

【総説】

## 理学療法の現状と展望

吉川 卓司

聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部理学療法学専攻

(連絡先) 053-439-4309 (研究室電話)  
053-439-3498 (FAX)  
takashi-y@seirei.ac.jp

## Current State of Physical Therapy and Prospects for the Future

Takashi YOSHIKAWA

Division of Physical Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University

### 要 旨

理学療法業界の現状と展望について職業的側面、教育的側面、学術的側面から述べた。

職業的展望としては、業務の方向性、診療報酬と介護報酬の二面から捉えて述べた。業務の方向性を、対象者の疾病・障害の発生時期と対象者の疾患・障害から検討した。疾病・障害の発生時期では急性期と維持期が増える傾向を、対象者の疾患・障害では整形外科領域と中枢神経障害領域以外での展望について検討した。教育的展望としては、ICFを臨床実習場面でどのように運用するかについての工夫、臨床実習での個人情報取り扱いの問題点と解決策、教育カリキュラムにおける大学院教育への展望について論じた。学術的展望としては国内外での内部障害分野の急速な増加について述べ、併せて理学療法学専攻教員の研究状況について紹介した。

キーワード：理学療法、職業、学術

Key words : physical therapy, profession, arts and sciences

## I. 職業的展望

### 1. 業務の方向性

#### 1) (超) 急性期と維持期

少子高齢化が進む中で維持期、高齢者向けの仕事の需要が基本的に増えている。そのことを反映して、学生の就職先として、また日本理学療法士協会名簿上の所属先として、介護老人保健施設や介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）あるいは訪問看護ステーションの実数や比率が年々高まっている。その一方、医療施設においては近年、入院患者の高齢化・重症化が進み、理学療法士の急性期、それもICU、NICUでの業務を含む超急性期の需要を喚起している。筆者のような呼吸領域で仕事をしてきた者にとってICUは通常の守備範囲であり、人工呼吸器の音、治療中の急な血圧低下、意識がない状態の患者への治療（人工呼吸中の患者の気道のクリーニングなどは、中途半端に意識があるよりむしろ完全に意識がない状態の方が人工呼吸器とのファイティングが起こりにくくてやり易かったぐらいである）などは「普通の」ことであった。今も昔もその状況に変わりはないのであるが、理学療法士は超急性期の仕事ができるという認識が医師に浸透してきたようである。そのことが急性期のできる理学療法士が求められる一番の理由であろう。つい先日、ある医師から呼吸を中心に内部障害の急性期の理学療法を充実させたいので、それに見合う理学療法士を紹介してほしいとの要請があったばかりである。またNICUでの理学療法に関しても大城教授の元に協力要請・問い合わせ・研修会講師要請が頻繁にきている状況である。学生の教育、資格取得者への研修に身が引き締まる思いである。

#### 2) 対象者の疾患・障害について

整形外科分野と中枢神経障害分野（成人ある

いは小児の脳血管障害など）が歴史的に理学療法士の治療対象の中心であったし、その傾向は現在も大きくは変わっていない。ただ近年の内部障害分野の増加の勢いは目を見張るものがある。20年前には呼吸機能障害の理学療法を常態として行っている病院・施設は全国でも10もあるかどうかであったと思うが、現在は500床以上の病院で呼吸機能障害を扱っていないところを探すのは難しい状況である。しかし、そもそも、ある一定の障害像や診療科だけを強く意識した理学療法を考えてきた今までの常識自体に疑問を感じるべきではないだろうか。かつて理学療法士養成校の学生時代に、日本人第1号のアメリカ合衆国リハビリテーション専門医たる博田節夫先生から、元来、アメリカ合衆国における医学的リハビリテーションの考え方は整形外科&リハビリテーション、内科&リハビリテーション、物理医学&リハビリテーション、・・・という組み立てであったと聞いた記憶がある。すなわちあらゆる診療科ごとにリハビリテーションをセットで考えるというのである。皮膚科であっても、泌尿器科であってもである。実際、大阪の星が丘厚生年金病院に博田節夫先生が勤務されていた時代、この病院には泌尿器科医を含めて4天王と呼ばれるリハビリテーション専門医が存在したのである（その泌尿器科医のご息女は私と同じ養成校の作業療法学科の1年後輩であった）。

その後、教科書には泌尿器分野についても脊髄損傷の理学療法の解説として出てくるが、その分野に長けた理学療法士というのを聞かないし、皮膚科領域、その他の領域についても同様である。全国に3年制の医療短大が次々とでき、その中で増え続けていた理学療法士養成課程の女子学生を前にして医療短大教員となった私は、女性の理学療法士が多くなれば産婦人科領域に

強い理学療法士がいてもよいと思い、ぜひ産婦人科領域に注目してみてほしいと訴えたのだが（実は今も訴えている）、その分野に長けた理学療法士というのをまだ聞かない。

何かおかしい。リハビリテーションはもっと広い概念であると我々リハビリテーション専門職はよく言うが、その意味するところの「病院での機能訓練だけではない」がそもそも奢りではないのか。「病院での機能訓練は十分であるが」などと言い切れるのであろうか。あらゆる診療科をカバーする気概も持たないで、お手軽な職域拡大意識に酔ってないだろうか。自戒を込めて提言する。職域拡大のためにはまず足元を見るべきであると。

## 2. 診療報酬と介護報酬

理学療法士業界はその国家資格成立前後から、4年制大学による養成教育、業務独占、開業権の3つを獲得すべく長年、理学療法士協会を挙げて取り組んできた歴史を持っている。懸案の3つのうち4年制大学による養成教育だけは現在達成され、我々もその恩恵に浴しているわけだが、これとて国家試験受験資格自体が4年制大学卒業となっているわけではなく、高卒3年の課程修了でよいことになっている。つまり、未完成と言わざるを得ない。他の2つに至っては、現時点においてはまったく見込みがない。理学療法士の開業権は欧米のかなりの地域で認められているし、開業権が認められているということは、医師の処方との問題をクリアして実質的に業務独占が達成されていると考えてよいだろう。

我々は業務独占とは程遠い、名称独占という何かさっぱり要領を得ないものを有しているだけで、むしろ義肢装具士、臨床工学技士という、業務がオーバーラップしてしまう国家資格を近

年作られてしまっている状況である。

このような状況下、国家資格成立以来、診療報酬と近年の介護報酬における理学療法士の（作業療法士でもあるが）位置づけは、理学療法士が専門職としてプライドを持って仕事をする上での重要なファクターであった。しかるに今般、2006年度からの診療報酬と介護報酬の改定において理学療法士の位置づけが苦しい状況に追い込まれつつある。まだ検討中で詳細未定の部分があるという公表の詳細は中医協（中央社会保険医療協議会）公表資料<sup>1)</sup>に譲るとして、今般改訂される診療報酬での最大の問題点は、施設基準名と診療報酬名から「理学療法」の文言が消え、全て「リハビリテーション」という包括的表現になったことである。この点は作業療法においても同様の扱いになったので、理学療法業界、作業療法業界ともに生じる問題であろう。つまり施設基準をみたとす施設においてさえ算定の対象疾患・障害（脳血管障害、運動器、心大血管疾患、呼吸器の4領域と限っている）と算定可能期間は特定するが、理学療法を行うか作業療法を行うかについては「どっちでもいいから適当におやりなさい」と言っているようなものである。筆者は「専任の常勤医師」が適切な判断に基づく処方を出すであろうから安心してはいるのであるが・・・。

加えて問題は、「基本（となる）施設基準」において「一定の条件を満たす『あん摩マッサージ指圧師等』が行う場合」という項目が明記されようとしていることである。過去の施設基準改定では看護師なども列挙されたことがあり、医師の処方があって、医師の指導監督の下では理学療法士・作業療法士以外の誰がやってもいいのだなというようなニュアンスがこもったりしたものだが、今回は少し様相が異なる。看護師や保健師・助産師は具体的に列挙されてい

いのである。ただし、「あん摩マッサージ指圧師」の後ろに付いている「等」の文字と「一定の条件を満たす」という文言に「検討中で詳細未定」という公表のされ方と相まっていろいろな想像と思惑が行き交っている。ここで作業療法士、言語聴覚士の方々にお聞きしたい。作業療法を作業療法士の代わりにあん摩マッサージ指圧師が行うことに賛同できるのか？言語聴覚療法を言語聴覚士の代わりにあん摩マッサージ指圧師が行うことに賛成できるのか？

一方、介護報酬の改定では、診療報酬とは違って報酬名として理学療法、作業療法、言語聴覚療法の文言が訪問看護や介護療養型医療施設で残りそうである。しかし、新たに始まる介護予防サービスにおいて、筋トレあるいはパワーリハビリテーションなる標榜の下に運動負荷の専門性が不明確なまま、ある一定の機器の導入だけが規定路線のように喧伝されているのは利用者にとっても理学療法士にとっても好ましい現象とは思えない。介護報酬に関してはまだ歴史が浅く、どのような報酬にすることが利用者の現状に適合するのか今後の検討課題と言えよう。

## II. 教育的展望（特に臨床実習における課題と展望）

### 1. ICF を臨床実習場面でどのように運用するか

世界保健機構（WHO）が国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）を発表して5年近く経過した。各種のキャンペーン、指導等により、保健・医療・福祉に携わる専門職の間にもICFの考え方が徐々に広まってきた。しかし、理学療法士養成課程における臨床実習についてはまだまだ未消化な現状がある。その取り組みにくさは浅

川の指摘しているように特に急性期に顕著である<sup>2)</sup>。

学内の授業においては、真っ白なキャンパス状態の学生に従来の国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）からICFへと解説し、知識として了解させることが可能なので多くの養成校の学内授業において学生の理解に支障は生じていない。ところが臨床実習においては全く様相が異なる。ほとんどの臨床実習指導者（厚生労働省の規定により3年以上の臨床経験が必要）は就職以来長年ICIDHになじんでおり、自身がこの観点で対象者の問題点を把握することに努めてきた。知識として近年のICFへの展開を知ってはいても、臨床現場での対象者評価のまとめ方や対象者・ご家族への説明のしかたにおいてはまだまだICIDHの名残が色濃く残っている。それなのに対象者の評価が中心課題となる臨床実習（評価実習）においては、「問題点の抽出」というのが最大のテーマとなるので、臨床実習指導者自身が長年行ってきた対象者評価の方法と異なる方法（ICF）で指導してほしいと養成校から要請されると、苦闘が始まることになるのである。

そのような現実はあるのだが、翻ってよくよく検討してみると、対象者の問題点の把握にいたる検査測定を進め方・内容、そしてそれらをまとめるところまでは従来の方式とICFでそんなに乖離があるわけではない。著しく違うのは問題点の整理の仕方の最終段階、その問題点の表現の仕方なのである。ということであれば、臨床実習指導者もICFに基づいた評価の整理の仕方<sup>3)</sup>を学生指導場面で工夫して提示していただくことを通じて、ご自身の対象者評価の最後の整理や、他職種との共通用語での情報交換・カンファランス、あるいは患者・家族へ

説明する場面で徐々にICF方式で表現する方式に変えていくうえでの一助となるのではないだろうか。あるいは逆に、現在臨床現場でご苦労されていることが学生指導場面に生かされるのかもしれない。このような見方は多少楽観的であるかもしれないが、いつの時代も大きな変換点での苦労は進歩・発展を促す作用があると自身の経験から感じている。臨床実習指導者、大学教員が協力してこの課題に取り組むことで理学療法士業界の進歩・発展に寄与したい。

## 2. 臨床実習での個人情報の取り扱いの問題

「個人情報は何が何でも開示してはいけない、とにかく個人情報を隠すことが人権保護だ」とでも言いたげな昨今の風潮である。個人情報保護法の主旨がどうも捻じ曲げられて解釈されている節がある。行政機関の透明性は後退するばかりで過剰反応の嵐だけが荒れ狂う状況にやっとなマスコミや政府が気づき、政府は本年2月末に運用見直しを15省庁間で申し合わせ、ようやく対策に乗り出した<sup>4)</sup>。

臨床実習施設と養成校間にもこの種の問題が噴出したが、養成校側は、「対象者（患者・利用者・参加者）の人権やプライバシーを侵害し、経済的あるいは精神的苦痛を強いるようなことが生じれば、責任をとる（職を辞す、損害賠償請求に応じる、裁判での審判に事を委ねる）覚悟はある。しかしその前に何か問題状況があるならば迅速かつ真摯に対応するし、準備として配慮する観点を明確に整理し、その観点に立って個人情報を扱い、処理し、廃棄する。その準備とはこの内容である」という申し出・宣言をすればよいと思う。なぜなら保健・医療・福祉のほとんどの専門職（臨床現場と学校それぞれの）には職務上知り得た情報の守秘義務がその身分法で規定されているので、専門職同士は問題が

生じればその規定に基づいて責めを負う覚悟があるはずである。あとはその身分法の対象にまだなっていない学生に対する注意だけである。しかしこれは、その学生の所属する学校の専門職集団たる教員の職業倫理に基づく当然の仕事であり、従来からも行ってきたことである。今までも、そしてこれからも、専門職養成課程学生として専門職と同等の善管注意義務（善良なる管理者による注意義務）を持って事に当たるよう教育するのである。さらに前記申し出・宣言の後半部分の中身を明示的に整理すればよいだろう。ただし、前記申し出・宣言の前半部分に養成校側の腰が引けていると、そのにおいを嗅ぎつけた臨床実習施設がそのような姿勢では臨床実習を受けられないと言うのである。堂々と前半部分の姿勢を打ち出せばよい。

個人情報保護法ができる前から職業倫理に準じた姿勢で養成校も教員も学生も臨んでいたと思うのは筆者だけであろうか。筆者は養成校の学生時代、教員から臨床実習前に厳しく注意を受け、覚悟をして臨床実習に臨んだ。個人情報だけでなく、「患者さんを転倒させて医療事故を起こした場合、臨床実習施設と学校だけで100%責任を負うと思うな。学生本人も法的・経済的責任を分担せざるを得ないこともあるし、そもそも道義的・倫理的には当然責任を回避できるわけがなかろう。」と厳しく指導された記憶がある。元来、個人情報保護法がなくても憲法上、民事上、刑法上に個人情報・プライバシー保護を謳った部分はあるし判例もある<sup>5)</sup>。その歴史の中で今までも個人情報には注意しながら取り扱ってきた実績はあったのである。養成校も教員も学生も、責任感を堂々と表明し、取り扱いに関する細かいことは誠意を持って仔細に詰めればよいと考える。名簿などに個人情報を載せる場合において、ホームページへの掲載などで

容易に知りうる状態になるときに、住所や電話番号などについて本人が削除を要求すれば名簿から消す条件を設定できるオプトアウトなど、活用できる手段を研究すべきであろう。読売新聞2006年3月5日(日)総合欄でも「問題は“思考停止”」と指摘している。

### 3. 教育カリキュラムに関して

保健・医療分野の急速な進歩によってますます高度化する理学療法の専門性を鑑み、理学療法士養成課程の高等教育の中での位置取りをより高めようという機運が国内外にある。カナダでは現在13の大学で理学療法士養成教育が行われているが、2010年までにすべてEntry-level Master program in Physical Therapy (MPT program: これは研究系プログラムたる Master of Science (MS) プログラムではなく、言わばMasterレベル専門職大学院プログラムにあたる)に改組することになっている。アメリカ合衆国においては2002年からMPT programで理学療法士養成教育が行われているが、この教育プログラムをEntry-level Doctor program in Physical Therapy (DPT program: Doctor of Philosophy (PhD) プログラムではなく、Doctorレベル専門職大学院プログラムにあたる)へ改変することを提唱している<sup>6)</sup>。日本はまだ専門学校(diploma program)と大学院(Bachelor program)が混在する状況であるが、高度な専門性やキャリア・アップを勘案すれば、専門職大学院での教育プログラムが望まれる。

## Ⅲ. 学術的展望

従来、我々理学療法士の臨床における主な守備範囲は整形外科分野、中枢神経障害分野(成人あるいは小児の脳血管障害を中心として)で

あったが、研究テーマにおける最近の内部障害分野での取り組みの増加には感慨深いものがある。特に呼吸障害領域での報告が増えており、第42回日本リハビリテーション医学会で呼吸リハビリテーションについてのパネルディスカッション<sup>7)~10)</sup>が行われるに至っては、呼吸理学療法を中心に臨床を行ってきた者としてまさに隔世の感である。また地域理学療法に関するものも増えている<sup>11)~14)</sup>。もちろん件数の多さでは今でも整形外科分野、中枢神経障害分野が圧倒的ではある。

一方、研究手法も多種多様になってきている。特徴的なものとして、実験的研究での動物実験が増えている<sup>15)~17)</sup>。臨床家としての自負を任じてきたわが業界において、基礎的分野の研究も怠らない姿勢に改めて勇気づけられる思いである。

また、欧米の主要な理学療法協会発行の学術雑誌(Physical Therapy—米国—、Physiotherapy—英国—、Physiotherapy Canada—カナダ—、Australian Journal of Physiotherapy—オーストラリア—)に目を転じると、数年前まで多かった熱傷に対する理学療法や動物実験による研究が近年かなり減少している。呼吸障害に対する理学療法・呼吸管理に関するものが増えてきているのはわが国と同じ傾向であるが、米国での症例は圧倒的にcystic fibrosis(嚢胞性肺線維症)が多いという特徴があり<sup>18)</sup>、この点はわが国と著しく異なる。現在のところ、わが国でcystic fibrosisが発見されたということ自体を聞かない。

最後に2006年3月現在でのわが理学療法学専攻教員陣の研究内容を中心とした紹介をしておく。

〈大城昌平教授〉

リハビリテーション学部において最若年で教授を務める俊秀である。東京医科歯科大学医学部

附属病院に3年、長崎大学医学部附属病院に18年勤務の後、本学に着任。小児・発達領域における理学療法士界のトップランナーである。趣味は散歩とのことで大学周辺の四季折々の作物畑や果樹園の景色を眺めては、常に教育・研究上の新機軸を練っている。

〈木村 朗助教授〉

代謝障害に対する理学療法、産業保健領域の理学療法におけるわが国屈指の専門家。理学療法士&糖尿病療養指導士として、糖尿病を中心とする生活習慣病に対する予防的・健康管理（教育）的活動・地域保健活動における理学療法士の役割を提言し、率先して活躍している。保健分野での仕事を通じて疫学的手法、統計学に強みを持つ。

〈大町かおり助教授〉

5年間の病院勤務後、専門学校、大学の教員を勤めつつ、東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻運動障害学講座肢体不自由学分野で一貫して運動学分野の研究に従事してきた。主な研究テーマは、若年者・高齢者・脳卒中片麻痺患者の立位時の姿勢制御、高齢者の立位姿勢と歩行能力および日常生活活動との関連性などである。

〈西田裕介講師〉

運動生理学、地域理学療法学、神経筋促通治療法を主テーマとした研究を行なっている若手のホープ。現在は、心拍変動解析を用いた自律神経活動の評価によって運動療法の効果判定を行う研究や運動強度を低く設定した低強度運動に関する研究、頭低位肢位における運動が生体に及ぼす影響に関する研究内容を進めている。

〈水池千尋助手〉

5年間、病院や介護老人保健施設で住環境整備、訪問リハビリテーション等に携わり、透析患者や摂食・嚥下機能障害のある高齢者に対す

るアプローチ、表計算ソフトを用いての業務改善支援プログラム開発などを行った。要介護高齢者の日常生活活動能力や摂食・嚥下機能障害に関する研究をさらに深めて継続し、新たに運動機能の質的解析の研究、理学療法学専攻学生の教育方法に関する研究を志向している。

〈重森健太助手〉

病院、介護老人保健施設で5年勤務後本学助手として着任。高齢者の運動機能の特徴を知るための研究、高齢者の転倒を防ぐための研究を行っている。現在の主たる研究テーマは、虚弱高齢者の運動機能評価に関する研究、虚弱高齢者の転倒事故に関する調査研究、介護老人保健施設のリハビリテーションシステムに関する研究であり、また虚弱高齢者の介護予防やトレーニング科学にも興味を持っている。

〈吉川卓司教授〉一筆者一

病院勤務時代から一貫して呼吸機能障害に対する理学療法、運動負荷時の呼吸循環応答、地域理学療法を主たる研究テーマとして手がけてきた。そろそろ研究の総仕上げなどと綺麗にまとまるつもりはまったくない。現在の主な研究テーマである呼吸に伴う胸郭の運動解析、地域理学療法活動一般化のためのコア要素特定、あるいはそれ以外のテーマにも貪欲に首を突っ込み、あがいていきたいと思っている。

## 引用文献

- 1) 中央社会保険医療協議会（議事録）：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/chuo.html>
- 2) 浅川育世：症例報告書にICFの概念を取り入れてみよう、PTジャーナル、第39巻第12号、1085-1092頁、2005年
- 3) 宮崎哲哉：ICFに基づく評価の進め方と記録、PTジャーナル、第39巻第10号、891-

- 897 頁、2005 年
- 4) 読売新聞 2006 年 3 月 5 日 (日) 総合欄
  - 5) 榎原 猛 (編): プライバシー権の総合的研究、第二章 日本におけるプライバシー保護制度、第一節 国家のプライバシー保護制度と保護対策、法律文化社、64-131 頁、1991 年
  - 6) 川口浩太郎: カナダ、アメリカ合衆国における理学療法学教育について、PT ジャーナル、第 39 巻第 5 号、426-429 頁、2005 年
  - 7) 小山照幸: QOL をみすえた周術期リハビリテーション、リハビリテーション医学、第 42 巻: 839-843 頁、2005 年
  - 8) 辻 哲也: 悪性腫瘍 (がん) の周術期呼吸リハビリテーション、リハビリテーション医学、第 42 巻、844-852 頁、2005 年
  - 9) 管 俊光、沖井 明: 周術期呼吸リハビリテーションとそのシステムリハビリテーション医学、第 42 巻、852-858 頁、2005 年
  - 10) 高橋紳一: 急性期治療での呼吸リハビリテーション—当院での工夫と課題—リハビリテーション医学、第 42 巻、859-861 頁、2005 年
  - 11) 村田 伸・津田 彰・稲谷ふみ枝・他: 在宅障害高齢者の転倒に影響を及ぼす身体及び認知的要因、理学療法学、第 32 巻第 2 号、88-95 頁、2005 年
  - 12) 山下弘二・佐藤秀紀・佐藤秀一: 地域における運動を通じた中高年者の健康づくり事業の現状と課題、理学療法学、第 32 巻第 5 号、34-349 頁、2005 年
  - 13) 宮本謙三・竹林秀晃・島村千春・他: 介護予防を目的とした運動教室の展開—小規模自治体からの実践報告—、理学療法学、第 32 巻第 6 号、384-388 頁、2005 年
  - 14) 藤澤宏幸・武田涼子・植木章三・他: 地域在宅高齢者における最大ステップ長と運動能力および転倒との関係、理学療法学、第 32 巻第 7 号、391-399 頁、2005 年
  - 15) 岡本眞須美・沖田 実・加須屋茜・他: 不動期間の延長に伴うラット足関節可動域の制限因子の変化—軟部組織 (皮膚・筋) と関節構成体由来の制限因子について—、理学療法学、第 31 巻第 1 号、36-42 頁、2004 年
  - 16) 武村啓住・細 正博・由久保弘明・他: ラット膝関節 2 週固定後の拘縮に対するストレッチが関節構成体に及ぼす病理組織学的影響、理学療法学、第 31 巻第 1 号、76-85 頁、2004 年
  - 17) 西田まどか・沖田 実・福田幸子・他: 持続的伸張運動と間歇的伸張運動が拘縮と筋線維におよぼす影響—関節固定法と後肢懸垂法を組み合わせたラットの実験モデルによる検討—、理学療法学、第 31 巻第 5 号、304-311 頁、2004 年
  - 18) Darbee, J. C., Ohtake, P. J., Grant, B. J. B., et al: Physiologic evidence for the efficacy of positive expiratory pressure as airway clearance technique in patients with cystic fibrosis. *Physical Therapy* 84(6): 524-537, 2004.