

# 理学療法の可能性，米国からの視点

鮫島 総史<sup>1)</sup>

## 1) ワシントン大学シアトル校

**キーワード：**米国・科学・教育

### はじめに

2016年11月に大統領選挙で次期大統領が決まり大騒ぎになったが、12月現在、それも落ち着いてきた。国の中枢での激変が予想されるとともに、次期医療政策によっては決まったばかりの保険制度改革も激しく変化するかもしれない。米国ではリハビリテーション医学や理学療法的重要性は日々認識されつつある。そんな米国での理学療法の可能性を模索するとともに、キャリア構築についてお伝えしたい。

### オバマケアの今後

日本の国民皆保険制度とは異なり、米国は民間保険が中心の保険制度である。政府からのサポートも少なく、個人単位の保険料は高額で、無保険者も多い。また、高額な保険料を払っていけばよりよいサービスを受けることができる傾向があるため、医療格差を生んでいる。この医療の不平等を少しでも解消するため、2010年に医療制度改革法が制定され、オバマケアと呼ばれる全国民の医療保険の加入を義務付ける制度が2014年より開始された<sup>1)</sup>。これにより2015年には被保険者は増加し、無保険者は大きく減少している、これまで無保険だった国民に対して、医療へのアクセスが改善し、事実、医療費は国試算で減少に成功していると言われている。また医学的治療、生活の向上に注目した研究をサポートする機関、患者中心のアウトカム研究所の創設もオバマケアの一環として行われた。

しかし、これから行われる政権交代により、この制度にもメスが入るかもしれないと予想されている。日本でも行われているよう、一般的に政府レベルでも州レベルでも制度設計には科学的根拠、統計的証明が必要である。生活レベルまで治療の範囲に入れている理学療法士はこの科学的根拠の収集に貢献できると考えられる。政治活動などが大変重要である一方、医療者として患者に貢献するためにこととしてこのようなデータ集めの重要性もあるのではないだろうか。

### 障害者の人権

障害者の人権保護は、全世界で大きな問題である。現在、大統領選挙での議論や国際情勢により、移民で成り立っている米国では海外からの移民や性などのマイノリティーの人権問題が注視されている。理学療法士が対象としている障害者はそのマイノリティーの中のマイノリティーだと言われている。

障害者の社会参加の自由や制限は、米国でも大きな課題である。障害による就業率の低下、医療へのアクセス制限、貧困などが含まれる。そんな中、国際生活機能分類をもとに、対象である患者様を生活環境や周囲からの援助などを含めて評価し、医療として生活の向上に介入している理学療法士の役割は大きい。なにが社会参画を妨害しているのか、制度の問題なのか、医療サポートの問題なのか、家族支援の不足なのか、データを収集することで科学的に証明できる数少ない職種である。そんな理学療法士が障害者の人権支援に乗り出す必要性が、リハビリテーション医学の観点から米国では求められていると感じる。

### 理学療法は医学である

米国では、理学療法士に対する社会からの認識は、「理学療法は医学の一部」である。専門性については、「身体機能を評価治療する専門職」だと認識されている。伝統医療なども必要だが、科学的な医療をもとに患者様に貢献することが理学療法である。解剖や生理学など基礎知識はもちろん、介入研究などの臨床研究結果は世界中から発表されている。多くの病態や評価のガイドラインも様々な国から発表されている。その科学的根拠を臨床経験とともに利用し、患者様の社会参加に貢献していくことが理学療法士の任務だと理学療法士たち自身は認識している。

近年、米国では他職種との職域の明確性が、科学的根拠に

より次第にはっきりしてきた。例えばカイロプラクターという国家資格を持った職業が米国にはある。脊椎を中心に疼痛や身体構造的機能障害などを治療する職業である。脊椎のマニピュレーションなどはカイロプラクターの専売特許と謳われてきたが、疼痛等へのアプローチは脊椎だけではなく、運動や生活習慣パターン修正などの統合的なアプローチにより目標に近づけることが科学的に明らかになってきている。そのため、2016年現在、法定での争いはあるが、米国において34州以上で脊椎マニピュレーションが理学療法士により行うことが可能となっている<sup>2)</sup>。これは一例であるが、包括的にアプローチできる理学療法士の存在は今後さらに重要になる。

## 日本と米国の違い

日本の理学療法と米国の理学療法の違いは何かと問われることがある。私は、実際の過去6年の米国での臨床経験をもとに、「治療」という面では、「日本も米国も理学療法は同じである」と答えている。しかし、そこにある評価と治療への責任が少し異なるのかもしれない。

米国では、他の診療科の医師やリハビリテーション専門医師と並列の立場で、理学療法の治療計画と患者様の生活へのアプローチの意見を述べている。米国でも日本と同様、病院では医師のサインが理学療法実施には必要であるが、そこでの専門性への自覚と、社会や他の専門職からの認識は違いがあるように思う。

## 卒前教育と卒後教育

教育においては、大きな違いがある。米国では大学レベルの教育を終えたあと、理学療法士になるための専門職大学院に入らなければ理学療法士になれない。また、そこで授与される学位は臨床博士である。日本と比べると、少なくとも3年の教育の差がある。この大学院レベル3年間の教育の差を埋め、卒業後のレベルを米国と同じにしようというのは無理があるう。

しかし年齢で比べた場合、日本において22歳で理学療法士になった方が30歳には8年間の臨床経験、米国において25歳で理学療法士になった場合、30歳のときには5年の臨床経験である。この差の3年間のうちしっかりとした、継続的な教育をすることで、米国の理学療法士以上に全体の質の高い理学療法士を生み出すことは可能であると考えられる。そのため、現存の学校のしっかりとした基礎知識の教育と、

それを踏まえた継続的な体系化された専門知識に特化した卒後教育が必須であると思われる。それには1-2年間の特定期間の体系化された教育を行える病院や機関などでの研修制度は有効なのかもしれない。

米国では卒後教育としてレジデンシーというシステムがある。これは専門理学療法士とリーターンシップを育成するためのものであり、理学療法士をジェネラリストとしてレベルをあげるものではない。これを利用して、米国理学療法士協会は、医師の制度と同じように、専門性で理学療法士を分け、患者様に選択できるサービスを行うことを目指している。例えば、近い将来、神経疾患を罹患した患者様は、神経系専門理学療法士が必ず受け持つということが現実化しそうである。

## 研究の現状

米国で日本の理学療法士免許を移行したあと臨床を行ってきた私は、医療制度などは違いがあるものの、日本で行っている治療と同じであると感じた。そんな中、米国にいる意味を考えた。そこで見えてきたことが、米国が他国と比べて最も進んでいる領域は、バイオ研究・科学技術であるのではないかという思いだ。第一に、日本の科研費の約10倍あるNIHとNSFの約2兆200億円の研究補助費とそれに上乗せされる企業や個人からの寄付による潤沢な科学研究資金がある<sup>3)</sup>。

第二に、世界中から集まる優秀で多様な人材と多分で横断的に行われるコラボレーションによる研究があげられる。米国の医学と科学技術の発展はめまぐるしい。現在はワシントン大学の博士課程の学生身分であるが、その現状を身を持って経験している。

## キャリアとして海外へ

一番壁となるのは言語ではないだろうか。私自身も9年米国にいますが英語には未だに苦労している。もし言語の上達や、海外でのキャリアを考えている方には、まずは短期間でもいいから異国に行ってみることをおすすめする。多くの団体が、見学プログラムなどを行っている。そうすると、具体的に言うべきことがみえてくる。

資金面では、いろいろな奨学金制度がある。日米教育委員会や学術振興会には学生からポスドクまでの資金支援プログラムがある。また英語で専門領域を学ぶという意味では、edXやCoursera、MedBridgeなどのMassive Open Online

Course により, 世界中どこからでも安価または無料で海外一流大学の授業をうけることもできる. 是非試していただきたい.

## 最後に

理学療法分野はまだまだ社会に貢献できる範囲を広げることができる. 制度などの壁はあるが科学的に, また広い視点で患者様に向き合うことで, 今後の方向性が個人レベルそして専門職全体として見えてくるのではないだろうか.

## 文 献

- 1) 大和総研: 米国の歴史的医療保険制度改革, オバマケア. 2016.  
Retrieved from <http://www.dir.co.jp/research/report/overseas/usa>
- 2) APTA. Manipulation/Mobilization. 2016. Retrieved from <https://www.apta.org/StateIssues/Manipulation/>
- 3) 日本学術振興. 科研費. 2015. Retrieved from [https://www.jsps.go.jp/j-grantsinaid/24\\_pamph/data/pamph2015.pdf](https://www.jsps.go.jp/j-grantsinaid/24_pamph/data/pamph2015.pdf)