

15 *Lecture*

15レクチャー
シリーズ

理学療法テキスト

理学療法管理学

総編集 石川 朗 神戸大学生命・医学系保健学域
責任編集 長野 聖 四條畷学園大学リハビリテーション学部

中山書店

総編集 ————— 石川 朗 神戸大学生命・医学系保健学域

編集委員（五十音順） ——— 木村雅彦 杏林大学保健学部理学療法学科
小林麻衣 晴陵リハビリテーション学院理学療法学科
玉木 彰 兵庫医療大学大学院医療科学研究科

責任編集 ————— 長野 聖 四條畷学園大学リハビリテーション学部

執筆（五十音順） ————— 石川 朗 神戸大学生命・医学系保健学域
小野くみ子 神戸大学生命・医学系保健学域
木村雅彦 杏林大学保健学部理学療法学科
小林麻衣 晴陵リハビリテーション学院理学療法学科
玉木 彰 兵庫医療大学大学院医療科学研究科
長野 聖 四條畷学園大学リハビリテーション学部
長野雅江 帝塚山リハビリテーション病院リハビリテーション部
前重伯壮 神戸大学生命・医学系保健学域

刊行のことば

本 15 レクチャーシリーズは、医療専門職を目指す学生と、その学生に教授する教員に向けて企画された教科書である。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師などの医療専門職となるための教育システムには、養成期間として4年制と3年制課程、養成形態として大学、短期大学、専門学校が存在しており、混合型となっている。どのような教育システムにおいても、卒業時に一定水準の知識と技術を修得していることは不可欠であるが、それを実現するための環境や条件は必ずしも十分に整備されているとはいえない。

これらの現状をふまえて 15 レクチャーシリーズでは、医療専門職を目指す学生が授業で使用する本を、医学書ではなく教科書として明確に位置づけた。

学生諸君に対しては、各教科の基礎的な知識が、後に教授される応用的な知識へどのように関わっているのか理解しやすいよう、また臨床実習や医療専門職に就いた暁には、それらの知識と技術を活用し、さらに発展させていくことができるよう内容・構成を吟味した。一方、教員に対しては、オムニバスによる講義でも重複と漏れがないよう、さらに専門外の講義を担当する場合においても、一定水準以上の内容を教授できるように工夫を重ねた。

具体的に本書の特徴として、以下の点をあげる。

- ・各教科の冒頭に、「学習主題」「学習目標」「学習項目」を明記したシラバスを掲載する。
- ・1科目を90分15コマと想定し、90分の授業で効率的に質の高い学習ができるよう1コマの情報量を吟味する。
- ・各レクチャーの冒頭に、「到達目標」「講義を理解するためのチェック項目とポイント」「講義終了後の確認事項」を記載する。
- ・各教科の最後には定期試験にも応用できる、模擬試験問題を掲載する。試験問題は国家試験に対応でき、さらに応用力も確認できる内容としている。

15 レクチャーシリーズが、医療専門職を目指す学生とその学生たちに教授する教員に活用され、わが国における理学療法の一層の発展にわずかながらでも寄与することができたら、このうえない喜びである。

2010年9月

総編集 石川 朗

序 文

理学療法士は国家資格職ですが、国家資格であるがゆえに自らの自由意思で業務の内容を決定したり、その権限を行使したりすることはできません。言い換えれば、国家にその養成課程から業務を遂行するための手段や権限に至るまで管理されているといえます。さらには、国家から資格を付与される以上、国民の動向やニーズの変化を受け止め、それに応えるための変革は常に求められています。

このように、私たち理学療法士は広義の「管理」という視点をもたざるを得ないなかで、理学療法士を養成する教育内容が約20年ぶりに改正され、2020年度から新たに修得すべき単位として「理学療法管理学」が必修化されました。医療技術職である理学療法士にとって、臨床に関する知識や技術を習得することは当然のこととして、得られた知識や技術を患者に提供する際に必要な管理、すなわちマネジメントができる能力も求められる時代になってきました。これらを学ぶ分野の一つが理学療法管理学であり、本書は以下の2点を特徴としています。

第一に、基本的な構成として、「理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム（日本理学療法士協会）」に準拠し、これらの内容を網羅したうえで、医療や介護などの諸制度についても記載しています。このことにより卒業時に修得すべき理学療法管理学の知識を全て網羅して学ぶことができます。

第二に、「医療技術職としての理学療法士」ととどまらず、社会人として世に出て実生活を営むうえで不可欠な知識を得ることができるよう配慮しています。とりわけLecture 4の「社会保障のしくみ」では、近年注目されている年金の仕組みにも言及し、社会人として経済的に自立していくうえで欠かせない基礎的な知識の修得にも寄与しています。Lecture 15の「理学療法士の政治・政策への関与」では専門職としての政治参加の必要性について具体例を挙げて説明し、学術的な視点で政治を捉えることができるようにしました。

本書は、理学療法士を目指す学生の皆さんだけではなく、新社会人として歩み始めた理学療法士の方々にも日常の臨床業務や実生活において有用に活用できる内容になっています。理学療法管理学の教科書にとどまることなく、いわば「自分の人生のマネジメント（管理）」につながる入門書としても役立つことができれば幸いです。

2020年3月

責任編集 長野 聖

15レクチャーシリーズ 理学療法テキスト／理学療法管理学 目次

執筆者一覧 ii
刊行のことば iii
序文 v

1 LECTURE

総論

長野 聖 1

1. 理学療法管理学の源流	2
1) 病院管理学とは	2
2) 病院管理学から医療管理学へ	2
3) 看護師における「管理学」の位置づけ	2
2. 理学療法管理学が必要とされる背景	2
1) 人口構造と制度の変化	2
2) 理学療法の教育内容の改正	4
3. 理学療法管理学の構成内容	5
1) 日本理学療法士協会の取り組み	5
理学療法学の教育モデル・コア・カリキュラム／認定理学療法士制度／管理者の人材育成のための研修	
2) カリキュラム編成の視点	7
4. まとめ	7
Step up 1. 高齢化の実態	9
2. 令和時代の「理学療法管理学」の視座	9

2 LECTURE

病院の分類と組織

木村雅彦 11

1. 「医療法」における医療と医療圏，医療機関	12
1) 「医療法」と関連法規	12
2) 地域医療計画制度と地域完結型医療	12
医療圏の設定	
3) 医療施設の分類：病院と診療所	15
4) 病院の分類	15
設置者による分類／「医療法」による病院の類型分類／病床の機能的な分類と病床機能報告制度／救急医療施設の分類	
5) 拠点病院	18
災害拠点病院／がん診療連携拠点病院／回復期リハビリテーション病棟／ケアミックス病院	
2. 病院内の組織とその役割	19
1) 診療とケア提供のプロセス	19
2) 病院の組織	19
管理者／診療部門（診療科，医局）／看護部門／医療技術部門／事務部門／医療相談部門／地域医療連携室	

Step up	1. 病院の機能を評価する	22
	2. 医療従事者の労務管理	22
	1) 法定労働時間と働き方改革	22
	2) 36 協定（サブロク協定）	22



専門職とチームケア

小林麻衣 23

1. チームケアの必要性とその背景	24
1) 医療技術の高度化	24
2) 患者数の増加と入院期間の短縮	24
3) 治療の選択肢の増加	24
2. 専門職	25
1) 医師	25
2) 看護師	25
認定看護師／専門看護師	
3) 准看護師	27
4) 保健師	27
5) 作業療法士	27
6) 言語聴覚士	28
7) 義肢装具士	28
8) 管理栄養士	28
9) 薬剤師	28
10) 歯科医師， 歯科衛生士	28
11) 社会福祉士	28
12) 精神保健福祉士	29
13) 介護福祉士（ケアワーカー）	29
14) 介護支援専門員（ケアマネジャー）	29
15) 訪問介護員	29
16) 診療放射線技師	29
17) 臨床検査技師	29
18) 臨床工学技士	29
19) 視能訓練士	29
20) 救急救命士	29
21) はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師	30
22) 柔道整復師	30
23) 臨床心理士	30
3. 医療におけるケアチームや各種委員会	30
1) 呼吸（ケア）サポートチーム（RST）	30
2) 院内急変対応チーム（RRT）	31
3) 感染管理チーム（ICT）	31
4) 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）	31
5) 栄養サポートチーム（NST）	31
6) 摂食・嚥下チーム	31
7) 糖尿病教育支援チーム（DET）	31
8) 褥瘡対策チーム	31
9) 認知症サポートチーム（DST）	31
10) 排尿ケアチーム（UCT）	32
11) 緩和ケアチーム（PCT）	32

4. 事務部門とチームケア	32
1) 総務, 庶務	32
2) 用度	32
3) 人事	32
4) 経理	32
5) 医事課	33
6) 施設課	33
5. その他の連携	33
Step up 関連医療施設における委員会	34
委員会での活動	34
診療記録管理委員会／安全管理委員会／感染症対策委員会／検査適正管理委員会／栄養サポートチーム (NST) 委員会	

4 LECTURE

社会保障のしくみ

長野 聖 35

1. 社会保障の構成要素とその役割	36
2. 保険料を財源とする社会保険	36
1) 年金保険	36
年金の種類としくみ／年金の構造／年金の保険料（支払い）と給付（受け取り）の金額／年金制度の財政検証	
2) 雇用保険	38
3) 労働者災害補償保険	38
3. 税金を財源とする公的扶助, 社会福祉, 公衆衛生	39
1) 公的扶助（生活保護）	39
2) 社会福祉の領域と対象	39
社会福祉士／介護福祉士／精神保健福祉士（PSW）	
3) 公衆衛生	40
4. 社会保障の機能	40
1) 所得の再分配	40
2) 経済の安定	40
5. 税金と保険料負担からみた社会保障	41
1) 税金が財源の社会保障	41
2) 税金と保険料が財源の社会保障：医療	41
3) 理学療法士の立場から	41
Step up 1. 年金は本当に「払い損」か？	43
2. 20 歳代から考えるライフステージに応じて生じる費用(お金)	43
3. 知っていますか？ 民生委員の存在と役割	44

5 LECTURE

医療保険制度

小野くみ子 45

1. 医療保険制度の歴史	46
1) 日本の保険制度の特徴とその歴史	46
2) 日本の医療制度の概要	46
3) 医療保険制度の患者一部負担の推移	46

2. 国民医療費	48
3. 医療保険制度の体系とその概要	48
1) 医療保険の種類と対象の概要	48
2) 医療保険制度の体系	49
3) 各医療保険制度の概要	50
被用者保険／国民健康保険（市町村国保）	
4) 高齢者医療制度	51
4. 診療行為別にみた入院の1日あたり点数	51
Step up 1. 主要国の医療保障制度の給付内容と自己負担の概要	53
2. 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律	53
1) 改正の趣旨	53
2) 改正の概要	53
3. ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進	53



介護保険制度

長野 聖 55

1. 介護保険制度の特徴	56
1) リハビリテーションとの密接な関係	56
2) 施設サービスから在宅サービスへの転換	56
3) サービス利用者の自己決定権の尊重	56
2. 介護保険制度の対象	56
3. 申請から要介護認定を受けるまで	57
1) 訪問調査	57
2) 主治医意見書	57
3) 一次判定	57
4) 二次判定（介護認定審査会）	57
5) 要介護認定結果の通知・保険証の交付	58
4. ケアプランの作成からサービス利用まで	58
1) ケアプランの作成とケアマネジメント	58
2) 介護支援専門員（ケアマネジャー）	60
3) 地域包括支援センターの役割	61
4) 利用できるサービスの内容	61
居宅サービス／施設サービス／地域密着型サービス	
5. 介護保険に関連する高齢者の住まい	62
Step up 1. 介護保険制度の誕生の背景	63
1) 福祉における措置の問題	63
2) 社会的入院の問題	63
2. 認定調査票	63

1. 医療の値段	66
1) 出来高払いと包括払い	66
2) 包括医療費支払い制度（DPC 制度）	66
3) 入院基本料	66
看護師の配置基準／看護師の比率	
4) リハビリテーションに関係する入院関連費	67
回復期リハビリテーション病棟入院料／地域包括ケア病棟入院料	
2. リハビリテーションの値段	69
1) 疾患別リハビリテーション料	69
2) がん患者リハビリテーション料	69
3) リンパ浮腫複合的治療料	71
4) 障害児（者）リハビリテーション料	71
5) リハビリテーション総合計画評価料	71
6) 入院時訪問指導加算	72
7) 退院前訪問指導料	72
8) 摂食機能療法	72
9) 目標設定等支援・管理料	72
3. 診療報酬の支払いのしくみ	72
4. 介護の値段	72
1) 訪問リハビリテーション	73
2) 通所リハビリテーション	73
3) 介護老人保健施設（老健）	73
5. 介護報酬の支払いのしくみ	74
6. 人件費とコスト	74
7. 給与の背景	74
1) 給与	74
2) 手取り	75
Step up リハビリテーション機器の値段	76
1) 価格差	76
2) 取り扱い方	76

1. 保健・医療・介護・福祉の連携の概要	78
2. 保健と医療の連携	78
1) 予防医学の概念：一次・二次・三次予防とは	78
2) 保健の拠点：保健所と保健センターの役割	79
3) 産業保健と理学療法士のかかわり	79
3. 保健・医療・介護・福祉の連携	80
1) 地域包括ケアシステムとは	81
2) 地域包括ケアシステムを支える 4 つの「助」	81

4. 障害と福祉	83
1) 障害の概念と理学療法士との関係	83
バリアフリー／ユニバーサルデザイン	
2) 障害者の福祉に関する施策	83
障害者総合支援法／身体障害者福祉法	
3) 義肢・装具にみる医療と福祉との連携	85

Step up 2040 年に向けた地域包括ケアシステムの姿	87
---	----



業務管理

長野雅江 89

1. 理学療法士の業務の流れ	90
1) 入院初日（サービス開始初日）	90
2) 入院中（サービス提供中）	90
3) 退院前（サービス終了前）	90
4) リハビリテーションサマリーの作成	90
2. 他職種との連携	90
1) 処方	91
2) カンファレンス	91
3) インフォームド・コンセント	92
4) 各種委員会	92
3. 業務・労務管理	92
1) 時間外労働	92
2) 休暇	93
3) 人事異動	93
4) ハラスメント	93
4. 人事考課	93
1) ラダーの導入	94
2) 業務の改善	94
5. 監査への対応	94
1) 「医療法」に基づく保健所の立ち入り検査	94
2) 保険医療機関の適時調査、指導、監査	94
3) 介護保険の指導・監査の概要	94
実地指導／監査	
4) カルテ記載の留意事項	95
紙カルテの場合	
6. 職場環境のデザイン	95
1) リハビリテーション室	95
2) スタッフルーム	96
7. 機器の点検、管理	96
1) 点検	96
2) 管理	96

Step up	1. 働き方改革	97
	1) 働き方改革が目指すもの	97
	2) 国の施策	97
	3) 「働き方改革関連法」の全体像	97
	4) 働き方改革をめぐる理学療法士の現状	97
	2. 組織が求める人材	98
	3. 自分が求める職場	98

10 LECTURE

情報管理

長野 聖 99

1. 理学療法の業務に必要な情報と診療記録の分類	100
1) 診療録	100
2) 診療に関する諸記録	100
3) その他の診療記録	100
4) 診療記録の保存期間と法的な取り扱い	101
2. 理学療法の業務に必要な記録とその管理	101
1) なぜリハビリテーション記録が必要なのか	101
法的な必要性／医療の質の向上に向けた必要性	
2) 記録するうえでの注意事項	102
3) リハビリテーション記録の記載項目と内容	103
4) 記録の記載方法	103
5) 電子カルテ	104
3. 理学療法の業務に必要な情報を得るためのコミュニケーション技術	105
1) 基本的態度	106
服装や身だしなみ／位置関係／視線	
2) 医療面接における基本的な質問形式	106
3) 共感的、受容的な態度	106
うなずき、あいづち、うながし／繰り返し	
4) 避けるべき態度	107
評価的態度／解釈的態度／逃避的態度	
5) 円滑に情報を得るための配慮—マスクの装着について	107

Step up 患者の立場での情報管理	108
---	-----

11 LECTURE

リスク管理

長野雅江 109

1. 「医療安全」元年	110
2. 医療、介護におけるコンプライアンス	110
1) マニュアルの整備と遵守	110
2) マニュアルの改訂	110
3) アセスメント（評価）	110
3. インシデントとアクシデント	111
1) インシデント（≠ヒヤリ・ハット）	111
2) アクシデント（＝事故）	111
3) 事例提示	111
歩行中の転倒／患者の影響度	

4. 事故の背景	112
1) ハインリッヒの法則	112
2) スイスチーズモデル	113
5. 安全への取り組みの方法	113
1) インシデントレポート	113
インシデントレポートの目的／インシデントレポートの活用	
2) 「5S 活動」の実施	113
3) 危険予知トレーニング (KYT)	114
4) チームトレーニング	115
Team STEPPS (チームステップス)	
5) 事故を未然に防ぐ「信頼性設計」: fool proof と fail-safe	116
fool proof (フルプルーフ) / fail-safe (フェイルセーフ)	
Step up	
1. 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷による死亡事例	117
1) 事例 1: 80 歳代	117
2) 事例 2: 60 歳代	117
3) 事例 3: 90 歳代	117
2. 転倒・転落に対する医療安全の取り組み	117
1) 転倒・転落スクリーニングシートの特徴	117
2) 転倒・転落スクリーニングシートを用いた結果	118



感染症管理

石川 朗 119

1. 感染と感染症	120
1) 感染	120
2) 感染症の主要症状	120
2. 感染症の構成要素	120
1) 感染源と病原微生物	120
2) 病原微生物の保有者	120
3) ヒトにおける病原微生物の伝播	121
4) 感染経路	121
接触感染／飛沫感染／空気感染／媒介物感染	
5) 侵入門戸	121
6) 宿主	121
3. 感染症の予防	122
1) 標準予防策 (スタンダード・プリコーション)	122
手指衛生／防護具の着用／器具・リネンの管理	
2) 感染経路別の予防策	123
接触感染予防策／飛沫感染予防策／空気感染予防策／呼吸器衛生, 咳エチケット	
3) 宿主の抵抗力	124
4. 医療機関における感染対策	124
1) 院内感染	124
2) 院内感染対策の体制	124
感染管理の組織化／感染管理チーム	
3) 基本となる院内感染対策	124
標準予防策, 感染経路別予防策／手指衛生／環境整備／医療機器の洗浄, 消毒または滅菌	
4) アウトブレイク	125

5. 高齢者介護施設における感染対策	125
1) 感染対策の基本	126
2) 感染管理体制のあり方	126
3) 平常時の衛生管理のあり方	126
4) 感染症など発生時における対応法	126
6. 理学療法と感染症	127
1) 理学療法業務と感染	127
理学療法業務の特性／理学療法施設の特徴と感染	
2) 理学療法における感染予防	127
Step up 個別の感染症の特徴, 感染予防, 発生時の対応	128
1) インフルエンザ（インフルエンザウイルス）	128
2) ノロウイルス感染症, 感染性胃腸炎（ノロウイルス）	128

13

権利擁護と職業倫理

玉木 彰 129

1. インフォームド・コンセント（説明と同意）	130
1) 理学療法とインフォームド・コンセント	130
2) インフォームド・コンセントにおける倫理的課題	130
3) インフォームド・コンセントにおける理学療法士の役割	130
2. 個人情報保護	131
1) 守秘義務	131
2) 個人情報保護	131
3. 倫理	132
1) 理学療法士の職業倫理	132
2) 理学療法士の研究倫理	132
4. ハラスメント	132
1) 職場でのパワーハラスメント	133
2) 職場でのセクシュアルハラスメント	134
対価型セクシュアルハラスメント／環境型セクシュアルハラスメント	
3) 臨床実習におけるハラスメント	134
5. コンフリクトマネジメント	134
1) 勤務先の部署内におけるコンフリクトマネジメント	134
2) 医療現場でのコンフリクトマネジメント	135
6. 「医療広告ガイドライン」	135
1) 「医療広告ガイドライン」の基本的な考え方	135
2) 理学療法と「医療広告ガイドライン」	136
Step up 1. 臨床実習におけるハラスメントの現状	137
臨床実習でハラスメントを受けたときの対処法	137
2. 個人情報の取り扱いにおける管理（臨床実習も含む）	138

1. 理学療法教育の歴史	140
2. 臨床実習の管理	140
1) 臨床実習の教育体制の分類	140
2) 理学療法養成課程における臨床実習の実際	140
臨床実習の構成／臨床実習のプロセス／臨床実習における具体的な学習（修）内容	
3. 臨床実習の評価方法	142
1) 客観的臨床能力試験（OSCE）とは	142
2) OSCE の実施方法	142
3) OSCE の試験項目	143
4. 理学療法士国家試験の管理	143
1) 国家試験と受験資格	143
2) 試験体制	143
3) 受験者・合格者数、合格率の推移	143
4) 国家試験出題基準	144
5. 臨床教育の管理	144
1) プリセプターシップ	144
2) チューターシップ（エルダー制）	145
3) メンターシップ	145
4) チーム支援型	145
6. 生涯学習の管理	145
1) 新人教育プログラム	145
2) 認定理学療法士制度	146
3) 専門理学療法士制度	146
4) 新生涯学習制度	146

Step up | 海外留学 147

留学の種類 147

語学留学／専門学校、大学、大学院への入学（正規留学）／大学院や研究施設での研究員、研究生／研究施設以外での雇用／高校への入学（正規留学）／ワーキングホリデー／ボランティア留学

1. 理学療法士が政治に関与しなければならない理由	150
1) 社会の変化	150
2) 投票率の世代間格差	151
3) 理学療法士の歩みと政治とのかかわり：これまでに何があったか	152
4) 診療報酬の決定の過程における政治の関与	152
2. 職能団体としての政治への関与	153
1) 理学療法士、政治、行政：三者の「じゃんけん」の関係	153
2) 他職種の政治関与の動向	154
3. 個人としての政治への関与	154
1) 投票の判断、政党や候補者の選択方法	154
2) 投票に至るまでの選挙活動	154

Step up	看護師にみる政治関与の成果	157
	1) 国からの補助金の手厚い看護師	157
	2) 理学療法士による政治関与の必要性	157

巻末資料	159
-------------	-----



試験	長野 聖	169
-----------	------	-----

索引	176
----	-----

15 レクチャーシリーズ 理学療法テキスト

理学療法管理学

シラバス

一般目標	近年の「働き方改革」の流れが加速するなかにおいては、理学療法士が一つの職業である以上、その技術力だけでなく広義の「働き方」が注視され、個人のみならず組織としての管理が問われる時代になってきた。理学療法管理学においては、学生が臨床場面に接するにあたり、適切な理学療法サービスを効率よく安全に提供するための管理（マネジメント）の視点を養うことを主な目的とする		
回数	学習主題	学習目標	学習項目
1	総論	理学療法管理学の概要について理解する	病院管理学，医療管理学との関連，理学療法管理学が必要とされる背景，理学療法管理学の構成内容
2	病院の分類と組織	臨床実習の前に知っておくべき医療機関の分類と組織の機能について理解する	病院の設立主体，形態，機能分類，病院の組織・部門とその機能
3	専門職とチームケア	リハビリテーションにかかわる専門職と事務職の役割，診療報酬上のチーム医療の実例を学ぶことにより，広義のチームケアを理解する	リハビリテーションにかかわる専門職，事務職の役割と特徴，病院における委員会とチーム
4	社会保障のしくみ	日本の社会保障の構成要素とその役割を学ぶことにより，社会人として必要な社会保障の概要を理解する	社会保障の構成要素と機能，社会保険，公的扶助，社会福祉，公衆衛生，税金と保険料負担
5	医療保険制度	理学療法業務に必要な医療保険制度の概要を理解する	医療保険制度の歴史，国民医療費，医療保険制度の体系と概要
6	介護保険制度	理学療法業務に必要な介護保険制度の概要を理解する	介護保険制度の特徴と対象，介護保険のしくみ，要介護認定，介護保険サービス
7	診療・介護報酬と収益構造	対費用の観点から診療報酬・介護報酬とそのコスト，背景を学ぶことにより，リハビリテーション分野における収益の構造を理解する	臨床におけるリハビリテーション料の算定，診療報酬・介護報酬の支払いのしくみ，人件費とコスト，給与の背景
8	保健・医療・介護・福祉の連携	理学療法士が携わる保健・医療の連携と介護・福祉のかかわりについて理解する	保健・医療・介護・福祉の連携，予防医学，障害と福祉
9	業務管理	業務管理の視点から理学療法業務の概要を理解する	業務の流れ，他職種との業務調整，業務・労務管理，人事考課，監査への対応，職場環境のデザイン，機器の点検・管理
10	情報管理	臨床業務に不可欠な情報収集，記録の意義と管理，コミュニケーション技術について理解する	情報・記録（診療記録，電子カルテなど）の分類と管理，コミュニケーション技術
11	リスク管理	「医療安全」とリスク管理の概要について理解する	医療・介護におけるコンプライアンス，インシデントとアクシデント，事故の背景，安全への取り組み
12	感染症管理	医療・介護施設における感染管理について理解する	感染と感染症の概要，感染症の予防（標準予防策），感染対策
13	権利擁護と職業倫理	理学療法士として必要な患者の権利擁護と職業について理解する	インフォームド・コンセント，個人情報保護，倫理，職業倫理，研究倫理，ハラスメント，コンフリクトマネジメント，医療広告ガイドライン
14	教育管理	臨床実習から国家試験，生涯学習に至る教育体制について理解する	診療参加型臨床実習，臨床実習の管理と評価方法（OSCE），国家試験，臨床教育の管理，生涯学習
15	理学療法士の政治・政策への関与	医療・介護と政治・政策との関係を学ぶことにより，これらが理学療法士の診療報酬や給与に寄与していることを理解する	理学療法の政治・政策への関与の背景，職能団体と政治への関与，医療政策決定のしくみ



MEMO

GHQ (General Headquarters ; 連合軍総司令部)
第二次世界大戦後の日本を管理するために東京に設置された。



MEMO

学際的
ある学問分野や研究などの内容が複数の学問分野にまたがっていること。

表 1 医療管理学における具体的な研究領域

- 医療倫理
- 医療安全管理
- 医療の質とその評価
- 医療保険制度、介護保険制度
- 医療提供体制と医療計画
- 医療情報システム
- 医療従事者の役割
- 医療経済
- 医療福祉関連施設の経営
- 病院の組織と機能
- 病院の各部門の機能と役割
- 病院感染管理
- 社会保障制度
- 患者の権利
- 栄養管理
- 地域連携
- 人口構造の変化と健康



MEMO

高齢化率
総人口に占める 65 歳以上人口の割合。

1. 理学療法管理学の源流

「理学療法管理学」は、「適切な理学療法サービスを効率よく安全に提供するための管理（マネジメント）を研究する学問領域」といえる。しかし、この学問領域は 1965（昭和 40）年の「理学療法士及び作業療法士法」が公布された当時から確立されていたわけではない。医療の分野で初めて「管理学」という名称を用いて確立された学問領域は「病院管理学」である。

1) 病院管理学とは

「医療・病院管理重点用語事典」によれば、病院管理学の始まりは、「第二次世界大戦後、我が国の病院は経営や運営だけでなく、施設環境も含めて著しく遅れており、それを改善することが急務であった。そこで GHQ（General Headquarters）の指導の下、国立病院の病院長に対する病院管理の研修を目的として 1948（昭和 23）年に病院管理研修所が設立された」とされている。

その後、1952（昭和 27）年に東北大学医学部に病院管理講座が開設され、日本大学（1957 年）、順天堂大学（1962 年）、慶應義塾大学（1963 年）の大学医学部において病院管理学の基礎が築かれた。

また、病院管理学はリハビリテーション学と同様の学際的な学問であり、同事典によれば、「病院管理学は医学、看護学、保健学、公衆衛生学、経済学、社会学、社会福祉学、統計学、情報学、建築学など、さまざまな学問領域が重なり合って構成される、きわめて学際的な学問領域である」とされている。

2) 病院管理学から医療管理学へ

病院管理学の分野は、大学医学部とともに学術団体としても日本病院管理学会としてスタートしたが、2008 年に日本医療・病院管理学会に名称が変更された。また、大学においても現在では「医療管理学講座」のように、病院から医療に名称が改められた講座が多い。現在、これらの大学医学部の講座で研究されている医療管理学の主な内容はおおむね表 1 のように集約される。これをみると、「管理」の対象が病院にとどまらず、医療をとりまく社会へと拡大していることが名称の変更に関連していると推察できる。

3) 看護師における「管理学」の位置づけ

看護師における「管理学」の位置づけについて、学会の領域をみると、日本看護学会は 2014（平成 26）年から「急性期看護」「慢性期看護」「在宅看護」「精神看護」「ヘルスプロモーション」「看護管理」「看護教育」の 7 領域から構成されている（表 2）¹⁾。このなかの看護管理の領域の内容をみると、医療管理学と同様に学際的な内容が多い。また、1996 年に日本看護管理学会が設立されており、2019 年 4 月現在の会員数が約 5,000 人、看護系学会としては日本で 4 番目の規模となっている。

看護研修における「看護管理」分野の内容について、その一例を表 3^{2,3)} に示す。社会保障制度、組織管理や経営、倫理という臨床技術以外の内容が卒業後の看護教育の一環として教授されている。このように、医師に続き看護師も「管理学」という分野が先駆けて体系化されていることがわかる。

2. 理学療法管理学が必要とされる背景

1) 人口構造と制度の変化

日本の人口構造をみると、総人口は 1 億 2,644 万人、高齢化率は 28.1%、高齢者を

表 4 「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」に示されている教育内容、教育目標

分野	教育内容	単位数	備考	教育の目標
基礎分野	科学的思考の基盤 人間と生活 社会の理解	14		- 科学的・論理的思考力を育て、人間性を磨き、自由で主体的な判断と行動する能力を培う。生命倫理、人の尊厳を幅広く理解する - 国際化および情報化社会に対応できる能力を培う - 患者・利用者等との良好な人間関係の構築を目的に、人間関係論、コミュニケーション論等を学ぶ
専門基礎分野	人体の構造と機能および心身の発達	12		人体の構造と機能および心身の発達を系統立てて理解できる能力を培う
	疾病と障害の成り立ちおよび回復過程の促進	14	栄養、薬理、医用画像、救急救命および予防の基礎を含む	健康、疾病および障害について、その予防と発症・治療、回復過程に関する知識を習得し、理解力、観察力、判断力を養うとともに、高度化する医療ニーズに対応するため栄養学、臨床薬学、画像診断学、救急救命医学等の基礎を学ぶ
	保健医療福祉とリハビリテーションの理念	4	自立支援、就労支援、地域包括ケアシステムおよび多職種連携の理解を含む	- 国民の保健医療福祉の推進のために、リハビリテーションの理念（自立支援、就労支援等を含む）、社会保障論、地域包括ケアシステムを理解し、理学療法士・作業療法士が果たすべき役割、多職種連携について学ぶ - 地域における関係諸機関との調整および教育的役割を担う能力を培う
専門分野	基礎理学療法学	6		系統的な理学療法を構築できるよう、理学療法の過程に関して、必要な知識と技能を習得する
	理学療法管理学	2	職場管理、理学療法教育および職業倫理を含む	医療保険制度、介護保険制度を理解し、職場管理、理学療法教育に必要な能力を培うとともに、職業倫理を高める態度を養う
	理学療法評価学	6	医用画像の評価を含む	理学療法評価（画像情報の利用を含む）についての知識と技術を習得する
	理学療法治療学	20	喀痰などの吸引を含む	保健医療福祉とリハビリテーションの観点から、疾患別、障害別理学療法の適用に関する知識と技術（喀痰等の吸引を含む）を習得し、対象者の自立生活を支援するために必要な課題解決能力を培う
	地域理学療法学	3		患者および障害児（者）、高齢者の地域における生活を支援していくために必要な知識や技術を習得し、課題解決能力を培う
	臨床実習	20		- 社会的ニーズの多様化に対応した臨牀的観察力・分析力を養うとともに、治療計画立案能力・実践能力を身につける。各障害、各病期、各年齢層を偏りなく対応できる能力を培う - また、チームの一員として連携の方法を習得し、責任と自覚を培う

（文部科学省、厚生労働省：理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令、2018⁵⁾）

3. 理学療法管理学の構成内容

指定規則などから読み解くことのできる理学療法管理学の基本内容は「医療保険制度」「介護保険制度」「職場管理」「職業倫理」「理学療法教育」の5項目であり、これ以上の内容に関する説明や解説はなされていない。そこで、理学療法士の教育に関連の深い、①日本理学療法士協会の取り組み、②カリキュラム編成の視点、それぞれをふまえたうえで、理学療法管理学の構成内容を検討する。

1) 日本理学療法士協会の取り組み

(1) 理学療法学の教育モデル・コア・カリキュラム

日本理学療法士協会は、新たな指定規則の趣旨をふまえ、卒業時に最低限修得していると思われる知識、技術、経験を社会的観点から担保するための到達目標として「教育モデル・コア・カリキュラム」を作成した。このカリキュラムの理学療法管理学の項をみると、指定規則と同様の項目である「理学療法部門管理」「理学療法倫理」

MEMO

職業倫理

職業に特有の役割や責任を果たすために、社会のなかで自分の行動を律する基準や規範のこと（詳細は Lecture 13 参照）。

MEMO

コンプライアンス (compliance)
法令を守ること。法令遵守。
コンフリクトマネジメント
(conflict management)
組織のなかで目標、価値、利害
などが一致せず生じた衝突や対
立の状況を「コンフリクト」とよぶ。
こうした状況を、組織の活性化や
成長の機会ととらえて、積極的に
解決を図ろうとすること (詳細は
Lecture 13 参照)。
メンター制 (メンターシップ)
メンター (mentor) は支援者、助
言者、相談者の意味。組織に所
属する上司とは別に、年齢や職
歴の近い先輩が新人や若手の
職員をサポートするしくみ (詳細は
Lecture 14 参照)。
プリセプター制
(プリセプターシップ)
一定の期間に 1 人の新人に対し
て指導役としての先輩職員 (プリ
セプター (preceptor)) がマン
ツーマンで指導するしくみ (詳細
は Lecture 14 参照)。

MEMO

「コンプライアンス」「コンフリクト
マネジメント」「メンター制」「プリセ
プター制」などの専門用語につ
いては、詳細は各 Lecture で解
説・説明している。本講義では
概要を理解しよう。

表 5 理学療法管理学の教育モデル・コア・カリキュラム

理学療法の職場管理において求められる管理業務の基本、臨床教育の基本について学ぶ	
1. 理学療法部門管理	学修目標 ①理学療法の実施とその対価 (診療報酬・介護報酬など) について説明できる ②理学療法の実施後の診療記録と書類管理 (電子カルテなどを含む) について説明できる ③理学療法の実施における他職種との業務調整 (処方内容の確認、他職種への申し送り) について説明できる ④理学療法の実施に関わるカンファレンスについて説明できる ⑤理学療法機器の保守点検・安全管理について説明できる ⑥理学療法機器の配置計画 (職場環境デザインを含む) について説明できる ⑦人事考課 (職員採用・昇格審査など) について説明できる ⑧労務管理 (勤務時間・休暇管理など) について説明できる
2. 理学療法倫理	学修目標 ①コンプライアンス・法令違反について説明できる ②ハラスメントについて説明できる ③医療広告ガイドラインについて説明できる ④対象者・他職種との利害衝突ならびにコンフリクトマネジメントについて説明できる
3. 理学療法教育	学修目標 ①理学療法士養成教育の歴史について説明できる ②理学療法士養成教育の内容について説明できる ③理学療法士国家試験の出題基準について説明できる ④診療参加型臨床実習について説明できる ⑤臨床実習前後の評価 (OSCE 等) について説明できる ⑥臨床教育の方法 (メンター制、プリセプター制など) について説明できる ⑦生涯学習制度について説明できる

(日本理学療法士協会：理学療法士教育モデル・コア・カリキュラム⁶⁾)
OSCE：客観的臨床能力試験。

「理学療法教育」に分けられ、それぞれに学修目標が設定されている。この学修目標の設定により、「理学療法管理学とは何か」が具体的にわかりやすいものになっている (表 5)⁶⁾。

(2) 認定理学療法士制度

日本理学療法士協会は生涯学習の促進を図るため、専門性と技術を備えた理学療法士を社会に送り出し、国民の保健医療福祉の増進に寄与することを目的として、「認定理学療法士制度」を設けている。これは基礎、神経、運動器、内部障害、生活環境支援、物理療法、教育・管理の 7 分野から構成されており、それぞれの認定分野において理学療法の技術と知識を有することが認められた者を認定理学療法士として認定している。

理学療法管理学に関連する領域としては「教育・管理理学療法専門分野」があり、以下①～③の 3 領域から構成されている。生涯学習として卒後にも「管理学」を学べることは、医師や看護師と同様に理学療法士も臨床技術以外の内容を卒後教育の一環として教授されるしくみをもっている。

- ①臨床教育：臨床教育 (卒前および卒後) に関する知識と技能を習得し、一定の経験を有し、安全で適切に実践することができる。
- ②管理・運営：職場の労務管理・運営および衛生管理・運営に関する知識と技能を習得し、一定の経験を有し、安全で適切に実践することができる。
- ③学校教育：理学療法士養成教育に関する知識と技能を習得し、一定の経験を有し、適切に実践することができる。

(3) 管理者の人材育成のための研修

医療機関などの理学療法士が勤務する組織には複数の職員が勤務し、多くの職場に

到達目標

- 社会保障の構成要素と、その役割を理解する。
- 保険料を財源とする社会保険の内容を理解する。
- 税金を財源とする公的扶助、社会福祉および公衆衛生の内容を理解する。
- 社会保障の機能と、その費用負担について理解する。

この講義を理解するために

理学療法士は医療保険制度や介護保険制度のもとに働いていますが、これらは社会保障という大きな枠組みの一部にすぎません。日本は高齢化とともに本格的な人口減少社会を迎えるなかで、医療や介護に関する制度だけでなく、社会全体として社会保障制度の改革が進んでいく時代となりました。

これらを受けて今後の理学療法の対象や目的、手段にも大きな変化が生じることが予想され、理学療法士においても社会保障制度はとても重要です。また、これからの人生において結婚、子育て、親の介護など、さまざまなライフイベントが控えている一人の国民・市民の立場としても、同様です。

そこで、この講義では、①理学療法士という専門職の立場、②国民・市民としての立場、という双方の立場で社会保障の概要を学習します。理学療法管理学の一部として学ぶことにとどまらず、これから社会人として歩んでいくために知っておくべき教養としてもとらえてください。

社会保障のしくみを学ぶにあたり、以下の項目をあらかじめ学習しておきましょう。

- ☐ 日本の人口構成、人口の推移、人口動態を確認しておく。
- ☐ 法律上の理学療法士の役割について学習しておく。

講義を終えて確認すること

- ☐ 社会保障の構成要素と、その役割が理解できた。
- ☐ 保険料を財源とする社会保険の種類を知り、その内容が理解できた。
- ☐ 税金を財源とする公的扶助、社会福祉および公衆衛生の対象とその内容が理解できた。
- ☐ 社会保障の機能と、その費用負担について理解できた。
- ☐ 社会保障の今後の課題について考えることができた。

MEMO

ゆりかごから墓場まで
(From the Cradle to the Grave)
1942年にイギリス労働党が政府に提出したベバリッジ報告書(Beveridge Report)のなかのローガン。



ここがポイント！

保険とは、病気、加齢、障害、失業、死亡など生活上のリスクにより生じる経済的損失に備えて、個人では負担できない損失を集団で防ぐしくみ。保険料を納める「義務」と、事故や損失が生じたときに保障を得る「権利」との関係が明確である。この点で、財源が税金である社会福祉や公的扶助と大きく異なる。

MEMO

「日本国憲法」第25条
1 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。



ここがポイント！

社会保険
医療保険、介護保険、年金保険、雇用保険、労働者災害補償保険がある。



ここがポイント！

現在学生である皆さんにとって年金とは、受け取りが遠い将来であることに加え、そのときには制度の様変わりが見えるため、最も関心の薄い存在であるかもしれない。さらに、学生の皆さんを含めた若い世代からの「年金はどうせもらえない」「保険料を払うだけ損」といった知識不足から生じる誤解も散見される。しかし、高齢化の進展に伴い年金に対する世の中の関心は拡大の一途をたどっている。学生の皆さんの立場からみた、「前社会人」として知っておくべき年金の基礎を理解しておくことは重要である。

1. 社会保障の構成要素とその役割

第二次世界大戦中のイギリスにおけるベバリッジ報告書から派生した「ゆりかごから墓場まで」という文言が、社会保障を一言で示すものとして知られている。この意味は、人が生まれてから死ぬまで、国がその生涯の生活を保障することである。日本の社会保障は、大別すると社会保険、社会福祉、公的扶助、公衆衛生から構成され、生活の安定が保障される国民の権利と、それを保障する国家の義務が示されている（「日本国憲法」第25条）。

私たちの日常生活は、年齢を問わず誰もが病気、障害、失業、介護、死亡など自立した生活が困難になるリスクをかかえている。また、健康で長生きは望ましいことだが、誰も自分の寿命や将来の経済・社会状況の完全な予測はできないため、老後の生活費が不足するリスクもある。社会保障はこうしたリスクに対する安全装置として、私たちのライフサイクル全般にわたるセーフティネットの役割をもっており、保険料と税金で制度運営がなされている（図1）。

2. 保険料を財源とする社会保険

社会保障を構成する社会保険のなかで、医療保険と介護保険についてはLecture 5、6にて記載されているため、本講義ではこれらを除く保険制度について記述する。

1) 年金保険

(1) 年金の種類としくみ

日本の年金は、老齢年金、障害年金、遺族年金の3種類から構成されており、定年退職した高齢者だけに恩恵がある制度ではない。したがって、日本の年金を別の言葉で表すのなら「老齢・障害保険」制度となる。

現役世代が納めた保険料を高齢世代の年金にあてる賦課方式とよばれるしくみであ

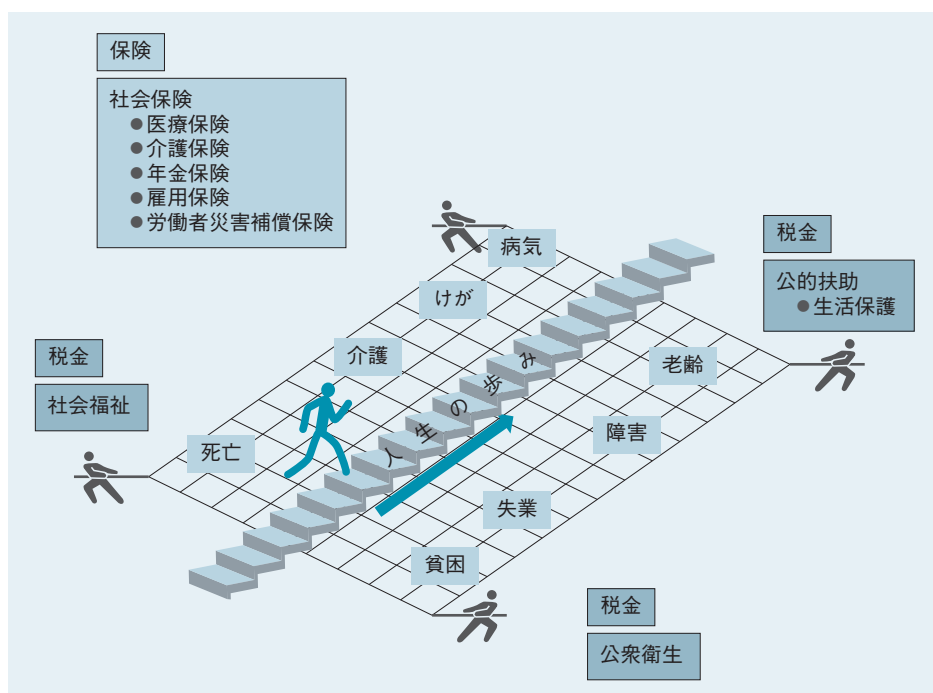


図1 社会保障は税金と保険が支える日常生活のリスクに対するセーフティネット

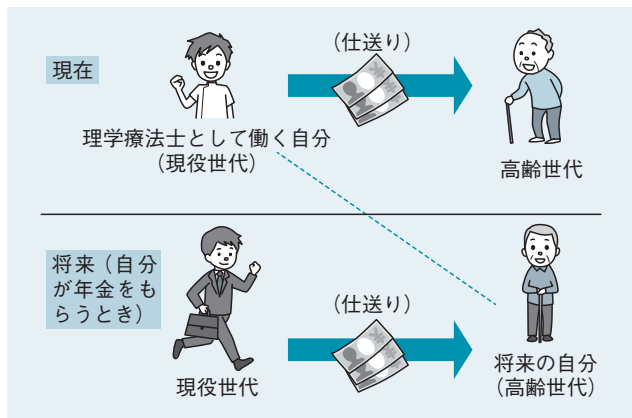


図2 日本の年金制度：賦課方式とは？

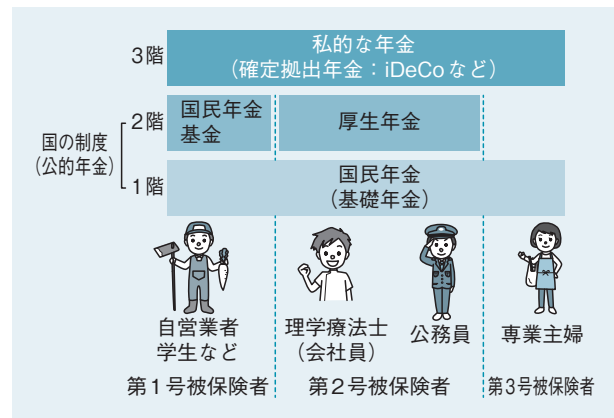


図3 年金制度の構造

り、現役世代から高齢世代へ「仕送り」をしている形である。自分自身が高齢世代になったときには、そのときの現役世代に「仕送り」してもらうのである（図2）。自分が支払った保険料を老後に受け取る「積み立て」の保険制度ではないことを理解しておく必要がある。

(2) 年金の構造

日本の年金の構造は、「3階建て」の家にたとえられる。「1階」は20～60歳までの全国民が加入する国民年金で、基礎年金とよばれている。「2階」は厚生年金とよばれ、会社員、公務員などが加入し比例報酬による年金が加算（上乘せ）される。1階と2階は国が制度として運用する公的年金であるのに対し、「3階」は自らが運用する私的な年金で、近年クローズアップされているiDeCo（個人型確定拠出年金）が該当する。

多くを占める医療機関勤務の理学療法士は、「国民年金+厚生年金」を受け取る第2号被保険者である（図3）。また、20歳からは学生でも国民年金の保険料を納める義務が生じるが、申請により在学中にこれが猶予される「学生納付特例制度」が設けられている。

(3) 年金の保険料（支払い）と給付（受け取り）の金額

理学療法士をモデルとした年金の「支払い」と「受け取り」の概算を表1¹⁾に示す。

「支払い」となる保険料として、実際には「給与×18.3%」の金額が支払われているが、雇用主負担と自己負担との折半になるしくみのため、理学療法士個人は「給与×9.15%」の自己負担である。

また、年金は65歳からの受給だが（1961年以降生まれの場合）、70歳まで繰り下げて受け取ることができる。仮に70歳から受給を開始すると、生涯42%増額された年金を受け取ることができる（147,051円×1.42=208,812円）。

(4) 年金制度の財政検証

少子高齢化が進行している現在、年金を受け取る高齢者の割合が増加することにより年金の「受け取り」総額が増加する。したがって、この方式では、「保険料の支払い」と「年金の受け取り」のバランスである給付と負担のバランスを保つことができないため、おおむね5年ごとの財政検証が導入されている。概要を図4²⁾に示す。

所得代替率は、年金を受け取り始める65歳時点の年金額が、現役世代の手取り収入額と比較した場合の割合を示している。右肩下がりの直線（図4-青線）は、マクロ経済スライドを示している。これは、現役世代人口の減少や平均余命の伸び（年金を受け取る高齢者の増加）による社会の変化に合わせて年金額を自動的に調整するもの

★気をつけよう！

「年金＝老齢年金」といった単一的な印象をもっているのではないだろうか。

- 障害年金：20歳以上の人が万が一、事故や病気で障害をもった場合（障害者手帳1～2級）に支給される。20歳以上の学生も含まれる。
- 遺族年金：働いている親が亡くなれば、その配偶者と18歳未満の子どもに支給される。

MEMO

現役世代
働いている世代。

MEMO

比例報酬
所得（給料）に比例して年金保険料が増額され、将来受け取る年金の金額が増えること。

iDeCo（individual-type Defined Contribution pension plan；個人型確定拠出年金）

MEMO

雇用主
給料を支払う立場の人。医療機関の場合は、理事長、院長など経営責任者が該当する。

MEMO

所得代替率
例えば、所得代替率60%とは、その時点の現役世代の手取り収入の60%を年金として受け取れるということ。2019年度は61.7%である。