

第2版

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

## 序 文 (第2版)

本書の初版発行から5年の月日が流れました。この間、指定規則や国家試験出題基準の改訂があったため当然のこととはいえ、理学療法管理学は理学療法教育の中で重要な科目の一つとなり、新規の科目としては確たるポジションを築いたといえます。一方で、この5年間に生じた社会の変化は、理学療法士を取り巻く医療・介護保険をはじめとする社会保障制度の転換点になりつつあり、私たち理学療法士にとって必ずしも楽観的とはいえない未来を迎えることとなりました。

例えば、少子化はとどまることなく進行しており、高齢化率は今後も上昇する見込みで、社会保障負担と租税負担も合わせた国民負担率は46%に達しました。これは「家計の可処分所得」、すなわち私たちが自由に使えるお金が減少し続けていることを意味します。本来、社会保障は将来起こり得るリスクを取り除くためにありますが、将来の社会保障が受けられるのかといった「給付の低下」と、現役世代がどれほど社会保障費を負担するのかという「負担の上昇」の2つに対する不安は高まるばかりで、現在では社会保障そのものが将来の不安要素となりつつあります。学生の皆さんは、まさにこれから社会人・理学療法士として、いわゆる「現役世代」になりますが、「現役世代が社会保障費を負担する構造は限界を迎えている」ともいわれ始めました。

また、医療の世界に目を向けると、総合病院をはじめとする大規模病院はインフレーションの進行や人件費の高騰で経営が圧迫され、施設や機器の更新もままならないところが増加しています。そのため、医療の世界では診療報酬の大幅引き上げを求める声が高まっています。仮に診療報酬が1%上がれば医療費が5,000億円増えるとされており、我々医療従事者にとってはメリットと思われそうですが、国民目線に立つと、診療報酬の増加は給与から差し引かれる保険料の負担となり、これが2,500億円増えるともいわれています。私たち理学療法士は診療報酬から給与を得る医療従事者ですが、保険料を負担する一人の国民でもあり、難しい立場に立たされています。

さらには、日本の社会を俯瞰すると人口減少が顕著になり、直近では1年間で約90万人が減少しました。これは人口90万人規模の都道府県が1年で消滅する規模の人口減少であり、まさに「縮む社会」の到来といえます。高齢化を背景にリハビリテーション対象の患者数が右肩上がりに増える時代は終焉を迎えつつあります。我々の「顧客」である患者数が減少することを前提とした医療のグランドデザインを考え、それをもとに理学療法士の業務のマネジメントを行うこと、まさに「管理学」の視点がますます必要な時代になったといえます。

こうした時代を迎えるにあたり、ただいたずらに悲観的になるのではなく、本書を手にとることが社会を俯瞰する視点を養い、客観的に自分の歩むべき将来を選択・判断できる一助になることを願っています。

2026年1月

責任編集 長野 聖

## 序 文 (初版)

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 第2版  
目次

執筆者一覧 ii  
刊行のことば iii  
序文（第2版） iv  
序文（初版） v

LECTURE  
1

## 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	3
1) 人口構造と制度の変化	3
2) 理学療法の教育内容の改正	5
3) 国家試験出題基準の改定	6
3. 理学療法管理学の教育に関する具体的な内容	6
1) 卒前教育：理学療法学の教育モデル・コア・カリキュラム	7
2) 卒後教育：生涯学習制度	7
3) 管理者の人材育成のための研修	7
4. まとめ	8
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

LECTURE  
2

## 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	14
4) 病院の分類	14
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	17
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	18
1) 診療とケア提供のプロセス	18
2) 病院の組織	18
管理者／診療部（診療科，医局）／看護部／医療技術部／事務部／医療相談室／地域〔医療〕連携室	

<b>Step up</b>	<b>1. 病院機能評価の認定</b> .....	21
	<b>2. 医療従事者の労務管理</b> .....	21
	1) 法定労働時間と働き方改革	21
	2) 36 協定 (サブロク協定)	21
	3) 医師の働き方改革	21



## 専門職とチームケア

小林麻衣, 長野 聖 23

<b>1. チームケアの必要性とその背景</b> .....	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	
<b>2. チームケアにおける専門職の役割</b> .....	25	
<b>3. 理学療法士からみた病院の組織・専門職の特徴</b> .....	26	
1) 診療部	26	
2) 看護部	26	
認定看護師／専門看護師／准看護師		
3) 医療技術部	28	
栄養課／薬剤課 (薬局)／臨床工学課／臨床検査課／放射線課		
4) 事務部	29	
総務課／人事課／経理課／施設課／医事課		
5) その他の部門	29	
医療相談室／地域〔医療〕連携室		
<b>4. 保健・福祉・介護分野からみた専門職の役割</b> .....	30	
1) 保健師	30	
2) 介護支援専門員 (ケアマネジャー)	30	
3) 介護福祉士, ケアワーカー	30	
4) 訪問介護員 (ホームヘルパー)	30	
5) その他の専門職	30	
視能訓練士／救急救命士／はり師, きゅう師, あん摩マッサージ指圧師／柔道整復師／臨床心理士		
<b>5. 医療におけるケアチームと各種委員会</b> .....	31	
1) 呼吸〔ケア〕サポートチーム (RST)	31	
チームの構成／チームの役割／理学療法士の役割／診療報酬		
2) 栄養サポートチーム (NST)	32	
チームの構成／チームの役割／理学療法士の役割／診療報酬		
3) 摂食・嚥下支援チーム	32	
チームの構成／チームの役割／理学療法士の役割／診療報酬		
4) 身体拘束最小化チーム	33	
チームの構成／チームの役割／理学療法士の役割／診療報酬		
5) 褥瘡対策チーム	33	
チームの構成／チームの役割／理学療法士の役割／診療報酬		
<b>Step up</b>	<b>関連医療施設における委員会</b> .....	34
	1) 診療記録管理委員会	34
	2) 安全管理委員会	34
	3) 感染症対策委員会	34
	4) 検査適正管理委員会	34
	5) 栄養サポートチーム (NST) 委員会	34

<b>1. 社会保障の構成要素とその役割</b> .....	36
<b>2. 保険料を財源とする社会保険</b> .....	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（労災保険） 38	
<b>3. 税金を財源とする公的扶助，社会福祉，公衆衛生</b> .....	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	
<b>4. 社会保障の機能</b> .....	40
1) 所得の再分配 40	
2) 経済の安定 40	
<b>5. 税金と保険料負担からみた社会保障</b> .....	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	
<b>Step up</b>   <b>1. 年金は本当に「払い損」か？</b> .....	43
<b>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）</b> .....	43
<b>3. 知っていますか？ 民生委員の存在と役割</b> .....	44

<b>1. 医療保険制度の歴史</b> .....	46
1) 日本の保険制度の特徴とその歴史 46	
2) 日本の保険診療の流れ 47	
3) 医療保険制度の患者一部負担の推移 48	
<b>2. 医療保険の種類と対象</b> .....	49
1) 被用者保険 49	
2) 国民健康保険 49	
3) 高齢者医療制度 49	
65歳以上75歳未満：前期高齢者財政調整制度／75歳以上：後期高齢者医療制度	
<b>3. 国民医療費</b> .....	50
1) 国民医療費の概要 50	
2) 国民医療費のとらえ方 51	
診療種類別国民医療費／年齢階級別国民医療費／都道府県別国民医療費	
3) 診療行為別にみた入院の1日あたり点数 52	
医科診療における診療行為の状況／医科診療における一般医療・後期医療の年齢階級別にみた診療行為の状況	

<b>Step up</b>	<b>1. 主要国の医療保障制度の給付内容と自己負担の概要</b> .....	55
	<b>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</b> .....	56
	1) 改正の趣旨 56	
	2) 改正の概要 56	
	<b>3. ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進</b> .....	56



## 介護保険制度

長野 聖 57

<b>1. 介護保険制度の特徴</b> .....	58	
1) リハビリテーションとの密接な関係 58		
2) 施設サービスから在宅サービスへの転換 58		
3) サービス利用者の自己決定権の尊重 58		
<b>2. 介護保険制度の対象</b> .....	58	
<b>3. 申請から要介護認定を受けるまで</b> .....	59	
1) 訪問調査 59		
2) 主治医意見書 59		
3) 一次判定 59		
4) 二次判定（介護認定審査会） 59		
5) 要介護認定結果の通知・保険証の交付 60		
<b>4. ケアプランの作成からサービス利用まで</b> .....	60	
1) ケアプランの作成とケアマネジメント 60		
2) 介護支援専門員（ケアマネジャー） 61		
3) 地域包括支援センターの役割 62		
4) 利用できるサービスの内容 62		
居宅サービス／施設サービス／地域密着型サービス		
<b>5. 介護保険に関連する高齢者の住まい</b> .....	64	
<b>Step up</b>	<b>1. 介護保険制度の誕生の背景</b> .....	65
	1) 福祉における措置の問題 65	
	2) 社会的入院の問題 65	
	<b>2. 認定調査票</b> .....	66



## 診療・介護報酬と収益構造

長野雅江 67

<b>1. 医療の値段</b> .....	68
1) 出来高払いと包括払い 68	
2) 包括医療費支払い制度（DPC 制度） 68	
3) 入院基本料 68	
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する入院関連費 69	
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	
<b>2. リハビリテーションの値段</b> .....	71
1) 疾患別リハビリテーション料 71	

2) がん患者リハビリテーション料	73
3) リンパ浮腫複合的治療料	73
4) 障害児（者）リハビリテーション料	73
5) リハビリテーション総合計画評価料	73
6) 入院時訪問指導加算	74
7) 退院前訪問指導料	74
8) 摂食機能療法	74
9) 目標設定等支援・管理料	74
<b>3. 診療報酬の支払いのしくみ</b>	<b>74</b>
<b>4. 介護の値段</b>	<b>74</b>
1) 訪問リハビリテーション	75
2) 通所リハビリテーション	75
3) 介護老人保健施設（老健）	75
<b>5. 介護報酬の支払いのしくみ</b>	<b>76</b>
<b>6. 人件費とコスト</b>	<b>76</b>
<b>7. 給与の背景</b>	<b>76</b>
1) 給与	76
2) 手取り	77
<b>Step up</b>   <b>リハビリテーション機器の値段</b>	<b>78</b>
1) 価格差	78
2) 取り扱い方	78



## 保健・医療・介護・福祉の連携

長野 聖 79

<b>1. 保健・医療・介護・福祉の連携の概要</b>	<b>80</b>
<b>2. 保健と医療の連携</b>	<b>80</b>
1) 予防医学の概念：一次・二次・三次予防とは	80
2) 保健の拠点：保健所と保健センターの役割	81
3) 産業保健と理学療法士のかかわり	81
<b>3. 保健・医療・介護・福祉の連携</b>	<b>83</b>
1) 地域包括ケアシステムとは	83
2) 地域包括ケアシステムを支える4つの「助」	85
<b>4. 障害と福祉</b>	<b>85</b>
1) 障害の概念と理学療法士との関係	85
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	85
「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	87
<b>Step up</b>   <b>2040年に向けた地域包括ケアシステムの姿</b>	<b>89</b>

<b>1. 理学療法士の業務の流れ</b> .....	92
1) 入院初日（サービス開始初日）	92
2) 入院中（サービス提供中）	92
3) 退院前（サービス終了前）	92
4) リハビリテーションサマリーの作成	92
<b>2. 他職種との連携</b> .....	92
1) 処方	93
2) カンファレンス	94
3) インフォームド・コンセント	94
4) 各種委員会	94
<b>3. 業務・労務管理</b> .....	94
1) 時間外労働	95
2) 休暇	95
3) 人事異動	95
4) ハラスメント	95
<b>4. 人事考課</b> .....	96
1) ラダーの導入	96
2) 業務の改善	96
<b>5. 監査への対応</b> .....	96
1) 「医療法」に基づく保健所の立ち入り検査	96
2) 保険医療機関の適時調査, 指導, 監査	96
3) 介護保険の指導, 監査の概要	97
<small>実地指導／監査</small>	
4) 診療録（カルテ）記載の留意事項	97
<small>紙カルテの場合</small>	
<b>6. 職場環境のデザイン</b> .....	97
1) リハビリテーション室	97
2) スタッフルーム	98
<b>7. 機器の点検, 管理</b> .....	98
1) 点検	98
2) 管理	98
<b>Step up</b>	
<b>1. 働き方改革</b> .....	99
1) 働き方改革が指すもの	99
2) 国の施策	99
3) 「働き方改革関連法」の全体像	99
<small>時間外労働の上限規制を導入／年次有給休暇の確実な取得／中小企業の月 60 時間超の時間外労働の割増賃金率の引き上げ／フレックスタイム制の拡充／高度プロフェッショナル制度の創設／産業医, 産業保健機能の強化／勤務間インターバル制度の導入促進／正規雇用労働者と非正規雇用労働者の間の不合理な待遇差の禁止</small>	
4) 働き方改革をめぐる理学療法士の現状	99
<b>2. 組織が求める人材</b> .....	100
<b>3. 自分が求める職場</b> .....	100

<b>1. 理学療法の業務に必要な情報と診療記録の分類</b> .....	102
1) 診療録（カルテ）	102
2) 診療に関する諸記録	102
3) その他の診療記録	102
4) 診療記録の保存期間と法的な取り扱い	102
<b>2. 理学療法の業務に必要な記録とその管理</b> .....	103
1) なぜリハビリテーション記録が必要なのか	103
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	104
3) リハビリテーション記録の記載項目と内容	105
4) 記録の記載方法	105
5) 電子カルテ	106
<b>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</b> .....	107
1) 基本的態度	107
服装，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	108
3) 共感的，受容的な態度	108
うなずき，あいづち，うながし／繰り返し	
4) 避けるべき態度	109
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	109
<b>Step up   患者の立場での情報管理</b> .....	110

<b>1. 医療安全神話の崩壊と「医療安全元年」</b> .....	112
<b>2. 医療，介護におけるコンプライアンス</b> .....	112
1) マニュアルの整備と遵守	112
2) マニュアルの改訂	112
3) アセスメント（評価）	112
<b>3. インシデントとアクシデント</b> .....	113
1) インシデント（≠ヒヤリ・ハット）	113
2) アクシデント（＝事故）	113
3) 事例提示	113
歩行中の転倒／患者の影響度	
<b>4. 事故が起こる背景</b> .....	114
1) ハインリッヒの法則	114
2) スイスチーズモデル	114
<b>5. 医療安全への取り組みの方法</b> .....	115
1) インシデントレポート	115
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	115
3) 危険予知トレーニング（KYT）	116

- 4) チームトレーニング 116  
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 118  
fool proof (フルプルーフ) / fail-safe (フェイルセーフ)

<b>Step up</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 … 119           <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 事例 1 : 80 歳代 119</li> <li>2) 事例 2 : 60 歳代 119</li> <li>3) 事例 3 : 90 歳代 119</li> </ul> </li> <li>2. 転倒・転落に対する医療安全の取り組み … 119           <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 転倒・転落スクリーニングシートの特徴 119</li> <li>2) 転倒・転落スクリーニングシートを用いた結果 120</li> </ul> </li> </ul>
----------------	---



## 感染症管理

石川 朗 121

<b>1. 感染と感染症</b> … 122	122
1) 感染	122
2) 感染症の主要症状	122
<b>2. 感染症の構成要素</b> … 122	122
1) 感染源と病原微生物	122
2) 病原微生物の保有者	122
3) ヒトにおける病原微生物の伝播	123
4) 感染経路	123
接触感染 / 飛沫感染 / 空気感染 / 媒介物感染	
5) 侵入門戸	123
6) 宿主	123
<b>3. 感染症の予防</b> … 124	124
1) 標準予防策 (スタンダード・プリコーション)	124
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	125
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	126
<b>4. 医療機関における感染対策</b> … 126	126
1) 院内感染	126
2) 院内感染対策の体制	126
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	127
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	
<b>5. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対する感染対策</b> … 127	127
1) 概要	127
2) 潜伏期間, 感染経路, 感染性のある期間	127
3) 院内感染対策	128
<b>6. 高齢者介護施設における感染対策</b> … 128	128
1) 感染対策の基本	128
2) 感染管理体制のあり方	129
3) 平常時の衛生管理のあり方	129
4) 感染症など発生時における対応法	129

<b>7. 理学療法と感染症</b> .....	129
1) 理学療法業務と感染 129	
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 131	
<b>Step up</b>   <b>個別の感染症の特徴, 感染予防, 発生時の対応</b> .....	132
1) インフルエンザ (インフルエンザウイルス) 132	
2) ノロウイルス感染症, 感染性胃腸炎 (ノロウイルス) 132	

# 13

LECTURE

## 権利擁護と職業倫理

玉木 彰 133

<b>1. インフォームド・コンセント (説明と同意)</b> .....	134
1) 理学療法とインフォームド・コンセント 134	
2) インフォームド・コンセントにおける倫理的課題 134	
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 134	
<b>2. 個人情報保護</b> .....	135
1) 守秘義務 135	
2) 個人情報保護 135	
3) ユーチューバーの問題 135	
<b>3. 倫理</b> .....	136
1) 理学療法士の職業倫理 136	
2) 理学療法士の研究倫理 136	
<b>4. ハラスメント</b> .....	137
1) 職場でのパワーハラスメント 137	
2) 職場でのセクシュアルハラスメント 137	
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 138	
<b>5. コンフリクトマネジメント</b> .....	138
1) 勤務先の部署内におけるコンフリクトマネジメント 139	
2) 医療現場でのコンフリクトマネジメント 139	
<b>6. 「医療広告ガイドライン」</b> .....	139
1) 「医療広告ガイドライン」の基本的な考え方 139	
2) 理学療法と「医療広告ガイドライン」 140	
<b>Step up</b>   <b>1. 臨床実習におけるハラスメントの現状</b> .....	141
臨床実習でハラスメントを受けたときの対処法 141	
<b>2. 個人情報の取り扱いにおける管理 (臨床実習も含む)</b> .....	142

# 14

LECTURE

## 教育管理

前重伯壮 143

<b>1. 理学療法教育の歴史</b> .....	144
<b>2. 臨床実習の管理</b> .....	144
1) 臨床実習の教育体制の分類 144	
2) 理学療法養成課程における臨床実習の実際 144	
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内容	

<b>3. 臨床実習の評価方法</b> .....	146
1) 客観的臨床能力試験 (OSCE) とは	146
2) OSCE の実施方法	146
3) OSCE の試験項目	146
<b>4. 理学療法士国家試験の管理</b> .....	147
1) 国家試験と受験資格	147
2) 試験体制	147
3) 受験者・合格者数, 合格率の推移	147
4) 国家試験出題基準	147
<b>5. 臨床教育の管理</b> .....	148
1) プリセプターシップ (プリセプター制)	148
2) チューターシップ (エルダー制)	148
3) メンターシップ (メンター制)	149
4) チーム支援型	149
<b>6. 生涯学習の管理</b> .....	149
1) 職能団体による生涯学習管理	149
2) 登録理学療法士制度	149
3) 認定理学療法士	150
4) 専門理学療法士	150
<b>7. リカレント教育</b> .....	150
<b>Step up</b>   <b>海外留学</b> .....	151
留学の種類	151
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	

# 15

LECTURE

## 理学療法士の政治・政策への関与

長野 聖 153

<b>1. 理学療法士が政治に関与しなければならない理由</b> .....	154
1) 社会の変化	154
2) 投票率の世代間格差	154
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	155
4) 診療報酬の決定の過程における政治の関与	156
<b>2. 職能団体としての政治への関与</b> .....	157
1) 理学療法士, 政治, 行政：三者の「じゃんけん」の関係	157
2) 他職種の政治関与の動向	158
<b>3. 個人としての政治への関与</b> .....	158
1) 投票の判断, 政党や候補者の選択方法	158
2) 投票に至るまでの選挙活動	158
3) 理学療法士が国会議員になる意義	160

<b>Step up</b>   <b>看護師にみる政治関与の成果</b> .....	161
1) 国からの補助金が手厚い看護師	161
2) 理学療法士による政治関与の必要性	161



## 試験

長野 聖 171

索引 178

表 2 認定看護管理者カリキュラム基準

ファーストレベル		セカンドレベル		サードレベル	
教科目	単元	教科目	単元	教科目	単元
ヘルスケアシステム論Ⅰ	社会保障制度概論	ヘルスケアシステム論Ⅱ	社会保障制度の現状と課題	ヘルスケアシステム論Ⅲ	社会保障制度・政策の動向
	保健医療福祉サービスの提供体制		保健医療福祉サービスの現状と課題		看護制度・政策の動向
	ヘルスケアサービスにおける看護の役割		ヘルスケアサービスにおける多職種連携		ヘルスケアサービスの創造
組織管理論Ⅰ	組織マネジメント概論	組織管理論Ⅱ	組織マネジメントの実際	組織管理論Ⅲ	組織デザインと組織運営
	看護実践における倫理		看護管理における倫理		組織における倫理
人材管理Ⅰ	労務管理の基礎知識	人材管理Ⅱ	人事・労務管理	人材管理Ⅲ	社会システムと労務管理
	看護チームのマネジメント		多職種チームのマネジメント		看護管理者の育成
	人材育成の基礎知識		人材を育てるマネジメント		
資源管理Ⅰ	経営資源と管理の基礎知識	資源管理Ⅱ	経営資源と管理の実際	資源管理Ⅲ	経営戦略
					財務管理
	看護実践における情報管理		看護管理における情報管理		組織的情報管理
質管理Ⅰ	看護サービスの質管理	質管理Ⅱ	看護サービスの質保証	質管理Ⅲ	経営と質管理
			安全管理		組織の安全管理
統合演習Ⅰ	演習	統合演習Ⅱ	演習	統合演習Ⅲ	演習
			実習		実習

(日本看護協会：認定看護管理者カリキュラム基準<sup>1)</sup>をもとに作成)

## 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

理学療法管理学が必修化された2020年の日本の人口構造は、総人口1億2,615万人、高齢化率28.6%、生産年齢人口が高齢者を支える割合は2.1であり、すでに総人口は減少の局面に入っていた。こうした人口減少社会、少子高齢化の傾向は現在に至るまで継続しており、人口が減少の一途をたどるなかで高齢化率はなお上昇し、世界でどの国もいまだ経験したことのない課題に直面している。平均寿命もさらに延伸することが予測されているが、なかでも女性は90歳を超え「人生100年時代」の到来である(図1)<sup>2)</sup>。

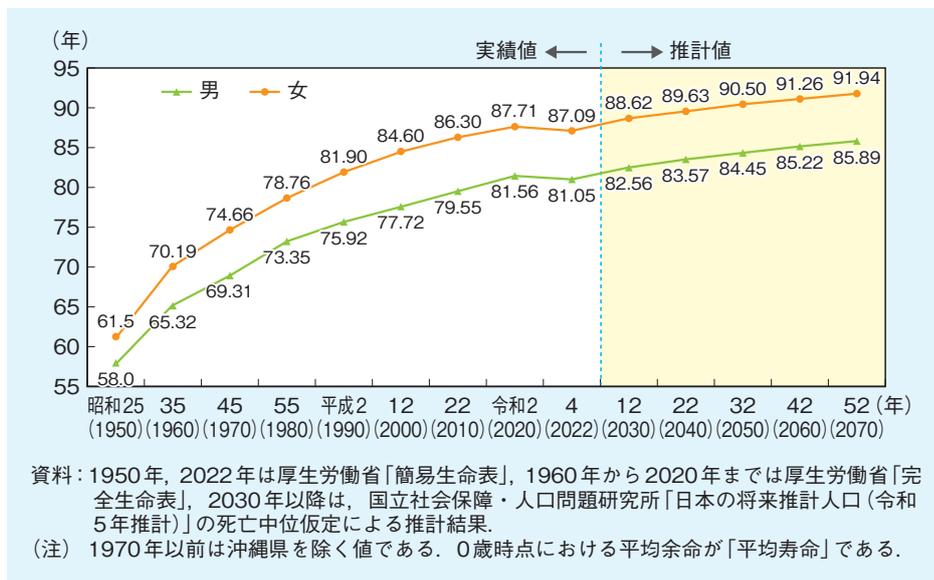


図 1 平均寿命の推移と将来推計  
(内閣府：令和6年版高齢社会白書<sup>2)</sup>)

### ★ 気をつけよう!

高齢者とは、日本の各種の制度のうえで65歳以上の人を示すことは知られているが、その定義と区分に関して、日本老年学会・日本老年医学会「高齢者に関する定義検討ワーキンググループ報告書(2017年)」において、75歳以上を高齢者の新たな定義とすることが提案されている。また、「高齢社会対策大綱」においても、「65歳以上を一律に『高齢者』とみる一般的な傾向は、現状に照らせばもはや、現実的なものではなくつつある」とされている。  
▶ Step up 参照。

### MEMO

**高齢化率**  
総人口に占める65歳以上人口の割合。

### MEMO

**生産年齢人口**  
生産活動を担うことのできる、すなわち働くことのできる中核をなす年齢(15歳以上65歳未満)の人口。

高齢化の推移と将来設計  
▶ 巻末資料・図1参照。

# Step up

## 1. 高齢化の実態

高齢化といっても何をもって「高齢」とするのか、「高齢者=65歳以上」という現在の定義は実態と異なりつつある。

法律的視点では、「高齢者の医療の確保に関する法律」において65歳から75歳未満が前期高齢者、75歳以上が後期高齢者とされているが、「道路交通法」による高齢運転者標識（通称：四つ葉マーク）の表示は70歳以上の努力義務とされている。また、日本老年医学会などの提言では、65～74歳は准高齢者、75～89歳は高齢者、90歳以上は超高齢者とされているように、必ずしも高齢者の年齢は特定されていない。

さらに、現在の法律上の定義である65歳以上の人口の伸び率を年齢階級別にみると、「65歳以上=高齢者」として同一視できないことがわかる（図1）<sup>1)</sup>。2025年を100とした値の推移をみると（2040年時点の予測）、85歳未満の高齢者は微減ないし微増であるのに対し、85～99歳は約40%の増加、特に100歳以上の高齢者は2025年の2.3倍に増加すると予測されている。85歳以上の高齢者が2040年には1千万人を超え（1,006万人）、100歳以上の高齢者が2050年には46.7万人と現在の4倍を超えるであろう将来の社会の姿は、簡単には予想ができない。

理学療法士の誕生から60有余年、これまでの高齢化の進展を含めた社会の変化に合わせて理学療法士は対応してきたといえるが、高齢化の本質を見据えたうえで、ここに示したような将来のさらなる社会の変化にも対応し続けていけるよう取り組んでいく必要がある。

## 2. 令和時代の「理学療法管理学」の視座

講義で示したように、日本の総人口は1920年の国勢調査が開始されて以来、2015年から初めて減少に転じ、それ以降も減少し続けることが予想されている（巻末資料・図1参照）。理学療法管理学という分野が保健、医療、福祉に関する制度の理解を求めているのであれば、少子高齢化と人口減少という、世界でどの国もいまだ経験したことのない課題に直面している現実を踏まえつつ、以下の点を考えなければならない。

最初に、本格的な人口減少社会に突入しているということは、医療や介護のニーズが現状から変わらないとすれば、医療も介護も需要が減る、すなわち患者や利用者という理学療法士にとっての「顧客」が減っていくことを意味する。

次に、厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士需給分科会」の資料（図2）<sup>2)</sup>によると、推計値ではあるものの理学療法士および作業療法士の供給数は、現時点で需要数を上回っており、2040年

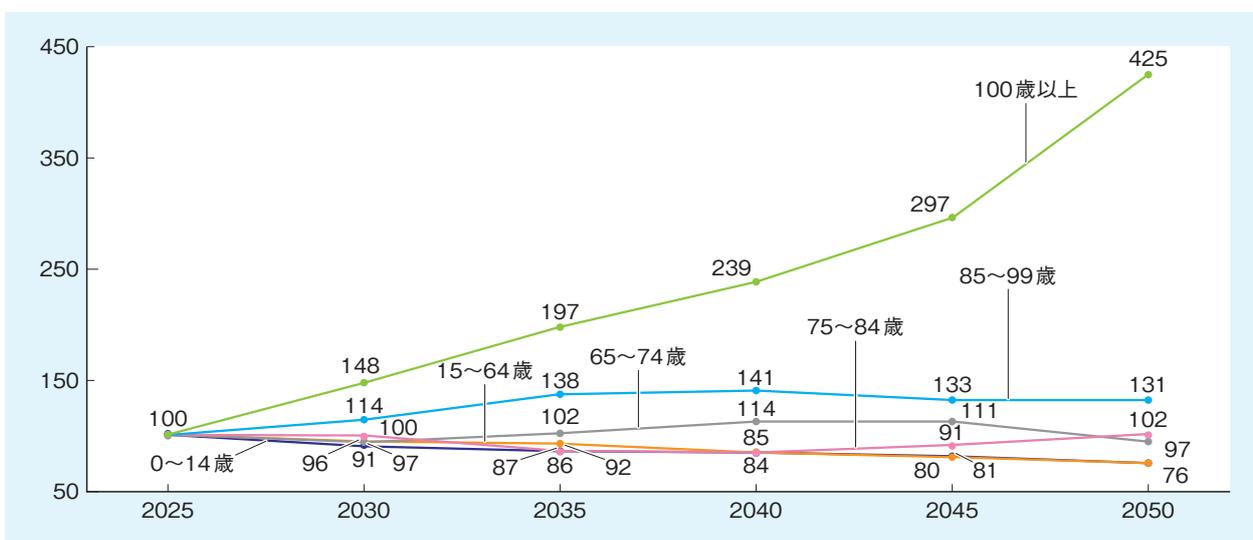


図1 高齢化の実態：年齢階級別・人口の伸び率の推移

\*伸び率：2025年を100とした割合。

（国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口、令和5年推計<sup>1)</sup>をもとに作成）

**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。

**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!**

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。

**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のことであるため、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、理学療法業務の対象である患者の多くは高齢者や年金生活者であり、医療・介護費用負担の多くを年金に依存していることを鑑みれば、無関係とはいえない。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であるが、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

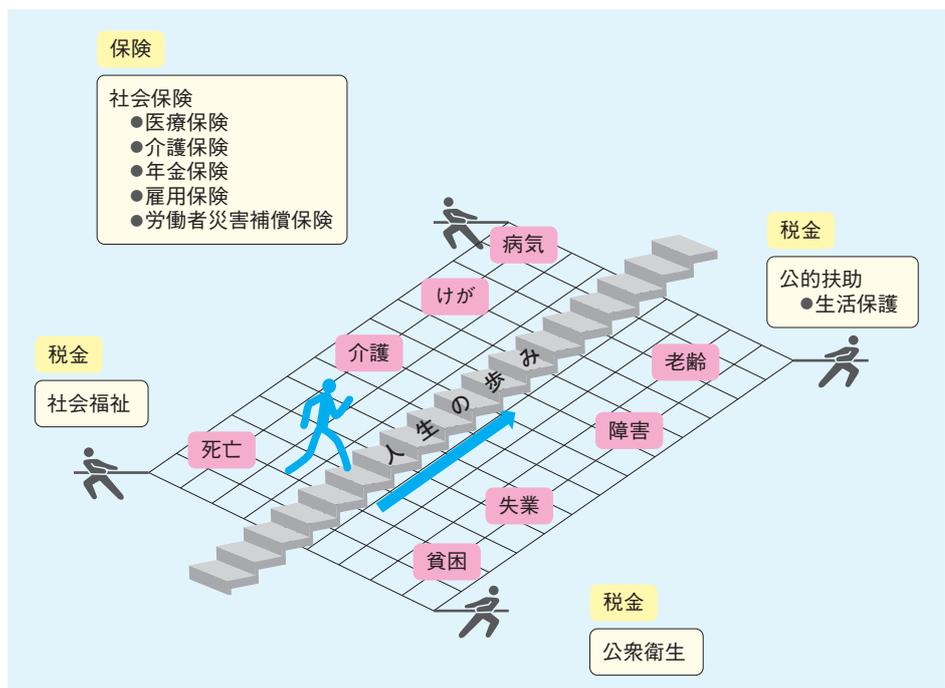


図1 社会保障は税金と保険が支える日常生活のリスクに対するセーフティネット

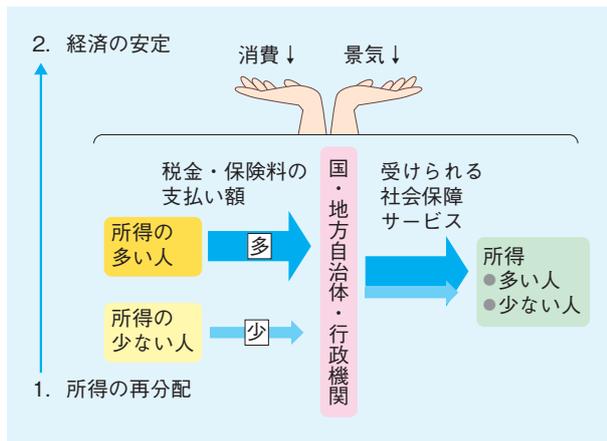
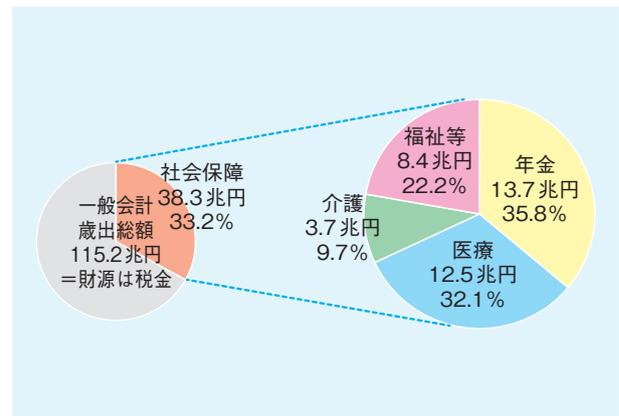


図6 社会保障の機能

図7 一般会計に占める社会保障費の内訳  
(財務省：令和7年度 社会保障関係予算のポイント<sup>4)</sup>をもとに作成)

であるが、雇用保険や年金による経済的な支援を受けることにより収入が支えられているという安心感が、消費の減少を回避して消費の維持につながっている。このような消費活動の下支えを通じて景気の落ち込みが抑制されることにより、経済と社会の安定に寄与している（図6）。

## 5. 税金と保険料負担からみた社会保障

理学療法士は、勤務して報酬（収入）を得た結果、税金と保険料を支払う義務を担っている。これは他の職業と同様に当然のことであるが、税金と保険料という費用負担の観点から社会保障について記述する。

一般的に、社会保障に費やす金額、すなわち社会保障費の財源は税金であり、年金、医療、介護に代表される社会保険の財源は「保険料+税金」である。

### 1) 税金が財源の社会保障

私たちが納める税金から、一般会計とよばれる国の予算が毎年編成される。その内訳は、社会保障費をはじめ国債費、地方交付税交付金、公共事業費、文教科学費、防衛費などであり、総額で約115.2兆円である。これに占める社会保障費の割合は33.2%であり、国家予算のなかでは最も高い割合を占めている（図7<sup>4)</sup>。

社会保障費の内訳をみると、理学療法士の業務に直結する医療と介護の分野が全体のほぼ半数を占めており、理学療法士は社会保障を担う職種の一つであるといえる。

### 2) 税金と保険料が財源の社会保障：医療

理学療法士の業務に関連の深い医療にかかわる費用を例に説明する。社会保障費に占める医療費は12.5兆円であったが（図7<sup>4)</sup>、各種の報道や資料で一般的に提示される日本の医療費は45兆円を超えている（46.7兆円）（図8<sup>5)</sup>。この差の理由は、実際の医療費には税金だけではなく、保険料と自己負担額などの費用が含まれることによる。

図8<sup>5)</sup>の折れ線グラフは国内総生産（GDP）に占める国民医療費の比率を示しており、「右肩上がり」で増加していることがわかる（8.2%；2022年）。一方、図8<sup>5)</sup>中の表に示す2000年以降の国内総生産は20年間でほぼ横ばいであり、大きな増加は認められない。すなわち、国民の立場からは「所得は増えないなかで医療費負担が増え続けている」状況ということが出来る。

### 3) 理学療法士の立場から

医療に携わることの多い理学療法士にとって、「医療費の増加=対象者の拡大（高齢化による対象患者の増加）」、それに付随して職域の拡大の可能性も見込めるため、医療費の増加は医療従事者としては歓迎できる要素があるかもしれない。

## MEMO

### 報酬に占める税金と保険料の内訳

- 税金：所得税、住民税。
- 社会保険料：医療保険、年金保険、雇用保険、介護保険（40歳から）。

一般的に初任給（4月）は所得税と雇用保険のみ控除（天引き）され、4月分の社会保険料は5月から控除される。したがって、5月の給与の実額は初任給よりも減額となる。

住民税は前年の所得に対して課税され翌年6月の給与から控除されるため、2年目の6月から前年の給与の実額よりも減額となる。

国内総生産  
(gross domestic product :  
GDP)

## MEMO

診療報酬は、医療の進歩や世の中の経済状況とかけ離れないよう、通常は2年に一度改定される。

## MEMO

診療報酬点数表は書籍やインターネットでの検索が可能である。

## 試してみよう

皆さんが病院で受診した経験を思い起こしてみよう。診察、検査、治療、注射、リハビリテーションなど、さまざまなサービスを受け、1つの医療行為で終わることはないことに気がつくはずである。

DPC (diagnosis procedure combination; 診断群分類) 制度

## MEMO

## ● 看護師 (正看護師)

厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者 (「保健師助産師看護師法」第5条)。

## ● 准看護師

都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを業とする者 (「保健師助産師看護師法」第6条)。

## 1. 医療の値段

医療では、医師の診察や治療、理学療法士によるリハビリテーション、入院した場合であれば室料や看護料などの料金が規定されており、これを診療報酬とよぶ。こうした医療サービス以外にも、薬や医療材料の価格が決められている。診療報酬の価格は診療報酬点数表としてまとめられ、これらの医療サービスおよび医療行為の価格は点数で提示され、「1点=10円」で計算する。そしてこの点数は、全国のどの医療機関のどの医師が実施しても同じである。経験豊富な医師が治療しても、数年の経験しかない医師が治療しても、同じ医療行為であれば同一価格である。

次に医療行為の値段について、主な計算システムを記述する。

## 1) 出来高払いと包括払い

出来高払いは、提供した医療行為の種類や量に応じて請求し、その合計額が支払われる。それに対し、包括払いは、提供された一つ一つの医療行為や量ではなく、一連の医療サービスを一くくりとして1日ごとに定額の請求や支払いが行われる。出来高払いは外来での医療サービスが多く、包括払いは入院での医療サービスが多い。

## 2) 包括医療費支払い制度 (DPC 制度)

この制度は、1回の入院に対して一つの病気を治療するという考えに基づいてできた制度である。入院期間中に治療した病気のなかで、最も医療費がかかった一疾患のみ厚生労働省の定めた1日あたりの定額の点数が請求されるが、一部従来どおりの出来高払いが認められている項目があり、その組み合わせで請求や支払いが行われる (図1)。これにより、過剰な検査や投薬などが行われなくなり、医療費の抑制になると期待されている。

## 3) 入院基本料

入院基本料は、基本的な入院医療の体制を評価したもので、医師の配置、看護師の配置、平均在院日数などによって決められる。また、高額な入院基本料を請求するには、一定以上の重症の患者が入院することが条件となる。入院基本料には、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料などがある。例として、急性期一般入院基本料の基準の一部を表1<sup>1)</sup>に示す。

## (1) 看護師の配置基準

最も高い基準は一般病棟などの7対1で、患者7人に対し看護師を1人配置している。低い基準では、精神科病棟や療養病棟などで20対1の配置となる。

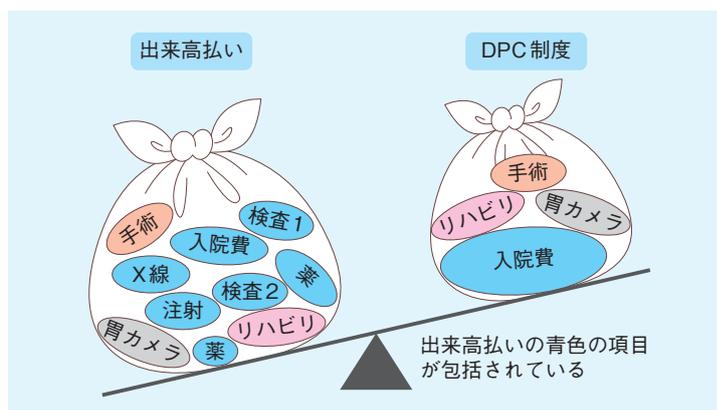


図1 包括医療費支払い制度 (DPC 制度)

**★気を付けよう!**

医師が作成するカルテの記載は、「医師法施行規則」第23条で右のように規定されているが、「医師法」第24条において「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」とも定められている。

仮に医療安全上の問題が生じた場合、カルテの記載内容が重要視されることが多い。この条文の「遅滞なく」の意味するところは、「業務が忙しいので週末にカルテをまとめて記載する」ということを戒めているのである。理学療法士に対しても同様の解釈がされており、リハビリテーション記録はそのつど記載しなければならない。

**MEMO**

診療に関する諸記録は、「医療法施行規則」第20条10において規定されている。

**MEMO**

**処方箋と指示箋**  
「処方=処置する方法」「箋=ふだ、手紙」の意味があり、臨床ではさまざまな場面で「処方箋」の言葉がよく使用されている。しかし、実際には処方箋とは医師が患者に与えるべき薬の処方を記載した書類のみを示し、理学療法士に対する医師からの指示は法的には処方箋ではない。正確には「リハビリテーション指示箋」である。

**1. 理学療法の業務に必要な情報と診療記録の分類**

理学療法を実施するにあたり、患者（対象者、利用者）、その家族から情報を入手する必要がある。入手する情報は、患者の病状や身体的状況など疾患に起因する内容に加え、家族背景や経済的な状況など多様である。理学療法士を含む医療従事者が診療するにあたり、得られるすべての情報は診療情報とよばれ、この診療情報を紙や電子媒体などに記録したものが診療記録である。診療記録は、法律に基づき以下のように分類される。

**1) 診療録（カルテ）**

診療録はカルテとよばれている。カルテとは、最も狭い意味では医師が患者ごとに作成する記録を示す。カルテに記載しなければならない事項は、「医療法施行規則」により以下の4項目のみであるが、これら以外の記載内容や具体的な記載の程度については規定がない。

- 診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢
- 病名および主要症状
- 治療方法（処方および処置）
- 診察の年月日

**2) 診療に関する諸記録**

カルテ以外に必要なとされている診療に関する諸記録を以下に示す。

- 病院日誌
- 検査所見記録
- 各科診療日誌
- X線写真（CT、MRIなども含む）
- 処方箋
- 入院患者および外来患者の数を明らかにする帳簿
- 手術記録
- 入院診療計画書
- 看護記録

以上の項目には当てはまらないが、理学療法士に記載が求められるリハビリテーション記録は、この診療に関する諸記録に位置づけられている。

**3) その他の診療記録**

上記の1)、2)以外に分類されるものとして、入院診療計画書、入院中の説明・同意書、診療情報提供書など、患者への情報提供のための文書や、リハビリテーション指示箋、カンファレンス記録、退院時の要約（サマリー）、他科・他施設の受診記録などの記録がある。

このうち、理学療法士の業務開始に必要な不可欠なリハビリテーション指示箋は、医師が患者を診察し、リハビリテーションが必要と判断されれば理学療法士にリハビリテーション実施が指示される診療記録である。

リハビリテーション指示箋には、患者ID・氏名・性別・年齢、診療科、外来・入院（入院の場合は病棟、病室）、主治医、リハビリテーション医、開始日、実施場所、リハビリテーション対象傷病名、算定区分、リハビリテーション内容、禁忌事項などが記載されている（図1）。

**4) 診療記録の保存期間と法的な取り扱い**

診療記録は患者の個人情報を含むため、法律により保存期間が明確に定められている（表1）。これを見ると、記録により保存期間が2～5年とばらついているが、近年では分けることなくすべて5年間保存するのが一般的である。

その理由は、「カルテ=医師の診療録」であるものの、実際に患者の記録を活用す