

愛知県理学療法士会

あいち2012

— 多様化した姿の標準化をめざして —

一般社団法人 愛知県理学療法士会

目 次

巻頭言	鳥山 喜之	1
-----	-------	---

第一部 一般社団法人 愛知県理学療法士会の現状と課題

愛知県理学療法士会の最近5年間の歴史	坂口 勇人	5
I. 事務局	加藤 文之	7
1. 総務部	池野 倫弘	12
2. ニュース編集部	安本 旭宏	13
II. 職能局	篠田 明	16
1. 業務推進部	山口 慎也	16
2. 保険部	熊谷 泰臣	17
III. 社会局	熊澤 輝人	20
1. 社会部	沼倉 功	22
2. 健康福祉部	荒谷 幸次	25
3. 小児福祉部	山本 佳司	30
4. 広報部	近藤 達也	33
IV. ブロック局	小川 智也	35
1. 名古屋ブロック	江口 雅之	37
2. 尾張ブロック	宮原 利博	39
3. 知多ブロック	飯田 文彦	40
4. 西三河ブロック	酒井 元生	42
5. 東三河ブロック	伊藤 淳	43
V. 表彰委員会	松野 俊次	45
VI. 組織委員会および法人設立委員会	片岡 寿雄	46
VII. 東日本大震災復興支援委員会	西山 知佐	50

第二部 特定非営利活動法人 愛知県理学療法学会の現状と課題

愛知県理学療法学会5年間の総括	青木 一治	55
I. 学術局	岸川 典明	57
1. 学術大会部	村上 忠洋	58
2. 研修部	大塚 圭	60
3. 学術誌部	太田 進	62
II. 教育局	岡田 誠	65
1. 生涯学習部	伊藤 直樹	66

2. 専門領域研究部	村瀬 政信	68
Ⅲ. 組織委員会	森嶋 直人	70

第三部 個人会員アンケート調査結果について

I. 目的	75
Ⅱ. 対象	75
Ⅲ. 方法	75
Ⅳ. 質問項目	76
V. 結果1（単純集計）	77
Ⅵ. 結果2（クロス集計）	88

第四部 医療・介護における理学療法の現状と課題

I. 背景・目的	107
Ⅱ. 方法	110
Ⅲ. 結果	111
Ⅳ. 現状と課題	112
1. 急性期における理学療法	112
2. 回復期における理学療法	117
3. 療養型における理学療法	122
4. 老人保健施設（入所）における理学療法	126
5. 通所系サービスにおける理学療法	129
6. 訪問における理学療法	133
7. 介護予防における理学療法	139
8. 脳卒中における理学療法	144
9. 循環器疾患における理学療法	149
10. 糖尿病における理学療法	154
11. がんにおける理学療法	157
12. 認知症における理学療法	163
13. 小児における理学療法	167
14. 運動器における理学療法	172
15. 理学療法士の養成校	176
V. 資料	180
1. 施設向けアンケート用紙	180
2. 養成校向けアンケート用紙	191
3. 今回協力のあった施設の施設基準	193
4. 今回協力のあった施設の基本情報	202

巻 頭 言

一般社団法人 愛知県理学療法士会
代表理事 鳥 山 喜 之

法人の社会的存在として、最低限の法令遵守や社会的貢献といった責任を果たすだけでなく、住民や地域、社会の顕在的・潜在的な要請に応え、より高次の社会貢献や配慮、情報公開や交流を自主的に行わなければなりません。そのためには、事業目的を明確にし、健全で継続した法人の運営に心掛けなければなりません。

任意団体愛知県理学療法士会は、2008（平成20）年に有限責任中間法人愛知県理学療法士会と特定非営利活動法人愛知県理学療法学会の2法人として設立しました。また、2008（平成20）年の一般社団・財団法人法の施行と中間法人法の廃止に伴い、愛知県理学療法士会は、有限責任中間法人から一般社団法人となりました。

この白書は、一般社団法人愛知県理学療法士会並びに特定非営利活動法人愛知県理学療法学会の過去5年間の事業活動や運営内容をまとめ、両法人の現状と今後の課題について広く一般市民、行政並びに関係団体等に理解していただくために発刊いたしました。

さて、わが国は少子高齢化という深刻な問題で、2010（平成22）年の日本の総人口1億2,806万人で、2048（平成60）年には1億人を割って9,913万人となり、2060（平成72）年には8,674万人になるといわれています。また、65歳以上の高齢者の割合は、2010（平成22）年現在の4人に1人から、2035（平成47）年に3人に1人を上回り、50年後の2060（平成72）年には2.5人に1人と超高齢化社会を迎えようとしています。

また、「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」によると、「介護や福祉サービス」と「高齢者向けの住宅」を重視する人が増加しています。身体機能が低下して介助が必要となった場合でも、自宅に留まりたい人が7割弱もいます。その一方、大都市部での独居老人が増加、孤独死などの社会問題なども発生しています。

社会保障構造の改革により、保健・医療・福祉の分野で働く我々理学療法士も大きな影響があり、2004（平成16）年1月に高齢者リハビリテーション研究会より、わが国の高齢者リハビリテーションの現状と課題、これからの見直しの方向性についてとりまとめた「高齢者のリハビリテーションのあるべき方向」が報告され、欧米にはない、急性期・回復期・維持期リハビリテーションという日本独自のリハビリテーションサービスの流れが提唱されました。

我々理学療法士は、急性期病院や回復期リハビリテーション病院をはじめ、介護老人保健施設、訪問看護ステーションから、地域医療・介護を提供する事により、「人間の生き方や社会と深く関わる」仕事をしています。また、障害児、障害者の社会参加や地域の人々がもっと元気で長生きできる社会を作れるよう社会活動も行っております。

最後に、この白書によって、愛知県下の理学療法士の現状と課題について、一層ご理解を深めていただければ幸いです。

第一部 一般社団法人 愛知県理学療法士会の現状と課題

愛知県理学療法士会の最近5年間の歴史

副代表理事 坂口 勇人

組織の成長、発展には積み重ねられた歴史があります。その時々リーダー、会員数、組織の質などによって、進むべき方向性も自ずと決まるものと心得ます。愛知県理学療法士会は、この5年間で大きな変化を遂げたと感じています。本稿では、その変化について概略を伝えることとします。

2007（平成19）年3月の定期総会において、士会長選挙があり、鳥山士会長が選出されました。私が愛知県理学療法士会に所属してからですが、候補者が複数名となり会員の投票による士会長の選出は初めてと記憶します。それまでは、このような形での立候補者が現れなかったことや会の円滑な運営のこともあり、理事会での事前の協議のもとに対立候補のないままに総会での選任決議が行われてきました。このことへの是非については言及するものではありませんが、投票による選挙があるとのことで、総会出席者数は例年にない数を確認し、会の発展への気運を大いに感じました。その後の2回の役員選挙では定数を越す候補者が出ないため、投票には至っておりませんが、これまでのような理事会推薦によるものではなく立候補による理事の選出となっております。数人の理事が入れ替わっておりますので、確認いただければと思います。また、2010（平成22）年に日本理学療法士協会の代議員規定が変更になり、会員数に見合った代議員数になりました。この時、定数以上の立候補により投票による選出が実施された都道府県は僅かに数士会だけでしたが、愛知県はその内の一つでした。人に推されての理事と自ら立った理事とでは、同じ責であっても感じる重みが違います。各局・部・委員会活動に反映されておりますので是非とも確認いただきたいと思います。

鳥山士会長主導で2008（平成20）年2月に任意団体である愛知県理学療法士会を解散し、同年4月に有限責任中間法人愛知県理学療法士会（鳥山代表理事）と特定非営利活動法人愛知県理学療法学会（鳥山理事長）が設立されました。2007（平成19）年当時2,000名を越える会員を有する団体として法人格を取得することは第一義的課題でありました。また、社会的貢献度の高い専門職集団として、閉鎖的な職能的側面と開放的な学術的側面を持っているため、その二面性が十分に発揮できるよう2法人としました。この具現化は、全国でも初の試みであり多方面から注目を浴びました。法人化の課題は、10年来に渡るものでしたが、短期間で成立させた執行部の活動力は賞賛に値します。2008（平成20）年に一般社団・財団法人法の施行と中間法人法の廃止に伴い、有限責任中間法人から一般社団法人に自動的に移行されました。現在は、一般社団法人から公益社団法人を目指すべく各局・部・委員会が活動しておりますので、会員の皆さまには課題を共有していただきたく切にお願い致します。また、2011（平成23）年度より特定非営利活動法人愛知県理学療法学会においては、鳥山前理事長から青木現理事長にその責が引き継がれました。このことにより、学術活動がより充実しつつありますので、多く

の参加とともに理学療法の実展に寄与いたしたいと願います。

2011（平成23）年3月11日、日本を襲いました未曾有の自然災害“東日本大震災”につきまして、日本国民ならびに世界中の人々が深い悲しみに満ちました。テレビなどのメディア映像を改めて拝見しました私たちでも身の毛もよだつ恐ろしい思いでした。直面されました被災者の方々の心身状態を察すると何とお伝えしたらよいかお掛けする言葉もございませんが、亡くなられた方々のご冥福ならびに被災された方々に心よりお見舞い申し上げるとともに一刻も早い復興をお祈り申し上げる次第です。震災からしばらくは救命を主とした医療活動が行われておりましたが、時間が経つにつれ心身の疲労と先の目途が見えないストレスから精神と身体の方方に崩れが生じてきた被災者に対し、理学療法士としての支援活動が必要となってきました。個人の活動として早い段階より多くの会員が支援活動に参加しておりましたが、継続的な支援として当事者である宮城県理学療法士会から要請が愛知県理学療法士会にありました。会として支援活動への取り組みですから、会員の調整や派遣に伴う旅費の捻出など、年度途中で行うには難題でした。鳥山代表理事の指示のもと、補正予算を組み、西山理事を責任者に任命し、速やかに行動に移りました。被害が膨大なだけに、どれだけの支援ができたかは私には評価できませんが、即時的に行動に移った決断力は評価できると思います。

5年間の概略としては不十分ではありますが、詳しくは各局・部・委員会の報告を熟読していただくことをお願いして報告と致します。

事務局 局長 加藤 文之

1) 活動状況について

2007（平成19）年2月の総会において、新しく鳥山喜之氏が士会長に選出され、2007（平成19）年度より事務局長として加藤文之、総務部長に故中條茂伯氏、財務部長に堀場充哉氏、ニュース編集部長に河尻博幸氏、事務局員として伴恵美子氏の体制でのスタートとなりました。この時点ではまだ職能関連、学術関連は同じ愛知県理学療法士会として活動を行っていました。

2007（平成19）年12月8日に臨時総会を開催し、2008（平成20）年度より愛知県理学療法士会は「有限責任中間法人愛知県理学療法士会」（以下 有限責任中間法人）と学術分野は「特定非営利活動（NPO）法人愛知県理学療法学会」（以下 NPO法人）として活動することとなり、2つの組織が共存・連携していくこととなりました。事務所は同じ場所であるが、別法人であることより部屋を区切り使用することとなりました。役員も有限責任中間法人、NPO法人で事務局長、総務部長は兼任し、財務部長は有限責任中間法人では藤田正之氏、NPO法人では張本浩平氏が担当することとなりました。

2009（平成21）年3月8日の臨時総会において、有限責任中間法人愛知県理学療法士会は一般社団法人愛知県理学療法士会として新たに設立し、同年3月28日には設立記念式典を開催するに至りました。2009（平成21）年度4月より一般社団法人として再スタートし、事務局は以前の体制をそのまま引き継ぎ現在に至っています。

2011（平成23）年夏に総務部長を務めていた中條茂伯氏が逝去したため、池野倫弘氏が後を引き継ぎ業務を行っています。

事務局の主な業務内容は、総務部は会員管理、会議（理事会、総会）開催の準備などを行い、財務部は会費管理、各部局への出金、財務会計管理などを行っています。各部局長と事務局員で連携し会の運営を円滑に行えるよう努力しています。

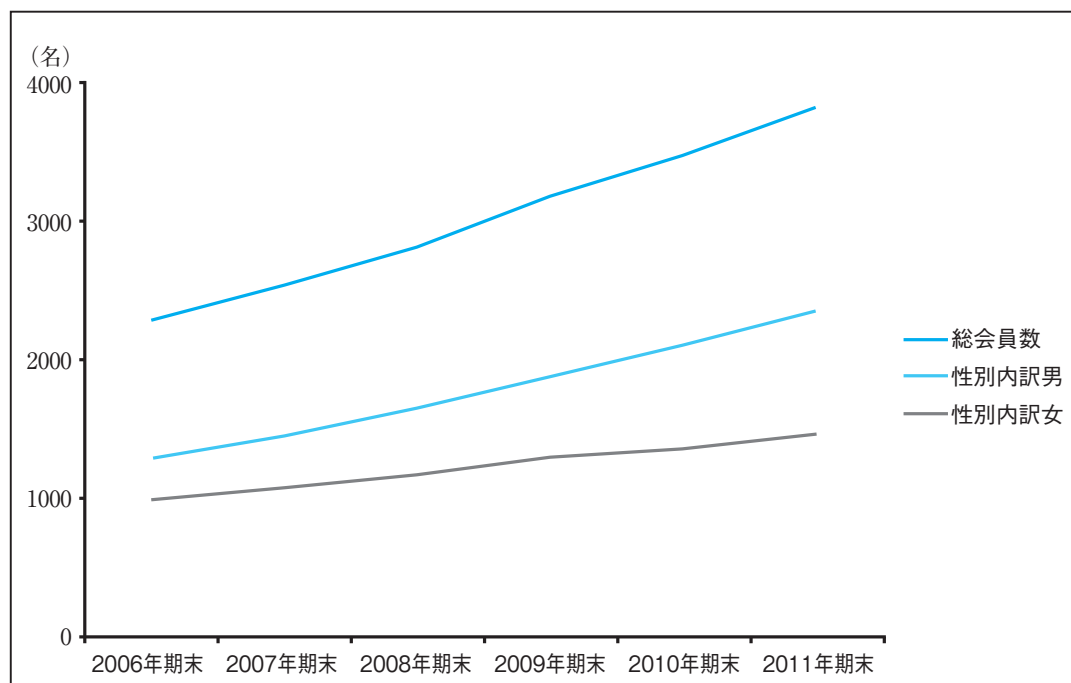
2) 会員数の動向

2006（平成18）年度期末（2007（平成19）年3月31日）から2011（平成23）年度期末（2012（平成24）年3月31日）までの会員動向について以下述べます。

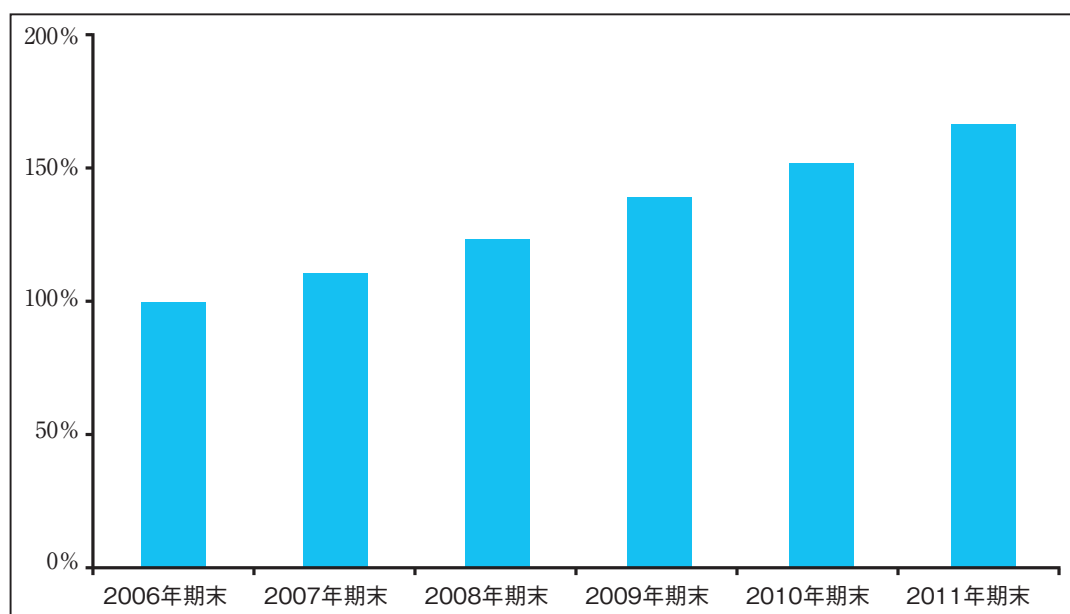
2006（平成18）年度期末時の総会員数は2,295名でした。年々会員数は250名～350名ずつ増加しており、2011（平成23）年度期末時は3,834名でした。（図Ⅰ－1）

2006年度期末時の総会員数を100%とすると2011（平成23）年度期末時は167.1%でした。（図Ⅰ－2）

男女別では，総会員数に占める男性の割合は約60%，女性は約40％でした。（図Ⅰ－3）
 年代別にみると，20歳代が42.6％～44.6％，30歳代が31.0％～35.3％，40歳代が7.4％～12.6％，50歳代が1.9％～2.0％，60歳代以上が0.4％～0.6％を占めていました。（図Ⅰ－4，図Ⅰ－5）



図Ⅰ－1 総会員数の推移



図Ⅰ－2 総会員数の増加率

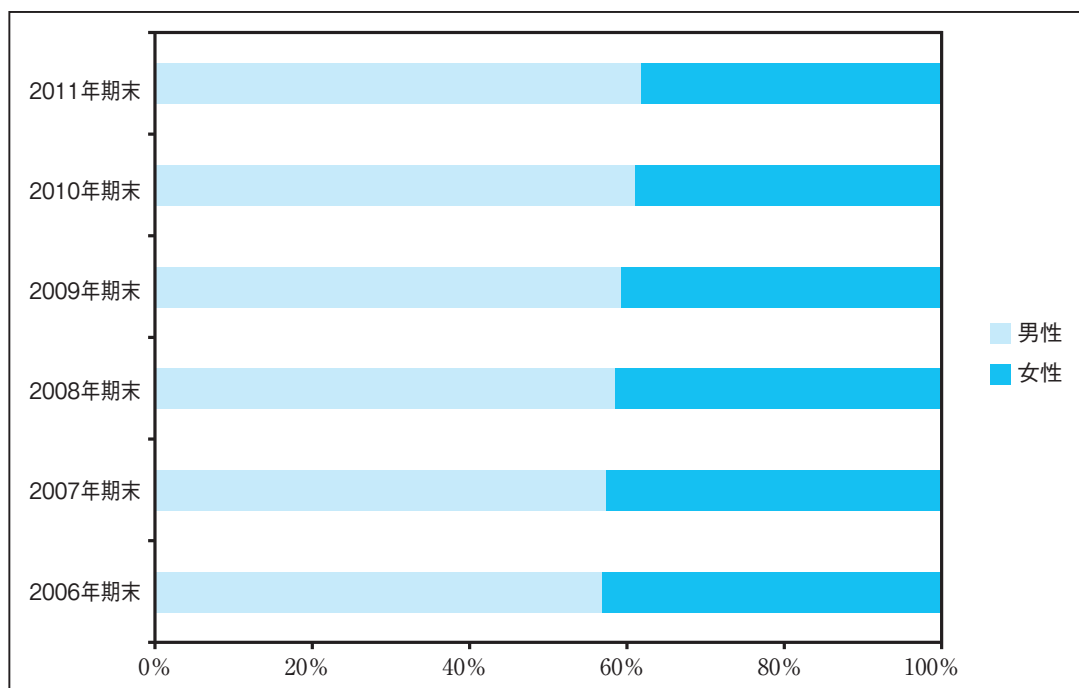


図 I - 3 男女別会員数の推移

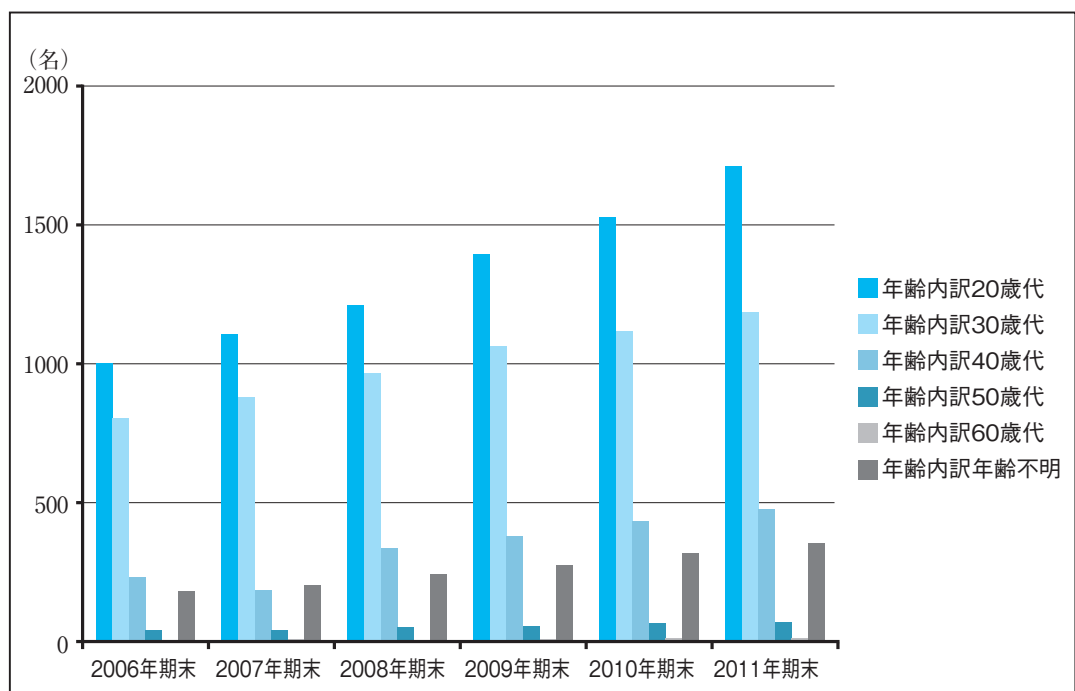


図 I - 4 年代別会員数の推移

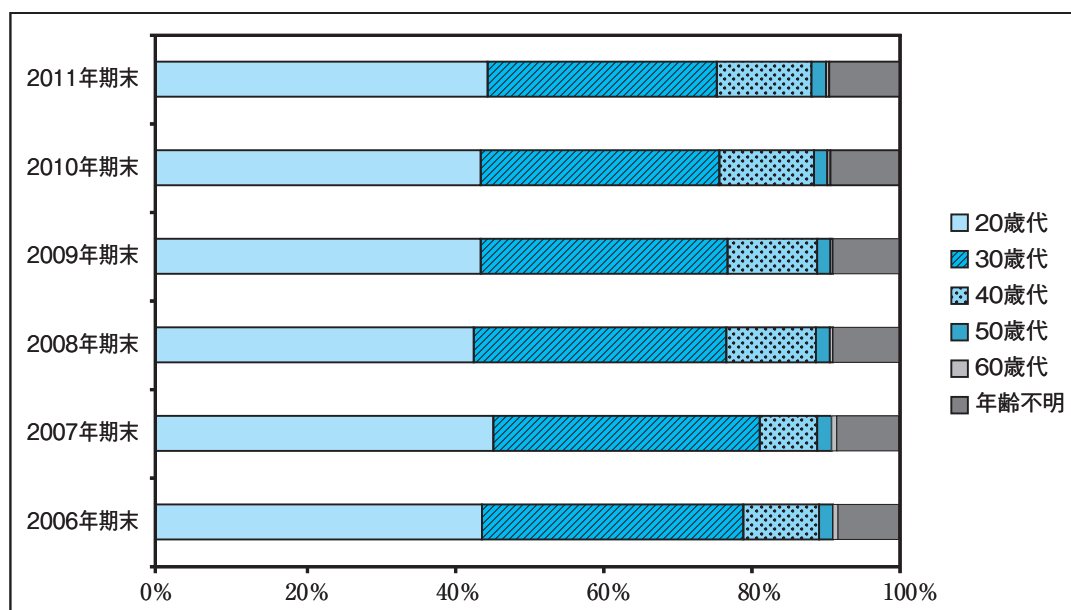


図 I - 5 年代別会員数の比率

3) 二次医療圏における会員数について

2012年度の会員数を元にして、二次医療圏における分布を以下に述べます。

愛知県の二次医療圏における会員数の分布を表 I - 1、図 I - 6 に示します。医療圏は名古屋、海部、尾張中部、尾張東部、尾張西部、尾張北部、知多半島、西三河北部、西三河南部東、西三河南部西、東三河北部、東三河南部の12区分となっています。名古屋医療圏の会員数が最多で1,475名です。東三河南部医療圏が414名で続きます。

表 I - 1 二次医療圏における会員数の分布

二次医療圏	施設会員男	施設会員女	自宅会員男	自宅会員女	計
名古屋医療圏	826	463	88	98	1475
海部医療圏	84	55	8	13	160
尾張中部医療圏	43	29	5	5	82
尾張東部医療圏	153	86	13	22	274
尾張西部医療圏	163	80	17	19	279
尾張北部医療圏	235	119	19	35	408
知多半島医療圏	184	94	16	35	329
西三河北部医療圏	94	62	9	20	185
西三河南部東医療圏	129	71	12	11	223
西三河南部西医療圏	225	134	8	14	381
東三河北部医療圏	22	3	0	0	25
東三河南部医療圏	250	130	17	17	414
計	2408	1326	212	289	4235

(名)

(平成25年1月現在)

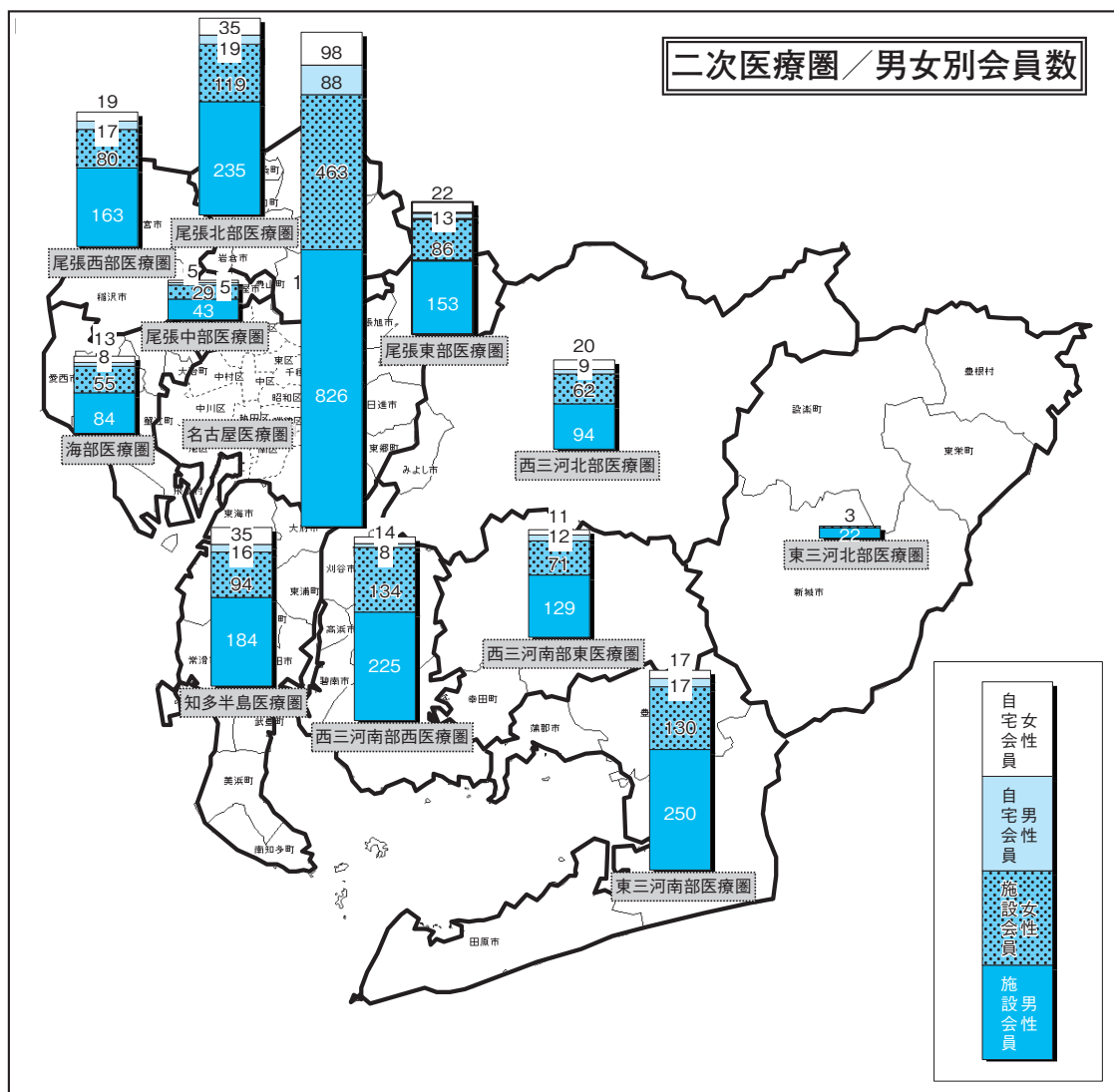


図 I - 6 二次医療圏における会員数の分布

4) 今後の課題について

事務局として会の運営をいかに効率よく行えるようにするのが課題です。事務手続き、会員管理、各部局への出金、返金等の手続きなど、今後よりスムーズな運営ができるよう各部長、事務局員とも連絡しながら進めていきたいと考えています。理事会に関しては、2012(平成24)年度より一部ペーパーレスとし、プレゼンテーション形式で進めていくこととなり、今のところ大きな支障なく運営できています。

1. 総務部

総務部 部長 池野 倫弘

1) 活動状況について

(1) 通常業務

総務部は、財務部とニュース編集部とともに事務局の一部門です。総務部の業務は例年大きな変動はなく、比較的体制に影響されにくい部署です。

主な業務内容としては、会員管理（異動、休会、退会等）、郵送文書開封・整理、公文書発信・保管、資料の保管、会員や対外などの問い合わせ対応、会議開催時（理事会、総会等）の資料・議事録作成などがあります。

会員管理については、異動、休会、退会等の連絡により、会員データの変更、協会への届出、理事会への報告を行っています。新年度には新入会希望者へのオリエンテーションを実施し、入会申込の受付業務を行っています。また、異動関係について士会ニュースの原稿を作成して会員への周知をしています。

郵送文書開封・整理については、各関係機関からの郵便物を開封して整理し、各担当部署への伝達をしています。

公文書発信・保管については、各関係機関への公文書の発行・郵送、発行した公文書の管理・保管をしています。

会員や対外などの問い合わせ対応については、会員や各関係機関からの電話・郵送等での問い合わせに対応し、必要に応じて各部署への連絡をしています。

会議開催時（理事会、総会等）の資料・議事録作成については、隔月で開催される理事会や毎年開催される総会について、会場の手配、出席の確認、理事の委任状の集約、各議題・報告事項について集約をして、当日の資料作成、開催後の議事録の作成を行っています。

(2) グループウェアの導入

役員間の連絡や意見交換について、従来は電子メールを使用していましたが、十分な意思疎通ができないこともありました。そのため、役員専用グループウェア（サイボウズ）を導入しました。これにより、よりスムーズな連絡が行えるようになってきています。また、グループウェアでの文章管理も可能となり、公文書の承認・管理、各部署の書類管理など、業務の円滑化が進んでいます。

2) 今後の課題について

(1) 各部署との連携

総務部として各部長、事務局員とも連絡を密にして、事務部門の中核的役割をよりス

ムースに行えるよう進めていきたいと考えています。下項に記しますが、2012（平成24）年度より会員の管理体制についての変更が多く発生します。会の運営には総務部と各部署とのより密な連携が必要となります。併せて、各部署・事務局員の業務の簡素化を図ることも努めていきます。グループウェアをより積極的に活用する事が方法の1つと考えています。

(2) 理事会の円滑な進行

2012（平成24）年度より、理事会は一部ペーパーレスとし、プレゼンテーション形式で進めていくことを考えています。また、出席者には事前にグループウェアにて当日の議題を確認いただくこととで、より円滑で、より活発な議事進行になるよう努めていきます。

(3) 会員の管理方法の変更について

2012（平成24）年度より、会員の管理については日本理学療法士協会の一元管理となります。また、併せて新人教育プログラムについても一元管理化されます。新入会、異動、休会、退会等についてもインターネット上での手続きが可能となります。変更されるシステムが多くあるため、会員への周知とスムーズな対応が必要と考えています。

(4) 会員数の増加とその対応

県内の養成校が増えたため、年々会員は増加しており、新入会者も毎年400名を超える勢いとなっています。東京都、大阪府、福岡県に次ぎ全国で四番目に会員数が多い士会となっており、2012（平成24）年度には会員数が3800名、施設数も670施設を超える予定です。このため事務所規模、人員配置も含めて体制について今後見直していく必要があります。

(5) 公益法人取得への対応

検討されてきた公益法人の取得に向けての準備が進んでいます。取得が円滑に進むよう、総務部としても書類整備、各部署の折衝等の準備を進めていきます。

2. ニュース編集部

ニュース編集部 部長 安本 旭宏

1) 活動状況について

愛知県理学療法士会ニュース（以下、士会ニュース）は、この5年間で2007（平成19）年5月1日発行143号から2012（平成24）年2月1日発行165号までの計22巻を発行しました。2007（平成19）年度までは年間6回（5月、7月、9月、11月、1月、3月）発行していま

したが、公益法人化や財政上の都合もあり、2008（平成20）年度より年間4回（5月、8月、11月、2月）の発行となりました。

2007（平成19）年度より士会長が新しく鳥山喜之氏となり、新体制でのスタートとなりましたが、役員はほぼ前年度体制を引き継ぐ形となりました。ニュース編集に関しても大幅な変更はありませんでしたが、冒頭の士会長のコメントが「コラム」として短縮した形で掲載することとなりました。

2008（平成20）年4月には有限責任中間法人となり、白黒のみであった表紙を2008（平成20）年5月号より青色を交え二色化とし、より見やすくインパクト性のあるデザインへ大幅に変更しました。また、学術分野である特定非営利法人愛知県理学療法学会の情報も「学会だより」として、2008（平成20）年8月発行150号より掲載することとなりました。

編集担当者は、2011（平成23）年2月発行の士会ニュース160号までを河尻博幸氏が当たり、同年5月発行の161号と8月発行の162号を加藤文之氏が担当し、同年11月発行の163号より安本旭宏が担当しています。

ニュースの構成は、士会長コラム、理事会（総会）などの議事録、部局だより、学会・研修会案内、求人広告となっています。また、表紙には患者様が描かれた絵や作品の他、部員が撮影した学会や行事などの写真を掲載することで、飾り気のないニュースに少しでも変化をつけ、重要な箇所には目立つような工夫を行い、会員の皆様に読んでいただけるように努力をしてきました。

ニュース発行部数は、会員の増加に伴い年々増加しています。発行部数の経緯は以下の通りです。（図I-2-1）

2007（平成19）年度	5月号：2400部	7月号以降：2700部
2008（平成20）年度	5月号：2700部	8月号以降：3000部
2009（平成21）年度	5月号：3000部	8月号以降：3300部
2010（平成22）年度	5月号：3500部	8月号以降：3700部
2011（平成23）年度	5月号：3700部	8月号以降：4100部

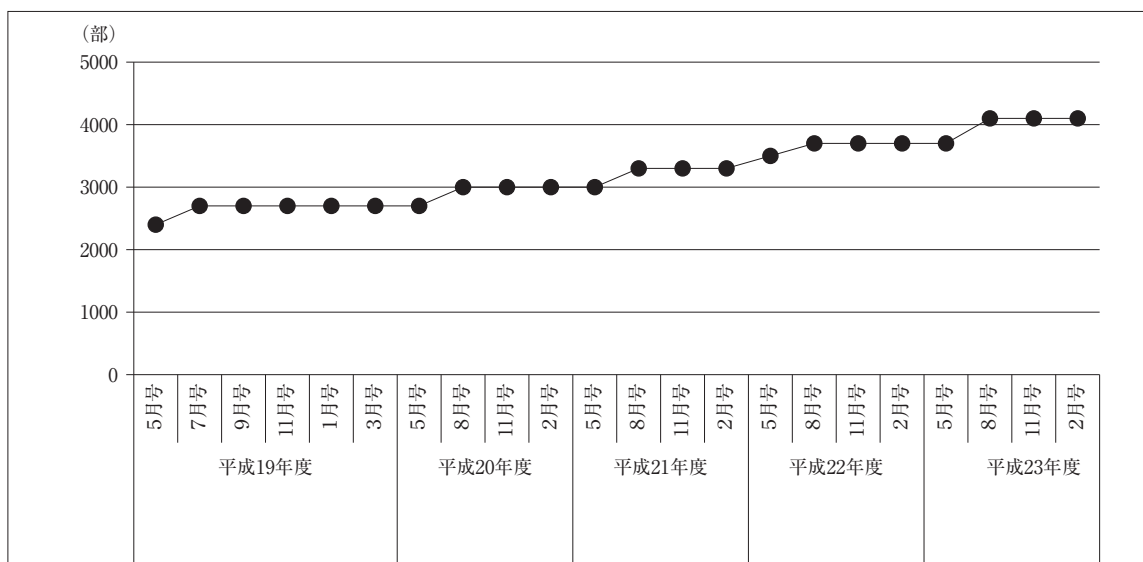


図 I - 2 - 1 ニュース発行部数

2) 今後の課題について

現在、ニュース編集部は部長1名、部員1名の計2名のみで編集作業に当たっています。そのため、発行日の遅延を始め、表紙とさせていただく患者様の作品やイベント等の写真撮影および依頼、役員の方々や事務局とのメール連絡などにおいて、迅速に対応できていないのが現状であるとともに課題として認識しています。今後は部員の増員をするなどし、より迅速な対応をとり、広範囲に活動できるような体制をとっていく必要があると考えます。また、士会はもとより、会員の皆様や業者の方など、様々な方と密に情報を共有できるようにしていきたいと考えています。

最後に、士会ニュースは会員の皆様を始め、多くの方のご協力により発行できるものであります。今後も皆様への感謝を胸に、より充実した内容のものを提供できるように一層の努力をしていきます。

Ⅱ

職能局

職能局 局長 篠田 明

職能局は、職能団体である一般社団法人愛知県理学療法士会として職域を高める事を目的に保険部と業務推進部の2部にて構成され活動しています。

保険部は、医療保険や介護保険に関する情報収集と愛知県理学療法士会会員への情報伝達や相談対応を行っています。

業務推進部は、理学療法士の業務・身分・職域などに関する事柄を扱う部で、業務管理者の育成を目的とした講習会などの開催や、介護予防事業など理学療法士を取り巻く動向などの情報収集をし、本会会員に講習会などの場で伝達をしています。

今後の課題として、本会会員は急激に増えており、2012（平成24）年で4,000名を超えています。そして今後も増えることが見込まれます。医療保険分野・介護保険分野・その他の分野にて活躍する理学療法士が増えていきますが、理学療法士が社会にどのような形で貢献をしているのかが大きな課題であると考えています。

1. 業務推進部

業務推進部 部長 山口 慎也

1) 現状

業務推進部では、2007（平成19）年度から2011（平成23）年度において2つの目的をもった研修会を開催してきました。

一つ目は、急増する理学療法士の環境変化に対して、同職種または、他職種を効果的に取りまとめながら目標に向かい成果をあげる管理能力の育成研修を行う事と、二つ目は2012（平成24）年度医療・介護同時改定に向けて、訪問リハビリテーションなどの在宅領域で活躍する理学療法士に向けてのリスク管理強化の研修会を開催してきました。（表Ⅱ－1－1）

当初は、組織の管理ならびに在宅領域で勤務している理学療法士も少なく参加者の集まりが20名程度と言う事もありました。しかし、回数を重ねるとともに徐々に関心度も高まり100名を超すまで増えてきました。この結果は、予測していた以上に数年間で理学療法士の職場において必要とされる能力ならびに、他の職種から求められる能力が広がってきた事を意味していると思われます。

2) 今後の課題

今後も、新しく国家資格を取得する理学療法士が増え続けることは周知の事実です。また、それに伴い理学療法士が活躍する領域も広がってきます。取り分け、病院で勤務している理学療法士がさらに、地域へ展開して行き、中には、自ら起業し組織を運営する理学療法士も今以上のスピードで増えてきます。

業務推進部としては、そのような状況を踏まえ、指導力、交渉力、折衝力、財務管理力など具体的に組織を取りまとめる事が出来る理学療法士の育成研修にも力を注ぐ必要があると考えています。また、訪問リハビリテーションや通所サービスなど新しい領域で働く理学療法士の活動なども紹介することにより新たな分野で勤める理学療法士へのサポート体制も強化していくことが必要と考えています。

表Ⅱ－１－１ 2007年度から2011年度研修会一覧

	内容・講師（敬称略）
2007年	アンケート調査「介護予防事業における運動器の機能向上と生活空間等に関する調査」
	管理者セミナー「マネージメントとリーダーシップ10向上カ条」 講師：株式会社メディカルコンサルタンツ 荒関 仿
	パネルディスカッション「理学療法士の新たな職場を考える！」
2008年	アンケート調査「介護予防アンケート調査」
	管理者セミナー「理学療法士は何を求められているのか？」 講師：医療法人仁医会 藤田 正之
	理学療法士賠償補償制度に関する必要な知識とは？ 講師：三井住友海上火災保険株式会社 小宮 聡
2009年	リスク管理「整形外科疾患におけるリハビリを行う上でのリスク管理」 講師：碧南市民病院 浅野 昭裕
	リスク管理「中枢疾患におけるリハビリを行う上でのリスク管理」 講師：名古屋市立大学病院 山下 豊
	リスク管理「循環器疾患におけるリハビリを行う上でのリスク管理」 講師：豊橋創造大学 田端 稔
2010年	リスク管理「在宅小児リハビリにおけるリスク管理」 講師：株式会社ジェネラス 金子 満寛
	24年度から始まる地域包括ケアシステムセラピストはどんな役割を果たすか？ 講師：医療法人仁医会 山口 慎也
	「理学療法士として国会議員活動 訪問リハビリについて」協賛事業 講師：衆議院議員 山口 和之
2011年	あなたはどやってチームを作る？ 講師：善常会リハビリテーション病院 熊谷 泰臣

2. 保険部

保険部 部長 熊谷 泰臣

1) 保険部の紹介

保険部は、2003（平成15）年にできた新しい部になります。当初は社会局保険部として始まりました。主な事業としましては、愛知県理学療法学会時に開催しています診療報酬や介

護報酬に関するQ&A（相談会）から活動が始まりました。特に、2005（平成17）年から、制度改正による影響調査を6年間にわたり継続して調査を実施しました。特に2006（平成18）年は、医療保険介護保険の同時改正があり、医療保険での、理学療法の基準が、疾患別に変更され、算定日数上限もできた大きな変革の年となりました。その他の保険部の活動としましては、診療報酬、介護報酬の改正時にセミナー（説明会）を開催してきました。

2）現状について

2007（平成19）年からの活動につきましては、上述の愛知県理学療法学会における、Q&A（相談会）、制度改正による影響調査、制度改正時のセミナーの開催（説明会）を実施してきました。2011（平成23）年には制度改正はなく調査を実施しておりませんが、2012（平成24）年度には実施する予定です。（表Ⅱ－2－1）

表Ⅱ－2－1 保険部事業一覧

	事業内容
2007年度	診療報酬・介護報酬改正に伴う影響調査 職能局セミナーによる影響調査の報告 愛知県理学療法学会における診療報酬介護報酬Q&Aの開催
2008年度	診療報酬・介護報酬改正に伴う影響調査 職能局セミナーによる影響調査の報告 愛知県理学療法学会における診療報酬介護報酬Q&Aの開催
2009年度	診療報酬・介護報酬改正に伴う影響調査 職能局セミナー 平成21年度介護報酬改定の説明 「介護保険改定と理学療法」「平成21年度介護保険改定と運営のポイント」 愛知県理学療法学会における診療報酬介護報酬Q&Aの開催
2010年度	診療報酬・介護報酬改正に伴う影響調査 職能局セミナーによる影響調査の報告 職能局セミナー「診療報酬改定情報説明会」 愛知県理学療法学会における診療報酬介護報酬Q&Aの開催
2011年度	職能局セミナー 平成24年度診療報酬介護報酬同時改定について「診療報酬、介護報酬改定情報提供」「診療報酬、介護報酬改定の動向についてのディスカッション」 愛知県理学療法学会における診療報酬介護報酬Q&Aの開催

影響調査におきまして、医療保険関係では、基準の変更による、実績の減少がありました。リハビリテーションスタッフ一人当たり平均17～18単位の取得がなされておりました。実績については取得単位数を増加する努力をすることで徐々に立ち直りながらも、業務は過多になっている傾向があり、人材の育成に関する課題がでていました。また、リハビリテーションスタッフのコスト意識があがってきている傾向もありました。

介護保険関係でも、書類業務を中心に業務が過多になっていました。各加算が、医療保険での出来高と同じように扱われることで、収益上、低くみなされる傾向がありました。また、訪問リハビリテーションについては、訪問看護ステーションからの理学療法士・作業療法士等の訪問の回数制限による混乱もあり、課題が多い状況でも、各事業所で拡大の傾向がありました。

教育機関関係では、養成校の増加や、実習先の制度改正での変化が重なり、実習先の確保

や、卒業生の質の確保について課題がでました。出願者数の減少傾向がでてきていることや、求人数の減少、求人先の変化も見られることがわかりました。これまでの影響調査では、いずれの分野においても、理学療法士にとって厳しい結果であり、将来に向けての課題のコメントも多く見られました。

3) 今後の課題

2025（平成37）年をめどに進んでいく、地域包括ケアシステムの構築に伴う制度改正などに関する情報の正確で迅速な伝達や、会員間での様々な課題の共有をすすめていくことが今後も保険部の役割だと考えます、また、これからも増え続ける理学療法士の活躍の場を確保していくためにも実態の把握と共有を進め、会員間の協力でよりよい職場を作るための活動が必要であると考えます。

社会局 局長 熊澤 輝人

社会局は、いくつかある部局の中でも一般社団法人愛知県理学療法士会の公益社団法人化に向けて、県民などへの社会貢献活動を通して公益事業の推進を図る部局です。また、社会局は社会部、健康福祉部、小児福祉部、広報部の4部で構成されており、年間を通して各部で独自の活動を行っています。

1) 主な活動内容

①保健福祉事業（社会部）

名古屋国際見本市委員会が主催するウェルフェア（国際福祉健康産業展）には、毎年協力団体の1つとして出展参加しています。相談コーナーでは、各部が協力して小児の療育相談や一般向けに健康づくりなどの個別相談を行っています。その他、健康運動指導コーナーでは、ブースに来場された方々の健康チェック（BMI（体格指数：Body Math Index）、筋力・筋持久力、柔軟性など）と、理学療法士による運動指導を行っており、ここ数年は3日間で1,000名を越える来場者があり、毎年のリピーターも増えています。

②高齢者・障害者社会参加促進事業（健康福祉部）

高齢者・障害者などの社会参加の促進と交流の機会を設けることを目的に、愛知県風船バレーボール大会を2006（平成18）年度から隔年で実施しており、これまでに3回開催しました。名古屋市総合体育館（日本ガイシホール）で行う大会には、名古屋市内の高齢者福祉施設を中心に15～20のチームの方々にご参加いただき、毎回参加者の熱気溢れるプレーで盛り上がっています。大会終了後に行うアンケートでは、次回もまた参加したいと皆様から好評をいただいております。

③スポーツ支援事業（健康福祉部）

愛知県高校野球連盟（高野連）が主催する大会（春季・夏季・秋季）に、数年前より理学療法士が球場まで出向き、高野連サポート事業を行っています。試合終了後には投手を中心にメディカルサポートを数名ごとのチームで行っています。その他、高校野球の監督や部長の方々を対象とした高野連が主催する指導者講習会などの講師も務めています。

また、県内数ヶ所ではスポーツ傷害予防事業を展開し、地域ごとのスポーツの実情に合わせた活動を行っています。ある地域では、スポーツをしている小学生やその指導者などを対象に、ケガをしないための予防方法について実技を交えて指導したり、ある地域で

は、地域の大学や医療機関と連携して講演会などの運営にも参画しています。

④公開講座（小児福祉部）

障害のある子ども達の地域生活を支援することを目的に、小児領域の地域リハビリテーション公開講座を開催しています。

1996（平成8）年から始まった本講座は、医師、看護師などのリハビリテーション関連職種のほか、養護学校や小学校の教師、保育士、幼稚園教諭など幅広い職域からの参加があり、毎回好評をいただいております。

⑤こどもの福祉機器展（小児福祉部）

高齢者中心の福祉機器展示が多いなか、「小児の視点での企画展示を」という意図のもと、あいち健康プラザ（愛知県大府市）を会場に、「子どものための福祉機器展～チャレンジドフェア～」と称して毎年開催しています。毎回20社近い企業（メーカー）の参加をいただき、車いす、座位保持装置、歩行器、衣料品などを展示しています。当事者である子どもやそのご家族の皆様にも来場いただき、2日間で600名程度の参加があります。

⑥広報活動事業（広報部）

本会の活動を多くの皆様に周知する目的で、広報誌「びたっ！とあいち」を年1回発行しており、愛知県内の高等学校、市町村、保健所、保健センター、社会福祉協議会など約1,200ヶ所へ配布しています。また、パンフレットや愛知県理学療法士会のネームの入った記念グッズを作成し、各部が主催する事業などで配布することで理学療法の啓蒙・啓発、広報活動を行っています。

2）今後の課題

現在、本会は、会員数も4,000名を超え、大きな職能団体へと成長しつつあります。公益活動の重要性を多くの若い会員に対して、いかに理解してもらうかが大きな課題の1つとなっています。そのためには、これらの活動に自らが参加することで、会員一人ひとりが職能団体の一員であるという意識を持っていくことが大切だと思います。

今後は、一般社団法人から公益社団法人化に向けて、さらに努力研鑽していきたいと考えております。

1. 社会部

社会部 部長 沼倉 功

1) 概要, 紹介など

愛知県理学療法士会は社団法人化に向けての事業展開, 公益事業の推進, 社会貢献事業を目的として, 2005(平成17)年度より新組織体制となり, その役割を担う部局として新しく社会事業部(現:社会部)を設置致しました。

社会部の主な活動としては, 1. 保健・福祉活動: ウェルフェア事業, 映画鑑賞会等, 2. 共催事業推進: 共済事業及び委託事業となり, また, これらの事業運営における関連部局への依頼及び調整等や運営に関する人員配置及び会員へのボランティア募集等も社会部の役割となっています。

2) 実施事業概要(保健・福祉活動)

(1) ウェルフェア事業

『国際福祉健康産業展“ウェルフェア”』は新しい産業分野である福祉健康関連における商取引の一層の促進と関連産業の振興を目的として1998(平成10)年から毎年ポートメッセなごや(名古屋市国際展示場)で開催され, 中部地区最大の福祉健康関連総合展示会として定着しています。

2003(平成15)年に主催者である名古屋国際見本市委員会より本会に, 「健康」をメインテーマにした企画で参加してほしいという依頼があり, 毎年ウェルフェアの協力団体として出展しています。

【第10回国際福祉健康産業展「ウェルフェア2007」】

2007(平成19)年5月18日(金)～5月20日(日)

出展内容: 来場者の体力測定と運動指導, および小児・健康づくり等の個別相談会を実施。

出展ブース来場者数1,421名(ウェルフェア2007総来場者数80,681名)

協力部: 広報部・健康福祉部・小児福祉部

協力スタッフ: 3日間の延べ数: 153名(会員69名, 理学療法養成校学生30名)

【第11回国際福祉健康産業展「ウェルフェア2008」】

2008(平成20)年6月6日(金)～6月8日(日)

出展内容: メタボリックをテーマとし, 来場者の体力測定と運動指導, および小児・健康づくり等の個別相談会を実施。

出展ブース来場者数: 1,400名(ウェルフェア2008総来場者数73,679名)

協力スタッフ: 3日間の延べ数: 143名(会員79名, 理学療法養成校学生7名)

【第12回国際福祉健康産業展「ウェルフェア2009」】

2009（平成21）年5月22日（金）～5月24日（日）

出展内容：メタボリックをテーマとし、来場者の体力測定と運動指導、および小児・健康づくり等の個別相談会を実施。

出展ブース来場者数：1,245名（ウェルフェア2009総来場者数69,260名）

協力スタッフ：3日間の延べ数：146名（会員124名、理学療法養成校学生1名）

【第13回国際福祉健康産業展「ウェルフェア2010」】

2010（平成22）年5月21日（金）～5月23日（日）

出展内容：腰痛・膝痛予防をテーマとし、来場者の体力測定と運動指導、および小児・健康づくり等の個別相談会を実施。

出展ブース来場者数：1,077名（ウェルフェア2010総来場者数70,379名）

協力スタッフ：3日間の延べ数：142名（会員115名）

【第14回国際福祉健康産業展「ウェルフェア2011」】

2011（平成23）年5月20日（金）～5月22日（日）

出展内容：腰痛・膝痛予防をテーマとし、来場者の体力測定と運動指導、および小児・健康づくり等の個別相談会を実施。

出展ブース来場者数：1,044名（ウェルフェア2011総来場者数71,475名）

協力スタッフ：3日間の延べ数：211名（会員97名、理学療法養成校学生9名）

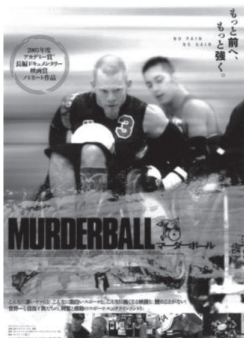


図Ⅲ－１－１ ウェルフェア事業の様子

(2) ヒューマンドラマ映画鑑賞会

2004（平成16）年度に日本理学療法士協会公益事業推進部からの委託事業として「ウィニング・パス」を上映致しましたが、2005（平成17）年度より愛知県理学療法士会は、映画鑑賞会を障害者および障害者を支える人々のヒューマンドラマを鑑賞することで社会教育を推進する事業とし位置づけ開催しております。

【平成19年度】



映 画：「MURDEBALL」

上映日：2007（平成19）年12月23日（日曜日） 15：00～

会 場：テレビアホール

主 催：一般社団法人愛知県理学療法士会

後 援：愛知県，名古屋市，愛知県社会福祉協議会，
中日新聞，あいち教育映画

来場数：133名

【平成21年度】



映 画：「豚がいた教室」

上映日：2009（平成21）年7月19日（日曜日） 15：00～

会 場：テレビアホール

主 催：一般社団法人愛知県理学療法士会

後 援：愛知県，名古屋市，愛知県社会福祉協議会，
東海テレビ，中日新聞，あいち教育映画

来場数：204名

【平成23年度】



映 画：「パラレル」

上映日：2011（平成23）年10月10日（月・祝） 15：00～

会 場：テレビアホール

主 催：一般社団法人愛知県理学療法士会

後 援：愛知県，名古屋市，愛知県社会福祉協議会，
東海テレビ，中日新聞，あいち教育映画

来場数：62名



図Ⅲ－１－２ 映画鑑賞会の様子

3) 今度の課題

ウェルフェアにおいては，名古屋市からの依頼により協賛として出展しておりますが，運営スタッフの確保が大きな課題となっています。ブロック局の協力によりブロック単位での

スタッフ参加の呼びかけをしておりますが、確保が難しい状況となっております。今後は、会員一人ひとりに本会の目的を十分に理解して参加していただけるような活動が必要といえます。

ヒューマンドラマ鑑賞会においては、年々参加者数が減少傾向にあります。この問題においては、広報活動の見直しや、県民に興味を持っていただけるような新たな公益時事業の企画運営の検討が必要であるといえます。

今後も社会局として、県民に対して有益な事業展開、および理学療法の啓発の活動を実施していきます。

2. 健康福祉部

健康福祉部 部長 荒谷 幸次

1) 活動状況

現在、健康福祉部では、①高齢者および障害者社会参加促進事業②健康増進事業③地域リハビリテーション推進事業④高校野球連盟サポート事業⑤スポーツ傷害予防事業の5つの事業を展開しています。

①高齢者および障害者社会参加促進事業

高齢者、障害者の社会参加促進を図るため、現在愛知県風船バレーボール大会を行っています。本大会は、2001（平成13）年度知多ブロックからはじまり、各ブロックで開催するようになり、参加者の要望を受け、2006（平成18）年度に愛知県大会を名古屋市総合体育館（日本ガイシホール）で開催し、現在隔年で開催しています。



図Ⅲ－２－１ 風船バレーボール大会の様子

②健康増進事業

半田市健康フェアにおいて、一般市民（年齢、性別を問わず）を対象とした体力測定（下肢筋力・柔軟性・健脚度・バランス能力）を行い、その結果をもとに体力年齢を算出し弱点を中心に指導やアドバイスを行っています。毎年200名以上の方々にご参加頂き盛

況に開催しております。



図Ⅲ－２－２ 半田市健康フェアの様子

③地域リハビリテーション推進事業

地域リハビリテーションに関わるすべての職種を対象とした研修会を開催しています。2010（平成22）年度は「訪問リハビリテーションにおけるリスクマネジメント」、2011（平成23）年度は、「地域リハビリテーションがなすべき事」といったテーマでグループワークも取り入れた研修会としています。2011（平成23）年度は、100名以上の方にご参加頂き、活発なディスカッションも行われました。

④高校野球連盟支援事業

2011（平成22）年度愛知県高等学校野球連盟（高野連）春季大会から試合当日のメディカルサポートを実施しています。現在は、春季大会はベスト4から、夏季大会はベスト8からサポートを実施しています。高野連主催の指導者講習会や、実際に高校に赴き投球障害予防教室を展開しています。



図Ⅲ－２－３ メディカルサポートの様子

⑤スポーツ傷害予防事業

各地域のスポーツ選手，指導者，保護者等を対象に年2～3回を目安にスポーツ傷害予防教室を展開しています。各地域のスポーツ事情によってテーマを決め，傷害予防の観点から，実技を取り入れた教室を実施しています。



図Ⅲ－２－４ スポーツ傷害予防事業の様子

過去５年間の事業内容は次の通りです。

◆ 2007（平成19）年度

▶愛知県風船バレーボール大会：９月１日 名古屋市障害者スポーツセンター

▶半田市健康フェア

９月23日 半田市立さくら小学校

スタッフ：27名 来客人数：260名

▶スポーツ傷害予防事業

尾張東部：３月30日 名東スポーツセンター

発育期スポーツ傷害の予防と対策 －小学生期を中心に－

講師：宮川博文 稲見崇孝 島田政明 藤代国幸

参加人数：80名

◆ 2008（平成20）年度

▶愛知県風船バレーボール大会：9月21日 日本ガイシホール

▶半田市健康フェア

９月28日 半田市立さくら小学校

スタッフ：25名 来客人数：290名

▶スポーツ傷害予防事業

尾張東部：12月11日 長久手市 杵ヶ池体育館

「バスケットボール もっと激しく！もっと安全に！－WJBL外傷予防プログラムの紹介を中心に－」

講師：宮川博文 稲見崇孝 井上雅之 小林正和

参加人数 91名

◆ 2009（平成21）年度

▶ スポーツ傷害予防事業（尾張東部）

①名古屋東：12月27日 トライデントスポーツ医療看護専門学校

「肉離れとは？肉離れの処置と予防のための治療プログラム」

講師：深谷泰士 山本昌樹 銭田良博

参加人数：16名

②尾張東部：10月4日 瀬戸市 市民体育館

「バスケットボール もっと激しく！もっと安全に！－WJBL外傷予防プログラムの紹介を中心に－」

講師：宮川博文 稲見崇孝 井上雅之 小林正和

▶ 半田健康フェア

9月27日 半田市立さくら小学校

スタッフ：27名 来客人数：215名

◆ 2010（平成22）年度

▶ 愛知県風船バレーボール大会

9月18日 日本ガイシホール

参加チーム数：16チーム

▶ スポーツ傷害予防事業

①名古屋東：1月29日 トライデントスポーツ医療看護専門学校

「肉離れとは？肉離れの処置と予防のための治療プログラム」

講師：深谷泰士 山本昌樹 銭田良博

参加人数：10名

②尾張東部：10月10日 瀬戸市 品野中学校 体育館

「バスケットボール もっと激しく！もっと安全に！－傷害予防のためのコンディションチェック及びトレーニング方法－」

講師：宮川博文 稲見崇孝 井上雅之 小林正和

参加人数：88名

▶ 高野連サポート事業

春：5月1日・2日 岡崎市民球場

東海大会：5月21日・22日・25日 春日井市民球場・小牧市民球場

夏：7月26日・28日・29日 瑞穂球場・岡崎市民球場

秋：9月25日・26日 熱田球場

▶訪問リハビリテーション研修会

11月28日 あいち福祉医療専門学校

「訪問リハビリテーションにおけるリスクマネジメント」

講師：宮田 昌司

参加人数：86名（理学療法士（PT）64名 作業療法士（OT）18名 言語聴覚士（ST）4名）

▶半田市健康フェア

9月26日 半田市立さくら小学校

スタッフ：会員20名 来客人数：240名

◆2011（平成23）年度

▶スポーツ傷害予防事業

①名古屋南：4月17日 長根台コミュニティセンター

「野球で起こりやすい障害 メディカルチェックとストレッチ紹介」

講師：水谷仁一 矢澤浩成 竹中裕人 鈴木達也

②名古屋東：1月26日 トライデントスポーツ医療看護専門学校

「肉離れとは？肉離れの処置と予防のための治療プログラム」

講師：深谷泰士 山本昌樹 銭田良博

参加人数：19名

③尾張東部：1月22日 尾張旭市 市民会館

「バスケットボール もっと激しく！もっと安全に！－傷害予防のためのコンディションチェック及びトレーニング方法－」

講師：宮川博文 稲見崇孝 井上雅之 松井健一

参加人数：73名

④東三河：2月19日 豊橋創造大学

「少年野球指導者のための野球教室」

講師：小竹 伴照 岩堀裕介 会員8名（実技）

参加人数：53名

▶高野連サポート事業

春：5月3日・4日 岡崎市民球場

夏：7月27日・29日・30日 岡崎市民球場・瑞穂球場

秋：9月24日・10月1日 小牧市民球場

▶半田市健康フェア

11月27日（日）半田市立さくら小学校

スタッフ：24名 来客人数：210名

▶地域リハ支援事業

2月18日（土）名古屋学院大学 白鳥学舎

「地域リハビリを支えるリハビリがなすべき事」

講師：磯村直美 森井志門 二井俊行

参加人数：138名（PT103名 OT20名 ST 2名 ケアマネージャー 11名 その他 2名）

2) 今後の課題

風船バレーボール大会、半田市健康フェアにおいては、参加者の安全、スムーズな運営をきたすために多くの会員の協力が必要であり、当日の運営スタッフの確保が最も重要な課題です。今後は、会員がより本活動に興味を抱くような活動展開が必要です。また、スポーツ傷害予防事業に関しては、毎回参加者の人数確保が課題となっています。今後は、本会と地域のネットワークづくり、広報活動が重要です。引き続き、県民に対し少しでも有益となるような活動を継続していきます。

3. 小児福祉部

小児福祉部 部長 山本 佳司

1) 小児領域の地域リハビリテーション公開講座

障害のある子ども達の地域生活を支援する事を目的として実施しています。

障害のある子どもたちが特別視されることなく保育園や幼稚園、小学校に通うことができるように、また家から遠い療育施設へリハビリ通院しなくても近隣の病院でリハビリが受けられるよう子どもたちの特性を理解し援助の方法を学んでもらうこと、療育施設スタッフとの情報交換の機会でもあります。

1996（平成8）年第1回の公開講座から今年度まで第16回の公開講座を実施しています。

参加者は、理学療法士をはじめ、医師、作業療法士、言語聴覚士、教員（養護学校、普通小学校など）、看護師、保健師、保育士、幼稚園教諭、市町村児童課、など幅広い職種の方が受講されています。

2007（平成19）～2011（平成23）年の事業内容は次の通りです。

第12回（2007（平成19）年）

①小児科医から診た最近の気になる子どもたち

講師：愛知県立心身障害児療育センター第二青い鳥学園 小児科部長 越知 信彦

②気になる子との関わりについて

講師：愛知県立心身障害児療育センター第二青い鳥学園 精神科医師 水野 智之

③気になる子の理解とその対応 ～障害の受容を中心に事例を通して考える～

講師：愛知県スクールカウンセラー 臨床心理士 駒田 隆子

第13回（2008（平成20）年）

①「脳性麻痺の子どもたちへのアプローチ」

1. Vojta法について

講師：南部地域療育センターそよ風 理学療法士 松澤裕美子

2. 子どもの認知運動療法について

講師：国府病院 理学療法士 荻野 敏

3. 動作法

講師：愛知県立岡崎養護学校 教諭 八重澤直樹

4. 徒手療法

講師：訪問看護ステーションほたる 理学療法士 金子 満寛

5. 上田法

講師：愛知県立心身障害児療育センター第二青い鳥学園 理学療法士 山本 佳司

②1. 脳性麻痺児の装具・歩行器の種類と適応

講師：愛知県立心身障害児療育センター第二青い鳥学園 理学療法士 山本 佳司

2. シーティング 子どもの座位・椅子を考える

講師：株式会社アクセスインターナショナル 古谷 章則

第14回（2009（平成21）年）

①筋ジストロフィー症のリハビリテーション

講師：独立行政法人 国立病院機構 鈴鹿病院 理学療法士 白石 弘樹

②子供の摂食・嚥下障害について

講師：森耳鼻科咽喉科医院 院長 森 正博

③食ることへのアプローチ～上肢機能と口腔機能から～

講師：愛知県立心身障害児療育センター第二青い鳥学園 作業療法士 高島紀美子

第15回（2010（平成22）年）

①障害児とのつながりの持ち方の工夫について ～障害者歯科における実践から～

講師：愛知県心身障害者コロニー中央病院 歯科部長 石黒 光

②肥満・肥満予防には運動を！！

講師：愛知医科大学 医学部附属運動療育センター

トレーナー 稲見 崇孝

③医療的ケアの実施におけるリスク管理 ～痰の吸引に着目して～

講師：豊田市こども発達センター

小児科神経医 三浦 清邦

第16回（2011（平成23）年）

①「運動発達について」

講師：星城大学リハビリテーション学院

理学療法士 三宅わか子

②「脳性麻痺のガイドライン」「評価とその利用方法」

講師：独立行政法人国立長寿医療センター

機能回復診療部長 近藤 和泉

2) こどもの福祉機器展～チャレンジドフェア～

「こどもの福祉機器展 ～チャレンジドフェア～」として2007（平成19）年から愛知県理学療法士会が主催し、小児福祉部で担当し実施しています。チャレンジドフェアの目的は、

- ・障害を持つ本人や保護者が試乗や体験を通して納得したものを見つけること
- ・一般の福祉機器展では小児用福祉機器の展示が非常に少なく、いろいろな情報がほしい

以上のことから子ども、保護者、企業メーカー、理学療法士が実際に体験しながら試乗し、より良いものを提供できるよう「見たい」「知りたい」「試したい」をスローガンに開催しています。

展示内容は車椅子、座位保持装置、歩行器、コミュニケーション機器、衣料品（お腹が出ない下着、着脱しやすいシャツなど）、トロミ剤、知育機器などです。

出展社も年々増加し最近では20社を超える企業に協力をいただき、来場者も2日間で700名を超える方が来場されました。今後の課題としては、恒例の事業として定着してきていますが、会場の狭さが理由で、これ以上出展企業を増やすことが出来ない問題があります。今後も子どもたちや保護者の皆様に少しでも協力できるよう情報を収集し、より良い環境を提供できればと思います。



図Ⅲ－３－１ チャレンジドフェアの様子

4. 広報部

広報部 部長 近藤 達也

広報部では、理学療法（士）の啓蒙・啓発を目的に、以下のような事業を実施しています。

1) 実施事業

① 理学療法週間の開催

1965（昭和40）年に理学療法士の資格制度が誕生し、その翌年の7月17日に「日本理学療法士協会」が設立されました。そこで7月17日を「理学療法の日」と制定し、この日を含む1週間を「理学療法週間」としました。

これまで広報部では、その設立記念日である7月17日を基軸に、理学療法を広く一般の方々に理解していただくための「理学療法週間」のポスターを各会員施設へ郵送し、掲示依頼することや、将来理学療法士を目指しているあるいは関心のある愛知県下の高校生を対象に施設見学会及び進路相談会を実施し、啓蒙・広報活動を展開してきました。

最近では社会部が隔年で開催しているヒューマンドラマ映画鑑賞会にあわせて進路相談会の実施や、毎年企業が開催する進路相談会に参加して、高校生を中心に多くの来場者からの質問に答えております。

② ウェルフェアにおける活動

毎年開催されるウェルフェアでは、広報部から理学療法相談コーナーを設け、3日間で60名ほどの方々から医療に関わること、理学療法士を目指すにはどうしたらいいかなど様々な質問に対応しております。

③ 広報誌の発行（ぴたっ！とあいち）

2004（平成16）年の創刊当初は1年間に2回発行しておりましたが、現在は1年間に1回発行しております。ウェルフェア、ヒューマンドラマ映画鑑賞会、進路相談会、チャレンジドフェア、風船バレーボール大会、健康フェア、スポーツ傷害予防事業等の公益事業を中心に掲載しております。配布先は愛知県内の高等学校、市町村、保健所、保健センター、社会福祉協議会、会員所属施設の約1,200ヶ所へ配布、15,000部を発行しています。また社会部と協力して公益事業では愛知県理学療法士会パンフレットや記念グッズ等を配布して理学療法の啓蒙、広報活動を実施していきます。

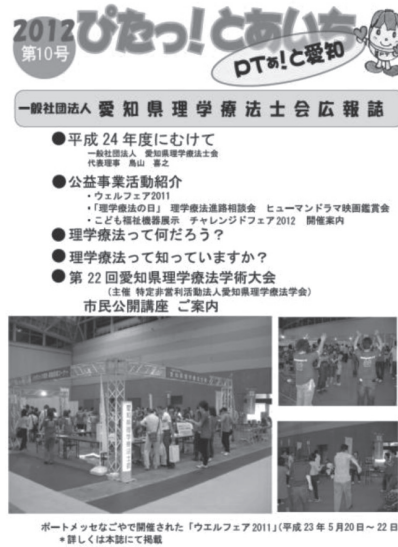
④ その他の事業

- ・ 進路相談会（外部）
- ・ ウェルフェア（理学療法相談コーナー）

- ・進路相談会（社会部ヒューマンドラマ映画鑑賞会と同時開催）
- ・愛知県理学療法学術大会におけるポスター展示（活動報告）
- ・社会局事業の取材

2) 今後の課題

会員のみならず、ひとりでも多くの一般の方々に理学療法士ならびに本会の活動をわかりやすく伝える広報誌「ぴたっ！とあいち」や、興味が沸くようなホームページを公開するようになりたいと思います。



図Ⅲ-4-1 ぴたっ！とあいち第10号



図Ⅲ-4-2 平成23年度作成パンフレット



ブロック局

ブロック局 局長 小川 智也

近年急速に増加する本会員に対し、資質向上や社会貢献など地域における活動が重要となってきました。そのため、ブロックによる活動を推進し2007年度からはブロック局として独立した組織となり活動してきました。ブロック局の活動は本会員の把握、知識・技術の向上、地域における人材育成、地域との連携、他局と連携し社会活動への参加促進を目的に事業を展開しています。

1) ブロック局の構成

2007（平成19）年度にブロック構成が改定され、名古屋・尾張・知多・西三河・東三河の5地域の大ブロックに区分されています。さらに、名古屋ブロックと尾張ブロックはそれぞれ4ブロック、西三河は2ブロックに細分化され、全12ブロックより構成されています。各ブロックにはブロック長を配置し（表Ⅳ－1）、ブロックの規模に応じて4～8名の運営委員を配置してブロック活動を展開しています。

表Ⅳ－1 ブロック局の構成ならびに局長、ブロック長名

		氏 名	所 属	備 考
ブロック局長		小川 智也	公立陶生病院	
名古屋	名古屋東	銭田 良博	トライデントスポーツ医療看護専門学校	
	名古屋西	江口 雅之	中部労災病院	名古屋ブロック長
	名古屋南	都築 晃	藤田保健衛生大学	
	名古屋北	上田 周平	総合上飯田第一病院	
尾張	尾張中部	宮原 利博	総合大雄会病院	尾張ブロック長
	尾張東部	日比野 幹也	公立陶生病院	
	尾張西部	乾 瑠美子	愛知県厚生連 海南病院	
	尾張北部	岡崎 誉	春日井市民病院	
知多	知多	飯田 文彦	竹内整形リハビリクリニック	知多ブロック長
西三河	西三河北部	山本 正都	みよし市民病院	
	西三河南部	酒井 元生	刈谷豊田総合病院	西三河ブロック長
東三河	東三河	伊藤 淳	豊川市民病院	東三河ブロック長

(2011年4月現在)

2) 活動内容

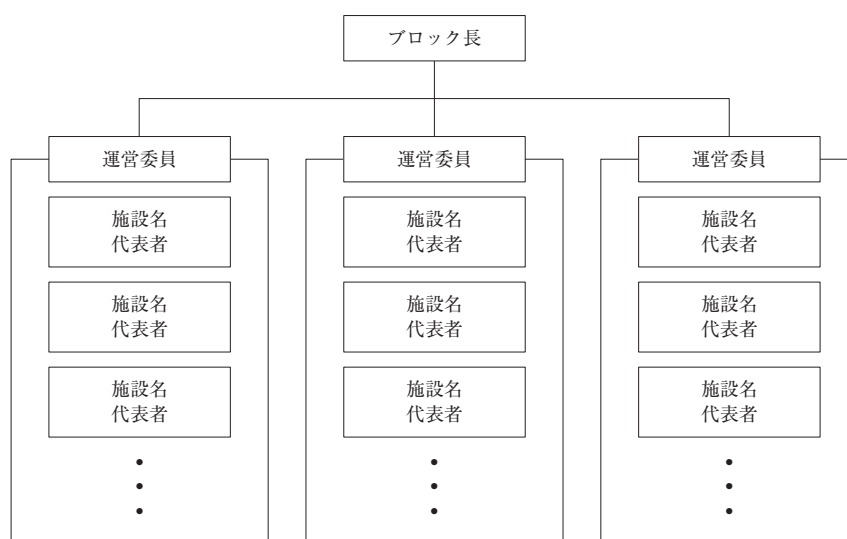
①症例検討会や研修会の開催

会員や地域のリハビリテーション関連職種の方々を対象に、知識・技術の研鑽の場を提供するとともに、情報の共有を図り地域における連携を深めることを目的として行ってい

ます。症例検討会は特に新人の方を対象とし、各ブロックにおいて気兼ねなく発表できる雰囲気作りや参加者との意見交換を盛んに行えるように種々工夫をしています。また、研修会においては多くの方々に参加してもらうために、地域の事情に合わせて内容や場所、日時を考慮し企画しています。会員の方々に対しては、新人教育プログラムの単位取得や生涯学習の履修ポイント取得も行えるように考慮しています。

②ブロック施設名簿の作成

2010（平成22）年度まではブロック連絡網を作成し、緊急時の情報伝達ツールとして作成していました。しかし、順次情報を伝える運用では難渋することがありました。そのため、2011（平成23）年度より各運営委員において担当施設を設定し、運営委員が各施設に連絡を取り合う運用に変更した「ブロック施設名簿」を作成しています（図Ⅳ－１）。「ブロック施設名簿」の作成により、ブロック局と施設との双方向の情報交換や共有促進を図り、スムーズな情報疎通が可能となりました。また、毎年改定することにより、増加する会員施設の把握にも役立っています。



図Ⅳ－１ ブロック施設名簿（イメージ）

③ブロック局の連携、ブロック懇親会

本会では公益事業も重要な事業となっており、社会局が主に担当しています。この公益事業に会員が主体的に取り組むためには、周知ならびに参加促進が必要となります。そのため、ブロック局と社会局が連携しスムーズな事業開催に務めています。社会局にて企画された公益事業はブロック局を通じ会員諸氏に理解を求め、積極的参加を促しています。この連携によりブロック局も社会貢献の一翼を担えるよう努めています。

また、会員の資質向上のため特定非営利活動法人愛知県理学療法学会との連携も不可欠となっています。特に症例検討会や研修会では、新人教育プログラムや生涯学習に即した

企画が重要となります。単位やポイント取得のための環境整備も行うように努めています。

ブロック内では地域内の親睦を図るために懇親会も開催しています。この懇親会により保健・医療・福祉に関する情報収集や把握に役立っています。

3) 今後の課題

近年、理学療法業務の内容や形態が多様化してきています。そのため、会員のニーズも多様となりブロック活動での対応に苦慮することがあります。例えば公益事業を安定かつ継続的に展開するために、より多くの会員参加を喚起・促進するための方法。また、会員の求める症例検討会や研修会の企画運営の模索などです。会員のニーズに対応するためにはブロック局内ならびに他部局との密な連携がより求められています。今後もブロック局の活動が会員の資質向上とともに、社会貢献の一助となるように努めていきたいと思ひます。

1. 名古屋ブロック

名古屋ブロック長 江口 雅之

表Ⅳ－１－１ 名古屋ブロック過去5年間の活動実績

	名古屋東ブロック	名古屋西ブロック	名古屋南ブロック	名古屋北ブロック
平成20年度	名古屋南ブロック合同症例検討会・研修会・地域情報交換会 「実践に役立つ呼吸理学療法」 講師：小川 智也 「愛知県理学療法士会の方向性」 講師：鳥山 喜之 12月7日（土） 参加者：102名 （症例検討会14演題）	研修会 「さまざまな痛みの病態とその対応～難治性疼痛に対するアプローチの考え方～」 講師：松原 貴子 2月7日（土） 参加者：85名	症例検討会・研修会 「実践に役立つ呼吸理学療法」 講師：小川 智也 「愛知県理学療法士会の方向性」 講師：鳥山 喜之 12月7日（土） 参加者：102名 （症例検討会14演題）	研修会 「筋緊張の基礎と臨床」 講師：村上 忠洋 1月7日（土） 参加者：65名
平成21年度	実技研修会「膝の触診：基礎編」 講師：銭田 良博 山本 昌樹 1月17日（日） 参加者：38名 （症例検討会5演題） スポーツ傷害予防講座～肉離れの予防とリハビリテーション 講師：深谷 泰士 銭田 良博 山本 昌樹 12月27日（日）	研修会 「腰痛症の診かた」 講師：青木 一治 9月27日（日） 参加者：70名	研修会 「はじめておこなう呼吸理学療法」 講師：都築 晃 10月11日（日） 参加者：36名	症例検討会・研修会 「肩関節の診かたと運動療法」 講師：飯田 博己 11月29日（日） 参加者：55名 （症例検討会7演題）

	名古屋東ブロック	名古屋西ブロック	名古屋南ブロック	名古屋北ブロック
平成22年度	実技研修会 実技研修会 「肩の触診」 第1回：骨指標編 10月21日（木） 第2回：軟部組織編 講師：銭田 良博 山本 昌樹 参加者：計55名 11月4日（木） 北ブロック症例検討会 12月10日（金） 症例検討会・研修会 名古屋北ブロックとの合同開催 参加者：72名 2月20日（日） スポーツ傷害予防講座～肉離れの予防とリハビリテーション～ 講師：深谷 泰士 銭田 良博 山本 昌樹 1月29日（土）	症例検討会・研修会 名古屋南ブロックとの合同開催 「循環器疾患の理学療法の捉え方」 講師：田畑 稔 9月23日（木） 参加者：120名	症例検討会・研修会 名古屋西ブロックとの合同開催 参加者：120名 研修会 「理学療法士の将来像と訪問リハ」 講師：張本 浩平 2月26日（土） 参加者：36名	症例検討会・研修会 名古屋東ブロックとの合同開催 「脊柱管狭窄症の理学療法」 講師：上原 徹 2月20日（日） 参加者：72名 （症例検討会8演題）
平成23年度	実技研修会 内容：実技研修会 「臨床に役立つ触診法」 第1回：腰の触診 第2回：肩の触診 講師：銭田 良博・山本 昌樹 参加者：計61名 第1回 11月10日（木） 第2回 11月17日（木） スポーツ傷害予防講座～肉離れの予防とリハビリテーション～ 講師 深谷 泰士 銭田 良博 山本 昌樹 11月26日（土） 愛知県理学療法士会研修部・名古屋東ブロック合同研修会 参加者：97名 12月18日（日）	名古屋北ブロックとの合同開催 参加者：84名 （症例検討会10演題） 11月27日（日）	愛知県理学療法士会研修部・名古屋東ブロック合同研修会 「CI療法とリハビリテーション」 講師：道免 和久 参加者：97名 12月18日（日）	名古屋西ブロックとの合同開催 「脳卒中リハビリテーションの進め方」 講師：山下 豊 参加者：84名 （症例検討会10演題） 11月27日（日）

（講師名 敬称略）

名古屋ブロックは全ブロックの中でも施設数および会員数が多く病院，施設，在宅分野，養成校など幅広い環境で会員が活躍しています。現在，名古屋ブロックでは4つの小ブロック（東西南北）が存在し小ブロック毎の地域に合わせた勉強会や症例検討など活動を行っています。また小ブロック毎の交流や名古屋全体のブロック交流を図るため小ブロック間の共催事業を行い活発な情報交換や人材の有効活用を試みています。

今後，ブロック内の連携強化をすすめ各施設間の理学療法業務の効率化や質の向上が得られることを期待します。また引き続き会員のみなさんの士会活動への参加や意見が社会貢献につながるものと矜持しております。

2. 尾張ブロック

尾張ブロック長 宮原 利博

1) 活動状況

表Ⅳ－２－１ 尾張ブロック全体活動活動実績

年 度	事 業	日 時	場 所	内 容	講師（敬称略）	参 加 数
2007年度	研修会	2007年12月15日	愛知医療学院	メタボリックシンドロームの運動療法	宮川 博文（愛知医大運動療育センター）	34名
2008年度	研修会	2008年 9 月13日	津島市民病院	地域連携パス	細江 浩典（名古屋第二赤十字病院リハビリテーション科長）	44名
				有限責任中間法人 愛知県理学療法士会の展望	鳥山 喜之（有限責任中間法人 愛知県理学療法士会 代表理事）	
2009年度	研修会	2009年11月29日	春日井市民病院	脳卒中のリスク管理と嚥下障害	鈴木 剛（名古屋医療福祉専門学校 理学療法科） 有蘭 信一（公立陶生病院 中央リハビリテーション部）	72名 （会員外含）
2010年度	研修会	2011年 1 月30日	公立陶生病院	低栄養と理学療法	飯田 有輝（厚生連海南病院）	84名
2011年度	研修会	2011年11月 6 日	総合大雄会病院	前頭葉機能障害	石井 文康（日本福祉大学）	74名 （会員外含）

表Ⅳ－２－２ 尾張西部ブロック活動実績

年 度	事 業	日 時	場 所	内 容	講師（敬称略）	参 加 数
2008年度	懇親会	2008年 9 月13日				8 人
2009年度	症例検討会	2009年 2 月10日	海南病院	症例数 4		79名
	懇親会					27人
2010年度	研修会	2010年 7 月30日	海南病院	内部障害から診た脳卒中患者のリスクマネジメント	有蘭 信一（公立陶生病院）	61名
	症例検討会			症例数 5		
	懇親会	2010年11月26日				23名
2011年度	研修会	2011年10月13日	海南病院	脳卒中片麻痺患者の下肢装具―処方のポイントと現状	高木 聖（高木プロジェクト）	72名
	症例検討会	2011年 6 月19日	弥富市市民ホール	演題数 4		48名
		2012年 2 月 8 日	偕行会リハビリテーション病院	演題数 5		84名
	懇親会	2012年10月13日				30名

表Ⅳ－２－３ 尾張中部ブロック活動実績

年 度	事 業	日 時	場 所	内 容		参 加 数
2007年度	症例検討会	2007年12月15日	愛知医療学院	演題数 4		34名
2008年度	症例検討会	2008年11月28日	厚生連江南厚生病院	演題数 7		44名
2009年度	症例検討会	2009年11月20日	済衆館病院	演題数 11		64名
2010年度	症例検討会	2010年11月26日	厚生連尾西病院	演題数 4		33名
2011年度	症例検討会	2011年 1 月20日	一宮西病院	演題数 16		88名

表Ⅳ－２－４ 尾張北部・東部ブロック活動実績 ー全て北部，東部合同開催ー

年 度	事 業	日 時	場 所	内 容	講師（敬称略）	参 加 数
2007年度	研修会	2008年2月3日	春日井市民病院	脳疾患症例の捉え方—画像所見、臨床症状、リスク管理など	桑山 直人（春日井市民病院 脳神経外科部長）	93名
	症例検討会			演題数 6		
2008年度	研修会	2008年11月9日	公立陶生病院	糖尿病、メタボリック症候群の理学療法	横地 正裕（三仁会あさひ病院 リハビリテーション科 科長）	50名 （会員外含）
	症例検討会			演題数 5		
2009年度	症例検討会	2009年11月29日	春日井市民病院	演題数 4		72名 （会員外含）
2010年度	症例検討会	2010年1月30日	公立陶生病院	演題数 6		84名
2011年度	研修会	2011年1月21日	春日井市民病院	機能障害の捉え方—関節運動学的視点より	宮下 浩二（中部大学 生命健康科学部 理学療法学科）	48名 （会員外含）
	症例検討会			演題数 3		

2) 今後の課題

私どもの尾張ブロックは東西南北ともに広く、また、ブロック内の移動についても決して、交通の便がよくはありません。このような地理的背景もあり、また、多くの研修会、研究会や学会の開催もあり、全ブロックでの活動においても、集まっの会員間の交流がしにくくなっている状況と思われます。更に、昨今の会員数増大による会場の確保、各施設における勤務状況が多岐に亘ることでの開催日・開催時間の選定など、かなり活動を行う上で難しい面もみられます。そのような中、5年間に上記のように活動を行ってきましたが、参加は多人数の施設からが多く、ブロックの規模に見合うべく参加数には、なかなか増やすことが出来ていないと実感されます。

今後は、よりブロックでの活動を充実させるべく

- ① ブロック内の会員皆様の意見・要望を更に汲み取れるようにしていく。
- ② 若手の会員が積極的に症例発表できる場を創っていく。
- ③ 士会事業での公益事業への参加が増えるよう斡旋していく。
- ④ ブロック事業の中で、ポイント取得できる事業を行う。
- ⑤ ブロック内の交流をより深めていく。

以上を目標にして、各ブロック長、運営委員とともに環境を整え、より多くの会員が参加できるようにしていきたいと考えています。

3. 知多ブロック

知多ブロック長 飯田 文彦

知多ブロックは大府市・知多市・東海市・常滑市・半田市・阿久比町・武豊町・東浦町・美

浜町・南知多町にわたる5市5町により構成され2012（平成24）年4月現在、66施設282名と自宅会員50名が登録されています。

知多ブロックの活動内容としては懇親会、研修会、症例検討会、健康増進事業として半田市健康フェアへの参加を毎年、行っています。

1）活動状況

①懇親会（新人歓迎会）

年に1度、研修会終了後、新人理学療法士（以下 PT）の歓迎会を兼ねた懇親会を開催、施設間ならびPT間での交流を深める。

②研修会

年に2回開催、愛知県内で活躍されている理学療法士を招聘し、知多ブロック会員の知識・技術の研鑽を図る。

③症例検討会

年3回開催、臨床の場で難渋した症例や経験した症例に対しての疑問や問題点等を発表を通して、出席者の意見を聞き解決できる場として経験年数の浅いPTも気軽に発表できるような形式で行っている。

④半田市健康フェアへの参加

公益事業の一環として地域住民の健康増進を目的として体力測定（健脚力、バランス、柔軟性）を行い、その結果に基づき運動・生活について個別指導を行う。

表Ⅳ－3－1 過去5年間の活動実績

開催日時		活動内容	テーマ	講師（敬称略）	参加数
2007年	7 / 5	懇親会・研修会	「筋電図による運動単位の解析と臨床応用」	下野 俊哉 （星城大学）	96人
	9 / 23	半田市健康フェア	体力チェックと運動・生活指導		260人
	1 / 20	研修会	「痛みの可塑性～慢性痛に対する理学療法のチャレンジ」	松原 貴子 （日本福祉大学）	69人
	9 / 27, 11 / 22, 3 / 27	症例検討会	6 演題発表		
2008年	6 / 28	懇親会・研修会	「前庭機能をふまえたバランス機能と理学療法」	浅井 友詞 （日本福祉大学）	86人
	9 / 28	半田市健康フェア	体力チェックと運動・生活指導		290人
	1 / 18	研修会	「肩疾患の基礎と臨床の結びつき」	浅野 昭裕 （碧南市民病院）	69人
	9 / 25, 11 / 27, 3 / 26	症例検討会	5 演題発表		
2009年	7 / 11	懇親会・研修会	「慢性腰痛症のメカニズム」	古川 公宣 （星城大学）	92人
	9 / 27	半田市健康フェア	体力チェックと運動・生活指導		215人
	2 / 7	研修会	「糖尿病の理学療法」	横地 正裕 （あさひ病院）	57人
	9 / 24, 11 / 26, 3 / 25	症例検討会	5 演題発表		
2010年	6 / 26	懇親会・研修会	「膝ACL損傷のリハビリテーションに関する基本的考え方」	藤堂 庫治 （星城大学）	72人
	9 / 26	半田市健康フェア	体力チェックと運動・生活指導		240人
	2 / 13	研修会	「投球障害における理学療法」	飯田 博巳 （愛知医科大）	60人
	9 / 30, 11 / 25, 3 / 24	症例検討会	7 演題発表		
2011年	7 / 9	懇親会・研修会	「PTSからRPTへ『プロ』として求められるもの」	山田 和政 （星城大学）	56人
	11 / 27	半田市健康フェア	体力チェックと運動・生活指導		210人
	3 / 22	研修会	「平成24年医療・介護報酬改訂情報」	熊谷 泰臣 （善常会リハ病院）	70人
	9 / 29, 11 / 24	症例検討会	6 演題発表		

2) 今後の課題

- ① 新人教育プログラムの対象者にむけて、症例発表での単位取得を奨励していきます、そのためにブロック内で行われる症例検討会のアナウンスの強化、各施設からの推薦等を積極的に進めていきたいと思います。
- ② 公益事業への積極的な参加：地域のスポーツ傷害予防事業、介護予防事業等を通して理学療法士としての専門性を発揮し地域貢献すると同時に理学療法士の認知度と高めていきたいと思います。

4. 西三河ブロック

西三河ブロック長 酒井 元生

1) 概要、紹介

西三河ブロックは、岡崎市・豊田市・みよし市・幸田町（以上、北部ブロック）、安城市・刈谷市・碧南市・高浜市・知立市・西尾市（以上、南部ブロック）の各施設会員および個人会員で構成されています。

活動内容としては、研修会（症例検討会および懇親会を含む）を北部・南部各ブロックにおいて年間1回実施しています。その内1回は北部・南部合同で運営しています。

2) 実施事業概要

表Ⅳ－4－1 西三河ブロック活動実績

開催日時		会場	事業名	テーマ	講師 (敬称略)	参加数
19年度	2/3	岡崎市民病院	南北合同 研修会 症例検討会	認知運動療法の紹介 －怪物への挑戦－ 2 演題発表	井内 勲	61人
20年度	12/14	刈谷豊田総合病院	南部研修会 体験見学	リハビリテーション科の活動と地域連携 キネマトレーサー・VE	小口 和代	76人
	2/15	刈谷豊田総合病院	南北合同 研修会 症例検討会	歩行分析・動作分析 2 演題発表	伊藤 慎英	87人
21年度	12/20	刈谷豊田総合病院	南部研修会	嚥下障害の評価と治療 世界のリハビリ －アメリカと日本の違いから学べること－	稲本 陽子 鋤柄 和子	106人
	2/21	岡崎市民病院	南北合同 研修会 症例検討会	五十肩の痛みと運動制限の捉え方 2 演題発表	飯田 博己	73人
22年度	1/29	刈谷豊田総合病院	南北合同 研修会 症例検討会	医学・医療プレゼンテーション革命 －PresentationZenのスーマー	木村 勝智	59人
	2/19	厚生連豊田厚生病院	北部研修会	3 演題発表 自立支援用ロボットスーツHAL	松岡 昇	16人
23年度	1/29	刈谷豊田総合病院	南北合同 研修会	超音波エコーを活用した運動器疾患に対する理学療法評価について ～下肢編～	銭田 良博	71人
	2/19	岡崎市民病院	症例検討会 北部 研修会 症例検討会	2 演題発表 片麻痺の肩の痛み 2 演題発表	河尻 博幸	55人

3) 今後の課題

症例発表の単位数が上がったことにより発表希望者が増加することが予想されます。各ブロックにて年1回であった症例検討の機会を増やすこと、従来の発表形式を変更して発表者が気軽に参加・発表できるようにしていくこと、などが今後の課題です。

5. 東三河ブロック

東三河ブロック長 伊藤 淳

東三河ブロックは豊橋市、豊川市、蒲郡市、田原市、新城市、設楽町、東栄町、豊根村で構成され、2012（平成24）年7月現在の施設数は71、会員数は439名です。面積も広く名古屋からも遠方になり、地域の連携や、研修会への参加が困難な施設もあります。このような環境のために、古くから東三河広域医療圏では研究会が開催され、積極的に親睦や連携ネットワークが構築されてきました。

東三河ブロックは、この既存の良好な連携をベースに活動しています。

1) 活動状況

① ブロック研修会

年1回開催。

② 症例検討会

年1回開催。

③ ブロック施設名簿の作成

表Ⅳ－5－1 東三河ブロック活動実績

開催日時	会場	事業名	テーマ	講師名（敬称略）	参加人数
2007.12.02	蒲郡市民病院	ブロック研修会	足関節部骨折の理学療法	碧南市民病院 加藤 康吉	会 員：30名
2008.01.28	豊橋市民病院	症例検討会	症例検討	4 題	会 員：31名
2008.11.30	蒲郡市民病院	ブロック研修会	膝スポーツ外傷後のアスレティック リハビリテーションについて	スポーツ医科学研究所 岡戸 敦男	会 員：20名
2009.01.25	豊橋市民病院	症例検討会	症例検討	8 題	会 員：50名 非会員：25名
2009.10.25	蒲郡市民病院	ブロック研修会	脳卒中片麻痺患者の 筋緊張異常の捉え方	中部リハビリテーション専門学校 河尻 博幸	会 員：95名
2010.01.31	豊橋市民病院	症例検討会	症例検討	4 題	会 員：50名 非会員：25名
2010.09.25	蒲郡市民病院	ブロック研修会	脳梗塞の急性期リハビリテーション	名古屋市立大学病院 堀場 充哉	会 員：38名 非会員：02名
2011.02.06	豊橋市民病院	症例検討会	症例検討	6 題	会 員：69名 非会員：12名

2011.10.02	蒲郡市民病院	ブロック研修会	運動時の身体応答 －バイタルサインから分かること－	豊橋創造大学 田畑 稔	会 員：52名 非会員：05名
2012.01.29	豊橋市民病院	症例検討会	症例検討	5 題	会 員：68名 非会員：17名

2) 今後の課題

2011（平成23）年度，当ブロック会員数の約11%から15%の会員がブロック活動に参加しています。会員数の増加と若い会員の興味対象の変化などから，この数字をもって参加率の高低を推し量ることは困難ですが，今後も参加率の向上の為，会員の興味あるテーマの調査を行い，重複する研修会との日程調整を図りながら，ブロックならではの研修会の企画を検討していきたいと考えています。

症例検討会は，年々新人だけではなく各施設の指導的立場の会員の参加が増加しており，各施設の新人教育にブロック全体で指導協力できる体制となってきました。今後は演題数の確保と，それに伴う開催頻度の検討を行い，益々活発な会となるよう努めていきます。



表彰委員会

表彰委員会 委員長 松野 俊次

1) 表彰委員会の役割

表彰委員会では、各規程に基づき「日本理学療法士協会賞」「愛知県理学療法士会功労賞及び特別功労賞」「医療功労賞」等の候補者選考を行っています。

下記に2007（平成19）年度～2011（平成23）年度各受賞者をお示しします。（表V－1）
今後も会員の皆さま方の活動の励みになることを期待しています。

表V－1 過去の5年間の表彰者

賞 種	受賞年度	氏 名（敬称略）
医 療 功 労 賞	平成20年度	児島 久治（名古屋市児童福祉センター わかくさ学園）
	平成22年度	三橋 俊高（愛知県厚生連足助病院）
	平成23年度	萱野 稔（中部労災病院）
日本理学療法士協会賞	平成19年度	野崎 正幸
	平成20年度	保村 譲一
愛知県理学療法士会特別功労賞	平成19年度	勝田 治己（愛知医科大学病院）
愛知県理学療法士会功労賞	平成19年度	鈴木 泰彦（豊川市民病院）
	平成22年度	青山 賢治（西新町医院）



組織委員会および法人設立委員会

組織委員会・法人設立委員会 委員長 片岡 寿雄

過去5年間（2007（平成19）年以降）の組織の形態変遷を表Ⅵ－1に示しました。本会は任意団体から法人格を取得し法律改正（2006（平成18）年 法人法）などの流れを経て、現在は一般社団法人愛知県理学療法士会として存在しており、今後の公益社団法人格取得を目指しています。

表Ⅵ－1 組織の変遷（2007年以降）

	組 織 名	組織の形態	代表者	備 考
2007	愛知県理学療法士会	任意団体	鳥山会長就任	法人設立委員会の立ち上げ
2008 / 02	解散			
2008 / 04	有限責任中間法人愛知県理学療法士会	有限責任中間法人	鳥山代表理事	
	特定非営利活動法人愛知県理学療法学会	NPO法人	鳥山理事長	
2008 / 12	（一般社団・財団法人法施行）			この法律で中間法人法（2001年）廃止。 自動的に既存の中間法人は一般社団法人 へ移行
	一般社団法人愛知県理学療法士会	一般社団法人	鳥山代表理事	
2012 / 08現在	公益社団法人への移行を目指す			

1）何故任意団体から法人格（2008（平成20）年 有限責任中間法人）を取得する必要があったか？

人間は出生によって権利能力を取得します。この権利能力の事を人格といいます。団体も法律の規定によって権利能力が付与され、団体の場合の権利能力を法人格といいます。法人格を持たない組織とは、例えば町内会やPTAなどが該当します。2007（平成19）年当時本会の会員数は2,000名を超えており、社会的責任を負う専門職種の集まり（団体）として法人格を持たないというのは対外的にも大きな問題でありました。

2）何故有限責任中間法人（2008（平成20）年4月）となったのか？

中間法人とは中間法人法（2001（平成13）年）に規定される法人で、社員（会員）に共通する利益を図ることを目的とする法人であり、営利目的（剰余金の分配を行う）でも公益目的（非特定多数の利益を図る）でもない法人です。任意団体ではその団体が所有する土地建物などの資産や財産は個人のものとして扱われるため、個人資産との混同や死亡時相続の問題など多くの問題をかかえていました。団体が作る通帳も基本的には代表者個人が正式名義人となります。

こういった問題を是正するため、2001（平成13）年中間法人法が制定され中間的な任意団

体にも法人格取得に道が開かれたという経緯があります。本会の実状にはとても合致した法人格でした。

3) 何故特定非営利活動法人愛知県理学療法学会（2008（平成20）年4月）を作ったのか？

特定非営利活動法人（NPO）とは、特定の公益的、非営利活動を行うことを主目的とする法人で社会的信用は高く、また収益事業にのみ課税が加わるという点で税制優遇もあります。17業種に限定されており、そのうちの保健・医療または福祉の増進を図る活動に該当し、本会としては理学療法を手段として保健・医療福祉の増進の為に活動するという目的があります。

旧組織（大きくは学術局・職能局・社会局・ブロック局）の中から学術に関する部分、つまり学術局だけをNPO団体へと移行したところに大きな意義がありました。この組織の中では学術活動に対する事業費使用に制約を受けません。ただし、組織名にあるように理学療法士の為の団体という意味ではなく、理学療法の為の団体である為、社員構成も理学療法士有資格者に限定することはできません。こういったNPO団体としての組織形態は、全国的に見ても、ある意味特殊な形態と言えます。

4) 一般社団法人から公益社団法人を目指すハードルと今後

(1) 2008(平成20)年12月一般社団・財団法人法の施行によって中間法人法が廃止された為、有限責任中間法人であった本会は自動的に一般社団法人へと移行されました。

一般社団法人と公益社団法人の違いを表Ⅵ-2に示します。

一般社団法人と公益社団法人の大きな違いは、①社会的信用度と②税制優遇の違いがあります。現在一般社団法人の非営利型としては活動できていますので、②の税制優遇には大きな差異はありません。もし営利型に分類されると、会費収入も課税対象（全所得課税）となってしまいます。本会は非営利型であり、ここについては非課税です。①の社会的信用度は公益社団法人の方が圧倒的に高いわけですが、では簡単に公益社団法人を目指せるかというと、そうは簡単に行きません。いくつかクリアしなければならない事があります（表Ⅵ-3参照）。この中で最もハードルの高い基準が「公益目的事業比率50%以上の要件」となります。これをクリアする為に各局事業を公益性の高いものに計画配分しなければいけません。理学療法（士）教育などについてはNPO法人の方で行い、一般社団法人内の職能局・社会局・ブロック局（図Ⅵ-1参照）のうち公益事業を組み易いのは社会局ですので、社会局の公益事業比率を上げるなど対応が必要となります。これらを考慮してもなおハードルが高く難渋している現状があります。

表Ⅵ－２ 各法人の違い

法人格	一般社団法人	NPO法人	公益社団法人
事業内容	公益事業&収益事業	17の特定非営利事業	23の公益目的事業
設立手続	設立登記のみ	所轄庁の認証＋設立登記	設立登記後に行政庁へ公益認定申請
設立時資金	不要	不要	不要
設立者数	2人以上	10人以上	2人以上
理事数	理事は1人以上	3人以上	3人以上
監事数	いなくてもよい	1人以上	1人以上
所轄庁	なし	なし	なし
監督	なし	都道府県庁または内閣府	都道府県庁または内閣府
許認可等	なし	認証	公益性認定
設立難易度	やさしい	普通	難
設立期間	2～3週間	3～6ヶ月	2～3週間＋認定相当期間
公益性への信頼度	全くなし	ある程度はあり	高い
税制優遇	課税・非課税で区分	収益事業のみ課税	原則非課税＋公益目的以外課税
法人税率	18％～30％	18％～30％	18％～30％
寄附金優遇	課税・非課税で区分	なし	あり
事業報告	なし	毎年、所轄庁に事業報告あり	毎年、所轄庁に事業報告あり
法人格取消	なし	認証取消で解散	認証取消で解散

(新公益法人制度などを参照)

表Ⅵ－３ 公益性認定の為の要件

- ①公益目的事業を行うことを主たる目的とすること。
- ②公益目的事業を行うに必要な経理的基礎及び技術的能力を有するものであること。
- ③事業を行うにあたり、会員、役員や使用人等に対し特別の利益を与えないこと。
- ④事業を行うにあたり、株式会社その他営利事業を営む者等に対し、寄附その他の特別の利益を与える行為を行わないこと。
- ⑤公益目的事業に係る収入がその実施に要する適正な費用を償う額を超えないこと。＜収支相償の要件＞
- ⑥公益目的事業に要する費用が、事業費及び管理費の合計額に占める割合が50%以上であること。＜公益目的事業比率の要件＞
- ⑦遊休財産の額（法人の純資産に計上された額のうち、具体的な使途の定まってない財産の額）が、1年分の公益目的事業費相当分を超えないこと。＜遊休財産保有の制限＞
- ⑧他の同一の団体の理事等の合計数が理事総数の3分の1を超えないものであること。等々。

(公益社団・公益認定基準（18項目）より抜粋)

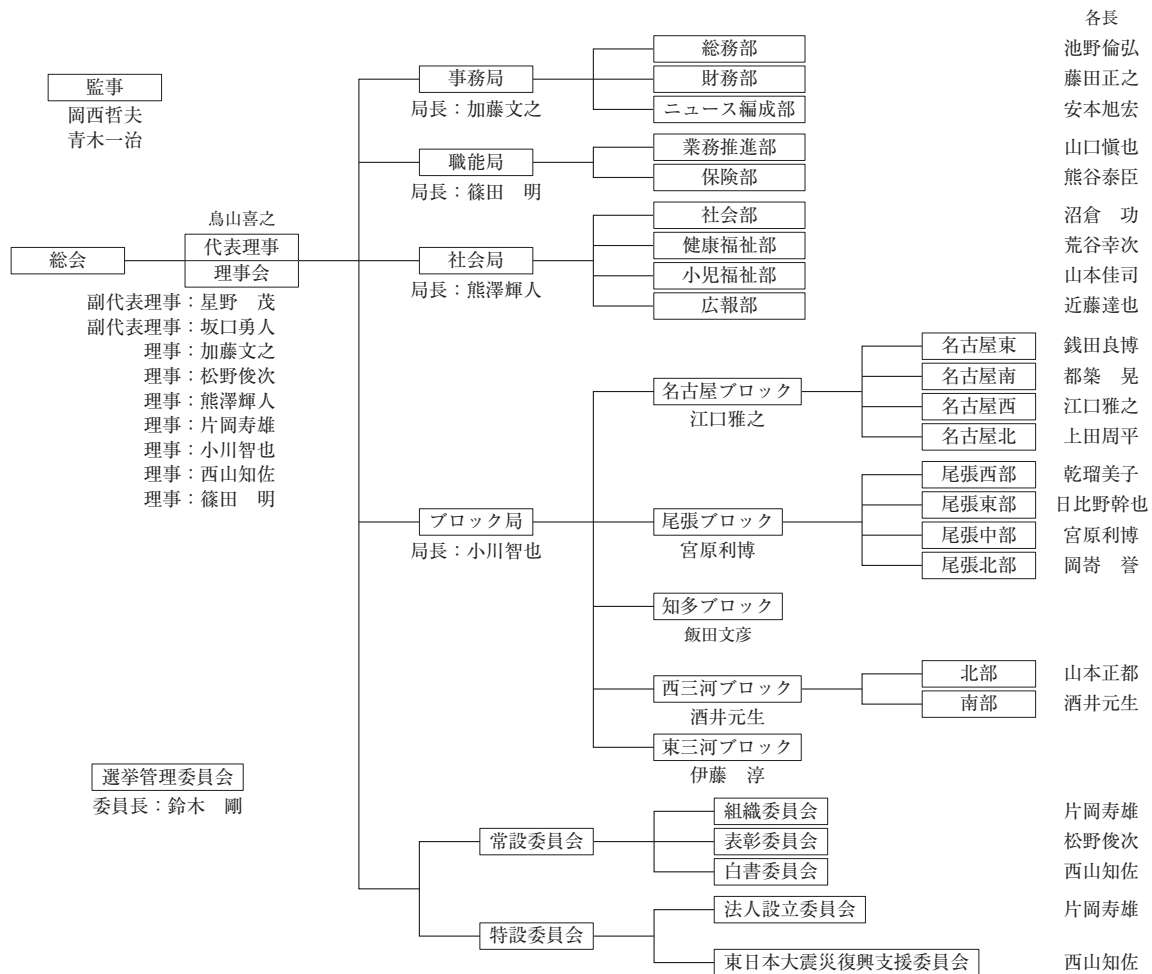
(2) 3団体の関係

会員は公益社団法人日本理学療法士協会に入会しますが、それは同時に一般社団法人愛知県理学療法士会、NPO法人愛知県理学療法学会と3つの団体に所属することになります。

今や各都道府県士会組織の中でも法人格は順次取得していっていますので、日本理学療法士協会との関係はあいまいになってきています。

公益社団法人日本理学療法士協会の言葉を借りれば、「都道府県理学療法士会は、本会定款細則に定めるように協会組織の1つであり、言わば下部組織であります。各県組織が法人格を有した時点で名称変更したとしても、公益社団法人日本理学療法士協会が定めた都道府県理学療法士会を勝手に解散することはできません」（2010理学療法白書）とあります。

となれば会員の立場からすると、既に公益社団法人の社員である会員にとって県レベル



図Ⅵ－１ 一般社団法人愛知県理学療法士会 組織図（2011・2012年度）

でも公益社団の要件（信用）を満たすべきか・・・という意見も一理あります。あくまで我々の言う公益性とは、有資格者理学療法専門職としての知識や技術を通して、公益に貢献しようとするものです。それを具現化する為に、ここ5年の組織作りの1つとしてNPOの立ち上げも行ってきましたが、理学療法士教育への事業費配分を上げつつ、公益性という社会的責任を果たす難問にぶち当たっているのが現状だと言えるでしょう。

公益社団法人格を有したとして、組織としての永続的な意味ある運営の為にはどうあるべきか、今後の組織形態・運営をどうしていくべきか、全会員が特に次世代を担う若き会員こそが今後のありようについて深く考えてもらいたいと思います。



東日本大震災復興支援委員会

東日本大震災復興支援委員会 委員長 西山 知佐

2011（平成23）年3月11日に東日本大震災が発生し、東北地方を中心に未曾有の大災害に見舞われました。この大惨事に多くの人々があらゆる形で手を差し伸べ、復興支援活動に携わりました。愛知県理学療法士会におきましても、この事態を受け早急に義捐金という形で支援しました。個人レベルにおいては職場から、あるいは有志で支援活動を行った会員が多数存在すると聞いています。

この年の8月、宮城県理学療法士会は2011（平成23）年8月から翌年3月まで支援を行う方針を固め、東海・近畿地方の8県の理学療法士会に対し、会員派遣を要請しました。そのうち、本会は岐阜県理学療法士会・三重県理学療法士会と合同で、2011（平成23）年12月分と2012（平成24）年3月分を割り振られました。これを受け、9月に震災支援のための特設委員会を設置し、会員に向けてチラシやホームページでボランティアを募集しました。募集開始から約1カ月の間で40名の応募があり、予定していた日程分のボランティアの大半を本会で確保することができました。ところが、11月上旬に支援活動において一定のめどがついたことと、自治体の今後の活動方針の変更によって、宮城県理学療法士会が行う支援活動を12月までとすると連絡があり、これに従い本会も12月に支援活動を行いました。

実際の活動日程は2011（平成23）年11月28日～12月24日、宮城県石巻市渡波地区を中心とした地域で支援活動を行いました。参加者は16名で、うち4名は4日間、12名は2日間参加しました。活動内容は仮設住宅・避難所・在宅での個別相談、通所介護で働くスタッフへの指導、集団体操を通じて運動方法の助言・指導、大規模仮設集会所における介護予防教室の実施等でした。今回の参加者は急性期病院、老人保健施設、在宅サービス等、普段それぞれ違う環境で勤務しているにもかかわらず、いざ現場に入ると理学療法士らしく活動しました。現地の状況は日々変化しており、我々も臨機応変に対応を迫られたこともありましたが、次の参加者へ申し送りを行うことによって、約1カ月の任務を滞りなく務めることができました。

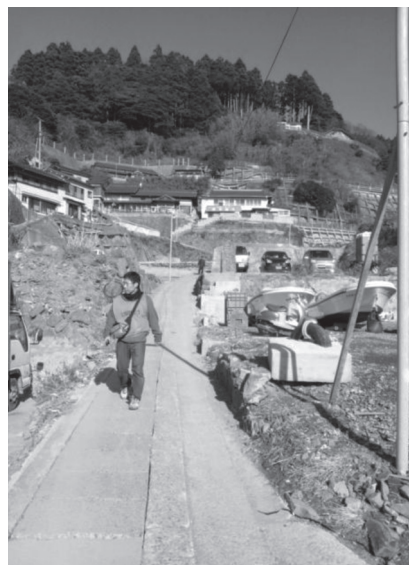
当時の活動自体は終了に向かう時期であり、翌年よりほとんどの活動が地元のスタッフに引き継がれました。しかし、我々の支援活動終了時に仮設住宅での家屋評価が十分行き渡っていないなど残された課題がある状況を知り、後ろ髪惹かれる思いで現地を跡にしました。災害支援活動の限界を思い知らされた場面でもありました。

参加者からは「自分が本当に役に立てたかどうか不安だ」という思いを抱きつつも、「貴重な経験ができた」と前向きな感想が多く寄せられました。一方、宮城県理学療法士会の担当コーディネーターから、我々の支援活動に対し感謝の意を表されました。加えて、まずは現場の温度を体感すること、今回の被災地での多くの経験や生の声等を通じて、地元の災害対策に

活かしてもらうことが切なる希望であることも併せて寄せて下さいました。

今回の支援活動が無事に遂行できたのは、現地スタッフからの多大なサポートと、被災地の方々のご協力によるものだと思います。この場を借りて感謝申し上げます。そして、実際に参加した会員だけではなく、この活動に関心を持ち賛同してくれた多くの本会会員に対しても敬意を表します。

最後になりますが、ここ愛知県も近いうちに南海トラフ巨大地震に見舞われ、東日本大震災以上の被害がもたらされる可能性が指摘されています。この大惨事を教訓に、本会でもまず自分たちの身を守り、加えて地域の方々への支援を行うための対策を立てる予定です。



図Ⅶ－１ 支援活動の様子

第二部 特定非営利活動法人愛知県理学療法学会の現状と課題

愛知県理学療法学会5年間の総括

特定非営利活動法人 愛知県理学療法学会 理事長 青木 一治

団体組織は法人格を有することで社会に認められるといわれます。その理由は法律に基づく組織運営を行い、その状況を社会に情報公開することから社会的信用性の向上につながるからです。しかし、愛知県理学療法士会は法人格取得のために長きに渡りに努力するものの、なかなか実現に至りませんでした。そこで、愛知県理学療法士会は愛知県理学療法学会を特定非営利活動法人として立ち上げるに至りました。その経緯について、以下にまとめさせていただきます。

1979（昭和54）年愛知県理学療法士会（以下士会）は、東海理学療法士会（1967－1979）から独立して誕生しました。その後30余年が経ちますが、この間士会において白書（記録報告書）を上梓したのは保村（第6代）士会長が初めてでした（2007（平成19）年）。このときの白書策定の目的は、士会活動が30余年も経つと、理学療法業務や組織事業活動の展開は大きな変動を示し、時代錯誤的状况も生じているためこれまでの事業データを集積・解析し、今後の士会活動の在るべき姿を打ち出す必要があったからです。同時に、長年の構想であった法人格を有するうえでも士会のこれまでの活動を総括することは有用なことでした。法人化の一環としては、前年の2006（平成18）年4月に、事務局を住居型ビルから事務所型ビルに移し、場所も愛知県庁、名古屋市庁にも近い東区に置き、社会に認められる団体の事務所としての定着も図りました。

白書初版の発刊は2007（平成19）年3月で、愛知県理学療法学会も既に第17回（第18回より愛知県理学療法学会に名称変更）を数えていました。このときの士会会員数は2,326名でした。このように士会組織としては公益事業にも積極的に参加・企画し、学術振興にも力を注ぎ、法人組織の規模としては申し分ないものであったのですが、白書発刊時に法人格を有する団体として士会の名称を記載することはできませんでした。

法人化については、何年も討議されてきたことであり、士会としては努力を尽くしてはきたのですが、なかなか愛知県のハードルを越えることができず悶々とした状況でした。そのような状況の中、2007年の定期総会における役員選挙で、第7代として鳥山士会長（現一般社団法人愛知県理学療法士会 代表理事）が選任されました。新士会長の公約は「公益法人化」でしたので、士会組織の大改造が図られることになりました。他の都道府県士会の先陣を切って、士会組織をいわゆる職能機能と学術機能に分割することにしました。この二分化については種々の議論があったことを添えておきます。そして2008（平成20）年4月、学術機能を担う組織として特定非営利活動（NPO）法人愛知県理学療法学会の設立を迎えるに至りました。

学術団体としてのNPO法人愛知県理学療法学会（以下本学会）として設立した以上は、社会に認められる法人のみではなく、学術団体としても社会的に認められなければなりません。

そこで、都道府県士会としては全国で初めて、「日本学術会議」に「日本学術会議協力学術研究団体」の指定を申請しました。その結果、2011（平成23）年4月23日指定の通知をいただくことになりました。この4年間奔走していただいた故中條茂伯氏には心より感謝ならびにご冥福をお祈りするしだいです。

以上、ここまでが本学会の総括となるのですが、今後においても本学会がどのように向かうのか課題は山積しているのが現状です。公益社団法人日本理学療法士協会（以下協会）の半田会長が示すように、理学療法士は希少価値時代から競争時代へ入り、自律性ある団体として進めるかどうか、また理学療法士個人が自律と自立に貢献できるのか、活路を見出すことも考えていかなければなりません。一方でここ数年、厚生労働省医道審議会において理学療法士の行政処分が諮問されています。会員は綱紀肅正に努めなければなりません。数が多くなればそれだけ問題が多くなるのではなく、数が力を生み次世代への組織作りをしなければなりません。そのためには次世代を創る若い会員の学会事業への参加・参画、そして経験者の後進への指導が組織の成長に寄与するものと考えます。

学術局 局長 岸川 典明

学術局は2008（平成20）年4月、愛知県理学療法士会から、会の発展のため分離移行した特定非営利活動（NPO）法人愛知県理学療法学会の部局の一つとして組織されました。

学術局には、学術大会部、研修部、生涯学習部、専門領域研究部、学術誌部の5部が編成されました。

学術局では、会員の学術的・技能的レベルの向上、理学療法士としての基本的資質の教育、より専門的な知識、技術を研鑽するための研修会が企画され、毎回200名を超える参加がありました。また、その活動を対外的に発信するため、年度末には学術大会を開催し、研究成果や患者の皆様から得た新しい知見などの発表の場として発展し、現在に至っては参加者が1,000名を超える大きな学術大会へと成長してきております。その他の学術論文は、「愛知県理学療法学会誌」として編纂し、会内外へと発信もしています。

2011（平成23）年からは組織検討により、新たに教育局が編成され、生涯学習部、専門領域研究部を担うこととなりました。

これまでに開催した学術研修会では、県外からも著名な講師を招聘し、最新知見や治療技術の紹介など、受講した会員の満足度は高く、学術大会での公開市民講座や特別講演においても、ご参加いただいた市民や自己研鑽に励む会員の一助になったのではないかと自負しております。また、会員の教育的側面としては、新人教育プログラムの履修促進を啓蒙し修了者の増加を図り、認定理学療法士、専門理学療法士の資格取得への援助、相談窓口としての役割も果たしてきました。学術誌部においては、投稿論文の増加、査読や論文指導等を行い、対外的にも価値のある学術誌へと発展してきております。

過去、愛知県理学療法士会学術局（現NPO法人愛知県理学療法学会学術局）は、2005（平成17）年に協会全国研修会や2007（平成19）年に東海北陸理学療法学会学術大会の運営準備などにもかかわって参りました。「動作の探究～坐る・立つ・歩く～」をテーマとした第40回日本理学療法士協会全国研修会では、2005名、「生体と環境と理学療法」をテーマとした第23回東海北陸理学療法学会学術大会では、1700名の方々にご参加いただきました。さらに、2013（平成25）年に愛知県で開催予定の第48回日本理学療法学会学術大会、第29回東海北陸理学療法学会学術大会にも全面的に協力致します。

今後、会員増の増大、職場の勤務形態の変化に対応するための、会場確保や運営に携わる各部員の負担軽減も視野に入れ、局の整備運営を進めていきたい所存です。

1. 学術大会部

学術大会部 部長 村上 忠洋

学術大会部は2008（平成20）年度に愛知県理学療法士会が「一般社団法人 愛知県理学療法士会」と「特定非営利活動（NPO）法人 愛知県理学療法学会」に分かれた折に、「NPO法人 愛知県理学療法学会」の学術局内に新たに組織された部で、その主な業務は①学術大会長の選出、②学術大会の運営補助、③学術大会賞の表彰であります。

年1回開催されます学術大会は、以前には愛知県理学療法学会という名称でしたが、「学会」は組織や団体を意味するのでふさわしくないとの議論により、第18回から愛知県理学療法学術大会へと名称が変更になりました。学術大会の開催は地区ブロックが担当となり、2001年度より、名古屋→尾張→知多・三河（知多、西三河、東三河で順番）の順に3区分での輪番制で、企画・運営にたずさわっております。最近では参加者数が1,000名を超えるほど大規模な学術大会となり、各地区での会場確保が困難なため、企画・運営は各ブロックで行い、会場は名古屋市内で行うことが多くなっております。2006（平成18）年度の第17回から2011（平成23）年度の第22回学術大会の詳細を表Ⅰ－1－1に示します。なお、それ以前の学術大会（学会）の詳細は、愛知県理学療法士白書あいち2007に掲載されております¹⁾。

愛知県理学療法学術大会は東海北陸理学療法学術大会や日本理学療法学術大会への架け橋となる若手会員の発表の機会であるとも捉えられます。急激に理学療法士が増えている現状で、研究マインドを持った理学療法士を育成することは、理学療法士の質を維持・向上させるためにも大変重要なことであると思います。学術大会の発表演題数は、第1回から20年近く大きな変化はありませんでしたが、最近では発表演題数が増加して来ております。（図Ⅰ－1－1）こうした若手の育成のために第18回学術大会より、会員歴7年目以下の若手研究者の中から、優秀演題に対して学術大会賞を授与することになりました（表Ⅰ－1－2）。

参考文献

- 1) 村上忠洋：(1) 愛知県理学療法学会，愛知県理学療法白書あいち2007，愛知県理学療法士会，愛知，2007，pp42-43.

表 I - 1 - 1 学術大会の概要（平成18年度～平成23年度）

	開催日	担当ブロック	学会長	テーマ	演題数*	会場
第17回	H19. 2.18	西三河	松野 俊次	理学療法士の社会的役割	37 (42)	刈谷市産業振興センター
第18回	H20. 2.17	名古屋	村上 忠洋	臨床研究への扉 －経験を検証する－	46 (63)	名古屋国際会議場
第19回	H21. 3. 8	東三河	森嶋 直人	基本への回帰 －更なる飛躍を目指して－	53 (76)	豊橋勤労福祉会館
第20回	H22. 3. 7	名古屋	坂口 勇人	理学療法の多様性	77	愛知県産業労働センター (WINC AICHI)
第21回	H23. 3. 6	尾張	小川 智也	理学療法の意義を考える！	96	愛知県産業労働センター (WINC AICHI)
第22回	H24. 3. 4	知多	山田 和政	理学療法の－これからのカ タチ－	81	愛知県産業労働センター (WINC AICHI)

* () 内は「症例検討Ⅲ」の症例発表を含んだ演題数

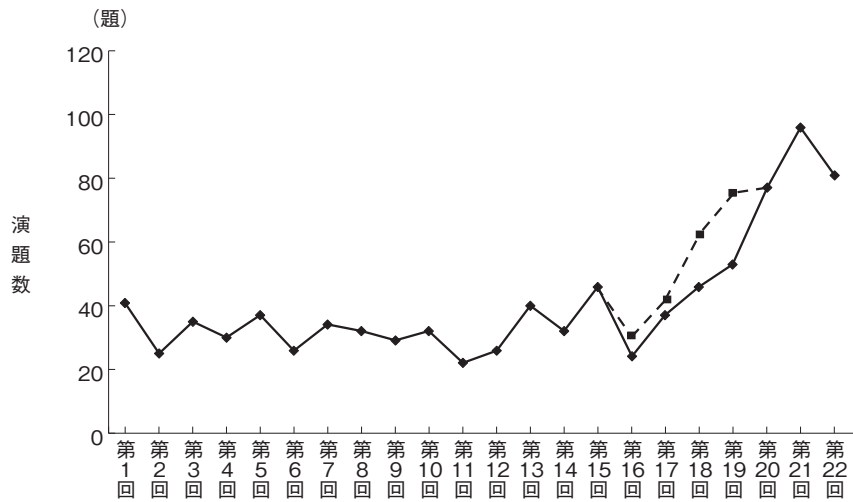


図 I - 1 - 1 発表演題数の推移

第16回から第19回の学術大会では、新人教育プログラムの「症例検討Ⅲ」のための症例発表を同時に開催したため、破線はそれを合わせた演題数を、実線はそれを除いた演題数を示す。

表 I - 1 - 2 学術大会賞 受賞演題（平成19年度～平成23年度）

	演 題 名	氏 名
第18回	接触方法の違いが知覚閾値に及ぼす影響	原田 隆之* (西尾病院) 平井 達也・河合 裕美・井上 大輔・上野 愛作 渡邊 紀子・星野 雅代・牧 公子・村雲 聡江 千鳥 司浩・下野 俊哉
第19回	腰部脊柱管狭窄症術後患者の退院時連続歩行距離に影響する因子について	大森 裕介* (豊橋市民病院) 森坂 文子・森嶋 直人・八木 了・吉原 永武 太田 進
第20回	脳卒中患者の歩行自立に影響する因子についての検討ーリハビリテーション患者データベースを利用してー	杉山 統哉* (中部労災病院) 田中 宏太佳・鄭 丞媛・松本 大輔・近藤 克則
第21回	進行期パーキンソン病の動的立位姿勢制御	佐橋 健斗* (名古屋市立大学) 堀場 充哉・山下 豊・田中 照洋・和田 郁雄
第22回	荷物携帯方法の違いが歩行時の股関節に与える影響	嶋 尚哉* (豊川市民病院) 金井 章・武山 智子・塚本 歩美・鈴木 泰彦 伊藤 淳

* 筆頭演者とその所属

2. 研修部

研修部 部長 大塚 圭

研修部は、会員の卒後教育と学術向上を目的として年間に3回の研修会を企画、運営しています（表Ⅰ－２－１）。研修会は、一部を除き無料とし、人数制限を設けず、可能な限り多くの会員が受講できるようにしています。例年、研修会の形式は講師1名にて講演時間90分としていましたが、2008（平成20）年の第3回以降、複数名の講師をお招きし、半日もしくは終日の研修会に規模を拡大しました。また、2011（平成23）年の第3回から研修会で掲げたテーマに基づき、その分野を専門とされている講師の方々をお招きし、講演頂く形式をとっています。研修会の情報は、学会ホームページ、士会ニュースまたはダイレクトレールを活用して会員に告知しています。さらに研修部では、参加者の動向を把握する目的として2009（平成21）年より会場にて参加者を対象に経験年数、所属ブロック、所属の分類（医療・介護・教育・保健所）、研修会の情報源などのアンケートを実施しています。参加者の経験年数は、2011（平成23）年では3回とも3年目未満が全体の約5割を占めており、2009（平成21）年および2010（平成22）年とも同様の傾向でした（図Ⅰ－２－１）。今後は、これらの3年目未満の新人レベルを対象とした研修会を企画する一方、5～10年目あたりの中堅レベルを対象としたアドバンス向けの研修会も企画していく予定です。また、近年、土日勤務の会員が増え、日曜や祝日に開催する研修会に参加できないという問題が出てきており、今後の研修会の運営方法についても検討する必要があると考えています。

表Ⅰ－２－１ 研修部主催研修会（2006～2011年度）

年度	研修会	日 時	テ ー マ	講 師（敬称略）	参加人数	会 場
2006	第1回	5月14日	関節可動域制限の病態と理学療法	沖田 実 （星城大学）	438	名古屋市立大学病院
	第2回	11月18日	臨床実習指導	中川 法一、他 （関西医科大学専門学校）、他	74	中部リハビリテーション専門学校
	第3回	1月14日	徒手療法・股関節の評価と治療	林 寛 （滋賀医療技術専門学校）	154	愛知医療学院
2007	第1回	5月13日	PTに必要な摂食・嚥下の基礎知識	太田 清人 （介護老人保健施設ロマン）	454	名古屋港湾会館
	第2回	12月8日	介護予防と理学療法	大淵 修一 （東京都老人総合研究所）	83	名古屋市立大学病院
	第3回	1月27日	下肢の障害に対する足底板療法 －入谷式足底板－	入谷 誠 （足と歩きの研究所）	203	名古屋市立大学病院
2008	第1回	5月11日	効果的な回復期リハビリ病棟運営に必要なTips	永井 将太 （藤田保健衛生大学）	340	名古屋港湾会館
	第2回	11月16日	姿勢制御と運動療法	星 文彦 （埼玉県立大学）	207	中部リハビリテーション専門学校
	第3回	1月18日	スポーツ復帰を目標としたリハビリテーション－その基本的な考え方－	小林 寛和 （日本福祉大学）	248	ポートメッセなごや
			脳卒中患者の予後予測に関すること	白石 成明 （日本福祉大学）		
			脳卒中者の歩行障害に対する臨床的評価・介入の実践	内山 靖 （名古屋大学）		

年度	研修会	日 時	テ ー マ	講 師 (敬称略)	参加人数	会 場
2008	第3回	1月18日	痛みと運動器	肥田 朋子 (名古屋学院大学)	248	ポートメッセなごや
			骨・関節疾患の理学療法－その基本的な考え方－	岡西 哲夫 (藤田保健衛生大学)		
			脳卒中片麻痺患者における肩関節障害	河尻 博幸 (中部リハビリテーション専門学校)		
2009	第1回	5月10日	病態運動学からみた関節安定化トレーニング	下野 俊哉 (星城大学)	485	名古屋港湾会館
	第2回	11月3日	骨関節系に対する徒手治療アプローチ－関節モビライゼーションを中心に－	竹井 仁 (首都大学東京)	138	名古屋港湾会館
	第3回	1月24日	腰痛疾患の診かたについて	青木 一治 (名古屋学院大学)	545	ポートメッセなごや
			重症片麻痺例に対する理学療法の進め方	江西 一成 (星城大学)		
			若手PTのためのPNFの基礎と姿勢訓練への応用例	鳥居 昭久 (愛知医療短期大学)		
			呼吸障害に対する理学療法－急性期から慢性期まで－	有蘭 信一 (公立陶生病院)		
			膝・肩・スポーツの理学療法－臨床のヒントと臨床研究への誘い－	太田 進 (名古屋大学)		
			肩関節疾患の理学療法－治療に結びつく評価の考え方－	飯田 博己 (愛知医科大学)		
2010	第1回	5月18日	麻痺性疾患に対する装具療法－下肢装具選択と調整のコツ－	横田 元実 (藤田保健衛生大学)	457	名古屋港湾会館
	第2回	9月26日	片麻痺歩行に対する運動療法の展開	長谷 公隆 (慶応義塾大学)	220	名古屋市立大学病院
	第3回	1月16日	急性期：ベッドサイドからの呼吸理学療法	岸川 典明 (愛知医科大学病院)	371	名古屋国際会議場
			肩関節の運動学とトレーニング	市橋 則明 (京都大学大学院)		
			運動学習－現在獲得しているボディイメージの活用か、それともボディイメージの更新か－	富田 昌夫 (藤田保健衛生大学)		
			脊髄損傷の理学療法－基礎動作獲得に向けたアプローチ－	江口 雅之 (中部労災病院)		
			病態モデル動物を用いた基礎研究からみた理学療法の視点	石田 和人 (名古屋大学)		
			虚血性心疾患のリハビリテーション	飯田 有輝 (海南病院)		
2011	第1回	5月15日	変形性膝関節症の歩行分析	金井 章 (豊橋創造大学)	363	ウィルあいち
			平衡障害の診方と理学療法－前庭機能を中心に－	浅井 友詞 (日本福祉大学)		
	第2回	9月11日	高次脳機能障害の基本的な捉え方	石井 文康 (日本福祉大学)	141	名古屋市立大学病院
			半側空間無視に対する理学療法の考え方	杉本 諭 (帝京平成大学)		
	第3回	2月12日	研修会テーマ：高齢者のリハビリテーション		323	名古屋国際会議場
			認知症予防のエビデンス	島田 裕之 (国立長寿医療研究センター)		
			運動を中心とした認知症予防プログラムの実践と効果	牧迫 飛雄馬 (国立長寿医療研究センター)		
			高齢者の骨折後の理学療法 姿勢制御能に対するアプローチの提言	石井 慎一郎 (神奈川県立保健福祉大学)		
			高齢者のリハビリテーション－代謝障害の予防と改善に向けて－	横地 正裕 (あさひ病院・春日井整形外科)		

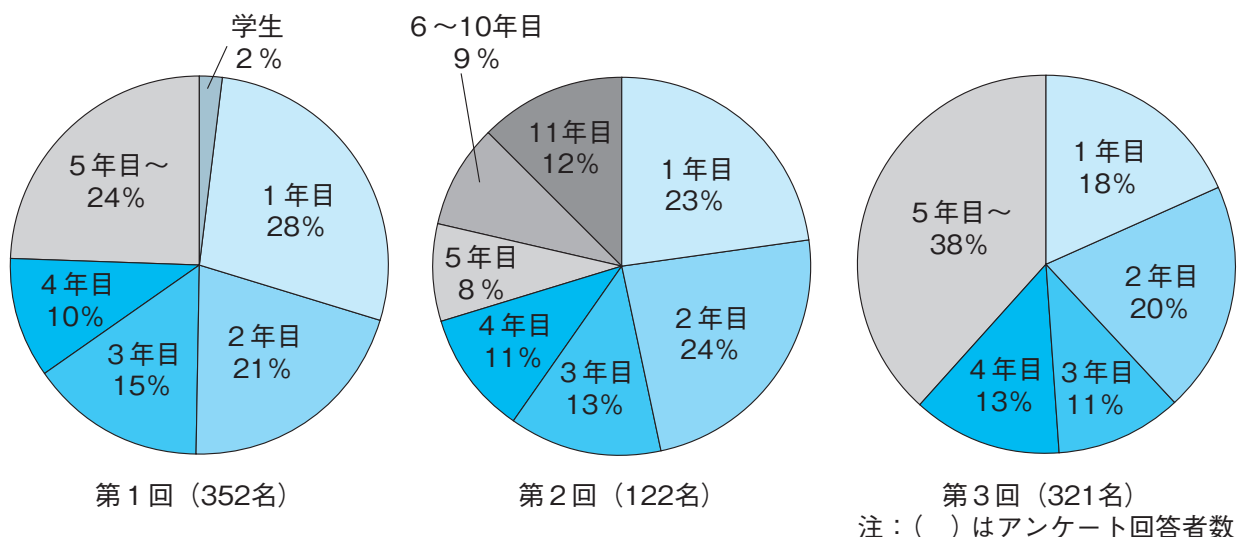


図 I - 2 - 1 2011年度研修会参加者の経験年数

3. 学術誌部

学術誌部 部長 太田 進

1) 目的

学術誌部は、愛知県理学療法会誌の発行と学会プログラム・抄録集の発行をしています。論文は、ピアレビュー（各分野の専門家による評価検証）を行い、論文の修正する過程を通して論文の質を高め、会員の学術研鑽となるように心がけています。また、初めての論文投稿の方も多く、査読のコメントも教育的配慮より具体的に指示をして頂くなどの対応をしています。

学術誌部の目的を以下に記します。

- ①理学療法及び関連領域における研究報告・実践報告として公開の場を提供すること
- ②NPO法人愛知県理学療法学会の活動として行われた研修会などの講演内容を解説した論文の掲載
- ③理学療法士の卒後継続教育の奨励（教育的な論文の掲載）
- ④理学療法の臨床・研究および教育に有益な社会的・学術的情報の提供

2) 年間の発行回数に関して（過去5年間）

2007（平成19）年度	学術誌 3回	特別号* 1回
2008（平成20）年度	学術誌 3回	特別号* 1回
2009（平成21）年度	学術誌 3回	特別号* 1回
2010（平成22）年度	学術誌 3回	特別号* 1回

2011（平成23）年度 学術誌2回 学会プログラム集・抄録集

現状：年2回の学術誌，年1回の学会プログラム集・抄録集

発行部数：2012（平成24）年1号は，4250部を発行しています。

表Ⅰ－3－1 掲載論文内訳（過去5年間，抄録集を除く）

	研究報告（原著）	症例報告・短報	総説・講座
2007年度	6	0	5
2008年度	3	0	4
2009年度	7	0	0
2010年度	2	0	3
2011年度	7	2	1
計	25	2	13

4）学術誌部概要

2009（平成21）年度までは3回の学術誌と1回の特別号（学会抄録集：1演題2ページのもの）を発行していました。その抄録集を2011（平成23）年3月の愛知県理学療法学術大会より廃止しました。そして座長推薦による学術大会賞のノミネート演題を論文投稿して頂き，その中から大会賞が選ばれるようになりました。その影響もあり現在，学術誌は研究報告（原著）が多くなり，学術誌として充実して来ました。また学会プログラム集・抄録集を2011（平成23）年3月の学術大会より，学術誌部で発行しています。以上のように，2010（平成22）年から2011（平成23）年は，学術誌部の学術誌発行，学会プログラム集発行に關しての過渡期であったと思います。

現在，その過渡期が過ぎ，内容の充実，情報公開に向けて修正を加えています。近年の変更事項として，以下の内容があります。

①複数回の査読による論文の質の向上

査読者の査読，著者への修正共に期限を設け，複数回の査読を繰り返しても論文の質を高めながら迅速に論文掲載まで進むように努めています。また，査読は著者が誰かが分からないようにマスクをかけた状態で査読を依頼し，査読者には論文修正のコメントはより具体的にをお願いします。

②投稿規定の修正

倫理規定，同意，利益相反，引用文献の記載方法，承諾書の追加など医学系学術専門誌の現在の標準的な投稿規定に修正しました。2012（平成24）年4月より新しい投稿規定で運用しています。

③投稿・執筆の方法と注意点

初めての方が論文を執筆する時に迷われる内容をまとめて作成しました。今後，他誌への投稿時に参考になるように，一般的な論文投稿方法に準じて作成しました。また，他の論文の投稿規定などにはこれらの執筆に関わる細目の記載がないのが一般的で，初めての方の投稿の方を支援する本誌の特徴とも言えます。投稿規定と同様に2012（平成24）年4月よ

り学術誌・ホームページで掲載しています。

4) 情報公開に関する方向性

現在制作中の会員用のホームページにて、本誌掲載論文の情報公開をしていく予定で進めています。このような情報公開の方法を取ることで、新規会員の方もそれ以前の論文をダウンロードできることになります。つまり、掲載論文がより多くの方の目に触れ、情報提供としての役割が増すと考えています。

5) 学術誌部の構成

学術誌部は現在、部長1名、副部長1名、部員4名で運営をしています。査読を含め、今後も投稿規定や投稿・執筆の方法と注意点の改定も進めていきたいと思っています。

教育局 局長 岡田 誠

1) 教育局の発足

現在の特定非営利活動（NPO）法人愛知県理学療法学会教育局は、2011（平成23）年に学術局から分割され新たに発足されました。NPO法人愛知県理学療法学会が2008（平成20）年に法人化され、その中で学術的な役割を担っていた学術局は学術大会部・研修部・生涯学習部・専門領域研究部・学術誌部の5部で構成されていました。しかし、会員数の多い愛知県理学療法学会においては、学術局のみでの活動では質の高い情報を学会員に提供することが困難になってきました。そこで、主に研修会・学会活動に関する内容を学術局、生涯学習・専門領域に関する内容を教育局というように発展的な分化をすることによって、会員へのより質の高い情報提供を可能にすることができました。2008（平成20）年発足、2012（平成24）年現在で発足して4年が経過しており、会員の生涯学習に向けての啓発に寄与しています。

2) 教育局の組織と業務

NPO法人愛知県理学療法学会教育局は、生涯学習部と専門領域研究部の2部で構成されています。

生涯学習部においては、①日本理学療法士協会生涯学習システムに関する事、②愛知県理学療法士会新人教育プログラムの単位認定等に関する事、などを主な業務としています。

専門領域研究部においては、①各専門領域における研修企画・運営に関する事、②理学療法の臨床・教育・研究に関する事、③日本理学療法士協会理学療法講習会に関する事、などを主な業務としています。

3) 教育局の今後の課題

愛知県は全国でも有数の会員数を抱えています。その中で、教育的役割を担う教育局の責は重いものです。会員に生涯学習の重要性を啓発するだけに留まらず、実現できるようなシステム作りが重要となってきます。入会後、速やかに新人教育プログラムを修了させ、専門領域研究会への入部、そして、認定・専門理学療法士の取得・継続を多くの会員が実行できるようにしていくことが必要と思われます。日本理学療法士協会と連携していくとともに、教育局独自の運用方法を模索して、会員へより質の高い生涯学習の実現を目指しています。

1. 生涯学習部

生涯学習部 部長 伊藤 直樹

1) 生涯学習部の活動概要

日本理学療法士協会（以下 協会）における生涯学習の流れは新人教育プログラムと認定・専門理学療法士制度に大別されます。生涯学習部では、主に新人教育プログラムを担当し、入会後の若い理学療法士に対して卒後教育を行っています。

2011（平成23）年度までは、3年間で18単位を取得することで新人教育プログラムを修了できるというシステムに沿って行いました。1年次に協会の組織と機構、介護保険を含む保険制度や関連法規、人間関係および労働衛生、地域リハビリテーションの重要性、基本的な研究方法論、症例検討の方法論などの理学療法士として知らなければならない基本的な知識を中心に研修会を行いました。2年次には職業倫理・管理運営、生活環境支援、疾患別の症例検討の方法、3年次には、世界の理学療法の動向、臨床実習教育の方法論、生涯学習と専門領域、社会が求める理学療法像についてその分野に造詣の深い講師の先生方に講演をいただきました。

2) 生涯学習部の役割

生涯学習部の役割としては、大きく2つあります。1つ目は新人教育プログラムの計画と運営です。愛知県内を中心に、そのテーマに精通した講師に講演を依頼し、時には愛知県外の講師にも依頼しました。2007（平成19）年度には最大で350名の参加者でしたが、養成校の増加もあり2011（平成23）年度には450名を超える参加者となりました（表Ⅱ－1－1）。また、これだけの人数を収容できる会場を探すことも重要な役割です。

2つ目は、新人教育プログラム修了者への修了証の発行です。2007（平成19）年度には78名、2008（平成20）年度は138名、2009（平成21）年度は193名、2010（平成22）年度は226名、2011（平成23）年度は246名の修了者へ修了証を発行しました。2011（平成23）年度までの愛知県における新人教育プログラムの修了率は53.1%（免除者を含む入会后4年以上の会員数3569名中、修了者1814名）と全国平均の48.2%を上回っています。

3) 今後の課題

社会に対して、学術集団としての認知度を高めるためにも、新人教育プログラムの修了率を向上させ、認定・専門理学療法士を世の中に多く排出する必要があります。生涯学習部として、さらに修了率を向上させるべく様々な啓発活動を行っていきたいと考えています。

2012（平成24）年度より導入された「包括的会員管理システム」によって、今まで各都道府県士会単位で行っていた新人教育プログラムの単位管理・修了証の発行業務を協会側で一括管理できるようになりました。会員数10万人を目前に控える現状を考えると、ITを導

入した会員管理システムは必須アイテムであると考えます。会員数が全国で４番目に多い愛知県においても、協会と連携を深めシステムの有効活用を積極的に推し進めたいと考えています。

表Ⅱ－１－１ 生涯学習部主催の新人教育プログラムの実績

テーマ	単位取得 年次	2007年度		2008年度		2009年度		2010年度		2011年度	
		講師	参加者	講師	参加者	講師	参加者	講師	参加者	講師	参加者
協会組織と生涯学習システム	１年次	鳥山喜之 岸川典明	350	鳥山喜之 岡田 誠	363	鳥山喜之 岡田 誠	344	鳥山喜之 岡田 誠	432	鳥山喜之 岡田 誠	453
人間関係および労働衛生 ¹⁾	１年次	山田ゆかり	350	斉藤秀之	290	斉藤秀之	299	岡田 誠	250	山上潤一	380
地域リハビリテーション	１年次	澤 俊二	350	澤 俊二	290	澤 俊二	346	澤 俊二	430	二井俊行	380
理学・作業療法士法および関係法規	１年次	保村譲一	330	保村譲一	290	保村譲一	299	保村譲一	430	保村譲一	380
学問としての理学療法と研究方法論 ²⁾	１年次	大塚 圭	330	大塚 圭	290	大塚 圭	299	大塚 圭	250	大塚 圭	395
理学療法士と保険制度	１年次			金田嘉清	200	金田嘉清	346	金田嘉清	250	金田嘉清	395
症例検討Ⅰ 『症例検討の方法論』	１年次	古川公宣	330	古川公宣	200	古川公宣	346	岡田 誠	250	伊藤直樹	395
職業倫理・管理運営	２年次	片岡寿雄	150	片岡寿雄	180	片岡寿雄	280	篠田 明	350	篠田 明	370
生活環境支援（福祉関連用具を含む）	２年次	佐藤千賀子	150	加賀順子	180	加賀順子	280	加賀順子	350	加賀順子	370
症例検討Ⅱ 『疾患別症例検討の方法』	２年次	岡田 誠 伊藤直樹	150	赤木充宏 伊藤直樹	180	伊藤直樹 畑迫茂樹 鈴木由佳理	280	伊藤直樹 工藤慎太郎	350	鈴木由佳理	370
世界の理学療法の動向	３年次	リチャード・ クンプス	300	石田和人 濱瀬さゆり	210	鋤柄和子	180	鋤柄和子	300	鋤柄和子	365
理学療法の教育方法論（臨床実習教育）	３年次	百々康治	300	杉浦昌己	210	村上忠洋	180	岡田 誠 赤木充宏 工藤慎太郎 鈴木由佳理 及部珠紀 村田元徳 丸山智央 村瀬政信	300	宮下大典 加藤正樹 石田悦二	365
生涯学習と理学療法の専門領域 ³⁾	３年次	下野俊哉	300	青木一治	210	青木一治 岡田 誠	180	岸川典明	300	村瀬政信 伊藤直樹	365
生涯学習	３年次	青木一治	300								
社会の中の理学療法	３年次	愛知学会		愛知学会		愛知学会		櫻井宏明	300	岡西哲夫	365

2008年度以降、テーマが変更となった。2007年度のテーマを以下に記載する。

1) 人間関係、2) 理学療法の研究手法論、3) 理学療法の専門領域

2. 専門領域研究部

専門領域研究部 部長 村瀬 政信

1) 2007～2011年度（平成19～23年度）の活動概要と役割

専門領域研究部の役割は、「①日本理学療法士協会（以下 協会）専門領域研究部で規定される各専門領域における研修企画・運営に関すること、②理学療法の臨床・教育・研究に関すること、③日本理学療法士協会専門領域研究部会への入会を奨励すると共に本会会員の専門理学療法士および認定理学療法士の称号取得を啓蒙すること」です（表Ⅱ－2－1）。

「①日本理学療法士協会専門領域研究部で規定される各専門領域における研修企画・運営に関すること」に関しては、専門領域研究部主催の研修会などの企画・運営と、日本理学療法士協会主催の理学療法士講習会（基本編・応用編）の開催申請受付を行っています。専門領域研究部主催の研修会などは、2007～2011年度（平成19～23年度）の5年間において、表Ⅱ－2－2のごとく実施されました。2011（平成23）年の第1回研修会は、実技・演習を重視するため、定員制で実施されました。協会主催の理学療法士講習会（基本編・応用編）は、2009（平成21）年から開催されています。愛知県で開催される理学療法士講習会（基本編・応用編）は、都道府県士会の承認が必要です。専門領域研究部は、愛知県で開催される理学療法士講習会（基本編・応用編）の申請を受け付け、士会および本会の理事会にて承認審議を受けています。

「③日本理学療法士協会専門領域研究部会への入会を奨励すると共に本会会員の専門理学療法士および認定理学療法士の称号取得を啓蒙すること」に関しては、愛知県理学療法士会ニュースを媒体にして実施しています。

2) 今後の課題

専門領域研究部は、2005（平成17）年に旧・教育部が生涯学習部と専門領域研究部に分かれたことにより、新設されました。新設当初、専門領域研究部の役割が浸透していなかったため、十分な活動ができていませんでした。その中で、徐々に活動実績を積み、現在に至っています。今後の課題は以下のごとくです。

「①日本理学療法士協会専門領域研究部で規定される各専門領域における研修企画・運営に関すること」に関しては、研修会の役割を明確にすることが課題です。とくに研修部主催の研修会と専門領域研究部主催の研修会との役割を明確にする必要があります。今後、専門領域研究部主催の研修会では、新人教育プログラム修了者または臨床経験3年以上の者を対象に、講演のみでなく実技・演習を取り入れた研修会を、定員制で開催していきたいと考えています。

「②理学療法の臨床・教育・研究に関すること」に関しては、まだ十分に役割を果たしていません。今後、専門領域研究部では、会員の研究を援助する活動を実施していきたいと考

えています。

「③日本理学療法士協会専門領域研究部会への入会を奨励すると共に本会会員の専門理学療法士および認定理学療法士の称号取得を啓蒙すること」に関しては、愛知県理学療法士会ニュースを媒体にして実施していますが、十分に啓蒙できていないと思われます。今後は、愛知県理学療法学会大会などにおいて、専門理学療法士および認定理学療法士の称号取得の相談会を実施していきたいと考えています。

表Ⅱ－２－１ 専門領域研究部分掌規程

① 日本理学療法士協会専門領域研究部で規定される各専門領域における研修企画・運営に関すること。
② 理学療法の臨床・教育・研究に関すること。
③ 日本理学療法士協会専門領域研究部会への入会を奨励すると共に、本会会員の専門理学療法士および認定理学療法士の称号取得を啓蒙する。
④ この規定の改廃は理事会の議決を経て決定し総会に報告する。

(本学会 規定集より)

表Ⅱ－２－２ 専門領域研究部における2007～2011年度（平成19～23年度）の活動概要（研修会など）

2007年度（平成19年度） ・ 知多地区訪問リハ担当者連絡会 開催日：2007年（平成19年）8月25日
2008年度（平成20年度） ・ 訪問リハ情報交換・勉強会 開催日：2008年（平成20年）12月6日 テーマ：「訪問リハに求められるもの」 講師：藤田正之（中澤整形外科リハビリクリニック） 参加者数：会員30名
2010年度（平成22年度） ・ 第1回研修会 開催日：2010年（平成22年）9月26日 テーマ：「臨床歩行分析入門」 講師：大塚圭（藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科理学療法専攻） 参加者数：会員217名、会員外8名
2011年度（平成23年度） ・ 第1回研修会（定員制） 開催日：2011年（平成23年）10月16日 テーマ：「吸引の基礎知識と実施方法」 講師：小林美和（愛知医科大学病院看護師長） 参加者数：会員27名 ・ 第2回研修会 開催日：2011年（平成23年）12月4日 テーマ：「大腿骨近位部骨折の理学療法」 講師：辻村康彦（小牧市民病院リハビリテーション科） 参加者数：会員100名、会員外1名

III

組織委員会

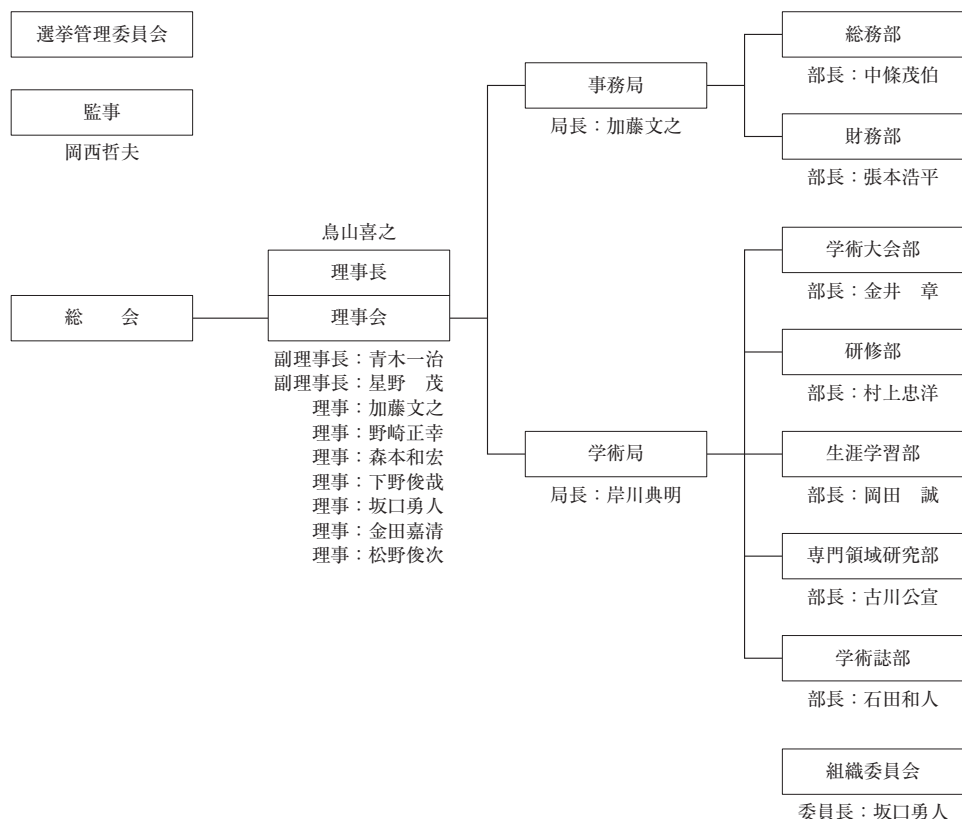
組織委員会 委員長 森嶋 直人

組織委員会は、特定非営利活動法人愛知県理学療法学会の中に独立した委員会として存在し、主に学会組織のこと、定款・定款細則に関することなどを担当している委員会です。

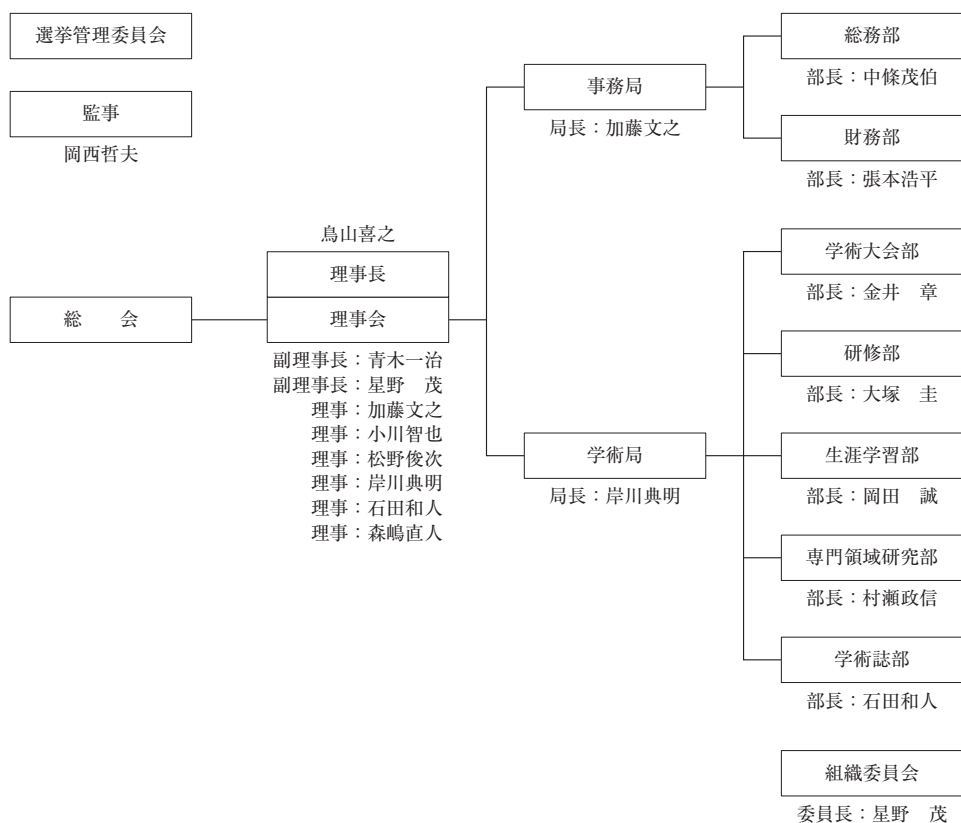
昨年度の実績として、第22回愛知県理学療法学会大会時の部局紹介ポスター展示で学術局と教育局、事務局の紹介を行いました。

今後は必要に応じた組織改変や、定款・細則の見直しがある場合に議論を尽くす予定です。

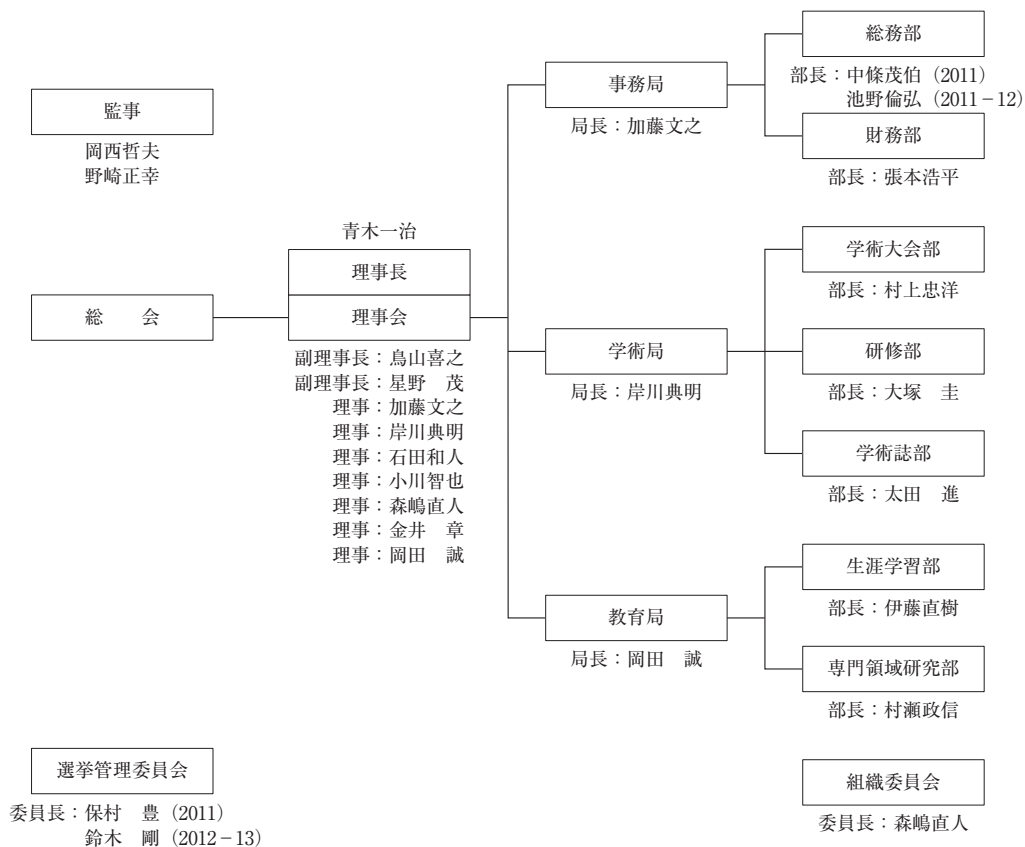
組織委員会は、本学会の機能・機構などすべてのことについて関わる委員会ではないかと考えています。会員の皆さんが望む本学会への意見を聞き、本学会のあるべき姿を会員の目線で考え、その実現に向けた具体案の策定を視野に活動を展開したいと思っています。ご協力宜しくお願い致します。



図Ⅲ－1 2008年度 NPO法人愛知県理学療法学会組織図



図Ⅲ－２ 2009・2010年度 NPO法人愛知県理学療法学会組織図



図Ⅲ－３ 2011・2012年度 NPO法人愛知県理学療法学会組織図

第三部 個人会員アンケート調査結果について

個人会員アンケート調査結果について

壹 岐 英 正・山 下 陸 視・寺 本 圭 佑
粉 山 康 平・青 木 麻 莉

I

目的

この調査は、愛知県理学療法士会（以下 本会）に所属する理学療法士の現状について、会員のみならず地域住民並びに関係者の方々にも広く知っていただくため、本会が主催して行いました。

II

対象

調査対象は、2012（平成24）年8月1日現在、本会に入会している理学療法士4,239名を対象としました。

III

方法

調査は、インターネットを用いてWeb上で行いました。

回答は単一選択および、多肢選択を用い、無記名式で行いました。なおデータ回収は株式会社データセレクトに委託して行いました。

データ解析は愛知県理学療法士会 白書委員会（以下当委員会）個人調査部会が行いました。

結果は、各質問項目の単純集計および、必要に応じてクロス集計を行いました。



質問項目

質問項目は、理学療法白書2010（社団法人 日本理学療法士協会，2010）および、愛知県理学療法白書 あいち2007（愛知県理学療法士会，2007）を参考に抽出しました。

以下に質問項目を記載します（選択肢省略）。

【回答者属性に関する質問】

- 1) あなたの年齢は何歳ですか？
- 2) あなたの性別は？
- 3) 理学療法士免許取得後の経験年数は？
- 4) 理学療法士免許取得経緯は？
- 5) あなたの最終学歴は？
- 6) あなたの主たる職場の職務形態はどれに該当しますか？
- 7) あなたの主たる職場はどれに該当しますか？（主たる形態を選んでください）
- 8) あなたの職制上の地位はどれに該当しますか？

【収入、魅力に関する質問】

- 9) 「業務命令」による平均的な1カ月の残業時間はどの程度ありますか？
- 10) 過去1年間の給与収入における支払金額（税金や社会保険料が引かれていない金額）をお答えください。

※経験年数1年未満の方は概算でお答えください。

- 11) 副収入がある場合、その収入源は何ですか？
- 12) 理学療法士の給料は他職種と比較して恵まれていると思いますか？
- 13) 理学療法士はやりがいのある仕事だと思いますか？
- 14) 理学療法士を一生続けたいと思いますか？

【就職、退職に関する質問】

- 15) これまでの退職回数は？
- 16) （退職歴のある方のみ）退職理由は何ですか？（複数回答可）
- 17) 魅力のある職場の条件は？（複数回答可）
- 18) 自己研鑽はどのように行っていますか？（複数回答可）

【女性の職場復帰に関する質問】

- 19) 現在の職場は結婚後も働きやすい環境ですか？

20) 現在の職場は妊娠中も働きやすい環境ですか？

21) 現在の職場は出産後も働きやすい環境ですか？



結果 1（単純集計）

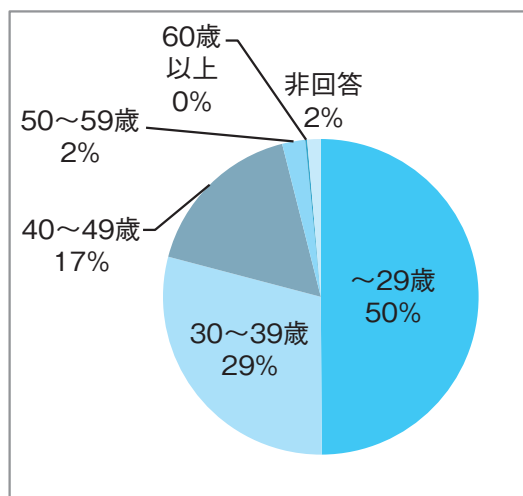
回答人数は512名で，回収率12.1%でした。

以下に，単純集計の結果を記載します。

【回答者属性に関する質問】

1) あなたの年齢は何歳ですか？

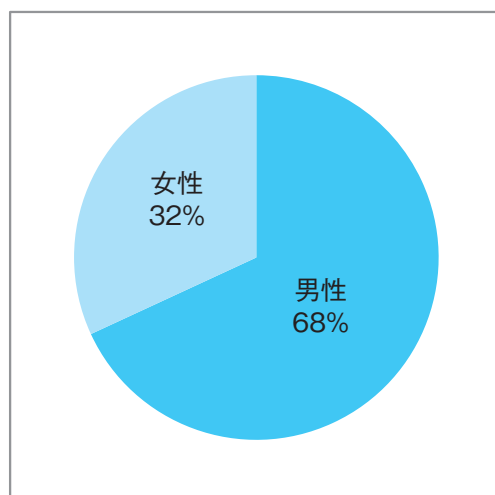
回答者の年齢層は，29歳以下が約半数，39歳以下が約8割を占め，会員の年齢層が若いことがわかります（図V－1）。



図V－1 あなたの年齢は何歳ですか？

2) あなたの性別は？

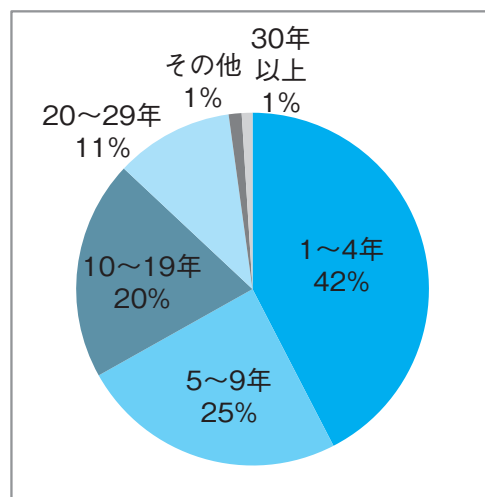
性別は，男性が68%，女性が32%でした（図V－2）。



図V－2 あなたの性別は？

3) 理学療法士免許取得後の経験年数は？

経験年数は，1～4年が42%，5～9年が25%，10～20年が20%でした（図V－3）。



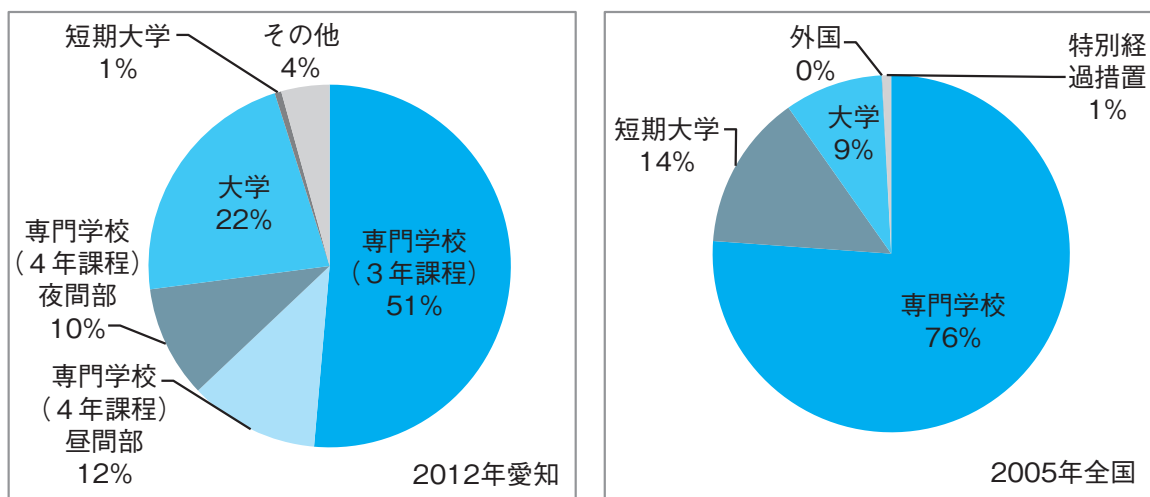
図V－3 理学療法士免許取得後の経験年数は？

回答者は，年齢が若く，経験年数の浅い理学療法士が多いということを踏まえ，単純集計の結果を提示します。また質問によっては，過去のデータや，全国のデータと比較します。

理学療法士免許取得経緯，最終学歴に関する結果です。

4) 理学療法士免許取得経緯は？

理学療法士免許取得経緯は，3年課程の専門学校が51%で約半数を占め，続いて4年制大学が22%，また昼間部と夜間部を加えた4年制の専門学校が22%となっています（図V－4左）。理学療法白書2005では専門学校が76.1%，短期大学が14.1%，大学が8.9%であった（図V－4右）ことから，大学での免許取得者が増えており，3年制の専門学校での免許取得者が減少傾向にあります。

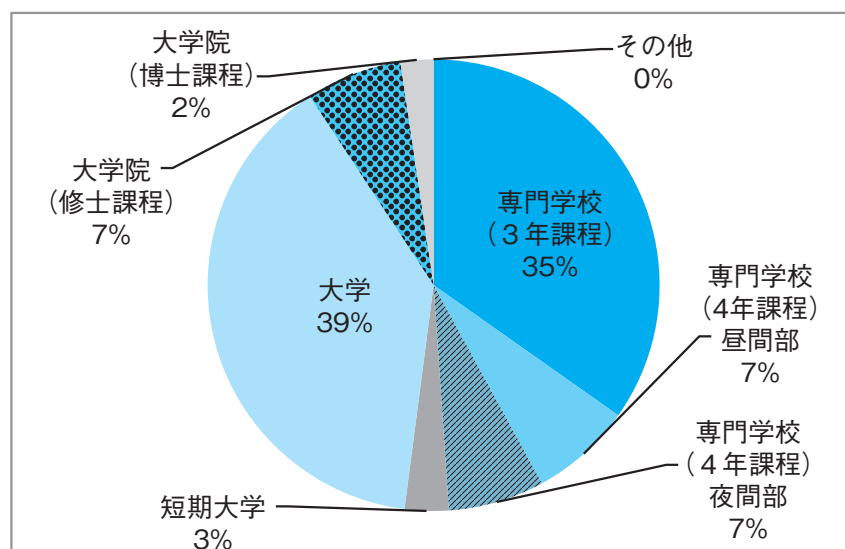


図V－4 理学療法士免許取得経緯は？（左：2012年愛知 右：理学療法白書2005を一部改編）

5) あなたの最終学歴は？

さらに最終学歴は，大学が39%，大学院修士課程が7%，大学院博士課程が2%（図5）と，回答者の約半数は，学士以上の学歴を有しています。

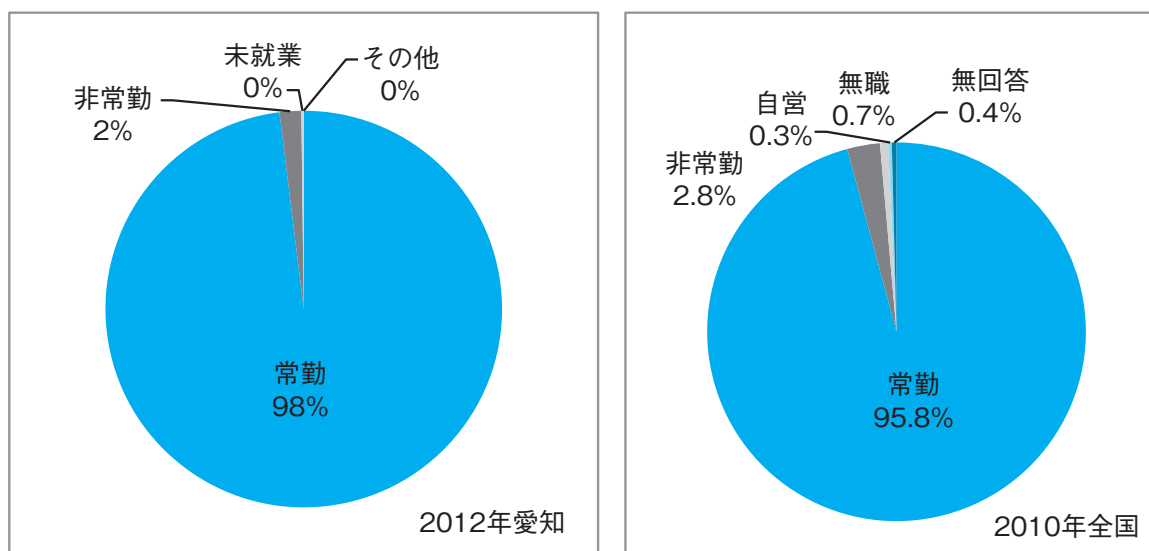
次は理学療法士の業務に関する結果です。



図V－5 あなたの最終学歴は？

6) あなたの主たる職場の職務形態は？

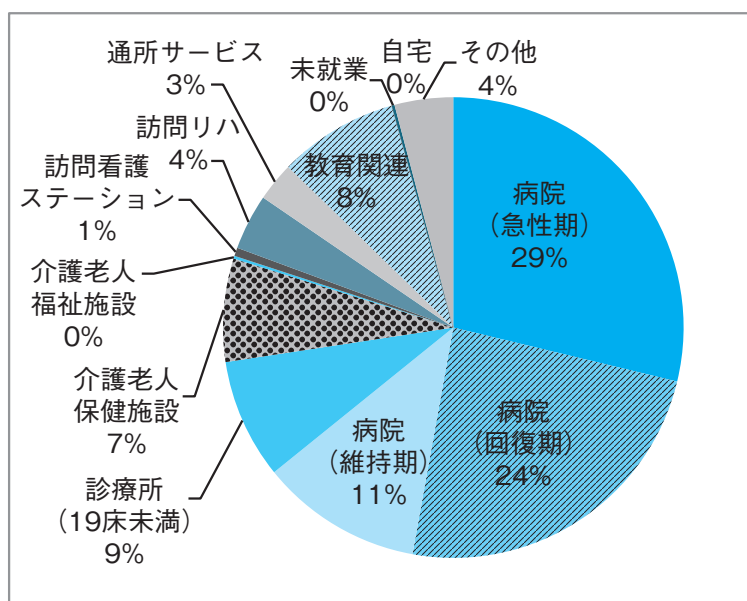
主たる職場の職務形態は、98%が常勤で勤務しています（図V－6左）。理学療法白書2010でも常勤が95.8%と高い割合を示し（図V－6右）、多くの理学療法士は正社員として常勤勤務していると考えられます。



図V－6 あなたの主たる職場の職務形態は？（左：2012愛知 右：理学療法白書2010より一部改編）

7) あなたの主たる職場は？

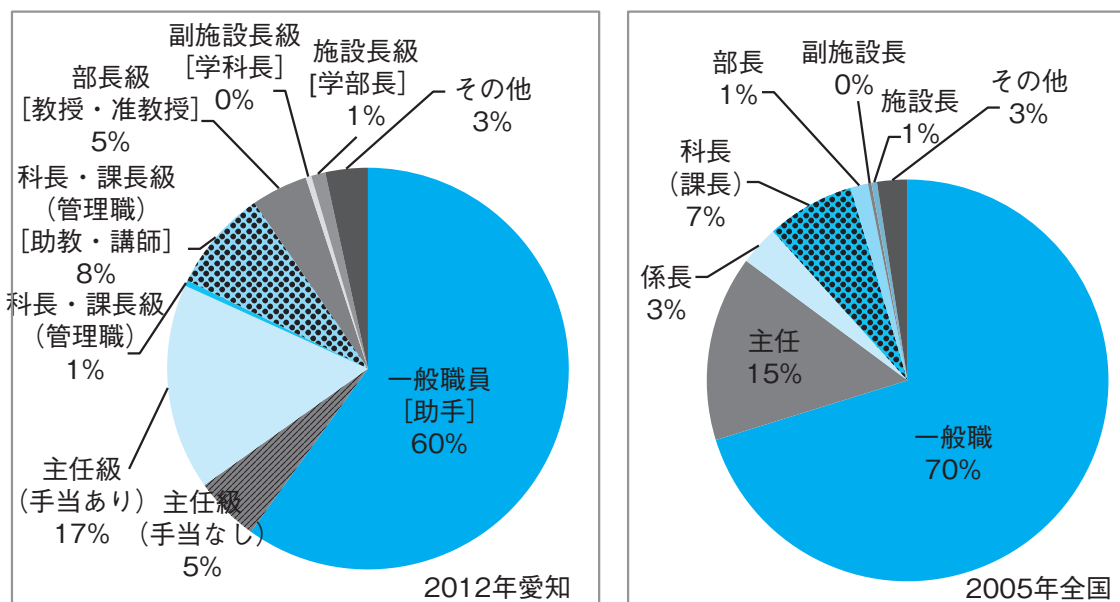
主たる職場は、病院の急性期が29%、回復期が24%、維持期が11%、診療所が9%となっています（図V－7）。つまり医療保険分野が約4分の3を占めています。しかし主たる職場の分類は、理学療法白書2010において71項目に細分化されていることから、介護保険関連施設をはじめ、幅広い分野で理学療法士が勤務していると考えられます。



図V－7 あなたの主たる職場は？

8) あなたの職制上の地位は？

職制上の地位は、一般職〔助手〕が60％、手当のない主任級が5％を占めています（図V－8左）。それに対し、理学療法白書2005（図V－8右）と比較してみると、手当のある主任級が17％、科長・課長級（管理職）が8％など、手当のある管理職が増加していることがわかります。

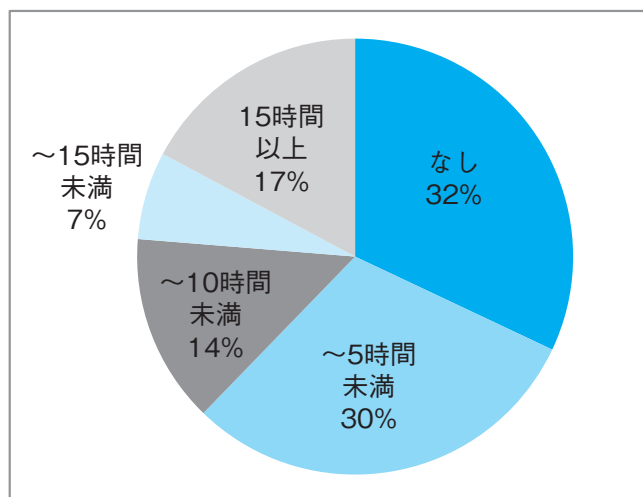


図V－8 あなたの職制上の地位は？（左：2012年愛知 右：理学療法白書2005より一部改編）

【収入、魅力に関する質問】

9) 「業務命令」による1か月の平均残業時間は？

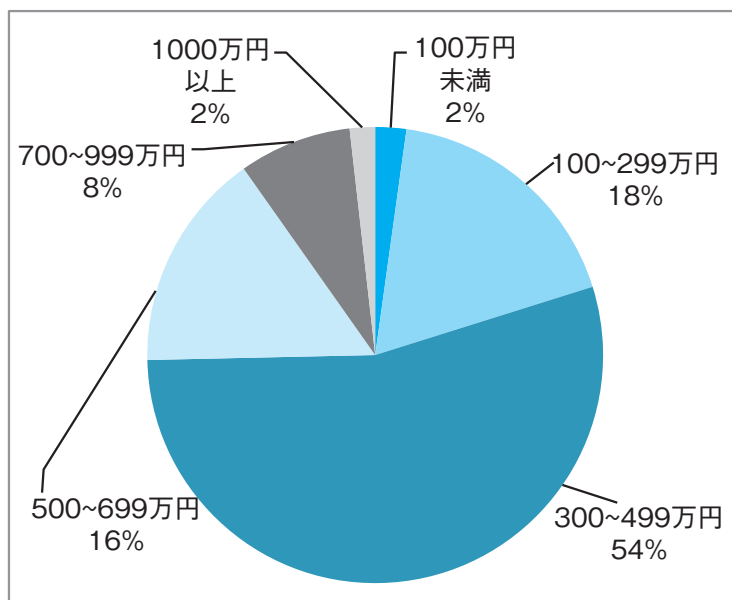
「業務命令」による平均的な1カ月の残業時間は、なしが32％、5時間未満が30％、10時間未満が14％、15時間未満が7％、15時間以上が17％でした（図V－9）。



図V－9 「業務命令」による1か月の平均残業時間は？

10) 過去1年間の給与収入における支払い金額は？

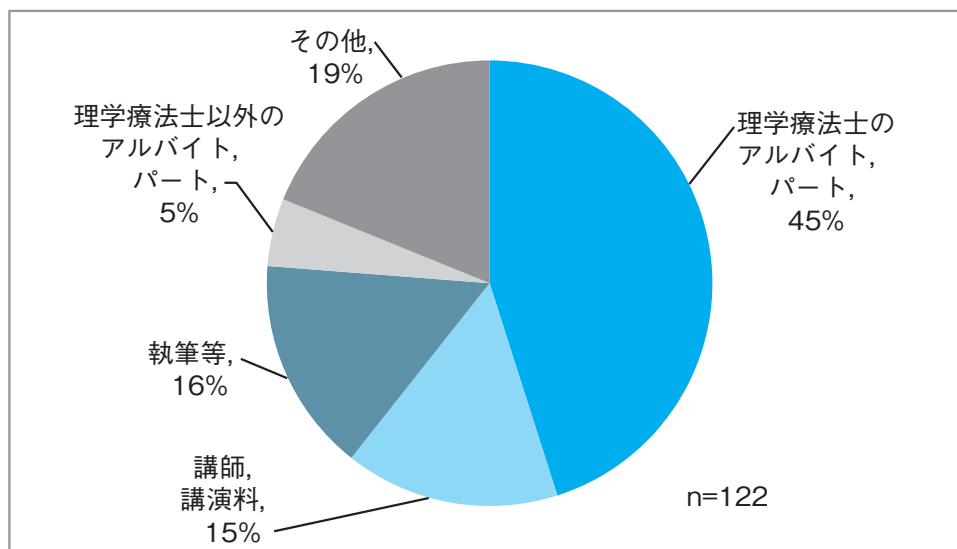
過去1年間の給与収入における支払金額（以下年収）は、100万円未満が2%。100～299万円が18%，300～499万円が54%，500～699万円が16%，700～999万円が8%，1000万円以上が2%でした（図V-10）。年齢や経験年数，また役職などによる年収の詳細については，後でクロス集計の結果を記載します。



図V-10 過去1年間の給与収入における支払金額は？

11) 副収入がある場合，その収入源は何ですか？

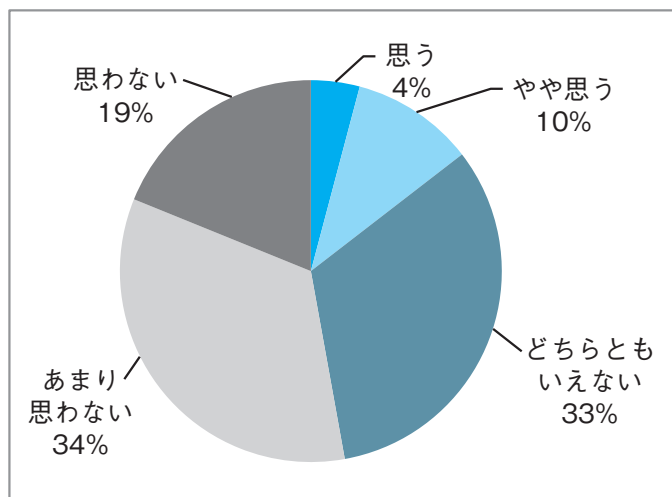
副収入の収入源は，理学療法士のアルバイト，パートが45%，講師，講演料が15%，執筆等が16%，理学療法士以外のアルバイト，パートが5%でした（図V-11）。副収入も，概ね理学療法に関わる収入であることがわかります。



図V-11 副収入がある場合，その収入源は何ですか？

12) 理学療法士の給料は、他職種と比べて恵まれていると思いますか？

「理学療法士の給料は他職種と比べて恵まれていると思うか」の質問は、思う4%、やや思う10%、であり、14%の理学療法士が他職種と比較して恵まれていると思っています。一方、思わない19%、「あまり思わない」34%であり、53%の理学療法士は他職種と比較して恵まれているとは思っていません。「どちらともいえない」33%を合わせると、86%の理学療法士が、他職種と比較して恵まれていないと思っていることがわかります（図V-12）。

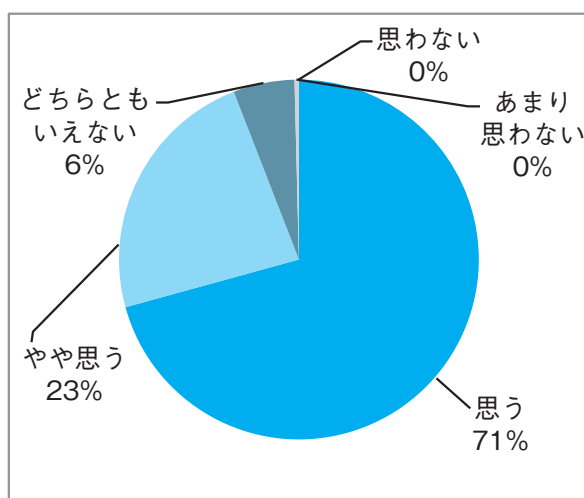


図V-12 理学療法士の給料は、他職種と比べて恵まれていると思いますか？

次に理学療法士の魅力に関する結果です。

13) 理学療法士はやりがいのある仕事だと思いますか？

「理学療法士はやりがいのある仕事だと思いますか？」の質問は、思う71%、やや思う23%、どちらともいえない6%でした（図V-13）。思わないと回答した者は0%であり、ほとんどの理学療法士が、理学療法士の仕事にやりがいを感じています。

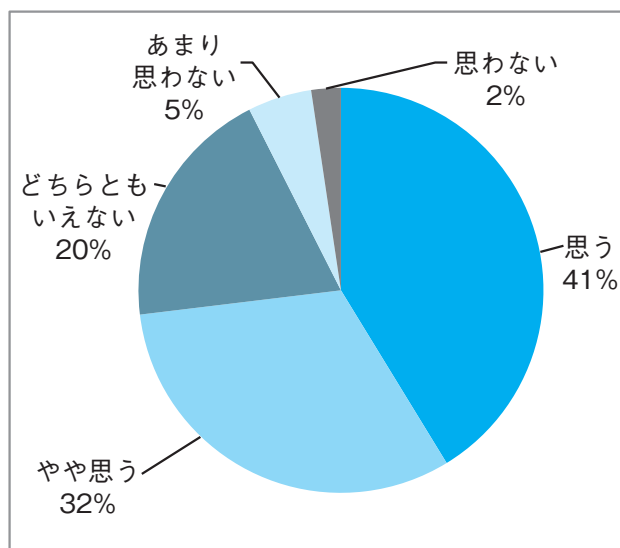


図V-13 理学療法士はやりがいのある仕事だと思いますか？

14) 理学療法士を一生続けたいと思いますか？

「理学療法士の仕事を一生続けたいと思うか？」の質問は、思う41%、やや思う32%、どちらともいえない20%、あまり思わない5%、思わない2%でした（図V-14）。

これらから、理学療法士の仕事は魅力があり、生涯続ける仕事として認識している理学療法士が多いことがわかります。

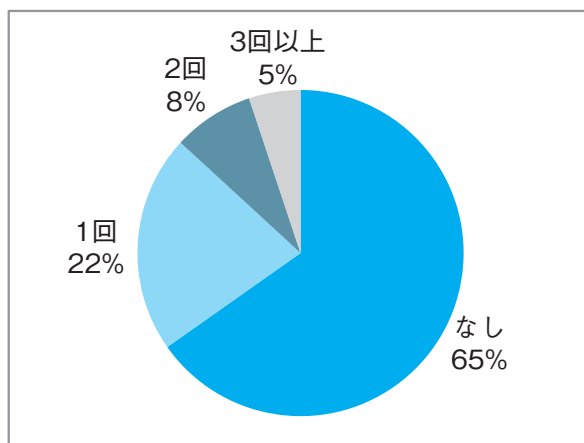


図V-14 理学療法士を一生続けたいと思いますか？

【就職，退職に関する質問】

15) これまでの退職回数は？

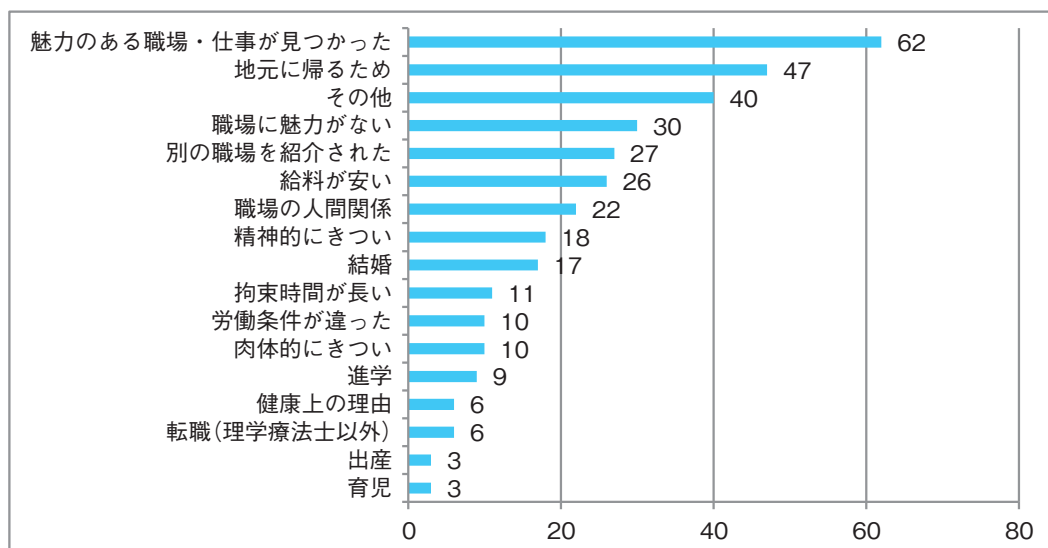
退職回数は、なし65%、1回22%、2回8%、3回以上5%でした（図V-15）。年齢別の退職回数は後で詳しく述べますが、年齢に応じて退職回数の増加がみられます。今回の回答者の年齢層が若いことから、退職回数は比較的少ない傾向にありました。



図V-15 これまでの退職回数は？

16) 退職理由は何ですか？

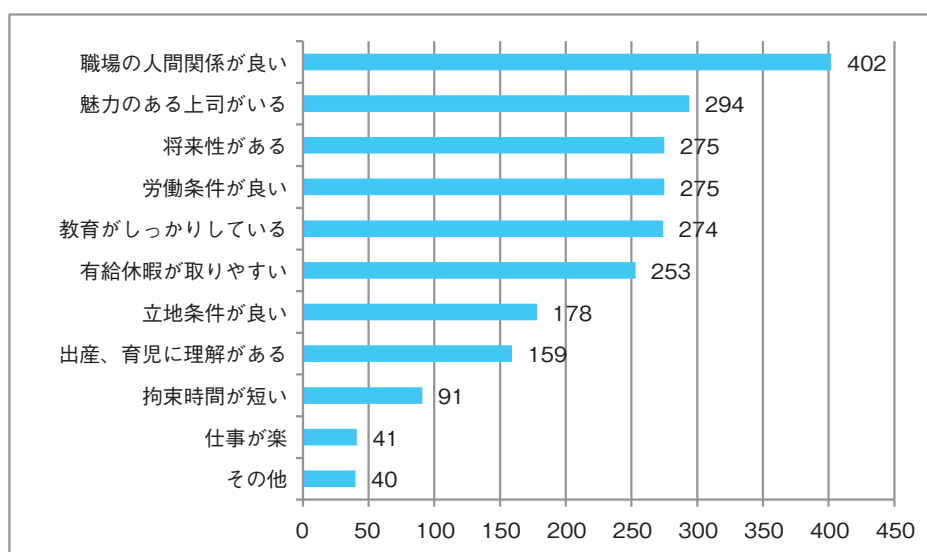
退職経験者の退職理由（図V-16）は、魅力ある職場が見つかった、今の職場に魅力がない、別の職場を紹介されたなど、現在働いている職場の魅力が、就職および退職に影響していると考えられます。また地元に戻る、結婚といったプライベートに関する理由も多くみられます。



図V-16 退職理由は何ですか？

17) 魅力ある職場の条件は？

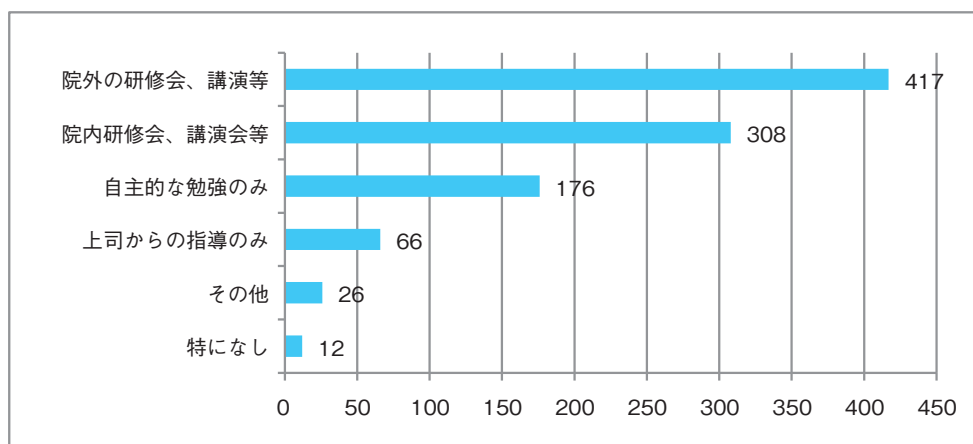
魅力ある職場の条件（図V-17）は、職場の人間関係が良い、魅力ある上司がいる、将来性がある、教育がしっかりしているなど、比較的積極的な意見が多くみられました。また労働条件が良い、有給休暇が取りやすいなど、業務の待遇に関する意見も多くみられました。



図V-17 魅力ある職場の条件は？

18) 自己研鑽の方法は？

自己研鑽の方法（図V-18）は、院外および院内の研修会、講演等が多数を占めています。理学療法士数の増加に伴い、院外および院外での研修機会が増えたことが要因と考えられます。また「特になし」と回答した、自己研鑽を行っていない回答が12件のみであったことから、概ね生涯学習が根付いていると考えられます。

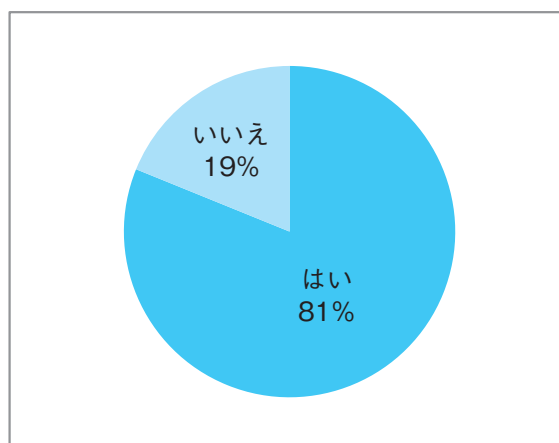


図V-18 自己研鑽の方法は？

【女性の職場復帰に関する質問】

19) 現在の職場は結婚後も働きやすい環境ですか？

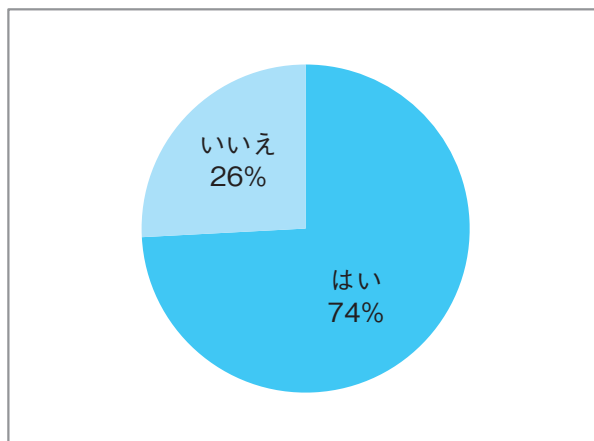
「現在の職場は結婚後も働きやすい環境ですか？」の質問は、はい81%、いいえ19%でした（図V-19）。



図V-19 現在の職場は結婚後も働きやすい環境ですか？

20) 現在の職場は妊娠中も働きやすい環境ですか？

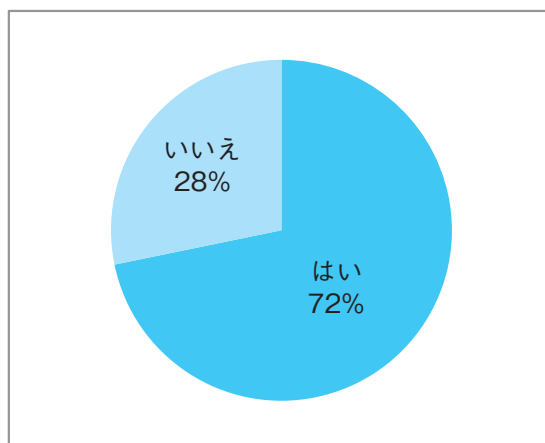
「現在の職場は妊娠中も働きやすい環境ですか？」の質問は、はい74%、いいえ26%でした（図V-20）。



図V-20 現在の職場は妊娠中も働きやすい環境ですか？

21) 現在の職場は出産後も働きやすい環境ですか？

「現在の職場は出産後も働きやすい環境ですか？」の質問は、はい72%、いいえ28%でした（図V-21）。



図V-21 現在の職場は出産後も働きやすい環境ですか？

これらの結果から、理学療法士は女性も働きやすい職場であることがわかります。しかし結婚から、妊娠、出産と進むにつれ、働きにくさが増加していることは、課題であると考えられます。



結果2（クロス集計）

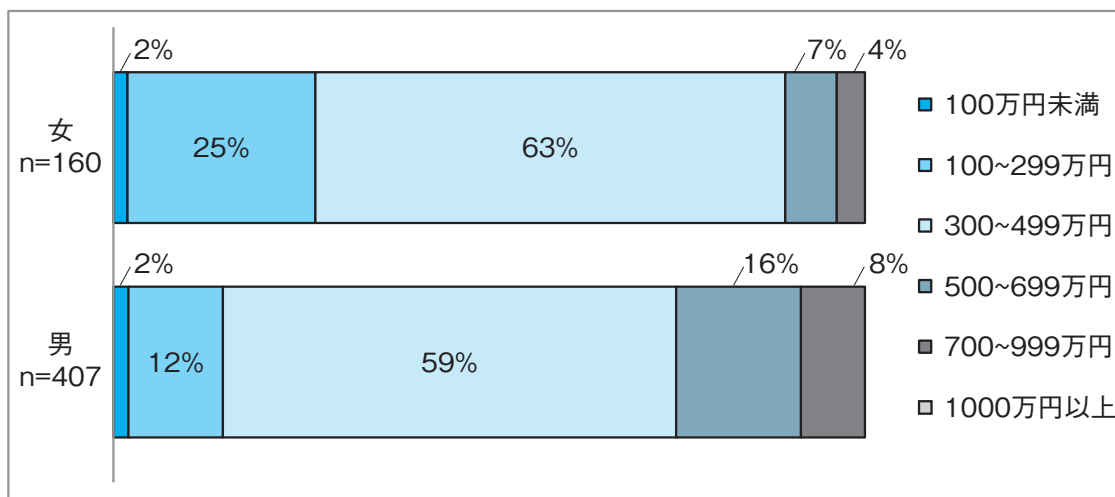
次にクロス集計の結果について記載していきます。

なおクロス集計は、1)「年収」に関する質問、2)「他職種との比較（給料が他職種より恵まれているか）」に関する質問、3)「就職および退職」に関する質問、4)「女性の職場復帰」に関する質問について行いました。

1)「年収」に関するクロス集計結果

【年収の男女による差について】

男性では年収300～499万円が59%，女性も年収300～499万円が63%と，最も高い割合を占めています（図Ⅵ－1）。つまり，男女共に年収300～499万円が全体の60%近くを占めていることがわかります。年収500万円以上をみると，500～699万円では男性が16%，700～999万円では8%と女性の割合を大きく上回っています。つまり男性の方が高い年収をもらっている割合が多いことが考えられます。

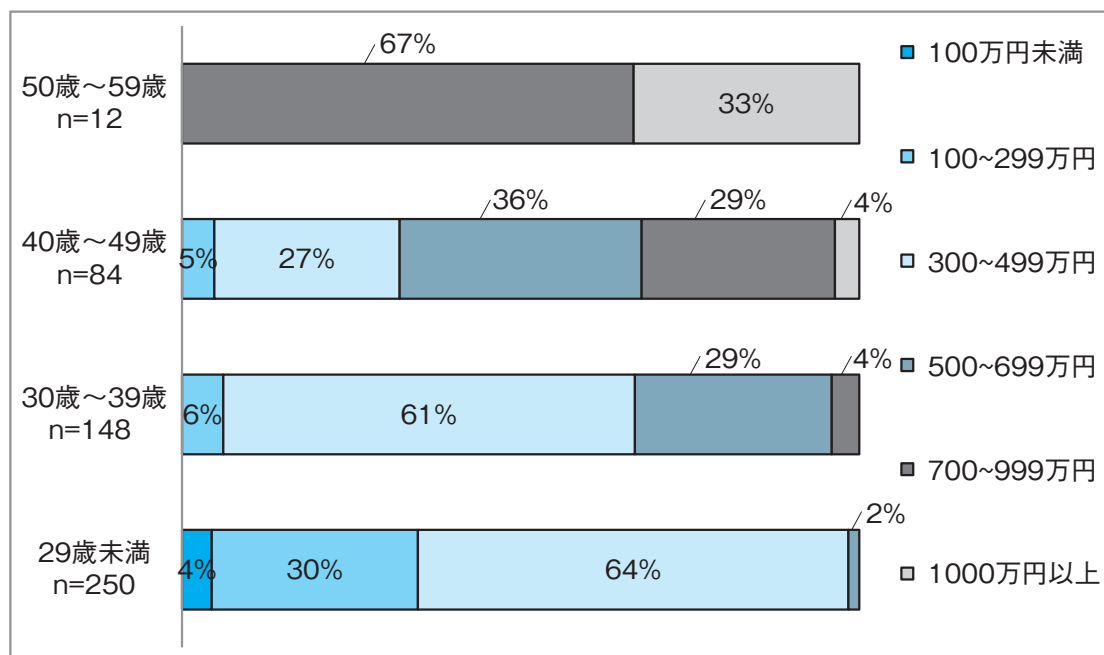


図Ⅵ－1 年収の男女による差

【年収の年齢による差について】

29歳未満では年収300～499万円が64%，30歳～39歳では年収300～499万円が61%，40歳～49歳では500～699万円が36%，50歳～59歳では700～999万円が67%と最も高い割合を占めています（図Ⅵ－2）。

全体的にみると，年齢に準じて年収も上がる傾向がみられます。

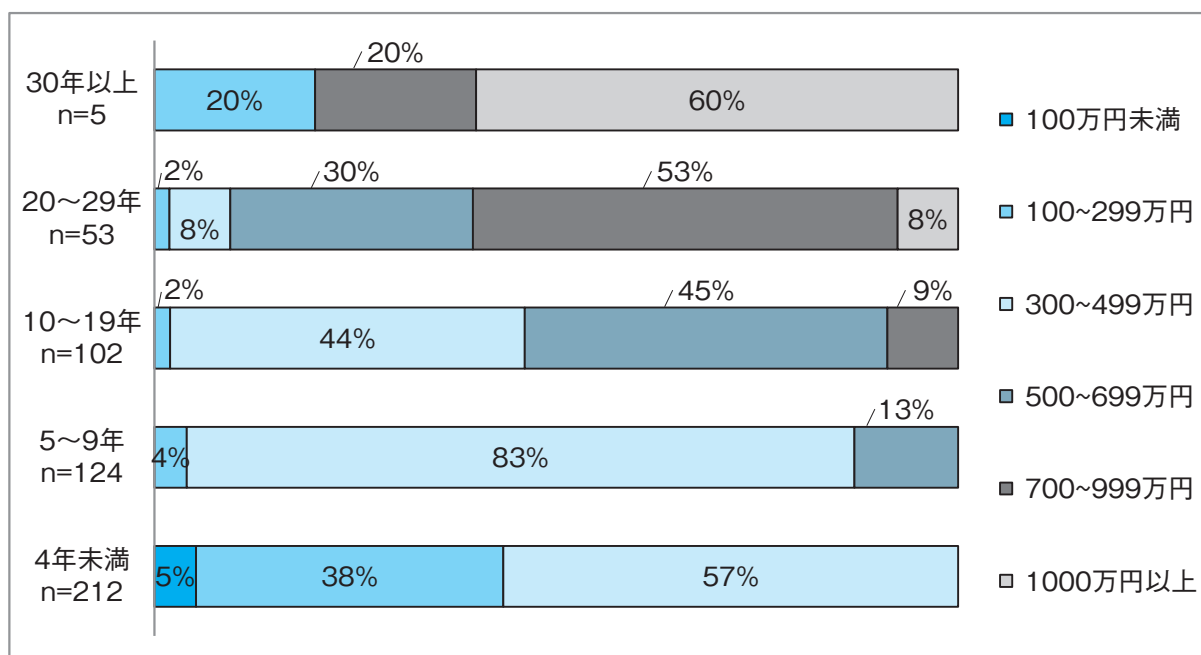


図Ⅵ－２ 年収の年齢による差

【年収の経験年数による差について】

経験年数４年未満では年収300～499万円が57%，経験年数５～９年では年収300～499万円が83%，経験年数10年～19年では年収500～699万円が45%，経験年数20年～29年では年収700～999万円が53%，経験年数30年以上では年収1000万円以上が60%と最も高い割合を占めています（図Ⅵ－３）。

年齢差と同様に，経験年数も増えれば年収も高くなる傾向がみられます。

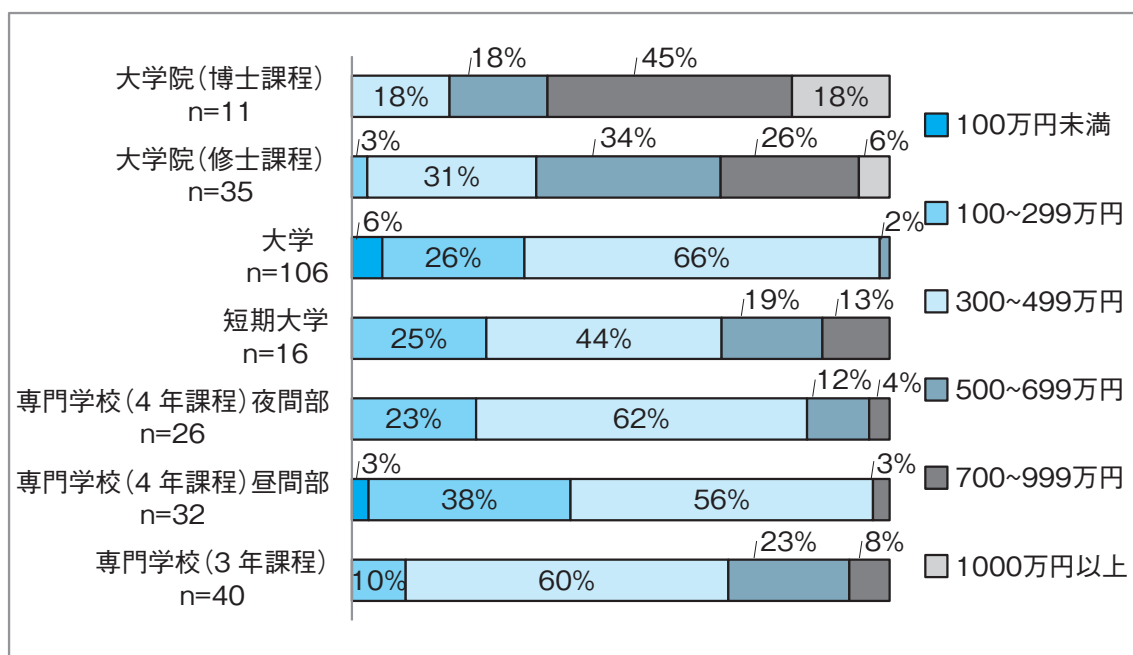


図Ⅵ－３ 年収の経験年数による差

【年収の最終学歴による差について】

専門学校（3年課程）では年収300～499万円が60%，専門学校（4年課程）昼間部では年収300～499万円が56%，専門学校（4年課程）夜間部では年収300～499万円が62%，短期大学では年収300～499万円が44%，大学では年収300～499万円が66%，大学院（修士課程）では年収500～699万円が34%，大学院（博士課程）では年収700～999万円が45%と最も高い割合を占めています（図Ⅵ－4）。

全体的にみると、最終学歴が大学院では年収が高い傾向があるものの、専門学校、短大、大学では年収300～499万円が最も高い割合を占めていることから、これらの最終学歴の違いによる年収差はあまりないことが考えられます。

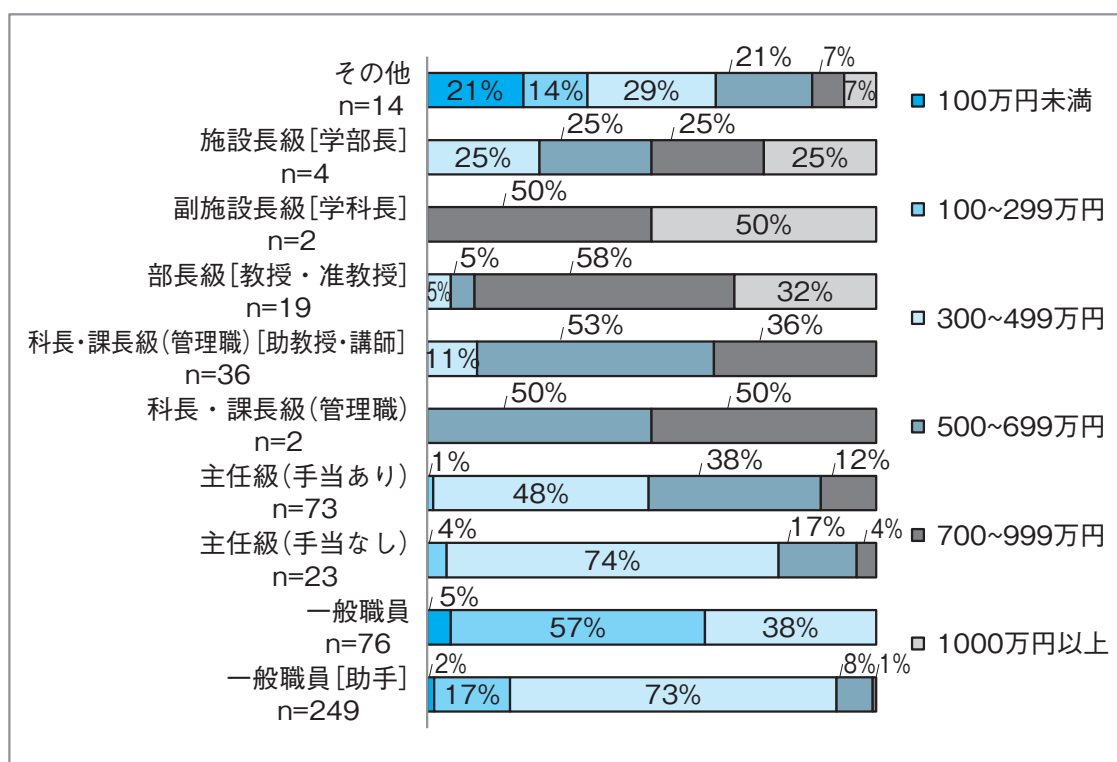


図Ⅵ－4 年収の最終学歴による差

【年収の職制上地位による差について】

ここでは、ある程度の回答数の得られた職制上の地位に関して考察を行います。一般職員[助手]では年収300～499万円が73%，一般職員では年収100～299万円が57%，主任級（手当なし）では年収300～499万円が74%，主任級（手当あり）では年収300～499万円が48%，科長・課長級（管理職）[助教授・講師]では年収500～699万円が53%，部長級[教授・准教授]では年収700～999万円が58%と最も高い割合を占めています（図Ⅵ－5）。

一般職員や主任級では年収300～499万円が高い割合を占める一方、管理職や教授になると年収500万円以上が高い割合を占めるようになります。



図VI-5 年収の職制上地位による差

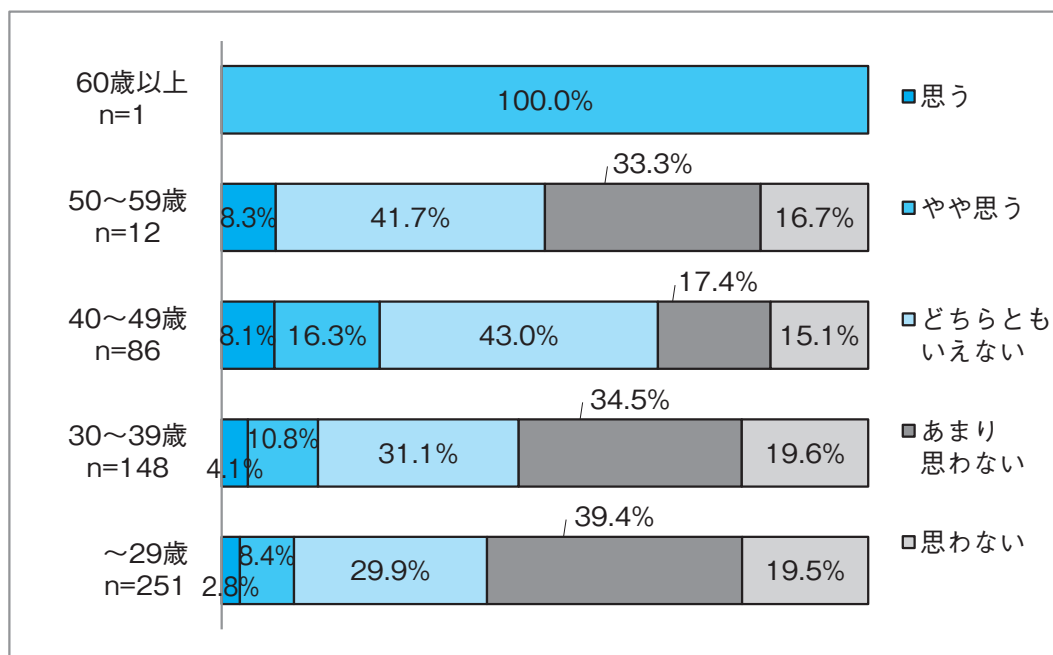
2) 「他職種との比較（給料が他職種より恵まれているか?）」に関するクロス集計結果

【他職種との比較に関する年齢による差について】

件数の少なかった60歳以上を除外し、各年齢に対する割合を見てみると、29歳以下では「思わない」19.5%、「あまり思わない」39.4%、「思う」2.8%、「やや思う」8.4%、30～39歳では、「思わない」19.6%、「あまり思わない」34.5%、「思う」4.1%、「やや思う」10.8%、40～49歳では、「思わない」15.1%、「あまり思わない」17.4%、「思う」8.1%、「やや思う」16.3%でした（図VI-6）。若年層ほど他職種に比較して恵まれていないと思っている割合が高く、恵まれていると思っている割合が低くなる傾向にあります。

また50～59歳では、「思わない」16.7%、「あまり思わない」33.3%、「思う」8.3%、「やや思う」0.0%であり、再び恵まれていないと思う割合が高く、恵まれていると思う割合が低くなります。

これらの結果から、若年層と定年が近づく年代で、今後の生活への不安から、他職種と比較して恵まれていないと思うようになることが考えられます。

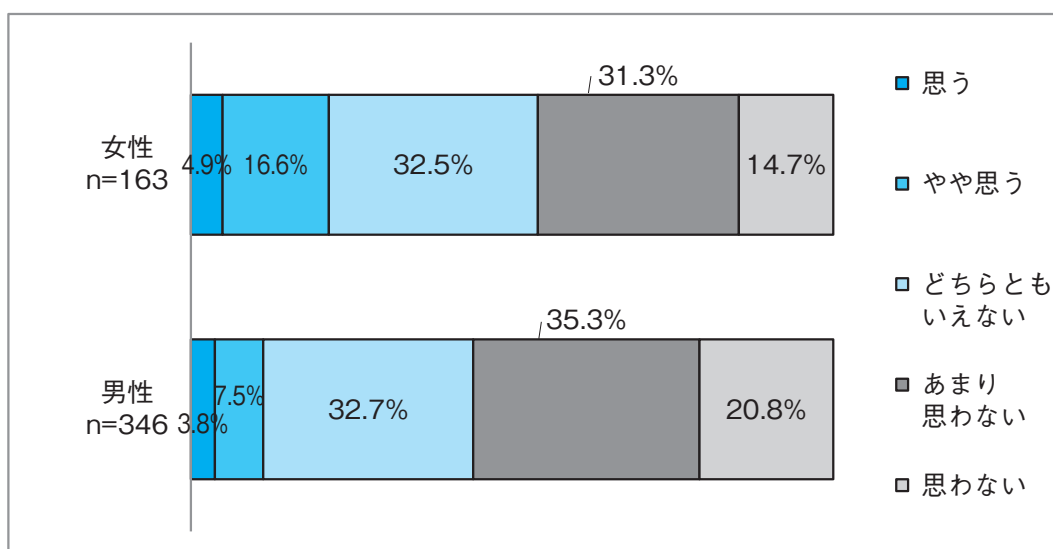


図Ⅵ－6 「給料が他職種より恵まれているか？」に関する年齢による差

【他職種との比較に関する性別による差について】

性別での割合は、男性は「思わない」20.8%、「あまり思わない」35.3%、「思う」3.8%、「やや思う」7.5%に対し、女性は「思わない」14.7%、「あまり思わない」31.3%、「思う」4.9%、「やや思う」16.6%でした（図Ⅵ－7）。

男性は女性に比べ、やや恵まれていないと思っている傾向にあります。男性は、生計を立てていくことに対する不安から、女性に比べ恵まれていないと思う割合が高くなる傾向があった可能性が考えられます。

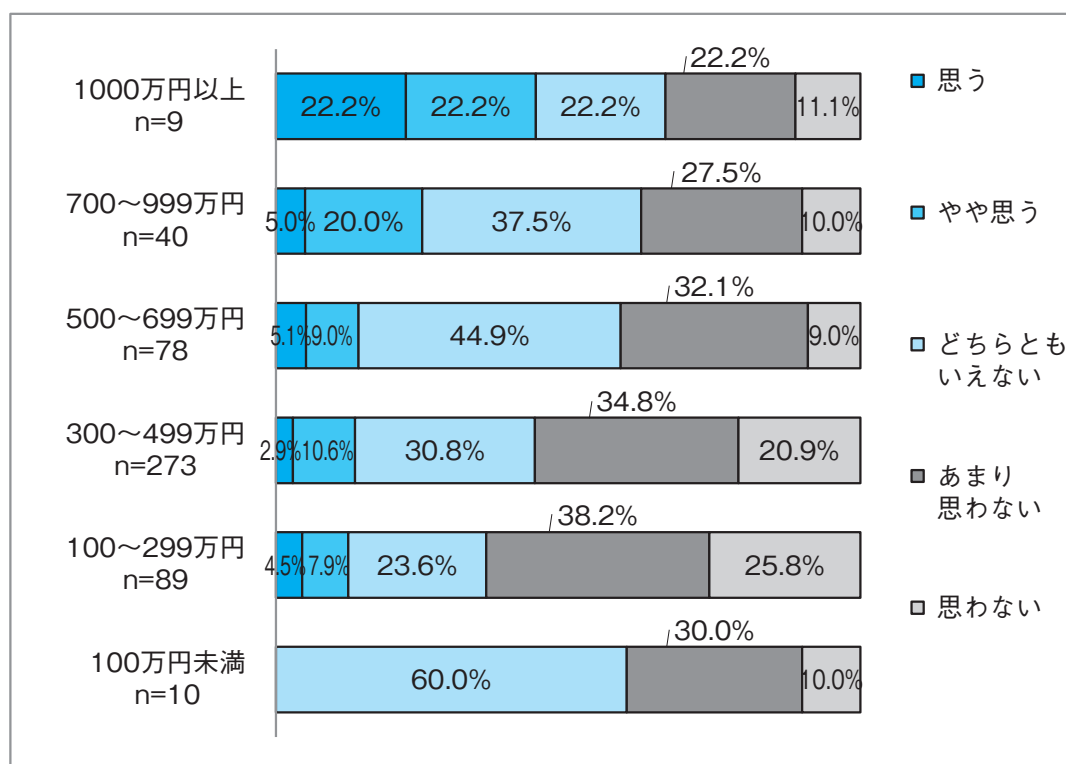


図Ⅵ－7 「給料が他職種より恵まれているか？」に関する性別による差

【他職種との比較に関する年収による差について】

各年収別での割合を見てみると、100万円以下と1000万円以上の件数は少ないですが、100万円以下では、「思う」「思わない」と回答した人はおらず、1000万円以上では、ほとんど差はありません。100～299万円では、「思わない」25.8%、「あまり思わない」38.2%、「思う」4.5%、「やや思う」7.9%でした。300～499万円では、「思わない」20.9%、「あまり思わない」34.8%、「思う」2.9%、「やや思う」10.6%でした。500～699万円では、「思わない」9.0%、「あまり思わない」32.1%、「思う」5.1%、「やや思う」9.0%でした。700～999万円では、「思わない」10.0%、「あまり思わない」27.5%、「思う」5.0%、「やや思う」20.0%でした。（図Ⅵ－8）

この結果から、年収が高い人ほど恵まれていると思っており、年収が低い人ほど恵まれていないと思っていることがわかります。



図Ⅵ－8 「給料が他職種より恵まれているか？」に関する年収差

以上のことより、特に若年層、男性、低年収で、他職種と比較して給料が恵まれていないと思っている傾向があることがわかります。また、50～59歳でも恵まれていないと思っている割合が高く、思っていない割合が低くなることから、今後の生活、生計を立てていく不安が、大きな要因を占めているのではないかと考えられます。

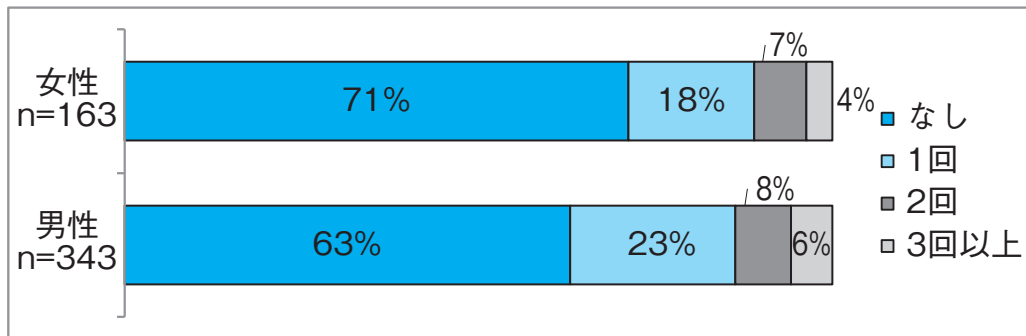
一方、少ない回答数ですが、年齢や年収の増加に伴い、恵まれていると思う割合も増加してくることから、仕事や生活の安定に伴い、恵まれていると思うようになることも考えられます。

3)「就職および退職」に関するクロス集計結果

【退職に関する男女による差】

男女別にみたこれまでの退職回数については、「なし」が男性63%，女性71%となっており，男女ともに大半を占めています。（図VI－9）

男女でそれほどまで大きな差はみられませんでした。これは回答者が年齢も若く，経験も浅い理学療法士が多いため退職経験が少ないと考えられます。

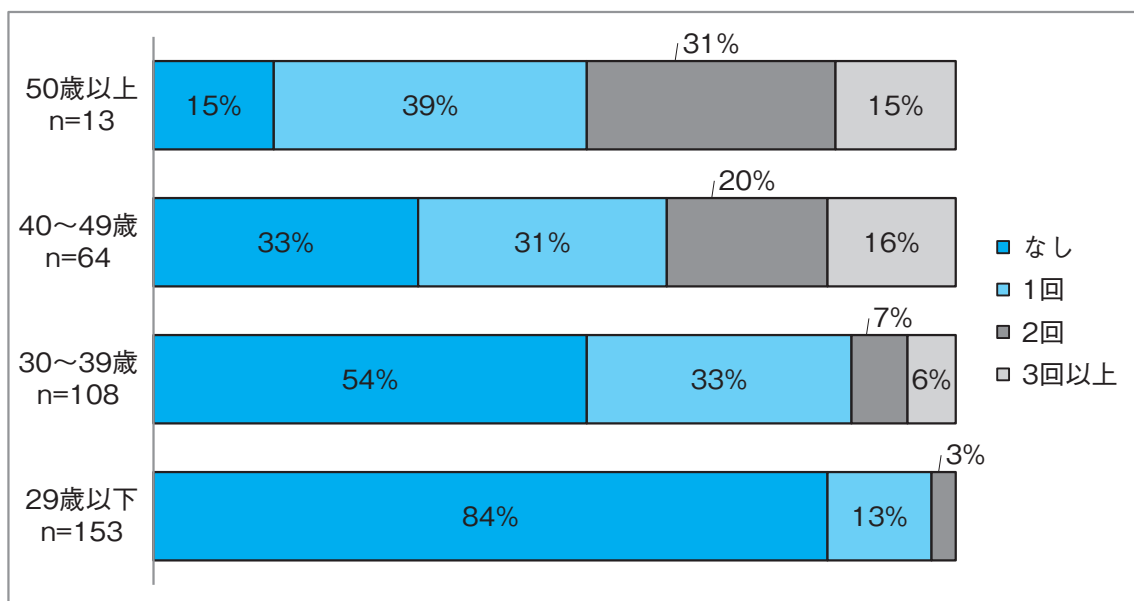


図VI－9 退職回数に関する男女による差

【退職に関する年齢による差】

年齢別にみたこれまでの退職回数については，29歳以下では，「なし」84%とほとんど退職経験者がいないのに対し，30歳以上になると徐々に増えているのがわかります。（図VI－10）

年齢の増加に伴い，退職回数の増加もみられます。これは年齢の増加とともに結婚や出産，生活環境の変化などが考えられます。

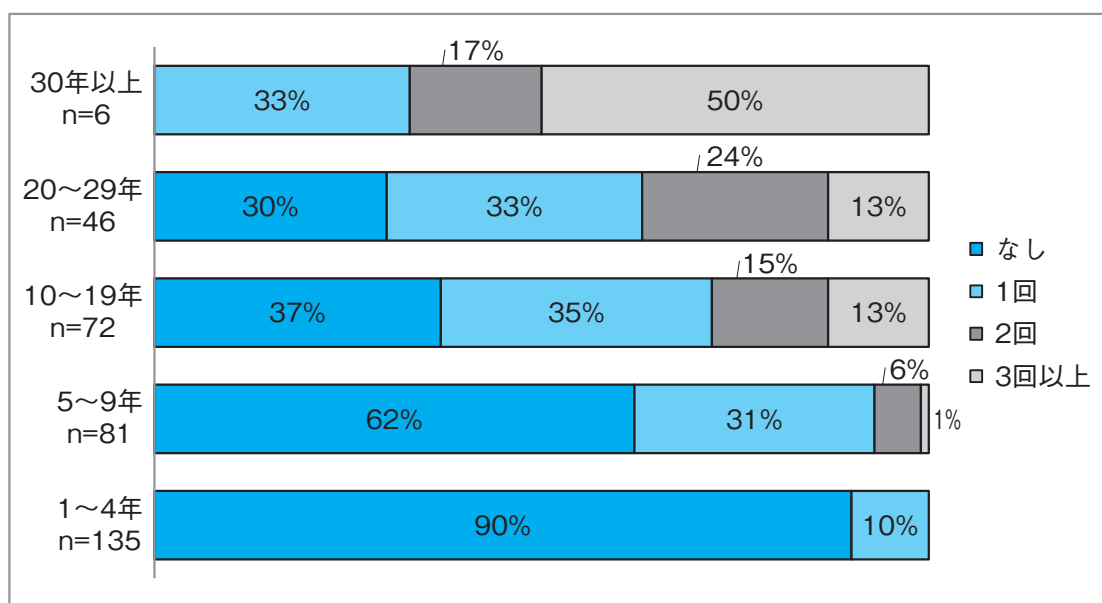


図VI－10 退職に関する年齢による差

【退職に関する経験年数による差】

経験年数別にみたこれまでの退職回数についての割合は、「なし」が1～4年では90%，5～9年では62%と大半を占めており，9年以下では退職経験が少ないのがわかります。10年以上になると退職経験者の割合は徐々に増え，「なし」より「あり」のほうが上回っています。特に30年以上では「なし」が0%となっており，回答者全てに退職経験があることがわかります（図Ⅵ－11）。

これも経験年数の増加に伴い，結婚や出産，生活環境の変化などが考えられます。また最近では理学療法士の平均年収が緩やかな減少傾向にあるといわれ，給与や待遇面の影響も考えられます。

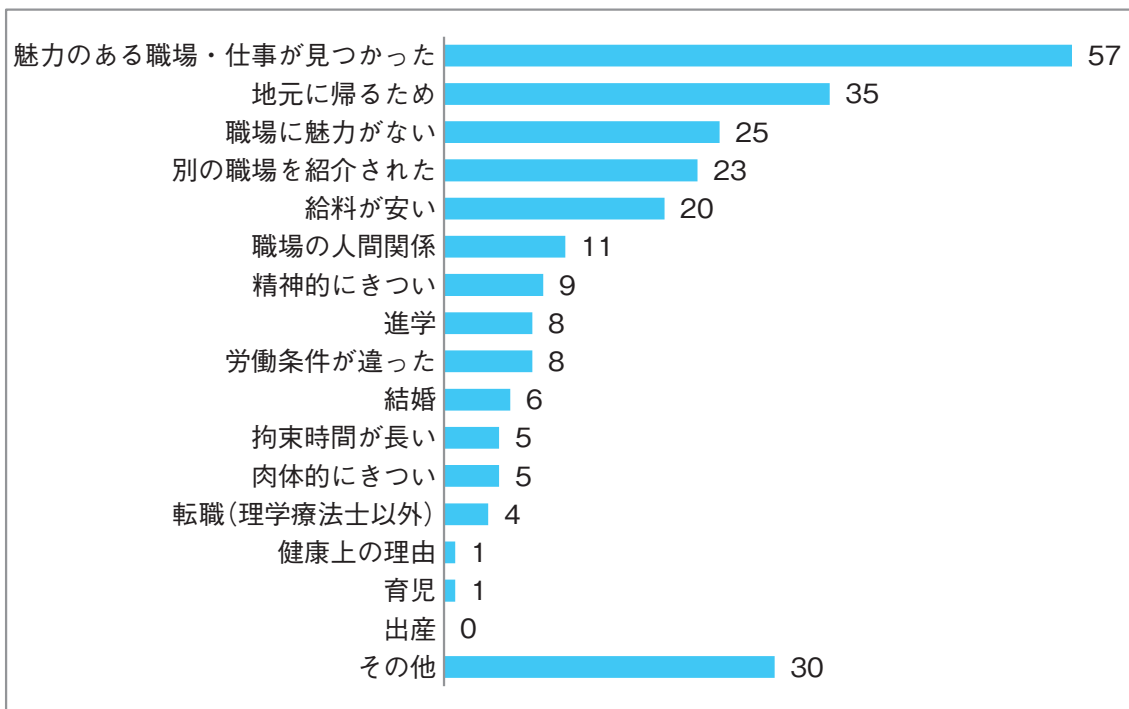


図Ⅵ－11 退職に関する経験年数による差

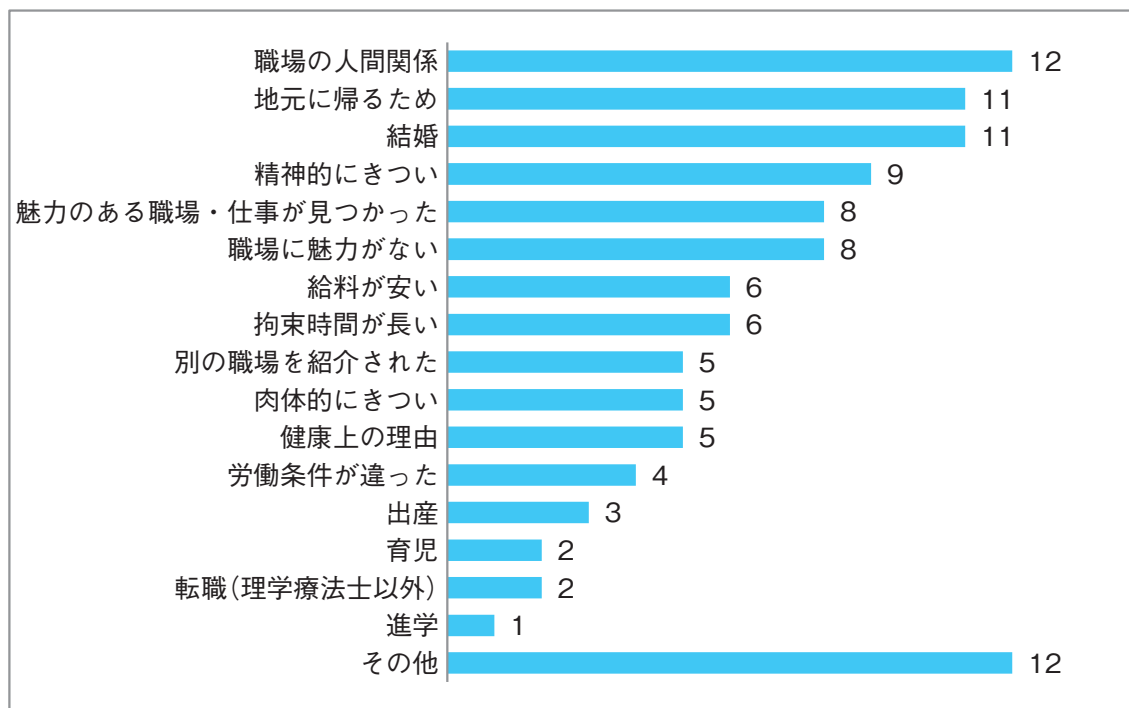
【退職理由に関する男女による差】

男女別にみた退職理由については，男性では「魅力のある職場・仕事がみつかった」（図Ⅵ－12），女性では「職場の人間関係」（図Ⅵ－13）が最多という結果になりました。

男性については，給料や人間関係，精神的な問題よりも仕事の質や内容を重視して退職していると考えられます。女性については，男性とは逆に仕事の質や内容という理由よりも人間関係，精神的な問題が原因で退職されていると考えられます。女性では「結婚」での退職は多くみられますが，「出産」，「育児」を理由とする退職は少ない結果になりました。理学療法士以外の転職も少ないため，出産後も理学療法士として復職する人が多いということもわかります。



図Ⅵ－12 男性の退職理由

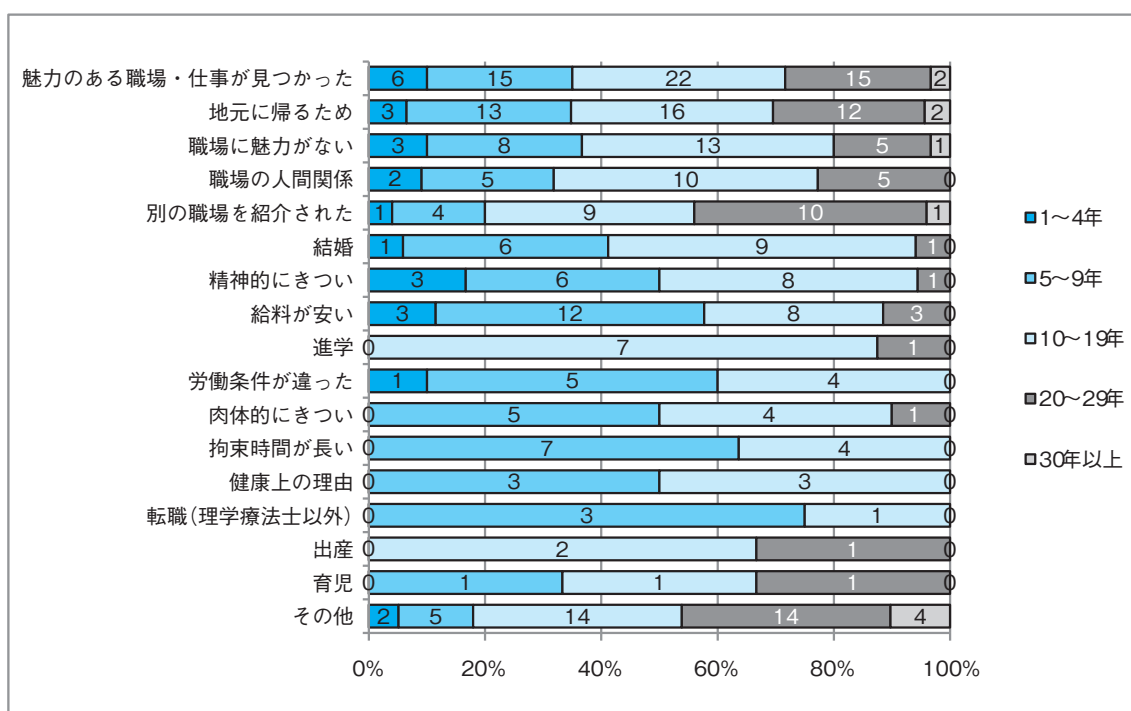


図Ⅵ－13 女性の退職理由

【退職理由に関する経験年数による差】

経験年数別にみた退職歴のある方の退職理由については、全ての経験年数において「魅力のある職場・仕事が見つかった」が最多という結果になりました（図Ⅵ-14）。経験年数に関係なく仕事の質や内容を重視して退職している人が多いということがわかります。

経験年数1～4年に対し、5～9年では「給料が安い」という理由が上位にみられます。あわせて「結婚」も理由として増えており、生活環境の変化などが原因ではないかと考えられます。10年以上ではそのような理由は減少していき、「別の職場を紹介された」が増加しているのがわかります。

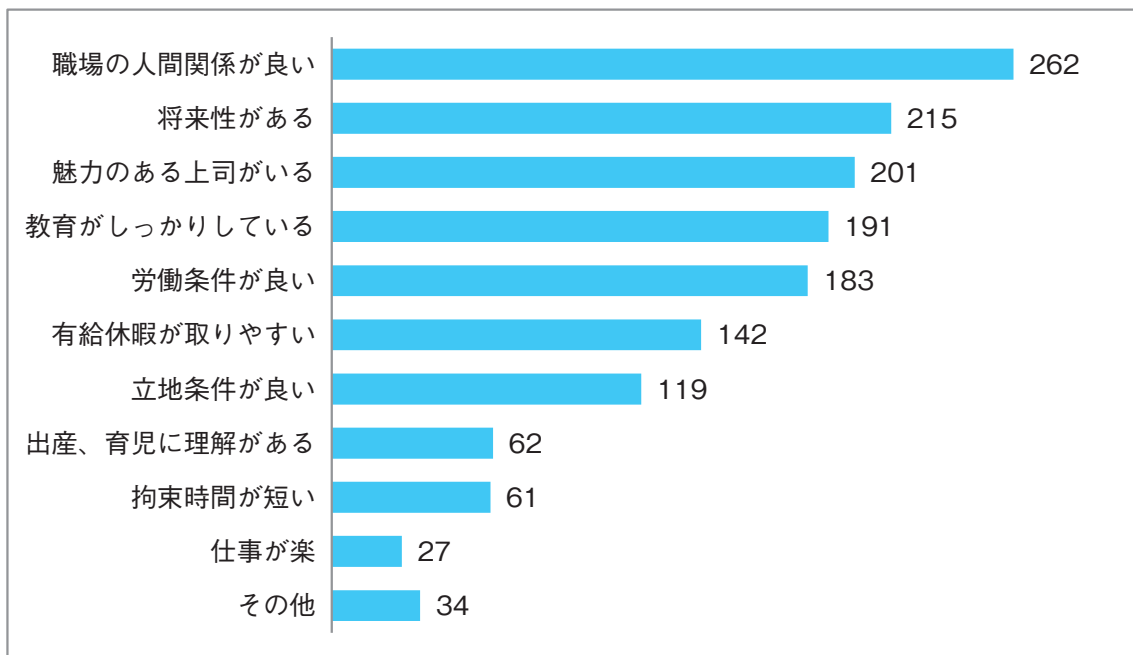


図Ⅵ-14 退職理由の経験年数による差

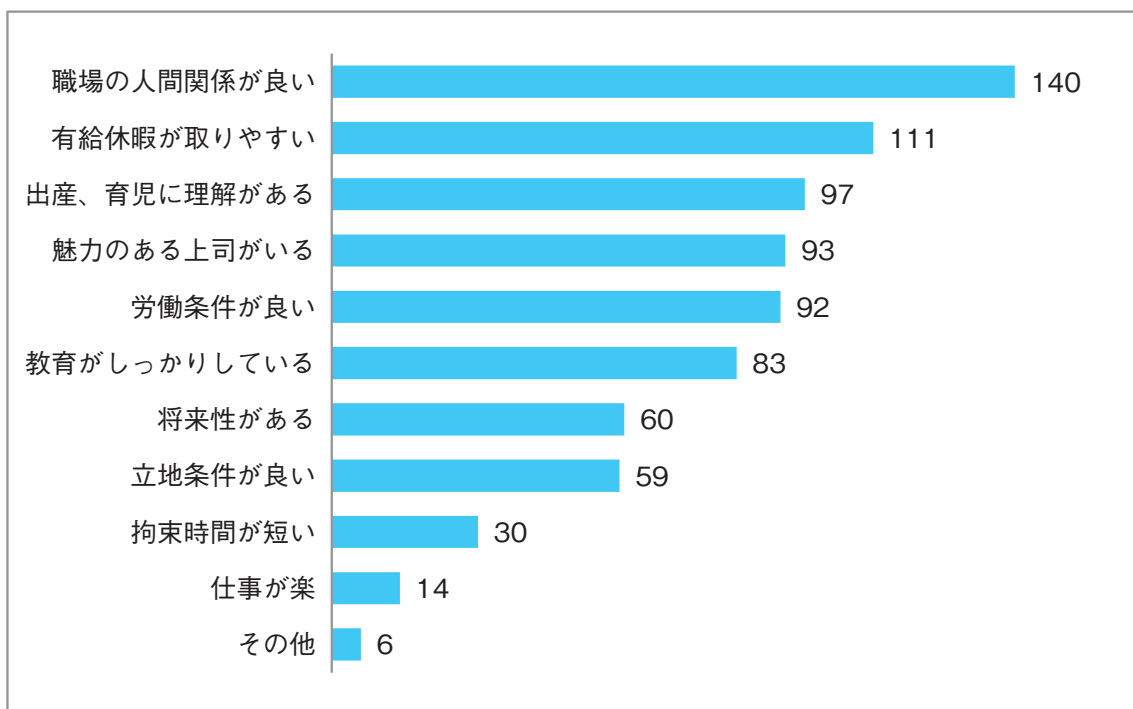
【魅力ある職場条件に関する男女差】

男女別にみた魅力のある職場の条件については、男性では、「職場の人間関係が良い」が最多であり、続いて「将来性がある」、「魅力のある上司がいる」という結果になりました。女性でも、「職場の人間関係が良い」が最多であり、続いて「有給休暇が取りやすい」、「出産、育児に理解がある」という結果になりました（図Ⅵ-15, 16）。

男女ともに「職場の人間関係が良い」が最多となり、職場の雰囲気、働きやすさを重視していると考えられます。男性では将来性、教育面などが上位を占めていますが、女性では出産、育児に関する回答が多くみられます。女性では出産後育児をしながら理学療法士として復職している人が多いためと考えられます。



図VI-15 男性の魅力ある職場条件

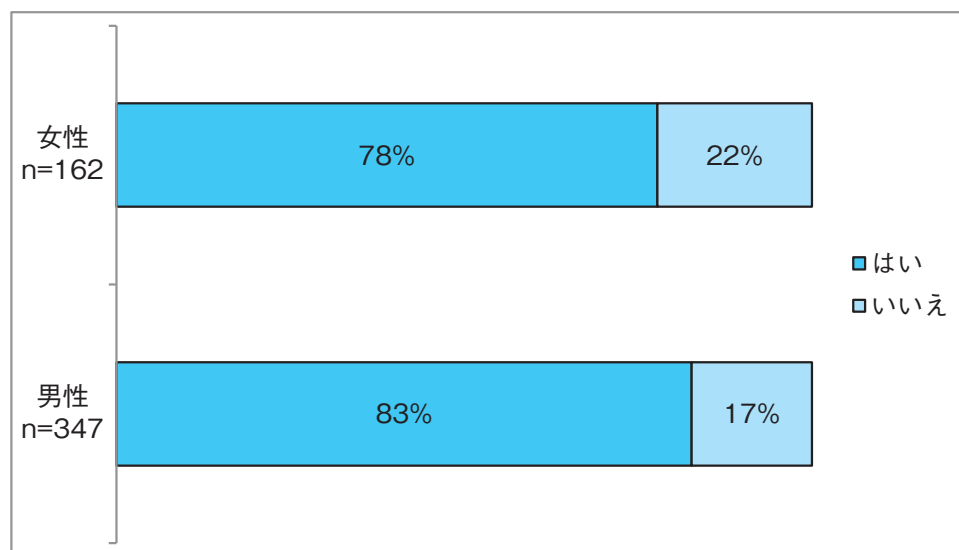


図VI-16 女性の魅力ある職場条件

4)「女性の職場復帰」に関するクロス集計結果

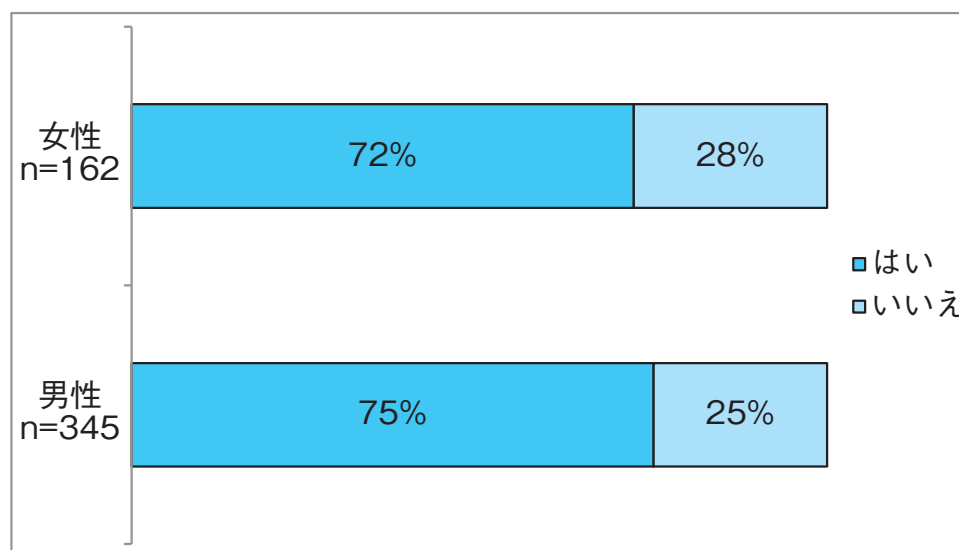
【女性の職場復帰に関する男女差】

結婚後の職場環境については、良いと感じている割合は男性83%，女性78%となりました（図Ⅵ－17）。



図Ⅵ－17 「職場は結婚後も働きやすい環境か？」に関する男女差

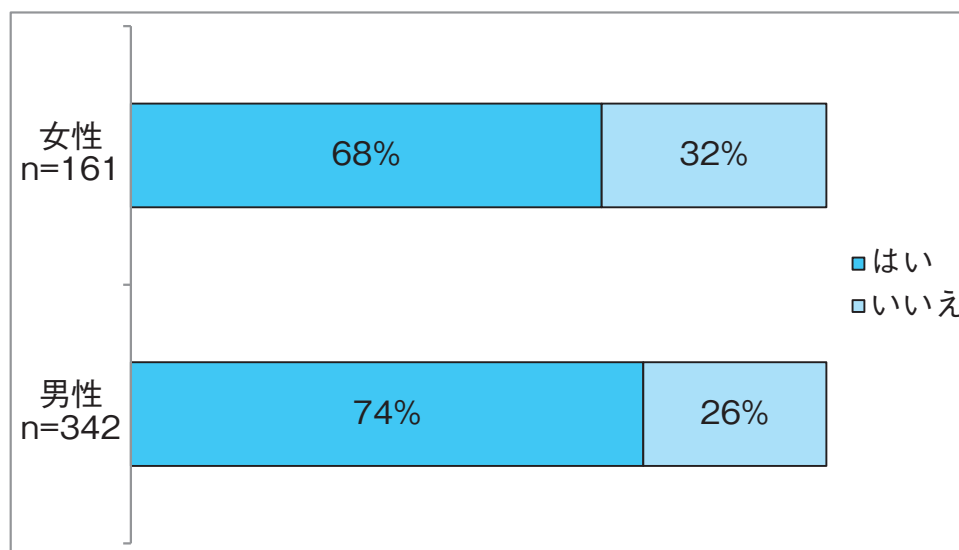
妊娠中の職場環境については、良いと感じている割合は男性75%，女性72%となりました（図Ⅵ－18）。



図Ⅵ－18 「職場は妊娠中も働きやすい職場か？」に関する男女差

出産後の職場環境については、良いと感じている割合は男性74%，女性68%となりました

(図Ⅵ－19)。



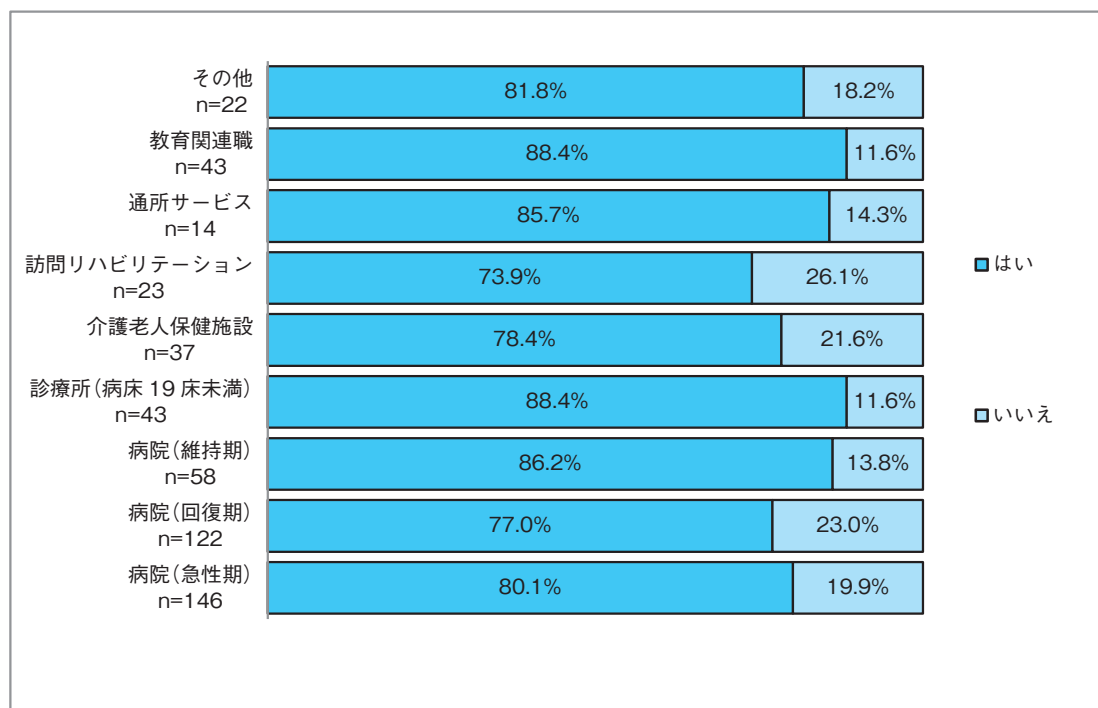
図Ⅵ－19 「職場は出産後も働きやすい職場か？」に関する男女差

男女とも7～8割が働きやすいと回答しています。しかし、わずかではありますが女性の方が働きにくいと感じている割合が多い結果となりました。また、結婚後よりも妊娠中、さらに出産となるにつれ、働きにくいと感じる割合が増加する傾向にありました。女性にとって妊娠中は身体への負担を避け、仕事内容の変更が必要となってきます。担当患者の変更や身体に負担の少ない事務作業を担当するなどの対応や職場内での理解が得られているかによって左右されるのではないのでしょうか。

また、出産後に際しては残業や託児所の有無が関係していると考えられます。女性のほうが働きにくいと回答している割合が多い結果となり、育児の負担は女性の方が多い現状にあることが考えられます。

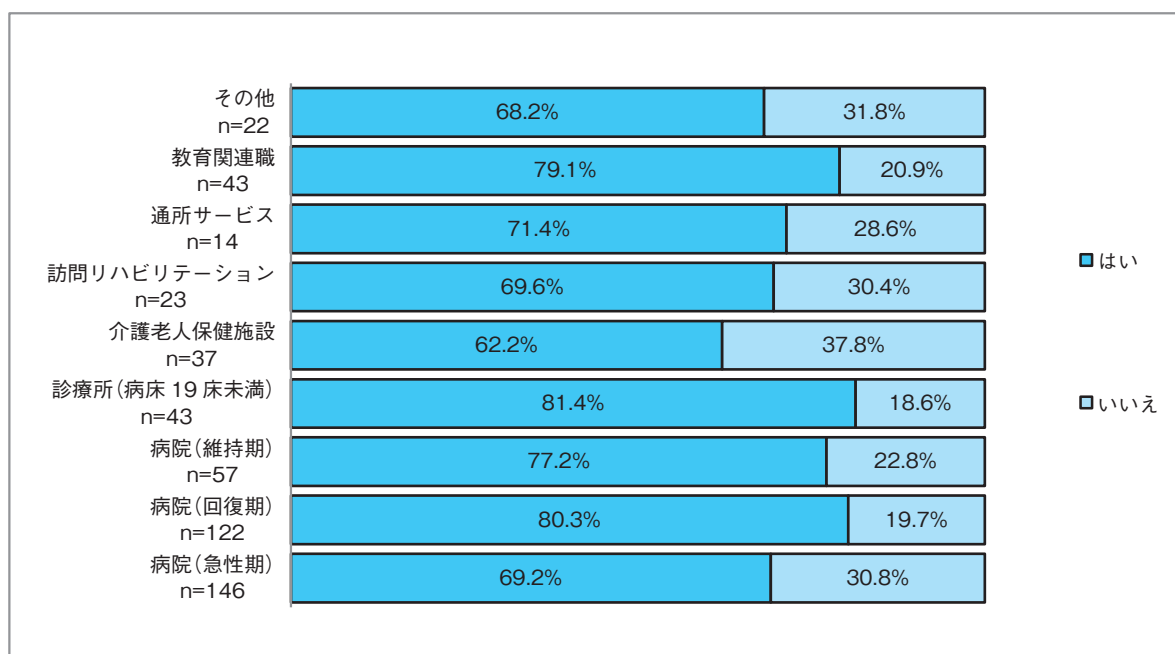
【女性の職場復帰に関する職場環境による差】

結婚後の職場環境では、教育関連職88.4%，通所サービス85.7%，診療所（病床19床未満）88.4%，病院（維持期）86.2%，病院（急性期）80.1%と、比較的働きやすい環境であることがわかります（図Ⅵ－20）。



図Ⅵ-20 「職場は結婚後も働きやすい職場か？」に関する職場環境による差

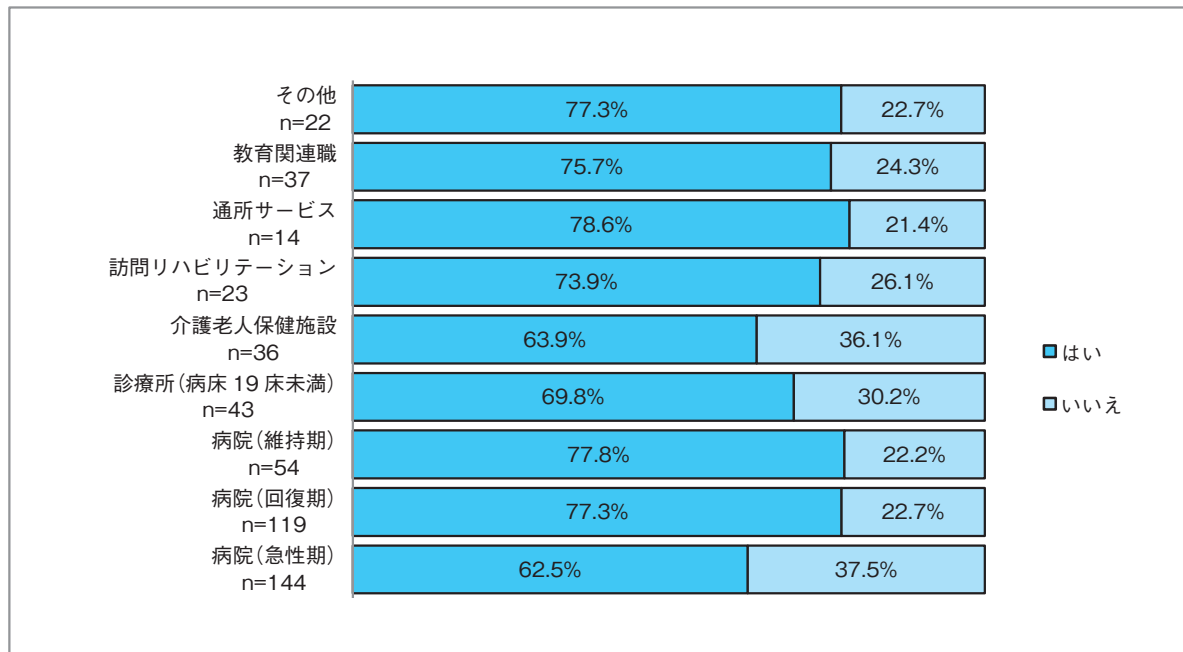
妊娠中の職場環境では、教育関連職79.1%、診療所（病床19床未満）81.4%、病院（維持期）77.2%、病院（回復期）80.3%と比較的働きやすい環境であることがわかります（図Ⅵ-21）。



図Ⅵ-21 「職場は妊娠中も働きやすい職場か？」に関する職場環境による差

出産後の職場環境では、教育関連職75.7%、通所サービス78.6%、病院（維持期）77.8%、病院（回復期）77.3%であり、8割を超える回答は得られなかったものの比較的働きやすい環

境にあることがわかります（図Ⅵ－22）。



図Ⅵ－22 「職場は出産後も働きやすい職場か？」に関する職場環境による差

病院関連では結婚後の環境としては維持期に比べ、回復期の職場環境は働きにくいという回答が多い結果となりました。しかし、妊娠中・出産後は急性期の職場環境がより働きにくく感じる傾向にあるようです。回復期では日曜・祝祭日出勤である職場が多く、不規則な勤務形態が影響していると考えられます。急性期になると、入院日数が短く、患者の入退院が多いことから仕事内容の変更が行いにくいのではないかと考えられます。介護老人保健施設も病院（急性期）と同様の傾向がみられました。介護老人保健施設では入所者に対するリハビリテーションスタッフ数が少ないことが挙げられます。

全体として、結婚後に比べて、妊娠中や出産後に働きにくいと感じる傾向にありました。妊娠中は身体への負担を考慮し仕事内容の変更が可能であるか、また出産後については就業時間や残業の有無が影響すると考えられます。

第四部 医療・介護における理学療法の現状と課題

要旨

一般社団法人 愛知県理学療法士会は、愛知県内の理学療法および理学療法士の活動状況や諸問題等を把握するために、全会員施設を対象としたアンケート調査を実施しました。

対象は、平成24年7月時点で登録されている本会会員の所属施設670施設と理学療法士養成校18校、実施期間は平成24年8月1日～9月30日としました。最近の社会情勢等を考慮し、時期別では急性期、回復期、療養型、老人保健施設（入所）、通所系サービス、訪問リハビリテーション、介護予防事業の7項目、疾患別では脳卒中、循環器、糖尿病、がん、認知症、小児、運動器の7項目、そして養成校を加えた15のテーマを定め、各々のテーマに見合った質問を設定しました。調査は質問紙を用い、郵送にて回収しました。所属施設は資源分布を把握するため記名式で、養成校は無記名式で行いました。回収率は所属施設68.8%、養成校72.2%でした。

今回の結果より運動器リハビリテーションを実施している施設は全体の約8割を占め、また小児でも2001年と比べ増加傾向でありましたが、糖尿病やがんなどの実施割合は低い傾向が見られました。その要因の一つに診療報酬制度の影響が考えられますが、制度を遵守した上で理学療法士として行える活動に真摯に取り組んでいる様子も把握できました。この他、算定日数期限を超えるケースには、医学的に有用性を判断した上で対応していました。利用者が混乱せずに医療から介護サービスに移行できるよう、リハビリテーションサービスの提供方法に工夫が求められている側面も明らかになりました。訪問リハビリテーションでは様々な疾患や介護度の利用者に対応していましたが、より地域で身近な存在となるためには今後も資源の把握・情報提供が必要です。

私たちは一職種としてだけでなく、チームの一員としての活動も求められています。急性期では幅広く院内チームへの参加する傾向が見られ、回復期の理学療法士は主に移動動作能力とその実用性を担保するための体力や持久力を向上させる役割を担っています。療養型において介護負担軽減や廃用症候群の予防を図るには、病棟スタッフとの連携が欠かせません。どの分野でも他職種との連携により、幅広いサービス提供が可能となります。

また、施設内のみならず施設間連携も重要です。地域連携クリティカルパスでは、急性期や回復期の医療機関の参加率は高く、維持期の施設の参加率は低い傾向が見られました。回復期では様々な手段を用いて、施設間連携や情報共有を図っている傾向が伺えました。近く廃止される予定の介護療養型病棟においては、患者が行き場を失わず円滑に移行できるようにするため、他の介護保険サービスとの連携を考慮する必要があります。また、急性期以外での心臓リハビリテーションの実施など、シームレスな連携を図るための展望も考慮すべきです。

社会では医療・介護サービスの質向上を求める動きがあり、私たちも同様に質の高い理学療法の提供が求められています。急性期では休日対応している施設が増加傾向にあります。老人保健施設（入所）や通所系サービスでは在宅生活支援に力を入れているところが多く、同時に個々のニーズに応えたサービス提供も求められている傾向が伺えました。介護予防では運動機

能以外に認知症予防なども含めた幅広く複合的なプログラムを導入し、他職種と共に利用者の生活の質向上をはかっています。

理学療法士が専門職として自己研鑽が必要であることは言うまでもありませんが、さらにリハビリテーションサービスを充実させるため、特に循環器や糖尿病、がん、認知症などの強化が必要です。若手の教育も課題であり、近年急速に人員が増加した回復期では良質なサービス提供のため、訪問リハビリテーションでは今後増えると思込まれる需要に応えるために必要だと考えています。さらに、現場のみならず養成校と施設が連携し、卒前・卒後教育とも関連させながら生涯教育を実施するのも有効策として考えられます。

愛知県は地域保健医療計画の中で、「県民の多様な保健医療需要に対応し、健康増進から疾病予防、治療、リハビリ、在宅ケアに至る一貫した保健医療サービスが、いつでも、どこでも、だれもが、適正に受けられる包括的保健医療提供体制の確立」を目指しており、理学療法士もその責務を負わなければなりません。今回得られた情報を元に、職能団体としての今後の目標を定め、課題を克服したいと考えています。しかしながら、理学療法士だけでは解決できない課題も含まれており、その解決のためには他職種との連携が欠かせません。周囲の方々の協力を得ながら、私たちは社会の要求に応えるためにさらに奮起したいと考えています。

I

背景・目的

現在の日本は世界でも類を見ない超高齢化社会を迎えています。我が国の人口は減少していますが、高齢者の割合は年々上昇しており、平成23年度の65歳以上の人口が全体に占める割合は23.3%と報告されています¹⁾。これに伴い社会保障給付費も年々増加しており、2010年（平成22年）にはその額が100兆円を超えました²⁾。1 高齢者あたりの被保険者数は年々減少し、国民の負担も年々増加することが予想され、この調子で推移しますと我が国の誇りといわれる国民皆保険制度が崩壊する危機に遭遇するかもしれません。

そこで政府は、高齢者数がピークを迎える2025年（平成37年）に備え、「社会保障・税一体改革」³⁾を策定しました。この中で医療・介護は、どこに住んでいても、その人が適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する、疾病予防や介護予防を進め、「治す医療」と「支える医療・介護」の双方の実現をめざすと記されています。

さらにこれらを実現するために、都道府県は患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために、大綱及び今般の基本方針の改正の趣旨を踏まえた医療計画の見直しを通じて、医療計画をより一層有効に機能させていくことが求められています⁴⁾。平成25年4月からの新たな医療計画の適用に向け、PDCAサイクルを効果的に機能させ、疾病・事業及び在宅医療ごとの指標を示しながら、計画の作成と推進が求められています。

ここ愛知県でも「愛知県地域保健医療計画」（以下 医療計画）として昭和62年に作成され、その後5回の見直しが行われています。平成23年に公示された医療計画⁵⁾では、「県民の多様な保健医療需要に対応し、健康増進から疾病予防、治療、リハビリ、在宅ケアに至る一貫した保健医療サービスが、いつでも、どこでも、だれもが、適正に受けられる包括的保健医療提供体制の確立を目指す」ことを目的として掲げています。これらの政策における背景を考えると、行政のみならず、他職種や地域住民からのリハビリテーションに対する期待は大きいと考えられます。同時にその一翼を担う理学療法士が使命感をもって業にあたり、社会に貢献することが求められているといえるでしょう。

理学療法士は以前医療機関を中心に活動していましたが、2000年（平成12年）の介護保険制度の施行により、介護分野へも活動の場を広げ、これを契機に事業経営にも参入するなど、多様なリハビリテーションサービスの提供が可能となりました。最近では医療・介護のみならず、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることで、住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けることを目指す「地域包括ケアシステム⁶⁾」も提唱されており、新たな活動が求められるでしょう。しかし、昨今の目まぐるしい社会情勢の変化に加え、2年ごとの診療報酬改定と3年ごとの介護保険制度改定への対応に追われ、私たちがどこで、どの

ような活動を行っているのかを十分把握できていないのも事実です。

そこで、一般社団法人 愛知県理学療法士会が白書を作成するにあたり、愛知県内の理学療法の現状を把握すべく、全会員施設を対象としたアンケート調査、ならびにその報告書の作成を試みました。愛知県内における理学療法および理学療法士の活動状況を把握すると同時に諸問題を明らかにし、職能団体としての目標、努力点などを見出すのが目的です。

今回は理学療法の多様性を表現するため、最近の社会情勢を元に次のテーマを選定しました。

まず、脳血管疾患や骨折など発症の明らかな疾患は、急性期、回復期、維持期（生活期）のリハビリテーションとして大きく3つのステージに分けて対処されています。維持期リハビリテーションは、入院・入所によるサービスと在宅サービスに分けられ、さらに在宅サービスにおいては介護予防事業、通所系サービス、訪問サービスに分けられます。全ての疾患ではありませんが、時期別に応じたりハビリテーションが展開され、地域諸機関の機能分担と連携をはかる傾向があります⁷⁾。よって急性期、回復期、療養型、老人保健施設（入所）、通所系サービス、訪問、介護予防の観点を設けました。

次のがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の5疾病は、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中、生活の質の向上を実現するため、患者数の増加の状況も踏まえつつ、これらに対応した医療提供体制の構築が求められている疾病です⁴⁾。救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む）の5事業及び在宅医療は、地域医療の確保において重要な課題であり、患者や住民が安心して医療を受けられる医療提供体制の構築が求められています⁴⁾。

さらに精神疾患の一つとして認知症が挙げられますが、その患者数は2012年には305万人でしたが、2017年には373万人になると推定されています⁸⁾。この患者数増加も含めて、国は従来の精神科病院や施設の利用から、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることを目指そうとしています⁹⁾。このような社会背景のもと、今後理学療法士も包括的な医療・介護サービスの提供や、介護予防事業に携わる機会が増えるのではないかと考えられます。

よって今後注視すべき分野にスポットを当てようと考え、先述のがん、脳卒中、循環器（急性心筋梗塞）、糖尿病、小児、認知症の観点を選びました。

一方、理学療法に関する書物^{10), 11)}を紐解いてみますと、理学療法の対象疾患として中枢疾患や運動器疾患、呼吸器疾患や心疾患などがあります。中でも運動器疾患は骨折、腰痛、変形性関節症、関節リウマチ、スポーツ傷害など多岐にわたって紹介されています。また、本会会員施設において施設名に「整形外科」が含まれる医療機関は119施設あり、全体の17.4%を占めます。（平成24年8月現在）一般病院等を含めると運動器疾患に関わる医療機関は相当数に上ると考えられるため、運動器疾患も重要なテーマの一つとして選択しました。

加えて、医療計画⁵⁾の中で理学療法士は、人口の超高齢化の進展に伴い、介護保険法等による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業等で、今後ますます需要が増え、

同時に質的、量的充実が求められる職種として記されています。しかし、愛知県内の病院勤務の理学療法士数は常勤換算で1,977.8人、人口10万対26.7人、全国平均33.6人より下回ります⁵⁾。そこで人的資源を確保する観点から、理学療法士の養成校についても取り上げることにしました。

最後に、今回のみならず調査を継続実施し、将来的に過去のデータと比較することを検討しています。得られた調査結果から本会とその会員が奮起し、今後何らかの行動を起こすきっかけに繋がることを期待しています。

【参考資料】

- 1) 厚生統計要覧（平成24年度） 第1編 人口・世帯 第1章 人口：http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_1.html（2013. 3.14アクセス）
- 2) 厚生統計要覧（平成24年度） 第6編 社会保障等：http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_6_1.html（2013. 3.14アクセス）
- 3) 社会保障・税一体改革大綱について：http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/zeiittaikaikaku_taikou.pdf（2012. 4.23アクセス）
- 4) 医療計画について（平成24年 3 月30日厚生労働省医政局長通知）：http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuuchi_iryuu_keikaku.pdf（2013. 1.19アクセス）
- 5) 愛知県地域保健医療計画（平成23年 3 月公示）：<http://www.pref.aichi.jp/0000039667.html>（2012. 4.16アクセス）
- 6) 地域包括ケアシステムと市町村（保険者）の役割について：
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-03d.pdf>（2013. 5.12アクセス）
- 7) 大田仁史，浜村明德，下斗米貴子，澤俊二：地域リハビリテーション論 Ver.4 三輪書店，東京，2009.
- 8) 「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（平成25年度から29年度までの計画）：
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>（2013. 3.22アクセス）
- 9) 今後の認知症施策の方向性について：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>（2013. 3.22アクセス）
- 10) 細田多穂，柳澤健，編：理学療法ハンドブック（改訂第4版）．協同医書出版社，東京，2010.
- 11) 石川齊，武富由雄，他：図解理学療法技術ガイド（第3版）．文光堂，東京，2009.

Ⅱ

方法

対象は、平成24年7月時点で登録されている本会会員の所属施設670施設としました。
実施期間は当初平成24年8月1日～31日を予定していましたが、回収率や対象者の置かれた状況等を考慮し、9月30日まで延長しました。

調査は質問紙を用い、資源分布を把握するため記名式で行いました。

今日の社会情勢等を考慮して、急性期、回復期、療養型、老人保健施設（入所）、通所系サービス、訪問リハビリテーション、介護予防、脳卒中、循環器、糖尿病、がん、認知症、小児、運動器、養成校の15のテーマを設定しました。各担当の協力委員が事前調査等を行い、質問項目を作成しました。回答者の負担を考慮し、最終的に1テーマあたり最大5,6問程度になるよう調整しました。また、複数のテーマにわたって活用できる項目については共通項目として別に決めました。

（質問紙の詳細は資料v-1を参照して下さい。）

回答用紙の発送と回収、集計は株式会社データセレクトに委託しました。

また、理学療法士養成校18校については養成校用の質問紙を用いて実施しました。

（質問紙の詳細は資料v-2を参照して下さい。）

Ⅲ

結果

医療・介護施設調査で回収が得られたのは461施設、回収率は68.8%でした。
回収した施設の種類の通りです。

表Ⅲ－１　今回協力が得られた施設の種類の種類（複数回答）

種類	施設数	種類	施設数
一般急性期病棟	112	通所介護	36
亜急性期病棟	36	訪問リハビリテーション	112
回復期リハビリテーション病棟	41	介護予防事業	33
療養型病棟	85	特別養護老人ホーム	6
診療所	127	健康増進施設	6
老人保健施設（入所）	95	その他	39
通所リハビリテーション	158		

また、理学療法士養成校調査で回収が得られたのは13校、回収率は72.2%でした。

1. 急性期における理学療法

前 田 英 貴・古 川 和 親・高 木 寛 人

【はじめに】

急性期医療は救命や疾患の治療が優先されますが、そのような状況においてもリハビリテーションは平行して行われます。なぜなら、早期の介入により廃用症候群等の合併症を予防し、より高いレベルで次の段階へ移行できるように回復させることが急性期医療における理学療法の役割だからです¹⁾。

急性期理学療法では医療技術の発展や早期介入の有用性が認められ、疾患の不安定な状態から介入するケースが増加しています¹⁾。また、Diagnosis Procedure Combination（診断群別包括支払制度）による医療の効率化や地域連携診療計画（地域連携パス）の推進による医療機能の分化・連携の強化により、急性期病院は在院日数の短縮^{2)~4)}が生じ理学療法にかかる時間は制限された状況であります。

そのため、早期から患者に質が高く手厚い理学療法を提供するには、リスク管理はもとより主治医・リハビリテーション専門医・看護師・リハビリテーションスタッフなどを中心とした多職種による連携のとれたチーム医療が重要です。さらにチーム医療を進めるには、我々にも高度な専門知識や技術が求められる状況となっています。

また、急性期病院の中には、亜急性期病床があります。これは患者の状態にふさわしい医療を効率的に行う手段として考えだされた新しい病床区分のひとつです。主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能⁵⁾を果たすことが期待されています。

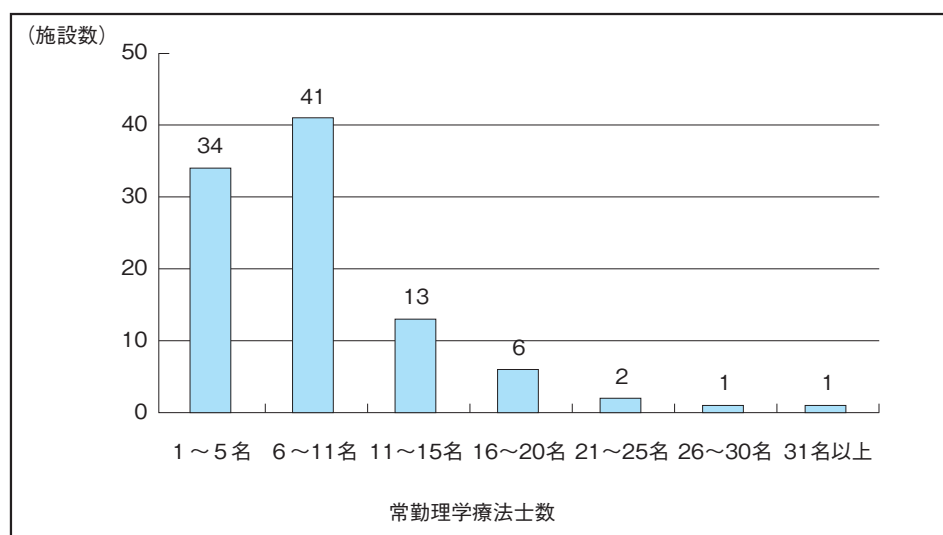
そこで今回の調査は、急性期病院において患者に質的および量的な視点から充実した理学療法が提供できる現状であるかを把握するために、急性期病棟の常勤理学療法士数、勤務体制、患者一人当たりの一日平均実施単位数、資格取得状況、チーム医療参加状況、クリティカルパスの参加状況、入院から理学療法開始までの平均日数（脳卒中・大腿骨頸部骨折）について調査しました。また、急性期医療を脱した患者の後方病床となる亜急性期管理料算定病床を持つ施設数を把握したので報告します。

【結果】

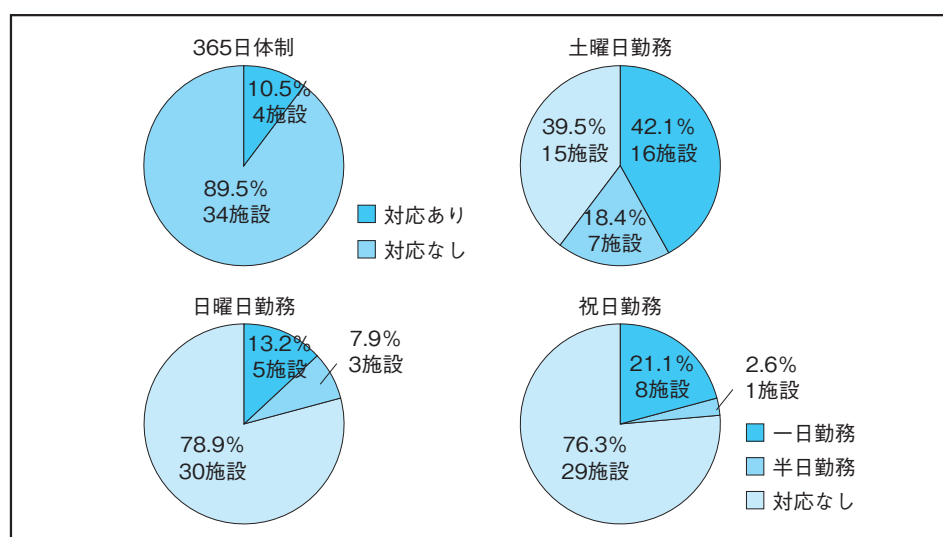
「急性期病棟の常勤理学療法士数」の対象施設は、急性期病棟を選択した98施設としまし

た。「急性期病院での勤務体制」、「資格取得状況」、「チーム医療参加状況」の対象施設は、一般急性期病棟のみを選択した38施設としました。「クリティカルパスの参加状況」の対象施設は、一般急性期病棟を選択した111施設としました。「入院から理学療法開始までの平均日数（脳卒中・大腿骨頸部骨折）」の対象施設は、急性期リハビリテーションに関わっており回答のあった脳卒中99施設、大腿骨頸部骨折103施設としました。「患者一人当たりの日平均実施単位数」の対象施設は、急性期リハビリテーションに関わっており有効回答とした81施設としました。

急性期理学療法における現状として常勤理学療法士数は、平均 8.2 ± 5.7 名でした（図Ⅳ－１－１）。勤務体制では365日体制をとっている施設が4施設10.5%でした。また、祝日勤務では一日勤務は8施設21.1%，半日勤務は1施設2.6%となり、日曜日勤務では一日勤務は5施設13.2%，半日勤務は3施設7.9%でした。さらに、土曜日一日勤務は16施設42.1%，土



図Ⅳ－１－１．急性期病棟での常勤理学療法士数（n=98）



図Ⅳ－１－２．急性期病院での勤務体制（n=38）

表Ⅳ－１－１．急性期病院での資格取得状況
(n=38)

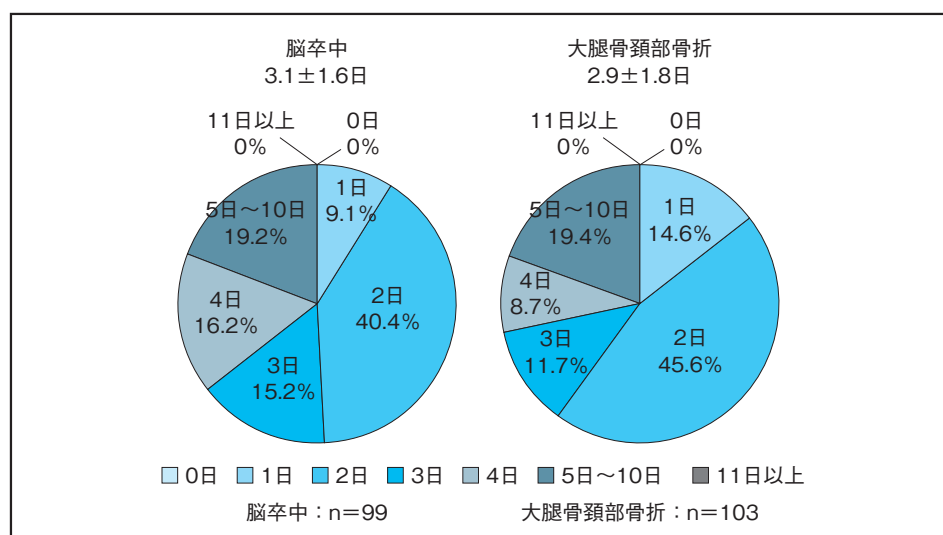
資 格 名	割合 (%)	施設数
呼吸療法認定士	63.2	24
心臓リハビリテーション指導士	39.5	15
専門理学療法士	31.6	12
糖尿病療養指導士	26.3	10
認定理学療法士	21.1	8
栄養サポートチーム専門療法士	0	0

表Ⅳ－１－２．急性期病院におけるチーム医療への参加状況 (n=38)

資格名	割合 (%)	施設数
医療安全対策チーム	76.3	29
NST (Nutrition Support Team)	71.1	27
褥瘡対策チーム	68.4	26
糖尿病チーム	57.9	22
感染防止対策チーム	55.3	21
緩和ケアチーム	36.8	14
RST (Respiration Support Team)	31.6	12
心臓リハビリテーションチーム	31.6	12
脳卒中ユニット	18.4	7
退院支援チーム	18.4	7
がんリハビリテーションチーム	15.8	6
メタボリック・シンドローム対策チーム	5.3	2

表Ⅳ－１－３．急性期病棟でのクリティカルパスの参加状況 (n=111)

クリティカルパス名	割合 (%)	施設数
大腿骨頸部骨折パス	67.6	75
脳卒中パス	50.5	56
急性心筋梗塞パス	13.5	15
糖尿病パス	9.9	11
がんパス	3.6	6



図Ⅳ－１－３．入院から理学療法開始までの平均日数

曜日半日勤務は7施設18.4%でした（図Ⅳ－１－２）。患者一人当たり一日平均実施単位数は1.8±0.6単位でした。

資格取得状況では、呼吸療法認定士が24施設63.2%、心臓リハビリテーション指導士15施設39.5%、専門理学療法士12施設31.6%が上位を占めていました（表Ⅳ－１－１）。チーム医療参加状況は、医療安全対策チームが29施設76.3%、Nutrition Support Team（以下NST：栄養サポートチーム）が27施設71.1%、褥瘡対策チームが26施設68.4%となり上位を占めていました（表Ⅳ－１－２）。クリティカルパスの参加状況に関しては、大腿骨頸部骨折パスは75施設67.6%、脳卒中パスが56施設50.5%となりました（表Ⅳ－１－３）。入院から理学療法開始までの平均日数においては、脳卒中は入院から2日目が40.4%と一番多く平均3.1±1.6日、大腿骨頸部骨折も入院から2日目が45.6%と一番多く平均2.9±1.8日でした。

(図Ⅳ－１－３)。亜急性期病棟の実施施設数は、基本情報にて回答のあった455施設中38施設(8.4%)に認められました。また急性期病棟と併設されている亜急性期病棟は35施設となり、亜急性期病棟全体の92.1%を占めました。

【考察】

常勤理学療法士数は平均8.2名となりましたが、2011年(平成23年)6月の健康保険組合連合会の報告によれば急性期医療を提供する病院の職員体制において、常勤理学療法士数は平均10.2人⁶⁾としており若干少ない結果となりました。

勤務体制では、土曜日勤務を実施している施設は約60%となり、急性期病院での土曜日勤務は一般化されつつある現状であると思われます。また、少数ながらも日曜日・祝日勤務や365日体制をとる施設も認められ、今後は継続したりハビリテーションの提供が必要であると考えられます。患者一人当たりの一日平均実施単位数は 1.8 ± 0.6 単位となりました。2010年(平成22年)理学療法士実態調査⁷⁾での、平均的な1日の請求単位数・患者数にて一番割合の高かった請求単位数を患者数で除すると1.8～1.9単位となり、一概に比較はできませんがほぼ同等な時間を理学療法の提供にかけているのではないかと考えられます。

資格取得状況では、①呼吸療法認定士②心臓リハビリテーション指導士③専門理学療法士の資格を多く取得しています。呼吸療法認定士、心臓リハビリテーション指導士は、診療報酬制度の疾患別リハビリテーション料体制において算定要件に奨励されていることにより、専門性のキャリアアップや資格制度の認知度が高いことが考えられます。

チーム医療参加状況は、①医療安全対策チーム②NST③褥瘡対策チームが上位となり、病院全体として理学療法士の専門領域に関わらず幅広くチーム医療に参加していることがわかります。

クリティカルパスの参加に関して大腿骨頸部骨折および脳卒中は、地域連携診療計画(地域連携パス)の推進により普及され、これらを使用することで入院から理学療法開始までの平均日数も比較的早期介入できていると思われます。一方、急性心筋梗塞・糖尿病・がんは、低い参加率となりました。その理由として、今回行われた疾患別アンケートの結果からもわかるように心臓リハビリテーション、糖尿病リハビリテーション、がんリハビリテーションに関与している施設が少ない事が要因と考えます。急性心筋梗塞・糖尿病・がんは、脳卒中や精神疾患と並んで、国民の生活を守るために広範かつ継続的に医療提供が必要と認められる5疾病と位置付けられており⁸⁾、これらのパスも脳卒中と同様に普及すべきだと考えます。その改善策として診療報酬制度の改定、施設内での啓蒙活動や多職種が参加しやすい環境づくりが重要になると思われます。

【結語】

愛知県内における急性期病院の理学療法士数は少ないながらも、休日対応は拡大傾向であるとともに幅広いチーム医療への参加、医療技術の発展やクリティカルパスの普及による理

学療法の早期介入という状況でありました。今後さらに質の高く手厚い理学療法を提供するには、より幅広い専門知識と理学療法士のマンパワーが求められる現状ではないかと思われます。

【参考文献】

- 1) 影近謙治：急性期医療におけるリハの必要性和問題. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 21, 334-341, 2012（平成24年）
- 2) 厚生労働省. 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会：DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価 平成22年度・23年度D P C 導入の影響評価に関する一次集計結果について（退院患者調査・再入院調査）資料D－3－1. 2012（平成24年）. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l-att/2r9852000002hshv.pdf> アクセス2013年1月14日
- 3) 厚生労働省. 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会：平成22年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」最終報告概要（案）資料D－5－1. 2011（平成23年）. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a-att/2r9852000001u3hy.pdf> アクセス2013年1月14日
- 4) 厚生労働省：平成24年版厚生労働白書 資料編. I 制度の概要及び基礎統計. 2 保健医療（2）医療提供体制. p38. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12-2/dl/02.pdf> アクセス2013年1月6日
- 5) 厚生労働省：第3回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会（平成25年1月）. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rad0-att/2r9852000002sku6.pdf> アクセス2013年1月29日
- 6) 健康保険組合連合会：医療保障総合政策調査・研究基金事業「急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究」. 資料編資料7, 2011年（平成23年）6月
- 7) 日本理学療法士白書委員会：理学療法士実態調査報告－2010年1月実施－. 理学療法学37：188－217, 2010（平成22年）
- 8) 厚生労働省：4疾病5事業について・第1回 医療計画の見直し等に関する検討会（平成22年12月）. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000zc42-att/2r9852000000zc7o.pdf> アクセス2013年2月15日

2. 回復期における理学療法

瀬戸 達也・宮崎 雅子・戸田 恵美子
清水 久美・村瀬 ゆかり

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）は、脳血管疾患、脊髄損傷、大腿骨頸部骨折、廃用症候群などの患者を対象に、日常生活動作（以下、ADL）を向上させ、寝たきりの防止と家庭復帰を目的とした病棟で¹⁾、2000年に制度化されました。

この回復期リハ病棟の病床数は、2000年に3,294床でしたが、2012年5月31日時点では63,020床と約19倍に増加しています。これに伴い回復期リハ病棟で働く理学療法士の数は爆発的に増加しています²⁾。さらに全職員に対する5年目未満の理学療法士の割合が大きいと報告されており²⁾、5年目未満の理学療法士に対する指導・教育が重要な課題です。一方で質の高い医療提供も求められており、平成20年の診療報酬改定³⁾より試験的に質の評価に関する要素が導入されました。

近年医療体制は機能分化が進み急性期、回復期、維持期（生活期）に分類され、急性期医療施設から回復期リハ病棟を経て家庭復帰あるいは施設等へ入所しています。回復期リハ病棟は、急性期や維持期（生活期）との連携の中間の位置付けにあり、両者との密な連携が必要です。維持期（生活期）との連携を図る方法として「サービス担当者会議」があります。これは、ケアプラン作成（居宅サービス計画）に関わる関係者が直接会って情報を共有し理解を深めるものであり、リハビリテーションスタッフも多く関わっています。そこで急性期や維持期（生活期）との連携を図るため、回復期リハ病棟の情報共有の手段、担当者会議への参加状況を知る必要があると考えました。

さらに回復期リハ病棟では、家庭復帰を目的として実際にどのような理学療法アプローチが行われているかを知ることが必要と考えました。

これらの背景を受け、愛知県内の回復期リハ病棟における①回復期リハ病棟で従事する理学療法士の経験年数と指導・教育の現状と課題、②急性期、維持期との情報共有の手段、③回復期リハ病棟での理学療法アプローチについて把握することを目的に、アンケート調査を行いました。

【結果】

今回回答があった回復期リハ病棟は40施設でした。

① 回復期リハ病棟で従事する理学療法士の経験年数と指導・教育

回復期リハ病棟で働く理学療法士の経験年数ごとの理学療法士の割合（図Ⅳ－2－1）を見ると、1～5年目が69.6%（533名中442名）で全施設の51.3%（3,316名中1,702名）に比べるとその割合が大きく、6年目以上は回復期リハ病棟、全施設共に1～5年目に比べ割合は小さくなりました。指導・教育の体制（図Ⅳ－2－2）では、体制がないと答えた

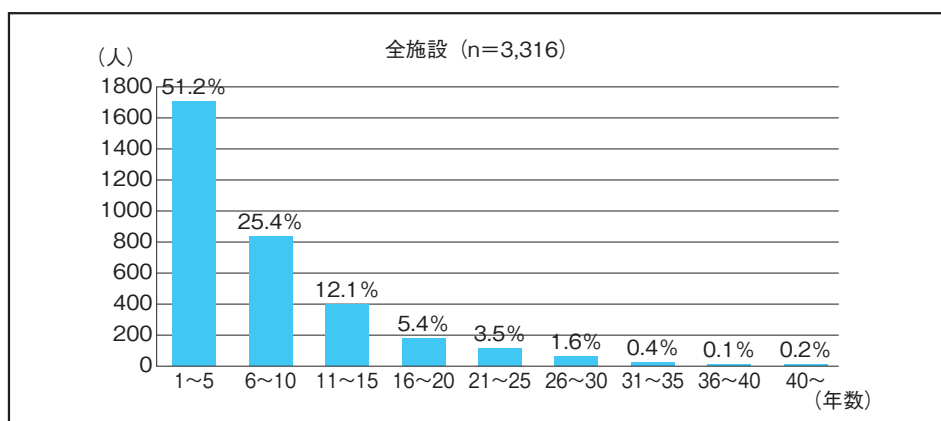
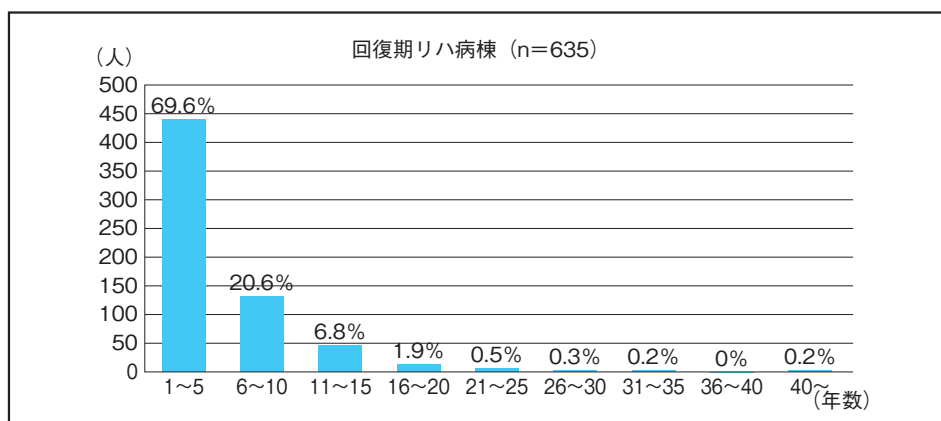
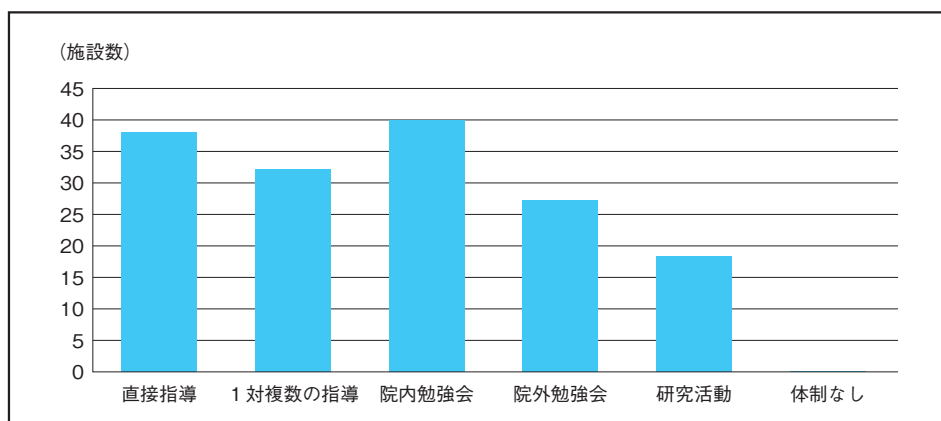


図2-1：回復期リハ病棟と全施設で働く理学療法士の経験年数

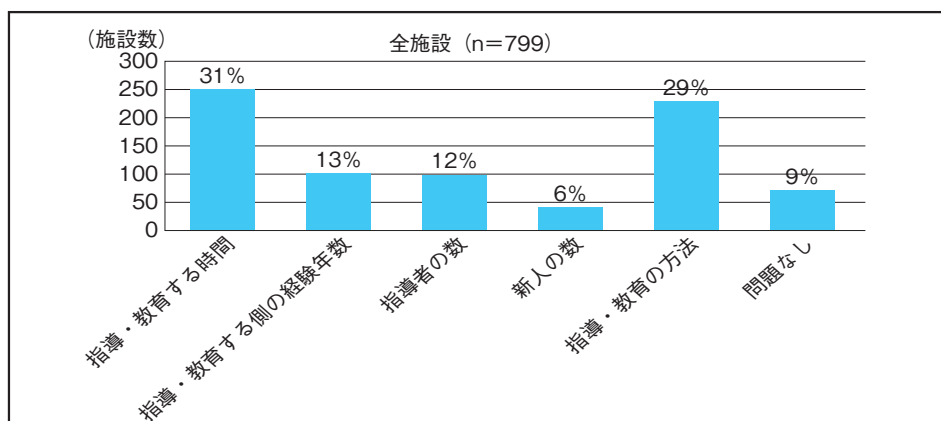
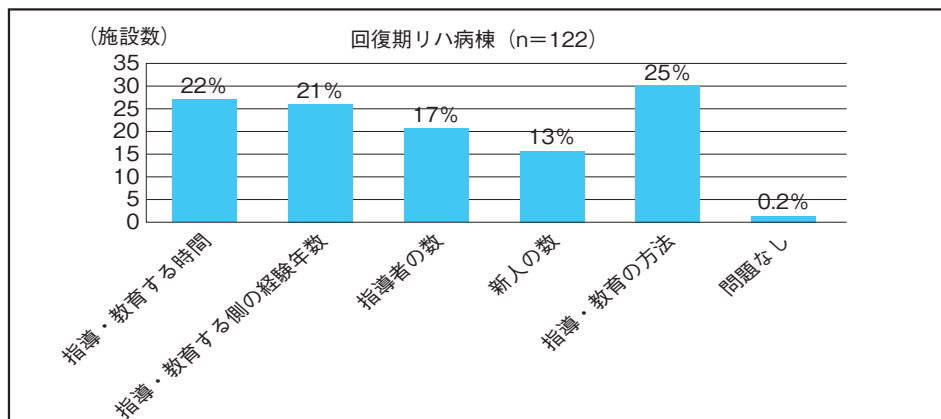


図IV-2-2：指導・教育の体制 (n=155)

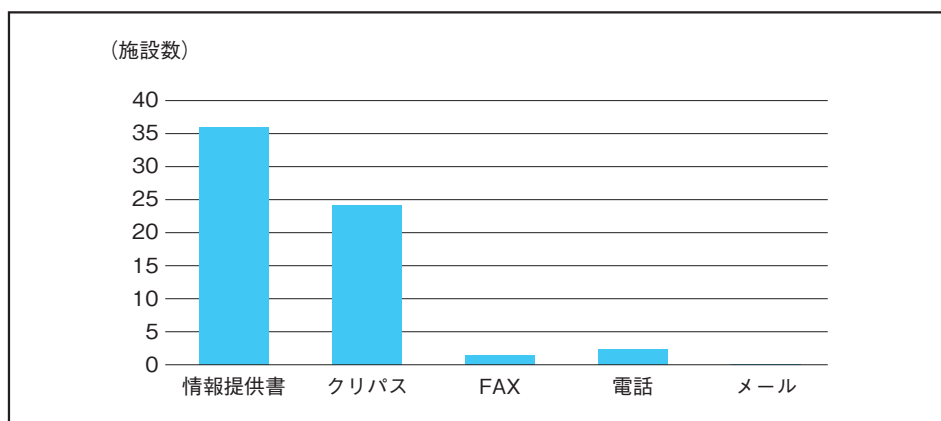
施設はなく何らかの指導・教育体制を敷いていました。しかし指導・教育の課題（図IV-2-3）では特になしと答えた施設がわずか2施設のみであり、多くの施設では何らかの課題があると回答していました。全施設と比較すると「指導・教育する側の経験年数」「指導者の数」「新人の数」の割合が高くなっていました。

② 急性期、維持期との情報共有の手段

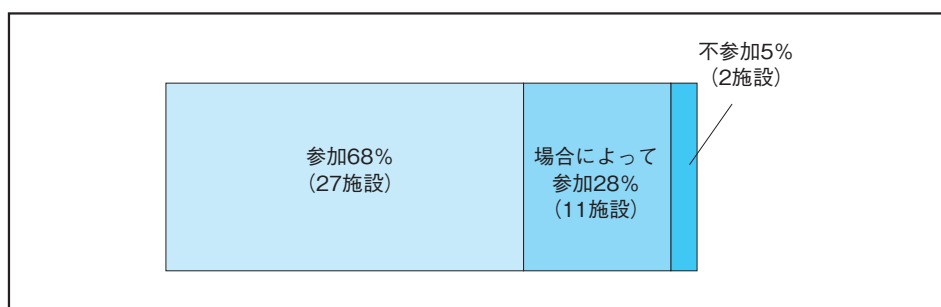
情報共有の手段では、「情報提供書」36施設／40施設、「地域連携クリティカルパス」24施設／40施設とこの2つの方法が多くを占めていました（図2-4）。維持期との連携



図Ⅳ－２－３：指導・教育の課題



図Ⅳ－２－４：情報共有の手段 (n=63)



図Ⅳ－２－５：担当者会議への参加 (n=40)

表Ⅳ－２－１：回復期リハ病棟での理学療法アプローチ（n=184）

	施設数
基本動作へのアプローチ	33
歩行（病棟）へのアプローチ	26
筋力増強へのアプローチ	23
歩行(訓練室)へのアプローチ	20
家族への説明	14
リスク管理	11
歩行(屋外)へのアプローチ	10
関節可動域へのアプローチ	8
看護師・介護者への動作説明	8
自宅訪問での説明	8
全身調整運動	6
筋持久力へのアプローチ	5
階段へのアプローチ	5
協調性運動	3
車いす駆動へのアプローチ	3
伸張運動	1
地下鉄・バス乗車へのアプローチ	0
物理療法	0

である担当者会議には95%（38施設／40施設）が参加または場合によって参加していました（図Ⅳ－２－５）。

③ 回復期リハ病棟での理学療法アプローチ

「基本動作へのアプローチ」「歩行訓練（病棟）へのアプローチ」「筋力増強へのアプローチ」「歩行訓練（訓練室）へのアプローチ」「家族への説明」が多い結果でした（表Ⅳ－２－１）。

【考察】

回復期リハ病棟で従事する理学療法士の経験年数は、全施設と比較し5年目までの割合が大きい結果が得られました。この理由として、2000年に回復期リハ病棟が制度化されたこと、2010年に「休日リハビリテーション提供体制加算」「リハビリテーション充実加算」が新設されたことにより回復期リハ病棟で働く理学療法士の増員が必要になったことが考えられます。また指導・教育の体制がないと回答した施設はなく、何らかの指導・教育体制が存在しているものと考えられます。一方、全施設と比較し回復期リハ病棟では「指導・教育する側の経験年数」「指導者の数」「新人の数」といった、人手に関する課題が挙げられました。これらは回復期リハ病棟では経験年数の1～5年目の理学療法士が非常に多いことが原因として挙げられ、経験年数を有するスタッフ（6年目以上）が、多くの若手スタッフ（1～5年目）を指導・教育しなければならない現状があると考えられます。

情報共有の手段では、「情報提供書」が一番多く用いられていました。これは患者の施設間移動が頻繁に行われるようになった昨今、各施設で情報を共有できる有効な方法として情報提供書を多く使用していると考えられます。また今回の調査で「地域連携クリティカルパ

ス」が2番目に多い結果が得られました。これは厚生労働省⁴⁾が急性期病院から回復期リハ病棟を経て早期に家庭復帰できるように各医療機関で効率的な医療を提供するために推奨しており、この方法を取り入れた施設が多くなってきていると考えられます。

また維持期（生活期）との連携である担当者会議には、95%（38施設／40施設）が参加、または場合によって参加していました。これは居宅介護支援における退院・退所加算算定など、介護保険上での医療介護連携における評価の影響⁵⁾が背景にあると考えられます。しかしながら95%と多くの回復期リハ病棟で実施されていることは、関係者が直接会って情報を共有し、利用者に対して良質なサービスを提供しようとする考えが強くあるものと考えられます。

回復期リハ病棟の理学療法アプローチでは、伊藤⁶⁾は回復期リハ病棟の理学療法士に課せられた大きな役割として、ADLの基盤を構成する移動動作能力、さらにはその実用性を担保するための体力や持久力の向上へのアプローチを挙げています。今回の調査結果よりほぼ同様のアプローチが行われているものと考えられます。

【結語】

回復期リハ病棟は急増しており、かつ質の高い医療提供も求められている中で、今回の調査より少人数の経験のあるスタッフが多く、若手スタッフを指導・教育しなければならない現状が示されました。同時に施設間連携や情報共有をはかるため、様々な手段を用いている傾向も伺えました。理学療法アプローチでは、ADLの基盤を構成する移動動作能力、さらにはその実用性を担保するための体力や持久力の向上へのアプローチが多く行われていることが分かりました。

【参考文献】

- 1) 診療点数早見表:医学通信社, 2010, pp122-125
- 2) 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（平成23年度）：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会, 2011, pp69
- 3) 平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-4a_0001.pdf アクセス日 平成25年3月29日.
- 4) 平成18年度医療制度改革関連資料, <http://www.whlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/>. アクセス日 平成25年2月28日.
- 5) 介護報酬の解釈, 単位数表編, 平成24年4月版 社会保険研究所
- 6) 伊藤隆夫：回復期リハビリテーション病棟における理学療法士の役割, 第1版, 三輪書店, 2003, pp53-56

3. 療養型における理学療法

横 地 由 大・樋 口 恵
石 田 尚 之・日比野 綾

【はじめに】

療養病床は長期療養を目的とする病床区分に位置付けられ¹⁾、慢性期医療が必要となった患者を対象としています。日本慢性期医療協会の調査²⁾では、療養病床は回復期病棟と比較し、医療の必要性の指標となる医療区分と日常生活自立度の指標となるADL区分は、それぞれⅡ、Ⅲの割合が高いことを報告しています。このことは、療養病床の入院患者は医療をより必要としている重度障害者であることをあらわしています。また、近年の急性期病院の在院日数の短縮化から、療養病床は急性期病院からの受け入れ先として高度慢性期医療を必要とされており³⁾、患者が重症化している報告⁴⁾もあります。今回、愛知県内を対象としたアンケートにおいて、療養病床が受け入れる施設の割合は一般急性期病棟が45%と最も多い結果であったことがそのことを物語っているといえます。そうした中で、理学療法実施患者の状況を知ることで、療養病床における理学療法士の役割を把握する必要があると考えられます。さらに、障害が重度である場合には、健康や身体機能を維持、改善することを目指す、病棟と情報を共有し連携しながらリハビリテーションをすすめていくことが重要であるため、病棟との連携状況を把握することも必要となります。

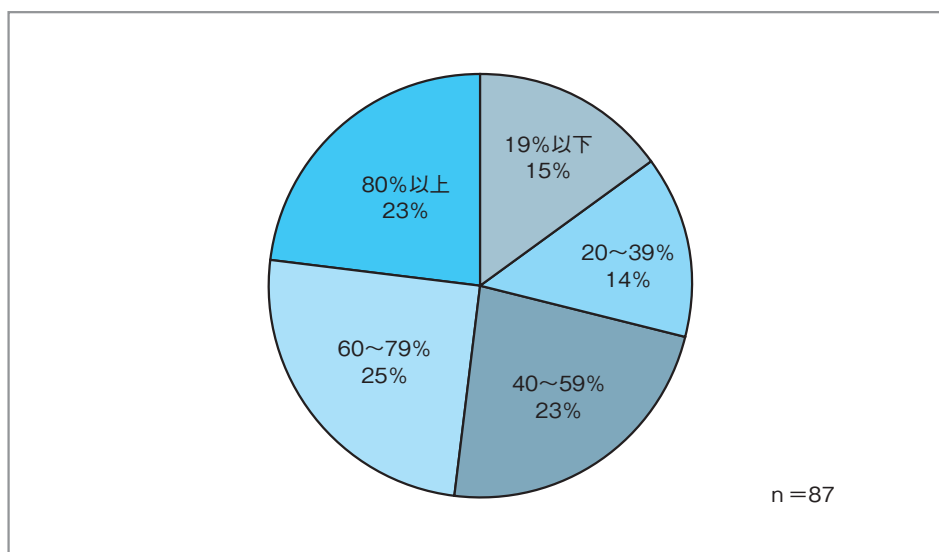
現在、医療療養病床における脳血管疾患等と運動器リハビリテーションは、標準的算定期間後は月13単位までは算定できるとされていますが、2014年の診療報酬改訂からは要介護被保険者については算定ができず、医療保険から介護保険によるリハビリテーションへ移行させていく方針⁵⁾となっています。また、介護療養病床は2017年に廃止され老人保健施設等へ転換する方針⁶⁾となっており、療養病床でのリハビリテーションは縮小されていく傾向にあります。特に、標準算定期間後におけるリハビリテーションの改訂は来年であり、それにより患者がリハビリテーションを受けることができなくなる可能性があります。そのため、月13単位のリハビリテーション実施者が現在どれ程いるのかを把握することは必須であると考えられます。

そこで今回、療養病床患者における重症度、病棟との連携状況、理学療法士が介助負担の軽減を重視している内容を日常生活における介助量の指標であるFunctional Independence Measure（以下；FIM）項目を用いて調査しました。さらに、医療療養病床における標準算定期間後の月13単位によるリハビリテーションの実施者について調査し、これらから療養病床における理学療法士の今後の課題がうかがえるのではないかと考えました。

【結果】

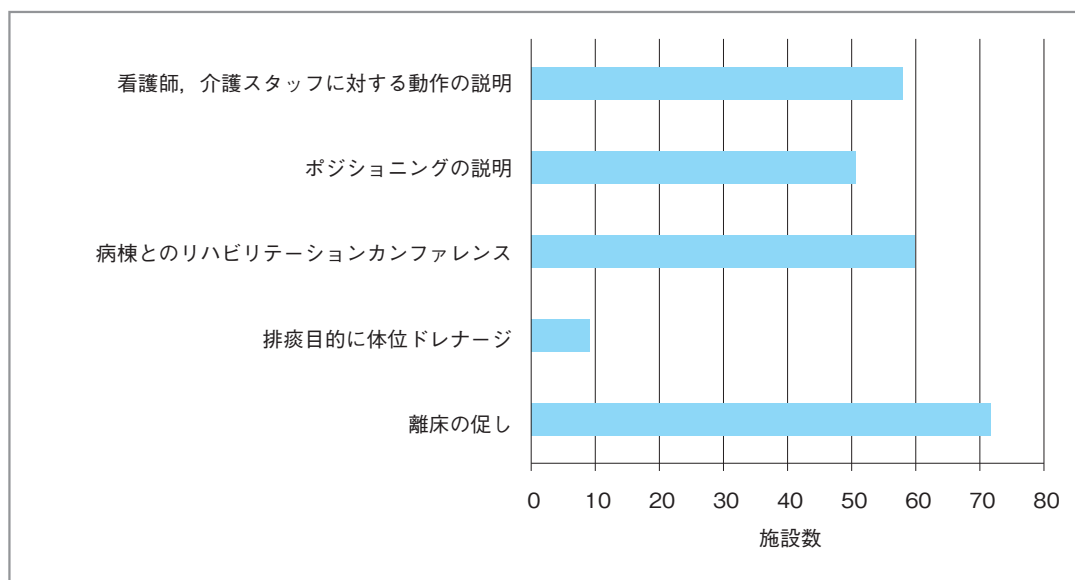
全理学療法実施患者のうち、日常生活自立度C 1～C 2（寝たきり患者）が占める割合

が約40%以上と答えた施設は71%でした（図3－1.）。



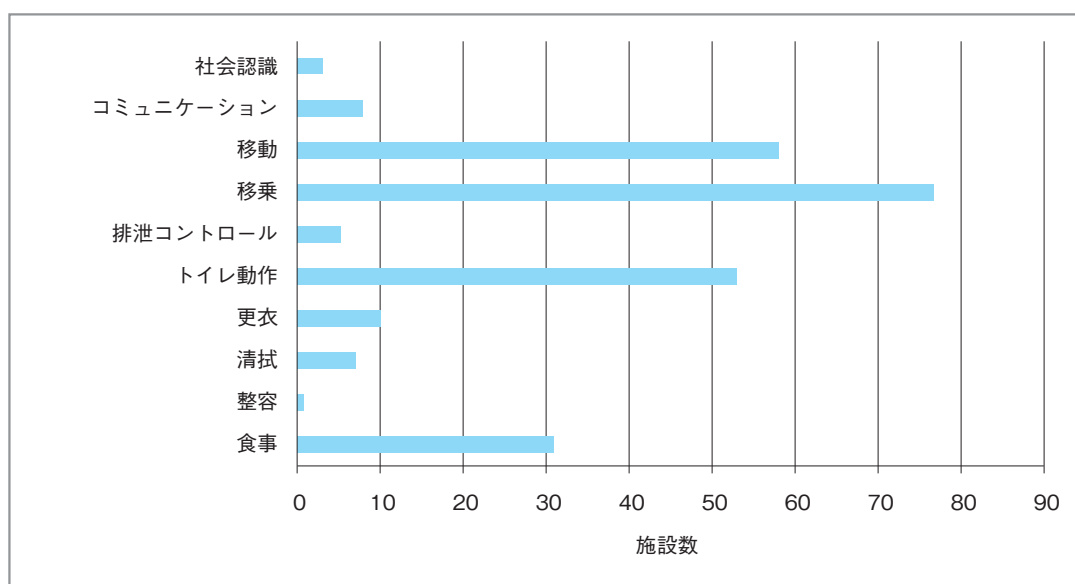
図Ⅳ－3－1. 全理学療法実施患者のうち、日常生活自立度C 1～2（寝たきり患者）の割合

病棟との連携において、実施している内容として、全施設中、離床の促しが77.4%，病棟とのリハビリテーションカンファレンスが66.6%，看護師，介護スタッフに対する動作の説明が62.3%，ポジショニングの説明が54.8%となっており，排痰目的に体位ドレナージを行っている施設は9.6%と低い値を示しました（図Ⅳ－3－2.）。



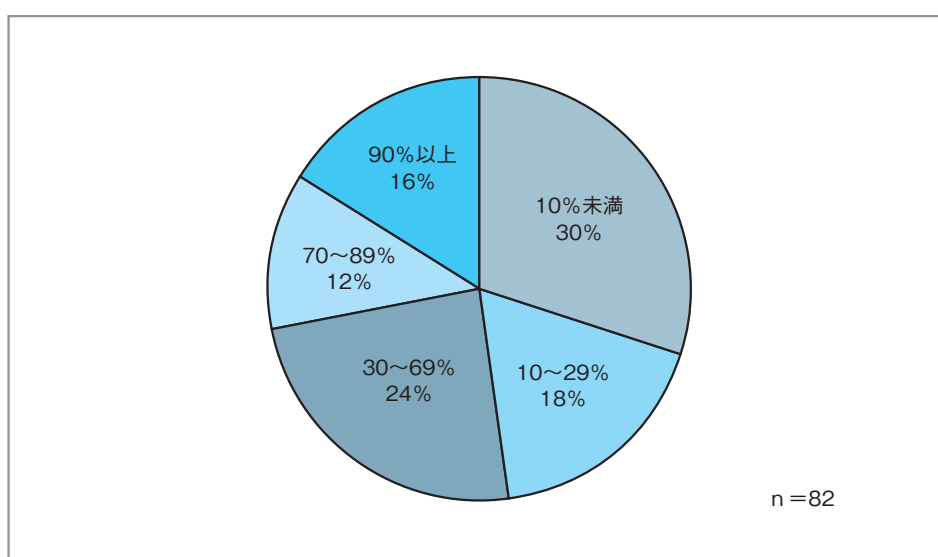
図Ⅳ－3－2. 病棟との連携において、実施している内容について（複数回答）

介助負担の軽減を重視しているFIM項目として、移乗動作，移動動作，トイレ動作が上位となりました（図Ⅳ－3－3.）。



図Ⅳ－３－３．介助負担の軽減を重視しているFIM項目について（上位3つ選択）

標準算定期間後における月13単位の理学療法をおこなっている患者の割合として、約30%以上と答えた施設は52%でした（図Ⅳ－３－４．）。



図Ⅳ－３－４．全理学療法実施患者のうち、標準的算定期間後における月13単位の理学療法をおこなっている患者の割合

【考察】

今回の調査結果から、愛知県内の療養病床では寝たきり患者を理学療法の対象とする機会が多い傾向にあることがわかりました。

病棟との連携について、体位ドレナージ以外の項目は半数以上の施設が病棟に対して働きかけていることがわかりましたが、十分とは言い難いと考えられます。そのため、病棟ス

スタッフとの勉強会や講習会などをおこない、積極的にコミュニケーションを図ることで連携を強化していく必要があります。体位ドレナージが低い理由について、マンパワー不足から体位ドレナージの管理が難しいことや、全身状態の悪い重症患者では体位ドレナージの適応とならず、腹臥位など無理な姿勢の保持が困難であるためと考えられます。

介助負担の軽減について、最も重視されている動作は移乗動作であることがわかりました。前述のように療養病床患者の多くは障害が重度であるため、褥瘡や骨萎縮などの廃用症候群の予防を目的とした離床が重要であると考えられます。そのため、離床手段として車椅子への移乗が必要ですが、自己では困難であり介助を要することが、移乗動作の介助負担の軽減を重視しているという結果に結びついたと考えられます。また、セルフケア項目のトイレ動作が上位となったことについて、障害老人に対する介護負担に関する先行研究⁷⁾では、排泄介助が身体的、精神的に介護負担感の高い介護内容としており、理学療法の介入が必要であるためと考えられます。

医療療養病床における標準的算定期間後の月13単位による理学療法をおこなっている患者の割合について、約30%以上と回答した施設は半数を超えていました。これは療養病床患者の障害が重度であることから、標準的算定期間内にリハビリテーションを終了できるケースが少ないことが原因の一つと考えられます。寝たきり患者の場合、各動作においてFIM上1点である全介助の場合が多く、そこからさらに介助量を細分化した評価が確立していないため、介助負担の軽減にアプローチしても治療効果を十分に示すのは困難であり、今後の課題と考えられます。しかし、発症から6か月以上経過している脳血管疾患患者に対するリハビリテーションが移動⁸⁾、起居移動能力⁹⁾を改善させたという報告があることから、標準算定期間後におけるリハビリテーションは今後とも必要ではないかと考えられます。

【結語】

今回の調査から、療養病床における理学療法は重度障害者に対して十分なリスク管理のもとに介助負担の軽減、廃用症候群の予防が重要と考えられます。病棟との連携については、今後さらに強化していき、重度障害者に対する医療の質を向上させていく必要があると考えられます。また、診療報酬改訂後のリハビリテーション難民を出さないために介護保険を対象としているサービスと連携をし、円滑な移行をすすめていくことが重要な課題の一つと考えられます。

参考資料

- 1) 青柳 俊：療養型病床群の現状と課題.日本老年医学会雑誌. 2001；38（4）：461－464.
- 2) 日本慢性期医療協会ホームページ 慢性期病態別診療報酬体系（試案）調査結果平成23年4月. http://jamcf.jp/pdf/2011/110413chairman_4.pdf（2012年5月4日引用）
- 3) 武久洋三：療養病床再編の行方～日本の慢性期医療施設の将来像～. 日本老年医学会雑誌. 2009；46（2）：137－140.

- 4) 武久洋三：慢性期医療を行なう療養病床の重要性. 日本老年医学会雑誌. 2011；48(3)：239－242.
- 5) 厚生労働省ホームページ 中央社会保険医療協議会総会（第221回）議事次第平成24年2月. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000021ei1-att/2r98520000021ele.pdf> (2012年11月28日引用)
- 6) 厚生労働省ホームページ 介護療養型医療施設・介護療養型老人保健施設の基準・報酬について平成23年11月. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uuqn-att/2r9852000001uutw.pdf> (2012年5月6日引用)
- 7) 筒井孝子, 新田 収：介護職員の精神的・身体的負担感に関する要因の検討－特別養護老人ホームの介護環境整備のための基礎的研究. 総合リハ. 1994；22（3）：223－230.
- 8) 傅 秋光, 他：脳卒中リハビリテーション医療の現状における発症後6か月以上の理学療法・作業療法併用療法の妥当性の検討. 総合リハ. 1993；21（10）：855－862.
- 9) 久保 晃, 他：発症後6か月以上を経過した脳血管障害患者に対する訓練効果の検討. 総合リハ. 1995；23（8）：693－697.

4. 介護老人保健施設（入所）の理学療法

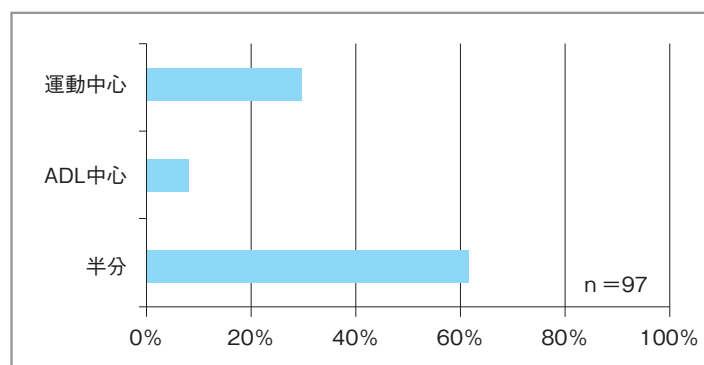
鵜 飼 学 ・ 佐 橋 智香子・篠 田 明

【はじめに】

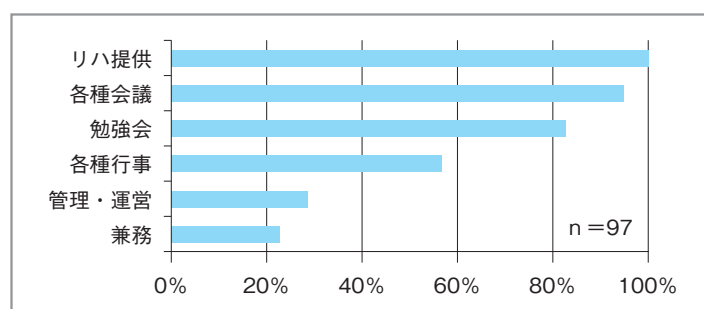
介護老人保健施設（以下：老健）で働く理学療法士は近年徐々に増えつつあります¹⁾。老健の理念と役割には在宅復帰支援があり，早期在宅復帰が謳われています²⁾。しかし，利用者自身が在宅復帰を望まない場合や介護者不在，環境問題等の理由により在宅復帰が進まない状況¹⁾があります。老健はリハビリテーション施設であり，我々理学療法士の果たす役割は非常に大きく，在宅復帰支援に努めなければなりません。平成24年の介護保険改正³⁾により在宅強化型老健が新設され，在宅への関わりがより強くなってきています。また業務内容も多義に亘り，利用者の自立支援に向けたリハビリテーション提供などの直接的な業務以外にも，施設職員としての間接的な業務もあります。そのような状況の中で在宅復帰支援に向けた取り組みを調査するために業務の実態を把握し，在宅復帰支援に向けた関わりを調査しました。

【結果】

今回，回答を得られた施設は97施設あり，図Ⅳ－4－1の結果からリハビリテーション内容として，運動療法以外にADL訓練を取り入れている施設は全体の70%近くありました。図Ⅳ－4－2 理学療法士が担当している業務の調査結果では全ての施設でリハビリテーショ

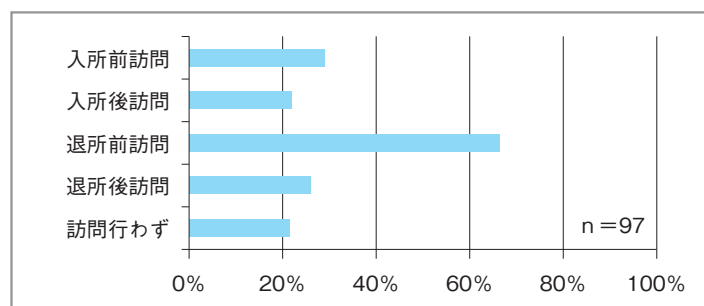


図Ⅳ－４－１ リハビリテーション



図Ⅳ－４－２ 担当業務 (複数回答)

ンを提供していることは勿論，それ以外にも様々な業務に関わっており，各種会議へは95%の施設で参加されており，勉強会の企画や参加へは82%の施設に関わりがあります。施設行事へは57%の施設に関わりがみられ，管理・運營業務に携わっている施設は29%，他事業所との兼務を行っている施設は23%ありました。図Ⅳ－４－３ 在宅訪問の種別の結果では，78%の施設がいずれかの訪問を行っています。中でも退所前訪問を行っている施設が最も多く66%ありました。全ての在宅訪問を行っている施設は少なく，2種類以上の在宅訪問を行っている施設は42%ありました。一方で訪問を全く行っていないと回答した施設は22%でした。



図Ⅳ－４－３ 在宅訪問種別 (複数回答)

【考察】

図Ⅳ－４－１では老健は在宅復帰支援施設であるという特性と、介護保険の理念⁴⁾である自立に向けた取り組みの必要性から、ADL訓練を取り入れている施設は非常に多く、日常生活への関わりが大きいことが分かりました。図Ⅳ－４－２の結果から専門職種としてのリハビリテーション提供以外での関わりは多く、各種会議や行事への参加は施設職員として必要な業務であることが分かります。また、勉強会への参加や企画など施設内での資質向上に向けた取り組みを行っている理学療法士も多く、他職種との連携や情報共有を行うことも重要な役割になっていると考えられます。その他の業務内容では、施設の管理・運営に関わる業務を行っているとの回答もあり、直接的な利用者との関わり以外でマネジメントに携わっている理学療法士もみられました。最後に図Ⅳ－４－３の結果から在宅訪問を行っている施設は多くみられました。しかし、在宅訪問の時期は様々であり、入所前後や退所前後など、どの時期に在宅訪問を行うかは施設により違いがみられました。その中で退所前訪問を行っている施設が最も多く、退所に当たっての家族への指導や他職種・他事業所との連携など、利用者が安全に在宅生活を送ることができるよう関わっていることが伺えました。また、退所に当たっては退所前カンファレンスを開くことが義務付けられています⁵⁾。他職種間での情報共有を行うことが必要であり、退所に向けた取り組みを行うことは非常に時間を要します。現状では多忙な業務の中、在宅への関わりを持っている施設は非常に多く、老健としての役割を果たそうとする施設が多いことが伺えました。しかし、医療経済研究機構⁶⁾の調査によると在宅復帰率は平均29%との報告があり、必ずしも在宅への関わりが、在宅復帰に繋がっているとはいいい難く、特別養護老人ホームを含む他施設への入所待ちが5割以上と回答した施設が33%という報告もあります⁶⁾。今回のアンケートでは在宅訪問とそれ以外の業務との関係を調査することはできませんでしたが、在宅への関わりを持つことが重要であることは確認されました。

医療経済研究機構の報告では在宅復帰だけでなく、一定期間入所後在宅へ戻り、しばらくして家族が疲弊したり、症状が悪化した場合に再入所できるといった在宅支援方法も強調されています⁶⁾。すなわち在宅と施設との往復型の利用を積極的に行うべきとの考え方を推奨しています。在宅復帰支援に向けてより多くのニーズに応えていくためには、個々のニーズに合ったリハビリテーション提供が必要ではないかと考えます。必要性に応じたりハビリテーション提供が今後の課題であり、我々理学療法士が果たすべき役割となってくるであろうと考えます。

【結語】

老健の理学療法士が関わる業務は、リハビリテーション提供以外にも各種会議やカンファレンス・施設行事など多岐に亘り、様々な業務を行う必要があります。そのような状況の中で在宅への関わりを強くしていくには、個々の持つ業務のマネジメントも必要となり、効率よく業務を遂行していく能力が求められます。

今後はこれらの事も踏まえ、個々のニーズにしっかり応えていけるよう我々の業務も在宅への関わりをより一層強くすることが必要であり、より質の高いリハビリテーション提供が求められてきます。

【参考資料】

- 1) 日本理学療法士協会：理学療法白書2010年版
- 2) 全国老人保健施設協会ホームページ：<http://www.roken.or.jp/>（2012年12月29日アクセス）
- 3) 厚生労働省ホームページ：平成24年度介護報酬改定について <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/kaitei.himl>（2012年12月29日アクセス）
- 4) 介護保険法ホームページ：<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09HO123.html>（2013年1月8日アクセス）
- 5) 厚生労働省ホームページ：介護保険制度平成18年4月改正関係通知等 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/seido/0604/index.html>（2012年12月29日アクセス）
- 6) 医療経済研究機構：介護保険施設のサービスの質の向上に関する調査研究 介護老人保健施設の在宅復帰支援機能に関する調査報告書 平成17年3月

5. 通所系サービス（通所リハビリテーション、通所介護）の理学療法

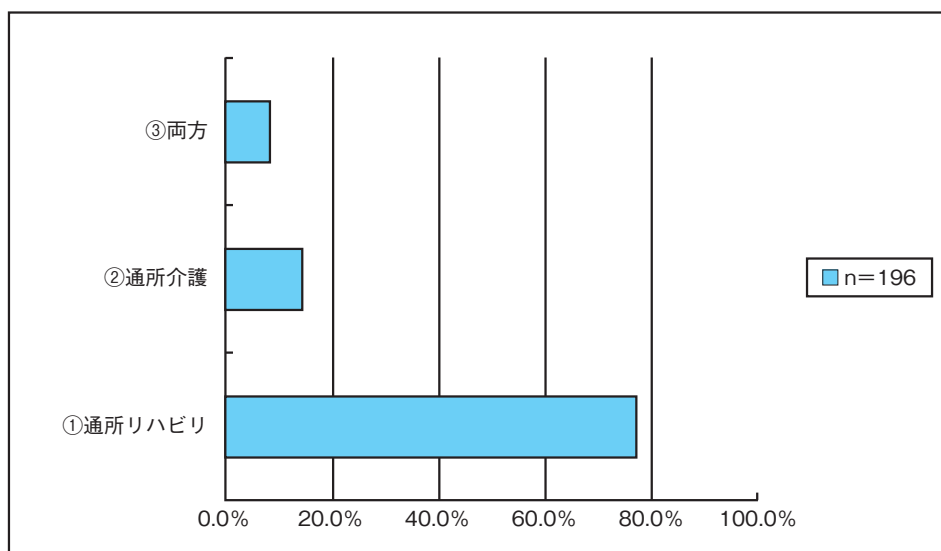
足 立 崇 ・ 上 田 壽 香 ・ 篠 田 明

【はじめに】

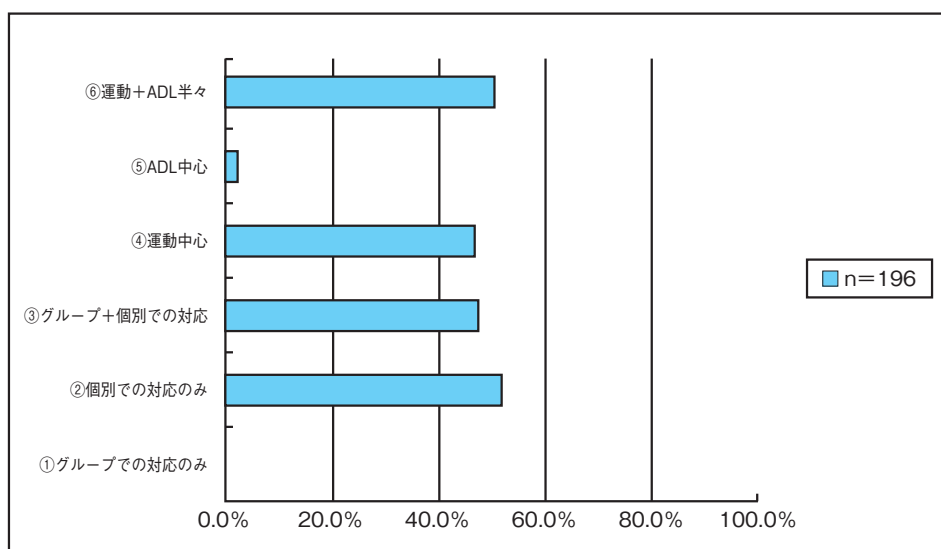
介護保険制度の改正を受け、通所リハビリテーション、通所介護で働く理学療法士としては在宅訪問等、在宅支援の必要性がより鮮明になっています。2012（平成24）年度の介護報酬改定の基本的な視点として、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けることを可能にするため、高齢者の自立支援に重点を置いた在宅、居住系サービスを提供する¹⁾、とあります。高齢者が長く安心して在宅生活を継続していくためには、身体機能、歩行能力、日常生活動作を維持することが重要となります。これらを維持するためには、通所リハビリテーション、通所介護で働く理学療法士によるリハビリテーション提供、在宅訪問による生活環境の把握、その環境や能力に応じたプログラムの立案など、理学療法士による関わりは欠かせません。また理学療法士はリハビリテーションの提供だけでなく、各種会議への参加、他事業所との兼務、他職種との連携など、専門職として幅広い役割も求められています。その様な状況の中で理学療法士の業務の実態、在宅支援への関わりを把握し、今後に向けた指針の一助となるよう調査しました。

【結果】

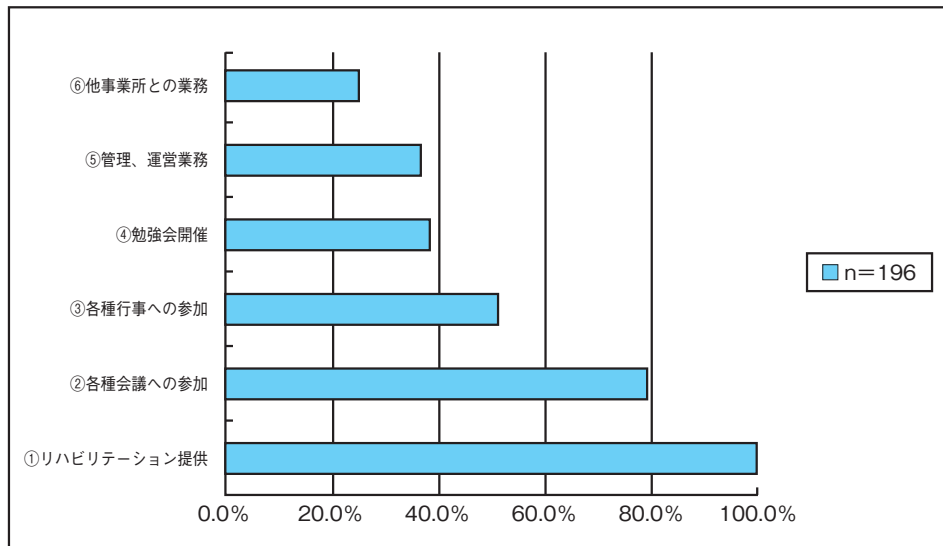
今回、通所系サービスに関わっていると答えた施設は196施設あり、そのうち通所系サービス全体に占める割合は、通所リハビリテーションと答えた施設は77.6%，通所介護と答えた施設は14.3%，両方と答えた施設は8.1%でした（図Ⅳ－５－１）。図Ⅳ－５－２の結果、リハビリテーションの内容として、個別での対応のみと答えた施設が52.0%，グループと個別での対応の両方を行っている施設は47.4%，グループでの対応のみ行っている施設はわずかに0.5%でした。また運動中心の内容を実施していると答えた施設が46.9%，ADLへのアプローチ中心と答えた施設が2.6%，運動とADLへのアプローチが半々であると答えた施設が50.5%でした。図Ⅳ－５－３の結果、理学療法士が関わる業務として、リハビリテーションサービス提供を行っている施設は100%，各種会議に参加していると答えた施設



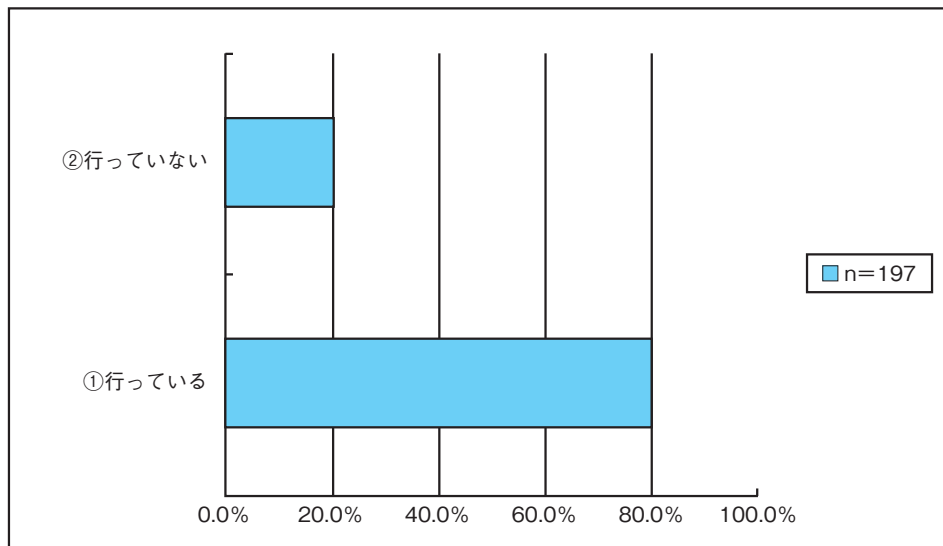
図Ⅳ－５－１ 事業形態



図Ⅳ－５－２ リハビリテーション内容（複数回答）



図Ⅳ－５－３ PTが関わる業務（複数回答）

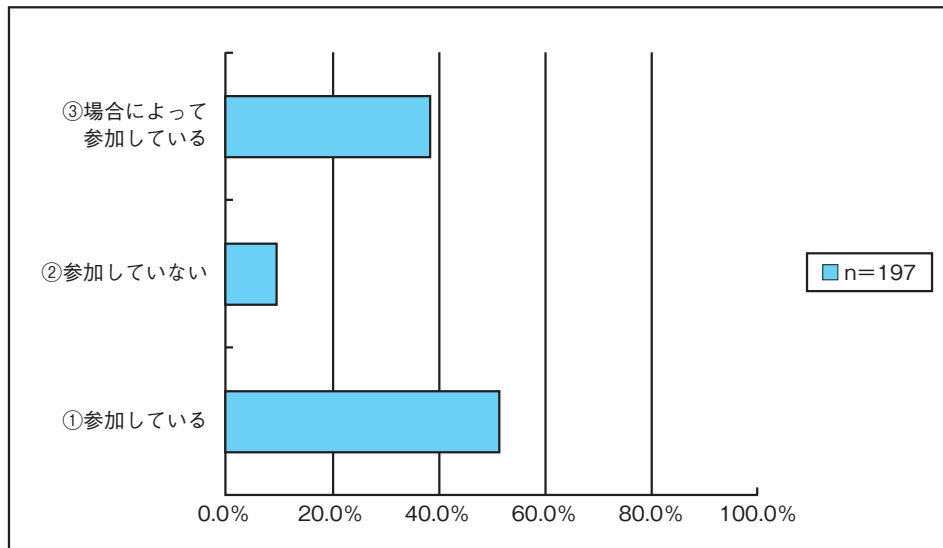


図Ⅳ－５－４ PTによる在宅訪問

は79.1%，各種行事に参加していると答えた施設は51.0%，勉強会を開催していると答えた施設は38.3%，管理、運営業務を行っている施設が36.7%，他事業所と兼務していると答えた施設が25.0%でした。図Ⅳ－５－４の結果，理学療法士による在宅訪問を行っている施設が79.7%でした。図Ⅳ－５－５の結果，サービス担当者会議に参加していると答えた施設が51.8%で，場合によって参加していると答えた施設が38.6%でした。

【考察】

図Ⅳ－５－１の結果から，通所系サービスでは，通所リハビリテーションに関わる理学療法士が多いことがわかりました。また通所介護でも，利用者のニーズからリハビリテーションに力を注ぐ事業所があり，専門職として理学療法士が必要とされてきていると考えられま



図Ⅳ－５－５ サービス担当者会議への参加

す。図Ⅳ－５－２の結果から、リハビリテーションの内容として、ほとんどの施設が個別での対応をしており、どちらかといえば運動中心のリハビリテーションプログラムを実施している施設が多いことがわかりました。また運動、ADLへのアプローチを半々に実施している施設も約半数あることがわかりました。結果から、個別での対応や、リハビリテーションプログラムでの運動には、理学療法士として力を注ぐことができていると考えられます。またADLへのアプローチについても、自宅での生活動作を長く継続できるように、関わりを持つ施設が多いことがわかりました。図Ⅳ－５－３の結果から、理学療法士が関わる業務はリハビリテーションサービス提供のみではなく、各種会議への参加、各種行事への参加、講師として勉強会の開催、管理、運營業務など、事業所の様々な部分で理学療法士の業務があります。これらの業務に関わり、専門職として他職種との連携を図り、様々な役割を果たしていることがわかりました。また通所系サービスで働く理学療法士では、他の事業所を兼務している場合があります。兼務することは、事業所を移行する利用者様の把握、情報の共有、他職種との連携など、利点が多くあると考えられます。

理学療法士による在宅訪問は、自宅での生活動作の把握、また生活に応じたプログラムの立案、実行のために必要性は高く、通所でのリハビリテーションを実施していく上で非常に重要な業務の一つとなっています。通所リハビリテーションにおいてのリハビリテーションマネジメント加算では、平成24年4月の介護保険制度の改正により、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、通所開始日から起算して1月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること²⁾が必要となりました。その影響もあり、在宅訪問に多くの理学療法士が関わっていることが図Ⅳ－５－４で明らかになりました。図Ⅳ－５－５の結果、サービス担当者会議への参加は多くの理学療法士が実施しており、ケアマネジャーを始め、他職種との連携にも力を注いでいることがわかりました。サービス担当者会議では、本人、家族

の要望が直接聞け、各事業所の担当者の意見、情報を得ることができるため、非常に重要な会議に関わりを持つことができていると考えられます。

【結語】

本アンケート調査によって、通所系サービスで働く理学療法士では通所リハビリテーションに関わっている場合が多いことがわかりました。またリハビリテーションプログラムでは個別で対応していることが多く、運動中心、または運動とADLへの関わりを半々に行っている場合があることがわかりました。その他、在宅訪問への関わり、担当者会議への参加、各種業務への対応など、理学療法士の役割が多岐に渡ることが認識できました。

文献

- 1) 公益社団法人 全国老人保健施設協会：平成24年版 介護白書，2012：11－19
- 2) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/kaitei.html>：
平成24年度介護報酬改定について 1. 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 P43

6. 訪問リハビリテーションの理学療法

二 井 俊 行・梅 田 典 宏・山 口 慎 也

【はじめに】

介護保険制度において在宅サービスの中で最も整備が遅れているのが訪問リハビリテーションです。このことについては、2004年1月の厚生労働省老健局内の高齢者リハビリテーション研究会の中間報告において在宅リハビリテーションが不十分であることが明記されています¹⁾。在宅におけるリハビリテーション推進のためには、まず県内にどれくらいの規模で訪問リハビリテーションが行われているか把握する必要があります。訪問リハビリテーションを提供する施設は、大きく分けて、病院・診療所、老人保健施設（以下、老健）、訪問看護ステーションとありますが、それぞれに算定項目、利用制度が違い（表Ⅳ－6－1）複雑な上、病院・診療所における訪問リハビリテーション事業所はみなし指定となっていることや訪問看護ステーションは看護主体のため、リハビリテーションの有無の実態を把握するのが難しくなっています。

表Ⅳ－６－１ 施設区分と算定項目

施設区分	算定項目	1 回金額 60分あたり*	1 週間可能回数 (1 単位20分)	制度
病院・老健・ 診療所	訪問 リハビリテーション費	9150円	6 単位	介護保険制度
病院 診療所	訪問 リハビリテーション 指導管理料	9000円	6 単位 (退院後 3 ヶ月以内は12 単位)	医療保険制度
訪問看護 ステーション	訪問看護 I 5	8520円	6 単位	介護保険制度
	在宅看護基本療養費	8500円	週 3 回まで (制限が変わる 疾病あり)	医療保険制度

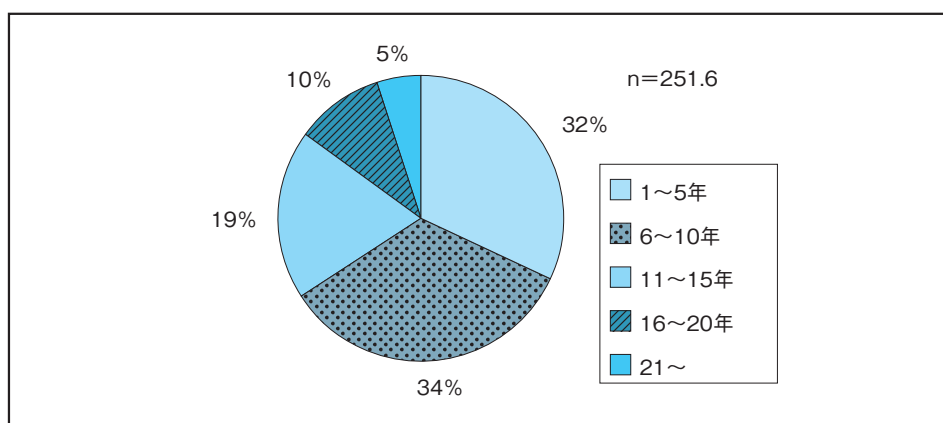
*加算等含まず

そのために今回の調査では、愛知県内の訪問リハビリテーションの供給施設、規模を把握し、実際にどのような疾患に対し、訪問リハビリテーションが実施されているのかを分析しました。内容は、平成24年6月1ヶ月間における提供者の従事者数、経験年数、施設区分、訪問リハビリテーションの延べ訪問件数と登録利用者数利用者数、利用者の要介護度、疾患内訳をアンケート調査しました。

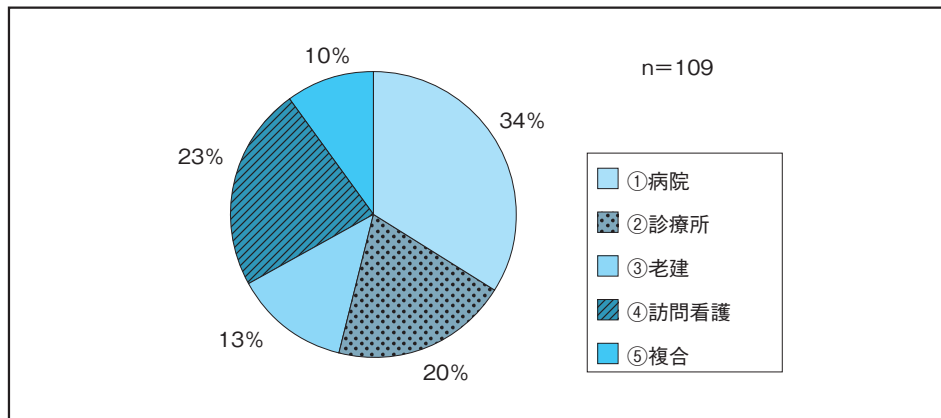
【結果】

アンケートは109施設より回答がありました。今回回答のあった施設のうち、訪問リハビリテーションに従事する理学療法士の数は、愛知県全体で251.6人（常勤換算）であり、経験年数は、1年～5年が32.1%（75.8人）、6年～10年が34.0%（80.3人）11年～15年が18.7%（44.3人）16年～20年が9.9%（23.3人）、21年以上が5.3%（12.6人）でした。（図Ⅳ－６－１）

どのような事業形態での運営かという質問に対し、回答のあった109施設のうち単体事業所として、病院が33%（36事業所）、診療所が19.3%（21事業所）、老健が12.8%（14事業所）、訪問看護ステーションが22.9%（26事業所）、複数事業形態をもつ施設が10.1%（11事業所）



図Ⅳ－６－１. 経験年数

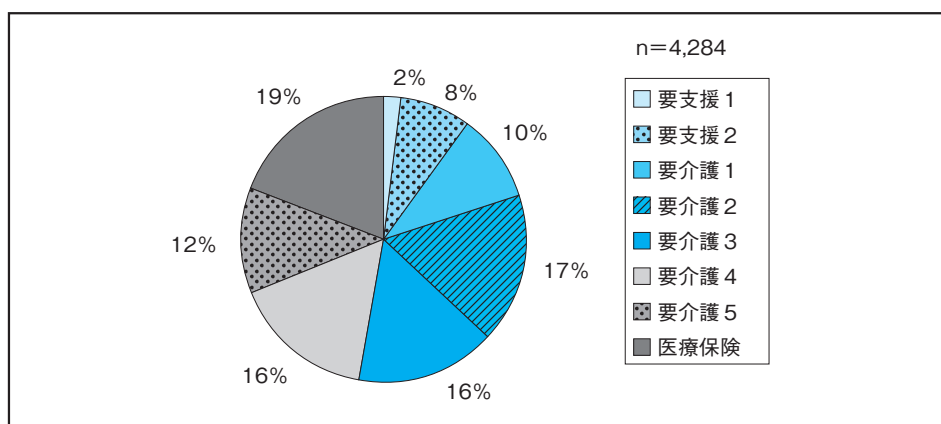


図Ⅳ－６－２．施設区分

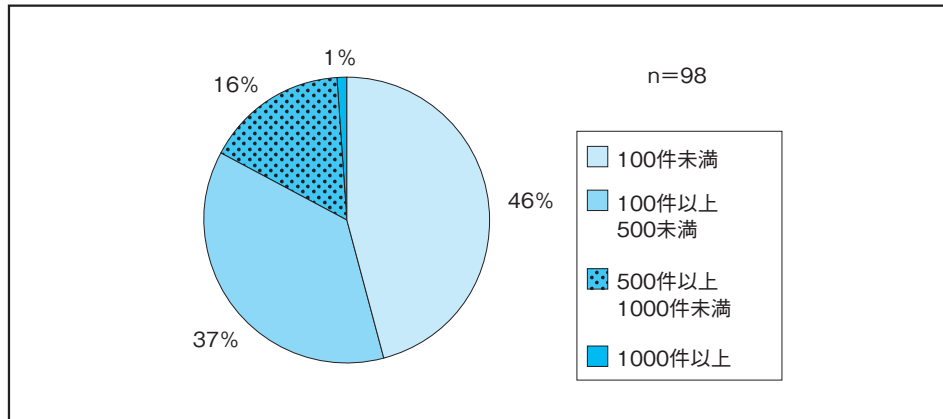
でした。(図Ⅳ－６－２.)

訪問リハビリテーションの利用者の介護保険，医療保険の割合は，介護保険80.5%（3449人）医療保険19.5%（835人）でした。介護保険のうち，要介護度の区分は，要支援1が2.4%（102人），要支援2が7.6%（325人）要介護1が10.1%（432人），要介護2が16.7%（714人）要介護3が15.6%（668人）要介護4が15.7%（673人），要介護5が12.5%（535人）でした。(図Ⅳ－６－３.)

1ヶ月の延べ訪問件数は，有効回答98事業所のうち，100件未満が40.4%（44事業所）100件以上500件未満が33.0%（37事業所）500件以上1000件未満が14.7%（16事業所），1000件以上が0.9%（1事業所）でした。(図Ⅳ－６－４.)



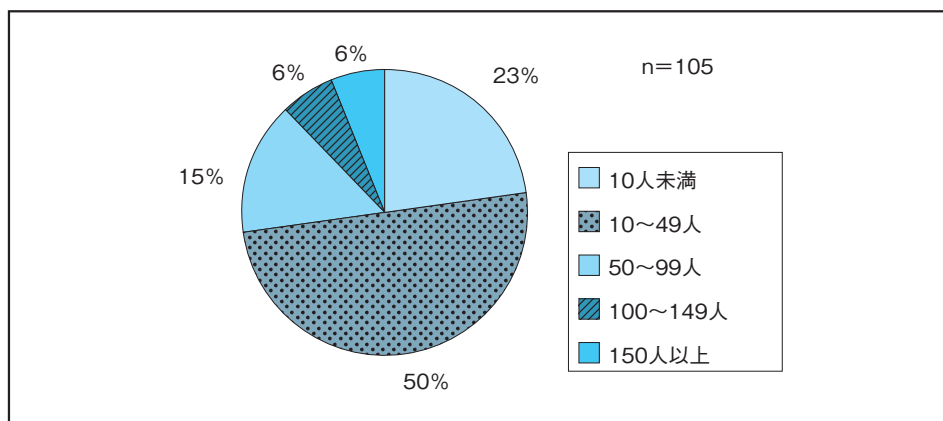
図Ⅳ－６－３．利用者区分



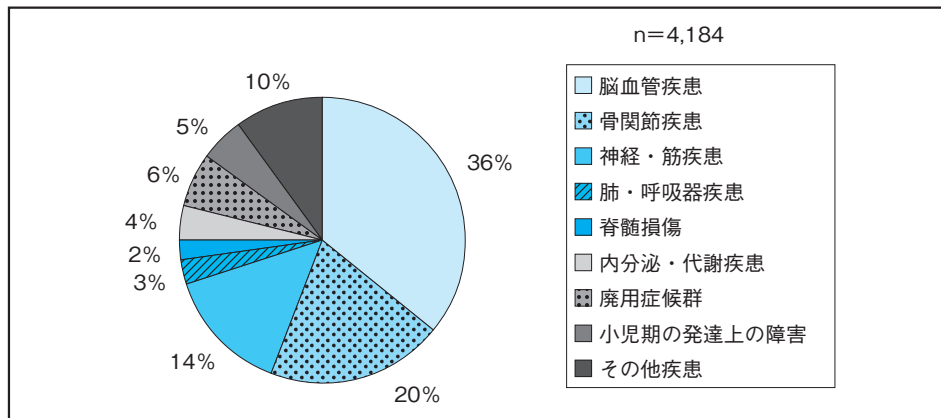
図Ⅳ－６－４．延訪問件数

1ヶ月の登録利用者数は、有効回答105事業所のうち、10人未満が22.0%（24事業所）、10人～49人が48.6%（53事業所）、50人～99人が14.7%（16事業所）100人～149人が5.5%（6事業所）150人以上が5.5%（6事業所）でした。（図6－5.）

疾患内訳においては、脳血管障害が35.2%（1471人）、骨関節疾患が20.4%（855人）、神経・筋疾患が13.6%（570人）、肺・呼吸器疾患が3.2%（134人）、脊髄損傷が2.4%（101人）、内分泌・代謝疾患が4.1%（173人）、廃用症候群が6.1%（254人）、小児期の発達上の障害が5.0%（211人）その他疾患が9.9%（415人）でした。（図Ⅳ－６－6.）



図Ⅳ－６－５．利用者数

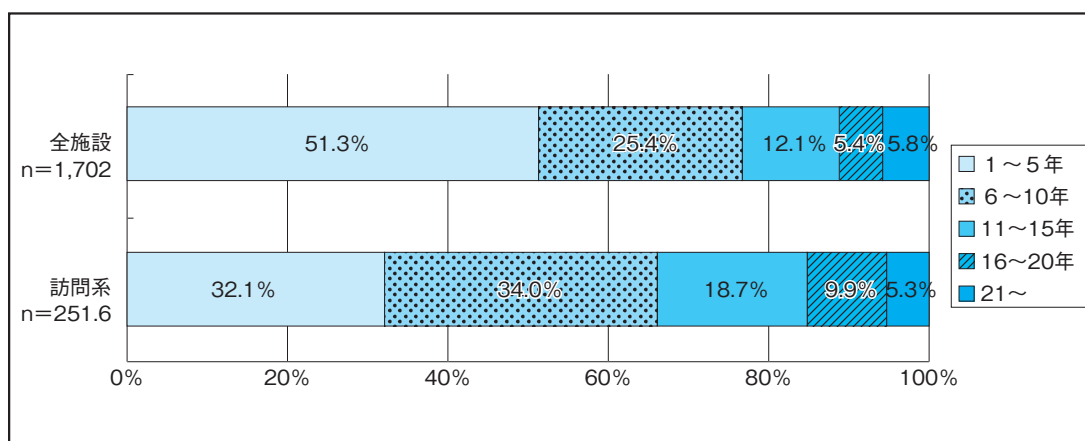


図Ⅳ－６－６．疾患内訳

【考察】

今回の調査の109施設から回答を得られましたが、厚労省の介護事業所検索²⁾は、愛知県内の訪問リハビリテーション事業所は114施設検索され、愛知県訪問看護ステーション連絡協議会のホームページ³⁾において、理学療法士等による訪問リハビリテーション（訪問看護Ⅰ5）を提供していると明示している施設は97事業所で、合わせて211事業所ありました。今回の調査の限界として、作業療法士のみ所属する施設、非会員の所属する施設などの情報が収集できませんでした。2010年から、本会、愛知県作業療法士会、愛知県言語聴覚士会の合意の元、愛知県訪問リハビリテーション連絡協議会（以下、連絡協議会）が立ち上がりました。連絡協議会は、訪問リハビリテーションに従事する療法士を中心に、研修会の開催を年1回～2回開催し、在宅リハビリテーションにおける研修会情報の発信を行っています。今回の調査の限界を踏まえ、今後連絡協議会と共同して訪問リハの更なる実態調査を進める必要があると示唆されました。

今回のアンケート結果から得られた全施設の平均経験年数と比較すると（図Ⅳ－６－7.）、全体に経験年数の長いものが訪問リハビリテーションに従事していることがわかりま

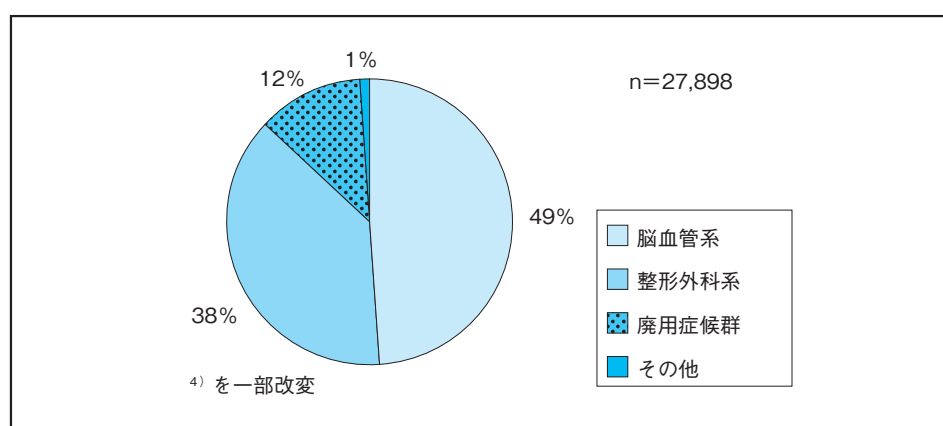


図Ⅳ－６－７．経験年数の比較

す。特に1～5年のセラピストの占める割合に差が大きくあります。その理由として、訪問リハビリテーションは施設に比べて一人で仕事をする時間が長いこと、卒後間もない時期での従事に不安が強いこと、若手が先輩の指導を受けづらいこと、一方で先輩が部下を管理しづらいことが考えられます。今後、入院期間の短縮化が進んでいくと、亜急性期、回復期の患者も在宅に戻るケースが増えることは予想され、それに伴って在宅でのリハビリテーションスタッフのマンパワーが求められ、訪問リハビリテーションに従事する経験年数の浅い理学療法士も増えていくでしょう。その時の質の確保のためにも、地域リハビリテーションについての学校教育、卒後教育の重要性はさらに高まると考えます。

利用者の大半は介護保険が多く、利用者区分も予防から介護までほぼ均等の割合でした。1セラピストあたりの1日訪問件数は4.9件、利用者数も1事業者あたり約半分が10人から49人でした。提供施設の規模においては、一ヶ月の総訪問件数の上位15施設のうち13施設が、訪問看護ステーション単体か、訪問看護ステーションと病院などの複数事業携帯を持つ施設でした。訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションは、難病等の場合は医療保険での提供ができるなど、様々な疾患に対するリハビリテーションの提供がしやすい面があります。病院からの訪問リハビリテーションは、退院直後から入院中の情報を収集しやすい面があります。このように両者のメリットを活かして、利用者のニーズに答えつつ運営していることがわかりました。

回復期病院の原因疾患割合（図Ⅳ－6－8）⁴⁾と比較すると、入院対象者は限定され、分類の仕方に違いがあるので厳密に比較はできませんが、脳血管障害、骨関節疾患、廃用症候群以外にも神経・筋疾患、内分泌・代謝疾患、小児期の発達上の疾患などの多様な疾患に関わっていることがわかります。



図Ⅳ－6－8. 回復期の原因疾患

【結語】

愛知県における訪問リハビリテーションの実態を調査しました。利用者の8割は、介護保険から行っており、利用者区分もほぼ均等の割合で訪問リハビリテーションを行ってしまし

た。在宅でのリハビリテーションに従事する理学療法士は、現状では比較的経験年数も高いですが、今後も需要が増す在宅分野について、学校教育、卒後教育の重要性が示されました。訪問リハビリテーションの実態把握には、作業療法士や非会員の事業所などの情報も把握することでより正確な情報に近づくため、今後も継続した調査が必要であることが示唆されました。

【文献】

- 1) 高齢者リハビリテーション研究会：「高齢者のあるべき方向」厚生労働省老健局2004.
アクセス日2013年4月8日
<http://www.jupiter.sannet.ne.jp/to403/tokushuu/reha/houkou.html>
- 2) 厚労省介護サービス情報公表システムHP アクセス日2012年11月28日
<http://www.kaigokensaku.jp/>
- 3) 愛知県訪問看護ステーション連絡協議会HP アクセス日2012年11月15日
<http://www.aichi.med.or.jp/kenmin/kaigo/houkan/station/kaiinjyouhou.html>
- 4) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. 2012年2月

7. 介護予防における理学療法

加 納 弘 崇・神 鳥 亮 太

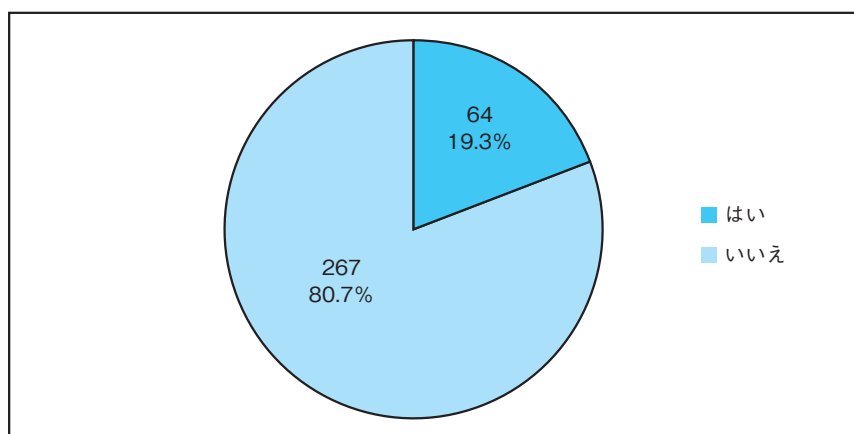
【はじめに】

介護予防とは¹⁾、厚生労働省が平成21年度から「要介護認定の申請を行ったが、認定されなかった方」が、介護予防事業に参加しやすいように、市町村等から案内をする仕組みを作り、心身の状態が回復する事を目指している事業¹⁾であり、「高齢者本人の自己実現」「高齢者に生きがいを持っていただき、自分らしい生活を創っていただく」を目的としています。平成23年度の介護保険法改定¹⁾により、平成24年度からは、新たに介護予防・日常生活支援総合事業が導入される¹⁾こととなるなど、時代の変化とともに、より効果的な介護予防のあり方が見直されています。愛知県内で理学療法士がどれだけの施設でこれら事業に参加しているか、また介護予防事業に関する国民からの意見結果²⁾や厚生労働省の調査結果³⁾も参考にし、事業者が介護予防に参加する方法や利用者の募集方法を調査し、また実施されている事業内容等を知る為に調査を行いました。

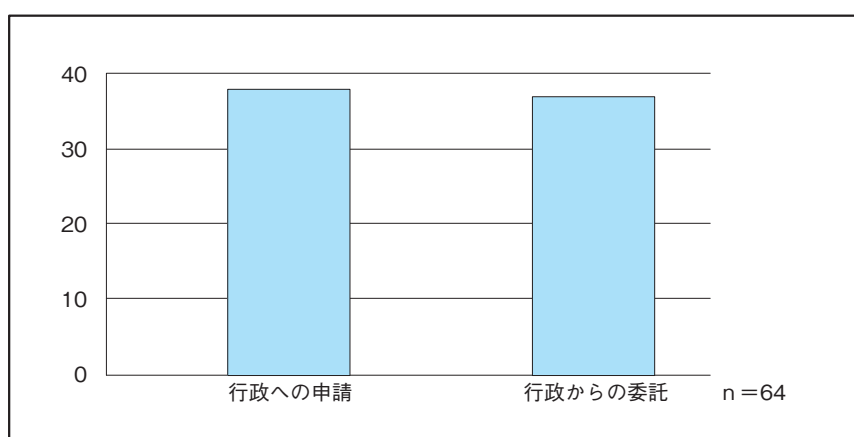
【結果】

今回のアンケートを回答した施設460施設の中で、介護予防事業に関わっている施設は、64

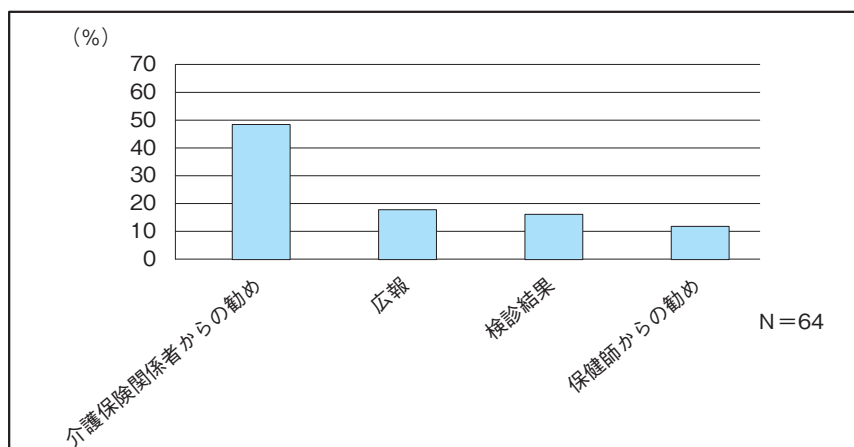
施設であり、回答した施設中の約2割でした（図Ⅳ－7－1）。「介護予防事業の申請方式」では、行政への申請を行なっている施設と委託を受けて行っている施設ともにほぼ同割合であり、約半数の施設が、自らの申請で介護予防事業に関わりを持っています（図Ⅳ－7－2）。「介護予防の利用者の募集方法」は、介護保険関係者からの勧めが6割程を占めています（図Ⅳ－7－3）。「募集方法における問題点」では、最も問題とされているのは、利用者間での機能レベルの違いであり、意欲や継続利用が続いています（図Ⅳ－7－4）。「実施プログラム」は、約半数が運動機能の向上であり、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援がそれぞれ約1割でほぼ同割合でした（図Ⅳ－7－5）。二次医療圏ごとに、運動機能の向上のみの対応かそれ以外にも対応しているかを地図上にも示しております（図Ⅳ－7－6，表Ⅳ－7－1）。



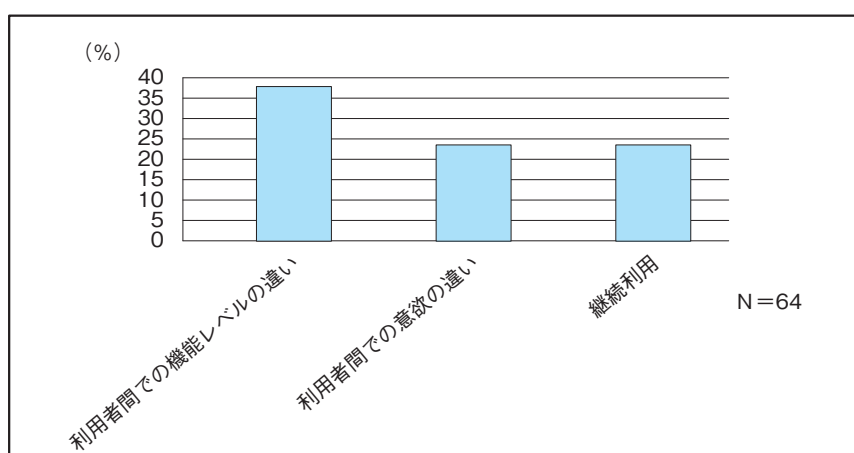
図Ⅳ－7－1 介護予防事業に関わっている施設



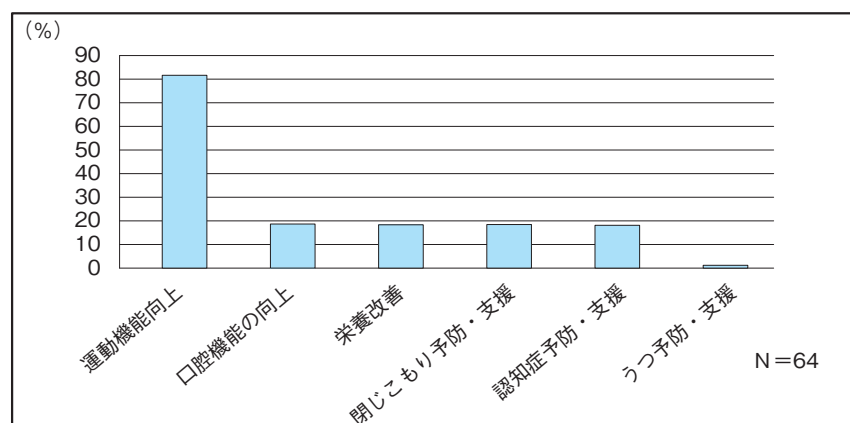
図Ⅳ－7－2 介護予防事業への参加方法



図Ⅳ－７－３ 利用者の募集方法（複数回答）



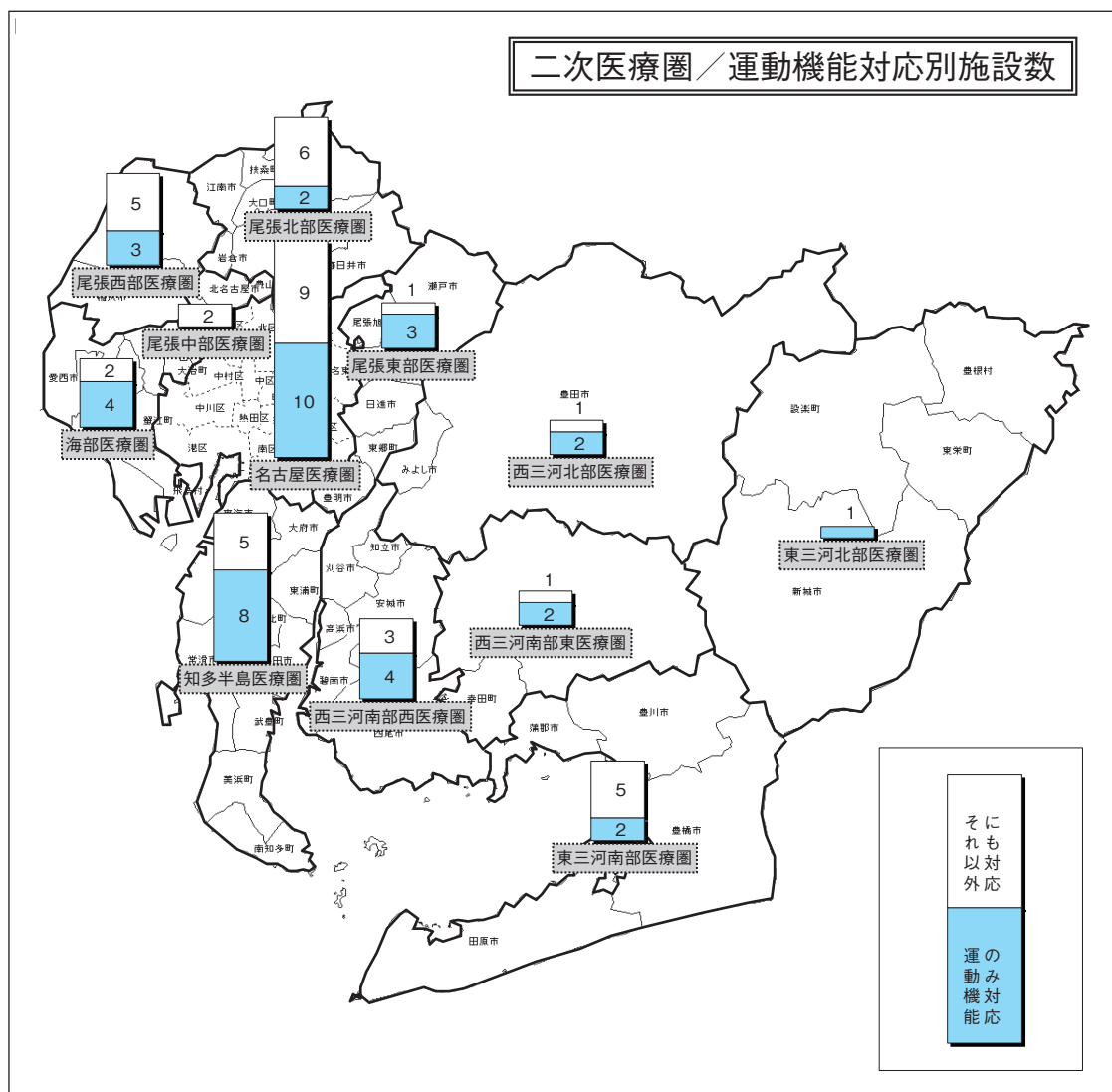
図Ⅳ－７－４ 募集方法における問題点（複数回答）



図Ⅳ－７－５ 実施プログラム（複数回答）

【考察】

厚生労働省³⁾は、介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではなく、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活機能（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上を

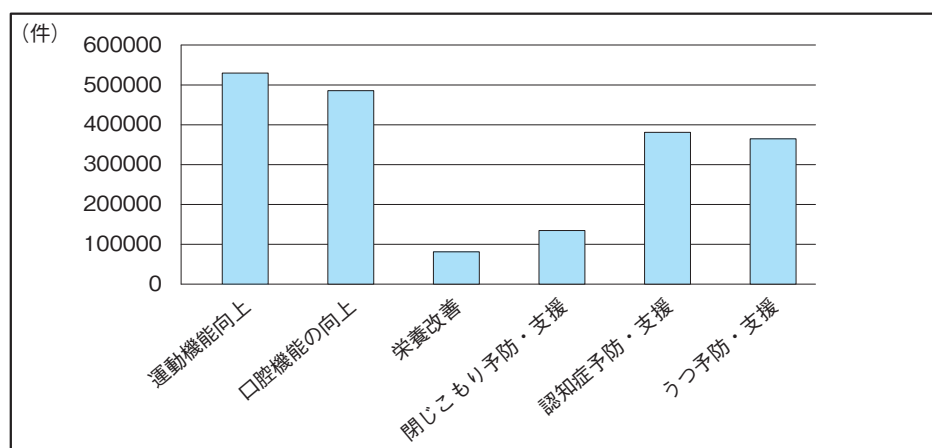


図Ⅳ－７－６ 介護予防事業の実施施設

表Ⅳ－７－１ 介護予防事業の実施施設

二次医療圏	運動機能のみ対応	それ以外にも対応	計
名古屋医療圏	10	9	19
海部医療圏	4	2	6
尾張中部医療圏	0	2	2
尾張東部医療圏	3	1	4
尾張西部医療圏	3	5	8
尾張北部医療圏	2	6	8
知多半島医療圏	8	5	13
西三河北部医療圏	2	1	3
西三河南部東医療圏	2	1	3
西三河南部西医療圏	4	3	7
東三河北部医療圏	1	0	1
東三河南部医療圏	2	5	7
計	41	40	81

目指し、これにより、国民の健康寿命をできる限りのばすとともに、真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを目指しています。また、運動器の機能向上などの個々のサービスは、あくまでも目標達成のための手段に過ぎず、それが自己目的化することはあってはならず、介護予防におけるケアマネジメントの役割が重視されるとしています。介護予防ケアマネジメントでは、利用者の生活機能の向上に対する意欲を促し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージしてもらうことが重要としています。すなわち、「いつまでに」「どのような生活機能ができる」という形の本人の目標がまずあり、それに到達するための手段として個々のサービス要素が選択されますが、介護予防の対象となる高齢者は、すでに心身の機能や生活機能の低下を経験しており、しかも「自分の機能が改善するはずはない」といった誤解やあきらめを抱いたり、うつ状態などのために意欲が低下している事も少なくない³⁾と考えられています。そこで、介護予防に関わる理学療法士等の専門職においては、利用者の意欲の程度とその背景を配慮したうえで積極的な働きかけを行うことが求められています。調査結果から介護予防の利用者における募集方法は、介護保険関係者からの勧めが6割を占めており、利用者間での機能レベルの違いを最も問題視されています。これらは、行政主体での募集となる事や地域包括センターからの働きかけが大きく、また介護予防対象者に対して、一括に介護予防事業への紹介をしている事や事業内容毎に利用者の身体機能に合わせた振り分けができていないのではないかと考えられます。愛知県内の理学療法士の関わりとしては、全国の調査結果³⁾(図Ⅳ－7－7)と比べ理学療法士対象の調査結果という事もあり、愛知県内でも地域差がありますが(図Ⅳ－7－6)、運動機能の向上が約半数と偏っています。介護予防マニュアル¹⁾にも運動機能向上のみではなく、複合的にプログラムを実施する事で、口腔・栄養機能の向上も期待できると記されており、閉じこもりや認知症の予防・支援⁴⁾やうつ予防・支援^{5) 6)}にも期待ができ、また他職種や他施設との連携を持つ事で、より複合的にプログラムを提供できるようになり、介護予防に関わる専門職として十分にその知識や技術を発揮し、利用者の生活の質の向上を目指すことができるのではないかと期待されます。



図Ⅳ－7－7 全国での実施プログラム（平成23年度末）

介護予防事業（地域支援事業の実施状況に関する調査結果（厚生労働省）（平成23年）より作成

【結語】

今回のアンケート結果では、愛知県における理学療法士が関わる介護予防のプログラムは、厚生労働省の調査結果と比べ、調査に回答した施設中2割程度である事や理学療法士を対象とした調査結果という事もあり、プログラムの目的を運動機能向上とする施設が約半数を占めました。また募集方法は、介護保険関係者からの勧めが6割程を占めていました。プログラムを実施する上で、利用者間での機能レベルの違いを最も問題と考えられていました。今後、更に他職種や他施設との連携をとっていく事により他のプログラムにも関わりを持つ事ができ、利用者の生活の質の向上に貢献できるのではないかと考えられます。

【参考文献】

- 1) 介護予防マニュアル（厚生労働省）（平成24年3月）
- 2) 介護予防事業に関する国民からの意見結果（平成22年11月）
- 3) 介護予防事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（厚生労働省）（平成23年）
- 4) Larson E B et al. Ann Intern Med 2006；144：73－81
- 5) Rethorst CD, Sunderajan P. Psychol Med. 2012 Aug 29；：1－11.
- 6) 日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ．大うつ病性障害2012 Ver.1

8. 脳卒中における理学療法

神谷昌孝・内藤善規
相本啓太・桑子卓之

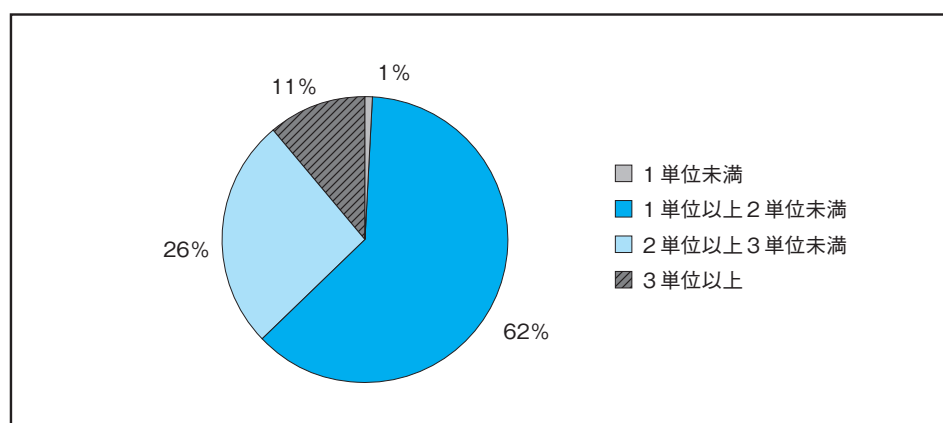
【はじめに】

脳卒中は癌や心疾患とともに日本人の死亡原因として大きな割合を占め¹⁾、要介護状態を引き起こす主な疾患の一つです²⁾。厚生労働省は脳卒中を5疾病5事業の一つに位置づけ、国を挙げて対策に乗り出しています。近年では脳卒中地域連携パスを用いて地域における患者の生活をサポートする体制作りが進められています³⁾。また脳卒中治療ガイドライン2009においては発症直後から急性期、回復期、維持期に渡って一貫した流れでリハビリテーションを行うことが勧められており⁴⁾、症状の経過に基づくきめ細やかな対応が求められています。一方、脳卒中リハビリテーションの中核を担う理学療法士の脳卒中地域連携パスへの取り組み、および脳卒中患者（利用者）に対するサービス提供実態についての組織的な報告は少ないのが現状です。そこで愛知県内の理学療法士が在籍する施設の脳卒中地域連携パスへの参加状況を調査しました。次に平成24年6月1ヶ月間の医療分野における理学療法依頼件数、理学療法実施単位数を調査しました。また介護分野におけるリハビリテーションサービス提供回数についても調査しました。現在の医療・介護保険制度のなかで、理学療法士が脳

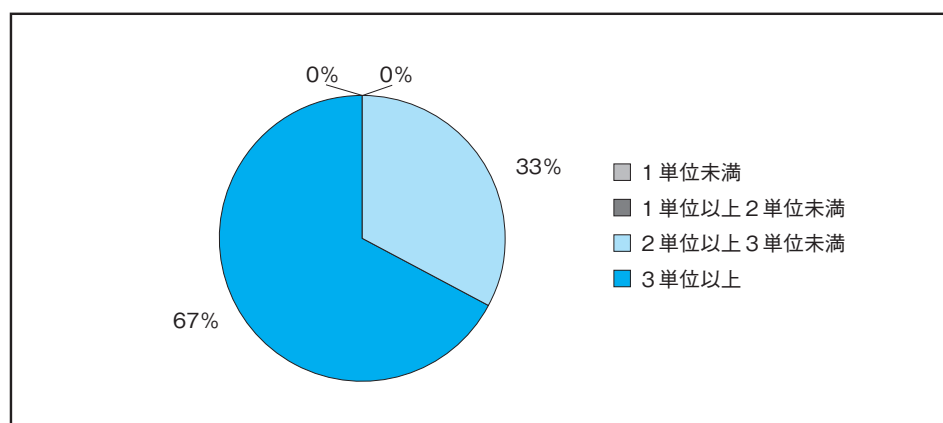
卒中患者（利用者）に対してどのように関わっているのかを少しでも明らかにすることは、理学療法士の今後の取り組みを考察する上で貴重な情報が得られると考えます。

【結果】

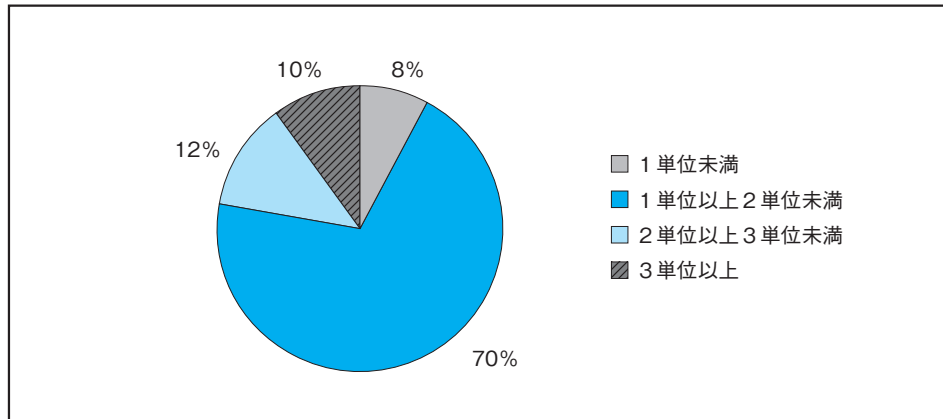
施設の基本情報に関する設問（共通項目設問1.）に対して一般急性期病棟と回答した施設（ $n=39$ ）の59.0%，回復期リハビリテーション病棟と回答した施設（ $n=5$ ）の100.0%，療養型病棟と回答した施設（ $n=20$ ）の20.0%，診療所と回答した施設（ $n=82$ ）の1.2%が脳卒中地域連携パスに参加をしていました。一方，老人保健施設と回答した施設（ $n=5$ ）の参加は認められませんでした。平成24年6月1ヶ月間における脳卒中患者の理学療法依頼件数については209施設より回答があり，中央値にて一般急性期病棟13件，回復期リハビリテーション病棟15件，療養型病棟5件，診療所6件でした。平成24年6月1ヶ月間の脳卒中患者1人1日あたりの理学療法実施単位数については200施設より回答があり，中央値にて一般急性期病棟1.7単位，回復期リハビリテーション病棟3.5単位，療養型病棟1.1単位，診療所1.2単位でした。施設毎の脳卒中患者1人1日あたりの理学療法実施状況を図Ⅳ－8－1.～Ⅳ－8－4.に示します。10単位以上と回答があった施設は除外して解析しました。



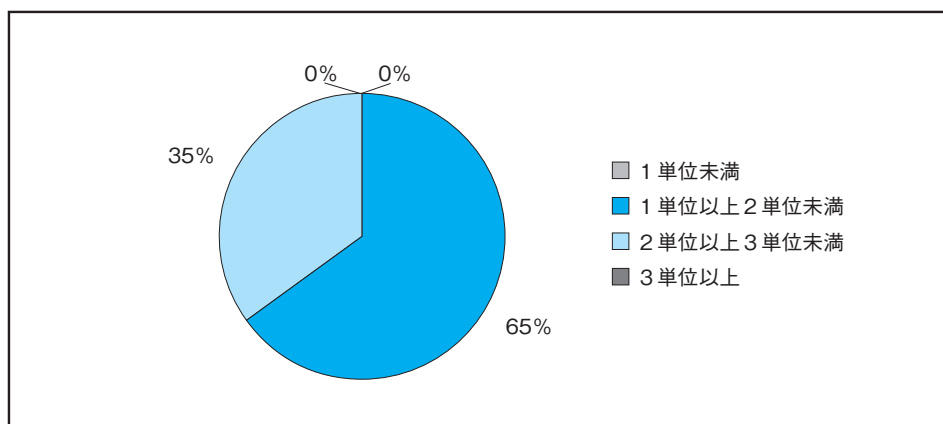
図Ⅳ－8－1. 脳卒中患者1人1日あたりの理学療法実施状況（一般急性期病棟；81施設）



図Ⅳ－8－2. 脳卒中患者1人1日あたりの理学療法実施状況（回復期リハビリテーション病棟；36施設）

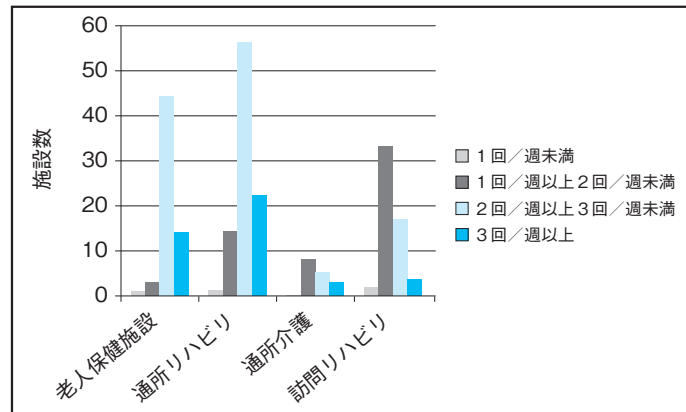


図Ⅳ－８－３．脳卒中患者 1 人 1 日あたりの理学療法実施状況（療養型病棟；52施設）



図Ⅳ－８－４．脳卒中患者 1 人 1 日あたりの理学療法実施状況（診療所；31施設）

平成24年 6 月 1 ヶ月間において、主たる疾患が脳卒中である利用者 1 人 1 週あたりのリハビリテーションサービス提供回数については227施設より回答があり、中央値にて老人保健施設2.0回／週，通所リハビリテーション2.0回／週，通所介護2.0回／週，訪問リハビリテーション1.5回／週でした。介護分野におけるリハビリテーションサービス提供回数を図Ⅳ－８－５.に示します。週 8 回以上と回答があった施設は除外して解析しました。また「1 ～ 2 回/週」等の回答があった場合はサービス提供回数の多い値を採用しました。



図Ⅳ－8－5. 介護分野におけるリハビリテーションサービス提供回数

【考察】

一般急性期病棟を有する施設の参加率は59%に留まっており、地域連携を更に促進させるには一般急性期病棟を有する施設の積極的な関わりが必要と考えられます。一方、有効回答は少ないものの、回復期リハビリテーション病棟を有する施設では100%の参加率が認められ、脳卒中連携の重要な役割を担っていることが分かりました。今後は、脳卒中地域連携パスの参加率がまだ低い療養型病棟、診療所、あるいは老人保健施設等との連携を深めていく必要があると考えられました。医療分野における理学療法依頼数は一般急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟における件数が多く、脳卒中理学療法において大きな役割を担っていることが分かりました。一方で、長期療養をしている患者や在宅療養をしている患者の依頼も一定の割合みられ、維持期においてもリハビリテーションを継続する必要性が考えられました。脳卒中患者1人1日あたりの理学療法実施単位数は、回復期リハビリテーション病棟の実施単位数が一般急性期病棟、療養型病棟、診療所と比較して2倍以上となっていました。この理由として常勤理学療法士数の結果より、常勤理学療法士の平均人数が急性期病棟8名、回復期リハビリテーション病棟16名、療養型病棟4名、診療所4名であり、常勤理学療法士数の違いが一つの要因となっている可能性が示唆されました。また診療報酬において脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者等は1日最大9単位（1単位20分対応）の算定が出来るのに対して、発症、手術または急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位が算定上限となっています⁵⁾。各病期における診療報酬の違いが影響を及ぼしている可能性も考えられました。介護分野では訪問リハビリテーションおよび通所介護において、脳卒中利用者への理学療法士によるリハビリテーションサービスが週2回に満たないと回答した施設が最も多いことが分かりました。また介護分野における常勤理学療法士の平均人数は老人保健施設（入所）3名、通所リハビリテーション2名、通所介護2名、訪問リハビリテーション2名となっており、少人数でリハビリテーションサービスを提供している状況にありました。先行調査によると、在宅に復帰し自宅でリハビリテーションを受ける段階になるとリハ

ハビリテーション提供回数が急激に減少し、医療分野から介護分野への移行はなめらかとは言えず患者等の立場に立てば医療分野と介護分野の間に「落差」を感じるようになっていたと報告されています⁶⁾。今回の調査でも同様の傾向がみられました。この背景には一月あたりに算定可能な介護報酬が低く設定されている⁷⁾ことが影響していると考えられました。介護分野においては理学療法士の配置人数もまだ少なく、短期集中リハビリテーション加算などを利用し、必要な理学療法の提供を工夫していくことが課題と考えられました。

【結語】

脳卒中地域連携パスに関しては一般急性期病棟を有する施設の積極的な参加が望まれ、また療養型病棟、診療所、および老人保健施設の参加率が低いことから医療と医療、医療と介護の連携はまだ十分とは言えませんでした。医療分野において理学療法依頼数については一般急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟における依頼件数が多く、理学療法実施単位数に関しては回復期リハビリテーション病棟において充実したサービス提供が行われていました。介護分野においては理学療法士によるリハビリテーションサービス提供回数は医療分野と比べ減少する状況にありました。理学療法士の配置人数もまだ少なく、必要な理学療法の提供を工夫していくことが課題と考えられました。

【出典】

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部.日本人の平均余命 平成18年簡易生命表. アクセス日 2013年2月1日
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life06/index.html>
- 2) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成22年) アクセス日 2013年2月1日
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.html>
- 3) 田代孝雄：地域医療計画における連携パスの意義. 治療. 2008；90巻3月増刊：707－714
- 4) 脳卒中治療ガイドライン2009 アクセス日 2013年2月1日
http://www.jsts.gr.jp/guideline/274_275.pdf
- 5) 医科点数表の解釈.平成24年4月版
- 6) 日本理学療法士協会「効率的・効果的リハビリテーションサービス提供のための調査研究事業報告書」
- 7) 第75回社会保障審議会介護給付費分科会資料 アクセス日 2013年2月1日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001dzdp-att/2r9852000001dzhb.pdf>

9. 循環器疾患における理学療法

岡 嶋 雅 史・日比野 優

【はじめに】

循環器疾患に対するリハビリテーションは、1988年に急性心筋梗塞に対しての保険適用に始まり、2006年に心大血管リハビリテーション（以下、心リハ）と名称を変え、大血管疾患（大動脈解離など）や慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患（閉塞性動脈硬化症）などにも適用疾患が拡大されてきました¹⁾。心リハはこれまでの多くの研究により、運動耐容能の改善や症状の軽減、再発予防や長期予後に対する有効性が認められ^{2) 3)}、2000年に全国で94施設であった心リハ料届け出医療機関は2011年3月には608施設と増加しています^{4) 5)}。

しかし、一方で全国的に見ると心リハの普及率はまだ低く、循環器専門医研修施設において急性心筋梗塞の入院心リハを実施している施設は全体の64%、外来通院型心リハを実施している施設は21%との報告もあります⁶⁾。

そこで、今回は愛知県下における心リハ実施施設の現状を把握し、心リハ実施施設の普及に必要な課題を分析することを目的に、心リハ実施施設数や実施施設の特徴、及び心リハ実施のために必要な要素についてアンケート調査を行いました。

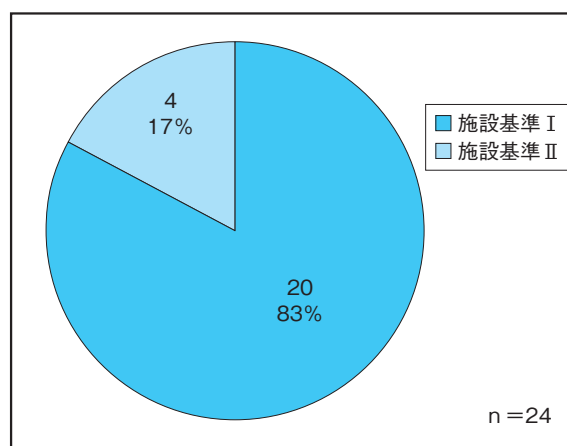
【結果】

1. 心リハ実施施設の状況

有効回答460施設のうち「心リハ施設基準を取得している」と答えたのは24施設で、全施設に対する割合は5.2%でした。また、医療機関293施設に対する割合は8.2%で、24施設全てが急性期病院でした。

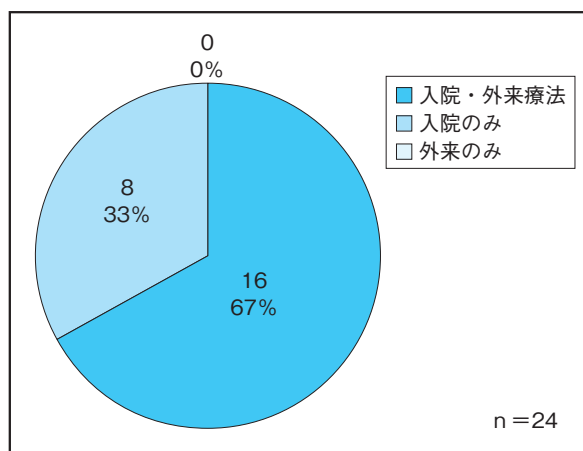
心リハ施設基準の内訳を見てみると、「施設基準Ⅰを取得している」と答えたのは20施設（83.3%）、「施設基準Ⅱを取得している」は4施設（16.7%）でした（図Ⅳ－9－1）。心リハ実施時期を見てみると、「入院・外来とも対応している」と答えたのは16施設（66.7%）、「入院のみ対応している」は8施設（33.3%）、「外来のみ対応している」は0施設で（図Ⅳ－9－2）、実施施設の多くが施設基準Ⅰを取得し、入院・外来ともに対応していました。

また、心リハ実施施設の中で「心臓リハビリテーション指導士が在籍している」と答えたのは16施設（66.7%）、「在籍していない」は8施設（33.3%）で（図Ⅳ－

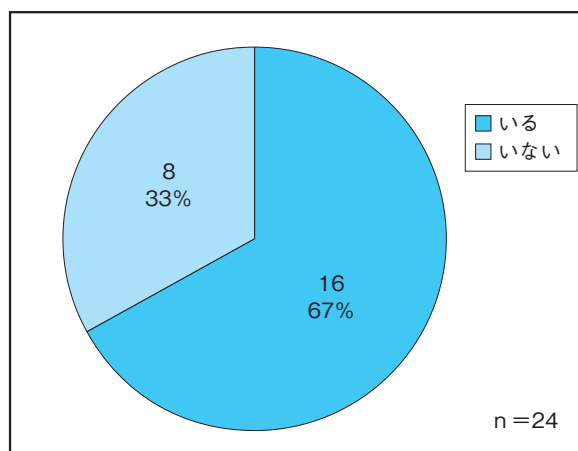


図Ⅳ－9－1. 心リハ施設基準の内訳

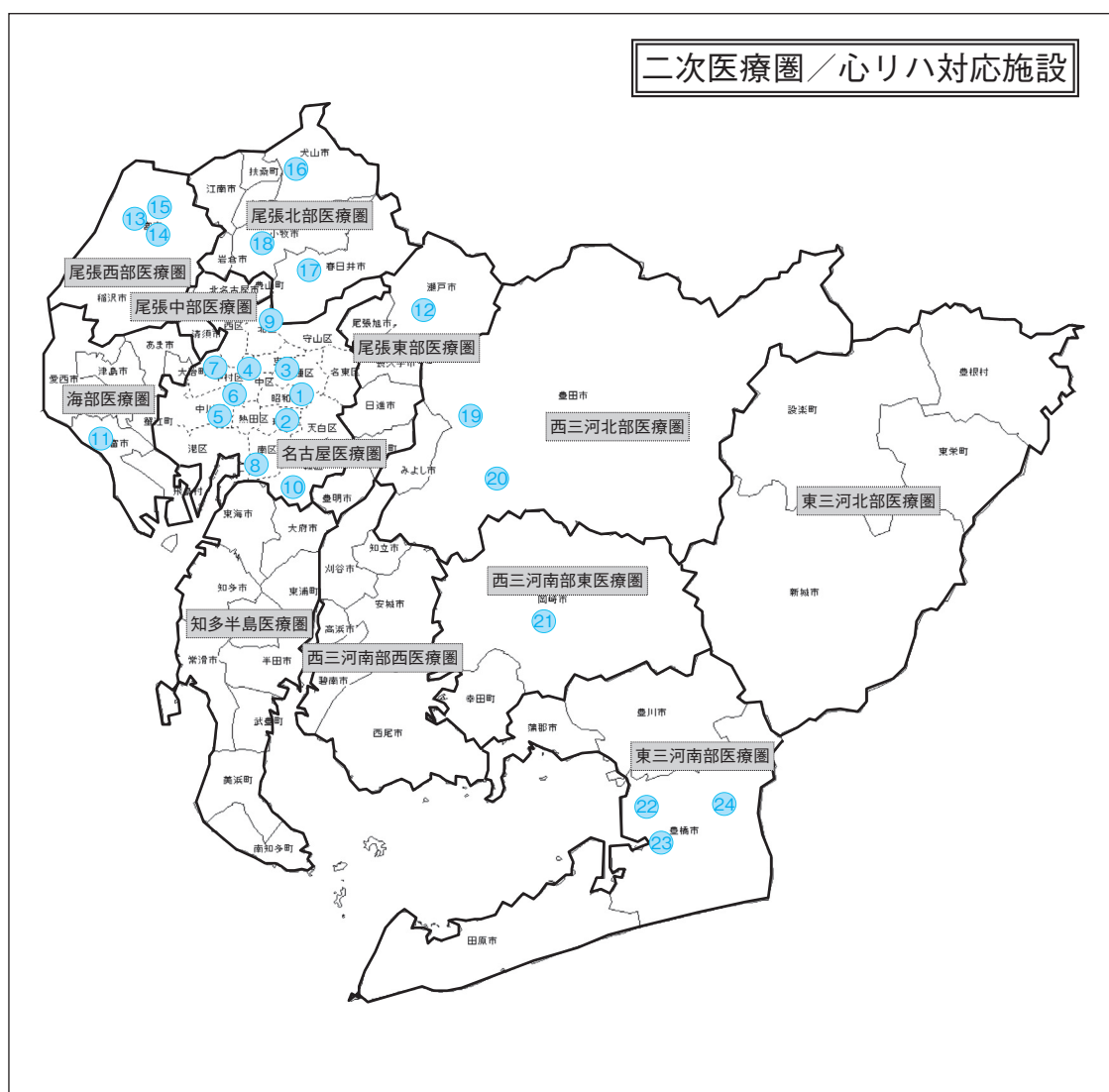
9-3), 心リハ指導士の在籍状況は実施施設の約2/3であることが分かりました。実施施設の名称, 所在地, 対応時期などの詳細情報は, マップ上に記載してあります(図IV



図IV-9-2. 心リハ対応時期の内訳



図IV-9-3. 心リハ指導士の在籍状況



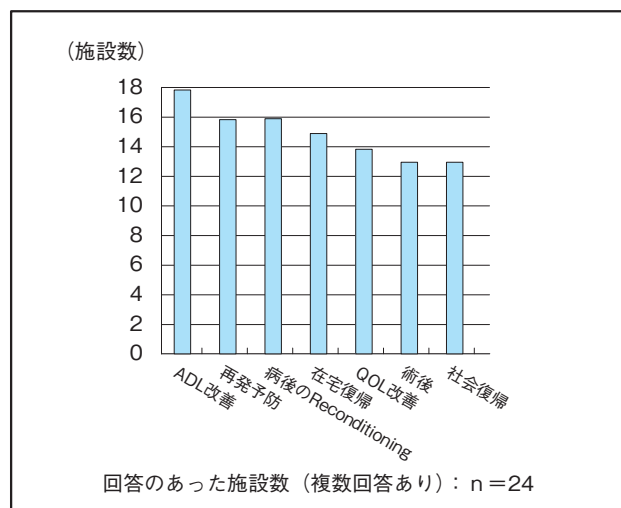
図IV-9-4. 心リハ実施施設の分布

表Ⅳ－９－１ 愛知県内の心リハ実施施設

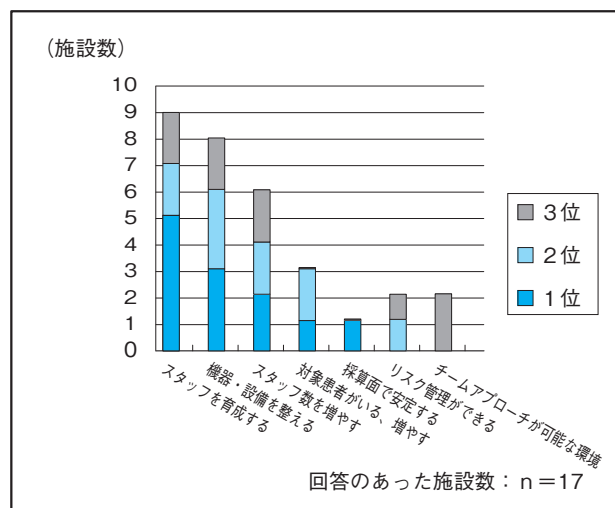
No.	施設名	住所	施設基準	対応時期	心リハ指導士
1	名古屋第二赤十字病院	愛知県名古屋市中区妙見町2-9	I	入院・外来両方	○
2	名古屋市総合リハビリテーションセンター	愛知県名古屋市中区瑞穂区弥富町密柑山1-2	I	入院・外来両方	○
3	名古屋市立東部医療センター	愛知県名古屋市中区千種区若水1-2-23		入院のみ	○
4	名城病院	愛知県名古屋市中区三の丸1-3-1	I	入院のみ	×
5	名古屋掖済会病院	愛知県名古屋市中川区松年町4-66	I	入院・外来両方	○
6	藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院	愛知県名古屋市中川区尾頭橋3-6-10	I	入院のみ	×
7	名古屋第一赤十字病院	愛知県名古屋市中村区道下町3-35	I	入院・外来両方	○
8	大同病院	愛知県名古屋市中村区白木町9	II	入院のみ	×
9	名春中央病院	愛知県名古屋市中区東味鏡1-2401	II	入院のみ	
10	南生協病院	愛知県名古屋市中区大高町平子36	I	入院・外来両方	○
11	愛知県厚生連海南病院	愛知県弥富市前ヶ須町南本田396	I	入院・外来両方	○
12	公立陶生病院	愛知県瀬戸市西追分町160	I	入院・外来両方	○
13	一宮西病院	愛知県一宮市開明字平1	I	入院・外来両方	○
14	総合大雄会病院	愛知県一宮市桜1-9-9	II	入院のみ	×
15	一宮市立市民病院	愛知県一宮市文京2-2-22	I	入院・外来両方	○
16	犬山中央病院	愛知県犬山市五郎丸ニタ子塚6	I	入院・外来両方	○
17	春日井市民病院	愛知県春日井市鷹来町1-1-1	I	入院・外来両方	○
18	小牧市民病院	愛知県小牧市常普請1-20	I	入院・外来両方	×
19	豊田厚生病院	愛知県豊田市浄水町伊保原500-1	I	入院・外来両方	○
20	トヨタ記念病院	愛知県豊田市平和町1-1	I	入院のみ	○
21	岡崎市民病院	愛知県岡崎市高隆寺五所合3-1	I	入院・外来両方	○
22	豊橋市民病院	愛知県豊橋市青竹町八間西50	I	入院・外来両方	○
23	豊橋ハートセンター	愛知県豊橋市大山町五分取21-1	I	入院・外来両方	
24	国立病院機構豊橋医療センター	愛知県豊橋市飯村町浜道上50	II	入院のみ	×

※施設基準：問2で⑦回答→I、問2で⑧回答→II、問2で⑦⑧回答なし→空白

※心リハ指導士：問6で①回答あり→○、問6で①回答なし→×、問6無回答→空白



図Ⅳ－９－５. 心リハ実施の目的



図Ⅳ－９－６. 心リハ施設基準に必要な要素

－ 9 － 4，表Ⅳ－ 9 － 1）。

2. 心リハ実施の目的（図Ⅳ－ 9 － 5）

心リハ実施の目的は「ADL改善」，「再発予防」，「病後のReconditioning」，「在宅復帰」の順に多く，いずれも実施施設の約7割の目的となっていました。

3. 心リハ施設基準取得に必要な要素（図Ⅳ－9－6）

心リハの施設基準を取得していない施設への「取得に必要な要素は？」という質問に対しては84施設から回答があり、「スタッフを育成する」、「機器・設備を整える」、「スタッフ数を増やす」必要があるという意見が多く、優先度も同順でした。また、「取得する予定がない」と答えた施設も67施設ありました。

【考察】

今回、愛知県下における心リハ実施状況を調査したところ、24施設で心リハを行っていることが分かりました。（図Ⅳ－9－4，表Ⅳ－9－1）これは全国的な水準⁴⁾と比較すると、都道府県別心リハ料届出施設数の全国平均12.9施設より実施施設数は多いですが、人口10万人比では0.32施設となり、全国平均の0.53施設より少ないことが分かりました。また、実施している24施設はその多くが施設基準Ⅰを取得し、心リハ指導士のもと入院から外来まで対応している施設が多く、心リハの目的もADL改善や病後のReconditioning、在宅復帰だけでなく、再発予防やQOL改善にまで及んでいることが示されました。

一方、心リハを実施している施設は、回答が得られた愛知県下460施設の中で5.2%、医療機関293施設の中でも8.2%に留まっていました。また、実施施設は全て急性期病院で、循環器内科や心臓血管外科を標榜している医療機関に限られていることも推察されました。愛知県地域保健医療計画における循環器疾患対策⁷⁾では、心リハは急性期から紹介を受けた回復期でも行われるよう体系化され、近年は回復期や維持期での心リハの効果に関する報告^{8)～11)}も増えていますが、現状の愛知県下では回復期病院や診療所では心リハはほとんど行われておらず、回復期・維持期での心リハ実施施設の普及や連携が今後の課題であることが分かりました。そして、今後の心リハ実施施設の普及には、心リハの施設基準を取得していない施設からの回答より、スタッフを育成する・スタッフ数を増やすといったマンパワー面だけでなく、機器・設備を整えるといったハード面での整備も課題となっていることが示されました。

【結語】

今回のアンケートで、愛知県下の心リハ実施施設数はまだ十分と言えず、実施施設の多くは急性期病院に集中している現状が明らかになりました。今後、愛知県地域保健医療計画などに沿った回復期や維持期までのシームレスな連携を築いていくためには、回復期病院や診療所までも含めた心リハ実施施設の普及・拡大が必要であることが示され、スタッフの育成や環境整備が課題であることが分かりました。

【文献】

- 1) 長山 雅俊：心臓リハビリテーションを始めるにあたって. Clinical Rehabilitation 17 (10)：951－956, 2008

- 2) 2006年度合同研究班（班長：野原隆司）：心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン
(2007年改訂版) http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2007_nohara_h.pdf (2012年11月20日アクセス)
- 3) Taylor RS et al : Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease : systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med 116 : 682 – 692, 2004
- 4) 小山 照之：心大血管疾患リハビリテーション料届出医療機関の動向－2010年度診療報酬改訂後の心臓リハビリテーションの現状. 心臓リハビリテーション17 : 238 – 243, 2012
- 5) 日本心臓リハビリテーション学会診療報酬対策委員会：平成18年度診療報酬改定についての理解と疑義解釈について http://square.umin.ac.jp/jacr/active/reward_h18.html (2012年12月12日アクセス)
- 6) 中西 道郎 他：我が国における急性心筋梗塞後心臓リハビリテーション実施率の動向（全国実態調査）. 心臓リハビリテーション16 : 188 – 192, 2011
- 7) 愛知県地域保健医療計画（第5回見直し・平成20年4月～平成25年3月）
<http://www.pref.aichi.jp/cmsfiles/contents/0000039/39667/keikaku3p59-102.pdf> (2012年11月20日アクセス)
- 8) Witt BJ et al : Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. J Am Coll Cardiol 44 : 988 – 996, 2004
- 9) Clark AM et al : Meta-analysis : Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Ann Intern Med 143 : 659 – 672, 2005
- 10) 松山 公三郎 他：心大血管疾患リハビリテーションにおける回復期リハビリテーション病棟の現状と問題点. 心臓リハビリテーション13 : 78 – 81, 2008
- 11) 村岡 卓哉 他：維持期心臓リハビリテーションの長期効果. 心臓リハビリテーション11 : 287 – 290, 2006

10. 糖尿病における理学療法

佐藤 武志・小田 知矢・眞河 一裕
石川 敬・青木 一樹

【はじめに】

糖尿病が強く疑われる人は年々増加の一途をたどっています。2007年国民栄養健康調査によると890万人とされています¹⁾。糖尿病は無症状の為、治療への動機付けが難しい疾患です。長期にわたり放置しておくとう重篤な合併症を引き起こし運動機能障害や日常生活に大きな影響を及ぼします²⁾。運動療法は食事療法と共に生活習慣の改善に重要であり、薬物療法と併せて糖尿病治療における3本柱となっています。糖尿病治療としての運動は代謝の安定と合併症の予防、及び健康維持を目的とした治療手段です^{3) 4) 5) 6) 7)}。

理学療法士による糖尿病患者への運動療法及び運動指導は、現行の医療保険制度では理学療法士が実施しても算定できないこともあり、運動療法に積極的に関わっていない現状があります^{2) 8)}。しかし、医療従事者の中で糖尿病患者の身体機能を評価して適切な運動が提供できるのは理学療法士であると考えています。

糖尿病への理学療法士の関わりの有無を明らかにして、関わっている施設では具体的に個別、集団療法への関与、糖尿病チームやパスへの参加状況、糖尿病療養指導士の資格の取得など理学療法士が関わっていくための課題は何かを把握し、医療保険制度の変更への機運を高めたいと考えています。そこでこれらの内容を把握することを目的として調査を行いました。以下、調査で得られた結果に考察を加え、現状の報告を行います。

【結果】

糖尿病のリハビリテーションに関わっている施設は13%でした。(図Ⅳ-10-1)

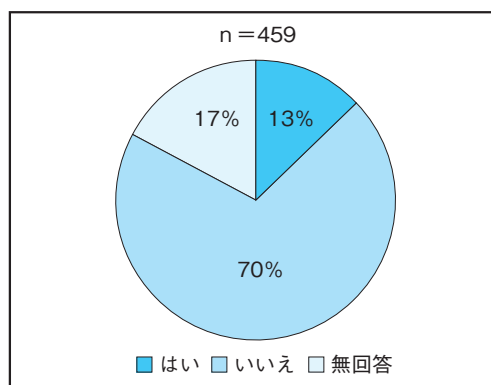
関わっている施設のうち糖尿病教室などの集団療法で関わっている施設は、56%でした。(図Ⅳ-10-2)

個別運動療法では66%でした。(図Ⅳ-10-3)

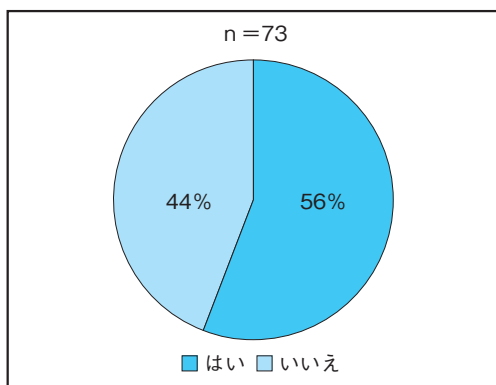
糖尿病に関わっていく為に必要な要素としては、スタッフの育成他部門との連携、診療報酬が上位を占めていました。(図Ⅳ-10-4)

糖尿病療養指導士の資格を有している理学療法士がいる施設は5%でした。(図Ⅳ-10-5)

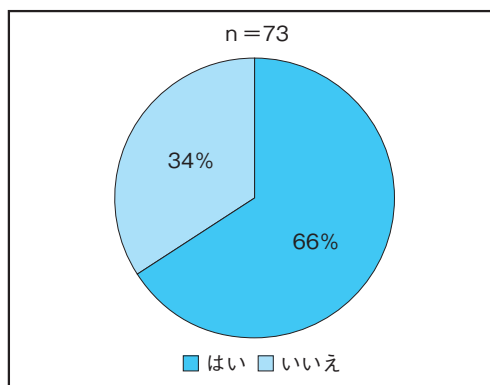
糖尿病チームに理学療法士が参加してい



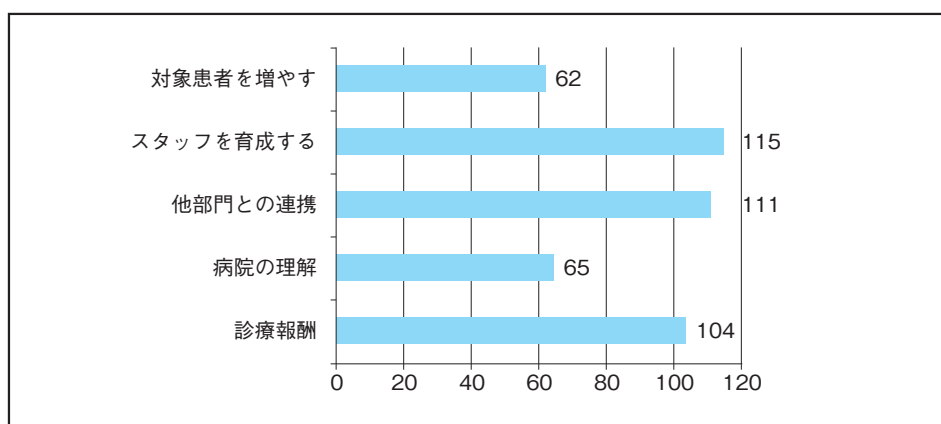
図Ⅳ-10-1. 糖尿病のリハビリテーションへの関わり



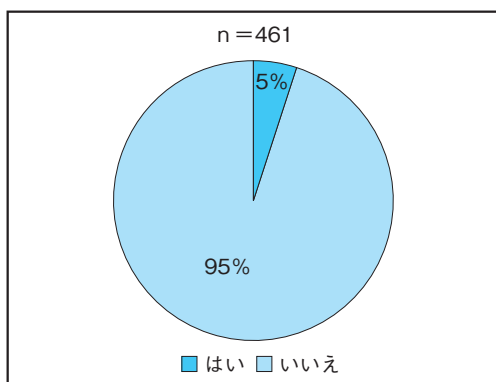
図Ⅳ－ 10－ 2. 集団療法（糖尿病教室での講義含む）での関わり



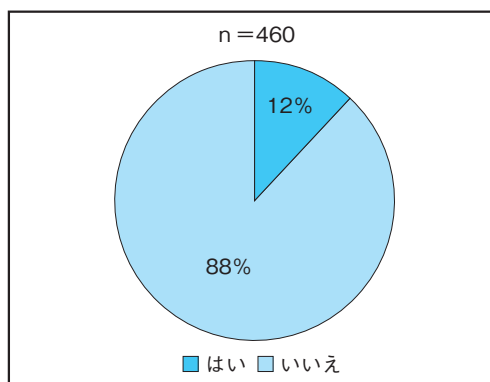
図Ⅳ－ 10－ 3. 個別療法での関わり



図Ⅳ－ 10－ 4. 糖尿病に関わっていくために必要な要素



図Ⅳ－ 10－ 5. 糖尿病療養指導士の資格修得状況



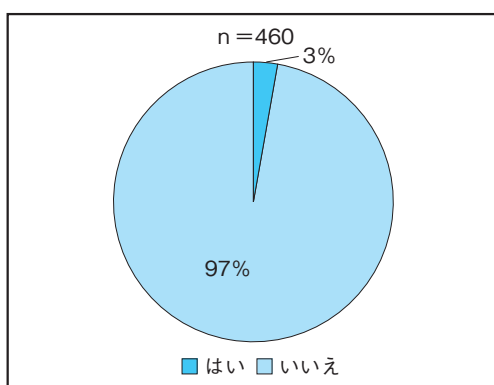
図Ⅳ－ 10－ 6. 糖尿病チームにおける理学療法士の参加状況

る施設は12%でした。（図Ⅳ－ 10－ 6）

糖尿病のクリティカルパスへの参加状況は3%でした。（図Ⅳ－ 10－ 7）

【考察】

糖尿病のリハビリテーションに理学療法士が関わっている施設は全体の13%と少ないもの



図Ⅳ－ 10－ 7. 糖尿病のクリティカルパスへの参加状況

の、糖尿病管理（血糖コントロール）に関わっていると回答のあった施設では集団療法を行っている割合が57%，個別運動療法を行っている割合が66%あり，糖尿病管理に積極的に取り組んでいる施設があることが分かりました。

しかし，糖尿病チームに理学療法士が参加している施設は12%，糖尿病のクリティカルパスへの参加状況は3%とあまりチーム医療に参加できていない状況が分かりました。

糖尿病の症状は多岐にわたり，医師，看護師，管理栄養士，臨床検査技師，薬剤師，理学療法士などが協力して，患者さんの糖尿病療養に当たることが重要です³⁾。そのなかで日常生活に運動の要素を取り入れるためには身体機能を把握し，その患者さんにあった継続可能な運動を提供する必要があります。糖尿病チームに理学療法士が参加し，身体機能及び運動機能評価を行い，個々の患者に必要な運動及び体操を指導していくことで糖尿病の運動療法に関わっていくことが重要と思われます。

冒頭で述べたように糖尿病患者数は増えているため，合併症としての対応を含めて，理学療法士が糖尿病患者と関わる機会は増えていると考えます。しかし，無症状の為，理学療法士自体も患者同様に疾患そのものに関心を持たず，取り組めていない可能性があります。また，運動療法の効果判定が難しい事も考えられます^{2) 4) 8)}。その事は糖尿病療養指導士の資格を有するスタッフが従事する施設が5%と少ないことにも表れています。

今後，糖尿病に関わっていくために必要な要素として，スタッフの育成，他部門との連携，診療報酬が上位を占めていました。施設内で理学療法士の必要性が周知されれば積極的に取り組む事が可能となるのではないかと考えられます。予防を含めた介入研究を推進していくと同時に運動療法の重要性について理学療法士を対象としての啓蒙活動が必要と思われます。

【結語】

今回の調査で，全体の約13%の施設が糖尿病のリハビリテーションに積極的に関わりがあるとの結果が得られました。しかし，チーム医療への参加施設は少なく，糖尿病療養指導士

を有する施設も少ないことがわかりました。この状況を改善させるためには、理学療法士の糖尿病に対する関心を高めることが重要です。糖尿病に関心がある理学療法士を育成して、糖尿病治療に参画する理学療法士の数を増やしていく必要があります。

参考文献

- 1) 厚生労働省；国民健康栄養調査概要 2007
- 2) 万行 里佳；理学療法士からみた糖尿病患者の運動療法指導における現状と問題点
理学療法学 25 (3)：457-462, 2010
- 3) 日本糖尿病療養指導士認定機構（編）；日本糖尿病療養指導ガイドブック2011. メディカルレビュー, 東京, 2011：5-7, 36-42
- 4) 小池 晃彦；糖尿病運動療法のエビデンス 糖尿病ナビゲーター 第4章 疫学・EBM, メディカルレビュー, 東京, 2010：288-289
- 5) 眞鍋 康子；【身体活動と2型糖尿病, 生活習慣病】運動の糖代謝に対する急性効果の分子メカニズム. 内分泌・代謝内科, 31 (5)：415-420, 2010
- 6) 押田 芳治；【身体活動と2型糖尿病, 生活習慣病】運動の糖代謝に対するトレーニング効果とその分子メカニズム. 内分泌・代謝内科, 31 (5)：421-426, 2010
- 7) 佐藤 祐造；【身体活動と2型糖尿病, 生活習慣病】運動による糖尿病治療効果とそのエビデンス. 内分泌・代謝内科, 31 (5)：446-454, 2010
- 8) 渡邊 智之；糖尿病運動療法の現状-「糖尿病運動療法・運動処方確立のための学術調査研究」中間報告から-. PRACTICE プラクティス, Vol.26 No.3 2009. 5.6.

11. がんにおける理学療法

江 浜 崇 ・ 松 川 千賀子
櫻 木 聡 ・ 吉 見 有希乃

【はじめに】

現在、がんは日本における第1位の死亡因子であり、今後広い世代で患者も増加していくことが予想されています。また、治療の進歩に伴い生命予後も延長し、がんのリハビリテーション（以下がんリハ）の必要性がますます増加していくものと考えられています¹⁾。

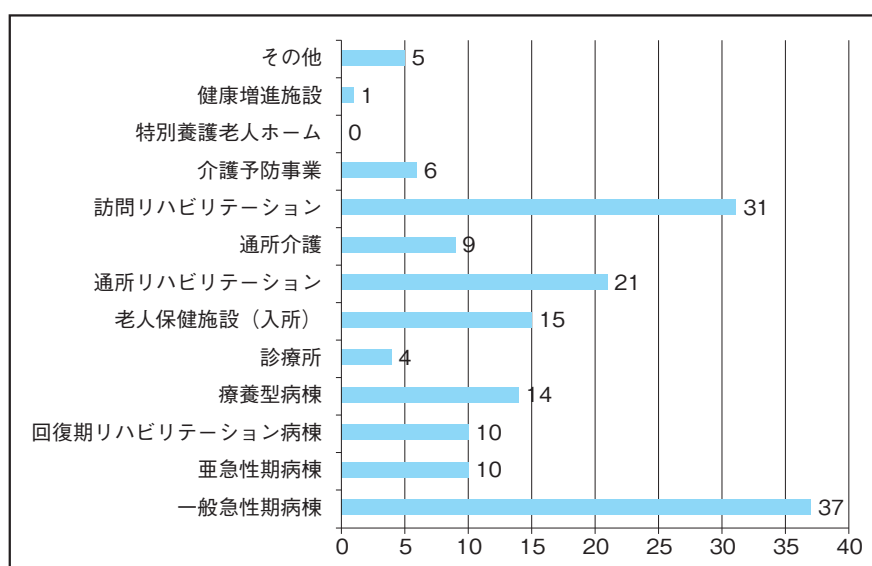
そのような中、2006年には、がん対策基本法が成立し、患者の生活の質（QOL）や日常生活動作（以下ADL）の向上がうたわれるようになったあと、2007年からは厚生労働省の委託事業としてリハビリテーション（以下：リハビリ）研修ワークショップが開始されており、がんリハに関わる人材育成への取り組みなどが実施されております²⁾。

また、2010年よりがん患者リハビリテーション料も算定されていますが、がんリハの現状は

発展途上にあり、関わるセラピストも少ない状況である³⁾ため、今回、愛知県内の施設でがんリハに関わっている施設の割合をアンケート形式で調査しました。加えて、がんリハに関わっている施設を対象に、施設基準の状況、病期ごとのリハビリ施設数とその内容、がんリハを行う上での現在必要な内容も調査しました。そして、全対象者へも、がんリハを行うために必要なことを調査し、がんリハ普及のための参考にしたいと考えています。

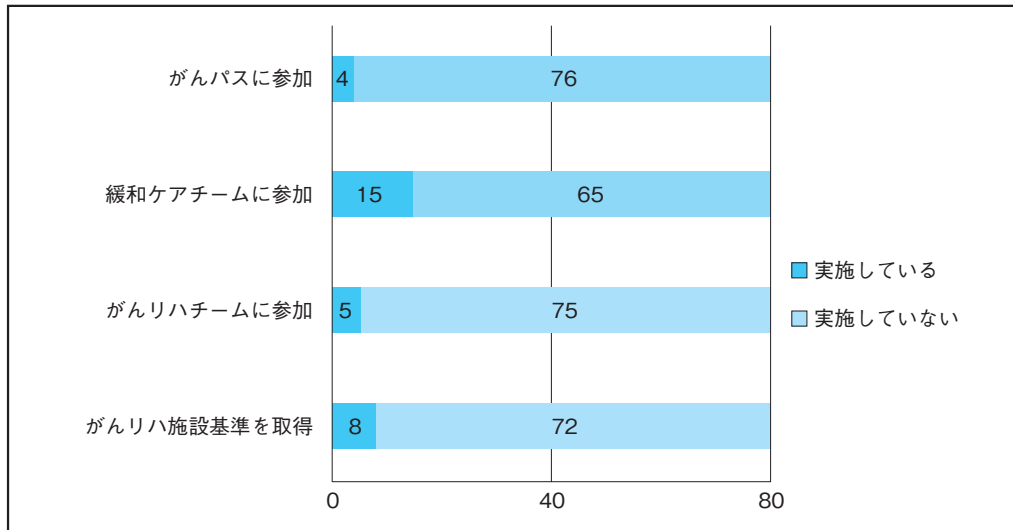
【結果】

アンケートを回収できた全460施設のうち、がんリハに関わっている施設は80施設で全体の17.4%であり、施設の内訳は一般急性期病棟や訪問リハビリテーションなどで対応されている場合が多い状況でした（図Ⅳ－11－1）。



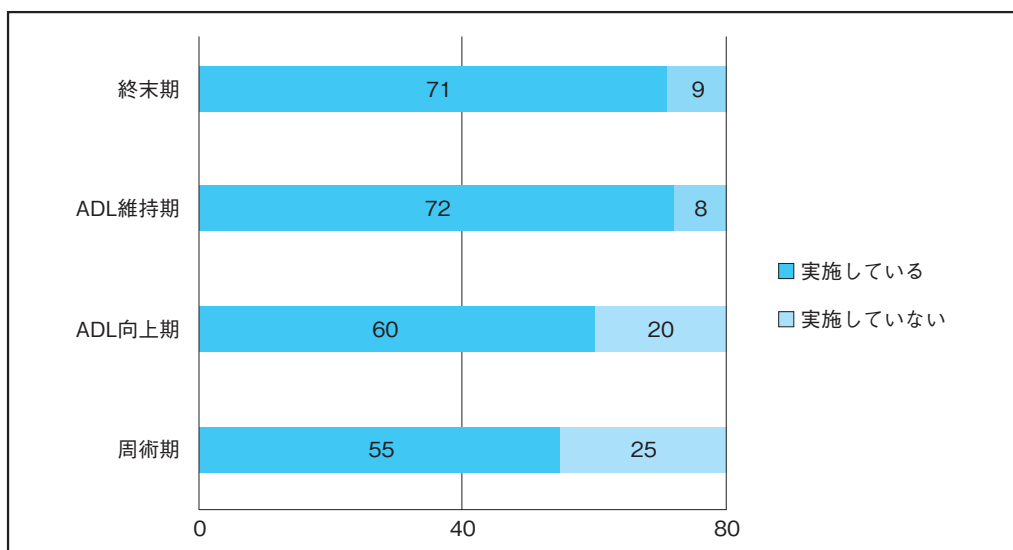
図Ⅳ－11－1. がんリハに関わっている施設の内訳 (n=80, 複数回答)

その中で、がんのクリティカルパスを使用している施設は4施設（5.0%）、緩和ケアチームに参加している施設は15施設（18.6%）、チーム医療に参加している施設は5施設（6.3%）、がんリハの施設基準を所得している施設数は8施設（10.0%）でした（図Ⅳ－11－2）。



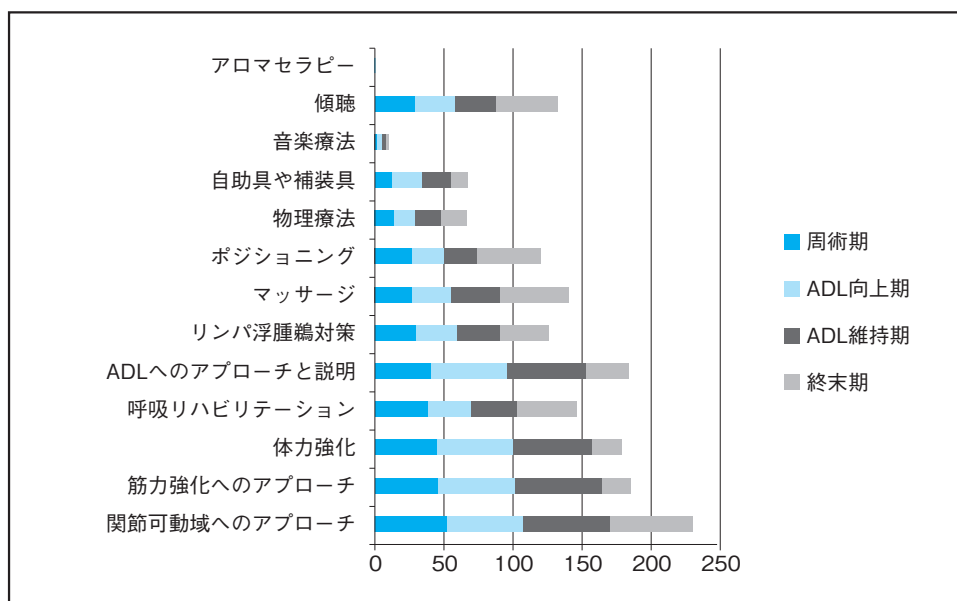
図Ⅳ－11－2. がんリハに関与している施設数 (n=80)

病期別のリハビリ実施数については、図Ⅳ－11－3に示しました。病期についてはそれぞれ周術期・ADL向上期・ADL維持期・終末期の4つに分類した場合、各病期での差はあまり見られない状況です。



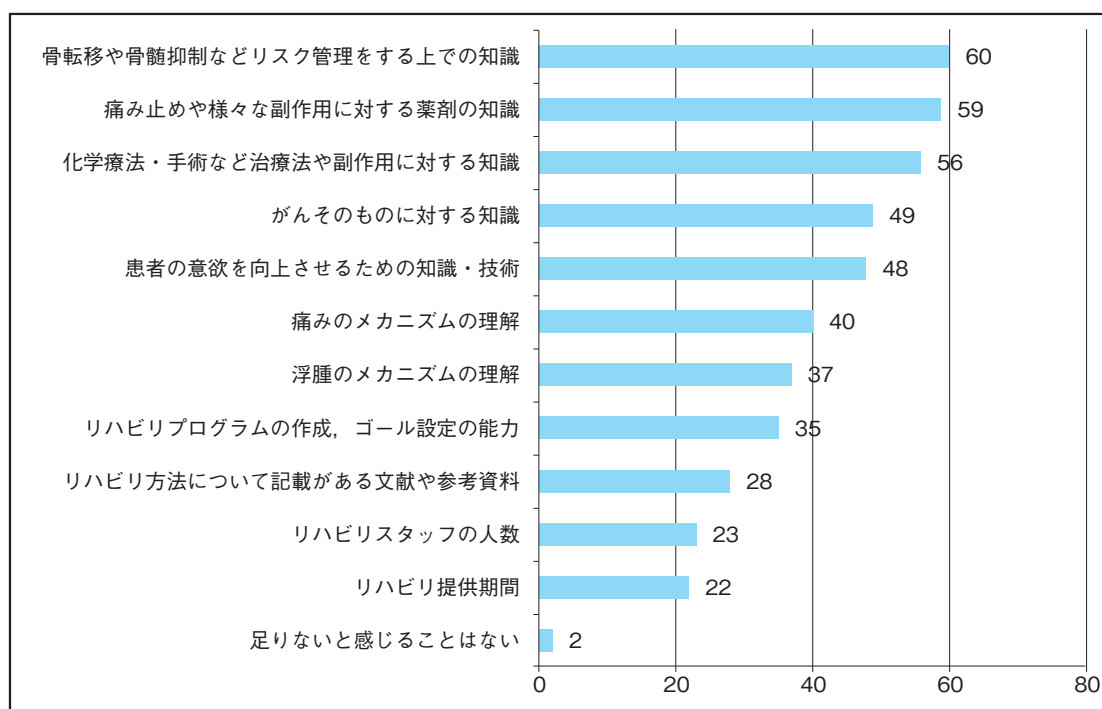
図Ⅳ－11－3. 病期ごとのリハビリ実施 施設数 (n=80 複数回答)

また、がん患者にかかわる病期ごとに、各施設で行っているリハビリ内容についての設問には、関節可動域拡大のためのリハビリが多くその他、ADLや筋力向上への対応もあわせて多く実施されていました（図Ⅳ－11－4 複数回答）。



図Ⅳ－11－4. 病期ごとのリハビリ内容 (n=80 複数回答)

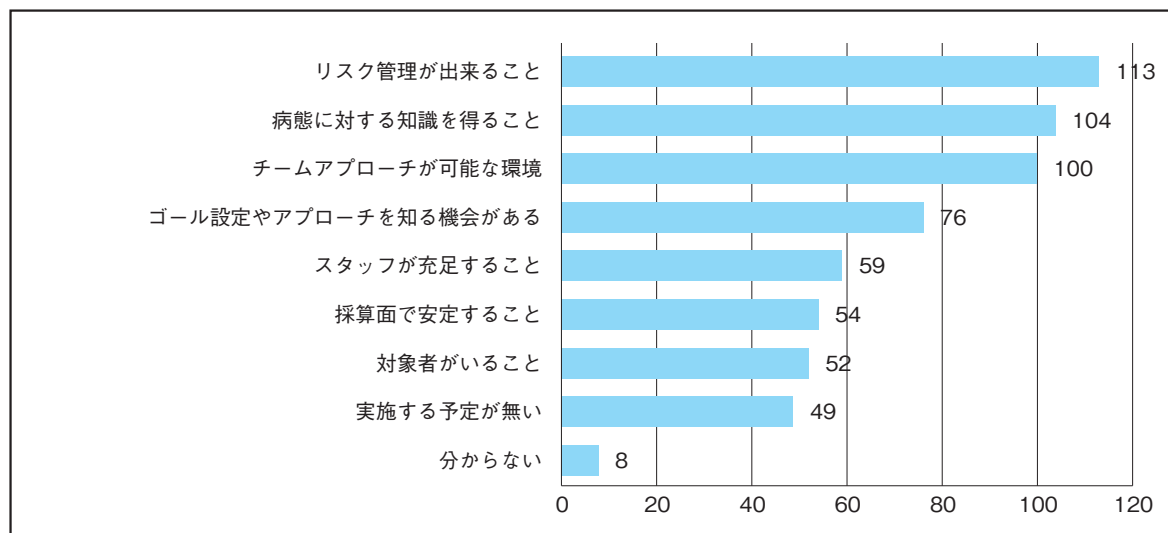
加えて、がん患者のリハビリを実施するにあたり、現状で足りないもしくは今後さらに必要であると感じていることについては、骨転移や骨髄抑制などリスク管理をする上での知識や副作用に関する知識など、理学療法を実施するための医学的知識に関することが足りないという回答が多い結果でありました。(図Ⅳ－11－5 複数回答)



図Ⅳ－11－5. リハビリを実施している施設で、現在必要と感じている内容 (n=80 複数回答)

全460施設を対象にがんリハを実施していくうえでの必要なことをたずねた結果、216施設

の回答があり、リスク管理ができること（113施設）・病態に対する知識を得ること（104施設）が多く、またチームアプローチが可能な環境にあること（100施設）の順で多い結果でありました。（図Ⅳ－11－6 複数回答）



図Ⅳ－11－6. がんのリハビリを行うために必要なこと（n=216 全施設の回答）

【考察】

アンケートを回収できた全460施設のうち、がんリハを行っている施設は80施設であり、全体の2割にも満たしていない状態でした。また、その中でもがんのリハビリテーション施設基準を取得している施設やクリティカルパスや緩和ケアチームに参加をしている施設はさらに少ない状態です。よって、がん患者へのリハビリは実施しているが施設基準は取得していない施設もあることがわかりました。

そのような中、がんリハを実施している多くの施設では、どの病期にも関わっている傾向が見られ、終末期まで対応しているのが現状でした。病期別のアプローチの特徴としては、関節可動域訓練がすべての病期で多く行われており、筋力、体力、ADL訓練は終末期以外ではよく行われました。さらに終末期になるとそれらが少なくなる代わりにポジショニング、マッサージ、傾聴などが増加しています。また、一般急性期病棟のADL維持期は筋力強化や体力強化のアプローチが多く、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションなどの介護保険上のサービスを実施している施設のADL維持期は筋力強化に加え関節可動域とADL指導のアプローチが多くなる傾向にありました。よって、病期の状況やニーズに合わせてそれぞれリハビリを実施されていることが分かりました。

がんリハを行っている施設の問題点として、リスク管理、薬剤の知識、がんの治療法や副作用などの知識が足りないと挙げている施設が多くみられます。がん患者にとっては、骨転移や痛みの問題・化学療法など様々な医療的関与を受けている場合が多く、それらの知識を十分に把握しながら理学療法を実践していく必要があると考えられます。また、全施設を対

象に行ったがんリハを行うために必要なことの結果に関しても、リスク管理や病態の知識、チームアプローチが可能な環境であることが必要と考えています。これらが、がんリハを実施する施設数が少ないことに影響していると予測され、がんリハに関する学習機会や知識を増やしていくことが、がんリハの普及の手助けとなる可能性があると考えられます。また終末期などのリハビリ内容で『傾聴』をあげている施設も多いことは、がんリハの特徴的な部分でありました。終末期のケースは孤独感や疎外感を感じ、残される家族や人生への思いを抱えている場合があります⁴⁾。よって、理学療法の手技もしくは知識だけでなくコミュニケーションスキルの向上のための学習も求められると思われました。

【結語】

がんリハを行っている施設は全体の2割程度でありましたが、リハビリテーションアプローチはそれぞれの病期に合わせた内容を実施していることが分かりました。全体的に関節可動域や筋力増強のためのアプローチに加え、終末期には傾聴なども現在、実施されています。今後がんリハの実施数を増やすためにがんの疫学やリスク管理、治療法などの講習会を行うことが必要と考えられ、学習機会を増やすことでがんリハの普及の手助けとなる可能性が示唆されました。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：平成23年 人口動態統計月報年計（概数）の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/dl/gaikyou23.pdf> アクセス日：2013年1月9日
- 2) 厚生労働省：第165回中央社会保険医療協議会総会資料（参考1－2） <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0203-5e.pdf> アクセス日：2013年1月9日
- 3) 辻 哲也 編集：がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで 医学書院, 2011年
- 4) 清水 研：シリーズ がんに伴う症状とその管理 「がん患者の心のケア－不安と抑うつ」 http://www.bms.co.jp/pdf/medical/cancer/gan_shojo_03.pdf アクセス日：2013年1月28日

12. 認知症における理学療法

平井達也・熊澤輝人・石川康伸
石原明彦・吉田大輔・井戸田学

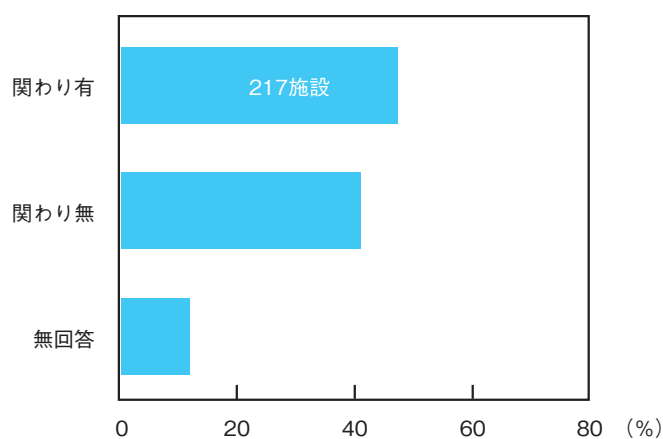
【はじめに】

厚生労働省の平成22（2010）年の調査¹⁾によると、認知症高齢者生活自立度Ⅱ以上（日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態）を示す認知症高齢者は280万人存在し、今後ますます増加すると推計されています。こうした傾向は我が国のみの問題ではなく、世界各地で、認知症への対策が講じられています。認知機能低下を認める高齢者を対象とした最近の研究では、運動介入が認知機能改善に効果的²⁾であるというだけでなく、身体機能³⁾、日常生活活動⁴⁾、うつ状態⁵⁾に対する効果も報告されています。これらの知見は、運動を用いたアプローチの成果であることから、その専門家である理学療法士による介入の可能性を示しています。しかしながら、本邦での認知症患者（利用者）へのアプローチに対する理学療法士の立場は不明瞭でした。実際には、約4万人の理学療法士（一般病床勤務を含む）⁶⁾が認知症高齢者と日々の臨床で接していると思われます。認知症患者（利用者）への効果が認められている運動介入を推進するために、現在の医療、介護の中での理学療法士と認知症患者（利用者）との関係性を明確にすべきであると考えます。さらに、理学療法士自らが認知症患者（利用者）への関わりの必要性をどの程度感じているかを明らかにすることは、今後の理学療法介入の意義を探る上で重要な足がかりとなりえます。一方で、認知症患者（利用者）への介入は難渋することが多く、理学療法士に対する学校教育、研修会など教育も不十分であるという印象があります。本調査では、認知症患者（利用者）に関連した卒後教育における研修への参加状況を明らかにし、理学療法士が認知症やそれに関連した内容に関する知識を深めるために、研修会開催、参加への機運を高めたいと考えました。また、認知症の根治的な治療方法が確立されていない現在において、認知症予防は社会的に重要な課題であり^{7) 8)}、理学療法士が介入できる可能性は大きいと思われます。理学療法士が必要だと考える認知症予防策を調査することは、予防への具体的活動の促進につなげる意味でも有用であると考えられます。以上のことを考慮し、認知症に関連する設問を立てました。

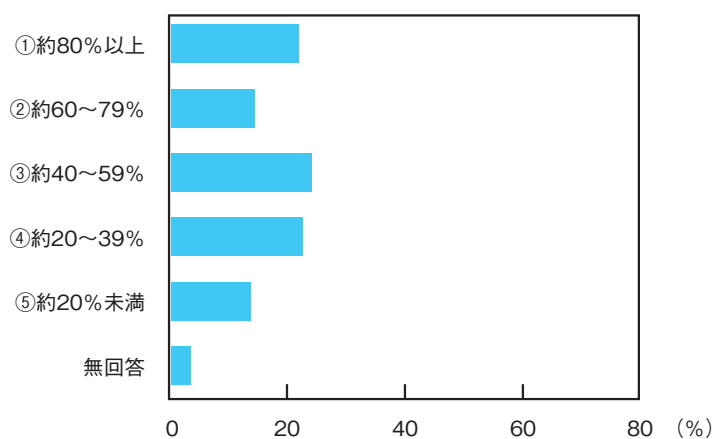
【結果】

認知症患者（利用者）への関わりの有無について二択による質問の結果（図Ⅳ-12-1）、アンケートに回答した全施設（n=460）の内、関わり有と答えた施設は47.2%（n=217）であり、特に、生活期にあたる施設を有している265施設では、その63%（n=167）が認知症に関わっていると答えました。関わりがあると答えた217施設のうち、130施設（59.9%）がリハビリテーション対象者の約40%以上が認知症を有していると答えました（図Ⅳ-12-

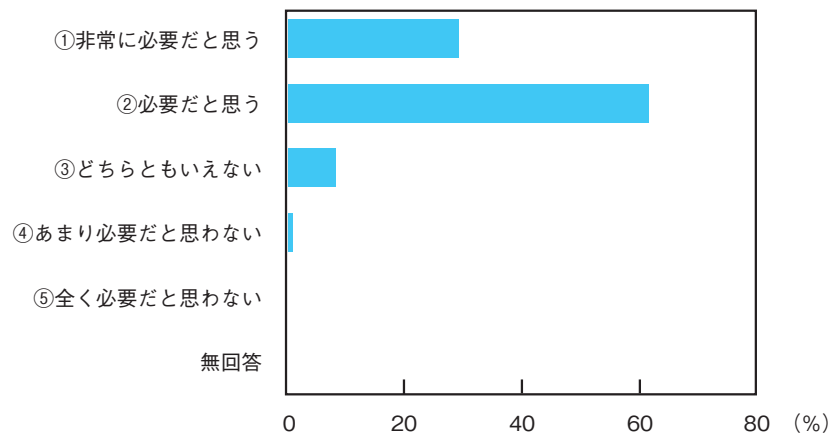
2)。認知症患者（利用者）への理学療法介入が必要であるかという問いに対して「非常に必要」「必要」と答えた施設は合わせて90.3%（n=196）でした（図Ⅳ－12－3）。一方，リハビリテーションスタッフが認知症に関する研修会へ参加した割合については「全く参加していない」「わずかに参加」と答えた施設は合わせて59.9%（n=130）でした（図Ⅳ－12－4）。最後に理学療法士として必要な認知症予防の取り組みについては，家族向けの研修会参加，相談支援体制の充実および介護従事者に対する研修などが上位に挙げられました（図Ⅳ－12－5）。



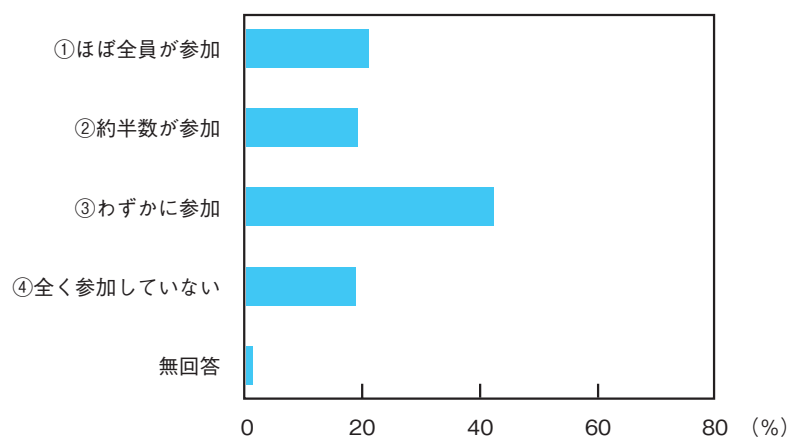
図Ⅳ－12－1．認知症との関わり（アンケートに回答した全460施設に対する割合）



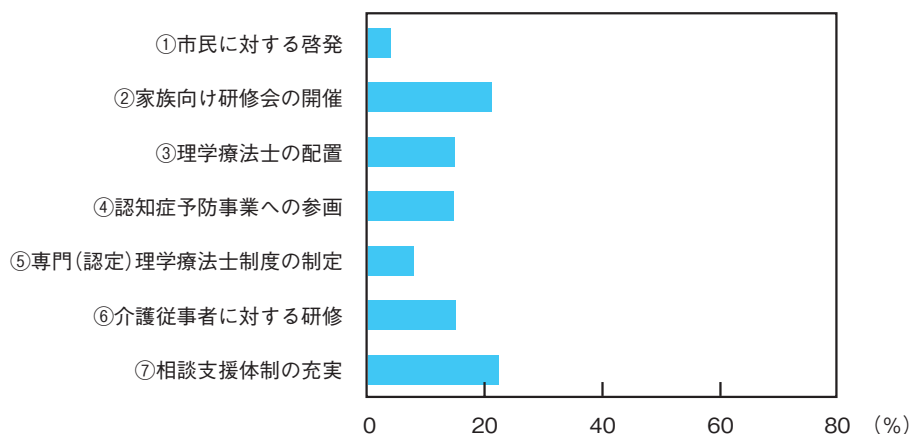
図Ⅳ－12－2．理学療法対象者の内、認知症者の割合（総数は認知症への関わり有と答えた217施設）



図Ⅳ－12－3. 認知症患者への理学療法士による介入は必要か（総数は認知症への関わり有と答えた217施設）



図Ⅳ－12－4. 認知症に関する講習会や研修会への参加の割合（総数は認知症への関わり有と答えた217施設）



図Ⅳ－12－5. 認知症予防対策に取り組む上で重要なこととは（複数回答，全回答571に対する割合）

【考察】

本調査の結果から、理学療法士が所属し認知症に関わりのある施設は約半数であり、さらにその半数以上が対象のうち約40%以上が認知症を有していることを示し、認知症は理学療法士と非常に関わりの深い病態であることが分かりました。また、多くの理学療法士が認知症患者（利用者）への介入の必要性を感じており、日々の臨床の中で、認知症患者（利用

者)への介入による何らかの効果を経験していると思われます。このような背景の中で、認知症へのアプローチについてある程度の専門知識を有する必要がありますが、実際に理学療法士の認知症に関する研修への参加状況がそれほどは高くないことが明らかとなりました。今回の調査から、参加頻度の低さについての原因までは追求できていませんが、認知症に関する理学療法士のための研修の機会は少ないように思われます。教育の機会をもつ必要性を理学療法士自らが認識し、卒前・卒後教育などに組み込む必要があります。さらに、国の重要な施策である認知症予防に関する質問をおこないました。上位を占めた「家族向けの研修」、「相談支援体制の充実」などは、現場において現実的に取り組むことが可能であり、理学療法士が担うべき役割である可能性が高い内容であると思われます。

【結語】

現状では、介護保険領域のリハビリテーション職種の中で、大きなマンパワーを占める理学療法士の認知症患者(利用者)への介入はより重要といえます。しかし、高齢化が加速している本邦において、認知症を有する理学療法対象者の割合が増加するのは必至であり、急性期、回復期の医療機関においても多くの理学療法士が認知症患者(利用者)と関わることは避けられません。今後は、理学療法士自らが十分な教育に基づき、認知症という病態の特性や介入方法について理解を深め、予防を含めた介入と効果検証を推進していく必要があるのではないのでしょうか。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省HP: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul1.html> (参照 2013-1-22)
- 2) Heyn P, Abreu BC, et al.: The effect of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2004; 85: 1694-1704.
- 3) Heyn PC, Johnson KE, et al.: Endurance and strength training outcomes on cognitively impaired and cognitively intact older adults: A meta-analysis. J Nutr Health Aging. 2008; 12: 401-409.
- 4) Blankevoort CG, Van Heuvelen MJ, et al.: Review of Effects of Physical Activity on Strength, Balance, Mobility and ADL Performance in Elderly Subjects with Dementia. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010; 30: 392-402.
- 5) Williams CL, Tappen RM: Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. Aging Ment Health. 2008; 12: 72-80.
- 6) 日本理学療法士協会HP: http://www.japanpt.or.jp/03_jpta/about_jpta/05_index.html (参照 2013-1-22)
- 7) 島田裕之, 吉田大輔・他: 介護予防の新たな方向性. 地域リハビリテーション.

2011 ; 6 : 928 – 932.

- 8) Suzuki T, Shimada H, et al.: Effects of multicomponent exercise on cognitive function in WMS-LM older adults with amnesic mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. BMC Neurol. 2012 ; 12 : 128.

13. 小児における理学療法

鵜飼 宏 和・山 本 佳 司・松 澤 裕美子
神 谷 昌 彦・三 宅 わか子・金 子 満 寛
井 上 善 貴・小笠原 徹 ・神 谷 猛
小 林 秀 俊

【はじめに】

周産期をはじめとする近年の医療技術の進歩は、救命率の高まりと同時に、障害の重度化、重複化をもたらし、必要とされる支援も多様化しています。小児のリハビリテーションの対象となる患児、者は、発達期の障害という特徴から、医療と同時に福祉、教育、保育の面からの支援を必要とします。また家族も、育児や介護をしていく上での精神的なサポートや専門的見地からの適切な知識、技術の支援を必要とします。(療育支援)^{1) 2) 3)} 小児理学療法は、主に身体、運動機能面に対して実施されますが、そこには、疾患への治療、発達促進、育児支援を行い、本人がもつ能力を発揮して支援を受けながらも健康で自立した社会生活を営んでいくことを援助するという目的があります。³⁾

本邦の小児理学療法は、戦後以降、療育という特殊性から、主に肢体不自由児施設を中心とした小児専門の医療施設、療育施設(以下、専門施設)に入所の形態で実施されてきました。1970年代以降、障害の疾病構造の変化や通園部門の充実、地域療育の考え方や交通機関の発達等により、外来通院が一般化し、入所にて理学療法を受ける小児の数は減少しています。^{1) 3)} 外来通院が増えたものの、小児理学療法を実施する施設数は限られているため、長距離で通院、通園する患児、者が多くなり、結果、専門施設に患児、者が集中し、理学療法頻度が少なくなるという状況が生じています。また、複数の施設を併用して受診するケースも多いことが全国的に言われています。^{3) 4)} 小児理学療法の分野では、より多くの施設での患児、者の受け入れが、課題となっています。

上述のように、小児理学療法では、出生前後に何等かの原因で機能の障害を来し、発達に障害がある患児、者を対象としています。⁵⁾ (脳性麻痺、筋ジストロフィー症、精神遅滞、等) 本白書では、「小児」を「小児期における発達上の障害がある患児、者。対象者の年齢は問わない。」と定義し、小児理学療法の実施状況を把握することを目的として調査を行いました。具体的には、施設の診療形態、対象者の年齢、疾患、理学療法士が行っているアプローチ内

容，協働している他職種を問いました。以下，調査で得られた結果に考察を加え，現状の報告を行います。

【結果】

調査の返答があった460施設中，小児理学療法を実施していると答えた施設は99施設（21%）でした。訪問リハビリテーション（以下，訪問リハ）を実施している施設は109施設でした。（「訪問リハ」の項を参照）その中で見ると，小児理学療法を実施しているのは19施設（17%）でした。

小児理学療法を実施している施設の中で，施設基準として「障害児リハビリテーション料」（以下，「障害児リハ」）（表Ⅳ－13－1）をとっているのは12施設（12%）でした。

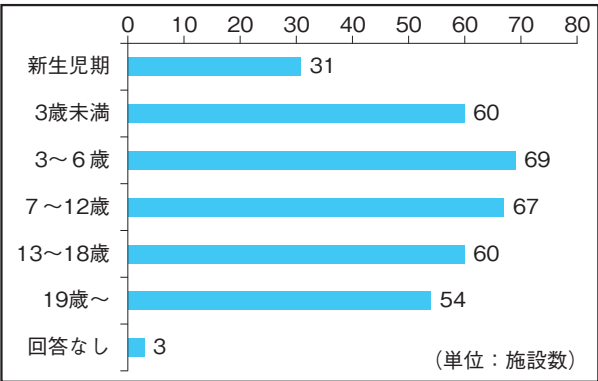
表Ⅳ－13－1 障害児リハビリテーション料

平成18年度改定	平成20年度改定（～平成24年度現在）
（1単位）	（1単位）
6歳未満 190点	6歳未満 220点
6歳～18歳 140点	6歳～18歳 190点
18歳～ 100点	18歳～ 150点

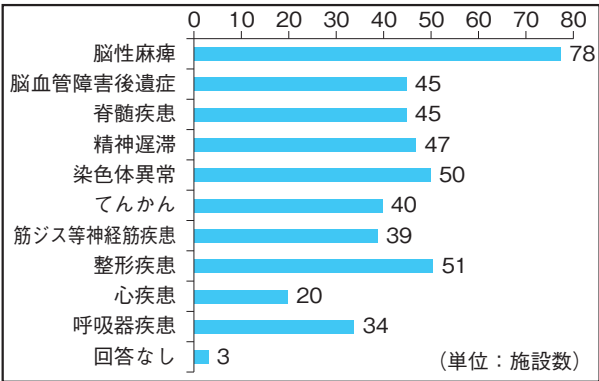
診療形態では，外来のみが43施設（43%）と最も多く，次に外来と入院・入所で16施設（16%）でした。

対象年齢では，新生児で31施設（31%），その他の年齢では，54～69施設（55%～69%）と大きな差がなく実施されていました。（図Ⅳ－13－1）

対象疾患では，脳性麻痺が79施設（79%）と最も多いですが，その他の疾患も多少の差はあるものの，幅広く挙げられていました。（図Ⅳ－13－2）

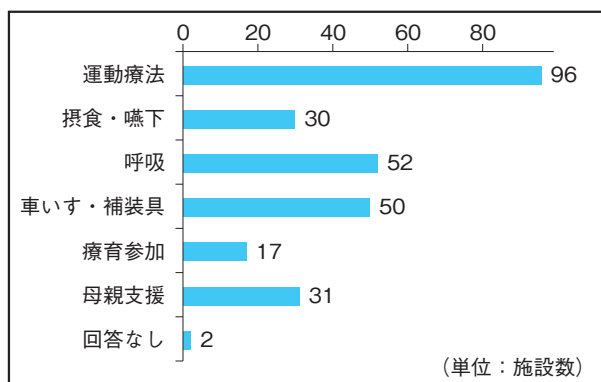


図Ⅳ－13－1 対象年齢

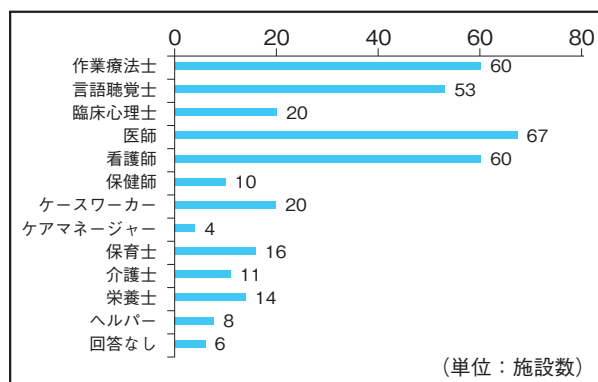


図Ⅳ－13－2 対象疾患

アプローチ内容では，運動療法が96施設（96%）と最も多く，次いで呼吸53施設（53%），車椅子・補装具51施設（51%）でした。母親支援と答えた施設は31施設（31%）ありまし



図Ⅳ－13－3 アプローチ内容



図Ⅳ－13－4 協働する他職種

た。(図Ⅳ－13－3)

協働する他職種では、医師が67施設（68%）、看護師、作業療法士が60施設（60%）と多くなっていますが、その他の職種も幅広く挙げられていました。(図Ⅳ－13－4)

(図Ⅳ－13－1～4は、複数回答可。)

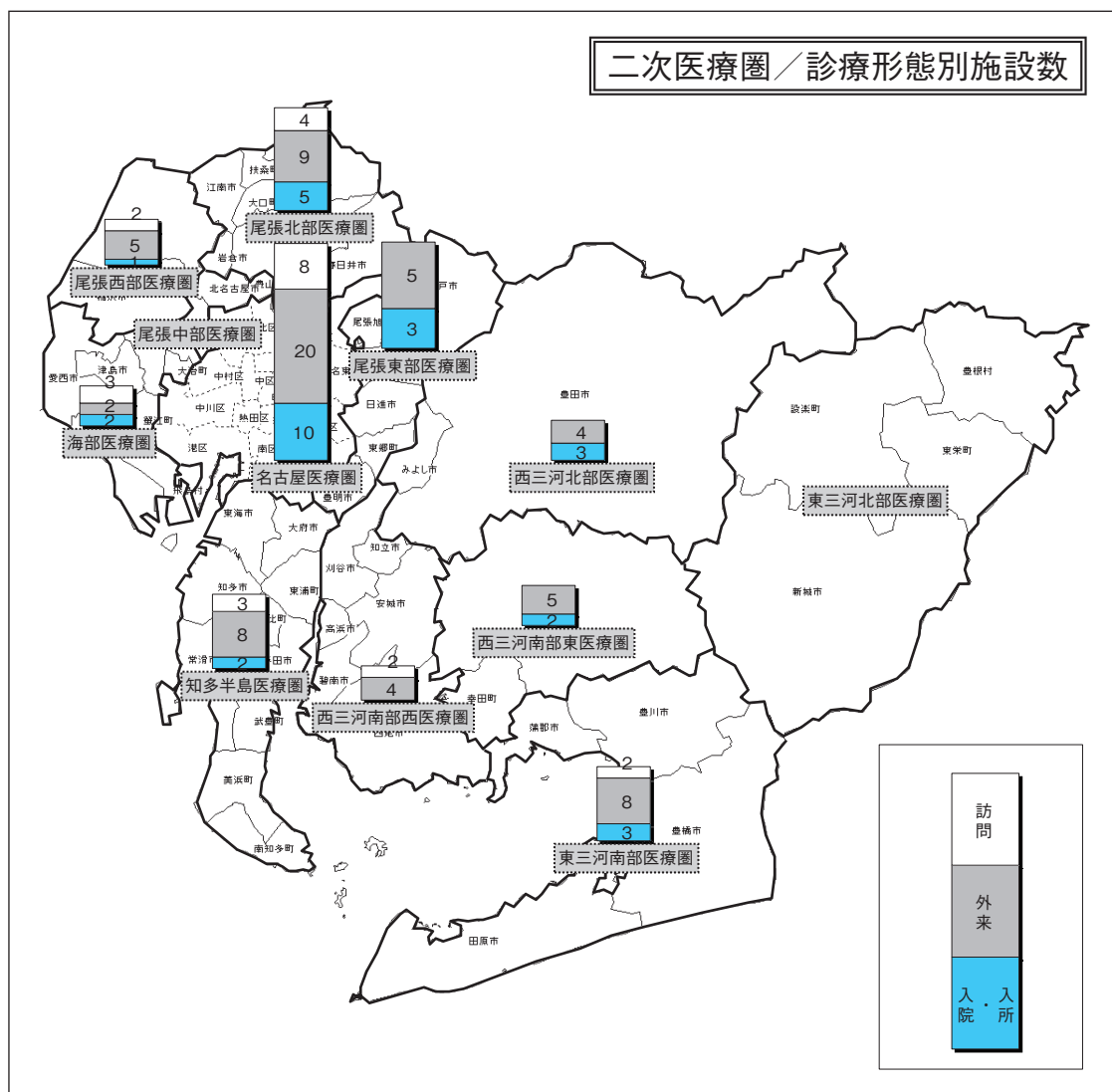
【考察】

愛知県理学療法士会（以下、本会）では、2001年（平成13年）に小児理学療法を実施している施設を調査しており⁶⁾、その際には39施設という結果でした。また、訪問リハとして答えた施設はありませんでした。回答率が定かではなく直接比較は難しいですが、今回の99施設という結果は、小児理学療法実施施設の増加傾向を示唆していると考えられました。また、年齢や疾患を問わず広く対象とされている実情もわかりました。

この理由には、社会的背景として、はじめにでも述べたような外来通院の数の増加が挙げられます。また、2003年（平成15年）4月に施行された支援費制度と、2006年（平成18年）4月に変更された障害者自立支援法により、障害児者の居宅を中心とした地域での生活支援が整備されたことも挙げられると考えられます。⁷⁾

施設側の理由としては、小児の患児、者は長期間の安定した通院が続くこと、「障害児リハ」では疾患発症からの日数経過による報酬の減額がないことに加えて、2008年（平成20年）の改定（表Ⅳ－13－1）により採算上受け入れやすくなっていることが推測されます。また、今回の訪問リハの増加にも示されるように、地域居宅支援が重要視される中で、各地域での、小児の患児、者の受け入れも進んでいるということも考えられました。

別の理由として、本会小児福祉部では、理学療法士をはじめ療育支援に関わる様々な職員を対象に講習会を実施しており、障害児者の支援に関する情報を提供しています。理学療法士の全国研修でも一般病院での小児理学療法の必要性が述べられる⁸⁾など、卒後の教育としても小児理学療法に関する情報が発信される機会が増えています。こういった取組みも、理学療法士の小児分野への関心を高める一助となり、小児理学療法を実施する施設の増加につながっているのではないかと考えられました。



図Ⅳ－ 13－5 小児理学療法を実施している施設

表Ⅳ－ 13－2 小児理学療法を実施している施設

二次医療圏	入院・入所	外来	訪問	計
名古屋医療圏	10	20	8	38
海部医療圏	2	2	3	7
尾張中部医療圏	0	0	0	0
尾張東部医療圏	3	5	0	8
尾張西部医療圏	1	5	2	8
尾張北部医療圏	5	9	4	18
知多半島医療圏	2	8	3	13
西三河北部医療圏	3	4	0	7
西三河南部東医療圏	2	5	0	7
西三河南部西医療圏	0	4	2	6
東三河北部医療圏	0	0	0	0
東三河南部医療圏	3	8	2	13
計	31	70	24	125

アプローチ内容を問う設問では、運動療法、呼吸、車椅子・補装具の他、母親支援や療育参加と答えた施設もありました。協働する他職種では、医師、看護師といった医療職種が多くなっていましたが、ケースワーカーや保育士といった療育に関連する職種も答えられました。これらの結果からは、小児分野に関わる理学療法士の多くが、医療職種と協働しながら専門分野である身体、運動機能面への支援を行っている様子が伺われました。同時に、母子通園施設や保育園、学校、卒業後の通所、入所施設といった、教育・保育、福祉の分野にも幅広く関わっていることもわかり、療育関連分野全般に渡って役割を果たしていることが示唆されました。

【結語】

今回の結果からは、小児理学療法を実施している施設が増加傾向にあるという、好ましい状況が示唆されました。背景には、福祉施策や医療制度の改定といった社会的制度の変革があることも考えられました。

平成21年度厚生労働白書では、近年の特徴として、障害の重度化、重複化と障害者の高齢化が述べられています。⁹⁾ 2012年（平成24年）4月には児童福祉法、障害者自立支援法が改正され、施設の枠組みの変化、対象年齢の明確化がなされ、地域を基盤とした支援がより重視された内容となり、障害児者への支援方法の構造が変わってきています。⁷⁾

今回の結果では、小児分野の理学療法士が対象とする年齢や疾患、協働する職種の幅が広いこともわかりました。今後予測される患児、者の特徴や制度の変革がある中で、多様化するニーズに応えられるよう、小児分野の理学療法士は、療育支援の一端を担い、活躍していくことが益々期待されます。

【文献】

- 1) 伊藤利之, 三宅健太, 小池純子 (編): こどものリハビリテーション医学 第2版. 医学書院. 2008.
- 2) 田村正徳: 新生児医療と重症心身障害児医療. 日重障誌. 2011: 36. 65-70.
- 3) 井上保編: 理学療法MOOK 15子どもの理学療法-脳性麻痺の早期アプローチから地域理学療法まで. 三輪書店. 2008. 2-10.
- 4) PT-OT-ST.NET: 小児 障害児〈者〉のリハビリの併用は可能 (2012年11月22日閲覧)
http://www.pt-ot-st.net/pt-ot/2007/06/post_103.html
- 5) 小池純子: こどものリハビリテーションの現状と展望. PTジャーナル. 2003: 37. 363-371.
- 6) 愛知県理学療法士会: 療育マップ愛知, 2001
- 7) 児玉和夫: 療育機関に関する新しい制度について. 臨床リハ. 2012: 21 7. 632-638
- 8) 中徹: 脳性麻痺の理学療法-介入が導き出せる評価とは-. 理学療法学. 2012: 39 Suppl.3. 50.

- 9) 厚生労働省ホームページ：平成21年版厚生労働白書 第1部第2章第3節障害者の自立支援（2013年1月12日閲覧）<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/09/dl/01-02-03.pdf>

14. 運動器における理学療法

神 鳥 亮 太・加 納 弘 崇・川 北 俊 雄

【はじめに】

2006年度の診療報酬改定では、疾患や障害の特性に応じた評価体系とする疾患別リハビリテーションの一つとして、運動器リハビリテーション（以下 運動器リハ）が新設され¹⁾、機能訓練室の面積要件の緩和や人員基準、運動療法機能訓練技能講習会を受講した医療従事者が運動器リハ料を算定できるという点が変更されました。

同年には、日本整形外科学会、日本運動器リハビリテーション学会、日本臨床整形外科学会が高齢者で歩行・移動能力の低下のために転倒しやすい、あるいは閉じこもりとなり日常生活での障害を伴う疾患として「運動器不安定症」という新たな障害が定義づけられ、運動器リハの対象疾患に加わりました。

一方、同年の診療報酬改定では疾患ごとに受けるリハビリテーションの標準的算定日数が設定され¹⁾、リハビリテーションを必要としていても受けることができない「リハビリ難民」という社会問題が生じました。

前述の背景を踏まえ、愛知県内における運動器リハの基本的な実態調査に加え、運動器不安定症に対する運動器リハの実施状況や標準的算定日数を超えた際の対応など、昨今の運動器リハ分野を取り巻く諸問題を調査することを目的にアンケートを行いました。

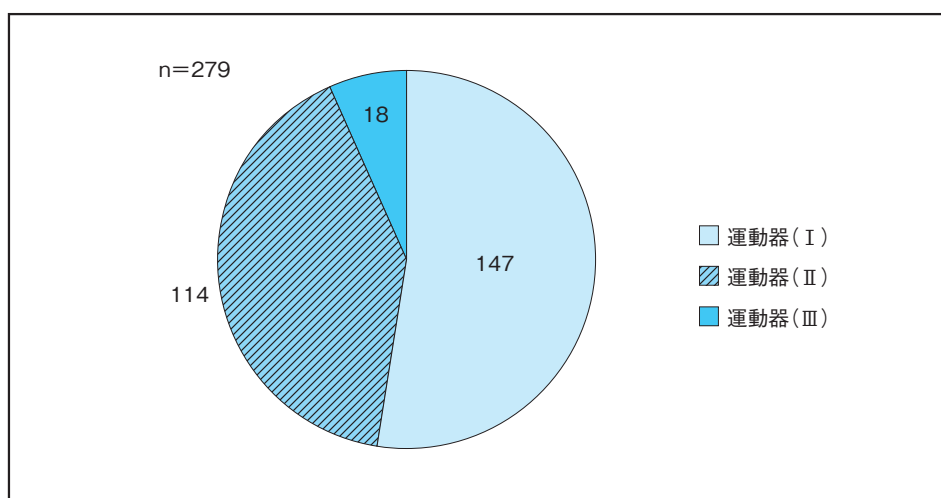
【結果】

アンケートの回答を得た460施設のうち、運動器リハに関わっている施設は379施設（82.8%）でした。施設基準（有効回答279施設）は運動器リハ（Ⅰ）が約5割、（Ⅱ）が約4割でした（図Ⅳ-14-1）。

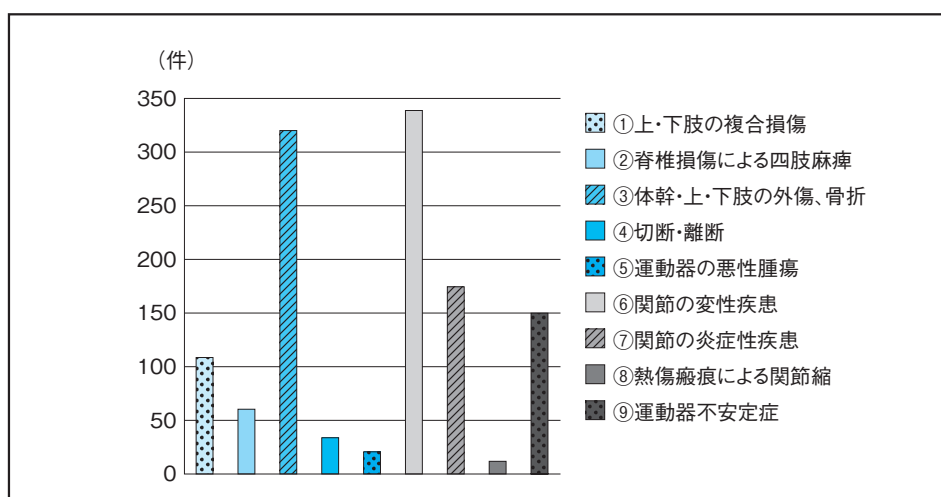
対象疾患は、「関節の変性疾患」が90.4%と最も多く、次いで「体幹・上・下肢の外傷、骨折」が85.6%、「関節の炎症性疾患」が46.8%、「運動器不安定症」が39.9%でした（図Ⅳ-14-2）。

平成24年6月1ヵ月間において、全ての運動器疾患について手術後または受傷後翌日に理学療法を開始した割合は60%以上と19%以下がともに4割を超えていましたが（図Ⅳ-14-3）、60%以上開始している施設の77.3%が運動器（Ⅰ）の施設基準を得ている施設でした（図Ⅳ-14-4）。

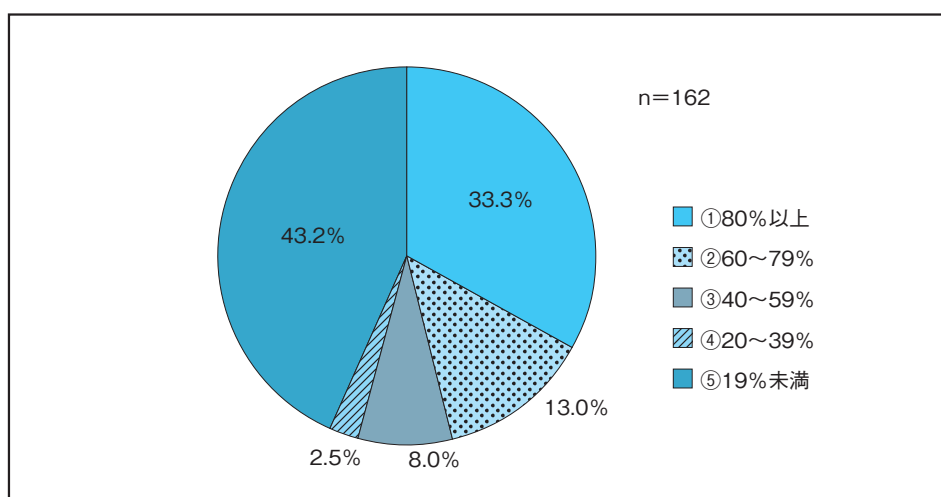
標準的算定日数を超えた後にも理学療法を実施している医療機関は、有効回答数のうち約8割でした（図Ⅳ－14－5）。



図Ⅳ－14－1. 施設基準

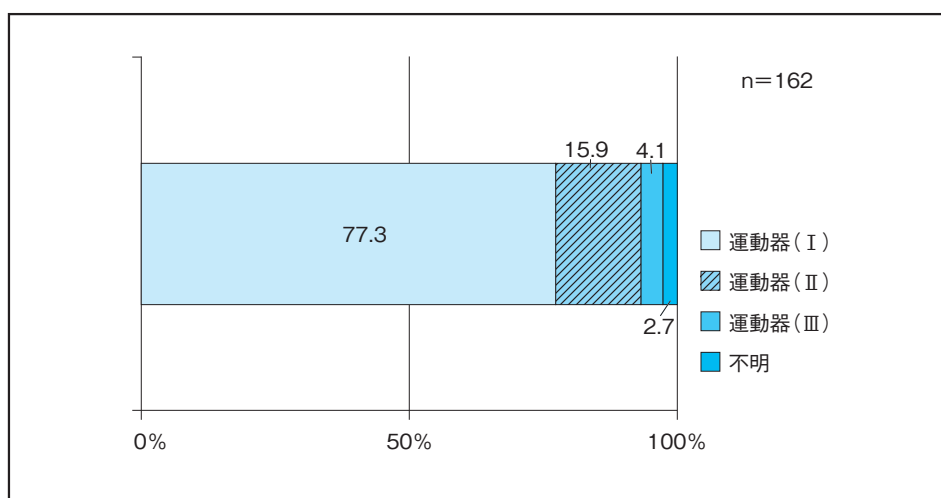


図Ⅳ－14－2. 運動器リハで対応している疾患（複数回答）

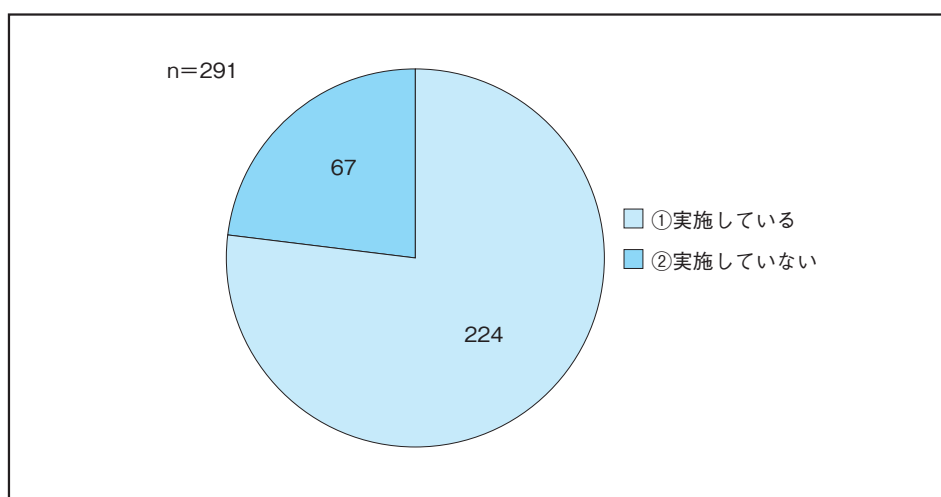


図Ⅳ－14－3. 手術後または受傷後翌日に理学療法を開始した割合

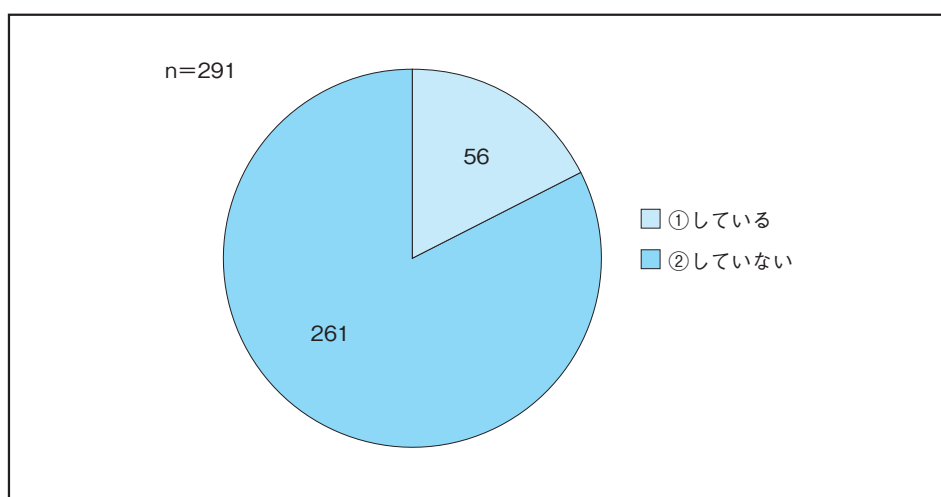
運動療法機能訓練技能講習会を受講した人と理学療法士が同じ職場に勤務して運動器リハに関わっている医療機関・施設は、有効回答数のうち2割を下回っていました（図Ⅳ－14－6）。



図Ⅳ－14－4. 手術後または受傷後翌日に理学療法を開始した割合（施設基準別）



図Ⅳ－14－5. 標準的算定日数を超えた際の対応



図Ⅳ－14－6. 運動療法機能訓練技能講習会受講者との勤務

【考察】

今回の調査結果から、運動器リハに関わっている医療機関・施設は約8割と非常に多いことが分かりました。また、県内の理学療法士が勤務する医療機関・施設の約9割では、運動器（Ⅱ）以上の施設基準を取得し、急性期から運動器リハを行っていることが分かりました。一方、運動器リハ（Ⅲ）の施設基準で急性期から運動器リハを行っている施設は少なかったことから、急性期から積極的に運動器リハを行うには理学療法士の人員確保、スペース要件などを充実させていく必要性が示唆されました。

運動療法機能訓練技能講習会を受講したあんま・マッサージ・指圧師、柔道整復師、看護師等と理学療法士が運動器リハに従事している医療機関・施設は約2割であることが分かりました。

今回の調査では、運動器リハが対象としている疾患において、「運動器不安定症」が約4割と我々の想定より少ない結果となりました。「関節の変性疾患」や「外傷、骨折」など、「運動器不安定症」の原因となる疾患を選択肢として併記したため、回答者が「運動器不安定症」を選択しなかった可能性があり、今後の調査の課題と考えられます。

昨今の診療報酬改定で問題視されていた標準的算定日数を超えた場合の対応については、図Ⅳ-14-5の通り、多くの医療機関・施設が医学的なりハビリテーションの有用性を判断した上で対応しており、「リハビリ難民」問題は、現在解消されていることが示唆されました。

【結語】

愛知県において多くの医療機関または施設が運動器リハに関わっていました。急性期リハビリテーションの充実には、高い施設基準を満たす必要があるという現状を把握することができました。

昨今の診療報酬改定で問題となっていた標準的算定日数を超えた場合の対応は、多くの施設が医学的なりハビリテーションの有用性を判断した上で対応していることが分かりました。

【参考文献】

- 1) 社会保険研究所：医科点数表の解釈平成18年4月版，社会保険研究所，2006.
- 2) 日本整形外科学会：ロコモティブシンドローム診療ガイド2010，2-13. 文光堂，2010
- 3) 『朝日新聞』2006年4月8日朝刊「私の視点－診療報酬改定 リハビリ中止は死の宣告－」

15. 理学療法士の養成校

矢 澤 浩 成・富 永 敬 三・宮 城 淳 弘

【はじめに】

愛知県の理学療法士養成校について、1979年の愛知県理学療法士会発足時は1校であった養成校数は2002年で8校となり、それ以降急増し2012年の現在は18校となりました。その内訳は大学・短期大学8校、専門学校10校であり、大学教育と専門学校教育が共存しています。また、現在の県下の入学定員数は860名となっており¹⁾、愛知県理学療法士会への新入会員は毎年400名程度が見込まれています。新入会員を輩出する県下の養成校の現状を把握することは、愛知県理学療法士会の今後にとって重要であると考えます。そこで養成校の現状を把握することを目的とし、愛知県下の養成校18校を対象にアンケート調査を行いました。調査の内容は、受験者数と定員、教員数と教員の学歴、就職状況、の3項目としました。以下にアンケート結果に若干の考察を加えて報告します。

【結果】

愛知県の理学療法士養成校18校²⁾（表Ⅳ－15－1）に対してアンケート調査を依頼し、回答が得られたのは13校（回答率72.2%）でした。回答の得られた養成校は、大学・短期大学6校、専門学校7校でした。

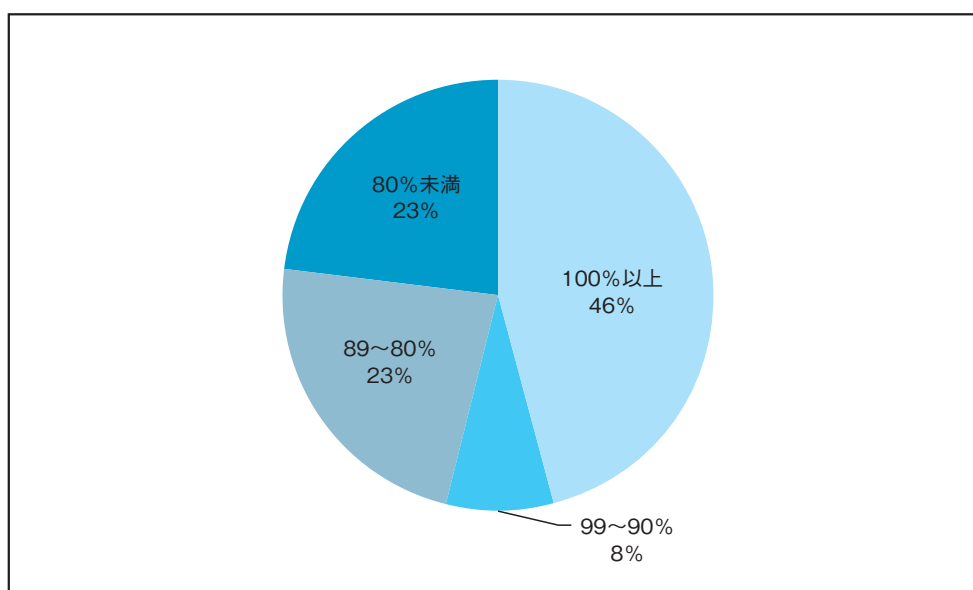
表Ⅳ－15－1. 愛知県の理学療法士養成校一覧

	学校名	昼間	夜間
大学	名古屋大学	20	
	星城大学	40	
	藤田保健衛生大学	45	
	豊橋創造大学	60	
	名古屋学院大学	80	
	日本福祉大学	40	
	中部大学	40	
短期大学	愛知医療学院短期大学	40	
4年生専門学校	理学・作業 名古屋専門学校	40	
	日本医療福祉専門学校	募集停止	
	トライデントスポーツ医療看護専門学校	35	
	名古屋医専	40	40
3年生専門学校	東名古屋病院附属リハビリテーション学院	20	
	国際医学技術専門学校	80	
	中部リハビリテーション専門学校	40	40
	専門学校星城大学リハビリテーション学院	40	40
	あいち福祉医療専門学校	40	
	東海医療科学専門学校	40	

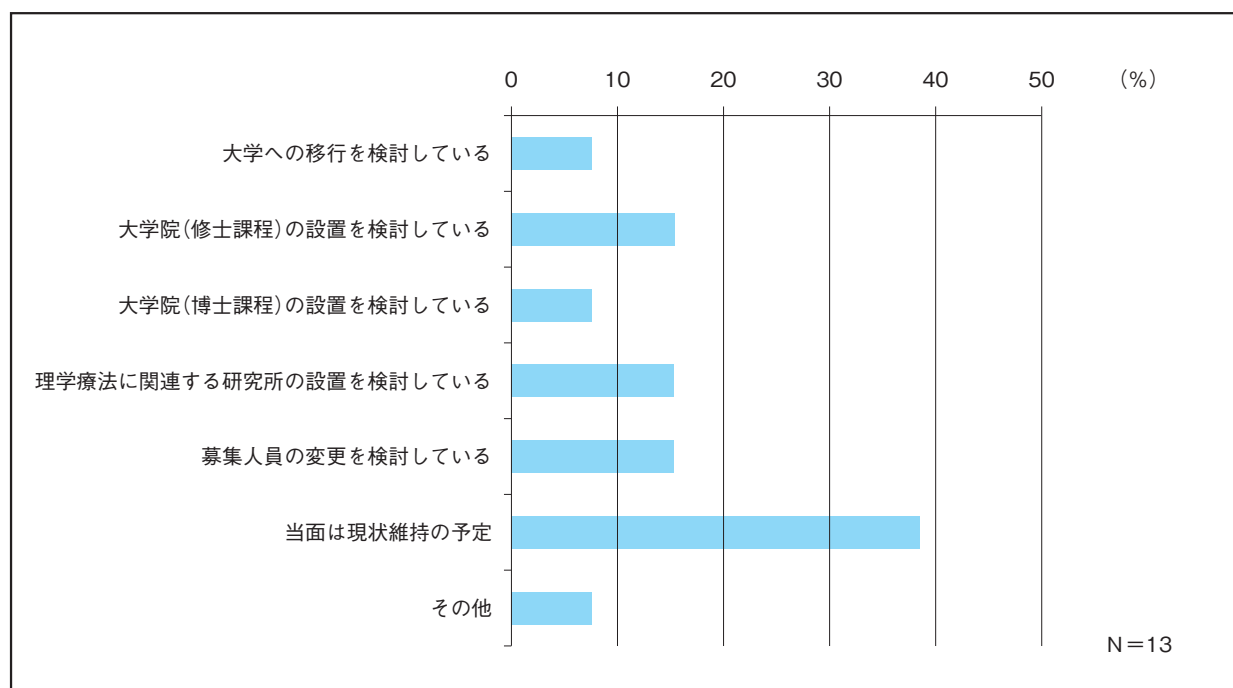
2012年7月20日現在
（日本理学療法士協会ホームページ<http://www.japanpt.or.jp/>より抜粋）

受験者数と定員について、2012年度の入学試験受験者総数は1校平均192.4名（最多の養成校：547名，最少の養成校：35名）でした。また，全学年の合計定員数に対する全校生徒数の割合は100%以上が6校，99～90%が1校，89～80%が3校，80%未満が3校でした（図Ⅳ－15－1）。養成校の展望（選択式，複数可）については，当面は現状維持の予定：5校，大学院の設置を検討している：3校，研究所の設置を検討している：2校，募集人員の変更を検討している：2校，大学への移行を検討している：1校でした（図Ⅳ－15－2）。その他には，大学院の講座化，国際化の推進という回答がありました。

次に教員数について，専任の常勤教員数は1校平均13.0名であり，そのうち理学療法士免

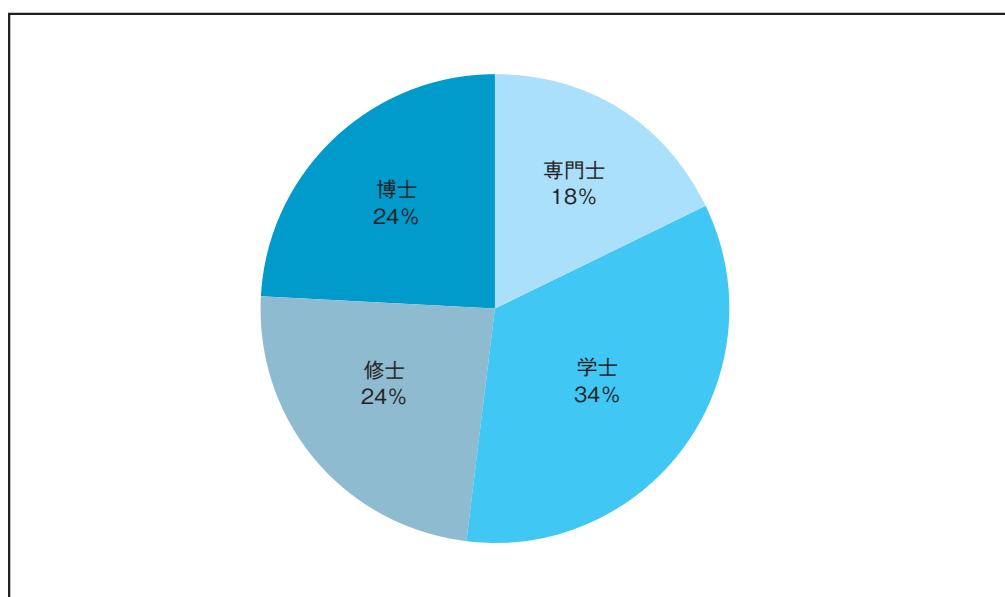


図Ⅳ－15－1．在籍学生の充足率



図Ⅳ－15－2．養成校の展望

許を持つ教員は平均9.8名でした。また理学療法士教員の最終学歴は、専門士：17.9%，学士：33.6%，修士：23.5%，博士：23.8%でした（図Ⅳ－15－3）。



図Ⅳ－15－3. 教員の学歴

就職状況について、2011年度の養成校1校あたりの施設総数の平均数は429.6施設でした。また就職率は100%が11校、90%以上が1校、未回答（新設校のため）が1校でした。

【考察】

まず学生状況について、定員数に対する入学受験者数より受験倍率を算出すると平均4.0倍（最大の養成校：13.7倍，最小の養成校：1.0倍）でした。この結果から理学療法士という職業は社会的に認知されてきており，人気のある職業（2010職業ランキング男女合算7位）³⁾であることが確認できます。一方，受け入れる側の学校の状況は，全学年の合計定員数に対する全校生徒数の割合が100%以上と回答した養成校と，100%未満と回答した，いわゆる定員割れの養成校が存在していました。このことは大学全入時代における教育・学生の質の低下⁴⁾や，急速に変化する社会で学生に求められる社会性⁵⁾などの課題がある中で，理学療法士養成校においても同様の課題を抱えている可能性が示唆されます。

次に養成校の展望について，当面は現状維持と回答した養成校が最も多かった中で，大学院や研究所の設置予定を検討していると回答した養成校が数校ありました。高度化した現在の医療に対して理学療法士にも高い専門性が必要とされてきています。そのような社会からの期待に応えるため，高度な専門性を重視した理学療法士育成を目指す養成校が現れたものと考えられます。

養成校の教員について，現在の理学療法士の教員資格は「免許を受けた後5年以上理学療法に関する業務に従事した者⁶⁾」のみで，教員としての他の資格や制度はありません。しか

し最終学歴についての回答では、約80%以上の理学療法士の教員が学士以上の学位を取得していました。これは大学の養成校が増えたことや、養成校の展望の部分でも述べたような理学療法士の専門性が重視されてきたことなどが理由として考えられます。

最後に就職状況について、求人施設数を1学年の学生数で割り、学生1人当たりの求人施設数を概算すると約10施設となりました。さらに就職率についての回答は、ほぼ全ての養成校で100%という結果でした。これは昨今の就職難の時代にもかかわらず、臨床現場からの理学療法士の需要は高い状況であることを示唆していると考えられます。

【結語】

理学療法士という職業は、これから社会人を目指す学生にとって人気のある職業であり、臨床現場からの需要も高いことが伺えます。そこで養成校における理学療法教育は、社会や医療のニーズに応えるためにも専門性が重要視されてきています。

今後は、学内教育と臨床実習教育の関係性⁷⁾や卒前・卒後教育の連続性⁸⁾など理学療法教育の抱える課題について、各養成校が愛知県理学療法士会や施設と連携して対応していくことが求められていると考えます。

【引用・参考文献】

- 1) 日本理学療法士協会編：理学療法白書2010. 2010.
- 2) 日本理学療法士協会. 理学療法士養成校一覧：http://www.japanpt.or.jp/02_about_pt/training.html：アクセス日時2011.22.22
- 3) 2011ドリームランキング－高校生の希望する職業ランキング－：<http://www.n-dricom.co.jp/images/2011dreamranking.pdf>：アクセス日時2011.12.21
- 4) 吉岡良雄：大学終了時の質保証. 21世紀教育フォーラム. 2011, 6: 59-65.
- 5) 山口和範：今, 求められる学部教育とは. VIEW 21大学版2011特別号：<http://benesse.jp/berd/center/open/dai/view21/2011/12/pdf/01.pdf>：アクセス日時2011.11.27
- 6) 医療法制研究会（監修）：医療政策六法. 中央法規. 2005.
- 7) 大橋ゆかり：臨床実習における教員と指導者の役割と連携. PTジャーナル. 2007, 41 (3): 193-199.
- 8) 常田康司, 他：病院における卒後教育の実践と課題. PTジャーナル. 2007, 41 (9): 727-735.



1. 施設向けアンケート用紙

2012 年度版 愛知県理学療法士会 施設アンケート

アンケート調査期間 平成 24 年 8 月 1 日～平成 24 年 8 月 31 日

目的

今回の調査は、愛知県理学療法士会の会員の現状について、会員のみなならず地域住民並びに関係者の方々にも広く知っていただくため、当会が主催して行うものです。

具体的には当会会員が日常どんな現場で活躍しているのか、地域住民に対してどのような活動をしているのか、県内でどのような理学療法サービスが分布しているのか等、データを交えて示す予定です。私たちの今後の発展にもつなげるため、ご多忙とは存じますが、ぜひご協力の程をお願い申し上げます。

アンケート結果の処理について

回答用紙の回収とデータ処理を株式会社データセレクトに委託しております。

今回の調査結果、報告書は来春冊子にして関係諸団体へ配布します。また、会員並びに地域住民の方々へは当会ホームページで閲覧できるよう広く公開する予定です。

今回の調査で得られた情報は、白書作成のみに使用し、会員個人および所属施設に不利益にならないように配慮します。

アンケート回答について

アンケートはリハビリテーション資源把握の都合上、記名式で行います。

調査は大きく分けて ①共通項目（白）、②時期別（水色）、③疾患別（黄色）の 3 種類です。順次進んでいただき、貴施設に該当する項目の質問にお答え下さい。

なお、回答しづらい項目には答えていただかなくても結構です。

返送方法

ご記入いただいた回答用紙は、綴じたものを外さずに同封の返信用封筒にてご返送下さい。
8 月下旬にご返信のない施設へは連絡させていただきますのでご了解下さい。

平成 24 年 8 月 31 日までに委託先の株式会社データセレクトに到着するようお願い申し上げます。

連絡・照会先

白書委員会 専用アドレス E-mail : apta.white@gmail.com (8 月 31 日まで)

3. 貴施設在職中の理学療法士（以下PTとします）の人数をお答え下さい。非常勤職員は常勤換算で割り出して下さい。（計算方法は下記を参照下さい）

☐ ① 急性期病棟

☐ ② 回復期リハビリテーション病棟

☐ ③ 療養型病棟

☐ ④ 診療所

☐ ⑤ 老人保健施設（入所）

☐ ⑥ 通所リハビリテーション

☐ ⑦ 通所介護

☐ ⑧ 訪問リハビリテーション

☐ ⑨ 介護予防事業

☐ ⑩ 特別養護老人ホーム

☐ ⑪ 健康増進施設

（常勤）人、非常勤人、非常勤人、非常勤人、非常勤人、非常勤人、非常勤人、非常勤人、非常勤人、非常勤人、非常勤人、非常勤人

常勤換算計算方法（厚生労働省 統計法に基づく一般統計調査より引用）

非常勤職員については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数 / 当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数

4. 貴施設在職中のPTの経験年数ごとの人数をお答え下さい。（●年目でお考え下さい）

非常勤職員は常勤換算で割り出して下さい。（計算方法は上記を参照下さい）

年目	1～5	6～10	11～15	16～20	21～25	26～30	31～35	36～40	40～
① 急性期									
② 回復期									
③ 療養型									
④ 診療所									
⑤ 老健入所									
⑥ 通所リハ									
⑦ 通所介護									
⑧ 訪問リハ									
⑨ 介護予防									
⑩ 特養									
⑪ 健康施設									

3

貴施設名

事前に業者がここへ施設名と通し番号を印字予定

日頃の業務お疲れ様です。ご多忙中とは存じますが、ご協力の程よろしくお願いします。

共通項目

貴施設の基本情報についてお尋ねします。該当するものをすべて選んで下さい。

☐ ① 一般急性期病棟

☐ ② 亜急性期病棟

☐ ③ 回復期リハビリテーション病棟

☐ ④ 療養型病棟

☐ ⑤ 診療所

☐ ⑥ 老人保健施設（入所）

☐ ⑦ 通所リハビリテーション

☐ ⑧ 通所介護

☐ ⑨ 訪問リハビリテーション

☐ ⑩ 介護予防事業

☐ ⑪ 特別養護老人ホーム

☐ ⑫ 健康増進施設

☐ ⑬ 上記のいずれにも該当しない

→ ご協力ありがとうございました

2. 貴施設が取得している施設基準について、該当するものがあればすべて選んで下さい。

☐ ① 脳血管疾患リハビリテーション I

☐ ② 脳血管疾患リハビリテーション II

☐ ③ 脳血管疾患リハビリテーション III

☐ ④ 運動器リハビリテーション I

☐ ⑤ 運動器リハビリテーション II

☐ ⑥ 運動器リハビリテーション III

☐ ⑦ 心大血管リハビリテーション I

☐ ⑧ 心大血管リハビリテーション II

☐ ⑨ 呼吸器リハビリテーション I

☐ ⑩ 呼吸器リハビリテーション II

☐ ⑪ 障害児・者リハビリテーション

☐ ⑫ 難病リハビリテーション

☐ ⑬ がんリハビリテーション

2

- 181 -

9. 貴施設におけるチームへの参加状況について、該当するものがあればすべて選んで下さい。

- ① ☐ RST (Respiration Support Team)
- ② ☐ NST (Nutrition Support Team)
- ③ ☐ 心臓リハビリテーションチーム
- ④ ☐ がんリハビリテーションチーム
- ⑤ ☐ 脳卒中ユニット
- ⑥ ☐ メタボリック・シンдрーム対策チーム
- ⑦ ☐ 糖尿病チーム
- ⑧ ☐ 褥創対策チーム
- ⑨ ☐ 感染防止対策チーム
- ⑩ ☐ 緩和ケアチーム
- ⑪ ☐ 医療安全対策チーム
- ⑫ ☐ 退院支援チーム

10. 次のクリティカルパスにおいて、参加しているものがあればすべて選んで下さい。

- ① ☐ 大腿骨頸部骨折パス
② ☐ 脳卒中パス
③ ☐ 急性心筋梗塞パス
④ ☐ 糖尿病パス
⑤ ☐ がんパス

11. リハビリテーションにおける医薬・介護連携の観点から、貴施設が患者・利用者を受け入れる立場として考えた時、最も頻繁にやりとりを行う施設（下記の図における A 施設を指します）の施設区分を選んで下さい。



- ① ☐ 一般急性期病棟
② ☐ 回復期リハビリテーション病棟
③ ☐ 療養型病棟
④ ☐ 診療所
⑤ ☐ 老人保健施設
⑥ ☐ 特別養護老人ホーム
⑦ ☐ その他の施設
⑧ ☐ 自宅
⑨ ☐ 該当なし

5

5. 貴施設のPTの勤務体制について、勤務のある日で該当するものをすべて選んで下さい。
(通常の勤務で考えて下さい。「半日」とは一日の所定勤務時間の概ね半分程度の時間を指します。)

- ① ☐ 365日体制（こちらを選んだ場合は曜日ごとの選択は不要です）

- | | | | | | |
|---|-----|---|-----|---|----|
| ② | 月曜日 | ↑ | 一日、 | □ | 半日 |
| ③ | 火曜日 | ↑ | 一日、 | □ | 半日 |
| ④ | 水曜日 | ↑ | 一日、 | □ | 半日 |
| ⑤ | 木曜日 | ↑ | 一日、 | □ | 半日 |
| ⑥ | 金曜日 | ↑ | 一日、 | □ | 半日 |
| ⑦ | 土曜日 | ↑ | 一日、 | □ | 半日 |
| ⑧ | 日曜日 | ↑ | 一日、 | □ | 半日 |
| ⑨ | 祝日 | ↑ | 一日、 | □ | 半日 |

6. 貴施設PTの資格取得状況について、該当するものがあればすべて選んで下さい。

- ① □ 心臓リハビリテーション指導士 (日本心臓リハビリテーション学会)
- ② □ 糖尿病療養指導士 (日本糖尿病療養指導士認定機構)
- ③ □ 呼吸療法認定士 (3学会合同呼吸療法認定士認定委員会)
- ④ □ 栄養サポートチーム専門療法士 (日本静脈経腸栄養学会)
- ⑤ □ 介護支援専門員 (ケアマネジャー)
- ⑥ □ 福祉住環境コーディネーター (級は問わない)
- ⑦ □ 専門理学療法士 (日本理学療法士協会、分野は問わない)
- ⑧ □ 認定理学療法士 (日本理学療法士協会、分野は問わない)

7. 貴施設における若手PTへのスタップ指導・教育体制について、該当するものをすべて選んで下さい。

- ① 症例について発表し、他のPTや他職種から指導を受ける
- ② ① 1名または複数の指導者が新人の訓練場面を見学指導を行っている
- ③ 院内勉強会を受講している
- ④ 院内勉強会で発表をしている
- ⑤ 研究活動を行っている
- ⑥ 指導・教育体制がない

8. 貴施設におけるPTスタッフ指導・生涯教育の課題について、該当するものをすべて選んで下さい。

- ① ☐ 指導・教育する時間
② ☐ 指導・教育する側の経験年数
③ ☐ 指導者の数
④ ☐ 新人の数
⑤ ☐ 指導・教育の方法
⑥ ☐ 特にない

4

時期別

ここからは急性期・回復期・生活期（療養型）・老健（入所）・通所サービス・訪問・介護予防についてお尋ねします。順次進んで、該当する項目にお答え下さい。

急性期

ここでの「急性期」とは「回復期リハビリテーション病棟でない一般病棟」を指します。

貴施設では急性期リハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい → 下記設問にお答え下さい
☐ いいえ → 回復期リハビリテーションへお進み下さい

13. 平成24年6月1ヶ月間で、入院から理学療法開始までの平均日数を、脳卒中・大腿骨頸部骨折患者についてそれぞれお答え下さい。

I. 脳卒中

- ① ☐ 0日
② ☐ 1日
③ ☐ 2日
④ ☐ 3日
⑤ ☐ 4日
⑥ ☐ 5日～10日
⑦ ☐ 11日以上

II. 大腿骨頸部骨折

- ① ☐ 0日
② ☐ 1日
③ ☐ 2日
④ ☐ 3日
⑤ ☐ 4日
⑥ ☐ 5日～10日
⑦ ☐ 11日以上

14. 平成24年6月1ヵ月間における、患者1人あたりの1日平均実施単位数をお答え下さい。
(疾患は問いません、小数点以下第一位までで四捨五入して下さい) () 単位

12. リハビリテーションにおける医療・介護連携の観点から、貴施設が患者・利用者を送り出す立場として考えた時、最も頻繁にやりとりを行う施設（質問11.の図におけるB施設を指します）の施設区分を選んで下さい。

- ① ☐ 一般急性期病棟
② ☐ 回復期リハビリテーション病棟
③ ☐ 療養型病棟
④ ☐ 診療所
⑤ ☐ 老人保健施設
⑥ ☐ 特別養護老人ホーム
⑦ ☐ その他の施設
⑧ ☐ 自宅
⑨ ☐ 該当なし

療養型

ここでの「療養型」とは「回復期リハビリテーション病棟ではない療養病棟」を指します。

貴施設では療養型のリハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にお答え下さい
☐ いいえ →老健（入所）へお進み下さい

18. 平成 24 年 6 月 1 ヶ月間において、貴施設の療養型病床における理学療法実施患者のうち、寝たきり患者（日常生活自立度 C1～C2）が占める割合はどれくらいですか。

- ☐ ① 19%以下
☐ ② 20～39%
☐ ③ 40～59%
☐ ④ 60～79%
☐ ⑤ 80%以上

19. 病棟との連携において、実際にに行っていることは何ですか。

- ☐ ① 離床の促し
☐ ② 排痰目的に体位ドレナージ
☐ ③ 病棟とのリハビリテーションカンカンフアレンス
☐ ④ ポジショニングの説明
☐ ⑤ 看護師、介護スタッフに対する動作の説明

20. 設問 19. に関連して、どの動作における介助負担の軽減を重視していますか。上位 3 つ選んで下さい。

- ☐ ① 食事
☐ ② 整容
☐ ③ 清拭
☐ ④ 更衣
☐ ⑤ トイレ動作
☐ ⑥ 排泄コントロール
☐ ⑦ 移乗
☐ ⑧ 移動
☐ ⑨ コミュニケーション
☐ ⑩ 社会認識（記憶、社会的認知、社会的交流）

9

回復期

貴施設では回復期リハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にお答え下さい
☐ いいえ →療養型へお進み下さい

15. 貴院で主にやっているものはどれですか。上位 5 つを選択して下さい。

- ☐ ① リスク管理
☐ ② 関節可動域へのアプローチ
☐ ③ 筋力増強へのアプローチ
☐ ④ 基本的動作へのアプローチ
☐ ⑤ 筋持久力へのアプローチ
☐ ⑥ 協調性運動
☐ ⑦ 全身調整運動
☐ ⑧ 伸長運動
☐ ⑨ 物理療法
☐ ⑩ 歩行（訓練室）へのアプローチ
☐ ⑪ 歩行（病棟）へのアプローチ
☐ ⑫ 歩行（屋外）へのアプローチ
☐ ⑬ 階段へのアプローチ
☐ ⑭ 車いす駆動へのアプローチ
☐ ⑮ 地下鉄・バス乗車へのアプローチ
☐ ⑯ 看護師・介護者への動作説明
☐ ⑰ 家族への説明
☐ ⑱ 自宅訪問での説明

16. 他院との情報のやりとりは主にどのような手段で行っていますか。

- ☐ ① 情報提供書
☐ ② 地域連携クリティカルパス
☐ ③ 電話
☐ ④ FAX
☐ ⑤ メール

17. 退院時の担当者会議（これに相当する会議を含む）に参加していますか。

- ☐ ① 参加している
☐ ② 参加していない
☐ ③ 場合によって参加している

8

通所系

貴施設では通所系サービス（通所リハビリテーション・通所介護）に関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にお答え下さい
☐ いいえ →訪問へお進み下さい

25. 貴施設の事業形態は通所リハビリテーションですか、通所介護ですか。

- ☐ ① 通所リハビリテーション
☐ ② 通所介護
☐ ③ 両方

26. リハビリテーション内容についてお答え下さい。

- ☐ ① グループでの対応のみ
☐ ② 個別での対応のみ
☐ ③ グループ＋個別での対応

ここから一つ選択して下さい

- ☐ ④ どちらかといえば運動中心である。
☐ ⑤ どちらかといえばADLへのアプローチ中心である。
☐ ⑥ 運動とADLへのアプローチが半々である。

ここから一つ選択して下さい

27. PT が関わる業務についてお答え下さい。（複数回答可）

- ☐ ① リハビリテーションサービス提供
☐ ② 各種会議への参加
☐ ③ 各種行事への参加
☐ ④ 勉強会開催
☐ ⑤ 管理・運営業務
☐ ⑥ 他事業所との兼務

28. PT による在宅訪問を行っていますか。

- ☐ ① はい
☐ ② いいえ

29. サービス担当者会議に参加していますか。

- ☐ ④ 参加している
☐ ⑤ 参加していない
☐ ⑥ 場合によって参加している

21. 医療従事者 限定

平成 24 年 6 月 1 ヶ月間で、算定期間を超え月 13 単位にてリハビリテーションをおこなっている患者の割合はどれくらいですか。

- ☐ ① 10%未満
☐ ② 10～29%
☐ ③ 30～69%
☐ ④ 70～89%
☐ ⑤ 90%以上

老健（入所）

貴施設では老健（入所）に関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にお答え下さい
☐ いいえ →通所系へお進み下さい

22. リハビリテーション内容についてお答え下さい。

- ☐ ① どちらかといえば運動中心である。
☐ ② どちらかといえばADLへのアプローチ中心である。
☐ ③ 運動とADLへのアプローチが半々である。

23. PT が関わる業務についてお答え下さい。（複数回答可）

- ☐ ① リハビリテーションサービス提供
☐ ② 各種会議への参加
☐ ③ 各種行事への参加
☐ ④ 勉強会開催
☐ ⑤ 管理・運営業務
☐ ⑥ 他事業所との兼務

24. 平成 24 年 4 月以降、入所者に対する在宅訪問を行っていますか。（この間に一回でも行っていれば行ったと考えして下さい。）

- ☐ ① 入所前訪問を行っている。
☐ ② 入所後訪問を行っている。
☐ ③ 退所前訪問を行っている。
☐ ④ 退所後訪問を行っている。
☐ ⑤ 在宅訪問は行っていない。

34. 平成 24 年 6 月 1 ヶ月間の利用者の疾患区分をお答え下さい。なお、該当者がいない場合は「0 人」として下さい。
- | | |
|--------------|-------------|
| ① 脳血管疾患 | () 人 |
| ② 骨関節疾患 | () 人 |
| ③ 神経・筋疾患 | () 人 |
| ④ 肺・呼吸器疾患 | () 人 |
| ⑤ 脊髄損傷 | () 人 |
| ⑥ 内分泌・代謝疾患 | () 人 |
| ⑦ 廃用症候群 | () 人 |
| ⑧ 小児期の発達上の障害 | () 人 |
| ⑨ その他疾患 | () 人 |

介護予防

貴施設では介護予防事業に関わっていますか？

☐ はい →下記設問にお答え下さい

☐ いいえ →黄色の「疾患別」へお進み下さい

35. 介護予防事業の申請方式はどれですか。
- ① ☐ 行政への申請
- ② ☐ 行政からの委託
36. 介護予防の利用者について、その募集方法をお答え下さい。(複数回答可)
- ① ☐ 健診結果
- ② ☐ 広報
- ③ ☐ 保健師からの勧め
- ④ ☐ 介護保険関係者からの勧め
37. 募集方法における問題点をお答え下さい。(複数回答可)
- ① ☐ 利用者間での意欲の違い
- ② ☐ 継続利用
- ③ ☐ 利用者間での機能レベルの違い

訪問

貴施設では訪問リハビリテーションに関わっていますか？

☐ はい →下記設問にお答え下さい

☐ いいえ →介護予防へお進み下さい

30. 貴施設の提供区分はどれですか。該当するものをすべて選んで下さい。
- ① ☐ 病院
- ② ☐ 診療所
- ③ ☐ 老人保健施設
- ④ ☐ 訪問看護ステーション
31. 平成 24 年 6 月 1 ヶ月間における利用者の要介護区分、保険区分をお答え下さい。
なお、該当者がいない場合は「0 人」として下さい。
- | | |
|---------|-------------|
| ① 要支援 1 | () 人 |
| ② 要支援 2 | () 人 |
| ③ 要介護 1 | () 人 |
| ④ 要介護 2 | () 人 |
| ⑤ 要介護 3 | () 人 |
| ⑥ 要介護 4 | () 人 |
| ⑦ 要介護 5 | () 人 |
| ⑧ 医療保険 | () 人 |
32. 平成 24 年 6 月 1 ヶ月間の訪問件数 (延べ件数) をお答え下さい。 (件)
33. 平成 24 年 6 月 1 ヶ月間の訪問リハビリテーションの利用人数 (実人数) をお答え下さい。
- | |
|--------------------------------------|
| ① ☐ 10 人未満 |
| ② ☐ 10～49 人 |
| ③ ☐ 50～99 人 |
| ④ ☐ 100～149 人 |
| ⑤ ☐ 150 人以上 |

疾患別

ここからは疾患別の質問です。脳卒中・循環器疾患・糖尿病・がん・認知症・小児疾患・運動器疾患についてお尋ねします。順次進んで、該当する項目にお答え下さい。

脳卒中

貴施設では脳卒中のリハビリテーションに関わっていますか？

☐ はい → (医療機関の場合) 設問 39, 40. にお答え下さい
→ (介護保険サービスの場合) 設問 41. にお答え下さい

☐ いいえ → 介護保険へお進み下さい

39. 平成 24 年 6 月 1 ヶ月間における脳卒中患者の理学療法依頼件数をお答え下さい。

一般急性期病棟	() 件
回復期リハビリテーション病棟	() 件
療養型病棟	() 件
診療所	() 件

40. 平成 24 年 6 月 1 ヶ月間の脳卒中患者 1 人 1 日あたりの理学療法実施単位数をお答え下さい。
(小数点以下第一位まで四捨五入して下さい)

一般急性期病棟	() 単位
回復期リハビリテーション病棟	() 単位
療養型病棟	() 単位
診療所	() 単位

41. 平成 24 年 6 月 1 ヶ月間において、主たる疾患が脳卒中である利用者 1 人 1 週あたりのリハビリテーションサービス提供回数をお答え下さい。(小数点以下第一位まで四捨五入して下さい)
ただし、ここでいう「リハビリテーションサービス」とは、理学療法士が提供した分、もしくは理学療法士が主になって提供した分とお考え下さい。

老人保健施設 (入所)	() 回/週
通所リハビリテーション	() 回/週
通所介護	() 回/週
訪問リハビリテーション	() 回/週

38. 実施プログラムは何ですか。(複数回答可)

- ☐ ① 運動機能の向上
- ☐ ② 栄養改善
- ☐ ③ 口腔機能の向上
- ☐ ④ 閉じこもり予防・支援
- ☐ ⑤ 認知症予防・支援
- ☐ ⑥ うつ予防・支援



時期別の質問はこれで終了です。回答お疲れ様でした。
質問が多くて大変ですが、もう少しお付き合い下さい。

糖尿病

ここでいう「糖尿病」とは、「合併症ではなく、糖尿病管理（血糖コントロール）を目的とした糖尿病患者に対する運動療法をおこなっている施設」を指します。貴施設では糖尿病のリハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にすべてお答え下さい
☐ いいえ →質問 47へお進み下さい

45. 個別運動療法に関わっていますか。

- ☐ はい
☐ いいえ

46. 集団療法（糖尿病教室での講義等含む）で関わっていますか。

- ☐ はい
☐ いいえ

47. 糖尿病に関わっていくために必要な要素は何ですか。（複数回答可）

- ☐ 対象患者をふやす
☐ スタッフを育成する
☐ 他部門との連携
☐ 病院の理解
☐ 診療報酬

がん

貴施設ではがんのリハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にすべてお答え下さい
☐ いいえ →50へお進み下さい

48. がん患者にかかわる病期ごとに、貴施設で行っているがん患者へのリハビリテーションアプローチとして、該当するものすべての番号へ○をつけてください。

I. 周術期

- ☐ ① 関節可動域へのアプローチ ☐ ② 筋力強化へのアプローチ ☐ ③ 体力強化
☐ ④ 呼吸リハビリテーション ☐ ⑤ ADL へのアプローチと説明 ☐ ⑥ リンパ浮腫対策
☐ ⑦ マッサージ ☐ ⑧ ポジショニング ☐ ⑨ 物理療法 ☐ ⑩ 自助具や補装具
☐ ⑪ 音楽療法 ☐ ⑫ 傾聴 ☐ ⑬ アロマセラピー

II. ADL 向上期

- ☐ ① 関節可動域へのアプローチ ☐ ② 筋力強化へのアプローチ ☐ ③ 体力強化
☐ ④ 呼吸リハビリテーション ☐ ⑤ ADL へのアプローチと説明 ☐ ⑥ リンパ浮腫対策
☐ ⑦ マッサージ ☐ ⑧ ポジショニング ☐ ⑨ 物理療法 ☐ ⑩ 自助具や補装具
☐ ⑪ 音楽療法 ☐ ⑫ 傾聴 ☐ ⑬ アロマセラピー

循環器

ここでいう「循環器」は「心大血管リハビリテーションの施設基準を取得している施設」を指します。貴施設では循環器疾患のリハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい → 設問 42,43 にお答えください
☐ いいえ → (病院やクリニックなど四大疾患別リハビリの診療報酬体系をとっている場合)
設問 44 にお答えください
☐ (若健や訪問リハなど四大疾患別リハビリの診療報酬体系をとっていない場合)
糖尿病へお進み下さい

42. 対象患者への対応時期はいつですか。

- ☐ ① 入院のみ
☐ ② 外来のみ
☐ ③ 入院・外来両方

43. 心大血管疾患のリハビリテーションの実施目的は何ですか。あてはまるものを全て選択して下さい。

- ☐ ① 術後
☐ ② 病後の Reconditioning
☐ ③ ADL 改善
☐ ④ 在宅復帰
☐ ⑤ 社会復帰
☐ ⑥ 再発予防
☐ ⑦ QOL 改善

44. 心大血管リハの施設基準を取得するために必要な要素は何ですか。(1～3位の順位づけをして下さい)

- ☐ ① 取得する予定がない
(→この項目を選択された方は、②～⑧の項目を重複選択せずに糖尿病へお進み下さい)
☐ ② 対象患者がいる、もしくは増やす
☐ ③ スタッフ数を増やす
☐ ④ スタッフを育成する
☐ ⑤ 機器・設備を整える
☐ ⑥ チームアプローチが可能な環境である
☐ ⑦ リスク管理ができる
☐ ⑧ 採算面で安定する

認知症

貴施設では認知症のリハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にお答え下さい
☐ いいえ →小児疾患へお進み下さい

51. 平成 24 年 8 月 1 日時点における理学療法対象者の内、認知症を合併している患者・利用者（認知症状態を有していると思われる方はすべてを含めます）の割合はどれくらいですか。

- ☐ 約 80%以上
☐ 約 60～79%
☐ 約 40～59%
☐ 約 20～39%
☐ 約 20%未満

52. 認知症患者（利用者）への理学療法士による介入の必要性はありますか。

- ☐ 非常に必要だと思う
☐ 必要だと思う
☐ どちらともいえない
☐ あまり必要だと思わない
☐ 全く必要だと思わない

53. 貴施設の PT が認知症に関する講習会や研修会に参加したことはありますか。

- ☐ ほぼ全員が参加
☐ 約半数が参加
☐ わずかに参加
☐ 全く参加していない

54. 認知症予防対策に PT が取り組む上でどのようなことが重要だと考えますか。3 つ選択してください。

- ☐ 講演会など市民に対する啓発
☐ 認知症の介護・コミュニケーション方法等、家族向け研修会の開催
☐ 認知症グループホームや特別養護老人ホームなどの理学療法士の配置
☐ 認知症予防事業への参画
☐ 認知症および認知症予防の専門（認定）理学療法士制度の制定
☐ 介護従事者に対する研修
☐ 認知症の方や家族に対する相談支援体制の充実

小児

ここでの「小児」とは「小児期における発達上の障害がある児、者に対応している施設」を指します。専門の部署を設置しているところだけでなく、一般診療の一部で実施している施設も調査対象とします。貴施設では小児疾患のリハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にお答え下さい
☐ いいえ →運動器疾患へお進み下さい

III. ADL 維持期

- ☐ 関節可動域へのアプローチ ☐ 筋力強化へのアプローチ ☐ 体力強化
☐ 呼吸リハビリテーション ☐ ADL へのアプローチと説明 ☐ リンパ浮腫対策
☐ マッサージ ☐ ポジショニング ☐ 物理療法 ☐ 自具や補装具
☐ 音楽療法 ☐ 傾聴 ☐ アロマセラピー

IV. 終末期

- ☐ 関節可動域へのアプローチ ☐ 筋力強化へのアプローチ ☐ 体力強化
☐ 呼吸リハビリテーション ☐ ADL へのアプローチと説明 ☐ リンパ浮腫対策
☐ マッサージ ☐ ポジショニング ☐ 物理療法 ☐ 自具や補装具
☐ 音楽療法 ☐ 傾聴 ☐ アロマセラピー

49. がん患者のリハビリテーションを実施するにあたり、現状で足りない、もしくは今後さらに必要であると感じている事はありませんか。

- ☐ 骨転移や骨腫抑制などリスク管理をする上での知識
☐ 化学療法、放射線、手術など治療法や副作用に対する知識
☐ 痛み止めや様々な副作用に対する薬剤の知識
☐ がんそのものに対する知識
☐ 痛みのメカニズムの理解
☐ 浮腫のメカニズムの理解
☐ リハビリテーションスタッフの人数
☐ リハビリテーション提供時間
☐ 患者のモチベーションを向上させるための知識・技術
☐ リハビリテーションアプローチの方法について記載がある文献や参考資料
☐ リハビリテーションプログラムの作成、ゴール設定の能力
☐ 現状十分なリハビリテーションが行われており、足りないと感じることはない

50. 今後がんのリハビリを実施していくために必要なことは何だと思えますか。

- ☐ 対象者がいること
☐ 病態に対する知識を得ること
☐ ゴール設定やアプローチ方法などを知る機会（研修会、学会など）があること
☐ スタッフが充足すること
☐ リスク管理が出来ること
☐ チームアプローチが可能な環境
☐ 採算面で安定すること
☐ 分からない
☐ 実施する予定が無い

運動器

貴施設では運動器疾患のリハビリテーションに関わっていますか？

- ☐ はい →下記設問にお答え下さい
☐ いいえ →これで終わりです

60. 貴施設で対応している疾患を上位3つ選んで下さい。

- ☐ ① 上・下肢の複合損傷(骨・筋・腱・靱帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷)
☐ ② 脊椎損傷による四肢麻痺(1肢以上)
☐ ③ 体幹・上・下肢の外傷、骨折
☐ ④ 切断・離断
☐ ⑤ 運動器の悪性腫瘍
☐ ⑥ 関節の変性疾患
☐ ⑦ 関節の炎症性疾患
☐ ⑧ 熱傷瘢痕による関節拘縮
☐ ⑨ 運動器不安定症

61. 急性期に関わる医療機関 限定 平成24年6月1ヵ月間における、全ての運動器疾患にて手術後または受傷後翌日に理学療法を開始した割合をお答え下さい。

- ☐ ① 80%以上
☐ ② 60～79%
☐ ③ 40～59%
☐ ④ 20～39%
☐ ⑤ 19%未満

62. 標準算定日数を超えた後にも理学療法を実施していますか。

- ☐ ① 実施している
☐ ② 実施していない

63. 運動療法機能訓練技能講習会を受講した人と同じ職場に勤務していますか。

- ☐ ① している
☐ ② していない

これですべて終了です。長いことお付き合いいただき、ありがとうございました。
添付の封筒で郵送下さいますよう、お願いいたします。

白書委員会

55. 貴施設の診療形態はどれですか。該当するものをすべて選択して下さい。

- ☐ ① 入院・入所
☐ ② 外来
☐ ③ 訪問

56. 貴施設のPT対象児・者の年齢はどれですか。該当するものをすべて選択して下さい。

- ☐ ① 新生児期
☐ ② 3歳未満
☐ ③ 3～6歳
☐ ④ 7～12歳
☐ ⑤ 13～18歳
☐ ⑥ 19歳～

57. PT対象児・者の疾患は何ですか。該当するものをすべて選択して下さい。

- ☐ ① 脳性麻痺
☐ ② 脳血管障害後遺症
☐ ③ 脊髄疾患
☐ ④ 精神遅滞
☐ ⑤ 染色体異常
☐ ⑥ てんかん
☐ ⑦ 筋ジストロフィー等神経筋疾患
☐ ⑧ 整形外科疾患
☐ ⑨ 心疾患
☐ ⑩ 呼吸器疾患

58. 行っているアプローチ内容について、該当するものをすべて選択して下さい。

- ☐ ① 運動療法（発達促進、OPE後、拘縮予防など）
☐ ② 摂食嚥下へのアプローチ
☐ ③ 呼吸へのアプローチ
☐ ④ 車椅子・補装具関係
☐ ⑤ 通園等療育への参加
☐ ⑥ 母親支援相談

59. 貴施設にて患児・者の療育に関わっている他職種について、該当するものをすべて選択して下さい。

- ☐ ① 作業療法士
☐ ② 言語聴覚士
☐ ③ 臨床心理士
☐ ④ 医師
☐ ⑤ 看護師
☐ ⑥ 保健師
☐ ⑦ ケースワーカー
☐ ⑧ ケアマネージャー
☐ ⑨ 保育士
☐ ⑩ 介護士
☐ ⑪ 栄養士
☐ ⑫ ヘルパー

2. 養成校向けアンケート用紙

2012 年度版 愛知県理学療法士会 養成校アンケート

アンケート調査期間 平成 24 年 8 月 1 日～平成 24 年 8 月 31 日

目的

理学療法士養成校は全国で 247 校（そのうち大学は 86 校）設置されています。愛知県については 18 校が設置されており、内訳は専門学校 10 校、大学 8 校（平成 23 年 7 月現在）で、全国と同様に専門学校教育と大学教育が共存している状況です。また、養成校数は特に 2002 年以降から急増し、県下の入学定員数は 840 名となっています。

県下の卒業生の増加に伴い、愛知県理学療法士会の会員数も年々増え毎年 400 名の新入会員が見込まれています。新入会員を輩出する県下の養成校の現状を把握することは、経験年数が浅い理学療法士の占める割合が高い愛知県理学療法士会の今後のために重要であると考えます。そこで愛知県下の養成校 18 校（そのうち居間部・夜間部併設校 3 校）を対象として、養成校の現状を把握するためアンケート調査を行うことにしました。

アンケート結果の処理について

今回の調査結果、報告書は来春冊子にして関係諸団体へ配布します。また、会員並びに一般の方々へは当会ホームページで閲覧できるよう広く公開する予定です。

なおアンケート調査は無記名で行い、養成校の特定や個別事例についての公表は行いません。

アンケート回答について

アンケートは無記名で行います。

回答しづらい項目には答えていただかなくても結構です。

返送方法

ご記入いただいた回答用紙は、同封の返信用封筒にてご返送下さい。

平成 24 年 8 月 31 日までに愛知県理学療法士会事務局に到着するようにお願い申し上げます。

連絡・照会先

白書委員会 専用アドレス E-mail: apta.white@gmail.com (8 月 31 日まで)

アンケートの主旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

8. 7.でお聞きした理学療法士の免許を取得している常勤教員の最終学歴について、該当する箇所に教員の人数を記入してください。

- 1) 専門学校 (3年過程) () 名
- 2) 専門学校 (4年過程) () 名
- 3) 大学 () 名
- 4) 大学院 (修士課程) () 名
- 5) 大学院 (博士課程) () 名
- 6) その他 () 名

<就職状況について>

9. 平成23年度の求人施設の総数をお答えください。
(ここでの求人施設とは、公文書として求人票が養成校に送付された場合とし、同一施設から複数回の求人があった場合の施設数は1件とします。)

- () 施設

10. 平成24年3月に卒業した学生の就職率についてお答えください。
(ただし国家試験不合格者や受験しなかった学生は除いて下さい。)

- 1) 100%
- 2) 90～99%
- 3) 80～89%
- 4) 80%未満

<今後の展望について>

11. 貴校の今後の展望についてお答えください。(複数回答可)

- 1) 大学への移行を検討している
- 2) 大学院 (修士課程) の設置を検討している
- 3) 大学院 (博士課程) の設置を検討している
- 4) 理学療法に関連する研究所の設置を検討している
- 5) 募集人員の変更を検討している
- 6) 当面は現状維持の予定
- 7) その他 (ございましたら下記へ記入して下さい)

ご協力ありがとうございました。

白書委員会

以下の設問についてお答えください。なお特に年度等の指定が無い場合は平成24年4月時点の内容をお答えください。

<学校・学生状況について>

1. 学校の形態について、該当するものを全て選んでください。

- 1) 専門学校昼間部 (3年課程)
- 2) 専門学校昼間部 (4年課程)
- 3) 専門学校夜間部 (3年課程)
- 4) 専門学校夜間部 (4年課程)
- 5) 大学・短期大学
- 6) その他

*設問2～4は平成24年度入学生についてお答えください。

2. 入学試験受験者総数は何名でしたか? 延べ人数でお答えください。
() 名

3. 定員総数は何名ですか?
() 名

4. 入学者総数は何名ですか?
() 名

5. 平成24年4月時点において、全学年の合計定員数に対する全校生徒数割合をお答えください。

- 1) 100%以上
- 2) 90～99%
- 3) 80～89%
- 4) 80%未満

<教員について>

6. 養成校 (理学療法学科) に所属する専任の常勤教員は何名ですか? (医師や一般教養など理学療法士以外の医療職の教員も含む)
() 名

7. 6.でお聞きした全教員のうち理学療法士の免許を持った教員は何名ですか?
() 名

3. 今回協力のあった施設の施設基準

(平成24年8月現在)

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準						
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病	が ん
名古屋医療圏	熱田区	熱田リハビリテーション病院	I	I					
		介護老人保健施設かなやま							
		水谷病院	Ⅲ	I・Ⅱ					
		三菱名古屋病院	Ⅲ	I・Ⅱ					
		みなと医療生協協立総合病院	I	I・Ⅱ					
	北 区	城見整形外科クリニック		Ⅱ・Ⅲ					
		総合上飯田第一病院	I	I		I			
		老人保健施設サン・くすのき							
		愛生訪問看護ステーション							
		しんば整形外科		Ⅱ					
		きはまりリハビリテーションセンター							
		介護老人保健施設生協わかばの里							
		橋本整形外科クリニック		Ⅱ					
		北病院		Ⅲ		Ⅱ			
		ひろせ整形外科		Ⅱ					
		名春中央病院	Ⅱ	I	Ⅱ	Ⅱ			
		みずのリハビリクリニック	Ⅱ	Ⅱ					
		上飯田リハビリテーション病院	I	I					
		大隈病院	I	I		I			
	昭和区	名古屋スポーツクリニック		Ⅱ					
		きまたクリニック	Ⅲ	Ⅲ					
		名古屋第二赤十字病院	I	I	I	I			○
		メドック健康クリニック	Ⅲ						
		白水クリニック	Ⅲ	Ⅱ					
		いわた整形・外科・内科クリニック		Ⅱ					
		特別養護老人ホーム南山の郷							
		かなな病院	Ⅱ	I		I			
		阿由知通山路整形外科		Ⅱ・Ⅲ					
		前田整形外科クリニック		Ⅱ					
		名古屋大学大学院医学系研究科							
	千種区	和田内科病院	Ⅱ	I・Ⅱ		I			
		はちやりリハビリテーションクリニック		Ⅱ					
		(株) グローバル総合研究所							
		名古屋市立東部医療センター	I	I		I			
		老人保健施設メディカルホーム大久手							
		はちや整形外科病院		I・Ⅱ					
		ナースコール在宅センター訪問サービス							
		東海病院	Ⅱ	Ⅱ					
		春岡小学校特別支援学級							
		整形外科 京命クリニック		Ⅱ					
		ちくさ病院	I	I					
		吉田病院	Ⅱ	I					
		加藤病院	I	I・Ⅱ					
	天白区	介護老人保健施設リハビリス井の森							
		(株) スマイルケアサービス							
		並木病院	I	I・Ⅱ					
		八事病院	Ⅲ	I		I			
		新生会あしたの丘							
		おにたけ整形外科		Ⅱ					
		東樹会病院							

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準						
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病	が ん
名古屋医療圏	天白区	デイサービスきらり							
		はせがわ整形外科・形成外科		I					
		名古屋記念病院	II	I・II		I			
		田森整形外科		I					
	中川区	共愛病院	III	II・III	II	II			
		名古屋共立病院	I	I		I			
		はやせ希望クリニック							
		名古屋ライトハウス戸田川グリーンヴィレッジ							
		介護老人保健施設千音寺							
		藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院	I	I	I	I			
		中川診療所							
		名古屋市西部地域療育センター	II	II			○		
		訪問看護ステーションきょうりつ							
		庄内病院付属明聖リハセンター	III	II					
		ピース訪問看護ステーション							
		富田病院	II	I					
		デイサービスももふね							
		こもと整形外科	II	II	II	II			
		名古屋掖済会病院	I	I	I	I			
		老人保健施設みず里							
		介護老人保健施設ラベンダー							
		カープス尾頭橋							
		うめだ整形外科		II					
		こいで整形外科		II					
		名古屋市役所障害福祉部							
	中 区	N T T 西日本東海病院	II	I					
		名古屋市児童福祉センター					○		
		名城病院	III	I	I				
		たかい整形外科		III					
		中日病院							
		(株) ジェネラス							
		銭田治療院							
		国立病院機構名古屋医療センター	I	I・III		I			
		勝又病院	II	I					
	中村区	老人保健施設第1若宮							
		名古屋第一赤十字病院		II					
		介護老人保健施設白杜苑							
		介護老人保健施設第II四季の里							
		西部リハビリテーション事業所	III	II					
		大門訪問看護ステーション							
		鵜飼リハビリテーション病院	I	I					
		鵜飼病院	I	I・II					
		増子記念病院	II	I		I			
	西 区	増子クリニック昂		II					
		米田病院		II・III					
		介護老人保健施設第二ハートフルライフ西城							
		愛知県済生会リハビリテーション病院	I	I		I			
		愛知県青い鳥医療福祉センター	I	II		I	○		
		名古屋市北部地域療育センター	III	II			○		
		ステップリハビリセンター名西							
		老人保健施設ハートフルライフ西城							
		名鉄病院	II	I					
	東 区	サン砂田橋リハビリクリニック		III					
		名古屋通信病院		II					
	瑞穂区	名古屋市役所障害福祉部							
		ブラザー記念病院	III	III	I				

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準						
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病	が ん
名古屋医療圏	瑞穂区	野々村クリニック	Ⅲ	Ⅱ					
		西本病院	Ⅱ	Ⅰ					
		名古屋市立大学病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			○
		稲熊病院				Ⅱ			
		井戸田整形外科		Ⅰ					
		名古屋市総合リハビリテーションセンター	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ				
		介護老人保健施設セントラル堀田							
		老人保健施設瑞穂							
		新生会第一病院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ			
	緑 区	オアシス訪問看護ステーション							
		訪問看護ステーションなるみ							
		まこと老人保健施設							
		なるみ記念診療所	Ⅲ	Ⅱ					
		広瀬内科デイサービスセンター							
		(株) ワンセルフ							
		うばこ山整形外科クリニック		Ⅱ・Ⅲ					
		整形外科鳴子クリニック		Ⅱ					
		南生協病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ			
		介護老人保健施設フジタ							
		平岩病院	Ⅲ	Ⅲ					
		徳重整形外科クリニック		Ⅱ					
	港 区	名古屋市立緑市民病院	Ⅱ	Ⅱ					
		ここの整形外科		Ⅱ					
		介護老人保健施設トリトン							
		老人保健施設あみず							
		汐止クリニック	Ⅲ	Ⅱ					
		たわだりハビリクリニック	Ⅱ・Ⅲ	Ⅱ・Ⅲ			○		
		デイサービスセンター太陽 港							
		臨港病院	Ⅲ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
		名古屋市港区訪問看護ステーション							
		中部労災病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
		あずま老人保健施設							
		東洋病院	Ⅱ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
	南 区	名南診療所							
		名南病院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ			○
		南部地域療育センターそよ風	Ⅱ	Ⅱ			○		
		介護老人保健施設あゆちの郷							
		山口病院	Ⅲ	Ⅱ					
		善常会リハビリテーション病院	Ⅰ	Ⅰ					
		名南ふれあい病院	Ⅰ	Ⅰ					
		大同老人保健施設							
		愛精会あいせい紀年病院	Ⅲ	Ⅱ					
		大同病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ			
	名東区	並木クリニック							
		福祉医療センター名古屋市厚生院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ			
		身体障害者療護施設杜の家					○		
		池田整形外科		Ⅱ					
		リハビネス梅森坂							
		名東老人保健施設							
		田中整形外科クリニック		Ⅱ					
		木村病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ					
		さいとう整形外科リウマチ科		Ⅱ					
		リハビネス名東							
		すぎやま病院	Ⅲ	Ⅰ・Ⅱ					
		いのこし病院	Ⅲ	Ⅲ					
		老人保健施設いのこし							

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準						
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病	が ん
名古屋医療圏	名東区	よしだ整形外科クリニック		Ⅱ					
		すみた整形外科リウマチクリニック		Ⅱ					
		虹ヶ丘介護老人保健施設							
	守山区	介護老人保健施設あまこだ							
		介護老人保健施設ウエルネスきっこ							
		ひろし整形外科		Ⅱ					
		訪問看護キープオン守山							
		守山整形外科クリニック		Ⅱ・Ⅲ					
		名古屋市立東部医療センター守山市民病院	Ⅱ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
		(株) アクティブシフト							
		障害者支援施設一粒荘							
		老人デイケアゆうあい							
		きとうクリニック							
		絃仁病院	Ⅲ	Ⅱ					
		老人保健施設ウエルネス守山							
海部医療圏	あま市	森整形外科クリニック		Ⅱ					
		もりや整形外科		Ⅱ					
		あま市民病院	Ⅲ	Ⅰ					
		(有) エンネルグ							
		介護老人保健施設四季の里							
	海部郡	介護老人保健施設ヴィラとびしま							
	蟹江町	尾張温泉リハビリかえ病院	Ⅰ	Ⅰ					
	津島市	津島市民病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			
		津島リハビリテーション病院	Ⅰ	Ⅰ					
		介護老人保健施設バビロン							
		第二アメニティつしま							
		安藤病院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ			
		津島中央病院	Ⅱ	Ⅱ					
		愛知県厚生連海南病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ			
		服部整形外科皮膚科	Ⅱ	Ⅰ					
		偕行会リハビリテーション病院	Ⅰ	Ⅰ					
尾張中部医療圏	北名古屋	ステップリハビリケアセンター北名古屋							
		北名古屋市市役所東庁舎							
		介護老人保健施設るど泉北名古屋	Ⅲ	Ⅱ					
		済衆館病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
		ようていファミリークリニック	Ⅱ	Ⅰ					
		光寿会リハビリテーション病院	Ⅰ	Ⅰ					
	清須市	五条川リハビリテーション病院	Ⅰ	Ⅰ					
		老人保健施設満天星							
尾張東部	愛知郡	老人保健施設和合の里							
	尾張旭市	宮本整形外科クリニック		Ⅱ					
		四軒家整形外科クリニック		Ⅱ					
		可知整形外科		Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ					
		あらかわ医院	Ⅲ	Ⅱ					
		介護老人保健施設清風苑							
	瀬戸市	水野病院	Ⅱ	Ⅰ					
		浅野整形外科医院							
		老人保健施設すこやか荘							
		宏和会あさい病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			
		おがわ整形外科		Ⅲ					
		公立陶生病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ			○
		愛知労災特別介護施設ケアプラザ瀬戸							
		ひがしの医院	Ⅱ・Ⅲ						
	豊明市	前原外科・整形外科	Ⅲ	Ⅰ・Ⅱ					
		藤田保健衛生大学病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ				○
		杏掛訪問看護ステーション							

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準								
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病	が ん		
尾張東部	豊明市	豊明第二老人保健施設									
		豊明老人保健施設									
		前後整形外科内科クリニック		Ⅱ							
	長久手市	ヒロ整形クリニック		Ⅱ							
		愛知医科大学運動療育センター									
		愛知医科大学病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			○		
尾張東部	日進市	愛知国際病院	Ⅱ	Ⅱ		Ⅰ					
		平針かとう整形外科		Ⅰ							
		老人保健施設愛泉館									
尾張西部	一宮市	アクティブいつきシニア倶楽部									
		介護老人保健施設サザン一宮									
		尾西記念病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ					
		一宮西病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ					
		一宮市立市民病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ				○	
		老人保健施設やすらぎ									
		訪問看護ステーションやすらぎ									
		磯村医院		Ⅱ							
		たいようクリニック									
		介護老人保健施設ちあき									
		老人保健施設ビエタ									
		千秋病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ					
		泰玄会病院	Ⅱ	Ⅰ							
		泰玄会西病院	Ⅲ	Ⅲ							
		国井病院	Ⅲ	Ⅱ		Ⅰ					
		総合大雄会病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ					
		(株) 夢工房									
		(有) ノースプランニングおはようリハビリ大手デイスサービス									
		介護老人保健施設いつきの里									
	稲沢市	ステップリハビリケアセンター稲沢									
		愛知県厚生連尾西病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ					
		愛厚はなのきの里					○				
		服部整形外科		Ⅲ							
		訪問看護ステーションオレンジ									
		稲沢市民病院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅱ					
		六輪病院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ					
	尾張北部	犬山市	犬山中央病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ				
			松浦病院	Ⅱ	Ⅱ		Ⅱ				
			さとう病院	Ⅱ	Ⅱ						
くわばらクリニック			Ⅲ	Ⅱ							
カワムラ整形外科				Ⅱ							
介護老人保健施設フローレンス犬山											
犬山病院			Ⅲ	Ⅲ		Ⅱ					
ふなびきクリニック			Ⅲ	Ⅲ							
岩倉市		介護老人保健施設るどの泉									
		岩倉病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ					
大口町		いわくら整形外科クリニック		Ⅱ							
		さくら総合病院	Ⅰ	Ⅰ							
春日井市		あさひ病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ					
		東海記念病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ					
		白山リハビリテーション病院	Ⅰ	Ⅰ							
		春日井整形外科	Ⅱ	Ⅱ							
		足立病院	Ⅲ	Ⅱ							
		たかぎ整形外科・皮フ科		Ⅱ							
		デイスサービスセンター太陽・高蔵寺									
		春日井市医師会在宅療養センター									
		愛知県心身障害者コロニーこぼと学園	Ⅰ								

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準						
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病	が ん
尾張北部	春日井市	鳥居クリニック	Ⅲ	Ⅱ					
		愛知県心身障害者コロニー中央病院							
		介護老人保健施設グレスフル春日井							
		春日井市民病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ			
		なかひがし整形外科皮膚科		Ⅱ・Ⅲ					
		介護老人保健施設メディコ春日井							
		訪問看護ステーション仁							
		介護老人保健施設バーム春日井							
		ただけだクリニック整形外科内科	Ⅱ・Ⅲ						
	江南市	愛知県厚生農業協同組合連合会江南厚生病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
		介護老人保健施設フラワーコート江南							
		ほてい整形外科クリニック	Ⅲ	Ⅰ・Ⅱ					
		介護老人保健施設はじまり							
	小牧市	北里クリニック		Ⅱ					
		(有) ウィルケア小牧							
		小牧市民病院	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ			
		塚原外科・内科	Ⅲ	Ⅱ					
		小牧第一病院	Ⅱ	Ⅱ		Ⅰ			
		須田整形外科		Ⅱ					
	扶桑町	伊藤整形・内科あいち腰痛オベクリニック	Ⅲ	Ⅱ					
知多半島	阿久比町	竹内整形外科・内科クリニック	Ⅲ	Ⅱ					
		浅井外科	Ⅱ	Ⅰ					
		介護老人保健施設メディコ阿久比							
		スポーツ医・科学研究所		Ⅱ					
		ちた整形外科クリニック		Ⅱ					
	大府市	国立長寿医療研究センター							
		ひらしま整形外科リウマチ科クリニック		Ⅱ・Ⅲ					
		もりした整形外科		Ⅱ・Ⅲ					
		伊東整形外科							
		みやた整形外科		Ⅱ					
		あいち小児保健医療総合センター		Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ・Ⅱ	○		
		共和病院	Ⅱ	Ⅳ・Ⅴ					
		(株) アップヒンド							
	武豊町	介護老人保健施設榊原							
		榊原整形外科	Ⅲ	Ⅰ・Ⅱ					
		すこやかクリニック	Ⅱ	Ⅱ					
		石川病院		Ⅲ					
		杉石病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
	知多市	知多市民病院	Ⅱ	Ⅰ					
		老人保健施設知多苑							
		知多サザンクリニック	Ⅲ	Ⅱ					
	東海市	東海市立あすなろ学園							
		東海市民病院	Ⅱ	Ⅲ					
		はっとり整形外科		Ⅱ					
		ベティさんの家 太田川							
		ポシブルビッグ・エス東海							
		小嶋病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅱ			
	常滑市	常滑市民病院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅱ			
		デイサービスさんらいふリハビリセンター							
		さかさばら整形外科クリニック	Ⅲ	Ⅱ・Ⅲ					
	半田市	中野整形外科		Ⅱ					
		竹内整形リハビリクリニック	Ⅲ	Ⅱ					
		老人保健施設ゆうゆうの里							
		介護老人保健施設L A・L A・L A							
		あべクリニック		Ⅰ					
		半田市立半田病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準						
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病	が ん
知多半島	東浦町	訪問看護ステーショングラシア							
		デイケアセンターフィロス							
	美浜町	渡辺病院	I	I・II		I			
		老人保健施設サンバーデン							
	美浜町	愛知県厚生連知多厚生病院	I	I		I			
西三河北部	豊田市	浅井クリニック	III						
西三河北部	豊田市	老人保健施設かずえの郷							
		愛知県厚生連足助病院	I	I					
		トヨタ記念病院	I	I	I	I			
		三九朗病院	I	I・II					
		介護老人保健施設さなげ							
		豊田厚生病院	I	I・II	I	I			
		グループホームあさがお							
		老人保健施設ジョイスティ							
		逢妻クリニック		II					
		介護老人保健施設フジオカ							
		豊田市こども発達センター	II				○		
		さくら病院	II	I					
		高岡介護老人保健施設							
		豊田老人保健施設							
	みよし市	三好老人保健施設							
		みよし市民病院	II	I		I			
		寿光会中央病院	III	I					
西三河南部東	岡崎市	岡崎市福祉事業団							
		岡崎東病院	II	II					
		田井整形外科クリニック		II					
		岡崎市民病院	I	I	I	I			
		はまな整形外科クリニック		II					
		岡崎南病院	II・III	I・II・III					
		城南リハビリクリニック		II					
		城南整形外科		II					
		うちほり医院							
		三田介護老人保健施設							
		岡崎三田病院	II	II					
		岡崎共立病院	I	I		I		○	
		山本整形外科		II					
		宇野病院	I	I・II					
		愛知県立心身障害児療育センター							
		滝町介護老人保健施設							
		中西整形外科	III	II					
		西澤整形外科クリニック		II・III					
		中部岡崎病院		III					
		岡崎老人保健施設スクエアガーデン							
		北斗病院	I	I		I			
		富田病院	II	I					
		谷口クリニック		III					
	幸田町	むらかみ整形外科		II・III					
西三河南部西	安城市	ささめ整形外科		II・III					
		松井整形外科	II・III	I・II・III					
		さとう整形外科		II・III					
		リハビリデイサービスおんじいのへや							
		八千代病院	I	I		I			
	刈谷市	刈谷市社会福祉協議会							
		刈谷豊田総合病院東分院	I	I		I			
		刈谷記念病院	I	I					
		介護老人保健施設ハビリスーツ木							

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準						
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病	が ん
西三河南部西	刈谷市	刈谷整形外科病院	Ⅱ・Ⅲ	Ⅱ					
		きぬうら整形外科		Ⅲ					
	高浜市	老人保健施設こもればの里・高浜							
		刈谷豊田総合病院高浜分院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ			
	知立市	かじた子どもクリニック	Ⅲ	Ⅱ			○		
		知立老人保健施設							
		富士病院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ			
	西尾市	リハビリ訪問看護ステーション西尾							
		介護老人保健施設やまお							
		西尾病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
		中澤デイケアセンター							
		老人保健施設高須ケアガーデン							
		なかざわ記念クリニック	Ⅰ	Ⅰ					
		介護老人保健施設いずみ							
		介護老人保健施設らくらく一色							
		西尾市民病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			
		医療法人仁医会							
		あいちりハビリテーション病院	Ⅰ	Ⅰ					
		高須病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			
		小野田整形外科クリニック		Ⅰ・Ⅱ					
	碧南市	小林記念病院	Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ・Ⅱ		Ⅰ			
		碧南市民病院	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ			
東三河北部	新城市	新城介護老人保健施設サマリヤの丘							
		静巖堂医院	Ⅲ	Ⅱ					
		西新町医院		Ⅱ					
		介護老人保健施設鳳来ケアセンター							
	東栄町	愛知県厚生事業団愛厚すぎのきの里							
	設楽町	グループハウスなぐら							
		東栄町国民健康保険東栄病院	Ⅲ	Ⅲ					
東三河南部	蒲郡市	いのうえ整形外科		Ⅰ					
	蒲郡市	蒲郡厚生館病院	Ⅰ	Ⅰ					
		蒲郡市民病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			
		とよおかクリニック		Ⅲ					
		こんどうクリニック	Ⅲ	Ⅱ					
	田原市	愛知厚生連あつみの郷							
	豊川市	豊川市民病院	Ⅰ	Ⅰ・Ⅲ		Ⅰ			
	豊川市	後藤病院	Ⅲ	Ⅱ					
		国府病院	Ⅱ	Ⅱ		Ⅱ			
		宮地病院	Ⅱ	Ⅰ					
		樋口病院	Ⅲ	Ⅱ					
		皆藤クリニック		Ⅰ					
		豊川青山病院	Ⅱ・Ⅲ	Ⅰ・Ⅱ					
		愛厚希全の里							
		介護老人保健施設おとわの杜							
		総合青山病院	Ⅰ	Ⅰ					
		可知病院	Ⅰ	Ⅰ					
		(株) フェニックス							
	豊橋市	介護老人保健施設赤岩荘							
		積善クリニック	Ⅱ	Ⅱ					
		身体障害者療護施設珠藻荘							
		豊橋市民病院	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ			
		木戸病院	Ⅱ	Ⅰ					
		豊橋市医師会訪問看護ステーション							
		岡村クリニック	Ⅲ	Ⅱ					
		赤岩病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			
		成田記念病院	Ⅰ	Ⅰ		Ⅰ			

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	リハビリテーション施設基準					
			脳血管	運動器	心大血管	呼 吸	障害児・者	難 病
東三河南部	豊橋市	豊橋整形外科向山クリニック	Ⅱ	Ⅱ				
		第二成田記念病院	Ⅰ	Ⅰ				
		豊橋ハートセンター			Ⅰ			
		光生会病院		Ⅲ		Ⅱ		
		はしら整形リハビリクリニック		Ⅱ・Ⅲ				
		介護老人保健施設尽誠苑						
		豊橋市こども発達センター					○	
		介護老人保健施設みのり						
		国立病院機構豊橋医療センター	Ⅰ	Ⅰ・Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	○	
		豊橋あゆみ学園						
		老人保健施設ジュゲム						
		福祉村病院	Ⅱ	Ⅱ				
		豊橋元町病院	Ⅲ	Ⅱ				
		老人保健施設明陽苑						
		老人保健施設ベルヴェールハイツ						
		きよし整形外科	Ⅲ	Ⅱ				
		豊橋整形外科江崎病院	Ⅱ	Ⅰ				
		豊橋整形外科鷹丘クリニック		Ⅱ				

4. 今回協力のあった施設の基本情報

(平成24年8月現在)

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報												
			一 般 急 性 期 病 棟	亜 急 性 期 病 棟	回 復 期 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 病 棟	療 養 型 病 棟	診 療 所	老 人 保 健 施 設 (人 所)	通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	通 所 介 護	訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	介 護 予 防 事 業	特 別 養 護 老 人 ホ ー ム	健 康 増 進 施 設	そ の 他
名古屋医療圏	熱田区	熱田リハビリテーション病院			○	○			○						
		介護老人保健施設かなやま						○	○		○				
		水谷病院	○												
		三菱名古屋病院	○	○		○									
		みなと医療生協協立総合病院	○												
	北 区	城見整形外科クリニック					○								
		総合上飯田第一病院	○	○											
		老人保健施設サン・くすのき						○	○						
		愛生訪問看護ステーション									○				
		しんば整形外科					○								
		きはまりハビリテーションセンター							○						
		介護老人保健施設生協わかばの里					○	○	○						
		橋本整形外科クリニック					○								
		北病院		○					○		○				
		ひろせ整形外科					○								
		名春中央病院	○	○		○									
		みずのりハビリクリニック					○								
		上飯田リハビリテーション病院			○				○		○				
		大隈病院	○												
	昭和区	名古屋スポーツクリニック					○								
		きまたクリニック					○		○						
		名古屋第二赤十字病院	○												
		メドック健康クリニック					○								
		白水クリニック					○								
		いわた整形・外科・内科クリニック					○								
		特別養護老人ホーム南山の郷											○		
		かわな病院	○	○					○		○				
		阿由知通山路整形外科					○								
		前田整形外科クリニック					○								
		名古屋大学大学院医学系研究科													○
	千種区	和田内科病院		○		○									
		はちやりハビリテーションクリニック					○		○			○			
		(株) グローバル総合研究所													○
		名古屋市立東部医療センター	○												
		老人保健施設メディカルホーム大久手						○	○						
		はちや整形外科病院	○												
		ナースコール在宅センター訪問サービス									○				
		東海病院	○												
		春岡小学校特別支援学級													○
		整形外科 京命クリニック					○								
		ちくさ病院	○	○											
		吉田病院	○			○					○				
		加藤病院			○				○		○				
	天白区	介護老人保健施設りハビリス井の森						○		○					
		(株) スマイルケアサービス								○		○		○	○

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報												
			一 般 急 性 期 病 棟	亜 急 性 期 病 棟	回 復 期 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 病 棟	療 養 型 病 棟	診 療 所	（入所） 老人保健施設	通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	通 所 介 護	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 訪 問	介 護 予 防 事 業	特 別 養 護 老 人 ホ ー ム	健 康 増 進 施 設	そ の 他
名古屋医療圏	天白区	並木病院				○									
		八事病院	○		○										
		新生会あしたの丘													○
		おにたけ整形外科					○								
		東樹会病院				○									
		デイサービスきらり								○					
		はせがわ整形外科・形成外科					○								
		名古屋記念病院	○												
		田森整形外科					○								
	中川区	共愛病院				○	○								
		名古屋共立病院	○												
		はやせ希望クリニック					○				○				
		名古屋ライトハウス戸田川グリーンヴィレッジ													○
		介護老人保健施設千音寺						○	○						
		藤田保健衛生大学坂元種報徳會病院	○												
		中川診療所					○								
		名古屋市西部地域療育センター					○								
		訪問看護ステーションきょうりつ									○				
		庄内病院付属明聖リハセンター				○									
		ピース訪問看護ステーション													○
		富田病院				○					○				○
		デイサービスももふね								○					
		こもと整形外科					○		○		○				
		名古屋掖済会病院	○												
		老人保健施設みず里						○							
		介護老人保健施設ラベンダー						○	○						
		カープス尾頭橋												○	
		うめだ整形外科					○								
		こいで整形外科					○								
	中 区	N T T 西日本東海病院	○	○	○										
		名古屋市児童福祉センター					○		○						
		名城病院	○			○									
		たかい整形外科					○								
		中日病院	○												
		(株) ジェネラス								○	○	○		○	
		銭田治療院													○
		国立病院機構名古屋医療センター	○												
		勝又病院				○									
	中村区	名古屋第一赤十字病院	○												
		介護老人保健施設白杜苑						○	○						
		介護老人保健施設第Ⅱ四季の里						○	○						
		西部リハビリテーション事業所					○		○		○				
		大門訪問看護ステーション									○				
		鵜飼リハビリテーション病院			○				○						
		鵜飼病院	○		○	○			○		○				
		増子記念病院	○												
		老人保健施設第1 若宮						○	○						
	西 区	増子クリニック昴					○								
		米田病院	○	○											
		介護老人保健施設第二ハートフルライフ西城						○	○						
		愛知県済生会リハビリテーション病院			○										
愛知県青い鳥医療福祉センター														○	

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報											
			一般急性期病棟	亜急性期病棟	回復期 リハビリテーション病棟	療養型病棟	診療所	（入所） 老人保健施設	通所 リハビリテーション	通所介護	訪問 リハビリテーション	介護予防事業	特別養護老人ホーム	健康増進施設
名古屋医療圏	西 区	名古屋市北部地域療育センター					○							
		ステップリハビリセンター名西		○					○					
		老人保健施設ハートフルライフ西城					○	○		○				
		名鉄病院	○											
	東 区	サン砂田橋リハビリクリニック				○		○						
		名古屋通信病院	○											
	瑞穂区	ブラザー記念病院				○	○							
		野々村クリニック					○							
		西本病院	○	○										
		名古屋市立大学病院	○											
		稲熊病院												○
		井戸田整形外科					○			○				
		名古屋市総合リハビリテーションセンター	○	○					○	○				○
		介護老人保健施設セントラル堀田						○	○		○			
		老人保健施設瑞穂						○	○		○			
		新生会第一病院	○	○		○								
		名古屋市役所障害福祉部												○
	緑 区	オアシス訪問看護ステーション									○			
		訪問看護ステーションなるみ									○			
		まこと老人保健施設						○	○					
		なるみ記念診療所					○		○				○	
		広瀬内科デイサービスセンター								○				
		(株) ワンセルフ								○	○			
		うばこ山整形外科クリニック					○							
		整形外科鳴子クリニック					○							
		南生協病院	○											
		介護老人保健施設フジタ						○	○					
		平岩病院	○											
		徳重整形外科クリニック					○							
		名古屋市立緑市民病院	○											
	港 区	ここの整形外科					○		○		○			
		介護老人保健施設トリトン						○	○		○			
		老人保健施設あんず						○	○		○			
		汐止クリニック					○		○		○			
		たわだりハビリクリニック					○							
		デイサービスセンター太陽 港							○					
		臨港病院	○			○								
		名古屋市港区訪問看護ステーション									○			
		中部労災病院	○											
		あずま老人保健施設						○	○			○		
		東洋病院		○		○					○			
	南 区	名南診療所							○					
		名南病院	○	○										
		南部地域療育センターそよ風					○							
		介護老人保健施設あゆちの郷						○	○			○		
		山口病院	○	○										
		善常会リハビリテーション病院			○			○	○		○	○		
		名南ふれあい病院			○	○					○			
		大同老人保健施設						○	○			○		
		愛精会あいせい紀年病院												○
		大同病院	○	○										
		並木クリニック					○		○					○

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報														
			一 般 急 性 期 病 棟	亜 急 性 期 病 棟	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 病 棟	回 復 期	療 養 型 病 棟	診 療 所	（入所） 老人保健施設	通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	通 所 介 護	訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	介 護 予 防 事 業	特 別 養 護 老 人 ホ ー ム	健 康 増 進 施 設	そ の 他	
名古屋医療圏	名東区	福祉医療センター名古屋市厚生院				○							○		○		
		身体障害者療護施設杜の家													○		
		池田整形外科					○										
		リハビネス梅森坂								○							
		名東老人保健施設							○								
		田中整形外科クリニック					○										
		木村病院			○												
		さいとう整形外科リウマチ科					○										
		リハビネス名東											○				
		すぎやま病院				○									○		
		いのこし病院				○						○					
		老人保健施設いのこし							○	○							
		よしだ整形外科クリニック						○									
		すみだ整形外科リウマチクリニック						○									
		虹ヶ丘介護老人保健施設							○	○							
	(株) アクティブシフト									○							
	守山区	介護老人保健施設あまこだ							○	○							
		介護老人保健施設ウエルネスきっこ							○	○							
		ひろし整形外科						○									
		訪問看護キープオン守山										○					
		守山整形外科クリニック						○									
		名古屋市立東部医療センター守山市民病院	○													○	
		障害者支援施設一粒荘														○	
		老人デイケアゆうあい								○							
		きとうクリニック						○		○							
		絃仁病院	○	○		○											
		老人保健施設ウエルネス守山							○	○		○					
海部医療医療圏		あま市	森整形外科クリニック						○								
	もりや整形外科							○									
	あま市民病院		○														
	(有) エンネルグ										○	○					
	海部郡	介護老人保健施設四季の里							○	○			○				
		介護老人保健施設ヴィラとびしま							○	○							
	蟹江町	尾張温泉リハビリかにえ病院	○		○	○				○		○					
		津島市民病院	○		○												
	津島市	津島リハビリテーション病院			○	○				○		○	○				
		介護老人保健施設バビリオン							○	○							
		第二アメニティつしま							○								
		安藤病院				○				○		○	○				
		津島中央病院				○											
		愛知県厚生連海南病院	○	○						○		○	○				
	弥富市	服部整形外科皮膚科	○			○	○		○								
		偕行会リハビリテーション病院			○												
	尾張中部医療圏	北名古屋	ステップリハビリケアセンター北名古屋									○					
			北名古屋市役所東庁舎														○
介護老人保健施設るど泉北名古屋								○	○	○							
済衆館病院			○		○	○											
ようていファミリークリニック								○	○	○							
光寿会リハビリテーション病院						○											
清須市		五条川リハビリテーション病院	○	○	○	○				○		○					
		老人保健施設満天星							○	○							
尾張東部	愛知郡	老人保健施設和合の里							○	○							

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報												
			一 般 急 性 期 病 棟	重 急 性 期 病 棟	回 復 期 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 病 棟	療 養 型 病 棟	診 療 所	（老人 保健施設 入所）	通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	通 所 介 護	訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	介 護 予 防 事 業	特 別 養 護 老 人 ホ ー ム	健 康 増 進 施 設	そ の 他
尾張東部	尾張旭市	宮本整形外科クリニック					○								
		四軒家整形外科クリニック					○								
		可知整形外科				○	○		○						
		あらかわ医院					○								
		介護老人保健施設清風苑						○	○			○			
	瀬戸市	水野病院				○									
		浅野整形外科医院													
		老人保健施設すこやか荘						○	○						
		宏和会あさい病院	○		○										
		おがわ整形外科					○								
		公立陶生病院	○												
		愛知労災特別介護施設ケアプラザ瀬戸													○
		ひがしの医院					○								
	豊明市	前原外科・整形外科					○								
		藤田保健衛生大学病院	○												
		沓掛訪問看護ステーション									○				○
		豊明第二老人保健施設						○	○		○				
		豊明老人保健施設						○							
		前後整形外科内科クリニック					○		○		○				
	長久手市	ヒロ整形クリニック					○		○		○				
		愛知医科大学運動療育センター												○	
		愛知医科大学病院	○												
	日進市	愛知国際病院	○	○							○				
		平針かとう整形外科					○								
		老人保健施設愛泉館						○	○						
尾張西部	一宮市	アクティブいつきシニア倶楽部								○					
		介護老人保健施設サザン一宮						○	○						
		尾西記念病院	○		○				○						
		一宮西病院	○		○										
		一宮市立市民病院	○												
		老人保健施設やすらぎ						○	○			○			
		訪問看護ステーションやすらぎ									○				
		磯村医院				○	○		○	○	○				
		たいようクリニック					○		○						
		介護老人保健施設ちあき						○	○						
		老人保健施設ビエタ						○	○						
		千秋病院	○		○	○			○		○				
		泰玄会病院	○	○											
		泰玄会西病院				○									
		国井病院				○									
		総合大雄会病院	○		○										
		(株) 夢工房										○	○		
		(有) ノースプランニングおはようリハビリ大手デイサービス													○
		介護老人保健施設いつきの里						○	○			○			
	稲沢市	ステップリハビリケアセンター稲沢								○					
		愛知県厚生連尾西病院	○			○			○		○				
		愛厚はなのきの里													○
		服部整形外科					○								
		訪問看護ステーションオレンジ									○				
		稲沢市民病院	○												
六輪病院		○			○			○		○	○				
尾張北部	犬山市	犬山中央病院	○	○	○										

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報												その他
			一般急性期病棟	亜急性期病棟	回復期 リハビリテーション病棟	療養型病棟	診療所	（入所） 老人保健施設	通所 リハビリテーション	通所介護	訪問 リハビリテーション	介護予防事業	特別養護老人ホーム	健康増進施設	
尾張北部	犬山市	松浦病院				○			○						
		さとう病院				○			○	○	○				
		くわばらクリニック					○								
		カワムラ整形外科					○		○						
		介護老人保健施設フローレンス犬山				○	○	○	○						
		犬山病院				○									
		ふなびきクリニック						○	○	○	○				
	岩倉市	介護老人保健施設るどの泉						○							
		岩倉病院	○		○				○						
		いわくら整形外科クリニック					○								
	大口町	さくら総合病院	○	○	○	○		○	○		○				
	春日井市	あさひ病院	○		○										
		東海記念病院	○	○	○				○	○	○				
		白山リハビリテーション病院			○				○						
		春日井整形外科					○		○		○	○			
		足立病院				○					○				
		たかぎ整形外科・皮フ科					○								
		デイサービスセンター太陽・高蔵寺								○					
		春日井市医師会在宅療養センター									○				
		愛知県心身障害者コロニーこぼと学園													○
		鳥居クリニック				○	○		○			○		○	
		愛知県心身障害者コロニー中央病院													
		介護老人保健施設グレスフル春日井						○	○						
		春日井市民病院	○												
		なかひがし整形外科皮フ科					○								
		介護老人保健施設メディコ春日井						○	○						
		訪問看護ステーション仁									○				
		介護老人保健施設バーム春日井													
		ただけクリニック整形外科内科					○								
	江南市	愛知県厚生農業協同組合連合会江南厚生病院	○			○					○				
		介護老人保健施設フラワーコート江南						○	○		○	○			
		ほてい整形外科クリニック					○								
		介護老人保健施設はじまり						○	○						
	小牧市	北里クリニック					○				○				
		（有）ウィルケア小牧								○					
		小牧市民病院	○												
塚原外科・内科					○	○	○	○							
小牧第一病院		○			○					○					
須田整形外科						○									
扶桑町	伊藤整形・内科あいち腰痛オベクリニック	○				○									
知多半島	阿久比町	竹内整形外科・内科クリニック	○				○			○	○	○			
		浅井外科	○	○	○						○				
		介護老人保健施設メディコ阿久比						○	○						
		スポーツ医・科学研究所					○								
		ちた整形外科クリニック					○								
	大府市	国立長寿医療研究センター													○
		ひらしま整形外科リウマチ科クリニック					○								
		もりした整形外科					○								
		伊東整形外科													
		みやた整形外科					○								
		あいち小児保健医療総合センター													○
		共和病院				○			○		○	○	○		

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報												その他
			一般急性期病棟	亜急性期病棟	回復期 リハビリテーション病棟	療養型病棟	診療所	（入所） 老人保健施設	通所 リハビリテーション	通所介護	訪問 リハビリテーション	介護予防事業	特別養護老人ホーム	健康増進施設	
知多半島	大府市	(株) アップヒンド								○					
	武豊町	介護老人保健施設榊原					○	○			○				
		榊原整形外科					○								
		すこやかクリニック					○		○		○				
		石川病院	○	○		○				○					
		杉石病院	○		○	○				○					
	知多市	知多市民病院	○	○											
		老人保健施設知多苑						○	○	○					
		知多サザンクリニック					○		○						
	東海市	東海市立あすなろ学園					○								
		東海市民病院	○			○					○				
		はっとり整形外科					○								
		ベティさんの家 太田川								○				○	
		ポシブルビッド・エス東海								○					
		小嶋病院	○	○											
	常滑市	常滑市民病院	○	○											
		デイサービスさんらいふリハビリセンター								○		○			
		さかさばら整形外科クリニック					○								
	半田市	中野整形外科					○								
		竹内整形リハビリクリニック					○								
		老人保健施設ゆうゆうの里						○	○			○			
		介護老人保健施設L A・L A・L A						○	○						
		あべクリニック					○		○	○	○				
		半田市立半田病院	○												
	東浦町	訪問看護ステーショングラシア												○	
		デイケアセンターフィロス							○						
	美浜町	渡辺病院	○		○	○					○				
		老人保健施設サンバーデン						○	○						
		愛知県厚生連知多厚生病院	○			○					○				
西三河北部	豊田市	浅井クリニック					○								
		老人保健施設かずえの郷						○	○						
		愛知県厚生連足助病院	○			○					○	○			
		トヨタ記念病院	○												
		三九朗病院			○				○		○				
		介護老人保健施設さなげ						○	○						
		豊田厚生病院	○								○				
		グループホームあさがお											○		
		老人保健施設ジョイステイ						○	○						
		逢妻クリニック					○			○	○				
		介護老人保健施設フジオカ						○	○	○					
		豊田市こども発達センター					○								
		さくら病院	○			○			○		○				
		高岡介護老人保健施設						○	○						
		豊田老人保健施設							○	○					
	みよし市	三好老人保健施設						○	○						
		みよし市民病院	○			○									
		寿光会中央病院				○									
	西三河南部東	岡崎市	岡崎市福祉事業団									○			
岡崎東病院					○	○			○		○				
田井整形外科クリニック							○								
岡崎市民病院			○												
はまな整形外科クリニック							○								

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報												
			一 般 急 性 期 病 棟	亜 急 性 期 病 棟	回 復 期 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 病 棟	療 養 型 病 棟	診 療 所	（入所） 老 人 保 健 施 設	通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	通 所 介 護	訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	介 護 予 防 事 業	特 別 養 護 老 人 ホ ー ム	健 康 増 進 施 設	そ の 他
西三河南部東	岡崎市	岡崎南病院	○			○									
		城南リハビリクリニック					○		○						
		城南整形外科					○		○		○				
		うちばり医院					○		○						
		三田介護老人保健施設						○	○						
		岡崎三田病院				○									
		岡崎共立病院			○	○			○		○				
		山本整形外科					○								
		宇野病院	○	○	○	○		○	○						
		愛知県立心身障害児療育センター	○		○										
		滝町介護老人保健施設						○	○						
		中西整形外科					○		○						
		西澤整形外科クリニック					○								
		中部岡崎病院				○									
		岡崎老人保健施設スクエアガーデン						○	○			○			
		北斗病院	○	○	○										
		富田病院	○						○						
	谷口クリニック					○									
	幸田町	むらかみ整形外科					○								
西三河南部西	安城市	ささめ整形外科					○								
		松井整形外科					○		○		○				
		さとう整形外科					○								
		リハビリデイサービスおんじいのへや								○					
		八千代病院	○		○	○			○		○				
	刈谷市	刈谷市社会福祉協議会								○		○			○
		刈谷豊田総合病院東分院				○									
		刈谷記念病院				○					○				
		介護老人保健施設ハビリスーツ木						○	○						
		刈谷整形外科病院				○	○								
	高浜市	きぬうら整形外科					○								
		老人保健施設こもればの里・高浜						○	○		○				
		刈谷豊田総合病院高浜分院				○									
	知立市	かじた子どもクリニック					○								
		知立老人保健施設						○	○		○	○			
		富士病院	○			○									
	西尾市	リハビリ訪問看護ステーション西尾									○	○			
		介護老人保健施設やまお						○	○						
		西尾病院	○	○		○									
		中澤デイケアセンター							○			○			
		老人保健施設高須ケアガーデン						○	○			○			
		なかざわ記念クリニック					○				○	○			
		介護老人保健施設いずみ						○	○			○			
		介護老人保健施設らくらく一色				○	○	○	○			○			
		西尾市民病院	○												
		医療法人仁医会						○	○			○			○
		あいちりハビリテーション病院			○							○			
		高須病院	○		○	○		○	○	○	○				
		小野田整形外科クリニック					○		○		○				
	碧南市	小林記念病院	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○		
		碧南市民病院	○												
東三河北部	新城市	新城介護老人保健施設サマリヤの丘						○	○						
		静巖堂医院				○	○		○		○				

二次医療圏	市区町村	病 院 ・ 施 設 名	基 本 情 報												
			一般急性期病棟	亜急性期病棟	回復期 リハビリテーション病棟	療養型病棟	診療所	老人保健施設 (入所)	通所 リハビリテーション	通所介護	訪問 リハビリテーション	介護予防事業	特別養護老人ホーム	健康増進施設	その他
東三河北部	新城市	西新町医院					○		○						
		介護老人保健施設鳳来ケアセンター					○	○							
	東栄町	愛知県厚生事業団愛厚すぎのきの里													○
	設楽町	グループハウスなぐら													○
	設楽町	東栄町国民健康保険東栄病院	○	○			○	○		○					
東三河南部	蒲郡市	いのうえ整形外科					○								
		蒲郡厚生館病院			○	○			○		○				
		蒲郡市民病院	○												
		とよおかクリニック					○		○		○				
		こんどうクリニック					○		○		○				
	田原市	愛知厚生連あつみの郷						○	○		○	○			
	豊川市	豊川市民病院	○												
		後藤病院	○			○									
		国府病院				○									
		宮地病院	○			○									
		樋口病院				○					○				
		皆藤クリニック					○		○	○					
		豊川青山病院				○									
		愛厚希全の里													○
		介護老人保健施設おとわの杜						○	○		○				
		総合青山病院	○		○	○					○				
		可知病院			○	○			○		○				
		(株) フェニックス													○
	豊橋市	介護老人保健施設赤岩荘						○	○			○			
		積善クリニック					○		○						
		身体障害者療護施設珠藻荘													○
		豊橋市民病院	○												
		木戸病院				○									
		豊橋市医師会訪問看護ステーション									○				
		岡村クリニック					○								
		赤岩病院				○									
		成田記念病院	○												
		豊橋整形外科向山クリニック					○								
		第二成田記念病院			○										
		豊橋ハートセンター	○												
		光生会病院	○	○							○				
		はしら整形リハビリクリニック					○								
		介護老人保健施設尽誠苑						○	○		○	○			
		豊橋市こども発達センター					○								○
		介護老人保健施設みのり						○	○		○	○			
		国立病院機構豊橋医療センター	○	○											
		豊橋あゆみ学園					○								○
		老人保健施設ジュゲム						○	○						
		福祉村病院				○					○				
		豊橋元町病院				○			○		○				
		老人保健施設明陽苑						○	○						
		老人保健施設ベルヴェールハイツ						○	○						
		きよし整形外科					○								
		豊橋整形外科江崎病院	○	○							○				
		豊橋整形外科鷹丘クリニック					○								

白書委員会 名簿

委員長	西山 知佐	名南病院
委員	金井 章	豊橋創造大学
	篠田 明	社会福祉法人 サンライフ
	熊谷 泰臣	善常会リハビリテーション病院
	山口 愼也	医療法人 仁医会
	壹岐 英正	渡辺病院
協力委員		
会員個人調査	壹岐 英正	渡辺病院
	山下 陸視	知多厚生病院
	寺本 圭佑	竹内整形・内科クリニック
	初山 康平	榊原整形外科
	青木 麻莉	渡辺病院
急性期	前田 英貴	名古屋第二赤十字病院
	古川 和親	名古屋第一赤十字病院
	高木 寛人	名古屋第一赤十字病院
回復期	瀬戸 達也	鵜飼リハビリテーション病院
	宮崎 雅子	上飯田リハビリテーション病院
	戸田 恵美子	偕行会リハビリテーション病院
	清水 久美	熱田リハビリテーション病院
	村瀬 ゆかり	岩倉病院
療養型	横地 由大	鵜飼病院
	樋口 恵	相生山病院
	石田 尚之	並木病院
	日比野 綾	加藤病院
老人保健施設	鵜飼 学	老人保健施設 フラワーコート江南
	佐橋 智香子	グレイスフル春日井
	篠田 明	社会福祉法人 サンライフ
通所系サービス	足立 崇	老人保健施設 フラワーコート江南
	上田 壽香	グレイスフル春日井
	篠田 明	社会福祉法人 サンライフ
訪問リハ	二井 俊行	愛知厚生連海南病院
	梅田 典宏	株式会社 ジェネラス
	山口 愼也	医療法人 仁医会
介護予防	加納 弘崇	デイサービス shisei 太田川
	神鳥 亮太	三菱名古屋病院
脳卒中	神谷 昌孝	豊橋市民病院
	内藤 善規	豊橋市民病院
	相本 啓太	弥生病院
	桑子 卓之	西澤整形外科クリニック
循環器	岡嶋 雅史	南生協病院
	日比野 優	南生協病院
糖尿病	佐藤 武志	岡崎市民病院
	小田 知矢	岡崎市民病院
	眞河 一裕	岡崎市民病院
	石川 敬	西尾市民病院
	青木 一樹	松井整形外科

がん	江浜 崇	リハビリネクト株式会社
	松川 千賀子	名古屋記念病院
	櫻木 聡	名古屋記念病院
認知症	吉見 有希乃	愛知国際病院
	平井 達也	医療法人田中会 西尾病院
	熊澤 輝人	名古屋市厚生院
	石川 康伸	医療法人田中会 西尾病院
	石原 明彦	老人保健施設 ウェルネス守山
小児	吉田 大輔	国立長寿医療研究センター
	井戸田 学	介護老人保健施設フローレンス犬山
	鵜飼 宏和	愛知県心身障害者コロニーこぼと学園
	山本 佳司	愛知県立心身障害児療育センター第二青い鳥学園
	松澤 裕美子	南部地域療育センター そよ風
	神谷 昌彦	かじた子どもクリニック
	三宅 わか子	星城大学リハビリテーション学院
	金子 満寛	株式会社ジェネラス 訪問看護ステーションほたる
	井上 善貴	東海市立あすなろ学園
	小笠原 徹	愛知県青い鳥医療福祉センター
運動器	神谷 猛	豊橋市民病院
	小林 秀俊	豊橋市 健康部 こども発達センター
	神鳥 亮太	三菱名古屋病院
	加納 弘崇	デイサービス shisei 太田川
	川北 俊雄	みずのりハビリクリニック
養成校	矢澤 浩成	中部大学
	富永 敬三	中部大学
資料作成	宮城 淳弘	理学・作業医療専門学校
	青木 一樹	松井整形外科
	石川 康伸	医療法人田中会 西尾病院
	中 淳志	松井整形外科
	白木 春菜	医療法人田中会 西尾病院

(所属は平成25年3月末現在)

編集後記

今回編集しました2012年度白書は、愛知県理学療法士会にとって第2版となります。副題にあります「多様化した姿の標準化をめざして」は、周囲の環境の変化に伴い、私たちの立場や職場なども変化しているところからヒントを得ました。

まずここ5年間の本会事業を振り返りますと、従来から実施している事業は更なる歴史を積み重ねています。前回の白書と見比べますと、その多くはより充実した内容への足跡を示しています。また、時代の流れと共に、新たなニーズに応じた事業への取り組みも見られました。公益社団法人化を控え、本会が幅を広げながら前進しようとする姿勢を示すものといえましょう。

本会は理学療法を通じて県民の保健・医療及び福祉に貢献しようとする理学療法士の集まりです。本会について語るならば、その構成員である会員個々の存在にも注目すべきです。近年、個人処遇などの面で様々な環境下で働く理学療法士が増えたことに着目し、その中で標準的な体系・処遇などを探りながら、安定した理学療法士の供給ならびに質の向上を目指すべきであると考えています。

さらに個々の理学療法士のみならず、普段活動しているフィールドにも目を向ける必要がありますでしょう。ここ数年の間に多種多様な理学療法提供施設が増えました。活躍の場が増えるのは喜ばしいことではありますが、単に広げるのではなく、県民に対して格差のない標準的な理学療法の供給を目標にしなければなりません。

これらの情報を得るためには本会自ら調査することが必要だと考え、全会員および全会員施設を対象とした調査・報告を試みました。ここに至るまでに様々な課題に遭遇しましたが、多くの会員諸氏に助けられながらようやく形にすることができ、ここに謝意を表します。

会員諸氏のみならず、今回の調査・集計作業には、株式会社データセレクトの加藤 勝己さん、水原 達也さん、久野 龍介さん、水野 早織さんに多大なご協力をいただきました。また、医療・介護分野の調査の企画・立案に関して、私の恩師である京都大学大学院 医学研究科 医療経済学分野の今中 雄一教授と大坪 徹也先生より温かい助言をいただきました。この場を借りて感謝申し上げます。

最後に、本会の役割として日々研鑽を積み、社会に貢献できる理学療法士の在り方の模索は今後も継続しなければなりません。その思いを胸にあとがきとさせていただきます。

白書委員長 西山 知佐

愛知県理学療法白書 あいち2012 -多様化した姿の標準化をめざして-

編集・発行 一般社団法人 愛知県理学療法士会

〒461-0001 名古屋市東区泉1-12-35

1091ビル9F

TEL (052) 972-6295

平成25年 6 月30日発行

印刷・製本 名古屋大学消費生活協同組合印刷部

