

作業療法白書

2015



Japanese Association of Occupational Therapists

一般社団法人 日本作業療法士協会

白書発刊にあたって

(一社)日本作業療法士協会
会長 中村 春基

(一社)日本作業療法士協会(以下、協会)の白書は、1985年の協会20周年記念誌として発刊されたものが第一冊となります。それを契機に5年ごとに刊行してきました。

今回の白書は2011年から2015年の5年間の作業療法の姿をまとめたものですが、この5年間でさまざまな経験をしました。大きな経験としては次の3つが挙げられます。

その一つには、2011年3月11日に発災した東日本大震災の経験があります。多くの命が失われたうえに、5年の時間を経過した今でも、その復興は道半ばにあります。協会は発災直後から福島県、宮城県、岩手県の各県作業療法士会と連絡をとり、協働の体制で、協会ができる支援に取り組んできました。その際に、さまざまな形で支援をいただいた多くの会員の皆様に改めて感謝申し上げます。なお、協会としての支援は今後も継続していく事業として位置付けています。

次の大きな経験は、第16回世界作業療法士連盟大会(2014年6月18日～21日：パシフィコ横浜)の開催です。海外から約2,000名、国内から約4,000名の参加者による活発な学術交流が行えたこと、開会式には天皇皇后両陛下のご臨席をいただいたこと、などを含めて成功裏に終えることができました。日本の取り組みについては、2016年3月にコロンビアで開催された世界作業療法士連盟代表者会議においても高い評価をいただきました。それとともに、大会準備から終了までの間、多大なご協力をいただいた神奈川県士会、東京都士会、埼玉県士会、千葉県士会の皆様、チームジャパン、関係団体、協賛各社の皆様に心より御礼申し上げます。

今一つの大きな経験は、協会が2008年度から厚生労働省老人保健健康増進等事業の研究補助金を基盤に、国民に分かりやすく作業療法を伝えるための手段として「生活行為向上マネジメント(Management Tool of Daily Life Performance：以下MTDLP)」の枠組み作りに取り組み、成果を上げてきたことです。その一つとして、2013年9月26日に厚生労働省に設置された「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会(座長：大森彌東京大学名誉教授)」(以下、検討会)の場でMTDLPを説明することとなり、検討会からは2013年11月13日第114回社会保障審議会介護給付費分科会において「(仮)生活行為向上リハビリテーション」が提案され、2014年4月から新たな介護報酬項目の一つとして「生活行為向上リハビリテーション実施加算」として制度化されたことが挙げられます。この意義は、地域包括ケアシステムをはじめ、今後の医療、介護において「幹」となる「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律等に関する法律(医療介護総合確保推進法)」(2014年6月25日法律第83号)の趣旨に対し、作業療法が寄与する姿を実現することによってより一層高めることが出来ます。それにはMTDLPを道具とした士会と協会の協働を今後も力強く継続してゆく必要があります。

その他、世界全体の動きと連動した形でわが国も取り組みを進めていかなければならないこととして、「障害者権利条約」が2014年1月20日に批准されたことが挙げられます。ノーマライゼーションの考え方の下、インクルーシブ社会への大きな一歩となる出来事でした。これに先立ち「障害者差別解消法」が2013年6月に制定され、2016年4月から施行されました。合理的配慮など作業療法実践においても関連することが多くあります。

今回の白書で、このような経験をさせていただいた5年間の作業療法士の姿がどのようになっているか、会員一人ひとりの目で点検していただき、新たな5年間の歩みのために、ご意見をいただければと思います。

はじめに

作業療法白書は1985年以来5年ごとに発刊されており、今回で7冊目にあたる。5冊目作業療法白書2005までは、機関誌作業療法の特別号として、また(社)日本作業療法士協会の設立記念誌として位置づけられてきたが、6冊目の作業療法白書2010より学術誌とは独立した刊行物となった。作業療法のサービス提供や作業療法士の働く環境等に関しては、白書アンケートにて調査・集計した結果とともに(一社)日本作業療法士協会(以下、協会)として常時把握しているデータを合わせて提示する。また、2011年度から2015年度の協会活動を定款事業の項目に沿って報告する。今年度は協会設立50周年にもあたり、「日本作業療法士協会 五十年史」も刊行される。五十年史と合わせて白書をご覧いただき、会員はじめ関係機関に作業療法の現状や協会の活動について広く知っていただければ幸いである。

アンケート調査の対象は、1995年までは全協会会員、施設であったが、2000年より会員の勤務する全施設としており、今回も多くの施設のご協力を得ることが出来た。忙しい臨床業務の中で多くの項目にわたるアンケートに回答くださった施設代表の会員の皆様、またアンケート回収のためにご協力いただいた都道府県作業療法士会の関係諸氏に深く感謝申し上げる。アンケート実施中には会員の方々から様々なご意見、ご指摘を頂戴した。アンケートの不備についてはお詫び申し上げるとともに、いただいたご意見は次回の調査に生かしてゆきたい。

本白書では、前回までの内容を踏襲しながらも、諸事情を鑑みて調査項目やデータの提示方法、掲載内容等について変更した点があるので以下に記しておきたい。

- ・作業療法士の臨床活動に関する項目では、前回までであった一年間の実績を尋ねる問を削除し、定点調査(指定日の調査)のみとした。
- ・医療領域(身体障害)における65歳を境とした年齢区分による調査・集計を廃止した。対象者年齢は、一定の年齢区分ごとに調査日の対象者人数で把握することとした。
- ・病期別(急性期、回復期、生活期、終末期)、サービス種別(入院・入所、外来・通所、訪問)で作業療法の内容を問うこととした。これは様々な病期、サービス種別において必要とされる作業療法の姿をとらえて提示するためである。
- ・対象疾患、作業療法の目的、評価項目、作業療法の手段、診療報酬に加え、作業療法の指示内容や依頼内容、さらに回答者の考える「作業療法に特徴的な」評価項目と種目を尋ねることとした。これまでの調査では、身体障害領域および介護保険領域において運動機能や基本動作に関わる評価項目や手段が多く挙げられる傾向にあった。作業療法が運動機能障害に対応する必要がある現状を表していることと思うが、一方で臨床家が作業療法の特徴をどう考えているのかを問い、作業療法の専門性を示す一助とすることが目的である。
- ・精神科作業療法について、デイケアの内容は外来に含めて調査した。この適切性についてはご意見もいただいており、今回の検討材料の一つとしたい。
- ・アンケート結果は2010年白書の調査結果と比較できるよう、表に2010年データを併記した。ただし前項のように調査内容を変更したため、比較の困難な箇所は2015年のみのデータを示した。
- ・2010年調査より無回答が一定の割合を占める傾向にあったため、無回答を除いた数を全数と

する結果を提示することとした。

- ・ 詳細なアンケート結果をすべて白書の冊子に掲載することは困難である。集計結果は協会ホームページで公開予定であるので、興味のある方は参照いただきたい。

白書の主要項目と各項目の執筆責任担当部署及びアンケートの概要は以下の通りである。

執筆担当部署

1. わが国の作業療法（学術部、副会長、制度対策部保険対策委員会、制度対策部障害保健福祉対策委員会）
 2. 就業状況から見る作業療法（事務局統計情報委員会、事務局福利厚生委員会）
 3. 作業療法士の臨床活動（事務局企画調整委員会）
 4. 作業療法部門の管理・運営（事務局福利厚生委員会）
 5. 作業療法士の養成教育（教育部養成教育委員会）
 6. 作業療法士の生涯教育（教育部生涯教育委員会）
 7. 学術研究活動（学術部）
 8. 国際交流（WFOT代表、国際部）
 9. 作業療法の普及と振興（制度対策部、制度対策部生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会、制度対策部地域包括ケア推進委員会、制度対策部認知症の人の生活支援推進委員会、47都道府県委員会、広報部）
 10. 災害対策（災害対策室）
 11. （一社）日本作業療法士協会組織と運営（会長、事務局長、事務局次長）
- 資料（学術部、事務局、教育部、制度対策部、事務局統計情報委員会）

アンケート概要

- 【対 象】（一社）日本作業療法士協会正会員が勤務する全施設
- 【方 法】2015年9月に質問紙を郵送（12,217施設）、当初10月末日の締め切りを延長して11月末日回収打ち切り、回収数4,779（回収率39.10%）、回答施設の種類のページ表を参照
- 【調査対象期間】特に指定のない限り、2011年10月から2015年9月末日、臨床活動の基準日は2015年10月7日
- 【回 答 者】作業療法部門の代表者
- 【回 答 方 法】郵送もしくはインターネットによるオンライン回答
- 【調 査 内 容】①一般項目（施設種別、作業療法士の労働環境、作業療法部門の管理・運営、国際協力に関する設問など20問）②作業療法士の臨床活動（医療領域－身体障害・精神障害・発達障害それぞれ15問、介護保険領域15問、障害福祉領域16問、その他領域21問）計87問、詳しくは資料15白書アンケート及び資料を参照
- 【インターネット回答環境の整備・郵送データ入力・集計】有限会社 情報デザイン（矢板市上伊佐野709-22）に委託、集計データはエクセルで保管
- 【調 査 結 果】要約を本書に記載
- 【データ保存】（一社）日本作業療法士協会事務局で規定により保存

表a.アンケート回答施設（施設種類別）

n=4, 519 (全体) 複数回答	
	回答数 (%)
A. 医療系	2, 703 (59. 8)
病院	2, 352 (52. 0)
診療所	362 (8. 0)
認知症疾患医療センター	75 (1. 7)
B. 福祉系 身体障害者福祉法関連施設	18 (0. 4)
身体障害者更生援護施設	10 (0. 2)
身体障害者更生相談所	8 (0. 2)
C. 福祉系 児童福祉法関連施設	146 (3. 2)
児童福祉施設	145 (3. 2)
児童相談所	2 (0. 0)
D. 福祉系 精神保健福祉法関連施設	9 (0. 2)
精神保健福祉センター	6 (0. 1)
精神障害者社会復帰促進センター	3 (0. 1)
E. 福祉系 知的障害者福祉法関連施設	4 (0. 1)
知的障害者更生相談所	4 (0. 1)
F. 老人福祉法関連施設	273 (6. 0)
老人福祉施設	195 (4. 3)
有料老人ホーム	58 (1. 3)
老人憩いの家	0 (0. 0)
在宅介護支援センター	44 (1. 0)
高齢者総合相談センター	3 (0. 1)
G. 介護保険法関連施設	883 (19. 5)
地域包括支援センター	67 (1. 5)
介護老人保健施設	820 (18. 1)
老人訪問看護ステーション	41 (0. 9)
H. 障害者総合支援法関連施設	196 (4. 3)
指定障害者福祉サービス事業所	96 (2. 1)
指定障害者支援施設	74 (1. 6)
指定相談支援事業所	52 (1. 2)
指定地域活動支援センター	29 (0. 6)
指定福祉ホーム	1 (0. 0)
基幹相談支援センター	6 (0. 1)
I. その他の施設	890 (19. 7)
訪問看護ステーション	496 (11. 0)
特別支援学校	20 (0. 4)
養成校	152 (3. 4)
保健所等	66 (1. 5)
その他	181 (4. 0)
無回答	61 (1. 3)

(アンケート問1. の集計結果)

表b.アンケート回答施設（領域・対象障害別）

n=4, 520 (領域を選択した施設数合計) 複数回答*	
	回答数 (%)
医療 身体障害領域	2, 136 (47. 3)
医療 精神障害領域	659 (14. 6)
医療 発達障害領域	293 (6. 5)
介護保険関連 (老年期障害) 領域	1, 991 (44. 0)
障害福祉領域	286 (6. 3)
教育関連領域	64 (1. 4)
職業関連領域	27 (0. 6)
行政関連領域	108 (2. 4)
いずれにも該当しない領域	225 (5. 0)

*同一施設で複数領域・障害を対象としている場合がある。
(アンケート問21～87に回答した施設の集計結果)

白書刊行にあたって	1	3-4 障害福祉領域における作業療法	66
はじめに	2	3-5 教育関連領域（特別支援学校など）における 作業療法	73
目次	5	3-6 職業関連領域における作業療法	75
1 わが国の作業療法	7	3-7 行政機関における作業療法士	77
1-1 作業療法の理念と定義	7	3-8 その他の領域	79
1-1-1 作業療法の理念	7	3-9 作業療法士の自治体事業等への参画の実態	79
1-1-2 作業療法の定義	7	4 作業療法部門の管理・運営	82
1-2 作業療法をとりまく情勢	9	4-1 作業療法部門の管理・運営	82
1-2-1 障害者をめぐる世界の動き	9	4-1-1 人の管理	82
1-2-2 わが国の作業療法をとりまく動き	10	4-1-2 リスク管理	82
1-2-3 医療・保健・福祉・教育・労働の動向と 作業療法	11	4-2 臨床教育への協力	83
1-2-4 公的制度と作業療法	12	4-3 施設間連携	83
2 就業状況から見る作業療法	26	5 作業療法士の養成教育	84
2-1 作業療法士数の推移	26	5-1 養成教育制度	84
2-1-1 作業療法士数の年次推移	26	5-2 学生	85
2-1-2 都道府県別作業療法士数	26	5-2-1 新入生の状況	85
2-1-3 年齢・性別構成	26	5-2-2 卒業生の状況	85
2-2 作業療法士の就業状況	30	5-2-3 国家試験	86
2-2-1 開設者別会員数	30	5-3 指定規則と養成教育	86
2-2-2 関連法領域別会員数	30	5-4 臨床教育	87
2-2-3 勤務形態別会員数	33	5-4-1 作業療法の臨床教育	87
2-3 作業療法士の労働環境	33	5-4-2 臨床教育の方向	88
2-3-1 初年度の基本給、諸手当、賞与	33	5-5 教員の実状	88
2-3-2 育児休業および介護休業制度の利用実績	33	6 作業療法士の生涯教育	89
3 作業療法士の臨床活動	34	6-1 （一社）日本作業療法士協会の生涯教育制度	89
3-1 臨床活動の概況	34	6-1-1 生涯教育制度の変遷	89
3-1-1 対象施設の領域	34	6-1-2 現行の生涯教育制度の概要	91
3-1-2 対象者と対象疾患	34	6-1-3 生涯教育制度の運用実績	92
3-1-3 作業療法の形態	35	6-2 研修会	94
3-1-4 作業療法の指示（依頼）内容	35	6-3 学位取得等	98
3-1-5 作業療法の評価	36	7 学術研究活動	100
3-1-6 作業療法の目標	36	7-1 日本作業療法学会	100
3-1-7 作業療法の手段（種目）	36	7-2 学会演題区分・分類	101
3-1-8 行政関係領域における作業療法士	37	7-3 学術誌作業療法と Asian Journal of Occupational Therapy	102
3-2 医療領域における作業療法	37	7-4 事例報告登録制度	103
3-2-1 医療領域（身体障害領域）	38	7-5 課題研究助成制度	104
3-2-2 医療領域（精神障害）	44	7-6 作業療法マニュアル	105
3-2-3 医療領域（発達障害）	50	7-7 疾患別ガイドライン	105
3-3 介護保険領域における作業療法	57		

8 国際交流…………… 106

- 8-1 世界作業療法士連盟 (WFOT) …… 106
 - 8-1-1 世界作業療法士連盟の概略と活動 …… 109
 - 8-1-2 世界作業療法士連盟白書の中の日本 …… 110
 - 8-1-3 第16回世界作業療法士連盟大会
(WFOT2014) …… 111
- 8-2 国際交流活動 …… 111
 - 8-2-1 (一社) 日本作業療法士協会の国際交流活動… 111
 - 8-2-2 国際協力機構 (JICA) へ協力 …… 113
 - 8-2-3 作業療法実践の場における国際交流 …… 114
 - 8-2-4 国内外での就労・研修 …… 114

9 作業療法の普及と振興…………… 115

- 9-1 制度対策活動 …… 115
 - 9-1-1 要望書等の作成～関係省庁への提出の流れ～ 115
 - 9-1-2 これからの課題 …… 116
- 9-2 特設委員会の活動 …… 117
 - 9-2-1 生活行為向上マネジメント推進プロジェクト
特設委員会 …… 117
 - 9-2-2 地域包括ケアシステム推進委員会 …… 119
 - 9-2-3 認知症の人の生活支援推進委員会 …… 120
- 9-3 国内他団体との連携 …… 124
 - 9-3-1 都道府県作業療法士会との連携 …… 124
 - 9-3-2 関連団体との連携 …… 127
- 9-4 広報活動 …… 131

10 災害対策…………… 135

- 10-1 東日本大震災後の復興・復旧への協力 …… 135
 - 10-1-1 発災後の支援の取り組み…………… 135
 - 10-1-2 災害時支援を通した学び…………… 137
- 10-2 平時の活動 …… 137

11 (一社) 日本作業療法士協会組織と運営 …… 139

- 11-1 組織と財政 …… 139
 - 11-1-1 協会組織と運営…………… 139
 - 11-1-2 協会財政…………… 140
- 11-2 協会活動 …… 142
 - 11-2-1 「作業療法5ヵ年戦略(2008－2012)」,
「第二次作業療法5ヵ年戦略(2013－2017)」
と各年度の重点活動項目…………… 142
 - 11-2-2 受託研究…………… 143
 - 11-2-3 国の施策等への協力…………… 144
 - 11-2-4 倫理問題…………… 144
- 11-3 (一社) 日本作業療法士協会の今後の課題
－取り組むべき課題, 活動の方針－…………… 144

資 料…………… 147

- 資料1 作業療法の定義…………… 148
 - 資料2 (一社) 日本作業療法士協会組織図…………… 150
 - 資料3 作業療法士が勤務する施設の種類と対象疾患 151
 - 資料4 (1) 診療報酬の変遷(2012年～2014年) …… 154
(2) 介護報酬の変遷(2012年～2015年) …… 156
 - 資料5 作業療法士が勤務する施設に関わる
診療報酬項目と作業療法士の配置が
明記されている介護保険事業…………… 158
 - 資料6 障害福祉サービスの種類…………… 160
 - 資料7 作業療法士養成校一覧(2015年)…………… 161
 - 資料8 作業療法士国家試験問題における協会意見
と厚生労働省発表結果…………… 166
 - 資料9 要望書一覧(2011年～2015年)…………… 167
 - 資料10 大規模災害時支援活動基本指針…………… 175
 - 資料11 第二次作業療法5ヵ年戦略(抜粋)…………… 184
 - 資料12 (一社) 日本作業療法士協会重点活動項目 194
 - 資料13 他組織・団体等の協会代表委員名簿…………… 200
 - 資料14 作業療法関係年表(2011年～2015年) …… 208
 - 資料15 作業療法白書アンケート及びアンケート資料… 209
- あとがき

第1章 わが国の作業療法

1-1 作業療法の理念と定義

1-1-1 作業療法の理念

古来より作業がひとの健康に役立つことは知られていた。しかし、作業療法は、一般に18～19世紀ヨーロッパの道徳療法 (moral treatment) が起源とされている。アメリカに渡った道徳療法は南北戦争の影響もありやがて衰退したが、産業革命後には工業化された経済社会のなかで人間性の回復を求めるアーツアンドクラフツ運動が興り、その中から作業療法の創始者達が誕生した。二度の大戦により傷病者・障害者に対する機能回復訓練が求められ、医学的リハビリテーションとしての作業療法が急速に発展する素地となった¹⁾。作業療法が治療であることを主張する風潮にあって、ライリー (Mary Reilly, 1962) は創始者達の思想と歴史の中に作業療法の基本理念を見出し、「ひとは心と意志に賦活されて両手を使うとき、それによって自身を健康にすることができる」という仮説を立てた。ライリーは、ひとが環境を克服し、変更し、改善したいという基本的欲求をもつ存在で、これを守るのが作業療法であるとし、有能感、達成感、仕事と遊び、作業役割、作業遂行能力などをキーワードとする作業行動パラダイムを発展させた²⁾。この作業行動パラダイムは、作業療法の基本的な概念枠組みとして広く今日まで受け継がれている。

日本の作業療法は1900年以降に精神疾患、結核、肢体不自由児・者等を対象として始まり、欧米に倣いつつも国民皆保険の医療保険制度下で独自の発展を遂げてきた。1970年代頃より高齢化社会を迎え、生活障害をもつ人達のQOLが問われるようになり、2001年には国際障害分類 (ICIDH) が国際生活機能分類 (ICF) に改定され、対象者の「活動」と「参

加」を促進する作業療法の役割が重要視されるに至っている。

かつてライリーが指摘した作業療法の基本理念は、「人は作業を通して健康になることができる」、「作業療法は作業を通して人々の心身の健康や社会参加を促進する」という表現を用いて、現在検討中の(一社)日本作業療法士協会の作業療法の定義(案)(資料1)に受け継がれている。

1-1-2 作業療法の定義

わが国に国家資格をもつ作業療法士が誕生し50年が経過した。この間に作業療法の対象や社会から求められる役割は多様化し、医療、保健、福祉、教育、就労、行政等、作業療法士の活躍が期待される場は確実に拡大してきている。

しかし、現行の理学療法士及び作業療法士法(1965年)や協会が1985年に定めた作業療法の定義(資料1)では、「応用的動作能力又は社会適応能力の回復を図る」や「諸機能の回復・維持および開発を促す」という表現が医療領域における実践イメージと結びつきやすく、多様化する今日の作業療法の現状を、十分に表現しているとはいえない状況が生じている。作業療法の役割を包括的に表現するには定義を改定する必要がある。協会では作業療法の定義改定を第二次作業療法5カ年戦略の課題の一つに位置付け、現在、改定に向けた準備作業を進めている(2013年9月21日理事会承認)。

定義改定作業の経過を表1-1にまとめた。2013年に学術部内で海外の作業療法定義の調査・分析を開始し、諸外国とWFOTの作業療法定義の変遷を整理し、定義改定に関するパブリックコメントを会員から求めた。2014年には学術部内に「定義改定委員会」を設置し、草案を作成し理事会に提出するとともに、検討の経過を学術誌作業療法に報告した³⁾。2015年には協会の役職者と代議員を中心にWebアンケートを実施し、常務理事会にて草案(第2案)を検討・作成した。そして2016年4月の理事会にて資料1に示

す作業療法の定義文と説明文が承認された。

今後は2016年9月の第50回日本作業療法学会(札幌)と11月の第58回作業療法全国研修会(仙台)、2017年2月予定の第59回作業療法全国研修会(熊本)にて「作業療法の定義改定シンポジウム」を開催し、会員との意見交換を行う。なお、定義文の最終的な文言については、将来的な「理学療法士及び作業療法士法」の改正を視野に入れつつ、必要であれば表現を修正し、2017年5月の定時社員総会に諮る予定である。

表1-1 定義改定作業の経過

年度	経 過
2013	1. 学術部学術委員会内に「ワーキンググループ」設置 2. 世界各国の作業療法定義を調査 3. 定義改定に向けての会員からの意見募集(期間:2013年10月30日～2014年6月30日) 4. 理事会審議(9月21日第5回理事会:作業療法士協会の「作業療法の定義」改定の手順) [報告] ・学術委員会:協会の「作業療法の定義」改定に向けて(意見募集),日本作業療法士協会誌20:49,2013 ・学術委員会:協会の「作業療法の定義」改定に向けた意見募集について(依頼),協会ホームページ掲載
2014	1. 学術部学術委員会内に「定義改定委員会」設置 2. 有識者へのヒアリング実施 3. 定義改定委員会による草案検討会議(3月,5月,7月,9月開催) 4. 草案(第1案)作成 5. 理事会審議(10月18日/第6回理事会:草案報告と作業手順の確認;常務理事会の検討事項となる) 6. 学術誌「作業療法」にて経過報告 [報告] ・学術委員会:協会の「作業療法の定義」改定に向けて(意見募集),日本作業療法士協会誌23:6,2014 ・学術部報告:日本作業療法協会の「作業療法の定義」改定に向けた学術委員会における検討内容,作業療法33:94-102,2014
2015	1. 理事・代議員・有識者(n=269)を対象にwebアンケートにて意見募集(期間:2015年5月22日～7月15日) 2. webアンケートの分析 3. 常務理事会で検討(9月5日) 4. 理事会にて経過報告(9月20日/第5回理事会) 5. 常務理事会で検討(11月22日)(1月9日)(3月12日) 6. 草案(第2案)作成
2016	1. 4月理事会にて草案(第2案)を承認 2. 9月の第50回日本作業療法学会(札幌)にて「作業療法の定義改定シンポジウム」を開催(予定) 3. 11月の第58回作業療法全国研修会(仙台),2017年2月の59回作業療法全国研修会(熊本)にて「作業療法の定義改定シンポジウム」を開催(予定)
2017	1. 平成29年度定時社員総会にて承認(予定)

文献

- 1) 鎌倉矩子:作業療法の生い立ち,作業療法の世界(第2版),三輪書店,東京,2004,pp.6-33.
- 2) 鎌倉矩子:作業療法の前提概念,作業療法の世界(第2版),三輪書店,東京,2004,pp.120-123.
- 3) 学術部報告:日本作業療法士協会の「作業療法の定義」改定に向けた学術委員会における検討内容,作業療法33:94-102,2014.

1-2 作業療法をとりまく情勢

1-2-1 障害者をめぐる世界の動き

2011年から2015年の間にも障害者をめぐる世界の動きがあり、2012年5月には「第3次アジア太平洋障害者の十年」決議の採択

(2013～2022年)、2006年12月第61回国連総会本会議において採択された障害者権利条約について、2014年6月にはわが国も障害者権利条約締結国として第7回障害者権利条約締約国会議に初めて参加している。

参考までに、表1-2に外務省が公表している「障害者を巡る国際的な動き」を示した。

表1-2 障害者を巡る国際的な動き

年代	内 容
1950年	「身体障害者の社会リハビリテーション決議」採択(第11回国連経済社会理事会)
1969年	「社会的発展と開発に関する宣言」採択(第24回国連総会)
1971年	「知的障害者の権利宣言」採択(第26回国連総会)
1975年	「障害者の権利宣言」採択(第30回国連総会)
1976年	「国連障害者年(1981年)決議採択」(テーマ「完全参加と平等」)
1977年	「国連障害者年信託基金」設立
1979年	「国際障害者年行動計画」採択(第34回国連総会)
1981年	国際障害者年
1982年	「障害者に関する世界行動計画」 「障害者に関する世界行動計画の実施」 「国連障害者の十年」(1983年～1992年)の宣言採択(第37回国連総会)
1983年	「国連障害者の十年」開始年(～1992年)
1993年	「アジア太平洋障害者の十年」開始年(～2002年) 「障害者の機会均等化に関する標準規則」採択(第48回国連総会)
1999年	「米州障害者差別撤廃条約1」採択
2001年12月	「障害者の権利及び尊厳を保護・促進するための包括的・総合的な国際条約」決議案採択(第56回国連総会)
2002年7月	障害者の権利及び尊厳を保護・促進するための包括的・総合的な国際条約に関する国連総会臨時委員会(障害者権利条約アドホック委員会)第1回会合(ニューヨーク：以下NY)
2002年5月	「第2次アジア太平洋障害者の十年」決議の採択(2003～2012年)
2003年6月	障害者権利条約アドホック委員会第2回会合(NY)
2004年1月	障害者権利条約起草作業部会(NY)
2004年5月	障害者権利条約アドホック委員会第3回会合(NY)
2004年8月	障害者権利条約アドホック委員会第4回会合(NY)
2005年1月	障害者権利条約アドホック委員会第5回会合(NY)
2005年8月	障害者権利条約アドホック委員会第6回会合(NY)
2006年1月	障害者権利条約アドホック委員会第7回会合(NY)
2006年8月	障害者権利条約アドホック委員会第8回会合(NY)
2006年12月5日	障害者権利条約アドホック委員会第8回会合再開会期において採択(NY)
2006年12月13日	第61回国連総会本会議において障害者権利条約を採択(NY)
2007年3月30日	障害者権利条約を署名のために開放(NY)
2007年9月28日	日本が障害者権利条約に署名(NY)
2008年5月3日	障害者権利条約の効力発生
2008年10月31日～11月3日	第1回障害者権利条約締約国会議開催(NY)
2009年9月2日～4日	第2回障害者権利条約締約国会議開催(NY)
2010年9月1日～3日	第3回障害者権利条約締約国会議開催(NY)
2011年9月7日～9日	第4回障害者権利条約締約国会議開催(NY)
2012年5月	「第3次アジア太平洋障害者の十年(2013～2022年)」決議の採択(バンコク)
2012年9月12日～14日	第5回障害者権利条約締約国会議開催(NY)
2013年7月17日～19日	第6回障害者権利条約締約国会議開催(NY)
2013年9月23日	「障害と開発に関するハイレベル会合」の開催(NY)
2013年12月4日	日本で障害者権利条約締結の国会承認
2014年1月20日	日本が障害者権利条約を批准
2014年2月19日	日本について障害者権利条約が発効
2014年6月10日～12日	第7回障害者権利条約締約国会議開催(我が国は締約国として初めて参加)(NY)
2015年6月9日～11日	第8回障害者権利条約締約国会議開催(NY)

1) 北米・中米・南米諸国から成る米州機構(Organization of American States)の障害者差別撤廃条約(Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons with Disabilities)のこと。
(外務省HP http://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page22_000897.htmlより、一部改変)

1) 「第3次アジア太平洋障害者の十年」

(2013～2022年)

「アジア太平洋障害者の十年」(1993年～2002年)は、アジア太平洋地域において障害のある人々への理解を高め、当該地域内の国の障害者施策水準の向上を目指すために、1992年にわが国と中国が「アジア太平洋障害者の十年」を主唱し、国際連合アジア太平洋経済社会委員会(United Nations Economic and Commission for Asia and the Pacific: 以下ESCAP)総会において決議されたものである。さらに、2002年のESCAP総会において、わが国の主唱により「アジア太平洋障害者の十年」が10年延長されることとなり、「第2次アジア太平洋障害者の十年(2003～2012年)」が位置付けられた。その後、2012年5月のESCAP総会において、「第3次アジア太平洋障害者の十年(2013～2022年)」決議が採択され、同年11月には韓国の仁川で「第2次アジア太平洋障害者の十年最終レビュー・ハイレベル政府間会合」が開催され、「第3次アジア太平洋障害者の十年」の行動計画である「仁川(インチョン)戦略」が採択された。「仁川(インチョン)戦略」では、「貧困の削減と労働及び雇用見通しの改善」、「政治プロセス及び政策決定への参加促進」等障害者施策に関する10の目標、与えられた期間内に達成すべき27のターゲット及びその進捗状況を確認するための62の指標が設定されている。

2) 「障害のある人の権利に関する条約」(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

「障害のある人の権利に関する条約」は2006年12月第61回国連総会本会議において採択された、障害者の権利及び尊厳を保護、促進することなどを目的とした条約である。2008年に本条約の効力が発効し、2015年3月31日現在、締約国・地域・機関数は153となっている。

この条約では、障害者の尊厳、自律及び自立の尊重、無差別、社会への完全かつ効果的な参加及び包容等を一般原則とし、障害に基づくいかなる差別もなしに、全ての障害者のあらゆる人権及び基本的自由を完全に実現することを確保、促進するための措置を締約国がとること等を定めている。また、締約国がこの条約の実施を促進し、保護し、監視するための枠組みを維持し、強化し、指定し、又は設置すること、締約国が選出する委員から構成される障害者の権利に関する委員会を設置すること等について定めている。

本条約の成立までには、国連における1975年「障害者の権利宣言」採択(第30回国連総会)、1993年「障害者の機会均等化に関する標準規則」採択(第48回国連総会)、2001年「障害者の権利及び尊厳を保護・促進するための包括的・総合的な国際条約」決議案採択(第56回国連総会)という経過をたどっている。

わが国は、2007年9月に本条約に署名し、2014年1月に同条約を批准し、同年2月に発効した。

1-2-2 わが国の作業療法をとりまく動き

わが国の厚生労働行政年次報告である「厚生労働白書」の主題を見てみると、平成26(2014)年版が「健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～」、平成27(2015)年版が「人口減少社会を考える～希望の実現と安心して暮らせる社会を目指して～」となっている。この二つの主題を見れば、わが国の現状と喫緊の課題が高齢化社会と人口減少社会への対応を同時に迫られているのがわかる。総務省統計局が公表している2015年12月の確定値(<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.htm>)では、2015年12月1日現在で、総人口1億2,710万3千人で、前年同月に比べ13万4千人(0.11%)減少、0～14歳人口は1,607万9千人で、総人口に占める割合は12.7%、15～64歳人口は7,697

万9千人で、総人口に占める割合は60.6%、65歳以上人口は3,404万5千人で、総人口に占める割合は26.8%となっている。

このような状況はわが国の社会・経済へ大きな影響を及ぼすことになるが、状況の負の側面に対して「持続可能」という言葉が用いられることが多くなっており、2013年には「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が成立した(2013年12月5日成立、同13日公布・施行)。本法では、少子化対策、医療制度、公的介護保険、公的年金制度の4つの軸を掲げている。今後、如何に「持続可能」な姿を創り出せるかが課題となっているが、当然のことながら、その課題に対して作業療法(士)も寄与できることを示していく必要がある。

1-2-3 医療・保健・福祉・教育・労働の動向と作業療法

2011年から2015年の間において、わが国の医療・保健・福祉・教育・労働において重要な法律が成立している。基本、高齢者対応と障害者対応に係る新規法律の創設あるいは既存の法律の改正となっているが、高齢者対応では「地域包括ケアシステム」の実現に向けた関連事項の整備に収斂した形となっている。

この点は、わが国が直面する喫緊の課題であることから当然のことと言えるが、当協会としては「地域包括ケアシステム」を高齢者も含めて作業療法を必要とする子どもから高齢者に対応する体制として捉え、その考え方をもとに地域への具体的な貢献を示していくべきであろう。また、障害者対応については、「障害のある人の権利に関する条約」の署名、批准、発効の手続きを完了したことでの動きであるが、その具体化については全ての関連者が真摯に取り組む必要があり、作業療法士もその一員であることの認識を共有しておくことが求められる。

1) 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(2011年6月成立、2012年4月施行)

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築を具体化するための種々の改正となった。

以下、1から6がその柱となっている

1：医療と介護の連携の強化等

- ①医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進
- ②日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定
- ③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設
- ④保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする
- ⑤介護療養病床の廃止期限(平成24(2012)年3月末)を猶予(新たな指定は行わない)

2：介護人材の確保とサービスの質の向上

- ①介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする
- ②介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24(2012)年4月実施予定)を延期
- ③介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加
- ④公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施

3：高齢者の住まいの整備等(有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加)

4：認知症対策の推進

- ①市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進
- ②市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む

5：保険者による主体的な取組の推進

①介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保

②地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする

6：保険料の上昇の緩和（各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用）

2)「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」（「障害者虐待防止法」2011年6月成立、2012年10月施行）

虐待を受けた障害のある人に対する保護、養護者に対する支援など、障害者虐待の防止等に関する施策を促進するための法律である。

3)「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」（2012年6月20日成立、2013年4月施行、一部、2014年4月施行）

それまでの「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（「障害者総合支援法」）に名称変更するとともに、障害者の範囲に難病等が追加され、「障害程度区分」が「障害支援区分」に改められた。

4)「国等による障害者就労施設等からの物品等の調達推進等に関する法律」（「障害者優先調達推進法」2012年6月成立、2013年4月施行）

障害者就労施設等の受注の機会を確保し、障害者就労施設で就労する障害者、在宅就業障害者等の自立の促進を目的とした法律である。

5)「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律」（「障害者雇用促進法」2013年6月成立）

雇用分野における障害者に対する差別の禁

止と精神障害者を法定雇用率の算定基礎に加えること等の改正。本法に基づき2015年3月には「障害者差別禁止指針」と「合理的配慮指針」が策定されている。

6)「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（「障害者差別解消法」2013年6月成立）

すべての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向け、障害を理由とする差別の解消を推進することを目的とした法律。また、同法に基づく、政府における施策の基本的な方向などを示す「障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針」については2015年2月に閣議決定された。

7)「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」（2013年6月成立、2014年4月施行、一部、2016年4月施行）

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続き等の見直し等に関して改正された。

8)「難病の患者に対する医療等に関する法律」（2014年5月成立、2015年1月施行）

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づく措置として、難病の患者に対する医療費助成に関して、法定化によりその費用に消費税の収入を充てることができるようにするなど、公平かつ安定的な制度を確立するほか、基本方針の策定、調査及び研究の推進、療養生活環境整備事業の実施等の措置が定められた。

1-2-4 公的制度と作業療法

1) 医療保険制度における作業療法

医療保険制度で提供される検査や治療など

の技術、薬や材料等の対価として計算される費用を診療報酬という。その中で、医師の診察や入院にかかる費用等は基本診療料といい、検査や投薬、リハビリテーションにかかる費用等は特掲診療料という。診療報酬は、2年に1回改定されており、2011年以降は、2012年、2014年と改定が行われている。

なお、2016年度については本白書の範囲外ではあるが、大きな変化があったため記載

することとする。

(1) 身体障害分野の作業療法

身体障害分野のリハビリテーションは、2006（平成18）年度の診療報酬改定で療法別であった区分が疾患別となり、その後の改定では疾患別リハビリテーション料を基本として施設基準や報酬の適正化が図られてきている（表1-3）。疾患別リハビリテーション

表1-3 診療報酬改定の推移

改定年度	主な内容
1992（平成4）	・「総合リハビリテーション承認施設」基準導入
2000（平成12）	・「回復期リハビリテーション病棟入院料」基準導入
2002（平成14）	改定率 -2.7%、本体部分初のマイナス改定 -1.3% ・「複雑（40分）・簡単（15分）」の区分けから「個別・集団（1単位20分）」に変更
2004（平成16）	改定率 -1% ・「集団」のリハビリテーションにおける算定制限緩和
2006（平成18）	改定率 -3.16% ・「疾患別リハビリテーション料」基準導入：リハビリテーションにおける療法別区分を疾患別区分に変更しそれぞれに算定日数上限を設定
2007（平成19）	・「疾患別リハビリテーション医学管理料」基準導入 ・「リハビリテーションにおける通減制」導入
2008（平成20）	改定率 -0.82% ・「疾患別リハビリテーション料」見直し（一部引き下げ） ・「ADL加算」廃止 ・「疾患別リハビリテーション医学管理料」廃止 ・「リハビリテーションにおける通減制」廃止 ・「回復期リハビリテーション病棟入院料」質の評価導入：在宅復帰率や重症者受け入れ割合基準導入
2010（平成22）	改定率 +0.19% ・疾患別リハ料見直し、早期リハ加算引き上げ ・廃用症候群の評価新設、がん患者リハビリテーション料新設 ・回復期リハ病棟質の評価導入と入院料引き上げ ・亜急性期入院医療管理料基準緩和 ・呼吸ケアチーム加算新設
2012（平成24）	改定率 +0.004% ・早期リハビリテーション加算の見直し（2段階導入） ・外来リハビリテーション診療料新設 ・維持期リハビリテーション評価見直し ・介護保険のリハサービスへの移行期間延長（1か月→2か月） ・回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価
2014（平成26）	改定率 +0.1% ・心大血管疾患リハビリテーション料への作業療法士の職名追記 ・廃用症候群に対するリハビリテーションの評価の適正化 ・運動器リハビリテーション料Ⅰの評価の見直し（外来での算定追加） ・回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰ見直し（体制強化加算新設等） ・回復期リハビリテーション病棟入院料見直し（入院時訪問指導加算新設） ・地域包括ケア病棟入院料新設 ・ADL維持向上等体制加算新設
2016（平成28）	改定率 -0.84% ・回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価導入 ・ADL維持向上等体制加算施設基準見直し ・初期加算・早期加算算定要件見直し ・廃用症候群リハビリテーション料新設 ・生活機能に関するリハビリテーション実施場所拡充 ・リンパ浮腫複合的治療料新設 ・摂食機能療法の対象明確化

料は、1単位を20分以上とし、療法士1人あたりの訓練実施単位数は週108単位までとなっている。また、1日あたりの実施単位数も18単位を標準として24単位が上限となっている。

作業療法等、疾患別リハビリテーション料の実施は、急性期から回復期を経て地域生活移行後の外来通院や療養病床入院も含めた各期が対象となる。しかし、近年の制度改定においては、初期加算、早期加算といった発症から早期に関与する場合の加算や、各疾患別に発症からの期間等によって単位数の上限や標準的算定日数が設けられる等、短期間で地域生活移行を目指す制度整備がすすめられている。

(2) 精神障害分野の作業療法

精神障害分野におけるリハビリテーションは、精神科専門療法の一つとして精神科作業療法の基準が設けられている。精神科作業療法は、診療報酬導入以降身体障害分野ほどの大きな改定は実施されていない。また、現状においても診療報酬の中に「作業療法」の名称も残っている。近年では、精神障害に対する医療体制においても早期治療体制の充実や、入院期間の短期化を目指す改定がすすめられてきている。

精神科作業療法は、実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準としている。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外等、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能である。近年の改定においては、対象人数の見直し等、基準の適正化がすすめられており、2010（平成22）年度改定においても作業療法を行うためにふさわしい専用の施設における「専用」の解釈が追加され、代表的な諸活動について見直された。

入院料に関しては、急性期入院医療の充実を図るため手厚い看護体制の評価として13対1入院基本料の導入、10対1精神病棟入院基本料における平均在院日数の要件緩和と重

症者の入院割合による基準が導入された。

(3) 診療報酬改定について

① 平成24（2012）年度診療報酬改定

「社会保障・税一体改革成案」で示された2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定であった。重点課題は急性期医療を適切に提供していくという観点を踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減（救急等の推進、勤務体制の改善、外来の機能分化等）、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実（在宅医療の推進、看取り、訪問看護等）である。充実が求められる分野（緩和ケア、認知症治療等）を適切に評価していくこと、患者等から見て分かりやすく納得でき、安全・安心で生活の質にも配慮した医療を実現すること等を視点に改定された。

回復期リハビリテーション入院料において平成22年度から導入されていたアウトカム評価について、本改定においては、在宅復帰率、重症患者の受け入れ割合、ADLの改善割合等、更に厳しい基準の入院料Ⅰが新設となり、これまでの入院料Ⅰが入院料Ⅱとなった。また、疾患別リハビリテーション料においては、より早期からのリハ介入を評価する見直しとして、早期リハビリテーション加算について、初期加算との2段階評価が導入され、一方で外来リハビリテーションや維持期への関与は効率化が求められる見直しが行われた。

② 平成26（2014）年度診療報酬改定

社会保障・税一体改革では消費税率を引き上げ、その財源を活用して医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組み、2025年にむけて医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図ることとされている。これをふまえ、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等を重点課題と

して改定が行われた。入院医療は病期による機能の明確化、外来医療はかかりつけ医体制の推進、在宅医療は看取りを含めた医療を提供できる体制づくりの必要性が明示された。また、入院から在宅、歯科、薬局、看護、介護等のネットワークにおける円滑な移行や切れ目のない連携も求められた。

消費税8%への引き上げに伴う対応については、診療報酬とは別建ての高額投資対応は実施せず診療報酬改定により対応、即ち基本診療料・調剤基本料への上乗せを中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる対応、を基本とした。

この年の改定においては、疾患別リハビリテーション料導入以来、作業療法士の関与による算定が認められていなかった心大血管疾患リハビリテーション料において、作業療法士の職名が追記された。その他の改定として疾患別リハビリテーション料については、運動器リハビリテーション料が外来でも算定可能となった。回復期リハビリテーション入院料については、在宅復帰支援に対する充実した体制の評価として、体制強化加算、入院時訪問指導加算が新設された。また、地域包括ケア病棟入院料とADL維持向上等体制加算といった療法士の病棟配置が基準となる項目も新設された。

③ 平成28(2016)年度診療報酬改定

改定の基本的視点は、2025年にむけて地

域包括ケアシステムの推進と、病床の機能分化・連携を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること、「かかりつけ医等」の更なる推進と患者にとって安心・安全な医療を実現すること、重点的な対応が求められる医療分野を充実すること、効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めることである。

地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療の実現を目指し、改定された。

疾患別リハビリテーション料については、生活機能に関するリハビリテーション実施場所拡充が認められた。また、廃用症候群リハビリテーション料が新設され、初期加算、早期リハビリテーション加算の起算日が見直された。その他、療法士が関連するものとしては、リンパ浮腫複合的治療料新設、摂食機能療法の対象明確化が行われた。関連する入院料については、回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価導入として機能的自立度評価表(FIM)の改善が指標として導入された。その他はADL維持向上等体制加算において療法士の配置を複数とする見直しが行われた。

④ 近年の改定が意味するもの

近年の診療報酬改定では、少子高齢化により拡大する社会保障給付費の抑制と、医療機能の適正化とを合わせて医療費の効率化を図ることを目的に、支出抑制に向けた改定がすすめられている(図1-1)。2016年度の改定率は、診療報酬本体0.49%(医科0.56%、

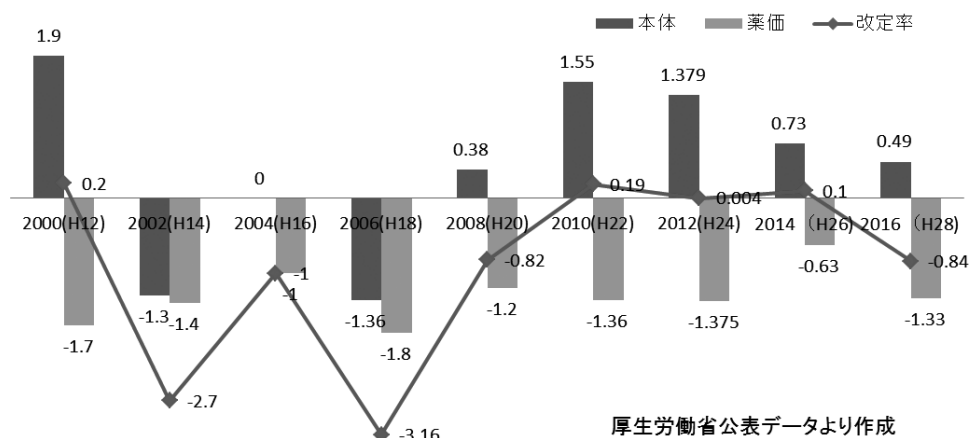


図1-1 診療報酬改定率の推移

歯科0.61%，調剤0.17％），薬価-1.33%であった。なお，リハビリテーションは医科に含まれている。

医療保険制度下のリハビリテーションに求められている役割は，身体障害分野や精神障害分野等を問わず，どの分野においても発症からの早期関与と短期間での地域生活移行支援の充実である。医療保険制度下では，地域生活移行後の再評価やその後の生活継続の支援には関与できないため，介護保険制度下の事業，行政主導の地域支援事業，障害者福祉制度等への療法士の配置や活動の拡大，促進とともに，各制度下の連携体制の構築も重要である。

2) 介護保険制度における作業療法

介護保険制度発足から16年が経過した。介護報酬においては，制度発足以降，3年に1回の報酬改定が行われている。2005（平成17）年に，初めて制度の見直しが行われ，現在は，第6期介護保険事業（平成27～29年度）の最中である。平成30年には3回目の介護保険法の見直し，介護報酬・診療報酬の同時改定という大きな転換期を迎えようとしている。

ここでは，2011年以降の介護保険制度を振り返るとともに，介護保険分野における作業療法士の現状と課題について整理する。

（1）介護報酬改定の流れとリハビリテーション関連加算の変遷

①平成24（2012）年度介護報酬改定

平成24年度の介護報酬改定は，地域包括ケアシステム構築の推進と平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応，診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携の強化などへの対応が求められた。また「社会保障・税一体改革成案」の実施に向け，「2025年のあるべき医療・介護の姿」を念頭に置き，介護職員の処遇改善の確保，賃金，物価の下落傾向，介護事業者の経営状況，地域包括ケアの推進等を踏まえ，全体で1.2%の介護報酬改定が行われた。

本改定は診療報酬との2回目の同時改定であり，居宅介護支援においては，医療との連携を強化する観点から，医療連携加算や退院・退所加算について，算定要件及び評価等の見直しが行われた。併せて，在宅患者緊急時カンファレンスに介護支援専門員（ケアマネジャー）が参加した場合に評価を行うこととなった。

具体的には，これまでの医療連携加算150単位が，入院時情報連携加算（Ⅰ）200単位／月と（Ⅱ）100単位／月に改められ，退院・

退所加算（Ⅰ）400単位／月と（Ⅱ）600単位／月が、退院・退所加算300単位として一本化され、入院期間中に3回まで算定可能となった。このほか、緊急時等居宅カンファレンス加算200単位／回が新設された。

訪問看護ステーションでは、理学療法士等による訪問看護について、時間区分毎の報酬や基準の見直しが行われた。1回あたり20分、316単位／回とし、1週間に6回が限度となった。また、1日に2回を超えて訪問する場合、1回につき所定単位数に90／100を乗じた単位数の算定となった。

一方、医療機関や介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションは、利用者の状況に応じた柔軟なサービス提供の観点から、リハビリテーションの指示を出す医師の診察頻度が緩和された。これまでは、指示を行う医師の診療日から1ヶ月以内だったところ、3ヶ月以内に改められた。

通所介護事業においては、サービス提供時間の実態を踏まえるとともに、家族介護者への支援（レスパイト）を促進する観点から、サービス提供の時間区分を見直すとともに12時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供を評価する仕組みとなった。そのため、通常規模型以上事業所の基本報酬について、看護業務と機能訓練業務の実態を踏まえた適正化が行われた。また、小規模型事業所の基本報酬について、通常規模型事業所との管理的経費の実態を踏まえて適正化が図られた。サービス提供の所要時間も6時間以上8時間未満から5時間以上7時間未満、7時間以上9時間未満の割り振りとなり、事業所は収益性と人員配置を再考することとなった。また利用者の自立支援を促す観点から、利用者個別の心身の状況を重視した生活機能向上を目的とした機能訓練を適正体制にて実施した場合には個別機能訓練加算（Ⅱ）50単位／日が新設された。この加算にて作業療法士の配置が促進され、職域の拡大につながることが期待されるが、通所リハビリテーションの

加算の単位とは依然大きな開きがある。

②平成27（2015）年度介護報酬改定

本年度の改定は、2025（平成37）年に向けて、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を実現していくため、平成26（2014）年介護保険法改正の趣旨を踏まえ、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化、介護人材確保対策の推進、サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築といった基本的な考え方にに基づき行われた。介護報酬は全体で－2.27%であり、実際の経営状態では－4%前後との予測も立てられた。しかし、作業療法の関連としては、生活行為向上マネジメントが、本改定におけるリハビリテーションの考え方や実践の参考にされたこともあり、作業療法士の活躍が期待されることとなった。

それらの期待のなかで、リハビリテーションにおいては「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持、向上を図るものでなければならず、それを満たしている訪問・通所リハビリテーション事業所については新設の加算が多く見られる。

訪問看護の一環としての訪問リハビリテーションと、訪問リハビリテーション事業所からの訪問リハビリテーションの内容に大きな違いがないことが指摘され、前者が318単位／回、後者が307単位／回だったものが、一律302単位／回となった。その中で、訪問リハビリテーションについてはリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）60単位／月、（Ⅱ）150単位／月が新設された。リハビリテーションマネジメント加算については、SPDCA（Survey・Plan・Do・Check・Action）サイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算でき、（Ⅱ）においては、利用者およびその家族、医師、リハビリテーション専門職、介護支援専門員、関係居宅サービス事業所等で構成されるリハビリテーション会議の開催

が要件となっている。

また社会参加が維持できるサービス等（通所系サービス、地域のサロン）へ移行するなど、質の高い訪問リハビリテーションを提供する体制が社会支援加算として評価され、17単位／日が算定可能となった。

通所介護事業においては軒並み基本報酬が4.4%～9.8%引き下げられた。そのため加算が幅広く充実し認知症加算60単位／日、中重度者ケア体制加算45単位／日、個別機能訓練加算Ⅰが46単位／日（＋4単位）、Ⅱが56単位／日（＋6単位）へと引き上げられた。これらの加算から通所介護の役割として中重度者への対応が求められていることがうかがえる。

通所リハビリテーションについては、3%～7.2%の基本報酬の増額となっている。訪問リハビリテーションと同様に、リハビリテーションマネジメント加算が新設され、（Ⅰ）は230単位／月、（Ⅱ）は、6ヵ月以内は1020単位／月、6ヵ月を超過した場合は700単位／月となった。（Ⅱ）においては、利用者およびその家族、医師、リハビリテーション専門職、介護支援専門員、関係居宅サービス事業所等で構成されるリハビリテーション会議の開催が要件となっている。

また、社会参加が維持できるサービス等（通所系サービス、地域のサロン）へ移行するなど、質の高い通所リハビリテーションを提供する体制が社会支援加算として評価され、12単位／日が算定可能となった。医療機関との連携も含め、短期集中個別リハビリテーション実施加算も、一律退院（所）時から3ヵ月以内に算定が可能となった。

さらに、生活行為向上リハビリテーション実施加算が新設され、ADL、IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションとして、居宅などの実際の生活場面での具体的な指導が可能となった。開始から3ヵ月以内は2,000単位／月、3ヵ月を超えて6ヵ月以内は1,000単位／月の算定

となり、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定が条件となっている。この加算には、作業療法士の活躍が大いに期待される。

（2）介護保険分野における作業療法士の現状と課題

① 利用者層の拡大

医療領域と介護領域における継ぎ目のない支援のあり方、特定疾患に対する介護保険領域でのリハビリテーション、地域での看取りの支援など、ますます多種多様なニーズが存在している。こうした幅広いニーズにも十分に対応できる作業療法士が求められている。

② 在宅生活支援の視点

施設サービスにおけるリハビリテーション実施加算については、在宅復帰と在宅復帰後の生活継続に資する関わりが求められている。また、在宅復帰後の生活を支える訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションでは、他（多）職種・他（多）事業所との連携を重視したマネジメントプロセスの理解と実践が求められている。報酬改定や制度改定が、リハビリテーションや作業療法士に何を求めているかを捉え、サービス事業所間の連携を図っていくことが重要である。

③ 通所系サービスの棲み分け

通所介護事業所を立ち上げる療法士が年々増加していることに伴い、リハビリ特化型の事業所も増加している。こうした背景もあり、利用者やその家族はもちろん、居宅介護支援専門員でも、通所リハビリテーションと通所介護の共通点・相違点の理解や、使い分けに苦慮する現状があった。しかしながら、平成27年の報酬改定において、機能や役割の違いが打ち出されたことを受け、それぞれの事業所が機能や役割について見直すきっかけとなっている。この機会に、自分の所属する事業所が、どういったニーズに応えることができるのかを、具体例を交えて、近隣の居宅支援事業所や地域包括支援センターはじめ、地域住民に発信していくことが求められている。

3) 障害福祉制度における作業療法

(1) 障害者制度改革と障害福祉サービス等報酬改定の概要

2011年7月、障害の有無によって分け隔てない共生社会の実現と、地域で自立した生活を営む権利、基本的人権を享受する個人としての尊厳を守り、保護の対象から権利の主体である障害者として認識を改め、医学モデルから社会モデルへの障害概念への転換に向けた改正障害者基本法が成立した。

一方、2006年4月に一部施行が始まった障害者自立支援法も障害者基本法の改正に呼応し、それまで三障害（身体障害・知的障害・精神障害）や年齢によって複雑に組み合わせられていた障害保健福祉サービスを一元化し、障害の種別や年齢の枠組みを超えた共通のルールのもとでサービスを受けられる仕組みに変わった。そして同法は2013年4月、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」と名称が変更され制定に至った。同法では障害支援区分が創設され、障害福祉サービス等の対象者として新たに難病等が追加されて障害者手帳等の所持の有無に拠らない支援を行えることになった。

また、2005年9月に署名していた障害者権利条約の批准に向け、2008年12月に障害者雇用促進法が一部改正され、2011年6月には障害者虐待防止法が成立した。さらに2012年6月には障害者優先調達推進法、2013年6月には改正精神保健福祉法、障害者差別解消法、改正障害者雇用促進法と関連法案の順次制定や見直しがなされた。そしてこれらの法整備や具体的な障害保健福祉施策を受け、2014年1月に障害者権利条約が批准（条約締結）された。

この条約締結によって、障害者の身体的自由や表現の自由等の権利、教育や労働等の権利が促進されることになり、またその実施状況を監視する仕組みの構築や国連への報告義務などの作業も盛り込まれ、障害福祉制度の

効果的な運用に風を送り込むことになった。

今後、2018年4月に改正予定の障害者総合支援法では、障害者が自ら望む地域生活と就労に対する支援の一層の充実や、高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直し、さらに障害児支援のニーズの多様さにきめ細かく対応できる仕組みやサービスの質の確保・向上を図るための環境整備を加えることになっている。

現在、20種類（資料6）の給付費で構成されている障害者総合支援法には、生活介護（リハビリテーション加算20単位／日）と自立訓練（機能訓練：リハビリテーション加算20単位／日）および医療型児童発達支援センターに理学療法士または作業療法士（機能訓練指導員でも可）（以下、作業療法士等）の配置基準がある。また相談支援事業の相談支援専門員の要件となる実務経験として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が明記されている。一方で、配置基準のない療養介護、自立訓練（生活訓練）、就労継続支援A・B型、就労移行支援、地域活動支援センターなどは、支援に作業を取り入れ運用していることが多く、これらの障害福祉サービスでも作業療法士の有効活用は期待でき、協会では厚生労働省への配置要望を続けている。

(2) 障害福祉制度における作業療法の現状と課題

障害保健福祉対策委員会では2008年から2015年まで（2013年は未実施）、障害福祉領域における作業療法士の配置促進と活動領域の確保等にかかる意見要望に役立てることを目的に、障害福祉サービスのうち、人員基準に作業療法士等の配置が明記されている生活介護及び自立訓練（機能訓練）について、その配置状況をWAM NET (Welfare And Medical Service Network System) から抽出、調査している。調査結果からは、生活介護事業所総数も作業療法士の配置事業所数も調査開始から7年間で3.5倍となっていることが分かる。しかし、全生活介護事業に対す

る作業療法士設置事業所の割合は5.8%前後と同じ割合で推移している(表1-4)。自立訓練(機能訓練)事業所においては、その総数も作業療法士を配置している事業所も、約1.5倍と緩やかな増加である(表1-5)。

2012年3月迄に実施された障害者自立支援法による旧体系から新体系への移行に伴い三障害一元化、日中活動と居住に係るサービスの分離、地域移行等の促進がなされ、生活介護事業所、自立訓練(機能訓練)事業所ともその数は年々増加しているが、この5年間で全事業所に占める作業療法士配置事業所の割合はほとんど変わっていない。2009年4月の障害福祉サービス費等報酬改定により「リハビリテーション加算」が新設され、作業療法士等の雇用拡大が期待されたが、実際の配置数はそれほど伸びていない。個別のアプローチに加算が設けられたことは評価でき

るが、雇用に係る人件費に対して加算の単価(20単位)が低いこともあり、作業療法士等の雇用拡大にはつながっていない。

協会では、2011年2月、都道府県知事、特別区・市町村の長に対し「介護認定審査会・障害程度区分認定審査会・介護保険審査会・障害者介護給付費等不服審査会における作業療法士の活用」を要望した。また、「障害福祉分野の作業療法」や「障害者就労支援」パンフレットの作成、「障害福祉領域作業療法実践者リスト」の都道府県作業療法士会への配信など、積極的に会員への周知や啓発も始めた。

同年3月に発生した東日本大震災被災者支援に際しても、JDDnet(日本発達障害ネットワーク)を通じた多職種支援活動に参画し関係機関との調整や被災現場での事業協力など社会貢献活動も行った。

表1-4 生活介護事業所におけるOT・PT配置施設数

	OT・PT両方配置	OTのみ配置	PTのみ配置	配置なし	計
2008年	66 (2.4%)	95 (3.4%)	189 (6.8%)	2,442 (87.5%)	2,792 (100%)
前年比	+30	+27	+90	+807	+954
2009年	96 (2.6%)	122 (3.3%)	279 (7.4%)	3,249 (86.7%)	3,746 (100%)
前年比	+27	+25	+80	+711	+843
2010年	123 (2.7%)	147 (3.2%)	359 (7.8%)	3,960 (86.3%)	4,589 (100%)
前年比	+22	+26	+135	+1,132	+1,315
2011年	145 (2.5%)	173 (2.9%)	494 (8.4%)	5,092 (86.2%)	5,904 (100%)
前年比	+73	+55	+169	+1,339	+1,636
2012年	218 (2.9%)	228 (3.0%)	663 (8.8%)	6,431 (85.3%)	7,540 (100%)
前年比	+27	+33	+84	+1,612	+1,756
2014年	245 (2.6%)	261 (2.8%)	747 (8.0%)	8,043 (86.6%)	9,296 (100%)
前年比	+8	+50	+33	+378	+469
2015年	253 (2.6%)	311 (3.2%)	780 (8.0%)	8,421 (86.2%)	9,765 (100%)

出典：2016.2 日本作業療法士協会制度対策部障害保健福祉対策委員会

2012年には保健福祉部が制度対策部として再編され、障害者総合支援法や児童福祉法、教育法等に対応する障害保健福祉対策委員会が設けられた。委員会では2013年に障害保健福祉領域の作業療法士による意見交換会を開始し、地域生活支援や就労支援に関する現場の声を拾い上げ、作業療法士のネットワークづくりを始めた。2014年からは、日本精神科看護協会等とともに「就労支援フォーラム」を開催し、障害者の社会参加を積極的に支援する事業に取り組んでいる。

今後は障害福祉に関する事例性と疾病性に関する研究や情報集積、作業療法士の関与によるより良い福祉社会の実現を目指した制度やシステムの構築を提言し、多職種協働や連携を踏まえた障害保健福祉の政策的課題に真摯に向き合うことが求められる。

4) 地域保健における作業療法

(1) 精神保健福祉法の概要と作業療法

精神科医療は、医療設備や人員等の体制を定めた医療法や診療報酬を得るための健康保険法などによってその運用が規定されている。また精神科医療は病識の無い対象者等に、強制的入院や行動制限（身体拘束、隔離等）を強いる場合もある。そこで患者の人権を擁護し、社会復帰や自立等を促すために、1998年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」が定められている。

2013年の精神保健福祉法改正では、精神障害者の地域生活への移行を促進するために、精神障害者の医療に関する指針を策定すること、保護者制度を廃止すること、医療保護入院における入院手続の見直し等が示された。特に保護者制度の廃止については、これまで精神障害者に治療を受けさせる義務等を保護

表1-5 自立訓練（機能訓練）事業所におけるOT・PT配置施設数

	OT・PT両方配置	OTのみ配置	PTのみ配置	配置なし	計
2008年	35 (11.5%)	17 (5.6%)	32 (10.5%)	220 (72.4%)	304 (100%)
前年比	+4	+3	-1	+38	+44
2009年	39 (11.2%)	20 (5.7%)	31 (8.9%)	258 (74.1%)	348 (100%)
前年比	±0	+7	+4	+21	+32
2010年	39 (10.3%)	27 (7.1%)	35 (9.2%)	279 (73.4%)	380 (100%)
前年比	+11	-8	+5	+7	+15
2011年	50 (12.7%)	19 (4.8%)	40 (10.1%)	286 (72.2%)	395 (100%)
前年比	+8	+1	+4	+29	+42
2012年	58 (13.3%)	20 (4.6%)	44 (10.1%)	315 (72.1%)	437 (100%)
前年比	-2	-1	+4	+23	+24
2014年	56 (12.2%)	19 (4.1%)	48 (10.4%)	338 (73.3%)	461 (100%)
前年比	+2	-1	+4	+29	+34
2015年	58 (11.7%)	18 (3.6%)	52 (10.5%)	367 (74.1%)	495 (100%)

出典：2016.2 日本作業療法士協会制度対策部障害保健福祉対策委員会

者として家族に課していたが、家族の高齢化に伴い負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定が削除された。

医療保護入院における保護者の同意要件も外され、家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人、該当者がいない場合等は市区町村長）のうちのいずれかの者の同意があれば医療保護入院が可能となった。さらに精神科病院の管理者には、医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う退院後生活環境相談員（精神保健福祉士または、保健師を含む看護職員、作業療法士、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を持つ者）の配置、地域援助事業者（入院患者本人や家族からの相談に応じ、必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携を図り、退院促進のための体制整備を義務付けた。

一方、精神科作業療法は1974年に精神科作業療法30点、精神科デイケア60点で診療報酬化され、現在では精神科作業療法220点、精神科デイケア小規模590点、精神科デイケア大規模700点まで改正が図られた。現在、精神科作業療法や精神科デイケアの役割は、症状の軽減や遷延化予防、回復期には可能な限り対象者の能力を引き出し、自己決定や自己選択の場面設定、そして維持期には対象者の生活環境や家庭環境を調整し、就労や就学も含めた生活の再構築を図ることである。近年、精神科領域では訪問看護ステーションや医療機関から退院前訪問や訪問看護・指導が展開され、対象者のより現実的な課題抽出や具体的な生活支援が行われるようになった。2014年には精神科重症患者早期集中支援管理料が診療報酬化され、作業療法士も支援チームの一員として位置づけられた。

精神保健福祉法の目的は、精神障害者の医療及び保護、精神障害者の社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加促進、精神疾患発生予防や国民の精神健康保持及び増進とされている。つまり精神科領域の作業療法では、

医療、保健、福祉すべての分野に精通することや多職種異業種との連携が不可欠である。

（2）母子保健施策と作業療法

① 母子保健施策の変遷

少子化に伴う母子保健の施策は、1994年12月に「今後の子育て支援の施策の基本的方向について（エンゼルプラン）」が国レベルで示されたことが始まりであり、これを受けて市区町村においても母子保健計画の策定が進められた。1999年12月には「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について（新エンゼルプラン）」が発表され、従来のエンゼルプランと緊急保育対策等5ヵ年事業が見直された。同年に国民運動として21世紀における国民健康づくり運動である「健康日本21」が策定され、2000年には21世紀の母子保健の主要な取り組みを提示するビジョン「健やか親子21」が策定され少子化に伴う母子保健計画の整備が推進されることになった。

また、2012年には、子ども・子育てに関わる制度が整備され、子ども・子育て関連3法が成立した。子どもにとって育ちの時期は重要で、出生前の母親支援から出生後の母子支援の充実と早期発見・早期支援につなげる健診事業が見直され体制整備も進められた。子どもを取り巻く環境は保健・医療・教育・福祉・労働等の領域間連携と子どもの年齢期に応じたライフステージの視点にそって住み慣れた地域で一貫した支援の継続性が求められる。

② 母子保健に関わる作業療法士

従来、作業療法士は乳幼児健診事業への介入実績があり、近年は子育て支援事業に関わる作業療法士も増えている。この背景には、発達障害者支援法の施行に伴う発達障害に対する啓発の促進と、地域における発達障害に対する関心の高まりがある。また、育児環境の変化に伴い、虐待やいじめの問題等、不登校をきっかけにひきこもりが原因で社会適応

が困難となる事例も増えている現状がある。

障害があるなしに関わらず子ども・子育ての支援は、子どもへの直接的な支援だけでなく、家族支援や地域支援等、子どもを取り巻く環境面に対する調整も重要な要素といえる。近年、育児不安や精神的ストレスが原因で子どもに対する虐待等に発展したり、母親だけでなく養育者等家族間で何らかの問題を抱えているケースもある。しかし、母親の健診事業や子育て支援事業への参加が自主性にまかせられており、理解や賛同が得られない場合は支援が困難なことがある。この場合は、保健師等の支援員が定期的な訪問をしたり、状況に応じて専門家として作業療法士が同行し支援につなぐことがある。

③ 作業療法士の介入例

(A) 乳幼児健診：子どもの身体的・精神的発達状況を定期的に見極め、子どもの障害の有無を発見するだけでなく母子支援の必要性の有無を協議し、早期発見を早期支援につなげる役割がある。また、保健師等と協議し地域の子育て支援事業やフォロー教室等への参加を促しながら必要に応じて医療・専門機関へ紹介する。

(B) 子育て支援事業等：地域によって異なるが子育て支援調整会やケース会議・実務者会議等に参加し関係機関や関連職種と情報共有を行いながら、子どもに関わる地域の支援体制整備や支援について協議する場に参加する。また、親子を対象とした育ちの教室や遊びの教室等へ参加し、活動を通してどのような関わりや支援が必要か多職種と連携し対応する。子ども達への支援の場合は、児童館や学童保育等徐々に増えてきており、そこに関わる支援員等からも相談を受ける。

④ 今後

地域においては、子どもの時から自分のことを理解している人が身近にいることは、子どもだけでなく家族にとっても安心できる環境である。地域において安心して生活ができ

る環境が整っていることは重要で、地域において一貫性のある継続的な支援が保障される体制整備は今後の課題でもある。保健・医療・教育・福祉・労働等に関わり、支援ができる作業療法士は地域においても重要な存在になれる。

5) 学校教育制度における作業療法

(1) 学校教育制度の変化

2007年4月、学校教育法の一部改正により、従来の特殊教育から特別支援教育に変わり、学校教育現場に特別支援教育制度が導入された。また、この年の4月1日、文部科学省初等中等教育局長から特別支援教育の推進についての通達文が提示された。2012年7月には中央教育審議会初等中等教育分科会（中教審初中分科会）で障害者権利条例によるインクルーシブ教育システムの理念が導入された。これは、ひとりひとりに応じた指導や支援に加え、障害のある者となない者が可能な限り共に学ぶ仕組みのもとに行われるものである。これからは、学校教育現場においてインクルーシブ教育システム構築のために特別支援教育が推進されることになる。

特別支援教育制度導入後10年が経過し、学校教育の環境が変わりつつある。さらに、教育と医療、教育と福祉の連携が推進され、今後、連携が強化されることで相互交流や情報共有が必要となってくる。現在、個々に応じた支援は、個別的教育支援計画や個別の指導計画の作成がなされている。しかし、作成については義務化されておらず、また、小中学校や高等学校間での情報共有は学校独自の判断であるため、一貫性と継続性のある支援の提供ができていないのが現状である。

現在、文部科学省では、小中学校や高等学校へ引き継ぐことができる仕組みや、情報共有ができる個別カルテ（仮称）を検討している。導入が実現すれば、今以上に外部との連携や多職種の専門性を問われることになる。これからも学校現場に介入できる機会は小学

校・中学校・高等学校と増えることが予測される。個人としての関わりも重要だが、組織や団体としての関係を構築することが作業療法士の継続的な介入を可能とする。また、作業療法士の専門性を提示し、有効に活用して実践を積み上げることで、将来的に新たな制度や仕組みに職名が記載されるよう働きかけていく必要がある。

(2) 特別支援教育の対象

文部科学省初等中等教育局特別支援教育課が発表した特別支援教育の対象概念図(2014年5月1日現在)によると、義務教育段階の全児童生徒数は1,019万人であり、少子化の影響で年々減少傾向にある。しかし、在籍児童生徒数に対して、特別支援学校約6万9千人・特別支援学級約18万7千人・通常の学級で通級による指導を受けている約8万4千人、全体で約34万人と、特別支援教育において作業療法の対象となりうる児童生徒は年々増加傾向にある。調査対象は、義務教育である小・中学校が中心ではあるが、これから高等学校や大学においても支援が実施されることになり、さらに増加することが予測される。

一方、文部科学省が2012年2月から3月に全国(岩手、宮城、福島を除く)の公立小・中学校に対して行った「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育支援を必要とする児童生徒に関する調査」(平成24年12月公表)の報告によると、①知的発達の遅れがないものの学習面又は行動面で著しく困難を示す児童生徒は6.5%、②著しく困難を示すとされた児童生徒のうち、現在いずれかの支援がなされている割合は55.1%、③校内委員会において、特別な教育的支援が必要と判断された児童生徒のうち、現在いずれかの支援がなされている割合は92.2%であった。なお、「いずれかの支援がなされている」とは、通級による指導や個別的教育支援計画作成等の支援のうち、い

れか一つでも実施している場合である。また、これは担任教員による記入に基づくものであり、医学的な診断に基づく結果ではない。

(3) 作業療法士の介入

特別支援教育制度が導入された当初作業療法士は、特別支援教育連携協議会への委員派遣や外部専門家として、巡回相談員や専門家チームの一員として学校教育制度を見据えた関わりを持つことになった。京都府作業療法士会・大阪府作業療法士会では地域特性を生かした学校現場との連携、神奈川県においては特別免許状による特別支援学校への作業療法士配置、教育委員会への作業療法士の採用等、様々な取り組みが見られた。背景には、特別支援教育ネットワーク推進委員会(文部科学省)と全国の特別支援教育担当者会議においてリハビリテーション専門職(作業療法士・理学療法士・言語聴覚士)が医療・教育の連携について個々の専門性を提示する機会を得たことである。これを契機に、文部科学省より、2013年4月から3年間の事業として「特別支援学校機能強化モデル事業(特別支援学校のセンター的機能充実事業)」に外部専門家として介入依頼を受けることになり、都道府県教育委員会と作業療法士会との連携が実現し組織的な介入が可能となった。

特別支援教育に関わる作業療法士は作業療法の特性を生かし、学校環境や教育構造を理解し学校と連携して個別の支援について具体的に提示しクラス担任の教員と協力していく必要がある。また、障害者差別解消法の施行に伴い、障害特性に応じた対応も求められる。

(4) 質を担保した人材育成

学校教育現場に介入できる作業療法士には、作業療法に関わる知識や技術のみならず、教員とのコミュニケーション能力、マネジメント能力が求められ、教育関連の制度についての理解も必要とされる。

人材育成に関して、①作業療法マニュアル

の改正②人材育成研修の開催③各都道府県作業療法士会との連携④地域特性を活かした体制作り等，関連する情報をより強く，より幅広く発信していく必要がある。

発達障害者支援法施行10年を迎え，2016年，発達障害者支援法の改正法案が可決される予定である。特別支援教育に関わる作業療法士は，この法律に加え障害者差別解消法・障害者雇用促進法・障害者総合支援法・児童

福祉法等についても理解しておく必要がある。

現在，学習指導要領の改正によって個別カルテ（仮称）が検討されている。その意味は，小学校から中学校へ，さらには高等学校から大学等への連携が強化され，特別な支援が必要な子どもたちの就労や社会参加を促進することにある。

第2章 就業状況から見る作業療法

2-1 及び 2-2 では機関誌「日本作業療法士協会誌」（2012年度より前は学術誌「作業療法」に掲載）に毎年1回掲載している日本作業療法士協会会員統計資料を基に、作業療法士の動向の年次経過を示す。施設分類方法の詳細については資料3を参照いただきたい。2-3 では白書アンケートに基づいた作業療法士の労働環境に関するデータを示す。

2-1 作業療法士数の推移

2-1-1 作業療法士数の年次推移

2011年度の有資格者は57,233人、2015年度は74,815人であり、5年間で17,582人増加している。これは1年当たり約3,500人の増加となっている。協会員組織率は2011年の78.6%以降も減少傾向にあり、2015年度には69.7%となっている（表2-1）。

2-1-2 都道府県別作業療法士数

都道府県別での協会会員数は、2015年度では会員数52,154人のうち海外と非有効データを除いた会員数は51,848人であり、最も会員数の多い福岡県では3,167人、少ない和歌山県で400人、一都道府県当たりの作業療法士（会員）数の平均は1103.1人である（表2-2）。2005年白書では551.0人、2010年白書では888.9人であり、10年間で倍増している。

2-1-3 年齢・性別構成

会員の年齢・性別構成を表2-3に示す。以下、比較のために（ ）内に2011年度数値を示す。男女含めての年齢層別では、2015年度は21歳から30歳が42.0%（49.0%）、31歳から40歳が39.0%（37.0%）、41歳から50歳が14.4%（11.1%）、51歳から60

歳が3.93%（2.35%）、61歳以上が0.67%（0.56%）となっている。性別構成では2015年度は男性36.8%（34.6%）、女性63.2%（65.4%）である。

表2-1 作業療法士有資格数と協会会員数の年次推移

年度	有資格者数	協会員数	組織率
1966	22	18	81.8%
1967	72	54	75.0%
1968	132	103	78.0%
1969	222	150	67.6%
1970	311	200	64.3%
1971	360	263	73.1%
1972	400	296	74.0%
1973	437	323	73.9%
1974	517	357	69.1%
1975	569	383	67.3%
1976	632	427	67.6%
1977	713	487	68.3%
1978	788	555	70.4%
1979	868	625	72.0%
1980	991	752	75.9%
1981	1,101	842	76.5%
1982	1,268	994	78.4%
1983	1,458	1,022	70.1%
1984	1,763	1,167	66.2%
1985	2,154	1,386	64.3%
1986	2,595	2,046	78.8%
1987	3,020	2,414	79.9%
1988	3,539	2,870	81.1%
1989	4,095	3,387	82.7%
1990	4,706	3,909	83.1%
1991	5,301	4,391	82.8%
1992	5,841	4,901	83.9%
1993	6,415	5,490	85.6%
1994	7,042	6,019	85.5%
1995	7,722	6,636	85.9%
1996	8,762	7,488	85.5%
1997	9,822	8,469	86.2%
1998	11,049	9,570	86.6%
1999	12,640	11,016	87.2%
2000	14,894	13,061	87.7%
2001	17,243	15,193	88.1%
2002	19,830	17,458	88.0%
2003	22,769	20,051	88.1%
2004	26,083	23,151	88.8%
2005	29,525	26,131	88.5%
2006	33,710	29,532	87.6%
2007	38,110	32,948	86.5%
2008	42,369	35,961	84.9%
2009	47,776	39,241	82.1%
2010	53,094	42,348	79.8%
2011	57,233	44,958	78.6%
2012	61,870	46,092	74.5%
2013	65,950	48,008	72.8%
2014	70,690	49,841	70.5%
2015	74,815	52,154	69.7%

※1966-1992年度はOT協会事務局資料より。

※1993-2015年度はOT協会会員統計資料の数値。

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
茨 城	249	571	820	29.7	27.6	191	345	713	1,058	29.1	36.4	238
栃 木	191	341	532	20.1	26.5	146	283	447	730	19.7	37.1	173
群 馬	205	463	668	20.1	33.2	163	275	541	816	19.7	41.4	195
埼 玉	433	892	1,325	71.9	18.4	333	560	1,074	1,634	72.6	22.5	383
千 葉	393	926	1,319	62.2	21.2	331	521	1,084	1,605	62.2	25.8	411
東 京	686	1,798	2,484	131.6	18.9	721	1,003	2,047	3,050	135.1	22.6	846
神奈川	554	1,324	1,878	90.5	20.8	456	724	1,530	2,254	91.2	24.7	561
新 潟	229	579	808	23.7	34.1	230	277	668	945	23	41.1	272
富 山	93	345	438	10.9	40.2	138	141	410	551	10.6	52.0	155
石 川	166	418	584	11.7	49.9	165	223	504	727	11.5	63.2	196
福 井	109	265	374	8.1	46.2	104	148	332	480	7.8	61.5	125
山 梨	186	267	453	8.6	52.7	73	256	337	593	8.3	71.4	99
長 野	301	715	1,016	21.5	47.3	221	427	905	1,332	20.9	63.7	269
岐 阜	177	314	491	20.8	23.6	146	229	390	619	20.3	30.5	164
静 岡	412	833	1,245	37.7	33.0	297	548	997	1,545	37	41.8	355
愛 知	533	1,288	1,821	74.1	24.6	419	706	1,449	2,155	74.8	28.8	500
三 重	182	331	513	18.5	27.7	143	220	391	611	18.1	33.8	161
滋 賀	129	229	358	14.1	25.4	85	170	288	458	14.1	32.5	100
京 都	260	562	822	26.4	31.1	208	339	641	980	26.1	37.5	245
大 阪	817	1,427	2,244	88.6	25.3	576	1,011	1,683	2,694	88.3	30.5	680
兵 庫	572	1,112	1,684	55.9	30.1	420	817	1,415	2,232	55.3	40.4	543
奈 良	159	231	390	14.0	27.9	80	221	297	518	13.6	38.1	109
和歌山	147	168	315	10.0	31.5	89	194	206	400	9.6	41.7	116
鳥 取	130	237	367	5.9	62.2	82	178	297	475	5.7	83.3	99
鳥 根	121	238	359	7.2	49.9	102	160	286	446	6.9	64.6	122
岡 山	326	625	951	19.4	49.0	230	456	764	1,220	19.2	63.5	269
広 島	335	795	1,130	28.6	39.5	330	473	899	1,372	28.4	48.3	379
山 口	314	519	833	14.5	57.4	186	417	609	1,026	14	73.3	216
徳 島	177	297	474	7.9	60.0	128	254	324	578	7.5	77.1	148
香 川	154	308	462	10.0	46.2	121	227	389	616	9.7	63.5	156
愛 媛	325	489	814	14.3	56.9	202	414	523	937	13.8	67.9	233
高 知	192	339	531	7.6	69.9	113	261	446	707	7.2	98.2	135
福 岡	989	1,745	2,734	50.7	53.9	573	1,260	1,907	3,167	51	62.1	695
佐 賀	172	257	429	8.5	50.5	107	235	322	557	8.3	67.1	131
長 崎	292	443	735	14.3	51.4	183	391	567	958	13.7	69.9	214
熊 本	340	584	924	18.2	50.8	242	506	829	1,335	17.8	75.0	296
大 分	257	405	662	12.0	55.2	168	327	446	773	11.6	66.6	205
宮 崎	177	257	434	11.4	38.1	125	252	339	591	11	53.7	180
鹿児島	432	579	1,011	17.1	59.1	254	568	661	1,229	16.4	74.9	298
沖 縄	268	377	645	13.9	46.4	126	343	412	755	14.3	52.8	155
海 外	3	18	21			—	0	19	19			—
非有効 データ	130	421	551			99	88	199	287			74
合計・平均	14,339	28,009	42,348	1280.6	33.1	10,613	19,193	32,961	52,154	1268.7	41.1	12,702

※人口推計は総務省調査データによる。万単位未満は四捨五入してあるので、合計の数字と内訳の計は必ずしも一致しない。

※会員数および施設数は各年度 OT 協会会員統計資料による。

表 2-3 作業療法士の年齢層別・性別人数

年齢	2010 年度				2011 年度				2012 年度				2013 年度				2014 年度				2015 年度			
	男性 (33.73%)	女性 (66.27%)	全体	年齢層別 割合	男性 (34.60%)	女性 (65.40%)	全体	年齢層別 割合	男性 (35.27%)	女性 (64.73%)	全体	年齢層別 割合	男性 (35.80%)	女性 (64.20%)	全体	年齢層別 割合	男性 (36.26%)	女性 (63.74%)	全体	年齢層別 割合	男性 (36.78%)	女性 (63.22%)	全体	年齢層別 割合
21～25 歳	2,954	5,957	8,911	21.3%	2,858	5,718	8,576	19.3%	2,602	5,498	8,101	17.7%	2,276	5,071	7,348	15.4%	2,061	4,948	7,009	14.1%	2,229	5,092	7,321	14.1%
26～30 歳	3,646	8,778	12,424	29.7%	4,220	8,992	13,212	29.7%	4,695	8,924	13,619	29.8%	5,177	9,136	14,313	30.0%	5,553	9,094	14,647	29.5%	5,540	8,997	14,537	27.9%
31～35 歳	3,468	6,223	9,691	23.1%	3,572	6,739	10,311	23.2%	3,552	6,831	10,383	22.7%	3,660	7,067	10,727	22.5%	3,705	7,228	10,933	22.0%	4,000	7,336	11,336	21.8%
36～40 歳	1,960	3,332	5,292	12.6%	2,393	3,739	6,132	13.8%	2,675	4,065	6,740	14.7%	2,987	4,451	7,438	15.6%	3,290	4,979	8,269	16.6%	3,524	5,424	8,948	17.2%
41～45 歳	996	1,818	2,814	6.72%	1,108	1,971	3,079	6.92%	1,264	2,121	3,385	7.40%	1,448	2,402	3,850	8.07%	1,671	2,658	4,329	8.71%	1,931	2,993	4,924	9.46%
46～50 歳	618	1,021	1,639	3.91%	675	1,197	1,872	4.21%	705	1,338	2,043	4.47%	776	1,468	2,244	4.71%	871	1,554	2,425	4.88%	942	1,637	2,579	4.96%
51～55 歳	274	345	619	1.48%	327	397	724	1.63%	374	477	851	1.86%	440	624	1,064	2.23%	507	780	1,287	2.59%	574	943	1,517	2.92%
56～60 歳	143	159	302	0.72%	137	182	319	0.72%	161	194	355	0.78%	187	217	404	0.85%	216	251	467	0.94%	241	286	527	1.01%
61～65 歳	41	79	120	0.29%	69	91	160	0.36%	78	99	177	0.39%	86	100	186	0.39%	100	102	202	0.41%	110	106	216	0.42%
66～70 歳	15	23	38	0.09%	16	31	47	0.11%	12	31	43	0.09%	16	41	57	0.12%	24	50	74	0.15%	30	54	84	0.16%
71～75 歳	6	18	24	0.06%	6	19	25	0.06%	8	18	26	0.06%	11	19	30	0.06%	12	15	27	0.05%	12	15	27	0.05%
76 歳以上	7	7	14	0.03%	7	8	15	0.03%	7	12	19	0.04%	6	13	19	0.04%	7	14	21	0.04%	7	16	23	0.04%
非有効 データ	211	249	460		230	256	486		153	197	350		139	189	328		65	86	151		53	62	115	
合 計	14,339	28,009	42,348	****	15,618	29,340	44,958	****	16,286	29,805	46,092	****	17,209	30,798	48,008	****	18,082	31,759	49,841	****	19,193	32,961	52,154	****
非有効 データ除く	14,128	27,760	41,888		15,388	29,084	44,472		16,133	29,608	45,742		17,070	30,609	47,680		18,017	31,673	49,690		19,140	32,899	52,039	

※データは各年度 OT 協会会員統計資料による。

表 2-4 開設者別会員数の推移

開設者	2010 年度			2011 年度			2012 年度			2013 年度			2014 年度			2015 年度		
	人数	%		人数	%		人数	%		人数	%		人数	%		人数	%	
国	1,068	2.5		1,119	2.5		1,201	2.6		1,289	2.7		1,600	3.2		1,725	3.3	
厚生労働省	102			105			114			128			129			133		
文部科学省	14			27			34			31			33			37		
労働福祉事業団	144			143			141			111			126			131		
独立行政法人	456			489			541			616			903			997		
国立大学法人	258			258			268			291			293			305		
その他	94			97			103			112			116			122		
公的機関	4,230	10.0		4,456	9.9		4,704	10.2		4,909	10.2		5,110	10.3		5,433	10.4	
都道府県	1,110			1,141			1,185			1,231			1,240			1,306		
市区町村	1,839			1,932			2,051			2,135			2,242			2,416		
日赤	291			310			344			360			395			422		
済生会	387			421			442			469			504			538		
北海道社会事業協会	23			25			27			31			30			29		
厚生連	560			606			637			660			675			700		
国民健康保険団体連合会	20			21			18			23			24			22		
社会保険団体	533	1.3		557	1.2		599	1.3		594	1.2		402	0.8		387	0.7	
全国社会保険協会連合会	153			172			192			182			59			47		
厚生団	106			105			107			101			11			13		
船員保険会	6			6			6			6			0					
健康保険組合及び連合会	61			66			70			71			79			69		
共済組合及び連合会	192			191			206			212			227			227		
国民健康保険組合	15			17			18			22			26			31		
公益法人	1,542	3.6		1,729	3.8		1,868	4.1		1,982	4.1		2,115	4.2		2,276	4.4	
医療法人	22,875	54.0		24,118	53.6		24,692	53.6		25,527	53.2		26,353	52.9		27,404	52.5	
学校法人	1,403	3.3		1,417	3.2		1,451	3.1		1,511	3.1		1,578	3.2		1,651	3.2	
会社	774	1.8		893	2.0		1,041	2.3		1,218	2.5		1,384	2.8		1,671	3.2	
NPO 法人	147	0.3		153	0.3		170	0.4		198	0.4		222	0.4		238	0.5	
その他の法人	3,427	8.1		3,543	7.9		3,571	7.7		3,724	7.8		3,866	7.8		4,076	7.8	
個人	425	1.0		460	1.0		465	1.0		482	1.0		472	0.9		467	0.9	
その他	189	0.4		237	0.5		252	0.5		246	0.5		276	0.6		287	0.6	
休業中	5,477	12.9		5,980	13.3		5,839	12.7		6,088	12.7		6,245	12.5		6,284	12.0	
非有効	258	0.6		296	0.7		239	0.5		240	0.5		218	0.4		255	0.4	
合計	42,348	100.0		44,958	100.0		46,092	100.0		48,008	100.0		49,841	100.0		52,154	100.0	

※データは各年度 OT 協会会員統計資料による。

2-2 作業療法士の就業状況

2-2-1 開設者別会員数

協会員の勤務先の開設者別にみた就業状況は、最も多いのが医療法人、次いで公的機関、その他の法人の順と続いている。この順位は2011年から2015年の5年間で著しい変化はないが、従事する会員の実数はいずれの開設

者種別においても増加している（表2-4）。

2-2-2 関連法領域別会員数

協会員の勤務先の関連法領域別に見た会員数では、医療法関連施設が最も多く、なかでも病院に勤務する会員が2015年度では62.5%（非有効データおよび休業中の会員を除いた勤務先を持つ会員比では72.2%）である（表2-5は、P30～P32にわたって見開き掲載）。

表 2-5 関連法領域別会員数（2015 年度）

※ 各年度ともに年度末データ 単位：人
 ※ ■ 制度改正などで統廃合されたもの。

	領域施設別会員数		
	会員数	全体比	勤務者比
医療法関連施設	34,109	65.4%	75.6%
病院	32,602	62.5%	72.2%
一般病院	24,826	47.6%	55.6%
一般病床	21,418	41.1%	48.0%
療養型病床群	3,020	5.8%	6.7%
介護療養型病棟	61	0.1%	0.1%
地域包括ケア病棟	80	0.2%	0.2%
回復期リハビリテーション病棟 1)	2	0.0%	0.0%
不明	245	0.5%	0.6%
特定機能病院	1,079	2.1%	2.4%
精神病院	5,690	10.9%	12.6%
結核病床	7	0.0%	0.0%
感染症病床	1	0.0%	0.0%
地域医療支援病院	731	1.4%	1.6%
在宅療養支援病院	12	0.0%	0.0%
在宅療養後方支援病院	3	0.0%	0.0%
不明	253	0.5%	0.0%
診療所	1,466	2.8%	3.2%
一般診療所	1,450	2.8%	3.2%
有床診療所	407	0.8%	0.9%
無床診療所	960	1.8%	2.1%
療養型病床群	35	0.1%	0.1%
在宅療養支援診療所	38	0.1%	0.1%
不明	10	0.0%	0.0%
不明	16	0.0%	0.0%
老人痴呆疾患センター（認知症疾患医療センターに名称変更）	41	0.1%	0.1%
身体障害者福祉法関連施設	76	0.1%	0.2%
身体障害者更生援護施設	9	0.0%	0.0%
身体障害者更生施設			
肢体不自由者更生施設			
重度身体障害者更生援護施設			
不明			
身体障害者療護施設			
身体障害者授産施設			
身体障害者福祉センター	46	0.1%	0.1%
身体障害者福祉センター A 型	18	0.0%	0.0%
身体障害者福祉センター B 型	25	0.0%	0.1%
在宅障害デイ・サービス施設			
不明	3	0.0%	0.0%
不明	9	0.0%	0.0%
身体障害者更生相談所	21	0.0%	0.0%

	領域施設別会員数		
	会員数	全体比	勤務者比
精神保健福祉法関連施設	44	0.1%	0.1%
精神障害者社会復帰施設			
精神障害者生活訓練施設			
精神障害者生活訓練施設（精神障害者援護寮）			
精神障害者授産施設			
精神障害者地域生活支援センター			
不明			
精神保健福祉センター	39	0.1%	0.1%
精神障害者社会復帰促進センター	5	0.0%	0.0%
精神障害者グループホーム			
精神障害者小規模作業所			
不明	0		
児童福祉法関連施設	740	1.4%	1.6%
児童福祉施設			
知的障害児施設（知的障害児施設・自閉症児施設）			
知的障害児通園施設			
肢体不自由児施設			
肢体不自由児施設			
肢体不自由児通園施設			
肢体不自由児療護施設			
不明			
重度心身障害児施設			
情緒障害児短期治療施設			
不明			
児童相談所			
心身障害児総合通園センター			
児童福祉施設	738	1.4%	1.6%
障害児通所施設	367	0.7%	0.8%
児童発達支援センター（福祉型）	169	0.3%	0.4%
児童発達支援センター（医療型）	89	0.2%	0.2%
通所事業所	102	0.2%	0.2%
障害児相談支援事業所	7	0.0%	0.0%
障害児入所施設	358	0.7%	0.8%
障害児入所施設（福祉型）	17	0.0%	0.0%
障害児入所施設（医療型）	341	0.7%	0.8%
情緒障害児短期治療施設	3	0.0%	0.0%
不明	10	0.0%	0.0%
児童相談所	2	0.0%	0.0%
併設・重症心身障害児通所モデル事業施設			
知的障害者福祉法関連施設	1	0.0%	0.0%
知的障害者援護施設			
知的障害者更生施設			
知的障害者授産施設			
知的障害者更生相談所	1	0.0%	0.0%
老人福祉法関連施設	1,807	3.5%	4.0%
老人福祉施設	1,692	3.2%	3.7%
特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	654	1.3%	1.4%
養護老人ホーム	19	0.0%	0.0%
軽費老人ホーム	7	0.0%	0.0%
老人デイ・サービスセンター（通所介護）	944	1.8%	2.1%
老人福祉センター	18	0.0%	0.0%
老人短期入所施設	28	0.1%	0.1%
老人介護支援センター	2	0.0%	0.0%
不明	20	0.0%	0.0%
有料老人ホーム	89	0.2%	0.2%
在宅介護支援センター	21	0.0%	0.0%
高齢者総合相談センター	5	0.0%	0.0%

	領域施設別会員数		
	会員数	全体比	勤務者比
介護保険法関連施設	5,236	10.0%	11.6%
介護老人保健施設	4,568	8.8%	10.1%
老人訪問看護ステーション	610	1.2%	1.4%
地域包括支援センター	58	0.1%	0.1%
障害者総合支援法関連施設	387	0.7%	0.9%
指定障害者福祉サービス事業所	210	0.4%	0.5%
生活介護事業所	43	0.1%	0.1%
自立訓練（機能訓練）事業所	46	0.1%	0.1%
多機能型事業所	76	0.1%	0.2%
療養介護事業所	4	0.0%	0.0%
就労移行支援事業所	35	0.1%	0.1%
不明	5	0.0%	0.0%
指定障害者支援事業所	134	0.3%	0.3%
生活介護支援施設	77	0.1%	0.2%
自立訓練支援施設	31	0.1%	0.1%
多機能型支援施設	24	0.0%	0.1%
不明	2	0.0%	0.0%
指定相談支援事業所	19	0.0%	0.0%
指定地域活動支援センター	22	0.0%	0.0%
指定福祉ホーム	1	0.0%	0.0%
基幹相談支援センター	2	0.0%	0.0%
その他の分類	2,639	5.1%	5.8%
特別支援学校	91	0.2%	0.2%
肢体不自由児	36	0.1%	0.1%
知的障害児	20	0.0%	0.0%
その他	28	0.1%	0.1%
不明	7	0.0%	0.0%
養成校	1,354	2.6%	3.0%
専門学校	688	1.3%	1.5%
医療短期大学	31	0.1%	0.1%
大学	628	1.2%	1.4%
不明	7	0.0%	0.0%
保健所等	166	0.3%	0.4%
保健所	25	0.0%	0.1%
保健センター（保健福祉センター）	40	0.1%	0.1%
その他（高齢サービス課・健康増進課等）	101	0.2%	0.2%
不明	0	0.0%	0.0%
その他	1,028	2.0%	2.3%
職業センター	4	0.0%	0.0%
リハ関連企業	42	0.1%	0.1%
補装具作製施設	11	0.0%	0.0%
訪問看護ステーション（老人訪問看護ステーションを除く）	800	1.5%	1.8%
その他（第三セクター・社協等）	151	0.3%	0.4%
サービス付き高齢者向け住宅	4	0.0%	0.0%
発達障害者支援センター	4	0.0%	0.0%
不明	12	0.0%	0.0%
法外施設	90	0.2%	0.2%
領域なし（休業中）	6,284	12.0%	13.9%
非有効データ	741	1.4%	1.6%
合計	52,154	100%	

1) 2015 年度より新規追加した項目のため、会員の登録および更新状況により、日本作業療法士協会誌（2016 年 9 月発行）に掲載の『2015 年度日本作業療法士協会会員統計資料』の「表 12 医療施設の認可施設分類別会員数」の件数と齟齬が生じていると思われる。実数としては『2015 年度日本作業療法士協会会員統計資料』の「表 12 医療施設の認可施設分類別会員数」回復期リハビリテーション病棟入院料 1,401 名を参考にさせていただきたい。

2-2-3 勤務形態別会員数

2015年度では、全会員のうち45,471人(87.2%)が作業療法士として就業中であり、休業中の会員は6,284人(12.1%)である(表2-6)。就業中の会員45,471人のうち、常勤のみの会員は40,130人(88.3%)、常勤＋非常勤は3,951人(8.69%)、非常勤のみは1,390人(3.06%)である。

2-3 作業療法士の労働環境

2-3-1 初年度の基本給、諸手当、賞与

養成施設卒業者の初年度の基本給の平均値は18.8万円であった。初年度の諸手当の平

均値は3.1万円であった。初年度の賞与の平均値は59.8万円であった。2010年度と比較すると、基本給、手当、賞与のいずれも増加傾向にある(表2-7)。

2-3-2 育児休業および介護休業制度の利用実績

育児休業制度の実績については、「男女ともある」は7.79%、「女性のみある」は48.6%、「ない」は42.1%となっている。2010年調査時と比較すると、育児休業制度の実績は減少している(表2-8)。

介護休業制度については、実績がないとの回答が、前回よりもさらに多い88.2%となっている(表2-9)。

表2-6 勤務形態別会員数の推移

勤務形態	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度		2015年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
現在OTとして就業中	36,759	86.80%	38,800	86.30%	40,028	86.84%	41,645	86.75%	43,259	86.79%	45,471	87.19%
常勤	35,467		37,523		38,759		40,332		41,943		44,081	
常勤＋非常勤	3,139		3,203		3,294		3,485		3,724		3,951	
常勤のみ	32,328		34,320		35,465		36,847		38,219		40,130	
非常勤	1,292		1,277		1,269		1,313		1,316		1,390	
OT以外で就業中	92	0.22%	157	0.35%	211	0.46%	262	0.55%	325	0.65%	378	0.72%
OTは休業	5,477	12.93%	5,980	13.30%	5,839	12.67%	6,088	12.68%	6,245	12.53%	6,284	12.05%
非有効データ	20	0.05%	21	0.05%	14	0.03%	13	0.03%	12	0.02%	21	0.04%
合 計	42,348	100.00%	44,958	100.00%	46,092	100.00%	48,008	100.00%	49,841	100.00%	52,154	100.00%

※データは各年度 OT 協会会員統計資料による。

表2-7 作業療法士初年度の基本給、諸手当、賞与

	2015年度		2010年度	
	回答数	平均値	回答数	平均値
1年目の基本給(円/月)	3,429	188,863	2,351	184,512
1年目の手当(円/月)	2,664	31,165	2,170	26,750
1年目の賞与(円/年)	3,953	598,905	2,222	504,328

表2-8 育児休業制度の実績

	2015年度 n = 4,519		2010年度 n = 3,296	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
男女ともある	352	7.79	355	10.8
女性のみ	2,194	48.6	1,807	54.8
ない	1,903	42.1	1,074	32.6
無回答	70	1.54	60	1.82

表2-9 介護休業制度の実績

	2015年度 n = 4,519		2010年度 n = 3,296	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
ある	442	9.78	570	17.3
ない	3,984	88.2	2,651	80.4
無回答	93	2.06	75	2.26

第3章 作業療法士の臨床活動

本章では、作業療法白書2015アンケート結果をもとに作業療法士の臨床活動について報告する。「はじめに」でも報告したように、作業療法白書2015アンケートでは作業療法士の活動する様々な領域、病期、サービスにおける特徴を捉える目的で、白書2010アンケートから内容を大きく変更した。比較対照が難しい項目もあるが、可能な項目は前回との比較表を掲載している。但し、前回白書のアンケートでは、一年間の臨床実践についての回答内容を掲載したのに対し、今回のアンケートでは指定日一日の作業療法実践について回答を求めている。その点、数値の変化をそのまま臨床活動の変化としてとらえられない大きな要因となっているので留意が必要である。本報告でもその点を配慮し、前回白書調査との比較は件数や割合ではなく順位の変動に着目した。

3-1 臨床活動の概況では、今回のアンケート結果の概要を報告し、その後3-2医療、3-3介護保険、3-4障害福祉、3-5教育関連領域、3-6職業関連領域、3-7行政機関、3-8その他と領域別にアンケート結果を報告する。最後に3-9では、病院・施設や養成校などに勤務する（すなわち自治体職員でない）作業療法士が自治体事業等に参画している実態を示す。それぞれの場所で、地域包括ケアシステムの構築をはじめとする地域の保健・医療・福祉に作業療法士が寄与している姿を示している。

3-1 臨床活動の概況

3-1-1 対象施設の領域

今回の調査では、回答4,519施設のうち、医療施設が2,703 (59.8%)、介護保険関連施設が1,991 (44.0%)、障害福祉関連施設

286 (6.3%) であった（同一施設複数回答あり、「はじめに」表参照）。また、教育関連領域64 (1.4%)、職業関連領域27 (0.6%)、行政関連領域108 (2.4%) であった。もっとも多い医療施設における対象領域別施設数の全数に対する割合は、身体障害領域2,136 (47.3%)、精神障害領域659 (14.6%)、発達障害領域293 (6.5%) であった。

以下に述べる作業療法の臨床活動は、上記施設の回答によるものである。

3-1-2 対象者と対象疾患

医療（身体障害領域）の対象者は65歳以上の高齢者が80%近くを占めていた。対象疾患・障害では、脳血管性障害が最も多く、次に骨折が多かったのは前回と変化はない。パーキンソン病や中枢神経疾患の系統萎縮・脱髄疾患など、いわゆる神経難病も一定の割合を占めている。白書2010との比較では、呼吸器系疾患、心臓疾患などの内部障害や悪性新生物（がん・腫瘍など）が対象者の疾患として順位を上げており、増加している様子がうかがえる。

医療（精神障害領域）では、16歳から64歳までと65歳以上がほぼ半数となっており、対象者の半分は高齢者であることが分かる。対象疾患は統合失調症、感情障害、器質性精神障害（アルツハイマー病・脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む）－以下認知症等を含む器質性精神障害－、精神遅滞・知的障害、アルコール依存症、神経症性障害が多く、前回と同様に自閉症、アスペルガー症候群、学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害（以下自閉症などの発達障害）がわずかながら順位を上げている。

医療（発達障害領域）では、1歳から6歳（就学前）の対象者が最も多く、次いで就学後15

歳までと18歳以上の対象者が多い。対象疾患・障害では脳性麻痺、自閉症などの発達障害、精神遅滞・知的障害、染色体異常、てんかんが多い。この中では自閉症などの発達障害の順位が上がってきている。

介護保険領域では、75歳以上の後期高齢者が80%以上を占めていた。対象者の疾患・障害は、脳血管性障害が最も多く、次いで認知症等を含む器質性精神障害、骨折、パーキンソン病となっている。心臓疾患や呼吸器系疾患も順位を上げており、医療（身体障害領域）や医療（精神障害領域）の対象疾患・障害の傾向を反映している。

障害福祉領域の対象者は、18歳から39歳の年齢区分が多かったが、次いで40歳から64歳、6歳以下となっている。就学年齢の対象者は少ない。対象者の疾患・障害では、全体として精神遅滞・知的障害が多く、次いで自閉症などの発達障害、脳性麻痺、脳血管性障害、統合失調症と続く。

教育関連領域では、就学年齢の対象者が多く、疾患・障害では自閉症などの発達障害が最も多く、前回から順位も上げている。次いで多いのは精神遅滞・知的障害、てんかん、脳性麻痺、染色体異常である。

職業関連領域では40歳から64歳、19歳から39歳の対象者が多く、最も多いのは統合失調症、次いで自閉症などの発達障害、脳血管性障害となっている。

以上まとめると、作業療法の対象として1歳未満の乳児は少なく、1歳から6歳では医療あるいは障害福祉領域、就学中は医療と教育関連領域で、高校卒業の年齢から介護保険の第1号被保険者となる65歳までは医療、障害福祉や職業関連領域、高齢者では医療と介護保険関連の場で作業療法士がサービスを提供している。医療の身体障害および精神障害領域両方で対象者の高齢化が見られ、介護保険でも後期高齢者が多い。対象疾患では、身体障害領域で脳血管性障害や骨折が多いことに変わりはないが、内部障害やがんも増加

傾向にある。医療（精神障害領域）、介護保険領域の高齢者で認知症等を含む器質性精神障害が、医療（発達障害領域）、医療（精神障害領域）、教育関連領域で自閉症などの発達障害が増加している。

3-1-3 作業療法の形態

医療（身体障害領域）および医療（精神障害領域）では、急性期・回復期・生活期・終末期の病期にわたり、入院患者に対して最も多く作業療法が提供されている。医療（身体障害領域）では急性期と生活期、医療（精神障害領域）では回復期と生活期で外来（精神科デイ・ケア含む）の割合が増加する。医療（発達障害領域）では、入院は少なく、急性期・回復期・生活期で外来が最も多いが、生活期では入院も45%となる。

介護保険領域では入所・入居が最も多く、次いで通所だが、両方とも個別での関わりを持つ対象者が大半を占める。訪問サービスは全体の10%程度である。

障害福祉領域では、通所系が最も多く60%近くを占めていた。次いで入所・入居であり、訪問は3%程度であった。

3-1-4 作業療法の指示（依頼）内容

今回新しく設けた項目である。医療（身体障害領域）では、すべての病期を通じて基本的能力に関わる指示が最も多く、応用的能力、社会的適応能力、環境資源と続いている。生活期では、様々な機能や能力の「改善」よりも「維持・代償指導」の指示が増加する傾向にある。医療（精神障害領域）では、すべての病期を通じて応用的能力に関わる指示が多く、次いで社会的適応能力、基本的能力、環境資源の順である。生活期では、医療（身体障害領域）と同様、「改善」に比して「維持・代償指導」の指示が多くなる傾向にある。医療（発達障害領域）は、医療（身体障害領域）と同様、基本的能力に関する指示が最も多く、次いで応用的能力、社会的適応能力、環境資

源と続いている。入院・外来・訪問のいずれにおいても機能や能力の「維持・代償指導」よりも「改善」の指示が多いのは、医療（発達障害領域）の特徴である。

介護保険領域においては、医療（身体障害領域）と同様に、基本的能力に関する依頼（指示）が最も多く、次いで応用的能力、社会的適応能力と続いている。

3-1-5 作業療法の評価

今回のアンケートでは、指定日に実施された評価とともに作業療法に特徴的な評価について回答者の意見を尋ねた。実施されていた評価として、医療（身体障害領域）では基本的な能力のうち運動機能に関わる評価項目が多かった。医療（精神障害領域）ではコミュニケーションや生活リズムなどの応用的能力、社会適応能力、基本的能力では精神・認知・心理の評価が、医療（発達障害領域）では基本的能力と応用的能力の評価が多く挙げられた。作業療法に特徴的な評価項目としては、応用的能力、社会的適応能力に関する項目に加え、運動機能や感覚・知覚、精神・認知・心理に関わる基本的能力も挙げられていた。医療（精神障害領域）では実施と特徴が比較的一致していた。医療（身体障害領域）、医療（発達障害領域）、介護保険領域では、基本的能力の評価が多く行われているのに対し、特徴的な評価としては応用的能力や社会的適応能力に関する評価項目が選ばれていた。

障害福祉領域では、社会生活適応と応用的能力に関わる評価と姿勢・肢位や精神・認知・心理など基本的能力の評価も実施されており、特徴的な評価との一致も多かった。教育関連領域では、基本的能力、応用的能力、社会的適応能力、職業関連領域では、社会的適応能力、応用的能力、環境資源まで幅広い評価が実施されていた。

3-1-6 作業療法の目標

作業療法の長期目標と短期目標を比較する

と、医療（精神障害領域）では両方に応用的能力と社会的適応能力に関わる項目が挙げられているのに対し、医療（身体障害領域）と医療（発達障害領域）では、社会的適応能力や応用的能力の改善を長期目標とし、短期目標では応用的能力と基本的能力の改善に重点が置かれていた。

介護保険領域では、長期目標と短期目標の両方に日常生活活動の改善とともに、運動機能や起居動作、身辺処理の改善と維持・代償の両方が含まれており、基本的能力と応用的能力の改善のみでなく維持や代償も目標の中心となっていた。障害福祉領域では、長期目標と短期目標の両方で社会的適応能力と応用的能力に関する目標が挙げられていた。介護保険と障害福祉領域においてはサービス種別によって目標が異なっており、それぞれのサービスを利用する対象者の疾患・障害の違いを反映している可能性、また利用者の目標によってサービス形態を選択していることの影響と考えられる。

教育関連領域では運動機能と日常生活活動の改善が多く、他の領域と違って環境資源に関する目標が上位となっていた。また認知心理機能や上肢機能、コミュニケーションに関わる項目など、就学に関連する機能や集団への適応技能に関わる項目が挙げられた。職業関連領域では、就労・就学に関する目的とともに、日常生活活動や対人技能、社会生活適応能力、環境資源に関する項目が挙げられた。

3-1-7 作業療法の手段（種目）

医療（身体障害領域）、医療（発達障害領域）と介護保険領域、障害福祉領域、教育関連領域では共通して各種作業活動—日常生活活動と基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）が最も多い2種目であり、医療（発達障害領域）と介護保険領域、障害福祉領域ではこれに加えて各種作業活動—身体運動活動も多かった。医療（精神障害領域）では、各種作業活動—創作・芸術活動と手工芸が多

く、これに身体運動活動が続いていた。職業関連領域では、相談・指導・調整が多く、仕事・学習活動が続いていた。

生活圏拡大活動は、医療（精神障害領域）と介護保険領域、職業関連領域で比較的上位に位置しており、地域生活への移行や定着を目指し、直接的にアプローチする種目として実施されていると考えられる。

3-1-8 行政関係領域における作業療法士

行政関連に勤務する作業療法士の多くは地方自治体（保健所、市区町村保健センター以外）に所属し、行政事業運営、特に保健事業、介護保険、障害者福祉に関する業務に携わっていた。

3-2 医療における作業療法

医療では、病院、診療所等において作業療法が実施されている。今回は一部項目で病期別の集計を提示する。但し、発達障害領域では、対象疾患・障害が先天性、及び周産期障害によるものが多いことから病期別の集計は適切でないと考え、入院、通院、訪問のサービス種別で結果を示すこととした。

表 3-1 医療（身体障害領域） 対象者の年齢別人数

	回答施設数	対象者数 (%)
全体	2,020	82,623 (100.0)
15歳以下	300	756 (0.9)
16歳～64歳	1,626	16,709 (20.2)
65歳以上	1,979	65,158 (78.9)

表 3-2 医療（身体障害領域） 対象者の病期別・サービス種別人数

	合計 人数 (%)	入院 人数 (%)	外来 人数 (%)	訪問 人数 (%)
全体	82,952 (100.0)	71,722 (86.5)	10,202 (12.3)	1,028 (1.2)
急性期	29,145 (100.0)	25,729 (88.3)	3,349 (11.5)	67 (0.2)
回復期	34,649 (100.0)	31,546 (91.0)	3,078 (8.9)	25 (0.1)
生活期	17,588 (100.0)	13,097 (74.5)	3,631 (20.6)	860 (4.9)
終末期	1,570 (100.0)	1,350 (86.0)	144 (9.2)	76 (4.8)

3-2-1 医療（身体障害領域）

1) 医療（身体障害領域）作業療法の対象 （表 3-1, 3-2, 3-3）

指定日に作業療法を実施した対象者の年齢別人数を見ると、65歳以上が78.9%、16歳から64歳が20.2%、15歳以下が0.9%であり、医療（身体障害領域）では65歳以上の高齢者が多いことがわかる。また、指定日に作業療法を実施した対象者の人数を病期別・サービス種別に見ると、いずれの病期でも入院が最も多いが、急性期では外来が11.5%あり、生活期では外来や訪問の割合が増加している。また回復期は入院の割合が最も大き

い。

医療（身体障害領域）における対象疾患では、脳血管障害が80.0%と最も多く、骨折（68.5%）、パーキンソン病（42.0%）、呼吸器疾患（39.4%）、その他の骨・関節疾患（35.5%）、脊髄疾患（33.6%）、悪性新生物（がん・腫瘍など）（32.1%）、心臓疾患（30.8%）が続いている。前回白書では65歳未満と65歳以上とに分けていたが、順位を比較すると呼吸器疾患、その他の骨・関節疾患、悪性新生物（がん・腫瘍など）と心臓疾患が増加傾向にある。また関節リウマチは前回に引き続き順位は低下している。

表 3-3 医療（身体障害領域）対象者の疾患・障害

	2015 年		2010 年			
	全体 n=2,027 無回答 109 除く		65 歳未満 n=1,308 無回答 118 除く		65 歳以上 n=1,366 無回答 60 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%	順位	%
脳血管性障害	1	1,622 (80.0)	1	85.2	1	92.8
骨折	2	1,389 (68.5)	2	74.9	2	83.9
高次脳機能障害(注意・遂行機能・記憶の障害など)	3	884 (43.6)	3	62.1	4	73.1
パーキンソン病	4	852 (42.0)	13	42.6	3	78.3
呼吸器系疾患	5	798 (39.4)	19	26.5	12	49.4
その他の骨・関節疾患	6	719 (35.5)	16	34.9	18	39.6
脊髄疾患	7	681 (33.6)	5	53.3	9	59.2
悪性新生物(がん・腫瘍など)	8	651 (32.1)	17	33.7	13	47.9
心臓疾患	9	625 (30.8)	18	26.7	14	47.8
失行・失認	10	617 (30.4)	4	54.6	5	69.6
失語	11	608 (30.0)	6	50.9	6	65.5
中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など	12	591 (29.2)	14	42.1	15	46.9
脊髄損傷	13	516 (25.5)	8	48.9	10	52.9
脊椎障害	14	515 (25.4)	15	38.2	16	45.4
失調症	15	434 (21.4)	7	49.5	7	62.7
手首及び手の損傷	16	412 (20.3)	11	45.0	19	39.5
頭部外傷	17	402 (19.8)	9	48.4	11	49.6
消化系疾患	18	373 (18.4)	23	16.1	22	25.2
器質性精神障害(アルツハイマー病：脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む)	19	355 (17.5)	24	13.7	20	34.9
関節リウマチ	20	354 (17.5)	12	42.7	8	61.3
その他の疾患・障害、加齢による障害、膠原病	21	309 (15.2)	27	11.1	21	25.5
末梢神経損傷	22	294 (14.5)	10	47.3	17	43.7
神経筋接合部及び筋の疾患(重症筋無力症・筋ジストロフィーなど)	23	248 (12.2)	20	23.4	24	19.5
その他の循環器疾患	24	214 (10.6)	-	-	25	15.4
てんかん	25	202 (10.0)	21	20.1	23	20.9

※10%以上の回答があったもの。

状態像としては高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など）（43.6%）、失行・失認（30.4%）、失語（30.0%）が挙げられているが、高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など）と比較すると失行・失認と失語の順位は低下している。

2) 医療（身体障害領域）作業療法の指示内容 （表3-4）

今回新しく設けた項目である。全体及び全ての病期を通じて、基本的能力である運動機能に関わる項目、次いで応用的能力である上肢運動機能、身辺処理、起居動作の項目、社

表 3-4 医療（身体障害領域） 作業療法の指示内容

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	急性期 回答数 (%)	回復期 回答数 (%)	生活期 回答数 (%)	終末期 回答数 (%)
合計	2,020 (100.0)	1,144 (100.0)	1,164 (100.0)	1,244 (100.0)	324 (100.0)
<基本的能力>	1,974 (97.7)	1,106 (96.7)	1,114 (95.7)	1,160 (93.2)	254 (78.4)
運動機能の改善	1,850 (91.6)	1,078 (94.2)	1,089 (93.6)	809 (65.0)	57 (17.6)
運動機能の維持・代償指導	1,475 (73.0)	557 (48.7)	469 (40.3)	941 (75.6)	231 (71.3)
認知心理機能の改善	992 (49.1)	525 (45.9)	558 (47.9)	294 (23.6)	21 (6.5)
感覚知覚機能の改善	872 (43.2)	509 (44.5)	501 (43.0)	179 (14.4)	10 (3.1)
認知心理機能の維持・代償指導	613 (30.3)	181 (15.8)	170 (14.6)	371 (29.8)	71 (21.9)
感覚知覚機能の維持・代償指導	419 (20.7)	153 (13.4)	129 (11.1)	220 (17.7)	28 (8.6)
<応用的能力>	1,935 (95.8)	1,070 (93.5)	1,105 (94.9)	1,122 (90.2)	230 (71.0)
上肢運動機能の改善	1,569 (77.7)	899 (78.6)	948 (81.4)	501 (40.3)	23 (7.1)
身辺処理能力の改善	1,415 (70.0)	803 (70.2)	829 (71.2)	467 (37.5)	33 (10.2)
起居動作の改善	1,334 (66.0)	747 (65.3)	699 (60.1)	447 (35.9)	33 (10.2)
上肢運動機能の維持・代償	925 (45.8)	321 (28.1)	285 (24.5)	517 (41.6)	71 (21.9)
身辺処理能力の維持・代償指導	828 (41.0)	227 (19.8)	265 (22.8)	506 (40.7)	101 (31.2)
起居動作の維持・代償	744 (36.8)	223 (19.5)	189 (16.2)	449 (36.1)	104 (32.1)
生活リズムの改善	673 (33.3)	274 (24.0)	254 (21.8)	336 (27.0)	74 (22.8)
福祉用具などの代償手段の適用	639 (31.6)	213 (18.6)	327 (28.1)	279 (22.4)	34 (10.5)
コミュニケーション・対人技能の改善	387 (19.2)	124 (10.8)	162 (13.9)	177 (14.2)	32 (9.9)
知的精神的能力の改善	362 (17.9)	177 (15.5)	183 (15.7)	80 (6.4)	4 (1.2)
健康管理能力の維持・改善	211 (10.4)	44 (3.8)	55 (4.7)	130 (10.5)	9 (2.8)
知的精神的能力の維持・代償指導	185 (9.2)	29 (2.5)	37 (3.2)	116 (9.3)	30 (9.3)
<社会的適応能力>	1,711 (84.7)	920 (80.4)	979 (84.1)	854 (68.6)	111 (34.3)
日常生活活動の改善	1,679 (83.1)	910 (79.5)	958 (82.3)	794 (63.8)	73 (22.5)
社会生活適応能力の改善	490 (24.3)	181 (15.8)	272 (23.4)	190 (15.3)	8 (2.5)
余暇活動の指導・援助	356 (17.6)	79 (6.9)	145 (12.5)	185 (14.9)	48 (14.8)
就労就学の指導・訓練	142 (7.0)	44 (3.8)	73 (6.3)	50 (4.0)	0 (0.0)
就労就学前訓練	120 (5.9)	42 (3.7)	70 (6.0)	23 (1.8)	0 (0.0)
<環境資源>	615 (30.4)	187 (16.3)	329 (28.3)	295 (23.7)	61 (18.8)
物理的環境の調整・利用	469 (23.2)	129 (11.3)	247 (21.2)	221 (17.8)	52 (16.0)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	283 (14.0)	73 (6.4)	129 (11.1)	133 (10.7)	21 (6.5)
人的環境の調整・利用	271 (13.4)	63 (5.5)	129 (11.1)	108 (8.7)	36 (11.1)
<その他>	130 (6.4)	45 (3.9)	31 (2.7)	56 (4.5)	38 (11.7)

会適応的能力である日常生活活動に関わる項目の指示が多かった。急性期や回復期では、これら機能や能力の「改善」が、生活期や終末期では「維持・代償」が多い傾向にある。物理的環境の調整・利用等の環境資源に関する指示は回復期でやや多くなるものの、前記の項目に比して少なかった。

3) 医療(身体障害領域) 作業療法の評価と

作業療法に特徴的な評価(表3-5)

作業療法の評価として多く実施されてい

たのは、関節可動域(83.2%)、筋力・持久力(82.0%)、上肢動作(77.1%)、姿勢・肢位(74.1%)、身辺処理(70.3%)、起居移動(68.5%)、筋緊張(63.4%)であり、前回データと比較して大きな変化はない。身体障害領域であることや指示内容を反映してか、基本的能力、特に運動機能に関わるものが多い。

一方、作業療法に特徴的な評価は何かという問いに対する回答者の考えとしては、上肢動作(57.6%)や身辺処理(57.3%)などの応用的能力が多く、次いで個人生活適応

表 3-5 医療(身体障害領域) 作業療法の評価と作業療法に特徴的な評価

	2015 年		2010 年				2015 年 作業療法に特徴的な評価	
	全体 n=1,969 無回答 167 除く		65 歳未満 n=1,284 無回答 142 除く		65 歳以上 n=1,349 無回答 77 除く		全体 n=1,896 (100.0) 無回答除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%	順位	%	順位	回答数 (%)
関節可動域	1	1,638 (83.2)	1	84.3	1	82.4	5	443 (23.4)
筋力・筋持久力	2	1,615 (82.0)	2	80.2	2	78.7	10	345 (18.2)
上肢動作	3	1,519 (77.1)	3	69.0	4	62.3	1	1,092 (57.6)
姿勢・肢位	4	1,460 (74.1)	4	65.3	3	69.0	13	284 (15.0)
身辺処理	5	1,385 (70.3)	7	58.0	5	60.4	2	1,087 (57.3)
起居移動	6	1,348 (68.5)	9	51.5	6	60.3	8	375 (19.8)
筋緊張	7	1,248 (63.4)	5	60.8	7	59.3	22	108 (5.7)
精神・認知・心理	8	1,077 (54.7)	10	43.4	9	53.7	4	652 (34.4)
感覚・知覚	9	955 (48.5)	6	59.8	10	52.7	20	135 (7.1)
個人生活適応(家事・健康管理・ 交通機関の利用・車の運転など)	10	905 (46.0)	13	29.2	15	21.7	3	773 (40.8)
趣味・興味	11	807 (41.0)	15	27.9	12	33.9	6	397 (20.9)
現病歴・治療歴	12	763 (38.8)	8	54.8	8	54.1	26	68 (3.6)
協調性	13	665 (33.8)	11	39.3	11	37.1	24	88 (4.6)
生育歴・生活歴	14	643 (32.7)	14	28.3	13	28.7	19	141 (7.4)
役割	15	616 (31.3)	17	20.2	16	21.0	11	323 (17.0)
生活環境	16	612 (31.1)	20	14.7	21	16.1	9	346 (18.2)
心肺機能(全身持久力含む)	17	559 (28.4)	—	—	25	12.2	25	73 (3.9)
福祉用具などの代償手段の適用	18	557 (28.3)	18	15.6	19	17.1	7	376 (19.8)
生活時間	19	546 (27.7)	22	12.9	21	16.1	17	186 (9.8)
生活リズム	20	538 (27.3)	—	—	—	—	14	241 (12.7)
コミュニケーション能力	21	517 (26.3)	23	11.1	23	14.5	16	195 (10.3)
余暇活動面	22	468 (23.8)	—	—	—	—	12	316 (16.7)
職業歴・学歴	23	429 (21.8)	16	27.5	18	18.8	28	62 (3.3)
家族構成・関係	24	399 (20.3)	19	15.3	17	19.1	29	62 (3.3)
社会生活適応(対人関係・集団 内人間関係・役割行動など)	25	367 (18.6)	—	—	—	—	15	232 (12.2)
反射・反応	26	354 (18.0)	12	29.7	14	27.3	31	24 (1.3)
知的精神的活動	27	346 (17.6)	—	—	24	12.6	18	173 (9.1)
住居	28	269 (13.7)	21	14.3	20	16.5	23	93 (4.9)
摂食・嚥下機能	29	209 (10.6)	—	—	26	10.7	30	59 (3.1)

※10%以上の回答があったもの。

(40.8%), 精神・認知・心理 (34.4%), 関節可動域 (23.4%) となり, 実施されていた項目とは異なっていた。

4) 医療(身体障害領域) 作業療法の目標

(表3-6, 3-7)

作業療法の目標として長期目標と短期目標を比較すると, 長期目標では, 日常生活活動の改善 (86.3%), 運動機能の改善 (67.3%), 上肢運動機能の改善 (60.8%), 身辺処理能力の改善 (60.1%), 運動機能の維持・代償指導 (58.8%) が多かったのに対し, 短期目標では, 運動機能の改善 (86.4%), 上肢運動機能の改善 (74.0%), 起居動作の改善 (66.1%), 身辺処理能力の改善 (65.8%),

日常生活活動の改善 (65.6%), 運動機能の維持・代償指導 (63.5%) の順であった。社会的適応能力や応用的能力の改善を長期目標とし, 基本的能力や応用的能力の改善を短期目標としていることがうかがえる。

病期別に長期目標を比較すると大項目では, 急性期と回復期では社会適応能力が最も多く挙がり, 次いで応用的能力, 基本的能力であったが, 生活期と終末期では応用的能力が最も多く, 次いで基本的能力, 社会的適応能力の順であった。項目では急性期, 回復期, 生活期で日常生活活動の改善が最も多く挙がり, 次いで運動機能の改善 (急性期・回復期) と運動機能の維持・代償指導 (生活期), 身辺処理能力や上肢運動機能に関わる項目が

表 3-6 医療(身体障害領域) 作業療法の目標

	長期目標		短期目標	
	n=1,989 無回答 147 除く		n=1,980 無回答 156 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
日常生活活動の改善	1	1,716 (86.3)	5	1,298 (65.6)
運動機能の改善	2	1,339 (67.3)	1	1,710 (86.4)
上肢運動機能の改善	3	1,209 (60.8)	2	1,465 (74.0)
身辺処理能力の改善	4	1,195 (60.1)	4	1,303 (65.8)
運動機能の維持・代償指導	5	1,170 (58.8)	6	1,258 (63.5)
起居動作の改善	6	960 (48.3)	3	1,308 (66.1)
身辺処理能力の維持・代償指導	7	829 (41.7)	11	704 (35.6)
上肢運動機能の維持・代償	8	796 (40.0)	9	837 (42.3)
社会生活適応能力の改善	9	772 (38.8)	19	335 (16.9)
生活リズムの改善	10	679 (34.1)	10	725 (36.6)
起居動作の維持・代償	11	656 (33.0)	12	686 (34.6)
認知心理機能の改善	12	603 (30.3)	7	875 (44.2)
福祉用具などの代償手段の適用	13	586 (29.5)	13	531 (26.8)
物理的環境の調整・利用	14	581 (29.2)	17	353 (17.8)
感覚知覚機能の改善	15	562 (28.3)	8	867 (43.8)
余暇活動の指導・援助	16	523 (26.3)	20	260 (13.1)
認知心理機能の維持・代償指導	17	505 (25.4)	14	527 (26.6)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	18	503 (25.3)	23	193 (9.7)
人的環境の調整・利用	19	399 (20.1)	22	214 (10.8)
コミュニケーション・対人技能の改善	20	367 (18.5)	16	363 (18.3)
健康管理能力の維持・改善	21	315 (15.8)	21	219 (11.1)
感覚知覚機能の維持・代償指導	22	300 (15.1)	15	384 (19.4)
就労就学の指導・訓練	23	257 (12.9)	25	83 (4.2)
知的精神的能力の改善	24	252 (12.7)	18	344 (17.4)
知的精神的能力の維持・代償指導	25	199 (10.0)	24	176 (8.9)
就労就学前訓練	26	157 (7.9)	26	64 (3.2)

※10%以上の回答があったもの。

表 3-7 医療(身体障害領域) 作業療法の長期目標(病期別)

	全体	急性期	回復期	生活期	終末期
合計	1,989 (100.0)	1,126 (100.0)	1,138 (100.0)	1,212 (100.0)	317 (100.0)
<応用的能力>	1,805 (90.7)	968 (86.0)	989 (86.9)	1,051 (86.7)	213 (67.2)
上肢運動機能の改善	1,209 (60.8)	698 (62.0)	681 (59.8)	362 (29.9)	15 (4.7)
身辺処理能力の改善	1,195 (60.1)	686 (60.9)	685 (60.2)	368 (30.4)	25 (7.9)
起居動作の改善	960 (48.3)	528 (46.9)	458 (40.2)	325 (26.8)	30 (9.5)
身辺処理能力の維持・代償指導	829 (41.7)	245 (21.8)	254 (22.3)	502 (41.4)	107 (33.8)
上肢運動機能の維持・代償	796 (40.0)	263 (23.4)	264 (23.2)	434 (35.8)	61 (19.2)
生活リズムの改善	679 (34.1)	282 (25.0)	250 (22.0)	356 (29.4)	70 (22.1)
起居動作の維持・代償	656 (33.0)	197 (17.5)	171 (15.0)	390 (32.2)	78 (24.6)
福祉用具などの代償手段の適用	586 (29.5)	208 (18.5)	291 (25.6)	248 (20.5)	31 (9.8)
コミュニケーション・対人技能の改善	367 (18.5)	116 (10.3)	147 (12.9)	175 (14.4)	28 (8.8)
健康管理能力の維持・改善	315 (15.8)	96 (8.5)	110 (9.7)	184 (15.2)	16 (5.0)
知的精神的能力の改善	252 (12.7)	128 (11.4)	123 (10.8)	60 (5.0)	6 (1.9)
知的精神的能力の維持・代償指導	199 (10.0)	39 (3.5)	47 (4.1)	123 (10.1)	27 (8.5)
<社会的適応能力>	1,768 (88.9)	977 (86.8)	1,007 (88.5)	901 (74.3)	113 (35.6)
日常生活活動の改善	1,716 (86.3)	962 (85.4)	972 (85.4)	815 (67.2)	70 (22.1)
社会生活適応能力の改善	772 (38.8)	353 (31.3)	454 (39.9)	259 (21.4)	10 (3.2)
余暇活動の指導・援助	523 (26.3)	154 (13.7)	248 (21.8)	240 (19.8)	56 (17.7)
就労就学の指導・訓練	257 (12.9)	106 (9.4)	142 (12.5)	67 (5.5)	0 (0.0)
就労就学前訓練	157 (7.9)	65 (5.8)	88 (7.7)	32 (2.6)	2 (0.6)
<基本的能力>	1,624 (81.6)	850 (75.5)	814 (71.5)	925 (76.3)	203 (64.0)
運動機能の改善	1,339 (67.3)	758 (67.3)	713 (62.7)	503 (41.5)	32 (10.1)
運動機能の維持・代償指導	1,170 (58.8)	408 (36.2)	336 (29.5)	742 (61.2)	178 (56.2)
認知心理機能の改善	603 (30.3)	316 (28.1)	314 (27.6)	169 (13.9)	12 (3.8)
感覚知覚機能の改善	562 (28.3)	343 (30.5)	303 (26.6)	105 (8.7)	5 (1.6)
認知心理機能の維持・代償指導	505 (25.4)	134 (11.9)	132 (11.6)	299 (24.7)	72 (22.7)
感覚知覚機能の維持・代償指導	300 (15.1)	111 (9.9)	79 (6.9)	150 (12.4)	21 (6.6)
<環境資源>	762 (38.3)	281 (25.0)	438 (38.5)	341 (28.1)	71 (22.4)
物理的環境の調整・利用	581 (29.2)	205 (18.2)	324 (28.5)	250 (20.6)	54 (17.0)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	503 (25.3)	191 (17.0)	298 (26.2)	212 (17.5)	34 (10.7)
人的環境の調整・利用	399 (20.1)	133 (11.8)	220 (19.3)	163 (13.4)	46 (14.5)
<その他>	114 (5.7)	32 (2.8)	19 (1.7)	50 (4.1)	41 (12.9)

表 3-8 医療(身体障害領域) 作業療法的手段(種目)と作業療法に特徴的な実施種目 【無回答を除く】

	2015 年		2010 年				2015 年 作業療法に特徴的な実施種目	
	n=1,982 無回答 154 除く		65 歳未満 n=1,286 無回答 140 除く		65 歳以上 n=1,349 無回答 77 除く		n=1,881 無回答 255 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%	順位	%	順位	回答数 (%)
基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)	1	1,938 (97.8)	1	98.9	2	98.6	2	1,078 (57.3)
各種作業活動ー日常生活活動	2	1,889 (95.3)	2	95.0	1	98.7	1	1,721 (91.5)
各種作業活動ー手工芸	3	644 (32.5)	6	54.1	3	68.8	5	362 (19.2)
用具の提供・適合・考案・作成・使用指導	4	624 (31.5)	3	66.2	4	67.5	3	522 (27.8)
相談・指導・調整	5	592 (29.9)	4	61.7	5	67.2	4	460 (24.5)
各種作業活動ー身体運動活動など	6	581 (29.3)	7	38.5	6	53.0	9	219 (11.6)
各種作業活動ー生活圏拡大活動	7	491 (24.8)	8	34.7	10	34.8	6	328 (17.4)
各種作業活動ー仕事・学習活動	8	457 (23.1)	5	54.7	7	49.1	7	288 (15.3)
各種作業活動ー創作・芸術活動	9	414 (20.9)	10	28.7	8	45.0	8	235 (12.5)
各種作業活動ー各種ゲーム	10	248 (12.5)	9	28.9	9	36.5	10	102 (5.4)
各種作業活動ー園芸	11	109 (5.5)	11	6.5	11	12.0	11	52 (2.8)
その他食・嚥下機能		112 (5.7)		1.2		1.3		67 (3.6)

挙がった。終末期では運動機能の維持・代償指導(56.2%)が最も多く、身辺処理能力の維持・代償指導(33.8%)、起居動作の維持・代償(24.6%)と続いた。

5) 医療(身体障害領域)作業療法的手段(種目)と作業療法に特徴的な実施種目(表3-8)

作業療法的手段として実施されているのは、基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)(97.8%)、各種作業活動一日常生活活動(95.3%)、手工芸(32.5%)、用具の提供・適合・考案・作成・使用指導(31.5%)の順であった。前回と同様、基本的動作訓練と日常生活活動が多い。以下の順序は白書2010の65歳以上と同様であったが、生活圏拡大活動の順位は高くなっている。また、作業療法に特徴的な種目は何かという回答者の考えでは、各種作業活動(日常生活活動)(91.5%)が最も多く、次いで基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)(57.3%)、用具の提供・適合・考案・作成・使用指導(27.8%)であった。

6) 医療(身体障害領域)作業療法に関わる診療報酬(表3-9)

作業療法に関わる診療報酬項目を見ると、疾患別リハビリテーション料では、運動器リハビリテーション料(I)(75.2%)を算定する施設が最も多く、次いで脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(廃用症候群以外)(59.1%)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(廃用症候群)(41.4%)、呼吸器リハビリテーション料(I)(28.2%)が多かった。回復期リハビリテーション病棟入院料では、入院料1が11.8%、入院料2が11.5%であった。回復期病棟に伴う加算として、リハビリテーション充実加算(10.2%)、休日リハビリテーション提供体制加算(9.4%)、回復期リハビリテーション1体制強化加算(5.5%)がある。

その他の加算では、早期リハビリテーショ

ン加算(55.6%)、初期リハビリテーション加算(36.6%)、リハビリテーション総合計画評価料(35.4%)が多く算定されている。

表3-9 医療(身体障害領域) 作業療法に関わる診療報酬

	n=1,797 無回答 339 除く 回答数 (%)
運動器リハビリテーション料(I)	1,351 (75.2)
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)廃用症候群以外	1,062 (59.1)
早期リハビリテーション加算	1,000 (55.6)
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)廃用症候群	744 (41.4)
初期リハビリテーション加算	658 (36.6)
リハビリテーション総合計画評価料	637 (35.4)
呼吸器リハビリテーション料(I)	506 (28.2)
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)廃用症候群以外	388 (21.6)
がん患者リハビリテーション料	292 (16.2)
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)廃用症候群	228 (12.7)
回復期リハビリテーション病棟入院料1	212 (11.8)
回復期リハビリテーション病棟入院料2	207 (11.5)
退院時リハビリテーション指導料	205 (11.4)
リハビリテーション充実加算	183 (10.2)
運動器リハビリテーション料(II)	170 (9.5)
休日リハビリテーション提供体制加算	169 (9.4)
心大血管疾患リハビリテーション料(I)	145 (8.1)
地域包括ケア病棟入院料1	141 (7.8)
訪問看護基本療養費(訪問看護ステーション)	133 (7.4)
摂食機能療法	101 (5.6)
外来リハビリテーション診療料1	101 (5.6)
回復期リハビリテーション1体制強化加算	98 (5.5)
地域包括ケア入院医療管理料1	80 (4.5)
外来リハビリテーション診療料2	74 (4.1)
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)廃用症候群以外	70 (3.9)
リハビリテーション総合計画提供料	50 (2.8)
退院前訪問指導料	42 (2.3)
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)廃用症候群	38 (2.1)
運動器リハビリテーション料(III)	38 (2.1)
回復期リハビリテーション病棟入院料3	38 (2.1)
在宅訪問リハビリテーション指導管理料	36 (2.0)
義肢装具採型法	31 (1.7)
呼吸器リハビリテーション料(II)	30 (1.7)
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	28 (1.6)
在宅復帰機能強化加算	26 (1.4)
地域包括ケア病棟入院料2	25 (1.4)
障害者(児)リハビリテーション料	24 (1.3)
地域連携診療計画退院時指導料(I)	22 (1.2)
在宅患者訪問リハビリテーション指導料加算	22 (1.2)
難病患者リハビリテーション	18 (1.0)
認知症患者リハビリテーション料	18 (1.0)
介護支援連携指導料	18 (1.0)

3-2-2 医療（精神障害領域）

1) 医療（精神障害領域）作業療法の対象 （表3-10, 3-11, 3-12）

指定日に作業療法を実施した対象者の年齢別人数を見ると、65歳以上が50.0%，16歳から64歳が49.8%，15歳以下が0.2%であり、医療（精神障害領域）では65歳以上の高齢者と16歳から64歳がほぼ同数であること

がわかる。また、指定日に作業療法を実施した対象者の人数を病期別・サービス種別に見ると、いずれの病期でも入院が最も多いが、急性期では入院が94.8%と多く、回復期、生活期では外来の割合が増加している。

医療（精神障害領域）における対象疾患・障害では、統合失調症が93.2%と最も多く、感情障害（84.7%）、器質性精神障害（ア

表 3-10 医療（精神障害領域） 対象者の年齢別人数

	回答施設数	対象者数人数（%）
全体	596	47,130（100.0）
15歳以下	41	107（0.2）
16歳～64歳	567	23,467（49.8）
65歳以上	548	23,556（50.0）

表 3-11 医療（精神障害領域） 対象者の病期別・サービス種別人数

	合計 人数（%）	入院 人数（%）	外来 人数（%）	訪問 人数（%）
全体	47,619（100.0）	39,770（83.5）	7,563（15.9）	286（0.6）
急性期	4,642（100.0）	4,400（94.8）	196（4.2）	46（1.0）
回復期	10,160（100.0）	8,797（86.6）	1,337（13.2）	26（0.3）
生活期	31,736（100.0）	25,505（80.4）	6,017（19.0）	214（0.7）
終末期	1,081（100.0）	1,068（98.8）	13（1.2）	—

※外来はデイケアを含む。

表 3-12 医療（精神障害領域） 対象者の疾患・障害

	2015 年		2010 年	
	n=607 無回答 52 除く		n=602 無回答 23 除く	
	順位	回答数（%）	順位	%
統合失調症	1	566（93.2）	1	97.3
感情障害	2	514（84.7）	2	92.2
器質性精神障害（アルツハイマー病、脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む）	3	456（75.1）	3	90.7
精神遅滞 知的障害	4	406（66.9）	4	88.5
アルコール依存症	5	329（54.2）	5	79.1
神経症性障害	6	264（43.5）	6	77.1
自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害	7	194（32.0）	8	52.2
成人の人格・行動障害	8	154（25.4）	7	64.5
てんかん	9	127（20.9）	14	36.0
薬物依存 薬物疾患	10	110（18.1）	12	42.4
その他の精神疾患	11	101（16.6）	13	37.4
摂食障害	12	86（14.2）	9	45.2
心身症	13	78（12.9）	10	43.9
情緒障害	14	78（12.9）	11	42.5
脳血管性障害	15	65（10.7）	16	17.3
児童青年期の行動・情緒障害（ADHD 含む）	16	61（10.0）	15	24.9

※10%以上の回答があったもの。

ルツハイマー病・脳血管性認知症などの認知症，脳損傷等による人格・行動障害等含む）(75.1%)，精神遅滞 知的障害 (66.9%)，アルコール依存症 (54.2%)，神経症性障害 (43.5%)，自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害—以下自閉症などの発達障害 (32.0%)，成人の人格・行動障害 (25.4%) が続いている。前回白書との比較では，自閉症などの発達障害とてんかん，薬物依存 薬物疾患の順位が高くなっている。

2) 医療(精神障害領域) 作業療法の指示内容 (表3-13)

今回新しく設けた項目である。全体として大項目では，応用的能力が多く，次いで社会的適応能力，基本的能力と続いている。応用的能力の中では，コミュニケーション・対人技能の改善と生活リズムの改善が最も多い2項目で，急性期と終末期では生活リズムの方が多くなっている。社会的適応能力では全体で，社会生活適応能力の改善，日常生活活動の改善の順に多いが，急性期では日常生活活

表 3-13 医療(精神障害領域) 作業療法の指示内容

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	急性期 回答数 (%)	回復期 回答数 (%)	生活期 回答数 (%)	終末期 回答数 (%)
合計	601 (100.0)	267 (100.0)	391 (100.0)	531 (100.0)	61 (100.0)
<応用的能力>	582 (96.8)	252 (94.4)	376 (96.2)	509 (95.9)	51 (83.6)
コミュニケーション・対人技能の改善	555 (92.3)	208 (77.9)	347 (88.7)	457 (86.1)	21 (34.4)
生活リズムの改善	545 (90.7)	224 (83.9)	334 (85.4)	455 (85.7)	35 (57.4)
健康管理能力の維持・改善	330 (54.9)	84 (31.5)	178 (45.5)	268 (50.5)	11 (18.0)
知的精神的能力の改善	241 (40.1)	113 (42.3)	146 (37.3)	169 (31.8)	3 (4.9)
知的精神的能力の維持・代償指導	216 (35.9)	59 (22.1)	88 (22.5)	179 (33.7)	12 (19.7)
身辺処理能力の改善	147 (24.5)	46 (17.2)	78 (19.9)	95 (17.9)	7 (11.5)
身辺処理能力の維持・代償指導	118 (19.6)	16 (6.0)	36 (9.2)	106 (20.0)	3 (4.9)
上肢運動機能の維持・代償	39 (6.5)	3 (1.1)	7 (1.8)	29 (5.5)	5 (8.2)
起居動作の維持・代償	35 (5.8)	4 (1.5)	4 (1.0)	23 (4.3)	9 (14.8)
起居動作の改善	33 (5.5)	10 (3.7)	10 (2.6)	22 (4.1)	3 (4.9)
上肢運動機能の改善	26 (4.3)	8 (3.0)	8 (2.0)	20 (3.8)	3 (4.9)
福祉用具などの代償手段の適用	20 (3.3)	3 (1.1)	7 (1.8)	14 (2.6)	1 (1.6)
<社会的適応能力>	562 (93.5)	201 (75.3)	343 (87.7)	483 (91.0)	31 (50.8)
社会生活適応能力の改善	447 (74.4)	126 (47.2)	264 (67.5)	353 (66.5)	6 (9.8)
日常生活活動の改善	429 (71.4)	139 (52.1)	235 (60.1)	343 (64.6)	14 (23.0)
余暇活動の指導・援助	392 (65.2)	114 (42.7)	203 (51.9)	335 (63.1)	23 (37.7)
就労就学前訓練	127 (21.1)	13 (4.9)	64 (16.4)	75 (14.1)	0 (0.0)
就労就学の指導・訓練	93 (15.5)	12 (4.5)	45 (11.5)	60 (11.3)	0 (0.0)
<基本的能力>	435 (72.4)	176 (65.9)	257 (65.7)	358 (67.4)	42 (68.9)
認知心理機能の改善	344 (57.2)	153 (57.3)	205 (52.4)	224 (42.2)	11 (18.0)
認知心理機能の維持・代償指導	277 (46.1)	62 (23.2)	117 (29.9)	233 (43.9)	27 (44.3)
運動機能の維持・代償指導	197 (32.8)	36 (13.5)	69 (17.6)	165 (31.1)	24 (39.3)
運動機能の改善	189 (31.4)	72 (27.0)	99 (25.3)	115 (21.7)	11 (18.0)
感覚知覚機能の改善	40 (6.7)	24 (9.0)	19 (4.9)	19 (3.6)	2 (3.3)
感覚知覚機能の維持・代償指導	36 (6.0)	3 (1.1)	8 (2.0)	28 (5.3)	5 (8.2)
<環境資源>	181 (30.1)	34 (12.7)	85 (21.7)	149 (28.1)	5 (8.2)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	125 (20.8)	22 (8.2)	58 (14.8)	95 (17.9)	0 (0.0)
人的環境の調整・利用	96 (16.0)	18 (6.7)	44 (11.3)	76 (14.3)	2 (3.3)
物理的環境の調整・利用	76 (12.6)	15 (5.6)	35 (9.0)	57 (10.7)	5 (8.2)
<その他>	52 (8.7)	14 (5.2)	19 (4.9)	35 (6.6)	7 (11.5)

動の改善が、終末期では余暇活動の指導・援助が最も多い。基本的能力では、全ての病期で認知心理機能に関わる項目(改善及び維持・代償指導)が多いが、生活期・終末期では運動機能に関わる項目も多い傾向にある。

3) 医療(精神障害領域) 作業療法の評価と 作業療法に特徴的な評価(表3-14)

作業療法の評価として多く実施されていたのは、コミュニケーション能力(89.8%),生活リズム(80.0%),社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)(80.0%),精神・認知・心理(73.2%),余暇活動面(66.1%),趣味・興味(57.4%),

知的精神活動(53.2%)であり、前回白書と比較して大きな変化はないものの、余暇活動面と知的精神活動は順位を上げている。上位の項目は指示内容と対応している。

作業療法に特徴的な評価は何かという問いに対する回答者の考えとしては、社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)(72.7%),コミュニケーション能力(55.3%),精神・認知・心理(41.6%),生活リズム(39.9%),余暇活動面(38.8%)であり、実施されていた評価項目とは順位に多少の入れ違いはあるものの、大きな相違は見られなかった。

表 3-14 医療(精神障害領域) 作業療法の評価と作業療法に特徴的な評価

	2015 年		2010 年		2015 年 作業療法に特徴的な評価	
	n=570 無回答 89 除く		n=596 無回答 29 除く		n=546 無回答除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%	順位	回答数 (%)
コミュニケーション能力	1	512 (89.8)	1	84.9	2	302 (55.3)
生活リズム	2	456 (80.0)	3	74.7	4	218 (39.9)
社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)	2	456 (80.0)	2	79.4	1	397 (72.7)
精神・認知・心理	4	417 (73.2)	4	66.8	3	227 (41.6)
余暇活動面	5	377 (66.1)	9	47.7	5	212 (38.8)
趣味・興味	6	327 (57.4)	5	63.8	7	126 (23.1)
知的精神的活動	7	303 (53.2)	10	46.5	7	126 (23.1)
個人生活適応(家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など)	8	266 (46.7)	8	51.0	6	178 (32.6)
生活時間	9	245 (43.0)	12	41.1	13	40 (7.3)
役割	10	224 (39.3)	13	33.7	9	80 (14.7)
生育歴・生活歴	11	181 (31.8)	7	53.4	18	22 (4.0)
現病歴・治療歴	12	168 (29.5)	6	55.5	25	10 (1.8)
協調性	13	155 (27.2)	16	19.6	14	33 (6.0)
身辺処理	14	142 (24.9)	15	25.7	16	27 (4.9)
教育的・職業的適応(就学・就労に向けて)	15	139 (24.4)	17	17.4	10	74 (13.6)
職業歴・学歴	16	139 (24.4)	11	43.5	29	7 (1.3)
家族構成・関係	17	137 (24.0)	14	28.2	21	17 (3.1)
姿勢・肢位	18	129 (22.6)	-	-	12	45 (8.2)
生活環境	19	121 (21.2)	18	16.9	11	51 (9.3)
筋力・筋持久力	20	109 (19.1)	19	10.7	14	33 (6.0)
その他の人的環境・公的支援	21	81 (14.2)	-	-	23	13 (2.4)
関節可動域	22	74 (13.0)	19	10.7	17	24 (4.4)
心肺機能(全身持久力含む)	23	71 (12.5)	-	-	20	21 (3.8)
起居移動	24	64 (11.2)	-	-	18	22 (4.0)
上肢動作	25	60 (10.5)	-	-	21	17 (3.1)

※10%以上の回答があったもの。

4) 医療(精神障害領域) 作業療法の目標

(表3-15, 3-16)

作業療法の目標として長期目標と短期目標を比較すると、長期目標ではコミュニケーション・対人技能の改善(82.1%)が最も多く、次いで社会生活適応能力の改善(75.5%)、生活リズムの改善(75.0%)、日常生活活動の改善(66.2%)、余暇活動の指導・援助(58.3%)、健康管理能力の維持・改善(50.3%)が多かったのに対し、短期目標では、生活リズムの改善(87.7%)、コミュニケーション・対人技能の改善(83.0%)、日常生活活動の改善(60.5%)、社会生活適応能力の改善(51.3%)、余暇活動の指導・援助(50.1%)、健康管理能力の維持・改善

(48.7%)の順であった。

病期別に長期目標を比較すると、コミュニケーション・対人技能の改善や生活リズムの改善といった応用的能力に関する目標は病期を通じて多く挙がっていた。また、社会生活適応能力の改善、日常生活活動の改善、余暇活動の指導・援助などの社会的適応能力に関する目標や、応用的能力の中の健康管理能力の維持・改善は、急性期よりも回復期、生活期で多くなっていた。応用的能力の知的精神的能力や基本的能力の認知心理機能、運動機能に関わる項目では、急性期、回復期で機能や能力の改善が多く挙がっているのに対し、生活期では維持・代償指導が多くなる傾向があった。

表 3-15 医療(精神障害領域) 作業療法の目標

	長期目標		短期目標	
	n=592 無回答 67 除く		n=593 無回答 66 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
コミュニケーション・対人技能の改善	1	486 (82.1)	2	492 (83.0)
社会生活適応能力の改善	2	447 (75.5)	4	304 (51.3)
生活リズムの改善	3	444 (75.0)	1	520 (87.7)
日常生活活動の改善	4	392 (66.2)	3	359 (60.5)
余暇活動の指導・援助	5	345 (58.3)	5	297 (50.1)
健康管理能力の維持・改善	6	298 (50.3)	6	289 (48.7)
認知心理機能の改善	7	227 (38.3)	7	275 (46.4)
認知心理機能の維持・代償指導	8	216 (36.5)	8	225 (37.9)
知的精神的能力の維持・代償指導	9	184 (31.1)	12	172 (29.0)
知的精神的能力の改善	10	175 (29.6)	9	200 (33.7)
運動機能の維持・代償指導	11	159 (26.9)	10	191 (32.2)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	12	150 (25.3)	15	98 (16.5)
就労就学前訓練	13	128 (21.6)	17	72 (12.1)
就労就学の指導・訓練	14	119 (20.1)	19	58 (9.8)
運動機能の改善	15	119 (20.1)	11	175 (29.5)
人的環境の調整・利用	16	118 (19.9)	16	89 (15.0)
身辺処理能力の維持・代償指導	17	111 (18.8)	14	101 (17.0)
身辺処理能力の改善	18	105 (17.7)	13	133 (22.4)
物理的環境の調整・利用	19	99 (16.7)	18	67 (11.3)
上肢運動機能の維持・代償	20	29 (4.9)	24	38 (6.4)
感覚知覚機能の維持・代償指導	21	29 (4.9)	23	40 (6.7)
起居動作の維持・代償	22	27 (4.6)	22	40 (6.7)
福祉用具などの代償手段の適用	23	26 (4.4)	25	27 (4.6)
起居動作の改善	24	21 (3.5)	21	44 (7.4)
感覚知覚機能の改善	25	17 (2.9)	20	55 (9.3)
上肢運動機能の改善	26	14 (2.4)	26	23 (3.9)
その他		67 (11.3)		45 (7.6)

※10%以上の回答があったもの。

5) 医療(精神障害領域)作業療法的手段(種目)
と作業療法に特徴的な実施種目(表3-17)

作業療法的手段として実施されているのは、各種作業活動－創作・芸術活動(79.2%)、手工芸(71.1%)、身体運動活動など(66.6%)、生活圏拡大活動(52.0%)、日常生活活動(48.9%)、各種ゲーム(43.5%)の順であった。前回白書と順位で比較すると、日常生活活動の順位が上がり、園芸活動の順位が下がっていた。また、作業療法に特徴的な種目は何かという回答者の考えは、実施されてい

る種目と一致していた。

6) 医療(精神障害領域)作業療法に関わる
診療報酬(表3-18)

作業療法に関わる診療報酬項目を見ると、精神科作業療法(80.7%)を算定する施設が最も多く、次いで精神科デイ・ケア(大規模)(31.1%)、精神療養病棟(18.5%)、認知症治療病棟入院料1(15.9%)、精神科ショート・ケア(大規模)(15.0%)、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)(10.6%)であった。

表3-16 医療(精神障害領域) 作業療法の長期目標(病期別)

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	急性期 回答数 (%)	回復期 回答数 (%)	生活期 回答数 (%)	終末期 回答数 (%)
合計	592 (100.0)	257 (100.0)	384 (100.0)	523 (100.0)	58 (100.0)
<社会的適応能力>	550 (92.9)	204 (79.4)	339 (88.3)	467 (89.3)	29 (50.0)
社会生活適応能力の改善	447 (75.5)	147 (57.2)	267 (69.5)	338 (64.6)	4 (6.9)
日常生活活動の改善	392 (66.2)	139 (54.1)	216 (56.3)	312 (59.7)	8 (13.8)
余暇活動の指導・援助	345 (58.3)	80 (31.1)	169 (44.0)	283 (54.1)	21 (36.2)
就労就学前訓練	128 (21.6)	23 (8.9)	68 (17.7)	77 (14.7)	1 (1.7)
就労就学の指導・訓練	119 (20.1)	14 (5.4)	60 (15.6)	81 (15.5)	0 (0.0)
<応用的能力>	548 (92.6)	221 (86.0)	335 (87.2)	464 (88.7)	40 (69.0)
コミュニケーション・対人技能の改善	486 (82.1)	182 (70.8)	297 (77.3)	388 (74.2)	15 (25.9)
生活リズムの改善	444 (75.0)	163 (63.4)	243 (63.3)	363 (69.4)	26 (44.8)
健康管理能力の維持・改善	298 (50.3)	80 (31.1)	153 (39.8)	239 (45.7)	6 (10.3)
知的精神的能力の維持・代償指導	184 (31.1)	46 (17.9)	61 (15.9)	154 (29.4)	12 (20.7)
知的精神的能力の改善	175 (29.6)	77 (30.0)	97 (25.3)	112 (21.4)	3 (5.2)
身辺処理能力の維持・代償指導	111 (18.8)	12 (4.7)	38 (9.9)	90 (17.2)	6 (10.3)
身辺処理能力の改善	105 (17.7)	36 (14.0)	54 (14.1)	69 (13.2)	2 (3.4)
上肢運動機能の維持・代償	29 (4.9)	2 (0.8)	6 (1.6)	22 (4.2)	4 (6.9)
起居動作の維持・代償	27 (4.6)	3 (1.2)	6 (1.6)	20 (3.8)	5 (8.6)
福祉用具などの代償手段の適用	26 (4.4)	2 (0.8)	6 (1.6)	19 (3.6)	4 (6.9)
起居動作の改善	21 (3.5)	9 (3.5)	7 (1.8)	12 (2.3)	3 (5.2)
上肢運動機能の改善	14 (2.4)	3 (1.2)	4 (1.0)	10 (1.9)	2 (3.4)
<基本的能力>	341 (57.6)	114 (44.4)	174 (45.3)	274 (52.4)	33 (56.9)
認知心理機能の改善	227 (38.3)	87 (33.9)	129 (33.6)	146 (27.9)	10 (17.2)
認知心理機能の維持・代償指導	216 (36.5)	44 (17.1)	74 (19.3)	177 (33.8)	21 (36.2)
運動機能の維持・代償指導	159 (26.9)	19 (7.4)	43 (11.2)	132 (25.2)	24 (41.4)
運動機能の改善	119 (20.1)	33 (12.8)	51 (13.3)	75 (14.3)	8 (13.8)
感覚知覚機能の維持・代償指導	29 (4.9)	2 (0.8)	7 (1.8)	20 (3.8)	4 (6.9)
感覚知覚機能の改善	17 (2.9)	9 (3.5)	9 (2.3)	8 (1.5)	1 (1.7)
<環境資源>	200 (33.8)	48 (18.7)	97 (25.3)	161 (30.8)	8 (13.8)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	150 (25.3)	32 (12.5)	64 (16.7)	119 (22.8)	2 (3.4)
人的環境の調整・利用	118 (19.9)	33 (12.8)	55 (14.3)	86 (16.4)	4 (6.9)
物理的環境の調整・利用	99 (16.7)	20 (7.8)	37 (9.6)	76 (14.5)	7 (12.1)
<その他>	67 (11.3)	28 (10.9)	30 (7.8)	44 (8.4)	11 (19.0)

表 3-17 医療(精神障害領域) 作業療法的手段(種目)と作業療法に特徴的な実施種目

	2015 年		2010 年		2015 年 作業療法に特徴的な実施種目
	n=581 無回答 78 除く		n=596 無回答 29 除く		n=537 無回答 122 除く
	順位	回答数 (%)	順位	%	順位 回答数 (%)
各種作業活動－創作・芸術活動	1	460 (79.2)	2	95.6	1 296 (55.1)
各種作業活動－手工芸	2	413 (71.1)	1	97.3	2 292 (54.4)
各種作業活動－身体運動活動など	3	387 (66.6)	3	89.6	3 291 (54.2)
各種作業活動－生活圏拡大活動	4	302 (52.0)	4	80.9	4 233 (43.4)
各種作業活動－日常生活活動	5	284 (48.9)	7	65.1	5 228 (42.5)
各種作業活動－各種ゲーム	6	253 (43.5)	5	77.7	8 102 (19.0)
各種作業活動－仕事・学習活動	7	238 (41.0)	8	64.1	8 102 (19.0)
基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)	8	171 (29.4)	10	27.9	7 124 (23.1)
相談・指導・調整	9	153 (26.3)	9	33.1	6 137 (25.5)
各種作業活動－園芸	10	115 (19.8)	6	66.6	10 67 (12.5)
用具の提供・適合・考案・作成・使用指導	11	20 (3.4)	11	5.9	11 16 (3.0)
その他		76 (13.1)		3.0	49 (9.1)

表 3-18 医療(精神障害領域) 作業療法に関わる診療報酬

	n=540 無回答 119 除く
精神科作業療法	436 (80.7)
精神科デイ・ケア(大規模)	168 (31.1)
精神療養病棟	100 (18.5)
認知症治療病棟入院料 1	86 (15.9)
精神科ショート・ケア(大規模)	81 (15.0)
精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)	57 (10.6)
精神科デイ・ナイト・ケア	53 (9.8)
精神科デイ・ケア(小規模)	52 (9.6)
重度認知症患者デイ・ケア料	48 (8.9)
精神科急性期治療病棟入院料	45 (8.3)
精神科ショート・ケア(小規模)	31 (5.7)
精神科救急入院料	24 (4.4)
精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)～(Ⅲ)(訪問看護ステーション)	22 (4.1)
認知症患者リハビリテーション料	18 (3.3)
精神科継続外来支援・指導料	16 (3.0)
精神科退院指導料	15 (2.8)
重度認知症加算	14 (2.6)
入院生活技能訓練療法	12 (2.2)
精神科ナイト・ケア	12 (2.2)
精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	10 (1.9)
医療観察法病棟	9 (1.7)
精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	9 (1.7)
認知症治療病棟入院料 2	6 (1.1)
訪問看護基本療養費(訪問看護ステーション)	6 (1.1)

※1%以上の回答があったもの。

3-2-3 医療（発達障害領域）

1) 医療（発達障害領域）作業療法の対象

（表 3-19、3-20、3-21、3-22）

指定日に作業療法を実施した対象者の年齢別人数を見ると、1歳から6歳（就学前）が44.4%，6歳（就学後）から15歳が26.5%，18歳以上が24.3%，15歳から18歳が3.9%，1歳未満が0.9%であった。また、指定日に作業療法を実施した対象者の人数を病期別・

サービス種別に見ると、いずれの病期でも外来が最も多いが、生活期においては入院（医療型障害児入所施設への入所を含む）が44.9%と一定の割合を占めていた。

医療（発達障害領域）における対象疾患・障害では、脳性麻痺（72.1%）が最も多く、自閉症などの発達障害（67.5%）、精神遅滞的障害（57.1%）、染色体異常（35.0%）、てんかん（34.6%）が続いている。前回白書

表 3-19 医療（発達障害領域） 対象者の年齢別人数

	回答施設数	対象者数 (%)
全体	246	3,432 (100.0)
1歳未満	19	32 (0.9)
1歳～6歳(就学前)	188	1,523 (44.4)
6歳(就学後)～15歳	177	909 (26.5)
15歳～18歳	60	133 (3.9)
18歳以上	101	835 (24.3)

表 3-20 医療（発達障害領域） 対象者の病期別・サービス種別人数

	合計 人数 (%)	入院 人数 (%)	外来 人数 (%)	訪問 人数 (%)
全体	3,345 (100.0)	1,059 (31.7)	2,193 (65.6)	93 (2.8)
急性期	252 (100.0)	53 (21.0)	193 (76.6)	6 (2.4)
回復期	1,469 (100.0)	273 (18.6)	1,189 (80.9)	7 (0.5)
生活期	1,618 (100.0)	727 (44.9)	811 (50.1)	80 (4.9)
終末期	6 (100.0)	6 (98.8)	—	—

表 3-21 医療（発達障害領域） 対象者の疾患・障害

	2015 年		2010 年	
	n=240 無回答 53 除く		n=193 無回答 16 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%
脳性麻痺	1	173 (72.1)	1	89.1
自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害	2	162 (67.5)	3	76.7
精神遅滞 知的障害	3	137 (57.1)	2	81.3
染色体異常	4	84 (35.0)	4	64.2
てんかん	5	83 (34.6)	4	64.2
重症心身障害	6	54 (22.5)	8	47.7
児童青年期の行動・情緒障害(ADHD 含む)	7	46 (19.2)	9	46.6
神経筋接合部及び筋の疾患(重症筋無力症・筋ジストロフィーなど)	8	39 (16.3)	6	48.7
脳血管性障害	9	35 (14.6)	13	29.5
先天性奇形	10	32 (13.3)	6	48.7
視覚障害	11	28 (11.7)	13	29.5

※10%以上の回答があったもの。

と順位で比較すると、自閉症などの発達障害の順位が3位から2位へと上がっている。

また対象疾患・障害をサービス種別で比較すると、脳性麻痺はすべてのサービスで多いが、外来では自閉症などの発達障害(78.8%)、精神遅滞 知的障害(64.2%)が多かった。

表 3-22 医療(発達障害領域) 対象者の疾患・障害(サービス種別)

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	入院 回答数 (%)	外来 回答数 (%)	訪問 回答数 (%)
合計	240 (100.0)	93 (100.0)	193 (100.0)	32 (100.0)
<神経系の疾患・障害>	192 (80.0)	80 (86.0)	145 (75.1)	24 (75.0)
脳性麻痺	173 (72.1)	71 (76.3)	132 (68.4)	21 (65.6)
てんかん	83 (34.6)	42 (45.2)	64 (33.2)	6 (18.8)
神経筋接合部及び筋の疾患(重症筋無力症・筋ジストロフィーなど)	39 (16.3)	15 (16.1)	25 (13.0)	6 (18.8)
中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など	16 (6.7)	9 (9.7)	5 (2.6)	2 (6.3)
脊髄疾患	10 (4.2)	4 (4.3)	4 (2.1)	2 (6.3)
<精神及び行動の障害>	188 (78.3)	43 (46.2)	169 (87.6)	15 (46.9)
自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害	162 (67.5)	8 (8.6)	152 (78.8)	9 (28.1)
精神遅滞 知的障害	137 (57.1)	38 (40.9)	124 (64.2)	9 (28.1)
児童青年期の行動・情緒障害(ADHD 含む)	46 (19.2)	1 (1.1)	46 (23.8)	0 (0.0)
情緒障害	11 (4.6)	3 (3.2)	9 (4.7)	1 (3.1)
<先天奇形、変形及び染色体異常によるもの>	100 (41.7)	39 (41.9)	76 (39.4)	6 (18.8)
染色体異常	84 (35.0)	27 (29.0)	64 (33.2)	4 (12.5)
先天性奇形	32 (13.3)	14 (15.1)	22 (11.4)	2 (6.3)
二分脊椎	17 (7.1)	10 (10.8)	12 (6.2)	0 (0.0)
先天性筋疾患	12 (5.0)	3 (3.2)	8 (4.1)	1 (3.1)
<上記以外の疾患・障害>	66 (27.5)	42 (45.2)	33 (17.1)	7 (21.9)
重症心身障害	54 (22.5)	37 (39.8)	26 (13.5)	5 (15.6)
<循環器系の疾患・障害>	44 (18.3)	22 (23.7)	26 (13.5)	4 (12.5)
脳血管性障害	35 (14.6)	19 (20.4)	22 (11.4)	1 (3.1)
心臓疾患	13 (5.4)	4 (4.3)	5 (2.6)	4 (12.5)
<眼・耳及び付属器の疾患・障害>	30 (12.5)	18 (19.4)	18 (9.3)	0 (0.0)
視覚障害	28 (11.7)	17 (18.3)	15 (7.8)	0 (0.0)
聴覚障害	11 (4.6)	7 (7.5)	7 (3.6)	0 (0.0)
<損傷及びその他の外因の影響によるもの>	24 (10.0)	14 (15.1)	10 (5.2)	3 (9.4)
頭部外傷	19 (7.9)	13 (14.0)	7 (3.6)	1 (3.1)
<筋骨格系及び結合組織の疾患・障害>	12 (5.0)	8 (8.6)	7 (3.6)	0 (0.0)
その他の骨・関節疾患	9 (3.8)	7 (7.5)	4 (2.1)	0 (0.0)
<呼吸器、消化器系の疾患・障害>	7 (2.9)	4 (4.3)	4 (2.1)	2 (6.3)
<新生物>	6 (2.5)	4 (4.3)	1 (0.5)	1 (3.1)

※大項目および全体で5%以上の回答があった項目を示す。

2) 医療（発達障害領域）作業療法の指示内容 （表3-23）

今回新しく設けた項目である。全体では、運動機能の改善や感覚知覚機能の改善、認知心理機能の改善、運動機能の維持・代償などの基本的能力に関する指示が最も多く、次いでコミュニケーション・対人技能の改善、上肢運動機能の改善や身辺処理能力の改善、知的精神的能力の改善を含む応用的能力に関する

指示、社会的適応能力に関する指示が多かった。外来で運動機能の改善の指示が最も多いのは他のサービス種別と同様だが、コミュニケーションや上肢運動機能、身辺処理、日常生活活動などの応用的能力、社会適応能力に関わる指示が、入院や訪問よりも多い傾向にある。また訪問サービスにおいては、環境資源に関わる指示が他のサービスに比較して多かった。

表 3-23 医療（発達障害領域） 作業療法の指示内容

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	入院 回答数 (%)	外来 回答数 (%)	訪問 回答数 (%)
合計	240 (100.0)	92 (100.0)	194 (100.0)	32 (100.0)
<基本的能力>	228 (95.0)	89 (96.7)	181 (93.3)	31 (96.9)
運動機能の改善	192 (80.0)	62 (67.4)	156 (80.4)	19 (59.4)
感覚知覚機能の改善	151 (62.9)	31 (33.7)	129 (66.5)	11 (34.4)
認知心理機能の改善	129 (53.8)	32 (34.8)	110 (56.7)	11 (34.4)
運動機能の維持・代償指導	113 (47.1)	63 (68.5)	60 (30.9)	20 (62.5)
感覚知覚機能の維持・代償指導	60 (25.0)	30 (32.6)	30 (15.5)	11 (34.4)
認知心理機能の維持・代償指導	46 (19.2)	21 (22.8)	23 (11.9)	6 (18.8)
<応用的能力>	219 (91.3)	80 (87.0)	182 (93.8)	26 (81.3)
コミュニケーション・対人技能の改善	145 (60.4)	37 (40.2)	122 (62.9)	13 (40.6)
上肢運動機能の改善	136 (56.7)	38 (41.3)	117 (60.3)	9 (28.1)
身辺処理能力の改善	117 (48.8)	25 (27.2)	109 (56.2)	5 (15.6)
知的精神的能力の改善	114 (47.5)	18 (19.6)	104 (53.6)	6 (18.8)
上肢運動機能の維持・代償	69 (28.7)	39 (42.4)	36 (18.6)	7 (21.9)
福祉用具などの代償手段の適用	48 (20.0)	19 (20.7)	32 (16.5)	5 (15.6)
身辺処理能力の維持・代償指導	45 (18.8)	23 (25.0)	27 (13.9)	5 (15.6)
生活リズムの改善	35 (14.6)	18 (19.6)	18 (9.3)	3 (9.4)
起居動作の改善	34 (14.2)	14 (15.2)	19 (9.8)	8 (25.0)
知的精神的能力の維持・代償指導	34 (14.2)	17 (18.5)	18 (9.3)	6 (18.8)
起居動作の維持・代償	26 (10.8)	16 (17.4)	10 (5.2)	4 (12.5)
健康管理能力の維持・改善	11 (4.6)	6 (6.5)	2 (1.0)	3 (9.4)
<社会的適応能力>	179 (74.6)	50 (54.3)	154 (79.4)	15 (46.9)
日常生活活動の改善	125 (52.1)	35 (38.0)	108 (55.7)	8 (25.0)
社会生活適応能力の改善	69 (28.7)	6 (6.5)	65 (33.5)	2 (6.3)
就労就学前訓練	62 (25.8)	5 (5.4)	56 (28.9)	4 (12.5)
余暇活動の指導・援助	57 (23.8)	29 (31.5)	32 (16.5)	8 (25.0)
就労就学の指導・訓練	51 (21.3)	4 (4.3)	46 (23.7)	3 (9.4)
<環境資源>	59 (24.6)	17 (18.5)	33 (17.0)	19 (59.4)
物理的環境の調整・利用	44 (18.3)	15 (16.3)	20 (10.3)	15 (46.9)
人的環境の調整・利用	32 (13.3)	10 (10.9)	20 (10.3)	9 (28.1)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	20 (8.3)	1 (1.1)	10 (5.2)	9 (28.1)
<その他>	13 (5.4)	1 (1.1)	10 (5.2)	2 (6.3)

3) 医療（発達障害領域）作業療法の評価と 作業療法に特徴的な評価（表3-24）

作業療法の評価として指定日に多く実施されていたのは、姿勢・肢位（76.5%）、筋緊張（63.5%）、感覚・知覚（63.5%）、上肢動作（60.0%）、コミュニケーション能力（59.6%）、精神・認知・心理（53.9%）、協調性（51.3%）であった。前回白書と比較すると順位に大きな変化はないが、コミュニ

ケーション能力、社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など）の順位が上がっている。

一方、作業療法に特徴的な評価は、上肢動作、感覚・知覚、身辺処理、社会生活適応、コミュニケーション能力、精神・認知・心理、姿勢・肢位、知的精神的活動の順に多かった。

表 3-24 医療（発達障害領域） 作業療法の評価と作業療法に特徴的な評価

	2015 年		2010 年		2015 年 作業療法に特徴的な評価	
	n=230 無回答 63 除く		n=186 無回答 23 除く		全体 n=219 無回答除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%	順位	回答数 (%)
姿勢・肢位	1	176 (76.5)	1	82.3	7	47 (21.5)
筋緊張	2	146 (63.5)	2	68.8	19	14 (6.4)
感覚・知覚	2	146 (63.5)	4	60.2	2	78 (35.6)
上肢動作	4	138 (60.0)	3	61.3	1	95 (43.4)
コミュニケーション能力	5	137 (59.6)	9	44.1	5	63 (28.8)
精神・認知・心理	6	124 (53.9)	7	51.1	6	51 (23.3)
協調性	7	118 (51.3)	8	46.2	10	30 (13.7)
身辺処理	8	109 (47.4)	6	54.8	3	69 (31.5)
関節可動域	9	103 (44.8)	10	42.5	13	17 (7.8)
知的精神的活動	10	96 (41.7)	12	32.3	7	47 (21.5)
社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)	10	96 (41.7)	15	29.6	4	65 (29.7)
筋力・筋持久力	12	76 (33.0)	14	30.1	22	6 (2.7)
生活時間	13	59 (25.7)	18	25.8	20	10 (4.6)
趣味・興味	14	53 (23.0)	16	29.0	17	16 (7.3)
教育的・職業的適応(就学・就労に向けて)	15	52 (22.6)	17	28.5	9	31 (14.2)
生活環境	16	51 (22.2)	22	13.4	18	15 (6.8)
余暇活動面	17	49 (21.3)	—	—	12	28 (12.8)
摂食・嚥下機能	18	48 (20.9)	19	24.7	13	17 (7.8)
起居移動	19	46 (20.0)	22	13.4	21	7 (3.2)
生育歴・生活歴	20	44 (19.1)	5	55.9	30	1 (0.5)
福祉用具などの代償手段の適用	21	42 (18.3)	20	20.4	11	29 (13.2)
反射・反応	22	41 (17.8)	13	31.7	25	3 (1.4)
学校・職場環境	22	41 (17.8)	21	18.8	13	17 (7.8)
生活リズム	24	36 (15.7)	—	—	22	6 (2.7)
現病歴・治療歴	25	34 (14.8)	11	39.8	25	3 (1.4)
心肺機能(全身持久力含む)	26	26 (11.3)	—	—	25	3 (1.4)
家族構成・関係	26	26 (11.3)	24	12.4	32	0 (0.0)
個人生活適応(家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など)	28	24 (10.4)	—	—	13	17 (7.8)

※10%以上の回答があったもの。

4) 医療（発達障害領域）作業療法の目標

（表3-25、3-26）

作業療法の目標として長期目標と短期目標を比較すると、長期目標では、コミュニケーション・対人技能の改善（62.8%）、運動機能の改善（62.0%）、日常生活活動の改善（60.3%）、感覚知覚機能の改善（51.3%）、上肢運動機能の改善（50.9%）、身辺処理能力の改善（47.4%）、知的精神的能力の改

善（41.5%）、認知心理機能の改善（41.5%）の順に対し、短期目標では、運動機能の改善（74.7%）、感覚知覚機能の改善（62.9%）、上肢運動機能の改善（59.9%）、コミュニケーション・対人技能の改善（53.2%）、認知心理機能の改善（51.9%）、身辺処理能力の改善（47.3%）、運動機能の維持・代償指導（43.0%）の順であった。長期目標、短期目標ともに基本的能力、応用的能力、社会適応

表 3-25 医療（発達障害領域） 作業療法の目標

	長期目標		短期目標	
	n=234 無回答 59 除く		n=237 無回答 56 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
コミュニケーション・対人技能の改善	1	147 (62.8)	4	126 (53.2)
運動機能の改善	2	145 (62.0)	1	177 (74.7)
日常生活活動の改善	3	141 (60.3)	9	90 (38.0)
感覚知覚機能の改善	4	120 (51.3)	2	149 (62.9)
上肢運動機能の改善	5	119 (50.9)	3	142 (59.9)
身辺処理能力の改善	6	111 (47.4)	6	112 (47.3)
知的精神的能力の改善	7	97 (41.5)	8	94 (39.7)
認知心理機能の改善	7	97 (41.5)	5	123 (51.9)
社会生活適応能力の改善	9	93 (39.7)	12	47 (19.8)
運動機能の維持・代償指導	10	90 (38.5)	7	102 (43.0)
就労就学前訓練	11	75 (32.1)	21	33 (13.9)
上肢運動機能の維持・代償	12	61 (26.1)	10	66 (27.8)
就労就学の指導・訓練	13	58 (24.8)	22	31 (13.1)
余暇活動の指導・援助	14	53 (22.6)	18	36 (15.2)
物理的環境の調整・利用	15	45 (19.2)	15	39 (16.5)
福祉用具などの代償手段の適用	16	40 (17.1)	13	45 (19.0)
起居動作の改善	17	37 (15.8)	20	34 (14.3)
身辺処理能力の維持・代償指導	18	37 (15.8)	14	39 (16.5)
感覚知覚機能の維持・代償指導	18	37 (15.8)	11	54 (22.8)
生活リズムの改善	20	32 (13.7)	16	38 (16.0)
人的環境の調整・利用	20	32 (13.7)	24	27 (11.4)
認知心理機能の維持・代償指導	22	29 (12.4)	17	37 (15.6)
知的精神的能力の維持・代償指導	23	27 (11.5)	19	35 (14.8)
起居動作の維持・代償	24	24 (10.3)	22	31 (13.1)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	25	22 (9.4)	25	15 (6.3)
健康管理能力の維持・改善	26	16 (6.8)	26	11 (4.6)
その他		5 (2.1)		7 (3.0)

能力を含むが、短期目標としては運動機能の改善、感覚知覚機能の改善、上肢運動機能の改善など基本的能力に重点が置かれている傾向がうかがえる。

サービス種別に作業療法の長期目標を比較すると、入院では運動機能に関わる目標が多く、次いで日常生活活動、コミュニケーション、上肢機能に関わる目標が挙げられていた。外来ではコミュニケーションに関わる目標が

最も多く、次いで日常生活活動や運動機能に関わる項目、上肢運動機能や身辺処理能力の項目が挙げられていた。訪問ではコミュニケーションと運動機能の改善が目標として多く挙げられていた。それぞれのサービスに多い疾患・障害を反映しているものと思われる。また訪問では、他のサービスに比較して環境資源に関する目標が多い傾向がある。

表 3-26 医療(発達障害領域) 作業療法の長期目標(サービス種別)

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	入院 回答数 (%)	外来 回答数 (%)	訪問 回答数 (%)
合計	234 (100.0)	90 (100.0)	189 (100.0)	31 (100.0)
<応用的能力>	207 (88.5)	80 (88.9)	167 (88.4)	27 (87.1)
コミュニケーション・対人技能の改善	147 (62.8)	40 (44.4)	125 (66.1)	17 (54.8)
上肢運動機能の改善	119 (50.9)	35 (38.9)	101 (53.4)	9 (29.0)
身辺処理能力の改善	111 (47.4)	24 (26.7)	100 (52.9)	4 (12.9)
知的精神的能力の改善	97 (41.5)	16 (17.8)	84 (44.4)	9 (29.0)
上肢運動機能の維持・代償	61 (26.1)	40 (44.4)	35 (18.5)	6 (19.4)
福祉用具などの代償手段の適用	40 (17.1)	17 (18.9)	25 (13.2)	4 (12.9)
起居動作の改善	37 (15.8)	12 (13.3)	22 (11.6)	8 (25.8)
身辺処理能力の維持・代償指導	37 (15.8)	26 (28.9)	19 (10.1)	1 (3.2)
生活リズムの改善	32 (13.7)	16 (17.8)	17 (9.0)	3 (9.7)
知的精神的能力の維持・代償指導	27 (11.5)	14 (15.6)	16 (8.5)	0 (0.0)
起居動作の維持・代償	24 (10.3)	18 (20.0)	8 (4.2)	1 (3.2)
健康管理能力の維持・改善	16 (6.8)	7 (7.8)	6 (3.2)	4 (12.9)
<社会的適応能力>	193 (82.5)	59 (65.6)	162 (85.7)	17 (54.8)
日常生活活動の改善	141 (60.3)	44 (48.9)	118 (62.4)	9 (29.0)
社会生活適応能力の改善	93 (39.7)	16 (17.8)	82 (43.4)	3 (9.7)
就労就学前訓練	75 (32.1)	6 (6.7)	69 (36.5)	4 (12.9)
就労就学の指導・訓練	58 (24.8)	2 (2.2)	52 (27.5)	5 (16.1)
余暇活動の指導・援助	53 (22.6)	30 (33.3)	26 (13.8)	5 (16.1)
<基本的能力>	180 (76.9)	72 (80.0)	143 (75.7)	24 (77.4)
運動機能の改善	145 (62.0)	48 (53.3)	118 (62.4)	16 (51.6)
感覚知覚機能の改善	120 (51.3)	26 (28.9)	105 (55.6)	11 (35.5)
認知心理機能の改善	97 (41.5)	20 (22.2)	80 (42.3)	10 (32.3)
運動機能の維持・代償指導	90 (38.5)	53 (58.9)	47 (24.9)	14 (45.2)
感覚知覚機能の維持・代償指導	37 (15.8)	17 (18.9)	19 (10.1)	8 (25.8)
認知心理機能の維持・代償指導	29 (12.4)	14 (15.6)	15 (7.9)	3 (9.7)
<環境資源>	62 (26.5)	20 (22.2)	36 (19.0)	16 (51.6)
物理的環境の調整・利用	45 (19.2)	19 (21.1)	21 (11.1)	11 (35.5)
人的環境の調整・利用	32 (13.7)	9 (10.0)	22 (11.6)	7 (22.6)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	22 (9.4)	4 (4.4)	11 (5.8)	7 (22.6)
<その他>	5 (2.1)	2 (2.2)	2 (1.1)	1 (3.2)

5) 医療(発達障害領域)作業療法の手段(種目)と作業療法に特徴的な実施種目(表3-27)

作業療法の手段として実施されているのは、各種作業活動－日常生活活動(83.5%)、各種作業活動－身体運動活動など(75.9%)、基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)(75.5%)、用具の提供・適合・考案・作成・使用指導(40.5%)、相談・指導・調整(38.0%)、各種作業活動－仕事・学習活動(36.3%)の順であった。前回白書と順位で比較すると大きな変動はない。作業療法に特徴的な種目も、実施された手段(種目)

と一致していた。

6) 医療(発達障害領域)作業療法に関わる診療報酬(表3-28)

作業療法に関わる診療報酬項目を見ると、疾患別リハビリテーション料では、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(廃用症候群以外)(47.2%)、障害者(児)リハビリテーション料(34.3%)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(廃用症候群以外)(5.1%)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(4.6%)を算定する施設が多かった。

表 3-27 医療(発達障害領域) 作業療法の手段(種目)と作業療法に特徴的な実施種目

	2015 年		2010 年		2015 年 作業療法に特徴的な実施種目	
	n=237 無回答 56 除く		n=596 無回答 29 除く		n=223 無回答除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%	順位	回答数 (%)
各種作業活動－日常生活活動	1	198 (83.5)	1	91.9	1	163 (73.1)
各種作業活動－身体運動活動など	2	180 (75.9)	3	83.9	2	153 (68.6)
基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)	3	179 (75.5)	2	86.0	3	70 (31.4)
用具の提供・適合・考案・作成・使用指導	4	96 (40.5)	4	73.1	4	65 (29.1)
相談・指導・調整	5	90 (38.0)	6	58.6	5	54 (24.2)
各種作業活動－仕事・学習活動	6	86 (36.3)	5	61.3	6	49 (22.0)
各種作業活動－創作・芸術活動	7	70 (29.5)	9	47.8	8	30 (13.5)
各種作業活動－手工芸	7	70 (29.5)	8	50.0	7	33 (14.8)
各種作業活動－各種ゲーム	9	64 (27.0)	7	53.2	9	26 (11.7)
各種作業活動－生活圏拡大活動	10	34 (14.3)	10	21.0	10	24 (10.8)
各種作業活動－園芸	11	2 (0.8)	11	5.4	11	1 (0.4)
その他		12 (5.1)		5.4		9 (4.0)

表 3-28 医療(発達障害領域) 作業療法に関わる診療報酬

	n=216 無回答 77 除く
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)廃用症候群以外	102 (47.2)
障害者(児)リハビリテーション料	74 (34.3)
訪問看護基本療養費(訪問看護ステーション)	22 (10.2)
リハビリテーション総合計画評価料	13 (6.0)
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)廃用症候群以外	11 (5.1)
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	10 (4.6)
外来リハビリテーション診療料 1	6 (2.8)
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)廃用症候群	4 (1.9)
在宅訪問リハビリテーション指導管理料	4 (1.9)
外来リハビリテーション診療料 2	3 (1.4)
退院時リハビリテーション指導料	3 (1.4)
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)廃用症候群以外	3 (1.4)

※1%以上の回答があったもの。

その他としては、訪問看護基本療養費(訪問看護ステーション)(10.2%)、リハビリテーション総合計画評価料(6.0%)が多かった。

3-3 介護保険領域における作業療法

介護保険領域では、入所・入居、通所、訪問、その他と作業療法士が関わる場面は幅広く、介護老人保健施設、通所サービス事業所、訪問看護ステーション等で作業療法が実施されている。今回は全体での集計のほか、一部

表 3-29 介護保険領域 対象者の年齢別人数

	回答施設数	対象者数 (%)
全体	1,887	45,904 (100.0)
40歳～64歳	672	1,518 (3.3)
65歳～74歳	1,338	6,545 (14.3)
75歳以上	1,833	37,841 (82.4)

表 3-31 介護保険領域 対象者の疾患・障害

	2015 年		2010 年	
	n=1,894 無回答 97 除く		n=1,225 無回答 46 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%
脳血管性障害	1	1,710 (90.3)	1	97.6
器質性精神障害 (アルツハイマー病・脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む)	2	1,089 (57.5)	4	75.9
骨折	3	1,054 (55.6)	3	84.1
パーキンソン病	4	997 (52.6)	2	87.9
心臓疾患	5	878 (46.4)	8	66.6
その他の骨・関節疾患	6	697 (36.8)	13	39.0
上記以外の高次脳機能障害 (注意・遂行機能・記憶の障害など)	7	654 (34.5)	—	—
失語	8	504 (26.6)	5	71.9
関節リウマチ	9	500 (26.4)	6	68.8
呼吸器系疾患	10	452 (23.9)	11	46.9
脊椎障害	11	400 (21.1)	16	36.1
その他の疾患・障害、加齢による障害、膠原病	12	393 (20.7)	14	38.3
中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など	13	385 (20.3)	15	36.3
脊髄疾患	14	375 (19.8)	12	42.5
失行・失認	15	337 (17.8)	9	63.3
悪性新生物 (がん・腫瘍など)	16	295 (15.6)	17	36.0
失調症	17	275 (14.5)	10	51.9
視覚障害	18	233 (12.3)	18	35.0
聴覚障害	19	210 (11.1)	20	28.6
その他の循環器疾患	20	200 (10.6)	28	14.2
統合失調症	21	197 (10.4)	22	24.3

※10%以上の回答があったもの。

項目でサービス種別(入所・入居系、通所系、訪問系、その他)の集計を提示する。

1) 介護保険領域の対象者

(表3-29, 3-30, 3-31)

指定日に作業療法士が関わった対象者の人数を見ると、75歳以上が82.4%、65歳か

表 3-30 介護保険領域 対象者の人数
(サービス種別)

	施設数	対象者数合計 (%)
全体	1,895	47,069 (100.0)
入所・入居 計	943	21,931 (46.6)
入所・入居 個別あり	924	16,720
入所・入居 集団のみ	334	5,211
通所系 計	1,209	19,622 (41.7)
通所系 個別あり	1,188	15,973
通所系 集団のみ	295	3,649
訪問系 計	667	4,789 (10.2)
その他 計	66	727 (1.5)
その他 個別あり	60	524
その他 集団のみ	9	203

ら74歳が14.3%，64歳以下が3.3％であり，介護保険領域における対象者は75歳以上の後期高齢者が多いことがわかる。

サービス種別で人数を見ると，入所・入居が46.6％，通所系が41.7％，訪問系が10.2％，その他が1.5％であった。また，作業療法士による個別対応があったのは入所・入居のうち16,720人(76.2％)，通所系では15,973人(81.4％)，その他では524人(72.1％)であった。

介護保険領域における対象者疾患・障害では，脳血管性障害(90.3％)が最も多く，器質性精神障害(アルツハイマー病・脳血管性認知症などの認知症，脳損傷等による人格・行動障害等含む)(57.5％)，骨折(55.6％)，パーキンソン病(52.6％)，心臓疾患(46.4％)，その他の骨・関節疾患(36.8％)が続いている。前回白書と順位を比較すると，その他の骨・関節疾患，脊椎疾患，その他の循環器疾患が大きく順位を上げ，器質性精神障害も順位を上げている。

状態像としては，高次脳機能障害(注意・遂行機能・記憶の障害など)(34.5％)，失語(26.6％)，失行・失認(17.8％)が挙げられているが，前回白書と比較すると，失行・失認の順位は低下している。

2) 介護保険領域 対象者の依頼(指示)内容 (表3-32)

今回新しく設けた項目である。指定日に作業療法士が関わった対象者について医師やケアマネジャーから指示(依頼)される内容は，全体，およびサービス種別を通じて運動機能の改善や運動機能の維持・代償指導，感覚知覚機能の改善などの基本的能力に関することが最も多く，次いで起居動作の改善，起居動作の維持・代償，上肢運動機能の改善などの応用的能力が挙げられ，その次に日常生活活動の改善や社会生活適応能力の改善などの社会適応能力に関することが多かった。社会適応能力への指示(依頼)に関しては入所・入居系に比して通所系，訪問系で多く，人的環境，物理的環境の調整利用などの環境資源への指示(依頼)は，入所・入居計，通所系に比べて訪問系で多かった。

3) 介護保険領域 作業療法士の実施した評価と作業療法に特徴的な評価(表3-33)

介護保険領域において作業療法士が実施していた評価は，筋力・筋持久力(77.2％)，姿勢・姿位(74.7％)，関節可動域(70.2％)，起居移動(68.7％)，精神・認知・心理(55.1％)，身辺処理(51.8％)であり前回白

表 3-32 介護保険領域 対象者の依頼(指示)内容

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	入所・入居 回答数 (%)	通所系 回答数 (%)	訪問系 回答数 (%)	その他 回答数 (%)
合計	1,879 (100.0)	936 (100.0)	1,191 (100.0)	649 (100.0)	60 (100.0)
基本的能力	1,833 (97.6)	913 (97.5)	1,164 (97.7)	609 (93.8)	51 (85.0)
応用的能力	1,780 (94.7)	864 (92.3)	1,102 (92.5)	588 (90.6)	51 (85.0)
社会的適応能力	1,489 (79.2)	635 (67.8)	907 (76.2)	507 (78.1)	29 (48.3)
環境資源	553 (29.4)	186 (19.9)	233 (19.6)	241 (37.1)	8 (13.3)
その他	76 (4.0)	32 (3.4)	22 (1.8)	26 (4.0)	4 (6.7)

書の順位と比較して上位の大きな変化はない。しかし、10位以下の項目である、生活リズム、心肺機能(全身持久力を含む)、個人生活適応(家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など)、余暇活動面、社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)の評価において順位が大きく上昇している。

一方、介護保険領域における作業療法に特徴的な評価は何かという問いに対して、回答者の考えは順に、身辺処理、精神・認知・心理、個人生活適応(家事・健康管理・交通機関の利用)、起居移動、余暇活動面であった。身体機能面よりも、生活行為向上に向けた評価を特徴ととらえていることがうかがえる。

表 3-33 介護保険領域 実施した評価と作業療法に特徴的な評価

	2015 年		2010 年		2015 年 作業療法に特徴的な評価	
	n=1,806 無回答 185 除く		n=1,221 無回答 60 除く		n=1,699 無回答除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%	順位	回答数 (%)
筋力・筋持久力	1	1,394 (77.2)	1	80.7	15	278 (16.4)
姿勢・肢位	2	1,349 (74.7)	4	74.5	6	368 (21.7)
関節可動域	3	1,267 (70.2)	2	79.1	18	158 (9.3)
起居移動	4	1,240 (68.7)	3	75.6	4	457 (26.9)
精神・認知・心理	5	996 (55.1)	5	61.0	2	607 (35.7)
身辺処理	6	936 (51.8)	6	49.8	1	647 (38.1)
筋緊張	7	896 (49.6)	7	49.6	22	71 (4.2)
上肢動作	8	765 (42.4)	10	36.0	9	358 (21.1)
趣味・興味	9	695 (38.5)	8	45.7	7	366 (21.5)
コミュニケーション能力	10	650 (36.0)	12	28.0	12	309 (18.2)
生活リズム	11	633 (35.0)	20	18.3	14	280 (16.5)
心肺機能(全身持久力含む)	12	553 (30.6)	27	13.1	20	97 (5.7)
個人生活適応(家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など)	13	551 (30.5)	24	14.5	3	490 (28.8)
余暇活動面	14	541 (30.0)	22	15.8	5	422 (24.8)
生活時間	15	526 (29.1)	18	20.3	17	159 (9.4)
役割	16	519 (28.7)	17	21.0	11	322 (19.0)
福祉用具などの代償手段の適用	17	514 (28.5)	13	27.9	8	364 (21.4)
社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)	18	410 (22.7)	29	12.8	10	331 (19.5)
生活環境	19	406 (22.5)	16	23.4	13	289 (17.0)
協調性	20	350 (19.4)	19	20.1	24	56 (3.3)
生育歴・生活歴	21	349 (19.3)	11	31.5	19	100 (5.9)
現病歴・治療歴	22	318 (17.6)	9	45.3	26	30 (1.8)
感覚・知覚	23	301 (16.7)	14	24.7	29	26 (1.5)
知的精神的活動	23	301 (16.7)	26	13.6	16	185 (10.9)
摂食・嚥下機能	25	285 (15.8)	15	23.5	21	81 (4.8)

※10%以上の回答があったもの。

4) 介護保険領域 リハビリテーション実施計画の目標 (表3-34, 3-35)

作業療法士が関わった対象者におけるリハビリテーション実施計画の長期目標と短期目標を比較すると、長期目標では、日常生活活動の改善 (78.8%), 運動機能の維持・代償指導 (70.6%), 運動機能の改善 (60.4%), 生活リズムの改善 (45.6%), 身辺処理能力

の維持・代償動作 (45.4%) の順に多く、短期目標では、運動機能の維持・代償指導 (76.1%), 運動機能の改善 (73.3%), 日常生活活動の改善 (59.2%), 起居動作の改善 (51.1%), 起居動作の維持・代償 (46.9%) の順であった。

長期目標をサービス種別で比較すると、入所・入居、通所系、その他では大項目の応用

表 3-34 介護保険領域 リハビリテーション実施計画の目標

	長期目標		短期目標	
	n=1,861 無回答 130 除く		n=1,856 無回答 135 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
日常生活活動の改善	1	1,466 (78.8)	3	1,099 (59.2)
運動機能の維持・代償指導	2	1,313 (70.6)	1	1,413 (76.1)
運動機能の改善	3	1,124 (60.4)	2	1,360 (73.3)
生活リズムの改善	4	849 (45.6)	8	777 (41.9)
身辺処理能力の維持・代償指導	5	845 (45.4)	9	751 (40.5)
認知心理機能の維持・代償指導	6	794 (42.7)	6	785 (42.3)
起居動作の維持・代償	7	786 (42.2)	5	871 (46.9)
身辺処理能力の改善	8	764 (41.1)	7	783 (42.2)
起居動作の改善	9	757 (40.7)	4	948 (51.1)
コミュニケーション・対人技能の改善	10	605 (32.5)	13	532 (28.7)
余暇活動の指導・援助	11	552 (29.7)	15	384 (20.7)
上肢運動機能の維持・代償	12	528 (28.4)	12	602 (32.4)
認知心理機能の改善	13	522 (28.0)	11	614 (33.1)
上肢運動機能の改善	14	491 (26.4)	10	647 (34.9)
社会生活適応能力の改善	15	434 (23.3)	19	225 (12.1)
福祉用具などの代償手段の適用	16	431 (23.2)	14	515 (27.7)
健康管理能力の維持・改善	17	420 (22.6)	17	313 (16.9)
物理的環境の調整・利用	18	393 (21.1)	16	339 (18.3)
知的精神的能力の維持・代償指導	19	288 (15.5)	18	252 (13.6)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	20	228 (12.3)	24	119 (6.4)
人的環境の調整・利用	21	224 (12.0)	22	204 (11.0)
感覚知覚機能の維持・代償指導	22	166 (8.9)	21	211 (11.4)
知的精神的能力の改善	23	159 (8.5)	23	165 (8.9)
感覚知覚機能の改善	24	127 (6.8)	20	222 (12.0)
就労就学の指導・訓練	25	25 (1.3)	26	10 (0.5)
就労就学前訓練	26	21 (1.1)	25	15 (0.8)
その他		66 (3.5)	0	73 (3.9)

的能力に関する目標が多く、次いで基本的能力、社会適応能力の順であるが、訪問系では応用的能力、社会適応能力、基本的能力の順となっており、環境資源に関する目標も他のサービスと比較して多い傾向にある。また、小項目で見ると、通所系と訪問系は社会適応能力の中の日常生活活動の改善が最も多く、次いで基本的能力の運動機能の維持・代

償、運動機能の改善、応用的能力の身辺処理能力の維持・代償となっている。入所・入居でも同様の順ではあるが、運動機能維持・代償が日常生活活動の改善よりもわずかに多く、また応用的能力では生活リズムの改善と起居動作の維持・代償が多かった。入所・入居ではより重度な障害を持つ利用者に対応しているものと思われる。

表 3-35 介護保険領域 リハビリテーション実施計画の長期目標(サービス種別)【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	入所・入居 回答数 (%)	通所系 回答数 (%)	訪問系 回答数 (%)	その他 回答数 (%)
合計	1,861 (100.0)	927 (100.0)	1,180 (100.0)	643 (100.0)	61 (100.0)
<応用的能力>	1,713 (92.0)	846 (91.3)	1,053 (89.2)	547 (85.1)	50 (82.0)
生活リズムの改善	849 (45.6)	466 (50.3)	388 (32.9)	177 (27.5)	19 (31.1)
身辺処理能力の維持・代償指導	845 (45.4)	367 (39.6)	480 (40.7)	251 (39.0)	15 (24.6)
起居動作の維持・代償	786 (42.2)	407 (43.9)	417 (35.3)	206 (32.0)	16 (26.2)
身辺処理能力の改善	764 (41.1)	291 (31.4)	448 (38.0)	234 (36.4)	12 (19.7)
起居動作の改善	757 (40.7)	356 (38.4)	428 (36.3)	208 (32.3)	17 (27.9)
コミュニケーション・対人技能の改善	605 (32.5)	309 (33.3)	336 (28.5)	81 (12.6)	17 (27.9)
上肢運動機能の維持・代償	528 (28.4)	223 (24.1)	294 (24.9)	112 (17.4)	11 (18.0)
上肢運動機能の改善	491 (26.4)	157 (16.9)	308 (26.1)	115 (17.9)	11 (18.0)
福祉用具などの代償手段の適用	431 (23.2)	158 (17.0)	209 (17.7)	154 (24.0)	4 (6.6)
健康管理能力の維持・改善	420 (22.6)	92 (9.9)	250 (21.2)	137 (21.3)	2 (3.3)
知的精神的能力の維持・代償指導	288 (15.5)	173 (18.7)	124 (10.5)	41 (6.4)	9 (14.8)
知的精神的能力の改善	159 (8.5)	83 (9.0)	87 (7.4)	18 (2.8)	6 (9.8)
<基本的能力>	1,586 (85.2)	795 (85.8)	977 (82.8)	475 (73.9)	44 (72.1)
運動機能の維持・代償指導	1,313 (70.6)	640 (69.0)	788 (66.8)	370 (57.5)	31 (50.8)
運動機能の改善	1,124 (60.4)	487 (52.5)	702 (59.5)	325 (50.5)	27 (44.3)
認知心理機能の維持・代償指導	794 (42.7)	461 (49.7)	432 (36.6)	150 (23.3)	17 (27.9)
認知心理機能の改善	522 (28.0)	311 (33.5)	294 (24.9)	66 (10.3)	13 (21.3)
感覚知覚機能の維持・代償指導	166 (8.9)	76 (8.2)	82 (6.9)	39 (6.1)	4 (6.6)
感覚知覚機能の改善	127 (6.8)	40 (4.3)	66 (5.6)	37 (5.8)	4 (6.6)
<社会的適応能力>	1,570 (84.4)	679 (73.2)	970 (82.2)	535 (83.2)	35 (57.4)
日常生活活動の改善	1,466 (78.8)	628 (67.7)	906 (76.8)	501 (77.9)	28 (45.9)
余暇活動の指導・援助	552 (29.7)	217 (23.4)	302 (25.6)	153 (23.8)	11 (18.0)
社会生活適応能力の改善	434 (23.3)	100 (10.8)	247 (20.9)	163 (25.3)	2 (3.3)
就労就学の指導・訓練	25 (1.3)	4 (0.4)	14 (1.2)	8 (1.2)	0 (0.0)
就労就学前訓練	21 (1.1)	1 (0.1)	13 (1.1)	8 (1.2)	0 (0.0)
<環境資源>	542 (29.1)	175 (18.9)	249 (21.1)	232 (36.1)	7 (11.5)
物理的環境の調整・利用	393 (21.1)	141 (15.2)	170 (14.4)	157 (24.4)	4 (6.6)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	228 (12.3)	43 (4.6)	114 (9.7)	106 (16.5)	4 (6.6)
人的環境の調整・利用	224 (12.0)	80 (8.6)	86 (7.3)	91 (14.2)	1 (1.6)
<その他>	66 (3.5)	25 (2.7)	19 (1.6)	25 (3.9)	4 (6.6)

5) 介護保険領域 実施手段（種目）

（表3-36, 3-37）

介護保険領域において作業療法士が実施していた種目は上位から順に、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）（94.5％）、各種作業活動－日常生活活動（92.6％）、各種作業活動－身体運動活動（40.3％）、各種作業活動－生活圏拡大活動（37.3％）、各種作業活動－手工芸（35.4％）であった。前回白書の順位と比較して、各種作業活動－生活圏拡大活動が上位へ変動している。また、介護保険領域における作業療法の特徴的な種目は何かという問いに対して、

回答者の考えは順に、各種作業活動－日常生活活動（81.3％）、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）（49.6％）、相談・指導・調整（29.1％）となっている。

作業療法士の実施した種目をサービス種別、実施形態（個別・集団）で比較すると、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）と日常生活活動は訪問系でよく実施されており、入所・入居、通所系、その他のサービスにおいては個別での実施が多かった。対照的に、身体運動活動は集団での実施が多かった。

表 3-36 介護保険領域 実施手段（種目）と作業療法に特徴的な実施種目

	2015 年		2010 年		2015 年 作業療法に特徴的な種目	
	n=1,858 無回答 106 除く		n=1,215 無回答 56 除く		n=1,685 無回答除く	
	順位	回答数（％）	順位	％	順位	回答数（％）
基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）	1	1,756（94.5）	1	97.3	2	836（49.6）
各種作業活動－日常生活活動	2	1,720（92.6）	2	96.9	1	1,370（81.3）
各種作業活動－身体運動活動など	3	748（40.3）	4	67.2	6	369（21.9）
各種作業活動－生活圏拡大活動	4	693（37.3）	8	50.6	4	461（27.4）
各種作業活動－手工芸	5	658（35.4）	3	71.7	5	422（25.0）
相談・指導・調整	6	603（32.5）	5	66.7	3	490（29.1）
各種作業活動－創作・芸術活動	7	541（29.1）	7	62.5	8	308（18.3）
用具の提供・適合・考案・作成・使用指導	8	448（24.1）	6	64.8	7	319（18.9）
各種作業活動－仕事・学習活動	9	328（17.7）	10	36.7	9	175（10.4）
各種作業活動－各種ゲーム	10	271（14.6）	9	42.2	10	104（6.2）
各種作業活動－園芸	11	171（9.2）	11	30.9	11	115（6.8）
その他		87（4.7）		2.0		55（3.3）

※10%以上の回答があったもの。

表 3-37 実施種目（サービス種別、個別・集団）

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	入所入居 回答数 (%)		通所系 回答数 (%)		訪問系 回答数 (%)	その他 回答数 (%)	
		個別	集団	個別	集団		個別	集団
合計	1,858 (100.0)	922 (100.0)	337 (100.0)	1,163 (100.0)	286 (100.0)	643 (100.0)	70 (100.0)	11 (100.0)
基本的動作訓練（生活に関連する 作業を用いない訓練）	1,756 (94.5)	861 (93.4)	117 (34.7)	1,086 (93.4)	173 (60.5)	604 (93.9)	57 (81.4)	4 (36.4)
各種作業活動－日常生活活動	1,720 (92.6)	836 (90.7)	99 (29.4)	1,025 (88.1)	138 (48.3)	602 (93.6)	51 (72.9)	3 (27.3)
各種作業活動－身体運動活動など	748 (40.3)	403 (43.7)	225 (66.8)	397 (34.1)	151 (52.8)	104 (16.2)	21 (30.0)	5 (45.5)
各種作業活動－生活圏拡大活動	693 (37.3)	219 (23.8)	31 (9.2)	342 (29.4)	53 (18.5)	275 (42.8)	15 (21.4)	2 (18.2)
各種作業活動－手工芸	658 (35.4)	332 (36.0)	287 (31.7)	400 (34.4)	102 (35.7)	64 (10.0)	17 (24.3)	1 (9.1)
相談・指導・調整	603 (32.5)	173 (18.8)	167 (18.5)	265 (22.8)	37 (12.9)	275 (42.8)	13 (18.6)	3 (27.3)
各種作業活動－創作・芸術活動	541 (29.1)	339 (36.8)	124 (36.8)	259 (22.3)	88 (30.8)	45 (7.0)	10 (14.3)	5 (45.5)
用具の提供・適合・考案・作成・ 使用指導	448 (24.1)	171 (18.5)	13 (3.9)	157 (13.5)	13 (4.5)	171 (26.6)	13 (18.6)	1 (9.1)
各種作業活動－仕事・学習活動	328 (17.7)	130 (14.1)	117 (12.9)	198 (17.0)	26 (9.1)	53 (8.2)	7 (10.0)	1 (9.1)
各種作業活動－各種ゲーム	271 (14.6)	105 (11.4)	72 (8.0)	182 (15.6)	58 (20.3)	15 (2.3)	4 (5.7)	1 (9.1)
各種作業活動－園芸	171 (9.2)	57 (6.2)	49 (5.4)	101 (8.7)	20 (7.0)	24 (3.7)	1 (1.4)	0 (0.0)
その他	87 (4.7)	39 (4.2)	29 (3.2)	41 (3.5)	14 (4.9)	17 (2.6)	2 (2.9)	0 (0.0)

表 3-38 介護保険領域 請求する介護報酬項目

【無回答を除く】

入所入居 n=753 (100.0)	
<指定介護老人保健施設>	484 (64.3)
保健施設短期集中リハ加算	421 (55.9)
保健施設サービス提供体制加算Ⅰ(1・2)	236 (31.3)
保施ⅠもしくはⅡ型保施Ⅰ(を含む項目全般)	210 (27.9)
保健施設認知症短期集中リハ加算	182 (24.2)
保健施設認知症ケア加算	77 (10.2)
保健施設在宅復帰・在宅療養支援加算	72 (9.6)
保健施設サービス提供体制加算Ⅱ	24 (3.2)
保健施設退所時指導加算	24 (3.2)
保健施設退所前連携加算	21 (2.8)
保健施設サービス提供体制加算Ⅲ	14 (1.9)
保施ⅡもしくはⅢ型保施Ⅱ(を含む項目全般)	11 (1.5)
保健施設退所前訪問指導加算Ⅰ	10 (1.3)
保施ⅢもしくはⅣ型保施Ⅲ(を含む項目全般)	9 (1.2)
保健施設入所前後訪問指導加算Ⅱ(1・2)	6 (0.8)
保健施設入所前後訪問指導加算Ⅰ(1・2)	6 (0.8)
保健施設退所前訪問指導加算Ⅱ	5 (0.7)
保健施設退所後訪問指導加算Ⅰ	4 (0.5)
保健施設退所後訪問指導加算Ⅱ	2 (0.3)
保健施設地域連携診療計画情報提供加算	3 (0.4)
保健施設地域連携診療計画情報提供加算	1 (0.1)
<指定短期入所療養介護(老人保健施設)>	257 (34.1)
老短個別リハビリ加算	219 (29.1)
老短サービス提供体制加算Ⅰ(1・2)	150 (19.9)
老短もしくはⅢ型老短(を含む項目全般)	90 (12.0)
老短認知症ケア加算	23 (3.1)
予老短サービス提供体制加算Ⅰ(1・2)	16 (2.1)
老短サービス提供体制加算Ⅱ	11 (1.5)
予老短個別リハビリ加算	11 (1.5)
老短サービス提供体制加算Ⅲ	6 (0.8)
予老短もしくは予Ⅲ型老短(を含む項目全般)	6 (0.8)
予老短サービス提供体制加算Ⅱ	2 (0.3)
予老短サービス提供体制加算Ⅲ	1 (0.1)
<指定老人福祉施設>	41 (5.4)
福祉施設ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	23 (3.1)
Ⅲ型福祉施設ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	14 (1.9)
Ⅳ型小福祉施設ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	5 (0.7)
小福祉施設ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	1 (0.1)
<指定特定施設入居者生活介護>	32 (4.2)
特定施設個別機能訓練加算	28 (3.7)
特定施設生活介護(を含む項目全般)	10 (1.3)
外部訪問リハⅠ	0 (0.0)
外部訪問リハⅡ	1 (0.1)
<指定短期入所生活介護>	28 (3.7)
併設短期生活ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	14 (1.9)
併設短期生活ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	12 (1.6)
予併設短期生活ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	7 (0.9)
単独短期生活ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	3 (0.4)
予併設短期生活ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	2 (0.3)
単Ⅲ型短期生活ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	1 (0.1)
予単独短期生活ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	1 (0.1)
予単Ⅲ型短期生活ⅠもしくはⅡ(を含む項目全般)	0 (0.0)

通所系 n=1,069 (100.0)	
<指定通所リハビリテーション>	873 (81.7)
通所リハマネジメント加算Ⅰ	722 (67.5)
予防通所リハ運動器機能向上加算	480 (44.9)
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ(1・2)	428 (40.0)
通所リハ短期集中個別リハ加算	372 (34.8)
通所リハⅠ(を含む項目全般)	282 (26.4)
予通所リハサービス提供体制加算Ⅰ(11・12)	247 (23.1)
通所リハマネジメント加算ⅡⅠ	188 (17.6)
通所リハⅡ(を含む項目全般)	178 (16.7)
予防通所リハⅡⅡ(同一建物減算含む)	175 (16.4)
予防通所リハⅡⅡ(同一建物減算含む)	154 (14.4)
予防通所リハⅡⅡⅠ(同一建物減算含む)	148 (13.8)
予防通所リハⅡⅡⅡ(同一建物減算含む)	136 (12.7)
通所リハサービス提供体制加算Ⅱ	114 (10.7)
通所リハ理学療法士等体制強化加算	96 (9.0)
通所リハマネジメント加算ⅡⅡ	86 (8.0)
予通所リハサービス提供体制加算Ⅱ(1・2)	79 (7.4)
通所リハⅢⅡ(を含む項目全般)	77 (7.2)
予通所リハサービス提供体制加算Ⅰ(21・22)	74 (6.9)
通所リハⅡⅡⅡ(を含む項目全般)	62 (5.8)
通所リハⅡⅡⅠ(を含む項目全般)	49 (4.6)
通所リハⅢⅠ(を含む項目全般)	32 (3.0)
通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰ	29 (2.7)
予通所リハ複数サービス実施加算Ⅰ(1・2・3)	27 (2.5)
通所リハ生活行為向上リハ加算Ⅰ	15 (1.4)
通所リハ生活行為向上リハ加算Ⅱ	11 (1.0)
予通所リハ複数サービス実施加算Ⅱ	11 (1.0)
通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅱ	7 (0.7)
通所リハ社会参加支援加算	0 (0.0)
<指定通所介護>	197 (18.4)
予防通所介護運動器機能向上加算	128 (12.0)
通所介護個別機能訓練加算Ⅱ	121 (11.3)
予防通所介護Ⅰ(を含む項目全般)	96 (9.0)
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	98 (9.2)
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ(1・2)	85 (8.0)
通所介護Ⅱ(を含む項目全般)	75 (7.0)
予防通所介護Ⅱ(を含む項目全般)	75 (7.0)
通所介護Ⅰ(を含む項目全般)	73 (6.8)
予防通所介護サービス提供体制加算Ⅰ(11・12)	57 (5.3)
通所介護Ⅲ(を含む項目全般)	23 (2.2)
予防通所介護サービス提供体制加算Ⅰ(21・22)	19 (1.8)
通所介護サービス提供体制加算Ⅱ	19 (1.8)
通所介護Ⅳ(を含む項目全般)	19 (1.8)
予防通所介護サービス提供体制加算Ⅱ(1・2)	13 (1.2)
予防通所介護複数サービス実施加算Ⅰ(1・2・3)	11 (1.0)
予防通所介護複数サービス実施加算Ⅱ	5 (0.5)
予防通所介護生活向上グループ活動加算	3 (0.3)
通所介護サービス提供体制加算Ⅲ	3 (0.3)

訪問系 n=610 (100.0)	
<指定訪問リハビリテーション>	331 (54.3)
訪問リハビリ1 (を含む項目全般)	265 (43.4)
訪問リハサービス提供体制加算	257 (42.1)
訪問リハマネジメント加算Ⅰ	242 (39.7)
予防訪問リハ1 (を含む項目全般)	89 (14.6)
予防訪問リハサービス提供体制加算	58 (9.5)
訪問リハビリ2 (を含む項目全般)	56 (9.2)
訪問リハ短期集中リハ加算	56 (9.2)
訪問リハマネジメント加算Ⅱ	39 (6.4)
予防訪問リハ2 (を含む項目全般)	18 (3.0)
予防訪問リハ短期集中リハ加算	3 (0.5)
予防訪問リハ訪問介護連携加算	1 (0.2)
訪問リハ社会参加支援加算	0 (0.0)
<指定訪問看護ステーション>	302 (49.5)
訪看Ⅰ5 (を含む項目全般)	197 (32.3)
訪看Ⅰ5・2 (を含む項目全般)	197 (32.3)
訪問看護サービス提供体制加算(Ⅰ・Ⅱ)	168 (27.5)
予訪看Ⅰ5 (を含む項目全般)	82 (13.4)
予訪看Ⅰ5・2 (を含む項目全般)	73 (12.0)
予防訪問看護サービス提供体制加算	71 (11.6)

6) 介護保険領域 請求する介護報酬(表3-38)

作業療法士の関わった対象者について請求する介護報酬項目を見ると、入所・入居系では指定介護保険施設で保健施設短期集中リハビリテーション実施加算、指定短期入所療養介護(老人保健施設)で個別リハビリテーション実施加算が多く算定されている。通所系では、指定通所リハビリテーションで、通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅰや予防通所リハビリテーション運動器機能向上加算、指定通所介護では運動器機能向上加算が多く算定されている。入所・入居系、通所系では、作業療法士が個別に運動機能向上や関係職種との連携に取り組んでいることが伺える。訪問系では指定訪問リハビリテーションで訪問リハビリ1(を含む項目全般)、指定訪問看護ステーションでは訪問看護Ⅰ5(を含む項目全般)が多く算定されていた。

7) 地域支援事業の実施状況(表3-39)

回答者の勤務する施設で地域支援事業を実施しているかを尋ねたところ、介護予防事業(介護予防・日常生活総合事業含む)が最も多く42.8%であった。次いで包括的支援事業6.5%、新しい総合事業(介護予防・生活支援サービス事業・一般介護予防事業)6.0%、任意事業4.7%である。

表 3-39 地域支援事業の実施状況

	n=1,991 回答数 (%)
介護予防事業(介護予防・日常生活総合事業含む)	853 (42.8)
包括的支援事業	130 (6.5)
新しい総合事業(介護予防・生活支援サービス事業・一般介護予防事業)	119 (6.0)
任意事業	94 (4.7)
無回答	1,024 (51.4)

3-4 障害福祉領域における作業療法

障害福祉領域におけるサービスは、障害者総合支援法によって提供される。介護の支援を受ける場合には介護給付、訓練等の支援を受ける場合には訓練等給付、自治体が地域の環境や利用者の状況に応じ柔軟に実施できる地域生活支援事業に大別され、サービスは利用者個々の個別支援計画に基づき、利用目的に合ったものが提供される。

今回はこれらのサービスを入所・入居系、通所系、訪問系、その他に分け、サービス種別ごとに回答を求めた。前回白書のアンケートでは、「保健・福祉・介護保険領域」の分類であり、さらに身体障害・精神障害・発達障害のように障害別での回答を求めたため、今回は新しい設問が殆どである。前回との比較が困難であることをお断りしておく。

障害福祉領域全体としての結果の他、サービス種別で大きな特徴が見られる項目を中心に結果を示す。

表 3-40 障害福祉領域
対象者の年齢区分別人数

【無回答を除く】

	施設数	対象者数 (%)
全体	267	4,401 (100.0)
6歳以下(就学前)	82	940 (21.4)
6歳(就学後)～18歳未満	62	333 (7.6)
18歳～39歳	142	1,040 (23.6)
40歳～64歳	156	1,410 (32.0)
65歳以上	78	678 (15.4)

表 3-41 障害福祉領域
対象者のサービス種別人数

【無回答を除く】

	施設数	対象者数 (%)
全体	260	4,236 (100.0)
入所・入居	75	1,355 (32.0)
通所系	196	2,480 (58.5)
訪問系	27	122 (2.9)
その他	22	279 (6.6)

1) 障害福祉領域の対象者

(表 3-40, 3-41, 3-42, 3-43, 3-44)

指定日に障害福祉領域において作業療法師がサービスを提供した対象者の年齢別人数を見ると、40歳から64歳(32.0%)が最も多く、次いで18歳から39歳(23.6%)である。しかし就学前の6歳以下の子ども(21.4%)や65歳以上の高齢者(15.4%)もあり、対象者は幅広い年齢層であることがうかがえる。

対象者が利用しているサービス種別は多い順に通所系(58.5%)、入所・入居系(32.0%)、その他(6.6%)、訪問系(2.9%)である。サービスの利用根拠となるものは身体障害者手帳(33.4%)、療育手帳(18.0%)、精神障害者保健福祉手帳(17.5%)が多く、利用契機は家族の希望(27.4%)、本人の希望(25.5%)、

表 3-42 障害福祉領域
対象者のサービス利用根拠

【無回答を除く】

	施設数	対象者数 (%)
全体	260	4,339 (100.0)
身体障害者手帳	138	1,449 (33.4)
療育手帳	108	781 (18.0)
医師診断書	35	429 (9.9)
精神障害者保健福祉手帳	76	761 (17.5)
自立支援医療受給者証(精神)	25	238 (5.5)
年金等受給証明証	7	98 (2.3)
特定疾患医療受給者証	6	10 (0.2)
知的障害者更生相談所意見書	1	1 (0.0)
その他	71	572 (13.2)

表 3-43 障害福祉領域
対象者のサービス利用契機

【無回答を除く】

	施設数	対象者数 (%)
全体	264	5,117 (100.0)
家族の希望	136	1,399 (27.4)
本人の希望	105	1,304 (25.5)
医療機関からの紹介	100	754 (14.7)
市町村担当部署からの紹介	57	550 (10.8)
相談事業所からの紹介	76	529 (10.3)
他施設からの紹介や移行	63	307 (6.0)
家族会からの紹介	3	7 (0.1)
その他	36	267 (5.2)

表 3-44 障害福祉領域 対象者の疾患・障害

【無回答 30 を除く】

	全体 n=256		入所・入居 n=80		通所系 n=187		訪問系 n=30		その他 n=18	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
精神遅滞 知的障害	1	149 (58.2)	3	32 (40.0)	1	107 (57.2)	2	11 (36.7)	2	7 (38.9)
自閉症 アスペルガー症候群学習障害など特異的な学習障害と 広汎性発達障害	2	125 (48.8)	18	8 (10.0)	2	104 (55.6)	1	12 (40.0)	1	8 (44.4)
脳性麻痺	3	113 (44.1)	2	46 (57.5)	3	70 (37.4)	6	3 (10.0)	4	5 (27.8)
脳血管性障害	4	76 (29.7)	1	49 (61.3)	5	47 (25.1)	3	5 (16.7)	6	3 (16.7)
統合失調症	5	75 (29.3)	5	25 (31.3)	4	48 (25.7)	6	3 (10.0)	3	6 (33.3)
てんかん	6	68 (26.6)	7	24 (30.0)	7	40 (21.4)	10	2 (6.7)	4	5 (27.8)
上記以外の高次脳機能障害 (注意・遂行機能・記憶の障害など)	7	58 (22.7)	4	29 (36.3)	8	39 (20.9)	11	1 (3.3)	24	0 (0.0)
児童青年期の行動・情緒障害 (ADHD 含む)	8	47 (18.4)	42	1 (1.3)	6	41 (21.9)	4	4 (13.3)	12	1 (5.6)
頭部外傷	9	39 (15.2)	5	25 (31.3)	12	19 (10.2)	10	2 (6.7)	8	2 (11.1)
感情障害	10	38 (14.8)	17	9 (11.3)	10	25 (13.4)	4	4 (13.3)	6	3 (16.7)
失語	11	35 (13.7)	8	21 (26.3)	11	23 (12.3)	11	1 (3.3)	24	0 (0.0)
染色体異常	11	35 (13.7)	35	2 (2.5)	9	31 (16.6)	11	1 (3.3)	12	1 (5.6)
視覚障害	13	29 (11.3)	10	15 (18.8)	13	16 (8.6)	11	1 (3.3)	12	1 (5.6)
器質性精神障害 (アルツハイマー病・脳血管性認知症などの認知症、 脳損傷等による人格・行動障害等含む)	14	26 (10.2)	14	11 (13.8)	15	14 (7.5)	10	2 (6.7)	12	1 (5.6)
脊髄疾患	15	25 (9.8)	8	21 (26.3)	27	6 (3.2)	6	3 (10.0)	24	0 (0.0)
神経筋接合部及び筋の疾患 (重症筋無力症・筋ジストロフィーなど)	16	24 (9.4)	16	10 (12.5)	17	13 (7.0)	6	3 (10.0)	24	0 (0.0)
脊髄損傷	17	23 (9.0)	10	15 (18.8)	20	11 (5.9)	10	2 (6.7)	12	1 (5.6)
失調症	18	22 (8.6)	10	15 (18.8)	23	9 (4.8)	35	0 (0.0)	24	0 (0.0)
中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など	18	22 (8.6)	14	11 (13.8)	17	13 (7.0)	10	2 (6.7)	12	1 (5.6)
失行・失認	20	21 (8.2)	13	14 (17.5)	23	9 (4.8)	35	0 (0.0)	12	1 (5.6)
重症心身障害	21	20 (7.8)	19	7 (8.8)	20	11 (5.9)	11	1 (3.3)	8	2 (11.1)
聴覚障害	21	20 (7.8)	23	5 (6.3)	14	15 (8.0)	35	0 (0.0)	24	0 (0.0)
情緒障害	23	19 (7.4)	24	4 (5.0)	15	14 (7.5)	35	0 (0.0)	12	1 (5.6)
アルコール依存症	24	17 (6.6)	24	4 (5.0)	19	12 (6.4)	35	0 (0.0)	12	1 (5.6)
心臓疾患	25	16 (6.3)	20	6 (7.5)	23	9 (4.8)	10	2 (6.7)	8	2 (11.1)
神経症性障害	26	15 (5.9)	35	2 (2.5)	20	11 (5.9)	11	1 (3.3)	8	2 (11.1)

※掲載はすべてのサービス種で 10%以上のものが含まれる範囲。

医療機関からの紹介(14.7%)が大半を占める。

対象者の疾患・障害は、精神遅滞 知的障害(以下、知的障害)が58.2%と最も多く、次いで自閉症などの発達障害(48.8%)、脳性麻痺(44.1%)、脳血管性障害(29.7%)の

順である。

入所・入居系では脳血管性障害(61.3%)、通所系では知的障害(57.2%)、訪問系では自閉症などの発達障害(40.0%)がそれぞれ最も多い。また、他サービスに比べて、入所・入居系では高次脳機能障害が、通所系では児

表 3-45 障害福祉領域 実施した評価項目

【無回答を除く】

	全体 回答数 (%)	入所・入居 回答数 (%)	通所系 回答数 (%)	訪問系 回答数 (%)	その他 回答数 (%)
合計	236 (100.0)	71 (100.0)	171 (100.0)	25 (100.0)	17 (100.0)
<応用的能力>	202 (85.6)	57 (80.3)	148 (86.5)	21 (84.0)	13 (76.5)
コミュニケーション能力	123 (52.1)	16 (22.5)	100 (58.5)	10 (40.0)	8 (47.1)
上肢動作	80 (33.9)	25 (35.2)	59 (34.5)	4 (16.0)	3 (17.6)
知的精神的活動	67 (28.4)	14 (19.7)	51 (29.8)	4 (16.0)	4 (23.5)
身辺処理	66 (28.0)	14 (19.7)	47 (27.5)	8 (32.0)	2 (11.8)
生活リズム	64 (27.1)	18 (25.4)	43 (25.1)	8 (32.0)	4 (23.5)
起居移動	42 (17.8)	17 (23.9)	27 (15.8)	3 (12.0)	2 (11.8)
福祉用具などの代償手段の適用	34 (14.4)	12 (16.9)	19 (11.1)	2 (8.0)	4 (23.5)
<基本的能力>	182 (77.1)	54 (76.1)	130 (76.0)	20 (80.0)	10 (58.8)
姿勢・肢位	116 (49.2)	36 (50.7)	82 (48.0)	10 (40.0)	6 (35.3)
精神・認知・心理	114 (48.3)	26 (36.6)	81 (47.4)	11 (44.0)	6 (35.3)
筋緊張	81 (34.3)	25 (35.2)	55 (32.2)	7 (28.0)	6 (35.3)
感覚・知覚	76 (32.2)	16 (22.5)	58 (33.9)	6 (24.0)	5 (29.4)
筋力・筋持久力	67 (28.4)	27 (38.0)	46 (26.9)	9 (36.0)	0 (0.0)
協調性	66 (28.0)	15 (21.1)	48 (28.1)	7 (28.0)	3 (17.6)
関節可動域	63 (26.7)	32 (45.1)	34 (19.9)	10 (40.0)	2 (11.8)
摂食・嚥下機能	39 (16.5)	16 (22.5)	22 (12.9)	1 (4.0)	3 (17.6)
反射・反応	19 (8.1)	6 (8.5)	10 (5.8)	2 (8.0)	1 (5.9)
心肺機能(全身持久力含む)	13 (5.5)	4 (5.6)	8 (4.7)	1 (4.0)	1 (5.9)
<社会的適応能力>	162 (68.6)	39 (54.9)	120 (70.2)	17 (68.0)	13 (76.5)
社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)	134 (56.8)	25 (35.2)	106 (62.0)	13 (52.0)	7 (41.2)
教育的・職業的適応(就学・就労に向けて)	74 (31.4)	11 (15.5)	63 (36.8)	5 (20.0)	4 (23.5)
余暇活動面	65 (27.5)	23 (32.4)	43 (25.1)	2 (8.0)	6 (35.3)
個人生活適応(家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など)	64 (27.1)	23 (32.4)	41 (24.0)	7 (28.0)	6 (35.3)
<一般的項目>	106 (44.9)	24 (33.8)	74 (43.3)	13 (52.0)	8 (47.1)
趣味・興味	65 (27.5)	17 (23.9)	46 (26.9)	7 (28.0)	5 (29.4)
生活時間	49 (20.8)	10 (14.1)	31 (18.1)	10 (40.0)	4 (23.5)
役割	44 (18.6)	13 (18.3)	28 (16.4)	6 (24.0)	3 (17.6)
生育歴・生活歴	43 (18.2)	5 (7.0)	33 (19.3)	6 (24.0)	4 (23.5)
現病歴・治療歴	37 (15.7)	5 (7.0)	25 (14.6)	7 (28.0)	5 (29.4)
職業歴・学歴	25 (10.6)	4 (5.6)	22 (12.9)	2 (8.0)	3 (17.6)
<環境資源>	80 (33.9)	15 (21.1)	55 (32.2)	13 (52.0)	7 (41.2)
生活環境	40 (16.9)	9 (12.7)	21 (12.3)	10 (40.0)	3 (17.6)
家族構成・関係	31 (13.1)	4 (5.6)	23 (13.5)	4 (16.0)	4 (23.5)
その他の人的環境・公的支援	30 (12.7)	8 (11.3)	21 (12.3)	4 (16.0)	2 (11.8)
学校・職場環境	27 (11.4)	2 (2.8)	21 (12.3)	5 (20.0)	2 (11.8)
住居	11 (4.7)	3 (4.2)	5 (2.9)	2 (8.0)	1 (5.9)
<その他>	11 (4.7)	3 (4.2)	7 (4.1)	0 (0.0)	2 (11.8)

童精神期の行動・情緒障害（ADHDを含む）が、多い結果となっている。

2) 障害福祉領域 作業療法士の実施した評価と作業療法に特徴的な評価（表3-45、3-46）

障害福祉領域において作業療法士が実施

した評価として全体で多いのは、社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など）（56.8%）、コミュニケーション能力（52.1%）、姿勢・肢位（49.2%）、精神・認知・心理（48.3%）といった評価項目である。サービス種別で比較すると、入所・入居

表 3-46 障害福祉領域 実施した評価と作業療法に特徴的な評価

【無回答を除く】

大項目	実施した評価 n=236		作業療法に特徴的な評価 n=222	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
応用的能力	1	202 (85.6)	1	125 (56.3)
基本的能力	2	182 (77.1)	2	122 (55.0)
社会的適応能力	3	162 (68.6)	3	114 (51.4)
一般的項目	4	106 (44.9)	4	41 (18.5)
環境資源	5	80 (33.9)	5	33 (14.9)
その他		11 (4.7)		5 (2.3)
小項目	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など）	1	134 (56.8)	1	82 (36.9)
コミュニケーション能力	2	123 (52.1)	6	45 (20.3)
姿勢・肢位	3	116 (49.2)	2	51 (23.0)
精神・認知・心理	4	114 (48.3)	3	50 (22.5)
筋緊張	5	81 (34.3)	16	20 (9.0)
上肢動作	6	80 (33.9)	7	43 (19.4)
感覚・知覚	7	76 (32.2)	4	48 (21.6)
教育的・職業的適応（就学・就労に向けて）	8	74 (31.4)	5	46 (20.7)
知的精神的活動	9	67 (28.4)	10	28 (12.6)
筋力・筋持久力	10	67 (28.4)	19	15 (6.8)
身辺処理	11	66 (28.0)	9	30 (13.5)
協調性	12	66 (28.0)	12	23 (10.4)
余暇活動面	13	65 (27.5)	15	21 (9.5)
趣味・興味	14	65 (27.5)	13	23 (10.4)
生活リズム	15	64 (27.1)	20	15 (6.8)
個人生活適応（家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など）	16	64 (27.1)	8	37 (16.7)
関節可動域	17	63 (26.7)	17	15 (6.8)
生活時間	18	49 (20.8)	27	6 (2.7)
役割	19	44 (18.6)	22	11 (5.0)
生育歴・生活歴	20	43 (18.2)	25	9 (4.1)
起居移動	21	42 (17.8)	18	15 (6.8)
生活環境	22	40 (16.9)	21	12 (5.4)
摂食・嚥下機能	23	39 (16.5)	14	22 (9.9)
現病歴・治療歴	24	37 (15.7)	30	4 (1.8)
福祉用具などの代償手段の適用	25	34 (14.4)	11	25 (11.3)
家族構成・関係	26	31 (13.1)	32	2 (0.9)
その他の人的環境・公的支援	27	30 (12.7)	24	10 (4.5)
学校・職場環境	28	27 (11.4)	23	11 (5.0)
職業歴・学歴	29	25 (10.6)	31	2 (0.9)
反射・反応	30	19 (8.1)	29	5 (2.3)
心肺機能（全身持久力含む）	31	13 (5.5)	26	7 (3.2)
住居	32	11 (4.7)	28	5 (2.3)

※10%以上の回答があったもの。

表 3-47 障害福祉領域 支援計画等における目標

【無回答を除く】

	全体		長期目標サービス種別比較			
	長期目標	短期目標	入所・入居	訪問系	通所系	その他
合計	250 (100.0)	242 (100.0)	77 (100.0)	187 (100.0)	25 (100.0)	15 (100.0)
<社会的適応能力>	212 (84.8)	176 (72.7)	64 (83.1)	163 (87.2)	18 (72.0)	10 (66.7)
日常生活活動の改善	144 (57.6)	119 (49.2)	50 (64.9)	104 (55.6)	13 (52.0)	7 (46.7)
社会生活適応能力の改善	128 (51.2)	93 (38.4)	34 (44.2)	105 (56.1)	9 (36.0)	4 (26.7)
余暇活動の指導・援助	93 (37.2)	69 (28.5)	29 (37.7)	69 (36.9)	3 (12.0)	6 (40.0)
就労就学の指導・訓練	73 (29.2)	54 (22.3)	11 (14.3)	61 (32.6)	3 (12.0)	5 (33.3)
就労就学前訓練	72 (28.8)	51 (21.1)	13 (16.9)	61 (32.6)	2 (8.0)	3 (20.0)
<応用的能力>	209 (83.6)	221 (91.3)	63 (81.8)	152 (81.3)	20 (80.0)	10 (66.7)
コミュニケーション・対人技能の改善	143 (57.2)	148 (61.2)	26 (33.8)	117 (62.6)	9 (36.0)	8 (53.3)
生活リズムの改善	76 (30.4)	96 (39.7)	24 (31.2)	52 (27.8)	7 (28.0)	2 (13.3)
身辺処理能力の改善	71 (28.4)	72 (29.8)	8 (10.4)	61 (32.6)	5 (20.0)	1 (6.7)
知的精神的能力の改善	55 (22.0)	65 (26.9)	4 (5.2)	46 (24.6)	3 (12.0)	2 (13.3)
上肢運動機能の改善	53 (21.2)	65 (26.9)	12 (15.6)	44 (23.5)	1 (4.0)	3 (20.0)
身辺処理能力の維持・代償指導	44 (17.6)	56 (23.1)	22 (28.6)	24 (12.8)	4 (16.0)	0 (0.0)
健康管理能力の維持・改善	43 (17.2)	50 (20.7)	15 (19.5)	27 (14.4)	3 (12.0)	2 (13.3)
上肢運動機能の維持・代償	42 (16.8)	48 (19.8)	27 (35.1)	22 (11.8)	4 (16.0)	0 (0.0)
福祉用具などの代償手段の適用	36 (14.4)	46 (19.0)	19 (24.7)	20 (10.7)	2 (8.0)	1 (6.7)
知的精神的能力の維持・代償指導	35 (14.0)	44 (18.2)	9 (11.7)	23 (12.3)	3 (12.0)	2 (13.3)
起居動作の維持・代償	32 (12.8)	43 (17.8)	19 (24.7)	14 (7.5)	4 (16.0)	1 (6.7)
起居動作の改善	28 (11.2)	38 (15.7)	13 (16.9)	20 (10.7)	2 (8.0)	0 (0.0)
<基本的能力>	159 (63.6)	168 (69.4)	50 (64.9)	115 (61.5)	14 (56.0)	7 (46.7)
運動機能の改善	101 (40.4)	102 (42.1)	23 (29.9)	77 (41.2)	7 (28.0)	4 (26.7)
運動機能の維持・代償指導	82 (32.8)	79 (32.6)	44 (57.1)	46 (24.6)	9 (36.0)	4 (26.7)
認知心理機能の改善	67 (26.8)	71 (29.3)	6 (7.8)	59 (31.6)	3 (12.0)	2 (13.3)
感覚知覚機能の改善	63 (25.2)	61 (25.2)	6 (7.8)	53 (28.3)	2 (8.0)	4 (26.7)
認知心理機能の維持・代償指導	40 (16.0)	48 (19.8)	19 (24.7)	22 (11.8)	4 (16.0)	2 (13.3)
感覚知覚機能の維持・代償指導	23 (9.2)	29 (12.0)	9 (11.7)	14 (7.5)	2 (8.0)	2 (13.3)
<環境資源>	98 (39.2)	99 (40.9)	32 (41.6)	61 (32.6)	13 (52.0)	8 (53.3)
物理的環境の調整・利用	63 (25.2)	64 (26.4)	24 (31.2)	33 (17.6)	9 (36.0)	5 (33.3)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	60 (24.0)	58 (24.0)	20 (26.0)	37 (19.8)	6 (24.0)	6 (40.0)
人的環境の調整・利用	56 (22.4)	54 (22.3)	19 (24.7)	36 (19.3)	8 (32.0)	5 (33.3)
<その他>	12 (4.8)	14 (5.8)	6 (7.8)	6 (3.2)	0 (0.0)	2 (13.3)

表 3-48 障害福祉領域 実施手段（種目）と作業療法に特徴的な実施種目

【無回答を除く】

	実施した種目 n=242		作業療法に特徴的な種目 n=223	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
各種作業活動－日常生活活動	1	171 (70.7)	1	121 (54.3)
基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）	2	115 (47.5)	4	68 (30.5)
各種作業活動－身体運動活動など	3	109 (45.0)	2	85 (38.1)
相談・指導・調整	4	104 (43.0)	3	74 (33.2)
各種作業活動－仕事・学習活動	5	80 (33.1)	6	46 (20.6)
各種作業活動－生活圏拡大活動	6	77 (31.8)	5	51 (22.9)
各種作業活動－手工芸	7	69 (28.5)	8	35 (15.7)
各種作業活動－創作・芸術活動	8	59 (24.4)	9	24 (10.8)
用具の提供・適合・考案・作成・使用指導	9	54 (22.3)	7	38 (17.0)
各種作業活動－各種ゲーム	10	40 (16.5)	10	17 (7.6)
各種作業活動－園芸	11	7 (2.9)	11	4 (1.8)
その他	12	24 (9.9)	12	15 (6.7)

系では、姿勢・肢位 (50.7%)、関節可動域 (45.1%)、筋力・持久力 (38.0%) 精神・認知・心理 (36.6%) や上肢動作 (35.2%)、筋緊張 (35.2%)、社会生活適応 (35.2%) の順で、基本的能力に当たる項目が多かった。通所系では、社会生活適応 (62.0%) が最も多く、コミュニケーション能力 (58.5%)、姿勢・肢位 (48.0%)、精神・認知・心理 (47.4%)、教育的・職業的適応 (就学・就労に向けて) (36.8%) と続き、社会的適応能力や応用的能力が比較的多かった。訪問系では、社会生活適応 (52.0%)、精神・認知・心理 (44.0%) に次いで姿勢・肢位、コミュニケーション能力、生活時間、生活環境がいずれも 40.0% で、一般的項目や環境資源も比較的多く評価されていた。以上のことから、入所・入居系では基本的能力、通所系では社会的適応能力、訪問系では生活時間や環境資源と、サービス種別で評価項目に特徴のあることがうかがえる。

回答者が作業療法に特徴的であると考える評価項目と実施されていた評価項目とを比較すると、大項目ではいずれも多い方から応用的能力、基本的能力、社会的適応能力、一般的項目、環境資源と、順位は同じであった。小項目においても順位は同様であったが、筋緊張や筋力・筋持久力は特徴的ではないがよく実施されている評価、個人生活適応は特徴的だが実施は多くない評価と言えそうである。

3) 障害福祉領域 支援計画等における目標 (表3-47)

リハビリテーション実施計画、もしくは個別支援計画における目標を尋ねた設問である。全体では、長期目標において日常生活活動の改善 (57.6%) が最も多く、次いで、コミュニケーション・対人技能の改善 (57.2%)、社会生活適応能力の改善 (51.2%)、運動機能の改善 (40.4%)、余暇活動の指導・援助 (37.2%) である。一方、短期目標はコミュニケーション・対人技能の改善 (61.2%)、

日常生活活動の改善 (49.2%)、運動機能の改善 (42.1%)、生活リズムの改善 (39.7%)、社会生活適応能力の改善 (38.4%) である。大項目で比較すると、長期目標では社会的適応能力、応用的能力の順に多く、短期目標では、応用的能力、社会的適応能力の順に多くなっている。

長期目標の小項目をサービス種別で比較すると、日常生活活動の改善が多いのは共通している。しかしながら入所・入居系では運動機能の維持・代償指導が、訪問系では社会生活適応能力の改善、コミュニケーション・対人技能の改善が他のサービスと比較して多い傾向にある。

4) 障害福祉領域 実施手段 (種目) (表3-48)

障害福祉領域において作業療法士が実施した種目は、全体としては各種作業活動-日常生活活動 (70.7%) が最も多く、次いで基本的動作訓練 (生活に関連する作業を用いない) (47.5%)、各種作業活動-身体運動活動 (45.0%)、相談・指導・調整 (43.0%) である。

一方、作業療法に特徴的な種目としては各種作業活動-日常生活活動 (54.3%)、各種作業活動-身体運動活動 (38.1%)、相談・指導・調整 (33.2%)、基本的動作訓練 (生活に関連する作業を用いない訓練) (30.5%) と、実施した種目と比較して項目は同じであるが順位が異なっていた。

5) 障害福祉領域における請求項目 (表3-49)

指定日に作業療法士がかかわった対象者に関して請求する障害福祉サービス費等の項目は、児童発達支援給付費 (28.1%) が最

表 3-49 障害福祉領域 請求項目 【無回答を除く】

	n=203 回答数 (%)
児童発達支援給付費	57 (28.1)
放課後等デイサービス給付費	47 (23.2)
生活介護サービス費	46 (22.7)
機能訓練サービス費	28 (13.8)
施設入所支援サービス費	25 (12.3)
就労移行支援サービス費	25 (12.3)
就労継続支援 B 型サービス費	25 (12.3)
生活訓練サービス費	18 (8.9)
共同生活援助サービス費	11 (5.4)
計画相談支援給付費	10 (4.9)
短期入所サービス費	10 (4.9)
保育所等訪問支援給付費	6 (3.0)
障害児相談支援給付費	5 (2.5)
宿泊型自立訓練サービス費	4 (2.0)
医療型障害児入所施設給付費	3 (1.5)
居宅介護サービス費	3 (1.5)
就労継続支援 A 型サービス費	3 (1.5)
療養介護サービス費	3 (1.5)
医療型児童発達支援給付費	2 (1.0)
経過的施設入所支援サービス費	2 (1.0)
就労移行支援 (養成) サービス費	2 (1.0)
重度障害者等包括支援サービス費	1 (0.5)
重度訪問介護サービス費	1 (0.5)
同行援護サービス費	1 (0.5)
福祉型障害児入所施設給付費	1 (0.5)
経過的生活介護サービス費	0 (0.0)
行動援護サービス費	0 (0.0)
地域相談支援給付費 (地域移行支援)	0 (0.0)
地域相談支援給付費 (地域定着支援)	0 (0.0)

表 3-50 市町村生活支援事業 【無回答を除く】

	n=76 回答数 (%)
相談支援事業(必須) 基幹相談支援センター等機能強化事業	42 (55.3)
地域活動支援センター機能強化事業(必須)	23 (30.3)
理解促進研修・啓発事業(必須)	20 (26.3)
自発的活動支援事業(必須)	10 (13.2)
日常生活用具給付等事業(必須)	8 (10.5)
その他	19 (25.0)

表 3-51 都道府県生活支援事業 【無回答を除く】

	n=48 回答数 (%)
専門性の高い相談支援事業(必須) 発達障害者支援センター運営事業	18 (37.5)
広域的な支援事業(必須)	15 (31.3)
専門性の高い相談支援事業(必須) 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業	12 (25.0)
サービス・相談支援者、指導者育成事業	11 (22.9)
専門性の高い相談支援事業(必須) 障害者就業・生活支援センター事業	9 (18.8)
その他	6 (12.5)

表 3-52 教育関連領域(特別支援学校など) 対象者の年齢別人数 【無回答を除く】

	回答 施設数	対象者数 (%)
全体	35	296 (100.0)
～6歳未満(幼稚園・幼稚部)	7	37 (12.5)
6歳～12歳(小学校・小学部)	18	62 (20.9)
12歳～15歳(中学校・中学部)	11	38 (12.8)
15歳～18歳(高等学校・高等部)	17	78 (26.4)
18歳以上	2	81 (27.4)

表 3-53 教育関連領域(特別支援学校など) 対象者の疾患・障害

	2015 年		2010 年	
	n=37 無回答 27 除く		n=42 無回答 15 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%
自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害	1	21 (56.8)	3	57.1
精神遅滞 知的障害	2	20 (54.1)	1	76.2
てんかん	3	14 (37.8)	4	50.0
脳性麻痺	3	14 (37.8)	2	66.7
染色体異常	3	14 (37.8)	7	35.7
重症心身障害	6	8 (21.6)	8	31.0
視覚障害	7	7 (18.9)	11	21.4
児童青年期の行動・情緒障害 (ADHD 含む)	8	4 (10.8)	6	38.1
呼吸器系疾患	9	4 (10.8)	-	-

※10%以上のもの。

も多く、次いで放課後等デイサービス給付費(23.2%)、生活介護サービス費(22.7%)、機能訓練サービス費(13.8%)、施設入所支援サービス費(12.3%)、就労移行支援サービス費(12.3%)、就労継続支援B型サービス費(12.3%)である。

6) 市町村生活支援事業、都道府県生活支援事業(表3-50, 3-51)

障害福祉領域の回答施設が実施している市町村生活支援事業では、相談支援事業(必須)基幹相談支援センター等機能強化事業(55.3%)が最も多く、地域活動支援センター機能強化事業(必須)が30.3%、理解促進研修・啓発事業(必須)が26.3%と続く。

都道府県生活支援事業では専門性の高い相談支援事業(必須)発達障害者支援センター運営事業が37.5%と最も多く、広域的な支援事業(必須)が31.3%、専門性の高い相談支援事業(必須)高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業が25.0%と続いている。

3-5 教育関連領域(特別支援学校など)における作業療法

1) 教育関連領域(特別支援学校など)における作業療法の対象(表3-52, 3-53)

指定日における作業療法士の対象者の年齢別人数を見ると、6歳未満(幼稚園・幼稚部)が12.5%、6歳から12歳(小学校・小学部)が20.9%、12歳から15歳(中学校・中学部)が12.8%、15歳から18歳(高等学校・高等部)が26.4%、18歳以上が27.4%であった。

教育関連領域(特別支援学校など)における対象疾患・障害では、自閉症などの発達障害が56.8%と最も多く、次いで知的障害(54.1%)、てんかん(37.8%)、脳性麻痺(37.8%)、染色体異常(37.8%)が続いた。前回白書と順位で比較すると、自閉症などの

発達障害の順位が上がっている。

2) 教育関連領域(特別支援学校など)

作業療法士の実施した評価(表3-54)

作業療法士の評価として指定日に多く実施されていたのは、姿勢・肢位(56.8%)、知的精神的活動(43.2%)、身辺処理(43.2%)、感覚・知覚(43.2%)、上肢動作(40.5%)、精神・認知・心理(40.5%)、教育的・職業的適応(就学・就労に向けて)(37.8%)、コミュニケーション能力(35.1%)、学校・職場環境(32.4%)であった。

表 3-54 教育関連領域(特別支援学校など)実施した評価

	n=37 無回答 27 除く 回答数 (%)
姿勢・肢位	21 (56.8)
知的精神的活動	16 (43.2)
身辺処理	16 (43.2)
感覚・知覚	16 (43.2)
上肢動作	15 (40.5)
精神・認知・心理	15 (40.5)
教育的・職業的適応(就学・就労に向けて)	14 (37.8)
コミュニケーション能力	13 (35.1)
学校・職場環境	12 (32.4)
協調性	11 (29.7)
社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)	11 (29.7)
筋緊張	10 (27.0)
関節可動域	9 (24.3)
生育歴・生活歴	9 (24.3)
現病歴・治療歴	8 (21.6)
摂食・嚥下機能	7 (18.9)
生活時間	7 (18.9)
家族構成・関係	6 (16.2)
その他の人的環境・公的支援	5 (13.5)
趣味・興味	5 (13.5)
福祉用具などの代償手段の適用	4 (10.8)
生活リズム	4 (10.8)
生活環境	4 (10.8)

※10%以上のもの。

3) 教育関連領域(特別支援学校など)

作業療法士が関わる目的(表3-55)

作業療法士が関わる目的として最も多いのは、運動機能の改善(48.6%)と日常生活活

動の改善(45.9%)であり、次いで物理的環境の調整・利用(35.1%)、認知心理機能の改善(32.4%)であった。上肢運動機能の改善、コミュニケーション・対人技能の改善、

表 3-55 教育関連領域(特別支援学校など) 作業療法士が関わる目的

	2015 年		2010 年	
	n=37 無回答 27 除く		n=38 無回答 19 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%
運動機能の改善	1	18 (48.6)	3	50.0
日常生活活動の改善	2	17 (45.9)	1	68.4
物理的環境の調整・利用	3	13 (35.1)	4	47.4
認知心理機能の改善	4	12 (32.4)	11	36.8
上肢運動機能の改善	5	11 (29.7)	5	44.7
コミュニケーション・対人技能の改善	5	11 (29.7)	7	39.5
運動機能の維持・代償指導	5	11 (29.7)	7	39.5
感覚知覚機能の改善	5	11 (29.7)	2	55.3
知的精神的能力の改善	9	10 (27.0)	17	21.1
就労就学の指導・訓練	9	10 (27.0)	5	44.7
人的環境の調整・利用	11	9 (24.3)	11	36.8
身辺処理能力の改善	12	8 (21.6)	7	39.5
感覚知覚機能の維持・代償指導	12	8 (21.6)	16	23.7
福祉用具などの代償手段の適用	14	6 (16.2)	14	26.3
知的精神的能力の維持・代償指導	14	6 (16.2)	24	7.9
社会生活適応能力の改善	14	6 (16.2)	13	31.6
認知心理機能の維持・代償指導	17	4 (10.8)	19	15.8

※10%以上のもの。

表 3-56 教育関連領域(特別支援学校など)
実施手段(種目)

	n=41 無回答 23 除く	
	順位	回答数 (%)
各種作業活動－日常生活活動	1	24 (58.5)
基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)	2	17 (41.5)
用具の提供・適合・考案・作成・使用指導	2	17 (41.5)
各種作業活動－身体運動活動など	4	15 (36.6)
相談・指導・調整	5	14 (34.1)
各種作業活動－仕事・学習活動	6	9 (22.0)
各種作業活動－手工芸	7	8 (19.5)
各種作業活動－創作・芸術活動	8	6 (14.6)
各種作業活動－生活圏拡大活動	9	2 (4.9)
各種作業活動－各種ゲーム	10	1 (2.4)
各種作業活動－園芸		—
その他		4 (9.8)

運動機能の維持・代償指導，感覚知覚機能の改善はいずれも29.2%であった。前回白書と順位で比較すると，認知心理機能の改善が順位を大きく上げている。

4) 教育関連領域（特別支援学校など）

作業療法士の実施した手段（種目）（表3-56）

作業療法士が実施した種目として最も多いのは，各種作業活動－日常生活活動（58.5%），基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）（41.5%）であり，次いで用具の提供・適合・考案・作成・使用指導（41.5%），各種作業活動－身体運動活動

など（36.6%），相談・指導・調整（34.1%），各種作業活動－仕事・学習活動（22.0%）であった。

3-6 職業関連領域における作業療法

1) 職業関連領域における作業療法の対象

（表3-57，3-58）

指定日における作業療法士の対象者は19施設で241人であった。年齢別人数を見ると，18歳以下は0%で，19歳から39歳が42.7%，40歳から64歳が48.1%，65歳以上が9.1%であった。

職業関連領域における対象者の疾患・障害では，統合失調症（65.0%）が最も多く，次いで自閉症などの発達障害（40%），脳血管性障害（40.0%），知的障害（35.0%），感情障害（30.0%），高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など）（30.0%）と続いている。前回白書と順位で比較すると，発達障害の順位が上がっている。

表 3-57 職業関連領域

対象者の年齢別人数 【無回答を除く】

	回答施設数	対象者数（%）
全体	19	241（100.0）
18歳以下	0	0
19歳～39歳	13	103（42.7）
40歳～64歳	18	116（48.1）
65歳以上	5	22（9.1）

表 3-58 職業関連領域 対象者の疾患・障害

	2015 年		2010 年	
	n=20 無回答 7 除く		n=26 無回答 5 除く	
	順位	回答数（%）	順位	%
統合失調症	1	13（65.0）	1	46.2
自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害	2	8（40.0）	5	34.6
脳血管性障害	2	8（40.0）	2	42.3
精神遅滞 知的障害	4	7（35.0）	3	38.5
感情障害	5	6（30.0）	6	30.8
上記以外の高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など）	5	6（30.0）	3	38.5
てんかん	7	5（25.0）	9	19.2
児童青年期の行動・情緒障害（ADHD 含む）	8	4（20.0）	7	23.1
神経症性障害	9	3（15.0）	7	23.1
アルコール依存症	9	3（15.0）	19	11.5
器質性精神障害（アルツハイマー病、脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む）	9	3（15.0）	9	19.2
脳性麻痺	9	3（15.0）	9	19.2
失語	9	3（15.0）	9	19.2
失行・失認	14	2（10.0）	15	15.4
頭部外傷	14	2（10.0）	15	15.4

※10%以上のもの。

表 3-59 職業関連領域
作業療法士の実施した評価

	n=18 無回答 9 除く	
	順位	回答数 (%)
社会生活適応 (対人関係・集団内人間関係・役割行動など)	1	13 (72.2)
教育的・職業的適応 (就学・就労に向けて)	2	12 (66.7)
コミュニケーション能力	3	11 (61.1)
生活リズム	4	9 (50.0)
精神・認知・心理	5	8 (44.4)
個人生活適応 (家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など)	6	7 (38.9)
その他の人的環境・公的支援	7	6 (33.3)
学校・職場環境	8	5 (27.8)
生活環境	9	4 (22.2)
家族構成・関係	9	4 (22.2)
生育歴・生活歴	9	4 (22.2)
生活時間	9	4 (22.2)
余暇活動面	13	3 (16.7)
身辺処理	13	3 (16.7)
趣味・興味	13	3 (16.7)
役割	13	3 (16.7)
筋力・筋持久力	17	2 (11.1)
関節可動域	17	2 (11.1)
姿勢・肢位	17	2 (11.1)
職業歴・学歴	17	2 (11.1)

2) 職業関連領域 作業療法士の実施した評価
(表 3-59)

作業療法士の評価として指定日に実施されていたのは、社会生活適応 (対人関係・集団内人間関係・役割行動など) (72.2%) が最も多く、次いで教育的・職業的適応 (就学・就労に向けて) (66.7%), コミュニケーション能力 (61.1%), 生活リズム (50.0%), 精神・認知・心理 (44.4%), 個人生活適応 (家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など) (38.9%), その他の人的環境・公的支援 (33.3%) であった。

3) 職業関連領域 作業療法士が関わる目的
(表 3-60)

作業療法士が関わる目的として最も多く挙げたのは、就労就学の指導・訓練 (63.2%) であり、次いで就労就学前訓練 (52.6%), 日常生活活動の改善 (47.4%), 社会生活適応能力の改善 (47.4%), コミュニケーション・対人技能の改善 (47.4%), 社会資源や各種サービス・制度の利用援助 (36.8%),

表 3-60 職業関連領域 作業療法士がかかわる目的

	2015 年		2010 年	
	n=19 無回答 8 除く		n=24 無回答 7 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	%
就労就学の指導・訓練	1	12 (63.2)	1	79.2
就労就学前訓練	2	10 (52.6)	1	79.2
日常生活活動の改善	3	9 (47.4)	10	29.2
社会生活適応能力の改善	3	9 (47.4)	5	58.3
コミュニケーション・対人技能の改善	3	9 (47.4)	7	41.7
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	6	7 (36.8)	3	62.5
余暇活動の指導・援助	7	6 (31.6)	8	37.5
人的環境の調整・利用	7	6 (31.6)	3	62.5
生活リズムの改善	9	5 (26.3)	10	29.2
認知心理機能の改善	9	5 (26.3)	14	20.8
健康管理能力の維持・改善	11	3 (15.8)	9	33.3
運動機能の維持・代償指導	11	3 (15.8)	0	8.3
運動機能の改善	11	3 (15.8)	14	20.8
物理的環境の調整・利用	11	3 (15.8)	6	54.2
認知心理機能の維持・代償指導	16	2 (10.5)	12	25.0

※10%以上のもの。

余暇活動の指導・援助 (31.6%) と人的環境の調整・利用 (31.6%) であった。前回白書と比較すると、日常生活活動の改善とコミュニケーション・対人技能の改善の順位が上がる一方、物理的環境の調整・利用は順位が下がっている。

4) 職業関連領域 作業療法士の実施した種目 (表3-61)

作業療法士の実施した種目は、相談・指導・調整 (73.7%) が最も多く、次いで各種作業活動－仕事・学習活動 (42.1%)、各種作業活動－生活圏拡大活動 (26.3%)、各種作業活動－手工芸 (21.1%)、基本的動作訓練 (生活に関連する作業を用いない訓練) (21.1%) であった。

表 3-61 職業関連領域 実施手段 (種目)

	n=19 無回答 8 除く	
	順位	回答数 (%)
相談・指導・調整	1	14 (73.7)
各種作業活動－仕事・学習活動	2	8 (42.1)
各種作業活動－生活圏拡大活動	3	5 (26.3)
各種作業活動－手工芸	4	4 (21.1)
基本的動作訓練 (生活に関連する作業を用いない訓練)	4	4 (21.1)
各種作業活動－日常生活活動	6	3 (15.8)
用具の提供・適合・考案・作成・使用指導	6	3 (15.8)
各種作業活動－身体運動活動など	8	2 (10.5)
各種作業活動－創作・芸術活動	8	2 (10.5)
各種作業活動－園芸	10	1 (5.3)
各種作業活動－各種ゲーム		0 (0.0)
その他		4 (21.1)

3-7 行政機関における作業療法士

1) 行政機関 作業療法士の勤務する施設 (表3-62, 3-63)

作業療法士の勤務する行政関連の施設で最も多いのは地方自治体 (保健所, 市町村保健センター以外) (45.4%) であり、次いでその他 (23.1%), 市町村保健センター (10.2%), 保健所 (9.3%) であった。その他の施設として、こども発達支援センター, 児童発達支援センター, 市立介護実習・普及センター, 社会復帰促進センター (刑事施設), 更生相談所, 精神保健福祉センター, リハビリテーション支援センター等が記載されていた。

指定日に作業療法士が関わった対象者の年齢別人数では65歳以上 (38.7%) が最も多く、次いで18歳以下 (37.1%), 40歳から64歳 (12.6%), 19歳から39歳 (11.7%) であった。

表 3-62 行政機関
作業療法士の勤務する施設

【無回答を除く】	
	n=108
地方自治体 (保健所, 市町村保健センター以外)	49 (45.4)
市町村保健センター	11 (10.2)
保健所	10 (9.3)
地域包括支援センター	5 (4.6)
社会福祉協議会	4 (3.7)
その他	25 (23.1)
無回答	4 (3.7)

表 3-63 行政機関 対象者の年齢別人数

【無回答を除く】		
	回答施設数	対象者数 (%)
全体	69	1,591 (100.0)
18歳以下	27	590 (37.1)
19歳～39歳	14	186 (11.7)
40歳～64歳	28	200 (12.6)
65歳以上	29	615 (38.7)

表 3-64 行政機関 作業療法士の関わる事業

【無回答を除く】

	n=95		
1. 行政計画への参画	40 (42. 1)	高次脳機能障害支援コーディネーター関連	12 (12. 6)
<高齢者福祉に関すること>	23 (24. 2)	障害者支援区分審査会等関連	4 (4. 2)
介護保険事業計画	20 (21. 1)	不服審査会関連	0 (0. 0)
老人保健福祉計画	16 (16. 8)	<教育に関すること>	23 (24. 2)
<政策全般に関すること>	15 (15. 8)	障害児就学指導関連	13 (13. 7)
総合計画 (基本構想・基本計画・実施計画の立案)	12 (12. 6)	小中高等学校教育支援関連	11 (11. 6)
都市計画	4 (4. 2)	特別支援(連携)協議会等関連	8 (8. 4)
<障害者福祉に関すること>	15 (15. 8)	特別支援教育コーディネーター関連	7 (7. 4)
障害福祉計画	11 (11. 6)	生涯学習関連	4 (4. 2)
障害者計画	3 (3. 2)	障害者スポーツ振興関連	2 (2. 1)
<医療全般に関すること>	11 (11. 6)	<高齢者福祉に関すること>	20 (21. 1)
地域保健医療計画	11 (11. 6)	地域リハビリテーション広域支援センター関連	15 (15. 8)
<福祉全般に関すること>	11 (11. 6)	都道府県リハビリテーション協議会関連	7 (7. 4)
地域福祉計画	11 (11. 6)	都道府県リハビリテーション支援センター関連	7 (7. 4)
<児童福祉に関すること>	6 (6. 3)	地域リハビリテーション相談センター関連	4 (4. 2)
児童育成計画	4 (4. 2)	社会福祉協議会運営等関連	3 (3. 2)
次世代育成支援対策推進行動計画	3 (3. 2)	<くらしに関すること>	19 (20. 0)
<教育全般に関すること>	2 (2. 1)	地域づくり(まちづくり)事業関連	14 (14. 7)
教育振興基本計画	2 (2. 1)	震災・防災事業関連	7 (7. 4)
<その他>	5 (5. 3)	NPO・ボランティア関連	7 (7. 4)
2. 行政事業運営への関与	92 (96. 8)	<子育てに関すること>	19 (20. 0)
<保健事業に関すること>	46 (48. 4)	子育て支援事業関連	19 (20. 0)
健康づくり(健康増進)事業等関連	25 (26. 3)	<地域福祉に関すること>	11 (11. 6)
母子保健指導関連	20 (21. 1)	地域福祉(民生委員・児童委員協議会／生活保護等)関連	11 (11. 6)
乳幼児健康診査事業関連	19 (20. 0)	<仕事に関すること>	7 (7. 4)
訪問指導事業(含む母子)関連	16 (16. 8)	ものづくり事業(含む起業支援, 雇用創出)関連	1 (1. 1)
健康診査(検診)事業関連	11 (11. 6)	ハローワーク(障害者雇用・就労支援等)関連	6 (6. 3)
(特定)保健指導関連	6 (6. 3)	<その他>	12 (12. 6)
<介護保険に関すること>	44 (46. 3)	3. 市民による地域づくり活動 (ボランティア・市民活動団体等)への関与	17 (17. 9)
地域支援事業(介護予防事業等)関連	34 (35. 8)	老人クラブ等の各種会議・事業関連	13 (13. 7)
認知症支援関連	25 (26. 3)	婦人会等の各種会議・事業関連	3 (3. 2)
地域ケア会議関連	23 (24. 2)	子育てサークル等各種会議・事業関連	3 (3. 2)
地域包括支援センター運営関連	15 (15. 8)	商工会等の各種会議・事業関連	0 (0. 0)
介護給付費適正化事業関連	5 (5. 3)	青年会等の各種会議・事業関連	0 (0. 0)
介護認定審査会関連	3 (3. 2)	<その他>	4 (4. 2)
不服審査会関連	1 (1. 1)		
<障害者福祉に関すること>	36 (37. 9)		
地域生活支援事業関連	15 (15. 8)		
精神保健福祉事業関連	15 (15. 8)		
障害者自立支援協議会関連	15 (15. 8)		

2) 行政機関 作業療法士の関わる事業

(表3-64)

行政関係領域における作業療法士は、行政事業運営として保健事業に関すること(48.4%)へのかかわりが最も多く、次いで介護保険に関すること(46.3%)、障害者福祉に関すること(37.9%)、教育に関すること(24.2%)、高齢者福祉に関すること(21.1%)、くらしに関すること(20.0%)、子育てに関すること(20.0%)が多かった。行政計画としては、高齢者福祉に関すること(24.2%)に多く参画していた。

小項目で見ると、地域支援事業(介護予防事業等)関連(35.8%)が最も多く、次いで健康づくり(健康増進)事業等関連(26.3%)、認知症支援関連(26.3%)、地域ケア会議関連(24.2%)、介護保険事業計画(21.1%)、母子保健指導関連(21.1%)、乳幼児健康診査事業関連(20.0%)、子育て支援事業関連(20.0%)であった。

3-8 その他の領域 (表3-65)

その他の領域を勤務先とする回答では、民間企業勤務(49.3%)が最も多く、次いでその他(36.0%)、起業(11.1%)であった。その他には、福祉用具展示場、福祉用具・ロボットや介護予防の研究・研修、被災者支援の事業運営、介助犬育成施設勤務、救護施設勤務、病院等施設の人事部門や地域連携部門での勤務などが挙げられていた。

表 3-65 その他の領域
作業療法士の勤務先

	n=225
民間企業勤務	111 (49.3)
起業	25 (11.1)
その他	81 (36.0)
無回答	8 (3.6)

3-9 作業療法士の自治体事業等への参画の実態 (表3-66)

行政関連領域以外に勤務する作業療法士が、主たる業務に加えて地方自治体等の運営する事業等に参画している施設は、全体では2,282施設(50.5%)であった。内訳は、病院・医院などの医療系施設が1,339と最も多く、次いでその他の施設(訪問看護ステーション、養成校、特別支援学校、保健所などー以下その他施設)546、介護保険法関連施設418、老人福祉法関連施設136、障害者総合支援法関連施設109、児童福祉法関連施設83であった。

参画内容としては、行政事業運営への関与(60.6%)が、行政計画への参画(12.8%)や市民による地域づくり活動(ボランティア・市民活動、団体等)への関与(10.4%)よりも多かった。行政事業運営への関与を見ると、介護保険に関する事業(39.9%)が最も多く、その他施設の53.8%、介護保険法関連施設の53.1%、老人福祉法関連施設の44.1%、医療系施設の35.3%、障害者総合支援法関連施設の20.2%において作業療法士が参加していた。次に多いのは障害者福祉に関する事業運営であり、知的障害者福祉法関連施設の50.0%、障害者総合支援法関連施設の36.7%、精神福祉保健法関連施設の33.3%、身体障害者福祉法関連施設の27.3%、その他の施設18.5%において作業療法士の参画が見られた。教育に関する事業運営には、児童福祉法関連施設の44.6%、障害者総合支援法関連施設の22.9%、その他施設の17.2%において作業療法士が関わっていた。

表 3-66 作業療法士の自治体事業等への参画

	【全体】		医療系施設 (病院、医院等)		福祉系身体障害者 福祉法関連施設		福祉系児童福祉法 関連施設		福祉系精神保健 福祉法関連施設		福祉系知的障害者 福祉法関連施設		老人福祉法 関連施設		介護保険法 関連施設		障害者総合支援法 関連施設		その他の施設(訪問看護 ステーション、施設内、養 老施設、特別支援学校、保護所など)	
	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%		
合計	4,519	100.0%	2,703	100.0%	18	100.0%	146	100.0%	9	100.0%	4	100.0%	273	100.0%	883	100.0%	196	100.0%	890	100.0%
無回答施設数	2,237	49.5%	1,364	50.5%	7	38.9%	63	43.2%	3	33.3%	2	50.0%	137	50.2%	465	52.7%	87	44.4%	344	38.7%
回答施設数(作業療法士が自治体事業 等に参加している施設)	2,282	50.5%	1,339	49.5%	11	61.1%	83	56.8%	6	66.7%	2	50.0%	136	49.8%	418	47.3%	109	55.6%	546	61.3%
全体	2,282	100.0%	1,339	100.0%	11	100.0%	83	100.0%	6	100.0%	2	100.0%	136	100.0%	418	100.0%	109	100.0%	546	100.0%
1. 行政計画への参画	291	12.8	139	10.4	3	27.3	9	10.8	2	33.3	1	50.0	12	8.8	38	9.1	17	15.6	118	21.6
<政策全般に関する事>	32	1.4	9	0.7	0	0.0	2	2.4	1	16.7	0	0.0	0	0.0	2	0.5	0	0.0	20	3.7
総合計画(基本構想・基本計画・実 施計画)の立案	27	1.2	7	0.5	0	0.0	2	2.4	1	16.7	0	0.0	0	0.0	2	0.5	0	0.0	17	3.1
都市計画	10	0.4	4	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	1.1
<医療全般に関する事>	64	2.8	39	2.9	0	0.0	1	1.2	1	16.7	0	0.0	2	1.5	6	1.4	1	0.9	25	4.6
地域保健医療計画	64	2.8	39	2.9	0	0.0	1	1.2	1	16.7	0	0.0	2	1.5	6	1.4	1	0.9	25	4.6
<福祉全般に関する事>	62	2.7	24	1.8	0	0.0	1	1.2	0	0.0	0	0.0	5	3.7	4	1.0	3	2.8	32	5.9
地域福祉計画	62	2.7	24	1.8	0	0.0	1	1.2	0	0.0	0	0.0	5	3.7	4	1.0	3	2.8	32	5.9
<教育全般に関する事>	11	0.5	7	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.9
教育振興基本計画	11	0.5	7	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.9
<高齢者福祉に関する事>	162	7.1	76	5.7	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	6.6	30	7.2	1	0.9	71	13.0
介護保険事業計画	139	6.1	62	4.6	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	5.9	27	6.5	1	0.9	64	11.7
老人保健福祉計画	60	2.6	30	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	2.9	10	2.4	0	0.0	24	4.4
<児童福祉に関する事>	24	1.1	9	0.7	0	0.0	3	3.6	0	0.0	0	0.0	2	1.5	1	0.2	1	0.9	15	2.7
次世代育成支援対策推進行動計画	12	0.5	4	0.3	0	0.0	3	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	1.3
児童育成計画	17	0.7	9	0.7	0	0.0	1	1.2	0	0.0	0	0.0	2	1.5	1	0.2	1	0.9	9	1.6
<障害者福祉に関する事>	84	3.7	34	2.5	3	27.3	6	7.2	1	16.7	1	50.0	1	0.7	5	1.2	14	12.8	37	6.8
障害福祉計画	62	2.7	24	1.8	3	27.3	4	4.8	1	16.7	1	50.0	1	0.7	3	0.7	12	11.0	28	5.1
障害者計画	25	1.1	11	0.8	3	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	7	6.4	9	1.6
<その他>	18	0.8	8	0.6	0	0.0	3	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5	0	0.0	8	1.5
2. 行政事業運営への関与	1,383	60.6	769	57.4	7	63.6	55	66.3	5	83.3	1	50.0	74	54.4	251	60.0	77	70.6	397	72.7
<くらしに関する事>	192	8.4	95	7.1	0	0.0	5	6.0	2	33.3	0	0.0	11	8.1	25	6.0	12	11.0	74	13.6
地域づくり(まちづくり)事業	106	4.6	50	3.7	0	0.0	3	3.6	0	0.0	0	0.0	4	2.9	14	3.3	7	6.4	43	7.9
震災・防災事業	78	3.4	42	3.1	0	0.0	3	3.6	1	16.7	0	0.0	2	1.5	8	1.9	4	3.7	30	5.5
NPO・ボランティア	69	3.0	24	1.8	0	0.0	1	1.2	1	16.7	0	0.0	5	3.7	8	1.9	8	7.3	31	5.7
<子育てに関する事>	71	3.1	28	2.1	2	18.2	18	21.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7	4	1.0	7	6.4	37	6.8
子育て支援事業	71	3.1	28	2.1	2	18.2	18	21.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7	4	1.0	7	6.4	37	6.8
<高齢者福祉に関する事>	308	13.5	189	14.1	1	9.1	3	3.6	1	16.7	0	0.0	10	7.4	48	11.5	8	7.3	104	19.0
都道府県リハビリテーション協議会	64	2.8	30	2.2	0	0.0	1	1.2	0	0.0	0	0.0	3	2.2	13	3.1	0	0.0	31	5.7
都道府県リハビリテーション支援センター	49	2.1	27	2.0	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0	2	1.5	6	1.4	0	0.0	22	4.0
地域リハビリテーション広域支援センター	198	8.7	142	10.6	0	0.0	1	1.2	1	16.7	0	0.0	5	3.7	22	5.3	4	3.7	57	10.4
地域リハビリテーション相談センター	43	1.9	27	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	6	1.4	2	1.8	15	2.7
社会福祉協議会運営等	70	3.1	30	2.2	1	9.1	1	1.2	0	0.0	0	0.0	2	1.5	13	3.1	4	3.7	32	5.9
<地域福祉に関する事>	41	1.8	15	1.1	1	9.1	2	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	5.5	20	3.7

地域福祉(民生委員・児童委員協議会／生活保護等)	41	1.8	15	1.1	1	9.1	2	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	5.5	20	3.
<介護保険に関すること>	910	39.9	473	35.3	2	18.2	4	4.8	1	16.7	0	0.0	60	44.1	222	53.1	22	20.2	294	53.8
地域支援事業(介護予防事業等)	401	17.6	186	13.9	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	20.6	107	25.6	5	4.6	148	27.1
地域包括支援センター運営	147	6.4	82	6.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	9.6	31	7.4	4	3.7	55	10.1
地域ケア会議	337	14.8	182	13.6	0	0.0	1	1.2	1	16.7	0	0.0	19	14.0	80	19.1	5	4.6	120	22.0
介護認定審査会	329	14.4	170	12.7	1	9.1	3	3.6	0	0.0	0	0.0	16	11.8	66	15.8	13	11.9	124	22.7
不服審査会	8	0.4	3	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5	0	0.0	3	0.5
介護給付費適正化事業	14	0.6	5	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	10	1.8
認知症支援	215	9.4	116	8.7	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0	17	12.5	47	11.2	5	4.6	78	14.3
<障害者福祉に関すること>	326	14.3	194	14.5	3	27.3	16	19.3	2	33.3	1	50.0	9	6.6	27	6.5	40	36.7	101	18.5
高次脳機能障害支援コーディネーター	103	4.5	69	5.2	2	18.2	1	1.2	1	16.7	1	50.0	1	0.7	4	1.0	10	9.2	36	6.6
地域生活支援事業	55	2.4	28	2.1	0	0.0	5	6.0	1	16.7	0	0.0	1	0.7	7	1.7	8	7.3	20	3.7
精神保健福祉事業	64	2.8	40	3.0	0	0.0	0	0.0	2	33.3	0	0.0	1	0.7	3	0.7	9	8.3	17	3.1
障害者自立支援協議会	82	3.6	32	2.4	1	9.1	8	9.6	2	33.3	0	0.0	2	1.5	3	0.7	20	18.3	27	4.9
障害者支援区分審査会等	128	5.6	66	4.9	0	0.0	7	8.4	0	0.0	0	0.0	7	5.1	13	3.1	13	11.9	47	8.6
不服審査会	9	0.4	4	0.3	0	0.0	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.7
<保健事業に関すること>	213	9.3	118	8.8	2	18.2	24	28.9	0	0.0	0	0.0	6	4.4	11	2.6	10	9.2	87	15.9
健康診査(検診)事業	19	0.8	7	0.5	0	0.0	4	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	9	1.6
乳幼児健康診査事業	47	2.1	19	1.4	0	0.0	12	14.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	6.4	23	4.2
母子保健指導	42	1.8	14	1.0	1	9.1	13	15.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5	4	3.7	24	4.4
(特定)保健指導	8	0.4	4	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	4	0.7
訪問指導事業(含む母子)	37	1.6	13	1.0	1	9.1	6	7.2	0	0.0	0	0.0	1	0.7	1	0.2	2	1.8	25	4.6
健康づくり(健康増進)事業等	132	5.8	79	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	4.4	7	1.7	2	1.8	52	9.5
<教育に関すること>	240	10.5	124	9.3	4	36.4	37	44.6	2	33.3	0	0.0	5	3.7	16	3.8	25	22.9	94	17.2
特別支援(通携)協議会等	43	1.9	18	1.3	0	0.0	11	13.3	0	0.0	0	0.0	1	0.7	2	0.5	5	4.6	25	4.6
障害者スポーツ振興	51	2.2	26	1.9	3	27.3	1	1.2	2	33.3	0	0.0	0	0.0	2	0.5	9	8.3	16	2.9
特別支援教育コーディネーター	50	2.2	21	1.6	0	0.0	9	10.8	0	0.0	0	0.0	1	0.7	2	0.5	4	3.7	26	4.8
障害児就学指導	62	2.7	34	2.5	1	9.1	18	21.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7	3	0.7	8	7.3	21	3.8
小中学校教育支援	108	4.7	54	4.0	1	9.1	20	24.1	0	0.0	0	0.0	1	0.7	6	1.4	8	7.3	41	7.5
生涯学習	33	1.4	16	1.2	0	0.0	2	2.4	0	0.0	0	0.0	2	1.5	2	0.5	1	0.9	19	3.5
<仕事に関すること>	113	5.0	65	4.9	0	0.0	3	3.6	2	33.3	0	0.0	5	3.7	4	1.0	15	13.8	42	7.7
ものづくり事業(含む起業支援、雇用創出)	12	0.5	3	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.7	7	1.3
ハローワーク(障害者雇用・就労支援等)	59	2.6	34	2.5	0	0.0	0	0.0	2	33.3	0	0.0	2	1.5	2	0.5	13	11.9	18	3.3
<その他>	47	2.1	29	2.2	0	0.0	3	3.6	0	0.0	0	0.0	3	2.2	2	0.5	1	0.9	18	3.3
3.市民による地域づくり活動(ボランティア、市民活動団体等)への関与	238	10.4	119	8.9	1	9.1	8	9.6	0	0.0	0	0.0	17	12.5	44	10.5	13	11.9	79	14.5
商工会等の各種会議・事業	35	1.5	14	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	2	0.5	6	5.5	18	3.3
青年会等の各種会議・事業	13	0.6	7	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.7	1	0.9	6	1.1
婦人会等の各種会議・事業	22	1.0	11	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	2.2	2	0.5	1	0.9	9	1.6
老人クラブ等の各種会議・事業	124	5.4	56	4.2	1	9.1	1	1.2	0	0.0	0	0.0	14	10.3	24	5.7	1	0.9	47	8.6
子育てサークル等各種会議・事業	19	0.8	7	0.5	0	0.0	3	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	2	1.8	9	1.6
その他 1	74	3.2	42	3.1	0	0.0	4	4.8	0	0.0	0	0.0	2	1.5	14	3.3	4	3.7	16	2.9
その他 2	13	0.6	6	0.4	0	0.0	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.7	0	0.0	4	0.7

第4章 作業療法部門の管理・運営

ここでは、作業療法白書2015アンケートの結果をもとに、作業療法部門の管理・運営および臨床教育への協力状況について述べる。

4-1 作業療法部門の管理・運営

4-1-1 人の管理

2014年10月から2015年9月の1年間に作業療法部門の自己評価を行った施設は21.3%、第三者による評価を行った施設は9.05%、両方を行った施設は9.94%であり、評価を実施した施設の割合は2010年よりも減少している（表4-1）。

研究に対する倫理審査委員会等があると回答した施設は39.9%であり、2010年（21.7%）と比較すると増加している（表4-2）。しかし、研究を行う上で必要となってくる倫理審査の整備がなされていない施設が

半数以上あり、今後の増加が望まれる。

倫理事案の対応の仕組みがあると回答した施設は57.0%であり、2010年（42.4%）と比較すると増加している（表4-3）。当協会は女性会員が多く、セクシャルハラスメントやマタニティハラスメント等の事案も協会に寄せられることがある。施設をはじめ部門での対応の仕組みの整備が進みつつあるのではないと思われる。

4-1-2 リスク管理

緊急時対応マニュアルがあると回答した施設は58.2%であり、2010年（56.6%）と比較すると微増しているが、なしと回答した施設も38.3%ある（表4-4）。対象者の容態の悪化時の場合のみならず、地震や火災などの災害による緊急時にも速やかに適切な対応を行うため、確立されたマニュアルは必須である。

表4-1 作業療法部門の評価実施状況

	2015年度 n = 4,519	2010年度 n = 3,296
	回答数 (%)	回答数 (%)
自己評価を行った	963 (21.3)	688 (20.9)
第三者による評価を行った	409 (9.05)	302 (9.16)
両方を行った	449 (9.94)	583 (16.3)
行わなかった	2,528 (55.9)	1,574 (47.8)
無回答	170 (3.76)	194 (5.89)

表4-2 研究に対する倫理審査委員会等の有無

	2015年度 n = 4,519	2010年度 n = 3,296
	回答数 (%)	回答数 (%)
あり	1,803 (39.9)	714 (21.7)
なし	1,803 (39.9)	1,193 (36.2)
不明	—	1,229 (37.3)
無回答	144 (3.19)	160 (4.85)

表4-3 倫理事案（ハラスメント等）の対応の仕組み

	2015年度 n = 4,519	2010年度 n = 3,296
	回答数 (%)	回答数 (%)
あり	2,574 (57.0)	1,397 (42.4)
なし	1,797 (39.8)	776 (23.5)
不明	—	910 (27.8)
無回答	148 (3.28)	207 (6.28)

表4-4 作業療法実施中の緊急時対応マニュアルの有無

	2015年度 n = 4,519	2010年度 n = 3,296
	回答数 (%)	回答数 (%)
あり	2,628 (58.2)	1,866 (56.6)
なし	1,729 (38.3)	944 (28.6)
不明	—	277 (8.40)
無回答	162 (3.58)	209 (6.34)

4-2 臨床教育への協力

2014年10月から2015年9月末の一年間に実習を受け入れたのは、4,519施設のうち2,322施設(51.4%)であった(表4-5)。そのうち、見学実習は1,359施設(58.5%)、評価実習は1,669施設(71.9%)、臨床実習は1,836施設(79.1%)が実習を受け入れている。一施設が年間に受け入れる学生数は、見学実習では平均5.3人 $\pm$ 11.6(最小1～最大141人)、評価実習は平均2.5人 $\pm$ 3.3(1～50人)、総合的な実習では平均3.2人 $\pm$ 3.4(1～60人)であった(表4-6)。

表4-5 臨床教育受け入れ状況

	2015年		2010年	
	回答施設数	受け入れ施設数(%)	回答施設数	受け入れ施設数(%)
全体	4,519	2,322(51.4)	3,296	1,985(60.2)
見学実習	2,322	1,359(58.5)	1,985	1,231(62.0)
評価実習	2,322	1,669(71.9)	1,985	1,223(61.6)
臨床実習	2,322	1,836(79.1)	1,985	1,560(78.6)

表4-6 臨床教育受け入れ人数 (人)

回答施設数	最頻値	中央値	平均値	標準偏差	最小値	最大値
見学実習 n=1,356	1.0	2.0	5.3	11.6	1.0	141.0
評価実習 n=1,440	1.0	2.0	2.5	3.3	1.0	50.0
総合的な実習 n=1,713	1.0	2.0	3.2	3.4	1.0	60.0

表4-7 臨床経験3年以上の作業療法士の働く施設における施設当たり人数(人)

回答施設数	最頻値	中央値	平均値	標準偏差
3年以上5年未満の作業療法士数 n=1,983	1.0	2.0	2.7	3.0
5年以上の作業療法士数 n=4,191	1.0	2.0	4.0	4.4

表4-8 他施設との連携の程度

	n = 4,519
	回答数 (%)
積極的(標準の手続き以上)に行っている	663 (14.7)
概ね(標準の手続きは)行っている	3,195 (70.7)
ほとんど行っていない	467 (10.3)
無回答	194 (4.3)

臨床実習指導者の要件とされる3年以上の経験者の人数を見ると、3年以上5年未満の臨床経験を持つ作業療法士の働く施設は1,983施設あり、一施設当たりの人数は平均2.7人 $\pm$ 3.0であった。5年以上の臨床経験を持つ作業療法士の働く施設は4,191施設あり、一施設当たりの人数は平均4.0人 $\pm$ 4.4であった(表4-7)。

4-3 施設間連携

他施設との連携について85%以上が行っていると回答している(表4-8)。医療と福祉間をはじめ、病院の機能分化による医療間の連携が増加していると推察される。対象者に切れ目のない作業療法が提供できるよう密な連携が求められる。

他施設との連携において標準的に取り入れている手段として、カンファレンスや担当者会議への参加、施設所定のサマリー、電話やメールの3項目が半数以上の施設で用いられている(表4-9)。

表4-9 他施設との連携において標準的に取り入れている手段(複数回答)

	n = 4,519
	回答数 (%)
カンファレンスや担当者会議への参加	3,224 (71.3)
施設所定のサマリー	2,893 (64.0)
電話やメール	2,623 (58.0)
連携パス	1,419 (31.4)
生活行為向上マネジメントのシート類	254 (5.62)
その他	267 (5.90)
特になし	188 (4.16)
無回答	140 (3.10)

第5章 作業療法士の養成教育

5-1 養成教育制度

日本における作業療法士養成は、1963年に3年制各種学校として開始され、1979年に3年制短期大学、1992年に4年制大学、1996年に大学院教育と変遷をみる。

2010年4月の入学定員数では、大学59、短大3、国公立養成施設1、私立養成施設119の計182校(201課程)であったが、2015年4月では、大学61、短大3、国公立養成施設1、私立養成施設119の計184校(196課程)である(表5-1、資料7)。

2010年調査時からみると、大学は新設も含めて2校増加した。ただ、定員を満たす課程の減少があり、特に夜間の過程における定員割れは続いている。また、養成課程定員数は7,372名(2015年)に達し、2010年に比較すると332名増加している(表5-2)。

その他養成教育にかかる制度としては、2013(平成25)年、専修学校の職業教育の維持向上を目的に文部科学省による「職業実践専門課程」の認定制度が創設された。これは、職業に必要な実践的かつ専門的な能力を育成することを目的とし、実務に関する知識、技術及び技能について企業等との連携体制を確保して組織的な教育を行う専門課程を認定・奨励するものである。2014(平成26)年の初年度より認定が開始され専門学校の作業療法士養成課程においても課程があり、そ

の後その数を増している。

作業療法士の供給に関しては厚生省(現在の厚生労働省)において需給計画がたてられ、1976年には1985年を目処に4,000名の作業療法士養成を計画した。その後、厚生労働省では2000年に2004年を目処にした需給計画(需要数33,000人、供給数24,200人、養成定員5,200人)が示された。時を同じくして、2000年には養成校新設に関する規制(原則1県1校)が緩和され、養成校の急激な増加につながった。ただその後、需給計画における具体的な数値は示されていない。振り返ると、2009年度では全国の学校養成施設の58%が定員割れ(専門学校は80%)となり、募集停止や閉校も認められた。定員割れは、1990年代からの急激な作業療法士養成校の増加による定員数の増加と、18歳人口の減少などがその背景と考えられるが、超高齢社会を迎えた我が国の高齢化率は今後も上昇するものと見られており、職域の拡大とともにリハビリテーション分野で働くセラピストの需要は続くと思われる。2016年には、厚生労働省において医療従事者の需給に関する検討会が開催される。厚生労働省により示される需給計画は、今後の作業療法士養成教育における指定規則の改定などに影響を与えるものと思われる。動向を冷静に注視し作業療法士の質の保証と適正な配置について継続的な検討が必要となろう。

教育制度については、1999年の理学療法士

表5-1 作業療法士・養成施設の入学定員数(2015年度)

区分	学校養成施設数	定員
学校 (文部科学大臣指定)	短大 3	120
	大学 61	2,246
	計 64	2,366
養成施設 (厚生労働大臣指定)	国公立 1	20
	私立 119	4,986
	計 120	5,006
総計	184	7,372

表5-2 学校・養成施設の入学定員数の推移

年度	学校数	課程数	入学定員数	増減数
2010	173	188	7,060	-585
2011	175	188	7,080	+20
2012	175	188	7,035	±0
2013	182	195	7,285	+250
2014	181	194	7,245	-40
2015	184	196	7,372	+127

作業療法士学校養成施設指定規則（以下、指定規則）の改定により、教育内容が大綱化され、時間制から単位制へと変更されたが、その後15年以上経過している。他の医療関係職種では、2010年から看護の大学院教育の中で特定看護師養成が始まり、その資格化が検討されている。医師不足の中、医師の代わりに医師の指示を受けて「特定の医行為」を「診療の補助」として実施することができることになる。さらに、2015年度から、特定看護師（仮称）養成が「特定行為に係る看護師の研修制度」となった。一方、チーム医療の推進が内閣の方針として打ち出され、医師の指示の下で医療を支える多くの職種の中で、薬剤師教育年限の6年への延長から既に約10年が経過している。この間、少子高齢化の進展、医療や工学技術の進歩、医療以外の保健、福祉、介護、教育、職業等の領域への職域の拡大等作業療法士を取り巻く環境や社会からの要請も大きく変化した。それに伴い卒前教育において学生が学ぶべき知識や技術もより高度で、複雑多様化、その範囲も拡大している。さまざまな領域でさらに質の高い作業療法サービス提供により社会的貢献をなすために、修業年限の延長、教員や臨床実習指導者の教育の質向上に向けた研修制度の整備等が望まれる。協会は指定規則の改定に向けて他団体との協議を進めているところである。

5-2 学生

5-2-1 新入生の状況

新入生の状況について年度別の学歴、年齢、社会人経験構成の一覧を示した（表5-3）。入学生生の傾向は変わらず、高等学校卒業者の占める割合はやや増加し（91.3%）、大学卒業者（5.7%）は減少している。社会人経験者の数は増加傾向が続いているが、入学者全体からの割合は12%から14%の間で推移している。

5-2-2 卒業生の状況

会員の男女比・領域別会員数・都道府県別作業療法士数等については、第2章「就業状況からみる作業療法」（統計情報委員会による会員統計資料）を参照されたい。白書2010と比較すると、医療法関連施設に勤務する作業療法士が最も多く、その割合は70～75%で大きな変化はない。全体としては介護保険関連の老年期障害領域に従事する会員数は増加しているものの、障害福祉制度に関連する施設の会員数は減少傾向にある。新卒者についても病院・診療所などの医療法関連施設に多く就職する傾向が続いているものと考えられる。

表5-3 年度別新入生の学歴・年齢・社会人経験

	2010		2011		2012		2013		2014	
回答校/養成校総数	125/182		145/183		133/180		149/184		173/186	
入学者総数	3,723	(%)	4,428	(%)	4,310	(%)	5,687	(%)	6,153	(%)
高卒	3,282	88.2	3,915	88.4	3,885	90.1	5,019	88	5,616	91.3
専門卒	98		85		75		133		84	
短大卒	62		56		33		73		46	
大卒	233	6.3	339	7.7	281		388	5.9	351	5.7
大学院修了	5		18		14		9		11	
大学検定試験	10		15		7		12		23	
帰国子女	0		1		0		1		1	
その他	11		9		15		52		21	
18～20歳	3,016	81	3,664	83.00	3,674	85.2	3,674	64.6	5,347	86.9
21～25歳	348		318		262		262		334	
26～30歳	184		240		185		185		261	
31～35歳	87		125		94		94		118	
36歳以上	50		68		65		65		93	
社会人経験	461	12.4	585	13.2	518	12	788	13.9	747	12.1

（2010年度～2014年度養成教育部「教育関係資料調査」より）

5-2-3 国家試験

国家試験受験者数・合格率・合格者の年次推移と合格者の累計を示した(表5-4)。国家試験の実施については、第37回試験(2002年)より国家試験合格基準及び採点除外問題が公表されている。また、平成19年には医道審議会理学療法士作業療法士分科会の下に「国家試験出題基準作成部会」が設置され、新たな出題基準が示され、2010年度国家試験(第45回試験)から適用となった。「国家試験出題基準作成部会」は2014年に新たな出題基準を作り、第51回作業療法士国家試験(2016年2月28日)から適用した。

協会としては例年、当該年度为国家試験問題について「採点から除外すべき問題のアンケート調査」を学校養成施設に実施し、その結果を基に厚生労働省に対して意見具申を行うとともに、国家試験出題基準を基に国家試験問題を分類・分析し、機関誌で公表している(資料8)。

5-3 指定規則と養成教育

作業療法士の養成に関する指定規則および「理学療法士作業療法士養成施設指導要領について」(以下 指導要領)は、1999年3月31日に改定施行され、15年以上が経過した。改定による大綱化で、教育内容は他の医療関連職種養成カリキュラムと共通する3つの教育分野(基礎分野、専門基礎分野、専門分野)に分類された。またそれまでの科目と時間数

の指定がなくなり、分野ごとの教育内容と単位数のみが示されたことから、各学校養成施設がその教育方針や教育の特色に合致させた教育科目や総単位数を設定することが可能となり、教育の可能性が広がった。

専門分野に関しては、地域作業療法学が新たに加わり、臨床実習施設に関しては、「臨床実習については、医療機関以外の施設において三分の一を超えない範囲で行うことができる」との文言が指定規則に盛り込まれたことにより、保健・福祉などの領域での臨床実習が可能となった。教員に関しては、専任教員数が4人以上から6人以上に、1学年に2学級以上有する場合は、1学級増すごとに3を加えた数以上とするとされた。専任教員の資格も、臨床経験3年以上から5年以上になり、教育の質の向上が図られた。しかし、規制緩和による養成施設の急増と教員不足、教育の大綱化や自由裁量が相まって、教育指導方法に相当の工夫を必要とするようになった。すなわち、問題解決型学習、スキルラボ、客観的臨床能力試験(OSCE)、クリニカルクラクシップ(CCS)などさまざまな教育方法や評価、ファカルティ・ディベロップメント(FD)の導入が積極的に図られている。なお、理学療法士及び作業療法士法等の一部改定に伴い、指導要領は新たに2015年4月1日より理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン(以下 指導ガイドライン)となり、養成施設の指定・監督権限が厚生労働大臣から都道府県知事に移譲されることになった。

協会は、国内法である指定規則と世界の作業療法士教育の最低基準であるWFOTの2つの基準を満たす「作業療法士教育の最低基準(改訂第2版)」(2010年1月)に基づく協会WFOT認定等教育水準審査委員会(現教育部教育関連審査委員会WFOT認定等教育水準審査班)の審査による養成施設の認定を通して教育の質を保証してきた。なお、協会は「作業療法士教育の最低基準(改訂第2

表5-4 国家試験合格率・合格者の年次推移

年度(回)	受験者数	合格率	合格者数	累計
2010(第46回)	5,824	71.1	4,138	57,186
2011(第47回)	5,821	80.0	4,637	61,823
2012(第48回)	5,279	77.3	4,079	65,902
2013(第49回)	5,474	86.6	4,740	70,642
2014(第50回)	5,324	77.5	4,125	74,767
2015(第51回)	6,102	87.6	5,344	80,111

版)」に、2014年までに認定作業療法士が養成校に1名以上在籍していることを要件として追加し、協会WFOT認定等教育水準審査班の審査水準を高めている。さらに、協会は2012年の一般社団法人リハビリテーション教育評価機構（以下、リハ教育評価機構）の設立に参画し、これまでのWFOT認定等教育水準審査も、リハ教育評価機構での審査（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士養成課程対象）と同時に実施することになった。そのため、リハ教育評価機構での審査との整合を図り、2012年に「作業療法士教育の最低基準（改訂第3版）」により周知を図った。2014年WFOT世界大会の翌年2015年には一養成施設に1人以上の認定作業療法士教員の在籍を要件とする基準により評価を施行したが、要件を満たさない対象校が散見されたため（約65%の施設は達成）、その他の一定の要件を満たす場合には5年間の猶予期間を付与する措置が取られた。

今後、第二次5ヵ年戦略の遂行と次期中期計画の立案、WFOT Revised Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists 2002の改訂、日本作業療法士協会の作業療法定義の改定、指定規則の改定を控え、作業療法教育改革は正念場を迎えるといえる。

5-4 臨床教育

5-4-1 作業療法の臨床教育

2010年に日本作業療法士協会が策定した「作業療法士教育の最低基準（改訂第2版）」では、「臨床教育は対象者を前にして保健・医療・福祉およびその他の領域で実施するもので、指定規則で定められている臨床実習およびそれ以外の実習との組合せにより1,000時間程度を実施する。」としている。

作業療法の臨床実習に関しては、作業療法に係る学校又は養成施設の指定規則別表第二

で18単位、「実習時間の三分の二以上は病院又は診療所において行うこと。」とされ、指導ガイドラインの教育の目標においては、「社会的ニーズの多様化に対応した臨床的観察力・分析力を養うとともに、治療計画立案能力・実践能力を身につける。学内における臨床演習を行った後に、各障害、各病期、各年齢層を偏りなく行う。」とされている。指定規則および指導ガイドラインでは、臨床実習施設の範囲の拡大、また学生は評価・計画立案・実践の一連の流れをさまざまな場面で体験することにより評価能力と実践能力を高めていくことが目標となることが示されている。また、同時にWFOT教育の最低基準に示される臨床実習1,000時間を満たすためにも指定規則で定められた臨床実習18単位以外の見学実習、体験・介護実習、評価実習など臨床場面での段階的体験学習により、臨床実習に臨むことが必要であろう。

協会では、臨床実習教育の質の向上を図るため「作業療法 臨床実習の手引き 第4版」（2012年）を作成した。但し、臨床実習施設が不足している現状は変わらず、かつ、臨床実習指導者は業務優先とリスク回避が求められる中、実習生教育に業務内の時間を割くことが以前ほど容易ではなくなっており、多くの指導上の制約を受ける現状がある。今後、臨床実習のあり方を検討し、臨床実習指導法と臨床実習指導者研修会資料となるような「作業療法 臨床実習の手引き 第5版」を作成する予定である。また、検討内容を指定規則および作業療法教育ガイドラインの改定に活かしていくことが急務となってきた。

また協会では、2013年から、臨床実習指導者に対し、臨床実習教育の質の向上を促すため臨床実習指導者研修制度を創設し、運用を開始した。初級は生涯教育制度における現職者共通研修で取得し、中級・上級は、中級・上級研修会で取得する。上級修了をもって申請し、臨床実習指導者資格審査をへて、臨床実習指導者研修修了者として登録され、認定

証が交付される。さらに、同時期に臨床実習指導施設認定制度も創設し、臨床実習指導者研修修了者が所属する臨床実習施設で一定の要件を満たす場合は、申請し、審査を受けて、臨床実習指導施設として協会認定され、認定証が施設に交付される。今後、この臨床実習指導者研修については<北海道・東北>、<関東・甲信越>、<東海・北陸>、<近畿>、<中国>、<四国>、<九州・沖縄>の地区単位で定期的に研修会を開催する予定である。

5-4-2 臨床教育の方向

臨床実習施設は、現行の指定規則から、三分の一を超えない範囲で保健・福祉などの病院・診療所以外の領域に拡大している。このことは人口の高齢化や疾病構造の変化に伴う対象者の変化など社会的ニーズの多様化へ対応するためである。特に協会が進める5・5計画を推進するためには会員の2割弱が勤務する介護老人保健施設、訪問リハビリテーション関連施設、特別支援学校、地域包括支援センターなど、作業療法士の今後の職域や対象者を念頭においた実習施設選定も必要となると考えられる。そのために、指定規則および指導ガイドラインの弾力的な運用や、改定を視野にいたれた協会カリキュラム案等を呈示し、関係諸機関との積極的な意見交換を行う必要がある。いよいよ2016年度、指定規則および指導ガイドラインの改定に向けた検討会が厚生労働省で行われることとなった。協会としての意見を積極的に述べていく必要がある。この検討会は、作業療法士の需給調査や医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直しに関する検討会の議論と並行して行われることから、互いに影響しながら議論が進むものと思われる。

さらに、4年制以上の教育を確保することは、協会にとって、1970年代、日本学術会議で勧告されたとき以来の悲願である。今回の指定規則の改定検討会では、別途協議する

こととなっているため、次期改定の大きな課題となると思われる。また、学校養成施設の増加に伴う臨床実習施設確保が困難であること、改正医師教育制度における臨床研修なども影響してか、臨床教育を卒後教育へ位置づける声も出ているが、現時点では卒前教育における「臨床教育」の重要性については前述したとおりで、指定規則に則って行う必要があり、臨床教育を卒後教育へ位置づける指定規則の改定は、次々期改定にゆだねられる課題であろう。

5-5 教員の実状

教育の質を高めるために教員自身の質をあげる努力を継続することが望まれる。2015年4月現在(2015年度教育関連資料調査有効回答84%)、教員数は1,210名、そのうち認定作業療法士は207名で、全養成校のうち認定作業療法士の教員がいるのは98校(2015年4月現在52%)である。また、修士以上の学位をもつ教員は、2014年度教育関連資料調査でみると、770名であった。教員の資格基準が上がることが予想される中、教員自身の質的向上のためにも大学院教育を教員が受けることは今後一層重要になってくると思われる。そして、2019年までに最低各校1名以上の認定作業療法士の資格をもつ教員を配置することが作業療法教育施設における最低条件になり(2010年)、認定作業療法士、専門作業療法士の資格を得ることも重要になってきた。さらに、養成施設に対する第三者機関の審査、リハ教育評価機構や大学機関別認証評価などの認証を受け、社会に対して、一定の質を担保している養成施設であることを示す必要がある。2016年以降、指定規則・指導ガイドラインの検討においては、教員の質の向上を目指し、教員資格の見直しも含めて積極的に関わっていく必要が高まっている。

第6章 作業療法士の生涯教育

専門職としての責任を果たすため作業療法士は、国家資格を取得した後も学術技能の研鑽に努める必要があり、これは作業療法全体としての質の維持・向上に欠かせない。作業療法士の自己研鑽としては、研修会への参加、研究の実施と学会・学術誌への発表、大学院等での教育を受けるといった方法がある。本章では、(一社)日本作業療法士協会の生涯教育制度の変遷と現状について概説する。

6-1 (一社)日本作業療法士協会の生涯教育制度

6-1-1 生涯教育制度の変遷

(一社)日本作業療法士協会は、設立以来、作業療法の質の維持・向上をはかるため様々な研修を開催し会員への学習の機会を提供してきた。また、有資格者の急増、職域の拡大、社会的ニーズの多様化への対応が要求され、

同時に作業療法の質の保証が課題となり、より組織的な生涯教育体制の整備が求められた。このような背景の中で、協会は1998年度に「生涯教育単位認定システム」を創設した。しかし、様々な問題や更なる課題への取り組みを前提に、2003年度に「生涯教育制度」へと改定を行った(表6-1)。

生涯教育制度では、基礎コース、専門コースをつくり、ステップアップする段階構造とした。専門コースの修了により、自己研鑽の結果を評価する形として、2004年度に「認定作業療法士制度」による資格認定制度を取り入れた。一定水準以上の実践能力と教育、研究、管理運営の総合的な能力を有するものを認定作業療法士として認定し、これにより国民の保健・医療・福祉に寄与することを目的とした。会員への周知・啓発を行なうと同時に、認定作業療法士養成のための事業を展開した。

表 6-1 生涯教育制度の変遷：制度改定のまとめ

	生涯教育単位認定システム	生涯教育制度	改定生涯教育制度	生涯教育制度改定 2013
開始年度	1998 年度	2003 年度	2008 年度	2013 年度
構 造	初級・中級・上級	基礎コース・専門コース	基礎研修 認定作業療法士制度 専門作業療法士制度 (2009 年より)	左記同様
実績表記	単位	ポイント	ポイント	
実績記録	年間取得単位	基礎コース修了 認定作業療法士取得研修	基礎研修修了 認定作業療法士取得研修 専門作業療法士取得研修	
必修研修	新人教育プログラム (18 テーマ)	新人教育プログラム (15 テーマ) 現職者研修(1 領域)	現職者共通研修 (15 テーマ) 現職者選択研修(2 領域)	
更新制度	---	5 年基礎コースポイント 5 年認定作業療法士	5 年基礎研修更新 5 年認定作業療法士	5 年基礎研修更新 5 年認定作業療法士 5 年専門作業療法士
認定制度	---	認定作業療法士(2004 年)	認定作業療法士(2004 年) 専門作業療法士(2009 年)	認定作業療法士 専門作業療法士 資格認定審査(試験)導入

2003年度より制度を運営し5年が経過したところで、会員の生涯学習の進捗状況の確認結果や研修会などの制度運用上の課題を考慮し、また第三次長期計画に基づいて並行して検討されてきた「専門作業療法士制度」の統合も含めて制度の改定を行い、2008年度「改定生涯教育制度」とした。ここでは、専門作業療法士制度を導入し、構造の改変、コース名の変更等を行った。基礎コースは基礎研修と改名し、その中の必修研修については、現職者共通研修（旧新人教育プログラム）および現職者選択研修（旧現職者研修）とそれぞれ改名した。現職者共通研修は、卒前教育の復習と水準の担保から臨床実践に必要な基礎能力向上にその目的と内容を変更し、現職者選択研修は、複数領域への対応が可能な作業療法士としての視点を養うために1領域（8コマ）から2領域（各4コマ）の受講に変更した。

2009年度には、生涯教育制度の最終目標であった「専門作業療法士制度」を創設した。専門作業療法士はその専門性をもって国民の保健・医療・福祉に寄与することを目的とし、認定作業療法士のうち、特定の分野にお

いて優れた実践能力を有する者を認定している。3つの専門分野より開始し、徐々に分野を拡大しつつある。

また、2010年度には認定作業療法士の養成のため、新規取得要件の改定を行った。事例報告の3例は、「事例報告登録制度」での登録を最低1事例以上とし、残りの2事例までは全国学会での発表や士会学会での発表、ISSN/ISBN登録の雑誌や書籍等で代替可能とした。また、一部研修を免除される要件も加えた。

2013年度には「生涯教育制度改定2013」を施行した。現在運用中の制度である（図6-1）。資格認定制度のあるべき姿を検討し、専門医制度やリハ専門職関連団体の資格認定制度を参考に、さらに医療広告等の可能性を見据えて、資格認定審査（試験）を導入した他、資格更新の仕組みや研修内容の変更を行った。認定作業療法士制度では各取得研修の際の修了試験を課し、資格の更新には生涯教育ポイントと実践報告、後輩教育や作業療法啓発への貢献が条件となる。また、いったん認定されながら資格を喪失した者を対象に、資格再認定試験を導入した。専門作業療法士制度で

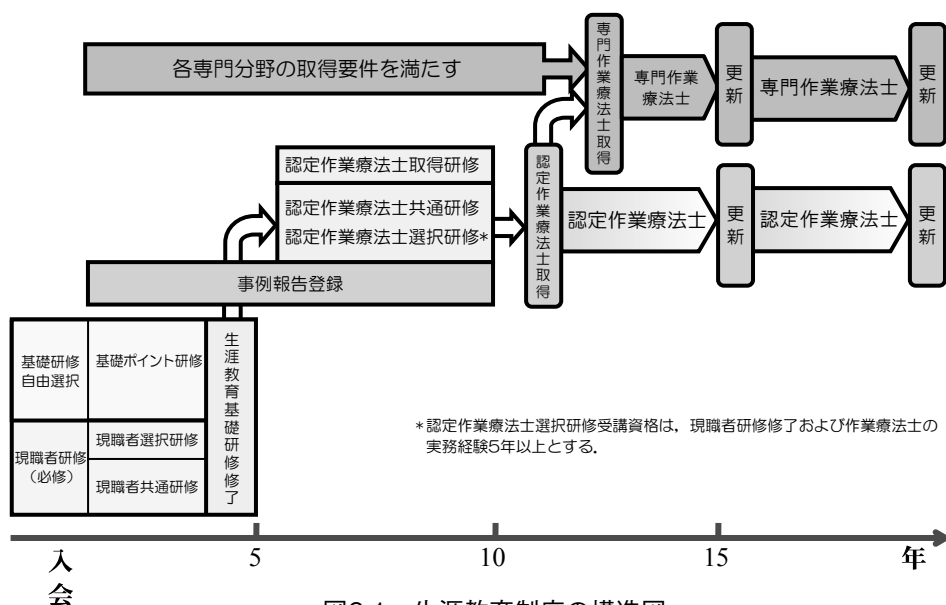


図6-1 生涯教育制度の構造図

は資格認定時の試験を実施している。その他変更点として、専門作業療法士の更新制度の導入、基礎ポイント5年の有効期限の廃止、現職者共通・選択研修シラバスの刷新、等をおこなった。

2015年度には「生涯教育制度におけるMTDLP（生活行為向上マネジメント）研修制度の位置づけ」による制度の一部改定を行なった（図6-2）。生涯教育制度基礎研修制度の現職者選択研修にMTDLP基礎研修（概論と演習で7時間）を位置づけ、必修研修として2016年度より施行することとした。

この2011年度から2015年度の5年間は、資格認定制度の充実を図り、MTDLP研修との連動を計画するなど、制度全体を大きく発展させた期間となった。

6-1-2 現行の生涯教育制度の概要

現行の生涯教育制度は「基礎研修制度」「認定作業療法士制度」「専門作業療法士制度」

にて構成される。

基礎研修制度は、概ね5年の間に、次の基礎研修修了要件を満たすよう、自己研鑽を行うー現職者共通研修（10テーマ）、現職者選択研修（MTDLP基礎研修に加え1領域以上）、基礎ポイント研修（自由選択で50ポイント以上）ーである。基礎研修が修了すれば、次に認定作業療法士を目指すこととなる。

認定作業療法士取得には、基礎研修修了の5年間の有効期限内に、共通研修（3講座）、選択研修（2講座）、事例報告（3例）を満たし、各研修時の修了試験を受け、合格する必要がある。

専門作業療法士取得のためには4実践を行い、書類審査の後、資格認定試験に合格する必要がある。取得のための4実践とは、研修実践（研修の受講であり、専門基礎研修は入会後すぐに受講可能である）、臨床実践（専門分野で経験した事例数と経験年数）、研究実践（学会発表や事例登録など）、教育と社会貢献の実践（研修会講師など）である。こ

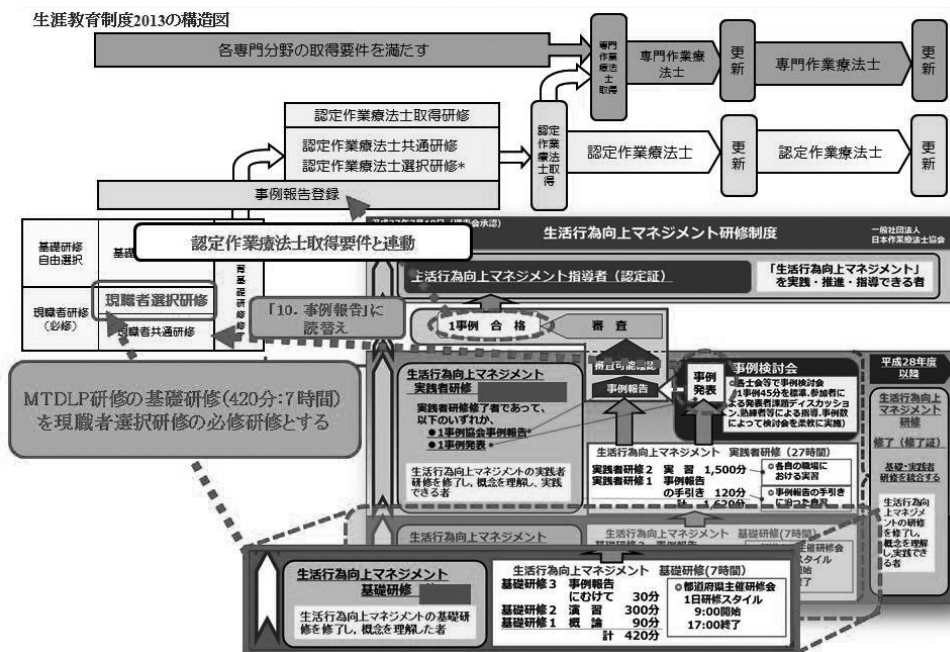


図6-2 生涯教育制度の一部改定：生活行為向上マネジメント研修の位置づけ

の4実践はすべて各専門分野に特化したものでなければならない。

各制度ともそれぞれ5年毎の更新制度が設けられており、その要件も規定されている。

6-1-3 生涯教育制度の運用実績

生涯教育制度を構成する「基礎研修制度」「認定作業療法士制度」「専門作業療法士制度」についての現況と年度別の推移をまとめる。それぞれの研修会の開催実績等については、次節に記載する。

1) 基礎研修制度

基礎研修の修了は、制度開始から1回目の有効期限となる2008年度末をピークに増加傾向にあった。その後、年間500人前後が基礎研修を修了しているが、2013年以降700人を超すようになった。また、更新者数の増

加傾向もうかがえる。認定作業療法士取得に向けた更新の手続きによるものとうかがえる(表6-2)。

2) 認定作業療法士制度

2004年の制度開始時には特例にて、1,462人の認定作業療法士が誕生した。しかしながら制度開始後最初の更新時期である2008年度末を過ぎると、500人弱にまで減少してしまった。新規認定作業療法士数は、制度開始当初の予測には及ばないが、徐々に増加してきている。特に若い会員の意欲の高さがうかがえ、次世代を担う会員の育成につながるものと期待したい。特に2013年度以降、年間新規取得者数が大きく増加している。また、更新数についても増減はあるものの概ね安定したものとうかがえる(表6-3)。

表 6-2 基礎研修修了者数の推移

	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
修了申請数	300	467	581	1,144	496	506	443	498	737	620	709	6,501
更新数	30	45	76	444	76	133	122	154	232	163	200	1,675
総数	---	---	4,662	5,307	3,416	3,649	3,000	2,912	2,474	2,540	2,718	---

※総数は各年度末の総数を表示。

表 6-3 認定作業療法士数の推移

	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
新規取得者	0	2	6	18	24	43	44	65	94	105	87	488
更新数	0	4	28	273	66	34	43	24	143	131	81	827
総数	1,462	1,441	1,438	1,427	496	562	620	673	610	704	770	---

※総数は各年度末の総数を表示。

※2013年度より資格再認定試験を導入。新規取得者に合格数を含む。

3) 専門作業療法士制度

2009年度開始時、専門作業療法士の分野は、「福祉用具」「認知症」「手外科」の3分野であった。その後、「特別支援教育」「高次脳機能障害」「精神科急性期」「摂食嚥下」「訪問作業療法」分野を加え、さらに2015年度には「がん」分野も加わり、全9分野となっている。9分野の専門作業療法士数は、現在合計80名である。2013年度以降は、資格認定試験の導入により合格者を専門作業療法士として認定し、記録している。2012年度までに読み替え申請等で取得した会員も、2013年度以降に資格試験を受験し、あらた

めて専門作業療法士として認定している。今後、さらに新規分野の拡大と専門作業療法士養成を継続する予定である(表6-4)。

4) 資格認定試験

2013年度より開始した専門作業療法士資格認定試験の結果を合格者数と合格率で示す。3回の実施で、97.4%の合格率となっている。また、認定作業療法士資格再認定試験は、受験者が少ない状況で推移している。今後の運用について検討が必要である(表6-5、表6-6)。

表 6-4 専門作業療法士新規取得者数の推移

	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	合計
福祉用具	1	3	4	3	10	1	1	12
認知症	3	0	4	1	7	4	3	14
手外科	16	3	5	4	23	4	5	32
特別支援教育	---	0	4	1	3	1	4	8
高次脳機能障害	---	---	2	1	4	3	2	9
精神科急性期	---	---	0	0	0	0	0	0
摂食嚥下	---	---	---	1	2	2	0	4
訪問作業療法	---	---	---	---	---	---	1	1
がん	---	---	---	---	---	---	0	0
合計	20	6	19	11	49	15	16	80

※2013年度より試験制度を導入したため、試験合格者を改めて新規取得者として記録している。

※2012年度以前の取得者は、2013年度以降の試験合格により新規取得者として数に加えている。

表 6-5 専門作業療法士資格認定試験の結果

	2013 年		2014 年		2015 年		合計	
	合格者数	合格率	合格者数	合格率	合格者数	合格率	合格者数	合格率
福祉用具	10	100%	1	33.3%	1	100%	12	85.7%
認知症	7	100%	4	100%	3	100%	14	100%
手外科	23	100%	4	100%	5	100%	32	100%
特別支援教育	3	100%	1	100%	4	100%	8	100%
高次脳機能障害	4	100%	3	100%	2	100%	9	100%
精神科急性期	0		0		0		0	
摂食嚥下	2	100%	2	100%	0		4	100%
訪問作業療法	---	---	---	---	1	100%	1	100%
合計	49	100%	15	86.7%	16	100%	80	97.4%

表 6-6 認定作業療法士資格再認定試験の結果

2013 年		2014 年		2015 年		合計	
合格者数	合格率	合格者数	合格率	合格者数	合格率	合格者数	合格率
13	100%	6	100%	5	100%	24	100%

6-2 研修会

現在、協会主催で行なわれる研修会は、すべて教育部研修運営委員により、企画・運営が行なわれている。研修会は、生涯教育制度における研修、養成教育研修、重点課題研修、そして全国研修会からなる。

生涯教育制度における研修会である、現職者共通・選択研修（表6-7）、認定作業療法士取得研修（表6-8）、専門作業療法士取得研修（表6-9）について推移をまとめた。現職者共通・選択研修は、生涯教育制度を都道府県士会と協力して推進していく重要な研修会である。制度開始当時から士会ならびに推進委員

の協力により、多くの研修会の開催を実現し、参加者を拡大してきた。認定作業療法士取得研修は、認定作業療法士養成に向け、この5年間に開催数を増加・調節し、定員とのバランスをみながら運営を行なってきた。特に、2013年より受講希望者が増加し、研修会回数、定員の増加を行なってきた。専門作業療法士取得研修については、2009年の制度開始から専門分野の拡大にあわせて研修会を増やしてきた。今後さらに開催数は増やしていく予定である。

養成教育関連の研修会については、養成校に勤務する会員を対象とした教員の研修会として、教員研修プログラム、および養成施設

表 6-7 現職者共通・選択研修の開催回数と参加総数の推移

開催回数（回）	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	合計
現職者共通研修	894	937	1,056	689	668	609	715	699	604	678	7,549
現職者選択研修	51	53	38	59	62	55	61	59	56	54	548

※共通研修は、各テーマを1回としてカウントした。

参加総数（人）	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	合計
現職者共通研修	38,019	37,141	36,786	21,150	20,472	20,514	20,341	19,471	16,352	17,792	248,038
現職者選択研修	2,811	2,574	1,796	3,191	3,296	4,119	3,726	3,659	3,488	3,558	32,218

表 6-8 認定作業療法士取得研修の開催回数および参加者数の推移

開催回数（回）	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
共通研修	4	6	11	18	18	24	18	18	15	18	21	22	193
選択研修	21	14	18	17	16	15	12	12	10	12	15	18	180
合計	25	20	29	35	34	39	30	30	25	30	36	40	373

参加者数（人）	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
共通研修	185	245	395	573	516	510	441	454	438	522	591	759	5,629
選択研修	231	249	268	245	243	224	238	278	265	337	381	507	3,466
合計	416	494	663	818	759	734	679	732	703	859	972	1,266	9,095

等教員長期講習会を開催してきた(表6-10)、作業療法士を養成する教員の教育技術・技能の向上を目的に実施している。また、2013年度からは、臨床実習指導者の資質向上を目的とした研修会を開始した。

全国研修会、重点課題研修の年度別推移は表6-11のとおりである。第二次作業療法5ヵ年戦略や各年度の重点活動項目にあわせたテーマで研修事業を展開してきた。作業療法

士を取り巻く医療・福祉の環境の変化、診療報酬の改定などに対応し、会員のニーズにこたえる形での研修会が行われ、作業療法士の資質向上に貢献している。

研修会のあり方については、すでに医療福祉eチャンネルとの業務提携をはかり、現職者共通研修等の放映を行っているが、今後は、様々な教育手法やメディア(e-learning, Video On Demand: VODなど)の活用の具現化が急務である。

表 6-9 専門作業療法士取得研修の開催回数および参加者数の推移

開催回数(回)	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
福祉用具	7	6	5	5	4	5	5	37
認知症	2	4	5	6	6	6	8	37
特別支援教育	---	1	2	2	2	2	3	12
高次脳機能障害	---	---	2	2	3	4	4	15
精神科急性期	---	---	1	1	2	2	2	8
摂食嚥下	---	---	---	1	2	3	2	8
訪問作業療法	---	---	---	---	---	---	1	1
合計	9	11	15	17	19	22	25	118

参加人数(人)	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
福祉用具	116	105	71	73	63	77	41	546
認知症	90	221	132	151	122	84	111	911
特別支援教育	---	42	29	29	23	20	11	154
高次脳機能障害	---	---	72	194	141	141	202	750
精神科急性期	---	---	11	22	44	37	18	132
摂食嚥下	---	---	---	33	49	58	57	197
訪問作業療法	---	---	---	---	---	---	18	18
合計	206	368	315	502	442	417	458	2,708

※手外科分野は、ハンドセラピー学会の協力により開催。

表 6-10 養成教育関連研修会の開催回数と参加者数の推移

開催回数(回)	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
教員研修プログラム	3	2	2	3	2	12
臨床実習指導者研修	--	--	2	2	3	7
養成施設等教員長期講習会	2	2	2	2	2	10
合計	5	4	6	7	7	29

参加者数(人)	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
教員研修プログラム	17	18	12	25	10	82
臨床実習指導者研修	--	--	53	61	88	202
養成施設等教員長期講習会	40	32	40	37	35	184
合計	57	50	105	123	133	468

表 6-11 教育部研修会年度別参加者数の推移：全国研修会、重点課題研修参加者数

2011 年 (人)	
全国研修会	689
がんに対する作業療法研修会	66
知的な遅れ、発達障害、不器用さなどをもつ子どもたちの行動の理解と具体的支援研修会	80
終末期医療と緩和ケアと作業療法研修会	71
喀痰吸引技術研修会（2 回開催）	127
生活行為向上マネジメントを活用した“作業”の捉え方と評価・技術研修会	51
精神科退院促進プログラムとアウトリーチ支援研修会	48
うつ病患者に対する作業療法研修会	70
平成 24 年度診療報酬・介護報酬改定と今後の作業療法研修会	75
2012 年	
全国研修会	1,057
がんに対する作業療法研修会	35
うつ病患者に対する作業療法研修会	26
生活行為向上マネジメント	151
内部障害に対する作業療法	114
発達障害児に対する作業療法	42
訪問リハ・通所リハに関する作業療法	51
診療報酬・介護報酬情報に関する作業療法	19
認知症初期集中支援	95
2013 年	
全国研修会	597
がんに対する作業療法研修会	69
うつ病患者に対する作業療法研修会	30
生活行為向上マネジメント	52
内部障害に対する作業療法	56
診療報酬・介護報酬情報に関する作業療法	46
認知症初期集中支援	199
通所リハ・通所介護に関する作業療法	35
脳性麻痺に対する作業療法	44
終末期における作業療法	46
作業療法臨床実習のあり方	15
脳卒中の早期作業療法	69
老健入所・特別養護老人ホームの作業療法	36
訪問作業療法に関する作業療法	43
復職への不安軽減	7
国際学会で発表してみよう～英語ポスター作成～	53
国際学会で発表してみよう～英語スライド作成～	15
国際交流セミナー	36
2014 年	
全国研修会	710
がんに対する作業療法研修会	70
うつ病患者に対する作業療法研修会	14

生活行為向上マネジメント	57
内部障害に対する作業療法	56
訪問リハ・通所リハに関する作業療法	22
診療報酬・介護報酬情報に関する作業療法	57
認知症初期集中支援	69
終末期における作業療法	56
復職への不安軽減	3
国際学会で発表してみよう～英語ポスター作成～	33
国際学会で発表してみよう～英語スライド作成～	11
国際交流セミナー	21
精神科領域における認知機能障害と社会生活	58
脳卒中に対する作業療法	102
脳性麻痺に対する作業療法	38
喀痰吸引等に対する作業療法	16
認知症の集団作業療法	62
精神科アウトリーチ	24
地域包括ケアシステム	27
A D L維持向上体制加算に関する実務者研修	8
心大血管疾患（現職者向け）	31
心大血管疾患（教員向け）	64
学校を理解して支援ができる作業療法士育成	49
認知症リハビリテーション	47
がんのリハビリテーション研修	166
2015 年	
全国研修会	650
がんに対する作業療法研修会	25
診療報酬・介護報酬情報に関する作業療法	57
認知症の集団作業療法	58
がんのリハビリテーション研修	332
実践！脳卒中に対する作業療法	42
精神科領域における認知機能障害と社会生活	53
喀痰吸引技術法	15
認知症のひととその家族への作業療法	38
脳性まひ児（者）に対する作業療法	43
急性期病棟における身体障害作業療法に関する実務者研修会	15
地域包括ケアシステムと作業療法	35
実践！心疾患に対する作業療法	44
国際学会で発表してみよう～英語での抄録作成から演題発表のコツ～	6
緩和ケアチーム・病棟に従事するための作業療法	15
グローバル活動入門セミナー	11
学校を理解して支援ができる作業療法士の育成	33
退院支援から地域生活を支える精神科作業療法士の役割	28
呼吸器疾患に対する作業療法	52
精神保健領域におけるアウトリーチ	17
地域生活支援のための医療～介護連携に関する作業療法～	21

6-3 学位取得等

会員統計によると、4年制大学作業療法士養成課程卒業者（学士）は、2015年度までの累計で59,584人となっており、2015年度は2010年度の約2倍となっている（表6-12）。

また教育部養成教育委員会の「作業療法教育関係調査報告」によれば、2009年以降の大学院（修士課程および博士課程）の在籍数は表6-13のとおりである。変動はあるものの2009年度の392人から2014年では512人へと在籍者の数は右肩上がりの状況である。

表 6-12 出身大学別会員数の推移（OT 協会会員統計資料より抜粋）

養成校名	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
国際医療福祉大学保健医療学部	984	1,053	1,106	1,159	1,209	1,276
東北文化学園大学	410	455	492	527	554	565
茨城県立医療大学	424	454	477	506	522	544
吉備国際大学保健学部	413	437	443	457	464	492
川崎医療福祉大学医療技術学部	363	389	404	424	458	489
北里大学医療衛生学部	359	384	404	428	447	480
広島大学医学部保健学科	347	370	374	394	406	428
健康科学大学	243	311	359	373	411	428
新潟医療福祉大学	255	293	331	359	388	427
帝京平成大学健康メディカル部	233	270	293	325	353	372
九州保健福祉大学	288	298	314	327	337	362
星城大学リハビリテーション学部	175	197	219	242	263	276
札幌医科大学保健医療学部	213	226	232	242	256	264
金沢大学医学部保健学科	182	200	218	228	243	253
藤田保健衛生大学	92	126	156	183	219	246
埼玉県立大学保健医療福祉学部	135	175	194	205	216	241
群馬大学医学部保健学科	162	184	191	201	216	228
神戸学院大学総合リハビリテーション学部	59	98	124	146	182	221
藍野大学	103	133	167	189	199	217
名古屋大学医学部保健学科	140	153	167	180	194	207
神戸大学医学部保健学科	157	163	171	182	195	203
首都大学東京健康福祉学部	49	84	110	140	168	195
聖隷クリストファー大学	76	96	126	147	173	194
昭和大学保健医療学部	114	131	153	153	179	194
国際医療福祉大学福岡保健医療学部	65	93	117	139	171	193
目白大学保健医療学部	53	76	103	131	157	189
鹿児島大学医学部保健学科	121	143	147	159	176	183
山形県立保健医療大学	106	119	132	145	164	183
熊本保健科学大学	—	13	48	86	126	171
大阪府立大学総合リハビリテーション学部	26	43	59	72	147	170
弘前大学医学部保健学科	90	108	127	138	156	168
兵庫医療大学	—	31	62	99	133	167
神奈川県立保健福祉大学	77	94	110	131	147	157
北海道文教大学	—	21	58	85	116	151

国際医療福祉大学 小田原医療保健学部	24	46	70	86	122	148
大阪河崎リハビリテーション大学	30	56	80	99	122	145
県立広島大学	33	55	79	105	123	144
佛教大学保健医療技術学部	20	39	67	88	117	142
文京学院大学	17	40	63	89	111	139
信州大学医学部保健学科	51	70	87	101	118	138
長崎大学医学部保健学科	72	82	97	110	119	136
秋田大学医学部保健学科	56	72	88	102	118	134
姫路獨協大学医療保健学部	23	45	75	94	110	124
四條畷学園大学	41	69	79	96	110	121
日本福祉大学健康科学部	—	—	26	57	85	116
帝京大学福岡医療技術学部	39	52	71	83	99	113
東北福祉大学健康科学部	—	—	24	49	84	111
日本医療科学大学	—	19	44	62	81	95
西九州大学	—	8	34	52	75	93
北海道大学医学部保健学科	32	46	56	69	81	92
京都大学医学部保健学科	30	43	50	62	71	82
帝京平成大学地域医療学部	—	—	18	33	49	65
弘前医療福祉大学	—	—	—	11	40	60
千葉県立保健医療大学	—	—	—	16	31	46
大阪保健医療大学	—	—	—	9	24	45
帝京科学大学	—	—	5	21	35	41
浜松大学	—	—	—	5	17	39
中部大学	—	—	—	—	17	36
東京工科大学	—	—	—	—	10	26
広島国際大学	—	—	—	—	—	22
関西福祉科学大学	—	—	—	—	—	20
九州栄養福祉大学	—	—	—	—	—	16
合計	6,982	8,163	9,301	10,401	11,714	13,023

(人)

表 6-13 大学院に在籍する院生数（教育部 作業療法教育関係資料調査報告より抜粋）

	2009 年 (38)	2010 年 (29)	2011 年 (34)	2012 年 (33)	2013 年 (43)	2014 年 (45)
修士 (博士課程前期)	256	185	205	354	305	312
博士 (博士課程後期)	136	115	119	271	202	200
合計	392	300	324	625	507	512

※各年（ ）内数値は大学院数

第7章 学術研究活動

(一社)日本作業療法士協会は倫理綱領に「学術的研鑽及び人格の陶冶をめざして相互に律しあう」ことを掲げ、専門職として作業療法の対象者に質の高いサービスを提供するために会員の学術研究活動を推進している。本章では2011年度から2015年度の学術研究活動の動向を要約する。

7-1 日本作業療法学会

2011年度から2015年度に開催された日本作業療法学会のテーマ、学会長、開催地、演題数、参加者数を表7-1に示した。第48回学会は第16回世界作業療法士連盟大会

表7-1 作業療法学会のテーマ

年	回	学会テーマ	大会長	開催地	演題数	参加者数
2011	45	意味のある作業の実現	大橋秀行	埼玉	846	4,613
2012	46	「健康な生活を想像する作業療法の科学」－その技(わざ)と愛(こころ)を次世代へ－	東 祐二	宮 崎	857	3,428
2013	47	地域に暮らす～生活を支える作業療法～	長辻永喜	大 阪	1,079	4,953
2014	48	「伝統を分かち、未来を創る」第16回WFOT大会と共同開催	中村春基	神奈川	2,331	5,878
2015	49	温故知新－五十路を還り将来を展ぶ－	古川 宏	兵 庫	1,132	5,540

表7-2 演題区分・分類

演題区分・分類	第45回 埼玉	第46回 宮崎	第47回 大阪	第49回 兵庫
01 疾病(診断, 障害, 症状, 属性, 治療法を含む)	80	102	200	233
02 筋骨・末梢神経の障害(スプリント, 義肢を含む)	50	44	35	40
03 感覚－運動・中枢神経の障害(脳卒中, 頭部外傷を含む)	72	70	56	45
04 認知機能(高次脳機能障害を含む)	62	90	83	84
05 知的機能(知能, 認知症を含む)	26	30	40	43
06 発達(発達の障害を含む)	48	43	55	50
07 精神障害(精神関連疾患を含む)	57	56	81	76
08 心理(ストレス, 障害受容, 性格, 興味を含む)	29	30	37	36
09 対人関係(コミュニケーション, 対人関係スキルを含む)	10	0	8	12
10 セルフケア(ADL, IADL, 家屋改造を含む)	60	73	68	75
11 仕事(復職援助, 職業リハビリテーションを含む)	26	19	39	39
12 余暇活動(手工芸, スポーツ, 趣味, 旅行を含む)	14	15	22	18
13 作業全般(作業遂行技能, 自立生活, 地域生活を含む)	80	83	127	128
14 治療的作業(作業特性, 作業分析, 集団を含む)	52	19	28	38
15 援助機器(自助具, 福祉用具を含む)	37	29	37	46
16 サービス・環境(社会, 制度, 他領域を含む)	43	50	52	49
17 専門職関連(理論, 倫理, 管理, 協会, 研究を含む)	22	25	35	39
18 教育(養成カリキュラム, 生涯教育を含む)	49	36	57	59
00 その他	29	43	19	22
計	846	857	1,079	1,132

(WFOT 2014)と合同で開催され、パシフィコ横浜を会場に過去最高の2,331演題が報告された。本大会では、WFOT大会としても過去最高の演題数と参加者数を記録した。

地方都市での学会開催は、運営を担当する都道府県作業療法士会の凝集性を高め、活性化する機会となった。しかし、会員数の増加に伴って演題数・参加者数も増加し、会場確保の観点から、大都市以外での開催が困難になりつつある。そこで協会は2016年の第50回学会(札幌)より都道府県作業療法士会が運営を担当する従来方法を改め、協会(学術部学会運営委員会)が企画立案を行い、運営を専門業者に委託する開催方法への転換を進めている。5,000～6,000人規模の会場が必要となるため、今後の開催地は札幌、東京、千葉、横浜、名古屋、京都、大阪、神戸、福岡などが見込まれている。大規模会場は3年前からの予約が必要とされ、第51回学会は

東京、第52回は名古屋、第53回は福岡での開催が予定されている。

7-2 学会演題区分・分類

日本作業療法学会では2005年より表7-2に示す演題区分・分類を採用してきた。これはICFと作業療法の専門性を考慮した区分であるが、第46回以降にみられるように、01.疾病または13.作業全般に区分される演題が増加し、区分が必ずしも演題の内容を反映していないという懸念が指摘された。このため学術部(学会運営委員会)では、日本の臨床実践に即した疾患分類に、がんやMTDLP等を加えた演題区分・分類を新たに作成し、第50回学会(札幌)より使用することとした(表7-3)。また、演題審査基準に関しては、第48回学会(16th WFOT大会)

表7-3 第48回と第50回以降の演題区分・分類

第48回学会(16 th WFOT大会) 演題区分・分類	
1 発達障害: Children	225
2 身体障害: Physical Disabilities	308
3 老年期障害: Elderly	204
4 地域・参加: Community & Participation	245
5 精神障害: Mental Health	201
6 教育: Education	237
7 研究・EBP: Research & EBP	433
8 革新と挑戦: Challenge & Innovation	164
9 作業: Occupation	104
10 連携: Collaboration	77
11 理論: Theory	15
12 災害: Disaster	47
13 スペシャルセッション: Special Session	57
14 作業療法の智: Wisdom	14
計	2,331

第50回学会(札幌)以降の 演題区分・分類	
A. 脳血管疾患等	
B. 心大血管疾患等	
C. 呼吸器疾患	
D. 運動器疾患	
E. 神経難病	
F. がん	
G. 内科疾患	
H. 精神障害	
I. 発達障害	
J. 高齢期	
K. 認知障害(高次脳機能障害を含む)	
L. 援助機器	
M. MTDLP	
N. 地域	
O. 理論	
P. 基礎研究	
Q. 管理運営	
R. 教育	

で作成したものを第49回学会以降も採用し、作業療法に対する専門的価値を審査項目に含めることとした(表7-4)。

学会演題の抄録は、2006年以降はCD-ROMに収録されプログラム集(冊子)とともに会員に郵送配布されてきた。しかし、会員数と演題数の増加やWEB端末の普及もあり、学会運営業務の効率化を図るために、2016年の第50回学会(札幌)からCD-ROMとプログラム集の郵送配布を廃止することとなった。今後は、抄録を学会ホームページからダウンロードし閲覧することになるため、各自が管理しやすいよう学会専用のアプリを導入することが決まっている。学会終了後、抄録は「学術データベース」に集録されるため、会員は2006年以降の抄録を学術データベース

で検索することができる。なお、冊子体のプログラム集は学会当日に会場で参加者に無料配布される。

7-3 学術誌作業療法と Asian Journal of Occupational Therapy

かつて機関誌「作業療法」には研究論文のほかに会員調査や診療報酬関連の資料等が多数掲載されていた。しかし、会員数の増加とともに協会事業も多様化し、掲載する資料も多岐に及ぶようになった。このため学術誌と機関誌(協会誌)を区別することになり、2013年発行の第31巻より、機関誌「作

表7-4 演題審査基準

審査領域	審査項目	点数
1. 研究の質	1) 序論	4・3・2・1
	2) 目的	4・3・2・1
	3) 方法/アプローチ	4・3・2・1
	4) 結果/実践の意義	4・3・2・1
	5) 考察/結論	4・3・2・1
2. 専門的価値	6) 作業療法分野への貢献度	4・3・2・1
	7) 斬新さ、あるいは革新性	4・3・2・1
3. 抄録記述の質	8) 記述の論理性	4・3・2・1
	9) 内容の伝わりやすさ	4・3・2・1
4. 倫理手続き	10) 倫理審査と対象者への配慮の有無	4・3・2・1 n/a

採点対象の項目数(10 or 9項目)で除した平均点 点
 (*採点基準: 4点=大変良い, 3点=良い, 2点=可, 1点=不可, n/a=該当なし)

表7-5 学術誌「作業療法」の論文数

発行年	2011	2012	2013	2014	2015	計
投稿論文数	92	80	86	103	115	476
掲載論文数	56	46	50	45	57	254
(論文種別)						
論考	2	1	0	0	0	3
総説	0	0	0	0	0	0
研究論文	42	35	30	32	33	172
実践報告	10	9	18	13	23	73
短報	2	1	2	0	1	6
その他	15	12	11	9	16	63

業療法」は研究論文を中心に扱う学術誌「作業療法」(Japanese Occupational Therapy Research : JOTR)へと改名された。なお、協会資料は2014年創刊の日本作業療法士協会誌(The Journal of Japanese Association of Occupational Therapists : JJAOT, Print ISSN : 2187-0209)に掲載されることとなり、以降、学術誌と協会誌が並行して発行されている。

2011年から2015年の間に学術誌「作業療法」に投稿された論文数と、掲載された論文数および論文種別を表7-5に示した。投稿される論文は増加傾向にあるものの、掲載された論文数は2015年を除くとそれほど増えてはいない。2015年の論文種別をみると、実践報告が増加しているが、論考は5年間で3編と少なく、総説は掲載されていない。その他の項目として、2012年までは「時流」や「ちきゅうぎ」、「特集」などの記事が含まれており、2013年以降は学術部報告や編集委員会の企画による臨床教育講座、特別教育講座などが掲載されている。

Asian Journal of Occupational Therapy (AsJOT ; Online ISSN: 1347-3484, Print ISSN: 1347-3476)は協会が発行しているオープンアクセスの電子ジャーナルで、J-STAGE(日本科学技術振興機構)に登録・公開されており、2013年よりCross RefのDOI-Prefix: 10.11596を取得している。しかし、投稿数はそれほど多くなく、査読に時間がかかるなどの課題もあるため、2016年度より査読管理を強化し、発行数を増やすためにオンライン投稿審査システム(Editorial Manager®)の運用を開始することが決まっている。

7-4 事例報告登録制度

事例報告登録制度は2005年9月に開始され、2015年からは、生活行為向上マネジメント(MTDLP)の実践例を通常の事例報告と区別し、審査・登録するシステムが追加されている。2011年度から2015年度の累積事例登録数を図7-1に示した。登録数は年々

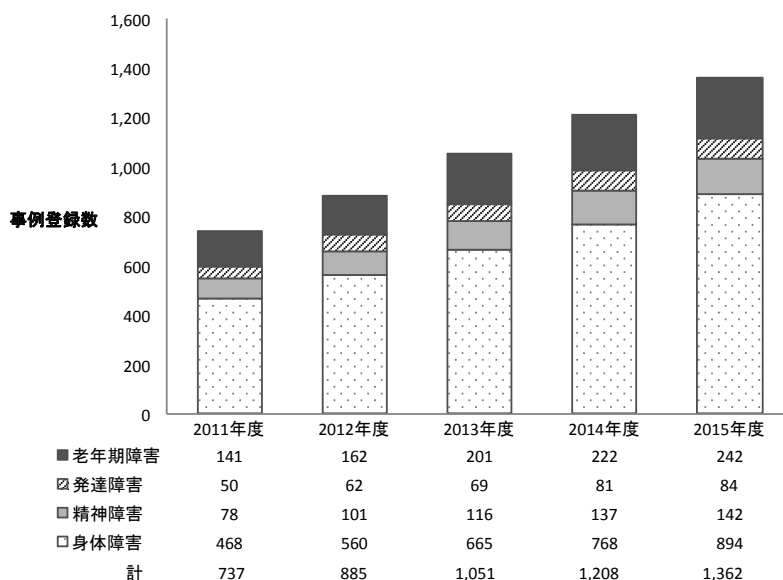


図7-1 累積事例登録数

増加しており、最近では地域生活支援に関する報告、なかでも介護保険領域における実践例が増加している。

事例報告を領域別にまとめた事例報告集が編集され、Vol.1からVol.5が冊子体とPDF版として、Vol.6からVol.8がPDF版として学術データベースに掲載されている。しかし、2015年に事例登録システムの更新を行い、検索機能の強化によって全文を対象とした検索が可能になったこともあり、Vol.9以降の事例報告集の編集は中止された。検索機能を活用したさまざまな事例報告の分析が望まれる。なお、学術部が2011年までに登録された事例報告を分析した「登録事例に基づく作業療法の成果効果報告書」が学術委員会のページ (<http://www.jaot.or.jp/science/gakujutsu.html>) に掲載されている。

7-5 課題研究助成制度

本制度は作業療法の成果根拠（エビデンス）の作成を目的とした研究費助成制度で、2006年より開始された。募集する研究課題は研究Ⅰと研究Ⅱに区別され、研究Ⅰは協会が指定する課題で、ここ数年は次の①から⑥を定めている。①地域生活移行・地域生活継続支援の効果に関する研究（認知症、身体障害、発達障害、精神障害、その他）、②身体合併症のある精神疾患患者に対する作業療法の効果に関する研究、③精神科急性期作業療法の効果に関する研究、④特別支援教育における作業療法の効果に関する研究、⑤保育所訪問及び児童発達支援事業と放課後等デイサービスにおける作業療法の効果に関する研究、⑥福

表 7-6 2011 年度から 2015 年度の助成研究課題

年度	研究代表者	種目	研究課題名	助成額 (円)
2011	能村 友紀	I	在宅虚弱高齢者における転倒恐怖の軽減効果	1,000,000
2011	宮坂 裕之	II	脳卒中麻痺側上肢の機能的スキル獲得に関する研究－評価尺度開発と臨床応用－	400,000
2012	中島そのみ	I	不器用児に対する Handwriting 評価及び介入効果の検討	800,000
2012	由利 緑巳	I	特定高齢者の介護予防における作業療法的介入の導入効果の研究	720,000
2012	長山 洋史	I	介護老人保健施設における作業に焦点を当てた作業療法の効果と費用効果分析；無作為化比較試験による検証	960,000
2012	石橋 仁美	I	精神障害者に対する地域生活支援プログラムの開発－社会生活と化粧を関連づけたアプローチ－	1,200,000
2012	星野 藍子	II	女性の労働におけるストレス要因とうつ病との関連－賃金労働と家事労働の比較から－	600,000
2013	金谷 匡紘	I	通所介護施設における生活行為向上マネジメントに焦点化した介入の効果	1,000,000
2013	竹林 崇	I	脳卒中回復期の集中的上肢機能訓練が維持期での麻痺手の生活使用頻度におよぼす影響	600,000
2013	小川 真寛	I	回復期における公共交通機関の利用練習の実態と効果	600,000
2013	松尾 崇史	II	プリズム順応療法を用いた半側空間無視患者の聴覚的空間探索能力への治療的介入研究	350,000
2014	澤田 辰徳	II	作業の習慣化に向けての作業園値（仮）質問表の開発に関する研究	134,000
2015	塩田 繁人	I	精神科病院における認知症高齢者に対する退院支援に関する研究～在宅生活での生活行為の継続に焦点を当てた取り組み～	1,400,000
2015	佐賀理 昭	II	造血管腫瘍患者に対する Occupational-Based-Practice の有効性	300,000
2015	亀井 大作	II	就労移行支援事業所に勤務する作業療法士の実態調査	300,000
2015	鈴木 康子	II	ALS 患者に対する重度障害者用意思伝達装置の支援介入の調査	300,000
2015	田中 寛之	II	ライフヒストリーカルテの有用性の検討－高齢認知症患者の生活史理解の試み－	300,000

社用具・住宅改修等の開発・活用支援の効果に関する研究である。研究Ⅰの期間は2年間で、助成額は100万円～200万円を目安としている。研究Ⅱは作業療法の効果（成果）に関連する研究で、会員が独創的・先駆的な発想に基づき実施するもので、研究期間は1年、助成額の上限は30万円としている。

2011年度から2015年度に助成した研究課題を表7-6に示した。なお、過去に助成を受けて実施された研究の成果報告書は協会ホームページの学術委員会 (<http://www.jaot.or.jp/science/gakujutsu.html>) より閲覧できる。

7-6 作業療法マニュアル

作業療法マニュアルは学術部内のマニュアル編集委員会が企画・作成し、協会が発行する作業療法の技術解説書であり、1冊1,000

円で販売されている。第1巻は1995年発行の「脳卒中のセルフケア」で、2015（平成27）年発行の「認知症初期集中支援－作業療法士の役割と視点－」までに計59巻が発行されている。2011年から2015年に発行されたマニュアルを表7-7に示した。

7-7 疾患別ガイドライン

学術部（学術委員会）では、第二次作業療法5ヵ年戦略のなかで疾患別ガイドラインの作成に着手している。2015年度末の時点で脳性麻痺の作業療法ガイドライン（第0版）を作成し、協会ホームページに掲載してパブリックコメントを求めている。2016年度には、脳血管障害、認知症、統合失調症のガイドラインを完成させ、協会ホームページに掲載しパブリックコメントを求めていく予定である。

表7-7 2011年から2015年に発行された作業療法マニュアル

発行年	通巻	タイトル
2011	41	精神障害の急性期作業療法と退院促進プログラム
	42	訪問型作業療法
	43	脳卒中急性期の作業療法
	44	心大血管疾患の作業療法
	45	呼吸器疾患の作業療法①
	46	呼吸器疾患の作業療法②
	47	がんの作業療法①
	48	がんの作業療法②
	49	通所型作業療法
2012	50	入所型作業療法
	51	精神科訪問型作業療法
	52	アルコール依存症者のための作業療法
	53	認知機能障害に対する自動車運転支援
2013	54	うつ病患者に対する作業療法
	55	摂食・嚥下障害と作業療法－吸引の基礎知識を含めて
2014	56	子どもに対する作業療法
	57	生活行為向上マネジメント
2015	58	高次脳機能障害のある人の生活・就労支援
	59	認知症初期集中支援－作業療法士の役割と視点－

第8章 国際交流

協会の国際交流は、世界作業療法士連盟 (World Federation of Occupational Therapists : WFOT) との関連で長年にわたって行われてきた。これまでWFOT代表者会議への協会からの派遣をはじめ、世界作業療法士連盟大会やアジア太平洋作業療法学会への会員の参加促進を行ってきた。

今回の白書で特記すべき点は、2014年6月9日から14日に第31回WFOT代表者会議を千葉県作業療法士会の協力で千葉県木更津市で開催し、2014年6月18日から21日には第16回世界作業療法士連盟大会・第48回日本作業療法学会合同大会 (WFOT2014) を神奈川県作業療法士会、東京都作業療法士会、埼玉県作業療法士会をはじめ各都道府県作業療法士会の協力で神奈川県横浜市で開催したことである。この開催に向けて協会および会員が丸一となって取り組んだことで、国内外での国際交流が促進された。

また、WFOT2014に合わせて開催した東アジア諸国との交流会 (Exchange Meeting with East Asian Countries : EMEAC) は、韓国、台湾、香港、フィリピン、シンガポールの作業療法士協会との交流を具体化する機会となった。この交流会は (一社) 日本作業療法士協会の中村春基会長の発案で継続的に開催されることとなり、当初の4年間 (2014年～2017年) は日本がホスト国となり、協会活動の相互理解や協力体制の強化に向けた話し合いが行われるようになった。

本章では、WFOTとの関連を所掌する国際部WFOT委員会の活動と、国内外の国際交流を所掌する国際部国際委員会の活動に分けて記述する。

8-1 世界作業療法士連盟 (WFOT)

WFOTは、1952年に作業療法の啓発と発展、質の維持と向上を目的にアメリカ・イギリス・イスラエル・インド・オーストラリア・

表 8-1

世界作業療法士連盟 (WFOT) 加盟国・準加盟国 (2016 年現在) と WFOT Human Resource Project 2014 から見る作業療法士の状況

国名	WFOT 加盟年	OT数
正加盟国 (2016年3月現在)		
アルゼンチン	1970	8,000
オーストラリア	1952	16,009
オーストリア	1978	1,758
バングラデシュ	2000	120
ベルギー	1968	8,422
ブラジル	1994	17,500
ブルガリア	2014	15
カナダ	1952	13,040
チリ	1980	3,244
コロンビア	1976	4,000
チェコ共和国	2002	907
デンマーク	1952	8,500
エストニア	2006	56
フィンランド	1972	2,400
フランス	1964	9,400
ジョージア	2006	27
ドイツ	1958	35,000
ガーナ	2016	-----
ギリシャ	1992	1,410
ハイチ	2016	-----
香港	1984	1,578
アイスランド	1976	268
インド	1952	3,000
インドネシア	2000	1,080
イラン	2006	2,600
アイルランド	1970	1,220
イスラエル	1952	3,957
イタリア	1978	1,475
日本	1972	65,935
ヨルダン	1992	700
ケニア	1976	850
韓国	1998	8,500
ラトビア	1998	116
リトアニア	2016	-----
マラウイ	2014	-----

カナダ・スウェーデン・デンマーク・ニュージーランド・南アフリカの10ヵ国が発起国として発足した、2016年3月現在で加盟国は84ヵ国（正加盟国67ヵ国・準加盟国17ヵ国）・加盟地域7地域に増加している。

表8-1で見ると全世界で42万人の作業療法士が所属している（表8-1は、P106～109にわたって見開き掲載）。2010年の白書作成時期からは15ヵ国が新規加盟を果たし、特に東欧諸国やアフリカ地域からの新規加盟国が増加し、開発途上国へと作業療法の広がり

を感じる。

なお、日本におけるWFOT個人会員は2016年3月時点で1,104人であり、世界第2位の作業療法士数を誇る日本としては、WFOTへの加盟率は極端に少ない（協会員のWFOT個人会員率2.1%）。個人会員はWFOTの活動を支援するスポンサーであり、公式ウェブサイトより「WFOT Bulletin」を年2回受け取ることができる。作業療法に関する国際情報を得られ、様々なプロジェクトに参加するきっかけにもなる。

対1万人比	WFOT認定 養成校数	WFOT認定校 在籍学生数	毎年WFOT 認定校の 卒業学生数	学生会員数	資格・ 免許制度 ※2	免許更新の 卒後教育プロ グラムが必要	OTが不足	外国人OT数	海外OT 受け入れに 積極的な国
WFOT Human Resource Project 2014のデータ									
0.02	5	2,700	370	6	◎		○		
7	36	5,000	1,200	604	○	○			
2	9	525	180	90	△		○		
0.007	1	137	30	6					
8	15	3,579	575	79※3	○				
1	8	1,371	149	56	◎		○		
0.02	-----	-----	-----	7					
4	14	1,987	1,000	1,850	△	○			○
2	5	2,423	207						
1	10	1,600	199	21	◎		○		
1	1	45	15	14	○		○	1	
15	7	1,750	374	1,054	○				
0.4	1	72	15	2			○	1	
5	7	600	100	437	○			1	
1	20	2,220	600	30	○		○		
0.1				11			○		
4	136	8,000	2,700	873	△				
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1	1	677	67	24	○				
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2	2	340	77		○		○		
9	1	99	18	19	○			1	
0.02	29	640	525	500			○		
0.04	1	300	100		◎	○	○		
0.3	8	240	160		◎	○	○		
3	4	120	110	153				54	
5	4				○				
0.2	1	66	16	139			○		
5	153	20,620	5,690		○				
1	3	1,100	120	130	◎				
0.2	2	80	70	175	◎	○	○	4	
2	8	1,300	340		○	○	○		
1	1	60	15	8	○	○			
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

国名	WFOT 加盟年	OT数	対1万人比	WFOT認定 養成校数	WFOT認定校 在籍学生数	毎年WFOT 認定校の 卒業学生数	学生会員数
正加盟国 (2016年3月現在)		WFOT Human Resource Project 2014のデータ					
マレーシア	1990	1,395	0.5	2	843	95	155
マルタ	1994	-----	-----	-----	-----	-----	-----
モーリシャス	2006	49	0.38	1	28	8	
メキシコ	2004	622	0.1	2	14	14	20
オランダ	1960	4,300	3	4	1,400	300	233
ニュージーランド	1952	2,296	5	2	545	165	114
ノルウェイ	1958	3,756	8	6	769	349	548
パキスタン	1992	120	0.006	2	124	40	
パレスチナ	2006	115	0.3	2	115	45	
フィリピン	1968	2,985	0.3	6	850	200	9
ポルトガル	1964	1,990	2	1	100	25	19
ロシア	2004	38	0.003	1	38	1	2
ルワンダ	2016	-----	-----	-----	-----	-----	-----
サウジアラビア	2016	-----	-----	-----	-----	-----	-----
シンガポール	1992	730	1	1	196	65	160
スロベニア	2004	470	2	1	596	37	
南アフリカ	1952	4,019	1	8	1,850	300	137
スペイン	1972	5,000	1	3	520	130	
スリランカ	1992	102	0.05	1	22	15	
スウェーデン	1952	9,400	10	8	1,400	400	1,037
スイス	1962	2,700	3	3	380	120	41
台湾	1986	2,856	1	7	1,300	330	26
タンザニア	2002	96	0.02	1	34	10	
タイ	2002	875	0.1	1	920	60	
トリニダード・トバゴ	2012	10	0.1				
トルコ	2012	10	0.001	1	125	35	
ウガンダ	1996	139	0.04	1	20	20	
イギリス	1952	33,383	5	62	5,800	1,850	3,737
アメリカ	1952	114,240	4	149	17,224	5,275	19,000
ベネズエラ	1968	2,325	1	3	300	180	
ザンビア	2014	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ジンバブエ	1990	124	0.1	1	75	19	4
準加盟国 (2016年3月現在)		WFOT Human Resource Project 2014のデータ					
アルメニア	2012	12	0.04				25
バミューダ	1992	29	4				
クロアチア	2010	357	1				50
キプロス	1996	115	1				
ドミニカ共和国	2016	-----	-----	-----	-----	-----	-----
フェロー諸島	2014	-----	-----	-----	-----	-----	-----
カザフスタン	2016	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ルクセンブルグ	1990	280	5				3
マカオ	2006	60	1				
マダガスカル	2014	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ナミビア	2000	50	0.2				
ナイジェリア	1992	20	0.001				
パナマ	2004	350	1				
ペルー	2006	500	0.16				
ルーマニア	2012	23	0.01				1
セーシェル	2010	4	0.4				
チュニジア	2012	180	0.2				20

他、上記の国以外に加盟地域として、アラブ地域 OT グループ、カリブ OT 連盟、アジア太平洋地域 OT グループ、欧州諸国 OT 協議会、アフリカ OT グループ、クウェートグループ、ラテンアメリカ OT 連合がある。

※1 WFOT Human Resource Project 2014 は、2013 年に収集したデータを基に作成されたため、2014 年以降の加盟国は「-----」で表記。

また、データ収集時期により一部データがない場合も「-----」で表記。

※2 必要=○ 州・地区へも資格登録が必要=◎ △=州・地区へのみ資格登録が必要。

※3 データに齟齬があったため、WFOT Human Resource Project 2016 のデータを掲載。

資格・ 免許制度 ※2	免許更新の 卒業教育プロ グラムが必要	OTが不足	外国人OT数	海外OT 受け入れに 積極的な国
WFOT Human Resource Project 2014のデータ				
-----	-----	-----	-----	-----
○		○	1	○
○	○	○	25	○
○			1	
○	○	○	1	
○		○	3	
-----	-----	-----	-----	-----
◎	○	○	150	○
○			1	
○	○	○	3	
△				
○		○	15	
○				
△				
◎	○	○		
○	○	○		
○		○		
○	○	○	4	○
		○	10	○
○	○	○	2	
○	○		249	
◎	○		130	
○		○		
-----	-----	-----	-----	-----
○	○		4	
WFOT Human Resource Project 2014のデータ				
○			3	○
◎	○	○		
○			1	
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
○			100	
-----	-----	-----	-----	-----
○	○			
○				
◎				
◎	○	○		
○			1	○
○	○	○	1	
◎				

8-1-1 世界作業療法士連盟の概略と活動

WFOT のミッションは、作業療法の技 (art) と科学 (science) を国際的に推進し、作業療法の発展と実践を推進することであり、各国の作業療法士が同地域で活躍でき、社会に貢献することを目的とした団体である。組織的には図8-1のように役員チームのもとに教育、研究、実践の拡大、基準と質の4つの部門が設けられ、上記の目的を達成するために活動している。



図8-1 WFOTの役員組織
Executive Management Team

また、WFOTは世界の作業療法の指導的役割を果たすため、専門職としての指針、WFOT声明文Position Statementを發表している(表8-2)。特に2010年から2016年まで20以上の声明文が發表されており、作業療法に関わる様々な課題についてWFOTの考えを示す重要な文書といえる。尚、これらの声明文はWFOTウェブサイトのResource centerよりダウンロードし内容を確認できるので是非参考にさせていただきたい。

8-1-2 世界作業療法士連盟白書 (Human Resource Project 2014) 中の日本

WFOTは2年毎に、加盟国の作業療法の状況を把握する目的で統計調査を行っている。作業療法白書2010発行時点と同様に、日本の作業療法士数はアメリカに次いで第2位であり、WFOTが認定する養成校数と学生数は世界1位である。

今回のWFOT白書で注目したいのは、約3割の加盟国が免許更新のためには生涯教育受

表 8-2 世界作業療法連盟の声明文(2004 年～2016 年)

発行年	声明文
2004	1 地域に根差したリハビリテーション Community Based Rehabilitation
2006	1 人権 Human Right
	2 作業科学 Occupational Science
2007	1 作業療法：専門職としての自律 Occupational Therapy – Profession Autonomy
2008	1 作業療法における大学ベースの教育のための作業療法教育者のための学術の資格要件 Academic Credentials for Occupational Therapy Educators for University Based Education in Occupational Therapy
	2 インクルーシブ作業療法教育 Inclusive Occupational Therapy Education
	3 作業療法の卒業時（エントリーレベル）の質 Occupational Therapy Entry-Level Qualifications
2010	1 作業療法におけるクライアント中心 Client-centredness in Occupational Therapy
	2 作業療法と共に消費者インターフェース Consumer Interface with Occupational Therapy
	3 多様性と文化 Diversity and Culture
	4 プロフェッショナル登録 Professional Registration
2012	1 日常生活活動 Activities of Daily Living
	2 コンピテンシーとコンピテンシーの持続 Competency and Maintaining Competency
	3 環境の維持と作業療法における持続可能な実践 Environmental Sustainability Sustainable Practice within Occupational Therapy
	4 改訂 作業療法における国際的協業研究 International Collaborative Research in Occupational Therapy revised
	5 ユニバーサルデザイン Universal Design
	6 職業的リハビリテーション Vocational Rehabilitation
2014	1 地球規模の健康：作業療法実践の情報提供 Global Health: Informing Occupational Therapy Practice
	2 改訂 人間の変移 Human Displacement revised
	3 国際的なプロフェッショナリズム International Professionalism
	4 災害への備えと対応における作業療法 Occupational Therapy in Disaster, Preparedness and Response
	5 以前（昔）の教育状況の認識 Recognition of Former Educational Status
	6 実践の範囲と拡大 Scope and Extension of Practice
	7 専門性と先進的作業療法のコンピテンシー Specialisation and Advanced Occupational Therapy Practices
	8 改訂 国際社会からの作業療法士の人材発掘 Recruiting OTs from International Communities revised
	9 遠隔医療・健康 Telehealth
2016	1 減災における作業療法 Occupational Therapy in Disaster Risk Reduction (DRR)
	2 終末期ケアにおける作業療法 Occupational Therapy in End of Life Care
	3 職業関連における作業療法 Occupational Therapy in Work Related Practice
	4 倫理、持続可能性と地球規模の経験 Ethics, Sustainability and Global Experiences
	5 学校ベースの作業療法サービス Occupational Therapy Services in School Based Practice
	6 ソーシャルメディアの使用 Use of Social Media

講を課していることである。特に近隣アジアの国々はこの制度を既に導入している。また、多くの加盟国では、学生会員制度を設置している(表8-1参照)。

8-1-3 第16回世界作業療法士連盟大会(WFOT2014)

WFOT2014(2014年6月18日～21日開催)の参加者は、70の国と地域から6,031名であった。海外参加の上位は、アメリカ合衆国279名、オーストラリア138名、スウェーデン107名、韓国100名、シンガポール95名、台湾88名、イギリス85名、カナダ78名、フィリピン60名、デンマーク39名であった。

プログラムとその数は、WFOTレクチャーシップ1、WFOTプレナリーセッション1、基調講演3、シンポジウム10、市民公開講座3、インコングレスワークショップ53、スペシャルセッション57、口述発表セッション863、座長付ポスター発表71、ポスター発表1,340だった。当日は近隣のOT養成校から約300名のボランティア学生が運営に協力した。

8-2 国際交流活動

8-2-1 (一社)日本作業療法士協会の国際交流活動

1) 東アジア諸国との交流会

第二次作業療法5ヵ年戦略の行動目標「アジア各国の状況を情報収集し、相互交流のあり方を検討し、実現する」に基づき、WFOT2014を契機に、相互発展のため情報を交換することを目的として、本協会は近隣東アジア諸国5ヵ国を招待し、東アジア諸国との交流会(EMEAC)を主催した。第1回EMEACは、韓国、台湾、フィリピン、シンガポールの参加を得て、日本を含め5ヵ国の代表者によって2014年6月に横浜で開催された。また、その場で各国の賛同のもとに交流会の今

後の継続が決定された。

第2回EMEACは、香港の代表者も加え6ヵ国の代表者の参加のもと、理事の臨席も得て2015年6月に神戸で開催され、各国の作業療法の社会的背景と作業療法の現状が説明され、活発に意見が交換された。また、学術交流を中心に更なる本交流会の発展を目指すことが確認された。

EMEACは第4回まで日本主催で年1回開催される予定であり、その中で学術交流に関する成果をあげることを目標としている。現在、台湾との交流が具体化しつつある。

2) 国際シンポジウム

WFOT2014に向けて2008年から毎年、日本作業療法学会時にWFOT国際シンポジウムが開催された。同シンポジウムは、WFOT2014終了後も会員の国際性育成を目的として継続されることとなり、2015年に国際シンポジウムと名称を変更した。

過去5年間のシンポジウムのテーマは、2011年「高齢者社会における作業療法の役割：より良い生活への支援」、2012年「災害支援：国際的視点から作業療法は何ができるか!」とし広く世界から各3名の講師を招いた。

2013年からは第2次作業療法5ヵ年戦略に基づき、前述したEMEACと関連させ、2013年「作業療法の現状と領域拡大への取り組み：日本、台湾、フィリピン、韓国の現状から」、2015年「アジアの作業療法は今!韓国、台湾、フィリピンの場合」とし、各国から講師を招聘した。WFOT2014の年は国際シンポジウムを開催していない。

今後、アジアとの情報交換はEMEACにて実施し、国際シンポジウムの講師は、会員の興味を広く満たすため、原則として西欧とアジアの両方から招く予定である。

3) 国際的視野をもつ人材の育成

国際的視野をもつ人材育成を目的として、

協会主催研修会が2種類開催されている。

ひとは国際活動に従事する人材育成のための研修会で、2001年から日本理学療法士協会と共催で原則として年1回開催されていたが、2013年から本協会独自での開催となった「国際交流セミナー」である。プログラムは、アジア地域の高齢化と経済社会問題を論じたもの、ある国のCommunity Based Rehabilitation (CBR) の実践報告、英語学習法、作業療法士による海外支援経験談などをいくつか交えて企画されている。参加者数は概ね12～20名程度である。

「国際交流セミナー」は2015年度から「グローバル活動セミナー」と名称を変更し、より広範囲の国際的な活躍の場を想定した内容となった。また2016年度からは関東の開催に加え、関西でも開催する予定である。

もうひとつは、WFOT2014での発表を視野に入れて国際学会で活躍する人材育成を目標として2012年度から開催されている研修会である。英語での抄録・ポスター・スライドの作成について、また、英語での発表についての研修が2015年度までに計11回開催された。参加者数は、WFOT2014以前は10～30名であり、参加者からの評価は高い。会員の学術的国際活動に対する関心の高まりにより参加者が増えることが期待される。

その他、日本作業療法学会の機器展示ホールに国際部ブースを設置し、留学や青年海外協力隊等への参加に関する情報・各年度の国際的トピックス等を会員に広く伝えている。2014年からは同学会中に、青年海外協力隊で活躍中の作業療法士との同時中継を実施している(2014: タイ, 2015: ベトナム)。

さらに2015年度から、日本作業療法士協会誌に毎月「国際INFORMATION」として、国際情報や国際部の活動を報告している。

4) 国際交流に関する基礎調査

WFOT2014の前年、各都道府県作業療法士会(以下、士会)および養成校を対象とし

た国際交流に関する意向・実態調査について、WFOT2014実行委員会から依頼を受け、対象期間を過去5年とした調査を実施した。質問項目は①WFOT2014への海外からの参加者を招待した企画に関する項目、②国際交流の基礎調査だった。

(1) 士会対象の調査結果

回答率43%(20/47士会)。WFOT2014に参加する海外の作業療法士・団体との交流を企画しているのは1士会であった。交流をもつ機会は無いが今後進めたいと回答したのは8士会であり、それらは見学・研修・相互交流を希望していた。

士会に国際交流関連部門があるのは1士会、組織に国際経験をもつ会員がいるのは17士会、外国籍を持つ作業療法士がいるのは1士会であった。

また、国際交流に関しては少数ながらも非常に前向きなコメントがあった。

(2) 養成校対象の調査結果

回答率45%(89/196校)。WFOT2014に参加する海外の作業療法士・団体との交流を企画しているのは2校、検討中は8校であった。対象国は西欧が多く、内容は、各国の背景と作業療法についての講義、協同研究会議、作業療法のやりがいについての討議等であった。養成校の見学を受け入れつつ交流を希望するとの回答は16校であった。

海外の作業療法養成校と交流があるとの回答は24校であり、内容は海外研修や提携校であった。作業療法部門で海外作業療法学生の研修・見学を受け入れたとの回答は13校、期間は1日から1週間以上までと幅広く、韓国からの受け入れが多かった。留学生を受け入れた養成校は5校あり、教員の研修・見学を受け入れたのは16校、カナダからの受け入れが多かった。学生・教員の受入経験のない養成校に関しては、受入可能、不可能、通訳付きで可能に回答が分かれた。

国際的視点での授業等があるとの回答は38校、うち科目としては22校、講義として

は11校であった。国際経験を有する教員に関しては、いるとの回答が55校、うち学会参加35校、長期研修32校、留学経験17校であった。

8-2-2 国際協力機構（JICA）への協力

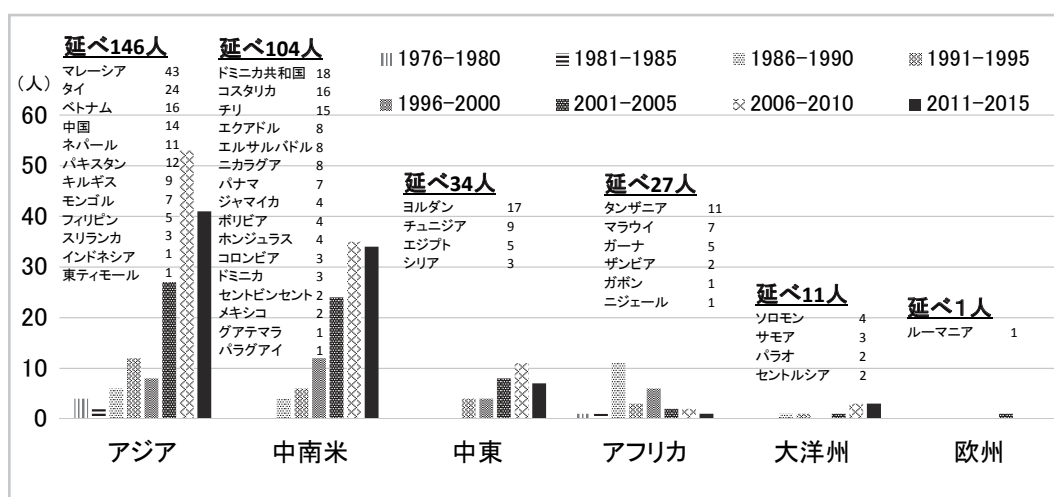
独立行政法人 国際協力機構（JICA）のボランティア事業である青年海外協力隊（以下、JOCV）並びにシニア海外ボランティアの活動は、作業療法士の国際貢献の活動の一つに位置付けられる。1965年に途上国支援として始められたJOCVの活動は、1976年マレーシアのCBR活動に初めて作業療法士が参加し、2016年3月末までに40数カ国に323名のJOCVが途上国支援の活動を行ってきた（図8-2参照）。

派遣地域としてマレーシアやタイ、中国、ベトナム、ネパール、パキスタンなどのアジア地域（146名、45%）やドミニカ共和国やコスタリカ、チリなどの中南米地域（104名、32%）への派遣実績がある。過去5年間ではタイやベトナムなどの東アジア地域（41名、13%）とエクアドルやエルサルバドル、ドミニカ共和国などの中南米（34名、11%）への派遣が多い。

活動の実態としては発達障害領域の支援要請が最も多く、身体障害領域や高齢者支援の要請も高まりつつある。また、作業療法士養成教育や臨床教育の支援によりその国にOT養成校が作られWFOT加盟に至った国もある。

一方、シニア海外ボランティアも1990年に40歳以上の途上国支援を志す隊員（Senior Volunteer：SV）の派遣が開始された。作業療法士のSVは2008年のタイの活動に始まり2015年までに16名の隊員がアジア（タイ、ネパール、ミャンマー）および中南米（エクアドル、エルサルバドル、コスタリカ、セントルシア、ニカラグア、チリ）で活動してきた。特に日本の高齢者への支援のシステムの導入の要請や作業療法士の養成校設立や運営の支援に関する要請が多くなりつつある。

作業療法士はJOCVの中でも確保困難職種として位置付けられ、要請数に対する応募者数が少ない。過去5年間の年平均応募者数は23名（長期派遣）と派遣要請数（年間約40件）の半数程度にとどまっており、さらに平均派遣数も17.2名で要請に対する充足率は40%に留まっている。応募者は臨床経験3年から7年目が多く、現地のカウンターパートの支援などを考慮すると最低3年の実務経験は必



独立行政法人国際協力機構青年海外協力隊事務局提供データより作成

図8-2 作業療法士の青年海外協力隊の地域別派遣実績

要である。しかし、近年は技術支援にとどまらず研修会の開催や現地の養成校の設立、サービスのシステムの立ち上げなど経験豊かな作業療法士の支援要請が増加している。また、要請領域として半数以上が発達障害領域であり、応募者の経験と合致しないことが多いことも課題の一つとなっている。(データ提供：独立行政法人国際協力機構青年海外協力隊事務局)

8-2-3 作業療法実践の場における国際交流

作業療法白書2015アンケートの結果を示す。

海外からの視察・研修については、46施設(回答施設の1%)が受け入れていると回答した。相手国はアジア諸国、特に韓国が多く(12施設)、次いで中国(9)、シンガポール(5)であった。韓国、シンガポールに関しては受け入れている地域がそれぞれ福岡、静岡に多かったが、その他の国と受け入れ施設の地域との関連は見られなかった。

訪問者の職種は主に保健医療職であり、作業療法士・学生(26施設)、リハビリテーション職種(13)が多かった。少数であったが行政関連者、難民という回答もあった。受入施設は病院が多く(23施設)、次いで養成校(5)、介護老人保健施設(3)、指定障害者

福祉サービス事業所(3)であった。

視察・研修等海外への派遣については17施設(回答施設の0.4%)で作業療法士を派遣しており、派遣先はアメリカ(4施設)、台湾(3)、中国(2)だった。派遣施設は養成校(8)、病院(5)であった。渡航目的は短期留学・研修(4)、講演・指導(3)、学会発表(2)、難民・災害支援(2)等であった。

8-2-4 国内外での就労・研修

昨今、作業療法士として海外で就労している会員、また、他国籍をもちつつ日本の作業療法の場で活躍している人は増加している様子はあがるが、この件に関するデータはない。

海外の作業療法士から協会に、日本の作業療法について様々な問い合わせや見学等の希望があるが、2015年度1年で、見学希望6件、問い合わせ13件であった。見学に関しては、希望地域や日時等の条件が合わないことが多い中、毎年数件実現している。問い合わせに関しては日本での就労のための資格や手続きに関するものが多い。現状、就労は可能であるが、その資格として確かな教育歴と高い日本語能力等が要求され、狭き門である。なお、海外の作業療法士の一時的な作業療法実践への参加は、事故発生時の保障の問題等から困難であり、見学の範囲での参加に留めている。

第9章 作業療法の普及と振興

9-1 制度対策活動

診療報酬，介護報酬，障害者自立支援法・障害者総合支援法，児童福祉法等に関する要望活動としては，リハビリテーション医療関連団体協議会・リハビリテーション専門職団体協議会（3団体）・チーム医療推進協議会等における団体連名による要望，そして日本障害者協議会（JD）や日本発達障害ネットワーク（JDD-NET）等，要望に関連する関係団体との共同要望，さらに協会単独の要望に分けられる。

9-1-1 要望書等の作成～関係省庁への提出の流れ～

図9-1は日本作業療法士協会における調査結果をもとにした要望書の作成および提出の流れを記した模式図である。

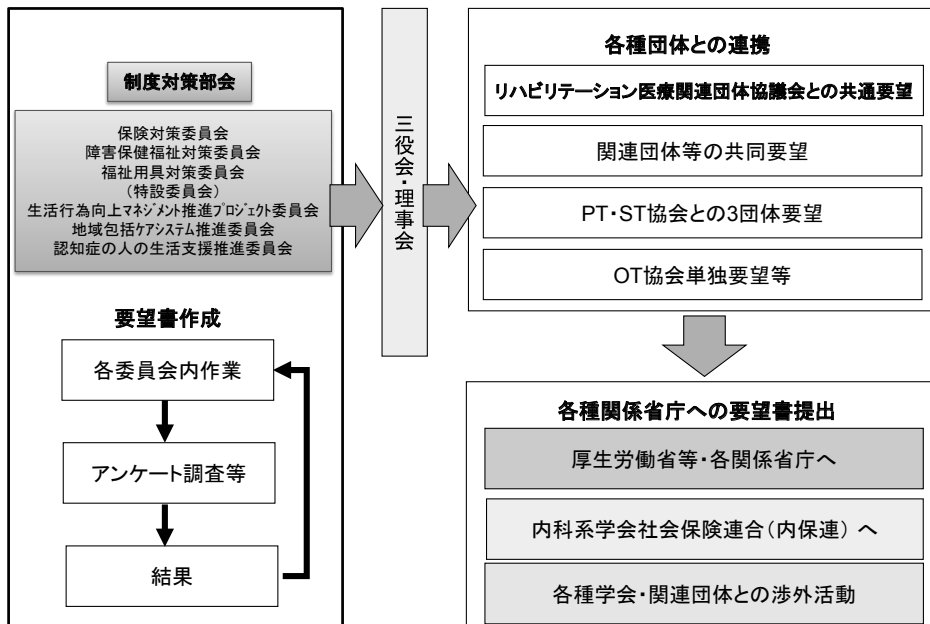


図9-1 日本作業療法士協会における各要望の流れ(原則)

1) 制度対策部会

制度対策部会は，制度対策部内の委員会（保険対策委員会・障害保健福祉対策委員会・福祉用具対策委員会）の委員長とそれぞれの部長・副部長・担当理事で構成されている。これに，生活行為向上マネジメント推進プロジェクト特設委員会，地域包括ケア推進委員会，認知症の人の生活支援推進委員会の代表者を加え，原則として2ヵ月に1回の開催としている。各種要望および実態調査については本部会にて討議している。

2) 要望書作成

制度対策部で討議した内容をもとに，保険対策委員会・障害保健福祉対策委員会内で実態調査を企画・施行する。調査後には各委員会内で結果を整理し，それに基づいた要望書を作成する。

3) 各種団体との連携

各種団体との渉外活動は、理事会の承認を経て開始される。医療保険においては、リハビリテーション医療関連団体協議会（日本リハビリテーション医学会をはじめとする10団体：以下、リハ医療関連10団体）・リハビリテーション専門職団体協議会（3団体）・チーム医療推進協議会とは常時連携し協力を行っている。この他に要望内容によっては他の関連団体との関係も重要である。例えば、2014（平成26）年の診療報酬改定では、心大血管疾患リハビリテーション料の算定職種の配置基準のために、協会は「日本心臓リハビリテーション学会」との連携を強化し、連名での要望書を作成した。配置基準後には協定を結び、心大血管疾患リハビリテーションにおける作業療法の役割とともに、教育の質の向上を課題として明記した共同宣言を発表した。詳細は9-3-2を参照いただきたい。

障害福祉では、日本障害者協議会（JD）や日本発達障害ネットワーク（JDD-NET）との渉外活動も展開している。精神保健福祉関連では、日本精神科病院協会・精神保健従事者団体懇談会・日本精神科看護協会・精神科救急学会・日本精神神経学会等との連携を強化している。

4) 各種関係省庁への要望書提出

上記のプロセスを経て、関係省庁へ要望書を提出する。医療制度関連の要望書は、厚生労働省保険局医療課等へ、介護保険制度関連は厚生労働省老健局老人保健課へ、障害福祉関連は社会援護局等へそれぞれ提出する。また、厚生労働大臣に要望書を直接提出する場合もある。2011年度から2015年度までに協会が提出した要望書一覧を資料9に記載する。合わせて参照いただきたい。

9-1-2 これからの課題

要望項目には、他団体との連携が必須である。新たな分野の職域拡大と共に新しい連携が生まれてきたことも事実であり、今後より広い分野との連携が求められる。

近年、他団体との連携・共催による研修会・講習会を開催する機会が増加している。その大きな要因は、がん関連やリンパ関連、生活行為向上リハビリテーション実施加算のように診療報酬・介護報酬算定の要件として、作業療法士の資格に加えて各種研修の受講が必須となる項目が増えているためである。

今後の具体的な目標は、緩和ケア病棟におけるリハビリテーション専門職の配置や、地域包括ケアシステムへの参画にむけた活動である。医療・介護・福祉・教育の各施策の方向性を読み取り、関連団体、各都道府県士会との連携・協力および市町村に対する渉外活動がより一層求められる。

9-2 特設委員会の活動

9-2-1 生活行為向上マネジメント

推進プロジェクト特設委員会

1) 生活行為向上マネジメント推進プロジェクト特設委員会設置の背景

当協会は、2008年より厚生労働省老人保健健康増進等事業（以下、老健事業）を6年間継続して受託し、自立支援型アプローチの開発、介入研究を実施してきた（表9-1）。そこで開発されたのが「生活行為向上マネジメント（Management Tool for Daily Life Performance：MTDLP）」（以下、MTDLP）である。

この研究事業からMTDLPがあらゆる作業療法の現場で実践するためのツールとして活用できること、また作業療法のマネジメントツールとして効果的であることが確認され、

その活用の推進を目指す方針がとられることとなった。結果、2013年10月、生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会が制度対策部内の特設委員会として設置された。

2) 生活行為向上マネジメント推進プロジェクト特設委員会の活動

全国47都道府県から各1名の推進委員が委嘱を受け、推進委員、各士会、委員会本部、協会によってMTDLP推進の連携体制がとられた。2013年度から2015年度の3年間に、全国推進会議を5回開催した。また、MTDLPに関する情報の共有化とプロジェクト全体の活性化を目的に「生活行為向上推進プロジェクトニュース」を委員会本部から推進委員へ月一回のペースで配信した。プロジェクトニュースでは協会や委員会の動き、各士会での推進報告を掲載し、2015年度末までに11回メールで配信している。

表9-1 生活行為向上マネジメントに関連した厚生労働省老人保健健康増進等事業

年度	事業名	成果概要
2008	高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究	
2009	自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデルの調査研究	
2010	包括マネジメントを活用した総合サービスモデルのあり方研究	
2011	生活行為向上マネジメントの普及開発と成果測定研究	生活行為向上マネジメントを脳卒中急性期病院で実施したところ、発症1週目から介入可能であった。介護支援専門員との連携として、退院時に「作業をすることで元気になれる申し送り表」を使用することは効果的であった。福祉職にも使いやすく生活行為向上マネジメントを修正し、通所介護での活用を検討した結果、十分に使えることがわかった。一般住民向けの啓発パンフレットを作成、配布した。
2012	生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士との連携効果の検証事業	ケアプラン作成時点における介護支援専門員と作業療法士との効果的な連携のあり方を明らかにすることを目的とした。その結果、介護支援専門員と作業療法士との連携の効果として、脳卒中・廃用・認知症の3つのモデルに共通して、(特にADL/IADLの改善見通しや環境因子に関する)アセスメントの質の向上、利用者・家族の合意形成の促進、個別サービスの質の向上が認められた。
2012	生活行為向上支援としての居宅療養管理指導事業あり方検討	生活行為向上マネジメントを用いた支援の在り方と効果を、急性期医療機関、回復期リハビリテーション、介護老人保健施設、通所介護、通所リハビリテーション等の場で検証した。その結果、本方法が「その人が望む作業」を具体化するためのツールとして有効に活用できることを明らかにした。そして、国民が本方法の恩恵を享受するための仕組みとしての居宅療養管理指導のあり方を提案した。
2013	医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業	生活行為向上マネジメントの質の向上を念頭に、マネジメントプロセスの評価方法を検討した。結果、「課題分析モニタリング表」とそれに基づいた「生活行為向上マネジメント事例審査表」が作成された。また、生活行為支援モデル事業では、「生活行為確認表」と「興味・関心チェック表」が住民の生活行為のニーズを把握するツールとして有用であることが示された。生活行為のニーズから生活のヒント集や生活行為向上体操を提案した。

2013年度から2014年度はプロジェクト本部を学術班と職能班に分け、学術班はMTDLPの研修制度確立に向けた研修資料作り、研修会開催方法の統一化などを継続的に実施した。また、学術部管轄の事例報告登録システムを一部利用する形で、47都道府県から2名ずつ研究協力者を募り、MTDLPを用いた事例報告登録を限定的に開始した。それに伴ってMTDLP事例報告の合同審査を学術班で行い、熟練者の育成を目指した。2013年度末には事例合格等の条件を満たした10名の熟練者が認定され、その際、合格となったMTDLP事例を一般の事例と同様に生涯教育制度内の基礎研修ポイントとして認められるよう教育部と協議し、これを実現させた。MTDLP研修制度は、基礎研修修了、実践者研修修了、MTDLP指導者認定と、ステップアップできる仕組みが徐々に構築された。職能班は、都道府県士会の取り組みへの支援体制の確立として、全国推進会議の運営や、研修会開催等推進状況の把握、地域包括ケアシステムへのMTDLPの活用を検討事業を実施した。

対外的には、2014年度に介護保険給付費分科会やリハ医療関連10団体などの多職種への情報提供を行い、2015年から開始された「生活行為向上リハビリテーション」創設の端緒となった。

2015年は、各都道府県士会における基礎研修内容を見直し、事例検討会の運営方法を提示した。また、MTDLP事例報告の登録は各都道府県士会研究協力者に限定していたものをすべての会員が登録できるように変

更し、一般事例とは別にMTDLP事例報告書作成の手引きを作成した。さらにMTDLP事例報告書の審査基準と審査体制の整備をした上で、士会毎の研修会運営を支援し定着させた。2015年11月には、教育部と連携してMTDLP研修制度、生涯教育制度内におけるMTDLP研修制度の位置づけが確定し、2013年度から2014年度までに事例が合格している各都道府県の熟練者はMTDLP指導者として認定された。MTDLP研修制度の基礎研修は、生涯教育制度の現職者研修内で必修研修として新たに位置づけられたことにより、これから認定作業療法士を目指すすべての会員がMTDLPの基礎を学ぶ仕組みとなった。

委員会では協会目標値として、2017（平成29）年3月末までにMTDLP研修制度の基礎研修修了者を会員数の60%（30,000人）、実践者研修修了者数を会員数の30%（15,000人）、指導者数を会員数の5%（2,500人）を掲げ、各県士会での研修会開催を支援している。2016（平成28）年3月末現在の実数は、基礎研修修了者が12,960人（全体比25.9%）、実践者研修修了者が2,485人（同5.0%）、指導者認定者は83人（同0.2%）である。目標に対する進捗率は、基礎研修修了者数43%、実践者研修修了者数17%、指導者認定数3%であった（表9-2）。

2015年は、会員への研修と共に、養成校教育におけるMTDLPのシラバス化を目的に、養成校教員に対して全国4か所（東京、横浜、神戸、福岡）で2日間の研修を実施した。全186校中、出席が181校、249名の教員が参加した。欠席5校にも個別訪問して指導し

表9-2 2016（平成28）年3月末のMTDLP研修実績

	MTDLP：基礎研修 修了者		MTDLP：実践者研修 修了者		MTDLP 指導者	
	修了者数	全体比	修了者数	全体比	認定者数	全体比
目標数（H29年3月末）	30,000人	60.0%	15,000人	30.0%	2,500人	5.0%
H28年3月末現在	12,960人	25.9%	2,485人	5.0%	83人	0.2%

*全体比は会員数を50,000人として計算

た。すべての養成校でMTDLP教育が始まり、2016年からは推進協力校が認定され、OT学生に対するMTDLP教育が本格化する。

MTDLP基礎研修・実践者研修・指導者研修、生活行為向上リハビリテーション実務者研修、MTDLP教員向け研修は委員会の事業として2015年度まで実施してきたが、研究の内容・方法が確立し、一定の成果も得られたため、2016年度からは教育部予算事業となり、委員会は研修会の企画にのみ関わることとなった。また、学術班が推進してきたMTDLP事例報告登録制度や審査体制のシステムも確立し、今後MTDLP事例報告登録制度が学術部事業の一部として運用できるように移行の準備を進めている。

このように、本委員会の役割は、MTDLPの開発と普及の先鞭をつけ、継続の仕組みを協会全体に移行させることである。MTDLPのツールとしての質の向上と事例審査は学術部へ、MTDLP研修制度と実施は教育部へ、ホームページやリーフレット等による情報提供や啓発は広報部へ、制度化に向けた活動は制度対策部へ、地域支援事業関連への活用については地域包括ケアシステム推進委員会へ、推進委員や士会との組織連携については47都道府県委員会へ、様々な情報の集約管理は事務局へと引き継ぐため、2016（平成28）年度は他部局との連携強化に取り組む。

9-2-2 地域包括ケアシステム推進委員会

1) 地域包括ケアシステム推進委員会設置の背景

我が国は団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に、要介護状態になっても住み慣れた地域でいつまでも生き生きと住み続けるために医療、介護、予防、生活支援、住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現を目指している。その中で作業療法士に求められていることは多岐に渡る。特に2017年度には全市町村で「地域ケア会議」「介護予防・日常生活支援総合事業」が開始される。しかし現在「地域ケア会議」を開催

している全ての市町村において作業療法士が参加している状況ではなく、「介護予防・日常生活支援総合事業」に関しても同様である。その状況を鑑み、協会では、地域包括ケアシステムの中で直近の課題である「地域ケア会議」と「介護予防・日常生活支援総合事業」における作業療法士の人材育成、協会と士会との連携等を役割として、2015年度中に制度対策部内特設委員会である地域包括ケアシステム推進委員会を設置した。

2) 地域包括ケアシステム推進委員会の活動

2015年の取り組みとしては、2016年度事業として行う「地域ケア会議に資する作業療法士の育成研修会」に用いる「地域ケア会議に資する作業療法士の育成マニュアル」の作成に取り組んだ。地域ケア会議とは地域包括ケアシステムの実現に向けた手法の一つであり、地域包括支援センター等が主催して自治体職員、介護支援専門員、医療、介護等の多職種が参加して開催される。機能としては個別課題の解決、地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の発見、地域づくり・資源開発、政策形成である。その中で作業療法士は、個別事例のADL・IADLなど生活課題に対してはMTDLP等を活用し、その取り組みを糸口として事例が住み慣れた地域の課題にも積極的に関与して、作業療法の専門性を発揮した解決策を提案していかなければならない。この「地域ケア会議に資する作業療法士の育成マニュアル」は、地域包括ケアシステムや介護保険の仕組み、地域において作業療法士が直面する場面への対処法、取り組むべき課題等を反映させて作成した。

「地域ケア会議に資する作業療法士育成研修会」は、地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に対応できる作業療法士の育成を目的とし、今回作成したマニュアルをもとに都道府県士会で本格的な人材育成と組織強化を図っていくこととなる。具体的には、地域ケア会議、認知症初期集中支援チーム、

介護予防・日常生活支援総合事業、地域リハビリテーション推進事業への作業療法士の参画に向け、自治体と更なる連携強化を図るためにも、自治体から信用される体制づくりが急務である。活動の主体となる士会との連携を密に取りながら推進していくこととなる。この研修会は各士会から選任された地域でリーダーとなりうる担当者が、士会で伝達(マネジメント)研修を実施し、全国各地で「地域ケア会議に資する人材育成」を推進していくこととなる。

なお、協会では2016年1月の理事会で「地域ケア会議に資する人材」とは、地域包括ケアシステム推進委員会が行う研修修了者、認定作業療法士、MTDLP指導者、MTDLP実践者研修修了者、都道府県士会推薦者、介護支援専門員の資格取得者、のうちいずれかの条件をみたすものと位置づけた。

また、各士会で実施される「地域ケア会議に資する人材育成研修会」を受講した会員は、地域ケア会議に貢献する能力のある作業療法士として自治体へ広報していくことも検討している。2016年度は各市町村で頻繁に地域ケア会議が開催されることが予想されるので、どれだけの作業療法士が参画し、どのような助言をしているかも調査して事例としてまとめていきたい。

「介護予防・日常生活支援総合事業」においても作業療法士の関与を進めていかなければならない。対象は、要支援者等の軽度者であり、特にIADLの低下している「生活不活発病」が多い。これは作業療法士の専門性を生かして介護予防に貢献できる重要な事業と位置づけられる。特に総合事業の介護予防・生活支援サービス事業のうち保健・医療の専門職が短期間(3月から6ヵ月)関わりADL・IADLの改善を図る短期集中予防サービスの通所型と訪問型に作業療法士が積極的に参入してゆく必要がある。このため、「介護予防・日常生活支援総合事業」に関する研修会も2016年度後期に実施する予定である。

9-2-3 認知症の人の生活支援推進委員会

1) 認知症の人の生活支援推進委員会設置の背景

国立社会保障・人口問題研究所の2012年の資料によると、日本の将来推計人口は約50年後(平成77年)には人口が8,400万人を割り、高齢化率は39.7%と推計、高齢者を支える生産世代の割合が大幅に減少すると予測している(中位推計)。高齢化率と強い相関がある認知症問題への取り組みは、介護の問題も含め今後の日本の保健・医療・福祉の先行きを左右する最重要課題だといえる。

2015年1月に提示された「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」(表9-3)は、認知症の理解を一般市民にも広めていく啓発と予防、認知症の人やその家族の声をしっかりと受け止め、一方的な医療や福祉サービスの提供にならないこと、さらに、認知症の容態に応じた医療・福祉の介入(認知症の進行度に応じた介入)とりハビリテーションモデルの開発、成果・普及が示され、特に容態(重症度)に応じた生活支援やリハビリテーションの提供に関しては、今後作業療法の分野において精力的に取り組んでいかなければならない事項である。

以下は、2016年4月、The Lancet Neurology Commission(欧米を中心とした認知症に関わる30人以上の有力な国際的研究者)が

表9-3 認知症施策推進総合戦略
(新オレンジプラン) 七つの柱

① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
③ 若年性認知症施策の強化
④ 認知症の人の介護者への支援
⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

手掛けた報告書「Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society (アルツハイマー病とその他認知症：欧州の科学と社会のための優先策)」の概要である。

1. すべての国で認知症のケアと下支えする組織を強化する国家戦略的政策を構築する政治的な意志の強化を行う。
2. 認知症患者らを支える社会の発展を含め、あらゆるレベルで認知症に対処する有効な協力関係の構築を行う。
3. 国連障害者権利条約を通じたこれら権利の擁護を含め、あらゆるレベルで認知症の個人の権利と声に関心を集める。

この報告は、2013年のイギリスで行われた第1回 G8 認知症サミット以来、日本でも開催されたG7 認知症サミット後継イベントで、2015年3月、認知症国家計画を確立した世界保健機関が報告した「CALL FOR ACTION ! by the participants of the First WHO Ministerial Conference on Global

Action Against Dementia；認知症に対する世界的アクションに関する第1回WHO大臣級会合」に続くものである。このように、多くの国々が認知症の課題に力を注いで取り組んでおり、医療や福祉だけの課題ではなく、社会全体および国家の課題として施策を推進している。

協会においてもこうした社会の流れに対応すべく、これまで担当理事を設置し、その時々認知症課題を厚生労働省老人保健健康増進等事業においてとりまとめ、国や自治体に認知症の作業療法の発信を行ってきた。しかしながら、前述したように高齢社会の到来とともに、認知症の課題は身近な事として常に問題提起され、その問題に即応する部署の設置が必要だとの見識から、2014年8月に特設委員会として「認知症の人の生活支援推進委員会」を設置した(図9-2)。2014年当初は、日本作業療法士協会にて2014(平成26)年度老健事業「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士

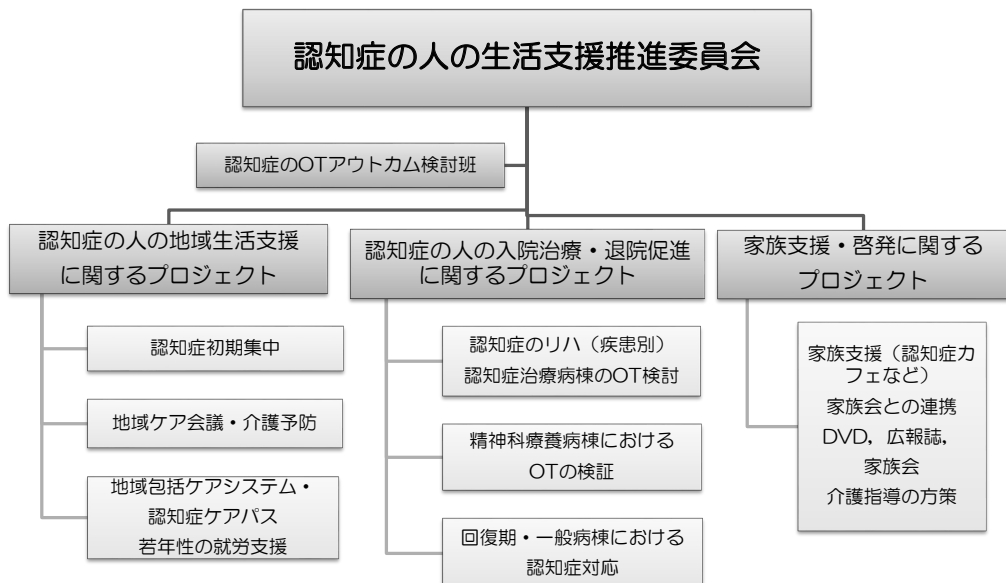


図9-2 認知症の人の生活支援推進委員会組織図

の支援構築に向けた調査研究事業」を進めていたところであり、主に老健事業を推進する形で委員会の活動が始まった。

2) 認知症の人の生活支援推進委員会の活動

(1) 2014年度の活動

当年度は、4つの調査の実施に加え研修会を開催した。「地域在住高齢者の認知機能低下に関する作業療法士の関与と効果に関する調査」として、47都道府県の作業療法士会にアンケート調査を行い、予防事業に関与している作業療法士から情報を集約した結果、運動そのものも大切だが、それを習慣づける事、動機づけすることが重要であるとの意見が多く出されていた。

「地域包括支援センターや行政における作業療法士の役割に関する調査」では、総合相談業務、介護予防ケアマネジメントとしての業務が多い結果となった。しかし、介護予防事業に取り組み、地域住民の意識改革や認知症啓発に効果をあげている取り組みもあり、今後継続的な調査が必要である。

「認知症初期集中支援チームに関与する作業療法士に対する現状調査」では、厚生労働省が2014（平成26）年度に認知症初期集中支援事業を実施予定として公表した108市区町村を対象にアンケート調査を実施し、回収が69（回収率63%）であった。このうち、2014（平成26）年度中、実際に事業を実施していたのが38市区町村（55%）、さらに作業療法士が事業に関与しているのは18自治体（47%）であった。作業療法士に求める事としては生活機能の評価、家族・関連職種への具体的な助言指導、環境整備、福祉用具の活用などが多かった。また作業療法士を紹介して欲しいとの意見もあり、行政との連携強化が今後ますます必要である。

「認知症カフェへの作業療法士の関与に関する調査」では、2014年現在では士会として取り組んでいるのは3士会、2015年以降に取り組む計画がある士会は12士会、士会

としての関与はないが作業療法士が関わっていることを把握している士会は8士会であった。作業療法士が認知症カフェで支援している内容で多かったのは、IADLと参加に関する助言、心身機能面や環境面への助言が多かった。

「初期認知症対応研修」として、老健事業の結果を受け、初期認知症や軽度認知症の人、家族に作業療法士としてどのような支援が必要かを周知するための研修を開催した。福岡、東京、仙台で行い受講者合計人数は587人であった。研修後認知症の初期支援において作業療法士はどのような事柄に有益かのアンケートに対し、「ADL/IADLなどの生活行為を向上させる支援」「認知機能の評価」「BPSD軽減のための支援」「家族が認知症を理解するための支援」が多く挙げられた。

(2) 2015年度

老健事業の結果を発展的に継続する形で、認知症の人の生活支援推進委員会の内部事業を充実させる動きを進めた。特に、医療・介護保険に関しては、認知症治療病棟、認知症疾患センターで加算可能な認知症リハビリテーション料の実際の動き、2016年度から開始される、一般病棟における認知症ケア加算に対応すべく、急性期・回復期における認知症対応の作業療法士の役割を検討する内部部会の活発化などを図った。併せて、それぞれの分野において認知症支援を専門的に行っている作業療法士が委員となり、現状の課題と今後に向けての活動を議論した。その内容を、次年度に認知症の人の生活支援推進委員会内に設置予定である認知症OT推進委員（各都道府県士会からの推薦）と情報交換をするためのアンケート案の作成、それぞれの分野における認知症対応の実践状況 Good Practiceを集約するための Good Practice フォーム案の作成を行った。成果物としては、認知症初期集中支援チームに作業療法の参入が進んでいないとの意見もあり、全国の

市町村に向けた「認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の活用」のフライヤー(図9-3)を作成し配布した。

また、2013年度の認知症初期集中支援のモデル事業の時から現在まで、事業に参画している作業療法士や、これから参画する作業療法士から質問を受け、随時回答を行っていた。そのQ&Aをとりまとめ、今後認知症初

期集中支援に参画する作業療法士に役立ててもらう目的で編集した。今後の経過とともに、古い情報を削除していく作業が必要であり、今後の会員への広報手段として、紙媒体での発信か、協会ホームページ上での配信かについては、Q&Aの編集作業の進捗状況をみて次年度に話し合うことになった。

作業療法士はこんなことで お手伝いができます！

認知症初期集中支援 在宅で生活している 認知症の人への支援

- 01 脳の機能障害を考慮した具体的な生活支援。
- 02 家族・介護者への認知症理解サポート。
- 03 生活行為向上リハビリの視点。
- 04 福祉用具・自助具の見立てと環境整備。

JCAT Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人日本作業療法士協会

認知症初期集中支援を 一緒に考えます！

- 01 記憶障害など脳の機能障害を考慮した生活支援**



例えば

なぜ、洋服を穿ることができないのか？
身体の影響？周囲の影響？動作ができない
原因と支援方法を一緒に考えます。

※認知症初期集中支援チームへの支援を行います。

- 02 家族や介護者の認知症への理解をサポート**



例えば

ご本人の思いを配慮しながら、ご家族・
介護者の認知症についての理解を支援して
いきます。必要であれば社会資源利用につ
いての提案を行います。

- 03 生活行為向上リハビリテーションの視点**



例えば

ご本人のできることを、やってみたいこと
を基本にした運動や生活行為を一緒に考え
ます。

- 04 環境整備（住宅改修）や福祉用具・自助具の見立て**



例えば

住環境の改修（手すりをつけるなど）など
の物理的な改修や、生活をサポートする福祉
用具（車椅子や杖など）や自助具（薬の飲み
忘れ）の提案ができます。

JCAT Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人日本作業療法士協会

図9-3 認知症初期集中支援チームに作業療法士活用推進を自治体に向けて発信するために作成したフライヤー

(3) これからの課題

認知症の人の生活支援推進委員会内部に認知症に関連した情報交換の窓口機能などの役割を持つ推進委員を、さらに各都道府県士会に1名の推進委員を置き、協会・各都道府県士会との情報交換を密に行い、連携して認知症課題に取り組める体制を取る。保健・医療・福祉・地域と様々な領域にわたる認知症の課題に対して、臨床現場の課題であれば各地域の作業療法士が、国や自治体との関係であれば協会が、それぞれ情報の集約を図りながら迅速に対応できる仕組みを構築していく。そして、認知症であっても住みやすく、喜びが持てる社会づくりの担い手としての作業療法士の育成、認知症の作業療法の啓発を推進していく。

9-3 国内他団体との連携

9-3-1 都道府県作業療法士会との連携

1) 作業療法推進活動パイロット事業助成制度

本制度は、都道府県作業療法士会が実施する国民に対する医療、保健、福祉に貢献する作業療法実践の体制づくり、地域支援や生活支援に関する実践的な取り組み、作業療法の普及・発展・啓発に関する組織的な取り組みなどの先駆的・独創的な事業に助成し、その推進を図ることを目的として、平成23(2011)年度から募集及び審査が開始された。

採択された事業の成果は印刷物配布、日本作業療法学会での発表、協会・都道府県士会合同役職者研修会(2015年度からは47都道府県委員会)での発表と意見交換等により周知され、他都道府県士会活動の参考とされてきた。ここでは2012年度以降の事業について述べる。

(1) 2012年度

この事業開始当初から4年継続した京都府士会の「特別支援教育と作業療法の連携と実

践の促進」の取り組みを、今後の他士会においても応用し実践できるよう、「特別支援教育における作業療法評価用紙の開発～作業療法の効果を示すための一步として～」が行われた。また、宮崎県士会における「作業療法をヒットさせるホームページ戦略」においては、今までにないデザインや動画を用い、高校生が興味を持ちやすいデザインが紹介され、多くの士会がホームページや広報方法を見直すきっかけになった。

(2) 2013年度

東京都士会の「地域への作業療法士配置に向けた人材育成～特別支援学校への人材派遣モデル作成と他領域への応用～」及び沖縄県士会の「対象者の生活支援をより具体的なものにするために～対象者の生活圏域における作業療法士同士の意味のある連携を作る～」の2士会の事業が採択された。この時期になると、わずかではあるが特別支援学校への派遣体制の取り組みを始める士会も増えてきた。

(3) 2014年度

地域包括ケアシステムに関連した事業が挙がるようになった。北海道士会の「市町村と士会の窓口担当者の配置と育成」及び新潟県士会の「認知症サポーター養成講座を通じて行う作業療法啓発活動の展開」の2士会の事業が採択された。新潟においては事業終了後、県内における認知症対策を通じた作業療法への啓発へつながっていった。

(4) 2015年度

北海道士会の「各市町村の窓口担当作業療法士を育成し地域ケア会議に参加する」、山形県士会の「地域支援事業参画推進事業」、埼玉県士会の「地域包括ケアシステム構築への作業療法士参画」の地域包括ケアシステム関連が3士会で採択された。その他、愛媛県士会の「高次脳機能障害に対する就労支援」、鹿児島県士会の「児童発達支援事業における

作業療法的視点の啓発と広報～アイデア集作成とその活用を通して～」であった。この年度の事業は、翌年の47都道府県委員会内で「先駆的な取り組み」として報告され、他士会の取り組みへとつながった。過去には主制度の事業が他士会に普及できなかった状況もあったが、「作業療法推進活動パイロット事業助成制度」の「先駆的・独創的な事業に助成を行い、その推進を図る」という本来の目的に沿った機能が動き始めた。

2015年度の47都道府県委員会において、この事業の名称や運用方法の再検討がなされ、本事業は2016年度に採択された6士会の事業で終了となる。6士会は、北海道士会の継続事業「地域住民とともに地域支援事業を行う『推進リーダー』の育成と組織化を図る事業」、群馬県士会の「群馬県教育委員会との連携による作業療法士派遣と支援モデル作成への取り組み」、広島県士会の「刑務所における高齢受刑者の就労支援に向けたプログラムの試作と作業療法士の養成」、大分県士会の「将来の作業療法を担う人材確保（小・中学生を対象にした作業療法および作業療法士の啓発・普及活動）」、鹿児島県士会の「自動車運転と作業療法士の介入について（運転再開支援の施設間を跨いだ連携及び統一評価の作成）」、沖縄県士会の「離島で働く作業療法士を支える研修システム（地域密着のメリットを活かし、地域に貢献する）」である。

地域包括ケアシステム関連だけでなく、刑務所や自動車運転など、今後、作業療法士の活躍が期待されている分野での事業が取り上げられた。2016年度中にこの事業に代わる新たな仕組みが検討されることとなる。

2) 新たな事業「作業療法推進モデル事業」

2017年度以降は、「作業療法推進モデル事業」となり、47都道府県委員会がモデル事業を提案し協会理事会と決定していくことになる。立案されるモデル事業は、「独創性・

先駆性」「普及可能性」「有効性の広報」「領域の拡大」「制度化への基礎づけ」の基本属性を総合的に勘案した取り組みであることとし、各士会が必要とする事業をモデル的にある士会が率先して行い他士会への普及を図るという仕組みである。パイロット事業との違いは、「各士会発信の事業」ではなく、47都道府県委員会が必要と考える事業を取り上げるということである。2016年4月に「作業療法推進モデル事業制度規程」が整備され、2017年度より事業実施に向け、2016年度中に事業選定を行う予定となっている。

3) 協会と都道府県作業療法士会との関係に関する協定書の締結

協会は旧・定款施行規則において、「各地方における作業療法の普及発展を図るため、正会員は、都道府県ごとに作業療法士会を構成する」、「協会と都道府県作業療法士会の連絡調整及び、都道府県作業療法士会相互の連絡調整のため都道府県作業療法士会連絡協議会を置く」といった規定を設けていた。しかし2014（平成24）年4月1日に一般社団法人に移行した際、定款や定款施行規則の中に、協会部署ではない士会や連絡協議会の設置を規定するのは適切ではないと国から指導を受けたため、諸規程や組織図から士会や連絡協議会に関する規定や位置づけを削除した経緯があった。しかしこれは法人移行に伴う手続き上の必要性からやむなく行ったことであり、実体的には、協会と士会とは従来と変わらぬ関係にあり、むしろこれまで以上に密接な協力体制を構築していかななくてはならない。諸規程に明記されなくなった不足を補い、両者の関係性を改めて確認し強化するための根拠文書として、協会と47都道府県士会との間で、2015年度に協定を締結することとなり、同年度末にはすべての都道府県士会と協定が結ばれた。

4) 都道府県作業療法士会の活動

以下、毎年各都道府県士会に向けての各種アンケート調査である「現況調査」の結果を述べる。これらは2013年度の調査結果であり、かつ項目によっては全士会から回答を得られていないものもあることをお断りしておく。

士会員数1,000名を超える士会が10士会以上あり、そのような会員数の多い士会では、士会内をブロックに分け士会活動を展開している場合がある。各士会の予算収入は、ほぼ100%会員からの会費であるが、会費も5,000～10,000円と士会によって異なるため、会員数の多い士会が予算規模も大きいとは一概にはいえない。役員数は25～60名と幅があるが、理事が部長・委員長を兼任している場合は役員数が少なく、理事・部長・委員長を専属で配置し、かつ、ブロック化を導入している士会においては、ブロック長含めた役員数が大きくなる。また、ここ数年、女性役員を増やすことも意識され始めているが、女性役員の数の上回る士会は皆無に等しく、今後は女性役員を置く意味を考え、増加の検討が必要と思われる。

学術的活動としては、現職者研修など協会が定めた研修をしている中心の士会は年間30回ほどの研修会を開催している。これに加え、公開講座や独自の研修会を企画している場合は年間60回以上にも及ぶ研修会を開催している士会もある。

社会貢献活動としては、ほとんどの士会が介護保険審査会などの委員活動に携わっており、介護予防教室などの地域へ出向くことも増えている。しかしながら、地域における活動の状況は士会によって差があり、作業療法士の啓発が不十分なのか、作業療法士個人に直接依頼がきて士会が把握できていない状況があるのかは明らかでない。

福利厚生では、会員向けへの活動として特に何も開催していない士会から、新人歓迎会、会員同士のレクリエーション活動まで企画している士会と様々である。また、数士会ではあ

るが研修会時に託児所を設置している士会があり、子育て中の会員への配慮が伺える。地域住民に対しては公開講座や作業療法の啓発活動、当事者を含めてのイベントなど様々な活動が展開されている。

現況調査自体に関しては、2013年度の調査が最後でその後実施していない。調査内容・調査時期を見直す必要性が挙がっていた中、47都道府県委員会の設置により、士会からの情報をより速く収集することが可能となったためである。今後、本調査を再開するかどうかの検討が必要である。

5) 47都道府県委員会

(1) 委員会設置の経緯

平成24年4月1日に協会が一般社団法人に移行した際、内閣府の指導により定款施行規則（および組織図）に都道府県作業療法士会連絡協議会（以下、連絡協議会）が表記できなくなった（「3）協会と都道府県作業療法士会との関係に関する協定書の締結」を参照）。この点に対応するために、改めて協会と47都道府県の士会との協力によって今後の社会的要請に迅速に対応できる体制のあり方について、連絡協議会の役員とともに検討した。その結果、協会内に新たな体制を構築する必要があるとの結論に至り、2014年度に委員会設置に向けた準備委員会が立ち上がった。

(2) 委員会の必要性

旧定款施行規則 第7章地方組織 第53条の都道府県作業療法士会連絡協議会に示されている「協会と都道府県作業療法士会の連絡調整」の機能を単に移管するのではなく、認知症初期集中支援チーム、生活行為向上マネジメント、地域包括ケアシステムなど、作業療法士という職能全体として国から期待され、結果を出していかなければならない事業が増えきていた。これらに対して、協会と都道府県士会が有機的に取り組んでいくことが喫緊の課題となっていたため、協会と全士会

との具体的な協力が可能となる体制の構築が必要であった。

(3) 「47都道府県委員会」の設置

2015年2月に常設委員会としての「47都道府県委員会」規程が理事会にて承認され、同2月には、47都道府県委員会キックオフミーティングが開催された。2015年度より正式に委員会活動が稼働し始め、年4回の委員会を開催している。委員は47都道府県士会の会長を委嘱し、国の要望に迅速に応えられるよう協会と士会が密接に連動し、多くの課題について可及的速やかに整理、検討をしている。

9-3-2 関連団体との連携

本項では、作業療法の有効活用のために協会が連携・協力している関連他団体について述べる。

1) リハビリテーション専門職の関連する団体

(1) 全国リハビリテーション医療関連団体協議会

平成18年の診療報酬改定で疾患別リハビリテーション料が導入されたが、その前年に、当協議会の前身であるリハビリテーション医療関連5団体（日本作業療法士協会、日本リハビリテーション医学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会）が結成された。2005年11月に第1回目の会議が開催され、2006年7月には会の規約が承認された。これらを含めると、今までに100回以上の会議を開催している。

現在では、上記の5団体に加え、回復期リハビリテーション病棟協会、全国デイ・ケア協会、日本訪問リハビリテーション協会、日本リハビリテーション看護学会、国際リハビリテーション看護研究会の10団体で構成され、多職種団体による連携が一層強化されている。「今後の超高齢化社会を見据えて、我

が国のリハビリテーション医療の普遍化・発展に、今まで以上に確固たる政策提言を行うこと」を目的として活動している。最近の診療報酬・介護報酬要望に関しては、各団体の専門代表が参集する報酬対策委員会が担い、議論を重ねている。

(2) リハビリテーション専門職団体協議会

日本理学療法士協会・日本言語聴覚士協会と日本作業療法士協会の三団体で構成され、変貌する制度への対応とそれに向けた制度提言を迅速に行うことを目的に平成21年、三協会の会長を中心として組織された。この協議会にも報酬対策ワーキンググループが組織されており、要望案が練られる。その後、三協会会長会議で承認を得た項目を厚生労働省医療課等へ提出している。

2) 精神科関連

(1) 2006（平成18）年度以前

精神科関連で他団体との連携に関する最初の記録は、1981（昭和56）年度に厚生省へ陳情にあたる協力団体に、日本精神病院協会（現在の日本精神科病院協会）、日本精神神経学会、病院精神医学会（現在の日本病院・地域精神医学会）、全国自治体病院協議会が総会議事録に残っている。

1982（昭和57）年度総会事業報告には、当時、最重点継続事業として、精神科作業療法の診療報酬改定運動があげられ、厚生省精神衛生課長、同医療課長、日精協（日本精神病院協会）副会長他幹部、日本医師会副会長他幹部、中医協（中央社会保険医療協議会）各委員、公私病連（全国公私病院連盟）事務局長、自治病協（全国自治体病院協議会）精神科部会長、精神神経学会理事、日本精神衛生会会長、その他に陳情及び支援を要請したとある。

1991（平成3）年度には、精神科作業療法懇話会の発足と意見書作成、日精協・全国自治体病院協議会との交流、全家連（全国精神

障害者家族会連合会)・全国精神障害者社会復帰施設連絡協議会・精神保健従事者懇談会等への参加がはじまった。

1994(平成6)年度には、精神保健従事者懇談会参加団体として、連続シンポジウム「変わりゆく日本の精神保健医療と福祉」の開催、「地域保健法」制定に際して精神保健の充実(精神保健ゴールドプランの策定)を求める要望書の提出、厚生省精神保健課と折衝を行っている。この年から日本病院・地域精神医学会の評議員および理事として作業療法士の代表一名が就任するよう協会に囑託された。また、全国社会福祉協議会、精神保健福祉フォーラムへ参加がはじまっている。

2001(平成13)年度には、世界精神医学会実行委員会に参加し、第12回世界精神医学会横浜大会開催に協力した。2002(平成14)年度には新たに、きょうされん)との連携協力が開始された。

(2) 2007(平成19)年度～現在

2007(平成19)年度から、総会議案書における渉外部活動の大項目が、1診療報酬に関する活動、2身体障害領域への活動、3発達障害領域への活動、4精神科領域への活動、5福祉用具関連に関する活動、6その他に分けられた。

翌2008(平成20)年度には、1医療保険・介護保険関連、2障害者自立支援法・特別支援教育関連、3精神障害・認知症関連と大項目が大きく修正され、初めて認知症が総会議案書の渉外活動に明記された。

2010(平成22)年には協会理事が認知症のひとと家族の会(家族の会)事務局を訪問し、家族の会からは、全国で行っている家族の集い等で連携を強めていきたいとの意向があり、現在も調査研究事業で協働するなど、連携は継続している。

2011(平成23)年度以降、第二次作業療法5ヵ年戦略関連活動として渉外活動の強化をあげ、精神科関連では日本精神科救急学会、

日本総合病院精神医学会、日本認知症学会などの要請を受け、シンポジウムの企画運営に関わるとともにシンポジストとして参加した。日精協の看護・コメディカル委員会での情報提供など、制度区分や領域を超えて他団体との連携が行われている。

3) 障害保健福祉領域・教育領域の連携

障害保健福祉領域においては、法制度の改正に伴い障害者を取り巻く環境が変化し、対象年齢や障害種別の視点から保健・医療・教育・福祉・就労と多領域との連携が重要となる。この5年間に於いて委員を派遣し連携してきた主な団体は、障害児関連では、日本発達障害ネットワーク(JDDnet)、障害者関連は、日本障害者協議会(JD)である。また、教育領域関連では、文部科学省主催特別支援教育ネットワーク推進委員会である。これらの団体や組織との連携により、新たな制度改革に伴い保健・教育・福祉・就労領域において作業療法士の介入実績が多数報告されている。

今後は、障害保健福祉分野において障害者社会参加をますます促進していく必要がある。そのためには、作業療法の特性と専門性を広く発信し、障害者支援の専門職としての理解と信頼を確立して、これからの社会情勢にも対応した支援の仕組みや制度設計までを提言していく必要がある。

この領域における渉外活動は、従来の考え方だけでなく新たな視点と連携が求められる。特に、障害者に関わる関連職種を中心に、関係する団体との連携は、制度提言のためにも重要である。2015年から作業療法士の介入実績を基に全国児童発達支援協議会(CDS Japan)と新たに連携することとなった。関連医学会への参加と実践報告等、その他の渉外活動をもさらに推進していく計画である。

4) 内部障害

2006年に疾患別リハビリテーションが新設されたことが、内部障害の対象者への作業

療法について再考する転機となったことは言うまでもない。当時は脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、心大血管疾患リハビリテーション料の4つの疾患別リハビリテーション料に分類されていたが、後者の2つの施設基準には作業療法士の職名が記載されていなかった(図9-4)。

2006(平成18)年度の診療報酬改定後、当協会では、臨床におけるこれらの領域の実績を収集するとともに、実務者研修会を企画し、全国学会、全国研修会での啓発にも努めた。2015年末の研修受講者は2,000人に迫り、要望活動と並行して対応できる現職者の育成を図ってきた。また、養成教育に関しても速やかに対応し、作業療法学全書第三版に内部障害関連の項を盛り込み、あわせて全国の教員を対象にした研修会も企画した。その結果、2008年には日本呼吸器学会等の支援もあり、呼吸器リハビリテーション料の施設基準に作業療法士の職名が追記された。

心大血管疾患リハビリテーション料に関しては、2006年改定後より日本心臓リハビリテーション学会に対して継続して渉外活動を行っており、合わせて同学会に入会する作業療法士や心臓リハビリテーション指導士の認

定者を増やすべく啓発活動を行った。これらの活動が、内科系学会社会保険連合の加盟学会からの医療技術提案書における日本心臓リハビリテーション学会の「心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準への作業療法士の職名追記」の提案につながった。

この要望は速やかな実現に至らなかったが、2014(平成26)年度診療報酬改定の廃用症候群の適用厳格化とともに心大血管疾患への作業療法士の対応が再考され、施設基準として「…また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管リハビリテーションに係わる経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい」という保険収載が実現した。

改定後には同学会との共同声明を公表し、心大血管疾患リハビリテーションの啓発、教育の充実を共同して図っていく方針を示し、同年には共催による実務者研修、全国の養成校教員を対象とした研修を開催し、連携を継続している(表9-4)。

その後、同学会に入会している作業療法士や心臓リハビリテーション指導士の認定者、学術集会における作業療法士の演題発表も増加してきている。

その他、2010(平成22)年にはがん患者

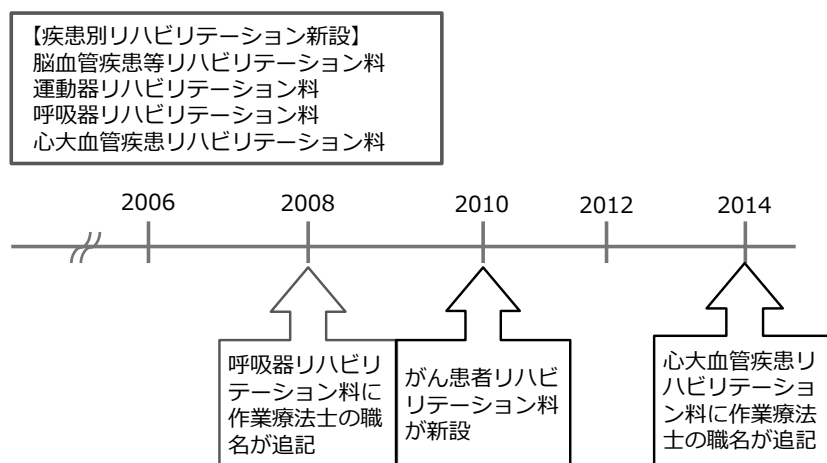


図9-4 作業療法士が関わる内部障害関連の診療報酬改定

リハビリテーション料が新設されたが、これには当初から作業療法士の職名が記載されている。同リハビリテーション料の施設基準には医師、看護師、療法士によるチーム研修の受講が課せられており、日本リハビリテーション医学会や日本理学療法士協会、日本語聴覚士協会との連携により、施設基準研修会を開催して対応してきた。全国各地域や都道府県単位の研修開催を目指して推進活動を継続中である。

その他、がんに関連した医療として、2008（平成20）年にリンパ浮腫指導管理料が新設された。しかし、この算定職種に作業療法士の職名が記載されていなかった。これに対しては、当協会内のがんに関連した実務者研修にリンパ浮腫の項目を必須とし、啓発活動に努めるとともに、厚生労働省の委託事業（2014年より後援事業）であった「がんのリハビリテーション研修」の中の「リンパ浮腫研修」に、当協会から継続的に委員を推薦し、研修活動に寄与している。

2016（平成28）年診療報酬改定では、リンパ浮腫指導管理料の算定職種として作業療法士の職名が追記され、リンパ浮腫複合的治療の職種としても記載されるに至った。

緩和ケア病棟は、1985年に設置が認められたが、包括医療であるためにリハビリテーション料の算定ができず、無報酬で対応する施設が存在する一方で、十分な支援が提供されていない恐れもあったが、実態が明らかになっていなかった。そこで、日本ホスピス緩和ケア協会の協力を得て、日本理学療法士協会、日本語聴覚士協会と共同で2014年、「緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査」を実施した。結果としては、診療報酬算定上の課題や患者、家族のニーズが高いにも関わらず十分に対応できていないことが明らかになった。今後は関連団体と共同して、研修活動や臨床実践の蓄積などを行っていく予定である。

以上のように、作業療法士が関与する内部障害関連の渉外活動は、疾患別リハビリテーション料の保険収載を契機に行われた経緯がある。実践が存在しながらも数の少なさや関連職種への周知が不十分であったことにより、当初は職名が記載されていなかった呼吸器リハビリテーション料や心大血管疾患リハビリテーション料については職名追記が実現し、これらの疾患の対象者への支援の充実が図られている。

表9-4 日本心臓リハビリテーション学会との共同声明

1. 日本作業療法士協会は、日本心臓リハビリテーション学会の教育研修委員会と協力し、作業療法士養成機関に対して卒前教育で履修すべき心臓リハビリテーションの内容を示し、実施状況を確認することにより教育の充実を図っていく。
2. 日本作業療法士協会は、全国の作業療法士に対して、日本心臓リハビリテーション学会に入会し、「心臓リハビリテーション指導士」の取得を推奨する。その達成状況については、日本心臓リハビリテーション学会と共に定期的に確認しながら更なる啓発を行なう。
3. 心大血管疾患リハビリテーションにおける作業療法は、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師により、作業療法の適応判断に基づき実施する。
4. 作業療法士の心大血管疾患リハビリテーションのチームにおける役割は、心機能の状態を考慮し、徹底したリスク管理の下で行われる効率的な動作遂行への支援であり、患者のニーズや役割に応じて、日常生活活動指導、環境調整指導、職業関連活動指導を中心に構成されるものである。
5. 作業療法を実施する際には、患者への説明と同意はもちろんのこと、既存の心大血管疾患リハビリテーションのチーム内において、その実施目的や内容について、十分な調整を行う。
6. 作業療法士は、心大血管疾患リハビリテーションの実施の際の必須の項目である、「定期的に担当の多職種が参加するカンファレンス」に参加し、患者の状態や治療方針に応じて、適切に対応していく。また、患者の生活技能の状況に関して報告し、個々の病態に応じた社会保障の活用などの調整を提案する。

6) 日本作業療法士連盟

2009（平成21）年12月6日、日本作業療法士連盟（以下、連盟）は、保健・医療・福祉等の領域において、作業療法が国民の健康的な生活の維持に寄与するために、協会を全面的に支持する政治団体として設立された。医師、薬剤師、看護師等他の医療職種に政治団体があるように、協会の政策を実現するための政治連盟である。協会が目指す国民の健康と福祉の向上を実現するためには、職能団体としての協会からの政策提案・発信はもとより、政治団体としての連盟が行う国民の代表者（国会議員）に対する陳情活動もたいへん重要である。現在、両団体はそれぞれの会長・副会長による年に数度の情報交換会、連盟から協会理事会への毎回の活動報告、日本作業療法士協会誌への連盟記事の掲載など、連携して活動している。

ことにより、会員外の一般国民を対象に、「作業療法士になりたい方」「作業療法士を活用したい方」「作業療法士と協働したい方」への広報媒体の充実を図り、SNSを導入することにより、すぐに更新情報がわかるようにした。あわせて、会員用情報ページの整備を行い、必要な情報がすぐわかるように工夫した。英語版ページの内容を再検討し、海外の作業療法士に対して、日本の作業療法士協会の活動を発信した。また小・中・高校生向けの広報については、13歳のハローワーク公式ページの企業スポンサーとなり、出張授業をするなど対応をしている。また映像媒体の充実を図るため、見直しと制作に着手している。以下に具体的に実施した広報活動について述べる。

1) 作業療法啓発ポスター制作

2011年から大手広告を手掛けるデザイン会社に制作を依頼し、品質向上を目指した。「ひとは作業をすることで元気になれる」をキャッチコピーに、作業療法を一般の方にわかりやすく、正しく伝えることができるよう、また日付や年度を記載せず、通年あるいは複数年にわたり掲示できるような工夫等をした。作業療法啓発ポスターの各年度のテーマは表9-5のとおりである。

9-4 広報活動

重点活動項目と5ヵ年戦略、第二次5ヵ年戦略に基づいて各広報媒体の品質の向上を目指しつつ作業療法をわかりやすく正しく伝えることを念頭におき、「作業療法の普及、広報啓発」という課題について継続的に取り組んでいる。特に、ホームページを再構築する

表9-5 作業療法啓発ポスターのテーマ

年度	テーマと内容
2011年	お 箸 編：「例えば…お箸を使うこと。」 お箸を使い食事をすることを例に、作業療法を説明。
2012年	芝 生 編：「時には、一緒に日向ぼっこ…」 散歩をすること、外出することを例に、作業療法を説明。
2013年	玉子焼き編：「おいしかった、うれしかった、片手でつくった玉子焼き。」 利き手交換し、調理をすることを例に作業療法を説明
2014年	かぼちゃ編：「あの畑に、また立ちたいから。」 お 店 編：「あのお店に、また行きたいから。」 対象者の「畑に立ちたい」「お店で買い物をしたい」という目標のもとに作業療法を提供していることを表現。
2015年	浴 槽 編：「いつもの生活って、奇跡でした。」 洗面器編：「肩までお湯につかった時、あきらめないでよかったと思いました。」 日常生活活動の一つである。お風呂は体を清潔にするだけでなく、湯船につかって気持ちをやわらげる効果もある。様々な意味のある活動を実現する。作業療法を表現した。

2) 協会パンフレット

2012年に一般向け、中高生向けのパンフレットを改訂した。ピクトグラム（以下ピクト、視覚サインの一種）を多用し、文字だけではなく、視覚的な絵で表現することにより、誰にでもわかりやすいパンフレットを目指した。大きすぎもせず、またバックに入る大きさということでサイズをB5サイズに変更した。以下(1)(2)の2種類とも同じピクトを使用することで統一感を持たせた。

(1) INFORMATION BOOK 1:「作業療法—こころとからだを元気に！自分らしく生きるためのリハビリテーション」

対象は一般の方で、作業療法が子どもから高齢者までライフステージを通して対応していること、対象者が「その人らしく」生活を送れるように、病状や生活環境はもとより個別性も重視した援助を提供する専門職であることを訴えた。

(2) INFORMATION BOOK 2:「作業療法士の資格と仕事」

対象は中・高校生で、ページごとに見開きで学校（養成校の情報）、勉強（養成校で学習する科目）、資格（資格取得について）、仕事（作業療法士が働く領域）とカテゴリー別に説明した。また先輩作業療法士からのアドバイスを掲載することにより、作業療法士が魅力ある、やりがいのある職業であることをアピールした。

(3) 入会案内パンフレット

養成校卒業者に協会への入会を促すパンフレットで、2011年に改訂した。協会に入会する意義をわかりやすく説明することで、入会率向上を目指した。

(4) 英語版パンフレット

総合版パンフレットINFORMATION BOOK 1の2012年改訂を受け、これを英訳して2013年に発行した。

3) 広報誌Opera

広報誌Operaは、1年に1回刊行している。発行部数は、10～12万部。行政、地方自治体、地域包括支援センター、保健所、保健センター、居宅介護支援事業所等に配布している。関連職種に作業療法（士）を正しく伝え、延いては作業療法士との協働を促進すること、また会員がいる施設の待合室等に置き、一般の方に作業療法（士）を知ってもらうことを目的としている。表9-6に広報誌Opera「会長対談」のタイトルおよびゲスト（2011年度～2015年度）を掲載した。

4) 映像媒体

認知症分野の映像媒体「二本の傘～認知症の人と、そのサポートをする人たちへ」を制作し、2013年に完成し都道府県、市区町村、保健所、保健センター、地域包括支援センター等、約9,300カ所に配布すると同時に、ホームページで常時閲覧可能にした。作品はドラマパート、解説パートと分け、認知症初期の

表9-6 広報誌Opera「会長対談」のタイトルおよびゲスト（2011年度から2015年度）

Opera号	発行	タイトル	ゲスト
16号	2011年3月 (2011年度)	あきらめない、がんばらない	諏訪中央病院名誉院長 鎌田 実 氏
17号	2013年3月 (2012年度)	切られた絆を紡ぎ直す	絆診療所院長 遠藤 清次 氏
18号	2013年11月 (2013年度)	あなたのことは、いつもかみがえています	長唄三味線方 松永 鉄九郎 氏
19号	2014年12月 (2014年度)	幸せも不幸せも国によって千差万別	作家 椎名 誠 氏
20号	2016年3月 (2015年度)	ありがとうは、自分育ての魔法のことば	アナウンサー 村上 信夫 氏

作業療法士のかかわりを説明した。

2015年に制作した「お箸でラーメンが食べたい～自助具の工夫で活動と参加を支える作業療法士～」は国際福祉機器展にて使用し、好評を博した。そこでこれをDVDに収録して、都道府県、市区町村、保健所、保健センター、地域包括支援センター、作業療法士養成校等、約9,400ヵ所に配布し、ホームページでも閲覧可能にした。作品は、脊髄損傷者の実話に基づき当事者も出演する記録的映像であり、自助具に対する作業療法士のかかわり方を紹介している。

5) 展示業務

(1) 作業療法キャンペーン

地域住民との交流を通した作業療法(士)の普及のため、大型スーパーのイベントスペースを借用し、2010年から都道府県士会と協力し、全国数ヵ所で開催した。来場者参加型で、「作業療法体験一飾り箱づくり」、「なりきり体験一ケーシー(白衣)を着てリハビリテーション室パネルの前で撮影」、「チャレンジ体験一紙コップタワー作り」を行った。主にご家族で買い物に来ている方に、シールラリーをしながら作業療法を体験してもらい、作業療法士について説明することで、一般の方に作業療法(士)を知ってもらう機会とした。以下に実施の年度と場所を示す。

2011年：北海道、青森、福島、千葉、
神奈川、大分

2012年：北海道、青森、宮城、千葉、
神奈川、滋賀、兵庫、熊本

2013年：兵庫、鳥取

2014年：鳥取

2015年：鳥取

本事業は、単独では開催が難しい都道府県士会に協会が協働をする形で始めたが、都道府県士会単独で行えるところが増え、協働を要望する士会も少なくなったため、2015年度をもって終了した。

(2) 国際福祉機器展出展

世界最大級規模である国際福祉機器展には毎年出展し、来場者に作業療法(士)を広報すると同時に、関連する企業のブースを回り、出展社にも作業療法(士)を説明している。

6) 研修業務

2012年度組織変更により、公益事業として一般市民を対象とする研修は事業部から広報部へ移管された。重点活動項目関連活動他職種との相互交流の推進を受け、「作業療法フォーラム」を開催した。表9-7に概要を示す。

7) ホームページ

2013年に改訂、キーワード検索機能も装備して見易さの改善を図った。2014年度から事務局と共同でホームページ再構築のための検討を行い、2015年に対象者を一般の方とした大幅リニューアルを行った。5月1日に第1次構築とし、一般向けのページを「作業療法士になりたい人」、「作業療法士を知りたい人」、「作業療法士と協働したい人」の3つに分類し、コンテンツを制作、同時に公式Facebook、Twitterをオープンした。同時に高齢者・障害者等配慮設計指針—情報通信における機器、ソフトウェア及びサービス—第3部：コンテンツ(JIS X 8341-3:2010)の等級Aに準拠することを目標と宣言した。この基準は、主に高齢者、障害のある方及び一時的な障害のある方のウェブコンテンツへのアクセシビリティを確保し向上させるため、ウェブコンテンツの企画、設計、制作・開発、検証及び保守運用において配慮すべき事項を規定している。当協会のホームページは、再構築の際にこの評価を行い、2015年9月30日に等級Aに準拠した。続いて10月1日に第2次構築、10月末に英語版ページをオープンしている。

表9-7 作業療法フォーラムの概要

日程	会場	テーマ	講師・パネリスト	参加人数(人)	
				会員	一般
2011年 9月25日 (日)	日石横浜ホール (神奈川県横浜市)	「作業療法士が優しく語り語る自宅で楽々できる健康リハビリ ～できない事をなくすんじゃないで きる事を増やすんだ!～」	藤田保健衛生大学 作業療法士 澤 俊二氏, 石川県リハビリテーションセンター 作業療法士 濱 昌代氏, あおぞらケア・リハビリ 作業療法士 大熊 明氏		各会場 約60名
	神戸市立地域人材支援 センター内講堂 (兵庫県神戸市)				
2012年 10月13日 (土)	星陵会館 (東京都千代田区)	介護支援専門員と作業療法士の連携 を考える 自立支援としての生活行為向上マネ ジメント～ひとは作業をすることで 元気になる～	講師 医療法人財団天翁会 理事長 天本 宏氏, 竹田綜合病院 作業療法士 長谷川 敬一氏	89	89
	毎日新聞ビルオルバール ホール (大阪府大阪市)				
2013年 10月20日 (日)	シダックスホール (東京都渋谷区)	認知症高齢者の在宅支援のあり方	講師：海上春療養所 / 桜新町アーバンクリニック / 内閣府障害者政策委員会 委員 上野 秀樹氏 座談会：広島都市大学 / 作業療法士 谷川良博氏, 銚子市健康福祉部高齢者 福祉課 保健師 安藤 智子氏, 秋田大学 作業療法士 石川 隆志氏	164	46
	CIVI研修センター 新大阪東 (大阪府大阪市)				
2014年 4月29日 (火)	横浜クイーンズスクエア, イベントスペース 『クイーンズサークル』 (神奈川県横浜市)	あきらめない心と作業療法 ～義手(失った片腕)が与えてくれ たもの 看護の仕事とパイオリン～	ミニコンサート 野村 真波氏, 座談会：野村 真波氏, 兵庫県立リハビリテーション中央病院 作業療法士 柴田 八衣子氏, (一社) 日本作業療法士協会 会長 中村 春基	48	48
	明石市立産業交流 センター (兵庫県明石市)				
2015年 1月16日 (土)	CIVI研修センター 新大阪東 (大阪府大阪市)	働くよろこび 障害者の就労支援へ のかかわり 地域包括ケアシステムにおける作業 療法士の役割	(一社) 兵庫県作業療法士会 会長 長倉 寿子氏, 甲南女子大学 作業療法士 竹内 さより 氏, 医療法人社団 順心会 介護老人保健施設 白寿苑 作業療法士 北岡 裕也氏	115	115
	AP秋葉原 (東京都台東区)				
2016年 2月7日 (日)		日本理化学工業(株)取締役会長 大山 泰弘氏, NPO法人那須フロンティア就労支援事務所喫茶店ホリデー 作業療法士, ジョブコーチ 山口 理貴氏, 北会津公民館 館長 白岩 源一氏, (一社) ふくしまをリハビリで元気にする会 理事長 作業療法士 岡本 宏二氏 (東京会場のみ)		17	21
2017年 2月7日 (日)				15	32

第10章 災害対策

10-1 東日本大震災後の復興・復旧への協力

協会は、2011年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震とそれに伴う津波により引き起こされた東日本大震災を経験し、発災直後より「大規模災害時支援活動基本マニュアル」(当時、その後2013年に「大規模災害時支援活動基本指針」に全面改訂)や「災害対策本部規程」「大規模災害を被った都道府県における作業療法士の支援に関する規程」に則って災害対策本部を設置し、7月には理事会で承認を得た災害対策担当理事も加わり、岩手、宮城、福島県の被災3県の作業療法士会や関連団体と連携しながら、災害に関する様々な課題に取り組んだ。その内容を以下に述べる。

10-1-1 発災後の支援の取り組み

1) 情報収集

対策本部設置後、直ちに被災県士会に連絡を取り、被災状況を確認した。被災県士会ではそれぞれ災害対策本部が設置されており、会員の安否確認を開始している状況であった。

2011年3月14日に被災県士会の災害対策担当窓口となる担当者・連絡先を確認し、常に連絡調整ができる体制を整えた。その後、被災県士会と協会災害対策担当が窓口となり随時連絡調整を行うとともに、必要時には協会から現地に赴き、また、協会等で会議を開催しながら、つど被災県士会との連携を図っていった。関連団体とも連絡調整を行い、関連団体との連携で災害支援活動をしていく体制も整えた。

協会ホームページには専用ページを開設し、災害対策本部の動きをつど発信できる体制と会員からの情報や意見を受け付ける体制を整

えた。2012年2月2日までに災害対策本部からのお知らせを都合26回にわたって発信した。

2) 支援金の募集

被災県士会への支援や、当協会が行う災害支援ボランティア活動の資金、物品支援の購入金などの財源確保のために、2011年3月15日に専用口座を設け、支援金の募集を開始した。多くの会員、賛助会員、都道府県作業療法士会、会員所属の病院・施設・各種団体、また海外からもご協力があり、支援金の総額は2012年6月13日までに13,531,328円となった支援金の一般公募は平成24年3月末をもって終了したが、その後も僅かながら団体等からの寄付、その他雑収入等があった。最終的にこの額になっている。この資金は被災県士会の活動資金として、士会からの要請に応じてつど送金する体制をとるとともに、協会から災害支援ボランティアを派遣する際の各種必要経費等に利用した。また、金銭だけでなく、多くの会員から物品の寄付もあり、被災地に届けることができた。

3) 被災県士会への初期対応支援金の支給

災害対策本部設置後、直ちに岩手県、宮城県、福島県、茨城県の各作業療法士会に30万円ずつ送金した。

4) 被災会員への対応

被災会員への対応として次の支援を行った。これらは広く被災会員へ周知するために「日本作業療法士協会ニュース」、協会ホームページ、被災県士会を通して数回にわたって広報を行い、申請を受け付けるように配慮した。

- ① 東日本大震災により被災した会員の
2011(平成23)年度会費免除
2011年3月23日から受け付けを開始し、

2012年3月1日までに69件の申請があり、65件が承認された。

- ② 会費免除の基準に該当しない被災会員の2011（平成23）年度会費の分納もしくは納入猶予

2011年7月15日から12月15日までの申請期間に分納1件、納入猶予2件の申請があった。

- ③ 福島第一原子力発電所事故による避難会員の2011（平成23）年度会費免除

警戒区域、計画的避難区域、緊急時避難準備区域、特定避難勧奨地点を対象区域とし、2011年7月22日から申請受付開始し、申請数19件、承認数19件であった。

5) ボランティア活動

災害支援ボランティア窓口を設置し、会員からボランティア登録を随時受け付ける体制をとった。登録開始1ヶ月後には128名を数え、最終的に248名の登録者があった。

最初期（2011年4月3日～5月9日）には、リハビリテーション関連職種が連携して効果的な支援活動ができるように関連団体と調整を行い、生活機能対応専門職チームとして仙台市若林区を中心にパイロット活動を実施した。この活動には10名のボランティアを派遣した。

その後、災害支援ボランティア活動は、岩手・宮城・福島の各被災県士会または関連団体（日本発達障害ネットワーク JDDnet）からの要請を受け、その要請に応じた人員を協会が派遣する形で実施した。派遣は2011年4月15日から開始し、2012年3月31日までに延べ133名のボランティアを派遣した。その内訳は以下の通りである：岩手県士会へ37名、宮城県士会へ64名、福島県南相馬市へ23名、福島県からJDDnetが受託した「被災した障がい児に対する相談・援助事業」へ9名。

災害支援ボランティアの活動内容は以下の通りである。

① 避難所の環境整備・環境調整

初期対応として、避難所を可能なかぎり快適な環境にするために、交流の場とプライベート空間の確保、障害者や高齢者のための手すり設置やすべり止めの工夫などを行った。

② 生活リズムの形成や活動性を引き出す活動の展開

単調になりがちな避難所での生活にリズムを作り出すために、一日のスケジュール表を作成したり、小集団による活動性・興味関心を引き出す作業（体操、手工芸、屋外散歩など）を実施した。

③ 避難所および在宅・仮設住宅における身体機能が低下した高齢者・障害者への個別対応

身体状況や生活状況の確認および評価やリハビリテーションニーズの把握し、ADLの低下に対する立ち上がり・寝返り・食事などの指導、生活上に必要な補助具を作成、提供する等の対応を行った。

④ 避難所および在宅・仮設住宅における精神機能に障害のある避難者への個別対応

統合失調症やうつ病の方への生活状況の確認・評価を行い、不安解消のために継続的な相談を行うなどの支援を実施した。また、意欲低下者・抑うつ傾向のある方に対する身体的な介入等も行った。

⑤ 被災した障害児への対応：特別な支援が必要な障害児の避難先・避難方法に関する家族からの相談対応、避難先や新しい生活の場の支援にスムーズにつなげるためのアセスメントと障害児に必要な個別支援計画の作成、特別支援学校の支援などを実施した。

6) 養成教育関連の対応

被災地に立地する養成校の被害状況等を確認する緊急メール調査を2011年3月17日に、さらに詳細なアンケート調査を4月21日に実施した。また、会員所属施設を対象に臨床

実習受け入れ調査を緊急に行い、全国の892施設から受け入れ可能との回答を得た。その後受け入れ可能な実習地と養成校を仲介する作業を養成教育部(当時)が中心となって行った。

7) 被災会員向けの求人情報提供

被災した会員向けの再就職先の情報提供を目的に、全国の作業療法関連施設、作業療法士養成校および都道府県作業療法士会へ協力依頼し、寄せられた求人情報を協会ホームページに掲載した。掲載総数は2012年3月末までに166件であった。

以上、東日本大震災後の主な支援の内容を報告した。東日本大震災への支援活動は、震災直後から現在まで継続しており、今後も必要とされなくなるときまで継続する方針である。

10-1-2 災害時支援を通じた学び

災害支援活動を通して我々が学んだことを以下に整理してみる。

- ① 支援は非常事態になって考えるものではなく、常時考えておく必要がある。日頃の実践を通してネットワークを構築しておくことが重要である。
- ② 災害支援は、疲弊した地元にニーズを聞き出すことをしないで支援できる体制を作る必要がある。災害支援は支援者完結型で行う。
- ③ 被災地において支援する際には、作業療法(士)にこだわっていると本当のニーズは見えてこない。災害支援は作業療法(士)にこだわらず必要とされることは何でも行う覚悟が必要である。
- ④ 人にとって作業は、疲弊混乱しているときには日常を取り戻し安心できる拠り所になり、生活を再建する際には主体性を取り戻す道具になる。作業療法は、ど

の時期でも有用な役割を担うことができる。

10-2 平時の活動

東日本大震災の経験をもとに、平時の災害対策を盤石なものにしていくために、常設の部署を設置することが検討され、2013年4月、定款第4条6項の「事故若しくは災害等により被害を受けた障害者、高齢者又は児童等の支援を目的とする事業」を担う部署として災害対策室が設置された。災害対策室は、2014年2月に「大規模災害時支援活動基本指針」(資料10)、「災害支援ボランティア活動マニュアル」、「災害ボランティア受け入れマニュアル」を作成し理事会の承認を得た。また、東日本大震災から3年を目途とした総括報告書である「東日本大震災における災害支援活動報告書」を2014年3月に刊行した。

大規模災害に有効に対処するには平時からの備えに万全を期することが重要である。この認識の下、平時に行っている災害対策室の活動を以下に述べる。

1) 災害時の協会体制の整備と見直し

協会が行う災害支援の基本姿勢や活動のあり方、それを実行するための組織体制の整備、根拠となる諸文書・諸規程の見直しに加え、協会としては事務局自体が被災した場合にも事業継続できる危機管理体制の構築を進めている。

2) 士会や他団体との連携体制の構築と刷新

大規模災害時に協会と各都道府県作業療法士会が有機的に連携・協力できる体制を確保し強化するために、士会を対象に災害対策関連活動に関する調査を実施し、活動状況の把握を進めている。またその中で、積極的に活動を展開している士会に対してはヒアリング調査も実施し、より突っ込んだ情報交換を

行っている。

他団体との連携では、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）との関係が重要と認識し、当協会もJRATの一構成団体として研修委員会および広報委員会に委員を派遣している。また、公益財団法人国際医療技術財団（JIMTEF）の研修委員会等にも委員を派遣し協力している。

3) 災害支援要員の確保と強化

協会は「災害支援ボランティア登録システム」を運営し、災害時の支援要員として災害支援ボランティアの確保に努めている。また、ボランティア登録者向けに毎年研修会を開催して、大規模災害への意識づけを図るとともに、参加者がより主体的・能動的に災害支援について考えられるようなグループワークを行っている。

11 章 （一社）日本作業療法士協会組織と運営

（一社）日本作業療法士協会の事業は、協会の会費によって運営されている。以下、2010年以降の協会組織と運営について、法人移行（2012年）を含めた協会全体の体制、会員数の推移、協会財政の状況、協会組織と事業の状況について報告し、最後に今後の課題について述べる。

11-1 組織と財政

11-1-1 協会組織と運営

1) 社団法人から一般社団法人への移行

1981年3月19日に社団法人となった協会は、2008年に施行された「公益法人制度改革関連3法」への対応として、2012年4月1日に一般社団法人に移行した。この移行については、いったん一般社団法人に移行し、2015年度には公益法人の認定を受ける予定であった。具体的な準備としては、定款や諸規程の改正・新設、協会組織を公益部門と法人管理部門とに分け、法人会計のあり方も公益社団法人に対応できるように整備を進めた。

しかしながら、理事会としては、協会が会員の自己研鑽・技能向上・配置促進等に配慮する事業を相対的に減らし、それらについては会員の自助努力に委ねて、「不特定かつ多数の者の利益の増進に寄与する」事業に力点を置くほどには作業療法士全体が十分に成熟している段階ではないと判断し、2014年度定時社員総会において新公益法人制度への対応として「当分の間、従来どおり一般社団法人としての事業活動を継続する（「当分の間」の期間については、基本的に「5年ごと」を区切りとするが、必要が生じれば随時改めて社員総会において公益認定の是非を検討していくこととする。）との対応案を決議事項第7

号議案として上程し、承認を得ることとなった。

2) 代議員制の導入

協会設立以降、都度、理事会において代議員制度の導入について議論されてきた経緯がある。その実際上の理由は、協会の最高議決機関である総会を成立させるために必要な定足数の確保であり、会員数が増加すれば、必然的に定足数確保が大きな課題とされてきた。その課題への解決策として、一般社団法人への移行を機に代議員制の導入に踏み切った。代議員の選出については、概ね正会員300人の中から1人の割合をもって選出されることとなり、2011年11月20日から12月4日に初の代議員選挙が行われ197名の代議員（社員）が選出され、2012年5月26日に初めての定時社員総会が開催された。

3) 役員の体制

一般社団法人移行に備えた2012年2月18日開催の臨時総会で承認された定款で「第24条 役員の設置 理事18名以上21名以内 監事2名以上3名以内、(1) 理事のうち1名を会長とし、2名を副会長、8名を常務理事とする」となったが、社会情勢の変化に迅速に対応するための対策として、2014年度定時社員総会で「第24条 役員の設置 理事20名以上23名以内 監事2名以上3名以内 (1) 理事のうち1名を会長とし、3名を副会長、8名を常務理事とする」という役員の体制となった。

4) 会議の体制

2011年度から2014年度までは、常務理事が公益部門の部長を兼任する体制での理事会（常務理事を含む）会議とし、2015年度からは11回の理事会に加えて常務理事会年7

回を設定する体制となった。

5) 各部・委員会の体制

2012年度からの一般社団法人へ移行にあたって、協会事業を推進していく体制として大きく公益目的事業部門と法人管理運営部門に分けた(資料2)。また2013年4月、定款第4条6項の「事故若しくは災害等により被害を受けた障害者、高齢者又は児童等の支援を目的とする事業」を担う常設の公益目的事業部門の部署として災害対策室が設置された。

6) 事務局職員の体制

事務局職員の常勤体制は、1981年1人で開始した体制が、2011年4月から2013年3月末まで9人、2013年4月から2015年3月末まで13人、2015年度末で14人(内、1名は自然災害等の緊急事態へのBCP: Business Continuity Planとして、新規京都サテライト事務所要員)という体制となった。2015年8月からは、会員10万人の状況にも対応できるコンピュータ・システムの体制整備を目指した具体的な検討が開始された。

11-1-2 協会財政

(一社)日本作業療法士協会は、基本的に協会会員の会費によって運営されている。以下では、会員数の推移、協会財政の状況、協会組織と活動状況について述べる。

1) 会員数の推移

正会員数は、2010年度末日で有資格者数 53,094人、会員数42,348人、組織率 79.8%であったが、2015年度末日では有資格者数 74,815人、会員数52,154人、組織率 69.7%で、明らかに組織率が低下している状況となっている。この組織率の低下は、2010年度までは会費未納状態になっていても強制退会まで3年間の猶予期間を設けていたが、2011年度から会費未納者への対応を定款通り(定款第10条 会員資格の喪失(1)第7条の支払義務を在籍した年度の事業年度終了日までに履行しなかったとき)としたことも影響していると考えられる。定款通りとした理由は、年度会費を支払った会員の総数とその年度の会員数であるとの厚生労働省からの指導があったことにもよるが、改めて組織率を向上させる具体的な手立てを施す必要がある。

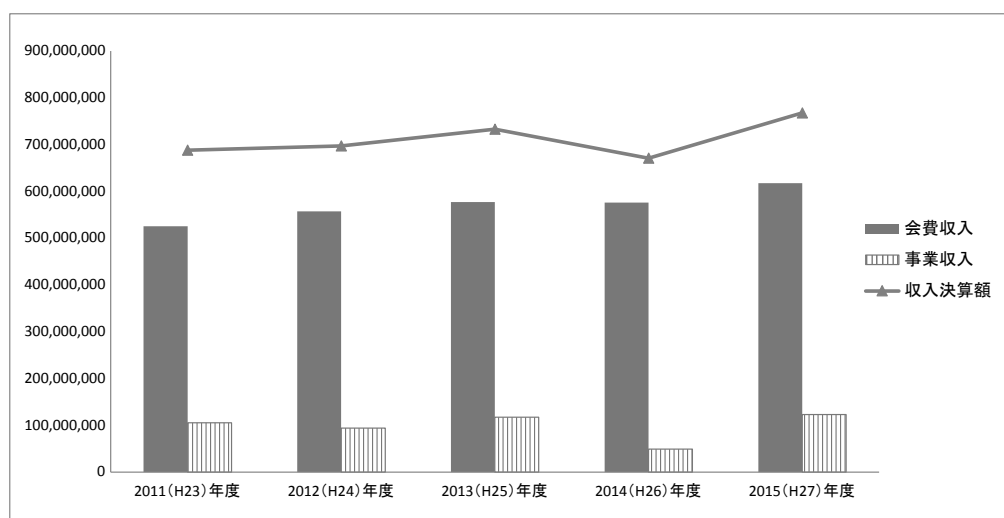


図11-1 収入決算額の推移

2) 協会財政

会務を支える協会財政であるが、組織率の低下への対処を踏まえたうえで、この5年間の収入の変化を追ってみると図11-1のようになっている。会費収入（正会員会費収入＋賛助会員会費収入）と入会金収入の占める割合は図11-2で示すようにほとんど変化はない。賛助会員数は表11-1の通りであるが、白書2010で示した数と比べると減少していることが見える。この点は、賛助会員を辞退する際の理由が、事業縮小を含めた事業見直しによるものが多く、わが国の負に傾く経済全体の影響を受けていることが見えてくる。

表11-1 賛助会員数の推移

年度	A会員	B会員	C会員	個人会員	合計
2011年	9	18	54	6	87
2012年	9	18	51	7	85
2013年	9	14	52	8	83
2014年	9	14	50	6	79
2015年	9	16	46	6	77

他方、支出の傾向をみてみると、この5年間では図11-3で示すように支出科目別の割合に大きな変化はない。学術誌、機関誌、ニュース、パンフレット、広報誌「Opera」やその他印刷物にかかる印刷製本費の割合が17～19%、これら印刷物等を各会員に届けるための郵送費等を意味する通信運搬費が11%となっている。理事や各部署の旅費交通費は11～20%となっている。

変化がみられるものとしては、委託費、給料・報酬費、福利厚生費、会費未納退会分では増加の傾向にある。委託費は10年後以降に10万人となる会員規模に対応できるIT関連のシステム開発と構築に向けた委託が増加傾向にある。給料・報酬費、福利厚生費については協会事務局職員の増員ならびに2014年1名(事務局長)、2015年1名(会長)の役員常勤化に対応するものとなっているが、今後も作業療法士常勤化、事務局職員増員により増加することが予想される。

2012年度からは、定款に則り当該年度末までに会費の納入がなされない場合は会員資

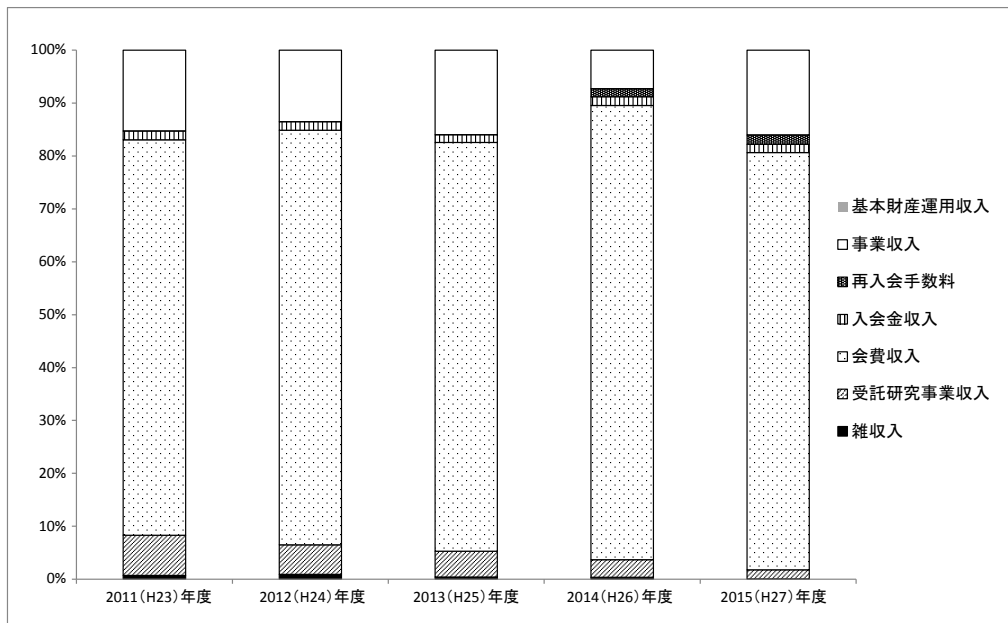


図11-2 収入科目別比較

格喪失となる対応を開始したため、未納会費がなくなったことにより、会費未納退会分の支出もなくなっている。

11-2 協会活動

2014年の第16回世界作業療法士連盟大会・第48回日本作業療法学会開催(The 16th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists in collaboration with the 48th Japanese Occupational Therapy Congress and Expo)が協会としての大きな事業の実施となったが、ここでは通常の活動について述べる。

11-2-1 「作業療法5ヵ年戦略(2008-2012)」, 「第二次作業療法5ヵ年戦略(2013-2017)」と各年度の重点活動項目

協会事業の機能評価の仕組みを整備し、年度ごとに全事業の達成状況をまとめることによって状況を検証する形をとってきたが、本計画の最終年度である2012年7月21日第4回理事会では、その達成状況を整理した結果、具体的行動目標については概ね達成されているものの、重点的スローガンである「地域生活移行支援の推進～作業療法5・5計画～」の達成については、今後も継続する必要があると判断された。その結果、次の5年間においても「作業療法5ヵ年戦略(2008-2012)」の考え方を踏襲し、新たな中期計画の名称を「第二次作業療法5ヵ年戦略(2013

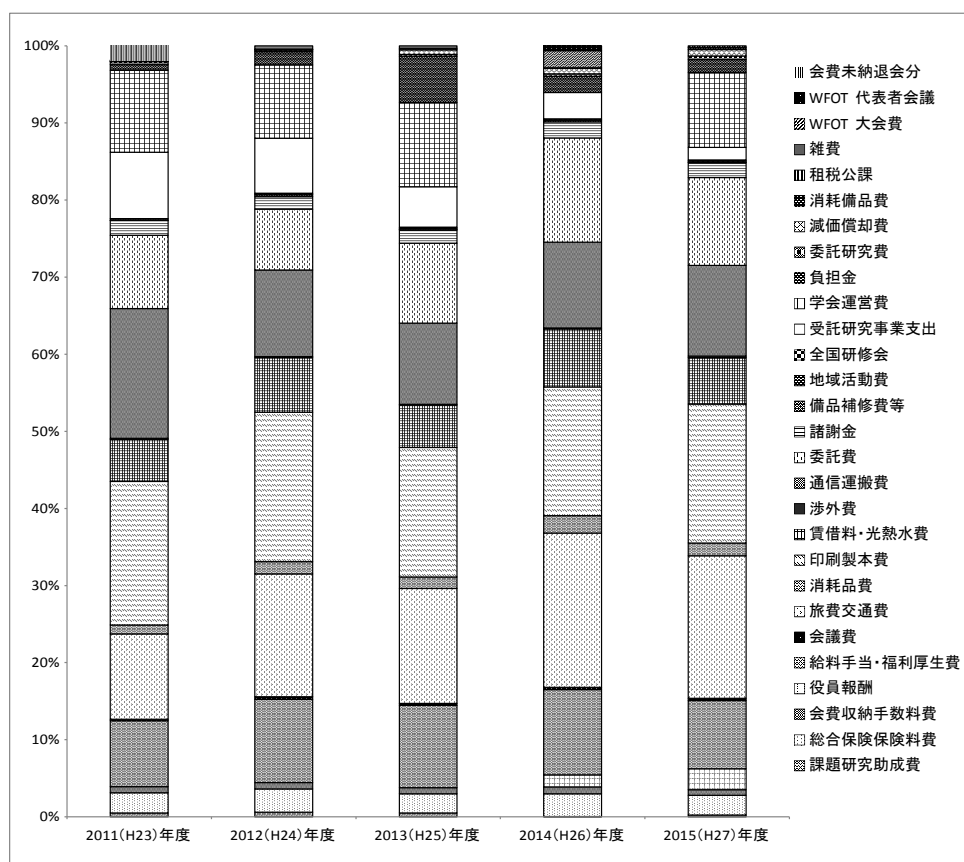


図11-3 支出科目別比較

ー 2017)」として策定することとなった。新たな中期活動計画を策定するにあたって、「作業療法5ヵ年戦略(2008－2012)」の基本的な考え方と目標を継承し、かつ、国が目指している2025年「地域包括ケアシステム」の体制づくりに対応する事項を軸とする計画を策定した。重点的スローガンは「地域生活移行・地域生活継続支援の推進～作業療法5・5計画～」(資料11)とされた。

各年度に掲げられた重点活動項目(資料12)は、基本的に本戦略と連動する項目として位置付けられているが、具体的には、生活

行為向上マネジメントの展開を中心に活動してきたといえる。

11-2-2 受託研究

協会は、厚生科学研究をはじめとして各団体から助成や補助を受け、受託事業や研究を積極的に行ってきた。表11-2に委託元及び事業者、補助金額を示した。生活行為向上マネジメントの根拠整備に向けた研究、認知症対応に関する研究、地域保健に関する研究が主な内容である。

表11-2 国庫補助事業・受託事業一覧

年度	実施事業名	事業類型	補助金校元・委託元	金額(円)
2011	生活行為向上マネジメントの普及啓発と成果測定研究事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	23,001,000
	自立支援促進に向けた福祉用具活用のあり方調査	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	19,489,000
	若年性認知症の方に対する効果的な支援に関する調査研究	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	9,921,000
	行政の理学療法士、作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究－地域保健への理学療法士、作業療法士の関わり－	地域保健総合推進事業	財団法人日本公衆衛生協会	5,000,000
2012	生活行為向上支援としての居宅療養管理指導事業あり方検討事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	13,332,000
	生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士との連携効果の検証事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	11,128,000
	リハビリテーション専門職による福祉用具の効果的な導入・運用に関する実証研究事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	12,821,000
	高齢者の新たな生きがい創造事業	岩手県岩泉町委託事業	岩手県	1,507,000
2012～2013	行政の理学療法士、作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究－地域保健への理学療法士、作業療法士の関わり－	地域保健総合推進事業	一般財団法人日本公衆衛生協会	8,900,000
2013	リハビリテーション専門職による医療と介護の連携に向けた福祉用具の導入・運用に関する実証研究事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	15,168,000
	医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	12,749,000
	認知症初期集中支援チームにおける早期対応につながる作業療法士の役割の明示とサービス構築に向けた調査研究	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	7,924,000
2014	介護保険の福祉用具サービスにおける専門職の関与と適切なケアマネジメントに関する調査研究事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	13,000,000
	初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	9,099,000
	地域保健に関わる理学療法士・作業療法士の人材育成に関する調査研究	地域保健総合推進事業	一般財団法人日本公衆衛生協会	3,900,000
2015	介護保険における福祉用具サービスをシームレスに提供するために必要な方策に関する調査研究事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	13,298,000
	自治体等に所属している理学療法士、作業療法士の地域保健活動の推進と実態把握に関する調査研究	地域保健総合推進事業	一般財団法人日本公衆衛生協会	3,900,000

11-2-3 国の施策等への協力

表11-3に国の検討会等への協力の状況を示した。国以外の関連機関や団体への協力を含めると各年度とも50近くその他組織・団体等への協力を行っている(資料13)。

11-2-4 倫理問題

厚生労働省医道審議会理学療法士作業療法士分科会理学療法士作業療法士倫理部会において行政処分とされた者は、2011年1名(名称使用停止1月)、2012年1名(名称使用停止3月)、2013年1名(免許取消)、2014年1名(名称使用停止1月)であった。他方、協会としての処分該当者は、2011年1名(除名)、2012年3名(退会処分)、2013年1名(退会処分)、2014年1名(除名)、2015年1名(譴責)という状況であった。行政処分を受けた者の全てが協会員ではなかったが、この5年間の行政処分ならびに協会処分の該当者は過去にない数となった。協会は1986年に「倫

理綱領」、1987年に「作業療法士の倫理指針」を定めているが、それに加えて2009年に「倫理問題の処理に関する規程」と「会員の処分の種類に関する規程」を定め、国家資格を与えられた作業療法士が公私にわたり常に高い倫理観を保つべく会員の意識向上に努めている。倫理問題の処理に関する規程、会員の処分の種類に関する規程、会員処分の標準例・処分量定一覧は、協会ホームページで閲覧できる。

11-3 (一社)日本作業療法士協会の 今後の課題－取り組むべき課題、 活動の方針－

協会は少子化、高齢化社会、労働人口の減少、社会保障費の適正化等の社会構造の変化に柔軟に対応して行く必要がある。その中で「地域包括ケアシステム」の構築は国家的な

表11-3 国の施策等への協力

年度	検討会等	管轄
2011	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	厚生労働省
2012	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	厚生労働省
2013	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	厚生労働省
	理学療法士作業療法士国家試験出題基準改定部会	厚生労働省
2014	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	厚生労働省
	理学療法士作業療法士国家試験出題基準改定部会	厚生労働省
	長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会	厚生労働省
	スマートライフプロジェクト推進委員会	厚生労働省
	スマートライフプロジェクト推進委員会 健康寿命をのばそう！アワード(介護予防・高齢者生活支援分野)評価委員	厚生労働省
	地域包括ケアに向けた高齢者の生活期リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業に係る企画書評価委員会	厚生労働省
	介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会	厚生労働省
2015	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	厚生労働省
	スマートライフプロジェクト推進委員会	厚生労働省
	スマートライフプロジェクト推進委員会 健康寿命をのばそう！アワード(介護予防・高齢者生活支援分野)評価委員	厚生労働省
	医療従事者の需給に関する検討会	厚生労働省
	これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会	厚生労働省

課題であり、協会の約8割が医療、介護に勤務する協会員もその大きな流れの中で役割と責任を果たさなくてはならない。

地域包括ケアに関するフォーラムの中で、国の機関の所属者から「生活を見ることができるリハビリテーション専門職」という発言があった。それは当然作業療法士を前提としての発言と思う。他方、各種の調査結果からは、残念ながら「対象者の生活を見据えた」作業療法士の取り組みは十分でないとの報告もある。このままでは、「作業療法は必要とされても、作業療法士は必要とされない」時代がくるのではと危惧する。社会保障費の適正化という耳あたりの良い文言は、言い返せば、専門性という物差しで、効率的、効果的と認められないサービスは整理されるという事であり、「生活を見ることが出来るのは作業療法士」というメッセージを強く関係者、国民にさらに発信し、理解を得る必要がある。「生活行為向上マネジメント (Management Tool of Daily Life Performance: 以下MTDLP)」は、正にそのメッセージを国民に問う手段でもある。生活行為での「したいこと」「できそうなこと」「困っていること」という語感、それぞれの「生活」を連想させ、それを具体的に支援する作業療法の実践は「百聞は一見にしかず」である。必要なことは具体的な事象である。一方では、心身機能の回復のための訓練は当然行うべきである。その上で、それが生活にどのように活かされ、それを継続することで、活動、参加、健康の維持、向上にいかにか効果的かを実見し、体験してもらうことが重要である。

作業療法は今後も医療、介護、保健、福祉、教育等様々な領域で活用されていくものと考え

える。しかし、その根本には、心身機能を医学的に評価ができ、それが生活の中でいかに影響を与えることを紐解き、その解決方法を具体的に示し効果をあげることである。今後さらに社会で活用される為には、養成教育での履修内容、臨床実習の在り方、修業年限等の見直しは必須である。世界の作業療法に目を向けると、作業療法に比重をおいた内容に変わっている。WFOTは今後7年間で教育内容を変革することを採決した。わが国の養成教育内容もそれらを配慮したものに変革していく必要がある。

この5年間は、「作業療法5ヵ年戦略」と「第二次作業療法5ヵ年戦略」のつとめ協会活動は運営されてきた。作業療法士の配置を地域に5割、病院施設に5割という目標は残念ながら達成できなかった。しかし、作業療法士が地域で活動するための環境整備は医療保険、介護保険、福祉施策、特別支援教育等でしっかりと位置付けされた5年間でもあったと思う。「生活行為向上リハビリテーション」の創設、医療機関以外でのIADL訓練の保険収載可能等はその一つであるが、「治す医療」から「支える医療」へと変革する状況において、「活動」「参加」の推進を基本とした急性期から生活期に至るまで一貫してMTDLP等を活用した「生活を支援する」という具体的な対応が必要である。

最後に、協会が協会として存続するため為の基盤は組織率の高さにある。協会、士会、養成施設、施設、会員が一致協力して更なる組織率を向上させる必要がある。そのための教育や手続きの変更、学生時代からの協会活動への参画、協会と士会の連携など具体的なし立てを着実に講じて行く必要がある。

資 料

- 資料1 作業療法の定義
- 資料2 (一社) 日本作業療法士協会組織図
- 資料3 作業療法士が勤務する施設の分類と対象疾患
- 資料4 (1) 診療報酬の変遷(2012年～2014年)
(2) 介護報酬の変遷(2012年～2015年)
- 資料5 作業療法士が勤務する施設に関わる診療報酬項目と
作業療法士の配置が明記されている介護保険事業
- 資料6 障害福祉サービスの種類
- 資料7 作業療法士養成校一覧(2015年度)
- 資料8 作業療法士国家試験問題における協会意見と
厚生労働省発表結果
- 資料9 要望書一覧(2011年度～2015年度)
- 資料10 大規模災害時支援活動基本指針
- 資料11 第二次作業療法5ヵ年戦略(抜粋)
- 資料12 (一社) 日本作業療法士協会重点活動項目
- 資料13 他組織・団体等の協会代表委員名簿
- 資料14 作業療法関係年表(2011年～2015年)
- 資料15 作業療法白書アンケート及びアンケート資料

資料1

作業療法の定義

①「理学療法士及び作業療法士法」

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。

(「理学療法士及び作業療法士法」昭和40(1965)年6月29日法律第137号,第一章 総則 第二条)

②日本作業療法士協会の定義

作業療法とは、身体又は精神に障害のある者、又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。

(社団法人日本作業療法士協会, 昭和60(1985)年6月13日, 第20回総会承認)

③「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)」(医政発0430第2号及び第1号, 平成22(2010)年4月30日)では「作業療法の範囲」が次のように記された。

理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手工芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・ 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・ 家事、外出等のIADL訓練
- ・ 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 WFOTの作業療法定義 (2012)

(原文) Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement.

(対訳) 作業療法は、クライアント中心の健康専門職で、作業を通して健康と安寧を促進する。作業療法の基本目標は、人々が日常生活の活動に参加できるようになることである。作業療法士は、人々や地域社会と一緒に取り組むことにより、人々がしたい、する必要がある、することが期待されている作業に結び付く能力を高める、あるいは作業との結び付きをよりよくサポートするよう作業や環境を調整することで、この成果に達する。

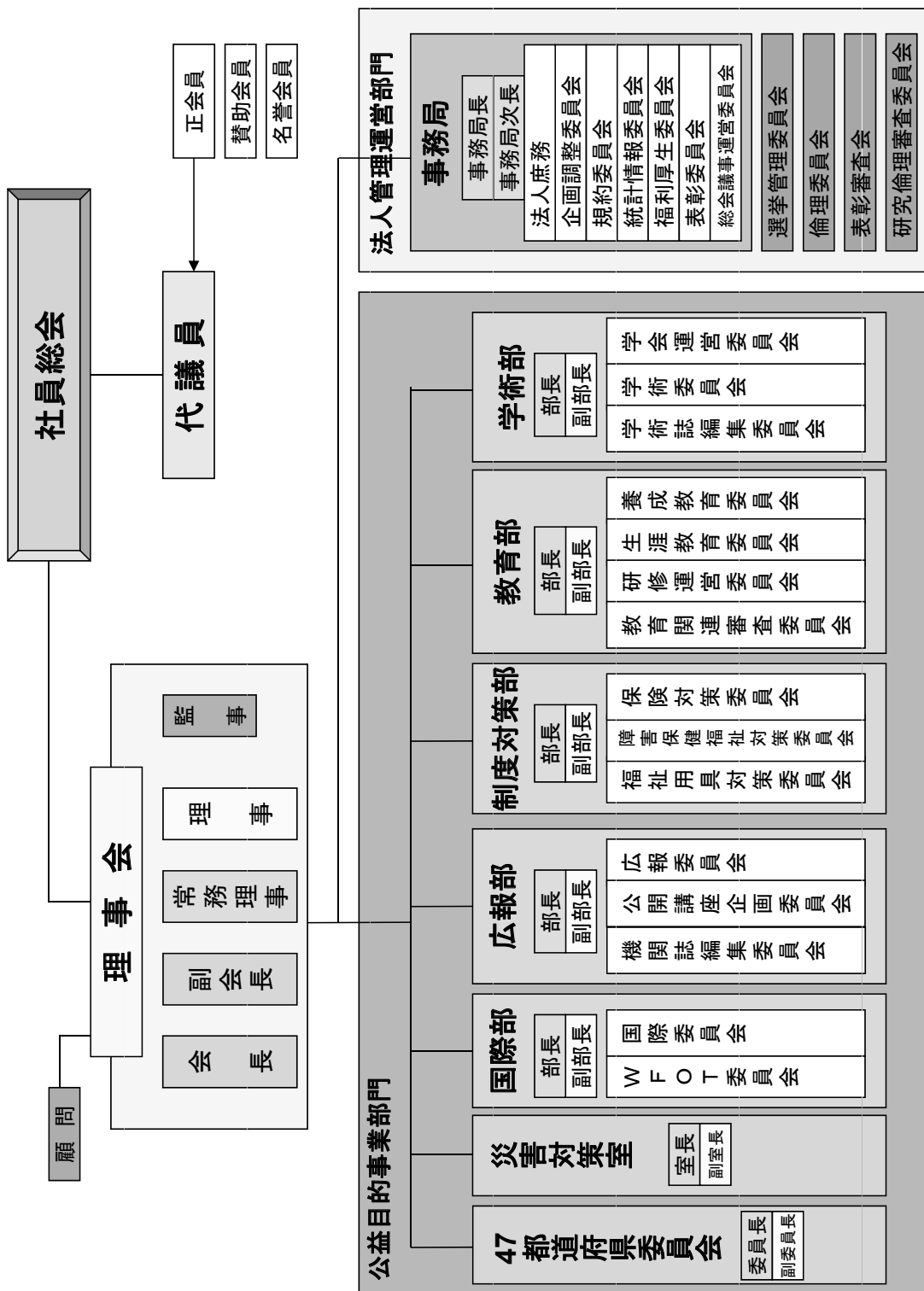
⑤ (一社) 日本作業療法士協会の作業療法の定義 (2016.04.16 理事会案)

作業療法は、作業を通して人々の心身の健康や社会参加を促進するため、保健、医療、福祉、教育、就労などの領域で行われる指導、治療、援助である。作業とは、個人や地域社会にとって価値や目的をもつ、日常生活活動、仕事、趣味などの活動を指す。

(説明文)

1. 作業療法は「人は作業を通して健康になることができる」という信念にもとづいて行われる。
2. 作業療法の対象となる人々とは、疾病や障害を有する、あるいはそれが予測される場合だけではなく、あらゆる健康状態にある人や集団を指す。
3. 作業には、身の回りのこと、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など人々の日常生活で行われる活動の全てが含まれ、単に運動や動作とは異なる。また作業には、こだわり、習慣、役割といった、人々や人々が住んでいる地域社会の価値や目的が含まれる。
4. 作業療法において作業を用いる目的は、間接的に心身機能回復・維持する手段として作業を用いる場合と、作業をすることや作業ができるようになることを目的に、直接的に作業を用いる場合とがある。その方法は、作業を遂行する能力を高めるために身体的・精神的能力に働きかけること、作業実現のための人的・物理的環境を調整すること、作業そのものを対象者に合わせて工夫・調整することなどである。

資料2 (一社)日本作業療法士協会組織図



一般社団法人 日本作業療法士協会 組織図 (平成27年4月現在)

資料3 作業療法士が勤務する施設の分類と対象疾患

I 勤務条件

- 11 常勤で○T、但し、本務以外にも○Tをしている。
- 12 常勤で○T、本務以外はしていない。
- 21 非常勤でのみ○Tをしている。
- 22 現在○Tとして勤務していないが、○Tとしての経験、知識、技術等を生かした勤務をしている
- 31 現在○Tとして勤務していない。

II 業務内容

- 01 臨床（地域等を含む、患者、利用者への直接的サービス） 02 教育 03 研究 04 行政 05 相談 06 その他（ ）
- 07 管理職（臨床その他も兼務しているが、主として管理職業務を行っている場合も含む）

III 開設者分類

- <国> 0101 厚生労働省 0102 文部科学省 0103 労働福祉事業団 0104 独立行政法人 0105 国立大学法人 0109 その他
- <公的機関> 0201 都道府県 0202 市区町村 0203 日本赤十字 0204 済生会 0205 北海道社会事業協会
- 0206 厚生連 0207 国民健康保険団体連合会
- <社会保険関係団体> 0301 全国社会保険協会連合会 0302 厚生団 0303 船員保険会 0304 健康保険組合及び連合会
- <その他> 0401 公益法人 0501 医療法人 0306 国民健康保険組合 0601 学校法人 0701 会社 0801 NPO法人
- 0901 その他の法人 1001 個人 9901 その他

IV 領域コード

医療系

- 大分類
 - 病院1111
 - 中分類
 - 一般病院01
 - 特定機能病院0301
 - 精神科病院0401
 - 結核病床0501
 - 感染症病床0601
 - 地域医療支援病院0701
 - 在宅療養支援病院0801
 - 在宅療養後方支援病院0901
 - 小分類
 - 一般病床01
 - 療養病床02
 - 介護療養型病床03
 - 地域包括ケア病床04
 - 診療所1112
 - 中分類
 - 一般診療所01
 - 在宅療養支援診療所0201
 - 小分類
 - 有床診療所01
 - 無床診療所02
 - 療養型病床群03
 - 認知症疾患医療センター12110101

福祉系

身体障害者福祉法関連施設

- 大分類
 - 身体障害者更生援護施設2111
 - 中分類
 - 身体障害者福祉センター05
 - 小分類
 - 身体障害者福祉センターA型01
 - 身体障害者福祉センターB型02
 - 身体障害者更生相談所21120101

児童福祉法関連施設

- 大分類
 - 児童福祉施設2131
 - 中分類
 - 障害児通所施設01
 - 小分類
 - 児童発達支援センター（福祉型）01
 - 児童発達支援センター（医療型）02
 - 通所支援事業所03
 - 障害児相談支援事業所04
 - 障害児入所施設02
 - 小分類
 - 障害児入所施設（福祉型）01
 - 障害児入所施設（医療型）02
 - 情緒障害児短期治療施設0601
 - 児童相談所21320101

精神保健福祉法関連施設

- 大分類
 - 精神保健福祉センター21220101
 - 精神障害者社会復帰促進センター21230101

知的障害者福祉法関連施設

- 大分類
 - 知的障害者更生相談所21420101

老人福祉法関連施設

- 大分類
 - 老人福祉施設2151
 - 中分類
 - 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）0101
 - 養護老人ホーム0201
 - 軽費老人ホーム（ケアハウスも含む）0301
 - 老人デイサービスセンター（通所介護）0401
 - 老人福祉センター0501
 - 老人短期入所施設0601
 - 老人介護支援センター0701
 - 有料老人ホーム21520101
 - 老人憩いの家22510101
 - 在宅介護支援センター22540101
 - 高齢者総合相談センター22550101

介護保険法関連施設

- 大分類
 - 地域包括支援センター21710101
 - 介護老人保健施設21720101
 - 訪問看護ステーション21730101

障害者総合支援法関連施設

- 大分類
 - 指定障害者福祉サービス事業所2181
 - 中分類
 - 生活介護事業所0101
 - 自立訓練（機能訓練）事業所0201
 - 多機能型事業所0301
 - 療養介護事業所0401
 - 就労支援事業所0501
 - 指定障害者支援施設2182
 - 中分類
 - 生活介護支援施設0101
 - 自立訓練支援施設0201
 - 多機能型支援施設0301
 - 指定相談支援事業所21830101
 - 指定地域活動支援センター21840101
 - 指定福祉ホーム21850101
 - 基幹相談支援センター21860101

その他の施設

大分類	中分類
特別支援学校3102	肢体不自由児0101 知的障害児0201 その他0301
養成校3103	専門学校0101 短期大学0201 大学0301
保健所等3104	保健所0101 保健センター(保健福祉センター)0201 その他0301(高齢サービス課・健康増進課等)
その他3105	職業センター0101 リハ関連企業0201 補装具作製施設0301 訪問看護ステーション0401(老人訪問看護ステーションを除く) サービス付き高齢者向け住宅0501 発達障害者支援センター0601 その他0701(第三セクター・社協等)

法外施設

大分類
法外施設43010101

V医療施設の認可施設分類コード

1001 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	1002 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	1003 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	1004 運動器リハビリテーション料(I)
1005 運動器リハビリテーション料(II)	1006 運動器リハビリテーション料(III)	1007 呼吸器リハビリテーション料(I)	1008 呼吸器リハビリテーション料(II)
1009 難病患者リハビリテーション	1010 がん患者リハビリテーション料	1011 回復期リハビリテーション病棟入院料	
1012 心大血管疾患リハビリテーション料(I)	1013 心大血管疾患リハビリテーション料(II)		
2001 精神科作業療法	2002 精神科デイ・ケア(大規模)	2003 精神科デイ・ケア(小規模)	2004 精神科デイ・ナイト・ケア
2005 精神科ナイト・ケア	2006 精神科ショート・ケア(大規模)	2007 精神科ショート・ケア(小規模)	2008 精神療養病棟(1)
2009 医療観察法病棟	2010 精神科訪問看護・指導料(I)	2011 精神科訪問看護・指導料(II)	
2012 精神科訪問看護・指導料(III)			
3001 障害児(者)リハビリテーション料			
4001 認知症疾患治療病棟	4002 認知症疾患療養病棟	4003 重度認知症患者入院治療	4004 重度認知症患者デイ・ケア
4005 認知症患者リハビリテーション料			
9999 上記の認可は受けていない(記入者の勤務先が医療施設でない。または勤務先が医療施設でも記入者の従事している主業務が、認可を受けていない場合に該当)			

VI介護保険の指定サービス等分類コード

01 指定介護老人福祉施設	02 指定介護療養型医療施設	03 指定訪問看護	04 指定訪問リハビリテーション	05 指定通所介護
06 指定通所リハビリテーション	07 指定短期入所生活介護	08 指定短期入所療養介護	09 指定特定施設入所生活介護	10 指定居宅介護支援
11 指定介護老人保健施設	12 小規模多機能型居宅介護	13 指定認知症対応型共同生活介護	14 指定地域密着型特定施設入居者生活介護	
15 指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	16 指定認知症対応型通所介護	17 福祉用具事業	18 地域支援事業	
99 上記の指定認可は受けていない(記入者の従事している主業務が認可を受けていない場合を含む)				

VII障害者総合支援法指定サービス分類コード

01 居宅介護	02 重度訪問介護	03 行動援護	04 療養介護	05 生活介護	07 短期入所
08 重度障害者包括支援	09 共同生活介護	10 自立訓練(機能訓練)	11 自立訓練(生活訓練)	12 就労移行支援	13 就労継続支援A型
14 就労継続支援B型	15 共同生活援助	16 施設入所支援	17 一般相談支援	18 特定相談支援	
19 基本相談支援	20 地域移行支援	21 地域定着支援	22 サービス利用支援		
99 上記の指定認可を受けていない(記入者の従事している主業務が認可を受けていない場合を含む)					

VIII児童福祉法指定サービス分類コード

01 福祉型児童発達支援	02 医療型児童発達支援	03 放課後等デイサービス	04 保育所等訪問支援	05 障害児相談支援
99 上記の指定認可を受けていない				

IXその他の指定・認可分類コード

0101 都道府県リハビリテーション支援センター	0102 地域リハビリテーション広域支援センター
9999 上記の指定・認可分類は受けていない	

X専門分野コード(2ケタの数字で記入すること)

01 身体障害	02 精神障害	03 発達障害	04 老年期障害	05 その他
---------	---------	---------	----------	--------

XI対象疾患コード

ICD-10 大項目	ICD-10 小項目	コード
感染症及び寄生虫症	結核	0101001
新生物	悪性新生物(部位不問)	0202001
	良性新生物及びその他の新生物	0202101
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	貧血	0303001
	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0303099
内分泌・栄養及び代謝疾患	甲状腺障害	0404001
	糖尿病	0404002
精神及び行動の障害	血管性及び詳細不明の認知症	0505001
	精神作用物質による精神及び行動の障害	0505002
	統合失調症、統合失調症性障害及び妄想性障害	0505003
	気分[感情]障害(躁鬱病を含む)	0505004
	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0505005
	精神遅滞	0505006
	心理的発達及び小児/青年期に通常発達する行動/情緒の障害	0505007
	その他の精神及び行動の障害	0505099
神経系の疾患	パーキンソン病	0606001
	アルツハイマー病	0606002
	てんかん	0606003
	脳性まひ及びその他の麻痺性症候群	0606004
	自律神経系の障害	0606005
	その他の神経系の疾患	0606099
眼及び附属器の疾患		0707001

耳及び乳様突起の疾患		0808001
循環器系の疾患	高血圧性疾患	0909001
	虚血性心疾患	0909002
	その他の心疾患	0909099
	脳血管疾患	0909101
	動脈硬化症	0909201
	痔核	0909202
	低血圧	0909203
	その他の循環器系の疾患	0909299
呼吸器系の疾患	呼吸器疾患	1010001
消化器系の疾患	消化器疾患	1111001
皮膚及び皮下組織の疾患	皮膚組織疾患	1212001
筋骨格系及び結合組織の疾患	炎症性多発性関節障害	1313001
	関節症	1313002
	脊椎障害（脊椎症を含む）	1313003
	椎間板障害	1313004
	頸腕症候群	1313005
	腰痛及び坐骨神経痛	1313006
	その他の脊柱障害	1313099
	肩の障害	1313101
	骨の密度及び構造の障害	1313102
	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1313199
尿路性器系の疾患	泌尿・生殖器疾患	1515001
妊娠，分娩及び産じょく		1616001
周産期に発生した病態		1616002
先天奇形，変形及び染色体異常	心臓の先天奇形	1717001
	その他の先天奇形，変形及び染色体異常	1717099
症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの		1818000
損傷，中毒及びその他の外因の影響	骨折	1919001
	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	1919002
	熱湯及び腐食	1919003
	中毒	1919004
	その他	1919099
介護保険分類	虚弱老人	5000001
その他の介護保険分類によるもの		5000099

Ⅱ対象者の属性

番号	目的	番号	
01	運動機能の改善	11	日常生活活動の改善
02	運動機能の維持・代償指導	12	代償手段の適応
03	感覚知覚機能の改善	13	社会生活適応能力の改善
04	感覚知覚機能の維持・代償指導	14	認知心理機能の改善
05	知的機能の改善	15	認知心理機能の維持・代償指導
06	知的機能の維持・代償指導	16	就労就学の指導・訓練
07	起居移動の改善	17	就労就学前指導
08	起居移動の維持・代償指導	18	余暇活動の指導・援助
09	身辺処理能力の改善	19	物理的環境の調整・利用
10	身辺処理能力の維持・代償指導	20	人的環境の調整・利用

XⅢリハビリテーション関連資格コード

0101 看護師	0102 保健師	0103 理学療法士	0104 義肢装具士	0105 言語聴覚士
0198 その他の医療系国家資格	0201 社会福祉士	0202 精神保健福祉士	0203 介護福祉士	0204 保育士
0298 その他の福祉系国家資格	0301 特別支援教育教諭	0401 介護支援専門員	0402 准看護師	0403 訪問介護員(1級・2級・3級)
9999	上記のリハビリテーション関連資格はもっていない			

XⅣ自治体活動などへの参画

1. 市町村障害支援区分審査会の審査員である。
2. 市町村介護認定審査委員会の審査委員である。
3. 都道府県・市区町村の特別支援教育事業に参画している。
4. 都道府県地域自立支援協議会の委員である。
5. 市町村地域自立支援協議会の委員である。
6. 上記以外の自治体主催の委員会・事業に参画している。()

(協会会員統計資料より)

資料4 (1) 診療報酬の変遷 (2012年～2014年)

			2012(平成24)年		2014(平成26)年					
基本診療科	特定入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,711		5,804					
		回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料（生活療養を受ける場合 1,897）	1,911	回復期リハビリテーション病棟入院料（生活療養を受ける場合 2,011）	2,025				
			回復期リハビリテーション病棟入院料（生活療養を受ける場合 1,747）	1,761	回復期リハビリテーション病棟入院料（生活療養を受ける場合 1,796）	1,811				
			回復期リハビリテーション病棟入院料（生活療養を受ける場合 1,597）	1,611	回復期リハビリテーション病棟入院料（生活療養を受ける場合 1,642）	1,657				
			休日リハビリテーション提供体制加算	60	休日リハビリテーション提供体制加算（入院料1は包括）	60				
			リハビリテーション充実加算	40	リハビリテーション充実加算	40				
			—		体制強化加算	200				
		亜急性期入院医療管理料（H26.9.30まで）			地域包括ケア病棟入院料1（生活療養を受ける場合 2,544）	2,558				
					地域包括ケア病棟入院料2（生活療養を受ける場合 2,044）	2,058				
			亜急性期入院医療管理料1	2,061	地域包括ケア病棟入院医療管理料1（生活療養を受ける場合 2,544）	2,558				
			亜急性期入院医療管理料2	1,911	地域包括ケア病棟入院医療管理料2（生活療養を受ける場合 2,044）	2,058				
		精神療養病棟入院料	1,061		1,090					
		老人性認知症疾患治療病棟入院料	認知症治療病棟入院料1	イ 30日以内	1,761	認知症治療病棟入院料1	イ 30日以内	1,809		
				ロ 31日以上60日以内	1,461		ロ 31日以上60日以内	1,501		
				ハ 61日以上	1,171		ハ 61日以上	1,203		
	認知症治療病棟入院料2		イ 30日以内	1,281	認知症治療病棟入院料2	イ 30日以内	1,316			
			ロ 31日以上60日以内	1,081		ロ 31日以上60日以内	1,111			
			ハ 61日以上	961		ハ 61日以上	987			
	地域移行機能強化病棟入院料	—		—						
	特殊疾患病棟入院料	特殊疾患病棟入院料1	1,954	特殊疾患病棟入院料1	2,008					
		特殊疾患病棟入院料2	1,581	特殊疾患病棟入院料2	1,625					
	医学管理	在宅医療	退院時リハビリテーション指導料	300		300				
			退院前訪問指導料	555		555				
			外来リハビリテーション診療料1	69		72				
			外来リハビリテーション診療料2	104		109				
		リハビリテーション	心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）	200		作業療法士の職名追記		205		
				100		作業療法士の職名追記		105		
算定日数			標準的算定日数 150日		標準的算定日数 150日					
脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）			(1)廃用症候群以外	245	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	221	(1)廃用症候群以外	245	180日を超えて、要介護被保険者等である場合	221
			(2)廃用症候群の場合	235	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	212	(2)廃用症候群の場合	180	180日を超えて、要介護被保険者等である場合	162
脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅱ）			(1)廃用症候群以外	200	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	180	(1)廃用症候群以外	200	180日を超えて、要介護被保険者等である場合	180
			(2)廃用症候群の場合	190	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	171	(2)廃用症候群の場合	146	180日を超えて、要介護被保険者等である場合	131
脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）			(1)廃用症候群以外	100	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	90	(1)廃用症候群以外	100	180日を超えて、要介護被保険者等である場合	90
	(2)廃用症候群の場合	100	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	90	(2)廃用症候群の場合	77	180日を超えて、要介護被保険者等である場合	69		
算定日数	標準的算定日数 180日		標準的算定日数 180日							
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）	—		—							
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）	—		—							
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）	—		—							
算定日数	—		—							
リハビリテーション	運動器リハビリテーション（Ⅰ）	175	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	158	(Ⅰ)	180	150日を超えて、要介護被保険者等である場合	163		
	運動器リハビリテーション（Ⅱ）	165	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	149	(Ⅱ)	170	150日を超えて、要介護被保険者等である場合	154		
	運動器リハビリテーション（Ⅲ）	80	状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合	80	(Ⅲ)	85	150日を超えて、要介護被保険者等である場合	85		
	算定日数	標準的算定日数 150日		標準的算定日数 150日						
	呼吸器リハビリテーション（Ⅰ）			170	175					
	呼吸器リハビリテーション（Ⅱ）			80	85					
	算定日数	標準的算定日数 90日		標準的算定日数 90日						

特 掲 診 療 科	初期加算	(14日以内)	45	(14日以内)	45
	早期リハビリテーション加算	(30日以内)	30	(30日以内)	30
	リハビリテーション総合計画評価料		300		300
	リハビリテーション総合計画提供料	—			100
	目標設定等支援・管理料	—		—	
	摂食機能療法		185		185
			640		640
	難病患者リハビリテーション料	短期集中リハ加算 退院後1ヶ月まで	280	短期集中リハ加算 退院後1ヶ月まで	280
		退院後1ヶ月以降～3ヶ月まで	140	退院後1ヶ月以降～3ヶ月まで	140
	障害児(者)リハビリテーション料	1 6歳未満 1単位	220	1 6歳未満 1単位	225
		2 6歳以上18歳未満 1単位	190	2 6歳以上18歳未満 1単位	195
		3 18歳以上 1単位	150	3 18歳以上 1単位	155
	がん患者リハビリテーション料		200		205
	認知症患者リハビリテーション料	—			240
	リンパ浮腫複合的治療料	—		—	
精 神 科 専 門 療 法	精神科作業療法	1日につき	220	1日につき	220
	入院生活技能訓練療法	1 6月以内	100	1 6月以内	100
		2 6月超	75	2 6月超	75
	精神科ショート・ケア	1 小規模なもの	275	1 小規模なもの	275
		2 大規模なもの(疾患等に応じた診療計画を作成)	330	2 大規模なもの(疾患等に応じた診療計画を作成)	330
		早期加算	20	早期加算	20
	精神科デイ・ケア	1 小規模なもの	590	1 小規模なもの	590
		2 大規模なもの(疾患等に応じた診療計画を作成)	700	2 大規模なもの(疾患等に応じた診療計画を作成)	700
		早期加算	50	早期加算	50
	精神科ナイト・ケア	1日につき	540	1日につき	540
		早期加算	50	早期加算	50
	精神科デイ・ナイト・ケア	1日につき	1,000	1日につき	1,000
		早期加算	50	早期加算	50
		疾患別等診療計画加算	40	疾患別等診療計画加算	40
	精神科退院指導料		320		320
		地域移行支援加算	200	地域移行支援加算	200
	精神科退院前訪問指導料		380		380
	重度認知症患者デイケア料		1040		1040
		早期加算	50	早期加算	50
	精神科訪問看護・指導料	(Ⅰ)職種や時間の条件により点数が異なる	400～675	(Ⅰ)職種や時間の条件により点数が異なる	400～675
		(Ⅱ)	160	(Ⅱ)	160
		(Ⅲ)職種や時間の条件により点数が異なる	300～545	(Ⅲ)職種や時間の条件により点数が異なる	200～675
	精神科重症患者早期集中支援管理料	—		1 イ 同一建物居住者以外	1,800
				□ 同一建物居住者 (1) 特定施設等の入居者	900
				(2) (1) 以外	450
				2 イ 同一建物居住者以外	1,480
				□ 同一建物居住者 (1) 特定施設等の入居者	740
				(2) (1) 以外	370

資料4 (2) 介護報酬の変遷 (2012年～2015年)

サービス種別	加算名	2012(平成24) 年	2015(平成27) 年
在宅サービス			
訪問看護	サービス提供体制強化加算 (1回)	6	6
	同時に複数の看護師等が訪問看護を行った場合の加算	所要時間30分未満 254 所要時間30分以上 402	所要時間30分未満 254 所要時間30分以上 402
	初回加算 (初回1月)	300	300
	退院時共同指導加算	600	600
訪問リハビリテーション	短期集中リハビリテーション実施加算 (1日)	1月以内 340 1月超3月以内 200	3月以内 200
	リハビリテーションマネジメント加算 (1月)	—	I 60 II 150
	社会参加支援加算 (1日)	—	17
	サービス提供体制強化加算 (1回)	6	6
	訪問介護事業所サービス提供責任者と連携した場合の加算 (3月に1回)	300	—
介護予防訪問リハビリテーション	短期集中リハビリテーション実施加算 (1日) (3月以内)	200	200
	サービス提供体制強化加算 (1回)	6	6
	訪問介護事業所サービス提供責任者と連携した場合の加算 (3月に1回)	300	300
通所リハビリテーション	理学療法士等体制強化加算 (1日)	30	30
	PT・OT・STによる訪問指導等加算 (居宅を訪問し通所リハビリ計画の作成及び見直しを行った場合のみの加算) (月1回) ※介護老人保健施設の場合個別リハビリテーション実施加算 (1日)	(1回) 80	—
	リハビリテーションマネジメント加算 (1月)	月4回以上 (1月) 230	I 230 開始月から6月以内 II (1) 1,020 開始月から6月超 II (2) 700
	短期集中個別リハビリテーション実施加算 (1日)	120 60	110
	生活行為向上リハビリテーション実施加算 (1月)	—	3月以内 2,000 3月超6月以内 1,000
	社会参加支援加算 (1日)	—	12
	認知症短期集中リハビリテーション加算	240	3月以内 I (1日) 240 II (1月) II 1,920
	若年性認知症利用者受入加算 (1日)	60	60
	サービス提供体制強化加算 I (1回)	12	I 18 ロ 12
	サービス提供体制強化加算 II (1回)	6	6
	重度療養管理加算 (1日)	100	100
	若年性認知症利用者受入加算 (1月)	240	240
	運動器機能向上加算 (1月)	225	225
	選択的サービス複数実施加算 I (1月)	480	480
	選択的サービス複数実施加算 II (1月)	700	700
介護予防通所リハビリテーション	サービス提供体制強化加算 I (1月)	要支援1 48 要支援2 96	I 要支援1 72 ロ 要支援2 144 要支援1 48 要支援2 96
	サービス提供体制強化加算 II (1回)	要支援1 24 要支援2 48	要支援1 24 要支援2 48
通所介護	個別機能訓練加算 (1日)	I 42 II 50	I 46 II 56
	若年性認知症利用者受入加算 (1日)	60	60
	認知症加算 (1日)	—	60
	サービス提供体制強化加算 I (1回)	12	I 18 ロ 12
	サービス提供体制強化加算 II (1回)	6	6
	サービス提供体制強化加算 III (1回)	6	6
地域密着型認知症対応型通所介護	個別機能訓練加算 (1日)	27	27
	若年性認知症利用者受入加算 (1日)	60	60
	サービス提供体制強化加算 I (1回)	12	I 18 ロ 12
	サービス提供体制強化加算 II (1回)	6	6
介護予防通所介護	運動器機能向上加算 (1月)	225	225
	若年性認知症利用者受入加算 (1月)	240	240
	選択的サービス複数実施加算 I (1月)	480	480
	選択的サービス複数実施加算 II (1月)	700	700
	サービス提供体制強化加算 I (1月)	要支援1 48 要支援2 96	I 要支援1 72 ロ 要支援2 144 要支援1 72 要支援2 96
	サービス提供体制強化加算 II (1月)	要支援1 24 要支援2 48	要支援1 24 要支援2 48

サービス種別	加算名	2012(平成24) 年	2015(平成27) 年
短期入所			
短期入所生活介護	個別機能訓練加算(1日)	12	12
	認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日)	200	200
	若年性認知症利用者受入加算(1日)	120	120
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(1日)	12	イ 18 ロ 12
	サービス提供体制強化加算Ⅱ(1日)	6	6
	サービス提供体制強化加算Ⅲ(1日)	6	6
短期入所療養介護 (介護老人保健施設の場合)	リハビリテーション機能強化加算(1日)	30	—
	個別リハビリテーション加算(1日)	240	240
	認知症ケア加算	76	76
	認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日)	200	200
	若年性認知症利用者受入加算(1日)	120	120
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(1日)	12	イ 18 ロ 12
	サービス提供体制強化加算Ⅱ(1日)	6	6
	サービス提供体制強化加算Ⅲ(1日)	6	6
	重度療養管理加算(1日)	120	120
	緊急短期入所受入加算(1日)	90	90
施設サービス			
介護老人保健施設	初期加算(1日, 入所した日から30日以内)	30	30
	短期集中リハビリテーション実施加算(1日)	240	240
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(1日)	240	240
	若年性認知症利用者受入加算(1日)	120	120
	認知症情報提供加算(1人につき1回限度)	350	350
	認知症専門ケア加算Ⅰ(1日)	3	3
	認知症専門ケア加算Ⅱ(1日)	4	4
	認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日)	200	200
	入所前後訪問指導加算(1人につき1回限度)	460	I 450 II 480
	退所前後訪問指導加算	退所前訪問指導加算 460 退所後訪問指導加算 460	退所前訪問指導加算 460 退所後訪問指導加算 460
	退所時指導加算(1人につき1回限度)	400	400
	退所時情報提供加算(1人につき1回限度)	500	500
	退所前連携加算(1人につき1回限度)	500	500
	老人訪問看護指示加算(1日)	300	300
	在宅復帰支援機能加算	5	5
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	—	27
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(1日)	12	イ 18 ロ 12
	サービス提供体制強化加算Ⅱ(1日)	6	6
	サービス提供体制強化加算Ⅲ(1日)	6	6
介護老人福祉施設	初期加算(1日, 入所した日から30日以内)	30	30
	個別機能訓練加算(1日)	12	12
	若年性認知症利用者受入加算(1日)	120	120
	認知症専門ケア加算Ⅰ(1日)	3	3
	認知症専門ケア加算Ⅱ(1日)	4	4
	認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日)	200	200
	退所前後訪問相談援助加算(1回) (入所後早期に退所前訪問が必要と認められた場合は2回)	退所前訪問相談援助加算 460 退所後訪問相談援助加算 460	退所前訪問相談援助加算 460 退所後訪問相談援助加算 460
	退所時相談援助加算(1回)	400	400
	退所前連携加算(1人につき1回限度)	500	500
	在宅復帰支援機能加算(1日)	10	10
	在宅・入所相互利用加算(1日)	30	40
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(1日)	12	イ 18 ロ 12
	サービス提供体制強化加算Ⅱ(1日)	6	6
	サービス提供体制強化加算Ⅲ(1日)	6	6

資料5 作業療法士が勤務する施設に関わる診療報酬項目と 作業療法士の配置が明記されている介護保険事業

(1) 診療項目（医療）

基本診療	
入院基本料	特定入院料
☐ 一般病棟入院基本料 (A100) A D L 維持向上等体制加算 ☐ 療養病棟入院基本料 (A101) ☐ 精神病棟入院基本料 (A103) ☐ 特定機能病院入院基本料 (A104) ☐ 有床診療所入院基本料 (A108) ☐ 有床診療所療養病床入院基本料 (A109)	☐ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (A301-3) ☐ 回復期リハビリテーション病棟入院料 (A308) ☐ 地域包括ケア病棟入院料 (A308-3) ☐ 緩和ケア病棟入院料 (A310) ☐ 精神科救急入院料 (A311) ☐ 精神科急性期治療病棟入院料 (A311-2) ☐ 精神科救急・合併症入院料 (A311-3) ☐ 精神療養病棟入院料 (A312) ☐ 認知症治療病棟入院料 (A314) ☐ 特定一般病棟入院料 (A317) ☐ 地域移行機能強化病棟入院料 (A318)
入院基本料等加算	
☐ 精神科地域移行実施加算 (A230-2) ☐ 精神科身体合併症管理加算 (A230-3) ☐ 精神科リエゾンチーム加算 (A230-4) ☐ 強度行動障害入院医療管理加算 (A231-2) ☐ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 (A231-3) ☐ 摂食障害入院医療管理加算 (A231-4) ☐ 栄養サポートチーム加算 (A232-2) ☐ 認知症ケア加算 (A247)	
特掲診療料	
医学管理等	在宅医療
☐ 外来リハビリテーション診療料 (B001-2-7) ☐ リンパ浮腫指導管理料 (B001-7) ☐ 退院時共同指導料1 (B004) ☐ 退院時共同指導料2 (B005) ☐ 介護支援連携指導料 (B005-1-2) ☐ 介護保険リハビリテーション移行支援料 (B005-1-3) ☐ 退院時リハビリテーション指導料 (B006-3) ☐ 退院前訪問指導料 (B007) ☐ 診療情報提供料 (I) (B009) ☐ 診療情報提供料 (II) (B010)	☐ 在宅患者訪問看護指導料 (C005) ☐ 在宅患者訪問リハビリテーション管理料 (C006)
	検査
	☐ シャトルウォーキングテスト (D221-4) ☐ 精密知覚機能検査 (D239-5) ☐ 発達及び知能検査 (D283) ☐ 人格検査 (D284) ☐ 認知機能検査その他の心理検査 (D285)

リハビリテーション	精神科専門療法
☐ 心大血管疾患リハビリテーション料 (H000) ☐ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (H001) ☐ 廃用症候群リハビリテーション料 (H001-2) ☐ 運動器リハビリテーション料 (H002) ☐ 呼吸器リハビリテーション料 (H003) ☐ リハビリテーション総合計画評価料 (H003-2) ☐ リハビリテーション総合計画提供料 (H003-3) ☐ 目標設定等支援・管理料 (H003-4) ☐ 摂食機能療法 (H004) ☐ 難病患者リハビリテーション料 (H006) ☐ 障害児 (者) リハビリテーション料 (H007) ☐ がん患者リハビリテーション料 (H007-2) ☐ 認知症患者リハビリテーション料 (H007-3) ☐ リンパ浮腫複合的治療料 (H007-4)	☐ 救急患者精神科継続支援料 (I002-3) ☐ 依存症集団療法 (I006-2) ☐ 精神科作業療法 (I007) ☐ 精神科継続外来支援・指導料 (I002-2) ☐ 入院生活技能訓練療法 (I008) ☐ 精神科ショート・ケア (I008-2) ☐ 精神科デイ・ケア (I009) ☐ 精神科ナイト・ケア (I010) ☐ 精神科デイ・ナイト・ケア (I010-2) ☐ 精神科退院指導料 (I011) ☐ 精神科退院前訪問指導料 (I011-2) ☐ 精神科訪問看護指導料 (I012) ☐ 重度認知症患者デイ・ケア料 (I015) ☐ 精神科重症患者早期集中支援管理料 (I016)
処置料	
☐ 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (J118-4) ☐ 消炎鎮痛等処置 (J119) ☐ 治療装具の採型ギプス (J129)	

(2) 作業療法士の配置が明記されている介護保険事業

在宅サービス	施設サービス
☐ (介護予防) 訪問リハビリテーション ☐ (介護予防) 訪問看護 【訪問看護ステーション】 ☐ (介護予防) 通所リハビリテーション ☐ (介護予防) 通所介護 ☐ (介護予防) 短期入所生活介護 ☐ (介護予防) 短期入所療養介護 ☐ 特定施設入所者生活介護	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設

資料6 障害福祉サービスの種類

名称	内容
居宅介護	ホームヘルパーを住居等に派遣し、入浴、排せつまたは食事の介護などを行う。
重度訪問介護	重度の肢体不自由者であって、常時介護を必要とする障害者の住居等にホームヘルパーを派遣し、入浴、排せつまたは食事の介護や外出時における移動中の介護を総合的に提供する。
行動援護	知的障害または精神障害により行動上著しい困難を有する人が行動する際に、危険を回避するために必要な援護を行う。
重度障害者等包括支援	常時介護を必要とし、その介護の必要の程度が著しく高い障害者に対して、居宅介護などの複数のサービスを包括的に提供する。
同行援護	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人に対し、移動時及びそれに伴う外出先において必要な支援・援助を提供する。
短期入所	家族の病気などにより一時的に保護が必要になった障害者に対し、障害者支援施設などに短期間入所させ、入浴、排せつまたは食事の介護などを行う。
計画相談支援	支給決定時のサービス等利用計画案を作成し、支給決定後のサービス等の利用状況についての検証を行い計画の見直し（モニタリング）やサービス事業所等との連絡調整を行う。
地域移行支援	住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援等を行う。
地域定着支援	常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談、緊急訪問、緊急対応等を行う。
療養介護	医療および常時介護を必要とする障害者に対し、主として昼間において、病院などの施設で機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護及び日常生活上の世話をを行う。
生活介護	常時介護を必要とする障害者に対し、主として昼間において、障害者支援施設などの施設で入浴、排せつまたは食事の介護、創作的活動または生産活動の機会を提供する。
自立訓練（機能訓練）	身体障害者に対し、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、一定の期間、身体機能または生活能力の向上のために必要な訓練などを行う。
自立訓練（生活訓練）	知的障害者および精神障害者に対し、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、一定の期間、生活能力の向上のために必要な訓練などを行う。
就労移行支援（一般型）	就労を希望する障害者に対し、一定の期間、生産活動などの機会の提供を通じて、就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練などを行う。
就労移行支援（資格取得型）	あん摩、マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の養成施設において、資格取得に必要な訓練を行う。
就労継続支援（A型）	通常の事業所に雇用されることが困難な障害者に対し、就労の機会を提供するとともに、生産活動などの機会の提供を通じて、その知識および能力の向上のために必要な訓練などを行う。
就労継続支援（B型）	就労経験のある障害者などに対し、就労の機会を提供するとともに、生産活動などの機会の提供を通じて、その知識および能力の向上のために必要な訓練などを行う。
施設入所支援	その施設に入所する障害者に対し、主として夜間において、入浴、排せつまたは食事の介護などを行う。
共同生活援助	地域において共同生活を営むのに支障のない障害者に対し、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う。
宿泊型自立訓練	日中、一般就労や外部の障害福祉サービスを利用している知的障害者および精神障害者に対し、一定の期間、夜間の居住の場を提供して生活能力の向上のために必要な訓練などを行う。

出典：WAM NET <http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/syogai/appContents/ca30b11.html>

資料7 作業療法士養成校一覧(2015年度)

番号	開設年	都道府県	名称	定員	課程	WFOT認定
1	1977	岡山	専門学校川崎リハビリテーション学院	20	3	○
2	1979	愛知	東名古屋病院附属リハビリテーション学院	20	3	○
3	1980	岩手	岩手リハビリテーション学院	40	3	○
4	1980	東京	専門学校社会医学技術学院	夜 35	4	○
5	1981	愛媛	愛媛十全医療学院	40	3	○
6	1981	熊本	熊本総合医療リハビリテーション学院	40	4	○
7	1990	福岡	柳川リハビリテーション学院	40	3	○
8	1992	岡山	岡山医療技術専門学校	40	3	○
9	1992	広島	広島大学医学部保健学科作業療法学専攻	30	4	○
10	1993	北海道	札幌医科大学保健医療学部作業療法学科	20	4	○
11	1993	岐阜	平成医療専門学校	(募集停止) 3	○	
12	1993	徳島	徳島医療福祉専門学校	40	3	○
13	1993	高知	土佐リハビリテーションカレッジ	40	4	○
14	1993	高知	高知リハビリテーション学院	40	4	○
15	1993	沖縄	沖縄リハビリテーション福祉学院	30	3	○
	2003	沖縄	沖縄リハビリテーション福祉学院	夜 30	4	○
16	1994	神奈川	北里大学医療衛生学部リハビリテーション学科作業療法専攻	38	4	○
17	1994	鳥取	YMCA米子医療福祉専門学校	40	4	○
18	1995	北海道	専門学校日本福祉リハビリテーション学院	40	4	○
19	1995	山形	山形医療技術専門学校	40	4	○
20	1995	茨城	茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科	40	4	○
21	1995	栃木	国際医療福祉大学保健学部作業療法学科	80	4	○
22	1995	新潟	晴陵リハビリテーション学院	40	3	○
23	1995	兵庫	神戸大学医学部保健学科作業療法学専攻	20	4	○
24	1995	岡山	吉備国際大学保健医療福祉学部作業療法学科	40	4	○
25	1995	岡山	川崎医療福祉大学医療技術学部リハビリテーション学科作業療法専攻	40	4	○
26	1995	佐賀	医療福祉専門学校緑生館	40	4	○
27	1995	大分	大分リハビリテーション専門学校	30	3	○
28	1996	北海道	北都保健福祉専門学校	30	4	○
29	1996	北海道	専門学校北海道リハビリテーション大学校	40	4	○
30	1996	東京	多摩リハビリテーション学院	40	3	○
31	1996	富山	富山医療福祉専門学校	30	4	○
32	1996	石川	金沢大学医学部医薬保健学域保健学類	20	4	○
33	1996	静岡	静岡医療科学専門学校	40	3	○
34	1996	滋賀	滋賀医療技術専門学校	40	3	○
35	1996	大阪	阪奈中央リハビリテーション専門学校	40	3	○
36	1996	山口	山口コ・メディカル学院	40	4	○
37	1996	鹿児島	神村学園専修学校	40	3	○
38	1996	鹿児島	鹿児島医療技術専門学校	40	4	○
	2003	鹿児島	鹿児島医療技術専門学校	夜 40	4	○
39	1997	群馬	群馬大学医学部保健学科作業療法専攻	20	4	○
40	1997	東京	日本リハビリテーション専門学校	夜 35	4	○
	2000	東京	日本リハビリテーション専門学校	35	4	○
41	1997	香川	四国医療専門学校	30	4	○
42	1997	長崎	長崎医療技術専門学校	40	3	○

43	1998	北海道	北海道千歳リハビリテーション学院	40	3	○
44	1998	福島	郡山健康科学専門学校	40	4	○
45	1998	千葉	千葉医療福祉専門学校	30	4	○
46	1998	東京	東京福祉専門学校	40	3	○
	2001	東京	東京福祉専門学校	夜 40	3	○
47	1998	東京	首都大学東京健康福祉学部作業療法学科	40	4	○
48	1998	神奈川	横浜リハビリテーション専門学校	40	4	○
49	1998	神奈川	茅ヶ崎リハビリテーション専門学校	20	4	○
50	1998	岐阜	サンビレッジ国際医療福祉専門学校	40	3	○
51	1998	愛知	名古屋大学医学部保健学科作業療法専攻	20	4	○
52	1998	大阪	箕面学園福祉保育専門学校	40	3	○
53	1998	奈良	関西学研医療福祉学院	40	3	○
54	1998	島根	リハビリテーションカレッジ島根	40	4	○
55	1998	島根	島根リハビリテーション学院	30	4	○
56	1999	宮城	東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科	60	4	○
57	1999	埼玉	埼玉県立大学保健医療福祉学部作業療法学科	40	4	○
58	1999	三重	専門学校ユマニテク医療福祉大学校	40	4	○
59	1999	宮崎	九州保健福祉大学保健科学部作業療法学科	40	4	○
60	1999	鹿児島	鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻	20	4	○
61	2000	山形	山形県立保健医療大学保健医療学部	20	4	○
62	2000	栃木	マロニエ医療福祉専門学校	24	4	○
63	2000	東京	東京YMCA医療福祉専門学校	30	3	○
64	2000	東京	関東リハビリテーション専門学校	夜 40	4	○
65	2000	石川	専門学校金沢リハビリテーションアカデミー	35	3	○
66	2000	大阪	大阪リハビリテーション専門学校	夜 40	3	○
67	2000	大阪	大阪医専	夜 40	4	
	2000	大阪	大阪医専	40	4	
68	2000	兵庫	神戸総合医療専門学校	40	3	○
69	2000	広島	広島医療保健専門学校	(募集停止) 4		○
70	2000	広島	県立広島大学保健福祉学部作業療法学科	30	4	○
71	2000	徳島	徳島健祥会福祉専門学校	40	3	○
72	2000	熊本	メディカルカレッジ青照館	40	4	
73	2001	北海道	札幌リハビリテーション専門学校	40	4	○
74	2001	青森	弘前大学医学部保健学科作業療法学専攻	20	4	○
75	2001	茨城	アール医療福祉専門学校	40	4	○
76	2001	群馬	前橋医療福祉専門学校	40	4	
77	2001	千葉	千葉・柏リハビリテーション学院	80	4	
78	2001	新潟	新潟医療福祉大学医療技術学部作業療法学科	40	4	○
79	2001	長野	長野医療技術専門学校	(募集停止) 4		○
80	2001	兵庫	関西総合リハビリテーション専門学校	40	3	○
81	2001	岡山	玉野総合医療専門学校	40	4	○
82	2001	福岡	福岡国際医療福祉学院	40	3	○
83	2001	福岡	専門学校麻生リハビリテーション大学校	40	3	○
	2002	福岡	専門学校麻生リハビリテーション大学校	夜 40	4	○
84	2001	大分	藤華医療技術専門学校	30	3	○
85	2002	群馬	太田医療技術専門学校	40	4	
86	2002	東京	帝京平成大学健康メディカル学部作業療法学科	60	4	○

87	2002	神奈川	横浜YMCA学院専門学校	40	4	○
88	2002	神奈川	昭和大学保健医療学部作業療法学科	30	4	○
89	2002	愛知	理学・作業名古屋専門学校	40	4	
90	2002	愛知	星城大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	40	4	○
91	2002	大阪	大阪医療福祉専門学校	夜 40	4	○
	2002	大阪	大阪医療福祉専門学校	40	3	○
92	2002	島根	松江総合医療専門学校	40	3	○
93	2002	広島	朝日医療専門学校 福山校	40	4	○
94	2002	香川	専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ	40	3	○
95	2002	福岡	福岡リハビリテーション専門学校	40	4	
96	2002	長崎	長崎大学医学部保健学科作業療法学専攻	18	4	○
97	2002	鹿児島	鹿児島第一医療リハビリ専門学校	40	3	○
98	2002	沖縄	琉球リハビリテーション学院	40	3	○
	2004	沖縄	琉球リハビリテーション学院	夜 40	3	○
99	2003	青森	東北メディカル学院	30	4	○
100	2003	宮城	仙台リハビリテーション専門学校	30	3	○
101	2003	秋田	秋田大学医学部保健学科作業療法学専攻	18	4	○
102	2003	神奈川	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部リハビリテーション学科	20	4	○
103	2003	山梨	健康科学大学健康科学部作業療法学科	80	4	○
104	2003	長野	信州大学医学部保健学科作業療法学専攻	18	4	○
105	2003	愛知	国際医学技術専門学校	40	3	○
106	2003	大阪	大阪府立大学総合リハビリテーション学類作業療法学専攻	25	4	○
107	2003	山口	専門学校YICリハビリテーション大学校	40	4	○
108	2003	福岡	福岡天神医療リハビリ専門学校	40	3	
109	2003	福岡	専門学校久留米リハビリテーション学院	40	4	○
110	2003	福岡	北九州リハビリテーション学院	40	3	○
111	2004	北海道	北海道大学医学部保健学科作業療法学専攻	18	4	○
112	2004	千葉	八千代リハビリテーション学院	40	3	○
113	2004	東京	彰栄リハビリテーション専門学校	40	3	○
	2005	東京	彰栄リハビリテーション専門学校	夜 40	4	○
114	2004	静岡	聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部作業療法学科	30	4	○
115	2004	愛知	藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科作業療法専攻	35	4	○
116	2004	京都	京都大学医学部人間健康科学科作業療法学専攻	18	4	○
117	2004	大阪	藍野大学医療保健学部作業療法学科	40	4	○
118	2004	福岡	小倉リハビリテーション学院	40	3	○
119	2004	宮崎	宮崎保健福祉専門学校	35	3	○
120	2005	埼玉	目白大学保健医療学部作業療法学科	60	4	○
121	2005	静岡	富士リハビリテーション専門学校	40	3	○
122	2005	愛知	あいち福祉医療専門学校	40	3	○
123	2005	大阪	四條畷学園大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	40	4	○
124	2005	兵庫	西はりま医療専門学校	40	3	
125	2005	兵庫	神戸学院大学総合リハビリテーション学部	40	4	○
126	2005	福岡	帝京大学福岡医療技術学部	40	4	
127	2005	福岡	国際医療福祉大学・福岡保健医療学部作業療法学科	40	4	○
128	2006	埼玉	文京学院大学保健医療技術学部作業療法学科	40	4	○

129	2006	埼玉	上尾中央医療専門学校	40	3	○
130	2006	神奈川	国際医療福祉大学小田原保健医療学部作業療法学科	40	4	○
131	2006	福井	福井医療短期大学リハビリテーション学部作業療法学専攻	40	3	
132	2006	京都	佛教大学保健医療技術学部作業療法学科	40	4	○
133	2006	大阪	大阪河崎リハビリテーション大学リハビリテーション学部 リハビリテーション学科作業療法学専攻	60	4	○
134	2006	兵庫	平成リハビリテーション専門学校	夜 30	3	○
	2006	兵庫	平成リハビリテーション専門学校	30	3	○
135	2006	兵庫	姫路獨協大学医療保健学部作業療法学科	40	4	○
136	2006	長崎	長崎リハビリテーション学院	40	3	○
137	2006	熊本	九州中央リハビリテーション学院	40	4	○
138	2007	北海道	北海道文教大学人間科学部作業療法学科	40	4	○
139	2007	宮城	仙台保健福祉専門学校	40	4	○
140	2007	埼玉	日本医療科学大学保健医療学部リハビリテーション学科	40	4	○
141	2007	石川	国際医療福祉専門学校 七尾校	35	3	○
142	2007	愛知	東海医療科学専門学校	40	3	○
143	2007	兵庫	兵庫医療大学リハビリテーション学部作業療法学科	40	4	○
144	2007	愛媛	四国中央医療福祉総合学院	40	3	○
145	2007	愛媛	河原医療大学校	40	4	○
146	2007	福岡	福岡和白リハビリテーション学院	40	3	○
147	2007	佐賀	西九州大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	40	4	○
148	2007	熊本	熊本保健科学大学保健科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	40	4	○
149	2008	北海道	札幌医療リハビリ専門学校	40	3	
	2008	北海道	札幌医療リハビリ専門学校	夜 40	3	
150	2008	宮城	東北福祉大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	40	4	○
151	2008	千葉	帝京平成大学地域医療学部作業療法学科	40	4	○
152	2008	山梨	帝京科学大学医療科学部リハビリテーション学科	40	4	○
153	2008	愛知	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	40	4	○
154	2008	愛知	名古屋医専	夜 (募集停止) 4		
	2008	愛知	名古屋医専	40	4	
155	2008	愛知	愛知医療学院短期大学リハビリテーション学科作業療法学専攻	40	3	○
156	2008	兵庫	神戸医療福祉専門学校三田校	40	4	○
157	2008	福岡	福岡医健専門学校	40	4	○
158	2008	熊本	熊本駅前看護リハビリテーション学院	40	4	○
159	2008	宮崎	宮崎リハビリテーション学院	40	3	○
160	2009	青森	弘前医療福祉大学保健学部医療技術学科作業療法学専攻	40	4	○
161	2009	千葉	千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	25	4	○
162	2009	東京	首都医校	夜 40	4	
	2009	東京	首都医校	40	4	
163	2009	静岡	浜松大学保健医療学部作業療法学科	(募集停止) 4		
164	2009	大阪	大阪保健医療大学保健医療学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	30	4	○
165	2010	東京	東京工科大学医療保健学部作業療法学科	40	4	○
166	2010	愛知	中部大学生命健康科学部作業療法学科	40	4	○
167	2011	宮城	東北保健医療専門学校	40	3	○

168	2011	東京	杏林大学保健学部作業療法学科	40	4	○
169	2011	岐阜	岐阜保健短期大学	40	3	
170	2011	大阪	関西福祉科学大学保健医療学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	40	4	○
171	2011	広島	広島国際大学総合リハビリテーション学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	40	4	○
172	2011	福岡	九州栄養福祉大学リハビリテーション学部	40	4	○
173	2012	群馬	群馬医療福祉大学リハビリテーション学部作業療法専攻	25	4	○
174	2012	東京	東京医療学院大学保健医療学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	30	4	○
175	2012	京都	京都医健専門学校	40	4	○
176	2013	北海道	北海道医療大学リハビリテーション科学部作業療法学科	40	4	*
177	2013	宮城	仙台青葉学院短期大学リハビリテーション学科	40	3	*
178	2013	新潟	新潟リハビリテーション大学医療学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	40	4	*
179	2013	石川	金城大学医療健康学部作業療法学科	35	4	*
180	2013	静岡	常葉大学保健医療学部作業療法学科	40	4	○
181	2013	広島	広島都市学園大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	40	4	*
182	2013	愛媛	南愛媛医療アカデミー	25	3	*
183	2014	岐阜	平成医療短期大学リハビリテーション学科作業療法士専攻	40	3	*
184	2014	大阪	大和大学保健医療学部総合リハビリテーション学科作業療法学専攻	40	4	*
185	2015	北海道	日本医療大学保健医療学部リハビリテーション学科	40	4	*
186	2015	神奈川	湘南医療大学保健医療学部リハビリテーション学科	40	4	*
187	2015	長野	長野保健医療大学保健科学部	40	4	*
188	2015	鳥取	鳥取市医療看護専門学校	40	3	*

WFOT 認定は卒業生が出る年度からの申請であり、WFOT 認定欄*は新設校で、2015年度に卒業生のいない養成校。

資料8 作業療法士国家試験問題における協会意見と厚生労働省発表結果

作業療法士国家試験について（日本作業療法士協会意見）							
年度	回数	国家試験 実施日	意見書として提出		その他の意見として付記		
			複数の解が選択できると思われる問題数	複数の選択肢を正解とすることが望ましい・また提示された選択肢からは解を選択する判断ができないと思われる問題	用語や設問の表現等が不適切であり選択肢の理解に戸惑う要因となっている問題数	消去法や優先順位等から解は選べるものの該当すると言いきれない問題数	消去法や優先順位等から解は選べるものの他の選択肢も該当する可能性がある問題数
2010	第46回	H23.2.27	5	1	0	0	1
2011	第47回	H24.2.26	6	1	2	2	1
2012	第48回	H25.2.24	2	2	0	1	0
2013	第49回	H26.2.23	4	1	5	1	4
2014	第50回	H27.3.1	4	3	1	0	2
2015	第51回	H28.2.28	3	1	0	0	3

作業療法士国家試験における採点除外等の取り扱いをした問題について（厚生労働省発表）									
年度	回数	国家試験 実施日	採点除外等の 取り扱いをした問題 数	理由					
				設問が不適切で正解が得られないため、(採点対象から除外する)	設問が不十分で正解が得られないため、(採点対象から除外する)	設問文の表現が不明確で正解が得られないため、(採点対象から除外する)	選択肢において正解を得ることが困難なため、(採点対象から除外する)	選択肢の表現が曖昧で正解を得ることが困難なため、(採点対象から除外する)	選択肢に正解がないため、(採点対象から除外する)
2010	第46回	H23.2.27	6	0	0	1	0	1	0
2011	第47回	H24.2.26	3	0	0	0	0	0	0
2012	第48回	H25.2.24	2	0	1	0	1	0	0
2013	第49回	H26.2.23	7	2	1	0	0	0	0
2014	第50回	H27.3.1	4	0	0	0	0	0	1
2015	第51回	H28.2.28	2	1	0	0	1	0	0

作業療法士国家試験における採点除外等の取り扱いをした問題について（厚生労働省発表）								
年度	回数	国家試験 実施日	理由					
			選択肢に誤りがあり、正解が得られないため、(採点対象から除外する)	問題として適切であるが、受験者レベルでは難しすぎるため、(採点対象から除外する)	複数の正解があるため、(複数の選択肢を正解として採点する)	選択肢4の表現が曖昧で必ずしも誤りとはいえないため、3通りの解答を正解とする、(複数の選択肢を正解とする)	選択肢2及び3の表現が曖昧で必ずしも誤りとはいえない、(複数の選択肢を正解とする)	現時点では受験者レベルとしては難しすぎるため、(不正解者のみ採点対象から除外する)
2010	第46回	H23.2.27	0	0	1	1	1	1
2011	第47回	H24.2.26	0	0	3	0	0	0
2012	第48回	H25.2.24	0	0	0	0	0	0
2013	第49回	H26.2.23	0	0	4	0	0	0
2014	第50回	H27.3.1	1	1	1	0	0	0
2015	第51回	H28.2.28	0	0	0	0	0	0

資料9 要望書一覧(2011年度～2015年度)

年度	提出年月日	要望書・意見書名	提出先	要望概要	補足
2011 (H 23)	平成23年 8月15日	精神科医療における診療報酬改定について(要望)	厚生労働省 保険局医療課長	1: I 007精神科作業療法の規定(改)・取扱い人数および時間の見直し・実施時間の見直し・施設面積の見直し・算定要件の見直し・加算(新設), 2: 精神科リハビリテーション総合実施計画評価料(新設), 3: 精神科デイケアの人員見直し(改)	
	平成23年 8月15日	身体障害関連分野における診療報酬改定について(要望)	厚生労働省 保険局医療課長	疾患別リハビリテーション料の整合性向上となる更なる充実を目的とした見直し 1: H000心大血管疾患リハビリテーション料算定要件における作業療法士による関わりの追加 2: B001-7リンパ浮腫指導管理料算定要件における作業療法士による関わりの追加要望 3: A242 呼吸ケアチーム加算における作業療法士の職名記載 4: グループワーク(複数名)の環境下で行うリハビリテーションの評価	
	平成23年 8月15日	リハビリテーション供給体制の見直しについて(要望)	厚生労働省 保険局医療課長	I 国民への質の高いリハビリテーションの提供(1) 疾患別リハビリテーション料の統一について(2) リハビリテーション料の単位制限の見直しについて(3)がん患者リハビリテーション料施設基準取得のための研修会について(4) 外来でのがん患者リハビリテーション料の算定について(5) 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションについて II 急性期リハビリテーションの更なる充実(1) 施設基準の緩和について(2) 術前リハの算定について(3)運動器リハビリテーション料I施設における外来算定要件の変更について(4)在宅急性期及び亜急性期患者に対する診療所リハビリテーションの充実について III医療保険・介護保険の連携強化(1)回復期リハビリテーション病棟での地域連携加算について(2)回復期病棟リハビリテーションでの退院時訪問指導料について(3)退院時カンファレンス加算について(4)算定日数制限超えの月13単位の継続について	日本理学療法士協会, 日本言語聴覚士協会との連名
	平成23年 8月16日	平成24年度介護報酬改定について(要望)	厚生労働省 老健局長	I 介護保険事業におけるリハビリテーション機能の強化(A)介護老人保健施設における在宅復帰機能の再編1. リハビリテーション専門職配置による在宅復帰機能強化と在宅復帰率の向上(B)地域生活を支援するためのリハビリテーションの充実1. 通所リハビリテーション事業所の強化①リハビリテーション専門職によるリハビリテーション提供体制の強化②短期集中・認知症初期集中リハビリテーション加算の起算日の変更と時間枠の拡大2. 訪問リハビリテーションの充実①複合機能を有する共同利用型訪問リハビリテーションステーションの設置(C)1. 福祉用具導入時のリハビリテーション専門職による支援とその評価II地域包括支援センターの機能充実(A)介護予防事業(地域支援事業)におけるリハビリテーション専門職の活用促進とその評価III自立支援型・居宅ケアプラン策定の促進(A)リハビリテーション専門職による居宅療養管理指導の評価	日本理学療法士協会, 日本言語聴覚士協会との連名

2011 (H 23)	平成23年 11月21日	介護保険領域における訪問看護ステーションと同様な訪問リハビリステーションの創設のお願い(要望)	厚生労働大臣、民主党幹事長	「共同利用型訪問リハビリテーション」の設置を要望	日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会との連名
	平成23年 11月28日	平成24年度介護財源確保のための要望書	厚生労働大臣	1：介護職員処遇改善交付金のベース化、2：介護およびリハビリテーションのサービス機能の充実等に必要な予算の確保	全国老人保健施設連盟、日本慢性期医療協会、全国個室ユニット型施設推進協議会、日本介護福祉会、日本介護支援専門員協会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会との連名
	平成24年 2月8日	平成24年度診療報酬改定通知・通達に関する要望	厚生労働省保険局医療課長	I 身体障害領域 (1) リンパ浮腫指導管理料 (2) 心大血管リハビリテーション料 II 精神障害関連領域 (3) 精神科療養病棟の退院支援の評価 (4) 児童・思春期精神科入院管理料 (5) 精神科リエゾンチーム加算の新設 (6) 精神科デイ・ケア等の見直し	
	平成24年 2月8日	平成24年度介護報酬改定通知・通達に関する要望	厚生労働省老健局老人保健課長	1：訪問リハビリテーション事業および訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションの週6回 (120分) 制限について、2：サテライト型訪問リハビリテーション事業所の設置要件について、3：通所リハビリテーション等における介護報酬算定起算日について、4：リハ専門職－介護との連携について	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会
	平成24年 3月4日	第47回作業療法士国家試験実施について (意見)	厚生労働省医政局医事課試験免許室長	「作業療法士国家試験受験者留意事項」について等	
	平成24年 3月4日	第47回作業療法士国家試験実施について (意見)	厚生労働省医政局医事課試験免許室長	複数回答選択ができる問題等 設問内容の適切さ及び出題形式について	
2012 (H 24)	平成24年 4月17日	平成24年度診療報酬・介護報酬に関する要望	医療技術者団体協議会会長	【診療報酬】精神科医療の充実、チーム医療の推進 【介護報酬】訪問リハビリテーションにおける重度在宅利用者への支援、介護保険下におけるチーム連携の向上を要望	
	平成24年 4月21日	特別支援教育に関する要望	文部科学省初等中等教育局特別支援教育課長	1.特別支援学校および教育センターにおける専門職の配置について2.改正障害者基本法を踏まえた体制整備について3.高等学校における発達障害のある生徒のキャリア教育の充実に向けて4.インクルーシブ教育システム構築に向けて	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会 ※日本作業療法士協会誌No 3：2012年6月号20頁

2012 (H 24)	平成 24 年 5 月 11 日	障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの事業・施設等に関する要望	厚生労働大臣	1. 障害福祉サービスの事業・施設等におけるリハビリテーション専門職の活用について 2. 障害程度区分認定による支給決定事務におけるリハビリテーション専門職の活用について 3. 在宅における認知症の人（アウトリーチ推進事業）への作業療法士の積極的な活用について 4. 地域ケア多職種協働推進等事業における作業療法士の積極的活用について	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会，日本作業療法士協会，日本言語聴覚士協会 ※ 日本作業療法士協会誌 No 3：2012 年 6 月号 21 頁
	平成 24 年 6 月 1 日	要望書	民主党政策調査会会長代理	今後の大規模災害時支援体制作りへの要望	
	平成 24 年 9 月 6 日	リンパ浮腫治療への対応について（要望）	厚生労働省保険局医療課長	「リンパ浮腫療法士」の受験資格に作業療法士の職名記載の要望	
	平成 24 年 11 月 7 日	平成 24 年度診療報酬改定後に関するリハビリテーションの課題について（要望）	厚生労働省保険局長，医療課長	1. リハビリテーション提供体制の変化と今後の専門職の配置 2. チーム医療の推進のために 1) 心大血管疾患リハビリテーション料 2) リンパ浮腫指導管理料 3) 呼吸ケアチーム加算 4) 緩和ケア病棟について 3. 回復期リハビリテーション病棟一介護連携（退院前訪問指導等について） 4. 慢性期リハビリテーション医療について（算定日数制限超過の場合の 13 単位リハビリテーション料の継続） 5. 精神科医療の充実（精神科における個別対応での作業療法士の関わりについて）	日本作業療法士協会誌 No 9：2012 年 12 月号 12-13 頁
	平成 24 年 11 月	要望書	厚生労働大臣，民主党企業団体対策委員会，委員長	1. 新人教育を法律等で義務化すると共にかかる費用を予算計上すること 2. 介護給付費分科会のメンバーに標記 3 団体を代表するものを加えること	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会，日本作業療法士協会，日本言語聴覚士協会 ※ 日本作業療法士協会誌 No 9：2012 年 12 月号 14-15 頁
	平成 24 年 12 月 17 日	特定看護師（仮称）問題について	チーム医療推進会議座長	特定看護師（仮称）について慎重な議論を要望した	チーム医療推進協議会構成員として提出
	平成 24 年 12 月 21 日	精神科医療における診療報酬改定要望の要約	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害課	I 急性期治療の充実に向けて・精神科作業療法の施設基準（見直しと新設） II 身体合併症を有する患者への対応に向けて・身体合併症を有する患者への精神科作業療法での対応（見直し） III 精神科チーム医療の推進と地域生活支援の整備に向けて・精神科リハビリテーション総合実施計画（新設） IV 認知症に関する生活支援に向けて・認知症治療病棟 作業療法士の配置（新設） V 認知症治療病棟 機能訓練の時間数（見直し）	

2012 (H 24)	平成 25 年 1 月 15 日	障害者自立支援法に基づく障害程度区分認定審査会等における作業療法士の活用について（要望）	都道府県知事、特別区・市町村の長	障害程度区分認定審査会並びに障害者介護給付費等不服審査会委員への作業療法士の登用を要望	
	平成 25 年 2 月 5 日	「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について」に対する意見（要望）	文部科学省初等中等教育局特別支援教育課長	1：通常の学級における作業療法士・理学療法士・言語聴覚士の活用，2：保健・医療・教育・福祉等の関係機関との連携，3：今後の調査研究について	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会，日本作業療法士協会，日本言語聴覚士協会
	平成 25 年 2 月 7 日	平成 26 年度身体障害領域における診療報酬改定について【要望】	厚生労働省保険局長，医療課長	1．リハビリテーション提供体制の変化と今後の専門職の配置 2．チーム医療の推進のために 1）心大血管疾患リハビリテーション料 2）リンパ浮腫指導管理料 3）呼吸ケアチーム加算 4）緩和ケアにおけるリハビリテーション 3．回復期リハビリテーション病棟一介護連携 1）退院前訪問指導料の出来高算定等について 4．慢性期リハビリテーション医療について 1）算定日数制限超えの場合の 13 単位リハビリテーション料の継続	
	平成 25 年 2 月 7 日	平成 26 年度精神科専門療法における診療報酬改定について【要望】	厚生労働省保険局長，医療課長	1．急性期治療の充実に向けて 1）精神科作業療法の施設基準（見直しと新設） 2．身体合併症を有する患者への対応に向けて 1）身体合併症を有する精神科作業療法での対応（見直し） 3．精神科チーム医療の推進と地域生活支援の整備に向けて 1）精神科リハビリテーション総合実施計画（新設） 4．認知症入院患者に関する生活支援の充実に向けて 1）認知症治療病棟 60 床 1 人から 30 床 1 人の作業療法士配置 2）生活機能回復訓練 1 日 4 時間を 2 時間とし，個別リハビリテーションを 2 時間とする	
	平成 25 年 2 月 28 日	特別支援学校等における作業療法士の活用について	各都道府県教育委員会	障害の重度・重複化に伴う特別支援学校におけるセンター的機能の更なる充実のために「作業療法士」の積極的活用を要望	
	平成 25 年 3 月 4 日	第 48 回作業療法士国家試験問題について（意見）	厚生労働省医政局医事課試験免許室長	複数回答選択ができる問題等	
	平成 25 年 3 月 4 日	第 48 回作業療法士国家試験実施について（意見）	厚生労働省医政局医事課試験免許室長		

2013 (H 25)	平成 25 年 6 月 27 日	平成 26 年度診療報酬改定に関する要望書（リハビリテーション提供体制の見直し）	厚生労働省 保険局医療課長	I 高度急性期医療の推進・急性期病棟専従配置加算の新設 II 在宅医療の推進・診療情報提供料 I に早期加算対象外来リハビリテーション紹介加算の新設・早期加算対象者の拡大・早期算定期間に退院したりハ必要患者に対し 3 ヶ月間の医療と介護の併用 III リハビリテーション医療の充実・疾患別リハビリテーション料の一部統一・緩和ケアの促進・リンパ浮腫指導管理料における作業療法士の職名追記・精神科リハビリテーション総合実施計画料の新設・小児外来リハビリテーション等における医療・教育連携チーム加算の新設・脳血管疾患等リハビリテーション料における言語聴覚士の職名記載・言語聴覚士における臨床心理・神経心理検査の追加 IV 医師の負担の軽減（チーム医療の推進）・外来リハビリテーション診療料の規制緩和 V 医療と介護の円滑な連携・標準的算定日数越えにおける除外規定範囲の適正化・回復期病床退院後指導加算・回復期リハビリテーション病棟入院料における退院前訪問指導料出来高算定・退院時リハビリテーション指導料を算定できる職種に言語聴覚士を追加	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会として提出
	平成 25 年 7 月	平成 26 年度診療報酬改定に関する要望書（リハビリテーションにおける施設基準および職名追記について）	厚生労働省 保険局医療課長	I リハビリテーション医療の充実・緩和ケアの促進・リンパ浮腫指導管理料における作業療法士の職名追記・脳血管疾患等リハビリテーション施設基準 I に言語聴覚士を配置・難病患者リハビリテーション料における言語聴覚士の職名記載・言語聴覚士における臨床心理・神経心理検査の追加・脳血管疾患等リハビリテーション料の対象疾患・障害への嚥下障害の追記 II 医療と介護の円滑な連携・退院時リハビリテーション指導料を算定できる職種に言語聴覚士を追加	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会として提出
	平成 25 年 8 月 19 日	平成 26 年度診療報酬改定に関する要望書	厚生労働省 保険局長	I：病棟チーム医療加算の新設，2：がん患者チーム外来医療加算の新設，3：生活習慣病チーム医療加算の新設，4：救急チーム医療加算の新設，5：透析患者チーム医療加算の新設，6：緩和ケア診療要件の見直し	チーム医療推進協議会として提出
	平成 25 年 9 月 3 日	平成 26 年度診療報酬改定に関する要望書（リハビリテーション提供体制の見直し）	厚生労働省 保険局医療課長	I 入院期間短縮の促進・ECU、ICU 等における理学療法士等の専従配置加算の新設・急性期一般病棟における理学療法士等の専従配置加算の新設 II 在宅医療の推進・術後 30 日以内の外来リハビリテーション患者に対する紹介加算の新設・外来における早期リハビリテーション（初期加算および早期加算）の適用・医療保険および介護保険の一定期間の併用 III リハビリテーション医療の充実・疾患別リハビリテーション料の一部統一・精神科リハビリテーション総合実施計画料の新設・小児外来リハビリテーション・教育機関・連携実施記録料の新設 IV 医師の負担の軽減（チーム医療の推進）・外来リハビリテーション診療料のカンファランス要件の緩和 V 医療と介護の円滑な連携・維持期リハビリテーションにおける月 13 単位の継続・回復期リハビリテーション病棟における訪問リハビリテーションシステムの構築	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会として提出

2013 (H 25)	平成 25 年 9 月 3 日	平成 26 年度診療報酬改定に関する要望書（リハビリテーションにおける施設基準および職名追記について）	厚生労働省 保険局医療課長	I リハビリテーション医療の充実・緩和ケアの促進・リンパ浮腫指導管理料における作業療法士の職名追記・脳血管疾患等リハビリテーション施設基準 I に言語聴覚士を配置・難病患者リハビリテーション料における言語聴覚士の職名記載・言語聴覚士における臨床心理・神経心理検査の追加・脳血管疾患等リハビリテーション料の対象疾患・障害への嚥下障害の追記 II 医療と介護の円滑な連携・退院時リハビリテーション指導料を算定できる職種に言語聴覚士を追加	リハビリテーション三協会協議会：日本理学療法士協会，日本作業療法士協会，日本言語聴覚士協会として提出
	平成 25 年 9 月 25 日	平成 26 年度診療報酬に関する要望書【身体障害関連領域】	厚生労働省 保険局長， 医療課長	1. 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準への作業療法士の職名追記 2. リンパ浮腫指導管理料の算定職種への作業療法士の職名追記 3. 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの評価 4. 小児外来リハビリテーション教育機関・連携実施記録料の新設	
	平成 25 年 9 月 25 日	平成 26 年度診療報酬に関する要望【精神科専門療法領域】	厚生労働省 保険局長， 医療課長	1. 急性期治療の充実に向けて 1) 精神科作業療法の施設基準（見直しと新設）2. 身体合併症を有する患者への対応に向けて 1) 身体合併症を有する精神科作業療法での対応（見直し）3. 精神科チーム医療の推進と地域生活支援の整備に向けて 1) 精神科リハビリテーション総合実施計画（新設）4. 認知症入院患者に関する生活支援の充実に向けて 1) 認知症治療病棟 60 床 1 人から 30 床 1 人の作業療法士配置 2) 生活機能回復訓練 1 日 4 時間を 2 時間とし，個別リハビリテーションを 2 時間とする	（日本作業療法士協会・日本老年精神医学会・日本認知症ケア学会）との連名
	平成 25 年 10 月 3 日	平成 26 年度診療報酬改定に関する要望書	厚生労働省 保険局長	平成 25 年 8 月 19 日提出の要望書に，当協会の他，日本医療社会福祉協会，日本救急救命士協会，日本理学療法士協会，日本臨床衛生検査技師会，日本臨床心理士会より個別要望が出たため，前回の要望等も含めて再要望	チーム医療推進協議会として提出
	平成 25 年 10 月 11 日	平成 26 年度診療報酬改定におけるリハビリテーションに関する要望	厚生労働省 保険局長， 医療課長	1：急性期リハビリテーションの充実，2：回復期リハビリテーションの質の向上，3：医学的リハビリテーションの開始について，4：廃用症候群の見直し，5：外来リハビリテーション診療料の見直し，6：小児外来リハビリテーションにおける教育機関への情報提供，7：改善が見込めない場合の算定日数超えの要介護被保険者等の個別リハ料の評価について，8：神経学的検査とリハ科医師について，9：間歇的経口経管栄養法について，10：嚥下調整食について，11：在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の見直し，12：在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料における医療保険と介護保険の給付調整について，13：リハビリテーションの施設基準の見直し	リハビリテーション医療関連団体協議会として提出
	平成 25 年 12 月 24 日	作業療法士の名称の使用等に係る周知について（要望）	厚生労働省 医政局長， 医療課長	介護予防事業・地域生活支援事業等において「作業療法士」の名称使用，その際診療補助に該当しないことから，医師の指示は不要であること	
	平成 26 年 2 月 6 日	心大血管疾患に対する作業療法の対応について（お願い）	厚生労働省 保険局長， 医療課長	平成 26 年度の診療報酬改定の骨子における「廃用症候群の対象の厳格化」により，患者支援にさらなる支障が生じることが懸念されるため，作業療法士の対応について検討いただきたい	

2013 (H 25)	平成 26 年 3 月 3 日	第 49 回作業療法士国家試験問題について (意見)	厚生労働省 医政局医事課試験免許室長	複数回答選択ができる問題等	
	平成 26 年 3 月 3 日	第 49 回作業療法士国家試験実施について (意見)	厚生労働省 医政局医事課試験免許室長	試験監督者の対応について	
2014 (H 26)	平成 26 年 5 月 1 日	作業療法士の名称の使用等について (要望)	厚生労働省 医政局長, 医事課長	介護予防事業・地域生活支援事業等において「作業療法士」の名称使用, その際診療補助に該当しないことから, 医師の指示は不要であること	
	平成 26 年 6 月 1 日	心大血管疾患リハビリテーション料に作業療法士の職名が追記されたことについて (共同声明)	協会員	日本心臓リハビリテーション学会と連携して臨床, 教育, 研究の充実を図り, 心大血管疾患を有する国民に対する支援を強化していくため, 6 つの声明を出した	日本心臓リハビリテーション学会との共同声明 ※日本作業療法士協会誌 N o 27 : 2014 年 6 月号 4-6 頁
	平成 26 年 9 月 25 日	平成 27 年度介護報酬改定に関する要望事項	厚生労働省 老健局老人保健課長	1: 自立支援型の介護サービスの推進に向けた, リハビリテーションサービスのさらなる充実, 2: 自立支援に資する他職種との連携促進, 3: 自立支援に資する地域支援事業に向けたリハビリテーションの専門職の活用, 4: 生活行為向上マネジメント手法の活用, 5: コミュニケーションや嚥下機能に問題をもつ利用者の, 自立した生活を支える専門職の活用	リハビリテーション専門職団体協議会として提出
	平成 26 年 11 月 25 日	平成 27 年度介護報酬改定に関する要望	厚生労働省 老健局老人保健課長	介護保険における通所リハおよび訪問リハ等のリハビリテーションサービスは, 医療保険に比べ医師の関与が乏しく, 必ずしも医学的管理下のリハビリテーションとは言い難い傾向にあることから, 医師の診察を含めたマネジメント体制を改めて確立すべきと考える	リハビリテーション医療関連団体協議会として提出
	平成 27 年 3 月 9 日	第 50 回作業療法士国家試験問題について (意見)	厚生労働省 医政局医事課試験免許室長	複数回答選択ができる問題等	
2015 (H 27)	平成 27 年 9 月 30 日	平成 28 年度診療報酬改定に関する要望	厚生労働省 保険局医療課長	●リハビリテーション提供体制について 1: 急性期に関する提案, 2: 回復期に関する提案, 3: 精神科病棟に関する提案, 4: リハビリテーション医療の充実に関する提案, 5: 医療-介護間での「活動と参加」に向けた連携の充実 ●リハビリテーション専門職団体協議会での要望職名追記に関して 1: 呼吸器・運動器リハビリテーション料における言語聴覚士の介入, 2: 言語聴覚士, 作業療法士の呼吸ケアチームへの参加, 3: 難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を職名追記, 4: 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (II) における言語聴覚士の専従要件の見直し, 5: 摂食機能療法における摂食嚥下障害者の主疾患の拡大, 6: 臨床心理・神経検査の追加	リハビリテーション専門職団体協議会として提出

2015 (H 27)	平成 27 年 9 月 30 日	平成 28 年度診療報酬改定におけるリハビリテーションに関する要望	厚生労働省 保険局医療課長	1: 急性期リハビリテーションの更なる充実, 2: 廃用症候群の見直し, 3: がん患者リハ料の見直し, 4: 回復期リハビリテーションの質の向上, 5: 算定日数超えの維持期リハの評価の見直し, 6: 介護保険の訪問リハ利用者の急性増悪に対応する医療保険によるリハの見直し, 7: 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の見直し, 8: リハ施設基準における専門職の追加	全国リハビリテーション医療関連団体協議会として提出
	平成 27 年 11 月 20 日	平成 28 年度診療報酬改定について【要望】	厚生労働省 保険局医療課長	1: 医療-介護間での「活動と参加」に向けた連携の充実に関する提案～医療-介護間における ICF に基づいた「生活行為申し送り表」の活用～ 2: 精神科作業療法の施設面積（作業療法士 1 名につき 50㎡）について 3: 精神科作業療法の個別対応に対する評価について	
	平成 27 年 12 月 7 日	リンパ浮腫指導管理料の算定職種への作業療法士の職名追記のお願い	厚生労働省 保険局医療課長	リンパ浮腫指導管理料に作業療法士の職名記載	
	平成 28 年 1 月 29 日	H003-3 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料における標準的な実施時間の修正について（要望）	厚生労働省 保険局医療課長	心大血管疾患リハビリテーション料の作業療法を実施する場合の算定要件の緩和の検討	
	平成 28 年 2 月 2 日	Ⅲ-2（重点的な対応が求められる分野/認知症対策の推進）-①「身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価」における作業療法士の活用について（要望）	厚生労働省 保険局医療課長	【認知症ケア加算 1】への作業療法士の活用	
	平成 28 年 2 月 4 日	Ⅲ-3（重点的な対応が求められる分野/精神医療の推進）-②重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進（お伺い）	厚生労働省 保険局医療課長	精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準について	
	平成 28 年 2 月 26 日	Ⅲ-3（重点的な対応が求められる分野/精神医療の推進）-⑨専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価にかかる作業療法士の活用について（要望）	厚生労働省 保険局医療課長	専門的な児童・思春期精神科外来医療評価への作業療法士の活用	

※要望書の詳細は、「一般社団法人日本作業療法士協会ホームページ（<http://www.jaot.or.jp/>）>協会について>協会活動資料」に掲載していますが、一部表題のみがあります

資料10

一般社団法人 日本作業療法士協会

大規模災害時支援活動基本指針

平成 19 年 6 月 21 日 策定
平成 23 年 5 月 21 日 一部改定
平成 26 年 2 月 15 日 改定

目 次

- I. 本指針の目的
- II. 大規模災害の定義
- III. 本会の対応
 - 1. 国内の災害への支援
 - 1) 組織体制
 - (1) 平時
 - (2) 災害発生時
 - 2) 時期別の対応指針
 - (1) 平時の対応
 - (2) 災害発生時の対応
 - ①第1次対応
 - ②第2次対応
 - ③第3次対応
 - ④第4次対応
 - ⑤第5次対応
 - ⑥災害支援活動の終了
 - 2. 海外の災害への支援

資料

- 1)一般社団法人日本作業療法士協会災害対策本部規程
- 2)一般社団法人日本作業療法士協会「大規模災害を被った都道府県における作業療法士会の支援に関する規程」
- 3)一般社団法人日本作業療法士協会「災害時支援規程に係る内規」

I. 本指針の目的

本指針は、日本国内において大規模災害が発生した際には、一般社団法人日本作業療法士協会（以下、本会）と都道府県作業療法士会（以下、士会）が連携し、被災した会員及び一般市民への災害支援活動を迅速且つ円滑に行うこと、海外で大規模災害が発生した際には、被災国への支援を適切に行うことを目的とする。

II. 大規模災害の定義

本指針で定める大規模災害とは、自然災害（地震、津波、台風等による風水害・土砂災害、火山噴火等）、事故災害（原子力発電所等の核施設をはじめとする有害物質を取り扱う施設における事故、爆発、火災等）、その他の災害であって、多数の人的及び物的損失をもたらす、復旧・復興までに数ヶ月から数年に及ぶ長期間を要することが予想される災害のことをいう。必ずしも激甚災害（「激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律」の適用による）に指定された災害に限らない。

III. 本会の対応

1. 国内の災害への支援

1) 組織体制

(1) 平時

災害発生時速やかに災害支援活動が展開できるように災害対策室と事務局は以下の業務を行う。

① 災害対策室

- i 災害支援活動に係る各種マニュアルを作成し、必要に応じて更新する。
- ii 災害発生時の支援物資のリストアップと収集方法について検討する。
- iii 災害支援に関する研修等の企画・運営を行う。
- iv 一般社団法人日本作業療法士協会派遣災害支援ボランティア（以下「災害支援ボランティア」と略す）の登録及び更新を行う。
- v 災害支援に関して士会、関連団体との連携・調整を行う。

② 事務局

常に大規模災害に関する情報収集を行う。

(2) 災害発生時

- i 会長は、災害が発生した場合速やかに災害対策本部を設置する。
- ii 災害対策本部は、本会としての対応方針や支援策を審議し決定する。
- iii 災害対策室は、災害対策本部の指示に基づき、災害対策室長の指揮下、被災した都道府県作業療法士会（以下「当該士会」と略す）と密接に連携し、本会が行う災害支援活動を企画立案し、災害対策本部に上程する。
- iv 災害対策室は、災害対策本部にて決定された災害支援活動の工程管理を行い、その最終的な結果を災害対策本部に報告する。
- v 災害対策本部は、災害支援活動の実施にあたって事務局に連絡調整室を設置し、情報収集及び活動の事務処理を行わせる。

2) 時期別の対応指針

(1) 平時の対応

- ① 日本作業療法士協会版「大規模災害時支援活動基本指針」の整備・改定

- ② 各都道府県作業療法士会版「大規模災害時支援活動指針」策定の推奨と支援
- ③ 災害発生時の本会と士会間の連絡および連携のあり方の整備と確立
 - i 平時の連絡体制と連携方法に関して、災害対策室、事務局、士会組織担当理事、都道府県作業療法士会連絡協議会を中心に検討し、確立する。
 - ii 災害発生時の連絡体制と連携方法を、災害対策室、連絡調整室（平時の事務局）、士会組織担当理事、都道府県作業療法士会連絡協議会を中心に検討し、確立する。
- ④ 会員情報を含む本会の各種システム及びデータのバックアップ体制の整備
本会の事業継続計画（Business continuity planning: BCP）の一環として、会員個人情報を含む協会の各種システム及びデータは、分散した複数サーバーや定期的なバックアップにより保管・保護し、事業継続が可能な体制を整えておく。
- ⑤ 災害支援ボランティア登録制度の整備
平時より登録制にしており、災害支援ボランティア活動マニュアルと災害支援ボランティア受け入れマニュアルの作成・配布、必要に応じて研修等を行い、災害時に遅滞なく災害支援ボランティアを派遣できる体制を整えておく。
- ⑥ 災害時緊急支出金の確保
初期対応支援金をはじめとして、災害時に必要とされる支出の内容、対象、範囲等を一定程度想定し、緊急支出できる程度の資金を確保しておく。
- ⑦ 大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）への参画をはじめとする関連他団体との連携を図り、災害発生時の連絡体制と連携方法を整えておく。

(2) 災害発生時の対応

- ① 第1次対応（目安：発生直後～1週間以内）
 - i 会長は、定款施行規則第23条に基づく専決により、災害対策本部を設置し本部会議を招集する。それと同時に連絡調整室を設置する。
 - ii 連絡調整室は、災害対策本部長（以下「本部長」と略す）の指示に基づき、災害見舞いのメール発信を行う。
 - iii 連絡調整室は、本部長の指示に基づき、当該士会との間で連絡・連携開始の確認を行う。
 - iv 連絡調整室は、本部長の指示に基づき、情報収集を開始（被災状況の確認等）する。
 - v 災害対策室は、緊急対応方針案を災害対策本部に提案する。
 - vi 災害対策本部は、災害対策室の提案による緊急対応方針を審議し決定する。
 - vii 災害対策本部は、他団体との間で連絡・連携、齟齬のない対応の確認を行う。
 - viii 連絡調整室は、緊急対応方針に基づき初期対応を開始する。
 - ・ ホームページに見舞文の掲載
 - ・ 初期対応支援金の拠出
 - ・ 会費免除申請の受付開始
 - ・ 支援金受付口座の開設
 - ・ 災害支援ボランティアの派遣準備
 - ・ その他必要な対応
- ② 第2次対応（目安：発生後1週間～1ヶ月程度）
 - i 災害対策室及び連絡調整室は、当該士会や他団体との間で連絡・連携を図りながら、本会としての基本的な支援計画案を検討し災害対策本部へ提案する。
 - ii 災害対策本部は、災害対策室の提案による支援計画を審議し決定する。
 - iii 災害対策本部は、決定された支援計画を公表し、必要に応じた広報を行う。
 - iv 災害対策本部は、支援計画に基づき急性期支援活動を開始する。
 - ・ 避難所等への災害支援ボランティアの派遣
 - ・ 災害支援活動を実施する当該士会への資金や緊急に必要な物資の提供等
- ③ 第3次対応（目安：発生後1ヶ月～6ヶ月程度）
 - i 災害対策本部は、被災地の状況及び当該士会の要請に応じ、急性期から回復期支援活動

を継続的に展開する。

- ・避難所や仮設住宅等への災害支援ボランティアの派遣
- ・災害支援活動を実施する当該士会への資金や物資の提供等
- ii 災害対策本部は、支援活動の定期的な報告・広報を行う。
- iii 災害対策本部は、必要に応じて国や地方自治体、他団体に対する要望活動を行う。
- ④ 第4次対応（目安：発生後6ヶ月～1年程度）
 - i 災害対策本部は、被災地の状況及び当該士会の要請に応じ、回復期から生活期支援活動を継続的に展開する。
 - ・仮設住宅等への災害支援ボランティアの派遣
 - ・災害支援活動を実施する当該士会への資金や物資等の提供等
 - ii 災害対策本部は、支援活動の定期的な報告及び必要に応じた広報を行う。
 - iii 災害対策本部は、状況に応じて、暫定的な総括を行う。
 - iv 災害対策本部は、必要に応じて国や地方自治体、他団体に対する要望活動を行う。
- ⑤ 第5次対応（目安：必要に応じて、その後も継続）
 - i 災害対策本部は、被災地の状況及び当該士会の要請に応じ、復興に向けた支援活動を継続的に展開する。
 - ・仮設住宅や復興住宅等への災害支援ボランティアの派遣
 - ・災害支援活動を実施する当該士会への資金や物資等の提供等
 - ii 災害対策本部は、支援活動の定期的な報告及び必要に応じた広報を行う。
 - iii 災害対策本部は、状況に応じて、暫定的な総括を行う。
 - iv 災害対策本部は、必要に応じて国や地方自治体、他団体に対する要望活動を行う。
- ⑥ 災害支援活動の終了
 - i 本会理事会は、本会としての災害支援活動の終了を確認し、災害対策本部と連絡調整室を解散し、災害対策室の平時活動への移行を決定する。
 - ii 災害対策室は、被災状況と協会の対応を記録・整理し、事務局に永久保管する。

2. 海外の災害への支援

本会は、海外で大規模災害が発生した場合に、基本的にはWFOT等と連携して対応し、必要に応じて見舞い状、支援金を送ることができる。また、被災国、WFOT、JICA等の公的機関からの援助要請があった場合は適切に対応する。

一般社団法人 日本作業療法士協会

災害対策本部規程

平成 18 年 5 月 20 日

平成 23 年 5 月 21 日

平成 26 年 2 月 15 日

(目 的)

第 1 条 この規程は、一般社団法人日本作業療法士協会（以下「本会」という。）が設置する災害対策本部の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(災害の定義)

第 2 条 この規程にいう災害とは、大規模災害時支援活動基本指針に規定された大規模災害の定義に準ずる。

(災害対策本部の機能と権能)

第 3 条 災害対策本部は、災害発生後に、本件災害に局限して行う本会の対応について審議・決定するための臨時の機関とする。

2. 災害対策本部の権能は、本会理事会に準ずるものとする。

(災害対策本部の構成員)

第 4 条 災害対策本部長は、会長をもって充てる。会長に事故があるときは副会長がその職務を代理し、代理する順序はあらかじめ会長が指名した順序とする。

2. 災害対策副本部長は、副会長をもって充てる。副会長が災害対策副本部長の職務を執行する順序は、あらかじめ会長が指名した順序とする。

3. 災害対策本部員は、常務理事、理事、監事、事務局長（理事に含まれない場合）、災害対策室長（理事に含まれない場合）をもって充てる。

(災害対策本部の下部組織)

第 5 条 災害対策本部の下に、災害対策室と連絡調整室を置く。

2. 災害対策室は、平時における公益目的事業部門の災害対策室組織がそのまま移行するが、災害対策本部直轄の部署として機能するものとする。

3. 連絡調整室は、事務局の一部がその機能を果たし、1 乃至数名の本会法人職員が担当者として業務にあたることとする。

(災害対策本部の設置)

第 6 条 災害の発生にあたり、会長は、定款施行規則第 23 条に基づく会長専決により、この規程の適用を決め、災害対策本部を設置することができる。

2. 設置期間は必要に応じて会長が定めるものとする。

(災害対策本部会議)

第 7 条 災害対策に関する重要事項について審議・決定するため、災害対策本部は災害対策本部

会議を開催する。

2. 災害対策本部会議の運営は、理事会運営規程に準ずることとする。

3. 災害対策本部会議が審議・決定する重要事項には、次の各号を含むものとする。

- (1) 災害時の情報支援に係る本会の方針と活動内容
- (2) 災害時の人的支援に係る本会の方針と活動内容
- (3) 災害時の物的支援に係る本会の方針と活動内容
- (4) 災害時の経済的支援に係る本会の方針と活動内容
- (5) その他災害時に必要な支援に係る本会の方針と活動内容

(災害対策室の設置及び運営)

第8条 災害対策室は、災害対策本部の設置に伴って、本部直轄の部署に移行する。

2. 災害対策室は、災害対策室長の指揮監督下で、本会が行う災害支援活動を企画立案して災害対策本部に上程し、その実施にあたっては工程管理を行い、その最終的な結果を災害対策本部に報告する。

(連絡調整室の設置及び運営)

第9条 連絡調整室は、災害対策本部の設置に伴って、本部直轄の部署として、本会事務局内に設置される。

2. 連絡調整室長は、事務局長をもって充てる。事務局長に事故があるときは事務局次長がその職務を代理し、代理する順序はあらかじめ事務局長が指名した順序とする。

3. 連絡調整室は、災害対策本部会議の決定に基づき、災害対策室と密接に連携しながら、連絡調整室長の指揮監督下で、次の各号に示す事務を処理する。

- (1) 災害情報を収集し、これを整理すること。
- (2) 災害対策本部会議の決定事項を本会の関係部署に伝え、その実施の促進を図ること。
- (3) 災害対策本部会議の決定事項を都道府県作業療法士会連絡協議会長及び都道府県作業療法士会事務局に伝え、その実施の促進を図ること。
- (4) 災害対策本部会議の決定事項を被災した地域の作業療法士会災害対策本部（もしくはそれに該当する部署、以下同）に伝え、その実施の促進を図ること。
- (5) その他災害対策に必要な事務。

(災害対策本部等の解散)

第10条 災害対策本部の解散は、本会理事会が本会としての災害支援活動の終了を確認した上でこれを決議する。

2. 災害対策本部の解散に伴い、連絡調整室は解散し、災害対策室は平時活動へ移行する。

(規程の変更)

第11条 この規程は、理事会の決議によって変更できる。

附 則

1. この規程は、平成18年5月20日から施行する。
2. この規程は、平成23年5月21日から一部改正により施行する。
3. この規程は、平成26年2月15日から一部改正により施行する。

資料 2) 一般社団法人日本作業療法士協会「大規模災害を被った都道府県における作業療法士会の支援に関する規程」

一般社団法人 日本作業療法士協会

大規模災害を被った都道府県における作業療法士会の支援に関する規程

平成 19 年 5 月 19 日

平成 23 年 5 月 21 日

平成 26 年 2 月 15 日

(目 的)

第 1 条 この規程は大規模災害が起きた際に、一般社団法人日本作業療法士協会（以下「本会」という。）が、災害対策本部の設置と決定に基づいて、被災した地域の都道府県作業療法士会（以下「当該士会」という。）に対して行う支援に関し必要な事項を定めるものとする。

(一次支援)

第 2 条 本会は、災害対策本部の設置に伴って可及的速やかに、次の各号に示す一次支援を無条件に行うものとする。

- (1) 当該士会に対し初期対応支援金 30 万円を拠出する。
- (2) 内規に定める方法と基準に従って、被災した会員の当該年度の会費免除申請を受け付ける。
- (3) 当該士会に対し、被災者への支援活動計画の有無、規模、期間及び計画遂行に必要な本会の支援の内容についての提示を求める。

(二次支援)

第 3 条 本会は、当該士会が提示した被災者への支援活動計画に応じ、あるいは災害対策本部が独自に必要と認めた支援活動について、災害対策本部会議の議決を経て、次の各号に示す支援を行うことができる。

- (1) 当該士会の会員データの提供、被災会員の再就職先の情報提供、臨床実習受け入れ代替施設の調査などの情報支援
- (2) 本会による災害支援ボランティアの募集・派遣、他団体との協働による災害支援ボランティアの募集・派遣などの人的支援
- (3) 一般的な支援物資の提供、リハビリテーション関連の治療材料・福祉用具の提供などの物的支援
- (4) 支援金の募集や災害時緊急支援費の予算化による当該士会への資金提供、国や都道府県の委託事業獲得などの経済的支援
- (5) その他必要な支援

(規程の変更)

第 4 条 この規程は、理事会の決議によって変更できる。

附 則

1. この規程は、平成 19 年 5 月 19 日から施行する。
2. この規程は、平成 23 年 5 月 21 日から一部改正により施行する。
3. この規程は、平成 26 年 2 月 15 日から一部改正により施行する。

資料 3) 一般社団法人日本作業療法士協会「災害時支援規定に係る内規」

**一般社団法人 日本作業療法士協会
大規模災害を被った都道府県における作業療法士会の支援に関する規程に係る内規**

1. 規程第 2 条「一次支援」には連絡調整室（事務局）を通して行う下記の対応を含むものとする。
 - (1) 当該士会に対し書面、FAX 若しくは電子メールにて見舞状を出す。
 - (2) 本会ホームページ、直近の機関誌等に見舞文を掲載する。
 - (3) 当該士会に対し被災地及び会員の被災状況の確認を求める。
2. 規程第 2 条(2)の被災会員の会費免除申請の方法と基準は下記のとおりとする。
 - 1) 申請制とする。
 - 2) 申請手続きについては、本会ホームページ、機関誌、会員向け掲示板で広報するほか、当該士会のホームページや会報での広報も依頼する。
 - 3) 申請書類は、①申請書（氏名、会員番号、連絡先住所、電話・FAX 番号、申請理由を具体的に明記）と、②自治体発行の罹災証明書のコピーとする。
 - 4) 申請期間は最短でも 1 か月間、事情が許せば 2～3 か月間程度はとることとする。期間の設定については、可能なかぎり会員に不利益が生じないよう、特に次の点に留意して災害対策室が提案し、災害対策本部会議の承認を得ることとする。
 - (1) 当該年の会費納入が日本作業療法学会の参加要件になっていること
 - (2) 作業療法士総合補償保険制度の 7 月 1 日補償開始（通年補償）には当該年 6 月 15 日までの会費納入が要件になっていること
 - 5) 申請者は申請期間内に申請書類を事務局宛てに郵送することとする。
 - 6) 事務局は申請書類をとりまとめ、申請期間終了後直近の三役会に諮った後、理事会に提出する。
 - 7) 会費免除は理事会の承認を受けることによって決定する。
 - 8) 会費免除は原則として、地震発生時に会員本人が居住していた自宅が罹災した場合とし、全壊、半壊のいずれをも対象とする。ただし、本人は居住していない「実家」の被災は対象としない。
 - 9) 理事会決定後速やかに、事務局は申請者に対し承認・非承認の通知を行う。
 - 10) 会費免除決定時すでに当年の会費を納入済みの場合は、次年度の会費に繰り越すこととする。

資料11 第二次作業療法5ヵ年戦略(抜粋)

第1章 本計画の策定について

I. 本計画の目的

この計画は、2008年に協会が策定した「作業療法5ヵ年戦略(2008－2012)」の重点的スローガンであった「地域生活移行支援の推進～作業療法^{GO!}5・5計画～」に「地域生活継続支援の推進」を新たに加え、「地域生活移行・地域生活継続支援の推進～作業療法^{GO!}5・5計画～」とし、その実現に向けた取り組みを軸とする2013年～2017年までの5年間の方向性を示すものである。また本計画は、2025年「地域包括ケアシステム」の体制づくりに国が動き出したことにも対応するものである。

なお、本計画を前期と後期の二期に分け、開始から3年目には各項目の進捗状況を確認し、必要に応じて該当する項目の見直しを行うこととした。

II. 本計画の構成

この計画は、「地域生活移行・地域生活継続支援の推進」を5年間の大きな目標とするが、その目標の達成に向けた具体的行動目標は、重点事項を含む86項目で構成されている。86項目の一覧は本文末に示した(表1)。

III. 本計画を含む協会の活動計画策定の経緯

協会がその活動の指針と実践の計画を初めて掲げたのは1983年の第一次長期活動計画であった。その後、概ね10ヵ年を計画実施期間として、1991年第二次長期活動計画、2001年第三次長期活動計画を策定し、協会活動の軸としてきた。2006年度に第三次長期活動計画(2001～2010年度)の見直しを行った際、次の計画を策定するにあたって、その期間について理事会で議論がなされた。その結果、めまぐるしく変化する最近のわが国の医療制度、介護保険制度、障害者関連諸制度に迅速に対応するためには、長期(10ヵ年)ではなく中期(5ヵ年)の計画策定が必要であるとの判断が示され、2008年6月に「作業療法5ヵ年戦略(2008－2012)」が公表された。掲げられた重点的スローガンは、「地域生活移行支援の推進～作業療法^{GO!}5・5計画～」であり、入院医療を中心とした医療の領域に5割、保健・福祉・教育等の領域を含めた身近な地域生活の場に5割の作業療法士配置を目標として、144の具体的行動目標が設定された。

最終年度である2012年7月21日第4回理事会では、次期中期計画策定について議論され、「作業療法5ヵ年戦略(2008－2012)」の達成状況を整理した結果、次の5年間においても「作業療法5ヵ年戦略(2008－2012)」の考え方を踏襲し、新たな中期計画の名称を「第二次作業療法5ヵ年戦略(2013－2017)」として策定することとなった。なお、本計画に示された具体的行動目標は、協会が5年間に特に力を傾ける事業を指すものであり、定款に定められた7つの事業の展開に必要な様々な定型活動と並行して行われるものであることは言うまでもない。

第2章 本計画の行動計画

I. 本計画に係るわが国の当面の課題と施策動向

1. 保健・医療・介護における課題と施策動向

周知のように、今後のわが国は高齢化率（65歳以上人口割合）が2035年に33.7%（3人に1人）、2055年には40.5%（2.5人に1人）となり、総人口が8,993万人の超高齢化社会に直面する。国は、ほぼ30年の間に直面する国家的課題に対応するために、まずは2025年に向けて「地域包括ケアシステム」の実現を掲げた。地域包括ケアシステムの枠組みは、『地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～』（地域包括ケア研究会：平成20年度老人保健健康増進等事業による研究報告書）、『地域包括ケア研究会報告書』（地域包括ケア研究会：平成21年度老人保健健康増進等事業による研究報告書）に明示されている。その要点はおおむね30分以内で必要なサービスが得られる日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として、住まい、医療、介護、予防、生活支援が、一体的に提供される体制づくりを目指すものとなっている。さらに、この報告書で述べられているように「2025年は、高齢者像が一層多様化するとともに、人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市、人口も75歳以上人口も減少する町村部、その中間型等、高齢化の進展状況に大きな地域差が生じるところであり、多様な高齢者のニーズ・地域の特性に対応していかなければならない。」という状況である。

さらに、その体制づくりにおいて、特に、増加する認知症高齢者への対応が喫緊の課題となっている。国は、2025年には認知症高齢者数が470万人になると推計している。このような状況に対して、国は『認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト～報告書～』（平成20年7月：厚生労働省認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト）、『今後の認知症施策の方向性について』（平成24年6月18日：厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム）、『認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）』（平成25年度から29年度までの計画）（平成24年9月5日：厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室）、などを公表し、その対応体制を整備しようとしている。

また、医療においては平成24年3月『疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制』（医政指発0330第9号）で示されたように、平成25年度からの「5疾病5事業および在宅医療」に係る医療体制の構築に向けて、各都道府県が平成24年度中に医療計画を作成することになった。がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病に新たに精神疾患が加えられて5疾病となり、精神疾患の医療体制の構築に係る指針においては、「うつ病」や「認知症」への対応や多職種チームの支援ならびにアウトリーチについても記載されている。

2. 教育・障害福祉における課題と施策動向

それぞれの地域が直面している課題は高齢者への対応だけではなく、超高齢化社会の「まち」の中で暮らす子どもや障害児・者への対応も課題となっている。

教育の課題については、文部科学省が平成13年1月に公表した『21世紀の特殊教育の在り方について～一人一人のニーズに応じた特別な支援の在り方について～（最終報告）』（21世紀の

特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議）にもとづいて、特別に支援を必要とする幼児児童生徒への一貫した支援体制が整備されることとなった。この最終報告を受けた後から様々な取り組みがなされ、現在では特別支援教育総合推進事業が実施されている。この事業は、特別支援教育推進のための実践研究の実施・成果普及と特別支援教育推進のための体制整備の二つの軸をもつ。特に後者は発達障害を含む全ての障害のある幼児児童生徒の支援のため、就学指導コーディネーターによる就学指導・就学相談の充実、外部専門家による巡回指導、各種教員研修、学生支援員の活用などを実施することにより、特別支援教育を総合的に推進すること、また高等学校においては発達障害のある生徒への就労支援体制を強化することを目指しており、その展開において47都道府県を特別支援教育推進地域と定めている。これを受けて各都道府県、市町村の教育委員会が動き出しているのが現状である。

これら特別支援教育の推進は、単にわが国の教育施策にとどまるものではなく、「障害者基本計画」にもとづく「重点施策実施5か年計画」にも記載されており、施策横断的に位置づけられている。この実現も超高齢化社会の「まち」の中で暮らす子どもたちへの対応の姿となる。

障害福祉においては、「障害者基本法」にもとづいて様々な施策が示されてきた。平成15年度から平成24年度までの10年間に講ずべき計画的な推進として「障害者基本計画」が立てられ、平成20年度からの5年間に重点的に取り組むべき課題への対応として「重点施策実施5か年計画」が定められた。また、平成21年12月には内閣に「障がい者制度改革推進本部」が設置されたこと、平成22年6月には「障害者制度の改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定され、障害者の権利に関する条約（仮称）の締結に必要な整備が開始されたことなど、施策的な動きがあった。直近では、平成25年4月1日に、「障害者自立支援法」（平成18年施行）が改正されて「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」として施行され、まずは障害児・者の範囲に難病等も加わり、地域移行支援の対象拡大や地域生活支援事業も追加された。

このような動きを具体化していくのは身近な市町村地域であり、地域自立支援協議会の積極的な運営、障害者計画・障害福祉計画の策定と計画の実行、などが継続的な課題となっており、この点においても超高齢化社会の「まち」の中での地域生活移行支援と地域生活継続支援をどのように実現していくかが問われている。その中でも、平成24年7月『障害者職業能力開発施策の課題と今後の対応策について』（厚生労働省障害者職業能力開発推進会議）でも示されているように、発達障害のある者、特別支援学校の卒業者、精神障害のある者の就労支援は地域の理解、協力が不可欠であり、どのように教育・福祉・雇用の各施策について、切れ目のない一体的支援を展開していくかがそれぞれの地域の課題となっている。

Ⅱ. 本計画における重点事項と具体的行動目標

1. 重点事項

本計画は、施策動向を踏まえて掲げた具体的行動目標 86 項目の中から、特に地域が直面する課題に対応する 15 の重点事項を抽出し、これらを軸に取り組みを推進することとした。地域の体制づくりに当たっては、それぞれの地域が持つ社会資源（人的資源を含む）を最大限活用することが前提とされており、作業療法（士）もその地域における資源の一つに含まれるという認識を持つ必要がある。

具体的な重点事項は「地域生活移行・地域生活継続支援」を推進していくために、保健・医療・介護の領域では「地域包括ケアにおける作業療法の役割強化」、教育・障害福祉の領域では「教育・障害福祉領域における地域生活移行及び地域生活継続支援」を明示し、さらにそれぞれに対応する具体的項目を設定した（図1）。

地域生活移行・地域生活継続支援（「第二次作業療法5ヵ年戦略」重点事項）

地域包括ケアにおける作業療法の役割強化	
保健・医療・介護	地域包括ケアシステムにおける作業療法に関すること
	2025地域包括ケアシステムにおける作業療法の役割を明示(28)
	生活行為向上マネジメントの学術的位置づけ確立と普及
	作業療法ガイドラインに生活行為向上マネジメントを位置づけ(1)
	生活行為向上マネジメントの作業療法の位置づけを公開(11)
	生活行為向上マネジメントの予防事業への応用を提示・普及(41)
	地域包括支援センターの5割以上に作業療法士を配置(29)
	地域生活支援に関わるマニュアルの発行(10)
	認知症への取り組みに関すること
	認知症初期集中支援チームへの作業療法士の参画を促進(31)
保健・医療・教育・障害福祉	認知症初期集中支援チームにかかる研修会を重点的に実施(25)
	認知症DVDの企画・製作(59)
	保健・教育・障害福祉領域における地域生活移行・地域生活継続支援
	特別支援教育に関わること
	学校教育に参画すべく、作業療法士の役割を提案、配置を促進(44)
	教育関連の法令にかかる領域の作業療法士活用に関して提言・要望(45)
	教育領域における作業療法士養成研修を企画運営(46)
	障害福祉領域等における地域生活支援、特に就労支援に関すること
	精神科多職種チーム(精神科アウトリーチチーム)研修会を重点的に実施(26)
	作業療法士による就労支援実績と支援モデルを提示、関連団体と学術交流(36)
	障害者の復職支援・就労支援における作業療法士の役割を明示(37)

() 内は具体的行動目標番号
一般社団法人 日本作業療法士協会

図1 「第二次作業療法5ヵ年戦略」重点事項

第3章 本計画の目標を達成するための方略

本計画の目標を達成するためには、当然のことながら、理事会や担当各部署だけではなく、会員一人ひとりの参画、各都道府県士会との相互協力と協働がぜひとも必要になる。

図2に、その相互協力と協働を効果的に結び付けるための方略の基本図を示した。この基本図は、協会－都道府県士会・養成校との協働関係を軸にし、会員、一般市民・作業療法の利用者、関係団体、関係諸官庁・機関との間で実践すべき事項を書き込んだものである。この図に準拠し本計画の重点事項ごとに図を作成することで、全体を俯瞰しながら各進捗状況を点検し、必要であれば随時修正を加えながら目標達成に向けた協会活動を推進してゆくことができる。下記に図2の説明を示したが、図3、図4も同じ文脈で、それぞれに即した具体的実践事項が書き込まれている。

基本図に書き込まれる実践すべき事項

協会－会員

- (a) 会員による事例登録や課題研究の成果、各種調査や作業療法に関する学術情報の収集等により情報を蓄積・分析し、作業療法の学術発展を図る。
- (b) 生涯教育や協会発行マニュアル、協会学術誌などを通して会員の臨床実践の力の向上を図る。

協会－都道府県士会

- (c) 国の政策に対して協会と都道府県士会とで具体的な対応策を協働立案し、都道府県や市町村などの身近な地域で作業療法が適切に実践されるようにする。

協会－養成校

- (d) 社会情勢を背景とした作業療法利用者のニーズに対応した教育カリキュラムやシラバスの提案、教員研修会への協力・開催により、養成教育のさらなる充実を図る。

協会－国の関連諸官庁・機関

- (e) 助成研究の受託や作業療法を活用するモデルの提案、政策提言、要望活動などを通し、作業療法の有用性を示す。

協会－国内外関連団体

- (f) 作業療法の学術発展ならびに普及のため、国内外の団体との学術交流や学会における交流を促進する。
- (g) 作業療法の有効活用に向けて作業療法対象当事者との連携を促進する。

協会－一般市民・作業療法対象者とその関係者

- (h) ホームページによる情報発信や広報誌の発行、市民フォーラム、作業療法キャンペーン活動などで作業療法の啓発・普及を図る。
 - (i) 一般市民が作業療法を直接に知る機会是对象者や家族・親族の立場となる臨床の場が最も多いため、会員一人一人の臨床実践を通して作業療法の普及啓発を推進する。
-

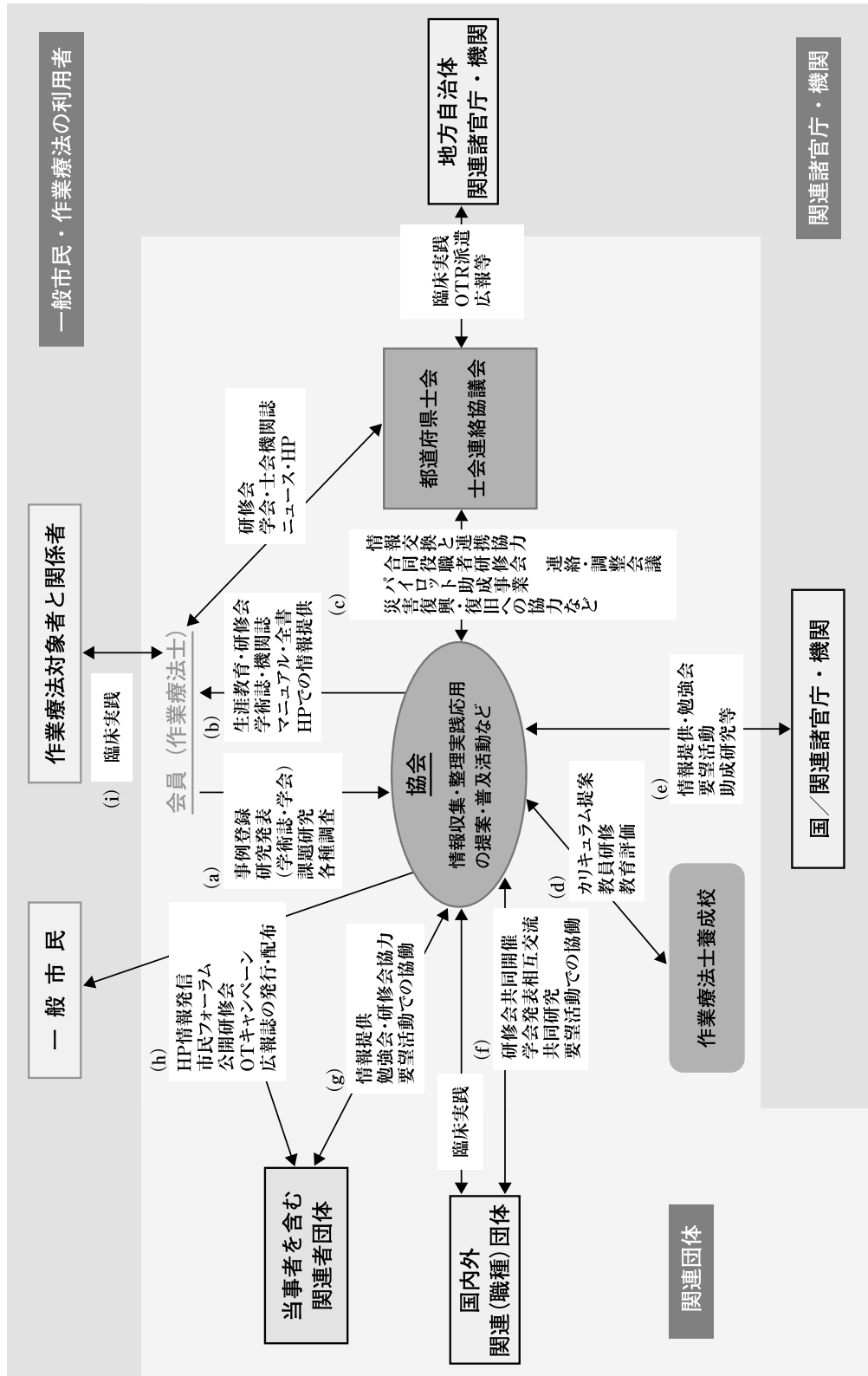


図2 日本作業療法士協会の目標を達成するための方略基本図

一般社団法人 日本作業療法士協会

表1 第二次作業療法5ヵ年戦略（2013－2017）の達成課題項目と具体的行動目標

重点的スローガン：「地域生活移行・地域生活継続支援～作業療法5・5計画～」

大項目	分掌事項	定型活動	第二次5ヵ年戦略（2013－2017）				
			具体的行動目標		担当部署	取組時期	
			番号 ★は重点			前期	後期
作業療法の学術の発展	作業療法の臨床領域における専門基準に関すること	作業療法ガイドライン、作業療法ガイドライン実践指針改訂	★ 1	生活行為向上マネジメントの位置づけを踏まえたガイドラインとガイドライン実践指針を作成する	学術部学術委員会	■	
			2	疾患別ガイドラインを作成する		■	■
		作業療法の定義の改定	3	一般社団法人日本作業療法士協会の「作業療法の定義」を改定する		■	■
	学術的発展に関すること	課題研究助成制度	4	地域生活支援に特化した課題研究を推進する		■	■
		事例報告登録制度	5	登録された事例報告の分析から作業療法の役割と機能を示す		■	■
		学術データベースの構築	6	事例報告登録システム、研究論文、学会演題からなる学術データベースを完成し、運用する		■	■
			7	リハビリテーション・データベースの活用方法を検討する	学術部学術委員会	■	
	学会の企画・運営に関すること	学会の企画・運営管理	8	今後の学会のあり方を、国際化、専門分化、他職種連携等の見地から検討する	学術部学会運営委員会	■	■
			9	国際的な学術交流推進のあり方を検討する	学術部学会運営委員会	■	
	学術資料の作成と収集に関すること	作業療法マニュアルの編集と発行 「生活行為向上マネジメント」の学術的位置づけを示す資料を作成する	★ 10	地域生活支援に関わるマニュアルを発行する	学術部学術委員会	■	■
			★ 11	「生活行為向上マネジメント」の作業療法における位置づけを示し、ホームページで公開する		■	
	学術雑誌の編集に関すること	学術誌「Asian Journal of Occupational Therapy」の発行	12	査読・編集体制を強化し、年複数回の発刊（増刊）を目指す	学術部学術誌編集委員会		■
作業療法士の技能の向上	作業療法養成教育の制度と基準に関すること	養成教育におけるカリキュラムの検討と定期的見直し	13	学校養成施設指定規則および指導要領の改定案を医歯審議会へ提出する	養成教育委員会	■	
			14	作業療法教育ガイドラインを啓発する		■	
		教員養成のためのプログラムや研修会の企画と開催	15	教員研修会の充実を図り、参加者の増加と定着を進める		■	■
		臨床教育のあり方の検討	16	臨床実習指導施設認定制度と臨床実習指導者研修制度の周知と定着を進める		■	
	国家試験に関すること	国家試験問題について意見書の作成・国家試験の傾向等の検討	17	国家試験出題基準の見直しを行う		■	
	生涯教育制度の設計に関すること	生涯教育制度の改定と資格認定制度の検討	18	資格認定審査（試験）の導入など、生涯教育制度の整備と定着を進める	生涯教育委員会	■	■
		専門作業療法士分野の拡大 新規分野別研修カリキュラムの作成（1分野）	19	専門作業療法士分野を拡大する		■	■
		専門作業療法士制度における大学院との連携方法の確立	20	専門作業療法士養成のための、大学院教育との連携を定着させる		■	■
		生涯教育受講登録システムの開発およびHPの整備 臨床研究支援体制整備の検討	21	生涯教育受講登録システムの第三次開発を完了させる		■	

作業療法士の技能の向上	生涯教育制度の設計に関すること	認定作業療法士・専門作業療法士制度の運用の検討（規程の改定、解説書の作成）	22	認定作業療法士の階層性および認定作業療法士の活用方法を検討する	生涯教育委員会	■	
			23	基礎研修制度の基盤を整備し充実を図る		■	■
	作業療法の研修に関すること	作業療法重点課題研修の企画と運営	24	研修会の実績や目的に合わせて研修会の回数等を調整する仕組みを作る		■	
			★ 25	認知症初期集中支援チームに係る研修会を2年間、重点的に実施する		■	
			★ 26	精神科多職種チーム（精神科アウトリーチチーム）の研修会を2年間、重点的に実施する		■	
						■	
		効率的研修会運営方法の検討	27	研修会運営の外部委託を検討する		■	■
作業療法の有効活用の促進	医療保険・介護保険等における作業療法に関すること	地域包括ケアシステムにおける作業療法の推進	★ 28	2025年地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方を検討し、作業療法の役割を明示する	理事会・制度対策部・保険対策委員会・障害保健福祉対策委員会	■	■
			★ 29	地域包括支援センターへの5割以上の作業療法士配置を目指す	制度対策部・理事会	■	■
		制度や制度改定に対する意見書・要望書の作成	30	作業療法が有効な疾患・障害に医療制度下でくまなくサービスを提供できるよう体制を整備する	制度対策部・保険対策委員会	■	■
		認知症施策への作業療法士の参画推進	★ 31	認知症初期集中支援チームへの作業療法士の参画を促進する	制度対策部保険対策委員会障害・保健福祉対策委員会	■	■
		「作業療法が関わる医療保険・介護保険・障害福祉制度の手引き」の編集と発行	32	「作業療法が関わる医療保険・介護保険・障害福祉制度の手引き」の内容および編集・発行方法を検討する	制度対策部・保険対策委員会	■	■
		作業療法の現状把握のため調査を実施・報告	33	各制度下の作業療法の現状把握のため、機能分化別・疾患別・職種別等の調査を適時実施し、報告する		■	■
	保健・福祉・各領域における作業療法に関すること	障害福祉領域における作業療法士の役割を提示	34	障害福祉領域に参画すべく作業療法士の役割を提案し、配置を促進する	制度対策部・障害保健福祉対策委員会	■	■
			35	障害児・者領域における作業療法士人材養成研修を企画（運営）する		■	■
			★ 36	作業療法士による就労支援実績と支援モデルを提示し、関連団体との学術交流を図る		■	■
		保健領域における作業療法士の役割の提示	★ 37	復職支援・就労支援における作業療法士の役割を周知する		■	■
			38	行政機関に所属する作業療法士の役割を明示する		■	
			39	母子保健領域に参画すべく作業療法士の役割を提案し、配置を促進する		■	■
			40	保健領域における作業療法士人材養成研修を企画（運営）する		■	■
			★ 41	生活行為向上マネジメントの予防事業への応用について示し、一般高齢者の介護予防として普及する			■
	障害児・者に係る法制度における作業療法に関すること	障害者総合支援法及び発達領域の関係法令（児童福祉法及び教育法）への提言	42	児童福祉法（障害児関連）、障害者総合支援法に係る障害児・者に対する作業療法士の活用に関して提言・要望する		■	■
			43	児童福祉法（乳幼児健診、要保護児童対策、こども子育て新システム）に係る作業療法士の活用に関して提言・要望する		■	■

作業療法の有効活用促進	障害児・者に係る法制度における作業療法に関すること	特別支援教育等への作業療法士の参画推進	★ 44	学校教育領域に参画すべく作業療法士の役割を提案し、配置を促進する	制度対策部・障害保健福祉対策委員会	■	■
			★ 45	教育関連の法令にかかる領域における作業療法士の活用に関して提言・要望する		■	■
			★ 46	教育領域における作業療法士人材養成研修を企画（運営）する		■	■
	作業療法における福祉用具・住宅改修等に関すること	福祉用具相談支援システムの運用	47	福祉用具相談支援システムを全国レベルで運用する	制度対策部・福祉用具対策委員会	■	
			48	IT 機器レンタル事業を普及促進する		■	
		福祉機器の研究開発と人材養成	49	環境調整（福祉用具・住宅改修等）に強い作業療法士の人材養成研修を企画・運営する		■	■
			50	福祉用具（福祉機器・自助具・補装具・ロボット等）の研究開発を促進する		■	■
			51	福祉用具（福祉機器・自助具・補装具・ロボット等）の臨床評価システムを整備促進する		■	■
	その他	高齢者施策・障害者施策への作業療法士の参画推進	52	介護認定・障害程度区分認定審査会、介護給付等不服審査会への作業療法士の参画を推進する	制度対策部	■	■
			53	都道府県士会と協力し、地域医療計画（5疾病5事業および在宅医療）・介護保険事業計画・保健福祉計画へ積極的に参画する	制度対策部	■	■
		関連団体との渉外活動	54	関連団体への渉外活動を充実させる	制度対策部・士会組織担当・全理事	■	■
作業療法の普及と振興	国民に対する作業療法の広報に関すること	ホームページの管理と運営	55	一般向けの情報発信を目的としたホームページ機能等を構築する	広報部	■	■
		地域住民との交流活動を通じた作業療法の普及	56	各都道府県士会からの要望に応じ、連携して作業療法啓発キャンペーンを実施する		■	■
		小・中・高校生向け広報活動の推進	57	各都道府県士会と連携して広報媒体（パンフレット等）を作成し、広報活動を推進する		■	■
		広報手段の戦略的活用に関する検討	58	関連職種および一般に対する広報手段を検討し、広報活動を行う		■	■
		映像メディアの企画と製作	★ 59	認知症 DVD を企画・製作する		■	
		パンフレット等広報印刷物の企画と製作	60	パンフレットを翻訳する		■	
	国民に対する作業療法啓発講座等の企画・運営に関すること	公益研修事業の企画と運営	61	当事者団体等との共同あるいは共催による公益研修事業の実施など、公益研修事業のあり方を検討し実現する		■	■
	その他広報・公益活動等に関すること	ホームページの管理と運用（会員向け）	62	ホームページ機能を活用し、会員から情報を収集する	事務局（情報統計委員会）	■	■
		会員向けの情報発信	63	メールマガジン等情報発信手段を選定し、システムを構築する	広報部・事務局	■	■
内外関係団体との提携交流	国際的な学術交流、研修、教育支援等に関すること	WFOT 世界大会の準備と運営	64	WFOT 世界大会を準備し運営する	WFOT 実行委員会	■	
		学会における国際的学術交流の企画	65	学会における学術的国際交流の方法を明示し、推進する	学術部 国際部国際委員会	■	
		国外関連団体との連携	66	WFOT はじめ国内外の関連団体組織との連携強化のあり方を提示し、推進する	国際部国際委員会 国際部WFOT代表	■	■

内外関係団体との提携交流	国外の関係団体・関係者との連絡調整に関すること	国外団体との相互交流を推進	67	アジア各国の状況を情報収集し、相互交流のあり方を検討し、実現する	理事会・国際部 国際委員会	■	■	
	その他国際交流に関すること	国際的活動に資する（国際的視野を持つ）人材の育成	68	国際学会での発表や国際学会の運営等に関わる人材を育成する	国際部国際委員会	■		
	国内の関係省庁・団体等の連絡調整に関すること	他団体との連携強化	69	当事者団体との交流推進や医療・介護・福祉・教育・労働各領域の他職種との連携を検討する	学術部 教育部 制度対策部	■	■	
	協会と都道府県士会との連携に関すること	都道府県士会・協会役員合同研修会の実施	70	合同役職者研修会の内容を検討する	士会組織担当理事	■		
		パイロット事業助成制度の実施と事業成果の普及	71	パイロット助成事業制度と事業成果の普及について課題を整理し対応する		■		
		広報に関する地方組織連携チームの運営	72	都道府県士会の広報活動の内容を集約し、情報を共有する	広報部	■	■	
		地域の公益に作業療法が資するよう都道府県士会と連携		73	都道府県士会と地域活動を推進するための課題と情報の共有化を図る	士会組織担当理事	■	■
				74	県士会現況調査の項目など調査と利用のあり方を再検討する		■	■
事故や災害等により被害を受けた障害者、高齢者または児童等の支援	災害支援に関すること	災害支援の基本的体制整備	75	協会派遣ボランティアマニュアルを作成する	災害対策室	■		
			76	被災地が利用できるボランティア受け入れマニュアルを作成する		■		
			77	平時の支援体制を整備する		■	■	
			78	大規模災害時支援指針およびマニュアルの整備		■		
法人の管理と運営	法人の庶務に関すること	事務局機能の強化	79	役員の常勤化に向けた条件を整備する	事務局	■	■	
		公益法人認定に向けた準備	80	公益法人認定のための準備を進め、2015年の移行を目指す	事務局	■		
	協会活動の企画と調整に関すること	協会活動の企画と調整	81	出版・研修・商品開発、医療・介護事業等の事業化に向けた具体案を作成する	企画調整委員会	■	■	
			82	協会設立 50 周年記念事業を計画・実行する	副会長	■		
		その他	83	女性会員の協会活動への参画を促進する	企画調整委員会	■	■	
	定款、定款施行規則等に関すること	規約の改定など	84	公益法人認定に向けて規約を改定する	事務局規約委員会	■		
	協会の情報整備・管理に関すること	協会情報の整理と管理	85	史料・資料の収集とPDF 化を進め、作業療法関連情報を整理・管理する	事務局	■	■	
		協会情報の収集、運用における関連部署との連携（継続）	86	協会サービスにおける地域格差を是正する	広報部・教育部	■	■	

資料12 （一社）日本作業療法士協会重点活動項目

平成23年6月25日（社）日本作業療法士協会第46回総会承認

平成23年度重点活動項目

主題：「地域を支える作業療法の推進 ―地域包括ケアへの寄与―」

現在、わが国は医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現に向けて動き出しており、協会が掲げた『作業療法5ヵ年戦略（2008－2012）』はそれと軌を一にするものでもある。平成22度から5・5計画の中期に入り、作業療法士が医療から地域生活への円滑な移行と住み慣れた地域での持続した生活を支える専門職であることを、一般市民への広報や関連職種との相互交流・連携を通じてより一層アピールする必要がある。具体的には、平成24年度に予定されている医療保険及び介護保険制度の同時改定に向け、医療においては対象者の地域生活の再構築、介護保険や障害福祉制度においては地域生活の継続に焦点を当てた作業療法の専門性や独自性を示してゆく1年間とする。

（ ）内：5・5計画行動目標番号

1. 臨床的課題への取組み

- 1) 地域包括ケアシステムにおける役割を確立するため、作業を使用したマネジメントモデルを明示
- 2) 訪問リハビリテーションステーションの創設に向け、訪問作業療法に関する委託研究や集積した事例の分析により実績と成果を提示（25・41）
- 3) 作業療法士の配置増のために、平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定に向けて現況調査及び要望活動を活発化（53）

2. 学術的基盤の強化への取組み

- 1) 作業療法の成果抽出を促進するため、地域生活支援に特化した課題研究を推進（8）
- 2) 地域生活支援に関する作業療法の成果を整理するため、先行研究調査及び事例分析を推進（34・44・45・46・52）

3. 教育的課題（養成教育・生涯教育）への取組み

- 1) 地域生活支援に参画する作業療法士養成に向け、地域作業療法など関連する科目のカリキュラム案を提示（80）

4. 協会組織の機能再編への取組み

- 1) 都道府県士会と協会間の情報交換を促進するため、会議・研修会を開催（123・124）
- 2) 地域における作業療法普及・啓発のため、作業療法推進パイロット事業助成制度の成果を普及（125）

5. 作業療法の普及・啓発への取組み

- 1) 地域生活支援に関わる関連職種との連携と相互交流を図るため、共同公開シンポジウム・研修会等を開催（58・61・65・70・75）
- 2) 作業療法の役割を一般市民にわかりやすく発信するため、作業療法の日に会員参加型の啓発キャンペーンを実施（136・138）

平成 24 年 5 月 26 日（一社）日本作業療法士協会第 47 回総会承認

平成 24 年度重点活動項目

主題：「地域を支える作業療法推進の継続（特別枠として東日本大震災からの復旧・復興支援の継続）」

東日本大震災からの復旧・復興は現在わが国において最重点の課題である。（社）日本作業療法士協会も、今年度より重点活動項目に特別枠を設けて被災地支援に取り組む。平成 24 年は医療保険・介護保険同時改定年度であり、「作業療法 5 ヶ年戦略」最終年にも当たる。5 ヶ年戦略の目指してきた地域生活支援の視点はますます重視され、保健・医療・介護及び障害福祉の領域にわたり作業療法を切れ目なく効果的に提供し、社会の要請に応える必要がある。広く国民に作業療法の効果を示し、会員及び関連職種には介入モデルの普及を図る。他職種との積極的な連携は作業療法の普及・啓発に欠かせない活動であり、地域生活支援に関連する職種との交流をより活発化してゆく。協会としては、公益法人化の準備を進めながらこの 5 年間の活動を総括し、次期中期活動計画を立案する。＊（）内は 5 ヶ年戦略行動目標番号

0. 東日本大震災からの復旧・復興に寄与する

- 1) 中心的被災地三県の県士会活動を支援するなど、協会として復旧・復興活動に寄与

1. 臨床的課題への取組み

- 1) 作業を用いた包括ケアマネジメントモデルを地域支援事業（特定・一般高齢者）まで拡大し、研修会等を通じて会員や他職種に普及（23・26・73）
- 2) 訪問・通所など居宅介護サービス及び中間施設サービス（老人保健施設・介護療養型老人保健施設等）における作業療法の実績と役割を提示（33・38）
- 3) 平成 24 年度の診療報酬・介護報酬同時改定後の情報発信・問題点抽出及び対応策の提示（54）
- 4) 障害者総合福祉法等制定に向けた検討へ積極的に参加

2. 学術的基盤の強化への取組み

- 1) 作業療法の成果抽出を促進するため、地域生活支援に特化した課題研究を推進（8）…継続
- 2) 地域生活支援に関する作業療法の成果を整理するため、先行研究調査及び事例分析を推進（33・45・51）…継続
- 3) Asian Journal of Occupational Therapy がアジアの作業療法の基軸雑誌となるよう、発行体制を整備する

3. 教育的課題（養成教育・生涯教育）への取組み

- 1) 地域生活支援に参画する作業療法士養成に向け、地域作業療法など関連する科目のカリキュラム案を提示（80）…継続
- 2) 生涯教育において、地域生活支援のための医療-介護連携、障害児者の自立支援に向けた他職種との連携などをテーマにした研修会を開催する

4. 国際交流・国際貢献への取組み

- 1) 第 16 回世界作業療法士連盟大会プログラムの会員への提示と周知
- 2) アジア諸国の作業療法関連団体との交流を促進する（98・99・107）

5. 協会組織の機能再編への取組み

- 1) 代議員制導入以後の都道府県士会との情報交換の仕組みを整備（123・124）
- 2) 地域における作業療法普及・啓発のため、作業療法推進パイロット事業助成制度の成果を普及（125）…継続
- 3) 公益法人への移行に向けた協会組織の改変を推進（130）
- 4) 作業療法 5 ヶ年戦略の総括と次期中期計画の策定

6. 作業療法の普及・啓発への取組み

- 1) 他職種との相互交流の促進
- 2) 作業療法の役割を一般市民にわかりやすく発信するため、作業療法の日に会員参加型の啓発キャンペーンを実施（136・138）…継続

平成 25 年 5 月 25 日（一社）日本作業療法士協会定時社員総会承認

平成 25 年度重点活動項目

主題：「地域を支える作業療法推進の継続」

平成 25 年度は、地域生活支援を軸とする第二次作業療法 5 カ年戦略の初年度にあたる。今年度は昨年度から引き続き、わが国の「地域包括ケアシステム」における作業療法の位置づけを確かなものにすることを目指す。具体的には、地域における医療介護連携のみならず、障害福祉の領域でも地域生活支援や就労支援の場に積極的に参画できるよう、他職種との連携を強化しながら基盤を作ってゆく一年とする。また、（一社）日本作業療法士協会定款の事業として位置づけられた災害被害者の支援としては、東日本大震災の中心的被災地への復興・復旧支援に継続して重点的に取り組むこととする。

なお、今年度は第 16 回世界作業療法士連盟大会・第 48 回日本作業療法学会（略名：WFOT 大会 2014）の前年度であることから、その成就に向け、会員並びに世界各国からの参加を促進するとともに、作業療法の啓発・普及を進める好機として直前準備の諸活動を実行する項目を特別枠(0 項目)として設けた。

0. WFOT 大会 2014 成就に向けた取り組み

- 1) 速やかに大会プログラムを提示し、会員ならびに世界の作業療法関連団体会員からの演題応募を促進…新規
- 2) 大会開催を利用して作業療法の啓発と普及を促進…新規

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 作業療法の成果抽出を促進するため、地域生活支援に特化した課題研究を推進…継続
- 2) 生活行為向上マネジメントの学術的位置づけを明示…新規

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 地域生活支援に参画する作業療法士養成に向け、地域作業療法など関連する科目のカリキュラム案を教員研修会等を通し普及…発展継続
- 2) 生涯教育において、地域生活支援のための医療－介護連携、障害児者の自立支援に向けた他職種との連携などをテーマにした研修会を開催…継続

3. 作業療法の有効活用の促進に向けた取り組み

- 1) 生活行為向上マネジメントを地域支援事業（特定・一般高齢者）にまで拡大し、研修会等を通じて会員や他職種に普及…継続
- 2) 訪問・通所など居宅介護サービス及び中間施設サービス（老人保健施設・介護療養型老人保健施設等）における作業療法の実績と役割を提示…発展継続
- 3) 障害福祉領域における作業療法士の役割を提案し、配置を促進…継続
- 4) 認知症初期集中支援チームへの作業療法士の参画を促進…新規

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) 他職種との相互交流を促進…継続

5. 内外関係団体との提携交流に関する取り組み

- 1) アジア諸国の作業療法関連団体との交流を促進…継続

6. 事故や災害等により被害を受けた障害者、高齢者または児童等の支援

- 1) 東日本大震災の中心的被災地（岩手、宮城、福島）の県士会活動支援を含めた、復旧・復興活動に寄与…継続

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 代議員制導入以後の都道府県士会との情報交換の仕組みを整備…継続
- 2) 地域における作業療法普及・啓発のため、作業療法推進パイロット事業助成制度の成果を普及…継続

平成 26 年 5 月 31 日（一社）日本作業療法士協会定時社員総会承認

平成 26 年度重点活動項目

主題：「地域における作業療法の推進・啓発と世界作業療法士連盟大会を契機としたアジア地域との国際交流推進元年」

平成 26 年度は「第二次作業療法 5 ヶ年戦略（2013-2017）」の 2 年目となる。引き続き掲げられた地域生活移行・地域生活継続支援における作業療法の推進に向けて、医療・介護・福祉・保健領域の共通のツールとなる「生活行為向上マネジメント」の会員への普及を加速する。それとともに関連職種への啓発にも努め、地域包括支援センターへの作業療法士配置を促進する。同様に、急速に増える認知症高齢者の早期支援に関わる作業療法士の技能向上と配置促進を目指し、「認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト」を推進する。教育及び障害福祉領域では、特別支援教育に関連した施設・事業に関わる作業療法士の養成を継続するとともに、就労支援に関わる作業療法を明示する。

東日本大震災後の復旧・復興に向けた継続支援はもとより、大規模災害発生への対策として平時の体制を整備する。

今年度世界作業療法士連盟大会の開催を契機に、アジア地域の作業療法士団体との学术交流や人的交流を活発化する。

0. 世界作業療法士連盟大会成就に向けた取り組み

- 1) 世界作業療法士連盟大会及び関連会議を成功裏に挙行する …新規
- 2) 大会開催を機に作業療法の啓発と普及を促進 …継続

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 作業療法の成果抽出を促進するため、地域生活支援に特化した課題研究を推進 …継続
- 2) 学術データベースの運用を開始し、活用を促進 …新規
- 3) 作業療法の定義改定案を理事会に提案し、社員総会での検討に向けて準備 …新規

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 地域生活支援に参画する作業療法士養成に向け、教員研修会等を通し地域作業療法など関連する科目のカリキュラムを普及 …継続
- 2) 地域生活支援のための医療・介護連携、障害児者の自立支援に向けた連携などをテーマにした研修会を開催 …継続

3. 作業療法の有効活用の促進に向けた取り組み

- 1) 生活行為向上マネジメントをくまなく会員に普及し関連他職種の認知度も向上 …新規
- 2) 地域包括ケアシステムにおける作業療法士の関与と地域支援事業や地域包括支援センターへの作業療法士関与の実態を把握し結果を提示 …新規
- 3) 作業療法士による就労支援実績と支援モデルを提示 …新規
- 4) 学校教育領域における作業療法士人材養成研修を企画・準備 …新規
- 5) 認知症初期集中支援チームへの作業療法士の参画を促進 …継続
- 6) 精神科多職種チーム（精神科アウトリーチチーム）研修会を重点的に実施 …新規

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) 他職種との相互理解・連携を促進するための研修会等を企画・開催 …継続
- 2) 認知症 DVD により認知症の正しい理解と作業療法の利用を啓発 …新規

5. 内外関係団体との提携交流に関する取り組み

- 1) アジア諸国の作業療法団体との交流、アジア諸国の作業療法団体との学術および人的交流を促進 …継続

6. 事故や災害等により被害を受けた障害者、高齢者または児童等の支援

- 1) 東日本大震災の中心的被災地（岩手、宮城、福島）の県士会活動支援を含めた、復旧・復興活動に寄与 …継続
- 2) 大規模災害に備え、都道府県士会との間で平時の連携・協力体制を整備 …新規

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 都道府県士会との情報交換の仕組みを整備 …継続
- 2) 地域における作業療法普及・啓発のため、作業療法推進活動パイロット事業助成制度の成果を普及 …継続

平成 27 年度重点活動項目

主題：「地域包括ケアシステムにおける作業療法の普及と国際交流の推進」

わが国の保健・医療・福祉の諸施策の動きは、2025 年の地域包括ケアシステムの構築に向けて加速しているところである。一般社団法人日本作業療法士協会も地域包括ケアシステムの構築に寄与するために、引き続き、対象者の身近な場所で作業療法の提供が可能となるような体制整備を促進する。具体的には、前年度に引き続き「生活行為向上マネジメント」の普及を図るとともに、地域での認知症や精神障害者への地域生活移行・地域生活継続支援、発達障害児の特別支援教育から就労を含む社会参加への移行支援、様々な障害の特性に応じた就労支援、などに対応できる人材の育成を強化する。その取組みをさらに推進する方策として、新たに 47 都道府県委員会を設置し、作業療法に関わる課題に全国各地域で迅速に対処する体制の運用を開始する。それと共に、作業療法の普及には利用者の理解や他職種との連携が欠かせないため、当事者を含む関連団体や関連職種団体との交流を促進する。

他方、第 16 回世界作業療法士連盟大会の成功を契機として、アジア地域の作業療法の質的向上に寄与する。具体的には、日本作業療法学会や Asian Journal of Occupational Therapy 編集に、アジア地域の作業療法士の参加を働きかける等、国際的な学術交流を活発化する。

また、多様化するニーズや領域に対応できる作業療法を内外に明示するための定義の改定は大きな意味を持ち、会員の総意を結集して、協会設立 50 周年に関わる事業と並行して進めてゆく。

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 作業療法の成果抽出を促進するため、地域生活支援に特化した課題研究を推進……継続（＃4 学術部）
- 2) 学術データベースの活用を促進……新規（＃6 学術部）
- 3) 現行法「理学療法士及び作業療法士法」改定を視野に入れた作業療法の定義改定案を理事会に提案し、社員総会での検討に向けて準備……継続（＃3 学術部）
- 4) 英語版演題登録システムを活用し、第 50 回日本作業療法学会からの英語セッション開始を準備……新規（＃8,9,65 学術部）
- 5) Asian Journal of Occupational Therapyの海外査読者を増員し、編集体制を充実……新規（＃12 学術部）

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 地域生活支援のための医療・介護連携、障害児者の自立支援に向けた連携などをテーマにした研修会を開催……継続（＃36,54 制度対策部・教育部）
- 2) 学校教育領域における作業療法士人材養成研修を実施……継続（＃44,46 制度対策部・教育部）
- 3) 認知症初期・地域生活支援に対応する作業療法士の養成を推進……継続（＃25,31 認知症の人の生活支援推進特設委員会・制度対策部・教育部）
- 4) 精神障害者の地域生活移行と地域生活継続に関する研修を推進……新規（＃44,46 制度対策部・教育部）

3. 作業療法の有効活用の促進に向けた取り組み

- 1) 生活行為向上マネジメントを全会員に普及し関連他職種の認知度も向上……**継続**（＃1,11 生活行為向上マネジメント推進プロジェクト特設委員会・学術部）
- 2) 地域ケア会議への参画、介護予防・日常生活支援総合事業への参画、生活行為向上マネジメントを介護予防に応用した実践事例の収集、等を通して地域包括ケアシステムにおける作業療法士の役割（障害者支援のあり方を含む）を明示……**新規**（＃28,29 制度対策部・生活行為向上マネジメント推進プロジェクト特設委員会）
- 3) 作業療法士による就労支援を促進するため関連団体と連携……**新規**（＃36,54 制度対策部）
- 4) 平成 26 年度診療報酬改定後の新設項目（心大血管疾患リハビリテーション料、地域包括ケア病棟、認知症患者リハビリテーション料、ADL 維持向上等体制加算）への作業療法士の参入促進……**新規**（＃30 制度対策部・教育部）
- 5) 47 都道府県委員会の設置と制度対策案件に関する取り組みの開始……**新規**（＃70,73 士会組織担当理事）

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) 他職種との相互理解・連携を促進するための研修会等を企画・開催……**継続**（＃54,58,69 制度対策部・教育部・広報部）
- 2) 研修会等により認知症の方に対する作業療法の正しい理解と作業療法の利用を啓発……**継続**（＃58,59 認知症の人の生活支援推進特設委員会・広報部）

5. 内外関係団体との提携交流に関する取り組み

- 1) アジア諸国の作業療法団体との交流、アジア諸国の作業療法団体との学術および人的交流を促進……**継続**（＃65,67 国際部・学術部）

6. 事故や災害等により被害を受けた障害者、高齢者または児童等の支援

- 1) 東日本大震災の中心的被災地（岩手、宮城、福島）の県士会活動支援を含めた、復旧・復興活動に寄与……**継続**（災害対策室）
- 2) 大規模災害に備え、都道府県士会との間で平時の連携・協力体制を整備……**継続**（＃77 災害対策室）

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 地域における作業療法普及・啓発のため、作業療法推進活動パイロット事業助成制度の成果を普及……**継続**（＃71 士会組織担当理事）
- 2) 協会設立 50 周年記念事業及び「日本作業療法士協会 五十年史」発行を準備……**新規**（＃82 副会長）
- 3) 第二次作業療法 5 ヶ年戦略の進捗確認と見直し……**新規**（事務局）
- 4) 災害時対応の事業継続計画（BCP : Business Continuity Plan）の一環として、京都サテライト事務所を設置し運用開始……**新規**（事務局）

資料13 他組織・団体等の協会代表委員名簿

平成23年度

他組織・団体名	委員会等名	役職	代表
厚生労働省	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	臨時委員	陣内 大輔
公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会		評議員	中村 春基
財団法人医療研修推進財団		評議員	杉原 素子
公益財団法人国際医療技術交流財団		評議員	中村 春基
財団法人日露医学医療交流財団		評議員	中村 春基
財団法人日本訪問看護振興財団		評議員	中村 春基
	研究助成金選考委員会	委員	中村 春基
全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会	JJCRS編集委員会	委員	中村 春基
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会		理事	山本 伸一
	障害児・者リハビリテーションのあり方検討小委員会	委員	三澤 一登
公益財団法人テクノエイド協会		評議員	大丸 幸
	ISO/TC173/SC委員会	委員	中村 春基
	福祉機器開発普及事業 福祉用具有識者会議	委員	渡邊 慎一
	福祉用具・介助ロボット実用化支援事業	委員	中村 春基
一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会		理事	渡邊 慎一
	福祉用具個別授助計画推進委員会	委員	渡邊 慎一
独立行政法人国際協力機構	青年海外協力隊	技術専門員	佐藤 善久
	障害者支援課題別支援委員会「医療リハビリテーション小委員会」	委員	小林 毅
日本障害者協議会		理事	比留間ちづ子
		協議員	中村 春基
		協議員	比留間ちづ子
社会福祉法人日本介助犬協会		評議員	森 功一
精神保健従事者団体懇談会		幹事	坂井 一也
社団法人日本福祉用具供給協会		理事	大熊 明
社団法人日本脳卒中協会		理事	中村 春基
SST普及協会		職域世話人	香山 明美
社団法人日本リハビリテーション医学会		特別委員	古川 宏
	がんのグランドビジョン作成ワーキンググループ	委員	小林 毅
一般社団法人日本発達障害ネットワーク		理事	三澤 一登
		協議員	田辺美樹子
		協議員	有川 真弓
全国理学療法士・作業療法士学校連絡協議会		相談役	陣内 大輔
日本ニューロリハビリテーション学会		理事	中村 春基
社団法人支援の三角点設置研究	精神障害者地域移行・地域定着支援推進事業	委員	荻原 喜茂

平成24年度

他組織・団体名	委員会等名	役職	代表
厚生労働省	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	臨時委員	陣内 大輔
公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会		評議員	中村 春基
公益財団法人医療研修推進財団		評議員	杉原 素子
公益財団法人国際医療技術交流財団		評議員	中村 春基
財団法人日露医学医療交流財団		評議員	中村 春基
公益財団法人日本訪問看護財団		評議員	中村 春基
	研究助成金選考委員会	委員	中村 春基
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会	JJCRS編集委員会	委員	中村 春基
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会		理事	山本 伸一
	障害児・者リハビリテーションのあり方検討小委員会	委員	三澤 一登
公益財団法人テクノエイド協会		評議員	大丸 幸
	ISO/TC173/SC委員会	委員	中村 春基
	福祉機器開発普及事業 福祉用具有識者会議	委員	渡邊 慎一
	福祉用具・介助ロボット実用化支援事業	委員	中村 春基
一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会		理事	渡邊 慎一
独立行政法人国際協力機構	青年海外協力隊	技術専門員	佐藤 善久
	障害者支援課題別支援委員会「医療リハビリテーション小委員会」	委員	小林 毅
特定非営利活動法人日本障害者協議会		理事	比留間ちづ子
		協議員	中村 春基
			比留間ちづ子
社会福祉法人日本介助犬協会		評議員	森 功一
精神保健従事者団体懇談会		幹事	坂井 一也
社団法人日本福祉用具供給協会		理事	東 祐二
公益社団法人日本脳卒中協会		理事	中村 春基
SST普及協会		職域世話人	香山 明美
日本臨床医療福祉協議会		常任理事	山本 伸一
一般社団法人日本発達障害ネットワーク		理事	三澤 一登
		協議員	田辺美樹子
日本ニューロリハビリテーション学会		理事	中村 春基
一般社団法人支援の三角点設置研究	精神障害者地域移行・地域定着支援推進事業	助成検討委員	香山 明美
		委員	遠藤 真史
公益社団法人日本リハビリテーション医学会	がんのグランドビジョン作成作成ワーキンググループ	委員	小林 毅
一般財団法人ライフ・プランニング・センター	がんのリハビリテーション研修運営委員会	運営委員	小林 毅 蓬莱谷耕士
一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会		監事	中村 春基
社団法人日本介護福祉士会	認定介護福祉士（仮称）の在り方に関する検討会作業部会	委員	香山 明美
公益社団法人全国老人保健施設協会	社会保障制度委員会	委員	土井 勝幸
公益財団法人医療研修推進財団	理学療法士・作業療法士養成施設等教員講習会事業に関わる小委員会	委員	藤井 浩美
		委員	澤 俊二

一般財団法人長寿社会開発センター	初任訪問介護員に対するOJTの手引き検証委員会	委員	村井 千賀
特定非営利活動法人(NPO法人)私立専門学校等評価研究機構	私立専門学校等第三者評価事業における評価担当部会	委員	奈良 篤史
株式会社日本総合研究所	平成24年度介護支援専門員研修改善事業	委員	村井 千賀
日本リハビリテーションデータベース協議会(構成団体:公益社団法人日本リハビリテーション医学会,公益社団法人日本理学療法士協会,一般社団法人日本作業療法士協会,一般社団法人日本言語聴覚士協会)		委員	小林 毅
			岩井 晶子

平成25年度

他組織・団体名	委員会等名	役職	代表
厚生労働省	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	臨時委員	陣内 大輔
厚生労働省	PTOT国家試験出題基準改定部会	委員	中村 春基 荻原 喜茂
公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会		評議員	中村 春基
公益財団法人医療研修推進財団		評議員	杉原 素子
公益財団法人国際医療技術交流財団		評議員	中村 春基
公益財団法人日本訪問看護財団		評議員	中村 春基
	JJCRS編集委員会	委員	中村 春基
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会		理事	山本 伸一
	障害児・者リハビリテーションのあり方検討小委員会	委員	三澤 一登
公益財団法人テクノエイド協会		評議員	東 祐二
	ISO/TC173/SC委員会	委員	中村 春基
	福祉機器開発普及事業 福祉用具有識者会議	委員	渡邊 慎一
一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会		理事	渡邊 慎一
独立行政法人国際協力機構	青年海外協力隊	技術専門員	佐藤 善久
	障害者支援課題別支援委員会「医療リハビリテーション小委員会」	委員	小林 毅
特定非営利活動法人日本障害者協議会		理事	比留間ちづ子
		協議員	中村 春基
			比留間ちづ子
社会福祉法人日本介助犬協会		評議員	谷 隆博
精神保健従事者団体懇談会		幹事	荻山 和生
社団法人日本福祉用具供給協会		理事	東 祐二
公益社団法人日本脳卒中協会		理事	中村 春基
SST普及協会		職域世話人	香山 明美
一般社団法人日本臨床医療福祉学会		常任理事	山本 伸一
一般社団法人日本発達障害ネットワーク		理事	三澤 一登
		協議員	田辺美樹子
日本ニューロリハビリテーション学会		理事	中村 春基
一般社団法人支援の三角点設置研究	精神障害者地域移行・地域定着支援推進事業	委員	荻原 喜茂
一般財団法人ライフ・プランニング・センター	がんのリハビリテーション研修運営委員会	運営委員	小林 毅
			蓬萊谷耕士

一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会		監事	中村 春基
社団法人日本介護福祉士会	認定介護福祉士（仮称）の在り方に関する検討会	委員	香山 明美
	認定介護福祉士（仮称）の在り方に関する検討会 作業部会	委員	香山 明美
公益社団法人全国老人保健施設協会	社会保障制度委員会	委員	土井 勝幸
公益財団法人医療研修推進財団	理学療法士・作業療法士養成施設等教員講習会事業に関わる小委員会	委員	藤井 浩美
		委員	澤 俊二
一般財団法人長寿社会開発センター	初任訪問介護員に対するOJTの手引き検証委員会	委員	村井 千賀
日本リハビリテーションデータベース協議会（構成団体：公益社団法人日本リハビリテーション医学会、公益社団法人日本理学療法士協会、一般社団法人日本作業療法士協会、一般社団法人日本言語聴覚士協会）	運営委員会	委員	小林 毅
			岩井 晶子
仙台市健康福祉局	認知症対策推進会議「地域支援体制構築ワーキング」	委員	土井 勝幸
公益財団法人共用品推進機構	食器におけるアクセシブルデザインの標準化に関する研究会	オブザーバー	田中勇次郎
一般社団法人全国リハビリテーション学校協会		理事	中村 春基
社会福祉法人南高愛隣会	全国的・広域的ネットワーク活動支援事業	委員	荻原 喜茂
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社	老人保健健康増進等事業「通所介護のあり方に関する調査研究事業検討会」	委員	大熊 明
一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会	福祉用具専門相談員の質の向上に向けた調査研究事業	委員	渡邊 慎一
三菱総合研究所	介護サービス事業所における医療職の在り方に関する調査研究事業	委員	大熊 明
特例社団法人日本精神科看護技術協会	平成25年度精神科訪問看護等従事者養成研修事業	委員	荻原 喜茂
株式会社日本能率協会総合研究所	平成25年度精神障害保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修	委員	荻山 和生

平成26年度

他組織・団体名	委員会等名	役職	代表
厚生労働省	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	臨時委員	陣内 大輔
厚生労働省	PTOT国家試験出題基準改定部会	委員	中村 春基
		委員	荻原 喜茂
厚生労働省	長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会	構成員	荻原 喜茂
厚生労働省	スマートライフプロジェクト推進委員会	公認サポーター	中村 春基
厚生労働省	健康寿命をのぼそうアワード*（介護予防・高齢者生活支援分野）	評価委員	中村 春基
厚生労働省	地域包括ケアに向けた高齢者の生活期リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業に係る企画書評価委員会	委員	中村 春基
厚生労働省	介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会	委員	渡邊 慎一
公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会		評議員	中村 春基
公益財団法人医療研修推進財団		評議員	杉原 素子
公益財団法人国際医療技術交流財団		評議員	中村 春基
公益財団法人日本訪問看護財団		評議員	中村 春基
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	障害児・者リハビリテーションのあり方検討小委員会	理事	山本 伸一
		委員	三澤 一登
公益財団法人テクノエイド協会		評議員	清水 順市
	ISO/TC173/SC委員会	委員	中村 春基
一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会		理事	渡邊 慎一
独立行政法人国際協力機構	青年海外協力隊	技術専門員	佐藤 善久
特定非営利活動法人日本障害者協議会		理事	比留間ちづ子
		協議員	中村 春基
		協議員	比留間ちづ子
社会福祉法人日本介助犬協会		評議員	谷 隆博
精神保健従事者団体懇談会		幹事	荻山 和生
社団法人日本福祉用具供給協会			小林 毅
公益社団法人日本脳卒中協会		理事	中村 春基
一般社団法人日本臨床医療福祉学会		常任理事	山本 伸一
一般社団法人日本発達障害ネットワーク		理事	三澤 一登
		代議員	田辺美樹子
日本ニューロリハビリテーション学会		理事	中村 春基
一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会		監事	中村 春基
社団法人日本介護福祉士会	認定介護福祉士（仮称）のあり方に関する検討会作業部会	委員	荻原 喜茂
	H26年度認定介護福祉士カリキュラム評価委員会		
公益社団法人全国老人保健施設協会	社会保障制度委員会	委員	土井 勝幸
日本リハビリテーションデータベース協議会（構成団体：公益社団法人日本リハビリテーション医学会，公益社団法人日本理学療法士協会，一般社団法人日本作業療法士協会，一般社団法人日本言語聴覚士協会）	運営委員会	委員	小林 毅
		委員	岩井 晶子
仙台市健康福祉局	認知症対策推進会議「地域支援体制構築ワーキング」	委員	土井 勝幸
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会	JJCRS編集委員会	委員	中村 春基
公益財団法人共用品推進機構	食器におけるアクセシブルデザインの標準化に関する研究会	オブザーバー	田中勇次郎

一般社団法人全国リハビリテーション学校協会		理事	中村 春基
一般財団法人東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会	一般社団法人東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会顧問の就任について	顧問	中村 春基
一般社団法人日本介護支援専門員協会	ケアマネジメントにおける医療系サービスの活用実態とリハビリテーション専門職との協働のあり方に関する調査研究事業	ワーキンググループ委員	谷 隆博
国際義肢装具協会日本支部	国際義肢装具協会世界大会2019日本招致実行委員会	日本招致組織委員	中村 春基
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チーム員の質の確保等に向けた調査研究事業	委員	香山 明美
一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団		評議員	中村 春基
		評議員	荻原 喜茂
一般社団法人リハビリテーション教育評価機構		理事	中村 春基
		理事	陣内 大輔
		理事	佐竹 勝
一般社団法人日本精神科看護協会	就労支援フォーラムNIPPON2014実行委員会	運営委員	荻原 喜茂
			田辺美樹子
一般社団法人シルバーサービス振興会	平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「在宅虚弱高齢者の生活を支える福祉用具・住宅改修のあり方に関する調査研究事業	委員	山下 陽子
みずほ情報総研株式会社	厚生労働省社会・援護局精神・障害保健課「平成26年精神障害保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する調査研究事業」	委員	荻原 喜茂
一般財団法人ライフ・プランニング・センター	がんのリハビリテーション研修	運営委員	小林 毅
		運営委員	蓬萊谷耕士
	リンパ浮腫研修	運営委員	高島 千敬
		運営委員	吉澤いづみ
一般社団法人レジリエンスジャパン推進協議会	ワーキンググループ	委員	清水 兼悦
公益社団法人日本精神神経学会	多職種連携委員会	委員	香山 明美
アビームコンサルティング株式会社	厚生労働省社会・援護局精神・障害保健課「平成26年精神障害保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修事業」	委員	荻原 喜茂
全国リハビリテーション医療関連団体協議会	代表者会		中村 春基
	グランドデザイン部会	委員	荻山 和生
			大川 和則
	地域包括ケア推進リハ部会	委員	山本 伸一
	報酬改定検討部会	委員	荻山和生
			山本 伸一
人材育成委員会	委員	梶原 幸信	
		清水 順市	
		陣内 大輔	
チーム医療推進協議会			中村 春基
			清水 順市
			小林 毅
下肢慢性創傷の予防・リハビリテーション研究会			
日本下肢救済・足病学会サテライト研究会		世話人	成田 雄一
公益財団法人国際医療技術財団	災害医療アドバンス準備委員会	委員	今野 和成
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会	広報委員会	委員	今野 和成

平成27年度

他組織・団体名	委員会等名	役職	代表
厚生労働省	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	臨時委員	中村 春基
			陣内 大輔
厚生労働省	スマートライフプロジェクト推進委員会	公認サポーター	中村 春基
厚生労働省	健康寿命をのばそうアワード（介護予防・高齢者生活支援分野）	評価委員	中村 春基
厚生労働省	介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会	委員	渡邊 慎一
厚生労働省	医療従事者の需給に関する検討会	構成員	荻原 喜茂
厚生労働省	これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会	構成員	荻原 喜茂
公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会		評議員	中村 春基
	第3回アジア太平洋CBR会議組織委員会	委員	清水 順一
公益財団法人医療研修推進財団		評議員	杉原 素子
公益財団法人国際医療技術交流財団		評議員	中村 春基
	災害医療研修準備委員会	委員	今野 和成
公益財団法人日本訪問看護財団		評議員	中村 春基
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会	JJCRS編集委員会	委員	中村 春基
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会		理事	山本 伸一
	障害児・者リハビリテーションのあり方検討小委員会	委員	三澤 一登
		評議員	清水 順市
公益財団法人テクノエイド協会	ISO/TC173/SC委員会	委員	中村 春基
一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会		理事	渡邊 慎一
独立行政法人国際協力機構	青年海外協力隊	技術専門員	佐藤 善久
特定非営利活動法人日本障害者協議会		理事	比留間ちづ子
		協議員	中村 春基
社会福祉法人日本介助犬協会		評議員	谷隆 博
精神保健従事者団体懇談会		幹事	荻山 和生
一般社団法人日本福祉用具供給協会		外部理事	小林 毅
公益社団法人日本脳卒中協会		理事	中村 春基
一般社団法人日本発達障害ネットワーク		理事	三澤 一登
		代議員	田辺美樹子
日本ニューロリハビリテーション学会		理事	中村 春基
一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会		監事	中村 春基
公益社団法人全国老人保健施設協会	社会保障制度委員会	委員	土井 勝幸
日本リハビリテーションデータベース協議会（構成団体：公益社団法人日本リハビリテーション医学会，公益社団法人日本理学療法士協会，一般社団法人日本作業療法士協会，一般社団法人 日本言語聴覚士協会）	運営委員会	委員	小林 毅
			岩井 晶子
仙台市健康福祉局	認知症対策推進会議「地域支援体制構築ワーキング」	委員	土井 勝幸
一般社団法人全国リハビリテーション学校協会		理事	中村 春基
公益財団法人東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会		顧問	中村 春基
一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団		評議員	中村 春基
		評議員	荻原 喜茂

一般社団法人リハビリテーション教育評価機構		理事	中村 春基
		理事	陣内 大輔
		理事	佐竹 勝
一般社団法人日本精神科看護協会	就労支援フォーラムNIPPON2015実行委員会	運営委員	荻原 喜茂
一般財団法人ライフ・プランニング・センター	がんのリハビリテーション研修	運営委員	小林 毅
	リンパ浮腫研修	運営委員	蓬萊谷耕士
			高島 千敬
一般社団法人レジリエンスジャパン推進協議会	ワーキンググループ	委員	吉澤いづみ
公益社団法人日本精神神経学会	多職種連携委員会	委員	清水 兼悦
公益社団法人日本介護福祉士会	認定介護福祉士に関する検討会	委員	香山 明美
全国リハビリテーション医療関連団体協議会	代表者会	委員	香山 明美
	報酬対策委員会	委員	中村 春基
	データベース委員会	委員	山本 伸一
	人材育成委員会	委員	梶原 幸信
	リハ・サミット実行委員会	委員	清水 順市
	グランドデザイン委員会	委員	土井 勝幸
チーム医療推進協議会		監事	中村 春基
		委員	荻原 喜茂
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会	広報委員会	委員	小林 毅
	研修委員会	委員	今野 和成
			香山 明美
一般社団法人全国訪問看護事業協会	精神科訪問看護推進委員会	委員	荻原 喜茂
国立研究開発法人日本医療研究開発機構	H27年度医工連携事業化推進事業在宅医療に適したスターターセットの構築を目指した在宅用医療用機器の開発	委員	中村 春基
	H27年度医工連携事業化推進事業在宅医療に適したスターターセットの構築を目指した在宅用医療用機器の開発WG	委員	渡邊 慎一
一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会	H27年度老人保健健康増進等事業「通所・訪問リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業」	委員	中村 春基
一般社団法人日本慢性期医療協会	H27年度老人保健健康増進等事業「医療が必要な要介護高齢者のための長期療養施設のあり方に関する調査研究事業」	委員	中村 春基
一般社団法人日本がんサポーターブケア学会	日本がんサポーターブケア学会支持療法委員会リンパ浮腫部会	委員	高島 千敬
一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会	専門的知識、経験を有する福祉用具専門相談員の配置に向けた研修カリキュラム等に関する調査研究事業	委員	吉澤いづみ
			渡邊 慎一
一般社団法人シルバーサービス振興会	介護プロフェッショナルキャリア段位制度におけるレベル認定委員会	委員	中村 春基
	介護保険における福祉用具・住宅改修の価格等の実態に関する調査	委員	渡邊 慎一
一般財団法人ヘルスケア人材育成協会		設立時理事	中村 春基

資料14 作業療法関係年表 (2011年～2015年)

年	日本作業療法士協会・作業療法関連	関連する法制度とできごと	社会のできごと
2011 (H23)	東日本大震災への対応として、3月12日災害対策本部設置(本部長:中村春基)し、中心的な被災地3県士会との情報交換と支援の開始	「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体総合戦略会議」設置 社会保障審議会医療部会において4疾病5事業の病目に精神疾患が加わり5疾病へ	東日本大震災(3月11日): 中心的な被災地である岩手、宮城、福島に3県に甚大な被害、福島においては原発被害が重複
2012 (H24)	生活行為向上マネジメント推進プロジェクトが始動 認知症施策の基本方針「今後の認知症対策の方向性について」の中で「認知症初期集中支援チーム」を設置することとし、そのチーム構成員に作業療法士が明記される 浜通り訪問リハビリステーション開設	『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』発行(東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』作成ワーキンググループ企画・編集) 日本リハビリテーション・データベース協議会が発足 「障害者虐待防止法」公布	うるう秒挿入 東京スカイツリー開業
2013 (H25)	災害対策室を新設 休会制度新設される 臨床実習指導者研修制度、臨床実習指導施設認定制度規定 訪問リハビリステーション「ゆずる」開設	「障害者総合支援法」施行 「障害者差別解消法」公布(2016年施行) 認知症G7国際会議開催(ロンドン)	東証と大証が経営統合 三浦雄一郎、最高齢(80歳)でエベレスト登頂 台風18号で初の大雨特別警報発令
2014 (H26)	第1回専門作業療法士、認定作業療法士の資格認定審査(試験)実施 第19回3学会合同呼吸療法認定士試験より作業療法士に受験資格が認められる 認知症の人の生活支援推進委員会が発足 理事の常勤化 災害支援ボランティア受け入れマニュアル作成 気仙沼訪問リハビリステーション開設(復興特区事業) WFOT代表者会議、アジア太平洋地域作業療法士会議開催(千葉) 第16回世界作業療法士連盟大会・第48回日本作業療法学会開催(神奈川)	平均寿命 女性86.83歳、男性80.50歳 過労死等防止対策推進法施行 認定社会福祉士制度開始	NISA開始 御嶽山噴火 2014年ノーベル賞: 物理学賞 赤崎勇, 天野浩, 中村修二 STAP細胞騒動
2015 (H27)	会長常勤化 「平成24年度高齢者の新たな生きがい創造事業」がジャパン・レジリエンス・アワード(国土強靱化大賞)2015「最優秀賞」を受賞 ホームページ全面改訂	認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)を公表	18歳選挙権成立(6月17日), 2016年参院選から マイナンバー制度制定 2015年ノーベル賞: 生理学・医学賞 大村智, 物理学賞 梶田隆章

資料15 作業療法白書アンケート及びアンケート資料

『作業療法白書 2015 アンケート』回答について

ご回答について

本アンケートは、作業療法部門の代表者お一人がご回答ください。

本アンケートには、2014年10月から2015年9月末における貴施設の状況をお聞きする設問と、2015年10月7日一日の作業療法臨床実践および作業療法士の業務についてお聞きする設問があります。

- * 2015年10月7日 一日の臨床や業務をお答えいただく設問について、何らかの都合で 10月7日に通常の作業療法や業務を実施しなかった場合には、前後二日間の通常日一日（以下「指定日」とします）の状況をお答えください。

ご回答の返信・返送について

本アンケートは、2015年10月末日(当日消印有効)までにご回答ください。

インターネット回答:

可能な方はインターネットで回答へのご協力をお願いいたします。インターネット回答では、回答者にパスワードを設定いただくことによって回答を一時保存し、何度でも加筆・修正ができます。データ集計の効率化のためにも、ご協力いただければ幸いです。インターネット回答は、（一社）日本作業療法士協会トップページ (<http://www.jaot.or.jp/>) の白書アンケートバナーへお進みください。インターネット回答の運用開始時期につきましては、協会ホームページでご確認いただけると幸いです。

郵送回答:

インターネット回答が難しい場合は、同封の返信用封筒にて、回答をご記入いただいた本質問用紙と回答用紙の両方をご返送ください。

本アンケートは以下のような構成になっています。

- I 一般項目:施設の種別、所属する作業療法士の数、作業療法士の労働環境、作業療法部門の管理・運営等に関する設問で、すべての施設が対象です。
- II 作業療法士の臨床活動に関する設問:貴施設の作業療法士が関与している領域の設問を選んでお答えください。医療・介護・障害福祉・その他に分かれています。貴施設の状況に応じてお答えください。

I 一般項目	
問 1.	貴施設は、つぎのどれにあたりますか。あてはまる回答の番号 <u>すべてに</u> ○印を付けてください。
医療系	
1.	病院
2.	診療所
3.	認知症疾患医療センター
福祉系	
身体障害者福祉法関連施設	
4.	身体障害者更生援護施設
5.	身体障害者更生相談所
児童福祉法関連施設	
6.	児童福祉施設
7.	児童相談所
精神保健福祉法関連施設	
8.	精神保健福祉センター
9.	精神障害者社会復帰促進センター
知的障害者福祉法関連施設	
10.	知的障害者更生相談所
老人福祉法関連施設	
11.	老人福祉施設
12.	有料老人ホーム
13.	老人憩いの家
14.	在宅介護支援センター
15.	高齢者総合相談センター
介護保険法関連施設	
16.	地域包括支援センター
17.	介護老人保健施設
18.	老人訪問看護ステーション(介護保険にのみ対応する指定訪問看護ステーション。これ以外は 25.)
障害者総合支援法関連施設	
19.	指定障害者福祉サービス事業所
20.	指定障害者支援施設
21.	指定相談支援事業所
22.	指定地域活動支援センター
23.	指定福祉ホーム
24.	基幹相談支援センター
その他の施設(上記法律の複数に対応する施設, 上記法律以外に対応する施設)	
25.	訪問看護ステーション(18. 老人訪問看護ステーションを除く, 医療・介護の両方に関わる訪問看護ステーション)
26.	特別支援学校
27.	養成校
28.	保健所等(保健センター, 高齢福祉課, 高齢サービス課, 健康増進課等)
29.	その他(職業センター, リハ関連企業, 補装具製作施設, サービス付き高齢者向け住宅, 発達障害者支援センター, その他(第三セクター, 社会福祉協議会等))
問 2.	貴施設の所在する都道府県名をお答えください: 都・道・府・県
問 3.	現在, 貴施設の作業療法士は何人ですか。
	作業療法士の数…………… 常勤() 人 非常勤() 人

地方自治体等が運営する会議・事業への参画状況に関する設問

問 20. 2014 年 10 月～2015 年 9 月末の一年間に、貴施設の作業療法士が主たる業務に加えて参加した地方自治体等の運営する事業等があれば、項目番号すべてに○印をつけ、その事業に関与する自治体の種別と参画方法を選んで☑してください。＊施設として派遣している場合、作業療法士が個別に契約している場合の両方を含みます。

分野・領域／カテゴリー		参画内容	自治体		参画方法		
			都道府県	市区町村	会議・委員会等への参加	協議会・審議会の参画	その他
1. 行政計画への参画							
政策全般に関すること	1	総合計画(基本構想・基本計画・実施計画の立案)	☐	☐	☐	☐	☐
	2	都市計画	☐	☐	☐	☐	☐
医療全般に関すること	3	地域保健医療計画	☐	☐	☐	☐	☐
福祉全般に関すること	4	地域福祉計画	☐	☐	☐	☐	☐
教育全般に関すること	5	教育振興基本計画	☐	☐	☐	☐	☐
高齢者福祉に関すること	6	介護保険事業計画	☐	☐	☐	☐	☐
	7	老人保健福祉計画	☐	☐	☐	☐	☐
児童福祉に関すること	8	次世代育成支援対策推進行動計画	☐	☐	☐	☐	☐
	9	児童育成計画	☐	☐	☐	☐	☐
障害者福祉に関すること	10	障害福祉計画	☐	☐	☐	☐	☐
	11	障害者計画	☐	☐	☐	☐	☐
その他(内容をご記入ください)	12		☐	☐	☐	☐	☐
2. 行政事業運営への関与							
くらしに関すること	13	地域づくり(まちづくり)事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	14	震災・防災事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	15	NPO・ボランティアに関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
子育てに関すること	16	子育て支援事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
高齢者福祉に関すること	17	都道府県リハビリテーション協議会に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	18	都道府県リハビリテーション支援センターに関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	19	地域リハビリテーション広域支援センターに関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	20	地域リハビリテーション相談センターに関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	21	社会福祉協議会運営等に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
地域福祉に関すること	22	地域福祉(民生委員・児童委員協議会／生活保護等)に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
介護保険に関すること	23	地域支援事業(介護予防事業等)に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	24	地域包括支援センター運営に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	25	地域ケア会議に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	26	介護認定審査会に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	27	不服審査会に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	28	介護給付費適正化事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	29	認知症支援に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐

分野・領域／カテゴリー	参画内容	自治体		参画方法		
		都道府県	市区町村	議会・協議会・委員会等への参加	事業の実務への参画	その他
障害者福祉に関すること	30 高次脳機能障害支援コーディネーターに関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	31 地域生活支援事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	32 精神保健福祉事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	33 障害者自立支援協議会に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	34 障害者支援区分審査会等に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	35 不服審査会に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
保健事業に関すること	36 健康診査(検診)事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	37 乳幼児健康診査事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	38 母子保健指導に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	39 (特定)保健指導に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	40 訪問指導事業(含む母子)に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	41 健康づくり(健康増進)事業等に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
教育に関すること	42 特別支援(連携)協議会等に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	43 障害者スポーツ振興に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	44 特別支援教育コーディネーターに関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	45 障害児就学指導に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	46 小中高等学校教育支援に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	47 生涯学習に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
仕事に関すること	48 ものづくり事業(含む起業支援、雇用創出)に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
	49 ハローワーク(障害者雇用・就労支援等)に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
その他(内容をご記入ください)	50	☐	☐	☐	☐	☐
3. 市民による地域づくり活動(ボランティア・市民活動団体等)への関与						
商工会等に関すること	51 商工会等の各種会議・事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
青年会等に関すること	52 青年会等の各種会議・事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
婦人会等に関すること	53 婦人会等の各種会議・事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
老人クラブ等に関すること	54 老人クラブ等の各種会議・事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
子育てサークル等に関すること	55 子育てサークル等各種会議・事業に関連すること	☐	☐	☐	☐	☐
その他(右欄に団体名や活動内容をご記入ください)	56	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

一般項目の質問は以上です。

Ⅱ 作業療法士の臨床活動に関する設問

	臨床活動に関する設問は、全て 2015 年 10 月 7 日一日の状況をご回答ください。10 月 7 日に何らかの都合で通常の業務を実施しなかった場合は、前後二日間のうちいずれか一日(この日を「指定日」とします)の状況をお答えください。
問 21.	以下の各領域別に従事する作業療法士がいる場合は、()内に○印を、いない場合は×印をつけて、○の領域に関しては該当する問番号の設問にお答えください。*印のある、医療・介護保険・障害福祉領域の臨床活動の回答には、別紙の回答用紙をご利用いただきます。ご協力ください。 医療*() : ○の場合→問 22～問 35 別紙回答用紙 A-①～③に身体 A-①・精神 A-②・発達 A-③の領域別に回答 介護保険*() : ○の場合→問 36～50 別紙回答用紙 B に回答 障害福祉*() : ○の場合→問 51～66 別紙回答用紙 C に回答 教育関連(特別支援学校など)() : ○の場合→問 67～73 職業関連() : ○の場合→問 74～80 行政関係() : ○の場合→問 81～85 その他() : ○の場合→問 86～87 } 質問紙に直接回答を記入
【医療における作業療法(身体障害・精神障害・発達障害)に関する設問】	
以下の設問には別紙の回答用紙でお答えください。	
質問は共通ですが、回答用紙は A-①【医療 身体障害領域】、A-②【医療 精神障害領域】、A-③【医療 発達障害領域】の 3 種類がございます。貴施設の関連する領域に応じ、必要な場合は複数の回答用紙にご記入ください。	
問 22.	貴施設で、 医療の作業療法 に従事する 作業療法士の総人数 をお答えください。
問 23.	10 月 7 日または指定日に医療領域の作業療法に従事した作業療法士の人数を、身体・精神・発達の領域別の回答用紙()内にお答えください。 *このアンケートで「発達障害」とは、「発達障害者支援法」対象者に限定するものではなく、肢体不自由、知的障害の両方を含むものとします。
問 24.	10 月 7 日に作業療法を実施した 対象者の人数 を 身体・精神・発達の領域別の回答用紙()内 にお答えください。
問 25.	10 月 7 日に作業療法を実施した 対象者の人数 を、 身体・精神・発達の領域別の回答用紙の表 に示された 年齢区分ごと にお答えください。
問 26.	上記作業療法対象者の、入院・外来の別、および病期による内訳を回答用紙の表にご記入ください。なお、病期は以下のように定義します。 ● 急性期:発症(再発・再燃含む)後、あるいは手術後、心身機能が安定しておらず医療による集中的な治療が中心となる時期 ● 回復期:心身機能が安定し、障害の改善が期待できる時期 ● 生活期(維持期):疾病の症状や障害が一定レベルにほぼ固定した時期。緩徐進行疾患等の維持的ケアの時期も含む ● 終末期:治療による回復が期待できず本人・家族・医療関係者等が死を予測し対応を考えている時期
問 27.	10 月 7 日または指定日に作業療法を実施した 対象者の疾患や障害 を、入院・外来別、および病期別に最多 10 項目まで《資料 1》より選び、項目の番号を表に記入してください。

問 28.	10 月 7 日または指定日に実施した作業療法対象者の 指示内容を、最多 10 項目(順不同)まで 《資料2》より選び、項目の番号を回答用紙の表に記入してください。
問 29.	10 月 7 日または指定日に実施した作業療法対象者の 長期目標を、最多 10 項目(順不同)まで 《資料2》より選び、項目の番号を回答用紙の表に記入してください。
問 30.	10 月 7 日または指定日に実施した作業療法対象者の 短期目標を、最多 10 項目(順不同)まで 《資料2》より選び、項目の番号を回答用紙の表に記入してください。
問 31.	10 月 7 日または指定日に実施した 評価項目を、最多 10 項目(順不同)まで 《資料3》より選び、項目の番号を回答用紙の表に記入してください。
問 32.	上記評価項目から、リハビリテーションチームの中で作業療法士が実施することを特に期待されている、 作業療法に特徴的な評価 は何であると考えますか、 3 項目(順不同) 挙げて、表に記入してください。
問 33.	10 月 7 日または指定日に実施した 作業療法の種目を、最多 10 項目(順不同)まで 《資料4》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 34.	上記種目から、リハビリテーションチームの中で作業療法士が実施することを特に期待されている、 作業療法に特徴的な種目 は何であると考えますか、 5 項目(順不同) 挙げて、表に記入してください。
問 35.	10 月 7 日または指定日の 作業療法対象者に関して請求する項目およびその件数 を、回答用紙の表に記入ください。
身体・精神・発達障害の分類で複数領域の作業療法実践に関わっている場合は、領域別回答用紙を使用して、上記の問 23 から問 35 にお答えください。 医療の作業療法に関する質問は以上です。	

【介護保険関連(老年期障害)における作業療法に関する設問】

	以下の設問には別紙の回答用紙 B【介護保険領域】にお答えください。
問 36.	介護保険サービスに従事する作業療法士の総人数を回答用紙の()内にご記入ください。
問 37.	10月7日または指定日に介護保険サービスにかかわった作業療法士の人数を回答用紙()内にお答えください。
問 38.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の人数を回答用紙()内にお答えください。
問 39.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の人数を回答用紙の表に示した年齢区分ごとにお答えください。
	以下の問には、10月7日または指定日に作業療法士がかかわったサービスごとに回答用紙の表にお答えください。サービスの種別は以下の通りです。 ● 入所・入居 ● 通所系 ● 訪問系 ● その他
問 40.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の人数を、 <u>サービス別、および個別あり・集団のみに分けて</u> 表に記入してください。
問 41.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者の疾患や障害を、サービス別および個別あり・集団のみに分けて最多10項目(順不同)まで</u> 《資料1》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 42.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の <u>依頼内容を、サービス別、および個別あり・集団のみに分けて最多10項目(順不同)まで</u> 《資料2》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 43.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者のリハビリテーション実施計画の <u>長期目標を、サービス別、および個別あり・集団のみに分けて最多10項目(順不同)まで</u> 《資料2》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 44.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者のリハビリテーション実施計画の <u>短期目標を、サービス別、および個別あり・集団のみに分けて最多10項目(順不同)まで</u> 《資料2》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 45.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に対し、その日に作業療法士が実施した <u>評価項目を、サービス別、および個別あり・集団のみに分けて最多10項目(順不同)まで</u> 《資料3》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 46.	上記評価項目から、貴施設のリハビリテーションチームの中で作業療法士が実施することを特に期待されている、 <u>作業療法に特徴的な評価</u> は何であると考えますか。 <u>サービス別、および個別あり・集団のみに分けて3項目(順不同)</u> 挙げて、表に記入してください。
問 47.	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に対し、作業療法士が実施した <u>種目を、サービス別、および個別あり・集団のみに分けて最多10項目(順不同)まで</u> 《資料4》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 48.	上記種目のうち、貴施設のリハビリテーションチームの中で作業療法士が実施することを特に期待されている、 <u>作業療法に特徴的な種目</u> は何であると考えますか。 <u>サービス別、および個別あり・集団のみに分けて5項目(順不同)</u> 挙げて、表に記入してください。
問 49.	<u>貴施設が実施している地域支援事業</u> (10月7日または指定日に実施しているかどうかに関わらず)の該当項目に☑してください。
問 50.	10月7日または指定日に作業療法を実施した(作業療法士がかかわった)対象者に関して <u>請求する項目、およびその件数</u> を、回答用紙の表に記入してください。
介護保険サービスにおける作業療法に関する質問は以上です。	

【障害福祉における作業療法】	
	以下の設問には別紙の 回答用紙 C 【障害福祉】でお答えください。
問 51.	貴施設で、障害福祉サービスに従事する作業療法士の総人数を、回答用紙()内にお答えください。
問 52.	10 月 7 日または指定日に障害福祉領域に従事した作業療法士の人数を、回答用紙()内にお答えください。
問 53.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の人数を回答用紙()内にお答えください。
問 54.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の人数を、回答用紙の表に示した年齢区分ごとにお答えください。
問 55.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者が障害福祉サービスを利用する根拠として取得している手帳等について、回答用紙に示した種別ごとにお答えください。一利用者に対して主なもの一項目として集計下さい。
問 56.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者のサービス利用のきっかけを、回答用紙の表にお答えください。
	以下の問には、10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわったサービスごとに回答用紙の表にお答えください。サービス種別は以下の通りです。 ● 入所・入居 ● 通所系 ● 訪問系 ● その他
問 57.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の人数を、サービス別に表に記入してください。
問 58.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の疾患や障害を、サービス別に最多 10 項目(順不同)まで《資料1》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 59.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者のリハビリテーション実施計画、または個別支援計画の長期目標を、最多 10 項目(順不同)まで《資料2》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 60.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者のリハビリテーション実施計画、または個別支援計画の短期目標を、最多 10 項目(順不同)まで《資料2》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 61.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に対し、その日に作業療法士が実施した評価項目を、最多 10 項目(順不同)まで《資料3》より選び、項目の番号を表に記入してください。
問 62.	上記評価項目のうち、貴施設の作業療法士が実施することを特に期待されている、作業療法に特徴的な評価は何であると考えますか。3 項目挙げて、表に記入してください。
問 63.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に対し、作業療法士が実施した種目を、最多 10 項目(順不同)まで《資料4》より選び、項目の番号を記入してください。
問 64.	上記種目のうち、貴施設の作業療法士が実施することを特に期待されている、作業療法に特徴的な種目は何であると考えますか。5 項目(順不同)挙げて、表に記入してください。
問 65.	10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に関して請求する項目、およびその件数を、回答用紙の表に記入してください。
問 66.	貴施設で実施している、市町村あるいは都道府県生活支援事業(10 月 7 日または指定日に実施しているかどうかに関わらず)の該当項目に☑して下さい。
障害福祉サービスにおける作業療法に関する質問は以上です。	

【教育・職業関連・行政、およびその他の領域における作業療法に関する設問】

問 67.	貴施設には 教育関連領域(特別支援学校など) に関与している作業療法士がいますか.									
	1. はい → 問 68 へ 2. いいえ → 問 74 へ									
問 68.	貴施設教育関連領域に勤務する作業療法士の総数, 10 月 7 日または指定日に従事した 作業療法士 の人数(半日出勤の場合は0.5人), 10月7日または指定日に行った 作業療法対象者 の総数(作業療法士がかかわった対象者の総数)を, それぞれ記入してください.									
	作業療法士の総数⇒ 人 10 月 7 日または指定日に従事した作業療法士の人数→ 人 10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の総数→ 人									
問 69.	貴施設教育関連領域で, 10 月 7 日または指定日にかかわった対象者の人数を, 下記の年齢区分ごとにお答えください.									
	～6 歳未満(幼稚園・幼稚園)	5 歳～12 歳(小学校・小学部)	12 歳～15 歳(中学校・中学部)	15 歳～18 歳(高等学校・高等部)	18 歳以上					
	人	人	人	人	人					
問 70.	貴施設教育関連領域で 10 月 7 日または指定日にかかわった対象者の疾患や障害を, <u>最多 10 項目まで(順不同)</u> 《資料 1》より選び, 項目の番号を記入してください.									
問 71.	10 月 7 日または指定日に貴施設教育関連領域で作業療法の目的(作業療法士がかかわった目的)を, <u>最多 10 項目(順不同)</u> まで《資料 2》より選び, 項目の番号を記入してください.									
問 72.	10 月 7 日または指定日に貴施設教育関連領域で作業療法士が実施した評価項目を, <u>最多 10 項目(順不同)</u> まで《資料 3》より選び, 番号を記入してください.									
問 73.	10 月 7 日または指定日に貴施設教育関連領域で行った作業療法の種目(作業療法士が実施した種目)を, <u>最多 10 項目(順不同)</u> まで《資料 4》より選び, 項目の番号を記入してください.									

教育関連領域(特別支援学校など)における作業療法に関する質問は以上です.

問 74.	貴施設には 職業関連領域 に関与している作業療法士はいますか.			
	1. はい → 問 75 へ 2. いいえ → 問 81 へ			
問 75.	貴施設職業関連領域に勤務する作業療法士の総数, 10 月 7 日または指定日に従事した 作業療法士 の人数(半日出勤の場合は0.5人), 10月7日または指定日に行った 作業療法対象者 の総数(作業療法士がかかわった対象者の総数)を, それぞれ記入してください.			
	作業療法士の総数⇒ 人 10 月 7 日または指定日に従事した作業療法士の人数→ 人 作業療法対象者の総数→ 人			
問 76.	貴施設職業関連領域で, 10 月 7 日または指定日にかかわった対象者の年齢を, 下記の年齢区分ごとにお答えください.			
	18 歳以下	19 歳～39 歳	40 歳～64 歳	65 歳以上
	人	人	人	人

	【これまでのいずれにも該当しない領域(民間企業勤務, 起業など)に関する設問】
問 86.	あなたの勤務先は次のどれにあたりますか.
	1. 民間企業勤務 2. 起業 3. その他(具体的にお書きください):
問 87.	あなたの主な業務を具体的にお書きください.

質問は以上です. 大変お疲れ様でした.

インターネット回答にご協力ください.

郵送の場合は, 記入漏れがないかご確認のうえ, 記入した質問紙・回答用紙の両方を, 同封の封筒にてご返送ください.

ご協力, 誠にありがとうございました.

一般社団法人 日本作業療法士協会 企画調整委員会

アンケート資料1 対象疾患・障害

<神経系の疾患・障害> 1 脊髄疾患 2 末梢神経損傷 3 パーキンソン病 4 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など 5 失調症 6 失行・失認 7 失語 8 上記以外の高次脳機能障害 (注意・遂行機能・記憶の障害など) 9 てんかん 10 脳性麻痺 11 神経筋接合部及び筋の疾患 (重症筋無力症・筋ジストロフィーなど)	<循環器系の疾患・障害> 28 脳血管性障害 29 心臓疾患 30 その他の循環器疾患 <呼吸器、消化器系の疾患・障害> 31 消化系疾患 32 呼吸器系疾患 <筋骨格系及び結合組織の疾患・障害> 33 脊椎障害 34 関節リウマチ 35 その他の骨・関節疾患 <先天奇形、変形及び染色体異常によるもの> 36 先天性奇形 37 先天性筋疾患 38 二分脊椎 39 染色体異常 <損傷及びその他の外因の影響によるもの> 40 熱傷 41 骨折 42 上肢切断 43 下肢切断 44 手首及び手の損傷 45 頭部外傷 46 脊髄損傷 <新生物> 47 悪性新生物(がん・腫瘍など) <上記以外の疾患・障害> 48 泌尿・生殖器疾患 49 皮膚・皮下組織疾患 50 重症心身障害 51 血液・造血器疾患 52 結核 53 内分泌・栄養・代謝・免疫疾患 54 末期状態* 55 その他の疾患・障害 加齢による障害 膠原病
<精神及び行動の障害> 12 統合失調症 13 感情障害 14 神経症性障害 15 アルコール依存症 16 薬物依存 薬物疾患 17 摂食障害 18 心身症 19 器質性精神障害 (アルツハイマー病、脳血管性認知症などの認知症、 脳損傷等による人格・行動障害等含む) 20 情緒障害 21 精神遅滞 知的障害 22 自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的な 学習障害と広汎性発達障害 23 児童青年期の行動・情緒障害(ADHD含む) 24 成人の人格・行動障害 25 その他の精神疾患	
<眼・耳及び付属器の疾患・障害> 26 視覚障害 27 聴覚障害	

ICD-10を基準に作成

*末期状態は特定の疾患や障害ではないが作業療法対象の末期患者に当たる。

アンケート資料2

指示・依頼の内容／長期目標・短期目標

<基本的能力>
1 運動機能の改善
2 運動機能の維持・代償指導
3 感覚知覚機能の改善
4 感覚知覚機能の維持・代償指導
5 認知心理機能の改善
6 認知心理機能の維持・代償指導
<応用的能力>
7 起居動作の改善
8 起居動作の維持・代償
9 上肢運動機能の改善
10 上肢運動機能の維持・代償
11 身辺処理能力の改善
12 身辺処理能力の維持・代償指導
13 知的精神的能力の改善
14 知的精神的能力の維持・代償指導
15 福祉用具などの代償手段*の適用
16 生活リズムの改善
17 コミュニケーション・対人技能の改善
18 健康管理能力の維持・改善
<社会的適応能力>
19 日常生活活動の改善
20 社会生活適応能力の改善
21 就労就学前訓練
22 就労就学の指導・訓練
23 余暇活動の指導・援助
<環境資源>
24 人的環境の調整・利用
25 物理的環境の調整・利用
26 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助
<その他>
27 その他:

*代償手段:車いす, 各種装具, 自助具など.

アンケート資料3 作業療法の評価項目

<一般的项目>
1 生育歴・生活歴
2 現病歴・治療歴
3 職業歴・学歴
4 趣味・興味
5 生活時間
6 役割
<基本的能力>
7 協調性
8 筋力・筋持久力
9 筋緊張
10 姿勢・肢位
11 関節可動域
12 反射・反応
13 感覚・知覚
14 精神・認知・心理
15 心肺機能(全身持久力含む)
16 摂食・嚥下機能
<応用的能力>
17 起居移動
18 上肢動作
19 身辺処理
20 知的精神的活動
21 福祉用具などの代償手段の適用
22 コミュニケーション能力
23 生活リズム
<社会的適応能力>
24 個人生活適応 (家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など)
25 社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)
26 教育的・職業的適応(就学・就労に向けて)
27 余暇活動面
<環境資源>
28 家族構成・関係
29 その他の人的環境・公的支援
30 生活環境
31 住居
32 学校・職場環境
<その他>
33 その他

作業療法ガイドライン第4版を基準とする.

アンケート資料4 作業療法の手段

<基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)>		<各種作業活動ー園芸>	
1 徒手的訓練		48 園芸	
2 器具を用いた訓練			
3 各種運動療法		<各種作業活動ー身体運動活動など>	
4 その他の基本訓練		49 感覚・運動遊び	(ブランコ、滑り台、トランポリン、プラスチックパテ等)
<各種作業活動ー日常生活活動>		50 ゲートボール	
5 食事		51 風船バレー	
6 更衣		52 ダンス	
7 排泄		53 体操	
8 入浴		54 その他軽スポーツ	
9 整容・衛生		<各種作業活動ー仕事・学習活動>	
10 起居		55 印刷・製本	
11 移動・移乗		56 簡易作業	
12 物品・道具・遊具の操作		57 パソコン(ワープロ・文書作成ソフト)	
13 家事		58 パソコン(ワープロ・文書作成ソフト以外)	
14 生活管理(安全、金銭、健康など)		59 製図・トレース	
<各種作業活動ー手工芸>		60 レタリング	
15 革細工		61 書字	
16 木工		62 その他の仕事活動	
17 陶芸		<各種作業活動ー生活圏拡大活動>	
18 粘土細工		63 公共機関利用	
19 籐細工		64 一般交通手段の利用	
20 紙細工		65 各種社会資源利用	
21 ビーズ細工		66 外出・散歩	
22 モザイク		67 生活技能訓練	
23 七宝焼		68 ミーティング	
24 デコパージュ		<用具の提供・適合・考案・作成・使用指導>	
25 版画		69 自具具	
26 ジグソー		70 スプリント	
27 編み物		71 義肢	
28 織物		72 装具	
29 組みひも		73 いす	
30 マクラメ		74 移動関連用具(車いす含む)	
31 刺繍		75 遊具	
32 染色		76 ベッド関連用具	
33 縫い物		77 排せつ関連用具	
34 その他の手工芸		78 入浴関連用具	
<各種作業活動ー創作・芸術活動>		79 コミュニケーション関連用具	
35 絵画		80 その他	
36 音楽		<相談・指導・調整>	
37 写真		81 家屋改造	
38 書道		82 家族関係の調整	
39 心理劇・ロールプレイ		83 家族相談・指導	
40 演劇・心理劇		84 就労相談・指導	
41 文芸活動		85 就学相談・指導	
42 生け花		86 社会資源の紹介	
43 茶道		87 ケアプラン策定	
44 その他の創作・芸術活動		88 他職種への情報提供	
<各種作業活動ー各種ゲーム>		<その他>	
45 囲碁・将棋・オセロなど		89 その他	
46 カードゲーム			
47 その他のゲーム			

* 作業療法ガイドライン第4版を基準とする。

あとがき

作業療法白書2015をようやくお届けすることができた。2016年度は「日本作業療法士協会五十年史」も発行されたため、白書から歴史的記述は割愛し、2011年度から2015年度5年間の協会活動を記録することに注力した。資料としての価値を高めることができたかどうかは定かではないが、定款に明記されている目的に沿って協会活動を記録するよう内容・構成を一部改訂した。

作業療法士の臨床活動にかかわるアンケートでは、年々回答率が低下している中でも多くの施設の方々にご協力をいただいた。回答くださった会員の皆様に深謝申し上げる。アンケート内容に関してはご意見も多く頂戴したが、今回は新たな質問も加え、病期やサービス種別に合わせた作業療法（士の活動）の姿、会員の考える作業療法の特徴についてお聞きし、まとめることをこころみた。作業療法の現在を概観いただき、日々の臨床活動について考える手がかりとしていただければ幸いである。

この5年間、東日本大震災からの復興も途上である中、東北では平成28年台風10号被害、昨年は関東・東北豪雨、今年は熊本地震発災、鳥取県でも地震が起こっている。末筆ながら、被災された方、不安な日々を送られている方にお見舞いを申し上げたい。

2016年11月

企画調整委員会	小賀野	操
	金子	愛
	小林	あかり
	三浦	晃
	村山	由美

作業療法白書2015

2017年3月1日発行

発 行 一般社団法人 日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光ビル7F

電話 03-5826-7871 FAX 03-5826-7872

印刷・製本 株式会社 三栄ビジネス



Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人 日本作業療法士協会