

少子・高齢化社会における保健医療福祉サービスの実態 ーリハビリテーションの抱える課題，作業療法士のマンパワーの視点からー

医学部保健学科 助教授 岩瀬 義昭

【目次】

はじめに

1. リハビリテーション関連職種の歴史と現状
2. 我が国におけるリハビリテーションサービスの提供状況について
3. 鹿児島県に必要とされる作業療法士のマンパワーと提供状況
4. 課題解決へ向けての提言

はじめに

我が国における保健医療福祉サービスの実態を考えるためには様々な面からの分析が必要です。本論は、その考察手法のひとつとしてリハビリテーションの抱える課題を作業療法士のマンパワーの視点から分析して得られた知見を報告します。

最初に、保健医療福祉サービスに従事できる職種のうち、リハビリテーション関連職種の歴史と現状を述べます。次に、国（厚生労働省）の理学療法士・作業療法士の需給推計を考察した結果を述べます。続いて、国の推計基準を準用しまして鹿児島県に必要とされるリハビリテーションサービスに従事する職種のうちから本論のテーマである作業療法士のマンパワーに絞り込んで述べます。最後に、得られた結果と現状のマンパワーとを比較検討することによりリハビリテーションの抱える課題を明確にしたうえで提言を述べます。

1. リハビリテーション関連職種の歴史と現状

リハビリテーションサービスに従事する職種は数多くあります。その職種は、医師、看護師、保健師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、義肢装具士、言語聴覚士、視能訓練士、教諭、保育士等々です。医師、看護師等については戦前より資格制度が整えられていました。また、昭和22年の教育基本法、学校教育法が制定されまして養護教諭等が幼稚園・小・中学校教育や特殊教育（盲・聾・養護学校）で障害児の教育に携わるようになりました。さらに、昭和23年の児童福祉法の制定による保育士の関わりも始まりました。しかし、提供されるリハビリテーションサービスの内容はリハビリテーションの理念からみると充分とは言えないものでした。

戦後の日本で、リハビリテーション専門職種として最初に国家資格制度が創設されたのは、理学療法士と作業療法士でした。昭和40年に施行されました「理学療法士及び作業療法士法」はその業務内容を第二条で定義しています。それによれば、理学療法とは「身体の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」とされていますし、また作業療法とは「身体又は精神に障害のある者に対し、主としてそ

の応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせること」とされています。その業務範囲につきましては、医師法、保健師助産師看護師法や「あん摩マッサージ指圧師はり師きゅう師に関する法律」との齟齬解消のために、第十五条第一項で「理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法をおこなうことを業とすることができる。」とされ、同条第二項で「理学療法士が病院若しくは診療所において、又は医師の具体的な指示を受けて、理学療法として行うマッサージについては、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師に関する法律第一条の規定は、適用しない」と定められました。

日本のリハビリテーションサービスの歴史は戦前、戦後と理学療法士及び作業療法士法制定以後に区分すると説明しやすいのですが、本論ではまず戦後以降から理学療法士及び作業療法士法制定までを概観して説明します。

終戦後のリハビリテーションサービスの状況は日本社会の混乱、経済疲弊に伴う保健医療福祉の荒廃に相応した様相でした。高木憲次氏が肢体不自由児のために昭和17年に開園した整肢療護園も空襲により廃墟となっていましたし、傷痍軍人療養所と肺結核療養所は国立病院・療養所に統合されていましたが、ここでの療養は入所者の食事確保が最優先されていました。

しかし、日本社会の秩序整備と共に徐々に保健医療福祉制度も整えられてきました。「リハビリテーション」という用語は、昭和25年に国連フェローで欧米視察研修から帰国した水野祥太郎（大阪市立医科大学整形外科）医師がその報告書の中で初めて用いました。水野医師のもとで田村春雄氏は occupational therapy を職能療法（現在の作業療法）と翻訳し医学的リハビリテーションを開始しましたが、職能療法は全国の労災病院に拡がり実施されました。九州労災病院では、内藤三郎氏や原武郎氏によりカナダ・トロント方式のソーシャルワークや言語療法も含めた総合的リハビリテーションサービスが実施されました。同じ時期、戦後の感染症の蔓延（特に結核）や戦傷を負った国民の治療にあたった厚生省下の国立病院・療養所でも、入院患者・療養者のリハビリテーションが開始されています。また、東京コロニーの調一興氏により全国コロニー協議会でリハビリテーションサービスが展開されていました。さらに、発達障害児領域におけるリハビリテーションサービスは、小池文英氏の尽力により整肢療護園が昭和26年に再建され「肢体不自由児」への療育が全国的に拡がりました。このようにして、さまざまな領域や分野でのリハビリテーションサービスが徐々に提供され始めたのでした。

昭和36年に欧米のリハビリテーション専門技術者を講師に招いて、国立身体障害者センターにおいて理学療法と作業療法の講習会が開催されました。また同年、医療制度調査会は国に「医学的リハビリテーションの専門技術者の資格制度を創設せよ」との答申を提出しました。政府はこれを受けて、昭和38年3月に養成施設設立の予算措置をとり、設置法を成立させました。この結果、同年国立療養所東京病院に我が国初のリハビリテーション学院が開校されました。

その後、国会でリハビリテーション専門技術者の資格制度について審議された後、昭和40年に「理学療法士及び作業療法士法」が施行されました。そして、法施行の翌昭和41年

には第一回の理学療法士及び作業療法士国家試験が実施されて、138名の理学療法士と20名の作業療法士が誕生しました。

しかし、開校されたリハビリテーション学院で養成されるリハビリテーション専門技術者は理学療法士と作業療法士のみでしたし、その養成定員数も各々20名と少ないことや養成年限が3年間と短い等の問題点がありました。そのため、その後様々な改善の施策や働きかけがなされています。

2. 我が国におけるリハビリテーションサービスの提供状況について

一方で、理学療法士と作業療法士以外のリハビリテーション専門技術者の養成と国家資格制度化も徐々に進んでいます。昭和46年には視能訓練士、昭和62年には社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士、平成9年には精神保健福祉士と言語聴覚士が国家資格制度となっています。現在、視能訓練士は約4,600人、社会福祉士は約14,000人、介護福祉士は約22万人、義肢装具士は約2,800人、精神保健福祉士は約6,000人、言語聴覚士は約8,000人が国家資格を取得しています。しかし、対象者に対して総合的できめ細やかなリハビリテーションサービスを提供するためにはさらに多くの専門職種が必要ですし、既存の専門職集団間の密なる連携も必要です。

理学療法士と作業療法士に関しましては、前述したように資格制度が成立し養成施設が開校しましたが限界もありましたので、厚生省は改善のために数度にわたる「理学療法士及び作業療法士の需要と供給の計画」を策定しています。第1回の「需給計画」は昭和51年に立てられています。昭和51年当時の国家試験合格者の累計数は理学療法士は1,949名、作業療法士は614名でしたので、全国の医療機関で必要とされるリハビリテーションサービスを提供する専門技術者数には遠いものでした。そのため、昭和60年までに理学療法士数を6,000名、作業療法士数を4,000名とする目標をたてました。そして当時、養成施設が5校しかありませんでしたので、あらたに19校を新設する計画がたてられました。

その後、福祉領域、研究・教育機関、その他の領域の理学療法士と作業療法士の需要が高まってきました。そこで昭和58年に「需給計画」の見直しがなされました。第2回の「需給計画」は、医療機関だけではなく保健・福祉・行政等領域全ての分野で推計を実施し、昭和70年までに理学療法士数を12,000名、作業療法士数を7,100名とする目標を立案しています。しかし、「需給計画」の立案後に老人保健法の一部改正による老人保健施設が設置されることになり、昭和63年に再度「需給計画」の見直しがされました。これは、昭和70年に老人保健施設の病床数が170,000床になるとの試算を受けています。この結果、昭和70年に必要となる理学療法士数を13,400名、作業療法士数を7,500名としています。

一方で日本社会の人口高齢化率は急増傾向を示していましたので、リハビリテーションサービスの提供対象者の増加と対象疾患の拡大の現象がみられました。国は高齢者保健福祉推進十カ年戦略をたて人口の高齢化に対処しようとしてきました。この戦略の一環として老人保健施設、社会福祉施設への理学療法士・作業療法士の配置が急務とされました。そのため、平成3年に第4回目の「需給計画」を策定しています。平成3年の「需給計画」では、平成11年における理学療法士の需要を23,800名、作業療法士の需要を15,800名とし、供給に関しては養成の目標を入学定員ベースで理学療法士2,800人、作業療法士2,300人と

していました。

ところで、平成12年11月30日、当時の厚生省医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会は、津島厚生大臣宛に「理学療法士及び作業療法士の需給の推計に関する意見書」を提出しました。意見書の主旨は、『平成3年8月策定した理学療法士作業療法士の需給計画は、平成11年をもって終了したところであるが、平成12年4月からの介護保険法の施行等、理学療法士、作業療法士を取り巻く状況が大きく変化している。このため、今後の需給と供給について、検討委員会を設置し鋭意検討を行った結果、別添のとおり結論を得たので報告する。国においてはこの結果を踏まえて、理学療法士、作業療法士の養成が適切になされるよう関係者に周知を図りたい。』というものでした。

この意見書は、平成7年の「障害者プラン」策定、平成11年の「ゴールドプラン21」策定や介護保険法施行により新たな需要因子が生じ理学療法士と作業療法士を取り巻く諸状況が変化してきたことを理由に「ゴールドプラン21」の目標年次の平成16年を目途に新たな需給数を推計しています。

平成12年6月末当時の免許取得者数は、理学療法士が26,910名、作業療法士が14,863名でした。供給に関しましては養成の入学定員ベースで理学療法士3,631人、作業療法士3,113人でした。この数値は、平成3年の「需給計画」の需要についてはほぼ計画通りでしたが、供給に関しては計画を上回っています。

意見書の推計結果は、平成16年の理学療法士需要は約46,000人、供給は約37,200人になり、同年の作業療法士需要は約33,000人、供給は約24,200人になると見込んでいます。そして、理学療法士と作業療法士の養成に関して「適切に行われるよう関係者への周知徹底をすること」と「医療に従事する理学療法士・作業療法士については、地域差が認められ、医療以外の分野に従事する理学療法士・作業療法士についても同様の傾向が認められるものと類推されることから、その養成に当たっては、地域の実情に十分配慮しながらすすめること」が必要であると附言しています。

意見書における2つの附言のうち2つめについて詳しく見ます。医療とそれ以外の分野ごとに平成3年8月策定した理学療法士作業療法士の需給計画と就業している人員を調査

表1. 平成3年理学療法士作業療法士の需給計画と就業している人員の比較

(就業者数は病院報告、老人保健施設報告、社会福祉施設調査から作成)

	理学療法士		作業療法士	
	需給計画数	就業者数	需給計画数	就業者数
病院	12,018	15,647	6,241	7,027
診療所	533	538	—	—
老人保健施設	2,602	1,785	2,602	1,306
老人福祉施設	5,079	1,414	3,927	524
身体障害者福祉施設	1,322	663	1,166	326
児童福祉施設	774	989	550	662
知的障害者援護施設	—	52	123	59
精神障害者社会復帰施設	—	2	347	94
その他の社会福祉施設	—	90	—	23
行政機関	793	349	480	110
教育機関	454	639	296	443
研究機関	53	11	53	15
その他	150	53	—	—
計	23,778	20,232	15,785	10,589

しました。需給計画数と就業者数を比較した表が表1です。

上記の意見書に関して、幾つかのリハビリテーション関連団体が作業療法士の需給予測について述べています。日本精神病協会は、精神科入院病床数の減少により35万人の精神障害者が外来へ移行するので、そのフォローに更に6,000人の作業療法士が必要であるとしています。日本リハビリテーション病院・施設協会と介護療養型医療施設連絡協議会は、人口の高齢化により病院内リハビリテーションの充実の必要性が増すと共に病床数の減少によって外来患者のリハビリテーションが増加するので、約8万人の作業療法士が必要であるとしています。日本作業療法士協会は、高齢者の増加率を配慮すると現在の数の3倍が必要ですが、各領域別の会員数の推移の分析結果から関連法規に配置基準を明記しないと老人保健や福祉領域の配置は進まないとしています。

確かに、高齢者の増加や病床数の減少は外来通院・通所や在宅療養の場での作業療法へのニーズを増大させると考えられます。しかし、需要についてはほぼ計画通り推移したとされる厚生省の平成3年需給計画でも「老人保健施設及び事業」の平成11年度目標値（需給計画数、以下同）6,529人に対して達成値（就業者数、以下同）は1,830人、同様に「福祉施設及び事業」の目標値2,186人に対して達成値1,164人となっており目標値に達していません。つまり、理学療法士と作業療法士ともに医療法関連施設と教育関連施設では需給計画数を超過した者が就業していますが、老人保健法関連施設と社会福祉法関連施設は未充足となっていることが分ります。

ところで、地方自治体においては行政改革や地方分権が推進されていますが、一方でその地域の住民ニーズを汲み上げるとともに地域特性を活かした効果的な健康施策が求められています。しかし、平成12年度末の地域保健・老人保健事業報告によると、政令市と特別区を除く全国3,177市町村のうち作業療法士を配置している地方自治体は80しかありません。ほとんどが単数配置で、2名配置しているのは8市町村、3名以上配置は4市町村に留まっています。また、理学療法士と作業療法士の地方自治体への採用は、老人保健事業において機能訓練事業が新設されたことを契機に始まっていますので業務経験が短い者が多く、担当する地域保健業務は老人保健や精神保健福祉に従事する傾向にあります。保健師を3名以上配置している地方自治体が2,369市町村に達することを考えますと、地方自治体が積極的に理学療法士や作業療法士等のリハビリテーション専門技術者を配置することが望まれます。表1を見ますと、特に行政機関への就業者数は需給計画目標より大幅に低く、理学療法士は目標値の44%ですし作業療法士は目標値の23%しか充足していません。

老人保健法関連施設、社会福祉法関連施設や行政機関での作業療法士の配置が進んでいないことの原因には、確かに関連する各法規に作業療法士の配置基準が明記されていないことが一つの要因となっています。上記の意見書の附言はこのような状況をふまえていると考えられます。

3. 鹿児島県に必要とされる作業療法士のマンパワーと提供状況

上記意見書による各分野別作業療法士の需要数は、医療機関17,200人、老人保健施設及び事業4,100人、福祉施設及び事業10,300人、その他（教育・研究・行政）1,400人として

います。この推計で用いられた基準を用いて鹿児島県に必要とされる作業療法士数を表2のように推計しました。

推計にあたりましては、県各部局より医療機関の病床数・外来患者数、老人保健施設数・病床数、福祉施設数・入所定員数の数値および「ゴールドプラン21」の目標数値を提示していただきました。この目標数値と比較するために平成12年11月時点での就業実数を日本作業療法士協会に加盟している本県作業療法士会員数を調査しました。その結果が、表3です。

しかし、日本作業療法士協会に加盟している作業療法士は全国の作業療法士の87%でしたので、平成13年1月時点に再調査しました。その結果が表4です。

表2. 鹿児島県における各領域別の作業療法士需要推計値（平成12年11月）

医療機関	471 (58%)
老人保健施設及び事業	160
福祉施設及び事業	142
その他（教育・研究・行政）	34
計	807 (100%)

表3. 鹿児島県における各領域別の作業療法士数（平成12年11月）

医療機関	147 (79%)
老人保健施設及び事業	22
福祉施設及び事業	4
その他（教育・研究・行政）	13
（休業中）	23
計	209 (100%)

表4. 鹿児島県における勤務施設別の作業療法士数（平成13年1月）

作業療法士数（施設数）		
病院	237 (129)	(77%)
老健	30 (99)	この内在宅支援1, デイケア5
教育	15 (3)	
自宅（休業中）	21	
その他	5 (5)	地域生活支援センター、デイケア、養老院
計	328	(100%)

（上記328名中、国公立施設への勤務者）

国立施設	4名 (2施設)
県立施設	4名 (2施設)
市町村立施設	5名 (2施設)

上記の表2と表3や表4とを比較検討しますと、医療機関に所属する作業療法士の割合が需要推計値では6割以下であるのに対し医療機関に就業している者の割合が8割近くに達しています。つまり、鹿児島県では医療機関や病院に勤務する作業療法士が大多数を占めていることが分かります。鹿児島県内で作業療法士の養成が始まったのは、福祉領域の需要の高まりに対して需給見直しがされた昭和58年需給計画以後です。昭和61年に鹿児島大学医療技術短期大学部が開設されてからになります。平成3年の需給計画は、国が高齢者保健福祉推進十カ年戦略をたて人口の高齢化に対処しようとした時期ですが、鹿児島県では平成8年になって作業療法士の養成定員がそれまでの5倍に増加（20名から100名に増加）しました。しかし、15年が過ぎた現在でも福祉や老人保健領域への配置が進んでいない状況にあると言えます。そして、作業療法士の多くが私立の施設に勤務していますし市町村立及び県立の施設に勤務する作業療法士は少ない状況です（4施設・9名）。

表5. 介護保険指定サービス別の作業療法士数（平成14年7月）

	鹿児島県	全 国
指定介護老人福祉施設	4 (1.1%)	342 (2.3%)
指定介護療養型医療施設	49 (13.5%)	1,229 (8.1%)
指定訪問介護	4 (1.1%)	286 (1.9%)
指定訪問リハビリテーション	9 (2.5%)	441 (2.9%)
指定通所介護	0	54
指定通所リハビリテーション	25 (6.9%)	1,056 (7.0%)
指定短期入所生活介護	0	6
指定短期入所療養介護	0	94
指定特定施設入所生活介護	0	32
指定居宅介護支援	4 (1.1%)	177 (1.2%)
認可を受けていない	108	5,841
その他	161	5,634
会員総計	364	15,192

平成12年4月に介護保険法が施行されましたが、平成14年3月時の鹿児島県の介護保険受給人数は、56,624人（受給率14%）です。表5は平成14年7月に調査した介護保険指定サービス別の作業療法士数です。鹿児島県では指定介護療養型医療施設に所属している作業療法士は49名、指定通所リハビリテーションに所属している者は25名います。逆に、指定訪問リハビリテーション、指定居宅介護支援や指定介護老人福祉施設に所属する者は少ない状態です。作業療法士の総数に対する割合を鹿児島県と全国の数値を比較しますと、指定介護療養型医療施設に所属する者が指定介護老人福祉施設に所属する者より多い傾向であることが分かります。介護保険指定サービスでも福祉領域の配置が進んでいない状況であると言えますし、居宅を訪問しての介護保険サービス提供に従事する作業療法士も少ないと言えます。

一方、鹿児島県から介護保険の指定を受けた施設分類のうち指定通所リハビリテーションは200施設がありますが、鹿児島市には四分の一の50施設が存在します。しかし、指定通所リハビリテーションに所属する作業療法士25名のうち半数以上の13名が鹿児島市内にある施設に所属しています。鹿児島県においては、都市部と郡部とで提供されるサービスに違いが認められると言えるでしょう。

4. 課題解決へ向けての提言

鹿児島県におけるリハビリテーション（作業療法）サービス提供状況は国の推計基準に準じて導き出された必要数より低い状態です。特に、福祉施設及び事業に従事する作業療法士は3%未満と極低水準です。行政機関に所属する作業療法士はいませんでしたし、公立医療機関に所属する者が9名いるのみでした。そして、公立医療機関に所属する者の割合は、県内に勤務する作業療法士の2.7%にすぎません。

また、介護保険指定サービス別にみると指定介護療養型医療施設に所属する者が多く指定介護老人福祉施設が少ない状態です。居宅を訪問しての介護保険サービス提供に従事する作業療法士も少ない状態です。さらに、サービス提供に従事する作業療法士が都市部に集中する傾向も認められます。

地方自治体にはその地域の住民ニーズを汲み上げ地域特性を活かした効果的な健康施策も求められています。行政改革がすすみ地方分権が推進されている現在こそ、本県のような少子化・高齢化率が他県に比べて高い地域では、保健医療福祉サービスを充実させるために自治体が率先してリハビリテーションサービスに従事する人的資源を確保し、地域格差のないリハビリテーションサービスを提供することが望まれます。

また、鹿児島県において必要と予測される理学療法士や作業療法士の数は各関連法規に配置基準が明記されることによって配置が促進されます。ですから、県および市町村自治体から国に積極的に各関連法規に配置基準を明記するよう働きかけるとともに必要な予算措置を求める必要があります。