寄　稿

これからのプライマリ・ケアで理学療法士に期待される役割 *

後藤亮平

キーワード：プライマリ・ケア，役割理論，役割期待

はじめに

1965年から始まった日本の理学療法は「身体に障害のある者に対し，主としてその基本的動作能力の回復を図るため，治療体操その他の運動を行なわせ，及び電気刺激，マッサージ，温熱その他の物理的手段を加えること」（理学療法士及び作業療法士法第2条）と定義され，これまで50年以上にわたり理学療法の歴史が築かれてきた．今後も理学療法士が有する専門性は揺らぐことなく，臨床実践と研究活動を通してより深化されるだろう．一方，超高齢社会の到来とともに多併存疾患（multimorbidity）を有する高齢患者が増加し[1) 2)]，地域住民が抱えるbio-psycho-socialの問題が複雑化する[3)]など，私たちはこれまでにない複雑で不確実な時代を生きている[4)]．このような背景のなか医療の提供が病院から地域へとシフトされるように，身近にあり何でも相談にのれる総合的な医療である「プライマリ・ケア」の必要性が高まっている[5)]．

このような時代のなかで私たち（理学療法士）が質高く，国民や社会のニーズに応えられる存在であるために，私たちはどう在るべきなのか？また社会の中での自分たちの役割は何なのか？を問い続けることは大切なのかもしれない．ただ私たちが組織や社会にどのような役割貢献していくのかを私たちだけで決めるのではなく，“他者（他職種）から期待されている役割を知り，他者との関わりや協働をとおして新たな役割を取得する”役割理論[6)]に基づき，これからの時代に必要とされる理学療法士の役割を探索していく必要があるのではないだろうか．

本稿では，役割理論について触れた後，これまでの伝統的な医学モデルにおける理学療法士の役割は他者（他職種）からどのように認識されているのか，またこれからの時代に必要とされるプライマリ・ケアにおいて理学療法士にはどのような役割が期待されているのかについて紹介する．

役割理論

人間は周囲の他者からその地位や立場にふさわしい社会的な役割（規範）を演じることを期待され（役割期待），他者からの役割期待を認識し自分の内部に取り込み行動していくことで役割が取得される（役割取得）[7)]．このような社会と個人を媒介するような役割に関する理論の総称として役割理論がある[6)]．

理学療法が世界大戦におけるリハビリテーション医学の中で役割を期待され，理学療法士が養成されてきたように，他者から期待される役割にはそのコンテクストが影響する．つまり，これからの時代の理学療法士の役割を考えるには，これまでの医学モデルの中で理学療法士に内面化された規範的な役割だけを頼りにするのでは不十分であり，プライマリ・ケアや地域包括ケア等のコンテクストにおいて他者から期待される役割を理解し，既存の枠組みを超えた新たな役割を形成すること（役割形成）[8)]が必要である．

＊ Roles expected of physical therapists in primary care

筑波大学医学医療系
（〒305-8575　茨城県つくば市天王台1-1-1）
Ryohei Goto, PT, PhD: Institute of Medicine, University of Tsukuba

E-mail: goto-r@md.tsukuba.ac.jp

では，そもそも他職種が医学モデルの中で実践してきた理学療法士の役割をどのように認識しているのだろうか．この後，著者がプライマリ・ケア医を対象に行ったインタビュー調査の結果[9]から，プライマリ・ケア医が病院に勤務する理学療法士の役割をどのように認識しているのか，また今後のプライマリ・ケアにおいて理学療法士にどのような役割を期待するのかについて論じる．筆者は読者が皆プライマリ・ケアに従事することを期待しているわけではなく，これからの時代に理学療法士が何者で在れるのかを考える上で，それぞれの立場のコンテクストに鑑みて，私たちが他者（他職種）からどのような役割を期待されているのかを省察するきっかけになることを願っている．

伝統的な医学モデルにおける理学療法士の役割認識

日本の理学療法は1965年に「理学療法士法及び作業療法士法」が制定され，主に欧米から導入された医学的リハビリテーションの普及発展に資することから始まった[10]．理学療法は疾病治療としての側面とリハビリテーション医療における行為を射程に入れた動作の再建[11]といわれるように，日本の理学療法は主に医学モデルの中で発展してきた歴史があり，2023年3月時点でも理学療法士の6割近くが病院や医療センターに勤務している[12]．

これらの医療機関に勤務する理学療法士の役割を他職種はどのように認識しているのか．これらの問いを明らかにするために，筆者は理学療法士との協働経験があるプライマリ・ケア医を対象にインタビュー調査を行った[9]．その結果，「伝統的な医学モデルにおけるリハビリテーション」というテーマが抽出された．またこのテーマは，①単一因果的なアプローチ，②個人の歩行能力への貢献，③ADL改善のための短期的な関わりといった3つのサブテーマに分類された（図1）．

1．単一因果的なアプローチ

プライマリ・ケア医は，病院という専門性が分化されることが多い典型的な医学モデルの中で，理学療法士を筋力や関節可動域のような身体構造，歩行のような動作能力に関する専門家として認識していた．特に病院内で理学療法士と協働しているプライマリ・ケア医は，入院等により低下した患者の身体機能を訓練することで，歩行などの動作能力を高める職種というように，身体構造と動作能力の間に単一因果的な視点をもって患者に関わる専門職として理学療法士を理解していた．

2．個人の歩行能力への貢献

プライマリ・ケア医は，理学療法士に対して“入院患者の退院後生活のために運動療法を行う職種”という明確な役割認識を持ち，理学療法が目指す主なアウトカムは歩行能力の改善であると考えていた．医師は退院というアウトカムを考え，入院患者を捉えている．また医師は退院時の判断に必要な情報として「歩行」という患者の能力を評価している．理学療法士からも歩行のアウトカムについて情報共有されてきた経験を医師たちが蓄積した結果，理学療法士に対する役割認識を固定化させている可能性があると解釈された．

3．ADL改善のための短期的な関わり

プライマリ・ケア医は，疾患ごとに入院期間が決まっているDPC（Diagnosis Procedure Combination）を扱う急性期病院のように，決められた入院期間で患者の身体機能を向上させる専門職として理学療法士をとらえていた．そのため，病院で研修してきたプライマリ・ケア医は，急性疾患によって低下した患者のADLを右肩上がりに改善させることを理学療法士に期待した．病院という環境が，退院という短期的ゴールに向けた線形の理想的な身体機能の改善を導く理学療法士の専門家像をつくりあげたのかもしれない．

現在はリハビリテーション医療の中にICFによる生活機能モデルが用いられ，理学療法においても必然的に医学モデルと社会モデルが統合された「生活機能モデル」が中心的なモデルとして位置づけられている[11]はずである．しかし，医師はこれまでの理学療法士との協働経験から，理学療法士を疾病モデル[13][14]の中で分業された一専門家とみなし，医学モデルにおける理学療法士の役割を「規範」と認識するようになったのかもしれない．一方，あるプライマリ・ケア医がインタビューの中で，*“元々，理学療法士はICFを勉強して持っているはずなのだけれど，急性期の枠にはめられてしまっているせいで，もしかすると彼らの本当の活かしたいところが，活かされない仕組みにされてしまっているのかなと思う”*と語ったように，取り巻く環境が理学療法士の役割に強く影響している可能性がある．

図 1．プライマリ・ケア医による理学療法士の役割認識と役割期待

イラストは各テーマの一部のイメージです。

今後のプライマリ・ケアにおける理学療法士への役割期待

昨今の急速な高齢化の進展により，これからは大病院での専門的治療の提供だけでなく，「患者の抱える問題の大部分に対処でき，かつ継続的なパートナーシップを築き，家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供されるヘルスケアサービス」（米国国立科学アカデミー，1996 年）であるプライマリ・ケアの必要性が高まっている．プライマリ・ケアには，1）地理的，経済的，等の近接性，2）予防から治療まで，および全人的医療といった包括性，3）他のチームメンバーや住民との協調性，4）ゆりかごから墓場までといわれる継続性，5）生涯教育や患者への十分な説明といった責任性，の 5 つの理念が含まれており[15]，病気や障害を抱える地域住民を

サポートする地域のヘルスケアシステムとして，医師だけでなく多職種が連携してケアを提供していく必要がある．

病院や診療所のようなプライマリ・ケアを受診する患者の主訴には，非内科関連のものが多く[16]，患者の日常生活に支障をきたす可能性がある筋骨格系や呼吸系の症状で受診する患者も多い[17) 18]．そのため，プライマリ・ケア医には医学的介入だけでなく，日常生活の指導や生活環境に関する助言といったリハビリテーションの知識も必要とされる．しかし，医師の養成課程においてリハビリテーションに関する教育は不足[19]していることに加え，外来等の診療時間には制約があるため患者家族に対してリハビリテーションの視点から指導助言することには限界がある．地域住民が病気や障害を抱えながらもその方らしい生活を継続していくために，これからは理学療法士がプライマリ・ケア医などと連携しながら，プライマリ・ケアを必要とする患者・家族に広く関わっていくことが期待される．

では，プライマリ・ケア医はプライマリ・ケアにおいて理学療法士にどのような役割を期待しているのだろうか．インタビューの結果[9]，プライマリ・ケア医はプライマリ・ケアの現場では病院の理学療法士とは異なる役割が必要になると感じており，「地域包括ケアにおけるリハビリテーション」というテーマが抽出された．またこのテーマは，①ICFを活かした相互作用的なアプローチ，②地域住民の生活能力への貢献，③ADL維持のための継続的な関わりという3つのサブカテゴリーに分類された（図1）．

1．ICFを活かした相互作用的なアプローチ

プライマリ・ケアの現場では，生活が見える立場で患者や家族に関わる機会が増えるため，生活の場から離れた病院という環境や限られた入院期間では見逃されがちな生活全体に関わる様々な要因を相互作用としてとらえるICFの視点が顕在化される．そこでプライマリ・ケア医は，目の前の患者や地域住民の身体機能面へのアプローチだけでなく，理学療法士が生活環境の改善案のような環境因子等への多面的アプローチに関わることを期待していた．

2．地域住民の生活能力への貢献

プライマリ・ケアの現場では，地域全体への健康予防などのアプローチを行政や地域共同体に働きかける機会が増える．病院や在宅医療で協働してきた理学療法士が，毎日一定の時間で個別の患者・家族と関わる中で患者・家族との深い関係性を構築できるという理学療法士の立場性を理解しているプライマリ・ケア医は，この理学療法士の立場性を地域全体に活用することで，理学療法士が地域住民の生活を理解した重要なステークホルダーとなり，個々の地域住民に対してリハビリテーションの概念を浸透させやすくなる媒介者となることを期待していた．

3．ADL維持のための継続的な関わり

プライマリ・ケアの現場では，患者・家族との継続した関係の中で，退行性変化による様々な身体機能の低下に対する予防活動や生活環境にアプローチする機会が増える．しかし，相対的に不足しているプライマリ・ケア医は医学的な診察以外にリハビリテーションに関する知識や活用できる時間が限られるため，患者に合わせたリハビリテーションの概念を活用した直接的な関わりは難しくなる．このような時に，理学療法士が患者の身体機能，活動，参加にプライマリ・ケア医と協働的に関わり，柔軟かつ継続的に患者の生活を支えていく役割を期待していた．

Marcie Harris-Hayesら[20]が，“Physical therapists must advocate for regular physical activity as a key component of the treatment of chronic diseases in all patient interactions”と述べているように，複数の慢性疾患を抱える多併存疾患が一般的となったプライマリ・ケア[1) 21]には，理学療法士の専門性や強みをいかした役割貢献の可能性が潜在している．今後は，本稿で紹介したプライマリ・ケア医からの役割期待に限らず，読者自身が他者（他職種）の声を具体的に聞きながら，プライマリ・ケアにおける理学療法士の役割を取得し，役割形成していくことが必要である．そして，他者との相互作用や協働プロセスを継続することで，将来的にプライマリ・ケアにおける理学療法士の役割が「規範」となっていくのかもしれない．

まとめ

本稿では，今後のプライマリ・ケア等における理学療法士の社会化を考えるきっかけとして，プライマリ・ケア医による理学療法士の役割認識と役割期待について論じてきた．深刻な少子高齢化により慢性疾患を抱える患者が増加する中で，プライマリ・ケアでは生物学的側面だけでなく，患者の嗜好や家族，社会的視点のように複数の因子

を多面的にとらえ，継続的なケアが提供されていくことが必要とされている[22]．このような全人的医療（メディカル・ジェネラリズム）[23)24)]の専門家であるプライマリ・ケア医は，メディカル・ジェネラリズムの実践には理学療法士の存在は不可欠と考えており，理学療法士が強みとする身体構造，活動への個別的アプローチだけでなく，生活全体をとらえることができる理学療法士の専門性がプライマリ・ケアで発揮されることを期待している．

これまで働く場が主に病院であった理学療法士は，未だ病院での理学療法士の役割を規範と捉える傾向があるかもしれない．理学療法教育の中で疾患別の理学療法を学び，病院での実習や実務経験をとおして病院に適応するようICFの「心身機能・身体構造」に特化した形で役割を狭めている可能性がある．医学教育では卒前教育に地域医療・総合診療科の必修化，また卒後2年間実施する初期研修では1か月以上の地域医療研修が必修化され，場に応じた医師の役割を学ぶ機会が作られている．本邦における少子高齢化，人口減少の課題を克服するために，限られた医療資源のなかでも多くの人が社会参加できることが望まれている現状にあるからこそ，理学療法士が病院という場を相対的に理解し，場に応じた役割期待を学び，その役割に貢献できるような実習・研修などの教育体制の構築，そして臨床実践が求められているのかもしれない．

【文　献】

1) Aoki T, Yamamoto Y, et al.: Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. Sci Rep. 2018; 8 (1) : 3806.
2) Mitsutake S, Ishizaki T, et al.: Patterns of co-occurrence of chronic disease among older adults in Tokyo, Japan. Prev Chronic Dis. 2019; 16: E11.
3) Peek CJ, Baird MA, et al.: Primary care for patient complexity, not only disease. Fam Syst Health. 2009; 27 (4) : 287-302.
4) Bennett N, Lemoine GJ: What a difference a word makes: Understanding threats to performance in a VUCA world. Business Horizons. 2014; 57 (3) : 311-317.
5) Yamamoto Y, Haruta J, et al.: What kinds of work do Japanese primary care physicians who derive greater positive meaning from work engage in? A cross-sectional study. J Gen Fam Med. 2022; 24 (2) : 94-101.
6) Hardy MC: Role Theory: Perspectives of Health Professionals. 2nd ed. Calidornia, CA, US: Appleton and Lange 1988.
7) Mead GH: 精神・自我・社会．山本雄二（訳），みすず書房，東京，2021.
8) Turner RH: Role-Taking: Process Versus Conformity. Rose AM (ed) , Human Behavior and Social Processes: An Interactionist Approach, Routledge, London, 1962, pp. 21.
9) Goto R, Haruta J, et al.: What role expectations do primary care physicians in Japan hold for physical therapists regarding primary care? J Prim Care Community Health. 2022; 13: 21501319221124316.
10) 日本理学療法士協会：理学療法原論．https://www.japanpt.or.jp/activity/asset/pdf/genron_02_210630.pdf（2023年11月1日引用）
11) 藤澤宏幸：疾病概念と理学療法モデルの関係について．理学療法の歩み．2023; 34 (1) : 8-13.
12) 日本理学療法士協会ホームページ：会員の分布．https://www.japanpt.or.jp/activity/data/（2023年11月1日引用）
13) Tinetti ME, Fried T: The end of the disease era. Am J Med. 2004; 116 (3) : 179-185.
14) Agusti A: The disease model: implications for clinical practice. Eur Respir J. 2018; 51 (4) : 1800188.
15) 日本プライマリ・ケア連合学会ホームページ：プライマリ・ケアとは．https://www.primarycare-japan.com/primarycare.htm（2023年11月1日引用）
16) Kaneko M, Ohta R, et al.: Correlation between patients' reasons for encounters/health problems and population density in Japan: a systematic review of observational studies coded by the International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) and the International Classification of Primary Care (ICPC) . BMC Fam Pract. 2017; 18 (1) : 87.
17) Kajiwara N, Hayashi K, et al.: First-visit patients without a referral to the Department of Internal Medicine at a medium-sized acute care hospital in Japan: an observational study. International journal of general medicine. Int J Gen Med. 2017; 10: 335-345.
18) Huibers LA, Moth G, et al.: Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight

European countries: an observational study. BMC Fam Pract. 2011; 12: 30.

19) Raissi GR, Mansoori K, et al.: Survey of general practitioners' attitudes toward physical medicine and rehabilitation. Int J Rehabil Res. 2006; 29(2): 167-170.

20) Harris-Hayes M, Schootman M, et al.: The role of physical therapists in fighting the Type 2 diabetes epidemic. J Orthop Sports Phys Ther. 2020; 50(1): 5-16.

21) 髙橋亮太, 岡田唯男・他：プライマリケアにおけるmultimorbidityの現状と課題. 日本プライマリ・ケア連合学会. 2019; 42(4): 213-219.

22) Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196(4286): 129-136.

23) Royal College of General Practitioners: Medical Generalism: Why expertise in whole person medicine matters. 2012. https://www.rcgp.org.uk/getmedia/828af8c8-65a2-4627-9ef7-7bccd3335b6b/Medical-Generalism-Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.pdf (2023年11月1日引用)

24) Reeve J: Medical Generalism, Now! Reclaiming the Knowledge Work of Modern Practice. CRC Press, US, 2023.