

その他

病院および一般診療所における 理学療法士・作業療法士の雇用について

The employment of the Physical therapist and the Occupational therapist
in a hospital and a general clinic

日下 隆一

Ryuuichi KUSAKA

抄 録

近年、我が国の理学療法士および作業療法士数は増加傾向が顕著であり、2013年3月現在、理学療法士約1万人、作業療法士約4千人が国家試験合格¹⁾に至っている。したがって、その雇用状況の把握と分析は関係諸団体のみならず各教育機関の責務でもある。そこで、厚生労働省の報告、調査を基に病院および一般診療所における理学療法士と作業療法士数の増加率および予測値を地域別に求めた結果、顕著な理学療法士・作業療法士間差と各地域間差が認められた。これらにリハビリテーション医療の労働集約性を加味すると、病院においては未だ十分な数とは言えず、一般診療所においては雇用促進が始まったばかりと考えられる状況であり、医療機関における理学・作業療法士の雇用については、ここ数年来の雇用状況が相当年数以上続くものと思われた。

キーワード ■ 医療機関, 理学療法士・作業療法士, 雇用

はじめに

理学療法士および作業療法士（以下、理学・作業療法士）数は、1995年頃より急速に増加したことにより、供給過多とそれに伴う専門職としての質の低下が危惧されている^{2~5)}。しかし、理学・作業療法士の供給過多の予測は1987年まで遡ることができ⁶⁾、1994年には過剰時代の論議が始まっている⁷⁾。したがって、今日に至るまで係る問題に直面しながらも理学・作業療法士の雇用の創出・拡大がなされてきたことになる。そこにはリハビリテーション医療の拡充、高齢化社会への対応、市場（医療）経済における需要と供給といった諸要因があり、医

療的，社会的，経済的，政治的要請が相互に関連しながら影響を及ぼしてきたと考えられる。このような時代と要請の変化に伴う理学・作業療法士数のあり方に関する報告は，1983年の報告⁸⁾に始まり2012年の報告⁹⁾まで，少なくとも70以上を確認することができるが，今後においても多面的，適時的，定期的な報告が求められているものと思われる。

そこで，今回，病院および一般診療所（以下，医療機関）の従事者の推移から，これからの理学・作業療法士の雇用について考察することとした。

対象と方法

対象は，厚生労働省統計の「病院報告」¹⁰⁾および「医療施設調査」¹¹⁾とし，対象期間は，3年毎の調査については1975年，各年調査については1996年もしくは1997年から年報報告が確定している2011年もしくは2012年とした。主たるデータ対象は，100床当たり，一般診療所当たり，一般診療所1施設当たりの理学・作業療法士数の推移とし，これらから全国および地域別の平均増減率と予測値を算出した。人数に関しては，すべて常勤換算値を用い，小数点以下表示は厚生労働省報告に準じた。また，2011年の福島県データについては震災前年の数値を用いた。

統計処理は，StatView5.0を用い，解析は記述統計（平均，標準偏差），分散分析（有意差，正規性の検定：K-S法），回帰分析（予測値：多項式回帰）で，有意水準は5%以下とした。

結 果

1 100床当たりにおける従事者数

100床当たりの主たる従事者数（以下，従事者）は，1997年から2012年の間で増加傾向を示し，最も平均増加率が高かったのは作業療法士 $12.6 \pm 6.8\%$ ，次いで理学療法士 $9.8 \pm 5.3\%$ ，保健師・助産師・看護師（以下，看護職） $3.2 \pm 1.3\%$ ，診療放射線技師・診療エックス線技師（以下，X線技師） $2.2 \pm 3.0\%$ ，歯科医師を除く医師（以下，医師） $1.8 \pm 0.9\%$ ，薬剤師 $0.8 \pm 2.2\%$ ，臨床検査技師・衛生検査技師（以下，検査技師） $0.7 \pm 3.0\%$ の順であり，増加率は理学療法士と作業療法士，理学・作業療法士と他の従事者との間に有意の差を認めた（図1，表1）。

100床当たりの理学・作業療法士数の推移を地域別にみると，理学療法士では四国，九州が高位を，東北，北海道が低位を推移していた。作業療法士では，理学療法士と同様の傾向にあるが，近畿，関東が低位を示した。これを平均増減率で見ると，全国では理学療法士 $10.1 \pm 3.3\%$ ，作業療法士 $13.2 \pm 5.0\%$ の増加であり，理学療法士では北海道，関東，九州，中国，近畿，四国，東北，中部，作業療法士では九州，北海道，中国，近畿，関東，四国，中部，東北

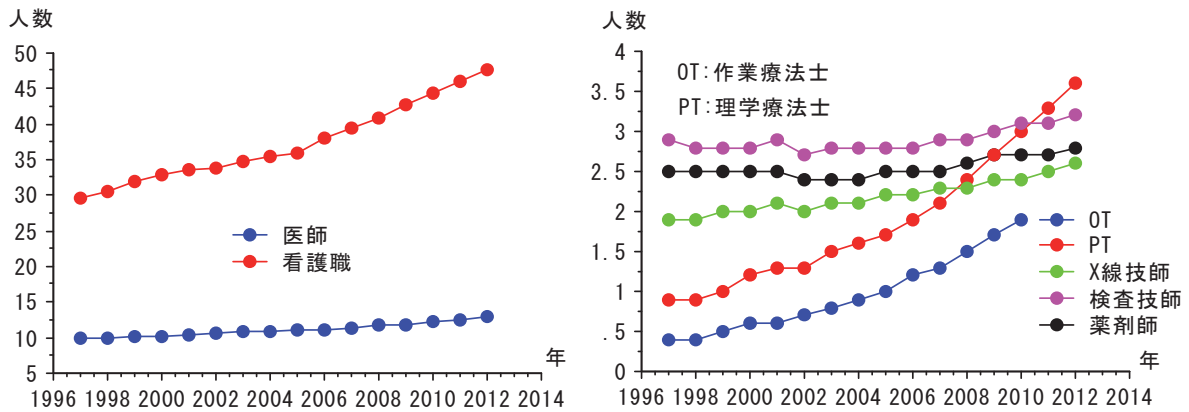


図1 100床当たりの従事者数の推移¹⁰⁾より作成

表1 100床当たりの従事者数の増減率と職種間差¹⁰⁾より作成

	人数		増減率 (%)		従事者間差	
	1997年	2012年	平均	SD	平均値の差	p値
OT	0.4	2.3	12.56	6.78	OT:PT	2.76 0.0352
PT	0.9	3.6	9.80	5.26	OT:X線技師	10.41 0.0001
看護職	29.6	47.6	3.23	1.33	OT:医師	10.78 0.0001
X線技師	1.9	2.6	2.16	3.00	OT:薬剤師	11.78 0.0001
医師	9.9	12.9	1.78	0.94	PT:X線技師	7.65 0.0001
薬剤師	2.5	2.8	0.78	2.22	PT:医師	8.02 0.0001
検査技師	2.9	3.2	0.70	2.99	PT:看護職	6.58 0.0001
					PT:検査技師	9.10 0.0001
					PT:薬剤師	9.02 0.0001

OT: 作業療法士, PT: 理学療法士

の順であった(図2, 表2)。また, 地域間差は, 理学療法士では北海道と近畿, 四国, 中部, 東北, 作業療法士では九州と東北, 中部に増減率に有意の差を認めた(図2, 表2)。

2012年現在, 100床当たりの従事者数は看護職が最も多く47.6人, 次いで医師12.9人, 理学療法士3.6人, 検査技師3.2人, 薬剤師2.8人, X線技師2.6人, 作業療法士2.3人であるが(表1), 1997年から2012年の人数の推移を基に2025年までの100床当たりの理学・作業療法士数を予測すると, 理学療法数が現在の約2倍になるのは2021年, 作業療法士では2020年であった(表3)。

2 一般診療所における従事者数

一般診療所における従事者数は, 3年毎の調査であるが1975年から2011年の間で増加傾向を示し, 最も平均増加率が高かったのは作業療法士 $39.3 \pm 52.6\%$, 次いで理学療法士 $25.8 \pm 29.8\%$, 検査技師 $12.7 \pm 9.2\%$, 看護職 $9.4 \pm 9.8\%$, 薬剤師 $4.4 \pm 18.2\%$, 医師 $2.3 \pm 8.6\%$ の順であり, 作業療法士はX線技師, 医師, 検査技師, 薬剤師, 理学療法士は医師, 薬剤師の

病院および一般診療所における理学療法士・作業療法士の雇用について（日下隆一）

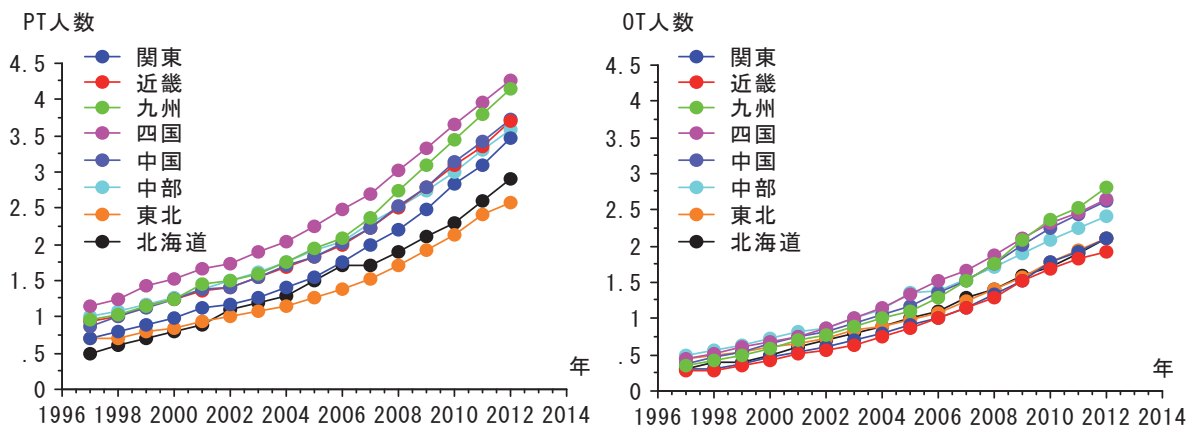


図2 地域別100床当たり理学療法士 (PT), 作業療法士 (OT) 数の推移¹⁰⁾より作成

表2 地域別の100床当たりの理学療法士 (PT), 作業療法士 (OT) の増減率と地域差¹⁰⁾より作成

	PT 増減率 (%)		地域間差		OT 増減率 (%)		地域間差		
	平均	SD	平均値の差	p 値	平均	SD	平均値の差	p 値	
北海道	12.55	5.21			九州	14.82	4.01		
関東	11.14	2.53	北海道：近畿	-2.957 0.0134	北海道	14.11	8.00		
九州	10.31	3.34	北海道：四国	-0.374 0.0049	中国	14.10	5.10	九州：東北	3.93 0.0315
中国	10.24	3.34	北海道：中部	-3.669 0.0023	近畿	14.09	5.59	九州：中部	3.68 0.0435
近畿	9.59	2.15	北海道：東北	-3.436 0.0042	関東	13.94	4.64		
四国	9.17	2.41			四国	12.59	3.20		
東北	9.11	3.83			中部	11.14	4.48		
中部	8.88	1.47			東北	10.90	2.36		

(1997年～2012年)

表3 100床当たりの理学療法士 (PT), 作業療法士 (OT) 数の予測値

年	全国		北海道		東北		関東		中部		近畿		中国		四国		九州	
	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT
2015	4.7	3.1	3.5	2.7	3.3	2.8	4.5	2.8	4.5	3.0	4.8	2.6	4.6	3.5	5.5	3.4	5.4	3.8
2016	5.1	3.3	3.8	2.9	3.6	3.1	4.9	3.1	4.9	3.3	5.2	2.8	5.0	3.8	5.9	3.7	5.9	4.2
2017	5.5	3.6	4.1	3.1	3.9	3.4	5.4	3.4	5.2	3.5	5.6	3.1	5.5	4.1	6.4	4.0	6.4	4.6
2018	6.0	3.9	4.4	3.3	4.3	3.6	5.8	3.6	5.6	3.8	6.1	3.3	5.9	4.4	6.9	4.3	7.0	5.0
2019	6.4	4.3	4.7	3.6	4.6	3.9	6.3	3.9	6.0	4.0	6.5	3.5	6.4	4.7	7.4	4.6	7.5	5.4
2020	6.9	4.6	5.0	3.8	4.9	4.2	6.8	4.3	6.5	4.3	7.0	3.8	6.9	5.1	7.9	4.9	8.1	5.9
2021	7.4	5.0	5.3	4.1	5.3	4.6	7.3	4.6	6.9	4.5	7.5	4.1	7.4	5.5	8.5	5.2	8.7	6.3
2022	8.0	5.3	5.6	4.4	5.7	4.9	7.9	4.9	7.4	4.8	8.0	4.4	7.9	5.8	9.0	5.6	9.4	6.8
2023	8.5	5.7	5.9	4.6	6.1	5.2	8.4	5.3	7.8	5.1	8.6	4.7	8.4	6.2	9.6	5.9	10.0	7.3
2024	9.1	6.1	6.3	4.9	6.5	5.6	9.0	5.6	8.3	5.4	9.2	5.0	9.0	6.6	10.2	6.3	10.7	7.8
2025	9.7	6.5	6.6	5.2	6.9	6.0	9.6	6.0	8.8	5.7	9.7	5.3	9.6	7.0	10.9	6.7	11.4	8.4

(2012年の病床数を基に推計)

間に有意の差を認めた (図3, 表4).

一般診療所の従事者数から, 地域別に一般診療1施設当たりの理学・作業療法士数を算出すると, その増減率は, 理学療法士では九州, 四国, 中部, 近畿, 北海道, 関東, 東北の順であり, 作業療法士では北海道, 中国, 四国, 九州, 東北, 関東, 近畿, 中部の順であった (図4,

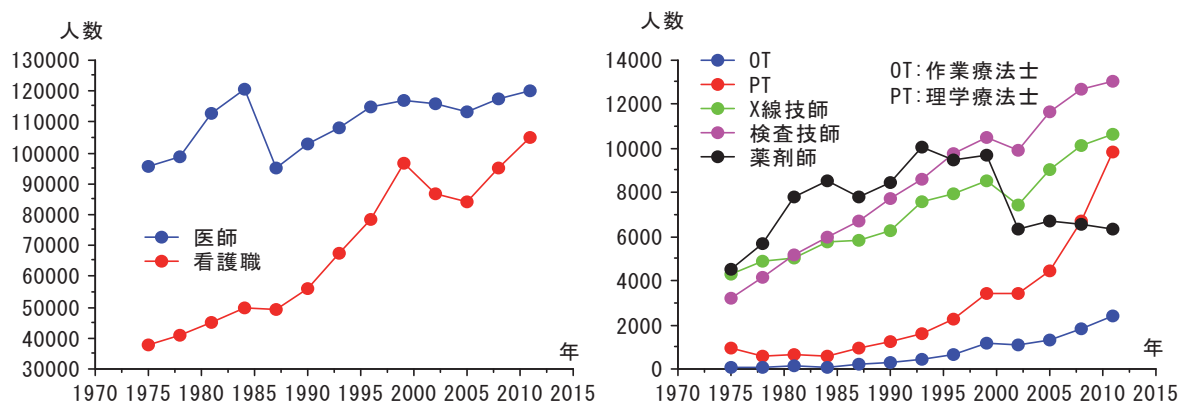


図3 一般診療所における従事者数の推移¹¹⁾より作成

表4 一般診療所の従事者の増減率と差¹¹⁾より作成

	従事者数		増減率 (%)		従事者間差	
	1975年	2011年	平均	SD	平均値の差	p値
OT	86.0	2,406.8	39.34	52.57	OT: X線技師	31.04 0.0031
PT	924.0	9,820.7	25.82	29.83	OT: 医師	37.08 0.0005
検査技師	3,215.0	13,056.5	12.74	9.16	OT: 検査技師	26.61 0.0106
看護職	37,720.0	105,244.8	9.35	9.84	OT: 薬剤師	34.92 0.0009
X線技師	4,286.0	10,673.9	8.30	9.51	PT: 医師	23.56 0.0230
薬剤師	4,538.0	6,359.1	4.42	18.24	PT: 薬剤師	21.40 0.0383
医師	95,730.0	119,873.1	2.26	8.59		

OT: 作業療法士, PT: 理学療法士

表5). 地域間差は、理学療法士では九州および四国と他の地域の間、作業療法士では関東、近畿を中心に他の地域との間に有意の差を認めた (図4, 表5).

1975年から2011年までの一般診療所1施設あたりの理学・作業療法士数から、2026年までの理学・作業療法士数を予測すると、2026年であっても理学療法士で一般診療所1施設当たり約0.3人、作業療法士に至っては約0.1人であり、地域間差も顕著であった (表6).

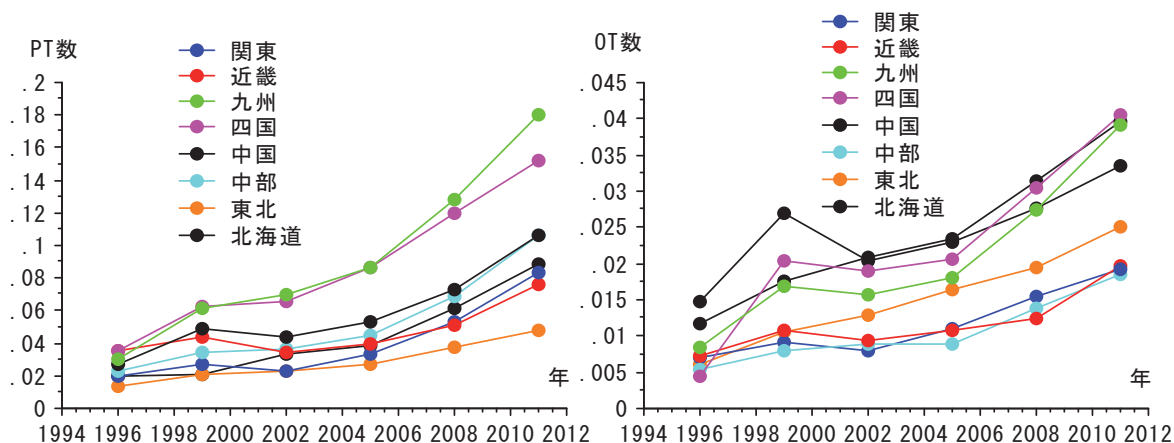


図4 地域別の一般診療所1施設当たり理学療法士 (PT), 作業療法士 (OT) 数の推移¹¹⁾より作成

表5 地域別の一般診療所1施設当たり理学療法士(PT),作業療法士(OT)数の増減率と地域差¹¹⁾より

	PT 増減率 (%)		OT 増減率 (%)		PT 地域間差		OT 地域差		
	平均	SD	平均	SD	地域	p 値	地域	p 値	
九州	0.09	0.054	北海道	0.02	0.010	九州：関東	0.0067	関東：四国	0.0231
四国	0.09	0.043	中国	0.02	0.007	九州：近畿	0.0168	関東：中国	0.0088
中国	0.06	0.028	四国	0.02	0.012	九州：中部	0.0343	関東：北海道	0.0101
中部	0.05	0.031	九州	0.02	0.004	九州：東北	0.0012	近畿：四国	0.0242
近畿	0.05	0.016	東北	0.02	0.007	九州：北海道	0.0115	近畿：中国	0.0093
北海道	0.04	0.027	関東	0.01	0.005	四国：近畿	0.0347	近畿北海道	0.0106
関東	0.04	0.024	近畿	0.01	0.004	四国：東北	0.0028	九州：中部	0.0321
東北	0.03	0.012	中部	0.01	0.005	四国：北海道	0.0244	四国：中部	0.0135
						四国：関東	0.0147	中国：中部	0.0050
								中部：北海道	0.0057

(1996年～2011年)

表6 地域別の一般診療所1施設当たり理学療法士(PT),作業療法士(OT)数の予測値

予測年	全国		北海道		東北		関東		中部		近畿		中国		四国		九州	
	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT	PT	OT
2014	0.13	0.03	0.12	0.05	0.06	0.03	0.12	0.03	0.14	0.02	0.10	0.02	0.13	0.04	0.19	0.05	0.23	0.05
2017	0.17	0.04	0.16	0.06	0.07	0.03	0.16	0.03	0.19	0.03	0.13	0.03	0.17	0.04	0.23	0.06	0.29	0.06
2020	0.22	0.05	0.20	0.07	0.09	0.04	0.21	0.04	0.24	0.04	0.17	0.04	0.21	0.05	0.28	0.06	0.36	0.08
2023	0.27	0.05	0.25	0.08	0.10	0.05	0.27	0.05	0.30	0.04	0.21	0.05	0.26	0.05	0.33	0.07	0.44	0.10
2026	0.33	0.06	0.31	0.09	0.12	0.05	0.33	0.06	0.37	0.05	0.26	0.06	0.31	0.06	0.39	0.08	0.52	0.12

(2012年の一般診療所数を基に推計)

考 察

日本の医療提供体制に影響を与える要因は、人口構成の変化、疾病構造の変化、低調な日本経済、医学の進歩、国民医療費（以下、医療費）の高騰、医療専門職不足等であり、これらは相互に関連している。日本の人口は、今回、予測値として設定した2025年までをみたとき、全体的には減少傾向を示すが、65歳以上の高齢者が占める割合は増加し、15歳～64歳（生産年齢人口）の割合は減少するとされている¹²⁾。この生産年齢人口の減少は、国内総生産（GDP）低下¹³⁾へ、高齢者の増加は疾病構造の変化や老人医療費の高騰へと繋がる。また、医療費の高騰に医学の進歩は決して無関係ではなく、医療専門職不足にも関連している。このような状況にあって結果的な医療費の高騰をどのように抑制するかは、1970年代初頭からの政策的課題でもあった^{14, 15)}。したがって質の高い医療の提供と医療費抑制という枠組みの中で、医師・看護師数、病床と病床数、病院数、平均在院日数、保険制度（介護保険、後期高齢者医療制度等）、診療および介護報酬、在宅医療等々に関わる政策、指導等が行われてきたと考えられる。これらはいずれも理学・作業療法士の雇用に直結するものであるが、近年の医療機関数と病床数に関しては、病院数に比較して病床数の減少率は低く、一般診療所の病床数は急速に減少し、一般診療所数は増加傾向にある（表7）。その他の要因も含めて今後の理学・作業療法士の雇用に好影響を及ぼすものは多いが、近年の高齢者のリハビリテーション医療費の急騰もあり¹⁶⁾、

表7 施設数および病床数とその増減値¹¹⁾より

施設数	数		増減率	
	1996年	2012年	平均	SD
病院	9,490	8,565	-0.64	0.20
一般診療所	87,909	100,152	0.82	0.59
人口10万対病院	7.5	69.8	-0.70	0.70
人口10万対一般診療所	6.7	78.5	0.74	0.52
<hr/>				
病床数				
病院	1,664,629	1,578,254	-0.33	0.22
一般診療所	246,779	125,599	-4.12	1.47
人口10万対病院	1,322.6	1,237.7	-0.41	0.24
人口10万対一般診療所	196.1	98.5	-4.20	1.44

診療報酬改定においてその率の抑制が理学・作業療法士の雇用抑制に繋がる可能性は残る。

医療は労働集約的な産業であり、医療費の50%近くを人件費が占めている¹⁷⁾。したがって医療の質の向上には多くの専門職の関わりが不可欠であり、なかでも医師、看護職、リハビリテーション専門職はその最たるものである。その意味で現在の医療機関における看護職と理学・作業療法士数の増加は、時代に相応したものであるが、2012年現在の100床当たりPT3.6人、OT2.3人は極めて少ない人数であり、全ての一般診療所に理学・作業療法士が必要ではないにしても1施設当たり人数は云々できる状況とは言い難いほどの少人数である。今回、医療機関における理学・作業療法士の増加率が他の医療専門職に比べて突出していることが分かったが、これは顕著な地域差も考慮すると近い将来における充足を危惧するものではなく、リハビリテーション医療の質の向上とその均一性を目指していると考えらるべきであろう。ただ、100床当たり、一般診療所1施設当たりの理学・作業療法士数を規定することは困難であり、適正数は諸要因や時代に左右されること、多様な予測法が存在すること、遠い将来を予測することの危険性など考慮した上で今回の予測値を解釈すると、一定水準のリハビリテーション医療の質を確保するには約10数年が必要と考えられる。この理学・作業療法士の雇用に影響を与える要因は多く、その第一は、リハビリテーション対象疾患の拡大であろう。昭和40年代、小児身体障害や精神障害等に始まった対象疾患は、時代と共に変化してきた。病症分類による推計患者数を1996年と2011年で比較すると、上位15以内に神経系の疾患、呼吸器系の疾患、循環器系の疾患、損傷・中毒及びその他の外因の影響、内分泌・栄養及び代謝疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、新生物、精神及び行動の障害、先天奇形、変形及び染色体異常が含まれており¹⁸⁾、これらの疾患は現在ではリハビリテーション医療の対象となっている。第二は、リハビリテーション件数の現状である。2012年社会医療診療行為別調査¹⁹⁾によれば、リハビリテーション件数の50%以上が脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションが約40%、心大血管疾患リハビリテーションと呼吸器リハビリテーションを併せて数%とい

う状況であり、心疾患や呼吸器疾患への対応は十分とは言えない。高齢者の増加に伴う慢性閉塞性肺疾患を主とした呼吸器疾患、心筋梗塞等の心疾患、術前・術後を含むがん患者のリハビリテーションなどへの対応には、新たな理学・作業療法士の雇用は必然的な状況と言える。第三は、リハビリテーションステージにおける切れ目のないリハビリテーション提供の促進であろう。回復期リハビリテーション病棟の新設が理学・作業療法士の雇用に極めて大きな好影響を及ぼしたことは確かであり、今後も雇用は継続すると考えられるが、急性期や維持期における雇用は回復期とは比較にならないように思われる。ただ、第221回中央社会保険医療協議会資料には早期（急性期）、維持期リハビリテーションの評価が挙げられており²⁰⁾、急性期、回復期、維持期の全てのリハビリテーションステージで、質の高いリハビリテーション医療が切れ目なく提供されるためには理学・作業療法士の雇用促進は必然的である。その他としては、これまでの整形外科系診療所における雇用から神経内科、脳神経外科等の診療所における雇用が進展していること²¹⁾、医療機関における併設事業や在宅医療への取り組みが進展していること¹¹⁾等々がある一方、日本理学療法士・作業療法士協会の全会員数の約10%は結婚、出産、子育て等から休会会員となる現状^{22, 23)}、ここ6年間の作業療法士国家試験合格者率が77.5 ± 4.4%と低調な状況²⁴⁾などは、理学・作業療法士の雇用に複雑な影響を与えている。最後に、2000年の柔道整復師養成施設不指定処分取消請求事件の判決²⁵⁾以後、国が医療関係専門学校、大学の厳しい設置基準を改め届出制とした結果、リハビリテーション専門職養成施設が急増した経緯がある。これは理学・作業療法士数の増加からすれば根幹的な問題であるが、自由市場経済の領域の問題でもあり、養成施設の意思は市場に委ねられている。したがって、市場に相応した理学・作業療法士数という概念が働くものと考えられる。

理学・作業療法士の雇用に関して、最も重要なものは関連団体による雇用の創出に対する努力である。現在と近い将来における理学・作業療法士の雇用は順調に推移するとしても、その限界は必ずやってくると思えなければならない。リハビリテーション医療の質の向上を勘案すれば、救急（急性期）や在宅専門さらには心疾患・呼吸器疾患専門セラピストの育成と配置、回復期リハビリテーション病棟の拡充、新たな維持期リハビリテーションシステムの構築、訪問リハビリテーションステーション（仮称）等を実現させる必要がある。

まとめ

理学・作業療法士の雇用について、近年の医療機関における理学・作業療法士数の推移、増減率、予測値から分析した結果、理学・作業療法士は他の従事者よりも増加率が高く推移しているが、地域差が認められた。また、医療機関における理学・作業療法士の適正数を規定することは出来ないが、リハビリテーション医療の質を問える人数と言える状況ではなく、とりわけ一般診療所にそれが著明であった。さらに、現在の医療機関における理学・作業療法士数が

約2倍に達するには、現状の増加率で十数年以上が必要であることが分かった。

文 献

- 1) 厚生労働省：Press Release 第48回理学療法士・作業療法士国家試験の学校別合格者状況 平成25年3月29日。
- 2) 渡部一郎：PT, OT, STの需給の現状と見通し。総合リハビリテーション 38(2)：188-189, 2010。
- 3) 日本理学療法士協会編：国際検証特別委員会報告書。p20, 2013。
- 4) <http://rehanaruniha.info/nyuugakumade/jukyubarance.html> (理学療法士、作業療法士の需要と供給のバランス)
- 5) <http://d.hatena.ne.jp/zundamoon07/20130115/1358260476> (リハビリテーション専門職養成施設急増に伴う供給過剰の懸念)
- 6) 齋藤宏：療法士過剰時代。総合リハビリテーション 15(2)：85, 1987。
- 7) 清岡学, 板場英行, 他：高知県のPT過剰時代を考える。高知県理学療法 4：29-36, 1994。
- 8) 金子 誠喜：理学療法士養成教育および卒後教育について 需給状態推測からの一提案。臨床理学療法 10(4)：195, 1983。
- 9) 西村圭二, 大西均, 他：滋賀県における理学療法士の需給状況調査。理学療法湖都 31：39-42, 2012。
- 10) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/80-1.html> (厚生労働省病院報告)
- 11) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html> (厚生労働省医療施設調査)
- 12) <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp> (日本の将来推計人口)
- 13) 厚生労働省：生産年齢人口, GDP, TFP(全要素生産性)の関係性。労働市場分析レポート 第12号, p1, 2013。
- 14) 水野肇：誰も書かなかった厚生省。草思社, 東京, 2005, pp.103-114。
- 15) 吉村仁：医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方。社会保険旬報 1424：12-14, 1983。
- 16) 日下隆一：理学療法士・作業療法士の給与総額とその規定因子について。保健医療技術学部論集 7：56, 2013。
- 17) 尾形裕也：日本の医療提供体制の現状及び改革の基本的方向。福岡医学雑誌 103(3)：45-58, 2012。
- 18) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html> (厚生労働省患者調査)
- 19) <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001029602> (厚生労働省社会医療診療行為別調査)
- 20) 厚生労働省：第221回中央社会保険医療協議会資料(総-1)。p151-159, 2012。
- 21) 日下隆一, 吉尾雅春, 他：平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金(老人保健健康増進等事業分)リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業(リハビリテーションに携わる専門職種の人材確保強化モデル事業)報告書。17-21, 2008。
- 22) http://www.japanpt.or.jp/03_jpta/about_jpta/05_index.html (日本理学療法士協会 統計・資料)
- 23) 日本作業療法士協会：作業療法白書 2010。p22, 2010。
- 24) <http://careergarden.jp/sagyouryouhoushi/exam/> (作業療法士国家試験合格率の推移)
- 25) <http://thoz.org/hanrei/> (柔道整復師養成施設設置計画不承認処分取消請求事件)

(くさか りゅういち 理学療法学科)

2013年9月30日受理

