

地域包括ケアシステムにおける理学療法士の活動の現状 と今度の課題

ー連携活動能力評価尺度を用いたアンケート調査結果からー

長政 祐生

キーワード：理学療法士、連携活動評価尺度、地域包括ケアシステム、チェンジマネジメント

1.はじめに

超高齢社会の到来で、地域包括ケアシステムで介護予防が強く打ち出され、平成 27 年には日本健康会議が発足し、国民一人ひとりの健康寿命延伸等の方針が出された¹⁾。今後、このシステムの進展に際しては、運動機能の向上による自立支援の地域と技術を有する理学療法士の役割は大きくなるものと予想される。

しかし、現在、理学療法士の就業場所は病院が圧倒的に多く、地域で活躍する人材は少ない^{2~5)}。この理由としては、理学療法士法及び作業療法士法上の定義では、理学療法の対象が「身体に障害を有する者を対象」とすることとされ、法律制定時の昭和 40 年(1965)から、長らく脳血管障害に対する医学的リハビリテーションが中心であった⁶⁾ことや、教育体系においても疾病の回復期段階での理学療法を行う為に必要な知識や技能を中心とした教育がなされてきたことが要因⁷⁾と考えられる。

また、理学療法士それぞれが、就業する地域、あるいは居住地における地域課題への関心や理解が不足していること⁸⁾、他の職種との連携を含むマネジメント能力等の低さも指摘される⁹⁾。すでに保健師等の研究では、年齢が高いほど、連携活動得点は高くなる傾向がある¹⁰⁾といったエビデンスも明らかにされつつあるが、理学療法士の連携活動に関わる報告もほとんどない¹¹⁾。

そこで本研究では、これまで、地域包括ケアシステムで活躍している保健師や介護支援専門員等の連携の実態を明らかにしてきた「連携活動評価尺度¹²⁾」を用いて、理学療法士を対象とした調査を実施し、調査結果から得られた理学療法士の地域活動の実態を鑑み、これから理学療法士が専門性を活かし、地域包括ケアシステムの進展に貢献するためには、どのような方策が必要かを検討することを目的とした。

2. 研究方法

2-1. 調査方法

兵庫県下の中播磨・西播磨エリアの病院及び施設等の82施設に勤務する理学療法士836人に対して、各施設に電話で調査内容を説明し、調査を依頼した。調査は、オンライン上に調査票を作成し、回答を依頼した。これにより235人の調査票が回収された（回収率28.1%）。

2-2. 調査項目

理学療法士の基本的な属性として、性別、年齢、経験年数、勤務先（配属先）、勤務地、職位、最終学歴、地域ケア会議推進リーダー及び介護予防推進リーダー、協会指定管理者（初級・中級）であるか等を調査した。

また、理学療法士の地域の専門職や専門機関との連携状況を把握するために「連携活動評価尺度¹²⁾」を用いた調査を実施した。この尺度の因子構造は「情報共有」、「業務協力」、「関係職種との交流」、「連携業務の処理と管理」の4つの因子から構成され、その妥当性と信頼性については、すでに検証されている¹²⁾。

2-3. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学大学院経営研究科に設置される研究倫理審査委員会の認証を得て実施した(2020-0013)。調査対象者への依頼は、研究の目的、意義および倫理的配慮を記載した依頼文を明示した。調査は無記名で行ったため、個人への同意書は

作成せず、自由意志による調査協力と拒否・中断の自由，調査票記載に要する時間、データの管理方法と結果の活用方法を明記した。

2-4. 分析方法

調査に用いた連携活動評価尺度は 15 項目で構成され、45 点満点の総合得点を算出することができるほか、因子構造「情報共有」、「業務協力」、「関係職種との交流」、「連携業務の処理と管理」に応じた得点も算出できる。調査対象におけるこれら得点の記述統計を行うと共に基本属性との関連を T 検定及び一元配置分散分析および Bonferroni 法による多重比較によって検討した。

また、理学療法士の勤務先の多様性を考慮し、急性期、回復期、慢性期を就業先とする「病院」群と、訪問看護や在宅医療あるいは介護系施設に就業していた群を「介護」群と、それ以外を「その他」群とし、これと年齢区分を組み合わせた変数を作成した。これらの群別の比較は、一元配置分散分析および Bonferroni 法による多重比較によって検討した。

さらに、連携活動評価尺度は 15 項目を算出するとともに、連携活動得点が 30 点以上であった 5 名の属性や回答傾向を事例的に検討した。

なお、以上の分析は、基本属性と連携活動評価尺度に関する 15 項目全てに欠損値がなかった 235 人のみを対象とし、IBM SPSS Statistics ver. 25.0 を使用した。

3. 結果

3-1. 連携の状況

調査対象における連携活動得点を算出した。この結果、連携活動得点の平均値は 13.1 点（標準偏差±8.1）であり、最小 0 から最大 38 の範囲に分布していた。

下位因子得点は、「情報共有」の平均値は、3.7 点（標準偏差±2.18）で最小 0 から最大 9 の範囲に分布していた。

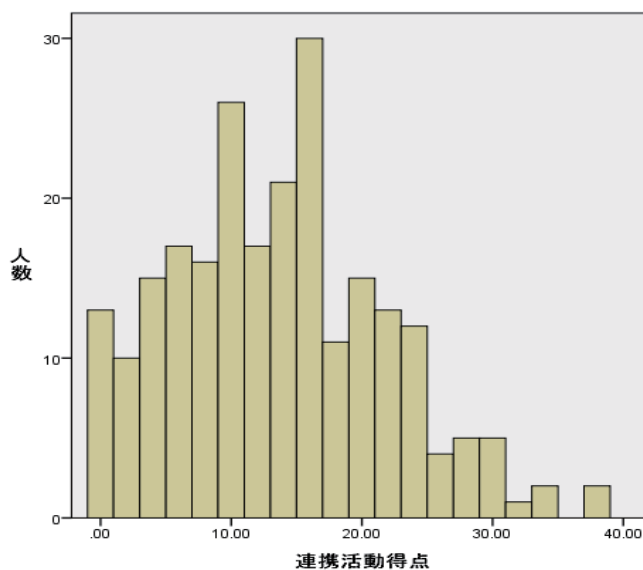
「業務協力」の平均値は、2.3 点（標準偏差±1.95）で最小 0 から最大 8 の範囲に分布していた。「関係職種との協力」の平均値は、5.3 点（標準偏差±3.67）で最小 0 から最大 18 の範囲に分布していた。

「連携業務の管理・処理」の平均値は、1.8 点（標準偏差±1.88）で最小 0 から最大 9 の範囲に分布していた。

これらの結果から、項目数が3項目と同じ「情報共有」「業務協力」「連携業務の管理・処理」の平均値は、それぞれ3.7点、2.3点、1.8点と示され、順に低くなっていた。

図表1 連携活動得点および下位因子得点の平均値 (N=235)

	質問項目数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
連携活動得点		13.1	8.11	0	38
下位因子得点					
情報共有	3	3.7	2.18	0	9
業務協力	3	2.3	1.95	0	8
関係職種との協力	6	5.3	3.67	0	18
連携業務の管理・処理	3	1.8	1.88	0	9



図表2 連携活動得点の分布 (全体)

3-2.基本属性別の連携活動得点および下位因子得点

3-2-1. 調査対象の基本属性

性別及び年齢については、男性が165人(70.2%)、女性が70人(29.8%)であった。平均年齢は30.3歳であった。30歳以上40歳未満が87人(37.0%)と最も多かった。

次いで、20歳以上30歳未満が84人（35.7%）であった。回答者は、これらの年代が全体の7割を占めていた。

経年数は、5年以下が72人（30.6%）で多く、次いで15年以上が65人（27.7%）、6年以上10年以下が59人（25.1%）、11年以上15年以下が39人（16.6%）であった。

勤務先は、病院（急性期、回復期、療養型）が155人（66%）と多く、次いで、在宅医療・看護、介護系施設が48人（20.4%）、そして、その他が32人（13.6%）であった。

職位は、一般職が167人（71.1%）と多く、次いで副主任～主任が41人（17.4%）、課長・部長・係長・学科長が27人（11.5%）であった。

最終学歴は、専門学校・3年制短期大学が159人（67.7%）と多く、次いで4年制大学が66人（28.1%）であった。

地域ケア会議推進リーダー及び介護予防推進リーダーの取得は、どちらも未取得が217人（92.3%）と多く、どちらかを取得が5人（2.1%）、両方取得が13人（5.5%）であった。

協会指定管理者（初級・上級）は、どちらも未取得が194人（82.6%）と多く、どちらかを取得が30人（12.8%）、両方取得が11人（4.7%）であった。

3-2-2. 基本属性別の連携活動得点および下位因子得点

性別において、連携活動得点の平均値は男性で12.9点（SD±8.16）、女性で13.5点（SD±8.03）であった。「情報共有」の平均値は、男性で3.6点（SD±2.08）、女性で4.0点（SD±2.39）であった。「業務協力」の平均値は、男性で2.2点（SD±1.92）、女性で2.3点（SD±2.03）であった。「関係職種との協力」の平均値は、男性で5.3点（SD±3.79）、女性で5.3点（SD±3.4）であった。「連携業務の管理・処理」の平均値は、男性で1.8点（SD±1.88）、女性で1.9点（SD±1.88）であった。年齢による有意な差はなかった。

年齢区分において、連携活動得点の平均値は、20歳以上30歳未満では13.3点（SD±8.83）、30歳以上40歳未満では14.0点（SD±7.41）、40歳以上50歳未満では12.4点（SD±8.04）、50歳以上60歳未満では11.3点（SD±8.3）、60歳以上では6.7点（SD±1.15）であった。

「情報共有」の平均値は、20歳以上30歳未満では3.4点（SD±2.1）、30歳以上40歳未満では4.3点（SD±2.14）、40歳以上50歳未満では3.4点（SD±2.27）、50

歳以上 60 歳未満では 2.9 点 (SD±2.25)、60 歳以上では 3.3 点 (SD±0.58) であった。30 歳以上 40 歳未満の得点は、50 歳以上 60 歳未満の得点よりも有意に高かった。

「業務協力」の平均値は、20 歳以上 30 歳未満では 2.0 点 (SD±1.97)、30 歳以上 40 歳未満では 2.6 点 (SD±1.88)、40 歳以上 50 歳未満では 2.2 点 (SD±2.01)、50 歳以上 60 歳未満では 2.0 点 (SD±2.05)、60 歳以上では 1.0 点 (SD±0.00) であった。

「関係職種との協力」の平均値は、20 歳以上 30 歳未満では 5.6 点 (SD±4.05)、30 歳以上 40 歳未満では 5.3 点 (SD±3.33)、40 歳以上 50 歳未満では 5.1 点 (SD±3.65)、50 歳以上 60 歳未満では 5.2 点 (SD±3.74)、60 歳以上では 2.0 点 (SD±0.00) であった。

「連携業務の管理・処理」の平均値は、20 歳以上 30 歳未満では 2.2 点 (SD±1.99)、30 歳以上 40 歳未満では 1.7 点 (SD±1.86)、40 歳以上 50 歳未満では 1.7 点 (SD±1.81)、50 歳以上 60 歳未満では 1.3 点 (SD±1.49)、60 歳以上では 0.3 点 (SD±0.58) であった。

経験年数区分において、連携活動得点の平均値は、5 年以下では 13.8 点 (SD±9.03)、6 年以上 10 年以下では 13.0 点 (SD±6.76)、11 年以上 15 年以下では 13.3 点 (SD±8.53)、16 年以上では 12.3 点 (SD±8.00) であった。

「情報共有」の平均値は、5 年以下では 3.4 点 (SD±2.12)、6 年以上 10 年以下では 4.1 点 (SD±2.03)、11 年以上 15 年以下では 3.8 点 (SD±2.44)、16 年以上では 3.6 点 (SD±2.22) であった。

「業務協力」の平均値は、5 年以下では 2.2 点 (SD±1.93)、6 年以上 10 年以下では 2.4 点 (SD±1.9)、11 年以上 15 年以下では 2.4 点 (SD±2.09)、16 年以上では 2.2 点 (SD±1.97) であった。

「関係職種との協力」の平均値は、5 年以下では 5.9 点 (SD±4.19)、6 年以上 10 年以下では 4.9 点 (SD±2.85)、11 年以上 15 年以下では 5.4 点 (SD±4.00)、16 年以上では 5.0 点 (SD±3.51) であった。

「連携業務の管理・処理」の平均値は、5 年以下では 2.3 点 (SD±2.13)、6 年以上 10 年以下では 1.6 点 (SD±1.62)、11 年以上 15 年以下では 1.6 点 (SD±1.86)、16 年以上では 1.6 点 (SD±1.73) であった。

学歴別の連携活動得点の平均値は、専門学校・3年制短期大学では13.5点（SD±8.63）、4年制大学では11.5点（SD±6.82）、大学院修了では16.8点（SD±5.47）であった。

「情報共有」の平均値は、専門学校・3年制短期大学では3.8点（SD±2.21）、4年制大学では3.5点（SD±2.22）、大学院修了では3.9点（SD±1.6）であった。

「業務協力」の平均値は、専門学校・3年制短期大学では2.5点（SD±2.04）、4年制大学では1.8点（SD±1.69）、大学院修了では2.1点（SD±1.6）であった。

「関係職種との協力」の平均値は、専門学校・3年制短期大学では5.4点（SD±3.79）、4年制大学では4.7点（SD±3.22）、大学院修了では8.7点（SD±2.83）であった。

このうち、専門学校・3年制短期大学と4年制大学、大学院修了間には、統計的に有意な差があり、最も高かったのが、大学院修了の8.7点で、次いで、専門学校・3年制短期大学の5.4点、4年生大学が4.7点と最も低かった。

「連携業務の管理・処理」の平均値は、専門学校・3年制短期大学では1.9点（SD±2.00）、4年制大学では1.5点（SD±1.63）、大学院修了では2.1点（SD±1.1）であった。

職位において、連携活動得点の平均値は、一般職では12.9点（SD±8.00）、副主任～主任では13.7点（SD±8.32）、課長・部長・係長・学科長では13.6点（SD±8.71）であった。

「情報共有」の平均値は、一般職では3.64点（SD±2.17）、副主任～主任では3.78点（SD±2.28）、課長・部長・係長・学科長では3.89点（SD±2.22）であった。

「業務協力」の平均値は、一般職では2.18点（SD±1.95）、副主任～主任では2.54点（SD±1.98）、課長・部長・係長・学科長では2.3点（SD±1.92）であった。

「関係職種との協力」の平均値は、一般職では5.21点（SD±3.66）、副主任～主任では5.61点（SD±3.48）、課長・部長・係長・学科長では5.52点（SD±4.13）であった。

「連携業務の管理・処理」の平均値は、一般職では1.85点（SD±1.84）、副主任～主任では1.73点（SD±1.84）、課長・部長・係長・学科長では1.89点（SD±2.19）であった。

所属施設区分別の連携活動得点の平均値は、急性期・回復期・療養型（以下、病院群）では11.7点（SD±7.88）、在宅医療・看護、介護系施設（以下、介護群）では

17.8点 (SD±6.3)、その他群では12.7点 (SD±9.12) であった。介護群17.8点は、病院群11.7点やその他群12.7点よりも有意に得点が高かった。

「情報共有」の平均値は、病院群では3.2点 (SD±2.08)、介護群では5.2点 (SD±1.74)、その他群では3.8点 (SD±2.24) だった。介護群5.2点は、病院群3.2点やその他群3.8点よりも有意に得点が高かった。

「業務協力」の平均値は、病院群で2.0点 (SD±1.87)、介護群で3.4点 (SD±1.83)、その他群2.1点 (SD±1.98) で、介護群3.4点は、病院群2.0点やその他群2.1点よりも有意に得点が高かった。

「関係職種との協力」の平均値は、病院群では4.9点 (SD±3.66)、介護群では6.5点 (SD±2.93)、その他で5.5点 (SD±4.36)、介護群は6.5点で病院群4.9点よりも統計的に有意に得点が高かった。

「連携業務の管理・処理」の平均値は、病院群では1.7点 (SD±1.77)、介護群では2.7点 (SD±1.91)、その他では1.3点 (SD±1.95) であった。

介護群2.7点は、病院群1.7点やその他群1.3点よりも有意に得点が高かった。

地域ケア会議推進リーダー及び介護予防推進リーダーの取得有無別の連携活動得点の平均値は、どちらも未取得では13.0点 (SD±8.17)、どちらかを取得では14.0点 (SD±5.83)、両方取得では14.2点 (SD±8.17) であった。「情報共有」の平均値は、どちらも未取得では3.69点 (SD±2.22)、どちらかを取得では4.0点 (SD±1.58)、両方取得では3.69点 (SD±1.8) であった。

「業務協力」の平均値は、どちらも未取得では2.23点 (SD±1.95)、どちらかを取得では2.4点 (SD±1.34)、両方取得では2.62点 (SD±2.22) であった。「関係職種との協力」の平均値は、どちらも未取得では5.24点 (SD±3.68)、どちらかを取得では6.0点 (SD±2.55)、両方取得では6.23点 (SD±3.9) であった。「連携業務の管理・処理」の平均値は、どちらも未取得では1.85点 (SD±1.9)、どちらかを取得では1.6点 (SD±1.52)、両方取得では1.69点 (SD±1.8) であった。

協会指定管理者(初級・上級)の取得有無において、連携活動得点の平均値は、どちらも未取得では12.8点 (SD±8.15)、どちらかを取得では14.7点 (SD±8.29)、両方取得では13.3点 (SD±6.86) であった。

「情報共有」の平均値は、どちらも未取得では3.6点 (SD±2.23)、どちらかを取得では4.0点 (SD±1.88)、両方取得では3.8点 (SD±2.23) であった。「業務協力」の平均値は、どちらも未取得では2.2点 (SD±1.99)、どちらかを取得では2.4点 (SD±1.65)、両方取得では2.5点 (SD±2.11) であった。「関係職種との協力」

の平均値は、どちらも未取得では 5.1 点 (SD±3.62)、どちらかを取得では 6.4 点 (SD±4.05)、両方取得では 5.5 点 (SD±3.21) であった。「連携業務の管理・処理」の平均値は、どちらも未取得では 1.9 点 (SD±1.85)、どちらかを取得では 1.8 点 (SD±2.25)、両方取得では 1.4 点 (SD±1.21) であった。

図表3 調査対象における基本属性および連携活動能力得点

	N	属性 %	連携活動得点		情報共有		業務協力		関係職種との協力		連携業務の管理・処理	
			平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
性別												
男性	165	70.2	12.9	8.16	3.6	2.08	2.2	1.92	5.3	3.79	1.8	1.88
女性	70	29.8	13.5	8.03	4.0	2.39	2.3	2.03	5.3	3.4	1.9	1.88
年齢区分												
20歳以上30歳未満	84	35.7	13.3	8.83	3.4	2.1	2.0	1.97	5.6	4.05	2.2	1.99
30歳以上40歳未満	87	37	14.0	7.41	4.3	2.14	2.6	1.88	5.3	3.33	1.7	1.86
40歳以上50歳未満	39	16.6	12.4	8.04	3.4	2.27	2.2	2.01	5.1	3.65	1.7	1.81
50歳以上60歳未満	22	9.4	11.3	8.3	2.9	2.25	2.0	2.05	5.2	3.74	1.3	1.49
60歳以上	3	1.3	6.7	1.15	3.3	0.58	1.0	0	2.0	0	0.3	0.58
経歴年数区分												
5年以下	72	30.6	13.8	9.03	3.4	2.12	2.2	1.93	5.9	4.19	2.3	2.13
6年以上10年以下	59	25.1	13.0	6.76	4.1	2.03	2.4	1.9	4.9	2.85	1.6	1.62
11年以上15年以下	39	16.6	13.3	8.53	3.8	2.44	2.4	2.09	5.4	4	1.6	1.86
16年以上	65	27.7	12.3	8	3.6	2.22	2.2	1.97	5.0	3.51	1.6	1.73
学歴												
専門学校・3年生短期大学	159	67.7	13.5	8.63	3.8	2.21	2.5	2.04	5.4	3.79	1.9	2.026
4年制大学	66	28.1	11.5	6.82	3.5	2.22	1.8	1.69	4.7	3.22	1.5	1.63
大学院修了	10	4.3	16.8	5.47	3.9	1.6	2.1	1.6	8.7	2.83	2.1	1.1
職位												
一般職	167	71.1	12.9	8	3.64	2.17	2.18	1.95	5.21	3.66	1.85	1.84
副主任～主任	41	17.4	13.7	8.32	3.78	2.28	2.54	1.98	5.61	3.48	1.73	1.84
課長・部長・係長・学科長	27	11.5	13.6	8.71	3.89	2.22	2.3	1.92	5.52	4.13	1.89	2.19
所属施設区分												
病院（急性期、回復期、療養型）	155	66	11.7	7.88	3.2	2.08	2.0	1.87	4.9	3.66	1.7	1.77
在宅医療・看護、介護系施設	48	20.4	17.8	6.3	5.2	1.74	3.4	1.83	6.5	2.93	2.7	1.91
その他	32	13.6	12.7	9.12	3.8	2.24	2.1	1.98	5.5	4.36	1.3	1.95
地域ケア会議推進リーダー及び介護予防推進リーダーの取得有無												
どちらも未取得	217	92.3	13	8.17	3.69	2.22	2.23	1.95	5.24	3.68	1.85	1.9
どちらかを取得	5	2.1	14	5.83	4	1.58	2.4	1.34	6	2.65	1.6	1.52
両方取得	13	5.5	14.2	8.17	3.69	1.8	2.62	2.22	6.23	3.9	1.69	1.8
協会指定管理者（初級・上級）の取得有無												
どちらも未取得	194	82.6	12.8	8.15	3.6	2.23	2.2	1.99	5.1	3.62	1.9	1.85
どちらかを取得	30	12.8	14.7	8.29	4.0	1.88	2.4	1.65	6.4	4.05	1.8	2.25
両方取得	11	4.7	13.3	6.86	3.8	2.23	2.5	2.11	5.5	3.21	1.4	1.21

** P<0.01, * P<0.05

3-3. 所属施設区分別・年齢区分別の連携活動得点

所属施設区分別・年齢区分別に連携活動得点を算出した。最も平均得点が高かったのは、『介護系群 30 歳以上、60 歳未満』で 18.1 点 (SD±6.13) であった。次いで、『介護群 30 歳未満』で 16.0 点 (SD±7.48) であった。

一方で最も平均得点が低かったのは、『病院群 50 歳以上』8.89 点 (SD±6.69) で、これらの群間には、有意な差があった。

また、下位因子別に詳しく分析すると、「情報共有」では、『介護群 30 歳以上、60 歳未満』は、5.3 点 (SD±1.77) で、『病院群 30 歳未満』3.4 点 (SD±2.13)、『病院群 30 歳以上 50 歳未満』3.2 点 (SD±2.05)、『病院群 50 歳以上』2.4 点 (SD±1.85) の 3 群よりも統計的に有意に高いことが示された。

「業務協力」においても、『介護群 30 歳以上、60 歳未満』は 3.4 点 (SD±1.76) で、『病院群 30 歳未満』2.1 点 (SD±1.94)、『病院群 30 歳以上 50 歳未満』の理学療法士群の平均得点 3.2 点 (SD±2.05)、『病院群 50 歳以上』の平均得点 2.4 点 (SD±1.85) と統計的に有意な差が示されていた。

「関係職種との協力」では、『介護群 30 歳以上、60 歳未満』は、6.7 点 (SD±2.96) と高く、次いで、『病院群 30 歳未満』5.9 点 (SD±4.17)、『介護群 30 歳未満』5.3 点 (SD±2.63)、『病院群 50 歳以上』4.1 点 (SD±3.34)、『病院群 30 歳以上 50 歳未満』4.0 点 (SD±2.83) であった。『病院群 30 歳未満』5.9 点 (SD±4.17) と『病院群 30 歳以上 50 歳未満』4.0 点 (SD±2.83) には統計的に有意な差が示され、『病院群 30 歳未満』は、『病院群 30 歳以上 50 歳未満』よりも有意に得点が高いことが明らかにされた。

「連携業務の管理・処理」では、『介護群 30 歳未満』3.3 点 (SD±1.6) が最も高く、次いで、『介護群 30 歳以上、60 歳未満』2.6 点 (SD±1.96)、『病院群 30 歳未満』2.2 点 (SD±2.01)、『病院群 30 歳以上 50 歳未満』1.3 点 (SD±1.43)、『病院群 50 歳以上』0.9 点 (SD±1.21) と続いていた。このうち、『病院群 30 歳以上 50 歳未満』1.3 点と『介護群 30 歳以上、60 歳未満』2.6 点には、統計的に有意な差が示され、『介護群 30 歳以上、60 歳未満』のほうが、『病院群 30 歳以上 50 歳未満』よりも有意に得点が高いことが明らかにされた。同様に、『病院群 50 歳以上』0.9 点よりも、『介護群 30 歳未満』3.3 点、『介護群 30 歳以上、60 歳未満』2.6 点のほうが有意に得点が高いことも示された。

所属施設区分別・年齢区分別連携活動得点平均値の特徴として、所属施設が病院では、30 歳未満の連携活動得点が最も高く、年齢が上がるにつれて連携活動得点が低下

していたが、所属施設が介護系では年齢が上がるにつれて連携活動得点も上昇していた。さらに所属施設別にみれば、介護群よりも病院群のほうが得点は高い傾向があった。

図表 4 所属施設区分別・年齢区分別連携活動得点平均値

	属性		下位因子得点														
			連携活動得点			情報共有			業務協力			関係職種との協力			連携業務の管理・処理		
	N	%	平均	SD	P値	平均	SD	P値	平均	SD	P値	平均	SD	P値	平均	SD	P値
病院・30歳未満	72	35.5	13.5	8.97	0.00	3.4	2.13	0.00	2.1	1.94	0.00	5.9	4.17	0.01	2.2	2.01	0.00
病院・30歳以上50歳未満	65	32.0	10.5	6.38		3.2	2.05		2.0	1.85		4.0	2.83		1.3	1.43	
病院・50歳以上	18	8.9	8.89	6.69		2.4	1.85		1.4	1.58		4.1	3.34		0.9	1.21	
介護系・30歳未満	7	3.4	16	7.48		4.6	1.51		2.9	2.27		5.3	2.63		3.3	1.6	
介護系・30歳以上60歳未満	41	20.2	18.1	6.13		5.3	1.77		3.4	1.76		6.7	2.96		2.6	1.96	

		地域連携活動	情報共有	業務協力	関係職種との	連携業務の管
		得点			協力	理・処理
病院・30歳未満	⇔ 病院・30歳以上50歳未満	0.16	1.00	1.00	0.02 *	0.02
病院・30歳未満	⇔ 病院・50歳以上	0.18	0.79	1.00	0.52	0.07
病院・30歳未満	⇔ 介護系・30歳未満	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
病院・30歳未満	⇔ 介護系・30歳以上60歳未満	0.02 *	0.00 **	0.00 **	1.00	1.00
病院・30歳以上50歳未満	⇔ 病院・50歳以上	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
病院・30歳以上50歳未満	⇔ 介護系・30歳未満	0.62	0.83	1.00	1.00	0.05
病院・30歳以上50歳未満	⇔ 介護系・30歳以上60歳未満	0.00 **	0.00 **	0.00	0.00	0.00 **
病院・50歳以上	⇔ 介護系・30歳未満	0.33	0.18	0.78	1.00	0.03 *
病院・50歳以上	⇔ 介護系・30歳以上60歳未満	0.00 **	0.00 **	0.00 **	0.08	0.01 *
介護系・30歳未満	⇔ 介護系・30歳以上60歳未満	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

** P<0.01、* P<0.05

3-4. 所属施設区分別の連携活動得点

さらに詳細な所属施設区分別に連携活動得点を算出した。最も平均得点が高かったのは、訪問看護・在宅医療で 18.1 点 (SD±6.02) であった。次いで、介護系施設 17.5 点 (SD±6.74)、回復期 13.0 点 (SD±9.24)、急性期 11.5 点 (SD±7.56) と続き、最も平均得点が低かったのは、慢性期・療養型で 10.4 点 (SD±6.39) であった。

訪問看護・在宅医療群は、急性期や慢性期・療養型よりも有意に得点が高かった。また、介護系施設も急性期よりも有意に得点が高いことがわかった。

また、下位因子別に詳しく分析すると、「情報共有」では、訪問看護・在宅医療の平均得点が 5.5 点 (SD±1.48) と最も高く、次いで介護系施設の 4.9 点 (SD±2.00)、その他が 3.8 点 (SD±2.24)、病院 (慢性期・療養型) が 3.4 点 (SD±1.89)、病院 (急性期) が 3.3 点 (SD±2.22) と続き、最も平均得点が低かったのは病院 (回復期) の 2.8 点 (SD±1.97) であった。

訪問看護・在宅医療群は、急性期や慢性期・療養型、回復期よりも有意に得点が高かった。また、介護系施設も急性期や回復期よりも有意に得点が高かった。

「業務協力」でも訪問看護・在宅医療での平均得点は 3.5 点 (SD±1.88) と最も高く、次いで介護系施設の 3.1 点 (SD±1.78) であった。急性期、回復期、その他の平均得点は同じく 2.1 点 (SD±1.86~2.1) であった。最も平均得点が低かったのは病院 (慢性期・療養型) の 1.4 点 (SD±1.46) であった。

訪問看護・在宅医療群は、急性期や慢性期・療養型、回復期といった病院群やその他群よりも有意に得点が高かった。また、介護系施設も急性期や回復期よりも有意に得点が高かった。

「関係職種との協力」でも、訪問看護・在宅医療が最も高く、平均得点は 6.8 点 (SD±2.89)。次いで介護系施設の 6.2 点 (SD±3.02)、続いて回復期 5.7 点 (SD±3.99)、その他 5.5 点 (SD±4.36) であった。急性期 4.6 点 (SD±3.74) と続き、最も平均得点が低かったのは慢性期・療養型の 4.4 点 (SD±2.86) であった。ただし、これらの群間には、いずれも有意な差はなかった。

「連携業務の管理・処理」では、最も平均得点が高かったのは介護系施設の 3.2 点 (SD±1.9)。次いで、回復期の 2.4 点 (SD±2.21)、訪問看護・在宅医療 2.3 点 (SD±1.85)、急性期 1.4 点 (SD±1.43) と続き、最も平均得点が低かったのは、慢性期・療養型、その他の 1.3 点 (SD±1.54~1.95) であった。

介護系施設の得点は、急性期、慢性期、療養型、その他群よりも有意に高かった。

図表 5 所属施設別連携活動得点平均値

	属性		下位因子得点														
			連携活動得点			情報共有			業務協力			関係職種との協力			連携業務の管理・処理		
	N	%	平均	SD	P値	平均	SD	P値	平均	SD	P値	平均	SD	P値	平均	SD	P値
病院（急性期）	75	31.9	11.5	7.56	0.00	3.3	2.22	0.00	2.1	1.86	0.00	4.6	3.74	0.05	1.4	1.43	0.00
病院（回復期）	46	19.6	13.0	9.24		2.8	1.97		2.1	2.1		5.7	3.99		2.4	2.21	
病院（慢性期・療養型）	34	14.5	10.4	6.39		3.4	1.89		1.4	1.46		4.4	2.86		1.3	1.54	
訪問看護・在宅医療	26	11.1	18.1	6.02		5.5	1.48		3.5	1.88		6.8	2.89		2.3	1.85	
介護系施設	22	9.4	17.5	6.74		4.9	2		3.1	1.78		6.2	3.02		3.2	1.9	
その他	32	13.6	12.7	9.12		3.8	2.24		2.1	1.98		5.5	4.36		1.3	1.95	

		地域連携活動 得点			情報共有			業務協力			関係職種との 協力			連携業務の管 理・処理		
病院（急性期）	⇔ 病院（回復期）	1.00			1.00			1.00			1.00			0.08		
病院（急性期）	⇔ 病院（慢性期・療養型）	1.00			1.00			1.00			1.00			1.00		
病院（急性期）	⇔ 訪問看護・在宅医療	0.00	**		0.00	**		0.01	*		0.16			0.47		
病院（急性期）	⇔ 介護系施設	0.03	*		0.02	*		0.36			1.00			0.00	**	
病院（急性期）	⇔ その他	1.00			1.00			1.00			1.00			1.00		
病院（回復期）	⇔ 病院（慢性期・療養型）	1.00			1.00			1.00			1.00			0.10		
病院（回復期）	⇔ 訪問看護・在宅医療	0.13			0.00	**		0.03	*		1.00			1.00		
病院（回復期）	⇔ 介護系施設	0.42			0.00	**		0.53			1.00			0.98		
病院（回復期）	⇔ その他	1.00			0.52			1.00			1.00			0.13		
病院（慢性期・療養型）	⇔ 訪問看護・在宅医療	0.00	**		0.00	**		0.00	**		0.17			0.39		
病院（慢性期・療養型）	⇔ 介護系施設	0.01			0.09			0.01	*		0.90			0.00	**	
病院（慢性期・療養型）	⇔ その他	1.00			1.00			1.00			1.00			1.00		
訪問看護・在宅医療	⇔ 介護系施設	1.00			1.00			1.00			1.00			1.00		
訪問看護・在宅医療	⇔ その他	0.14			0.04			0.05	*		1.00			0.46		
介護系施設	⇔ その他	0.41			0.90			0.59			1.00			0.00	**	

** P<0.01、* P<0.05

3-5. 理学療法士の地域での連携活動の実態

最も得点が高かったのは「情報共有」の下位因子である「あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか」の1.5点で、平均値が1点を下回っていたものが、以下のように10項目もあった。

下位因子の「業務協力」を構成している「あなたは、住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・精度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか」や、「あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか」、「あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか」といった内容であった。

同様に、下位因子である「関係職種との交流」を構成する「あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実施に関する内容を聞いていますか」、「あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか」、「あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか」、「あなたの所属組織では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の施設・機関に、挨拶回りをしますか」といった内容であった。

さらに、下位因子「連携業務の管理・処理」においては、「あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用を決定していますか」、「あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していますか」、「あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報を管理していますか」といった内容であった。

とくに、平均値が1点を下回り、回答者の50%以上が「0：全くしていない」を選択していた「関係職種との交流」の「あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか」、「あなたの所属組織では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の施設・機関に、挨拶回りをしますか」、「連携業務の管理・処理」の「あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用を決定していますか」の3項目がほぼ実施されていない状況からは、地域での多職種連携は、ほぼないことが推察された。尺度を構成する合計10項目もの平均得点が1に満たっておらず、ほぼ地域での連携はされていないと考えられた。

また、平均得点の分布からは、最も点数が高かった「情報共有」、次いで「関係職種との交流」、「業務協力」、「連携業務の処理と管理」となっており、理学療法士にとって最も難易度が高かったのは、「連携業務の処理と管理」であるが、これは、そもそも関係職種との交流も、業務協力がされていなければ、実施できないものであることから、当然の結果といえる。

図表 6 調査対象における連携活動評価尺度の項目別回答傾向

	0		1		2		3		平均値	標準偏差	
	N	%	N	%	N	%	N	%			
X1	あなた、住民・利用者に対して保健事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	88	37.4	63	26.8	62	26.4	22	9.4	1.1	1.01
X2	あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	27	11.5	79	33.6	106	45.1	23	9.8	1.5	0.82
X3	あなたは、保健事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか	57	24.3	112	47.7	55	23.4	11	4.7	1.1	0.81
X4	あなたは、住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	102	43.4	93	39.6	34	14.5	6	2.6	0.8	0.79
X5	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)に協力を要請しますか	102	43.4	90	38.3	39	16.6	4	1.7	0.8	0.78
X6	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から協力を要請されますか	107	45.5	90	38.3	33	14	5	2.1	0.7	0.78
X7	あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職の集まり(会議)にも参加していますか	65	27.7	80	34	76	32.3	14	6	1.2	0.90
X8	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実施に関する内容を聞いていますか	77	32.8	117	49.8	33	14	8	3.4	0.9	0.77
X9	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)にどのような専門職がいるか、把握していますか	50	21.3	110	46.8	57	24.3	18	7.7	1.2	0.86
X10	あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか	117	49.8	77	32.8	35	14.9	6	2.6	0.7	0.81
X11	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか	130	55.3	74	31.5	25	10.6	6	2.6	0.6	0.78
X12	あなたの機関では、新規の保健師が就任した場合、関連する他の機関(住民組織を含む)に挨拶回りをしますか	125	53.2	53	22.6	41	17.4	16	6.8	0.8	0.97
X13	あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用を定めていますか	195	83	29	12.3	9	3.8	2	0.9	0.2	0.55
X14	あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか	106	45.1	80	34	39	16.6	10	4.3	0.8	0.87
X15	あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報を、管理していますか	114	48.5	63	26.8	47	20	11	4.7	0.8	0.92

*回答カテゴリー (X1~X15)

「0:全くしていない」「1:あまりしない」「2:ある程度(必要に応じて)している」「3:よくしている」

4. 考察

4-1. 連携活動評価尺度得点からみた理学療法士の連携活動の実態

今回の調査対象である理学療法士の平均値は、13.1点 (SD±8.1)であった。この得点は、全国の保健師を対象にした連携活動評価得点は先行研究¹³⁾の平均得点22.6点 (SD±5.1)や地域包括支援センター職員を対象にした先行研究¹⁰⁾の23.6点 (SD±5.2)に比較して、かなり低いことがわかった。

また、これまでの研究では、年齢が高いほど得点が高くなる傾向があり¹³⁾、経験を積むことで得点が高くなると考えられてきたが、本研究においては、病院群では、年齢が高くなると得点が低下する傾向が顕著で、他の職種と異なる傾向が示された。

地域での活動としての、いわゆる地域リハビリテーションの重要性¹⁴⁾は以前から論じられており、近年では理学療法士養成校においても「地域包括ケアシステム」、「多職種連携の理解」の講義は必修となった¹⁵⁾。このような変化により、最近の教育を受けた理学療法士においては、地域に対する理解が深まっており、若い年齢の理学療法士の方が地域情報の収集の必要性をわかってきたとの解釈もできる。また、卒後早期から、介護予防事業等を通じて、地域連携にかかわる活動が必須となりつつあるとの臨床知見もある。

本研究の結果からは、理学療法士における連携活動得点の因子構造毎の結果(図表1)を見ると、「情報共有」の平均値が最も高く、次に「関係職種との交流」「業務協力」「連携業務の処理と管理」の順番であった。「情報共有」の平均値が最も高かったが、これは、日常的にサマリーの共有や退院前カンファレンス等、理学療法士においても情報共有を求められる場面が勤務先を問わず多いからであろう。

一方で、下位因子項目毎では、平均値が1点を下回り、しかも回答者の50%以上が全くしていないとされた項目は、「あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか」、「あなたの所属組織では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の施設・機関に、挨拶回りをしますか」、「連携業務の管理・処理」の「あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用を決定していますか」という項目であった。

これらの項目は、地域の中で、すでに coordination レベルの関係性がある組織や機関があることが前提とされる項目となっている。このため、本調査の対象となった理学療法士の多くの得点は0となっていたと考えられる。

このように、因子毎の特徴から、連携を進める上での段階が示されていることは、下位因子項目の「情報共有」の得点が比較的、高かったことからわかる。

地域活動の中核とされる保健師は、「関係職種との交流」「業務協力」は、「保健師は、お互いの仕事内容や役割・事業内容について理解することによって連携を促進している」¹⁶⁾、¹⁷⁾という知見が示されている。

これは、理学療法士に置き換えれば、地域の関係職種や住民組織と連携を進めるには、お互いの仕事内容や役割を理解し合い、顔が見える関係となっているかが重要である。顔が見える関係になっているからこそ地域の関係職種や住民組織からも依頼をしたり、依頼をされたりと連携が強化される。今回の結果からは、理学療法士はこの段階の連携が進んでいないことが実態として明らかになった。

つまり、理学療法士が地域活動を実施する際に、想定できる関係職種は、介護支援専門員などであり、今回の項目で示されていた、community-based care を担ってきた民生委員や老人クラブなど住民組織との関わりは、ほとんどなされていなかった。

このような状況について、例えば、埼玉県では、埼玉県理学療法士会が地域リハビリテーション支援整備事業を活用して、各市町村の医療・介護施設に所属する理学療法士をバックアップするような介護予防推進支援事業が行われている¹⁸⁾。大田¹⁹⁾は、理学療法士への期待として、何事にも資源不足の現状を打破していくきっかけに、リハ職能団体がプロボノ活動を展開し、できることなら県や市町村によるモデル事業を行い、効果が上がれば制度化が図れるであろうと指摘している。

しかし、現実には、リハ専門職は病院や施設、事業所内で忙しく働き、その業務の合間にボランティア活動を個人的に行い続けることは、困難であり、このような方法によって地域の連携活動を推奨しても継続性はないだろう。

現時点で講じられる方策としては、例えば、県・市町村・県理学療法士会が一体となり、理学療法士が地域支援事業に関わることを支援するような協議体を組織し、この活動に関わることで、地域問題を理解しながら、これらを解決する喜びを得ることが、地域での連携・地域での活動を推進する上で有用性が高いと考える。

「連携業務の処理と管理」では、理学療法士が地域の関係職種との様々な調整毎やマネジメントの中心的役割を担うことを評価する。このため、今回の調査では、極めて低い得点が示された。だが、調査対象者の中には、連携活動得点が30点以上の理学療法士も5人程、存在していた。ただし、これら5名の勤務先や職位、最終学歴の共通性はなく、地域ケア会議推進リーダー及び介護予防推進リーダー・協会指定管理者の取得もされていなかった。すなわち、得点が高い理学療法士達には、基本属性等からの顕著な特性は、5人中4人が20～30代であり、経験年数も0～5年が3人という以外には見いだせなかった。

先行研究⁸⁾からは、実際に地域活動を実施している理学療法士は地域包括ケアシステムへの参画推進への意識度も高いことが報告されている。地域が抱える課題を理解し、地域での活動を推進するには、やはり、病院ではなく、地域という現場での活動経験を積むことが重要と考えられた。

病院群の得点が低いことも、今回の研究から明らかにされたが、多くの病院勤務の理学療法士の地域包括ケアシステムへの参画意識を高めるためには、既存のシステムである地域ケア会議推進リーダー及び介護予防推進リーダーの育成では、不十分ということであろう。

4-2. 理学療法士の属性と連携活動の関連について

本研究の結果からは、他の職種と異なり、比較的、若い世代の連携活動得点の方が高い傾向が示された。具体的には、所属施設が病院の場合は、30歳未満の連携活動得点が最も高く、年齢が高くなるにしたがって、連携活動得点は低かった。だが、所属施設が介護系の場合は、年齢が高いほうが、連携活動得点も高い傾向があった。

これは、病院に勤務してしまうと、病院内での活動が基準となり、大きく変革しつつある地域に関する知識を得る機会を逸してしまっているともいえる。一方で、介護系の通所型サービスなどで、日常的に介護予防事業に携わっている理学療法士は、業務の場が地域に開かれ、必然的に地域の各機関との連携が求められる環境にいることから、その活動能力も高まると考えられる。

また、病院といっても、急性期、回復期、慢性期、療養等があり、この区分によっても連携活動得点に有意な差があることがわかった。急性期だけでなく、回復期の病院の理学療法士の得点が訪問看護や介護系よりも有意に低く、地域との連携が期待されている回復期において、このような状況となっていることは、大きな課題といえる。

今回、調査対象とした地域における市町村では、既に「組織的統合」として地域包括支援課や健康福祉課、社会福祉課などが存在しており、医療・介護サービス提供体制のintegrationが推進されている。また、公益社団法人日本理学療法士協会とそれを支える各都道府県士会では、地域包括ケアシステムに対応する部門を設置し、地域ケア会議・介護予防の2点に集中して人材育成を行う目的で推進リーダー制度を整備し、地域リハビリテーション活動支援事業への参画も促進してきた。

このように、地域との関わりの「場」や、枠組みとしてのシステムは構築されてきたものの、理学療法士がこのような「場」で活躍していないことは、改めて明らかに

された不都合な真実ともいえる。森本²⁰⁾は、理学療法士は、地域包括ケアシステム参画による職域の拡大の機会があるにも関わらず、従来のような病院勤務の感覚での待ちの姿勢では、職域の拡大は困難であると述べている。

今後、理学療法士の中でも、特に、大多数の理学療法士が所属する病院勤務の理学療法士の地域包括ケアシステム参画を見据える上では、今一度、地域から何を求められ、何を取り組めば良いかの理解を向上すること、地域全体を捉えることができる視野を持つための現任教育（OJT）の必要性が示唆されたといえよう。

チェンジマネジメントのステップを進めていくには、県・市町村といった行政や職能団体である県理学療法士会が一体となり、先に示した埼玉県¹⁸⁾のように、県理学療法士会が地域リハビリテーション支援整備事業を活用した、地域活動に関するOJTがなされるべきと考える。また生活機能向上連携加算のような政策誘導の流れを把握し活用する事で病院から地域に出ていく事を積極的に推奨するといったことも、今後、求められる。

しかし、その前提となるのは、職能団体である県理学療法士会、各市町村の理学療法士支部が、これからのリハビリテーションが病院だけでなく、地域へと活躍の場が広がっているという理解を深めることであり、具体的に協力医療機関の指定などについて、行政との連携を強化していくことである。

4-3.地域連携活動における理学療法士の能力を高めるための視点

これまで公益社団法人日本理学療法士協会は、地域包括ケアシステムを推進するために、「介護予防」や「地域ケア会議」の2つの施策に関わることでできる人材育成を進めてきた²¹⁾。その結果、介護予防事業・地域ケア会議への参画の実績数は、年々、増加傾向にはある²²⁾。しかしながら、今回の調査結果においては、特に病院勤務の理学療法士の連携活動得点が著しく低い実態が確認された。

このような地域での活動を実現するためには、理学療法士は、勤務先の理解を得る必要があり、積極的な参画が許されないこともあるという。また、地域包括支援センターに配置されている理学療法士や行政機関に所属する理学療法士は、看護師等に比較して、かなり少なく²³⁾、行政・医療・介護・福祉といった職域の垣根を超え、関わりを調整できる人材も不足している。

それでも昨今、例えば、島根県飯南町では、地域包括支援センター所属の理学療法士が、地域の高齢者の評価・予後予測を実施し、住民に適したサービスを企画・提案や、通いの場への参加を住民に促すなどの活動実績の報告²²⁾がされた。服部²⁴⁾は、

理学療法士らが関与する新しい介護予防サービスを設計し、既存の予防給付などとの効果をランダム化比較試験にて検証報告し、理学療法の地域における予防の効果を示し、理学療法士の知識や技能が地域に役立つことが、少しずつあるが、示されるようになってきた。

ただし、渡邊⁸⁾は、理学療法士が持つネットワークは、フォーマルサービスをよく把握している介護支援専門員等専門職との関わりが強いが、インフォーマルサービスを含む、地域の社会資源を広く把握している専門職との関わりは不十分であり、特に地域を支える活動をしている住民・住民組織との関わりが希薄であると報告している。

このため、今後、理学療法士が市町村の実施する介護予防・日常生活総合支援の一環として、医療介護連携・認知症総合支援・地域ケア会議・生活支援体制整備等の地域支援事業への関わりを強め、働く「場」を地域に広げていくためには、理学療法士個人に対する啓発は必須といえよう。また、実際の活動の推進にあたっては、職能団体である各都道府県士会や、地域ブロック毎に存在する理学療法士の組織体のガバナンス構造を見直し、実効性のある工程を新たに検討する必要がある。

既存の介護予防施策は、高齢者の身体機能改善・維持（機能回復）に重点が置かれたリハビリテーションと、特定高齢者を対象にしたハイリスクアプローチが中心であったが、現在は、予防医学・介護予防においては、ポピュレーションアプローチを中心に、ハイリスクアプローチを併用していく事が望ましい²⁵⁾とされ、ソーシャルキャピタル向上を通じた地域づくりが推奨されている。このようなソーシャルキャピタル向上に理学療法士が寄与しうるかが問われているともいえる。

残念ながら、今回の調査では、理学療法士と地域の専門職・理学療法士と住民組織との連携は希薄である事が明らかとなった。今後、この解決に向けては、理学療法士が、地域社会の構成員として有用であることを示していくことが、まずは重要であり、第一のステップと考える。

例えば、職種の強みである医学的な知識から予後予測を行い、セルフマネジメントにおける0次予防から3次予防まで幅広く対応出来ること、様々な介護保険サービスにおける支援や福祉用具の選定、住宅改修のアドバイスもできる姿を、各ステークホルダーに示す必要がある。こういった強みを活かし、目指す像の明確化を持ち、将来に向けて一貫したアピールができないと、ステークホルダーは、理学療法士の専門性の価値を評価できないのである。

今回の調査では、卒前教育から地域包括ケアシステムを理解し、地域への関心の高い若手の理学療法士、マネジメント能力をもった理学療法士や、介護の居住系サービス機関で働く理学療法士は、病院所属の理学療法士よりも連携活動得点は高かった。

現在、理学療法士の約80%が医療機関に勤務し、その多くは以前から地域リハビリテーション活動は在宅サービスのことを指していると思いをしている²⁶⁾。この大半を占める病院勤務の理学療法士の意識改革を進めなければ、チェンジマネジメントは実現できない。

そして、この意識改革に最も必要なのは、地域と常に関わりを持ち、その多様な課題を対象となる患者、その家族、周りの住民、サービス事業者、行政と協働しながら、着実に解決していくという経験を積み重ねることであると考えます。

5. おわりに

地域包括ケアシステムは「日本では、今後、このシステムが整備されなければ、地域で安心して、生涯を過ごすことは難しい。だから、このシステムの構築や推進が必要なのだ」とする国からのトップダウンによって推進されてきた。そのため、決してボトムアップ型ではなく、局所的なチェンジマネジメントは、これから、それぞれの地域における医療や介護、その他の全ての利害関係者の参加とそのサポート関係が整理した上で実施されなければならない²⁷⁾。

今回の調査は、理学療法士が地域スタッフや住民組織とボトムとして地域を担うための第一報である。調査や研究を継続することで、理学療法士の地域連携活動能力の向上の方策を検討しなければならないと考えている。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授より、熱心なご指導を賜りましたことに深く感謝申し上げます。お忙しい中、アンケート調査にご理解・ご協力を賜りました兵庫県下の理学療法士の皆様にも心より感謝申し上げます。そして、医療・介護マネジメントコースの素晴らしい同期の皆様、切磋琢磨しながら過ごせた日々は今後の糧となります。本当にありがとうございました。

参考引用文献

[1] 日本健康会議：日本健康会議とは。

<https://kenkokaigi.jp/about/> (閲覧日 2020 年 7 月 29 日)

- [2] 第 1 回理学療法士・作業療法士需要分科会, 資料 5, 平成 28 年 4 月 22 日
- [3] 仙波浩幸, et al. 理学療法士実態調査報告. 理学療法学, 2010, 37.3: 188-217.
- [4] 太田恵. 理学療法士・作業療法士養成校学生の進路希望. In: 理学療法学 Supplement Vol. 43 Suppl. No. 2 (第 51 回日本理学療法学会大会 抄録集). 公益社団法人 日本理学療法士協会, 2016. p. 1680.
- [5] 石坂正大, et al. 理学療法学科学部生の就職先の現状と就職先選定: 3 キャンパスの特徴. 国際医療福祉大学学会誌, 2017, 22.1: 77-82.
- [6] 国際検証特別委員会報告書, 理学療法士の法的位置づけに関する国際比較
- [7] 第 1 回理学療法士・作業療法士需要分科会, 議事録, 平成 28 年 4 月 22 日
- [8] 渡邊勸, et al. 地域関係者との関わりの違いは理学療法士の地域包括ケアシステムおよび介護予防を推進する活動への参画意識に影響するか. 理学療法科学, 2016, 31.3: 381-387.
- [9] 高齢者の地域における 新たなリハビリテーションの在り方検討会 報告書 平成 27 年 3 月
- [10] 筒井孝子: 東野定律. 大冢賀政昭. 全国の地域包括支援センターの職員における資格別配置状況及び連携活動能力に関する研究. 介護経営, 第 5 巻, 第 1 号, 2010
- [11] 渡邊勸, et al. 地域包括ケアシステム推進に向けた理学療法士の地域活動実践評価尺度の開発と信頼性, 妥当性の検討. 理学療法科学, 2015, 30.5: 745-753.
- [12] 筒井孝子: 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(上)(下). 社会保険旬報, No. 2183, 18-24, No. 2184, 24-28: 2003
- [13] 筒井孝子: 東野定律. 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 2006, 53.10: 762-776.
- [14] 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング: 持続可能な介護保険制度及び 地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書. 2013.
http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf (閲覧日 2020 年 7 月 29 日)
- [15] 理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等 改善検討会報告書 2017

- [16] 鳥海直美. 訪問看護事業所におけるコーディネート実践に関連する要因—サービス提供者による実践に焦点をあてて—. 厚生の指標 2003 ; 50:1-6.
- [17] 伊藤千加子. 介護保険下において看護職が感じている「連携を阻害する要因」と「今後の課題」—交流会参加へのアンケート調査の分析より. 日本看護学会論文集, 2003, 96-98.
- [18] 平成 27 年度地域づくりによる介護予防推進支援事業報告. 資料 2-2
- [19] 大田仁史. 地域リハビリテーションの歩みと理学療法士への期待. 理学療法学, 2015, 42. 8:829-830.
- [20] 森本榮. 地域における理学療法士の活動の現状と展望. 理学療法ジャーナル, 2012, 48. 3: 185-193.
- [21] 日本理学療法士協会:地域包括ケアシステムに関する推進リーダー制度.
http://www.japanpt.or.jp/lifelonglearning/jinzai_ikusei/edu_houkatsu/
(閲覧日 2020 年 7 月 29 日)
- [22] 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 (第 7 回) 資料 2-2 , 2019
- [23] 理学療法白書 2019 : 86-87
- [24] 服部真治. 介護予防・日常生活支援総合事業における理学療法の効果 (特集 地域における予防の効果:理学療法の可能性). 理学療法ジャーナル, 2020, 54. 3: 275-283.
- [25] 介護予防においてハイリスク・ストラテジーはどの程度期待できるか. 日本疫学会第 16 回総会
- [26] 森本榮. 地域包括ケアシステムの構築に向けて必要とされる理学療法士の役割 (特集 地域包括ケアシステムの構築に向けて). 理学療法ジャーナル, 2015, 49. 8: 693-701.
- [27] 筒井孝子 : 地域包括ケアシステムの深化, integrated care 理論を用いたチェンジマネジメント, 2019 年 9 月 20 日発行