など

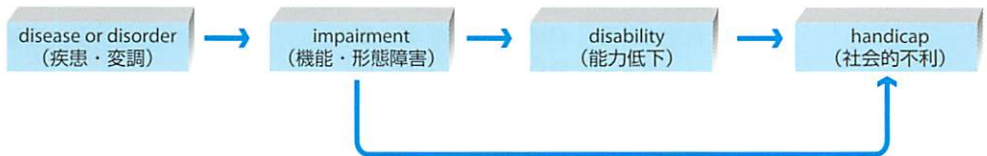


図 1-4 国際障害分類 (ICIDH) による障害の階層性

- このモデルは、「障害の医学モデル」を基本概念とする国際障害分類 (ICIDH) への批判としての側面をもつ (次項, ICIDH と ICF 参照)。

[3] 国際障害分類 (ICIDH) から国際生活機能分類 (ICF) へ

a. 国際障害分類

- 先進国での寿命の延長、慢性疾患の増加による障害をもった人の増加、障害のある人の人権尊重の高まりなどを背景に、1980 (昭和 55) 年、世界保健機関 (WHO) は国際障害分類 (ICIDH) を発表した。
- ICIDH による障害モデルは図 1-4 に示すように、疾患、変調が原因となって機能・形態障害 impairment が起こり、それから能力障害 disability が生じ、それが社会的不利 handicaps を起こすという、「障害の階層性」に特徴がある (表 1-8)。(以下の memo 参照)

ICIDH
変調・疾患
↓
能力低下
↓
社会的不利

WHO : World Health Organization
ICIDH : International Classification for Impairments, Disabilities, and Handicaps

memo

仮にピアニストを職業とする人がいて、この人が右の小指をドアに挟み骨折したとしよう。症状として痛みや腫れがあり、コーヒーカップを持つにも不自由、ましてやピアノなど弾けるはずもない。このような状況を通して、障害の階層性を表す用語を理解する。

骨折→疾患または変調 (disease or disorder)

痛みや腫れ→機能・形態障害 (impairment)

カップをもてないなど、日常生活レベルの困難→能力低下 (disability)

ピアノが弾けないことにより、関係者にかける迷惑や収入がとだえる→社会的不利 (handicaps)

表 1-9 ICF の概観

	第 1 部：生活機能と障害		第 2 部：背景因子	
構成要素	心身機能・身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子
領 域	心身機能・身体構造	生活・人生領域（課題，行為）	生活機能と障害への外的影響	生活機能と障害への内的影響
構成概念	心身機能の変化（生理的）	能 力 標準的環境における課題の遂行	物的環境や社会環境、人々の社会的な態度による環境の特徴が、いつも促進的あるいは阻害的な影響力	個人的な特徴の影響力
	身体構造の変化（解剖学的）	実行状況 現在の環境における課題の遂行		
肯定的側面	機能的・構造的統合性	活 動 参 加	促進因子	非該当
	生活機能			
否定的側面	機能的障害(構造障害を含む)	活動制限 参加制約	阻害因子	非該当
	障 害			

- 機能障害や能力低下については、予防や治療など、理学療法をはじめ医学的対応が求められる。
- 社会的不利に対しては、職業的自立の援助、住居や介護者の確保、移動手段や社会活動を可能とするような社会環境の改善が求められている。
- 現在、この分類は後述の国際生活機能分類へと移行している。

b. 国際生活機能分類

※国際生活機能分類 ICF
を直訳すれば「生活機能、障害、健康の国際分類」となるが、厚生労働省による公式な略称は「国際生活機能分類」となっている。
ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health

- 世界保健機関 (WHO) は、2001 (平成 13) 年、国際生活機能分類* (ICF) を採択した。
- ICIDH では、「～ができない」といった「障害」というマイナスの面が強調されすぎたとの反省から、ICF では「～をしている、～ができる」といった「生活機能 functioning」というプラスの面を重視する方向に変わり、旧来の機能・形態障害に対して「心身機能・身体構造 body functions & structure」、能力障害に対して「活動 activity」、社会的不利に対して「参加 participation」という用語を用いることになった (表 1-9)。
- 生活機能とは、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」という人間生活の 3 つの階層を包括する用語であり、マイナスの包括用語である「障害」の対語的意味合いをもつ。
- 心身機能・身体構造レベルが障害された状態を「機能・構造障害 impairment」、活動レベルが障害された状態を「活動制限 activity limitations」、参加レベルが障害された状態を「参加制約 participation restrictions」という (表 1-10)。
- 活動・活動制限を評価するにあたっては、「～している」といった実行状況と

表 1-10 国際生活機能分類（ICF）にかかわる用語の定義

健康との関連において	
健康状態（health condition）	疾患だけではなく、高齢、妊娠、ストレス状態、先天異常、遺伝的素因なども含む
心身機能（body functions）	身体系の生理機能（心理的機能も含む）
身体機能（body structures）	器官、肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分
機能障害（構造障害を含む）（impairments）	著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題
活動（activity）	個人レベルでの課題や行為の遂行
参加（participation）	生活・人生場面（life situation）へのかかわり
活動制限（activity limitations）	個人が活動を行うときに生じる難しさ
参加制約（participation restrictions）	個人が何らかの生活・人生場面にかかわるときに経験する難しさ
環境因子（environmental factors）	人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子

表 1-11 ICF と ICIDH の用語比較

ICF	病気または変調 (disease or disorder)	機能障害 (impairments)	活動制限 (activity limitations) 参加制約 (participation restrictions)	
ICIDH	疾患 (disease)	機能障害 (impairments)	能力低下 (disabilities)	社会的不利 (handicaps)

「～できる」といった遂行能力の両方を調べてみて、その違いを把握することが重要である。

- 参加・参加制約の評価は、その実行状況を通して判断することが重要である。
- ICF と ICIDH で使用される用語の比較を表 1-11 に示す。
- 右被殻出血による左片麻痺のケースを例に、ICF モデルにおける生活機能と障害の構造図を図 1-5 に示す。

④ 理学療法（士）と国際生活機能分類

- 理学療法は、生活機能のレベルに則して提供される。
- 機能障害に対しては、障害の医学モデルに準じた技術が提供される。
- 活動制限に対しては、残存能力を高めることも含め、対象者の日常生活活動のレベルを向上ないしは維持するための技術が提供される。
- 参加制約に対しては、治療的な側面での理学療法の介入は少なくなるが、理学療法士としては、悪化および再発防止への介入、家屋改造や職場などの社会環境の整備への介入などが期待される。

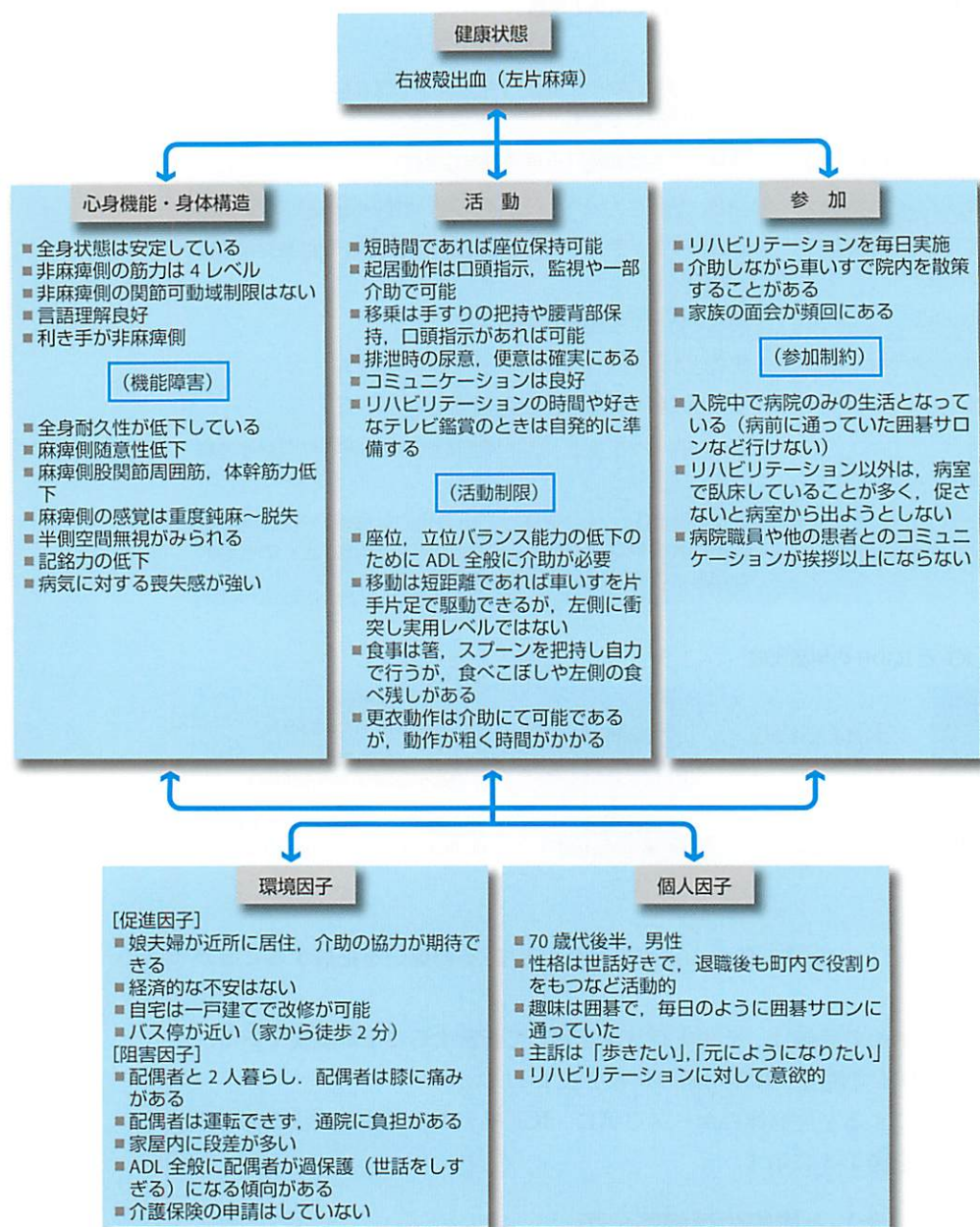


図 1-5 ICF モデルにおける生活機能と障害の構造図

▶ 学習到達度自己評価問題 ◀

1. わが国の理学療法の歴史の概要について説明しなさい。
2. わが国と世界理学療法連盟における理学療法の定義を比較し、その違いを述べなさい。
3. 理学療法を構成する各技術の概要を説明しなさい。
4. リハビリテーションを5つに大別し、それぞれについてその概要を述べなさい。
5. 理学療法とリハビリテーションの関連について説明しなさい。
6. 理学療法と障害の関連について説明しなさい。

2

理学療法の役割って何だろう？

2
理学療法の
役割って
何だろう？

▶ 一般目標 ◀

- 社会情勢の変化に伴い理学療法の対象領域が広がってきていることを認識する。

▶ 行動目標 ◀

1. 理学療法の処方箋（指示箋）が出される診療科を抽出できる。
2. 第1～3の医学について説明できる。
3. 身体障害をきたす原因疾患の構成比の高いものを説明できる。

▶ 調べておこう ◀

1. 高齢者人口の増加に伴い、わが国の人口動態はどのように変化することが予想されているかを調べよう。
2. 高齢者の増加に伴い、どのような疾患が増加しているかを調べよう。



A 医学の領域

① 診療科目

- 医療法第70条、医療法施行令第5条の11により、表示可能な診療科目は38に限られている（表2-1）。
- 医業には、表2-1に示したとおり、34の診療科目がある。
- 歯科医業には、表2-1に示したとおり、4つの診療科目がある。
- 理学療法士は、病院および診療所の「リハビリテーション科」に所属していることが多いが、さまざまな診療科の医師から処方箋（指示箋）が出され、理学療法を実施することになる。

② 治療医学としての理学療法の確立

- 1965（昭和40）年に施行された「理学療法士及び作業療法士法」の第1条には「この法律は、理学療法士およ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、もって医療の普及および向上に寄与することを目的とする」と記載されている。
- 当時のわが国では、医学的リハビリテーションを主体としたリハビリテーショ

memo

次のような状態になったときに、どの診療科を受診するだろうか？

- 咳が止まらないとき
- サッカーの試合中に相手と接触後、膝関節の激痛が治まらないとき
- 頭が割れるような痛みがあるとき
- 胸が締め付けられるような痛みがあるとき
- 嘔吐や下痢が2～3日たってもおさまらないとき

表 2-1 診療科目

医 業			歯科医業
■ 内科	■ 外科	■ 泌尿器科	■ 歯科
■ 心療内科	■ 整形外科	■ 性病科	■ 矯正歯科
■ 精神科	■ 形成外科	■ 肛門科	■ 小児歯科
■ 神経科	■ 美容外科	■ 産婦人科	■ 歯科口腔外科
■ 神経内科	■ 脳神経外科	■ 産科	
■ 呼吸器科	■ 呼吸器外科	■ 婦人科	
■ 消化器科	■ 心臓血管外科	■ 眼科	
■ 胃腸科	■ 小児外科	■ 耳鼻咽喉科	
■ 循環器科	■ 皮膚泌尿器科	■ 気管食道科	
■ アレルギー科	■ 皮膚科	■ 放射線科	
■ リウマチ科		■ リハビリテーション科	
■ 小児科		■ 麻酔科	

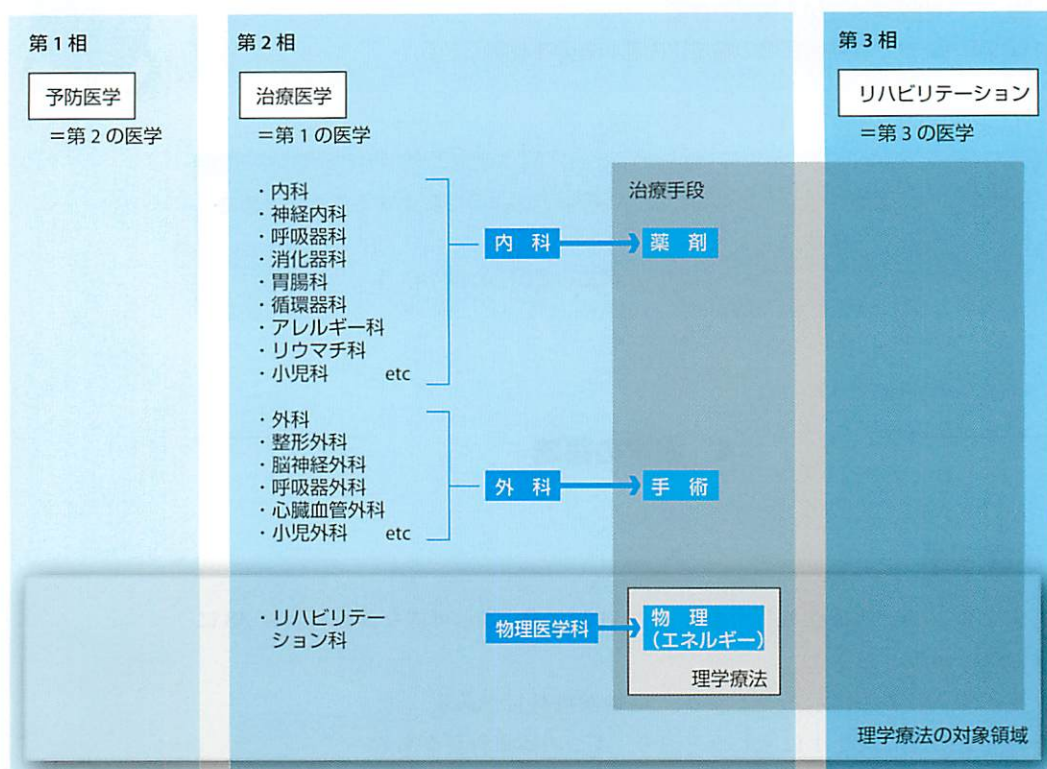


図 2-1 医学における理学療法の対象領域と治療医学としての理学療法の位置づけ

ン導入の時期でもあり、理学療法は治療医学の一手段として位置づけられていた（図 2-1）。

- 治療医学では病気の完全治癒を目標とし、完全治癒しない場合でもできるだけもとどりの状態に近づけようと努力するものである。昔のように急性感染性疾患が多かった時代では死ぬか生きるかが問題であり、生き残ればほとんど障害を残さずに元に戻ることが多かった。
- しかし、医学の急速な進歩により、急性感染性疾患の減少、慢性疾患の増加、高

高齢者の増加などが起こった。そのため完全な治癒が不可能であったり、治癒しても障害が残る者が増加し、このような人々に対する対応としてリハビリテーションが位置づけられるようになってきた。

③ 保健・福祉領域における理学療法の展開

- 1989（平成元）年、当時の厚生省（現厚生労働省）は、高齢（化）社会に備えて「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）」を制定したが、高齢化が当初の予想をこえて進んだため、1994（平成6）年に全面的に改定された「高齢者福祉推進5ヵ年計画（新ゴールドプラン）」が策定された。この新ゴールドプランは1999（平成11）年で終了し、新たに「高齢者福祉推進5ヵ年計画（ゴールドプラン21）」が策定された。
- 2000（平成12）年には介護保険制度がスタートし、医療を含めた社会保障制度の抜本的改革が行われた。
- こうした社会情勢の変化に伴い、旧来の医療領域における治療医学としての理学療法実践だけでは社会のニーズに答えきれなくなっており、保健・福祉領域はもちろんのこと、健康増進および障害予防へのかかわりを含めて在宅、地域への進出が強く期待されている。

B 理学療法の対象

① 身体障害者福祉法に基づく理学療法の対象者

- 「理学療法士及び作業療法士法」において、理学療法の対象者は「身体に障害のある者」と規定されているが、身体障害者福祉法には障害ならびに障害者が定義されている。
- 身体障害者は18歳以上とし、18歳未満は身体障害児として区分している。
- 身体障害者の対応については「身体障害者福祉法」、身体障害児の対応は「児童福祉法」で規定されているが、障害の分類は、障害者、障害児ともに「身体障害者福祉法」の規定に基づいて行われる。
- 障害の種類別に身体障害者数の推移を2006（平成18）年時点の構成比で見ると、肢体不自由が50.5%、内部障害*が30.7%、聴覚・言語障害が9.8%、視覚障害が8.9%で、肢体不自由が最も構成比が高いが、年々内部障害の比率が増加している（表2-2）。
- 同様に、身体障害の原因疾患をみると、身体障害者では「心臓疾患」、「脳血管障害」、「骨関節疾患」、「腎臓疾患」の順で多い（表2-3）。
- 障害の種類別に身体障害児数の推移を2006（平成18）年時点の構成比で見ると、肢体不自由が53.9%、内部障害が22.3%、聴覚・言語障害が18.6%、視覚障害が5.3%で、身体障害者と類似した構成比を示す（表2-4）。
- 同様に、原因疾患をみると、身体障害児では「脳性麻痺」が対象の中心である（表2-5）。

*内部障害 内臓（心臓、呼吸器、消化器、泌尿器など）の機能障害のことであり、日本の身体障害者福祉法では、心臓機能障害、腎臓機能障害、呼吸器機能障害、膀胱または直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫機能障害の6つを内部障害と規定している。

表 2-2 障害の種類別にみた身体障害者数の推移

	2006(平成 18)年		2001(平成 13)年		1996(平成 8)年		1991(平成 3)年		1987(昭和 62)年		1980(昭和 55)年		1970(昭和 45)年	
	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比
総 数	3,483	100.0	3,245	100.0	2,933	100.0	2,722	100.0	2,413	100.0	1,977	100.0	1,314	100.0
視覚障害	310	8.9	301	9.3	305	10.4	353	13.0	307	12.7	336	17.0	250	19.0
聴覚・言語障害	343	9.8	346	10.7	350	11.9	358	13.2	354	14.7	317	16.0	235	17.9
肢体不自由	1,760	50.5	1,749	53.9	1,657	56.5	1,553	57.1	1,460	60.5	1,127	57.0	763	58.1
内部障害	1,070	30.7	849	26.2	621	21.2	458	16.8	292	12.1	197	10.0	66	5.0

総数（単位：千人）、構成比（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：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部]

表 2-3 障害の種類別にみた身体障害の原因疾患（身体障害者）

		2006(平成 18)年		2001(平成 13)年		1996(平成 8)年		1991(平成 3)年	
		総 数	構成比	総 数	構成比	総 数	構成比	総 数	構成比
	総 数	3,483	100.0	3,244	100.0	2,934	100.0	2,664	100.0
肢体不自由	脳性麻痺	54	1.6	80	2.5	74	2.5	67	2.5
	脊髄性小児麻痺	43	1.2	55	1.7	47	1.6	43	1.6
	脊髄損傷Ⅰ（対麻痺）	33	0.9	58	1.8	43	1.5	34	1.3
	脊髄損傷Ⅱ（四肢麻痺）	24	0.7	42	1.3	33	1.1	29	1.1
	進行性筋萎縮性疾患	21	0.6	22	0.7	13	0.4	12	0.5
	脳血管障害	273	7.8	341	10.5	359	12.2	325	12.2
	脳挫傷	11	0.3	17	0.5	14	0.5	—	—
	その他の脳神経疾患	73	2.1	72	2.2	64	2.2	—	—
	骨関節疾患	238	6.8	281	8.7	254	8.7	214	8.0
	リウマチ性疾患	97	2.8	98	3.0	99	3.4	96	3.6
聴覚・言語障害	中耳性疾患	32	0.9	73	2.3	78	2.7	73	2.7
	内耳性疾患	45	1.3	58	1.8	66	2.2	89	3.3
視覚障害	角膜疾患	19	0.5	35	1.1	48	1.6	46	1.7
	水晶体疾患	11	0.3	17	0.5	22	0.7	55	2.1
	網脈絡膜・視神経系疾患	84	2.4	97	3.0	113	3.9	105	3.9
内部障害	腎臓疾患	163	4.7	169	5.2	131	4.5	95	3.6
	心臓疾患	350	10.0	360	11.1	293	10.0	135	5.1
	呼吸器疾患	56	1.6	83	2.6	78	2.7	68	2.6
	膀胱疾患	20	0.6	26	0.8	22	0.7	16	0.6
	大腸疾患	51	1.5	34	1.0	34	1.2	25	0.9
	小腸疾患	4	0.1	2	0.1	1	0.0	1	—
	後天性免疫不全症候群	2	0.1	—	—	—	—	—	—
その他	その他	286	8.2	393	12.1	605	20.6	521	19.6
	不 明	78	2.2	90	2.8	121	4.1	103	3.9
	不 詳	1,414	40.6	741	22.8	322	11.0	512	19.2

総数（単位：千人）、構成比（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：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部]

表 2-4 障害の種類別にみた身体障害児数の推移

	2006(平成 18)年		2001(平成 13)年		1996(平成 8)年		1991(平成 3)年		1987(昭和 62)年		1980(昭和 55)年		1970(昭和 45)年	
	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比
総 数	93,000	100.0	81,900	100.0	81,600	100.0	81,100	100.0	92,500	100.0	93,800	100.0	116,600	100.0
視覚障害	4,900	5.3	4,800	5.9	5,600	6.9	3,900	4.8	5,800	6.3	7,000	7.5	14,400	12.3
聴覚・言語障害	17,300	18.6	15,200	18.6	16,400	20.1	11,200	13.8	13,600	14.7	23,700	25.3	26,000	22.3
肢体不自由	50,100	53.9	47,700	58.2	41,400	50.7	48,500	59.8	53,300	57.6	57,500	61.3	76,200	65.4
内部障害	20,700	22.3	14,200	17.3	18,200	22.3	17,500	21.6	19,800	21.4	5,600	6.0	—	—

総数（単位：人）、構成比（単位：%）

[資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部]

表 2-5 障害の種類別にみた身体障害の原因疾患（身体障害児）

		2006(平成 18)年		2001(平成 13)年		1996(平成 8)年		1991(平成 3)年	
		総 数	構成比	総 数	構成比	総 数	構成比	総 数	構成比
総 数		93,100	100.0	82,000	100.0	81,800	100.0	81,100	100.0
肢体不自由	脳性麻痺	24,100	25.9	19,800	24.1	18,600	22.7	21,800	26.9
	脊髄性小児麻痺	300	0.3	200	0.2	700	0.9	1,000	1.2
	脊髄損傷Ⅰ（対麻痺）	900	1.0	1,000	1.2	500	0.6	1,900	2.3
	脊髄損傷Ⅱ（四肢麻痺）	600	0.6	1,900	2.3	800	1.0	1,900	2.3
	進行性筋萎縮性疾患	1,500	1.6	1,000	1.2	2,000	2.4	500	0.6
	脳血管障害	900	1.0	1,400	1.7	1,900	2.3	2,400	3.0
	脳挫傷	300	0.3	1,000	1.2	300	0.4	—	—
	その他の脳神経疾患	3,700	4.0	4,800	5.9	3,400	4.2	—	—
	骨関節疾患	600	0.6	500	0.6	1,000	1.2	1,000	1.2
	リウマチ性疾患	300	0.3	—	—	—	—	—	—
聴覚・言語障害	中耳性疾患	3,700	4.0	700	0.9	1,000	1.2	500	0.6
	内耳性疾患	300	0.3	4,300	5.2	3,700	4.5	4,900	6.0
視覚障害	角膜疾患	—	—	500	0.6	300	0.4	500	0.6
	水晶体疾患	1,900	2.0	200	0.2	700	0.9	—	—
	網脈絡膜・視神経系疾患	1,200	1.3	1,000	1.2	1,000	1.2	500	0.6
内部障害	腎臓疾患	12,400	13.3	500	0.6	1,500	1.8	500	0.6
	心臓疾患	300	0.3	9,200	11.2	15,000	18.3	14,600	18.0
	呼吸器疾患	—	—	500	0.6	500	0.6	—	—
	膀胱疾患	300	0.3	500	0.6	300	0.4	—	—
	大腸疾患	300	0.3	—	—	—	—	—	—
	小腸疾患	—	—	—	—	200	0.2	500	0.6
	後天性免疫不全症候群	16,400	17.6	—	—	—	—	—	—
その他	その他	4,600	4.9	17,800	21.7	18,600	22.7	14,100	17.4
	不 明	18,200	19.5	4,800	5.9	5,600	6.8	6,300	7.8
	不 詳	1,414	1.5	10,400	12.7	4,200	5.1	8,200	10.1

総数（単位：人）、構成比（単位：%）

[資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部]

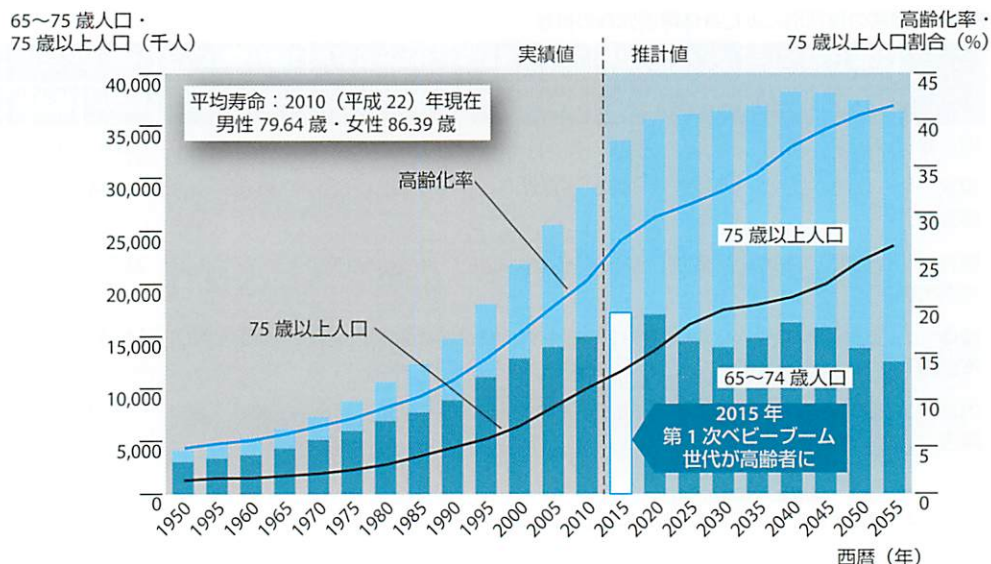


図 2-2 高齢者人口の内訳推移

〔資料：2010 年までは「国勢調査」、2015 年以降は「日本の将来推計人口」から抜粋〕

AIDS : Acquired Immune
Deficiency Syndrome

- 2006 (平成 18) 年に「後天性免疫不全症候群 (AIDS)」が調査の対象疾患に加わり、「脳性麻痺」について多い疾患となっている (表 2-5)。
- わが国における高齢化率は年々高くなっており、1985 (昭和 60) 年の 10.3% が、2010 (平成 22) 年には 2 倍以上の 22.9% となっている。2025 年には 30% をこえ、2050 年には 40% をこえると推測されている (図 2-2)。
- こうしたわが国における高齢者人口の増加に伴い、高齢者に多くみられる疾患へと理学療法の対象が変化してきている。
- 今後、理学療法の対象は高齢障害者で、運動機能障害や内部障害、あるいは重複障害をきたした重度障害者となることが予測される。

② 理学療法診療ガイドライン

- 日本理学療法士協会では、2007 (平成 19) 年度から 2010 (平成 22) 年度にガイドライン特別委員会 (①診療ガイドライン、②教育ガイドライン、③業務ガイドライン、④関連学会支援) を設置した。
- このうち、理学療法診療ガイドラインについては、2009 (平成 21) 年度末に実質 6 ヶ月間ほどで 0 版を完成させ、その後、2 年間をかけて 2011 (平成 23) 年に 1,223 ページにも及ぶ第 1 版を作成した。
- 理学療法診療ガイドラインには、理学療法の対象疾患のなかでも治療する機会の多い 16 の疾患および領域 (①背部痛、②腰椎椎間板ヘルニア、③膝前十字靱帯損傷、④肩関節周囲炎、⑤変形性膝関節症、⑥脳卒中、⑦脊髄損傷、⑧パーキンソン病、⑨脳性麻痺、⑩糖尿病、⑪心大血管疾患、⑫慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、⑬身体的虚弱 (高齢者)、⑭下肢切断、⑮地域理学療法、⑯徒手の理学療法) が掲載されている。

表 2-6 理学療法評価（指標）の推奨グレード分類

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

表 2-7 理学療法介入の推奨グレード分類

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

表 2-8 理学療法介入のエビデンスレベル分類

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

RCT : randomized controlled trial

[福井次矢ほか（編）：Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007. 医学書院, 2007]

- 理学療法診療ガイドライン作成にあたり、過去 10 年の世界中の関連論文をもとに、理学療法評価（指標）の推奨グレード（表 2-6）、理学療法介入の推奨グレード（表 2-7）とエビデンスレベル（表 2-8）に加え、理学療法介入で引用した各論文についてのアブストラクトテーブル、用語解説などが網羅されている。
- この理学療法診療ガイドラインは完成版ではないが、理学療法士のレベルアップのために活用され、エビデンスに基づく理学療法の展開に寄与しうることを期待したい。

▶ 学習到達度自己評価問題 ◀

1. 理学療法士が治療する機会の多い疾患名を列挙しなさい。
2. 1 を基にして、理学療法士が所属する可能性のある診療科について説明しなさい。

3

理学療法の実際ってどんな流れなの？

3
理学療法の実
際ってどんな
流れなの？

▶ 一般目標 ◀

1. 治療手段としての理学療法の概略について理解する。
2. 目標 goal 設定の概略について理解する。
3. クリニカルパスについて理解する。



▶ 行動目標 ◀

1. 治療手段としての理学療法の概略について説明できる。
2. 理学療法評価とその具体的なプロセスについて説明できる。
3. 目標 goal 設定の概略とその時期について説明できる。
4. クリニカルパスの概略について説明できる。
5. 診断群分類包括評価（DPC）について説明できる。
6. バリエーションについて説明できる。



▶ 調べておこう ◀

1. 身近な仕事（美容室など）の流れを理学療法の流れと比べてみよう。
2. 統合と解釈という言葉と意味について調べよう。
3. クリニカルパスとその役割について調べよう。

A 理学療法の流れ(理学療法過程)

- 髪を切りに美容室へ行ったときのことを考えてほしい。まず、あなたをいすに掛けさせ、美容師があなたへどんな髪型にしたいかを尋ね、あなたの髪を触ったり頭の形を確認したりするだろう。そして両者が協議し、同意のうえで髪を切り、最後に鏡で確認し納得してできあがりという大まかな流れがある。理学療法の世界でも同様に「一般的な流れ」というものがある（図 3-1）。
- 理学療法は一般的に、医師からの処方後に以下の流れで行われる。

① 理学療法の処方

理学療法士は、医師の指示の下で理学療法を施行するように法律で規定されている。その医師の指示は通常紙面（処方箋という）を通してなされる。

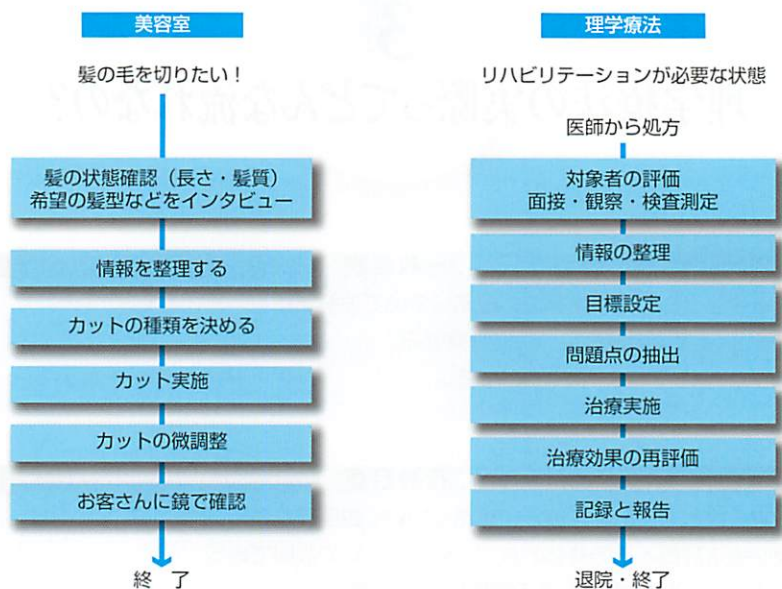


図 3-1 理学療法の一般的な流れ

② 評価

- 評価 evaluation とは、理学療法の対象者に関する各種情報を収集し、それらを統合解釈することである。
- 昔から理学療法では「評価に始まり評価に終わる」「リハビリテーション室に対象者が入ってきた瞬間から評価が始まっている」など、その重要性を示唆する言葉がある。
- 対象者をできる限り客観的に把握するためには、この評価というプロセスが最も重要となる。
- 評価の実施にあたっては、正確かつ信頼性を重視し、また対象者に過度の負担がかからぬよう、方法の選択と工夫が必要となる。
- 評価の具体的なプロセスは、a. 対象者の医学的情報収集、b. 対象者の観察・面接、c. 理学療法上の検査・測定、d. a～c までのすべての情報を統合（複数の情報をあわせる）し、解釈（内容を解きほぐして明らかにする）することの 4 つをさす。
- いずれも欠くことができない項目であり、それぞれ一定の技術と知識を要するため、臨床実習においてしっかり習得する必要がある。

a. 対象者の医学的情報収集

- 対象者にあった理学療法を展開するためには、身体的な情報のみでなく、多岐にわたり関連する情報を収集する必要がある。情報の種類は以下に示す（表 3-1）。
- 対象者にかかわる医療スタッフは、それぞれが収集した情報を共有する必要があるため、医師、看護師などから収集した情報を正しく理解するための医学的

表 3-1 情報の種類

種 類	内 容	詳 細
①基礎情報	対象者個人に直接関すること	氏名、年齢、性別、既婚未婚、現住所、保険の種類、疾患名、発症日、入院日、手術日、理学療法開始日、主治医、病棟など
②医学情報	現在行われている医療行為に関すること	病歴、既往歴、理学的所見、手術名、手術所見、画像所見（X線検査・MRI検査・CT検査など）、臨床検査結果（血液検査・生化学検査など）、使用している薬剤、禁忌および注意事項、診断群分類別包括評価（DPC）に基づく治療計画、リハビリテーション計画など
③身体機能情報	理学療法からみた対象者の身体機能に関すること	理学療法上の検査測定結果、観察結果、主訴、対象者のニーズなど
④環境情報	対象者の家族や生活および環境に関すること	家族歴、家族構成、生活歴、趣味、嗜好、習慣、家屋構造、家屋周辺環境、家族ニーズ、経済状況など
⑤職業情報	対象者の職業に関すること	職業の種類とその職務内容、職場環境、通勤方法、職場のニーズなど

DPC : Diagnosis Procedure Combination

な知識が必要となる。

- 対象者の家族から得られる情報も必要である。
- 対象者が子どもであれば教師などからの情報、高齢者であれば利用している施設のスタッフからの情報など、対象者の年齢や生活環境に応じて必要な情報を得る工夫が必要である。

b. 対象者の観察・面接

- 障害は同程度であっても、対象者のニーズによって、治療方法は変化する可能性がある。ゆえに、対象者への適切な理学療法を提供するためには観察や面接を行う。
- 観察や面接を通して、対象者のニーズをはじめ、性格などの精神・心理面、体格や形態などの身体面といったいわゆる全体像を把握する。

c. 検査・測定

- 検査・測定の結果は目標設定や理学療法プログラムへ大きく影響する。
- 面接や観察によって得られた情報をもとに、適切な検査・測定を選択し、正確な結果を導き出さなければならない。
- 検査・測定は、病態や障害の把握のために数多くの技術が開発されており、それらを正しく選択する能力も理学療法士には必要である。
- 正確な結果を導くためには、多様な検査・測定を理解し、正確に遂行できる技術を要する。
- 表 3-2 に代表的な検査・測定の技術を示すが、対象者の状態に応じて必要な技術を選択する。
- それぞれの検査・測定の結果表記は、度数であったり、プラスマイナスであったり、順序ある数字であったりと、さまざまな尺度 scale で表現されている。詳細は第 11 章 表 11-1 を参照してもらいたい。

表 3-2 理学療法で用いる検査測定の種類

測定	検査	動作分析
身体計測 四肢長測定 周径測定 関節可動域測定 など	筋力検査 整形外科疾患検査 知覚検査 反射検査 運動発達検査 協調性検査 筋トーンス検査 片麻痺機能検査 脳神経検査 高次脳機能検査 日常生活活動検査 呼吸、循環機能検査 など	動作分析 歩行分析 など

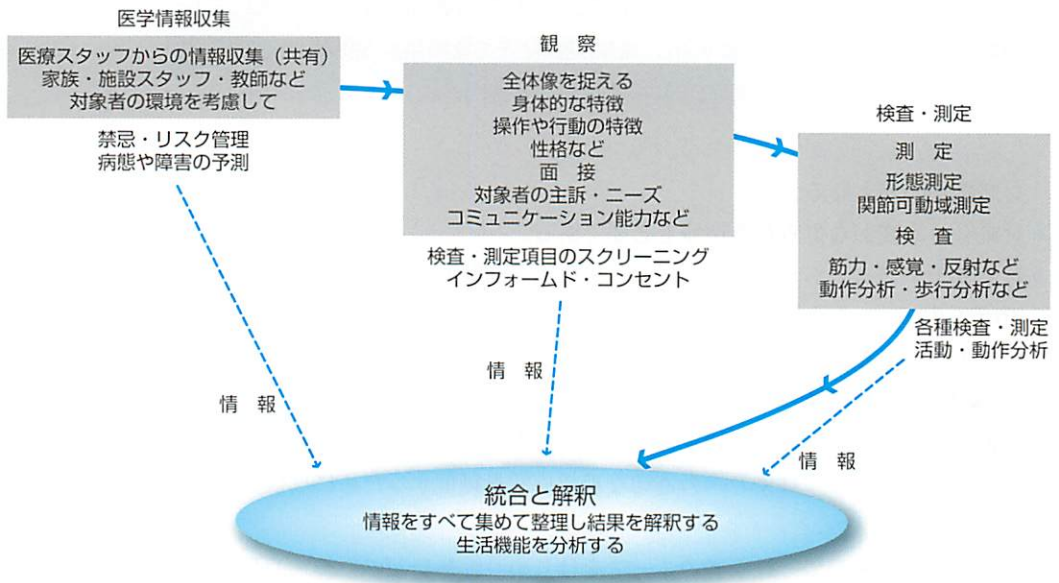


図 3-2 統合と解釈の概念

ROM : Range of Motion

例) 関節可動域 (ROM) 測定 : 度数 = 間隔尺度

徒手筋力検査 : 6 段階 = 順序尺度 など

d. 得られた情報の統合と解釈

- a～cを通して得られた情報をあわせ、その内容を解きほぐして明らかにしていく過程で、介入すべき理学療法の内容を、優先順位をふまえて明確にすることが重要である (図 3-2)。
- 統合と解釈の内容は、国際生活機能分類 (ICF) に従い、対象者の生活機能の現況として表現する。
- もっぱら、対象者の障害というマイナス面に視点を置きがちになるが、健常な面や潜在的な面へ視点を置くことが重要である。

ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health

③ 評価時期

- 評価は行う時期によって、初期評価、中間評価、最終評価の3つに分けられる。

a. 初期評価

- 初期評価は、理学療法を開始する前提として行う。
- 対象者とは基本的に初対面であり、信頼関係を良好に築くために事前に情報収集をしっかりと行う。検査・測定など1つひとつを丁寧に説明し、かつなるべく迅速に実施する。

b. 中間評価

- 中間評価は治療の効果判定と治療自体の再考のために行う。そのため、とくに時期や回数に決まりはない。
- 回復の速度や目標設定の内容と時期に応じて行われる。

c. 最終評価

- 理学療法のかかわりのなかで最後に行われる。治療が効果を発揮し、評価結果で目標に到達していれば終了を選択する。
- 疾患や症状の増悪などで目標へ未到達であり、理学療法による介入の範疇をこえていたり、今後も何らかのかかわりが必要であれば、担当医へ報告したうえで適切な治療などを提案する。
- いずれも、担当医へすべて報告し、他職種と連携して適切な介入を行うべきである。

④ 目標設定

- 目標とは一般的には治療上の到達目標のことをいう。
- 評価を通して、到達目標にいたるまでに克服すべきさまざまな課題に優先順位をつけることで、理学療法士として介入へのめどがついてくる。
- 到達目標はあくまで実現可能なものでなければならない。まずは対象者のニーズが反映されるべきだが、障害の内容や程度、回復の内容やスピードといった予後について考慮して、設定をすべきである。
- まずリハビリテーション・チームとして、評価会議（カンファレンス）を通じて全体の目標設定（リハビリテーション・ゴール）を行い、各職種で役割に応じた目標設定を行う。
- 各職種で専門性を活かした到達目標に従いアプローチを行うことによって、リハビリテーション・ゴールの達成がなされる。
- 理学療法の目標設定は一般的に、短期目標* short term goal と長期目標* long term goal に分けられる。
- 対象者の疾患の種類や罹患からの期間によって、回復度合いが異なる。回復が早い場合は、短期目標は達成するごとに臨機応変に更新し、同時に長期目標も変更を加える。

*短期目標 長期目標を解決するための基礎的な問題解決を担う。主に機能障害 impairment に対しての目標設定を行うことになる。期間は介入開始から1～2週間前後がめどとなる。

*長期目標 短期目標でいくつかの問題解決が積み上げられた後に達成されるであろう目標である。主に活動制限 activity limitations に対する目標設定となる。期間は介入開始から1ヵ月前後をめどとする。

目標で使用する言葉は、短期目標、長期目標ともに、基本適には活動制限、社会的制約上の言葉とすること。

5 治療計画

- 目標設定に応じ、治療手段を選択し、順序や回数、頻度、方法や期間などを具体的に計画する。
- 治療計画はEBMに基づき、医学的根拠を入手することで、対象者にとってその治療効果が優れているのかを吟味したうえで、実行されなければならない。
- 治療効果のみに視点を置くのではなく、対象者自身の安全性（全身状態の増悪や治療による二次的な障害など）へも配慮し慎重に実施する。

EBM：evidence-based medicine

6 再評価

- 再評価は、治療効果などの判定のために、情報収集から測定といった一連の流れを、初期評価などと同じプロセスで行うことである。
- 治療技術が適切かどうか、頻度や回数は十分なのかどうかなど、提供内容の妥当性を再考することや、疾患によっては、症状の進行が早く、理学療法自体の適応も考えなくてはならない事例も出てくる可能性がある。
- よって、治療技術など、常に批判的な視点をもち合わせておかねばならず、日々の治療を行いながら他の情報とあわせて再評価を行い、対象者にあった目標設定の修正および治療を行っていくことが肝要である。

7 記録報告

a. 理学療法の記録

- 医師法第19条では、「応招の義務」といって、「診療に従事する医師（歯科医師）は診療・治療の求（もとめ）があった場合には正当な事由がなければ、これを拒んではならないと」ある。つまり、医師は診療を拒否することが禁じられていると同時に、診療や治療に関する情報を対象者へ説明する義務があり、また、同じ情報を他の医療提供施設へ提供することが義務づけられているのである。
- 理学療法士は、治療業務を医師へ報告することで、医師の指示の下で治療を行っていることを明確にする必要がある。
- また医療保険や介護保険によって、診療報酬や介護報酬の請求根拠を示せるように記載する。
- これまでに学んできた評価の一連の流れで得られたさまざまな情報や、目標および治療内容に関して記載する。
- 記載は簡便かつ医療用語を用い、略語は一般的にわかる内容で記載する。
- 近年では対象者およびその家族によるカルテ開示の請求も増えており、後に正しく説明が可能な内容（正しい文章内容や略語の使用など）で記載されることを念頭に置いておく。

b. 理学療法報告書

- 担当医をはじめ、リハビリテーション・チームで情報共有するためや、医師法に基づく診療の記録として、理学療法報告書を記載しなければならない。

c. 情報管理

- 記録した内容は、一般的には「カルテ」としてまとめられ、施設ごとに一定期間保存される。
- カルテは専用紙に自筆するもののほか、近年ではパソコンへの入力で電子的に記録する「電子カルテ」も増加している。
- 個人情報保護法など、各法令の整備に伴い、カルテをはじめ情報の管理は慎重に行う必要がある。
- 「理学療法士及び作業療法士法」第16条では、「正当な理由がある場合を除き、その業務上で知り得た人の秘密を他に漏らしてはならない。理学療法士または作業療法士でなくなった後においても、同様とする」とあり、情報の守秘義務を遵守しなければならない。

B クリニカルパス

① クリニカルパスとは

クリニカルパス clinical pathway（以下「パス」と略す）とは、米国において1982年に制度化された、診断群別包括支払い方式（DRG/PPS）の導入を契機に始まった治療管理の手法であり、いわゆる「治療計画表」である。具体的には、患者ならびに医療提供者の双方が治療経過に関する情報を共有できるようにするために治療内容や検査などを時間軸に沿ってまとめたものである。当時の米国では医療資源に対するコスト意識の高まりや患者ニーズの多様化などを背景として、在院日数の短縮に代表されるコストパフォーマンスの高い治療の実施やインフォームド・コンセント（第4章参照）の適切な実施が期待されたことから、パスの開発に繋がったとされる。

わが国においては1990年代半ばに導入され、現在では広く普及している。特定の疾患の手術や検査・治療のプランをチャート式にまとめ、患者をはじめ医師、看護師、理学療法士などが治療経過の情報を共有し、必要な治療を適時患者に提供するための管理技法である。

近年、診療報酬*の新しい形である診断群分類包括評価*（DPC）が導入されたことから、医療機関はよりいっそうの医療の標準化が必要となり、パスの使用頻度が高まっている。



パスは患者と医療提供者の双方にメリットがある？

従来、患者に対して行われる医療は同一の病院内であっても、担当医師の経験や判断によって治療選択、治療方針の違いが存在していた。しかし、パスを作成する際には、それを各病院で標準化することが必要となった。各病院で1つのパスをつくり上げるためには、多くの医療提供者が多くの時間を費やして、病院ごとの質の高い医療を追求し、その結果をスケジュール化する。疾病の治療内容とタイムスケジュールを明確にしたことで、患者は、その日どんな検査があつて、いつ手術をして、いつごろには退院できるか

DRG/PPS: Diagnostic Related Groups/Predictive Payment System

***診療報酬** 保険診療の際に医療行為などの対価として計算される報酬を指し、診療報酬点数表に基づいて計算され点数で表現される。医療行為を行った医療機関、薬局の医療収入の総和（出来高）を意味しており、医療収入には、医師（または歯科医師）や看護師、その他の医療従事者の医療行為に対する対価である技術料、薬剤師の調剤行為に対する調剤技術料、処方された薬剤の薬剤費、使用された医療材料費、医療行為に伴って行われた検査費用などが含まれる。保険診療では患者はこの一部を窓口で支払い、残りは健康保険（公的医療保険）で支払われる。

*診断群分類包括評価

わが国において、2003年4月から導入された医療費の定額支払い制度に使われる評価方法であり、診断群分類に基づいて評価される。DRG/PPS 同義である。

DPC: Diagnosis Procedure Combination

ということがわかるので、入院生活の不安を少しでも解消できることになる。また医療提供者にとっても、どのような医療行為をいつ、誰が行うのか、患者への説明はどのようにするか、ということが明確になるのでチームとしての医療サービスをスムーズに提供できるようになる。バスは患者と医療スタッフ両者のための羅針盤のような役割を果たしている。

また、**地域リハビリテーション**とは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全にいきいきとした生活が送れるように、医療や保健、福祉および生活にかかわるすべての人々がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のことをいう。

その活動を支援し病診連携を促進するツールとして、近年地域連携バスが使用されている。**地域連携バス**とは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅復帰を目指す診療計画のことであり、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものである。

診療にあたる複数の医療機関が役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示し説明することによって患者が安心して医療を受けることができるようにするものである。内容としては施設ごとの診療内容と治療経過、最終目標などを診療計画として明示する。回復期病院では患者がどのような状態で転院してくるかを把握できるため、改めて状態を観察することなく、転院早期からリハビリテーションを開始できる。これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現することができる。

memo

診断群分類包括評価のメリット・デメリットは？

従来実施されている出来高払いでは行った医療行為が多ければ多いほど診療報酬が増えるため、回復への最短治療を行った医療者へは支払いが減り、回復を長引かせた医療者への支払いが増えるという矛盾があった。患者への利益として、無駄な医療の削減が期待されている。以下にメリットを示す。

- 医療費の定額支払い制度では、まず、最初から診断結果に対する診療報酬が決められていて、実際にかかった医療費は後から経費として差し引かれる。そのため、回復への最短治療を行った医療者においては、診療報酬から治療にかかった費用を差し引いた額だけ利益が発生する。逆に回復を長引かせた医療者においては、治療にかかった費用が診療報酬の上限額をこえてしまい、その額だけ損失が発生する。このようなかたちで患者と医療者の利害が一致し、無駄な医療が行われなくなると同時に、最適な医療を行う能力が医療者に求められるしくみとなることが期待されている。
- 医療者への利益として、従来の診療では採算割れの傾向が強かった急性期病院は経営的安定が確保できるほか、患者の属性、病態や診療行為ごとの医療費情報が標準化されるため、経営的・技術的側面から医療の質を評価・比較可能であると注目されている。
- 行政への利益として、医療サービスが標準化されるために、医療費抑制が実現されることが期待されている。

逆にデメリットとしては下記があげられる。

- 行う医療行為が少なければ少ないほど利益になるので、最小限の医療が治療計画の余裕を損なう可能性がある。
- 医療者の裁量に自由がなくなることは、治療成果や生存率の低下に繋がりがかねない。

- 医療訴訟が増加するなど、結果として行政、医療者、患者たる国民の三者とも不利益を被るおそれがある。

② クリニカルパスの導入目的

- ①インフォームド・コンセントの充実
- ②チーム医療の推進
- ③治療の標準化と均質な医療の提供
- ④職員の意識改革
- ⑤医療の質の管理と向上
- ⑥業務の効率化
- ⑦在院日数の短縮
- ⑧診断群分類包括評価

③ クリニカルパス導入にあたってのポイント

パスはその疾病になったすべての患者に治療を提供することを保証していると同時に、医療提供者側には1つひとつの医療行為を見落とすことなく実施できることを保証している。

パス導入においては、まず医療チームを構築することである。治療にかかわるスタッフを招集し会議を開催する。パスの導入目的を明確にして対象疾患を選定することが重要とされており、根拠に基づくパスを作成し、実際に使用する。使用した後は再評価を行い、チームを再編成しパスを改定して、PDCA サイクル*を実践する。

同時に、病院全体としてパス活動を支援することが重要となる。

④ パスの基本構成とその効果

基本的なパスとして、患者用パスと医療提供者用パスが使用されている。

a. 患者用パス

- 主に、患者へのインフォームド・コンセントの目的で使用する。
- 治療経過日ごとの医療サービス内容について、わかりやすくするために絵文字などで表記される（図3-3）。
- 作成時にアウトカム* outcome を設定する。
- このパスの効果としては、
 - ①退院までの治療経過が絵文字などで記載されているので、わかりやすく、患者自身が病気に立ち向かう意欲の向上に繋がる。
 - ②医療サービスの内容を理解することで、患者と医療提供者とのコミュニケーションが円滑になる。
 - ③患者自らが診療に参加することで、日々の自己管理が容易になる。
 - ④適切な医療サービスの提供によって入院日数が短縮する。

*** PDCA サイクル** 事業活動において生産管理や品質管理などの管理事業を計画どおりに進めるための管理サイクルマネジメントである。計画 Plan、実施 Do、評価 Check、改善 Act の4段階からなり、順次行って一周したら、最後の Act をつぎのPDCA サイクルに繋げ、らせんを描くように継続的に改善していく。

*** アウトカム** （予定した治療計画によって期待される）成果。各病院の形態の違いや目標によって、アウトカムは変化する（退院の目標：A 病院では患者が車いすへの移乗が可能になったとき、B 病院では歩行が獲得できたとき etc...）。

■クリニカルパス用 安静度・リハビリ								
安静度								
	ベッド上安静	寝返り・横向き可	ベッド 30°	ベッド 60°	ベッド 90°	自力座位	自力歩行	安静度自由
リハビリ								
	立つ	つかまり	車いす	歩行器	松葉杖	歩行訓練	看護師付き	介護士付き
								
	トレッドミル	外出						リハビリマスター

図 3-3 患者用パス

[<http://www2.eisai.co.jp/cpath/illust/illust.html>]

b. 医療提供者用パス

- 主に、治療計画に沿った医療管理の実施を目的に使用する。
- 医師、看護師、理学療法士など、専門職種ごとの業務内容を治療の進行に沿って明確にしている。
- 患者用パスと同様に作成時にアウトカムを設定する。
- このパスの効果としては、
 - ①治療に関する情報が専門職種間で共有できるため、他職種間での信頼関係が高まりチーム医療が充実する。
 - ②業務の進捗状況および予定を確認し把握することができるので、業務の停滞がなくなる。
 - ③医師（主治医）個々人の治療方針の違いによる検査法や治療法のばらつきがなくなることによって、標準化が進み、患者が均一で均等な治療を受けることが可能になる（医療の質の向上）。
 - ④診断群分類包括評価に対応することができるため、医療コストの削減に有効である。
 - ⑤医療提供者における新人教育に有用である。

⑤ パス検証のためのバリエーション分析

- バリエーション（variance）とは、一般的に逸脱、変動、不一致などと訳され、治療計画からずれが生じた状態をいう。
- パスが治療計画より早く進行した場合、たとえば予定より早く退院できるようになった場合を正のバリエーション、遅れた場合を負のバリエーションという。
- バリエーションには、パスの治療計画全体の進行には影響を与えない程度のズレを指す「変動」と、「変動」の範囲をこえてパス全体の進行に影響を与える「逸脱」とがあり、一般に「逸脱」とは24時間以上のパスの遅れを生じた場合をいう。
- バリエーションの要因は4種類に分けられる。

- ①患者や家族要因：患者の身体的状態や患者家族の認識・理解不足などによって生じる。 
- ②医療提供者要因：医療提供者の技術不足や対応の遅れ（休日のため理学療法開始が遅れる）などによって生じる。
- ③病院システム要因：機器や設備の故障、検査日の設定間違いなどによって生じる。
- ④社会要因：転院先の病院の都合で退院が延期になる。
- バリアンス発生の有無、種類（正か負か、変動か逸脱か）、要因、実施者のサインなど分析できるように記録しておく。
- パスをよりよいものに進化させていくためには、1つひとつのバリアンスの要因を分析し、その分析結果を反映させながらパスを活用していく作業を何度も繰り返す必要があり、バリアンス分析を繰り返すことでパス自体はより標準化される。
- 脳梗塞の軽症例パス（hi-up コース）を一例として web に掲載してあるので参照のこと。 

web

web

C 理学療法における診療ガイドラインの適用

診療ガイドライン Medical guideline とは、医療現場において適切な治療を補助することを目的として、病気の予防・診断・治療・予後予測などの根拠や手順についての最新の情報を各専門職によってまとめた指針である。

根拠に基づいた医療（EBM）を通じて診断・治療方針を決定する際には最新の医学研究成果を知っておく必要があるが、医療従事者がすべての疾患について常に最新の知見を身につけておくことは容易ではない、定期的に更新される診療ガイドラインがあれば、医療従事者間あるいは医療従事者・患者間でその内容に沿って治療方針を検討することができる。

EBM：evidence-based medicine

ガイドライン分類を以下に示す。

- 有効性による分類として推奨グレード分類（表 2-7 参照）がある。
- 研究デザインによる分類として、エビデンスレベル分類があり、若い番号ほど科学的根拠が強いとされる。第 2 章の「表 2-8 理学療法介入のエビデンスレベル分類」を参照。

2011 年 11 月に公益社団法人日本理学療法士協会が理学療法診療ガイドライン第 1 版を発表し、協会ホームページ上で会員のみが閲覧可能となっている（第 2 章 p. 5 参照）。

① 診療ガイドラインの適用例

a. 肩関節周囲炎*

- 肩関節周囲炎の理学療法の介入に関して理学療法診療ガイドラインによると、
- ① 一般的理学療法 standard physical therapy 推奨グレード B エビデンスレベル 2
 - 1) 癒着性関節包炎に対して理学療法（ホットパック 20 分、超音波 5 分、経皮

* 肩関節周囲炎 いわゆる五十肩であり、加齢に伴う軟部組織（腱板、上腕二頭筋長頭腱など）の退行変性を基盤として肩峰下包や肩関節に炎症性病変を生じ、関節包が短縮して肩甲上腕関節の運動制限を呈す。

的電気刺激 20 分、ストレッチ) はヒアルロン酸ナトリウム注射単独よりも効果がある。

2) 理学療法の単独あるいは他の治療との併用での介入は症状を軽減させ、機能の改善をもたらすが、癒着性関節炎にどの程度効果的かを示すエビデンスはない。

3) 凍結肩患者に対して、スリング、抗炎症薬、ホットパックによる疼痛コントロール後、1 日 2 ～ 3 回の振り子運動と低負荷でのセルフストレッチを行った結果、平均 14 ヶ月で可動域が改善し、痛みを伴わずに日常生活が可能になった。

②徒手療法 manual therapy 推奨グレード B エビデンスレベル 2

1) モビライゼーションの手技では Maitland のグレードⅢ～Ⅳ (最終可動域でのモビライゼーション) を実施すると効果が得られる。また MWM は肩甲骨腕リズムを改善できる。

2) 週 2 ～ 3 回、1 ヶ月の自動運動群、モビライゼーション群ともに可動域は改善し、モビライゼーションはとくに外転角度を改善させた。疼痛の改善には差がなかった。

3) 最終可動域で各方向へのモビライゼーション (Maitland グレードⅢ～Ⅳ) を 30 分、週 2 回、3 ヶ月間行ったところ、自動可動域は改善し治療後 9 ヶ月でも効果は持続する。

MWM : mobilization with movement

*変形性膝関節症 (膝 OA)

膝関節軟骨の変性を基盤とした非炎症性の疾患であり、膝の痛みや運動障害、膝に水がたまるなどの症状を訴える。

***メタアナリシス** 過去に独立して行われた複数の臨床研究のデータを収集・統合し、統計的方法を用いて解析した系統的総説であり、採用するデータは、信頼できるものにしぼり、それぞれに重み付けを行う。一般的には、さまざまな試験の要約統計量を用いるが、生データを結合して解析する場合もある。叙述的総説とは異なり、体系的、組織的、統計学的、定量的に研究結果をレビューするという特徴がある。複数の研究で得られた効果が一致しない、個々の研究の標本サイズが小さく有意な効果を見いだせない、大きな標本サイズの研究が経済的、時間的に困難な場合に有用とされている。

b. 変形性膝関節症*

■変形性膝関節症の理学療法の介入に関して理学療法診療ガイドラインによると、運動療法是推奨グレード A エビデンスレベル 1 である。

運動療法に関して、症候性の膝 OA 患者において、疼痛緩和および身体機能を改善するための適切な運動療法について理学療法士による評価と指示、助言を受けることは有益である。また膝 OA 患者は定期的な有酸素運動、筋力強化運動、関節可動域運動を実施し、継続することを奨励すると述べている。ここでは、筋力増強および有酸素運動について一部紹介する。

①筋力増強運動 推奨グレード A エビデンスレベル 1

1) 膝 OA 患者に対する 12 週間の大腿四頭筋筋力増強運動を行った。その結果、筋力増強は膝関節内反モーメントを変化させず、膝関節の X 線上の内反マルアライメントの大小にも関連はなかった。疼痛軽減に関しては内反マルアライメントの小さい群で有意に効果を認めた ($p < 0.001$)。

2) 膝 OA 患者に対する下肢筋力増強運動の効果に関する複数の論文 (9 編) のデータを統合して、メタアナリシス*を行った。その結果、疼痛と身体機能に効果が認められた (それぞれ SMD* : 0.53, 95%CI* : 0.27 ～ 0.79 および SMD : 0.58, 95%CI : 0.27 ～ 0.88)。大腿四頭筋に限定した筋力増強 (3 編) においても、疼痛と身体機能にわずかな有意差が認められた (それぞれ SMD : 0.29, 95%CI : 0.06 ～ 0.51 および SMD : 0.24, 95%CI : 0.06 ～ 0.42)。

②有酸素運動 推奨グレード A エビデンスレベル 1

1) 膝 OA 患者に対する歩行運動の効果に関する複数の論文 (4 編) のデータを

統合してメタアナリシスを行った。その結果、疼痛と身体機能に効果が認められた（それぞれ SMD : 0.48, 95%CI : 0.13 ~ 0.83 および SMD : 0.35, 95%CI : 0.11 ~ 0.58）。

- 2) 膝 OA 患者に対する歩行運動と大腿四頭筋筋力増強の効果に関する複数の論文（13 編）のデータを統合・比較した結果、疼痛（歩行 vs. 筋力増強 : effect size 0.52 vs. 0.36）と身体機能（歩行 vs. 筋力増強 : effect size 0.46 vs. 0.32）において、同程度の治療効果が認められた。
- 3) 膝 OA 患者に対する有酸素運動（歩行, 水中走行, ヨガ, 太極拳）に関する複数の論文（12 編）のデータを統合・比較した結果、疼痛、関節圧痛、身体機能や呼吸能が有意に改善した。
- 4) 膝 OA 患者に対する有酸素運動に関する複数の論文のデータを統合・比較した結果、運動強度の違いは身体機能、歩行、疼痛、有酸素能への治療効果に影響を与えない。
- 5) 膝 OA 患者に対し在宅運動プログラム（毎日）と歩行運動（3 回 / 週）を 3 ヶ月施行し、その効果を比較した。その結果、疼痛と主観的運動機能では両群間で差がなかったが、QOL については歩行運動群で在宅運動群よりも有意に改善した。
- 6) 60 歳以上の膝 OA 患者に対し、合計 23 ヶ月間の歩行運動（40 分間）を行った。その結果、健康指導のみの対照群よりも閉眼両下肢立位の重心動揺が有意に向上した。また、片脚立位での重心動揺に関して、同期間筋力増強運動を行った群よりも有意に向上した。

- 診療ガイドラインを活かすには、このように EBM を利用しながら、理学療法に適用していく理学療法士自身の能力が必要となる。
- 臨床的な疑問点に対する回答を科学論文の批判的吟味から求めることができること（根拠）や理学療法士自身の技能や技術の向上を目指し（経験）、患者やその家族あるいは社会が求める好み（価値）を理解し、それを円滑に利用しながら理学療法を進行させていくことが重要である。

* SMD (standard mean difference : 標準化平均差)

2 つのグループの中間値が標準偏差とどれほどの差があるかで効果の高さを判断する。直接の mean (平均値) の差を調べるわけではなく、あくまで standard deviation (SD : 標準偏差) で割った間接的な計算であることに注意するべきである。また SMD では、0.2 ~ 0.5 では“小さな効果”、0.5 ~ 0.8 では“中間の効果”、0.8 より大きい場合は“大きな効果”と判断する。

* 95%CI 95% 信頼区間の意味である。母平均を含むような範囲を決めるとき、「95% の確率で母平均が含まれるような範囲」をいう。

▶ 学習到達度自己評価問題 ◀

1. クリニカルパスの目的を列挙しなさい。
2. クリニカルパスの効果について説明しなさい。
3. 診断群分類包括評価とは何か、説明しなさい。
4. バリアンス分析について解説しなさい。
5. 診療ガイドラインに基づく医療について説明しなさい。

4

理学療法(士)に求められる使命,
倫理って何だろう?

4
理学療法(士)
に求められる
使命、倫理っ
て何だろう?

▶ 一般目標 ◀

1. 理学療法士の使命を理解する。
2. 理学療法士の倫理を理解する。

▶ 行動目標 ◀

1. 理学療法士の使命を、理学療法の対象、目的、手段から説明できる。
2. 理学療法士の倫理を、患者・利用者とのラポールの構築から説明できる。

▶ 調べておこう ◀

1. 理学療法の対象、目的、手段について調べよう。
2. なぜ、理学療法士は、患者・利用者とのラポールの築くことが必要なのか調べよう。
3. 以下の用語について調べよう。
 - ターミナルケア
 - がんのリハビリテーション



A 理学療法士の使命(図4-1)

- 「使命」とは、広辞苑によれば、「責任を持って果たさなければならない務め」と記されている。では、理学療法士が責任を持って果たさなければならない務めとはいったい何であろうか。
- 「理学療法士及び作業療法士法」の第2条では、「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、治療体操その他の体操を行わせ、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」と定義されており、そこに理学療法の対象、目的、手段が示されている。
- 高齢化をはじめとする社会的背景の変化や医療の高度化、対象者のニーズの多様化などに伴い、理学療法士の果たすべき役割も大きく変化している。
- 具体的には、地域における疾病・介護予防への関与や、末期がん患者および終末期寝たきり患者をはじめとするターミナルケア*へのかわりなどである。

*ターミナルケア terminal care (終末期医療) 積極的な治療手段のない治癒の見込みのない末期がん患者や日常生活全般を第三者の介護に頼らざるを得ない寝たきり患者などを対象に、延命を目的とするのではなく、身体的、精神的苦痛の緩和に重きを置き、本人の生命・人生の質の維持・向上に目を向けた医療をいう。



対象	老若男女、疾病、障害の有無および重症度は問わない
目的	生活の再建と QOL の向上を援助する
手段	的確な理学療法を提供・実施するために、 ■適切な評価の基で対象者の状態を把握する ■理学療法遂行上のリスクを管理する ■適切な治療方法を選択する より効果的な理学療法の開発・研究を目指す

図 4-1 理学療法士の使命

① 理学療法の「対象」や「目的」からみた理学療法士の使命とは？

- 理学療法士は、病気やけがが原因で、人生の途中で身体に障害を有し、日常生活に支障をきたしてしまった者に対して、日常生活の再建に必要な動作能力の獲得およびその向上をはかる（図 4-1）。
- 加齢による生理的な心身機能の低下から、日常生活に支障をきたすおそれのある高齢者には、自立した日常生活に必要な動作能力の維持をはかる。
- ただし、必ずしも日常生活に必要な動作能力の獲得、維持、向上をはかることができる患者、対象者ばかりではない。
- 日常生活全般を他者の介護に頼らざるを得ない寝たきり状態のケースでは、本人の「こうしてほしい!」という願いを、理学療法士は的確に察し、可能な限り一日一日を人として快適に生き、生活するといった QOL（生命の質）の維持、改善に努める。
- 前向きな治療もなく余命の限られた末期がんのケースにおいては、身体的苦痛と精神的不安の軽減をはかり、可能な限りその人らしい人生が送れるよう、その人の QOL（人生の質）の維持、改善に努める。
- 医師の使命が「病気を治すこと」であるならば、理学療法士の使命は、「老若男女を問わず、疾病、障害の有無および重症度にかかわらず、生活の再建と QOL の向上を援助すること」と考える。

② 理学療法の「手段」からみた理学療法士の使命とは？

- 理学療法士が用いる治療手段は、運動療法と物理療法からなる理学療法にほかならない。
- 現在にあっては、理学療法を構成する手段の中心は運動療法であり、その意味で理学療法士は運動を業とする専門職といえる。
- 対象者の日常生活の再建、維持をはかるうえで、その人のもてる残存機能を十分に発揮できるようにすることや、廃用症候群*を予防することが理学療法士

QOL：quality of life

***廃用症候群** 長期間の安静（十分な筋収縮の不足した状態）、臥床（重力負荷の欠如した状態）が原因で生じるさまざまな心身機能の低下（関節拘縮、筋力低下、褥瘡、起立性低血圧など）をいう。

に求められる。

- 廃用症候群は、長期間の安静、臥床という環境によって生じる。
- 理学療法士だからこそ、低活動や臥床による影響を敏感に察知し、可能な限り、より実践的で、よりアクティブな理学療法プログラムを作成し、実施しなければならない。
- そのためには、適切な評価に基づく対象者の状態の把握と理学療法遂行上のリスク管理、それらをふまえた適切な治療方法の選択とその実施が理学療法士の使命であることを忘れない。
- さらに、現存の理学療法の適応と禁忌を基に、より効果的な理学療法の開発、研究が望まれている。
- なお、日本理学療法士協会では、良質な理学療法を提供するための臨床能力を高めることや、理学療法の学問的発展に寄与する研究能力を向上させる目的で、理学療法を7領域に分けた専門・認定理学療法士制度を設けている。生涯にわたって、理学療法士一人ひとりが理学療法の質的向上のために自己研鑽を積むことも1つの使命といえる。

B 理学療法士の倫理

- 医療は契約行為であり、当然ながら理学療法も理学療法士と対象者との間の契約の下で実施されるものである。
- 契約を履行するうえで、理学療法士と対象者との間に強い信頼関係、すなわち、ラポール rapport が必要不可欠といえる。
- 理学療法士にとって対象者との信頼関係がなければ、協力が得られず、そのため効率的に理学療法プログラムを進めていくことが困難となり、成果を出すことができなくなってしまう。
- ラポールを築くうえで、理学療法士に求められる倫理（守らなければならない正しい立ち居ふるまい）として、①守秘義務と個人情報保護、②「説明と同意そして意思決定」の尊重、③自己決定権の尊重がある（図4-2）。

① 守秘義務と個人情報保護

- 秘密にしておきたいことでも、隠さずに話さざるを得ない対象者の立場に立てば、理学療法士は決して知り得た情報を他者に漏らすことがあってはならず、また、知り得た情報の漏示、紛失、破壊、改ざんを防止することは当然のことである。
- 対象者が安心して本音を語ることのできる信頼関係を築くうえで、守秘義務と個人情報保護は必要最低限の理学療法士の倫理である。
- このことは、日本理学療法士協会が作成した「理学療法士の職業倫理ガイドライン」に記載されている（以下、一部抜粋）。
- 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。



図 4-2 理学療法士の倫理

- ②秘密とは他人に知られないように隠すことであり、心身の障害や病状に限らず、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、それは秘密であると認識しなければならない。
- 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。
- ④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が公になることを防がねばならない。
- ⑤患者や利用者に関する、氏名や生年月日および住所などの個人情報は、漏示のないように保護しなければならない。
- ⑥対象者の病状、評価内容、治療プログラム、治療の効果と治療状況などに関する情報など、対象者の個人情報は、漏示しないように保護しなければならない。

②「説明と同意そして意思決定」の尊重

- わが国の医療現場にあっては、インフォームド・コンセント informed consent（説明と同意）が求められている。
- インフォームド・コンセントとは、対象者が医療従事者から提供される情報について十分な説明を受け、それについて同意するまでを包括した用語であるが、このインフォームド・コンセントの確実な実施によって、理学療法士は対象者との信頼関係が築け、理学療法を実施することができる。
- 「理学療法士の職業倫理ガイドライン」（日本理学療法士協会）には、「インフォームド・コンセント」について以下の内容が記されている。
 - ①患者および利用者の請求に対し、あるいは請求がなくても必要により、患者および利用者と家族へ、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、患者および利用者に協力を求

めることで責務に対する働きかけを行い、患者および利用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利用者が求める範囲が説明義務となるが、患者や利用者には「知らされない権利」もあることを承知しておく必要がある。
- 先進国の医療現場では、インフォームド・コンセントに加えて、ディシジョンメイキング decision making（意思決定）も尊重されている。
- 「意思決定」とは、対象者の日常生活の自立をはかるために、理学療法士から提供された情報について十分な説明を受けたうえで、それについて同意するとともに、自らも必要な情報を聞き出し、適切なものを自ら選択し決定することをいう。
- 対象者とより強固な信頼関係を築くために、インフォームド・コンセントとディシジョンメイキングは欠かせないものであり、それを尊重することは、理学療法士の倫理上からみて大変重要なことである。

③ 自己決定権の尊重

- 早期発見ならびに早期治療により、がん患者の死亡率は年々減少傾向にあり、完全治癒を目指す積極的な治療から余命のQOLの向上ないしは維持に目を向けたケアまで、切れ目のない患者への支援体制が求められている。
- 2010（平成22）年度の診療報酬改定でがん患者リハビリテーション料*という新しい項目が設けられた。
- この項目の対象者には、治癒の見込みがなく、身体的、精神的苦痛の緩和に重きを置く緩和ケア palliative care を主体とした末期がん患者も含まれている。
- この項目の新設に伴い、理学療法士はターミナルケアにかかわる機会が増え、不治もしくは末期の患者に何が提供でき、どうかかわればよいのか、余命を宣告された家族にどう接すればよいのか、その回答が求められる。
- 人間は長生きを願いながらも単に生を長らえることだけで幸せとは感じない。

*がん患者リハビリテーション料 手術、放射線治療、化学療法などの治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復をはかる目的で、がん患者リハビリテーション料 200 点（1 単位につき）が新設された。〔厚生労働省より〕



抽象のハシゴ～患者の訴えの根底にある真の想いを探ろう～

3名の患者さんから共通に聞かれた「歩きたい」という訴えの根底にある真の想いは、抽象のハシゴを下りていくと、Aさんは「トイレに行きたい（から歩きたい）」、Bさんは「スーパーに行きたい（から歩きたい）」、Cさんは「散歩に行きたい（から歩きたい）」であり、個々人で異なっていた（イラスト）。

患者の訴えが抽象的であるほど一般的で具体性に欠ける。そのため、理学療法士は、「抽象のハシゴ」を下りて、患者一人ひとりの具体的な（真の）想いを探っていくことが大切である。



生命維持ではなく「生きる」ことの意味やそのあり方を熟慮し、人の幸せとは何かを問うことになる。

- 人工呼吸器、胃瘻^{ろう}、延命治療、植物状態、寝たきり、などのさまざまな場面に遭遇するなかで、患者本人またはその家族と向き合うとき、理学療法士は、「命とは何か、生きるとは何か、幸せとは何か……？」といった哲学的命題を探究することが必要となる。
- もう1つとして、人間の生命、人類の生存について倫理的な観点も加えて総合的に考えていこうとする学問のバイオエシックス bioethics（生命倫理）についても関心をもつようにしたい。
- 意思表示が可能な患者は、不治もしくは末期を想定した場合の延命措置を拒否することができる。ただしそれには、延命措置を拒否する意思を事前に書面で示しておかなくてはならない。
- 米国では、リビングウィル*と医療における持続的委任状の双方を合わせたアドバンスディレクティブ*（事前指示書）と呼ばれる制度がそれぞれの州法で定められている。
- わが国でもリビングウィルが活用されているケースもあり、法制化を目指している動きもあるが、現在のところそこまでにはいたっていない。
- 理学療法士は、患者、家族の「生命維持」に関する相互理解を基盤として患者の自己決定権を尊重しなければならず、それは、医療職としての理学療法士の倫理でもある。

*リビングウィル living will
たとえば、終末期に無駄な延命処置や植物状態での生命維持装置の装着を拒み「尊厳死を望む」といったような、自己判断能力を失ったときを想定し、「何をしてほしくて、何をしてほしくないか」を事前に書面にした患者の希望を表明するものを指す。

*アドバンスディレクティブ advance directive
事前指示書ともいい、リビングウィルと医療における持続的委任状の双方を合わせたものをいう。

▶ 学習到達度自己評価問題 ◀

1. 理学療法士の対象、目的、手段について述べなさい。
2. 理学療法士の使命を理学療法の対象、目的、手段から説明しなさい。
3. なぜ、理学療法士は、患者・利用者とラポールを築くことが必要なのか説明しなさい。
4. 理学療法士の倫理を患者・利用者とのラポールの構築から説明しなさい。

5

理学療法士に求められる
臨床思考って何だろう？

5
理学療法士に
求められる臨
床思考って何
だろう？

▶ 一般目標 ◀

- 理学療法を学んでいく過程で、どのように自己研鑽をしていくかについて考える。

▶ 行動目標 ◀

1. 個から発せられるニーズの重要性について考えることができる。
2. 臨床推論の定義について説明できる。
3. 3つの自我状態について説明できる。
4. 援助のための態度について説明できる。
5. 援助のための態度を実現するための技法について説明できる。

▶ 調べておこう ◀

- 評価から治療までの一連の流れを把握しておこう。



A 理学療法士に求められる資質

① 臨床推論 clinical reasoning (クリニカルリーズニング)

- 臨床推論とは、理学療法士が対象者とその家族、および他の医療チームメンバーとともに、臨床データ、対象者の意思、専門的知識から導き出された判断などを基に、治療の意義、到達目標、治療方針などを構築する過程であると定義されている。



- 推論過程はつぎの①から⑥（⑥'）までの一連の流れからなり、これは治療プログラムを決定していく流れでもある。
 - ①対象者が自分（理学療法士）の前に来るまでに、姿勢や動作の観察をする。
 - ②自分のところに来たら、「症状」、「発現部位」、「学校、職場の状況を含む心理社会的要因」について、聞き取りを行う。
 - ③この時点で自分がもっている知識を駆使し、さらに聞き取りを進め、「病態生理」、「組織の機能異常」、「心理社会的要因」について仮説を複数立てながら理学療法評価の優先順位を決める。
 - ④仮説に基づき、理学療法評価を行いながら仮説を絞り込む。
 - ⑤仮説の検証「試みの治療」を行う。
 - ⑥再評価し、機能が改善していれば、仮説が証明されたことになる。
 - ⑥'再評価し、改善されていなければ③から⑤までに問題がある（たとえば治療部位や方法、あるいは仮説そのもの）。このような問題点を再度見いだしていく。これをメタ認知という。
- 理学療法場面では、対象者に問題点を説明し、理解してもらい（インフォームド・コンセント）、対象者自らが積極的に治療に参加し、普段の生活で自ら治療を実践してもらうように教育する（図5-1）。
- 理学療法評価の結果を基に、患者の障害構造を仮説づけ、他の検査によってその仮説を「検証」する。医師の診断決定と同じように理学療法士が問題点リストを作成し、医師が治療方針を決定するのと同様に理学療法士の介入計画が策定されるという位置づけになる。このような臨床思考は仮説演繹*モデル *hypothetico-deductive model* と呼ばれる思考方法である。上記例の④に追記する。
- さまざまな観点から対象者の問題をとらえ、評価による仮説検証過程によってそれらの妥当性を検討する。上記例の⑤に追記する。
- 妥当だと判断した自分自身（理学療法士）をも客観的に評価する内省 *reflection* 過程を経て、包括的にとらえようとする仮説指向的推論が要求される。上記例の⑥に追記する。
- リーズニングを進めていくうえで、対象者に生じた問題の原因とその治療戦略についての診断的推論 *diagnostic reasoning* だけではなく、対話を通して対象者の心理社会的側面についてアプローチする物語的推論 *narrative reasoning* も非

*演繹 *deduction* とは「一般法則に基づいて、特定の事例を推測する考え方」で、帰納 *induction* とは「特定の事例から、一般法則を推測する考え方」である。「物理学の公式に基づいて、特定の問題を解いていく」というのは演繹的で、「いくつかの自然科学上の現象から、万有引力の法則を導き出す」というのは帰納的である。

memo

自己効力感とは、自分が行為の主体であるという確信、自分の行為について自分が統制しているという信念、自分が外部からの要請に対応しているという確信、すなわち自己に対する信頼感や有能感のことを指す。自分がする何かの行為に対し、「自分ならできる、できている」といったセルフイメージのことを指す。人が何か行動を起こそうとするときに、自分はその行動が「できそうか」、「できなさそうか」を考え、「できそうだ」と判断すれば行動を起こすが、「できなさそうだ」と判断すれば行動には移しにくい。同じ事柄に対し、自己効力感が高い人は「できそうだからやろう」と行動に移すが、自己効力感の低い人は「できなさそうだ」と感じ、なかなか行動には移しにくい。

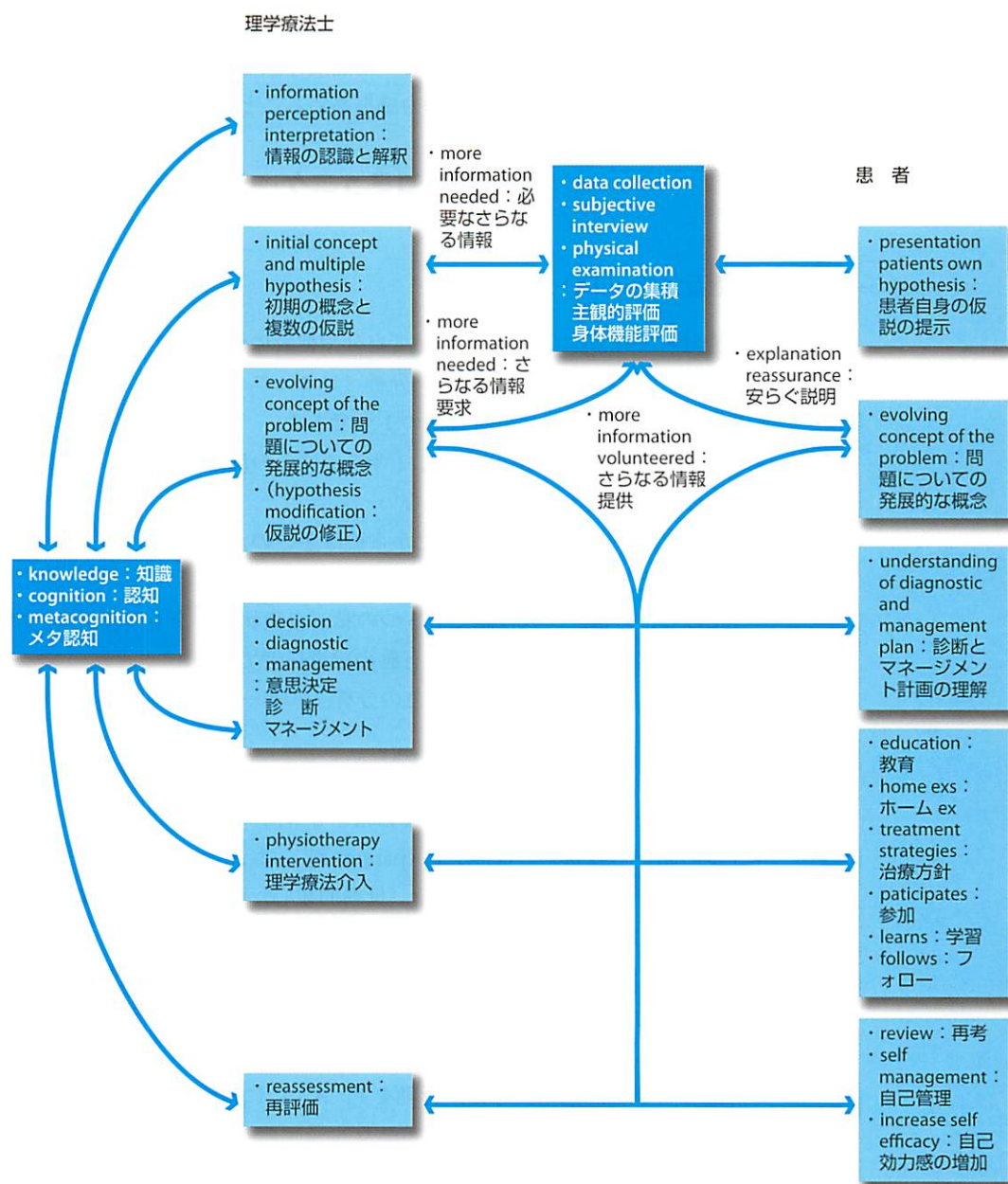


図 5-1 患者と理学療法士による意思決定

[Jones MA: Clinical Reasoning in Physical Therapy, 理学療法学 25: 147-164, 1998 より改変]

常に重要な要素となる。理学療法士が対話のなかで、対象者自身が「問題解決能力は自身のなかにある」、「答えは、自身が知っている」ことに気が付き、「真実はただ1つ」ではなく、同じ事実でも「一人ひとりの物語は違う」ということを知り、新しい「物語」の発見を通じて、この「物語」のなかに、「知恵」や「かけがえのない無二のもの」を生じていることを知る。

- 対象者が治療を受け入れる際に、そこに意思決定が存在するからこそ、理学療法士は対象者の心理社会的側面を考慮し、対象者の自己効力感 self-efficacy を

高めていく必要がある。

- 自分自身で行動して達成できたという達成体験や、他者が達成している様子を観察する代理経験などで自己効力感を高めることができる。

B 接遇・コミュニケーション

TA : transactional analysis

① 交流分析 (TA)

- 交流分析では、エゴグラムを用いて自分や他者の性格傾向を分析することを「構造分析」といい、「交流パターン分析 (コミュニケーション分析)」とならんで基本的なわかりやすい分析技法の1つである。
- TA は精神分析の口語版であり、「今ここに」の反応を変えることができるが、過去と他人は変えることができない。
- TA は自分から発する、「……だから彼は悪いのだ」という好み、「……してくれない」という要求、自分を変えることを学ぶ。
- TA の考え方は、①人は誰でも3つの私 (自我状態) をもっている、②自分を変える、③自分の感情、考え、行動の総責任者である。
- TA は、①構造分析、②やりとりの分析、③ゲーム分析、④脚本分析の順に行う。
- エゴグラムテスト結果で「3つの私 (自我状態)」を分類することは、その後の自己分析をしていく過程で重要な意味をもつ。
- 3つの私 (自我状態) は、①P (parent: 親)、②A (adult: 大人)、③C (child: 子ども) であり、さらにPをCP (批判的親心) とNP (養育的親心) に、CをFC (自由な子ども心) とAC (従順な子ども心) に分類できる。
- 理学療法士对患者では、急性期から慢性期に進むにつれ、能動-受動 (患者)、指導-協力 (患者)、対等な相互関係に移行し、Pの態度ではなく、Aの態度が求められる。
- 構造分析とは、感情、考え、行動をP、A、Cに基づいて自己分析していく手法である。
- 具体的には、P、A、Cのどれが主導権を握っているか、どのようなときにどのようにP、A、Cが入れ替わるか、自分の行動様式はどのようなものであるか、本来自分が望むタイプは、という問いかけを実践する。
- やりとりの分析では、相補的、交差的、隠された、の3つのやりとりがある。
- 相補的やりとりの例 (スムーズなやりとり)
娘「ふう、勉強疲れた」のCから母のPへ (刺激という)
母「無理のしすぎね、ゆっくり休んだら」のPから娘のCへ (反応という)
- 交差的やりとりの例 (苦痛や混乱の原因)
母「部屋を方づけなさい」のPから娘のCへ (刺激という)
娘「お母さんこそ、整理整頓したら」のPから母のCへ (反応という)

② 対人関係技術（援助のための態度）

- 態度とは、行動の裏にある一貫性と持続性を備えた心的な体制をいい、個人が生育過程で身につけていく個人的態度と、職業的態度がある。
- 個人的態度は、Berne, E が考案した構造分析 structural analysis に基づいているエゴグラムテストで確認できる。
- 援助のための態度には、①無防衛、②共感、③受容、④熱意、⑤間、⑥距離がある。
 - ①無防衛：リラックスした態度で、腕組みはその逆である。
 - ②共感：相手を基準にして、相手の感情を理解し付き添う暖かい態度である。それに対して、同情は自分を基準にして反応するので、時に相手は悲しんでいないのに自分だけ悲しんだりすることがある。
 - ③受容：相手があるがままに受け入れることである。専門知識を最初から相手に押し付けず、主観的な訴えに耳を傾け、専門知識で客観的に整理することが望ましい。
 - ④熱意：相手の訴えに熱心に耳を傾けることである。反応を示しながら耳を傾ける積極的傾聴によって示す。
 - ⑤間：落ちついたゆとりのある態度である。
 - ⑥距離：心理的距離を指す。馴れ馴れしくもなく冷めてもない距離が理想的な態度を実現する。
- 援助のための態度を実現する技法には、傾き・相槌、繰り返し、要約、解釈、共感、安心・保証、沈黙、明確な表現、閉鎖性質問・開放性質問の使い分け、非一貫性の指摘がある。

▶ 学習到達度自己評価問題 ◀

1. チームアプローチの重要性について説明しなさい。
2. 演繹 deduction と帰納 induction について説明しなさい。
3. 自己効力感について説明しなさい。

6

理学療法士って、どんなところで活躍しているの？

6
理学療法士って、どんなところで活躍しているの？

▶ 一般目標 ◀

1. それぞれの領域での理学療法士の仕事内容を理解する。
2. 理学療法士で構成される国内外の公的団体について理解する。



▶ 行動目標 ◀

1. 医療の現場での理学療法士の仕事内容を説明できる。
2. 保健・福祉の現場での理学療法士の仕事内容を説明できる。
3. 教育・研究の現場での理学療法士の仕事内容を説明できる。
4. スポーツの現場での理学療法士の仕事内容を説明できる。



▶ 調べておこう ◀

1. どのような施設に勤務する理学療法士が多いのか、調べよう。
2. 医療法、理学療法士・作業療法士法などの関連法により、法的立場からみた職域、仕事内容を調べよう。
3. 診療点数と理学療法士の雇用の関係について調べよう。
4. 理学療法士が働く全職場のうち、教育・研究施設が全体に占める割合を調べよう。
5. 理学療法士の養成校には、どのような種類があるのか調べよう。
6. アスレチックトレーナーとは何か調べよう。
7. アスレチックトレーナーになるにはどうしたらよいか調べよう。
8. 世界各国の理学療法士教育制度に違いがあるのか調べよう。
9. 世界各国の医療システムと理学療法士のかかわり方を調べよう。

6-1 医療の現場

A 医療の場の分類

① 医療法における医療提供施設

a. 病院と診療所

- 病院とは、医師または歯科医師が医業または歯科医業を行う場所で、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

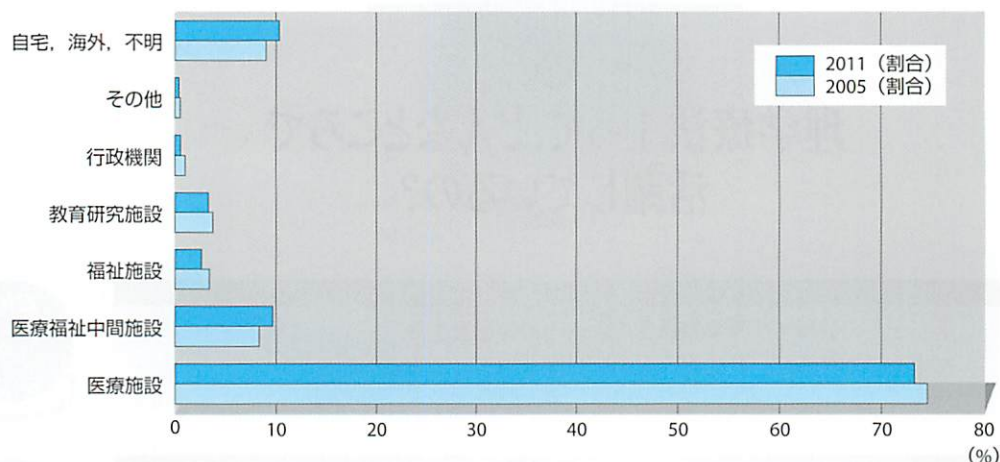


図 6-1 理学療法士が勤務する施設の割合（合計 100%）

- 診療所とは、医師または歯科医師が医業または歯科医業を行う場所で、患者を入院させるための施設を有しないもの（無床診療所）、または、19 人以下の患者を入院させる施設を有するもの（有床診療所）をいう。

b. 介護老人保健施設

- 医療提供施設ではあるが、病院・診療所ではない。

② 医療法における病院などの病床の種別

- 医療法では、病院の病床の種別を以下のとおり定めている。

- ① 精神病床：精神疾患患者を入院させるための病床。
- ② 感染症病床：法律で指定された、または所見のある患者を入院させる。
- ③ 結核病床：結核の患者を入院させる病床。
- ④ 療養病床：症状は安定しているが、長期の療養が必要とされる対象者を入院させる病床。

■ 医療保険適用病床

回復期リハビリテーション病床

特殊疾患療養病床

■ 介護保険適用病床

- ⑤ 一般病床：①～④以外の対象者を入院させるための病床。

- 理学療法士が活躍している病床は、療養病床および一般病床であるが、ターミナルケア病床（病棟）などで活躍する理学療法士も増加している。

③ 施設別にみた理学療法士（日本理学療法士協会会員）就職者数

- 2011 年度における介護老人保健施設を含む医療提供施設に勤務する理学療法士の全体に対する割合と 2005 年度におけるそれとの間に大きな変化はないが、勤務者数は大幅に増加している（図 6-1、図 6-2、表 7-2 参照）。

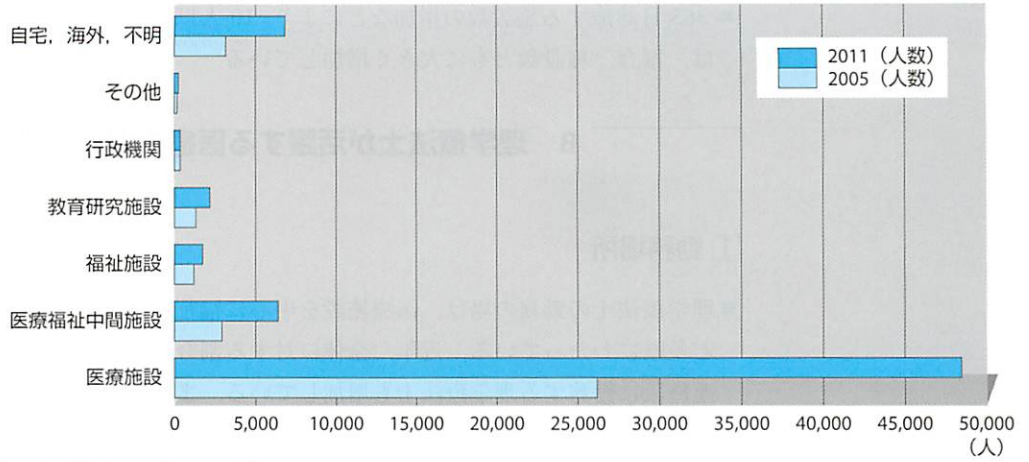


図 6-2 理学療法士が勤務する施設の人数

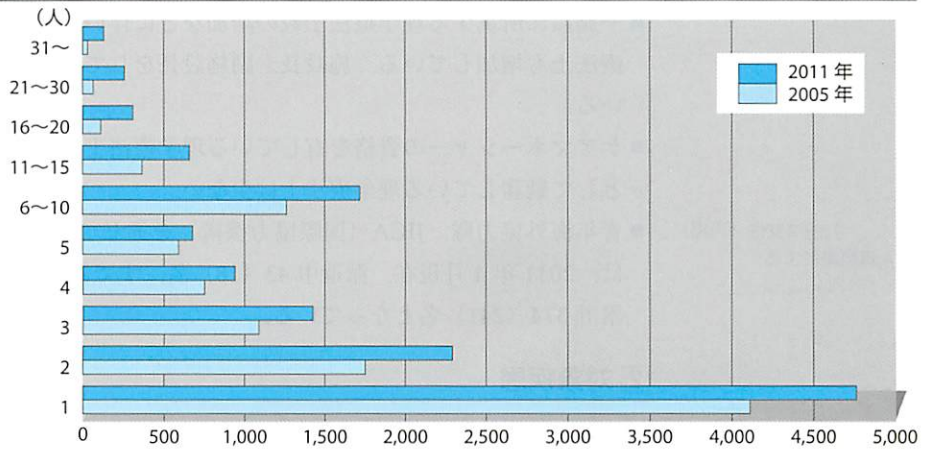


図 6-3 常勤理学療法士数別にみた施設数

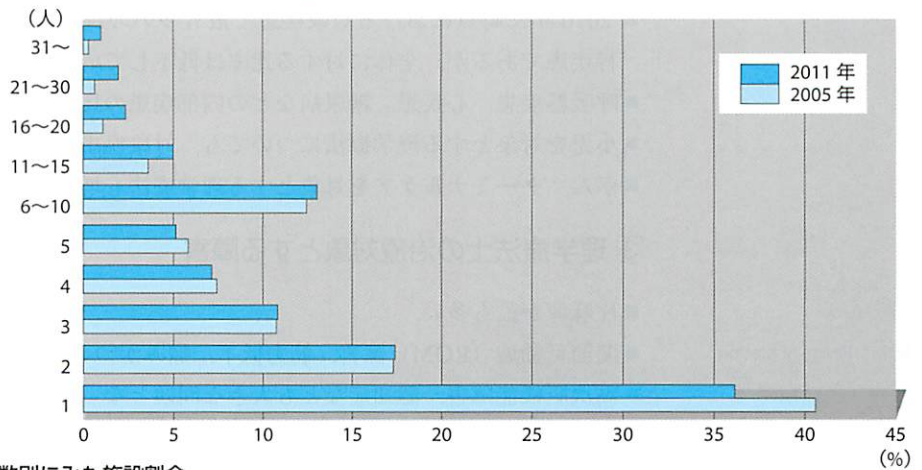


図 6-4 常勤理学療法士数別にみた施設割合

④ 常勤理学療法数別にみた施設数

- 1人職場の割合は減少しているが、施設数は最も多い（図 6-3、図 6-4）。

- 365 日診療する施設数の増加などにより、10 人以上理学療法士が勤務する施設は、割合、施設数ともに大きく増加している。

B 理学療法士が活躍する医療の場の変遷

① 勤務場所

- 理学療法士の勤務の場は、医療施設を中心に福祉、保健、行政、教育・研究など多岐にわたっている。近年、全体に対する割合はごく少ないが、スポーツ関連施設に勤務する理学療法士も増加している。また、通所系の事業所を開業するなど自営している理学療法士は 2005 年に比べ 2011 年では約 2 倍に増加している（表 7-2 参照）。
- 一施設に所属する理学療法士数の増加などに伴い、管理職として活躍する理学療法士も増加している。施設長、副施設長をしている理学療法士数も増加している。
- ケアマネージャーの資格を有している理学療法士もいるが、ケアマネージャーとして勤務している理学療法士は少ない。
- 青年海外協力隊、JICA（国際協力機構）を通じて海外で活躍する理学療法士*は、2011 年 4 月現在、派遣中 43（18）名、すでに帰国したもの 331（223）名、累計 374（241）名となっている。

*（ ）内は女性（再掲）。
JICA 資料集による。

② 対象疾患

- 対象疾患は次第に多岐にわたるようになっていく。また、複数の疾患をもつ対象者が増加している。
- 2010 年に時点における対象疾患で最も多いのは、脳血管障害、ついで整形外科疾患であるが、全体に対する比率は低下している。
- 呼吸器疾患、心疾患、糖尿病などの内部疾患の比率が上昇している。
- 小児を対象とする理学療法についても、対象疾患の数が増加している。
- がん、ターミナルケアを対象とする理学療法も増加している。

③ 理学療法士の治療対象とする障害

- 片麻痺が最も多い。
- 関節可動域（ROM）障害、筋力低下、痛みがついで多い。
- 高次脳機能障害、認知症なども大きな問題となっている。

ROM：Range of Motion

④ 勤務形態

- ほとんどの理学療法士は常勤の正社員として勤務しているが、最近は派遣社員として勤務している理学療法士も増加している。

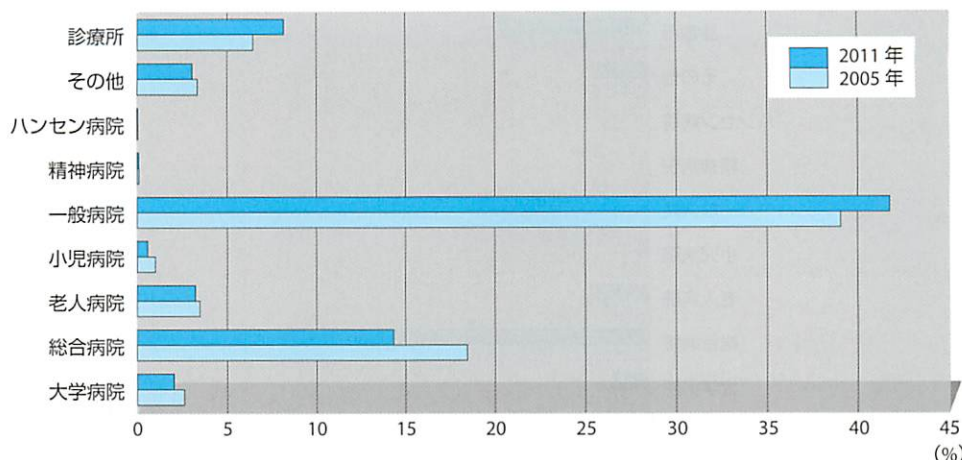


図 6-5 理学療法士が勤務する医療施設の割合

⑤ 求 人

- 過去においては求人数は就職希望者の数を大きく上回っていたが、養成校の増加に伴い、需要が供給を下回る状態になりつつある。
- 求人数は大きく変わらないが、卒業生数の増加に伴い自分の望む施設へ就職するための競争が激しくなっている。
- 就職の選考時には学内での成績に加え、面接対応の能力も判断の材料となってきた。

C 医療の場の実際

① 医療関連施設について

a. 病院、診療所（図 6-5、6-6）

① 一般病院

- 大学病院：臨床、教育、研究が3本の柱となっており、研究に参与する機会も多くなる。
急性期の患者の理学療法が中心となる。したがって、患者のリスク管理が非常に重要となる。
- 総合病院：多種多様な患者が理学療法の対象となる。また比較的、急性期・回復期の患者の理学療法を行う機会も多くなる。
- 老人病院：高齢者が対象となるため、重複障害を有する患者も多い。回復期・維持期の患者を対象とする場合が多い。
- 小児病院：対象疾患は、脳性まひだけでなく、多様な疾患が対象となる場合がある。医療、教育、福祉など、総合的にかかわる必要がある。施設により異なるが、急性期から維持期の患者を対象としている。
- その他の一般病院：上記以外の一般病院を指す。勤務する理学療法士数、施設

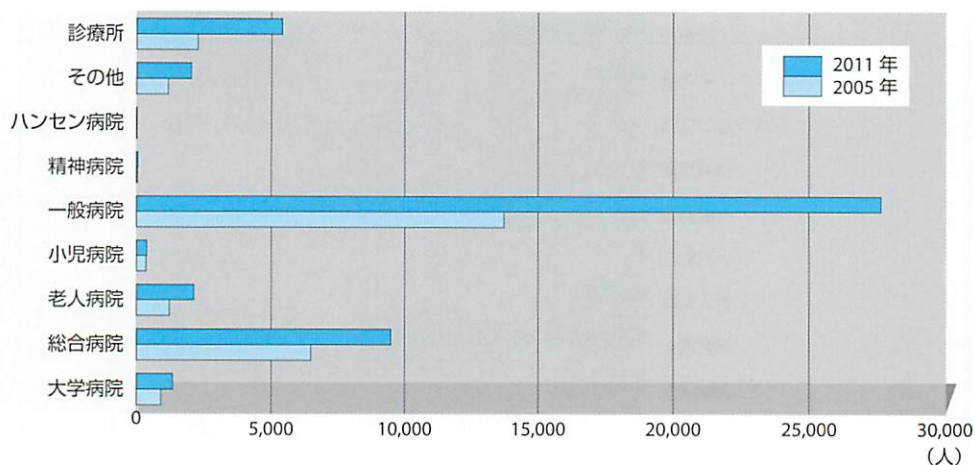


図 6-6 理学療法士が勤務する医療福祉中間施設の人数

数ともに最も多い。主として、回復期・維持期の患者を対象としている。

②精神病院

- 勤務する理学療法士数は増加しているが、全理学療法士数の0.1%未満である。
- 心身に障害をもつ対象者に理学療法を行う。心理・精神面での配慮も重要となる。

③ハンセン病院

- 新たな療養者はいないため、療養者の高齢化が進んでいる。したがって、対象は維持期の患者となる。
- 療養所内が生活の場であり、より生活に密着した、また社会復帰、QOLの向上を目的とした理学療法が必要となる。

④診療所

- 単科の施設が多い。診療科目に特化した、理学療法を行う必要が生じる。主として、回復期・維持期の患者を対象としている。

b. 総合リハビリテーションセンター

- 医学的リハビリテーション、心理・社会的リハビリテーション、リハビリテーション工学を含め、総合的にリハビリテーションを行う施設である。
- 医療だけでなく、それぞれの専門職が、相談判定、地域リハビリテーション、能力開発教育、職能評価などの業務にかかわっている。

c. 介護老人保健施設

- 医療施設と在宅との中間に位置する施設で、より生活に密着した理学療法を進める必要がある。
- 誕生会、クリスマス会など種々の行事にかかわる必要が生じる。デイケア、訪問リハビリテーションなどを行っている施設も多い。

② 病棟について

a. 回復期リハビリテーション病棟

- 医療法に基づき認可された病棟単位のものである。病院内に回復期リハビリテ

ーション病棟と一般病棟をもつ場合が多い。

- 基本的には病棟で ADL の向上など目指し理学療法を行う。
- リハビリテーション総合実施計画書の作成が義務づけられている。
- 種々の職種が総合的にかわる。
- 患者、家族に現状、今後の方向性などの説明を行う必要がある。
- 患者に関する評価会議（カンファレンス）を行う必要がある。
- リハビリテーション専門病院の多くが、回復期リハビリテーション病棟を有している。
- 365 日リハビリテーションを行っている施設も増加している。職員は交代で休むことになる。
- 30 人以上の理学療法士が勤務している施設も多い。

b. 筋ジストロフィー病棟

- 医療施設として国立病院機構にある。
- デュシェンヌ型筋ジストロフィー（DMD）は若年で死亡するものがほとんどである。
- 中枢より筋力が低下し筋のアンバランスをきたすため、変形などが生じる場合も多い。予後予測をし、変形の予防、機能の維持を目的に理学療法を行う必要が生じる。
- 呼吸器機能、循環器機能を評価する必要もある。

DMD : Duchenne muscular dystrophy

c. ターミナルケアユニット（緩和ケア病棟）

- ターミナルケアを行う施設として、以下がある。
 - ① 完全独立型：ターミナルケアのみを行う施設。
 - ② 病院内病棟型：病院内でターミナルケアを行う病棟あるいは階を定めて行う。
 - ③ 在宅でのターミナルケア
- 痛みの軽減、不安の減少、残存機能の維持を行うことになる。
- 理学療法士は患者の精神・心理面での支えを行うことも重要となる。
- 近年、ターミナルケアにかかわる理学療法士が増加している。
- 米国では聖職者が終末期患者の心のケアを行う場合もある。
- 2010 年度診療報酬改定で、がん患者リハビリテーション料が新設され、終末期のがん患者だけでなく、がん患者すべてのリハビリテーションに従事する理学療法士が出てきた。
- がん患者のリハビリテーションに携わるためには、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断、精神心理など、がんにより発症する種々の障害の知識が必要となる。



近代ホスピス

20 世紀に入り、余命いくばくもない患者の最期の安眠に満ちた時間をケアする施設としての近代ホスピスが英国、アイルランドから始まった。

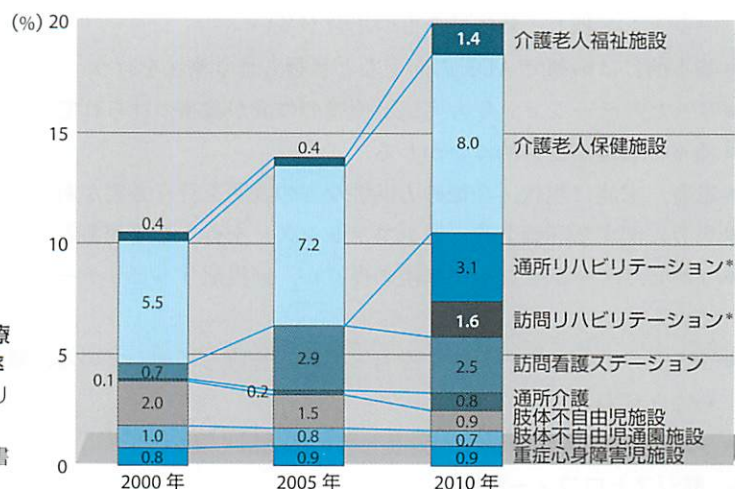
③ 病床について

- 介護療養：介護保険を利用して入院する病床。
- 維持期のリハビリテーションが中心となる。
- 在宅での療養を推進するために、今後縮小されていくことが予想される。

図 6-7 主な保健・福祉施設別，常勤理学療法士（日本理学療法士協会会員）の就業率

* 訪問リハビリテーション，通所リハビリテーションは 2010 年より調査。

[日本理学療法士協会（編）：理学療法白書 2010]



6-2 保健・福祉の現場

A 保健・福祉の場の分類

- 理学療法士の職場は医療施設に留まらず，保健・福祉の分野へと活動の場が拡大している。図 6-7 に主な保健・福祉施設別，常勤理学療法士（日本理学療法士協会会員）の就業率を示す。

memo

医療保険制度の改正などにより，入院患者の在院日数の短縮が進んでいる。これに伴い退院後の支援体制の充実が必要となり，病院と施設の間隔的な役割をもつ介護老人保健施設や在宅サービスの事業所が増加している。これらの施設，事業所の利用者のなかには入院中，十分なリハビリテーションを受けられなかったり，住環境の整備が不十分のまま退院したりするケースもあり，医療サービスと介護サービスが切れ目なく一体的に提供され，スムーズな在宅復帰を可能にするためのしくみが必要とされた。平成 24 年度の診療報酬および介護報酬の同時改訂では，医療保険と介護保険の連携がより評価され，リハビリテーションの重要性が改めて認識された内容になったことの意義は大きい。介護保険の職域にかかわる理学療法士は今後さらに増大することは間違いなく，医療，介護の両面にまたがって仕事をする機会はますます多くなるであろう。

B 理学療法士が活躍する保健・福祉の場の変遷(図6-7)

- 2010 年における保健・福祉の分野に勤務している理学療法士は介護老人保健施設が最も多く（8.0%），ついで訪問看護を含む訪問リハビリテーション（4.1%），通所リハビリテーション（3.1%）である。

- 2000 年から 2010 年の 10 年間で就業率が増加しているのは、介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、通所介護である。2010 年からは新しく訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの項目が加わり、これらの施設の就業率も高い。
- 保健所や区市町村保健センターなどの行政機関に常勤で働く理学療法士はごくわずかであり、就業率は 10 年間で大きな変化はない。

C 保健・福祉の場の実際

- 医療機関とは違い、保健・福祉の分野で働く理学療法士は、運動機能面を担当するのみでは十分な業務を遂行することはできない。
- 医師、ケアマネジャー、介護職、看護師など多くの職種との連携が大切となる。
- 保健・福祉の分野では維持期リハビリテーションの業務を担うことが多い。
- 維持期リハビリテーションにおける理学療法士の具体的な仕事の内容は、①障害の評価、②リハビリテーションプログラムの作成、③廃用症候群の予防と改善、④基本動作能力の維持・改善、⑤ ADL の維持・改善、⑥手段的 ADL の維持・改善、⑦精神機能・意欲低下の改善、⑧対人・社会交流の維持・拡大、⑨介護負担の軽減、⑩福祉用具利用・住宅改修に関する助言などがあげられる。
- 施設で行う動作の練習および生活指導は理学療法室で終わらず、実際の生活の場面で実施することが大切であり、そのことが効果をもたらす。
- 介護保険において要支援者に対する介護予防に従事することもある。その際、理学療法士はとくに運動器機能向上プログラムを中心に関与することが多い。

① 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設で働く理学療法士の仕事

- 介護老人福祉施設と特別養護老人ホームは、同じ施設であり、法律により呼び方が異なる。前者は介護保険上の名称であり、後者は老人福祉法上の名称である。
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と介護老人保健施設では利用対象者や施設の機能、提供サービス内容、理学療法士の役割などに違いがある。2つの施設の比較を表 6-1 に示す。

② 訪問看護ステーションで働く理学療法士の仕事

- 理学療法士の業務は訪問リハビリテーションである。
- 訪問看護ステーションから理学療法士が訪問するサービスは制度上、訪問看護に分類される。
- 訪問リハビリテーションの目的はよりよい在宅生活の継続を目指すことにある。
- 訪問リハビリテーションは、訪問看護ステーション以外でも、病院、診療所、介護老人保健施設を拠点にサービスを行うことができる。各施設における理学療

表 6-1 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と介護老人保健施設の比較

	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人保健施設
利用対象者	常時介護が必要で在宅生活が困難な要介護者	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護、介護を必要とする要介護者
施設の機能	家庭に代わる新たな生活の場として、専門職による生活支援が提供される（入所期間には制限がない）	生活機能の向上と在宅復帰を目的に専門職による生活支援や集中的なリハビリテーションが提供される（入所期間は原則3ヵ月まで）
提供サービス	入所、短期入所、通所介護など	入所、短期入所、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションなど
理学療法士の配置	機能訓練指導員が1人以上必要。必ずしも理学療法士である必要はない	理学療法士や作業療法士は入所者100人に対して常勤換算で1人以上が必要
理学療法士の役割の特徴	生活支援全般にかかわりながら、とくに利用者の機能訓練指導に従事	理学療法士のかかわりで、介護報酬にリハビリテーション機能加算が付加され、より個別のリハビリテーションが強調される

法士の訪問において内容的な差はない。

- 居宅では医師、看護師がいらないため十分なリスク管理が必要となる。
- 訪問看護ステーションの管理者は保健師または看護師に限られる。

③ 通所リハビリテーションで働く理学療法士の仕事

- 通所リハビリテーションとは、介護老人保健施設、病院、診療所に通い、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などによるリハビリテーションを受ける介護保険サービスである。
- 通所リハビリテーションの目的は、日常の継続した健康管理、心身機能の維持・改善、閉じこもりの予防、介護負担の軽減である。
- 通所介護と異なり、リハビリテーションがサービスの中心となる。
- 理学療法士などのかかわりにより、介護報酬の加算が認められる（リハビリテーションマネジメント加算、個別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など）。
- 食事や入浴などの生活援助サービスをあわせて受けることができる。また、短時間の利用も可能である。
- 要支援1、2と認定された者には、介護予防のサービスが提供される。

④ 通所介護で働く理学療法士の仕事

- 介護老人福祉施設や病院、診療所、またさまざまな事業所が通所介護を展開している。
- 最近では理学療法士が起業した通所介護もある。
- 理学療法士はとくに機能訓練に従事することになる。しかし機能訓練は必ずし

も理学療法士が実施しなくてもよく、通所介護で働く常勤の理学療法士は少ない。

- 機能訓練については個別の対応をとるのか集団的な対応をとるのか、利用者の状態を把握しながら進めていくことが重要である。

⑤ 肢体不自由児施設、重度心身障害児施設で働く理学療法士の仕事

- 肢体不自由児施設および重度心身障害児施設は児童福祉法に定める児童福祉施設であると同時に、医療法に定める病院としての機能をあわせてもっている。「○○療育センター」などと標榜している施設もある。
- 肢体不自由施設では身体に障害がある子ども達に、障害に応じたりハビリテーションを提供する。
- 重度心身障害児施設では重度の肢体不自由児と重度の知的障害をあわせてもつ子ども達に対してリハビリテーションを提供する。
- 対象は脳性麻痺や二分脊椎などの運動障害を有する子ども達や精神発達遅滞、聴覚言語障害、自閉症など知的障害を有する子ども達など多岐にわたる。小児期に障害を受け成人した者達も対象となる
- 子どもの発達、発育全般に関する知識と技術を必要とする。

memo

介護老人保健施設や訪問リハビリテーション、重度心身障害児施設などの利用者のなかには、気管切開が施され、呼吸理学療法を実施する際に喀痰吸引が必要なケースも少なくない。理学療法士等による喀痰の吸引については、2010（平成22）年に厚生労働省医政局より合法化する通知が出された。しかし理学療法士が吸引を行えるようになったからといって正しい知識や技術がないままに実施するようなことは決して許されない。また吸引は侵襲的な医療行為であり、対象者には苦痛を伴う処置であることを忘れてはならない。現在、吸引については養成機関での卒前教育が必ずしも十分といえないため、卒業後に都道府県の理学療法士会や職場などで教育、研修を受けて実施しているのが現状である。

6-3 教育・研究の現場

A 教育・研究に従事する理学療法士

① 理学療法士が働く教育・研究施設

- 多くは、理学療法士を養成する養成校（専門学校、短期大学、大学）である（1,865名、会員比率2.8%、表7-2参照）。
- その他、非常に数は少ないが「○○研究所」と呼ばれるような研究施設や養護学校などもある。

表 6-2 教育・研究施設に従事している理学療法士の割合

施設の種類	会員比率 (%) *
1 特別支援学校	0.09
2 理学療法士養成施設	2.81
3 研究施設	0.19
4 その他	0.20
合 計	3.29

* 調査全対象者数：66,256 名

- 2011 年 3 月の時点では、理学療法士が働く全職場のうち、教育・研究施設に従事する者は、全体の約 3.0% である（表 6-2）。

B 教育・研究に従事する理学療法士

① 理学療法士養成校で働く理学療法士

- 1 校につき最低必要とされる専任の理学療法士（専任教員）は、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」によって定められている。それによると、1 学年の学級数（1 学級は 40 人以内）によって異なるが、最低 6 名の理学療法士の専任教員が従事するよう定められている。
- 専任教員になる最低の条件は、理学療法士免許を取得後 5 年以上の理学療法に関する業務に従事していた理学療法士であることとなっている。各養成校は、教員として採用するための独自の条件を別に定めている。
- 一般に、理学療法士を目指す学生を対象に授業を行うが、複数の学部や学科、専攻などを有する養成校の場合は、他の学部や学科、専攻の学生を対象とした授業を行うこともある。
- 授業には、講義、演習および実習がある。実習には学内実習と臨床実習とがある。授業をするためには、専任教員は授業に必要な資料などを準備する。
- 授業による学生の習熟度を確認するために、試験問題を作成する。
- 臨床実習での指導は臨床実習指導者に一任しているが、学生の臨床実習にふさわしい実習施設の確保、臨床実習指導者との事前打ち合わせ、学生の状況確認や指導・教育なども行っている。
- 専任教員は、それぞれの役職・身分に応じて、学内で組織されている各種委員会などに参加する。
- 専任教員は、病院や診療所など主に医療関連施設に出向いて、実際に診療業務に従事することも多い。
- 専任教員は常に研鑽を積んでいる。これは臨床で働く人、養成校で働く人など働く領域にかかわらず、理学療法士である限り常に心がけて実行すべきことである。研鑽の積み方にはいろいろある。たとえば、以下のようなものがある。
 - ① 臨床能力を高めるために研修会や講習会などに参加する。

②理学療法に関連する学際領域において自らが研究活動を実践する。

② 研究施設で働く理学療法士

- 研究施設で働く理学療法士は、一般に研究者と呼ばれる。
- 研究者とは、簡単にいえば、「一人で学術論文を書くことができ、しかも国際専門誌の編集者や査読者に論理的に説明できる人」である。研究者は、物事の真理を追及する意思が強く、きちんとした研究計画の立案と研究の実践ができなければならない。
- 研究施設に働く研究者の条件は多くの場合、博士号や修士号を取得している人、もしくは、それと同等の研究実績や業績がある人である。
- 研究施設で働く研究者としての理学療法士の研究活動は、医療のためだけでなく、社会のためにも展開している。
- 研究施設に働く理学療法士は、自らが発案した独自の研究を行うことはもちろんのこと、企業などとの共同研究、委託研究、受託研究なども行っている。
- 研究を実践していくには、経費がかかる。そのための研究費を獲得する必要がある。上述した共同研究なども研究費獲得の方法である。研究者は、そのために研究費の申請をし、契約を交すこともする。
- 研究者は、研究成果を学会や研究会、論文などで発表する。また、他者が学術誌などに投稿した論文や応募した研究課題などを審査することもある。

6-4 スポーツの現場

A スポーツ関係に従事する理学療法士

① 理学療法士が働くスポーツ関係施設

- 数は少なく、公的機関の代表的な施設としては国立スポーツ科学センター（東京都）や財団法人スポーツ医・科学研究所（愛知県）などがある。その他、「〇〇センター」などと呼ばれるような私的機関もいくつかあるが数少ない。
- 理学療法士のなかには、プロ野球チームやプロサッカーチームに所属して働いている者もいるが数少ない。また、企業のスポーツチームや大学、高校などの運動部で働いている理学療法士もいるが、そのほとんどは非常勤の理学療法士として従事している。
- 2011年3月の時点では、理学療法士が働く全職場のうち、スポーツ関係施設に勤務している者はせいぜい全体の0.27%である（表6-3）。

② スポーツ関係施設で働く理学療法士

- スポーツ・健康施設で働く理学療法士は、アスレチックトレーナーとしての仕

表 6-3 スポーツ・健康関係施設に従事している理学療法士の割合

施設の種類	会員比率 (%) *
1 スポーツ関係施設	0.04
2 フィットネス関係施設	0.01
3 企業健康・健康産業	0.16
4 その他	0.06
合 計	0.27

* 調査全対象者数：66,256 名

事にも従事し、さらには研究者としても従事している者もいる。

- 理学療法士でアスレチックトレーナーとしての仕事に従事している者は、日本体育協会（JASA）が認定しているアスレチックトレーナー（AT）の資格を有しているか、もしくは全米アスレチックトレーナー協会（N.A.T.A）が認定しているアスレチックトレーナーの資格（ATC）を有している。
- スポーツ関係施設で研究者としても従事している理学療法士は、大学院の修士号ないし博士号を取得している者もいるが、その数はまだ少ない。
- スポーツチームなどに属している理学療法士も、その多くは AT もしくは ATC を取得し、鍼灸師やマッサージ師の資格を有している者もいる。

③ スポーツ関係施設で働く理学療法士の仕事

a. スポーツ関係施設で常勤の理学療法士として従事している人の場合

- 医療機関で働く理学療法士と同様に、臨床業務をしている。主にスポーツによるけがによってスポーツを満足にできない選手を対象に、スポーツ復帰を目的としたアスレチックリハビリテーションを実施する。すなわち、スポーツ選手のために必要な各種理学療法を実施し、スポーツ復帰に必要な体力や運動能力などを回復させるために必要なトレーニングメニューを立案する。
- けがなどのないスポーツ選手などに対しては、フィジカルチェックやメディカルチェックを行っている（図 6-8、図 6-9）。これによって、スポーツ外傷や障害の予防とパフォーマンス向上に役立てている。
- 研究部門を有している施設では、研究プロジェクトを組織してスポーツに関連するさまざまな研究に取り組んでいる。上記のフィジカルチェックやメディカルチェックもその実践の 1 つとして位置づけていることもある。
- 時にはスポーツ現場に出向いてスポーツ選手のけがの応急処置や予防のためのトレーナー活動をする（図 6-10）。

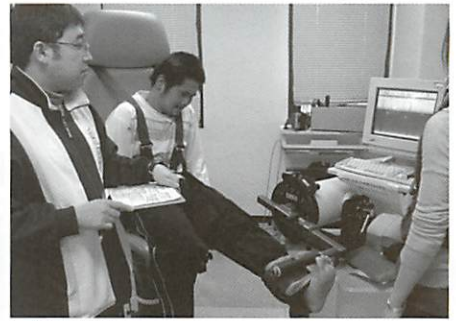
b. スポーツチームなどに属している理学療法士の場合

- プロスポーツチームに属している常勤の理学療法士の場合は、その理学療法士が AT や ATC、鍼灸師やマッサージ師など他の資格を有しているのかどうかによって、またチームの考え方によって、その役割はさまざまである。
- 社会人、大学、高校などの運動部やスポーツチームなどに非常勤理学療法士として属している理学療法士の場合も、プロスポーツチームに属している常勤の

JASA : Japan Sports Association
 AT : Athletic Trainer
 N.A.T.A : National Athletic Trainers Association
 ATC : Athletic Trainer Certified



a. 身体計測（形態計測、関節可動域測定、関節弛緩性テストなど）



b. 筋力測定



c. 運動能力測定



d. 運動後の筋疲労度や筋緊張度の測定



e. バランス能力測定



f. 動体視力測定

図 6-8 フィジカルチェックの実施

選手用		フィジカルチェック(2006)	
チーム	測定年月日	<体型> 身長 _____ 体重 _____ BMI _____ 体脂肪率 _____	
氏名		<下肢のサイズ(cm)> 右 左 左右差 脚長(下肢の長さ) _____ 大腿周囲径(太ももの太さ) _____ 下腿周囲径(ふくらはぎの太さ) _____ 足長(足のサイズ) _____	
番号	入学年 _____ 学年 _____		
初回			
初回からの期間	_____ヶ月		
<関節柔軟性> 右 左 手関節 _____ 肘関節 _____ 肩関節 _____ 立位体幹前屈 _____ cm 上体そらし _____ cm		股関節外旋(足先外また開き) _____ 股関節内旋(内また開き) _____ 股関節前後開脚 _____ (m) (開脚歩行4歩) 股関節側方開脚 _____ (m) (開脚歩行4歩) 反張膝(膝関節のそりかえり) _____ 膝関節屈曲 _____ 足関節 _____	
<筋力(N)>(体重比) 膝伸屈筋力(ける力) 膝屈伸筋力(おける力) 右 左 右 左 最大筋力 _____ 低速度の筋力 _____ 中速度の筋力 _____		<垂直とび(cm)> 両脚 _____ 右脚 _____ 左脚 _____ (10秒間の回数) _____ 片脚 _____ 両脚 _____	
<屈曲/伸張比> (ける力とおける力のバランス) 最大筋力 _____ 低速度の筋力 _____ 中速度の筋力 _____		<片脚立位バランス60秒> 右 左 開眼 _____ 閉眼 _____ 閉眼/開眼 _____ (数値が大きいほど不良)	
<静止視力> 右 _____ 左 _____ <動体視力> 右方向 _____ 左方向 _____ 眼球運動 _____ 周辺視野 _____ 瞬間視 _____ 瞬間視 _____ (タキメーター) _____			
備考 _____			
コメント _____			

図 6-9 選手のフィジカルチェックの結果のフィードバック用紙

選手だけでなく、コーチングスタッフにも配布し、選手自身に対しては身体のコンディショニングに関する自己管理への意識づけに、コーチングスタッフに対しては選手個々の身体的特徴に配慮した日々の練習メニュー立案に役立てる。

理学療法士の場合と同様に、その役割は左右されさまである。しかし、多くの場合、スポーツ現場などに出向いて以下のような役割を担っている。

①けがをした選手の身体のチェック (図 6-11)



図 6-10 選手に再発予防のためのテーピング



図 6-11 選手のけがの状態の把握



図 6-12 選手のコンディショニングのために必要なマッサージを施す

- ②医療機関の紹介もしくは医療機関への同行
- ③リハビリテーションの指導・実施
- ④選手個々のスポーツ外傷再発予防策の提案と実践（図 6-10、図 6-12）
- ⑤競技への帯同と急性外傷に対する応急処置
- ⑥フィジカルチェックの計画と実践などを通して、チーム内におけるスポーツ外傷予防に関する教育・指導（図 6-8、図 6-9）

④ スポーツ現場で働くトレーナーの仕事

- スポーツ外傷の応急処置，選手の健康管理，スポーツ外傷の予防対策を講じることなどがある。
- スポーツ選手がスポーツ復帰をするための手助けをする，すなわち，選手個々の傷害の記録，リハビリテーション，コンディショニング，テーピングの実施，選手・コーチ・医師などとの連携役などである。



プロスポーツチームに従事している常勤の理学療法士の役割（例）

- 主にメディカルリハビリテーションの分野を担当し、アスレチックリハビリテーションの実施や競技などへの同行は基本的にしない。
- 競技からの長期離脱選手に対するリハビリテーションプログラムの立案と実施、短期離脱選手のためのトレーニングメニューの立案と指導
- チーム内選手の要望に応じて、必要としているトレーニング方法の指導と実施、スポーツ動作の適切な指導とその動作確認
- スポーツ外傷を受けた選手の診療・検査などの同行
- チーム内選手のコンディショニング把握とパフォーマンス向上のためのフィジカルチェックの計画と実施
- 他のトレーナーのサポート
- その他

週間スケジュール

- 毎朝メディカルスタッフのミーティングを実施し、日々の選手の状態に関する情報を共有している。
- 基本的には、週4日ないし5日のリハビリテーションメニューを作成、実施する。
- 試合スケジュールや選手のコンディショニングによっては、休日にもリハビリテーションメニューが実施されることがある。

曜日	AM	PM
日	OFF	
月	トレーニングジムで ・各種理学療法 ・患部のトレーニング ・患部外のトレーニング ・動作練習 ・その他	グラウンドで ・ジョギング ・ボールを使った基礎練習 ・その他
火	月と同様	月と同様
水	OFF	
木	月と同様	月と同様
金	定期的な診察・検査に同行	
土	月と同様	月と同様

トレーニングジムおよびグラウンドで実施する詳細なトレーニングメニューは、適時変更する。



アスレチックトレーナーの責務

- トレーナーは、選手の身体を扱うので、そこには責任と義務が生じる。
- 何らかの医療資格を有していれば、その資格に応じた責任が伴う。
- もし、資格がなければ無資格者として、その行為を行うこととその結果の責任が問われる。
- 医療行為の最終責任者は、チームドクターもしくはかかりつけの医師である。日本では、アスレチックトレーナーという資格で医療行為をしてはいけない。

▶ 学習到達度自己評価問題 ◀

1. それぞれの職場にはどのような特徴があるのかまとめなさい。
2. それぞれの職場で理学療法を行っていくために注意すべき点を説明しなさい。
3. 教育・研究施設で働く理学療法士は、どんな仕事をしているのかを説明しなさい。
4. スポーツ関係で働く理学療法士は、どんな仕事をしているのかを説明しなさい。

7

理学療法士の職能って何だろう？

7
理学療法士の
職能って
何だろう？

▶ 一般目標 ◀

- 日本理学療法士協会と世界理学療法士連盟の活動について認識する。

▶ 行動目標 ◀

1. 日本理学療法士協会の職能団体としての活動内容の主なものについて説明できる。
2. 世界理学療法士連盟の活動内容の主なものについて説明できる。

▶ 調べておこう ◀

1. 世界中で最も多い理学療法士会員数を有しているのはどの国か調べよう。
2. 日本理学療法士協会の会員のうち、世界理学療法士連盟に加入している会員比率がどのくらいか調べよう。



A 理学療法士で構成される職能団体

- 理学療法士が属する最も身近な組織は勤務する施設であるが、国内外に理学療法士のみで構成される団体がある。
- 世界規模では世界理学療法連盟（WCPT）があり、そのなかに地域組織としてアジア理学療法連盟（ACPT）がある。
- 国内では全国組織としての公益社団法人日本理学療法士協会（JPTA）と、それを支える地方組織として47都道府県の理学療法士会（あるいは理学療法士協会）がある。
- 日本理学療法士協会は国から認可された団体であり、都道府県の理学療法士会（協会）は各都道府県知事より認可された団体である。
- いずれの団体も定期的に学術大会（学会）を開催し、新しい知識や技術の紹介や人的交流をはかり、地域ならびに世界の理学療法の発展に寄与している。

WCPT : World Confederation
for Physical Therapy
ACPT : Asian Confederation
for Physical Therapy
JPTA : Japanese Physical
Therapy Association

B 世界理学療法連盟(WCPT)

- 第二次世界大戦後の1947年、世界15ヵ国を代表する理学療法士組織の代議員による会議がもたれ、「世界人類の健康問題に対応するため、専門国際連盟とその専門機関による指導が必要である」との考えから、組織づくりが議論された。

表 7-1 世界理学療法連盟加盟国および理学療法士会員数（2011 年報告分）

地域 / 国名	入会年 (年)	会員数 (人)	人口 / PT 数 (人)	地域 / 国名	入会年 (年)	会員数 (人)	人口 / PT 数 (人)
アフリカ				日 本	1970	77,844	1,638
ボツワナ	2003	20 b	92,000	韓 国	1974	4,500	10,869
カメルーン	1999	59	346,102	クウェート	1999	183 e	19,727
エジプト	1978	650 d	120,524	マカオ	2011	63	8,540
エチオピア	1999	84	1,009,524	マレーシア	1974	500 d	56,500
ガーナ	1999	105	225,714	ネパール	2003	200	140,950
ケニア	1982	410	96,927	ニュージーランド	1951	3,145	1,390
マラウィ	1999	27	581,111	オマーン	2011	179	16,648
モーリシャス	2011	25	51,520	パキスタン	2011	1,200	138,817
ナミビア	1995	80	26,250	フィリピン	1970	363	258,981
ナイジェリア	1967	603 d	258,790	サウジアラビア	2003	563	46,377
ルワンダ	2007	160	62,500	シンガポール	1982	530	9,755
南アフリカ	1951	3,254 e	15,339	スリランカ	2003	90	226,667
スワジランド	1999	15	77,333	台 湾	1982	762	30,617
タンザニア	1995	38 e	1,088,158	タ イ	1978	1,050	60,838
ウガンダ	1995	66	514,848	アラブ首長国連邦	2007	30	168,667
ザンビア	1982	120	110,500	ヨーロッパ			
ジンバブエ	1970	24 e	524,167	オーストリア	1967	3,784	2,215
アジア-西部太平洋				ベルギー	1956	5,195	2,102
アフガニスタン	2007	200	150,900	ブルガリア	1995	290 e	25,966
オーストラリア	1951	9,580	2,320	クロアチア	1999	1,321	3,346
バーレーン	2007	80 e	13,875	キプロス	1988	418 e	1,962
バングラディシュ	2007	307	535,733	チェコ共和国	1995	1,128	9,317
カンボジア	2007	71	201,268	デンマーク	1951	8,855 e	626
フィジー	1995	32	27,813	エストニア	1999	164	8,110
香 港	1978	869	8,193	フィンランド	1951	7,134	754
インド	1967	21,511 e	56,526	フランス	1970	4,600	13,687
インドネシア	1991	762	307,585	ドイツ	1951	27,651	2,951
イラン	1982	1,552 d	48,550	ギリシャ	1974	600 a	18,650

(つづく)

- その結果、米国、カナダ、オーストラリアなど 11 カ国が創立メンバーとなって、1951 年に WCPT が創立された。2011 年の登録では 108 カ国、会員 34.5 万人以上を有する団体となっている（表 7-1）。
- 日本は加盟国のなかで最も会員数が多い。

表 7-1 世界理学療法連盟加盟国および理学療法士会員数(2011 年報告分)(つづき)

地域 / 国名	入会年(年)	会員数(人)	人口 / PT 数(人)	地域 / 国名	入会年(年)	会員数(人)	人口 / PT 数(人)
ハンガリー	1995	900	11,122	北米-カリブ海			
アイスランド	1963	455	703	バハマ	2007	24 e	14,583
アイルランド	1988	2,535	1,763	バルバドス	2003	30 d	9,333
イスラエル	1956	700	10,614	バーミューダ	1995	30	2,205
イタリア	1995	4,120	14,646	カナダ	1951	9,914	3,436
ヨルダン	1995	42	145,714	コスタリカ	2003	113 c	40,354
ラトビア	1999	290 e	7,759	キュラソー	1999	50 e	3,468
レバノン	1991	674	5,801	グアテマラ	1991	50	287,200
リヒテンシュタイン	1995	64 e	543	ガイアナ	2007	20	38,100
リトアニア	1999	391	8,414	ジャマイカ	1970	27	100,741
ルクセンブルグ	1978	341	1,496	パナマ	1991	124	28,468
マルタ	1999	100	4,200	プエルトリコ	1988	178	21,062
モンテネグロ	2007	116	5,379	スリナム	1974	39 e	13,590
オランダ	1956	17,500	949	トリニダードトバゴ	1999	34	39,382
ノルウェー	1951	6,620	742	米 国	1951	49,676	6,240
ポーランド	1967	1,000	38,090	南 米			
ポルトガル	1963	1,100	9,673	アルゼンチン	2011	1,124	36,050
ルーマニア	1999	125	171,440	ボリビア	1995	40 e	260,750
セルビア	1999	780	949	ブラジル	2007	5,215	37,057
スロバキア	2011	974	5,575	チ リ	1967	500	34,380
スロベニア	1995	650	3,108	コロンビア	1959	500	91,020
スペイン	1974	5,283	8,711	エクアドル	2003	135 d	109,556
スウェーデン	1951	9,577	974	メキシコ	1970	310	350,419
スイス	1963	7,981	976	パラグアイ	2011	185	34,595
シリア	2003	181	113,923	ペルー	1999	30	985,000
トルコ	1974	987	72,280	ウルグアイ	1967	200	16,800
ウクライナ	2011	113	402,478	ベネズエラ	1978	200	145,900
英 国	1951	38,375	1,621				

a : 1999 年報告分, b : 2003 年報告分, c : 2006 年報告分, d : 2009 年報告分, e : 2010 年報告分, 日本については 2012 年 6 月現在
 資料 : 1. 世界理学療法連盟ホームページ, 2. 世界の人口順リスト (wikipedia)
 人口 / PT 数は上記資料より筆者作成

■その目的は理学療法教育の基準の改善, 対象者への質の高いサービスや社会貢献などで, 各国の協会を援助し, 健康に対する社会的・政治的問題についての提言や世界保健機関 (WHO) などの国際機関と協力しながら合法的な活動を行い, 世界のリハビリテーション医療の発展と充実に寄与するものである。

WHO : World Health Organization

- 国際的、非政府的、自発的、職業的な団体で、会員は「国籍、人種、皮膚の色、政治、性別、社会的地位を理由に制限をしない」とされている。
- WCPT は加盟団体をアフリカ（17 カ国）、アジア-西部太平洋（26 カ国）、ヨーロッパ（40 カ国）、北米-カリブ海（14 カ国）、南米（11 カ国）の 5 つの地域に分けて組織づくりをしており、各地域で理学療法活動を展開している。
- わが国は WCPT の一員であり、JPTA の会員は自動的に WCPT の会員となるシステムになっている。
- 理学療法士の教育制度は国ごとに異なり、世界的に統一されてはいない。また、各国内でも複数の教育制度をもっている国もあり、国情に応じた教育を行っている。

C アジア理学療法連盟(ACPT)

- WCPT のアジア-西部太平洋地域のなかのアジア諸国で構成されている。
- 1981 年にインドネシア、大韓民国（韓国）、フィリピン、マレーシア、台湾、タイと日本の 7 カ国で ACPT が創設された。
- 目的は WCPT と同様であるが、アジア地域の理学療法士の相互理解と友好を深め、アジア地域の理学療法の発展をはかるための非営利団体である。
- 地域別の連盟会員数と人口比からみた理学療法士数は欧州、北米と比べると少なく、欧州、北米ではおおよそ人口 4,000 ～ 6,000 人に理学療法士 1 人の割合であるが、アジアは約 22,000 人に 1 人である。
- わが国は人口比で約 1,600 人に 1 人の割合で理学療法士がおり、会員数では世界第 1 位、人口比でも主要国中、英国について第 2 位の数である。
- ちなみに韓国では 1 万人、台湾では 3 万人、フィリピンでは 26 万人に 1 人の割合であり、地域内での格差も大きい。
- アジアでは東洋医学といわれる医療形態があり、他の地域にはない特徴がみられる。とくに韓国では「韓医学」として長い伝統に培われた医療があり、西洋医学との両面で理学療法の治療体系を構築している。
- WCPT、ACPT のメンバーではないが、近年、中国もリハビリテーションに注目し、理学療法士の育成に力を入れており、わが国からも理学療法教育構築のために人材派遣を行っている。
- アジア独自の文化圏のなかでわが国への期待は大きく、重要な役割を担っている。

D 公益社団法人 日本理学療法士協会(JPTA)

① 日本理学療法士協会の歩み

- 1966（昭和 41）年 7 月に 110 名の有資格者で結成され、1972（昭和 47）年には社団法人、2012（平成 24）年には公益社団法人となり、2012 年 12 月現在で

84,084 名（組織率 83.6%、国家試験合格者累計 100,560 名に対する割合）の会員を擁する理学療法士の団体である。

- その目的は「理学療法士の人格、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はかるとともに国民保健の発展に寄与することにある」とされている。
- 職能団体と学術団体の 2 面性をもっている。
- 職能面では理学療法士の社会的地位の向上や職域の拡大などを目指して活動しており、近年は高齢者の健康維持や寝たきりにならないための生活指導などにも力を入れている。
- 学術面では会員の技能や資質の向上を目標に全国規模の学術大会や研修会、講習会などを開催するとともに、理学療法効果検証への研究を進めている。
- 1974（昭和 49）年には WCPT にも加盟し、世界各国からの理学療法士の研修受け入れ、あるいは青年海外協力隊などへの協力を行うとともに、海外からの留学生や学生を奨学生として受け入れ、教育的・経済的支援も行っている。
- わが国は WCPT のアジア-西部太平洋地域に属し、1983 年から 1991 年までの 9 年間、常任理事国を勤め、1999 年には横浜で世界理学療法連盟学会を開催して国内はもとより、国外に向けて日本の理学療法の情報を発信した。

② 理学療法士会

- 全国 47 都道府県には理学療法士で構成される「理学療法士会（あるいは理学療法士協会）」があり、それぞれの都道府県において公益社団法人や一般社団法人を取得している。
- 日本理学療法士協会と連携しながら、各都道府県のリハビリテーション医療の発展に尽力している。
- 各都道府県においても職能と学術の両面で活動しており、職能面では独自の活動あるいは医療行政への参加、協力や近隣関係団体との連携などを通して住民への働きかけを行っている。近年、介護認定事業や障害者支援への協力体制を整えている。
- 学術活動では単独の学会や研修会などを実施するとともに、全国を地域別に 8 ブロックに分割し、それぞれのブロックで学会を開催するなど、全国規模とは異なった学術活動を展開している。会員にとってはより身近な所属団体として活用度も高い。

③ 職能団体としての日本理学療法士協会の活動内容

a. 東日本大震災に関する事項

- 2011（平成 23）年 3 月 11 日の東日本大震災にあたり、日本理学療法士協会としても事務局員の現地派遣、ボランティア派遣と調整、被災士会への金銭的支援、移動補助具の供給、他団体との調整など専門職団体としてできる限りの力を尽くしつつ、厚生労働省をはじめ行政府などに対してもさまざまな要望書を提出してきた。主なものを下記に示す。

- ① 2011（平成 23）年 3 月 28 日：被災障害者および高齢者の「寝たきり化」予防のための要望
- ② 2011（平成 23）年 3 月 25 日：東日本大震災における理学療法士作業療法士学校指定規則の除外規程設置の要望
- ③ 2011（平成 23）年 3 月 21 日：大震災に伴う高齢避難者の廃用症候群（生活不活発病）予防について（要望）
- ④ 2011（平成 23）年 3 月 18 日：東北地方太平洋沖地震による被災高齢者、障害児・者への支援活動について（要望）－国民への発信と専門家ボランティアについての体制づくりについて－

b. 診療報酬および介護報酬などに関する事項

- 基本的に病院への就職絶対数は多いものの、近年、診療所（クリニック）、介護老人施設および在宅医療・介護サービス提供施設への就職比率が高くなってきている（表 7-2）。制度的に地域に根ざした小規模・多機能サービスの拠点づくりが急務となってきている。
- また、日本理学療法士協会として、医療情勢の変化に相応し、実情に見合うリハビリテーションの供給体制を充実させるべく、診療報酬と介護報酬におけるリハビリテーションの機能連携に重点を置いたさまざまな要望書を厚生労働省などに提出している。主なものを下記に示す。
 - ① 2011（平成 23）年 11 月 10 日：2012 年診療報酬改定要望
 - ② 2010（平成 22）年 12 月 14 日：医療制度等に関する要望書
 - ③ 2009（平成 21）年 8 月 20 日：リハビリテーション供給体制の見直しについて
 - ④ 2009（平成 21）年 6 月 12 日：日本臨床整形外科学会平成 22 年度診療報酬改定要望書（Ver.4）－日本理学療法士協会の考え方－
 - ⑤ 2008（平成 20）年 2 月 13 日：平成 21 年度介護報酬改訂に関する要望
 - ⑥ 2008（平成 20）年 12 月 8 日：日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会共同介護報酬改定要望書（社）全国老人保健施設協会との議論に基づく 3 協会案
 - ⑦ 2008（平成 20）年 9 月 3 日：訪問リハビリテーション創設に関する要望書

c. 理学療法士教育に関する事項

- カリキュラム改正は、1999（平成 11）年に実施されたが、その後見直しがされないまま現在にいたっている。
- リハビリテーション分野の業務拡大により、現状にあったカリキュラムの検討が必要なため、カリキュラム改正のための審議会開催の必要性を要望している。
- 全国私立リハビリテーション学校協会（現、一般社団法人日本リハビリテーション学校協会）を中心に、2003（平成 15）年以降、厚生労働省医政局医事課も交え、理学療法および作業療法等の専門家で組織した検討委員会を設置し、教員の資質および教育内容の向上を目指し、具体的な対応策の検討および提言のとりまとめ作業を行ってきた。

- 2009（平成 21）年 5 月 14 日付けで、下記内容についての要望書を提出している。
 - ①専任教員となることができる要件を厳格にすること
 - ②実習指導者および教員の資質向上のためのマニュアルやガイドラインの作成を支援すること
 - ③高齢社会の要請に応えるべく、介護老人保健施設、介護福祉施設、通所リハビリテーション、および訪問リハビリテーション等での実習について適切な位置づけを行うこと
 - ④臨床実習施設の要件を厳格にすること
 - ⑤教育内容の高度化に対応するためのカリキュラムの改正を行うこと
- 2010（平成 22）年 12 月 14 日には、あらためて理学療法士教育に関する事項として、下記の事項についての要望書を提出している。
 - ①「理学療法士及び作業療法士法」の改訂
 - 理学療法の対象「身体に障害のある者」の改訂
 - 医師の指示「具体的指示」から「包括指示」の部分的導入
 - 理学療法教育の大学化
 - ②厚生労働省認可の専門学校専任教員資格要件の引き上げ
 - ③臨床実習指導者資格要件の引き上げ
 - ④厚生労働省および文部科学省の養成施設認可要件の引き上げ
 - ⑤卒後研修の義務化
 - ⑥医道審議会理学療法士・作業療法士部会による「理学療法士作業療法士学校施設指定規則」の論議
- 医学の進歩に伴い EBM やリスク管理の重要性が指摘されるようになり、これまでの最低限の履修年限である高卒後 3 年間の教育制度にも限界がきている。大学全入時代となった現在、日本理学療法士協会が示すように大学院をもふまえた 4 年制教育制度実現に向けた取り組みは緊急課題ともいえよう。こうしたことから 1965（昭和 40）年に制定された「理学療法士及び作業療法士法」の抜本的制度改革に向けた早急な取り組みが必要であり、“政治力” 抜きにはこの改革を成し遂げることは困難であろう。

EBM : Evidence Based Medicine

E 日本理学療法士連盟の歩み

- 今日、理学療法は広く認知されつつあるが、理学療法士の社会貢献は十分とはいえない。その育成は 4 年制大学、大学院教育と充実してきたが、さまざまな障壁により、理学療法士が実力を発揮できる職域は決して広くないのが現状である。
- 高齢者をはじめ、さまざまなハンディキャップをもつ方々の豊かな生活を実現するために、理学療法士のサービスを提供できる体制の実現が急務となり、2003（平成 15）年 2 月に日本理学療法士連盟を設立し、2004（平成 16 年）5 月に政治団体として歩み始めた。

表 7-2 理学療法士の職場

			2011（平成 23）年 3 月				
			会員数	会員比率	施設数	施設比率	
医療施設	病 院	大学病院	1,348	2.03	146	0.78	
		総合病院	9,478	14.31	1,164	6.24	
		老人病院	2,134	3.22	285	1.53	
		小児病院	379	0.57	64	0.34	
		一般病院（上記以外）	27,643	41.72	4,034	21.62	
		精神病院	51	0.08	17	0.09	
		結核病院	0	0.00	0	0.00	
		ハンセン病院	20	0.03	10	0.05	
		その他	2,024	3.05	251	1.34	
	診療所	診療所	5,406	8.16	2,067	11.08	
医療福祉中間施設	介護老人施設	介護老人保健施設	4,759	7.18	2,318	12.42	
		訪問看護・PT	1,092	1.65	589	3.16	
		在宅デイケアサービス	224	0.34	153	0.82	
		その他	317	0.48	190	1.02	
福祉施設	介護老人施設	養護老人ホーム	79	0.12	57	0.31	
		特別養護老人ホーム	214	0.32	189	1.01	
		老人福祉センター	13	0.02	12	0.06	
		老人デイサービス	185	0.28	156	0.84	
		その他	155	0.23	113	0.61	
	身体障害者更生援護施設	重度障害者授産施設	9	0.01	4	0.02	
		肢体不自由者更生施設	19	0.03	13	0.07	
		身体障害者療護施設	132	0.20	103	0.55	
		重度身障者授産施設	12	0.02	0	0.00	
		身体障害者更生相談所	15	0.02	13	0.07	
		身体障害者福祉センター（A・B型）	47	0.07	34	0.18	
		その他	88	0.13	52	0.28	
	児童福祉施設	肢体不自由児施設	255	0.38	55	0.29	
		肢体不自由児通園施設	94	0.14	39	0.21	
		重症心身障害児施設	179	0.27	59	0.32	
		知的障害児通園施設	14	0.02	10	0.05	
		その他	120	0.18	59	0.32	
教育・研究施設	教育・研究施設	養護学校	61	0.09	38	0.20	
		PT 教育施設	1,865	2.81	245	1.31	
		研究施設	124	0.19	61	0.33	
		その他	134	0.20	53	0.28	
行政関係施設	行 政	保健所	28	0.04	26	0.14	
		市町村保健センター	62	0.09	48	0.26	
		国県市町村（行政）	167	0.25	128	0.69	
		その他	115	0.17	76	0.41	
保健（健康産業）		スポーツ関係	24	0.04	14	0.08	
		フィットネス施設	6	0.01	1	0.01	
		企 業	103	0.16	54	0.29	
		その他	41	0.06	32	0.17	
その他		自 宅	5,471	8.26	5,471	29.32	
		営業（自営・開業）	87	0.13	72	0.39	
		その他	102	0.15	69	0.37	
		海 外	18	0.03	18	0.10	
保 留	不明者		1,343	2.03			
総 計			66,256	100.00	18,662	100.00	

	2010（平成22）年3月				2005（平成17）年3月				2000（平成12）年3月			
	会員数	会員比率	施設数	施設比率	会員数	会員比率	施設数	施設比率	会員数	会員比率	施設数	施設比率
	1,240	2.08	150	0.86	914	2.60	137	1.12	748	3.60	160	2.23
	8,810	14.79	1167	6.69	6,481	18.43	1160	9.45	4,151	20.00	1081	15.08
	1,905	3.20	316	1.81	1,221	3.47	268	2.18	778	3.75	237	3.31
	356	0.60	67	0.38	350	1.00	61	0.50	377	1.82	88	1.23
	24,824	41.66	3924	22.49	13,725	39.02	3237	26.36	9,439	45.48	3232	45.08
	47	0.08	17	0.10	34	0.10	16	0.13	18	0.09	11	0.15
	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	23	0.04	11	0.06	15	0.04	9	0.07	6	0.03	4	0.06
	1,833	3.08	242	1.39	1,175	3.34	225	1.83	46	0.22	10	0.14
	4,720	7.92	1921	11.01	2,267	6.45	1228	10.00	674	3.25	456	6.36
	4,282	7.19	2211	12.67	2,241	6.37	1560	12.70	987	4.76	844	11.77
	908	1.52	514	2.95	529	1.50	318	2.59	83	0.40	73	1.02
	177	0.30	133	0.76	68	0.19	55	0.45	20	0.10	20	0.28
	257	0.43	166	0.95	86	0.24	67	0.55	2	0.01	2	0.03
	61	0.10	45	0.26	22	0.06	19	0.15	14	0.07	11	0.15
	182	0.31	164	0.94	121	0.34	107	0.87	64	0.31	51	0.71
	11	0.02	10	0.06	9	0.03	9	0.07	39	0.19	27	0.38
	120	0.20	104	0.60	16	0.05	13	0.11	26	0.13	25	0.35
	109	0.18	83	0.48	24	0.07	14	0.11	38	0.18	27	0.38
	8	0.01	4	0.02	5	0.01	3	0.02	7	0.03	4	0.06
	20	0.03	13	0.07	14	0.04	9	0.07	14	0.07	6	0.08
	112	0.19	91	0.52	76	0.22	69	0.56	23	0.11	20	0.28
	8	0.01	8	0.05	7	0.02	6	0.05	7	0.03	4	0.06
	18	0.03	13	0.07	15	0.04	11	0.09	13	0.06	10	0.14
	46	0.08	33	0.19	63	0.18	47	0.38	62	0.30	47	0.66
	80	0.13	45	0.26	57	0.16	33	0.27	21	0.10	18	0.25
	259	0.43	53	0.30	282	0.80	59	0.48	225	1.08	62	0.86
	98	0.16	39	0.22	91	0.26	40	0.33	57	0.27	30	0.42
	166	0.28	57	0.33	101	0.29	40	0.33	22	0.11	16	0.22
	8	0.01	7	0.04	6	0.02	4	0.03	3	0.01	2	0.03
	111	0.19	53	0.30	94	0.27	45	0.37	39	0.19	24	0.33
	61	0.10	37	0.21	48	0.14	32	0.26	61	0.29	36	0.50
	1,833	3.08	246	1.41	1,219	3.47	181	1.47	631	3.04	131	1.83
	102	0.17	54	0.31	49	0.14	30	0.24	16	0.08	12	0.17
	124	0.21	56	0.32	45	0.13	32	0.26	42	0.20	20	0.28
	30	0.05	24	0.14	49	0.14	38	0.31	45	0.22	37	0.52
	68	0.11	53	0.30	89	0.25	73	0.59	120	0.58	94	1.31
	160	0.27	124	0.71	115	0.33	102	0.83	136	0.66	106	1.48
	100	0.17	73	0.42	104	0.30	69	0.56	85	0.41	57	0.79
	22	0.04	13	0.07	11	0.03	7	0.06	4	0.02	3	0.04
	9	0.02	2	0.01	4	0.01	1	0.01	7	0.03	3	0.04
	97	0.16	50	0.29	57	0.16	30	0.24	31	0.15	18	0.25
	32	0.05	26	0.15	17	0.05	12	0.10	5	0.02	5	0.07
	4,904	8.23	4904	28.10	2,681	7.62	2681	21.83	1,521	7.33		0.00
	77	0.13	62	0.36	91	0.26	69	0.56	48	0.23	46	0.64
	113	0.19	66	0.38	37	0.11	32	0.26				
	19	0.03			21	0.06	21	0.17				
	1,036	1.74			426	1.21						
	59,586	100.00	17,451	100.00	35,172	100.00	12,279	100.00	20,755	100.00	7,170	100.00

- 日本理学療法士連盟の役割には、日本理学療法士協会の掲げる以下の政策実現のための政治活動と、それを理解し、支援してくれる議員を応援する後援会活動がある。
 - ① 理学療法士の職能確立のため、理学療法士教育制度の改革
 - ② 予防分野における理学療法士の活動の推進
 - ③ 特定保健指導等への理学療法士参入の推進
 - ④ 診療・介護報酬分野等における理学療法士固有の技術、専門性の尊重、評価の推進
 - ⑤ 在宅医療ならびに在宅介護における理学療法サービスの供給拠点としての訪問リハビリテーションの推進
- これらの政策実現のためには法制度を変えなければならない。そのため日本理学療法士協会の主張を理解し、国政の場で力を発揮してくれる議員との連携は必須である。
- そして日本理学療法士連盟単独の組織代表候補者をもち、その代表候補者を国政の場に送り出せる力をもつことが重要課題である。
- 日本理学療法士連盟は、理学療法士のもつ力を、医療・介護施設や福祉施設の中だけでなく、生活の場である地域でも十分に活かすように日本理学療法士協会との強固な連携関係を築き、保健、医療、介護、福祉の場において国民中心のリハビリテーションサービスを実現するために日夜活動している。

▶ 学習到達度自己評価問題 ◀

1. 理学療法士免許取得後、所属することのできる理学療法士固有の団体をあげ、それぞれの関係を説明しなさい。
2. 日本理学療法士協会や都道府県理学療法士会（協会）の活動内容をあげ、国民あるいは地域住民に対してどのような役割を果たしているか説明しなさい。
3. 日本理学療法士協会が設立されたのはいつか。
4. 理学療法士が働く職場のなかで会員比率の高い施設はどこか。
5. 日本理学療法士連盟の活動内容を説明しなさい。

8

理学療法士に関連する法律を学ぼう

8
理学療法士に
関連する法律
を学ぼう

▶ 一般目標 ◀

1. 法規の概要について理解する。
2. 理学療法士が規制を受けている法規について理解する。

▶ 行動目標 ◀

1. 法規の概要について説明ができる。
2. 「理学療法士及び作業療法士法」の制定にいたる経過を説明できる。
3. 現況を鑑みたときの「理学療法士及び作業療法士法」のもつ課題を説明できる。

▶ 調べておこう ◀

1. 名称独占資格と業務独占資格の違いについて調べよう。
2. 日本国憲法の前文ぐらいは読解してみよう。



とかく「法律」や「法規」というと大変お堅い、難解な印象がある。法治国家であるわが国において、その一員として存在する以上は意識しようがしまいがさまざまな法律の制約のなかで生活を営んでいる現実がある。

一見、法律と似たようなものとして道徳がある。この法律と道徳との間には、秩序ある社会生活を営んでいくうえで大変重要な規範であるという点では同じようなものだが、法律を犯した場合には国家権力によって何らかの罰則が加えられるのに対して、道徳に反することをしたからといって国家権力によって罰則が加えられることにはならない点で異なる。

国は職責の重さを考慮して理学療法士を国家資格としている。保健-医療-福祉の領域に職域をもつ理学療法士が自らの職責を正しく全うするためには、自らが関連する法律について正しく認識することは大変重要なことである。

この章では、法に関する基本的事柄について解説した後、理学療法士に直接関連する法律である「理学療法士及び作業療法士法」について、現況ならびに将来をみすえいくつかの条文について問題提起する。

A 法規の種類と効力

- わが国における法のほとんどは成文法であり、この成文法のことを法規という。
- 法規は国による法規と、都道府県や市区町村などの地方自治体による法規とに

大別される。

- 国による法規には、最高法規である憲法をはじめ、法令と称する法律・命令（政令・省令または府令）がある。
- 地方自治体による法規には、条例や規則がある。
- 法規の効力は、憲法を最高法規として、その下に法律、そして命令の順となる。それぞれ上位に位置する法規に反しない範囲で効力をもつが、同じ順位の法規では後に制定された法規が前に制定されたそれより優位となる。

① 国による法規

a. 憲 法

- 「憲法」とは、国家としての組織や統治に関する基本的な事項を定めた最高法規である。
- わが国における憲法は日本国憲法と称する。
- 日本国憲法は、1946（昭和21）年11月3日に公布され、1947（昭和22）年5月3日より施行された。施行されてから現在まで一度も改正されたことはない。
- 民主主義、国民民主主義、基本的人権尊重主義、平和主義の原則に基づいており、前文および11章103条からなる（日本国憲法前文については付録1参照 [web](#)）。

web

b. 法 律

- 「法律」とは、憲法の定めるところにより、国会の議決をへて制定された法規である。
- 現行の憲法下において法律を発案・制定する手続には、以下の3つがある。
 - ① 内閣が法律案を提出する場合。
 - ② 議員が法律案を提出する場合。
 - ③ 両議院（衆議院、参議院）に設置された委員会が立案し、委員長名で提出する場合。
- わが国においては内閣が発議し、国会の議決にて法律として制定される場合がほとんどである。
- 理学療法士に関連する法律は、1965（昭和40）年法律第137号として「理学療法士及び作業療法士法」（全文は付録2参照 [web](#)）がある。

web

c. 命 令

① 政令

- 「政令」とは、憲法および法律の規定を実施するための命令、あるいは法律の委任したことを定めるための命令で、内閣が制定する。政令は国会の審議をへることなく制定できる。
- 前述の「理学療法士及び作業療法士法」に基づいて、理学療法士の免許に関することや養成学校の指定に関することなどについて定めた「理学療法士及び作業療法士法施行令」（全文は付録3参照 [web](#)）が、この政令に該当する。
- 「理学療法士及び作業療法士法施行令」のほかに関連する政令に、厚生科学審議会令と医道審議会令がある。

web

- **厚生科学審議会令**とは、法律である厚生労働省設置法に基づいて、理学療法士をはじめとする医療職を養成する学校や養成施設の指定に関する内容を調査・審議する審議会について定めた法規である。
- **医道審議会令**とは、医師や理学療法士など医療職の免許の取り消しなどの行政処分について審議する審議会について定めた法規である。審議会のなかにはいろいろな分科会があり、理学療法士に関しては「理学療法士作業療法士分科会」がその任を担うことになっている。

②省令または府令

- 「省令」とは、各省の大臣が主任の行政事務について、または法律もしくは政令の委任に基づいて発する命令のことである。
- 「府令」とは、内閣府の長である内閣総理大臣が発する命令のことである。
- 理学療法士に関する省令として、「理学療法士及び作業療法士法」および「理学療法士及び作業療法士法施行令」に基づいて、理学療法士の免許に関することや国家試験に関することなどを定めた「理学療法士及び作業療法士法施行規則」（全文は付録4参照 [web](#)）がある。
- 同様に、厚生労働省と文部科学省の共同の省令として、理学療法士養成の学校や養成施設の指定に関するさまざまな取り決めを規定した「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」（全文は付録5参照 [web](#)）がある。

web

web

② 地方自治体による法規

a. 条例

- 「条例」とは、憲法によって保障された自治権に基づいて、都道府県ないし市町村などの地方公共団体が、国の法令に反しない範囲でその団体の行政事務を処理するため、自らの事務に関して制定した法規である。自治体の長や議員が提案し（住民も制定を請求することができる）、住民の代表である議会の議決により成立する。

b. 規則

- 「規則」とは、条例と同様、地方公共団体が国の法令に違反しない範囲で定めた法規であるが、条例と異なり議会の議決をへることなくその自治体の長が制定するものである。

B 「理学療法士及び作業療法士法」の誕生

- 1960（昭和35）年の「厚生白書」に海外のリハビリテーション医療の現状が紹介された。
- 1961（昭和36）年の「厚生白書」には、リハビリテーションのための専門技術者の養成の必要性が唱えられた。
- 1962（昭和37）年の「厚生白書」には、専門技術者の養成に関する計画が報告された。
- 1963（昭和38）年、厚生省（現：厚生労働省）は理学療法士、作業療法士身

WHO : World Health Organization
WCPT : World Confederation for Physical Therapy

分制度調査打合会を設置した。

- この調査会は、欧米先進国の理学療法士や作業療法士に関する制度、世界保健機関（WHO）の勧告、世界理学療法連盟（WCPT）の意見などを参考に、理学療法士ならびに作業療法士の①日本語での呼称、②業務内容とその範囲、③資格要件（教育課程、試験、免許、欠格事項など）、④養成校の開設基準などについて厚生大臣に意見書を提出した。
- 1965（昭和40）年6月29日に法律第137号として「理学療法士及び作業療法士法」が公布された。
- この法律の施行に必要な政令・省令（A 11 cで既述）が制定された。

C 「理学療法士及び作業療法士法」を解剖する

この法律は、以下に示す6つの章と附則から構成されている。

第1章 総 則（第1～2条）

第2章 免 許（第3～8条）

第3章 試 験（第9～14条）

第4章 業 務（第15～17条）

第5章 理学療法士作業療法士試験委員（第18～19条）

第6章 罰 則（第20～22条）

附 則

- この法律が制定された当時、理学療法士の職域は医療領域が想定されていた。
- 当時から50年あまりの時間が経過し、理学療法士の職域は医療領域だけに留まることなく、保健や福祉領域にまで広がりを見せており、年間の養成数が1万人近い状況にある。
- このような状況にあって、法律の文面が現状にそぐわないところや将来的に改訂することが望ましいところ（下線で示す）が散見されるので、その条文を抜粋し、解説を交えながら問題提起する。

（この法律の目的）

第1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、もって医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

[問題提起]

- 理学療法士の活躍の場が、医療領域だけではなく介護領域まで広がっているので、保健・医療・福祉の普及および向上に改めるべきではないだろうか。

（定義）

第2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はかるため、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。

〔問題提起〕

- 理学療法の「対象」を身体に障害のある者と限定しているが、現在の理学療法の本幹である運動療法は治療的側面だけでなく、予防ないしは健康増進の意義も有しているので、健常者も対象になるのではないだろうか。
- 「対象」を理学療法が有効に作用すると想定される者に改めるのはいかがだろうか。

(定義)

第2条

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。

(名称の使用制限)

第17条 理学療法士でない者は、理学療法士という名称また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。

〔問題提起〕

- 理学療法士の名称を用いてとあるのは、**名称独占**といわれるもので、国家資格である職種の名称にはそれ自体にある種の権威が存在するため、その職種の免許を有しない者が、その職種の名称やそれ類似する名称を使用してはならないとされている。
- 国家資格は、法律による規制により、つぎのように分類できる。
 - ① 業務独占資格：医師、歯科医師、薬剤師、看護師など、有資格者以外が携わることを禁じている業務を独占的に行うことができる資格。
 - ② 名称独占資格：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など、有資格者以外は



わが国において、理学療法士という職業が法律を根拠に誕生して50年になるのかとされている。50年前のわが国は、欧米先進国を目標とする発展途上国であり、15人の働き手（働き手のことを専門的には生産年齢人口といい、15～64歳人口を指す）で高齢者（65歳以上）1人を支える体制にあった。それが今や国民1人あたりのGDP（国内総生産）では米国、中国について世界第3位の地位を占めるほどの経済大国であり、2.5人の働き手で高齢者1人を支えなければならないといった世界最速で少子高齢社会を迎える国でもある。何事も50年も経過すれば当初といろいろ違ってくる。50年前の理学療法士に期待されたことは、主として病気やけがをした働き手をできるだけ早期に社会復帰させる支援であったが、今や理学療法の対象者は老若男女を問わず、障害の有無を問わず、それこそあらゆる人々までに広がりつつある。このような状況にあって理学療法士の存在をより確かなものにしていくためにも現状に見合った法律に適時改正していく必要を感じる。そのためには理学療法士自らの政治的活動が大変重要と考える。

その名称を名乗ることを認められていない資格。

- 理学療法士は業務独占資格ではないので、資格がない者が理学療法業務に携わっても違法ではないことになる。
- 今後、理学療法士が権威ある職種として存在するためには、名称独占だけではなく、業務独占の資格になるように理学療法士自身の精進と政治的活動が必要になるのではないだろうか。

▶ 学習到達度自己評価問題 ◀

1. 法規の階層について説明しなさい。
2. 1965（昭和 40）年に施行された「理学療法士及び作業療法士法」の内容に関し、現在の理学療法（士）の実態を反映していないと思われるところを指摘しなさい。