

第2回日本リハビリテーション科専門医会学術集会
パネルディスカッション「リハ科専門医の需給を考える」

《タイトル・所属・氏名》

「リハビリテーション科専門医需給」に関する報告

日本リハビリテーション医学会リハビリテーション科専門医会
「リハ科専門医需給に関するワーキンググループ」

担当幹事 佐伯 覚

委員 菅原英和、瀬田 拓、水野勝広、吉田 輝、若林秀隆

《連絡先》

〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1

産業医科大学リハビリテーション医学講座 佐伯 覚

Tel. 093-691-7266, FAX. 093-691-3529, E-mail: sae@med.uoeh-u.ac.jp

本文

はじめに

日本リハビリテーション（以下リハ）医学会で専門医制度が発足して以来、毎年 30～50 人の新たな専門医が誕生し、2007 年 9 月現在 1,384 人のリハ科専門医が全国で活躍している。

しかし、近年のリハ医療を取り巻く大きな変化やますます増大するリハの社会的ニーズに対し、この人数では到底対応できるはずもなく、リハ科専門医数の不足あるいはリハ科専門医不在によるリハ医療の質の低下が以前よりも増して叫ばれている。今後リハ科専門医数を増加させていくことは急務であるが、実際に全国にどの程度のリハ科専門医が必要なのかについて、いまだ学会内部での正式な議論がなされていない。

そこで今回、リハ科専門医会では専門医会独自の研究・調査活動の一つとして、同会内部に「リハ科専門医需給に関するワーキンググループ」（以下、WG）を設置し、将来のリハ科専門医の必要数を検討することとした。本稿では、WG での調査・討論を踏まえた結果を報告する（尚、パネルディスカッションでは「中間報告」を行なったが、本稿では内容を追記し「最終報告」とした）。

WG の活動経過・内容

2007 年 4 月より WG の活動を開始した。菅原委員長の下、瀬田、水野、吉田、若林の 4 名の委員に加え、専門医会幹事の佐伯がスーパーバイザーとして、平成 19 年 6 月と 10 月に開催した 2 回の会合の他、Yahoo! グループでのメール交換にてリハ科専門医需給についての調査・討論を実施した。

調査・討論にあたって、過去の医師数全体の需給に関する報告¹⁾⁻³⁾を吟味したが、需給バランスを幾つかの疫学モデルを仮定し予測を試みているものの、わが国に適用できるベストのモデルは存在せず、また、各科の特殊性を吟味した内容でないため、リハ専門医の必要数算定への応用は困難であると結論づけ、WG 独自の算定方法で検討していくこととなった。

リハ科専門医がカバーする領域は保健・医療・福祉分野に至るまで幅広く、その専門性と役割は他科と比べてきわめて広いという特殊性がある。そのため、リハ科専門医必要数の算定にあたって、その役割を職種で区分する案を採用した：すなわち、1) 臨床急性期・一般病床、2) 臨床回復期（回復期リハ病棟）、3) 臨床維持期・地域支援（地域リハ）、4) 教育・研究の 4 領域である。以下、これら 4 領域における、①リハ科専門医の役割、②現状と問題点（施設数、専門医の割合など）、③理想とする専門医の配置および必要数（不足数）についての調査・討論内容について詳述する。

1) 臨床急性期・一般病床

①専門医の役割

病院（急性期・一般病床）におけるリハ科専門医の役割は、疾患の急性期に対する早期リハを安全かつ確実に実施できるシステムの構築や、適切な機能評価と予後予測に基づいた適切なゴール設定および退院調整など多岐に渡る。一部の施設（臨床研修病院など）では、研修医へのリハ教育も役割の一つである。

②現状と問題点

リハ医学会データベースによると専門医 1,384 人の所属内訳は、大学・大学病院=349、公的病院（国立、公立、公的）=375、私立病院（開業医含む）=510、企業立・その他=120、不明

＝30であるとされている（図1）が、どの程度が急性期・一般病床に従事しているかについては不明である。リハ医学会の認定研修施設は442施設であり、すべてが急性期・一般病床の施設ではないが、少なくとも認定研修施設数とほぼ同数の専門医は急性期・一般病床に勤務していると考えられる。一方、回復期リハ病棟に勤務しているリハ科専門医数は195人である⁷⁾。以上より、認定研修施設と同数の442人～全専門医から臨床回復期の195人および教育・研究の121人（後述）を引いた1,068人が、本領域に所属するリハ科専門医数と推測される。本領域に必要な十分数の専門医が常駐しているとは考えにくく、急性期リハが必要な患者に対して十分な機能評価、予後予測および機能訓練が行われていない施設が多数存在することは容易に想像される。

尚、現時点で専門医の職域別勤務実態は不明であり、現状把握および問題点の抽出を困難としている。リハ医学会主導での専門医の職域別調査・分析の早急な実施が必要と考えられる。

③理想とする専門医の配置および必要数

二次・三次救急を実施している総合病院の病床数として、300床前後が少なくないことより、300床以上の一般病院には専門医が最低1人いることが理想と考える。また、専門医の業務量の点でも300床あたり、専門医が最低1人いることが望ましい。すなわち、600床以上の病院なら専門医が2人、900床以上の病院なら専門医が3人いることが最低限必要である。しかし、300床以上でも精神病床や療養病床のみの施設があり、専門医配置の優先度が低くなる場合もある。一方、299床以下でも、総合病院や脳外科専門病院では専門医が1人いることが望ましい場合がある。

i. 神奈川県内での必要数からの推測（表1）

神奈川県内で300～599床の病院は76施設、600～899床の病院は13施設、900床以上の病院は2施設である。300床以上で専門医が1人必要であるとすると、神奈川県内の必要数は、 $76+26+6=108$ 人となる。ただし、300～599床の病院のうち、一般病床を有していない精神病床や療養病床のみの施設が27施設（108人の25%）あり、一方、299床未満の病院であっても急性期の脳卒中を積極的に受け入れている総合病院や脳外科専門病院も27施設あり、これら施設にリハ専門医を必要とするかは判断の分かれるところである。よって、神奈川県内の必要数は81～108人と幅を持たせた推測数とした。神奈川県内の一般病床数は全国の約5.3%（ $47,905 \div 904,199$ ）である。そのため、全国の必要数は $81 \sim 108 \div 0.053 = 1,529 \sim 2,038$ 人と推測される。

ii. 全国の病床規模別施設数からの推測（表2）

厚生労働省の医療施設調査⁴⁾によれば、病床の規模別にみた施設数は以下のとおりである。300～399床：764、400～499床：354、500～599床：207、600～699床：123、700～799床：54、800～899床：34、900床以上：67。300床あたり専門医1人と単純に計算すると、 $(764+354+207) + (123+54+34) \times 2 + 67 \times 3 = 1,948$ 人となる。

ただし、神奈川県内のデータでは、必要数の25%が精神病床や療養病床のみを有する施設である。一方、ほぼ299床以下の病院で専門医がいることが望ましい施設もあると考えられる。そのため、全国の必要数は $1,461$ （ $1,948 \times 0.75$ ）～1,948人と推測される。

以上i、iiのいずれかで計算してもほぼ同様の結果であり、急性期・一般病床の専門医必要数は、1,461～2,038人と推測する。

2) 臨床回復期（回復期リハ病棟）

① 専門医の役割

回復期リハ病棟における専門医の役割は主治医として入院患者の評価、適切なゴールの設定、障害の受容を助けるインフォームドコンセント、リハ処方、装具処方、在宅調整、内科的管理などを行うのみならず、効率的な回復期リハシステムの構築、入院希望患者のリハ適応の判断、リハスタッフや非専門医の教育など多岐に渡っている。また、近年は脳卒中などを中心に地域連携が注目されており、急性期と維持期をつなぐ橋渡しとして、回復期リハの果たす役割は大きい。これらの役割を果たすためには、リハ医学・神経学のみならず、福祉・行政などを含めた幅広い知識が必要であり、まさにリハ科専門医の活躍の場といえる。また、リハ科専門医が深くかかわっている回復期リハ病棟は、リハ治療の効果が高いという報告⁵⁾もある。

②現状と問題点

2000年度に導入された回復期リハ病棟の制度発足から7年が経過し、急性期リハの後に行われる入院での回復期リハは、回復期リハ病棟にて行われるという流れがほぼ定着した。回復期リハ病棟は、2007年4月現在全国に736病院、880病棟、39,788床が稼働している⁶⁾。全国回復期リハ病棟連絡協議会が掲げる「人口10万人あたり50床（全国に60,000床）」の目標まではあと2万床余りが必要とされているが、制度発足から毎年平均約5,600床ずつ増加しており、病床数自体の目標は4～5年以内に達成されるものと予測される。

しかしながら必ずしもリハ科専門医が十分に関われないままに運営されている回復期リハ病棟が少なからず存在するという問題がある。全国回復期リハ病棟連絡協議会の調査によると、1病院あたりのリハ科専門医は0.922人で、100床あたりでは0.49人であり⁷⁾、リハ科専門医不在の病棟も多く存在している現状が明らかにされている。リハ科専門医が専従医の回復期リハ病棟は、そうでない場合に比べてリハ治療効果が大きいとされており⁵⁾、今後回復期リハ病棟の質的な向上のためには、リハ科専門医の十分な関与が必要とされている。前述した通り、回復期リハにおけるリハ医の役割は多岐に渡り、幅広い知識を必要とするため、1病棟（平均45床）に1人の専従リハ医がいるだけでは不十分であり、質の高い回復期リハ病棟を維持するためには、最低でも2人のリハ医が必要であり、そのうち1人は専門医であることが望ましいと考えられる。また、回復期リハ病棟で専門医が専門医を目指すリハ医とともに臨床に従事し、指導する体制を作ることにより、新たな専門医の育成の場としても期待される。

② 理想とする専門医の配置および必要数

回復期リハの機能の一部は一般病床や亜急性期病床が担っている場合もあるが、現在回復期リハの大部分は回復期リハ病棟で行われていると考えてよい。よって本稿では回復期リハ病棟の病床数をもとに、リハ科専門医の必要数を算定することとした。

一つの回復期リハ病棟（平均病床数約45床）に対し、必要なリハ医数は専従医1人に加えもう1人が最低限必要であると仮定すると、現在稼働している39,788床に対して必要なリハ医の数は約1,770人と算定される。将来的に人口10万人あたり50床（全国に60,000床、）に増えた場合、約2,650人のリハ医が必要となる。このすべてがリハ科専門医であることが理想的ではあるが、現実的には45床の病棟に必要な医師2人は「リハ科専門医1人＋非リハ科専門医1人」の組み合わせが最低限必要であると考えられる。よって、現在必要なリハ医1,770人のうち半分の885人はリハ科専門医である必要があり、将来必要となる2,650人のリハ医のうち1,325人はリハ科専門医である必要があると考えられる。

3) 臨床維持期・地域支援（地域リハ）

①専門医の役割

維持期リハの目的は、活動性を維持・向上させることにより、機能や健康状態を維持・増進させ、家庭内や社会での役割を回復させ参加の拡大を図ることである。この目的を達成するためには、専門的なリハ援助が必要で、少なくとも専門的相談がいつでも受けられる態勢があることが望まれる。特に維持期初期においては生活の安定化が主目標となり、維持期中期においては機能的変化への対応が重要である。

また障害者自立支援法の施行により、都道府県にて行っていた福祉サービスが、市区町村のレベルで実施されるようになった。市区町村による障害者支援が、迅速かつ適切で公平に行えるよう、専門的な援助が必要である。さらに障害発生に対する予防的見地から、リハの専門的知識・経験に基づく社会的啓発を推進させることが必要である。

これらの役割は、福祉・行政を含めたリハ医学全般の知識と経験が必要で、専門医が担うのが適当と考える。

②現状と問題点

障害を抱えて地域で生活する人々に対しては、かかりつけ医、ケアマネージャー、市区町村職員等が中心に生活支援のマネジメントをしているのが現状である。リハの専門的知識・経験を有するものがマネジメントに関わっていることもあるが、不十分であることも少なくない。特にケアマネージャーは、2000年の介護保険法施行時より、在宅高齢者のケアマネジメントに従事するようになったが、リハに関する理解が不十分なケアマネージャーが少なくないことが、しばしば問題になっている。維持期患者への地域でのケアに先立ち、リハを前置すべきとの意見があるものの、地域ケアにおける専門医の具体的役割が不明瞭な現状がある。

また障害者自立支援法における市区町村による障害者支援の専門的援助は、更生相談所が担うとされているが、現状は支給要否決定に関する業務が中心で、地域リハへの指導・援助は不十分と言わざるを得ない。さらに地域リハやケアにおける専門的相談窓口としては、地域リハ広域支援センターがその役割を担うことが期待されているが、積極的な地域支援を実行しているセンターが存在する一方で、講習会を開催する程度の活動しかできていないところが多いのが現状であると思われる。

③理想とする専門医の配置と必要数

かかりつけ医やケアマネージャーが地域生活をマネジメントする際に迷った時や、地域で生活する障害者が専門的な相談を必要とした時に、相談できる窓口が常設される体制を作ることが望まれ、その窓口を運用する組織が社会的啓発も推進することが期待される。

相談できる窓口には、その地域のリハ、介護・福祉サービスの状況も含めた地域性に精通した、地域リハ支援に専従する専門医が存在することが望ましく、その数は2次医療圏に1人以上が理想と考える。また市区町村への支援を含めた地域リハ支援のため、更生相談所に常勤する専門医が1人必要と考える。

全国360の2次医療圏に1人以上の専門医と全国68か所の更生相談所に1人の専門医、合計428人以上の専門医が必要と試算する。これらの業務に専従する、現状の専門医数を正確に把握できていないが、400人程度の不足と試算する。

4) 教育・研究

① 専門医の役割

リハ医学における教育は、モデルコアカリキュラムに沿ったすべての医学生に対する卒前教育、新臨床研修制度に基づいた初期臨床研修とリハ科専門医養成のための卒後研修カリキュラムに沿った卒後教育、さらにそれに引き続く生涯教育に分けられる。

この中で卒後教育に関しては、新臨床研修制度の開始とともに、大学病院のみでなく、前述の急性期・一般病院や回復期リハ病棟に勤務する専門医が指導医として教育に関しても重要な役割を果たしている。しかし、すべての医学生に対する卒前教育や、将来のリハ医学の発展のための研究を遂行できる研究者を養成する大学院教育に関しては、大学および大学病院が主たる役割を担っている状況に変わりはない。そして大学および大学病院においてリハ医学の教育にあたるものがリハ科専門医であるべきということには異論はないと思われる。

② 現状と問題点

今回、全国 80 の医学部におけるリハ医学教育に関わる教員と専門医の関与の現状について調査した。調査は医育機関名簿⁸⁾と各大学のホームページから教授、准教授、講師の人数について調査を行い、それを専門医名簿と照合した。

i. リハ講座のある 19 大学における現状 (表 3)

リハ講座のある大学は、国立大学法人で 3 大学、公立大学で 2 大学、私立大学で 14 大学の計 19 大学であった。リハ講座のある 19 大学における教員の総数は 73 人で、そのうちリハ科専門医は 89%にあたる 65 人であった。また 1 大学あたりの平均の教員数は 3.8 人であった。

ii. リハ講座のない 61 大学における現状 (表 4)

リハ講座のない 61 大学においてもすべての大学病院においてリハ科あるいはリハ部は存在した。リハ科あるいはリハ部の専任の教員数は 45 人で、そのうちリハ科専門医は 73%の 33 人であった。一方、兼任の教員数は 53 人で、そのうちリハ科専門医は 43%の 23 人に過ぎなかった。兼任では、整形外科教授がリハ部の部長を兼任しているケースが最も多かった。また 1 大学あたりの平均の教員数は 1.6 人に留まっていた。

③ 理想とする専門医の配置と必要数の予測

全国 80 の医学部のうちリハ医学教育に関わる専任の教員数は 118 人、兼任まで含めると 171 人で、そのうちリハ科専門医は 121 人であった。大学におけるリハ医学教育がリハ科専門医によって行なわれるべきであるとするならば、現時点で 50 人の専門医が不足していることになる。また、大学における卒前・卒後教育の中で十分なリハ医学教育を提供するためには、やはりすべての大学でリハ医学講座が設置されることが理想的である。現在、リハ講座を持つ大学における平均の教員数は 1 大学あたり 3.8 人であり、この人数が大学においてリハ医学教育を提供するために必要な人数と仮定すると、 $3.8 \text{ 人} \times 80 \text{ 大学} = 304 \text{ 名}$ の専門医が必要で、現在、183 人の専門医が不足していると試算される。

大学における卒前教育の中で医学生にリハ医学の魅力とその社会的なニーズを伝えていくことは、リハ医学を志す医師を増やすためにも極めて重要であり、卒前教育のさらなる充実には専門医の増加は得られないと考えるべきであろう。全大学へのリハ講座の設置は現実的には極めて困難な状況であるが、少なくとも大学病院におけるリハ科、リハ診療部に専任のリハ科専門医が配置され、たとえ他科のカリキュラムや研修プログラムの中であっても、医学生がリハ医学に触れる機会を少しでも増やしていくことが最も重要ではないかと考えられる。

まとめ

以上、各領域での調査検討結果をまとめると、現在の専門医数 1,384 人に対し、必要数

は合計で3,078～4,095人と推計され、不足数は1,694～2,711人と算定された(表5)。今回WGでリハ科専門医必要数を算定するにあたって、リハ科専門医は疾患単位ではなく障害を中心に横断的な診療を実施すべきであり、さらにリハ医療の質向上のためには専門医の役割分担をもっと明確にすべきであるという観点から、専門医の役割を1)臨床急性期・一般病床、2)臨床回復期、3)臨床維持期・地域支援、4)教育・研究の4領域に分け、各分野における必要数の合計を全体の必要数とする方法で推計を試みた。一方で、脳卒中や脊髄損傷など疾患別、診療報酬体系別の視点から、専門医数を予測すべきであるとの考えもある。

リハ科専門医数は1980年から毎年30～50人の割合で増加傾向にあるが、単純に昨年までのデータの近似曲線を延長すると、専門医3,000人の到達が2047年、4,000人到達が2069年の見込みであり、そこからさらに資格喪失者や死亡者を差し引くと必要数を満たす可能性はないといっても過言ではない(図2)。今後、この近似曲線を上向かせるさらなる努力や働きかけが必要であると考えられる。

文献

- 1) 厚生労働省医政局：医師の需給に関する検討会報告書、2006
- 2) リハビリテーション医学白書委員会編：専門医、認定制の諸問題．リハビリテーション医学白書、医学書院、東京、2003；pp34-40
- 3) 長谷川敏彦：平成 16 年度厚生労働科学特別研究「医師需給と医学教育に関する研究」報告書、2005
- 4) 厚生労働省：平成 17 年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況、2005
- 5) 日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会：リハビリテーション科専門医の関与の有無と患者のアウトカム—ADL 改善度、ADL 改善率および自宅退院率との関連—．リハ医学 42：232-236、2005
- 6) 石川 誠：全国回復期リハ病棟連絡協議会機関誌．第 6 巻 第 1 号，2007；pp4, pp56
- 7) 全国回復期リハ病棟連絡協議会，国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書、2007
- 8) 羊土社名簿編集室：医育機関名簿 2006-' 07、羊土社、2006

图表

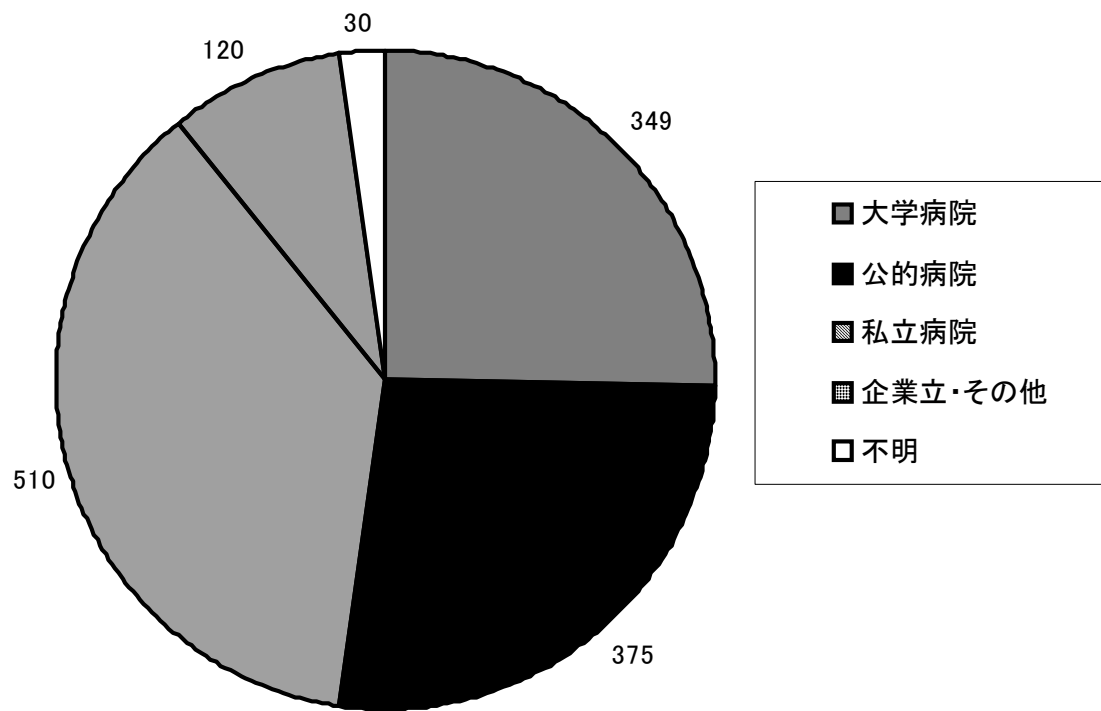


図1. リハ科専門医 1,384 人の所属内訳

表 1. 神奈川県モデルからの必要数の推測

病床数	施設数	療養・精神のみの施設数	リハ科専門医が必要と思われる施設数	各施設でのリハ科専門医必要数	リハ科専門医必要数
300 未満	162	—	27	1 人	27 人
300～599	76	27	49	1 人	49 人
600～899	13	0	13	2 人	26 人
900～	2	0	2	3 人	6 人

表 2. 全国の病床規模別施設数からの必要数の推測 (2006 年)

病床数	施設数	専門医必要数	全国専門医必要数
300～399	764	1 人	1,948 人
400～499	354		
500～599	207		
600～699	123	2 人	
700～799	54		
800～899	34		
900～	67		

表3. リハ講座のある大学における教員数と専門医数

	大学数	教授	准教授	講師	合計
国立	3	6 (5)	5 (2)	5 (3)	16 (10)
公立	2	2 (2)	0 (0)	1 (1)	3 (1)
私立	14	18 (18)	19 (18)	17 (16)	54 (52)
合計	19	26 (25)	24 (20)	23 (20)	73 (65)

() 内は専門医数

表4. リハ講座のない大学における教員数と専門医数

	大学数	教授		准教授		講師		合計	
		専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
国立大学法人	40	2 (2)	22(10)	5 (2)	3(0)	12(7)	3(1)	33(24)	28(11)
公立大学	6	1 (1)	2(0)	5 (4)	1(0)	0(0)	0(0)	6(5)	3(0)
私立大学	15	4 (2)	5(4)	2 (2)	9(4)	0(0)	8(4)	6(4)	22(12)
合計	61	7 (5)	29(14)	12 (8)	13(4)	12(7)	11(5)	45(33)	53(23)

() 内は専門医数

表5. 職域役割別のリハ科専門医現在数、必要数および不足数

	専門医現在数	専門医必要数	専門医不足数
2) 臨床回復期	195	885～1,325	690～1,130
1) 臨床急性期・一般病床	1,068	1,529～2,038*	821～1,398
3) 臨床維持期・地域支援		428	
4) 教育・研究	121	304	183
合計	1,384	3,078～4,095	1,694～2,711

*神奈川モデルより推計、**厚生労働省全国医療施設調査より推計

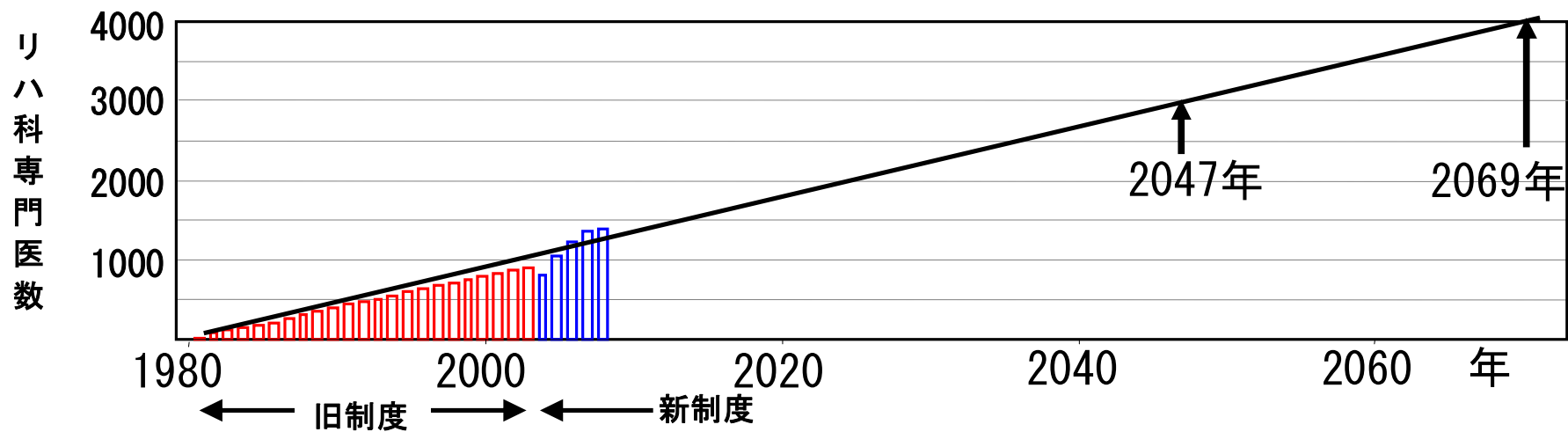


図2. 将来のリハ科専門医数の予測