

第31回 秋田県作業療法学会

作業療法に関する
社会情勢の変化と今後の課題

特別養護老人ホーム 真森苑
高橋 敏弘

はじめに

機関誌『日本作業療法士協会誌』156号で日本作業療法士連盟監事大喜多潤先生がこうに述べています。

「これまで主に患者対応の現場を中心に、一介の作業療法士としてやってきましたが、いまだ作業療法とは何か、すっきりと言い表せないもどかしさを抱えています。」

医師や歯科医師、看護師、診療放射線技師等はある程度説明しなくても職業を聞いただけでどんな仕事かのイメージを持っています。

作業療法、作業療法士という名称のわかりにくさが伝わりにくいと思ったことはありませんか。



日本作業療法士連盟だより

運営ホームページ▶ <https://www.jt-enmet.jp/>

作業療法士として




日本作業療法士連盟 理事 大西 大樹

初めに少し昔じみた話とお断りします。これまで主に患者対応の現場を中心に、一介の作業療法士としてやってきましたが、いまだ作業療法とは何か、すべきことと言いたいことも多々あるを抱えています。

作業療法士が法律で定められ、保険による診療報酬が制度化される以前に医療機関で働き出したこと、また国立療養所東京病院付属リハビリテーション学院入学期に医学経験を以てしたことで、広い視野を立ててリハビリテーション医療の重鎮（補注：物事の始めの意）に留めたことはありがたかったです。病院内での対応はが、上下全域をまわるとは遠回り相談に加工されました。16mm 映画撮影カメラを手に入れた職場、家庭で義手使用のものを訪問したほか、退院者の職場復帰に際しての職場調査、身体障害者職業訓練校、職業安定所、自動車運転免許試験場通学コーナー、自動車教習所学校、装具義肢製作所、養護（支援）学校、作業所等々、クワイアなどとも向い合うことがあつたが欠かせませんでした。また、障害者の教育施設・会社の立ち上げに参画（参加協力）、なかも超経路議員活動（代表が

橋本龍太郎議員になって話が進みました）で介助士の法整備にかかわり、国内の3福祉医療施設の一つに所属し、兵庫県から厚生省（現・厚生労働省）に向いでの議事には大に勉強になりました。国立療養所近畿中央病院リハビリテーション学院院宇近畿地区の作業療法士が集結し、教育のあり方について問題提起しました。この後、厚生省によって2年間の留学期制度が設けられ、教員の bachelor（学士）取得への道が開けられたことを知りました。

終わりに、澤村誠志、大川嗣雄、上田敏、花岡俊行（いずれも敬称略）ら、先人のお世話になって、日本の封建的な医療制度のなか、やっと立ち立ちたかに見える今、現状に甘えることなくクライアントに立ってほしい。作業療法士としてのサービスの範囲は広大で、要求に応じて柔軟に肩を担はれるべきが求められ、すぐに代わられられを探るべきが模様が。その人を取り巻く生活全体、多様なニーズに対応しながら、実践を通して範囲を広げ、掘り進んでゆく足を止めはなりません。

表 1-1 国内における作業療法の定義

1-1-1 理学療法士及び作業療法士法（昭和 40 年法律第 137 号：1965 年）
この法律で「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なわせることをいう。
1-1-2 社団法人 日本作業療法士協会による「作業療法」の旧定義（1985～2018）
作業療法とは、身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行うことをいう。
1-1-3 一般社団法人 日本作業療法士協会による「作業療法」の定義（2018）
作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。 （註釈） ・作業療法は「人は作業を通して健康や幸福になる」という基本理念と学術的根拠に基づいて行われる。 ・作業療法の対象となる人々とは、身体、精神、発達、高齢期の障害や、環境への不適応により、日々の作業に困難が生じている、またはそれが予測される人や集団を指す。 ・作業には、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為と、それを行うのに必要な心身の活動が含まれる。 ・作業には、人々ができるようになりたいこと、できる必要があること、できることが期待されていることなど、個別的な目的や価値が含まれる。 ・作業に焦点を当てた実践には、心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業の利用と、その作業自体を練習し、できるようにしていくという目的としての作業の利用、およびこれらを達成するための環境への働きかけが含まれる。

（学術部定義改定班：日本作業療法士協会における作業療法の定義改定手続きと新定義の解説、作業療法 38：3-17, 2019）

「大人になったらなりたいもの」

第一生命保険株式会社が全国の小学生・中学生・高校生 計3,000人を対象に行った、第36回「大人になったらなりたいもの」アンケートの調査結果

■小学生の部

小学生男子	
1位 会社員	10.8%
2位 Youtuber/動画投稿者	9.8%
3位 野球選手	9.5%
4位 サッカー選手	9.1%
5位 ゲームクリエイター	5.3%
6位 公務員	4.5%
7位 警察官	4.3%
8位 運転士/ドライバー	3.6%
9位 ITエンジニア/プログラマー	3.3%
10位 医師	2.6%
10位 建築士	2.6%

小学生女子	
1位 パティシエ	12.3%
2位 会社員	10.3%
3位 漫画家/イラストレーター	7.4%
4位 医師	5.1%
5位 歌手/アイドル	4.9%
6位 看護師	4.2%
7位 教師/教員	3.8%
7位 美容師/ヘアメイクアーティスト	3.8%
9位 公務員	3.6%
9位 料理人/シェフ	3.6%

■中学生の部

中学生男子	
1位 会社員	20.4%
2位 公務員	10.2%
3位 Youtuber/動画投稿者	6.8%
4位 ゲームクリエイター	6.4%
5位 ITエンジニア/プログラマー	4.9%
6位 野球選手	3.8%
7位 建築士	3.4%
7位 教師/教員	3.4%
9位 サッカー選手	3.2%
10位 警察官	2.3%
10位 医師	2.3%
10位 学者/研究者	2.3%
10位 料理人/シェフ	2.3%

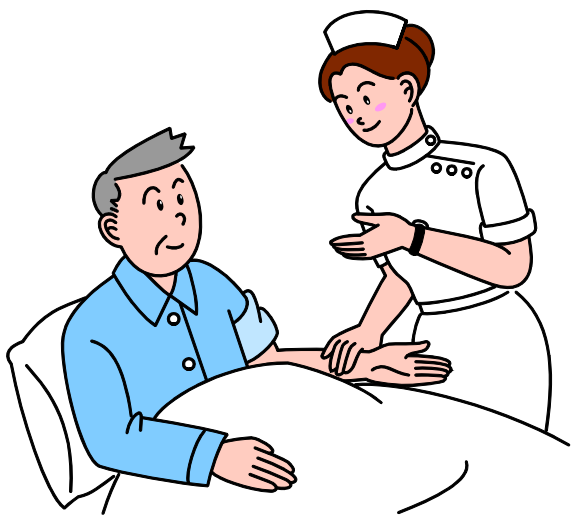
中学生女子	
1位 会社員	12.0%
2位 漫画家/イラストレーター	9.4%
3位 公務員	7.1%
4位 パティシエ	4.9%
5位 薬剤師	4.7%
6位 看護師	4.5%
6位 料理人/シェフ	4.5%
6位 幼稚園の先生/保育士	4.5%
9位 教師/教員	4.2%
9位 美容師/ヘアメイクアーティスト	4.2%

子供でも知っている職業は医師と看護師、薬剤師

医師のイメージ



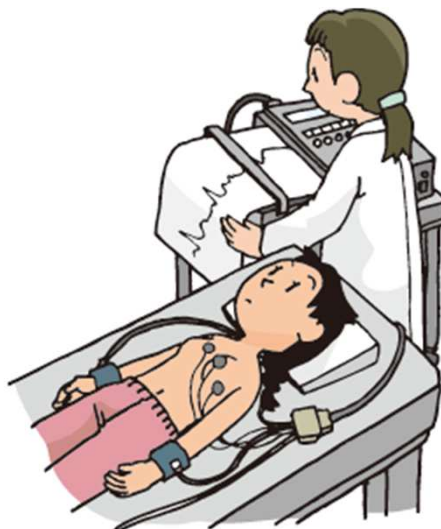
看護師のイメージ



診療放射線技師のイメージ



臨床検査技師のイメージ



薬剤師のイメージ

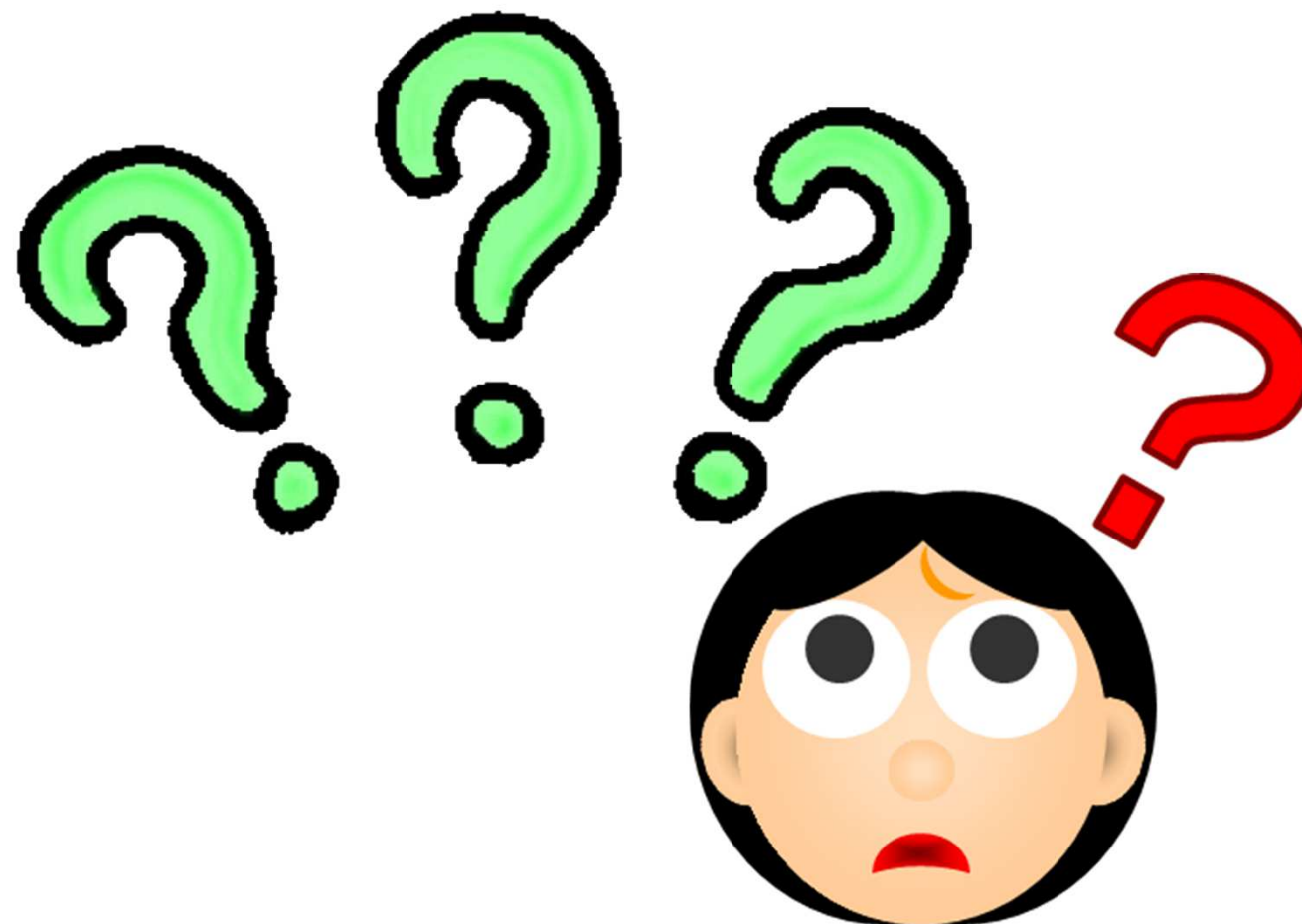


リハビリのイメージ



実はこれは
理学療法士
のイメージ

作業療法士のイメージ



(昭和)

作業療法士がもてはやされていた時代

(平成)

作業療法士が充実した時代

(令和)

作業療法士の生き残りを考える時代

昭和から令和にかけて

（作業療法士にとって良かったこと）

作業療法士が増えて必要とする国民に作業療法のサービスを幅広く提供できるようになったこと。

（良いとは言えないこと）

作業療法士の増え方があまりに急激であったこと。

作業療法士の昔話

私が養成校に入学した昭和56年当時は養成校の数が約30校でほとんどが国立病院附属で私立の養成校は2校のみ。入学定員はほとんどが20名でした。

作業療法に関する教科書や文献も今のように多くはなく「理学療法と作業療法」というジャーナルは貴重な資料でした。

東北で実習できる施設も少なく、臨床実習は全国の病院にわたり全国から実習生が集まっていました。また卒前教育における実習の割合が多く、私の場合は1年生で1週間を3回、2年生で2週間を2回、3年生で8週間を3回、秋田、岩手、青森、茨城、神奈川、東京の病院で実習を行いました。

当時は就職してすぐに開設の仕事をする事が多く即戦力となる人材育成が行われていました。実習内容も学生が患者さんを数名受け持ちOTRと同じように評価や訓練を行っていました。実習時間が終わっても病院に残って勉強したり宿舎に戻ってから日誌やレポートを深夜遅くまで書き、レポートの書き直しで徹夜することもありました。

秋田に戻って就職した当時も県内にはOTは20数名しかおらず、作業療法を受けることができる患者さんは限られていました。当時は診療報酬改定のたびに報酬が上がり、現在のように単位数の制限もありませんでした。一人当たりの受け持ち患者数が多くマンツウマンでの訓練ができるような状況でもありませんでした。入院日数や診療報酬の算定日数に制限はなく、1年以上入院してリハを行う患者さんもいました。

秋田に限らずですが、精神科の病院では看護師が生活療法など作業療法に関することをやっており若い作業療法士が入っても看護師との関係が築けず精神科の作業療法士はなかなか増えませんでした。

県士会は協会には入ることがことが当たり前で入らないということ考えたことはありませんでした。当時は人数が少なかったので県内だけでなく東北のOTみんなが顔見知りでした。

研修会も少なく、とにかく情報に飢えていました。研修の内容によっては自費で県外に行くこともありました。

県士会も1年ごとに少しずつOTが増え、それでも100人を超えるまでかなりの年月がかかりましたが全員が顔見知りです。研修会で集まり、研修後はお酒を飲みながら交流し情報交換を行っていました。

昭和61年に老人保健法が改正され老人保健施設が創設されます。モデル老人保健施設事業を経て昭和63年に老人保健施設が本格実施となりました。秋田でも昭和63年に初の老人保健施設となる榮寿苑が開設されました。老人保健施設の基準には当時から定員100床に対してPTかOTが1名いることが必須となっていました。当時はPT、OTが不足しておりまた新しくできた施設の内容もわからず不安もあり老健をに行こうとするPT、OTはほとんどいませんでした。

平成元年に秋田に秋田大学医療技術短期大学部が開校し地元秋田でOTの養成が始まり、県内のOTも増えてきました。

平成12年には介護保険法が始まり介護サービスの仕組みが大きく変わりました。OTの領域も老健のみならず訪問や通所リハなど在宅サービスに拡大されていきます。供給数の増加もあり介護保険領域で働くOTも増えてきました。

地域包括ケアが叫ばれ住み慣れた地域で生活できるための支援が必要とされてきましたがまだまだ課題も多いのが現状です。

(1980年代にあったもの)
根性とバイタリティ

(なかったもの)
パソコンとインターネット(SNS)
ハラスメントという言葉

作業療法をとりまく情勢の変化

- 1) 介護保険の導入(老健、訪問、通所リハ等)
- 2) 地域包括ケアシステム(病院、施設から地域へ)
- 3) 医療中心から保健、福祉への拡大
- 3) 対象者の拡大(認知症、高次脳機能、発達障害、難病、循環器等の内部障害、がん等)
- 4) 新しい職種の誕生(ケアマネ、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、
公認心理士等)
- 5) 作業療法士の急増と地域格差
- 6) 司法精神科作業療法、運転支援、就労支援
- 7) 卒前教育、臨床実習の変化(大学への移行)
- 8) 作業療法士の急増
- 9) 勤務体制の変化(シフト制)
- 10) 待遇面の変化
- 11) 診療報酬が疾患別へと変わり算定日数の上限が導入(平成18年)
- 12) アウトカムの導入(質の評価)

作業療法をとりまく情勢の変化

13) 少子高齢化、人口減少

14) 病院の統廃合、ベッド数の減少

15) 医療圏の変化(秋田は8医療圏から県北、中央、県南の3医療圏に)

16) SNSの普及

17) 脳梗塞に対するt-PAと血栓回収術, 脊髄損傷の再生医療治療薬「ステミラック」

18) 認知症の新たな治療薬「レカネマブ」「ドナネマブ」

19) 働き方改革

作業療法士養成の変化と供給数

作業療法士養成形態の歴史

1963年(昭和38年)

3年制各種学校開始

1979年(昭和54年)

3年制短期大学開始

92年(平成4年)

4年生大学開始

1996年(平成8年)

大学院教育開始

1960年代(昭和35年) 3校

1970年代(昭和45年) 6校追加

1980年代(昭和55年) 20余校追加

1990年代(平成2年) 70余校追加

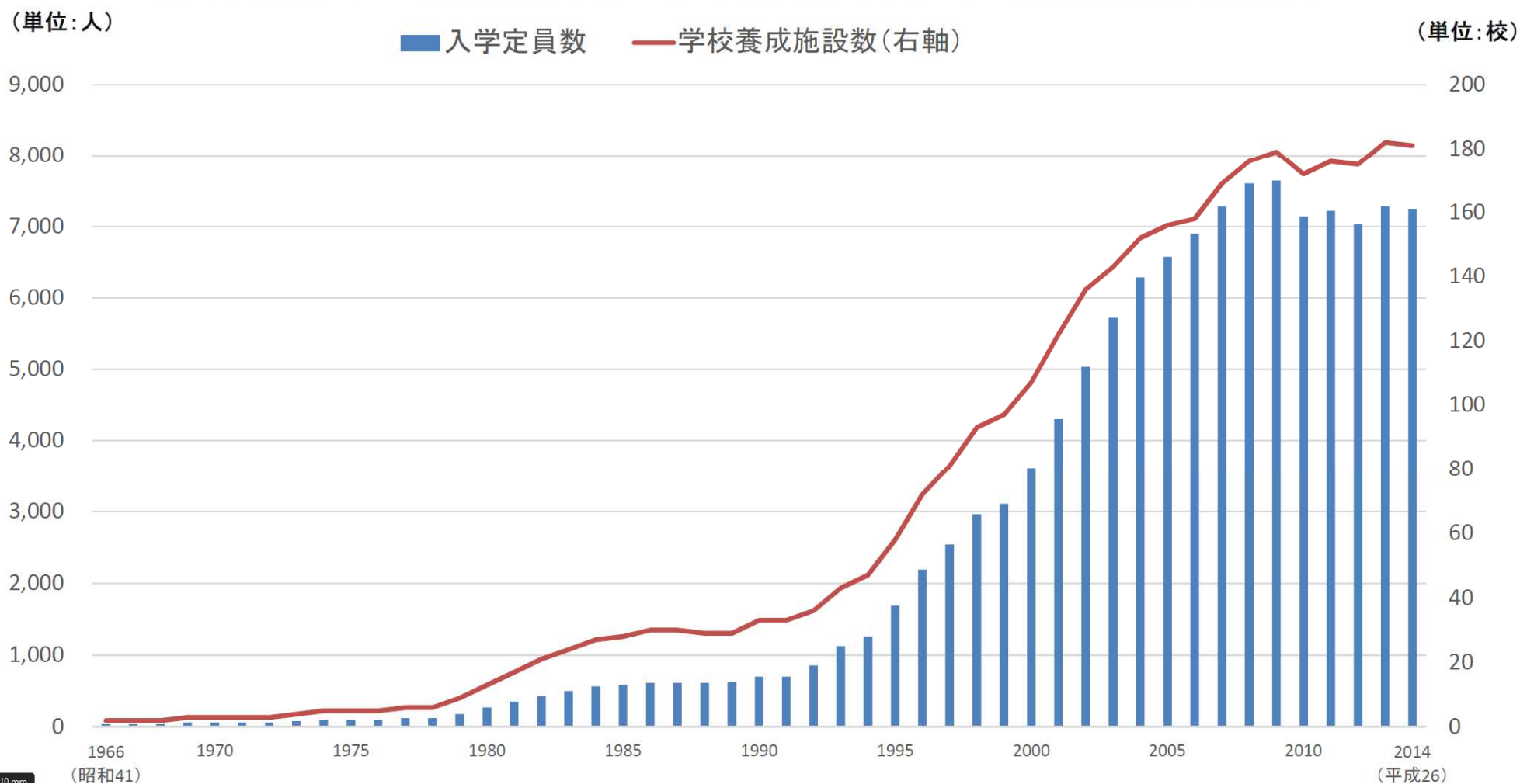
2011年(平成23年) 176校(192課程)

入学定員7,250名

* 1校あたりの入学定員が大型化

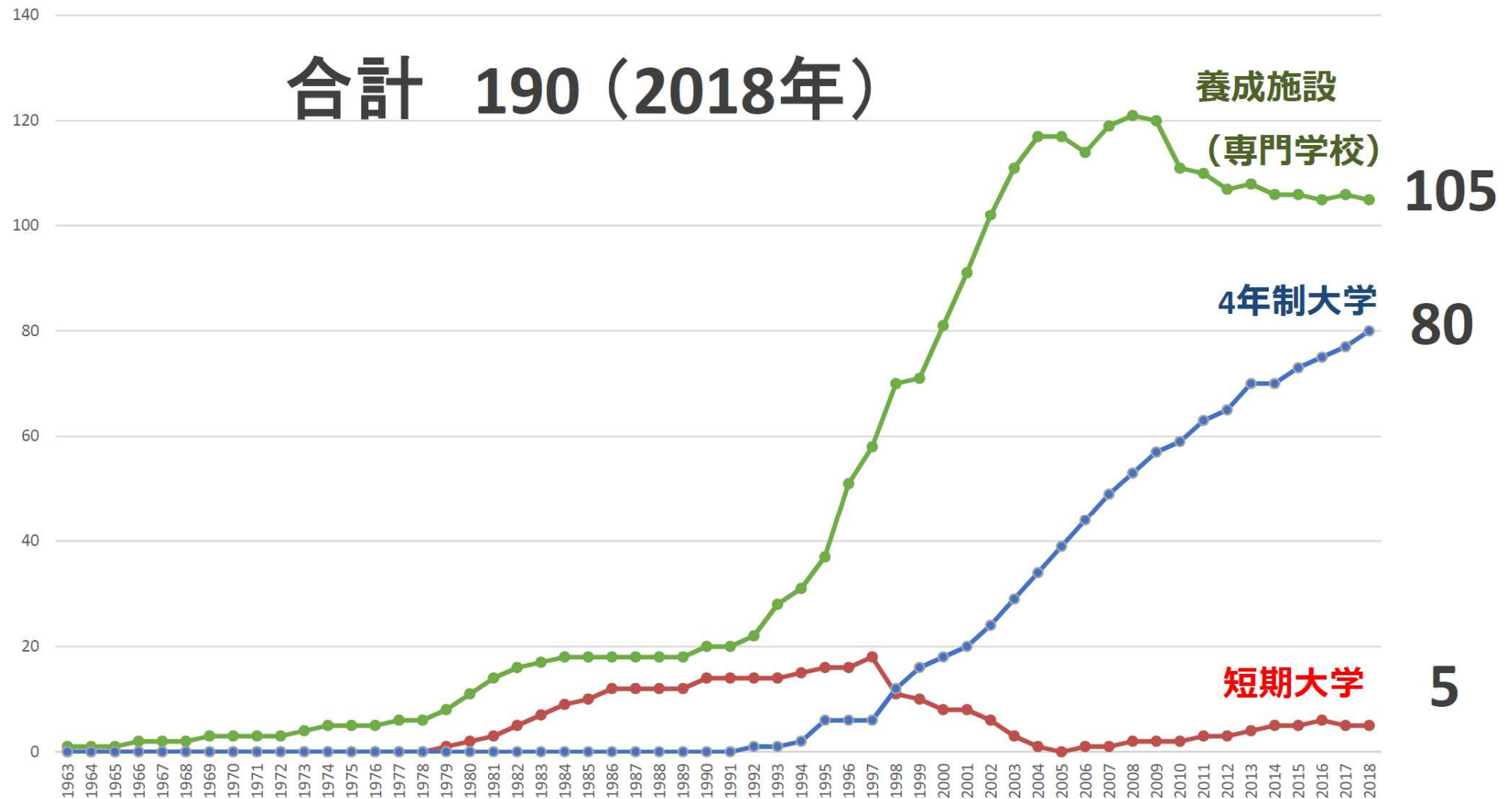
厚生省は、高齢社会の到来と高齢者医療の増加に備え、作業療法士需要の急増に、養成校設立に関する規制緩和を行い、養成計画の促進をもって対処した。1990年(平成2年)代、2000年(平成12年)代は、規制緩和の影響により、養成校は急激に増加した民間養成校や文部科学省管轄の大学などの急増により、作業療法士の供給が十分行える状況に至ったこれまでパイオニアの輩出を行ってきた、独立行政法人国立病院機構(旧国立療養所)の養成校や労働福祉事業団設立の養成校は、先達者としての役割に幕を下ろすことになった

作業療法士養成数(入学定員)及び学校養成施設数

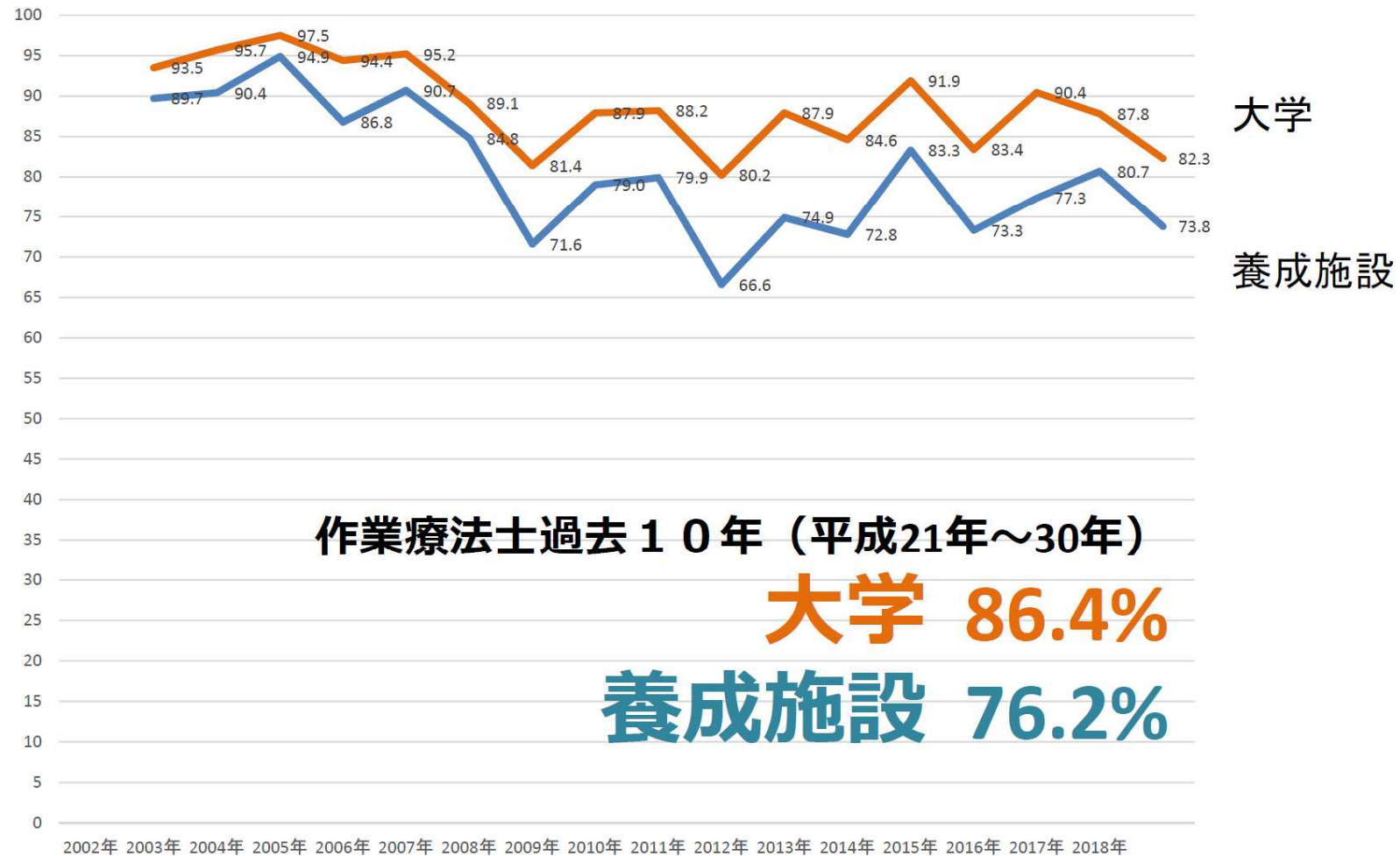


作業療法士学校養成施設の推移

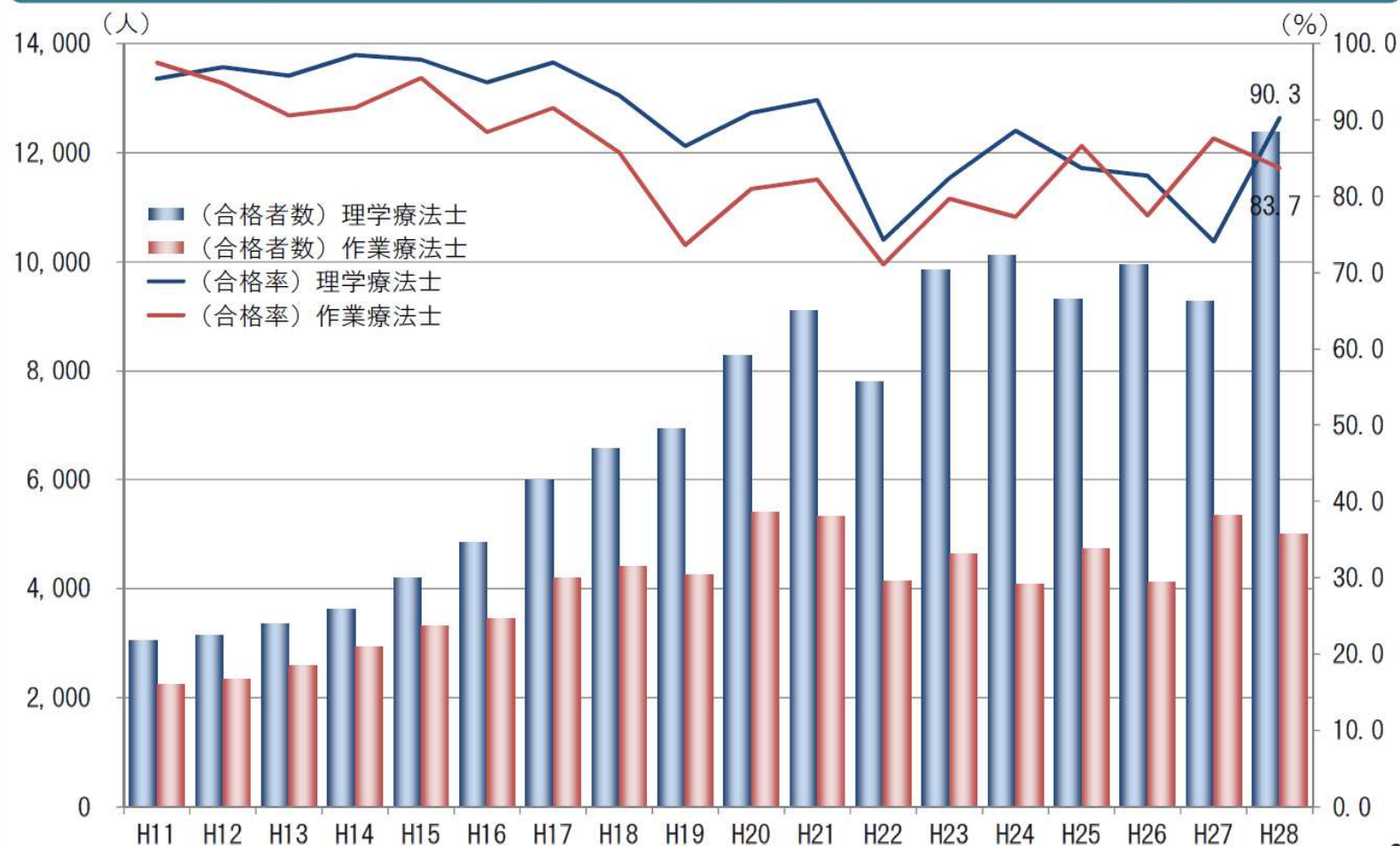
合計 190 (2018年)



作業療法士の国家試験合格率



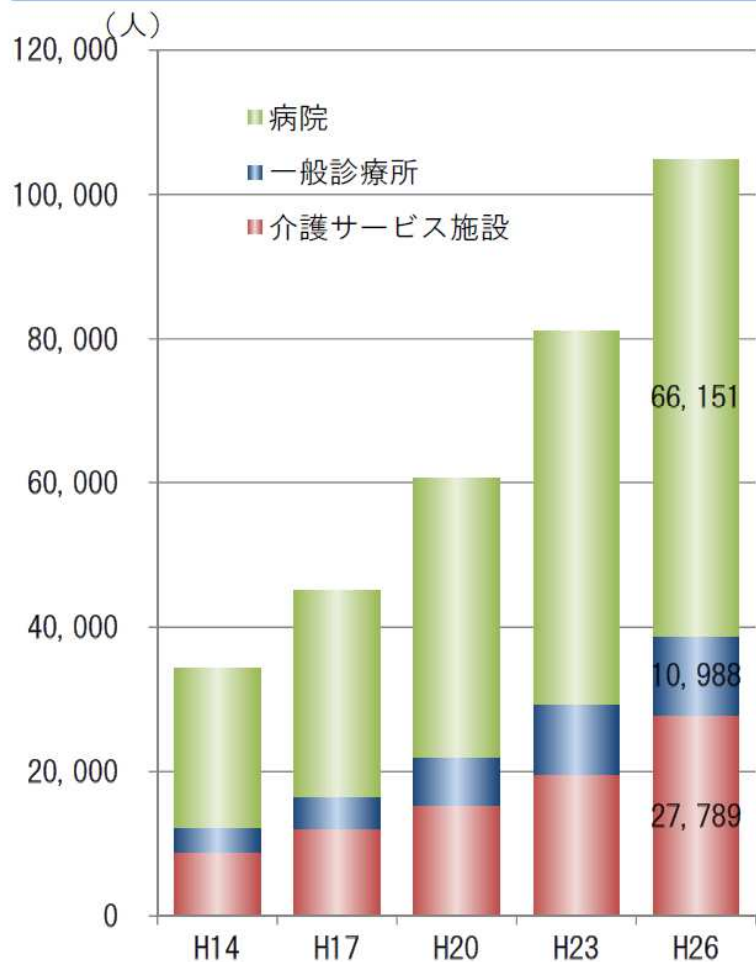
理学療法士・作業療法士国家試験合格者、合格率の推移



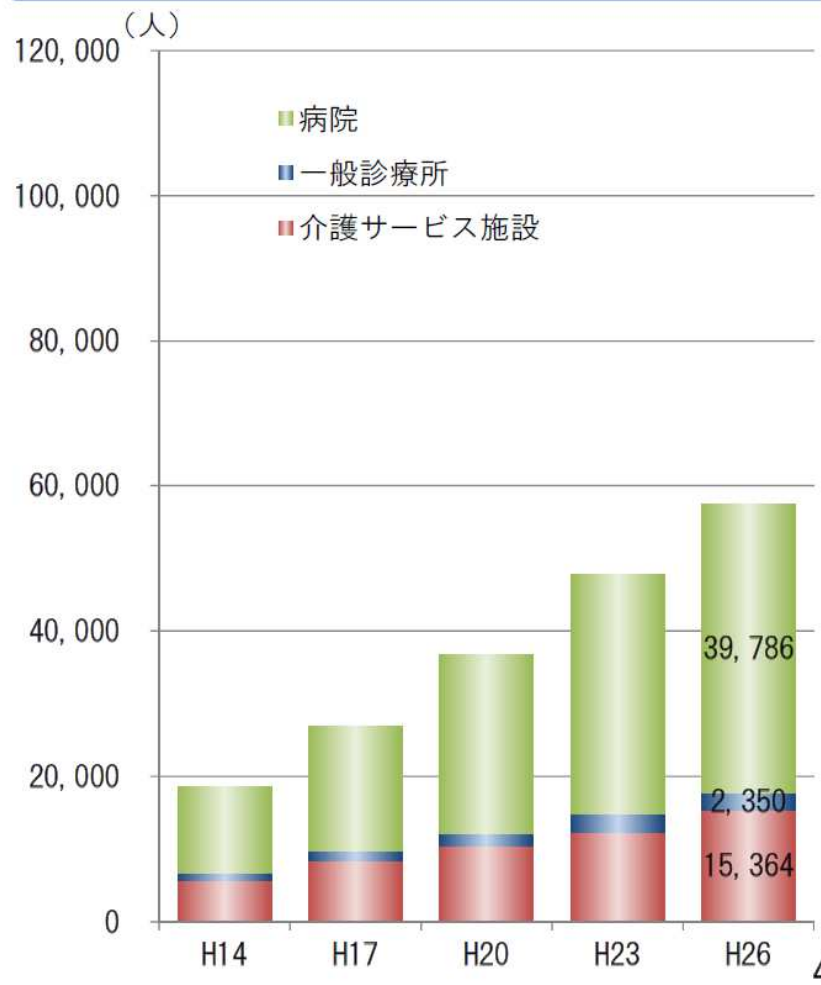
PT:90.3%
OT:83.7%

理学療法士・作業療法士従事者数の推移

理学療法士



作業療法士



一般診療所に勤務する割合がPTより少ない

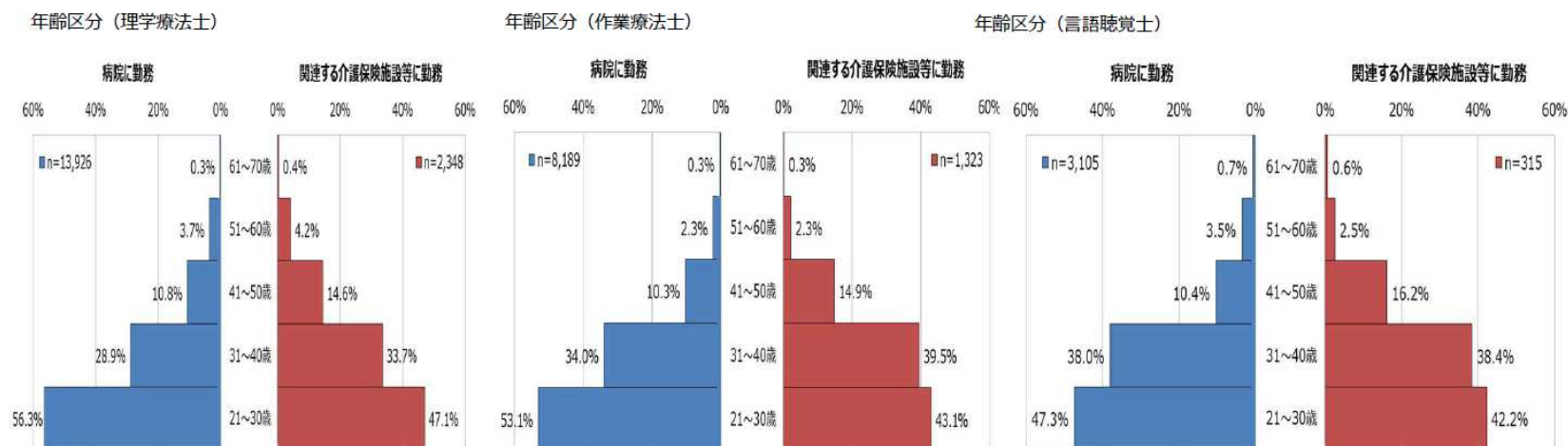
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士需給調査

医療従事者の需給に関する検討会
第2回 理学療法士・作業療法士需給分科会
(平成28年8月5日)資料3

2-2. 年齢区分

	n=862		n=968		n=700		n=342		n=301		n=132	
	病院に勤務						関連する介護保険施設等に勤務					
	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
21～30歳	7,846	56.3%	4,350	53.1%	1,470	47.3%	1,106	47.1%	570	43.1%	133	42.2%
31～40歳	4,022	28.9%	2,784	34.0%	1,181	38.0%	791	33.7%	522	39.5%	121	38.4%
41～50歳	1,503	10.8%	847	10.3%	322	10.4%	342	14.6%	197	14.9%	51	16.2%
51～60歳	509	3.7%	186	2.3%	110	3.5%	99	4.2%	30	2.3%	8	2.5%
61～70歳	46	0.3%	22	0.3%	22	0.7%	10	0.4%	4	0.3%	2	0.6%
合 計	13,926	100.0%	8,189	100.0%	3,105	100.0%	2,348	100.0%	1,323	100.0%	315	100.0%

どの職種も
40歳以下の
割合が高い



20代が多く、理学療法士は、病院勤務者は56.3%、関連施設勤務者は47.1%、作業療法士は、病院53.1%、関連施設43.1%、言語聴覚士は病院47.3%、関連施設42.2% 全体として、年齢構成が若年層に集中している。

23) 供給の推計結果

上記の結果を統合し、理学療法士及び作業療法士の供給推計の結果は、以下の通りである。

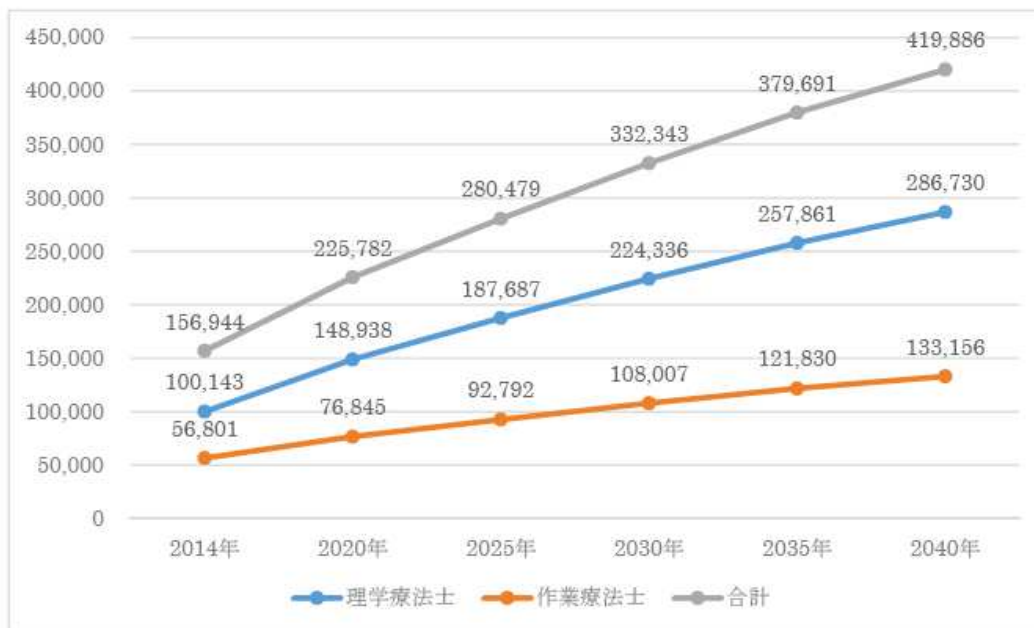


図34 理学療法士及び作業療法士の供給推計結果

表11 理学療法士及び作業療法士の供給推計結果

	2014 年	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
PT	100,143	148,938	187,687	224,336	257,861	286,730
OT	56,801	76,845	92,792	108,007	121,830	133,156
合計	156,944	225,782	280,479	332,343	379,691	419,886

(人)

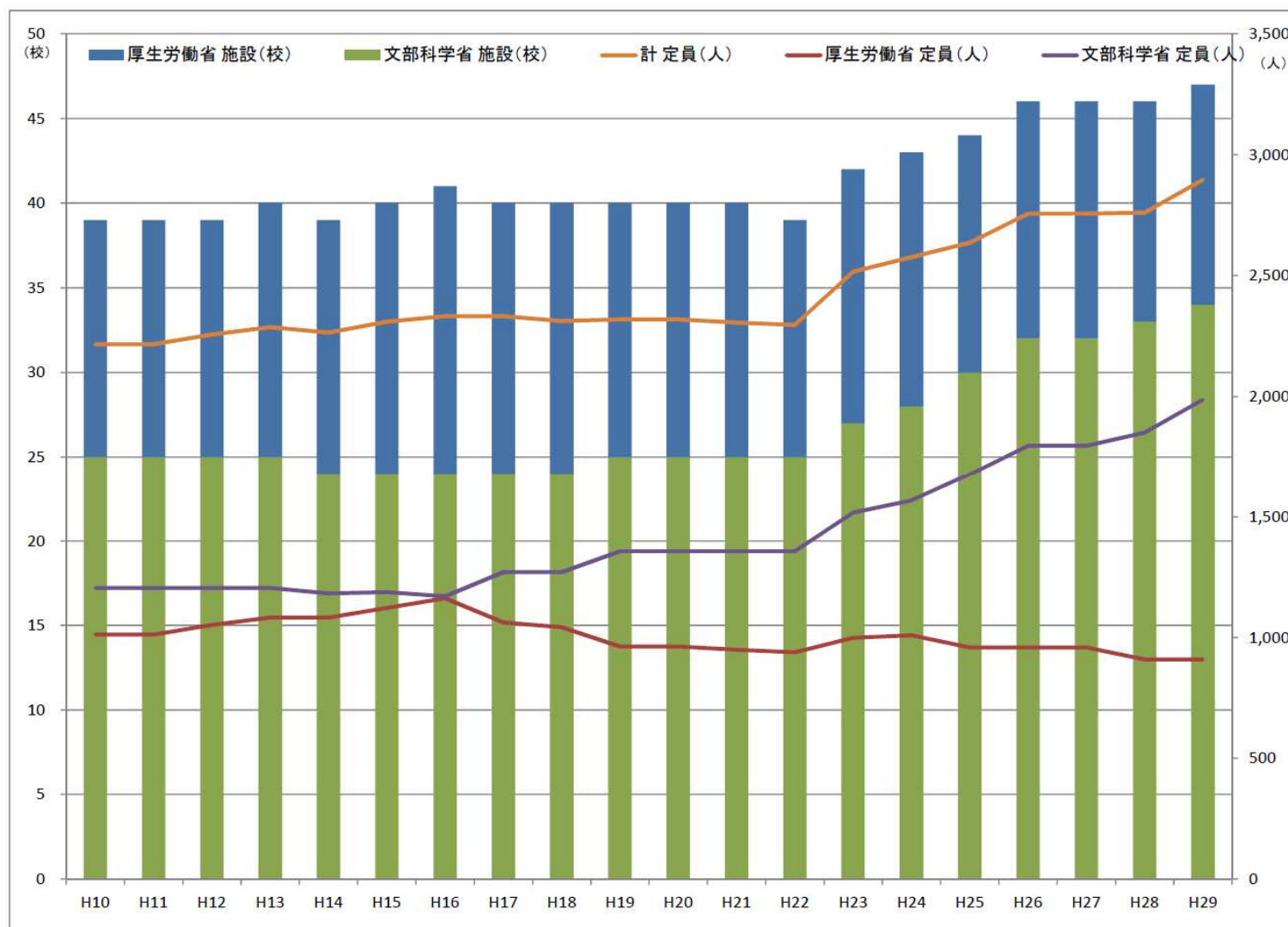
理学療法士及び作業療法士の供給は、2040年まで、ほぼ直線的に増加し、2014年の2.5倍以上の供給量に達することが予想された。

2040年までは、定年退職する人数が比較的少なく、新規登録者の増加分がそのまま全体数の増加につながる構図になっていることがその背景にあると考えられる。

作業療法士の需給見直し

2022(令和4)年1月12日に開催された「第8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」で、「**理学療法士および作業療法士の供給数の推計値は2040年ごろに需要数の約1.5倍になることが示されたが、地域間格差があることから、その側面を要素として加えて議論すべきという意見があがった。**」,「**文部科学大臣が指定した学校および都道府県知事が指定した理学療法士(作業療法士)養成施設の総数とその定員数は増加する一方、養成施設出身者の国家試験合格率が低下傾向にある等、養成の質の低下という別の側面による課題があることが指摘された。**」等,これまでの議論の経過とその内容について説明があった。その際に本会としては、「**理学療法士および作業療法士の供給数の推計値は2040年ごろに需要数の約1.5倍になることが示されたが、現状では作業療法士の需要数が供給数を上回ることが続いていることに鑑み、供給数を再度推計する必要がある。**」ことを意見として述べた。今後の理学療法士・作業療法士需給分科会の検討会としてのあり方も含めて継続審議していくことが示されたが、具体的期日は未定となっている。

診療放射線技師学校養成所数、定員 年度別推移



柔道整復師専門学校の規制緩和について

従来、柔道整復養成施設の新規開設は厚生省の行政指導により制限されていた。

- ・14校1学年定員1050名の総量規制
 - ・受領委任の取扱いとは各都道府県社団法人の会員のみ許可等
- 柔道整復師養成施設不指定処分取消請求事件(概要)

厚生大臣が柔道整復師養成施設指定申請に対してした同指定を行わない旨の処分が、違法とされた事例

・ある学校設立希望者が、平成8年6月に福岡にて新規柔道整復専門学校設置許可申請書を厚生大臣に提出するも、柔道整復師の従事者数は相当増加している状況にあり、養成力の増加を伴う施設を新たに設置する必要性が見いだし難いという理由で新規参入を認めないとした。学校設立側は福岡地方裁判所に提訴し、平成9年10月に第1回裁判が開廷。その後、複数回の裁判を経て平成10年8月福岡地裁において柔道整復師養成施設不指定処分取消請求事件の判決が下され、以後、厚生省は養成施設指定規則さえ満たせば設置を認める方針に転換。

・これによって他分野の専門学校や異業態からの参入が相次ぎ、1998年の14校から2013年4月には107校に急増、現代に至る。

表 2-2 都道府県別会員数と施設数

都道府県名	2010						2015					
	会員数			人口推計 H22.10.1 (単位10万人)	人口対 (10万対)	会員勤務 施設数	会員数			人口推計 H27.10.1 (単位10万人)	人口対 (10万対)	会員勤務 施設数
	男	女	合計				男	女	合計			
北海道	924	1,276	2,200	55.1	39.9	568	1,237	1,401	2,638	53.8	49.0	663
青 森	176	385	561	13.7	40.9	143	238	465	703	13	54.1	155
岩 手	180	318	498	13.3	37.4	144	254	415	669	12.7	52.7	177
宮 城	206	557	763	23.5	32.5	207	304	652	956	23.3	41.0	240
秋 田	123	282	405	10.9	37.2	116	170	367	537	10.2	52.6	139
山 形	157	376	533	11.7	45.6	139	240	504	744	11.2	66.4	188
福 島	256	483	739	20.3	36.4	190	302	570	872	19.1	45.7	239

都道府県名	2015 年度						2021 年度					
	会員数			人口推計 H27.10.1 (単位 10 万名)	人口対 (10 万対)	会員勤務 施設数	会員数			人口推計 R3.10.1 (単位 10 万名)	人口対 (10 万対)	会員勤務 施設数
	男	女	合計				男	女	合計			
北 海 道	1,237	1,401	2,638	53.8	49.0	663	1,519	1,627	3,146	51.8	60.7	758
青 森	238	465	703	13.0	54.1	155	336	558	894	12.2	73.3	180
岩 手	254	415	669	12.7	52.7	177	323	478	801	12.0	66.8	210
宮 城	304	652	956	23.3	41.0	240	394	754	1,148	22.9	50.1	277
秋 田	170	367	537	10.2	52.6	139	216	419	635	9.5	66.8	153
山 形	240	504	744	11.2	66.4	188	316	647	963	10.6	90.8	216
福 島	302	570	872	19.1	45.7	239	403	703	1,106	18.1	61.1	284

診療報酬の変化

図1 リハビリテーション診療報酬の変遷（概略）

	種別		1974年	1981年	1992年	2000年	種別	2002年		種別	2006年			
											脳等	運動	呼吸	心大
承認施設 総合	理学療法（運動療法） ・作業療法	複雑	—	—	580点 40分	660点 40分	Ⅰ 理 作 言	個別	250点 20分	Ⅰ	250点 20分 理 作 言	180点 20分 理 作	180点 20分 理	250点 20分 集 団 理
		簡単	—	—	170点 15分	185点 15分		集団	100点 20分					
承認施設 非		複雑	80点 40分	300点 40分	480点 40分	530点 40分	Ⅱ 理 作 言	個別	180点 20分	Ⅱ	100点 20分 理 作 言	80点 20分 理 作	80点 20分 理	100点 20分 集 団 理
		簡単	40点 15分	120点 15分	155点 15分	170点 15分		集団	80点 20分					
		複雑	—	—	220点 40分	240点 40分	Ⅲ 理 言	個別	100点 20分	* 2008年の診療報酬改定にて、脳血管等リハ料は3段階化して、脳血管等（Ⅲ）が増設、呼吸リハは作業療法士が実施可能。 * 2014年の診療報酬改定にて心大血管リハは作業療法士が実施可能。				
		簡単	—	—	70点 15分	75点 15分		集団	40点 20分					
		複雑	—	90点 40分	110点 40分	115点 40分	Ⅳ 理	個別	50点 20分					
		簡単	—	55点 15分	65点 15分	65点 15分		集団	35点 20分					
承認施設 非	言語療法	複雑	—	90点 30分	160点 40分	200点 40分	1974年の診療報酬改定でリハビリが点数化し「複雑・簡単」が導入。1988年に「訪問リハビリ」が導入。1990年に「早期リハビリ」の評価、老人健康保険施設、老人デイケアが導入。2000年に介護保険制度開始。							
		簡単			110点 15分	135点 15分								

図 2 2016年診療報酬改定 リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料	リハ料 Ⅰ	リハ料 Ⅱ	リハ料 Ⅲ	標準的 リハ日数
脳血管疾患リハビリ料	245点	200点	100点	180日
運動器リハビリ料	185点	170点	85点	150日
呼吸器リハビリ料	175点	85点		90日
心大血管リハビリ料	205点	125点		150日
廃用症候群リハビリ料（新設）	180点	146点	77点	120日
障害児（者）リハビリ料	6歳未満	6歳以上 18歳未満	18歳以上	
	225点	195点	155点	

大きな変化は算定日数とアウトカムの導入

医療から介護への移行

高齢者リハビリテーションのあるべき方向性(平成16年高齢者リハビリテーション研究会)

○ このように、これまでわが国においては、予防、医療、介護において一体となった高齢者リハビリテーション提供体制の整備が図られてきているが、

- ① 最も重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分に行われていないこと
- ② 長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われている場合があること
- ③ 医療から介護への連続するシステムが機能していないこと
- ④ リハビリテーションとケアとの境界が明確に区別されておらず、リハビリテーションとケアとが混同して提供されているものがあること
- ⑤ 在宅におけるリハビリテーションが十分でないこと

などの課題があり、必ずしも満足すべき状況には至っていない。そのため、今後の高齢者介護の基盤となるリハビリテーションの現状についての検証と今後のあるべき姿の検討が求められている。

リハビリの算定日数
導入に影響

令和5年度 医科医療費（電算処理分）の動向 <診療内容別 入院>

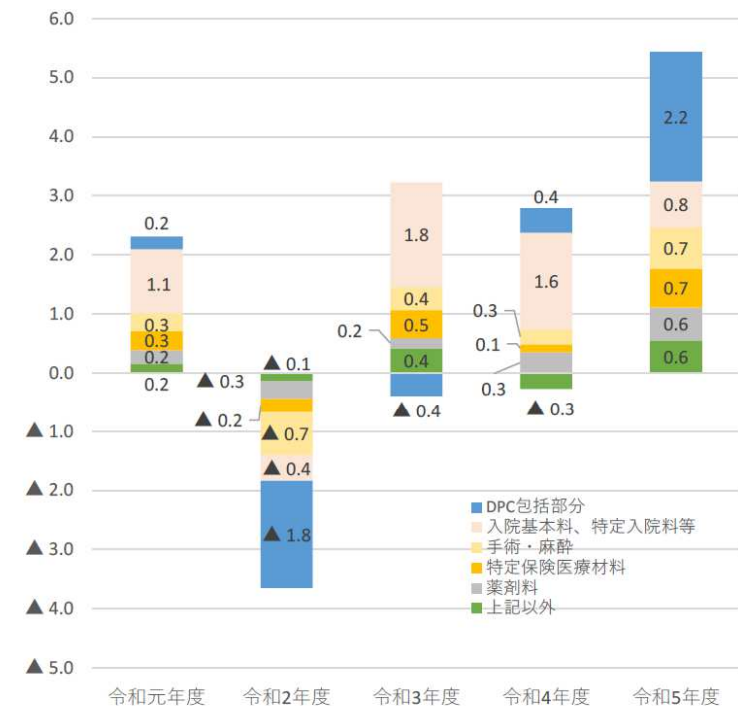
- 診療内容別に入院医療費の伸び率を見ると、「薬剤料」が14.4%の増加となっている一方、「検査・病理診断」が▲11.6%と減少している。
- 医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、「DPC包括部分」が2.2%、「入院基本料・特定入院料等」が0.8%、「手術・麻酔」が0.7%、「特定保険医療材料」が0.7%、「薬剤料」が0.6%と、プラスの影響を示している。

■ 入院医療費 診療内容別 対前年 伸び率 (%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和4年度 医療費の 構成割合
総数	2.3	▲ 3.7	2.8	2.5	5.4	100.0
初診	0.6	▲ 10.5	6.4	1.0	8.1	0.1
医学管理	0.2	▲ 2.2	6.0	3.0	3.0	0.8
在宅	▲ 0.1	▲ 5.1	3.2	▲ 2.8	7.4	0.1
投薬	▲ 2.0	▲ 6.1	▲ 1.3	▲ 1.1	▲ 0.0	0.1
注射	▲ 3.1	▲ 7.1	0.8	2.0	2.6	0.2
処置	2.5	▲ 3.4	▲ 1.0	▲ 2.8	5.1	1.3
手術・麻酔	2.5	▲ 6.1	3.4	2.2	6.0	11.6
検査・病理診断	▲ 1.2	3.8	31.9	1.8	▲ 11.6	1.7
画像診断	▲ 0.8	▲ 4.9	1.6	▲ 1.3	3.9	0.5
リハビリテーション	2.6	3.3	0.2	▲ 3.2	8.1	5.0
精神科専門療法	1.9	3.1	▲ 1.1	▲ 5.5	7.6	0.5
放射線治療	3.0	▲ 2.7	▲ 3.7	0.1	5.0	0.3
入院基本料、特定入院料等	3.1	▲ 1.3	4.9	4.4	2.1	37.4
DPC包括部分	0.8	▲ 6.5	▲ 1.4	1.6	8.5	25.7
薬剤料	6.6	▲ 8.3	4.9	9.7	14.4	3.8
特定保険医療材料	5.2	▲ 3.6	7.4	2.1	9.8	6.7
入院時食事療養	0.1	▲ 5.7	▲ 1.3	▲ 1.7	4.5	3.3
生活療養食事療養	▲ 0.8	▲ 2.6	▲ 1.2	▲ 3.1	1.7	0.6
生活療養環境療養	▲ 0.2	▲ 2.7	▲ 0.6	▲ 2.7	1.6	0.2
その他	▲ 0.4	▲ 5.8	2.1	30.4	▲ 20.2	0.0

: 変動幅がプラス10%を超える区分
 : 上位5診療内容
 : 変動幅がマイナス10%を超える区分

(%) 入院医療費の対前年伸び率の診療内容別影響度
(令和5年度の影響度上位5診療内容) ※



※影響度は（各診療内容の医療費の増減分）÷（前期の医療費総数）×100 で算定

臨床実習の在り方が変わった背景

パワハラによる自殺と認定／大阪地裁で原告勝訴判決／
理学療法士専門学校の実習生

平成二十八年三月九日提出

質問第一八〇号

理学療法士・作業療法士の臨床実習に関する質問主意書

提出者 阿部知子

その中で次のようなことが指摘、質問されている。

理学療法士等は名称独占であるとともに、実質的には無資格者が行ってはならない固有の業務分野を占有しており、学生が資格取得前に理学療法行為及び作業療法行為を行うことは「無資格診療」に当たるのではないか

無資格学生が担当した患者の施療にかかる診療報酬を得ていること

臨床実習の指導内容についてはほとんど整備されておらず、実習内容が標準化されていない。

臨床実習指導者の要件とは何か。また、指導者に対する研修体制はあるのか。

実習生の数に対して実習を受け入れる施設の数が極端に少なく、養成校と実習先の対等な協議が困難になっている。

指導者からのパワハラ・セクハラ、いじめ、暴力等による被害事例がかねてより報告され、その問題点が度々指摘される事態となっている。

大阪の近畿リハビリテーション学院において学生が臨床実習期間中に自殺する痛ましい事件が相次いで起き、いずれも遺族による訴訟が起こされている。

経営の観点から学生の確保が最重要課題とならざるを得ず、入学時の基礎学力も含め、国際的な理学療法士等の養成の過程と比較して、日本の理学療法士等養成教育の質の低下が指摘されている。

養成校専任教員の要件について「五年以上の理学療法及び作業療法に関する業務経験」のみで十分か

修業年限で卒業する学生数が入学時の学生数の半数程度であるにも関わらず、その事実を秘匿し新卒学生に対する国家試験合格率のみを公表し学生を勧誘している実態がある。

第四次作業療法5カ年戦略 (2023ー2027)からみる対象 のキーワード

第四次作業療法5ヵ年戦略（2023－2027）からみる対象のキーワード

【スローガン】

人々の活動・参加を支援し、地域共生社会の構築に寄与する作業療法

【最上位目的】

作業療法士が地域のさまざまな場（医療・介護・福祉・保健・教育・労働・司法等の領域）にいて、地域に根ざしながら、専門職間のつながりはもとより、そこで共に暮らしている健康な人・障害のある人を含む老若男女すべての人を対象に（または協働して）、作業（生活行為）に焦点を当てた支援や調整によって、人と人のつながり、人と社会のつながりを創り出し、人々の健康と幸福を促進する。

【上位目的1】

それぞれの地域ですべての人の活動・参加を支援する作業療法

上位目的は中位目的1～3で構成されている。

中位目的1 暮らしに困難を抱える人々の活動・参加を支援

下位目的1) 疾病・障害にかかわらず「暮らしに困難を抱える人々」への作業療法支援の実践を拡大

- 1 認知症者の地域での暮らしを支援するため作業(生活行為)に焦点を当てた作業療法のあり方と効果を明示
- 2 精神障害者の作業(生活行為)の支援として、社会参加に向けた取り組みを推進(引きこもりへの取り組みを含める)
- 3 移動が困難な地域住民に対する運転を含めた作業療法支援モデル確立とその普及
- 4 司法領域における作業療法実践を拡大(矯正施設・更生保護領域の作業療法)
- 5 変化・進展する社会に対応し、LGBTQ+、外国人住民、子育て支援をはじめとした暮らしに困難を抱える住民支援を作業療法の観点で検討
- 6 地域で生活する生活行為に支障のある人々への活動と参加を支援するMTDLPを活用したモデルの提示と取り組み推進

下位目的2) 医療から地域生活の定着に向けて、制度間の移行と連携を的確に支援

- 1 医療から介護保険・障害福祉制度・その他地域資源を利用した地域(在宅)移行支援のモデル提示と普及
- 2 医療機関から「短期集中サービス」利用への連携を推進

中位目的2 人と人とのつながりや人と社会とのつながりを作り出す作業療法(士)の推進

下位目的1) 地域での包括的支援、参加支援、地域づくり支援への作業療法士の参画を促進するための協会-士会協働体制等の強化

- 1 自治体担当作業療法士の配置と活用により地域支援への参画を拡大
- 2 地域づくり支援に参画するための「士会推進のマネジメント手法」の検証と実施士会の拡大
- 3 公的制度の隙間(ニッチ)および制度の枠を超えて地域住民の力を引き出し、人々の活動・参加を推進する作業療法士を支援
- 4 「重層的支援体制整備事業」に作業療法士が参画するための事業参画マニュアル作成と参画促進

下位目的2) 作業を活用して地域住民の交流や社会参加を促進する作業療法実践の促進

- 1 フレイル(虚弱)高齢者・その前段階など高齢住民の活動参加促進により健康増進に寄与
- 2 スポーツを通じた地域住民の交流や社会参加を促進する作業療法支援の事例を蓄積
- 3 作業療法の視点を生かした地域づくりモデル事業で効果を明示
- 4 複合災害を想定した地域における作業のモデルの提示

タスク・シフト/シェア

タスク・シフト/シェア推進に関する検討会

特に推進するもの＜職種別まとめ＞

- ◆ 特に推進するものの考え方（次の5項目を目安に、職種ごとに示す）
 - －タスクシフト/シェアする側（医師団体、病院団体）提案の業務
 - －特に長時間労働を行っていると思われる診療科や複数診療科に関連する業務
 - －ある病院における業務時間の実態に基づき月間の削減可能時間数推計が大きい業務
- －説明や代行入力といった職種横断的な業務
- －過去の通知等でタスク・シフト/シェア可能な業務として示された業務

職種に関わりなく特に推進するもの

※ []内に記載する数字は、別添2に職種別で示す「現行制度の下で実施可能な業務」の番号

説明と同意＜職種ごとの専門性に応じて実施＞	各種書類の下書き・仮作成＜職種ごとの専門性に応じて実施＞
看護師[7,22]診療放射線技師[1]臨床検査技師[4]薬剤師[6]理学療法士[1]作業療法士[1]言語聴覚士[1]医師事務作業補助者[4,5]看護補助者	臨床検査技師[2] 理学療法士[1] 作業療法士[1] 言語聴覚士[1] 医師事務作業補助者[2]
診察前の予診・問診＜職種ごとの専門性に応じて実施＞	患者の誘導＜誘導元/誘導先での処置内容に応じて役割分担＞
看護師[20] 医師事務作業補助者[3]	看護補助者 診療放射線技師[6] 臨床工学士[7] 救急救命士[2]

職種ごとに推進するもの

助産師	看護師
○ 助産師外来・院内助産（低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導）[1,2]	○ 特定行為（38行為21区分）[1] ○ 予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコルに沿って、医師が事前に指示した薬剤の投与、採血・検査の実施[2,3] ○ 救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や 事前に取り決めたプロトコルに基づき、血液検査オーダー入力・採血・検査の実施[4] ○ 画像下治療(IVR)/血管造影検査等各種検査・治療における介助[5] ○ 注射、ワクチン接種、静脈採血（静脈路からの採血を含む）、静脈路確保・抜去及び止血、末梢留置型中心静脈カテーテルの抜去及び止血、動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去及び止血[6,9,10~13] ○ 尿道カテーテル留置[18]
薬剤師	臨床検査技師
○ 手術室・病棟等における薬剤の払い出し、手術後残薬回収、薬剤の調製等、薬剤の管理に関する業務[1,2] ○ 事前に取り決めたプロトコルに沿って、処方された薬剤の変更[3] ＜投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格等＞ ○ 効果・副作用の発現状況や服薬状況の確認等を踏まえた服薬指導、処方提案、処方支援[5,7,8]	○ 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作[1] ＜超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等＞ ○ 病棟・外来における採血業務（血液培養を含む検体採取）[18]
診療放射線技師	医師事務作業補助者 ※※
○ 血管造影・画像下治療(IVR)における医師の指示の下、画像を得るためカテーテル及びガイドワイヤー等の位置を医師と協働して調整する操作[2] ○ 医師の事前指示に基づく、撮影部位の確認・追加撮影オーダー[8] ＜検査で認められた所見について、客観的な結果を確認し、医師に報告＞	○ 医師の具体的な指示の下、診療録等の代行入力[1]
臨床工学士	
○ 手術室、内視鏡室、心臓・血管カテーテル室等での清潔野における器械出し[1] ＜器材や診療材料等＞ ○ 医師の具体的な指示の下、全身麻酔装置の操作や人工心肺装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定等[2,8]	

※※ ここでの医師事務作業補助者とは、「医師の指示で事務作業の補助を行う業務に従事する者」を指し、診療報酬上の加算がとれているか否かは問わない。

タスクシフトとは「業務を他職種に移管し負担を軽減・共有すること」です。

タスクシフトで医師の業務の一部を看護師や薬剤師などに移管すると、医師の業務量や長時間の労働を抑える効果が期待できます。

さらに、看護師や薬剤師などのメディカル間で業務を移管したり共有できたりするケースもあります。

職種ごとに作業療法士は入っていない。

タスクシフト: 現行制度の下で実施可能とした業務について

＜看護師＞ 26項目

＜助産師＞ 2項目

＜薬剤師＞ 9項目

＜診療放射線技師＞ 10項目

＜臨床検査技師＞ 18項目

＜臨床工学士＞ 13項目

＜医師事務作業補助者＞ 6項目

現行制度の下で実施可能とした業務について＜理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士＞

＜理学療法士＞

No.	業務内容	医師側 団体※	主な診療科	主な場面	特に推進 するもの★
1	リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付 (リハビリテーション総合実施計画書、計画提供料に関わる書類、目標設定等支援・管理シート等) や 非侵襲的検査の定型的な検査説明	※	リハビリテーション科	リハビリ室	★

＜作業療法士＞

No.	業務内容	医師側 団体※	主な診療科	主な場面	特に推進 するもの★
1	リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付 (リハビリテーション総合実施計画書、計画提供料に関わる書類、目標設定等支援・管理シート等) や 非侵襲的検査の定型的な検査説明	※	リハビリテーション科	リハビリ室	★
2	作業療法を実施するにあたっての評価として行う運動、感覚、高次脳機能、ADL、IADL等に関する検査、 並びに生活状況（ADL、IADL、本人の趣味・興味・関心領域等）、療養上の課題の聞き取り、把握		リハビリテーション科	リハビリ室・病棟・ 医療機関外	

＜言語聴覚士＞

No.	業務内容	医師側 団体※	主な診療科	主な場面	特に推進 するもの★
1	リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付（リハビリテーション総合実施計画書、計画提供料に 関わる書類、目標設定等支援・管理シート等）や非侵襲的検査の定型的な検査説明	※	リハビリテーション科	リハビリ室	★
2	医師又は歯科医師のプロトコルに基づき侵襲性を伴わない嚥下検査を実施し、その検査結果について客観的に 解釈し、医師に報告（※6）		リハビリテーション科	リハビリ室、検査 室	
3	嚥下訓練・摂食機能療法において、患者の嚥下状態に応じた食物形態等の選択		リハビリテーション科	リハビリ室、検査 室	
4	高次脳機能障害（認知症含む）、失語症、言語発達障害、発達障害などの評価に必要な臨床心理・神経心理学 検査種目の提案、実施及び検査結果を解釈し、医師に報告		リハビリテーション科・ 神経内科・小児科	リハビリ室	

【留意事項】 ※6：患者の病状等の判断は医師が行う

＜視能訓練士＞

No.	業務内容	医師側 団体※	主な診療科	主な場面	特に推進 するもの★
1	白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置に手術前に視機能検査機器等で得た検査データ等を入力		眼科	手術室	
2	検診時の視機能検査の実施と評価、検診結果報告書の作成		眼科	外来・医療機関外	

表 1-6 作業療法士に医師からのタスク・シフト/シェアが可能な業務

①リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
リハビリテーションに関する各種書類については、作成責任は医師が負うこととされているものについても、医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む）することを条件に、作業療法士が書類に記載することや、当該書類について患者等への説明や交付を行うことは可能である
②作業療法を実施するにあたっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等
作業療法士が、作業療法（ADL・IADL 訓練、職業関連活動の訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、発達障害や高次脳障害等に対するリハビリテーション等）を実施するにあたって、医師との適切な連携の下で、生活状況（ADL、IADL、本人の趣味・興味・関心領域等）や生活上の課題を聞き取り等で把握するとともに、運動、感覚、高次脳機能、ADL、IADL 等に関する評価を病院または診療所および医療機関以外の患者の生活の場で行うことも可能である。作業療法士は、その結果を医師に報告する必要がある、その報告の結果に基づく患者の状態の診断については、医師が行う必要がある

（現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について、医政発 0930 第 16 号 令和 3 年 9 月 30 日より抜粋、原本は本会 HP に掲載、https://www.jaot.or.jp/files/news/covid19/mhlw_info/kourou-0930-1.pdf）

作業療法白書2021

法改正が可能であればボトックス注射はOTでも可能にならないか？

業務独占と名称独占

国家資格の分類

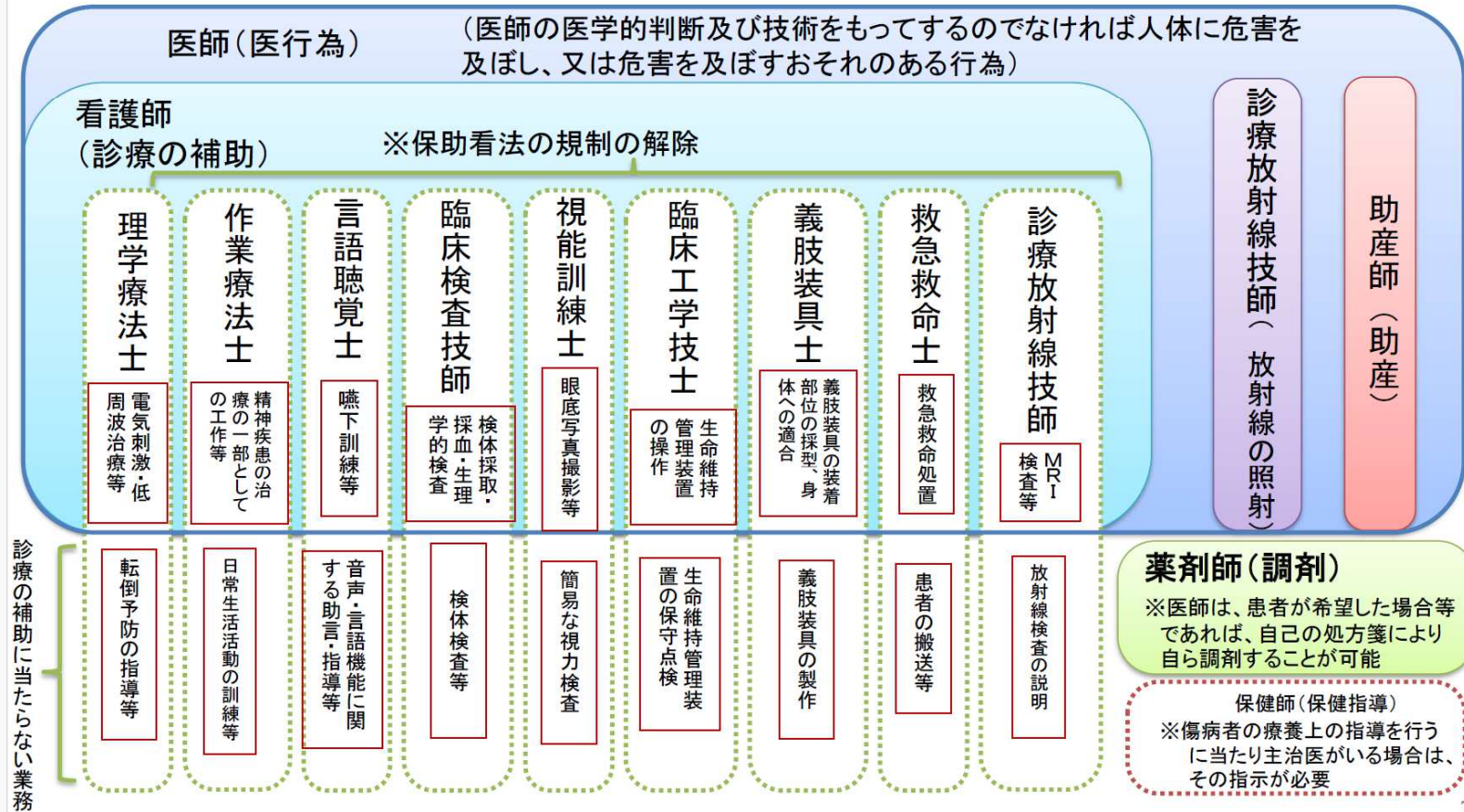
分類	概要	資格・職業の例
業務独占資格	資格を持つ者だけが、その仕事を独占して行える	医師、看護師、診療放射線技師、弁護士、公認会計士など
名称独占資格	資格を持つ者だけが、その名称を名乗ることができる	理学療法士、作業療法士、管理栄養士、保育士など
設置義務資格	特定の事業を行う際に、法律で設置を義務付けられている資格	旅行業務取扱管理者、職業訓練指導員、衛生管理者など
技能検定	特定の業務に必要な技能を評価する国家検定の資格	ファイナンシャルプランナー、機械加工、建築大工など

医療関連の業務独占資格

資格名	独占業務の範囲	根拠となる法律
医師	医業(医行為) ※看護業務・調剤業務・放射線照射業務は状況に応じて従事可能	医師法
歯科医師	歯科医業	歯科医師法
看護師	看護業務 ※傷病者や褥婦に対する療養上の世話、診療の補助・サポート	保健師助産師看護師法
助産師	助産または妊婦・褥婦・新生児の保健指導	
薬剤師	処方箋にもとづく調剤業務・服薬指導	薬剤師法
診療放射線技師	医師や歯科医師の指示のもとで行う人体への放射線照射	診療放射線技師法

診療の補助について（歯科領域を除く）

- 業務独占とされている職種は、医師、薬剤師、助産師、看護師及び診療放射線技師。
- 診療放射線技師とその他の医療関係職種については、看護師の業務独占を一部解除する形で、診療の補助の一部を実施することができる。
- 医師の指示の必要性の有無は医療関係職種の行う行為が診療の補助に該当するか否かによって決まることになり、当該行為が行われる場所とは関連がない。



秋田県医療保健福祉計画 令和6年3月より

5 理学療法士、作業療法士、視能訓練士及び言語聴覚士

○ 現 状 と 課 題 ○

◇ 令和2年10月1日現在、県内の病院に従事する理学療法士は438.5人、作業療法士は341.0人、視能訓練士は37.9人、言語聴覚士は85.8人となっており、理学療法士と言語聴覚士が、人口10万人当たりで全国平均を大きく下回っています。

表1 理学療法士、作業療法士、視能訓練士及び言語聴覚士の数 (単位：人)

区 分	秋 田 県		全 国 (人口10万対)	対全国平均 (%)
	常勤換算数	人口10万対		
理学療法士	438.5	45.7	67.0	68.2
作業療法士	341.0	35.5	37.9	93.7
視能訓練士	37.9	3.9	3.6	108.3
言語聴覚士	85.8	8.9	13.3	66.9

出典：厚生労働省「医療施設調査」(令和2年)病院の従事者数

64 病院、64 診療所及び251 高齢者施設を対象に県が行った需要状況調査の結果は、以下のとおりです。

表2 理学療法士、作業療法士、視能訓練士及び言語聴覚士の不足数（単位：人）

区 分	病院 (64)	診療所 (43)	高齢者施設 (168)	合 計 (275)
理学療法士	18	8	27	53
作業療法士	21	5	21	47
視能訓練士	4	7	1	12
言語聴覚士	20	1	12	33
合 計	63	21	61	145

※()は回答施設数

出典：県医療人材対策室調べ（令和5年9月1日現在）

○ 目指すべき方向 ○

- ◆ 少子高齢化が急速に進んでいる本県においては、リハビリテーション医療の必要性は高まっていることから、今後も理学療法士等の確保を図ります。
- ◆ 在宅医療の進展やリハビリテーション技術の進歩等に対応するため、理学療法士等の資質の向上を図ります。

○ 主要な施策 ○

- ◆ 理学療法士等養成施設の学生に対し、県内勤務を条件とした修学資金を貸与します。
- ◆ 他の医療職種と連携しながら、中高生に対して理学療法士等のリハビリテーション医療職種の仕事の魅力を伝える啓発事業を行います。
- ◆ 理学療法士等の増加を図るため、県内就業の促進につながるインセンティブを検討します。
- ◆ 理学療法士会等関係団体が行う各種研修事業の充実に努めます。

これからの作業療法、作業療法士
はどうなるか、どうあるべきか
(私見)

他職種（看護師、放射線技師、臨床検査技師、薬剤師等）と作業療法士の違い

看護師等の他職種はほぼすべての診療科に関わるが、
作業療法士が関わる診療科はまだ限定的である。

（リハ科、脳外科、神経内科、整形外科、精神科、循環器科、小児科）

施設では口腔ケアとして歯科医師、歯科衛生士の関わりが増えている。
言語聴覚士は耳鼻咽喉科、理学療法士は呼吸器科のニーズがある。

作業療法士が生活全般に関わる職種であるならば必要とされる診療科はもっとあっていいのでは？

検診等でも看護師、放射線技師は必ずいるし人間ドックでは臨床検査技師がエコーや肺機能検査に関わっている。

作業療法士は病気や障害になってからしか関わる機会がない職種なのか？

（MCIの早期発見、廃用予防、福祉用具の活用等、健康寿命の継続に関わることはできるはず）

県内の作業療法士の勤務先はは今後どうなるのか？

・**医療機関**は大きく増えることはないと思われる。定年退職者も少なく欠員補充的な採用もまだ少ない。むしろベッド数の削減による定員の減もあり得る。

クリニックは開業する医師によるところが大きいが増えるかも。(精神科、小児科に期待)

・**老健**、**特養**、**ショートステイ**、有料老人ホームなどは今後増える可能性が高い(ただし、老健のようにPT,OT,STが必置ではなく柔道整復師やあん摩マッサージ指圧師、看護職員の配置で補える。OTが求められる理由は？)

・**通所リハ**、**デイサービス**等の通所系のサービス(リハビリに特化したデイサービスが増えているがその内容は？？)

・訪問系はニーズもあり充足を期待したい。訪問看護ステーションからの訪問の見直し、減算の問題。

・福祉用具や福祉機器を扱う会社

・地域包括支援センター、保健所等、行政のOTが必要。健康寿命の延伸、最近だと5歳児検診等

・起業するOTが増えることを期待

・障害福祉サービス、就労支援、ハローワーク

・特別支援教育、保育園、小中学校等の教育機関

- ・作業療法士は器用貧乏である。
- ・そして他職種に比べるといまだ新参者である。

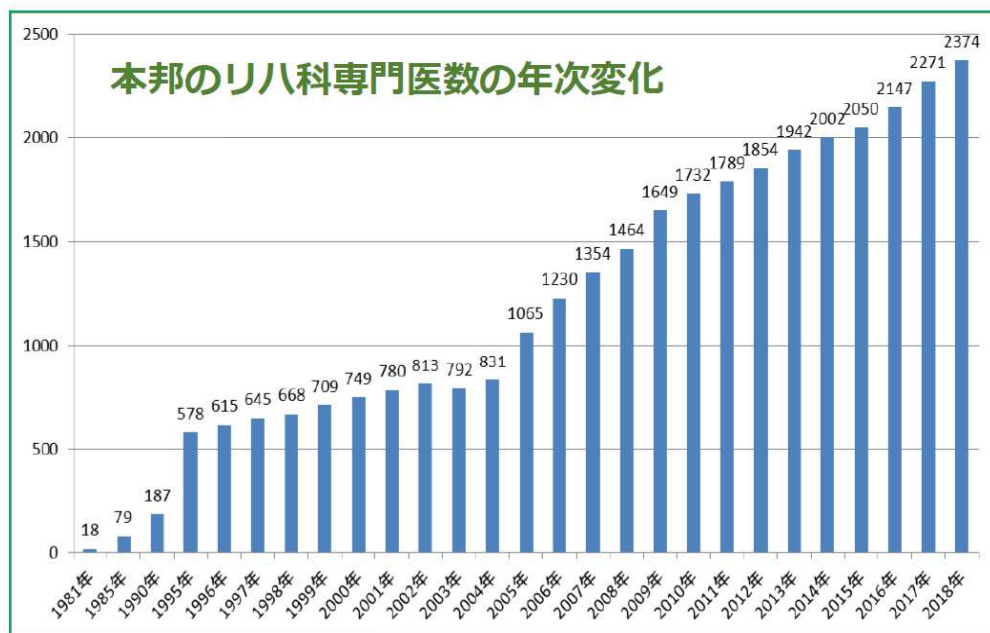
医療においては作業療法士を必要とする医師が増えること。

施設基準、必置義務に他職種を入れないこと

作業療法士にしかできない業務独占に近い仕事を持つこと

他職種からチームの一員として作業療法士が必要とされること

本邦におけるリハ科医師の現状



- 本邦におけるリハ医学の歴史は浅く、日本リハ医学会が創立されたのが1963年、リハ科専門医が生まれたのが1981年である。

■ 日本リハ医学会会員数：約11,000人

■ リハ科専門医数：約2,400人
(2021年3月現在)

■ 厚生労働省の試算によると、本邦で医師数が最も不足しているのは「救急医とリハ科医」とのことである。

令和4年12月31日現在における全国の届出「医師」343,275人

『医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について(通知)』
(2010年平成22年4月30日) 各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長

＜作業療法の範囲＞

- ・移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練 ADL＝日常生活活動
- ・家事、外出等のIADL訓練 IADL＝手段的日常生活活動
- ・作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・福祉用具の使用等に関する訓練
- ・退院後の住環境への適応訓練
- ・発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

作業療法士が必要とされる職業であるためには？

- ①作業療法士にしかできない武器を持つこと(診療報酬、配置基準を含めて)
協会や県士会に結束すること
後追いではなく、作業療法士にはかなわないと思われる分野、領域を確立すること。
- ②作業療法がもっと身近でなじみのある職業になること
- ③前述の＜作業療法の範囲＞を**確実に自分たちのものにすること(厚労省のお墨付き)**
 - ・移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練 ADL＝日常生活活動
 - ・家事、外出等のIADL訓練 IADL＝手段的日常生活活動
 - ・作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
 - ・福祉用具の使用等に関する訓練
 - ・退院後の住環境への適応訓練
 - ・発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション
- ④精神科領域の作業療法の充実と拡大
- ⑤一人一人が専門分野を持ち、**地域でネットワークを作ること**
- ⑤働き続けられる待遇を維持すること(診療報酬、介護報酬の維持、新設、**専門作業療法士の評価**)

作業療法士のイメージ



作業療法士と聞いただけでこのようなイメージが
浮かぶ職種になって欲しいと思います。

ご清聴ありがとうございました