

## 【座談会】

# 理学療法士及び作業療法士法制定50周年を迎えて — 制定当時から今日的課題まで —

出席者 寺山久美子 (大阪河崎リハビリテーション大学副学長、元・日本作業療法士協会会長)

半田 一登 (日本理学療法士協会会長) 本学特別講師

聞き手 古井 透 (大阪河崎リハビリテーション大学教授・理学療法学専攻)

村川 浩一 (大阪河崎リハビリテーション大学教授・図書館長)

(収録日…2016年1月7日 於日本理学療法士協会会議室)



### はじめに

村川：昨年、理学療法士及び作業療法士法が制定されて50年を迎えました。そこで、制定当時を振り返り今日的課題について考える機会として、日本理学療法士協会会長の半田一登先生と、元・日本作業療法士協会会長の寺山久美子先生にお願いし、座談会を開催いたしました。

第1の柱として、PTOT 法制定当時を振り返り、50年間の社会的意義と役割について触れていただきたいと思います。

### 法制定前夜の動向

寺山：この法が制定された1965年、私は東京の整肢療護園(高木憲次園長)にいました。その前、東京大学医学部衛生看護学科3年生の時に、整形外科の津山直一先生(PTOT 国家試験の第1回試験委員長)から「看護もいいが、リハビリテーションという新しい分野がある」と勧められました。整形外科医の津山先生はドイツに留学していた時、患者を車いすに乗せたりADLを教えたり社会復帰を促すリハビリテーションという仕事がドイツにはあるのに日本にはな

い事を残念に思っていました。その当時は、津山先生もPT・OT・STの区別ができなかったようですが、先生の勧めで、衛生看護学科卒業の何人かの人がリハビリテーションの方面にいき、私自身もその一人でした。

リハビリテーションは、治療医学、予防医学と並んで、第3の医学として当時厚生省も言っていましたので、日本にも学校が必要となってきました。厚生省で法律を作っている際に、3年制の専門学校を検討していたらしいのですが、私達はぜひ大学（4年制）をと厚生省まで行って主張しましたが当時は叶わず、昭和38年4月に日本で初めての国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院（3年制）がオープンしました。その第1期の学生が卒業する年（1966年）に、法律を間に合わせたという経緯があります。

その法律を作るにあたって、特に「Occupational Therapy」という名称について、どう訳すのか激論があり、僅差で「作業療法」と名前に決まったと聞いています。「Physical Therapy」の方は、訳すと「物理療法」ですが、先行職種がいるのと、あんま・鍼灸・柔道整復師とは違う医療の中でやる新しい職業として「理学療法」に決まったと聞いています。「作業療法」という言葉は分かりづらく、私は非常に不満ですが、「理学療法」は医師などに受けがいい。日本理学療法士協会は、この名称に関して不満はないような気がしますが。

半田：「理学療法」「理学療法士」という名称について否定的な論議が行われたということはありません。

法律の発足当時は、理学療法士の定義では明確ではないのですが、リハビリテーション医療に限定されていました。そして、

最初にできた学校が「東京病院附属リハビリテーション学院」、「九州リハビリテーション大学校」、「高知リハビリテーション学院」の3つで、その名称に「リハビリテーション」という文字が入っていたため、リハビリテーション医療の中で従事するというイメージがついてしまいました。最近では介護予防・転倒予防・生活習慣病などに範囲がシフトしてきています。それが今も足かせとなっています。

半田：九州労災病院時代、作業療法士はほとんど元看護師の方が多かったです。しかも、優秀な看護師に医師が作業療法士になるよう働きかけていたようです。理学療法士は、柔道整復師・マッサージ師等からきていましたので、この違いが組織の雰囲気の違いに発展していると思います。

寺山：作業療法士は全世界的にも、歴史的に、当初作業を治療的に扱う人として看護師・教師・心理学者・建築学者など多職種の方が担ってきました。一番多いのは看護師でしたが、メディカルモデルだけではなく、ソーシャルモデルからも広い裾野を作っている、それが魅力でもあり、OTの分かりにくさでもあるわけですが。半田先生のところは、やはり柔整出身の方が多いのですか？

半田：理学療法士は西日本では元マッサージ職が多くて、東日本は元柔整師が多いです。マッサージ職の場合は、視覚的に問題がある人が多いので動きが難しく、柔整師は動けるという違いがあります。

実は、私が就職した九州労災病院に入る直前までは、理学療法士というのはリハビリテーション科に所属させてもらえず、整形外科の所属でした。なぜかという、理学療法士はマッサージばかりしていて、ADLに発展しないからというのがその理

由です。ところが、私たち学卒が入ってくると、リハビリテーションマインドの高い人が多く、マッサージではないということが分かってリハビリテーション科に所属することになりました。ですが最近、この問題がまた浮上してきました。また志の高いセラピストが少なくなっているような…。

寺山：PT 協会も以前に比べて変わったなあと思いました。優れた理論派もおり、知的集団が多くいて嬉しい限りです。

半田：昔は、特例試験できた人と、学卒の人とで、派閥抗争がありました。学卒は人数が少なく、引く手あまたでした。

寺山：九州労災病院もそうですが、お雇い外人がいきましたね、また、当時は実習病院がありませんでした。九州の場合は、資格のある指導者がいなかったのどうされたのですか？清瀬のリハビリテーション学院は、立川病院という米軍の病院があって、免許職種がいたので、医師が責任を取っていましたね。

半田：労災病院が先行していたので、福岡に、九州労災・門司労災・筑豊労災・大牟田労災の4つの労災病院があって、そこに実習に行きました。初期の国家試験を取った人が、労災病院に多かったので不自由はなかったです。就職した時は、院長が天児（あまこ）先生で、九州大の教授から九州労災病院に来た方で、整形外科の先生をリハ科に預けて、まずリハの指示が書けないといけない、でないと整形外科の手術をさせないと言われていました。リハ科の医師2人に対して、整形外科医5人で、PTは13人でした。

寺山：整肢療護園も東大整形外科の医局からローテーションで来ていましたが、そこまではしなかった。機能訓練に張り付いてま

ではしなかったです。

半田：福岡県理学療法士会の研修会の案内を出すと、天児先生が一番先に来ていて、一番前に座っている。あるいは21回PT学会をやるのにお金が必要だったときも、天児先生が紹介状を書いてくれて、それをいろんな整形外科に見せると多額のお金がすぐに集まった。

寺山：PT及びOT法の法律が一緒になっているところが課題ですね。「社会福祉士及び介護福祉士法」について、OT協会会長を務めていたときに二つ一緒になっている理由を聞きにいったことがありましたが、「ほとんど二つは似て非なるが、類似のところをまとめるので、一緒になっている」と回答がありました。

### リハビリテーション医療の原点

寺山：高木憲次園長の整肢療護園が、リハビリテーションの日本の夜明けといわれているのですが、先生には先見の明があって、脳性まひやポリオ等の患者の治療で、職員を機能訓練（PT）、職能訓練（OT）、言語聴覚（ST）、職業前訓練の4部門を1年間にわたり回してくださった。この職員現任研修により、すごく広い視野が持てました。

半田：当時、重要視された職能前訓練が、最近ほとんどみない気がします。

寺山：でも最近は原点回帰で、高次脳機能障害や若年性の認知症の就労支援とか、就労支援へのニーズが高まっています。

半田：リハビリテーション医療全体が、なぜリハビリテーション医療が社会的に存在しているのか、原点を見失っている気がして、もともと志の高いドクター達が始めたのですが、厚労省の政策誘導かりハビリが儲かるようになったので、リハビリテーション

の本質が見失われる気がしてしょうがありません。

寺山：診療報酬で点数がつくようになったのはいいことですね。昔はボランティアのような感じでした。1974年にOTに診療報酬が新設されましたが、身体障害のOTと精神科のOTの間で、報酬の格差ができました。精神科は30点に対して、身体障害だと「簡単」40点、「複雑」80点になるのが初期の大問題でした。

大学紛争や若手医師の紛争のあおりをうけて、特に精神科の医師が激しく行動しておりましたね。

OT協会でも精神科OTが激しく行動し、点数はいらないと極論を展開するOTも出てきました。

半田：死語になったと思うは「リハビリテーションサービス」という言葉で、当時病院ではリハビリテーションの売上は1%もなかった。院長はお金のことは考えないでいい、患者が喜ぶことをしてやればいいといわれていました。しかし、今こうした言葉はほとんど使われなくなっている。あの当時の方が、やりたいことができている面白仕事ことができました。

寺山：お金は気にしなくてもいいと言いますか、医療職の任意というか、私は看護職としてのリハサービスだったのですが、半田先生は？

半田：昭和46年に理学療法士になったので、保険点数制度はありました。九州労災病院でのリハ科の医師たちは診療報酬を作る際、厚生省と掛けあっていたのですが、厚生省が提示した最初のリハビリテーション料は、理学療法は治療費の中に入れる。作業療法は指導費として入れる。しかも、作業療法は点数高く期間短くて、理学療法は点数低く毎日やる。これが厚生省の案でし

た。ですが、九州労災病院は、そうではありませんでした。PTもOTも方法は違うだけで、点数は一緒がいいといって、厚生省に言ったそうです。

今になってOTの特徴を出そうとうすると「指導」という発想は、すごくいい。

寺山：ですから、OT協会が作成したOTの定義では、「援助」「指導」が入っている。そして、「開発」という字句も入っています。指導的教育的要素大きい、PTもそうでしょうが。

半田：そうですね。

村川：これまで診療報酬制度の枠組みを含めお話ししていただいたわけですが、寺山先生が、整肢療護園にいらしたとき、高木先生はご存命だったのですか？

寺山：はい、存命されておりました。高木先生は清瀬のリハ学院ができるときに亡くなったのです。青山斎場で盛大な葬儀でした。高木先生についてのエピソードというと、先生は右片まひになったのですが、先見の明があるというか新しもの好きというか、当時失語症でスピーチできない分、家でテープレコーダーにゆっくりしたことを録音して準備しておられた。これは、福祉用具だと私は後で気づきました。

半田：九州労災病院は、昭和32年にリハビリ10年史が出来ています。そこでは、「リハビリ」を「レハビリ」と、ドイツ流に呼んでいます。そして、中身は今でも全く古くない考え方・とらえ方で、その当時の思いは古くないということがわかります。

寺山：まさに原点回帰ですね。生活期のリハビリテーションに関わっている中で、それを感じます。

半田：去年4月頃、介護保険の制度改訂で新しいリハビリを作ると言われていたのですが、新しいリハビリを作るんじゃなくて、



原点回帰することが大事だと主張しました。

寺山：特にお金になるのは急性期から回復期ですが、生活期はサービスで勝手にしろという感じですね。昔われわれのリハサービスは生活期から始まったんです。患者さんのプロセスがわかっている。だから、原点回帰なんですよ。

半田：結論から言うと、50周年をむかえて原点回帰を今から始めないと、リハビリテーションが社会的に存在する意味がないと思っています。

寺山：リハビリテーションマインドを学生にも話しますが、九州の原先生や服部先生、東京の高木先生や津山先生、大阪では田村先生などリハの先駆者たちは、一人の人をずっと生涯をかけてみていくと、その過程でPT・OT・STがリハビリテーションに関わっていくことを強調されました。

半田：今原稿を書いているのですが、寺山先生の今おっしゃったようなことを書いています。

従来第3の医療でスタートして、疾病の治療を診るけど、その後の障害も診る。しかしこれが報酬上、従来の医療の枠組みに入れられたため、ずっと診ることができなくなる。特に近年の在院日数の短縮等で、急性期・回復期・生活期と分けたとき、リハビリテーション領域がぶつ切りされています。それが最大の悲劇と言えましょう。

寺山：PT・OT・STの各療法が特に回復期では、はっきり見えなくなっています。それぞれ得意分野があって、今再びPTがやる回復期の理学療法、作業療法士がやる作業療法をもう一回専門性を主張していかないと。手技を整理しないとイケませんね。

半田：今まさにそれをやりとげないと、PT・OTの資格を一本化しろと言ってくる。い

ろんな意見ができてきて、社会的役割を自分たちで表現できていない、傍から見ると、区別がつかないので、PT・OTと一緒になれよと言われてます。

寺山：でも、そのうちその話はなくなりますよ。昔もその話が出ましたから。PT・OT・STのセラピストが、自分の専門から診る、しかも他職種と協働できるプロフェッショナルが必要ですね。

その話をする前に、半田先生、PTを目標された経緯を教えてください。

半田：もともと、九州大学医学部の近くで生まれましたが、九大医学部入試を落ちて、九州歯科大に受かって1週間程通ってました。九州リハビリテーション大学校にも受かってたのですが、そこに見学に行ってみたら、車いすでバスケットボールをしていました。私自身、中・高校とバスケットをやっていたのですが、そのとき車いすバスケットを知り、歯科大を辞め、リハビリテーションの道に進むことになりました。障害者の社会参加として、ツールとしてスポーツがあります。37年間、一つの病院で臨床で働きました。それだけ九州労災病院の居心地が良かったんですね。

草創期の人たちにたたきこまれたものがあって、それこそ今、原点が必要な時期になってきたのだと思います。



寺山：草創期の人たちが定年退職している時期なので、伝えなきゃいけない部分がある。それに、今は1億総活躍時代ですから、定年後もアクティブにPT・OT・STの仕事をしながらか、世の中のためになればと皆さんには言っています。

### 国際障害者年前後の動向

村川：半田先生から、障害者の社会参加に着目されたという話でしたが、第2の柱として、国際障害者年1981年前後に障害者（児）福祉・医療に新しい流れが出てきました。さらに、老人保健法が1982年に制定され、予防・治療・機能訓練、実質的には、予防治療リハビリテーションということで、さらに発展していくわけですが、先ほども触れられましたが、1981年の国際障害者年のイベントの年に、日本全国で障害児・障害者のテーマ、あるいはノーマライゼーションの理念が展開されるということで、寺山先生のお話をお伺いしたいと思います。

寺山：私はその当時、東京都の心身障害者福祉センターにいまして、東京都からお金も出してもらっていて、障害者年ということで、役割の一つとして1981年に社団法人化した作業療法士協会ができました。全国で会員数800人弱でこんな少ない数の社団法人はないと言われていましたが、国際障害者年の追い風で、作ることができました。自分たちの仕事だけでなく、社会貢献しなければOT協会を作った意味がないということで、その一環で、日米リハビリテーション会議と名付けて、アメリカのOT協会から50人ほど来ていただき、東京の経団連会館でPT協会長を含め多くの関係者に参加いただきました。その中ではOT会長のハイタワーバンダム先生のスピーチが印象に

残っています。

アメリカでは、その頃IL運動（自立生活運動）が盛んで、アメリカのバークレー校のエド・ロバーツさんが火付け役になって、当時で言う“生活モデル”ではないのは気に入らないとあって、当事者のやり方で自立するのだと自立生活センターが各地にできました。また、職業前訓練はけしからん、まず就職してアクティビティをし、必要に応じて訓練はないと、ということで、アメリカのOTたちは当事者からの非難に会いました。また、自立生活運動日本版ができた年でもありました。東京都では、在宅ケアとか車いすのための都営住宅を作ってくれるようになり、私たちリハ職はその判定などもやりました。その意味では追い風でした。

半田：昭和40年からADLの言葉があって、QOLとなって、それを目指そうとしましたがどこかで挫折しました。1981年、私が30代の頃ですが、WHOによるリハの定義ができました。リハを訓練するだけでなく、世の中を変える。障害者のサービスを含めて、なぜ差別が生じるのか、日本人は元から差別感がありますね。研究してきて、私自身が変わりました。

寺山：重度の障害者の自立・自律ですね。私も福祉用具や、住宅改修をしながら、自分の中で、ドラスティックにメディカルからソーシャルリハへとシフトしていきました。

半田：最近、診療報酬の改定となると、「PTは」とか「医師は」、とか主語が自分たちのことばかりで、患者さんが置き去りにされている。「患者」を主語とした要望作りを心がけています。常に、患者・障害者・利用者視野を持っていかないといけない。

寺山：教育で言いますと、「教員は何々を教え

る」から、「学生は何々することを学ぶ」という話になるんです。リハマインドという考え方は広いですね。

半田：「全人間的復権」という言葉は、私は嫌いなんです。なぜかというと、復権というのは権限を一回なくすのが前提で言っている言葉だからです。障害があろうがなかろうが、人権は何も変わらないと思います。

寺山：あの当時からその話がありましたね。上田先生は日本障害者リハビリテーション協会の顧問で、ICFの日本初の役員としてずっとやってきていますね。

### 老人保健法から 1990 年代の展開

村川：さて、話題を 1990 年代に転換させていただいて、予防・治療・リハビリテーションの枠組みが明確になりつつ、人口の高齢化がすすんでいきますが…。

寺山：このあたりから、リハビリテーションの対象とする障害のとらえ方が変わってきています。

私の場合でいえば、昔は、子どもの場合はサリドマイド児、脳性まひ児とか、大人の場合だと脊髄損傷、切断などでしたが、徐々に中枢神経系の脳卒中、高次脳機能障害に、最近は認知症、それからその合間に精神科をやっていました。そして、それに対応するリハの技術とか考え方が整理しきれていないまま今日に至っている。なのに、機能訓練は相変わらず同じことをやっている（言葉は悪いですが）。

半田：この頃から、労災病院での仕事が窮屈になってきましたね。それまでは、のびのびと患者さんとともに病院の中で生きているような感じでしたが…。

その当時、労災病院は全国に 36、7 ありました。どこの労災病院もベッド稼働率が

100%超で、障害者でいっぱい。救急が受け入れられない状況でした。社会復帰の社会的整備がされていなかったため、患者を抱え込んでいました。しかし、救急を受け入れないと、病院経営が成り立たなくなってきました。彼らをどう出すか（社会復帰・地域移行）というのを、理念としてやっていたのですが、病院経営としてやらないといけなくなりました。それまでの理念としてやってきたことと、病院の方針とがジレンマを抱えた時期でした。やらされる感が出てきました。

寺山：長い入院生活の中で、リハ職がつきあってきて、一体いつ退院できるのか。本当は就職できるのに、なかなか就職先が難しいので、病院に長くいて、閉塞感がありましたね。

半田：病院に患者の自治会があり、病院が生活の場になっていました。一人の思いだけでなく組織としてリハをどうやるのかということに変わってきました。医師の強い理念でやってきましたが、経営としてどうやるのかとなってきました。

寺山：1995 年は阪神淡路大震災や地下鉄サリン事件などがあり、そろそろ高齢社会と政府も言い始めていて、介護保険制度がはじまる 5、6 年前から新しい制度設計が検討されたり、介護保険の準備を始めましたね。OT 協会会長を 8 年で辞めるつもりだったのですが、介護保険がもうすぐできるというので、それができるまでとにかく会長を続けることにしたんです。

そこで、訪問リハビリテーションステーションを制度化したかった。石川誠先生が研究していたのですが、90 年代は時期尚早でできませんでした。リハがやれるのは、訪問・通所とか、デイケア・デイサービスでやれるんですが、看護の方は老人訪問看

護制度(1992年)があるのですが、リハもやりたかったのですが、セラピストの数が少なく、病院リハを埋めるだけで精一杯でした。

村川：補足をいたします。1986年老人保健法の一部改正で老人保健施設の位置づけができ、その中で入所の他に、通所リハができました。1982年に老健法ができて5、6年後に、従来の特養だけではなく老健施設が位置づけられたわけで、PT・OTが配置されました。そして、寝たきりゼロ作戦が、広島みつぎ町モデルとして始まって全国的には90年代に動き出しました。

寺山：OT協会も、それをいち早くキャッチしていて、準備していました。

村川：1997年12月に介護保険が成立する時点で、介護サービスの一環として、通所リハだけではなく訪問リハビリテーションが位置づけられることになりました(2000年4月実施)。

寺山：老健法ができていましたが、2006年から2008年に高齢者医療がかわりましたよね。老健法が持っていた老人医療の関係と保健事業の関係が、介護保険の中に吸収されたのか、医療だけが高齢者の医療に関する法律になりましたね。

村川：予防・治療が解体・再編され、医療費がどうなるか検討されて、高齢者医療確保法に移行しました。医療費を確保する意味では、医療費の一割自己負担、保険料も一割負担、費用的なものが強く、保健事業が後退しました。2005～8年当時は、国が消費税率改定を見送ったので、財源がない。補助金システムも大きく変わりました。その結果、各市町村の保健事業としてやっていた予防的なサービスが縮小されました。むしろ財源を医療保険財源に。健康保険制度で大企業は組合健保ですから、職場におけ

るという転換で、メタボ検診が強調されますが、事業主による検診は実施されても、継続的にフォローするところがない。民営化されてスポーツ産業とかでやるとか…。40歳以上の住民は、保険者ごとに国民健康保険に入っている人については、しっかり運営されているところはカバーされるが、財政力の弱い自治体は予防事業に力が入らない。さらに、行政改革で、一般事務職は残留するけれど、保健師は必要を認めないという変な流れも出てきました。

老人保健法の趣旨の良かった点が医療費問題で後退してしまいました。リハも治療の一環で、まさにながちがちの診療報酬体系の中でどういう風にすればいいのか、健康保険の他に介護保険が改めてできた。2本立てになりましたね。

寺山：分散した保健事業はどうなったのか、どこへいったのか。

村川：ゼロではないが、分散してしまった。

地域保健法が成立して、都道府県の保健所中心から市町村単位の保健センターの時代になりました。1990年代～2000年代前半までは良かったのですが。高齢者だけでなく全世代を対象に、栄養改善法を改革して、健康増進法ができましたが、どこまで実施されているのか…。

寺山：保健師がどこにいても元気がなかった時代がありましたね。

村川：保健サービスは市町村がやるということでしたが、行革の流れがあって、保健所と福祉事務所を組織的に合体させる。事務職員を削ってセラピストや保健師を増やすべきところが、2005～6年以降(小泉改革以降)萎んだと。ですが最近では、疾病患者・高齢者患者が増えたので、予防という原点回帰が求められています。

古井：老人保健法を始めたときは、保健師も元



気だったセラピストたちが生活期にも面白く入ってきましたが、色々なことが起こった時期がありました。介護保険に寄っていくにつれて、夢があって期待できた半面、結果的に…。

## PT・OTそしてチームケア

半田：制度の動きと行政職のリハの動きがあり、行政職のPTの数が一時期増えましたが、がくんと減りました。

寺山：90年代の後半は増えていましたが、保健所のリハ職に枠を作って募集しても、来てくれない。

半田：北九州市では、全区役所にPT・OTが窓口配置されています。普段は、事務職の仕事で、そういう人が来たなら理学療法士・作業療法士としてやる。PT・OT職としては、量的には窓口業務は少ないので、普段は事務職をやっている。

私自身思うことが二つあって、一つは、言葉の問題で、「介護保険」より「自立支援保険」にした方が良かったと。介護認定より、自立度認定をした方が本当は良かったのかなと。我々リハの視点から見るとそれがいい。そうすると、介護保険に対する国民的コンセンサスが違っていたのかと思います。

もう一つは、リハ的にいうと、治療的にフラットになったら、障害者に切り替えるという作業がありました。家族に来てもらって、いろんな説明と同意が必要でした。それが今は医療保険からずっと介護保険に移行することになったので、誰も説明しなくなりました。患者から障害者に切り替わるのは、大作業です。PT・OTやソーシャルワーカーも寄って、患者の家族を寄せて、大変な作業でしたが、今は医療保険から介

護保険にすんなり変わるため、活動・参加に切り替わるのを誰がやるのが明確ではありません。介護保険があることで、治療が続いていました。今度の改定の中で、リハビリテーション会議ができましたが、それを仕切れる医師が必要なのです。

寺山：ケアマネの仕事の強化ーイギリスの首相のサッチャーさんが、コミュニティケアアクト（1990年）を作った現場を見に行きました。ケアマネの動きが良くて、対象者の状況をよく知っています。バックが看護やOT・ソーシャルワーカーだからよく知っているんです。日本では、医師とのリエゾンが下手なのがケアマネ。医師が医療の知識がない人を信用していない傾向もあります。

半田：エバリエーション評価から、アセスメント評価になってきて、エバリエーションの会議だと、元気のない原因をさぐり、身体のことや筋力などを考えますが、アセスメントの会議だと、「あのおばあちゃん、元気ないね、頑張ってもらわないといけないね」という話になります。我々の仕事は、分析をして提案をする役目だけれど、エバリエーションが消えてしまいました。PT・OTが参加している意味がなくなったのです。

寺山：地域包括ケアで、本人も家族も入っている場では、専門性・一般性もあるリハの職種をマネジメントできる人に権限を与えるのがいい。

ケアマネのリハ版の、リハビリテーションマネージャーというのが必要だと思えます。

半田：方向性を考えた時、医師をしっかり支えられるマネージャーがいた方がいいですね。研修した人を育てて、医師を支えられるリハビリテーションマネージャーが必要です。

寺山：地域医療の中では、クリニックの先生は忙しいので、リハに関しては任せられる人がいれば、心強いかもしれませんね。

村川：半田先生から介護保険制定時の自立支援の視点が制度化されていないのではないかと指摘がありましたが、理念としては、介護保険法第2条に書かれています。準備過程では、山口昇先生らの意見として成功報酬という論点、認知症だから介護、手間がかかるから介護という理屈だけでない制度設計という話がありましたが残念ながら、制度化する力量がなかった…

寺山：ケアの技と考え方が未熟だったんですね。

村川：ケアマネの位置づけですが、英国流と北米（アメリカ・カナダ）流の理論の二つがあります。用語としては、イギリス流のケアマネジメントを取り入れました。

英国では熟達したソーシャルワーカー、地方自治体の社会福祉部で5年10年やった人がケアマネジャー。理想的には、社会福祉士と保健師が背景にあってできるのが、一番だと多くの専門家が言っていましたが、人数的に足りず、民間にさせるためには、アメリカ流の医療の要素も入ったケアマネのサービス調整が入ってきて、ソーシャルワーカーと保健師が中心になるのが、保健師だけにしないでということで介護保険の初期は看護師と准看護師レベルも入ってきました…



他方、社会福祉士だけでなく、介護福祉士など介護職が多く参入したので、現場経験が数年あればと甘くなってしまった。資格保持者は、70～80万人と多いが、実際に働いている人は、8～10万人でしょう。初期は看護師の参入が多かったですが、制度的な変化もあり看護系が引きつつあります。介護職は比較的容易に資格が取れて、ケアマネをやるという流れになってきました。

また、アセスメント（総合評価）と、エバリエーション（機能評価）ということで、双方を位置づけるべきですね。

古井：通所リハビリと訪問リハビリは、マンパワーの問題があり地域リハビリステーションをきちんと作らないと解決しないのではないのでしょうか。

### 地域リハビリテーションの時代

寺山：当時、白澤先生の講習会に出ました。ホームヘルパーの人たちも、ケアマネジメントできるようにと。あの手法は、リハビリテーションの視点からのアセスメントではありませんでした。ケアマネジャーの候補者の質的な現状をみたら、当時はこれより他にないのかなと思いました。

もう一つは、地域リハビリテーションについて、澤村誠志先生などの、地域におけるリハビリテーション活動の考え方と実践が定着してきていますね。地域包括ケアの考え方はリハビリテーションがケアに置き換えられただけですよね。

村川：介護と医療の連携の観点が出来てきたわけですが、澤村先生が展開されてきた、地域リハの基盤として、兵庫県の県レベルで県立総合リハセンターと地域センターが連動するモデルができているところと、でき

ていないところの格差があるのではないのでしょうか。

高齢者を中心とする公的・民間の複合的な流れもあって、石川誠先生らのコンセプトが多く取り入れられてきたように思われますが。

寺山：メリットは、リハビリテーションを格付けたということと、診療報酬をつけたということ。デメリットは、PT・OTの区別がつかなくなってきたということ。多職種連携が改めて問い直されていますね。

村川：地域包括ケアとか、チームケアというのは、PT・OTが主導権をとって動かせるようなチーム医療を実現すべき段階に来ているのでは…。

半田：昨日の夜、地域医療計画について2時間半くらいの勉強会を行いました。在宅医療、これは全部医師の指示が必要なんです。ベッドが減るとか仕方ないとか不安感がおおられていて、本当に在宅医療ということをどうするのか。医療と名づけられれば、医師が必要という論理。当然医師が必要な部分もあるし、不必要な場面があるという仕分けをしっかりとしないといけない時期です。

寺山：PT・OTをどう育てるのかをやっていないといけないが、どうも医療だけの範疇になっています。

半田：それで、かなり紛糾したのですが、2013年モデル～2025年モデルで、ベッド数が減るとい話ばかりで不安感がつづいています。在宅医療の明確化を急ねばなりません。

寺山：在宅医療の中には、看護が入っているのですか？

半田：内閣府の資料は在宅医療しか書かれていません。

寺山：在宅看護として自立したいと思っている

と予想します。自立したい部分があってもいい。

半田：PTの仕事の範囲が広がっています。一つは予防については医師の指示はいらない。身体障害に及ばないように努力をするということで、それは解決したのですが、例えば、脳血管障害で右肩麻痺が残った人が、180日で医療保険が切れて、そして次に介護保険も切れた時に、脳血管障害という身体に障害が残ったままの場合、その後はどうするのでしょうか。ポストリハビリテーションといわれる人たちをどうするのでしょうか。医師の指示をもらってリハを行うが、お金はもらえない、保険は使えないでは、どうしようもないのです。高齢者や身体に障害のある人にどこまでかわるのか、後遺症をもって身体障害者とするのか、どうしたらいいのか、大きな課題です。

村川：障害者総合支援法のもとで、医療と福祉が連携していくこと。ただし、現在の市中の医療水準でできるのか、都道府県レベルのリハセンター、特に市町村にリハビリテーションの地域拠点が必要です。

川島みどり先生のキーワード＜看護の自立＞を吟味すれば、リハビリテーション専門職の自立と連携をチームワークの中で、調整役として、MDが何事にも独占する時代は終わりを告げようとしている…。

寺山：薬剤師が同じことを言い始めていますね。

半田：薬局に来て、お客の身体を診ないで、薬を出している…。

### 結び—理学療法士・作業療法士のビジョン

村川：地域包括ケアシステム、2018医療介護同時報酬改訂、人口の高齢化が進み、また、地域の対応も違ってくる。そのあたりについてお二人にPT・OTのビジョンを発言

いただきたいのですが。

半田：PTの業務は病院で白衣を着て、患者さんが来るのを待たば良かったのですが、こちらが出て行く形になったときに、行政の人とどういう関係を作ったらいいのかノウハウがないのが課題だろうと思います。

PTは社会性に乏しいと言われていました。地域包括ケアシステムの中でどうやって関係を作ればいいのか、そのときに社会性の問題と、もう一つは個人的には超高齢化社会とは、戦争の影響で団塊の世代ができたということに目を向けないと。団塊の世代が悪者というのではなく、戦争を今も引きずっている国家の課題なんで、専門職団体が自分たちの利益を考えるのではなく、どう国を動かすのかという視点で今はとらえるべきだろうと思っています。

それぞれの専門職種がどう国を支えるのか。自負心をもって臨んでいきたいと私は思っています。エゴを出してもしょうがない、チーム医療—大事な時期にきています。

10万人の会員がいます。会員の平均年齢が32歳という極めてあり得ない組織でもありますので、そのことを伝えて利益より大きな役割をPTの人たちが担っていった欲しいと思います。

### 生涯OT・PTを貫く活躍の時代

寺山：現OT協会長も同じようなことをおっしゃると思いますが、地域包括時代のモデルは描いたが、あらゆる人たちがいる中で、PT・OT・STが楽しく優しい地域づくりに参加するのは一生の問題だと思います。

リハー一億総活躍時代、退職したPT・OT・STなども集めて講習会をして、まずは地域の中でやる。それで凄いで、教育の対応で難しいが、多職種連携—IPEとか

IPWとか。一年次から各教育機関で教育して、国家試験でも問題を出す。

現在の若者の7割以上は病院志向ですが、大きな価値観の転換をしなければ。地域は面白いよ、宝の山だよと魅力のある職場だよと、モデルがいて素敵なりハ職が登場するような教育システムを考える。一朝一夕ではできないのだけれども、学校で系統的に基礎作りをして、大学院でリハビリテーションマネジメントのあり方を研究する。国民のために卒後教育をしっかりとやって、死ぬまで現役で尽くそうという集団になってほしい。

半田：そうですね、患者さんに生活参加ということにある意味諦めも必要です。彼らがそういうことを要求している場合もある。しかし自分たちはあきらめていない。

医師の指示の話にしても、地域の方で、かかりつけ医がリハのことが分からないから、リハをすすめるわけには行かないという論調でくる。それでは急性期の医師は、何割がわかっているのですか。調査すると、「よろしく願います」という処方箋が7割くらいなんです。医師全体としての課題なのに、地域でやると、医師の能力がないからできないとかいう強い論調が出てくる。医師全体としての課題なのに、地域でやると、医師の能力がないからできないとかいう、強い論調が出てくる。医師の関心の低いことが全体の課題ですが、部分的課題になっていることが大問題です。また、PTもひ弱になっています。将来に対してチャレンジするような勢いを感じません。

寺山：先輩がたくさん出てきたので仕方ないが、それがいい先輩ならいいのですが…。

半田：なぜ自分ひとりしかいないところに行つて、自分の城を築こうとしないのか。

寺山：今は、冷めた子が多い。でも、リハをや



る子は優しいし、やっていく中で、やりがいを感じてくる。じわじわとパッションが沸いてくる。学生には、ミッション・パッション・ハイテンションと叫んでいますが、なかなかハイテンションの学生は見つからないんです。

古井：臨床の現場の空気が押さえつけているというのもあるのかもしれないですね。

寺山：現場がパターンリズムですね。多職種連携とはいえ、昔の医師がそうですからね。

寺山：公になると特にそうですね。

村川：在宅支援診療所という発想はいいですが、どれだけ普及し、実質化するのか。

半田：在宅支援の先生方から、PT・OT が一緒にやれるセンターを作ってくださいと言われます。しかし、医師会では認められないと言います。難しい…。

古井：半田先生の 80 年代のお話でも、差別とか人権に言及されていました。そういった我々自身の中にある、内面の問題への気づきと、それを逆転させてやろうという気概が昔のリハビリテーションの思想の根底にあったように思います。当事者の声を如何に社会へ広げていくか、それが我々のパッションだ、みたいな。でも最近は、それがなかなか許されない空気が現場にあるので

しょうか。

村川：締めくくりのことばとして、お二人から面白い話をお聞きしました。

大阪河崎リハビリテーション大学 10 年の節目の年にあり、その前身として、学校法人河崎学園 20 周年の節目の年に当たりますので、二人のお話を踏まえて、深めていければと思います。

### おわりに

村川：本日は両先生から長時間にわたり、理学療法士及び作業療法士法制定 50 周年に寄せて大変貴重な話をお伺いすることができ有難うございました。本日のお話は過去を振り返ったばかりでなく、将来に向かって、理学療法士・作業療法士各々にとって、その積極的役割や課題等を明らかにしていただき、また当面する少子高齢社会状況の中で、地域包括ケア、さらに地域リハビリテーションの方向性を論じていただきました。これからの本学における教学研究におきまして、大切な糧となる貴重な内容をいただいたものと考えております。

本日は誠に有難うございました。