

茨城県立医療大学大学院博士論文

理学療法士の地域包括ケアシステムへの参画推進
に向けた地域活動実践能力開発に関する研究

渡 邊 勸

茨城県立医療大学大学院博士後期課程保健医療科学研究科

保健医療科学専攻

理学療法学領域

2016 年 1 月

目次

論文要旨

第 1 章	序論	1
第 1 節	緒言	1
1.	わが国の人口動態	1
2.	社会的背景	2
3.	地域包括ケアシステムの構築とは	3
4.	地域包括ケアシステム構築における理学療法士の必要性	5
第 2 節	文献検討	9
1.	文献検討の主な要素	9
2.	検討した文献の紹介	9
	地域包括ケアシステム	9
	地域包括ケアシステムと理学療法士の関連性	12
	ケアマネジメント	14
	地域の介護予防活動	16
	介護予防と住民主体の活動	17
	介護予防のスクリーニング	19
	理学療法士が介護予防を行うための指標	20
	地域保健活動	22
	地域保健に関わる能力開発	24
	地域リハビリテーション	26
	地域の介護サービス	29
	地域ネットワークおよび地域連携	30
	地域保健に関わるコンピテンシー	32
	理学療法士の地域連携	35
	地域アセスメント	36
	理学療法士の職務満足度	39
	理学療法教育	41
第 3 節	研究の目的・意義	45
第 4 節	本研究の構成	48
第 5 節	本研究の倫理的配慮	50
第 6 節	用語の定義	51
第 2 章	地域包括ケアシステム構築参画推進に向けた地域活動	
	実践能力に関する調査	53
第 1 節	調査の実施	53
第 2 節	理学療法士の地域包括ケアシステム推進への参画に関する意識（研究 1）	62

第3節	理学療法士における地域活動実践に関する現状分析 (研究2)	68
第4節	地域活動の実践度を評価する尺度開発(研究3)	74
第5節	地域活動実践能力に影響を与える要因の分析(研究4)	87
第6節	小括	101
第3章	地域包括ケアシステムの教育に関する調査(研究5)	105
第1節	調査の実施	105
第2節	地域リハビリテーション, 地域包括ケアシステムに 関する教育の必要性	110
第3節	地域包括ケアシステムに関する学校教育の現状	119
第4節	小括	135
第4章	総括	136
謝辞		141
参考・引用文献		142
添付資料		159

調査Ⅰ 調査票

- ・調査依頼文書：地域における理学療法士の在り方に関する調査のご協力をお願い
- ・調査票：地域に求められる理学療法士の在り方に関する調査

調査Ⅱ 調査票

- ・調査依頼文書：地域包括ケアシステムの教育に関する調査協力をお願い
- ・調査票：地域包括ケアシステムの教育に関する調査票

第 1 章 序論

第 1 節 緒言

1. わが国の人口動態

現在，日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65 歳以上の人口が，現在 3 千万人を超え（国民の約 4 人に 1 人），2042 年にピークを迎え，その後も 75 歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている¹⁾。このような状況の中，団塊の世代（約 800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年（平成 37 年）以降は，国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている。また，高齢者一人当たりに対しての生産年齢人口の比率は，2012 年に 2.6 人，2025 年は 1.9 人，2042 年には 1.4 人になることが予想されており，社会保障費の課題も浮き彫りとなっている（図 1）。そのため，わが国では，地域包括ケアシステムの構築推進が提唱されており，地域包括ケアシステムの構築を実現することによって，住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的にできるまちづくりを実現し，重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける姿を目指している²⁾。

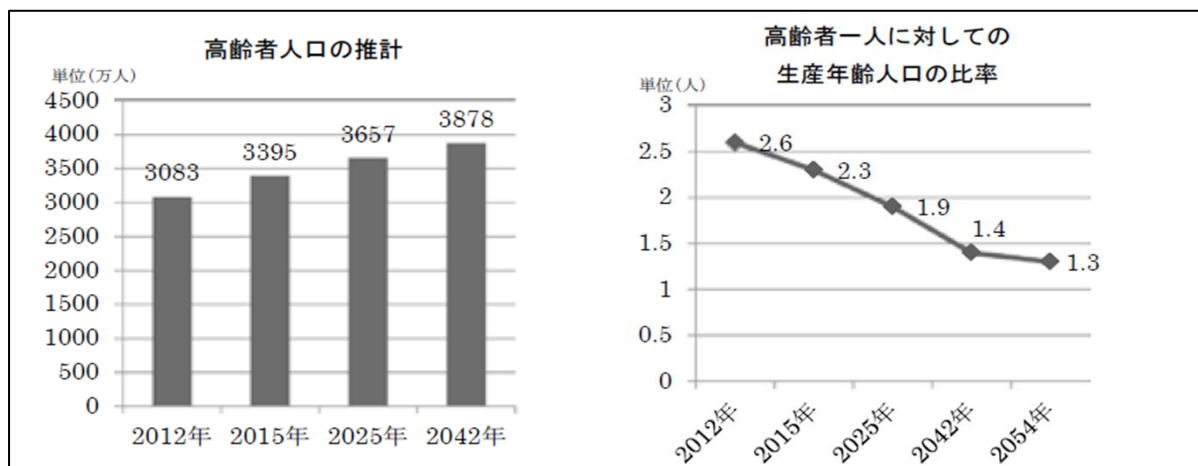


図 1 地域ケア会議運営マニュアル³⁾日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計） 国立社会保障・人口問題研究所参考資料より抜粋

では，実際に理学療法士はどのようなことを身に着け，地域包括ケアシステム構築推進に関わっていくべきか。筆者は，茨城型の地域ケアシステム活動に従事していた経験があり，地域のリハビリテーション推進には，その地域独自のネットワークを介して支援を必要とすること，そしてその役割を発揮するには，臨床的な理学療法介入の考え方では，生活者への支援という点で不十分さを感じていた。その疑問点から，本研

究では、理学療法士の地域包括ケアシステム構築のための地域活動に必要な実践力を明らかにし、さらに向上につながる能力開発への研究につなげることとした。

2. 社会的背景

前述したようにわが国は、急速な少子高齢化、社会情勢の変化に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国は、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的にできるまちづくりの実現により、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける姿を目指す地域包括ケアシステムの構築に向けた体制づくりを急務としている²⁾。

介護保険制度による介護給付総費用額は、制度が開始された平成12年度から15年間で約3倍となり、厚生労働省は介護給付の見直しや、予防給付の地域支援事業への段階的な移行を含めた介護保険制度の効率化をすすめている⁴⁾。介護保険法第4条では、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めること」を国民の義務として定めており、高齢者の心身機能、活動能力、社会参加などの生活機能の低下を予防するためには、地域の様々な組織・団体が協働して自主的に活動を展開し、地域自体の介護予防の取り組みが増えることが求められる⁵⁾。同時に、地域包括ケアシステムの中で介護予防を推進するまちづくりや、地域の様々な組織・団体が自主的に介護予防の活動を展開できるように市町村が地域資源の掘り起こしや支援を行い、高齢者が気軽に参加できる機会や場を身近に作り出すことで、介護予防の取り組みが増えることを期待している⁶⁾。

一方、リハビリテーションを取り巻く状況は、医療機関における入院患者の治療に関わる介入が中心であった状況から、在宅・地域医療へと移行しており⁷⁾、理学療法士の地域活動に対する役割への期待は、介護予防の取り組みも含め大きい⁸⁾。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にあたり、「地域ケア会議」、「介護予防」の2つの施策に重点を置き、この2つの施策に関わることのできる人材の育成を始めている⁹⁾。地域包括ケアシステムにおける地域づくり事業の優良事例調査¹⁰⁾では、健康づくり、介護予防サポーターの養成・支援事業の標準化を目指し、行政や専門職が地域に積極的に関わり、住民の主体性を持った活動の場の提供、ネットワーク構築、住民同士の支援活動の強化など、具体的な行動、活動から、効果を検証している。

3. 地域包括ケアシステムの構築とは

地域包括ケアシステムの構築は、医療・介護・福祉の連携強化，介護サービスの充実化，予防の推進，見守り，配食，買い物等，多様な生活支援サービスの確保や権利擁護，高齢期になっても住み続けることができるバリアフリーの高齢者住まいの整備等，これらの取り組みが利用者のニーズに応じて適切に組み合わせられ，包括的なケアが進められることである。また，入院，退院，在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供が継続的に行われること，住み慣れた地域で地域とのつながりがある状態で自立した納得のできる生活の継続を目標とする取り組みである¹¹⁾。介護，医療，予防という専門的なサービスと，その前提としての住まい，生活支援・福祉サービスが相互に関係し，連携しながら在宅の生活を支える様子を表した，「地域包括ケアシステムにおける5つの構成要素」を図2に，地域包括ケアの考え方を以下の表1に，また，費用による区分を表2に示す。

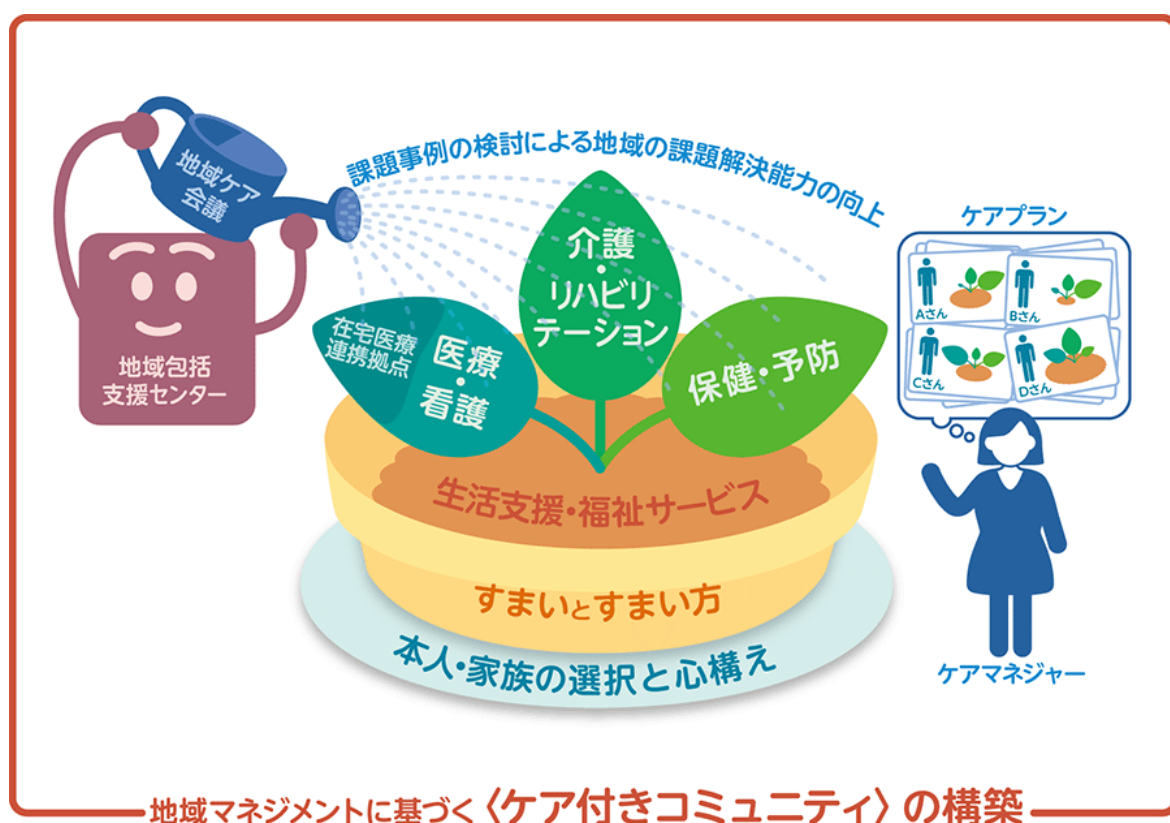


図2 地域包括ケアシステムにおける5つの構成要素（平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より抜粋¹¹⁾）

表 1 地域包括ケアの考え方の概要

生活圏域	住み慣れた地域，小・中学校区レベル，人口 1 万人程度，30 分でかけつけられる圏域
目標	安全・安心・健康
推進課題	①医療との連携 ②介護サービスの充実強化 ③予防の推進④見守り，配食，買い物等，多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など ⑤高齢期になっても済み続けることができるバリアフリーの高齢者住まいの整備
支援目標	切れ目なく，継続的，一体的に
支援体制	医療と介護の専門職，高齢者本人や住民等による自助や互助を担うさまざまな人々

表 2 費用負担による区分²⁾

自助	自分のことを自分でする，自らの健康管理（セルフケア），市場サービスの購入	当事者団体による取組 高齢者によるボランティア・生きがい就労
互助	費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの（ボランティア活動，住民組織の活動）	
公助	一般財源による高齢者福祉事業等生活保護，人権擁護・虐待対策	ボランティア・住民組織の活動への公的支援
共助	介護保険等，社会保険制度及びサービス	

< 区分における特徴²⁾>

2025 年までは高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加する。

「自助」「互助」の概念や求められる範囲，役割が新しい形になる。

都市部では強い「互助」を期待することが難しい一方，民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能である。

都市部以外の地域は，民間市場が限定的だが「互助」の役割が大きい。

少子高齢化や財政状況から，「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく，「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要である。

4. 地域包括ケアシステム構築における理学療法士の必要性

地域包括ケアシステムの構築は、地域の実情に合った活動展開の先駆的な事例として、医療・介護・予防・生活支援・住まいなど、他の自治体の参考になると考えられる特色ある分野の取組を中心とした事例が報告されている⁵⁾。また、リハビリテーション専門職が地域包括ケアシステムに関わる必要性についても既に論じられている¹²⁾。しかし地域包括ケアシステムは、国の施策として始まったばかりであり、きわめてエビデンスは少ない。また、「自助・互助・共助・公助」の形成は全国一律のものではなく、地域ごとの地域特性や住民特性等の実情に応じたシステムが必要となる。さらに自助・互助・共助・公助の適切なコーディネートや資源やサービス等の開発により、包括的・継続的な支援が求められる。生活支援を担う資源の確保のためには、地域の高齢者の健康状態や社会資源等について把握し、課題やニーズを分析、必要な社会資源に関するアセスメント(地域診断)を行うことが必要であるとされている¹²⁾。リハビリテーション職種に求められる役割¹³⁾を表3に示す。またリハ専門職は地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場に定期的に関与し、地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援することとされている¹⁴⁾。この中で、地域包括ケアシステムにおける柱としての活動の介護予防事業と地域ケア会議について資料を抜粋し、以下に記す。

表3 リハビリテーション職種に求められる役割¹³⁾

自助力の向上	リハの成果は自助力の維持・向上 理学療法士が介護予防事業を機とする直接的なアプローチとして予防理学療法による個人の特性に応じた指導によって、治療学的、予防学的な視点で支援する
互助	インフォーマルサービスの育成・サポート 住民の支えあい活動をリハの立場から促す
共助	地域包括ケアを支えるリハ提供 急性期～生活期リハにより、自立生活を獲得・維持する
公助	公的機関と積極的に協議 公共的リハ施策が自立を促すものとなるように関わる

(1) 介護予防事業⁶⁾

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと，そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと，さらには軽減を目指すこと」と定義される。介護保険法第115条45（地域支援事業）において，「可能な限り，地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために，地域支援事業を行うものとする」とされている。介護予防は，高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けていけるような，地域づくりの視点が重要である。介護予防は，単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではない。むしろ，これら心身機能の改善や環境調整などを通じて，個々の高齢者の生活機能（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし，それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して，生活の質（QOL）の向上を目指すものである。これにより，国民の健康寿命をできる限り伸ばすとともに，真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを，介護予防は目指している。効果的な介護予防を展開するために，介護予防におけるケアマネジメントの役割が重視され，利用者の生活機能の向上に対する意欲を促し，サービス利用後の生活を分かりやすくイメージしてもらうことが重要である。そのため介護予防に関わる専門職においては，利用者の意欲の程度とその背景を配慮したうえで積極的な働きかけを行うことが求められている。予防の概念は，生活習慣病予防における一次予防として，健康な者を対象に，発病そのものを予防する取り組み（健康づくり，疾病予防）である。二次予防は，すでに疾病を保有する者を対象に，症状が出現する前の時点で早期発見し，早期治療する取り組みである。そして三次予防は，症状が出現した者を対象に，重度化の防止，合併症の発症や後遺症を予防する取り組みである。現在，地域支援事業が一次予防及び二次予防を，予防給付が三次予防を担っているが，今後，市町村において介護予防・日常生活支援総合事業が取り組まれるようになると，活動的な状態にある高齢者の一次予防から要支援者に対する三次予防までを切れ目なく展開することとなる。

(2) 地域ケア会議^{3, 15)}

地域ケア会議の目的は，個別ケースの支援内容の検討を通じ，高齢者の実態把握や課題解決のための地域支援ネットワークの構築，地域の介護支援専門員の法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援，個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握である。地域ケア会議の構成員は，会議の目的に応じ，行政職員，センター職員，介護サービス事業者，医療関係者，民生委員等の中から出席者が調整される。会議は，高齢者個人に対する支援の充実とそれを

支える社旗基盤の整備とを同時に進めていくものであり、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法である。具体的には、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高め、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化することである。また、共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげるとされている。地域ケア会議は次の5つの機能を有する。①個別ケースの検討による個別課題解決機能（自立支援に資するケアマネジメントの支援、支援困難事例等に関する相談・助言、自立支援に資するケアマネジメントとサービス提供の最適な手法の蓄積、参加者の資質向上と関係職種の連携促進によるサービス担当者会議の充実）②ネットワーク構築機能（地域包括支援ネットワークの構築、自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識、住民との情報共有、課題の優先度の判断、連携・協働の準備と調整）③地域課題発見機能（潜在ニーズの顕在化・サービス資源に関する課題・ケア提供者の質に関する課題・利用者、住民等の課題等、顕在ニーズ相互の関連づけ）④地域づくり・資源開発機能（有効な課題解決方法の確立と普遍化、関係機関の役割分担、社会資源の調整、新たな資源開発の検討、地域づくり）⑤政策形成機能（需要に見合ったサービスの基盤整備、事業化、施策化、介護保険事業計画等への位置づけ、国・都道府県への提案）

会議のもつ範囲は、個別事例の課題解決を蓄積することにより、地域課題が明らかになり、普遍化に役立つことから、日常生活圏域ごとに開催され市町村レベルの検討が円滑に進むよう、圏域内の課題を整理すること、また、市町村・地域全体で開催されることで、地域の関係者の連携を強化するとともに、住民ニーズとケア資源の現状を共有し、市町村レベルの対策を協議することである。

（3）理学療法士が介護予防事業や地域ケア会議に参画する意義

リハビリテーション職種に自助力の向上、互助、共助、公助の適切なコーディネートが求められている。そのため、理学療法士が介護予防事業や地域ケア会議参画することで、住民が活動できない要因を個別評価と予後予測を行い、改善可能な場合は適切な運動や生活支援に繋げ、また改善できない場合は、地域の強みを生かして代貸する物や人的サービスをケアプランに組込むことが可能となると考えられる。これは地域社会への貢献として、大きな意義をもつと考えられる。

地域包括ケアシステムを構築するために推奨されている介護予防および地域ケア会議の参画は、まずそれぞれの地域で活動できる理学療法士

が必要不可欠であるといえる。しかし地域の実情に合った柔軟かつ適切な活動の遂行には、対象者個人の効果を高めるばかりでなく、対象者を取り巻く家族や集団、および地域全体をとらえた視野の広い理学療法士が必要であると考えられる。

第2節 文献検討

1. 文献検討の主な要素

社会の動向から，地域におけるリハビリテーションの専門職として，理学療法士が地域包括ケアシステム構築の一環を担うことは重要である。その遂行には，理学療法士自身への適正な能力の開発が求められ，地域の実情に応じた活動とともに，市町村との協働による，地域ケア会議を進めるプロセス³⁾の理解が必要である。

理学療法士が地域包括ケアシステムに関わるための必要な能力開発を検討するために，文献のデータベース検索として，2000年～2014年6月までの期間における医学中央雑誌による検索を実施した。文献データベース検索で，「地域包括ケア」をキーワードとして検索を行った結果，原著論文1件，解説・特集114件が抽出された。現在の研究論文が少ないことを踏まえ，関連する文献を系統立てて広く検索することとし，図3に示すように構想したカテゴリーについて文献検討を行うこととした。

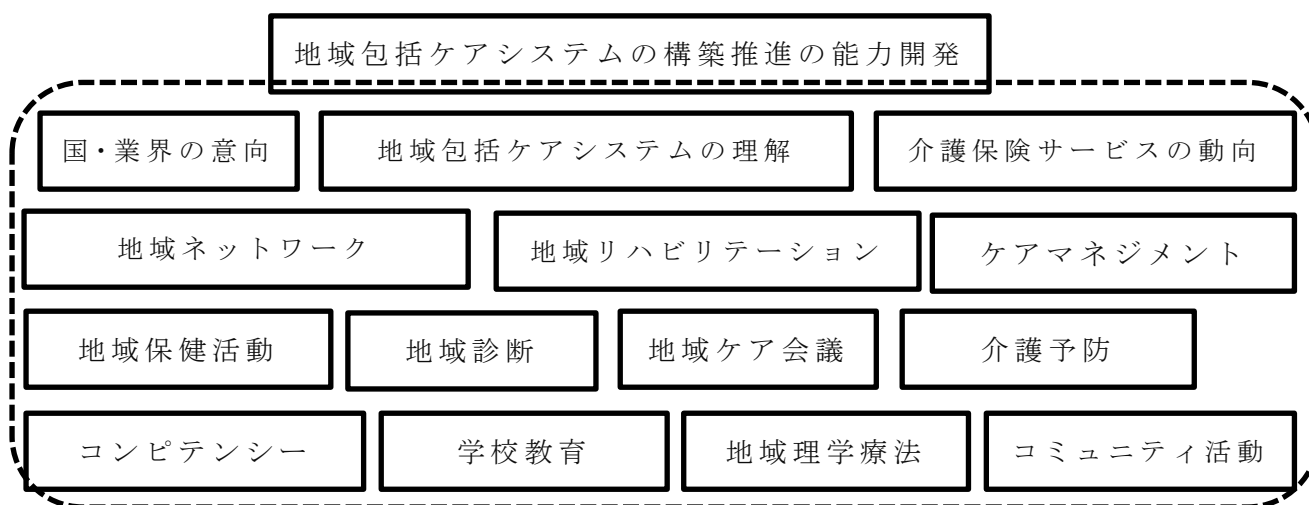


図3 文献検討の主な要素

2. 検討した文献の紹介

(1) 地域包括ケアシステムに関する文献

地域包括ケアシステムについての理解を深めるために参照した主な文献例について表4-1に示す。国が示す地域包括システムの構築推進に対して，地域では実際にどう受け取り，活動につなげているか，どのような課題が潜在的または，顕在しているか，様々な地域，職種の立場から，検討されている。

表 4-1 地域包括ケアシステムに関する文献例

筒井ら ¹⁸⁾	地域包括ケアシステムの構築に影響する要因が、人口規模や財政力指数の影響が大きく、その地域の特徴を生かしたものととして構築されることが望まれているが、そのシステムは多様である。どのような施策を実施すべきかを検討し、強化すべき保険者機能やそのレベルを認識するために、自治体のレベル別にシステム構築のモデルを提示することのできる評価尺度を開発している。構築推進のために保険者の機能レベルを把握し、介護保険事業計画・政策立案の状況、地域連携の仕組みづくり、自治体としての地域包括支援センター職員への支援、介護支援専門員・介護サービス事業者支援、高齢者虐待対応等の権利擁護対応等の介護保険事業の取り組み状況を把握することができると述べている。
永井ら ¹⁹⁾	地域包括ケアシステムにおける在宅医療と連携に関する医師の意識実態分析を行い、地域包括ケアシステムにおける在宅医療および保健医療福祉関連施設との連携の現状と医師の意識の実態を明らかにしている。その中で、地域における在宅医療の充実状況について医師の4割が「わからない」と回答しており、在宅支援システムの構築は難しく、前向きに検討する必要性があるとしている。具体的には診療所から病院への受け入れをスムーズにするという回答割合が高かったこと、また基幹である地域包括支援センターとの連携、期待は6割と高いものの、満足度は3割と低いと報告している。
秋山 ²⁰⁾	訪問看護の実践から、地域の中で予防から看取りまで支えることの必要性として、住民の意識改革、医療者の意識改革、地域の医療連携体制の確立、地域の介護体制の充実、予防から看取りまでを包括的に捉えられる行政の体制整備が重要であり、在宅看取りのプロセスから虚弱状態の考え方および直面している高齢者施策にとどまらない地域づくりへと繋がることの必要性を述べている。
小金丸ら ²¹⁾	地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割について、地域リハビリテーションの基本的戦略が専門家、施設、外部資源、技術に過剰に依存せず、住民のネットワークを使うことの必要性を論じ、社会資源が乏しい地域でも住民がいきいきと暮らせる活動は可能であると述べている。
米満 ²²⁾	地域包括ケアシステムの視点について、ソーシャル・インクルージョンの視点が必要であるとして、地域リハの立場から生活基盤の再構築、すべての住民の生活機能の再構築に取り組むこと、また地域社会全体を、疾病・障害・高齢等を総合的に大きくとらえ、支援する側も支援される側もすべて包摂されたものとしてとらえることが必要であると述べている。

表 4-1 地域包括ケアシステムに関する文献例（つづき）

近藤 ²³⁾	地域包括ケアシステムとリハビリテーション科医の役割について、効果的な介護予防事業として、リハ専門職の転倒予防への助言指導，対象者のスクリーニングや転倒に関して「個人」だけでなく，「まち」「地域」に関して志向する点を地域づくりとしてのエビデンスづくりの必要性を述べている。
武澤 ²⁴⁾	地域包括ケアシステムにおける総合リハビリテーション推進の計画について，理学療法士の人材育成，施設の拡充，連携体制のシステム化を総合リハ推進プランとして構築することを展開すること，また地域リハコーディネーターが，地域包括ケアと地域リハを結ぶ，連携の要となる役割であることを述べている。
永井ら ²⁵⁾	保健・医療・福祉施設から見た包括ケアシステムの地域特性分析を行い，構築の必要性の認識および地域包括ケアシステムへの参画状況は，「町村」，「市」「都市」の順に高く，規模が小さい地域ほど，システム構築の参画状況が良かったと述べている。
中野 ²⁶⁾	高齢者が安心して暮らせるコミュニティを目指す手法として，地域ケア会議の有用が，地域課題を分析・抽出する力量，多職種や民生委員の意見を調整して，支援策・解決策をまとめあげる力量，地域ケア会議の達成目標を明確にする力量，2025 年を見据えた計画・ビジョンを作成する力量が求められ，日常生活圏ごとに医療機関と介護の一体的な連携拠点を全国どこにでも設けることが困難である課題，住民の主体的な参加をどう促進するかが課題であると述べている。
飯島 ²⁷⁾	超高齢化からみた未来予想図として多子時代，認知症の増加，独居高齢者・老夫婦世帯の増加による介護保険の課題から，75 歳以上の自立度の低下は余儀なくされる中，生活の質の低下をどう防ぐかという点を循環型地域の連携と地域完結型医療に進化する社会システムの改革がポイントである。住み慣れたまちが支えるには，虚弱予防，在宅ケア，社会インフラの 3 つのバランスをとる形で底上げする新しい価値観の創造の必要性を提唱している。
健康・生きがい開発財団 ²⁸⁾	地域包括ケアシステムに関わる意識調査を住民に行い，医師不足，医療施設不足などの地域格差と医療に関する不安感，および高齢期の生活の不安をもつ住民が多かったことを報告している。介護サービス充足の要望は，訪問介護や訪問看護などの訪問系サービスを充実してほしいという回答が多く，介護予防のイメージは，「趣味や興味のあることを学んだり，旅行などを企画・参加する」が 34.4%，「地域の公民館などに出かけて行き，体操や趣味の教室などに参加する」が 26.2%と，生涯学習などと連携した活動を望む意見が上位を占めていた。

(2) 地域包括ケアシステムと理学療法士の関連性について

地域包括ケアシステムの構築に向けた理学療法士の取り組みについて論じている文献例を表 4-2 に示す。理学療法士が地域包括ケアシステムに関わる重要性を論じる中で、役割を明示しているものが散見される。また、質の向上，サービスの展開，地域づくりへの参画にむけ，積極的に関わる必要性について多く記されている。

表 4-2 地域包括ケアシステムと理学療法士

川越 ²⁹⁾	地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションは，自宅支援の強化，自立支援型ケアの推進，介護予防事業の機能強化として地域のリハビリテーション職を活かした取り組みの必要性和連携強化の必要性を述べており，リハビリテーション職に期待される役割は，退院支援強化，自立支援，ケアマネジメントの機能強化であると述べている。特に今まで利用者に対する直接的なサービス提供が中心であったが，今後，多職種協働の中での指導・助言を中心とした間接的関与が期待され，リハビリテーションに対する理解の促進につながるものとして考えられている。
森本 ³⁰⁾	地域のリハビリテーション職を活かすという点において，理学療法士の活動の現状が，身体機能に注目し，生活活動を考慮しないために，治療モデルから生活モデルへの切り替えが求められていること，また医療機関勤務の感覚である“利用者待ち”の姿勢であること，理学療法士としての管理能力，質の向上，地域でのリーダー制を発揮できる能力の研鑽の必要性を述べており，地域における理学療法のパラダイムシフトを提唱している。
井上 ³¹⁾	訪問リハビリテーションの拡充は，地域包括ケアシステムを構築していくうえで重要なサービス提供体制のひとつとして取り上げている。その中で訪問リハビリテーションの利用者数の地域格差，介護老人保健施設の在所日数の長期化を課題に挙げている。
植松 ³²⁾	地域包括ケアシステムを構築していくうえで重要な訪問リハサービスの拡充は，提供および創設に関する制度上の課題が利用者の要望の増加に反して，サービス提供制限や普及の困難さを挙げている。
臂ら ³³⁾	地域包括ケアを支える訪問リハビリテーションの活動は，対象者の生活上の課題でのニーズや活動に関する可能性の発掘につなげられること，連携づくりに寄与できる点，地域住民が地域で暮らしていける視点が得られることの重要性のべ，地域ケア会議の定例化を行い，地域における人的・社会資源をいかに活用・創出するために訪問リハ活動の実践が地域づくりの参画意義となると述べている。

表 4-2 地域包括ケアシステムと理学療法士（つづき）

田村 ³⁴⁾	過疎地と都市部の地域連携のタイプを比較し、いずれも地域連携のレベルを、「全体を統括するものが、個別に細部の指示をださなくとも、各機関・各職種が目的を共有し、相互補完関係を認識していることとし、それが、地域包括ケアシステムの「切れ目のない連携」の実現であるとしている。
小島ら ³⁵⁾	地域包括支援センターにおける理学療法士の役割と課題について述べており、その中で、従来の理学療法の定義（理学療法士及び作業療法士法第2条）を超えて、「心身の機能・身体構造に変調のある対象者」のみならず、「予防」もその対象として考えを進めることから、アウトリーチ、エンパワメント、介護予防コーディネーションの3点を基とした理学療法士による「まちづくり支援」に取り組むことの重要性を挙げている。これは、地域包括支援センターのすべての業務に関連することであり、地域包括ケアシステムの構築実現に貢献することにつながるものであると述べている。
橋爪ら ³⁶⁾	小児理学療法における地域包括ケアシステムについて、高齢者と比較し、日常の医療については小児においても高齢者と同じであるが、重症児については、小児医療を受け入れる医療機関が少ないことから、地域病院での診療に課題が生じており、また小児が介護を受けながら療育していくサービス、医療的ケアを実施できる過ごしの場としての施設が少ないと述べている。またコーディネーターの違いとして高齢者が地域包括支援センターや介護支援専門員であるのに対して、障害児のサービス利用の相談拠点が自治体によることから相談拠点の集約性に課題がある。理学療法士は小児の地域包括ケアシステムにおいて、医療から福祉に至るまで広く必要とされる職種であることから、高齢者における地域包括ケアシステムの概念だけでなく、障害児とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らしを継続できる支援の仕組みを構築するために理学療法士に積極的にライフステージにあわせた障害児のヘルスプロモーションに関わっていくことが必要であると述べている。

(3) ケアマネジメントに関する文献

ケアマネジメントは、介護支援専門員を中心とした地域包括ケアシステムの基幹のひとつである。理学療法士は、リハビリテーション職種の立場から地域での生活の自立を促すケアマネジメントの能力が求められており、ケアマネジメントに関する文献について検討した。その文献例を表 4-3 に示す。

表 4-3 ケアマネジメントに関する文献例

馬場 ³⁷⁾	介護支援専門員のケアマネジメント業務のアセスメント時の情報収集は、「地域・近隣との関係」が 26%、ケアプラン作成における「インフォーマルケア」の反映は 10%、「地域との関わり」は 17.6%と低いこと、また社会資源の把握では「ボランティア・NPO(法人以外)」「インフォーマルケア」の把握状況が非常に低いと報告している。
菱沼 ³⁸⁾	福祉専門職による地域生活支援では地域支援スキルへの影響要因の分析を行い、地域アセスメントや地域住民との連携に関するスキルの弱さが意識されていたこと、また促進する要因として地域担当制の有効性が明らかとなった一方で、サービス開発の支障要因となることから、コミュニティソーシャルワークを展開していくシステムを構築するためには、地域担当制と広域運営管理体制の二層構造とする必要があると述べている。
松浦 ³⁹⁾	地域ケアをめぐる基礎的な課題は、保険・医療・福祉に携わる人たちや国民一般にケアのコンセプトが形成されていないことから、広義のケア概念に基づく地域ケアの総体的展開について、医療機関、住民の健康づくりを担う保健センターなどの機関の連携・統合による総合サービスセンター化が必要であり、地域包括センターが年齢、障害の区別なく地域の基幹となりケアマネジメント部署として地域ケアの発展の中核となることが望ましいと述べている。また地域ケアにおける課題は、今まで行政、住民双方に行政責任と住民の役割の明確化が不十分であったことから住民参加、住民主体の意識が低いこと、コミュニティ素養が低下した地域が増加したことが地域課題の解決が困難な要因であると指摘している。地域ケアの場では政策策定の過程、ケアの提供、地域での共生のいずれの場面でも当事者をはじめとする住民が参画し、生活者の視点で政策の在り方、サービスの在り方、住民相互の活動の在り方について提言しながら協働することが地域力につながると述べている。
黒田ら ⁴⁰⁾	介護支援専門員の支援による介護者の健康関連 QOL に関連する要因を明らかにするために 42 人の介護者に 12 ヶ月間、2 回の調査を行い、介護者が在宅介護を継続するために介護支援専門員の支援が介護者の健康関連 QOL に影響することを明らかにしている。

表 4-3 ケアマネジメントに関する文献例（つづき）

林 ら ⁴¹⁾	介護保険サービスの新規利用者の QOL について介護支援専門員によるケアマネジメント実施前と 6 か月後の変化を調査し，初回調査時の QOL の得点の低位群は，QOL 領域 11 項目のうち 9 項目が，有意に肯定的変化がみられたが，初回調査時の QOL 高位群においては，肯定的変化がみられず，生活の質が比較的良好な利用者に対する生活の質の維持・向上への効果が十分ではなく，身体機能面，社会環境面，精神心理面それぞれ部分的な低下しないように管理することの必要性を述べている。
Bernabei ら ⁴²⁾	地域高齢者の包括的なケアマネジメントを行った群とコントロール群を比較し，健康状態の変化，経済的効果，身体機能，認知機能において一定の効果があることを明らかにしており，地域社会と医療，介護の関連機関の連携に伴う包括的なアプローチは地域高齢者の機能低下の抑制によってコスト削減効果につながると述べている。
綾部 ら ⁴³⁾	介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題の実施度を明らかにし，介護支援専門員あまり行っていない領域は，「利用者や家族との居宅サービスの作成」，「評価」があがり，課題実施度向上には専門領域，在宅介護支援センターでの勤務経験，雇用形態，ケアマネジメント関連の研修受講が必要であると述べている。
Enid ら ⁴⁴⁾	老年期のうつ病の患者に対して通常のケア群とチームによるケアマネジメントを実施しているプライマリケア群を比較し，プライマリケア群は身体機能の向上，生活の質の向上，うつ病の低減化へと健康な生活へつながる可能性を示している。
西村 ら ⁴⁵⁾	介護支援専門員に必要な業務遂行のために必要とする技能の修得度を自己評価するための尺度を開発し，能力開発に使用できることから，アセスメントにおける重要な情報の収集能力とサービス調整のための社会資源の内容理解，利用者の主体性を重視する能力を向上することが必要であるとのべている。
岡本 ⁴⁶⁾	ケアマネジメント過程の質を評価する尺度をデルファイ調査により開発し，ケア過程を円滑に進めている市町ほど，ケアマネジメントの質が高いということを明らかにしている。
Jürgen ら ⁴⁷⁾	高齢者のうつ病患者がプライマリケアにおいて効果的な治療を受けていないことから，複合的なケアマネジメントによる治療の効果を検証し，多職種管理による介入を行う介入群と通常ケア群による比較において，連携医療モデルがより効果的かつ広範囲のケアに効果を示すことを明らかにしている。

(4) 地域の介護予防活動に関する文献

理学療法士は、自立支援のために介護予防に取り組む役割を担うことの必要性が論じられている⁸⁾が、地域の実状を踏まえた介護予防事業がどのように進められてきたか、また介護予防に関しての効果検証を把握する必要がある。以下表 4-4 に文献例を示す。その中では、社会資源を活用し、地域格差の是正を目指す活動が求められている。

表 4-4 地域の介護予防活動に関する文献例

吉田 ら ⁴⁸⁾	在宅高齢者を対象とした介護予防事業の効果を経済的側面から検証し、月あたりの平均医療費が参加群で減少し、非参加群で増加し、また介護費は、両方の群で増加したが、参加群は増加の程度はわずかであったと報告している。参加群における 3 年間の増加抑制効果は 4900 万円であり、介護予防事業の独立した効果を明らかにしている。
竹田 ⁴⁹⁾	サロンプログラムへの参加を介護予防プログラム介入の切り口として、身体的、心理認知的、社会的、コミュニティの 5 項目の介入から、項目ごとの機能の保持・向上、および健康な高齢者に対する健康長寿とソーシャルキャピタルの豊かな安心、安心・安全な地域づくりをアウトカムとして効果検証を行っている。要介護認定発生の割合は、サロン非参加群が有意に多かったこと、理学療法士はハイリスクアプローチだけでなく、ポピュレーションアプローチの併用を活かした戦略が必要であると述べている。
宮本 ら ⁵⁰⁾	自治体独自の方策が介護予防システムに影響するとして、小規模自治体からの実践報告を行い、効果的、効率的に地域の事業とするためには、地域の人材を活かしたシステムが必要であり、継続的な運動習慣に結びつけることの必要性と、保健行政に携わる理学療法士、保健師の専門的介入が不可欠と述べている。
新開 ら ⁵¹⁾	地域における介護予防事業を、ハイリスク戦略とポピュレーション戦略の双方を重要視した地域包括的な介護予防推進システムの構築を行い、10 年間の縦断的研究により、健康寿命の延長と、介護保険認定者の発生率が減少したと報告している。
相馬 ら ⁵²⁾	介護予防事業の地域格差について検証し、運動器の機能向上プログラムは、病院数と公民館数が多い自治体ほど実施状況が良く、既存の施設を活用した事業の展開が重要であるとのべている。
平井 ら ⁵³⁾	地域で開催される介護予防事業の参加促進に向けた研究として、開催場所として想定される保健センター、老人福祉センター等の施設の利用状況に関連する要因を分析し、施設までの距離、交通手段の豊かさに有意な関連がみられ、アクセスのしやすさに配慮する必要性を述べている。

(5) 介護予防と住民主体の活動に関する文献

地域の介護予防の取り組みは、地域住民が主体となることの必要性について述べられている⁵⁾が、ボランティア活動を含め、地域の中で住民が介護予防活動にどのように関わってきたか把握する必要がある。以下表 4-5 に文献例を示す。理学療法士は、地域集団を対象とするポピュレーションアプローチについて、より理解を深める必要がある。

表 4-5 地域住民が主体となる介護予防活動に関する文献例

島貫 ら ⁵⁴⁾	高齢者の介護予防推進ボランティアへの参加による社会的・身体的健康および QOL への影響について縦断調査を行い、ボランティア参加者に比べ、一般高齢者は知的能動性、社会的役割、日常生活動作に対する自己効力感、経済的ゆとり満足度、近所との交流頻度の項目が有意に低下することを示し、ボランティア参加は、高次の生活機能およびソーシャルネットワークの低下を抑制する効果が期待できると述べている。
河合 ら ⁵⁵⁾	地域住民の主体的な介護予防活動推進のために、「介護予防リーダー養成講座」のカリキュラムを作成し、4 地域のべ 7 期、178 名対象に介護予防の理解度と自信について調査し、介護予防の理解度は向上していたが、自信については有意な向上を認めなかった。自信の向上のためには、地域の社会資源の活用状況に影響をうけることが示唆されたことを報告している。
福嶋 ら ⁵⁶⁾	ポピュレーションアプローチに必要な資源として、介護予防の推進に関わる地域住民組織の活動について、介護予防活動を実践する自主グループを設立した高齢者を対象に調査し、介護予防の重要性の認識、設立過程の課題の認識の変化の過程から、介護予防を推進する自主グループの設立には、高齢者の地域コミュニティへの参画促進、講座開催、自主グループ設立準備支援を整えることで、効果的な支援を行うことができると述べている。
大久保 ら ⁵⁷⁾	介護予防事業における男性参加者の割合が低いことから男性高齢者の介護予防事業への参加に関わる事業側の要因を探り、高齢化率が 20% 以上、茶話、ふれあいサロンの内容、当該年齢以上の住民全員対象、民生委員へのチラシ配布に該当する事業所で、男性参加割合が高いことが明らかにされている。
山縣 ら ⁵⁸⁾	地域在住の自立高齢者を対象に閉じこもりリスクの実態を調査し、体力との関連性を検討し、閉じこもり群、閉じこもり予備群、非閉じこもり群のうち、体力は、閉じこもり群が、非閉じこもり群と比較し、有意に低下を示していた。このことから外出行動による体力の維持・向上が閉じこもり予防につながると述べている。

表 4-5 地域住民が主体となる活動に関する文献例（つづき）

安梅 ら ⁵⁹⁾	7年間の追跡調査から、高齢者の地域社会における人間関係性、環境とのかかわり合いの頻度など、高齢者の社会関連性と生命予後について調査し、社会関連性が乏しいと死亡率が高いことを明らかにしている。地域高齢者の日常生活における社会とのかかわり状況を把握することは、介護予防マネジメントに活用できることを示している。
太田 ⁶⁰⁾	個人レベルのソーシャルキャピタルと主観的健康感、抑うつとの関連を性別よる比較を行い、男女とも「信頼できない」「互酬性の規範が低い」が抑うつと関連が高く、女性ではその2つの項目に加えて「地区組織の不参加」の項目が、主観的健康感と抑うつに関連していることを明らかにしている。
神崎 ⁶¹⁾	高齢者の見守り概念は、公衆衛生看護学の実践や研究に活用する場合、社会の変化や制度改正に伴う多職種の存在や環境の多様化、立場や価値観の相違から概念の構成が明らかではないとして、地域で暮らす高齢者の見守りの概念分析を行い、その構成要素は、日常生活の維持、個人の状況に合った予防的支援の促進、安心感の獲得、人やサービスとの結びつきの拡大と結論づけている。
小林 ら ⁶²⁾	孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性を生活面と心理面での課題について調査し、同居者の有無に関わらず、私的、公的サポートを得にくいことで、抑うつ傾向、不安感も高いことなど多くの課題を抱えていることを明らかにしている。
村山 ら ⁶³⁾	都市部高齢者を対象に、閉じこもりと生活空間要因との関連を調査し、男女ともに年齢が高くなるにつれ、閉じこもり高齢者の割合が高く、移動能力が高いが閉じこもる群は、身体的要因と社会的要因が関連し、移動能力が低く閉じこもる群は、身体的、心理的、社会的要因が包括的に関連していることを明らかにしている。また、生活空間要因では移動能力が低く閉じこもるケースは住居環境要因が関連することを明らかにしている。
杉澤 ら ⁶⁴⁾	特定高齢者の健康受診に対する社会的ネットワークの直接および間接効果を検証し、特定高齢者の候補者は、一般高齢者と異なったことから、介護予防に関する認知度を高めることで健診受診の向上につながり、地域組織への参加頻度が最も影響が大きいことを明らかにしている。

(6) 介護予防のスクリーニングに関する文献

介護予防は、対象者の抽出に関して、スクリーニング手法の検討が行われている。理学療法士は運動機能への理解に関する専門性から、運動機能等に焦点をあてたスクリーニング過程に参画できる可能性があると考えられる。表 4-6 に介護予防の対象者スクリーニングに関する文献例を示す。理学療法士の視点を踏まえた介護予防スクリーニング項目や指標を今後検討していくことで、理学療法士の職域拡大に寄与できると考える。

表 4-6 介護予防のスクリーニングに関する文献例

浜崎 ら ⁶⁵⁾	介護予防対象者選定過程の生活機能検査への参加状況について検討し、参加状況と要介護状態の発生との関連は、要介護認定の対象となっていない高齢者は、虚弱高齢者が非虚弱高齢者に比べ生活機能検査に不参加であるリスクが高く、要介護状態の発生リスクが高いことを示している。
新開 ら ⁶⁶⁾	既存の介護予防チェックリストは、虚弱高齢者に適用していないことから、新たに虚弱指標としての適用を目的とした 15 項目のチェックリストを開発している。介護予防対象者のスクリーニングに適用できるだけでなく、疫学研究や予防的介入への活用が期待されている。
河野 ら ⁶⁷⁾	地域看護職の判断から介護予防対象者を選定したケースと基本チェックリストにおいて選定したケースを比較し、基本チェックリストのみでは運動器向上、うつ予防、閉じこもり予防の項目で選定されない可能性があり、地域看護職の判断では、口腔機能栄養改善が必要な対象者を見逃す可能性があることから、地域看護職の判断と基本チェックリストの判断では支援内容ニーズが異なることを明らかにした。
菅 ら ⁶⁸⁾	介護予防のスクリーニングに必要な介護予防健診の受診率を向上するために、縦断的データを用い、受診・非受診の要因を明らかにしている。高血圧の有無、IADL、社会的役割が要因として挙げられており、健康自己評価が高い対象者は受診を敬遠する傾向があった。非受診者の中にハイリスク高齢者がいる可能性が高く、スクリーニングよりも健康教育的な側面に焦点をあてた介護予防健診の必要性を述べている。

(7) 理学療法士が介護予防を行うための指標に関する文献

医療の中心が病院から地域へと移行されることで、介護予防分野について積極的な関わりが求められており、理学療法士の関わりが深く運動器の機能向上に効果をもたらすことを期待している。また、介護保険の推移とねたきりとなる原因から、理学療法士による生活の自立を助ける介護予防の必要性は増しており、理学療法士の運動療法に関するその専門性が発揮される分野であることを述べている⁶⁹⁾。表 4-7 に、運動および介護予防マネジメントを行うための指標、または効果について知るために参照した文献例を示す。

表 4-7 運動効果と介護予防マネジメントに関する文献例

岩井 ら ⁸⁰⁾	地域在住の高齢者の介護予防事業における運動プログラム参加者に対して 3 か月間の介入を行い、低体力者は短期間で体力レベルの向上を認めたが、計画の段階から生活の中で自ら楽しくでき、かつ一人でも継続できるようなプログラムを提供すること、また継続するために短期間で運動を定着できることが重要であると述べている。
深作 ら ⁷¹⁾	運動及び栄養指導による包括的支援と介護予防効果を検証し、運動と栄養指導群と運動のみ指導群の比較を行っている運動と栄養指導群は、運動のみ指導群よりも有意に体力が向上し、栄養と運動指導を組み合わせたプログラムの提供の必要性を述べている。
中村 ⁷²⁾	介護老人保健施設における介護予防事業の効果と理学療法士の役割について、老健施設での通所事業では、収入面では大きな事業ではないことから、介護事業から独立した事業を行うことや保険に頼らないサービスを展開することが必要であり、その中で理学療法士は、適切なエビデンスの活用と、個別的な関わりを確保することの重要性を述べている。またハイリスク戦略、ポシュレーション戦略の双方からの対応が地域高齢者の地域リハビリテーションにおける理学療法ニーズを高めると述べている。
原田 ら ⁷³⁾	高齢者の活動能力の低下は行動の狭小化が要因であるとし、生活空間の評価に LSA を使用し、介護予防対象者に対する LSA 日本版としての評価尺度の妥当性を検証し、有用であることを示している。
川越 ⁷⁴⁾	介護予防効果評価システムを開発し、アセスメント項目と実施方法を明らかにし、介護予防への包括性と継続性を重視するために、地域というフィールドでの他職種関与の必要性を述べている。
大淵 ら ⁷⁵⁾	介護予防ケアマネジメントのために、介護予防対象者の身体機能レベルを把握し、目標設定、効果判定に活用できる判断基準として、運動器関連指標評価基準を作成し、地域支援事業の運動器の機能向上プログラムの効果判定には、特定高齢者と要支援者では異なる評価基準を用いる必要があると述べている。

表 4-7 運動効果と介護予防マネジメントに関する文献例（つづき）

高橋 ⁷⁶⁾	デイサービス利用者における介護予防の介入として、生活目標を提示したうえで自主トレーニングを行うことで、運動の継続と生活の支援につながると述べている。
日下ら ⁷⁷⁾	介護予防における総合的な評価の在り方を検討し、運動機能、活動能力、生活空間の関連性を明らかにすることで、介護予防効果の把握を行っている。介護予防効果は、運動機能評価に変化がなくても活動能力や生活空間に及んでいること、また生活空間と運動機能は相互に影響を及ぼすことを明らかにした。
森岡ら ⁷⁸⁾	介護予防 2 次事業としての市町村の転倒・骨折予防事業に対する評価の実態把握調査を行っており、事業評価の課題として、プロセス評価におけるフォローアップ体制、住民参加促進、目標値設定、追跡測定や転倒数、QOL 指標からのアウトカム評価、評価結果の有効活用を挙げている。評価指標に至っては、専門的知識の情報提供や人材育成の支援の必要性を述べている。
衣笠ら ⁷⁹⁾	低体力高齢者の体力に着目し、生活機能、健康度に及ぼす運動介入の影響について、低体力者の定義には、老研式活動能力指標の未満点者であることを明らかにし、有酸素運動は、地域在住の低体力高齢者の全身持久力と主観的健康を向上させるが、運動介入後に改善効果の維持が少なく、生活機能の向上が困難であると述べている。

理学療法士が介護予防に関わる場合、個人に対する運動機能や生活機能に着目した指標の開発と適用が中心となっており、今後は、地域集団や、地域の特徴と統合した評価項目の開発が必要である。

(8) 地域保健活動についての文献検討

理学療法士が地域包括ケアシステムの構築推進には、健康なまちづくりの点から、ヘルスプロモーション⁸⁰⁾について理解する必要があると考え、検討した文献例を表 4-8 に示した。これらの中では、介護予防モデル事業として包括的に虚弱高齢者の体力低下を予防する運動トレーニングの施行や生活習慣病指導管理として、高血圧や糖尿病といった生活習慣病を有する患者に対して医師や管理栄養士・理学療法士が総合的な指導および治療管理を行うなどの健康状態向上の分野での理学療法の参加も進められている。

表 4-8 地域保健活動についての文献例

遠又 ら ⁸¹⁾	介護保険に統計資料を用い、健康日本 21 の健康寿命の目標達成に対する介護費、医療費について将来予測の分析を行い、約 2 兆円 5 千億から 5 兆 3 千億円が節減できると推定しており、健康づくり政策の投資効果の目安を明らかとしている。
中島 ら ⁸²⁾	在宅高齢者を対象に、健康維持増進に対する介入指針を得ることを目的に健康生活習慣と「運動機能」「聴機能」「視機能」「記憶機能」の 4 要素から構成される健康状態の関連性を明らかにし、精神的・社会的な意味合いをもつ「生活のはり」「心理的安定」「社会参加」の値が高く、従来着目されてきた「運動習慣」「食生活」よりも健康状態に対して重要な役割を担っていることを示している。
今井 ら ⁸³⁾	健康増進施策や介護予防事業の効果的な事業評価として「生きがい尺度」を開発し、生きがいについてアウトカム指標に組み入れることの必要性を述べている。
永島 ⁸⁴⁾	特定保健指導と理学療法の関わりについて、特定保健の「積極的支援」は、講習受講を経て理学療法士の関わりが可能であると述べている。その理由は理学療法カリキュラムに健康増進に関する分野では、国家試験の出題がされていないためと述べている。また理学療法士が保健指導を行う有効性についても明らかになっていないこと、教育プログラムを整える必要があることについて述べている。
牧田 ⁸⁵⁾	ヘルスプロモーションの分野が理学療法士の参入が少ない理由として、理学療法士の就業先が多い医療機関がヘルスケアを主軸に置いた事業展開をしていないことと述べている。また、今後理学療法士は、生活機能の向上を目指すだけでなく、ヘルスプロモーションへの寄与を期待している。

表 4-8 地域保健活動についての文献例(つづき)

浦部 ⁸⁶⁾	理学療法士に健康増進にかかわるために、運動施設への就業と積極的な取り組みを提唱しており、理学療法士が健康増進事業の担い手として、リスク管理と運動療法をおこなうことが広く地域社会と接点をもつカギであり、健康増進に関する実証的研究を生活指導と運動指導の点と併せて進める必要性を述べている。
宮原 ら ⁸⁷⁾	ライフスタイルと運動能力および、生活機能、社会的属性との関連を明らかにすることで、ライフスタイルは運動能力、生活機能、身体的状況の低下を予防することを示している。
川又 ら ⁸⁸⁾	健康高齢者に対する予防的・健康増進作業療法プログラムの効果に関する研究において、QOLの向上、環境領域に与える効果があることを報告しており、宮原、はメタボリックシンドローム該当者に対する健康教室効果を示している。また関川らは、糖尿病患者への運動指導と行動変容の関係性を研究し、運動負担感のコントロールした運動指導方法が行動変容につながると述べている。

地域保健活動についての文献検討から、理学療法士が専門とする健康増進の領域と地域包括ケアシステムの構築推進と結びつけて考えると、保健師の持つ保健事業の企画、立案、評価に適用できる志向であると考ええる。同様に、生活習慣病予防、健康増進につなげるには、高齢者の健康施策の変容⁸⁹⁾について理解し、介護予防の科学的根拠の蓄積、運動プログラムの展開などが必要であると考えられる。

(9) 地域保健に関わる能力開発に関する文献

表 4-9 に、地域保健に関わる能力開発に関する文献例を示す。

表 4-9 地域保健に関わる能力開発に関する文献例

原 ら ⁹⁰⁾	保健指導実践者の在り方について、厚生労働省が示した目標を到達できる能力を明らかにする研究を行い、健診結果と生活習慣の関連を説明できる能力、対象者との信頼関係を構築する能力、対象者の動機付けや目標設定を含めたアセスメント能力、相談支援技術能力、学習教材の開発能力、社会資源の活用能力を保健指導事業の企画、立案、評価に必要なコンピテンシーとしている。
吉田 ら ⁹¹⁾	介護予防システムを推進する活動のための活動指標を作ることを目的に、42 項目の地域看護活動の情報収集、アセスメント、計画、実施、評価のプロセスを含む活動内容として精選している。
鳩野 ら ⁹²⁾	地域包括ケアの推進に、地域包括支援センターに勤務する保健師の能力開発において、質的研究から統括保健師もしくは高い職位の保健師に対して質問紙調査を行い、役割の遂行状況を測定する評価尺度を開発し、自治体全体の保健活動の推進、職能代表としての調整の遂行、部下の保健師の能力開発の 3 つの下位尺度により、高い管理能力を有する保健師の評価と人材育成の有用性を述べている。
小川 ら ⁹³⁾	職務への自信と影響要因を尺度化し、管理運営能力、保健指導を基本とした対人サービス、科学的根拠に基づく評価能力が自信に与える職務内容であること、経験だけでなく、事例や事業を検討して評価する教育体制が重要であることを示している。
飯吉 ら ⁹⁴⁾	介護予防ケアマネジメントの課題を分析し、保健師に必要な能力は、高齢者全体に機能低下を予防すること、高齢者全体に切れ目のない支援をすること、高齢者の介護予防のための継続支援の場をつくること、特定高齢者を早期発見するための工夫をすること、限られた予算や時間のなかで工夫してマネジメントすること、記録を工夫すること、事業評価の質を確保することと、7 つのカテゴリーに分類されたが、ケアの質の向上には多職種間で介護予防マネジメントに取り組む必要性を述べている。
岩本ら ⁹⁵⁾	住民の健康、幸福の公平性を護る活動能力を測定する尺度を開発し、情報やサービスのアクセスの公平性の促進、サービスの質と量の評価、健康危機への予防的対応の 3 つの下位尺度をもつ評価尺度から、経験年数、学会発表の経験や学習会の参加等の関連する要因があることを明らかにしている。

表 4-9 地域保健に関わる能力開発に関する文献例（つづき）

塩見ら ⁹⁶⁾	市町村保健センターにおける地域保健事業ならびに社会資源の創出能力に関する尺度開発を行い，社会資源の創出の必要性，創出の推進と具現化，創出に向けた協同の3つの下位尺度をもつ評価尺度から，保健師の地区活動のアセスメント，診断，目標設定，計画，実施，評価の過程における整合性を持ち，事業・社会資源を創出するコンピテンシーが表現されている。
小山ら ⁹⁷⁾	地区組織活動の担い手である健康増進員を対象とした質的，量的研究を行い，エンパワメント評価尺度を開発することを基に，健康増進員の活動評価から，まちづくりに必要な活動評価としてエンパワメントを測定する必要性を述べている。そのなかで健康増進員は，値域で活動する連携の強い組織であり，健康な地域づくりの段階的支援に欠かせないパートナーと位置付けている。
菅村ら ⁹⁸⁾	地域包括支援センターの役割とサービス担当者会議の運営方法について調査し，その問題点と解決策を検討している。居宅介護支援事業所の介護支援専門員からみた地域包括支援センターの抱える課題は，主任介護支援専門員の高い能力と役割が求められること，それ対応して介護支援専門員の評価は高くないことが挙げられ，サービス担当者会議の運営は，地域包括支援センターの間接的サポートに課題があり，キャリアアップの必要性があると述べている。

地域保健に関わるための能力開発は，目的となる評価尺度を開発し，関連する要因を明らかにしている研究が見られ，理学療法士の能力開発においても評価尺度が必要であると考えられる。地域包括ケアシステム構築を推進する能力は，臨床能力に準ずる能力だけではなく，地域特性を把握する活動，社会資源の重要性や協働に関わる人間性を重視した能力であると仮定し，研究を進めていくことが必要であると考えられる。

(10) 地域リハビリテーションについての文献

理学療法士が地域で活動する基本的な考え方は地域リハビリテーション準じた考え方である。地域リハビリテーションの定義（日本リハビリテーション病院・協会，2001）では，保健・医療・福祉に限らずあらゆる社会資源を活用して，人のライフステージにわたって適用されるものであること，活動が実効的であるためには，個々の活動の連携が不可欠であることを重要視している。また地域リハビリテーションの中の理学療法士の役割は，医療と介護の両面性の位置づけを持つと整理され，地域包括ケアシステムの概念は，地域リハビリテーションに関連するテキスト⁹⁹⁾に記載されている。表 4-10 に検討した文献例を示す。

表 4-10 地域リハビリテーションに関する文献例

大浦 ら ¹⁰⁰⁾	介護支援専門員と訪問介護員が期待する訪問リハビリテーションの効果を明らかにし，介護支援専門員の 8 割以上がその効果について「期待通り」と回答していたが，訪問介護員は 6 割に満たなかった。また，訪問リハへの要望は，「療法士の対応と提供内容」，「リハ効果と進捗状況の理解」，「連携・指導・相談」等であったと述べている。
William ら ¹⁰¹⁾	自宅の環境介入と機器による支援技術が地域の虚弱高齢者の自立性を高める有効性について，介入群とコントロール群で比較している。18 ヶ月間の介入の結果，コントロール群は FIM スコアが大幅に低下し，疼痛スコアが有意に増加した。また医療費の比較では，コントロール群は介護施設により多くの支出が必要であり，訪問看護，ケースマネージャーの訪問経費が増大したと述べている。
Hsiang-Yu ら ¹⁰²⁾	自宅における活動能力に制限がある対象者は，自宅環境，地域環境の特徴がコミュニティ参加に影響していることを明らかにし，機能制限により，自宅における活動が難しいケースは参加を促進するために，環境改善の介入を優先すべきであると述べている
岡 ら ¹⁰³⁾	介護支援専門員を対象としたリハビリテーションの利用率や教育，知識の啓発の必要性を調査し，通所介護等の見守り機能を有するサービスの利用率が高いが個別リハビリテーションのサービス利用率は低い結果であったと報告している。また，介護支援専門員に対してリハビリテーションの普及啓発と連携に積極的に関わり，よりいっそう地域に出るシステムを構築する必要性を述べている。
加藤 ら ¹⁰⁴⁾	地域在住の要介護高齢者の外出頻度に関連する環境要因を検討し，地域の障害の多さは，通所リハビリテーション利用以外を除き，「まったく外出しなかった」との回答が独立に関連することから，地域の物的障害が多いことは，高齢者の外出頻度の低下を招くと述べている

表 4-10 地域リハビリテーションに関する文献例（つづき）

岡本 ら ¹⁰⁵⁾	在宅高齢者の社会参加活動意向の充足状況と生活満足度の関連を検討し、活動意向が充足していないものは生活満足度が有意に低く、社会参加活動を行っている者は生活満足度が高くなる傾向を示すことを明らかにしている。
中村 ら ¹⁰⁶⁾	虚弱高齢者の外出頻度をその関連要因について、性別、近隣ネットワーク、近所への外出能力、転倒経験、交流頻度が有意な変数であったことから、要介護状態のハイリスク者への対応として、要介護重度化予防と閉じこもり予防の核となる外出支援策の確立が必要であると述べている。
馮 ら ¹⁰⁷⁾	高齢者の対人的社会活動の尺度を開発し、対人的社会的活動は、「社会的役割の遂行」、「社会集団への参加」「自己啓発的活動」の3つの領域から構成されることを明らかにしている。
本田 ら ¹⁰⁸⁾	地域在宅高齢者を対象に、集会所での自主活動への参加状況と心理社会的健康および生活機能との関連を明らかにし、自主活動の不参加者に比べ、高頻度参加者は、抑うつ尺度、社会参加、老研式活動能力指標の項目において有意に機能低下を抑えられていたことから、高齢者の自主活動の参加は不参加者に比べ、精神的健康感および高次の生活機能の低下を抑制することを示唆している。
村山 ら ¹⁰⁹⁾	高齢者の世代間交流について、世代間のふれあいにとまなう感情について調査し、高齢者が子どもとの触れ合いによりポジティブな感情をいだきやすく、欲求や行動、心身の健康に影響する可能性を示している。
岡本 ¹¹⁰⁾	高齢者の社会活動全般の主観的効果の把握を主眼とした高齢期の過ごし方の満足度を把握する「社会活動に関連する過ごし方満足度尺度」を開発し、「学習に関する満足度」、「他者・社会への貢献に関する満足度」「健康・体力に関する満足度」「友人に関する満足度」の4つの因子で構成され、満足度の把握の必要性を述べている。
鈴川 ら ¹¹¹⁾	要介護認定を受けた高齢者における外出頻度と身体機能との関係について、TUGが町内までの外出に有意に関連し、階段昇降の自由度が町外までの外出に有意に関連することを明らかにしている。
大沢ら ¹¹²⁾	在宅療養者における他者との交流および外出の現状について訪問看護を受けている39名を対象に調査し、非閉じこもり者は閉じこもり者に比べ、通所サービスの利用頻度が多いことを明らかにしている。

表 4-10 地域リハビリテーションに関する文献例（つづき）

浜村 ¹¹³⁾	老人を対象とした地域リハのネットワークづくりにおいて、マンパワーの不足、拠点施設の未整備、不採算性、周囲の無理解など地域リハの推進の困難性が多くあることを述べているが、社会資源が乏しい地域でも、地方自治体のトップリーダーたちに地域リハの理解が深まり、地域にある関係者の多くが参加し、定期的な連携の場をつくり、地域リハチームとして活動を始めた地域もあることを述べている。
森田ら ¹¹⁴⁾	地域に根差したリハビリテーション（CBR）の定義の理解に関して、医療・保健・福祉サービス提供者に対して調査を行い、正しい概念の理解が低いこと、職種において差があることを明らかにしており、サービス提供者における教育と CBR の概念の標準化の必要があることを述べている。
伊藤 ¹¹⁵⁾	包括医療の中のリハビリテーションの課題はネットワークの中でのチームワークとリーダーシップであり、行政主導のサービスは公平・平等を原則にしていることにより、より悪い対象を救済することに最大の力を注ぐことになる。より豊かなきめ細かな技術やシステム開発は後回しにされる傾向にある結果から、新しい技術開発は遅れ、全体的には大きな損失を招くことになることを懸念している。その中でより豊かな地域ケアを保証するために、地域保健・福祉分野のリハビリテーション領域における障害の評価とリハビリテーションプランの実行能力のあるリーダーの養成が急務であると述べている。

地域における社会交流についての検討を含め、対象者の社会的役割、社会集団への参加、自己啓発的活動を促すために、外出頻度や社会参加の重要性述べている研究が多く見られている。また、地域における体制構築の課題について、リーダーシップの育成の必要性について論じている。地域活動の実践には、これらの項目が不可欠であると考えられ、理学療法士との関わりも重視される。

(11) 地域の介護サービスに関連する文献

地域住民の介護ニーズを把握することは、切れ目のない適正な介護サービス利用につなげることに必要な要因である。自治体単位の介護サービスの周知や、介護負担感軽減に向けた介護サービスを把握すること目的に以下の文献を検討した。表 4-11 に介護サービスと介護負担感について検討した文献例について記す。

表 4-11 地域の介護サービスに関連する文献例

安田 ら ¹¹⁶⁾	被介護者への FIM のコーピングによる、介護負担感、主観的幸福感の関係を明らかにし、主介護者の主観的幸福感に関連する要因として、コーピングの評価は重要であると述べている。
牧迫 ら ¹¹⁷⁾	通所介護を利用する高齢者の家族介護者における介護負担感について調査し、軽度要介護者家族の介護負担感は維持されていたが、重度要介護者家族の介護負担は有意に悪化し、介護による社会生活の支障へのリスクが高まると述べている。
鈴木 ら ¹¹⁸⁾	何らかの介護サービスが必要であるにもかかわらず、介護サービスの利用に至らない高齢者に関し、介護サービスの導入を困難にしている要因を明らかにしている。その要因は、生活の変化に対する抵抗感、親族の理解、協力の問題が、サービス利用の手続きに関する能力不足やインフォーマルサポート不足、受診に対する抵抗の問題と重なることが介護サービスの導入を困難にしていることであると述べている。
中井 ら ¹¹⁹⁾	在宅高齢者の介護・医療サービス利用について、家族介護者が感じる困難感、負担感から検討し、介護サービス利用では、ショートステイ利用の柔軟性、利便性、経済的負担への配慮の必要性を示し、医療サービスでは、待ち時間、移動負担、入院中の付き添いなどが要因としている。この状況から、医療・福祉分野、地域の連携の強化し、地域の独自性を踏まえたサービス利用を整備する取り組みが必要であると述べている。
杉原 ら ¹²⁰⁾	介護保険導入前と導入前の要介護高齢者と介護者の変化を調査し、介護の社会化は進展したが、介護負担感の軽減、また入所希望からの軽減の観点からは、現行の介護保険制度で対応するには限界がある可能性を示唆している。
Margaret ら ¹²¹⁾	認知症およびデザインに関する 2000 年以降のレビュー報告から、長期ケアに関わる研究の大半は、アルツハイマー病と認知症関連であり、長期ケアに関連する研究は、認知症を主題とした研究が今後も増加し、認知症への効果的なエビデンスの蓄積が必要であると述べている。

理学療法士は、その地域が持つ介護力という点で、地域存在する介護保険サービスを把握することが必要であり、それは、地域活動の実践能力に関連すると考える。

(12) 地域ネットワークおよび地域連携に関連する文献
 地域包括ケアシステムは、多機関、多職種の連携、地域住民のネットワーク化が鍵である。そのため、連携に関連する文献について検討し、その文献例について表 4-12 に示す。

表 4-12 地域ネットワーク・地域連携に関連する文献例

Gloria ら ¹²²⁾	高齢者と若年者の社会関係性について比較し、高齢者は、肯定的な社会的経験を最適化し、競合を回避すること、また否定的なものを最小限に抑えるための戦略を有しており、高齢者と若年者には社会的ネットワークの構築やその役割に違いがあると述べている
荒賀 ら ¹²³⁾	高齢者の早期退院に向けた地域連携の在り方について検討し、急性期病院勤務の看護師は患者の退院後の状況についての関心は非常に高く、地域連携の認知度、社会資源の関心は比較的低いと報告している。
福屋ら ¹²⁴⁾	日本リハビリテーション連携科学学会研究推進委員会は、リハビリテーションにおける連携を必要とする職種を明らかにするための調査から、地域連携を専門とする職種の必要性を示し、その中で地域包括支援センターの機能強化が求められていた。また地域リハニーズ把握のために、理学療法士の配置の必要性を述べている。
村山 ら ¹²⁵⁾	地域の専門機関とインフォーマル組織間のネットワーク構築を促進するためのプログラムについて検討し、インフォーマル組織の特徴、役割、機能の理解を含めたグループワークプログラムの活用が臨床の場で実施されることで地域の専門機関とインフォーマル組織間のネットワークが強固となることが期待できると述べている
石川 ¹²⁶⁾	地域におけるリハビリテーションの連携、継続性のあるリハビリテーションの必要性を述べ、医療と福祉の縄張りでなく、メディカルケアからヘルスケア、さらにライフケアへ医療と福祉の共同性の実践を積み重ねることを強調している。

地域包括ケアシステム推進に向けて理学療法士は、フォーマルおよびインフォーマルサービスの双方と関係性を深めることが求められる。

これまでの(1)から(12)までの文献では、地域包括ケアシステムの構築推進の要となる「健康な地域づくり」、その必要な力は、「住民と専門職とのネットワークと協働」であると理解した。健康な地域を作るための方策として、理学療法士の活用を一つ的手段として選択してもらえることが肝要であり、医療機関中心の就業状態でも、地域に出てくることが、適正な人材が地域に派遣できることが重要となる。それには、派遣の場、積極的参画の仕掛けとして、地域ケア会議、介護予防事業への参入が望ましい。しかし、今まで理学療法で培われてきた医療機関を中心としたサービス提供の形態である“患者を待つ”の考え方から一新し、

新しい志向で取り組む必要がある。それには、その活動に見合った能力の開発が必要である。地域ケア会議，介護予防事業への参画において，効果的かつ協働で企画，運営ができるための能力とは何か，まずはその点についてさらに検討する必要がある。それには，2つの課題がある。

- ① 地域ケア会議の進め方の理解から，理学療法士の今までの特性，強みであった，「個人へのアセスメント」に関する能力をさらに，地域課題の抽出，課題，施策形成へ広げることが必要があること。
- ② 介護予防への介入は，運動機能主体の評価であるが，これからの新しい介護予防の考え方は，地域住民・組織をも包括した取り組みが必要であり，理学療法士が，介護予防が必要な対象者のみならず，地域住民・組織と関係を持ち，地域独自に介護予防活動を進めていくことに向けた働きかけが必要であるということ。

この2つの視点をもち，活動を行うための能力がどのようなものであるか理解する必要がある。地域包括ケアシステムを構築するために必要な能力を検討するために，まず能力という概念を理解することからはじめ，コンピテンシーの概念およびコンピテンシーについて調べ，関連する文献検討を探った。

(13) 地域保健に関わるコンピテンシーに関する文献

理学療法士における能力は、茅野ら¹²⁷⁾は、理学療法士に必要な基礎的能力を、理学療法実施上の必要な知識、臨床思考能力、医療職としての理学療法技術、コミュニケーション技術、専門社会人としての態度、自己教育力、自己管理能力としている。一方、上岡ら¹²⁸⁾は、訪問リハビリテーション実務者への調査を行い、その中で①対象者の心理、文化的背景を踏まえた人間理解と対象者を尊重した対人技能、②対象者の多様性を理解し、包括的に評価と対応ができる専門技能、③地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーション専門職の役割理解と連携のためのコミュニケーション能力が必要であると述べており、この能力は、基礎的な理学療法士の能力として扱われていないと述べている。今回、地域保健に関連する能力を文献検討するために、参照したコンピテンシーに関する文献例を表 4-13 に示す。

表 4-13 地域保健に関連するコンピテンシーに関する文献例

曾田 ¹²⁹⁾	作業療法士のコンピテンシーについて検討しており、自分の果たすべき役割と対象者の状態を正確に把握する「客観性」、対象者の心理、個人因子、環境因子を深く理解、共感し、生活、QOL 向上にむけてアプローチするための「人間理解力」、対象者の最適な満足度の高い活動を提供するための「創造性」と述べている。
本村ら ¹³⁰⁾	中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度を開発し、その能力は、問題対処行動、対人関係能力、目標設定、情報収集の 4 因子であるとし、看護管理者のコンピテンシー評価ツールについて明らかにしている。
菊池 ¹³¹⁾	多職種チームによるチーム・アプローチが効果的、効率的に行われるためには、チームパフォーマンスを向上させる必要がある。チームパフォーマンスを向上させるためのコンピテンシーは、自らの専門職としての責任を果たせばよいという「専門性のコンピテンシー」だけでなく、利用者やその家族のニーズを充足するための多職種性の「チームアプローチコンピテンシー」とチームワークを促進し、その課題ごとにチームを組み合わせる「チームアプローチの専門性」が必要であると述べている。
平野 ¹³²⁾	公衆衛生看護における保健師のコンピテンシーの中で、その実践能力の構造が、基本的能力（ものの見方、考え方、基礎力）、の上に、個人・家族支援能力（対人支援能力）が存在し、さらに地域支援能力（コミュニティへの支援能力）および地域健康開発・変革・改善力（コミュニティの問題を発見・改善するリーダーシップ能力）が重なると述べている。これは地域理学療法にも必要な能力として扱われている。

表 4-13 地域保健に関連するコンピテンシーに関する文献例（つづき）

綿引 ら ¹³³⁾	公衆衛生分野における人材育成の動向と課題をコンピテンシーモデルに当てはめ、職務遂行能力とパフォーマンスの向上が重要であり、それらを支えるキャリアパスの枠組みとラーニングプレイスとなる職場の環境改善が必要と述べている。
橘 ら ¹³⁴⁾	地域保健健康危機管理における公衆衛生従事者に求められるコンピテンシーは、地域保健上のインパクトを測る能力、原因究明調査のマネジメント能力、対策遂行の組織マネジメント能力、迅速正確な情報提供の説明能力、再発防止策を継続可能とするシステムの形成能力を挙げている。このそれぞれの能力形成には、医学的、公衆衛生学的知識・技術の習得だけでなく、実地疫学、情報管理、組織管理、文化的・社会学的常識など広い習得が求められるとしている。
立石 ら ¹³⁵⁾	看護学生における臨地実習におけるコンピテンシーの変化を調査し、実習前後で成人看護学実習の目標は到達していたが、コンピテンシーの獲得能力に関する全 37 項目が低下したと報告しており、実習先での学生の自己の現時点での能力と専門職として働く自己の姿を客観的に見る機会を設ける教育指導が必要であると述べている。
岡本 ら ¹³⁶⁾	保健師のコンピテンシーに基づく求められる特定の能力を磨くだけでなく、専門職としての発展するための姿勢や行動様式を身につける必要があるとし、専門性発展力尺度を開発し、学習成果との評価、専門能力開発に向けた目標設定検討等、専門性を発揮するための能力開発の必要性を示している。また同様に、大学院教育などにも適用できるプログラム開発を行い、高位の学習成果を創出するために、多様な状況に応じた学習支援方法の確立、教材の開発、質的指標の開発、学習支援者育成方法・体制の確立を課題としている。
岡田 ら ¹³⁷⁾	個別的な関わりから地域ケアシステムを構築するための基盤となる能力は、当事者に対する感受性、地域とのパートナーシップ、活動の自発性、エンパワメントと述べている。その中で、当事者に対する感受性による地域住民の日常的な生活に踏み込んだデータの取得の必要性、また地域とのパートナーシップによる住民とともに問題を解決していく必要不可欠な姿勢、さらにエンパワメントによる活動への自発性につながり、地域へケアの構築をすすめるコミュニティエンパワメントであると述べている。
奈良 ¹³⁸⁾	理学療法士の適正をはかる上で、理学療法業務水準では、安全性、倫理、判断、患者の取り扱い、治療効果を取り上げ、それ以外に、理学療法部門の業務目標、治療内容、学生の臨床教育、臨床研究、職員教育および管理、理学療法部門のスペース、設備、予算等の理学療法士能力以外の諸条件が備わっていることと述べている。

表 4-13 地域保健に関連するコンピテンシーに関する文献例（つづき）

水嶋 ら ¹³⁹⁾	WHO グローバルコンピテンシーズを紹介し，3つの大項目（コアコンピテンシーズ，マネジメントコンピテンシーズ，リーダーシップコンピテンシーズ），13の小項目に分類し，わが国における公衆衛生専門職のコンピテンシーとして整理している。
永井 ら ¹⁴⁰⁾	コンピテンシーの考え方の基本となるのは，Spencer（1993）の基本概念であり，原因－結果フローのモデルとされ，動因，特性，自己イメージ，知識といった個人の特性がある意図や意欲をもってスキルを伴う行動を起こし，職務上の業績というアウトプットを生み出すという流れで考えられている。
鹿野 ¹⁴¹⁾	人材開発に求められるコンピテンシーはパフォーマンス・コンサルティングの知識とスキルとし，パフォーマンスが行動とその成果を含むと定義している。行動モデルは，環境（期待成果，職場資源，評価）と個人（知識・スキル，能力，動機）の要因に分けている。

これらのことから，コンピテンシーの概念は，多様である。理学療法士の地域活動に必要な能力を定義するための統一した定義として解釈するのは困難であるが，その能力を示すことが急務であると考ええる。筆者は，理学療法士の地域活動が公衆衛生活動の基盤となるものであるとして捉え，綿引ら¹³³⁾，水嶋ら¹³⁹⁾の文献を参考に，自己観，人格，気質，動機，行動，知識，技術をコンピテンシーの概念として組み立てることとした。

(14) 理学療法士の地域連携に関する文献

地域包括ケアシステム構築に関わるためには、理学療法士は、医療施設におけるチームワーク以外に、医療・介護・福祉にまたがる広い連携が必要となる。表 4-14 に、理学療法士の地域連携の必要性、手法、課題について論じている文献例を示す。

表 4-14 理学療法士の地域連携に関する文献例

嵯峨 ¹⁴²⁾	プロボノの要素は、「社会的、公共的な目的」、「職業を通じて培ったスキルや技術」、「自発性、無償性の活動」である。その対象は、地域活性化や産業創造など社会の課題解決に寄与する主体であることが必要不可欠な条件であると述べられている。
伊藤ら ¹⁴³⁾	保健・福祉の連携は、地域リハビリテーションシステムを構築する上でのポイントを、施設職員へのリハ技術の移転としている。リハ専門職の派遣を通して技術移転の目的は、施設のリハ専門機能を補填することではなく、あくまでリハ技術の移転であり、直接サービスに陥らないことが肝要であると述べている。
大田ら ¹⁴⁴⁾	地域包括ケアシステム構築に必要な地域リハビリテーションの連携要点は、パートナーシップの構築、face to face の関係づくり、ニーズに即した相互扶助、地域ケア会議、研究会など情報交換の場の工夫、必要性の高い情報の提供と述べている。
澤村ら ¹⁴⁵⁾	連携を促進する構成要素としてアセスメントが必須であるとしている。アセスメントの特性は、①危機介入アプローチ、②課題中心アプローチ、③ジェネラリストアプローチ、④ケアマネジメントアプローチ、⑤エンパワメントアプローチと述べている。
半田 ¹⁴⁶⁾	チーム医療における理学療法士の役割を歴史的、社会的変化が起こっても変わらないもの「治療者であること」「リハビリテーションの障がい者や高齢者等対象者の社会的統合」であること、時代の変革とともに変わり広がりをもせたものは、業務の展開が病院 1 施設内のチーム医療から、他施設や他業種とのチーム医療に広がったチームメンバーとともに社会的役割を担うこととし、その中で ADL 維持向上体制加算、リハビリテーションマネジメント、地域ケア会議、介護予防、自助・互助、産業保健等への参画へ業務が変化することを述べている。
金谷 ¹⁴⁷⁾	生活機能向上に必要な理学療法は、地域でのリハビリテーションの要請を加味し、医療機関とは異なる点、ケアマネジメントに基づく期間の拡大があることを述べており、連携の不十分さを補うためにも理学療法士が自ら情報を取りに行く積極性と柔軟な姿勢が必要であると述べている。

表 4-14 理学療法士の地域連携に関する文献例（つづき）

鈴木 ¹⁴⁸⁾	ヘルスケアに関わる社会課題解決に求められる能力はコーディネート能力であるとし、連携の必要性に加え、連携は目的ではなく、問題解決のための手段であると認識することの必要性を述べている。またその理由について、連携が重要視されるのは、健康課題は、いわゆる健康の専門家だけで解決できる課題ではなく、社会的な課題になっており、従来に比べ問題解決が複雑化しているためであると述べている。
--------------------	--

これらの文献から、プロボノを効果的に行うために理学療法士が地域住民・組織活動の中に入り込み、専門的知識・技術から、住民の介護予防ボランティアを育てる助力をすることの必要性が高いと考えられる。理学療法士が地域に関わる専門職ならびに地域住民組織との関わりについて、その実態を把握する必要性は高く、本研究において、調査することを検討する。

（15）地域アセスメントに関する文献

本項は、地域活動実践能力の中核となるキーワードと考え、関連する文献を詳細に吟味した。

地域包括ケアシステムの構築には、個の課題から集団、さらに地域課題を抽出し、解決に向けた取り組みを経て、施策化への道筋をたてることが地域ケア会議の手法として明記されている³⁾。理学療法士は、地域ケア会議参画し、多職種協働のもと、地域をアセスメントするスキル、地域診断のスキルを有する必要があると考える。本検討は、一般的に地域理学療法学や地域リハ論等の教育テキストを参照し、地域を把握するための地域診断のスキルに関する記載があるかどうか散見した。

理学療法評価学¹⁴⁹⁾における「評価」の位置づけは、対象者が持つ課題の解決・改善を支援するための情報の収集、分析、問題点の抽出、予後予測を含めた把握の一連作業と位置づけている。この中では、対象者個人の課題として捉えることの必要性は述べられているが、地域課題を評価することについては、記載されていない。また、地域理学療法学¹⁵⁰⁾においては、対象者個人のニーズ、地域での連携の必要性、社会資源の把握、活用、地域ニーズの把握の必要性、行政における理学療法士の役割の記載があったが、地域診断または地域課題の抽出に関する具体的な手法についての記載はなかった。

唯一 2002 年 PT マニュアル地域理学療法第 2 版¹⁵¹⁾に、地域診断の内容が記されている。地域理学療法の展開過程は図 4 に示す展開様式で記されており、これは、地域ケア会会議³⁾の過程そのものである。その中で地域診断は、地域保健関係者との共同作業で行われることが触れられている。その他の文献またそれ以降のテキストを散見したが、地域診断に

について記載しているテキストを参照することはできなかった。つまり、現在地域包括ケアシステムの基盤が構築されつつある中で、地域課題を抽出するプロセス、つまり地域診断の重要性を理学療法士は理解し、そのスキルを身に着ける必要性が高いと考える。理学療法における一般的な臨床思考過程¹⁵²⁾からさらに地域診断につながる思考過程に発展させることで、公衆衛生活動のプロセスに基づいたケアおよびリハ活動を、集団、地域に展開できると考えられる。

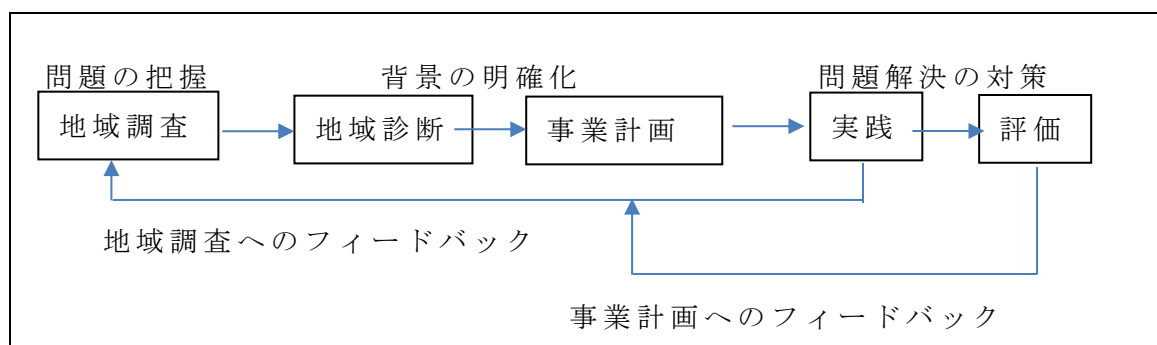


図4 地域理学療法の展開（PTマニュアル地域理学療法第2版より抜粋）

地域ケア会議運営マニュアル³⁾では、図5に示すように地域ケア会議の目的を示している。

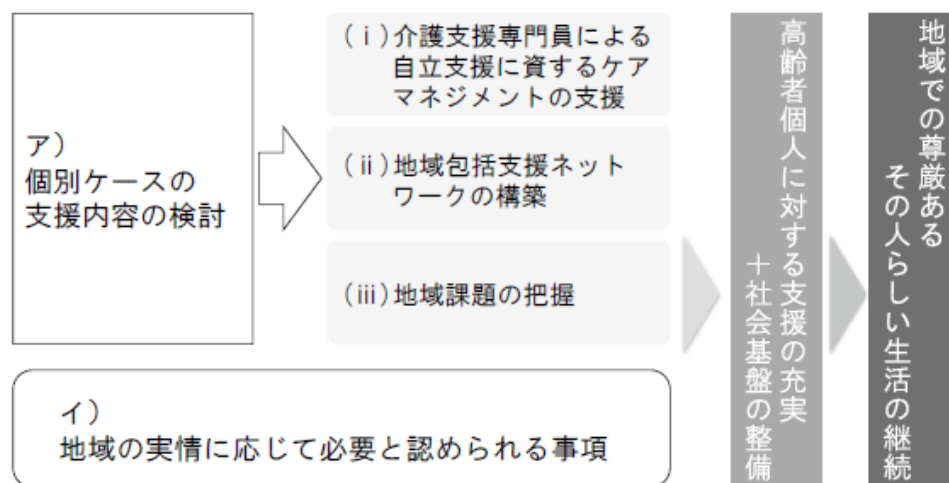


図5 地域ケア会議の目的（地域ケア会議運営マニュアルより抜粋）

図5の「ア」に示すように、地域ケア会議は単に個別ケースの支援内容を検討することによって個別の課題解決を行うだけでなく、これらを通じ(i)に示すような自立支援に資するケアマネジメントに関する実践力向上、(ii)の地域包括支援ネットワークの構築、あるいは、これらのプロセスから支援体制の脆弱さ、社会資源や人材の課題が浮き彫りになることにより、(iii)地域課題の把握を行うことを目的としている。ま

た，このような個別ケースの支援内容の検討を積み重ね，共通する課題や共通する要因を見いだすことである。把握した地域課題や支援に関する成功要因，また日常生活圏域ニーズ調査で把握された地域課題などをもとに，その地域に不足している社会資源の開発，地域課題の解決のために必要な人材の育成，新たな仕組みづくりに向けた政策形成などにつなげていくことが，「イ」に示された地域の実情に応じて必要と認められる事項であり，このように地域ケア会議は，個別ケースの支援内容の検討による課題解決を出発点として，介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援や地域包括支援ネットワークの構築などを行うことによって，高齢者個人に対する支援の充実を実現するとともに，地域課題を抽出し，その地域課題を地域づくり・社会資源の開発や施策等の充実によって解決していくことで住民の支援の土台となる社会基盤の整備を図っていく手段としている。

理学療法士における地域活動は地域課題を把握するために，公衆衛生活動の基礎を通じた教育および地域全体を捉える能力が必要であるのではないか，また，地域課題の解決には，理学療法士が住民と協働し，課題解決に向けた活動につなげる必要があるのではないかという疑問から，地域診断，および，理学療法士が参画した地域ケア会議の現状について理解するための文献検討を行った。その地域診断および地域ケア会議に関する文献例を表 4-15 に示す。

表 4-15 地域診断，地域ケア会議に関する文献例

Ruth ら ¹⁵³⁾	地域診断は，コミュニティの健康状態，そのコミュニティが保健問題に対処する能力，コミュニティが健康問題について講じる活動の可能性の 3 つが基盤であると述べており，その手段のひとつ，保健資料の分析は有効であり将来に向けての見通しの中で理解されなければならないこと，その推論は，活動に基盤を与えると述べている。
荒賀 ら ¹⁵⁴⁾	C.E Winslow (1949) による公衆衛生学の定義は，共同社会の組織的な努力を通じて個の健康問題を個にとどめず，地域全体の健康課題としてとらえ，地域全体の健康を向上できるようにする。
WHO ¹⁵⁵⁾	ヘルスプロモーションとは，人々が自らの健康をコントロールし，改善することができるようにするプロセスとして，問題も，その背景も，解決方法も，地域にある。住民の力と地域にある。住民の力と地域環境を健康に向けて向上していく。

表 4-15 地域診断，地域ケア会議に関する文献例（つづき）

日本理学療法士協会， 他 ¹⁵⁶⁾	地域課題に対する幅広い支援の理解と，他職種の職性の理解が求められていた。またリハビリ専門職に対する地域ケア会議への出席依頼において，各都道府県の職能団体を介した依頼は少なかった。リハビリ専門職を活用していただける活動，協力，かつ質を担保した人材派遣システムを構築することが急務であるとされ，そこで，地域ケア会議に関するリハ専門職に対する教育の必要性と地域ケア会議におけるリハ専門職の役割の周知が必要であると報告されている。役割のひとつである地域ケア会議への理学療法士の参画は，生活機能の予後予測，「できそう」なことを「できる」あるいは「している」にするために必要な援助，および心身状況からの課題分析など，個別ケースの自立支援に役立てることとされている。
日本理学療法士協会， 他 ¹⁵⁷⁾	地域保健に関わる理学療法士，作業療法士の人材育成に関する調査から，個別課題への対応において実行できていると感じた割合は，個別課題の発見（83.0%），支援方針の検討（81.1%），個別課題の解決（60.3%）であったと報告している。

なお，地域の課題に基づいた地区活動を行うための基盤である地域診断は，地域住民の健康状態や生活状況，環境などのデータを収集して，顕在的，潜在的ヘルスニーズと健康課題，およびその背景を明確にし，対応策を立案，実践するための活動スキルとされる^{158,159)}。理学療法士は，地域を対象として健康な地域づくりに向けた活動を展開する職種として，公衆衛生活動が目指す「予防」を前提に活動を展開し，問題が明らかになる前の段階，すなわち問題が潜在している段階から予測する技術を地域に展開できれば，それは地域の課題の解決につながる活動となると考えられる。

（16）理学療法士の職務満足度に関する文献

医療職種の職務満足度については，中川ら¹⁶⁰⁾の文献レビューの報告があるように，看護分野での研究では多くの報告がみられる。その他にも，職務の離職意志，継続性に関連する要因について，加藤ら¹⁶¹⁾は，人間関係の要因が高く，給与，労働条件は低いと報告しており，山口ら¹⁶²⁾は，上司看護師との人間関係が離職要因となる影響が強いと報告している。一方，理学療法士の職務満足に関する研究では，池田らの新人理学療法士を対象とした研究が報告されているが，幅広い職位については報告されていない。職務満足度は，職場環境キャリアなど，コンピテンシーに影響する要素であり，それは意識，姿勢，考え方，行動様式に反映される¹⁶³⁾。今回，能力開発に影響する職務満足度について知見を広めることとした。以下，検討した，職務満足度に関する文献例を表 4-16 に示す。

表 4-16 職務満足度に関する文献

眞鍋 ら ¹⁶³⁾	看護師 657 名を対象に臨床能力と職務満足感との関連性を調査し、看護実践力が高いものほど、職務、給与、人間関係における満足度が高かったと述べている。
岩崎 ¹⁶⁴⁾	理学療法士の自己啓発意識が、仕事意識に関連するか明らかにし、仕事を中心としたキャリア発達を意識することで、モチベーションが高まった場合に始めた自己啓発意識が向上し、研修会参加や日常業務を丁寧に行うなどの適正な行動変容に結びつくと述べている。
池田 ¹⁶⁵⁾	新人理学療法士が求める理学療法責任者の行動について調査し、責任者が求められるリーダーシップ性が、他者との関係の取り方に関する行動であり、職務満足度と有意な相関を示したと報告している。
山田 ら ¹⁶⁶⁾	理学療法士の社会的地位向上には、自己研鑽としての「技術力」向上と社会的側面として政治の場での発言、また地域活動への参加、があげられており、キャリア向上が職場での満足度が高くなる可能性について述べている。
中野 ¹⁶⁷⁾	理学療法学生の職業的アイデンティティ形成と心理社会面との関連について、他者軽視が低く自尊感情が高いものは、職業アイデンティティが高く、他者軽視と自尊感情が高い者は社会貢献志向が低いことを明らかにしている。また、他者軽視が低く自尊感情も低い者、また他者軽視が高く自尊感情が低い者は職業アイデンティティが低いことを明らかにしている。
浅野 ら ¹⁶⁸⁾	新任者支援のためのメンタリングが職務満足感に影響すると報告している。
中村 ら ¹⁶⁹⁾	病院職員に対して職務満足度と影響要因について調査し、対象の医師、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、薬剤師、検査技師、放射線技師のうち、理学療法士は医師、作業療法士に次いで職務満足度が高く、事務職が最も低かったと報告している。
撫養 ら ¹⁷⁰⁾	病院に勤務する看護師職務満足度を構成する概念として、専門職としての自立性、仕事に関する肯定感、仕事の成果の確認の 3 つが主要素として構成され、その 3 要素に影響する要因として上司からの支援、他者とのつながり、働きやすい労働環境であると述べている。

今回、地域活動実践能力の開発においては、職務遂行能力とパフォーマンスの向上に向けたキャリアパス、ラーニングプレイスが必要であり¹³³⁾、職務満足感尺度を用いてその影響を検討することが必要と考えた。

(17) 理学療法教育に関する文献検討

大学，専門学校における，現在の地域包括ケアシステムに関する教育の現状を把握するためには，学生における国家試験取得，専門職として最低限必要な能力開発のために，どのように学校教育において進めていくべきか，最低限学生がどのように習得していくのかを知るために，学校教育に関連する文献について調べた。看護教育を中心とした能力開発のための学校教育の在り方について検討した文献例を表 4-17-1 に，理学療法教育の関連文献例について表 4-17-2 に示す。

表 4-17-1 看護師の能力開発のための学校教育に関する文献例

看護学教育の在り方に関する検討会 ¹⁷¹⁾	看護実践能力育成充実に向けた大学卒業時の到達目標について，看護学教育の在り方に関する検討会（2004）では，5 つの特質にわけており，①ヒューマンケアの基本に関する実践能力，②看護の計画的な展開能力，③特定の健康課題に対応する能力，④ケア環境とチーム体制整備能力，⑤実践の中で研鑽する基本能力と定義している。
木村ら ¹⁷²⁾	看護の実践能力の枠組みについて 23 文献から分析し，ヒューマンケアの基本に関する実践能力，根拠に基づき看護を計画的に実践する能力，専門職として研鑽し続ける能力については，半数以上の文献で着目されていることから広く教育者の間で着目されてきた能力であり，一方，特定の健康課題に対応する能力およびケア環境とチーム体制整備に関する実践能力は文献数が少なく，今後の教育的取り組みが必要であったと述べている。
高瀬ら ¹⁷³⁾	看護実践能力に関する概念を分析し，60 件の文献レビューの結果，専門的責任を果たすために必要な，個人特性，専門的姿勢・行動，専門的知識・技術に基づいたケア能力という一連の属性を発揮できる能力と定義している。
山根ら ¹⁷⁴⁾	地域を基盤とした公衆衛生学教育モデルとして，学生の主体的教育参加，ヘルスコミュニケーション能力の向上，地域の問題把握，学生および地域のエンパワーメント，地域医療・健康福祉の総合的接近の理解に有効であり，講義中心の公衆衛生学で得ることが難しい問題解決能力開発につながると述べている。
北山ら ¹⁷⁵⁾	看護学科卒業時の看護実践能力を担保するには，到達状況を確認するための教員の面接，教養科目，専門関連科目についての十分な反映，実践現場における卒業時到達目標設定の妥当性検討，自己学習体制整備が課題であると述べている。

表 4-17-2 理学療法学校教育に関する文献検討

内山ら ¹⁷⁶⁾	理学療法における実践能力を高めることが問われている理由として、理学療法士を指導する実践経験者の人員的構造から、実践力を育成する環境が脆弱化していることを述べている。
中村 ¹⁷⁷⁾	21世紀の理学療法士の期待について、障害者の自立と社会経済活動への参加を支援するという基本的理念を実現するため多方面からのアプローチがなされている時代であることを踏まえ、論理的思考方法を身に付け、多くの多説検証を経て、理学療法を支えるモデルや理論が確立することを期待している。
茅野ら ¹⁷⁸⁾	医療施設における理学療法士の資格取得後の継続教育の現状を調査し、理学療法士の継続教育は、経験的な指導が行われている可能性があり、ガイドラインや到達目標が必要であると述べている。
有馬ら ¹⁷⁹⁾	実践能力を高める教育として、臨床的推論能力の向上を目標とした教育方略に、学生同士でフィードバックをしあうピア学習法を用い、自己に不足しているものを明確化し、思考や手順、体験した緊張感が自身につながると述べている。
武政ら ¹⁸⁰⁾	実践能力を高める教育として、チーム医療のための学習による、より高度な理学療法士の養成が必要であり、コアカリキュラムによって卒業時の到達目標を明確にし、国家試験受験を目標にした指定科目の履修からさらに一步踏み出したカリキュラム設計が必要であると述べている
廣井 ¹⁸¹⁾	実践から学ぶ知の重要性は、①個人の実践的経験から獲得され、②仕事において目標志向的であり、③仕事の手順や手続きにかかわり、④実際に役立つこととし、卒前教育において実践をもとにした学習が広がること、その環境を提供できる体制整備が課題であると述べている。
斎藤 ¹⁸²⁾	養成校教育の4年制課程を推奨しており、3年制過程において、も単位互換するなどによる124単位を満たし整合性のある教育内容に変革していくことが望まれると述べている。
池田 ¹⁸³⁾	地域理学療法学教育の検討を行い、その中で地域リハビリテーション教育科目案の一部に公衆衛生学を教育科目として位置づけ、その教授目標を地域住民の健康増進からリハビリテーションまでの包括的保健医療活動を中心とした地域保健としている。また保健師と比較し、地域リハの中での理学療法の目的、方法論が不明確であることから理学療法士の役割も曖昧になっている問題を述べている。
峯松ら ¹⁸⁴⁾	理学療法士教育の一環として地域活動を導入し、学生にとって地域高齢者との交流、問題解決能力の向上、理学療法への問題意識、主体性の獲得につながる有用な取り組みになると述べている。

表 4-17-2 理学療法学校教育に関する文献検討（つづき）

奈良 ¹⁸⁵⁾	「理学療法教育論」では、在宅、地域での臨床実習における目標について、地域保健事業に関して、①対象とニーズについて予備知識を与える、②理学療法士と保健師の活動を見学する③保健師の連携を考えさせ、地域のコーディネーターとしての保健師の役割を理解し、④事業内で行われた体操の目的と方法を書面で報告し、リスクについてアドバイスする。⑤体操を補助的に行わせる。⑥地域保健事業に理学療法士が関わることの意義について気が付かせ、障害予防の視点を持ってもらうことの6ステップを養成校における地域理学療法の体系付けとして紹介している。
河西ら ¹⁸⁶⁾	多くの理学療法教育において、PBLを採用していることから、教育の現状と課題を明らかにするために理学療法教員を対象に調査を行い、PBLの方法がわからないために、ガイドライン策定や教員研修の必要性を示唆している。
浅利 ¹⁸⁷⁾	地域リハビリテーション施設における臨床実習の在り方として、選択科目としての設定や見学としての実習内容設定の提案、実習目標・実習形態の見直しおよび養成課程全般の見直しが必要であると述べている。
井関ら ¹⁸⁸⁾	理学療法学生に対して、プロフェッショナリズムを分析し、医療職として譲れないとされる順守が必要な部分と、EBMやインフォームドコンセントなど理論と臨床現場との解離がある流動的な部分が存在し、学生は十分に順守が必要な部分は認識しているが、流動的な部分への対処能力が課題になると述べている。
岩井 ¹⁸⁹⁾	新人理学療法士の臨床の実践力の獲得のための教育は、看護師教育の到達目標、研修指導方針の明確化、医師、歯科医師の臨床研修制度と比較し、新人理学療法士が実践能力の向上を図ることが難しいと述べており、医療施設における新人教育に関するガイドラインや標準的なカリキュラム、モデルケースが不十分であることが要因であると述べている。

地域包括ケアシステムに関する教育は、医療機関における経験論では教育が難しく、地域に出向く機会が希少であることから教育を進めるにあたり困難が生じる可能性も考えられる。ガイドラインでその必要性は論じられているが、その一方で、実践に必要な能力の向上に乖離が生じる可能性が考えられる。また、吉永¹⁹⁰⁾は、理学療法士が、医療中心のリハビリテーションの構造が診療報酬によるルールの変化に左右されることから、医療から介護、その他の領域におけるリハビリテーションが十分に提供できる制度を求めている。そのため、地域で活動できることの制約がある点についても考慮し、研究を進める必要がある。

松谷ら¹⁹¹⁾の報告の看護実践力の概念と構造を報告しており、筆者はその概念を参考に、理学療法士が地域包括ケアシステム構築推進に必要な能力の概念および構造を展開について、図6のようになると考えた。

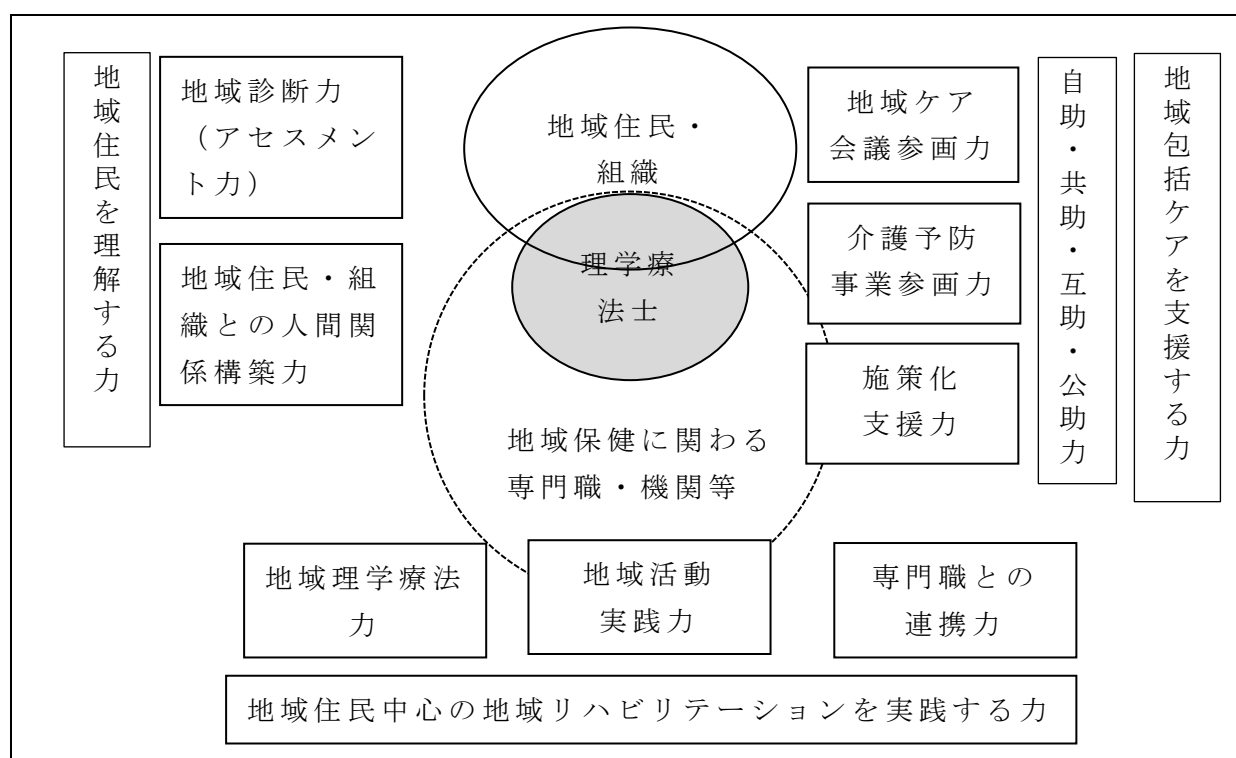


図6 文献検討による地域包括ケアシステム構築推進に必要な能力概念

現在の理学療法士が地域ケア会議および介護予防事業のそれぞれの活動についての実践の現状について知る必要がある。また、活動を行うにあたり、対象となる個人だけでなく、地域を把握するためにどのような情報の把握に着手しているか明らかにすることも必要である。さらに、具体的に、地域に派遣する者が地域にとって有益な活動となるかどうかを判断するには、活動の実践力について評価する尺度が必要となると考えられる。活動の実践力を測り、その活用方法、そしてその能力に影響する要因を明らかにすることで、地域の実情にあった地域包括ケアシステム構築を推進できる理学療法士の育成の助となる研究を進めることを今回の目標としたい。

第3節 研究の目的・意義

1. 本研究の目的

厚生労働省老健局振興課により、介護保険法に基づく厚生労働大臣が定める指針とその具体的取り扱い方針を含め、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン¹⁶⁾が提示されている。その総合事業の趣旨は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支えあい体制づくりを推進し、効果的、かつ効率的な支援等を可能とすることである。このように、地域包括ケアシステムの構築は、介護予防に関する事業の取り組みを含め、地域の多様な支える力を集結させ、支え合いの体制づくりを進めることが必要である。それには、自治体を中心とした事業実施の中で、保健・医療・福祉の専門職がそれぞれの役割を担い、より地域の特色を活かした連携が必要になる。しかし、地域包括ケアシステムに関する取り組みは始まったばかりであり、自治体の取り組みに関する好事例を参考にしながら、地域づくりを行っている状況である。地域における関係者間での意識の共有と効果的なケアマネジメントの推進が遅れることは、地域の目指すべき方向性や目的意識が希薄なまま構築されることがつながり、かえって様々な問題を起こす引き金になってしまうことが予測される。これらの原因や背景の一部として、日常生活や人生の過ごし方について、対象者の意向が引き出せていないこと、日常生活上の適切な目標設定が不十分であること、またリハビリテーション終了後の利用者の生活をイメージできていないこと¹⁷⁾など、リハビリテーション専門職の地域リハビリテーション活動支援が抱える問題およびリハビリテーション専門職の地域社会との関わりに課題があることが含まれていることが報告されている。また、これは理学療法士養成校における教育課題にも影響されるものであり、地域に関する教育カリキュラムに関わりがあることも予測される。理学療法士の平成28年度以降の国家試験出題基準は変更されることが決定しており、地域理学療法に関する項目が増えることから、地域理学療法教育により力を注ぐべき状況であることと認識される。今後、地域での理学療法士の活動の幅を広げ、地域に対する幅広い支援の理解と他職種との連携がリハビリテーション職種に求められている。よって、地域包括ケアシステムへの参画推進に向けた地域活動実践能力の開発は、地域の実情にあった活動の実践および学校教育の両面から、「地域を把握する能力」が重要であることに着目し、その指標を示していくことが必要であると考えられる。そこで、図7に示す概念のもと、本研究を進めることとした。その詳細は以下の通りである。

① 文献の検討から、従来の理学療法士が習得すべき知識、技術および能

力にとらわれず，地域に関わる多角的な視点での介入が必要であると
考え，地域包括ケアシステムが，地域の実践者（サービス提供者，行
政，専門職等）によって，どのように論じられているか，また地域リ
ハビリテーション職種としてどのように地域包括ケアシステムを捉
えているのか，また提唱されている多職種連携から，どのように関わ
るべきか，地域とのネットワークをどのように進めていくべきか，活
用していくのか，またこれらを地域関係者とどのように協働していく
か，文献からの知見を得る必要がある。

- ② 理学療法実践者への調査によって，地域における理学療法士が活動す
るためにどのような情報を収集し，地域について知ることを行ってい
るか，およびその実践の現状を把握することが必要である。また，地
域包括システム構築に必要な活動に対する意識・意欲について知ること，
ならびに臨床の場面以外の知識や技術の習得，地域住民，ボラン
ティアを含めた組織と協議できるマネジメント能力について検討す
ることが必要である
- ③ 理学療法士の養成校では，どのように地域包括ケアシステムを教えて
いるか，その現状を把握する必要がある。
- ④ 地域における実践者が抱える課題と教育の現状の観点から，実践者に
必要な教育について検討する必要がある。

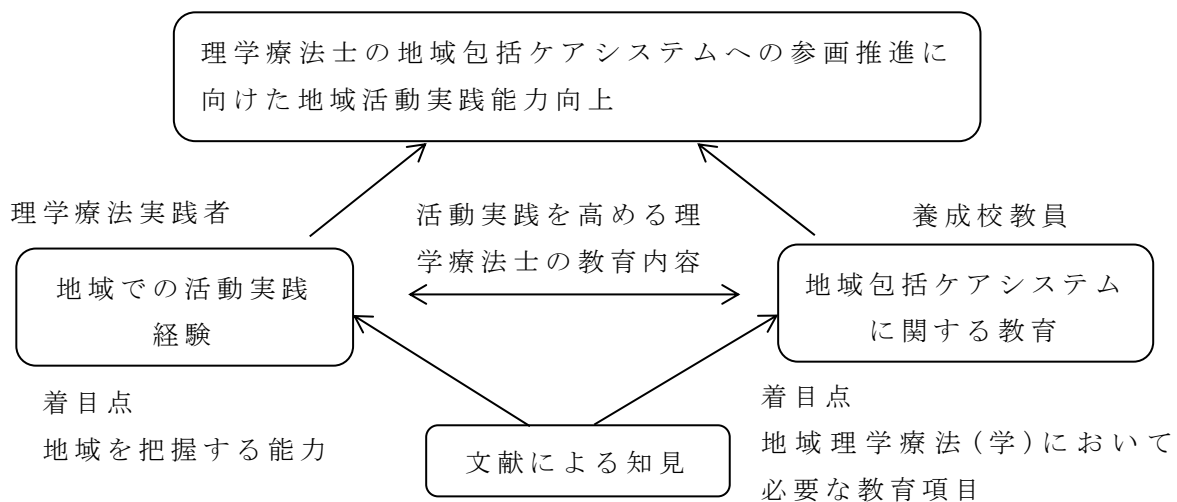


図 7 理学療法士の地域包括ケアシステムへの参画推進に向けた地域活
動実践能力開発の研究の進め方

そこで本研究の目的は，

(1) 地域で活動している理学療法士を対象とし，

- ①意識調査を行い，理学療法士が有している地域包括ケアシステム構
築に向けた活動に対する参画の意識度を明らかにする。

- ②地域リハビリテーションに関連する活動の実践経験から、地域を把握するためのアセスメントの実施状況を明らかにする。
 - ③実践度調査のデータから、実践度に必要な評価尺度を開発し、信頼性、妥当性を検討する。
 - ④地域を把握する能力の獲得のためには、どのような要因が影響しているか分析する。
- (2) 理学療法士養成校教員を対象とした調査から
- ①地域包括ケアシステムの概念から、その概念を構成する要素について、学校教育における必要性を明らかにする。
 - ②地域を把握するために必要な詳細項目について、教育の現場で教えているか、その現状を調査し、その項目が学校教育において必要である項目かどうか、明らかにする。

これにより、地域包括ケアシステムの構築のために地域状況に応じた活動の展開を目指すことのできる理学療法士の育成のための示唆を得ることとする。

2. 本研究の意義

本研究の意義を以下の5つとして掲げ、一連の研究を進める。

- (1) 地域ニーズをいかに捉えるか、その能力評価・開発、そのために必要な教育項目を検討することで、地域理学療法学の教育につながる
- (2) 地域リハビリテーション支援の全体像を理解した上で、理学療法士が担っている役割を知ることになり、支援の抜け目の発見となる。
- (3) 地域全体をとらえることができる視野の広い理学療法士の育成および、地域活動の実践力向上に向けた取り組みの支援につながる。
- (4) 理学療法士の専門性を活かした地域活動に寄与する地域包括ケアシステム推進に必要な人材育成が可能となり、対象者の生活を取り巻く幅広い背景を踏まえた柔軟な地域活動の展開が可能となる。
- (5) 地域で活動できる理学療法士の人材派遣システム構築への一助となる。

第4節 本研究の構成

本研究は、臨床などの場で活躍している理学療法士を対象とした、地域包括ケアシステム構築参画推進に向けた地域活動実践能力に関する調査（調査Ⅰ）、および養成校教員を対象とした地域包括ケアシステム教育に関する調査（調査Ⅱ）の2つの調査をベースに構成している。

調査Ⅰの構成は、臨床などの場で活躍している理学療法士を対象とした調査から、地域包括ケアシステムおよび介護予防に対する活動に参画する意識、意欲の現状を明らかにすること（研究1）、また、理学療法士が地域支援を行うために必要な情報収集、アセスメント、行動、評価についてどの程度行っているか実態を把握すること（研究2）、その調査データから活動実践度を測定する尺度を開発すること（研究3）、さらにその能力に影響する要因について検討すること（研究4）から成る。これらの研究により、理学療法士が地域包括ケアシステム構築参画推進に必要な能力について明らかにすることで、地域で活動を行う適正な人材およびその育成について検討していく。

調査Ⅱの構成は、地域理学療法に関連する科目を教えている教員を対象とした調査結果から、教育機関では地域包括ケアシステムについてどのように教えているか、現状を把握する（研究5）ことで、教育機関における人材育成のための教育について検討していく（表5）。

なお、本研究の全体の構成を図8に示す。

表5 本研究の構成

調査Ⅰ	研究1：意識調査のデータから、理学療法士の介護予防および地域包括ケアシステムに対する推進活動への参画意識の現状を明らかにする。
	研究2：実践度調査のデータから、理学療法士は、地域支援のために必要な地域アセスメントおよび活動に必要な思考展開等、地域活動の実践について実施しているか分析する。
	研究3：実践度調査のデータから、理学療法士における地域活動実践度評価尺度を開発する。
	研究4：地域包括ケア推進のための地域活動能力に影響する要因について検討する。
調査Ⅱ	研究5：地域包括ケアシステムに関する学内教育項目について検討する

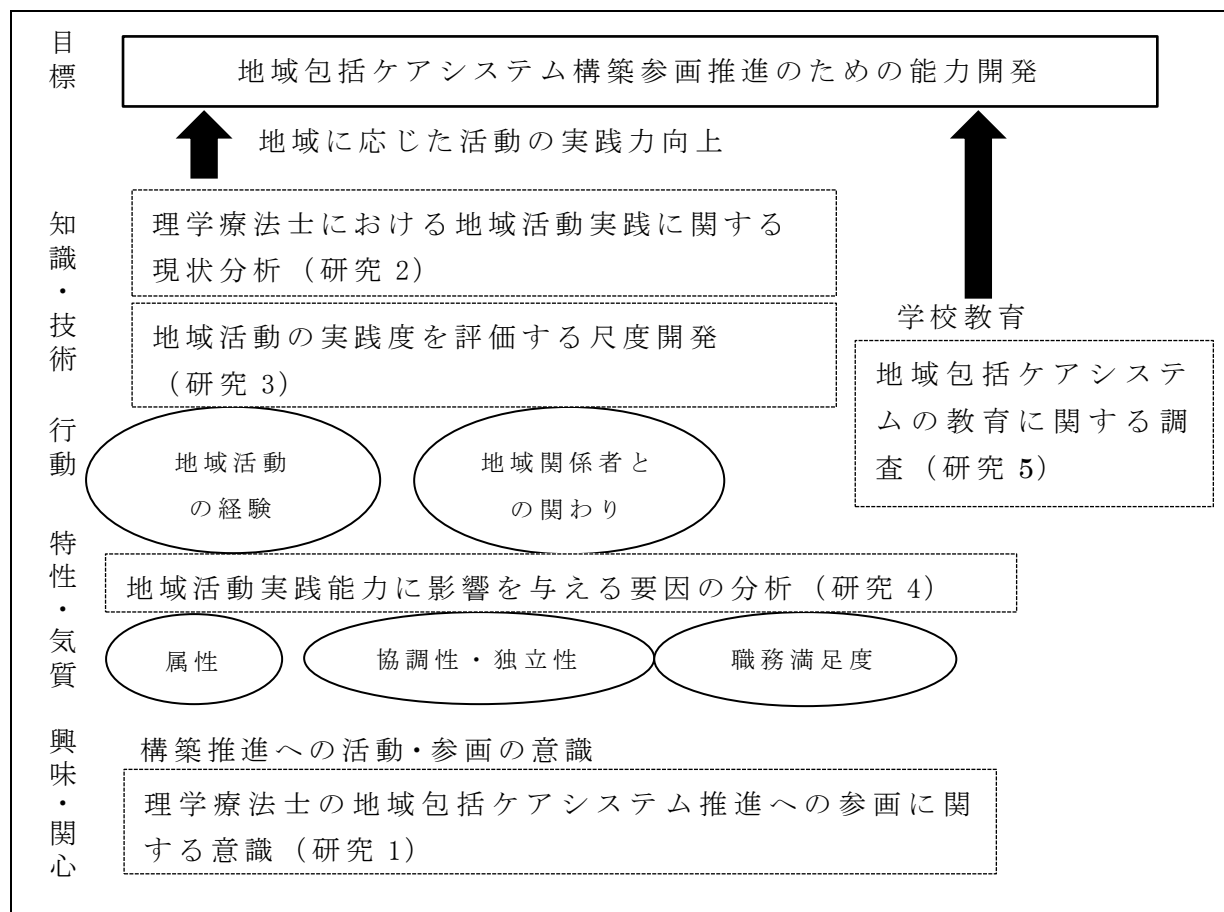


図 8 研究構成の全体像

第 5 節 本研究の倫理的配慮

本研究は計画作成時に茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得た

- (1) 理学療法士への郵送による自記式質問紙調査：平成 26 年 8 月 6 日（承認番号 584）。
- (2) 地域包括ケア推進に必要な理学療法士の学校教育に関する郵送による自記式質問紙調査：平成 27 年 9 月 16 日（承認番号 16）

いずれも，対象者への調査研究依頼は，研究の目的，意義および倫理的配慮を記載した依頼文を同封し，調査票の返送をもって承認したとみなすことを明示した。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について明記した。

第6節 用語の定義

本研究における用語の定義は、表6のとおりとする。

表6 用語の定義

地域包括ケアシステム	基本的に厚生労働省が示す高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築推進を示すが、高齢者支援だけでなく、障がいをもつ方、子ども、家族を含めた支援ニーズを持つ地域住民すべてを対象にした支援活動を関係者と協働して行う基盤及びそれらの対象者の課題を地域の課題解決としてシステム構築に発展させることを含むものとする。
地域	リハビリテーションからみた“地域”のとらえ方は、急性期医療から維持期における施設・地域生活までのサービスが、十分に提供されるエリアを“地域”とするのが理想である ¹⁴⁸⁾ としているが、浅川 ¹⁹⁰⁾ は、ノーマライゼーションの考え方から「住み慣れた地域」から「生活空間を基本とした自宅、学校、家族や近所、自治会などの身近に包む空間が生きがいや精神の安寧につながっている」単位の範囲を第一の地域として捉え、「地域理学療法」の基本的な地域の範囲であると述べており、本研究において、その第一の地域の定義を範囲とする。
地域ケア会議	国は、①個別課題解決機能、②地域包括支援ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能を主に果たす地域ケア会議を「地域ケア個別会議」とし、④地域づくり・資源開発機能や⑤政策形成機能を主に果たす地域ケア会議を「地域ケア推進会議」としているが、本研究では、その双方とする。
地域関係者	本研究では、地域の支援に関わる者として、フォーマルサービスである、医師、看護師、准看護師、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、介護士、介護支援専門員、保健師、社会福祉士、その他のサービス担当者、特別支援学校教員、および近隣住民、ボランティア等インフォーマルサービスの担い手を指す。

*ただし、研究1、4では、保健師、介護支援専門員、特別支援学校教員、住民組織（民生委員、障がい者等の当事者組織、老人クラブ組織等）とする。

表 6 用語の定義（つづき）

地域活動	地域包括ケアシステム構築に関わるために理学療法士が行う地域保健活動を示す。 ・診療報酬における患者等への直接的なリハビリテーション業務を除く。 ・直接的な支援活動（障害の発生予防，介護予防の推進に関わること） ・急性期～回復期～生活期リハの地域リハ体制の整備に関わること（連携パス等） ・地域のネットワーク，連携強化に関する組織化活動（円滑にサービスを提供できるためのシステムづくり，行政，地域住民を含めた総合的な支援体制づくり等） ・教育啓発活動（地域住民へのリハビリテーション教育，障害発生予防教育，介護予防に関する啓発教育等） なお保健師が行っている介護予防含めた保健活動は「地区活動」としている。
*ただし，研究 1 においては，地域活動の用語の定義を，地域ケア会議，介護予防事業に限定する。	
地域診断	保健・医療・福祉領域の多彩な課題に対し，地域に住む人々，地理的な環境や組織・機関，社会資源等を総体として地域をとらえ，その活動は，個人あるいは家族を対象としているだけでなく，地域そのものを態様とする地域ニーズをボトムアップ的に政策に反映させる機能である。具体的には，個人のケアに留まらず，集団あるいは，地域対象のケアにより，地域課題を軽減/解消していく一連のプロセスを示す。支援対象となる地域を客観的指標や観察を通して，地域ごとの問題，特徴を把握する技術，知識とする。

第 2 章

地域包括ケアシステム構築参画推進に向けた地域活動実践能力に関する調査

第 1 節 調査の実施

1. 目的

地域で活動している理学療法士を対象に、地域活動実践能力を明らかにするために、意識調査による、理学療法士が有している地域包括ケアシステム構築に向けた活動に対する参画の意識度を明らかにする。また、地域リハビリテーションに関連する活動の実践経験から、地域を把握するためのアセスメントの実施状況を調査する。さらにその実践度のデータから、地域活動の実践に必要な評価尺度を開発し、信頼性、妥当性を検討する。最後に、地域を把握する能力の獲得のためには、どのような要因が影響しているか分析することを目的とする。これにより、地域包括ケアシステムの構築のために地域状況に応じた活動の展開を目指すことのできる理学療法士の育成のための示唆を得る。

2. 方法

(1) 対象

調査対象は、北関東 3 県（茨城県、栃木県、群馬県）の日本理学療法士協会名簿（栃木県、群馬県は平成 21 年版、茨城県は平成 25 年度版）に登録されている医療、介護サービス実施施設に勤務している理学療法士とし、理学療法士が 2 名以上在籍している施設においては、リハビリテーション部門の管理をしている理学療法士もしくはそれに準ずる理学療法士 1 名、及び地域活動に関心がある、または地域活動に従事した経験のある理学療法士 1 名とした。その結果、茨城県 234 施設、栃木県 116 施設、群馬県 154 施設、合計 504 施設 846 名が抽出された。本研究は、茨城県立医療大学倫理委員会の承認（承認番号 584）を得て実施した。

(2) 調査内容

調査票の項目は、医療機関等に勤務する 10 名の理学療法士（経験年数 3 年～13 年）への予備調査を経て内容を修正し、妥当性を確認した。

1) 基本属性

基本属性は、性別、所属県、年齢、経験年数、所属機関、職位の 6 項目とした。

2) 地域の関係者・機関との関わり経験について

地域の関係者・機関との関わり経験は、地域活動に関わる人や機関と関わった経験の有無を尋ねた。地域活動に関わる人としては、保健師、介護支援専門員、特別支援学校教員、民生委員の4項目、地域活動に関わる機関としては、障がい者・家族等で構成された当事者組織（以下、当事者組織）、地域包括支援センター、社会福祉協議会、老人クラブ等の4項目、計8項目について尋ねた。

3) 地域活動の経験の有無について

地域活動の経験の有無は、地域での介護予防活動の参加経験、および地域ケア会議への参加経験の有無の2項目について尋ねた。

4) 理学療法士への意識

理学療法士の意識は、理学療法士が実際に地域で実践すると思われる介護予防および地域包括ケアシステムの構築に関する活動に参画する意識（以下、推進意識）について質問項目を作成した。それぞれの設問について、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」の6段階のリッカート尺度とし、その順に6点から1点の点数を配した（表7）。

表7 地域包括ケアシステムおよび介護予防に対する推進意識する質問項目

質問項目	
Q1	介護予防に関心がある
Q2	介護予防対象者への個別支援をしたい
Q3	個別支援の際、地域状況を知りたい
Q4	地域の介護予防事業を担当したい
Q5	介護予防システムの構築に参画したい
Q6	地域包括ケアシステムの構築に参画したい
Q7	地域ケア会議に参画したい

5) 地域活動実践度に関する質問項目の作成

理学療法士の、地域活動実践に関する設問（41項目）の作成過程について、以下に説明する。質問項目の作成にあたっては、地域診断のスキルを必要とするという仮説を基に作成することとした。その理由は、理学療法士が地域支援に必要な活動を効果的に行うには、まず地域診断のスキルが必要不可欠であり、理学療法士が求められる役割を明確化できると考えたためである。具体的な設問を作成するためには、地域診断および公衆衛生学に関する文献、地域保健に関して実際に活動している職種の能力の評価尺度、さらに、国が提唱する新しい介護予防の考え方等、資料となる文献をもとに検討した。地域診断の情報

は、地域の健康課題を明確にする基盤であり、保健師は日常業務の中でこれを行っていることから、保健師に求められる実践能力および到達目標を示した「保健師教育におけるミニмум・リクワイアメンツ¹⁹³⁾」を参考にした。これは、保健師教育で教える内容を卒業時までに全学生が必ず修得する最低限の技術である（図9）。

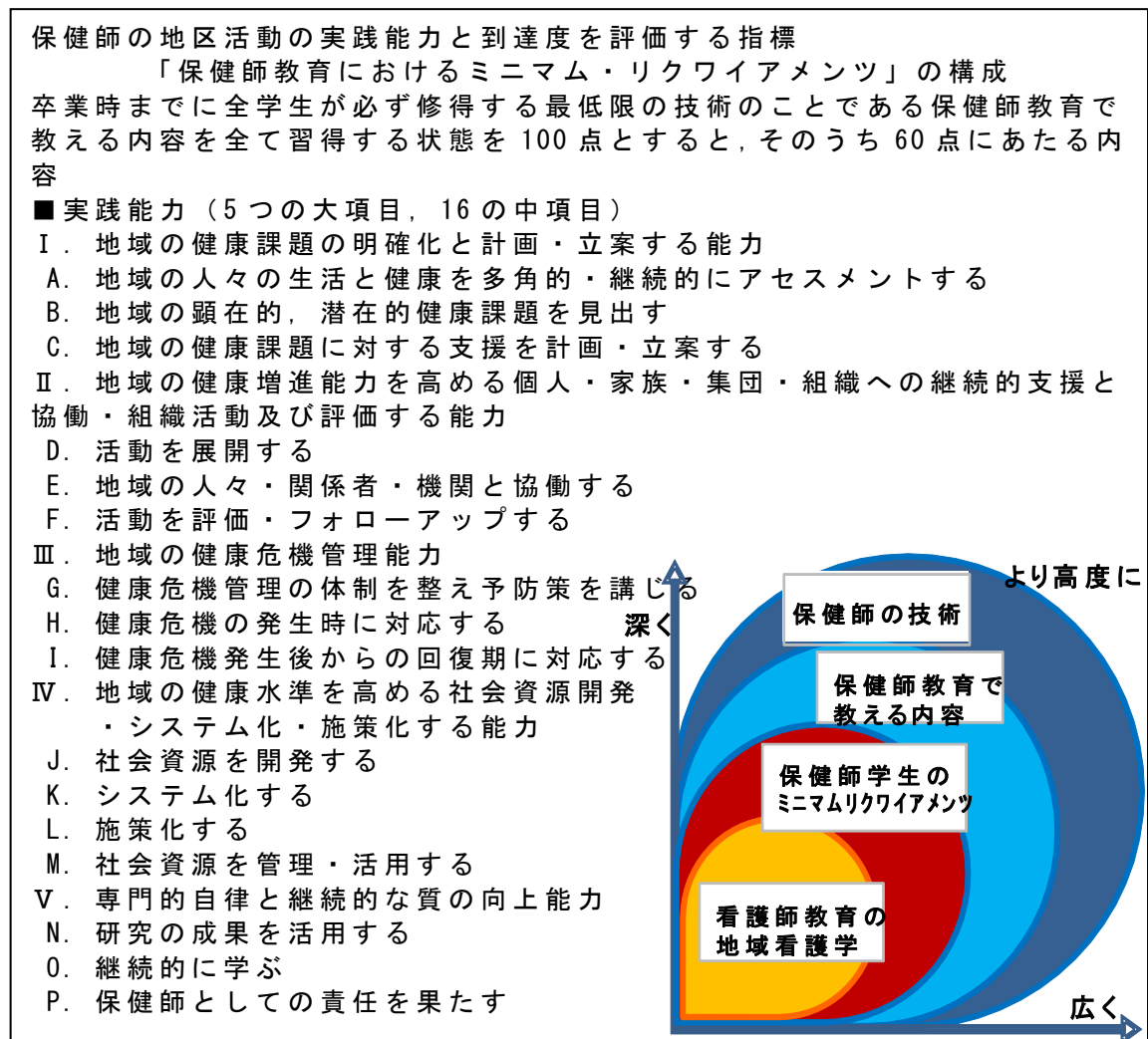


図9 保健師教育におけるミニмум・リクワイアメンツの構成
（文献¹⁹³⁾より抜粋）

また、公衆衛生活動に関する技術を、理学療法士を含めたコメディカル専門職に推奨している公衆衛生マニュアル¹⁹⁴⁾の人口・保健統計、成人・老人保健、健康づくりを中心とした項目、地域保健に関わる能

力に関する文献 9 編⁹⁰⁻⁹⁸⁾、地域診断の手引き¹⁹⁵⁾、茨城県の高齢者福祉計画¹⁹⁶⁾を参考に、調査項目を抽出した。しかし、地域診断という言葉そのものが、理学療法に関するテキストには、ほとんど記載されていないことから、その内容は、理学療法士にとって馴染みが少ないと思われる表現や用語であった。そのため、調査項目の抽出と精選は、5年以上の理学療法士経験を持ち、理学療法の基礎、現任教育を実施している理学療法士 3 名、および地域活動に関する研究に精通している保健師 2 名、地域の健康教育を実施し、関連理論に精通している教員 1 名の計 6 名とで協議しながら行った。まず、「保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ¹⁹³⁾」から、保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度に記載されている上位 71 項目、およびその下位項目である行動目標 350 項目と「公衆衛生マニュアル」の人口・保健統計、成人・老人保健、健康づくりの 3 つの上位項目をそれぞれ照合し、理学療法士の地域活動に関連すると思われる 5 要素（地域課題の明確化、地域の人々との協働・支援、社会資源開発、システム化、保健・医療・福祉および社会に関する実践力）68 項目を抽出した。さらに、介護予防に関する文献検討⁴⁸⁻⁷⁹⁾で得た知見をもとに項目の重要度を判断し、①地域情報の収集（対象者の生活機能 5 項目、地域とのつながり 4 項目、情報収集の方法 3 項目、地域情報の把握 16 項目）、②地域課題の抽出（地域比較 2 項目、対象者と地域情報の統合・解釈 5 項目）、③地域関係者との検討 3 項目、④地域の実情に合った支援 3 項目の 4 領域（8 区分）からなる 41 項目の調査票を作成した（図 10）。

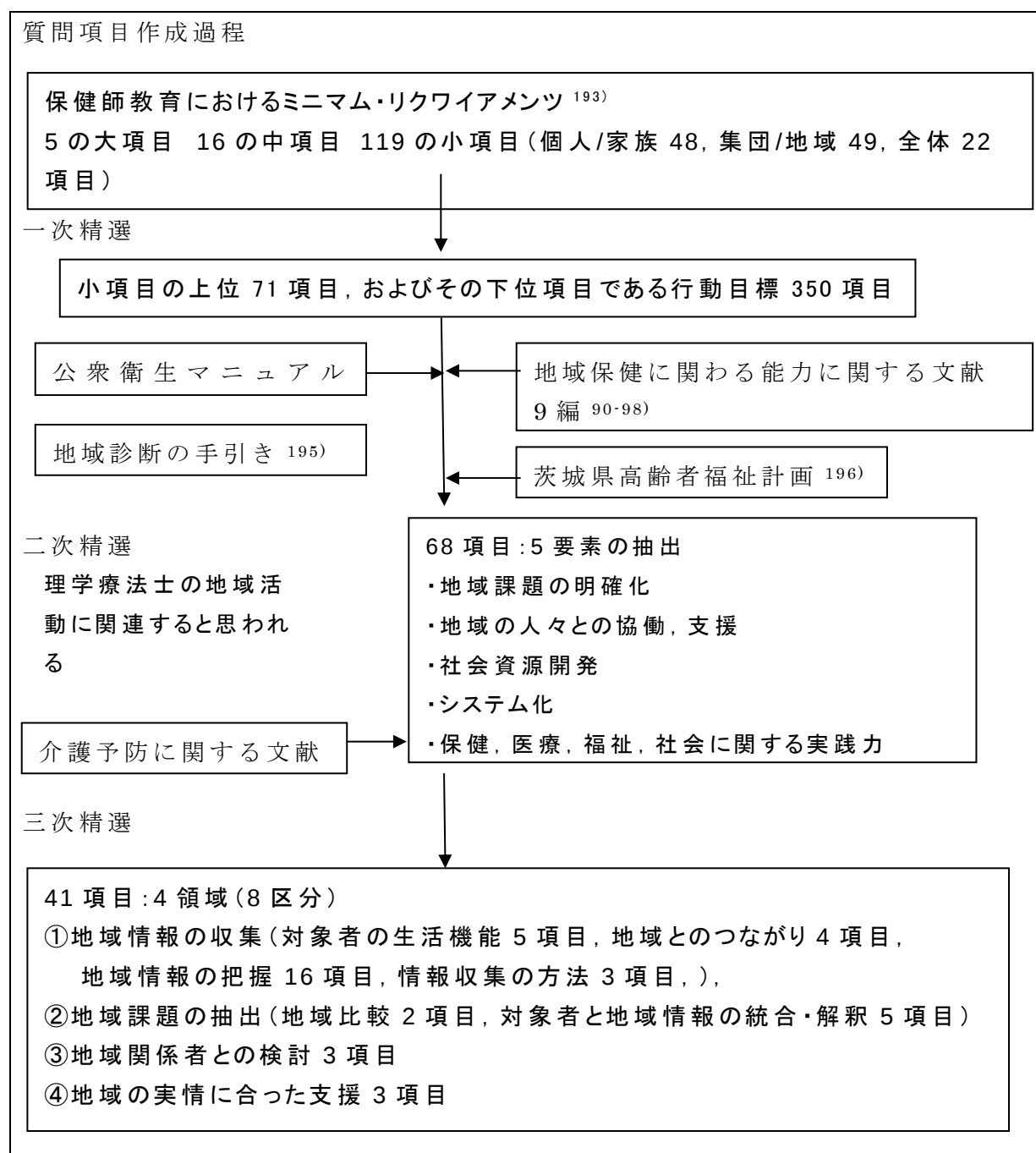


図 10 調査項目作成までの精選過程

各調査項目に対し,「していない」,「どちらかといえばしていない」,「どちらかといえばしている」,「たいていしている」,「いつもしている」,の 5 段階のリッカート尺度で回答を求めた。表 8 に調査票 41 項目の質問項目を示す。

表 8 調査票 41 項目の質問項目

分類	項目
対象者の生活機能 の情報収集	X1 対象者の身体的側面
	X2 対象者の精神的側面
	X3 対象者の社会的側面
	X4 対象者の生活習慣
	X5 対象者の生活様式
地域とのつながり の情報収集	X6 対象者が利用できる社会資源
	X7 老人クラブ等の住民組織やボランティア団体
	X8 対象者の近所付き合いの程度
	X9 地域の近所付き合いの特徴
地域情報の収集	X10 地域の人口
	X11 地域の人口推移
	X12 地域の年間出生者数
	X13 地域の年間死亡者数
	X14 地域の一般世帯数
	X15 地域の65歳以上の高齢者数
	X16 地域の65歳以上の高齢化率
	X17 地域の65歳以上の高齢者夫婦世帯数
	X18 地域の65歳以上の高齢者単身世帯数
	X19 地域の要介護認定者数
	X20 地域の平均寿命
	X21 地域の健康寿命
	X22 地域の介護給付費の推移
	X23 地域の介護保険サービス利用者数
	X24 地域の介護サービス事業所数
	X25 地域で実施している介護予防事業
情報の収集方法	X26 所属する施設以外の専門職からの情報収集
	X27 訪問、相談、連絡会などの多様な方法による情報収集
	X28 対象者情報の継続的収集
地域比較	X29 地域の情報を全国の統計値と比較
	X30 地域の情報を近郊の自治体と比較
対象者と地域情報 との統合・解釈	X31 対象者を支援する時、地域の情景を思い浮かべる
	X32 それぞれの対象者の現状から、その地域人々に共通する課題を抽出する
	X33 対象者の健康に関する課題をその人が住んでいる地域のもつ特徴と関連付ける
	X34 対象者の運動機能の課題を地域の人々に共通する課題として捉える
	X35 対象者の生活機能の課題を地域の人々に共通する課題として捉える
地域関係者との支 援方法の検討	X36 地域住民との話し合い
	X37 地域団体や住民組織との話し合い
	X38 地域の関係者との話し合い
地域の実情に合っ た支援	X39 地域の社会文化に配慮した支援
	X40 地域の交通網の特徴に応じた支援
	X41 その地域の産業の特徴に応じた支援

6) 影響する要因を明らかにするために使用する尺度について

①相互独立性・相互協調性自己観尺度¹⁹⁷⁾(表9)

相互独立的・相互協調的自己観尺度は、高田(2000)による心理尺度であり、個人は他者とは分離・独立している存在で、独自性を主張することの必要性「相互独立的自己観」と、人は個別的ではなく、さまざまな人間関係の一部であるという「相互協調的自己観」をもつと

言われている。これを「個の認識・主張」「独断性」「他者への親和・順応」「評価懸念」の4要素により20項目で測定するものである。一般成人による信頼性係数（ α ）は、相互独立性全体0.82，相互独立性全体0.79，再現性（ r ）は各0.69，0.66で，内的整合性，集団主義尺度，自己意識尺度，日本的自己意識尺度との相関による構成概念妥当性が検証されている。各項目において「ぴったりあてはまる」7から「まったくあてはまらない」1まで7段階で評価し，下位尺度ごとに平均値を算出する。医療職種における先行研究では，医療職のケアチーム構築，育成プログラム実践における，集団性，リーダーシップ性を検討する評価尺度として活用されている¹⁹⁸⁾。

表9 相互独立的・相互協調的自己観尺度

質問項目	
W1	常に自分自身の意見を持つようにしている
W2	人が自分をどう思っているかを気にする
W3	一番最良の決断は、自分自身で考えたものであると思う
W4	何か行動をするとき、結果を予測して不安になり、なかなか実行に移せないことがある
W5	自分でいいと思うのなら、他の人が自分の考えを何と言おうと気にしない
W6	相手は自分のことをどう評価しているかと、他人の視線が気になる
W7	自分の周りの人が異なった考えを持っていても、自分の信じる場所を守り通す
W8	他人と接するとき、自分と相手との間の関係や地位が気になる
W9	たいていは自分一人で物事の決断をする
W10	仲間の中で和を維持することは大切だと思う
W11	良いか悪いかは、自分自身がそれをどう考えるかで決まると思う
W12	人から好かれることは、自分にとって大切である
W13	自分が何をしたいのか常に分かっている
W14	自分がどう感じるかは、自分が一緒にいる人や、自分のいる状況によって決まる
W15	自分の考えや行動が他人と違っていても気にならない
W16	自分の所属団体の仲間と意見が対立することを避ける
W17	自分の意見をいつもはっきり言う
W18	人と意見が対立したとき、相手の意見を受け入れることが多い
W19	いつも自信をもって発言し、行動している
W20	相手やその場の状況によって、自分の態度や行動を変えることがある

②職務満足度尺度（田中 1997）

田中¹⁹⁹⁾の職務満足感尺度(表10)は，職場環境に対するストレス反応や満足感を評価する尺度として，職場全体に対する満足感と個々の職場環境に対する満足感を，「全体的職務満足感」の1因子および「キャリア満足感」「対人関係への満足感」「能力発揮への満足感」3因子のあわせて4因子，14項目として構成された尺度である。製造業従業員に対する信頼性係数（ α ）は，「全体的職務満足感」0.88，「キャリアへの満足感」「対人関係への満足感」「能力発揮への満足感」はそれぞれ，0.84，0.83，0.79，妥当性は，GFI0.89，AGFI0.83により構成概念妥当性が検証されている。「はい」5から「いいえ」1まで5段階で数

値化し，下位尺度ごとに合計点（14～70 点）を算出する。浅野ら¹⁶⁸⁾は，本尺度を活用し，新任者支援のためのメンタリングと職務満足感の影響について報告している。

表 10 職務満足度尺度

質問項目	
Y1	現在の職場に満足している
Y2	現在の仕事の内容に満足している
Y3	現場の同僚は協力的で満足している
Y4	すぐ上の上司の部下への対応とその手腕に満足している
Y5	すぐ上の上司の仕事の責任の取り方に満足している
Y6	今の給料は仕事の責任と内容に見合っている
Y7	同業他社（他の病院や施設など）と比較して今の会社の給料は適切であり、満足している
Y8	入社以来、これまでの昇進について満足している
Y9	この会社の昇給の機会は平等である
Y10	今の仕事は自分の技能や能力を活かすことができ、満足している
Y11	今の仕事は自分の能力（判断力や問題解決能力、専門知識）を発揮することができ、満足している
Y12	今の仕事での実労働時間は、自分の能力に見合っていて満足している
Y13	全体的にみて今の仕事には満足している
Y14	もし自分の思いどおりになるならば5年後も今の職場で働いていたい

（3）回答状況

調査票は，対象施設に郵送し，回答後，同封した封筒に個別に厳封し，郵送により回収した。調査期間は 2014 年 10 月 1 日から 10 月 31 日までの 1 ヶ月間とした。

その結果，240 施設（47.6％）から返送があり，対象者 846 名中 387 名（回収率 45.7％）から回答が得られた。そのうち質問紙の項目に未回答項目がある調査票を除いた，有効回答数 366 名（42.6％）を，次に行う研究 1 から研究 4 の分析に使用することとした。

対象者の属性は，表 11 に示した．平均年齢は， 35.66 ± 7.94 歳，理学療法士としての平均経験年数は， 12.08 ± 7.51 年であった．県別の内訳は，茨城県 185 名（50.5％），栃木県 74 名（20.2％），群馬県 107 名（29.2％）であった。

表 11 対象者の属性 (n=366)

属性			人数(%)
性別	男性		251(68.6%)
	女性		115(31.4%)
所属県	茨城県		185(50.5%)
	群馬県		74(20.2%)
	栃木県		107(29.2%)
年齢	20歳代		89(24.3%)
	30歳代		176(48.1%)
	40歳代		75(20.5%)
	50歳代		26(7.1%)
経験年数	5年未満		57(15.6%)
	5年以上～10年未満		140(38.3%)
	10年以上～15年未満		87(23.8%)
	15年以上		82(22.4%)
所属機関	医療機関	病院	179(48.9%)
		診療所	31(8.5%)
	介護保険サービス	介護老人保健施設	86(23.5%)
		介護老人福祉施設	5(1.4%)
		訪問介護ステーション	23(6.3%)
		デイケアセンター	11(3.0%)
		デイサービスセンター	4(1.1%)
	行政等	行政・市町村	10(2.7%)
	その他		17(4.7%)
職位	科長・課長以上(上位管理者)		91(24.9%)
	主任・係長等(中間管理者)		106(29.0%)
	一般スタッフ		169(46.2%)

第 2 節

理学療法士の地域包括ケアシステム推進への参画に関する意識（研究 1）

1. 目的

厚生労働省によって、地域包括ケアシステム構築が推進され、リハビリテーション専門職は、地域住民のニーズに見合ったリハビリテーション活動を担うものとして位置づけられている。それによって、理学療法士は、地域ケア会議の参画、介護予防の推進に自治体と連携をとりながら積極的に関わり、地域包括ケアシステムの構築を推進していくことが必要となってきた。しかし、日本理学療法士協会が行った「介護予防や地域包括ケアの推進に対する国民意識調査」²⁰⁰⁾によると、国民による理学療法士の認知度および地域包括ケアシステムや介護予防事業に関する理解は低く、理学療法士が地域包括ケアシステムの構築および介護予防（以下、地域包括ケア等）の観点から、積極的に地域住民に関わることで、地域包括ケア等の国民意識および理学療法士の認知度を向上することが可能となると考えられる。また、地域包括ケア等の活動に携わる実践力が未だ明確にされていないことも課題である。理学療法士が地域から求められる活動を担うには、先ず理学療法士自身の地域包括ケア等に関わる意識の現状を知る必要があると考えられる。しかし、地域包括ケアシステムの取り組みは始まったばかりであり、理学療法士が地域包括ケア等の推進に関わることにあたって、その活動に参画する意欲・意識（以下、推進意識）に関する報告は見られない。そこで、研究 1 では、理学療法士の推進意識の現状を明らかにし、推進意識向上のための示唆を得ることを目的に分析を行った。

2. 方法

（1）対象

調査対象は、第 1 節に示した通り、北関東 3 県の医療・介護サービス実施施設に勤務している理学療法士でリハビリテーション部門の管理をしている者および地域活動に従事した経験をもつ者とした。また、分析対象者は 366 名とした。

（2）方法

調査票を対象施設に郵送し、回答後、同封した封筒に個別に厳封し郵送により回収した。調査項目は、基本属性 6 項目、地域の関係者・機関との関わり経験について 8 項目、地域活動の経験の有無 2 項目、推進意識 7 項目について尋ねた。

(3) 分析方法

調査項目の推進意識 7 項目は、理学療法士が実際に地域で実践すると思われる介護予防および地域包括ケアシステムに関する活動を選定し、それぞれの設問について、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」の 6 段階のリッカート尺度とし、その順に 6 点から 1 点の点数を配した。この推進意識 7 項目は順序尺度であり、また、回答者の推進意識が高得点に偏る可能性があるため、各項目に対してリジット変換²⁰¹⁾を行った。リジット変換は、順序尺度を持った変数を、0 から 1.0 の間で標準化し、グループ間の比較を明確にする手法である²⁰²⁾。この手法を用いることにより、順序尺度の変数を正規化した数値として算出し、基本統計量を求めることが可能となる。そして、7 項目のリジット値を平均して「推進意識度スコア」とした。

分析では、属性による違いを検討するため、t 検定、または一元配置分散分析を行い、一元配置分散分析で有意差が認められた場合には、さらに Bonferroni 法による多重比較を行った。これらの統計解析には、IBM SPSS ver.22 for Windows を使用し、有意水準を 5%とした。

3. 結果

(1) 回答結果

推進意識 7 項目の回答結果を表 12 に示す。地域包括ケアシステム構築への参画意識 (Q6) は、「どちらかといえばそう思う」130 名 (35.5%)、地域ケア会議への参画意識 (Q7) は、「どちらかといえばそう思う」126 名 (34.4%) が最も高い比率を示した。また、個別支援の際に地域状況を把握することへの意識 (Q3) は、「そう思う」130 名 (35.5%) と最も高く、次いで「非常にそう思う」128 名 (35.0%) であった。介護予防への関心 (Q1) は、「そう思う」者が 163 名 (44.5%)、介護予防対象者への個別支援への意識 (Q2) は、「そう思う」125 名 (34.2%) が最も高く、次いで、「どちらかといえばそう思う」者が 124 名 (33.9%) であった。地域の介護予防事業を担当することへの意識 (Q4) は、「どちらかといえばそう思う」者が 120 名 (32.8%) と最も高く、次いで「どちらかとそう思う」者が 74 名 (20.2%) であった。そして、介護予防システムの構築に参画する意識 (Q5) は、「どちらかといえばそう思う」者が 129 名 (35.2%) と最も高かった。

表 12 地域包括ケアシステムおよび介護予防に対する推進意識 (n=366)

質問項目	非常にそう思 う	そう思 う	どちらかとい えばそう思 う	どちらかとい えばそう思わ ない	そう思わない	全くそう思 わない
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Q1 介護予防に関心がある	110(30.1)	163(44.5)	81(22.1)	8(2.2)	2(0.5)	2(0.5)
Q2 介護予防対象者への個別支援を したい	80(21.9)	125(34.2)	124(33.9)	27(7.4)	7(1.9)	3(0.8)
Q3 個別支援の際、地域状況を知りた い	128(35.0)	130(35.5)	94(25.7)	8(2.2)	3(0.8)	3(0.8)
Q4 地域の介護予防事業を担当したい	65(17.8)	72(19.7)	120(32.8)	74(20.2)	25(6.8)	10(2.7)
Q5 介護予防システムの構築に参画し たい	64(17.5)	78(21.3)	129(35.2)	66(18.0)	21(5.7)	8(2.2)
Q6 地域包括ケアシステムの構築に 参画したい	68(18.6)	76 (20.8)	130 (35.5)	61 (16.7)	24 (6.6)	7(1.9)
Q7 地域ケア会議に参画したい	62(16.9)	81 (22.1)	126 (34.4)	63 (17.2)	24 (6.6)	10(2.7)

(2) 属性と推進意識の関連

推進意識 7 項目についてリジットスコアを算出し、t 検定または一元配置分散分析を行い属性による比較を行った (表 13)。性別では女性よりも男性のほうが比較的高いスコアを有し、年齢では、20 代の群の平均スコアがやや低い値を示したが、それぞれ有意な差は認められなかった。経験年数によるスコアには、群間の差はほとんど認められなかった。県別の比較では、群馬県、茨城県、栃木県の順にスコアが高かったが、これらの間に有意な差は認められなかった。所属の比較では、行政等の群は、他の群に比べスコアが高く、有意な差が認められた ($P<0.05$)。

表 13 7 項目のリジット値を平均した推進意識度スコアの属性による比較

	推進意識度スコア Mean±SD	有意差
性別		
女性(n=115)	46.89±21.77	n.s.
男性(n=251)	51.42±23.78	
県別		
茨城県(n=185)	50.75±22.35	n.s.
栃木県(n=74)	44.37±24.27	
群馬県(n=107)	52.60±23.58	
所属		
1)医療機関(n=210)	49.03±23.37	* 3) - 1,2,4)
2)介護保険サービス(n=129)	50.25±22.72	
3)行政等(n=10)	73.38±19.01	
4)他(n=17)	46.40±22.00	
年齢		
1)20代(n=89)	47.43±20.67	n.s.
2)30代(n=176)	50.74±24.14	
3)40代(n=75)	51.60±23.88	
4)50代(n=26)	49.91±24.02	
経験年数		
1)5年未満(n=38)	49.42±19.05	n.s.
2)5年以上10年未満(n=127)	49.40±23.72	
3)10年以上15年未満(n=102)	51.14±24.17	
4)15年以上(n=99)	49.81±23.39	

t検定, 一元配置分散分析, 多重比較(Bonferroni)* :p<0.05, n.s.: not significant

(3) 推進意識と地域関係者・機関との関わりおよび地域活動経験の関連
 地域関係者・機関と関わった経験の有無による違いを比較し, t 検定を行った(表 14)。その結果, 保健師, 特別支援学校教員, 民生委員, 当事者組織, 地域包括支援センター, 社会福祉協議会, 老人クラブ等と関わりを持った「経験あり群」が「経験なし群」より推進意識度スコアが高く, 有意な差が認められた。介護支援専門員との関わりにおいては, 「経験あり群」は, 「経験なし群」と比較して有意差は認められなかった。また地域の介護予防活動参加「経験あり群」が「経験なし群」よりも推進意識度スコアが高く, 有意な差が認められた(p<0.001)。

表 14 地域関係者・機関等との関わりと地域活動経験別推進意識度スコアの比較

		推進意識度スコア				有意差
		経験あり群		経験無し群		
		n	平均値±SD	n	平均値±SD	
地域関係者・機 関との関わり	保健師	190	56.73±23.23	176	43.76±21.49	***
	介護支援専門員	346	50.54±22.97	20	40.62±26.42	n.s.
	特別支援学校教員	97	55.78±23.41	269	47.92±22.86	**
	民生委員	119	59.76±20.88	247	45.30±22.88	***
	当事者組織	71	60.45±21.41	295	47.48±22.99	***
	地域包括支援センター	256	52.85±23.95	110	43.38±20.08	***
	社会福祉協議会	220	55.02±23.15	146	42.44±21.31	***
	老人クラブ等	61	64.96±21.47	305	47.01±22.44	***
地域活動経験	地域ケア会議参加	56	51.29±22.90	310	49.77±23.33	n.s.
	地域の介護予防活動参加	164	60.42±22.07	202	41.54±20.62	***

t検定 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 n.s.: not significant

4. 考察

表 12 に示した結果から、介護予防への関心は、「非常にそう思う」および「そう思う」と回答した者の割合が 74.6%，地域状況の把握に関する意識は「非常にそう思う」および「そう思う」と回答した者の割合が 70.5%であった。一方、地域での事業を担当することやシステム作り、地域ケア会議への参画意識は、前者に比較して低かった。理学療法士は介護予防での対象者個人への支援の関心、および地域のことを知りたいという意識は高いことから、地域のことを知らないため参画しないのか、または地域事業の担当、システム構築への参画への意識そのものが積極的でないのか、今後明らかにする必要があると考えた。

理学療法士に期待されている地域活動における役割は、退院支援の強化、多職種協働による自立支援型ケアの推進、マネジメント機能の強化に関わる活動²⁹⁾を含めた地域づくりに参画することである。しかし、現在の理学療法士の教育で一般的に使用されている地域理学療法または地域リハビリテーションに関連するマニュアルやテキストには、地域包括ケアシステムの概念、対象者個人のニーズ把握、地域連携の必要性、社会資源の把握と活用等について記されているものの、地域の介護予防のシステム作りに必要な地域課題の抽出、施策実現に向けた具体的な行動や手法などについて記されたものは見当たらない。この点については、表 12 に示す推進意識度スコアの所属別による比較においても、行政等に勤務する理学療法士の意識が、他の群と比較して、推進意識度が有意に高かった。そのことから、地域のシステム作りは、行政理学療法士に求められるスキル¹⁵⁶⁾として位置づけられ、臨床で活躍する理学療法士との役割の違いがあることが考えられるものの、地域包括ケアシステム構

築の成功には、行政・医療・介護・福祉の職域の垣根を超えた関わりと活動が求められるはずである。しかし、理学療法士は、医療保険または介護保険制度等の報酬制度によるリハビリテーション機能が重要視され、医療機関等から実際に地域に出向いて活動することは難しい職種であったことが推察される^{30, 203)}。効果的に地域活動の推進を進めるには、今後、理学療法士が直接的に対象者の住む地域に出向いて活動・参画できる体制の構築、教育システムの拡充などが重要である^{30, 156)}と考えられる。

表 14 に示す地域関係者・機関との関わり、地域活動経験別推進意識度スコアの比較から、介護支援専門員以外の地域関係者・機関において、有意な差を認めた。地域関係者・機関のそれぞれのカテゴリーに関して、関わった経験がある者は、推進意識度スコアが有意に高かった。このことから、地域と関わる経験は、地域包括ケアを推進する上で重要な要素であり、その経験によって意識が高まることが明らかとなった。これらのカテゴリーの中で唯一有意な差が認められなかった介護支援専門員は、他の職種・機関のカテゴリーに比べ、ほとんどの理学療法士が関わりを持っていたと回答していることから、理学療法士としては関わりやすい職種であることが推察され、その結果、有意差を認められなかったものと考えられる。地域包括ケアシステムは、ケアマネジメントの重要性²⁾から、理学療法士は介護支援専門員との連携を介してシステムの構築を進めることが行いやすいということも想定されるが、介護支援専門員は、介護保険サービス利用者に対するケアマネジメント業務が中心であり、先行の研究からも介護保険認定者以外のケアマネジメントの関わりが少なく、また、社会資源の把握や、インフォーマルサポートとの連携が希薄である可能性^{37, 38)}が示されている。これは、理学療法士と介護支援専門員間の連携が密であったとしても、地域包括ケアシステムの推進に関わる理学療法士の活動範囲が狭小化もしくは限定されてしまうことへの懸念が考えられる。理学療法士が広く地域貢献を示す職種として位置づけされるためには、その他の地域関係者・機関との連携を充実していくことが求められるものと考えられる。

研究の限界として、推進意識度は、地域関係者・機関との関わりについて、関わった経験が「ある」、「なし」の 2 群による比較を行っているが、地域関係者等との連携の強さの程度については扱っていない。推進意識と多職種との関わりをより詳細に検討するには、今後、多職種連携の度合いを得点化できる尺度開発などの研究を進める必要があると考える。

第 3 節

理学療法士における地域活動実践に関する現状分析（研究 2）

1. 目的

地域保健に関わる理学療法士・作業療法士の人材育成に関する調査研究¹⁵⁷⁾では、リハビリテーション専門職の期待されている役割は、生活に根ざした視点を持つこと、地域のお他職種と一緒に解決していく構えが備わっていること、連携・協働の視点を持つことであり、なおかつ地域の実情の把握、地域課題を抽出することが求められている。同時に、アンケートに回答したリハビリテーション専門職のうち、個別課題の対応は 60%以上が実行できていると回答したが、地域課題への対応は 30%程度であったと報告している。それは、地域での理学療法士の幅を広げ、地域課題に対する幅広い支援の理解と他職種の連携がリハビリテーション専門職に求められているといえる。

しかし、地域包括ケアシステム構築のために理学療法士がどのような情報を収集し、地域の状況把握や地域活動の実践につなげるのか、その実態は明らかではない。先の研究 1 では、調査対象となった理学療法士の介護予防や個別支援に対する推進意識は高いものの、地域へのシステム構築につながるための活動への推進意識は、前者に比べやや低かった。また、文献検討から、理学療法士は地域診断について、その知識や技術の獲得について重要視してこなかった可能性が推察された。

そこで、研究 2 では、理学療法士が把握すべき地域情報および実際の把握の現状を明らかにし、地域の実態に合わせた支援につなげるための示唆を得ることを目的とする。

2. 方法

(1) 対象

調査対象は、研究 1 と同じく、北関東 3 県の医療・介護サービス実施施設に勤務している理学療法士でリハビリテーション部門の管理をしている者および地域活動に従事した経験をもつ者とした。また、分析対象は、366 名とした。

(2) 方法

調査票を対象施設に郵送し、回答後、同封した封筒に個別に厳封し郵送により回収した。調査項目は、理学療法士の地域活動実践に関する設問 41 項目について尋ねた。

(3) 分析方法

地域活動の実践に関する設問 41 項目は、①対象者の生活機能、②地域

とのつながり，③地域情報，④情報の収集方法に分類し，地域活動における実践のプロセスは，⑤地域比較，⑥対象者と地域情報との統合・解釈，⑦地域関係者との支援方法の検討，⑧地域の実情に合った支援の実施，に分類し，それぞれの項目に対する回答の割合を算出した。

3. 結果

(1) 地域活動における地域情報の収集の実施状況（表 15）

地域活動における地域情報の収集の実施状況の①対象者の生活機能では，「X1 対象者の身体的側面を情報収集する」は“いつもしている”者が 60.4%で最も高く，「X2 対象者の精神的側面を情報収集する」は，“いつもしている”者が 37.2%，“たいていしている”者が 38.3%であった。その他の「X3 対象者の社会的側面」，「X4 対象者の生活習慣」，「X5 対象者の生活様式」への設問については，前の 2 問よりも“いつもしている”“たいていしている”の回答割合がやや低かったものの，全体的に対象者個人の生活機能に関する項目については，情報収集を行っている状況を示している。②地域とのつながりを示す「X6 対象者が利用できる社会資源」は，“どちらかといえばしている”者が 35.2%，次いで“たいていしている”者が 32.5%であった。「X7 老人クラブ等の住民組織やボランティア団体」から「X9 近所付き合いの特徴」までの 3 項目については，“どちらかといえばしていない”とする回答の割合が最も高かった。③地域の情報を示す，「X10 地域の人口」から「X25 地域で実施している介護予防事業」の把握については，すべての項目で“していない”者の回答割合が最も高く，地域の情報はほとんど把握されていない結果であった。④情報の収集方法を示す「X26 所属する施設以外の専門職からの情報収集」は，“どちらかといえばしている”者の回答割合が 32.5%で最も割合が高く，「X27 訪問，相談，連絡会などの多様な方法による情報収集」は，“どちらかといえばしていない”者の回答割合が 29.0%，「X28 対象者情報の継続的収集」は，“どちらかといえばしている”者の回答割合が 39.1%でそれぞれ最も高い割合を示した。情報収集の方法からの結果からは，積極的に情報を収集している活動を行っているとはいえない結果であった。⑤地域比較を示す「X29 地域の情報を全国の統計値と比較」および，X30 地域の情報を近郊の自治体と比較」の 2 項目は，“していない”者の回答割合が 60%を超えており，地域比較を実践していない状況が示された。

表 15 地域活動における地域情報の収集の実施状況

分類	項目	いつもしてい る	たいていしてい る	どちらかとい えばしている	どちらかとい えばしてい ない	していない
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
対象者の 生活機能	X1 対象者の身体的側面	221(60.4)	111(30.3)	21(5.7)	6(1.6)	7(1.9)
	X2 対象者の精神的側面	136(37.2)	140(38.3)	68(18.6)	14(3.8)	8(2.2)
	X3 対象者の社会的側面	124(33.9)	149(40.7)	73(19.9)	12(3.3)	8(2.2)
	X4 対象者の生活習慣	85(23.2)	169(46.2)	85(23.2)	20(5.5)	7(1.9)
	X5 対象者の生活様式	83(22.7)	175(47.8)	88(24.0)	11(3.0)	9(2.5)
地域との つながり	X6 対象者が利用できる社会資源	44(12.0)	119(32.5)	129(35.2)	59(16.1)	15(4.1)
	X7 老人クラブ等の住民組織やボランティア団体	4(1.1)	32(8.7)	101(27.6)	152(41.5)	77(21.0)
	X8 対象者の近所付き合いの程度	11(3.0)	48(13.1)	113(30.9)	125(34.2)	69(18.9)
	X9 地域の近所付き合いの特徴	5(1.4)	39(10.7)	90(24.6)	134(36.6)	98(26.8)
地域情報	X10 地域の人口	35(9.6)	61(16.7)	83(22.7)	77(21.0)	110(30.1)
	X11 地域の人口推移	26(7.1)	48(13.1)	69(18.9)	92(25.1)	131(35.8)
	X12 地域の年間出生者数	8(2.2)	10(2.7)	21(5.7)	89(24.3)	238(65.0)
	X13 地域の年間死亡者数	8(2.2)	12(3.3)	23(6.3)	87(23.8)	236(64.5)
	X14 地域の一般世帯数	11(3.0)	18(4.9)	20(5.5)	78(21.3)	239(65.3)
	X15 地域の65歳以上の高齢者数	23(6.3)	26(7.1)	42(11.5)	77(21.0)	198(54.1)
	X16 地域の65歳以上の高齢化率	22(6.0)	30(8.2)	49(13.4)	74(20.2)	191(52.2)
	X17 地域の65歳以上の高齢者夫婦世帯数	8(2.2)	13(3.6)	23(6.3)	94(25.7)	228(62.3)
	X18 地域の65歳以上の高齢者単身世帯数	9(2.5)	13(3.6)	26(7.1)	90(24.6)	228(62.3)
	X19 地域の要介護認定者数	12(3.3)	22(6.0)	39(10.7)	77(21.0)	216(59.0)
	X20 地域の平均寿命	10(2.7)	23(6.3)	38(10.4)	76(20.8)	219(59.8)
	X21 地域の健康寿命	10(2.7)	16(4.4)	30(8.2)	80(21.9)	230(62.8)
	X22 地域の介護給付費の推移	10(2.7)	14(3.8)	45(12.3)	74(20.2)	223(60.9)
	X23 地域の介護保険サービス利用者数	11(3.0)	18(4.9)	37(10.1)	77(21.0)	223(60.9)
	X24 地域の介護サービス事業所数	15(4.1)	23(6.3)	90(24.6)	90(24.6)	148(40.4)
	X25 地域で実施している介護予防事業	19(5.2)	34(9.3)	95(26.0)	102(27.9)	116(31.7)
情報の収 集方法	X26 所属する施設以外の専門職からの情報収集	20(5.5)	88(24.0)	119(32.5)	89(24.3)	50(13.7)
	X27 訪問、相談、連絡会などの多様な方法による情報収集	29(7.9)	66(18.0)	102(27.9)	106(29.0)	63(17.2)
	X28 対象者情報の継続的収集	43(11.7)	86(23.5)	143(39.1)	61(16.7)	33(9.0)

(2) 地域活動における実践のプロセス（表 16）

地域活動における実践のプロセスの⑥対象者と地域情報との統合・解釈を示す「X31 対象者を支援する時、地域の情景を思い浮かべる」は、“どちらかといえばしている”者が 37.2%，次いで“たいていしている”者が 20.5%との回答割合であった。「X32 それぞれの対象者の現状から、その地域人々に共通する課題を抽出する」かは、“どちらかといえばしている”者が 29.5%，次いで“どちらかといえばしていない”者が 25.4%との回答割合であった。「X33 対象者の健康に関する課題をその人が住んでいる地域のもつ特徴と関連付ける」は、“していない”者が 29.5%と最も高く，次いで“どちらかといえばしていない”者が 28.1%との回答割合であった。「X34 対象者の運動機能の課題を地域の人々に共通する課題として捉える」は，“どちらかといえばしている”者の回答割合が 31.1%で最も高く，次いで“どちらかといえばしていない”者の回答割合が 27.0%であった。「X35 対象者の生活機能の課題を地域の人々に共通する課題として捉える」は，“どちらかといえばしている”者の回答割合が 33.3%で最も高く，次いで“どちらかといえばしていない”者の回答割合が 24.0%であった。このように対象者と地域情報との統合・解釈は，積極的な実践を実施しているとはいえない結果であった。⑦地域関係者との支援方法との検討を示す，「X36 地域住民との話し合い」から「X38 地域関係者との話し合い」までの項目は“していない”との回答割合が，それぞれ 69.7%，69.1%，48.1%，と，地域関係者との支援方法の検討はあまり行われていないということが示された。⑧地域の実情に合った支援の実施を示す，「X39 地域の社会文化に配慮した支援」は，“どちらかとしていない”者の回答割合が 34.4%と最も高く，「X40 地域の交通網の特徴に応じた支援」は，“どちらかといえばしている”者が 32.5%，次いで“どちらかといえばしていない”者が 28.4%であった。「X41 その地域の産業の特徴に応じた支援」は，“どちらかといえばしていない”者が 36.9%，次いで“していない”者の回答割合が 33.1%であった。地域の実情にあった支援の実施について，実践はあまりされていないという回答結果であった。

表 16 地域活動における実践のプロセス

分類	項目	いつもしてい る	たいていしてい る	どちらかとい えはしている	どちらかとい えはしてい ない	していない
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
地域比較	X29 地域の情報を全国の統計値と比較	5(1.4)	17(4.6)	37(10.1)	75(20.5)	232(63.4)
	X30 地域の情報を近郊の自治体と比較	4(1.1)	9(2.5)	53(14.5)	79(21.6)	221(60.4)
	X31 対象者を支援する時、地域の情景を 思い浮かべる	36(9.8)	75(20.5)	136(37.2)	71(19.4)	48(13.1)
	X32 それぞれの対象者の現状から、その 地域人々に共通する課題を抽出する	17(4.6)	33(9.0)	108(29.5)	93(25.4)	115(31.4)
対象者と 地域情報 との統 合・解釈	X33 対象者の健康に関する課題をその人 が住んでいる地域のもつ特徴と関連 付ける	18(4.9)	42(11.5)	95(26.0)	103(28.1)	108(29.5)
	X34 対象者の運動機能の課題を地域の 人々に共通する課題として捉える	16(4.4)	47(12.8)	114(31.1)	99(27.0)	90(24.6)
	X35 対象者の生活機能の課題を地域の 人々に共通する課題として捉える	15(4.1)	49(13.4)	122(33.3)	88(24.0)	92(25.1)
地域関係 者との支 援方法の 検討	X36 地域住民との話し合い	3(0.8)	9(2.5)	33(9.0)	66(18.0)	255(69.7)
	X37 地域団体や住民組織との話し合い	3(0.8)	9(2.5)	35(9.6)	66(18.0)	253(69.1)
	X38 地域の関係職者との話し合い	7(1.9)	33(9.0)	80(21.9)	70(19.1)	176(48.1)
地域の実 情に合っ た支援の 実施	X39 地域の社会文化に配慮した支援	16(4.4)	40(10.9)	114(31.1)	126(34.4)	70(19.1)
	X40 地域の交通網の特徴に応じた支援	25(6.8)	47(12.8)	119(32.5)	104(28.4)	71(19.4)
	X41 その地域の産業の特徴に応じた支 援	12(3.3)	17(4.6)	81(22.1)	135(36.9)	121(33.1)

4. 考察

理学療法士の地域活動に求められる地域に適切な支援戦略を提案し、課題を協働して解決する能力には、単なる医学的、臨床的な知識・技術だけでなく、地域ニーズを捉え、地域を診る力が必要である。そこで、地域ケアや、地区活動で先進的に活動している保健師の実践能力と到達度を評価する指標¹⁹³⁾を参考にし、41項目の設問を作成した。保健師は地域を対象として地域の健康水準向上に向けた活動を展開する職種であり、公衆衛生活動が目指す「予防」を前提に活動を展開し、地域において問題が明らかになる前の段階、すなわち問題が潜在している段階から将来を見越した活動を行っている。地域の課題に基づいた地域活動を行うための基盤である「地域診断」は、地域住民の健康状態や生活状況、環境などのデータを収集して、顕在的、潜在的ヘルスニーズと健康課題、およびその背景を明確にし、対応策を立案、実践するための地域活動スキルである^{137, 204, 205)}。今後、理学療法士が協働で地域支援事業に関わっていくためには、「地域診断」の能力を身につけることが肝要であると考

えられる。

しかし、理学療法士は、個別の心身機能の情報収集はされているが、地域の情報の収集および地域課題抽出への道筋をたてるためのアセスメントを行うこと、さらにその結果に基づいた活動を展開することは、ほとんど実践されていなかったことが示唆された。これは、厚生労働省の資料¹⁷⁾において、リハビリテーションの在り方が身体機能の評価・介入に偏ったリハビリテーションが実施されていることや社会参加に関する介入の不十分さが指摘されており、それを裏付ける結果となったものと考えられる。また、理学療法士は地域の情報収集の実践を積極的に行っていなかっただけでなく、地域包括ケアシステムの構築に必要な人的社会資源である、地域住民、ボランティアなどのインフォーマルサービスとの関わりが少ないことから、住民の自立性、主体性を地域で生かした活動となる介護予防の活動が、理学療法士と必要な関連組織との協働によるシステム構築の円滑な推進への課題となる可能性が示唆された。これらのことは、教育面において課題を有しているのか、現場における実践経験が少ないため、その能力を向上することが難しいのか、現段階では明らかではない。今後は、この2つの側面から状況を整理する必要があると考える。

推進意識の調査結果から、理学療法士は、地域の状況を知りたいと感じているにも関わらず、実際には、地域の情報を収集する実践が行われていなかった。この状況の違いについて、どのような因果関係があるのか、能力という観点から検討すること、さらに、地域で活躍する理学療法士の活動の幅を広げ、地域課題に対する幅広い支援の理解と地域関係者との連携が理学療法士に求められており、その質を担保するためにも、そのような資質を持った人材の育成を行うことが必要であり、今後も引き続き研究を進めていく予定である。

第 4 節

地域活動の実践度を評価する尺度開発（研究 3）

1. 目的

研究 2 で明らかになったように、地域で活躍する理学療法士の活動の幅を広げ、地域課題に対する幅広い支援、地域診断の理解がリハビリテーション職種に求められており、質を担保するためには、そのような資質を持った人材育成を行うことの必要性が示唆された。その人材育成を進めるためには、まず適正に地域のことを把握し、実践する能力を評価するような尺度が必要であると考えられる。理学療法士の能力を測る既存の尺度は、継続的教育のための臨床能力評価尺度²⁰⁶⁾があるが、これは地域で活動を遂行するために求められる能力を評価する尺度として開発されていない。また、臨床の能力だけでは、地域でのリハビリテーションに必要な能力を補うことができない¹²⁸⁾と述べられているように、理学療法士が地域包括ケアシステムの構築を推進するために活動する能力臨床能力とは異なるものであることが推測される。このように、理学療法士が地域活動を推進するために必要な地域把握や支援の実践度を測る尺度開発の研究は散見されない。したがって、地域活動の実践度を評価するための尺度開発が不可欠であるといえる。

研究 3 の目的は、理学療法士が地域包括ケアシステム推進のために予め備えておくべき項目を抽出し、地域活動実践度として評価できる地域活動実践度評価尺度（Practice Ability Evaluation Scale：以下、PAES）を新たに開発し、その信頼性と妥当性を検討することである。これにより、理学療法士の専門性を活かした地域活動に寄与する地域包括ケアシステム推進に必要な人材育成の評価のために使用可能となり、理学療法士の能力開発において活用される可能性がある。また、対象者の生活を取り巻く幅広い背景を踏まえた柔軟な地域活動の展開に向けた一助となると考えられる。また、今回作成された尺度が、人材育成のための尺度として適用が可能であるか、その特性を検討することを目的とした。

2. 方法

（1）対象

調査対象は、研究 1 および 2 と同じく、北関東 3 県の医療・介護サービス実施施設に勤務している理学療法士でリハビリテーション部門の管理をしている者および地域活動に従事した経験をもつ者とした。また、分析対象は、366 名とした。

(2) 方法

調査票を対象施設に郵送し、回答後、同封した封筒に個別に厳封し郵送により回収した。調査項目は、理学療法士の地域活動実践に関する設問 41 項目について尋ねた。

(3) 分析方法

質問紙調査による 41 項目の設問は、5 段階のリッカート尺度で回答を求めており、この順に 1 点から 5 点の得点を配した。まずその集計結果から、項目分析を行った。

項目分析は、選択肢の回答割合や分布を算出するとともに、平均値と標準偏差による天井効果、床効果の検討、各項目間の相関、係数の分析を行った。次に主因子法による因子分析を行い、共通因子を抽出した。さらにプロマックス法による斜交回転を加え、因子の解析を試みた。因子分析によって得られた尺度の信頼性の検討は、信頼性分析として、Cronbach の α 係数を算出し、内的整合性を検討した。統計処理には、IBM SPSS ver.22 for Windows を使用した。

尺度の妥当性については、尺度項目をまとめて潜在変数化し、尺度の因子構造モデルの適合度を検証するために確認的因子分析を行い、地域活動実践評価モデルとしての構成概念妥当性を検討した。モデルの適合度の指標としては、CMIN, GFI, CFI, RMSEA, AIC を用いた。これらの統計解析には、IBM SPSS Amos22.0 を使用し、有意水準を 5% とした。

人材育成のための尺度適用可能性の検討については、まず本尺度から得られた下位項目ごとの得点を合計し、PAES スコアを算出した。次に PAES スコアと属性（性別、県、所属、年齢、経験年数、職位）、地域関係者・機関との関わり経験および地域活動（地域ケア会議、地域の介護予防）の経験の有無による比較を行った。PAES スコアと年齢および経験年数とは Pearson の相関係数を算出した。性別ならびに地域関係者・機関との関わり経験、地域活動の経験の有無による比較は、t 検定による平均値の差の検定を行った。県（茨城県、栃木県、群馬県）および所属機関（医療機関、介護保険サービス、行政等、その他）、職位（上位管理者、中間管理者、一般スタッフ）については、一元配置分散分析を行い、有意差が認められた場合にはさらに Bonferroni の方法による多重比較を行った。

3. 結果

(1) 因子分析による尺度開発

調査票 41 項目の各平均値は 1.47 から 4.46 の間であった（表 17）。項目の除外の検討については、まず、平均値と標準偏差から天井効果、床効果を検討し、天井効果のみられた X1, X 2 を除外した。また床効果が

みられた X18 から X30, X32, X33, および X39 から X41 は, 研究者が地域活動の指標には不可欠であると判断した X21, X25, X39 を残し, それ以外の項目を除外した。また, 天井効果, 床効果が認められない項目のうち, 項目間の相関係数の絶対値が 0.80 以上の場合, それらの項目の内容が非常に類似したものであると判断し, その組み合わせの一方である X4, X8, X17, X35, X37 を除外した。また, X7 については, その意味が X6 に含まれるとして, さらに X12 については, 対象者を評価する上で当然認識されているべき項目であると判断し, それぞれ除外した。

このような変数選択を行った後, 残った 17 項目について, 主因子法, プロマックス斜交回転による探索的因子分析を行った。その結果, 5 因子の最適解を得た。因子分析の最終結果として, パターン行列を表 18 に示す。また, 斜交回転を適用しているため, 併せて各因子間の相関行列を同表中に示した。なお X9 は, 因子負荷量が, 0.400 を下回ったが, 近所との関わりに関する情報収集は, 必要不可欠な項目であると考え, 第 3 因子の下位項目として残すこととした。

次のステップは, 抽出された各因子の因子負荷量を参考に因子の解釈を行った。その結果, 第 1 因子は, 「地域のコア情報の把握」, 第 2 因子は, 「社会参加につなげる情報の把握」, 第 3 因子は「地域の伝統, 風土に応じた支援」, 第 4 因子は, 「生活者の課題からの地域課題導出」, 第 5 因子は, 「多角的な対象者情報の収集」と命名した。これら 5 つの因子の下位尺度として算出された信頼性係数 α の値の結果についても同表中に示している。それぞれの下位尺度における α 係数は, 0.811 から 0.875 の範囲であった。いずれの因子についても, 信頼性は十分高い結果が得られた。

表 17 尺度項目と回答状況 (n=366)

分類	項目	Mean±SD
対象者の生活機能	X1 対象者の身体的側面を情報収集する	4.46±0.83
	X2 対象者の精神的側面を情報収集する	4.04±0.95
	X3 対象者の社会的側面を情報収集する	4.01±0.93
	X4 対象者の生活習慣を把握する	3.83±0.91
	X5 対象者の生活様式を把握する	3.85±0.90
地域とのつながり	X6 対象者が利用できる社会資源を把握する	3.32±1.01
	X7 対象者が利用できる老人クラブなどの住民組織やボランティア団体を把握する	2.27±0.93
	X8 対象者の近所付き合いの程度を把握する	2.47±1.04
	X9 地域の近所付き合いの特徴を把握する	2.23±1.01
情報の収集方法	X10 対象者の情報を所属する施設以外の専門職から情報収集する	2.83±1.11
	X11 対象者の情報を訪問, 相談, 連絡会などの多様な方法で情報収集する	2.71±1.18
	X12 対象者の情報を継続的に収集する	3.12±1.10
地域の実情に合った支援	X13 地域の社会文化に配慮した支援をする	2.47±1.06
	X14 地域の交通網の特徴に応じた支援をする	2.59±1.14
	X15 その地域の産業の特徴に応じた支援をする	2.08±1.01
地域情報の把握	X16 地域の人口を把握する	2.55±1.33
	X17 地域の人口推移を把握する	2.31±1.27
	X18 地域の年間出生者数を把握する	1.53±0.89
	X19 地域の年間死亡者数を把握する	1.55±0.91
	X20 地域の一般世帯数を把握する	1.59±1.00
	X21 地域の65歳以上の高齢者数を把握する	1.90±1.22
	X22 地域の65歳以上の高齢化率を把握する	1.96±1.23
	X23 地域の65歳以上の高齢者夫婦世帯数を把握する	1.57±0.92
	X24 地域の65歳以上の高齢者単身世帯数を把握する	1.59±0.95
	X25 地域の要介護認定者数を把握する	1.74±1.08
	X26 地域の平均寿命を把握する	1.71±1.06
	X27 地域の健康寿命を把握する	1.62±1.00
	X28 地域の介護給付費の推移を把握する	1.67±1.01
	X29 地域の介護保険サービス利用者数を把握する	1.68±1.04
	X30 地域の介護サービス事業所数を把握する	2.09±1.13
	X31 地域で実施している介護予防事業を把握する	2.28±1.16
地域比較	X32 地域の情報を全国の統計値と比較する	1.60±0.94
	X33 地域の情報を近郊の自治体と比較する	1.62±0.90
対象者と地域情報との統合・解釈	X34 対象者を支援する時, 地域の情景を思い浮かべる	2.95±1.15
	X35 それぞれの対象者の現状から, その地域人々に共通する課題を抽出する	2.30±1.14
	X36 対象者の健康に関する課題をその人が住んでいる地域のもつ特徴と関連付ける	2.34±1.16
	X37 対象者の運動機能の課題を地域の人々に共通する課題として捉える	2.45±1.12
	X38 対象者の生活機能の課題を地域の人々に共通する課題として捉える	2.47±1.13
地域関係者との検討	X39 対象者への支援方法を地域住民と話し合う	1.47±0.82
	X40 対象者への支援方法を地域団体や住民組織と話し合う	1.48±0.83
	X41 対象者への支援方法を地域の関係職者と話し合う	1.98±1.11

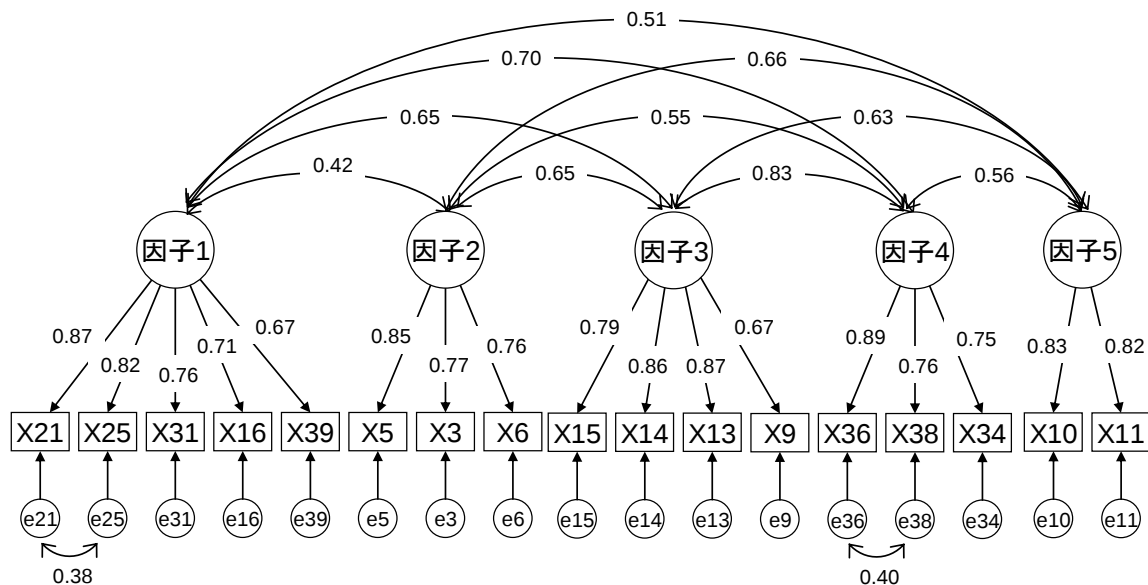
表 18 因子パターン行列と因子間相関行列

項目番号	因子名 (Cronbach' α 係数)	因子負荷量				
項目		因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
因子1 地域のコア情報の把握 ($\alpha = .875$)						
X25	地域の要介護認定者数を把握する	0.965	-0.017	-0.029	-0.147	0.074
X21	地域の65歳以上の高齢者数を把握する	0.940	-0.072	-0.002	0.022	-0.028
X31	地域で実施している介護予防事業を把握する	0.629	0.095	-0.062	0.121	0.061
X16	地域の人口を把握する	0.705	0.114	0.041	0.054	-0.231
X39	対象者への支援方法を地域住民と話し合う	0.499	-0.175	0.072	0.168	0.146
因子2 社会参加につなげる情報の把握 ($\alpha = .831$)						
X5	対象者の生活様式を把握する	-0.071	0.892	-0.001	0.010	0.003
X3	対象者の社会的側面の情報収集をする	-0.076	0.797	-0.057	0.076	0.003
X6	対象者が利用できる、社会資源を把握する	0.187	0.652	0.075	-0.109	0.040
因子3 地域の伝統、風土に応じた支援 ($\alpha = .871$)						
X14	地域の交通網の特徴に応じた支援をする	-0.048	0.02	0.887	0.030	-0.031
X13	地域の社会文化に配慮した支援をする	0.020	-0.002	0.861	-0.027	0.035
X15	その地域の産業の特徴に応じた支援をする	0.022	-0.044	0.738	0.115	-0.037
X9	地域の近所付き合いの特徴を把握する	0.086	0.198	0.392	0.010	0.115
因子4 生活者の課題からの地域課題導出 ($\alpha = .859$)						
X36	対象者の健康に関する課題を地域の特徴と関連付ける	-0.010	-0.028	0.039	0.963	-0.013
X38	対象者の生活機能の課題をその地域の人々に共通する課題として捉える	0.062	-0.031	0.018	0.753	0.044
X34	対象者を支援する時その人が住んでいる地域の情景を思い浮かべる	0.059	0.180	0.062	0.542	-0.030
因子5 多角的な対象者情報の収集 ($\alpha = .811$)						
X11	対象者の情報を訪問、相談、連絡会などの多様な方法で情報収集をする	-0.041	-0.023	-0.001	-0.010	0.971
X10	対象者の情報をあなたの所属する施設以外の専門職から情報収集する	0.019	0.178	-0.003	0.040	0.600
因子間相関行列		因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
	因子1	1.000				
	因子2	0.409	1.000			
	因子3	0.616	0.627	1.000		
	因子4	0.611	0.484	0.738	1.000	
	因子5	0.492	0.581	0.582	0.487	1.000

次に、本尺度の妥当性を検証するために、仮定した5つの因子構造モデルについて確認的因子分析を行い、適合度指標を表19に示した。また、構造方程式モデリングの結果を図11に示す。

表 19 確認的因子分析の適合度指標

モデル	CMIN	自由度	p	GFI	CFI	RMSEA	AIC
斜交モデル	274.248	107	0.000	0.921	0.957	0.065	366.248



適合度指標：CMIN, GFI, CFI, RMSEA, AIC

図 11 5 因子による構造方程式モデリングの結果

(2) 因子の特徴の検討

本尺度にて抽出された 5 つの因子について、それぞれの特徴を検討するために、因子ごとの PAES スコアを求め、基本属性 6 項目（性別、所属県、年齢、経験年数、所属機関、職位）との比較による差を検討した（表 20 から表 24）。さらに、因子ごとの PAES スコアを地域関係者・機関との関わり経験の有無、地域活動の参加経験の有無による比較した結果を表 24 に示す。

性別による比較では、表 20 に示すように、因子 5 において、女性の尺度スコアが男性の尺度スコアに比べ有意に高かった ($p < 0.05$)。所属県によるスコアの比較（表 21）では、各群間に有意な差は認められなかった。また、表 21 に示すように理学療法士の年齢、経験年数との相関係数を算出したところ、第 1 因子と年齢、経験年数間に有意な正の相関が認められた。表 23 に示すように職位による PAES スコアの比較では、一元配置分散分析の結果、第 1 因子 ($F(2, 363) = 8.312, p < 0.001$)、および第 2 因子 ($F(2, 363) = 3.357, p = 0.036$) に有意な差が認められた。多重比較の結果では、第 1 因子において、一般スタッフと上位管理者の間 ($p < 0.001$) に有意な差が認められ、第 2 因子において、一般スタッフと中間管理者の間 ($p = 0.031$) に有意差が認められた。さらに、表 24 に示す通り、所属機関による尺度スコアの比較では、一元配置分散分析の結果、合計得点 ($F(3, 362) = 6.456, p < 0.001$)、第 1 因子 ($F(3, 362) = 12.231, p < 0.001$)、および第 5 因子 ($F(3, 362) = 12.596, p < 0.001$) に有意な差が認められた。さらに多重比較の結果では、合計得点と第 1 因子において、行政と、医療

機関、介護保険サービス、その他のそれぞれとの間に ($p < 0.001$) に有意な差が認められた。また、第5因子においては、医療機関と介護保険サービスとの間 ($p < 0.001$) のみに有意差が認められた。

表 20 性別による PAES スコアの比較

性別	男性(n=251)	女性(n=115)	有意差
PAESスコア	Mean±SD	Mean±SD	
合計	43.59 ±13.06	44.25 ±11.70	n.s.
因子1	10.24 ±4.71	9.28 ±4.40	n.s.
因子2	11.08 ±2.00	11.42 ±2.39	n.s.
因子3	9.31 ±3.63	9.53 ±3.50	n.s.
因子4	7.63 ±3.24	8.05 ±2.52	n.s.
因子5	5.34 ±2.04	5.97 ±2.16	*

t検定 *: $p < 0.05$, n.s.: not significant

表 21 所属県による PAES スコアの比較

所属県	茨城県(n=185)	栃木県(n=74)	群馬県(n=107)	有意差	多重比較
PAESスコア	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
合計	44.44 ±12.75	40.89 ±13.23	44.69 ±11.80	n.s.	-
因子1	10.15 ±4.83	9.10 ±4.76	10.15 ±4.14	n.s.	-
因子2	11.21 ±2.355	10.95 ±2.60	11.30 ±2.53	n.s.	-
因子3	9.58 ±3.67	8.55 ±3.54	9.59 ±3.42	n.s.	-
因子4	7.92 ±2.95	7.04 ±3.30	7.98 ±2.93	n.s.	-
因子5	5.57 ±2.02	5.26 ±1.95	5.67 ±2.31	n.s.	-

一元配置分散分析 n.s.: not significant 多重比較: Bonferroni

表 22 年齢および経験年数と PAES スコアの相関

年齢, 経験年数 PAESスコア	相関係数	
	年齢	経験年数
合計	0.056	0.084
因子1	0.196***	0.202***
因子2	0.031	0.039
因子3	-0.014	0.013
因子4	-0.052	-0.019
因子5	-0.032	0.02

pearson *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

表 23 職位による PAES スコアの比較

職位	1)一般スタッフ(n=169)	2)中間管理者(n=106)	3)上位管理者(n=91)	有意差	多重比較
PAESスコア	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
合計	42.33 ±12.01	45.32 ±12.89	44.75 ±13.29	n.s.	-
因子1	9.08 ±4.36	9.98 ±4.43	11.48 ±4.98	***	1)-3)
因子2	10.90 ±2.40	11.68 ±2.28	11.13 ±2.68	*	1)-2)
因子3	9.11 ±3.29	9.90 ±4.02	9.26 ±3.54	n.s.	-
因子4	7.61 ±2.99	8.22 ±3.06	7.51 ±3.07	n.s.	-
因子5	5.63 ±2.11	5.55 ±2.02	5.36 ±2.19	n.s.	-

一元配置分散分析 *: $p < 0.05$, **: $P < 0.01$, ***: $p < 0.001$ n.s.: not significant 多重比較: Bonferroni

表 24 所属機関による PAES スコアの比較

所属	1)医療機関(n=210)	2)介護保険サービス (n=129)	3)行政等(n=10)	4)その他(n=10)	有意差	多重比較
PAESスコア	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
合計	42.61 ±11.92	44.52 ±12.85	59.90 ±14.24	43.35 ±12.85	***	3)-1,2,4)
因子1	9.65 ±4.17	9.79 ±4.64	18.30 ±6.98	9.65 ±4.15	***	3)-1,2,4)
因子2	11.09 ±2.49	11.32 ±2.40	12.40 ±2.22	10.65 ±2.50	*	—
因子3	9.24 ±3.47	9.39 ±3.65	12.30 ±4.30	9.29 ±3.69	n.s.	—
因子4	7.65 ±3.04	7.75 ±3.01	10.30 ±2.11	7.65 ±3.10	n.s.	—
因子5	4.99 ±2.08	6.28 ±1.85	6.60 ±2.32	6.12 ±1.93	***	1)-2)

一元配置分散分析 *: $p<0.05$,**: $P<0.01$,***: $p<0.001$ n.s.: not significant 多重比較:Bonferroni

地域関係者・機関との関わり経験の有無による5因子を合計したPAESスコアの比較では、保健師、介護支援専門員、特別支援学校教員、民生委員、当事者組織、地域包括支援センター、社会福祉協議会、老人クラブ等のそれぞれの項目について、関わり経験を持ったことのある「経験あり群」と、「経験なし群」とを比較した結果、いずれも「経験あり群」のほうが、PAESスコアが有意に高値を示した。また同表に、地域活動の経験として、地域ケア会議参画経験がある「経験あり」群と「経験なし」群の比較を示した。こちらも、地域ケア会議参加経験において「経験あり群」は「経験なし群」よりも有意にPAESスコアが高く、また介護予防活動の参加経験がある「経験あり群」は「経験なし群」よりも活動実践度スコアが有意に高かった。

表 25 地域関係者・機関との関わり経験の有無別による PAES スコアの比較

		PAESスコア				有意差
		経験あり群		経験なし群		
		n	平均値±SD	n	平均値±SD	
地域関係者 等との関わり 経験	保健師	190	48.14±13.45	176	39.77±10.34	***
	介護支援専門員	346	44.29±12.64	20	35.30±9.32	***
	特別支援学校教員	97	49.08±14.47	269	41.89±11.34	***
	民生委員	119	51.33±12.21	247	40.17±11.17	***
	当事者組織	71	49.75±14.79	295	42.36±11.64	***
	地域包括支援センター	256	46.57±12.60	110	37.34±10.14	***
	社会福祉協議会	220	47.23±12.76	146	38.32±10.29	***
	老人クラブ等	61	52.34±15.30	305	42.09±11.31	***
地域活動経 験	地域ケア会議参加	56	49.26±14.38	310	42.83±12.07	***
	地域の介護予防活動参加	164	48.52±12.63	202	40.00±11.29	***

t検定 *: $p<0.05$ **: $p<0.01$ ***: $p<0.001$ n.s.: not significant

4. 考察

(1) 尺度開発について

理学療法士による地域活動の実施状況は、「X1 対象者の身体的側面を情報収集する」、「X2 対象者の精神的側面を情報収集する」などの項目では平均スコアが 4 点を超えており、理学療法士は対象者の生活機能をよく把握していることを示している。一方、地域とのつながりを示す「X7: 対象者が利用できる老人クラブなどの住民組織やボランティア団体を把握する」、「X9: 地域の近所付き合いの特徴を把握する」などの項目では低値を示し、活動・参加に関連する情報収集が不十分であると推測する。また、地域関係者との検討を示す「X39 対象者への支援方法を地域住民と話し合う」、「X40 対象者への支援方法を地域団体や住民組織と話し合う」の得点は最も低く、理学療法士と地域住民との関わりが十分でないことを示している。この点については、先の研究 2 でも考察しているが、身体機能の評価・治療に偏ったりハビリテーションの実施、理学療法士の活動・社会参加に関連する情報収集および介入の不十分さ、地域住民との関わりが不十分であることを裏付ける結果が示されたといえる。

理学療法士による地域活動の実践はまだ十分に図られていない可能性があったことから、本研究では調査票を作成するにあたり、すでに活動実績のある保健師に求められる実践能力および到達目標などを参考にして調査項目を抽出した。調査票を作成する段階では、4 領域（8 区分）の 41 項目を精選し、因子分析により 5 因子を抽出した。

「地域のコア情報の把握」とであると解釈された第 1 因子は、当初の区分で「地域情報の把握」とした項目に高い因子負荷量を示しているが、「地域関係者との検討」とした 1 項目もこの因子に含まれる。地域における高齢者の健康福祉事業計画の要は、地域概要の基本となる統計データを収集することだけでなく、住民と接し、実態・実情を把握する必要がある¹⁵⁹⁾、このことから、理学療法士において、地域診断に必要な情報収集が求められているということが考えられる。

「社会参加につなげる情報の把握」と解釈された第 2 因子は、「対象者の生活機能」2 項目と「地域とのつながり」1 項目に高い因子負荷量を示している。理学療法士が、対象者の生活機能を把握しつつ地域とのつながりを持ち、社会参加への支援を評価することが求められているといえる。

「地域の伝統、風土に応じた支援」と解釈された第 3 因子は、当初の区分では「地域とのつながり」1 項目と「地域の実情に合った支援」3 項目に高い因子負荷量を示している。これは、実際に訪問を通じた地域活動や面談、または地域に行く途中で観察・収集できる質的な情報を含み、さらに地区踏査¹⁵⁸⁾のスキルも含まれる。このように、第 1 因子から第 3

因子の構造は、調査票を作成した際に検討した構造をベースとはしているものの、前述したような他の区分と考えていた項目もいくつか含まれている。その理由としては、職種の特徴の違いが大きいものと考えられる。つまり、保健師は地域や集団全体を対象とし、地域住民・関係者との関係づくり、情報の共有と連携、地域のネットワーク構築等を行っているのに対し、理学療法士は対象者に直接的なサービス提供を主体的に行う職種¹⁵⁰⁾であることから、このような項目の不一致がみられたものと思われる。また、因子分析においては、尺度項目の選定の際に、因子負荷量が 0.40 以上の項目を用いる事が多いが、今回、因子負荷量が 0.392 と 0.40 にきわめて近いこと、および島貫ら⁵⁴⁾、中村ら¹⁰⁶⁾の報告からも、近所との交流について把握する必要性が高いことを根拠として、「X9 地域の近所付き合いの特徴を把握する」の必要性を加味し、下位尺度として残した。

一方、第 4 因子は「生活者の課題からの地域課題導出」と解釈したが、「対象者と地域情報との統合・解釈」の 3 項目で構成されており、当初の区分と同様の構造となっている。また、第 5 因子は、「多角的な対象者情報の収集」と解釈したが、「情報の収集方法」2 項目で構成されており、やはり当初の区分と同様の構造となっている。これらの因子は、理学療法士が地域ケア会議の参画の場面で必要になる項目であり、地域のネットワークを介して収集するものである。したがって、これらは職種に関わらず必要な項目であると考えられる。

次に、PAES の信頼性と妥当性について検討した。探索的因子分析の結果、抽出された 5 つの因子における信頼性は、Cronbach の α 係数がいずれも 0.8 以上であったことから、十分な信頼性があると判断され、内的整合性を有することが確認された。また、妥当性については、構造方程式モデリングを用いた確認的因子分析を行い、因子構造モデルの適合度を GFI, CFI, RMSEA の指標をもとに検討した。GFI の値は 0.920, CFI の値は 0.955 であり、モデルの説明力は十分に確保されている。また今回の RMSEA の値は 0.067 であった。モデル適合度としての RMSEA の値は 0.05 以下としているものもあるが、本モデル適合度は許容範囲であるといえる。以上のことから、本尺度の信頼性と妥当性が確認されたものと考えられる。先ほど述べた X9 を尺度項目として採用するかどうかについて、確認的因子分析による適合度指標の点から、X9 を尺度から外して再検討した結果、GFI=0.930, CFI=0.962, RMSEA=0.064, AIC=319.168 と若干の適合度の向上を認めたため、下位因子として採用することとした。

(2) PAES の因子の特性の検討

因子 5 のスコアは、女性のスコアが男性のスコアよりも有意に高かった。その理由については、男性と女性の職位の比率と、因子 5 のスコア

によるものと推測される。女性は、一般スタッフの割合が最も多く、59.5%で、因子5の平均スコアは、 5.97 ± 2.14 であった。また男性スタッフは、一般スタッフ（39.9%）、中間管理者（31.0%）、上位管理者（29.0%）で全体的に分散していたが、中でも上位管理者の因子5の平均スコアは、 5.08 ± 2.01 と極端に他の職位に比べ低かった。そのため、性別による差につながったものと考えられる。管理者は、次に述べるような、実務上で管理業務が優先されることがその理由と推測されるが、職位の比較では、有意な差は認められなかったため、その原因を明らかにすることができなかった。しかし因子5のスコアは、上位の管理者になると実践度が下がる傾向にあることが示されたといえる。

年齢（ $r=0.199$ ）、および経験年数（ $r=0.203$ ）は、それぞれ第1因子のPAESスコアとの間に有意な正の相関関係が、また、3つの職位による比較では、一般スタッフと上位管理者の間に有意な差（ $p<0.001$ ）が認められた。このことから、「地域のコア情報の把握」は理学療法士としての経験が多く、職位の高い理学療法士は、リハビリテーション事業を地域のニーズとして管理・実践していると考えられる。つまり、地域全体を把握するために、幅広く地域情報を収集していることは、上位職位の特徴であると推測する。第2因子には、年齢や経験年数との相関は認められなかったが、一般スタッフと中間管理者の間での有意な差（ $p=0.018$ ）が認められた。これは、中間管理者が対象者の社会参加への視点を有し、実践していることが要因であると推測される。一方、一般スタッフと上位管理者との間に有意な差が認められなかったのは、上位管理者の業務が対象者個人に対する支援の実践よりも、むしろ管理面に移行していることから、理学療法士の専門スキルよりも管理スキルが優先されたのではないかと思われる。守田²⁰⁷⁾は、保健師が対象者の社会参加を促すには、「個」の課題を「地域」の課題に結びつけるスキル、および疫学を基盤とした活動理論が必要であると述べている。同様に、地域保健に関わる理学療法士・作業療法士の人材育成に関する調査研究¹⁵⁷⁾において、個から出発した生活課題を他職種とのネットワークの中で地域課題や社会資源をつなぎ、政策立案につなげていく過程の理解が必要であると述べられており、理学療法士においても、「個」から「地域」の課題に結びつけるスキルの獲得、および公衆衛生に関する教育の充実が必須であると考えられる。

第3因子から第5因子までは、年齢、経験年数との有意な相関、および職位による有意な差を認めなかった。この結果は、理学療法士の専門スキルとしてこれまであまり重要視されてこなかったことによるものと考えられる。「地域の伝統、風土に応じた支援」は、地域を対象とする公衆衛生従事者の活動特性である²⁰⁹⁾。また、第4因子である「生活者の課題からの地域課題導出」は、今後推進される「地域ケア会議の開催」に

関連する項目であり、未だ理学療法士の参画経験が少ないことが推測される。会議の構築段階においては、個別レベルの積み上げから発見された地域課題をより広域の会議に導入する方向だけでなく、日常生活圏域レベルや市町村レベルで把握および対応を検討した課題に関するケースを個別レベルで検討するといった方向もあり得る³⁾。つまり、理学療法士の地域ケア会議の参画の場面では、病院など臨床で実践されている患者個人を対象としたアプローチや思考過程のみでは不十分である。対象者個人の課題、家族、集団、住民、地域の課題の抽出まで幅広く発展させる思考力と地域課題解決にむけた検討力、地域支援独自の思考を理解することが必要であり、理学療法士の地域活動において、予め獲得しておくべき思考力であると考えられる。第5因子である「多角的な対象者情報の収集」は、対象者の情報を多角的に収集するために必要な連携力に関係する項目である。職位間に差がみられなかった理由としては、理学療法士の管理者は、おそらく施設内組織での管理能力が求められているためであろう。しかし、地域包括ケアシステムの推進には、医療、介護、保健、福祉の専門職、団体、機関によるフォーマルなサポート、家族、友人、住民、ボランティア等インフォーマルなサポートと連携することが不可欠である。

表23の所属機関による尺度スコアの比較では、合計スコア及び因子1において、行政等のPAESスコアが他の群に比較して有意に高かった。その結果からも、PAESが、地域保健に関わる行政等の取り組みに準じた尺度構造を構成していることが推察される。当然、臨床における理学療法士が持つ役割と行政理学療法士が持つ役割は異なるものであると思われるが、地域包括ケアシステムの構築においては、行政理学療法士の持つスキルを臨床理学療法士に教示していくということを考えれば、PAESの活用方法の一つとして有効である。多くの理学療法士は、医療・介護保険の算定による報酬制度の仕組みの中で活動する場面が多く、所属する職場を超えて地域活動を行うことが難しい。また、システムづくりの核となる、行政、市町村に所属する理学療法士の数は少ない²¹⁰⁾状況にある。今後は、行政理学療法士のスキルを有している臨床理学療法士が、地域の様々な社会資源が連携するネットワークに参画して協働できることの理解を促し、活躍できる場を創造することが重要なポイントであると考ええる。また、因子5は、医療機関に所属する群と介護保険サービスに所属する群間に、有意な差を認めており、多職種連携の構造の違いがあり、生活期のリハビリテーションにおける連携構造が、施設内の専門職に集約されず、より広く、事業所を超えたサービスでの職種連携の構造であることが推測される。

地域関係者・機関との関わり経験の有無別にPAESスコアによる比較した結果では、関わった経験を持ったことのある「経験あり群」と、「経験

なし群」を比較した結果、保健師、介護支援専門員、特別支援学校教員、民生委員、当事者組織、地域包括支援センター、社会福祉協議会、老人クラブ等のそれぞれの項目について、関わり経験を持ったことのある「経験あり群」と、「経験なし群」においていずれも「経験あり群」のほうが、有意に実践度スコアが高値を示した。また、地域ケア会議参加経験の「経験あり群」は「経験なし群」よりも有意に PAES スコアが高く、介護予防活動の参加経験の「経験あり群」は「経験なし群」よりも活動実践度スコアが有意に高かった。これは、地域づくりの関係者たる専門職、関係機関、および地域住民組織との関わりがある理学療法士が、地域活動実践能力が高いことを示し、また地域における参加経験が、地域活動能力を高める要素であることを示している。つまりこの結果は、地域関係者と関わりを持つことの重要性を示唆した結果であったと考えられる。安梅ら²¹¹⁾は、地域のケアマネジメントに関わる専門職の特性を比較し、理学療法士は、対象評価力、およびリスク管理能力が高いが、ネットワーク化が低いことを報告している。また、勤務する職場において協働、連携が実践されていても、在宅者を支援するための多施設、他機関、職種間のみならず、当人、家族を中心とした生活継続に関わる行政、地域社会資源等を調整する連携の要となる人材の存在意義や求められる資質についての検討はまだ十分ではない¹²⁴⁾ことも指摘されており、PAES の活用はその指標になる可能性が示唆された。同じく、介護予防事業の参加経験がある「経験あり」群は、「経験なし」群よりも有意に PAES スコアが高かったことから、実践度を上げるには、地域活動の経験を積むことが重要であることが考えられる。以上から、PAES は、地域活動の能力開発に必要な尺度として適用できる可能性が示されたといえる。

第 5 節

地域活動実践能力に影響を与える要因の分析（研究 4）

1. 目的

研究 1 から 3 において、実務を実践している理学療法士の推進意識、活動の現状を明らかにし、地域活動の実践度を測定する評価尺度を開発したが、地域の実情に応じた地域包括ケアシステム構築の推進に必要な能力は、それらに影響を与える要因を分析することにより、その妥当性を高めることができると考えられる。研究 4 は、前述したように、能力をコンピテンシーで定義されている基本的な姿勢と知識・技術の総合的な集合体と解釈し、本要因分析の枠組みを構築し、地域活動実践能力に影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。

専門職の活動能力、コンピテンシーに基づく教育は、職務遂行能力とパフォーマンスの向上とされ、またそれを支えるキャリアパス、ラーニングプレイスとしての職場の環境が必要であるとしている¹³³⁾。WHO グローバルコンピテンシーモデル¹³⁹⁾では、コンピテンシーを構成する要素が、コア能力、マネジメント能力、リーダーシップ能力であるとしており、コア能力は自己認識、協調性、マネジメント能力は期待される結果の自己裁量権、組織内外の連携、リーダーシップ能力は、複雑な保健問題・活動に基づいた幅広い理解、共通目標に対する明確なビジョン、学習の発展を奨励する文化確立による組織活性化等であると定義している。これらの文献を参考としたうえで、地域活動実践能力を、地域包括ケアシステム構築を推進する意識度と、活動実践度の 2 つの要素で構成していると仮定した。

本研究の枠組みは、図 12 に示すように、地域活動実践能力を構成する 2 つの変数を従属変数とし、それに影響を及ぼす独立変数として、属性要因、コア能力要因、マネジメント能力要因、環境要因を挙げた。

本研究では、属性要因を、性別、年齢、経験年数、職位とし、コア能力要因を高田（2000）の相互独立的・相互協調的自己観尺度¹⁹⁷⁾、環境要因として田中ら¹⁹⁹⁾の職務満足感尺度、この 2 つの心理的尺度を地域活動実践尺度スコアに影響する諸要因の指標として使用した。

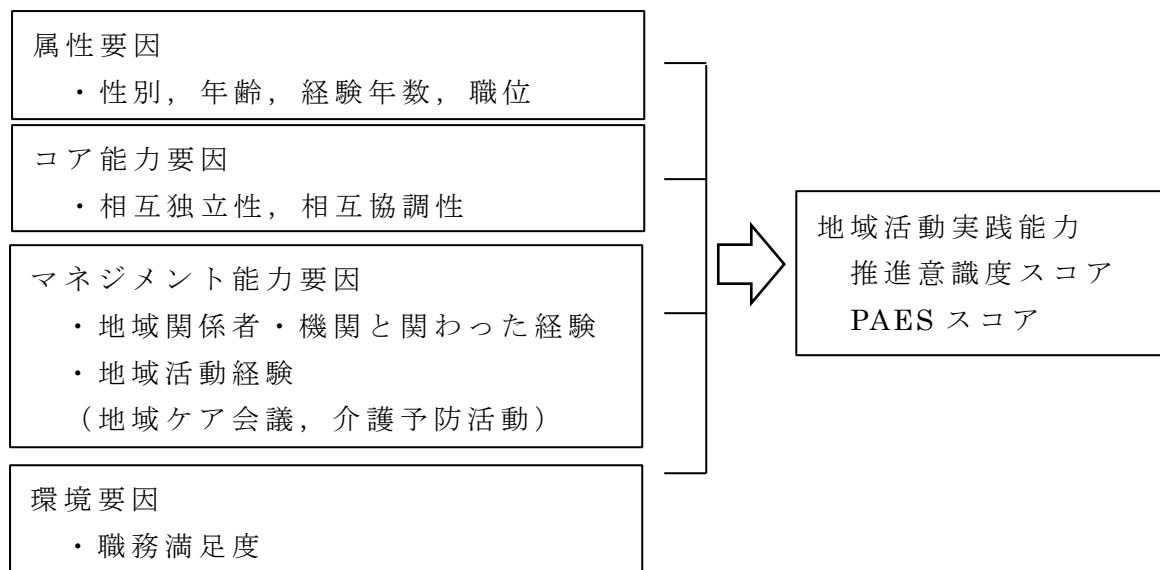


図 12 研究 4 の枠組み

2. 方法

(1) 対象

分析対象は，366 名とした。

(2) 分析項目

a) 地域活動実践能力

PAES スコア，地域活動推進意識度

b) 属性要因

性別，年齢，経験年数，職位

c) コア能力要因

相互独立的・相互協調的自己観尺度を使用した。高田（2000）による心理尺度の相互独立的・相互協調的自己観尺度¹⁹⁷⁾は，個人は他者とは分離・独立している存在で，独自性を主張することの必要性「相互独立的自己観」と，人は個別的ではなく，さまざまな人間関係の一部であるという「相互協調的自己観」を持つと言われている。これを「個の認識・主張」「独断性」「他者への親和・順応」「評価懸念」の 4 要素により 20 項目で測定するものである。一般成人による信頼性係数(α)は，相互独立性全体 0.82，相互協調性全体 0.79，再現性(r)は各 0.69，0.66 で，内的整合性，集団主義尺度，自己意識尺度，日本的自己意識尺度との相関による構成概念妥当性が検証されている。先行研究では，医療職のケアチーム構築，育成プログラム実践における，集団性，リーダーシップ性を検討する評価尺度として活用されている¹⁹⁸⁾。本尺度は，「ぴったりあてはまる」7 から「まったくあてはまらない」1 まで 7 段階で数値化し，下位尺度 4 因子ごとに平均値を算出した。

d) 環境要因

田中¹⁹⁹⁾の職務満足感尺度を使用した。職務満足感尺度は、職場環境に対するストレス反応や満足感を評価する尺度として、職場全体に対する満足感と個々の職場環境に対する満足感を2分し、「全体的職務満足感」の1因子および「キャリア満足感」「対人関係への満足感」「能力発揮への満足感」3因子のあわせて4つの因子、14項目として構成された尺度である。製造業従業員に対する信頼性係数(α)は、「全体的職務満足感」0.88, 「キャリアへの満足感」「対人関係への満足感」「能力発揮への満足感」はそれぞれ、0.84, 0.83, 0.79, 妥当性は, GFI0.89, AGFI0.83により構成概念妥当性が検証されている。今回、「はい」5から「いいえ」1まで5段階で数値化し、下位尺度ごとに合計点(14から70点)を算出した。

(3) 分析方法

分析に使用したコア能力要因である相互独立的・相互協調的自己観尺度および環境要因である職務満足感尺度について、平均値、信頼性係数(Cronbachの α 係数)を算出した。

次に、地域活動実践能力の状況について検討するために、地域活動実践能力の2変数の各要因の関係性を確認するために、正準相関分析を実施した。次にすべての変数について地域活動実践能力の2つの変数とのPearsonの相関分析による関連性を分析した。

また、コア能力要因について、地域活動実践能力の2つの変数における関係性を確認するために、相互独立性を示す「個の認識・主張」「独断性」と相互協調性を示す「他者への親和・順応」「評価懸念」の2グループに分けて平均値を算出し、平均値を基準として①「相互協調性が高く、相互独立性高い群」、②「相互協調性が低く、相互独立性が高い群」③「相互協調性が高く、相互独立性が低い群」④「相互協調性低・独立性低い群」に分け、地域活動実践能力の2つの変数について、一元配置分散分析を行い、有意差が認められた場合にはさらにBonferroniの方法による多重比較を行った。

各要因の変数については、地域活動実践能力である2変数を従属変数とした。多重共線性の影響を制御するため、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。重回帰式を求め、偏回帰係数、標準化偏回帰係数の大小の調査ならびに偏回帰係数の検定によって、その独立変数が予測に役立つか確認した。

属性因子およびマネジメント能力要因の影響を探るために、地域活動実践能力である2変数を目的変数、属性、地域関係者・機関との関わり、地域活動参加経験を説明変数としてダミー変数を用いた重回帰分析を行い、青木²¹²⁾の方法により、数量化理論I類の形式に変換した。解析は、汎用統計ソフトIBM SPSS ver.22を用いた。

3 . 結果

PAES スコアと推進意識度スコアの 2 つの変数を地域活動実践能力とし、2 つのスコアに影響する要因について分析した結果を次に示す。

(1) コア能力要因と環境要因の各スケールの内容と得点分布（表 26）

使用した相互独立的・相互協調的自己観尺度、職務満足感尺度が、地域活動実践能力との関連を示すものに使用できることを確認するために、信頼性分析として、Cronbach の α 係数を算出した。相互独立的・相互協調的自己観尺度の α 係数は 0.562 から 0.808 であり、他者への親和・順応の値がやや低値を示した。職務満足感尺度の Cronbach の α 係数は 0.782 から 0.852 で高値を示した。これらの結果から、地域活動実践能力との関連を示すものに使用できることを確認した。

表 26 コア能力要因と環境要因の各スケールの内容と得点分布

尺度と評価方法	平均値±SD	範囲	α 係数
相互独立的・相互協調的自己観尺度 ・20項目 ・7段階順序 ・平均値で評価			
個の認識・主張4項目	4.57±0.88	1.25～7.00	0.808
独断性6項目	3.88±0.89	1.17～7.00	0.782
他者への親和・順応6項目	4.68±0.58	2.83～6.50	0.562
評価懸念4項目	4.36±0.99	1.25～7.00	0.755
職務満足感尺度 ・14項目 5段階順序 ・合計点で評価			
全体的職務満足感 4項目	14.10±3.57	4～20	0.852
キャリアへの満足感4項目	12.80±3.40	4～20	0.782
対人関係への満足感3項目	11.04±2.70	3～15	0.815
能力発揮への満足感3項目	10.43±2.53	3～15	0.789

(2) 推進意識度スコアと活動実践度スコア間の正準相関分析結果

推進意識度スコアと PAES スコア間の正準相関分析結果を表 27 に示す。第一正準相関に負荷が高い項目は、推進意識度スコアでは、「地域の介護予防事業を担当したい」「介護予防システムの構築に参画したい」「地域包括ケアシステムの構築に参画したい」「地域ケア会議に参画したい」の 4 つが抽出された。また、PAES スコアでは、「地域コア情報の把握」「地域の伝統、風土に応じた支援」「生活者の課題からの地域課題導出」の 3

つが抽出された。第 1 正準相関係数は $r=0.586$ ($p<0.001$) と有意であった。

表 27 活動実践度スコアと推進意識度スコアの正準相関分析結果

推進意識度スコア	正準相関係数	PAESスコア
Q4 地域の介護予防事業を担当したい	0.586	因子1 地域のコア情報の把握
Q5 介護予防システムの構築に参画したい		因子3 地域の伝統、風土に応じた支援
Q6 地域包括ケアシステムの構築に参画したい		因子4 生活者の課題からの地域課題導出
Q7 地域ケア会議に参画したい		

(3) 地域活動実践能力 2 変数と、各要因との相関分析結果

表 28 に地域活動実践能力 2 変数と各要因との相関分析結果を示した。また表 29 に各要因間の相関行列を示す。コア能力要因では、個の認識・主張のスケールが、PAES スコア ($r=0.317$)、推進意識度スコア ($r=0.246$) に有意な相関 ($p<0.01$) を示し、他者認知順応のスケールは、推進意識度スコア ($r=0.139$) と有意な相関 ($p<0.01$) を示した。一方、環境要因では、全体的職務満足感が、PAES コスア ($r=0.133$, $p<0.05$)、推進意識度スコア ($r=0.136$, $p<0.01$) と有意な相関を示し、対人関係への満足感のスケールは、活動実践度コスア ($r=0.144$, $p<0.01$)、推進意識度スコア ($r=0.107$, $p<0.05$) に有意な相関を示した。また能力発揮への満足感のスケールは、PAES コスア ($r=0.259$, $p<0.01$)、推進意識度スコア ($r=0.213$, $p<0.01$) に有意な相関を示した。

表 28 属性要因、コア能力要因、環境要因における相関分析結果

アイテム	カテゴリー	推進意識度 スコア	PAESスコア
属性要因	年齢	0.036	0.056
	経験年数	0.018	0.083
コア能力要因	個の認識・主張	0.246**	0.317**
	独断性	0.018	0.067
	他者への親和・順応	0.139**	0.004
	評価懸念	0.072	-0.044
環境要因	全体的職務満足感	0.136**	0.133*
	キャリアへの満足感	0.099	0.023
	対人関係への満足感	0.107*	0.144**
	能力発揮への満足感	0.213**	0.259**

Pearson ** $p<0.01$, * $p<0.05$

表 29 各要因間の相関行列

Pearson の相関係数	1	2	3	4	5	6	7	8	10
1.年齢	1								
2.経験年数	0.89**	1							
3.個の認識・主張	0.15**	0.14**	1						
4.独断性	0.05	0.02	0.39**	1					
5.他者への親和・順応	-0.20**	-0.20**	-0.11*	-0.07	1				
6.評価懸念	-0.16**	-0.13*	-0.27**	-0.14**	0.49**	1			
7.全体的職務満足感	0.11*	0.09	0.18**	-0.03	0.14**	-0.01	1		
8.キャリアへの満足感	0.18**	0.15**	0.10	-0.01	0.04	0.00	0.54**	1	
9.対人関係への満足感	-0.06	-0.05	0.11*	-0.13*	0.11*	0.03	0.61**	0.34**	1
10.能力発揮への満足感	0.11*	0.08	0.25**	0.04	0.05	-0.08	0.75**	0.51**	0.51**

Pearson **p<0.01,*p<0.05

(4) コア能力要因による地域活動実践能力の比較

コア能力要因の相互協調性、相互独立性別に推進意識度スコアおよび活動実践度スコアについて比較した結果を表 30 に示す。「相互協調性および相独立性が高い群」は、「相互協調性および相独立性が低い群」に比べて有意に推進意識度が高かった。また、活動実践度は、「相互協調性および相独立性が高い群」および、「相互協調性が高く、相互独立性が低い群」が、「相互協調性が低く、相互独立性が高い群」と比較し、有意にスコアが高かった。

表 30 コア能力要因と地域活動実践能力との関係

	推進意識度スコア		PAESスコア	
	平均値±SD	多重比較	平均値±SD	多重比較
①相互協調性高・相互独立性高 群(n=74)	55.85±22.60		46.73±13.29	
②相互協調性低・相互独立性高 群(n=108)	50.35±23.08	①-④	40.14±10.74	①-②, ②-③
③相互協調性高・相互独立性低 群(n=94)	51.71±24.43		45.56±13.89	
④相互協調性低・相互独立性低 群(n=90)	42.98±21.20		43.92±11.95	

p<0.05, 多重比較: Bonferroni

(5) 地域活動実践能力についての重回帰分析の結果

表 31 に示すとおり，推進意識度スコアを従属変数とした独立変数との関連では，コア能力要因の「個の認識・主張」が $\beta = 0.226$ ，「他者への親和・順応」が $\beta = 0.155$ ，環境要因の「能力発揮への満足感」が $\beta = 0.149$ と有意であった。また，PAES スコアを従属変数とした独立変数との関連では，コア能力要因の「個の認識・主張」が $\beta = 0.267$ ，環境要因の「能力発揮への満足感」が $\beta = 0.263$ で有意であり，「キャリア満足感」は $\beta = -0.137$ と，負の方向に影響する要因となった。

表 31 地域活動実践能力についての重回帰分析

ステップワイズ法			
	独立変数	推進意識度スコア	PAESスコア
属性要因	年齢		
	経験年数		
コア能力要因	「個の認識・主張」	0.226***	0.267***
	「独断性」		
	「他者への親和・順応」	0.155**	
	「評価懸念」		
環境要因	「全体的職務満足感」		
	「キャリア満足感」		-0.137*
	「対人関係への満足感」		
	「能力発揮への満足感」	0.149**	0.263***
R2		0.109	0.149
調整済みR2		0.101	0.142

表中の数値：標準化偏回帰係数(β) * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

(6) 数量化 I 類による要因の検討

対象者の属性要因（性別，年齢，経験年数，職位）およびマネジメント能力要因（地域関係者・機関との関わり経験，地域活動経験）に及ぼす影響を調べるために数量化理論 I 類を用いた分析を行い，因子について影響を受ける度合いをレンジとして表化した（表 32）。

表 32 数量化理論 I 類による推進意識度および PAES スコアの分析結果

説明変数	カテゴリー	反応数(%)	推進意識度スコア		PAESスコア	
			カテゴリースコア	レンジ	カテゴリースコア	レンジ
属性	県	茨城県	185(50.5)	-0.17		0.08
		栃木県	107(29.2)	-2.49	4.51	-1.61
		群馬県	74(20.2)	2.02		0.97
	性別	女性	115(31.4)	-1.82	2.65	0.79
		男性	251(68.6)	0.83		-0.36
	年代	20歳代	89(24.3)	-0.41		0.54
		30歳代	176(48.1)	0.73	3.74	0.06
		40歳代	75(20.5)	-0.19		0.39
		50歳以上	26(7.1)	-3.01		-3.40
	経験年数	5年未満	57(15.6)	9.10		-0.68
		5～9年	140(38.3)	-0.49	12.73	1.35
		10～14年	87(23.8)	-1.76		-0.22
		15年以上	82(22.4)	-3.63		-1.60
	職位	一般スタッフ	169(46.2)	0.58		0.32
		中間管理者	106(29.0)	0.17	1.85	0.53
		上位管理者	91(24.9)	-1.27		-1.21
地域 経験活動	地域ケア会議参加経験	なし	310(84.7)	0.96	6.28	-0.30
		あり	56(15.3)	-5.32		1.68
	介護予防活動参加経験	なし	202(55.2)	-6.02	13.44	-1.21
		あり	164(44.8)	7.42		1.49
地域 関係者・ 機関との 関わり 経験	保健師	なし	190(51.9)	-1.98	4.13	-1.22
		あり	176(48.1)	2.14		1.32
	介護支援専門員	なし	20(5.5)	-3.97	4.20	-2.08
		あり	346(94.5)	0.23		0.12
	特別支援学校教員	なし	269(73.5)	-0.39	1.48	-0.94
		あり	97(26.5)	1.09		2.60
	民生委員	なし	247(67.5)	-2.01	6.19	-1.84
		あり	119(32.5)	4.18		3.82
	当事者組織	なし	295(80.6)	-1.36	7.02	-0.58
		あり	71(19.4)	5.66		2.39
	地域包括支援センター	なし	110(30.1)	-0.32	0.45	-2.06
		あり	256(69.9)	0.14		0.88
	社会福祉協議会	なし	146(30.1)	-3.29	5.48	-1.47
		あり	220(60.1)	2.18		0.98
	老人クラブ等	なし	305(83.3)	-1.32	7.91	-0.65
		あり	61(16.7)	6.59		3.27

1) 推進意識度スコアに影響を及ぼす要因

最もレンジ値が大きかったのは介護予防活動参加経験（レンジ＝13.44）で，介護予防事業の経験がある者のカテゴリースコアは 7.42

と高い値を示し、一方で、経験がない者では-6.02 と負の値を示した。この結果から、介護予防活動への参加経験の有無が地域活動の推進意識度に強い影響を及ぼしていることが示された。また、経験年数もレンジの値は 12.73 と大きく、経験年数が 5 年未満の者ではカテゴリースコアは 9.10 と高い値を示す一方で、10～14 年の者では-1.76、15 年以上の者では-3.63 と、経験年数が長くなるほど推進意識度が低くなる状況が見られた。地域ケア会議への参加経験では、経験がない者のカテゴリースコアは 0 に近いが、経験がある者ではカテゴリースコアは-5.32 と、推進意識度を下げる方向に影響していた。地域との関わりに関しては、保健師、民生委員、当事者組織、社会福祉協議会、及び老人クラブ等との関わりがある者ではカテゴリースコアの値が高く、推進意識度を高める状況が見られた。

2) PAES スコアに影響を及ぼす要因

最もレンジが大きかったのは民生委員との関わり経験（レンジ＝5.67）で、民生委員との関わり経験がある者のカテゴリースコアは 3.82 と大きい値を示し、一方で、経験がない者では-1.84 と負の値を示した。この結果から、地域の住民組織活動への参加経験の有無が活動推進度に強い影響を及ぼしていることが示された。また、年代もレンジの値は 3.94 と大きく、年代が 20 歳代の者では、カテゴリースコアは 0.54 であったが、50 歳以上の者では-3.40 と年代が高いカテゴリーは PAES スコアが低くなる状況が見られた。地域との関わりに関しては、民生委員のほかに特別支援学校教員、老人クラブ等との関わりがある者ではカテゴリースコアの値が大きく、PAES スコアを高める状況が見られた。

4. 考察

(1) PAES スコアと推進意識度スコアの正準相関分析結果から

地域活動実践能力を示す 2 変数について、推進意識度スコアと活動実践度スコア間の正準相関分析結果から検討し、正準相関分析から抽出された推進意識度スコアは、「地域の介護予防事業を担当したい」「介護予防システムの構築に参画したい」「地域包括ケアシステムの構築に参画したい」「地域ケア会議に参画したい」の 4 つが、第 1 正準相関に負荷量の高い項目であった。これは、研究 1 の 7 つの質問項目のうち、比較的推進意識が低いと解釈される項目でもある。一方 PAES スコアからは「地域コア情報の把握」「地域の伝統、風土に応じた支援」「生活者の課題からの地域課題導出」の 3 つが抽出された。この 3 つの因子についても、研究 2 および研究 3 から、その得点は低い因子の項目であった。今回の分析では、それぞれ低い因子が有意な相関を示す構造となっていた。この理由は、理学療法士にとって、必要な能力の項目であると同時に、現段階では、能力開発および教育として充足されていない項目であることが推測される。つまり地域実践能力は、いまだ理学療法士の弱みとして存在しており、この弱みを発掘するための能力指標であると考えられる。

森本³⁰⁾は、理学療法士は、医学的な知識から予後予測を行い、要介護者、虚弱高齢者、予防領域まで幅広く対応できるだけでなく、様々な介護保険サービスにおける支援や福祉用具の開発、選定、住宅改修のアドバイス、介護職員への教育など、幅広い活動が可能であることが強みであると述べている。一方、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も述べている。

地域包括ケアシステムへの参画には、他職種に対して説明、実行できるリーダーシップ能力や他職種との信頼関係を深める調整能力などのマネジメント能力が要求される。つまり地域活動実践能力を向上することは、質を担保するための有資格者の能力開発・育成につながるものであると考えられる。

(2) 地域活動実践能力 2 変数と、各要因との相関分析、および重回帰分析の結果から

地域活動実践能力 2 変数と 3 要因 10 項目との相関分析を行ったところ、推進意識度スコアは、コア能力要因の「個の認識・主張」、「他者への親和・順応」および環境要因の「全体的職務満足感」、「対人関係への満足感」「能力発揮への満足感」のスケールとの有意な相関関係を認め、PAES スコアは、コア能力要因の「個の認識・主張」、環境要因の「全体的職務満足感」、「対人関係への満足感」「能力発揮への満足感」に有意な相関を

認めた。一方、年齢、経験年数、独断性、評価懸念、キャリアへの満足感、推進意識度スコアと PAES スコアの双方に相関を認めなかった。全体的職務満足感、対人関係への満足感、能力発揮への満足感のスケールは、推進意識度スコア、PAES スコアの双方に有意な相関を示したことから、地域活動実践能力に関連する要因として示唆される。全体的な職務の満足感に加え、対人関係への満足感と相関を示したことは、職場の協力体制を示すものと考えられる。地域に出向いて活動するためには、上司、部下、同僚の協力を得た職場であること、つまり施設を離れ、地域活動を推進する職場の体制が整えられているかどうかという判断材料にもなると考えられる。このように、職務満足感、地域への人材派遣としても注目すべき点であり、専門職としての活動能力を支えるために必要なものと考えられる²¹³⁾。また、コア能力要因の「個の認識・主張」が、推進意識度スコア、PAES スコアの双方と相関を認め、「他者への認知・順応」が推進意識度スコアと相関を認めたことによって、地域活動の実践能力は、理学療法士として、地域で協働する他職種とは異なる職種であることを認識しながら、自己を表現する認識を中心とした独立性と他者との対立の回避、協調を重視する協調性の双方が関連している可能性が示唆された。また、環境要因の職務満足度の 4 つの下位尺度のうち、3 つの尺度が地域活動実践能力 2 変数と相関を認めたことで、理学療法士としての職務満足度が地域活動能力に影響している可能性が示唆された。

表 28 に示した各要因間の検討によれば、年齢、経験年数は、個の認識・主張、およびに正の相関を認め、他者認知順応、評価懸念に負の相関を示している。これは、およそ本尺度を開発した高田¹⁹⁷⁾の結果に準じていた。全体的職務満足感、年齢、個の認識、他者認知・順応に相関を認めている。キャリア満足感、年齢、経験年数に相関を認めており、昇給、給料に関わる満足感が影響している可能性があると考えられる。対人関係への満足感、個の認識、他者認知順応には正の相関を示し、独断性には負の相関を示したことから、対人ストレスモデル²¹⁴⁾として、パーソナリティが、認知的評価、対人コーピング等の媒介過程を経て、ポジティブな満足度またはネガティブな満足度につながることを示した報告²¹⁵⁾と概ね同じであったと考えられる。能力発揮への満足は、年齢、個の認識と相関を認め、自分の技能や能力が年齢および自身の認識として現れていることが推察された。

コア能力要因の相互協調性、相互独立性別に推進意識度スコアおよび活動実践度スコアについて比較した結果からは、相互協調性および相互独立性が高い群は、相互協調性および相互独立性が低い群に比べて有意に推進意識度が高かった。このことは、推進意識は、協調性や独立性という気質的な要素が影響していることを示唆している。PAES スコアは、「相互協調性および相互独立性が高い群」および、「相互協調性が高く、

相互独立性が低い群」が、「相互協調性が低く、相互独立性が高い群」と比較し、有意にスコアが高かった。これは、理学療法士の活動における重要性が相互協調性をもつ気質にあることを示唆していた。亀井¹⁹⁸⁾は、チーム作りの能力を向上するプログラムの実践によって、相互独立性を構成する下位尺度では、独断性の数値が低下し、個の認識・主張の値は変化がなく、結果として、相互独立性の数値は下がる傾向にあり、相互協調性を構成する下位尺度では、評価懸念の数値が低下し、他者への親和・順応の値は変わらなかったと報告している。このことは、理学療法の教育の実践や、職場における協調性向上に対する効果が期待できると考えられる。高田²¹⁶⁾は、独立性と協調性が共に高い拮抗型は、反自己中心的規範意識と権威主義をもつタイプであり、松原²¹⁷⁾は、規範的な者は、参加促進的行動、職務の多様性が高く、職務の満足度が高いと報告している。地域活動実践力を高めるコア要因として、独立性と協調性が共に高い者が資質として求められる可能性があると考えられる。

地域活動実践能力の2変数と3要因10項目を用いた重回帰分析では、相関分析による分析と概ね同じ様の結果であったが、属性要因の年齢、経験年数は、地域活動実践能力の2変数と有意ではなく、その影響は低いと考えられた。また、「個の認識・主張」が、推進意識度スコアとPAESスコアの双方に有意であり、「他者への親和・順応」が推進意識度スコアに有意であった。推進意識は、「個の認識・主張」を中心とした独立性と、「他者への親和・順応」を中心とした協調性に影響を受ける可能性が示唆された。さらに、環境要因である「能力発揮への満足感」が推進意識度とPAESスコアの双方に有意であったことから、理学療法士としての能力発揮の場の必要性が示唆される結果につながったと考えられる。キャリアへの満足感は、推進意識、活動実践度と有意な相関を認めなかったため、給与や昇給の満足度とは関連が薄いものであることが考えられたが、重回帰分析ではPAESスコアに負の予測を示した。要因間の相関分析表において、キャリアへの満足感は、年齢や経験年数との相関が認められていたことから、キャリア経験が長く、昇給、給与などの満足度が高い場合、地域活動実践能力を下降させてしまうことに影響する可能性が示唆された。

重回帰分析において、 R^2 の値は必ずしも高いものではなかったため、推進意識度スコアやPAESスコアに対しては、今回検討した要因以外にも多くの要因の影響を受けている可能性がある。

(3) 属性要因と地域活動実践能力の数量化分析による影響の検討

数量化理論Ⅰ類による推進意識度スコア、PAESスコアへの影響度分析の結果では、経験年数が5年未満の者は推進意識に最も強い影響を与えており、新人理学療法士がポジティブであることがわかった。また、PAES

スコアにおいても、年齢、または経験年数が高いと、スコアに負の影響を与えることが示された。これは、地域リハビリテーションの重要性^{12, 126)}は以前から論じられていたが、近年、特に 2000 年度の介護保険制度導入に伴い、専門基礎分野に保健・医療・福祉それぞれの分野とリハビリテーションの理念が取り入れられたこと⁹⁹⁾、地域理学療法学として、地域社会に着眼した理学療法学の新しい分野を示したこと¹⁵⁰⁾によるものと考えられる。これは、理学療法士の専門領域としての教育を行うことの意義と教育の充足により、最近の教育を受けた理学療法士の地域に対する関心が向上し、地域情報の収集の必要性が理解され、支援活動の中で実践されていることが推察される。

推進意識度スコアにおいては、介護予防活動参加経験のレンジが最も大きく、推進意識を向上するカテゴリーとして非常に重要な経験であることが示されたといえる。一方、地域ケア会議参加経験は、活動参画意識に負の影響を与える結果となった。日本理学療法士協会の地域保健に関わる理学療法士・作業療法士の人材育成に関する調査研究¹⁵⁷⁾では、地域課題解決に対して専門職としての役割を果たせなかったと回答した者が 24.5%と報告している。地域ケア会議は、住民個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を同時に進めていくことによって地域包括ケアシステムを実現可能とする重要な手法²¹⁸⁾であるが、現時点では、地域ケア会議の中の理学療法士の役割として、個から出発した生活課題を、他職種とのネットワーク化の中で、地域課題や社会資源をつないでいく地域診断¹⁵⁹⁾の方法が十分に理解されていないことや、地域ケア会議自体の理念に沿う形での重要性²¹⁸⁾を理解する教育が不十分ということが影響しているものと考えられる。一方で、PAES のスコアは、地域ケア会議の参加経験、および介護予防活動参加経験の影響は小さかった。このことから、現段階では教育に関する影響も推進意識止まりで、十分な実践にまで至っていないことも想定されるため、今後、地域の実情に合わせた効果的な実践能力の向上にむけた取り組みが求められると推察される。

地域関係者・機関との関わり経験が、地域活動実践能力にどの程度影響を及ぼすか検討したところ、推進意識に強く影響を及ぼすカテゴリーは、老人クラブ、当事者組織、民生委員であった。また、PAES スコアに強く影響するカテゴリーは、民生委員、老人クラブ等であった。これは、理学療法士は職能的観点から分類した関係職種¹⁵⁰⁾において、地域情報の把握機能を有し、援助の調整を行う職種とは関係が築きやすいが、地域で実際に活動している住民組織等との関わりが希薄である可能性が考えられ、インフォーマルサポートとネットワークを築くことが必要であり、その機会として地域ケア会議の参画を促進していくことが核となると考えられる。数量化理論 I 類による活動実践スコアと地域の関係者、

関係機関との関わり経験の有無は、今後、介護予防および地域包括ケアシステムを地域づくりの一つとして理学療法士が地域に関わりを持つことは必要不可欠であるが、システム構築には、理学療法士の推進意識を向上することと同時に地域全体をとらえた視野の広い理学療法士の育成が必要である。今回の結果では、卒後5年未満の理学療法士の地域に対する関心が特に高いこと、地域関係者と関わった経験がより強く推進意識を高める方向に推進意識に影響を与えていた。地域でのリハビリテーションの拡充には、地域におけるネットワークづくりが必要な条件¹¹⁵⁾であるが、理学療法士はネットワーク力が低いことが報告されている²¹¹⁾。よって、市町村、医療、介護、保健、福祉の団体、機関によるフォーマルなサポートや地域に関係する専門職だけでなく、家族、友人、住民組織、ボランティア等インフォーマルなサポートと直接関わる経験を、卒後早期から実践し、地域支援事業に積極的に関わっていくことが重要であると考えられる。その一つの手法として、現状の理学療法士の配置が病院などの施設が主体²¹⁰⁾であることを考慮すると、それぞれの職場から人材を地域に派遣するしくみの中で活動することが有効な手段であると考えられる。

第 6 節 小括

調査 I は、理学療法士の地域包括ケアシステムへの参画推進に向けた地域活動実践能力の開発に関する研究として、医療機関、介護サービス、行政、その他の施設等において理学療法の提供を実務としている実践者を対象に、理学療法士の地域包括ケアシステム推進への参画に関する意識（研究 1）、理学療法士における地域活動実践に関する現状分析（研究 2）、地域活動の実践度を評価する尺度開発（研究 3）、地域活動実践能力に影響を与える要因の分析（研究 4）の研究を行った。

1. 本研究で示されたこと

- (1) 理学療法士は、介護予防や地域ケア会議を通じた地域づくりに関するシステム作りを推進する意識は高いとはいえないこと、地域状況は知りたいという気持ちは高いが、実際には、ほとんど地域情報を収集していないこと、支援が必要となる対象者が特定されている状態で介入し、その対象者個人に関するアセスメント能力は高く、直接的な支援を行っているが、対象者が地域でどのように暮らし、活動し、地域社会とのつながりを持っているか、十分に把握されていない状況で、心身機能を重点においた介入が行われている可能性が高いことが示唆された。また、対象者個人への直接支援が中心であり、対象者を支える住民活動についての支援はほとんど実践されていなかった。
- (2) 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ことが示唆された。
- (3) 地域活動の実践度を評価する尺度（PAES）を開発し、その信頼性、妥当性を検討した。その結果、5 因子 17 項目で構成され、地域資源や地域特性の理解、在宅生活がイメージできる理学療法士となるために必要な基本的な支援スキルおよび調整能力を含む評価尺度として活用できることが示唆された。
- (4) 地域包括ケアシステムの推進意識度と PAES の 2 つのスコアを地域活動実践能力として位置づけ、属性、コア能力、マネジメント能力、環境の各要因との関連を探った。その結果、他者との親和・順応、個の認識・主張という協調性と独立性の双方が高いこと、経験年数が 5 年未満の理学療法士の推進意識が高いこと、民生員、老人クラブ、当事者組織など、地域を支える活動を行っている住民との関わりを持つこと、理学療法士としての職務において能力発揮への満足感が高いこ

とが、地域活動実践能力を向上する要因として示唆された。

2. 地域包括ケアシステム構築を推進するために理学療法士に求められる能力と課題

これらの研究の結果から、地域活動を実践するに相応しい理学療法士の育成につなげるために、

(1) 地域および地域住民を理解する力の向上

理学療法士は、地域および地域住民を理解する実践が不十分であり、地域住民・組織との人間関係構築力が弱い。そのため、支援対象者だけでなく、家族、近所、集団、地域のボランティアとの関わりを持ち、介護予防等に関する指導、助言を通じた支援のネットワークを築くこと、地域住民と対象者の支援方法の検討や、地域づくりの場に参画するなどの積極的な関わりが求められる。また、対象者個人の心身機能ばかりでなく、地域の環境、社会交流、近所づきあいや外出など、活動、参加に関する情報収集を強化し、対象者個人と地域情報を連結させる地域アセスメント力を向上することが必要である。Bernabei らの報告⁴²⁾では、社会的、医療的に包括した介入を実施したケースが、心身機能、ADL の低下を防ぎ、在宅生活の継続率が高く、医療費の軽減につながっている。同時に、ケアマネジメントスキル、評価スキル、および地域関係者の綿密な連携がそれらの効果に深く影響することも述べている。

(2) 地域包括ケアシステムを支援する力の向上

地域ケア会議では、理学療法士の役割機能が十分でなく、理学療法士の達成感が少ない可能性¹⁵⁷⁾から、地域ケア会議参画力の向上が求められる。地域ケア会議の理念、意義を十分に理解するための教育の実施と、地域ケア会議参画に必要なスキルの獲得のために、比較的 PAES スコアが高かった行政の理学療法士から臨床に従事する理学療法士へ、地域診断をはじめとする地域保健に関わる基礎的なスキルを実務者教育の実施によって学習し、地域アセスメント力を強化する必要があると考える。

理学療法士は、個別支援における対象者の評価、生活機能の評価は実践しているが、地域を支える組織を活用した介護予防への取り組む実践力は低く、地域組織とのネットワークが希薄である可能性が示唆された。介護予防の参画経験は推進意識を高め、地域活動実践能力を高める可能性が求められたことから、積極的に地域住民や地域を支える住民組織と関わり、エビデンスに基づく介入を行うことを推奨し⁷²⁾、対象者のスクリーニングから、効果判定まで、多職種協働で事業に関わること、また、地域住民組織との関わりの中で、専門的な知識・技

術を活用した指導，助言による，地域の介護予防力の向上につなげる
ことが求められる。

(3) 施策化支援力の向上

今回の研究は，調査開始当初，臨床の理学療法士が地域の活動において，施策化に関わっているケースが少ないと考えられたため，施策に関わる調査を実施しておらず，その能力を明らかにすることができなかった。施策化の過程である，個人の課題から地域課題を抽出解決に向けるスキルについては，十分に備わっていないことが考えられたため，今後，地域ケア会議への積極的参加とケース検討による実践を通じた，幅広い視野を持つ理学療法士の育成が求められる。

(4) 専門職との連携力向上

理学療法士は，介護支援専門員との関わりが強いが，地域資源を把握している職種との関わりは，比較してやや低い。しかし，地域包括ケアシステムでは，社会資源を活用した自立支援に向けた方策が必要であり，その能力が求められる。そこで，地域保健に関わる専門職との連携を深め，信頼性を向上し，地域を把握するための地域診断等のスキルを教授してもらうことで，地域活動実践能力が向上し，より効果的な地域づくりへの参画が可能となると考えられる。

3. 今後の課題

研究の限界として，対象地域が文化圏を考慮し，北関東 3 県を対象としたことから，調査結果の適用は限定的である。また調査対象者は，2 名以上の理学療法士が所属する施設の場合のみ，地域の活動経験がある，または地域に関心がある者に対して回答を求めており，その他の回答者については地域の活動経験がある者とは限らない。今後，理学療法士の調査対象を広げ，意識，活動，多職種連携の点からも，さらに研究を重ねる必要がある。また，回答漏れがあったものを分析対象者から除外したため，現状の活動についてはその回答者も含めて分析を重ねていきたい。

さらに地域活動実践能力の 2 変数と地域関係者・機関との関わりは，関わった経験が「ある」，「なし」の 2 つの群による比較を行っているが，地域関係者等との連携の程度については扱っていない。推進意識と多職種との関わりをより詳細に検討するには，今後，多職種連携の度合いを得点化できる尺度開発などの研究を進める必要があると考える。また，PAES は，理学療法士がどの地域においても使用できる尺度を開発することが求められるにもかかわらず，調査範囲が北関東に限定されており，より尺度の精度を高めるには，各県の理学療法士の実情や意識の違いを踏まえた因子妥当性の検討による因子の不変性を確認する必要がある。

さらに，より実践に即した尺度の適用を考慮するならば，地域ケア会議の際に必要なケアマネジメントスキル，評価スキル，および地域関係者との連携による影響をさらに検討し，どの地域でも活用できる PAES の開発が必要である。

第 3 章

地域包括ケアシステムの教育に関する調査（研究 5）

第 1 節 調査の実施

1. 目的

文献検討で、地域理学療法学¹⁴⁸⁾に記されている地域に関わる理学療法士が地域を把握するポイントについて調べたところ、地域連携の必要性、社会資源の把握、活用、地域ニーズの把握の必要性は記載があった。しかし、その範囲は、あくまで個人を対象とした情報把握についてであり、地域課題に発展させる思考、支援の方法について具体的な記載はなかった。唯一 2002 年に発刊された「PT マニュアル地域理学療法第 2 版」に、地域診断の内容が数行書かれていた。その後、地域診断について、理学療法に関連するテキスト類（リハ概論、理学療法評価学、地域リハ学、生活環境学等）を詳細に確認したが、記載しているものを見つける事ができなかった。よって、これまで理学療法士にとって、地域診断は重要視されてこなかったものと推察される。現在、地域課題の把握は、公衆衛生活活動の基盤であり、地域づくりに関わるすべての専門職にとって必要があることが示されている³⁾。地域課題を抽出するプロセスが地域診断であるため、理学療法士が地域包括ケアシステム構築に関わるためにそのプロセスを理解し、身につける必要性は高いと考えられる。

本研究は、理学療法士養成校における地域包括ケアシステム構築の推進に必要な理学療法士教育の現状を把握し、理学療法士の地域活動実践能力の開発に必要な学校教育の方策への示唆を得ることを目的とした。

2. 方法

(1) 調査対象

全国の理学療法士を養成している昼間部の大学、専門学校（平成 27 年度文部科学省登録）253 校のうち、学生の募集を停止している学校を除いたところ、合計 249 校が抽出された。そこで各校における地域理学療法学に関する教育を担当している教員合計 249 名（各校 1 名）を対象とした。

(2) 調査方法及び期間

調査は、自記式質問票を対象施設に郵送により配布した。回答後、調査票は同封した封筒に個別に厳封し、郵送により回収した。調査期間は、2015 年 10 月 1 日から 10 月 31 日までの 1 か月間であった。

(3) 調査内容

調査概要を表 33 に示す。

表 33 教員対象の調査内容

配布	大学：4年制大学 98 校，3 年制大学 6 校	
対象	専門学校：4年制専門学校 65 校，3 年制専門学校 80 校 地域理学療法学またはその科目に準ずる科目を教えている教員 ：各校 1 名 合計 249 名	
配布	配布方法：郵送法	
回収 方法	回収方法：調査票に記載後，添付の返信用封筒に厳封の上，研究者あてに返送	
調査 内容	教育の必要性：25 項目 ・概要：5 項目 ・行政および地域保健：7 項目 ・社会資源：4 項目 ・地域ケア会議：4 項目 ・地域支援活動スキル：5 項目	学習項目：49 項目 ・対象者の生活機能の把握：5 項目 ・地域とのつながりの把握：4 項目 ・情報の収集方法：3 項目 ・地域の実情にあった支援：3 項目 ・地域情報の把握：16 項目 ・地域比較：2 項目 ・対象者と地域情報のとの統合・解釈：必要性 5 項目，方法 5 項目 ・地域関係者との検討：必要性 3 項目，方法 3 項目

調査項目は，属性（所属県，性別，年齢，養成校の種類，職位，経験年数，専門分野，経験した地域支援事業等），地域包括ケアシステムを教えている科目名，地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムに関する教育の必要性を問う設問 25 項目（以下，教育の必要性 25 項目），さらに学生が，地域包括ケアシステム構築の推進に必要な活動実践能力の向上を図る学習を行うために必要な学習項目 49 項目（以下，学習項目 49 項目）で構成された。

このうち教育の必要性 25 項目は，地域理学療法の基礎として地域包括ケアシステムに関する教育に必要であろうと思われる，地域リハビリテーションおよび地域包括ケアシステムの概要 5 項目，行政および地域保健 7 項目，社会資源 4 項目，地域ケア会議 4 項目，地域支援活動スキル 5 項目で構成した。それぞれの設問について，「とても必要である」「必要である」「どちらかでもない」「必要でない」「全く必要でない」の 5 段階のリッカート尺度により回答を求めた。

また，学習項目 49 項目は，研究 2 で使用した地域活動の実践に関する 41 項目を改変し，対象者の生活機能の把握 5 項目，地域とのつながりの

把握 4 項目，情報の収集方法 3 項目，地域の実情にあった支援 3 項目，地域情報の把握 16 項目，地域比較 2 項目，対象者と地域情報との統合・解釈の必要性 5 項目，対象者と地域情報のとの統合・解釈の方法 5 項目，地域関係者との検討の必要性 3 項目，地域関係者との検討の方法 3 項目の合計 49 項目とした。

回答は，教育の実施状況を把握する項目として，教育の場面で実施している状況を，Ⅰ「教えていない」，Ⅱ「地域理学療法学以外の授業で教えている」，Ⅲ「知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている」，Ⅳ「Ⅲに加え，学内演習で模擬的にできるように教えている」，Ⅴ「Ⅳに加え，学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている」，の 5 段階で回答を求めた。また，49 項目のそれぞれの項目が，学校教育で教える項目か，または卒後に教育する項目かを区分する回答欄を設け，それぞれの項目について，a「卒後教育の項目である」，あるいは b「学校教育の項目である」の 2 者択一で回答を求めた。

3. 結果

(1) 回収者数と回収率

142 名から回答が得られ，回収率は 57.0%であった。そのうち，非常勤等の講師に教育を依頼しているため，回答が困難である等の理由により回答する該当者がいないもの，多項目の質問項目について未記載のものを除き，125 名（50.2%）を分析の対象とした。

(2) 回答者の属性

回答者の属性を表 34 に示す。4 年制大学 53 名 42.4%，3 年制大学 3 名 2.4%，4 年制専門学校 29 名 23.2%，3 年制専門学校 40 名 32.0%であった。性別は男性が 71.2%を占めた。年齢は，平均年齢 45.73 ± 9.59 歳で，内訳は，40 歳代が 31.5%と最も多く，次いで 30 歳代が 30.6%であった。理学療法士としての経験年数は，平均 21.62 ± 9.42 年，内訳は「20 年以上 30 年未満」が 39.5%と最も多く，次いで「10 年以上 20 年未満」が 31.9%であった。教員としての経験は平均 10.01 ± 7.07 年，内訳は「5 年以上 10 年未満」が 30.0%と最も多く，次いで「10 年以上 20 年未満」が 27.5%であった。

回答者の専門とする分野については，「生活環境支援理学療法分野」が最も多く 76 件であった（表 35）。経験した地域支援の経験は「訪問リハの実施」が最も多く，96 件であった。その他の回答には，「地域リハ広域支援」，「市住宅改修審査派遣員」，「総合福祉の企業での介護予防推進」，「地域包括ケア推進」，「介護予防推進」，「施設の監査指導」，「県の認知症施策委員」，「居宅支援事業所相談」，「県士会理学療法週間事業」，「難病患者支援」等があった（図 13）。

表 34 回答者の属性 (n=125)

	合計	大学		専門学校	
		4年制大学	3年制大学	4年制学校	3年制学校
性別					
男性	89(71.8)	36(29.0)	1(0.8)	20(16.1)	32(25.8)
女性	35(28.2)	16(12.9)	2(1.6)	9(7.3)	8(6.5)
無回答	1				
年齢					
60歳代以上	9(7.3)	9(7.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
50歳代	36(29.0)	21(16.9)	1(0.8)	6(4.8)	8(6.5)
40歳代	39(31.5)	15(12.1)	2(1.6)	13(10.5)	9(7.3)
30歳代	38(30.6)	8(6.5)	0(0.0)	9(7.3)	21(16.9)
20歳代	2(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)	1(0.8)
無回答	1				
理学療法士の経験年数					
30年以上	22(18.5)	14(11.8)	0(0.0)	2(1.7)	6(5.0)
20年以上30年未満	47(39.5)	25(21.0)	3(2.5)	11(9.2)	8(6.7)
10年以上20年未満	38(31.9)	8(6.7)	0(0.0)	12(10.1)	18(15.1)
5年以上10年未満	12(10.1)	1(0.8)	0(0.0)	4(3.4)	7(5.9)
無回答	6				
教員の経験年数					
20年以上	17(14.2)	12(10.0)	0(0.0)	1(0.8)	4(3.3)
10年以上20年未満	33(27.5)	19(15.8)	3(2.5)	6(5.0)	5(4.2)
5年以上10年未満	36(30.0)	17(14.2)	0(0.0)	8(6.7)	11(9.2)
5年未満	34(28.3)	1(0.8)	0(0.0)	14(11.7)	19(15.8)
無回答	5				
職位					
教授	28(22.6)	27	1(0.8)		
准教授	12(9.7)	11	1(0.8)		
講師	11(8.9)	11	0(0.0)		
助教	4(3.2)	3	1(0.8)		
専任教員	66(53.2)			29(23.2)	37(29.8)
その他	3(2.4)				3(2.4)
無回答	1				
計	125(100)	53(42.4)	3(2.4)	29(23.2)	40(32.0)

表 35 理学療法士の専門分野 (n=125)

専門とする分野(複数回答)	度数
基礎理学療法	24
神経理学療法	26
運動器理学療法	20
内部障害理学療法	14
生活環境支援理学療法	76
物理療法理学療法	5
教育管理理学療法	34
その他	7

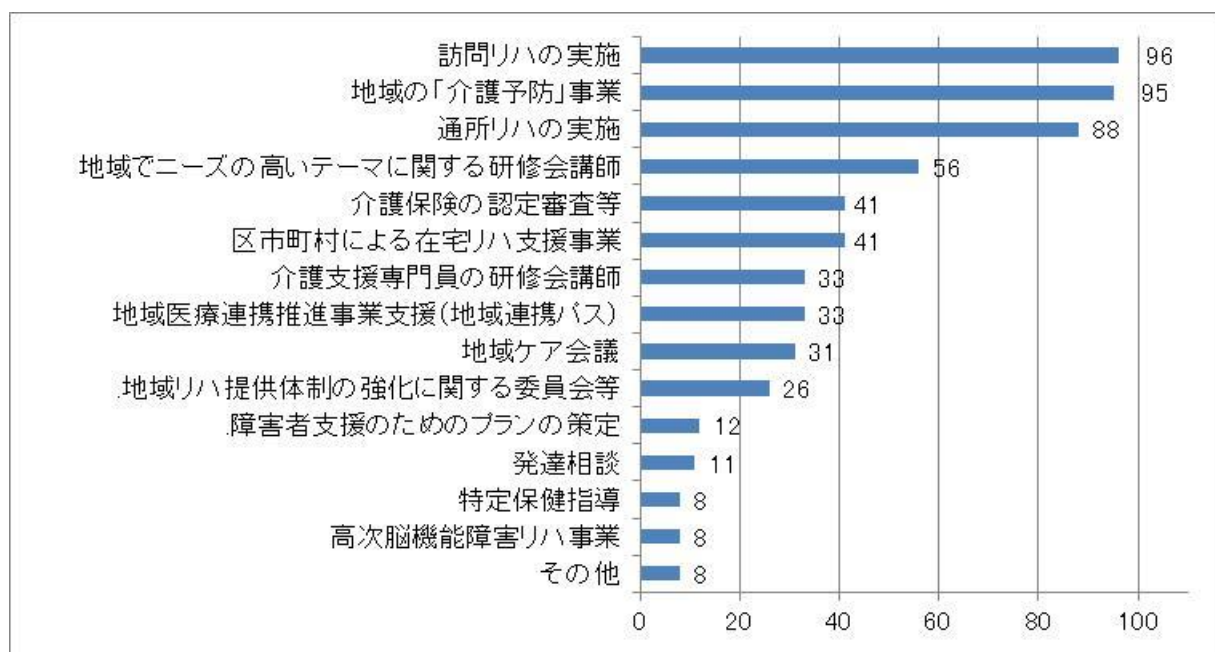


図 13 地域支援事業の経験（複数回答）

（3）地域包括ケアシステムの教育の位置づけ

地域包括ケアシステムに関する教育の実施状況を尋ねたところ、「実施している」と回答した件数は 97 件、「様々な科目で教育実施している」と回答した件数は 19 件、「今後教育を実施する予定である」という回答は 9 件であった。地域包括ケアシステムに関する教育を実施している科目は、「地域理学療法学・概論・特論」82 件、「地域理学療法演習・実習」9 件、「地域リハビリテーション学・特論」10 件、「リハビリテーション・理学療法概論」が 5 件、「生活環境学」が 4 件、「地域保健福祉論」2 件、「医療福祉関連職種論」2 件、その他、「高齢者理学療法学」1 件、「介護予防と自立支援」1 件であった。

第 2 節

地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムに関する教育の必要性

1. 目的

これまでの文献検討では，地域診断，地域課題の抽出・解決・支援の具体的方法は，理学療法に関連するテキストには，具体的な記載は見当たらなかった。また，研究 2 から，理学療法士の個人を対象とした情報把握が中心であった。そのため，理学療法士の地域活動の実践能力を向上するには，地域課題の把握に関する学校教育の現状を明らかにする必要があると考える。まずは，地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムに関する教育および地域課題の把握の必要性に関する調査を行い，学校教育水準の向上のための示唆を得ることを目的とした。

2. 方法

教育の必要性 25 項目に対して，「とても必要である」「必要である」「どちらかでもない」「必要でない」「まったく必要でない」の 5 段階で回答を求め，各設問の回答者の割合を算出した。教育の必要性 25 項目は，(1) 地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムの概要，(2) 行政および地域保健に関する施策化に関する教育の必要性，(3) 地域の社会資源に関する教育の必要性，(4) 地域ケア会議に関する教育の必要性，(5) 理学療法士の地域支援活動スキルに関する教育の必要性の 5 つのカテゴリーに整理し，結果にまとめた。

3. 結果

地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムに関する教育の必要性に関する設問に対する回答結果を以下に示す。

(1) 地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムの概要（表 36）

学校教育において，“地域リハビリテーションの定義”，“地域リハビリテーションの活動”，“地域包括ケアシステムの理念・目的”“自助・互助・共助・公助からみたりハビリテーション”，“地域ケアシステムについて”のそれぞれの項目に対して「とても必要である」「必要である」と回答した割合はどの項目も高く，全体で約 90%以上を占めた。特に“地域リハビリテーションの定義”の項目における「とても必要である」の割合は，大学が 80.4%と最も高かった。

表 36 地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムの概要（n=125）

	実人数(%)					
	とても必要 である	必要である	どちらでもな い	必要でない	まったく必 要でない	欠損値
(1) 地域リハビリテーションの定義						
大学	45(80.4)	11(19.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
専門学校	39(56.5)	26(37.7)	4(5.8)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	84(67.2)	37(29.6)	4(3.2)	0(0.0)	0(0.0)	0
(2) 地域リハビリテーションの活動						
大学	42(75.0)	14(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
専門学校	42(60.9)	26(37.7)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	84(67.2)	40(32.0)	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0
(3) 地域包括ケアシステムの理念・目的						
大学	36(64.3)	20(35.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
専門学校	37(53.6)	31(44.9)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	73(58.4)	51(40.8)	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0
(4) 自助・互助・共助・公助からみたリハビリテーション						
大学	29(52.7)	24(43.6)	2(3.6)	0(0.0)	0(0.0)	
専門学校	27(39.1)	39(56.5)	3(4.3)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	56(45.2)	63(50.8)	5(4.0)	0(0.0)	0(0.0)	1
(5) 地域ケアシステムについて						
大学	29(51.8)	25(44.6)	2(3.6)	0(0.0)	0(0.0)	
専門学校	31(44.9)	38(55.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	60(48.0)	63(50.4)	2(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	0

(2) 行政および地域保健に関する施策化に関する教育の必要性（表 37）

行政および地域保健 7 項目の回答結果は，“自治体の保健福祉政策”に対して，「とても必要である」「必要である」と回答した割合は 75.8%であった。“自治体の予算のしくみ”に対して，「とても必要である」「必要である」との回答は全体で 41.5%と低く，「必要でない」と回答した割合が 12.2%であった。“政策の根拠となる法令等”に対して，「とても必要である」と回答した割合が，大学では 21.8%，専門学校では 11.6%で，全体でも 16.1%と低かった。“地域の施策”に対して「必要である」と回答した割合が最も高く 52.0%，次いで「どちらでもない」と回答した割合が 25.6%であった。“施策化が必要である根拠”に対して，「必要である」との回答の割合が最も高く 52.0%，次いで「どちらでもない」との回答が 28.0%であった。“理学療法士が施策に関わることの必要性”に対して「とても必要である」が 49.6%，次いで「必要である」と回答した割合は 40.0%と高い割合を示した。“施策と事業の連動”に対して，「必要である」との回答した割合が 53.6%で最も高く，次いで「どちらでもない」との回答が 24.8%であった。

表 37 行政および地域保健，施策化に関する教育の必要性（n=125）

	実人数 (%)					
	とても必要 である	必要である	どちらでもな い	必要でない	まったく必 要でない	欠損値
(6) 自治体の保健福祉政策						
大学	16(28.6)	29(51.8)	10(17.9)	1(1.8)	0(0.0)	
専門学校	11(16.2)	38(55.9)	19(27.9)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	16(28.6)	29(51.8)	10(17.9)	1(1.8)	0(0.0)	1
(7) 自治体の予算のしくみ						
大学	4(7.3)	23(41.8)	21(38.2)	7(12.7)	0(0.0)	
専門学校	4(5.9)	20(29.4)	36(52.9)	8(11.8)	0(0.0)	
合計	8(6.5)	43(35.0)	57(46.3)	15(12.2)	0(0.0)	2
(8) 政策の根拠となる法令等						
大学	12(21.8)	32(58.2)	10(18.2)	1(1.8)	0(0.0)	
専門学校	8(11.6)	36(52.2)	20(29.0)	5(7.2)	0(0.0)	
合計	20(16.1)	68(54.8)	30(24.2)	6(4.8)	0(0.0)	1
(9) 地域の施策						
大学	10(17.9)	34(60.7)	11(19.6)	1(1.8)	0(0.0)	
専門学校	15(21.7)	31(44.9)	21(30.4)	2(2.9)	0(0.0)	
合計	25(20.0)	65(52.0)	32(25.6)	3(2.4)	0(0.0)	0
(10) 施策化が必要である根拠						
大学	9(16.1)	32(57.1)	12(21.4)	3(5.4)	0(0.0)	
専門学校	12(17.4)	33(47.8)	23(33.3)	1(1.4)	0(0.0)	
合計	21(16.8)	65(52.0)	35(28.0)	4(3.2)	0(0.0)	0
(11) 理学療法士が施策に関わることの必要性						
大学	26(46.4)	23(41.1)	5(8.9)	2(3.6)	0(0.0)	
専門学校	36(52.2)	27(39.1)	6(8.7)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	62(49.6)	50(40.0)	11(8.8)	2(1.6)	0(0.0)	0
(12) 施策と事業の連動						
大学	11(19.6)	28(50.0)	14(25.0)	3(5.4)	0(0.0)	
専門学校	12(17.4)	39(56.5)	17(24.6)	0(0.0)	1(1.4)	
合計	23(18.4)	67(53.6)	31(24.8)	3(2.4)	1(0.8)	0

(3) 地域の社会資源に関する教育の必要性（表 38）

“地域に必要な社会資源”に対して、「とても必要である」「必要である」と回答した割合は 84.8%であった。“個別支援に必要な社会資源”に対して、「とても必要である」「必要である」との回答した割合は 88.8%であった。“インフォーマル・フォーマルの社会資源”に対して、「とても必要である」「必要である」との回答した割合は 86.4%であった。“地域に必要な社会資源の開発”に対して、「とても必要である」「必要である」との回答した割合は 84.0%であった。地域の社会資源に関する教育の必要性に関する項目は，その必要性について高い割合を示した。

表 38 地域の社会資源に関する教育の必要性 (n=125)

	実人数 (%)					
	とても必要 である	必要である	どちらでもな い	必要でない	まったく必 要でない	欠損値
(13) 地域に必要な社会資源						
大学	23(41.1)	26(46.4)	5(8.9)	2(3.6)	0(0.0)	
専門学校	24(34.8)	33(47.8)	10(14.5)	1(1.4)	1(1.4)	
合計	47(37.6)	59(47.2)	15(12.0)	3(2.4)	1(0.8)	0
(14) 個別支援に必要な社会資源						
大学	21(37.5)	31(55.4)	4(7.1)	0(0.0)	0(0.0)	
専門学校	19(27.5)	40(58.0)	8(11.6)	1(1.4)	1(1.4)	
合計	40(32.0)	71(56.8)	12(9.6)	1(0.8)	1(0.8)	0
(15) インフォーマル・フォーマルの社会資源						
大学	18(32.1)	34(60.7)	3(5.4)	1(1.8)	0(0.0)	
専門学校	17(24.6)	39(56.5)	10(14.5)	2(2.9)	1(1.4)	
合計	35(28.0)	73(58.4)	13(10.4)	3(2.4)	1(0.8)	0
(16) 地域に必要な社会資源の開発						
大学	17(30.4)	33(58.9)	5(8.9)	1(1.8)	0(0.0)	
専門学校	17(24.6)	38(55.1)	13(18.8)	0(0.0)	1(1.4)	
合計	34(27.2)	71(56.8)	18(14.4)	1(0.8)	1(0.8)	0

(4) 地域ケア会議に関する教育の必要性 (表 39)

“地域ケア会議が行われる目的”に対して、「必要である」と回答した割合は 41.6%で最も高く、次いで「どちらでもない」と回答した割合が 36.9%であった。“地域ケア会議に参画する他職種の役割”に対して、「とても必要である」「必要である」との回答した割合は 80.4%であった。“理学療法士が地域ケア会議に参画する意義”に対して、「とても必要である」「必要である」との回答した割合は 85.6%であった。“地域ケア会議における理学療法士の役割”に対して、「とても必要である」「必要である」との回答した割合は 80.8%であった。

表 39 地域ケア会議に関する教育の必要性 (n=125)

	実人数 (%)					
	とても必要 である	必要である	どちらでもな い	必要でない	まったく必 要でない	欠損値
(17) 地域ケア会議が行われる目的						
大学	11(19.6)	23(41.1)	18(32.1)	4(7.1)	0(0.0)	
専門学校	10(14.5)	29(42.0)	28(40.6)	1(1.4)	1(1.4)	
合計	21(16.9)	52(41.6)	46(36.9)	5(4.0)	1(0.8)	0
(18) 地域ケア会議に参画する他職種の役割						
大学	24(42.9)	27(48.2)	5(8.9)	0(0.0)	0(0.0)	
専門学校	23(33.3)	39(56.5)	6(8.7)	1(1.4)	0(0.0)	
合計	47(37.6)	66(52.8)	11(8.8)	1(0.8)	0(0.0)	0
(19) 理学療法士が地域ケア会議に参画する意義						
大学	17(30.4)	31(55.4)	6(10.7)	2(3.6)	0(0.0)	
専門学校	18(26.1)	41(59.4)	10(14.5)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	35(28.0)	72(57.6)	16(12.8)	2(1.6)	0(0.0)	0
(20) 地域ケア会議における理学療法士の役割						
大学	20(35.7)	24(42.9)	10(17.9)	2(3.6)	0(0.0)	
専門学校	15(21.7)	42(60.9)	10(14.5)	2(2.9)	0(0.0)	
合計	35(28.0)	66(52.8)	20(16.0)	4(3.2)	0(0.0)	0

(5) 理学療法士の地域支援活動スキルに関する教育の必要性 (表 40)

“理学療法士が関わる地域ネットワークの目的と機能”に対して「とても必要である」「必要である」と回答した割合は 89.6%であった。“介護予防事業の立案”に対して「とても必要である」「必要である」と回答した割合は 92.8%であった。“地域診断についての理解”に対して、「必要である」と回答した割合は 44.8%で最も高く、次いで「どちらでもない」と回答した割合が 34.4%であった。“支援ニーズをもつ住民を早期発見するための地域の取り組み”に対して、「必要である」と回答した割合は 45.6%で最も高く、次いで「どちらでもない」と回答した割合が 24.0%であった。また「必要でない」「まったく必要でない」と回答した割合は、9.6%であった。“支援ニーズをもつ特定集団を把握すること”に対して、「必要である」と回答した割合は 41.6%で最も高く、次いで「どちらでもない」と回答した割合が 28.0%であった。また「必要でない」「まったく必要でない」と回答した割合は、11.2%であった。

表 40 理学療法士の地域支援活動スキルに関する教育の必要性(n=125)

	実人数(%)					
	とても必要 である	必要である	どちらでもな い	必要でない	まったく必 要でない	欠損値
(21) 理学療法士が関わる地域ネットワークの目的と機能						
大学	29(51.8)	20(35.7)	6(10.7)	1(1.8)	0(0.0)	
専門学校	26(37.7)	37(53.6)	6(8.7)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	55(44.0)	57(45.6)	12(9.6)	1(0.8)	0(0.0)	0
(22) 介護予防事業の立案						
大学	31(55.4)	20(35.7)	4(7.1)	1(1.8)	0(0.0)	
専門学校	31(44.9)	34(49.3)	4(5.8)	0(0.0)	0(0.0)	
合計	62(49.6)	54(43.2)	8(6.4)	1(0.8)	0(0.0)	0
(23) 地域診断についての理解						
大学	9(16.1)	27(48.2)	15(26.8)	5(8.9)	0(0.0)	
専門学校	8(11.6)	29(42.0)	28(40.6)	4(5.8)	0(0.0)	
合計	17(13.6)	56(44.8)	43(34.4)	9(7.2)	0(0.0)	0
(24) 支援ニーズをもつ住民を早期発見するための地域の取り組み						
大学	15(26.8)	23(41.1)	12(21.4)	6(10.7)	0(0.0)	
専門学校	11(15.9)	34(49.3)	18(26.1)	5(7.2)	1(1.4)	
合計	26(20.8)	57(45.6)	30(24.0)	11(8.8)	1(0.8)	0
(25) 支援ニーズをもつ特定集団を把握すること						
大学	13(23.2)	21(37.5)	16(28.6)	6(10.7)	0(0.0)	
専門学校	11(15.9)	31(44.9)	19(27.5)	7(10.1)	1(0.8)	
合計	24(19.2)	52(41.6)	35(28.0)	13(10.4)	1(0.8)	0

4. 考察

(1) 地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムの概要に関する教育の必要性

表 36 に示した地域リハビリテーション，地域包括ケアシステムに関する教育の必要性の回答割合から，全体的にその教育の必要性について非常に高いと感じている者が多かった。その中では，「とても必要である」と回答した割合が専門学校教員よりも大学教員のほうが，いずれも割合が高かった。これは今回の調査では 3 年制大学の回答者の数が少なく，3 年制の専門学校の回答者の数のデータに結果が引かれている可能性も考えられるが，その理由については明らかにすることができなかった。指定規則で定める地域理学療法学の卒業に必要な単位数が 4 単位に指定されているが，教育内容に含まれる具体的な科目は学校の自由裁量に委ねられている。また，大学における 3 年制課程，4 年制課程の取得単位数の違いは，3 年制課程が 93 単位，4 年制課程が 124 単位の違いがあるが，学校教育のカリキュラムや到達度の違い，カリキュラム構成によって違いがあるのかを明確にすることはできなかったため，それらの影響を検討するためには，より詳細な調査が必要であった。齊藤¹⁸²⁾は，理学療法教育を，卒前教育・卒後教育も背後の国民を意識することの重要性と最近の教育水準や社会適応能力などを鑑み，4 年制教育を推し進める必要があることを述べており，教員の意識もその影響を受ける可能性は考えられる。また，臨床の理学療法士の養成する教育に限定せず，広く国民のリテラシーとして教育する目的を持たせることなど，養成校の役割が現在と異なる側面が生まれる考えを述べており，理学療法士が地域包括ケアシステムをはじめとする広い視点を持つ必要がある背景からも，その教育思想は，今後，必要となる可能性のある要素であると考えられる。

(2) 行政および地域保健，施策化に関する教育の現状

行政および地域保健，施策化に関する教育の必要性については，理学療法士が施策に関わることの重要性について，「とても必要である」の回答割合が 49.6% であり，「必要である」と合わせると 89% がその必要性を理解し，その教育の必要性を感じているものの，施策に必要な知識を構成する質問（法令，根拠，事業等）においては，その必要性を感じる割合は大幅に低い結果となった。この理由は，学校教育においても，施策について，教育する術を未だ持っておらず，教育に反映できる状況にない可能性が考えられる。これは文献検討においても，教育で一般的に使用されている地域理学療法，地域リハビリテーション関連のマニュアルやテキストには，対象者個人のニーズ，地域での連携の必要性や社会資源の把握，活用，地域ニーズの把握等の必要性は記載がされていても，

施策実現に向けた具体的な行動，手法についての記載はなく，また地域課題を抽出するプロセスについても具体的な記載はされていないこともその一因と考えられる。この点については，行政理学療法士に求められるスキル¹⁵⁵⁾であり，臨床の場面で活躍する理学療法士との役割の違いがあることが考えられるものの，地域包括ケアシステム構築の成功には，行政・医療・介護・福祉の職域の垣根を超えた関わりと活動が求められると考える。

(3) 地域の社会資源に関する教育の必要性

表 38 に示すように社会資源に関する教育の必要性は，非常に高いという回答から，フォーマル，インフォーマルの双方の教育の実施についても期待されるが，社会資源の理解について，理学療法ガイドラインにおけるその到達レベルは，「キーワード認識レベル」に位置づけされている。この点については，地域包括ケアシステムの構築推進とネットワーク化，介護予防事業の積極的な展開に理学療法士が関わる必要性から，今後ガイドラインに記載されている内容について改定が求められるものであると考えられる。

(4) 地域ケア会議に関する教育の必要性

表 39 に示すように理学療法士が参画する意義については理解されているものの，その目的については，「必要である」が 41.6%，「どちらでもない」が 36.9%と，前者に比べやや低い。目的も明確にされず，参画する意義を論じることが，効果的な介入や，連携を担う職種として機能しない可能性も考えられるため，地域ケア会議の理念に沿った理解と参画目的を明らかにすることが必要である。この点については，学校の中で，求められる役割を培うための教育方法を検討する必要性があると考えられる。

(5) 理学療法士の地域支援活動スキルに関する教育の必要性

理学療法士が地域ネットワークの一部として機能することについての教育が，「とても必要である」との回答の割合が 44.0%，介護予防事業の立案についても，「とても必要である」が 49.6%であった。しかし，地域診断，支援ニーズの早期発見のための地域の取り組み，支援ニーズをもつ特定集団の把握については，「とても必要である」との回答が，それぞれ 13.6%，20.8%，19.2%という結果であった。理学療法士が今後積極的に介護予防事業を展開するためには，対象者のスクリーニングに関する基礎知識^{66, 67)}，地域診断の基礎，個人から集団，地域の支援ニーズの把握が必要となってくるであろうと考える。理学療法学に関連するテキスト等にその具体的な地域活動が記載されていなかったことから，

このままでは理学療法士が地域支援に関わる際に必要な手法や過程については、必ずしも十分に把握されないことも考えられる。今後、地域の支援活動についての教育の充足、内容の吟味を地域包括ケアシステムや新しい介護予防事業の在り方の事例を駆使し、より目的意識をもった実践力につながる教育に向けた取り組みが必要であると考ええる。

第3節

地域包括ケアシステムに関する学校教育の現状

1. 目的

地域包括ケアシステム構築を推進するために必要な地域活動の実践を図る学習について、学校教育ではどのように実施しているか、その現状を明らかにすることで、学校教育水準の向上のための示唆を得ることを目的とした。

2. 方法

地域包括ケアシステムの資質の向上や能力向上を図る教育を実施するために、教員が学生に教えているかどうか現状の教育実施度を行い、その回答は、表41に示すように5段階で回答を求めた。また各設問項目において、学校教育の項目であるか、あるいは卒後教育の項目であるかの区分について同表に示すように二者択一で回答を求めた。

表41 教育実施度および教育項目の選択肢

教育実施度の選択肢	
I	教えていない
II	地域理学療法学以外の授業で教えている（当該科目以外の講義）
III	知識として地域理学療法学の講義で教えている（当該科目の講義）
IV	IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている（学内演習）
V	IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている（学外実習）
教育項目の選択肢	
a	卒業後から必要な教育項目である（卒後教育）
b	学校教育から必要な教育項目である（学校教育）

3. 結果

地域包括ケアシステム構築を推進するために、地域活動の実践を図る学習を行うために必要な項目 49 項目の回答割合を以下に示す。

(1) 対象者の生活機能把握に関する教育の現状と教育区分（表 42）

対象者の生活機能を把握するための情報収集に関する教育の現状および学校教育か卒後教育かの区分について集計したところ、“対象者の身体的側面の情報収集について”の項目に対して「学外実習」が 30.9%で、「学校教育の項目である」との回答割合が 96.5%と高かった。“対象者の精神的側面の情報収集について”の項目に対して「当該科目の講義」との回答の割合が 34.1%で、「学校教育の項目である」との回答割合が 91.3%と高かった。“対象者の社会的側面の情報収集について”の項目に対して、「当該科目の講義」との回答の割合が 34.1%で、「学校教育の項目である」との回答割合が 92.2%と高かった。“対象者の生活習慣の把握”については「当該科目の講義」との回答の割合が 36.6%で、「学校教育の項目である」との回答割合が 92.2%と高かった。“対象者の生活様式（ライフスタイル）の把握”の項目に対して、「当該科目の講義」との回答の割合が 37.7%で、「学校教育の項目である」との回答割合が 93.0%と高かった。

全体的に「対象者の生活機能を把握するための情報収集」については、「当該科目の講義」が 30%以上であり、「学内演習」および「学外演習」がそれぞれ約 20%程度の割合であった。また、「学外演習」の割合は専門学校よりも 7.7 から 12.2 ポイント大学のほうが高かった。

表 42 「対象者の生活機能の把握」に関する教育の現状と教育区分

						実人数(%)	
	I	II	III	IV	V	a	b
(1) 対象者の身体的側面の情報収集について							
大学	1(1.8)	11(19.6)	14(25.0)	9(16.1)	21(37.5)	2(4.0)	48(96.0)
専門学校	0(0.0)	17(25.4)	18(26.9)	15(22.4)	17(25.4)	2(3.1)	63(96.9)
合計	1(0.8)	28(22.8)	32(26.0)	24(19.5)	38(30.9)	4(3.5)	111(96.5)
欠損値			2				10
(2) 対象者の精神的側面の情報収集について							
大学	2(3.6)	12(21.4)	15(26.8)	11(19.6)	16(28.6)	4(8.0)	46(92.0)
専門学校	1(1.5)	18(26.9)	27(40.3)	10(14.9)	11(16.4)	6(9.2)	59(90.8)
合計	3(2.4)	30(24.4)	42(34.1)	21(17.1)	27(22.0)	10(8.7)	105(91.3)
欠損値			2				10
(3) 対象者の社会的側面の情報収集について							
大学	1(1.8)	9(16.1)	19(33.9)	12(21.4)	15(26.8)	5(10.0)	45(90.0)
専門学校	0(0.0)	18(26.9)	26(38.8)	13(19.4)	10(14.9)	4(6.2)	61(93.8)
合計	1(0.8)	27(22.0)	45(36.6)	25(20.3)	25(20.3)	9(7.8)	106(92.2)
欠損値			2				10
(4) 対象者の生活習慣の把握							
大学	1(1.8)	11(19.6)	19(33.9)	9(16.1)	16(28.6)	3(6.0)	47(94.0)
専門学校	3(1.5)	14(20.9)	26(38.8)	12(17.9)	14(20.9)	6(9.2)	59(90.8)
合計	2(1.6)	25(20.3)	45(36.6)	21(17.1)	30(24.4)	9(7.8)	106(92.2)
欠損値			2				10
(5) 対象者の生活様式(ライフスタイル)の把握							
大学	2(3.6)	9(16.4)	19(34.5)	9(16.4)	16(29.1)	4(8.2)	45(91.8)
専門学校	2(3.0)	12(17.9)	27(40.3)	13(19.4)	13(19.4)	4(6.2)	61(93.8)
合計	4(3.3)	21(17.2)	46(37.7)	22(18.0)	29(23.8)	8(7.0)	106(93.0)
欠損値			3				11
I 教えていない							教育区分
II 地域理学療法学以外の授業で教えている							
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている							a 卒後教育の項目である
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている							b 学校教育の項目である
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている							

(2) 対象者の地域とのつながりに関する教育の現状と教育区分(表 43)

対象者の地域とのつながりに関する教育の現状および学校教育の項目か卒後教育の項目かの区分について集計したところ、“対象者の情報を、他機関から情報収集することの必要性”の項目に対して、「当該科目の講義」が 63.4%、「学校教育の項目である」との回答割合が 87.8%であった。“対象者が利用できる老人クラブなどの住民組織やボランティア団体を把握する”の項目に対して、「当該科目の講義」との回答が 50.8%で、次いで「教えていない」との回答割合が 32.8%であり、「学校教育の項目である」、「学校教育の項目である」の割合は双方とも約 50%であった。“対象者の近所付き合いの程度を把握する”の項目に対して、「当該科目の講義」との回答の割合が 41.5%、次いで「教えていない」との回答割合が、43.1%で、「学校教育の項目である」の割合は 42.0%であった。“地域の近所付き合いの特徴を見出す”の項目に対し

ては、「教えていない」との回答の割合が 54.5%で、「学校教育の項目である」との回答割合が 36.4%であった。

表 43 対象者の地域とのつながりに関する教育の現状と教育区分

						実人数(%)	
I	II	III	IV	V	a	b	
(6)対象者が利用できる社会資源を把握する							
大学	2(3.6)	7(12.5)	32(57.1)	9(16.1)	6(10.7)	7(14.0)	43(86.0)
専門学校	0(0.0)	8(11.9)	46(68.7)	7(10.4)	6(9.0)	7(10.8)	58(89.2)
合計	2(1.6)	15(12.2)	78(63.4)	16(13.0)	12(9.8)	14(12.2)	101(87.8)
欠損値	2					10	
(7)対象者が利用できる老人クラブなどの住民組織やボランティア団体を把握する							
大学	18(32.7)	3(5.5)	26(47.3)	5(9.1)	3(5.5)	27(50.9)	26(49.1)
専門学校	22(32.8)	4(6.0)	36(53.7)	4(6.0)	1(1.5)	33(50.8)	32(49.2)
合計	40(32.8)	7(5.7)	62(50.8)	9(7.4)	4(3.3)	60(50.8)	58(49.2)
欠損値	3					7	
(8)対象者の近所付き合いの程度を把握する							
大学	24(42.9)	1(1.8)	24(42.9)	4(7.1)	3(5.4)	29(54.7)	24(45.3)
専門学校	29(43.3)	2(3.0)	27(40.3)	6(9.0)	3(4.5)	40(60.6)	26(39.4)
合計	53(43.1)	3(2.4)	51(41.5)	10(8.1)	6(4.9)	69(58.0)	50(42.0)
欠損値	2					6	
(9)地域の近所付き合いの特徴を見出す							
大学	29(51.8)	1(1.8)	19(33.9)	5(8.9)	2(3.6)	32(61.5)	20(38.5)
専門学校	38(56.7)	1(1.8)	23(34.3)	2(3.0)	3(4.5)	43(65.2)	23(34.8)
合計	67(54.5)	2(1.6)	42(34.1)	7(5.7)	5(4.1)	75(63.6)	43(36.4)
欠損値	2					7	
I 教えていない						教育区分	
II 地域理学療法学以外の授業で教えている							
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている						a 卒後教育の	b 学校教育の
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている						項目である	項目である
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている							

(3) 情報の収集方法に関する教育の現状と教育区分（表 44）

「対象者の情報収集」に関する教育の現状および学校教育の項目か卒後教育の項目かの区分について集計したところ，“対象者の情報を，他機関から情報収集することの必要性”の項目に対して，“当該科目の講義”が 56.9%，“学校教育の項目である”との回答割合が，84.5%であった。“対象者の情報を，訪問，相談，連絡会などの多様な方法で情報収集すること”の項目に対して，“当該科目の講義”との回答の割合が 60.2%で，次いで「教えていない」との回答割合が 21.1%であり，教育区分は「学校教育の項目である」のとの回答割合は 62.6%であった。“対象者の情報の継続的に収集すること”の項目に対して，“教えていない」との回答割合が，42.0%で，“当該科目の講義”との回答の割合が 37.8%であった。「学校教育の項目である」の割合は 45.6%であった。

表 44 情報の収集方法に関する教育の現状と教育区分

						実人数(%)	
						a	b
I II III IV V							
(10)対象者の情報を、他機関から情報収集することの必要性							
大学	4(7.1)	7(12.5)	30(53.6)	6(10.7)	9(16.1)	11(21.6)	40(78.4)
専門学校	3(4.5)	11(16.4)	40(59.7)	9(13.4)	4(6.0)	7(10.8)	58(89.2)
合計	7(5.7)	18(14.6)	70(56.9)	15(12.2)	13(10.6)	18(15.5)	98(84.5)
欠損値			2			9	
(11)対象者の情報を、訪問、相談、連絡会などの多様な方法で情報収集すること							
大学	13(23.2)	2(3.6)	32(57.1)	6(10.7)	3(5.4)	22(44.0)	28(56.0)
専門学校	13(19.4)	4(6.0)	42(62.7)	4(6.0)	4(6.0)	21(32.1)	44(67.7)
合計	26(21.1)	6(4.9)	74(60.2)	10(8.1)	7(5.7)	43(37.4)	72(62.6)
欠損値			2			10	
(12)対象者の情報を継続的に収集すること							
大学	25(47.2)	4(7.5)	20(37.7)	3(5.7)	1(1.9)	28(60.9)	21(42.9)
専門学校	25(37.9)	8(12.1)	25(37.9)	6(9.1)	2(3.0)	34(52.3)	31(47.7)
合計	50(42.0)	12(10.1)	45(37.8)	9(7.6)	3(2.5)	62(54.4)	52(45.6)
欠損値			6			11	
I 教えていない						教育区分	
II 地域理学療法学以外の授業で教えている							
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている						a 卒後教育の	b 学校教育の
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている						項目である	項目である
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている							

(4) 地域の実情に合った支援に関する教育の現状と教育区分（表 45）

「地域の実情に合った支援」に関する教育の現状および学校教育か卒後教育かの区分について集計したところ，“地域の社会文化に配慮した支援について”の項目に対して、「教えていない」との回答割合が48.4%で、「当該科目の講義」との回答の割合が38.5%であった。また教育区分の「学校教育の項目である」の割合は38.5%であった。“地域の交通網の特徴に応じた支援について”の項目に対して、「教えていない」との回答割合が55.2%であり、次いで「当該科目の講義」との回答の割合が31.3%であった。「学校教育の項目である」のとの回答割合は37.8%であった。“地域の産業の特徴に応じた支援について”の項目に対して、「教えていない」との回答割合が、73.3%で、次いで「当該科目の講義」との回答の割合が15.8%であった。「学校教育の項目である」の割合は26.7%であった。各設問ともに、「教えていない」か「当該科目の講義」での実施を行っているかの大きく2つの回答項目に分散する回答割合であった。

表 45 地域の実情に合った支援に関する教育の現状と教育区分

						実人数(%)	
						a	b
I						教育区分	
II						a 卒後教育の項目である	
III						b 学校教育の項目である	
IV							
V							
(13)地域の社会文化に配慮した支援について							
大学	28(50.9)	4(7.3)	19(34.5)	3(5.5)	1(1.8)	33(61.1)	21(38.9)
専門学校	31(46.3)	3(4.5)	28(41.8)	2(3.0)	3(5.5)	39(61.9)	24(38.1)
合計	59(48.4)	7(5.7)	47(38.5)	5(4.1)	4(3.3)	72(61.5)	45(38.5)
欠損値			3			8	
(14)地域の交通網の特徴に応じた支援について							
大学	28(50.0)	5(8.9)	15(26.8)	3(5.4)	5(8.9)	32(60.4)	21(39.6)
専門学校	37(55.2)	4(6.0)	21(31.3)	2(3.0)	3(4.5)	42(63.6)	24(36.4)
合計	65(52.8)	9(7.3)	36(29.3)	5(4.1)	8(6.5)	74(62.2)	45(37.8)
欠損値			2			6	
(15)地域の産業の特徴に応じた支援について							
大学	40(72.7)	4(7.3)	8(14.5)	2(3.1)	1(1.8)	41(75.9)	13(24.1)
専門学校	48(73.8)	3(4.6)	11(16.9)	1(1.5)	2(3.1)	47(71.2)	19(28.8)
合計	88(73.3)	7(5.8)	19(15.8)	3(2.5)	3(2.5)	88(73.3)	32(26.7)
欠損値			5			5	
I 教えていない							
II 地域理学療法学以外の授業で教えている							
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている							
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている							
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている							

(5) 地域情報の把握に関する教育の現状と教育区分（表 46）

地域情報の把握に関する教育の現状および学校教育の項目か卒後教育の項目かの区分について集計したところ，“地域の人口の把握”，“地域の人口の推移の把握”の項目に対して，「教えていない」との回答割合がそれぞれ 37.7%，39.3%で，「当該科目の講義」との回答の割合がそれぞれ 41.8%，39.3%であった。また，教育区分の「学校教育の項目である」の割合はそれぞれ 52.9%，52.5%であった。”地域の年間出生者数の把握“，”地域の年間死亡者数の把握“，“地域の一般世帯数の把握”の項目に対して，「教えていない」との回答割合がそれぞれ 59.0%，59.5%，62.3%であり，教育区分の「学校教育の項目である」のとの回答割合はそれぞれ 36.4%，37.2%，36.4%であった。“地域の 65 歳以上の高齢者数の把握”“地域の 65 歳以上の高齢化率の把握”の項目に対して，「当該科目の講義」との回答割合が，それぞれ 48.0%，47.2%であり，次いで「教えていない」との回答の割合がそれぞれ 30.9%，31.7%であった。教育区分の「学校教育の項目である」の割合はそれぞれ約 61.0%，60.2%であった。“地域の 65 歳以上の高齢者夫婦世帯数の把握”“地域の 65 歳以上の高齢者単身世帯数の把握”の項目に対して，「教えていない」との回答割合がそれぞれ 50.0%，50.0%であった。教育区分は，「学校教育の項目である」との回答は，それぞ

れ 50.8%, 49.6%であった。“地域の要介護認定者数を把握”の項目は、**「I 教えていない」**との回答割合が 43.1%で、次いで「当該科目の講義」が 35.0%であった。また教育区分については、「学校教育の項目である」が 58.7%であった。“地域の平均寿命を把握”, “地域の健康寿命を把握”の項目は、**「I 教えていない」**との回答割合がそれぞれ, 48.4%, 49.2%であった。次いで「当該科目の講義」がそれぞれ, 36.1%, 32.8%であった。教育区分は, 「学校教育の項目である」が 56.2%, 55.4%であった。“地域の介護給付費の推移を把握”, “地域の介護保険サービス利用者数を把握”の項目については「教えていない」との回答割合がそれぞれ, 49.2%, 50.8%で、次いで「当該科目の講義」との回答割合がそれぞれ, 39.3%, 32.8%であった。また, 教育区分は, 「学校の教育項目である」との回答割合はそれぞれ, 45.5%, 45.5%であった。“地域の介護サービス事業所数を把握”の項目は, 「教えていない」との回答割合が 66.9%で、次いで「当該科目の講義」との回答割合が 25.6%であった。また, 教育区分は, 「学校の教育項目である」との回答割合は 37.0%であった。“地域で実施している介護予防事業を把握”の項目については, **「I 教えていない」**との回答割合が 45.9%で、次いで「当該科目の講義」との回答割合が 39.3%であった。また教育区分は, 「学校の教育項目である」との回答割合は 53.8%であった。

表 46 地域情報の把握に関する教育の現状と教育区分

						実人数(%)	
						a	b
(16)地域の人口の把握	I	II	III	IV	V		
大学	17(30.9)	13(23.6)	19(34.5)	4(7.3)	2(3.6)	22(40.7)	32(59.3)
専門学校	29(43.3)	5(7.5)	32(47.8)	1(1.5)	0(0.0)	35(52.2)	32(47.8)
合計	46(37.7)	18(14.8)	51(41.8)	5(4.1)	2(1.6)	57(47.1)	64(52.9)
欠損値			3			4	
(17)地域の人口推移の把握							
大学	20(36.4)	14(25.5)	17(30.9)	2(3.6)	2(3.6)	24(45.3)	29(54.7)
専門学校	28(41.8)	7(10.4)	31(46.3)	1(1.5)	0(0.0)	33(49.3)	34(50.7)
合計	48(39.3)	21(17.2)	48(39.3)	3(2.5)	2(1.6)	57(47.5)	63(52.5)
欠損値			3			5	
(18)地域の年間出生者数の把握							
大学	30(54.5)	11(20.0)	10(18.2)	2(3.6)	2(3.6)	34(64.2)	19(35.8)
専門学校	42(62.7)	10(14.9)	14(20.9)	1(1.5)	0(0.0)	43(63.2)	25(36.8)
合計	72(59.0)	21(17.2)	24(19.7)	3(2.5)	2(1.6)	77(63.6)	44(36.4)
欠損値			3			4	
(19)地域の年間死亡者数の把握							
大学	29(52.7)	10(18.2)	12(21.8)	2(3.6)	2(3.6)	32(60.4)	21(39.6)
専門学校	43(65.2)	10(15.2)	12(18.2)	1(1.5)	0(0.0)	44(64.7)	24(35.3)
合計	72(59.5)	20(16.5)	24(19.8)	3(2.5)	2(1.7)	76(62.8)	45(37.2)
欠損値			4			4	
(20)地域の一般世帯数の把握							
大学	30(54.5)	12(21.8)	10(18.2)	1(1.8)	2(3.6)	32(60.4)	21(39.6)
専門学校	46(68.7)	8(11.9)	11(16.4)	2(3.0)	0(0.0)	45(66.2)	23(33.8)
合計	76(62.3)	20(16.4)	21(17.2)	3(2.5)	2(1.6)	77(63.6)	44(36.4)
欠損値			3			4	
(21)地域の65歳以上の高齢者数の把握							
大学	15(26.8)	11(19.6)	24(42.9)	3(5.4)	3(5.4)	18(35.3)	33(54.7)
専門学校	23(34.3)	7(10.4)	35(52.2)	2(3.0)	0(0.0)	28(41.8)	39(58.2)
合計	38(30.9)	18(14.6)	59(48.0)	5(4.1)	3(2.4)	46(39.0)	72(61.0)
欠損値			2			7	
(22)地域の65歳以上の高齢化率の把握							
大学	15(26.8)	11(19.6)	24(42.9)	3(5.4)	3(5.4)	18(35.3)	33(64.7)
専門学校	24(42.9)	7(10.4)	34(50.7)	2(3.0)	0(0.0)	29(43.3)	38(56.7)
合計	39(31.7)	18(14.6)	58(47.2)	5(4.1)	3(2.4)	47(39.8)	71(60.2)
欠損値			2			7	
(23)地域の65歳以上の高齢者夫婦世帯数の把握							
大学	24(43.6)	10(18.2)	15(27.3)	4(7.3)	2(3.6)	26(49.1)	27(50.9)
専門学校	37(55.2)	8(11.9)	20(29.9)	2(3.0)	0(0.0)	35(52.2)	32(47.8)
合計	61(50.0)	18(14.8)	35(28.7)	6(4.9)	2(1.6)	61(50.8)	59(49.2)
欠損値			3			5	
I 教えていない							教育区分
II 地域理学療法学以外の授業で教えている							
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている							a 卒後教育の項目である
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている							b 学校教育の項目である
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている							

表 46 地域情報の把握に関する教育の現状と教育区分（つづき）

						実人数(%)	
	I	II	III	IV	V	a	b
(24)地域の65歳以上の高齢者単身世帯数の把握							
大学	24(43.6)	10(18.2)	15(27.3)	4(7.3)	2(3.6)	25(46.3)	29(53.7)
専門学校	37(55.2)	7(10.4)	21(31.3)	2(3.0)	0(0.0)	35(52.2)	32(47.8)
合計	61(50.0)	17(13.9)	36(29.5)	6(4.9)	2(1.6)	60(49.6)	61(50.4)
欠損値			3			4	
(25)地域の要介護認定者数を把握							
大学	20(20)	10(17.9)	20(35.7)	4(7.1)	2(3.6)	21(39.6)	32(60.4)
専門学校	33(49.3)	8(11.9)	23(34.3)	3(4.5)	0(0.0)	31(46.3)	36(53.7)
合計	53(43.1)	18(14.6)	43(35.0)	7(5.7)	2(1.6)	52(43.3)	68(56.7)
欠損値			2			5	
(26)地域の平均寿命を把握							
大学	18(32.7)	11(20.0)	23(41.8)	3(5.5)	0(0.0)	19(35.2)	35(64.8)
専門学校	39(58.2)	5(7.5)	21(31.3)	1(1.5)	1(1.5)	34(50.7)	33(49.3)
合計	57(46.7)	16(13.1)	44(36.1)	4(3.3)	1(0.8)	53(43.8)	68(56.2)
欠損値			3			4	
(27)地域の健康寿命を把握							
大学	19(34.5)	11(20.0)	22(40.0)	3(5.5)	0(0.0)	19(35.2)	35(64.8)
専門学校	40(59.7)	7(10.4)	18(26.9)	1(1.5)	1(1.5)	35(52.2)	32(47.8)
合計	59(48.4)	18(14.8)	40(32.8)	4(3.3)	1(0.8)	54(44.6)	67(55.4)
欠損値			3			4	
(28)地域の介護給付費の推移を把握							
大学	24(43.6)	9(16.4)	20(36.4)	2(3.6)	0(0.0)	30(55.6)	24(44.4)
専門学校	36(53.7)	3(4.5)	28(41.8)	0(0.0)	0(0.0)	36(53.7)	31(46.3)
合計	60(49.2)	12(9.8)	48(39.3)	2(1.6)	0(0.0)	66(54.5)	55(45.5)
欠損値			3			4	
(29)地域の介護保険サービス利用者数を把握							
大学	26(47.3)	9(16.4)	18(32.7)	2(3.6)	0(0.0)	31(57.4)	23(42.6)
専門学校	36(53.7)	8(11.9)	22(32.8)	1(1.5)	0(0.0)	35(52.2)	32(47.8)
合計	62(50.8)	17(13.9)	40(32.8)	3(2.5)	0(0.0)	66(54.5)	55(45.5)
欠損値			3			4	
(30)地域の介護サービス事業所数を把握							
大学	37(67.3)	5(9.1)	9(16.4)	3(5.5)	1(1.8)	36(67.9)	17(32.1)
専門学校	44(66.7)	0(0.0)	22(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	39(59.1)	27(40.9)
合計	81(66.9)	5(4.1)	31(25.6)	3(2.5)	1(0.8)	75(63.0)	44(37.0)
欠損値			4			6	
(31)地域で実施している介護予防事業を把握							
大学	23(41.8)	11(20.0)	17(30.9)	2(3.6)	2(3.6)	26(50.0)	26(50.0)
専門学校	33(49.3)	1(1.5)	31(46.3)	0(0.0)	2(3.6)	28(43.1)	37(56.9)
合計	56(45.9)	12(9.8)	48(39.3)	2(1.6)	4(3.3)	54(46.2)	63(53.8)
欠損値			3			8	
I 教えていない							教育区分
II 地域理学療法学以外の授業で教えている							
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている							a 卒後教育の項目である
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている							b 学校教育の項目である
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている							

(6) 地域比較に関する教育の現状と教育区分（表 47）

「地域比較」に関する教育の現状および学校教育の項目か卒後教育の項目かの区分について集計したところ，“地域の情報を全国の統計値と比較する”の項目については、「教えていない」との回答割合が 63.6%で、次いで「当該科目の講義」の回答割合が 25.6%であった。また教育区分は、「学校教育の項目である」が 37.0%であった。“地域の情報を近郊の自治体と比較する”の項目については、「教えていない」との回答割合が 71.1%で、次いで「当該科目の講義」の回答割合が 20.7%であった。また教育区分は、「学校教育の項目である」が 34.7%であった。

表 47 地域比較に関する教育の現状と教育区分

						実人数(%)	
						a	b
I							
II							
III							
IV							
V							
(32)地域の情報を全国の統計値と比較する							
大学	33(60.0)	8(14.5)	11(20.0)	3(5.5)	0(0.0)	32(59.3)	22(40.7)
専門学校	44(66.7)	2(3.0)	20(30.3)	0(0.0)	0(0.0)	43(66.2)	22(33.8)
合計	77(63.6)	10(6.3)	31(25.6)	3(2.5)	0(0.0)	75(63.0)	44(37.0)
欠損値			4			6	
(33)地域の情報を近郊の自治体と比較する							
大学	37(67.3)	6(10.9)	10(18.2)	2(3.6)	0(0.0)	33(61.1)	21(38.9)
専門学校	49(74.2)	2(3.0)	15(22.7)	0(0.0)	0(0.0)	44(68.8)	20(31.3)
合計	86(71.1)	8(6.6)	25(20.7)	2(1.7)	0(0.0)	77(65.3)	41(34.7)
欠損値			4			7	
I 教えていない						教育区分	
II 地域理学療法学以外の授業で教えている							
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている						a 卒後教育の	b 学校教育の
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている						項目である	項目である
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている							

(7) 対象者と地域情報との統合・解釈に関する教育の現状と教育区分
(表 48)

「対象者と地域情報との統合・解釈」に関する教育の現状および学校教育の項目か卒後教育の項目かの区分について集計したところ，“対象者を支援する時，その地域の情景を思い浮かべる必要性”の項目については，“当該科目の講義”との回答割合が 50.4%で，その“方法”については，“当該科目の講義”の回答割合が 28.9%であった。また教育区分の「学校教育の項目である」との回答割合は，“必要性”が 67.5%であり，“方法”が 55.2%であった。“それぞれの対象者の現状から，地域の人々に共通する課題を抽出する必要性”の項目については，“当該科目の講義”との回答割合が 41.8%で，その“方法”については，“当該科目の講義”の回答割合が 23.6%であった。また“その方法”の項目は「教えていない」との回答割合が 63.4%であった。教育区分の「学校教育の項目である」との回答割合は，“必要性”が 61.7%であり，“方法”が 44.5%であった。“対象者の健康に関する課題を，その地域のもつ特徴と関連付けて考える必要性”の項目については，“教えていない」との回答割合が 42.6%で，“当該科目の講義”の回答割合が 39.3%であった。その“方法”の項目は，“教えていない」との回答割合が 58.2%で，“当該科目の講義”の回答割合が 25.4%であった。また教育区分の「学校教育の項目である」との回答割合は，“必要性”が 61.9%であり，“方法”が 46.7%であった。“対象者の運動機能の課題は，その地域の人々に共通する課題として捉える必要性”の項目については，“教えていない」との回答割合が 43.9%で，“当該科目の講義”の回答割合が 39.8%であった。その“方法”の項目は，“教えていない」との回答割合が 55.3%で，“当該科目の講義”の回答割合が 30.1%であった。また教育区分の「学校教育の項目である」との回答割合は，“必要性”が 60.2%であり，“方法”が 50.4%であった。“対象者の生活機能の課題は，その地域の人々に共通する課題として捉える必要性”の項目については，“教えていない」との回答割合が 40.7%で，“当該科目の講義”の回答割合が 43.9%であった。その“方法”の項目は，“教えていない」との回答割合が 56.1%で，“当該科目の講義”の回答割合が 27.6%であった。また教育区分の「学校教育の項目である」との回答割合は，“必要性”が 65.3%であり，“方法”が 49.6%であった。その他全体的に，約 5%から 10%程度の割合で，それぞれの項目の必要性および方法について，学内実習または学外実習で教育を行っているとの回答割合であった。

表 48 対象者と地域情報との統合・解釈に関する教育の現状と教育区分

I						II		III		IV		V		a		b	
(34)対象者を支援する時、その地域の情景を思い浮かべる必要性																	
大学		20(37.0)		2(3.7)		23(42.6)		4(7.4)		5(9.3)		22(44.9)		27(55.1)			
専門学校		度数(%)		15(22.4)		6(9.0)		38(56.7)		3(4.5)		5(7.5)		15(23.1)		50(76.9)	
合計		35(28.9)		8(6.6)		61(50.4)		7(5.8)		10(8.3)		37(32.5)		77(67.5)			
欠損値						4								9			
(35)対象者を支援する時、その地域の情景を思い浮かべる方法																	
大学		27(50.0)		1(1.9)		15(27.8)		5(9.3)		6(11.1)		28(56.0)		22(44.0)			
専門学校		度数(%)		32(47.8)		5(7.5)		20(29.9)		4(6.0)		6(9.0)		24(36.4)		42(63.6)	
合計		59(48.8)		6(5.0)		35(28.9)		9(7.4)		12(9.9)		52(44.8)		64(55.2)			
欠損値						4								9			
(36)それぞれの対象者の現状から、地域の人々に共通する課題を抽出する必要性																	
大学		21(37.5)		3(5.4)		22(39.3)		4(7.1)		6(10.7)		20(39.2)		31(60.8)			
専門学校		度数(%)		29(43.9)		2(3.0)		29(43.9)		2(3.0)		4(6.1)		24(37.5)		40(62.5)	
合計		50(41.0)		5(4.1)		51(41.8)		6(4.9)		10(8.2)		44(38.3)		71(61.7)			
欠損値						3								10			
(37)それぞれの対象者の現状から、地域の人々に共通する課題を抽出する方法																	
大学		32(57.1)		3(5.4)		15(26.8)		2(3.6)		4(7.1)		30(56.6)		23(43.4)			
専門学校		度数(%)		46(68.7)		0(0.0)		14(20.9)		3(4.5)		4(6.0)		36(54.5)		30(45.5)	
合計		78(63.4)		3(2.4)		29(23.6)		5(4.1)		8(6.5)		66(55.5)		53(44.5)			
欠損値						2								6			
(38)対象者の健康に関する課題を、その地域のもつ特徴と関連付けて考える必要性																	
大学		24(43.6)		4(7.3)		20(36.4)		2(3.6)		5(9.1)		23(43.4)		30(56.6)			
専門学校		度数(%)		28(41.8)		4(6.0)		28(41.8)		4(6.0)		3(4.5)		22(33.8)		43(66.2)	
合計		52(42.6)		8(6.6)		48(39.3)		6(4.9)		8(6.6)		45(38.1)		73(61.9)			
欠損値						4								7			
(39)対象者の健康に関する課題を、その地域のもつ特徴と関連付けて考える方法																	
大学		29(52.7)		3(5.5)		16(29.1)		3(5.5)		4(7.3)		33(61.1)		21(38.9)			
専門学校		度数(%)		42(62.7)		2(3.0)		15(22.4)		3(4.5)		5(7.5)		31(47.0)		35(53.0)	
合計		71(58.2)		5(4.1)		31(25.4)		6(4.9)		9(7.4)		64(53.3)		56(46.7)			
欠損値						3								5			
(40)対象者の運動機能の課題は、その地域の人々に共通する課題として捉える必要性																	
大学		26(46.4)		5(8.9)		17(30.4)		3(5.4)		5(8.9)		24(45.3)		29(54.7)			
専門学校		度数(%)		28(41.8)		1(1.5)		32(47.8)		3(4.5)		3(4.5)		23(35.4)		42(64.6)	
合計		54(43.9)		6(4.9)		49(39.8)		6(4.9)		8(6.5)		47(39.8)		71(60.2)			
欠損値						2								7			
(41)対象者の運動機能の課題は、その地域の人々に共通する課題として捉える方法																	
大学		28(50.0)		4(7.1)		16(28.6)		3(5.4)		5(8.9)		28(52.8)		25(47.2)			
専門学校		度数(%)		40(59.7)		1(1.5)		21(31.3)		2(3.0)		3(4.5)		31(47.0)		35(53.0)	
合計		68(55.3)		5(4.1)		37(30.1)		5(4.1)		8(6.5)		59(49.6)		60(50.4)			
欠損値						2								6			
I 教えていない														教育区分			
II 地域理学療法学以外の授業で教えている																	
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている														a 卒後教育の			
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている														b 学校教育の			
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている														項目である			
														項目である			

a 卒後教育の
項目であるb 学校教育の
項目である

表 48 対象者と地域情報との統合・解釈に関する教育の現状と教育区分
(つづき)

		I	II	III	IV	V	a	b
(42)対象者の生活機能の課題は、その地域の人々に共通する課題として捉える必要性								
大学		23(41.1)	7(12.5)	19(33.9)	2(3.6)	5(8.9)	21(39.6)	32(60.4)
専門学校	度数(%)	27(40.3)	1(1.5)	35(52.2)	2(3.0)	2(3.0)	20(30.8)	45(69.2)
合計		50(40.7)	8(6.5)	54(43.9)	4(3.3)	7(5.7)	41(34.7)	77(65.3)
欠損値				2			7	
(43)対象者の生活機能の課題は、その地域の人々に共通する課題として捉える方法								
大学		27(48.2)	5(8.9)	15(26.8)	4(7.1)	5(8.9)	29(54.7)	24(45.3)
専門学校	度数(%)	42(62.7)	1(1.5)	19(28.4)	2(3.0)	3(4.5)	31(47.0)	35(53.0)
合計		69(56.1)	6(4.9)	34(27.6)	6(4.9)	8(6.5)	60(50.4)	59(49.6)
欠損値				2			6	
I 教えていない							教育区分	
II 地域理学療法学以外の授業で教えている								
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている							a 卒後教育の	b 学校教育の
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている							項目である	項目である
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている								

(8) 地域関係者との検討に関する教育の現状と教育区分 (表 49)

“対象者への支援方法を地域住民と話し合う必要性”の項目については、「教えていない」との回答割合が 48.4%で、「当該科目の講義」の回答割合が 44.3%であった。その“方法”の項目は、「I 教えていない」との回答割合が 73.0%で、「当該科目の講義」の回答割合が 23.0%であった。また教育区分の「学校教育の項目である」との回答割合は、“必要性”が 50.0%であり、“方法”が 27.5%であった。

“対象者への支援方法を地域団体や住民組織と話し合う必要性”の項目については、「教えていない」との回答割合が 52.5%で、「当該科目の講義」の回答割合が 38.5%であった。その“方法”の項目は、「I 教えていない」との回答割合が 74.6%で、「当該科目の講義」の回答割合が 19.7%であった。また教育区分の「学校教育の項目である」との回答割合は、“必要性”が 44.9%であり、“方法”が 24.2%であった。

“対象者への支援方法を地域の関係職者と話し合う必要性”の項目については、「当該科目の講義」の回答割合が 50.4%で、「教えていない」との回答割合が 42.1%であった。その“方法”の項目は、「教えていない」との回答割合が 64.8%で、「当該科目の講義」の回答割合が 29.7%であった。また教育区分の「学校教育の項目である」との回答割合は、“必要性”が 53.8%であり、“方法”が 31.4%であった。

表 49 地域関係者との検討に関する現状と教育区分

		I	II	III	IV	V	a	b
(44)対象者への支援方法を地域住民と話し合う必要性								
大学		23(41.8)	4(7.3)	27(49.1)	0(0.0)	1(1.8)	24(46.2)	28(53.8)
専門学校	度数(%)	36(53.7)	2(3.0)	27(49.1)	2(3.0)	0(0.0)	35(53.0)	31(47.0)
合計		59(48.4)	6(4.9)	54(44.3)	2(1.6)	1(0.8)	59(50.0)	59(50.0)
欠損値				3	7			
(45)対象者への支援方法を地域住民と話し合う方法								
大学		42(76.4)	3(5.5)	10(18.2)	0(0.0)	0(0.0)	42(77.8)	12(22.2)
専門学校	度数(%)	47(70.1)	0(0.0)	18(26.9)	1(1.5)	1(1.5)	45(68.2)	21(31.8)
合計		89(73.0)	3(2.5)	28(23.0)	1(0.8)	1(0.8)	87(72.5)	33(27.5)
欠損値				3	5			
(46)対象者への支援方法を地域団体や住民組織と話し合う必要性								
大学		26(47.3)	4(7.3)	23(41.8)	1(1.8)	1(1.8)	26(50.0)	26(50.0)
専門学校	度数(%)	38(56.7)	3(4.5)	24(35.8)	2(3.0)	0(0.0)	39(59.1)	27(40.9)
合計		64(52.5)	7(5.7)	47(38.5)	3(2.5)	1(0.8)	65(55.1)	53(44.9)
欠損値				3	7			
(47)対象者への支援方法を地域団体や住民組織と話し合う方法								
大学	度数(%)	42(76.4)	4(7.3)	9(16.4)	0(0.0)	0(0.0)	43(79.6)	11(20.4)
専門学校		49(73.1)	2(3.0)	15(22.4)	1(1.5)	0(0.0)	48(79.6)	18(27.3)
合計		91(74.6)	6(4.9)	24(19.7)	1(0.8)	0(0.0)	91(75.8)	29(24.2)
欠損値				3	5			
(48)対象者への支援方法を地域の関係職者と話し合う必要性								
大学	度数(%)	22(40.7)	3(4.5)	28(51.9)	0(0.0)	1(1.99)	24(46.2)	28(53.8)
専門学校		29(43.3)	3(4.5)	33(49.3)	2(3.0)	0(0.0)	30(46.2)	35(53.8)
合計		51(42.1)	6(5.0)	61(50.4)	2(1.7)	1(0.8)	54(46.2)	63(53.8)
欠損値				4	8			
(49)対象者への支援方法を地域の関係職者と話し合う方法								
大学	度数(%)	36(65.5)	3(5.5)	16(29.1)	0(0.0)	0(0.0)	39(73.6)	14(26.4)
専門学校		43(64.2)	2(3.0)	20(29.9)	2(3.0)	0(0.0)	42(64.6)	23(35.4)
合計		79(64.8)	5(4.1)	36(29.5)	2(1.6)	0(0.0)	81(68.6)	37(31.4)
欠損値				3	7			
I 教えていない							教育区分	
II 地域理学療法学以外の授業で教えている								
III 知識としてわかるように地域理学療法学の講義で教えている							a 卒後教育の	b 学校教育の
IV IIIに加え、学内演習で模擬的にできるように教えている							項目である	項目である
V IVに加え、学外実習で実際にできるように指導者の指導のもとで教えている								

4. 考察

地域包括ケアシステムをより理解するために地域保健に関連する 49 項目の教育実施の現状と、学校教育としての必要性を問う調査を行った。

対象者個人の生活機能についての教育の実施は高い割合で行われていることがわかった。また対象者個人の心身機能について、情報を把握することは、学校教育の基盤として位置づけられていると考えられる結果であった。

対象者の地域とのつながりについては、社会資源の把握は、講義を主体とした教育から、一部学内、学外実習による、より幅広い教育を実施していることから、学校教育の基本となって実施していることが示された。しかし、その中で地域のボランティアの把握や、近所付き合いの特徴など、対象者に関連する具体的な社会資源についての教育はあまり実施されていない可能性が示唆された。つまり個人に関する情報を用い、地域をアセスメントする過程まで発展させることについては、学校教育ではほとんど実施されていない可能性が考えられる。情報の収集方法は、ほとんどが講義レベルで実施されている。継続的な情報の収集は、切れ目なく幅広いリハビリテーションの適切な提供を行うことができるという地域リハビリテーションの活動指針に必要な情報収集であり、リハビリテーションサービス移行に伴う連携²⁰⁴⁾に深く関連する項目である。情報収集に関する教育をより実践形式により、その必要性を理解することは、地域活動の実践能力を向上することにつながるものと考ええる。

地域の実情に合った支援に関する教育では、「教えていない」との回答割合が高く、また教育区分では、「卒後の教育項目である」との回答割合がやや高い割合を示していた。しかし、「学校教育の項目である」との回答の割合も約 40%程度であり、教育機関における教育の指標が画一化されていない可能性が示唆された。

地域情報把握に関する教育では、地域の基礎となる人口や高齢者数、などについて「講義で教えている」という回答と、「教えていない」という回答に分かれる結果となった。また、高齢者の人口、介護認定者数による介護ニーズの割り出しや、地域の介護ニーズに対応できる容量を示すサービス数等は、「教えていない」との回答割合が高く、学生が地域情報を把握するための基礎となる情報の収集、および地域の状況を想像し、地域のアセスメント能力の獲得につながる教育については十分行われていない可能性が考えられる。この項目についても、卒後の教育項目であるという回答割合が学校教育であるとの回答割合を若干上回っているものの、それほど大きな開きはではなく、学校教育で行うべきかどうかの検討が望まれる項目であると考ええる。

地域比較に関する教育では、全国、自治体による比較をする教育は、

「教えていない」との回答割合が高かった。地域比較は、介護予防事業等の計画、参画において、理学療法士が実際に効果的な活動を展開するために必要であると考えられる手法である。実際の活動実践の場では、地域の高齢者の年齢層の違いや、社会資源の違いから、他の地域で行われている活動内容をそのまま適用したとしても、効果的な活動につながらないこと、また対象者集団の特性がどのようなものであるか明確でないことも想定される。その際に例えば全国のデータや自治体データと予め比較することで、効果的な活動計画につなげることが可能となる。よって、地域比較を行うための教育は、地域の介護予防事業や地域づくりに参画するために最低限必要な学習項目であると考ええる。

対象者と地域情報との統合・解釈に関する教育は、対象者個人が持つ課題を、地域情報やその他の個人の課題と照らし合わせ、地域課題を抽出する思考過程に必要なスキルに関する教育である。理学療法士の学校教育は、基本的には個人を対象にした評価が中心である¹⁴⁹⁾が、地域包括ケアシステムを構築するための手法である地域ケア会議は、この個人課題を地域課題に展開する作業が必要であり、その解決に向けた活動が求められる。このスキルはより高度なスキルであることが想定されるため、学校教育ではほとんど実施されていないことが予想されていたが、結果は、「講義で教えている」と「教えていない」との回答に二分する結果となった。特に、必要性については、「講義で教えている」との回答が約4割で、予想以上に教えられていた。方法については、日本理学療法士協会が実施している地域ケア推進リーダー、介護予防推進リーダー制度²¹⁹⁾で始まったばかりであり、卒後教育に期待できると考える。

地域関係者との検討に関する教育では、地域住民、住民組織との検討、地域関係職者との検討は、その必要性を問う項目において、「教えていない」、または「講義レベル」に二分する結果であった。またその方法については、「教えていない」との回答割合が高く、約70%以上であった。この項目は、今後求められる介護予防の進め方として、エンパワメントを活用し、地域住民の主体性を重視した活動力を向上し、地域全体の介護予防活動を向上することを焦点とした質問項目である。地域包括ケアシステムが示す「互助」を推進していくためには、リハ専門職の立場から地域住民の支え合い活動を支援するということの教育について、学校教育からより充足していく必要があると考える。

第4節 小括

今回の調査から、地域包括ケアシステムの教育については、その必要性については、「とても必要である」「必要である」との回答割合が96%を超えていた。この教員の回答割合に対して、その教育内容は、地域包括ケアシステムの概念について講義レベルでの教育が中心であった。

地域包括ケアシステムの構築を推進する上で必要な地域活動の実践能力を向上するための設問の結果からは、個人をアセスメントすることは講義から学外実習まで実施されており、十分に教育されていると考えられる。しかし、対象者の生活を支える関連項目については、「教えている」か「教えていない」に回答が分かれている。

地域課題の抽出、地域ケア会議、施策化に関する教育は、教員によって学校教育で必要であるか意見が分かれており、地域を診断する技術については、具体的な技術の教育方法や教育区分にばらつきがみられていた。このことは、現状の学校教育だけでは地域診断に基づいた地域支援に至らない可能性があることが推察される。理学療法士が地域包括ケアシステムの推進に関わるには、地域の実情に沿った支援を行うための教育項目の構成が必要であると考ええる。それは具体的な事例を踏まえ、支援方法の検討を行う場面設定や、施策の必要性だけでなく、しくみである予算・法令を理解する教育項目の導入、卒業時の到達項目と到達度を現場と教員で検討すること等、学校教育および卒後教育の双方の充足に向けた取り組みが必要であると考ええる。これは、地域に寄り添った理学療法士の育成につながり、地域支援への人材派遣システム²²⁰⁾の醸成にも寄与できると考えられる。

研究の限界として、地域理学療法に関連した教育を行っている教員を対象としている。養成校によっては、その講義や実習を、「非常勤教員などに依頼し、教育の詳細まで把握していない」との回答を得たことから、学内における教育項目の共有化などにも影響されるものと認識した。また、地域包括ケアシステムの構築は各市町村でその取り組みが始まったばかりであり、今後その活動が開始されるにあたって、現場の実践者から、課題を汲みあげ、教育に反映されるのにまだ時間を要することが推測される。現在はその過渡期にあたるため、活用できる教育を検討し、構築できるまでに方向性が変化する可能性がある。また、今回の調査では、現在の教育のシステムとして、大学、短期大学、専門学校のカリキュラムの違いの側面からの検討ができるものにはいたっていない。今後、教育のガイドラインに提案できる到達目標の設定や教育項目についての検討を行い、研究を積み重ねる必要がある。

第4章 総括

理学療法士の地域包括ケアシステムへの参画推進に向けた地域活動実践能力の開発に関する研究を行った。本論文は、2つの調査により5つの研究で構成されている。

調査の1つ目は、医療機関、介護サービス、行政、その他の施設等において理学療法の提供を実務としている実践者を対象とした、地域包括ケアシステム、介護予防に関する意識、地域包括ケアシステムの構築を推進する上で必要である地域状況を把握することを中心とした情報収集や支援の実践についての現状調査である。主に地域診断のスキルに着目し、地域包括ケアシステムおよび介護予防を含む地域づくりのひとつとして理学療法士が地域の人々の生活を取り巻く幅広い背景を踏まえた上で地域活動に取り組むことができる能力を検討することで、能力開発にむけた示唆を得ることを目的に研究を進めた。それにより、地域包括ケア推進の意識の把握、アセスメントの実施状況の把握、地域活動の実践度を評価する尺度 PAES を開発し、地域活動実践能力に影響する要因の検討に関する研究を行った。

その結果、介護予防や地域ケア会議を通じた地域づくりに関するシステム作りを推進する理学療法士の意識は高いとはいえない結果であったが、地域状況は知りたいという気持ちを持っていることがわかった。しかし地域情報の収集については、十分に実践されていないことが明らかとなった。また、理学療法士はインフォーマルサービスを含む住民・住民組織との関わりが希薄であることが示唆された。

地域包括ケアシステムの推進意識度と地域活動の実践度を測定する PAES の2つのスコアを地域活動実践能力として位置づけ、属性、コア能力、マネジメント能力、環境の各要因との関連を探った。その結果から、他者との親和・順応、個の認識・主張という協調性と独立性の双方が高いこと、経験年数が5年未満の理学療法士の推進意識が高いこと、民生員、老人クラブ、当事者組織など、地域を支える活動を行っている住民との関わりを持つこと、理学療法士としての職務において能力発揮への満足感が高いことが、地域活動実践能力を向上する要因として示された。

今後の展望として筆者は、理学療法の実践者のための地域包括ケアシステム構築の推進するために必要な地域活動能力について、これからの提案のひとつとして図14にまとめた。介護予防から臨床業務、地域ケア会議の参画まで広く対応できる理学療法士が今後望まれ、それは、地域包括ケアシステムが目指す、自助、互助、共助、公助の柱を支える地域活動になると考えられる。地域を基盤として行われる理学療法士による専門的な視点による支援活動は、理学療法の視点に基づいた知識と技術を活用した活動として、単に医学的、臨床的な知識・技術を持つことだ

けでない。地域ニーズを捉え、介護予防、体制整備、地域住民との協働と教育啓発活動など多岐に活動を展開することも必要である。地域の実情に合った理学療法士の活動を遂行するには、幅広い支援ができるための地域を診る能力について教育と実践の双方から検討していかなければならないと考えられる。

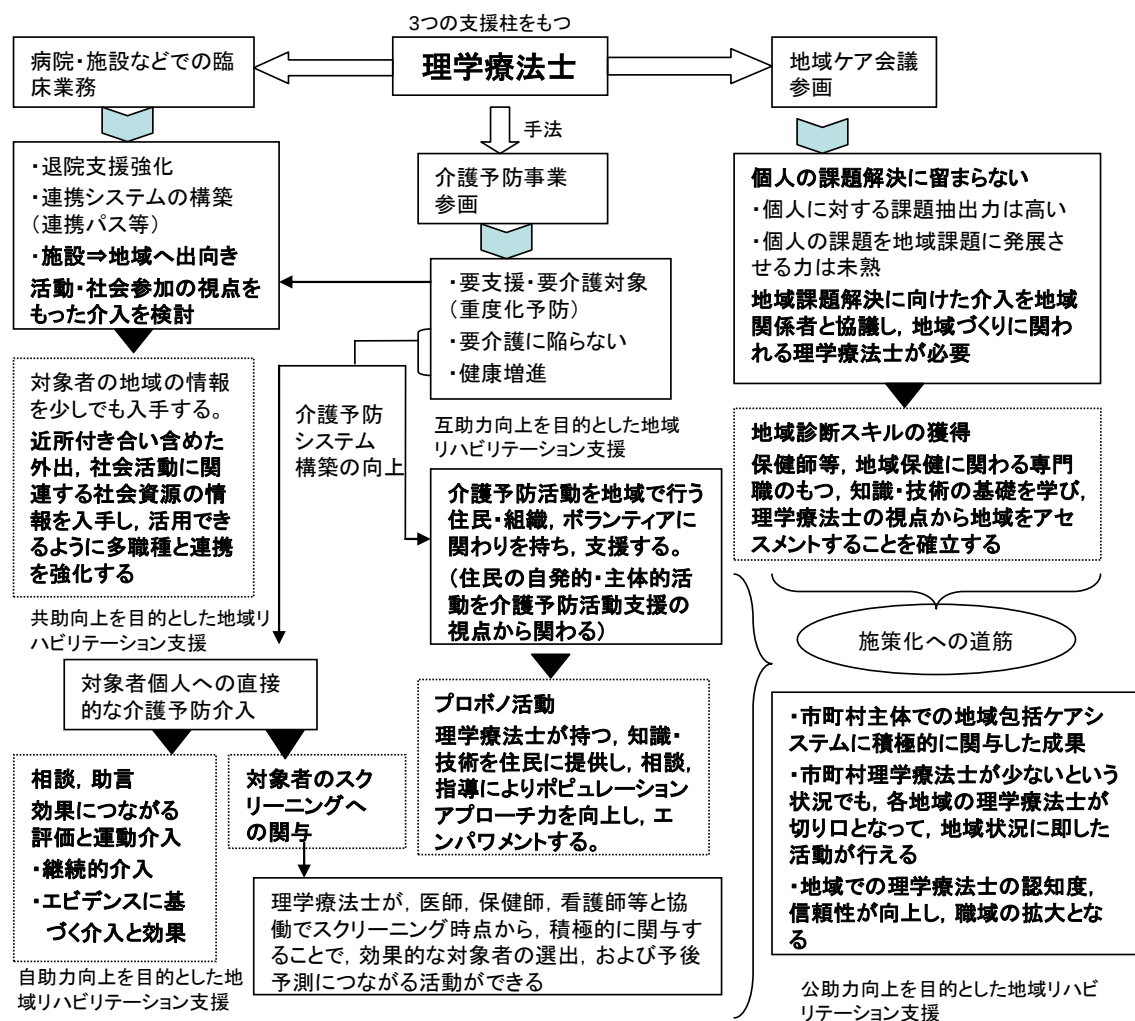


図 14 地域包括ケアシステム構築の推進するために必要な地域活動能力

2つ目の調査は、理学療法士養成校教員を対象とした、地域包括ケアシステムに関する教育の現状について調査し、教育状況を概観した。学校教育では、地域包括ケアシステムの教育について、その必要性は高いという回答が多く、その中でも、施策化に関わる理学療法士の必要性を学生が理解するための教育が必要であるとの回答が多かった。しかし、施策の目的や、それに至る過程についての教育は、その必要性が必ずしも高いとはいえないという回答結果であった。教育内容として、対象者

個人の心身機能を中心とした生活機能のアセスメントは講義から学外実習まで広く実施されている傾向にあった。しかし、地域の情報の収集、対象者の活動、参加、地域交流、ならびに個人の課題と地域の情報を統合し、地域課題に発展させ、支援に結びつけるという思考過程や支援方法を地域住民と協議するという項目は、一部講義にて行われている回答も含まれたが、全体的にみて、実施されていない傾向にあった。つまり地域診断に関連する項目は、学校教育の内容として位置づけられていないことが明らかとなった。そのため、対象者をとりまく必要な社会資源、環境を加味した教育が十分ではない可能性が示唆された。

日本理学療法士協会が理学療法士養成校に対して実施した平成 22 年度求人調査報告書²²¹⁾では、介護保険サービス他的大幅な増加を報告しており、急激な増加の一途をたどる新規参入人材に対する基本的提供サービス技術水準を維持するには、適正な教育の充実が急務であると述べている³²⁾。

理学療法養成校教育に関連するものには、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則、国家試験出題基準、日本理学療法士協会理学療法関連の教育ガイドラインが挙げられる。理学療法士の国家試験の出題基準²²²⁾は、平成 28 年度 of 国家試験出題基準²²³⁾の改定で、地域包括ケアシステムの項目が初めて出題項目として盛り込まれている。日本理学療法士協会が提示する「理学療法教育ガイドライン 1 版」は、指定規則 93 単位中 83 単位をコアカリキュラムとして示している²²⁴⁾。その中で地域理学療法学の授業の方向性、学習項目は、地域リハビリテーションの概念、訪問理学療法、在宅リハにおける障害者共通の介入に必要な知識、方法等の項目が記されているが、その教育到達目標レベルはすべて自分の言葉で説明できるレベルの「知識獲得レベル」に位置づけられている²²⁵⁾。今後、在宅医療がますます推進され重要視される中、国家試験の出題基準が広げられたこと、地域や在宅、訪問リハビリテーションのニーズの増大³⁴⁻³⁶⁾し、新たな地域のリハビリテーションニーズへの対応が求められていることから、地域理学療法学の教育到達レベルに関する検討も必要であると考えらる。

地域包括ケアシステム構築において、理学療法士の地域活動の能力水準を向上させるという視点では地域リハにおける卒前、卒後教育がまだ充分ではないと考えられる。その教育を充実していくための現実的な取り組みとして、地域のフィールドから、事例検討等を通じて、卒後教育研修モデルを議論する場を設けることで、卒後研修から学校教育に向けて、地域の実際に見合った内容が基本的なカリキュラムとして構築されていくことが理想的ではないかと考える。

この点については、コンピテンシーの概念から、研究を積み上げていく必要がある。そのため筆者は今後の展開として、教員間で地域包括ケ

アシシステムの教育について共通理解をするための案を図 15 に示した。これは理想とするコンピテンシーとそれに基づく卒後および学校教育での具体的な学習場面であり，講義レベル，学内演習，学外実習などを組み合わせ，地域包括ケアシステム構築を推進する理学療法士を育成することにつながるひとつの取り組み例として考案したものである。地域理学療法の 4 単位内で全てを網羅することは困難であることが予想されるが，より充実した教育に向けるには，地域理学療法に関する単位数の改定なども提案できるだけの研究を積み重ねることが必要である。

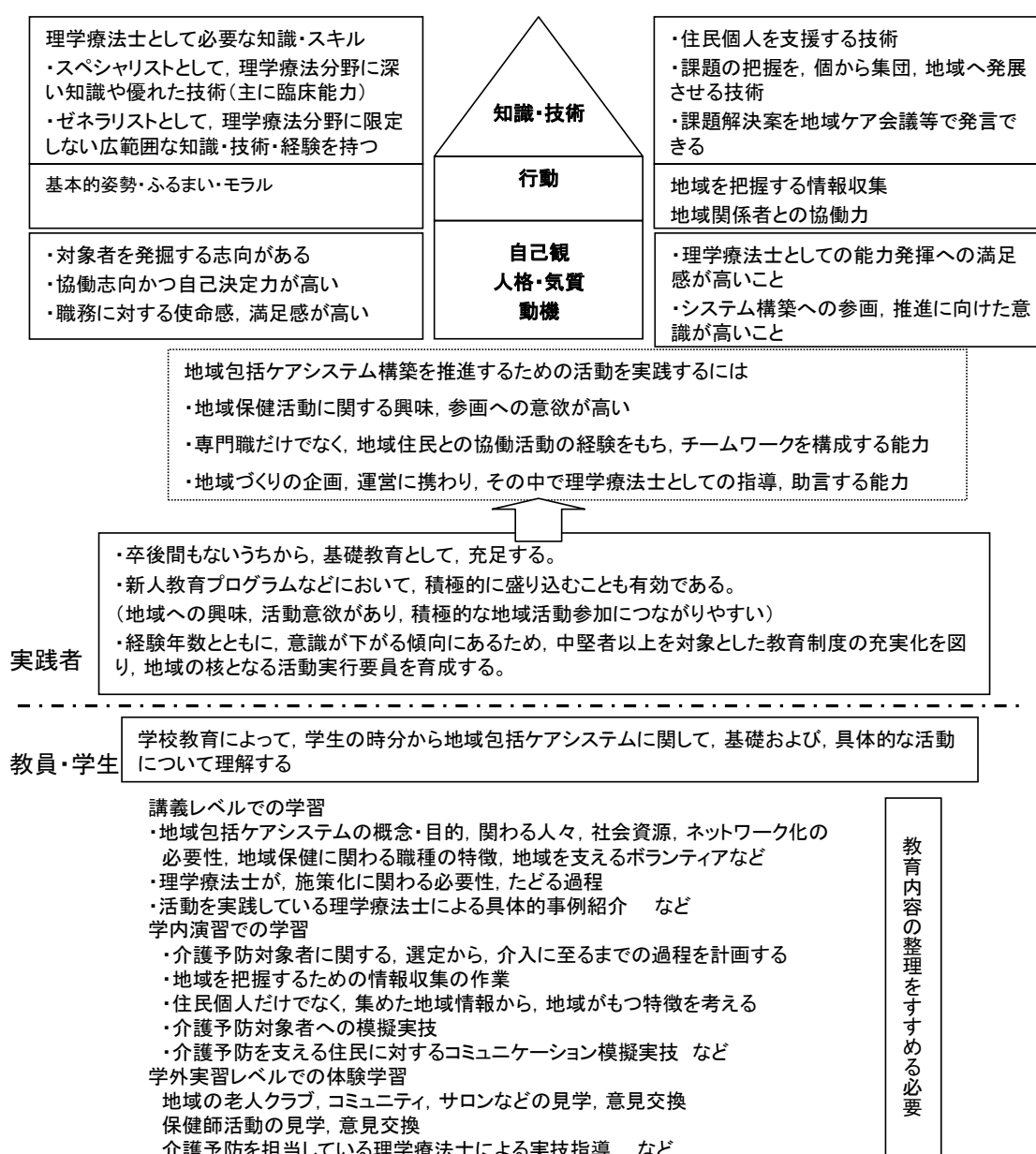


図 15 地域包括ケアシステム構築の推進のために必要な理学療法士の能力開発に必要な教育

地域包括ケアシステムに関する学校教育の拡充を図るには、「地域理学療法学」だけでなく、「保健医療福祉論」、「リハビリテーション概論」、その他の教育の中で、高齢者保健、地域保健、地域医療、保健・医療・福祉制度を含めた地域保健に関する基礎の教育と併せてどのような教育を実施しているか詳しく実態を調査し、地域包括ケアシステム構築の推進のために必要な活動を行うための能力開発を進めるために、実践者側から、教育機関へ課題を提示し、学校教育と卒後教育における議論の助力となる意義ある研究を重ねたいと考える。

謝辞

本研究は指導教員である岩井浩一教授の指導のもとに行われました。岩井教授には、研究を進めるにあたり、指導教員として多大なるご指導を頂き深謝申し上げます。

また、本研究は、保健師との協働を視点に入れ、副指導教員である看護学科 山口忍教授のもと、調査用紙の作成からデータ収集まで多大なるご指導ご協力を頂き深謝致します。

茨城県立医療大学の大学院生の皆様には、共著論文の作成、本博士論文の作成においても多くの暖かいご意見を頂き、感謝申し上げます。

さらに、今回の研究の一部では、公益財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団からの助成を受けて遂行することができたことに深く感謝申し上げます。

そして、何より、研究を行うことができたのは、調査票の回答にご協力いただきました理学療法士の皆様、ならびに教員の皆様のご協力のおかげです。大変ご多忙な中、ご協力を頂きましたことに心より感謝申し上げます。

参考・引用文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口－平成 24 年 1 月推計の解説および参考推計（条件付き推計）－．人口問題研究資料第 327 号，2013.
- 2) 厚生労働省：地域包括ケアシステム．
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（閲覧日 2015 年 2 月 1 日）
- 3) 一般財団法人長寿社会開発センター：平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域ケア会議運営マニュアル作成事業．地域ケア会議運営マニュアル，2013.
<http://www.nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf>.
（閲覧日 2015 年 2 月 1 日）
- 4) 厚生労働省社保審－介護給付費分科会：介護保険制度を取り巻く状況．第 100 回資料平成 26 年 4 月．
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000044899.pdf.（閲覧日 2015 年 2 月 1 日）
- 5) 厚生労働省：これからの介護予防．
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/dl/kaigoyobou.pdf>.
（閲覧日 2015 年 2 月 1 日）
- 6) 介護予防マニュアル改訂委員会．介護予防マニュアル．2012.
http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_1.pdf.（閲覧日 2015 年 6 月 1 日）
- 7) 厚生労働省：在宅医療・介護の推進について．在宅医療・介護推進プロジェクトチーム．
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou.../zaitaku_iryoku_all.pdf.（閲覧日 2015 年 6 月 1 日）
- 8) 大渕修一：介護予防と理学療法士の役割．理学療法学，2005；32(4)：169-172.
- 9) 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 2015 年 2 月 1 日）
- 10) 地方独立法人 東京都健康長寿医療センター．平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 地域包括ケアシステムを構築していく上で必要な互助の取り組み等に関する調査研究事業報告書．2014.
http://www.tmghig.jp/J_TMIG/extra/pdf/h25_kokkohojo_result/research_report_fujiwara.pdf.（閲覧日 2015 年 2 月 1 日）

- 11) 厚生労働省：第5期介護保険事業（支援）計画の策定準備及び地域支援事業の見直しに係る会議資料《介護保険事業（支援）計画関係》。2010. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dl/tp101027-01b.pdf>. (閲覧日 2015 年 2 月 1 日)
- 12) 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 2015 年 2 月 1 日)
- 13) 地域ケア会議にむけてリハビリテーションの果たす役割。リハ医療関連団体協議会地域包括ケア推進リハ部会 14.1.15ver. 2015. <https://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000187447.pdf>.
- 14) 厚生労働省：厚生労働省老健局全国介護保険担当課長会議資料（平成 26 年 7 月 28 日）。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000052337.html> (閲覧日 2015 年 3 月 1 日)
- 15) 厚生労働省：第44回社会保障審議会介護保険部会資料（平成 25 年 5 月 15 日）。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000003lzxr-att/2r9852000003202t.pdf>. (閲覧日 2015 年 3 月 1 日)
- 16) 厚生労働省：介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて（平成 27 年 6 月 5 日）
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088520.pdf>.
- 17) 厚生労働省：高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会 第2回高齢者の地域におけるリハビリテーションの現状と課題について 資料（平成 26 年 10 月） 検討の基本方針と課題の整理－前回の検討を踏まえた今後の検討の基本方針(案)について－。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000061383.pdf>. (閲覧日 2015 年 2 月 1 日)
- 18) 筒井孝子，東野定律．地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための尺度の開発．保健医療科学．2012；61（2）：104 - 112.
- 19) 永井昌寛，史文珍，山本勝．地域包括ケアシステムにおける在宅医療と連携に関する医師の意識実態分析．日本経営診断学会論集．2014；14：91 - 97.
- 20) 秋山正子．訪問看護の実践からみた地域包括ケアにおける看取り - 予防から見取りまで，地域の中で最期まで生きることを支える - ．医療と社会．2015；25（1）：71 - 85.

- 21) 小金丸敬仁, 松坂誠應. 社会資源の乏しい離島での地域包括ケアに向けた地域活動 - 地域リハビリテーション・連携・地域資源・地域包括ケアシステム -. 日本リハビリテーション医学会. 2014 ; 51 (2) : 130-133.
- 22) 米満弘之. ソーシャル・インクルージョンの視点での地域包括ケア. 日本リハビリテーション医学会. 2014 ; 51 (2) : 134 - 137.
- 23) 近藤克則. 超高齢社会における地域包括ケアシステムとリハビリテーション科医の役割 - 臨床から地域・エビデンスづくりまで -. 日本リハビリテーション医学会. 2014 ; 51 (2) : 120 - 124.
- 24) 武澤信夫. 京都式地域包括ケアシステムにおける総合リハビリテーション推進プランの展開と課題. 日本リハビリテーション医学会. 2014 ; 51 (2) : 125 - 129.
- 25) 永井昌寛, 山本勝, 横山淳一. 保健・医療・福祉施設から見た地域包括ケアシステムの市町村規模分析～青森県における施設連携意識と連携状況から～ . 日本経営診断学会論集. 2009 ; 9 : 59-65.
- 26) 中野いく子. 地域包括ケアの推進を目指して. 学術の動向. 2015 ; 20 (1) : 75 - 79.
- 27) 飯島勝矢. 超高齢化からみた将来予想図 : 高齢者を取り巻く環境. 理学療法学. 2014 ; 41 (3) : 170 - 175.
- 28) 一般 財団法人 健康・生きがい開発財団. 地域包括ケア実現に向けサービス提供の現場が抱える課題とその対応策あり方に関する調査研究事業報告書. 2015.
<http://ikigai-zaidan.or.jp/wp-content/uploads/2015/04/houkoku-sho2015.5.7.pdf>. (2015 年 10 月 1 日閲覧可能)
- 29) 川越雅弘. 理学療法士に期待される役割 - 地域包括ケア構築に向けて -. 理学療法学. 2013 ; 40 (3) : 230 - 234.
- 30) 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. 2014 ; 48 (3) : 185-193.
- 31) 井上智貴. 地域包括ケアシステムについて. 理学療法ジャーナル. 2012 ; 46 (10) : 875 - 881.
- 32) 植松光俊. 地域包括ケアの中の訪問理学療法 . 理学療法ジャーナル. 2012 ; 46 (10) : 882 - 889.
- 33) 臂宏泰, 三宅貴志. 訪問理学療法の展開 1. 公立みつぎ総合病院を核とした訪問リハビリテーション活動の展開. 理学療法ジャーナル. 2012 ; 46 (10) : 890-896.
- 34) 田村茂. 訪問理学療法の展開 3. 過疎地, 都市部の活動現場から考える. 理学療法ジャーナル. 2012 ; 46 (10) : 905 - 910
- 35) 小島基永, 大渕修一. 地域包括支援センターにおける理学療法士の役割と課題. PT ジャーナル. 2008 ; 42 (1) : 39-44.

- 36) 橋爪 紀子, 小池 純子. 特集地域包括ケアシステムと小児理学療法 小児における地域包括ケアシステムと理学療法. 理学療法ジャーナル. 2015 ; 49 (11) : 977 - 984.
- 37) 馬場純子. 介護支援専門員のケアマネジメント業務の現状と課題『介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査』. 人間福祉研究 5. 2003 ; 63-86.
- 38) 菱沼幹男. 福祉専門職による地域支援スキルの促進要因分析—コミュニティソーシャルワークを展開するシステム構築に向けて—. 社会福祉学. 2012 ; 53(2), 32-44.
- 39) 松浦尊磨. 医療分野におけるケア論の特性と広義のケア概念に基づく地域ケアの総体的展開. 甲南女子大学研究紀要. 2009 ; 第 2 号看護学・リハビリテーション学編 : 17-26.
- 40) Kuroda A, Tanaka K, Kobayashi R. et al. Effect of care manager support on health-related quality of life of caregivers of impaired elderly: one-year longitudinal study. Industrial Health. 2007 ; 45 : 402-408.
- 41) 林暁淵, 綾部貴子, 岡本秀明, 所道彦, 白澤政和. 利用者の QOL の変化からみたケアマネジメントの効果. 厚生指標. 2010 ; 57 (4) : 1-5.
- 42) Bernabei R, Landi F, Gambassi G. et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ. 1998 ; 316 : 1348-1351.
- 43) 綾部貴子, 岡田進一, 白澤政和, 岡田直人. ケアマネジメント業務における介護支援専門員の課題実施度に関する研究. 厚生指標. 2003 ; 50 (2) : 9-16.
- 44) Enid M Hunkeler, Wayne Katon, Lingqi Tang. et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. BMJ. 2006 ; 332 (7536) : 259-263.
- 45) 西村昌記, 小原眞知子, 大和三重, 小西加保留, 村社卓. ケアマネジメント業務自己評価尺度の開発—介護支援専門員が業務遂行のために必要とする技能修得度の測定—. 厚生指標. 1999;58(6):8-13.
- 46) 岡本玲子. ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発 デルファイ調査と信頼性・妥当性の検討. 日本公衛誌. 1999;46(6):435-445.
- 47) Jürgen Unützer , Wayne Katon , Christopher M. Callahan. et al. Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2002 ; 288 (22) : 2836-2845.

- 48) 吉田裕人, 藤原佳典, 天野秀紀, 熊谷修, 渡辺直紀, 李相侖, 森節子, 新開省二. 介護予防事業の経済的側面からの評価 介護予防事業参加群と非参加群の医療・介護費用の推移分析. 日本公衛誌. 2007 ; 54 (3) : 156-167.
- 49) 竹田徳則. 地域介入による介護予防効果検証ー武豊プロジェクト. 総合リハ. 2014 ; 42 (7) : 623-629.
- 50) 宮本謙三, 竹林秀晃, 島村千春, 井上佳和, 宅間豊, 宮本祥子, 岡部孝生. 介護予防を目的とした運動教室の展開ー小規模自治体からの実践報告ー. 理学療法学. 2005 ; 32 (6) : 384-388.
- 51) 新開省二, 吉田裕人, 藤原佳典, 天野秀紀, 深谷太郎, 李相侖, 渡辺直紀, 渡辺修一郎, 熊谷修, 西真理子, 村山洋史, 谷口優, 小宇佐陽子, 大場宏美, 清水由美子, 野藤悠, 岡部たづる, 干川なつみ, 土屋由美子. 群馬県草津町における介護予防 10 年間の歩みと効果. 日本公衛誌. 2013 ; 60 (9) : 596-605.
- 52) 相馬優樹, 角田憲治, 立山紀恵, 大蔵倫博. 通所型二次予防事業実施状況の地域格差に関する要因の検討ー施設立地状況とマンパワーに着目してー. 厚生の指標. 2014 ; 61 (13) : 31-38.
- 53) 平井寛, 近藤克則. 高齢者の町施設利用の関連要因分析 介護予防事業参加促進にむけた基礎的研究. 日本公衛誌. 2008 ; 55 (1) : 37-45.
- 54) 島貫秀樹, 本田春彦, 伊藤常久, 河西俊幸, 高戸仁郎, 坂本譲, 犬塚剛, 伊藤弓月, 荒山直子, 植木章三, 芳賀博. 地域在宅高齢者の介護予防推進ボランティア活動と社会・身体的健康および QOL との関係. 日本公衛誌. 2007 ; 54 (11) : 749-759.
- 55) 河合恒, 光武誠吾, 福嶋篤, 小島基永, 大渕修一. 地域住民の主体的な介護予防活動推進のための取組「介護予防リーダー養成講座」の評価. 日本公衛誌. 2013 ; 60 (4) : 195-203.
- 56) 福嶋篤, 河合恒, 光武誠吾, 大渕修一, 塩田琴美, 岡浩一朗. 地域在住高齢者による自主グループ設立過程と関連要因. 日本公衆衛生雑誌. 2014 ; 61 (1) : 30-40.
- 57) 大久保豪, 斎藤民, 李賢情, 吉江悟, 和久井君江, 甲斐一郎. 介護予防事業への男性参加に関連する事業要因の予備的検討 介護予防事業事例の検討から. 日本公衛誌. 2005 ; 52 (12) : 1050-1058.
- 58) 山縣恵美, 木村みさか, 三宅基子, 山田陽介, 梶本妙子, 渡邊裕也, 吉田司, 横山慶一, 吉中康子, 杉原百合子, 小松光代, 岡山寧子, 井上恒男. 地域に在住する自立高齢者における閉じこもりリスクの実態と体力との関連. 日本公衆衛生雑誌. 2014 ; 61 (11) : 671-678.
- 59) 安梅勅江, 篠原亮次, 杉澤悠圭, 伊藤澄雄. 高齢者の社会関連性と生命予後 社会関連性指標と 7 年間の死亡率の関係. 日本公衆衛生雑誌. 2006 ; 53 (9) : 681-687.

- 60) 太田ひろみ．個人レベルのソーシャル・キャピタルと高齢者の主観的健康感・抑うつとの関連 男女別の検討．日本公衆衛生雑誌．2014；61（2）：71-85．
- 61) 神崎由紀．地域で暮らす高齢者の見守りの概念分析．日本看護科学会誌．2013；33（1）：34 - 41．
- 62) 小林江里香，藤原佳典，深谷太郎，西真理子，斉藤雅茂，新開省二．孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康同居者の有無と性別による差異．日本公衆衛生雑誌．2011；58（6）：446-456．
- 63) 村山洋史，渋井優，河島貴子，可野倫子，虎谷彰子，立花鈴子，澁田景子，福田吉治，村嶋幸代．都市部高齢者の閉じこもりと生活空間要因との関連．日本公衆衛生雑誌．2011；58（10）：851-866．
- 64) 杉澤秀博，杉原陽子．特定高齢者の候補者の健診受診に対する社会的ネットワークの直接および間接効果 一般高齢者との対比．日本公衆衛生雑誌．2011；58（9）：743-753．
- 65) 浜崎優子，森河裕子，中村幸志，森本茂人，中川秀昭．介護予防事業対象者選定における生活機能検査の参加状況と要介護状態発生との関連．日本公衛誌．2012；59（11）：801-809．
- 66) 新開省二，渡辺直紀，吉田裕人，藤原佳典，天野秀紀，李相侖，西真理子，土屋由美子．要介護状態化リスクのスクリーニングに関する研究 介護予防チェックリストの開発．日本公衛誌．2010；57（5）：345-354．
- 67) 河野あゆみ，坂東彩，津村智恵子，串山京子，元重あき子，今木雅英．独居虚弱高齢者における介護予防事業対象者把握の検討 地域看護職の判断と国の基本チェックリストとの比較．日本公衛誌．2008；55（2）：83-92．
- 68) 菅万理，吉田裕人，藤原佳典，渡辺直紀，土屋由美子，新開省二．縦断的データから見た介護予防健診受診・非受診の要因．日本公衛誌．2006；53（9）：688-701．
- 69) 大淵修一．介護予防と運動器の機能向上．PT ジャーナル．2008；42（8）：657-663．
- 70) 岩井 浩一，滝澤 恵美，阪井 康友，他．地域の介護予防事業における運動プログラム参加者の体力向上効果．茨城県立医療大学紀要．2008；13：47-56．
- 71) 深作貴子，奥野純子，戸村成男，清野諭，金美芝，藪下典子，大藏倫博，田中喜代次，柳久子．特定高齢者に対する運動及び栄養指導の包括的支援による介護予防効果の検証．日本公衛誌．2011；58（6）：420-432．

- 72) 中村信義, 中島浩二, 斉藤大輔, 菊地千聖, 中澤好章, 加藤潤一.
介護老人保健施設における介護予防事業の効果と課題. PT ジャーナル.
2008 ; 42 (1) : 27-37.
- 73) 原田和宏, 島田裕之, Patricia Sawyer, 浅川康吉, 二瓶健司, 金谷
さとみ, 古名丈人, 石崎達郎, 安村誠司. 介護予防事業に参加した地
域高齢者における生活空間 (life-space) と点数化評価の妥当性の検
討. 日本公衛誌. 2010 ; 57 (7) : 526-537.
- 74) 川越雅弘. 介護予防効果評価システムの開発. 総合リハ. 2006 ; 34
(11) : 1027-1033.
- 75) 大渕 修一, 小島 基永, 三木 明子, 他. 介護予防対象者の運動器関
連指標評価基準 介護予防ケアマネジメントのために. 日本公衛誌.
2010 ; 57(11) : 988-995.
- 76) 高橋勝巳. 介護予防における生活目標と運動習慣の定着のとりくみ.
理学療法科学. 2009 ; 24 (6) : 867-871.
- 77) 日下隆一, 原田和宏, 金谷さとみ, 他. 介護予防における総合評価
の研究. 理学療法学. 2008 ; 35 (1) : 1-7.
- 78) 森岡 (寺澤) 典子, 斎藤民, 甲斐一郎. 介護予防 2 次予防事業とし
ての市町村の転倒・骨折予防事業に対する評価の実態に関する全国調
査. 厚生指標. 2012 ; 59 (11) : 9-14.
- 79) 衣笠隆, 芳賀脩光, 江崎和希, 他. 低体力高齢者の体力, 生活機能,
健康度に及ぼす運動介入の影響 (無作為化比較試験による場合). 日
本運動生理学雑誌. 2005 ; 12 (2) : 63-73.
- 80) 鶴見 隆正, 大渕 修一, 黒川幸雄. 健康増進と介護予防 (理学療法
MOOK 11) 増補版. 三輪書店. 2009. 13-22.
- 81) 遠又靖丈, 辻一郎, 杉山賢明, 橋本修二, 川戸美由紀, 山田宏哉,
世古留美, 村上義孝, 早川岳人, 林正幸, 加藤昌弘, 野田龍也, 尾島
俊之. 健康日本 21 (第二次) の健康寿命の目標を達成した場合におけ
る介護費・医療費の節減額に関する研究. 日本公衆衛生雑誌. 2014 ;
61 (11) : 679-685.
- 82) 中島望, 李志嬉, 桐野匡史, 川崎緑, 太湯好子, 中嶋和夫. 在宅高
齢者における健康生活習慣と機能的・構造的統合性の関係 . 厚生
の指標. 2012 ; 59(11) : 15-22.
- 83) 今井忠則, 長田久雄, 西村芳貢. 生きがい意識尺度 (Ikigai-9) の
信頼性と妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌. 2012 ; 59 (7) : 433-439.
- 84) 永嶋道浩. 特定保健指導に対する理学療法の新展開 - 特定保健指導
の理学療法士の関わり方 -. 理学療法学. 2012 ; 39 (8) : 550-551.
- 85) 伊藤利之. ヘルスプロモーションとリハビリテーション. 保健の科
学. 2011 ; 53 (10) : 679 - 684.

- 86) 浦辺幸夫．健康増進分野における理学療法の可能性．理学療法学．1997；24（8）：448-452．
- 87) 宮原 洋八，小田 利勝．地域高齢者のライフスタイルと運動能力，生活機能，社会的属性間との関連．理学療法科学．2007；22(3)：397-402．
- 88) 川又寛徳，山田孝，小林法一．健康高齢者に対する予防的・健康増進作業療法プログラムの効果 ランダム化比較試験．日本公衆衛生雑誌．2012；59（2）：73-81．
- 89) 鈴木隆雄．生活習慣病の予防と運動．理学療法ジャーナル．2013；47（4）：281 - 287．
- 90) 原善子，中谷淳子，亀ヶ谷律子，飯野直子，森晃爾，石原逸子．特定健診・特定保健指導における保健師のコンピテンシー．地域看護．2010；41：231-234．
- 91) 吉田礼維子，和泉比佐子，片倉洋子，波川京子．介護予防システムを推進する保健師の活動—指標開発に向けた項目作成過程—．老年社会科学．2011；32（4）：443-452．
- 92) 鳩野洋子，鈴木浩子，真崎直子：市町村統括保健師の役割遂行尺度の開発．日本公衆衛生誌，2013，60(5)：275-284．
- 93) 小川智子，中谷久恵．行政保健師の職務への自信とその影響要因．日本公衛誌．2012；59（7）：457-465．
- 94) 飯吉令枝，平澤則子，小林恵子，藤川あや．保健師の介護予防マネジメントにおける支援意図と課題．地域看護．2010；41：227-230．
- 95) 岩本 里織，岡本 玲子，塩見 美抄．「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証 保健師の全国調査結果から．日本公衆衛生雑誌．2008；55(9)：629-639．
- 96) 塩見美抄，岡本玲子，岩本里織．事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発 信頼性・妥当性の検討．日本公衛誌．2009；56（6）：391-401．
- 97) 小山歌子，村山伸子．健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討．日本公衛誌．2011；58（8）：617-627
- 98) 菅村佳美，鳴釜千津子，庄司和義，佐藤キヨ子，陳君，吉井初美，赤澤宏平，田城孝雄．居宅介護支援事業所の介護支援専門員からみた地域包括支援センターの現状と問題点の分析．厚生の指標．2010；57（4）：27-31．
- 99) 細田多穂，備酒伸彦，樋口由美，対馬栄輝著．地域リハビリテーション学テキスト．（株）南江堂．2012．：111-122．
- 100) 大浦智子，津山努，中西康祐．介護支援専門員と訪問介護員における訪問リハビリテーション効果への期待—量的・質的検討—．作業療法．2013；32（5）：440-449．

- 101) William C. Mann, Kenneth J. Ottenbacher, Linda Fraas, Machiko Tomita, Carl V. Granger. Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly A Randomized Controlled Trial. Arch Fam Med. 1999 ; 8(3) : 210-217.
- 102) Hsiang-Yu Yang and Jon A. Sanford. Home and Community Environmental Features, Activity Performance, and Community Participation among Older Adults with Functional Limitations. Journal of Aging Research. 2012 ; 2012 : 1-14.
- 103) 岡光孝, 岡本隆嗣. 在宅生活者の生活期リハビリテーションに関する介護支援専門員へのアンケート調査. 総合リハ. 2012 ; 40 (9) : 1245-1251.
- 104) 加藤剛平, 田宮菜奈子, 柏木聖代, 赤坂清和. 地域在住要介護者等の外出頻度に関連する環境因子-通所リハビリテーション利用者に着目して-. 理学療法学. 2011 ; 38 (1) : 17-26
- 105) 岡本秀明, 岡田進一, 白澤政和. 在宅高齢者の社会参加活動意向の充足状況と生活満足度の関連. 生活科学研究誌. 2004 ; vol. 3 : 185-191.
- 106) 中村恵子, 山田紀代美. 虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌. 2009 ; 32 (5) : 29-38
- 107) 馮涛, 香川幸次郎. 高齢者の対人的社会活動尺度の開発. 岡山大学大学院文化科学研究科紀要. 2005 ; 20(1) : 119-130.
- 108) 本田春彦, 植木章三, 岡田徹, 江端真伍, 河西敏幸, 高戸仁郎, 犬塚剛, 荒山直子, 芳賀博. 地域在宅高齢者における自主活動への参加状況と心理社会的健康および生活機能との関係. 日本公衆衛生雑誌. 2010 ; 57 (11) : 968-976.
- 109) 村山陽, 高橋知也, 村山幸子, 二宮知康, 竹内瑠美, 鈴木宏幸, 野中久美子, 深谷太郎, 谷口優, 西真理子, 新開省二, 藤原佳典. 高齢者における「世代間のふれ合いにともなう感情尺度」作成の試みー高齢者の心身の健康との関連ー. 厚生の指標. 2014 ; 61(13) : 1-8.
- 110) 岡本秀明. 高齢者向けの「社会活動に関連する過ごし方満足度尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌. 2010 ; 57 (7) : 514-525.
- 111) 鈴川芽久美, 島田裕之, 小林久美子, 鈴木隆雄. 要介護高齢者における外出と身体機能の関係. 理学療法科学. 2010 ; 25 (1) : 103-107.
- 112) 大沢晴美, 浅川康吉, 橋本沙織. 在宅療養者における他者との交流および外出の現状. 理学療法科学. 2002 ; 17 (4) : 237-241.
- 113) 浜村明德, 武次大介. 事例報告：包括医療の中でのリハビリテーションの試み 老人を中心とした地域リハビリテーション. 総合リハ. 1991 ; 19 (1) : 17-22.

- 114) Morita Hiroaki, Yasuhara Kyoko, Ogawa Ryoko, Hatanaka Harumi.
Factors Impeding the Advancement of Community-based
Rehabilitation (CBR): Degree of Understanding of Professionals
about CBR. *Journal of Physical Therapy Science*. 2013 ; 25 (4) :
413-423.
- 115) 伊藤利之. 地域リハビリテーションにおけるネットワーク. 総合リ
ハ. 1991 ; 19 (1) : 11-16.
- 116) 安田肇, 近藤和泉, 佐藤能啓. わが国における高齢障害者を介護す
る家族の介護負担に関する研究—介護者の介護負担感, 主観的幸福感
とコーピングの関連を中心に—. *リハビリテーション医学*. 2001 ; 38
(6) : 481-489.
- 117) 牧迫飛雄馬, 鈴木芽久美, 島田裕之, 小林久美子. 通所介護を利用
する高齢者の家族介護者における介護負担感に関する調査. *保健の科
学*. 2009 ; 51 (7) : 491-495.
- 118) 鈴木浩子, 山中克夫, 藤田佳男, 平野康之, 飯島節. 介護サービ
スの導入を困難にする問題とその関係性の検討. *日本公衛誌*. 2012 ; 59
(3) : 139-149.
- 119) 中井康貴, 中山慎吾, 古瀬徹. 在宅認知症高齢者の介護・医療サー
ビス利用—家族介護者が感じる困難・負担感—. *厚生の指標*. 2012 ;
59 (11) : 23-29.
- 120) 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明. 介護保険制度の導入・改定前後に
おける居宅サービス利用と介護負担感の変化—反復横断調査に基づ
く経年変化の把握—. *厚生の指標*. 2012 ; 59 (15) : 1-9.
- 121) Margaret P. Calkins. Evidence-based long term care design.
NeuroRehabilitation, 2009 ; 25 (3) : 145-154.
- 122) Gloria Luong, Susan T. Charles, and Karen L. Fingerman. Better
With Age: Social Relationships Across Adulthood. *Journal of Social
and Personal Relationships*. 2011 ; 28 (1) : 9-23.
- 123) 荒賀直子, 坂本なほ子, 葛西好美, 山口忍. 高齢者急性期患者の早
期退院に向けた地域連携の促進—看護師の意識について—. *順天堂医
学*. 2007 ; 53 (2) : 226-233.
- 124) 福屋靖子, 石鍋圭子, 今泉厚子, 他: リハビリテーション活動にお
ける連携に関わる職種に関する調査 研究推進委員会「連携推進 WG」
2012 年度調査報告. *リハビリテーション連携科学*. 2013 ; 14 (2) :
280-288.
- 125) 村山洋史, 奈良部晴美, 兒島智子, 戸丸明子, 立花鈴子, 山口拓洋,
村嶋幸代. 地域専門機関とインフォーマル組織間のネットワーク構築
促進プログラムの開発. *日本公衛誌*. 2010 ; 57 (10) : 900-908

- 126) 石川誠．地域リハビリテーションにおける現在の課題．PT ジャーナル．1996；30（7）：452-458．
- 127) 茅野純，二渡玉江，他：自立した理学療法士が獲得すべき能力に関する質的研究．理学療法学．2010；37：410-416．
- 128) 上岡裕美子，松田智行，飯島弥生，斉藤秀之，千田直人，浅川育世，小林聖美，伊佐地隆．訪問リハビリテーションの教育プログラム構築に向けた調査報告-実践家から見た養成施設における教育の課題-．理学療法学．2013；40（5）：378-385．
- 129) 曾田玉美．作業療法士のコンピテンシーに関する一考察．目白大学健康科学研究．2010；4：15-19．
- 130) 本村美和，川口孝泰．中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発．日本看護研究学会雑誌．2013；36（1）：61-70．
- 131) 菊地和則．多職種チームのコンピテンシー - インディビデュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理 - ．社会福祉学．2004；44（3）：23-31．
- 132) 平野かよ子．公衆衛生看護における保健師のコンピテンシー．保健医療科学．2006；55（2）128-132．
- 133) 綿引信義，Jonathan P. Guevarra．公衆衛生分野における人材育成の動向と課題-コンピテンシーに基づくアプローチ-．保健医療科学．2013；62（5）：475-487．
- 134) 橘とも子，荒田吉彦，大原智子，大熊和行，安藤雄一，奥田博子，佐藤加代子，豊福肇，鈴木晃，曾根智史．地域における健康危機管理コンピテンシーの習得レベルに関する研究 - ードルファイ法を用いたすべての公衆衛生従事者に求められる職種別・職位別質的調査 - ．厚生の指標．2011；58（6）：27-35．
- 135) 立石和子，中澤洋子，原谷珠美，松尾良子，佐々木聖子．成人看護学臨地実習において修得されたコンピテンシーの自己評価．北海道文教大学研究紀要．2013；37：177-187
- 136) 岡本玲子，谷垣静子，岩本里織，他．保健師等のコンピテンシーを高める学習成果創出型プログラムの開発 大学院の地域貢献を目指すアクションリサーチの一環として．日本公衆衛生雑誌．2011；58（9）：778-792．
- 137) 岡田麻里，小西美智子．個別的な関わりから地域ケアシステムを構築するための基盤となる能力．看護研究．2004；37（1）：65 - 78．
- 138) 奈良勲編．理学療法概論．医歯薬出版．2013；236-238．
- 139) 水嶋春朔，遠藤弘良．WHOにおけるコンピテンシーに基づく人材育成．保健医療科学．2006；55（2）：112-117．
- 140) 永井成美，赤松利恵，長幡友実，他．卒前教育レベルの管理栄養士のコンピテンシー測定項目の開発．栄養学雑誌．2012；70（1）：49-58．

- 141) 鹿野尚登．人材開発の基本としてのパフォーマンス・コンサルティング．医療職の能力開発．2014；3（1）：19-25.
- 142) 嵯峨生馬：プロボノー新しい社会貢献新しい働き方．勁草書房，2011：24-27.
- 143) 伊藤利之，白野明，田中理，渡邊愼一編．地域リハビリテーションマニュアル．（株）三輪書店．2003：34-36.
- 144) 大田仁史編，浜村明德，下斗米貴子，澤俊二著．地域リハビリテーション論 Ver.5．（株）三輪書店．2012：83-107.
- 145) 澤村誠志・奥野英子編．リハビリテーション連携論ーユニバーサル社会実現への理論と実践ー．三輪書店，2009：218-220.
- 146) 半田一登．チーム医療における理学療法士の役割．保健の科学．2015；57（11）：756-759.
- 147) 金谷さとみ．地域における生活機能向上のための理学療法．PT ジャーナル．2004；38（7）：529-535.
- 148) 鈴木紀秀．ヘルスケアにかかわる社会課題解決に求められるコーディネート能力．保健の科学．2015；57（2）：112-119.
- 149) 奈良勲，内山靖．理学療法評価学．医学書院．2004；14-47.
- 150) 奈良勲監修，牧田光代，金谷さとみ編．標準理学療法学 専門分野地域理学療法学第3版．医学書院．2012．pp6-67.
- 151) 奈良勲 監修／伊藤日出男・香川幸次郎 著 PT マニュアル 地域理学療法 第2版．医歯薬出版 2002；47.
- 152) 石川朗，内山靖，新田収．理学療法フィールドノート 4．地域・在宅．南江堂 2009；2-17.
- 153) RUTH B.FREEMAN, JANET HEINRICH COBEY 著，橋本正己監訳．地域保健と看護活動．（株）医学書院サウンダース，1984；262-263.
- 154) 荒賀直子，後閑容子．公衆衛生看護学代 4 版．株式会社インターメディカル 2015；4.
- 155) 中村裕美子．標準保健師講座 2 地域看護技術．医学書院 2005；38.
- 156) 財団法人日本公衆衛生協会，公益社団法人日本理学療法士協会，社団法人日本作業療法士協会：平成 25 年度 地域保健総合推進事業「行政の理学療法士，作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究」ー地域保健への理学療法士，作業療法士の関わり．2014.
http://www.japanpt.or.jp/00_jptahp/wp-content/uploads/2013/08/suishinjigyou_houkokusho_h25.pdf.（閲覧日 2015 年 2 月 1 日）
- 157) 財団法人日本公衆衛生協会，公益社団法人日本理学療法士協会，社団法人日本作業療法士協会：平成 26 年度 地域保健総合推進事業「地域保健に関わる理学療法士・作業療法士の人材育成に関する調査研究」
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/chosa/suishinjigyou_houkokusho_h26.pdf.（閲覧日 2015 年 4 月 1 日）

- 158) 平野かよ子：地域特性に応じた保健活動ー地域診断から活動計画・評価への共同した取り組みー。ライフサイエンスセンター，東京，2004，pp153-162.
- 159) 財団法人日本公衆衛生協会：地域診断ガイドライン 平成 22 年度地域保健総合推進事業「地域診断から始まる見える保健活動実践推進事業」報告書 2011.
http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_10_02.pdf. (閲覧日 2015 年 2 月 1 日)
- 160) 中川典子，林千冬．日本における看護職者に関する職務満足度研究の成果と課題ー過去 15 年間の Stampsー尾崎翻訳修正版尺度を用いた研究の文献レビューー．日看管会誌．2004；8（1）：43-57.
- 161) 加藤栄子，尾崎フサ子．中高年看護職者の職務継続意志と職務満足に関連する要因の検討．日本看護科学会誌．2011；31（3）：12-20.
- 162) 山口久美子，池田俊也，武藤正樹，成田徹郎．データマイニングを用いた看護師の離職要因の検討ーベッドコントロール・職場環境・職務満足度の視点からー．日本医療経営学会誌．；7（1）：55-65.
- 163) 眞鍋えみ子，小松光代，和泉美枝，倉ヶ市絵美佳，橋元春美，北島謙吾，岡山寧子．大学付属病院の看護職における Sense of Coherence と労働環境満足度・看護臨床能力との関連．日本看護研究学会雑誌．2012；35（2）：19-25.
- 164) 岩崎裕子．理学療法士の仕事意識と自己啓発．文京学院大学保健医療技術学部紀要．2010；3：47-56.
- 165) 池田望，村田伸．新人理学療法士が求める理学療法責任者の行動分析ーリーダーシップ行動と職務満足度との関係ー．西九州リハビリテーション研究．2011；4：69-72.
- 166) 山田洋一，丸山仁司．理学療法士の自己認識から抽出した今後の育成課題 - 医療機関に勤務する理学療法士の調査 - ．理学療法科学．2012；27（4）385-389.
- 167) 中野良哉．理学療法学科学生の職業的アイデンティティと仮想的有能感．理学療法科学．2012；27（2）147-150.
- 168) 浅野神奈，和泉比佐子，片倉洋子，波川京子．市町に勤務する新任保健師の職務満足感とその関連要因の検討ーメンタリングの受け止め，個人的要因および組織的要因に焦点を当ててー．日本地域看護学会誌．2009；11（2）：15-24.
- 169) 中村悦子，清水理恵，尾崎フサ子．病院職員の職務満足とその影響要因．新潟青陵学会誌．2012；4（3）：83-92.
- 170) 撫養真紀子，勝山貴美子，尾崎フサ子，青山ヒフミ．一般病院に勤務する看護師の職務満足を構成する概念．日看管会誌．2011；15（1）：57-65.

- 171) 文部科学省．看護学教育の在り方に関する検討会（2004）
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm.（閲覧日：2015年10月1日）
- 172) 木村誠子，西川まり子，芥川清香，片岡万里，林昌子．看護実践能力を育成する教育方法と評価の文献的考察．広島国際大学看護学ジャーナル．2011；9（1）：25-34.
- 173) 高瀬美由紀，寺岡幸子，宮腰由紀子，川田綾子．看護実践能力に関する概念分析：国外文献のレビューを通して．日本看護研究学会雑誌．2011；34（4）：103-109.
- 174) 山根洋右，塩飽邦憲，北島桂子，他．「新しい公衆衛生」におけるコア概念と地域基盤公衆衛生学教育の意義．医学教育．2004；35（1）：47-52.
- 175) 北山三津子，松下光子，両羽美穂子，石井 康子．看護学科卒業時の看護実践能力を担保するための教育の開発．岐阜県立看護大学紀要．2011；11（1）：71-78.
- 176) 内山靖，山路雄彦．理学療法学教育における実践能力を高めるカリキュラム．理学療法ジャーナル．2005；39（2）：119-129.
- 177) 中村隆一．21世紀の理学療法に期待すること．PTジャーナル．2002；36（7）：524-531.
- 178) 芳野 純，臼田 滋．医療施設における理学療法士の継続教育の現状．理学療法科学．2010；25（1）：55-60.
- 179) 有馬慶美，武田貴好，舩山貴子，他．実践能力を高めるための特色ある理学療法教育方法：臨床推論能力の向上を目標とした教育方略．PTジャーナル．2005；39（2）：134-136.
- 180) 武政誠一，伊藤浩充，杉本雅晴，他．実践能力を高めるための特色ある理学療法教育方法：チーム医療のための Inter-professional Education および実習科目における工夫．PTジャーナル．2005；39（2）：150-153.
- 181) 廣井直樹．卒前医学教育における「実践知」教育～東邦大学医学部の取り組みから～．保健の科学．2015；57（4）：238-243.
- 182) 斉藤秀之．刷新（イノベーション）．理学療法学．2012；9（8）：480-484.
- 183) 池田 誠．地域理学療法学教育の検討．理学療法学．1992；19（6）：558-566.
- 184) 峯松亮，佐藤成登志，立石学．理学療法士教育の一環としての地域活動導入の試み．理学療法科学．2004；19（2）：85-88
- 185) 奈良勲編．理学療法教育論．医歯薬出版 2004；190-194.

- 186) 河西 理恵, 丸山 仁司. 教員アンケート調査からみた理学療法学教育における PBL テュートリアルの現状と課題. 理学療法学. 2010 ; 25 (5) : 747-754.
- 187) 浅利和人. 地域リハビリテーション施設における臨床実習教育のあり方に関する研究. 理学療法学. 2009 ; 24 (6) : 895-899.
- 188) 井関茜, 沖田一彦, 島谷康司. 理学療法士のプロフェッショナルリズムの分析 - 日本の理学療法学生へのアンケート結果に基づいて -. 理学療法学 2014 ; 29 (4) 599-604.
- 189) 岩井信彦. 医療施設での新人理学療法士教育 - 臨床実践能力の獲得に向けて -. 神戸学院総合リハビリテーション研究. 2007 ; 2 (2) : 49-54.
- 190) 吉永勝訓. 疾患別リハビリテーション導入の現状と課題. 総合リハビリテーション. 2012 ; 40 (1) : 7-14.
- 191) 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 他. 看護実践能力: 概念, 構造, および評価. 聖路加看護学会誌. 2010 ; 14 (2) : 18-28.
- 192) 浅川育世編. ビジュアルレクチャー 地域理学療法学. 医歯薬出版株式会社. 2012 ; 5.
- 193) 社団法人全国保健師教育機関協議会: 保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ全国保健師教育機関協議会版 (2013) - 保健師教育の質保障と評価に向けて -. 2013 ; 26-45.
- 194) 柳川洋, 中村良和 編. 公衆衛生マニュアル, 南山堂. 2010 ; 13-136.
- 195) 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会編: 実践につながる地域住民参加型地域診断の手引き-地域包括ケアシステム推進に向けて-, 2012 ; 11-84.
- 196) 茨城県高齢者福祉計画・茨城県介護保険事業支援計画 いばらき高齢者プラン 21 (第 5 期 平成 24 年度~26 年度). 2012 ; 15-35.
- 197) 堀洋道 (監), 吉田富二雄 (編). 心理測定尺度集 II~人間と社会のつながりをとらえる〈対人関係・価値観〉~. サイエンス社. 2001 ; 232-235.
- 198) 亀井智子, 飯岡由紀子, 片岡弥恵子, 他. 修士課程「チームビルディング力育成合宿セミナー」プログラムに参加した上級実践コース履修者のチームビルディング意識の変化とプログラム評価. 聖路加看護大学紀要. 2013 ; 39 : 3-46.
- 199) 田中美由紀. 職務満足感に関する諸要因の検討. 早稲田心理学年報. 1997 ; 30 (1) : 29-36.

- 200) 公益社団法人 日本理学療法士協会：平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護予防や地域包括ケアの推進に対する国民意識調査研究事業」調査報告書．2015.
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/chosa/1502_report.pdf. (閲覧日 2015 年 6 月 1 日).
- 201) Bross, I.W. : How to use the riddit analysis.
Biometrics, 1958, Vol. 14, 18-38.
- 202) 岩井浩一：余暇活動と健康の関連に関する研究. Health Sciences, 1989, Vol. 5 No4 : 33-37.
- 203) 澤村誠志（監）：地域リハビリテーション白書 3. -地域包括ケア時代を見据えて-. 三輪書店. 2013 ; 2-83.
- 204) 佐々木峯子, 井伊久美子, 金川克子・他（編）：新版保健師業務要覧第 2 版. 日本看護協会出版会. 2008 ; 38-41.
- 205) 山口忍：ナイチンゲール活動にみる地区診断. 順天堂医療短期大学紀要. 2000 ; 11 : 24-32.
- 206) 芳野純, 臼田滋. 理学療法における臨床能力評価尺度 (Clinical Competence Evaluation Scale in Physical Therapy: CEPT) の開発と信頼性の検討. 理学療法科学. 2012 ; 27 (6) : 651-655.
- 207) 守田孝恵, 檀原三七子, 兼平朋美・他：展開図でわかる「個」から「地域」へ広げる保健師活動. クオリティケア, 東京, 2013, pp3-8.
- 208) 財団法人日本公衆衛生協会, 地域における保健師の保健活動に関する検討会：平成 24 年度地域保健総合推進事業. 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書.
http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h24_02.pdf. (閲覧日 2015 年 2 月 1 日).
- 209) 財団法人日本公衆衛生協会, 地域における保健師の保健活動に関する検討会：平成 24 年度地域保健総合推進事業. 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書.
http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h24_02.pdf. (閲覧日 2015 年 2 月 1 日)
- 210) 公益社団法人日本理学療法士協会：資料・統計 会員の分布.
http://www.japanpt.or.jp/about/about_jpta/05_index/ (閲覧日 2015 年 2 月 1 日)
- 211) 安梅勅江, 片山秀史, 原田亮子. 他：ケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性及び社会福祉の自己評価の特徴. 老年社会科学, 20 (1), 1998 ; 50-60.
- 212) 青木繁伸：数量化 I 類はダミー変数を用いた重回帰分析である.
<http://www.geocities.jp/databooster2/mydoc/sreg-qt1.pdf>. (閲覧日 2015 年 10 月 1 日).

- 213) 荻原 新八郎 , 土屋瑠見子 : 金沢大学理学療法学専攻卒業生の職務満足度. 金沢大学つるま保健学会誌, 2007 ; 31(1) : 35-44.
- 214) 加藤司. 対人ストレス過程の検証. 教育心理学研究. 2001; 49: 295-304.
- 215) 高橋桂子, 斎藤英理. 大学生のコミュニケーション能力と対人ストレスコーピングが友人関係満足感に与える影響. 新潟大学教育学部研究紀要. 2012 ; 5 (2) : 171-179.
- 216) 高田利武. 日本人成人の相互独立性ークラスタ分析による類型的理解の試みー. 奈良大学紀要. 2002 ; 31 : 213-232.
- 217) 松原敏浩. 参加的リーダーシップと部下のモラルとの関係に及ぼす部下の権威主義的傾向および職務特性の効果. 実験社会心理学研究. 1988 ; 28 (1) : 11-20.
- 218) 厚生労働省 : 地域ケア会議について.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kai-go_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf. (閲覧日 2015 年 2 月 1 日).
- 219) 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 2015 年 2 月 1 日)
- 220) 厚生労働省 : 地域包括ケアとリハビリテーション
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000059501.pdf (閲覧日 2016 年 1 月 5 日)
- 221) 日本理学療法士協会. 平成 22 年度求人調査報告書.
www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/22_report2.pdf. (平成 27 年 10 月 1 日閲覧可)
- 222) 厚生労働省 : 平成 22 年版理学療法士作業療法士国家試験出題基準について.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/09/dl/tp0908-2g.pdf>. (閲覧日 : 2015 年 6 月 1 日)
- 223) 厚生労働省 : 平成 28 年版理学療法士作業療法士国家試験出題基準
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/70.pdf>. (閲覧日 2015 年 6 月 1 日)
- 224) 大橋ゆかり. 専門教育におけるモデル・コア・カリキュラムを考える. 理学療法学ー教育ガイドライン 1 版よりー. 2010; 37(8): 622-624.
- 225) 植松光俊, 藤原正史, 中野崇, 大平雄一. 訪問リハビリテーションにおける卒前・卒後教育の現状と課題. 訪問リハビリテーション. 2012 ; 2 (3) : 137-146.

添付資料

平成 26 年 10 月吉日

様

「地域における理学療法士の在り方に関する調査」のご協力のお願い

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より、在宅医療や介護連携事業の推進にご理解とご協力を頂き誠にありがとうございます。

私は現在、大学院博士課程において「地域における理学療法士の在り方に関する研究」に取り組んでおり、本調査は地域で活動する理学療法士に役立つ資料となることを目指しております。そこで、貴機関のリハビリテーション部門の管理をしている理学療法士の方 1 名（もしくはそれに準ずる方）、および地域の活動に関心がある理学療法士ご担当者様 1 名に調査にご協力頂きたいと存じます。

ご多忙の折大変恐縮ではありますが、何とぞご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

ご不明な点等がございましたら下記連絡先にご連絡いただければと思います。

連絡先

茨城県立医療大学大学院 保健医療科学研究科 渡邊 勸

〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見大字阿見 4 6 6 9 番 2

TEL : 029-840-2189

平成 26 年 10 月

様

「地域における理学療法士の在り方に関する調査」のご協力のお願い

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より、在宅医療や介護連携事業の推進にご理解とご協力を頂き誠にありがとうございます。私は、大学院博士課程において「地域における理学療法士の在り方に関する研究」に取り組んでおり、本調査は地域で活動する理学療法士に役立つ資料となることを目指しております。

本調査は、

- ・ リハビリテーション部門の管理をしている理学療法士の方 1 名（若しくはそれに準ずる方）
- ・ 地域の活動に関心がある理学療法士ご担当者様 1 名

に調査にご協力頂きたいと存じます。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封している調査票にご記入と併せて、地域の活動に関心がある理学療法士ご担当者様どなたか 1 名に返信用封筒とともにお渡しいただきますようどうぞよろしくお願い申し上げます。該当する担当者の方がいらっしゃらない場合は、担当者様用調査票の表紙中欄の「該当者なし」に○印を記入の上、同封の封書に調査票をそのまま入れてご返送いただければと思います。

なお、調査は無記名です。また、協力は任意でありご協力頂けない場合も不利益を生じることは一切ございません。回答に使用する時間は 20 分程です。ありのままをご回答いただければと思います。調査結果は、博士論文、学会や学術雑誌等で報告させていただきます。調査票の返送をもって承諾いただいたこととさせていただきます。

回答後は、添付している封書を使用し、10 月 31 日までにご投函頂きますようよろしくお願いいたします。ご多忙の折大変恐縮ではありますが、何とぞご協力のほどよろしくお願い申し上げます。ご不明な点等がございましたら連絡先にご連絡いただければと思います。

<同封資料>

管理者様用、ご担当者様用に各 1 セット 計 2 セット

- ・ ご協力依頼文書
- ・ 「地域における理学療法士の在り方に関する」調査票
- ・ 返信用封筒

連絡先

茨城県立医療大学大学院 保健医療科学研究科 渡邊 勸

〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見大字阿見 4 6 6 9 番 2

TEL : 029-840-2189

E-mail : 45040062@ipu.ac.jp 携帯番号 : 080-5020-4454

平成 26 年 10 月吉日

リハビリテーション部門理学療法士ご担当者様

「地域における理学療法士の在り方に関する調査」のご協力をお願い

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より、在宅医療や介護連携事業の推進にご理解とご協力を頂き誠にありがとうございます。

私は、大学院博士課程において「地域における理学療法士の在り方に関する研究」に取り組んでおり、本調査は地域で活動する理学療法士に役立つ資料となることを目指しております。

本調査は、地域に関連する活動に関心がある理学療法士の方にご協力をお願いしております。調査は無記名です。また、協力は任意でありご協力頂けない場合も不利益を生じることは一切ございません。回答に使用する時間は 20 分程です。ありのままをご回答いただければと思います。調査結果は、博士論文、学会や学術雑誌等で報告させていただきます。調査票の返送をもって承諾いただいたこととさせていただきます。

回答後は、添付している封書を使用し 10 月 31 日までにご投函頂きますようよろしくお願いいたします。

ご多忙の折大変恐縮ではありますが、何とぞご協力のほどよろしくお願い申し上げます。
ご不明な点等がございましたら連絡先にご連絡いただければと思います。

連絡先

茨城県立医療大学大学院 保健医療科学研究科 渡邊 勸

〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見大字阿見 4 6 6 9 番 2

TEL : 029-840-2189

E-mail : 45040062@ipu.ac.jp 携帯番号 : 080-5020-4454

「 」用調査票

平成26年10月

地域に求められる理学療法士の在り方に関する調査

【記入上の注意点】

◎本調査票は、理学療法士の中で管理者の方（もしくはそれに準ずる方）にご回答をお願いします。

◎文中で使っている「対象者」「地域」の意味は、以下の通りです。

- ・「対象者」とは介護予防を必要としている個人のことであり、
一次予防（一般の高齢者）、二次予防（要支援、介護状態に陥るリスクが高い方）、三次予防（要支援、介護を必要とする方の改善、重症化予防）の全てを含みます。
- ・「地域」はあなたが就業している病院・施設がある市町村
- ・「地域ケア会議」は個人の対応のみでなく、地域のシステムづくり等に関する取り組みを含めた会議

◎本調査は15分から20分程で回答できます。無記名ですので、ありのままをお書きください。

◎ご記入の後は、漏れがないかを再度ご確認ください。

回答は、同封の返信用封筒にて、平成26年10月31日までにご投函くださいますようお願いいたします。

連絡先

茨城県立医療大学大学院 保健医療科学研究科 渡邊 勸
〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見大字阿見4669番2
TEL：029-840-2189

【理学療法士の皆様へ】 アンケートご協力をお願い

I. はじめに、あなたご自身のことについて伺います。該当する番号に○をつけてください。
「その他」の場合は()に記入をお願いします。[]には数値をご記入ください。

1	あなたの職場がある都道府県名 () 県 () 市・町・村		
2	性別と年齢 1. 男性 2. 女性 [] 歳		
3	理学療法士以外の医療・介護・福祉・教育に関連する資格の有無 1. あり 2. なし ↓ ありの場合()		
4	理学療法士としての経験年数 [] 年 目 経験年数の内訳をご記入ください 1. 医療機関[] 年 2. 介護・福祉に関する機関[] 年 3. 行政機関[] 年 4. 教育に関する機関[] 年 5. その他()		
5	現在の役職 1. 一般(スタッフ) 2. 主任・係長等 3. 課長、科長、部長等 管理職 4. その他()		
6	あなたのご所属 1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 介護老人福祉施設 5. 認知症対応型共同生活介護 6. 介護療養型医療施設 7. 有料老人ホーム 8. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 9. 訪問看護ステーション 10. 通所リハビリテーション(デイケアセンター) 11. 通所介護(デイサービスセンター) 12. 短期入所療養介護・短期入所生活介護 13. 行政・市町村 14. その他()		
7	日本理学療法士協会の認定・専門理学療法士取得の有無 1. あり 2. なし ↓ ありの場合、分野 専門理学療法士() 認定理学療法士()		

次の頁へおねがいします。

Ⅱ.「介護予防」及び「地域包括ケアシステム」における理学療法士の参画についてお伺いします。
該当する番号を○で囲んで下さい。

1) 以下の設問においてあなた自身のことをご記入ください。

	非常に そう思う	そう 思う	どちら かとい え ば そう 思う	ど ち ら か と い え ば そう 思 わ な い	そ う 思 わ な い	全 く そ う 思 わ な い
1 あなたは、介護予防に関心がありますか	6	5	4	3	2	1
2 あなたは、介護予防を必要とする方の個別支援をしたいと思いますか	6	5	4	3	2	1
3 あなたは、個別支援をする際、地域の状況を知りたいと思いますか	6	5	4	3	2	1
4 あなたは、地域で行われている「介護予防事業」を担当したいと思いますか	6	5	4	3	2	1
5 あなたは、地域の「介護予防システムの構築」に参画したいと思いますか	6	5	4	3	2	1
6 あなたは、「地域包括ケアシステム」の構築に参画したいと思いますか	6	5	4	3	2	1
7 あなたは、「地域ケア会議」に参画したいと思いますか	6	5	4	3	2	1

2) あなたの今までのご経験についてお伺いします。該当する番号すべてを○で囲んでください。

1	「保健師」と関わったことがありますか 1.なし 2.連絡をした 3.情報交換をした 4.協働で事業をした 5.助言した 6.講師として招いた					
2	「介護支援専門員」と関わったことがありますか 1.なし 2.連絡をした 3.情報交換をした 4.協働で事業をした 5.助言した 6.講師として招いた					
3	特別支援学校などの「教員」と関わったことがありますか 1.なし 2.連絡をした 3.情報交換をした 4.協働で事業をした 5.助言した 6.講師として招いた					
4	「民生委員」と関わったことがありますか 1.なし 2.連絡をした 3.情報交換をした 4.協働で事業をした 5.助言した 6.講師として招いた					
5	「障がい者の家族会」などの当事者組織と関わったことがありますか 1.なし 2.連絡をした 3.情報交換をした 4.協働で事業をした 5.助言した 6.講師として招いた					
6	「地域包括支援センター」と関わったことがありますか 1.なし 2.連絡をした 3.情報交換をした 4.会議に参加 5.事業に参加 6.協働で事業を企画実施					
7	「社会福祉協議会」と関わったことがありますか 1.なし 2.連絡をした 3.情報交換をした 4.会議に参加 5.事業に参加 6.協働で事業を企画実施					
8	「老人福祉センター」や「老人クラブ」と関わったことがありますか 1.なし 2.連絡をした 3.情報交換をした 4.会議に参加 5.事業に参加 6.協働で事業を企画実施					
9	「地域ケア会議」に参加したことがありますか		1. ない		2.ある	
10	介護予防に関する事業を地域に出向いて実施したことがありますか		1. ない		2.ある	

次の頁へおねがいします。

Ⅲ. あなたが担当する対象者のことや、地域のことを知るために、日ごろの活動で実施していることについてお伺いします。該当する番号を○で囲んで下さい。

	いつもしている	たいていしている	どちらかといえはしている	どちらかといえはしていない	していない
例) 気候、公害などの環境について、関係者に聞き取り、情報を収集していますか	5	④	3	2	1
1 対象者の身体的側面の情報収集をしていますか	5	4	3	2	1
2 対象者の精神的側面の情報収集をしていますか	5	4	3	2	1
3 対象者の社会的側面の情報収集をしていますか	5	4	3	2	1
4 対象者の生活習慣を把握していますか	5	4	3	2	1
5 対象者の生活様式(ライフスタイル 例:箸を使うなど)を把握していますか	5	4	3	2	1
6 対象者が利用できる、社会資源を把握していますか	5	4	3	2	1
7 対象者が利用できる、老人クラブなどの住民組織やボランティア団体を把握していますか	5	4	3	2	1
8 対象者の近所付き合いの程度を把握していますか	5	4	3	2	1
9 地域の近所付き合いの特徴を把握していますか	5	4	3	2	1
10 対象者の情報を、あなたの所属する施設以外の専門職から情報収集していますか	5	4	3	2	1
11 対象者の情報を、訪問、相談、連絡会などの多様な方法で情報収集をしていますか	5	4	3	2	1
12 対象者の情報を継続的に収集していますか	5	4	3	2	1
13 地域の社会文化に配慮した支援をしていますか	5	4	3	2	1
14 地域の交通網の特徴に応じた支援をしていますか	5	4	3	2	1
15 その地域の産業の特徴に応じた支援をしていますか	5	4	3	2	1
16 地域の人口を把握していますか	5	4	3	2	1
17 地域の人口推移を把握していますか	5	4	3	2	1
18 地域の年間出生者数を把握していますか	5	4	3	2	1
19 地域の年間死亡者数を把握していますか	5	4	3	2	1
20 地域の一般世帯数を把握していますか	5	4	3	2	1
21 地域の65歳以上の高齢者数を把握していますか	5	4	3	2	1
22 地域の65歳以上の高齢化率を把握していますか	5	4	3	2	1
23 地域の65歳以上の高齢者夫婦世帯数を把握していますか	5	4	3	2	1
24 地域の65歳以上の高齢者単身世帯数を把握していますか	5	4	3	2	1

次の頁へおねがいします。

	いつもしている	たいていしている	どちらかといえはしている	どちらかといえはしていない	していない
25 地域の要介護認定者数を把握していますか	5	4	3	2	1
26 地域の平均寿命を把握していますか	5	4	3	2	1
27 地域の健康寿命を把握していますか	5	4	3	2	1
28 地域の介護給付費の推移を把握していますか	5	4	3	2	1
29 地域の介護保険サービス利用者数を把握していますか	5	4	3	2	1
30 地域の介護サービス事業所数を把握していますか	5	4	3	2	1
31 地域で実施している介護予防事業を把握していますか	5	4	3	2	1
32 地域の情報を全国の統計値と比較していますか	5	4	3	2	1
33 地域の情報を近郊の自治体と比較していますか	5	4	3	2	1
34 対象者を支援する時、その方の住んでいる地域の情景を思い浮かべますか	5	4	3	2	1
35 それぞれの対象者の現状から、その地域の人々に共通する課題を抽出していますか。	5	4	3	2	1
36 対象者の健康に関する課題を、その人が住んでいる地域のもつ特徴と関連付けて考えていますか	5	4	3	2	1
37 対象者の運動機能の課題は、その人が住んでいる地域の人々に共通する課題として捉えていますか	5	4	3	2	1
38 対象者の生活機能の課題は、その人が住んでいる地域の人々に共通する課題として捉えていますか	5	4	3	2	1
39 対象者への支援方法を地域住民と話し合ったことがありますか	5	4	3	2	1
40 対象者への支援方法を地域団体や住民組織と話し合ったことがありますか	5	4	3	2	1
41 対象者への支援方法を地域の関係職者と話し合ったことがありますか	5	4	3	2	1
42 地域の状況を把握するために、相談できる人はいますか？ 該当するすべての番号を○でお囲み下さい 1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 保健師 5. 介護支援専門員 6. 社会福祉士 7. 精神保健福祉士 8. 生活相談員 9. 理学療法士 10. 作業療法士 11. 言語聴覚士 12. 薬剤師 13. 栄養士 14. 助産師 15. 介護福祉士 16. ヘルパー 17. 教員 18. 在宅医療・介護に関わる業者 19.その他() 20. いない					

Ⅳ. 以下の設問について、あなた自身にどの程度あてはまるかをお答えください。

例えば、「いつも相手の立場に立って物事を考える。」に「ややあてはまる」のであれば、例のように7つの選択肢のうち、該当する番号を○で囲んでください。

	ぴったりあてはまる	あてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	あてはまらない	全くあてはまらない
例)いつも相手の立場に立って物事を考える。	7	6	⑤	4	3	2	1
1 常に自分自身の意見を持つようにしている	7	6	5	4	3	2	1
2 人が自分をどう思っているかを気にする	7	6	5	4	3	2	1
3 一番最良の決断は、自分自身で考えたものであると思う	7	6	5	4	3	2	1
4 何か行動をするとき、結果を予測して不安になり、なかなか実行に移せないことがある	7	6	5	4	3	2	1
5 自分でいいと思うのなら、他の人が自分の考えを何と言おうと気にしない	7	6	5	4	3	2	1
6 相手は自分のことをどう評価しているかと、他人の視線が気になる	7	6	5	4	3	2	1
7 自分の周りの人が異なった考えを持っていても、自分の信じることを守り通す	7	6	5	4	3	2	1
8 他人と接するとき、自分と相手との間の関係や地位が気になる	7	6	5	4	3	2	1
9 たいていは自分一人で物事の決断をする	7	6	5	4	3	2	1
10 仲間の中で和を維持することは大切だと思う	7	6	5	4	3	2	1
11 良いか悪いかは、自分自身がそれをどう考えるかで決まると思う	7	6	5	4	3	2	1
12 人から好かれることは、自分にとって大切である	7	6	5	4	3	2	1
13 自分が何をしたいのか常に分かっている	7	6	5	4	3	2	1
14 自分がどう感じるかは、自分が一緒にいる人や、自分のいる状況によって決まる	7	6	5	4	3	2	1
15 自分の考えや行動が他人と違っていても気にならない	7	6	5	4	3	2	1
16 自分の所属団体の仲間と意見が対立することを避ける	7	6	5	4	3	2	1
17 自分の意見をいつもはっきり言う	7	6	5	4	3	2	1
18 人と意見が対立したとき、相手の意見を受け入れることが多い	7	6	5	4	3	2	1
19 いつも自信をもって発言し、行動している	7	6	5	4	3	2	1
20 相手やその場の状況によって、自分の態度や行動を変えることがある	7	6	5	4	3	2	1

次の頁へお願いします。

V. 仕事や職場への満足度についてお聞きします。

以下の設問において、最もあてはまる回答を1つ選んで、該当する番号を○で囲んでください。

例えば、「職場の環境(温度・照明・騒音など)は快適で満足している」に「はいに近い」であれば例のように5つの選択肢のうち該当する番号を○で囲んでください。

	はい	はいに近い	どちらでもない	いいえに近い	いいえ
例) 職場の環境(温度・照明・騒音など)は快適で満足している	5	④	3	2	1
1 現在の職場に満足している	5	4	3	2	1
2 現在の仕事の内容に満足している	5	4	3	2	1
3 現場の同僚は協力的で満足している	5	4	3	2	1
4 すぐ上の上司の部下への対応とその手腕に満足している	5	4	3	2	1
5 すぐ上の上司の仕事の責任の取り方に満足している	5	4	3	2	1
6 今の給料は仕事の責任と内容に見合っている	5	4	3	2	1
7 同業他社(他の病院や施設など)と比較して今の会社の給料は適切であり、満足している	5	4	3	2	1
8 入社以来、これまでの昇進について満足している	5	4	3	2	1
9 この会社の昇給の機会は平等である	5	4	3	2	1
10 今の仕事は自分の技能や能力を活かすことができ、満足している	5	4	3	2	1
11 今の仕事は自分の能力(判断力や問題解決能力、専門知識)を発揮することができ、満足している	5	4	3	2	1
12 今の仕事での実労働時間は、自分の能力に見合っていて満足している	5	4	3	2	1
13 全体的にみて今の仕事には満足している	5	4	3	2	1
14 もし自分の思いどおりになるならば5年後も今の職場で働いていたい	5	4	3	2	1

VI. 今後の理学療法士の地域活動の連携について、自由にお書きください。

- 1) 「地域でうもれている対象者の発掘」や「自ら介護予防事業に参加できない人」のために理学療法士が行うことは何でしょうか。ご自由にお書きください。

次の頁へお願いします。

- 2) 「介護予防事業」や「地域包括ケアシステム」の構築・推進に理学療法士が参画することで、どのような成果が得られると思いますか。また、そのために必要な事柄(教育や資質など)は何でしょうか。ご自由にお書きください。

以上でアンケートは終了です。記入後、再度漏れがないかご確認をお願いいたします。

ご協力、大変ありがとうございました。同封の封筒に入れて、10月31日までにご投函願います。

様

―地域理学療法学担当教員への調査協力をお願い―

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私たちは現在、大学院博士課程において「**理学療法士養成校における地域包括ケアシステムに関する教育**」の研究に取り組んでおります。この研究は、地域理学療法に関する国家試験の出題基準が広げられたことを踏まえ、地域包括ケアシステムに関する教育課程を組み入れた教育到達レベルの検討をすることで、地域リハビリテーション教育に役立つ資料となることを目指しております。

そこで、**貴校の地域理学療法学を担当をしている教員の方 1 名**に調査にご協力頂きたいと存じます。つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封している文書および調査票を返信用封筒とともに該当者様にお渡しいただきますようどうぞよろしくお願い申し上げます。なお、ご不明な点等がございましたら下記連絡先にご連絡ください。

平成 27 年 10 月 3 日

研究者 茨城県立医療大学 保健医療科学研究科 渡邊 勸
研究指導者 茨城県立医療大学 人間科学センター 教授 岩井浩一

以下の調査票等を、地域理学療法学担当教員にお渡しいただきますようお願いいたします。

- ① 「担当教員宛て 地域包括ケアシステムの教育に関する調査協力をお願い」
- ② 「地域包括ケアシステムの教育に関する調査票」
- ③ 返送用封筒

※ご不明な点等がございましたら下記連絡先にご連絡ください。

茨城県立医療大学大学院 保健医療科学研究科 渡邊 勸
〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町大字阿見 4 6 6 9 番 2
TEL : 029-840-2169

◆この研究は、平成 27 年度 （公益財団法人）フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の補助金を受け実施しています。

地域理学療法学 担当教員 様

—地域包括ケアシステムの教育に関する調査協力をお願い—

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私たちは現在、大学院博士課程において「**理学療法士養成校における地域包括ケアシステムに関する教育**」の研究に取り組んでおります。この研究は、地域理学療法に関する国家試験の出題基準が広げられたことを踏まえ、地域包括ケアシステムに関する教育課程を組み入れた教育到達レベルの検討をすることで、地域リハビリテーション教育に役立つ資料となることを目指しております。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、調査票にご回答後、返信用封筒厳封のうえ、返送いただきますようお願いいたします。なお、ご不明な点等がございましたら下記連絡先にご連絡ください。

- ・ 回答には 20 分程かかります。
- ・ 該当者の方がいらっしゃらない場合は、同封の封書に調査票をそのまま入れてご返送下さい。
- ・ 本調査は無記名です。回答内容は個人が特定できないように分析し、秘密を厳守します。
- ・ 協力は任意でありご協力頂けない場合も不利益が生じることは一切ございません。
- ・ 調査結果は、博士論文の一部とし、学会や学術雑誌等で発表させていただきます。
- ・ 調査票の返送をもって承諾いただいたこととさせていただきます。
- ・ 回答した調査紙を返信用封筒に入れ、 10 月 末日 までにご返送ください。(住所・氏名を記入する必要はありません)

平成 27 年 10 月 3 日

研究者 茨城県立医療大学 保健医療科学研究科 渡邊 勸
研究指導者 茨城県立医療大学 人間科学センター 教授 岩井浩一

- ① 「担当教員宛て 地域包括ケアシステムの教育に関する調査協力をお願い」(本書)
- ② 「地域包括ケアシステムの教育に関する調査票」
- ③ 返送用封筒

※ご不明な点等がございましたら下記連絡先にご連絡ください。

茨城県立医療大学大学院 保健医療科学研究科 渡邊 勸
〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町大字阿見 4 6 6 9 番 2
TEL : 029-840-2169 E-mail : 45040062@ipu.ac.jp

◆この研究は、平成 27 年度 (公益財団法人) フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の補助金を受け実施しています。

【地域理学療法に関わる教育を実施されている教員様へ】 アンケートご協力をお願い

「地域包括ケアシステムの教育に関する調査票」

2015年9月21日

【記入上の注意点】

◎本調査票には、理学療法 教員の中で、地域理学療法学に関連する教育を実施されている教員1名の方にご記入お願いいたします。



該当する方がいない場合、下記の「該当者なし」に○をつけ、そのまま封筒に入れて返送ください。



	「該当者なし」
--	---------

◎文中で使っている文言の意味は、以下の通りです。

- ・「地域包括ケアシステム」は、厚生労働省が示す高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築推進を示します。

- ・「地域ケアシステム」は、国が提唱する高齢者支援中心の「地域包括ケアシステム」だけでなく、障害をもつ方、子ども、家族を含めた支援ニーズを持つ地域住民すべてを対象にした支援活動を関係者と協働して行う基盤及びそれらの対象者の課題を地域の課題解決としてシステム構築に発展させることを示します。

- ・「地域ケア会議」はサービス担当が対象者個人の課題解決のための対応のみでなく、主に市町村で開催される地域のシステムづくり等に関する取り組みを含めた会議を示します。

- ・「地域診断」は、支援対象となる地域について客観的指標やきめ細かい観察を通して、地域ごとの問題、特徴を把握することを示します。

◎本調査は20分程で回答できます。無記名ですので、ありのままをお書きください。

◎ご記入の後には、漏れがないかを再度ご確認ください。

回答は、同封の返信用封筒にて、平成27年10月20日までにご投函くださいますようお願いいたします。

連絡先

茨城県立医療大学大学院 保健医療科学研究科 渡邊 勸

〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町大字阿見4669番2

TEL：029-840-2169

I. はじめに、あなたご自身のことについて伺います。該当する番号に○をつけてください。
「その他」の場合は()に記入をお願いします。[]には数値をご記入ください。

1	あなたの学校がある都道府県名 () 都・道・府・県		
2	年齢と性別 []歳	1. 男性	2. 女性
3	養成校の種類 1.大学 (3年制 4年制) 2.専門学校 (3年制 4年制)		
4	あなたの現在の職位を教えてください。 1.教授 2.准教授 3.講師 4.助教 5.専任教員 6.助手 7.その他()		
5	あなたの専門分野は何ですか(複数可) 1. 基礎理学療法専門分野 2. 神経理学療法専門分野 3. 運動器理学療法専門分野 4. 内部障害理学療法専門分野 5. 生活環境支援理学療法専門分野 6. 物理療法専門分野 7. 教育管理理学療法専門分野 8. その他()		
6	理学療法士としての経験年数 [] 年目	教員経験年数[]年目	
7	下記の中で、あなたが経験したすべての番号に○をご記入ください。 1.地域医療連携推進事業支援(地域連携パス) 2.訪問リハの実施 3.通所リハの実施 4.高次脳機能障害リハ事業 5.地域の「介護予防」事業 6.区市町村による在宅リハ支援事業 7.地域ケア会議 8.地域リハ提供体制の強化に関する委員会等の参加 9.介護保険の認定調査 10.障害者支援のためのプランの策定 11.介護支援専門員の研修会講師 12.地域でニーズの高いテーマに関する研修会講師 13.発達相談 14.特定保健指導 15.その他()		
8	地域包括ケアシステムについて、どの科目で教えていますか、番号に○をご記入ください。 1.科目名() 2.様々な科目で教えている 3.今後教える予定である		

次の頁へおねがいします。

Ⅱ. 地域リハビリテーション及び地域包括ケアシステムに関する学校教育について最もあてはまる番号に一つ、○でお囲みください。

以下の項目について、理学療法資格取得にむけて、学生に教える必要があると考えますか。最もあてはまるものをご記入ください。

		とても必要である	必要である	どちらでもない	必要でない	全く必要でない
1	地域リハビリテーションの定義	5	4	3	2	1
2	地域リハビリテーションの活動	5	4	3	2	1
3	地域包括ケアシステム ^{*1} の理念・目的	5	4	3	2	1
4	自助・互助・共助・公助からみたリハビリテーション	5	4	3	2	1
5	地域ケアシステム ^{*2} について	5	4	3	2	1
6	自治体の保健福祉政策	5	4	3	2	1
7	自治体の予算のしくみ	5	4	3	2	1
8	政策の根拠となる法令等	5	4	3	2	1
9	地域の施策	5	4	3	2	1
10	施策化が必要である根拠	5	4	3	2	1
11	理学療法士が施策に関わることの必要性	5	4	3	2	1
12	施策と事業の連動	5	4	3	2	1
13	介護予防事業の立案	5	4	3	2	1
14	地域に必要な社会資源	5	4	3	2	1
15	個別支援に必要な社会資源	5	4	3	2	1
16	インフォーマル・フォーマルの社会資源	5	4	3	2	1
17	地域に必要な社会資源開発	5	4	3	2	1
18	理学療法士が関わる地域ネットワークの目的と機能	5	4	3	2	1
19	地域ケア会議 ^{*3} が行われる目的	5	4	3	2	1
20	地域ケア会議に参画する他職種 の役割	5	4	3	2	1
21	理学療法士が地域ケア会議に参画する意義	5	4	3	2	1
22	地域ケア会議における理学療法士の役割	5	4	3	2	1
23	地域診断 ^{*4} について理解すること	5	4	3	2	1
24	支援ニーズをもつ住民を早期発見するための地域の取り組み	5	4	3	2	1
25	支援ニーズを持つ特定集団を把握すること	5	4	3	2	1

次の頁へおねがいします。

*1:「地域包括ケアシステム」は、厚生労働省が示す高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築推進を示します。

*2:「地域ケアシステム」は、高齢者支援中心の「地域包括ケアシステム」に限らず、障害をもつ方、子ども、家族を含めた支援ニーズを持つ地域住民のすべてを対象にした支援活動を関係者と協働して行う基盤及びその対象者の課題を地域の課題解決としてシステム構築に発展させることを示します。

*3:「地域ケア会議」はサービス担当が対象者個人の課題解決のための対応のみでなく、主に市町村で開催される地域のシステムづくり等に関する取り組みを含めた会議を示します。

*4:「地域診断」は、支援対象となる地域について客観的指標や細かい観察を通して、地域ごとの問題、特徴を把握することを示します。

Ⅲ. 学生が地域理学療法の中で地域包括ケアシステムを学習するために、①あなたの学校教育で現在実施していること、及び②学校における教育ではなく卒業後に実施する項目であるかについてお伺いします。

該当する数字を○で囲んでください

		①現状の教育で実施していること							②学校における教育が必要か・卒業後の教育項目か	
		のも とで 教 え て い る 指 導 き	学外 実 習 で 実 際 に の 指 導 き	学内 演 習 に 模 擬 的 に で る	義に 地 域 と し て 学 療 法 の よ う に 講 う	知 識 と し て わ か る よ う に 講 う			授 業 で 教 え て い る 以 外 の	教 え て い ない
1	対象者の身体的側面の情報収集について	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
2	対象者の精神的側面の情報収集について	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
3	対象者の社会的側面の情報収集について	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
4	対象者の生活習慣の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
5	対象者の生活様式(ライフスタイル)の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
6	対象者が利用できる、社会資源の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
7	対象者が利用できる、老人クラブなどの住民組織やボランティア団体の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
8	対象者の近所付き合いの程度の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
9	地域の近所付き合いの特徴を見出す	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
10	対象者の情報を、他機関から情報収集することの必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
11	対象者の情報を、訪問、相談、連絡会などの多様な方法で情報収集する	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
12	対象者の情報を継続的に収集すること	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
13	地域の社会文化に配慮した支援について	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
14	地域の交通網の特徴に応じた支援について	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
15	その地域の産業の特徴に応じた支援について	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
16	地域の人口の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
17	地域の人口推移の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
18	地域の年間出生者数の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
19	地域の年間死亡者数の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
20	地域の一般世帯数の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
21	地域の65歳以上の高齢者数の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
22	地域の65歳以上の高齢化率の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
23	地域の65歳以上の高齢者夫婦世帯数の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
24	地域の65歳以上の高齢者単身世帯数の把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	
25	地域の要介護認定者数を把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0	

次の頁へおねがいします。

		①現状の教育で実施していること						②学校における教育が必要か・卒後の教育項目か	
		の も と で 教 え て い る 指 導	学 外 実 習 で 実 際 に で き る よ う に 教 え て い る 模 擬 的 に で	学 内 演 習 に 教 え て い る 講 義 と し て わ か る よ う に 教 え て い る 講	知 識 と し て わ か る よ う に 教 え て い る 講	授 業 で 教 え て い る 講 義 と し て わ か る よ う に 教 え て い る 講		地 域 理 学 療 法 学 以 外 の	教 え て い ない
26	地域の平均寿命を把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0
27	地域の健康寿命を把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0
28	地域の介護給付費の推移を把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0
29	地域の介護保険サービス利用者数を把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0
30	地域の介護サービス事業所数を把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0
31	地域で実施している介護予防事業を把握	5	4	3	2	1	⇒	1	0
32	地域の情報を全国の統計値と比較	5	4	3	2	1	⇒	1	0
33	地域の情報を近郊の自治体と比較	5	4	3	2	1	⇒	1	0
34	対象者を支援する時、その方の住んでいる地域の情景を思い浮かべる 必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0
35	対象者を支援する時、その方の住んでいる地域の情景を思い浮かべる 方法	5	4	3	2	1	⇒	1	0
36	それぞれの対象者の現状から、その地域の人々に共通する課題を抽出する 必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0
37	それぞれの対象者の現状から、その地域の人々に共通する課題を抽出する 方法	5	4	3	2	1	⇒	1	0
38	対象者の健康に関する課題を、その人が住んでいる地域のもつ特徴と関連付けて考える 必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0
39	対象者の健康に関する課題を、その人が住んでいる地域のもつ特徴と関連付けて考える 方法	5	4	3	2	1	⇒	1	0
40	対象者の運動機能の課題は、その人が住んでいる地域の人々に共通する課題として捉える 必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0
41	対象者の運動機能の課題は、その人が住んでいる地域の人々に共通する課題として捉える 方法	5	4	3	2	1	⇒	1	0
42	対象者の生活機能の課題は、その人が住んでいる地域の人々に共通する課題として捉える 必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0
43	対象者の生活機能の課題は、その人が住んでいる地域の人々に共通する課題として捉える 方法	5	4	3	2	1	⇒	1	0
44	対象者への支援方法を地域住民と話し合う 必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0
45	対象者への支援方法を地域住民と話し合う 方法	5	4	3	2	1	⇒	1	0
46	対象者への支援方法を地域団体や住民組織と話し合う 必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0
47	対象者への支援方法を地域団体や住民組織と話し合う 方法	5	4	3	2	1	⇒	1	0
48	対象者への支援方法を地域の関係職者と話し合う 必要性	5	4	3	2	1	⇒	1	0
49	対象者への支援方法を地域の関係職者と話し合う 方法	5	4	3	2	1	⇒	1	0

以上でアンケートは終了です。記入後、再度漏れがないかご確認をお願いいたします。
ご協力、大変ありがとうございました。同封の封筒に入れて、10月20日までにご投函願います。