

○松浦医事課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第3回「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士需給分科会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は大変お忙しい中、御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

初めに、本日の御出欠について御連絡させていただきます。

本間構成員、本田構成員、松田構成員、松村構成員、山口構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

また、野口構成員は所用により途中から御退席と申し受けております。

なお、迫井審議官は所用により途中退席となりますことを御了承ください。

次に資料の確認をいたします。資料をおめくりいただきまして、議事次第、座席表、構成員名簿、資料1、資料2、参考資料です。不足する資料、落丁等ございましたら、事務局にお申しつけください。

ここでカメラの御退席をお願いします。

(カメラ退室)

○松浦医事課長補佐 それでは、以降の議事運営につきましては、水間座長にお願いさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○松浦医事課長補佐 それでは、水間座長、よろしく願いいたします。

○水間座長 それでは、よろしく願いいたします。議事を進行させていただきたいと思っております。

本日の議題は「理学療法士・作業療法士の需給推計について」、2番目に「理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性について」、「その他」ということとなります。

それでは、事務局から資料1について御説明をお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 ありがとうございます。

それでは、事務局より資料1について御説明させていただきます。

資料1「理学療法士・作業療法士の需給推計について」、御説明申し上げます。

おめくりいただいて、まず、供給推計についての案、次いで、需要推計について、最後に、需給の推計について御説明さしあげます。

おめくりいただいて、3ページのPT・OTの供給推計方法ですが、医師の供給推計方法を参考に、以下のように過去の名簿登録者数に、入学定員数に国試受験率、国試合格率、名簿登録数を掛け合わせて、足し合わせたものに就業率を掛けたものとして考えています。

フローを4ページ目に示しております。

5ページ目、6ページ目に推計パラメータの設計について記載しております。受験率はPT74.1%、OT62.4%、再受験率はPT93.5%、OT91.2%、合格率についてはPTの新卒が89.0%、既卒が42.9%、OTの新卒が88.4%、既卒が39.8%となっています。

名簿登録率については、PT、OTともに99.9%、就業率については、2012年から2017年の協会会員の性年齢階級の就業率を利用しております。それに性年齢階級の就業率を掛け合わせたものを用いております。

おめくりいただいて、男女比の設定について、以下のパラメータについては男女別に設定しております。

将来推計分については、過去の男女別のデータから明らかな増加・減少のトレンドがないと判断しまして、過去7年間のデータの中央値が維持されるものとして推計しております。実際に用いたデータは下記のとおりになります。

次に8ページ目に、性年齢階級別就業率のグラフを示させていただいております。男性と女性がPT・OTともに10%下降し、そのまま30代から50代まで横に伸びるような図になっております。

9ページは過去の資料の抜粋でございますが、日本理学療法士協会の入会率と組織率の推移を示しており、入会率は約90%、組織率は約80%となっております。

10ページ目は、作業療法士有資格者総数と協会員数・組織率の推移を示しております。

11ページ目は、仕事量の推計について。仕事量については、勤務時間を考慮して、平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率としました。週当たりの勤務時間数を見ると、男性、女性ともにほぼ同様、44時間程度となっております。

12ページ目はPT・OTの供給数の推移結果をお示ししております。今後の養成定員数を、2011年から2017年の養成定員数の中央値が維持されるものとして推計しております。

おめくりいただいて、PT・OTの需要推計について御説明させていただきます。

需要推計については、医療分野、介護分野、その他の分野に分けて推計しております。

医療分野に従事するPT・OTの推計方法についてですが、基本方針としては、入院医療、外来医療、在宅医療に分けて推計を行っております。

推計方法としては、将来のリハビリ需要当たりのPT・OT数をそれぞれ計算し、掛け合わせたものを、将来のPT・OTの需要数として計算しております。

16ページで、まず、医療分野に従事するPT・OTの入院医療の中の一般病床・療養病床について御説明させていただきます。

一般病床・療養病床については、4つの医療機能ごとのリハビリ算定回数を性年齢階級別人口で除して、性年齢別リハビリ実施率を算出し、この実施率に将来の性年齢階級別人口を乗じたものを、性年齢ごとに足し合わせて算出しております。

17ページ目では、入院医療（精神病床）について説明いたします。

精神病床については、現在のリハビリ算定回数が精神病床数と比例して変化すると仮定して推計しております。推計については上位、中位、下位と、入院率の推移を0.9~1.1倍に延伸して計算しております。

御説明させていただいた入院医療の一般病床・療養病床、精神病床を足し合わせたものが、一番下の需要推計になります。

次に、医療分野の外来医療について御説明させていただきます。

外来における現在のリハビリ算定回数を年齢階級別人口で除して、年齢階級別リハビリ実施率を算出し、この実施率に将来の年齢階級別人口を乗じたものを、年齢ごとに足し合わせて算出しております。

医師の需要推計において勘案した下記の項目についても同様に勘案して、こちらも幅を持たせて推計を行っております。

従事するPT・OTの常勤換算従事者数を、無床診療所における現在のリハビリ算定回数で除するなどして、需要当たりのPT・OT数は算出しております。

おめぐりいただいて、在宅医療についてです。在宅医療についても、同様に推計を行っております。それらを足し合わせたものを一番下の表に示しております。外来医療、在宅医療の推計結果を合わせたものが下記の表になっております。

次に20ページ、介護分野について御説明させていただきます。

介護分野については施設・住居系サービスと、在宅サービスに分けて推計を行っております。

推計方法としては、介護分野に従事するPT・OTの需要数については、介護保険事業計画及び介護人材需要推計の方法を参考に推計を行っております。

介護分野における将来の介護サービス受給者及び介護サービス受給者当たりのPT・OT数をもとに、PT・OTの需要推計を行っております。

また、将来の介護サービス受給者及び介護サービス受給者当たりのPT・OT数については、近年の変化率を踏まえた推計となっております。

22ページの施設・居住系サービスについてですが、将来の施設・居住系サービスの受給者数にサービス受給者当たりのPT・OT数を掛け合わせたものを、将来の施設・居住系サービス当たりのPT・OT需要数。そして、在宅サービスについては、全体から施設・居住系サービスを引いたものについて計算しております。それらを足し合わせたものが22ページの下表になってございます。

25ページでは、在宅医療等で追加的に対応するPT・OTの需要推計について御説明いたします。

地域医療構想における将来の介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者について、医療計画と介護保険事業計画の整備量等の関係を考慮して推計を行ったものになります。

計算した結果が一番下の表のとおりで、外来と介護ごとに追加的に対応するPT・OT数を計算しております。

続いて、その他分野に従事するPT・OT数ということで、行政分野、教育分野、福祉分野、その他の分野について需要を推計しております。

それぞれの分野に当たるのは下記のとおりです。

28ページがその結果になります。推計に当たっては、各協会の会員調査から得られた行

政・教育・福祉・その他の従事者数から組織率を勘案した人数を算出しております。

将来の従事者数については、2008年から2017年の従事者数の推移を踏まえて推計しております。

おめぐりいただいて、その他の論点として、供給推計において性年齢階級別仕事率を踏まえた推計及び需要推計については、超過勤務時間短縮を見込んだ推計を実施し、また、それらを踏まえて、療法士1人当たりの労働時間日数に占める協力機会の日数割合を算出し、地域リハビリテーション活動支援事業について勘案しております。

30ページは労働時間の短縮についてですが、PT、OTの労働時間や勤務環境改善を見込んで、以下のとおり幅を持たせた推計を行って計算しております。

これに精神病床や外来医療の幅を持たせた、先ほどの推計を需要推計の幅として計算しております。

31ページはその他の論点として、地域リハビリテーション活動支援事業について、現時点では年間協力日数が2.0日、今後の希望日が2.2日ということですので、2025年までに御希望の合計4.2日を達成することと想定して、需要推計に反映しております。

結果が33ページのとおりです。PT、OTの供給数は現時点においては需要数を上回り、2040年ごろには供給数が需要数の約1.5倍、PTについては供給数が需要数の約1.6倍、OTについては約1.3倍という推計結果になりました。下に示した表は合計数となっております。

需要ケース1、ケース2、ケース3というのは、先ほどお示した幅を持たせた計算となっております。

事務局からの説明は以上です。

○水間座長 ありがとうございます。

ただいまの御説明をいただいた資料1「理学療法士・作業療法士の需給推計について」、御議論いただければと思います。いかがでしょうか。

釜菴構成員、どうぞ。

○釜菴構成員 まず初めに、この理学療法士・作業療法士の需給検討会が始まって、その後、他の医療従事者の需給検討会等の関連から、一時議論がストップしたと承知しておりますが、ストップする前の状況と、その後のその他の領域の検討が進んだ今日と、この理学療法士・作業療法士の需給を検討する上において、どの部分がどのように変わって、どのような影響が出たのかという整理がぜひ必要だと思いますが、事務局いかがでしょうか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の御指摘に関しまして、医師の働き方を含めまして、さまざまな検討がこの間あったわけでございます。

その中で現状、さまざまな職種に対して、医師の業務、タスクシェアでありますとか、シフトでありますとか、そういうことについて今後検討していくという状況でございます。

本日御提示をしておりますデータに関しましては、どういう仕事をどういう形で、例えばOT・PTさんのほうにお願いするのかということについては考慮されたものではござい

せんけれども、少なくとも現状でどのような推計が成り立つかということ、今、一旦事務局のほうでまとめましたので、これに関してまず御議論をいただいた上で、今後タスクシフト等々の議論を踏まえて、再度、その状況を加味した上で、さらに見直しが必要かどうかという議論をしていただくという手順になると思います。まずはこの間の検討ということも今後反映していく必要はございますけども、現状、事務局が持ち得るデータで、従来の考え方で一旦まとめたものを今回出させていただいているという状況でございます。

○水間座長 どうぞ。

○釜菴構成員 なかなか事務局も苦しいところであることはお察し申し上げますが、それであれば、何も検討をやめなくてもよかったのではないかという気もするのでありまして、そのあたりのところは若干まだ腑に落ちないところがあるということを申し述べておきます。

○水間座長 ただいまの御説明でよろしいでしょうか。そのほかに御意見をいただければと思います。

○釜菴構成員 1つ御質問ですが、供給の推計に関するところで、8ページのグラフを見ますと、性年齢階級別就業率というのが出ておりまして、61歳以上というところで表が途切れておりますが、この部分はその全体を踏まえて、年齢が上がった場合の就業率については、年齢区分とかはどのような形で、61歳以上の部分はどのように検討しておられるのか教えていただきたいと思えます。

○水間座長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 61歳から先も、この就業率が続くというような推計になってしまっているようでございます。

○釜菴構成員 そこはもう少し精緻にというか、現実に合わせて形で修正するということが可能なのでしょうか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

きょうも御意見いただきたいと思えますけれども、どの程度見込んでいくかということ、現状データがないとの理解です。高齢のOTさん、PTさんがどういう働き方をされているか、精緻なデータはございませんので、ある一定の割り切り、例えば定年ということも考慮しても、そこでもう働いていないと見るのかとか、少し実態等を踏まえてご意見いただければ、それに基づきまして、我々のほうでまた計算を少し精緻にしてみたいと思っております。

○水間座長 31ページの資料には、64、65以上という数字は出ているようです。そういうものもあるということで、少し調べていただければと思います。

そのほか、ございますでしょうか。

内山構成員、どうぞ。

○内山構成員 ありがとうございます。

先ほどの御説明で、33ページの最後の供給推計のときに、理学療法では1.6倍、作業療法

では1.3倍という数字を具体的に御提示いただきました。

それ以前の資料におきましては、理学療法、作業療法の総数という形で全て算出されておりますので、資料のつくりとしては、それぞれの職種別に積み上げている数字があることは明らかかと思えます。また、1.6倍と1.3倍といいますと、対応の仕方についても必ずしも両者画一でない部分もあるだろうというところが、全体的な印象とお願いでございます。

○水間座長 よろしいでしょうか。

○佐々木医事課長 33ページの答えのところだけで1.6、1.3と御説明しましたけれども、データとして分けて出すということはできるわけでございますので、この検討会で議論いただく中で、そういったデータが必要ということであれば、事務局のほうで準備をして、次回以降お示しするという事は可能でございます。

○内山構成員 ぜひそれはお願いしたいと思えます。

○水間座長 それでは、次回、お願いいたします。

○内山構成員 引き続きよろしいですか。

○水間座長 どうぞ。

○内山構成員 供給の推計について、非常に苦慮されているということは十分に理解した上でありますけれども、これは例えばであります、2025年を見ますとPT・OTの需給推計、17ページのパワーポイントを見ております。特に最も配分の高い医療分野における推計のマル1、マル2と書かれているところでありますけれども、

2025年を例にとりますと、13万5013人から13万5310人と、数字の上では非常に幅の狭い推計値です。これは確かに条件設定として、現在の保険診療体系の中で、これが平均的に維持されるとすれば、こういう数字が出るという、数字の上での理解はできるのですけれども、実際問題といたしましては、保険制度あるいは社会の状況において、ここの振れ幅は過去においても相当に大きかったと見るのが私たちの印象であります。

推計をするときに、いろいろ将来において不確定要素はあるものの、余り無理に数字を詰め込んでしまうとリスクもあるのではないかと感じるところであります。

一つ個別の御質問ですけれども、マル2においては、理学療法と作業療法とそれぞれにおいては、どの程度の数値を算定されたのでしょうか。

○水間座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 数字については今、調べ中なのですが、細かい数字をどこまで置くのかということの意義というか、それについては、ここでも上位、中位、下位ということで、3本の線を33ページで引いているわけですが、この上位と中位と下位の、どの1本の、どれが正しいかという議論を事務局としてもするつもりはなくて、医師も同じなのですが、そもそもこの上位、中位、下位自体が幅を持っていますので、一つ一つの中の数字自体はできるだけ精緻にするために、数字というものはこうやって置いているのですけれども、その全体の需給のバランスを議論する上で、上位、中位、下位

という需給係数1～3を出しているのは幅を持って、とはいいいながら、幅の中での傾向は見えるものがありますので、そういったものを議論していただくという、ある意味幅を持ったものは出す。その幅を持つものの中で数字を置いているという全体の構図は御理解いただければと思います。

○松浦医事課長補佐 数字を申し上げます。

例えば、2025年においてはPTの需要推計を153～162、OTの需要推計については4,913から5,201に、入院医療の精神についてですが、しているところでございます。

○内山構成員 ありがとうございます。マル2のところは作業療法士の構成員から、以前からここについては個別に御指摘があるところでして、今の数字は開きがあるわけですので、冒頭の発言のように、それぞれの領域、あるいは積算するときと同じでは、耐えられない部分があるだろうということの確認です。

あと、先ほどのお答えの趣旨そのものは十分理解するのですが、私が申し上げたいのは、最も配分の大きな、入院のマル1、マル2という母数が大きいところをこれだけ計算値の詳細に仮定を置き、逆に3番、4番のところ、パワーポイントの19ページですと、2025年のところは2万人から2万3000人と比較的幅を持っていて、これについては、もちろん将来のことは誰もわからない部分があるとは言いながらも、これまでのトレンドを見ると、こういう範囲に集束するだろうということがある程度理解しやすいのかと思うのです。

一方、それに比べてマル1、マル2のところ、この状況がこれだけ最も大きなところについて幅を持たせないで書くことを前提にした議論を進めるということがどうであろうかと。それと、医師の推計でも同じ手法というのは、計算的に同じ手法をとっていることは理解できるのですが、第2回の検討会のときにも、大道構成員だったかと思いますが、医療報酬の体系が変わったときに大きな変化が起こることが過去においても経験されているということをおっしゃっています。そういうことを未知数としてどのぐらい踏み込むかというのは、また総括的な議論の中でされることかもしれませんが、その根拠になるときのこの数字の幅が余りにも狭いのではないかとというのが、御検討いただければということでもあります。

以上です。

○水間座長 事務局、どうでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 繰り返しになりますけれども、こうやって因数分解していくと、数字がある程度細かく置かれてはいるのですが、確かに現在の医療保険制度は、例えばすごく極端なことを言うと、制度的にリハビリの20分が15分になったらすごく変わるわけですね。そういったものがあるのですが、今の制度が続いて、今の疾病の罹患状況が変わらなければ、こういう需給推計になるという大枠での議論は、因数分解した数字一つ一つに大きなぶれがあったとしても、十分できるのではないかとこのように思っているところでございます。

いろいろ御指摘いただいて、精緻にできる部分はして、事務局としてできる限り対応したいと思っております。

○水間座長 よろしいでしょうか。

どうぞ。

○荻原構成員 ありがとうございます。

17ページのところで先ほど意見が出ましたけれども、精神病床を考えたときに、今後の精神病床の姿がどうなっていくのかということも、直接それを数字であらわすことはできないとは思いますが、例えば2017年2月に、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」の中で、“精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築”がうたわれまして、各市町村レベルでは第5期障害福祉・第1期障害児福祉計画で数値を出していたり、あるいは、ここ10年ぐらい精神障害の方の地域移行、地域定着という形で、各医療機関は退院できる人は退院していただくという形で努力しているところもあります。

そのような、横で動いている動きも考えたときに、精神病床のことについて、可能な限り細かい数字を出していったほうが、現実的な配置の方向性は見えるのではないかと思います。これはあくまでも意見です。

それと、医療機関については毎年病院報告が出ていて、各都道府県の圏域にどれほどPT・OTがいるかなどという数字も出ております。横断面ではあるにしろ、偏りがあったりするのがわかります。それをどう使うかという問題はあると思うのですが、かなり細かい資料が出ていましたので、考えていく上での一つの資料として使えるのではないかと思います。

ちなみに、私は栃木県に住んでいるのですが、従来から県央と県南は医師も多いですし、理学療法士も作業療法士も多いのです。そうすると、足りないというか相対的に少ないと言われているのは県西、県東、県北という形で、それがずっと続いているのです。そういう数字は出ているので、その点についても、参考の資料として、推計のデータとして横で見ていただくと、具体的な考え方も出てくるのではないかと思います。

あくまでも意見ですので、回答はいただかなくてよろしいです。ありがとうございます。

○水間座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 前半の部分につきましてでございます。

まさに先生がおっしゃるとおり、精神の入院需要率というのはさまざまな取り組みで今、ずっと減るトレンドでございます。

確かに政策的に、なお一層そういうふうに地域移行を進めていたりというのは、私どももちろん聞いておりますけれども、これはあらゆるもの全てに共通ですが、今の方向性以上に何か爆発的に、確実に何かわかっているものがないのであれば、今の方向性が延伸するという形で推計するほうが、皆様方の御理解はいただきやすいのかとは思っています。

一応、先生がおっしゃるとおり、入院需要率はかなり減ってきていますので、それを17



ページのとおり、変化率0.9~1.1倍ということで幅を持って推計しているの、先生の御趣旨を完全にではないですけども、大分方向性を含めた推計となっているのではないかと考えております。

○荻原構成員 ですから、先ほど出ましたけれども、理学療法士と作業療法士を分けて見ておいたほうが良いかと思えます。

○水間座長 その辺は分けた状態で、もう少し資料があれば出していただけますか。

この御議論はよろしいでしょうか。

それでは、星構成員、お願いします。

○星構成員 いろいろ御意見があるのだと思えますけれども、この最後の33ページのグラフを普通に見させていただくと、これは大変なことが起きるのだなと。これは需要がどれだけふえようが、どこかで必ずこういうことが起きる。そうすると、1桁間違えて読むぐらい、ええ、というぐらい幅ができてしまう。

2040年といえば、もうそんなに遠い話ではありませんので、そのあたりは、細かい話はもちろん大切なのでしょうけれども、これからのトレンドが大きく変わらないと仮に言えば、少なくともこの上位の推計をしても、相当程度余ると言っているのかかわかりませんが、そういうことが起きるといことは、どちらにしても認めざるを得ないのかと私は思います。したがって、どういうふうに着地させるかということで、いきなり入学定員を減らすということにならないのかもしれませんが、この議論はぜひとも前に進めて、どのような手立てがあり得るのかというのはぜひとも聞いてみたいし、それについてはしっかりと議論したいと思えます。

○水間座長 ありがとうございます。

今のお話に関係しますけれども、学校関係、養成校関係の構成員の方々から、何か御意見はございますでしょうか。

どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の星構成員の御指摘等については、資料2のところ、今後事務局として提案させていただきますので、もしよろしければ、資料2の説明をさせていただいた上で、また御意見を賜ればと思っております。

○水間座長 資料1の範囲の中で、何か御意見はございますでしょうか。

小林構成員、どうぞ。

○小林構成員 基本的なことになるかと思うのですが、前回資料を今、眺めていたのですけれども、例えば第2回分科会は3年ほど前になってしまうので、データがもう古いのかもしれませんが、例えば18ページ当たりで理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の需給について、貴院においては数は充足していますかという場合に「いいえ」と答えていて、不足していると答えているところが多くて、これは作業療法士も同じでして、2025年までにふやしたいですかと聞くと「ふやしたい」「ふやしていく予定だ」と回答しているデータ

があるのですけれども、これが現状だと仮に捉えた場合に、この算定根拠にしている今のベースラインのところとの解離をどのように理解したらいいのかというのが疑問だったので、教えていただければと思います。

○水間座長 お願いします。

○佐々木医事課長 今の御指摘に関してまして、直接この理学療法士・作業療法士との関係でのお答えになるかどうかですけれども、医師の需給の分科会のほうでも同様の議論がございます。

実は個々の病院から見ると、医師が足りないという御意見は多々ございます。ただし、我々がデータで用いておりますのは患者調査でありますとか、実際に今後、医療のボリュームがどのぐらいになっていくのかということを考えて検討をしておりますので、それからすると、医師数はこのぐらいだろうと出しております。その結果、個々の病院の実感と、全体の状況のずれが生じております。

恐らく、この理学療法士・作業療法士の病院の調査も似たようなことでありまして、個々の病院にとってはスタッフが十分足りないという面はあるけれども、それを実際にリハビリが必要な方の状況で見ると、この程度でいいというギャップですので、そこは実は今、医政局の中では地域医療構想という、病床の機能分化・連携・再編というところと、そういう議論をやっていくことによって、医師、医療従事者を含めまして、そういった供給と医療体制を一致させていけば、だんだんそういう格差が埋まってくると思います。今は過渡期といいますか、そういう面があるのかと思っているところでございます。

○水間座長 よろしいでしょうか。

資料1に関して、あとは御意見ございますでしょうか。

特にないようでしたら、議題2のほうに移らせていただきたいと思いますと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、事務局より資料2について御説明をお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 事務局でございます。

それでは、資料2「理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性について」という資料を御説明させていただきます。

おめくりいただいて、取り巻く状況についてということで、こちらは過去の会議資料をそのまま抜粋させていただいておりますが、2ページ目は理学療法士学校養成施設の入学定員の年次推移ということで、制度等の改定に伴って定員数の増加が見られ、平成11年以降は急激に増加したという状況でございます。

3ページ目は作業療法士養成学校養成数と入学定員及び学校養成施設のグラフでございます。こちらでも2007年か2008年ごろまでは増加し、そこから横ばいの状況となっております。

4ページ目、理学療法士学校養成施設の推移ということでお示しさせていただいております。2009年ごろまでは増加し、養成施設については少し頭打ちでとまっているという

ような状況でございます。2018年時点で、全部で261施設ということでございます。

5 ページ目は作業療法士学校養成施設の推移ということで、こちらもほぼ同様のトレンドかと思えます。2018年時点で合計190施設ということでございます。

6 ページ目は理学療法士の国家試験の合格率をお示ししております。こちらは平成21年から30年度で平均させていただきますと、大学で合格率が90.8%、養成施設で80.5%ということで、10%程度の開きがあったということでございます。

7 ページ目、作業療法士の国家試験合格率についても、同じ期間、平成21年から30年度の平均をとると、大学では86.4%、養成施設では76.2%と、こちらも差があったということでございます。

8 ページ目は将来の人口と理学療法士・作業療法士養成数の推移についてということで、他国との比較もさせていただいておりますが、2040年には人口10万人に対する療法士数は約3倍に増加する。また、現在の養成定員数が将来も維持される場合は、2040年時点の18歳人口に占めるPT・OT養成施設入学者数の割合が約1.3倍に増加するという結果になってございます。

9 ページと10ページは理学療法士と作業療法士の従事者数の年次推移でございます。いずれも大きな部分は病院、そして介護サービス施設では増加しているということでございます。

11ページ目も過去資料ですが、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の需給調査ということで、かなりピラミッド型のグラフになっているということでございます。

12ページ目は、第1回、第2回の会議の中での主な御意見についてまとめさせていただいております。大きな御意見としては、質についての御議論が多かったということでございます。

質の低下についていただいた御意見としては、最近の新卒者を見ていると、質が非常に厳しいと感じられる。新卒者の就業先選定が質に影響しているのではないかと。また、理学療法士の養成の質の低下が懸念されていることから、今後、理学療法士の質に関しても検討を進めていくことが重要である。理学療法学教育は4年制大学教育で約40%なされており、質の担保の観点からも大学教員体制が望ましいのではないかと。各種学校の質について、教員のうち、関東近辺の我々の知り得る専門学校の教員の学位の取得状況等を見ると、極端な差がある。

質の向上についても御意見をいただきました。一つは、大学教育では最終学年に卒業研究を位置づけ、必修科目としている大学が81%、そのうち研究発表会を実施し、論文集を作成しているのが82%という高い数字が見られており、いわゆる研究マインドを身につけた質の高い理学療法士を輩出しているのではないかと。

研究職、教育職を目指す理学療法士も増加しており、社会貢献と理学療法学の質の向上にもつながっているのではないかと。

よりよい教育を実施して、社会に貢献できる理学療法士を輩出するために、教育の質も維

持、向上していく必要があるなどの御意見をいただきました。

13ページは卒業直後の理学療法士のレベルということで、お示しできるような質についての資料でございますが、理学療法士協会に御提供いただいておりますが、多くの助言を要するよう方が増加しているのではないかという資料でございます。

14ページ目、学校養成施設に係る規制緩和・規制改革についてということで、学校養成施設の増加については、これらの上記規制緩和・規制改革のほかに、リハビリテーションに対する社会の要請、回復期リハビリテーション病棟入院料の創設、介護保険制度施行等が要因になって増加しているのではないかという資料でございます。

おめくりいただいて、今後の検討の進め方についてということで、16ページ目に案ということでお示しさせていただいております。

現状・課題の分析としては、資料1でお示しさせていただいたとおり、今回の理学療法士・作業療法士の需給推計案においては、PT・OTの供給数は、現時点においては、需要数を上回っており、2040年ごろには需給数が需要数の約1.5倍になるという結果となりました。

近年、学校養成施設、その定員は増加し続けていますが、養成施設出身者の国家試験合格率が低下する傾向にあるなど、養成の質の低下を指摘する御意見をいただきました。

以上を踏まえまして、方向性の案として将来の需給バランスを見据えますと、学校養成施設に対する養成の質の評価、適切な指導等を行うこと等により、計画的な人員養成を行うことが必要ではないかとまとめさせていただいております。

事務局からの説明は以上です。

○水間座長 ありがとうございます。

それでは、資料2の理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性につきまして、御議論いただければと思います。よろしく申し上げます。

星構成員、お願いします。

○星構成員 作業療法士にしても、理学療法士にしても、国家試験の合格率という一つの指標と、先輩から見てどうかという指標で、最近の子はできが悪いという話だと思っておりますけれども、こういう考え方だけでいいのかと私は思います。大学もピンキリと言ったら失礼かもしれませんが、大学の中にもいろいろなバラエティーがありますし、専門学校のよさもあるのだらうと思います。ですから、この2つに分けて平均値が違いますという議論も、厚労省の進めたい方向というのが何となく透けて見えてくるのだけれども、そうではない。むしろ私は地域で行われている理学療法士の教育の中に、入学時の成績は必ずしも十分でないものに対して、非常にいい教育をしたおかげで、我々が採用してみると、とてもいい仕事をしてくれる方はたくさんいるのです。

大卒がいいか、どちらがいいかというのは、私は定性的に、定量的に、どちらもわかりませんが、いずれにしても、こういう区分の仕方だけで議論が進むことは非常に不安ですし、前回そういう意見が出たのはよくわかりますけれども、私としては、もうちょっと精緻に中身を見ていく必要があるのではないかと思います。看護教育などでも同じようなこ

と言えるわけでありまして、大学はマル、養成所はバツという話は、いかにもステレオタイプというか、私としては受け入れがたいと思いますが、そのあたりは、むしろ皆さんはどうお考えなのか聞きたいところがあります。

○水間座長 それでは、事務局のほうからはよろしいですか。

それでは、今の論点でお願いいたします。

○荻原構成員 ありがとうございます。

今、星構成員がおっしゃったことは前回もお伝えいただいていた、改めて今の状況というのは、数字であらわすと今回の資料のように、丸めると大学、専門学校の差があるというふうになってしまうのですけれども、ただ、今回の国家試験の合格率で大学に注目してみますと、50%台という合格率が大学ではあるのです。そうしますと、星構成員がおっしゃっているように、単に大学がよくて、専門学校が大学よりも劣るというような議論は、もう既に乱暴な議論になりつつある現状ではないかと思います。

そう考えてくると、この方向性で出てきた養成の質の評価とか、そういうものをどのように組み立てていくのかということも明確にしていけないと、今の状況は、私ども当事者としても悪循環に陥っているのだらうと思うのです。受験者数が日本全体で少なくなっていて、その中でリハビリテーションのところに進みたいという気概を持って大学に行かれる方もいるし、専門学校に行かれる方もいる。そこが、どちらがどうかというふうに言ってしまうと、ステレオタイプという表現をお使いになっていましたけれども、余りにも紋切り型で、ここからは丁寧に質の評価ということをやっていくのが必要なのかとは思っています。

以上です。

○水間座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

北村構成員、どうぞ。

○北村構成員 星先生のおっしゃることは非常によくわかるのですが、我々が持っている手段というのは、どういうものがあるのかというのを一度議論しないと、専門学校にしる、大学にしる、医師のほうを見れば、学校数や定員数をかなり強力に、国が数を制限したり減らしたりすることは可能であると思っているのですが、このPT・OTの学校数を、専門学校の場合は厚生労働省が主管であろうし、大学の場合は文科省だと思うのですが、それを定員数を減らしたり、学校数を減らしたりする権限があるのか。それとも、これは資本主義の原理に任せて、入学希望者がいる限り、学校数は需給を無視してでも経営し続けるものなのか、どういう規制が考えられるのか教えていただけますか。

○水間座長 お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 医師と大きく違うところは、文科省の告示があって定員数が決まっているわけではないので、医師と同じような形でさまざまな需給調整をしていくというのは、少なくとも、もう仕組み上、難しいというところがございます。

今、はっきりと申し上げられるのは、例えば、ここに養成の質に対する評価。質というのは合格率だけではないのだということは今、さんざん事務局として御指摘されているところでございますけれども、質の評価が悪いところについて、質の評価を高めるようにさまざまな指導をしたりとか、つまり、質のいいところと悪いところで、指導のさまざまなところで、ソフトロー的なものでそういったものにするとか、あとは、こういった形で需要と供給について客観的なデータをお示しするところで、そもそも学校が定員をさらにふやしたり、さらにするということを抑制する効果とか、さまざまな効果を組み合わせて、需給についてバランスをとっていかなければならないと思っております。

○北村構成員 追加の質問です。

先ほどの資料1の最後に見せていただいたのは、学校数がふえない、定員数が変わらないという前提でのものですので、ふえるどころか、定員数を何とか絞らなければいけないという事態に陥っていると思うのですけれども、絞るということは、経営とかそういうことから考えるとかなり大変です。

かといって、厚生労働省が使える手段として、国家試験の合格率を下げるという手段はありますけれども、大学や専門学校に授業料を払って出て、そういう職業に就けないということは、本当の若い人たちの夢を砕くような気がするので、国家試験の合格率をいじることで需給をとるということは、皆さんに聞いてみないとわからないのですが、個人的には余りいい手段ではないのではないかと思います。

○水間座長 今の北村構成員の御意見に関しては、どなたか、ほかの観点から御意見はございますか。

大道構成員、お願いします。

○大道構成員 我々の病院でPT・OTの入社試験をしまして、最近目につくものが受験者の二極化と申しますか、よくできている人と、なかなか厳しいという人がおられまして、特に理数系の数学系がちょっと弱いという感じがします。

大卒と専門学校卒の方の差はそれほど顕著ではないです。それよりもむしろ、専門学校から来られた方でも、その前の経歴がどうであったかというほうが大きく影響します。一般の大学を出て専門学校に来られた方、社会人を経て来られた方、この方々は前向きで真面目な方が多いので、それなりに高い意識を持っていらっしゃると思います。

確かにこの表を見たら、現時点で需要の2も3も供給を下回っているわけですから、もうこれで今年から、早速入学定員を減らそうかみたいな議論になるのかわかりませんが、そうではなくて、我々病院側としましては、ドクターもナースもPTもOTも薬剤師も、1人でも多くの方が医療人を目指してきていただきたい。1人でも多くの方が医療人になっていただきたい。そして、その中でどういう仕事を与えるかというのは、我々の役目だと思っております。ですから、たとえPTの方、OTの方が育成過多になっても、その方々が医療の場で活躍する場所は絶対にありますから、また、そうでなければいけないと思いません。

ただ、そのためには、制度上のことも手助けしていただいて、一緒にやっていければいいと思うのですけれども、私どもが訪問看護をやり始めたのが1988年なのです。そのときに、同時に訪問診療と訪問リハも開始しました。そのときは、12年後に介護保険ができるなどとはつゆとも思っていませんでしたら、自由にどんどん病院、患者さんのお宅をICUみたいにしようという意気込みでやって、とても楽しかったのですが、途端に制度が変わってしまい、なかなかそうは自由にできなくなってしまったということがあります。

ですから、我々は何とか5年先を見ようと思って頑張ってる今、経営しているのです。5年先を正確に見通すのは難しいのですが、今回、よくも2040年を見られたと思うのですが、2040年なんて山のかなたのかすみの先で、それこそ電波望遠鏡で見ないとわからないぐらいの感じなのです。数字を並べるとこうなるのでしょうけれども、現実面としてはそうではなくて、もう少し近未来的なところでどうやっていくかというのが、すべき議論なのではないかという気はいたします。

○水間座長 ありがとうございます。

今、御発言のところで、確かに重要なところで、専門学校と4年制大学との学生の構成、特徴の違いもあるようですけれども、これについてはPT・OTの教育の立場の方からでも何か少し御説明をいただけるとわかりやすいかと思うのですが、その辺の状況はいかがでしょうか。御説明をどなたかいただければと思います。

○長澤構成員 長澤でございます。

おっしゃるとおり、大学の中にも質の高いところから、残念ながら国家試験の結果で見ると低いところもございます。専門学校も同じように、とてもよく教育されているところももちろんありますし、残念ながら、かなりの低い数値を出してしまったところもあるわけです。

そのような中で、我々自身も理学療法士・作業療法士の質の問題を最近では非常に気にしてしまっていて、ここのところでは厚労省からも指定規則の改定が19年ぶりになされて、その教育の内容も変えていこう、そして、いかにして質を上げようかという点が示され、それに向けて卒前教育でやる部分と、卒後教育でやる部分の両方を高めていかなければいけないという改革に取り組み始めたところです。それが今年の段階かと思われます。

ですので、今後、それが正式に施行されるのは2年後、3年後になりますが、そこから4、5年経過した段階で、具体的に質が良くなったPT・OTがどんどん世の中に出てくるのではないかと、今の段階では期待しているわけです。

そのようなことで、今から教育の内容も変わりますし、実習の内容も変わって、社会のニーズに合ったような実習のやり方も取り入れられるようになりますので、その辺で期待できるのではないかと考えていることは事実です。

○水間座長 今、参考資料のところにカリキュラムの改定が出ておりますけれども、そういうことも踏まえて、もう少し先の経過を見ていく必要があるのではないかということですか。

そのほか、いかがでしょうか。

お願いします。

○釜菴構成員 先ほど北村構成員からも御指摘があったところは大変難しい問題で、先ほども事務局から説明がありましたけれども、医師と違って、平成10年の訴訟の結果です。医療従事者の養成について必要な養成数を厚労省がしっかり管理するということがまかりならないということになって、今日に至っているわけです。

それは今すぐに変えることはなかなか難しいだろうと想像しますが、理学療法、作業療法について今、検討していますが、医療従事者の需給というか、今後の養成に関して、今の枠組みだけでうまくいくのだろうかというところは非常に懸念を抱いております。これは医療関係職種、ほかにもいろいろと医業類似行為もありますが、それらも含めて、今の枠組みだけで今後検討するカリキュラムの問題とか、質を高めるのにどうすればいいとか、資格を取った後の研修をどうすればいいとかいうところは、もちろん検討すべきですが、それだけでうまくいくのだろうかということは非常に疑問を感じざるを得ないので、なかなか事務局がそこに踏み込むことは難しいとは思っていますので、検討の中でいろいろ議論が出て、あるべき姿についても皆さんの合意が形成されていって、今後何か役に立つ示唆を残すことができれば良いと願っております。

今のままの仕組み、枠組みだけでうまくいくだろうとかいう、非常に強い懸念を感じていることを申し述べさせていただきました。

○水間座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○星構成員 看護の問題も私が担当しているのですが、同じようなことが言えるのかと思う。それから、先ほど荻原先生がおっしゃっていたように、例えば県内の配置の様子を見ていると、非常に濃淡があって、優秀な子とを言ったらあれかもしれませんが、都会の大学に行った子が戻ってこないで、地元の子供はどちらかというところ、地域の中でも栄えているところに就業を希望するというところで、これは職種を変えても同じことが言えるのかと今、思います。

具体的なお話がないけれども、そういう観点からすると、地域間の格差というのは非常に考えなければいけないことですし、看護の問題も、足りないと言っているうちに余ってどうするのだという話になりかねない様子でありますね。足りないときの需給というのはすごくわかりやすく、補助金を出せとか、奨学金を出せという話で、話は簡単なのですが、さて多過ぎる、減らそうかといったときに、補助金をやめます、それなら自前でやりますと。あるいは、奨学金は要りませんということになったときに、さらにこの状況が拡大してしまうのではないかと。つまり、要は都会志向の人たちは都会に出ていってしまう。地域には、もちろん人口も減少してきますから、需要はいずれ減っていくでしょうけれども、その中であっても、地域の中でさえ大きな違いを生んでしまうということも助長して、先ほどの病院の印象としては足りない。しかし、実際は足りているねと



というのがまさに広がってきて、收拾がつかないことになるのではないか。

結果的には何が起きるかという、多分賢い受験生が、この職種を選ばなくなる。しかし、本当にそのようなことで、我々が望む、我々の将来を託す人たちを世に送り出していいのかと考えると、私は甚だ心もとないと思いますので、先ほどから言っている、定員を減らすということの難しさはわかった上でですけれども、質ということもさることながら、地域間の格差、あるいは地域にとってみれば、若い世代を都会にとられてしまうわけです。この若い世代を都会にとられるというのは、とても大きな問題です。地域がこの先存続するかどうかというぐらい大きな課題なので、そういうことも関連して、私たちは考えなければいけないと思っています。それが1点です。

それから、我々はいろいろな議論をこれまでしてきたというか、私のところでもしていますが、福島県では今度新たに福島県立医大がPTとOTの学科を新設します。多分、久しぶりなのだろうと思いますけれども、これの一番の要望は、地域の中からの流出を避けたいという思いが特に福島県の場合は大きかったわけで、そういう意味では、新たな教育の手法を県内で考えようという動きが出ています。

具体的に言いますと、医大を中心に質の向上のためのプログラムを県内でうまく回す。あるいは、地域間偏在を、医師で行われている、これから行うであろうことを少し背景にしながら、あるいは参考にしながら、それを埋めていこうかという話もしています。

ですから、具体的に言えば、私は方法論はあり得るのだろうと思いますので、その方法論をぜひとも早く見つけて、それぞれの立場の人たちに早くメッセージを伝えなければならぬのかなど。つまり、レッセフェールですね。自然に任せて、結局だめになってしまったということになるのが一番避けなければいけない事態だと思います。その辺は無理とは言わずに、何か方法をみんなで知恵を出して考えたいと思います。

○水間座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

先ほどの資料の4ページと5ページで、専門学校が下がってきて、4年制大学がふえているというのは、これは専門学校が4年制に変更していることの要素が強いということでしょうか。

○松浦医事課長補佐 事務局でございます。半数程度はそういうことです。

○水間座長 専門学校が実際に閉校になっているということですか。

○松浦医事課長補佐 残りの約半数が閉校です。

○水間座長 半数が閉じていて、半数が大学に移行しているということですか。それはかなり地域の差があるのでしょうか。

○松浦医事課長補佐 そこまでは把握しておりません。

○水間座長 もしそういうことがあるとすると、今のお話でもありました、都会に逃げて行って、地域の学校に行く人も少ないということかもしれないですね。

そういうことも一つの視野としては考えておかなければいけないというお話だったと思

います。

どうぞ。

○内山構成員 今回の点、最後に水間座長がおっしゃった点ですけれども、これも作業療法と理学療法で充足率でありますとか、先ほどお示しいただいたトレンド、地域性のことも含めて随分様子が違いますので、この資料についても同じように両者を分けた議論が必要だと思います。地域ということは星構成員がたびたびおっしゃったように、非常に重要なことだと思いますし、私たちの資料でも、養形成態によって少し違いがありますが、地元の方が地元の学校に進学する人は地元に残る率がある一定程度ありますけれども、別のところの学校に出てきてしまうと、そのままそちらの養成施設の近くに就職する率が高いといった一部の調査があります。その辺の資料は厚生労働省が特に専門学校のところについては精緻に持たれていると思いますので、この資料の提示はお願いしたいと思っております。

あとは先ほどの議論ですと、供給はもうおっしゃるように、来年から供給を何らかの形で、できないかもしれないけれども定数が減ったとしても、その成果が実際にあらわれるのは4年先、5年先で、実働ということを見ると、それが成熟してくるのには10年ぐらい後になってきます。相当危機感を持ってやりませんと、この図を見ると、需要のケース1であれば、もう少し先のようにも見えますけれども、方策がないと言って、この検討会をもし閉じられるようなことがあれば、需要の推計でどういう社会の発信をすることになるのかということ、一構成員としても甚だ不十分な印象がいたします。

もう一方では、それをここで議論するのが、どういう議論があるのかということについて、個別のアイデアを持ち合わせているわけではないのですけれども、需要がふえる要素というものを、ここで何か個別に考えるということではないと思うのですけれども、私が冒頭申し上げて幾つか質問したのは、どちらかという、ケース3よりも下限に転ずる可能性というのは考えられるのではないかと。逆に需要のケース1を上回るような要素といえますか、そういった方策があるのか。こういうところでの議論というのは、供給側で手が打てないということであれば、このインバランスというものを、何かしらの方策を考えるとということになると、もう片方の側に注目せざるを得ないという理屈になるのかと思ったりするのですけれども、個別の意見がない中での発言で、その点は恐縮ですけれども、そういうことです。

○水間座長 どうぞ。

○釜菴構成員 今回の御発言は非常に大事なところでありまして、需要ケースの1よりもさらに大きな需要を求めるといふ検討になりますと、これはもう医療費が大変でございますし、その資格をお取りになった方がどうやって食べていくのかということになりますので、それはちょっと、需要ケース1をさらに上回るような想定というのは、ただただ驚きではありますが、いかがでしょうか。

○水間座長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ちょっと議論が拡散しておりますけれども、資料1の30ページを見ていただければと思います。我々も幅と言っている以上、いろいろな幅を考えてはいるのですけれども、ケース1というのは、日本中のPTさんの時間外労働がゼロ時間で、さらに1カ月近くもの有給休暇を取得したうえで、さらに入院医療、外来医療が上位推計という推計でございますので、そういった中で幅について御議論いただければと思います。

○水間座長 今の推計のことはよろしいですか。

それでは、先ほどの議論としては、4年制大学と専門学校の話もございました。それから、地域の格差のこともありましたけれども、その辺の2つに関しては大体御議論はよろしいでしょうか。もう少し御意見があればお願いしたいのです。

○星構成員 先ほど我が県での取り組みについて説明をしましたが、福島県の理学療法士協会の会長も調べたのです。自分が会津にいて、会津に来てくれないのは何でだということ、最初は大きな病院でトレーニングをしたいということで、最初の選択をすると次に流れないということがあって、地域の中小規模の施設や、その他のところになかなか人が流れていかないということがあるようで、大きな病院と地域の施設が手を組んで、一緒に採用するというのは変ですが、一緒にとって、ぐるっと回すような仕組みを少し考えてやった例があります。

ですから、それぞれの病院とか、それぞれの学校というアイデアもいいのかもしれませんが、地域ぐるみの取り組みを、せっかく今、医療構想をやっているところですので、地域ぐるみの何か取り組みを推奨するような、あるいは、そういうとてもいい例を集めて皆さんに理解してもらおうとか、学校も単純に実施をお願いして、わかりました、あなたの卒業生をここにあげます、もらいますみたいな話ではなくて、もうちょっと地域の中のことをよく見て、いろいろなパターンがあるでしょうけれども、私はそういうことを精緻にというよりは、むしろダイナミックだと思うのですが、地域の中の構造を変えていくような努力をしてみるというのは手だと思ひまして、そういうこともぜひとも議論をする際の参考にしていただければいいかと思ひます。

○水間座長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 この需給の問題は質の向上、カリキュラムと切っても切れない関係にあると我々も思っております、まさにカリキュラム検討会の中でも、実は同じような議論がございまして、臨床実習について、例えば養成施設は一定の要件を満たす主たる実習施設を置くことが望ましい。つまり、例えば地元、今までばらばらに5人ずつ、1カ月ずつばらばらの病院に行っていたというよりも、主たるところを置くことがあれば、例えばそこに残る率は今、星先生がおっしゃるような効果があるかもしれないですね。そういう表裏一体のものであると思っております、カリキュラム検討会のほうでもそういったことを変更しておりますので、あくまでも努力規定でもありますし、それはなかなかすぐには変えられないところではあると思うのですけれども、そういった

方向性ではついているということは、事務局として御説明しておきたいと思います。

○水間座長 よろしいでしょうか。

今のお話は、卒後のこともお話があったと思いますけれども、この辺に関しては、13ページに卒業直後のレベルというものがあって、これは今の星構成員のお話と少し違うかもしれないけれども、卒後の問題も考えなければいけないところです。質の問題を考えないといけないところだと思いますが、先ほどの星構成員のお話も含めてですけれども、卒後に関してのところ、何か御議論をいただけますでしょうか。

これはPT協会の資料ということですが、直後というのはどのぐらいの期間で見られているものなのでしょうか。

多くの助言を要するのが年々ふえてきているという傾向のようなのですけれども。

○内山構成員 従来のいわゆる養成課程ですと、卒業時に即戦力として働けるというのが、それは1970年代の話ですが、そういった理念の中でOJTに近いような臨床実習も含めてやってきたときの名残が卒業したときにある程度一人前として働けるのかということがあります。これが高度の医療になり、また、チーム医療が推進されている現在では、一概に同じ指標でもって見ることはできないとは思っております。

この資料自体も、一番新しくても2010年でありますので、このような印象の解離があるといったように見ていただく以上のものではないだろうと思っております。

○水間座長 承知しました。そういうことでございます。

いかがでしょうか。

どうぞ。

○内山構成員 先ほど来、言われている地域ぐるみでの取り組みということ、私たちも切望しております。病院が病床機能ごとになっていきますと、急性期に務めると急性期のことはよくわかるけれども、地域の生活はなかなか知る機会がない。逆に在宅に入ると、急性期でどのような医療の流れがあってというのを、よほど大きな法人で、相当のローテーションや構造的な研修がなされていけば別ですが、そうなりますと、養成校や病院を超えての卒後の研修制度がある程度必要になってくるといいますと、これは協会や学会だけでなかなかできる課題ではありません。このところはこのような分科会で議論をいただいて、行政の構想のもとで計画的、段階的に進めていくということが、一番強力な、この場での議論に値するものではないかと思っております。

その枠組みがある程度、議論ができましたら、個別の支援体制でありますとかというのは、それぞれの学協会が連携をとりながらやっていくという道は具体的できるのではないかと期待しているところです。

○水間座長 ありがとうございます。

今のお話は、内山構成員の御意見ですと、このカリキュラムが改定されまして、これの経緯を見て、その後のそういう制度を考えていくということでよろしいでしょうか。

この辺は事務局、いかがでしょうか。すぐにお答えは難しいかもしれませんが。

○堀岡医師養成等企画調整室長 総括的というか、今まで委員様の御意見をいただいたのをまとめて言いますと、いずれにせよ、この需給は質の向上等とセットで考えないといけないと思っておりますので、このカリキュラム改善検討会の資料を参考資料1でつけておりますけども、まずこれで、例えば単位数を引き上げたり、臨床実習についてかなり充実化させたりしたのがまず一つあって、さらに今回、いろいろ質の評価で、国家試験の合格率だけではないだろうという御指摘をかなりいただきましたので、我々としても、どのようなものがあるのかを考えてみたいと思っておりますけれども、それに基づいて、先ほど申し上げたように、ソフトな都道府県からの指導なども含めて、両方からやっていく。つまり、そもそも学校としてこういうものがないと、今後はカリキュラムとして認められないというのがあって、さらに質の評価で低いところは、その学校がいろいろ指導されるという両にらみで、需給というものを考えていく方針で行きたいと考えておまして、それがまさに資料2の最後に示している事務局の提案でございます。

それ以上のことは今、お答えできないのでございますけれども。

○水間座長 16ページのところでよろしいですか。今の方向性のところなのですが、先ほど定数をどうするかというお話もありましたけれども、まずは質というところをより高めるといいますか、落ちないようにする。その適切な指導を行うことにより計画的な人員養成を行うという、そここのところに今の最後のほうの議論も含まれるのではないかと思います。総括的にということになるのですが、全体の今までの議論を踏まえて、少し最後に、この方向性の案に関しての御意見をいただければと思います。

星構成員、お願いします。

○星構成員 先ほどから何度も言っていますが、ここの気になるのは、養成施設出身者の国家試験合格率が低下傾向にあるなどという、この例えだけを引くのは、いかにも不適切だと思いますので、ここは削っていただいて、この近年養成施設がふえているというのはそのとおりですが、質の低下を指摘する意見がある。これも一定程度そうなのかもしれませんので、そこはいいのでしょうけれども、そこは考えてほしいと思います。

その上で、学校養成施設に対するという、この場合は大学も含むと理解していいのだと思いますけれども、養成施設の質の検証をきちんと行うということが、私は厚生労働省の肩を持つわけではありませんが、まずこれをやって、先ほど50%台の大学があると聞いて、私もどきとしたのですが、そういったことを含めて、どういう環境、どのような状況の大学なり養成所が、どのような努力をして、どのような成果を上げているのか。あるいは、どのような大学、どのような養成所が、どのような苦勞をしているのか。あるいは、地域での先ほどの初期研修を含めて、初期の採用状況や、その後のさまざまな就業環境が、その後の本人といいますか、職能としての将来をどういうふうに決めているのかみたいなことをもう少し掘り下げていただいて議論をさせていただくと、幾つかのネタはありそうなので、もうちょっと前に議論が進むかと思っております。

○水間座長 ありがとうございます。

そのほか、御意見はございますか。

北村構成員、お願いします。

○北村構成員 需給を考えるので、ここに書いてあるのは学校教育とか供給のことだけですが、需要をふやすという発想はないかと。要するに、もうちょっとぎっくばらんな話で言えば、地方でPT・OTが少ないならば、その両方のライセンスを持ったような人を育てて、地方に仕事をふやすとか、STとか、資格のほうもライセンスを付与するとか、あるいは、ほかの影響もありますが、リハビリの現場で骨量を測定するような検査技師的な仕事もやり得るとか、具体的な現場を知らないのですが、仕事の広がりをもっと探してみるということは可能ではないでしょうか。そうすると需要ももうちょっとふえて、もともと医師不足のときは、医師の仕事の肩がわりをできるのではないかとということで、このような委員会がたくさんできたと考えていますが、まだ肩がわりし、医師は医師の仕事に専念するような仕掛けができたらなおいいと思いました。

○水間座長 お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の需要のところという視点のお答えになっているかどうかでございますけれども、私も中盤あたりで申し上げましたが、今、医師の働き方改革という議論の中で、目標を達成していくためには、医師の今の業務について整理をし、関係する職種に担っていただくという流れがございます。

ですので、きょうはたまたまPT・OTの需給に関してのところではありますけれども、そもそも医療関連職種全体でどういう仕事をやっていただけるのかという議論は、別途の会議のほうで今後やっていく予定でございますので、その中で新しい需要が出てきたときは、それを加味して再度この分科会のほうで、その要素も加味した上で全体的にどうかということで、一旦これで方向性を出していただきますけれども、再度そういったものを加味したものをもう一回やっていただく必要があると思ったところでございます。

○水間座長 よろしいでしょうか。

そのほかはいかがでしょうか。

次回になりますと、今回の御意見と、新たに少し資料を添えてまとめていくわけですが、今の最後のところの課題は、星構成員からの御意見しか今はないのですけれども、そのほかに。

お願いします。

○小林構成員 作業療法の関係で言いますと、例えば海外のデータがございますが、アメリカだと教育の領域で勤務している作業療法士が率として物すごく多いのです。それは日本と全然システムが違うというのはわかるのですが、そういう他領域あるいは複合的なところでの需要というものも考え得るし、先ほど医療費のことは御指摘があったとおりで大変なことになるのですけれども、作業療法士の動向を見ますと、障害福祉領域というのが、実際のところも実数としても伸びていまして、そのあたりのことも計算に含んでい

ただいたり、作業療法と理学療法だと内容が違ってきますので、そのあたりのことも詳細なデータがあればいいかと思いました。

○水間座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○長澤構成員 同様の意見なのですけれども、この推計の（４）のその他の分野に従事するPT・OTという、27ページのところで、拡大という意味では需要ということもつながるかもしれませんがけれども、最近では健康寿命を延伸しようという観点から、いわゆる健康産業とっていいのかどうか。これは予防という観点でいろいろなかわりが広がってきつつあるということなのですけれども、その他の分野に予防的な取り組み、展開ということが、PT協会でも恐らく正確には把握している数がわからないのではないかと私は認識していますが、予防に関する分野が今後少し拡大しそうな部分の一つではあると認識していますので、その辺のところも十分に御考慮いただきたいと思います。

以上です

○水間座長 確かにそういう要素もあると思います。これはちょっと、医療費とはまた別の問題ですね。

どうぞ。

○星構成員 せっくなので、言っておきたいので言っておきます。

今の話、医療領域での需要をふやすとか、介護領域での需要をふやすというのは本末転倒で、そもそも需要があるからそこに必要なものも出てくるので、それも需要をふやそうという話は、私にはちょっと理解できません。

就業している時間などを見ても、どうやら足りなくて大変だということではなさそうですし、そういうことを考えると、他の分野というのはまさにヒントなのですけれども、教育分野といったときに、この場合は多分OT・PTの教育にかかわっている人たちが中心だと思いますが、例えば学校は小学校と考えると、全国に5万校か6万校あるのです。あるいは、保育園で言うと、さらにその2倍か3倍ぐらいあるのだと思いますが、そういうところにその職能を生かすことが、看護師さんなども同じことが言えるし、いずれ医師もそうなるのかもしれませんが、そういう分野に新たな医療の職能を持った人たちがどういうふうに入って行くのかということをも真面目に考えておかないと、結果として数がふえてしまいました、医療材が足りないので、これでは食えません、ほかで探してください、他の仕事をやってくださいという話では、私は国家としての責任を果たせないと思います。

ですから、国家としての責任という意味で言うと、厚労省の使えるスティック以外のスティックをもう少し考えていただいて、政府全体としてといますか、地域社会も含めて、国も含めて、どのようなことができるのかというのは、私はそろそろ考える時期だと思います。ここでの議論で閉じるのではなくて、あらゆる職種がいずれ余るときが来たときに、その人たちが国民の福祉の向上あるいは生活の改善、いろいろな環境の改善のためにどういう役割を果たし得るのか。そのための職能の開発というのを、いかに、どのようなタイ

ミングで、誰がどこで始めていくのかというのは、私はそろそろ考えなければいけない時期だと思っていますので、今回の話が直接ではないにしても、そのことが下敷きとなって、みんなの考える方向を呼び起こしてくれるのであれば、私は非常に価値があることだろうと思っています。

○水間座長 ありがとうございます。

○釜菴構成員 ぜひ発言をしておきたいと感じましたのは、我が国はもう人口減少になるわけでありまして、若年人口はどんどん減っていくわけです。ですから、その中で医療関係職種の方を一体どのくらい確保することができるのかということを常に考えなければならぬので、人口がどんどんふえて、供給が無限にあるというときはいいですけども、これからは決してそうではありませんので、そのところで必要な医療関係職種をどのようにしっかりと、必要なところが足りなくならないようにするというのをぜひ考えなければならぬ。

きょうの最後の16ページの方向性のところで、計画的な人員養成と書いてありますけれども、これはできることとできないことがあるわけですが、しっかり皆さんで現状認識を共有して、あるべき姿を求めていくことがぜひ必要であろうと思います。

その中で、これから我が国は人口が減っていくのだということで、医療従事者ばかり確保できないのだということは、ぜひ申し上げなければいけないと感じました。

○水間座長 ありがとうございます。

そのほかには御意見はございませんでしょうか。

内山構成員、どうぞ。

○内山構成員 意見ではないのですが、医事課長の御発言で確認をさせていただきたいのです。

最初の御発言と、先ほどの補足の御説明のところで、いろいろな役割の分担の中で、それは別途検討するというのと、後ほどもう一度ここでも議論をという御発言だったのですが、もう一度というのは、この期の分科会のことをおっしゃっておられるのか、これが一旦閉じられた後に、例えば数年後という意味なのかわからないのです。というのは、今後の方向性のところで、そういった継続性というか、どういうふうにとというのは、2025年が一つの、この図でもそうですし、全体の医療計画の大きなポイントの中で、途中の話では、2040年の話はもう雲の先の、要するに不確定要素も多いということで、発言の意図を確認させていただければと思います。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

わかりにくいような御説明を申し上げたかもしれませんが、数十年とかそういうスパンということでは当然ございませんけれども、少なくとも医師の働き方改革自体は実施するゴールといいますか、どの時点でスタートしていくかということが決まっております。

その間に、医師の現在の業務のうち、医師しかできないことについてできるだけ集中していただいて、他の職種と連携しながらやっていただく。こういう議論については、鋭意



進めなければいけないという状況でございます。そこで、どの程度のボリュームの業務というものが、シェアなりシフトなりするかということが、需給にどう影響を与えるかということでございます。

ですので、そこら辺は現時点でのボリュームを見込めておりませんし、どういう内容かということもありませんので、なかなか確定的なことは申せませんが、改めて議論していただくような規模の業務量が見込まれるということであれば、この議論を、例えば閉じるのか、中断するのかどうかということになりますけれども、必要な検討が追加でなされるということで、もしそういうことでないということであれば、今回の議論していただいた結論をもとに、次回以降、またきょうの議論を踏まえた事務局としての追加の資料の御依頼もありましたし、その方向性、もっと具体的に何をするのかというところは議論していただいて、これは一定の結論をいただいた上で、さらに追加のものが必要な場合には、継続または再開ということをお願いする。このような手順になるかと思っております。

○水間座長 よろしいですか。

それでは、今後、次回に向けてのことではございますけれども、方向性案に関しましては、将来の需給バランスということに資料1で御提示いただきました医療、それから介護の現状からの推計をもとにしての需給ということに基づいて、養成校に対する養成の質の評価、適切な指導というところは一つの重要なポイントとして行う。ただ、質の評価というものは、もう少しいろいろな視点から見ていかなければいけないということです。

この計画的な人員養成ということに関しては、数のこともそうなのですが、先ほど来、地域ということも出ておりましたので、それを盛り込んでいったほうがいいのではないかと思いますけれども、その辺はいかがでしょうか。

この計画的なという部分で、もう少し確認しておいてはと思うのです。

○佐々木医事課長 今、正直申し上げて、地域等に関して確たるアイデアを事務局は持ち合わせておりません。ただし、いろいろな好事例とか、いろいろな取り組みということはあると思いますので、少いろいろな取り組みを御紹介しながら、地域での議論を促進していくということは、少し何か方策があり得るのかと思いますので、きょういただいた御指摘を踏まえて、次回以降また、もう少し御議論していただけるようなものを用意できればと、地域に関しては思っているところでございます。

その他の点に関しては、きょうの御指摘を踏まえて、もう少し具体的な案を事務局のほうから御提示させていただきたいと思っております。

○水間座長 地域に関しては、規制という意味合いではないと思うのですが、かなり数が少ない、養成校も少ないような地域に対して配慮して、その方向性を考えるべきではないかということだと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。

○佐々木医事課長 事務局のほうで理解し切れていないかもしれませんが、とりあえず事務局のほうで、きょうの御指摘を踏まえて、地域性に関した議論は何ができるか、少し預からせていただけないでしょうか。

規制的手法を委員の先生が御期待であったとしても、今の法体系等々を考えるとかなり厳しいと思いますが、事務局のほうで何かできるか、もう少し預からせていただいた上で、次回しっかり議論いただければと思います。

申しわけございません。

○水間座長 資料としては、先ほどPT協会、OT協会が各地域の数等あるということでしたので、その辺は御提出いただいてということになるのでしょうか。

○荻原構成員 よろしいでしょうか。

前回は対10万で出しています。それよりももうちょっと細かいところに入らないととなると、恐らくPT協会もOT協会も持ち合わせてはいないのではないかと。それで先ほどお伝えしたいように、病院報告では都道府県内の二次医療圏のところが出ておりますので、まずそれが使えるのではないかとということと、介護保険のほうも、恐らく各地域の事業所等の数は厚労のほうに蓄積されているのではないかと思うのです。

障害者総合支援法のほうになると職名記載がされているのは、自律訓練の中の機能訓練だけだったのです。

それ以外のところの就労支援や児童対応など作業療法士が結構動いていたりするので、でも、そこはまだ実数が上がっていないと思います。

ですから、繰り返しになりますけれども、病院報告と介護保険の事業の報告とをまず各都道府県で見ていただくと、PT・OTが、恐らくどこにどれぐらいの二次医療圏でどのぐらいのというような、資料、データはあるのではないかというふうに思っています。

そこら辺は、協会はそこまではわからないということだと思います。

○水間座長 この資料のもとということですか。

○荻原構成員 各都道府県の10万のものは出しておりますので、それよりももっと細かいものになると、恐らく両協会も把握できていないと思います。

○水間座長 それは追って、次回そろえていただけますでしょうか。

○佐々木医事課長 細かいデータに関しては、可能なものは用意いたしますけれども、なかなか今の先生方のイメージどおりのものが用意できるかですが、何ができるか、先ほどの好事例も含めまして、少し預からせていただきたいと思います。

○水間座長 よろしく願いいたします。

そろそろお時間が近づいてはいるのですが、あとの残り10分ほどあるのですが、何かございますでしょうか。全体を通してでも結構でございます。

○内山構成員 よろしいですか。

教えていただきたいのですが、伏見先生のところで、需給に関する理学療法と作業療法の調査研究をされているかと思うのですが、今、話に出ているようなところのデータの収集ですとか分析ですとかということに、もし進められているところなどもあれば教えていただきたいのです。

○伏見構成員 ありがとうございます。

うちの研究班は昨年度でほぼ終了していますので、今回出されている内容はほぼ網羅しておりますので、それ以上の細かい調査等は特にやっていません。

○内山構成員 先ほど出ましたような地域の偏在のことでしたりというのは、例えば地域のケア会議に関連して、理学療法士の協会でも、例えば北海道でありますと、その市町村長の中で、理学療法士が全くいない地域が何十パーセントあるとかというふうに部分的なデータをとったりはしております。精緻に公平性を持ったデータということになりますと、それぞれの協会が持っているものはもちろん喜んで提出いたしますし、分析も進めますけれども、少し整理をしていただいて、議論に供するようなデータが散逸してはいけないのではないかと思います。その点についても次回、不足しているデータで、緊急的に調査が必要であるということであれば、私たちも全面的に協力させていただきたいと思っております。

○水間座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。そのほかにはございませんでしょうか。

それでは、お時間がまだ少し余ってはおりますけれども、おおむね御意見が出尽くしたということで、本日の議題についてはここまでというところでよろしゅうございますでしょうか。

それでは、事務局のほうからよろしく願いいたします。

○松浦医事課長補佐 事務局でございます。

次回の議題と今後の議論の進め方については、本日いただきました御意見、御議論を踏まえまして、議論の取りまとめに向けた作業も含めまして、座長と御相談の上で進めさせていただきますようお願いしております。

また、次回の理学療法士・作業療法士需給分科会の日程については、追って事務局から御連絡させていただきます。

事務局からは以上です。

○水間座長 それでは、ありがとうございました。