

内閣総理大臣 福田 赳 夫 殿

日本学術会議会長 越 智 勇 一

写 送 付 先 : 科学技術庁長官, 大蔵大臣, 文部大臣, 厚生大臣, 通商
産業大臣, 労働大臣, 自治大臣, 国立大学協会長, 公立大学協会長, 日
本私立大学協会長, 日本私立大学連盟会長, 私立大学懇話会長, 国立短
期大学協議会長, 全国公立短期大学協会長, 日本私立短期大学協会長,
日本社会事業学校連盟会長, 日本医療社会事業協会長, 日本理学療法士
協会長, 日本作業療法士協会長, 全国医学部長・病院長会議会長

リハビリテーションに関する教育・研究体制等について (勧告)

標記について, 日本学術会議第72回総会の議決に基づき, 下記のとおり勧告します。

記

何人も人間として生きる権利を有することは, 憲法も明らかにするところである。戦後30年の今日, 心身の何らかの障害のため, 人間として生きる権利の行使を妨げられている人々について, その権利の回復, すなわち, その「全人間的復権」を図ることを理念とするリハビリテーションの重要性は一層増大してきており, また, リハビリテーションの技術的進歩の成果も著しい。にもかかわらず, その成果を, それを必要とするすべての人々がいつでもそれを必要とする時に, 容易に享受することができるための体制は, 極めて不十分である。

とりわけ, リハビリテーション活動に従事する専門的教育・訓練を受け, 広く社会や人間に関する理解を基礎とした人間性豊かな職員の十分な確保とそのための資格制度の確立, その職務にふさわしい待遇の改善, 教育, 研究体制の整備は, このような国民的要求にこたえるための緊急の要務であると考えられる。

よって, 本会議は, 政府が次の諸点について必要な措置を講ぜられるよう勧告するものである。

I リハビリテーション医学教育・研究の充実について

- 1 大学医学部ないし医科大学の教育において, リハビリテーション医学を必須課目とすること。
- 2 専門医養成のための卒後教育の体系を整備すること。
- 3 上記1, 2を実現するために大学医学部ないし医科大学にリハビリテーション医学の講座を設置すること。

II 理学療法士, 作業療法士教育の充実について

- 1 現行の3年制各種学校による養成制度を学校教育法に基づく4年制大学における教育に改め, 大学院課程を付置すること。
- 2 暫定的には現行の3年制各種学校の3年制短期大学への昇格を図り, かつ, 現行の3年制各種学校卒業者は3年制短大卒業者が, 希望すれば4年制大学への編入を受け得るよう機会を保障すること。

III 言語療法士(仮称)の教育について

- 1 言語療法士（言語療法士、聴能言語士—いずれも仮称）の資格制度を創設し、その教育は、学校教育法による4年制の総合大学において、大学院課程と連なる形で早急に実現すべきこと。
- 2 現在の充足率の向上を早急に図るため、暫定措置として現行の認定コース（サーティフィケート・コース）の存続、拡充等を行うべきこと。

IV 義肢装具士（仮称）等の教育について

- 1 義肢装具士（仮称）の資格制度を創設し、その教育は学校教育法による4年制大学又は3年制短期大学において行われるべきこと。
- 2 義肢装具製作技能士（仮称）の資格制度を創設し、その養成は職業訓練校その他において高校卒業後2年間の教育課程において行われるべきこと。
- 3 既存の従事者について、技能検定等により、上記資格又はその受験資格を取得する経過措置、また義肢装具製作技能士が技能検定等により義肢装具士の受験資格を取得する措置を図るべきこと。

V 医療福祉士（仮称）の教育について

- 1 医療福祉士（仮称）の資格制度を創設し、その教育は学校教育法による4年制大学（社会福祉系）において行い、また指導的立場に立つ者及び教育・研究者の養成は大学院において行われるべきこと。
- 2 4年制大学（社会福祉系）及び大学院における医療福祉教育の充実を図るとともに、医療福祉研修コース（1年間）を設置すること。
- 3 現在既に医療社会事業員として従事している者については経過的に医療福祉士（仮称）の有資格者として認める措置をとること。

〔別 紙〕

（説 明）

我が国の社会福祉体制の整備は諸外国に比べ著しく立遅れていることは既に昭和49年5月20日、勸告「社会福祉の研究・教育体制等について」において指摘したところであるが、なかでも心身に障害を有する者に対する福祉、特にその重要な部分を占めるリハビリテーションの体制は極めて不十分である。

現代の医学の進歩、栄養、生活環境の改善等により、戦後30年間に国民の寿命は著しく延長したが、その反面、医学の進歩により生命は救われても、慢性的な疾患状態あるいは永続的な機能障害状態のままに放置されている患者・障害者はむしろ増加しつつある。障害の原因別推移では労働災害や交通事故によるものの増大が指摘される。公害による障害発生も無視できない。また総人口に対する老人人口比率上昇に伴う高年性ハンディキャップの著しい増大も確実に予想される。

このような疾病構造の変化に対処すべく生まれたのがリハビリテーション医学であり、保健、予防、治療に続く「第4の医学」ともいわれているが、その理念は心身の障害のために人間らしく生きる権利を奪われている人々（障害者）の生きる権利の回復、すなわち「全人間的復権」にある。この生きる権利とは単なる生存ではなく、能力の許す限り高い自立性を持ち、生産的である人間、すなわち真の意味で人間らしい尊厳性をもった人間であることを意味する。

リハビリテーション医学は、このような理念を実現するための科学・技術の体系であり、現在その対象は整形外科、内科をはじめ、眼科、耳鼻咽喉科、精神科その他多数の臨床専門領域へと拡大され、医師をはじめとする新しい各種の専門職の大きな努力によってささえられている。欧米においてはリハビリテーション活動の歴史も長く、専門的従事者も質・量的に充実し、研究活動も活発に行われ、政府の施策においても福祉の不可欠な一環として極めて重視されている。

また、リハビリテーション医学が障害者の残存、潜在能力の開発と拡大に大きく役立ち、ひいては障害者の生産活動能力を大きく発展させることが障害者の生活保障に寄与するとともに、療養のための財政的負担増を減少せしめうる点も評価されているのである。しかし、我が国においては福祉全般の立遅れの中で、これまでリハビリテーションの重要性に対する認識が特に乏しく、諸外国との格差は年を追ってむしろ開きつつあるといっても過言ではない。

我が国の身体障害者（児）の総数は142万（昭和45年厚生省調査）、精神薄弱者（児）の総数51万（昭和41年厚生省調査）と推定され、両者をあわせれば総人口の2%に近い。その他老年患者、難病患者、精神疾患など、広義の障害者としてリハビリテーションの対象となる人々をあわせれば、その数はこの数倍にのぼるであろう。このような大きなニーズにこたえるためにはリハビリテーション振興のための抜本的な施策が必要である。

リハビリテーションは全人間的復権をめざすものとして、ひとり医学面だけでなく、教育、職業、生活、福祉等のすべての面にわたるものである。したがって、リハビリテーションに関する人文・社会・自然諸科学からする学際的・総合的研究の推進とそのための体制の整備も極めて重要であるが、今回は緊急に改善を必要とする医学的リハビリテーションに重点をおき、なかでも立遅れの著しいリハビリテーション関連専門職の制度化並びに教育・研究体制について勧告するものである。

専門職には①医師、②理学療法士、③作業療法士、④言語療法士（仮称）、⑤義肢装具士（仮称）⑥医療福祉士（仮称）のほかにも、⑦視能訓練士、⑧聴能訓練士、⑨臨床心理士（仮称）、⑩職業カウンセラー、その他多数のものがあるが、今回はこの中でも医学的リハビリテーションの上で特に緊急な改善を必要とする上記6職種（①～⑥）について述べる。

I リハビリテーション医学教育・研究の充実について

リハビリテーションは治療医学とは別個の後療法的なものではなく、障害の原因の発生と同時に、すなわち発病と同時に開始され治療と並行して進められるべきものである。したがって医学的リハビリテーションはあくまでも臨床医学であり、診療の最終的責任は医師にある。リハビリテーションにたずさわる医師は、末梢運動器の障害、中枢神経系の障害による運動障害、さらに高次脳機能の障害による失語症、失行症、失認症等に関する基礎的知識と臨床経験に基づいて、これらの障害の正しい診断を行い、リハビリテーションの基本方針を定め、理学療法、作業療法、義肢、装具、その他の処方を行うとともに直接必要な治療（投薬、注射等）を行う。医師はまたリハビリテーション・チームのリーダーとして、リハビリテーションの目標達成のために指導的役割を担うことが要請される。

このような医師の役割の重要性、業務内容の多様性からして、欧米においてはかなり以前から「リハビリテーション医学」が新しい専門分科として設立され、独自の専門教育が確立されてき

ている。我が国でも新設大学の中にはリハビリテーション医学の講座を有するものもあり、次第にそのようなリハビリテーション医学の独自性と、特別の専門教育コースの必要性が認められる気運にあるが、全体としてはまだ極めて不十分であって、理学療法士、作業療法士の教育に比べてさえ、一層立遅れているといっても過言ではない。このような状況はチームの中心としての医師の重要性からみて、リハビリテーション全体の発展の大きな妨げとなる危険があり、早急に解決されなければならない。

1) 大学医学部教育におけるあり方

以上のような状況の原因は何よりも、医学部の卒前教育において、リハビリテーション医学が独自の場を持っていないことにあると考えられる。カリキュラムの中にリハビリテーション医学の独立的存在なくして、医師として育てて行くべき学生に正しい認識を与えることは困難である。1972年の日本リハビリテーション医学会教育委員会の調査によれば、独立したコースとしてリハビリテーション医学の講義がなされている大学は11校で、平均の時間数約15時間にすぎない。また臨床医学として不可欠な実習を行っていたのはわずか6校であり、実習時間の中央値は約8時間にすぎなかった。(別添資料1)このような現状は極めて不十分であり、医学部の卒前教育の中でのリハビリテーション医学の教育は抜本的に大きな比重をもつものに改められねばならない。そのためには、医学部教育の中で、リハビリテーション医学を必須科目とすることが必要である。その具体的内容については、現在までにいくつかの提案がなされているが、基本的には、独立したコースとしてのスタッフと、関連学科の協力が必要である点では、一致している。(別添資料2)

2) 卒後の教育について

最近、若手の医師の中にリハビリテーション医学の専攻希望者がふえつつあるが大学医学部に講座が置かれていないため、やむなく大学病院中央部門、リハビリテーション専門病院、施設などで教育を受けているのが現状である。昭和48年には若手リハ医の会が結成され、リハビリテーション医学会に対して、卒後教育の整備、充実が要求された。これにこたえて、日本リハビリテーション医学会では、昭和50年から2年間に6回の卒後医師研修会を開催した。また、厚生省と日本リハビリテーション医学会、日本整形外科学会共催の、義肢補装具研修会も毎年開かれるに至った。これらの講習会の受講希望者は、毎回定員の数倍に達している。しかし、卒後医師研修会は、財政的基盤を民間の基金に依存しており、昭和52年以降は開催さえ危ぶまれている状態である。この点卒後教育の体系の整備は急務と考えられる。(別添資料3)

3) 講座設置について

1) 及び2)において、現状の問題点とその打開策を述べた。しかし、医学教育は講座を中心に展開されるのが望ましい目標であろう。

既に米国ではリハビリテーション医学の講座が大半の医学校に設けられている。1963-64年度の段階で既に全医学校の68%に設置されており、1974-75年度では54%になっているが、これはこの10年間に医学校数がそれまでの30%も増加したため比率において低下をみせたにすぎない。(別添資料4) 1963-64年度には全医学校の38%にすぎなかった

完全独立講座は、45%の増加を示し、全体の比率でも42%に上昇した。これに対して我が国では、1976年においてすなわすかに5校（2校は私立医科大学、3校は大学附属研究所）に設けられているにすぎない。また、その教育に当たっている医師もほとんどが整形外科や内科から転じた者であり、またリハビリテーション医学を専攻した者はほとんどが欧米にて教育を受けた者であって、その数は当然のことながら極めて少ない。さらに欧米においては、日夜新しい技術が開発されており、研究面の進歩にも目ざましいものがある。我が国においては、リハビリテーション独自の研究部門としては、上記の講座を除いてわずかな研究施設がリハビリテーション専門病院、施設に付設されているにすぎない。教育者、研究者養成のためにも専門の講座を、大学医学部ないし医科大学、特に国立・公立の大学医学部ないし医科大学に設置し、これを中心とする教育・研究体制を整備することは早急に必要である。（別添資料5）

II 理学療法士・作業療法士の教育の充実について

理学療法士（physical therapist, P.T.）、作業療法士（occupational therapist, O.T.）は医学的リハビリテーションの技術的な中核をなすともいふべき2職種である。前者は、法（理学療法士及び作業療法士法、昭和40年8月施行）により、「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」を医師の指示により行うもの、後者は「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」を医師の指示により行うものとされている。現実にはこのような定義のわくをこえて、両職種とも、障害者の日常生活動作能力（自立能力）の向上、職業復帰の前提としての心身の能力の向上、障害児の運動能力・知的能力の発達の促進、失行症・失認症患者のリハビリテーションなど、広範囲な課題に取り組んでおり、その仕事の場も病院だけでなく、地域活動へと広がりつつある。

しかし、その教育は1963年の教育開始以来高校卒業後3年間の各種学校が中心であり、いまだに学校教育法による大学における教育は行われておらず、種々の問題を生じている。

理学療法士、作業療法士の必要推定数

目下の医療機関・教育・福祉施設などについて、リハビリテーション医療を充実させようとするれば、理学療法士、作業療法士の必要数は、それぞれ約1万人くらいと推定されている。この必要推定数は、推定の根拠により若干変動することは止むを得ないがいずれにせよ大きく不足していることはいふまでもない。

理学療法士、作業療法士の数と学校数

現在、我が国における理学療法士の数は1949名（そのうち学校、養成施設卒業者は737名）、作業療法士数は614名（そのうち学校、養成施設卒業者は348名）にすぎず、養成施設定員が理学療法士200名、作業療法士100名であることからみれば、必要数の充足には相当の年月を要することがわかる。

ちなみに1975年米国及び欧州各国の理学療法士、作業療法士の数と充足度等については矢

谷の報告がある。(別添資料6~7)また、1972年オーストラリア、ニュージーランド、香港、台湾などについては五味の報告がある。(別添資料8~9)1976年イスラエルでは、理学療法士600名、作業療法士300名で、それぞれ2校の学校がある。

学校、養成施設と問題点

理学療法士、作業療法士の量的拡充策として、学校、養成施設を増設すべきことは当然であるが、この場合、専任教員の確保と臨床実習の条件整備について特段の努力が要求されよう。現行の3年制各種学校制のもとにおいてすら、理学療法士、作業療法士養成施設の専任教員の資格として、文部・厚生両省基準(昭和41年3月30日文部・厚生省令3号理学療法士、作業療法士学校養成施設指定規則第4条、第5条)によって、医師若しくは資格取得後5年以上の経験を有する理学療法士、作業療法士であることが定められている。昭和51年の時点で5年以上の経験所有者は、理学療法士1376名(学校、養成施設卒業生299名)、作業療法士395名(学校、養成施設卒業生140名)であるが、専任教員を志望する者は極めて少ない。その理由は種々考えられるが、対策として次の諸点をあげたい。すなわち、(1)教員の身分待遇の改善、(2)教授能力の向上のための研究・研修の機会の最大限の賦与、(3)臨床治療の機会の賦与等であって、特に第3の点については、この種の専門職に関する限り、要は教育が主体であっても、臨床・研究から隔絶しないことが不可欠であることを指摘しておきたい。

第2の臨床実習教育については、実習病院の条件整備に国として力を注ぐことが強く要請される。もともと日本では公的病院といえども教育病院としての機能をあわせもつものはほとんど皆無である。病院の業務は診療に主体がおかれているとしても、専門職業人の教育は実践の場を必須とするものであるから、教育参加をその業務に加えなければ後輩の養成は望むべくもない。既に看護婦等の養成においてもこのことは痛切に自覚されているところであり、この認識に立って公的病院の体制を改革整備することが強く望まれるところであるが、少なくとも当面の対処策として実習病院における指導者の確保と手当、実習設備・器具その他の整備が急がねばならない。

つぎに、理学療法士、作業療法士の教育を学校教育法に基づく4年制大学における教育に改め、大学院課程を付置すべきことを強調したい。理学療法士、作業療法士に求められている高い水準の技術と識見を満たすためには、高い資質をもつ学生を集めるべきであり、そのためには学校、養成施設における教育内容の充実はもちろん、卒業後において大学院課程を含めたさらに高度の教育を受けうる途が開かれていなければならない。ところが、日本の理学療法士、作業療法士養成制度の現状は、修学・研究両面で将来性の乏しい袋小路の3年制各種学校制度である。そのため、卒業後の俸給もその業務の高度な水準に見合うものとはいいがたく、また卒業後直ちに大学専門課程に進学する途も閉ざされている。そのため、卒業後海外留学する場合にも高校卒としてしか取り扱われず、大学院はおろか大学編入も不可能となっている。

その教育は4年制大学でなされることが強く望まれるが、理学療法士、作業療法士としての大学教官が多くは確保しがたい現状では、少数の4年制大学教育の開始と平行して、3年制短期大学教育をも発足せしめることも必要である。この場合には、3年制短大卒業生はもちろん、現行の3年制各種学校卒業生も検定試験等なんらかの措置によって希望すれば4年制大学への編入が

可能となる途が開かれていなければならない。このことは、4年制大学の教官、研究者養成のためにも不可欠と考えられる。

Ⅲ 言語療法士（仮称）の教育について

リハビリテーションの対象として言語障害は大きな位置を占める。脳卒中による失語症あるいは構音障害、脳性麻痺における構音・発声障害あるいは言語発達の障害、その他多種多様な言語障害があり、それに対処して、評価・治療・リハビリテーションにたずさわる専門職が言語療法士あるいは聴能言語士（いずれも仮称）（speech therapist, S.T.）である。

言語は、人間の発達を保証し、思考及びコミュニケーションの根本的な手段として、人間生活を保持し、社会生活を営むために不可欠である。したがって、音声・言語機能の障害は、単なる身体的欠陥にとどまらず、精神、及び人格の成長、発達をも阻害し、生活の根本を脅かす重大な問題となり、放置すれば、精神的・社会的死を招来するものである。

近年、このコミュニケーション阻害の起因となる聴覚及び音声言語機能障害の実態が明らかにされるにしたがい、適切な援助の必要性が切実となり、その数は、幼児から成人、さらに老人を含む膨大なものと推定され（別添資料10）、増加の一途をたどっている。しかるに数多くの障害者の切実な希求に対処する国家的な施策ははなはだ不備であり、障害者の期待にこたえるには程遠い現状である。特に、学令前の乳幼児、成人、老人に対するリハビリテーション対策は貧弱そのものである。（別添資料11）

我が国の言語療法士の養成は、昭和48年度から、いわゆる認定コース（サーティフィケート・コース）として4年制大学卒業生に対し、国立聴力言語障害センターで毎年20名の割合で行われているにすぎず、この数は障害者の要望にこたえるには、余りにも少ない。しかも、1ヵ年という短期養成であるため、知識や技術はいうに及ばず、臨床家としての必須条件である人格形成の点でも教育の実をあげることは著しく困難である。（別添資料12）さらに、教育の内容を自律的に高める原動力となる研究や、指導者育成の体制もほとんど皆無の状況である。

このことは、我が国の心身障害者対策の施策における理念と見識の欠落を物語るものである。しかも、日々の臨床に従事する言語療法士が現存するにもかかわらず、その職制を規定し身分を保証する身分制度もなく、いわば野放しの状態である。アメリカをはじめとする先進国の実情、つまり高度の教育内容をささえるシステム及びその能力と比較するとき、その差異は歴然たるものである。（別添資料13）

この状況を打開するために具体的な立案と実施が今程急がれる時はない。その際に留意すべき点は以下のようである。①教育の内容は、言語の障害を扱うというこの領域の目的からして、4年制大学の一般教育課程を経た後、基礎的な専門領域として、音声言語科学、医学、心理学、福祉学、教育学、工学など幅広く学際的に知識を修め、そのうえで、障害の本質、予防・治療の技術論を習得するという過程を踏むものでなければならない。また、その程度は、言語に関する諸科学を理解し、習得し、総合して臨床技術を修め、未知の領域を開拓できるようにし、さらに、臨床家としての基本的な条件であるところの優れた人間性を培うためにも、極めて高度なもので

なければならない。②福祉技術の向上を図るため、そして、その前提条件である教育制度の確立と発展のためには、基礎として、恒常的な研究体制の措置が不可欠の条件である。また、推進役として、この分野に資質ある有為な人材をむかえ育成することが必須であり、それには、研究・教育職としての正当な待遇が用意されなければならない。③これまでの障害対策の遅れをばんかいいし、早急に言語療法士の供給と配置を行うため、大量にその養成を行う必要がある。

これら諸条件を満たす場合は、現在の我が国の教育・研究資源では、4年制総合大学において他にはないと考えられる。この点については、過去十数年来、一貫して関連学会、学識経験者、障害者諸団体らの主張する一致した世論である。(別添資料14)

以上にかんがみ、言語療法士の教育を、国家施策として取り上げ、その制度化を実現すること、特に国立・公立の4年制大学において大学院課程と連なる形で実現することはまことに急務であるといわねばならない。

なお、現在の言語療法士のはなはだしい不足を早急に充足するためには、暫定的に3年制短期大学の発足、聴能訓練士の養成等も考慮されるべきであろうが、ここでは現行の認定コースの存続と、そのための養成機関の数的拡充の必要性を指摘するにとどめる。

Ⅳ 義肢装具士(仮称)等の教育について

外傷・疾病(悪性腫瘍・動脈硬化性・循環障害等)による上下肢の切断者は障害者の少なからぬ部分を占め、そのリハビリテーションのためには身体的条件によく適合した義肢(義手・義足)の作製がもっとも重要である。また脳卒中後の片麻痺、脊髄損傷による対麻痺(両下肢麻痺)、脳性麻痺等の麻痺性疾患、さらには種々の先天性変形その他において、体幹や四肢をそれぞれ機能的体位ないし肢位に保持し、あるいは変形を矯正し、あるいは運動機能の欠落を補助し代償する装具(身体に装用する補助具)がはなはだ有用であり、リハビリテーション技術上の重要な位置を占める。これらの義肢装具は近年高度に発達し、種類の多様化、機能の向上に伴い、製作技術も高度化を要求されるに至っている。また、これら義肢装具は個々の患者・障害者のニーズに応じて個別に製作されなければならないものであり、パーツの規格化、大量生産は可能であり、現に行われているが、個々の義肢、装具の製作はあくまで個別的なものであり、相当な技術を必要とする。

従来我が国において義肢、装具の製作はほとんどが徒弟的な教育を経た、極めて小規模な業者の手にゆだねられ、資格制度もなく、諸外国における急速な進歩に立遅れていた。

しかるに近年におけるリハビリテーションの進展は義肢・装具製作者に対して、リハビリテーション・チームの一員として他の職種と肩を並べようとする、解剖・生理・人体運動学をはじめとする医学的知識と、材料工学、機械工学、さらには近年発達してきた電動義手等の製作に当たっての電子工学等の工学的知識とをもった高度な技術者を必要とするに至っており、世界の趨勢は大学又はそれに準ずる教育機関における教育の方向へと向いつつある。

このような流れの中で、至急に義肢装具製作技術者の教育体制を確立しなければ、製作技術の低さを固定化するのみならず、障害者のリハビリテーション全般の発展を阻害する大きな要因と

なるおそれもある。

日本リハビリテーション医学会は「義肢装具に関する将来計画（昭和47年4月）」の中で、義肢・装具技術者の教育は（a）国際的水準を考慮した一定の学校教育を基盤として、（b）一定期間の臨床訓練を終えたのち国で定める資格試験に合格することによって認められた専門職としてのものでなければならないものとした。この場合の国際水準に関し、国際義肢装具連盟（I. S. P. O. 本部デンマーク）は、4年間の専門教育を勧告している。

諸外国における教育の現状は（別添資料15）に示すとおりであり、4年制大学コースはまだ米国の2大学にのみみるのであるが、3年のコースは多くの国において実現されている。

このような諸外国の状況及び我が国の現状から出発して考えた場合、一挙にすべてを高いレベルの教育に統一することは、望ましくはあっても、現実的な実現性に乏しいおそれがある。また高度の資格を創設した場合、従来これらの技術に習熟し、一定水準以上の知識と技能を有するものについては、生じうる格差があるいは大きすぎることも考慮した上で、経過措置を策定する必要がある。

日本リハビリテーション医学会はこれらの考慮に立って、「義肢装具製作技術者の専門教育養成計画と資格獲得のための具体的実施案」（昭和49年6月）において、(1)義肢装具士（prosthetist&orthotist）と(2)義肢装具製作技能士（prosthetic&orthotic technician）の2種類の資格を創設し、前者はリハビリテーション・チームの一員として、義肢・装具の製作・適合の分野での責任を持つものとし、学校教育法に基づく4年制大学、又は3年制短期大学の教育を基準とし（別添資料16）、後者は義肢装具製作の技術面で義肢装具士をたすけるものとし、高校卒業後2年程度の養成課程を原則とすることを提唱した。同案はさらに既存の従事者が労働省の技能検定等を通じて義肢装具製作技能士となる途、さらに義肢装具製作技能士が技能検定（上級）等を通じて、義肢装具士国家試験受験資格を得る途等の現実的経過措置をも提案している。（別添資料17）

このような方向により、現実的なステップを踏みつつ、義肢装具製作従事者の質の向上、ひいてはリハビリテーションの一層の向上が可能となると考えられる。

V 医療福祉士（仮称）の制度化と教育について

1. 医療福祉士の役割と業務

医療福祉士（仮称）は英米ではmedical social workerと称せられているが、その任務は、各種の社会福祉・保障制度やサービス等、現在の社会資源を活用して、病気の長期化や心身障害によって生じうる患者の貧困化、日常生活自立の支障、家庭の崩壊その他の生活困難を予防又は解決し、安んじて療養生活をおくることができるよう援助するとともに、患者の社会復帰、健康維持をたすけ、さらには患者やその家族が自主的・建設的に問題解決に取り組むことを通じて人生を充実させるよう援助することである。このような医療と福祉の連帯の立場に立つ医療福祉士の役割は、今日の包括医療、地域医療に欠くことができない。

チーム医療のなかでの医療福祉士の活動は、病院その他の医療機関、保健所、各種の相談所

(身体障害者更生相談所, 更生指導所, 児童相談所, 職業訓練所, 職業安定所等々), 各種の施設, 家庭等をつなぐネットワークの上に展開される。その業務基準は, 厚生省医務出張所や保健所など, その所属機関によって若干の違いはあるが, 一般病院における業務の実態を別添資料18についてみると, 週1回以上が60%をこえている業務は

2. 患者, 家族のもつ問題に関する情報収集及び社会的要因のは握
3. 社会(医療)保障制度及びその他の法制度の活用と援助
8. 関係機関への連絡, 照会, 依頼

40%をこえている業務は

1. 施設の機能, 方針及び具体的サービス内容などの説明
6. 患者・家族の態度変容を目的とするチームワーク, 面接等

30%をこえている業務は

4. 社会福祉施設, 医療施設等の紹介, 活用の援助
5. 受療不適応状態及び療養環境の調整

である。これらは現在重点がおかれている業務といえる。

しかし, 現在医療福祉士の配置人員が極めて少ないことや業務基準が不明確なため, 必要性が認められながらも重点がおかれていない業務が多い。現在ではまだ比率は低い, 今後重点をおかすべき業務(上記以外のもの)には, 社会復帰援助及びアフターケアに関する業務, 教育・研究, 他機関との連絡協力, カンファランスへの参加, 訪問指導, グループワークの実施等があげられよう。ことに, 現存の社会資源の不備や欠陥を業務の実践を通じて明らかにし, 患者や家族のニーズをよりよく満たしうる新たな社会資源の開発のための努力も怠るべきではないと考えられる。

2. 医療福祉士の数と資格制度

このような役割を果たす医療福祉士の数は, 昭和30年代後半からその数を増し, 現在約3,000人が, 保健・医療機関で働いていると推定されている。

しかし, これらの人々の中には兼務者も多く, 専任者のみを拾いだしてみると2,281人である。

もし, 病院で病床50床に1人, 保健所で人口1万人に1人の割合で医療福祉士をおくと仮定するならば, その必要数は昭和52年で18,307人を数え, 充足率はわずか12%となる。(別添資料19)

このような絶対数の不足が, 一方でその職責の遂行を不十分とし, 他方では医療福祉士に過重な業務量を負わせ, その労働条件を劣悪なものとしていることも確かである。

欧米においては医療福祉士は既に制度的に確立され, 医療チームに欠くべからざる職種としてその位置づけをえている。しかるに我が国では, 公的医療機関にその活動が取り入れられてから既に4半世紀近くを経たにもかかわらず, また職能団体による継続的な働きかけにもかかわらず, いまだにその制度化すらも実現していない。(別添資料20) また, その充足率も上述のごとくである。

医療福祉士の充足率の低さの原因はどこにあるのであろうか。確かにその社会的任務に対する一般の理解の低さもあげられよう。と同時に、社会福祉系大学では現に医療福祉士の教育養成が行われており、専門職としての医療福祉士の供給が既に可能になっている事実（別添資料 2 1）を考えると、一般の無理解という因子のほかに、専門職としての資格制度が確立されていないことが、他の大きな原因であると認めざるを得ない。

医療福祉士を志して大学教育を受けた者が必ずしもその職につけないという矛盾はさらに、現在既に医療福祉士としてその仕事に従事している人々の資格や業務の不明確さにつながっているといえよう。この不明確さが、医療福祉士の現実の業務を本来あるべき形の業務から遠ざけ、一般の無理解をさらに深める結果を生んでいる。現状のまま推移すれば、低技術——低充足が悪循環として固定するおそれがないとはいえない。

近年、医療の中に福祉の視点が定着し拡大しつつある。ことに専門職によるチームワークが不可欠なりハビリテーション医療や地域医療の場で、他の専門技術者と対等の有資格者として、医療福祉士が参加することは、絶対に必要である。

医療福祉士の大学教育による養成と、資格制度の実現、職種としての確立はまことに緊急事といわねばならない。

3. 医療福祉士の養成教育の望ましい水準

戦後、社会福祉教育が大学まで行われることが一般的となりそのレベルも短期大学から4年制大学へとたかまった。研究者養成コースとしては大学院修士課程が設置され、中には博士課程を設置するところも見られるようになった。

医療福祉士の教育養成は基本的には4年制大学で行われており、医療福祉士として職についている者の中にも4年制大学を卒業した者の比率がたかまりつつある。（別添資料 2 2）

医療福祉士の教育養成は、今後も4年制大学で（社会福祉系）行われるべきものとする。また指導的な役割をもつ医療福祉士（スーパーバイザー）及び教育研究者の養成は当面は大学院修士課程で、将来は博士課程で行われるべきであろう。

しかし現行カリキュラム（別添資料 2 3）を見ると医療福祉士に関しては不十分な点が多い。

社会福祉の専門職は、人間に直接接する専門職であるので、広く社会や人間に関する理解を基礎とするべきことはいうまでもないが、そのうえで医学的基礎知識を含む医療福祉の専門教育の充実を望みたい。

また、4年制大学における医療福祉教育の充実を図るとともに、新しい医学知識や実際の技術の修得のため、一年間の研修コースを設置することを望みたい。

なお、最後に、現在、医療福祉教育は私立大学及び少数の公立大学で行われているが、国立大学においても積極的にこれを取り上げるべきはもちろん、教育体制の全般にわたる強化を強く望みたい。

別添資料目次

1. リハビリテーション医学教育の実態
2. リハビリテーション医学に関する医学部（卒前）カリキュラム
3. リハビリテーション医学の卒業研修カリキュラム案
4. 米国の医学校におけるリハビリテーション講座の設置状況
5. リハビリテーション医学教育の推進に関する要望書
6. 米国における理学療法士（PT）と作業療法士（OT）の数並びに学校数
7. 欧州における人口及び作業・理学療法士有資格者数
8. クインズランド大学（オーストラリア，ブリスベン）作業療法学部学士課程カリキュラム
9. 国立台湾大学医学部リハビリテーション医学科，理学療法，作業療法部のカリキュラム
10. 言語訓練対象者数（推定）
11. 言語療法士の配置状況
12. 国立聴力言語障害センターにおける言語療法士養成カリキュラムの構成
13. 諸外国における言語療法士の教育状況
14. 「言語治療士（仮称）の身分制度に関する要望書」
15. 義肢装具士の長期教育プログラム
16. 義肢装具士（3年制短期大学）カリキュラム案
17. 義肢装具士・製作技能士及び既存従事者の身分関係に関する試案
18. 一般病院における医療福祉業務の実態
19. 医療機関における医療社会事業従事者現員数・需要数
20. 医療福祉士（仮称）資格制度運動の経過概要
21. 医療福祉士（仮称）供給について
22. 医療福祉の仕事に従事するものの最終学歴
23. 福祉系大学カリキュラム一覧

別添資料 1. リハビリテーション医学教育の実態

(日本リハビリテーション医学会, 1972. リハビリテーション医学10(2), 115. 1978)

表 1. 独立のコースとしてリハビリテーション医学の講義を行っている大学とその形態

	学年	対象	時間
1. 弘前大学	4	全 員	8
2. 東北大学 (温研)	不 明	選 択	15
3. 東京大学	4	全 員	9
4. 日本大学	4	全 員	不 定
5. 順天堂大学	3	全 員	26
6. 慶応大学	4	全 員	3
7. 横浜市立大学	3, 4	全 員	3
8. 京都大学	3	全 員	15
9. 京都府立医大	不 明	選 択	24
10. 岡山大学 (温研)	3	全 員	15
11. 鹿児島大学	3	全 員	24

表 2. リハビリテーション医学の実習が独立のコースとして行われている大学とその形態

	学年	対象	時間
1. 弘前大学	4年生	全 員	4
2. 東北大学 (温研)	不 明	選 択	5
3. 東京大学	4年生	選 択	108
4. 横浜市立	4年生	全 員	20.5
5. 京都大学	4年生	全 員	3
6. 岡山大学 (温研)	不 明	全 員	15

別添資料2 リハビリテーション医学に関する医学部（卒前）カリキュラム
 （リハビリテーション医学11(1), 13. 1974）

表1 横浜市大におけるリハビリテーション医学教育

講義	時間数	担当教室	対象
43～46年度	3～6時間	整形外科	3～4年生（全員）
47年度	1.5時間	公衆衛生	2年生
	{ 3 "	整形外科	3～4年生（全員）
臨床実習	時間数	担当教室	対象
43～47年度	21～23.5時間	リハ科	4年生（全員）
48年度	38.5時間	"	"

表2 横浜市大におけるリハビリテーション臨床実習の基本的時間割

	8.30	10.00	12.00
月	オリエンテーション リハ概論	理学療法室, 作業療法室見学	
火	脳血管障害（片まひ）		
水	変形性股関節症術後etc		
木	切断（股, 大腿, 下腿）		
金	脳性小児まひ		
土	リハ科病棟廻診	筋力テスト その他の評価	

表3 日本におけるリハビリテーション医学教育課程(案)

—大川—

学年	協力学科	内 容	時間数
1年	解剖学	運動学	4～6時間
2年	内科診断学	評 価	4～6 "
	公衆衛生学	概論, 社会的リハ	4～6 "
3年	各臨床学科	各科疾患のリハ	3～5 "
	整形外科	義肢装具概論	2～4 "
	内科・整形	リハ治療学概論	4～6 "
4年	リハ部門	臨床実習	30 "

表4 岡山大学におけるリハビリテーション医学教育

1. 系統講義(整形外科学)
 - リハ医学の概念, チームアプローチ
 - 理学療法, 物理療法, 適応と禁忌 90分
2. Small group teaching
 - 歩行分析, 筋力テスト, 筋電図 3時間
3. 旭川療育園(脳性まひ, その他) 3時間
 - 労災病院(骨折, 脊髄損傷他) 3時間
4. 三朝分院(選択)
 - 症例の評価と討議 5時間
 - リハの概論と治療の見学の見学 5時間

別添資料3 リハビリテーション医学の卒業研修カリキュラム案

(長尾, リハビリテーション医学11(1), 24, 1974)

I リハ総論(講義)

1. リハ概論(歴史的, 社会的背景, 基本的理念等).....講義時間数 1
2. 障害学(評価, 予防, 対策, ゴール等)..... " 1
3. リハ医学方法論概要..... " 1

II 基本的知識(講義)

1. 動作学, 運動学
 - A. 上肢..... " 1
 - B. 下肢..... " 1

2. 運動療法における生理学	講義時間数	1
3. 神経, 筋, 骨格系の解剖学	"	1~3
4. 神経, 筋, 骨格系の病理学	"	1~3
5. 神経, 筋, 骨格系の生理学	"	1~3

Ⅲ リハ各論 (講義)

1. 義肢学	"	1~3
2. 装具学	"	1~3
3. 車椅子	"	1
4. 理学療法 (運動療法)	"	1~2
5. 理学療法 (物理療法)	"	1
6. 作業療法概論	"	1
7. 言語療法概論	"	1
8. 臨床心理学概論	"	1
9. ソーシャル・ワーク概論 (含・リハ関連法規)	"	1
10. リハに必要な泌尿科概論	"	1

Ⅳ リハ基本技能 (講義と実習)

実習ランク A は、一度以上経験してみればよい。B は、実行可能程度まで実習。C は、研修期間中、ルーチンに実習する。

1. 筋力テスト (B)	講義時間数	1
2. 可動域テスト (B)	"	1
3. 日常生活動作 (ADL) (A)	"	1
4. 歩行分析 (C)	"	1
5. 電気診断学 (EMG) (B)	"	1
6. 電気診断学 (クロナキシー) (A)	"	1
7. 電気診断学 (神経伝導速度測定) (B)	"	1
8. リハ処方 (C)	"	1
9. リハに必要な神経学的診察法 (C)	"	1
10. リハに必要な整形外科的診察法 (C)	"	1
11. パイロン製作 (A)	"	1
12. ケース会議 (C)		

Ⅴ 各疾患のリハ (講義と実習)

但し *印以外は一例以上、主治医となり、指導医にレポートを提出

1. 片 麻 痺.....	講義時間数	1 ~ 3
2. 対・四肢麻痺.....	＃	1 ~ 3
3. 切 断.....	＃	1 ~ 2
4. 関 節 炎.....	＃	1
5. 骨 折.....	＃	1
6. 頭部外傷.....	＃	1
7. 脳性麻痺.....	＃	1 ~ 2
8. 筋 疾 患.....	＃	1
9. 腰 痛 症.....	＃	1
10. 末梢神経障害.....	＃	1
11.*心 疾 患.....	＃	1
12.*肺 疾 患.....	＃	1
13.*精 神 病.....	＃	1

Ⅴ 研究発表と論文（自由課題）

Ⅵ 任意コース（三ヶ月単位とする）

1. 内科（心・肺・代謝疾患等）
2. 整形外科（切断，臍形成術等）
3. 神経内科
4. 精神科
5. 肢体不自由児施設
6. リハ短期コース
7. その他社会資源

別添資料4 米国の医学校におけるリハビリテーション講座の設置状況

	1950 (Elkins)	1963-64 (アメリカ・リハ 学会調査)	1974-75 (Lehmann)
全医学校数	72 (100%)	87 (100%)	113 (100%)
リハビリテーション 教育課程をもつ校	37 (52%)	80 (92%)	81 (72%)
リハ講座をもつ校	10 (14%)	59 (68%)	61 (54%)
以上のうち完全 独立講座の数	-	33 (38%)	48 (42%)
リハビリテーション 教育用病床数	-	43床	62床

Lehmann, J. Fet al: Undergraduate Education in Rehabilitation medicine, Arch. Phys, med, Rehab. 57, 497-503, 1976
より

別添資料5 リハビリテーション医学教育の推進に関する要望書

リハビリテーション医学が、一部の限られた疾患・障害に対する特殊な対策ではなく、非常に広い範囲の疾患を対象とする、極めてオーソドックス（正統的）な医学の治療技術の一体系であり、更に医療の人間の・倫理的な本質への深い理解へと導くものであることは、わが国においてもようやく広く認められるに到りました。特に老年性慢性疾患、例えば脳卒中の増加、交通災害による後遺症患者の増加の最近のすう勢は、リハビリテーション医学を一躍大きな実践的分野としてもクローズアップして来ております。

このような状況に対し、医学教育の面における適切な対策の欠除は、遺憾ながらも大きな障害を作り出しております。即ち、医学校の教育課程においては、いまだにリハビリテーション医学の教育に関する明確な規定がなく、また、教育を担当すべき講座の確立も、ごく一部の例を除き、いまだ日程に上っていないのが現状であります。

一方これに対し、リハビリテーション医学の技術者の養成の面では、近年非常に大きな進歩が見られております。即ち理学療法士・作業療法士についてはすでに2回の厳しい国家試験の結果、水準の高い有資格者が生まれてきており、更に言語治療士・聴能士・視能訓練士等についても資格の確立の動きが活発となってきております。これらの職種を指導する立場にある医師にとってこれらの分野の基本的な知識と理解をもつ必要性は、ますますさしせまったものになりつつあるといわざるを得ません。

以上の点から、次の諸点につき早急に具体的な方策を立てられるよう要望致します。

1. 医学校における教育の最少要求基準内にリハビリテーション医学に関する講義及び実習の項

目を含めること。

2. できる限り多くの大学にリハビリテーション医学講座を設立し、卒業後のリハビリテーション専門医の養成の体制を確立すること。
3. 大学病院における臨床教育の場として不可欠な、リハビリテーション設備のすみやかな充実をはかること。

以上のとおり要望いたします。

昭和42年9月

日本リハビリテーション医学会

会長 小池文英

文部大臣 殿

(リハビリテーション医学5(8) 211 1968)

別添資料6 米国における理学療法士(P T)と作業療法士(O T)の数並びに学校数(1975年)

P T

会 員	25,424人
実 働	17,790人

O T

会 員	10,911人
(O T 助手)	2,107人

学校	P T	O T
4年制学士課程	65校	40校
卒後教育(修士)課程	22校	25校
資格取得課程	13校	7校
博士課程		1校
O T 助手		44校

別添資料7 欧州における人口及び作業・理学療法士有資格者数

国名	人口数 (万人)	O T . P T 有資格者数 (人)		人口10万人に 対する有資格 者数 (人)	有資格者数		不足セラピスト% セラピスト数
					充分	不充分	
デンマーク	500	O T	1,300	26.0	厚	セ	—
		P T	4,000	80.0	厚	—	—
西ドイツ	5,900	O T	1,300	2.2	—	セ	50%
		P T	3,000	13.6	医	—	
英国	5,550	O T	4,360	7.9	—	セ	55%
		P T	12,400	22.3	—	—	30%
オランダ	1,300	O T	1,500	11.5	厚	セ	—
		P T	6,000	46.2	厚	—	—
ノルウェー	400	O T	400	10.0	—	セ	—
		P T	4,500	112.5	セ	←セ	—
スウェーデン	818	O T	1,500	18.3	—	協	—
		P T	4,000	48.9	—	協・文 厚	厚-500名
日本	11,000	O T	51年 614 552	0.5	—	厚セ	
		P T	51年 1,949 1,851	1.7	—	厚セ	

備考：表中、有資格者数—充分、不充分の欄は、有資格者数が充分か不十分かについて、各種の機関、組織、個人（複数）か、どう考えているかを示したもので、厚とはその国の厚生省、セはセラピスト（複数）、医は医師（複数）、文は文部省の見解であり、また協はその国の理学療法士、作業療法士協会の公式見解である。

別添資料8 クインズランド大学（オーストラリア、ブリスベン）作業療法学部学士課程カリキュラム

第1学年

解剖学 120時間（講義、示説、実習）

社会学Ⅰ 週4時間（講義3、ゼミ1）

心理学Ⅰ 週6時間（講義、示説）

作業療法Ⅰ 180時間（講義、示説、実習）

作業療法の歴史と理念：精神、身体障害治療の原則、種々の医療における目標と機能、