

【研究ノート】

肢体不自由児療護施設における 理学療法士の必要性

北村 哲郎, 片岡 紳一郎, 中俣 恵美

The necessity of Physical Therapist in the treatment homes for children with physical disabilities

Tetsuro Kitamura , Shin-ichiro Kataoka and Emi Nakamata



2010年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【研究ノート】

肢体不自由児療護施設における理学療法士の必要性

北村 哲郎*, 片岡 紳一郎*, 中俣 恵美*

The necessity of Physical Therapist in the treatment homes for children with physical disabilities

Tetsuro Kitamura, Shin-ichiro Kataoka and Emi Nakamata

要 旨

本研究の目的は、肢体不自由児療護施設における理学療法士の必要性について検討することである。肢体不自由児に関する施設は、肢体不自由児施設、肢体不自由児通園施設、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設である。現在、肢体不自由児療護施設における人員配置基準に理学療法士は含まれていない。在宅における肢体不自由児数は増加している。また、肢体不自由児は、健常児と比べ活動を制限され、2次的な身体機能の低下が起りやすい。理学療法士は、動作能力を回復するために身体機能や環境にアプローチすることができる。理学療法士は肢体不自由児療護施設に対して、身体機能低下の予防、介護量軽減、介護予防に向けた取り組みを行っていくことが必要である。

Abstract

A purpose of this study is to examine the necessity of Physical Therapist in the treatment homes for children with physical disabilities. An institution about the children with physical disabilities is the homes for children with physical disabilities, the homes for children with physical disabilities attending, treatment homes for children with physical disabilities and homes for severely physically and mentally disabled children. In the treatment homes for children with physical disabilities, Physical Therapist is not included in the present standard of staff arrangement. The number of the children with physical disabilities at home increases. It is limited activity in comparison with the normal child, and the children with physical disabilities are easy to have the fall of the secondary physical function. The physical therapist can approach physical function and environment to improve with ability for movement. The Physical Therapist needs approach for the prevention of the physical dysfunction, the reduction of the quantity of care, the care prevention in the treatment homes for children with physical disabilities.

● ● ○ **Key words** 肢体不自由児療護施設 treatment homes for children with physical disabilities / 理学療法士 physical therapist / 機能訓練 functional training

* 関西医療技術専門学校 教員

I はじめに

少子高齢化がすすむ社会情勢の中、理学療法士、作業療法士など、リハビリテーション専門職と呼ばれる職種が広く認知されるようになってきた。高齢者に向けた施策は多く導入され、介護保険法関連3施設においては、人員配置基準の中に理学療法士が配置されている¹⁾。身体に障害を持った児童施設である肢体不自由児施設、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設においても、その人員配置基準に理学療法士が入っている。しかし肢体不自由児療護施設においてのみ、その基準に理学療法士が入っていない²⁾。

そこで、今回の研究においては、肢体不自由児を取り巻く環境から、肢体不自由児療護施設に関連する法規や、その歴史的背景について、また理学療法、理学療法士についての在り方も整理し、肢体不自由児療護

施設における理学療法の必要性について、検討することを目的とする。

II 肢体不自由児施設を取り巻く環境

1. 肢体不自由児数とその介助量

厚生労働省の調査において、合計特殊出生率は、2008年において1.37と低い水準のままである³⁾。しかし、肢体不自由児については、2008年に発表された「平成18年身体障害児・者実態調査結果」⁴⁾によると、在宅における肢体不自由児数は5年前の調査に比べ、増加しているといった報告がなされている(表1)。合計特殊出生率は低水準にもかかわらず、障害児数は増加している。

表1 障害の種類別にみた身体障害児数の推移

年次	総数	視覚障害	聴覚・言語障害	肢体不自由	内部障害	(再掲)重複障害
推 計 数 (単 位 : 千 人)						
昭和26年	512	121	100	291	—	—
30年	785	179	130	476	—	—
35年	829	202	141	486	—	44
40年	1,048	234	204	610	—	215
45年	1,314	250	235	763	66	121
55年	1,977	336	317	1,127	197	150
62年	2,413	307	354	1,460	292	156
平成3年	2,722	353	358	1,553	458	121
8年	2,933	305	350	1,657	621	179
13年	3,245	301	346	1,749	849	175
18年	3,483	310	343	1,760	1,070	310

(2008年 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課)

さらに「平成13年身体障害児実態調査及び身体障害者実態調査結果」⁵⁾とそれぞれの調査報告を比べると、肢体不自由児の障害の程度が重くなっていることも推測できる(表2)。

また、平成18年度調査において肢体不自由児の介助の状況は、全介助の率が、トイレ動作、入浴動作、更

衣動作と半数以上と高い(表3)。トイレ動作については、1日に数回行なわれる動作であり、その介助量は、介護者の大きな負担となっている事が推測される。

これらの調査結果は在宅における調査であるが、施設においても肢体不自由児の障害が重度化しているといった報告⁶⁾がなされている。

表2 身体障害の程度(等級)

厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課による「平成18年身体障害児・者実態調査結果」と「平成13年身体障害児実態調査及び身体障害者実態調査結果」から、著者改訂

(単位:人)

	総数	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明
平成18年調査	50,100	30,900	9,000	4,300	1,900	1,500	600	1,900
構成比	100.0%	61.7%	18.0%	8.6%	3.8%	3.0%	1.2%	3.8%
平成13年調査	47,700	21,900	13,000	5,300	2,900	2,200	700	1,700
構成比	100.0%	45.9%	27.3%	11.1%	6.1%	4.6%	1.5%	3.6%

表3 介助の状況

		総数	視覚障害	聴覚・言語障害	肢体不自由	内部障害
総数		301 (100.0)	16 (100.0)	56 (100.0)	162 (100.0)	67 (100.0)
食事を する	一部介助	40 (13.3)	2 (12.5)	6 (10.7)	26 (16.0)	6 (9.0)
	全部介助	83 (27.6)	4 (25.0)	— (—)	74 (45.7)	5 (7.5)
排泄を する	一部介助	40 (13.3)	2 (12.5)	4 (7.1)	28 (17.3)	6 (9.0)
	全部介助	116 (38.5)	4 (25.0)	1 (1.8)	98 (60.5)	13 (19.4)
入浴を する	一部介助	45 (15.0)	1 (6.3)	5 (8.9)	28 (17.3)	11 (16.4)
	全部介助	119 (39.5)	6 (37.5)	1 (1.8)	101 (62.3)	11 (16.4)
衣服の着 脱を する	一部介助	39 (13.0)	1 (6.3)	4 (7.1)	26 (16.0)	8 (11.9)
	全部介助	106 (35.2)	5 (31.3)	— (—)	93 (57.4)	8 (11.9)
寝返りを する	一部介助	15 (5.0)	— (—)	— (—)	15 (9.3)	— (—)
	全部介助	48 (15.9)	2 (12.5)	— (—)	44 (27.2)	2 (3.0)
家の中を 移動する	一部介助	22 (7.3)	2 (12.5)	1 (1.8)	17 (10.5)	2 (3.0)
	全部介助	72 (23.9)	3 (18.8)	— (—)	64 (39.5)	5 (7.5)
外出する	一部介助	42 (14.0)	3 (18.8)	7 (12.5)	21 (13.0)	11 (16.4)
	全部介助	142 (47.2)	9 (56.3)	7 (12.5)	114 (70.4)	12 (17.9)

()内は構成比(%)

(2008年 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課)

2. 肢体不自由児と児童虐待について

「平成18年身体障害児・者実態調査結果」⁷⁾より、肢体不自由児の原因疾患としては、半数近くが脳性まひである(表4)。しかし、肢体不自由児の増加傾向については、児童相談所における虐待相談対応件数の推移⁸⁾を見ても虐待が増加しているといったことと関連しているのではないかと考えられる(図1)。

児童虐待における虐待の種類については、厚生労働省資料の「平成18年度 児童相談所における児童虐待相談件数等」⁸⁾で、その件数の41.2%が身体的虐待、38.5%がネグレクトであるといった調査がある(図2)。肢体不自由児と虐待との関係には、虐待を受ける以前から肢体不自由があった場合と、虐待のために肢体不自由となった場合の二つがあるとして、下泉⁹⁾が述べている。また、千葉ら¹⁰⁾は低年齢の虐待は高年齢で始まる虐待に比較して後遺障害を残す可能性が高いと推測されるため、低年齢の虐待を早期に発見して保護することが重要と述べている。虐待を受けた肢体不自由児の複雑な環境については、事例を交えて看護師の視点から花野が報告している¹¹⁾。

表4 障害の種類別にみた身体障害の原因疾患(身体障害児)

	肢体不自由
総数	50,100 (100.0)
脳性まひ	23,800 (47.5)
脊髄性小児まひ	300 (0.6)
脊髄損傷Ⅰ(対まひ)	600 (1.2)
脊髄損傷Ⅱ(四肢まひ)	600 (1.2)
進行性筋萎縮性疾患	1,500 (3.0)
脳血管障害	900 (1.8)
脳挫傷	300 (0.6)
その他の脳神経疾患	2,800 (5.6)
骨関節疾患	600 (1.2)
その他	9,000 (18.0)
不明	1,900 (3.8)
不詳	7,700 (15.4)

()内は構成比(%)

(2008年 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課)

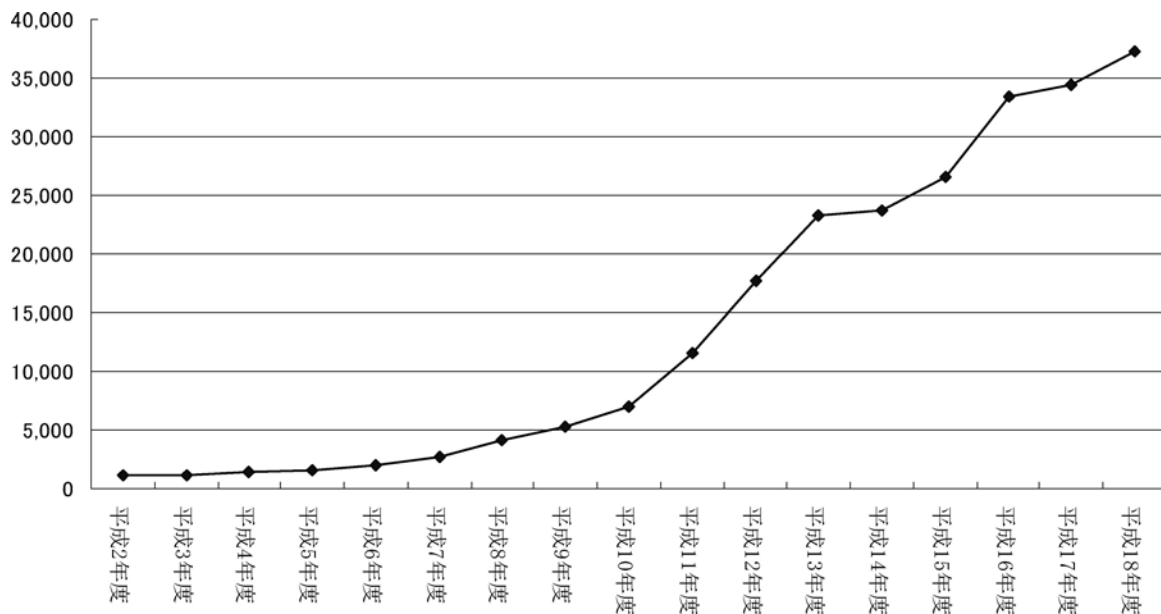


図1 虐待に関する相談対応件数の推移
(平成18年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数等より)

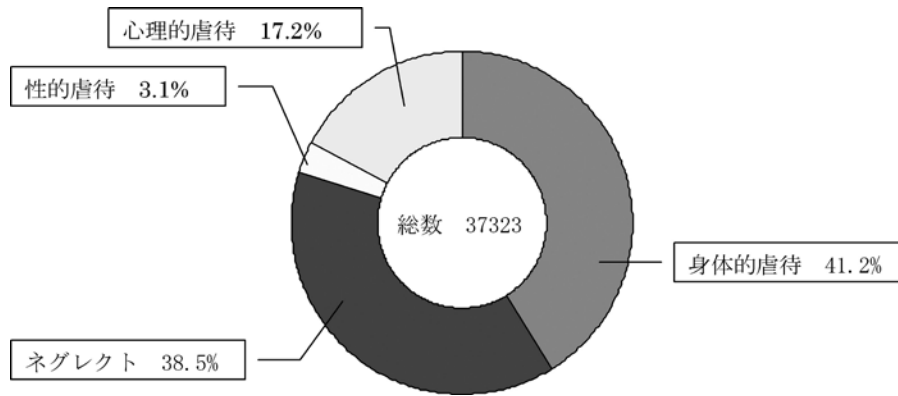


図2 虐待の内容別件数
(平成18年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数等より)

3. 社会福祉施設の概況

社会福祉施設とは老人、児童、心身障害者、生活困窮者等が社会生活を営む上で、様々なサービスを必要としている者を援護、育成し、または更生のための各種治療訓練等を行い、これら要援護者の福祉増進を図ることを目的とした施設である¹²⁾とされている。

社会福祉施設は社会的背景及び社会保障制度の変遷とともに設立・整備され、現在その種類・形態は様々である。厚生労働省による「平成19年社会福祉施設等調査結果の概況」¹³⁾によれば、現存の社会福祉施設を大別すると生活保護法による保護施設、老人福祉法による老人福祉施設、障害者自立支援法による障害者支援施設、売春防止法による婦人保護施設、児童福祉法による児童福祉施設、その他の施設の大きく6つに分けることができる。

我が国の社会保障制度の枠組みは、戦後50年を経過して、国家による保護と弱者救済から社会連帯による自立援助へと大きく舵を切り、旧身体障害者福祉法等にあった「身体」、「知的」、「精神」の障害種別及び年齢を超えたサービス内容の一元化をめざし2006年には障害者自立支援法が成立し、国による保護や救済を象徴する「措置制度」から社会連帯による自立支援としての「契約制度」へと大きな変化としての一歩が踏み出された¹⁴⁾とされている。

しかし、社会福祉施設の体系は、数十年にわたりほとんど変化がみられずに経過し、実際のニーズに合わない面も出てきている。現在においても、施設体系の再編が行われていないものや、障害者自立支援法が成立したものの経過措置として旧法である身体障害福祉

法等の施設としての継続が認められているものなどが混在しており、社会福祉施設の種類は全体で約85種¹⁵⁾と多岐にわたっているのが現状である。

障害児に対する福祉サービスは、敗戦後の深刻な生活困窮の中、多数の戦災孤児や不老児・引揚孤児対策の必要が成立の契機となり¹⁶⁾、1947年（昭和22年）に制定された「児童福祉法」により行われており、18歳以上の成人に対応した「身体障害者福祉法」（1949）「知的障害者福祉法」（1960）「精神保健福祉法」（1995）とは別体系で運用されてきた¹⁷⁾。

近年、児から者へのスムーズな移行や障害の重複および地域性を重視する立場から、障害種別によるサービス体系を見直し、一元的で統合的な施策を求めるニーズが高まり、障害者自立支援法が成立した。これにより障害者種別ごとの不均衡を解消し、すべての障害児・者が共通した障害福祉サービスを受ける事が出来ることを目指した。しかし、児童福祉施設体系・事業体系の見直しは見送られ、施設体系の再編は行われていない¹⁷⁾ため、現在の児童福祉施設は多種にわたっている。平成21年版厚生労働白書¹⁸⁾によれば、児童福祉施設は全国に33,524施設、種別では25種類、そのうち肢体不自由児関連施設では、肢体不自由児施設63施設、肢体不自由児通園施設は98施設、肢体不自由児療護施設は6施設となっている。

4. 肢体不自由児施設の歴史

我が国の肢体不自由児施設は、療育の場として、東京大学医学部整形外科名誉教授であった高木憲次博士がドイツのクリュッペルハイムという身体障害者の施

設にならぬ、日本にもそういった社会医学的視点から社会参加に至る総合的なりハビリテーションにつながる施設が必要であるとして、1942年(昭和17年)に「東京整肢療護学園」を開設した事にはじまる¹⁹⁾。1947年(昭和24年)児童福祉法の制定によって徐々に、肢体不自由児施設は全国の都道府県に配置され、肢体不自由児の機能改善医療が発達してきた。

発足当初の肢体不自由児施設での収容児は、ポリオ後遺症、先天性股関節脱臼、骨・関節結核症が主体で、脳性麻痺は一部分にすぎなかった。しかし、医学の著しい進歩によって、感染症による障害の発生は激減し、脳性麻痺を主体とする脳神経系の障害が障害発生原因の多くを占めるようになり²⁰⁾、必要な医療分野は、整形外科中心から小児神経系等の他領域に広がっていくのと同時に、障害児の持つ障害の重度・重複化は著しい速さで進んでいったとされる。我が国の肢体不自由児施設は、障害を引き起こす原因の大きい変化の波とともに、社会の障害者に対する意識の変化などによって、その性格の著しい転換を余儀なくされた。各肢体不自由児施設は、制度的には旧来のままで、その存続のために新しいニーズに対応していくことに迫られ、新たな施設づくりに努力し、再建をめざした。その結果、医療の質を新しい障害原因に応じて転換できた施設は、総合療育センター等、幾つかのタイプの施設に転換することができた。しかし一方、財政的事情等に阻まれて医療の質的転換を図れなかった施設は、施設存続という目的から異なった役割を担うようになっていった²⁰⁾といわれている。

5. 肢体不自由児に関する施設の種類の役割

肢体不自由児施設は、現在「児童福祉法」の中に位置づけられている。肢体不自由児施設は、児童福祉法第43条において「肢体不自由のある児童を治療するとともに、独立生活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設」²¹⁾と定義されている。さらに肢体不自由児施設の種類については、児童福祉施設最低基準²²⁾第9章の3に記されている。肢体不自由児施設として、3施設の分類がなされている。「肢体不自由児施設」「肢体不自由児通園施設」「肢体不自由児療護施設」である。また「重症心身障害児施設」については、児童福祉法43条に記されている。「肢体不自由

児通園施設」は、「通所による入所者のみを対象とする施設である肢体不自由児施設」とある。「肢体不自由児療護施設」は、「病院に収容することを要しない肢体不自由のある児童であって、家庭における療育が困難なものを入所させる施設」である。

この「肢体不自由児療護施設」においてのみ、治療施設ではないことが前提である。「病院に収容することを要しない肢体不自由のある児童」が対象であるが、それは、日常において医療的ケアを必要としない児童と解釈される。具体的には、気管切開における管理や経管栄養管理、人工肛門管理などを必要としない児童であると考えられる。

「重症心身障害児施設」²³⁾は「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、これを保護するとともに、治療及び日常生活の指導をすることを目的とする施設とする」とされている。

6. 肢体不自由児に関する施設における人員配置基準と施設基準

児童福祉施設最低基準第69条からは、職員に関する基準を記している²⁴⁾。肢体不自由児施設には「医療法に規定する病院として必要な職員のほか、児童指導員、保育士及び理学療法士又は作業療法士を置かなければならない」²⁴⁾と記されている。肢体不自由児通園施設には、「医療法に規定する診療所として必要な職員のほか、児童指導員、保育士、看護婦及び理学療法士又は作業療法士を置かなければならない」²⁴⁾とある。肢体不自由児療護施設には、「嘱託医、児童指導員、保育士、看護婦、栄養士及び調理員を置かなければならない」²⁴⁾となっている。この職員に関する基準において「肢体不自由児療護施設」では、理学療法士の配置がなされていない。重症心身障害児施設においては、「医療法に規定する病院として必要な職員のほか、児童指導員、保育士、心理指導を担当する職員及び理学療法士又は作業療法士を置かなければならない」²⁴⁾となっている。

施設設備については、第68条に記されている²⁴⁾。肢体不自由児施設は「医療法に規定する病院として必要な設備のほか、ギブス室、訓練室、屋外訓練場、講堂、図書室、特殊手芸等の作業を指導するのに必要な設備、義肢装具を製作する設備及び浴室を設けること」²⁴⁾とある。肢体不自由児通園施設には「医療法に規定する

診療所として必要な設備のほか、訓練室、屋外訓練場、相談室及び調理室を設けること²⁴⁾とある。肢体不自由児療護施設では、「児童の居室、医務室、静養室、訓練室、屋外訓練場、調理室、浴室及び便所を設けること²⁴⁾」となっている。重症心身障害児施設では、「医療法に規定する病院として必要な設備のほか、観察室、訓練室、看護師詰所及び浴室を設けることとする²⁴⁾」となっている。

ちなみに「療護施設」でもある成人が対象となる身体障害者療護施設の定義は「身体障害者であって常時の介護を必要とするものを入所させて、治療及び養護を行う施設」とあり、人員の基準としては「医師（健康管理および療養上の指導を行うために必要な数）、看護師、介護職員、理学療法士、作業療法士および生活支援員²⁵⁾」となっている。

これら肢体不自由児に関する施設の法的な部分の定義及び人員配置基準をまとめると、肢体不自由児療護施設を除く肢体不自由児施設、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設においては、定義において「治療」という明記があり、人員基準としても理学療法士及び作業療法士の配置が明記されている。肢体不自由児療護施設には、治療的観点の定義の記載はなく、理学療法士及び作業療法士の配置基準もみあたらない。治療訓練の場である「訓練室」のみが法的な施設基準として記載されているが、その機能は果たしていないのが現状と考えられる。

Ⅲ 理学療法士概説

1. 理学療法における歴史

理学療法の前身は、第2次世界大戦前から行われていた整形外科における後療法であった。これらは、多くの場合、受動的な治療であるマッサージや、徒手矯正、温熱、電気、光線、牽引などである。物療内科にも電気治療、水治療、マッサージなどの技術者がいた。そういった技術者が、医師の補助として治療にあたっていた²⁶⁾。

戦後、医療と社会福祉にリハビリテーションという概念が導入され、対象者の能動性を要求する運動療法が発展した。また戦傷者に対する医学的リハビリテーションの必要性も生まれてきた。それと時期を同じく

して、昭和22年に労働者災害補償保険法、23年に児童福祉法、24年に身体障害者福祉法が相次いで施行され、社会福祉の時代に入ったとされる²⁷⁾²⁸⁾。

一方、肢体不自由児に対する療育の重要性²⁹⁾は戦前より認められ、昭和17年には東京整肢療護学園が設立した。そして、児童福祉法の施行とともに、昭和25年ごろより各地に肢体不自由児の療護施設開設が行われていった。しかし、機能療法や職能療法を行う技術者の養成制度の問題は未解決のままであった。当時の状況下で、現在の理学療法・作業療法の職域に一番近いことを行っていたのは、肢体不自由児施設に働く「機能訓練士」が担当したといわれている³⁰⁾。このような経過から肢体不自由児の理学療法は始まったとされる。整肢療護園を設立した高木憲次博士は、昭和29年に日本理学療法治療技師会の名誉会長をも引き受け、昭和31年には、施設で働く機能訓練を担っている者の身分制度を制定する必要性を説いた。高木憲次博士は、昭和24年10月に身体障害者福祉法が施行された際、専門家のチームアプローチによる身体障害者のモデル相談指導を、リーダーとして全国基盤で実施されていた。昭和29年ごろは、近代的義肢装具、理学療法、作業療法における海外からの国際援助が行われ始めた。昭和38年に厚生省はWHOから理学療法顧問を招聘し、法整備に向けての基盤を作っていた。そして昭和40年に法律が公布されることとなったのである。

これらのように、整形外科のもとに後療法を行ってきた人たち、戦傷者の義肢装具についてかかわっていた人たち、そして療育に携わってきた人たちなどの身分制度を制定するに至り「理学療法士及び作業療法士法」が誕生したと考えられる。理学療法士の誕生には、多くの医師がかかわっており、さらに理学療法の発展は、医師とともに歩んできていることが多い。つまり理学療法士は、医師と同等に身体の機能・構造を理解し、運動機能の専門家であるといった期待を請け負って、発展してきているといっても過言ではない。

2. 理学療法士の役割

理学療法士の法的根拠となる「理学療法士及び作業療法士法」³¹⁾は昭和40年6月29日、法律第137号に制定、公布された。

理学療法の定義については、第2条において「この法律で『理学療法』とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。」³¹⁾とされている。つまり治療対象は「身体に障害のある者」であり、治療目的は「基本的動作能力の回復を図る」ことである。基本的動作能力については「坐る、立つ、歩く、体や手足を曲げたり伸ばしたりするといった人間にとって基本的といえるような運動能力のこと」と解説されている³²⁾。さらに、その手段として運動療法と物理療法も用いるとされている³³⁾。以上のことから、対象、目的、手段によって理学療法は定義付けられている。

理学療法士の定義については「この法律で『理学療法士』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいう。」とされている。「医師の指示の下」という文言は、理学療法を行ううえでの条件である。第15条に「診療の補助として理学療法を行うことができる」とされており、医行為に属するものとして理学療法が考えられる³³⁾。しかし理学療法士が行う行為が業務独占でないことから、理学療法士が行う行為と理学療法を分けて法解釈しているものもある^{34) 35)}。

3. リハビリテーションと理学療法、機能訓練について

リハビリテーションという言葉については、さまざまな解釈がなされていることが多く、一定の定義があるわけではない。1981年の国際障害者年にWHOはその定義を「リハビリテーションは能力低下やその状態を改善し、障害者の社会統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。さらにリハビリテーションは、障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりではなく、障害者の社会的統合を促すために全体としての環境や社会に手を加えることも目的とする。そして、障害者自身、家族、彼らが住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関係するサービスの計画や実行にかかわり合わなければならない。」と報告した³⁶⁾。つまり、目的なく機能訓練をすることや、理念無く基本的動作訓練をしている理学療法は、リハビリテーションとは言えないのである。またリハビリテーションと、理学療法が同義に扱われることもあるが、リハビリテーションの一部に理学療法があり、そして、その一部に機能訓練があると考えられる(図3)。椿原は「リハビリテーション」と言った言葉を、機能訓練という医療の一部だけとして捉えがちであるが、本来は社会復帰あるいは社会参加という明確な目標を常に意識しつつ遂行する過程でなければならない³⁷⁾と述べている。

リハビリテーションの本来の意味は「全人間的復権」であり、対象者が社会に適応していくことである。つ

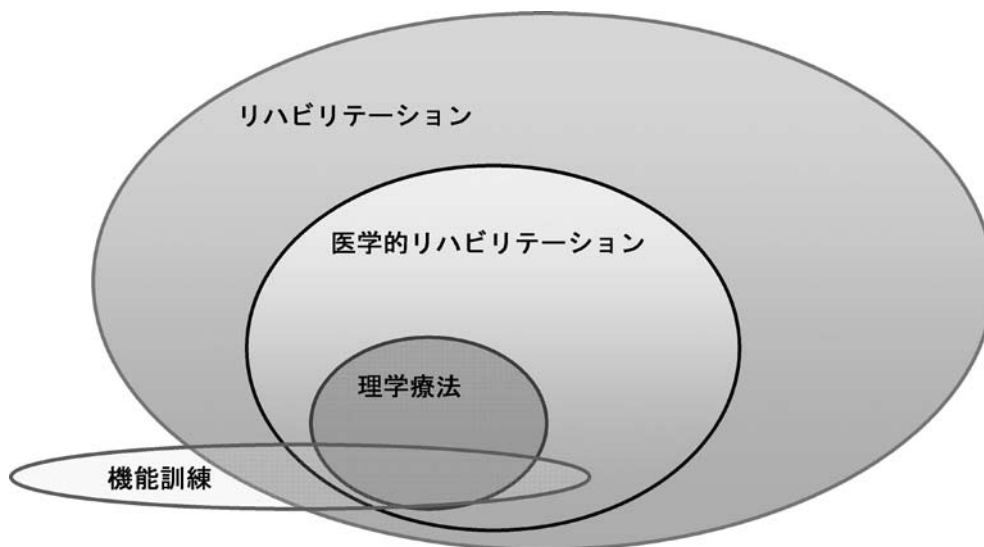


図3 リハビリテーションと理学療法についての概念図(北村)

まり、リハビリテーションとは理学療法士だけが行うものではなく、対象者が中心となって、医学的、社会的、教育的、職業的に関する様々な専門職種とともに取り組んでいくものである。理学療法士は、その歴史的背景から「リハビリテーション専門職」として、作業療法士や言語聴覚士と同様に扱われることがあるが、そういった「リハビリテーション専門職」といった表現さえも、リハビリテーションの本来の意味から見れば、当てはまらない。

理学療法は、その対象者のリハビリテーションとして、ひとつのサポートとなるべきものであり、その方向性を持って理学療法を行わなければならない。対象者が理学療法に対して、依存的になってしまえば、リハビリテーションとはいえないのである。理学療法は、リハビリテーションの意義・目的を持って、その方向性を明確化しておくべきである。つまり、ただ手足を曲げたり伸ばしたりする機能訓練だけではなく、その対象者の生活背景を捉え、どのようにすれば、その人らしく社会に適応できるのかを、検討しておくなければならないのである。

このことから、理学療法とは「社会に適応するための動作能力を回復する手段」として考えることが妥当である。「機能訓練」のみが、理学療法と考えられることも多いが、その機能を維持・改善させることによって、対象者にとって社会に適応するための動作能力を維持し、高めるところまでが理学療法であると言って

よいと考えられる。

4. 理学療法士数とその所属状況

日本理学療法士協会統計資料³⁸⁾によると理学療法士数の推移については図4に、その所属先については表5に示す。

1992年に4年制大学における養成課程が始まり、さらに1999年の規制緩和政策によって、養成校が急増したため、理学療法士数の急激な増加へとつながっている(図4)。この背景には、1989年の「ゴールドプラン策定」により、理学療法士の需要が増加したためである。さらには、1990年の第2次医療法改正により、理学療法士の社会的認知度が高まったことも、その一因であると考えられる³⁹⁾。

理学療法士数は、急増したが、日本理学療法士協会における統計資料2009年4月現在によれば、その所属先は医療機関がほとんどである(表5)。所属先が医療機関を中心としているのは、それだけ需要があったためであるが、福祉施設において、その需要がなかったわけではないとも考えられる。理学療法士として勤務する上で、医療機関のほうが、その業務が明確であり、医師とともに、働けることが大きなメリットであったためと考える。

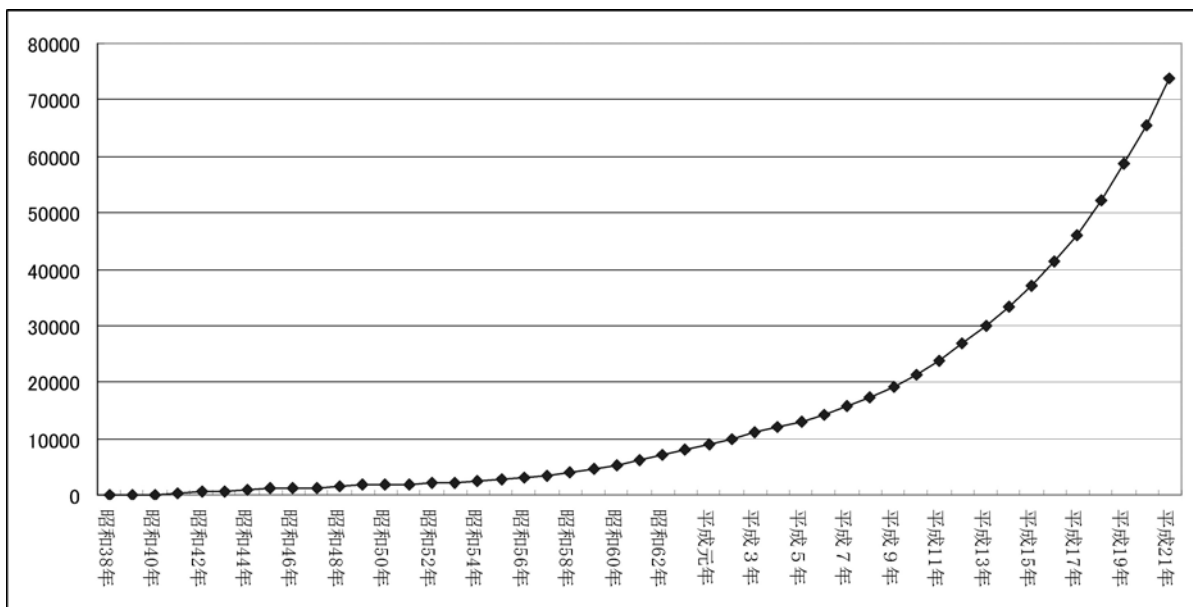


図4 理学療法士数の推移 (日本理学療法士協会 統計資料 2009年4月)

表5 理学療法士の所属地についての状況

会員の分布		会員数	施設数	
医療施設	病院	大学病院	1,183	137
		総合病院	8,384	1,159
		老人病院	1,699	272
		小児病院	352	60
		一般病院, <上記以外>	22,063	3,740
		精神病院	41	16
		結核病院	0	0
		ハンセン病院	19	10
	その他	1,691	237	
	診療所	診療所	4,091	1,774
医療福祉中間施設		介護老人保健施設	3,730	2,084
		訪問看護・P T	793	478
		在宅デイケアサービス	162	124
		その他	233	159
福祉施設	介護老人施設	養護老人ホーム	48	38
		特別養護老人ホーム	150	135
		老人福祉センター	10	9
		老人デイサービス	82	70
		その他	73	56
	身体障害者 更生援護施設	重度障害者授産施設	6	3
		肢体不自由者更生施設	19	13
		身体障害者療護施設	100	83
		重度身障者授産施設	7	7
		身体障害者更生相談所	17	12
		身体障害者福祉センター<A・B型>	52	38
		その他	78	44
	児童福祉施設	肢体不自由児施設	261	54
		肢体不自由児通園施設	94	38
		重症心身障害児施設	151	54
		知的障害児通園施設	9	7
その他		107	49	
教育・研究施設		養護学校	52	32
		P T教育施設	1,796	244
		研究施設	96	56
		その他	104	48
行政関係施設	行政	保健所	30	24
		市町村保健センター	69	53
		国縣市町村<行政>	154	117
		その他	111	75
保健<健康産業>		スポーツ関係	19	11
		フィットネス施設	12	3
		企業	86	45
		その他	31	26
その他	自宅	4,483	4,483	
	営業<自営・開業>	86	71	
	その他	59	45	
	海外	48	48	
保留	不明者		810	—
総 計			53,751	16,341

(日本理学療法士協会 統計資料 2009年4月)

5. 理学療法士による学術大会での演題発表の検索

理学療法士の分野において、肢体不自由児に関する報告が、どの程度行われているのか調査し、検討することを目的とした。あわせて、機能訓練と言った用語についても、どういった場合に用いられているのかについて検索した。

日本理学療法士協会主催の2003年の第38回から2009年の第44回日本理学療法学会の学術大会の発表演題において、抄録集よりキーワードを設定し、検索を行なった。キーワード検索にかかるのは、タイトルもしくは抄録に、その言語が1部分でもあれば検出されるものとした。キーワードは①「肢体不自由」、②「障害児」、③「療育」、④「療護」、⑤「脳性麻痺」、⑥「肢体不自由児施設」、⑦「機能訓練」である。なお、検索には、科学技術情報発信・流通総合システム[J-STAGE]を用いた。検索は、平成22年3月9日に行った。検索における数字は、のべ数である。

結果は、2003年から2009年までの7年間における全演題数は9194演題であった。それぞれのキーワードにおいて検索された演題数は、①「肢体不自由」22演題、②「障害児」101演題、③「療育」43演題、④「療護」13演題、⑤「脳性麻痺」158演題、⑥「肢体不自由児施設」2演題、⑦「機能訓練」96演題であった(表6)。「肢体不自由」については、特別支援学校や補装具についての報告が多くみられた。「障害児」については、半数以上が「重症心身障害児」に関する演題であった。「療育」については地域の障害児との関わりを報告するものが中心であった。「療護」については、すべて高齢者について対象とした報告であった。「脳性麻痺」については、病態、座位保持装置、手術、治療法など

についての報告が中心であった。「肢体不自由児施設」のなかに「療護施設」は含まれていなかった。「機能訓練」についても、高齢者を対象とした報告がほとんどであり、肢体不自由児については重症心身障害児において数件報告されていた。

表6において、演題数が急激に増加しているのは、理学療法士の急激な増加(図4)と重なる。最近の5年間においては、どの学会も1000演題以上あり、学術的に活発になっていることがうかがえる。しかし、キーワード検索については、どの項目においても低値であった。このキーワードの中で一番多く件数があった「脳性麻痺」においても、発表率は2%にも満たない。このことは小児理学療法に携わる理学療法士が少ないこと(表5)や、脳性麻痺における共通の評価基準が少ないため、学術的に報告しにくいことも原因であると考えられる。肢体不自由児は、成長し、発達していく過程において、様々な障害が重複している場合が多い。また、生活機能に対するアプローチも多く行われ、個別に様々な対応をしている。そういった肢体不自由児を、一定の基準に合わせることが困難である。実際に、小児理学療法においては、そのエビデンスが少ないことも指摘されており⁴⁰⁾⁴¹⁾、そのエビデンスを確立することも難しいと考えられる。

今回の検索では、キーワードの1部分でもあれば検出される方法を選択した。そのため「肢体不自由」や「療護」といったキーワードにおいて、「肢体不自由児療護施設」が検出されると考えていたが、1件も検出されることはなかった。

以上のことは、理学療法の分野において、肢体不自由児に対する関わりが積極的に行なわれていない現状を浮き彫りにしたといえる。

表6 理学療法学会における演題発表数と発表率

キーワード 開催年	全演題数	肢体不自由	障害児	療育	療護	脳性麻痺	肢体不自由児施設	機能訓練
2009	1755	2	23	3	1	32	0	12
2008	1716	4	22	9	3	28	2	17
2007	1371	6	18	9	4	20	0	18
2006	1186	2	14	5	1	20	0	10
2005	1242	4	12	5	3	24	0	16
2004	1059	3	5	7	0	23	0	15
2003	865	1	7	5	1	11	0	8
合計	9194	22	101	43	13	158	2	96
	発表率	0.24%	1.10%	0.47%	0.14%	1.72%	0.02%	1.04%

Ⅳ 考察

～肢体不自由児療護施設における理学療法士の必要性～

社会福祉施設には、それぞれに様々な機能があり、児童、老人、心身障害者、生活困窮者等に対し、援護や育成、更生および治療訓練等を行う重要な役割を担っている。また、時代の流れに伴い求められる機能や役割、言葉の概念も変化してきている。しかし、社会福祉施設の体系は、時代に即した制度改革の遅れや統合の問題などにより、大きな変化がみられずに経過し、制度と施設の実態にかい離がみられ、実際のニーズに合わない側面が出てきているなど、課題が山積している。

特に児童福祉関連における改革は、高齢者の介護保険制度の導入からみると6年、障害者に対する支援費制度の導入からみると3年遅れで進行している⁴²⁾と言われており、高齢者や障害者の後を追って児童福祉関連改革は後手になっているともみえる。

肢体不自由児については、近年の実態調査によれば、その数は増加傾向にあり、肢体不自由児の障害が重度化している⁴³⁾⁴⁴⁾ことも考えられる。また、児童虐待については、その数が増加している⁴⁵⁾と考えられ、肢体不自由児が増加する1つの因子とも考えられる。しかし、ただ単に肢体不自由児が増加するといったことだけでなく、虐待が増えてしまっている風潮は、肢体不自由児を養育、療育のできない家庭も、増加していることが考えられる。以上のような状況において、肢体不自由児療護施設の充実は、急務であると考えられる。肢体不自由児療護施設は、その定義に「病院に収容することを要しない肢体不自由のある児童であって、家庭における療育が困難なものを入所させる施設」⁴⁶⁾とされているように、治療施設でなく療護施設という「生活の場」であるとされる。これは、日常的に医療ケアを必要としないものと考えられる。つまり、日常的に医行為を必要としない肢体不自由児が対象であると考えられる。具体的には、気管切開における管理、胃瘻など、経管栄養などにおける管理などを必要としない肢体不自由児である。障害が重度化し、医療的ケアが常に必要な場合は、肢体不自由児施設、重度の知的障害をあわせて重度の肢体不自由があれば重症心身障害児施設があるが、医療的なケアが常に必要ではなく、家庭において養育・療育が困難な肢体不自由児の施設

は、肢体不自由児療護施設である。

肢体不自由児は、日常における活動量も少なく、発達していくための刺激量も少なく、さらに異常動作が多く見受けられる。こういった生活では、関節の拘縮や骨の変形など2次的な障害が起こりうる可能性がある。朝貝らも「長期間の漫然とした入所により変形と拘縮の増悪などから逆に機能障害が重度になってしまいう例も少なくない」と報告⁴⁷⁾している。山川⁴⁸⁾は「すべての日常生活動作が連合反応として全身の痙性を増強し、痙性が強まれば幼児期に獲得した機能が低下し重度化する。これらは地域での学校生活や兄弟を含めた家庭生活に影響を与え、二次的・三次的障害レベルにも問題を引き起こす」とし、「学童期以降は加速度的に異常発達が進行し、一次的レベルの障害像に大きな転換が起こる時期である。特に児童・成人期の医療チェックは継続的な援助が必要である」としている。このことから、医学的リハビリテーションの介入は、肢体不自由児の生活や活動性、社会性といった事を支える基礎をなしていると考えられる。現在の肢体不自由児施設の入所児の多くを占める脳性麻痺児において、佐久間⁴⁹⁾は「障害の原因や時期、脳障害の部位によって症状は多彩であり、麻痺の程度、随伴症状、筋緊張の状態、原始反射の残存、異常姿勢などの重複障害を示し、発達成長の過程での複雑な問題が絡み合いながら加齢現象も加わり、頸椎脊髄症・麻痺性股関節脱臼・側彎・肺機能低下などといった二次障害や症状進行が起きてくる」としている。また「脳性麻痺の四肢の機能発達の限界は15～20歳までであるが、成人に達すると筋緊張のアンバランスによる関節拘縮の進行や二次障害が出現し始め、この時期の医学的リハが重要となる。社会的・職業的リハも大切であるが、医学的リハについては、一時期行っても中止してしまえば悪化するのが脳性麻痺の特徴であるといわれている」としている。つまり、肢体不自由児においては、幼小児期からの継続的な身体機能面に対するケアの必要性が高いと言える。

幼小児期からの継続的な身体機能面に対するケアを必要とする肢体不自由児に対して、多くの肢体不自由児に関する施設において、理学療法士はその役割を担っている。理学療法は、その目的を基本的動作能力の回復を目的として、身体機能面や環境に対してアプローチしている。つまり身体機能について、肢体不自由

由児の能力を把握し、その予後予測まで見渡すことができる。歴史的背景の中でも、肢体不自由児に対する機能訓練士としての流れを受け継いでいるのである。また、理学療法は、リハビリテーションの概念を持って発展してきている。そのため肢体不自由児に対して、異常動作のみにとらわれ治療するのではなく、その児童の生活にとって必要な動作について検討し、身体機能面にアプローチすることができるのである。このことは、介助量軽減につながってくるものである。また、身体機能面についての、予後予測をすることが可能であり、身体機能低下の予防、さらには介護予防についても、アプローチすることができるのである。

肢体不自由児療護施設における人員配置基準に、理学療法士が配置されていない理由として、肢体不自由児療護施設が「医療施設」ではないためであると考えられる。理学療法は医師の指示のもとに行なわれるため配置されなかったということが考えられる。

肢体不自由児療護施設は、法的な定義の中で「治療」と言った文言がなく、医師が配置されていないことによって、医療的側面の強い理学療法士は配置されなかったものと考えられる。理学療法は、医師の指示のもと医行為としておこなわれている。しかし、理学療法は、その歴史上業務独占にはならなかった。医行為であるにもかかわらず、業務独占ではないといった矛盾を持ったまま、現在に至っている。このあたりの法的解釈については、かなり過去において議論^{50) 51) 52)}されていたが、医療機関における理学療法士が多いばかりに、その領域の議論が深まらなかったのかもしれない。

理学療法とは、医師の指示が原則条件であるが、理学療法士が行う行為全てを理学療法とするものではないといった解釈もある⁵³⁾。また、介護保険法の導入によって、法体系の中でリハビリテーションと機能訓練の呼称が原則的に使い分けられている。老人保健法の医療以外の保健事業の一つに機能訓練事業があるように、保険医療機関以外で行われる対応は機能訓練と呼ばれる。さらに、特別養護老人ホームの入所者に対しては、機能訓練を理学療法士である必要はなく、職員のうち、これらの業務に関し、熱意と能力のある適当な職員が行っている場合もあり、それは、介護保険の介護老人保健施設入所及び短期入所生活保護についても同様である⁵⁴⁾と紹介されている。また、身体障

害者療護施設等においても理学療法士が作成したプログラムを介護職と実施したり、指導員が実際の訓練を展開したりといった事が報告され⁵⁵⁾、それら機能訓練サービスはあくまで入所者の処遇の一環であるといった報告⁵⁶⁾もみられている。具体的取り組みとして、機能訓練の施行、自主訓練指導、身体機能面・生活面の両方から検討を加え補装具・車椅子などの処方や機器の選択に際して検討を行う事、補装具・車椅子について他の職員への利用・操作方法などの指導及び機器の修理や調整、他職種との連携として介護職員等による機能訓練への参加・指導、単独外出希望者の評価・判定、介護職員に対する腰痛体操等の指導などの活動が報告されている。さらには、小村⁵⁷⁾は身体障害者療護施設において「障害を抱えながら生きてく障害者にとって、理学療法士の継続的なかわりは、生活上の安心感を生むようである。基本的な生活を営む上で、身体的な障害が常に影響するため、そのフォローが十分かつ継続的に行われることは、本人の障害に対する不安を取り除くからからである」と述べている。さらに「身体障害者療護施設」において、理学療法士は医療的側面としての身体機能を維持するための機能訓練に加え、ベットサイドや移動時などの介助方法の指導や他職種との連携といった生活面を含む、幅広い角度から、様々な役割を担っている。よって成人だけでなく小児における肢体不自由児療護施設においても同様に、理学療法士としての役割を担っていく必要があると考えられる。法的整備が進んでいない中において、肢体不自由児療護施設での理学療法士の役割はあると考えられる。医療行為としての理学療法にしばられるのではなく、機能訓練としての理学療法士の役割があると考えられるのである。

理学療法士の所属先や、学術大会における発表を見る限り、理学療法士として、肢体不自由児に対して積極的に関わっているとは言えない現状がある。しかし近年、理学療法士数はさらに増加することが予想され、医療という枠組みの中だけに制限されるのではなく、様々な価値観を持って、社会に貢献できる理学療法士の活躍を期待したい。

V 終わりに

肢体不自由児を取り巻く環境と理学療法士について、文献的な検討と調査を行なった。

一般病院やリハビリテーション専門病院への理学療法士の指向は、現在も高いものがあるが、人の生活機能・全体像を捉えるリハビリテーション概念の下、医療はその1つの分野に過ぎず、社会福祉分野においても、理学療法士はその役割を担えるものと考えられ、積極的に関わっていかなければならない。特に、肢体不自由児療護施設においては、理学療法士に関する法的整備がないが、身体機能低下の予防、介護予防、介助量軽減といった役割を担っていくことが必要であると考えられる。

VI 文献

- 1) 「身体障害者更生援護施設の設備及び運営に関する基準」平成十二年三月三十五日 厚生省令第五十四号 最終改正：平成十四年二月二十二日 厚生労働省令第十四号，
<http://law.e-gov.go.jp/haishi/H12F03601000054.html> (2010年3月7日確認)
- 2) 「児童福祉施設最低基準」昭和二十三年十二月二十九日厚生省令第六十三号 最終改正：平成二十一年三月十六日 厚生労働省令第三十七号，
<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S23/S23F03601000063.html> (2010年3月7日確認)
- 3) 厚生労働省 大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課「平成20年人口動態統計(確定数)の概況 平成21年9月3日」，
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei08/dl/01.pdf> (2010年3月7日確認)
- 4) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課「平成18年身体障害児・者実態調査結果 平成20年3月24日」，
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01.pdf> (2010年3月7日確認)
- 5) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課「平成13年身体障害児実態調査及び身体障害者実態調査結果 平成14年8月」，
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0808-2.html> (2010年3月7日確認)
- 6) 伊達伸也・他：肢体不自由児施設入所児の障害内容と程度に関する実態調査. リハビリテーション医学 45 : S437. 2008

- 7) 再掲 4)
- 8) 平成18年度児童相談所における児童虐待相談対応件数等(平成18年度社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例)【平成19年9月28日公表】より抜粋)，
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv16/index.html> (2010年3月7日確認)
- 9) 下泉秀夫：障害児と虐待. 小児科診療 39 : 227-233, 2005
- 10) 千葉康行・落合幸勝：肢体不自由児施設を受診した被虐待児28例の検討. 慈恵医大誌 121 : 1-9, 2006
- 11) 花野典子：子供の虐待を生んだ家族の要因と看護の役割. 宮崎県立看護大学研究紀要1(2) : 66-72, 2000
- 12) 平成21年版 厚生労働白書 資料編 : 200-203,
<http://www.mhlw.go.jp/za/0825/c05/pdf/21010804.pdf> (2010年3月7日確認)
- 13) 厚生労働省「平成19年社会福祉施設等調査結果の概況」2006，
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/07/index.html> (2010年3月7日確認)
- 14) 再掲 12)
- 15) 再掲 13)
- 16) 吉野由美子：わが国における肢体不自由児施設の歴史的展開(上) 緑成会整育園の歴史を中心に. 社会福祉学 8 : 177-210, 1992
- 17) 伊藤利之：小児リハビリテーションの最新情報-関連法制度-. 総合リハ 34 (6) : 547-553, 2006
- 18) 再掲 13)
- 19) 中嶋信太郎：肢体不自由児施設における小児の理学療法-当園におけるリハビリテーションの現状と今後の課題-. PT ジャーナル 43 (5) : 399-405, 2009
- 20) 再掲 16)
- 21) 「児童福祉法」43条の3 昭和二十二年十二月十二日法律164号 改正：平成十七年十一月七日法律123号，
<http://www.houko.com/00/01/S22/164.HTM> (2010年3月7日確認)
- 22) 再掲 2)
- 23) 再掲 21)
- 24) 再掲 2)
- 25) 再掲 1)
- 26) 砂原茂一：新しいプロフェッションの出發-回顧と展望-. 臨床理学療法 7 (1) : 3-11, 1980
- 27) 濱島義和：理学療法(リハビリテーション)の濫觴. 理学療法学 12 (4) : 245-252, 1985
- 28) 稗田正虎：日本のPTの原点を振り返って. 臨床理学療法 7 (1) : 12-20, 1980
- 29) 天兒民和：わが国におけるリハビリテーションの濫觴. 理学療法学 11 (3) : 127-131, 1984
- 30) 渡辺敏弘：肢体不自由児施設と保健所などとの連携について. 理学療法学 15 (6) : 501-507, 1988
- 31) 「理学療法士法及び作業療法士法」(昭和四十年六月

- 二十九日法律第三百三十七号) 最終改正:平成一九年六月二七日法律第九六号,
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S40/S40HO137.html> (2010年3月7日確認)
- 32) 松田功:医事法規 理学療法士及び作業療法士法の逐条解説. 理・作・療法 19 (4):251-255, 1985
- 33) 紺矢寛朗:理学療法士及び作業療法士法とその解説. 理・作・療法 14 (1):25-33, 1980
- 34) 紺矢寛朗・饗庭忠男:理学療法士及び作業療法士法に対する疑問と解説. 理・作・療法 14 (1):34-45, 1980
- 35) 奈良勲:理学療法概論, 医歯薬出版:67-82, 2008
- 36) 中村隆一:入門リハビリテーション概論 第4版, 医歯薬出版, 東京, 2001
- 37) 椿原彰夫:リハビリテーション総論-要点整理と用語解説- 診断と治療社, 東京, 2007
- 38) 日本理学療法士協会資料 2009年4月現在,
<http://www.soc.nii.ac.jp/jpta/02-association/data0903.html>
 (2010年3月7日確認)
- 39) 保村譲一:理学療法士・養成制度の在り方. 理学療法白書 2007, 83-90, 社団法人日本理学療法士協会, 2007
- 40) 朝貝芳美:脳性麻痺の訓練治療のあり方-ガイドライン委員会の報告を踏まえて-. リハ医学 45:571-590, 2008
- 41) 岡川敏郎:ガイドライン委員会からの報告・提言. リハ医学 45 (9):575-581, 2008
- 42) 再掲 17)
- 43) 再掲 4)
- 44) 再掲 5)
- 45) 再掲 8)
- 46) 再掲 2)
- 47) 朝貝茂美:信濃医療福祉センター 40年間の変遷と課題. リハ医学 35:383-401, 1998
- 48) 山川友康:成人脳性麻痺者の現状からみた障害予防と理学療法. 理学療法学 21 (6):375-378, 1994
- 49) 佐久間和子:脳性麻痺患者のリハビリテーション-成人脳性麻痺者の障害像-. 臨床リハ 9 (5):443-447, 2009
- 50) 再掲 32)
- 51) 再掲 33)
- 52) 再掲 34)
- 53) 再掲 33)
- 54) 再掲 37)
- 55) 清宮清美:身体障害者療護施設における理学療法士の役割. 埼玉理学療法 1:39-42, 1993
- 56) 谷口政隆:身体障害者療護施設における理学療法士の役割. PTジャーナル 31 (4):272-279, 1997
- 57) 小村博:重度身体障害者厚生援護施設における理学療法士の役割. PTジャーナル 31 (1):53-59, 1997

