

作業療法白書 2021

白書発刊にあたって

一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基

作業療法白書は、1985年の日本作業療法士協会20周年記念誌として発刊されたものが第一冊目となります。これを契機に5年ごとに刊行してきました。今回の白書は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響もあり、2016年から2021年までの6年間の作業療法の姿をまとめたものです。この6年間のいくつかのトピックスを紹介します。

その一つは、2019年11月から始まった新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響です。2022年12月で4年目を迎えますが、これまでの度重なる感染拡大は、本会活動および国民生活に大きな影響を与えています。

二つ目は自然災害です。2016年4月の熊本地震、2018年の北海道胆振東部地震、2018年の7月豪雨（西日本豪雨）、2019年の東日本台風（台風19号豪雨）、2021年熱海市伊豆山土石流災害など、災害は日常的になっております。改めて、お亡くなりになられた方々、被災された皆様にお悔やみとお見舞いを申し上げます。

三つ目は2022年のウクライナへのロシアの侵攻です。世界作業療法士連盟（WFOT）の声明に賛同するコメントを出しましたが、「人々の健康と幸福」を目的に掲げる作業療法士の団体としましては看過できないことです。

四つ目は養成教育は作業療法の基盤になるものですが、2018年に理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則が改定され、2020年4月より施行されたことです。これに伴い、臨床実習指導者講習会を開催し、2022年3月時点ですでに2万人を超える臨床実習指導者を養成しました。運営にかかわられた本会会員、参加者の皆様に心から感謝申し上げます。

五つ目は本会の組織改編です。2018年から継続的に検討しておりますが、2021年にその先駆けとして福祉用具対策委員会を生活環境支援推進室に、生活行為向上マネジメント（MTDLP）士会連携支援室をMTDLP室に改組し、それぞれを総合的に取り組む組織にしました。なお、MTDLPについては、2022年3月に出された令和6年度理学療法士作業療法士国家試験出題基準に明記されました。さらに取り組みが進むものと期待しています。

六つ目は報酬改定です。診療報酬改定は、2016年、2018年、2019年、2020年、2022年、介護報酬、障害福祉サービス等報酬改定は2018年、2021年にそれぞれ行われました。詳細は本文をご参照願いますが、2021年介護報酬改定では、訪問看護ステーションの看護職配置割合を6割以上とする議題が取り上げられ、これに対して、リハビリテーション専門職団体が一致して署名活動等を行い、これを機能強化型ステーションのみの適応に限定することができました。また、同改定で、生活行為向上リハビリテーション実施加算を継続でき、加えて、自立支援促進加算の創設に寄与しました。

七つ目は寺山久美子氏（2021年春）、杉原素子氏（2021年秋）、鎌倉矩子氏（2022年春）、岡岡詔子氏（2022年秋）が叙勲されたことです。長年願ってきたことであり、会員一同で祝したいと思います。

結びに、今回の白書の発刊にご尽力いただいた白書委員会、ご協力いただいた会員、関係者の皆様に心から感謝申し上げます。

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8冊目にあたる。5冊目の『作業療法白書2005』までは学術誌『作業療法』の特別号として、また日本作業療法士協会の設立記念誌として位置づけてきたが、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。7冊目の『作業療法白書2015』では、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白書アンケートにて調査・集計した結果とともに、本会として常時把握しているデータを併せて提示するなど、2011年度から2015年度までの協会活動を定款事業の項目に沿って報告している。

8冊目の白書となる本書は、「5年間を振り返り、5年間の先を見通す」こと、「記述内容や根拠となるデータを都道府県士会や会員が利用できる」ことを編集方針に定め、当初は2020年度に調査を行い、2021年秋に発刊予定で作業を開始した。しかし、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の感染拡大の影響を受け、①当初2020年10月に調査実施を予定していたが、COVID-19の感染拡大の終息していない状況のなかで調査の回答を求めると、会員に多大な負担をかける、②COVID-19の感染拡大により作業療法の臨床実態も通常の状態ではなくなっている可能性があり、この時点の調査結果が実勢を表していることになるかについては異論がある、③白書では、会員情報から収集できるデータを活用しているが、本会コンピュータシステムの公開遅延により、2020年度より変更となった登録項目のデータ集積が遅れているため、そのデータを十分に利用できない可能性があることを理由に、調査を2021年に実施、発刊を2022年秋に1年延期することが2020年度第3回理事会（2020年7月18日）で、白書としての名称も『作業療法白書2021』とすることが2021年第6回理事会（2021年12月18日）で決定した。

調査・発刊が延期された1年間に、これまで発刊した白書を精査し、各部署との協議を重ねながら、アンケートの内容や白書の目次について検討を行った。さらに『作業療法白書』発刊に向けての連載を機関誌『日本作業療法士協会誌』2020年12月号～2022年1月号に11回にわたり掲載し、過去7冊の作業療法白書を概観し「白書の意義や活用方法について」継続的に発信、会員の協力が得られるように努めた。

アンケート調査の対象は、1995年まではすべての本会会員、施設であったが、2000年より会員の勤務する全施設となり、今回も同様とした。多くの施設のご協力を得ることができ、回収率は44.6%であった。通常の臨床業務以外にもCOVID-19が感染拡大し、さらに多忙となっているなかで、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ます。アンケート実施中には会員の方々からさまざまなご意見、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活かしていきたい。

本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特記すべき点を記載する。

- ・作業療法士の臨床活動に関する項目では、1年間の実績を尋ねる問いを削除し、定点調査（指定日の調査）のみとした。
- ・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，さまざまな病期，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」評価項目と種目を問うこととした。
- ・アンケート結果は2015年白書の調査結果と比較できるよう，表に2015年データをできる限り併記した。ただし，診療報酬上の変更等に伴い調査内容を変更したもの，比較の困難な結果は2021年だけのデータを示した。
- ・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が，集計結果は可能な限り公開する予定である。多くの会員に利用できるようにしていきたいと考えている。

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

執筆責任担当部署

1. わが国の作業療法（学術部，国際部，制度対策部）
2. 作業療法士の就業状況（事務局）
3. 作業療法士の臨床活動（制度対策部，学術部，生活環境支援推進室，運転と作業療法委員会）
4. 作業療法部門の労働環境と管理・運営（事務局，制度対策部，教育部）
5. 作業療法士の養成教育（教育部）
6. 作業療法士の生涯教育（教育部）
7. 学術研究活動（学術部）
8. 国際交流と国際貢献（WFOT代表，国際部）
9. 作業療法の普及と振興（制度対策部，MTDLP室，地域包括ケアシステム推進委員会，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・災害支援（災害対策室）
11. 日本作業療法士協会組織と運営（教育部，倫理委員会，50周年記念事業委員会，「協会員＝士会員」実現のための検討委員会，事務局）
12. 資料（学術部，教育部，制度対策部，事務局）

アンケート概要

【対象】 一般社団法人 日本作業療法士協会正会員が勤務する全施設

【方法】 2021年10月に質問紙を郵送（14,619施設）、2021年11月14日～12月3日に回答を得た。回収数6,520（回収率44.6%）。回答施設の種類のページ以降の表を参照

【調査対象期間】 臨床活動の基準日は2021年10月7日

【回答者】 作業療法部門の代表者

【回答方法】 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、学生教育（臨床実習）に関する設問、作業療法士（卒後）教育に関する設問、部門の管理運営等に関する設問、施設間連携に関する設問、国際的な活動に関する設問、COVID-19による影響に関する設問、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47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52問、介護保険領域17問、障害福祉領域15問、その他領域28問）計159問

詳細は本会ホームページ掲載の「作業療法士白書アンケート及びアンケート資料」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】 一般社団法人 日本作業療法士協会事務局で保存

表 a. アンケート回答施設（施設種類別）

n=6,520（全体） ※複数回答

大分類	施設数	小分類	施設数※		
病院	3,040	一般病院	2,259		
		特定機能病院	155		
		地域医療支援病院	262		
		精神科病院	614		
		結核病院	34		
診療所	624	認知症疾患医療センター	130		
		有床診療所	223		
		無床診療所	401		
精神保健福祉センター	8				
医療関連その他	184				
居宅サービス	3,167	訪問介護	204		
		共生型訪問介護	0		
		訪問入浴介護	27		
		訪問看護	1,093		
		訪問リハビリテーション	1,447		
		通所介護	485		
		共生型通所介護	7		
		通所リハビリテーション	1,679		
		短期入所生活介護	269		
		共生型短期入所生活介護	2		
		短期入所療養介護	446		
		特定施設入居者生活介護	48		
		居宅介護支援	487		
		福祉用具貸与・販売	37		
		地域密着型サービス	259	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	36
				夜間対応型訪問介護	12
				認知症対応型通所介護	33
				小規模多機能型居宅介護	36
				認知症対応型共同生活介護	67
地域密着型特定施設入居者生活介護	10				
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	19				
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	25				
地域密着型通所介護	93				
共生型地域密着型通所介護（療養通所介護含む）	3				
施設サービス	1,410	介護老人福祉施設	256		
		介護療養型医療施設	76		
		介護老人保健施設	977		
		介護医療院	150		
介護保険その他	479	地域包括支援センター	164		
		在宅介護支援センター	76		
		サービス付き高齢者向け住宅	77		
		有料老人ホーム	98		
		介護予防・日常生活支援総合事業	127		
		一般介護予防事業	89		
児童福祉法関連施設	455	児童発達支援事業所	236		
		医療型児童発達支援	60		
		放課後等デイサービス	246		
		保育所等訪問支援	129		
		助産施設	2		

(次頁につづく)

表 a. アンケート回答施設（施設種類別）（つづき）

n=6,520（全体） ※複数回答

大分類	施設数	小分類	施設数※
		乳児院	1
		母子生活支援施設	0
		保育所	22
		幼保連携型認定こども園	7
		児童厚生施設（児童遊園，児童館等）	1
		児童養護施設	2
		障害児入所施設	79
		児童発達支援センター	101
		情緒障害児短期治療施設	1
		児童自立支援施設	1
		児童家庭支援センター	0
		自立援助ホーム	1
		学童保育（放課後クラブ）	6
障害者総合支援法関連施設	345	障害福祉サービス事業所	178
		障害者支援施設	103
		相談支援事業所	130
		基幹相談支援センター	16
		地域活動支援センター	25
		福祉ホーム	7
身体障害者福祉法関連施設	16	身体障害者福祉センター	16
精神保健福祉法関連施設	2	精神障害者社会復帰促進センター	2
障害者虐待防止法関連施設	0	市町村障害者虐待防止センター	0
発達障害者支援法関連施設	18	発達障害者支援センター	18
障害者雇用促進法関連施設	12	障害者就業・生活支援センター	10
		障害者職業センター	2
厚生労働省設置法	0	ハローワーク	0
青少年の雇用の促進等に関する法律関連施設	0		
その他（障害児・者関連）	35		
行政	140	保健所，市町村保健センター	19
		児童相談所	2
		身体障害者更生相談所	10
		知的障害者更生相談所	5
		精神保健福祉センター	8
		都道府県障害者権利擁護センター	0
		その他 行政（高齢サービス課・健康増進課・障害福祉課等）	55
		その他 県市町村（自治体等）からの委託事業	56
司法関連（法務省関連施設）	4	刑務所，少年院	4
		保護観察所	0
作業療法士学校養成施設	197	専門学校	107
		短期大学	7
		大学	80
		専門職大学	7
		大学院	31
		開設準備室	1
教育，その他	179	社会福祉協議会	12
		都道府県リハビリテーション支援センター	6
		地域リハビリテーション広域支援センター	41
		教育委員会	5

表 a. (つづき)

		n=6,520 (全体)	※複数回答
大分類	施設数	小分類	施設数※
		幼稚園	3
		小学校	5
		中学校	2
		義務教育学校	0
		高等学校	2
		中等教育学校	0
		特別支援学校	19
		高等専門学校	0
		大学, 大学院 (作業療法士養成教育以外)	14
		専修学校 (作業療法士養成教育以外)	5
		研究機関	10
		管理部門 (病院等)	6
		リハ関連企業	10
		一般企業	11
		その他 (上記に該当がない)	42
無回答	9		

アンケート問 1 の集計結果

※複数回答のため、合計値は大分類の施設数と必ずしも一致しない。

表 b. アンケート回答施設 (領域・対象障害種別)

		n=6,520 (全体)	※複数回答
		回答数※	
	医療保険領域 (身体障害)	2,895	
	医療保険領域 (精神障害)	962	
	医療保険領域 (発達障害)	467	
	介護保険領域	2,904	
	障害福祉領域	506	
	教育関連領域 (特別支援学校等)	36	
	職業関連領域	35	
	行政関連領域	125	
	養成教育関連領域	146	
	いずれにも該当しない領域	37	

アンケート問 48~159 に回答して施設の集計結果

※同一施設で複数領域・障害を対象としている場合がある。

白書発刊にあたって	1	3-4-3 地域生活支援事業・相談支援事業・ 自立支援医療・補装具費支給	91
はじめに	2	3-4-4 児童福祉法に基づく支援	92
目次	8	3-5 教育関連領域（特別支援学校など）における 作業療法	93
1 わが国の作業療法	11	3-5-1 教育関連領域（特別支援学校など）	93
1-1 作業療法の理念と定義	11	3-6 職業関連領域における作業療法	94
1-1-1 作業療法の理念	11	3-6-1 ハローワーク，地域障害者職業センター， 障害者職業能力開発校，障害者就業・ 生活支援センター	94
1-1-2 作業療法の定義	11	3-6-2 コンサルティング，一般企業内就業支援 業務（人事・総務等）等	95
1-2 作業療法をとりまく情勢	12	3-7 行政機関における作業療法士	96
1-2-1 障害者をめぐる世界の動き	12	3-7-1 国（省庁）・自治体（県・市町村）における 作業療法	96
1-2-2 わが国の作業療法をとりまく動き	12	3-7-2 自動車運転（免許センター等）における 作業療法	98
1-2-3 医療・保健・福祉・教育・労働の動向	14	3-7-3 法務省関連施設（刑務所等矯正施設， 保護観察所等）における作業療法	98
1-2-4 公的制度と作業療法	19	3-8 その他の領域における作業療法	99
1-2-5 作業療法士の需給見直し	26	3-9 作業療法士の自治体事業等への参画の実態	99
2 就業状況から見る作業療法	27	4 作業療法部門の労働環境と管理・運営	105
2-1 作業療法士数の推移	27	4-1 作業療法部門の労働環境	105
2-1-1 作業療法士数の年次推移	27	4-1-1 初年度の基本給・手当・賞与等 （金銭的な待遇など）	105
2-1-2 都道府県別作業療法士数	27	4-1-2 就業時間，休日と有給休暇，介護休暇， 産休・育休等	105
2-1-3 年齢層別・性別構成	27	4-1-3 昇給・昇格等（処遇など）	106
2-2 作業療法士の就業状況	33	4-2 作業療法部門の管理・運営	107
2-2-1 開設者種別会員数	33	4-2-1 人事関係：定年制度の有無，再雇用・ 再任用の制度の有無	107
2-2-2 関連法領域別会員数	34	4-2-2 管理関係（安全，感染，災害，危機， 個人情報等）	108
2-2-3 勤務形態別会員数	34	4-3 臨床実習の受け入れ状況	109
3 作業療法士の臨床活動	35	4-4 施設間連携	110
3-1 臨床活動の概況	35	5 作業療法士の養成教育	112
3-1-1 対象施設の領域と対象者の数	35	5-1 養成教育制度	112
3-1-2 対象者の年齢と疾患・障害	35	5-1-1 養成教育制度の概要	112
3-1-3 作業療法の形態	39	5-1-2 指定規則の改正内容	112
3-1-4 作業療法の指示（依頼）内容	47	5-1-3 指定規則改正に伴う本会の対応	113
3-1-5 作業療法の評価	47	5-2 学校養成施設の概況	113
3-1-6 作業療法の目標	52	5-3 学生の状況	114
3-1-7 作業療法の手段（種目）	56	5-3-1 新入生の状況	114
3-2 各領域の臨床活動	65	5-3-2 卒業生の状況	114
3-2-1 医療関連（身体障害領域）	65		
3-2-2 医療関連（精神障害領域）	73		
3-2-3 医療関連（発達障害領域）	80		
3-3 介護保険領域における作業療法	83		
3-4 障害福祉領域における作業療法	90		
3-4-1 介護給付（日中活動系，施設系，訪問系）	90		
3-4-2 訓練等給付（就労系サービス，自立訓練， 共同生活援助）	91		

5-3-3	国家試験の合格の状況	115	8-2-1	本会の国際交流・国際貢献の活動	136
5-4	養成教育の課題と展望	115	8-2-2	国際協力機構（JICA）への協力	137
5-4-1	養成教育（学内教育）	115	8-2-3	海外からの見学・研修の受け入れ	138
5-4-2	養成教育（臨床教育）	115	8-2-4	就労・研修	138
			8-2-5	国内外での就労・研修	138
6	作業療法士の生涯教育	116	9	作業療法の普及と振興	140
6-1	日本作業療法士協会の生涯教育制度	116	9-1	制度対策活動	140
6-1-1	2015年以降の生涯教育制度の 変遷と課題	116	9-1-1	要望の結果とこれからの課題	140
6-1-2	現在の生涯教育制度の概要	116	9-2	特設委員会の活動	140
6-1-3	認定作業療法士制度と専門作業療法士制度	117	9-2-1	生活行為向上マネジメントの現状と推進	140
6-1-4	生涯教育制度の課題と展望	118	9-2-2	地域包括ケアシステム推進委員会	142
6-2	生涯教育基礎研修	120	9-2-3	認知症施策への参画 —認知症の人の生活支援の促進	143
6-2-1	本会が運営する研修会	120	9-3	国内他団体との連携	145
6-2-2	士会が運営する基礎研修	123	9-3-1	士会との連携	145
6-3	学位の取得	124	9-3-2	関連団体との連携	147
6-3-1	修士課程、博士課程（前期・後期）の 設置状況	124	9-4	広報活動	151
6-3-2	会員の学位取得状況	124	9-4-1	本会の広報活動	151
			9-4-2	「作業療法士になりたい方」向けの広報	152
			9-4-3	「作業療法士と協働してほしい方」向けの 広報	152
			9-4-4	「作業療法士を活用したい方」向けの 広報	153
			9-4-5	会員向け広報	153
7	学術研究活動	125	10	災害対策・災害支援	155
7-1	日本作業療法学会	125	10-1	国内災害の復興・復旧への協力	155
7-2	学会演題区分と演題数	125	10-1-1	熊本地震	155
7-3	学術誌『作業療法』と『AsJOT』	125	10-1-2	その他の災害支援	156
7-3-1	学術誌『作業療法』	125	10-2	JRAT	157
7-3-2	『AsJOT』	127	10-3	日本作業療法士協会の平時の活動	157
7-4	事例報告登録制度とMTDLP事例報告 登録制度	127	10-4	今後の課題	158
7-5	課題研究助成制度	128			
7-5-1	研究のための諸制度	128			
7-5-2	組織的学術研究	128			
7-6	作業療法ガイドライン	130			
7-7	『作業療法マニュアル』	130			
7-8	疾患別ガイドライン	130			
8	国際交流と国際貢献	132	11	日本作業療法士協会組織と運営	159
8-1	世界作業療法士連盟	132	11-1	組織と財政	159
8-1-1	世界作業療法士連盟の概略と活動	132	11-1-1	本会組織と運営	159
8-1-2	世界作業療法士連盟白書から読み取る わが国の作業療法	132	11-1-2	本会財政	160
8-1-3	世界作業療法士連盟大会（WFOT Congress 2018）からみる作業療法の動向	132	11-2	事業活動	162
8-1-4	世界作業療法士連盟におけるわが国の役割	132	11-2-1	「第二次作業療法5ヵ年戦略（2013-2017）」 「第三次作業療法5ヵ年戦略（2018-2022）」 と各年度の重点活動項目	162
8-2	国際交流・国際貢献の活動	136	11-2-2	日本作業療法士協会設立50周年記念事業	163
			11-2-3	国庫補助金事業、受託事業	164

11-2-4 厚生労働省委託事業：介護ロボットの ニーズ・シーズ連絡協議協議会全国設置・ 運営業務.....	164	資料.....	185
11-2-5 国の施策等への協力.....	164	資料1 2021年度作業療法士が勤務する施設の 分類と対象疾患.....	186
11-2-6 倫理問題対応体制の整備.....	171	資料2 (1) 作業療法士が関わる診療報酬の変遷 (2016～2020年).....	196
11-2-7 「第四次作業療法5ヵ年戦略(2023-2027)」 の策定に向けて.....	171	(2) 作業療法士が関わる介護報酬の変遷 (2016～2021年).....	204
11-3 COVID-19感染拡大関連の対応.....	177	資料3 作業療法業務指針.....	210
11-3-1 COVID-19感染拡大の作業療法士の活動へ の影響.....	177	資料4 第三次作業療法5ヵ年戦略(2018-2022).....	213
11-3-2 COVID-19感染拡大の本会活動への影響と 対策.....	177	資料5 重点活動項目(2016～2022年度).....	236
11-4 日本作業療法士協会の今後の課題 一取り組むべき課題、活動の方針.....	178	資料6 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.....	246
11-4-1 本会の組織改編に向けた動き.....	178	資料7 要望書・意見書一覧(2016～2021年).....	248
11-4-2 「協会員＝士会員」に向けた動き.....	180	資料8 協会による表彰と厚生労働省・ 他団体による表彰.....	251
11-4-3 女性会員の参画促進に向けた動き.....	180	資料9 他組織・団体等の協会代表委員会名簿.....	258
11-4-4 組織率向上に向けた動き.....	182	資料10 作業療法関係年表(2016～2021年).....	268
11-4-5 新生涯学修制度の設計および 指定規則改定に向けた動き.....	184	資料11 第1回・第2回COVID-19に関する 会員調査.....	270
		資料12 入会促進に向けた学校養成施設への アンケートの結果.....	279
		あとがき.....	283

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

「ひとは作業を希求する存在で、作業はひとの健康や幸福を左右する重要な因子である」、これが作業療法の基本的な理念と言える。この理念は古代ギリシャ・ローマ時代からあると言われているが、一般的に作業療法の起源とされているのは、18～19世紀ヨーロッパの精神病治療におけるフィリップ・ピネルらによる道徳療法 (moral treatment) である。その後、道徳療法は米国に渡り、南北戦争により一度衰退するが、産業革命後に各地で Arts and Crafts 運動が興った。建築家や精神科医たちによって作業療法 (occupational therapy) と命名され、1917年に全国作業療法推進協会 (後の米国作業療法協会) が設立された。その後、二度の大戦による傷痍軍人や障害者に対する機能回復訓練が求められるようになり、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した。

一方、わが国の作業療法は、1900年以降に海外で作業療法を学んだ精神科医の呉秀三によって導入され、それまで拘束・監禁されていた精神病患者を解放し、作業を通して病状の回復と社会参加を促進した。その後、結核や肢体不自由児・者等へと対象が拡大し、1965年には医療保険制度下の診療補助職として作業療法士が国家資格化された。1970年代頃からの高齢化社会到来による在宅医療の推進、2000年代の介護保険制度の施行、国際生活機能分類 (ICF) の発表によって、社会全体で対象者の「活動」や「参加」への支援が重視されるようになった。さらに欧米からの作業療法理論や学問が国内でも普及し、作業に関する知見ならびに作業を用いた実践が蓄積されてきた。そして2009年、日本作

業療法士協会 (以下、本会) が生活行為向上マネジメントを提示することで作業に焦点を当てた実践を構造化し、2015年にはその考え方が介護報酬にも反映されるようになった。

このような流れを受けて作業療法の理念は、本会の「人は作業をすることで元気になれる」というキャッチフレーズや2018年に改定された作業療法定義の注釈にある「人は作業を通して健康や幸福になる」といった文言を通して現在に受け継がれている (表1-1)。

1-1-2 作業療法の定義

現在、国内における作業療法の定義は2つある (表1-1)。一つは、1965年に理学療法士及び作業療法士法で定義されたもので (表1-1-1)、国家資格の身分法としての定義である。もう一つは、1985年に本会が策定したもので (表1-1-2)、専門職としての技術や社会的役割 (職能) について定義した。これは、2018年に社員総会を経て改定して現在に至っている (表1-1-3)。

前述の通り、作業療法は道徳主義を起源とし、その時代における障害者や社会的弱者の支援に取り組んできた歴史がある。本会の新しい定義は、時代の要請に応じて、対象、領域、手段などについて多種多様な作業療法実践を反映できる内容となっている。この内容で強調されているのは、「作業に焦点を当てた治療、指導、援助である」、作業療法実践における専門性である¹⁾。今後もさまざまな対象者に柔軟な対応ができるよう、作業療法の基本的理念や専門性は示しながら、医療・保健・福祉・教育・職業などの領域において実践していく姿勢を示している。

文 献

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

表 1-1 国内における作業療法の定義

1-1-1 理学療法士及び作業療法士法（昭和 40 年法律第 137 号：1965 年）
この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。
1-1-2 社団法人 日本作業療法士協会による「作業療法」の旧定義（1985～2018）
作業療法とは、身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行うことをいう。
1-1-3 一般社団法人 日本作業療法士協会による「作業療法」の定義（2018）
<p>作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。</p> <p>（註釈）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業療法は「人は作業を通して健康や幸福になる」という基本理念と学術的根拠に基づいて行われる。 ・作業療法の対象となる人々とは、身体、精神、発達、高齢期の障害や、環境への不適応により、日々の作業に困難が生じている、またはそれが予測される人や集団を指す。 ・作業には、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為と、それを行うのに必要な心身の活動が含まれる。 ・作業には、人々ができるようになりたいこと、できる必要があること、できることが期待されていることなど、個別的な目的や価値が含まれる。 ・作業に焦点を当てた実践には、心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業の利用と、その作業自体を練習し、できるようにしていくという目的としての作業の利用、およびこれらを達成するための環境への働きかけが含まれる。

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

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(表 1-2)

わが国は、2014 年 6 月に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以降、2016 年には国連の障害者権利委員会に初回の政府報告を提出、同年にわが国から障害者権利委員会委員が初めて選出された（任期 2020 年まで）。

前年の 2015 年に国連で「持続可能な開発目標 SDGs」が採択されたが、2019 年に発表された「Disability and Development Report 2018」により SDGs の多くで障害者が不利な立場に置かれていることが示され、障害者とともに達成できるための行動が勧告された。2020 年には COVID-19 の感染拡大を踏まえ、障害者と COVID-19 に関するポリシー・ブリーフが国連事務総長より発出されたほか、

翌 2021 年の第 14 回障害者権利条約締約国会議において COVID-19 への対応がテーマに含まれた。

1-2-2 わが国の作業療法をとりまく動き

1) 地域共生社会と地域包括ケアシステム

わが国の課題である少子高齢化への対応として 2016 年 6 月に内閣府が閣議決定したのが「ニッポン一億総活躍プラン」であり、人口維持と国民一人ひとりが生きがいをもって充実した生活を送ることを目指す、一億総活躍社会が掲げられた。このなかに地域共生社会の実現が盛り込まれ、厚生労働省に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部が設置された。2017 年 2 月には『「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）』が取りまとめられ、地域課題の解決力の強化、地域を基盤とする包括的支援の強化、地域丸ごとのつながりの強化、専門人材の機能強化・最大活

表 1-2 障害者問題をめぐる国際的な動き

年月	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	「国連障害者年行動計画」採択（第34回国連総会）
1981年	国連障害者年
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」（1983～1992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」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）
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）
2004年1月	障害者権利条約起草作業部会（NY）
2006年12月	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） 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	障害者権利条約を署名のために開放（NY）
2007年9月	日本が障害者権利条約に署名（NY）
2008年5月	障害者権利条約の効力発生
2008年10月	第1回障害者権利条約締約国会議開催
2012年5月	「第3次アジア太平洋障害者の十年」決議の採択（2013～2022年）
2013年9月	「障害と開発」ハイレベル会合の開催
2013年12月	日本で障害者権利条約締結の国会承認
2014年1月	日本が障害者権利条約を批准
2014年2月	日本において障害者権利条約が発効
2014年6月	第7回障害者権利条約締約国会議開催（わが国は締約国として初めて参加）
2015年9月	国連総会において「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択
2016年6月	第9回障害者権利条約締約国会議開催〔障害者権利委員会に初回の政府報告提出、またわが国から同委員会委員が初めて選出される（任期2020年まで）〕
2019年6月	第12回障害者権利条約締約国会議開催（国連システムにおける障害者インクルージョン戦略を立ち上げる）
2019年7月	国連が「障害と（持続可能な）開発のレポート（Disability and Development Report 2018）」を発表
2020年5月	国連事務総長が障害者とCOVID-19に関するポリシー・ブリーフを発表
2021年6月	第14回障害者権利条約締約国会議がリモートを活用して開催（COVID-19への対応と回復をテーマに含める）

（外務省 HP http://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page22_000897.html, United Nations iLibrary <https://www.un-ilibrary.org/>より、一部改変）

用が骨格として示された。

一方、『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』（高齢者介護研究会報告書、2003）で「地域包括ケアシステム」という言葉が用いられて以来、高齢者を対象とした施策として、地域包括ケアシステムは、地域の実情に応じて、可能な限り、高齢者が住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援を包括的に確保する体制として推進してきた。さらに、地域共生社会という新しい概念が加わり、地域包括ケアシステムも高齢者を含めた地域住民全体を対象とする施策として再定義されることとなった。

2) すべての住民を対象とした地域包括ケアシステム

2017年の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では「地域包括ケアシステムの深化・推進」を掲げ、その内容として、①自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取り組みの推進（介護保険法）、②医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）、③地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）の3項目が示された。また、2017年2月8日の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が明示された。このように高齢者への対応から始まった「地域包括ケアシステム」は、「地域共生社会」とあいまって従来の高齢者や子ども、身体障害、精神障害、知的障害などの対象者ごとに制度化されてきた各々のサービスを、それぞれの地域実情を前提に一体化するための方策となった。これにより都道府県ならびに市町村は、それぞれの地域が抱えている地域課題に対して、すべて

の住民を対象に制度横断的な対応体制を整備していくこととなった。その具体例として、2018年度から概ね3年ごとに設定する各都道府県の医療計画の一部として「地域医療構想」が位置づけられ、その実現のために「協議の場」を構想区域ごとに設置することになった。市町村では、国の介護保険事業（支援）計画、障害福祉計画・障害児福祉計画とそれに対応した市町村の各計画の整合性を確保していく動きが始まっている。

1-2-3 医療・保健・福祉・教育・労働の動向

2016年から2021年の間には、定期的に行われる介護保険法、障害者総合支援法の改正に加えて、働き方改革関連法とそれに対応するタスク・シフト/シェアの推進の通知のほか、依存症や脳卒中・循環器病、医療的ケア児といった特定の疾患や障害への対策法案が次々と成立した。いずれも、自治体でそれぞれに対策計画を策定し、取組を推進していくこととなっている。以下に主な法律等について概説する。

1) 介護保険法に関する改正

(1) 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」

2017年5月成立、2018年4月施行（一部2017年8月、2018年8月施行）。

法律の目的は、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする人に必要なサービスが提供できるようにすることである。

地域共生社会の実現は、高齢者を対象とする地域包括ケアシステムに加え、障害者・児、生活困窮者等にも包括的な支援体制を整備することである。加えて、地域包括ケアシステムが現実的に機能するためには、実際に介護の現場で働く人材はもちろん、市町村の担当

表 1-3 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の改定概要

<p>I 地域包括ケアシステムの深化・推進</p> <p>1. 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取り組みの推進（介護保険法） 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ・国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取り組み内容と目標を記載 ・都道府県による市町村に対する支援事業の創設 ・財政的インセンティブの付与の規定の整備 （その他） ・地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等） ・居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入） ・認知症施策の推進〔新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化〕</p> <p>2. 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法） ①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設 ※現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院または診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院または診療所の名称を引き続き使用できることとする ②医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備</p> <p>3. 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法） ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化 ・高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける （その他） ・有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払い金の保全措置の義務の対象拡大等） ・障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする）</p>
<p>II 介護保険制度の持続可能性の確保</p> <p>4. 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする（介護保険法） 5. 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法） ・各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険期間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする</p>

（地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2017.pdf>）

職員の育成も含め、市町村の役割がますます拡大、期待されるなかで、介護保険法を中心に、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関連する法律の一部改正をまとめた内容となっている（表 1-3）。

(2) 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律

2020年3月成立、2021年4月施行。

法律改正の趣旨は、地域共生社会の実現を図るため、①地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービスの提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制を構築するための支援、②地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス

表 1-4 「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」の改定概要

1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援（社会福祉法，介護保険法）
市町村において，既存の相談支援等の取り組みを活かしつつ，地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う，新たな事業およびその財政支援等の規定を創設するとともに，関係法律の規定の整備を行う
2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進（介護保険法，老人福祉法）
①認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国および地方公共団体の努力義務を規定する ②市町村の地域支援事業における関連データの活用努力義務を規定する ③介護保険事業（支援）計画の作成にあたり，当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案，高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加，有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う
3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進（介護保険法，地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）
①介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え，厚生労働大臣は，高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報，地域支援事業の情報の提供を求めると規定する ②医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため，社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し，正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする ③社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に，当分の間，医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する
4. 介護人材確保および業務効率化の取り組みの強化（介護保険法，老人福祉法，社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律）
①介護保険事業（支援）計画の記載事項として，介護人材確保および業務効率化の取り組みを追加する ②有料老人ホームの設置等に係る届け出事項の簡素化をはかるための見直しを行う ③介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を，さらに5年間延長する
5. 社会福祉連携推進法人制度の創設（社会福祉法）
社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として，相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する

(地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和2年法律第52号)の概要，<https://www.mhlw.go.jp/content/000640392.pdf>)

提供体制の整備等の推進，③医療・介護のデータ基盤の整備の推進，④介護人材確保および業務効率化の取組の強化，⑤社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずることにある¹⁾。

団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年が近づき，さらに，高齢者人口がピークを迎える2040年頃に向けて，介護サービスの需要がさらに増加・多様化することが見込まれるなかで，高齢化に伴う認知症の増加，介護人材不足の深刻化，高齢者の利用ニーズに応じた介護サービス基盤の確保，質の高い医療・介護サービス提供体制を構築するためのデータ基盤の整備等が課題となっている。さらに，長きにわたりわが国の社会福祉を支

えてきた社会福祉法人についても，その経営基盤の強化を図り，複雑化・多様化する福祉ニーズに対応していくことが求められている(表1-4)。

文 献

1) 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和2年法律第52号）の概要。
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000640392.pdf>)

(3) 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及び児童福祉法の一部を改正する法律

2016年5月成立，2018年4月施行。

障害者総合支援法の附則による改正をもと

表 1-5 障害者総合支援法改正の主な内容

1. 障害者の望む地域生活の支援
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立生活援助の新設 ・ 就職後に働き続けるための支援として就労定着支援の新設 ・ 重度訪問介護の訪問先拡大（医療機関への入院も可能）
2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応
<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出が著しく困難な障害児に対し、居宅訪問型児童発達支援の新設 ・ 保育所等訪問支援の対象を拡大 ・ 医療的ケア児への適切な支援のため自治体での保健・医療・福祉等の連携促進 ・ 自治体において障害児福祉計画を策定
3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備
<ul style="list-style-type: none"> ・ 補装具費の支給範囲の拡大（貸与の追加） ・ 障害福祉サービスの情報公開制度の創設

（第1回「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」資料 PDF（資料2）障害福祉分野の最近の動向，より抜粋。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000167006.pdf>）

に（表 1-5）、平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定で、障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援の一環として、65 歳を超えた高齢障害者が引き続き障害福祉サービスを利用できるよう共生型サービスの基準・報酬の設定ができた。

改正では再度、3 年後を目途として施行の状況等を勘案しつつ検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずることとしており、社会保障審議会障害者部会で検討が進められている。

(4) 公認心理師法

2015 年 9 月成立，2017 年 9 月全面施行。

国民の生活に関わる重要な問題である心の健康について、学校、医療機関、その他企業をはじめとするさまざまな職場における心理職の活用の促進が喫緊の課題となっていたが、心理職は国家資格に位置づけられておらず、国家資格によって裏づけられた一定の資質を備えた心理職が必要とされてきた。このため、公認心理師の国家資格を定めて、その業務の適正を図り、もって国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的として定められた¹⁾。開始から 5 年間は特例措置として実務経験 5

年以上の者と現任者講習会の課程修了者による国家試験受験が認められており、作業療法士で公認心理師資格を取得した者もいる²⁾。

文 献

- 1) 公認心理師法の施行について，29 文科初第 875 号 障発 0915 第 7 号，平成 29 年 9 月 15 日 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000964627.pdf>)
- 2) 2020 年度日本作業療法士協会会員統計資料では 90 名。

(5) 働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（働き方改革関連法）

2018 年 6 月成立，2019 年 4 月ほか施行。

日本が直面している少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少，育児や介護との両立など働く人のニーズの多様化などの状況を背景に，投資やイノベーションによる生産性向上とともに，就業機会の拡大や意欲・能力を存分に発揮できる環境を作ることが重要として，国は労働基準法，労働安全衛生法など労働に関する 8 つの法律を改正した¹⁾。このうちの一つに労働時間法制の見直しがあり，残業時間の上限を定めた。

文 献

- 1) 「働き方改革」の実現に向けて 「働き方改革」の目指すもの。

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322.html>)

(6) ギャンブル等依存症対策基本法

2018年7月成立，2018年10月施行。

ギャンブル等依存症は，本人，家族の日常生活・社会生活に支障を生じさせるものであり，多重債務，貧困，虐待，自殺，犯罪等の重大な社会問題を生じている。ギャンブル等依存症対策を総合的かつ計画的に推進し，もって国民の健全な生活の確保を図るとともに，国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とし，内閣にギャンブル等依存症対策推進本部を置き，都道府県の対策推進計画の策定を努力義務とした。

(7) 健康寿命の延伸等を図るための脳卒中，心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（脳卒中・循環器病対策基本法）

2018年12月成立，2019年12月施行。

脳卒中や心筋梗塞などの循環器病の予防推進，迅速かつ適切な治療体制の整備を進めることで，人々の健康寿命を延ばし，医療・介護費の負担軽減を図ることを目的とする。同法に基づき，内閣は2020年10月に循環器病対策推進基本計画を決定し，さらに都道府県ごとにその地域事情に合わせて脳卒中・循環器病に対する都道府県基本計画を策定している。

(8) 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律

2019年5月成立，2020年4月施行。

7つの法律を改正する多様な内容を含む「東ね法案」として審議，成立した。このうち

の一つに「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等」があり，これまで医療保険者による保健事業と介護予防事業は別々に実施してきたが，健康状況などの課題に一体的に対応できないという制度上の課題があり，市町村が75歳以上の高齢者に対する保健事業を介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう，国，広域連合，市町村の役割等について定めるとともに，市町村等において各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるように規程の整備が行われた。ここで，市町村が配置する医療専門職種として作業療法士も示されている。

(9) 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

2019年6月成立，2020年4月全面施行。

省庁および地方自治体等の公的機関において，障害者手帳の交付に至らないなど障害者に該当しない者を障害者として雇用し，障害者の雇用率が水増しされていた問題が2018年に発覚した。これを契機に，官民間問わず，障害者が働きやすい環境を作り，また，すべての労働者にとっても働きやすい場を作ることを目指して法改正が行われた。国および地方公共団体と民間事業者に対する障害者の活躍の場の拡大に関する措置に加え，国および地方公共団体における障害者の雇用状況についての的確な把握等に関する措置を講じている。

なお同法が定める法定雇用率は，1987年まで1.5%，1988～1998年1.6%，1999～2012年1.8%，2013～2017年2.0%，2018～2020年2.2%，2021年3月1日から2.3%と，段階的に引き上げることとしている。

(10) 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，2016年4月施行，2021年5月改正。

すべての国民が，障害の有無に関わらず，

相互に人格と個性を尊重し合う共生社会の実現に向け、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。制定により、それまで努力義務にとどまっていた民間事業者による合理的配慮の提供を法的に義務化した。

(11) 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律

2021年6月成立、2021年9月施行。

医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童（医療的ケア児）が増加しており、心身の状況等に応じた適切な支援を受けられるようにすることが重要な課題となった。医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、その家族の離職の防止に資すること、安心して子どもを産み、育てることができる社会の実現に寄与することを目的に、議員立法として成立した。医療的ケア児およびその家族に対する支援について、国・地方公共団体、保育所の設置者、学校の設置者等の責務を定め、医療的ケア児支援センターの設置を推進した。

(12) 現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について

2021年9月30日付、厚生労働省医政局長通知。

働き方改革関連法で残業時間の上限が定められたが、医師の勤務環境改善には長期的な見通しが必要となるため5年間の猶予が設けられて2024年4月から時間外労働の上限規制が適用されることとなった。医師の時間外労働の上限規制の具体的内容等について検討してきた「医師の働き方改革に関する検討会」は、労働基準法体系において定める上限規制と医事法制・医療政策における対応を組み合わせ、医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革を推進していくことを内容とする報

告書を2019年3月28日に取りまとめた。これを受け、2019年7月より「医師の働き方改革の推進に関する検討会」が開催され、当該報告書で引き続き検討することとした事項について、有識者の具体的検討が進められた。同報告書では、医師の労働時間の短縮のために徹底して取り組んでいく必要がある項目の一つに、医療従事者の合意形成の下での業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）を掲げ、この取組の推進が急務となった。このため、2024年4月の適用に向けて、医療専門職種の法令等を改めて精査し、現行制度の下で可能な領域におけるタスク・シフティングを最大限に推進できるよう、また、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えるための具体的検討を行うため、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」を開催した。本通知はこの検討会での議論を踏まえ示されたものであり、作業療法士を含めた医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えること、また、さらなる検討を進める議論を引き続き確実に深めていくための事項を整理した。作業療法士について、現行制度の下で医師からのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例を示す（表1-6）。

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

(1) 身体障害分野の作業療法

身体障害分野における治療法としての作業療法は、特掲診療料のリハビリテーションの項に位置づけられ、通則で「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的と

表 1-6 作業療法士に医師からのタスク・シフト/シェアが可能な業務

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

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

して行われるものである」と規定している。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改正が図られてきている。疾患別リハビリテーション料は、1単位を20分以上とし、作業療法士1名当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日当たりの実施単位数も、18単位を標準として24単位を上限としている。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を対象としている。近年の制度改定においては、回復期リハビリテーション病棟入院料に機能的自立度評価表（FIM）の改善や入棟からの日数が実績を示す指標として取り入れられたり、介護保険とリハビリテーション計画の様式を揃えるなど、短期間で円滑に地域生活移行を目指す制度の整備が進められている。疾患別リハビリテーション以外には、精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、認知症ケア加算などの特定の状態や疾患にチームで関わることで算定できる入院料の加算や、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料などの医学管理にも、作業療法士の職名が記載され、医

師の指示の下で関与することにより算定が可能となっている。

（2）精神障害分野の作業療法

「精神科作業療法」は、精神科専門療法の一つとして位置づけられている。近年、精神障害に対する医療体制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進められてきている。

精神科作業療法の実施時間は、患者1名当たり1日につき2時間、1名の作業療法士の1日当たりに実施できる患者数は概ね25名を1単位として1日2単位50名を標準としている。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も当該療法を実施することが可能である。入院料の施設基準では精神科療養病棟に常勤、認知症治療病棟に専従、地域移行機能強化病棟に常勤の専任の作業療法士の配置に職名の記載があり、外来では精神科ショート・ケア等に従事者として職名の記載がある。また、作業療法士が精神科退院指導料、精神科退院前訪問指導料、精神科訪問看護・指導料等を算定し、医療機関から訪問して地域移行や地域定着の支援を行うことも可能である。

(3) 診療報酬改定について

① 平成28年度診療報酬改定

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の実施場所の拡充が認められた。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、作業療法士が関連するものとしてリンパ浮腫複合的治療料新設、摂食機能療法の対象が明確になった。入院管理料については、回復期リハビリテーション病棟のアウトカムとしてFIMの改善が指標となった。このほかにADL維持向上等体制加算では、作業療法士の配置を複数とする見直しが行われた。

② 平成30年度診療報酬改定

特定集中治療室管理料等が見直され、早期離床・リハビリテーション加算が新設、作業療法士も施設基準に職名が記載された。また、排尿自立指導料の施設基準にも作業療法士が含まれた。このほか、認知症患者リハビリテーション料の算定期間が、入院した日から起算して1ヵ月から1年に変更となった。入院管理料を、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料が基本的な評価部分と在宅医療提供など診療実績に係る評価部分を組み合わせた入院料1～4の体系に再編した。さらに、回復期リハビリテーション病棟入院料を、日常生活動作の改善（実績指数）等に応じた評価を一層推進し、入院料1～6の体系に再編した。また、病棟専従のリハビリテーション専門職が、一定の要件の下、外来や訪問のリハビリテーションを提供することが可能となった。

この年は介護報酬との同時改定のため、医療介護連携についても複数の項目で改定が進められた。維持期・生活期リハビリテーションの介護保険への移行促進に向け、要介護被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定ができなくなった。

精神科関連では、認知症治療病棟入院料の

生活機能回復訓練に患者の状態に応じて認知症患者リハビリテーション料または精神科作業療法を算定した場合、その時間を所定時間に含んでもよいこととなった。通院・精神療法などにおける精神保健指定医の評価の見直しや措置入院患者の退院後の取組や自治体等との連携推進に関して評価された。精神科ショート・ケアでは、青年期の自閉症スペクトラムの患者等の一定の状態にある患者グループに対して疾患別等専門プログラム加算が新設された。また、精神科専門療法の専従要件を緩和し、精神科作業療法を実施していない時間帯にデイケア等に従事することが可能となり、また実施日時が異なればデイケア等の専従者として届けることができるようになった。

また、訪問看護については、リハビリテーション専門職に著しく偏った配置の事業所があること、訪問看護師とリハビリテーション専門職との連携が不十分であることが課題となり、理学療法士等が提供する訪問看護における、訪問看護計画書および訪問看護報告書の作成にあたって、訪問看護の利用開始時および利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問の実施が義務となった。

なお、令和元年10月の令和元年度診療報酬改定では、消費税率引き上げへの対応として、診療報酬本体0.41%のプラス改定となった。

③ 令和2年度診療報酬改定

リハビリテーション実施計画書の作成にあたり、ADL項目としてBIまたはFIMのいずれかを用いること、リハビリテーション実施計画書の作成は疾患別リハビリテーションの開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うこととなった。リハビリテーション総合実施計画書の様式提示および運動量増加機器加算の新設、がん患者リハビリテーション料の見直し、リンパ浮腫指導管理料およびリンパ浮腫複合的治療料についても対象が拡大した。

入院料については、平成30年度改定に引

き続き地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件を見直し、病棟機能に応じた医療を提供することを促した。

精神科関連では、精神療養病棟での疾患別リハビリテーション料、リハビリテーション総合計画評価料の算定を可能とした。また、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等が新たに評価されたが、作業療法士は共同指導を実施する多職種チームに、必要に応じて参加する職種になった。

訪問看護では、機能強化型訪問看護管理療養費1, 2, 3の人員配置基準において看護師等の6割以上が看護職員であること、理学療法士等による訪問看護について週4日目を以降の評価の見直し、計画書および報告書について訪問する/訪問した職種の記載が求められることとなった。

2) 介護保険制度における作業療法

(1) 平成30年度介護報酬改定

2018(平成30)年度の介護報酬改定は、2015(平成27)年度のマイナス改定による事業所の収益率低下の指摘や介護スタッフの人手不足、関係団体による署名活動の影響により、介護サービス全体の報酬は改定率+0.54%の引き上げとなった。

診療報酬との同時改定であったため、「医療」と「介護」の連携がテーマとなり双方の連携に重きをおいた居宅系サービスを中心に、医療連携にかかる加算・基準の充実、例えば医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の互換性、医師の代わりにリハビリテーション専門職からの説明・同意の緩和、医療施設からの生活機能向上連携加算の導入が行われた。また、医療の疾患別リハビリテーションの算定期日制限による介護保険によるリハビリテーションへのスムーズな移行の推進、例えば通所リハビリテーションのリハビリテーション職の配置を評価、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーシ

ン面積要件・人員要件の見直しが行われた。さらに、介護医療院の誕生により、介護保険で提供できる医療の範囲が拡大した。

また、自立支援・重度化防止に向けた科学的介護を推進するために、心身機能の維持に関するアウトカム評価を創設し、リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価(リハビリテーションマネジメント加算IV)、ADLの改善(ADL維持等加算)や栄養改善の取組の推進(口腔・栄養スクリーニング加算)等に対する加算を新設した。なお、同年に開催した「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」では、生活行為向上マネジメントに関連した論文(平成29年度老人保健健康増進等事業「自立に資する介護に関する調査研究事業」)を評価し、これを根拠に介護予防通所リハビリテーションに生活行為向上リハビリテーション実施加算を追加した。

加えて、介護ロボット・ICT活用による評価として、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件にリハビリテーション会議への参加方法の見直し(医師の説明に対するICTの活用)、介護業務の効率化および介護負担軽減を目的とした介護ロボットやICTを活用している事業者に対して人員基準の緩和(夜勤職員の代わりに見守り機器を導入することでも夜勤職員配置加算の算定)が行われた。

一方、3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直しや大規模デイサービス、デイケアの基本報酬が引き下げられ、医師のリハビリテーションマネジメントへの関与・充実の観点から医師の指示の明確化や訪問リハビリテーション事業所の専従要件に医師の配置が加わった。

なお、令和元年10月の令和元年度介護報酬改定では、満年度で公費1,000億円を投じた介護職員のさらなる処遇改善と消費税率の引き上げに伴う介護報酬の上乗せを行った。

(2) 令和3年度介護報酬改定

COVID-19の感染拡大や大規模災害が発生するなかで、感染症や災害への対応力強化を図るとともに、団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年に向けて、さらに2040年も見据えながら、「地域包括ケアシステムの推進」「自立支援・重度化防止の取組の推進」「介護人材の確保・介護現場の革新」「制度の安定性・持続可能性の確保」を図ることを目的に、改定率は+0.70%（特例的評価0.05%を含む）の改定となった。

リハビリテーションに関する改定は、「自立支援・重度化防止の取組の推進」の基本方針のなかで、制度の目的に沿って質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏づけられた質の高いサービスの提供を推進する観点から、「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化」「介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進」や「寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進」などが議論され、改定で新たな加算等が創設された。

また、「科学的介護」の理解と浸透をより一層図るため、2021年度に試行された高齢者の状態・ケアの内容等のデータベース（CHASE）と通所・訪問リハビリテーションの質の評価に関するデータベース（VISIT）を科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence：LIFE）として、一つのシステムに統合した。

このほかには、各計画作成や多職種間会議ではリハビリテーション、口腔、栄養の専門職による関与を明確にして、医師のリハビリテーションマネジメントの強化（旧リハビリテーションマネジメントⅡ以上の要件化）、退院退所直後のリハビリテーションの充実（訪問リハビリテーションの回数制限の緩和）やリハビリテーションマネジメント計画書情報加算が老人保健施設で新設された。通所介護や特別養護老人ホーム等においては、生活機能向上連携加算を推進し、機能訓練や入浴

介助のアセスメント等の体制や取組の強化（入浴介助加算）、ADL維持等加算が大きく増点された。

また、特別養護老人ホーム等においては、医師の関与の下での寝たきり防止等、重度化防止の取組を推進（自立支援促進加算）し、介護の質の向上につながる取組をより一層進めて褥瘡や排せつの改善等を評価する新たな区分（褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算）を創設した。これら加算等の単位数・算定要件は、LIFEの活用を推進する観点から、科学的介護推進体制加算を新設し、LIFEのデータを活用したPDCAサイクルを回すことを目指した。

一方、介護保険部会と介護給付費分科会で「生活行為向上リハビリテーション実施加算」「社会参加支援加算」のあり方が議論され、状態像に応じた取り組みやすい要件に変更し、長期間利用者のリハビリテーションの適正によって利用開始から12ヵ月超の介護予防リハビリテーションや4回目以降の訪問看護の報酬を引き下げた。なお、一部の訪問看護事業所で、看護職とリハビリテーション専門職の人員配置に著しい偏りが見られることが問題となり、機能強化型事業所の看護職の割合を6割以上とすることとなった。

3) 障害福祉制度における作業療法

「障害者自立支援法」を「障害者総合支援法」とする内容を含む「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」が2013年4月に施行された。障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等報酬は、介護報酬と同時に3年ごとに改定されており、ここでは2018（平成30）年度、2021（令和3）年度の改定について記述する（表1-7）。

(1) 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定

2018年度の報酬改定では、就労定着支援、自立生活援助、居宅訪問型児童発達支援など

表 1-7 障害福祉制度における障害福祉サービス等報酬の改定

改定年	改定にあたっての主な視点
2009（平成 21）年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 良質な人材の確保 ・ 事業者の経営基盤の安定 ・ サービスの質の向上 ・ 地域生活基盤の充実 ・ 中山間地域等への配慮 ・ 新体系への移行促進
2012（平成 24）年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉・介護職員の処遇改善の確保 ・ 物価の動向等の反映 ・ 障害児・者の地域移行・地域生活の支援 ・ 経営実態等を踏まえた効率化・重点化
2014（平成 26）年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 消費税率の引き上げ（8%）への対応
2015（平成 27）年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉・介護職員の処遇改善 ・ 障害児・者の地域移行・地域生活の支援 ・ サービスの適正な実施等
2017（平成 29）年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害福祉人材の処遇改善
2018（平成 30）年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援 ・ 医療的ケア児への対応等 ・ 精神障害者の地域移行の推進 ・ 就労系サービスにおける工賃・賃金の向上、一般就労への移行促進 ・ 障害福祉サービスの持続可能性の確保
2021（令和 3）年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、質の高い相談支援 ・ 効果的な就労支援 ・ 医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進 ・ 感染症等への対応力の強化 ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進 ・ 持続可能性の確保

のサービスを新設し、介護保険サービスの指定を受けた事業所が障害福祉（共生型）の指定を受けることができる共生型サービスを位置づけた。作業療法士を配置している就労移行支援事業所では、作業療法士を配置していない事業所と比べて一般就労への移行実績や職場定着の実績が高いことから、新たに福祉専門職員配置等加算における有資格者として作業療法士を評価した。生活介護・自立訓練（機能訓練）におけるリハビリテーション加算の拡充、児童発達支援・医療型児童発達支援および放課後等デイサービスの児童指導員等加配加算でも専門職員（理学療法士等）を配置する場合には新たに評価することとなった。

なお、令和元年 10 月の 2019 年度障害福祉サービス等報酬改定では、福祉・介護職員のさらなる処遇改善と消費税率の引き上げに伴

う基本報酬単位への上乗せを行った。

(2) 令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定

2021 年度の報酬改定では、就労継続支援 A 型の基本報酬の算定をスコア方式に、就労継続支援 B 型は平均工賃月額に応じた報酬体系と利用者の就労や生産活動等への参加等をもって一律に評価する報酬体系に類型化するなど、支援の実績や効果をより重視するようになった。

加えて、すべてのサービスで、感染対策や業務継続に向けた取組の強化、虐待防止のさらなる推進などを義務づけるなど、事業運営の適正化や支援体制のさらなる充実が求められた。作業療法士に関連するものでは、就労継続支援 A 型、B 型の福祉専門職員配置等加算の対象職種として作業療法士の職名が記載

され、児童発達支援事業所に専門的支援加算が新設された。

4) 学校教育制度における作業療法

(1) 障害のある児童生徒の増加と学習指導要領の改訂

2007年に学校教育法の一部改正により、学校教育現場に特別支援教育制度が導入され15年近くが経つ。2016年の学習指導要領の改訂の答申を受け、特別支援教育については2017年に特別支援学校小学部・中学部新学習指導要領、2019年に特別支援学校高等部新学習指導要領が公示され、重複障害や知的障害のある子どもの学びの連続性、障害の特性等に応じた指導上の配慮の充実、キャリア教育の充実や生涯学習への意欲向上など、自立と社会参加に向けた教育等の充実を目指している。また、2018年度からは、高等学校段階における通級による指導を開始している。

2009年に1,074万人であった義務教育段階の全児童生徒数は2019年には973万人に減少する一方、特別支援教育を受ける児童生徒は25.1万人(2.3%)から48.6万人(5.0%)へと増加した。加えて、発達障害(LD・ADHD・高機能自閉症等)の可能性のある児童生徒の在籍率は、6.5%程度となっている。教育現場では、これらの特別支援教育を必要とする児童生徒に対応できる教員の育成が喫緊の課題となっており、その対応の一例として2020年3月に「初めて通級による指導を担当する教師のためのガイド」が発行された。このガイドには作成段階から本会も関与し、外部専門家として医師とならば作業療法士が取り上げられている¹⁾。

文 献

- 1) 初めて通級による指導を担当する教師のためのガイド。参考2 外部の専門家の活用, p14, 2020. (https://www.mext.go.jp/tsukyu-guide/common/pdf/passing_guide_02.pdf 障害の理解や支援内容の検討に際して積極的に知見を活用する外部専門家として医師と並び取り上げられています)

(2) 教育と福祉の連携「トライアングルプロジェクト」

教育と福祉の連携では、障害のある子どもたちに対して、学校と児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所等との相互理解の促進や保護者も含めた情報共有の必要性が指摘されてきた。この課題を踏まえ、各地方自治体の教育委員会や福祉部局が主導し、支援が必要な子どもとその保護者が乳幼児期から学齢期、社会参加に至るまで、地域で切れ目なく支援が受けられるよう、文部科学省と厚生労働省による「家庭と教育と福祉の連携『トライアングル』プロジェクト」が発足し、家庭と教育と福祉のより一層の連携を推進するための方策が進んでいる。この内容を受け、2018年の障害福祉サービス等報酬改定では、障害児通所支援事業所等が学校と連携して個別の支援計画を作成する際の加算(関係機関連携加算)が拡充された。

(3) 特別支援教育における作業療法士の参画

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なり、学校教育制度を見据えた関わりをもつことになった。2022年3月にまとめられた「特別支援教育を担う教師の養成の在り方等に関する検討会議報告」でも、特別支援学校で教師がすべてに対応するのは限界があるため外部専門家と連携を深めていくことが重要として、作業療法士等を挙げている。この間、保育所等訪問支援による学校訪問や就労移行支援における生徒の就職に向けた評価、放課後等デイサービスでの学校との連携など障害福祉サービスに携わり、学校に作業療法士が関与する機会は増えている。一方、少数ながら教育委員会や特別支援学校等の教育機関に所属する作業療法士もおり、いわば内部の専門家としての実践が積み上がることも期待される。

1-2-5 作業療法士の需給見直し

1965（昭和40）年に理学療法士および作業療法士の資格制度が設けられて以降、医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会において、数回にわたり理学療法士および作業療法士の計画的な養成を図るよう需給計画・需給推計が行われ、本会からも委員として参画し都度発言してきた。この結果、理学療法士および作業療法士の需給の推計に関する意見書（2000（平成12）年11月30日）に「需要と供給は平成16年以降2年から3年以内に均衡に達し、理学療法士、作業療法士が過剰にあることが予測されることから、その養成が適切に行われるよう関係者への周知徹底が必要であると考えられる」との見解が示された。

他方、「医療従事者の需給に関する検討会」では、都道府県で2025年の医療需要を踏まえた地域医療構想の策定を進めるなか、病床の機能分化・連携に対応していくためには、医師・看護師のみならず、リハビリテーション関係職種も含めた医療従事者の需給を念頭に置く必要あるとした。

2016（平成28）年4月に「医療従事者の需給に関する検討会」の下部組織として「理学療法士・作業療法士需給分科会」を設置し、有識者の意見やより精度の高い将来の医療需要を踏まえた推計方法を加え、職種を取り巻く現状課題について3回（第1回2016年4月22日、第2回2016年8月5日、第3回2019年4月5日）にわたり議論が行われた。また、COVID-19の感染拡大に伴い議論が中

断したなか、これに伴う影響に加え、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）が可決されたことにより、理学療法士・作業療法士を取り巻く環境は大きく変化してきている。

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

第2章 就業状況から見る作業療法

本章では、機関誌『日本作業療法士協会誌』に毎年1回掲載している本会会員統計資料をもとに、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巻末の資料1を参照いただきたい。

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

2015年度の有資格者は74,630名、2021年度は104,277名であり、6年間で29,647名増加している。これは、1年当たり約5,000名の増加となる。本会会員組織率は2015年度の67.7%以降も減少傾向にあり、2021年度は59.6%である(表2-1)。

2-1-2 都道府県別作業療法士数

都道府県別での本会会員数は、2021年度では会員数64,230名(年度末で会員資格喪失になった者を含む)のうち海外と非有効データを除いた会員数は63,916名である。最も会員数の多い東京都では3,848名、少ない福井県で546名であり、都道府県当たりの平均は1,359.9名となる。『白書2010』では888.9名、『白書2015』では1,103.1名であり、10年間で約1.5倍となっている(表2-2)。

2-1-3 年齢層別・性別構成

会員の年齢層別・性別構成を表2-3に示す。以下の比較のために()内に2015年度の数値を示す。男女含めた年齢層別では、2021年度は21~30歳が33.6%(42.0%)、31~40歳が37.3%(39.0%)、41~50歳が21.7%(14.4%)、51~60歳が6.4%(3.93%)、61歳以上が1.1%(0.67%)である。性別構成では2021年度は男性38.8%(36.8%)、女

表2-1 作業療法士有資格者数と本会会員数の年次推移

年度	有資格者数 ^{*1}	協会員数 ^{*2}	組織率
1966	22	18	81.8%
1967	72	54	75.0%
1968	132	103	78.0%
1969	221	150	67.9%
1970	310	200	64.5%
1971	358	263	73.5%
1972	399	296	74.2%
1973	436	323	74.1%
1974	516	357	69.2%
1975	568	383	67.4%
1976	631	427	67.7%
1977	712	487	68.4%
1978	787	555	70.5%
1979	865	625	72.3%
1980	987	752	76.2%
1981	1,097	842	76.8%
1982	1,264	994	78.6%
1983	1,453	1,022	70.3%
1984	1,757	1,167	66.4%
1985	2,148	1,386	64.5%
1986	2,588	2,046	79.1%
1987	3,012	2,414	80.1%
1988	3,529	2,870	81.3%
1989	4,084	3,387	82.9%
1990	4,692	3,909	83.3%
1991	5,285	4,391	83.1%
1992	5,825	4,901	84.1%
1993	6,396	5,490	85.8%
1994	7,019	6,019	85.8%
1995	7,698	6,636	86.2%
1996	8,734	7,488	85.7%
1997	9,791	8,469	86.5%
1998	11,017	9,570	86.9%
1999	12,601	11,016	87.4%
2000	14,853	13,061	87.9%
2001	17,195	15,193	88.4%
2002	19,776	17,458	88.3%
2003	22,711	20,051	88.3%
2004	26,023	23,151	89.0%
2005	29,459	26,131	88.7%
2006	33,637	29,532	87.8%
2007	38,025	32,948	86.6%
2008	42,273	35,961	85.1%
2009	47,670	39,241	82.3%
2010	52,968	42,348	80.0%
2011	57,098	44,958	78.7%
2012	61,725	46,092	74.7%
2013	65,795	48,008	73.0%
2014	70,521	49,841	70.7%
2015	74,630	50,494	67.7%
2016	79,955	53,045	66.3%
2017	84,948	55,903	65.8%
2018	89,724	58,234	64.9%
2019	94,240	60,024	63.7%
2020	99,776	61,296	61.4%
2021	104,277	62,142	59.6%

^{*1}有資格者数の数値は、過去の作業療法士国家試験合格者数を累計した数に、本会が把握し得た限りでの「外国で取得した免許から日本国免許へ切り換えた者」を加え、「死亡退会者」を除いた数とした。ただし、本会が把握し得ない免許証の未登録、取り消し、死亡その他の理由による消除の結果生じた減数分は算入されていない。

^{*2}会員数の数値は、本会の事務局が管理の対象とし、当年度の会員名簿(原簿)に記録された会員の実数、1993年度以降は機関誌上に公表された「日本作業療法士協会会員統計資料」を根拠とし、2015年度以降はその人数からさらに「年度末に会費未納等の理由により会員資格喪失となった者」を除いた数とした。

表 2-2 都道府県別本会会員数と施設数

都道府県名	2015 年度						2021 年度					
	会員数			人口推計 H27.10.1 (単位 10 万名)	人口対 (10 万対)	会員勤務 施設数	会員数			人口推計 R3.10.1 (単位 10 万名)	人口対 (10 万対)	会員勤務 施設数
	男	女	合計				男	女	合計			
北海道	1,237	1,401	2,638	53.8	49.0	663	1,519	1,627	3,146	51.8	60.7	758
青森	238	465	703	13.0	54.1	155	336	558	894	12.2	73.3	180
岩手	254	415	669	12.7	52.7	177	323	478	801	12.0	66.8	210
宮城	304	652	956	23.3	41.0	240	394	754	1,148	22.9	50.1	277
秋田	170	367	537	10.2	52.6	139	216	419	635	9.5	66.8	153
山形	240	504	744	11.2	66.4	188	316	647	963	10.6	90.8	216
福島	302	570	872	19.1	45.7	239	403	703	1,106	18.1	61.1	284
茨城	345	713	1,058	29.1	36.4	238	450	819	1,269	28.5	44.5	311
栃木	283	447	730	19.7	37.1	173	371	600	971	19.2	50.6	206
群馬	275	541	816	19.7	41.4	195	366	676	1,042	19.3	54.0	223
埼玉	560	1,074	1,634	72.6	22.5	383	794	1,365	2,159	73.4	29.4	485
千葉	521	1,084	1,605	62.2	25.8	411	704	1,292	1,996	62.8	31.8	456
東京都	1,003	2,047	3,050	135.1	22.6	846	1,367	2,481	3,848	140.1	27.5	1,007
神奈川県	724	1,530	2,254	91.2	24.7	561	1,014	1,835	2,849	92.4	30.8	706
新潟	277	668	945	23.0	41.1	272	376	800	1,176	21.8	53.9	315
富山	141	410	551	10.6	52.0	155	184	513	697	10.3	67.7	186
石川	223	504	727	11.5	63.2	196	273	605	878	11.3	77.7	218
福井	148	332	480	7.8	61.5	125	184	362	546	7.6	71.8	138
山梨	256	337	593	8.3	71.4	99	315	369	684	8.1	84.4	123
長野	427	905	1,332	20.9	63.7	269	538	1,074	1,612	20.3	79.4	285
岐阜	229	390	619	20.3	30.5	164	308	509	817	19.6	41.7	211
静岡県	548	997	1,545	37.0	41.8	355	729	1,185	1,914	36.1	53.0	410
愛知県	706	1,449	2,155	74.8	28.8	500	960	1,766	2,726	75.2	36.3	603
三重	220	391	611	18.1	33.8	161	273	494	767	17.6	43.6	187
滋賀	170	288	458	14.1	32.5	100	237	377	614	14.1	43.5	136
京都	339	641	980	26.1	37.5	245	446	760	1,206	25.6	47.1	288
大阪	1,011	1,683	2,694	88.3	30.5	680	1,390	1,968	3,358	88.1	38.1	812
兵庫県	817	1,415	2,232	55.3	40.4	543	1,071	1,811	2,882	54.3	53.1	627
奈良	221	297	518	13.6	38.1	109	320	433	753	13.2	57.0	162
和歌山	194	206	400	9.6	41.7	116	271	278	549	9.1	60.3	130
鳥取	178	297	475	5.7	83.3	99	236	363	599	5.5	108.9	125
島根	160	286	446	6.9	64.6	122	221	334	555	6.7	82.8	133
岡山	456	764	1,220	19.2	63.5	269	540	908	1,448	18.8	77.0	306
広島	473	899	1,372	28.4	48.3	379	644	1,102	1,746	27.8	62.8	422
山口	417	609	1,026	14.0	73.3	216	499	636	1,135	13.3	85.3	244
徳島	254	324	578	7.5	77.1	148	325	374	699	7.1	98.5	171
香川	227	389	616	9.7	63.5	156	300	430	730	9.4	77.7	172
愛媛	414	523	937	13.8	67.9	233	501	598	1,099	13.2	83.3	281
高知	261	446	707	7.2	98.2	135	339	494	833	6.8	122.5	163
福岡	1,260	1,907	3,167	51.0	62.1	695	1,506	2,125	3,631	51.2	70.9	779
佐賀	235	322	557	8.3	67.1	131	296	379	675	8.1	83.3	138
長崎	391	567	958	13.7	69.9	214	485	667	1,152	13.0	88.6	269
熊本	506	829	1,335	17.8	75.0	296	659	984	1,643	17.3	95.0	338
大分	327	446	773	11.6	66.6	205	414	555	969	11.1	87.3	235
宮崎	252	339	591	11.0	53.7	180	279	398	677	10.6	63.9	196
鹿児島	568	661	1,229	16.4	74.9	298	662	716	1,378	15.8	87.2	331
沖縄	343	412	755	14.3	52.8	155	459	482	941	14.7	64.0	184
海外	0	19	19					1	7			8
非有効データ	88	199	287			74	102	204	306			
合計・平均	19,193	32,961	52,154	1,268.7	41.1	12,702	24,916	39,314	64,230	1,255.5	51.2	14,790

※：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「日本作業療法士協会会員統計資料」による。

表2-3 本会員の年齢層別・性別構成

年齢	2016年度			2017年度			2018年度			2019年度			2020年度			2021年度		
	男性 (37.3%)	女性 (62.7%)	年齢層別 割合	男性 (37.8%)	女性 (62.2%)	年齢層別 割合	男性 (38.1%)	女性 (61.9%)	年齢層別 割合	男性 (38.4%)	女性 (61.6%)	年齢層別 割合	男性 (38.6%)	女性 (61.4%)	年齢層別 割合	男性 (38.8%)	女性 (61.2%)	年齢層別 割合
21～25歳	2,516	8,067	14.7%	2,890	6,050	8,940	3,164	6,319	9,483	3,106	6,189	9,285	2,852	5,940	8,792	2,612	5,673	8,285
26～30歳	5,355	8,842	25.8%	4,996	8,593	13,589	4,680	8,271	12,951	4,474	8,279	12,753	4,620	8,352	12,972	4,858	8,436	13,294
31～35歳	4,577	12,048	21.9%	5,222	7,672	12,894	5,665	7,899	13,564	6,019	7,851	13,870	5,864	7,743	13,607	5,384	7,390	12,774
36～40歳	3,618	5,813	17.2%	3,718	6,117	9,835	3,823	6,397	10,220	3,903	6,559	10,462	4,121	6,590	10,711	4,559	6,617	11,176
41～45歳	2,278	3,374	10.3%	2,607	3,736	6,343	2,906	4,094	7,000	3,263	4,591	7,854	3,444	4,927	8,371	3,462	5,201	8,663
46～50歳	1,045	1,797	5.17%	1,222	1,986	3,208	1,391	2,234	3,625	1,601	2,487	4,088	1,868	2,802	4,670	2,181	3,062	5,243
51～55歳	627	1,708	3.11%	665	1,216	1,881	742	1,345	2,087	823	1,414	2,237	897	1,492	2,389	957	1,621	2,578
56～60歳	290	332	1.13%	342	418	760	394	544	938	462	689	1,151	521	829	1,350	570	929	1,499
61～65歳	107	120	0.41%	124	126	250	141	135	276	152	160	312	177	186	363	221	229	450
66～70歳	48	57	0.19%	53	67	120	61	73	134	68	74	142	69	74	143	61	70	131
71～75歳	13	24	0.07%	8	24	32	12	28	40	16	35	51	21	38	59	30	38	68
76歳以上	5	16	0.04%	6	19	25	9	18	27	9	21	30	10	22	32	10	29	39
非有効データ	49	46	95	42	41	83	35	33	68	23	26	49	16	23	39	11	19	30
合計	20,528	34,524	55,052	21,895	36,065	57,960	23,023	37,390	60,413	23,919	38,375	62,294	24,480	39,018	63,498	24,916	39,314	64,230
非有効データ除く	20,479	34,478	54,957	21,853	36,024	57,877	22,988	37,357	60,345	23,896	38,349	62,245	24,464	38,995	63,459	24,905	39,295	64,200

※：各年度「日本作業療法士協会統計資料」による。

表 2-4 開設者種別本会会員数の推移

開設者	2016 年度		2017 年度		2018 年度		2019 年度		2020 年度		2021 年度	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
国	1,858	3.4	1,459	2.6	1,561	2.7	1,602	2.6	1,671	2.6	1,720	2.7
厚生労働省	143		85		82		52		60		68	
文部科学省	36		10		9				8		21	
労働福祉事業団	147											
独立行政法人労働者健康福祉機構			168		181		181		186		184	
独立行政法人	1,072											
独立行政法人国立病院機構			579		602		625		633		641	
国立大学法人	312		274		292		332		346		367	
独立行政法人地域医療機能推進機構			216		247		262		263		252	
国立高度専門医療研究センター			15		20		20		22		21	
その他（国立、独立行政法人等）	148		112		128		130		153		166	
公的機関	5,676	10.3	5,716	10.3	5,926	10.1	6,108	9.8	6,242	9.8	6,223	9.7
都道府県	1,303		1,059		1,049		1,035		1,022		1,037	
市区町村	2,552		2,369		2,419		2,463		2,520		2,487	
日赤	429		459		465		489		492		476	
済生会	586		627		672		707		734		758	
北海道社会事業協会	28		28		29		28		26		30	
厚生連	747		792		807		834		860		839	
国民健康保険団体連合会	31		18		19		17		21		21	
地方独立行政法人			347		405		472		492		496	
その他（一部事務組合、広域連合等の地方公共団体）			17		61		63		75		79	
社会保険団体	408	0.7	316	0.6	324	0.6	329	0.5	317	0.5	312	0.5
全国社会保険協会連合会	40											
厚生団	13											
船員保険会	0											
健康保険組合および連合会	79		75		75		73		72		71	
共済組合および連合会	241		204		209		206		197		194	
国民健康保険組合	35		37		40		50		48		47	
公益法人	2,446	4.4	3,620	6.5	3,813	6.5	3,920	6.3	4,021	6.3	4,147	6.5
医療法人	28,890	52.5	30,027	54.3	31,227	53.1	32,211	51.7	32,619	51.4	32,649	50.8
学校法人（私立学校法人含む）	1,745	3.2	1,780	3.2	1,882	3.2	1,957	3.1	2,043	3.2	2,090	3.3
会社	1,987	3.6	1,566	2.8	2,101	3.6	2,511	4.0	2,861	4.5	3,130	4.9
NPO 法人	253	0.5	228	0.4	239	0.4	259	0.4	276	0.4	280	0.4
その他の法人	4,378	8.0	239	0.4	253	0.4	182	0.3	253	0.4	259	0.4
個人	482	0.9	439	0.8	420	0.7	406	0.7	409	0.6	394	0.6
その他	286	0.5	2,985	5.4	3,644	6.2	3,964	6.4	4,142	6.5	4,198	6.5
社会福祉法人			2,390		2,958		3,238		3,399		3,433	
医療生協			595		686		726		743		765	
その他（勤務形態）									99	0.2	150	0.2
休業中	6,237	11.3	6,483	11.7	6,939	11.8	7,078	11.4	6,797	10.7	7,314	11.4
非有効	406	0.7	435	0.8	507	0.9	1,767	2.8	1,748	2.8	1,365	2.1
対象会員数	55,052	100.0	55,293	100.0	58,836	100.0	62,294	100.0	63,498	100.0	64,231	100.0

※：各年度「日本作業療法士協会会員統計資料」による。

表 2-5 関連法領域別本会会員数（2021 年度）

	領域別会員数		
	会員数	全体比	勤務者比
医療関連施設	31,241	48.6%	71.5%
病院	29,836	46.5%	68.3%
一般病院	23,260	36.2%	53.2%
特定機能病院	872	1.4%	2.0%
地域医療支援病院	1,223	1.9%	2.8%
精神科病院	4,406	6.9%	10.1%
結核病院	8	0.0%	0.0%
認知症疾患医療センター	67	0.1%	0.2%
診療所	847	1.3%	1.9%
有床診療所	204	0.3%	0.5%
無床診療所	643	1.0%	1.5%
精神保健福祉センター	12	0.0%	0.0%
該当なし	12	0.0%	0.0%
その他	546	0.9%	1.2%
該当なし	546	0.9%	1.2%
介護関連施設	8,533	13.3%	19.5%
居宅サービス	4,917	7.7%	11.2%
訪問介護	26	0.0%	0.1%
共生型訪問介護	1	0.0%	0.0%
訪問看護	1,299	2.0%	3.0%
訪問リハビリテーション	1,023	1.6%	2.3%
通所介護	767	1.2%	1.8%
共生型通所介護	2	0.0%	0.0%
通所リハビリテーション	1,680	2.6%	3.8%
短期入所生活介護	24	0.0%	0.1%
短期入所療養介護	16	0.0%	0.0%
特定施設入居者生活介護	38	0.1%	0.1%
居宅介護支援	30	0.0%	0.1%
福祉用具貸与・販売	11	0.0%	0.0%
地域密着型サービス	206	0.3%	0.5%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5	0.0%	0.0%
夜間対応型訪問介護	2	0.0%	0.0%
認知症対応型通所介護	19	0.0%	0.0%
小規模多機能型居宅介護	15	0.0%	0.0%
認知症対応型共同生活介護	11	0.0%	0.0%
地域密着型特定施設入居者生活介護	3	0.0%	0.0%
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	25	0.0%	0.1%
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	17	0.0%	0.0%
地域密着型通所介護	109	0.2%	0.2%

(次頁につづく)

表 2-5 (つづき)

	領域別会員数		
	会員数	全体比	勤務者比
介護関連施設			
施設サービス	3,275	5.1%	7.5%
介護老人福祉施設	446	0.7%	1.0%
介護療養型医療施設	74	0.1%	0.2%
介護老人保健施設	2,664	4.1%	6.1%
介護医療院	91	0.1%	0.2%
その他	135	0.2%	0.3%
地域包括支援センター	21	0.0%	0.0%
在宅介護支援センター	2	0.0%	0.0%
サービス付き高齢者向け住宅	9	0.0%	0.0%
有料老人ホーム	58	0.1%	0.1%
介護予防・日常生活支援総合事業	26	0.0%	0.1%
一般介護予防事業	19	0.0%	0.0%
障害関連施設	1,609	2.5%	3.7%
児童福祉法関連施設	977	1.5%	2.2%
児童発達支援	371	0.6%	0.8%
医療型児童発達支援	54	0.1%	0.1%
放課後等デイサービス	299	0.5%	0.7%
保育所等訪問支援	43	0.1%	0.1%
幼保連携型認定こども園	3	0.0%	0.0%
児童養護施設	1	0.0%	0.0%
障害児入所施設	124	0.2%	0.3%
児童発達支援センター	81	0.1%	0.2%
情緒障害児短期治療施設	1	0.0%	0.0%
障害者総合支援法関連施設	512	0.8%	1.2%
障害福祉サービス事業所	236	0.4%	0.5%
障害者支援施設	224	0.3%	0.5%
相談支援事業所	29	0.0%	0.1%
基幹相談支援センター	2	0.0%	0.0%
地域活動支援センター	19	0.0%	0.0%
福祉ホーム	2	0.0%	0.0%
身体障害者福祉法関連施設	13	0.0%	0.0%
身体障害者福祉センター	13	0.0%	0.0%
精神保健福祉法関連施設	1	0.0%	0.0%
精神障害者社会復帰促進センター	1	0.0%	0.0%
発達障害者支援法関連施設	27	0.0%	0.1%
発達障害者支援センター	27	0.0%	0.1%
障害者雇用促進法関連施設	16	0.0%	0.0%
障害者就業・生活支援センター	12	0.0%	0.0%
障害者職業センター	4	0.0%	0.0%
厚生労働省設置法	2	0.0%	0.0%
ハローワーク	2	0.0%	0.0%
その他	61	0.1%	0.1%
その他	61	0.1%	0.1%

	領域別会員数		
	会員数	全体比	勤務者比
その他関連施設	124,149	193.3%	284.0%
保健所、市町村保健センター	35	0.1%	0.1%
児童相談所	4	0.0%	0.0%
身体障害者更生相談所	9	0.0%	0.0%
知的障害者更生相談所	2	0.0%	0.0%
精神保健福祉センター	14	0.0%	0.0%
都道府県障害者権利擁護センター	1	0.0%	0.0%
その他 行政（高齢サービス課・健康増進課・障害福祉課等）	111	0.2%	0.3%
その他 区市町村（自治体等）からの委託事業	72	0.1%	0.2%
社会福祉協議会	20	0.0%	0.0%
都道府県リハビリテーション支援センター	25	0.0%	0.1%
地域リハビリテーション広域支援センター	52	0.1%	0.1%
教育委員会	11	0.0%	0.0%
幼稚園	3	0.0%	0.0%
小学校	1	0.0%	0.0%
義務教育学校	1	0.0%	0.0%
高等学校	1	0.0%	0.0%
特別支援学校	40	0.1%	0.1%
高等専門学校	1	0.0%	0.0%
大学、大学院（作業療法士養成教育以外）	20	0.0%	0.0%
専修学校（作業療法士養成教育以外）	3	0.0%	0.0%
研究機関	22	0.0%	0.1%
管理部門（病院等）	23	0.0%	0.1%
リハ関連企業	52	0.1%	0.1%
一般企業	57	0.1%	0.1%
その他	146	0.2%	0.3%
作業療法士学校養成施設	1,606	2.5%	3.7%
専門学校	696	1.1%	1.6%
短期大学	31	0.0%	0.1%
大学	783	1.2%	1.8%
専門職大学	31	0.0%	0.1%
大学院	65	0.1%	0.1%
その他の勤務形態	150	0.2%	
休業中	7,314	11.4%	
非有効データ	13,051	20.3%	
合計	64,230	100.0%	

※：2021年度「日本作業療法士協会会員統計資料」による。

性 61.2%（63.2%）である。

2-2 作業療法士の就業状況

2-2-1 開設者種別会員数

本会会員の勤務先の開設者種別にみた就業

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2016年度～2021年度の6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も増加している（表2-4）。

表 2-6 勤務形態別本会会員数の推移

勤務形態	2016年度		2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		2021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
現在作業療法士として就業中	48,249	87.6%	50,913	87.8%	52,968	87.7%	54,687	87.8%	55,979	88.2%	56,587	88.1%
常勤	46,744	84.9%	49,367	85.2%	51,434	85.1%	53,160	85.3%	54,320	85.5%	54,659	85.1%
常勤+非常勤	5,986	10.9%	5,843	10.1%	5,483	9.1%	5,160	8.3%				
常勤のみ	40,758	74.0%	43,524	75.1%	45,951	76.1%	48,000	77.1%				
非常勤	1,505	2.7%	1,546	2.7%	1,534	2.5%	1,527	2.5%	1,659	2.6%	1,778	2.8%
その他の勤務形態/作業療法士以外で就業中	432	0.8%	459	0.8%	500	0.8%	529	0.8%	99	0.2%	150	0.2%
作業療法士は休業	6,237	11.3%	6,483	11.2%	6,939	11.5%	7,078	11.4%	6,797	10.7%	7,314	11.4%
非有効データ	134	0.2%	105	0.2%	6	0.0%	0	0.0%	623	1.0%	330	0.5%
合計	55,052	100.0%	57,960	100.0%	60,413	100.0%	62,294	100.0%	63,498	100.0%	64,230	100.0%

※：各年度「日本作業療法士協会会員統計資料」による。

2-2-2 関連法領域別会員数

本会会員の勤務先の関連法領域別に見た会員数では、医療関連施設が最も多く、なかでも病院に勤務する会員が2021年度では46.5%（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68.3%）である（表2-5）。

2-2-3 勤務形態別会員数

2021年度では、全会員のうち56,587名（88.1%）が作業療法士として就業中であり、休業中の会員は7,314名（11.4%）である（表2-6）。就業中の会員56,587名のうち、常勤の会員は54,659名（85.1%）、非常勤のみは1,778名（2.8%）である（表2-6）。

第3章 作業療法士の臨床活動

3-1 臨床活動の概況

3-1-1 対象施設の領域と対象者の数

今回の調査では回答 6,520 施設に対し、病院や診療所等の医療関連は 3,683 (50.4%)、介護保険関連施設は 2,904 (39.7%)、障害福祉関連施設は 506 (6.9%) であった(複数回答があるため合計が 100% ではない)。同様に、複数回答のため実数の増減を推測できるものではないが、『白書 2015』から作業療法士が勤務する医療関連施設が減ったとは考えにくく、むしろ、介護保険関連施設や障害福祉関連施設等で作業療法を提供する施設が増えていると考えられる。行政関連の 140 (1.9%) や教育関連の 36 (0.5%) も増減の考察は難しいが、司法関連の 4 (0.1%) については新たな職域として注目したい。

領域ごとの 1 施設当たりの作業療法士数、指定日に従事した作業療法士数を表 3-1、3-2 に示す。制度的に 1 日に対象とできる上限人数等が異なるが、指定日に作業療法士が関わった対象者の数を「指定日に作業療法士が関わった対象者の数(表 3-3)÷指定日に従事した作業療法士の人数(表 3-2)」とすれば、医療関連(精神障害領域) 14.4 人、介護保険

7.6 人、障害福祉 6.6 人、職業関連 4.5 人、医療関連(身体障害領域)と教育関連 4.4 人、行政関連 4.3 人、医療関連(発達障害領域) 3.8 人の順であった。

3-1-2 対象者の年齢と疾患・障害

医療関連(身体障害領域)の対象者は 65 歳以上が 83.2% を占める(表 3-4)。対象者の疾患・障害では前回、前回と変わらず脳血管性障害の占める割合が最も多く、次に骨折が多いが、今回の調査では呼吸器系疾患、心臓疾患も割合が大きくなっている。また、骨折や心臓疾患、悪性新生物(がん・腫瘍など)等の疾患割合が大ききことは、対象者の高齢化に伴う疾患の重複化と診療報酬の影響がうかがえる(表 3-5)。医療関連(精神障害領

表 3-1 作業療法に従事する作業療法士の人数

	回答数	総数	1施設当たり平均数
医療関連	3,683	29,583	8.0
介護保険	2,904	7,553	2.6
障害福祉	506	997	2.0
教育関連	36	69	1.9
職業関連	35	72	2.1

表 3-2 指定日に従事した作業療法士の人数

		回答数	総数	1施設当たり平均数
医療関連	身体障害領域	2,895	24,416	8.4
	精神障害領域	962	4,065	4.2
	発達障害領域	467	1,134	2.4
介護保険		2,904	7,553	2.6
障害福祉		506	829	1.6
教育関連		36	48	1.3
職業関連		35	74	2.1
行政関連		125	178	1.4

表 3-3 指定日に作業療法士が関わった対象者の数

		回答数	総数	1施設当たり平均数
医療関連	身体障害領域	2,895	107,239	37.0
	精神障害領域	962	58,339	60.6
	発達障害領域	467	4,233	9.1
介護保険		2,904	57,282	19.7
障害福祉		506	5,347	10.6
教育関連		36	204	5.7
職業関連		35	334	9.5
行政関連		125	744	6.0

表 3-4 医療関連（身体障害領域）対象者の年齢別人数

	2015 年		2021 年	
	回答施設数	対象者数 (%)	回答施設数	対象者数 (%)
全体	2,020	82,623 (100.0)	2,895	110,280 (100.0)
15 歳以下	300	756 (0.9)	315	839 (0.8)
16～64 歳	1,626	16,709 (20.2)	1,940	17,718 (16.1)
65 歳以上	1,979	65,158 (78.9)	-	-
65～74 歳	-	-	2,247	26,263 (23.8)
75 歳以上	-	-	2,482	65,460 (59.4)

域)でも、『白書 2015』に比べて 65 歳以上の割合が 50.0%から 60.4%となり、対象者の高齢化がうかがわれる(表 3-6)。対象者の疾患・障害の占める割合にみる順位では『白書 2015』と大きな変動はないように見えるが、上位にみる疾患・障害の占める割合が減るなどの対象とする疾患・障害が変化していることが推測できる(表 3-7)。医療関連(発達障害領域)では、『白書 2015』と同様に 1～6 歳(就学前)が 40%以上を占めて最も多いが、18 歳以上と 6(就学後)～15 歳の占める割合の大きさが逆転した(表 3-8)。対象者の疾患・障害では自閉症、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が最も占める割合が多く、脳性麻痺、精神遅滞・知的障害、てんかん、染色体異常の順となった。しかし、ここに示す疾患・障害のいずれもの占める割合が減少したことは、

本表に示されていない多岐多様な疾患・障害に作業療法を提供していると推測できる(表 3-9)。

介護保険領域では、対象者の年齢の 75 歳以上の割合が 85.9%となり、『白書 2015』の 82.4%よりさらに増え、40～64 歳、65～74 歳はともに減っている(表 3-10)。対象者の疾患・障害では、脳血管障害が最も大きな割合を占めていることに変わりはないが、呼吸器系疾患・悪性新生物など「医療施設(身体障害領域)」に見られる疾患・障害の占める割合が微増となったことは、今後の医療から介護への連携のさらなる重要性を示唆している(表 3-11)。

障害福祉領域の対象者の年齢では、『白書 2015』は占める割合が 7.6%と少なかった就学年齢(6～18 歳未満)が、施設数の増加に伴い 18.1%と増えた。この年齢が対象となる

表 3-5 医療関連（身体障害領域）対象者の疾患・障害

	2015年 n=2,027		2021年 n=2,724	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
脳血管性障害	1	1,622 (80.0)	1	2,044 (75.0)
骨折	2	1,389 (68.5)	2	1,763 (64.7)
呼吸器系疾患	5	798 (39.4)	3	1,235 (45.3)
パーキンソン病	4	852 (42.0)	4	1,139 (41.8)
その他の骨・関節疾患	6	719 (35.5)	5	926 (34.0)
心臓疾患	9	625 (30.8)	6	897 (32.9)
悪性新生物（がん・腫瘍など）	8	651 (32.1)	7	895 (32.9)
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）	3	884 (43.6)	8	844 (31.0)
脊髄疾患	7	681 (33.6)	9	793 (29.1)
中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など	12	591 (29.2)	10	725 (26.6)
脊椎障害	14	515 (25.4)	11	654 (24.0)
消化系疾患	18	373 (18.4)	12	644 (23.6)
失語	11	608 (30.0)	13	617 (22.7)
失行・失認	10	617 (30.4)	14	611 (22.4)
脊髄損傷	13	516 (25.5)	15	582 (21.4)
失調症	15	434 (21.4)	16	451 (16.6)
頭部外傷	17	402 (19.8)	17	443 (16.3)
手首および手の損傷	16	412 (20.3)	18	433 (15.9)
関節リウマチ	20	354 (17.5)	19	366 (13.4)
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)	20	356 (13.1)

表 3-6 医療関連（精神障害領域）対象者の年齢別人数

	2015年		2021年	
	回答施設数	対象者数 (%)	回答施設数	対象者数 (%)
全体	596	47,130 (100.0)	962	59,175 (100.0)
15歳以下	41	107 (0.2)	68	237 (0.4)
16～64歳	567	23,467 (49.8)	720	23,204 (39.2)
65歳以上	548	23,556 (50.0)	—	—
65～74歳	—	—	677	16,321 (27.6)
75歳以上	—	—	616	19,413 (32.8)

放課後等デイサービスや保育所等訪問支援での関わりが増えているものと推測できる（表 3-12）。対象者の疾患・障害では、精神遅滞・知的障害が『白書 2015』で 58.2%，今回の調査でも 59.5%と占める割合が大きいが、

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が 63.0%と最も大きかった。脳性麻痺は、『白書 2015』で 44.1%であったが、今回の調査では占める割合が 34.4%と減少し、児童青年

表 3-7 医療関連（精神障害領域）対象者の疾患・障害

	2015年 n=607 無回答 52 除く		2021年 n=853 無回答 109 除く	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
統合失調症	1	566 (93.2)	1	721 (84.5)
感情障害	2	514 (84.7)	2	655 (76.8)
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	554 (64.9)
精神遅滞、知的障害	4	406 (66.9)	4	490 (57.4)
アルコール依存症	5	329 (54.2)	5	378 (44.3)
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)	6	342 (40.1)
神経症性障害	6	264 (43.5)	7	339 (39.7)
その他の精神疾患	11	101 (16.6)	8	155 (18.2)
成人の人格・行動障害	8	154 (25.4)	9	153 (17.9)
てんかん	9	127 (20.9)	10	133 (15.6)
情緒障害	13	78 (12.9)	11	132 (15.5)
心身症	13	78 (12.9)	12	126 (14.8)
児童青年期の行動・情緒障害（ADHD 含む）	16	61 (10.0)	13	123 (14.4)
摂食障害	12	86 (14.2)	14	115 (13.5)
薬物依存、薬物疾患	10	110 (18.1)	15	106 (12.4)
脳血管性障害	15	65 (10.7)	16	89 (10.4)

表 3-8 医療関連（発達障害領域）対象者の年齢別人数

	2015年		2021年	
	回答施設数	対象者数 (%)	回答施設数	対象者数 (%)
全体	246	3,432 (100)	467	4,501 (100)
1 歳未満	19	32 (0.9)	33	56 (1.2)
1～6 歳（就学前）	188	1,523 (44.4)	276	1,874 (41.6)
6（就学後）～15 歳	177	909 (26.5)	238	1,046 (23.2)
15～18 歳	60	133 (3.9)	75	212 (4.7)
18 歳以上	101	835 (24.3)	209	1,313 (29.2)

期の行動・情緒障害（ADHD 含む）は 18.4% から 24.5% と増加したように占める割合の増減が見られた（表 3-13）。

教育関連領域の対象者の年齢では、『白書 2015』で 27.2% を占めていた 18 歳以上が 0.5% と減少し、6～12 歳（小学校・小学部）が 20.9% から 48.6%、12～15 歳（中学校・

中学部）が 12.8% から 17.8%、15～18 歳（高等学校・高等部）が 26.4% から 27.9% と占める割合が増加した（表 3-14）。対象者の疾患・障害では、『白書 2015』と大差はなく、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、精神遅滞・知的障害、脳性麻痺、てんかん、染色体

表3-9 医療（発達障害領域）対象者の疾患・障害

	2015年 n=240		2021年 n=401	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
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)	1	235 (58.6)
脳性麻痺	1	173 (72.1)	2	191 (47.6)
精神遅滞, 知的障害	3	137 (57.1)	3	180 (44.9)
てんかん	5	83 (34.6)	4	117 (29.2)
染色体異常	4	84 (35.0)	5	113 (28.2)
児童青年期の行動・情緒障害 (ADHD 含む)	7	46 (19.2)	6	74 (18.5)
重症心身障害	6	54 (22.5)	7	53 (13.2)
神経筋接合部および筋の疾患 (重症筋無力 症・筋ジストロフィーなど)	8	39 (16.3)	8	48 (12.0)
脳血管性障害	9	35 (14.6)	9	38 (9.5)
先天性奇形	10	32 (13.3)	10	37 (9.2)

表3-10 介護保険領域 対象者の年齢別人数

	2015年		2021年	
	回答 施設数	対象者数 (%)	回答 施設数	対象者数 (%)
全体	1,887	45,904 (100.0)	2,904	63,326 (100.0)
40～64歳	672	1,518 (3.3)	717	1,617 (2.6)
65～74歳	1,338	6,545 (14.3)	1,667	7,335 (11.6)
75歳以上	1,833	37,841 (82.4)	2,626	54,374 (85.9)

異常の占める割合が多い (表3-15)。

職業関連の対象年齢では、『白書2015』よりも40～64歳が48.1%から29.8%に減少し、65歳以上の割合が9.1%から26.3%に増加した(表3-16)。対象者の疾患・障害では、感情障害、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や統合失調症、精神遅滞・知的障害の割合が大きいが、『白書2015』と比べると、統合失調症は65.0%から34.3%、脳血管障害は40.0%から14.3%に減少し、感情障害は30.0%から40.0%、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が40.0%から48.6%に増加し

た(表3-75)。対象者の高齢化や疾患・障害の特性の変化から、就労に対するニーズの変化がうかがえる。

3-1-3 作業療法の形態

医療関連(身体障害領域)では、入院が急性期・回復期・生活期・終末期の各病期にわたり、『白書2015』よりも占める割合が増加し、外来の割合が減少した。訪問に占める割合はわずかに増加し、なかでも生活期の訪問の占める割合の増加は、在宅といった生活の場への医療の提供の広がりを示唆している(表3-17)。医療関連(精神障害領域)では、占める割合を見ると『白書2015』と変わら

表 3-11 介護保険領域 対象者の疾患・障害

	2015年 n=1,894		2021年 n=2,736	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
脳血管性障害	1	1,710 (90.3)	1	2,381 (87.0)
骨折	3	1,054 (55.6)	2	1,500 (54.8)
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)	3	1,347 (49.2)
パーキンソン病	4	997 (52.6)	4	1,319 (48.2)
心臓疾患	5	878 (46.4)	5	1,274 (46.6)
その他の骨・関節疾患	6	697 (36.8)	6	951 (34.8)
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	654 (34.5)	7	719 (26.3)
関節リウマチ	9	500 (26.4)	8	709 (25.9)
呼吸器系疾患	10	452 (23.9)	9	706 (25.8)
脊椎障害	11	400 (21.1)	10	604 (22.1)
失語	8	504 (26.6)	11	549 (20.1)
中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など	13	385 (20.3)	12	469 (17.1)
脊髄疾患	14	375 (19.8)	13	459 (16.8)
悪性新生物（がん・腫瘍など）	16	295 (15.6)	14	439 (16.0)
その他の疾患・障害、加齢による障害、膠原病	12	393 (20.7)	15	420 (15.4)
消化器系疾患	—	—	16	329 (12.0)
失行・失認	15	337 (17.8)	17	323 (11.8)
その他の循環器疾患	20	200 (10.6)	18	308 (11.3)

※ 10%以上の回答があったもの。

表 3-12 障害福祉領域 対象者の年齢区分別人数

(無回答を除く)

	2015年		2021年	
	回答施設数	対象者数 (%)	回答施設数	対象者数 (%)
全体	267	4,401 (100.0)	506	5,852 (100.0)
6歳以下（就学前）	82	940 (21.4)	204	1,362 (23.3)
6（就学後）～18歳未満	62	333 (7.6)	170	1,059 (18.1)
18～39歳	142	1,040 (23.6)	195	1,197 (20.5)
40～64歳	156	1,410 (32.0)	205	1,764 (30.1)
65歳以上	78	678 (15.4)	97	470 (8.0)

ず急性期，回復期，生活期，終末期の作業療法は入院で増加，訪問は微増した。入院の占める割合が全体で微増したことは，精神障害に対する作業療法は入院の割合が高いためと考える（表 3-18）。医療関連（発達障害領域）

は、『白書 2015』に比べ全体に占める割合で入院が増加し，外来は減少した。訪問が微増しているのは，身体障害領域と同様に在宅での医療関連でも作業療法の提供を示唆している。病期別にみると，回復期の外来で多くの

表3-13 障害福祉領域 対象者の疾患・障害

	全体 n=462		入所・入居 n=89	通所系 n=378	訪問系 n=36	その他 n=28
	順位	回答数(%)	回答数(%)	回答数(%)	回答数(%)	回答数(%)
〈神経系の疾患・障害〉	—	229 (49.6)	74 (83.1)	159 (42.1)	15 (41.7)	8 (28.6)
脊髄疾患	12	36 (7.8)	26 (29.2)	12 (3.2)	1 (2.8)	0 (0.0)
末梢神経損傷	44	5 (1.1)	2 (2.2)	3 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
パーキンソン病	38	7 (1.5)	4 (4.5)	3 (0.8)	1 (2.8)	0 (0.0)
中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など	21	18 (3.9)	7 (7.9)	10 (2.6)	0 (0.0)	2 (7.1)
失調症	36	8 (1.7)	4 (4.5)	5 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
失行・失認	29	11 (2.4)	4 (4.5)	9 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
失語	18	30 (6.5)	14 (15.7)	19 (5.0)	1 (2.8)	0 (0.0)
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)	11	42 (9.1)	18 (20.2)	27 (7.1)	2 (5.6)	0 (0.0)
てんかん	4	115 (24.9)	26 (29.2)	86 (22.8)	5 (13.9)	5 (17.9)
脳性麻痺	3	159 (34.4)	59 (66.3)	106 (28.0)	7 (19.4)	4 (14.3)
神経筋接合部および筋の疾患(重症筋無力症・筋ジストロフィーなど)	16	33 (7.1)	10 (11.2)	22 (5.8)	2 (5.6)	0 (0.0)
〈精神および行動の障害〉	—	391 (84.6)	60 (67.4)	321 (84.9)	20 (55.6)	26 (92.9)
統合失調症	6	101 (21.9)	35 (39.3)	68 (18.0)	4 (11.1)	6 (21.4)
感情障害	9	62 (13.4)	13 (14.6)	47 (12.4)	2 (5.6)	5 (17.9)
神経症性障害	20	23 (5.0)	4 (4.5)	19 (5.0)	1 (2.8)	2 (7.1)
アルコール依存症	23	17 (3.7)	0 (0.0)	14 (3.7)	1 (2.8)	2 (7.1)
薬物依存, 薬物疾患	42	6 (1.3)	0 (0.0)	6 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
摂食障害	39	7 (1.5)	0 (0.0)	5 (1.3)	1 (2.8)	1 (3.6)
心身症	46	4 (0.9)	0 (0.0)	4 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
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)	24	15 (3.2)	1 (1.1)	14 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
情緒障害	10	44 (9.5)	1 (1.1)	44 (11.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
精神遅滞, 知的障害	2	275 (59.5)	38 (42.7)	235 (62.2)	9 (25.0)	11 (39.3)
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	291 (63.0)	21 (23.6)	260 (68.8)	12 (33.3)	17 (60.7)
児童青年期の行動・情緒障害(ADHD 含む)	5	113 (24.5)	4 (4.5)	100 (26.5)	6 (16.7)	8 (28.6)
成人の人格・行動障害	22	18 (3.9)	4 (4.5)	14 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他の精神疾患	26	12 (2.6)	2 (2.2)	9 (2.4)	0 (0.0)	1 (3.6)
〈眼・耳および付属器の疾患・障害〉	—	44 (9.5)	15 (16.9)	28 (7.4)	0 (0.0)	2 (7.1)
視覚障害	13	36 (7.8)	14 (15.7)	21 (5.6)	0 (0.0)	2 (7.1)
聴覚障害	30	11 (2.4)	2 (2.2)	9 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
〈循環器系の疾患・障害〉	—	112 (24.2)	50 (56.2)	70 (18.5)	5 (13.9)	2 (7.1)
脳血管性障害	7	96 (20.8)	49 (55.1)	55 (14.6)	5 (13.9)	1 (3.6)
心臓疾患	19	28 (6.1)	6 (6.7)	21 (5.6)	0 (0.0)	2 (7.1)
その他の循環器疾患	49	2 (0.4)	1 (1.1)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
〈呼吸器, 消化器系の疾患・障害〉	—	15 (3.2)	4 (4.5)	10 (2.6)	0 (0.0)	1 (3.6)
消化系疾患	45	5 (1.1)	1 (1.1)	3 (0.8)	0 (0.0)	1 (3.6)
呼吸器系疾患	31	11 (2.4)	3 (3.4)	8 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)

(次頁につづく)

表 3-13 (つづき)

	全体 n=462		入所・入居 n=89	通所系 n=378	訪問系 n=36	その他 n=28
	順位	回答数(%)	回答数(%)	回答数(%)	回答数(%)	回答数(%)
〈筋骨格系および結合組織の疾患・障害〉	—	28 (6.1)	16 (18.0)	12 (3.2)	0 (0.0)	1 (3.6)
脊椎障害	25	15 (3.2)	9 (10.1)	5 (1.3)	0 (0.0)	1 (3.6)
関節リウマチ	43	6 (1.3)	3 (3.4)	3 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他の骨・関節疾患	32	10 (2.2)	4 (4.5)	6 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
〈先天奇形, 変形および染色体異常によるもの〉	—	85 (18.4)	9 (10.1)	73 (19.3)	1 (2.8)	4 (14.3)
先天性奇形	27	12 (2.6)	3 (3.4)	9 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
先天性筋疾患	40	7 (1.5)	3 (3.4)	3 (0.8)	0 (0.0)	1 (3.6)
二分脊椎	28	12 (2.6)	3 (3.4)	9 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
染色体異常	8	73 (15.8)	4 (4.5)	67 (17.7)	1 (2.8)	3 (10.7)
〈損傷およびその他の外因の影響によるもの〉	—	63 (13.6)	41 (46.1)	27 (7.1)	2 (5.6)	1 (3.6)
熱傷	50	2 (0.4)	1 (1.1)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
骨折	33	9 (1.9)	7 (7.9)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
上肢切断	51	2 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
下肢切断	34	9 (1.9)	7 (7.9)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
手首および手の損傷	52	2 (0.4)	2 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
頭部外傷	14	36 (7.8)	18 (20.2)	20 (5.3)	1 (2.8)	0 (0.0)
脊髄損傷	17	31 (6.7)	26 (29.2)	5 (1.3)	2 (5.6)	1 (3.6)
〈新生物〉	—	9 (1.9)	5 (5.6)	4 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
悪性新生物 (がん・腫瘍など)	35	9 (1.9)	5 (5.6)	4 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
〈上記以外の疾患・障害〉	—	48 (10.4)	14 (15.7)	34 (9.0)	3 (8.3)	1 (3.6)
泌尿・生殖器疾患	47	4 (0.9)	2 (2.2)	1 (0.3)	1 (2.8)	0 (0.0)
皮膚・皮下組織疾患	48	3 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.5)	1 (2.8)	0 (0.0)
重症心身障害	15	34 (7.4)	8 (9.0)	25 (6.6)	2 (5.6)	1 (3.6)
血液・造血器疾患	53	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
結核	54	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
内分泌・栄養・代謝・免疫疾患	37	8 (1.7)	3 (3.4)	5 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
末期状態*	55	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他の疾患・障害, 加齢による障害, 膠原病	41	7 (1.5)	4 (4.5)	4 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
該当するものがない	—	30 (6.5)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)

作業療法の提供されていることは、『白書2015』の結果と変わらない(表3-19)。

介護保険領域では、入所・入居と通所で占める割合が多いことは変わらないが、『白書2015』より入所・入居ではその割合が微減し、通所系が微増した。これは、老人保健施設の報酬が類型化され、超強化型、在宅強化型で

充実したりハビリテーションが要件化された影響がうかがえる(表3-20)。

障害福祉領域では、通所系の占める割合が多いのは『白書2015』と変わらないが、その割合が増加した。これは、入所・入居の占める割合が減少したことと関係していることが推測できる(表3-21)。

表 3-14 教育領域関連（特別支援学校など）対象者の年齢別人数

(無回答を除く)

	2015年		2021年	
	回答施設数	対象者数 (%)	回答施設数	対象者数 (%)
全体	35	296 (100.0)	36	208 (100.0)
6歳未満 (幼稚園・幼稚部)	7	37 (12.5)	3	11 (5.3)
6～12歳 (小学校・小学部)	18	62 (20.9)	25	101 (48.6)
12～15歳 (中学校・中学部)	11	38 (12.8)	14	37 (17.8)
15～18歳 (高等学校・高等部)	17	78 (26.4)	11	58 (27.9)
18歳以上	2	81 (27.2)	1	1 (0.5)

表 3-15 教育関連領域（特別支援学校など）対象者の疾患・障害

(無回答を除く，複数回答)

	2015年 n=37	2021年 n=36
	回答数 (%)	回答数 (%)
<精神および行動の障害>	30 (81.1)	25 (69.4)
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	21 (56.8)	21 (58.3)
精神遅滞，知的障害	20 (54.1)	19 (52.8)
児童青年期の行動・情緒障害 (ADHD 含む)	4 (10.8)	14 (38.9)
情緒障害	1 (2.7)	4 (11.1)
統合失調症	1 (2.7)	0 (0.0)
感情障害	1 (2.7)	0 (0.0)
神経症性障害	0 (0.0)	0 (0.0)
アルコール依存症	0 (0.0)	0 (0.0)
薬物依存，薬物疾患	0 (0.0)	0 (0.0)
摂食障害	0 (0.0)	0 (0.0)
心身症	0 (0.0)	0 (0.0)
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)	1 (2.7)	0 (0.0)
成人の人格・行動障害	0 (0.0)	0 (0.0)
その他の精神疾患	0 (0.0)	0 (0.0)
<神経系の疾患・障害>	22 (59.5)	20 (55.6)
脳性麻痺	14 (37.8)	18 (50.0)
てんかん	14 (37.8)	16 (44.4)
神経筋接合部および筋の疾患 (重症筋無力症・筋ジストロフィーなど)	3 (8.1)	5 (13.9)
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)	3 (8.1)	1 (2.8)
脊髄疾患	2 (5.4)	0 (0.0)
末梢神経損傷	0 (0.0)	0 (0.0)
パーキンソン病	2 (5.4)	0 (0.0)
中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など	2 (5.4)	0 (0.0)
失調症	0 (0.0)	0 (0.0)
失行・失認	1 (2.7)	0 (0.0)
失語	1 (2.7)	0 (0.0)

(次頁につづく)

表 3-15 (つづき)

	2015年 n=37	2021年 n=36
	回答数 (%)	回答数 (%)
<先天奇形, 変形および染色体異常によるもの>	15 (40.5)	12 (33.3)
染色体異常	14 (37.8)	9 (25.0)
先天性奇形	2 (5.4)	3 (8.3)
先天性筋疾患	0 (0.0)	3 (8.3)
二分脊椎	2 (5.4)	1 (2.8)
<眼・耳および付属器の疾患・障害>	7 (18.9)	6 (16.7)
視覚障害	7 (18.9)	6 (16.7)
聴覚障害	3 (8.1)	3 (8.3)
<上記以外の疾患・障害>	9 (24.3)	6 (16.7)
重症心身障害	8 (21.6)	5 (13.9)
その他の疾患・障害, 加齢による障害, 膠原病	0 (0.0)	1 (2.8)
泌尿・生殖器疾患	0 (0.0)	0 (0.0)
皮膚・皮下組織疾患	1 (2.7)	0 (0.0)
血液・造血器疾患	0 (0.0)	0 (0.0)
結核	0 (0.0)	0 (0.0)
内分泌・栄養・代謝・免疫疾患	0 (0.0)	0 (0.0)
末期状態	0 (0.0)	0 (0.0)
<循環器系の疾患・障害>	4 (10.8)	3 (8.3)
心臓疾患	1 (2.7)	3 (8.3)
脳血管性障害	2 (5.4)	1 (2.8)
その他の循環器疾患	1 (2.7)	0 (0.0)
<呼吸器, 消化器系の疾患・障害>	4 (10.8)	3 (8.3)
呼吸器系疾患	4 (10.8)	3 (8.3)
消化器系疾患	0 (0.0)	1 (2.8)
<筋骨格系および結合組織の疾患・障害>	1 (2.7)	2 (5.6)
脊椎障害	0 (0.0)	1 (2.8)
その他の骨・関節疾患	0 (0.0)	1 (2.8)
関節リウマチ	1 (2.7)	0 (0.0)
<損傷およびその他の外因の影響によるもの>	1 (2.7)	0 (0.0)
熱傷	0 (0.0)	0 (0.0)
骨折	0 (0.0)	0 (0.0)
上肢切断	0 (0.0)	0 (0.0)
下肢切断	0 (0.0)	0 (0.0)
手首および手の損傷	0 (0.0)	0 (0.0)
頭部外傷	1 (2.7)	0 (0.0)
脊髄損傷	0 (0.0)	0 (0.0)
<新生物>	0 (0.0)	0 (0.0)
悪性新生物 (がん・腫瘍など)	0 (0.0)	0 (0.0)

表3-16 職業関連領域 対象者の年齢別人数

	2015年		2021年	
	回答施設数	対象者数 (%)	回答施設数	対象者数 (%)
全体	19	241 (100.0)	35	373 (100.0)
18歳以下	0	0	1	5 (1.3)
19～39歳	13	103 (42.7)	27	159 (42.6)
40～64歳	18	116 (48.1)	22	111 (29.8)
65歳以上	5	22 (9.1)	3	98 (26.3)

表3-17 医療関連（身体障害領域）対象者の病期別・サービス種別人数

	合計		入院		外来		訪問	
	2015年 (%)	2021年 (%)	2015年 (%)	2021年 (%)	2015年 (%)	2021年 (%)	2015年 (%)	2021年 (%)
全体	82,952 (100.0)	111,069 (100.0)	71,722 (86.5)	98,589 (88.8)	10,202 (12.3)	10,106 (9.1)	1,028 (1.2)	2,374 (2.1)
急性期	29,145 (100.0)	39,887 (100.0)	25,729 (88.3)	36,393 (91.2)	3,349 (11.5)	3,481 (8.7)	67 (0.2)	13 (0.03)
回復期	34,649 (100.0)	46,224 (100.0)	31,546 (91.0)	42,834 (92.7)	3,078 (8.9)	3,233 (7.0)	25 (0.1)	157 (0.3)
生活期	17,588 (100.0)	22,593 (100.0)	13,097 (74.5)	17,129 (75.8)	3,631 (20.6)	3,353 (14.8)	860 (4.9)	2,111 (9.3)
終末期	1,570 (100.0)	2,365 (100.0)	1,350 (86.0)	2,233 (94.4)	144 (9.2)	39 (1.6)	76 (4.8)	93 (3.9)

表3-18 医療関連（精神障害領域）対象者の病期別・サービス種別人数

	合計		入院		外来		訪問	
	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年
	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)
全体	47,619 (100.0)	61,104 (100.0)	39,770 (83.5)	53,338 (87.3)	7,563 (15.9)	6,883 (11.3)	286 (0.6)	883 (1.4)
急性期	4,642 (100.0)	6,449 (100.0)	4,400 (94.8)	6,350 (98.5)	196 (4.2)	93 (1.4)	46 (1.0)	6 (0.1)
回復期	10,160 (100.0)	13,324 (100.0)	8,797 (86.6)	11,891 (89.2)	1,337 (13.2)	1,366 (10.3)	26 (0.3)	67 (0.5)
生活期	31,736 (100.0)	39,378 (100.0)	25,505 (80.4)	33,173 (84.2)	6,017 (19.0)	5,412 (13.7)	214 (0.7)	793 (2.0)
終末期	1,081 (100.0)	1,953 (100.0)	1,068 (98.8)	1,924 (98.5)	13 (1.2)	12 (0.6)	—	17 (0.9)

表 3-19 医療関連（発達障害領域）対象者の病期別・サービス種別人数

	合計		入院		外来		訪問	
	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年
	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)	対象者数 (%)
全体	3,345 (100.0)	4,609 (100.0)	1,059 (31.7)	1,949 (42.3)	2,193 (65.6)	2,430 (52.7)	93 (2.8)	230 (5.0)
急性期	252 (100.0)	194 (100.0)	53 (21.0)	82 (42.3)	193 (76.6)	110 (56.7)	6 (2.4)	2 (1.0)
回復期	1,469 (100.0)	1,514 (100.0)	273 (18.6)	263 (17.4)	1,189 (80.9)	1,219 (80.5)	7 (0.5)	32 (2.1)
生活期	1,618 (100.0)	2,895 (100.0)	727 (44.9)	1,604 (55.4)	811 (50.1)	1,097 (37.9)	80 (4.9)	194 (6.7)
終末期	6 (100.0)	6 (100.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	- (-)	4 (66.7)	- (-)	2 (33.3)

表 3-20 介護保険領域 対象者の人数（サービス種別）

	2015年		2021年	
	施設数	対象者数 (%)	施設数	対象者数 (%)
全体	1,895	47,069 (100.0)	2,742	61,131 (100.0)
入所・入居	943	21,931 (46.6)	1,450	26,959 (44.1)
通所系	1,209	19,622 (41.7)	1,796	26,801 (43.8)
訪問系	667	4,789 (10.2)	1,499	7,027 (11.5)
その他	66	727 (1.5)	629	344 (0.6)

表 3-21 障害福祉領域 対象者のサービス種別人数

(無回答を除く)

	2015年		2021年	
	回答施設数	対象者数 (%)	回答施設数	対象者数 (%)
全体	260	4,236 (100.0)	506	5,767 (100.0)
入所・入居	75	1,355 (32.0)	91	1,549 (26.9)
通所系	196	2,480 (58.5)	387	3,963 (68.7)
訪問系	27	122 (2.9)	39	121 (2.1)
その他	22	279 (6.6)	25	134 (2.3)

表 3-22 医療関連（身体障害領域）作業療法の指示内容

	全体		急性期		回復期		生活期		終末期	
	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
基本的動作能力	1,974 (97.7)	2,643 (97.5)	1,106 (96.7)	1,351 (91.1)	1,114 (95.7)	1,477 (92.1)	1,160 (93.2)	1,618 (90.3)	254 (78.4)	384 (60.2)
応用的動作能力	1,935 (95.8)	2,544 (93.8)	1,070 (93.5)	1,292 (87.1)	1,105 (94.9)	1,451 (90.5)	1,122 (90.2)	1,493 (83.3)	230 (71.0)	336 (52.7)
社会的 適応能力	1,711 (84.7)	2,266 (83.6)	920 (80.4)	1,124 (75.8)	979 (84.1)	1,305 (81.4)	854 (68.6)	1,177 (65.7)	111 (34.3)	174 (27.3)
環境資源	615 (30.4)	957 (35.3)	187 (16.3)	275 (18.5)	329 (28.3)	511 (31.9)	295 (23.7)	469 (26.2)	61 (18.8)	134 (21.0)
その他	130 (6.4)	465 (17.1)	45 (3.9)	162 (10.9)	31 (2.7)	139 (8.7)	56 (4.5)	211 (11.8)	38 (11.7)	90 (14.1)
合計	2,020 (100.0)	2,712 (100.0)	1,144 (100.0)	1,483 (100.0)	1,164 (100.0)	1,604 (100.0)	1,244 (100.0)	1,792 (100.0)	324 (100.0)	638 (100.0)

3-1-4 作業療法の指示（依頼）内容

医療関連（身体障害領域）では、全体の占める割合で見ると『白書 2015』と同様に基本的動作能力に対する指示が多い。一方、割合で見ると、基本的動作能力への指示の割合は97%台で大きな変化はないが、応用的動作能力と社会的適応能力の指示の割合が減少し、環境資源とその他の指示内容が増加した。時期別にみても傾向は変わらないが、終末期では急性期、回復期、生活期に比べて基本的動作能力、応用的動作能力の占める割合が低く、社会的適応能力、環境資源、その他では高い。これは、急性期、回復期、生活期と終末期では、作業療法が果たす役割が異なることを示唆している（表 3-22）。医療関連（精神障害領域）では、全体で見ると『白書 2015』同様、応用的動作能力の指示の占める割合が多い（表 3-23）。医療関連（発達障害領域）では、『白書 2015』と比べて全体で見ると基本的動作能力、応用的動作能力と社会的適応能力で占める割合が減少した。病期別では、特に急性期では、環境資源の指示を含めて割合が減少した。なお、終末期については、回答

数は増えたが、回答の内容が少ないために状況の推察が困難である（表 3-24）。

介護保険領域では、全体だけではなく、入所・入居、通所系、訪問系ともに基本的動作能力と応用的動作能力が90%以上を占めており、これは『白書 2015』でも同じ傾向であった。『白書 2015』では、詳細な下位項目の指示内容はわからないが、今回の調査では、基本的動作能力のうち運動機能の改善、運動機能の維持・代償指導と社会的適応能力の日常生活活動の改善の占める割合が大きい。特に、訪問系の依頼（指示）では日常生活活動の改善が78.9%と占める割合が大きく、実際の自宅での日常生活活動への作業療法が期待されていることが推測できる（表 3-25）。

3-1-5 作業療法の評価

医療関連（身体障害領域）では、『白書 2015』でも多かった筋力・筋持久力、関節可動域など、さらに現病歴・治療歴といった医学的な情報を得る傾向が増えていることが推測できる。これらは重複回答により多岐にわたる評価を実施していることを示している。

表 3-23 医療関連（精神障害領域）作業療法の指示内容

	全体		急性期		回復期		生活期		終末期	
	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
合計	601 (100.0)	847 (100.0)	267 (100.0)	390 (100.0)	391 (100.0)	509 (100.0)	531 (100.0)	766 (100.0)	61 (100.0)	182 (100.0)
基本的動作能力	435 (72.4)	600 (70.8)	176 (65.9)	219 (56.2)	257 (65.7)	308 (60.5)	358 (67.4)	502 (65.5)	42 (68.9)	78 (42.9)
応用的動作能力	582 (96.8)	788 (93.0)	252 (94.4)	326 (83.6)	376 (96.2)	462 (90.8)	509 (95.9)	702 (91.6)	51 (83.6)	84 (46.2)
社会的適応能力	562 (93.5)	744 (87.8)	201 (75.3)	264 (67.7)	343 (87.7)	429 (84.3)	483 (91.0)	648 (84.6)	31 (50.8)	62 (34.1)
環境資源	181 (30.1)	267 (31.5)	34 (12.7)	56 (14.4)	85 (21.7)	105 (20.6)	149 (28.1)	210 (27.4)	5 (8.2)	26 (14.3)
その他	52 (8.7)	73 (8.6)	14 (5.2)	18 (4.6)	19 (4.9)	25 (4.9)	35 (6.6)	48 (6.3)	7 (11.5)	15 (8.2)

表 3-24 医療（発達障害領域）作業療法の指示内容

	全体		急性期		回復期		生活期		終末期	
	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年	2015年	2021年
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
合計	240 (100.0)	399 (100.0)	34 (100.0)	76 (100.0)	114 (100.0)	169 (100.0)	165 (100.0)	290 (100.0)	3 (100.0)	35 (100.0)
基本的動作能力	228 (95.0)	336 (84.2)	31 (91.2)	43 (56.6)	105 (92.1)	138 (81.7)	152 (92.1)	228 (78.6)	2 (66.7)	1 (2.9)
応用的動作能力	219 (91.3)	330 (82.7)	29 (85.3)	38 (50.0)	106 (93.0)	136 (80.5)	145 (87.9)	226 (77.9)	3 (100.0)	1 (2.9)
社会的適応能力	179 (74.6)	278 (69.7)	18 (52.9)	23 (30.3)	85 (74.6)	115 (68.0)	114 (69.1)	176 (60.7)	0 (0.0)	1 (2.9)
環境資源	59 (24.6)	92 (23.1)	9 (26.5)	7 (9.2)	14 (12.3)	31 (18.3)	41 (24.8)	67 (23.1)	0 (0.0)	1 (2.9)
その他	13 (5.4)	47 (11.8)	0 (0.0)	3 (3.9)	5 (4.4)	16 (9.5)	9 (5.5)	33 (11.4)	0 (0.0)	0 (0.0)

表3-25 介護保険領域 対象者の依頼（指示）内容

	全体	入所・入居	通所系	訪問系	その他
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
<基本的動作能力>	4,258 (97.0)	1,369 (96.5)	1,844 (97.8)	999 (96.6)	46 (88.5)
運動機能の改善	3,189 (72.6)	912 (64.3)	1,466 (77.8)	784 (75.8)	27 (51.9)
運動機能の維持・代償指導	3,446 (78.5)	1,126 (79.4)	1,487 (78.9)	799 (77.3)	34 (65.4)
感覚知覚機能の改善	384 (8.7)	82 (5.8)	200 (10.6)	100 (9.7)	2 (3.8)
感覚知覚機能の維持・代償指導	452 (10.3)	148 (10.4)	206 (10.9)	96 (9.3)	2 (3.8)
認知心理機能の改善	1,264 (28.8)	502 (35.4)	561 (29.8)	191 (18.5)	10 (19.2)
認知心理機能の維持・代償指導	1,860 (42.4)	779 (54.9)	779 (41.3)	285 (27.6)	17 (32.7)
<応用的動作能力>	3,981 (90.7)	1,300 (91.6)	1,700 (90.2)	940 (90.9)	41 (78.8)
起居動作の改善	1,743 (39.7)	588 (41.4)	710 (37.7)	430 (41.6)	15 (28.8)
起居動作の維持・代償	1,785 (40.7)	663 (46.7)	696 (36.9)	405 (39.2)	21 (40.4)
上肢運動機能の改善	1,277 (29.1)	312 (22.0)	661 (35.1)	295 (28.5)	9 (17.3)
上肢運動機能の維持・代償	1,284 (29.2)	420 (29.6)	603 (32.0)	252 (24.4)	9 (17.3)
身辺処理能力の改善	1,463 (33.3)	385 (27.1)	607 (32.2)	458 (44.3)	13 (25.0)
身辺処理能力の維持・代償指導	1,603 (36.5)	489 (34.5)	666 (35.3)	434 (42.0)	14 (26.9)
知的精神的能力の改善	199 (4.5)	72 (5.1)	90 (4.8)	37 (3.6)	0 (0.0)
知的精神的能力の維持・代償指導	394 (9.0)	169 (11.9)	174 (9.2)	50 (4.8)	1 (1.9)
福祉用具などの代償手段の適用	953 (21.7)	256 (18.0)	362 (19.2)	328 (31.7)	7 (13.5)
生活リズムの改善	1,356 (30.9)	579 (40.8)	531 (28.2)	235 (22.7)	11 (21.2)
コミュニケーション・対人技能の改善	1,204 (27.4)	524 (36.9)	520 (27.6)	154 (14.9)	6 (11.5)
健康管理能力の維持・改善	607 (13.8)	106 (7.5)	283 (15.0)	213 (20.6)	5 (9.6)
<社会的適応能力>	3,085 (70.3)	914 (64.4)	1,311 (69.5)	834 (80.7)	26 (50.0)
日常生活活動の改善	2,871 (65.4)	809 (57.0)	1,224 (64.9)	816 (78.9)	22 (42.3)
社会生活適応能力の改善	474 (10.8)	61 (4.3)	238 (12.6)	170 (16.4)	5 (9.6)
就労就学前訓練	15 (0.3)	0 (0.0)	5 (0.3)	10 (1.0)	0 (0.0)
就労就学の指導・訓練	18 (0.4)	0 (0.0)	7 (0.4)	11 (1.1)	0 (0.0)
余暇活動の指導・援助	762 (17.4)	297 (20.9)	311 (16.5)	149 (14.4)	5 (9.6)
<環境資源>	1,130 (25.7)	307 (21.6)	353 (18.7)	460 (44.5)	10 (19.2)
人的環境の調整・利用	442 (10.1)	119 (8.4)	131 (6.9)	190 (18.4)	2 (3.8)
物理的環境の調整・利用	914 (20.8)	256 (18.0)	266 (14.1)	384 (37.1)	8 (15.4)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	249 (5.7)	35 (2.5)	82 (4.4)	126 (12.2)	6 (11.5)
<その他>	428 (9.7)	169 (11.9)	145 (7.7)	110 (10.6)	4 (7.7)
合計	4,390	1,419	1,885	1,034	52

表 3-26 医療関連（身体障害領域）作業療法の評価項目と特に実施すべき評価

項目	2015 年 n=2,136		2021 年 n=2,664		2021 年：特に 実施すべき評価 n=2,638	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
筋力・筋持久力	2	1,615 (75.6)	1	2,322 (87.2)	3	1,007 (38.2)
関節可動域	1	1,638 (76.7)	2	2,288 (85.9)	4	982 (37.2)
姿勢・肢位	4	1,460 (68.4)	3	1,986 (74.5)	6	792 (30.0)
起居移動	6	1,348 (63.1)	4	1,933 (72.6)	5	807 (30.6)
上肢動作	3	1,519 (71.1)	5	1,905 (71.5)	2	1,074 (40.7)
身辺処理	5	1,385 (64.8)	6	1,835 (68.9)	1	1,454 (55.1)
筋緊張	7	1,248 (58.4)	7	1,609 (60.4)	14	330 (12.5)
現病歴・治療歴	12	763 (35.7)	8	1,347 (50.6)	10	484 (18.3)
精神・認知・心理	8	1,077 (50.4)	9	1,247 (46.8)	8	623 (23.6)
感覚・知覚	9	955 (44.7)	10	1,214 (45.6)	19	246 (9.3)
趣味・興味	11	807 (37.8)	11	1,121 (42.1)	11	428 (16.2)
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 (42.4)	12	1,119 (42.0)	7	753 (28.5)
生育歴・生活歴	14	643 (30.1)	13	925 (34.7)	13	365 (13.8)
生活環境	16	612 (28.7)	14	916 (34.4)	9	517 (19.6)
協調性	13	665 (31.1)	15	848 (31.8)	24	143 (5.4)
役割	15	616 (28.8)	16	839 (31.5)	12	401 (15.2)
心肺機能（全身持久力含む）	17	559 (26.2)	17	807 (30.3)	15	296 (11.2)
生活時間	19	546 (25.6)	18	804 (30.2)	17	288 (10.9)
コミュニケーション能力	21	517 (24.2)	19	751 (28.2)	20	244 (9.2)
家族構成・関係	24	399 (18.7)	20	716 (26.9)	23	173 (6.6)
生活リズム	20	538 (25.2)	21	649 (24.4)	18	280 (10.6)
職業歴・学歴	23	429 (20.1)	22	641 (24.1)	25	142 (5.4)
福祉用具などの代償手段の適用	18	557 (26.1)	23	615 (23.1)	15	296 (11.2)
反射・反応	26	354 (16.6)	24	535 (20.1)	31	57 (2.2)
余暇活動面	22	468 (21.9)	25	475 (17.8)	22	205 (7.8)
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 (17.2)	26	464 (17.4)	21	227 (8.6)
住居	28	269 (12.6)	27	361 (13.6)	28	100 (3.8)
その他の人的環境・公的支援	30	187 (8.8)	28	359 (13.5)	27	127 (4.8)
知的精神的活動	27	346 (16.2)	29	342 (12.8)	26	131 (5.0)
摂食・嚥下機能	29	209 (9.8)	30	310 (11.6)	29	78 (3.0)
教育的・職業的適応（就学・就労に向けて）	31	179 (8.4)	31	173 (6.5)	30	68 (2.6)
学校・職場環境	32	68 (3.2)	32	90 (3.4)	33	25 (0.9)
その他	33	67 (3.1)	33	90 (3.4)	32	40 (1.5)

特に実施すべき評価では、個人生活適応の占める割合が『白書 2015』の 40.8% から 28.5% と減少し、関節可動域は 23.4% から 37.2%、筋力・筋持久力は 18.2% から 38.2% に増加

している。特に実施すべき評価では、病期などにより優先順位の考え方が異なることも考慮すべきだが、作業療法の強みである活動や参加、環境因子の評価の占める割合が減少し

表3-27 医療関連（精神障害領域）作業療法の評価項目と特に実施すべき評価

項目	2015年 n=570		2021年 n=832		2021年 特に実施すべき評価 n=828	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
コミュニケーション能力	1	512 (89.8)	1	654 (78.6)	2	420 (50.7)
生活リズム	2	456 (69.2)	2	631 (75.8)	4	373 (45.0)
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 (69.2)	3	606 (72.8)	1	520 (62.8)
精神・認知・心理	4	417 (63.3)	4	566 (68.0)	3	398 (48.1)
余暇活動面	5	377 (57.2)	5	492 (59.1)	6	206 (24.9)
趣味・興味	6	327 (49.6)	6	457 (54.9)	7	184 (22.2)
生活時間	9	245 (37.2)	7	386 (46.4)	10	114 (13.8)
知的精神的活動	7	303 (46.0)	8	383 (46.0)	8	156 (18.8)
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）	8	266 (40.4)	9	378 (45.4)	5	226 (27.3)
成育歴・生活歴	11	181 (27.5)	10	339 (40.7)	9	135 (16.3)
現病歴・治療歴	12	168 (25.5)	11	334 (40.1)	11	106 (12.8)
役割	10	224 (34.0)	12	278 (33.4)	12	88 (10.6)
職業歴・学歴	15	139 (21.1)	13	257 (30.9)	19	41 (5.0)
家族構成・関係	17	137 (20.8)	14	247 (29.7)	16	56 (6.8)
生活環境	19	121 (18.4)	15	225 (27.0)	12	88 (10.6)
身辺処理	14	142 (21.5)	16	210 (25.2)	14	60 (7.2)
姿勢・肢位	18	129 (19.6)	17	185 (22.2)	18	43 (5.2)
筋力・筋持久力	20	109 (16.5)	18	178 (21.4)	20	39 (4.7)
教育的・職業的適応（就学・就労に向けて）	15	139 (21.1)	18	178 (21.4)	15	59 (7.1)
協調性	13	155 (23.5)	20	176 (21.2)	21	39 (4.7)

ている（表3-26）。

医療関連（精神障害領域）では、『白書2015』と評価項目はほぼ同様であるが、複数回答が増え、結果として多岐多様な評価項目となっている。特に実施すべき評価でも『白書2015』と同じ傾向を示している（表3-27）。医療関連（発達障害領域）では、『白書2015』から上肢動作の評価の占める割合が60.0%から46.2%に減少し、成育歴・生活歴が19.1%から33.8%、現病歴・治療歴が14.8%から24.0%にそれぞれ増加した。特に実施すべき評価では、上肢動作が43.4%から22.3%に減少し、姿勢・肢位が21.5%から34.0%に増加した（表3-28）。

介護保険領域では、『白書2015』の結果と

同様、筋力・筋持久力などの心身機能と身体構造、活動のうち姿勢・肢位や起居動作などの基本動作の評価の占める割合が大きい。また、医療関連（身体障害領域）に見たように現病歴・治療歴の占める割合が17.6%から25.1%に増加した。しかし、特徴的な評価では身辺処理（39.6%）、起居動作（31.5%）、筋力・筋持久力（31.4%）、姿勢・肢位（31.2%）と活動のうち基本動作の評価の重要性がうかがわれる（表3-29）。

障害福祉領域では、『白書2015』と全体の占める割合を比べると、一般的項目は44.9%から44.2%、基本的動作能力は77.1%から84.0%、応用的動作能力は85.6%から87.9%、社会的適応能力は68.6%から73.6%、環境

表 3-28 医療関連（発達障害領域）作業療法の評価項目と特に実施すべき評価

項目	2015 年 n=230		2021 年 n=396		2021 年 特に実施すべき評価 n=393	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
姿勢・肢位	1	176 (76.5)	1	277 (69.9)	1	134 (34.0)
感覚・知覚	2	146 (63.5)	2	222 (56.1)	2	122 (31.0)
筋緊張	2	146 (63.5)	3	210 (53.0)	8	62 (15.7)
コミュニケーション能力	5	137 (59.6)	4	200 (50.5)	4	90 (22.8)
協調性	7	118 (51.3)	5	188 (47.5)	12	46 (11.7)
精神・認知・心理	6	124 (53.9)	6	188 (47.5)	7	81 (20.6)
上肢動作	4	138 (60.0)	7	183 (46.2)	5	88 (22.3)
身辺処理	8	109 (47.4)	8	156 (39.4)	6	87 (22.1)
関節可動域	9	103 (44.8)	9	154 (38.9)	17	28 (7.1)
筋力・筋持久力	12	76 (33.0)	10	141 (35.6)	21	24 (6.1)
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)	11	138 (34.8)	3	98 (24.9)
成育歴・生活歴	20	44 (19.1)	12	134 (33.8)	10	50 (12.7)
生活時間	13	59 (25.7)	13	134 (33.8)	15	38 (9.6)
知的精神的活動	10	96 (41.7)	14	134 (33.8)	10	50 (12.7)
教育的・職業的適応(就学・就労に向けて)	15	52 (22.6)	15	115 (29.0)	9	54 (13.7)
現病歴・治療歴	25	34 (14.8)	16	95 (24.0)	19	25 (6.3)
趣味・興味	14	53 (23.0)	17	92 (23.2)	14	40 (10.2)
反射・反応	22	41 (17.8)	18	89 (22.5)	28	12 (3.0)
生活環境	16	51 (22.2)	19	88 (22.2)	12	46 (11.7)
家族構成・関係	26	26 (11.3)	20	76 (19.2)	16	30 (7.6)

資源は 33.9% から 36.8% となった。入所・入居、通所系、訪問系では基本的動作能力、応用的動作能力の占める割合が大きく、これに比べると社会的適応能力、環境資源の占める割合は小さい。通所系、訪問系では、入所・入居に比べて社会的適応能力、環境資源の占める割合が大きい。特に実施すべき評価では、社会生活適応、コミュニケーション能力、姿勢・肢位の順位が高く、障害福祉領域の作業療法評価での重要性がうかがわれる(表 3-30)。

教育関連領域では、『白書 2015』で占める割合が大きかった姿勢・肢位は 56.8% から 63.9% に増加したほか、コミュニケーション能力は 35.1% から 50.0%、筋緊張は 27.0% から 47.2% などが増加した。回答数が少ない

ため占める割合で推測することは困難だが、評価に挙げられた項目を見る限り、心身機能と身体構造に関する評価に加えて、活動や参加、環境因子に対する評価の重要性がうかがわれる(表 3-31)。

職業関連領域では、『白書 2015』と比べて占める割合の項目に大きな変わりはないが、回答数が少ないので変化点などを推測するのは困難である。このなかで、今回の調査では現病歴・治療歴(22.9%)の回答があった(表 3-32)。

3-1-6 作業療法の目標

医療関連(身体障害領域)では、短期目標で日常生活活動の改善が 71.3%、長期目標では 85.0% と占める割合が大きくなった。その

表 3-29 介護保険領域 実施した評価と作業療法に特徴的な評価

項目	2015年 n=1,806		2021年 n=2,683		2021年 作業療法に特徴的な評価 n=2,658	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
筋力・筋持久力	1	1,394 (77.2)	1	2,184 (81.4)	3	835 (31.4)
姿勢・肢位	2	1,349 (74.7)	2	1,953 (72.8)	4	830 (31.2)
関節可動域	3	1,267 (72.0)	3	1,940 (72.3)	9	417 (15.7)
起居移動	4	1,240 (68.7)	4	1,773 (66.1)	2	836 (31.5)
身辺処理	6	936 (51.8)	5	1,468 (54.7)	1	1,052 (39.6)
筋緊張	7	896 (49.6)	6	1,306 (48.7)	21	186 (7.0)
精神・認知・心理	5	996 (55.1)	7	1,227 (45.7)	5	695 (26.1)
上肢動作	8	765 (42.4)	8	1,160 (43.2)	12	362 (13.6)
趣味・興味	9	695 (38.5)	9	948 (35.3)	8	459 (17.3)
コミュニケーション能力	10	650 (36.0)	10	936 (34.9)	11	365 (13.7)
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)	11	885 (33.0)	6	605 (22.8)
生活リズム	11	633 (35.0)	12	843 (31.4)	10	373 (14.0)
心肺機能 (全身持久力含む)	12	553 (30.6)	13	775 (28.9)	19	224 (8.4)
生活環境	19	406 (22.5)	14	765 (28.5)	7	480 (18.1)
生活時間	-	- (-)	15	763 (28.4)	16	306 (11.5)
福祉用具などの代償手段の適用	17	514 (28.5)	16	719 (26.8)	13	352 (13.2)
現病歴・治療歴	22	318 (17.6)	17	673 (25.1)	18	232 (8.7)
余暇活動面	14	541 (30.0)	18	657 (24.5)	17	293 (11.0)
役割	16	519 (28.7)	19	654 (24.4)	14	346 (13.0)
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)	20	546 (20.4)	15	335 (12.6)

表 3-30 障害福祉領域 実施した評価項目

	全体 n=462		入所・入居 n=87	通所系 n=378	訪問系 n=36	その他 n=23	特に実施 すべき 評価項目 n=456
	順位	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	順位
〈一般的項目〉	—	204 (44.2)	37 (42.5)	156 (41.3)	17 (47.2)	11 (47.8)	—
成育歴・生活歴	18	103 (22.3)	9 (10.3)	85 (22.5)	11 (30.6)	6 (26.1)	15
現病歴・治療歴	23	71 (15.4)	12 (13.8)	53 (14.0)	8 (22.2)	6 (26.1)	27
職業歴・学歴	30	43 (9.3)	6 (6.9)	34 (9.0)	4 (11.1)	3 (13.0)	31
趣味・興味	17	114 (24.7)	23 (26.4)	84 (22.2)	7 (19.4)	6 (26.1)	12
生活時間	16	123 (26.6)	22 (25.3)	86 (22.8)	13 (36.1)	10 (43.5)	19
役割	25	68 (14.7)	16 (18.4)	46 (12.2)	9 (25.0)	3 (13.0)	23
〈基本的動作能力〉	—	388 (84.0)	77 (88.5)	314 (83.1)	26 (72.2)	11 (47.8)	—
協調性	6	194 (42.0)	15 (17.2)	173 (45.8)	8 (22.2)	6 (26.1)	9

(次頁につづく)

表 3-30 (つづき)

	全体 n=462		入所・入居 n=87	通所系 n=378	訪問系 n=36	その他 n=23	特に実施 すべき 評価項目 n=456
	順位	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	順位
筋力・筋持久力	8	175 (37.9)	47 (54.0)	128 (33.9)	10 (27.8)	4 (17.4)	17
筋緊張	5	203 (43.9)	44 (50.6)	160 (42.3)	12 (33.3)	4 (17.4)	16
姿勢・肢位	2	268 (58.0)	54 (62.1)	211 (55.8)	19 (52.8)	6 (26.1)	3
関節可動域	13	136 (29.4)	54 (62.1)	78 (20.6)	11 (30.6)	2 (8.7)	20
反射・反応	28	55 (11.9)	10 (11.5)	40 (10.6)	5 (13.9)	3 (13.0)	29
感覚・知覚	7	186 (40.3)	14 (16.1)	160 (42.3)	13 (36.1)	5 (21.7)	5
精神・認知・心理	4	223 (48.3)	31 (35.6)	185 (48.9)	14 (38.9)	4 (17.4)	4
心肺機能 (全身持久力含む)	31	34 (7.4)	11 (12.6)	21 (5.6)	2 (5.6)	1 (4.3)	30
摂食・嚥下機能	22	73 (15.8)	17 (19.5)	55 (14.6)	3 (8.3)	1 (4.3)	22
〈応用的動作能力〉	—	406 (87.9)	79 (90.8)	323 (85.4)	27 (75.0)	19 (82.6)	—
起居移動	26	66 (14.3)	34 (39.1)	27 (7.1)	7 (19.4)	0 (0.0)	25
上肢動作	10	157 (34.0)	38 (43.7)	113 (29.9)	7 (19.4)	5 (21.7)	14
身辺処理	9	160 (34.6)	21 (24.1)	127 (33.6)	13 (36.1)	4 (17.4)	7
知的精神的活動	11	153 (33.1)	19 (21.8)	126 (33.3)	7 (19.4)	6 (26.1)	13
福祉用具などの代償手段の 適用	27	64 (13.9)	29 (33.3)	35 (9.3)	6 (16.7)	1 (4.3)	21
コミュニケーション能力	1	306 (66.2)	37 (42.5)	259 (68.5)	17 (47.2)	14 (60.9)	2
生活リズム	14	136 (29.4)	26 (29.9)	101 (26.7)	13 (36.1)	8 (34.8)	11
〈社会的適応能力〉	—	340 (73.6)	51 (58.6)	282 (74.6)	25 (69.4)	18 (78.3)	—
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)	21	94 (20.3)	12 (13.8)	70 (18.5)	14 (38.9)	8 (34.8)	10
社会生活適応 (対人関係・集 団内人間関係・役割行動など)	3	267 (57.8)	25 (28.7)	231 (61.1)	19 (52.8)	12 (52.2)	1
教育的・職業的適応 (就学・ 就労に向けて)	12	147 (31.8)	3 (3.4)	137 (36.2)	9 (25.0)	8 (34.8)	6
余暇活動面	15	136 (29.4)	38 (43.7)	98 (25.9)	10 (27.8)	5 (21.7)	8
〈環境資源〉	—	170 (36.8)	24 (27.6)	126 (33.3)	23 (63.9)	13 (56.5)	—
家族構成・関係	20	97 (21.0)	6 (6.9)	79 (20.9)	10 (27.8)	8 (34.8)	26
その他の人的環境・公的支援	24	69 (14.9)	7 (8.0)	50 (13.2)	10 (27.8)	5 (21.7)	24
生活環境	19	102 (22.1)	18 (20.7)	70 (18.5)	14 (38.9)	8 (34.8)	18
住居	32	25 (5.4)	2 (2.3)	14 (3.7)	6 (16.7)	3 (13.0)	32
学校・職場環境	29	50 (10.8)	0 (0.0)	37 (9.8)	10 (27.8)	6 (26.1)	28
〈その他〉	—	4 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (2.8)	2 (8.7)	—
その他	33	4 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (2.8)	2 (8.7)	33
該当するものがない	—	35 (7.6)	2 (2.3)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	—

表3-31 教育関連領域（特別支援学校など）実施した評価

（無回答を除く）

項目	2015年 n=37		2021年 n=36	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
姿勢・肢位	1	21 (56.8)	1	23 (63.9)
コミュニケーション能力	8	13 (35.1)	2	18 (50.0)
筋緊張	12	10 (27.0)	3	17 (47.2)
精神・認知・心理	5	15 (40.5)	4	16 (44.4)
協調性	10	11 (29.7)	5	14 (38.9)
感覚・知覚	2	16 (43.2)	5	14 (38.9)
社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など）	10	11 (29.7)	7	13 (36.1)
学校・職場環境	9	12 (32.4)	7	13 (36.1)
関節可動域	13	9 (24.3)	9	12 (33.3)
教育的・職業的適応（就学・就労に向けて）	7	14 (37.8)	9	12 (33.3)
上肢動作	5	15 (40.5)	11	11 (30.6)
知的精神的活動	2	16 (43.2)	11	11 (30.6)
余暇活動面	32	0 (0.0)	11	11 (30.6)
摂食・嚥下機能	16	7 (18.9)	14	10 (27.8)
身辺処理	2	16 (43.2)	14	10 (27.8)
筋力・筋持久力	24	3 (8.1)	16	8 (22.2)
福祉用具などの代償手段の適用	21	4 (10.8)	16	8 (22.2)
趣味・興味	19	5 (13.5)	16	8 (22.2)
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）	27	2 (5.4)	19	7 (19.4)
その他の人的環境・公的支援	19	5 (13.5)	19	7 (19.4)
起居移動	24	3 (8.1)	21	6 (16.7)
成育歴・生活歴	13	9 (24.3)	22	5 (13.9)
生活時間	16	7 (18.9)	22	5 (13.9)
現病歴・治療歴	15	8 (21.6)	24	4 (11.1)
家族構成・関係	18	6 (16.2)	24	4 (11.1)
役割	24	3 (8.1)	24	4 (11.1)

※ 10%以上のもの。

ほか、社会生活適応能力の改善が18.9%から34.4%と占める割合が増加した。これらは、長期目標では応用的動作能力よりも社会的適応能力が重視される傾向を示している（表3-33）。詳細の調査からは長期目標については、時期別、入院・外来でも同じ傾向がみられた（表3-33、3-34）。一方、短期目標では、全体・急性期・回復期では運動機能の改善が、生活期・終末期では運動機能の維持・代償指導が、入院・外来でも運動機能の改善、訪問でも運動機能の維持・代償指導が占める割合

が大きい。長期的には日常生活活動の改善を目標としながらも、短期的には運動機能の改善や維持、代償を指導することで長期の目標につなげていくという視点がうかがえる（表3-35）。

医療関連（精神障害領域）では、長期目標では、コミュニケーション・対人技能の改善が『白書2015』の82.1%から76.6%に減少したが、占める割合は最も大きく、社会生活適応能力の改善も75.5%から69.0%に減少した（表3-36）。短期目標では、生活リズム

表 3-32 職業関連領域 実施した評価項目 (複数回答)

n=35	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)	24 (68.6)
教育的・職業的適応 (就学・就労に向けて)	23 (65.7)
コミュニケーション能力	19 (54.3)
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)	19 (54.3)
生活リズム	15 (42.9)
学校・職場環境	14 (40.0)
職業歴・学歴	13 (37.1)
生活時間	12 (34.3)
精神・認知・心理	11 (31.4)
家族構成・関係	11 (31.4)
その他の人的環境・公的支援	11 (31.4)
成育歴・生活歴	10 (28.6)
現病歴・治療歴	8 (22.9)

の改善が 87.7% から 82.3% と減少するが、占める割合は最も大きい。次いで、長期目標でも占める割合が大きいコミュニケーション・対人技能の改善が大きい (表 3-37)。

医療関連 (発達障害領域) の長期目標では、『白書 2015』では 62.8% と占める割合が最も大きかったコミュニケーション・対人技能の改善は 51.9% に減少し、日常生活活動の改善が 60.3% から 56.7% に減少したが占める割合が最も大きかった。短期目標では、運動機能の改善が 74.7% から 65.0% に減少したが、今回の調査でも割合が大きかった (表 3-38)。詳細な調査からは、短期目標・長期目標ともに時期別、入院・外来でも同じ傾向がみられた (表 3-39, 3-40)。

介護保険のリハビリテーション実施計画の目標では、社会生活適応能力の改善は長期目標で占める割合が大きく、運動機能の維持・代償指導、運動機能の改善、起居動作の改善、上肢運動機能の改善、認知心理機能の改善は短期目標で占める割合が大きい。前者は、長期目標で、後者は短期目標で重視されている

ことがうかがわれる (表 3-41)。詳細の調査結果では、他の領域のように短期目標の集計がないためにサービス種別の長期目標の結果からとなるが、全体、入所・入居、通所系、訪問系のすべてで応用的動作能力の占める割合が大きくなっている。しかし、下位項目の全体と訪問系では社会的適応能力の日常生活活動の改善が、入所・入居と通所系では基本動作能力の運動機能の維持・代償指導が占める割合で一番大きい。また、訪問系では環境資源の割合が増えている (表 3-42)。

障害福祉領域の支援計画等にもみる長期目標では、全体、入所・入居、通所系、訪問系のすべてで応用的動作能力の占める割合が大きい。詳細な下位項目を見ると、全体では応用的動作能力のうちコミュニケーション・対人技能の改善の占める割合が一番大きい。これは、通所系では同様であるが、入所・入居では基本的動作能力の運動機能の維持・代償指導、訪問系では社会的適応能力の社会生活適応能力の改善、環境資源の人的環境と物理的環境の調整・利用の占める割合が大きい (表 3-43)。

教育関連領域 (特別支援学校など) の目的では、『白書 2015』に比べてコミュニケーション・対人技能の改善が 29.7% から 61.1% と占める割合が増加した。そのほか、『白書 2015』では 48.6% と一番占める割合が大きかった運動機能の改善は 52.8% と割合は増加している。これは、今回の調査では複数回答したものが多く、『白書 2015』の調査時よりも多岐多様な目標設定をしていることがうかがわれる (表 3-44)。

3-1-7 作業療法的手段 (種目)

医療関連 (身体障害領域) では、基本動作訓練 (生活の関連する作業を用いない作業) は『白書 2015』では 97.8%、今回の調査では 97.2% であり、割合が大きいことには変わりはない。続いて、各種作業活動一日常生活活動などの占める割合が大きい。各種作業活

表 3-33 医療関連（身体障害領域）作業療法の目標

	短期目標 n=2,674	長期目標 n=2,686
項目	回答数 (%)	回答数 (%)
日常生活活動の改善	1,907 (71.3)	2,283 (85.0)
運動機能の改善	2,309 (86.4)	1,962 (73.0)
運動機能の維持・代償指導	1,721 (64.4)	1,719 (64.0)
上肢運動機能の改善	1,838 (68.7)	1,613 (60.1)
身辺処理能力の改善	1,691 (63.2)	1,589 (59.2)
起居動作の改善	1,790 (66.9)	1,385 (51.6)
身辺処理能力の維持・代償指導	957 (35.8)	1,132 (42.1)
上肢運動機能の維持・代償	1,013 (37.9)	1,048 (39.0)
起居動作の維持・代償	1,046 (39.1)	1,000 (37.2)
生活リズムの改善	954 (35.7)	940 (35.0)
社会生活適応能力の改善	506 (18.9)	923 (34.4)
認知心理機能の改善	1,118 (41.8)	905 (33.7)
物理的環境の調整・利用	554 (20.7)	856 (31.9)
福祉用具などの代償手段の適用	672 (25.1)	828 (30.8)
感覚知覚機能の改善	1,085 (40.6)	780 (29.0)
認知心理機能の維持・代償指導	726 (27.2)	761 (28.3)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	304 (11.4)	658 (24.5)
人的環境の調整・利用	342 (12.8)	577 (21.5)
コミュニケーション・対人技能の改善	516 (19.3)	556 (20.7)
余暇活動の指導・援助	305 (11.4)	547 (20.4)
感覚知覚機能の維持・代償指導	469 (17.5)	445 (16.6)
健康管理能力の維持・改善	290 (10.8)	429 (16.0)
その他	355 (13.3)	428 (15.9)
知的精神的能力の改善	374 (14.0)	302 (11.2)
知的精神的能力の維持・代償指導	227 (8.5)	256 (9.5)
就労就学の指導・訓練	101 (3.8)	255 (9.5)
就労就学前訓練	92 (3.4)	167 (6.2)

動—手工芸については、『白書 2015』では 32.5% だったが、今回の調査では 19.5% と占める割合が減少した。同様に、その他の各種作業活動でも占める割合が減少した。特に実施すべき種目では各種作業活動—日常生活活動が 90.4%，基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）が 81.1% と大きな割合を占めている（表 3-45）。医療関連（精神障害領域）では、各種作業活動—創作・芸術活動は『白書 2015』では 79.2% だったが、72.0% に減少したが、占める割合が大きいこ

とに変わりはない。続いて、身体運動活動や手工芸などの占める割合が大きい。各種作業活動—生活圈拡大活動については、『白書 2015』では 52.0% だったが、今回の調査では 35.5% と占める割合が減少した。特に実施すべき種目では、同様に、各種作業活動—創作・芸術活動、身体運動活動など、手工芸などが大きな割合を占めている（表 3-46）。種目の詳細をみると、音楽、体操、絵画、その他の手工芸、編み物などは『白書 2015』の結果と同様に占める割合が大きい。『白書

表 3-34 医療関連（身体障害領域）作業療法の長期目標

	全体 (%)	急性期全体 (%)	回復期全体 (%)	生活期全体 (%)	終末期全体 (%)	入院全体 (%)	外来全体 (%)	訪問全体 (%)
< 基本的動作能力 >	2,352 (87.6)	1,141 (78.2)	1,216 (76.6)	1,397 (78.8)	335 (53.9)	1,863 (85.1)	963 (72.0)	375 (56.1)
運動機能の改善	1,962 (73.0)	1,072 (73.4)	1,088 (68.5)	779 (43.9)	56 (9.0)	1,618 (73.9)	820 (61.3)	194 (29.0)
運動機能の維持・代償指導	1,719 (64.0)	478 (32.7)	516 (32.5)	1,132 (63.8)	305 (49.0)	1,239 (56.6)	539 (40.3)	319 (47.7)
感覚知覚機能の改善	780 (29.0)	441 (30.2)	440 (27.7)	144 (8.1)	5 (0.8)	644 (29.4)	280 (20.9)	31 (4.6)
感覚知覚機能の維持・代償指導	445 (16.6)	133 (9.1)	139 (8.8)	237 (13.4)	41 (6.6)	330 (15.1)	132 (9.9)	51 (7.6)
認知心理機能の改善	905 (33.7)	466 (31.9)	473 (29.8)	247 (13.9)	22 (3.5)	843 (38.5)	95 (7.1)	47 (7.0)
認知心理機能の維持・代償指導	761 (28.3)	176 (12.1)	201 (12.7)	462 (26.1)	132 (21.2)	649 (29.6)	81 (6.1)	89 (13.3)
< 応用的動作能力 >	2,479 (92.3)	1,215 (83.2)	1,388 (87.4)	1,457 (82.2)	328 (52.7)	2,029 (92.6)	934 (69.9)	391 (58.4)
起居動作の改善	1,385 (51.6)	733 (50.2)	716 (45.1)	466 (26.3)	35 (5.6)	1,257 (57.4)	102 (7.6)	113 (16.9)
起居動作の維持・代償	1,000 (37.2)	239 (16.4)	237 (14.9)	640 (36.1)	143 (23.0)	806 (36.8)	97 (7.3)	166 (24.8)
上肢運動機能の改善	1,613 (60.1)	892 (61.1)	941 (59.3)	468 (26.4)	22 (3.5)	1,347 (61.5)	681 (50.9)	89 (13.3)
上肢運動機能の維持・代償	1,048 (39.0)	313 (21.4)	360 (22.7)	573 (32.3)	64 (10.3)	735 (33.6)	413 (30.9)	113 (16.9)
身辺処理能力の改善	1,589 (59.2)	873 (59.8)	941 (59.3)	482 (27.2)	37 (5.9)	1,426 (65.1)	306 (22.9)	133 (19.9)
身辺処理能力の維持・代償指導	1,132 (42.1)	280 (19.2)	356 (22.4)	681 (38.4)	142 (22.8)	899 (41.1)	216 (16.2)	183 (27.4)
知的精神的能力の改善	302 (11.2)	141 (9.7)	164 (10.3)	70 (3.9)	7 (1.1)	273 (12.5)	28 (2.1)	18 (2.7)
知的精神的能力の維持・代償指導	256 (9.5)	37 (2.5)	50 (3.1)	162 (9.1)	42 (6.8)	207 (9.5)	30 (2.2)	33 (4.9)
福祉用具などの代償手段の適用	828 (30.8)	216 (14.8)	437 (27.5)	370 (20.9)	53 (8.5)	674 (30.8)	108 (8.1)	131 (19.6)
生活リズムの改善	940 (35.0)	319 (21.8)	354 (22.3)	488 (27.5)	135 (21.7)	806 (36.8)	72 (5.4)	121 (18.1)
コミュニケーション・対人技能の改善	556 (20.7)	141 (9.7)	227 (14.3)	279 (15.7)	67 (10.8)	463 (21.1)	44 (3.3)	78 (11.7)
健康管理能力の維持・改善	429 (16.0)	95 (6.5)	159 (10.0)	220 (12.4)	40 (6.4)	273 (12.5)	99 (7.4)	105 (15.7)
< 社会的適応能力 >	2,337 (87.0)	1,158 (79.3)	1,350 (85.0)	1,233 (69.5)	168 (27.0)	1,950 (89.0)	834 (62.4)	329 (49.2)
日常生活活動の改善	2,283 (85.0)	1,143 (78.3)	1,325 (83.4)	1,136 (64.1)	123 (19.8)	1,916 (87.5)	738 (55.2)	309 (46.2)
社会生活適応能力の改善	923 (34.4)	361 (24.7)	562 (35.4)	305 (17.2)	14 (2.3)	736 (33.6)	312 (23.3)	94 (14.1)
就労就学前訓練	167 (6.2)	66 (4.5)	92 (5.8)	29 (1.6)	1 (0.2)	106 (4.8)	72 (5.4)	5 (0.7)
就労就学の指導・訓練	255 (9.5)	97 (6.6)	151 (9.5)	56 (3.2)	1 (0.2)	143 (6.5)	147 (11.0)	9 (1.3)
余暇活動の指導・奨励	547 (20.4)	109 (7.5)	250 (15.7)	275 (15.5)	66 (10.6)	411 (18.8)	127 (9.5)	72 (10.8)
< 環境資源 >	1,100 (41.0)	330 (22.6)	606 (38.2)	550 (31.0)	144 (23.2)	910 (41.6)	171 (12.8)	178 (26.6)
人的環境の調整・利用	577 (21.5)	155 (10.6)	289 (18.2)	240 (13.5)	79 (12.7)	489 (22.3)	60 (4.5)	80 (12.0)
物理的環境の調整・利用	856 (31.9)	226 (15.5)	452 (28.5)	413 (23.3)	114 (18.3)	713 (32.6)	103 (7.7)	135 (20.2)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用奨励	658 (24.5)	185 (12.7)	362 (22.8)	306 (17.3)	74 (11.9)	543 (24.8)	103 (7.7)	95 (14.2)
< その他 >	428 (15.9)	117 (8.0)	153 (9.6)	194 (10.9)	98 (15.8)	317 (14.5)	81 (6.1)	91 (13.6)
その他	428 (15.9)	117 (8.0)	153 (9.6)	194 (10.9)	98 (15.8)	317 (14.5)	81 (6.1)	91 (13.6)
該当するものがない	259 (9.6)	235 (16.1)	231 (14.5)	230 (13.0)	239 (38.4)	201 (9.2)	230 (17.2)	237 (35.4)
合計	2,686 (100.0)	1,460 (100.0)	1,588 (100.0)	1,773 (100.0)	622 (100.0)	2,190 (100.0)	1,337 (100.0)	669 (100.0)

表 3-35 医療関連（身体障害領域）作業療法の短期目標

	全体 (%)	急性期全体 (%)	回復期全体 (%)	生活期全体 (%)	終末期全体 (%)	入院全体 (%)	外来全体 (%)	訪問全体 (%)
<基本的動作能力>	2,584 (96.6)	1,314 (90.4)	1,428 (90.6)	1,553 (88.4)	358 (58.5)	2,081 (95.6)	1,085 (82.8)	435 (65.0)
運動機能の改善	2,309 (86.4)	1,271 (87.5)	1,361 (86.4)	956 (54.4)	91 (14.9)	1,951 (89.6)	971 (74.1)	253 (37.8)
運動機能の維持・代償指導	1,721 (64.4)	454 (31.2)	492 (31.2)	1,171 (66.7)	311 (50.8)	1,242 (57.1)	522 (39.8)	334 (49.9)
感覚知覚機能の改善	1,085 (40.6)	619 (42.6)	649 (41.2)	229 (13.0)	10 (1.6)	956 (43.9)	349 (26.6)	49 (7.3)
感覚知覚機能の維持・代償指導	469 (17.5)	115 (7.9)	135 (8.6)	276 (15.7)	55 (9.0)	337 (15.5)	151 (11.5)	58 (8.7)
認知心理機能の改善	1,118 (41.8)	580 (39.9)	665 (42.2)	304 (17.3)	21 (3.4)	1,055 (48.5)	129 (9.8)	54 (8.1)
認知心理機能の維持・代償指導	726 (27.2)	159 (10.9)	193 (12.2)	468 (26.7)	133 (21.7)	618 (28.4)	83 (6.3)	83 (12.4)
<応用的動作能力>	2,530 (94.6)	1,265 (87.1)	1,433 (90.9)	1,489 (84.8)	327 (53.4)	2,079 (95.5)	941 (71.8)	401 (59.9)
起居動作の改善	1,790 (66.9)	958 (65.9)	984 (62.4)	607 (34.6)	58 (9.5)	1,618 (74.3)	132 (10.1)	160 (23.9)
起居動作の維持・代償	1,046 (39.1)	259 (17.8)	260 (16.5)	668 (38.0)	160 (26.1)	849 (39.0)	101 (7.7)	175 (26.2)
上肢運動機能の改善	1,838 (68.7)	982 (67.6)	1,115 (70.7)	564 (32.1)	24 (3.9)	1,584 (72.8)	738 (56.3)	109 (16.3)
上肢運動機能の維持・代償	1,013 (37.9)	276 (19.0)	324 (20.6)	590 (33.6)	80 (13.1)	714 (32.8)	384 (29.3)	112 (16.7)
身辺処理能力の改善	1,691 (63.2)	876 (60.3)	1,021 (64.8)	530 (30.2)	43 (7.0)	1,519 (69.8)	316 (24.1)	148 (22.1)
身辺処理能力の維持・代償指導	957 (35.8)	205 (14.1)	282 (17.9)	601 (34.2)	147 (24.0)	757 (34.8)	201 (15.3)	149 (22.3)
知的精神的能力の改善	374 (14.0)	167 (11.5)	215 (13.6)	71 (4.0)	9 (1.5)	347 (15.9)	30 (2.3)	19 (2.8)
知的精神的能力の維持・代償指導	227 (8.5)	26 (1.8)	40 (2.5)	141 (8.0)	46 (7.5)	189 (8.7)	26 (2.0)	28 (4.2)
福祉用具などの代償手段の適用	672 (25.1)	165 (11.4)	338 (21.4)	316 (18.0)	57 (9.3)	520 (23.9)	96 (7.3)	124 (18.5)
生活リズムの改善	954 (35.7)	337 (23.2)	430 (27.3)	454 (25.9)	113 (18.5)	836 (38.4)	64 (4.9)	109 (16.3)
コミュニケーション・対人技能の改善	516 (19.3)	126 (8.7)	212 (13.5)	260 (14.8)	70 (11.4)	431 (19.8)	47 (3.6)	80 (12.0)
健康管理能力の維持・改善	290 (10.8)	50 (3.4)	93 (5.9)	166 (9.5)	26 (4.2)	156 (7.2)	80 (6.1)	82 (12.3)
<<社会的適応能力>>	1,962 (73.4)	899 (61.9)	1,087 (69.0)	981 (55.9)	131 (21.4)	1,638 (75.2)	602 (46.0)	267 (39.9)
日常生活活動の改善	1,907 (71.3)	889 (61.2)	1,060 (67.3)	911 (51.9)	100 (16.3)	1,605 (73.7)	541 (41.3)	250 (37.4)
社会生活適応能力の改善	506 (18.9)	166 (11.4)	284 (18.0)	191 (10.9)	10 (1.6)	355 (16.3)	182 (13.9)	60 (9.0)
就労就学前訓練	92 (3.4)	33 (2.3)	49 (3.1)	18 (1.0)	0 (0.0)	61 (2.8)	33 (2.5)	4 (0.6)
就労就学の指導・訓練	101 (3.8)	33 (2.3)	49 (3.1)	29 (1.7)	0 (0.0)	44 (2.0)	61 (4.7)	6 (0.9)
余暇活動の指導・援助	305 (11.4)	44 (3.0)	114 (7.2)	169 (9.6)	50 (8.2)	219 (10.1)	61 (4.7)	48 (7.2)
<<環境資源>>	700 (26.2)	169 (11.6)	295 (18.7)	378 (21.5)	120 (19.6)	523 (24.0)	114 (8.7)	160 (23.9)
人的環境の調整・利用	342 (12.8)	84 (5.8)	135 (8.6)	157 (8.9)	63 (10.3)	261 (12.0)	49 (3.7)	70 (10.5)
物理的環境の調整・利用	554 (20.7)	122 (8.4)	226 (14.3)	299 (17.0)	97 (15.8)	418 (19.2)	71 (5.4)	126 (18.8)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	304 (11.4)	71 (4.9)	127 (8.1)	163 (9.3)	51 (8.3)	220 (10.1)	62 (4.7)	69 (10.3)
<その他>	355 (13.3)	98 (6.7)	108 (6.9)	157 (8.9)	86 (14.1)	254 (11.7)	71 (5.4)	75 (11.2)
その他	355 (13.3)	98 (6.7)	108 (6.9)	157 (8.9)	86 (14.1)	254 (11.7)	71 (5.4)	75 (11.2)
該当するものがない	248 (9.3)	230 (15.8)	225 (14.3)	222 (12.6)	230 (37.6)	188 (8.6)	224 (17.1)	231 (34.5)
合計	2,674 (100.0)	1,453 (100.0)	1,576 (100.0)	1,756 (100.0)	612 (100.0)	2,177 (100.0)	1,310 (100.0)	669 (100.0)

表 3-36 医療関連（精神障害領域）作業療法 の長期目標

【無回答を除く】

	全体		急性期全体		回復期全体		生活期全体		終末期全体		入院全体		外来全体		訪問全体	
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
<基本的動作能力>	507 (60.3)	183 (47.5)	257 (50.8)	412 (54.1)	61 (34.1)	396 (65.6)	104 (31.9)	64 (25.4)								
運動機能の改善	218 (25.9)	59 (15.3)	98 (19.4)	149 (19.6)	15 (8.4)	175 (29.0)	22 (6.7)	28 (11.1)								
運動機能の維持・代償指導	255 (30.3)	44 (11.4)	77 (15.2)	211 (27.7)	41 (22.9)	210 (34.8)	35 (10.7)	30 (11.9)								
感覚知覚機能の改善	59 (7.0)	27 (7.0)	23 (4.5)	29 (3.8)	7 (3.9)	56 (9.3)	3 (0.9)	2 (0.8)								
感覚知覚機能の維持・代償指導	55 (6.5)	8 (2.1)	11 (2.2)	37 (4.9)	19 (10.6)	52 (8.6)	6 (1.8)	1 (0.4)								
認知心理機能の改善	339 (40.3)	143 (37.1)	185 (36.6)	198 (26.0)	19 (10.6)	275 (45.5)	65 (19.9)	23 (9.1)								
認知心理機能の維持・代償指導	331 (39.4)	72 (18.7)	114 (22.5)	262 (34.4)	44 (24.6)	265 (43.9)	63 (19.3)	27 (10.7)								
<応用的動作能力>	745 (88.6)	286 (74.3)	420 (83.0)	663 (87.1)	74 (41.3)	549 (90.9)	221 (67.8)	133 (52.8)								
起居動作の改善	49 (5.8)	10 (2.6)	18 (3.6)	29 (3.8)	5 (2.8)	42 (7.0)	2 (0.6)	6 (2.4)								
起居動作の維持・代償	54 (6.4)	5 (1.3)	9 (1.8)	41 (5.4)	11 (6.1)	49 (8.1)	2 (0.6)	3 (1.2)								
上肢運動機能の改善	34 (4.0)	8 (2.1)	13 (2.6)	21 (2.8)	2 (1.1)	25 (4.1)	5 (1.5)	5 (2.0)								
上肢運動機能の維持・代償	58 (6.9)	2 (0.5)	13 (2.6)	47 (6.2)	7 (3.9)	43 (7.1)	9 (2.8)	7 (2.8)								
身辺処理能力の改善	156 (18.5)	50 (13.0)	85 (16.8)	84 (11.0)	4 (2.2)	130 (21.5)	11 (3.4)	20 (7.9)								
身辺処理能力の維持・代償指導	158 (18.8)	27 (7.0)	39 (7.7)	127 (16.7)	12 (6.7)	128 (21.2)	25 (7.7)	18 (7.1)								
知的精神的能力の改善	213 (25.3)	83 (21.6)	116 (22.9)	117 (15.4)	8 (4.5)	176 (29.1)	40 (12.3)	14 (5.6)								
知的精神的能力の維持・代償指導	221 (26.3)	49 (12.7)	84 (16.6)	180 (23.7)	18 (10.1)	183 (30.3)	46 (14.1)	14 (5.6)								
福祉用具などの代償手段の適用	30 (3.6)	4 (1.0)	3 (0.6)	22 (2.9)	9 (5.0)	23 (3.8)	2 (0.6)	6 (2.4)								
生活リズムの改善	629 (74.8)	248 (64.4)	332 (65.6)	527 (69.3)	52 (29.1)	483 (80.0)	172 (52.8)	89 (35.3)								
コミュニケーション・対人技能の改善	644 (76.6)	217 (56.4)	363 (71.7)	537 (70.6)	25 (14.0)	491 (81.3)	194 (59.5)	88 (34.9)								
健康管理能力の維持・改善	419 (49.8)	105 (27.3)	224 (44.3)	349 (45.9)	16 (8.9)	280 (46.4)	142 (43.6)	71 (28.2)								
<社会的適応能力>	730 (86.8)	266 (69.1)	424 (83.8)	632 (83.0)	56 (31.3)	536 (88.7)	233 (71.5)	128 (50.8)								
日常生活活動の改善	574 (68.3)	203 (52.7)	305 (60.3)	471 (61.9)	22 (12.3)	432 (71.5)	141 (43.3)	93 (36.9)								
社会生活適応能力の改善	580 (69.0)	184 (47.8)	319 (63.0)	454 (59.7)	5 (2.8)	426 (70.5)	191 (58.6)	86 (34.1)								
就労就学前訓練	125 (14.9)	26 (6.8)	59 (11.7)	73 (9.6)	0 (0.0)	50 (8.3)	79 (24.2)	7 (2.8)								
就労就学の指導・訓練	127 (15.1)	17 (4.4)	59 (11.7)	74 (9.7)	0 (0.0)	38 (6.3)	85 (26.1)	16 (6.3)								
余暇活動の指導・援助	415 (49.3)	116 (30.1)	214 (42.3)	331 (43.5)	45 (25.1)	322 (53.3)	119 (36.5)	45 (17.9)								
<環境資源>	296 (35.2)	73 (19.0)	131 (25.9)	218 (28.6)	20 (11.2)	189 (31.3)	89 (27.3)	63 (25.0)								
人的環境の調整・利用	173 (20.6)	44 (11.4)	69 (13.6)	123 (16.2)	15 (8.4)	112 (18.5)	47 (14.4)	39 (15.5)								
物理的環境の調整・利用	137 (16.3)	28 (7.3)	55 (10.9)	91 (12.0)	15 (8.4)	98 (16.2)	28 (8.6)	26 (10.3)								
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	206 (24.5)	51 (13.2)	97 (19.2)	144 (18.9)	8 (4.5)	120 (19.9)	67 (20.6)	47 (18.7)								
<その他>	62 (7.4)	17 (4.4)	20 (4.0)	41 (5.4)	12 (6.7)	49 (8.1)	9 (2.8)	8 (3.2)								
その他	62 (7.4)	17 (4.4)	20 (4.0)	41 (5.4)	12 (6.7)	49 (8.1)	9 (2.8)	8 (3.2)								
該当するものがない	119 (14.1)	98 (25.5)	93 (18.4)	111 (14.6)	96 (53.6)	94 (15.6)	91 (27.9)	103 (40.9)								
合計	841 (100.0)	385 (100.0)	506 (100.0)	761 (100.0)	179 (100.0)	604 (100.0)	326 (100.0)	252 (100.0)								

表 3-37 医療関連（精神障害領域）作業療法の短期目標

	〔全体〕		〔急性期全体〕		〔回復期全体〕		〔生活期全体〕		〔終末期全体〕		〔入院全体〕		〔外来全体〕		〔訪問全体〕	
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
<基本的動作能力>	556 (66.8)	216 (57.3)	279 (56.5)	461 (61.0)	63 (35.4)	429 (72.0)	127 (39.4)	71 (28.6)								
運動機能の改善	249 (29.9)	81 (21.5)	113 (22.9)	173 (22.9)	15 (8.4)	198 (33.2)	29 (9.0)	35 (14.1)								
運動機能の維持・代償指導	277 (33.3)	57 (15.1)	85 (17.2)	233 (30.8)	46 (25.8)	229 (38.4)	37 (11.5)	29 (11.7)								
感覚知覚機能の改善	68 (8.2)	35 (9.3)	31 (6.3)	27 (3.6)	6 (3.4)	62 (10.4)	7 (2.2)	1 (0.4)								
感覚知覚機能の維持・代償指導	69 (8.3)	12 (3.2)	19 (3.8)	44 (5.8)	21 (11.8)	63 (10.6)	6 (1.9)	2 (0.8)								
認知心理機能の改善	383 (46.0)	167 (44.3)	205 (41.5)	228 (30.2)	19 (10.7)	310 (52.0)	84 (26.1)	28 (11.3)								
認知心理機能の維持・代償指導	339 (40.7)	82 (21.8)	114 (23.1)	275 (36.4)	39 (21.9)	270 (45.3)	74 (23.0)	27 (10.9)								
<応用的動作能力>	767 (92.2)	306 (81.2)	444 (89.9)	687 (90.9)	73 (41.0)	557 (93.5)	234 (72.7)	144 (58.1)								
起居動作の改善	67 (8.1)	19 (5.0)	24 (4.9)	41 (5.4)	1 (0.6)	61 (10.2)	0 (0.0)	6 (2.4)								
起居動作の維持・代償	71 (8.5)	10 (2.7)	11 (2.2)	56 (7.4)	14 (7.9)	60 (10.1)	3 (0.9)	8 (3.2)								
上肢運動機能の改善	41 (4.9)	13 (3.4)	12 (2.4)	27 (3.6)	1 (0.6)	29 (4.9)	3 (0.9)	9 (3.6)								
上肢運動機能の維持・代償	60 (7.2)	6 (1.6)	11 (2.2)	48 (6.3)	8 (4.5)	45 (7.6)	6 (1.9)	9 (3.6)								
身体処理能力の改善	182 (21.9)	61 (16.2)	99 (20.0)	99 (13.1)	1 (0.6)	147 (24.7)	17 (5.3)	26 (10.5)								
身体処理能力の維持・代償指導	153 (18.4)	31 (8.2)	47 (9.5)	129 (17.1)	13 (7.3)	123 (20.6)	23 (7.1)	18 (7.3)								
知的精神的能力の改善	224 (26.9)	95 (25.2)	130 (26.3)	122 (16.1)	5 (2.8)	186 (31.2)	47 (14.6)	14 (5.6)								
知的精神的能力の維持・代償指導	228 (27.4)	52 (13.8)	80 (16.2)	186 (24.6)	16 (9.0)	190 (31.9)	50 (15.5)	15 (6.0)								
福祉用具などの代償手段の適用	43 (5.2)	5 (1.3)	10 (2.0)	25 (3.3)	10 (5.6)	33 (5.5)	4 (1.2)	6 (2.4)								
生活リズムの改善	685 (82.3)	271 (71.9)	391 (79.1)	577 (76.3)	46 (25.8)	522 (87.6)	201 (62.4)	96 (38.7)								
コミュニケーション・対人技能の改善	641 (77.0)	197 (52.3)	366 (74.1)	532 (70.4)	28 (15.7)	474 (79.5)	199 (61.8)	96 (38.7)								
健康管理能力の維持・改善	392 (47.1)	99 (26.3)	204 (41.3)	312 (41.3)	18 (10.1)	257 (43.1)	143 (44.4)	64 (25.8)								
<社会的適応能力>	629 (75.6)	186 (49.3)	337 (68.2)	544 (72.0)	49 (27.5)	455 (76.3)	196 (60.9)	109 (44.0)								
日常生活活動の改善	503 (60.5)	155 (41.1)	251 (50.8)	418 (55.3)	20 (11.2)	367 (61.6)	129 (40.1)	90 (36.3)								
社会生活適応能力の改善	417 (50.1)	92 (24.4)	205 (41.5)	339 (44.8)	8 (4.5)	288 (48.3)	147 (45.7)	58 (23.4)								
就労就学前訓練	86 (10.3)	14 (3.7)	40 (8.1)	60 (7.9)	0 (0.0)	29 (4.9)	61 (18.9)	4 (1.6)								
就労就学の指導・訓練	67 (8.1)	8 (2.1)	28 (5.7)	42 (5.6)	0 (0.0)	21 (3.5)	43 (13.4)	6 (2.4)								
余暇活動の指導・援助	358 (43.0)	83 (22.0)	167 (33.8)	289 (38.2)	37 (20.8)	272 (45.6)	104 (32.3)	42 (16.9)								
<環境資源>	212 (25.5)	38 (10.1)	82 (16.6)	164 (21.7)	25 (14.0)	115 (19.3)	69 (21.4)	60 (24.2)								
人的環境の調整・利用	143 (17.2)	29 (7.7)	53 (10.7)	104 (13.8)	20 (11.2)	85 (14.3)	38 (11.8)	38 (15.3)								
物理的環境の調整・利用	111 (13.3)	18 (4.8)	34 (6.9)	81 (10.7)	22 (12.4)	71 (11.9)	26 (8.1)	27 (10.9)								
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	134 (16.1)	16 (4.2)	50 (10.1)	102 (13.5)	7 (3.9)	59 (9.9)	51 (15.8)	39 (15.7)								
<その他>	54 (6.5)	11 (2.9)	18 (3.6)	35 (4.6)	13 (7.3)	45 (7.6)	6 (1.9)	7 (2.8)								
その他	54 (6.5)	11 (2.9)	18 (3.6)	35 (4.6)	13 (7.3)	45 (7.6)	6 (1.9)	7 (2.8)								
該当するものがない	116 (13.9)	98 (26.0)	92 (18.6)	104 (13.8)	94 (52.8)	90 (15.1)	88 (27.3)	101 (40.7)								
合計	832 (100.0)	377 (100.0)	494 (100.0)	756 (100.0)	178 (100.0)	596 (100.0)	322 (100.0)	248 (100.0)								

表 3-38 医療関連（発達障害領域）作業療法の目標

	短期目標 n=397	長期目標 n=397
項目	回答数 (%)	回答数 (%)
日常生活活動の改善	185 (46.6)	225 (56.7)
運動機能の改善	258 (65.0)	211 (53.1)
コミュニケーション・対人技能の改善	194 (48.9)	206 (51.9)
感覚知覚機能の改善	200 (50.4)	165 (41.6)
社会生活適応能力の改善	103 (25.9)	155 (39.0)
身辺処理能力の改善	166 (41.8)	151 (38.0)
上肢運動機能の改善	187 (47.1)	150 (37.8)
認知心理機能の改善	167 (42.1)	138 (34.8)
運動機能の維持・代償指導	136 (34.3)	137 (34.5)
知的精神的能力の改善	128 (32.2)	125 (31.5)
就労就学前訓練	74 (18.6)	106 (26.7)
上肢運動機能の維持・代償	84 (21.2)	89 (22.4)
就労就学の指導・訓練	56 (14.1)	86 (21.7)
余暇活動の指導・援助	63 (15.9)	82 (20.7)
物理的環境の調整・利用	66 (16.6)	80 (20.2)
生活リズムの改善	70 (17.6)	75 (18.9)
感覚知覚機能の維持・代償指導	78 (19.6)	68 (17.1)
身辺処理能力の維持・代償指導	48 (12.1)	64 (16.1)
人的環境の調整・利用	57 (14.4)	63 (15.9)
福祉用具などの代償手段の適用	62 (15.6)	56 (14.1)

2015』では選択がなかった休息が22.7%、特に実施すべき種目でも16.4%を占めていることは、今回の調査結果の特徴的な数値である。なお、外出・散歩が『白書2015』の27.5%から20.7%に減少しているのは、COVID-19による外出制限などとの関連が考えられる（表3-47）。医療関連（発達障害領域）では、『白書2015』と比べて占める割合の順位に大きな変化はないが、占める割合自体は減少する傾向がうかがわれる。特に、各種作業活動—日常生活活動は83.5%から67.1%、基本動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）は75.5%から65.8%に減少している。特に実施すべき種目でも、今回の調査で占める割合が大きい各種作業活動—日常生活活動は『白書2015』では73.1%であったが、今回は60.2%となった。各種作業

活動—身体運動活動などは『白書2015』では68.6%であったが、今回は60.2%となった（表3-48）。

介護保険領域の実施手段（種目）では、『白書2015』と占める割合の順位は変わらない。各種作業活動—手工芸が35.4%から22.4%、各種作業活動—創作・芸術活動が29.1%から20.9%と減少した。作業療法に特徴的な実施種目では、選択肢が『白書2015』と異なるので直接的な比較はできないが、基本動作訓練や各種作業活動—日常生活活動に関連する移動・移乗、起居、排泄などのほか、徒手の訓練が45.7%、各種運動療法が41.7%と占める割合が大きい（表3-49）。

障害福祉領域の実施した種目では、『白書2015』と占める割合の順位は大きくは変わらない。各種作業活動—身体運動活動などが

表 3-39 医療関連（発達障害領域） 作業療法の長期目標

	全体		急性期全体		回復期全体		生活期全体		終末期全体		入院全体		外来全体		訪問全体	
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
<基本的動作能力>	286 (72.0)	38 (50.7)	110 (65.5)	192 (66.7)	1 (2.9)	87 (66.4)	178 (69.3)	70 (50.0)								
運動機能の改善	211 (53.1)	29 (38.7)	89 (53.0)	119 (41.3)	0 (0.0)	39 (29.8)	138 (53.7)	55 (39.3)								
運動機能の維持・代償指導	137 (34.5)	10 (13.3)	17 (10.1)	118 (41.0)	1 (2.9)	62 (47.3)	56 (21.8)	32 (22.9)								
感覚知覚機能の改善	165 (41.6)	13 (17.3)	76 (45.2)	88 (30.6)	0 (0.0)	26 (19.8)	121 (47.1)	32 (22.9)								
感覚知覚機能の維持・代償指導	68 (17.1)	5 (6.7)	7 (4.2)	58 (20.1)	0 (0.0)	36 (27.5)	30 (11.7)	9 (6.4)								
認知心理機能の改善	138 (34.8)	14 (18.7)	61 (36.3)	72 (25.0)	0 (0.0)	24 (18.3)	104 (40.5)	24 (17.1)								
認知心理機能の維持・代償指導	49 (12.3)	3 (4.0)	12 (7.1)	42 (14.6)	0 (0.0)	21 (16.0)	23 (8.9)	8 (5.7)								
<応用的動作能力>	322 (81.1)	32 (42.7)	124 (73.8)	228 (79.2)	0 (0.0)	92 (70.2)	207 (80.5)	83 (59.3)								
起居動作の改善	44 (11.1)	4 (5.3)	17 (10.1)	25 (8.7)	0 (0.0)	5 (3.8)	17 (6.6)	24 (17.1)								
起居動作の維持・代償	40 (10.1)	1 (1.3)	2 (1.2)	38 (13.2)	0 (0.0)	24 (18.3)	8 (3.1)	8 (5.7)								
上肢運動機能の改善	150 (37.8)	16 (21.3)	69 (41.1)	82 (28.5)	0 (0.0)	31 (23.7)	110 (42.8)	28 (20.0)								
上肢運動機能の維持・代償	89 (22.4)	5 (6.7)	10 (6.0)	80 (27.8)	0 (0.0)	48 (36.6)	43 (16.7)	11 (7.9)								
身体処理能力の改善	151 (38.0)	13 (17.3)	69 (41.1)	82 (28.5)	0 (0.0)	23 (17.6)	111 (43.2)	31 (22.1)								
身体処理能力の維持・代償指導	64 (16.1)	3 (4.0)	10 (6.0)	56 (19.4)	0 (0.0)	29 (22.1)	31 (12.1)	11 (7.9)								
知的精神的能力の改善	125 (31.5)	10 (13.3)	63 (37.5)	64 (22.2)	0 (0.0)	18 (13.7)	91 (35.4)	26 (18.6)								
知的精神的能力の維持・代償指導	44 (11.1)	2 (2.7)	8 (4.8)	38 (13.2)	0 (0.0)	22 (16.8)	19 (7.4)	7 (5.0)								
福祉用具などの代償手段の適用	56 (14.1)	4 (5.3)	14 (8.3)	45 (15.6)	0 (0.0)	18 (13.7)	30 (11.7)	14 (10.0)								
生活リズムの改善	75 (18.9)	11 (14.7)	21 (12.5)	53 (18.4)	0 (0.0)	29 (22.1)	32 (12.5)	22 (15.7)								
コミュニケーション・対人技能の改善	206 (51.9)	16 (21.3)	92 (54.8)	122 (42.4)	0 (0.0)	45 (34.4)	151 (58.8)	39 (27.9)								
健康管理能力の維持・改善	26 (6.5)	2 (2.7)	5 (3.0)	24 (8.3)	0 (0.0)	7 (5.3)	11 (4.3)	13 (9.3)								
<社会的適応能力>	295 (74.3)	23 (30.7)	118 (70.2)	196 (68.1)	1 (2.9)	78 (59.5)	201 (78.2)	64 (45.7)								
日常生活活動の改善	225 (56.7)	14 (18.7)	93 (55.4)	143 (49.7)	1 (2.9)	58 (44.3)	147 (57.2)	50 (35.7)								
社会生活適応能力の改善	155 (39.0)	7 (9.3)	63 (37.5)	95 (33.0)	0 (0.0)	23 (17.6)	114 (44.4)	33 (23.6)								
就労就学前訓練	106 (26.7)	10 (13.3)	50 (29.8)	52 (18.1)	0 (0.0)	9 (6.9)	83 (32.3)	16 (11.4)								
就労就学の指導・訓練	86 (21.7)	3 (4.0)	39 (23.2)	46 (16.0)	0 (0.0)	9 (6.9)	62 (24.1)	17 (12.1)								
余暇活動の指導・援助	82 (20.7)	2 (2.7)	18 (10.7)	68 (23.6)	0 (0.0)	37 (28.2)	35 (13.6)	15 (10.7)								
<環境資源>	109 (27.5)	10 (13.3)	37 (22.0)	75 (26.0)	1 (2.9)	25 (19.1)	59 (23.0)	34 (24.3)								
人的環境の調整・利用	63 (15.9)	8 (10.7)	20 (11.9)	41 (14.2)	1 (2.9)	13 (9.9)	39 (15.2)	16 (11.4)								
物理的環境の調整・利用	80 (20.2)	7 (9.3)	29 (17.3)	51 (17.7)	1 (2.9)	22 (16.8)	44 (17.1)	19 (13.6)								
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	43 (10.8)	4 (5.3)	12 (7.1)	32 (11.1)	1 (2.9)	2 (1.5)	20 (7.8)	21 (15.0)								
<その他>	35 (8.8)	6 (8.0)	10 (6.0)	25 (8.7)	0 (0.0)	14 (10.7)	15 (5.8)	9 (6.4)								
その他	35 (8.8)	6 (8.0)	10 (6.0)	25 (8.7)	0 (0.0)	14 (10.7)	15 (5.8)	9 (6.4)								
該当するものがない	54 (13.6)	35 (46.7)	36 (21.4)	51 (17.7)	34 (97.1)	35 (26.7)	38 (14.8)	48 (34.3)								
合計	397 (100.0)	75 (100.0)	168 (100.0)	288 (100.0)	35 (100.0)	131 (100.0)	257 (100.0)	140 (100.0)								

表3-40 医療関連（発達障害領域）作業療法の短期目標

	全体		急性期全体		回復期全体		生活期全体		終末期全体		入院全体		外来全体		訪問全体	
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
<基本的動作能力>	323 (81.4)	41 (54.7)	132 (78.6)	217 (75.3)	1 (2.9)	97 (73.5)	209 (81.0)	76 (55.1)								
運動機能の改善	258 (65.0)	33 (44.0)	118 (70.2)	147 (51.0)	0 (0.0)	52 (39.4)	177 (68.6)	61 (44.2)								
運動機能の維持・代償指導	136 (34.3)	11 (14.7)	16 (9.5)	118 (41.0)	1 (2.9)	65 (49.2)	53 (20.5)	33 (23.9)								
感覚知覚機能の改善	200 (50.4)	19 (25.3)	100 (59.5)	104 (36.1)	0 (0.0)	37 (28.0)	150 (58.1)	34 (24.6)								
感覚知覚機能の維持・代償指導	78 (19.6)	7 (9.3)	8 (4.8)	66 (22.9)	1 (2.9)	41 (31.1)	32 (12.4)	11 (8.0)								
認知心理機能の改善	167 (42.1)	15 (20.0)	83 (49.4)	86 (29.9)	0 (0.0)	27 (20.5)	133 (51.6)	24 (17.4)								
認知心理機能の維持・代償指導	56 (14.1)	6 (8.0)	5 (3.0)	49 (17.0)	0 (0.0)	29 (22.0)	24 (9.3)	7 (5.1)								
<応用的動作能力>	332 (83.6)	33 (44.0)	131 (78.0)	226 (78.5)	1 (2.9)	97 (73.5)	221 (85.7)	76 (55.1)								
起居動作の改善	53 (13.4)	5 (6.7)	20 (11.9)	32 (11.1)	0 (0.0)	11 (8.3)	23 (8.9)	24 (17.4)								
起居動作の維持・代償	37 (9.3)	2 (2.7)	1 (0.6)	35 (12.2)	0 (0.0)	27 (20.5)	4 (1.6)	7 (5.1)								
上肢運動機能の改善	187 (47.1)	20 (26.7)	87 (51.8)	103 (35.8)	0 (0.0)	44 (33.3)	139 (53.9)	32 (23.2)								
上肢運動機能の維持・代償	84 (21.2)	8 (10.7)	15 (8.9)	72 (25.0)	0 (0.0)	54 (40.9)	36 (14.0)	9 (6.5)								
身体処理能力の改善	166 (41.8)	9 (12.0)	79 (47.0)	90 (31.3)	0 (0.0)	25 (18.9)	127 (49.2)	29 (21.0)								
身体処理能力の維持・代償指導	48 (12.1)	2 (2.7)	7 (4.2)	40 (13.9)	0 (0.0)	17 (12.9)	17 (6.6)	7 (5.1)								
知的精神的能力の改善	128 (32.2)	8 (10.7)	60 (35.7)	72 (25.0)	0 (0.0)	19 (14.4)	95 (36.8)	26 (18.8)								
知的精神的能力の維持・代償指導	32 (8.1)	3 (4.0)	4 (2.4)	27 (9.4)	0 (0.0)	17 (12.9)	8 (3.1)	9 (6.5)								
福祉用具などの代償手段の適用	62 (15.6)	3 (4.0)	16 (9.5)	49 (17.0)	0 (0.0)	22 (16.7)	33 (12.8)	13 (9.4)								
生活リズムの改善	70 (17.6)	9 (12.0)	19 (11.3)	50 (17.4)	1 (2.9)	24 (18.2)	36 (14.0)	17 (12.3)								
コミュニケーション・対人技能の改善	194 (48.9)	14 (18.7)	81 (48.2)	115 (39.9)	0 (0.0)	41 (31.1)	141 (54.7)	35 (25.4)								
健康管理能力の維持・改善	21 (5.3)	3 (4.0)	5 (3.0)	17 (5.9)	0 (0.0)	6 (4.5)	11 (4.3)	8 (5.8)								
<社会的適応能力>	235 (59.2)	20 (26.7)	89 (53.0)	160 (55.6)	0 (0.0)	63 (47.7)	162 (62.8)	45 (32.6)								
日常生活活動の改善	185 (46.6)	13 (17.3)	73 (43.5)	119 (41.3)	0 (0.0)	52 (39.4)	121 (46.9)	31 (22.5)								
社会生活適応能力の改善	103 (25.9)	7 (9.3)	40 (23.8)	60 (20.8)	0 (0.0)	16 (12.1)	77 (29.8)	18 (13.0)								
就労就学前訓練	74 (18.6)	6 (8.0)	36 (21.4)	33 (11.5)	0 (0.0)	5 (3.8)	62 (24.0)	8 (5.8)								
就労就学の指導・訓練	56 (14.1)	0 (0.0)	20 (11.9)	36 (12.5)	0 (0.0)	1 (0.8)	42 (16.3)	13 (9.4)								
余暇活動の指導・援助	63 (15.9)	4 (5.3)	12 (7.1)	51 (17.7)	0 (0.0)	31 (23.5)	30 (11.6)	7 (5.1)								
<環境資源>	94 (23.7)	4 (5.3)	30 (17.9)	67 (23.3)	1 (2.9)	19 (14.4)	52 (20.2)	31 (22.5)								
人的環境の調整・利用	57 (14.4)	3 (4.0)	17 (10.1)	38 (13.2)	1 (2.9)	12 (9.1)	35 (13.6)	15 (10.9)								
物理的環境の調整・利用	66 (16.6)	2 (2.7)	24 (14.3)	46 (16.0)	0 (0.0)	16 (12.1)	37 (14.3)	19 (13.8)								
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	24 (6.0)	2 (2.7)	7 (4.2)	18 (6.3)	0 (0.0)	1 (0.8)	12 (4.7)	12 (8.7)								
<その他>	35 (8.8)	3 (4.0)	12 (7.1)	23 (8.0)	0 (0.0)	12 (9.1)	14 (5.4)	10 (7.2)								
その他	35 (8.8)	3 (4.0)	12 (7.1)	23 (8.0)	0 (0.0)	12 (9.1)	14 (5.4)	10 (7.2)								
該当するものがない	56 (14.1)	34 (45.3)	36 (21.4)	53 (18.4)	34 (97.1)	34 (25.8)	39 (15.1)	50 (36.2)								
合計	397 (100.0)	75 (100.0)	168 (100.0)	288 (100.0)	35 (100.0)	132 (100.0)	258 (100.0)	138 (100.0)								

表 3-41 介護保険 リハビリテーション実施計画の目標

項目	短期目標 n=2,710	長期目標 n=2,698
	回答数 (%)	回答数 (%)
日常生活活動の改善	2,040 (75.3)	2,075 (76.9)
運動機能の維持・代償指導	2,260 (83.4)	2,042 (75.7)
運動機能の改善	2,119 (78.2)	1,704 (63.2)
起居動作の維持・代償	1,349 (49.8)	1,275 (47.3)
身辺処理能力の維持・代償指導	1,202 (44.4)	1,252 (46.4)
認知心理機能の維持・代償指導	1,274 (47.0)	1,173 (43.5)
生活リズムの改善	1,041 (38.4)	1,128 (41.8)
起居動作の改善	1,305 (48.2)	1,096 (40.6)
身辺処理能力の改善	1,117 (41.2)	1,040 (38.5)
上肢運動機能の維持・代償	1,010 (37.3)	904 (33.5)
コミュニケーション・対人技能の改善	887 (32.7)	897 (33.2)
上肢運動機能の改善	1,024 (37.8)	756 (28.0)
認知心理機能の改善	906 (33.4)	717 (26.6)
福祉用具などの代償手段の適用	780 (28.8)	664 (24.6)
物理的環境の調整・利用	760 (28.0)	659 (24.4)
余暇活動の指導・援助	603 (22.3)	652 (24.2)
健康管理能力の維持・改善	522 (19.3)	618 (22.9)
社会生活適応能力の改善	413 (15.2)	550 (20.4)
人的環境の調整・利用	385 (14.2)	369 (13.7)
知的精神的能力の維持・代償指導	315 (11.6)	331 (12.3)

45.0%から61.3%に増加している。特に作業療法士がすべき項目でも同様で、占める割合の順位に大きな変化はない。各種作業活動—身体運動活動などは38.1%から52.2%に増加している（表3-50）。

教育関連領域の実施した手段（種目）では、『白書2015』でも占める割合が58.5%と一番大きかった各種作業活動—日常生活活動が、61.1%で今回も大きかった。次に占める割合が大きかった各種作業活動—身体運動活動などでは、『白書2015』では36.6%から58.3%へと増加している（表3-51）。

職業関連領域の実施した作業療法種目では、『白書2015』と選択肢が異なるが就労相談・指導（『白書2015』では相談・指導・調整）が『白書2015』では73.7%から今回では65.7%となったが、占める割合が大きいこと

に変わりはない。そのほか、パソコンの取り扱いなど、就労内容に直接的な作業活動を実施していることがうかがえる（表3-52）。

3-2 各領域の臨床活動

3-2-1 医療関連（身体障害領域）

1) 作業療法の対象

対象者の年齢別人数の割合では、65歳以上の合計が『白書2015』では78.9%であったが、今回の調査では83.2%と増加した。今回は65～74歳、75歳以上と年齢で区分して集計したところ、75歳以上が65～74歳の2倍以上となった。15歳以下の占める割合0.8%は、『白書2015』では0.9%とほぼ変わっていない（表3-4）。

表 3-42 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）

	全体	入所・入居	通所系	訪問系	その他
	回答数（％）	回答数（％）	回答数（％）	回答数（％）	回答数（％）
<基本的動作能力>	2,405（89.1）	1,065（83.8）	1,378（84.8）	859（69.2）	36（11.1）
運動機能の維持・代償指導	2,042（75.7）	906（71.3）	1,112（68.4）	683（55.0）	26（8.0）
運動機能の改善	1,704（63.2）	662（52.1）	1,018（62.6）	571（46.0）	20（6.2）
認知心理機能の維持・代償指導	1,173（43.5）	603（47.4）	629（38.7）	252（20.3）	11（3.4）
認知心理機能の改善	717（26.6）	347（27.3）	404（24.9）	141（11.4）	7（2.2）
感覚知覚機能の維持・代償指導	323（12.0）	117（9.2）	170（10.5）	85（6.8）	4（1.2）
感覚知覚機能の改善	251（9.3）	71（5.6）	149（9.2）	78（6.3）	2（0.6）
<応用的動作能力>	2,504（92.8）	1,090（85.8）	1,409（86.7）	931（75.0）	39（12.0）
起居動作の維持・代償	1,275（47.3）	605（47.6）	604（37.2）	385（31.0）	15（4.6）
身辺処理能力の維持・代償指導	1,252（46.4）	493（38.8）	656（40.4）	433（34.9）	14（4.3）
生活リズムの改善	1,128（41.8）	527（41.5）	516（31.8）	302（24.3）	11（3.4）
起居動作の改善	1,096（40.6）	490（38.6）	569（35.0）	334（26.9）	13（4.0）
身辺処理能力の改善	1,040（38.5）	347（27.3）	542（33.4）	407（32.8）	8（2.5）
上肢運動機能の維持・代償	904（33.5）	332（26.1）	486（29.9）	239（19.2）	11（3.4）
コミュニケーション・対人技能の改善	897（33.2）	444（34.9）	463（28.5）	171（13.8）	7（2.2）
上肢運動機能の改善	756（28.0）	230（18.1）	458（28.2）	216（17.4）	6（1.8）
福祉用具などの代償手段の適用	664（24.6）	216（17.0）	288（17.7）	261（21.0）	7（2.2）
健康管理能力の維持・改善	618（22.9）	109（8.6）	330（20.3）	253（20.4）	4（1.2）
知的精神的能力の維持・代償指導	331（12.3）	168（13.2）	146（9.0）	61（4.9）	4（1.2）
知的精神的能力の改善	140（5.2）	67（5.3）	64（3.9）	28（2.3）	1（0.3）
<社会的適応能力>	2,194（81.3）	859（67.6）	1,219（75.0）	857（69.0）	27（8.3）
日常生活活動の改善	2,075（76.9）	793（62.4）	1,135（69.8）	825（66.4）	23（7.1）
余暇活動の指導・援助	652（24.2）	273（21.5）	307（18.9）	183（14.7）	7（2.2）
社会生活適応能力の改善	550（20.4）	90（7.1）	282（17.4）	245（19.7）	6（1.8）
就労就学の指導・訓練	25（0.9）	1（0.1）	9（0.6）	15（1.2）	0（0.0）
就労就学前訓練	14（0.5）	0（0.0）	4（0.2）	10（0.8）	0（0.0）
<環境資源>	869（32.2）	293（23.1）	334（20.6）	423（34.1）	6（1.8）
物理的環境の調整・利用	659（24.4）	231（18.2）	250（15.4）	304（24.5）	4（1.2）
人的環境の調整・利用	369（13.7）	124（9.8）	136（8.4）	157（12.6）	3（0.9）
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	313（11.6）	54（4.2）	112（6.9）	176（14.2）	3（0.9）
<その他>	322（11.9）	135（10.6）	138（8.5）	97（7.8）	4（1.2）
合計	2,698（100.0）	1,271（100.0）	1,625（100.0）	1,242（100.0）	325（100.0）

表 3-43 障害福祉領域 支援計画等における長期目標

	全体 n=463		入所・入居 n=90	通所系 n=381	訪問系 n=36	その他 n=23
	順位	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
〈基本的動作能力〉	—	338 (73.0)	74 (82.2)	265 (69.6)	21 (58.3)	11 (47.8)
運動機能の改善	4	209 (45.1)	27 (30.0)	175 (45.9)	12 (33.3)	7 (30.4)
運動機能の維持・代償指導	7	157 (33.9)	71 (78.9)	95 (24.9)	12 (33.3)	3 (13.0)
感覚知覚機能の改善	9	151 (32.6)	1 (1.1)	140 (36.7)	7 (19.4)	6 (26.1)
感覚知覚機能の維持・代償指導	24	59 (12.7)	10 (11.1)	44 (11.5)	4 (11.1)	3 (13.0)
認知心理機能の改善	6	161 (34.8)	10 (11.1)	144 (37.8)	8 (22.2)	6 (26.1)
認知心理機能の維持・代償指導	19	85 (18.4)	25 (27.8)	57 (15.0)	6 (16.7)	2 (8.7)
〈応用的動作能力〉	—	410 (88.6)	88 (97.8)	326 (85.6)	28 (77.8)	16 (69.6)
起居動作の改善	27	37 (8.0)	12 (13.3)	21 (5.5)	6 (16.7)	0 (0.0)
起居動作の維持・代償	25	52 (11.2)	34 (37.8)	18 (4.7)	5 (13.9)	0 (0.0)
上肢運動機能の改善	13	123 (26.6)	23 (25.6)	101 (26.5)	3 (8.3)	1 (4.3)
上肢運動機能の維持・代償	20	85 (18.4)	44 (48.9)	45 (11.8)	3 (8.3)	2 (8.7)
身辺処理能力の改善	8	155 (33.5)	12 (13.3)	132 (34.6)	14 (38.9)	2 (8.7)
身辺処理能力の維持・代償指導	21	71 (15.3)	25 (27.8)	42 (11.0)	7 (19.4)	1 (4.3)
知的精神的能力の改善	14	123 (26.6)	7 (7.8)	109 (28.6)	6 (16.7)	5 (21.7)
知的精神的能力の維持・代償指導	23	61 (13.2)	15 (16.7)	45 (11.8)	3 (8.3)	1 (4.3)
福祉用具などの代償手段*の適用	22	68 (14.7)	30 (33.3)	34 (8.9)	5 (13.9)	3 (13.0)
生活リズムの改善	5	167 (36.1)	48 (53.3)	122 (32.0)	6 (16.7)	7 (30.4)
コミュニケーション・対人技能の改善	1	305 (65.9)	39 (43.3)	257 (67.5)	14 (38.9)	13 (56.5)
健康管理能力の維持・改善	18	87 (18.8)	22 (24.4)	63 (16.5)	6 (16.7)	5 (21.7)
〈社会的適応能力〉	—	397 (85.7)	72 (80.0)	328 (86.1)	25 (69.4)	18 (78.3)
日常生活活動の改善	2	270 (58.3)	53 (58.9)	215 (56.4)	19 (52.8)	8 (34.8)
社会生活適応能力の改善	3	236 (51.0)	26 (28.9)	203 (53.3)	16 (44.4)	13 (56.5)
就労就学前訓練	11	131 (28.3)	6 (6.7)	123 (32.3)	3 (8.3)	6 (26.1)
就労就学の指導・訓練	15	123 (26.6)	8 (8.9)	113 (29.7)	4 (11.1)	7 (30.4)
余暇活動の指導・援助	10	144 (31.1)	36 (40.0)	109 (28.6)	9 (25.0)	8 (34.8)
〈環境資源〉	—	183 (39.5)	33 (36.7)	138 (36.2)	21 (58.3)	8 (34.8)
人的環境の調整・利用	16	117 (25.3)	15 (16.7)	94 (24.7)	16 (44.4)	3 (13.0)
物理的環境の調整・利用	12	126 (27.2)	24 (26.7)	91 (23.9)	16 (44.4)	3 (13.0)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	17	94 (20.3)	8 (8.9)	73 (19.2)	12 (33.3)	7 (30.4)
〈その他〉	—	49 (10.6)	22 (24.4)	23 (6.0)	6 (16.7)	1 (4.3)
その他	26	49 (10.6)	22 (24.4)	23 (6.0)	6 (16.7)	1 (4.3)
該当するものがない	—	33 (7.1)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 3-44 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（無回答を除く）

項目	2015年 n=37		2021年 n=36	
	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	5	11 (29.7)	1	22 (61.1)
日常生活活動の改善	2	17 (45.9)	2	21 (58.3)
運動機能の改善	1	18 (48.6)	3	19 (52.8)
感覚知覚機能の改善	5	11 (29.7)	4	17 (47.2)
運動機能の維持・代償指導	5	11 (29.7)	5	16 (44.4)
認知心理機能の改善	4	12 (32.4)	6	15 (41.7)
感覚知覚機能の維持・代償指導	12	8 (21.6)	7	13 (36.1)
身辺処理能力の改善	12	8 (21.6)	7	13 (36.1)
上肢運動機能の改善	5	11 (29.7)	9	11 (30.6)
認知心理機能の維持・代償指導	12	8 (21.6)	10	10 (27.8)
物理的環境の調整・利用	3	13 (35.1)	10	10 (27.8)
福祉用具などの代償手段の適用	15	6 (16.2)	12	9 (25.0)
知的精神的能力の改善	9	10 (27.0)	12	9 (25.0)
上肢運動機能の維持・代償	20	2 (5.4)	14	8 (22.2)
身辺処理能力の維持・代償指導	18	3 (8.1)	14	8 (22.2)
人的環境の調整・利用	11	9 (24.3)	14	8 (22.2)
社会生活適応能力の改善	15	6 (16.2)	14	8 (22.2)
知的精神的能力の維持・代償指導	15	6 (16.2)	18	6 (16.7)
生活リズムの改善	26	0 (0.0)	18	6 (16.7)
就労就学の指導・訓練	9	10 (27.0)	20	5 (13.9)
就労就学前訓練	18	3 (8.1)	21	4 (11.1)
余暇活動の指導・援助	23	1 (2.7)	21	4 (11.1)
起居動作の改善	20	2 (5.4)	21	4 (11.1)
起居動作の維持・代償	23	1 (2.7)	21	4 (11.1)

※ 10%以上のもの。

対象者の病期別・サービス種別人数では、『白書 2015』と比べて病期別の割合は著変なく入院が最も多いが、生活期の外来が20.6%から14.8%と減り、訪問が4.9%から9.3%に増加した（表 3-17）。

対象者の疾患・障害では、「脳血管性障害」が75.0%と最も占める割合が大きく、「骨折」（64.7%）、「呼吸器系疾患」（45.3%）、「パーキンソン病」（41.8%）、「その他の骨・関節疾患」（34.0%）、「心臓疾患」（32.9%）、「悪性新生物（がん・腫瘍など）」（32.9%）が続く。『白書 2015』を見ると、「呼吸器系疾患」

は39.4%、「心臓疾患」は30.8%、「悪性新生物（がん・腫瘍など）」は32.1%であった（表 3-5）。

2) 作業療法の指示内容

作業療法の指示内容は、全体を含めてすべての病期で、基本的動作能力、応用的動作能力、社会的適応能力、環境資源の調整の順に占める割合が大きく、この傾向は『白書 2015』と同様である。環境資源に対する指示は、『白書 2015』より全体で30.4%から35.3%、急性期で16.3%から18.5%、回復

表 3-45 医療関連（身体障害領域）作業療法の種目と特に実施すべき種目

項目	2015年 n=1,982		2021年 n=2,647		2021年：特に 実施すべき種目 n=2,628	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	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	2,574 (97.2)	2	2,131 (81.1)
各種作業活動—日常生活活動	2	1,889 (95.3)	2	2,483 (93.8)	1	2,377 (90.4)
用具の提供・適合・考案・作製・使用指導	4	624 (31.5)	3	731 (27.6)	4	434 (16.5)
相談・指導・調整	5	592 (29.9)	4	680 (25.7)	3	501 (19.1)
各種作業活動—身体運動活動など	6	581 (29.3)	5	573 (21.6)	6	202 (7.7)
各種作業活動—生活圏拡大活動	7	491 (24.8)	6	522 (19.7)	5	305 (11.6)
各種作業活動—手工芸	3	644 (32.5)	7	516 (19.5)	7	168 (6.4)
各種作業活動—仕事・学習活動	8	457 (23.1)	8	435 (16.4)	8	159 (6.1)
各種作業活動—創作・芸術活動	9	414 (20.9)	9	426 (16.1)	9	132 (5.0)
各種作業活動—各種ゲーム	10	248 (12.5)	10	270 (10.2)	11	72 (2.7)
その他	11	112 (5.7)	11	182 (6.9)	10	93 (3.5)
各種作業活動—園芸	12	109 (5.5)	12	97 (3.7)	12	29 (1.1)

期で28.3%から31.9%、生活期で23.7%から26.2%、終末期で18.8%から21.0%と割合が増加した（表3-22, 3-53）。細項目で見ると、全体では「運動機能の改善」（88.6%）、「日常生活活動の改善」（82.2%）、「運動機能の維持・代償指導」（71.7%）、「上肢運動機能の改善」（71.1%）、「身辺処理能力の改善」（65.4%）の順で占める割合が大きい。病期別で見ると、急性期、回復期では「運動機能の改善」、生活期、終末期では「運動機能の維持・代償指導」の占める割合が大きくなる。また、入院・外来では「運動機能の改善」の占める割合が大きく、訪問では「運動機能の維持・代償指導」が大きい（表3-53）。

3) 作業療法の目標

病期別で長期目標を見ると、全体だけではなく、急性期、回復期、生活期ともに応用的動作能力の占める割合が最も多い、次いで占める割合が大きいのは、急性期と回復期では社会的適応能力、生活期では基本的動作能力であった。ただし、終末期では基本的動作能力の割合が大きく、次いで応用的動作能力と

なっていた（表3-34）。短期目標では、回復期以外の全体、急性期、生活期、終末期では基本的動作能力、応用的動作能力、社会的適応能力の順で占める割合が大きく、回復期は応用的動作能力、基本的動作能力、社会的適応能力となる（表3-35）。

4) 作業療法の評価項目と特に実施すべき評価

作業療法の評価として『白書2015』と比べて実施している割合が大きいのは、「筋力・筋持久力」が75.6%から87.2%、「関節可動域」が76.7%から85.9%、「姿勢・肢位」が68.4%から74.5%、「起居移動」が63.1%から72.6%、「上肢動作」が71.1%から71.5%であった。「現病歴・治療歴」が35.7%から50.6%に増加した一方、「精神・認知・心理」が50.4%から46.8%に減少した（表3-26）。特に実施すべき評価では、「身辺処理」（55.1%）、「上肢動作」（40.7%）が多かった（表3-26）。

表 3-46 医療関連（精神障害領域）作業療法の種目と特に実施すべき種目

項目	2015年 n=581		2021年 n=830		2021年 特に実施すべき種目 n=813	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
各種作業活動—創作・芸術活動	1	460 (79.2)	1	598 (72.0)	2	429 (52.8)
各種作業活動—身体運動活動など	3	387 (66.6)	2	557 (67.1)	1	456 (56.1)
各種作業活動—手工芸	2	413 (71.1)	3	513 (61.8)	3	334 (41.1)
各種作業活動—各種ゲーム	6	253 (43.5)	4	353 (42.5)	9	166 (20.4)
各種作業活動—日常生活活動	5	284 (48.9)	5	345 (41.6)	4	292 (35.9)
各種作業活動—仕事・学習活動	7	238 (41.0)	6	304 (36.6)	10	155 (19.1)
各種作業活動—生活圏拡大活動	4	302 (52.0)	7	295 (35.5)	5	245 (30.1)
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)	8	266 (32.0)	6	206 (25.3)
その他	-	76 (13.1)	9	258 (31.1)	7	196 (24.1)
相談・指導・調整	9	153 (26.3)	10	196 (23.6)	8	178 (21.9)

表 3-47 医療関連（精神障害領域）作業療法の種目と特に実施すべき種目

項目	2015年 n=659		2021年 n=830		2021年 特に実施すべき種目 n=813	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
音楽	1	327 (49.6)	1	437 (52.7)	2	282 (34.7)
体操	2	265 (40.2)	2	432 (52.0)	1	334 (41.1)
絵画	3	253 (38.4)	3	338 (40.7)	5	175 (21.5)
その他の手工芸	4	245 (37.2)	4	315 (38.0)	4	210 (25.8)
その他軽スポーツ	6	227 (34.4)	5	314 (37.8)	3	231 (28.4)
編み物	5	241 (36.6)	6	256 (30.8)	16	85 (10.5)
その他の創作・芸術活動	12	148 (22.5)	7	236 (28.4)	7	154 (18.9)
囲碁・将棋・オセロなど	9	156 (23.7)	8	202 (24.3)	22	61 (7.5)
休息	-	- (-)	9	188 (22.7)	8	133 (16.4)
生活管理（安全、金銭、健康など）	10	155 (23.5)	10	186 (22.4)	6	163 (20.0)
外出・散歩	7	181 (27.5)	11	172 (20.7)	9	126 (15.5)
縫い物	8	173 (26.3)	12	170 (20.5)	26	56 (6.9)
その他のゲーム	15	122 (18.5)	12	170 (20.5)	10	101 (12.4)
紙細工	13	138 (20.9)	14	151 (18.2)	22	61 (7.5)
書字	24	89 (13.5)	15	148 (17.8)	29	48 (5.9)
ビーズ細工	11	152 (23.1)	16	145 (17.5)	28	50 (6.2)
徒手的訓練	25	87 (13.2)	17	142 (17.1)	16	85 (10.5)
園芸	17	115 (17.5)	18	137 (16.5)	19	74 (9.1)
移動・移乗	23	93 (14.1)	19	136 (16.4)	14	93 (11.4)
ジグソーパズル	20	104 (15.8)	20	133 (16.0)	38	35 (4.3)

表 3-48 医療（発達障害領域）作業療法的手段（種目）と特に実施すべき種目

項目	2015年 n=237		2021年 n=395		2021年 特に実施すべき種目 n=392	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
各種作業活動—身体運動活動など	2	180 (75.9)	1	271 (68.6)	1	236 (60.2)
各種作業活動—日常生活活動	1	198 (83.5)	2	265 (67.1)	1	236 (60.2)
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)	3	260 (65.8)	3	195 (49.7)
相談・指導・調整	5	90 (38.0)	4	155 (39.2)	4	131 (33.4)
用具の提供・適合・考案・作製・使用指導	4	96 (40.5)	5	125 (31.6)	5	74 (18.9)
各種作業活動—仕事・学習活動	6	86 (36.3)	6	122 (30.9)	6	63 (16.1)
各種作業活動—各種ゲーム	9	64 (27.0)	7	104 (26.3)	9	35 (8.9)
各種作業活動—手芸	7	70 (29.5)	8	96 (24.3)	8	39 (9.9)
各種作業活動—創作・芸術活動	7	70 (29.5)	9	95 (24.1)	7	41 (10.5)
各種作業活動—生活圏拡大活動	10	34 (14.3)	10	51 (12.9)	10	33 (8.4)

表 3-49 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

項目	2015年 n=1,858		2021年 n=2,669		2021年 作業療法に特徴的な実施種目 n=2,647		
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)	小項目	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	2,512 (94.1)	移動・移乗	1	1,734 (65.5)
各種作業活動—日常生活活動	2	1,720 (92.6)	2	2,406 (90.1)	徒手の訓練	2	1,211 (45.7)
各種作業活動—身体運動活動など	3	748 (40.3)	3	979 (36.7)	各種運動療法	3	1,104 (41.7)
各種作業活動—生活圏拡大活動	4	693 (37.3)	4	851 (31.9)	起居	4	1,063 (40.2)
相談・指導・調整	6	603 (32.5)	5	777 (29.1)	排泄	5	833 (31.5)
用具の提供・適合・考案・作製・使用指導	8	448 (24.1)	6	633 (23.7)	その他の基本訓練	6	738 (27.9)
各種作業活動—手芸	5	658 (35.4)	7	597 (22.4)	器具を用いた訓練	7	628 (23.7)
各種作業活動—創作・芸術活動	7	541 (29.1)	8	559 (20.9)	体操	8	466 (17.6)
各種作業活動—仕事・学習活動	9	328 (17.7)	9	360 (13.5)	食事	9	432 (16.3)
各種作業活動—各種ゲーム	10	271 (14.6)	10	345 (12.9)	外出・散歩	10	421 (15.9)

5) 作業療法の種目と特に実施すべき種目

作業療法の種目として『白書 2015』と比べて実施している種目は、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない）が 97.8% から 97.2%、各種作業活動—日常生活活動が

95.3% から 93.8% など占める割合による順位は大きくは変わっていない。特に、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない）と各種作業活動—日常生活活動は、その占める割合が『白書 2015』と今回の結果ともに 9

表 3-50 障害福祉領域 実施した種目と特に作業療法士がすべき項目

項目	2015年 実施した項目 n=242		2021年 実施した項目 n=457		2021年 作業療法士が 特にすべき項目 n=452	
	順位	回答数 (%)	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	309 (67.6)	1	266 (58.8)
各種作業活動－身体運動活動など	3	109 (45.0)	2	280 (61.3)	2	236 (52.2)
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)	3	210 (46.0)	3	165 (36.5)
相談・指導・調整	4	104 (43.0)	4	178 (38.9)	4	160 (35.4)
各種作業活動－仕事・学習活動	5	80 (33.1)	5	145 (31.7)	5	104 (23.0)
各種作業活動－創作・芸術活動	8	59 (24.4)	6	121 (26.5)	8	52 (11.5)
各種作業活動－各種ゲーム	10	40 (16.5)	7	112 (24.5)	10	44 (9.7)
各種作業活動－生活圏拡大活動	6	77 (31.8)	8	111 (24.3)	6	65 (14.4)
各種作業活動－手工芸	7	69 (28.5)	9	109 (23.9)	9	47 (10.4)
用具の提供・適合・考案・作製・使用指導	9	54 (22.3)	10	103 (22.5)	7	65 (14.4)
各種作業活動－園芸	11	7 (2.9)	11	10 (2.2)	11	9 (2.0)
その他	—	24 (9.9)	—	71 (15.5)	—	39 (8.6)

表 3-51 教育関連領域（特別支援学校など）実施した手段（種目）

項目	2015年 n=41		2021年 n=36	
	順位	回答数 (%)	順位	回答数 (%)
各種作業活動－日常生活活動	1	24 (58.5)	1	22 (61.1)
各種作業活動－身体運動活動など	4	15 (36.6)	2	21 (58.3)
用具の提供・適合・考案・作製・使用指導	2	17 (41.5)	3	16 (44.4)
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)	4	15 (41.7)
相談・指導・調整	5	14 (34.1)	5	12 (33.3)
各種作業活動－仕事・学習活動	6	9 (22.0)	6	10 (27.8)
各種作業活動－創作・芸術活動	8	6 (14.6)	7	8 (22.2)
各種作業活動－各種ゲーム	10	1 (2.4)	8	5 (13.9)
各種作業活動－生活圏拡大活動	9	2 (4.9)	8	5 (13.9)
各種作業活動－手工芸	7	8 (19.5)		0 (0.0)
各種作業活動－園芸	—	—		0 (0.0)
その他		4 (9.8)		7 (19.4)

割を超えている。また、各種作業活動－手工芸が32.5%から19.5%に減少している。特に実施すべき種目でも基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)が81.1%、各種作業活動－日常生活活動が90.4%と大きな割合を占めている(表3-45)。

6) 作業療法に関わる診療報酬

施設が取得している診療報酬の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)」が70.7%と占める割合が大きく、これは『白書2015』でも同様である。次いで「脳血管疾患等リハビリテー

表 3-52 職業関連領域 実施した作業療法の種目 (複数回答)

n=35	回答数(%)
就労相談・指導	23 (65.7)
他職種への情報提供	11 (31.4)
パソコン (ワープロ・文書作成ソフト)	10 (28.6)
ミーティング	10 (28.6)
社会資源の紹介	10 (28.6)
その他の仕事活動	8 (22.9)
家族相談・指導	8 (22.9)
簡易作業	7 (20.0)
家族関係の調整	7 (20.0)
就学相談・指導	7 (20.0)
パソコン (ワープロ・文書作成ソフト以外)	6 (17.1)
生活管理 (安全, 金銭, 健康など)	5 (14.3)
生活技能訓練	5 (14.3)

ション料 (I)」が 56.1%、「廃用症候群リハビリテーション料 (I)」が 48.3%であった。なお、廃用症候群リハビリテーション料は平成 28 年 (2016 年) に新設された診療報酬の項目であり、『白書 2015』ではなかったために結果に反映されていない。その他の算定項目では、「リハビリテーション総合計画評価料」(36.4%) が最も多かった。

『白書 2015』以降に新設された主な算定項目を請求している施設については、「目標設定等支援・管理料」337 件 (12.8%)、「リンパ浮腫複合的治療料」3 件 (0.1%)、「ADL 維持向上等体制加算の施設基準」20 件 (0.8%)、「リンパ浮腫指導管理料」8 件 (0.3%)、「排尿自立支援加算」27 件 (1.0%)、「精密知覚機能検査」20 件 (0.8%)、「認知症ケア加算」91 件 (3.5%) であった (表 3-54)。

特定集中治療室 (ICU) を有している施設は 642 施設 (23.5%) であり、そのうち、「早期離床・リハビリテーション加算」の算定は、322 施設 (50.2%) であった (表 3-55)。リハビリテーション総合実施計画書を使用している施設は、2,223 件 (81.3%) と高く、このうち、生活行為向上アセスメントを組み合

わせた様式の使用は 197 件 (8.9%) であった (表 3-56)。

「認知症ケア加算」の施設基準の届け出は 857 施設 (31.4%) であり、作業療法士が加算のためにチームに参加している施設は 416 施設 (48.5%) であった (表 3-57)。

「認知症患者リハビリテーション料」の算定は、63 施設 (2.3%) であった (表 3-58)。

3-2-2 医療関連 (精神障害領域)

1) 作業療法の対象

対象者の年齢別人数の割合では、65 歳以上の合計は『白書 2015』の 50.0% から 60.4% に増加した。今回の調査では 65~74 歳、75 歳以上と年齢で区分して集計したところ、65 歳以上の合計の 60.4% の内訳として 75 歳以上が 32.8%、65~74 歳が 27.6% と 75 歳以上が多い。15 歳以下は 0.4% と少ないが、前回の 0.2% より微増した (表 3-6)。

サービス種別人数では、入院の割合が『白書 2015』の 83.5% から 87.3% に増え、外来は 15.9% から 11.3% に減り、訪問は 0.6% から 1.4% に増加した。なお、急性期、回復期、生活期、終末期の病期でみると、『白書 2015』と占める割合で大きな数値の変化はなかった (表 3-18)。

対象者の疾患では、「統合失調症」が『白書 2015』の 93.2% から 84.5%、「感情障害」が 84.7% から 76.8%、「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)」が 75.1% から 64.9%、「精神遅滞、知的障害」が 66.9% から 57.4%、「アルコール依存症」が 54.2% から 44.3% と占める割合が減少したが、その順位は変わらない。「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」は 32.0% から 40.1% に増加、「児童青年期の行動・情緒障害 (ADHD 含む)」は 10.0% から 14.4% に増加しており、発達障害領域との連携が必要となっている (表 3-7)。

表 3-53 医療関連（身体障害領域）作業療法の指示内容

	全体 (%)	急性期全体 (%)	回復期全体 (%)	生活期全体 (%)	終末期全体 (%)	入院全体 (%)	外来全体 (%)	訪問全体 (%)
<基本的動作能力>	2,643 (97.5)	1,351 (91.1)	1,477 (92.1)	1,618 (90.3)	384 (60.2)	2,135 (96.7)	1,149 (84.2)	451 (65.5)
運動機能の改善	2,404 (88.6)	1,326 (89.4)	1,421 (88.6)	1,044 (58.3)	90 (14.1)	2,037 (92.3)	1,024 (75.0)	273 (39.6)
運動機能の維持・代償指導	1,944 (71.7)	586 (39.5)	618 (38.5)	1,304 (72.8)	335 (52.5)	1,408 (63.8)	639 (46.8)	388 (56.3)
感覚知覚機能の改善	1,049 (38.7)	600 (40.5)	632 (39.4)	193 (10.8)	8 (1.3)	901 (40.8)	362 (26.5)	37 (5.4)
感覚知覚機能の維持・代償指導	535 (19.7)	175 (11.8)	184 (11.5)	272 (15.2)	43 (6.7)	378 (17.1)	178 (13.0)	65 (9.4)
認知心理機能の改善	1,231 (45.4)	630 (42.5)	702 (43.8)	355 (19.8)	28 (4.4)	1,156 (52.4)	113 (8.3)	64 (9.3)
認知心理機能の維持・代償指導	832 (30.7)	204 (13.8)	242 (15.1)	520 (29.0)	124 (19.4)	707 (32.0)	91 (6.7)	99 (14.4)
<応用的動作能力>	2,544 (93.8)	1,292 (87.1)	1,451 (90.5)	1,493 (83.3)	336 (52.7)	2,102 (95.2)	1,009 (73.9)	327 (57.0)
起居動作の改善	1,733 (63.9)	932 (62.8)	931 (58.0)	607 (33.9)	59 (9.2)	1,565 (70.9)	122 (8.9)	151 (21.9)
起居動作の維持・代償	1,110 (40.9)	283 (19.1)	297 (18.5)	717 (40.0)	157 (24.6)	905 (41.0)	106 (7.8)	187 (27.1)
上肢運動機能の改善	1,927 (71.1)	1,059 (71.4)	1,166 (72.7)	591 (33.0)	22 (3.4)	1,667 (75.5)	799 (58.5)	104 (15.1)
上肢運動機能の維持・代償	1,179 (43.5)	387 (26.1)	420 (26.2)	653 (36.4)	73 (11.4)	837 (37.9)	457 (33.5)	130 (18.9)
身体処理能力の改善	1,774 (65.4)	931 (62.8)	1,077 (67.1)	559 (31.2)	45 (7.1)	1,601 (72.5)	323 (23.7)	148 (21.5)
身体処理能力の維持・代償指導	1,101 (40.6)	270 (18.2)	322 (20.1)	690 (38.5)	146 (22.9)	867 (39.3)	235 (17.2)	181 (26.3)
知的精神的能力の改善	361 (13.3)	167 (11.3)	205 (12.8)	68 (3.8)	7 (1.1)	329 (14.9)	29 (2.1)	18 (2.6)
知的精神的能力の維持・代償指導	236 (8.7)	33 (2.2)	46 (2.9)	143 (8.0)	40 (6.3)	188 (8.5)	29 (2.1)	28 (4.1)
福祉用具などの代償手段の通用	841 (31.0)	210 (14.2)	445 (27.7)	377 (21.0)	55 (8.6)	664 (30.1)	113 (8.3)	150 (21.8)
生活リズムの改善	915 (33.7)	317 (21.4)	359 (22.4)	478 (26.7)	130 (20.4)	809 (36.6)	56 (4.1)	110 (16.0)
コミュニケーション・対人技能の改善	568 (20.9)	156 (10.5)	216 (13.5)	280 (15.6)	62 (9.7)	481 (21.8)	40 (2.9)	72 (10.4)
健康管理能力の維持・改善	318 (11.7)	63 (4.2)	92 (5.7)	188 (10.5)	35 (5.5)	170 (7.7)	77 (5.6)	98 (14.2)
<社会的適応能力>	2,266 (83.6)	1,124 (75.8)	1,305 (81.4)	1,177 (65.7)	174 (27.3)	1,900 (86.1)	739 (54.1)	327 (47.5)
日常生活活動の改善	2,229 (82.2)	1,113 (75.1)	1,290 (80.4)	1,099 (61.3)	129 (20.2)	1,878 (85.1)	660 (48.4)	308 (44.7)
社会生活適応能力の改善	661 (24.4)	210 (14.2)	379 (23.6)	237 (13.2)	11 (1.7)	500 (22.6)	217 (15.9)	69 (10.0)
就労就学前訓練	131 (4.8)	46 (3.1)	77 (4.8)	26 (1.5)	0 (0.0)	85 (3.8)	59 (4.3)	4 (0.6)
就労就学の指導・訓練	159 (5.9)	50 (3.4)	83 (5.2)	46 (2.6)	0 (0.0)	77 (3.5)	90 (6.6)	8 (1.2)
余暇活動の指導・援助	422 (15.6)	64 (4.3)	174 (10.8)	212 (11.8)	65 (10.2)	308 (13.9)	86 (6.3)	59 (8.6)
<環境資源>	957 (35.3)	275 (18.5)	511 (31.9)	469 (26.2)	134 (21.0)	784 (35.5)	135 (9.9)	174 (25.3)
人的環境の調整・利用	466 (17.2)	113 (7.6)	219 (13.7)	202 (11.3)	72 (11.3)	377 (17.1)	46 (3.4)	84 (12.2)
物理的環境の調整・利用	749 (27.6)	188 (12.7)	384 (23.9)	370 (20.6)	106 (16.6)	604 (27.4)	74 (5.4)	150 (21.8)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	443 (16.3)	109 (7.3)	249 (15.5)	192 (10.7)	48 (7.5)	354 (16.0)	81 (5.9)	64 (9.3)
<その他>	465 (17.1)	162 (10.9)	139 (8.7)	211 (11.8)	90 (14.1)	334 (15.1)	106 (7.8)	96 (13.9)
その他	465 (17.1)	162 (10.9)	139 (8.7)	211 (11.8)	90 (14.1)	334 (15.1)	106 (7.8)	96 (13.9)
該当するものがない	264 (9.7)	245 (16.5)	236 (14.7)	241 (13.4)	242 (37.9)	198 (9.0)	239 (17.5)	251 (36.4)
合計	2,712 (100.0)	1,483 (100.0)	1,604 (100.0)	1,792 (100.0)	638 (100.0)	2,208 (100.0)	1,365 (100.0)	689 (100.0)

2) 作業療法の指示内容

指示内容は、全体では応用的動作能力の占める割合が93.0%と最も大きく、社会的適応能力87.8%、基本的動作能力70.8%、環境資源31.5%の順となる。応用的動作能力では急性期83.6%、回復期90.8%、生活期91.6%、社会的適応能力では急性期67.7%、回復期84.3%、生活期84.6%、基本的動作能力では急性期56.2%、回復期60.5%、生活期65.5%、環境資源では急性期14.4%、回復期20.6%、生活期27.4%に見るように同様の傾向を示すが、終末期では応用的動作能力46.2%、基本的動作能力42.9%、社会的適応能力34.1%、環境資源14.3%と基本的動作能力が大きくなる。『白書2015』でも応用的動作能力の占める割合が最も大きかった。占める割合では、基本的動作能力は72.4%から70.8%、応用的動作能力は96.8%から93.0%、社会的適応能力は93.5%から87.8%、環境資源は30.1%から31.5%となった。急性期ではそれぞれ65.9%から56.2%、94.4%から83.6%、75.3%から67.7%、12.7%から14.4%に、回復期では65.7%から60.5%、96.2%から90.8%、65.7%から84.3%、21.7%から20.6%となった。生活期では詳細の項目を見ると、全体、各病期ともに生活リズムの改善の占める割合が最も大きい。入院・外来・訪問の別に見ると、同様に応用的動作能力、社会的適応能力、基本的動作能力、環境資源の順で占める割合が大きい。しかし、詳細の項目を見ると「生活リズムの改善」の占める割合が大きい。外来では「コミュニケーション・対人技能の改善」の占める割合が2.2%大きくなる(表3-23, 3-59)。

3) 作業療法の目標

長期目標の大項目を見ると、全体では応用的動作能力の占める割合が88.6%と最も大きく、社会的適応能力の86.8%、基本的動作能力の60.3%、環境資源の35.2%の順となる。これは、急性期、回復期、生活期も占め

る割合が異なるが同様である。終末期については、応用的動作能力に次いで基本的動作能力の占める割合が大きくなる。入院、外来、訪問でも占める割合の大きさは異なるが、応用的動作能力、社会的適応能力、基本的動作能力、環境資源の順は同様であった。詳細の項目を見ると、「コミュニケーション・対人技能の改善」が全体で76.6%、回復期71.7%、生活期70.6%の占める割合が最も大きい。急性期では64.4%、終末期では29.1%の「生活リズムの改善」のほうが占める割合は大きくなる。入院、外来、訪問のレベルで見ると、「コミュニケーション・対人技能の改善」がそれぞれ81.3%、59.5%と占める割合が大きい。訪問では「日常生活活動の改善」が36.9%と大きくなる。短期目標では、大項目で全体を見ると長期目標と同様、応用的動作能力92.2%、社会的適応能力75.6%、基本的動作能力66.8%、環境資源25.5%の順となる。入院、外来、訪問でも占める割合は異なるが、傾向は変わらない。詳細の項目を見ると、短期目標では「生活リズムの改善」の占める割合が、全体82.3%、急性期71.9%、回復期79.1%、生活期76.3%、終末期25.8%と最も多い。ただし、終末期では「運動機能の維持・代償指導」が同じ25.8%を占めている。入院、外来、訪問の別でも「生活リズムの改善」がそれぞれ87.6%、62.4%、38.7%と占める割合が大きい。訪問では、「コミュニケーション・対人技能の改善」が同じ38.7%を占めている(表3-36, 3-37)。長期目標と短期目標の占める割合を見ると、長期目標では76.6%を占める「コミュニケーション・対人技能の改善」は、短期目標でも77.0%と変わらない割合を占めている。一方、長期目標で2番目に占める割合の多い「生活リズムの改善」74.8%は、短期目標では82.3%と占める割合が大きい。「社会生活適応能力の改善」では、長期目標では69.0%を占めているが、短期目標では50.1%である(表3-60)。

表 3-54 医療関連（身体障害領域）作業療法に関わる診療報酬

疾患別リハビリテーション料	2021年 n=2,632 無回答 263 除く	その他の算定項目	2021年 n=2,632 無回答 263 除く
	回答数 (%)		回答数 (%)
心大血管疾患リハビリテーション料 (I)	309 (11.7)	退院時共同指導料	16 (0.6)
心大血管疾患リハビリテーション料 (II)	12 (0.5)	介護支援等連携指導料	6 (0.2)
脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	1,476 (56.1)	介護保険リハビリテーション移行支援料	5 (0.2)
脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	459 (17.4)	退院時リハビリテーション指導料	366 (13.9)
脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)	78 (3.0)	退院前訪問指導料	63 (2.4)
廃用症候群リハビリテーション料 (I)	1,270 (48.3)	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	33 (1.3)
廃用症候群リハビリテーション料 (II)	299 (11.4)	精神科継続外来支援・指導料	1 (0.04)
廃用症候群リハビリテーション料 (III)	51 (1.9)	救急患者精神科継続支援料	1 (0.04)
運動器リハビリテーション料 (I)	1,860 (70.7)	依存症集団療法	2 (0.1)
運動器リハビリテーション料 (II)	201 (7.6)	精神科作業療法料	14 (0.5)
運動器リハビリテーション料 (III)	44 (1.7)	入院生活技能訓練療法	2 (0.1)
呼吸器リハビリテーション料 (I)	835 (31.7)	精神科ショート・ケア料	2 (0.1)
呼吸器リハビリテーション料 (II)	41 (1.6)	疾患別等専門プログラム加算	2 (0.1)
		精神科デイ・ケア料	5 (0.2)
		精神科ナイト・ケア料	1 (0.04)
		精神科デイ・ナイト・ケア料	1 (0.04)
		精神科退院指導料	1 (0.04)
		精神科退院前訪問指導料	3 (0.1)
		精神科訪問看護・指導料	3 (0.1)
		重度認知症患者デイ・ケア料	4 (0.2)
		精神科在宅患者支援管理料	2 (0.1)
		精神科訪問看護基本療養費	13 (0.5)
		複数名精神科訪問看護加算	5 (0.2)
		訪問看護管理療養費	178 (6.8)
		訪問看護基本療養費	200 (7.6)
		外来リハビリテーション診療料1または2 初期加算	125 (4.7) 598 (22.7)
		早期リハビリテーション加算	902 (34.3)
		回復期リハビリテーション病棟体制強化 加算 (1・2)	159 (6.0)
		介護支援連携指導料	7 (0.3)
		在宅復帰機能強化加算	4 (0.2)
		訪問看護基本療養費 I	164 (6.2)
		精神科訪問看護基本療養費 I	10 (0.4)
		退院時共同指導加算	9 (0.3)
		退院支援指導加算	15 (0.6)
		難病等複数回訪問加算	21 (0.8)
		乳幼児加算	12 (0.5)
		情報提供費	17 (0.6)
		夜間訪問看護加算	11 (0.4)
		早朝訪問看護加算	5 (0.2)
		同一建物居住者に対する複数回・複数名 訪問看護加算	4 (0.2)
		排尿自立支援加算	27 (1.0)
		精密知覚機能検査	20 (0.8)
その他の算定項目	2021年 n=2,632 無回答 263 除く		
	回答数 (%)		
リハビリテーション総合計画評価料	959 (36.4)		
運動量増加機器加算	21 (0.8)		
入院時訪問指導加算	19 (0.7)		
リハビリテーション計画提供料	95 (3.6)		
目標設定等支援・管理料	337 (12.8)		
摂食機能療法	102 (3.9)		
難病患者リハビリテーション料	11 (0.4)		
障害児 (者) リハビリテーション料	28 (1.1)		
がん患者リハビリテーション料	500 (19.0)		
認知症患者リハビリテーション料	11 (0.4)		
リンパ浮腫複合的治療料	3 (0.1)		
ADL維持向上等体制加算の施設基準	20 (0.8)		
精神科リエゾンチーム加算	4 (0.2)		
栄養サポートチーム加算	21 (0.8)		
認知症ケア加算	91 (3.5)		
早期離床・リハビリテーション加算	85 (3.2)		
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	29 (1.1)		
回復期リハビリテーション病棟入院料	362 (13.8)		
地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理 料含む)	317 (12.0)		
精神療養病棟入院料	8 (0.4)		
認知症治療病棟入院料	10 (0.4)		
地域移行機能強化病棟入院料	2 (0.1)		
入院対象者入院医学管理料 (医療観察法)	1 (0.04)		
リンパ浮腫指導管理料	8 (0.3)		

表 3-55 医療関連（身体障害領域）特定集中治療室での作業療法

(n=2,735)

	回答数 (%)
特定集中治療室 (ICU) がある	642 (23.5)
早期離床・リハビリテーション加算 算定している	322 (50.2)
算定していない	271 (42.2)
不明	49 (7.6)
ない	2,080 (76.0)
不明	13 (0.5)

表 3-57 医療関連（身体障害領域）認知症ケア加算

(n=2,730)

	回答数 (%)
認知症ケア加算を算定している	857 (31.4)
作業療法士のチームへの参加 参加している	416 (48.5)
参加していない	438 (51.1)
不明	3 (0.4)
算定していない	1,592 (58.3)
不明	281 (10.3)

4) 作業療法の評価項目と特に実施すべき評価

作業療法の評価で実施しているのは、「コミュニケーション能力」(78.6%)、「生活リズム」(75.8%)、「社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)」(72.8%)、「精神・認知・心理」(68.0%)、「余暇活動面」(59.1%)であり、『白書 2015』と傾向は変わっていない。そのなかでも、現病歴・治療歴が 25.5% から 40.1%、成育歴・生活歴が 27.5% から 40.7%、職業歴・学歴が 21.1% から 30.9%、生活時間が 37.2% から 46.4% と高くなっていたことは、現在の状況を評価するとともに対象者自身の時間的な経過に着目することにも視点が拡大していることが推

表 3-56 医療関連（身体障害領域）リハビリテーション総合実施計画書

(n=2,734)

	回答数 (%)
リハビリテーション総合実施計画書を使用	2,223 (81.3)
生活行為向上アセスメントの様式 使用している	197 (8.9)
異なる様式を使用	1,854 (83.4)
不明	172 (7.7)
使用していない	511 (18.7)

表 3-58 医療関連（身体障害領域）認知症患者リハビリテーション料の算定

(n=2,730)

	回答数 (%)
算定している	63 (2.3)
算定していない	2,497 (91.5)
不明	170 (6.2)

測できる(表 3-27)。

特に実施すべき評価では、社会生活適応能力の占める割合が最も大きいことは、長期目標と短期目標で見たように、長期的視野に立つ姿勢がうかがわれる。

5) 作業療法の種目と特に実施すべき種目

作業療法の種目として実施しているのは「各種作業活動—創作・芸術活動」(72.0%)、「各種作業活動—身体運動活動など」(67.1%)、「各種作業活動—手工芸」(61.8%)、「各種作業活動—各種ゲーム」(42.5%)、「各種作業活動—日常生活活動」(41.6%)と占める割合が大きかった(表 3-46)。このうち、「各種作業活動—手工芸」は『白書 2015』に比べ

表 3-59 医療関連（精神障害領域）作業療法法の指示内容

	全体		急性期全体		回復期全体		生活期全体		終末期全体		入院全体		外来全体		訪問全体		
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	
<基本的動作能力>	600 (70.8)	219 (56.2)	308 (60.5)	502 (65.5)	78 (42.9)	461 (75.7)	136 (41.7)	75 (29.5)									
運動機能の改善	285 (33.6)	88 (22.6)	136 (26.7)	205 (26.8)	20 (11.0)	232 (38.1)	35 (10.7)	34 (13.4)									
運動機能の維持・代償指導	311 (36.7)	57 (14.6)	96 (18.9)	261 (34.1)	53 (29.1)	251 (41.2)	44 (13.5)	38 (15.0)									
感覚知覚機能の改善	73 (8.6)	30 (7.7)	36 (7.1)	32 (4.2)	12 (6.6)	67 (11.0)	5 (1.5)	3 (1.2)									
感覚知覚機能の維持・代償指導	66 (7.8)	8 (2.1)	17 (3.3)	49 (6.4)	18 (9.9)	61 (10.0)	4 (1.2)	4 (1.6)									
認知心理機能の改善	426 (50.3)	175 (44.9)	232 (45.6)	273 (35.6)	21 (11.5)	338 (55.5)	103 (31.6)	28 (11.0)									
認知心理機能の維持・代償指導	364 (43.0)	79 (20.3)	125 (24.6)	297 (38.8)	47 (25.8)	287 (47.1)	78 (23.9)	30 (11.8)									
<応用的動作能力>	788 (93.0)	326 (83.6)	462 (90.8)	702 (91.6)	84 (46.2)	575 (94.4)	239 (73.3)	148 (58.3)									
起居動作の改善	58 (6.8)	15 (3.8)	16 (3.1)	36 (4.7)	3 (1.6)	47 (7.7)	2 (0.6)	10 (3.9)									
起居動作の維持・代償	67 (7.9)	8 (2.1)	10 (2.0)	52 (6.8)	15 (8.2)	58 (9.5)	2 (0.6)	7 (2.8)									
上肢運動機能の改善	54 (6.4)	14 (3.6)	17 (3.3)	39 (5.1)	6 (3.3)	39 (6.4)	5 (1.5)	10 (3.9)									
上肢運動機能の維持・代償	63 (7.4)	9 (2.3)	7 (1.4)	46 (6.0)	12 (6.6)	49 (8.0)	7 (2.1)	8 (3.1)									
身辺処理能力の改善	185 (21.8)	47 (12.1)	94 (18.5)	117 (15.3)	2 (1.1)	152 (25.0)	15 (4.6)	29 (11.4)									
身辺処理能力の維持・代償指導	160 (18.9)	25 (6.4)	54 (10.6)	124 (16.2)	17 (9.3)	124 (20.4)	20 (6.1)	27 (10.6)									
知的精神的能力の改善	261 (30.8)	100 (25.6)	157 (30.8)	167 (21.8)	4 (2.2)	216 (35.5)	52 (16.0)	18 (7.1)									
知的精神的能力の維持・代償指導	251 (29.6)	58 (14.9)	104 (20.4)	211 (27.5)	17 (9.3)	206 (33.8)	45 (13.8)	22 (8.7)									
福祉用具などの代償手段の適用	41 (4.8)	2 (0.5)	8 (1.6)	26 (3.4)	8 (4.4)	29 (4.8)	5 (1.5)	9 (3.5)									
生活リズムの改善	728 (86.0)	297 (76.2)	423 (83.1)	625 (81.6)	57 (31.3)	542 (89.0)	213 (65.3)	113 (44.5)									
コミュニケーション・対人技能の改善	712 (84.1)	258 (66.2)	413 (81.1)	612 (79.9)	33 (18.1)	532 (87.4)	220 (67.5)	113 (44.5)									
健康管理能力の維持・改善	411 (48.5)	118 (30.3)	219 (43.0)	332 (43.3)	22 (12.1)	277 (45.5)	138 (42.3)	72 (28.3)									
<社会的適応能力>	744 (87.8)	264 (67.7)	429 (84.3)	648 (84.6)	62 (34.1)	553 (90.8)	235 (72.1)	127 (50.0)									
日常生活活動の改善	594 (70.1)	204 (52.3)	327 (64.2)	494 (64.5)	27 (14.8)	442 (72.6)	154 (47.2)	101 (39.8)									
社会生活適応能力の改善	576 (68.0)	165 (42.3)	311 (61.1)	454 (59.3)	10 (5.5)	420 (69.0)	183 (56.1)	85 (33.5)									
就労就学前訓練	121 (14.3)	19 (4.9)	60 (11.8)	76 (9.9)	1 (0.5)	44 (7.2)	84 (25.8)	6 (2.4)									
就労就学の指導・訓練	101 (11.9)	11 (2.8)	47 (9.2)	64 (8.4)	1 (0.5)	32 (5.3)	76 (23.3)	5 (2.0)									
余暇活動の指導・援助	464 (54.8)	126 (32.3)	243 (47.7)	380 (49.6)	47 (25.8)	360 (59.1)	141 (43.3)	46 (18.1)									
<環境資源>	267 (31.5)	56 (14.4)	105 (20.6)	210 (27.4)	26 (14.3)	142 (23.3)	92 (28.2)	75 (29.5)									
人的環境の調整・利用	164 (19.4)	39 (10.0)	62 (12.2)	119 (15.5)	17 (9.3)	85 (14.0)	57 (17.5)	42 (16.5)									
物理的環境の調整・利用	127 (15.0)	29 (7.4)	37 (7.3)	85 (11.1)	21 (11.5)	86 (14.1)	31 (9.5)	26 (10.2)									
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	169 (20.0)	21 (5.4)	65 (12.8)	137 (17.9)	8 (4.4)	69 (11.3)	69 (21.2)	57 (22.4)									
<その他>	73 (8.6)	18 (4.6)	25 (4.9)	48 (6.3)	15 (8.2)	55 (9.0)	10 (3.1)	14 (5.5)									
その他	73 (8.6)	18 (4.6)	25 (4.9)	48 (6.3)	15 (8.2)	55 (9.0)	10 (3.1)	14 (5.5)									
該当するものがない	114 (13.5)	96 (24.6)	93 (18.3)	105 (13.7)	93 (51.1)	87 (14.3)	88 (27.0)	105 (41.3)									
合計	847 (100.0)	390 (100.0)	509 (100.0)	766 (100.0)	182 (100.0)	609 (100.0)	326 (100.0)	254 (100.0)									

表 3-60 医療関連（精神障害領域） 作業療法の目標

	短期目標 n=832	長期目標 n=841
項目	回答数 (%)	回答数 (%)
コミュニケーション・対人技能の改善	641 (77.0)	644 (76.6)
生活リズムの改善	685 (82.3)	629 (74.8)
社会生活適応能力の改善	417 (50.1)	580 (69.0)
日常生活活動の改善	503 (60.5)	574 (68.3)
健康管理能力の維持・改善	392 (47.1)	419 (49.8)
余暇活動の指導・援助	358 (43.0)	415 (49.3)
認知心理機能の改善	383 (46.0)	339 (40.3)
認知心理機能の維持・代償指導	339 (40.7)	331 (39.4)
運動機能の維持・代償指導	277 (33.3)	255 (30.3)
知的精神的能力の維持・代償指導	228 (27.4)	221 (26.3)
運動機能の改善	249 (29.9)	218 (25.9)
知的精神的能力の改善	224 (26.9)	213 (25.3)
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	134 (16.1)	206 (24.5)
人的環境の調整・利用	143 (17.2)	173 (20.6)
身辺処理能力の維持・代償指導	153 (18.4)	158 (18.8)
身辺処理能力の改善	182 (21.9)	156 (18.5)
物理的環境の調整・利用	111 (13.3)	137 (16.3)
就労就学の指導・訓練	67 (8.1)	127 (15.1)
就労就学前訓練	86 (10.3)	125 (14.9)

長期目標で10%以上を掲載。

ると71.1%から61.8%と9.3%、「各種作業活動—日常生活活動」は48.9%から41.6%と7.3%の減少となった。これらの原因を考察することは困難だが、「その他」が13.1%から31.1%と18.0%の増加の内容の調査が必要である。また、「各種作業活動—生活圏拡大活動」が52.0%から35.5%と16.5%減少したことは、COVID-19による外出の制限などの影響が推測できる。病期別では、日常生活活動が生活期で、生活圏拡大活動が回復期と生活期で多かった。特に実施すべき種目では、「各種作業活動—身体運動活動など」が56.1%と占める割合が最も大きく、COVID-19による外出制限などの影響を補うためにも身体運動を実施する機会を考慮した結果と推測できる（表3-46）。

具体的な項目では「音楽」（52.7%）、「体

操」（52.0%）、「絵画」（40.7%）、「その他の手工芸」（38.0%）、「その他軽スポーツ」（37.8%）の占める割合が大きい傾向は、『白書2015』と大きく変わらない。そのなかでは、「体操」が40.2%から52.0%に増加し、「外出・散歩」が27.5%から20.7%に減少していることは、COVID-19による影響がうかがわれる。また、『白書2015』には見られなかった「休息」が22.7%を占めていることは、その必要性の考察が今後の課題となる（表3-47）。

6) 作業療法に関わる診療報酬

作業療法に関わる診療報酬項目を見ると、「精神科作業療法料」（65.9%）を算定する施設が最も多く、次いで「精神科デイ・ケア料」（32.2%）、「精神療養病棟入院料」（21.2%）、

「精神科ショート・ケア料」(19.5%)、「認知症治療病棟入院料」(17.0%)の占める割合が大きかった。『白書2015』と比較すると、「精神科作業療法」は80.7%、「精神科デイ・ケア」(『白書2015』の精神科デイ・ケア(大規模)と精神科デイ・ケア(小規模)を合計したもの)40.7%、「精神科ショート・ケア」(『白書2015』の精神科ショート・ケア(大規模)と精神科ショート・ケア(小規模)を合計したもの)20.7%から減少、「認知症治療病棟入院料1と認知症治療病棟入院料2を合計したもの」17.0%と横ばい、精神科療養病棟入院料は18.5%から増加した(表3-61)。

『白書2015』以降に新設、または変更のあった主な算定項目を請求している施設では、「認知症ケア加算」83件(8.6%)があり、このうち約半数の41施設で作業療法士がチームに参画(表3-62)、また、「認知症患者リハビリテーション料」は95件(9.9%)で算定していた(表3-63)。

3-2-3 医療関連(発達障害領域)

1) 作業療法の対象

対象者の年齢別人数の占める割合を『白書2015』と比較すると、1歳未満は0.9%から1.2%、1~6歳(就学前)は44.4%から41.6%、6(就学後)~15歳は26.5%から23.2%、15~18歳は3.9%から4.7%、18歳以上は24.3%から29.2%と増減があった(表3-8)。

対象者の病期別では、生活期の占める割合が48.4%から62.8%と急性期の7.5%から4.2%、回復期の43.9%から32.8%、終末期の0.2%から0.1%と減少するなかで増加していた。サービス種別人数では、入院が31.7%から42.3%へ、訪問が2.8%から5.0%に増え、一方で外来が65.6%から52.7%に減少していた。さらに入院・外来・訪問別で見ると、入院では生活期68.6%から82.3%と増加、急性期では5.0%から4.2%、回復期でも25.8%から13.5%に減少、外来

でも生活期37.0%から45.1%と増加、急性期では8.8%から4.5%、回復期でも54.2%から50.2%に減少した。一方、訪問では回復期が7.5%から13.9%に増加し、急性期で6.5%から0.9%、生活期で86.0%から84.3%に減少した(表3-19)。

対象者の疾患・障害では、『白書2015』の占める割合と比べると「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」が67.5%から58.6%、「脳性麻痺」が72.1%から47.6%、「精神遅滞、知的障害」が57.1%から44.9%と減少となった(表3-9)。

2) 作業療法の指示内容

指示内容は全体、病期別の急性期、回復期、生活期でも基本的動作能力、応用的動作能力、社会的適応能力、環境資源の順に占める割合が多い。『白書2015』では全体と急性期・生活期は同じ傾向を示していたが、回復期では応用的動作能力の占める割合が大きかった(表3-24)。

詳細の項目では、全体で「運動機能の改善」(67.4%)、「コミュニケーション・対人技能の改善」(53.9%)、「感覚知覚機能の改善」(53.1%)、「日常生活活動の改善」(52.4%)、「上肢運動機能の改善」(46.9%)の占める割合が大きい。しかし、病期別にみると急性期では「運動機能の改善」(43.4%)、「上肢運動機能の改善」(31.6%)、「感覚知覚機能の改善」(27.6%)、「日常生活活動の改善」(22.4%)、「認知心理機能の改善」(21.1%)、回復期では「運動機能の改善」(72.2%)、「感覚知覚機能の改善」(61.5%)、「上肢運動機能の改善」と「コミュニケーション・対人技能の改善」(56.2%)、「認知心理機能の改善」と「身辺処理能力の改善」(47.9%)、生活期では「運動機能の改善」(52.1%)、「運動機能の維持・代償指導」と「日常生活活動の改善」(44.5%)、「コミュニケーション・対人技能の改善」(43.1%)、「感覚知覚機能の改善」(34.8%)と

表 3-61 医療関連（精神障害領域）作業療法に関わる診療報酬

	2021年 n=824 無回答 138 除く
項目	回答数 (%)
精神科作業療法料	543 (65.9)
精神科デイ・ケア料	265 (32.2)
精神療養病棟入院料	175 (21.2)
精神科ショート・ケア料	161 (19.5)
認知症治療病棟入院料	140 (17.0)
精神科訪問看護基本療養費 I	72 (8.7)
重度認知症患者デイ・ケア料	67 (8.1)
精神科訪問看護基本療養費	59 (7.2)
精神科デイ・ナイト・ケア料	56 (6.8)
精神科訪問看護・指導料	55 (6.7)
認知症患者リハビリテーション料	51 (6.2)
訪問看護管理療養費	33 (4.0)
複数名精神科訪問看護加算	32 (3.9)
精神科ナイト・ケア料	25 (3.0)
訪問看護基本療養費	17 (2.1)
リハビリテーション総合計画評価料	16 (1.9)
運動器リハビリテーション料 (I)	13 (1.6)
脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	12 (1.5)
精神科継続外来支援・指導料	11 (1.3)
精神科退院前訪問指導料	11 (1.3)
廃用症候群リハビリテーション料 (I)	10 (1.2)
地域移行機能強化病棟入院料	10 (1.2)
摂食機能療法	9 (1.1)
入院生活技能訓練療法	9 (1.1)
訪問看護基本療養費 I	9 (1.1)
脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	8 (1.0)
早期リハビリテーション加算	8 (1.0)

占める割合とその項目が異なる。終末期については、回答が少なく、特徴を示すことは困難である。入院、外来、訪問の別では、入院では「運動機能の維持・代償指導」(54.5%)が占める割合が最も多いが、外来(72.0%)、訪問(45.3%)では「運動機能の改善」の占める割合が多い(表 3-64)。

3) 作業療法の目標

長期目標と短期目標では、長期目標の占め

表 3-62 医療関連（精神障害領域）認知症ケア加算

	回答数 (%)
認知症ケア加算を算定している	83 (8.6)
作業療法士のチームへの参加 参加している	41 (49.4)
参加していない	42 (50.6)
算定していない	641 (66.6)
不明	143 (14.9)

表 3-63 医療関連（精神障害領域）認知症患者リハビリテーション料の算定

	回答数 (%)
算定している	95 (9.9)
算定していない	685 (71.2)
わからない	82 (8.5)

る割合の大きい 10 項目は、順序の入れ替わりはあるが短期目標の上位 10 項目と同じであった。「運動機能の改善」は短期目標では 65.0% を占めているが、長期目標では 53.1% となっている。同じように、「社会生活適応能力の改善」は短期目標では 25.9% だが、長期目標では 39.0% を占めている(表 3-38)。詳細の項目で見ると、長期目標では全体で「社会的適応能力・日常生活活動の改善」(56.7%) の占める割合が最も大きい。病

表3-64 医療関連（発達障害領域）作業療法の指示内容

	全体		急性期全体		回復期全体		生活期全体		終末期全体		入院全体		外来全体		訪問全体	
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
<基本的動作能力>	336 (84.2)	43 (56.6)	138 (81.7)	228 (78.6)	1 (2.9)	100 (75.8)	220 (84.3)	82 (59.0)								
運動機能の改善	269 (67.4)	33 (43.4)	122 (72.2)	151 (52.1)	0 (0.0)	54 (40.9)	188 (72.0)	63 (45.3)								
運動機能の維持・代償指導	158 (39.6)	13 (17.1)	28 (16.6)	129 (44.5)	1 (2.9)	72 (54.5)	67 (25.7)	38 (27.3)								
感覚知覚機能の改善	212 (53.1)	21 (27.6)	104 (61.5)	101 (34.8)	1 (2.9)	31 (23.5)	169 (64.8)	34 (24.5)								
感覚知覚機能の維持・代償指導	75 (18.8)	3 (3.9)	9 (5.3)	64 (22.1)	0 (0.0)	39 (29.5)	35 (13.4)	8 (5.8)								
認知心理機能の改善	172 (43.1)	16 (21.1)	81 (47.9)	80 (27.6)	0 (0.0)	27 (20.5)	133 (51.0)	24 (17.3)								
認知心理機能の維持・代償指導	57 (14.3)	3 (3.9)	8 (4.7)	50 (17.2)	0 (0.0)	29 (22.0)	24 (9.2)	7 (5.0)								
<応用的動作能力>	330 (82.7)	38 (50.0)	136 (80.5)	226 (77.9)	1 (2.9)	98 (74.2)	225 (86.2)	72 (51.8)								
起居動作の改善	54 (13.5)	4 (5.3)	21 (12.4)	34 (11.7)	0 (0.0)	13 (9.8)	24 (9.2)	20 (14.4)								
起居動作の維持・代償	41 (10.3)	1 (1.3)	4 (2.4)	38 (13.1)	0 (0.0)	23 (17.4)	8 (3.1)	11 (7.9)								
上肢運動機能の改善	187 (46.9)	24 (31.6)	95 (56.2)	94 (32.4)	0 (0.0)	43 (32.6)	144 (55.2)	27 (19.4)								
上肢運動機能の維持・代償	90 (22.6)	7 (9.2)	14 (8.3)	76 (26.2)	0 (0.0)	55 (41.7)	42 (16.1)	9 (6.5)								
上肢運動機能の維持・代償指導	162 (40.6)	8 (10.5)	81 (47.9)	82 (28.3)	0 (0.0)	23 (17.4)	129 (49.4)	26 (18.7)								
身体処理能力の改善	54 (13.5)	3 (3.9)	7 (4.1)	45 (15.5)	0 (0.0)	29 (22.0)	22 (8.4)	7 (5.0)								
身体処理能力の維持・代償指導	138 (34.6)	10 (13.2)	70 (41.4)	69 (23.8)	0 (0.0)	21 (15.9)	106 (40.6)	24 (17.3)								
知的精神的能力の改善	44 (11.0)	2 (2.6)	5 (3.0)	40 (13.8)	0 (0.0)	28 (21.2)	14 (5.4)	6 (4.3)								
知的精神的能力の維持・代償指導	52 (13.0)	3 (3.9)	14 (8.3)	42 (14.5)	0 (0.0)	19 (14.4)	29 (11.1)	10 (7.2)								
福祉用具などの代償手段の適用	68 (17.0)	10 (13.2)	20 (11.8)	44 (15.2)	1 (2.9)	24 (18.2)	32 (12.3)	18 (12.9)								
生活リズムの改善	215 (53.9)	12 (15.8)	95 (56.2)	125 (43.1)	0 (0.0)	50 (37.9)	157 (60.2)	37 (26.6)								
コミュニケーション・対人技能の改善	14 (3.5)	2 (2.6)	4 (2.4)	12 (4.1)	0 (0.0)	1 (0.8)	5 (1.9)	9 (6.5)								
健康管理能力の維持・改善	278 (69.7)	23 (30.3)	115 (68.0)	176 (60.7)	1 (2.9)	73 (55.3)	196 (75.1)	50 (36.0)								
<社会的適応能力>	209 (52.4)	17 (22.4)	87 (51.5)	129 (44.5)	1 (2.9)	58 (43.9)	143 (54.8)	37 (26.6)								
日常生活活動の改善	123 (30.8)	5 (6.6)	51 (30.2)	72 (24.8)	0 (0.0)	15 (11.4)	97 (37.2)	19 (13.7)								
社会生活適応能力の改善	95 (23.8)	7 (9.2)	45 (26.6)	45 (15.5)	0 (0.0)	5 (3.8)	82 (31.4)	10 (7.2)								
就労就学前訓練	76 (19.0)	2 (2.6)	32 (18.9)	43 (14.8)	0 (0.0)	6 (4.5)	57 (21.8)	13 (9.4)								
就労就学の指導・訓練	71 (17.8)	0 (0.0)	16 (9.5)	59 (20.3)	0 (0.0)	38 (28.8)	33 (12.6)	7 (5.0)								
余暇活動の指導・援助	92 (23.1)	7 (9.2)	31 (18.3)	67 (23.1)	1 (2.9)	18 (13.6)	57 (21.8)	27 (19.4)								
<環境資源>	56 (14.0)	7 (9.2)	16 (9.5)	37 (12.8)	1 (2.9)	7 (5.3)	41 (15.7)	13 (9.4)								
人的環境の調整・利用	67 (16.8)	5 (6.6)	26 (15.4)	44 (15.2)	1 (2.9)	15 (11.4)	44 (16.9)	15 (10.8)								
物理的環境の調整・利用	35 (8.8)	5 (6.6)	6 (3.6)	26 (9.0)	1 (2.9)	4 (3.0)	18 (6.9)	15 (10.8)								
社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助	47 (11.8)	3 (3.9)	16 (9.5)	33 (11.4)	0 (0.0)	19 (14.4)	21 (8.0)	12 (8.6)								
<その他>	47 (11.8)	3 (3.9)	16 (9.5)	33 (11.4)	0 (0.0)	19 (14.4)	21 (8.0)	12 (8.6)								
その他	55 (13.8)	34 (44.7)	36 (21.3)	53 (18.3)	34 (97.1)	34 (25.8)	39 (14.9)	48 (34.5)								
該当するものがない	399 (100.0)	76 (100.0)	169 (100.0)	290 (100.0)	35 (100.0)	132 (100.0)	261 (100.0)	139 (100.0)								
合計																

期別で見ると急性期では「基本的動作能力・運動機能の改善」(38.7%)、回復期では「社会的適応能力・日常生活活動の改善」(55.4%)、生活期では「社会的適応能力・日常生活活動の改善」(49.7%)の占める割合が大きくなる。短期目標では、「基本的動作能力・運動機能の改善」が全体では65.0%、急性期で44.0%、回復期で70.2%、生活期で51.0%を占めている。基本的動作能力は短期目標、応用的動作能力と社会的適応能力は長期目標になっている(表3-39, 3-40)。

4) 作業療法の評価と特に実施すべき評価

評価で占める割合が大きいのは、「姿勢・肢位」(69.9%)、「感覚・知覚」(56.1%)、「筋緊張」(53.0%)、「コミュニケーション能力」(50.5%)であった。『白書2015』と比較して占める割合の変化が大きい評価は、「成育歴・生活歴」が19.1%から33.8%に増加し、「上肢動作」は60.0%から46.2%に減少した。しかし、実施すべき評価としては「成育歴・生活歴」は12.7%と占める割合では10番目であり、一方、「上肢動作」は22.3%で占める割合では5番目であった(表3-28)。

5) 作業療法的手段(種目)と特に実施すべき種目

作業療法的手段(種目)として実施しているのは、「各種作業活動一身体運動活動など」(68.6%)、「各種作業活動一日常生活活動」(67.1%)、「基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)」(65.8%)の占める割合が大きい。なお、この3項目は『白書2015』でも、「各種作業活動一身体運動活動など」(75.9%)、「各種作業活動一日常生活活動」(83.5%)、「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%)と占める割合が大きかった。特に実施すべき手段(種目)でも、『白書2015』と比べて「各種作業活動一身体運動活動など」は68.6%から60.2%、「各種作業活動一日常生活活動」は73.1%か

ら60.2%に減少したものの、「基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)」が31.4%から49.7%に増加した(表3-48)。

6) 作業療法に関わる診療報酬

作業療法に関わる診療報酬の項目を見ると、「脳血管疾患等リハビリテーション料」(46.9%)を算定する施設が最も多く、次いで、「障害児(者)リハビリテーション料」(29.8%)、「訪問看護基本療養費」(24.9%)の占める割合が大きかった。これは『白書2015』では、「脳血管疾患等リハビリテーション料(『白書2015』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」「脳血管疾患等リハビリテーション料(II)廃用症候群以外」「脳血管疾患等リハビリテーション料(I)廃用症候群」「脳血管疾患等リハビリテーション料(III)廃用症候群以外」を合計したもの)は55.6%、「障害児(者)リハビリテーション料」は34.3%から今回の調査では29.8%に減少し、「訪問看護基本療養費」は10.2%から24.9%に増加した。また、今回の調査では「精神科作業療法料」9件(2.4%)などの『白書2015』にはなかった精神科関連の算定があった(表3-65)。

3-3 介護保険領域における作業療法

1) 作業療法の対象者

指定日に作業療法士が関わった対象者の占める割合を『白書2015』と比べて見ると、65~74歳は14.3%から11.6%に減少、75歳以上が82.4%から85.9%に増加しており、75歳以上の占める割合が大きい(表3-10)。

サービス種別での占める割合を『白書2015』と比較して見ると、入所・入居が46.6%から44.1%、通所系が41.7%から43.8%、訪問系が10.2%から11.5%と増減した(表3-20)。

表 3-65 医療関連（発達障害領域）作業療法に関
わる診療報酬

	順位	回答数 (%)
脳血管疾患等リハビリテーション料	1	179 (46.9)
障害児（者）リハビリテーション料	2	114 (29.8)
訪問看護基本療養費	3	95 (24.9)
訪問看護管理療養費	4	43 (11.3)
リハビリテーション総合計画評価料	5	38 (9.9)
乳幼児加算	6	29 (7.6)
運動器リハビリテーション料	7	23 (6.0)
精神科作業療法料	8	9 (2.4)
情報提供費	9	8 (2.1)
廃用症候群リハビリテーション料	10	7 (1.8)

※疾患別リハ料はⅠ、Ⅱ、Ⅲを合算，訪問看護基本療養費と訪問看護基本療養費Ⅰを合算して集計。

対象者の疾患・障害では「脳血管性障害」(87.0%)が最も多く、「骨折」(54.8%)、「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）」(49.2%)，「パーキンソン病」(48.2%)，「心臓疾患」(46.6%)，「その他の骨・関節疾患」(34.8%)，「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）」(26.3%)，「関節リウマチ」(25.9%)，「呼吸器系疾患」(25.8%)，「脊椎障害」(22.1%)と占める割合が大きく、『白書 2015』と大きな変化はない（表 3-11）。

2) 対象者の依頼（指示）内容

介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼や医師の指示の内容は、『白書 2015』と比べると大項目では，全体で基本的動作能力が97.6%から97.0%，応用的動作能力が94.7%から90.7%，社会的適応能力が79.2%から70.3%，環境資源が29.4%から25.7%へと減少した。基本的動作能力の占める割合が最も大きく，次いで応用的動作能力，社会的適応能力，環境資源となることに変わりはない。サービス別でみると，基本的動作能力で入所・入居が97.5%から96.5%，通所系

が97.7%から97.8%，訪問系が93.8%から96.6%，応用的動作能力ではそれぞれ92.3%から91.6%，92.5%から90.2%，90.6%から90.9%，社会的適応能力では67.8%から64.4%，76.2%から69.5%，78.1%から80.7%，環境資源では19.9%から21.6%，19.6%から18.7%，37.1%から44.5%に増減した。基本的動作能力に占める割合が最も大きく，次いで応用的動作能力，社会的適応能力，環境資源であることは変わらない。詳細な項目では，「基本的動作能力・運動機能の維持・代償指導」が全体78.5%，入所・入居79.4%，通所系78.9%と占める割合が大きい。訪問系では「社会的適応能力・日常生活活動の改善」が78.9%と大きかった（表 3-25）。介護保険領域では，作業療法への依頼（指示）の内容では，基本的動作能力の維持・代償指導などが多かった。

3) 実施した「評価」と作業療法に「特徴的な評価」

介護保険領域で作業療法士が実施した評価は、『白書 2015』から「筋力・筋持久力」が77.2%から81.4%，「姿勢・肢位」が74.7%から72.8%，「関節可動域」が70.2%から

72.3%、「起居移動」が68.7%から66.1%、「身辺処理」が51.8%から54.7%と占める割合が増減した(表3-29)。

作業療法に特徴的な評価では「身辺処理」「起居移動」「筋力・筋持久力」「姿勢・肢位」「精神・認知・心理」の順で占める割合が大きい。

4) リハビリテーション実施計画の目標

リハビリテーション実施計画の長期目標(大項目)では、全体とサービス別の入所・入居、通所系、訪問系のすべてで「応用的動作能力」の占める割合が最も大きく、次いで「基本的動作能力」「社会的適応能力」「環境資源」の順となっている。この傾向は『白書2015』と変わらない。応用的動作能力では全体、入所・入居、通所系、訪問系それぞれで『白書2015』と比べて、92.0%から92.8%と増加した以外は、91.3%から85.8%、89.2%から86.7%、85.1%から75.0%と占める割合が減少した。基本的動作能力では85.2%から89.1%、85.8%から83.8%、82.8%から84.8%、73.9%から69.2%へと増減し、社会的適応能力では84.8%から81.3%、73.2%から67.6%、82.2%から75.0%、83.2%から69.0%へとすべて減少、環境資源では29.1%から32.2%、18.9%から23.1%、21.1%から20.6%、36.1%から34.1%へ増減した。詳細の項目を見ると、全体では「社会的適応能力・日常生活活動の改善」が76.9%、「基本的動作能力・運動機能の維持・代償指導」が75.7%、同じ「基本的動作能力・運動機能の改善」が63.2%と占める割合が大きい。

サービス別でも入所・入居では「基本的動作能力・運動機能の維持・代償指導」が71.3%、「社会的適応能力・日常生活活動の改善」が62.4%、「基本的動作能力・運動機能の改善」が52.1%、通所系では「社会的適応能力・日常生活活動の改善」が69.8%、「基本的動作能力・運動機能の維持・代償指導」

が68.4%、「基本的動作能力・運動機能の改善」が62.6%、訪問系では「社会的適応能力・日常生活活動の改善」が66.4%、「基本的動作能力・運動機能の維持・代償指導」が55.0%、「基本的動作能力・運動機能の改善」が46.0%などの占める割合が大きい(表3-42)。

長期目標と短期目標を見ると、基本的動作能力の「運動機能の維持・代償指導」は短期目標の占める割合は83.4%、長期目標の占める割合75.7%、同様に「運動機能の改善」は78.2%、63.2%であった。

社会的適応能力の「社会生活適応能力の改善」は短期目標では15.2%、長期目標では20.4%、「日常生活活動の改善」は75.3%が76.9%に、応用的動作能力に含まれる「生活リズムの改善」は38.4%が41.8%などとなった(表3-41)。

5) 実施手段(種目)と作業療法に特徴的な実施種目

作業療法士が実施した種目は、「基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)」(94.1%)、「各種作業活動—日常生活活動」(90.1%)と占める割合が大きく、次いで「各種作業活動—身体運動活動など」(36.7%)、「各種作業活動—生活圏拡大活動」(31.9%)、「相談・指導・調整」(29.1%)となった。『白書2015』と比べると、「各種作業活動—手工芸」では35.4%から22.4%、「各種作業活動—創作・芸術活動」では29.1%から20.9%の減少となった。

作業療法に特徴的な実施種目では、「移動・移乗」(65.5%)、「徒手の訓練」(45.7%)、「各種運動療法」(41.7%)、「起居」(40.2%)、「排泄」(31.5%)と「基本的動作訓練(生活に関連する作業を用いない訓練)」や「各種作業活動—日常生活活動」に含まれる詳細な項目の占める割合が大きい(表3-49)。

作業療法で実施した種目をサービス種別で見ると、「各種作業活動—日常生活活動」が入

所・入居では61.5%、通所系では58.9%、訪問系では70.5%と占める割合が大きい。このほか、訪問系に着目すると、「各種作業活動—生活圏拡大活動」が23.8%に対して入所・入居は4.3%、通所系11.5%、「用具の提供・適合・考案・作製・使用指導」が10.5%に対して入所・入居は8.4%、通所系は5.2%、「相談・指導・調整」が28.6%に対して入所・入居は8.8%、通所系は10.7%と大きかった。これを、入所・入居、訪問系で個別・集団に分けた結果で見ると、「各種作業活動—日常生活活動」の「入所・入居：個別あり」では81.1%、「通所系：個別あり」で72.7%と占める割合が大きくなる。「個別・集団」で占める割合を比較すると入所・入居の「基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）」では「個別あり：60.9%」に対して「集団のみ：18.2%」。「各種作業活動—日常生活活動」は81.1%に対して14.5%、「各種作業活動—園芸」では1.9%に対して1.2%、「各種作業活動—仕事・学習活動」は2.8%に対して1.2%、「各種作業活動—生活圏拡大活動」は5.1%に対して2.2%、「用具の提供・適合・考案・作製・使用指導」は11.0%に対して2.6%、「相談・指導・調整」は11.4%に対して2.6%と個別ありの占める割合が大きい。通所系では、「基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）」「個別あり」で67.7%に対して「集団のみ」では36.9%、「各種作業活動—日常生活活動」では72.7%に対し25.5%、「各種作業活動—手工芸」は6.1%に対し6.0%、「各種作業活動—仕事・学習活動」は3.3%に対し3.1%、「各種作業活動—生活圏拡大活動」は13.5%に対し6.6%、「用具の提供・適合・考案・作製・使用指導」は6.4%に対し2.2%、「相談・指導・調整」は12.8%に対し5.5%と「個別あり」の占める割合が大きい（表3-66）。

6) 請求する介護報酬

作業療法士の関わった対象で請求する介護

報酬項目をサービス別にみると、『白書2015』以降に新設された「科学的介護推進体制加算」は、入所・入居の介護老人保健施設42.1%、指定介護老人福祉施設40.3%で、通所系の通所リハビリテーション（介護給付）39.7%、通所介護（介護給付）33.9%で請求対象としていた。同様に新設された「自立支援促進加算」を請求しているのは、入所・入居の介護老人保健施設15.3%、指定介護老人福祉施設10.1%であった。

また、通所リハビリテーションの「生活行為向上リハビリテーション実施加算」は、介護給付で2.6%、介護予防・日常生活支援総合事業で3.0%で請求していた。なお、『白書2015』では0%だった移行支援加算（社会参加支援加算）は、今回は12.4%で請求していた。

「リハビリテーションマネジメント加算」は、通所系の通所リハビリテーションでは「加算A」29.5%、「加算B」は40.2%、訪問系の訪問リハビリテーション（介護給付）では「加算A」17.0%、「加算B」23.1%でともに加算Bで請求している施設の占める割合が大きい。

通所系の通所介護（介護給付）の個別機能訓練加算では、加算I（イ）42.7%、加算I（ロ）44.4%、加算II35.9%と「加算I（ロ）」が占める割合が最も大きい。ADL維持等加算では加算Iが7.3%と加算II5.9%、加算III2.0%よりも占める割合が大きい（表3-67）。

7) 地域支援事業の実施状況

地域支援事業を実施については、『白書2015』と比べて「介護予防事業（介護予防、日常生活総合事業を含む）」は42.8%から69.1%、「新しい総合事業」は6.0%から17.9%、包括的支援事業は6.5%から7.5%と実施状況で占める割合が伸びている（表3-68）。

介護予防、生活支援サービス事業の調査により、通所型サービスCに164名（6.0%）、訪問型サービスCに90名（3.3%）の作業療

表3-66 介護保険領域 実施種目（サービス種別、個別・集団）

	入所・入居		通所系		訪問系	その他	
	個別あり	集団のみ	個別あり	集団のみ		個別あり	集団のみ
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
合計	1,211 (100.0)	505 (100.0)	1,537 (100.0)	636 (100.0)	1,216 (100.0)	305 (100.0)	272 (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）	737 (60.9)	92 (18.2)	1,040 (67.7)	235 (36.9)	622 (51.2)	22 (7.2)	4 (1.5)
各種作業活動—日常生活活動	982 (81.1)	73 (14.5)	1,118 (72.7)	162 (25.5)	857 (70.5)	23 (7.5)	1 (0.4)
各種作業活動—手工芸	74 (6.1)	32 (6.3)	94 (6.1)	38 (6.0)	15 (1.2)	2 (0.7)	1 (0.4)
各種作業活動—創作・芸術活動	83 (6.9)	72 (14.3)	55 (3.6)	45 (7.1)	11 (0.9)	3 (1.0)	2 (0.7)
各種作業活動—各種ゲーム	20 (1.7)	21 (4.2)	32 (2.1)	33 (5.2)	8 (0.7)	1 (0.3)	1 (0.4)
各種作業活動—園芸	23 (1.9)	6 (1.2)	36 (2.3)	17 (2.7)	8 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
各種作業活動—身体運動活動など	101 (8.3)	162 (32.1)	169 (11.0)	173 (27.2)	49 (4.0)	7 (2.3)	1 (0.4)
各種作業活動—仕事・学習活動	34 (2.8)	6 (1.2)	50 (3.3)	20 (3.1)	19 (1.6)	1 (0.3)	0 (0.0)
各種作業活動—生活圏拡大活動	62 (5.1)	11 (2.2)	208 (13.5)	42 (6.6)	289 (23.8)	4 (1.3)	0 (0.0)
用具の提供・適合・考案・作製・使用指導	133 (11.0)	13 (2.6)	99 (6.4)	14 (2.2)	128 (10.5)	4 (1.3)	0 (0.0)
相談・指導・調整	138 (11.4)	13 (2.6)	197 (12.8)	35 (5.5)	348 (28.6)	9 (3.0)	0 (0.0)

表 3-67 介護保険領域 請求する介護報酬項目

入所・入居	2015 年	2021 年
<介護老人保健施設>	484 (100.0)	681 (100.0)
短期集中リハビリテーション実施加算	421 (87.0)	631 (92.7)
サービス提供体制強化加算 I (イ・ロ)	-	215 (31.6)
科学的介護推進体制加算	-	287 (42.1)
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	-	265 (38.9)
自立支援促進加算	-	104 (15.3)
<指定介護老人福祉施設>	-	159 (100.0)
個別機能訓練加算 I	-	136 (85.5)
個別機能訓練加算 II	-	67 (42.1)
生活機能向上連携加算 I	-	6 (3.8)
生活機能向上連携加算 II	-	13 (8.2)
ADL 維持等加算 I・II	-	22 (13.8)
科学的介護推進体制加算	-	64 (40.3)
自立支援促進加算	-	16 (10.1)

通所系	2015 年	2021 年
<通所リハビリテーション (介護給付)>	873 (100.0)	1,056 (100.0)
リハビリテーション提供体制加算	-	755 (71.5)
リハビリテーションマネジメント加算 A	722 (82.7)	312 (29.5)
リハビリテーションマネジメント加算 B	188 (21.5) 86 (9.9)	424 (40.2)
短期集中個別リハビリテーション実施加算	372 (42.6)	467 (44.2)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I, II	29 (3.3) 7 (0.8)	44 (4.2)
生活行為向上リハビリテーション実施加算	15 (1.7) 11 (1.3)	27 (2.6)
移行支援加算	0 (0.0)	131 (12.4)
科学的介護推進体制加算	-	419 (39.7)
<通所リハビリテーション (介護予防・日常生活支援総合事業)>	-	558 (100.0)
生活行為向上リハビリテーション実施加算	-	17 (3.0)
科学的介護推進体制加算	-	241 (43.2)
事業所評価加算	-	45 (8.1)
<通所介護 (介護給付)>	197 (100.0)	410 (100.0)
生活機能向上連携加算 I	-	16 (3.9)
生活機能向上連携加算 II	-	22 (5.4)
個別機能訓練加算 I (イ)	98 (49.7)	175 (42.7)
個別機能訓練加算 I (ロ)	121 (61.4)	182 (44.4)
個別機能訓練加算 II	-	147 (35.9)
ADL 維持等加算 I	-	30 (7.3)
ADL 維持等加算 II	-	24 (5.9)
ADL 維持等加算 III	-	8 (2.0)
科学的介護推進体制加算	-	139 (33.9)

表 3-67 (つづき)

訪問系	2015年	2021年
<訪問リハビリテーション (介護給付)>	331 (100.0)	611 (100.0)
訪問リハビリテーションⅠ (項目全般)	-	481 (78.7)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	-	408 (66.8)
サービス提供体制強化加算Ⅱ	-	77 (12.6)
リハビリテーションマネジメント加算 A イ	242 (73.1)	59 (9.7)
リハビリテーションマネジメント加算 A ロ	-	45 (7.4)
リハビリテーションマネジメント加算 B イ	39 (11.8)	61 (10.0)
リハビリテーションマネジメント加算 B ロ	-	80 (13.1)
短期集中リハビリテーション実施加算	56 (16.9)	112 (18.3)
移行支援加算	0 (0.0)	194 (31.8)
<訪問リハビリテーション (介護予防・日常生活支援総合事業)>	-	199 (100.0)
サービス提供体制強化加算	-	183 (92.0)
予防訪問リハビリテーションⅡ (項目全般)	-	110 (55.3)
短期集中リハビリテーション実施加算	-	28 (14.1)
事業所評価加算	-	27 (13.6)
<訪問看護 (介護給付)>	302 (100.0)	503 (100.0)
訪問看護ⅠⅤ (項目全般)	197 (65.2)	377 (75.0)
訪問看護ⅠⅤ・Ⅱ (項目全般)	197 (65.2)	300 (59.6)
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ・Ⅱ)	168 (55.6)	259 (51.5)
<訪問看護 (介護予防・日常生活支援総合事業)>	-	225 (100.0)
介護予防訪問看護ⅠⅤ (項目全般)	-	189 (84.0)
介護予防訪問看護ⅠⅤ・Ⅱ (項目全般)	-	61 (27.1)
サービス提供体制強化加算	-	123 (54.7)

表 3-68 介護保険領域 地域支援事業の実施状況

	2015年 n=1,991	2021年 n=1,487
	回答数 (%)	回答数 (%)
介護予防事業 (介護予防・日常生活支援総合事業を含む)	853 (42.8)	1,028 (69.1)
新しい総合事業 (介護予防・日常生活サービス事業・一般介護予防事業)	119 (6.0)	266 (17.9)
包括的支援事業	130 (6.5)	111 (7.5)
任意事業	94 (4.7)	82 (5.5)

法士が関与していた (表 3-69).

業所 (17.8%) は導入予定となっていた (表 3-70).

8) LIFE (VISIT・CHASE) の導入状況

2021年4月から LIFE (科学的介護情報システム) が導入となったが、実施状況は、1,168事業所 (43.4%) が導入済み、480事

表 3-69 介護保険領域 作業療法士が関与している介護予防・生活支援サービス事業

	回答数 (%)
通所型サービス A	219 (8.0)
通所型サービス C	164 (6.0)
訪問型サービス現行相当	106 (3.9)
訪問型サービス A	25 (0.9)
訪問型サービス C	90 (3.3)
訪問型サービス D	1 (0.0)
関与していない	2,144 (78.0)
合計	2,749 (100.0)

表 3-70 介護保険領域 LIFE (VISIT・CHASE) による科学的介護の導入状況

	回答数 (%)
導入している	1,168 (43.4)
導入予定である	480 (17.8)
導入予定はない	509 (18.9)
わからない	535 (19.9)
合計	2,692 (100.0)

3-4 障害福祉領域における作業療法

近年、障害福祉領域に関わる作業療法士は増えつつあり、さまざまな疾患や障害に対応できる作業療法士の活躍が期待される。一方、多くが一人職場であり、対象者（児）が多様な障害像ならではの悩みも多く、この点をいかにサポートしていくかが課題である。

3-4-1 介護給付（日中活動系，施設系，訪問系）

対象者の年齢区分別人数では、介護保険へ移行する 64 歳以下では全年齢層で利用があり、対象が幅広いことがうかがえる（表 3-12）。2019 年に本会が行った「成人が利用する日中活動の主たる事業である生活介護事業における作業療法の実態に関する調査」では、65 歳以上 23%、40～64 歳の割合が 49%を占めており、障害福祉領域でも高齢化が進行している¹⁾（図 3-1）。

対象者の疾患・障害では、全体的に精神および行動の障害の占める割合が 84.6% と大きい。入所・入居では「脳血管性障害」55.1%、「脳性麻痺」66.3%、「精神遅滞 知

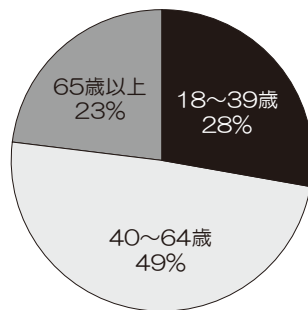


図 3-1 生活介護 利用者の年齢別割合

的障害」(以下、知的障害) 42.7%、「統合失調症」39.3%の占める割合が大きい。生活介護事業において作業療法士が関わることが多い疾患・障害もほぼ同様の結果を示し(図 3-2)、多種多様な疾患への対応を行っている¹⁾。

実施した評価項目では、全体の占める割合でみると応用的動作能力(87.9%)、基本的動作能力(84.0%)、社会的適応能力(73.6%)、一般的項目(44.2%)の順に大きい。サービス種別の入所・入居、通所系、訪問系でみても同様の傾向である。特に実施すべき評価項目では、「社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)」、「コミュニケーション能力」に加え、「姿勢・肢

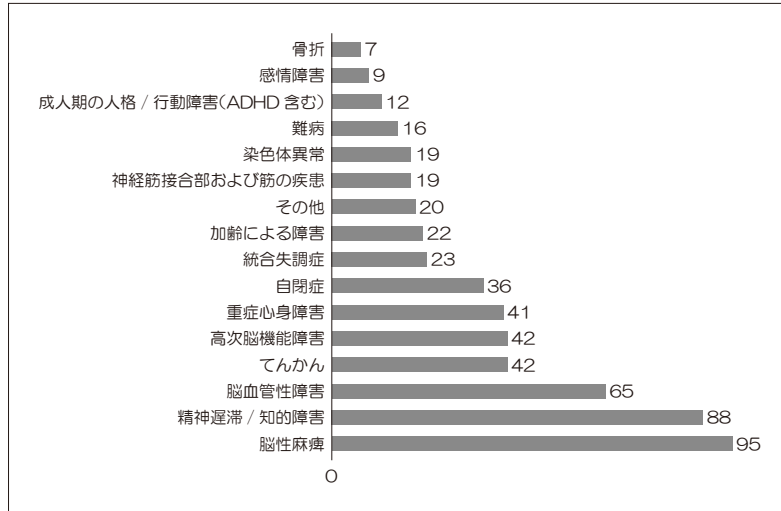


図 3-2 作業療法士が関わる疾患・障害名

位」の占める割合が大きい（表 3-30）。

実施した種目では「各種作業活動—日常生活活動」（67.6％）の占める割合が最も大きく、次いで「各種作業活動—身体運動活動など」（61.3％）、「基本的動作訓練」（46.0％）、「相談・指導・調整」（38.9％）、「各種作業活動—仕事・学習活動」（31.7％）の順であった。特に実施すべき項目では、前述の項目と占める割合は異なるが、その順は同じであり、続いて「各種作業活動—生活圏拡大活動」（14.4％）、「用具の提供・適合・考案・作製・使用指導」（14.4％）の占める割合が大きい（表 3-50）。

3-4-2 訓練等給付（就労系サービス、自立訓練、共同生活援助）

就労系サービスでは、2018 年度より就労移行支援に、2021 年度より就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型に、福祉専門職配置等加算の対象職種として作業療法士の職名が記載された。また、厚生労働省では、障害者雇用・福祉施策の連携強化に関する検討会が、職業関連領域との支援の連携、人材育成などを提言している（障害者雇用・福祉施策の連

携強化に関する検討会報告書、令和 3 年 6 月 8 日）。自立訓練（機能訓練）は、理学療法士または作業療法士が 1 名以上を人員配置することで、身体機能・生活能力の維持・向上等が求められている。共同生活援助では、重度障害者への支援や精神障害者地域移行への支援などに対して加算が創設された。

3-4-3 地域生活支援事業・相談支援事業・自立支援医療・補装具費支給

障害者総合支援法における都道府県や市区町村が担う事業は、主に①地域生活支援事業、②相談支援事業、③自立支援医療、④補装具費支給等がある。

1) 地域生活支援事業

今回の調査の回答者 49 名（複数回答）の多くは、発達障害者支援センター、高次脳機能障害支援拠点機関に関する事業に関わっている。市区町村の地域生活支援事業には、通所での創作的活動または生産活動の機会の提供、社会との交流を促進する地域活動支援センター（Ⅰ型～Ⅲ型）や日中の一時的な居場所を確保する日中一時支援などがある。今回

の調査の回答者で地域活動支援センターに関わりがあるのは25名（複数回答）である。

2) 相談支援事業

相談支援事業に従事する本会会員数（指定相談支援事業所，基幹相談支援センター）は『白書2015』と比べ21名から31名に増えている。相談支援専門員として作業療法の視点から障害福祉サービス等の社会資源を活用したケアマネジメントを行っている。

3) 自立支援医療制度

医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度で，精神通院医療，更生医療，育成医療がある。医療保険で行う作業療法，リハビリテーションの利用者負担がこの制度の利用により軽減できる。

4) 補装具費支給制度

「用具の提供・適合・考案・作製・使用指導」への回答結果から，補装具の選定や適合に作業療法士も関与している（表3-50）。

障害者総合支援法も普及し，障害福祉サービスの利用，自立支援協議会（表3-79参照）を中心とした地域の仕組みづくりにも参画する作業療法士がいる。地域共生社会の実現に向けた作業療法の実践の一つとしてさらなる拡充が求められる。

3-4-4 児童福祉法に基づく支援

1) 児童福祉法領域における作業療法の対象

対象者の年齢別人数を見ると，6歳未満が1,362名で障害福祉領域の対象者の23.3%を占めている。6（就学後）～18歳未満が1,059名で18.1%であった。障害福祉領域において，児童福祉法領域の対象者が最も多くなっており，『白書2015』の調査と比較すると特に6（就学後）～18歳未満の年齢の対象者の割合が7.6%から18.1%に増えている（表3-12）。

表3-71 作業療法士が勤務する児童福祉法関連施設数

	回答数 (%)
<障害福祉>	726 (11.1)
(児童福祉法関連施設)	455 (7.0)
児童発達支援事業所	236 (3.6)
医療型児童発達支援	60 (0.9)
放課後等デイサービス	246 (3.8)
保育所等訪問支援	129 (2.0)
助産施設	2 (0.0)
乳児院	1 (0.0)
母子生活支援施設	0 (0.0)
保育所	22 (0.3)
幼連連携型認定こども園	7 (0.1)
児童厚生施設（児童遊園，児童館等）	1 (0.0)
児童養護施設	2 (0.0)
障害児入所施設	79 (1.2)
児童発達支援センター	101 (1.5)
情緒障害児短期治療施設	1 (0.0)
児童自立支援施設	1 (0.0)
児童家庭支援センター	0 (0.0)
自立援助ホーム	1 (0.0)
学童保育（放課後クラブ）	6 (0.1)

2) 児童福祉領域の施設数

今回の回答施設（6,520施設）のうち児童福祉法関連施設は455施設であった。最も多いのは放課後等デイサービスで246施設，次いで児童発達支援事業所236施設，保育所等訪問支援129施設，児童発達支援センター101施設であった（表3-71）。

3) 児童福祉法領域に所属する会員数

2020年度会員統計によると本会会員のうち児童福祉法関連施設に645名が所属しており，最も多いのは児童発達支援事業所で227名，次いで放課後等デイサービス193名，障害児入所施設95名，次いで児童発達支援センター59名であった²⁾（表3-72）。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定では，専門的支援を必要とする児童のため，児童発達支援，放課後等デイサービスに理学療

表 3-72 児童福祉法関連施設
に勤務する会員数²⁾

	会員数
児童福祉法関連施設	645
児童発達支援事業所	227
医療型児童発達支援	41
放課後等デイサービス	193
保育所等訪問支援	26
幼保連携型認定こども園	2
児童養護施設	1
障害児入所施設	95
児童発達支援センター	59
情緒障害児短期治療施設	1

法士，作業療法士，言語聴覚士，心理指導担当職員等を常勤換算で1名以上配置する専門職配置の評価として「専門的支援加算」が設けられた。

文献

- 1) 日本作業療法士協会制度対策部：生活介護事業における作業療法の実態に関する調査報告書。p4・p7, 2019
- 2) 日本作業療法士協会：2020年度日本作業療法士協会会員統計資料。日本作業療法士協会誌 114：6-20, 2021

3-5 教育関連領域（特別支援学校など）における作業療法

3-5-1 教育関連領域（特別支援学校など）

1) 作業療法の対象

対象者の年齢別人数を見ると，6歳未満（幼稚園・幼稚部）5.3%，6～12歳（小学校・小学部）48.6%，12～15歳（中学校・中学部）17.8%，15～18歳（高等学校・高等部）27.9%，18歳以上が0.5%であった（表3-14）。

教育関連領域（特別支援学校など）の対象者の疾患・障害では，回答数が少ない（n=36）が自閉スペクトラム症などの発達障害（58.3%）の占める割合が最も多く，次いで

知的障害（52.8%），脳性麻痺（50.0%），てんかん（44.4%），行動・情緒障害（38.9%），染色体異常（25.0%）が続いた。『白書 2015』と比較すると行動・情緒障害や脳性麻痺の比率が37.8%から50.0%に増加し，染色体異常は『白書 2015』の37.8%から25.0%と減少した（表3-15）。

2) 作業療法士の実施した評価

評価で実施していたのは，「姿勢・肢位」（63.9%），「コミュニケーション能力」（50.0%），「筋緊張」（47.2%），「精神・認知・心理」（44.4%），「協調性」（38.9%），「感覚・知覚」（38.9%），「社会生活適応」（36.1%），「学校・職場環境」（36.1%）であった（表3-31）。

3) 作業療法士が関わる目的

作業療法士が関わる目的で占める割合が最も多いのは，「コミュニケーション・対人技能の改善」（61.1%）であり，次いで「日常生活活動の改善」（58.3%），「運動機能の改善」（52.8%），「感覚知覚機能の改善」（47.2%），「運動機能の維持・代償指導」（44.4%），「認知心理機能の改善」（41.7%）と続く。『白書 2015』と比較すると「コミュニケーション・対人技能の改善」の割合が29.7%から増加したほか，「上肢運動機能の維持・代償」などその割合が増加したものが多し。一方，「人的環境の調整・利用」は24.3%から22.2%に，「就労就学の指導・訓練」は27.0%から13.9%にその割合が減少した（表3-44）。

4) 作業療法士の実施した手段（種目）

作業療法士が実施した種目では「各種作業活動—日常生活活動」（61.1%）と占める割合が最も大きく，次いで「各種作業活動—身体運動活動など」（58.3%），「用具の提供・適合・考案・作製・使用指導」（44.4%），「基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いな

表 3-73 作業療法士が勤務する児童福祉法関連施設数
(n=36)

	回答数
教育委員会	5
幼稚園	3
小学校	5
中学校	2
義務教育学校	0
高等学校	2
中等教育学校	0
特別支援学校	19
高等専門学校	0

表 3-74 その他関連施設に勤務する会員数¹⁾

	会員数
その他関連施設	564
教育委員会	11
幼稚園	1
小学校	1
高等学校	1
特別支援学校	28
高等専門学校	1

い訓練)」(41.7%)、「相談・指導・調整」(33.3%)、「各種作業活動—仕事・学習活動」(27.8%)であった(表 3-51)。

今回の回答施設(6,520施設)のうち、教育委員会5、幼稚園3、小学校5、中学校2の教育機関に作業療法士が所属していた(表 3-73)。2020年度の会員統計資料¹⁾によると、教育委員会に所属する会員は11名であった(表 3-74)。また、今回の調査で作業療法士が関わる行政事業のうち、都道府県・市区町村の特別支援教育に関与している今回の調査の回答者は532名であった。設問が異なるため、単純に比較はできないが、『白書 2015』で作業療法士が参加した地方自治体等の事業のうち教育に関することに参加した313名より増えている。今後、特別支援教育領域等に作業療法士が勤務できる場がさらに拡がることを期待したい。

文 献

- 1) 日本作業療法士協会：2020年度日本作業療法士協会会員統計資料。日本作業療法士協会誌 114：6-20, 2021

3-6 職業関連領域における作業療法

3-6-1 ハローワーク、地域障害者職業センター、障害者職業能力開発校、障害者就業・生活支援センター

近年、作業療法士が働く職業関連領域施設は、障害者の雇用の促進等に関する法律に基づいて、各自治体に設置されている障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センター、ハローワークなどがある。ハローワークへの障害者新規求職者申し込み件数の45%は精神障害者であり¹⁾、対象の多くを占めている。2018年に精神障害者が雇用義務の対象に加わったことを契機に精神障害者の雇用促進施策が促進され、精神・発達障害者雇用トータルサポーターをハローワークに配置することになり、任用職種として作業療法士が明記された。

この領域に従事している作業療法士の数は今回の調査では72名となっており、『白書 2015』の44.5名から増加していた(表 3-75)。対象者の疾患や障害は、感情障害や発達障害など精神・発達障害に関するものが多い(表 3-76)。実施した評価は社会生活適応や職業的適応やコミュニケーション能力が多く(表 3-32)、実施した作業療法の種目は、就労相談や指導、他職種への情報提供、パソコ

表 3-75 職業関連領域 精神・発達障害者
雇用領域に従事する作業療法士
(無回答を除く)

n=35	人数	平均
作業療法士の総数	72	2.1
指定日に従事した作業療法士の人数	74	2.1
指定日に関わった対象者の総数	334	9.5

ンなどが多い(表 3-52)。これらから、実際の就労場面を想定した評価・訓練を実施していることが推察できる。

雇用障害者数は59万名であり²⁾、増加傾向である。精神障害者、発達障害者、高次脳機能障害者など医療的な知識が必要となる雇用者が増えるなかで、定着や転職など働くことを続けるための支援が課題となっている。専門職として作業療法士の活躍がさらに期待できる。

文 献

- 1) 厚生労働省：令和2年度 ハローワークを通じた障害者の職業紹介状況。
- 2) 厚生労働省：令和3年 障害者雇用状況の集計結果。

3-6-2 コンサルティング、一般企業内就業支援業務(人事・総務等)等

今回の調査の結果より、職業関連領域に携わる作業療法士は増加している。そのなかで、特例子会社に勤務する者や企業を対象とした障害者雇用コンサルティングを実施する者等、企業の障害者雇用を内外から支援する取組の報告もある(詳細はデータ参照)。

近年、障害者雇用の推進とともに、障害者雇用に関する企業としての課題も顕在化してきた。「平成30年度障害者雇用実態調査結果」¹⁾によれば、障害者を雇用する際の課題は、障害種別問わず「会社内に適当な仕事があるか」「障害者を雇用するイメージやノウハウがあるか」「採用時に適性、能力を十分把握できるか」「従業員が障害特性について理解するこ

表 3-76 職業関連領域 対象者の疾患や
障害
(複数回答) 上位10位

n=35	回答数(%)
感情障害	17 (48.6)
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	17 (48.6)
統合失調症	12 (34.3)
精神遅滞 知的障害	12 (34.3)
神経症性障害	8 (22.9)
児童青年期の行動・情緒障害 (ADHD含む)	7 (20.0)
注意・遂行機能・記憶の障害などの高次脳機能障害	6 (17.1)
脳血管性障害	5 (14.3)
心身症	4 (11.4)
失語	3 (8.6)
てんかん	3 (8.6)

とができるか」の項目が上位に挙げられている。業務適性に関すること、職場との関係性の構築など、当事者と職場双方をよく知り、配慮した支援が求められている。

また「採用後に障害者となった従業員に関する配慮事項」では、「医療機関との連携」「職場復帰に向けた社内の検討」「配置転換等の人事管理面」が上位に挙げられている。医療との連携、職場との具体的な環境調整が企業にも求められている。

職業関連領域で実施した評価項目は、職場との環境調整には欠かせない「社会生活適応」「職業的適応」「職場環境」などがある。

現状、当該領域に従事する作業療法士は少数であるが、今後、専門職のニーズはますます高まる領域と推察できる。

文 献

- 1) 厚生労働省職業安定局障害者雇用対策課地域就業支援室：平成30年度障害者雇用実態調査結果。
(<https://www.mhlw.go.jp/content/11601000/000521376.pdf>)

3-7 行政機関における作業療法士

3-7-1 国（省庁）・自治体（県・市町村）における作業療法

1) 作業療法士の所属機関

行政機関（以下、自治体）に従事している作業療法士は、行政施策に基づいた集団支援や間接支援を実施している。自治体での所属部署は、高齢者部局、児童部局、障害者部局など、また公衆衛生や福祉の拠点となっている保健所や保健センターに配属されることもある。作業療法士は、それぞれの部署で地域住民の心や体の健康に関する相談や障害福祉サービス等の利用調整や手続きを担い、また健康教育や介護予防に資する事業などに取り組んでいる。しかしながら自治体にはリハビリテーション専門職（以下、リハ専門職）の必置義務がなく、行政事業や施策のなかでリハ専門職の有用性を理解している自治体が独自に採用してきた経緯がある。住民が行政に何を望むかによって作業療法士の採用や配置、活躍の機会は異なり、また自治体の財政状況や財源不足の影響で作業療法士採用率は絞られる。このようなことから、自治体に所属する作業療法士の絶対数は限られている。

社会福祉協議会に従事する作業療法士は、デイサービスなどの介護サービス事業や健康増進を目的としたサロン活動の推進、地域住民のニーズと地域資源の橋渡しなどを担う高齢者支援領域から放課後等デイサービスなどの児童福祉領域まで幅広い業務がある。

地域包括支援センターは、作業療法士の配置義務はないが、主任ケアマネジャーの資格をもって従事する場合や自治体の考え方によっては保健師や社会福祉士等とは異なる視点やリハビリテーションの考え方に基づく意見や提案ができる作業療法士が求められ、雇用される場合もある（表 3-77）。

表 3-77 行政機関 作業療法士の勤務する機関 (n=125, 無回答を除く)

	回答数 (%)
地方自治体（保健所、市町村保健センター以外）	37 (29.6)
保健所	5 (4.0)
市町村保健センター	7 (5.6)
社会福祉協議会	6 (4.8)
地域包括支援センター	14 (11.2)
行政機関（刑務所、法務、矯正施設など）	9 (7.2)
その他	40 (32.0)
無回答	7 (5.6)

2) 作業療法士が関わる事業

自治体では、住民の生活から産業支援、環境保全までさまざまな地域づくり事業を実施している。自治体は多くの役割を事業化するために、行政運営の長期的展望を盛り込んだ「基本構想」、5年程度の行政計画「基本計画」、3年程度の具体的施策「実施計画」の総合計画を策定する。地域福祉計画、介護保険事業計画、老人保健福祉計画、障害福祉計画、障害児福祉計画（2018年～）、障害者計画なども含め、行政機関の作業療法士のうちの46.4%が行政施策に関与、参画している（表 3-78）。

具体的な行政事業でも、まちづくりに関わることや子育て、高齢者福祉、障害者福祉、保健、教育など幅広い領域で行政機関の作業療法士のうち82.4%が事業運営に携わっている。特に介護保険事業については、地域支援事業（介護予防事業等）に41.6%、地域ケア会議に31.2%、認知症支援に27.2%の作業療法士が介入している。また、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）では、老人クラブ等の各種会議・事業関連の参画で13.6%を示すなど、作業療法士が担っている行政事業は高齢者への関わりが多い。指定日に作業療法士が関わった対象者を見ても、65歳以上の高齢者への関与が4.6

表3-78 行政機関 作業療法士が関わる事業

(n=125, 複数回答, 無回答を除く)

事業内容	回答数 (%)
1. 行政計画への参画	58 (46.4)
<政策全般に関する事>	23 (18.4)
総合計画 (基本構想・基本計画・実施計画の立案)	23 (18.4)
都市計画	1 (0.8)
<医療全般に関する事>	13 (10.4)
地域保健医療計画	13 (10.4)
<福祉全般に関する事>	21 (16.8)
地域福祉計画	21 (16.8)
<教育全般に関する事>	3 (2.4)
教育振興基本計画	3 (2.4)
<高齢者福祉に関する事>	33 (26.4)
介護保険事業計画	30 (24.0)
老人保健福祉計画	21 (16.8)
<児童福祉に関する事>	7 (5.6)
次世代育成支援対策推進行動計画	5 (4.0)
児童育成計画	4 (3.2)
<障害者福祉に関する事>	21 (16.8)
障害福祉計画	18 (14.4)
障害児福祉計画 (2018年~)	17 (13.6)
障害者計画	14 (11.2)
<その他>	7 (5.6)
2. 行政事業運営への関与	103 (82.4)
<くらしに関する事>	33 (26.4)
地域づくり (まちづくり) 事業に関連すること	24 (19.2)
震災・防災事業に関連すること	10 (8.0)
NPO・ボランティアに関連すること	11 (8.8)
<子育てに関する事>	21 (16.8)
子育て支援事業に関連すること	21 (16.8)
<高齢者福祉に関する事>	23 (18.4)
都道府県リハビリテーション協議会に関連すること	9 (7.2)
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	8 (6.4)
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	13 (10.4)
地域リハビリテーション相談センターに関連すること	10 (8.0)
社会福祉協議会運営等に関連すること	9 (7.2)
<地域福祉に関する事>	14 (11.2)
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	14 (11.2)

事業内容	回答数 (%)
<介護保険に関する事>	68 (54.4)
地域支援事業 (介護予防事業等) に関連すること	52 (41.6)
地域包括支援センター運営に関連すること	26 (20.8)
地域ケア会議に関連すること	39 (31.2)
介護認定審査会に関連すること	7 (5.6)
不服審査会に関連すること	0 (0.0)
介護給付費適正化事業に関連すること	9 (7.2)
認知症支援に関連すること	34 (27.2)
<障害者福祉に関する事>	29 (23.2)
高次脳機能障害支援コーディネーターに関連すること	9 (7.2)
地域生活支援事業に関連すること	12 (9.6)
精神保健福祉事業に関連すること	12 (9.6)
障害者自立支援協議会に関連すること	17 (13.6)
障害者支援区分審査会等に関連すること	6 (4.8)
不服審査会に関連すること	2 (1.6)
<保健事業に関する事>	35 (28.0)
健康診査 (検診) 事業に関連すること	7 (5.6)
乳幼児健康診査事業に関連すること	11 (8.8)
母子保健指導に関連すること	11 (8.8)
(特定) 保健指導に関連すること	4 (3.2)
訪問指導事業 (含む母子) に関連すること	13 (10.4)
健康づくり (健康増進) 事業等に関連すること	23 (18.4)
<教育に関する事>	26 (20.8)
特別支援 (連携) 協議会等に関連すること	7 (5.6)
障害者スポーツ振興に関連すること	4 (3.2)
特別支援教育コーディネーターに関連すること	4 (3.2)
障害児就学指導に関連すること	6 (4.8)
小中高等学校教育支援に関連すること	14 (11.2)
生涯学習に関連すること	4 (3.2)
特別支援学校の教育支援に関連すること	13 (10.4)
<仕事に関する事>	12 (9.6)
ものづくり事業 (含む起業支援, 雇用創出) に関連すること	2 (1.6)
ハローワーク (障害者雇用・就労支援等) に関連すること	7 (5.6)
その他	6 (4.8)
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	38 (30.4)
商工会等の各種会議・事業に関連すること	3 (2.4)
青年会等の各種会議・事業に関連すること	0 (0.0)
婦人会等の各種会議・事業に関連すること	3 (2.4)
老人クラブ等の各種会議・事業に関連すること	17 (13.6)
子育てサークル等の各種会議・事業に関連すること	4 (3.2)
その他	19 (15.2)
無回答	10 (8.0)

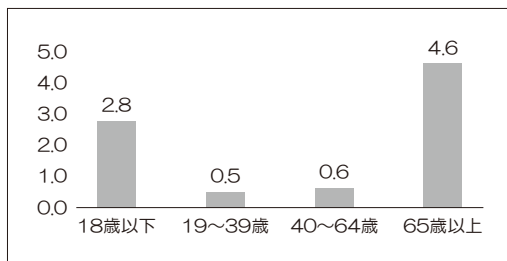


図 3-3 指定日に作業療法士が関わった対象者数

人と多く(図 3-3)、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組として積極的な関与姿勢が見て取れる。

一方、子育て支援や教育支援についても1.5~2割の作業療法士が関わっており、保育、幼児教育、特別支援教育も含めた就学に対する相談や関係機関との連携を図っているものと考えられる。

3-7-2 自動車運転(免許センター等)における作業療法

わが国では1980年代から、作業療法士による切断・脊髄損傷・脳性麻痺などの肢体不自由者への自動車運転支援が先駆的に行われていたが、2000年以降は支援対象が脳卒中・脳外傷などの脳損傷者が中心となり、徐々に支援施設が増加した。また、高齢運転者の増加に伴い、その事故対策や運転継続支援の必要性が高まっている。

2019年度の本会調査では全国で約4,200名の作業療法士が自動車運転支援に携わっている。現在、自動車運転支援の取組は、急性期、回復期といった医療分野が中心であるが、介護福祉および障害福祉分野でも少しずつ増加している。

このなかで、運転免許行政の最前線である免許センターに作業療法士が初めて配置された。警察庁は2017年8月に各都道府県警察の免許センターに対し、主に高齢運転者への運転適性相談の充実を目的として医療系専門職員の配置を推奨し、40都道府県で65名の

職員(ほとんどが看護師、保健師)が配置されている(2019年4月現在)。一方、神奈川県警察は病気や障害をもつ者の運転適性相談の充実を図る目的で、2018年6月に非常勤職員として作業療法士1名を運転教育課適性審査係に配置した。この後、この活動が高く評価され2021年度には常勤2名の体制となった。

免許センターに配置された作業療法士の役割は、有病者・障害者および高齢者への相談対応(適性相談)、運転継続・再開を判断するための臨時適性検査に際して障害の内容の把握や神経心理学的検査など補足的な確認を行う等、専門知識・技術を発揮している。

3-7-3 法務省関連施設(刑務所等矯正施設、保護観察所等)における作業療法

近年、作業療法士が働く法務省関連施設は、刑事施設(刑務所、少年刑務所、拘留所)や少年院、少年鑑別所等を含む矯正施設と保護観察所を挙げることができる。矯正施設では、2007年の「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」の施行や官民協働によるPFI刑務所の設立により、刑務所で作業療法士の常勤および非常勤雇用が始まった。保護観察所においては、2005年の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(医療観察法)の施行により、作業療法士が社会復帰調整官として勤務するようになった。しかし、いずれも作

業療法士の数はわずかで、『白書 2015』では、司法関連施設は調査対象に挙がらなかった。

その後、わが国の刑法犯の認知件数は減少し、2013年から毎年戦後最低記録を更新し、刑務所入所者も減少している。このような状況下で、刑務所における精神障害者の比率は1989年の全入所受刑者の3.1%から2021年には15.3%へ上昇した^{1,2)}。65歳以上の高齢者の比率は、1989年の3.3%から2021年には12.9%といずれも大きく増加した^{1,2)}。また、知的障害が疑われるCAPAS能力検査値(旧称、IQ相当値)69以下の新規受刑者は毎年変わらず約20%を占めている²⁾。このような受刑者を対象に、2019年度に2名、2020年度に2名、2022年度には4名の作業療法士が、国家公務員として刑務所で常勤雇用された。

今回の調査では、司法関連(法務省関連施設)が初めて一般項目の対象に加わった。結果は9名、行政関連領域の7.2%を占めた。今後も刑務所での作業療法士の雇用は増え、かつ少年院や保護観察所等へも作業療法士の活躍の場が拡大することを期待したい(表3-77)。

文 献

- 1) 法務省：犯罪白書。
https://www.moj.go.jp/housouken/houso_hakusho2.html (2022年4月14日参照)
- 2) 法務省：矯正統計統計表。
http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_kousei.html (2022年4月14日参照)

3-8 その他の領域における作業療法

今回の調査では、医療、介護、障害福祉、教育、職業関連、行政機関、作業療法士養成教育のいずれにも該当しない領域をその他として、自由記載で回答を得た。

経営や法人本部等での管理業務、介護支援専門員など、各領域には含まれるが異業種としての就業、自費・保険外サービス、産業保

健、福祉用具・ロボットやIT関連の研究・研修、作業療法課程がない大学、リハビリテーション専門職へのセミナー会社、本会や都道府県士会の職能団体事務局などが挙げられていた。

3-9 作業療法士の自治体事業等への参画の実態

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3,436施設(52.7%)であり、その割合は『白書 2015』の2,282施設(50.5%)より微増した。なお、施設として派遣されている場合と作業療法士が個別に契約している場合の両方を合わせて回答を得ているため、業務に位置づけられているかは明らかではない。

参画内容としては、行政事業運営への関与(47.7%)が行政計画への参画(11.5%)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(6.1%)よりも多い傾向は『白書 2015』と変わらないが、それぞれの割合は減少しており、コロナ禍で自治体や市民による地域づくりの活動そのものが縮小していたり、作業療法士が勤務する施設の感染対策上、主たる業務以外の活動に携わりづらい状況と思われる。

都道府県の行政計画への参画では地域保健医療計画、総合計画(基本構想・基本計画・実施計画の立案)など多岐多様に関わっているが、市区町村レベルでは介護保険事業計画が他のものに比べると突出して多かった。「2. 行政事業運営への関与」では、市区町村の介護保険にすることが最多で26.9%の施設が関与しているが、地域ケア会議にすることが『白書 2015』では全体で14.8%から市町村区で16.0%に増え、何らかの参画をしている施設は14.8%から19.9%となった。一方、介護認定審査会への関与は『白書 2015』

表 3-79 自治体事業への参画の有無

(複数回答)

	参画あり	自治体		参画方法		
		都道府県	市区町村	協議会・ 審議会・ 委員会等の 会議への参加	事業の 実務への参画	その他
1. 行政計画への参画	753 (11.5)	96 (1.5)	513 (7.9)	383 (5.9)	286 (4.4)	138 (2.1)
<政策全般に関すること>	181 (2.8)	25 (0.4)	74 (1.1)	56 (0.9)	44 (0.7)	70 (1.1)
総合計画(基本構 想・基本計画・実 施計画の立案)	176 (2.7)	25 (0.4)	68 (1.0)	52 (0.8)	43 (0.7)	67 (1.0)
都市計画	85 (1.3)	4 (0.1)	21 (0.3)	17 (0.3)	6 (0.1)	52 (0.8)
<医療全般に関する こと>	200 (3.1)	37 (0.6)	87 (1.3)	81 (1.2)	40 (0.6)	65 (1.0)
地域保健医療計画	200 (3.1)	37 (0.6)	87 (1.3)	81 (1.2)	40 (0.6)	65 (1.0)
<福祉全般に関する こと>	196 (3.0)	17 (0.3)	112 (1.7)	90 (1.4)	44 (0.7)	57 (0.9)
地域福祉計画	196 (3.0)	17 (0.3)	112 (1.7)	90 (1.4)	44 (0.7)	57 (0.9)
<教育全般に関する こと>	86 (1.3)	9 (0.1)	16 (0.2)	11 (0.2)	10 (0.2)	57 (0.9)
教育振興基本計画	86 (1.3)	9 (0.1)	16 (0.2)	11 (0.2)	10 (0.2)	57 (0.9)
<高齢者福祉に関 すること>	448 (6.9)	38 (0.6)	309 (4.7)	230 (3.5)	186 (2.9)	85 (1.3)
介護保険事業計画	404 (6.2)	31 (0.5)	273 (4.2)	204 (3.1)	166 (2.5)	82 (1.3)
老人保健福祉計画	219 (3.4)	21 (0.3)	127 (1.9)	94 (1.4)	80 (1.2)	63 (1.0)
<児童福祉に関す ること>	95 (1.5)	4 (0.1)	32 (0.5)	20 (0.3)	13 (0.2)	57 (0.9)
次世代育成支援対 策推進行動計画	73 (1.1)	3 (0.0)	13 (0.2)	9 (0.1)	5 (0.1)	55 (0.8)
児童育成計画	90 (1.4)	3 (0.0)	29 (0.4)	19 (0.3)	12 (0.2)	54 (0.8)
<障害者福祉に関 すること>	217 (3.3)	23 (0.4)	117 (1.8)	82 (1.3)	57 (0.9)	78 (1.2)
障害者福祉計画	160 (2.5)	17 (0.3)	75 (1.2)	56 (0.9)	33 (0.5)	65 (1.0)
障害児福祉計画	137 (2.1)	11 (0.2)	60 (0.9)	36 (0.6)	32 (0.5)	66 (1.0)
障害者計画	109 (1.7)	9 (0.1)	42 (0.6)	32 (0.5)	18 (0.3)	56 (0.9)
<その他>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. 行政事業運営 への関与	3,113 (47.7)	533 (8.2)	2,425 (37.2)	1,822 (27.9)	1,525 (23.4)	471 (7.2)
<くらしに関する こと>	415 (6.4)	51 (0.8)	276 (4.2)	186 (2.9)	185 (2.8)	101 (1.5)
地域づくり(まち づくり)事業に関 連すること	278 (4.3)	13 (0.2)	192 (2.9)	127 (1.9)	101 (1.5)	73 (1.1)
震災・防災事業に 関連すること	195 (3.0)	38 (0.6)	92 (1.4)	62 (1.0)	66 (1.0)	72 (1.1)
NPO・ボラン ティアに関連す ること	151 (2.3)	10 (0.2)	72 (1.1)	39 (0.6)	60 (0.9)	63 (1.0)
<子育てに関する こと>	202 (3.1)	16 (0.2)	119 (1.8)	48 (0.7)	89 (1.4)	70 (1.1)
子育て支援事業に 関連すること	202 (3.1)	16 (0.2)	119 (1.8)	48 (0.7)	89 (1.4)	70 (1.1)

表3-79 (つづき)

	参画あり	自治体		参画方法		
		都道府県	市区町村	協会・ 審議会・ 委員会等の 会議への参加	事業の 実務への参画	その他
<高齢者福祉に関すること>	636 (9.8)	169 (2.6)	392 (6.0)	348 (5.3)	290 (4.4)	124 (1.9)
都道府県リハビリテーション協会に関連すること	193 (3.0)	72 (1.1)	58 (0.9)	89 (1.4)	54 (0.8)	68 (1.0)
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	159 (2.4)	57 (0.9)	47 (0.7)	74 (1.1)	47 (0.7)	59 (0.9)
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	382 (5.9)	92 (1.4)	213 (3.3)	199 (3.1)	169 (2.6)	84 (1.3)
地域リハビリテーション相談センターに関連すること	163 (2.5)	24 (0.4)	66 (1.0)	51 (0.8)	51 (0.8)	60 (0.9)
社会福祉協会運営等に関連すること	216 (3.3)	24 (0.4)	137 (2.1)	73 (1.1)	93 (1.4)	68 (1.0)
<地域福祉に関すること>	140 (2.1)	3 (0.0)	66 (1.0)	39 (0.6)	33 (0.5)	67 (1.0)
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	140 (2.1)	3 (0.0)	66 (1.0)	39 (0.6)	33 (0.5)	67 (1.0)
<介護保険に関すること>	2,140 (32.8)	164 (2.5)	1,753 (26.9)	1,305 (20.0)	968 (14.8)	227 (3.5)
地域支援事業(介護予防事業等)に関連すること	899 (13.8)	61 (0.9)	709 (10.9)	375 (5.8)	572 (8.8)	112 (1.7)
地域包括支援センター運営に関連すること	352 (5.4)	18 (0.3)	239 (3.7)	170 (2.6)	134 (2.1)	82 (1.3)
地域ケア会議に関連すること	1,298 (19.9)	72 (1.1)	1,044 (16.0)	847 (13.0)	415 (6.4)	116 (1.8)
介護認定審査会に関連すること	590 (9.0)	32 (0.5)	472 (7.2)	353 (5.4)	154 (2.4)	65 (1.0)
不服審査会に関連すること	80 (1.2)	7 (0.1)	14 (0.2)	13 (0.2)	9 (0.1)	53 (0.8)
介護給付費適正化事業に関連すること	108 (1.7)	9 (0.1)	42 (0.6)	29 (0.4)	27 (0.4)	55 (0.8)
認知症支援に関連すること	519 (8.0)	44 (0.7)	363 (5.6)	247 (3.8)	261 (4.0)	100 (1.5)
<障害者福祉に関すること>	599 (9.2)	109 (1.7)	399 (6.1)	374 (5.7)	191 (2.9)	106 (1.6)

(次頁につづく)

表 3-79 (つづき)

	参画あり	自治体		参画方法		
		都道府県	市区町村	協会会・ 審議会・ 委員会等の 会議への参加	事業の 実務への参画	その他
高次脳機能障害支援コーディネーターに関連すること	178 (2.7)	55 (0.8)	51 (0.8)	76 (1.2)	47 (0.7)	70 (1.1)
地域生活支援事業に関連すること	161 (2.5)	16 (0.2)	77 (1.2)	54 (0.8)	51 (0.8)	62 (1.0)
精神保健福祉事業に関連すること	173 (2.7)	35 (0.5)	76 (1.2)	65 (1.0)	36 (0.6)	75 (1.2)
障害者自立支援協議会に関連すること	212 (3.3)	22 (0.3)	133 (2.0)	123 (1.9)	51 (0.8)	63 (1.0)
障害者支援区分審査会等に関連すること	235 (3.6)	6 (0.1)	166 (2.5)	143 (2.2)	48 (0.7)	54 (0.8)
不服審査会に関連すること	67 (1.0)	4 (0.1)	8 (0.1)	8 (0.1)	2 (0.0)	51 (0.8)
<保健事業に関すること>	395 (6.1)	29 (0.4)	295 (4.5)	98 (1.5)	249 (3.8)	80 (1.2)
健康診査(検診)事業に関連すること	99 (1.5)	7 (0.1)	34 (0.5)	14 (0.2)	22 (0.3)	57 (0.9)
乳幼児健康診査事業に関連すること	127 (1.9)	10 (0.2)	64 (1.0)	16 (0.2)	52 (0.8)	55 (0.8)
母子保健指導に関連すること	103 (1.6)	4 (0.1)	41 (0.6)	10 (0.2)	37 (0.6)	52 (0.8)
(特定)保健指導に関連すること	70 (1.1)	2 (0.0)	10 (0.2)	4 (0.1)	6 (0.1)	53 (0.8)
訪問指導事業(含む母子)に関連すること	105 (1.6)	7 (0.1)	42 (0.6)	13 (0.2)	36 (0.6)	54 (0.8)
健康づくり(健康増進)事業等に関連すること	280 (4.3)	11 (0.2)	197 (3.0)	74 (1.1)	161 (2.5)	70 (1.1)
<教育に関すること>	507 (7.8)	147 (2.3)	272 (4.2)	169 (2.6)	276 (4.2)	123 (1.9)
特別支援(連携)協議会等に関連すること	120 (1.8)	20 (0.3)	47 (0.7)	40 (0.6)	24 (0.4)	58 (0.9)
障害者スポーツ振興に関連すること	131 (2.0)	39 (0.6)	27 (0.4)	29 (0.4)	46 (0.7)	62 (1.0)
特別支援教育コーディネーターに関連すること	114 (1.7)	18 (0.3)	37 (0.6)	26 (0.4)	33 (0.5)	60 (0.9)
障害児就学指導に関連すること	180 (2.8)	12 (0.2)	92 (1.4)	54 (0.8)	73 (1.1)	68 (1.0)
小中高等学校教育支援に関連すること	235 (3.6)	34 (0.5)	124 (1.9)	56 (0.9)	106 (1.6)	77 (1.2)

表3-79 (つづき)

	参画あり	自治体		参画方法		
		都道府県	市区町村	協議会・ 審議会・ 委員会等の 会議への参加	事業の 実務への参画	その他
生涯学習に関連すること	104 (1.6)	6 (0.1)	30 (0.5)	16 (0.2)	22 (0.3)	61 (0.9)
特別支援学校の教育支援に関連すること	263 (4.0)	91 (1.4)	98 (1.5)	66 (1.0)	136 (2.1)	73 (1.1)
<仕事に関すること>	176 (2.7)	26 (0.4)	63 (1.0)	48 (0.7)	53 (0.8)	79 (1.2)
ものづくり事業(含む起業支援、雇用創出)に関連すること	74 (1.1)	4 (0.1)	10 (0.2)	6 (0.1)	7 (0.1)	54 (0.8)
ハローワーク(障害者雇用・就労支援等)に関連すること	163 (2.5)	23 (0.4)	57 (0.9)	43 (0.7)	48 (0.7)	75 (1.2)
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	396 (6.1)	13 (0.2)	251 (3.8)	87 (1.3)	206 (3.2)	120 (1.8)
商工会等の各種会議・事業に関連すること	113 (1.7)	5 (0.1)	46 (0.7)	19 (0.3)	20 (0.3)	66 (1.0)
青年会等の各種会議・事業に関連すること	80 (1.2)	4 (0.1)	18 (0.3)	13 (0.2)	14 (0.2)	55 (0.8)
婦人会等の各種会議・事業に関連すること	82 (1.3)	1 (0.0)	20 (0.3)	7 (0.1)	13 (0.2)	55 (0.8)
老人クラブ等の各種会議・事業に関連すること	292 (4.5)	5 (0.1)	178 (2.7)	53 (0.8)	155 (2.4)	90 (1.4)
子育てサークル等の各種会議・事業に関連すること	104 (1.6)	3 (0.0)	27 (0.4)	14 (0.2)	26 (0.4)	63 (1.0)
無回答	3,084 (47.3)	5,940 (91.1)	3,876 (59.4)	4,575 (70.2)	4,823 (74.0)	5,950 (91.3)
合計	6,520 (100.0)	6,520 (100.0)	6,520 (100.0)	6,520 (100.0)	6,520 (100.0)	6,520 (100.0)

の14.4%から9.0%へと減少した(表3-79)。

参画方法では、協議会・審議会・委員会等の会議への参加で最も多かったのは地域ケア会議に関連することで、次いで、地域支援事業(介護予防事業等)に関連すること、介護認定審査会に関連すること、認知症支援に関

連すること、介護保険事業計画の順に多かった。事業の実務への参画では、地域支援事業(介護予防事業等)に関連することが最も多く、次いで、地域ケア会議に関連すること、認知症支援に関連すること、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、介

護保険事業計画と続いた。

全体的にみると、行政計画、行政事業ともに、一つひとつへは少数ながら何らかの関与

があり、作業療法士が多岐にわたって幅広く活動を拡げている。

第4章 作業療法部門の労働環境と管理・運営

4-1 作業療法部門の労働環境

4-1-1 初年度の基本給・手当・賞与等 (金銭的な待遇など)

作業療法士学校養成施設卒業者の初年度の基本給の平均値は今回の調査では19.1万円、諸手当の平均値は3.5万円、賞与の平均値は53.3万円であった。『白書2015』と比較すると、基本給、手当は増加したが、賞与は約6.5万円減少した(表4-1)。

なお、今回の調査では「上記該当なし」(初年度の職員がいない)との回答が62.3%あった。

また、常勤勤務者の給与体系に関する設問があり、月給制が93.1%、年俸制が3.7%、その他は2.1%であった(表4-2)。

4-1-2 就業時間、休日と有給休暇、介護休暇、産休・育休等

1) 就業時間と休日、有給休暇

労働時間制については、固定が91.9%、早出・遅出による当番制が7.5%、フレックス

タイム制が3.2%であった(表4-3)。調査の基準日(10月7日)の前月(1ヵ月)の平均時間外勤務時間は6.4時間であった(表4-4)。年間の平均有給休暇使用日数は9.6日であった(表4-5)。

施設内の専用スタッフルームや休憩室は、「ある」81.0%、「ない」17.8%であった(表4-6)。

学会や研修への参加について、国内での参加は出張として、「すべて認められている」25.2%、「回数等に制限はあるが認められている」60.3%、「認められない」13.2%であった(表4-7)。海外への参加が出張として、「すべて認められている」7.2%、「回数等に制限はあるが認められている」15.7%、「認められない」16.8%であった(表4-8)。国内外問わず、留学・研修制度は、「ある」16.9%、「検討している」6.0%、「ない」75.7%であった(表4-9)。

2) 介護休暇、産休・育児休暇等

施設内の作業療法士が利用できる保育施設

表4-1 初年度の基本給、諸手当、賞与

	2015年度		2021年度	
	回答数	平均値	回答数	平均値
1年目の基本給	3,429	188,863 (円/月)	2,164	191,785 (円/月)
1年目の手当	2,664	31,165 (円/月)	1,750	35,634 (円/月)
1年目の賞与	3,953	598,905 (円/年)	1,848	533,286 (円/年)

表4-2 常勤勤務者の給与体系(複数回答)
n=6,520

	回答数 (%)
月給制	6,068 (93.1)
年俸制	242 (3.7)
その他	139 (2.1)
無回答	71 (1.1)

表4-3 労働時間制(複数回答) n=6,520

	回答数 (%)
固定	5,995 (91.9)
早出・遅出による当番制	492 (7.5)
フレックスタイム制	206 (3.2)
その他	215 (3.3)
無回答	66 (1.0)

表 4-4 平均時間外勤務時間

回答数	平均値
4,885	6.4 時間

表 4-5 平均有給休暇使用日数

回答数	平均値
6,091	9.6 日

表 4-6 施設内の専用スタッフルームや休憩室
n=6,520

	回答数 (%)
ある	5,278 (81.0)
ない	1,162 (17.8)
無回答	80 (1.2)

表 4-7 国内の学会や研修の出張扱い
n=6,520

	回答数 (%)
すべて認められている	1,640 (25.2)
回数等に制限はあるが認められている	3,933 (60.3)
認められない	862 (13.2)
無回答	85 (1.3)

は、「ある」30.7%、「ない」63.3%であった。また、「保育施設はあるが作業療法士は利用できない」が2.2%あった(表4-10)。

前年の育児休業利用実績については、「男女ともある」が11.0%であり、『白書2015』より3.2%増加した。一方、「女性のみある」は27.6%であり、『白書2015』より21.0%減少していた。また、「ない」が57.6%で、2015年度調査より15.5%増加した(表4-11)。

前年の育児による時短勤務実績は、「ある」31.0%、「ない」67.7%であった(表4-12)。

表 4-8 海外の学会や研修の出張扱い
n=6,520

	回答数 (%)
すべて認められている	471 (7.2)
回数等に制限はあるが認められている	1,022 (15.7)
認められない	1,093 (16.8)
海外出張の例がない	3,847 (59.0)
無回答	87 (1.3)

表 4-9 留学・研修制度(国内外を問わず)
n=6,520

	回答数 (%)
ある	1,103 (16.9)
検討している	391 (6.0)
ない	4,937 (75.7)
無回答	89 (1.4)

表 4-10 施設内で利用できる保育施設
n=6,520

	回答数 (%)
ある	2,000 (30.7)
ない	4,125 (63.3)
保育施設はあるが作業療法士は利用できない	141 (2.2)
その他	176 (2.7)
無回答	78 (1.2)

前年の介護休暇制度利用実績には、「ある」7.0%、「ない」91.7%であった(表4-13)。

前年の介護による時短勤務実績は、「ある」3.5%、「ない」95.2%であった(表4-14)。

4-1-3 昇給・昇格等(処遇など)

今回の調査では、昇給制度が「ある」と回答した割合は93.4%であった。頻度は「1年に1回」と回答した割合が一番多く、82.6%であった(表4-15)。

表 4-11 前年の育児休業利用実績

	2015年度 (n=4,519)	2021年度 (n=6,520)
	回答数 (%)	回答数 (%)
男女ともある	352 (7.8)	718 (11.0)
女性のみある	2,194 (48.6)	1,799 (27.6)
ない	1,903 (42.1)	3,753 (57.6)
その他	—	168 (2.6)
無回答	70 (1.5)	82 (1.3)

表 4-12 前年の育児による時短勤務実績

n=6,520

	回答数 (%)
ある	2,024 (31.0)
ない	4,413 (67.7)
無回答	83 (1.3)

表 4-14 前年の介護による時短勤務実績

n=6,520

	回答数 (%)
ある	229 (3.5)
ない	6,204 (95.2)
無回答	87 (1.3)

表 4-13 前年の介護休暇制度利用実績

n=6,520

	回答数 (%)
ある	459 (7.0)
ない	5,977 (91.7)
無回答	84 (1.3)

表 4-15 昇給制度

n=6,520

	回答数 (%)
ある (1年に1回)	5,388 (82.6)
ある (2年に1回)	68 (1.0)
ある (不定期)	640 (9.8)
ない	248 (3.8)
その他	88 (1.3)
無回答	88 (1.3)

4-2 作業療法部門の管理・運営

4-2-1 人事関係：定年制度の有無、再雇用・再任用の制度の有無

人事関係の調査として就業における定年制度の有無と再雇用、再任用の項目は、厚生労働省の働く意欲がある高齢者がその能力を十分に発揮できるように改定された「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」によるもので、作業療法士の今後の働き方の参考に活かすものである。

今回の調査では、定年制度の有無は「ある」がほとんどを占め、「60歳まで」63.8%、

「63～65歳」24.8%であり、「65歳以上」は3.8%が回答し、半数以上の事業所等で定年制度を導入していた。定年制度が「ない」と回答したのは4.5%であった(表4-16)。

さらに再雇用、再任用の制度の有無は「ある」82.7%、「ない」11.8%であり、ほとんどの事業所等に再雇用、再任用の制度があった(表4-17)。

前述した「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」改正(2021年4月1日施行)で、70歳定年延長の努力義務とともに、2021年4月からはすべての企業に「65歳への定年の引き上げ」「定年廃止」「65歳までの継続雇用制度」のいずれかが義務となり、作業療法士

表 4-16 定年制度 n=6,520

	回答数 (%)
ある (60 歳まで)	4,159 (63.8)
ある (63~65 歳)	1,620 (24.8)
ある (65 歳以上)	246 (3.8)
ない	294 (4.5)
その他	101 (1.5)
無回答	100 (1.5)

表 4-17 再雇用, 再任用の制度 n=6,520

	回答数 (%)
ある	5,393 (82.7)
ない	769 (11.8)
その他	253 (3.9)
無回答	105 (1.6)

の働く場にも適応となる。一方、回答には定年制そのものが存在しないという事業所等もあり、定年制がなく、何歳まで働き続けられるかということに関しては本調査には限界があった。しかし、来たる 70 歳定年延長を見据えた取り組みは、今後も求められる。

参 考

厚生労働省：令和 2 年「高齢者の雇用状況」(6 月 1 日現在) 2021 年 1 月 8 日。
(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15880.html)

4-2-2 管理関係 (安全, 感染, 災害, 危機, 個人情報等)

2021 年度は、作業療法実施中の緊急対応マニュアルが「ある」と回答した施設は 74.6%であり、2015 年度 (58.2%) と比較すると 16.4%増加した。前々回 2010 年から 2015 年までは 1.6%の微増であったため、近年の整備の加速がうかがえた。「ない」と回答した施設は 23.3%であり、2015 年度より 15.0%減少した (表 4-18)。

マニュアルの種類は、「感染対策マニュアル」が最も多く、今回の調査では 73.0%の施

表 4-18 作業療法実施中の緊急対応マニュアル

	2015 年度 n=4,519	2021 年度 n=6,520
	回答数 (%)	回答数 (%)
ある	2,628 (58.2)	4,867 (74.6)
ない	1,729 (38.3)	1,517 (23.3)
無回答	162 (3.58)	136 (2.1)

表 4-19 マニュアルの種類 (複数回答)

	2021 年度 n=6,520
	回答数 (%)
感染対策マニュアル	4,758 (73.0)
医療安全マニュアル	4,036 (61.9)
災害対策マニュアル	3,858 (59.2)
ハラスメント防止マニュアル	2,454 (37.6)
その他	196 (3.0)
無回答	1,654 (25.4)

表 4-20 研究に関する「倫理審査委員会」等の仕組み

	2015 年度 n=4,519	2021 年度 n=6,520
	回答数 (%)	回答数 (%)
ある	1,803 (39.9)	2,997 (46.0)
ない	2,572 (56.9)	3,383 (51.9)
無回答	144 (3.19)	140 (2.1)

設で整備されていた。続いて、「医療安全マニュアル」61.9%、「災害対策マニュアル」59.2%が回答施設の半数以上で整備されていたが、「ハラスメント防止マニュアル」は 37.6%であった。しかし、無回答が 25.4%あった (表 4-19)。

今回の調査で、研究に関する倫理審査委員会等が「ある」と回答した施設は 46.0%であり、2015 年度 (39.9%) と比較すると 6.1%増加していた。しかし、「ない」と回答した施

表 4-21 ハラスメントやメンタルヘルス等を相談できる窓口

	2021 年度 n=6,520
	回答数 (%)
ある	5,073 (77.8)
ない	1,127 (17.3)
その他	186 (2.9)
無回答	134 (2.1)

表 4-22 研究以外の倫理事案(ハラスメント等)の調査や処分決定を行う機能

	2015 年度 n=4,519	2021 年度 n=6,520
	回答数 (%)	回答数 (%)
ある	2,574 (57.0)	3,912 (60.0)
ない	1,797 (39.8)	2,198 (33.7)
その他	—	262 (4.0)
無回答	148 (3.28)	148 (2.3)

※ 2015 年度設問は「倫理事案(ハラスメント等)の対応の仕組みの有無」.

表 4-23 苦情や患者・家族とのトラブルに関する相談窓口

	2021 年度 n=6,520
	回答数 (%)
ある	5,326 (81.7)
ない	906 (13.9)
その他	151 (2.3)
無回答	137 (2.1)

設が51.9%と半数を超えており、今後設置することが望まれる(表4-20).

研究以外の倫理事案(ハラスメント等)やメンタルヘルス等の相談ができる窓口が「ある」77.8%であり、「ない」17.3%であった(表4-21). また、研究以外の倫理事案の調査や処分決定を行う機能は「ある」60.0%、「な

表 4-24 作業療法実習の受け入れ

	2014 年 10 月～ 2015 年 9 月末	2020 年 10 月～ 2021 年 9 月末
受け入れた	51.4%	34.4%
受け入れなかった	45.4%	63.5%
無回答	3.2%	2.1%
合計	100%	100%

表 4-25 臨床教育受け入れ人数(平均値)

	2015 年	2021 年
見学実習	5.3 人	4.8 人
評価実習	2.5 人	2.5 人
総合実習	3.2 人	3.0 人

い」33.7%であった(表4-22). 2015 年度までの調査では、上記2項目に関しては倫理事案(ハラスメント等)の対応の仕組みの有無として調査しており、2015 年度調査では「ある」57.0%、「ない」39.8%であったことから、相談できる窓口や対処できる機能は整備が進んできていることがうかがえる.

今回新設の設問のため前回との比較はないが、今回の調査では苦情や患者・家族とのトラブルに関する相談窓口が「ある」81.7%、「ない」13.9%であった(表4-23).

4-3 臨床実習の受け入れ状況

2022 年 3 月 31 日現在で、臨床実習指導者の資格要件を満たす作業療法士が、14,461 名である.

実習受け入れ状況は、全作業療法実習の受け入れ状況は表4-24、各実習の受け入れ学生数は表4-25、MTDLPを活用した実習指導の実施状況は表4-26の通りである. 直近の調査結果が、前回の受け入れ状況を下回っているのは、COVID-19の影響によるものと考えられる.

4-4 施設間連携

今回の調査では他施設との連携について、「必ず」(17.1%)、「概ね」(54.6%)と71.7%が「行っている」と回答している。『白書

表 4-26 MTDLP を活用した実習指導の実施状況 (2020 年 10 月～2021 年 9 月末) (%)

実施件数	557 (8.5)
未実施件数	1,690 (25.9)
無回答	4,273 (65.5)
合計	6,520 (100.0)

2015』とは、設問に若干の変更があったが85.4%の施設で連携を行っていると回答していた。また、今回の調査では「あまり履行できていない」(19.6%)、「まったくできていない」(6.4%)を合計した「連携が行えていない」と回答した施設は26.0%であり、『白書2015』(10.3%)と比較し増加していた(表4-27)。次回調査では、他施設との連携のより一層の拡大、充実を望みたい。

今回の調査では他施設との連携に標準的に取り入れている手段は、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、電話やメールによる情報提供・情報交換の3項目が多く、2015年度と大差がなかった。た

表 4-27 作業療法の開始や終了時の他施設との連携

	2015 年度 n=4,519	2021 年度 n=6,520
	回答数 (%)	回答数 (%)
必ず履行している ※ 2015 年度設問：積極的 (標準の手続き以上) に行っている	663 (14.7)	1,115 (17.1)
概ね履行している ※ 2015 年度設問：概ね (標準の手続きは) 行っている	3,195 (70.7)	3,558 (54.6)
あまり履行できていない ※ 2015 年度設問：ほとんど行っていない	467 (10.3)	1,276 (19.6)
まったくできていない ※ 2015 年度設問なし	—	415 (6.4)
無回答	194 (4.3)	156 (2.4)

表 4-28 他施設との連携における標準的手段 (複数回答)

	2015 年度 n=4,519	2021 年度 n=6,520
	回答数 (%)	回答数 (%)
連携バス	1,419 (31.4)	1,841 (28.2)
施設所定のサマリー	2,893 (64.0)	4,096 (62.8)
カンファレンスや担当者会議への参加	3,224 (71.3)	4,729 (72.5)
生活行為向上マネジメント申し送り表	254 (5.62)	186 (2.9)
電話やメール	2,623 (58.0)	4,161 (63.8)
その他	267 (5.9)	309 (4.7)
特になし	188 (4.16)	365 (5.6)
無回答	140 (3.1)	141 (2.2)

だし、n数が多くなっていることから、数値上は施設間連携が進んだとも考えることができる。

2015年度に導入比率が少なかった連携パ

スと生活行為向上マネジメント申し送り表については、前回以上に導入比率が低い結果となり、実数自体が減少している（表4-28）。

第5章 作業療法士の養成教育

5-1 養成教育制度

5-1-1 養成教育制度の概要

養成教育の制度については、2018年10月に理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則（以下、指定規則）および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）の改正があった。1999年の教育内容の大綱化・単位制の導入以来の改正である。主な改正内容を以下で概観する。

5-1-2 指定規則の改正内容

2017年に理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討委員会が開催され、その報告書を受けて、2018年10月に指定規則および指導ガイドラインが改正された。この改正は、2020年度入学生から適用となっている。

主な改正内容は、①総単位数の見直しについて（総単位数の見直し・カリキュラムの主な見直し内容、最低履修時間数の設定、臨床実習1単位の時間数の見直し）、②臨床実習のあり方について（臨床実習施設の要件、臨床実習指導者の要件、実習生に対する臨床実習指導者数、臨床実習の構成、方法等）、③専任教員について（専任教員の要件、実習調整者の配置）、④その他について（第三者による外部評価、養成施設において備える必要がある備品等、適用時期、経過措置）である。

①総単位数とカリキュラム内容

93単位から101単位へ8単位の引き上げ、カリキュラム内容では、基礎分野で単位数の変更はないものの「社会の理解」の科目新設、専門基礎分野（現行：26単位→見直し：30単位）で「疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」に「栄養、薬理、医用画像、救急救命及び予防の基礎」を、「保健医療福祉とリ

ハビリテーションの理念」に「自立支援、就労支援、地域包括ケアシステム及び多職種連携の理解を含む」を必修とし、専門分野（現行：53単位→見直し：57単位）では「作業療法管理学」の新設、「作業療法評価学」に「医用画像の評価」が、「作業療法治療学」に「喀痰等の吸引を含む」が、「臨床実習」に「臨床実習前及び臨床実習後の評価を含む」が必修となった。

②臨床実習のあり方について

臨床実習施設の要件を「医療提供施設」とし、実習時間は「実習時間の3分の2以上は医療提供施設において行うこと。ただし、医療提供施設において行う実習時間のうち2分の1以上は病院又は診療所において行うこと。また、通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習を1単位以上行うこと。」とした。臨床実習指導者の要件を、免許を受けた後5年以上業務に従事した者、かつ、厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会、厚生労働省および公益財団法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会、本会が実施する臨床実習指導者中級・上級研修のいずれかの講習会を修了した者とした。

③専任教員の要件の見直し（2022年4月1日より適用）

新たに専任教員となる作業療法士は、免許を受けた後5年以上作業療法に関する業務に従事した者であり、大学において教育学に関する科目を4単位以上修め、当該大学を卒業した者又は免許を受けた後3年以上作業療法に関する業務に従事した者であって、学校教育法に基づく大学院において教育学に関する科目を4単位以上修め、当該大学院の課程を修了した者のほか、免許を受けた後5年以上作業療法に関する業務に従事した者であって、厚生労働大臣の指定する講習会を修了した者、

表 5-1 作業療法士学校養成施設の入学定員数(2020年度)

施設区分		養成施設数		定員(名)	
学校(文部科学大臣指定)	大学	91		3,476	
		国立	12	262	
		公立	9	260	
		私立	66	2,754	
	専門職大学	4	200		
	短大	5	私立	5	170
養成施設(厚生労働大臣指定)	国公立専門学校	1		1	20
	私立専門学校	102	私立3年制	64	2,460
			私立4年制	48	1,759
			計(課程)	112	4,219
合計		199		209	7,885

※10校が2課程(夜間あり)。
(日本作業療法士協会資料より)

または同等以上の知識および技能を有する者と改定された。

5-1-3 指定規則改正に伴う本会の対応

この改正内容により本会では、既存の「臨床実習指導者中級・上級研修会」のカリキュラムを見直し、2019年度から「厚生労働省指定臨床実習指導者講習会」を開催して臨床実習指導者の育成を図っている。COVID-19の拡大により、厚生労働省の了承を得た2020年度からは、対面講習会からオンラインを活用し、2022年3月31日現在で22,404名が受講、修了した。

なお、2020年度からは指定規則で定められた要件の実践版としての臨床実習指導者実践研修制度(厚生労働省後援)を創設、2013年から継続して運用している臨床実習指導施設認定制度と合わせて、臨床実習指導者と実習施設の質的向上に取り組んでいる。

5-2 学校養成施設の概況

2016年4月の作業療法士学校養成施設数

表 5-2 学校養成施設の入学定員数の推移

	学校数	課程数	入学定員	増減数
2016年度	186	199	7,473	101
2017年度	188	201	7,598	125
2018年度	190	202	7,660	62
2019年度	193	202	7,650	-10
2020年度	199	209	7,885	235

(日本作業療法士協会資料より)

は、大学75、短大3、国公立専門学校1、私立専門学校107の計186校(199課程)、総入学定員数7,473名であった。2020年4月には、大学91、短大5、国公立専門学校1、私立専門学校102の計199校(209課程)、総入学定員数7,885名となった(表5-1、表5-2)。

2016年調査時と比較すると、大学は16校増加した。養成課程の入学定員数は412名の増加となった(表5-2)。入学者総数は、この3年間、70%を下回る定員充足率となっている(表5-3)。

表 5-3 年度別新入生の学歴・年齢・合格者数・入学者数・定員充足率

	2016 年度		2017 年度		2018 年度		2019 年度		2020 年度	
回答数/養成課程総数	182/203		181/207		190/208		194/211		186/219	
入学者総数	5,408	(%)	5,305	(%)	5,350	(%)	5,352	(%)	5,377	(%)
高卒	4,935	91.3	4,765	89.8	4,998	94.3	5,083	95.0	5,034	93.6
専門卒	76		78		64		68		38	
短大卒	45		38		39		35		11	
大卒	247	4.6	242	4.6	183	3.4	177	3.3	135	2.5
大学院修了	4		12		5		3		3	
大学検定試験	12		12		13		14		8	
帰国子女	1		1		0		2		1	
その他	55		22		13		41		12	
18～20 歳	4,749	87.8	4,717	88.9	4,849	90.6	4,873	91.1	4,842	90.1
21～25 歳	287		227		242		238		179	
26～30 歳	189		167		129		129		99	
31～35 歳	118		97		83		73		57	
36 歳以上	65		97		90		108		71	
入学定員数	-		-		7,797		7,819		7,708	
総受験者数	-		-		15,993		15,870		15,605	
合格者数(未公表あり)	-		-		8,033		8,255		8,654	
入学者数	-		-		5,350		5,352		5,377	
定員充足率	-		-		68.6		68.4		69.8	

(2016 年度～2020 年度教育部養成教育委員会「作業療法教育関係資料調査報告」より)

5-3 学生の状況

5-3-1 新入生の状況

新入生の状況について年度別の学歴、年齢、合格者数、入学者数、定員充足率の一覧を示した(表 5-3)。入学生の傾向は変わらず、2020 年度の高等学校卒業者の占める割合はやや増加し(93.6%)、大学卒業者は減少している(2.5%)。年齢別では、18～20 歳が最も多く増加傾向にある(90.1%)。

5-3-2 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会員数等については、第 2 章「作業療法士の就業動向」を参照されたい。『白書 2015』と比較すると、医療法関連施設に勤務

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
2016(第 52 回)	5,983	83.7	5,007	62,203
2017(第 53 回)	6,164	77.6	4,785	66,988
2018(第 54 回)	6,358	71.3	4,531	71,519
2019(第 55 回)	6,352	87.3	5,548	77,067
2020(第 56 回)	5,549	81.3	4,510	81,577

する作業療法士数が最も多いが、その割合は前回調査の 70～75%から 55.7%へと減少した。全体としては介護保険関連の老年期障害領域と障害福祉制度に関連する施設の会員数が増加している。新卒者の全体としては、依然として病院・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。

5-3-3 国家試験の合格の状況

国家試験の受験者数・合格率・合格者数の年次推移と合格者の累計を示した(表5-4)。合格率は、この5年間、70%台から80%台を変動している。

5-4 養成教育の課題と展望

5-4-1 養成教育(学内教育)

2020年の調査では、授業へのWeb講義の導入について、COVID-19の影響以前から取り入れている学校養成施設は2.1%、影響後から取り入れたのは89.0%と増加している。また、臨床実習の受け入れは34.4%であり、これによる学内代替演習でもWebにより行われていた。このようにCOVID-19の影響により、作業療法士養成教育でもICTの活用がうかがわれるが、その内容や方法は課題である。さらには、卒後教育を見据えた卒前卒後

の一貫した教育を展開していくことが大きな課題である。

5-4-2 養成教育(臨床教育)

これまでも指定規則上、臨床教育は学校養成施設と臨床実習施設との連携のもとで行われてきたが、その実施方法や評価方法などが施設によってさまざまであることが指摘された(理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会報告書)。今後は、各学校養成施設と臨床実習施設との綿密な連携のもと、教育目標に合わせた臨床教育を展開していくことになる。

臨床教育における学生評価の基準は、2003年に刊行した『臨床実習手引書』の第3版までは例示していたが、同第4版以降には示していない。各学校養成施設独自の評価基準で実施しているため、本会会員から、今後は本会としての評価基準を例示することが求められている。

第6章 作業療法士の生涯教育

作業療法士は、その専門職としての責任を果たすため、国家資格取得後も学術技能の研鑽に努める必要がある。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、大学院等で教育を受ける等がある。本章では、本会の生涯教育制度の変遷と概要および今後の課題について概説する。

6-1 日本作業療法士協会の生涯教育制度

6-1-1 2015年以降の生涯教育制度の変遷と課題

1998年度の「生涯教育単位認定システム」に始まった卒後の教育制度は、2003年に「生涯教育制度」へと改定した。その後も、作業療法の質の維持・向上を図るために発展的に改定をしながら、会員に学習の機会を提供している。

2015年度には、生涯教育制度にMTDLP研修を位置づけた（詳細は第9章を参照）。2018年度には「生涯教育制度改定2018」を施行し（表6-1、図6-1）、認定作業療法士取得のために必須としてきた「事例報告登録」の選択の幅を広げ、さまざまな場で臨床実践能力を示すことができるように改めた。また、2019年度には「教育法」の研修要件を廃止し、厚生労働省指定臨床実習指導者講習会の修了を要件とした。

2016年度から2020年度までの5年間は、資格認定制度をより持続可能、深化させるために、新たな研修内容との関連・連携を検討、実施するとともに受講記録の電子化に取り組んだ。しかし、2020年度以降のCOVID-19の感染拡大により、研修事業を中止せざるを

得ない状況となり、本会会員にとっても研修の機会が大きく制限された。しかし、2021年度後半からはオンラインによる研修形態を模索、確立、今後は状況に応じた対面形式、オンライン形式により、学習目的に応じて効果的な研修事業の展開が期待されている。

6-1-2 現在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」で構成している。

基礎研修制度は、概ね5年の間に、現職者共通研修（10テーマ）、現職者選択研修（MTDLP基礎研修+1領域以上）、基礎ポイント研修（自由選択：50ポイント以上）の修了要件を満たすように自己研鑽をすすめる。基礎研修を修了すると、次に認定作業療法士を目指す。基礎研修修了者数の推移（表6-2）を見ると、制度開始から1回目の有効期限となる2008年度末をピークに減少傾向にあった。その後、年間500名前後が基礎研修を修了、2013年度以降は年間約680名以上が基礎研修を修了している。また、更新者数は年間100名に満たない年度があるが、これは認定作業療法士を新規に取得したことによる更新者数減少と考えている。

認定作業療法士の取得には、基礎研修修了後の5年間の有効期限内に、共通研修（3講座）、選択研修（2講座）、厚生労働省指定臨床実習指導者講習会の受講修了、事例報告（3例）を満たし、共通・選択研修時の修了試験を受けて合格する必要がある。

専門作業療法士取得のためには、以下に示す4実践を行い、書類審査の後に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（研修受講：専門基礎研修は入会後から受講可能）、臨床実践（事例数や経験年数等の記録）、研究実践（学会発表や事

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	生涯教育制度改定 2018
開始年度	1998 年度	2003 年度	2008 年度	2013 年度	2018 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	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)		現職者共通研修 (10 テーマ) 現職者選択研修 (1 領域)+MTDLP 基礎研修
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	左記同様
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)	左記同様

例報告等), 教育と社会貢献の実践(研修会講師等)である。研修の詳細や手続き等については、本会ホームページを参照いただきたい(本会 HP トップ→会員向け情報→(左タブから)生涯教育)。

6-1-3 認定作業療法士制度と専門作業療法士制度

1) 認定作業療法士制度(表 6-3)

2004 年度の制度開始時には、特例として 1,462 名の認定作業療法士が誕生した。しかし、2009 年度はじめには更新が進まず 500 名弱に減少した。その後、新規認定作業療法士数は、徐々に増加してきており、2020 年度末には 1,175 名となった。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ている。特に、2014 年度以降の新規取得者は 100 名前後で推移し、概ね安定している。

2) 専門作業療法士制度(表 6-4)

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。その後順次、「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」「がん」分野を加え、さらに 2018 年度には「就労支援」分野も加わり、全 10 分野となった。10 分野の専門作業療法士数は、2021 年 3 月時点で合計で延べ 118 名となっている。2013 年度以降は、資格認定

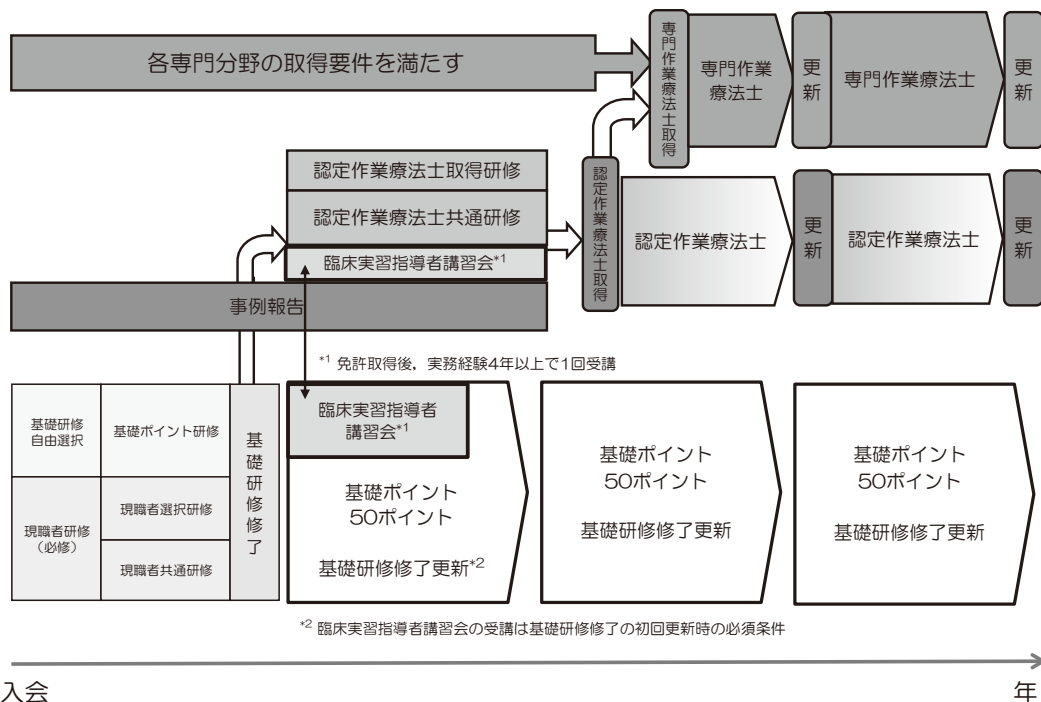


図 6-1 生涯教育制度の構造図（2020年4月1日以降入会者）

表 6-2 基礎研修修了者数の推移

(年)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計
修了申請数	300	467	581	1,144	496	506	443	498	737	620	709	780	560	634	668	749	9,892
更新数	30	45	76	444	76	133	122	154	232	163	200	212	268	77	90	272	2,594
総数	---	---	4,662	5,307	3,416	3,649	3,000	2,912	2,474	2,540	2,718	2,977	3,216	3,351	3,560	3,544	---

* 総数は各年度末の総数を表示。

試験の導入により合格者を正式な専門作業療法士として記録している。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していく。

3) 資格認定試験（表 6-5、6-6）

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は、98.6%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が続いており、2018年度の認定作業療法士制度改定から資格再認定試験を隔年実施とした。なお、2020

年度の専門作業療法士資格認定試験は、COVID-19の感染拡大により中止となった。

6-1-4 生涯教育制度の課題と展望

「作業療法士は、常に最高水準の知識と技術・技能を保つことが社会的に求められています。このためには、学術的研鑽を積極的、継続的に行い、専門性をより高める努力がきわめて重要です。本会は、本会会員の学術的研鑽を支援し、作業療法の専門性を向上させるため、『生涯教育制度』を構築しました。本会会員が、この制度を活用し、知識と技術・

表 6-3 認定作業療法士数の推移（新規取得，更新，総数）

(年)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計
新規取得者	0	2	6	18	24	43	44	65	94	105	87	102	106	111	107	95	1,009
更新数	0	4	28	273	66	34	43	24	143	131	81	48	81	171	143	60	1,330
総数	1,462	1,441	1,438	1,427	496	562	620	673	610	704	770	871	963	1,016	1,060	1,175	---

*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。

*2018年度より事例報告登録に代わる臨床実践能力を示す要件拡大を導入。

*新規取得者に合格数を含む。

表 6-4 専門作業療法士の新規取得者数の推移

(年)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計
福祉用具	1	3	4	3	10	1	1	0	0	0	0	0	12
認知症	3	0	4	1	7	4	3	0	0	1	0	0	15
手外科	16	3	5	4	23	4	5	0	0	0	0	0	32
特別支援教育	---	0	4	1	3	1	4	7	0	0	0	0	15
高次脳機能障害	---	---	2	1	4	3	2	2	0	0	0	0	11
精神科急性期	---	---	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
摂食嚥下	---	---	---	1	2	2	0	2	1	3	0	0	10
訪問作業療法	---	---	---	---	---	---	1	1	1	2	2	0	7
がん	---	---	---	---	---	---	0	4	3	2	2	0	11
就労支援	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1	0	0	1
合計	20	6	19	11	49	15	16	16	9	9	4	0	118

*2013年度より試験制度を導入。2013年度以降で合計を算出。

技能を向上させ、よりよい作業療法を社会に提供するとともに、人格の陶冶を目指すことを期待します」。この文章は、2003年度に生涯教育制度の開始に際し、全会員に配布された生涯教育手帳の「はじめに」に記載した。現在は、本会ホームページの生涯教育手帳（電子版）に明示している。作業療法士の資格の下に、知識と技術を常に最高の水準を保つため研鑽を続ける責任がある。現行の生涯教育制度は、会員の研修会受講や学会発表等の研鑽を本会が支援し、認定していく制度として、これまで3回の改定を経て2018年度から運用している。本会会員は本制度を活用し、自身の研修履歴や学会発表の記録を管理することで、これを自他に示すことによりその責任を果たす一助となる。

2020年度末における基礎研修修了申請数

(表 6-2)、認定作業療法士数（表 6-3）、現職者共通・選択研修受講者数（表 6-7）の合計人数は、21,396名となり、会員数 63,474名の約33.7%が活用していると推測できる。しかし、現行の生涯教育制度の課題は、この活用率の低さである。この原因は、受講費、研修会場の場所、勤務の調整、ライフイベント、受講や各認定資格取得のメリット等いくつか考えられるが、なかでも各認定資格を、取得してもメリットがない等の意見がある。本制度における各認定資格取得は、取得した個人のメリットを追求する制度ではなく、社会的認知として広く国民のみなさまに作業療法を安全、安心して受けてもらうものであることを、繰り返し伝えている。

なお、本制度における基礎研修修了、認定作業療法士・専門作業療法士には、本会主催

表 6-5 専門作業療法士資格認定試験の結果と推移

	2013年		2014年		2015年		2016年		2017年		2018年		2019年		2020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	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	合格者数	合格率
福祉用具	10	100%	1	33.3%	1	100%	0		0		0		0		0		12	85.7%
認知症	7	100%	4	100%	3	100%	0		0		1	100%	0		0		15	100%
手外科	23	100%	4	100%	5	100%	0		0		0		0		0		32	100%
特別支援教育	3	100%	1	100%	4	100%	7	100%	0		0		0		0		15	100%
高次脳機能障害	4	100%	3	100%	2	100%	2	100%	0		0		0		0		11	100%
精神科急性期	0		0		0		0		4	100%	0		0		0		4	100%
摂食嚥下	2	100%	2	100%	0		2	100%	1	100%	3	100%	0		0		10	100%
訪問作業療法	---	---	---	---	1	100%	1	100%	1	100%	2	100%	2	100%	0		7	100%
がん	---	---	---	---	---	---	4	100%	3	100%	2	100%	2	100%	0		11	100%
就労支援	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1	100%	0		0		1	100%
合計	49	100%	15	86.7%	16	100%	16	100%	9	100%	9	100%	4	100%	0		118	98.6%

*2020年度は新型コロナウイルス感染症拡大により中止。

表 6-6 認定作業療法士資格再認定試験の結果と推移

2013年		2014年		2015年		2016年		2017年		2018年		2019年		2020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	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	合格者数	合格率
13	100%	6	100%	5	100%	2	100%	14	100%	---	---	7	100%	---	---	47	100%

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

	2015年		2016年		2017年		2018年		2019年		2020年		合計	
	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数
現職者共通研修	644	18,051	615	20,415	610	20,286	574	20,181	548	19,404	339	8,558	3,330	106,895
現職者選択研修	57	2,878	161	6,451	139	4,835	118	4,408	119	3,794	85	1,771	679	24,137
うち MTDLP 基礎研修	---	---	108	4,557	85	2,852	68	2,325	67	1,960	48	941	376	12,635

*共通研修は、各テーマを1回としてカウントした。

研修会の講師要件や講師謝金への反映、養成校認定要件等として本会内のさまざまな制度に関連づけて設定しているほか、認定証、徽章等の交付を行っている。

専門作業療法士取得研修、養成教育に関する研修、重点課題研修、連携研修（本会の方針や最新の情勢を対面で会員に伝える研修会、がんのリハビリテーション研修、リンパ浮腫複合的治療料実技研修会）である。

6-2 生涯教育基礎研修

6-2-1 本会が運営する研修会

現在、本会が主催する研修会は、生涯教育制度における研修（認定作業療法士取得研修、

認定作業療法士取得研修は、認定作業療法士養成に向け、徐々に開催の分野・領域を拡げ、数を増やししながら、定員とのバランスを考慮して運営している（表6-8）。また、COVID-19の感染拡大に伴い、2020年度の研修会はオンラインを活用したトライアル、

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

	2016年		2017年		2018年		2019年		2020年		2021年		合計	
	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数
共通研修	27	812	23	786	15	609	21	776	3	88	17	675	106	3,746
選択研修	20	567	23	574	16	486	16	528	3	98	18	654	96	2,907
合計	47	1,379	46	1,360	31	1,095	37	1,304	6	186	35	1,329	202	6,653

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

	2016年		2017年		2018年		2019年		2020年		2021年		合計	
	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数
福祉用具	7	44	6	23	2	15	1	32	---	---	1	12	17	126
認知症	6	126	4	43	4	85	4	64	---	---	1	48	19	366
特別支援教育	3	25	2	30	3	23	2	24	---	---	1	28	11	130
高次脳機能障害	7	205	5	85	5	148	5	148	1	65	1	15	24	666
精神科急性期	3	54	3	30	3	41	3	29	---	---	1	27	13	181
摂食嚥下	3	64	3	33	4	48	3	43	---	---	1	49	14	237
訪問作業療法	2	33	2	18	2	25	2	25	---	---	1	9	9	110
がん	1	87	2	74	2	55	2	41	---	---	2	61	9	318
就労支援	---	---	---	---	1	32	2	30	---	---	2	77	5	139
脳血管障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
合計	32	638	27	336	26	472	24	436	1	65	11	326	121	2,273

*手の外科分野は、日本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

	2016年		2017年		2018年		2019年		2020年		2021年		合計	
	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数
臨床実習指導者研修 中級・上級	2	48	1	59	9	773	---	---	---	---	---	---	12	880
厚生労働省指定臨床 実習指導者講習会	---	---	---	---	---	---	71	5,964	115	6,281	130	7,776	316	20,021
臨床実習指導者実践 研修会	---	---	---	---	---	---	1	60	2	57	6	166	9	283
合計	2	48	1	59	9	773	72	6,024	117	6,338	136	7,942	337	21,184

2021年度からはすべての研修会を原則としてオンラインによる開催とした。結果として、経験年数10年以上、地方会員等の研修会への参加が増加していることから、認定作業療

法士取得に対する会員の潜在的ニーズの掘り起こしにつながったと考えている。今後、さらに開催数の増加や定員増することで会員の要望に応える予定である。

表 6-11 全国研修会、重点課題研修参加者数

2016年		2018年	
第58回作業療法全国研修会、第59回作業療法全国研修会	728	がんのリハビリテーション研修会	226
がんのリハビリテーション研修会	307	就学支援における作業療法研修会	31
実践！ 作業療法部門マネジメント	30	運転と地域での移動手段研修会	146
地域包括ケアシステム研修会	22	グローバル活動入門セミナー	39
認知症の作業療法	22	グローバル活動セミナー	32
生活行為向上リハビリテーション加算に関する作業療法	18	英語での学会発表・スライド・抄録作成 はじめて講座	22
重度な障がいをもつ脳性まひ児・者に対する作業療法	27	MTDLP 教員研修	61
精神科領域の作業療法士に求められるアウトカムとマネジメント	28	MTDLP 指導者研修	37
精神科領域における認知機能障害と社会生活研修	35	認定作業療法士研修	22
病棟専従配置における身体障害作業療法に関する実務者研修	27	2019年	
学校を理解して支援ができる作業療法士の育成研修会	26	がんのリハビリテーション研修会	185
呼吸器疾患に対する作業療法研修会	39	運転と地域での移動手段に関する研修会	112
難病に対する作業療法研修会	40	精神科にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた作業療法研修会	24
内部障害（糖尿病等）に伴う合併症への作業療法	26	グローバル活動入門セミナー 海外で働く、学ぶ、生活する～作業療法士が活躍できる海外の選択肢～	27
心大血管疾患に対する作業療法研修会	55	グローバル活動セミナー 海外で働く、学ぶ、生活する～作業療法士の国際協力・交流活動と障害者スポーツ～	20
作業療法士の専門性を就労支援に活かす	55	国際学会で発表しよう！ ～準備から発表まで、はじめて講座～	14
グローバル活動入門セミナー	28	生活行為向上マネジメントを活用した作業療法教育法（実践編）	54
英語セッションを体験してみよう	10	生活行為向上マネジメント指導者研修 ^{※1}	—
グローバル活動セミナー	21	厚生労働省指定 臨床実習指導者講習会	784
（各県士会の次期リーダー対象）人をマネジメントできるリーダー育成研修	18	2020年度	
生活行為向上マネジメント研修会（教員向け）	43	がんのリハビリテーション研修	185
生活行為向上マネジメント研修会（指導者向け）	54	生活行為向上マネジメント指導者研修	31
作業療法士のためのリンパ浮腫指導研修会	53	放課後デイサービス	66
認定作業療法士研修	17	精神科にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた作業療法研修会	25
2017年		運転と地域での移動手段に関する研修会	136
作業療法全国研修会	698	グローバル活動セミナー 海外で働く、学ぶ、生活する～作業療法士の国際協力・交流活動と障害者スポーツ～	20
がんのリハビリテーション研修会	272	グローバル活動入門セミナー 海外で働く、学ぶ、生活する～作業療法士が活躍できる海外の選択肢～	42
リハビリテーションマネジメントと多職種連携	9	国際学会で発表しよう！ ～準備から発表まで、はじめて講座～	14
発達性読み書き障害（ディスレクシア）児に対する作業療法	57	生活行為向上マネジメントを活用した作業療法教育法	78
重度な障害を持つ脳性まひ児・者に対する作業療法～触れて知り、触れて伝える技術～	30	2021年度	
精神科領域における認知機能障害と社会生活研修	33	協会の方針や最新の情勢を対面で会員に伝える研修会 ^{※2}	115
依存症に対するこれからの作業療法	24	がんのリハビリテーション研修会	(381)
難病に対する作業療法	14	放課後デイサービスにおける作業療法研修会	89
内部障害に伴う合併症への作業療法	16	作業療法士による障害のある人のスポーツ参加支援	67
高齢者・脳卒中者の実用的ADL向上に向けた排尿障害の評価と対応	46	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構造に向けた作業療法研修会	56
就労支援に作業療法の専門性を活かす！ スキルアップ編	52	グローバル活動入門セミナー	27
国際学会でのスライド・ポスター発表 準備セミナー	17	英語で学会発表しよう～実践編～	6
グローバル活動入門セミナー	19	MTDLP 教育に携わる教員研修	64
平成30年度診療報酬・介護報酬等改定研修会	125	MTDLP 指導者研修	37
生活行為向上マネジメント教員研修	27	教員と実習指導者のための MTDLP 研修①	87
生活行為向上マネジメント指導者研修	34		
認定作業療法士研修	23		

※1：新型コロナウイルス感染症拡大のため開催中止。

※2：対面参加およびライブ視聴者数（オンデマンド視聴回数）。

表 6-12 e ラーニングコンテンツの視聴回数の推移

	2018年		2019年		2020年		2021年		合計	
	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数	開催回数	参加総数
認知症基礎 I	1	24	6	171	8	144	11	370	26	709
高次脳機能障害基礎IV	---	---	---	---	7	78	11	73	18	151
訪問基礎 I	---	---	---	---	---	---	11	274	11	274
摂食嚥下基礎 I	---	---	---	---	---	---	11	295	11	295
がん・非がんの緩和ケア	---	---	---	---	7	178	11	424	18	602
英語で学会発表	---	---	---	---	7	79	11	93	18	172
平成30年度 診療報酬・介護報酬改定の概要	1	40	6	161	---	---	---	---	7	201
合計	2	64	12	332	29	479	66	1,529	109	2,404

専門作業療法士取得研修は、2009年度の制度開始から専門分野の拡大に合わせて研修会の開催数を増やし、現在は11専門分野で研修会を開講している（表6-9）。

養成教育関連の研修会は、学校養成施設に勤務する会員を対象に、教員の教育技術・技能の向上を目的として教員研修プログラム、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会を開催してきた。しかし、COVID-19の感染拡大に伴い2020年度、2021年度は開催できなかった。また、2020年4月から施行された「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」の改定に伴い、臨床実習指導者に16時間の研修受講が義務づけられた。これに対して、2018年度から厚生労働省指定臨床実習指導者講習会を開始し、翌2019年度からは都道府県士会（以下、士会）と連携した開催とした。また、アドバンスコースとして臨床実習指導者の資質向上を目的に、臨床実習指導者実践研修会を開催している（表6-10）。

全国研修会、重点課題研修の年度別推移（表6-11）は、第二次および第三次作業療法5ヵ年戦略や各年度の重点活動項目に合わせて事業を展開している。作業療法士を取り巻く医療・福祉の環境の変化、診療報酬・介護報酬改定などに対応し、会員のニーズに応え

るかたちでの研修会を企画・運営することで、作業療法士の資質向上に貢献している。研修会のありかたについては、医療福祉eチャンネルとの業務提携を図り、現職者共通研修、生活行為向上マネジメント基礎編の制作し、放映している。加えて、新たな研修会のあり方として、eラーニングコンテンツの活用を開始した（表6-12）。現在は、専門作業療法士取得研修の基礎研修を中心にコンテンツの制作を進めており、全会員へ向けた良質な研修および学習機会の提供のための体制づくりを進めている。今後はさらにeラーニングコンテンツの拡大に加えて、video on demand（VOD）の活用なども検討する。

6-2-2 士会が運営する基礎研修

生涯教育制度を構成する基礎研修制度における必修研修である現職者共通・選択研修（表6-7）は、生涯教育制度を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。2016年度からはMTDLP基礎研修の開催回数・受講人数の推移を追記した。2020年度はCOVID-19の感染拡大の影響により、開催数・受講者数ともに著しく減少した。

表 6-13 大学院数および在籍する院生数

	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
大学院数	71	75	77	80	80	51
修士課程 (博士課程前期)	286	276	367	418	374	365
博士課程後期	193	136	248	314	360	266
合計(名)	479	412	615	732	734	631

(教育部「作業療法教育関係資料調査報告」より抜粋)

6-3 学位の取得

6-3-1 修士課程, 博士課程(前期・後期)の設置状況

2015年度以降の教育部養成教育委員会の「作業療法教育関係資料調査報告」から、大学院数、修士課程および博士課程の在籍数を見ると(表6-13)、大学院数は2019年度まで増加していたが、2020年は前年比63.8%となり、80校から51校に減少した。原因は明らかではないが、COVID-19の感染拡大による勤務形態や業務内容の変化に対する対応、実験やデータ取得ができないなど、学びの場

の変化の影響等も一因である。これらの影響により、志願者数の減少、課程の閉鎖につながっていると考えられ、在籍者数は2019年度734名から2020年度631名と約100名減少している。

6-3-2 会員の学位取得状況

会員統計からの集計によると、4年制大学作業療法士養成課程卒業者(学士)は、2021年度までで累計で21,182名となっており、2021年度は2016年度の約1.5倍となっている。2021年3月時点の会員数63,498名のうち、約3割となっている。

第7章 学術研究活動

7-1 日本作業療法学会

日本作業療法学会は2015年の第49回大会まで土会が運営してきたが、参加者の増加や会場確保の問題等に対処するため、2016年の第50回大会からは本会が運営することとなった。これに伴い、大会長や開催地は、学会運営委員会が理事会に推薦し、決定することとなった。

2016年度から2021年度までに開催された日本作業療法学会のテーマ、大会長、開催地、演題数、抄録データ数、参加者数を表7-1に示す。2020年の第54回大会と2021年の第55回大会はCOVID-19の感染拡大の影響により、Webでの開催となった。この影響もあり、第55回大会では演題数と参加者が減少した。

7-2 学会演題区分と演題数

表7-2に演題区分ごとの演題数を示す。演

題数が多い区分は「脳血管疾患等」と「地域」であり、「運動器疾患」「精神障害」「認知障害」がそれに続く傾向に変化はない。口述とポスターの割合は、会場の都合によるところが大きいため比較は難しい。

7-3 学術誌『作業療法』と『AsJOT』

7-3-1 学術誌『作業療法』

本会は、会員に広く情報を提供すること、学術成果を公表することを目的として、1982年に機関誌『作業療法』を刊行した。この機関誌は、2012年（第31巻）より、新たに研究成果の公表に特化した学術誌『作業療法』（Japanese Occupational Therapy Research: JOTR）として現在に至っている。2016年以降の『作業療法』は、2019年（第38巻）からJ-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）で電子公開が始まり、フリーアクセスが可能となった。それまでは、発行後1年が経過した論文について、本会会

表7-1 第50回以降の日本作業療法学会の諸事項

年	回	学会テーマ	大会長	開催地	演題数	抄録登録数	参加者数
2016	50	半世紀の実績と将来への展望 ～日本の作業療法を拓く～	清水兼悦	札幌	1,569	1,562	3,735
2017	51	作業療法の挑戦 ～多様化するニーズに応える理論と実践～	小林正義	東京	1,186	1,175	5,110
2018	52	根拠に基づいた作業療法の展開	宮口英樹	名古屋	1,239	1,224	3,973
2019	53	作業療法研究のターニングポイント	東登志夫	福岡	1,463	1,446	4,124
2020	54	作業の魅力・作業の力 ～暮らしを支える作業療法の効果～	石川隆志	Web (新潟)	1,325	1,318	3,291
2021	55	作業療法の分化と融合 ～輝く未来に実践知のバトンをつなぎ・たくす～	柴田克之	Web (仙台)	834	834	2,747

表 7-2 演題区分ごとの演題数

演題区分	第50回札幌			第51回東京			第52回名古屋			第53回福岡			第54回新潟(Web)			第55回仙台			計
	口述	ポスター	計	口述	ポスター	計	口述	ポスター	計	口述	ポスター	計	口述	ポスター	計	口述	ポスター	計	
スペインヤルセッション	20	0	20	44	0	44	8	0	8	6	0	6	4	0	4	4	0	4	
英語セッション (第50回は国際発表)	4	0	4	10	0	10	8	0	8	17	0	17	0	0	0	0	0	0	
A. 脳血管疾患等	151	143	294	71	147	218	102	129	231	85	179	264	110	128	238	85	76	161	
B. 心大血管疾患	18	0	18	5	7	12	12	8	20	15	12	27	14	9	23	6	7	13	
C. 呼吸器疾患	11	0	11	0	0	0	5	5	10	0	0	0	14	3	17	6	2	8	
D. 運動器疾患	83	79	162	25	71	96	39	46	85	47	68	115	59	66	125	26	33	59	
E. 神経難病	16	19	35	10	12	22	17	19	36	11	22	33	12	11	23	11	5	16	
F. がん	23	41	64	20	28	48	29	20	49	23	29	52	25	28	53	20	18	38	
G. 内科疾患	6	6	12	6	5	11	5	8	13	5	8	13	6	6	12	3	8	11	
H. 精神障害	43	60	103	20	73	93	54	58	112	34	90	124	37	63	100	32	43	75	
I. 発達障害	34	65	99	13	51	64	25	49	74	21	72	93	28	65	93	18	35	53	
J. 高齢期	54	71	125	22	74	96	51	55	106	45	82	127	30	61	91	22	31	53	
K. 認知障害 (高次脳機能障害含む)	48	95	143	31	66	97	48	36	84	40	75	115	36	65	101	36	31	67	
L. 援助機器	18	31	49	10	28	38	5	30	35	20	23	43	18	12	30	10	15	25	
M. MTDL	24	45	69	10	36	46	23	19	42	10	22	32	14	30	44	6	8	14	
N. 地域	42	114	156	35	88	123	56	98	154	65	122	187	67	102	169	52	54	106	
O. 理論	0	7	7	0	7	7	0	3	3	0	7	7	2	12	14	4	7	11	
P. 基礎研究	31	52	83	5	40	45	18	26	44	12	56	68	18	56	74	25	29	54	
Q. 管理運営	6	18	24	10	13	23	6	22	28	10	22	32	13	20	33	12	9	21	
R. 教育	30	54	84	17	65	82	25	57	82	15	76	91	25	49	74	12	33	45	
計	662	900	1,562	364	811	1,175	536	688	1,224	481	965	1,446	532	786	1,318	390	444	834	

員および利用データベースの契約者のみが「学術データベース」を利用して閲覧が可能という限定的な公開であった。しかし、J-STAGE を利用することにより、掲載論文を最新号の発行と同時に誰でも閲覧・ダウンロード・印刷することができ、作業療法の実践内容と成果について関連職種や一般に広く周知することが可能となった。同時に、査読体制の見直しを図り、第一査読者と第二査読者に加え、編集委員が論文担当エディターとして俯瞰的な判断をする新たな査読体制を開始した。

2020年7月からは、『AsJOT (Asian Journal of Occupational Therapy)』に導入していた論文投稿システム Editorial Manager[®] を利用し、オンライン投稿を開始した。このシステムの導入により、投稿受け付けから審査までのプロセスを一括管理できるようになり、多くの投稿に対応できるようになった。2016年に109本であった投稿数は、2020年では205本、2021年には176本となり、査読者を増員することとなった。

2022年3月現在、『作業療法』と『AsJOT』の両組織で相互に査読者を共有できるような共同編集体制の検討を始めている。この背景には、『AsJOT』は国内の大学院教育の充実に伴い投稿数が年々増加しているだけでなく、台湾や東アジア諸国からの投稿が増加して、英語論文の編集や査読に対する担当者の負担が大きくなっていることがある。

7-3-2 『AsJOT』

本会では、アジア地域での作業療法の学術活動の拠点となることを目的に、わが国では唯一の英文による作業療法に関する学術雑誌『Asian Journal of Occupational Therapy』を発刊している。『作業療法』は、元WFOT副代表であった故佐藤剛先生がアジアから作業療法を盛り上げていくことを目指して、2001年に発刊した。投稿論文は研究論文や作業療法教育の取組、作業療法アプローチの

新たな試みなど、幅広い内容を掲載している。2016年からは編集業務をオンラインで行えるように Editorial Manager[®] を導入し、論文は国立研究開発法人科学技術振興機構 (JST) が運営する電子ジャーナルプラットフォームである J-STAGE に公開することで、研究成果を即座に多くの研究者と共有できる環境を整えている。近年は大学院生の投稿も増え、2020年度25編、2021年度28編、2022年度は4月末で9編の投稿があり、今後ますます投稿数が増加することが予測されている。

また、学術誌『作業療法』の査読や編集体制の整備を通して、将来的に『AsJOT』がアジアのなかで中心的役割を担う国際誌となることを目指している。

7-4 事例報告登録制度と MTDLP 事例報告登録制度

事例報告登録制度は、2005年9月に開始し、2015年からは生活行為向上マネジメント (MTDLP) の事例報告を登録・審査するシステムを追加した。2015年度末と2021年度末の累積事例登録数を、図7-1に示した。2021年度末の一般事例報告と MTDLP 事例報告で公開されている合計事例数は2,592事例であり、各分野の割合は身体障害分野66.7%、精神障害分野9.3%、発達障害分野6.6%、老年期障害分野17.4%である。事例報告システムの検索機能を強化し、登録された全事例を対象とした検索が可能になり、事例報告の参照目的では94%が臨床活動の参考資料として活用されている。また、教育目的として、作業療法士学校養成施設における演習用模擬事例などにも活用されている。

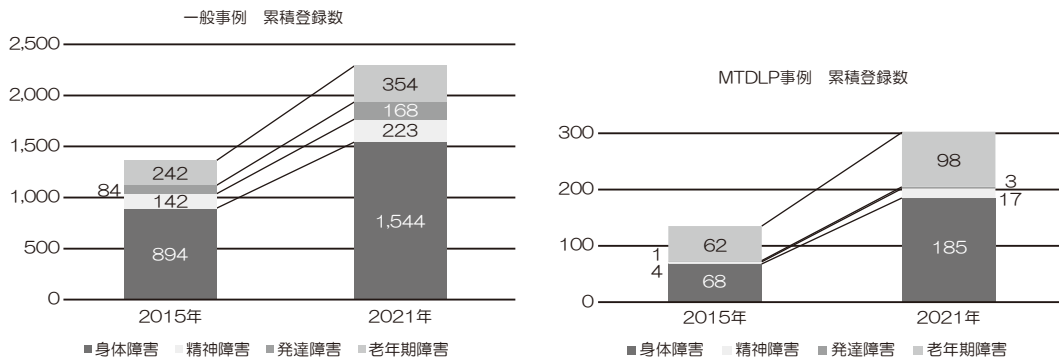


図 7-1 2015 年度末と 2021 年度末の累積事例登録数（2015 年度・2021 年度）

表 7-3 2021 年度の研究 I の課題項目

- ①障害者や高齢者の地域包括ケアシステム（地域移行・地域定着支援など）に関する研究
- ②認知症（若年性認知症を含む）に対する作業療法の効果に関する研究
- ③学校教育領域における作業療法の効果に関する研究
- ④福祉用具（福祉機器・自助具・補装具）やロボット支援技術、ICT、IoT を用いた作業療法の効果に関する研究
- ⑤精神障害に対する作業療法の効果に関する研究
- ⑥就労支援における作業療法の効果に関する研究
- ⑦生活行為向上マネジメントの効果に関する研究（特に、難病、発達障害、精神障害、認知症）
- ⑧終末期における作業療法の効果に関する研究
- ⑨自動車運転支援に対する作業療法の効果に関する研究
- ⑩地域の通いの場における作業療法の効果に関する研究

7-5 課題研究助成制度

7-5-1 研究のための諸制度

課題研究助成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制度で、2006 年より開始した。募集する研究課題は研究 I と研究 II に区別し、研究 I は本会が指定する課題項目である（表 7-3）。研究 I の研究期間は 2 年で、助成額は 100 万～200 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、研究期間は 1 年、助成額の上限は 30 万円を実施するものである。2016 年度から 2021 年度までに助成した研究課題を表 7-4 に示した。なお、過去に助成

を受けた研究の成果報告書は、本会ホームページの学術・研究（本会 HP トップ→会員向け情報→（左タブから）学術・研究→課題研究助成制度）から閲覧できる。

研究倫理審査制度は、文部科学省、厚生労働省および経済産業省が定める「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき、研究倫理審査委員会が運用している。本会が主体として実施する研究のほか、本会会員に対する研究倫理審査体制を 2019 年度より整備し、2022 年度の実施を目指している。

7-5-2 組織的学術研究

組織的学術研究は、作業療法の中核的課題や作業療法を活用するための政策提言の基礎

表 7-4 2016 年度から 2021 年度までの助成研究課題

年度	種目	研究課題名	助成額 (円)
2016	I	統合失調症患者に対する個別作業療法の効果：多施設共同ランダム化比較試験	1,750,000
	II	日本版 ADL-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) の信頼性と妥当性に関する研究	300,000
2017	I	特別支援教育における作業療法士の「教師」に対する有効な支援とその効果	700,000
	I	軽度認知障害者に対する予防プログラム開発とその効果に関する研究	1,770,000
	II	回復期リハビリテーション病棟における Adjusting the challenge-skill balance for Occupational Therapy (ACS-OT) の効果	250,000
	II	作業療法を実施した乳がん患者の健康関連 QOL 調査	250,000
	II	放課後等デイサービスにおける集団作業療法の効果—発達障害児に対する介入研究—	300,000
	II	化学療法誘発性末梢神経障害患者に対する手指運動プログラムの効果の検証	200,000
2018	I	生活行為向上マネジメントを用いた精神障害者に対する訪問作業療法の社会機能改善効果の検証	1,522,000
	II	脊髄小脳変性症患者の小脳性運動失調に対する上肢視標追跡訓練の有効性	293,000
	II	慢性期脳卒中患者への末梢神経電気刺激療法の効果—反復経頭蓋磁気刺激と作業療法の併用療法を受ける患者を対象に—	279,600
	II	不器用児に対する集団作業療法の効果に関する研究	300,000
2019	I	地域在住認知症者に対する生活行為工程分析に基づいたリハビリテーション介入に関する効果研究—多施設共同研究—	1,726,450
	II	認知症患者に対する集団精神科作業療法と構造化された運動療法との併用による精神症状への治療効果の検証	300,000
	II	作業療法によるロコモティブシンドローム予防の基盤づくり—ロコモティブシンドロームと作業遂行の関連に着目して—	300,000
2020	I	共同生活援助事業所における生活行為向上マネジメントを用いた個別支援計画の作成と実施の効果—多施設クラスター化比較試験—	1,531,700
	II	認知機能リハビリテーションによる統合失調症患者の認知機能の長期的改善効果に関する研究	300,000
	II	通所リハビリテーションにおける「活動と参加」に焦点を当てた集団上肢機能訓練の効果	300,000
2021	I	脳卒中後の運動中断者に対する MTDLP を用いた予防的作業療法の効果に関する研究	1,955,000
	II	脳腫瘍患者に対する Occupation-Based Intervention の有効性—傾向スコア分析を用いて—	300,000

資料としてのエビデンスを集積するために、2020 年に開始した。会員が応募する課題研究助成とは異なり、本会学術部が主導するトップダウンの研究である。事業概要は、①各領域（身障、精神、発達、老年）の全国的な研究組織を構築する、②作業療法の中核的課題や国の方針を見通した研究課題を設定する、③エビデンスレベルの高い研究を実施する（ランダム化比較試験、大規模観察研究な

ど）、④外部研究資金の戦略的な獲得を検討する、である。2020 年には精神障害領域において「統合失調症に対する個別作業療法に関する研究」のパイロット研究を開始した。2021 年には、発達障害領域「特別支援教育における作業療法の効果に関する研究」と老年期障害領域「認知症の初期段階における大切な作業の継続に関する縦断研究」を開始した。

7-6 作業療法ガイドライン

「作業療法ガイドライン」は作業療法士のみならず、作業療法の対象者やその家族、養成施設の学生、関連職種、行政機関の職員等を対象に、作業療法の概要と基本的枠組みを提示する目的で発刊している。以前は、「作業療法ガイドライン」で提示した作業療法の基本的な枠組みを踏まえ、作業療法を実践する上で必要な作業療法過程の具体的な説明を事例とともに提示することを目的とした「作業療法ガイドライン実践指針」を発行していた。しかし、両者の内容の違いが不明瞭であること、近年の作業療法士の対象や業務形態の多様化等により、事例の提示によってこれらを網羅した作業療法の実践を具体的に示すことが困難となってきたため、2018年度に「作業療法ガイドライン」と「作業療法ガイドライン実践指針」を発展的に統合して『作業療法ガイドライン(2018年度版)』を発行した。なお、本ガイドラインで提示されていないエビデンスに基づいた作業療法の実践の推奨については、準備が整った疾患から「疾患別ガイドライン」として随時発刊している(7-8参照)。

次期「作業療法ガイドライン」は、2023年度の発刊を予定している。

7-7 『作業療法マニュアル』

『作業療法マニュアル』は、本会が初学者である会員向けに企画・作成している作業療法技術解説書である。1995年発行の第1巻「脳卒中のセルフケア」から2021年発行の「精神科作業療法部門 運用実践マニュアル」まで計73巻を発行しているが、1～30巻までは2017年に販売を終了した。2016～2021年に発行された『作業療法マニュアル』を表7-5に示した。

表 7-5 2016～2021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
2016	60	知的障害や発達障害のある人への就労支援
2017	61	大腿骨頸部/転子部骨折の作業療法第2版
	62	認知症の人と家族に対する作業療法
	63	作業療法士ができる地域支援事業への関わり方
2018	64	栄養マネジメントと作業療法
	65	特別支援教育と作業療法
	66	生活行為向上マネジメント 改訂第3版
2019	67	心大血管疾患の作業療法 第2版
	68	作業療法研究法マニュアル 改訂第3版
	47	がんの作業療法① 改訂第2版
	48	がんの作業療法② 改訂第2版
2020	69	ハンドセラピー 第2版
	70	認知症初期集中支援 ー作業療法士の役割と視点ー 第2版
2021	71	生活支援用具と環境整備Ⅰ ー基本動作とセルフケアー
	72	生活支援用具と環境整備Ⅱ ーIADL・住宅改修・自助具・社会参加ー
	73	精神科作業療法部門 運用実践マニュアル

7-8 疾患別ガイドライン

さまざまな疾患に対する診療ガイドラインが、多くの学会や職能団体から発表されている。疾患ガイドラインはエビデンスに基づいた治療がどこまで可能であるかを、わかりやすく示すものであり、現在の最新の知見に基づいて推奨される治療方法が記載されている。本会でも、作業療法に関する「疾患別ガイドライン」を、これまで発刊してきた教育ガイドライン、業務ガイドラインに加えて作成する試みを2012年度から開始した。身体障害・精神障害・老年期障害・発達障害の4つ

の領域で作業班を立ち上げ、班ごとに対象疾患の絞り込みと優先順位を決定していくように作業目標を立てた。作業の手順は、対象疾患の絞り込み→優先順位の高い順に臨床的クエスチョンの作成→パブリックコメントの募集→関連論文の抽出→アブストラクト・フォームの作成→エビデンスレベル分類→推奨レベルの決定→外部評価の8段階を、疾患ごとに行うこととした。これまで、2013年度に脳血管障害と脳性麻痺、2015年度には

認知症を公開した。2021年度には自閉スペクトラム症、注意欠陥・多動症、発達性協調運動症に関するガイドラインを公開した。

疾患別ガイドラインの作成は、これまでは学術部のワーキンググループという位置づけで作成してきた。今後は、多岐多様なガイドラインの必要性からより組織的な取組が必要となるものとする。また、すでに作成したガイドラインも定期的な改訂が必要である。

第8章 国際交流と国際貢献

8-1 世界作業療法士連盟

8-1-1 世界作業療法士連盟の概略と活動

世界作業療法士連盟(World Federation of Occupational Therapists : WFOT) は、作業療法士による国際レベルでの職業団体であり、作業療法の技術 (art) と知識 (science) を国際的に推進し、作業療法の発展と実践・各国の作業療法士の活躍や社会貢献を推進することを目的としている。

また、WFOT は世界の作業療法の指導的役割を果たし、作業療法の認知度を高めるため、さまざまな声明文を発表している (表 8-1)。特徴としては、2016 年以降、声明文の内容が徐々に医療系から社会系 (人権、減災、地域など) のものが増えてきていることである。また、運転や学校作業療法、職業など、作業療法の領域も医療分野から拡がりを見せている。作業療法の専門性がさまざまな領域において発揮され得ることを、WFOT はこれらの声明文を通して示唆しており、今後さらに作業療法の活躍の場が多様化していくものと考えている。なお、これらの声明文は WFOT のホームページの「Resources」より英文および和文がダウンロードできるので、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から読み取るわが国の作業療法

WFOT では Human Resources Project として、加盟国の作業療法の状況を把握する目的で 2 年ごとに統計調査を行っている (表 8-2)。わが国の作業療法士数は約 9.4 万名と、米国の約 13.6 万名に次いで第 2 位であり、WFOT が認定する学校養成施設数 (161 校) と学生数 (5,977 名) も世界第 2 位である。一方で、人口 1 万名当たりの作業療法士数は 7

名と、デンマーク (22 名) やスウェーデン (12 名) と比較すると、少ない。

8-1-3 世界作業療法士連盟大会 (WFOT Congress 2018) からみる作業療法の動向

世界作業療法士連盟大会は、作業療法の学問的発展と世界の作業療法士の交流を目的として、4 年に 1 回開催されている。

2014 年に第 16 回を日本 (横浜) で開催した後、第 17 回は 2018 年 5 月 21 日～25 日の日程で南アフリカ (ケープタウン) で開催した。学会テーマに「Connected in Diversity : Positioned for Impact (多様性をつなぐ : 存在意義を示す)」を掲げ、関連する Key-note speak やさまざまな演題発表があり、学術研鑽と作業療法士の交流に成果を上げた。

8-1-4 世界作業療法士連盟におけるわが国の役割

現在、わが国は世界作業療法士連盟においてさまざまな役割を担っている。特に、地震や津波などの自然災害への対応で、災害対策としての作業療法 (Disaster Management for Occupational Therapists : DMOT) の活動費を支援し、日本国内での活動内容の情報を共有するなど、重要な役割を担っている。

また、WFOT のさまざまなプロジェクトにも参画しており、作業療法の質の評価 (QUEST) のシステム作りや教育研究のプロジェクト等に関わっている。さらに、WFOT を通じて、世界保健機関 (WHO) のさまざまな疾病に対するリハビリテーションガイドライン作成のメンバー等にも、わが国の作業療法士を派遣している。わが国の高度医療や医療保険体制に基づいた実践は特異的であり、WFOT や WHO といった国際機関からも、その貢献が

表 8-1 世界作業療法士連盟による声明文（2016～2021年）

2016年	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	学校作業療法サービス Occupational Therapy Services in School-Based Practice for Children and Youth
	6	ソーシャルメディアの使用 Use of Social Media
2019年	1	小児・思春期肥満の作業療法 Occupational Therapy in Obesity in Childhood and Adolescence
	2	運転と地域移動における作業療法 Occupational Therapy in Driving and Community Mobility
	3	作業療法とメンタルヘルス Occupational Therapy and Mental Health
	4	作業療法と人権 Occupational Therapy and Human Rights
	5	作業療法と福祉機器 Occupational Therapy and Assistive Technology
	6	作業療法と地域中心の実践 Occupational Therapy and Community-Centred Practice
	7	作業療法とリハビリテーション Occupational Therapy and Rehabilitation
	8	実務のモニタリングにおける専門作業療法士組織の役割 Role of Professional Occupational Therapy Organisations in Monitoring Practice
2021年	1	ライフコースにおける作業療法と高齢化 Occupational Therapy and Ageing Across the Life Course
	2	作業療法とテレヘルス Occupational Therapy and Telehealth
	3	作業療法人的資源 Occupational Therapy Human Resources
	4	作業療法における教育研究 Educational Research in Occupational Therapy

期待されている。

アジア太平洋作業療法地域グループ (Asia Pacific Occupational Therapy Regional

Group : APOTRG) には、わが国をはじめアジア太平洋地域の国々が参画しているが、わが国はそのなかでも役員メンバーとして中核

表 8-2 WFOT 白書から見る世界の作業療法の状況 (2020 年公開資料)

Country/国		作業療法士人数					養成校	
		作業療法士 人数	人口 1 万人当たり の作業療法士数	本会 会員数	組織率	女性 (%)	WFOT 認定校数	毎年の 卒業生数
Argentina	アルゼンチン共和国	12,900	3	335	3	95	5	122
Armenia	アルメニア共和国	50	0.2	50	100	99		
Australia	オーストラリア連邦	22,413	9	9,000	40	90	51	1,808
Austria	オーストリア共和国	3,800	4	2,200	58	80	8	250
Bahamas	バハマ国	11	0.3	6	55	91		
Bangladesh	バングラデシュ人民共和国	257	0.02	257	100	61	1	40
Belgium	ベルギー王国	12,000	10	921	8	85	14	800
Bermuda	バミューダ諸島	36	6	17	47	90		
Brazil	ブラジル連邦共和国	21,232	1	172	1	90	16	355
Bulgaria	ブルガリア共和国	50	0.1	47	94	70	1	10
Canada	カナダ	18,254	5	7,075	39	91	14	1,010
Chile	チリ共和国	6,000	3	200	3	80	1	70
China	中華人民共和国	383	0.03	96	25	73	6	94
Colombia	コロンビア共和国	6,193	1	145	2	92	11	156
Costa Rica	コスタリカ共和国	315	1	11	3	87		
Croatia	クロアチア共和国	638	2	170	27	85		
Cyprus	キプロス共和国	177	2	177	100	70	1	35
Czech	チェコ共和国	1,000	1	250	25	99	1	15
Denmark	デンマーク王国	12,534	22	8,128	65	90	7	464
Dominican	ドミニカ共和国	56	0.1	53	95	3		
Estonia	エストニア共和国	100	1	60	60	97	2	13
Faroe Islands	フェロー諸島	80	16	72	90	6		
Finland	フィンランド共和国	3,500	6	2,500	71	97	5	288
France	フランス共和国	12,765	2	1,507	12	87	25	1,000
Germany	ドイツ連邦共和国	59,000	7	12,000	20	86	139	2,100
Ghana	ガーナ共和国	37	0.01	37	100	15	1	
Greece	ギリシャ共和国	1,800	2	1,158	64	70	5	163
Guyana	ガイアナ共和国	6	0.1	6	100	95		
Haiti	ハイチ共和国	5	0.004	5	100	80	1	4
Hong Kong	香港	2,383	3	1,051	44	70	3	160
Iceland	アイスランド共和国	314	9	344	110	98	1	18
India	インド共和国	15,000	0.1	2,200	15	75	20	690
Indonesia	インドネシア共和国	1,200	0.04	900	75	92	1	100
Iran	イラン・イスラム共和国	3,000	0.4	400	13	75	11	250
Ireland	アイルランド	2,700	6	938	35	90	4	122
Italy	イタリア共和国	1,700	0.3	700	41	70	1	20
Jamaica	ジャマイカ	4	0.01	3	75	100		
Japan	日本	94,255	7	52,968	56	62	161	5,977
Jordan	ヨルダン	1,000	1	74	7	77	3	150
Kazakhstan	カザフスタン共和国	4	0.002	4	100	4		
Kenya	ケニア共和国	850	0.2	500	59	40	3	275
Republic of Korea	大韓民国	18,000	4	5,000	28	75	23	1,000
Kosovo	コソボ共和国	20	0.1	15	75	75	1	12
Latvia	ラトビア共和国	132	1	132	100	96	1	18
Lebanon	レバノン共和国	130	0.2	90	69	80		
Luxembourg	ルクセンブルク大公国	300	5	100	33	95		

Country/国		作業療法士人数					養成校	
		作業療法士 人数	人口1万人当たり の作業療法士数	本会 会員数	組織率	女性 (%)	WFOT 認定校数	毎年の 卒業生数
Macau	マカオ	130	2	90	71	70		
Madagascar	マダガスカル共和国	32	0.01	32	100	60	1	15
Malaysia	マレーシア	1,892	1	245	13	75	4	189
Malta	マルタ共和国	170	4	55	32	90	1	11
Mauritius	モーリシャス共和国	70	1	50	71	75		
Mexico	メキシコ合衆国	536	0.04	83	15	70	3	30
Morocco	モロッコ王国	6	0.002	6	100	66	1	20
Namibia	ナミビア共和国	89	0.4	53	60	90		
Netherlands	オランダ王国	4,682	3	2,500	53	94	5	400
New Zealand	ニュージーランド	2,969	6	1,143	38	92	2	161
Nigeria	ナイジェリア連邦共和国	52	0.003	25	48	60		
Norway	ノルウェー王国	5,000	9	3,200	64	86	6	180
Pakistan	パキスタン・イスラム共和国	400	0.02	50	13	99	3	55
Palestine	パレスチナ	130	0.3	105	81	85	2	40
Paraguay	パラグアイ共和国	15						
Peru	ペルー共和国	520	0.2	180	35	80		
Philippines	フィリピン共和国	4,428	0.4	465	11	76	6	300
Poland	ポーランド共和国	500	0.1	53	11	95		
Portugal	ポルトガル共和国	1,837	2	267	15	97	3	120
Romania	ルーマニア	120	0.1	57	48	90	1	35
Rossia	ロシア連邦	70	0.005	50	71	90	1	1
Rwanda	ルワンダ共和国	10	0.01	10	100	30	1	12
Saudi Arabia	サウジアラビア王国	260	0.1	58	22	70	2	50
Seychelles	セーシェル共和国	3	0.3	3	100	100		
Singapore	シンガポール共和国	1,201	2	410	34	83	1	56
Slovenia	スロベニア共和国	512	2	300	59	98	1	40
South Africa	南アフリカ共和国	5,662	1	2,454	43	86	8	269
Spain	スペイン王国	9,000	2	230	3	80	6	200
Sri Lanka	スリランカ民主社会主義共和国	151	0.1	60	40	70	1	20
Sweden	スウェーデン王国	11,992	12	8,200	68	90	8	390
Switzerland	スイス連邦	3,400	4	2,400	71	95	3	81
Taiwan	台湾	3,843	2	1,031	27	65	7	315
Tanzania	タンザニア連合共和国	5	0.001	5	100	60	1	30
Thailand	タイ王国	1,000	0.1	350	35	90	2	100
Trinidad and Tobago	トリニダード・トバゴ共和国	21	0.2	17	81	95	1	8
Tunisia	チュニジア共和国	330	0.3	50	15	95		
Turkey	トルコ共和国	350	0.04	118	34	25	1	70
Uganda	ウガンダ共和国	150	0.03	50	33	20	1	15
Ukraine	ウクライナ	30	0.01	23	77	100		
United Kingdom	イギリス	39,895	6	27,847	70	92	64	1,500
United States of America	アメリカ合衆国	136,483	4	30,888	23	91	203	7,774
Uruguay	ウルグアイ東方共和国	45						
Venezuela	ベネズエラ・ボリバル共和国	4,000	1	1,740	44	80	3	240
Zambia	ザンビア共和国	7	0.004	6	86	80	1	
Zimbabwe	ジンバブエ共和国	155	0.1	41	26	60	1	20

日本のデータは、以下の時点のものです。

- ・作業療法士人数 (94,255人) …2019年4月1日時点の累計人数 (本会が把握している死亡退会者を除く、外国免許書き換え者を含む)
- ・会員数 (52,968人) …2018年統計
- ・女性 (62%) …2018年統計

的役割を担っている。具体的にはアジアの開発途上国に対して、WFOT 代表者会議への参加費の支援のほか、精力的に他国と交流している（8-2 参照）。2024 年には札幌でアジア太平洋作業療法学会（APOTC2024）の開催が予定されており、今後ますますわが国が担う役割は大きくなると考えている。

8-2 国際交流・国際貢献の活動

8-2-1 本会の国際交流・国際貢献の活動

1) 「東アジア諸国との交流会」から「アジア作業療法協会交流会」へ

第 16 回世界作業療法士連盟大会（WFOT Congress 2014）を契機に始まった近隣 5 カ国（韓国・台湾・香港・フィリピン・シンガポール）との交流は、2015 年には各国の作業療法の現状、2016 年には学術活動、2017 年には教育について情報交換を行った。

2019 年からは交流会の第 2 フェーズとして名称を「東アジア諸国との交流会」から「アジア作業療法協会交流会」に変更、2 年に一度の会合を 2023 年まで継続することを決定した。2019 年の交流会では、モンゴル協会関係者 2 名が出席、モンゴルにおける作業療法の現状や課題について紹介した。その他、一般会員向けの交流会を開催し、「心理社会領域の作業療法」と「女性会員が働きやすい職場と協会の支援」という 2 つのテーマで各国協会の取組を共有した。

2021 年の交流会は、世界的な COVID-19 蔓延状況のためにオンライン開催となり、COVID-19 の感染拡大下での各国協会の教育、臨床現場、メンタルヘルス等の取組について情報交換を行った。

第二次作業療法 5 ヶ年戦略の一環として始まったアジア作業療法協会交流会事業は、2023 年に第 2 フェーズの終了を迎える。その後は、開催方法や時期、交流内容を改めながら近隣諸国協会との交流を継続する予定で

ある。

2) 日本-台湾作業療法ジョイントシンポジウム

2015 年 9 月にニュージーランドで開催されたアジア太平洋作業療法学会の開催時に、台湾作業療法協会（TOTA）からわが国と学術交流を行いたいとの申し入れがあり、その後 2016 年に南米コロンビアで開催された WFOT 代表者会議で、台湾学会時に台湾-日本シンポジウムを開催することになった。

2016 年 11 月 5 日に、日本-台湾作業療法ジョイントシンポジウムの前身となる台湾-日本シンポジウムは中村春基日本作業療法士協会会長を講師に、「高齢社会と作業療法」というテーマで台湾大学で開催された。これと同時に開催された本会と台湾作業療法協会とのビジネスミーティングでは、ジョイントシンポジウムのテーマ、開催方法が話し合われ、2 年ごとに開催国を代えながらシンポジウムを開催することなどを確認した。

2017 年台湾の Taoyuan City の Chang Gung University で、第 1 回アジア太平洋作業療法シンポジウム（APOTS）と同時開催で第 1 回台湾-日本作業療法ジョイントシンポジウムを開催した。テーマ 1 は「Occupation-based intervention/作業を基盤とした介入」、テーマ 2 は「The application of assistive technology/支援技術の応用」で、講演後には参加者による質疑応答を行った。

2019 年の第 53 回日本作業療法学会において、第 2 回日本-台湾作業療法ジョイントシンポジウムを開催した。テーマ 1 は「Blue Ocean : Emerging areas of OT Practice/先進な作業療法実践」、テーマ 2 は「Occupational therapist as an entrepreneur/作業療法士の起業」で、講演後に質疑応答が行われた。

3) 国際シンポジウムから国際企画プログラムへ

WFOT Congress 2014 のわが国での開催決定を契機として、2008年度以降毎年日本作業療法学会時に、本会会員の国際的視野の拡大を目的として国際シンポジウムを開催してきた。2021年度からは実施形態の多様化を目指し、「国際企画プログラム」と名称を変更し、世界各国から講師を招聘している。

●テーマと講師（2016年以降）

2016年：テーマ「作業療法実践とそれを支える資質」。

2017年：テーマ「ローカルに、そしてグローバルに作業療法を語る」。

2018年：テーマ「International Café：フィリピンの作業療法士と語る」。

2019年：テーマ「アジア太平洋地域の作業療法～これから求められる作業療法士像：グローバルな視点から～」。

2020年：テーマ「フランスにおける作業療法～現状と課題～」。

2021年：テーマ「スウェーデンの作業療法：高齢者の尊厳ある生活に向けて」。

4) 国際交流に関する基礎調査

2017年より士会および学校養成施設を対象に、隔年で国際交流に関する意向・実態についての基礎調査を実施している。2020年の調査ではCOVID-19の影響を問う項目を追加した。

(1) 士会対象の調査結果

2017年：回答率89% (42/47士会)。

2019年：回答率85% (40/47士会)。

2021年：回答率55% (26/47士会)。

海外の作業療法士または団体との交流がある士会は2017年8士会、2019年9士会、2021年2士会であった。国際交流に関する部門をもつ士会は、2017年0士会、2019年2士会、2021年1士会であった。組織に国際

経験をもつ会員がいるのは、2017年24士会、2019年22士会、2021年9士会であった。

(2) 学校養成施設対象の調査結果

2018年：回答率50% (106/212校)。

2020年：回答率62% (131/211校)。

海外の作業療法学校養成施設と交流があるとの回答は2018年、2020年とも41校であった。国際部門を有する学校養成施設は2018年43校、2020年53校であった。国際経験を有する教員に関しては、2018年51校、2020年57校であった。国際的視点での授業等があるとの回答は、2018年21校、2020年36校であった。

2020年3月（COVID-19パンデミック宣言後）からの国際交流については、士会・学校養成施設とも中止・延期になったという回答が多く、一部オンラインでの交流が行われていた。

5) 国際的人材育成セミナー

国際的な人材育成を目的として、(1) グローバル活動セミナー、(2) 「英語で学会発表をしてみよう」の2つのセミナーを本会会員向けに開催した（表6-11参照）。

6) JANNET との連携

障害分野NGO連絡会（JANNET）の研修委員として、本会国際部員が参加している。毎月発行しているJANNETのメールマガジンは、本会ホームページ（HP）のWFOT関連情報からみることができ（本会HPトップ→会員向け情報→（左タブから）WFOT関連→JANNET関連情報）。

8-2-2 国際協力機構（JICA）への協力

1) 作業療法士参加の海外協力隊事業の推移

青年海外協力隊（JOCV）は、国際協力機構（JICA）のボランティア事業として、1965年に発足し2015年に50周年を迎えた。

2018年にボランティア事業が改編され、

総称を「JICA 海外協力隊」とし、2019年にはそれまでシニア海外ボランティアは40歳以上と年齢区分されていたが、年齢区分ではなく案件によって求められる経験年数による一般案件・シニア案件の区分となった。

本会では、グローバル活動セミナーや日本作業療法学会の国際部ブースで、帰国隊員の報告と併せてJICA 海外協力隊の応募勧奨や相談等を実施している。

2) 作業療法士による海外協力隊参加報告書の刊行

2018年3月に、本会では『作業療法士による国際協力のあゆみ—青年海外協力隊・シニア海外ボランティアの活動報告—』を刊行した。本会ホームページの国際関連からみることが出来る(本会HP トップ→会員向け情報→(左タブから)国際関連→青年海外協力隊・シニア海外ボランティアの活動報告の報告書はこちらより参照可能)。

3) 海外協力隊の派遣状況

2021年9月30日現在では、5万名以上が途上国に派遣され、そのうち作業療法士は累計で青年海外協力隊392名、シニア海外協力隊22名、日系社会海外協力隊3名、日系社会シニア海外協力隊1名が派遣されていた。

2015年度から2021年度までの派遣実績は、2015年度シニア海外協力隊4名、青年海外協力隊9名、2016年度シニア海外協力隊4名、青年海外協力隊23名、2017年度青年海外協力隊18名、2018年度シニア海外協力隊2名、青年海外協力隊13名、2019年度青年海外協力隊13名、2020年度は派遣実績なし、2021年度1名であった。

2015年度から2021年度までの派遣国は多い順から、ベトナム16名、エクアドル8名、タイ6名、ネパール4名、マレーシア4名であった。

(出典：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 海外からの見学・研修の受け入れ

各士会と学校養成施設に2017年から2021年まで交互に隔年で調査している。

1) 見学と研修の受け入れ件数内訳(士会)

(年)	2017	2019	2021
見学	2	7	1
研修	1	4	1

2) 見学と研修、留学生の受け入れ件数内訳(学校養成施設)

(年)	2018	2020
見学	22	19
研修	17	21
留学生受け入れ	1	12

8-2-4 就労・研修

各士会と学校養成施設に2017年から2021年まで交互に隔年で調査している。

1) 作業療法士としての留学、海外就職経験者数(士会)

(年)	2017	2019	2021
留学	1	4	0
就職	1	0	0

2) 作業療法士としての留学、海外就職経験者数(学校養成施設)

(年)	2018	2020
留学	8	2
就職	1	0

(出典：都道府県士会および養成校へのアンケート調査〔国際動向調査〕結果)

8-2-5 国内外での就労・研修

海外の作業療法士から本会に、わが国の作業療法についてさまざまな問い合わせや調査への協力依頼、見学などの希望のほか、わが

国での就労のための資格や手続きに関するものも多い。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ている。なお、他国籍の作業療法士が一時的に国内で作業療法を実施することは、事故発生時の保障の問題等から困難であり、見学の範囲の参加にとどめている。しかし、2021年度の問い合わせ件数は9件で、そ

の内容は COVID-19 の蔓延により施設見学やわが国での就労に関する問い合わせは減り、オンラインインタビューへの協力、共同研究者の紹介、わが国の作業療法評価ツールの紹介などの依頼であった。このほか、在留外国人からは、英語で対応可能な作業療法士の紹介に関する問い合わせが毎年数件ある。

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、障害福祉サービス等報酬等に関する要望活動は、本会が厚生労働省の担当課に直接行うもののほか、全国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の団体連名によるものがある。その他、日本障害者協議会（JD）や日本発達障害ネットワーク（JDDnet）等のように要望に関連する関係団体と協同して、関係する省庁に働きかけを行っている。

9-1-1 要望の結果とこれからの課題

2016年度から2022年度までの間に、2018年度（診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬）、2020年度（診療報酬）、2021年度（介護報酬、障害福祉サービス等報酬）、2022年度（診療報酬）の改定に対し要望活動を行った。要望の結果、2018年度診療報酬改定ではリハビリテーション総合実施計画書様式における本会が作成する生活行為向上アセスメントの任意項目記載、認知症患者リハビリテーション料の算定期間の延長、介護報酬改定では生活行為向上リハビリテーション実施加算の介護予防への適応拡大、障害福祉サービス等報酬改定では、就労移行支援事業の福祉専門職配置等加算への作業療法士の職名記載が実現した。2021年度障害福祉サービス等報酬改定で就労継続支援事業の福祉専門職配置等加算への作業療法士の職名記載、2022年度診療報酬改定でリハビリテーションの実実施計画等の署名欄の扱いの変更、運動器リハビリテーション料の対象疾患に糖尿病性足病変の追記などが実現した。

要望活動は成果を上げているが、今後、特に医療では年間のリハビリテーション関連の

医療費が2兆円を超えるなかで、根拠資料の提示はもとより、技術の成熟度、安全性、普及性、医療費の削減につながる財政への影響など多くの項目を満たすための準備をした上で臨まなければ、実現は相当に困難になってきている。また、がん関連やリンパ浮腫関連、透析時運動指導等加算のように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きており、資格だけではなくそれぞれの治療に対する知識技術の上乗せが求められる傾向にある。

エビデンスが求められる傾向は、介護保険、障害福祉サービス等においても同様である。認知症者の地域生活支援における作業療法のあり方と効果の明示、精神障害者の社会参加支援への取組の推進、子ども施策への関与拡大や就労支援における作業療法士の専門性の確立、また新たな領域として司法や産業保健への参画等、第四次作業療法5ヵ年戦略で掲げている項目について作業療法・作業療法士関与とその効果を提示し、診療報酬等や職種の配置を獲得する渉外活動の展開が求められている。すべての要望の出発点は、作業療法士一人ひとりの科学的根拠に基づいた実践であるが、それらを職能団体として要望をまとめ実現していくためには、他団体とのさらに連携を強化する必要がある。

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の現状と推進

1) 生活行為向上マネジメント推進プロジェクト設置の背景と役割

本会は、2008年より老人保健健康増進等事業を基盤に「作業療法の30cmものさし」、つまり目に見える標準的な作業療法のかたち

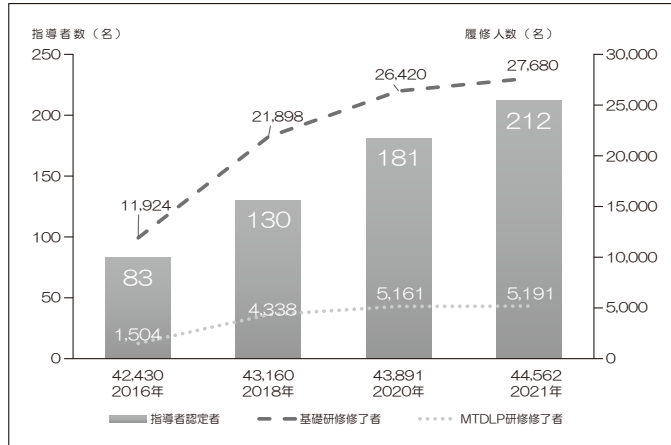


図9-1 MTDLP研修制度の履修人数（2021年1月現在）

づくりに取り組んできた。この成果として、生活行為に焦点を当てた作業療法の過程を見える化した「生活行為向上マネジメント」（以下、MTDLP）を作成した。

2013年度、本会教育部・学術部・広報部等が関わる横断的な組織として、MTDLPの内容を会員はもとより国民に広く周知する目的で、生活行為向上マネジメント推進プロジェクトを開始した。

教育部が2013年度生涯教育制度改定の際、MTDLPの考え方を学ぶ基礎研修、また取組事例を報告する実践研修を盛り込み、MTDLPに関する研修体系が確立した。

また、同時にMTDLPの講師と臨床での実践の普及、市町村が実施する地域ケア会議などに参画できるようMTDLP事例の登録とその審査、多職種からなる外部委員による公開審査を経て熟練者を認定する仕組みを検討、実施した。2015年度からは、学術部がその仕組みを事例報告登録制度として取り組んできた。

このような取組により、2015年度の介護報酬改定では通所リハビリテーション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た。この加算では、本会で実施するMTDLP研修の受講が算定要件となったため、

研修を受講し、事例報告した者に修了証を発行することとなった。

これを2015年度以降は教育部の生涯教育制度のなかに位置づけ、現状に至っている。

2018年度からは、士会との連携、会員への普及・推進の観点からMTDLP士会連携推進室、2020年度からはMTDLP室として継続的に取り組む組織的な位置づけとした。

2) MTDLPの現状

推進プロジェクトが設置されてから10年を経て、現在の基礎研修履修者数は27,680名で本会会員の43.1%、事例報告を行う実践者研修履修者数は5,191名で8.1%、指導者数は212名となっている（図9-1：2021年1月現在）。

2016年度からは、教育部養成教育委員会とともに、全学校養成施設で作業療法を学ぶ学生に向けた卒前教育として模擬事例による演習の実践を含むMTDLPのカリキュラムを積極的に導入しているところをMTDLP推進協力校、また臨床実習でMTDLPを活用しているMTDLP推進協力強化校を認定し、学生が実践的にMTDLPを学ぶ時間や機会の確保を推進している。2021年6月末日現在、MTDLP推進協力強化校が7校、MTDLP推

進協力校が10校となっている。また、2021年度の学校養成施設に対するMTDLPに関するアンケートでは、約6割がMTDLP推進協力校になることを検討している。

さらに、本会が実施する厚生労働省指定臨床実習指導者講習会および臨床実習指導者実践研修会（厚生労働省後援）でMTDLPの実習を推進するための講義・演習が取り込まれている。

MTDLPの活用状況は、施設情報（2.0次事務局サイド、2022年5月）より生活行為向上リハビリテーション実施加算を取得している施設は427施設で、このうちMTDLP研修を履修している会員がいる対象施設は227件（53.2%）となっている。また、2018年度診療報酬改定で、総合リハビリテーション実施計画書のアセスメントとして生活行為向上アセスメントが例示された。今回の白書の調査では、リハビリテーション総合実施計画を活用していると答えた2,223施設のうち197施設（8.9%）が生活行為向上アセスメントを活用し、他施設との連携に生活行為向上マネジメント申し送り表を標準的に取り入れているのは、調査で回答のあった6,520施設のうち186施設（2.9%）であった。

3) MTDLPの課題と今後

(1) MTDLPのツールの検討

MTDLPに関するツールは、各研修で活用するシートが複数あり、実際に使用する際に負担が大きいという声もある。また、各都道府県で実施している研修で活用しているツールに違いが生じているという課題がある。

現在、臨床実践では生活行為向上マネジメントのシートを使用することはもちろんだが、研修で使用する推奨シートを明確にした。ただし、興味・関心チェックシートなどは、年齢や疾患によっても重点的な項目が異なるのではないかと意見もあり、今後も継続的に見直す予定である。

(2) 臨床での実践の推進

2021年10月現在、事例報告登録制度の疾患別の合格事例は、脳血管障害117事例（44.3%）、骨折43事例（16.3%）と身体障害領域が多くを占めている。今後、他領域・疾患における演習事例を登録し、さまざまな現場での取組を推進していく必要がある。

また、指導者の育成の推進、フォローアップ体制を強化し、身近な場所で指導を受けられる環境整備に努める。

さらに、本会教育部と連携し、卒前教育から一貫した生涯教育体制のあり方や2023年度MTDLP推進委員会を立ち上げ、継続的な検討を予定している。

(3) MTDLPの実践に関するデータ収集の仕組みの構築

今後、指導者からの実践事例のデータ収集の仕組みを構築し、そのデータを分析する。これにより、疾患別にアセスメントすべき国際生活機能分類（ICF）コアセットの検討、作業療法プログラムの標準化とそれに基づく効果・成果測定などを示していく予定である。

9-2-2 地域包括ケアシステム推進委員会

わが国では、2025年を目標に「地域包括ケアシステム」の構築に向かっていることに合わせて本会では「地域包括ケアシステム推進委員会」を設置し、「地域ケア会議」や「総合事業」への参画を進めてきた。

具体的には、「全国約1,700市町村すべての地域支援事業への作業療法士の参画」を目標に研修事業や手引きの作成を行ってきた。この結果、『白書2015』では「地域ケア会議に関連すること」2.5%、「地域支援事業に関連すること」7.3%であったが、今回の調査ではそれぞれ6.4%、8.8%となった。

今後は、「地域包括ケアシステム」から「地域共生社会」を実現するために、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超え、人々の多様なニーズに応えな

表 9-1 認知症の人の生活支援推進委員会の活動経過

年度	活動概要
2014	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の支援構築に向けた調査研究事業」の実施。老健事業の結果を受け「初期認知症対応研修」として仙台、東京、福岡にて 587 名に研修を行った。
2015	老健事業の結果を発展的に継続するため、わが国における認知症の作業療法における課題を明らかにし、その対応を講じるための体制整備を行った。具体的には、2016 年度から認知症に関連した情報交換の窓口機能などの役割をもつ推進委員を各士会に 1 名置き、協会・各士会が連携して認知症課題に取り組める体制を取るための準備を行った。また、認知症初期集中支援チームに対する作業療法士の参入が全国的な課題であり、作業療法士活用推進を自治体に向けて発信するためのフライヤーや『認知症初期集中支援チーム Q & A 集』を作成し、全国の各自治体へ周知を図った。
2016	全国の作業療法士における認知症対応能力向上のために、認知症に関する最低限の最新情報を更新することを目的とした認知症アップデート研修の教材を作成。2016 年 11 月 19、20 日に各都道府県の認知症作業療法推進委員会にて内容の共有を図り、各士会でアップデート研修を展開。
2017	アップデート研修の展開や各士会の認知症関連の取組について共有する場の設置を検討した。2017 年 11 月 18、19 日に各都道府県の認知症作業療法推進委員会会議を実施し、各士会における認知症関連の課題を共有するとともに、独自に先駆的な認知症対応能力向上研修を展開している埼玉県士会と広島県士会の活動が報告された。2016、17 年度でアップデート研修の修了証書は約 5,000 名に発行、『認知症初期集中支援チームの Q & A 集』を第 2 版として改訂。
2018	アップデート研修は、認知症施策に関する最新の動向等を踏まえた内容に改定し、2018 年度版の資料を完成させた。各士会の認知症施策推進総合戦略等への参画状況の把握情報やアップデート研修教材の共有のため、2018 年 10 月 27、28 日に各都道府県の認知症作業療法推進委員会会議を実施。
2019	認知症は社会的課題で、認知症の人の生活支援推進委員会だけで対応することに限界があるため、「地域包括ケアシステム推進委員会」と「運転と作業療法委員会」と連携し、2019 年 11 月 9、10 日に各都道府県の認知症作業療法推進委員会会議を実施。各士会で独自の認知症関連の研修や地域支援事業等が展開されるようになり、特設委員会としての役目を終了し、2019 年度で発展的解散。

がら、高齢者だけではなく、生活に困難を抱える人、障害のある人や子どもなどすべての人が地域で自立した生活を送ることができるよう、保健医療福祉の専門人材の育成を図りながら、住民とともに地域づくりをすすめることとなる。当委員会も地域共生社会の実現に向けた担い手となる作業療法の活用と作業療法士の育成が必須となる。

9-2-3 認知症施策への参画—認知症の人の生活支援の促進

1) 認知症の人の生活支援推進委員会の発足

(1) 委員会設置の背景

わが国における急速な認知症高齢者の増加が社会的課題となり、厚生労働省は 2012 年 9 月に 2013 年からの 5 カ年計画として「認

知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）」、2015 年 1 月に「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）」を公表した。

このような認知症施策の変遷を踏まえ、医療機関や介護施設で提供される認知症の作業療法だけでなく、認知症の人の地域生活を支えるために作業療法士がより身近な地域で貢献することが求められるようになった。

(2) 委員会の発足と活動推進に向けて

この流れに対応すべく、当初は担当理事を置き、国や自治体に認知症の作業療法の発信を行ってきたが、認知症の問題に即応する部署の必要性が高まったため、2014 年 8 月に「認知症の人の生活支援推進委員会」を設置し

た。

当初は、2014年度の老健事業の結果を受け、「認知症初期集中支援チーム Q&A 集」を作成し、全国の各自治体へ作業療法士の貢献できる技術等も含めて周知を図った(表 9-1)。

2) 認知症の人の生活支援推進委員会の活動

(1) 2016～2019年度の活動

新オレンジプラン(2015年)の公表により、全国各地で認知症に関するさまざまな取組や研究の推進が図られるなか、作業療法士もそれを担う専門職として最新の情報をもとに認知症の作業療法を提供できることが求められるようになった。そこで、2016年度には全国の作業療法士の認知症に対応する能力の向上に向けた標準カリキュラムおよび教材を作成し、認知症アップデート研修を開催した。研修内容は、各都道府県の推進委員から普及展開し、2017年度末までに約7,908名の全国の作業療法士に対して認知症の作業療法に関する知識や技術の更新を図るとともに、各地域における人材育成の仕組みの一モデルを提供した。また2017年度には、本会の作業療法推進モデル事業として、京都府士会、兵庫県士会、広島県士会、沖縄県士会で認知症の作業療法の推進にかかる、人材育成研修や普及啓発活動など独自の取組を展開した。2018年度には、認知症作業療法推進委員会議でそれらのモデル事業の実施成果の報告とともに、アップデート研修の内容を最新の動向を踏まえて改定し、各都道府県の推進委員と共有した。2019年度には「地域包括ケアシステム推進委員会」と「運転と作業療法委員会」の2つの特設委員会と連携し、全国の認知症作業療法推進委員会議を実施した(表 9-1)。

(2) 委員会の発展的解散

2012年にオレンジプラン、2015年には新オレンジプランが公表されるなど認知症に関する施策が大きく変化する節目となった

2010年代は、国民の認知症に対する捉え方や考え方も大きく変化した。われわれ作業療法士に求められる認知症関連の知識等も大きく変化を遂げたなかで、2014年度から特設委員会としてアップデート研修や各士会の認知症の人の生活支援推進委員の設置と連携などを通じ、作業療法士の認知症への対応能力の向上や各士会における認知症の人とその家族の生活支援の推進という役割を果たすことができた。これらの取組を経て、各士会の推進委員や士会における認知症支援推進部局の活動が活発化し、各士会で独自の取組を推進するなど、それぞれの地域に合わせた形で発展したことを受け、特設委員会は一定の役割を果たしたと判断し、2019年度末で発展的に解散した。

3) 認知症の人の生活支援推進の今後

(1) 各都道府県における取組の共有と情報発信

2019年6月18日には認知症施策推進関係閣僚会議で「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、認知症の人の視点を尊重し、認知症があっても地域生活が継続できるような支援の取組がさらに強化されることになった。認知症の人の生活支援推進委員会は2019年度末で解散したが、各士会では認知症の作業療法を推進するさまざまな活動が継続・発展しており、これらの情報は2020年度から本会制度対策部医療保険対策委員会認知症班が窓口となって取りまとめている。各士会の取組は、毎年9月のアルツハイマー月間に合わせて「認知症に関する都道府県士会活動報告」として本会のホームページに掲載している。また、認知症施策の動向やこれに即した各士会の取組状況に関して、担当者間での情報共有のニーズが挙げられたため、2020年度は2021年1月31日に、2021年度は2022年1月30日に「士会における認知症への取り組みを推進する担当者同士の情報交換会」と称して、各士会の認知症に関する取組状況の共

有や厚生労働省からの最新の認知症施策に関する情報提供の機会を設けてきた。

(2) 制度や施策に応じた作業療法の推進と今後の課題

今後も認知症は非常に大きな社会的課題であり、本会制度対策部だけでなく、作業療法の質を担保する教育やエビデンス集積に向けた学術活動、地域包括ケアシステムへの貢献など、各部署との横断的連携等が必要になる。これだけでなく、日本老年精神医学会をはじめとした、認知症に関連する各団体等との連携を加速することも必須になる。認知症施策推進大綱にある通り、今後はより早期発見・早期対応に向けた医療体制の整備が進み、認知症の人と家族の診断後の生活に対する適切な評価、助言、支援へのつながりが行える専門的人材の確保と育成が課題となる。また、実際に生活する場面を念頭に置き、その人の有する認知機能等の能力を見きわめ最大限に活かし、日常生活の継続支援を目的とする認知症のリハビリテーションを普及するため、アウトリーチで実際の生活場面における生活の具体的な支援に資するための人材育成と体制整備が重要になると考えている。

9-3 国内他団体との連携

9-3-1 士会との連携

1) パイロット事業

(1) 2016年度

当年度は作業療法推進活動パイロット事業の最終年度となり、6士会からの活動実践があった。北海道士会は「地域住民とともに行う地域支援事業」として地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を行った。群馬県士会は、「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の作成」として特別支援学校機能強化モデル事業を活用した取組を行った。広島県士会は、「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」として広島刑務所で社会復帰支援のための基本的思考力に関する指導等の取組を行った。大分県作業療法協会は、「小・中学生を対象にした作業療法の啓発・普及活動」として県内小・中学校に漫画冊子の配布などの啓発活動等の取組を行った。鹿児島県士会は、「自動車運転と作業療法士の介入—運転再開支援における連携及び統一評価の作成—」として県内の離島や遠隔地とテレビ電話での会合や共有文書等を、クラウドを活用したネットワークの構築を試みた。沖縄県士会は、「離島で働く作業療法士を支える研修システムの構築」とし、オンラインシステムを活用して離島在住の作業療法士が地域ケア会議助言者研修や介護予防等の県士会事業の均霑化のための取組を行った。

2) 作業療法推進モデル事業

(1) 2017年度

北海道士会は、「組織強化」をテーマに、非会員作業療法士と「接点」を作ることで入会意識を高め、北海道作業療法学会にて子育て応援ブース「みらいカフェ」を設置・運営し、入会を促すよう取り組んだ。埼玉県士会は、「組織強化」をテーマに、クーポンの活用を通じて未入会者への働きかけや認知症カフェ等の運営を支援し、県内ブロック単位での活動の定着化に向けた取組を行った。富山県士会は、「学校支援事業」をテーマに、小・中学校への訪問支援や教員や生徒・保護者を対象とした研修会の開催や教材・教具に対する情報提供の取組を行った。京都府士会は、「認知症初期集中支援」をテーマに、認知症初期集中支援チームへの作業療法士の参画推進、認知症カフェ支援アドバイザー派遣事業の受託（京都府委託事業）等の取組を行った。兵庫県士会は、「認知症作業療法」をテーマに、認知症に関わる臨床スキルアップに関する研修およびフィールドワーク体験としてカフェ・サ

ロン等の認知症関連事業への見学や参加を可能とするプログラムの実践についての取組を行った。奈良県士会は、「地域包括ケア OT 推進リーダー認定制度に関連した研修会企画・実行事業」として、多職種合同研修会の開催や自立支援型地域ケア会議の教育用 DVD の作成等の取組を行った。広島県士会は、「認知症に対する作業療法士の関わりを推進するための取組」として、認知症生活行為支援指導者育成研修を行い、関係機関・団体等への情報発信と斡旋やアップデートを含めたシステム構築に向けた取組を行った。沖縄県士会は、「認知症の人の地域生活支援における作業療法士と市町村の連携モデルの開発」として、地域包括支援センター等の職員を対象としたアンケート調査を行い、認知症総合支援事業の課題の把握とともに認知症に対する作業療法事例集の関係機関への配布等の取組を行った。

(2) 2018 年度

北海道士会は、「サポートメンバーズ制度導入等による組織強化の試み」として、作業療法士学校養成施設の学生に対し、北海道士会 LINE@ を活用した研修会参加の簡素化やメンバーズカードの発行ならびに育児支援イベント「みらいカフェ」の開催や組織強化に向けた取組を行った。埼玉県士会は、「子育て、介護者会員への生涯教育支援および学生会員制度による将来の人財確保に向けた取組」として、会員に対するアンケートを行い、オンライン研修会や学校養成施設と連携した学生会員の創設についての取組を行った。石川県士会は、「作業療法士の働き方を伝える教育支援プラットフォーム事業」として、県内の小・中・高等学校生徒とその家族、教職員を対象とした体験学習、キャリア教育等を通じて、作業療法士の働き方を伝える取組を行った。奈良県士会は、「絵本で伝える作業療法」とし、花に水をあげるといふ作業が広がっていくという物語を絵本にして伝えることで、

作業療法の普及啓発を図る取組を行った。

3) 47 都道府県委員会

(1) 委員会の活動総括

47 都道府県委員会は、「本会と士会が一体となり、国や地方自治体に対して政策提言を行える組織体制」の構築を目指すことを目的に委員会を設置した。ここでは、各士会の代表者を委員に任命し、地域の情報や意見、課題解決に向けて本会と士会が共通課題に取り組んでいる。とりわけ、喫緊の課題に対してワーキンググループによる提案と全体議論で意見集約を行ってきた。士会活動をより活性化することが地域の作業療法の発展につながるという考えから、モデル事業を展開し、各士会の活動報告やグループワークを行うことで地域連携の強化を図っている。しかし、2020 年度からの COVID-19 の感染拡大により、対面形式からオンライン形式へと移行したが、開催回数を増やすことで課題解決に向けた議論の醸成を図った。

(2) 活動経過

2016 年度は、当委員会の機能と構造について認識の整合を深め、全体会議やグループワークで意見を集約し、①組織強化、②認知症関連、③モデル事業普及、④地域の作業療法支援の各ワーキンググループの設置等を行ってきた。2017 年度は、本会各委員会との連携を強化し、地域包括ケアシステムへの参画推進に向けた合意形成のための議論を重ねた。また、地域の作業療法士の自己研鑽と作業療法の発展のための課題整理と検討を行ってきた。2018 年度および 2019 年度は、モデル事業の結果を共有し、士会活動の参考とした。2020 年度は、COVID-19 の感染拡大により、第 1 回委員会を中止し、オンライン形式での委員会を開催してきた。このように、本会と士会が密接に連動しながら、多くの課題について検討し、都道府県ごとの活動へ汎化することができた。

(3) 今後のあり方

2020年度より、全国の課題と地域の課題を総合的に検討し、全国の作業療法の水準を均霑化するための新たな組織づくりが必要であるとして、本会と士会の組織連携をより確かなものとするための議論と新しい本会組織づくりのための意見交換を行っている。

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本会が連携・協力している主な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が関連する団体

(1) 全国リハビリテーション医療関連団体協議会

2006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（本会、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。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の9団体の構成となり、診療報酬改定および介護報酬改定にあたっての9団体共通要望書策定と陳情に特化した活動を行っている。加えて、各団体独自の要望項目も本協議会で共有することになっている。本協議会での検討にあたっては、必要に応じて厚生労働省担当課が参加し、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合との接点がない本会としては、貴重な協議会である。制度対策部の診療報酬班と介護報酬班がそれぞれ対応し、概ね改定1年前には要望事項を取りまとめ提出している。

(2) リハビリテーション専門職団体協議会

2009年、変貌する制度への対応とそれに向けた政策提言を迅速に行うことを目的に、本会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会の3協会の会長を中心として組織された。この協議会では、報酬対策ワーキンググループがあり、3協会共通の要望案を検討し、その後、厚生労働省保険局医療課、老健局老人保健課へ提出している。

2021年の介護報酬改定では、訪問看護ステーションにおける看護職配置割合を6割以上とする介護給付費分科会の審議報告を受けて、当協議会を中心に署名活動等を行い、結果として機能強化型事業所(医療保険と同様)のみの適応とすることができた。これは、約8万人の利用者のサービスを保証し、加えて、リハビリテーション専門職種の雇用の安定化に大きく寄与したと考えている。2021年には新たに会長会を立ち上げ、訪問リハビリテーション振興委員会の機能、新カリキュラムおよび臨床実習指導者講習会や政策提言等のさまざまな案件について情報交換を行っている。なお、副会長、事務局間の交流も進めている。

(3) 一般社団法人リハビリテーション教育評価機構

2014年に本会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会、全国リハビリテーション学校協会が設立し、学校養成施設の教育評価を実施している。2018年の指定規則の改定で学校養成施設の第三者評価が義務化され、それを本機構が担っている。本会としては、本機構の運営に毎年250万円を拠出し、また、審査および事務局運営に甚大な役割を担っている。なお、本機構の調査は、WFOT認可校の調査も兼ねている。2021年度までは無料での審査を行っていたが、2022年度からは、前述の指定規則の改定もあり有料での審査になる予定である。

(4) 一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会

本協会は、「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体」(2011年4月13日発足)、「大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team: JRAT)」(2013年7月26日発足)の活動を経て、2020年4月に一般社団法人化したものである。活動は、組織的な災害時リハビリテーション医療の提供により、災害関連死の予防、二次障害の予防、平時へのサービス移管の促進のほか、人材育成、地域組織の組織化、災害救助法でのリハビリテーション専門職種位置づけ等である。本協会の構成は本会を含め13の関連団体からなり、これまで、2016年4月の熊本地震、2018年の西日本豪雨災害の岡山県での活動、2019年の台風19号豪雨災害の福島県および宮城県での地域JRATへの支援を行っている。

本会は、西日本豪雨の際の災害対策本部を当協会事務所に設置し、熊本JRATの活動を支えた。また、現地対策本部への要員派遣の調整を、災害支援研修修了者に対して行った。一般社団法人化に伴って、本会選出の理事が事務局長、研修企画委員会、広報委員会、地域JRAT組織化推進委員会、福祉用具ワーキンググループ等に参画している。

(5) 公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会

本会からは、会長が理事として参画している。この期の取組としては、理事用務に加え、月刊誌の見直し委員会に参画し、コンテンツ、印刷機関等について助言を行った。視覚障害、聴覚障害、発達障害、特別支援教育、福祉就労、障害者スポーツ等々の研究、研修、情報発信、戸山サンライズの運営などに取り組んでおり、この領域で貴重な情報を共有できている。

(6) 一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団

2011年12月に「東日本大震災復興特別区域法」が施行され、「訪問リハビリテーション事業所整備推進事業」が開始された。訪問リハビリテーション事業所設置に向けて、日本理学療法士協会、本会、日本語聴覚士協会の共同出資により、訪問リハビリテーション振興財団を2012年10月に設立した。同年11月には福島県南相馬市に浜通り訪問リハビリステーション、翌2013年4月には岩手県宮古市に宮古・山田訪問リハビリステーションゆずる、2014年10月には宮城県気仙沼市に気仙沼訪問リハビリステーションを開設した。これらの事業所は特例措置として位置づけられていたため、2020年8月に気仙沼訪問看護ステーション、2021年4月に宮古・山田訪問看護ステーションゆずるへと変更した。

訪問リハビリテーションの普及・振興に向けて、研修班、制度化班、組織化班、調査・研究班の4つの部局を設置し、管理者研修会、実務者研修会、地域リーダー会議、訪問リハビリテーションフォーラム等を企画・開催している。これらの事業は、リハビリテーション専門職団体協議会から事業として委託を受けている。

2) 精神・認知症領域

精神・認知症領域では、改定年度に合わせ、精神科作業療法計画や訪問精神科作業療法の評価を日本精神神経医学会に診療報酬の相談および要望を提出している。精神科作業療法でエビデンスが明確な技術の評価については引き続き、連携して要望をしていく予定である。

また、日本医師会をはじめ日本精神科病院協会や全国自治体病院協議会精神科部会に対しては、診療報酬の要望の相談だけではなく、本会が2019年度に立ち上げた検討委員会に委員として参画いただき、精神科作業療法の

あり方について貴重な議論をいただきつつ、本会としての取組の方向性を2019年度、2020年度にとりまとめている。今後も引き続き、必要に応じて各団体および学識経験者の意見を精神科作業療法の効果的な実施に向けて継続して取り組んでいく予定である。

さらに2021年度からは公的病院精神科協会と連携し、精神科作業療法士研修を開催し、公的病院として精神科における作業療法士の育成に関心を持ってもらう働きかけを行っている。

認知症については、日本老年精神医学会に働きかけ、作業療法ワーキングを設置し、今後は認知症に対する作業療法への、医師の理解を深める働きかけおよび作業療法の効果に関する研究等を実施していく予定である。また、かかりつけ医に対しては、認知症の作業療法の理解が得られるよう、日本医師会と連携して啓発普及等を実施していく予定である。

また、就労支援フォーラムNIPPONについては、開始当初の2014年度から日本精神科看護協会とともに企画運営に携わり、現在は主催の日本財団とともに協働企画団体11団体の1つとして分科会の企画や講師の協力をすることで、他団体との協働を通して就労支援における作業療法士の役割について普及啓発を行っている。

(1) 精神保健従事者団体懇談会

1986年に発足した、精神保健に従事する、学術団体、職能団体、労働組合、地域生活支援事業所のネットワークなどの16団体(2022年現在)で構成され、精神障害者の人権を守り、生活を支える精神保健・医療・福祉の実現を目指すため、法改正や政策への要望や提言を行っている。発足以降、2ヵ月に1回、情報交換や精神保健に関する課題についての討議を行う定例会を重ねており、2016年以降は、シンポジウム「精神保健福祉法改正後の現状と課題」(2016年4月23日)、学習会「精神保健福祉法改正と新たな地

域保健医療体制のあり方について」(2017年3月4日)、シンポジウム「精神保健従事者として身体拘束を考える」(2019年3月16日)を行い、2021年2月5日には、厚生労働省に対し、「精神病床の人員配置に関する要望」を提出している。

国連障害者権利委員会からの勧告(2022年9月)にあるとおり、精神科への強制入院を可能にしている法律の廃止に向けた検討、入院患者の意思決定支援や権利擁護、地域移行に向けた取組の推進が日本の精神医療の課題となっている。2019年のシンポジウム以降、COVID-19の感染拡大の影響もあいまって中断していたが、これら精神保健の課題について広く投げかけ、議論の輪を広げるような取組が望まれる。

3) 障害保健福祉領域

(1) 非特定営利活動法人日本障害者協議会 (JD)

JDは、60の団体(2021年3月現在)からなり、障害者のさまざまな問題に対して、検討、提言およびその実現のための社会運動を行っている。旧優生保護法裁判支援、障害者権利条約の5年ごとの世界人権委員会の調査に対するパラレルレポート作成への参画、シェルターワーク(福祉的雇用)、身体拘束、障害者の所得や居住、交通バリアフリー、投票バリアフリー等々、幅広い課題に対して、勉強会、研修会の企画・運営、関係機関への提言を行っている。

(2) 一般社団法人日本発達障害ネットワーク (JDDnet)

2004年に発達障害者支援法が超党派の議員立法として国会を通過し成立したことを契機に、2005年当事者5団体を中心となり発足した。その後、会員は当事者団体・職能団体や学術・研究団体も加盟し、2021年には正会員20団体と都道府県ネットワーク9団体に加え、地域ブロックエリア会員32団体

の構成となっている。わが国における発達障害を代表とする全国組織として、発達障害のある人およびその家族のために発達障害の理解啓発・調査研究・政策提言を主な活動としている。本会も発足時から支援協力し、正会員として理事（2016年度から副理事長）・委員等を派遣し、事業および運営に協力している。発達障害のある人の自立と社会参加を推進し、作業療法士の専門性を職能団体として追求し、さらにはこの領域での作業療法の支援技術が役立てられるよう、今後も継続的に連携を取るようになる。

4) 教育領域の連携

教育領域における各団体との連携は、近年ますます重要となっている。リハビリテーション専門職団体協議会における教育関連の情報交換やリハビリテーション教育評価機構との連携は、前述の通りである。

厚生労働省および医療研修推進財団共催の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会は毎年開催、2021年度までに48回を数えている。学校養成施設教員等の資質向上のために、日本リハビリテーション医学会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会、全国リハビリテーション学校協会とともに本会も運営に協力してきた。2018年10月5日に公布された指定規則改正に伴い、全国リハビリテーション学校協会、日本理学療法士協会と共催で、厚生労働省指定臨床実習講習会および理学療法士作業療法士専任教員養成講習会を行っている。

また、ライフ・プランニング・センターが運営事務局を担っているがんのリハビリテーション研修、リンパ浮腫研修には、各団体とともに本会から運営委員を派遣している。

5) 内部障害

(1) 日本リンパ学会等

本会は日本リンパ学会等と一緒に厚生労働省の委託事業である「新リンパ浮腫研修」の

企画運営を実施し、知識・技術の修得と質の向上に努めてきた。この結果もあり、2016年に新設されたリンパ浮腫複合的治療料の算定ができるようになるとともに、リンパ浮腫指導管理料の算定にも職名が追記できた。

また、従来のリンパ浮腫複合的治療料の「重症」に相当する国際分類の病期はⅡ期後期からであったが、これをⅡ期からとすることで、早期からの効果的な介入が実現した。

(2) 一般社団法人腎臓リハビリテーション学会

2022年度の診療報酬改定では、透析時運動指導等加算が新設され、算定職種に作業療法士の職名が明記されている。同加算は日本腎臓リハビリテーション学会が中心に要望活動を展開してきたものであるが、透析中に療養上必要な指導を行った際に算定できるものである。

(3) 一般社団法人日本フットケア・足病医学会

運動器リハビリテーション料の「慢性の運動器疾患」の対象に、糖尿病足病変が追記された。糖尿病患者の増加に伴い、末梢神経障害に由来する足病変を有する対象者が増加しており、作業療法でもフットウェアの着脱や足部環境に配慮したADL・IADL指導、環境設定指導が行われている。

従来の「慢性の運動器疾患」の記載はあいまいであり、足趾を切断しないとリハビリテーションが実施できないとも解釈でき、本来のリハビリテーションの視点とは矛盾が生じていた。今回の改定により、糖尿病の対象者への支援の充実が期待できる。

以上のように、内部障害関連の渉外活動は、作業療法士の職名が記載されていないことへの運用の改善から、透析時運動指導等加算のように新設時から職名記載があり、協働して普及に努めることができるといったものに変

化してきている。

この背景には、作業療法士の活動と参加への支援の役割が理解されてきたこともあると考えている。

今後はより効果的な介入の検討などのさらなる学術的な研鑽を深め、国民の理解と内部障害を有する患者への支援を拡大していく必要がある。

6) その他の関連団体

(1) チーム医療推進協議会

チーム医療推進協議会は、2009年医療専門職団体や患者会、そしてチーム医療に関心のある方々によってスタートした。現在17医療専門職団体と当事者団体3団体で、研修会、学会、啓発用漫画冊子制作・販売、行政への政策提言等を行っている。

2009年から2010年にわたって開催された、厚生労働省「チーム医療の推進に関する検討会」の窓口となり、本協議会で各団体の要望を取りまとめ提言を行った。本会としては、喀痰吸引と作業療法の「作業」について見直しの提案を行い、これが、「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年4月30日)で「作業療法の範囲」として通知された(『白書2015』p148参照)。

近年、医師の働き方改革の動きのなかで、チーム医療推進協議会からタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会に参画し、各職種の見直しが行われた。本会関連事項としての通知も発出されている(p.20表1-6参照)。

また2021年11月より、中央社会保険医療協議会(中医協)の専門委員に当協会選出の会長がチーム医療の代表として参加している。2021年11月には、COVID-19の感染拡大の影響の看護職、介護職、保育士における処遇改善の施策に対して、本協議会から、作業療法士等も含めるよう要望書を提出し、国の評価検討委員会の医療職の要望に取り上げられ、作業療法士もその適応となった。加えて、

COVID-19の感染拡大によって実習ができなかった新卒・新入職を取り巻く環境を調査し、医政局にその影響を報告するとともに、臨床実習についての配慮について再発出を2022年2月に要望し、同年4月に発出された。

その他、年1回研修会と学会を開催し、チーム医療としての多職種連携・理解を促す場を提供している。

9-4 広報活動

9-4-1 本会の広報活動

第三次作業療法5ヵ年戦略と毎年決定される重点活動項目に基づいて、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置き、「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。このため、①ホームページ・SNS・パンフレット等で各分野・領域での作業療法のスタンダードを明示することで、作業療法の有用性と役割を国民・関連団体等に向けて発信・啓発すること、②各士会広報部との連携強化により、国民向けの普及・啓発活動の情報を共有することの2つを掲げ、一般国民を対象にした広報として「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てほしい方」の三者に向けて、それぞれへの広報媒体の充実を図っている。

加えて、広報活動にSNSを導入することで、すぐにホームページの更新状況がわかるようにしつつ、新たな情報発信を開始した。併せて、ホームページの会員用情報ページを整備し、必要な情報がすぐにわかるように工夫した。また、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本会の活動を発信した。

各士会広報部との連携は、各都道府県での啓発活動や広報活動の情報共有にとどまらず、都道府県での啓発促進を図っている。作業療

法士は多領域で活動しており、都道府県状況によって作業療法士が求められる領域には地域的な特性が生じるため、各都道府県状況を把握することで、地域の実情に合わせた啓発活動につなげていくことができる。また、本会の方針や啓発活動を各士会広報部と共有することで、全国的に啓発活動を強化するとともに、各都道府県のニーズに合わせた活動を目指している。

9-4-2 「作業療法士になりたい方」向けの広報

「作業療法士になりたい」人を増やすためには、子どもたちが将来自分のなりたい職業を思い描く際の選択肢として「作業療法士」が挙がるようにしなければならない。このためには小学校・中学校などの早い段階から、子どもたちに作業療法士という職業を知ってもらうことも肝要である。また、作業療法士学校養成施設へ通う学生に「作業療法士を目指すきっかけは何だったのか」と質問すると、本人の希望によるもののほかに、「親もしくは進路指導教員からの勧め」という理由を挙げることも少なくない。このため、保護者や高等学校の教員らに「作業療法士」を知ってもらうことも必要である。そこで、「13歳のハローワークサポーター」の継続、ホームページに掲載している「作業療法士になりたい方」を対象に作成したコンテンツ「私のスタートライン」(18本、アクセス数 20,243PV [2020.7~2022.8])「こんなところで！作業療法士」(20本、アクセス数 43,375PV [2020.7~2022.8])の継続的な更新、『まんがでわかる！メディカルスタッフの仕事 作業で人を元気にする「作業療法士」』(チーム医療推進協議会発行)の制作協力、そして、イメージキャラクターを使ったWebコンテンツ「作業療法って何？ オートイクんと学ぶ作業療法見学ツアー」の作成など、これまで以上に新規事業を展開した。

「作業療法って何？ オートイクんと学ぶ

作業療法見学ツアー」(アクセス数 34,243PV [2021.7~2022.8])では、親しみやすいイメージキャラクターを全面に押し出すことにより小学生・中学生にも伝わりやすい媒体を意識する一方で、内容は保護者や小・中・高等学校教員らにも読み応えのあるものとした。今後は、これらの媒体を活用した広報活動事例を集積し、各士会と共有することで、これらのコンテンツの深化と広報活動のさらなる充実と拡大を図っていく。

9-4-3 「作業療法士と協働してほしい方」向けの広報

作業療法5ヵ年戦略・第二次作業療法5ヵ年戦略で挙げられた地域生活移行支援〔作業療法5(GO!)・5(GO!)計画：作業療法士の5割を身近な地域に配置し、地域生活移行支援を強く推進する〕を実現するためには、「作業療法士を知ってもらう」必要があり、行政や他職種等から「地域支援には作業療法士が必要だ」「作業療法士と協働したい」と思ってもらうことが重要であると考える。

このために、ホームページのコンテンツ「TEAM OT」や「作業療法士 Q&A」を適宜更新し、他職種に作業療法を知ってもらうための記事を作成している。これらのコンテンツでは、作業療法自体を知ってもらうだけでなく、医療・介護・福祉・保健・教育・行政・司法等、幅広い分野で活躍する作業療法士をクローズアップすることで、作業療法士は多様な領域で活動できる職種であることも啓発している。

パンフレットは、「特別支援パンフレット(作業療法士が教育現場でできること)」(現在、約6,000部配付)を作成し、学校教育にどのように作業療法士の視点を活かせるのかについて説明した。また、医療部門においても、十分に作業療法が有効活用されていない「かかりつけ医」をはじめとして、医師向けに作業療法をより知ってもらうことを目的とした広報媒体も発行していく予定である(医学会

総会用に20,000部作成予定)。

以上のように各領域において、他職種向けの広報として、現状、作業療法士が活躍している分野を掘り下げていくとともに、新たな領域（保健領域）での作業療法の取組についても発信していくことで、作業療法士が多領域でより一層の活躍ができる可能性を啓発していく。

9-4-4 「作業療法士を活用したい方」向けの広報

個人で情報収集する主な手段がインターネットに移り変わり、情報発信側はテレビ・ラジオ・新聞・雑誌のマスコミ4媒体以上に、ホームページ・SNSといった電子媒体を活用することが一般的になった。本会ではこれまで、国民向けの情報発信として広報誌『Opera』（アクセス数2,085PV〔2020.7～2022.8〕）を発行していたが、紙媒体のコンテンツよりもWebコンテンツ強化に力を入れてはどうかとの意見があり、これを受けて22号（2018年3月発行）を電子書籍として発行した。しかし、すでにホームページには他の国民向けコンテンツがあること、手に取りやすく、持ち帰ることができたり、病院の待合室などの隙間時間に読んでもらえたりといった情報取得のしやすさを通じて、国民に作業療法士を知ってもらおうという広報誌本来の発行目的とは電子書籍版はそぐわないことに加えて、国民に対する作業療法（士）の認知度は年々上がってきており、広報誌の役割は終えたのではないかという結論になり、22号をもって休刊となった。

士会からの作成要望が多い映像コンテンツについては、2016年9月25日の本会創立50周年を記念して制作した『日本作業療法士協会五十年史』（映像版）を、記念式典の来場者および士会、作業療法士学校養成施設に配付した。また、2017年、一般向けに作業療法を説明した映像をリニューアルして、「作業療法との出会い」を制作した。これまでは

身体障害部門の紹介に重点を置いていた映像を、作業療法が対象とする主な4つの領域である身体障害領域、精神障害領域、発達障害領域、老年期領域における作業療法を紹介した。なお、この映像は士会、作業療法士学校養成施設にも配付した。

『作業療法啓発ポスター』は継続的に作成してきた。「洗たく編（2016年）」、「子ども編（2017年）」、「就労支援編（2018年）」、「定義・歴史編（2019年）」とさまざまなポスターを作成することで配布先施設ごとに好きなものを掲示できることから、作成年度に捉わられることなく掲示しているといった声が各施設から寄せられている。今後も、時代や社会が要請するニーズに沿って、作業療法が提供できるようなテーマとデザインを検討していく必要がある。

9-4-5 会員向け広報

2012年に『日本作業療法士協会ニュース』から機関誌『日本作業療法士協会誌』へ移行して約10年経ったことを機に、表紙および誌面デザイン、誌面構成をリニューアルした。

会員に向けての情報発信は会員ポータルサイト、ホームページ、機関誌などに情報を掲載することで周知してきた。このうち、会員ポータルサイトとホームページは会員が自ら情報を閲覧しにいかなければ伝わらない「プル型」である。そのため発信側が情報を掲載しただけではなかなか会員には伝わらず、「協会の活動が見えてこない」「協会に入会しているメリットがわからない」という意見がしばしば聞かれるようになった。こうした声を放置することは、本会に対する会員の満足度を下げ、ひいては会員の組織率低下にもつながりうる。機関誌のリニューアルは、従来から本会が会員の手元に届ける媒体としての役割を担っていた特性を活かしつつ、本会活動や作業療法士を取り巻く環境についてより会員に届くことに配慮している。表紙が変わったことを機に「読んでみようかな」と思っ

てもらうこと、読んだときに読みやすい誌面にすること、今まで以上に情報を伝えることを念頭に置いて編集している。加えて、SNSを活用し、機関誌の情報を随時配信していくシステムも構築している。20代～30代の会員が増えるなか、その年代に合わせた手段での情報発信を模索していく必要がある。

作業療法の今後の発展のため、会員一人ひ

とりに本会に所属する意義と作業療法を推進する意義を、作業療法士だけでなく、学校養成施設に通う学生にも卒前からその意義を伝えることを推進している。そのためにも本会広報部は、情報があふれるなかで「有益で」「正しい」情報を届け、学校養成施設へ理事が出向き、本会活動の説明等を行うことで組織率向上に取り組んでいる。

第10章 災害対策・災害支援

10-1 国内災害の復興・復旧への協力

災害対策基本法では、災害対策は災害予防、災害応急対策、災害復旧という段階ごとに、各実施責任主体の果たすべき役割や権限を規定することを求めている。

本会の災害対策室は、東日本大震災で経験したさまざまな災害復旧活動等を通して、情報発信、被災士会へのお見舞い、支援金支給、被災会員への年会費免除、ボランティアの育成とその活動支援、研修会の開催、各士会と連携した安否確認等を行ってきた。

一方、のちに日本災害リハビリテーション支援協会（以下、JRAT）へと発展した他のリハビリテーション医療関連団体と連携した活動を行うとともに、JRATの事務局や研修委員会と広報委員会、公益財団法人国際医療技術財団（以下、JIMTEF）の研修委員会、レジリエンスジャパン推進協議会等と協力し、災害発生時の対策に向けた平時からの活動を行ってきた。

他方、日本理学療法士協会とともに日本公衆衛生協会の地域保健総合推進事業の分担事業として、2017年度は「災害時リハ支援対応に向けた行政理学療法士・作業療法士の課題と役割—平時からの保健所・保健師等との体制づくりへの提言—」、2018年度は「災害時におけるリハビリテーション専門職による保健活動マニュアル案とリハビリテーション専門職に対する公衆衛生テキスト案の作成」、2019年度は「リハビリテーション専門職・団体の災害時活用指針の立案及び地域保健実践集作成に向けた実践事例の収集」を実施、発表・報告をしてきた。

2021年度以降は、災害は「いつでもどこでも起こるもの」であることを前提に、豪雨

災害、地震災害などの自然災害に加え、COVID-19の感染拡大等、起こりうる複合災害を想定した平時から災害発生に備えることを基本とした災害作業療法、さらに地域包括ケアシステムや地域共生社会における作業療法士の役割の確立等に向けて検討した。これらを活用した各種マニュアルの改訂とともに、災害作業療法の構築と教育のプログラム化、47士会と連携した安否確認や発災時の対応を目的とした平時からの災害支援に対する研修会等を開始した。

2011年3月11日に発生した東日本大震災の支援活動は現在も継続し、今後も必要となる作業療法がある限り継続する予定である。

これまでの実践と経験は、以下に示す大規模災害時の支援活動の基盤となった。

本会は、2011年の東日本大震災、2016年熊本地震、同年の台風10号での災害に対する本会の活動を「復興のあゆみ」として2020年12月に発刊し、広く国民に災害時の作業療法を周知するとともに、英字翻訳版を発刊し、海外へも発信している。

10-1-1 熊本地震

熊本地震は、2016年4月14日と16日の二度にわたり震度7の地震が発生し、本会、熊本県士会、JRAT、熊本県復興リハビリテーションセンター等が以下の活動を行った。

1) 発災後の初動

熊本県士会は、4月15日に災害対策本部を設置し、会員への安否および所属施設の被災状況の確認を行い、本会の災害対策室に状況を報告している。

2) 本会の初動

4月16日に、①熊本県士会に初期対応支援金として30万円を拠出、②被災した会員の

年会費免除申請の受け付け、③災害支援活動を目的とした支援金の募集を開始、④今後の被災地と支援活動の状況を見きわめ、JRAT等と緊密に連携しながら、必要に応じて災害支援ボランティアを派遣できるよう準備、⑤JRATの災害対策本部には当面の間、本会の事務員を派遣、することを決定した。

3) JRATとしての活動

JRATの東京本部が中心となって、4月16日の鹿児島・宮崎からの派遣支援、その後10チーム程度を全国から派遣する支援活動を展開、被災地が落ち着き始めた6月以降、JRATの地域組織であるKumamoto JRATが中心となって派遣支援活動を継続した。支援活動は4月15日～7月16日に及び、その人員は延べ2,885名を派遣、うち作業療法士は延べ618名であった。

4) 熊本県復興リハビリテーションセンターとしての活動

復旧・復興期には、仮設住宅期終了までの時限的な組織として、熊本県復興リハビリテーションセンターが7月14日に設置され、JRATの活動を引き継ぐかたちで仮設住宅等への支援活動を行いながら、平時の地域リハビリテーション支援体制へ移行していった。

同センターは熊本地域リハビリテーション支援協議会内に設置され、支援人材として752名の専門職が登録、うち作業療法士は174名だった。

5) 「福耕プロジェクト」の活動

熊本県土会は、県社会福祉協会との協働で、住民が主体的に作業を行い、地域コミュニティを形成する一つ的手段として「福耕プロジェクト」を立ち上げ、これに支援を行った。2017年5月から美里町の3仮設団地で野菜作りを介した住民主体の活動支援に参加し、2018年3月25日には収穫祭を開催した。

10-1-2 その他の災害支援

1) 平成30年7月豪雨

岡山県や広島県では地域JRATが組織化できていなかったため、JRATが撤退後にリハビリテーションの支援活動が停滞した。生活支援は一般住民にも必要なことから、平時から市当局と連携し、仮設住宅への移行時に住宅環境評価・調整や不活発対策・孤立化予防等の関与が重要であることが示唆された。各県の支援活動は以下の通りであった。

愛媛県：2016年2月に愛媛県と災害協定を締結していた愛媛JRATが、7月8日～8月14日の期間に、延べ16チーム、延べ56名、延べ48カ所で支援活動を行った。

岡山県：JRATの支援チームが、7月12日～8月31日の期間に、延べ191チーム、延べ653名、延べ561カ所に派遣され、支援活動を行った。9月1日からは、岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会が規模を縮小して活動を継続した。

広島県：JRATの支援チームが、7月8日～8月30日の期間に、延べ25チーム、延べ140名、延べ111カ所に派遣され、支援活動を行った。

2) 北海道胆振東部地震

かねてから組織化されていた北海道JRAT(以下、Do-RAT)が、9月6日の発災翌日から対策本部を立ち上げ、日本医師会災害医療チーム(以下、JMAT)や北海道庁の要請を受け、9月11日～20日の期間に、延べ20チーム、延べ72名、延べ68カ所で支援活動を行った。

災害救助法による発災後14日でのJMATの災害救助活動の終了と同時に、Do-RATの活動も終了となった。その後は、当該地域の地域リハビリテーション広域支援センターが閉鎖しており、北海道リハビリテーション専門職協会が北海道の地域医療介護総合確保基金を運用して支援活動を行ったが、北海道庁との調整に時間がかかり、活動開始まで約

1ヵ月間の空白が生じた。

3) 令和2年7月豪雨

7月3日から7月31日にかけて、日本付近に停滞した前線の影響で各地で大雨となり、球磨川（熊本県）や筑後川（大分県、福岡県）、飛騨川（岐阜県）、江の川（島根県）、最上川（山形県）といった大河川での氾濫が相次ぎ、土砂災害、浸水等により、人的被害や物的被害が多く発生した。

特に被害が大きかった球磨川（熊本県）では、JRAT 熊本が11月17日まで4ヵ月半にわたり、①体操や運動機能訓練に関する指導、②環境調整（住環境の確認・助言、福祉用具の助言）、③相談対応（病気・口腔ケア・健康・栄養・薬・心の健康）、④出前講座（病気・口腔ケア・健康・栄養・薬・心の健康）、⑤地域ケア会議等における助言、⑥その他、の支援活動を行った。

これらの経験から、地域 JRAT の組織化、平時からの自治体との災害協定、地域リハビリテーション広域支援センターの活用、リハビリテーション専門職協会等による地域密着型自立支援拠点の確立が重要である。

10-2 JRAT

2011年4月に、日本リハビリテーション医学会が中心となって「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体」（日本リハビリテーション病院・施設協会、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、日本理学療法士協会、本会、日本言語聴覚士協会、全国老人デイ・ケア連絡協議会、全国訪問リハビリテーション研究会、全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会、日本介護支援専門員協会）が発足し、災害支援活動を行った。さらに、日本義肢装具士協会、日本義肢装具学会が加わり、2013年7月に「大

規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会」を結成した。

その後、「国土強靱化アクションプラン2015」でその活動が名実ともに認められ、2016年4月には「JMATの傘下でのJRAT活動」となった。

2019年4月には、災害リハビリテーションとは「超高齢社会となる我が国において多発する災害時に起こる被災者・要配慮者等の生活不活発および災害関連死を防ぐために、リハビリテーション医学・医療の視点から関連専門職が組織的に支援を展開し、被災者・要配慮者等の早期自立生活の再建・復興を目指す活動の全てを指します」と定義し、2020年4月に「一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会」として名称変更および法人化し、現在に至っている。

現在の具体的な活動は、①全国47都道府県で「地域 JRAT 設立」とブロック単位における情報共有・組織化、②都道府県行政および災害派遣医療チーム(DMAT)、JMAT等の災害医療支援団体との協業体制の構築、さらには、③平時からの教育・啓発・人材育成等、を挙げている。なお、2021年9月現在で、44都道府県で地域 JRAT が組織化されている。

10-3 日本作業療法士協会の平時の活動

複合災害を想定した平時の情報交換等の体制整備を継続し、以下の活動を行っている。

1. 大規模災害を想定した平時の支援体制の整備

災害支援ボランティア登録を継続し、登録者や士会担当者向けに災害支援研修会を開催した（表10-1）。

表 10-1 災害支援研修会の参加者数

2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
27人	11人	16人	16人	95人	92人

本会・各士会に対して、大規模災害発生を想定した災害シミュレーション訓練を実施した（表 10-2）。

表 10-2 災害シミュレーション訓練の実績

2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
23士会	37士会	44士会	44士会	46士会

2. 支援活動に関する広報活動

「復興のあゆみ」の Web データを活用して国内外の関係団体等と連携し、広報を展開している。

3. 関連団体との連携・協力

JRAT, JIMTEF 等との連携・協力を継

続している。

10-4 今後の課題

本会の大規模災害時支援活動基本指針および災害支援に関連する規定を、定期的に見直す必要がある。

また、災害に対する作業療法の実践とその内容を集約し、「災害作業療法（仮称）」への体系化の検討、養成教育課程と生涯学修制度の教育プログラム作成に向けた準備を開始する必要がある。

加えて、2023 年度以降に災害対策室が地域社会振興部へ併合することを視野に入れ、より平時からの災害作業療法および地域包括ケアシステム、地域共生社会での作業療法士の役割についての討論とその実践、マニュアルや教育プログラムの作成などが課題である。

第 11 章 日本作業療法士協会組織と運営

11-1 組織と財政

11-1-1 本会組織と運営

1) 役員の体制

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り、2015 年以降もこの
役員体制で本会組織を運営してきた。

2014 年度から副会長(事務局長)が、2015
年度には会長も常勤となり、事務局が迅速に
対応できるようになり、対外的な動きも活発
化した。さらに事務局長の補佐として常務理
事 2 名を事務局次長に任命し、事務局体制を
強化した。

2) 会議の体制

2015 年度から 2021 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理事会
(常務理事を含む)を決定会議とし、常務理事
会を理事会から諮問を受けた検討会議と位置
づけて運営している。2015 年度は定例理事
会を 11 回と定例常務理事会を 7 回、2018 年
度は 6 回の定例理事会と 6 回の定例常務理事
会を行い、理事会と常務理事会の機能分化を
図った。2019 年度は定例理事会を 7 回、臨
時理事会を 1 回、定例常務理事会を 4 回開催
した。2020 年度は定例理事会を 7 回、臨時
理事会を 3 回、定例常務理事会を 3 回、臨時
常務理事会を 3 回開催した。COVID-19 感染
拡大に対応し、2020~2021 年度はすべて
Zoom システムによる Web 会議として実施
した。

3) 各部・委員会の体制

2015 年度から 2021 年度は、公益目的事業

部門として 5 つの部 (学術部、教育部、制度
対策部、広報部、国際部)、3 つの室 (災害対
策室、生活環境支援推進室〔2021 年度~〕、
MTDLP 室〔2021 年度~〕)、1 つの委員会
(47 都道府県委員会)が、また特設委員会と
して、生活行為向上マネジメント推進プロ
ジェクト委員会(2012 年度~2017 年度)、認
知症の人の生活支援推進委員会(2014 年度~
2019 年度)、地域包括ケアシステム推進委員
会(2015 年度~)、運転と作業療法委員会
(2016 年度~)、アジア太平洋作業療法学会
誘致委員会(2018 年度~2021 年度)および
アジア太平洋作業療法学会実行委員会(2021
年度~)、障害のある人のスポーツ参加支援
推進委員会(2018 年度~2021 年度)、白書
委員会(2019 年度~)、作業療法学全書編纂
委員会(2014 年度~)、「協会員=士会員」実
現のための検討委員会(2020 年度~)、多発
する多様な倫理問題の適切な処理と取り扱い
組織等に関する検討委員会(2020 年度)を
設置し、活動を行った。法人管理運営部門で
は事務局、選挙管理委員会、表彰審査会、倫
理委員会、研究倫理審査委員会が活動を行っ
た。特に倫理委員会は、多発する多様な倫理
問題の適切な処理と取り扱い組織等に関する
検討委員会(2020 年度)の検討後、2021 年
度より新たな体制で運用することとなった。

4) 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、2015 年 4 月から 2017 年 3
月末まで 14 人、2017 年 4 月から 2020 年 3
月末まで 17 人、2020 年度は 18 人、2021 年
度は 19 人となった。2017 年度には事務局職
員として作業療法士 2 人が入職し、2018 年
度は 4 人、2019 年度は 4 人、2020 年度は 6
人となった。この 5 年間で事務局職員が増員
となり、そのなかで作業療法士の数も増加し

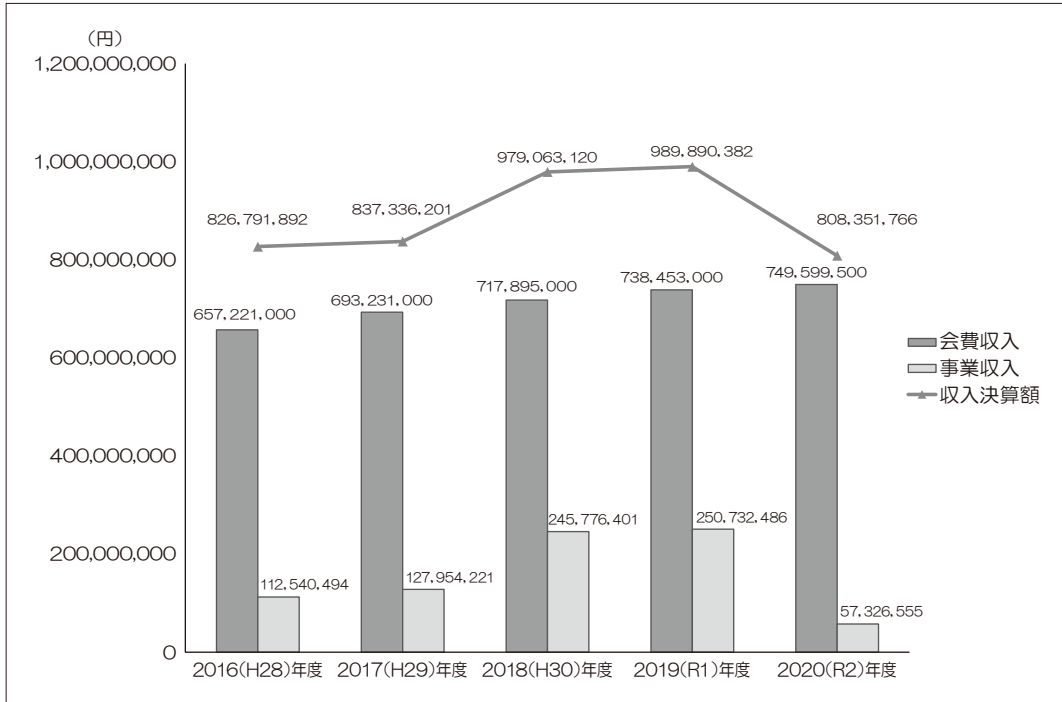


図 11-1 収入決算額の推移

てきた。また、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・システムの開発を順次進めてきた。

11-1-2 本会財政

本会は、基本的に本会会員の会費によって運営されている。

1) 会員数の推移

正会員数は、2016年度末日で有資格者数79,959名、会員数53,045名、組織率66.3%であったが、2020年度末日では有資格者数99,775名、会員数61,296名、組織率61.4%となり、明らかに組織率が低下してきている。組織率の低下は、会費未納による会員資格喪失者が毎年約2,000～2,200名いることや入会者が2017年度を境に徐々に減少してきていることが影響していると考えられる。徐々に低下してきている組織率に関しては、本会の大

きな課題として2020年度から会員獲得の具体的な活動を開始し、2021年度には組織率向上対策担当理事を置き、さらに2023年度からの組織力強化5カ年戦略においても今後の組織的な取組の具体化に向けて検討している。

2) 本会財政

会務を支える本会財政の直近5年間の収入の変化は、図11-1のようになる。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、2019年度まではほとんど変化はない(図11-2)。2018年度、2019年度の事業収入の割合の増加は、厚生労働省老健局高齢者支援課委託事業「介護ロボットのニーズ・シーズ連携協調協議会全国設置・運営業務」を受託したためである。2020年度は、会務は90%が会費収入で運営されている。賛助会員数は、『作業療法白書

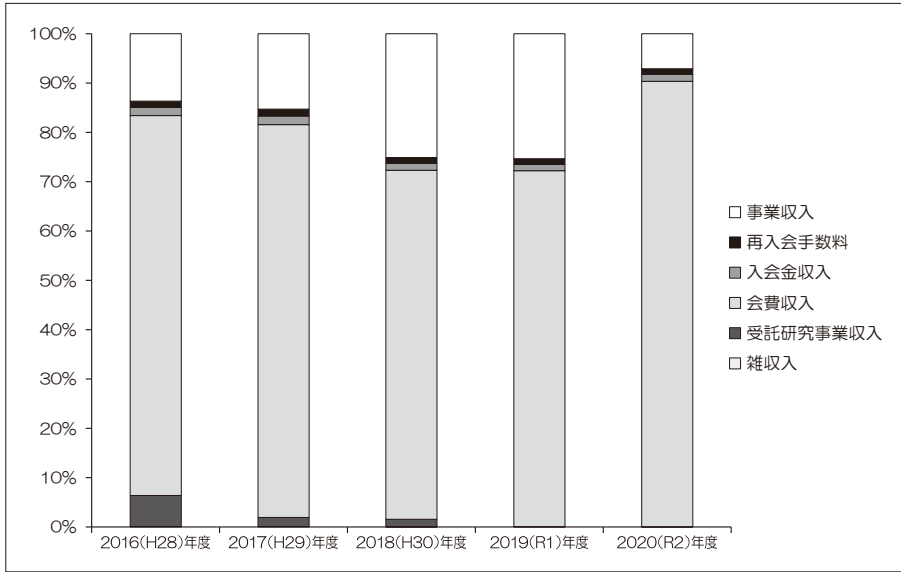


図 11-2 収入科目別比較

表 11-1 賛助会員数の推移

年度	A 会員	B 会員	C 会員	個人	合計
2016	9	16	44	4	73
2017	9	15	44	5	73
2018	10	14	44	4	72
2019	9	13	43	5	70
2020	8	15	42	5	70

2015』に示した数字と比較すると減少している(表 11-1)。賛助会員を辞退する理由では事業縮小を含めた事業見直しによるものが多く、わが国の経済全体の影響を受けていることが見える。

他方、この 5 年間の支出の傾向を見てみると、学術誌、機関誌、パンフレットやその他印刷物にかかる印刷製本費の割合が 11～17%、これら印刷物等を各会員に届けるための郵送費等である通信運搬費が 9～13%となっており、大きな変化なく推移している(図 11-3)。

収入同様に 2018 年度、2019 年度には厚生労働省老健局高齢者支援課委託事業「介護ロ

ボットのニーズ・シーズ連携協調協議会全国設置・運営業務」実施のため受託事業費の割合が増加していた。また、2020 年度は COVID-19 の世界的流行で対面での活動が制限されたため旅費交通費等の支出が減少し、各部署の会議、学会や研修会等がオンライン開催に変更されたことで運営費用の減少につながった。委託費は今後 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さらに増加していくことを予想している。給与・報酬費、福利厚生費については、本会事務局職員の増員に対応するものであるが、今後も本会組織体制再編に向けて作業療法士の常勤化、事務局職員の適正配置などにより増加すると考えている。

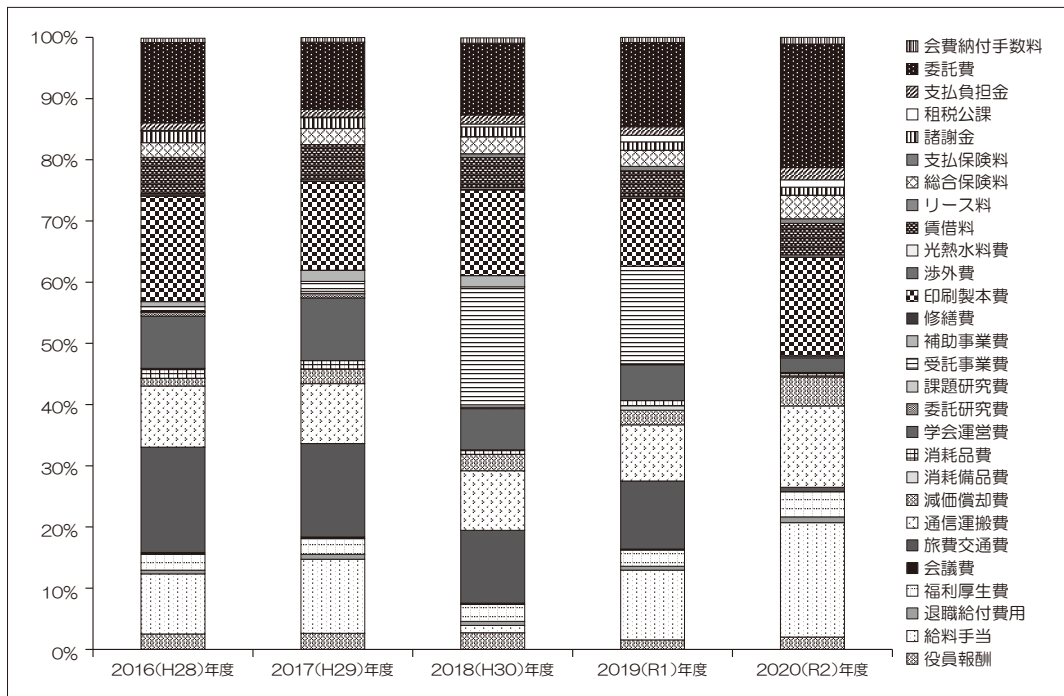


図 11-3 支出科目別比較

11-2 事業活動

11-2-1 「第二次作業療法5ヵ年戦略(2013-2017)」「第三次作業療法5ヵ年戦略(2018-2022)」と各年度の重点活動項目

本会は、概ね10年間に実施する協会活動の指針と実践計画を示すものとして第一次長期活動計画(1983年)、第二次長期活動計画(1991年)、第三次長期活動計画(2001年)を策定してきた。2006年度の第三次長期活動計画(2001～2010年)中間見直しの議論において、変化するわが国の関連施策に迅速に対応するため長期10ヵ年から中期5ヵ年の計画を立案することとなり、「作業療法5ヵ年戦略(2008-2012)」(重点的スローガン: 地域生活移行支援の推進～作業療法5・5計画～)を策定した。「第二次作業療法5ヵ年戦略(2013-2017)」「第三次作業療法5ヵ

年戦略(2018-2022)」は、これに続く本会の中期計画である。第二次作業療法5ヵ年戦略の重点的スローガン「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～」、第三次作業療法5ヵ年戦略の重点的スローガン「地域包括ケアシステムへの寄与～作業療法5・5計画～」に一貫しているのは、国の施策である地域包括ケアシステムの構築と地域共生社会の実現に貢献する作業療法の姿であり、医療専門職である作業療法士がそれぞれの地域の医療・介護・保健・福祉・教育の場で子どもから高齢者までのすべての住民の生活を支えるために、学術的な発展と作業療法士の卒前教育・卒後教育、作業療法の有効活用を推進するという本会の活動方針である。スローガンの「5・5」は、入院を中心とした医療の領域に5割、保健・福祉・教育等の身近な地域生活の場に5割の作業療法士を配置する目標を示している。

各年度の重点活動項目は、前述の中期計画

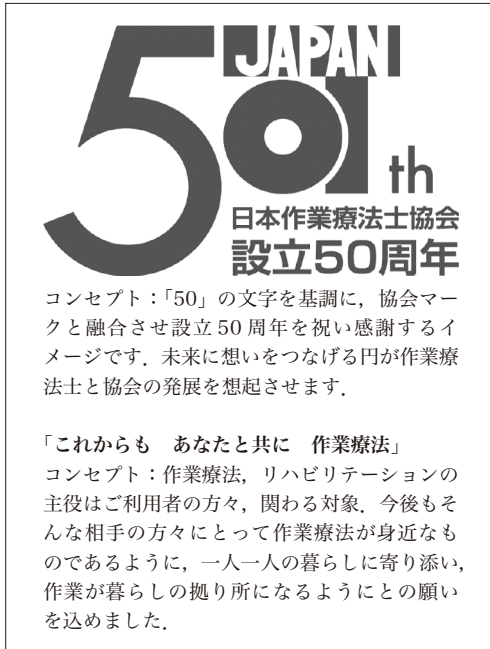


図 11-4 設立 50 周年記念事業「キャッチコピーとロゴマーク公募」

の目標を実現するために当該年度内に達成すべき短期目標である。毎年理事会での審議・承認を経て社員総会で報告し、『日本作業療法士協会誌』を通してすべての会員に伝えられる。詳細は巻末の資料 4 および資料 5 を参照いただきたい。

11-2-2 日本作業療法士協会設立 50 周年記念事業

わが国で第 1 回作業療法士国家試験が実施され、最初の作業療法士が誕生したのが 1966 年であり、同年 9 月 25 日に日本作業療法士協会が設立されてから 2016 年で 50 年が経過した。本会の歴史は、わが国の作業療法の歴史そのものでもある。本会はこの 50 年を振り返り、また新たな 50 年を展望するために、以下の設立 50 周年記念事業を実施した。



図 11-5 『日本作業療法士協会五十年史』

1) キャッチコピーとロゴマークの公募

周年事業を通して作業療法（士）とその 50 周年をアピールし広報していくため、ロゴマークとキャッチコピーの公募を実施した。ロゴマークは 172 点、キャッチコピーは 230 点の応募があり、決定したロゴマークとキャッチコピーは機関誌で公表するとともに周年事業のシンボルとして随所に活用した（図 11-4）。

2) 『日本作業療法士協会五十年史』の編纂・発行

作業療法士の職能団体としての 50 年を振り返り、組織の発展、事業の展開などの観点から編纂し、『日本作業療法士協会五十年史』を発行した（図 11-5）。当時の資料や写真を多数掲載するとともに、掲載しきれなかった多くの史料もデジタル版 DVD に収載し、50 年の歩みをたどりながら今ある本会の姿を実感できる冊子にした。贈呈用の上製本と普及版の並製本の 2 種類を作製し、関係省庁、関係団体、会員所属施設、都道府県作業療法士会などへ配付した。また、PDF 版をホームページ上でも公開し、常時閲覧を可能にしてある。

3) 50周年記念式典・祝賀会

本会は2016年9月25日、ハイアット・リージェンシー東京にて、設立50周年記念式典および祝賀会を挙行了。記念式典は室内楽の演奏で始まり、会長式辞、来賓祝辞(厚生労働大臣、文部科学大臣、日本医師会、日本看護協会)に続き、厚生労働大臣表彰の授与式(26名)、お世話になった方々(17名)・賛助会員(8社)・永年会員(5名)に対し感謝状の贈呈式が行われた。第二部の祝賀会では改めて世界作業療法士連盟会長はじめ関係団体の来賓から祝辞が述べられ、参加者同士で盛んな歓談・交流が行われたほか、DVD『日本作業療法士協会五十年史』を上映し本会の歴史をたどるさまざまな物品・写真も展示した。

4) 都道府県作業療法士会による50周年関連事業

2016年4月から2017年9月の第51回日本作業療法学会(東京)までの期間を通じて、士会により50周年関連事業を展開した(表11-2)。この関連事業は、一般市民に向けて作業療法(士)をアピールする好機と捉え、対外的に作業療法の普及振興に寄与し、内部的には会員相互の凝集性を高めることを目的として実施した。

11-2-3 国庫補助金事業、受託事業

本会は、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11-3)。

11-2-4 厚生労働省委託事業：介護ロボットのニーズ・シーズ連絡協議会全国設置・運営業務

2018年度、2019年度の2年間にわたり、厚生労働省から「介護ロボットのニーズ・シーズ連携協議会全国設置・運営業務」(以下、ニーズ・シーズ事業)の事業委託を受けた(図11-6)。本事業は、国(厚生労働省)

が施策として推進する介護ロボット事業を一層推進するため、2016年度から開始された「介護ロボット開発等加速化事業」の一つである。それまで介護現場と開発技術に大きな分離があった開発の着想段階から、問題解決を図るため、本会と士会の連携のネットワークを活用することで全47都道府県に協議会を設置し、合わせて都道府県での普及啓発を促進するものである。

2018年度は全国に51協議会、2019年度は48協議会を設置し、2年間で延べ1,405名が参加(プロジェクトコーディネーターを除く)した(表11-4)が、これには作業療法士だけではなく、介護現場の看護師、介護福祉士等、また、工学系のエンジニア、メーカーの技術開発者等のほか、行政などの関係者も参加している。その結果、作業療法をより多くの方々に普及啓発でき、作業療法実践や作業療法の考え方を活用してさまざまな現場着想のアイデアが誕生した。この成果は、作業療法・作業療法士に新たな可能性をもたらしたものとなった。2020年度以降は、事業自体が形態を変えたため本会が委託するものではなくなったが、この2年間で関わった全国、各都道府県でのつながりを強みに変えて、作業療法がより進化・発展し、人々の幸福と健康の促進に寄与できるようになるよう期待したい。

このように、国の施策としての事業の委託を受けることは、作業療法が医療、介護、保健、福祉、教育、職業などの領域を超えて、施策にも寄与できることが示唆できたものであり、今後もその可能性から積極的に関わっていくべきものである。

11-2-5 国の施策等への協力

国の検討会等への協力の状況をみると(表11-5)、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近くの他組織・団体等への協力を行っている(巻末の資料9)。

表 11-2 都道府県作業療法士会による 50 周年記念事業

士会名	公開講座・講演シンポジウム	グッズ	広報	イベント	企画内容(テーマ)
北海道	○				第 48 回北海道作業療法学会時に、市民公開講座「地域で安心して暮らしてゆく未来の形(仮題案)」とシンポジウム「地域 OT 実践報告」
青森県		○	○		①協会設立 50 周年を刻印した記念品を士会が行う公開講座、小学生体験講座、健康まつりにて参加者に配布、②協会設立 50 周年を県士会ホームページで広報する
岩手県	○				特別講演「釜石市の地域医療～震災後 5 年を経過して」、シンポジウム「日本作業療法士協会支援ボランティア経験からの 5 年」
宮城県	○				第 27 回東北作業療法学会：シンポジウム「地域包括ケアシステムに資する作業療法士とは」
秋田県		○			協会 50 周年記念ロゴ入りボールペンの作製と配布
山形県			○	○	①日本作業療法士協会設立 50 周年・山形県作業療法士会設立 30 周年記念式典、祝賀会の開催、②一般向け「認知症に関するフォーラム」全県一斉(4 地区)イベント開催
福島県				○	作業療法啓発事業「人は作業をすることで元気になれる」①パネル展、②作品展、③体験、④相談会(旅費、会場費、パネル作製等)
茨城県		○		○	①一般市民へ作業療法(士)を啓発する(OT フェスタ、ピブス、のぼり作製)、②第 9 回茨城県作業療法学会における協会設立 50 周年記念の広報(ポスター、クリアファイル作製)、③一般市民および将来を担う小中高校生へ作業療法(士)を啓発する(広報グッズの作製、DVD 作製等)
栃木県	○			○	①栃木県内各種イベントにおける作業療法キャンペーン(介護の日フェスティバル、こころの日フェスティバル等)、②第 7 回栃木県作業療法学会での記念講演(グッズ作製、広報用ユニホーム、講師謝金、交通費等)
群馬県	○		○		①シンポジウム(関連職種による地域連携と OT に期待するもの)、②記念講演(中村春基協会長)、③高校生への広報
埼玉県	○				「一般社団法人日本作業療法士協会設立 50 周年・一般社団法人埼玉県作業療法士会設立 30 周年記念講演～これからもあなたと共に作業療法(仮題)～」の開催
千葉県	○			○	市民向けの作業療法の PR 活動
東京都			○	○	都民へ作業療法(士)を普及・啓発する。①東京新聞一面掲載、②パナースタンドの作製、ポスター公募および作製、フォーラムの開催
神奈川県				○	日本作業療法士協会のハガキを使用した年賀状を作成し、患者および利用者および士会員、その家族へ日本作業療法士協会のハガキを一定枚数配布し、年賀状として使用してもらう
新潟県	○				新潟県作業療法士会公開講座「地域包括ケアシステム及び認知症支援など」を開催
富山県	○				市民公開講座「高齢者・障害者の自動車運転への支援」

(次頁につづく)

表 11-2 (つづき)

士会名	公開講座・講演シンポジウム	グッズ	広報	イベント	企画内容 (テーマ)
石川県		○		○	日本作業療法士協会設立 50 周年記念第 30 回石川県リハビリテーション風船バレーボール大会の開催 (①石川県内病院・施設対象企画, ②東海北陸地区 OT・一般市民対象企画), 大会記念品の作製, パンプ, プログラム集等の作成
福井県	○			○	公開講座 (OT の歩みや功績, 市民の健康や生活を支える専門家として, これから成すべきことや期待されることなど), 作業療法や県士会活動についてのパネル展示, 記念品の配布
山梨県				○	①地域住民との交流の場にて, OT 広報パンフレットの配布・DVD の上映など, ②街頭アンケート (困っていることや OT の認知度) の実施
長野県	○				市民公開講座で使用するテキストブックの作製
岐阜県			○	○	「各務原市健康まつり」にブース参加 (今から未来へつなげる「ファーストタッチ」!! 『作業』についてのアンケート), 士会 PR ビデオの映写, ポスターの貼付, 漫画による作業療法士のファーストタッチの部分の紹介
静岡県		○	○	○	①作業療法カルタの作製と活用, ②一般市民向け広報誌の創刊
愛知県	○			○	①第 24 回愛知県作業療法学会での一般公開講座開催, ②第 19 回国際福祉健康産業展 (ウェルフェア 2016) ブース出展, ③高校生施設見学会開催 (会場費, 講師謝金, 会議費, 発送費等)
三重県				○	体験型イベント・講演「作る楽しみ食べるよろこび ～料理を通して認知症予防を考える」
滋賀県				○	リハビリテーション作業療法へのいざない: 2 週間にわたる作業療法ストーリーパネルの展示と講演会の開催
京都府	○				(一社) 京都府作業療法士会 特別支援教育 OT チーム 10 周年記念講演会「作業療法の成果とこれからの展望」
大阪府	○				公開講座: 高齢化社会に向けての作業療法士の取り組み～これからの作業療法士の役割, 市民にとっての作業療法士の存在意義～
兵庫県		○	○		①新聞への一面広告掲載, ②OT カレンダーの作製・配布
奈良県		○			毎日 OT 日めくりカレンダー作製
和歌山県			○		和歌山駅前にて看板広告を利用した作業療法の普及啓発
鳥取県	○		○	○	①県学会で協会の事業目的に即した講演, ②作業療法啓発キャンペーン, ③県士会が主催する研修会やイベント等でのリーフレットの配布
島根県	○			○	「日本作業療法士協会設立 50 周年記念事業 作業療法フェスタ (テーマ: 日々の介護に困っていませんか? ～作業療法士が伝える介護のコツ)」: 県民公開講座, ワークショップ, 作品展示, 作業療法体験, 機器展示, 関連団体紹介ブース, 治療過程ポスター展示, 等
岡山県			○		作業療法の日に地元紙 (山陽新聞) に掲載 (作業療法士の取り組み, 日本作業療法士協会の歴史や活動内容)

表 11-2 (つづき)

士会名	公開講座・講演シンポジウム	グッズ	広報	イベント	企画内容(テーマ)
広島県			○		記念ロゴ・キャッチコピーの利用
山口県	○				①公開講座, ②県内 6 地区で一般市民向けの作業療法啓発活動(市民祭りや健康祭りなどの機会にブースを設け, パネル展示, パンフレットの配布, 体験型の企画)
徳島県	○				市民公開講座「地域生活を支える作業療法～介護予防の過去・現在・未来～(仮)」
香川県	○			○	県民公開講座と作業療法体験参加型イベント(県民に対する作業療法の啓発, 高校生等への職業紹介・体験)
愛媛県	○				第 17 回公開講座「地域で支える認知症～支援と連携～」
高知県				○	作業療法広報イベント「やりゆうぞね! 作業療法 2017」(公開講座や作業療法体験, 自助具紹介やパネル展示, パンフレット配布や進路相談など(パネル作製費, 会場費, 会議費))
福岡県			○	○	①第 18 回西日本国際福祉機器展(北九州市)でのブース運営, その他, 県内市町村でのイベントのなかで同様の企画を盛り込む, ②新聞広告での広報・啓発記事 9 月 25 日の作業療法の日に例年企画している記事に, 協会設立 50 周年の周知内容を盛り込む
佐賀県			○	○	①作業療法フェスタ 2016 の開催(ショッピングセンター: 参加体験型コーナー, 生活相談, 進路相談), ②小学生・中学生および保護者に向けた作業療法の広報活動(漫画冊子作成, パンフレット作成)
長崎県	○				一般市民向け作業療法啓発活動「認知症を知ろう」講話と, 体験型の作業活動
熊本県	○				「安心して下さい, 私たち (OT) がついてます!」～ここには生き方のヒントがある! 熊本県作業療法士会フェスティバルです!～①作業療法の普及・啓発, ②県民に対する健康増進・介護予防活動への取り組み強化の紹介
大分県	○			○	①第 20 回大分県作業療法学会の特別講演を「日本作業療法士協会設立 50 周年記念講演」として企画する, ②大分市で開催する作業療法フェスタや, 各地域のイベント等に参画する形で行っている作業療法ミニフェスタ(県内 9 ヶ所)等において, 「日本作業療法士協会設立 50 周年」を冠したものを用意し, 来場者に作業療法をアピールする
宮崎県	○	○		○	①50 周年記念を HP にて県士会員に周知, ②50 周年記念を啓発する記念品(ボールペン等)を作製し, 県士会事業のなかで, 一般, 学生に配布, ③第 13 回宮崎県作業療法学会にて公開講座を開催し, OT 養成校(県内: 3 校)の学生の発表と現場で働く OT の討論会を行う, ④宮崎県内のイベント(いっちゃん宮崎等)への県士会員の参加を促し, 作業療法と 50 周年記念のアピールを行う, ⑤他職種合同研修会の開催
鹿児島県		○			デザイン公募による会員用ピンバッジ作製とイベント配布用付箋の作製
沖縄県		○	○		絵手紙を通して社会を元気にしたい(県内デイサービスに通っている一人の利用者の絵手紙作品集を作製し, 県内小学校, 中学校へ配布する, 全国の県士会へ送付する)

表 11-3 国庫補助金事業・受託事業一覧

年度	補助・ 受託事業	実施事業名	事業類型	補助金元・ 委託元	金額 (円)
2016	補助金 事業	介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方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	11,712,000
		福祉用具・住宅改修における効果的なサービス提供に必要な方策等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	14,910,000
		認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業	老人保健健康増進等事業	厚生労働省	11,712,000
		予防給付における通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションのあり方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	13,354,000
2016	受託事業	介護ロボットのニーズ・シーズ連携協調協議会設置事業	老健局高齢者支援課委託事業	厚生労働省	7,074,760
		自治体等に所属する理学療法士・作業療法士の地域包括ケアシステムへの活動推進事業	地域保健総合推進事業	一般財団法人 日本公衆衛生協会	3,888,769
2017	補助金 事業	自立支援・重度化防止に向けた訪問サービス提供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	15,212,000
	委託事業	介護ロボットのニーズ・シーズ連携協調協議会設置事業（認知症の見守り支援④）	老健局高齢者支援課委託事業	厚生労働省	6,169,704
		介護ロボットを活用した介護技術開発支援モデル事業（排泄支援）	老健局高齢者支援課委託事業	厚生労働省	7,102,723
		災害時リハ支援対応に向けた行政理学療法士・作業療法士の課題と役割—平時からの保健所・保健師等との体制づくりへの提言—	地域保健総合推進事業	一般財団法人 日本公衆衛生協会	3,036,403
2018	補助金 事業	医療提供施設における介護領域の臨床研究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	14,981,000
	受託事業	介護ロボットのニーズ・シーズ連携協調協議会全国設置・運營業務	老健局高齢者支援課委託事業	厚生労働省	156,439,714
		災害時におけるリハビリテーション専門職による保健活動マニュアル案とリハビリテーション専門職に対する公衆衛生テキスト案の作成	地域保健総合推進事業	一般財団法人 日本公衆衛生協会	2,052,975
2019	受託事業	介護ロボットのニーズ・シーズ連携協調協議会全国設置・運營業務	老健局高齢者支援課委託事業	厚生労働省	149,420,338
		リハビリテーション専門職・団体の災害時活用指針の立案及び地域保健実践集作成に向けた実践事例の収集	地域保健総合推進事業	一般財団法人 日本公衆衛生協会	2,984,932
2020	受託事業	リハビリテーション専門職の活動の実態及びその有効性についての調査	地域保健総合推進事業	一般財団法人 日本公衆衛生協会	1,702,242
2021	受託事業	新型コロナウイルス感染拡大下における高齢者の健康維持に寄与するリハビリテーション専門職の役割に関する調査	地域保健総合推進事業	一般財団法人 日本公衆衛生協会	1,531,224

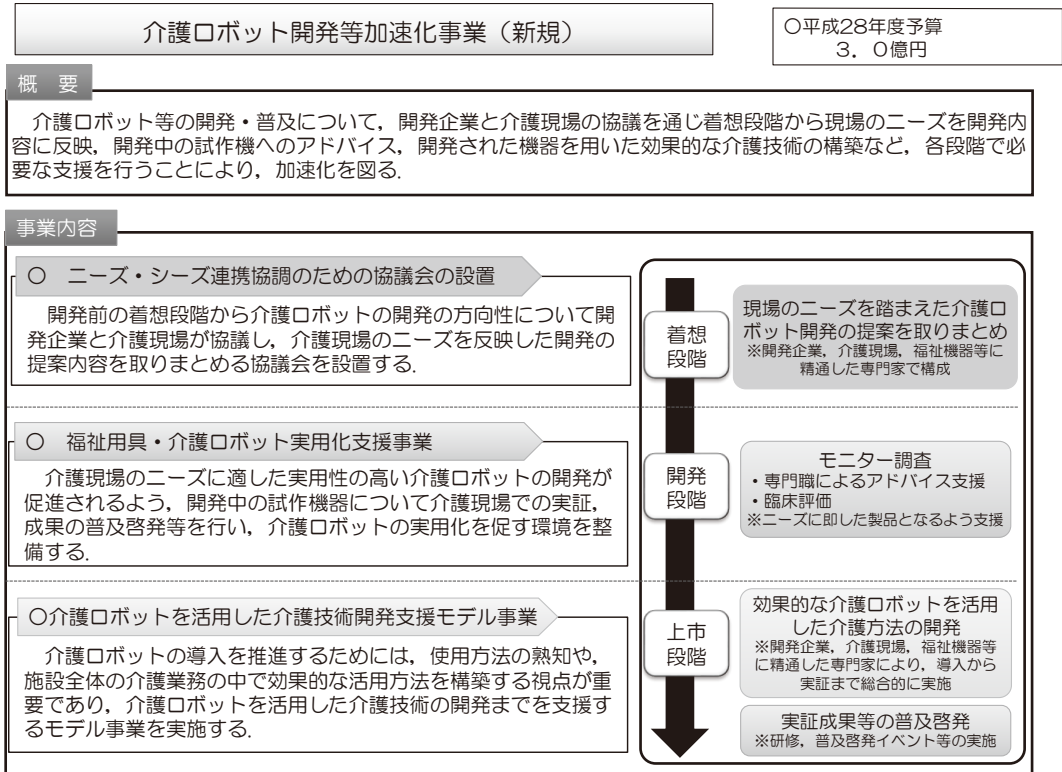


図 11-6 介護ロボット開発等加速化事業の概要

表 11-4 協議会構成員の延べ数 (単位：名)

	2018 年度	2019 年度	合計
ファシリテーター（委員長）*	51	48	99
ニーズ*	331	360	691
シーズ*	193	171	364
その他*	127	124	251
合計*	702	703	1,405
うち作業療法士**	275	320	595

*両年度とも、「介護ロボットのニーズ・シーズ連携協調協議会全国設置・運営業務報告書（平成 31 年 3 月）及び（令和 2 年 3 月）」の協議会報告書の構成員の数を集計した。

**上記の構成員のうち、「ファシリテーター（委員長）」のほかは、「作業療法士」「OT」などの記載があるものを集計した。

表 11-5 厚生労働省の施策等への協力の状況

年度	検討会等
2016	<p>医道審議会（理学療法士作業療法士分科会） スマートライフプロジェクト推進委員会 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 医療従事者の需給に関する検討会（理学療法士・作業療法士需給分科会） これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 在宅医療推進全国ネットワーク</p>
2017	<p>医道審議会（理学療法士作業療法士分科会） 医療従事者の需給に関する検討会（理学療法士・作業療法士需給分科会） スマートライフプロジェクト推進委員会 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 全国在宅医療会議 理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援調査業務一式の調達に係る事業評価委員会 介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会</p>
2018	<p>医道審議会（理学療法士作業療法士分科会） 医療従事者の需給に関する検討会（理学療法士・作業療法士需給分科会） スマートライフプロジェクト推進委員会 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 全国在宅医療会議 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援調査業務一式の調達に係る事業評価委員会 介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会</p>
2019	<p>医道審議会（理学療法士作業療法士分科会） 医療従事者の需給に関する検討会（理学療法士・作業療法士需給分科会） スマートライフプロジェクト推進委員会 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 在宅医療推進全国ネットワーク 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援・調査業務一式の調達に係る事業評価委員会 身体障害者補助犬の訓練及び認定等のあり方検討会</p>
2020	<p>医道審議会（理学療法士作業療法士分科会） 医療従事者の需給に関する検討会（理学療法士・作業療法士需給分科会） 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 在宅医療推進全国ネットワーク 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援・調査業務一式の調達に係る事業評価委員会 身体障害者補助犬の訓練及び認定等のあり方検討会 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究一式 介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会 社会保障審議会（統計分科会生活機能分類専門委員会生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ）</p>
2021	<p>中央社会保険医療協議会 医道審議会（理学療法士作業療法士分科会） 医療従事者の需給に関する検討会（理学療法士・作業療法士需給分科会） 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 介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業</p>

表 11-6 ハラスメントに関する調査結果

質問項目	2015 年		2020 年	
	あり	なし	あり	なし
マニュアルの種類：ハラスメント防止マニュアル	—	—	2,454 (37.6%)	—
ハラスメントやメンタルヘルス等を相談できる窓口の有無	—	—	5,073 (77.8%)	1,127 (17.3%)
研究以外の倫理事案（ハラスメント等）の調査や処分決定を行う機能の有無	2,574 (57.0%)	1,797 (39.8%)	3,912 (60.0%)	2,198 (33.7%)

11-2-6 倫理問題対応体制の整備

2016 年に厚生労働省が実施した「職場のパワーハラスメントに関する実態調査」や 2018 年度の都道府県労働局における「いじめ・嫌がらせ」の相談件数結果等によると、事業の種類や規模の大小の違いはなく、多くの職場でハラスメントが多発していること、その内容が主にパワーハラスメント・セクシュアルハラスメント・マタニティハラスメントであること、被害者である従業者や顧客に多大な影響をもたらしていることが報告されている。

作業療法士における実態調査は実施していないが、2019 年 3 月に提出された「介護現場におけるハラスメントに関する調査研究報告書」において、1 年間（2018 年 1～12 月）の利用者・家族等からのハラスメントの発生状況は、最も低かった訪問リハビリテーション事業所で 25.4%、最も高い訪問看護事業所では 55.7%であった。

作業療法士が勤務する施設でどのような対策がとられているかについて、「ハラスメントに関する調査結果」を見ると（表 11-6）、施設としての相談体制や処分決定等の体制は約 60%で整備されていた。しかし、設問が「施設において…」であるため、身近な職場で相談できる担当者が配置されているか、職場全体で取り組んでいるかどうかは確認できていない。

これらの現状と今後を予測し、本会は、

2020 年 7 月に「多発する多様な倫理問題の適切な処理と取り扱い組織等に関する検討委員会」を設置し、倫理問題に対応する体制の全体的な見直しを行った。2021 年 3 月に提出された「検討結果報告書」を基に、2021 年 5 月の総会で倫理に関する基本方針や倫理委員会の役割、関係規約、委員構成等を改定した。

今後は、「周知・啓発に力を入れる」「身近な職場に相談・助言できる体制を整備する」「情報交換や情報の共有化を図る」ことに、より力を注ぎ取り組んでいく。

11-2-7 「第四次作業療法 5 カ年戦略（2023-2027）」の策定に向けて

第三次作業療法 5 カ年戦略が 2022 年度で終了することに先立って、2021 年 6 月理事会から次期中期計画の検討を開始した。これは、2023 年度の重点活動項目を 2022 年度上半期に策定するためには、その重点活動項目が拠って立つところの次期中期計画（2023 年度がその初年度となる）が、2022 年度のはじめには大枠でも承認されていることが望ましいという考えに基づく動きであった。

その後の理事会・常務理事会での検討を経て、2021 年 10 月理事会でこれまでの流れを踏襲して、次期中期計画の名称を「第四次作業療法 5 カ年戦略（2023-2027）」、スローガンを「人々の活動・参加を支援し、地域共生社会の構築に寄与する作業療法」とすること、

中期計画の重点事項（後の整理により「上位目的」と名称変更）を、「①それぞれの地域ですべての人の活動・参加を支援する作業療法」、「②人々の活動・参加を支援できる作業療法士の育成の強化と教育システムの整備」とすることを承認した。また、過去の中期計画では、5年間で実施すべきあらゆる事業項目が網羅されており、結果として本会が重点的に取り組もうとしている事項が埋没して見えにくくなっていたことを反省点として指摘した。そこで次期中期計画は重点事項を焦点化する5ヵ年戦略と位置づけ、重点事項に関連する取組のみで構成することが一つの特徴となった（5ヵ年戦略に含まれないからといって他の事業が重要でないわけではまったくないことも、ここで改めて強調しておく）。

2つ目の特徴は、本会はここ数年、さまざまな組織的課題にも取り組み、模索を続けてきた。士会との関係では、本会と全士会との結束をさらに強めるための47都道府県委員会の設立、本会と士会の構成員を一致させる

「協会員＝士会員」の実現、本会・士会・学校養成施設を結ぶ教育コンソーシアムの構想等がある。国際的な視野では、世界作業療法士連盟（WFOT）やアジア太平洋地域作業療法グループ（APOTRG）への積極的な参画と関係強化がある。本会を構成する会員という観点で見れば、組織率の向上、女性会員の参画促進が喫緊の重要課題である。さらに法人組織としては、法人ガバナンスの強化、事務局を中心とした協会組織体制の整備・拡大が重要事項として検討されてきた経緯がある。

このように、一方で地域共生社会の実現という日本全体の大きな課題に作業療法士が貢献していくという重要な使命がある。他方では、この使命を実現するためにも作業療法士の職能団体として自らを強化していく必要性を強く意識して、第四次作業療法5ヵ年戦略を「地域共生社会5ヵ年戦略」（表11-7）と「組織力強化5ヵ年戦略」（表11-8）という2つの大きな柱を立てて推進していくこととした。

表 11-7 第四次作業療法 5 ヶ年戦略 (2023-2027) ①

地域共生社会 5 ヶ年戦略	
I. スローガン：	人々の活動・参加を支援し、地域共生社会の構築に寄与する作業療法
II. 最上位目的：	作業療法士が地域のさまざまな場（医療・介護・福祉・保健・教育・労働・司法等の領域）において、地域に根ざしながら、専門職間のつながりをもとより、そこで共に暮らしている健康な人・障害のある人を含む老若男女すべての人を対象に（または協働して）、作業（生活行為）に焦点を当てた支援や調整によって、人と人のつながり、人と社会のつながりを創り出し、人々の健康と幸福を促進する
III. 上位目的・中位目的・下位目的、具体的取組：	<p>上位目的 1 それぞれの地域ですべての人の活動・参加を支援する作業療法</p> <p>中位目的 1) 暮らしに困難を抱える人々の活動・参加を支援</p> <p>下位目的 (1) 疾病・障害にかかわらず「暮らしに困難を抱える人々」への作業療法支援の実践を拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> ●具体的取組① 認知症者の地域での暮らしを支援するため作業（生活行為）に焦点を当てた作業療法のあり方と効果を明示 ●具体的取組② 精神障害者の作業（生活行為）の支援として、社会参加に向けた取り組みを推進（引きこもりへの取り組みを含める） ●具体的取組③ 移動が困難な地域住民に対する運転を含めた作業療法支援モデル確立とその普及 ●具体的取組④ 司法領域における作業療法実践を拡大（矯正施設・更生保護領域の作業療法） ●具体的取組⑤ 変化・進展する社会に対応し、LGBTQ+, 外国人住民、子育て支援をはじめとした暮らしに困難を抱える住民支援を作業療法の観点で検討 ●具体的取組⑥ 地域で生活する生活行為に支障のある人々への活動と参加を支援する MTDLP を活用したモデルの提示と取り組み推進 <p>下位目的 (2) 医療から地域生活の定着に向けて、制度間の移行と連携を的確に支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ●具体的取組① 医療から介護保険・障害福祉制度・その他地域資源を利用した地域（在宅）移行支援のモデル提示と普及 ●具体的取組② 医療機関から「短期集中サービス」利用への連携を推進 <p>中位目的 2) 人と人とのつながりや人と社会とのつながりを作り出す作業療法(士)の推進</p> <p>下位目的 (1) 地域での包括的支援、参加支援、地域づくり支援への作業療法士の参画を促進するための協会-士会協働体制等の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ●具体的取組① 自治体担当作業療法士の配置と活用により地域支援への参画を拡大 ●具体的取組② 地域づくり支援に参画するための「士会推進のマネジメント手法」の検証と実施士会の拡大 ●具体的取組③ 公的制度の隙間（ニッチ）および制度の枠を超えて地域住民の力を引き出し、人々の活動・参加を推進する作業療法士を支援 ●具体的取組④ 「重層的支援体制整備事業」に作業療法士が参画するための事業参画マニュアル作成と参画促進 <p>下位目的 (2) 作業を活用して地域住民の交流や社会参加を促進する作業療法実践の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ●具体的取組① フレイル（虚弱）高齢者・その前段階など高齢住民の活動参加促進により健康増進に寄与 ●具体的取組② スポーツを通じた地域住民の交流や社会参加を促進する作業療法支援の事例を蓄積 ●具体的取組③ 作業療法の視点を生かした地域づくりモデル事業で効果を明示 ●具体的取組④ 複合災害を想定した地域における作業療法士の役割を明示

(次頁につづく)

中位目的 3) 地域環境の調整や ICT 活用により人々の活動参加を支援し、就労ニーズのある人々の就労移行支援と定着に貢献

下位目的 (1) 人々の健康を守り暮らしを豊かにする ICT 等の活用を推進

- 具体的取組① 生活環境整備に関する作業療法士に対する相談窓口を都道府県ごとに整備し、障害者や高齢者の活動・参加を支援
- 具体的取組② 高齢者や重度障害者の生活を豊かにし、社会参加に寄与するための ICT 等を活用した作業療法の推進

下位目的 (2) 就労支援における作業療法の支援モデルの構築と実践の促進

- 具体的取組① 企業の従業員のメンタルヘルスへの予防的介入、復職支援など、産業保健における作業療法(士)の役割の明示
- 具体的取組② 障害福祉領域の就労支援への作業療法士の参画を拡大
- 具体的取組③ 高齢者の就労継続支援や高齢労働者の安全と健康に貢献

上位目的 2 人々の活動・参加を支援できる作業療法士の育成の強化と教育システムの整備

中位目的 1) 人が地域で生きるための支援ができる作業療法士教育の強化

下位目的 (1) 地域のさまざまな場で活躍できる作業療法士養成教育の強化

- 具体的取組① 指定規則の改正(2025年)とコア・カリキュラムの改正に伴う対応強化
- 具体的取組② 地域で作業療法を実践できるカリキュラム内容の検討と推進
- 具体的取組③ 養成教育での生活行為向上マネジメントに関する教育支援の整備と普及

下位目的 (2) 地域のさまざまな場で活躍できる作業療法士の臨床力の強化

- 具体的取組① 新しい生涯学修制度の構築と運用および普及のための方策を検討
- 具体的取組② 新しい生涯学修制度に対応したコンテンツ作成と提供
- 具体的取組③ オンライン研修やオンデマンド研修など多様な学びの場の提供と普及のための方策を検討
- 具体的取組④ 生活行為向上マネジメントの臨床での活用促進
- 具体的取組⑤ 上位目的 1 に関わる事業によって確立したモデルや知識・技術等の普及に関わる研修会を企画・運営

中位目的 2) 作業療法士の臨床・教育・研究をつなぐための連携システムの拡充

下位目的 (1) 教育コンソーシアムの設立に向けた取り組みを強化

- 具体的取組① 学校養成施設、都道府県士会、臨床施設の連携のあり方を調査・検討し体制を整備
- 具体的取組② 教育コンソーシアムを活用したモデル事業の実施

下位目的 (2) 地域で活躍できる作業療法士を育成するための研修システムの確立

- 具体的取組① 臨床施設での新しい生涯学修制度(OJT等)の取り組み推進に向けた課題整理と検討
- 具体的取組② 都道府県士会、臨床施設、学校養成施設の連携を基盤にした研修システムの課題を整理し運用を強化

表 11-8 第四次作業療法 5 ヶ年戦略 (2023-2027) ②

組織力強化 5 ヶ年戦略	
I. スローガン：	<p>集え、立ち上げれ、進め、チーム OT ! ～あらゆる垣根を超えた全世代型の組織を目指して～</p>
II. 最上位目的：	<p>すべての国民に対して、作業療法の最良の質と量を提供できる体制の整備をさらに促進する。協会の執行体制と事務局の構造改革、都道府県士会や養成校等との緊密な連携を通して、一体感をもった専門職集団の全世代型連帯を創ること</p>
III. 上位目的・中位目的・下位目的，具体的取組：	<p>上位目的 1 協会・都道府県士会・学校養成施設等の相互の連帯を強化</p> <p>中位目的 1) 日本作業療法士協会及び都道府県作業療法士会 48 団体連携協議会（よんぱち）の創立と運営 下位目的 (1) 会長会議の準備を行う幹事会の機能の安定化 ●具体的取組① 安定した幹事会機能の構築</p> <p>中位目的 2) 協会員＝士会員のシステム本格化と安定 下位目的 (1) 「協会員＝士会員」実現のための運用制度とシステムの整備 ●具体的取組① 新士会システムの構築と安定的な運用</p> <p>中位目的 3) 生涯教育の充実化に向けた制度の再構築 下位目的 (1) 新しい生涯学修制度の整備 ●具体的取組① 新しい生涯学修制度の推進と生涯教育の運用を強化 下位目的 (2) 教育コンソーシアムの創立と推進 ●具体的取組① 教育コンソーシアムの実現に向け関連する機関と連携し推進に向けた調整とモデル事業の実施</p> <p>中位目的 4) 作業療法士を目指す人の増加 下位目的 (1) 協会・都道府県士会・学校養成施設との連携を構築 ●具体的取組① 都道府県士会広報部・学校養成校施設委員会との連携 下位目的 (2) 広報媒体の拡充（小・中学生向け含む） ●具体的取組① 広報媒体の拡充（小・中学生向け含む）</p> <p>中位目的 5) WFOT, APOTRG 等国際機関との連帯強化 下位目的 (1) WFOT および APOTRG 等との連帯強化 ●具体的取組① WFOT および APOTRG 等の各種事業に参画し、国際的な情報を協会事業に反映 下位目的 (2) 日本在住の海外作業療法士免許取得者等の現況調査と人材の発掘 ●具体的取組① 日本在住の海外作業療法士免許取得者が協会事業に参画する体制を構築</p>

(次頁につづく)

上位目的 2 入会者の増・退会者の減を目指す

中位目的 1) 入会促進の体制整備と対策強化

下位目的 (1) 年間入会者 500 名増を目指す

- 具体的取組① 職能（協会＝士会）、学校養成施設、職域が一体となって課題に取り組む体制を構築
- 具体的取組② 協会と都道府県士会が連携し、各士会の状況にあった事業を検討し、運用
- 具体的取組③ 協会と学校養成施設が連携し、学生への理解を促す事業を検討し、運用
- 具体的取組④ 協会と職域が連携し、現状の把握と職域における課題解決に向けた事業を検討し、運用

下位目的 (2) 非会員等への入会促進の体制づくり

- 具体的取組① 協会の情報を受け取れる体制を構築し、入会及び再入会しやすい環境を検討

中位目的 2) 退会率を抑制する体制づくりを強化

下位目的 (1) 年間退会者 500 名減を目指す

- 具体的取組① 職能（協会＝士会）、学校養成施設、職域が一体となって課題に取り組む体制を構築（※中 1)-(1)-①と同様）
- 具体的取組② 協会と都道府県士会が連携し、各士会の状況にあった事業を検討し、運用
- 具体的取組③ 協会と職域が連携し、現状の把握と職域における課題解決に向けた事業を検討し、運用
- 具体的取組④ 定点的な会員ニーズの調査を行うとともに、入会・退会時の会員状況をデータとして蓄積する体制を構築・運用する。会員のニーズや現状に合った会員サービスを拡充し、試行的に実施

- 具体的取組⑤ 会員・非会員の協会活動等の理解を促進するため、情報提供体制を構築

下位目的 (2) 会費未納会員に対する分析、集金体制の検討等

- 具体的取組① 会費未納の原因を調査し、その課題解決に向けた事業を検討

上位目的 3 新体制への移行とその安定した運用

中位目的 1) 法人ガバナンスの強化

下位目的 (1) 新体制における役員体制の運用の定着

- 具体的取組① 2025 年度に新体制に完全移行できるための現状の点検、問題点の確認、検討、対策、準備

下位目的 (2) 関連諸規程の整備と指揮命令系統の明確化

- 具体的取組① 新体制の理念と運用に照らした諸規程全体の点検と整合性の確認

下位目的 (3) 理事会の諮問機関としての委員会等の設置の定着

- 具体的取組① 委員会等の組織上の位置づけの明確化と設置の手続き（規程の整備、理事会での発議・承認など）の定常化

中位目的 2) 事務局を中心とした協会体制の整備

下位目的 (1) 事務局組織の改編と新体制での安定した運営

- 具体的取組① 事務局組織の改編と新体制での安定した運営

下位目的 (2) 管理職の雇用・登用による事務局の管理体制の整備

- 具体的取組① 管理職（事務局長・部長等）の雇用・登用

下位目的 (3) 雇用された職員と委嘱された部員による各部署の運営体制の定着

- 具体的取組① 雇用された職員と委嘱された部員による各部署の運営体制の定着

11-3 COVID-19 感染拡大関連の対応

11-3-1 COVID-19 感染拡大の作業療法士の活動への影響

1) COVID-19 感染拡大に関する本会会員の実態調査

本会では、2020年にCOVID-19感染拡大が会員へどのような影響を及ぼしたかを把握するために2回の調査を行った(巻末の資料11)。

期 間：(第1回) 2020年4月27日～
2020年5月1日

(第2回) 2020年10月5日～
2020年10月12日

方 法：協会にアドレス登録のある会員へ
メール配信, Webによる回答

回答数：(第1回) 15,292
(第2回) 8,215

2) COVID-19 感染拡大のなかでの作業療法士による病棟支援の実態把握調査

本会では、チーム医療を構成する職種として医師・看護師の負担軽減を目指す方策検討のため、作業療法士による病棟等の支援についての実態把握調査を行った(巻末の資料11)。

期 間：2020年12月17日～12月23日

対 象：本会施設・養成校管理システムで
「病院」に登録のある施設の施設情報
担当者(4,621名へメール送信)

回答数：947(回収率20%)

11-3-2 COVID-19 感染拡大の本会活動への影響と対策

1) 「作業療法業務について」Ver.1～Ver.3 および関連動画のホームページ掲載

本会では、各現場で感染対策を講じた上で作業療法が実施できるよう「COVID-19(新型コロナウイルス感染症)感染対策/作業療法

業務について」を作成。2020年5月7日、ホームページに掲載した。5月17日にはVer.2。その後のCOVID-19関連の目まぐるしい情報・状況の変化等に鑑み、同年11月30日に感染症、感染症対策の基本、作業療法での具体的COVID-19感染対策等を加筆してVer.3に更新した。「3. COVID-19感染対策における組織・部門対応」以降は、複数の病院・施設独自に作成したものをまとめた。

また、COVID-19感染対策に関連した動画を作成。ポイント解説を数分で確認できるようなホームページに掲載し、一般的な感染予防・対策(手洗い, 手指消毒, マスク, 防護服の着脱等の標準予防策)からCOVID-19感染対策(身体障害分野, 訪問作業療法, 通所系サービス等)の最新情報を会員に向けて発信した。

2) 国民向けのパンフレットの作成

自粛生活による生活不活発病の予防について、心身の健康を保つための作業療法士のアイデア等を掲載(2020年春)した。さらに、本会だけでなく、各士会でも作業療法士のアイデア等を掲載するホームページを作成した。

3) 厚生労働省保険局医療課へ要望書(2020年5月27日)

「COVID-19に関する会員緊急調査(2020年4月)」等の会員からの意見や要望を踏まえ、2020年5月27日に厚生労働省保険局医療課へ「新型コロナウイルス感染症の影響による外来リハビリテーションの中止に伴う対応について」の要望書を提出した。

これは、わが国の診療報酬の疾患別リハビリテーション料では、疾患によって算定上限日数が決まっている(例えば、脳血管疾患では180日、運動器疾患では150日等)。このため、自粛生活中に算定上限を超えてしまい、外来リハビリテーション等を受けることができなくなった事例があること等に対する要望である。

2020年7月21日には、この要望に対して厚生労働省より「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その24)」で、算定上限日数を超えても所定の点数を算定できるとの通知が発出された。

4) 作業療法士による COVID-19 に対する実践事例集の作成

COVID-19 感染患者に対して、どのような作業療法が実施されているのかを情報共有するため、実際に COVID-19 感染患者に関わった作業療法士からの作業療法実践事例をホームページで公開。さまざまなケースに作業療法士は対応しているということを報告した。

事例 1. 精神機能低下の合併症予防に向けて。
事例 2. 機能と意欲が解離した患者の治療選択について。

事例 3. COVID-19 に感染し、人工呼吸器抜管直後に脳梗塞を発症した事例。

事例 4. 感染第 1 波のなか、病態を踏まえて評価し、離床の推進と活動の拡大につなげた事例。

事例 5. COVID-19 に対するリモート介入。

事例 6. 早期からの直接介入がスムーズな退院支援へつながった症例。

事例 7. COVID-19 専用病棟での作業療法の一例。

事例 8. 認知機能が低下し周辺症状を呈した COVID-19 罹患患者の専門病棟内での作業療法の一例。

事例 9. 重症 COVID-19 罹患患者に対する作業療法の一例。

5) COVID-19 影響下での対面による本会事業および会議の開催基準/本会会議室の使用基準 Ver. 1~Ver. 4 の作成

COVID-19 影響下で本会事業およびそれに関わる各部・委員会等の会議・打合せ等は、Web 会議システムを用いた開催を第一優先とした。対面による本会事業実施や会議等を開催する場合は、厚生労働省や各都道府県等

の基準に基づき本会オリジナルの標記基準を作成した (Ver. 1: 2020 年 7 月 18 日, Ver. 2: 2021 年 3 月 10 日, Ver. 3: 2021 年 9 月 3 日, Ver. 4: 2021 年 12 月 18 日)。なお、招集する部長・委員長等の責任者は会議の必要性について十分に検討した上で、必要書類を提出して、Web 会議システムの併用を標準としてすべての本会事業を遂行した (巻末の資料 11)。

6) COVID-19 の影響を理由に内定取消しまたは解雇された会員・入会申請者の会費免除について

本会は、COVID-19 の影響で医療福祉関係の施設・事業所等で経営が悪化し雇用状況が不安定となったことを理由に、内定取消しまたは解雇された会員等を支援するために、特例的な会費免除制度を導入した (2020 年 5 月 16 日理事会決定)。

11-4 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—

11-4-1 本会の組織改編に向けた動き

今後の本会組織のあり方についての検討および抜本的な見直し作業は、2018 年度に始まり、2020 年度に大枠の方向性を理事会で承認した。2021 年度にはより具体的な検討を行い、2022 年 5 月の総会でそれまでの経過と 2023 年度から開始する新体制について報告した。ここまでの議論は、定例常務理事会 (以下、常務理事会) で基本的な方針の検討を行い、その結果を定例理事会 (以下、理事会) に報告し審議することを繰り返した。

1) 2018 年度

11 月の常務理事会で、理事と部署長との分離についての問題提起と検討を行い、12 月の理事会で基本方針として決定した。1 月と 3 月の常務理事会では今後の本会の組織の

あり方に向けて、1) 役員と会務運営体制との分離、2) 事務局機能の強化、3) 部署横断的な企画・連携・調整機能の強化、4) 新規事業企画の検討機能の強化、の基本方針を提案し、確認した。

2) 2019年度

上記の4つの基本方針を基に、会務運営の流れの図、今後の検討スケジュールを本会三役で原案を検討した。検討スケジュールに基づき、常務理事会（7月、9月、11月、1月）、理事会（10月、12月）で本会各部署の今後の組織体制について検討し、新しい組織体制における各部署の機能や体制のイメージを作り上げた。

3) 2020年度

6月理事会において、組織図（案）と2019年度組織再編を踏まえた2028年までの財務シミュレーションについて意見交換を行った。その後、8月常務理事会、9月理事会、10月常務理事会で組織図（案）（図11-7）、理事および理事会について検討し、47都道府県委員会に説明後、質問に対するQ & Aについて11月理事会、12月常務理事会、1月常務理事会、1月理事会で検討し、47都道府県委員会で質問内容に回答した。

2月常務理事会では検討課題と検討スケジュール、副会長および常務理事の担当職務と必要数、会員および社会に周知する内容と方法を検討した。3月理事会では、①新体制における各部署の業務分掌、②新体制における副会長・常務理事の担当職務（領域）と必要数、③新体制の各部署に必要な人的配置、④新体制の根拠となる定款・諸規程の改定案の作成、の4つの課題を整理し、課題別検討スケジュールについて審議した。

4) 2021年度

2021年3月の理事会で確認された課題別検討スケジュールに沿って、5回の理事会（6月、8月、10月、12月、2月）、4回の常務理事会（7月、9月、11月、1月）で順次検討を進めた。①新体制における各部署の業務

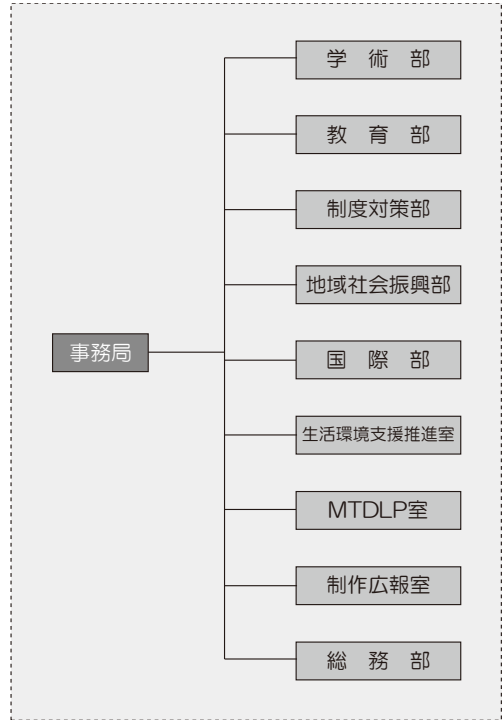


図 11-7 2023年度からの事務局組織図（案）

分掌については、6月と8月理事会で検討し、10月理事会で暫定的に承認した。②新体制における副会長・常務理事の担当職務（領域）と必要数については、10月理事会、11月常務理事会の検討を経て、12月理事会で副会長・常務理事の担当職務および必要数（定員）を承認した。副会長を3名とすることは2020年度第5回理事会で承認済みであったが、常務理事の定員については8名（結果的に現行通り）とすることになった。③新体制の各部署に必要な人的配置については、7月常務理事会、8月常務理事会に各部署から必要と思われる事務局職員体制の検討結果が提示され、11月常務理事会には本会の財務的な動向や必要性を踏まえ、この先20年を見越した財務シミュレーションが一定の枠組みを示した。その後、シミュレーションは12月理事会、1月常務理事会で修正検討し、2月

理事会では2022年度から部長クラス（事務局長・部長）を優先的に4～5名まで徐々に雇用を進め、追って職員の増員を図り、現在の22名体制から約20年かけて32名まで増やす具体案を示した。④新体制の根拠となる定款・諸規程の改定案の作成については、7月常務理事会に定款の改定草案、9月常務理事会に新たな業務分掌を組み込んだ定款施行規則の改定案、11月常務理事会に定款改定の最終案を示し、12月理事会で承認を得た。2月理事会には社員総会の招集、委任および議決権行使等の手続きに関して電磁的方法の導入が提案され、承認を得た。これら定款改定については2022年5月の定時社員総会に上程し、可決承認され2023年4月1日から施行する。

5) 2022年度

これまで議論してきた組織の再編は2023年度から新体制に移行し、2023～2024年度の2年間を移行期として2025年度から完全移行・稼働というスケジュールで検討を重ねてきた。2022年度は、2023年度からの各部署の運営体制に関する具体的な検討を継続中である。

11-4-2 「協会員＝士会員」に向けた動き

「協会員＝士会員」は、第三次作業療法5ヵ年戦略（2018-2022）において「協会と都道府県士会は、作業療法の学術的発展、制度対策活動、作業療法の普及啓発などにおいて常に連携協力した活動を進めることが必要である。このためには「協会員＝士会員」を実現する必要がある。会員管理等も一元化するためには各都道府県士会との提携・契約も必要となるため、2018年度には実現までの工程を作成・提示し、その後は工程に沿って必要な手続きを進める」ことを位置づけ、取組を開始した。

しかし、士会ごとの47通りの事情を勘案した方策案を策定し、本会・士会・会員の負担軽減を実現するためには、今後開始するこ

とになる「新士会システム」の開発が必要である。このシステム開発に合わせた『「協会員＝士会員」実現に向けたスケジュール（案）』（図11-8）を作成し、2021年度第5回定例理事会（2021年10月16日）で審議・承認するとともに士会に提示し、第一段階として「会員の個人情報の取り扱いに関する覚書（改訂版）」を取り交わすための文書を各士会に発出した。スケジュール（案）通りに「協会員＝士会員」を実現するためには、まだ多くの課題があり、本会と全士会で協力し取り組んでいく必要がある。

11-4-3 女性会員の参画促進に向けた動き

本会の入会員数は、毎年6割以上が女性であり、各世代でも女性の占める割合が男性に比して多い職能団体である。一方で、作業療法士数が増加しているなか、女性会員の本会活動への参画割合は、2015年の役員および代議員の女性比率は役員は11.5%、代議員は13.4%、2021年の女性比率は役員は18.5%、代議員は21.1%と増加はしているものの決して高いとは言えるものではない。

第二次作業療法5ヵ年戦略（2013-2017）の行動目標に「女性会員の協会活動への参画促進」を掲げ、2014年に士会に対し、「女性会員の協会活動参画促進に関する都道府県士会アンケート」を実施した。結果、士会における女性役員比率は26.7%であった。加えて、回答者の80%が「女性が役員等を務めにくい事情がある」と回答し、その理由として「子育て・主婦業など家庭での役割との両立」を挙げていた。翌年、本会から「女性会員の協会活動参画を促進するための提案」として、女性会員が各部の活動ができるように、既婚者や子育て中の会員でも可能な業務等を各部で示していくこと、士会の女性役職者や女性代議員の情報交換会や研修会の企画等の具体的な取組を示した。

本会の各部署の部員・委員数は26.3%となっている。本会事業として「女性会員の参

画促進事業」を掲げて新たな目標および具体的な取組を次期5ヵ年戦略に提起する準備を進めている。本事業の先駆けとして会員向けに実施した「会員のワークライフバランスと学術研鑽やキャリア形成、協会士会活動参画に関する現況調査」では、協会・士会活動への参画のためには「自分の生活と仕事の状況に合わせて参画できるさまざまな制度や方法」について、女性からの多くの回答が寄せられた。また、「家事・育児・介護など家庭で担っている役割を理由に研修・研究・進学を諦めたことがあるか」の質問に対し、研究や大学院進学などを「検討したことがない」という結果が女性の回答に多かったことは、女性会員のキャリア形成における意識の問題も課題の一つとなっていると考えている。

COVID-19の感染拡大の影響による会議や研修会等のオンライン化の加速とともに女性が参加しやすい環境が整いつつある。男女を問わず社会的にも役割や働き方に関する意識が変化するなかで、さらに女性の参画を推進するためには、時代や社会の変化をいち早く捉えながら、本会活動に参画できる課題を解決していくことが重要である。

11-4-4 組織率向上に向けた動き

「本会の現状：入会・退会の動向、退会状況（退会者数）、年代別組織率」をみると（図11-9）、入会者数は2017年度から2020年度まで右肩下がりになっている（入会率は、2017年度：69.8%、2018年度：71.4%、2019年度：68.3%、2020年度：54.4%）。これまで、本会や士会ではさまざまな事業を行い、その対策を講じてきた。2014年度には休会制度開始、それ以降には47都道府県委員会に組織強化班を設置、Web入会の導入、重点活動として組織率向上に向けた対応事業の実施、スライド資料「日本作業療法士協会とは？」の発行、学校養成施設対象の本会説明理事派遣事業等を行ってきた。しかしながら、目に見えた成果を上げられていない現状

がある。

2020年度から組織率向上対策理事を配置し、2021年度より本格始動した。最初は、事務局で現状の把握に向けた情報を整理した。退会者数に着目すると、2020年度では「任意退会者・資格喪失退会者・休会からの退会者」の合計3,414名が退会しており、これは全会員数の5.6%となり、20名に1名が退会していることになる。さらに年代別組織率（2019年度）では、40代以降は非常に高い組織率であるが、20代、30代はともに約57%という結果であった。

このような状況に対して、「臨床力・現場力を伸ばす組織づくり」による「入りたい組織・やめない組織」をテーマに、以下に取り組んだ。

- ①本会の6つの柱+ α に沿った課題の整理→各部・委員会・事務局で検討。
- ②各部・委員会・事務局のロードマップの作成→2022年度重点活動、5ヵ年戦略計画（2023年度～）に提案。
- ③入会促進に向けた体制の見直し・検討・実施→学校養成施設との連携強化、入会につながる取組等。

③に関しては、47都道府県委員会で情報交換、学校養成施設へのメールアンケートの実施・集計作業等を行った（巻末資料12）。その上で、学校養成施設の学生に対して、本会および士会の事業等を説明し、入会を促進する事業（略名称：本会・士会説明および入会促進事業）を展開した。本会の目的や活動、職能団体の意義について学校養成施設在学中から啓発することで、国家資格取得後に作業療法士として責任をもった行動を促すことを意図した。また、作業療法士として長く歩むための支援体制が整っていることを説明・周知した（説明資料についてはホームページより閲覧とダウンロード可：本会HPトップ→会員向け情報→（左タブから）資料室→スライド「作業療法って何ですか？」）。

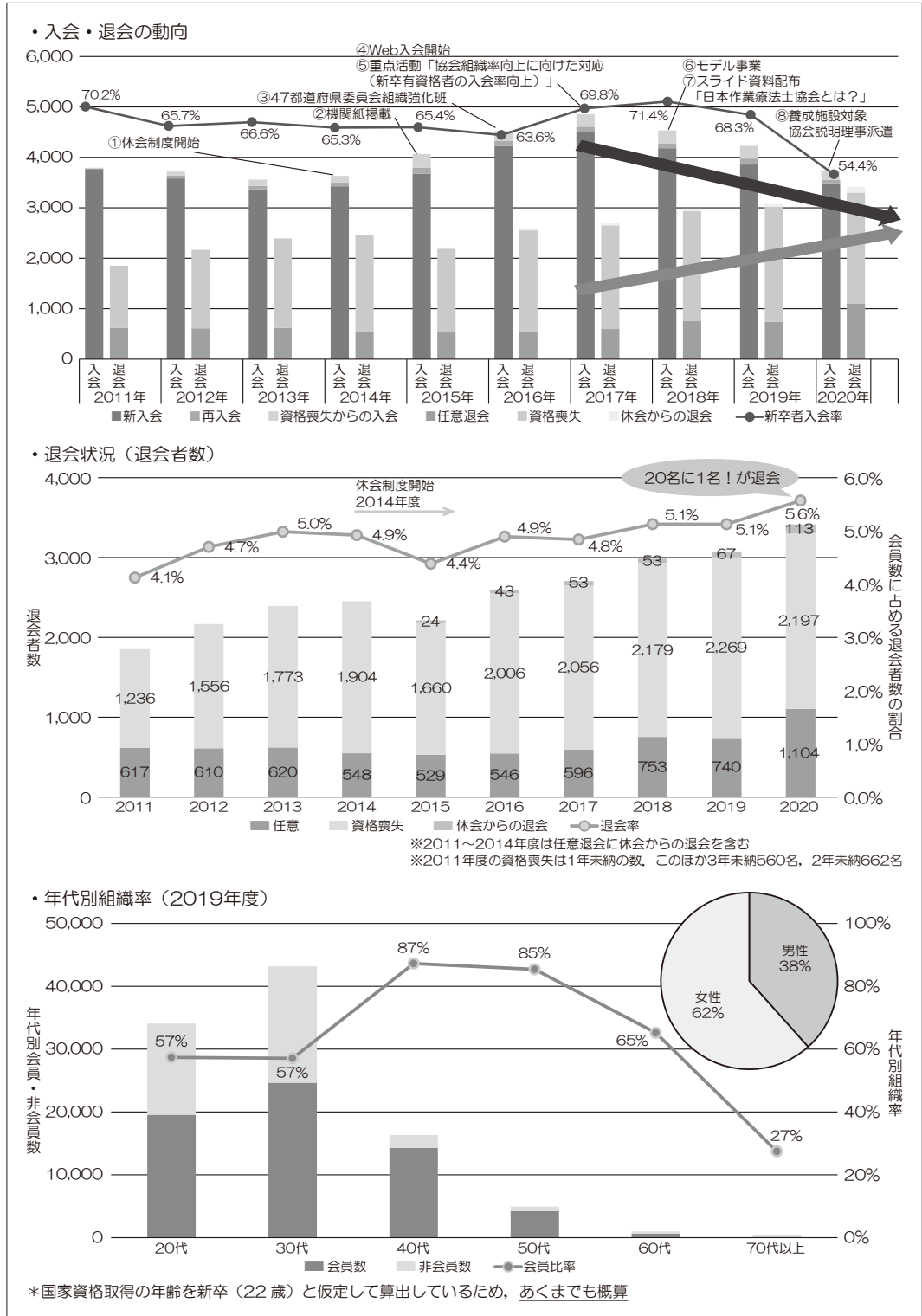


図 11-9 本会会員の動向

11-4-5 新生涯学修制度の設計および指定規則改定に向けた動き

新生涯学修制度検討のため、2020年3月の準備会議を経て、同年4月に教育部内に養成教育委員会、生涯教育委員会合同の検討班を立ち上げた。背景には、①日々、高度化かつ多様化する医療・介護・福祉・教育領域のニーズに対応できる作業療法士の生涯学修とキャリア形成を支援する制度の必要性、②改定が予定されている指定規則を見据えた養成教育と連続した学修制度を設計する必要性がある。

検討班で発足早期に合意した事項は、

- ①現行の認定・専門制度を含む生涯教育制度を基盤とした全員参加型学修制度とする。
- ②次回の指定規則改定を見据えた卒前教育と整合する制度とする。
- ③作業療法士の総合力（＝臨床力・研究力・教育力・すべてに通底する管理（management）力）を高める制度とする。
- ④作業療法士として身につけるべき能力段階を示す標準的クリニカルラダーを作成し、段階的研修の基本とする。

ことである。これらを基本方針として、クリニカルラダーと新生涯学修制度の構造（案）を作成した。

1) 作業療法士のクリニカルラダー

作業療法士免許取得後10年目までのクリニカルラダー（案）を2021年度理事会に提案し、審議・承認を得た。

今後、パブリックコメントを経て、会員と

共有・合意を経ながら周知し、普及・啓発を図る予定である。

作業療法士免許取得後2年間で全作業療法士が学修する研修を構築する。

さらに、免許取得後5年を目途として本会員が学修する研修を構築し、これを修了した者を登録作業療法士（仮称）とする。現行制度の認定作業療法士の取得目途を10年とする。

2) 新生涯学修制度の構造（案）の骨子

(1) 研修をA領域とB領域に大別する

A領域には、個人や集団を支える作業療法の知識・技術・実践力（すなわち臨床力）を涵養する研修を位置づける。

B領域には、作業療法サービスを吟味し発展させ、組織的に作業療法を展開する知識・技術・実践力（すなわち教育・研究・管理力）を涵養する研修を位置づける。

(2) 両領域（A領域・B領域）の研修は、既存の生涯教育制度における研修とアンケート結果などから総合的に判断し構成する

研修方法は、既存の手段にeラーニング、現場でのOJT等を組み合わせて行う。

具体的な研修項目の検討のため、2021年6月に各県および各分野の管理的立場の作業療法士にプレアンケートを行い、2021年12月に全国の免許取得後3年以内の作業療法士と管理的立場の作業療法士に本アンケートを実施した。現在、結果を分析し、卒前教育、卒業後研修に必要な項目、方法を検討中である。

資 料

- 資料 1 2021 年度作業療法士が勤務する施設の分類と対象疾患
- 資料 2 (1) 作業療法士が関わる診療報酬の変遷 (2016～2020 年)
(2) 作業療法士が関わる介護報酬の変遷 (2016～2021 年)
- 資料 3 作業療法業務指針
- 資料 4 第三次作業療法 5 ヶ年戦略 (2018-2022)
- 資料 5 重点活動項目 (2016～2022 年度)
- 資料 6 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 7 要望書・意見書一覧 (2016～2021 年)
- 資料 8 協会による表彰と厚生労働省・他団体による表彰
- 資料 9 他組織・団体等の協会代表委員会名簿
- 資料 10 作業療法関係年表 (2016～2021 年)
- 資料 11 第 1 回・第 2 回 COVID-19 に関する会員調査
- 資料 12 入会促進に向けた学校養成施設へのアンケートの結果

資料 1 2021 年度作業療法士が勤務する施設の種類と対象疾患

I 就業状況

01	働いている
02	働いていない

II 勤務形態

11	常勤
12	非常勤
13	その他

III 開設者種別

国	0101	厚生労働省	0105	国立大学法人
	0102	文部科学省	0106	独立行政法人地域医療機能推進機構
	0103	独立行政法人労働者健康福祉機構	0107	国立高度専門医療研究センター
	0104	独立行政法人国立病院機構	0109	その他（国立、独立行政法人等）
公的医療機関	0201	都道府県	0206	厚生連
	0202	市区町村	0207	国民健康保険団体連合会
	0203	日赤	0208	地方独立行政法人
	0204	済生会	0209	その他（一部事務組合、広域連合等の地方公共団体）
	0205	北海道社会事業協会		
社会保険関係団体	0304	健康保険組合及び連合会	0306	国民健康保険組合
	0305	共済組合及び連合会		
その他	0401	公益法人	0701	会社
	0501	医療法人	0801	NPO 法人
	0601	私立学校法人	1001	個人
	2001	社会福祉法人	0901	その他（法人等）
	2002	医療生協		

Ⅳ業務内容

領域：01 医療関連

大分類		中分類	
01	病院	0101	一般病院
		0102	特定機能病院
		0103	地域医療支援病院
		0104	精神科病院
		0105	結核病院
		0106	認知症疾患医療センター
02	診療所	0201	有床診療所
		0202	無床診療所
03	精神保健福祉センター	9999	該当なし
04	その他		
小分類			
1001	心大血管疾患リハビリテーション料	1028	介護保険リハビリテーション移行支援料
1002	脳血管疾患等リハビリテーション料	1029	退院時リハビリテーション指導料
1003	廃用症候群リハビリテーション料	1030	退院前訪問指導料
1004	運動器リハビリテーション料	1054	外来排尿自立指導料
1005	呼吸器リハビリテーション料	1055	精神科退院時共同指導料
1006	リハビリテーション総合計画評価料	1031	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
1007	リハビリテーション計画提供料	1032	精神科継続外来支援・指導料
1008	目標設定等支援・管理料	1033	救急患者精神科継続支援料
1009	摂食嚥下支援加算	1034	依存症集団療法
1010	難病患者リハビリテーション料	1035	精神科作業療法料
1011	障害児（者）リハビリテーション料	1036	入院生活技能訓練療法
1012	がん患者リハビリテーション料	1037	精神科ショート・ケア料
1013	認知症患者リハビリテーション料	1038	疾患別等専門プログラム加算
1014	リンパ浮腫複合的治療料	1039	精神科デイ・ケア料
1015	ADL維持向上等体制加算の施設基準	1040	精神科ナイト・ケア料
1016	精神科リエゾンチーム加算	1041	精神科デイ・ナイト・ケア料
1017	栄養サポートチーム加算	1042	精神科退院指導料
1018	認知症ケア加算	1043	精神科退院前訪問指導料
1053	排尿自立支援加算	1044	精神科訪問看護・指導料
1019	早期離床・リハビリテーション加算	1045	重度認知症患者デイ・ケア料
1020	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	1046	精神科重症患者早期集中支援管理料
1021	回復期リハビリテーション病棟入院料	1047	精神科在宅患者支援管理料
1022	地域包括ケア病棟入院料	1048	精神科訪問看護基本療養費
1023	精神療養病棟入院料	1049	複数名精神科訪問看護加算
1024	認知症治療病棟入院料	1050	訪問看護管理療養費
1025	リンパ浮腫指導管理料	1051	訪問看護基本療養費
1026	退院時共同指導料	1052	その他
1027	介護支援連携指導料		

領域：02 介護関連

大分類		中分類		小分類	
01	居宅サービス	0101	訪問介護	9999	職名記載なし
		0102	共生型訪問介護	9999	職名記載なし
		0103	訪問入浴介護	9999	職名記載なし
		0104	訪問看護	2001	訪問看護退院時共同指導加算
				2002	予防訪問看護退院時共同指導加算
				2003	訪問看護管理療養費（医療保険）
				2004	訪問看護基本療養費（医療保険）
				8888	加算該当なし
	0105	訪問リハビリテーション	2005	訪問リハビリテーション短期集中リハビリテーション加算	
			2079	訪問リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	
			2080	訪問リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ	
			2081	訪問リハビリテーションマネジメント加算（B）イ	
			2082	訪問リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ	
			2084	訪問リハビリテーション移行支援加算	
			2011	訪問リハビリテーションサービス提供体制加算	
			2012	特別地域訪問リハビリテーション加算	
			2013	中山間地域等における小規模事業所加算	
			2014	予防訪問リハビリテーションマネジメント加算	
			2015	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加算	
			2016	予防訪問リハビリテーションサービス提供体制加算	
			2017	予防訪問リハビリテーション事業所評価加算	
			8888	加算該当なし	
	0106	通所介護	2018	通所介護個別機能訓練加算（Ⅰ）	
			2019	通所介護個別機能訓練加算（Ⅱ）	
			2020	ADL維持等加算（Ⅰ）	
			2021	ADL維持等加算（Ⅱ）	
			8888	加算該当なし	
	0107	共生型通所介護	9999	職名記載なし	
	0108	通所リハビリテーション	2022	通所リハビリテーション理学療法士等体制強化加算	
			2027	通所リハビリテーション短期集中個別リハビリテーション加算	
			2028	通所リハビリテーション認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）	
			2029	通所リハビリテーション認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）	
			2030	通所リハビリテーション生活行為向上リハビリテーション加算	
			2032	予防通所リハビリテーションマネジメント加算	
			2033	予防通所生活行為向上リハビリテーション実施加算	
			2034	予防通所リハビリテーション運動器機能向上加算	

			2035	予防通所リハビリテーション選択のサービス複数実施加算（Ⅰ）	
			2036	予防通所リハビリテーション選択のサービス複数実施加算（Ⅱ）	
			2037	予防通所リハビリテーション事業所評価加算	
			2075	通所リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	
			2076	通所リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	
			2077	通所リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）	
			2078	通所リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）	
			2083	通所リハビリテーション移行支援加算	
			8888	加算該当なし	
	0109	短期入所生活介護	2038	短期生活機能訓練体制加算	
			2039	短期生活個別機能訓練加算	
			2040	予防短期生活機能訓練体制加算	
			2041	予防短期生活個別機能訓練加算	
			8888	加算該当なし	
	0110	共生型短期入所生活介護	9999	職名記載なし	
	0111	短期入所療養介護	2042	個別リハビリテーション加算	
			8888	加算該当なし	
	0112	特定施設入居者生活介護	2043	特定施設個別機能訓練加算	
			2044	予防特定施設個別機能訓練加算	
			2045	予防外部認知症対応型通所介護個別機能訓練加算	
			8888	加算該当なし	
	0113	居宅介護支援	9999	職名記載なし	
	0114	福祉用具貸与・販売	9999	職名記載なし	
02	地域密着型サービス	0201	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	9999	職名記載なし
		0202	夜間対応型訪問介護	9999	職名記載なし
		0203	認知症対応型通所介護	2046	個別機能訓練加算
			8888	加算該当なし	
		0204	小規模多機能型居宅介護	9999	職名記載なし
		0205	認知症対応型共同生活介護	9999	職名記載なし
		0206	地域密着型特定施設入居者生活介護	2046	個別機能訓練加算
			8888	加算該当なし	
		0207	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2046	個別機能訓練加算
			8888	加算該当なし	
		0208	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	9999	職名記載なし

(次頁につづく)

		0209	地域密着型通所介護	9999	職名記載なし
		0210	共生型地域密着型通所介護（療養通所介護含む）	9999	職名記載なし
03	施設サービス	0301	介護老人福祉施設	2047	福祉施設個別機能訓練加算
				2048	福祉施設退所前訪問相談援助加算
				2049	福祉施設退所後訪問相談援助加算
				2050	福祉施設退所時相談援助加算
2074	自立支援促進加算				
8888	加算該当なし				
0302	介護療養型医療施設	2051	退院前訪問指導加算		
		2052	退院後訪問指導加算		
		2053	作業療法（特定診療費）		
		2054	短期集中リハビリテーション（特定診療費）		
		2055	認知症短期集中リハビリテーション（特定診療費）		
		2056	精神科作業療法（特定診療費）		
		2074	自立支援促進加算		
8888	加算該当なし				
0303	介護老人保健施設	2057	保健施設短期集中リハビリテーション加算		
		2058	保健施設認知症短期集中リハビリテーション加算		
		2059	保健施設入所前後訪問指導加算Ⅰ		
		2060	保健施設入所前後訪問指導加算Ⅱ		
		2061	保健施設退所前訪問指導加算		
		2062	保健施設退所後訪問指導加算		
		2063	退所時等支援等加算		
		2074	自立支援促進加算		
		2073	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算		
		8888	加算該当なし		
0304	介護医療院	2051	退院前訪問指導加算		
		2052	退院後訪問指導加算		
		2053	作業療法（特定診療費）		
		2054	短期集中リハビリテーション（特定診療費）		
		2055	認知症短期集中リハビリテーション（特定診療費）		
		2056	精神科作業療法（特定診療費）		
		2074	自立支援促進加算		
		8888	加算該当なし		
04	その他	0401	地域包括支援センター	9999	職名記載なし
		0402	在宅介護支援センター	9999	職名記載なし
		0403	サービス付き高齢者向け住宅	9999	職名記載なし
		0404	有料老人ホーム	9999	職名記載なし
		0405	介護予防・日常生活支援総合事業	2064	訪問型サービス
2065	通所型サービス				

			2066	その他の生活支援サービス
			2067	介護予防ケアマネジメント
	0406	一般介護予防事業	2068	介護予防把握事業
			2069	介護予防普及啓発事業
			2070	地域介護予防活動支援事業
			2071	一般介護事業評価事業
			2072	地域リハビリテーション活動支援事業

領域：03 障害関連

大分類		中分類	
01	児童福祉法関連施設	0101	児童発達支援
		0102	医療型児童発達支援
		0103	放課後等デイサービス
		0104	保育所等訪問支援
		0105	助産施設
		0106	乳児院
		0107	母子生活支援施設
		0108	保育所
		0109	幼保連携型認定こども園
		0110	児童厚生施設（児童遊園，児童館等）
		0111	児童養護施設
		0112	障害児入所施設
		0113	児童発達支援センター
		0114	情緒障害児短期治療施設
		0115	児童自立支援施設
		0116	児童家庭支援センター
		0117	自立援助ホーム
		0118	学童保育（放課後クラブ）
02	障害者総合支援法関連施設	0201	障害福祉サービス事業所
		0202	障害者支援施設
		0203	相談支援事業所
		0204	基幹相談支援センター
		0205	地域活動支援センター
		0206	福祉ホーム
03	身体障害者福祉法関連施設	0301	身体障害者福祉センター
04	精神保健福祉法関連施設	0401	精神障害者社会復帰促進センター
05	障害者虐待防止法関連施設	0501	市町村障害者虐待防止センター
06	発達障害者支援法関連施設	0601	発達障害者支援センター
07	障害者雇用促進法関連施設	0701	障害者就業・生活支援センター
		0702	障害者職業センター
08	厚生労働省設置法法律関連施設	0801	ハローワーク

(次頁につづく)

09	青少年の雇用の促進等に関する法律関連施設	0901	地域若者サポートステーション
10	その他	1001	その他
小分類			
3001	居宅介護サービス費	3026	自立生活援助サービス費
3002	重度訪問介護サービス費	3027	共同生活援助サービス費
3003	同行援護サービス費	3028	計画相談支援給付費
3004	行動援護サービス費	3029	障害児相談支援給付費
3005	療養介護サービス費	3030	地域相談支援給付費（地域移行支援）
3006	生活介護サービス費	3031	地域相談支援給付費（地域定着支援）
3007	共生型生活介護サービス費	3032	福祉型障害児入所施設給付費
3008	経過的生活介護サービス費	3033	医療型障害児入所施設給付費
3009	生活介護サービス費リハビリテーション加算	3034	障害児（者）リハビリテーション料（医療保険）
3010	短期入所サービス費	3035	児童発達支援給付費
3011	共生型短期入所サービス費	3036	児童発達支援給付費特別支援加算
3012	重度障害者等包括支援サービス費	3049	児童発達支援給付費専門的支援加算
3013	施設入所支援サービス費	3037	医療型児童発達支援給付費
3014	経過的施設入所支援サービス費	3038	医療型児童発達支援給付費特別支援加算
3015	機能訓練サービス費	3050	医療型児童発達支援給付費専門的支援加算
3016	共生型機能訓練サービス費	3039	放課後等デイサービス給付費
3017	機能訓練サービス費リハビリテーション加算	3040	共生型放課後等デイサービス給付費
3018	生活訓練サービス費	3041	放課後等デイサービス給付費特別支援加算
3019	共生型生活訓練サービス費	3051	放課後等デイサービス給付費専門的支援加算
3020	宿泊型自立訓練サービス費	3042	居宅型児童発達支援給付費
3021	就労移行支援サービス費	3043	保育所等訪問支援給付費
3022	就労移行支援（養成）サービス費	3044	地域生活支援サービス事業費
3023	就労継続支援 A 型サービス費	3045	事業委託費
3024	就労継続支援 B 型サービス費	3046	補助金
3048	（就労系共通）福祉専門職員配置等加算	3047	自主事業収入
3025	就労定着支援サービス費	9999	該当なし

領域：04 その他

大分類	
01	保健所，市町村保健センター
02	児童相談所
03	身体障害者更生相談所
04	知的障害者更生相談所
05	精神保健福祉センター
06	都道府県障害者権利擁護センター
07	その他 行政（高齢サービス課・健康増進課・障害福祉課等）
08	その他 区市町村（自治体等）からの委託事業
09	社会福祉協議会
10	都道府県リハビリテーション支援センター
11	地域リハビリテーション広域支援センター
12	教育委員会
13	幼稚園
14	小学校
15	中学校
16	義務教育学校
17	高等学校
18	中等教育学校
19	特別支援学校
20	高等専門学校
21	大学，大学院（作業療法士養成教育以外）
22	専修学校（作業療法士養成教育以外）
23	研究機関
24	管理部門（病院等）
25	リハ関連企業
26	一般企業
27	その他：

領域：05 作業療法士養成施設

大分類	
01	専門学校
02	短期大学
03	大学
04	専門職大学
05	大学院

V対象障害種別

01	身体障害
02	精神障害
03	発達障害（小児）
04	老年期障害
05	その他

Ⅵ対象疾患

ICD-10 大項目	ICD-10 小項目
感染症及び寄生虫症	結核
新生物	悪性新生物（部位不問） 良性新生物及びその他の新生物
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	貧血 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
内分泌、栄養及び代謝疾患	甲状腺障害 糖尿病
精神及び行動の障害	血管性及び詳細不明の認知症 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 統合失調症、統合失調症性障害及び妄想性障害 気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む） 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 精神遅滞 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 その他の精神及び行動の障害
神経系の疾患	パーキンソン病 アルツハイマー病 てんかん 脳性まひ及びその他の麻痺性症候群 自律神経系の障害 その他の神経系の疾患
眼及び付属器の疾患	眼及び付属器の疾患
耳及び乳様突起の疾患	耳及び乳様突起の疾患
循環器系の疾患	高血圧性疾患 虚血性心疾患 その他の心疾患 脳血管疾患 動脈硬化症 痔核 低血圧 その他の循環器系の疾患
呼吸器系の疾患	呼吸器疾患
消化器系の疾患	消化器疾患
皮膚及び皮下組織の疾患	皮膚組織疾患
筋骨格系及び結合組織の疾患	炎症性多発性関節障害 関節症 脊椎障害（脊椎症を含む） 椎間板障害 頰腕症候群

筋骨格系及び結合組織の疾患	その他の脊柱障害 肩の障害 骨の密度及び構造の障害 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
尿路性器系の疾患	泌尿・生殖器疾患
妊娠、分娩及び産じょく	妊娠、分娩及び産じょく
周産期に発生した病態	周産期に発生した病態
先天奇形、変形及び染色体異常	心臓の先天奇形 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
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	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
損傷、中毒及びその他の外因の影響	骨折 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 熱湯及び腐食 中毒 その他
介護保険分類	虚弱老人
その他の介護保険分類によるもの	その他の介護保険分類によるもの

Ⅶ自治体活動への参画状況

1	市区町村介護認定審査委員会の審査委員である
2	市区町村障害支援区分審査会の審査員である
3	都道府県地域自立支援協議会の委員である
4	市区町村地域自立支援協議会の委員である
5	地域ケア会議へ参加している
6	認知症初期集中支援チームに参加している
7	一般介護予防事業への参加状況について 7-1 介護予防把握事業へ参加している 7-2 介護予防普及啓発事業へ参加している 7-3 地域介護予防活動支援事業へ参加している 7-4 一般介護予防事業評価事業へ参加している 7-5 地域リハビリテーション活動支援事業へ参加している
8	都道府県・市区町村の特別支援教育に関与している
9	都道府県・市区町村の障害児・者の支援事業や子育て支援事業等に関わっている
10	都道府県・市区町村の総合計画等の策定に関わっている
11	上記以外の委員会等に参画している

資料 2 (1) 作業療法士が関わる診療報酬の変遷 (2016~2020 年)

		平成 28 (2016) 年度	平成 30
コード		点数	
A100	(一般病棟入院料 他) ADL 維持向上等体制加算の施設基準	80	(一般病棟入院料 他) ADL 維持向上等体制加算の施設基準
A230-4	精神科リエゾンチーム加算	300	精神科リエゾンチーム加算
A233-2	栄養サポートチーム加算	200	栄養サポートチーム加算
A247	認知症ケア加算	<u>認知症ケア加算 1</u> 14 日以内 150 15 日以上 30 <u>認知症ケア加算 2</u> 14 日以内 30 15 日以上 10	認知症ケア加算
A251			
A301			(特定集中治療室管理料) 早期離床・リハビリテーション加算
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,804	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
A308	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 1 2,025 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,811 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,657	回復期リハビリテーション病棟入院料
A308-3	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料 1 2,558 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,558 地域包括ケア病棟入院料 2 2,058 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058	地域包括ケア病棟入院料
A312	精神療養病棟入院料	1,090	精神療養病棟入院料

(2018) 年度	令和 2 (2020) 年度	
点数		点数
80	(一般病棟入院料 他) ADL 維持向上等体制加算の施設 基準	80
300	精神科リエゾンチーム加算	300
200	栄養サポートチーム加算	200
認知症ケア加算 1 14 日以内 150 15 日以上 30 認知症ケア加算 2 14 日以内 30 15 日以上 10	認知症ケア加算	認知症ケア加算 1 14 日以内 160 15 日以上 30 認知症ケア加算 2 14 日以内 100 15 日以上 25 認知症ケア加算 3 14 日以内 40 15 日以上 10
	排尿自立支援加算	200
500	(特定集中治療室管理料) 早期離床・リハビリテーション 加算	500
5,804	脳卒中ケアユニット入院医療管 理料	6,013
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 2,085 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 2,025 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,861 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 1,806 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 1,702 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 1,647	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 1 2,129 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 2,066 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,899 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 1,841 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 1,736 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 1,678
地域包括ケア病棟入院料 1 2,738 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,738 地域包括ケア病棟入院料 2 2,558 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,558 地域包括ケア病棟入院料 3 2,238 地域包括ケア入院医療管理料 3 2,238 地域包括ケア病棟入院料 4 2,038 地域包括ケア入院医療管理料 4 2,038	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料 1 2,809 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,809 地域包括ケア病棟入院料 2 2,620 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,620 地域包括ケア病棟入院料 3 2,285 地域包括ケア入院医療管理料 3 2,285 地域包括ケア病棟入院料 4 2,076 地域包括ケア入院医療管理料 4 2,076
1,090	精神療養病棟入院料	1,091

(次頁につづく)

	平成 28 (2016) 年度		平成 30
コード		点数	
A314	認知症治療病棟入院料	<u>認知症治療病棟入院料 1</u> 30 日以内 1,809 31 日以上 60 日以内 1,501 61 日以上 1,203 <u>認知症治療病棟入院料 2</u> 30 日以内 1,316 31 日以上 60 日以内 1,111 61 日以上 987	認知症治療病棟入院料
A318	地域移行機能強化病棟入院料	1,527	地域移行機能強化病棟入院料
B001・5			小児科療養指導料 医師以外の算定可
B001-7	リンパ浮腫指導管理料	100	リンパ浮腫指導管理料
B004	退院時共同指導料 1	在宅療養支援診療所の場合 1,500 それ以外の場合 900	退院時共同指導料 1
B005	退院時共同指導料 2	400	退院時共同指導料 2
B005-1-2	介護支援連携指導料	400	介護支援連携指導料
B005-1-3	介護保険リハビリテーション 移行支援料	500	介護保険リハビリテーション 移行支援料
B005-9	排尿自立指導料 “理学療法士等” の表記	200	排尿自立指導料
B006-3	退院時リハビリテーション指 導料	300	退院時リハビリテーション指 導料
B007	退院前訪問指導料	580	退院前訪問指導料
B015			
C006	在宅患者訪問リハビリテー ション指導管理料	300	在宅患者訪問リハビリテー ション指導管理料
H000	心大血管疾患リハビリテー ション料	心大血管疾患リハビリテーション料 (I) 205 心大血管疾患リハビリテーション料 (II) 125	心大血管疾患リハビリテー ション料
H001	脳血管疾患等リハビリテー ション料	脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) 245 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) 200 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) 100	脳血管疾患等リハビリテー ション料

(2018) 年度	令和 2 (2020) 年度	
点数		点数
認知症治療病棟入院料 1 30 日以内 1,809 31 日以上 60 日以内 1,501 61 日以上 1,203	認知症治療病棟入院料	認知症治療病棟入院料 1 30 日以内 1,811 31 日以上 60 日以内 1,503 61 日以上 1,204
認知症治療病棟入院料 2 30 日以内 1,316 31 日以上 60 日以内 1,111 61 日以上 987		認知症治療病棟入院料 2 30 日以内 1,318 31 日以上 60 日以内 1,112 61 日以上 988
1,527	地域移行機能強化病棟入院料	1,539
270	小児科療養指導料 医師以外の算定可	270
100	リンパ浮腫指導管理料	100
在宅療養支援診療所の場合 1,500 それ以外の場合 900	退院時共同指導料 1	在宅療養支援診療所の場合 1,500 それ以外の場合 900
400	退院時共同指導料 2	400
400	介護支援連携指導料	400
500	介護保険リハビリテーション移行支援料	500
200	外来排尿自立指導料	200
300	退院時リハビリテーション指導料	300
580	退院前訪問指導料	580
	精神科退院時共同指導料 (作業療法士は必要に応じて)	精神科退院時共同指導料 1 精神科退院時共同指導料 (I) 1,500 精神科退院時共同指導料 (II) 900 精神科退院時共同指導料 2 700
300	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	300
心大血管疾患リハビリテーション料 (I) 205 心大血管疾患リハビリテーション料 (II) 125	心大血管疾患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 (I) 205 心大血管疾患リハビリテーション料 (II) 125
脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) 245 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) 200 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) 100	脳血管疾患等リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) 245 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) 200 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) 100

(次頁につづく)

		平成 28 (2016) 年度		平成 30	
コード		点数			
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料 (I)	180	廃用症候群リハビリテーション料	
		廃用症候群リハビリテーション料 (II)	146		
		廃用症候群リハビリテーション料 (III)	77		
H002	運動器リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料 (I)	185	運動器リハビリテーション料	
		運動器リハビリテーション料 (II)	170		
		運動器リハビリテーション料 (III)	85		
H003	呼吸器リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料 (I)	175	呼吸器リハビリテーション料	
		呼吸器リハビリテーション料 (II)	85		
H003-2	リハビリテーション総合計画評価料		300	リハビリテーション総合計画評価料	
		入院時訪問指導加算	150		
H003-3	リハビリテーション総合計画提供料		100	リハビリテーション計画提供料	
H003-4	目標設定等支援・管理料	初回	250	目標設定等支援・管理料	
		2回目以降	100		
H004	摂食機能療法		185	摂食機能療法	
		経口摂取回復促進加算 I	185		
		経口摂取回復促進加算	20		
H006	難病患者リハビリテーション料		640	難病患者リハビリテーション料	
H007	障害児 (者) リハビリテーション料	6 歳未満	225	障害児 (者) リハビリテーション料	
		6 歳以上 18 歳未満	195		
		18 歳以上	155		
H007-2	がん患者リハビリテーション料		205	がん患者リハビリテーション料	
H007-3	認知症患者リハビリテーション料		240	認知症患者リハビリテーション料	
H007-4	リンパ浮腫複合的治療料	重症の場合	200	リンパ浮腫複合的治療料	
		重症以外の場合	100		
I002-2	精神科継続外来支援・指導料		55	精神科継続外来支援・指導料	
		医師の指示のもと作業療法士等が支援を行った場合加算	40		
I002-3	救急患者精神科継続支援料	入院中の患者	435	救急患者精神科継続支援料	
		入院中の患者以外	135		

(2018) 年度	令和 2 (2020) 年度	
点数		点数
廃用症候群リハビリテーション料 (I) 180	廃用症候群リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料 (I) 180
廃用症候群リハビリテーション料 (II) 146		廃用症候群リハビリテーション料 (II) 146
廃用症候群リハビリテーション料 (III) 77		廃用症候群リハビリテーション料 (III) 77
運動器リハビリテーション料 (I) 185 運動器リハビリテーション料 (II) 170 運動器リハビリテーション料 (III) 85	運動器リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料 (I) 185 運動器リハビリテーション料 (II) 170 運動器リハビリテーション料 (III) 85
呼吸器リハビリテーション料 (I) 175 呼吸器リハビリテーション料 (II) 85	呼吸器リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料 (I) 175 呼吸器リハビリテーション料 (II) 85
リハビリテーション総合計画評価料 1 300 リハビリテーション総合計画評価料 2 240 入院時訪問指導加算 150	リハビリテーション総合計画評価料	リハビリテーション総合計画評価料 1 300 リハビリテーション総合計画評価料 2 240 入院時訪問指導加算 150 運動量増加機器加算 150
リハビリテーション計画提供料 1 275 電子化連携加算 5 リハビリテーション計画提供料 2 100	リハビリテーション計画提供料	リハビリテーション計画提供料 1 275 電子化連携加算 5 リハビリテーション計画提供料 2 100
初回 250 2 回目以降 100	目標設定等支援・管理料	初回 250 2 回目以降 100
30 分以上 185 30 分未満 130 経口摂取回復促進加算 1 185 経口摂取回復促進加算 20	摂食機能療法	30 分以上 185 30 分未満 130 摂食嚥下支援加算 200
640	難病患者リハビリテーション料	640
6 歳未満 225 6 歳以上 18 歳未満 195 18 歳以上 155	障害児 (者) リハビリテーション料	6 歳未満 225 6 歳以上 18 歳未満 195 18 歳以上 155
205	がん患者リハビリテーション料	205
240	認知症患者リハビリテーション料	240
重症の場合 200 重症以外の場合 100	リンパ浮腫複合的治療料	重症の場合 200 重症以外の場合 100
55 医師の指示のもと作業療法士等が支援を行った場合加算 40	精神科継続外来支援・指導料	55 医師の指示のもと作業療法士等が支援を行った場合加算 40
入院中の患者 435 入院中の患者以外 135	救急患者精神科継続支援料	入院中の患者 435 入院中の患者以外 135

(次頁につづく)

		平成 28 (2016) 年度	平成 30
コード		点数	
I006-2	依存症集団療法 (新)	340	依存症集団療法
I007	精神科作業療法	220	精神科作業療法
I008	入院生活技能訓練療法	入院から 6 月以内 100 入院から 6 月を超えた期間 75	入院生活技能訓練療法
I008-2	精神科ショート・ケア	小規模なもの 275 大規模なもの 330	精神科ショート・ケア
I009	精神科デイ・ケア	小規模なもの 590 大規模なもの 700	精神科デイ・ケア
I010	精神科ナイト・ケア	540	精神科ナイト・ケア
I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア	1,000	精神科デイ・ナイト・ケア
I011	精神科退院指導料	320	精神科退院指導料
I011-2	精神科退院前訪問指導料	380 複数職種が協働して行う場合加算 320	精神科退院前訪問指導料
I012	精神科訪問看護・指導料	週 3 日まで 30 分以上 580 週 3 日まで 30 分未満 445 週 4 日目以降 30 分以上 680 週 4 日目以降 30 分未満 530	精神科訪問看護・指導料
I015	重度認知症患者デイ・ケア料	1,040	重度認知症患者デイ・ケア料
I016	精神科重症患者早期集中支援管理料	精神科重症患者早期集中支援管理料 1 1,800 精神科重症患者早期集中支援管理料 2 1,480	精神科在宅患者支援管理料
	入院対象者入院医学管理料 (医療観察法)	急性期入院対象者入院医学管理料 6,705 回復期入院対象者入院医学管理料 4,938 社会復帰期入院対象者入院医学管理料 5,842	入院対象者入院医学管理料 (医療観察法)
	精神科訪問看護基本療養費	週 3 日まで 30 分以上 5,550 円 週 3 日まで 30 分未満 4,250 円 週 4 日目以降 30 分以上 6,550 円 週 4 日目以降 30 分未満 5,100 円	精神科訪問看護基本療養費
	複数名精神科訪問看護加算	4,300 円	複数名精神科訪問看護加算
	訪問看護基本療養費	週 3 日目まで 5,550 円 週 4 日目以降 6,550 円	訪問看護基本療養費

(2018) 年度		令和 2 (2020) 年度	
点数		点数	
340	依存症集団療法	薬物依存症の場合 340 ギャンブル依存症の場合 300	
220	精神科作業療法		220
入院から 6 月以内 100 入院から 6 月を超えた期間 75	入院生活技能訓練療法	入院から 6 月以内 100 入院から 6 月を超えた期間 75	
小規模なもの 275 疾患別等専門プログラム加算 200 大規模なもの 330	精神科ショート・ケア	小規模なもの 275 疾患別等専門プログラム加算 200 大規模なもの 330	
小規模なもの 590 大規模なもの 700	精神科デイ・ケア	小規模なもの 590 大規模なもの 700	
540	精神科ナイト・ケア		540
1,000	精神科デイ・ナイト・ケア		1,000
320	精神科退院指導料		320
380 複数職種が協働して行う場合加算 320	精神科退院前訪問指導料	複数職種が協働して行う場合加算 320	380
週 3 日まで 30 分以上 580 週 3 日まで 30 分未満 445 週 4 日目を以降 30 分以上 680 週 4 日目を以降 30 分未満 530	精神科訪問看護・指導料	週 3 日まで 30 分以上 580 週 3 日まで 30 分未満 445 週 4 日目を以降 30 分以上 680 週 4 日目を以降 30 分未満 530	
1,040	重度認知症患者デイ・ケア料		1,040
精神科在宅患者支援管理料 1 集中的な支援を必要とする者 3,000 厚生労働大臣が定める患者 2,500 上記以外 2,030 精神科在宅患者支援管理料 2 集中的な支援を必要とする者 2,467 厚生労働大臣が定める患者 2,056	精神科在宅患者支援管理料	精神科在宅患者支援管理料 1 集中的な支援を必要とする者 3,000 厚生労働大臣が定める患者 2,500 上記以外 2,030 精神科在宅患者支援管理料 2 集中的な支援を必要とする者 2,467 厚生労働大臣が定める患者 2,056	
急性期入院対象者入院医学管理料 6,737 回復期入院対象者入院医学管理料 4,962 社会復帰期入院対象者入院医学管理料 5,870	入院対象者入院医学管理料 (医療観察法)	急性期入院対象者入院医学管理料 6,737 回復期入院対象者入院医学管理料 4,962 社会復帰期入院対象者入院医学管理料 5,870	
週 3 日まで 30 分以上 5,550 円 週 3 日まで 30 分未満 4,250 円 週 4 日目を以降 30 分以上 6,550 円 週 4 日目を以降 30 分未満 5,100 円	精神科訪問看護基本療養費	週 3 日まで 30 分以上 5,550 円 週 3 日まで 30 分未満 4,250 円 週 4 日目を以降 30 分以上 6,550 円 週 4 日目を以降 30 分未満 5,100 円	
4,300 円	複数名精神科訪問看護加算		4,300 円
週 3 日目まで 5,550 円 週 4 日目を以降 6,550 円	訪問看護基本療養費	5,550 円 (PT・OT・ST による場合は週 4 日目を以降でも金額は変わらず)	

資料 2 (2) 作業療法士が関わる介護報酬の変遷 (2016~2021 年)

サービス種別	主な報酬, 加算	2018 (平成 30) 年	2021 (令和 3) 年
居宅サービス			
訪問看護	訪看 15 (介護給費)	1 回 20 分 297 単位 ※ 1 日に 2 回を超えた場合 ▲ 10%/回	1 回 20 分 293 単位 ※ 1 日に 2 回を超えた場合 ▲ 10%/回
	訪看 15 (予防給費)	1 回 20 分 287 単位 ※ 1 日に 2 回を超えた場合 ▲ 10%/回	1 回 20 分 283 単位 ※ 1 日に 2 回を超えた場合 ▲ 10%/回
	複数名訪問加算 (I)	30 分未満の場合+254 単位 30 分以上の場合+402 単位	30 分未満の場合+254 単位 30 分以上の場合+402 単位
	複数名訪問加算 (II)	30 分未満の場合+201 単位 30 分以上の場合+317 単位	30 分未満の場合+201 単位 30 分以上の場合+317 単位
	退院時共同指導加算	600 単位	600 単位
訪問リハビリテーション	訪問 リハビリテーション費	1 回 (20 分以上): 292 単位 ※ 1 週に 6 回を限度	1 回 (20 分以上): 307 単位 ※ 退院・退所の日より 3 月以内の週 12 回まで算定可能
		事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合 1 回につき ▲ 20 単位/回	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合 1 回につき ▲ 50 単位/回
		—	利用開始日の属する月から 12 月超▲ 5 単位/回 (介護予防訪問リハビリテーションのみ)
	サービス提供体制強化加算	1 回につき+6 単位	(I) 1 回につき+6 単位 (II) 1 回につき+3 単位
	短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位/日	200 単位/日
	リハビリテーション マネジメント加算	(I): 230 単位/月 (II): 280 単位/月 (III): 320 単位/月 (IV): 420 単位/月	(A) イ: 180 単位/月 (A) ロ: 213 単位/月 (B) イ: 450 単位/月 (B) ロ: 483 単位/月
		介護予防の場合: 230 単位/月	—
	リハビリテーション 社会参加支援加算	1 日につき 17 単位を加算	(移行支援加算) 17 単位/日
事業所評価加算 (介護予防のみ)	120 単位/月	120 単位/月	

サービス種別	主な報酬, 加算	2018 (平成 30) 年	2021 (令和 3) 年
通所リハビリテーション	長期間利用の 介護予防 リハビリテーションの 適正化	—	利用開始日の属する月から 12 月超 要支援 1 ▲ 20 単位/月 要支援 2 ▲ 40 単位/月
	理学療法士等 体制強化加算	30 単位/日	30 単位/日
	リハビリテーション 体制加算	3～4 時間：12 単位/回 4～5 時間：16 単位/回 5～6 時間：20 単位/回 6～7 時間：24 単位/回 7 時間以上：28 単位/回	3～4 時間：12 単位/回 4～5 時間：16 単位/回 5～6 時間：20 単位/回 6～7 時間：24 単位/回 7 時間以上：28 単位/回
	リハビリテーション マネジメント加算	(I)：330 単位/月 (II)：850 単位/月 (6 月超 530 単位/月) (III)：1,120 単位/月 (6 月超 800 単位/月) (IV)：1,220 単位/月 (6 月超 900 単位/月)	(A) イ：560 単位/月 (6 月超 240 単位/月) (A) ロ：593 単位/月 (6 月超 273 単位/月) (B) イ：830 単位/月 (6 月超 510 単位/月) (B) ロ：863 単位/月 (6 月超 543 単位/月)
		(介護予防の場合) 300 単 位/月	—
	短期集中個別リハビリ テーション加算	110 単位/日	110 単位/日
	認知症短期集中リハ ビリテーション加算	(I)：240 単位/日 (II)：1,920 単位/月	I：240 単位/日 II：1,920 単位/月
	生活行為向上リハビリ テーション実施加算	3 月まで 2,000 単位/月 3 月経過後 1,000 単位/月 6 月経過後所定単位数の ▲ 15%	6 月以内 1,250 単位/月
	(介護予防) 生活行為向上リハビリ テーション実施加算	3 月まで 900 単位/月 3 月経過後 450 単位/月 6 月経過後所定単位数の ▲ 15%	6 月以内 562 単位/月
	社会参加支援加算	12 単位/日	(移行加算) 12 単位/日
入浴介助加算	50 単位/日	(I) 40 単位/日 (II) 60 単位/日	

(次頁につづく)

サービス種別	主な報酬, 加算	2018 (平成 30) 年	2021 (令和 3) 年
通所介護	個別機能訓練加算	(I): 46 単位/日 (II): 56 単位/日	(I) イ: 56 単位/日 (I) ロ: 85 単位/日 (II) 20 単位/日 (I) に上乗せ
	入浴介助加算	50 単位/日	(I) 40 単位/日 (II) 55 単位/日
	若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	60 単位/日
	認知症加算	60 単位/日	60 単位/日
施設サービス			
介護老人保健施設	在宅復帰・在宅療養支援加算	(I) 34 単位 (基本型に対する加算) (II) 46 単位 (強化型に対する加算)	(I) 34 単位 (基本型に対する加算) (II) 46 単位 (強化型に対する加算)
	入所前後訪問指導加算	(I) 450 単位/回 (II) 480 単位/回	(I) 450 単位/回 (II) 480 単位/回
	短期集中リハビリテーション加算	240 単位/日	240 単位/日
	認知症短期集中リハビリテーション加算	240 単位/日 ※週に 3 回を限度	240 単位/日 ※週に 3 回を限度
	退所時等支援加算	試行的退所時指導加算: 400 単位 退所時情報提供加算: 500 単位 退所前連携加算: 500 単位	試行的退所時指導加算: 400 単位 退所時情報提供加算: 500 単位 — 入退所前連携加算 (I): 600 単位 入退所前連携加算 (II): 400 単位
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	—	33 単位/月	
介護福祉施設	個別機能訓練加算	12 単位/日	(I) 12 単位/日 (II) 20 単位/月
	退所時等相談援助加算	退所前訪問相談援助加算 460 単位 (入所中に原則 1 回) 退所後訪問相談援助加算 460 単位 (退所後 1 回)	退所前訪問相談援助加算 460 単位 (入所中に原則 1 回) 退所後訪問相談援助加算 460 単位 (退所後 1 回)

サービス種別	主な報酬, 加算	2018 (平成 30) 年	2021 (令和 3) 年
介護福祉施設	退所時等相談 援助加算	退所時相談援助加算 400 単位 (1 人につき 1 回)	退所時相談援助加算 400 単位 (1 人につき 1 回)
		退所前連携加算 500 単位 (1 人につき 1 回)	退所前連携加算 500 単位 (1 人につき 1 回)
	在宅復帰支援機能 加算	10 単位/日	10 単位/日
	在宅・入所相互利用 加算	40 単位/日	40 単位/日
介護医療院	退所前訪問指導加算	460 単位	460 単位
	退所後訪問指導加算	460 単位	460 単位
	退所時指導加算	400 単位	400 単位
	退所時情報提供加算	500 単位	500 単位
	退所前連携加算	500 単位	500 単位
	長期療養生活移行 加算	—	60 単位/日
	特別診療費 (理学療 法・作業療法・言語 聴覚療法)に係る加算		33 単位/月
	移行定着支援加算	93 単位/日	—
科学的介護情報システムでの収集項目に関連する加算等			
通所介護, 地域密着型通所介護, 療養通所介護, 認知症対応型通所 介護★, 通所リハビリテーション ★, 小規模多機能型居宅介護★, 看護小規模多機能型居宅介護, 特 定施設入居者生活介護★, 地域密 着型特定施設入居者生活介護, 認 知症対応型共同生活介護★	栄養スクリーニング 加算	5 単位/回	(口腔・栄養スクリーニング 加算) (I) 20 単位/回 (※ 6 月に 1 回を限度) (II) 5 単位/回 (※ 6 月に 1 回を限度)
	口腔機能向上加算	150 単位/回	(I) 150 単位/回 (II) 160 単位/回 ※原則 3 月以内, 月 2 回を 限度
通所介護, 地域密着型通所介護, 認知症対応型通所介護★, 通所リ ハビリテーション★, 看護小規模 多機能型居宅介護	栄養アセスメント 加算	—	50 単位/月
	栄養改善加算 150 単位/回	150 単位/回	200 単位/回 ※原則 3 月以内, 月 2 回を限度

(次頁につづく)

サービス種別	主な報酬，加算	2018（平成30）年	2021（令和3）年
通所介護，地域密着型通所介護，認知症対応型通所介護，特定施設入居者生活介護，地域密着型特定施設入居者生活介護，介護老人福祉施設，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	ADL維持等加算	(I) 3単位/月 (II) 6単位/月	(I) 30単位/月 (II) 60単位/月
通所介護，地域密着型通所介護，認知症対応型通所介護★，短期入所生活介護★，特定施設入居者生活介護★，地域密着型特定施設入居者生活介護，認知症対応型共同生活介護★，介護老人福祉施設，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護，イ：訪問介護，定期巡回・随時対応型訪問介護看護，小規模多機能型居宅介護★	生活機能向上連携加算	200単位/月 ※個別機能訓練加算を算定している場合は 100単位/月	(I)：100単位/月 (3月に1回を限度) (II)：200単位/月 ※個別機能訓練加算を算定している場合は 100単位/月
介護老人福祉施設，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護，介護老人保健施設，介護療養型医療施設（一部除く），介護医療院	栄養マネジメント加算	14単位/月	栄養ケア・マネジメントの未実施▲14単位/日
	栄養マネジメント強化加算	—	11単位/日
	低栄養リスク改善加算	300単位/月	—
	経口維持加算	400単位/月	400単位/月
	口腔衛生管理体制加算	30単位/月	—
	口腔衛生管理加算 90単位/月	90単位/月	(I) 90単位/月 (II) 110単位/月
介護老人福祉施設，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護，介護老人保健施設，介護医療院，看護小規模多機能型居宅介護	褥瘡マネジメント加算	10単位/月	(I) 3単位/月 (II) 13単位/月
	褥瘡対策指導管理	6単位/日	(I) 6単位/日 (II) 10単位/月
	排せつ支援加算	100単位/月 (6月が限度)	(I) 10単位/月 (II) 15単位/月 (III) 20単位/月
介護老人福祉施設，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護，介護老人保健施設，介護医療院	自立支援促進加算	—	300単位/月
	科学的介護推進体制加算	—	(I) 40単位/月 (II) 60単位/月 ※介護老人福祉施設，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は50単位/月

サービス種別	主な報酬, 加算	2018 (平成 30) 年	2021 (令和 3) 年
通所介護, 通所リハビリテーション★, 認知症対応型通所介護★, 地域密着型通所介護, 特定施設入居者生活介護★, 地域密着型特定施設入居者生活介護, 認知症対応型共同生活介護★, 小規模多機能型居宅介護★, 看護小規模多機能型居宅介護	科学的介護推進体制加算	—	40 単位

介護予防についても同様の措置を講ずる場合には★を付記

資料 3 作業療法業務指針

平成元年 12 月 17 日

第 3 回理事会

作業療法士の業務については、その定義とともに、「理学療法士及び作業療法士法」（昭和 40 年 6 月）に規定されている。しかしながら、高齢化社会の到来と共に近年の医療の高度化、専門化が進む中で作業療法士の役割に対する期待が高まっているにもかかわらず、作業療法士の数や業務内容に関する対応は十分とは言いがたい。

この業務指針は、このような現状を踏まえ、改めて作業療法士の専門性を認識し、その専門性を十分発揮し、医療関係職種と連携するチーム医療の中で、その業務を適正に、且つ円滑に行い、リハビリテーションにおける医療の向上に貢献することを目的として定めるものである。

尚、この業務指針は、保健・医療・福祉・教育など広範囲に亘って活動を展開している作業療法士の業務のうち、医療分野における業務に限定されたものである。また、医療の発展や変容に応じて、必然的に見直されるべきものであり、作業療法士の業務を定型化することを意図するものではない。

第一 業務全般に関する事項

【目的】

- 1 作業療法士は、「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な活動の獲得を図るため、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・援助を行うこと」を業務とし、もって、保健・医療・福祉の普及及び向上に寄与することを目的とする。

【基本的態度】

- 2 作業療法士は、作業療法に関する専門技術者であることを十分認識し、最善の努力を払って業務を遂行するものとする。

【他職種との関係】

- 3 作業療法士は、医療チームの一員として作業療法に関わる各治療の段階で必要に応じて医師、看護婦、理学療法士、義肢装具士、ソーシャルワーカー等と緊密な連携を保ち、より円滑で効果的な医療を行うことに協力するものとする。

【研鑽】

- 4 作業療法士は、作業療法に関する分野は勿論、基礎医学、臨床医学、その他の関連分野の知識及び技術の習得・研鑽に積極的に励み、専門領域の技術の向上・開発に努めるものとする。

【法の遵守】

- 5 作業療法士は、業務の遂行に当たっては、「理学療法士及び作業療法士法」の趣旨を十分理解すると共に、関連法規を遵守しなければならない。

【守秘義務】

- 6 作業療法士は、業務上知り得た秘密を正当な理由なくして他人に漏らしてはならない。

【患者・家族への説明】

- 7 作業療法士は、患者又はその家族に、作業療法の評価、目的、内容などについて、その都度説明を行うものとする。

【記録と報告】

- 8 作業療法士は、作業療法に関する患者の経過を記録し、保存するものとする。また、必要に応じて患者の作業療法経過を口頭もしくは書面で報告するものとする。

【事故への対応】

- 9 作業療法士は、作業療法実施中に転倒、骨折等、何らかの事故が生じた場合は速やかに医師に報告し、報告書を通じて関連職種に連絡するものとする。また、医師の指示にもとづき、患者及び家族に事情説明を行うものとする。

【作業療法士の育成】

- 10 作業療法士は、後輩の育成及び作業療法士教育水準の向上に努めるものとする。

第二 医師の指示に関する事項**【作業療法の実施】**

- 11 作業療法士は、医師の指示のもとに作業療法を実施するものとする。

【リスク管理と疑義の確認】

- 12 作業療法士は、業務を適切に行うために、リスク管理等については医師の指示を受けるものとする。また、業務を行う上で疑義がある点については、その都度、医師に確認を求めるものとする。

第三 個別業務に関する事項**【作業療法評価】**

- 13 作業療法士は、患者の問題点を把握するため、また患者に対する作業療法の内容を決定するため評価を行なう。評価項目は、患者が日常生活を営むために必要な身体及び精神面における基本的な能力、例えば身体の基礎的運動能力（上肢機能、座位・立位耐久性、運動発達等）、高次神経機能（失行、失認、知覚認知機能の発達等）そして心理的諸機能（意欲、現実検討、心理的耐久性等）、応用的能力、例えば動作能力（両手動作、片手動作、日常生活動作等）、高次精神機能（学習能力、問題解決能力、趣味活動、遊びの発達等）そして作業能力（作業耐久性、作業習慣等）、社会適応能力、例えば対人関係能力、生活管理能力（安全、金銭、健康、余暇活用等）、環境調整（家屋改造、リハビリテーション関連機器の活用等）、自助具・義肢・装具の適応評価等が含まれる。

【作業療法計画立案】

- 14 作業療法士は、作業療法計画を立案し、その計画に沿って作業療法を遂行するものとする。

【作業療法の実施】

- 15 作業療法士は、患者の諸機能の改善・維持のため、種々の作業活動を用いて作業療法を実施するものとする。作業療法の内容には、基本的能力の改善・維持、応用能力の改善・維持、

社会適応能力の改善・維持、環境調整及び家族指導、自助具・義肢・装具の製作と適合訓練等が含まれる。

【作業療法の場】

16 作業療法士は、作業療法をベッドサイド、作業療法室、患者の家及び職場で実施することとする。

【作業療法技術】

17 作業療法士は、患者の目的に応じた作業活動の選択及び実施を技術とする。また、環境調整、自助具・義肢・装具の製作及び適合訓練に必要な技術を持つものとする。

【再評価と再立案】

18 作業療法士は、必要に応じて患者の再評価及び作業療法計画の再立案を行い、効果的な作業療法の実施に努めるものとする。

【作業療法の終了】

19 作業療法士は、患者が治療目標に到達したとき、もしくは患者にそれ以上に作業療法サービスが提供出来ないとき、作業療法を終了するものとする。

【退院時指導及び他施設への報告】

20 作業療法士は、患者が退院する際は必要に応じて、患者または家族に退院時の指導を行うものとする。また、患者が他の施設へ転ずる場合は、これまでの経過を転ずる施設の関連職種へ報告するものとする。

【訪問指導】

21 作業療法士は、必要に応じて、患者の家、職場等を訪問し、患者や家族に治療及び指導を行うものとする。

【作業療法関連器具の保守点検】

22 作業療法士は、作業療法を実施する際に用いる器具等については、定期的に点検をし、その安全性の確保に努めるものとする。

第四 特記事項

23 作業療法士は、作業療法業務を補助する職にあたる者と協同で業務に当る時には、その指導・監督に努めなければならない。

24 作業療法士は、患者治療において日常生活に必要な諸機能や家屋改造援助等、理学療法士の業務と重なりあう領域に関しては、あらかじめ業務内容の分担を連絡し、効率的な患者への治療を優先しなければならない。

25 作業療法士は、義肢・装具に関する採型、製作、適合訓練等の業務に関しては義肢装具士と連携をとり、患者に最も適合する義肢・装具の提供に努めなければならない。

資料 4 第三次作業療法 5 ヶ年戦略 (2018-2022)

(2021 年 6 月 19 日, 2021 年度第 3 回定例理事会で承認された 5 ヶ年戦略中間見直しの結果を含む)

I. 本計画に係る直近の施策動向

本計画のうち, 施策動向で作業療法(士)に関係する直近の施策動向を, 下記 2 つに絞って概観するが, それらは 2025 年の地域包括ケアシステムの構築に向けて一体化する様相を見せている。

1. 高齢者だけでなくすべての住民を対象に深化した「地域包括ケアシステム」

「地域包括ケアシステム」という言葉は, 2003 年の高齢者介護研究会報告書『2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』で用いられたものであるが, 2005 年介護保険法改正時に「地域包括ケア体制整備」という表現で, 「地域包括ケアの考え方」と「地域包括支援センターの創設と役割」が示されたことを契機に, 幾度かの法改正においても継続的に言及されながら, 2013 年「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」において「今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム(地域の実情に応じて, 高齢者が, 可能な限り, 住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう, 医療, 介護, 介護予防, 住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。)を構築すること」と明示され, 高齢者を対象とした施策として位置付けられた。

しかし, その一方で, 2012 年の『地域包括ケア研究会報告書』では「地域包括ケアシステムは, 元来, 高齢者に限定されるものではなく, 障害者や子供を含め, 地域のすべての住民にとっての仕組みである」, 「地域包括ケアシステムを高齢者介護の問題と限定するような考え方から脱却することがまず重要である」などと提言されており, 2016 年 7 月, 厚生労働省は『地域共生社会』という新しい地域福祉の概念を公表, 大臣直轄でその実現に向けた検討が開始された。

この点について, 2016 年 10 月『平成 28 年版厚生労働白書』の刊行にあたっての前文では「地域包括ケアは, これまで高齢者施策の文脈で語られることが多かったわけですが, その目指す姿は文字通り『地域まるごとの支援』です。制度はいろいろあっても, 住民にとって, 地域は一つです。『地域包括ケア』を, 『地域』という面で今一度, 考えていきたいと思います。そして, 高齢者施策の問題にとどめることなく, すべての住民のための仕組みに深化させたいと思います。」と記載されており, 当初は高齢者対策とされた「地域包括ケアシステム」が, 高齢者を含めた地域住民全体を対象とする施策として位置付けられた。

このことによって国は, 医療制度, 介護保険制度, 障害者制度等の相互関係性を強化する施策を示し, その実質的な担い手である都道府県ならびに市町村は, 地域の自主性や主体性に基づき, 地域の特性に応じて, 住民すべてのための「地域包括ケアシステム」を作り上げていくこととなった。

2017 年「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では「地域包括ケアシステムの深化・推進」が掲げられ, その内容として,

1. 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進(介護保険法)
2. 医療・介護の連携の推進等(介護保険法, 医療法)

3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

の3項目が示された。また、2017年2月8日「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」においても「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が明示された。

このように、高齢者への対応から始まった「地域包括ケアシステム」は、従来の高齢者や子ども、身体障害、精神障害、知的障害などの対象者ごとに制度化されてきた各々のサービスを、それぞれの地域実情を前提に一体化するための方策であり、都道府県ならびに市町村が、それぞれの地域が抱えている地域課題に対して、すべての住民を対象に制度横断的な対応体制を整備していくこととなった。

その具体例として、2018年度から概ね3年の期間ごとで設定されていく各都道府県の医療計画（その一部として「地域医療構想」が位置付けられ、その実現のために「協議の場」を構想区域ごとに設置することになった。）、介護保険事業（支援）計画、障害福祉計画・障害児福祉計画とそれに対応した市町村の各計画が整合性を確保していく動きが始まっている。さらには、東日本大震災の経験をもとに災害支援の視点から地域包括ケアシステムの姿を検討する必要性も指摘されている。

また、2018年度の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定も、2025年を目処とした地域包括ケアシステムの構築に向けた改定内容となっている。

2. 「理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」の動き

2018年3月14日、厚生労働大臣が医道審議会理学療法士作業療法士分科会（以下、分科会）に対して理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則を改正することについての意見を求め（諮問）、同年3月15日に分科会としての意見が提出された（答申）。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-idou.html?tid=127800>)

このことによって、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令が発効し、2019年4月1日から施行（第2条第1項第5号及び第3条第1項第4号の改正規定は2022年4月1日から施行）されることとなった。

今回の改正内容は、2017年6月26日から12月25日までの間に5回開催された厚生労働省「理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」での検討結果が反映されているが、高度化する医療、地域包括ケアシステムへの対応、障害者の自立支援・就労支援に対応する作業療法士の教育を、養成教育の段階から推進するため、カリキュラム、臨床実習指導者の要件も含めた臨床教育のあり方、専任教員の要件等の見直しが行われることとなった。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=452033>)

Ⅱ. 本計画の構成

この計画は、「地域包括ケアシステムへの寄与」を5年間の目標とし、その目標の達成に向けた55項目の具体的行動目標で構成されている。55項目の一覧は本文末に示した(表1)。その中で、重点的に取り組む事項として、「共生社会の実現に向けた、地域を基盤とする包括的ケアにお

表 1 第三次作業療法 5 ヶ年戦略 (2018-2022) の具体的行動目標

重点的スローガン:「地域包括ケアシステムへの寄与～作業療法 5・5 計画～」

第三次作業療法 5 ヶ年戦略 (2018～2022)							
大項目	分掌事項	番号 ★は 重点	具体的行動目標	取組時期		担当部署 (委員会)	協働部署
				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	1	作業療法ガイドライン(これまでの作業療法ガイドラインと作業療法実践指針の内容を統合したものを)を発行する(新規)	■		学術部 (学術)	—
		★ 2	平成 30 年度社員総会に「作業療法の定義」改定案を提出する(新規)	■			—
		3	従来事例, MTDLP 事例の集積分析及び適用方法について検討し, 学術的利用について方向性を示す(新規)	■			MTDLP 士会連携 支援室
	学会の企画・運営に関すること	★ 4	今後の学会について, 国際化, 専門分化, 他職種連携等の見地から検討し, そのあり方を提示する(継続)	■	■	学術部 (学会運営)	—
	学術資料の作成と収集に関すること	5	生活行為向上マネジメントの成果とその根拠を分析し, マニュアル, ガイドライン等に反映させる(継続)	■	■	学術部 (学術)	MTDLP 士会連携 支援室
	学術雑誌の編集と論文表彰に関すること	★ 6	Asian Journal of Occupational Therapy の査読・編集体制を強化する(継続)	■	■	学術部 (学術誌 編集)	国際部
	その他	★ 7	協会としての組織的学術研究体制を整備し運用する(新規)	■	■	学術部 (学術)	制度対策部
作業療法士の技能の向上	養成教育の制度と基準に関すること	★ 8	作業療法教育ガイドラインならびに作業療法臨床実習指針の改定発行とその周知を図る(継続) 「作業療法臨床実習指針・作業療法臨床実習の手引き事例編を編集発行する」	■	■	教育部 (養成教育)	—
		★ 9	学校養成施設指定規則等の改定に対応した教員資格取得研修のプログラム(MTDLP 推進含む)を作成し, 研修会を実施する(新規)	■	■		MTDLP 士会連携 推進室
		★ 10	学校養成施設指定規則等の改定に対応した臨床実習指導者資格取得研修のプログラム(MTDLP 推進含む)を作成し, 研修会を実施する(新規) MTDLP を用いた作業療法参加型臨床実習の事例を収集し, 臨床実習指導者実践研修に応用する	■	■		MTDLP 士会連携 推進室
		11	『作業療法士学校養成施設連絡会(仮)』を設置し, 指定規則等の改定に対応する(新規)	■	■		—
		★ 12	臨床実習共用試験を検討し, 試行する(新規)	■	■		—
		13	作業療法学全書改訂第 4 版を改訂し, 発行を開始する(新規)	■	■		—

(次頁につづく)

作業療法士の技能の向上	養成教育の制度と基準に関すること	★ 14	国際基準に合致した作業療法教育水準に向けた方策を検討する（新規）	■	■	教育部（養成教育）	国際部
	生涯教育制度の運用に関すること	★ 15	『生涯教育ガイドライン（キャリアパス）（仮）』を検討し、提示する（新規）	■	■		—
		16	専門作業療法士養成のため大学院教育との連携を拡大する（継続）	■	■	教育部（生涯教育）	—
		★ 17	生涯教育手帳のIT化など生涯教育受講登録システムの第三次開発を完了させる（継続）	■	■		—
		★ 18	研修会のe-Learningについて検討し、実施する（新規）	■	■	教育部（研修運営）	学術部
	その他	54	士会、養成校、臨床施設を含めたコンソーシアムを構築し、協会主導の下に一貫した教育体制の構築について検討する		■	教育部（養成教育・生涯教育）	—
		★ 19	国際社会で活躍する作業療法士を育成する（継続）	■	■	教育部	国際部
20		アジア諸国の養成校との交流促進支援に関する方策を検討し、提示する（新規）	■	■	国際部	教育部	

作業療法の有効活用の促進	地域包括ケアシステムにおける作業療法に関すること	★ 21	地域包括ケアシステムにおいて、医療・介護連携のみならず、障害児・者にも対応できる作業療法（士）促進のための方策を提示する（新規）	■	■	地域包括ケアシステム推進委員会	MTDLP 士会連携支援室
		★ 22	地域包括ケアシステムにおいて、認知症の状態に応じた作業療法の役割を明示することのできる評価ツールと介入手段を提示する（新規）	■	■	認知症の人の生活支援推進委員会	—
		★ 23	『認知症施策推進大綱』に対応し、認知症における作業療法の機能と役割をとりまとめて関係団体及び国に提案し、作業療法士の活用を推進する			制度対策部	—
		★ 24	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（継続）	■	■		MTDLP 士会連携支援室
		★ 24	市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）への参画促進のための方策を提示する（新規）	■	■	地域包括ケアシステム推進委員会（特設）	—
			全国1,700の市区町村すべての地域支援事業に作業療法士が参画するための方策を47都道府県で普及する（新規）				

作業療法の有効活用の促進	地域包括ケアシステムにおける作業療法に関すること	★ 25	精神障害にも対応する地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方を学術的観点からも検討し、提示する（新規） 精神障害にも対応する地域包括システムに寄与する作業療法のあり方を普及し、効果を検証する	■	■	制度対策部	学術部 教育部
	保健・福祉・各領域における作業療法に関すること	26	障害福祉領域に参画すべく、根拠に基づく作業療法（士）の有効性と役割を提案する（継続）	■	■	制度対策部 (障害保健福祉対策)	学術部 教育部
		★ 27	作業療法士による就労支援実績と支援モデルを提示し、他職種、他団体との交流を図る（継続）	■	■		学術部
		★ 28	地域包括ケア、新総合事業、母子保健などに関わる行政作業療法士の役割の周知と、医療福祉領域に従事する作業療法士との連携強化を図る（新規） 行政作業療法士の取り組みを周知し、地域保健分野における作業療法士の配置を推進する（新規）	■	■		地域包括ケアシステム推進委員会
	障害児・者に係る法制度における作業療法に関すること	★ 29	児童福祉法、障害者総合支援法における障害福祉サービス事業等への作業療法士配置促進のための方策を提言する（継続）	■	■		—
	障害児教育における作業療法に関すること	30	学校教育領域への作業療法士の参画促進のための現状分析と人材育成を進め、その方策を提言する（継続）	■	■		—
	作業療法における福祉用具・住宅改修等に関すること	31	福祉用具相談支援システムの利活用を促進する（継続）	■	■	制度対策部 (福祉用具対策)	—
		32	障害者総合支援法補装具費支給制度の動向を踏まえて IT レンタル事業の普及と促進を図る（継続）	■	■		—
		33	住宅改修に強い作業療法士の人材育成を推進する（継続）	■	■	教育部（養成教育・生涯教育）	制度対策部 (福祉用具対策)
		34	福祉用具（福祉機器・自助具・補装具・ロボット）の研究開発・普及を促進する（継続）	■	■	制度対策部 (福祉用具対策)	—
	その他	35	制度改正についての提言などの際に、当事者団体を含む関連団体との連携を強化する（継続）	■	■	制度対策部	—
		55	作業療法士による ICF 活用を推進する		■		学術部 教育部
		36	2020 年パラリンピックに向けて、他団体との協力により貢献する（新規）	■	■	障害のある人のスポーツ参加推進員	—

(次頁につづく)

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	37	一般向けの情報発信を目的としたホームページ機能等（日本語版・英語版）を適宜充実していく（継続）	■	■	広報部	国際部
		38	生活行為向上マネジメントのさらなる普及と国民への広報活動を行う（継続）	■	■		MTDLP 士会連携 推進室
		39	関連職種及び一般に対する広報手段を検討し、広報活動を行う（継続）	■	■		—
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	40	ホームページの掲載コンテンツに関する会員からのモニタリング方法を検討して実施する（新規）	■	■	広報部	—
		41	一般国民と海外に向けて日本の作業療法の現状及び日本作業療法士協会の活動を広報する（新規）	■	■		国際部
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	42	2024年アジア太平洋作業療法学会を誘致する（新規）	■	■	誘致委員会	WFOT代表 学術部 教育部 国際部
		43	東アジア諸国の作業療法士協会との提携交流を推進する（継続）	■	■	国際部	—
		44	アジアでの作業療法の発展の支援に寄与する方略を検討し、提案する（新規）	■	■		学術部 教育部 広報部
被害を受けた人の自立生活回復に向けた支援	大規模災害を想定した平時の支援体制の整備に関すること	45	平時の情報交換を含めた体制整備を継続する（継続） ↓ 感染症を含めた複合災害を考慮した平時の情報交換等の体制整備を継続する	■	■	災害対策室	—
	その他	46	これまでの災害支援活動に関する取り組みをまとめ、会員・一般国民及び海外に広報する（新規）	■	■		広報部
法人の管理と運営	法人の庶務に関すること	★47	事務局機能の強化・効率化を中心とした協会組織再編の構想を提示し、段階的に開始する（新規）	■	■	事務局	—
		48	公益認定を受ける条件となる環境整備を進める（継続）	■	■		—
	協会活動の企画と調整に関すること	49	商品開発、医療・介護・福祉事業等のうち、今後の作業療法の職域拡大、協会の発展に資すると見定めた最重点分野のモデル的事業化に向けて具体案を作成する（継続）	■	■		—
		50	女性会員の協会活動への参画を促進する（継続） ↓ 「女性会員活動推進室（仮）」を設置して、女性会員の協会活動への参画を推進する	■	■		—

法人の管理と運営	協会情報の整理と管理	★	51	協会のコンピュータシステムの基幹部分を統合・刷新し、会員の利便性の向上と協会業務の効率化を図る（新規）	■	■		—
	協会情報の整理と管理		52	新しいコンピュータシステムにおけるお知らせ機能やメール配信機能を活用し、適宜、会員に情報提供を行うとともに、モニタリングの方法を検討して実施する（新規）	■	■	事務局	—
				53	新コンピュータシステムの下で、会員情報、会員所属施設情報など会員統計項目の100%登録を目指す	■	■	協会員＝士 会員推進特 設委員会
		★		「協会員＝士会員」の実現を目指す（新規） ↓ 「協会員＝士会員推進特設委員会」を設置して、事業を推進する	■	■		

ける作業療法の活用推進」と「地域共生社会に寄与する作業療法士を養成する教育の整備と強化」の2つが設定されている。なお、本計画を前期と後期の2期に分け、開始から3年目には各項目の進捗状況を確認・点検し、必要に応じて該当する項目の見直しを行うこととする。

Ⅲ. 本計画における重点事項と具体的行動目標

1. 重点事項

本計画の重点的スローガンである「地域包括ケアシステムへの寄与」を推進していくための重点事項として、「共生社会の実現に向けた、地域を基盤とする包括的ケアにおける作業療法の活用推進」と「地域共生社会に寄与する作業療法士を養成する教育の整備と強化」の2つを掲げ、それぞれに対応する具体的項目を設定した（図1）。

2. 具体的行動目標

具体的行動目標は、定款第4条に掲げられた事業を大項目とし、定款施行規則第31条に示される部門の業務分掌事項に準じて整理している。以下、大項目に沿って内容を説明する。

(1) 作業療法の学術の発展に関する事業

○作業療法の臨床領域における専門基準に関すること

1. 「作業療法ガイドライン（2018年版）」（これまでの作業療法ガイドラインと作業療法ガイドライン実践指針の内容を統合したもの）を発行する（新規）
2. 2018年度社員総会に「作業療法の定義」改定案を提出する（新規）
3. 従来事例、MTDLP事例の集積分析及び適用方法について検討し、学術的利用のための方向性を示す（新規）

「作業療法ガイドライン」は作業療法（士）業務指針の意味付けで1991年に初版が作成され、以降作業療法を取り巻く社会情勢や制度の変化に対応して概ね5年ごとに見直しを重ね、他職

地域包括ケアシステムへの寄与（「第三次作業療法5ヵ年戦略」重点事項）	
共生社会の実現に向けた、地域を基盤とする包括的ケアにおける作業療法の活用推進	
地域包括ケアシステム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いて、医療介護連携のみならず、障害児・者にも対応できる作業療法(士)促進のための方策を提示する (21)	
地域包括ケアシステムにおいて、認知症の状態に応じた作業療法の役割を明示することのできる評価ツールと介入手段を提示する (22)	
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 (23)	
市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）への参画促進のための方策を提示する (24)	
精神障害にも対応する地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方を学術的観点からも検討し、提示する (25)	
保健・福祉・教育における地域生活支援に関すること	
作業療法士による就労支援実績と支援モデルを提示し、他職種、他団体との交流を図る (27)	
児童福祉法、障害者総合支援法における障害福祉サービス事業等への作業療法士配置促進のための方策を提言する (29)	
学校教育領域への作業療法士の参画促進のための現状分析と人材育成を進め、その方策を提言する (30)	
地域共生社会に寄与する作業療法士を養成する教育の整備と強化	
「作業療法教育ガイドライン」ならびに「作業療法臨床実習指針」の改定発行とその周知を図る (8)	
学校養成施設指定規則等の改定に対応した教員資格取得研修のプログラム（MTDLP推進含む）を作成し、研修会を実施する (9)	
学校養成施設指定規則等の改定に対応した臨床実習指導者資格取得研修のプログラム（MTDLP推進含む）を作成し、研修会を実施する (10)	
臨床実習共用試験を検討し、試行する (12)	
国際基準に合致した作業療法教育水準に向けた方策を検討する (14)	

() 内は具体的行動目標番号

図1 「第三次作業療法5ヵ年戦略」重点事項

種・関連諸機関に作業療法の内容を示す資料としても利用されてきた。「作業療法ガイドライン実践指針」については、作業療法士向けに「作業療法ガイドライン」に記載されている業務を遂行するための具体的な説明、作業療法事例などを提示したもので、2008年に初版を作成し、2013年度に改訂版を作成した。

他方、このところ「作業療法マニュアル」や「疾患別ガイドライン」など作業療法の具体的な内容に関するものが順次発行されてきている。このような状況を踏まえると、今までの「作業療法ガイドライン」「作業療法ガイドライン実践指針」を統合して「作業療法ガイドライン」を作成することとし、「作業療法の定義」改定案が社員総会で承認されれば、新たな定義を組み入れて編集・発行を目指す。

作業療法への多様化するニーズや作業療法士の活躍の場の拡大が読み取れるような作業療法定義の必要性から、定義改定の作業を進めてきたところである。2017年度は社員総会での審議を見送り、歴代会長など学識経験者へのヒアリング、理事会での検討等を重ねてきた。2017年度第12回理事会で第6次草案が最終案として承認され、2018年度社員総会に諮られることとなった。これは「理学療法士及び作業療法士法」(昭和40年6月29日法律第137号)の改正やさらなる職域拡大にもつながる可能性のある重要事項である。

事例報告登録制度は、①会員の作業療法実践の質的向上を図る、②報告の分析によって作業療法成果の根拠資料を作成する、③報告の提示によって作業療法実践の成果を内外に示す、という目的によって2005年より開始され、2015年度には生活行為向上マネジメント(Management Tool for Daily Life Performance: 以下MTDLP)事例の登録も開始されているところであるが、

作業療法成果の根拠資料とするには、登録形式や審査等における課題も指摘されている。従来事例、MTDLP 事例の学術的利用の可能性とその方法について検討し、今後の事例報告登録制度およびその利活用について方向性を示す。

○学会の企画・運営に関すること

4. 今後の学会について、国際化、専門分化、多職種連携等の見地から検討し、そのあり方を提示する（継続）

学会の企画には研修・教育を目的とした講演やセミナー等が多く含まれていたが、これからは発表を中心とした学術的議論の場を集約する方向へ転換を図りたい。その上で、英語セッションや国際シンポジウムを継続し国際化を推進すること、専門分化や多職種連携のあり方を検討していくことが必要となる。

○学術資料の作成と収集に関すること

5. 生活行為向上マネジメントの成果とその根拠を分析し、マニュアル、ガイドライン等に反映させる（継続）

事例分析、課題研究助成制度、その他研究の成果によって MTDLP の適用範囲や効果を検証して学術的基盤を確立し、「作業療法ガイドライン」に明示する。高齢者の生活支援のみでなく、多くの領域で MTDLP を活用した事例を集積し、「作業療法マニュアル」や「疾患別ガイドライン」でも効果を示してゆく。

○学術雑誌の編集と論文表彰に関すること

6. Asian Journal of Occupational Therapy の査読・編集体制を強化する（継続）

査読者の増員、編集委員会の開催など編集体制を強化し、質の保証とともに国際誌としての地位を高めていく。

○その他学術に関すること

7. 協会としての組織的学術研究体制を整備し運用する（新規）

①作業療法の学術的発展、②政策提言の根拠となる情報を収集して作業療法の有効利用を促進、という2つの目標のため、組織的学術研究体制を整備する。課題研究助成制度は、作業療法の学術的発展のために通常業務として継続するが、そのあり方は継続した検討が必要である。今後、登録団体を設けての研究委託、関連学会との連携など幅広い手段で作業療法の学術的発展および有効活用のための組織的・継続的な学術研究体制を整備する。

(2) 作業療法士の技能の向上に関する事業

○養成教育の制度と基準に関すること

8. 「作業療法教育ガイドライン」ならびに「作業療法臨床実習指針」の改定発行とその周知を図る（継続）
9. 学校養成施設指定規則等の改定に対応した専任教員養成講習会のプログラム（MTDLP 推進含む）を作成し、講習会を実施する（新規）
10. 学校養成施設指定規則等の改定に対応した臨床実習指導者講習会のプログラム（MTDLP 推進含む）を作成し、講習会を実施する（新規）
11. 『作業療法士学校養成施設連絡会（仮）』設置し、指定規則等の改定に対応する（新規）
12. 臨床実習共用試験を検討し、試行する（新規）
13. 作業療法学全書を改訂し、発行を開始する（新規）
14. 国際基準に合致した作業療法教育水準に向けた方策を検討する（新規）

2019年4月1日から施行（第2条第1項第5号及び第3条第1項第4号の改正規定は2022年4月1日から施行）される理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令に対応するために、「作業療法教育ガイドライン」および「作業療法臨床実習指針」の改定と周知を図り、養成施設との連携を強化し、教員および臨床教育指導者の研修を充実させる。具体的には、学校養成施設との間に「作業療法士学校養成施設連絡会（仮）」を設置して情報交換に努めるとともに、専任教員養成講習会および臨床実習指導者講習会のプログラムを作成し、2018年度中に開始する。

また、将来は医学・薬学教育で実施されている共用試験——コンピュータを用いる客観試験（Computer Based Testing；CBT）と客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination；OSCE）から成る——によって、臨床教育に際しての学生評価を全国統一で実施する可能性もあり、協会として臨床実習共用試験の内容や実施方法などの検討を開始する。

さまざまな作業療法関連の教科書、図書が出版されているなか、作業療法学全書改訂第4版では、学生が作業療法の基本原理と実践に必要な基礎知識が学べるような構成で編集・執筆を進めている。2019年度から教科書として利用されることを目標に発行する。

今回改定される指定規則は5年ごとに見直す方向性が示されている。世界作業療法士連盟（WFOT）の「作業療法士教育の最低基準」2016年改訂版で示された、4年制教育も含めた国際基準の教育制度確立に向け、関連他職種団体、関連諸機関との連携・交渉を進めてゆく。

○生涯教育制度の運用に関すること

15. 『生涯教育ガイドライン（キャリアパス）（仮）』を検討し、提示する（新規）
16. 専門作業療法士養成のため大学院教育との連携を拡大する（継続）
17. 生涯教育手帳のIT化など生涯教育受講登録システムの第三次開発を完了させる（継続）
18. 研修会のe-Learningについて検討し、実施する（新規）

生涯教育制度では、「生涯教育制度 2018」を示したところである（機関誌第 71 号，2018 年 2 月）。基礎研修制度，認定作業療法士取得研修，専門作業療法士取得研修のプロセスに，指定規則改定によって開始される臨床教育指導者研修，MTDLP に関わる研修，地域包括ケアに資する人材育成研修などを統合した「生涯教育ガイドライン（キャリアパス）（仮）」を検討して提示する。これは臨床の作業療法士としてスキルや経験を積んで広範囲の一般的な知識や技術を身に付け，後輩や学生を指導しながら興味のある分野の専門的知識・技術を習得・研鑽し，同時に研究によって作業療法の発展にも寄与するという作業療法士としてのキャリアを築く過程を示したもので，会員個人の自己研鑽の工程管理として利用できる。将来は作業療法士が勤務する各施設において人材管理に利活用されるようなキャリアパスの作成を目指す。

専門作業療法士は，福祉用具，認知症，手外科，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，がん，就労支援の 10 分野となった。専門作業療法士養成のため，協会主催の研修会も多く開催されているが，質を確保しながら多くの研修会を運営するのは容易ではない。そこで，専門分野のテーマに沿った論文作成を主体とし，「専門基礎」研修，「専門応用」研修の内容と合致する講義を開講している大学院教育との連携を進めているところであり，これをさらに拡大することを継続課題とする。協会にとっては研修の委託によって研修会運営の負担軽減，また大学院側には専門作業療法士制度における単位取得が可能という宣伝効果によって入学生の獲得にもつながるという利点をもたらすと考えている。

本中期計画の期間中に，生涯教育手帳を IT 化したい。これにより学会・研修会の参加管理や生涯教育の受講記録が一元管理できることとなる。

研修会の e-Learning 化は，講義内容の均質化，コストの削減，学習者の都合や理解に合わせた受講が可能など協会サービスの質の確保，地域格差是正の効果がある一方で，受講者-講師間あるいは受講者間の議論の場を確保しにくく実技を伴う講習には向かないという欠点もある。これらの特徴を踏まえたうえで検討し，適切な内容から生涯教育の e-Learning 化を順次進めてゆく。

○その他養成教育・生涯教育に関すること

- 54. 士会，養成校，臨床施設を含めたコンソーシアムを構築し，協会主導の下に一貫した教育体制の構築について検討する
- 19. 国際社会で活躍する作業療法士を育成する（継続）
- 20. アジア諸国の養成校との交流促進支援に関する方策を検討し，提示する（新規）

卒前から卒業後 5 年程度までの期間で一貫した新たな教育体制について検討を開始し，そのための士会，臨床施設，養成校の連携（コンソーシアム）構築を検討する。

グローバル活動セミナーやその他国際的活動のためのスキルを習得する研修を開催し，国際学会での発表や国際学会の運営等に関わる人材，国際的な支援に資する人材の養成を継続して進める。また，アジア諸国の養成校と日本の養成校との交流促進を協会として支援するための方策を提示する。それとともに，未だ作業療法士が職種として認められていないアジア諸国への支援の方策も検討する。

(3) 作業療法の有効活用の促進に関する事業

○地域包括ケアシステムに関すること

21. 地域包括ケアシステムにおいて、医療・介護連携のみならず、障害児・者にも対応できる作業療法（士）促進のための方策を提示する（新規）
22. 地域包括ケアシステムにおいて、認知症の状態に応じた作業療法の役割を明示することのできる評価ツールと介入手段を提示する（新規）
23. 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（継続）
24. 市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）への参画促進のための方策を提示する（新規）
25. 精神障害にも対応する地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方を学術的観点からも検討し、提示する（新規）

地域共生社会の構築に向け、高齢者の地域生活支援を目的とした「地域包括ケアシステム」を障害者の生活支援、子育て支援、生活困窮者の支援にまで敷衍して地域での包括的支援体制を整える方向性が示されているなか、作業療法（士）の果たせる役割は幅広い。医療・介護連携のみならず、医療・障害福祉、教育・就労支援など制度間の連携や、地域の特性・資源の把握と利用、地域住民との協働など地域づくりへの積極的参加が求められる。これに関連して地域包括ケアシステムに関わるマニュアルや手引きの改訂と作成、生活行為申し送り表などの活用促進、これらを通して「地域包括ケアシステム」に積極的に関わるよう作業療法士の勤務施設へ働きかけるなどの方策を士会とともに実行し、地域包括ケアシステムに関わる活動への作業療法士の参加を加速させる。

「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）」で重視する、認知症初期集中支援チームを含めた医療・介護連携、認知症理解の普及・啓発、認知症予防、認知症にやさしい地域づくりなど、作業療法士の専門性を生かせる機会が多い。これら作業療法士の実態調査、すぐれた実践（Good Practice）の集積などを通して支援の場や認知症の状態に応じた評価手段と介入手段を示し、認知症に対応する作業療法士の役割を明示、47都道府県委員会を通じた参画促進の活動につなげる。

MTDLPは作業療法の特性を生かしながら高齢者の地域生活を支える支援を計画・実行するツールであるが、難病、精神障害、発達障害、認知症の対象者にも適用範囲を広げているところである。MTDLPを一般高齢者の介護予防に有効なツールとしても幅広く普及してゆく。

市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、高齢者の介護予防が目的ではあるが、地域共生社会の構築に向けた地域づくりの視点が必要である。士会と連携し、医療機関の作業療法士やすでに介護認定審査会などの市町村事業に関わっている作業療法士を通じて総合事業への参加促進を図るなどの方策を提示し、実行する。

2004年9月に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という地域精神保健医療の理念を明確にし、さまざまな施策が行われてきた。さら

に2014年3月「良質かつ適切な精神障害に対する医療の提供を確保するための指針」（厚生労働省告示第65号）ならびに同年7月の「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」報告書を踏まえて、2016年1月から「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」が開催され、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の考えを基軸とし、2018年より第7次医療計画、第5期障害福祉計画・介護保険事業計画等で共通の目標を掲げて精神障害者の地域生活移行と定着を一層強化することとなっている。このような状況を踏まえ、協会としても精神科領域の作業療法の現状を踏まえながら、地域包括ケアシステムにおいて精神障害者の地域移行・地域定着に寄与する作業療法のあり方を改めて検討し、対応していく。

○保健・福祉各領域における作業療法に関すること

- 26. 障害福祉領域に参画すべく、根拠に基づく作業療法（士）の有効性と役割を提案する（継続）
- 27. 作業療法士による就労支援実績と支援モデルを提示し、他職種、他団体との交流を図る（継続）
- 28. 地域包括ケア、総合事業、母子保健などに関わる行政作業療法士の役割の周知と、医療福祉領域に従事する作業療法士との連携強化を図る（新規）

身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法、障害者総合支援法関連施設に勤務する作業療法士は、協会会員の3%にも満たない状況である（2016年度日本作業療法士協会会員統計資料、機関誌66号）。この領域の作業療法実践の効果を示す根拠を確立し、人材養成の研修の企画運営、制度改正に応じた情報収集と要望書の提出等、協会の複数部署の協働体制を作り、障害福祉領域の作業療法の拡大を目指す。

就労支援については、2014年度から日本財団、（一社）日本精神科看護協会・（公社）日本精神保健福祉士協会との協働による「就労支援フォーラム」を開催しているところである。

2018年度障害福祉サービス等報酬改定では、就労移行支援、就労継続支援におけるサービスの向上が求められるとともに、就労移行支援における福祉専門職員配置等加算の対象職種として作業療法士が評価されることとなった。作業療法士による就労支援の実績を集積し、優れた実践を提示して会員および関係団体、機関に示してゆく必要がある。

行政に携わる作業療法士の役割は、（一財）日本公衆衛生協会の一連の研究で明示されているが、行政の作業療法士に関する情報発信や情報交換の場を設けて行政の作業療法士を支援するとともに、医療・介護・障害福祉領域に従事する作業療法士と連携強化を図り、地域づくりのために異なる領域の作業療法士がそれぞれの地域の中で協働できる体制を作ることを目指す。

○障害児・者に係る法制度における作業療法に関すること

- 29. 児童福祉法、障害者総合支援法における障害福祉サービス事業等への作業療法士配置促進のための方策を提言する（継続）

26と連動して障害福祉サービス事業所における作業療法、平成24年の児童福祉法一部改正後急増している放課後等デイサービスや保育所等訪問支援における作業療法の実践例を蓄積し、作業療法の役割と支援モデルを提示して配置促進の要望活動につなげる。

○障害児教育における作業療法に関すること

30. 学校教育領域への作業療法士の参画促進のための現状分析と人材育成を進め、その方策を提言する（継続）

「第二次作業療法5ヵ年戦略（2013-2017）」の重点項目として掲げていた特別支援教育等への作業療法士の参画推進について、2016年から2017年にかけて全国を8ブロックに分けて情報交換会を実施し、各都道府県士会の人材の実情、各市町村の学校教育の現状と課題を整理した。この整理をもとにして、学校教育領域への作業療法士の参画の効果と関わり方のモデルを複数示し、各地域の実情に合わせた作業療法士の活用について都道府県士会と協働して具体的に提言・要望する。

○作業療法における福祉用具・住宅改修等に関すること

- 31. 福祉用具相談支援システムの利活用を促進する（継続）
- 32. 障害者総合支援法補装具費支給制度の動向を踏まえてITレンタル事業の普及と促進を図る（継続）
- 33. 住宅改修に強い作業療法士の人材育成を推進する（継続）
- 34. 福祉用具（福祉機器・自助具・補装具・ロボット）の研究開発・普及を促進する（継続）

福祉用具相談支援システムはモデル事業を経て2012年から運用が開始された。会員がWebシステムに登録すれば、福祉用具に関する困りごとを利用者が所属する都道府県士会から推薦された相談アドバイザーに相談できる仕組みである。2016年度からは、本システムを利用した「生活行為工夫モデル事業」を開始している。

2012年より、IT利活用の情報発信と相談、IT機器レンタル申し込みを受け付けるIT活用支援ホームページ「あいていたいむ」の全会員への公開が開始された。さまざまなニーズをもった作業療法対象者の地域生活を支援するため、IT機器や福祉用具の有効活用は欠かせないので、それを支援する作業療法士の相談支援システムの一層の活用を推進する。

医療機関等から地域生活に移行する際には対象者の自宅の改修が必要となることが多く、医療機関の作業療法士が関わる人が多いと考えられる。本人、家族はもちろん介護支援専門員や福祉用具貸与業者、住宅改修の業者とのチームの中で適切な意見を述べるために必要な知識をもった作業療法士の育成を推進する必要がある。

福祉用具研究開発については、厚生労働省等の研究事業を受託できるよう働きかけることによって作業療法士の技術を提供していくことを目指す。

○その他保険制度・保健福祉領域に関すること

35. 制度改正についての提言などの際に、当事者団体を含む関連団体との連携を強化する（継続）
55. 作業療法士による ICF 活用を推進する
36. 2020 年パラリンピックに向けて、他団体との協力により貢献する（新規）

当事者団体を含む関連団体への渉外活動を活発化し、協働で制度改正などに提言できるよう関係強化を図る。当事者団体は全国団体とそれを構成する都道府県団体があることから、都道府県団体に対しては都道府県士会による関係強化を進めることが現実的な場合もあり、協会と士会との協働でさまざまな連携協力のあり方を考え、実現してゆく。

国の社会保障審議会と連携し、作業療法士における ICF の活用と普及を推進する。2020 年度より ICF に関する作業療法事例の分析システムの構築、協会員に対する ICF の活用に向けた啓発普及を進める。次期教育改定に向けて ICF の教育のあり方を提案する。

協会は（公財）東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会の顧問会議顧問として名を連ねている。2020 年パラリンピックに向けて特設委員会を設置し、障害者団体との協力により環境調整などの側面からの貢献やスポーツだけでなく美術などで障害者が社会参加できるような協力体制も整える。それと並行して、協会と士会との協働で各都道府県自治体が取り組んできた障害者スポーツへの支援にも協力してゆく。

(4) 作業療法の普及と振興に関する事業

○国民に対する作業療法の広報に関すること

37. 一般向けの情報発信を目的としたホームページ機能等（日本語版・英語版）を適宜充実していく（継続）
38. 生活行為向上マネジメントのさらなる普及と国民への広報活動を行う（継続）
39. 関連職種及び一般に対する広報手段を検討し、広報活動を行う（継続）
40. ホームページの掲載コンテンツに関する会員からのモニタリング方法を検討して実施する（新規）
41. 一般国民と海外に向けて日本の作業療法の現状及び日本作業療法士協会の活動を広報する（新規）

現在協会ホームページのトップページは作業療法の一般への広報を主眼とし、月 1 回業者とアクセスログ解析とコンテンツ検討とを実施している。今後の課題としては、最新の協会活動をリアルタイムで掲載し、会員および一般に広報すること、また同様のトピックを海外の閲覧者も見られるようにするための英語版の充実である。

MTDLP も含めて作業療法とは何か、いかに社会に貢献しているか・できるかを作業療法の対象である一般国民や自治体・関連諸機関、未来の作業療法士となる学生・生徒、関連職種により深く理解いただけるよう、ホームページのコンテンツや機能の充実を図る。広報としてのホーム

ページの機能，会員への情報提供・交換の役割を果たすホームページの機能や構成について，会員にモニタリングいただいて意見を反映し，よりよい内容に改変する仕組みを作っていく。

(5) 内外関係団体との提携交流に関する事業

○国際的な学術交流，研修，教育支援等に関すること

- 42. 2024年アジア太平洋作業療法学会を誘致する（新規）
- 43. 東アジア諸国の作業療法士協会との提携交流を推進する（継続）
- 44. アジアでの作業療法の発展の支援に寄与する方略を検討し，提案する（新規）

アジア・太平洋作業療法学会（APOTC）は，概ね4年に一度世界作業療法士連盟のアジア・太平洋地域グループ18ヵ国の参加で開催される学会であり，前回第6回は2015年にニュージーランドで開催された。2020年にはフィリピンで開催予定である。協会は国際的な学術活動を展開し，アジア・太平洋地域内での役割を果たすべく2024年のAPOTC開催国として立候補する。

学会時に開催してきた東アジア諸国との交流会は，台湾作業療法協会との学術提携，即ち台日/日台ジョイントシンポジウムの2年に一度の開催につながった。今後は東アジア諸国との提携・交流の発展のため，そのあり方，方法について検討し推進していく。また，東アジアには作業療法士の教育が始まったばかりの国，作業療法サービス自体のない国など発展途上の国がある。これらの国々における作業療法発展をいかに支援するか，その方略を検討し，具体的な計画・実行につなげる。

(6) 大規模災害等により被害を受けた人の自立生活回復に向けた支援を目的とする事業

○大規模災害を想定した平時の支援体制の整備に関すること

- 45. 平時の情報交換を含めた体制整備を継続する（継続）

大規模災害を想定した訓練として，2017年度には初めて23都道府県士会の参加によって，大規模災害発生時の被災状況や安否を確認する訓練を実施した。災害に対応する平時の体制整備について，引き続き協会と都道府県士会との協力・協働を確認・構築する。

○その他災害対策に関すること

- 46. これまでの災害支援活動に関する取り組みをまとめ，会員・一般国民及び海外に広報する（新規）

2011年東日本大震災を契機に協会では大規模災害時支援活動基本指針を見直し，災害支援ボランティア活動マニュアル，災害支援ボランティア受け入れマニュアル等を改定・整備し，災害支援ボランティア制度を整えてきた。2016年の熊本地震への対応も含めてこれまでの大規模災害に対する取り組みをまとめ，会員・一般国民に広報する。また，英語版も作成して，ホームページ等を通じて海外にも広報する。

(7) 法人の管理と運営に関する事業

○法人の庶務に関すること

47. 事務局機能の強化・効率化を中心とした協会組織再編の構想を提示し、段階的に開始する（新規）
48. 公益認定を受ける条件となる環境整備を進める（継続）

協会活動は、常勤の事務局職員に加え、各部・委員会の部員・委員として 800 名近くの会員の参加・協力を得ることによって成立している。2017 年度には作業療法士有資格者の事務局職員 3 名が入職し、制度対策や国際活動を中心に活躍しているところである。今後は、事務局職員で可能な作業や活動は事務局体制を強化することで対応するように組織の改編を進める。

これを端緒として、2018 年度は将来的な事務局の人員・機能を計画し、予算の効率的な執行につながるか、財政面への影響を試算する。これをもとに、協会機能を強化・効率化するための組織全体の再編構想を提示し、段階的に整備を進める。

これまで協会では、一般社団法人から公益社団法人への転換に備えて規約や財政における準備を整えてきたところである。前項の組織再編とも連動し、実施事業および予算執行、財務状況の安定化、学会の位置づけや研修会の実施方法、都道府県士会との新たな関係構築などの環境を整備し、公益認定を受ける準備を進める。

○協会活動の企画と調整に関すること

49. 商品開発、医療・介護・福祉事業等のうち、今後の作業療法の職域拡大、協会の発展に資すると見定めた最重点分野のモデル的事業化に向けて具体案を作成する（継続）
50. 女性会員の協会活動への参画を促進する（継続）

協会理事から成るプロジェクトチームより提案されたさまざまな事業のアイデア（地域共生型自立支援事業所構想、起業者を養成する取り組みなどを含む）のうち、今後の作業療法の職域拡大、協会の発展に資すると見定めた最重点分野においてモデル的な事業については、事業内容、拠点、必要な人員とその調達、必要な資金とその調達、事業自体の成果目標、それによって期待できる作業療法および協会の発展像、整備すべき規程等を実現に向けての工程表にまとめ、事業化を検討する。

女性会員の協会活動参画を促進するための提案（2015 年度第 7 回定例理事会承認）に基づき、
 ①復職時・子育て中でも安心して作業療法士として働き、研修会等に参加できるための環境整備、
 ②代議員・協会役員的女性割合に数値目標を掲げ、その実現に向けて具体的な方策を提示する。

○協会の情報整備・管理に関すること

51. 協会のコンピュータシステムの基幹部分を統合・刷新し、会員の利便性の向上と協会業務の効率化を図る（新規）
52. 新しいコンピュータシステムにおけるお知らせ機能やメール配信機能を活用し、適宜、会員に情報提供を行うとともに、モニタリングの方法を検討して実施する（新規）
53. 「協会員＝士会員」の実現を目指す（新規）

協会のコンピュータシステムの基幹部分を統合・刷新し、会員および会員所属施設に関する情報の収集・管理・運用・閲覧、生涯教育制度の運用、受講履歴の閲覧、研修会の申込や実施の効率化、事例報告集積の効率化等により、会員の利便性の向上と協会業務の効率化を図る。

協会のコンピュータシステムの刷新により、会員のメールアドレス登録を強力に促進し、メール配信機能を駆使して、全会員への情報提供、標的を絞った特定の会員への情報提供などを行えるようにする。同時に、提供した情報に関して会員からフィードバックを受けるシステム・方法を検討し実施する。

協会と都道府県士会は、作業療法の学術的発展、制度対策活動、作業療法の普及啓発などにおいて常に連携協力した活動を進めることが必要である。このためには「協会員＝士会員」を実現する必要がある。会員管理等も一元化するためには各都道府県士会との提携・契約も必要となるため、2018年度には実現までの工程を作成・提示し、その後は工程に沿って必要な手続きを進める。

第3章 本計画の目標を達成するための方略

図2に、2018年3月現在での作業療法に係る地域の姿を示したが、この図の中でそれぞれの地域の「地域包括ケアシステム」が整備されていくことになる。

本計画の目標である「地域包括ケアシステムへの寄与」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、協会と士会との一体的な協働がぜひとも必要になる。

図3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・学校養成施設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3の説明を示したが、図4、図5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。

なお、これらの図を利用するにあたっては、国の施策動向の把握と各都道府県の医療計画、介護保険事業（支援）計画、障害福祉計画・障害児福祉計画とそれに対応した市町村の各計画の読み込みが是非とも必要になる。

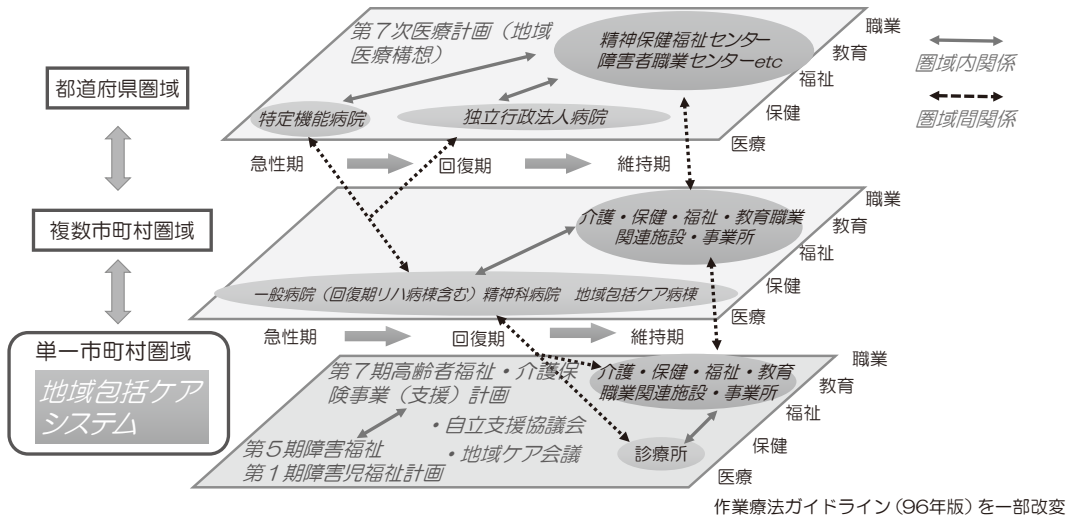


図2 作業療法に係る地域の姿（2018年3月現在）

基本図に書き込まれる実践すべき事項

【協会一会員】

- 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。
- 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。

【協会一都道府県士会】

- 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。

【協会一学校養成施設】

- 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。

【協会一国の関連諸官庁・機関】

- 研究事業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。

【協会一国内外関連団体】

- 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。
- 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。

【協会一一般市民・作業療法対象者とその関係者】

- 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。

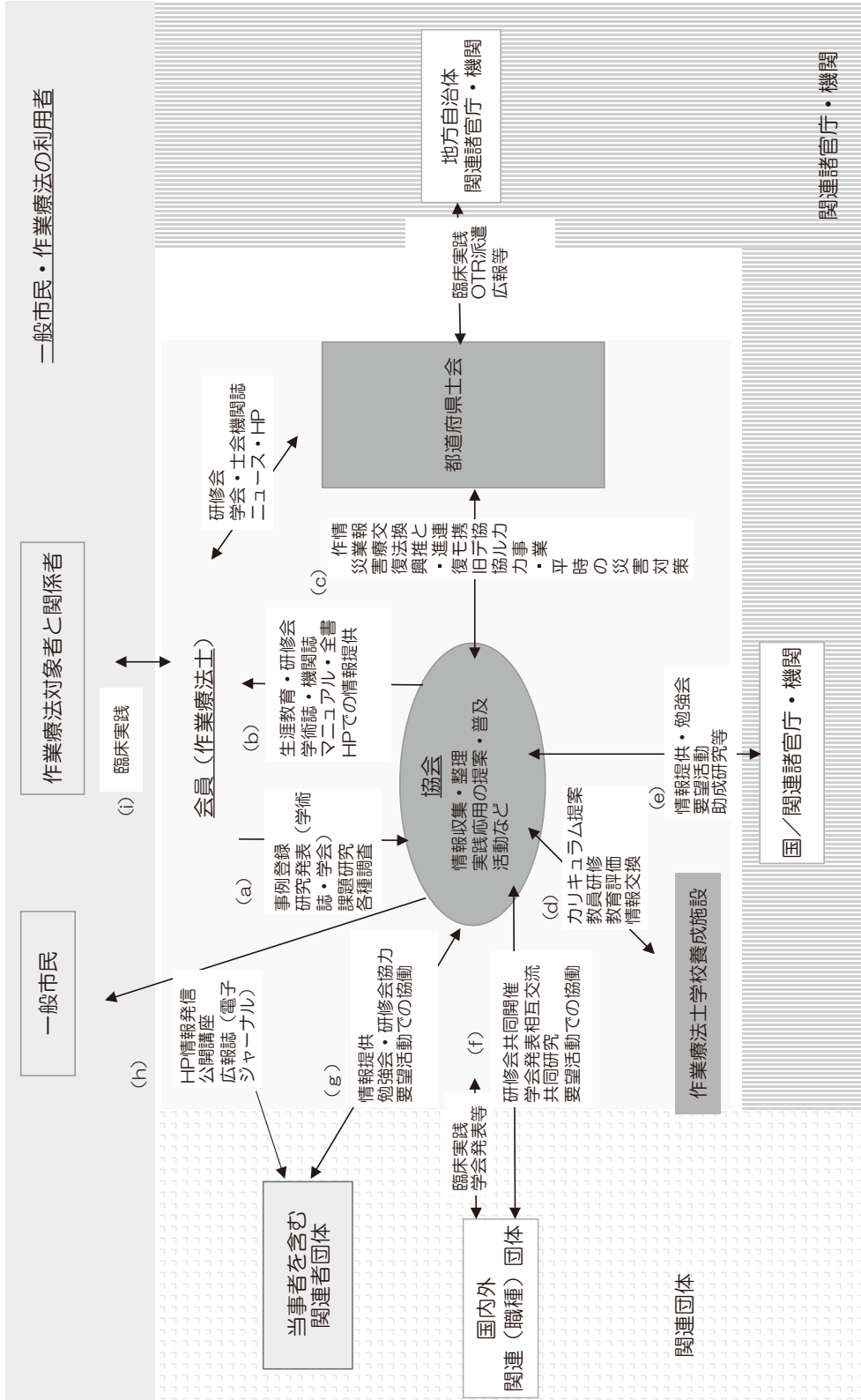


図3 日本作業療法士協会の目標を達成するための方略基本図

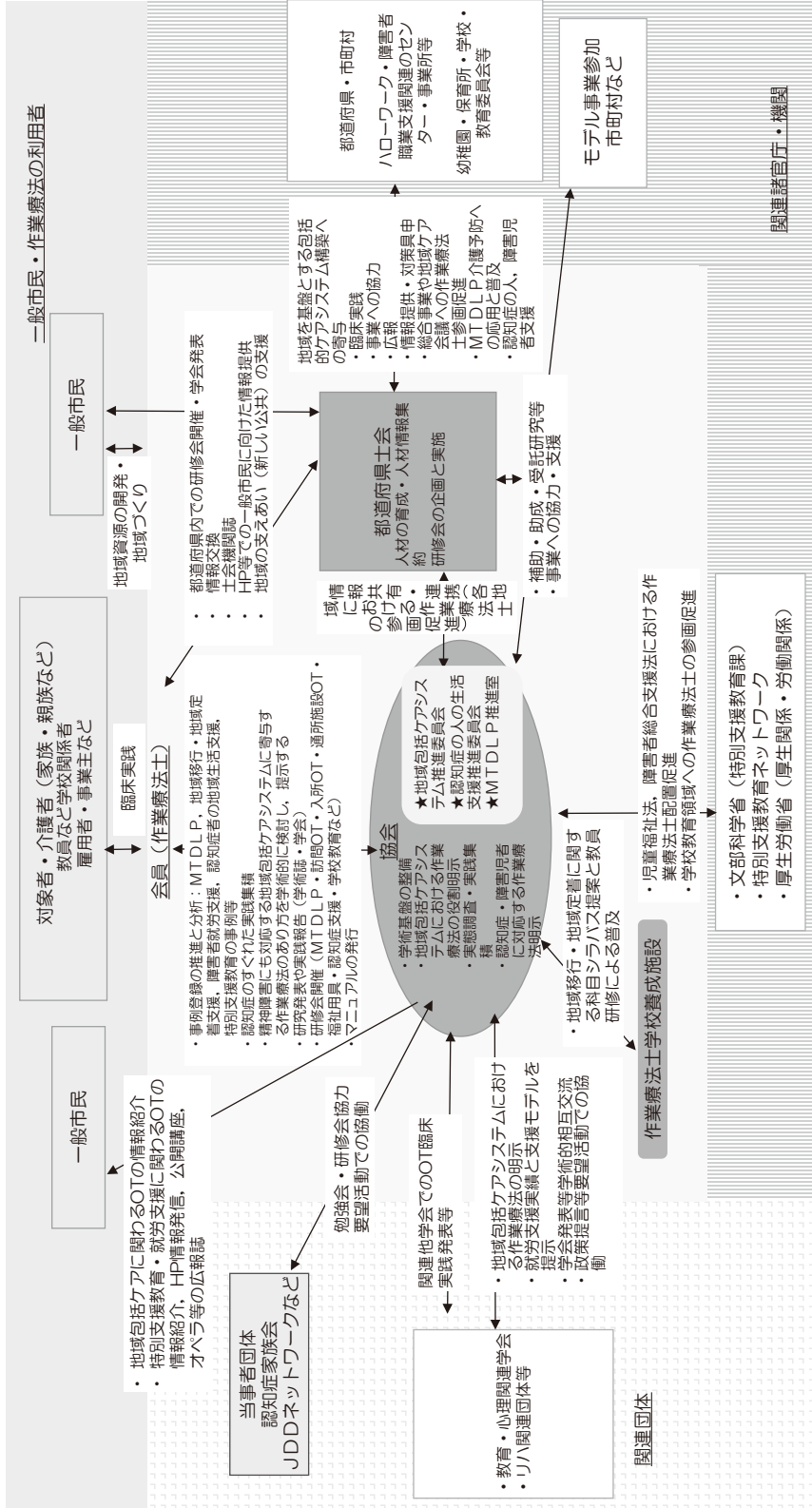


図4 地域を基盤とする包括的ケアにおける作業療法の活用推進に関する方略図

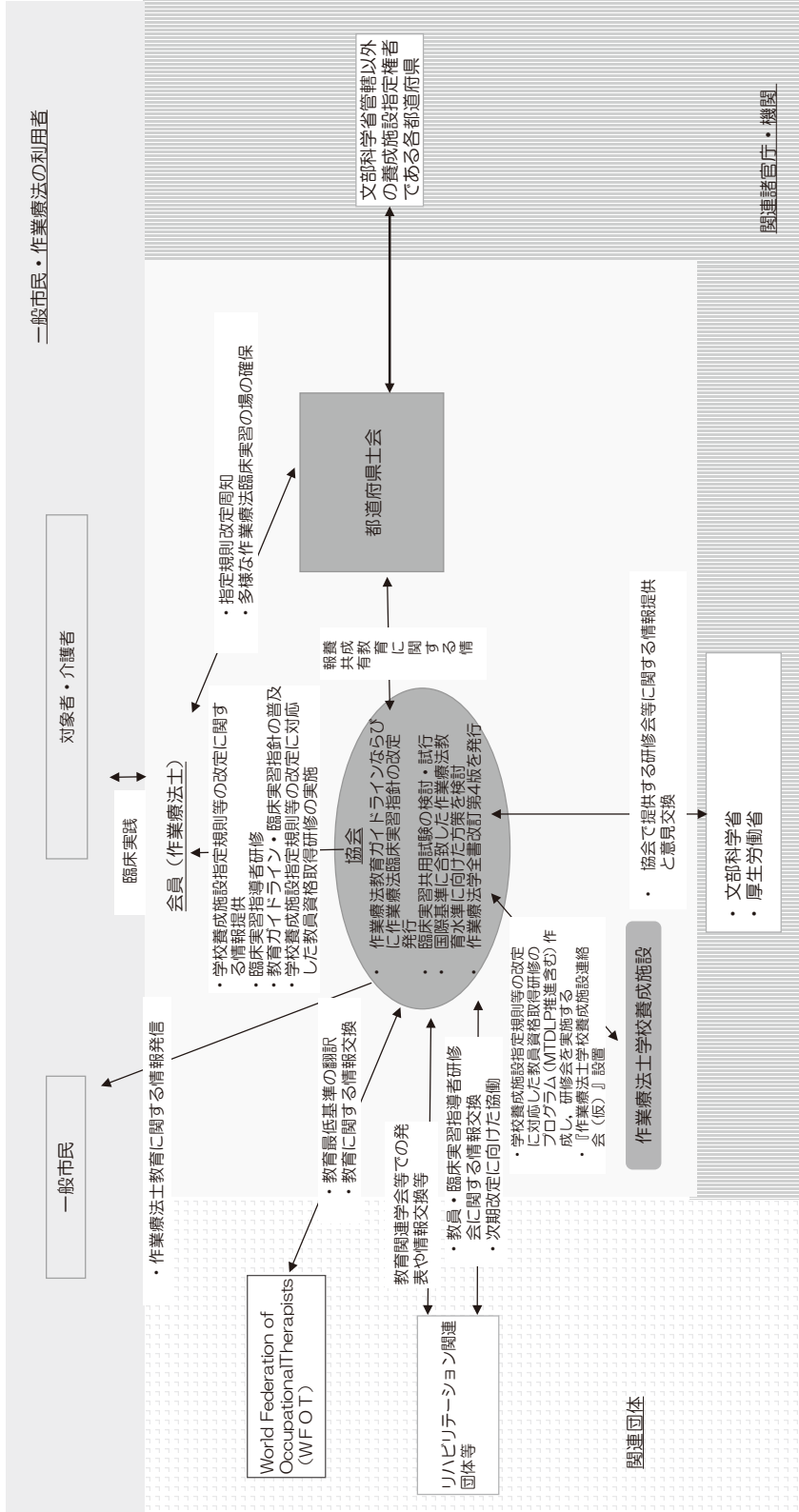
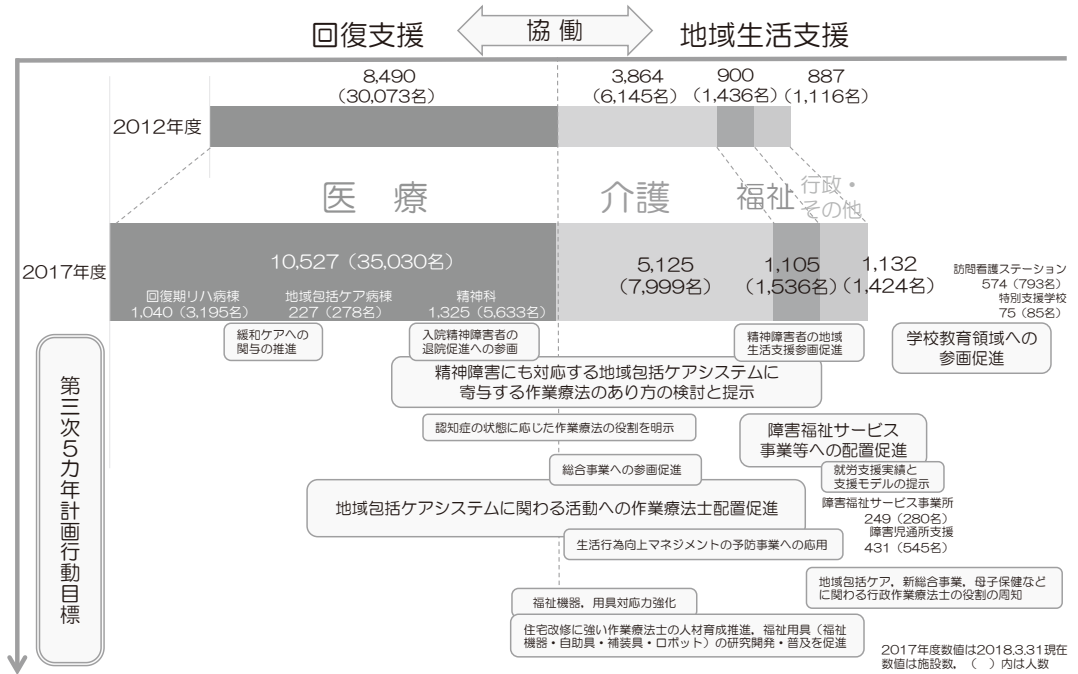


図5 地域共生社会に寄与する作業療法士を養成する教育の整備と強化に関する方略図

資料

「第二次作業療法5カ年戦略」開始時と終了時との配置状況推移と
 「第三次作業療法5カ年戦略」で目指す重点的な配置項目

有資格者数：85,116
 協会員数：57,960（内6,483休業中）
 組織率：67.1%
 注：有資格者数は、第1回国家試験からの合格者累計のため、実態の数を示すものではない。



- (i) 一般市民が作業療法を直接に知る機会の対象者や家族・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。

資料5 重点活動項目 (2016～2022 年度)

平成 28 年度重点活動項目

主題：「協会設立 50 周年記念事業の挙行と地域包括ケアシステムにおけるさらなる貢献」

協会設立 50 周年にあたり、『日本作業療法士協会五十年史』の発行、協会設立 50 周年記念式典を滞りなく執り行う。また、この節目に作業療法の協会定義の改定を検討し、作業療法の本質について議論を深める機会とする。

他方、継続的な課題の一つである地域包括ケアシステムへのさらなる寄与に向けて、介護保険事業で一定の評価を得て会員にも普及してきている「生活行為向上マネジメント」を介護予防や難病、発達障害、精神障害など他の障害児・者へ適用するための具体的な方法を示し、その普及を促進する。その点、養成教育においても地域包括ケアシステムに貢献できる人材育成の充実を図る必要があり、『作業療法学全書』の改訂作業とともに喫緊に取り組むべき課題である。なお国際交流については、一昨年の WFOT 大会開催、昨年度のアジア太平洋作業療法会議により、アジア地域との交流を深めてきたところであるが、今後この地域における作業療法の発展に寄与するためにも、各国とのさまざまな提携・交流の形を明示し、国際的な相互交流を一層活発化させる。

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 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社員総会での検討に向けて準備……継続
- 2) 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を開始……継続

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 障害者の地域生活支援・学校教育分野など医療以外の領域における作業療法の役割に関する研修会強化……新規・継続
- 2) 養成教育課程において生活行為向上マネジメント含めた地域作業療法学を充実……新規
- 3) 『作業療法学全書』第 4 版の企画・編集……新規

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難病、発達障害、精神障害などの障害児・者に適用する方法の提示……新規
- 2) 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への認知度向上……継続
- 3) 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……継続

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

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学術および人的交流を促進……継続
- 2) 国内関連団体とのさまざまな提携・交流の形式を提示……新規

6. 大規模災害等により被害を受けた人への支援

- 1) 大規模災害に備え、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team）ならびに都道府県士会との間で平時の連携・協力体制を

整備……継続・新規

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 『日本作業療法士協会 五十年史』を発行し、協会設立 50 周年記念式典を挙行……継続
- 2) 女性会員の協会活動参加を促進する環境の整備……新規
- 3) 災害時対応の事業継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の一環とした京都サテライト事務所の運用、10 万人会員を管理する体制整備など、協会の情報管理システム構築の推進……新規・継続

平成 29 年度重点活動項目

主題：「各地で展開される地域包括ケアシステムの体制づくりへの貢献とそれに資する人材の育成」

今後、各地で地域包括ケアシステムの体制づくりが展開されていくことになるが、その体制づくりに貢献できるような人材育成と人材配置が必要となる。協会は、地域包括ケアシステムが高齢者対応にとどまらず、障害児者、さらにはその地域に暮らす人にとって有益な体制であると考えている。その点から平成 30 年度診療報酬・介護報酬の同時改定および障害福祉サービス報酬改定は、作業療法にとって大きな転換点となる可能性がある。それを踏まえて、平成 30 年度診療報酬・介護報酬の同時改定、障害福祉サービスの報酬改定に関する要望・渉外活動の強化、介護予防・日常生活支援総合事業への作業療法士の参画促進、障害福祉領域への作業療法士の配置促進、これらを実現するために養成教育制度の改革提言と卒後教育の充実および他職種や当事者との協働の形を創り上げる一年とする。

また、「第二次作業療法 5 ヶ年戦略（2013-2017）」がその最終年にあたることから、次期中期計画を策定する。

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 社員総会の承認により現行法「理学療法士及び作業療法士法」改定を視野に入れた協会の作業療法定義を改定……（#3 学術部学術委員会）
- 2) 生活行為向上マネジメント事例登録の推進（研修会開催を含む）……（#34・35 学術部学術委員会・生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会・教育部生涯教育委員会）

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 学校養成施設指定規則等の改定施行の準備としての議論とその取りまとめ……（#13 教育部養成教育委員会）
- 2) 『作業療法臨床実習指針（案）』作成、『作業療法臨床実習指導の手引き第 5 版』発行・周知……（#16 教育部養成教育委員会）
- 3) 『WFOT 作業療法士教育の最低基準 2016 年改訂版』翻訳・周知……（教育部養成教育委員会・国際部 WFOT 委員会）

3. 作業療法の有効活用の促進に向けた取り組み

- 1) 認知症施策推進総合戦略等への参画状況の把握と実践事例の集約により作業療法の役割明示と参画を促進……（#31 認知症の人の生活支援推進委員会）
- 2) 医療・介護における包括報酬・認知症も含む短期集中リハビリテーションでの作業療法の

役割を明示……（制度対策部保険対策委員会・学部部学術委員会）

- 3) 地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業への参画推進のために都道府県士会との協働強化……（#28・29 地域包括ケアシステム推進委員会・47 都道府県委員会）
- 4) 生活行為向上マネジメントを難病、発達障害、精神障害などへ適用した事例の集積……（#34・35 生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会）

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) 就労支援関連の研修会を他団体と共催……（#69 制度対策部障害保健福祉対策委員会）
- 2) 第32回国際アルツハイマー病協会国際会議（ADI 2017）へ出展・参加し、日本の認知症作業療法を世界に向けて発信……（#69 認知症の人の生活支援推進委員会）

5. 内外関係団体との提携交流に関する取り組み

- 1) 全国リハビリテーション医療関連団体協議会等の渉外活動を深め、平成30年度同時改定に向けた国への要望・提言を強化……（制度対策部保険対策委員会）
- 2) 東アジア諸国との交流会（Exchange Meeting with East Asian Countries : EMEAC）などこれまでのアジア諸国との提携・交流を検証し、今後の方向性を明示……（#67 国際部国際委員会）
- 3) 2020年パラリンピックへの協力に向けた体制整備……（特設委員会の設置）

6. 大規模災害等により被害を受けた人への支援

- 1) 士会等と協力した災害訓練（災害シミュレーション）の実施……（#77 災害対策室）

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 次期中期計画の策定……（事務局企画調整委員会）
- 2) 協会組織率向上に向けた対応（新卒有資格者の入会率向上）……（事務局）
- 3) 生涯学習・制度対策を含めた会員管理システムの構築……（事務局・教育部・制度対策部）
- 4) 事務局組織体制の強化（常勤作業療法士の配置）……（事務局）
- 5) 託児所設置等、子育て会員が参加しやすい学会・研修会の体制整備……（事務局福利厚生委員会）

平成30年度重点活動項目

主題：「地域包括ケアシステムに寄与する人材育成体制の確立とその展開」

平成29年度、協会は第三次作業療法5ヵ年戦略を策定し、作業療法士が医療・介護のみならず保健・障害福祉の領域も含めた地域包括ケアシステムに寄与できるよう、引き続き学術・教育・制度対策の各側面から活動をさらに強化してゆくこととなった。折しも、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則および指導ガイドラインの見直しによって、地域包括ケアシステムに対応できる作業療法士の養成を推進するためのカリキュラム改変とともに、臨床実習施設および指導者の要件も変更されたところである。協会はこれらの変化に対応し、教育ガイドラインおよび臨床実習指針を改訂して研修会や情報交換の場で周知を図るとともに、医学・薬学教育で導入されている臨床実習共用試験導入に向けた検討を開始する。また制度対策としては、特に厚生労働省の進める「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」のための作業療法のあり方を提示し、精神科患者の地域移行支援に作業療法士の活用を訴えてゆく必要がある。

このような動きを支えていくために、協会事務局では、来るべき会員10万人体制の情報管理

に備えて、会員にとって利便性の高いコンピュータシステムの構築を図る。

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 平成 30 年度社員総会に「作業療法の定義」改定案の提出…… (#2 学術部)
- 2) 生活行為向上マネジメント事例登録の推進、難病・発達障害・精神障害・認知症などへ適用した事例の集積…… (#3・5 学術部, 生活行為向上マネジメント士会連携支援室)

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 作業療法教育ガイドラインおよび作業療法臨床実習指針の改定と周知…… (#8 教育部)
- 2) 専任教員養成講習会および臨床実習指導者講習会のプログラム立案と開催…… (#9・10 教育部)
- 3) 臨床実習共用試験導入の検討…… (#12 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) 認知症施策推進総合戦略等への参画状況の把握と実践事例の集約により作業療法の役割明示と参画を促進…… (#22 認知症の人の生活支援推進委員会)
- 2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方の提示…… (#25 制度対策部)
- 3) 作業療法士による就労支援実績の集積…… (#27 制度対策部)
- 4) 平成 30 年度医療・介護・福祉における同時改定後の動向調査と今後への対応

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) 生活行為向上マネジメントのさらなる普及と国民への広報…… (#38 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) 2024 年アジア太平洋作業療法学会の誘致委員会を設置し、国際学会の発表や運営に資する作業療法士の育成を加速…… (#19・20・42 誘致委員会, 国際部, 教育部, 学術部)

6. 大規模災害等により被害を受けた人への支援に関する取り組み

- 1) これまでの災害支援活動に関する取り組みをまとめ、会員・一般国民および海外に広報…… (#46 災害対策室)

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 協会コンピュータシステム基幹部分の統合・刷新…… (#51 事務局)
- 2) 事務局将来像の人員・機能・予算を含む詳細提示…… (#47 事務局)
- 3) 「協会員＝士会員」実現のための具体的な新制度と工程表の作成と提示…… (#53 事務局)

2019 年度重点活動項目

主題：「地域包括ケアシステムに寄与する人材育成体制の確立とその展開（継続）」

「第三次作業療法 5 ヶ年戦略 (2018-2022) 地域包括ケアシステムへの寄与～作業療法 5・5 計画～」に基づき、2019 年度重点活動項目の主題として 2018 年度重点活動項目の主題である“地域包括ケアシステムに寄与する人材育成体制の確立とその展開”を継続する。

特に、卒前教育については 2018 年 10 月 5 日に「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令」(文部科学省・厚生労働省令第 4 号)の内容に対応する取り組みを継続し、その体制を確立することが喫緊の課題である。同時に子どもから高齢者までを対象とする

地域包括ケアシステムの現場で活躍する作業療法士数を拡大していく必要があるとともに、その根拠を示すための組織的学術研究体制整備の具体化も必要となる。

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 組織的学術研究体制整備の具体的方法の提案…… (#7 学術部)
- 2) 学会のあり方に関する検討…… (#4 学術部)

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 厚生労働省指定理学療法士作業療法士臨床実習指導者講習会を通して、「作業療法教育ガイドライン 2018」および「作業療法臨床実習指針」(MTDLP 含む) の理解と運用の推進…… (#8 教育部)
- 2) 専任教員養成講習会のプログラム立案…… (#9 教育部)
- 3) 臨床実習共用試験の内容や実施方法の提案…… (#12 教育部)
- 4) e-Learning による研修会の一部実施とその効果検証と実施範囲の拡充…… (#18 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) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方の提示…… (#25 制度対策部, 学術部)
- 2) 「子どもの地域生活を理解して支援ができる作業療法士」育成事業の実施…… (#29 制度対策部)
- 3) 都道府県作業療法士会と連携して地域ケア会議, 介護予防・日常生活支援総合事業, 認知症支援への作業療法士参画を拡大…… (#21~24 地域包括ケアシステム推進委員会, MTDLP 士会連携支援室, 認知症の人の生活支援推進委員会, 運転と作業療法委員会)

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) ホームページ (日本語版・英語版) において, 協会事業に関するニュースやわが国の作業療法関連トピックスを定期的に発信…… (#37・41 広報部, 国際部)

5. 内外関係団体との提携交流に関する取り組み

- 1) 2024 年第 8 回アジア太平洋作業療法学会 (Asia Pacific Occupational Therapy Congress, APOTC) の誘致活動の展開…… (#19・20・42~44 国際部, APOTC 誘致委員会, 学術部, 教育部)
- 2) 2020 年オリンピック・パラリンピックを契機に関連団体と協働し, 障害のある人のスポーツ参加支援の推進…… (#36 障害のある人のスポーツ参加支援推進委員会)

6. 大規模災害等により被害を受けた人への支援に関する取り組み

- 1) これまでの災害支援活動に関する取り組みをまとめ, 会員・一般国民および海外に広報…… (#46 災害対策室)

7. 法人の管理と運営に関する取り組み

- 1) 「協会員=士会員」実現のために都道府県作業療法士会との調整及び最終案の策定…… (#53 事務局)

2020 年度重点活動項目

主題：「地域共生社会の実現に向けた作業療法士の参画促進」

第三次作業療法 5 ヶ年戦略の基本方針である「共生社会の実現に向けた、地域を基盤とする包括的ケアにおける作業療法の活用推進」と「地域共生社会に寄与する作業療法士を養成する教育の整備と強化」を継続する。

地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業等に多くの作業療法士が関与してきているが、さらに乳児から高齢者まで、そして医療・保健・介護・障害福祉・教育・就労等において、作業療法士の活用が促進されるよう関係各所に対する働きかけを強化する。

また、これまで協会が提案・推奨してきた生活行為向上マネジメント（MTDLP）の更なる普及に注力する。

理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則が2018年10月に改正されたことに伴い、質の高い作業療法士養成のため、都道府県作業療法士会と協力して厚生労働省指定の臨床実習指導者講習会を全国で開催し指導者の育成を継続して進めるとともに、臨床実習共用試験を全国的に運用できる体制を整備する。

今後の社会情勢や制度の変化に伴う作業療法士への要望や期待に応え、会員 10 万人時代にも耐えるように、都道府県作業療法士会と連携し「協会員＝士会員」の実現に向けて定款・諸規程の整備や士会システムの改修に着手するとともに、協会組織全体の発展的改編に向けた体制を整備する。

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 組織的学術体制の整備に着手……新規（#7 学術部）

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 厚生労働省指定理学療法士作業療法士臨床実習指導者講習会を通して、「作業療法教育ガイドライン 2019」および「作業療法臨床実習指針 2018」の理解と運用を推進し、各地域での臨床実習指導者を確保……継続（#8・10 教育部）
- 2) 臨床実習共用試験の運用方法を検討……新規（#12 教育部）
- 3) 認定作業療法士、専門作業療法士取得を推進するため e ラーニングのコンテンツを拡大……継続（#18 教育部）
- 4) 協会の方針や最新の情勢を対面で会員に伝える研修会のあり方検討……新規（#52 教育部、事務局）
- 5) 国際社会で活躍する作業療法士を育成……新規（#19 教育部、国際部）
- 6) 急性期から回復期・生活期・終末期まで、活動・参加を支援する作業療法士の技能向上を図る教育の検討……新規（#21 教育部、地域包括ケアシステム推進委員会）

3. 作業療法の有効活用の促進に向けた取り組み

- 1) 当事者が望む生活を実現するための精神科の作業療法のあり方の提案とそれに基づく考え方の普及、および制度上の検討……新規（# 25 制度対策部、教育部、学術部）
- 2) 子どもの地域生活を理解して支援ができる作業療法士育成事業の実施……継続（#29 制度対策部）
- 3) 都道府県作業療法士会と連携して地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業への作業療法士参画を拡大……継続（#21・22・23・24 地域包括ケアシステム推進委員会、MTDLP 士会連携支援室、運転と作業療法委員会）

- 4) 認知症施策推進大綱に対応して認知症における作業療法の機能と役割をとりまとめ、関係団体および国に対する提案と作業療法士の活用の推進……新規（#21・22 制度対策部）

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) 閲覧者の関心に応じて作業療法の情報を提供できるホームページ改訂の推進……新規（#37・39 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) 2024 年第 8 回アジア太平洋作業療法学会（Asia Pacific Occupational Therapy Congress：APOTC）の誘致活動の展開……継続（#19・20・42・43・44 国際部，APOTC 誘致委員会，学術部，教育部）
- 2) アジアの作業療法士協会との提携交流，アジアにおける作業療法の発展に寄与する方略の検討と提案……新規（#20 国際部，教育部）
- 3) 2020 年オリンピック・パラリンピックを契機に関連団体と協働し，障害のある人のスポーツ参加支援の推進……継続（#36 障害のある人のスポーツ参加支援推進委員会）

6. 大規模災害等により被害を受けた人への支援に関する取り組み

- 1) 平時から災害時に備えた地域・地域包括ケアシステムにおける作業療法士としての役割の整理……新規（5 ヶ年戦略対応項目なし）

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 「協会員＝士会員」実現のために定款・諸規程の整備や都道府県作業療法士会システムの改修に着手……継続（#53 事務局）
- 2) 協会組織改編に向け，必要な人事，予算化，諸規程の整備に着手……新規（#47 事務局）

2021 年度重点活動項目

主題：「新しい生活様式に適応する作業療法実践の推進と作業療法士協会の体制整備」

2019 年度末に発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）により，国民は「新しい生活様式」に適応することが求められている。一般社団法人日本作業療法士協会（協会）では，第三次作業療法 5 ヶ年戦略の基本方針は継続しながらも，この社会情勢の変化に対応した作業療法実践の姿を示すため，COVID-19 の人の生活への影響や作業療法実践への影響を調査し対応を進める。昨年度延期や中止を余儀なくされた研修会や会議等は開催方法を検討し，会員の学ぶ機会や情報交換の機会を確保・拡大する。国民の well-being（健康と幸福）に効果的に寄与するため，さまざまな状況に迅速に対応できる協会-士会-会員の情報交換体制整備と協会の組織改編を進める。

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 組織的学術研究を開始……継続（#7 学術部）

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 厚生労働省指定理学療法士作業療法士臨床実習指導者講習会を通して臨床実習指導者を確保し，臨床実習指導者実践研修会でより質の高い実習指導者を育成……継続（#10 教育部）
- 2) 作業療法士学校養成施設連絡会において情報と課題を共有し検討……新規（#11 教育部）

- 3) COVID-19 を考慮した研修会開催方法の標準化と e ラーニング研修のコンテンツ作成の積極的推進で会員の学ぶ機会を確保し拡大……新規（#18 教育部）
- 4) 協会の方針や最新の情勢を対面で会員に伝える研修会のあり方を検討……継続（#52 教育部・事務局）
- 5) 国際社会で活躍する作業療法士を育成……継続（#19 国際部，教育部，学術部）
- 6) 急性期から回復期・生活期・終末期まで，活動・参加を支援する作業療法士の技能向上を図る教育を検討……継続（#21 教育部，地域包括ケアシステム推進委員会）

3. 作業療法の有効活用の促進に向けた取り組み

- 1) 当事者が望む生活を実現するための精神科の作業療法の考え方を普及し制度上で推進……継続（#25 制度対策部，教育部，学術部）
- 2) 子どもの地域生活を理解して支援ができる作業療法士育成事業を実施……継続（#29 制度対策部）
- 3) 介護予防・日常生活支援総合事業対象者および要介護軽度者に対する作業療法の効果を提示し，地域支援事業への作業療法士の参画を拡大……継続（#21・22・23・24 地域包括ケアシステム推進委員会・運転と作業療法委員会・MTDLP 室）
- 4) 認知症施策推進大綱に対応して作業療法の機能と役割をとりまとめ，関係団体および国に対する提案と作業療法士の活用を推進……継続（#21・22 制度対策部）
- 5) ICF の活用推進に向け，臨床現場での活用実態および養成課程での教育実態を把握……新規（#55 制度対策部）
- 6) COVID-19 が人の生活と作業療法実践に及ぼす影響について調査分析を実施……新規

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) 国民・関連団体等に向けて作業療法の有用性と役割を啓発するためのホームページ，SNS，パンフレット等のコンテンツを充実……継続（#37 広報部）
- 2) 各部署・各都道府県士会との連携を強化し，作業療法の実践事例を積極的に紹介

5. 内外関係団体との提携交流に関する取り組み

- 1) 2024 年第 8 回アジア太平洋作業療法学会（Asia Pacific Occupational Therapy Congress：APOTC）を誘致……継続（#19・20・42・43・44 国際部，APOTC 誘致委員会，学術部，教育部）
- 2) アジアの作業療法士協会との提携交流，アジアにおける作業療法の発展に寄与する方略を検討し提案……継続（#20 国際部，教育部）
- 3) 2020 年オリンピック・パラリンピックを契機に関連団体と協働し，障害のある人のスポーツ参加支援を推進……継続（#36 障害のある人のスポーツ参加支援推進委員会）
- 4) 協会・士会間での速やかで確実な情報共有体制を確立……新規（47 都道府県員会）

6. 大規模災害等により被害を受けた人への支援に関する取り組み

- 1) 感染症を含めた複合災害を考慮した平時の情報交換等の体制整備を継続……継続（#45 災害対策室）

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 「協会員＝士会員」実現のために，定款・諸規程の改定案および都道府県作業療法士会システムの改修について検討……継続（#53 「協会員＝士会員」実現のための検討委員会，事務局）
- 2) 協会組織改編に向けて，定款・諸規程の改定検討および職員の補充等事務局内体制整備を開始……継続……（#47 事務局）

2022年度重点活動項目

主題：「COVID-19 対応を含む地域共生社会への作業療法士の積極的な参画と協会新体制整備の推進」

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的流行により社会の格差は拡大し、医療崩壊の危機や保健・福祉の機能不全は国民、とりわけ社会的弱者である障害者やそのケアを担う人々に大きな影響を与えてきた。作業療法の臨床ではサービス提供に、作業療法士教育では臨床教育に制限が生じている。

これらの状況の改善を図るために、一般社団法人日本作業療法士協会は、作業を通して人々の健康と幸福を実現する作業療法の理念に基づき、COVID-19 が社会にもたらした教訓を踏まえ、地域共生社会への作業療法士の積極的な参画を通して、国民の健康と幸福に貢献する作業療法提供のあり方を示してゆく。これを実現していくために、特に次の3点を強調したい。

○「地域包括ケアシステムへの寄与」を継続

2022年度は「地域包括ケアシステムへの寄与」をスローガンに掲げた第三次作業療法5ヵ年戦略の最終年に当たるが、重点事項として示した「共生社会の実現に向けた、地域を基盤とする包括的ケアにおける作業療法の活用推進」は道半ばである。過去5年間を総括・検証するとともに、第四次作業療法5ヵ年戦略に課題を引き継ぎ、その着実な実行につなげるための一年とした。

○持続可能な事業運営のあり方を検証・推進

COVID-19 流行の下、本会の会議や学会・研修会においても ICT 活用が推進され、各事業の実施方法の効率化やアクセシビリティの向上が図られた。この経験を生かして、社会の要請に柔軟に即応できる持続可能な事業運営のあり方を検証し、引き続き推進していく。

○新しい協会組織体制への移行を準備

6万人の会員と共に、都道府県作業療法士会と協調しながら、激動する社会に適時的確に応えていくためには、協会組織の体制整備が喫緊の課題である。2023年度の新体制スタートに向け、役員・組織・事務局機能等の整備を進め、定款・諸規程の改定作業を行う。

1. 作業療法の学術の発展への取り組み

- 1) 組織的学術研究の展開と新規分野への着手……継続（#7 学術部）
- 2) 新たな事例報告登録制度の整備に着手……新規（#3・#55 学術部）
- 3) 学術評議員会（仮称）設置に向けた検討……新規（学術部）
- 4) 2024年第8回アジア太平洋作業療法学会（Asia Pacific Occupational Therapy Congress：APOTC）のホームページの公開……新規（#42 国際部，APOTC 実行委員会，学術部，教育部）

2. 作業療法士の技能の向上の取り組み

- 1) 作業療法士学校養成施設連絡会において学校養成施設と都道府県士会と実習施設との連携のあり方について検討……継続（#11・#54 教育部）
- 2) Webを使用した研修会開催方法の標準化、eラーニング研修のコンテンツ制作の積極的推進を通じた学ぶ機会の拡大・多様性の促進……継続（#18 教育部）
- 3) 新生涯学修制度の枠組み周知とシステム移行に向けた具体的な対応の開始……新規（教育部）
- 4) 地域共生社会に貢献するための作業療法（士）の技能の整理と提示……新規（#21 地域包

括ケアシステム推進委員会)

- 5) 生活行為向上マネジメント実践者研修のあり方の整理と推進……新規 (# 23 MTDLP 室)

3. 作業療法の有効活用の促進に向けた取り組み

- 1) 当事者が望む生活を実現するための精神科の作業療法の考え方の普及とエビデンスの構築……継続 (#25 制度対策部, 教育部, 学術部)
- 2) 要支援 1～要介護 2 対象者が今後の介護予防・日常生活支援総合事業へ移行することを考慮した作業療法の支援のあり方と効果の提示, 地域支援事業へのさらなる参画拡大……継続 (# 24 地域包括ケアシステム推進委員会)
- 3) 地域ケア会議や介護予防・日常生活総合事業における専門的助言と個別支援を拡大し, 対象者や地域性に合わせたモビリティ支援を推進……継続 (# 24 運転と作業療法委員会)
- 4) 認知症に対する作業療法実践を踏まえた, 関係団体および国への認知症施策推進大綱に対応する提案と認知症疾患医療センター等における作業療法士の活用の推進……継続 (#22 制度対策部)
- 5) COVID-19 が作業療法実践に及ぼした影響について調査分析し, 今後の作業療法を考える基礎資料を提示……継続 (制度対策部)
- 6) 次期改定に向けた集団の作業療法のあり方等重点的な課題への取り組み……新規 (制度対策部)

4. 作業療法の普及と振興に関する取り組み

- 1) ホームページ, SNS, パンフレット等で各分野のスタンダードな作業療法を明示することで, 作業療法の有用性と役割を国民・関連団体等に向けて啓発……継続 (# 37・38 広報部)
- 2) 各都道府県士会広報部との連携強化により普及・啓発活動の情報を共有……継続 (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) 協会・士会間の情報共有と意見交換を適時適切に実施する方法の確立と運用開始……継続 (47 都道府県委員会, 事務局)
- 2) 台湾作業療法協会との学術交流協定の締結……新規 (# 44 国際部)

6. 大規模災害等により被害を受けた人への支援に関する取り組み

- 1) 感染症を含めた複合災害に備え, 平時からの地域包括ケアシステムにおける作業療法士としての役割の整理と実践……新規 (# 45 災害対策室)

7. 法人の管理と運営における取り組み

- 1) 「協会員＝士会員」実現のための方策と工程表の最終確定と, その実現に向けて会員への啓発の推進, 定款・諸規程の改定案の作成, 都道府県作業療法士会と協働した士会システム改修に向けての要件確定・システム開発の準備に着手……継続 (#53 「協会員＝士会員」実現のための検討委員会, 47 都道府県委員会, 事務局)
- 2) 協会組織改編に向けた定款変更, 関係諸規程の改定, 職員の補充等事務局内体制整備の継続……継続 (#47 事務局)
- 3) 組織率向上のための具体的課題整理と, 都道府県士会との協働による対応策の提示……新規 (組織率向上対策担当理事)
- 4) 女性会員の参画促進のための事業の再評価と, 新たな対策の検討……新規 (# 50 女性会員の参画促進事業担当理事)

資料 6 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	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 言い切れない 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
2016	第52回	H29.2.26	5	3	1	0	2
2017	第53回	H30.2.25	6	1	1	2	0
2018	第54回	H31.2.24	4	3	3	1	2
2019	第55回	R2.2.23	4	1	4	1	3
2020	第56回	R3.2.21	1	1	3	0	3
2021	第57回	R4.2.20	7	2	6	2	8

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）	設問の状 況設定が 不十分で あり、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）
2016	第52回	H29.2.26	3					
2017	第53回	H30.2.25	3	1				
2018	第54回	H31.2.24	7					1
2019	第55回	R2.2.23	5					
2020	第56回	R3.2.21	5				1	1
2021	第57回	R4.2.20	9					

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					
			選択肢の表現が不十分で正解を得ることが困難なため、（採点対象から除外する）	選択肢に不適切があるため（採点対象から除外する）	選択肢が不明確で、正確が得られないため（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）	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）
2016	第52回	H29.2.26					1	
2017	第53回	H30.2.25						
2018	第54回	H31.2.24		2	1			1
2019	第55回	R2.2.23	1		1	1		
2020	第56回	R3.2.21				1		
2021	第57回	R4.2.20				1	2	

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					
			設問が不明確で複数の選択肢が正解と考えられるため、（複数の選択肢を正解として採点する）	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）	3つの選択肢が正解であるため（3つ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。（不正解者のみ採点対象から除外する）
2016	第52回	H29.2.26	1	1				
2017	第53回	H30.2.25			2			
2018	第54回	H31.2.24			2			
2019	第55回	R2.2.23		1	1			
2020	第56回	R3.2.21		1	1			
2021	第57回	R4.2.20		5	1			

資料7 要望書・意見書一覧 (2016～2021年)

平成28年度 要望書・意見書

提出年月日	提出先	要望書・意見書名
平成28年12月14日	厚生労働省医政局 医政局長 神田裕二 様 医事課長 武井貞治 様	作業療法士の名称の使用等に係る周知について(要望)
平成29年3月1日	厚生労働省保険局 医療課長 迫井正深 様	排尿自立指導料の施設基準の人員への作業療法士の職名追記
平成29年3月6日	厚生労働省医政局医事課 試験免許室 御中	第52回作業療法士国家試験問題について(意見)

平成29年度 要望書・意見書

提出年月日	提出先	要望書・意見書名
平成29年4月10日	参議院厚生労働委員会 理事 御中	精神保健福祉法改正に関する意見書 〈一般社団法人 日本精神科看護協会と連名で提出〉
平成29年6月5日	厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部長 堀江 裕 様	平成30年度障害福祉サービス費等報酬改定について(要望)
平成29年7月28日	厚生労働省保険局 局長 鈴木俊彦 様	平成30年度診療報酬改定に関する要望書(お願い) 〈チーム医療推進協議会として提出〉
平成29年8月28日	厚生労働省保険局 局長 鈴木俊彦 様	平成30年度診療報酬改定に関する要望 〈リハビリテーション専門職団体協議会として提出〉
平成29年8月28日	厚生労働省老健局 局長 濱谷浩樹 様	平成30年度介護報酬改定に関する要望 〈リハビリテーション専門職団体協議会として提出〉
平成29年9月16日	厚生労働省保険局 局長 鈴木俊彦 様	平成30年度診療報酬改定に関する要望 〈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29年10月4日	厚生労働省保険局 局長 鈴木俊彦 様	平成30年度診療報酬改定に関する要望
平成29年10月17日	厚生労働省社会・援護局 社会・援護局長 定塚由美子 様 障害保健福祉部長 宮崎雅則 様	平成30年度診療報酬改定に関する要望
平成29年10月25日	厚生労働省老健局 局長 濱谷浩樹 様	平成30年度介護報酬改定に関する要望
平成30年2月19日	厚生労働省保険局 医療課長 迫井正深 様	平成30年度診療報酬改定に関して、作業療法士の職名記載のお願い
平成30年3月5日	厚生労働省医政局医事課 試験免許室 御中	第53回作業療法士国家試験問題について(意見)

2018 年度 要望書・意見書

提出年月日	提出先	要望書・意見書名
平成 31 年 3 月 4 日	厚生労働省医政局医事課 試験免許室 御中	第 54 回作業療法士国家試験問題について（意見）

2019 年度 要望書・意見書

提出年月日	提出先	要望書・意見書名
2019 年 9 月	厚生労働省保険局医療課 御中	令和 2 年度診療報酬改定に関する要望 〈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〉
2019 年 10 月 3 日	厚生労働省保険局 保険局長 濱谷浩樹 様	令和 2 年度診療報酬改定に関する要望 〈チーム医療推進協議会として提出〉
2019 年 10 月 3 日	日本精神科病院協会 会長 山崎 學 様	令和 2 年度診療報酬改定に対する要望の提出について
2019 年 10 月 17 日	厚生労働省保険局 保険局長 濱谷浩樹 様	令和 2 年度診療報酬改定に関する要望 〈リハビリテーション専門職団体協議会として提出〉
2019 年 10 月 31 日	厚生労働省保険局 保険局長 濱谷浩樹 様	令和 2 年度診療報酬改定に対する要望の提出について
2019 年 12 月 23 日	厚生労働大臣 加藤勝信 様	保健事業と介護予防の一体的な実施に関する要望 〈日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会と合同要望〉
2020 年 3 月 2 日	厚生労働省医政局医事課 試験免許室 御中	第 55 回作業療法士国家試験問題について（意見）

2020 年度 要望書・意見書

提出年月日	提出先	要望書・意見書名
2020 年 5 月 27 日	厚生労働省保険局 医療課長 森光敬子 様	新型コロナウイルス感染症の影響による外来リハビリテーション中止に伴う対応について
2020 年 6 月 19 日	厚生労働省医政局 医政局長 吉田 学 様	新型コロナウイルス感染拡大に伴う臨床実習指導者要件の取扱いに関する要望書 〈全国リハビリテーション学校協会、日本理学療法士協会と連名で提出〉
2020 年 7 月	厚生労働省老健局 老人保健課 御中	令和 3 年度介護報酬改定に関する要望 〈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〉
2020 年 7 月 27 日	厚生労働省老健局 局長 大島一博 様	令和 3 年度介護報酬改定に関する要望 〈リハビリテーション専門職団体協議会として提出〉
2020 年 8 月 11 日	厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部長 橋本泰宏 様	令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定について（要望）

(次頁につづく)

2020年11月6日	厚生労働省老健局 局長 土生栄二 様	令和3年度介護報酬改定に関する要望
2020年12月1日	地域包括ケアシステム・介護推進議 員連盟 会長 麻生太郎 様	令和3年度介護報酬改定の大幅プラス改定を求める要 望 ＜地域包括ケアシステム・介護推進団体連絡協議会と して提出＞
2020年12月8日	厚生労働大臣 田村憲久 様	すべての在宅高齢者等が訪問看護ステーションからの サービスを継続して受給できる体制を求める要望書 ＜日本理学療法士協会、日本語聴覚士協会と連名で 提出＞
2021年2月5日	厚生労働大臣 田村憲久 様	精神病床の人員配置に関する要望 ＜精神保健従事者団体懇談会として提出＞
2021年3月2日	厚生労働省医政局医事課 試験免許室 御中	第56回作業療法士国家試験問題について（意見）
2021年3月10日	厚生労働省医政局医事課 試験免許室 御中	作業療法士国家試験受験会場の設定について（要望）

2021年度 要望書・意見書

提出年月日	提出先	要望書・意見書名
2021年9月6日	厚生労働省保険局医療課 御中	令和4年度診療報酬改定に関する要望 ＜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＞
2021年10月27日	厚生労働省保険局 保険局長 濱谷浩樹 様	令和4年度診療報酬改定等に関する要望
2021年10月27日	厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 部長 田原克志 様	令和4年度診療報酬改定等に関する要望
2021年10月29日	厚生労働省保険局 保険局長 濱谷浩樹 様	令和4年度診療報酬改定等に関する要望
2021年11月10日	厚生労働省医政局 医政局長 伊原和人 様	医療職種の処遇改善について（お願い） ＜チーム医療推進協議会として提出＞
2021年12月10日	厚生労働省保険局 保険局長 濱谷浩樹 様	2022年度診療報酬改定に関する要望書（お願い） ＜チーム医療推進協議会として提出＞
2021年12月14日	厚生労働省保険局 保険局長 濱谷浩樹 様	令和4年度診療報酬改定に関する要望 ＜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＞
2022年3月1日	厚生労働省医政局医事課 試験免許室 御中	第57回作業療法士国家試験問題について（意見）

資料 8 協会による表彰と厚生労働省・他団体による表彰

協会による表彰

【名誉会員】(2002 (H14) 年～)

・規定

2002 (H14) 年～

名誉会員の推薦対象は定款第 5 条に基づき次のとおりとする

- (1) 正会員として多年にわたり在籍し、協会長等本会の事業に顕著な功労のあった 70 歳以上の者
- (2) 作業療法の普及または本会の事業の発展に多大の功績のあった学識経験者等

2008 (H20) 年～

法人の事業に顕著な功労のあった者又は学識経験者

名誉会員候補者は、本会の正会員で、次の各号の要件を全て満たす者とする。

- (1) 通算 40 年以上正会員として作業療法業務に携わっており、推薦年度においても本会の正会員であること
- (2) 会長等の本会役員を 10 年以上務めていること
- (3) 本会役員として特筆すべき功績を残していること
- (4) 原則 70 歳以上であること
- (5) 本会の定める会員の処分の種類に関する規程に基づく処分を受けていないこと

・名誉会員一覧

2004 (H16) 年 鈴木明子

2005 (H17) 年 矢谷令子

2009 (H21) 年 澤治子, 須賀善良, 小川恵子, 寺山久美子, 山下治男, 長谷川元

2010 (H22) 年 鎌倉矩子, 花村都, 森山早苗

2012 (H24) 年 鷺田孝保

2013 (H25) 年 宮前珠子, 杉原素子

2016 (H28) 年 佐々木光子, 富岡詔子, 谷合義旦, 福田恵美子, 岩崎テル子

2018 (H30) 年 大丸幸, 生田宗博, 山田孝

2021 (R3) 年 比留間ちづ子

【協会表彰】(1996 (H8) 年～2013 (H25) 年)

・規定

通算 20 年以上正会員として作業療法業務に携わり、本会の発展に顕著な功績を示し、定款 10 条に基づく役員、委員、都道府県士会役員、及び学会長として協会活動経験を合わせて 15 年以上有し、且つ、50 歳以上である者の表彰

・受賞者一覧

1996 (H8) 年 鈴木明子, 矢谷令子, 佐藤馨, 米倉豊子, 山口頼音, 佐々木光子, 松本妙子,

澤治子, 富岡詔子, 大橋博, 大喜多潤, 森下孝夫, 小川恵子, 小寺高綱, 時武治雄, 谷合義旦, 金子翼, 鎌倉矩子, 小島政茂, 古川宏, 松下起士, 宮前珠子, 渡邊孝, 山下治男, 長谷川元, 望月秀郎, 田中節子, 松本悟, 丸谷隆明, 篠田峯子, 野中晴美, 大岡正嗣, 花村都, 佐藤剛, 坪川和夫, 稲崎秀子, 杉原素子, 秋藤一夫

- 1997 (H9) 年 小越信子, 須賀善良, 福田恵美子, 長尾恭代, 深澤孝克, 池ノ谷真里
- 1998 (H10) 年 田川義勝, 小林正利, 佐藤陽子, 石川禎子, 丸屋ちよ子
- 1999 (H11) 年 酒井弘子, 辰巳三代子, 小川惇, 長尾哲男, 梅田弘
- 2000 (H12) 年 市川和子, 生田宗博, 松房利憲
- 2001 (H13) 年 原和子, 大丸幸, 野崎小枝, 近藤敏, 古川昭人, 清宮良昭, 岩崎テル子, 山田孝, 姜石川, 島田克充, 野田美保子
- 2002 (H14) 年 寺山久美子, 森永憲子, 菊池恵美子, 栗原トヨ子, 堀口貞子, 里村恵子, 風間忠道, 及川恵孝, 中川良裕, 本多賢光
- 2003 (H15) 年 福本安甫, 清水一, 鷺田孝保, 丹野きみ子, 中村雄, 島崎進, 藤原茂
- 2004 (H16) 年 吉田隆幸, 千田峰子, 山田良一, 五味陽子, 金城光政, 比留間ちづ子
- 2005 (H17) 年 佐竹勝, 郷田調子, 太田睦美, 宮崎明美, 山本賢一, 寺本直史, 古木実
- 2006 (H18) 年 佐藤章, 小野敏子, 田中洋子, 片岡愛子, 長辻永喜, 東嶋美佐子, 古田恒輔, 上田任克, 中島雪彦, 大橋秀行, 早川昭, 岩瀬義昭
- 2007 (H19) 年 服部雅典, 藤田亘, 羽床友宏, 河本玲子, 今寺忠造, 日垣一男, 高田美由紀, 渡辺邦夫
- 2008 (H20) 年 設楽美紀, 石元美知子, 根本哲廣, 木村伊津子, 甲斐雅子, 大西和孝, 坂口辰伸, 坂口哲男, 小市健二
- 2009 (H21) 年 浅沼辰志, 辛島千恵子, 大嶋孝司, 内田史規, 小川三佳子, 樋浦功, 種村留美, 平賀昭信, 浅田二郎, 山根寛, 大瀧俊夫,
- 2010 (H22) 年 間牧子, 田中勇次郎, 明田繁, 花倉敏文, 矢島通広, 志井田太一, 佐田剛, 木之瀬隆, 香山明美, 小山内隆生, 藤末ふくみ, 徳永千尋, 守口恭子, 石川隆志, 永田穰, 湯浅孝男
- 2011 (H23) 年 早川宏子, 澤田雄二, 谷口英治, 伊藤直子, 福山英明, 藤田龍一, 鶴見隆彦, 石川千春, 長崎重信, 田村修二, 川野辺弘子, 浅野有子, 中川等史, 加藤敏一, 鈴木孝治, 本地光弘, 繁野玖美, 千島亮, 陣内大輔, 松本太蔵
- 2012 (H24) 年 大西籠子, 田辺美樹子, 酒井ひとみ, 倉富眞, 井上英治, 古志康則, 村井千賀, 池ヶ谷博英, 長倉寿子, 内山正視, 泉靖司, 佐藤善久, 吉野実, 安本大樹, 柴田克之, 三澤一登, 熊谷範夫, 宮川豊, 池之上卓治, 北野満, 小林正義, 小笠原誠
- 2013 (H25) 年 黒木徹, 福井由香里, 徳井鉄雄, 慶徳民夫, 美和千尋, 藤井浩美, 青木久美子, 田山智子, 豊島宇茂, 白山義洋, 長岡進一, 林敦美, 松木信, 岩間孝暢, 寺田佳世, 岡本武己, 鷹背悦子, 渡邊雅行, 山崎孝文, 長尾徹, 西川拡志,

達増浩幸，島崎一也，松田均，秋山恭延，田村竜也，座小田孝安，細川康紀，
谷川正浩，原口健三，竹中祐二，大田登志樹，中川昇，関一彦

【功勞表彰】（1996（H8）年～2014（H26）年）

・規定

通算 25 年以上正会員として作業療法業務に携わり，作業療法の発展，職能向上に功勞があり，他の会員の模範となる者で，将来も継続してその業務を遂行し得る者の表彰

・受賞者一覧

- 1996（H8）年 松葉正子，川合輝子，内村静子，石崎麻子，古川敏，古角誠敏，安留信夫，石田司，嶋田豊彦，青木敏行，衣川満哉，広重靖，西崎吉政，米永まち子，竹沢京子，安井和子，小林夏子，沼沢禮子，前田守，太田勝代，福島健和，鈴木ふみ代，池田俊雄，池上敬一郎，大山連造，浦部豊
- 1997（H9）年 花岡寿満子，高橋長子，山内義雄，坪田貞子，及川征海，佐藤ヨシイ，田上松雄，安岡健作，窪田正伸，土岐玲子
- 1998（H10）年 平松サナ枝，山崎郁子，長久勤，関京子，田中三雄
- 1999（H11）年 行定礼子，山田貞雄，大橋悟郎，松峯愛，田村良子，坪田常子，佐々木久美子，高橋知恵子，中江ツユ子
- 2000（H12）年 中村美智子，田中文男，森島まりゑ，高橋富男，三宅久子，松田美穂，岡村宮子，土岩美幸，徳江昭午，椎名喜美子，吉田良子，櫻村典子，吉森秀一，原田了介，松岡仁
- 2001（H13）年 丸山純子，前田洋子，廣澤美佐子，片井良江，菅原洋子，多田加代子，一ノ瀬静子，森田早紀子，唐澤一男，三木慶子，重田三恵子，山脇茂美，澤田由井子，千田敏
- 2002（H14）年 奥村チカ子，工藤朋子，中山修，中村伴子，澤俊二
- 2003（H15）年 大岩文子，野淵美紀子，中川万里子，徳永麗子，柏木正好，渡辺直美，大塚信行，隆島美智子，林克樹
- 2004（H16）年 内藤清，宮崎和子，越智静代，吉村幸子，吉田みよ子，向坊照子，飯塚恵津子，若山茂美，深川明世，山下協子，寺田浩彰
- 2005（H17）年 木俣祐子，平野寛子，山崎一朗，工藤佳子，早川俊秀，幸福圭子，戸田かつ子，松平洋子，畠山富子，西村真喜子
- 2006（H18）年 吉見契子，三田幸恵，石上正志，下村芳美，野田景子，谷口裕，町田由美子，田内広子，鶴見香，有賀喜代子，星一三，中澤律子，澤木佳子，宮内順子，吉本美紀子，山崎郁代，
- 2007（H19）年 西島邦子，白山千澄，竹内節子，成光瑞恵，中川昌子，中路純子，日野邦裕，小林貴代，川崎加代，橋本正弘，嶺千秋，勝木弘美，銀山章代，北泊あけみ，辻薫，高野哲雄，進藤浩美，津場郁子

- 2008 (H20) 年 目良幸子, 工藤正春, 待井恵理子, 井上美代子, 古野優子, 目野昭治, 川上千鶴子, 小田原悦子, 中森隆夫, 対馬祥子, 棚澤直美, 山田喜栄子, 佐藤真一
- 2009 (H21) 年 若松かやの, 倉賀野芳史, 井上桂子, 星克司, 山中恵美, 木村利和, 本村智子, 橋本禎子, 畠中佳代子, 渡辺みゆき, 川邊利子, 高野珠栄子, 辰巳良明, 高橋智宏, 斎藤隆子, 中原留美子, 宮崎忠, 原沢祐子, 藤田しのぶ, 辻郁, 浅生弘美, 小西紀一, 高岡厚視, 福井信佳, 立石修康
- 2010 (H22) 年 海野順子, 米本絹子, 森田千晶, 古野信宏, 杉本由美子, 尼寺謙仁, 升田弓子, 保里衆子, 白石規幸, 中山広宣, 吉田和子, 鈴木三央, 山崎京子, 西川京子, 埜崎都代子, 渡辺啓子, 祐野修, 森勝彦, 藤田健次, 齊藤彰, 若佐谷祥子, 津田勇人, 広野弘美, 経塚静代
- 2011 (H23) 年 開沼直子, 秋田督子, 久保田久仁子, 作田清子, 根本路子, 真木豊美, 神作一実, 中村尚美, 梅村文子, 遠藤美帆, 南谷祐子, 植山ひとみ, 香西加朱, 山下俊悟, 大石則子, 上田卓司, 笹尾恭子, 杉山いずみ, 鎌田樹寛, 野村寿子, 浅野裕加子, 宮本恵津子, 安孫子富美代, 菅井京子, 寺村京子, 大野英子, 山口芳文, 松井直美
- 2012 (H24) 年 福本英子, 平原由之, 豊島文江, 宮本智次, 近藤知子, 杉山篤代, 豊島真弓, 村上公照, 横地光子, 土田敏子, 渡辺ひろみ, 出田めぐみ, 村木敏明, 平松洋子, 森欣一, 松尾浩幸, 早野和之, 中村佳奈, 高橋栄子, 馬屋原学, 山本義徳, 高田尚美, 大西美智枝, 城下絵里香, 立山清美, 原京子, 谷口順子, 坂之上豊子, 砂原伸行, 岩崎清隆
- 2013 (H25) 年 山田瑞子, 中嶋富美子, 松尾道子, 中村一姫, 山田洋子, 渡邊千鶴子, 永井みどり, 本山悦子, 金子玲子, 小沢節子, 安福ひとみ, 山内邦夫, 藤井信好, 瀧美奈子, 小笠原紀子, 持田祐二郎, 川上恵美, 浅野文博, 野田和恵, 高井京子, 加藤智也, 村田雄二, 石井孝弘, 廣重政之, 三浦美紀, 本江裕治, 栗岡肇, 元起美由紀, 池澤直行, 福井幸恵, 近藤珠代, 本多ふく代, 俵あゆみ, 高橋美幸, 佐々木香織, 田部井貴久枝, 中川和子, 藤田由美子, 高容康, 浜辺由美子, 池埜弥生, 澤田麻里, 西出義明, 吉岡美和, 草賀謹吾, 谷隆博, 藤村三穂, 貫井信幸
- 2014 (H26) 年 手島雅敏, 伊藤誠一

【会長表彰】（2014（H26）年～）

・規定

2014（H26）年～

長年に亘る協会活動への従事を通して本会の事業に多大な貢献をした者の表彰
会長表彰候補者の推薦基準は、次の各号の条件を全て満たすこととする。

- (1) 通算 25 年以上正会員として作業療法業務に携わっており、推薦年度においても本会の正会員であること
- (2) 定款第 24 条に基づく役員、定款施行規則第 25 条及び第 26 条に基づく部長・室長・局長・委員長等、日本作業療法学会長、WFOT 代表及び代理等として協会活動に通算 15 年以上従事していること
- (3) 58 歳以上であること
- (4) 過去に本会の表彰を受けていないこと
- (5) 本会の定める会員の処分の種類に関する規程に基づく処分を受けていないこと

2021（R3）年～

長年に亘る協会活動への従事を通して本会の事業に多大な貢献をした者の表彰
会長表彰候補者の推薦基準は、次の各号の条件を全て満たすこととする。

- (1) 通算 25 年以上正会員として作業療法業務に携わっており、推薦年度においても本会の正会員であること
- (2) 定款第 24 条に基づく役員、定款施行規則第 28 条及び第 29 条に基づく部長・室長・局長・委員長等、日本作業療法学会長、WFOT 代表及び代理等として協会活動に通算 15 年以上従事していること
- (3) 58 歳以上であること
- (4) 過去に本会の協会表彰及び功労表彰を受けていないこと
- (5) 本会の定める会員の処分の種類に関する規程に基づく処分を受けていないこと

・受賞者一覧

2014（H26）年 浅井憲義

2017（H29）年 木村信子

【特別表彰】(2014 (H26) 年～)

・規定

前号に該当しない正会員，賛助会員，本会職員，その他の関係者で本会の発展に著しく寄与した者の表彰

特別表彰候補者の推薦基準は，次の各号の条件を全て満たすこととする。なお，候補者の年齢並びに本会における在籍年数は問わないこととする。

(1) 本会の正会員，賛助会員，本会職員，その他の関係者であって，次のイ～チのいずれかにおいて顕著な功績又は模範として推薦に値する業績があること

- イ 協会運営
- ロ 福祉・医療・保健衛生
- ハ 教育・後進の育成
- ニ 技術の発達
- ホ 行政や関連団体における参画と協業
- ヘ 国際交流・国際貢献
- ト 作業療法の普及・振興・広報
- チ そのほか特に顕著な功労

(2) 正会員の場合は，推薦年度においても本会の正会員であって，本会の定める会員の処分の種類に関する規程に基づく処分を受けていないこと

・受賞者一覧

- 2014 (H26) 年 高畑進一，中村義雄，川本愛一郎
- 2016 (H28) 年 渡邊慎一
- 2017 (H29) 年 東嶋美佐子，鶴見隆彦
- 2018 (H30) 年 土田玲子，杉本由美子
- 2020 (R2) 年 種村留美
- 2021 (R3) 年 柴田八衣子

厚生労働省，他団体による表彰

【叙勲】

- 2021 (R3) 年 寺山久美子 春-旭日小綬章
杉原素子 秋-旭日小綬章

【厚生労働大臣表彰】

- 1986 (S61) 年 鈴木明子，矢谷令子，米倉豊子，山口鞆音，松本妙子，澤治子，大橋博，森下孝夫，時武治雄，小島政茂，山下治男，長谷川元，辰巳三代子
- 1995 (H7) 年 佐藤馨，富岡詔子，大喜多潤，小川恵子，鎌倉矩子，古川宏，寺山久美子，花

村都，佐藤剛，稲崎秀子

2005 (H17) 年 生田宗博，長尾哲男，杉原素子，古川昭人，片岡愛子，中村春基，比留間ちづ子

2016 (H28) 年 谷合義旦，大丸幸，小林夏子，小川惇，田村良子，長辻永喜，木村伊津子，上田任克，五味陽子，樋浦功，大内俊奉，野田美保子，山根寛，早川昭，寺本直史，香山明美，岩瀬義昭，馬場孝，三澤一登，本地光弘，中村茂美，長尾徹，陣内大輔，達増浩幸，永田穰，山本伸一

【日本義肢装具学会 飯田賞奨励賞】

1989 (H1) 年 古川宏

2008 (H20) 年 坪田貞子

1991 (H3) 年 原和子

2009 (H21) 年 福井信佳

1993 (H5) 年 谷合義旦

2011 (H23) 年 浅井憲義

1995 (H7) 年 松田美穂

2013 (H25) 年 大庭潤平

1999 (H11) 年 木之瀬隆

2014 (H26) 年 清水順市

2002 (H14) 年 中村春基

2016 (H28) 年 溝部二十四

2005 (H17) 年 森田千晶

2018 (H30) 年 妹尾勝利

2007 (H19) 年 柴田八衣子

資料 9 他組織・団体等の協会代表委員会名簿

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
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	1					
	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	1	1	1	1		
	医道審議会理学療法士作業療法士分科会	臨時委員	2	2	2	2	2	1
	医療従事者の需給に関する検討会理学療法士・作業療法士需給分科会	構成員	2	1	1	1	1	1
	科学的裏付けに基づく介護に係る検討会	構成員			1			
	介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会	構成員						1
	介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会	構成員		1	1		1	
	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	1	1	1	1	1	1
	在宅医療推進全国ネットワーク	構成員	1	1	1	1	1	
	身体障害者補助犬の訓練及び認定等の在り方検討会	構成員				1	1	
	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援・調査業務一式の調達に係る事業評価委員会	委員				1	1	
	中央社会保険医療協議会	専門委員						1
	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究	委員						1
	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究一式	委員					1	
	要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会	構成員				1	1	
	理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会	構成員		1				
	精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援調査業務一式の調達に係る事業評価委員会	構成員		1	1			
社会保障審議会統計分科会「生活機能分類専門委員会普及推進検討WG」	委員				1	1		
文部科学省	課題解決型高度医療人材養成プログラムにおけるペーパーレフェリー	委員			1			
	課題解決型高度医療人材養成推進委員会	専門委員					1	
	通級による指導のガイドの作成に関する検討会議	委員			1	1		
滋賀県健康医療福祉部	令和3年度地域保健総合推進事業「自治体における新型コロナウイルス感染症対策に関する調査研究」	事業協力者						1
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	1					
JANNET（障害分野NGO連絡会）	JANNET 役員，研修研究委員会	代理					1	
		役員・委員				1	1	
		JANNET 役員，広報啓発委員会	幹事・委員					
PwCコンサルティング合同会社	令和3年度老人保健健康増進等事業分「介護現場での自立支援促進に資するマニュアル作成事業」好事例集作成ワーキンググループ	委員						1
アジア生活リハビリ研修センター構想推進研究会		委員		1	1			

団体名	委員会名	役職	年度						
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	
エム・アール・アイリサーチアソシエーツ株式会社	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業	委員							1
チーム医療推進協議会		監事	1						
		代議員	1	1	1	1	1	1	
		代表							1
		第二代議員			1				
		副代表		1	1	1	1		
		補欠代議員				2	2	2	
		理事					1	1	
みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社	令和3年度老人保健健康増進等事業分「生活期リハビリテーションにおける適切なアウトカムの評価のあり方に関する調査研究事業」	委員							1
リハビリテーション専門職団体協議会		委員			3	5	7	4	
		代表			1	1	1	1	
一般財団法人ヘルスケア人材育成協会		理事	1	1	1				
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	2	2	2	2	2	2	2
	リンパ浮腫研修	運営委員	2	2	2	2	2	2	2
	新リンパ浮腫研修における修了試験作成ワーキング	委員			1				
一般財団法人在宅ケアもの・こと・思い研究所	H30 工業標準化推進事業「在宅ヘルスケア製品等の標準化委員会」	委員			1				
	H30 工業標準化推進事業「在宅ヘルスケア製品等の標準化部会」	委員			1				
	在宅ヘルスケア製品等の標準化部会	委員					1	1	
	設立準備会	理事	1						
	倫理審査委員会	委員			3				
		理事		1	1	1	1	1	1
	産業標準化推進事業「在宅ヘルスケア製品等の標準化部会」	委員				1			
一般財団法人日本交通安全教育普及協会	内閣府「令和3年度高齢者の交通安全対策に関する調査」体操プログラム作成								2
一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団		常務理事			1	1	1	1	
		評議員	2	2	2	2	2	2	
		理事			3	3	3	3	

(次頁につづく)

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
一般社団法人 シルバーサー ビス振興会	H28 年度社会福祉推進事業「技能実習制度に介護分野を追加する際の技能評価システムのあり方に関する調査研究事業」評価基準検討ワーキンググループ	委員	1					
	H29 年度老人保健健康増進等事業「住宅改修に係る専門職のあり方に関する調査研究事業」検討委員会	委員		1				
	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	1	1	1	1	1	1
一般社団法人 リハビリテー ション教育評 価機構		理事	3	3	3	3	3	3
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	1	1	1	1	1	1
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	1	1	1	1	1	1
一般社団法人 人とまちづく り研究所	H30 年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業における社会参加活動の適切な実施と効果の検証に関する調査研究事業」	委員			1			
	老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所等における社会参加活動の適切な実施と効果の検証に関する調査研究事業」	委員				1		
一般社団法人 全国リハビリ テーション学 校協会		理事	1	2	1	1	1	1
一般社団法人 全国介護事業 者連盟	令和3 年度老人保健健康増進等事業分「在宅生活継続にあたり通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護が果たす役割に関する調査研究事業」	委員						1
一般社団法人 全国福祉用具 専門相談員協 会	H29 年度老人保健健康増進等事業「福祉用具の適切な貸与に関する普及啓発事業検討委員会」	委員		1				
	H30 年度老人保健健康増進等事業「福祉用具の提供に係る必要な専門性等に関する調査研究事業」	委員			1			
	老人保健健康増進等事業「安心できる住環境の確保に向けた他職種連携の在り方に関する調査研究事業」	委員				1		
		理事	1	1	1	1	1	1
	福祉用具専門相談員の適性配置に関わる養成モデル事業検討委員会	委員	1	1	1			
一般社団法人 全日本指定自 動車教習所協 会連合会	教習所職員のための高次脳機能障害者への対応マニュアル作成ワーキング	委員				1		

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
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	1	1	1	1	1	1
一般社団法人 日本がんサ ポートケア学 会	リンパ浮腫部会	委員	2					
一般社団法人 日本リハビリ テーション工 学協会	福祉機器コンテスト 2021 選考会	オブザーバー						1
一般社団法人 日本リハビリ テーション病 院・施設協会	広報委員会	委員			1	1	1	1
	障害児・者支援検討委員会	委員	1	1	1	1	1	1
	地域リハビリテーション体制の活動マニュアル等 作成事業	委員					1	
	地域リハビリテーション体制推進に向けた実態調 査事業検討委員会	委員						1
	令和3年度老人保健健康増進等事業分「地域リハ ビリテーション体制推進に向けた実態調査事業」	委員						1
		理事	1	1	1	1	1	1
	H30年度老人保健健康増進等事業「地域におけるリ ハビリテーションの活用促進を目指した調査研究」	委員			1			
一般社団法人 日本リンパ浮 腫学会		理事					1	
一般社団法人 日本介護支援 専門員協会	H29年度老人保健健康増進等事業「ケアプランへ の訪問介護の生活援助を位置付ける際の調査研究 事業」	委員		1				
一般社団法人 日本健康・栄 養システム学 会	H30 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「リ ハビリテーションを行う通所事業における栄養管 理のあり方に関する調査研究事業」	委員			1			
	老人保健健康増進等事業「リハビリテーションを 行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する 調査研究事業」	委員				1		
一般社団法人 日本災害リハ ビリテーショ ン支援協会	研修委員会	委員					1	
	広報委員会	委員					1	
		レジリエン ス担当					1	
		理事					2	
一般社団法人 日本神経精神 薬理学会	統合失調症薬物治療ガイドラインスクフォース委 員会	委員	1	1	1			

(次頁につづく)

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
一般社団法人 日本精神科看護協会	就労支援フォーラム NIPPON2016 実行委員会	運営委員	1					
	就労支援フォーラム NIPPON2017 実行委員会	運営委員		1				
	就労支援フォーラム実行委員会	運営委員			1	1		
一般社団法人 日本発達障害ネットワーク	多職種連携委員会	委員					2	2
		代議員	1	1	1	1	1	1
		副理事長	1	1	1	1	1	1
一般社団法人 日本福祉用具供給協会	H30 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「福祉用具及び住宅改修に関するエビデンス構築に向けた研究事業」	委員			1			
		外部理事	1	1	1	1	1	
		理事						1
	H29 年度老人保健健康増進等事業「福祉用具の利用に関する効果研究事業」検討委員会	委員		1				
一般社団法人 日本福祉用具評価センター	福祉用具貸与品のメンテナンス工程に関する一般要求事項（制定）原案作成委員会	委員				1	1	1
	平成 29 年度経済産業省高機能 JIS 等整備事業「安全・安心な社会形成に資する JIS 開発」について	委員		1				
一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会		監事	1	1	1	1	1	1
一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構	研修認証委員会	委員	1					
	研修認証審査委員会	委員			1	1	1	1
一般社団法人 福祉用具活用相談センター		顧問		1	1			
沖縄産学官協 同人財育成円卓会議	地域の子どもを支援するインクルーシブ教育推進人材育成の育成分野	アドバイザー				1	1	
下肢慢性創傷 の予防・リハビリテーション 研究会		世話人		2	2	2	2	2
		副代表		1	1	1	1	1
株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所	介護ロボットの普及促進に資する啓発イベントの実施モデル事業	委員			1			
	介護予防・高齢者生活支援分野に関する表彰事業（健康寿命をのばそう！アワード）一式に関わる評価委員会	委員				1		
	厚生労働省「介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム事業」ニューズ・シーズマッチング委員会	委員						1
	厚生労働省「介護現場におけるテクノロジーの実態調査研究事業」	構成員						1
	内閣官房健康・医療戦略室調査事業「アジア健康構想」実現に向けた介護・ヘルスケア産業の国際展開等に関する調査	構成員						1

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
株式会社リベルタスコンサルティング	介護予防・高齢者生活支援分野に関する表彰事業 (健康寿命をのばそう！アワード)	評価委員			1			
株式会社国際社会経済研究所	ケアプランの作成支援での AI 学習が難しいテキスト記述データの構造化等に関する調査研究	委員			1			
	H29 年度老人保健健康増進等事業「ホワイトボックス型人工知能 AI を活用した自立支援に資するケアプラン提案の試行的な取組に関する調査研究」	委員		1				
	老人保健健康増進等事業「ケアプランの作成支援での AI 学習が難しいテキスト記述データの構造化等に関する調査研究」	委員				1		
	厚生労働省老人保健健康増進等事業「ホワイトボックス型 AI を活用したケアプランの社会実装に係る調査研究」	委員					1	
	ホワイトボックス型 AI を活用したケアプランの社会実装に係る調査研究	WG1 委員						1
株式会社三菱総合研究所	介護ロボットの評価指標に関する調査研究事業検討委員会	委員				1		
	平成 29 年度厚生労働省受託介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業	委員		1				
	平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」	委員				1		
	令和 3 年度老人保健健康増進等事業分「介護保険の福祉用具における効果的なサービス提供に関する調査研究事業」	委員						1
	令和年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」	委員					1	
	老人保健健康増進等事業「要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の指標開発研究事業に対する検討委員会」	委員				1		
株式会社日本総合研究所	「介護支援専門員研修等オンライン化等普及事業」ワーキンググループ	委員					1	
	令和 3 年度老人保健健康増進等事業分「介護現場における適切なシーティングの実施に係る事例及び研修に関する調査研究事業」	委員						1
	令和 3 年度老人保健健康増進等事業分「介護支援専門員の資質向上に資する研修等のあり方に関する調査研究事業」	委員						1
株式会社富士通総研	内閣府高齢者の交通安全対策に関する調査」における意見交換会	委員						1

(次頁につづく)

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
公益財団法人 テクノエイド 協会	H30 年度福祉機器開発普及等事業「自助具の普及啓発事業検討委員会」	委員			1			
	ISO/TC173/SC 委員会	委員	1	1	1	1	1	1
	R2 年度福祉機器開発普及等事業 3D プリンターを活用して製作する自助具情報の在り方に関する研究	委員					1	
	障害者自立支援機器等開発促進事業	審査委員	1	1				
		評議員	1	1	1	1	1	1
公益財団法人 医療研修推進 財団		評議員	1	1	1	1	1	1
公益財団法人 国際医療技術 交流財団	災害医療研修委員会	委員		1				
	災害医療研修準備委員会	委員	1					
		評議員	1	1	1	1	1	1
公益財団法人 日本リウマチ 財団	リウマチ専門職委員会	委員		1	1			
公益財団法人 日本財団	就労支援フォーラム NIPPON	委員					2	
		協働企画団体						2
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	1					
		理事		1	1	1	1	1
公益財団法人 日本訪問看護 財団		評議員	1	1	1	1	1	1
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	1					
公益社団法人 日本リハビリ テーション医 学会	診療ガイドライン委員会感染対策指針（COVID-19 含む）策定委員会	協力委員					1	
	診療ガイドライン委員会感染対策指針策定委員会	協力委員						1
	ガイドライン策定委員会	委員	2					
	リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン策定委員会	協力委員		2	2			
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		1				
公益社団法人 日本義肢装具 士協会	義肢装具士業務指針改定ワーキンググループ	委員				1	1	1
公益社団法人 日本精神神経 学会	多職種連携委員会	委員	1	1	1	1	1	1
	地域ケアにおける自立支援にあり方検討委員会	委員						1
	慢性療養者の医療・支援のあり方検討委員会	委員						1

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
公益社団法人 日本精神保健 福祉士協会	H30 年度障害者政策総合研究事業「精神障害にも 対応した地域包括ケアシステムの構築及び地域共 生社会の実現に向けた精神保健福祉士の役割の明 確化と養成・人材育成の在り方等に関する調査」に おける企画検討会議へのご派遣について(お願い)」	構成員			1			
	障害者総合福祉推進事業「精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの構築及び地域共生社会の 実現に向けた精神保健福祉士の資質向上の在り方 等に関する調査」における企画検討会議	構成員				1		
	令和3年度障害者総合福祉推進事業「退院後生活 環境相談員の業務と退院支援委員会の開催等の実 態に関する全国調査」	構成員						1
公益社団法人 日本精神保健 福祉連盟	精神障害者スポーツ推進委員会	委員				1	1	1
公益社団法人 日本脳卒中協 会		理事	1	1	1	1	1	1
公立大学法人 埼玉県立大学	H30 年度老人保健健康増進等事業「訪問・通所リ ハビリテーションのデータ収集システムの活用に関 する調査研究事業」	委員			1			
国際義肢装具 協会 (ISPO) 神戸国際大会 日本組織委員 会	プログラム委員会	委員	1	1	1			
国立研究開発 法人科学技術 振興機構	「戦略的イノベーション創出推進プログラム」研究 開発テーマ「高齢社会を豊かにする科学・技術・ システムの創成」テーマ事後評価	評価委員				1	1	1
	研究成果展開事業「戦略的イノベーション創出推 進プログラム」研究開発テーマ「高齢社会を豊か にする化学・技術・システムの創成」テーマ中間 評価	評価委員		1	1			
国立精神・神 経医療研究セ ンター	精神疾患レジストリの構築・統合により新たな診 断・治療法を開発するための研究	研究協力者			1	1	1	
社会福祉法人 千葉県身体障 害者福祉事業 団	H30 厚生労働者「障害者自立支援機器等開発促進 事業」	審査委員			1			
	H30 障害者総合福祉推進事業自立支援（機能訓練、 生活訓練）の実態把握に関する調査研究	委員			1			
社会福祉法人 日本介助犬協 会		評議員	1	1	1			
精神保健従事 者団体懇談会		委員					1	1
		幹事	1	1	1	1		

(次頁につづく)

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
全国リハビリテーション医療関連団体協議会	リハ・サミット実行委員会	委員	1					
	会長会議	委員	1	1	1	1	1	1
	報酬対策委員会	委員	2	3	3	2	2	2
全国訪問看護事業協会	精神科訪問看護推進委員会	委員	1	1	1			
	全国訪問看護事業協会・精神科訪問看護推進委員会	委員				1		
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会	研修委員会	委員	2	1	1	1		
	広報委員会	委員	1	1	1	1		
		事務局長		1	1	1		
		レジリエンス担当		1	1	1		
長崎大学	R2 年度障害者総合福祉推進事業「発達障害者の感覚・運動の問題への福祉・医療施設における対応に関する研究」	共同研究者					1	
東海大学医学部看護学科	H30 年度障害者政策総合研究事業「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究－チームによる地域ケア体制研究」	委員			1			
独立行政法人国際協力機構	青年海外協力隊	技術専門員	1	1	1	1	1	1
日本ニューロリハビリテーション学会		理事	1	1	1	1	1	1
日本安全運転・医療研究会	学会化準備委員会	委員				1	1	1
日本災害支援リハビリテーション支援協会	研修委員会	委員						1
	広報委員会	委員						1
		レジリエンス担当						1
		理事						1
日本障害者協議会		協議員	1				1	1
		理事	1	1	1	1	1	1
日本地域包括ケア学会	JANNET 役員, 広報啓発委員会	評議員				1	1	1
日本脳卒中医療ケア従事者連合会		理事						1
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社	H30 年度老人保健健康増進等事業「通所介護における平成 30 年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業」	委員			1			
	厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所介護における人材活用等の実態把握に関する調査研究事業」	委員					1	
	厚生労働省保健局医療課委託事業「平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 29 年度調査)」	委員		1				
	H29 年度老人保健健康増進等事業「通所介護に関する調査研究事業」	委員		1				

団体名	委員会名	役職	年度					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
公益社団法人 国際化粧療法 協会		理事				1	1	1
一般社団法人 日本化粧療法 医学会		理事				1	1	1
日本うつ病学 会	うつ病治療ガイドライン－精神科作業療法	作成協力者		2				

資料 10 作業療法関係年表 (2016～2021 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
2016 (H28)	<p>熊本地震災害支援</p> <p>女性会員の協会活動参画を促進するための取り組み開始</p> <p>台風第 10 号災害支援</p> <p>協会設立 50 周年記念式典・祝賀会を挙行</p> <p>次期コンピュータシステム構築に向けて始動</p>	<p>理学療法士・作業療法士需給分科会 (第 1 回, 第 2 回)</p> <p>ニッポン一億総活躍プランの発表</p>	<p>熊本地震</p> <p>英国国民投票で EU 離脱派勝利</p> <p>相模原障害者施設殺傷事件</p> <p>平成 28 年台風第 10 号</p> <p>米国大統領選でトランプ勝利</p>
2017 (H29)	<p>協会設立 50 周年関連事業が全国の各士会で取り組まれる</p> <p>平成 30 年度診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に向けての取り組み</p> <p>理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則等の改正に向けての検討</p> <p>協会の組織率向上に向けての取り組み</p> <p>第 4 回東アジア交流会の開催</p> <p>作業療法臨床実習指針 (2018), 作業療法臨床実習の手引き (2018) 完成</p>	<p>「地域共生社会」の実現に向けて (当面の改革工程) の発表</p> <p>前年生まれの子どものが 97 万人余と判明</p> <p>公認心理師法の施行</p>	<p>森友学園問題, 加計学園問題</p> <p>衆院選で自民圧勝, 立民健闘, 希望の党失速</p>
2018 (H30)	<p>第三次作業療法 5 ヶ年戦略を公表</p> <p>新しい「作業療法の定義」を総会で承認</p> <p>京都サテライト事務所の閉鎖</p> <p>7 月豪雨災害支援</p> <p>介護ロボットニーズ・シーズ連携協調協議会設置事業を受託 (2019 年度も継続)</p> <p>第 17 回 WFOT 大会 (南アフリカ) 開催</p> <p>協会組織体制に関する検討開始</p>	<p>理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則および指導ガイドラインの改正</p> <p>働き方改革関連法成立</p> <p>ギャンブル等依存症対策基本法成立</p> <p>脳卒中・循環器病対策基本法成立</p>	<p>米朝初の首脳会談</p> <p>平成 30 年 7 月豪雨</p> <p>北海道胆振東部地震</p>

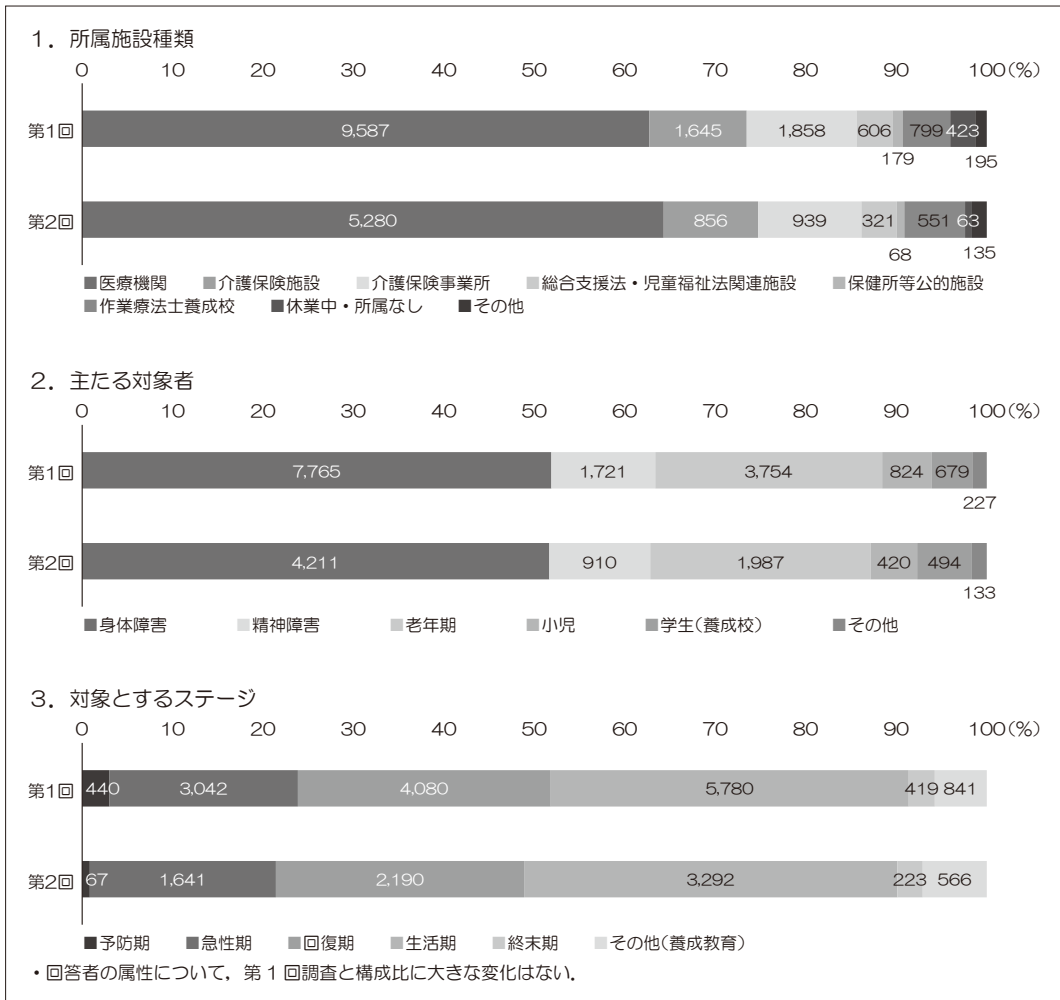
年	日本作業療法士協会・作業療法関連	関連する法制度とできごと	社会のできごと
2019 (H31) (R1)	厚生労働省指定臨床実習指導者講習会の開催開始 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方の提示の検討, 検討委員会の設置	医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律(高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等) 成立(5月) 障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律成立(6月) 理学療法士・作業療法士需給分科会(第3回)	5月1日より令和に ラグビー W 杯日本大会開幕 消費税率 10%に COVID-19 発生
2020 (R2)	COVID-19 の影響により, 社員総会・各種会議, 研修会・学会がオンライン開催に移行, 事務局業務もテレワークが中心に(2021年も継続) 多発する多様な倫理問題の適切な処理と取扱い組織等に関する検討委員会の設置 COVID-19 に関する会員調査の実施		COVID-19 パンデミックに緊急事態宣言の発令 東京オリンピック・パラリンピックの延期
2021 (R3)	会員数 60,000 人を超える 生活環境支援推進室, MTDLP 室を設置 協会推薦による初めての叙勲	障害者差別解消法改正 医療的ケア児支援法成立 医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」の発出	COVID-19 ワクチン接種開始 東京オリンピック・パラリンピックが無観客で開催 COVID-19 デルタ株・オミクロン株の流行

資料 11 第 1 回・第 2 回 COVID-19 に関する会員調査

COVID-19 に関する第 1 回・第 2 回 日本作業療法士協会 会員調査結果概要 (抜粋)

(全結果はホームページを参照)

・回答者属性



・回答者の状況

1. 自身の感染について

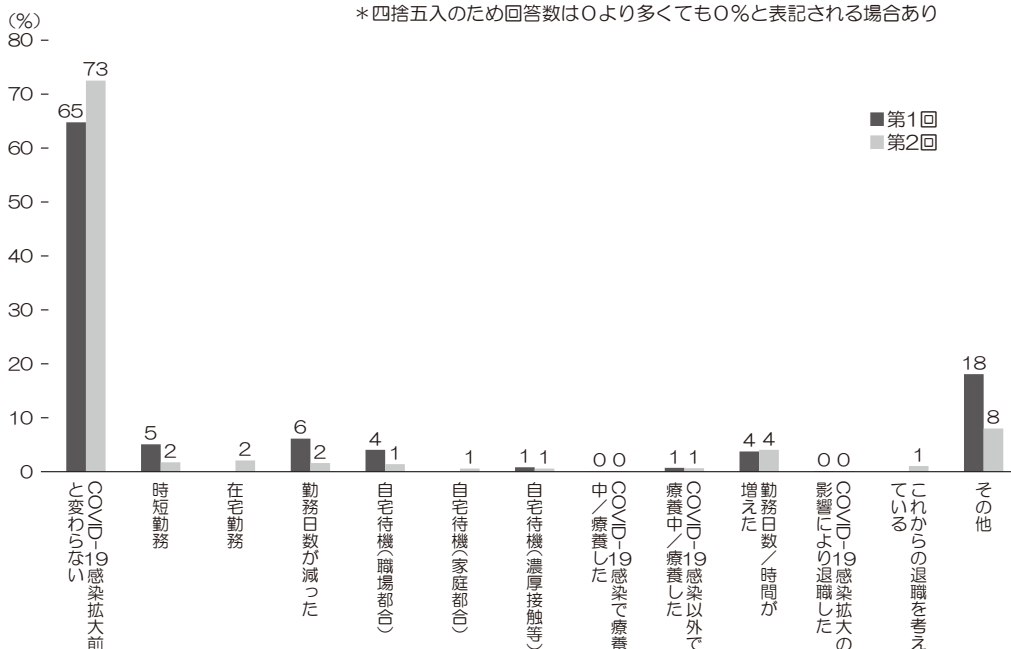
	第1回 回答数 (%)	第2回 回答数 (%)
症状なし：濃厚接触なし	14,514 (95)	7,475 (91)
症状なし：濃厚接触あり，PCR 検査-未実施	118 (1)	37 (0)
症状なし：濃厚接触あり，PCR 検査-陰性	68 (0)	109 (1)
症状なし：濃厚接触あり，PCR 検査-陽性	3 (0)	1 (0)
症状なし：濃厚接触なし，PCR 検査-陰性	—	192 (2)
症状なし：濃厚接触なし，PCR 検査-陽性	—	2 (0)
症状あり：PCR 検査-陰性	27 (0)	46 (1)
症状あり：PCR 検査-陽性	4 (0)	8 (0)
その他（具体的にお書きください）	105 (1)	23 (0)

参考：陽性の場合の感染場所

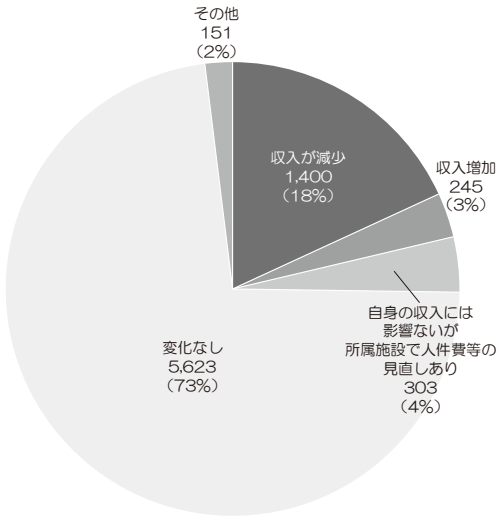
職場（勤務先）	35
家庭内	5
その他（不明含む）	14

2. 仕事をする上での影響

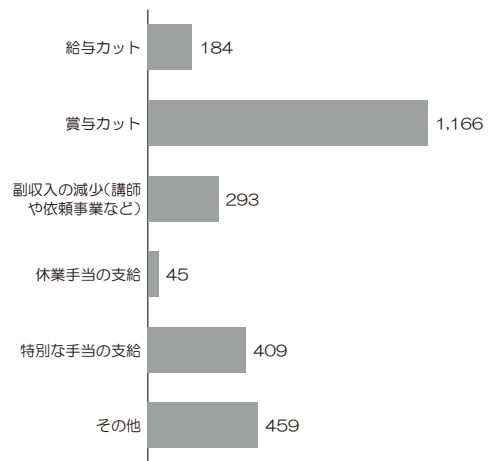
*%は第1回，第2回調査の全回答数を100%としたときの割合
*四捨五入のため回答数は0より多くても0%と表記される場合あり



3. 経済面への影響

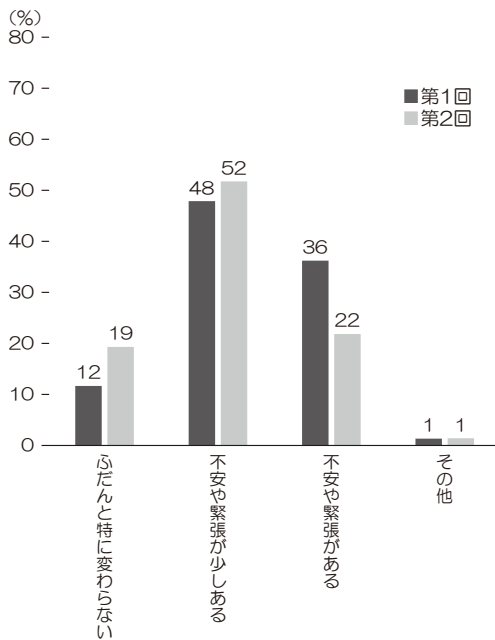


増減の理由 *複数回答

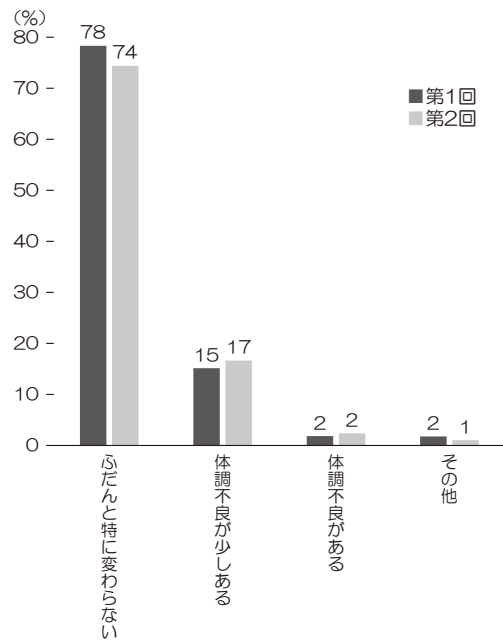


・その他は「現在まで影響ないが冬季賞与はカットの可能性あり」との回答が多かった

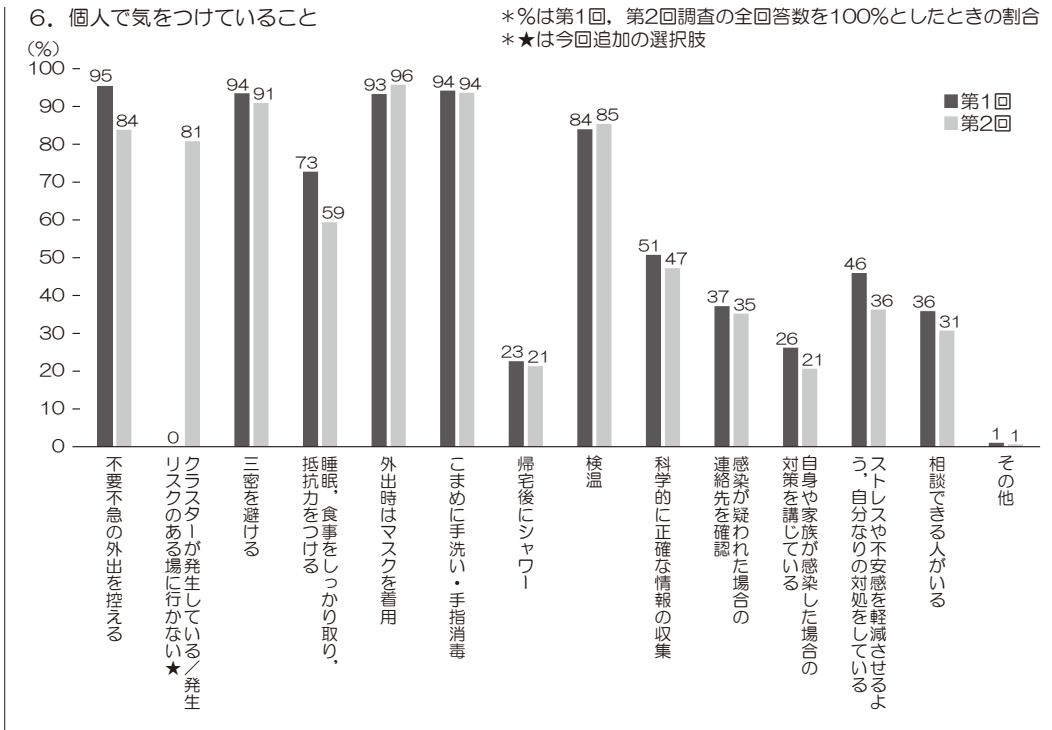
4. 精神面への影響



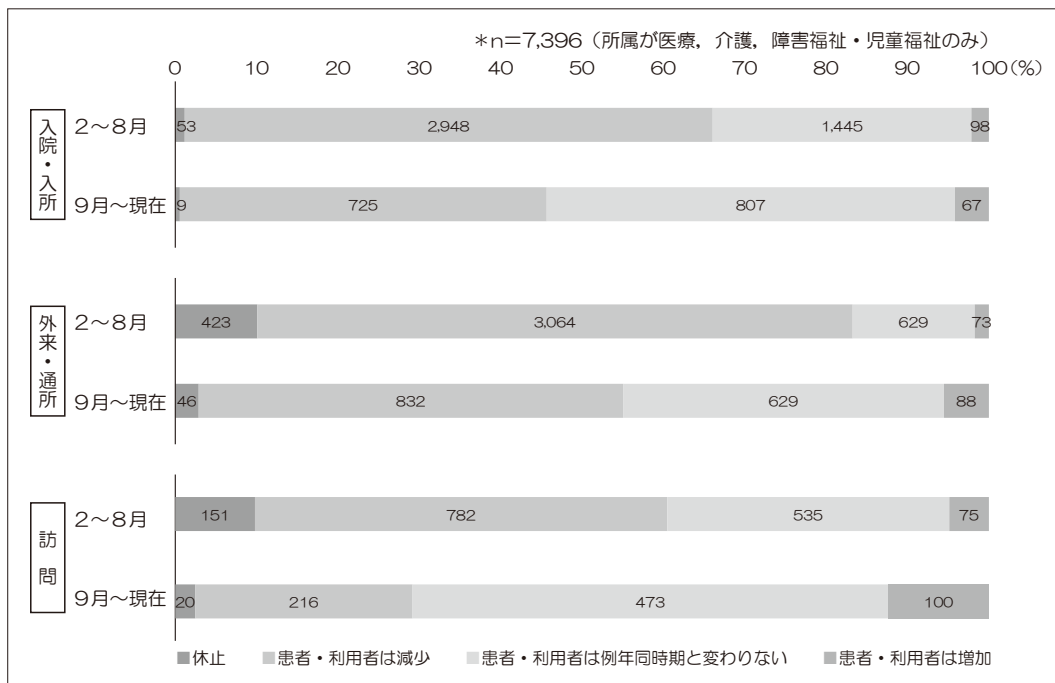
5. 身体面への影響



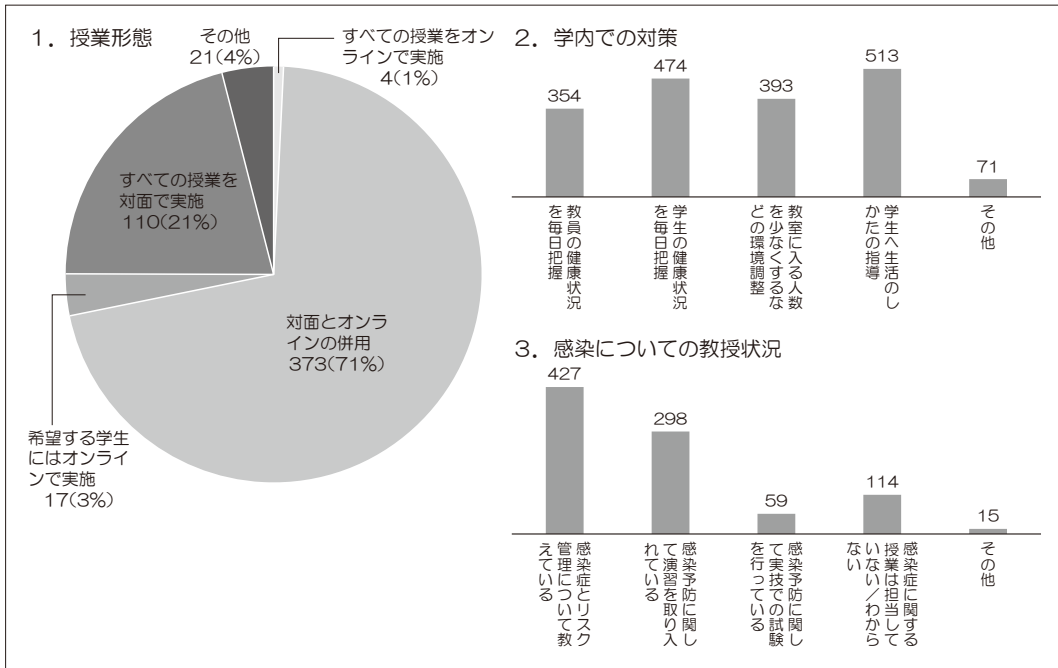
*%は第1回、第2回調査の全回答数を100%としたときの割合



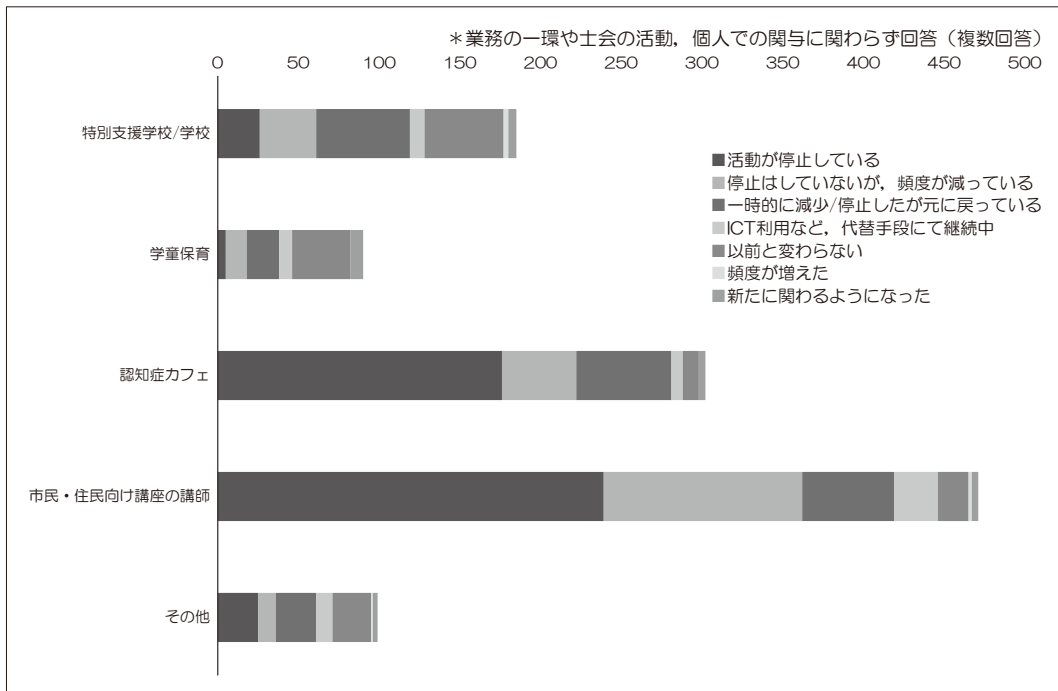
・所属施設の状況



・養成校での対応



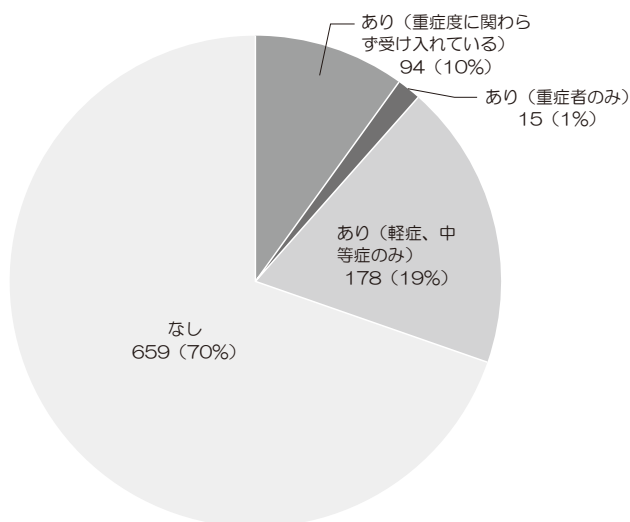
・その他の事業への参画



コロナ禍での作業療法士による病棟支援の実態把握調査 結果概要

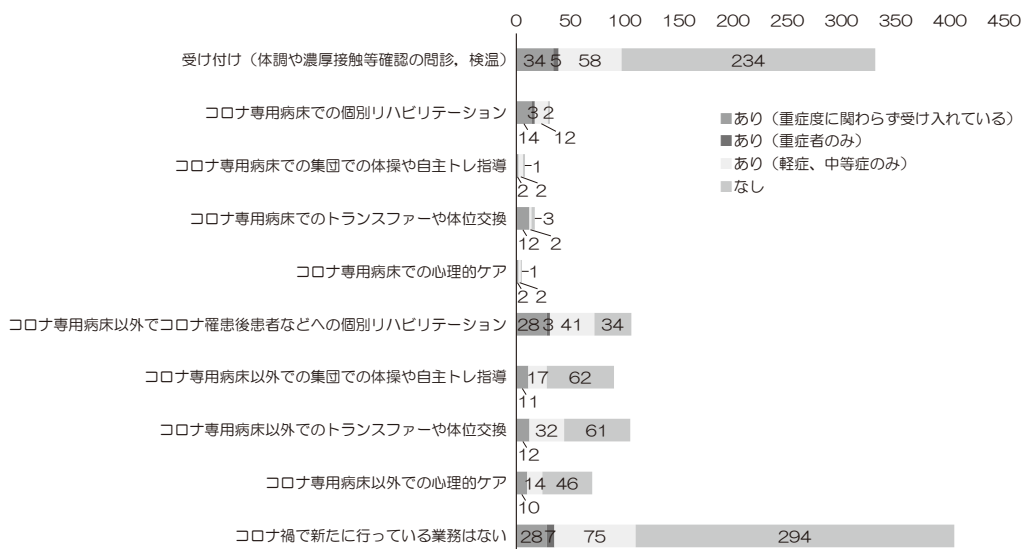
1. 病院での新型コロナウイルス感染者の受け入れ

- ・30%の病院で感染患者を受け入れている



2. 作業療法士が新型コロナウイルス感染拡大以降に新たに行っている（行った）業務

- ・受け付け業務は患者受け入れに関わらず 35%が携わっている
- ・感染患者は受け入れていない病院でも、自院で感染者やクラスター発生の場合には専用病床に携わっている
- ・一方、コロナ禍で新たに行っている業務はないとの回答は 43%



その他：・コロナ罹患後遺症患者および濃厚接触患者を担当するOTの心理的サポート ・DMATとして県庁にて医療調整チームへの参加 ・夜勤（回復期病棟における朝夕セルフケア介助および清掃等看護補助業務） ・クラスター発生でリハ中止 ・看護師も複数出勤停止となり手薄となったケア業務 ・医療廃棄物の撤去や配膳業務 ・面会中止のため病棟内へ入れない家族への対応（リハの情報提供と、洗濯物の交換など看護師業務の援助）等

3. 作業療法士が病棟などの支援を行うにあたっての課題や意見

- ・たいへん多くのコメントをいただいた。一部を掲載する。
- ・感染患者受け入れ有無に関わらず、作業療法士の PPE 着脱技術など感染対策が十分行えるか不安、リハ科・作業療法の収益維持とのバランスをどのようにとるか、介入するスタッフへの心理的ケアについて等が多く挙げられている。

感染患者受け入れあり	感染患者受け入れなし
<p><u>コロナ専用病床に関わるにあたって</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援にあたる作業療法士数の確保、通常病棟（コロナ以外）との業務のバランス ・担当する作業療法士の心理的ストレスを加味すると、同じ作業療法士が長く介入すべきではない ・感染病棟で働くことに対する周囲の偏見 ・感染病棟では職種関係なくすることが多いため、とにかく体力が必要 ・フル PPE の正確な脱着の技術の習得 ・感染患者への対応を行う際に、感染防護服等の着脱～消毒に 20 分以上要する <p><u>感染患者に作業療法を提供するにあたって</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・中等度症状など意識や意思の疎通が可能な方に手工芸や余暇活動などを作業療法士として提供できることはあると考えるが、物品を置く場所や管理などの制約があり、また日々対応している看護師にとっては清掃物の増加となる ・OT の呼吸、循環の知識不足 ・コロナ患者の心理検査方法の確立 ・単位取得には 20 分実施しないといけないが、感染リスクを下げて対応するにはより短時間での指導などを行う必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染者の受け入れは行っていないが、入院患者から感染者が出た場合の対応について、病院で検討中（同様のコメントが多数） ・防護服の着脱方法など馴染みがない感染対策について不安が強い ・コロナ禍での施設収益が落ちているなかでリハ科に期待されているのは出来高での収入を確実にとること、病棟への直接支援の時間はとりにくい状況 ・日常では病棟業務に従事していないため、業務負担分散のために何ができるのかイメージが湧かない。支援可能な業務を把握しておくことや、マニュアルを作成して業務分担しておくことなど、事前にどれだけ準備できるかが重要ではないか ・ふだん病棟業務を行わない職員が病棟支援を行うことに対する病院としての報酬が必要 ・退院調整だけでなく、自宅退院後の生活を見据えた退院支援が必要だが、コロナ禍では最小限の業務にとどめる傾向にある。効率よく高い水準の支援を行うには、多職種連携が必要不可欠。リハ内容や退院支援における考え方など、動画を用いて共有することで、多職種連携の密度が濃くなると考える

【Ver.1】2020年07月18日
 【Ver.2】2021年03月10日
 【Ver.3】2021年09月03日
 【Ver.4】2021年12月18日

一般社団法人 日本作業療法士協会

COVID-19 影響下での対面による協会事業および会議の開催基準 / 協会会議室の使用基準

【Ver.4】

COVID-19 影響下での協会事業及びそれに関わる各部・委員会等の会議・打合せ等は、Web 会議システムを用いた開催を第一優先とする。

対面による協会事業実施や会議を開催する場合は、以下の I に示す基準に基づき、招集する部長・委員長等の責任者が会議の必要性について十分に検討し、参加を「希望しない」／「参加できない」者のために Web 会議システムを併用することを標準として、必要な手続きを行う。

なお、この基準は、今後の感染患者発生状況や国・都道府県の動向等を踏まえ適宜見直しを行う。

I. COVID-19 影響下での対面による協会事業および会議の開催の基準等

1. 対面による協会事業および会議の開催可能基準

1) 対象会員の個人における条件

- ①勤務先の所属長の許可を得ていること
- ②対象会員がワクチン（ファイザー社等）接種の 2 回以上を完了し、2 回目接種後 2 週間を経過していること
- ③開催 14 日前より自身の健康観察を実施し、サーベイランス表（COVID-19 感染対策/作業療法業務について Ver.3 を参照）等で管理を行うこと
- ④対象会員およびその周辺（家族や職場等）において、濃厚接触者およびその疑いがある場合は、保健所の指示による PCR 検査を行い陰性であること、もしくは 18 日間の経過後とすること

2) 開催地、対象会員の居住地・勤務先等の条件（※A もしくは B のどちらかが条件を満たしていることとする）

【A】

- ①都道府県に緊急事態宣言やまん延防止等重点措置が発令されていないこと
- ②都道府県をまたぐ移動の自粛要請が発令されていないこと（県知事等による）
- ③直近 1 週間の 10 万人あたりの陽性者数： 2.5 以下

※各都道府県の数値は、（参考）厚生労働省：都道府県の医療提供体制等の状況をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00035.html

【B】

- ① 政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会が 2021 年 11 月に公表した「新型コロナウイルス感染状況の新指標」をもとに、各自治体が判断したレベル 0 もしくは 1 であること（右図を参照）

レベル	状況	対策
4 最悪 警戒 レベル	一般医療を大きく制限してもコロナ対応ができない。最大確保病床数を超えた入院が必要となる状況	<ul style="list-style-type: none"> ■ さらなる医療の制限 ■ 「災害医療」的対応として、国が都道府県を支援・調整
3 警戒 レベル	一般医療を相当制限しなければコロナ対応が不可。これまでの「ステージ 3~4」に相当	<ul style="list-style-type: none"> ■ 大都市圏では緊急事態宣言 ■ 集中検査、飲食店営業やイベント閉鎖の制限 ■ 地方部ではまん延防止等重点措置も含めた措置
2 警戒 レベル 警戒 レベル 強化	新規感染者が増加傾向、病床まで適切に対応可能	<ul style="list-style-type: none"> ■ 自治体が必要な対策に着手 ■ 保健所の体制強化 ■ 病床を段階的に確保 ■ 感染リスクの高い行動回避を呼び掛け
1 警戒 レベル 維持	一般医療が安定的に確保され、新型コロナにも対応可能	<ul style="list-style-type: none"> ■ ワクチン接種の推進 ■ 医療提供体制の強化 ■ 基本的な感染対策の継続
0 警戒 レベル 解除	新規感染者なし	<ul style="list-style-type: none"> ■ 日常生活・社会経済活動の回復が可能

2. 対面による協会事業および会議の開催手続きについて

1. 対面による協会事業および会議の開催可能基準で、1) 対象会員の個人における条件と 2) 開催地、対象会員の居住地・勤務先等の条件（※A もしくは B のどちらかが条件を満たしていることとする）を満たすこととし、協会事業または会議を招集する部長・委員長等の責任者が十分に開催の必要性を検討する。（判断が迷う際、三役へ要相談）対面による協会事業および会議の開催が必要と判断された場合、別紙「COVID-19 影響下での対面による協会事業および会議開催申請書」を作成し、会議開催の場合は 2 週間前を目途に事務局へ提出する。（協会事業の場合、提出時期の検討が必要のため、三役に要相談とする）会長・事務局長は、その申請書を受け必要性を認めた場合は対面による協会事業および会議を行うことができる。

ただし、感染状況によっては、直前に開催可否等の判断が変更になる可能性もある。

3. 対面による協会事業および会議開催時の留意事項

- ① 手洗いの徹底。
- ② 手指の消毒設備を設置する。
- ③ マスク着用を必須とする（不織布マスクの推奨）。
- ④ 咳エチケットの励行を呼びかける。
- ⑤ 会議の合間に適度な休憩時間を設け、換気を十分に行う（1 時間に 10 分程度）。
- ⑥ 参加者の検温による発熱者の特定などを行い、軽度であっても発熱や咳・咽頭痛などの症状がある方は参加をお断りする（事前に周知する）。
- ⑦ 2 週間以内に国外（感染流行国）や国内の集団感染施設等に旅行・出張した方は、参加を控えてもらうよう事前に周知する。
- ⑧ 会場および待合場所等における 3 つの密（密閉・密集・密接）を徹底して回避する。
- ⑨ 人との人と間隔を 2m 目安に確保する。特に基礎疾患がある方に配慮する。

- ⑩ 大声での発声、歌唱、または近接した距離での会話等がされないよう留意する。
- ⑪ 感染が発生した場合に備え、会議参加者の名簿（議事録）を作成し、連絡先を適正に管理する。
- ⑫ 会議開催の前後や休憩時間などの交流を極力控えるよう呼びかける。
- ⑬ 厚生労働省が配信する新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）のインストールを奨励する。
- ⑭ 対面会議では参加を希望しない／参加できない者のために Web 会議システムを併用する。
- ⑮ 会議開催の前後に懇親会は行わない。

※ワクチン接種を完了している場合においても、感染を完全に予防することができるわけではなく、また、人の移動によってウイルスを蔓延させてしまう可能性があるため、上記留意事項は厳守すること。

4. 会議室の使用可能人数と座席配置について

- ① 会議室の本来の収容人数の 50%程度を目安として、会場選定を行う。
- ② 貸会議室等で、すでに COVID-19 影響下での定員を再設定している場合は、それに従う。
- ③ 十分なソーシャルディスタンスおよび飛沫感染防止を意識した会場レイアウトを行う。

※下記、協会会議室の座席レイアウトを参照にレイアウトの工夫をする。

II. 協会会議室の使用基準

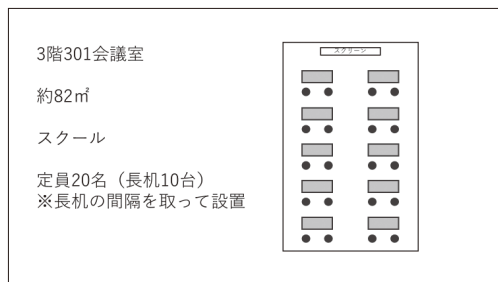
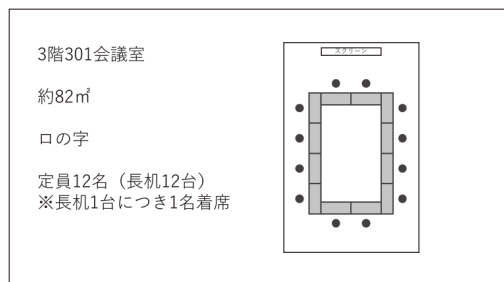
1. 協会会議室の定員基準

- ・以下に示す定員を超える会議等は開催することができません。
- ・ソーシャルディスタンスおよび飛沫感染防止を意識した会場レイアウトを行い、会議を開催する。

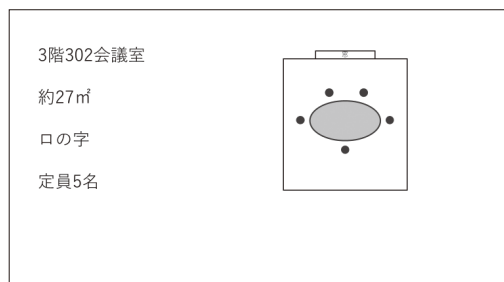
会議室	定員（収容率 50%程度以内）	面積	備考
3階 301 会議室	口の字 12名 スクール 20名	82㎡	口の字（長机 12 台） ※長机 1 台につき 1 名着席 スクール（長机 10 台） ※長机の間隔を取って設置
3階 302 会議室	5名	27㎡	口の字のみ

2. 協会会議室の座席レイアウト

【3 階 301 会議室】



【3 階 302 会議室】



資料 12 入会促進に向けた学校養成施設へのアンケートの結果

【目的】 学生を対象とした協会・入会説明事業の構築に向けた現状の把握

【期間】 2021年10月19日～10月26日

【方法】 Web アンケート

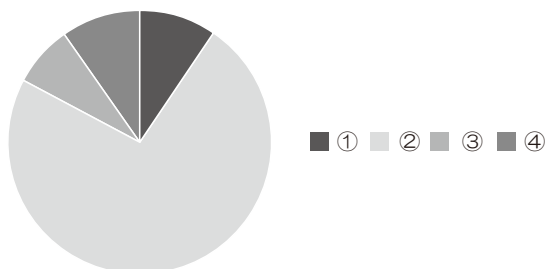
【対象】 養成施設校等教員

【回答数】 93名 (88校)

【回答率】 39%

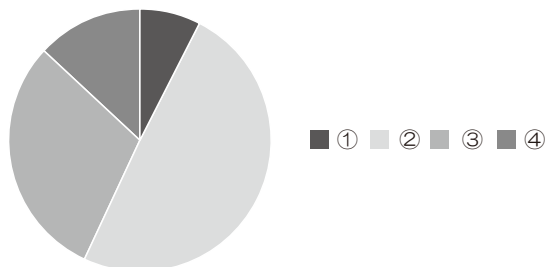
1. 事業の周知状況 n=93

- ①知っている、活用した 8 (9.8%)
 ②知っていたが活用しなかった 69 (73.9%)
 ③知らなかったが、知っていれば活用した 7 (7.5%)
 ④知らなかったが、知っていても活用しなかった 8 (9.7%)



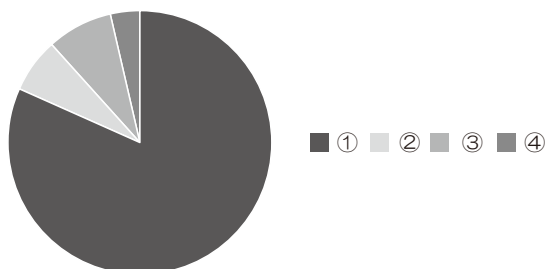
2. 今年度の事業活用について n=93

- ①活用したい 7 (7.5%)
 ②スケジュールが合えば活用したい 46 (49.5%)
 ③活用しない 28 (30.1%) 理由：・士会や学校教員が行っているため
 ④その他 12 (12.9%) 理由：・士会や学校教員が行っているため
 ・実際に入会に役立つかわからない



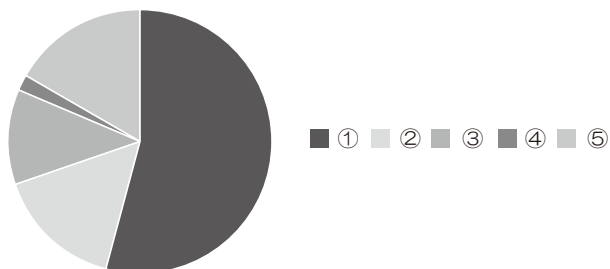
3. 学生に対して、協会・士会の説明をする機会について n=92

- ①毎年行っている 71 (77.2%)
 ②年度により異なる 6 (6.5%)
 ③担任により異なる 7 (7.5%)
 ④行っていない 3 (3.3%)



4. どのような説明を行っているか (複数回答可) n=83

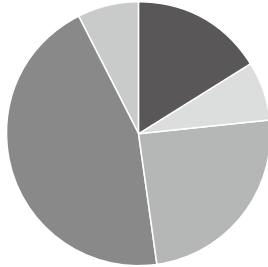
- ①教員が協会・士会の資料を配布して説明 56 (67.5%)
 ②教員が作成した資料で説明 16 (19.3%)
 ③協会・士会の資料のみを渡している 12 (14.5%)
 ④教員が作成した資料のみを渡している 2 (2.4%)
 ⑤協会・士会に依頼して説明を実施 17 (20.5%)
 ⑥その他
 ・1年生、2年生の講義のなかでも協会活動や生涯教育の重要性を紹介している
 ・口頭で説明し、組織率が重要であることを付け加えている
 ・協会のホームページを使用



5. 実施している学年について (複数回答可)

n=83

- ①1年生 20 (24.1%)
- ②2年生 9 (10.8%)
- ③3年生 30 (36.1%)
- ④4年生 55 (66.3%)
- ⑤卒業生 9 (10.8%)



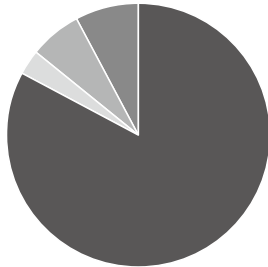
■ ① ■ ② ■ ③ ■ ④ ■ ⑤

6. 協会・士会への入会案内の機会について

n=50

- ①毎年行っている 77 (82.8%)
- ②年度によって異なる 3 (3.1%)
- ③担任によって異なる 6 (6.5%)
- ④行っていない 7 (7.5%)

理由：・カリキュラムに入れることが難しい 18 (36%)
 ・意識していなかった 10 (20%)
 ・必要性を感じない 1 (2%)

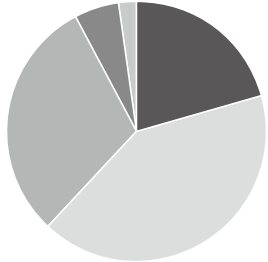


■ ① ■ ② ■ ③ ■ ④

7. 学生の経済状況について厳しくなっていると考えるか

n=92

- ①そう思う 19 (20.7%)
- ②ややそう思う 38 (41.3%)
- ③あまりそう思わない 28 (30.4%)
- ④まったくそう思わない 5 (5.4%)
- ⑤わからない 2 (2.2%)

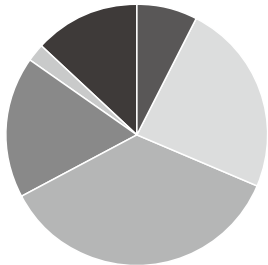


■ ① ■ ② ■ ③ ■ ④ ■ ⑤

8. 奨学金制度の利用状況

n=92

- ①0~20% 7 (7.6%)
- ②20~40% 22 (23.9%)
- ③40~60% 33 (35.9%)
- ④60~80% 16 (17.4%)
- ⑤80%以上 2 (2.2%)
- ⑥わからない 12 (13.0%)



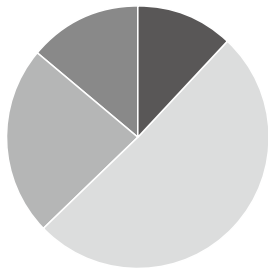
■ ① ■ ② ■ ③ ■ ④ ■ ⑤ ■ ⑥

9. 学生が協会・士会のイベントに参加しているか (複数回答可)

n=81

- ①日本作業療法士学会への参加 13 (16.0%)
- ②士会の研修会等 55 (67.9%)
- ③協会や士会の広報誌等の閲覧 25 (30.9%)
- ④その他 15 (18.5%)

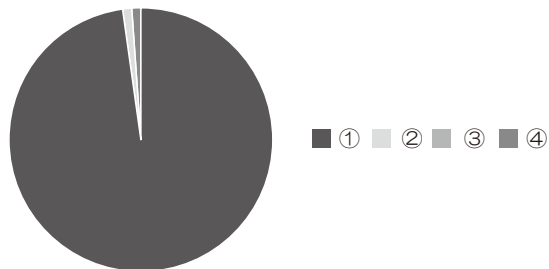
・参加機会がない
 ・大学を会場とする研修会のアルバイト
 ・オープンキャンパスなどを士会と一緒に
 行う
 ・コロナの影響で参加させていない



■ ① ■ ② ■ ③ ■ ④

10. 士会活動に関わっている教員について n=93

- ①現在いる 91 (97.8%)
- ②以前関わっていたが、現在いない 1 (1.1%)
- ③以前からいない 0 (0%)
- ④わからない 1 (1.1%)



組織率向上のために学生に対してできること（抜粋） n=48

- ・教員側も入会後のメリットを説明できないこともあるため、まず教員の理解を促してはどうか。
- ・キャリアアップについて興味を持つ学生は多いが、OTの地位向上や診療報酬等への具申などの活動を全面に出してもよいのではないか。
- ・学生のときから協会・士会が身近になるようなイベントがあるとよいのでは。
- ・先輩OTや職場上司による入会促進も必要ではないか。
- ・年会費を支払う価値についてシビアにとらえている。その点をどのように納得させるかも大切。
- ・入会率のフィードバックや入会率のよい養成校や士会の取り組みを共有したい。

・アンケートまとめ

- ・回答率は39%、回答者は93名で、ほぼ士会活動に関わっていた。
- ・事業については、83.7%の方が知っていたが、そのうち活用したのは9.8%だった。
- ・今年度の事業について、57.0%が活用したい・スケジュールが合えば活用したいと回答しているが、一方、30.1%が活用しないと回答している。その理由として、士会・教員が対応していることが挙げられた。
- ・協会・士会の役割等の説明を77.2%が毎年行っており、入会についての説明は、82.8%が毎年行っている。
- ・説明を実施するのは、最終学年が66.3%となっており、1年時が24.1%、2年時は10.8%となっている。
- ・協会・士会の資料を使って説明をしているところが67.5%となっている。



【課題】

今回の回答者はほぼ士会活動に関わっていることから、日頃より協会・士会活動を意識していただいている。一方、協会・士会活動等に関わっていない養成校の存在も想定できる。

あとがき

ここに『作業療法白書 2021』をお届けできることは、白書委員会一同安堵の気持ちでいっぱいです。作業療法白書はこれまで5年ごとに発刊されてきており、本書も『作業療法白書 2020』としてお届けする予定でしたが、COVID-19 感染拡大の影響を受け1年遅らせ、『作業療法白書 2021』として発刊することになりました。COVID-19 感染拡大は、在宅勤務の推奨や学校におけるオンライン授業の展開、イベント自粛、不要不急の外出を控える等の要請がなされるなど国民の生活様式にも大きな変化をもたらしました。また、病院・施設でも感染拡大が何度となく訪れ、今も対応に追われる会員が多いと推察します。奮闘されている会員の皆様にあらためて敬意を表します。COVID-19 感染対策は終息を目標とすることよりはウィズコロナという考え方に変化しているようにも思われます。さらにワクチンや治療の確立によりCOVID-19がインフルエンザと同等の対応になることを願ってやみません。

このコロナ禍の大変な状況のなかで、アンケート調査にご協力をいただいた会員の皆様に改めて感謝申し上げます。『作業療法白書 2021』は、「5年間を振り返り、5年先を見通す」こと、「記述内容や根拠となるデータを会員や都道府県士会が利用できる」ことを編集方針として編纂されました。多くの皆様の努力によって刊行できたことを感謝申し上げるとともに、多くの方々のこの5年先を見通す道標として利用していただくことを願ってやみません。

2023年1月

白書委員会

作業療法白書2021

2023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

制作 株式会社 シービーアール

印刷・製本 三報社印刷 株式会社
