

作業療法白書刊行にあたって

(社) 日本作業療法士協会
会長 中村 春基

(社) 日本作業療法士協会（以下、協会）の白書は、1985年の協会20周年記念として刊行されたものが第一冊目となります。それを契機に、5年ごとの協会周年記念として刊行してきました。

今回の白書は、2006年度から2010年度の5年間の作業療法の姿をまとめたものですが、この間、作業療法を含みリハビリテーションに係る制度は大きく動いており、作業療法の現場もその影響を受けました。大きな制度の変更は、例えば、2006年度診療報酬改定では切れ目のないリハビリテーションの推進・医療と介護のリハビリテーションの連携強化を促進するための見直しや疾患別リハビリテーション料の新設、2005年に一部改正され2006年に施行された介護保険法における「予防重視型システム」への転換、「地域密着型サービス」の創設、「地域包括支援センター」の創設、地域包括ケアの考え方、2006年4月からの障害者自立支援法施行、などですが、これらに共通する考え方は地域移行、地域定着を含めた地域生活支援の充実、とされています。協会が2008年に策定した「作業療法5ヶ年戦略」は、まさにこれらの動きと符合する内容となっています。

今回の白書で、作業療法の姿がどのようになっているか、会員一人ひとりの目で点検していただき、ご意見をいただければと思います。

なお、この5年間で最も重大な出来事は、当然のことながら2011年3月11日に発生した東日本大震災です。改めて、お亡くなりになられた方々のご冥福と被災された皆様の、一日でも早い復興と生活の再建を願ってやみません。協会は中心的な被災地士会の皆さんと協力して、継続した支援を行っていきます。次回の白書では、その点の経過も確認できるものになればと考えています。

はじめに

作業療法白書は1985年以來5年ごとに発行されており、今回で第6巻にあたる。作業療法のサービス提供や作業療法士の働く環境等に関しては毎回同一の項目について調査・集計し、協会として常時把握しているデータとともにまとめた資料である。会員はじめ関係機関に作業療法の現状や協会の活動について広く知っていただくことを目的としている。

アンケート調査の対象は、1995年までは全協会会員、施設であったが、2000年より会員の勤務する全施設としており、今回も多くの施設にご協力をいただいた。忙しい臨床業務の中で、多くの項目にわたるアンケートに回答くださった施設代表の会員の皆様、またアンケート回収のためにご協力いただいた都道府県連絡協議会および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。

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

- 東日本大震災後の復旧・復興支援は協会の最重要課題のひとつである。そこで本白書では第1章の前に震災後の協会の対応について記録する特別記事を掲載した。
- 作業療法の対象領域について、老人作業療法の区分が廃止されたことを受け、従来の老年期障害医療領域は医療領域（身体障害）に含めることとした。一方で、高齢者と若年者を区別して作業療法の現状を把握することも重要と考え、対象者の年齢を65歳未満・以上に分けて調査・集計した。
- 作業療法の対象疾患はICD-10に基づいて再構成し、従来含まれていた障害名はそのまま残した。診療報酬制度の変更や対象疾患としての増加を受け、悪性新生物を単独の項目とした。
- 作業療法の目的・評価・手段の項目は「作業療法ガイドライン 2006年度版」（社団法人 日本作業療法士協会）に基づいて改変した。
- アンケート結果は2005年白書の調査結果と比較できるよう、表に2005年データを併記した。ただし前項のように調査内容に多少の変更があったため、比較の困難な箇所もあった。2010年白書の項目で、2005年に対照する項目のない場合は「-」で示した。
- 2010年調査では無回答の割合が増加しており、2005年との数値比較が困難な場合があるため、無回答を除いた数を全数とした結果を併記することとした。
- 作業療法の手段については、個々の種目ではなく、作業活動の種類別の集計を掲載した。これは、作業療法においては実施されている作業種目よりもその治療的な利用方法が重要と考えられるが、単なる種目のみの集計は、作業療法を熟知していない読者には作業療法の内容を誤解されることにもつながる懸念からである。なお、各手段に対応する種目については資料13-4を参照いただきたい。また、種目ごとの集計に興味のある方は、協会ホームページで公開予定の白書アンケート集計データを参照いただきたい。
- 作業療法士以外の読者に作業療法士の仕事を具体的に知っていただくため、各領域における実践報告を掲載した。

白書の主要項目と主な執筆担当部署(2011年3月時点)及びアンケートの概要は以下の通りである。

執筆担当部署

1. わが国の作業療法（副会長）
 2. 就業状況から見る作業療法（調査部，福利部）
 3. 作業療法士の臨床活動（学術部，保険部，保健福祉部，精神障害・認知症問題担当理事）
 4. 公的制度と作業療法（保険部，保健福祉部）
 5. 作業療法部門の運営・管理（福利部）
 6. 作業療法士の養成（養成教育部）
 7. 作業療法士の生涯教育（生涯教育部）
 8. 学術研究活動（学術部・学会評議委員会・機関誌編集委員会）
 9. 国際交流（WFOT 代表，国際部）
 10. 日本作業療法士協会と都道府県作業療法士会（会長，副会長，事務局長，事務局，都道府県士会連絡協議会，士会担当理事）
- 資料（学術部，事務局，調査部，協会史料収集・編纂委員会，保険部，養成教育部）

アンケート概要

- 【対象】（社）日本作業療法士協会正会員が勤務する全施設
- 【方法】2010年9月に質問紙を郵送（7,959施設），当初10月30日の締め切りを延長して11月末日回収打ち切り．回収数3,296；回収率41.4%．回答施設の種類は表を参照
- 【調査対象期間】特に指定のない限り，2009年10月から2010年9月末日．臨床活動の基準日は2010年10月1日（集計結果は白書に記載せず）
- 【回答者】作業療法部門の代表者
- 【回答方法】郵送もしくはインターネットによるオンライン回答
- 【調査内容】①一般項目（施設種別，作業療法士の労働環境など15問）②作業療法士の臨床活動（医療領域33問，保健・福祉・介護保険領域29問，その他領域16問）③作業療法部門の管理・運営等41問；計134問．詳しくは資料13白書アンケート及び資料を参照
- 【インターネット回答環境の整備・郵送データ入力・集計】
有限会社 情報デザイン（矢板市上伊佐野709-22）に委託．集計データはエクセルで保管
- 【調査結果】要約を本書に記載
- 【データ保存】（社）日本作業療法士協会事務局で規定により保存

アンケート回答施設（施設種類別）

| | n=3,296（全体） 複数回答 |
|--|---------------------|
| | 回答数（%） |
| 【医療系】 | 1,960（59.5） |
| 病院 | 1,781（54.0） |
| 診療所 | 197（6.0） |
| 老人性認知症疾患センター | 31（0.9） |
| 【福祉系】 | 1,116（33.9） |
| <身体障害者福祉法関連施設> | 33（1.0） |
| 身体障害者更生援護施設 | 22（0.7） |
| 身体障害者更生相談所 | 15（0.5） |
| <児童福祉法関連施設> | 96（2.9） |
| 児童福祉施設 | 65（2.0） |
| 児童相談所 | 1（0.0） |
| 心身障害児総合通園センター | 28（0.8） |
| 併設・重症心身障害児通園モデル事業施設 | 22（0.7） |
| <精神保健福祉法関連施設> | 73（2.2） |
| 精神障害者社会復帰施設 | 39（1.2） |
| 精神保健福祉センター | 8（0.2） |
| 精神障害者社会復帰促進センター | 3（0.1） |
| 精神障害者グループホーム | 43（1.3） |
| 精神障害者小規模作業所 | 7（0.2） |
| <知的障害者福祉法関連施設> | 11（0.3） |
| 知的障害者援護施設 | 6（0.2） |
| 知的障害者更生相談所 | 5（0.2） |
| <老人福祉法関連施設> | 166（5.0） |
| 老人福祉施設 | 102（3.1） |
| 有料老人ホーム | 17（0.5） |
| 老人憩いの家 | 0（0.0） |
| 在宅介護支援センター | 64（1.9） |
| 高齢者総合相談センター | 2（0.1） |
| <高齢者医療確保法関連施設> | 742（22.5） |
| 老人保健施設 | 670（20.3） |
| 老人訪問看護ステーション | 103（3.1） |
| <介護保険法関連施設> | 51（1.5） |
| 地域包括支援センター | 51（1.5） |
| <障害者自立支援法関連施設> | 75（2.3） |
| 指定障害者福祉サービス事業所 | 22（0.7） |
| 指定障害者支援施設 | 31（0.9） |
| 指定相談支援事業所 | 18（0.5） |
| 指定地域活動支援センター | 19（0.6） |
| 指定福祉ホーム | 4（0.1） |
| 【その他の施設】 | 292（8.9） |
| 特別支援学校 | 7（0.2） |
| 養成校 | 129（3.9） |
| 保健所等（保健センター、高齢福祉課、 高齢サービス課、健康増進課等） | 38（1.2） |
| その他（職業センター、リハ関連企業、 補装具製作施設、老人訪問看護ステーションを除く訪問看護ステーション、 第三セクター、社会福祉協議会等） | 121（3.7） |
| 【法外施設】 | 16（0.5） |
| 法外施設 | 16（0.5） |
| 無回答 | 249（7.6） |

アンケート回答施設（領域・対象障害別）

| | n=3,296（全体） 複数回答* |
|---------------|----------------------|
| | 回答数（%） |
| 医療領域計 | 2,049（62.2） |
| 医療領域／身体障害 | 1,426（43.3） |
| 医療領域／精神障害 | 625（19.0） |
| 医療領域／発達障害 | 209（6.3） |
| 保健・福祉・介護保険領域計 | 1,493（45.3） |
| 保健・福祉領域／身体障害 | 315（9.6） |
| 保健・福祉領域／精神障害 | 75（2.3） |
| 保健・福祉領域／発達障害 | 89（2.7） |
| 介護保険領域 | 1,271（38.6） |
| その他の領域計 | 142（4.3） |
| その他の領域／教育関連 | 57（1.7） |
| その他の領域／職業関連 | 31（0.9） |
| その他の領域／行政関連 | 69（2.1） |
| 関連領域該当なし | 87（2.6） |
| 無回答 | 125（3.8） |

*同一施設で複数領域・障害を対象としている場合がある

| | | | |
|------------------------------|----|-------------------------------------|-----|
| 白書刊行にあたって | 1 | 3-3-2 医療領域（精神障害） | 42 |
| はじめに | 2 | 実践報告③ 長期入院の精神疾患患者の退院を 促進する作業療法 | 46 |
| 目次 | 5 | 3-3-3 医療領域（発達障害） | 48 |
| 東日本大震災への協会対応 | 7 | 3-4 保健・福祉・介護保険領域における作業療法 | 51 |
| 1 わが国の作業療法 | 10 | 3-4-1 保健・福祉領域（身体障害） | 51 |
| 1-1 わが国の作業療法の歩み | 10 | 3-4-2 保健・福祉領域（精神障害） | 54 |
| 1-1-1 作業療法の萌芽 | 10 | 3-4-3 保健・福祉領域（発達障害） | 57 |
| 1-1-2 作業療法士誕生の背景 | 11 | 3-4-4 介護保険 | 60 |
| 1-1-3 作業療法士養成と法の成立 | 11 | 実践報告④ 通所リハビリテーションにおける 認知症者への作業療法 | 68 |
| 1-1-4 職能団体の誕生 | 11 | 3-5 教育関連領域（特別支援学校など）における作業療法 | 70 |
| 1-2 作業療法の理念と定義 | 12 | 実践報告⑤ 特別支援教育にかかわる作業療法士 | 72 |
| 1-2-1 作業療法の理念 | 12 | 3-6 職業関連領域における作業療法 | 74 |
| 1-2-2 作業療法の定義 | 12 | 実践報告⑥ 障害者の就労支援に関わる作業療法 | 76 |
| 1-2-3 作業療法士の倫理 | 12 | 3-7 行政機関における作業療法 | 78 |
| 1-3 作業療法をとりまく情勢 | 12 | 実践報告⑦ 行政機関に関わる作業療法士 | 81 |
| 1-3-1 わが国の作業療法をとりまく動き | 12 | 3-8 その他の領域 | 82 |
| 1-3-2 障害者をめぐる世界の動き | 13 | 実践報告⑧ 作業療法士の起業 | 84 |
| 1-3-3 医療・保健・福祉の動向と作業療法 | 14 | 4 公的制度と作業療法 | 86 |
| 2 就業状況から見る作業療法 | 16 | 4-1 診療報酬における作業療法 | 86 |
| 2-1 作業療法士数の推移 | 16 | 4-2 介護保険制度における作業療法 | 87 |
| 2-1-1 作業療法士数の年次推移 | 16 | 4-3 保健・福祉制度における作業療法 | 90 |
| 2-1-2 地域別作業療法士数 | 16 | 5 作業療法部門の管理・運営 | 92 |
| 2-1-3 年齢・性別構成 | 16 | 5-1 臨床教育への協力 | 92 |
| 2-2 作業療法士の就業状況 | 20 | 5-2 人の管理 | 93 |
| 2-2-1 開設者別会員数 | 20 | 5-3 物の管理 | 94 |
| 2-2-2 領域別会員数 | 20 | 5-4 記録の管理 | 94 |
| 2-2-3 勤務形態別会員数 | 20 | 5-5 リスク管理 | 94 |
| 2-3 作業療法士の労働環境 | 20 | 5-6 他部門・他機関との連携 | 96 |
| 2-3-1 基本給、諸手当（初任給） | 20 | 6 作業療法士の養成教育 | 98 |
| 2-3-2 休暇と取得状況 | 23 | 6-1 養成・教育制度 | 98 |
| 2-3-3 代替職員の雇用制度と保育所の整備 | 23 | 6-2 学生 | 99 |
| 2-3-4 学会等への参加 | 24 | 6-2-1 新入生の状況 | 99 |
| 2-3-5 その他 | 24 | 6-2-2 新卒者の状況 | 99 |
| 3 作業療法士の臨床活動 | 25 | 6-2-3 国家試験 | 100 |
| 3-1 臨床活動の概況 | 25 | 6-3 指定規則と養成教育 | 100 |
| 3-1-1 対象施設の領域 | 25 | 6-4 臨床教育 | 100 |
| 3-1-2 対象疾患 | 25 | 6-4-1 作業療法の臨床教育 | 100 |
| 3-1-3 作業療法の形態 | 26 | 6-4-2 臨床教育の方向 | 101 |
| 3-2 作業療法の目的・評価・手段 | 27 | 6-5 教員の実情 | 101 |
| 3-2-1 作業療法の目的 | 27 | 7 作業療法士の生涯教育 | 102 |
| 3-2-2 作業療法の評価 | 27 | 7-1 (社)日本作業療法士協会の生涯教育制度 | 102 |
| 3-2-3 作業療法的手段 | 28 | 7-1-1 生涯教育制度の概要 | 102 |
| 3-3 医療領域における作業療法 | 28 | 7-1-2 生涯教育制度の運用実績 | 103 |
| 3-3-1 医療領域（身体障害） | 28 | 7-1-3 生涯教育制度への参加状況 | 104 |
| 実践報告① 回復期リハビリテーション病棟における作業療法 | 38 | 7-1-4 職場における研究体制 | 105 |
| 実践報告② 呼吸器疾患に対する作業療法 | 40 | 7-2 研修会 | 105 |

| | | |
|--------|-------------------------------------|-----|
| 7-3 | 学位取得等 | 108 |
| 8 | 学術研究活動 | 110 |
| 8-1 | 日本作業療法学会 | 110 |
| 8-2 | 学会発表に見る研究活動 | 110 |
| 8-3 | 機関紙「作業療法」に見る研究活動 | 110 |
| 8-4 | 事例報告登録制度 | 112 |
| 8-5 | 課題研究助成制度 | 113 |
| 9 | 国際交流 | 114 |
| 9-1 | 世界作業療法士連盟 (WFOT) | 114 |
| 9-1-1 | WFOT の概略と活動 | 114 |
| 9-1-2 | WFOT 白書の中の日本 | 114 |
| 9-1-3 | WFOT との関係及び 2014WFOT 世界大会開催までの経緯 | 114 |
| 9-2 | 国内外の国際交流 | 117 |
| 9-2-1 | 日本青年海外協力隊 | 118 |
| 9-2-2 | 海外からの研修受け入れ | 119 |
| 9-2-3 | 国内における就労・就学 | 120 |
| 9-2-4 | 国外における研修・就労・就学 | 120 |
| 10 | 日本作業療法士協会と都道府県作業療法士会 | 121 |
| 10-1 | 日本作業療法士協会の活動 | 121 |
| 10-1-1 | 会員数の推移 | 121 |
| 10-1-2 | 協会財政 | 121 |
| 10-1-3 | 協会組織 | 123 |
| 10-1-4 | 協会活動 | 124 |
| 10-2 | 都道府県作業療法士会活動 | 125 |
| 10-2-1 | 都道府県作業療法士会の規模 | 125 |
| 10-2-2 | 都道府県作業療法士会の活動 | 126 |
| 10-2-3 | 都道府県作業療法士会連絡協議会の活動 | 127 |
| 10-2-4 | 作業療法推進活動パイロット事業助成制度 | 127 |
| 10-3 | (社) 日本作業療法士協会の今後の課題 | 128 |
| | 資料 | 131 |
| 資料 1 | 作業療法の定義 | 132 |
| 資料 2 | (社) 日本作業療法士協会倫理綱領 | 134 |
| 資料 3 | 作業療法士の職業倫理指針 | 135 |
| 資料 4 | 作業療法業務指針 | 147 |
| 資料 5 | (社) 日本作業療法士協会組織図 | 151 |
| 資料 6 | 作業療法士が勤務する施設分類 | 153 |
| 資料 7 | 作業療法に関する診療報酬・介護報酬の推移 | 156 |
| 資料 8 | 作業療法士が勤務する施設に関わる 診療報酬項目と介護保険事業 | 161 |
| 資料 9 | 臨床作業療法部門自己評価表 (第 2 版) | 162 |
| 資料 10 | 作業療法士養成校一覧 (2010 年度) | 164 |
| 資料 11 | (社) 日本作業療法士協会主要目標・重点活動項目 | 168 |
| 資料 12 | 作業療法関係年表 | 174 |
| 資料 13 | 作業療法白書アンケート及びアンケート資料 | 200 |

あとがき

東日本大震災への協会対応

本白書発行準備作業中の2011年3月11日に金曜日午後2時46分18秒に、東日本大震災が発生した。三陸沖の広い範囲を震源とするこの震災は、岩手県、宮城県、福島県の3県をはじめ東北各県、北関東に甚大な被害をもたらした。約10カ月経過した2012年1月現在においても、被害を受けた各地は、その多くが未だ具体的な復興の姿が見えないままの状況といえる。

そのような状況ではあるが、協会が継続的な支援に取り組んでいくことを確認するために、東日本大震災への協会対応を今回白書の冒頭に置くこととした。

協会は、震災発生翌日の3月12日に「大規模災害時支援活動マニュアル」(2007年6月21日理事会承認)に基づき災害対策本部(本部長:中村春基協会長)を設置し、協会が示しうる可能な限りの支援を開始した。災害対策本部として支援開始当初から留意したことは、錯綜する情報の中で可能な限り被災地の士会与情報交換を行うことによって、現実的な判断をし、今この時の支援が次の段階の支援に繋がるようなものにする事、基本的には中心的被災地の士会活動への人的、経済的な面での後方支援を基本とすること、の2点であった。

協会から発信する情報は、協会ホームページ「災害対策本部からのお知らせ」(<http://www.jaot.or.jp/members/members/>)に都度掲載し、2011年11月現在で第25報となっている。その詳細については、協会ホームページを参照願いたい。

また、震災発生から3カ月間の協会支援については、災害対策本部長中村春基協会長が機関誌作業療法第30巻第4号に特別掲載した「東日本大震災への日本作業療法士協会の対応」¹⁾を一読願いたい。

I. 2012年1月現在までの支援の概要

1. 災害支援活動の経済的支援

- 1) 震災後初期(3~4月)に当協会の「大規模災害を被った都道府県における作業療法士会の支援に関する規程」に基づき、岩手・宮城・福島・茨城の4県に30万円ずつ初期対応支援金を支出。
- 2) 被災県の作業療法士会に対する支援、当協会が行う災害支援活動、支援物資の購入等の資金とするために支援金を募集。

平成23年11月現在:【収入】約1,335万円【支出】約728万円【残高】約607万円
支援金は今後も必要に応じて上記のような資金として支出してゆく。

2. 被災地への会員派遣

全国の会員からボランティアを募集・登録し、被災地の作業療法士会等の要請に応じて、必要とされている人員を適宜派遣。

- 1) 宮城県仙台市若林区における生活機能対応専門職チームへの会員派遣

【派遣期間】平成23年4月3日~5月9日

【活動場所】宮城県仙台市若林区・宮城野区

【派遣者数】10名(北海道1, 東京3, 千葉1, 新潟1, 静岡1, 愛知1, 山口1, 大分1)

- 2) 宮城県作業療法士会の災害支援活動への会員派遣
 - 【派遣期間】 派遣期間：平成 23 年 4 月 15 日～9 月 22 日
 - 【活動場所】 石巻市，気仙沼市，南三陸町
 - 【派遣者数】 延べ 65 名（北海道 3，山形 1，茨城 3，群馬 2，埼玉 4，東京 7，千葉 8，神奈川県 10，石川 1，新潟 2，長野 3，滋賀 2，三重 2，京都 1，大阪 7，兵庫 4，鳥取 1，香川 1，福岡 1，長崎 1，宮崎 1）
- 3) 岩手県作業療法士会の災害支援活動への会員派遣
 - 【派遣期間】 平成 23 年 5 月 1 日～7 月 22 日
 - 【活動場所】 釜石地区（釜石市・大槌町）
 - 【派遣者数】 延べ 37 名（北海道 1，青森 1，岩手 3，茨城 2，栃木 1，埼玉 2，東京 5，千葉 4，神奈川 6，新潟 1，静岡 3，滋賀 1，愛知 1，三重 2，兵庫 1，岡山 1，広島 1，大分 1）
- 4) 日本発達障害ネットワークが福島県から受託した「被災した障がい児に対する相談・援助事業」への会員派遣
 - 【派遣期間】 平成 23 年 11 月 7 日～現在継続中
 - 【活動場所】 福島県相馬市・南相馬市
 - 【派遣者数】 5 名（北海道 2，茨城 1，埼玉 1，神奈川 1）
- 5) 福島県南相馬市における災害支援活動への会員派遣
 - 【派遣期間】 平成 23 年 12 月 11 日～現在継続中
 - 【活動場所】 福島県南相馬市（原町区・鹿島区）
 - 【派遣者数】 3 名（神奈川 1，静岡 1，大阪 1）

3. 被災地の会員支援

- 1) 会費に関する優遇措置（平成 24 年 1 月現在）
 - 地震・津波で罹災した会員の会費免除：64 件
 - 原発事故で被災した会員の会費免除：26 件
 - 会費支払い期限の猶予措置：2 件
 - 会費支払の分納措置：1 件
- 2) 被災会員の復職支援

被災した会員の復職先として全国から求人情報を収集し，順次ホームページに掲載，合計 165 件の求人情報を掲載した。
- 3) 作業療法士養成教育関連の調査と支援

被災地で学生の受け入れが不可能となった臨床実習施設の代替となる実習受け入れ施設を全国から募集し，養成校とのマッチングを行った。

4. その他

平成 23 年度 3 次補正予算により，厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課を事務局として実施される「被災者の心のケア」事業に従事する専門職として推薦するため，会員の調整・確保を行った。

II. 今後の支援

協会は今回の震災に対する支援は、継続的かつ長期的な支援が必要との認識から、2012年度の協会が取組むべき重点活動項目の特別枠として、中心的な被災地である岩手県、宮城県、福島県の3県士会と協働し、各士会活動への支援を通して、被災地の復旧・復興支援の継続を表明している。

継続的な支援において、作業療法士が提供できる活動内容については、①作業を通じた被災者の心身機能の維持・向上、②被災者のこころのケア、③高齢者及び障害者の生活環境調整（仮設住宅などの生活環境を含む）、④高齢者及び障害者の日常生活能力の維持・向上、⑤福祉用具等の選定と適合、などが具体的なものとして挙げられよう。

その上で、協会は2012年1月に「チーム医療推進協議会」（代表・北村善明）に対して、以下の提言を行ったところである。

【提言】

1. 平時より、大規模災害を想定し、災害時支援協定を結ぶ等、被災地にすみやかに医療・リハビリテーションの支援が展開できるシステムを構築すること。
理由：大規模災害により、本来あった医療やリハビリテーション機能が壊滅したままの状態が続いている地区が多く、仮設住宅での生活を開始してはいるが、従来の医療やリハビリテーション機能が戻らないままにある。住民は医療やリハビリテーションのサービスが不足したまま生活をしている状況がある。
2. 被災地の自治体に発信機能が期待できない場合は、すみやかにコーディネーター機能を補完できるシステムを構築すること。
理由：今回の災害は発信及びコーディネートする機能を、被災地である自治体が果たせないほど被害が甚大であった。そのことで、支援を適時に展開することができなかった。そのような場合を想定し、現地にコーディネーター機能を外部から補完する必要がある。
3. 被災地の情報収集及び適切な情報発信のシステムを構築すること。
理由：情報収集及び適切な情報発信ができない状況が続いたので、被災者には不安を助長させ、適切な支援展開が出来ない状況があった。
4. 災害救助法に作業療法士の職名を明記すること。
理由：今回の災害で多くの作業療法士が支援活動を展開したが、その多くはボランティアという形であり、その活動には限界があった。災害救助法に作業療法士等リハビリテーション専門職を明記することで、その力を十分に発揮できる。

文献

- 1) 中村春基：東日本大震災への日本作業療法士協会の対応。作業療法 30：394-401，2012。

1 わが国の作業療法

わが国で、病や障害がある人たちの治療・援助手段として作業療法が用いられるようになって110年余り、作業療法士が法の下に誕生（1965年「理学療法士及び作業療法士法」）して45年が経つ。この間、わが国の医療・保健・福祉を取り巻く状況は大きく変化し、医療技術の進歩と共に、世界にも類を見ない少子高齢化社会の中にある。1995年には高齢社会になり、2009年度「高齢社会白書」によると、2013年には4人に1人、2035年には3人に1人が高齢者になると推計されている。

その基本的な考え方も「入院医療中心から地域生活中心へ」と大きく転換し、生活の質が重視される時代に何が作業療法に求められているのか、わが国の作業療法の歩みを振り返り、現状を概観する。

1-1 わが国の作業療法の歩み

ここでは、1990年発行の「作業療法白書」と1965年12月発行の厚生省医務局医事課編「理学療法士及び作業療法士法の解説」とを基本資料として、20世紀初頭のわが国の作業療法の萌芽から法成立と職能団体の誕生までを概観する。

1-1-1 作業療法の萌芽

わが国の作業療法の萌芽は、1900年初頭に遡る。それは、医学領域の精神医学、整形外科学、内科学（結核学）におけるものであり、作業療法はそれぞれの領域において、医師により独自に実践されていた。ここでは、それぞれの概要を示す（詳細は1990年作業療法白書参照）。いずれの実践も、症状論や機能障害への対応に留まることなく、1人の対象者を社会的存在として捉え、障害者雇用の問題にまで踏み込んでいる。その内容は時代的な背景や制約による影響はあるものの、現代の作業療法士たちが時間の流れの中で忘れてし

まっている多くのものを内包していたことが分かる。

1) 精神医学領域

呉秀三（1865～1932）が1901年東京府巢鴨病院（現、東京都立松沢病院の前身）において隔離、監置、拘束を解き、裁縫室を開設したことが意図的な作業療法の萌芽とされている。その成果は1916年刊行の「日本内科全書卷貳第三冊精神療法」（吐鳳堂）に詳しく記載されている。呉の理念と実践は、1919年松沢病院作業治療担当となった加藤普佐次郎、1931年ドイツにおける精神病院の作業療法を紹介した長山泰政、1938年松沢病院作業医療科医長となった管修、1940年福岡県立筑紫保養院長となった岩田太郎らに引き継がれた。

呉に始まる精神障害に対する作業療法の萌芽から1945年敗戦前までの歴史については、岡田靖雄が「日本での精神科作業治療ならびに精神疾患患者院外治療の歴史（敗戦前）」（精神科医療史研究会編長山泰政先生著作集、1994）に詳細を記述している。

2) 整形外科学領域

1924年に高木憲次（1881～1963）が論文「クリュッペルハイムに就いて」でドイツの身体障害者に対する取り組みを紹介したことからはじまる。その後の高木の理念と実践は、整形外科学領域を超えて肢体不自由児・者の「療育」や「職能」に関する対応へと進んだ。特に肢体不自由児に対する取り組みが、現在の心身障害児総合医療療育センター（東京板橋区）の前身である整肢療護園で行われたが、高木の貢献はわが国の身体障害児・者のリハビリテーションに対し計り知れないものを残している。

3) 内科学（結核学）領域

当時の内科学の大きな課題の1つは結核への対応であり、結核患者への対応は国家的な課題であった。結核に対する作業療法は、田澤鎌二、新井英夫、野村実などの医師たちによって実践された。

1-1-2 作業療法士誕生の背景

1962年の厚生白書では、「リハビリテーション対策を整備するにあたって最も基本的なものは専門技術者の確保である。医師、看護婦のほか、機能療法士（注、理学療法士のこと）、職能療法士（注、作業療法士のこと）、言語療法士、心理療法士、社会事業担当者などの専門技術者を確保し、リハビリテーション施設に配置することはリハビリテーション施設運営のための必須条件である。しかるに、わが国においては、専門技術者の数は著しく不足しており、その身分も確立せず、養成機関も設置されていない。現在は、これらの技術者の不足をカバーするため、たとえば、し体不自由児施設では、整形外科後療法を専門とするあん摩師、児童指導員その他の職員が現場訓練を受けてその業務を担当している状況である。これら専門技術者の養成施設としては、東京の整肢療養園に療育技術者養成所が付設され、し体不自由児施設に働く機能療法士、職能療法士の教育訓練コース（二箇月）を開始しているし、国立身体障害者更生相談所でもWHOのコンサルタントをまねいて、職能療法士の講習会を実施した。その他、結核療養所、精神病院などにおいて短期教育訓練の計画が検討されているが、もっと根本的に専門技術者の養成訓練計画を検討しなければならない段階にきている」（原文のまま）とある。

このような表現の背景には、終戦後1940年代後半から50年代半ばにかけて、整形外科医、内科医が海外視察・研修で欧米諸国のリハビリテーションを目の当たりにしたこと、1951年WHO加盟によってわが国のリハビリテーションの立ち遅れと専門技術者養成の緊急性が指摘されたこと、などが大きく影響を及ぼしている。

厚生省医務局医事課編「理学療法士及び作業療法士法の解説」では、作業療法士誕生の社会的背景について次の4つの状況をあげている（下記は原文のまま）。

(1) 国民の間に人間尊重の観念が高まり、身心障害者の福祉対策の強化を要望する世論

が、しだいに形成されてきたこと。

- (2) 治療医学の進歩により、以前には命が助からなかった重症患者も、身体的機能の欠陥をもちながらもその生命を保持することができるようになった結果、リハビリテーションに対する社会的需要が高まってきたこと。
- (3) 経済および社会の急激な発展と変動は、身心障害者に対しても、高い生活適応能力を要求しつつあること。特に、労働力が不足の方向に向かいつつあるため、身体障害者の労働力化の必要も生じつつあること。
- (4) 医学的リハビリテーションの技術が長足の進歩をとげたこと。

1-1-3 作業療法士養成と法の成立

1963年3月医療制度調査会が厚生大臣に提出した「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」で、機能療法士、物理療法士または理学療法士（Physical therapist）、職能訓練士または職能療法士（Occupational therapist）などの教育、業務内容の確立等その制度化を早急に図る必要性が述べられた。そして、1963年度厚生省予算に、PT、OT身分制度調査打合せ設置費用とともに国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院設置費が計上され、制度化への現実的な動きが踏み出された。1963年5月にはわが国最初の理学療法士および作業療法士の本格的な養成施設である国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院が開設された。6月からはPT、OT身分制度調査打合せ（砂原茂一座長）が発足し、さまざまな検討の後1964年5月に法律が成立した（1964年6月29日法律第137号公布、施行令：同年10月1日政令第327号、施行規則：同年10月20日厚生省令第47号）。

1-1-4 職能団体の誕生

日本作業療法士協会は、法律成立2年後の1966年9月25日に会員20名による設立総会を開き、わが国の職能団体の1つとして誕生した。1972年8月には世界作業療法士連盟

(WFOT : World Federation of Occupational Therapists) に正会員として加入し、1981年3月19日には、社団法人として認可された。

1-2 作業療法の理念と定義

1-2-1 作業療法の理念

作業療法は、主に欧州における精神科の治療経験を基礎とし、第1次世界大戦前後の米国で発展、体系化されてきた。現在その対象は、身体・精神・発達ならびに老年期のすべての障害者に、そして医療だけではなく、保健・福祉・教育や職業等の生活を構成するすべての領域へと拡大してきている。

作業療法の最終目標は、障害の軽減にあるのではなく、主体的な活動と参加を援助することである。その手段は、日常生活に関するすべての作業活動で、日常生活活動（個体の生存に必要な作業活動）、仕事・生産的活動（社会的に必要な義務的作業活動）や遊び・余暇活動（自由な時間における作業活動）等に分類される。

1-2-2 作業療法の定義

作業療法の代表的な定義には、理学療法士及び作業療法士法による定義（1965年）、日本作業療法士協会による定義（1985年）および世界作業療法士連盟（WFOT）による定義（1993年）などがある。なお定義に関連して「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）では、「作業療法の範囲」として、日常生活活動（ADL）、職業関連活動、福祉用具使用や住環境への適応、発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーションに作業療法士が活用されるべきことが明記された（資料1）。

1-2-3 作業療法士の倫理

職業倫理は、専門職が守らなければならない行動規範であり、協会は作業療法士の専門職としての高度な知識や技術と共に高い倫理

性を併せ持つことの必要かつ重要性について、12項目からなる「社団法人日本作業療法士協会倫理綱領」（資料2）を始め、第1版から第3版の「作業療法ガイドライン」、「臨床作業療法部門自己評価表」（資料10）、行動の指針である「作業療法士の職業倫理指針」（資料3）などにまとめ、会員の倫理を周知徹底すべく努力を重ねてきた。

しかし、養成校の新設・増設許可申請に契約した教員の未就任、名義貸し、常識を超える条件の要求、実習指導者の実習生に対するセクシャハラメント、教員間や教員の学生に対するパワーハラメントなど、倫理性が問われる深刻な問題を耳にするようになった。

そのため協会では、2005年に倫理委員会を常設委員会にし、協会事務局、協会福利部、協会各部・委員会、都道府県士会それぞれに相談窓口を設置し、倫理問題担当者をおいて対応することとなった。問題事案によっては、倫理委員会が協会長にその調査ならびに裁定の必要性を上申し、協会長が調査委員会・裁定委員会を設置し、調査・裁定の結果を直近の理事会に報告した上で協会の対応を相談者及び倫理事案の対象となった本人に通知するという流れを作成した。

1-3 作業療法を取り巻く情勢

本項では、まず、わが国の政治、経済、文化などの動向を概観し、作業療法を取り巻くこの10年間の情勢を作業療法の各領域と関連する法制度の視点から捉える。また、この期間の重要な課題としICF（国際生活機能分類）の制定について述べ、最後に新障害者プランについて概観する

1-3-1 わが国の作業療法を取り巻く動き

近年、わが国の政治、経済の動向は、1995年3月の「規制緩和推進計画」（閣議決定）、1998年の「規制緩和推進3か年計画」、2000年の「規制緩和推進3か年計画」にみられるように、抜本的な構造改革を図り、国際的に

開かれ、自己責任原則と市場原理に立つ自由で公正な経済社会を目指し、また新たな産業・事業や雇用を創出していく方向にある。

そして、超高齢社会に備えて、国民の期待に応えられる社会福祉の共通基盤を作ることを目的に、2000年には「社会福祉基礎構造改革」が実施された。基礎構造改革の主課題は、①社会福祉の量の拡大、②社会福祉の質の向上、③福祉援助を受ける立場の人の権利確保、の3点である。「社会福祉基礎構造改革」は、社会福祉サービスの改良や充実ではなく、サービス提供の構造そのものを改革するものである。それは、措置制度を契約による利用制度に変える、社会福祉サービスの供給方法を変えるものである。

これらの変化は、経済的規制に対してはそれなりの成果も見られたが、問題点も顕在化してきた。すなわち、健康・雇用・安全・環境などの公共価値が強く求められる分野に、経済的規制緩和の自由競争が持ち込まれることによるサービスや質の低下である。そして、規制緩和に伴う失業・再就職の困難、賃金格差の拡大、過当競争、地方の切り捨てなどにより、新たな社会的弱者が増え、結果的に生活水準の低下がもたらされている。

このような中、医療・保健・福祉の諸制度も変化した。1997年に成立した介護保険法が2000年より介護保険制度として動き出し、医療では、安全で、安心できる医療、根拠に基づく医療（EBM）、質の高い効率的な医療、患者の視点の尊重、在宅医療の推進、切れ目のないサービスの展開、医療と介護の連携等のキーワードが用いられるようになった。障害者への対応では、障害のある人が自由に社会活動に参加し、地域の中で生き生きと暮らせる社会を築いていくことを目指すノーマライゼーションの実現を図るべく、2002年12月に障害者施策の基本的方向を定めた「障害者基本計画」及び重点的に施策・目標を定めた「重点施策実施5か年計画」（新障害者プラン）が策定された。さらに、2005年には「障

害者自立支援法」が制定され、2006年4月から一部施行、10月から本格施行された。

1-3-2 障害者をめぐる世界の動き

「完全参加と平等」を謳った「国連・障害者の10年」（1983年～1992年）に続いて、国連の地域委員会 ESCA（アジア太平洋経済社会委員会）では、アジア・太平洋地域においてさらなる障害者施策の進展を期するため、「アジア太平洋障害者の10年」（1993年～2002年）の決議を採択し、同年に「アジア太平洋障害者の10年行動課題」を策定・採択した。また高齢化に注目して、1992年の国連総会において1999年を国際高齢者年（International Year of Older Persons）とする決議が採択され、高齢者の自立・ケア・自己実現・尊厳等の原則に基づいて活動が展開された。わが国でも、総務庁主催の「高齢者の人権とコミュニティ」をテーマとして国際シンポジウムの開催、国際高齢者年に関連したさまざまな事業が行われた。日本作業療法士協会も、高齢者問題をテーマとした各種研修会等の事業を展開した。

また、リハビリテーションの理念が提唱されて80数年（1918年、米国「障害者リハビリテーション法」）、その間の医学・医療の進歩はめざましく、幾多の感染症を克服し、多くの病気の治療法も開発され、疾病構造は感染症から難病や慢性疾患へと大きく変化した。そうした経過の中で、リハビリテーションや社会保障の効果判定の視点として障害の分類が求められるようになり、世界保健機関（WHO）は、1980年に「国際疾病分類（ICD）」の補助として国際障害分類（The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ;ICIDH）を発表した。ICIDHは、14の言語に翻訳され、リハビリテーションの実践、統計調査、政策・行政などに広く活用されてきた。

ICIDHは重要な役割を果たしたものの、ICIDH発表の直後から一方向性の矢印で示された図に対して様々な批判がなされたた

め、生活機能というプラス面から見るように視点を転換し、背景因子（環境因子、個人因子）との相互性という観点から改訂がなされ、2001年 WHO 総会において、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health :ICF）が採択された。

ICFは2002年度版の「作業療法ガイドライン」の中でも取り上げられ、障害領域、病期、圏域といった従来の作業療法の枠組みの中に組み入れられた。ICFは従来の作業療法モデルと親和性が高く、作業療法を説明するのに重要な手立てとして活用されることが予測される。医療・保健・福祉の各領域での取り組みにはばらつきがみられるが、各領域のコミュニケーションの手段として積極的な活用が望まれる。

1-3-3 医療・保健・福祉の動向と作業療法

1) 高齢・少子化と作業療法

1970年に高齢化率7%を超え高齢化社会に入り、1995年には高齢化率14%を超え高齢社会になった。2005年をピークに総人口が減少を始め、平均寿命の延伸と少子化の進行による若年人口の減少に伴う高齢化率の上昇は、老老介護、認認介護という大きな問題をもたらしている。内閣府発表の2009年度「高齢社会白書」によると、2008年10月1日現在、高齢化率は22.1%、前期高齢者（65～74歳）は1,500万人（男性706万人、女性794万人）、後期高齢者（75歳以上）は1,322万人（男性499万人、女性823万人）、共に総人口の1割を超え、実に5人に1人が高齢者という。さらに、2013年には4人に1人、2035年には3人に1人が高齢者になり、2042年以降は高齢者人口が減少するが高齢化率は上昇を続け、2055年には40.5%に達し、国民の2.5人に1人が65歳以上、4人に1人が75歳以上の高齢者となると推計されている。

2005年に高齢者1人を支える現役世代が3.3人になったが、2055年には、1.3人になるという。平均寿命は2007年現在、男性が79.2歳、女性が86.0歳であるが、2050年には男性83.7

歳、女性90.3歳になると見込まれる。

医療サービスの充実も必要であるが、可能な限り生活の場で支えることが望ましい。医学の知識や技術を基盤に、暮らしを構成する作業を通して人やその生活機能を観、作業を通して障害があってもその人が生活に必要な作業ができるよう援助する。生活機能の状態に応じて、人的環境や物理的環境、制度・サービスなどの環境を整え活かし、その人の生活経験やできること、したいこと、ニーズを活かし、その人らしく生活できるよう支援する、それが作業療法（士）の専門性と言えよう。

2) 「新障害者基本計画及びその重点施策実施5か年計画」と作業療法

社会保障審議会資料によると、2008年現在わが国の障害者総数は、723.8万人で、身体障害者（児）が357.6万人、知的障害者（児）が54.7万人、精神障害者が302.8万人と推計されている。

新障害者基本計画は、「リハビリテーション」と「ノーマライゼーション」の理念を継承し、2003年度から2012年度までの10年間で、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う「共生社会」の実現を目指すというものである。基本的な方針として、「社会のバリアフリー化」、「利用者本位の支援」、「障害の特性を踏まえた施策の展開」、「総合的かつ効果的な施策の推進」という4つの横断的視点を取り上げ、さらに重点課題として、「活動し参加する力の向上」、「活動し参加する基盤の整備」、「精神障害者施策の総合的な取組」、「アジア太平洋地域における域内協力の強化」を掲げている。

重点施策実施5か年計画は、新障害者基本計画の前期5年間において重点的に実施する施策及びその達成目標並びに計画の推進方策として2003年から2007年の達成目標等を定めたもので、「共生社会」の実現を目的として、障害者が活動し社会に参加する力の向上を図るとともに、福祉サービスの整備やバリアフ

り化の推進など、自立に向けた地域基盤の整備等に取り組んだものである。

多職種が関与する障害者施策の中で、作業療法士がどのように地域生活支援に関与するか、しっかりと質量共に対応できる体制を整備することが重要である。

3) 介護保険と作業療法

介護保険制度は、老後生活における最大の不安要因である介護に対し、必要なサービスを総合的・一体的に提供する仕組みとして2000年に創設された。2005年に、「介護予防」の仕組みが導入され予防重視型システムへの転換、利用者負担の見直し、新たなサービス体系や質の確保・向上、制度運営・保険料の見直し、などの改正が行われた。介護保険は、制度見直しが5年に1回、報酬見直しが3年に1回実施される。介護保険制度は創設されてまだ年数も浅く、行政、医療、介護の連携、サービスの質、介護認定、等に加え介護事業者や介護認定者の増加による財源の問題を抱えており、医療との連携や医療との棲み分け、障害者介護の統合、介護財政の基盤などが当面の課題となる。

作業療法士は、施設サービスでは、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護老人福祉施設、居宅サービスでは、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、訪問看護ステーション等で関与している。どこまでその機能を発揮できるかにより、作業療法士の職域は大きく異なるであろう。

4) 「作業療法5か年戦略」

当協会は、近年のわが国の医療・保健・福祉の動向に対応するために、2008年から2012年の5か年に作業療法士の5割を、身近な地域に配置し、地域生活移行の支援をするという「作業療法5か年戦略」を開始した。「作業療法5か年戦略」の活動開始年度の2008年には、有資格者は42,354人となり、4万人を超えた。2011年2月現在、養成校数は171校(187課程)、入学定員は7,060名である。仮に卒業率、国家試験合格率をいずれも80%と仮定して

も、「作業療法5か年戦略」最終年度の2012年には、作業療法有資格者数は約60,000人になる。毎年5,000～6,000名ずつ増える作業療法士を医療以外の場へも重点的に配置し、職域を広げるだけで、「作業療法5(GO!)・5(GO!)計画」は十分達成可能である。

2 就業状況から見る作業療法

表 2-1 および表 2-2 は機関誌「作業療法」に毎年一回掲載している日本作業療法士協会会員統計資料を一部改変したものである。本データから作業療法士の量的動向の年次経過を提示する。

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

2006 年度の有資格者は 33,696 人、2010 年度は 53,080 人であり、5 年間で 19,384 人増加している。これは 1 年当たり約 3,900 人の増加であり、5 年間で約 1.6 倍になっている。協会員組織率は 2004 年の 88.8% を境として減少傾向に転じ、2010 年度には 79.8% に推移している。(表 2-1)

2-1-2 地域別作業療法士数

地域別での協会会員数は、2010 年度では会員数 42,348 人のうち海外と非有効データを除いた会員数は 41,776 人であり、最も会員数の多い福岡県では 2,734 人、少ない和歌山県で 315 人、平均は 888.9 人である。都道府県あたりの会員数を過去のデータと比較すると、2000 年白書では 276.1 人、2005 年では 551.0 人であり、10 年間で約 3.2 倍に増加している。(表 2-2)

2-1-3 年齢・性別構成

会員の性別構成は男性に比して女性が多く、その比率を 5 年間の推移で見ると、2006 年度で男性 29.4%、女性 70.6%、2010 年度では男性 33.9%、女性 66.1% となっている。年齢層別では 2010 年度で 20 歳代が 50.4%、30 歳代が 35.4%、40 歳代が 10.5%、50 歳代以上が 2.2%、61 歳以上が 0.5%、非有効データが 1.1% であった。男女年齢層別では、会員全体に占める 20 歳代女性の割合が 34.8% と多い。(表 2-3)

表 2-1 作業療法士有資格数と協会会員数の年次推移

| 年度 | 有資格者数 | 協会員数 | 組織率 |
|------|--------|--------|-------|
| 1966 | 22 | 18 | 81.8% |
| 1967 | 72 | 54 | 75.0% |
| 1968 | 132 | 103 | 78.0% |
| 1969 | 222 | 150 | 67.6% |
| 1970 | 311 | 200 | 64.3% |
| 1971 | 360 | 263 | 73.1% |
| 1972 | 400 | 296 | 74.0% |
| 1973 | 436 | 323 | 74.1% |
| 1974 | 506 | 357 | 70.6% |
| 1975 | 558 | 383 | 68.6% |
| 1976 | 621 | 427 | 68.8% |
| 1977 | 702 | 487 | 69.4% |
| 1978 | 777 | 555 | 71.4% |
| 1979 | 857 | 625 | 72.9% |
| 1980 | 980 | 752 | 76.7% |
| 1981 | 1,088 | 842 | 77.4% |
| 1982 | 1,255 | 994 | 79.2% |
| 1983 | 1,445 | 1,022 | 70.7% |
| 1984 | 1,750 | 1,167 | 66.7% |
| 1985 | 2,140 | 1,386 | 64.8% |
| 1986 | 2,581 | 2,046 | 79.3% |
| 1987 | 3,006 | 2,414 | 80.3% |
| 1988 | 3,525 | 2,870 | 81.4% |
| 1989 | 4,081 | 3,387 | 83.0% |
| 1990 | 4,692 | 3,909 | 83.3% |
| 1991 | 5,287 | 4,391 | 83.1% |
| 1992 | 5,827 | 4,901 | 84.1% |
| 1993 | 6,401 | 5,457 | 85.3% |
| 1994 | 7,028 | 6,027 | 85.8% |
| 1995 | 7,708 | 6,636 | 86.1% |
| 1996 | 8,748 | 7,488 | 85.6% |
| 1997 | 9,808 | 8,469 | 86.3% |
| 1998 | 11,035 | 9,570 | 86.7% |
| 1999 | 12,626 | 11,016 | 87.2% |
| 2000 | 14,880 | 13,061 | 87.8% |
| 2001 | 17,229 | 15,193 | 88.2% |
| 2002 | 19,816 | 17,458 | 88.1% |
| 2003 | 22,755 | 20,051 | 88.1% |
| 2004 | 26,069 | 23,151 | 88.8% |
| 2005 | 29,511 | 26,131 | 88.5% |
| 2006 | 33,696 | 29,532 | 87.6% |
| 2007 | 38,097 | 32,948 | 86.5% |
| 2008 | 42,354 | 35,961 | 84.9% |
| 2009 | 47,759 | 39,241 | 82.2% |
| 2010 | 53,080 | 42,348 | 79.8% |

注：1966-1994 年度は OT 協会事務局資料、1995-2010 年度は OT 協会会員統計資料（各年度 /3/31 現在の）の数値である。

表 2-2 都道府県別会員数と施設数

| 都道府県名 | 2005 年度 | | | | | | 2010 年度 | | | | | |
|------------|---------|--------|--------|------------------------|---------------|-------------|---------|--------|--------|------------------------|---------------|-------------|
| | 会員数 | | | 都道府県 人口 (単位10万人) | 人口対 (10万対) | 会員勤務 施設数 | 会員数 | | | 都道府県 人口 (単位10万人) | 人口対 (10万対) | 会員勤務 施設数 |
| | 男 | 女 | 合計 | | | | 男 | 女 | 合計 | | | |
| 北海道 | 554 | 955 | 1,509 | 56.3 | 26.8 | 463 | 924 | 1,276 | 2,200 | 55.1 | 39.9 | 568 |
| 青森 | 103 | 278 | 381 | 14.4 | 26.5 | 132 | 176 | 385 | 561 | 13.7 | 40.9 | 143 |
| 岩手 | 117 | 204 | 321 | 13.9 | 23.2 | 121 | 180 | 318 | 498 | 13.3 | 37.4 | 144 |
| 宮城 | 102 | 369 | 471 | 23.6 | 20.0 | 146 | 206 | 557 | 763 | 23.5 | 32.5 | 207 |
| 秋田 | 74 | 211 | 285 | 11.5 | 24.9 | 103 | 123 | 282 | 405 | 10.9 | 37.3 | 116 |
| 山形 | 81 | 237 | 318 | 12.2 | 26.1 | 97 | 157 | 376 | 533 | 11.7 | 45.6 | 139 |
| 福島 | 131 | 315 | 446 | 20.9 | 21.3 | 136 | 256 | 483 | 739 | 20.3 | 36.4 | 190 |
| 茨城 | 127 | 322 | 449 | 29.8 | 15.1 | 122 | 249 | 571 | 820 | 29.7 | 27.6 | 191 |
| 栃木 | 100 | 217 | 317 | 20.2 | 15.7 | 106 | 191 | 341 | 532 | 20.1 | 26.5 | 146 |
| 群馬 | 95 | 293 | 388 | 20.2 | 19.2 | 111 | 205 | 463 | 668 | 20.1 | 33.3 | 163 |
| 埼玉 | 211 | 623 | 834 | 70.5 | 11.8 | 211 | 433 | 892 | 1,325 | 71.9 | 18.4 | 333 |
| 千葉 | 166 | 571 | 737 | 60.6 | 12.2 | 215 | 393 | 926 | 1,319 | 62.2 | 21.2 | 331 |
| 東京 | 405 | 1,358 | 1,763 | 125.7 | 14.0 | 516 | 686 | 1,798 | 2,484 | 131.6 | 18.9 | 721 |
| 神奈川 | 287 | 839 | 1,126 | 87.9 | 12.8 | 302 | 554 | 1,324 | 1,878 | 90.5 | 20.8 | 456 |
| 新潟 | 142 | 419 | 561 | 24.3 | 23.1 | 187 | 229 | 579 | 808 | 23.7 | 34.0 | 230 |
| 富山 | 46 | 236 | 282 | 11.1 | 25.4 | 110 | 93 | 345 | 438 | 10.9 | 40.1 | 138 |
| 石川 | 89 | 307 | 396 | 11.7 | 33.7 | 124 | 166 | 418 | 584 | 11.7 | 49.9 | 165 |
| 福井 | 52 | 175 | 227 | 8.2 | 27.6 | 75 | 109 | 265 | 374 | 8.1 | 46.4 | 104 |
| 山梨 | 109 | 188 | 297 | 8.8 | 33.6 | 60 | 186 | 267 | 453 | 8.6 | 52.5 | 73 |
| 長野 | 162 | 476 | 638 | 22.0 | 29.1 | 164 | 301 | 715 | 1,016 | 21.5 | 47.2 | 221 |
| 岐阜 | 89 | 216 | 305 | 21.1 | 14.5 | 106 | 177 | 314 | 491 | 20.8 | 23.6 | 146 |
| 静岡 | 201 | 536 | 737 | 37.9 | 19.4 | 231 | 412 | 833 | 1,245 | 37.7 | 33.1 | 297 |
| 愛知 | 267 | 880 | 1,147 | 72.5 | 15.8 | 313 | 533 | 1,288 | 1,821 | 74.1 | 24.6 | 419 |
| 三重 | 79 | 212 | 291 | 18.7 | 15.6 | 102 | 182 | 331 | 513 | 18.5 | 27.7 | 143 |
| 滋賀 | 60 | 146 | 206 | 13.8 | 14.9 | 62 | 129 | 229 | 358 | 14.1 | 25.4 | 85 |
| 京都 | 137 | 367 | 504 | 26.5 | 19.0 | 143 | 260 | 562 | 822 | 26.4 | 31.2 | 208 |
| 大阪 | 427 | 957 | 1,384 | 88.2 | 15.7 | 386 | 817 | 1,427 | 2,244 | 88.6 | 25.3 | 576 |
| 兵庫 | 261 | 691 | 952 | 55.9 | 17.0 | 281 | 572 | 1,112 | 1,684 | 55.9 | 30.1 | 420 |
| 奈良 | 74 | 143 | 217 | 14.2 | 15.3 | 58 | 159 | 231 | 390 | 14.0 | 27.9 | 80 |
| 和歌山 | 58 | 91 | 149 | 10.4 | 14.4 | 59 | 147 | 168 | 315 | 10.0 | 31.5 | 89 |
| 鳥取 | 38 | 138 | 176 | 6.1 | 29.0 | 56 | 130 | 237 | 367 | 5.9 | 62.4 | 82 |
| 島根 | 79 | 169 | 248 | 7.4 | 33.4 | 79 | 121 | 238 | 359 | 7.2 | 50.1 | 102 |
| 岡山 | 202 | 448 | 650 | 19.6 | 33.2 | 186 | 326 | 625 | 951 | 19.4 | 48.9 | 230 |
| 広島 | 187 | 596 | 783 | 28.8 | 27.2 | 245 | 335 | 795 | 1,130 | 28.6 | 39.5 | 330 |
| 山口 | 131 | 303 | 434 | 14.9 | 29.1 | 136 | 314 | 519 | 833 | 14.5 | 57.4 | 186 |
| 徳島 | 104 | 198 | 302 | 8.1 | 37.3 | 98 | 177 | 297 | 474 | 7.9 | 60.3 | 128 |
| 香川 | 73 | 220 | 293 | 10.1 | 28.9 | 99 | 154 | 308 | 462 | 10.0 | 46.4 | 121 |
| 愛媛 | 199 | 321 | 520 | 14.7 | 35.4 | 160 | 325 | 489 | 814 | 14.3 | 56.9 | 202 |
| 高知 | 104 | 208 | 312 | 8.0 | 39.2 | 88 | 192 | 339 | 531 | 7.6 | 69.4 | 113 |
| 福岡 | 535 | 1,325 | 1,860 | 50.5 | 36.8 | 457 | 989 | 1,745 | 2,734 | 50.7 | 53.9 | 573 |
| 佐賀 | 72 | 158 | 230 | 8.7 | 26.5 | 68 | 172 | 257 | 429 | 8.5 | 50.5 | 107 |
| 長崎 | 143 | 263 | 406 | 14.8 | 27.5 | 146 | 292 | 443 | 735 | 14.3 | 51.5 | 183 |
| 熊本 | 169 | 372 | 541 | 18.4 | 29.4 | 167 | 340 | 584 | 924 | 18.2 | 50.8 | 242 |
| 大分 | 134 | 233 | 367 | 12.1 | 30.3 | 109 | 257 | 405 | 662 | 12.0 | 55.3 | 168 |
| 宮崎 | 73 | 147 | 220 | 11.5 | 19.1 | 79 | 177 | 257 | 434 | 11.4 | 38.2 | 125 |
| 鹿児島 | 230 | 362 | 592 | 17.5 | 33.8 | 185 | 432 | 579 | 1,011 | 17.1 | 59.2 | 254 |
| 沖縄 | 118 | 206 | 324 | 13.6 | 23.8 | 82 | 268 | 377 | 645 | 13.9 | 46.3 | 126 |
| 海外 | 3 | 38 | 41 | | | - | 3 | 18 | 21 | | | - |
| 非有効 データ | 45 | 149 | 194 | | | 16 | 130 | 421 | 551 | | | 99 |
| 合計 | 7,445 | 18,686 | 26,131 | 1,277.6 | 20.5 | 7,698 | 14,339 | 28,009 | 42,348 | 1,280.6 | 33.1 | 10,613 |

注) '05 年度及び '10 年度は国勢調査結果から抜粋し、10 万人単位に修正。

表 2-3 作業療法士の年齢・性別構成

| 年齢 | 2005 年度 | | | 2006 年度 | | | 2007 年度 | | | 2008 年度 | | | 2009 年度 | | | 2010 年度 | | |
|------------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|
| | 男性 | 女性 | 全体 |
| 21～25 歳 | 1,272 | 5,053 | 6,325 | 1,557 | 5,420 | 6,977 | 1,902 | 5,604 | 7,506 | 2,179 | 5,505 | 7,684 | 2,602 | 5,692 | 8,294 | 2,954 | 5,957 | 8,911 |
| 26～30 歳 | 2,358 | 6,412 | 8,770 | 2,607 | 7,180 | 9,787 | 2,861 | 7,816 | 10,677 | 3,088 | 8,302 | 11,390 | 3,283 | 8,650 | 11,933 | 3,646 | 8,778 | 12,424 |
| 31～35 歳 | 1,616 | 3,428 | 5,044 | 2,014 | 3,958 | 5,972 | 2,450 | 4,565 | 7,015 | 2,820 | 5,151 | 7,971 | 3,199 | 5,765 | 8,964 | 3,468 | 6,223 | 9,691 |
| 36～40 歳 | 950 | 1,891 | 2,841 | 1,085 | 2,087 | 3,172 | 1,269 | 2,340 | 3,609 | 1,463 | 2,648 | 4,111 | 1,711 | 2,958 | 4,669 | 1,960 | 3,332 | 5,292 |
| 41～45 歳 | 627 | 1,068 | 1,695 | 680 | 1,239 | 1,919 | 750 | 1,426 | 2,176 | 832 | 1,611 | 2,443 | 919 | 1,706 | 2,625 | 996 | 1,818 | 2,814 |
| 46～50 歳 | 283 | 364 | 647 | 347 | 430 | 777 | 405 | 521 | 926 | 476 | 674 | 1,150 | 554 | 856 | 1,410 | 618 | 1,021 | 1,639 |
| 51～55 歳 | 153 | 199 | 352 | 157 | 219 | 376 | 188 | 237 | 425 | 216 | 262 | 478 | 239 | 294 | 533 | 274 | 345 | 619 |
| 56～60 歳 | 61 | 112 | 173 | 82 | 134 | 216 | 103 | 149 | 252 | 117 | 153 | 270 | 132 | 158 | 290 | 143 | 159 | 302 |
| 61～65 歳 | 30 | 29 | 59 | 26 | 39 | 65 | 21 | 38 | 59 | 24 | 58 | 82 | 29 | 67 | 96 | 41 | 79 | 120 |
| 66～70 歳 | 16 | 25 | 41 | 17 | 25 | 42 | 15 | 23 | 38 | 18 | 25 | 43 | 17 | 25 | 42 | 15 | 23 | 38 |
| 71～75 歳 | 13 | 9 | 22 | 12 | 11 | 23 | 11 | 15 | 26 | 10 | 14 | 24 | 7 | 16 | 23 | 6 | 18 | 24 |
| 76 歳以上 | 2 | 4 | 6 | 4 | 4 | 8 | 7 | 4 | 11 | 8 | 8 | 16 | 8 | 7 | 15 | 7 | 7 | 14 |
| 非有効 データ | 64 | 92 | 156 | 90 | 108 | 198 | 106 | 122 | 228 | 140 | 159 | 299 | 168 | 179 | 347 | 211 | 249 | 460 |
| 合計 | 7,445 | 18,686 | 26,131 | 8,678 | 20,854 | 29,532 | 10,088 | 22,860 | 32,948 | 11,391 | 24,570 | 35,961 | 12,868 | 26,373 | 39,241 | 14,339 | 28,009 | 42,348 |

注：各データは OT 協会会員統計資料による。

表 2-4 開設者別会員数の推移

| 国 | 2005年度 | | 2006年度 | | 2007年度 | | 2008年度 | | 2009年度 | | 2010年度 | |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 人数 | 割合 |
| 厚生労働省 | 95 | | 91 | | 86 | | 88 | | 94 | | 102 | |
| 文部科学省 | 212 | | 230 | | 6 | | 8 | | 11 | | 14 | |
| 労働福祉事業団 | 145 | | 126 | | 129 | | 125 | | 139 | | 144 | |
| 独立行政法人 | 242 | | 301 | | 310 | | 356 | | 395 | | 456 | |
| 国立大学法人 | 62 | | 59 | | 61 | | 74 | | 77 | | 94 | |
| 公的機関 | 3,008 | 11.5% | 3,243 | 11.0% | 3,491 | 10.6% | 3,788 | 10.5% | 4,013 | 10.2% | 4,230 | 10.0% |
| 都道府県 | 912 | | 960 | | 1,006 | | 1,052 | | 1,088 | | 1,110 | |
| 市区町村 | 1,338 | | 1,419 | | 1,516 | | 1,664 | | 1,736 | | 1,839 | |
| 日赤 | 198 | | 220 | | 232 | | 244 | | 260 | | 291 | |
| 済生会 | 183 | | 219 | | 266 | | 313 | | 352 | | 387 | |
| 北海道社会事業協会 | 20 | | 23 | | 22 | | 20 | | 20 | | 23 | |
| 厚生連 | 347 | | 386 | | 432 | | 478 | | 539 | | 560 | |
| 国民健康保険団体連合会 | 10 | | 16 | | 17 | | 17 | | 18 | | 20 | |
| 社会保険団体 | 336 | 1.3% | 392 | 1.3% | 429 | 1.3% | 472 | 1.3% | 501 | 1.3% | 533 | 1.3% |
| 全国社会保険協会連合会 | 110 | | 116 | | 129 | | 135 | | 142 | | 153 | |
| 厚生団 | 65 | | 72 | | 82 | | 90 | | 96 | | 106 | |
| 船員保険会 | 2 | | 5 | | 6 | | 6 | | 6 | | 6 | |
| 健康保険組合及び連合会 | 40 | | 45 | | 46 | | 51 | | 56 | | 61 | |
| 共済組合及び連合会 | 113 | | 147 | | 156 | | 174 | | 185 | | 192 | |
| 国民健康保険組合 | 6 | | 7 | | 10 | | 16 | | 16 | | 15 | |
| 公益法人 | 994 | 3.8% | 1,099 | 3.7% | 1,242 | 3.8% | 1,397 | 3.9% | 1,466 | 3.7% | 1,542 | 3.6% |
| 医療法人 | 13,393 | 51.3% | 15,373 | 52.1% | 17,210 | 52.2% | 19,028 | 52.9% | 21,023 | 53.6% | 22,875 | 54.0% |
| 学校法人 | 1,008 | 3.9% | 1,098 | 3.7% | 1,217 | 3.7% | 1,295 | 3.6% | 1,348 | 3.4% | 1,403 | 3.3% |
| 会社 | 339 | 1.3% | 432 | 1.5% | 507 | 1.5% | 590 | 1.6% | 668 | 1.7% | 774 | 1.8% |
| NPO 法人 | | | 92 | 0.3% | 102 | 0.3% | 115 | 0.3% | 127 | 0.3% | 147 | 0.3% |
| その他の法人 | 2,177 | 8.3% | 2,379 | 8.1% | 2,656 | 8.1% | 2,912 | 8.1% | 3,169 | 8.1% | 3,427 | 8.1% |
| 個人 | 356 | 1.4% | 358 | 1.2% | 362 | 1.1% | 385 | 1.1% | 425 | 1.1% | 425 | 1.0% |
| その他 | 133 | 0.5% | 133 | 0.5% | 153 | 0.5% | 166 | 0.5% | 181 | 0.5% | 189 | 0.4% |
| 休業中 | 3,295 | 12.6% | 3,782 | 12.8% | 4,441 | 13.5% | 4,669 | 13.0% | 5,109 | 13.0% | 5,477 | 12.9% |
| 非有効データ | 336 | 1.3% | 344 | 1.2% | 312 | 0.9% | 251 | 0.7% | 242 | 0.6% | 258 | 0.6% |
| 合計 | 26,131 | 100.0% | 29,532 | 100.0% | 32,948 | 100.0% | 35,961 | 100.0% | 39,241 | 100.0% | 42,348 | 100.0% |

注：データは各年度 OT 協会会員統計資料による。

2-2 作業療法士の就業状況

2-2-1 開設者別会員数

協会の勤務先の開設者別にみた就業状況は、最も多いのが医療法人、次いで公的機関、その他の法人の順と続いている。この順位は2006年から2010年の5年間で変化はない。各年度の開設者別割合をみると公的機関、公益法人、学校法人、個人の占める割合が減少傾向にあり、逆に医療法人、会社などは全体に占める割合が増加の傾向にある。

開設者別に見た会員の割合は上記のような結果であるが、従事する会員の実数はいずれの開設者種別においても増加している。割合の変化には全数の増加が反映されており、実数の減少を示すものではない。(表2-4)

2-2-2 領域別会員数

協会の勤務先の関連法領域別に見た会員数では、医療法関連施設が最も多く、なかで

も病院に勤務する会員が2010年度では63.8%（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73.8%）である。(表2-5-1, 表2-5-2)

2-2-3 勤務形態別会員数

2010年度では、全会員のうち36,759人(86.8%)が作業療法士として就業中であり、休業中の会員は5,477人(12.9%)である。就業中の会員36,759人のうち、常勤のみの会員は32,328人(88.0%)、常勤+非常勤は3,139人(8.5%)、非常勤のみは1,292人(3.5%)であった。(表2-6)

2-3 作業療法士の労働環境

2-3-1 基本給・諸手当(初任給)

4年生養成施設卒業者の初年度の基本給は18.5万円、手当が2.7万円、賞与が50.4万円であった(表2-7)。前回2005年までは3年制養成施設卒業者の給与等を調査してきた

表2-5-1 領域別会員数の推移

| | 2005年度 | | 2006年度 | | 2007年度 | | 2008年度 | | 2009年度 | | 2010年度 | |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 医療法関連施設 | 16,018 | 61.3% | 18,107 | 61.3% | 20,287 | 61.6% | 22,444 | 62.4% | 24,772 | 63.1% | 27,016 | 63.8% |
| 身体障害者福祉法関連施設 | 263 | 1.0% | 276 | 0.9% | 290 | 0.9% | 304 | 0.8% | 293 | 0.7% | 303 | 0.7% |
| 精神保健法関連施設 | 103 | 0.4% | 106 | 0.4% | 116 | 0.4% | 115 | 0.3% | 112 | 0.3% | 104 | 0.2% |
| 児童福祉法関連施設 | 753 | 2.9% | 797 | 2.7% | 819 | 2.5% | 856 | 2.4% | 871 | 2.2% | 882 | 2.1% |
| 知的障害者福祉法関連施設 | 12 | 0.0% | 18 | 0.1% | 20 | 0.1% | 26 | 0.1% | 22 | 0.1% | 19 | 0.0% |
| 老人福祉法関連施設 | 448 | 1.7% | 562 | 1.9% | 656 | 2.0% | 802 | 2.2% | 895 | 2.3% | 1,025 | 2.4% |
| 高齢者医療確保法関連施設 | 3,547 | 13.6% | 3,912 | 13.2% | 4,192 | 12.7% | 4,490 | 12.5% | 4,760 | 12.1% | 4,945 | 11.7% |
| 介護保険法関連施設 | | | 15 | 0.1% | 20 | 0.1% | 23 | 0.1% | 33 | 0.1% | 35 | 0.1% |
| 障害者自立支援法関連施設 | | | | | | | | | 31 | 0.1% | 68 | 0.2% |
| その他の分類 | 1,385 | 5.3% | 1,610 | 5.5% | 1,781 | 5.4% | 1,921 | 5.3% | 2,024 | 5.2% | 2,123 | 5.0% |
| 法外施設 | 55 | 0.2% | 55 | 0.2% | 55 | 0.2% | 64 | 0.2% | 73 | 0.2% | 69 | 0.2% |
| 領域なし(休業中) | 3,295 | 12.6% | 3,782 | 12.8% | 4,441 | 13.5% | 4,669 | 13.0% | 5,109 | 13.0% | 5,477 | 12.9% |
| 非有効データ | 252 | 1.0% | 292 | 1.0% | 271 | 0.8% | 247 | 0.7% | 246 | 0.6% | 282 | 0.7% |
| 合計 | 26,131 | 100.0% | 29,532 | 100.0% | 32,948 | 100.0% | 35,961 | 100.0% | 39,241 | 100.0% | 42,348 | 100.0% |

注：データは各年度 OT 協会会員統計資料による。

：介護保険法関連施設は2006年度、高齢者医療確保法関連施設は2008年度、障害者自立支援法関連施設は2009年度から法改正に合わせて項目を新設。

：高齢者医療確保法関連施設は、旧老人保健法関連施設を2007年度から項目名称を改定。

表 2-5-2 2010 年度の領域別会員数

| | 領域施設別会員数 | | |
|-----------------------|----------|-------|-------|
| | 会員数 | 全体比 | 勤務者比 |
| 医療法関連施設 | 27,016 | 63.8% | 73.8% |
| 病院 | 25,760 | 60.8% | 70.4% |
| 一般病院 | 18,678 | 44.1% | 51.0% |
| 一般病床 | 15,244 | 36.0% | 41.7% |
| 療養型病床群 | 3,166 | 7.5% | 8.7% |
| 不明 | 268 | 0.6% | 0.7% |
| 特定機能病院 | 949 | 2.2% | 2.6% |
| 精神病院 | 5,461 | 12.9% | 14.9% |
| 結核病院 | 2 | 0.0% | 0.0% |
| 感染症病院 | 1 | 0.0% | 0.0% |
| 地域支援病院 | 419 | 1.0% | 1.1% |
| 不明 | 250 | 0.6% | 0.7% |
| 診療所 | 1,222 | 2.9% | 3.3% |
| 一般診療所 | 1,199 | 2.8% | 3.3% |
| 有床診療所 | 378 | 0.9% | 1.0% |
| 無床診療所 | 762 | 1.8% | 2.1% |
| 療養型病床群 | 51 | 0.1% | 0.1% |
| 不明 | 8 | 0.0% | 0.0% |
| 不明 | 23 | 0.1% | 0.1% |
| 老人痴呆疾患センター | 34 | 0.1% | 0.1% |
| 身体障害者福祉法関連施設 | 303 | 0.7% | 0.8% |
| 身体障害者更生援護施設 | 282 | 0.7% | 0.8% |
| 身体障害者更生施設 | 75 | 0.2% | 0.2% |
| 肢体不自由者更生施設 | 50 | 0.1% | 0.1% |
| 重度身体障害者更生援護施設 | 24 | 0.1% | 0.1% |
| 不明 | 1 | 0.0% | 0.0% |
| 身体障害者療護施設 | 97 | 0.2% | 0.3% |
| 身体障害者授産施設 | 4 | 0.0% | 0.0% |
| 身体障害者福祉センター | 104 | 0.2% | 0.3% |
| 身体障害者福祉センター A 型 | 16 | 0.0% | 0.0% |
| 身体障害者福祉センター B 型 | 38 | 0.1% | 0.1% |
| 在宅障害デイ・サービス施設 | 48 | 0.1% | 0.1% |
| 不明 | 2 | 0.0% | 0.0% |
| 不明 | 2 | 0.0% | 0.0% |
| 身体障害者更生相談所 | 21 | 0.0% | 0.1% |
| 精神保健福祉法関連施設 | 104 | 0.2% | 0.3% |
| 精神障害者社会復帰施設 | 61 | 0.1% | 0.2% |
| 精神障害者生活訓練施設 | 16 | 0.0% | 0.0% |
| 精神障害者生活訓練施設（精神障害者援護寮） | 16 | 0.0% | 0.0% |
| 精神障害者授産施設 | 31 | 0.1% | 0.1% |
| 精神障害者地域生活支援センター | 9 | 0.0% | 0.0% |
| 不明 | 5 | 0.0% | 0.0% |
| 精神保健福祉センター | 29 | 0.1% | 0.1% |
| 精神障害者社会復帰促進センター | 3 | 0.0% | 0.0% |
| 精神障害者グループホーム | 2 | 0.0% | 0.0% |
| 精神障害者小規模作業所 | 9 | 0.0% | 0.0% |
| 児童福祉法関連施設 | 882 | 2.1% | 2.4% |
| 児童福祉施設 | 773 | 1.8% | 2.1% |
| 知的障害児施設 | 22 | 0.1% | 0.1% |
| （知的障害児施設・自閉症児施設） | | | |
| 知的障害児通園施設 | 72 | 0.2% | 0.2% |
| 肢体不自由児施設 | 375 | 0.9% | 1.0% |
| 肢体不自由児施設 | 267 | 0.6% | 0.7% |
| 肢体不自由児通園施設 | 90 | 0.2% | 0.2% |
| 肢体不自由児療護施設 | 4 | 0.0% | 0.0% |
| 不明 | 14 | 0.0% | 0.0% |
| 重度心身障害児施設 | 291 | 0.7% | 0.8% |
| 情緒障害児短期治療施設 | 3 | 0.0% | 0.0% |
| 不明 | 10 | 0.0% | 0.0% |

| | | | |
|-----------------------------|--------|--------|-------|
| 児童相談所 | 1 | 0.0% | 0.0% |
| 心身障害児総合通園センター | 104 | 0.2% | 0.3% |
| 併設・重症心身障害児通所モデル事業施設 | 4 | 0.0% | 0.0% |
| 知的障害者福祉法関連施設 | 19 | 0.0% | 0.1% |
| 知的障害者援護施設 | 18 | 0.0% | 0.0% |
| 知的障害者更生施設 | 13 | 0.0% | 0.0% |
| 知的障害者授産施設 | 5 | 0.0% | 0.0% |
| 知的障害者更生相談所 | 1 | 0.0% | 0.0% |
| 老人福祉法関連施設 | 1,025 | 2.4% | 2.8% |
| 老人福祉施設 | 937 | 2.2% | 2.6% |
| 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設） | 413 | 1.0% | 1.1% |
| 養護老人ホーム | 6 | 0.0% | 0.0% |
| 軽費老人ホーム | 9 | 0.0% | 0.0% |
| 老人デイ・サービスセンター（通所介護） | 465 | 1.1% | 1.3% |
| 老人福祉センター | 18 | 0.0% | 0.0% |
| 老人短期入所施設 | 13 | 0.0% | 0.0% |
| 不明 | 13 | 0.0% | 0.0% |
| 有料老人ホーム | 65 | 0.2% | 0.2% |
| 在宅介護支援センター | 18 | 0.0% | 0.0% |
| 高齢者総合相談センター | 5 | 0.0% | 0.0% |
| 高齢者医療確保法関連施設 | 4,945 | 11.7% | 13.5% |
| 介護老人保健施設 | 4,643 | 11.0% | 12.7% |
| 老人訪問看護ステーション | 302 | 0.7% | 0.8% |
| 介護保険法関連施設 | 35 | 0.1% | 0.1% |
| 地域包括支援センター | 35 | 0.1% | 0.1% |
| 障害者自立支援法関連施設 | 68 | 0.2% | 0.2% |
| 指定障害者福祉サービス事業所 | 41 | 0.1% | 0.1% |
| 生活介護事業所 | 13 | 0.0% | 0.0% |
| 自立訓練（機能訓練）事業所 | 12 | 0.0% | 0.0% |
| 多機能型事業所 | 16 | 0.0% | 0.0% |
| 有料老人ホーム | 10 | 0.0% | 0.0% |
| 生活介護支援施設 | 7 | 0.0% | 0.0% |
| 自立訓練支援施設 | 3 | 0.0% | 0.0% |
| 指定相談支援事業所 | 6 | 0.0% | 0.0% |
| 指定地域活動支援センター | 11 | 0.0% | 0.0% |
| その他の分類 | 2,123 | 5.0% | 5.8% |
| 特別支援学校 | 88 | 0.2% | 0.2% |
| 肢体不自由児 | 44 | 0.1% | 0.1% |
| 知的障害児 | 12 | 0.0% | 0.0% |
| その他 | 29 | 0.1% | 0.1% |
| 不明 | 3 | 0.0% | 0.0% |
| 養成校 | 1,263 | 3.0% | 3.5% |
| 専門学校 | 734 | 1.7% | 2.0% |
| 医療短期大学 | 22 | 0.1% | 0.1% |
| 大学 | 497 | 1.2% | 1.4% |
| 不明 | 10 | 0.0% | 0.0% |
| 保健所等 | 172 | 0.4% | 0.5% |
| 保健所 | 32 | 0.1% | 0.1% |
| 保健センター（保健福祉センター） | 48 | 0.1% | 0.1% |
| その他（高齢サービス課・健康増進課等） | 90 | 0.2% | 0.2% |
| 不明 | 2 | 0.0% | 0.0% |
| その他 | 600 | 1.4% | 1.6% |
| 職業センター | 4 | 0.0% | 0.0% |
| リハ関連企業 | 28 | 0.1% | 0.1% |
| 補装具作製施設 | 15 | 0.0% | 0.0% |
| 訪問看護ステーション（老人訪問看護ステーションを除く） | 435 | 1.0% | 1.2% |
| その他（第三セクター・社協等） | 100 | 0.2% | 0.3% |
| 不明 | 18 | 0.0% | 0.0% |
| 法外施設 | 69 | 0.2% | 0.2% |
| 領域なし（休業中） | 5,477 | 12.9% | 15.0% |
| 非有効データ | 282 | 0.7% | 0.8% |
| 対象会員数 | 42,348 | 100.0% | |

表 2-6 勤務形態別会員数の推移

| | 2005 年度 | | 2006 年度 | | 2007 年度 | | 2008 年度 | | 2009 年度 | | 2010 年度 | |
|----------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| OTとして就業中 | 22,828 | 87.4% | 25,740 | 87.2% | 28,498 | 86.5% | 31,280 | 87.0% | 34,074 | 86.8% | 36,759 | 86.8% |
| 常勤 | 22,036 | | 24,835 | | 27,514 | | 30,041 | | 32,840 | | 35,467 | |
| 常勤+非常勤 | 2,093 | | 2,715 | | 2,905 | | 2,949 | | 3,040 | | 3,139 | |
| 常勤のみ | 19,943 | | 22,120 | | 24,609 | | 27,092 | | 29,800 | | 32,328 | |
| 非常勤 | 792 | | 905 | | 984 | | 1,239 | | 1,234 | | 1,292 | |
| OT以外で就業中 | | | | | | | | | 37 | 0.1% | 92 | 0.2% |
| OTは休業中 | 3,295 | 12.6% | 3,782 | 12.8% | 4,441 | 13.5% | 4,669 | 13.0% | 5,109 | 13.0% | 5,477 | 12.9% |
| 非有効データ | 8 | 0.0% | 10 | 0.0% | 9 | 0.0% | 12 | 0.0% | 21 | 0.1% | 20 | 0.0% |
| 対象会員数 | 26,131 | 100.0% | 29,532 | 100.0% | 32,948 | 100.0% | 35,961 | 100.0% | 39,241 | 100.0% | 42,348 | 100.0% |

注) データは各年度 OT 協会会員統計資料による。2009 年度より“OT 以外で就業中”の項目を新設した。

表 2-7 作業療法士の基本給、手当、賞与

| | 2010 (4 年制養成施設卒業者) n=3,296 | | 参考: 2005 (3 年制養成施設卒業者) n=3,655 | |
|---------------|-------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|
| | 回答数 | 平均値 | 回答数 | 平均値 |
| 1年目の基本給 (円/月) | 2,351 | 184,512 | 2,716 | 185,387 |
| 1年目の手当 (円/月) | 2,170 | 26,750 | 2,432 | 33,404 |
| 1年目の賞与 (円/年) | 2,222 | 504,328 | 2,532 | 528,116 |

が、今年度より 4 年制養成施設卒業者とした。2005 年度と比較すると、基本給、手当、賞与のいずれもやや減少傾向にある。

2-3-2 休暇と取得状況

育児休暇制度については、「男女ともある」は 10.8%、「女性のみある」は 54.8%、「ない」は 32.6%となっている。2005 年調査時と比較すると、育児休暇制度の実績は減少している (表 2-8)。

年次有給休暇については、78.1%が自由に取得できるとしており、前回よりも増加している (表 2-9)。一方で介護休暇制度については、実績がないとの回答が、前回よりもさらに多い 80.4%となっている (表 2-10)。

2-3-3 代替職員の雇用制度と保育所の整備

代替員の雇用制度については、産前産後休暇に対するものは 21.1%、育児休暇に対するものは 21.6%、休職に対するものは 7.7%で整備されている。前回と比較すると全ての項目において減少しており、制度そのものがない施設も 69.3%から 71.1%に増加している (表 2-11)。作業療法士の利用できる保育所がある施設は 28.5%であるが、保育所はあっても作業療法士が利用できない場合も 4.5%あることがわかった。代替員の雇用制度や保育所が整

表 2-8 育児休業制度の実績

| | 2010 n=3,296 | | 2005 n=3,655 | |
|--------|--------------|------|--------------|------|
| | 回答数 | % | 回答数 | % |
| 男女ともある | 355 | 10.8 | 771 | 21.1 |
| 女性のみある | 1,807 | 54.8 | 2,209 | 60.4 |
| ない | 1,074 | 32.6 | 627 | 17.2 |
| 無回答 | 60 | 1.8 | 48 | 1.3 |

表 2-9 年次有給休暇の取得

| | 2010 n=3,296 | | 2005 n=3,655 | |
|----------------|--------------|------|--------------|------|
| | 回答数 | % | 回答数 | % |
| 自由に取得できる | 2,573 | 78.1 | 2,482 | 67.9 |
| 取得には制限が多い | 677 | 20.5 | 782 | 21.4 |
| 取得困難 (2005 項目) | — | — | 368 | 10.1 |
| 無回答 | 46 | 1.4 | 48 | 0.6 |

表 2-10 介護休暇制度の実績

| | 2010 n=3,296 | | 2005 n=3,655 | |
|-----|--------------|------|--------------|------|
| | 回答数 | % | 回答数 | % |
| ある | 570 | 17.3 | 991 | 21.1 |
| ない | 2,651 | 80.4 | 2,613 | 71.5 |
| 無回答 | 75 | 2.3 | 51 | 1.4 |

表 2-11 代替員の雇用制度

| | 2010 n=3,296 | | 2005 n=3,655 | |
|---------------|--------------|------|--------------|------|
| | 回答数 | % | 回答数 | % |
| 産前産後休暇に対して | 695 | 21.1 | 830 | 22.7 |
| 育児休業に対して | 713 | 21.6 | 840 | 23.0 |
| 1・2 以外の休職に対して | 253 | 7.7 | 530 | 14.5 |
| 制度はない | 2,343 | 71.1 | 2,533 | 69.3 |
| 無回答 | 111 | 3.4 | 132 | 3.6 |

表 2-12 作業療法士が利用できる保育所の有無 (2010 のみの調査)

| | n=3,296 | |
|---------------------|---------|------|
| | 回答数 | % |
| ある | 940 | 28.5 |
| ない | 2,175 | 66 |
| 保育所はあるが作業療法士は利用できない | 147 | 4.5 |
| 無回答 | 34 | 1.0 |

備されていないということは、安心して出産や育児ができないということにつながるおそれがあり、改善が望まれる。

2-3-4 学会等への参加

2005年白書と比較すると、学会等へ年に1回は参加が保証されている施設は62.0%から55.3%に、保障されていない施設は24.6%から29.5%となった(表2-13)。また、参加時の旅費の保障についても、保障されている施設は65.3%から62.1%に、保障されていない施設は23.5%から26.5%となった(表2-14)。参加の保証、旅費支給のある施設は前回と比較してともに減少傾向にある。学会等への参加や旅費の保証がされていない施設が増加しつつある。

表2-13 学会参加の保証

| | 2010 n=3,296 | | 2005 n=3,655 | |
|-----|--------------|------|--------------|------|
| | 回答数 | % | 回答数 | % |
| はい | 1,823 | 55.3 | 2,266 | 62.0 |
| いいえ | 972 | 29.5 | 899 | 24.6 |
| 不明 | 462 | 14 | 411 | 11.2 |
| 無回答 | 40 | 1.2 | 79 | 2.2 |

表2-14 学会参加の旅費支給

| | 2010 n=3,296 | | 2005 n=3,655 | |
|-----|--------------|------|--------------|------|
| | 回答数 | % | 回答数 | % |
| はい | 2,047 | 62.1 | 2,386 | 65.3 |
| いいえ | 873 | 26.5 | 859 | 23.5 |
| 不明 | 335 | 10.2 | 328 | 9.0 |
| 無回答 | 41 | 1.2 | 82 | 2.2 |

2-3-5 その他

上記以外の項目として、「昇格・昇任に関する基準」、「宿舎の有無」、「在宅手当の有無」、「休息のための時間、空間の確保」の調査を行った。昇格・昇任については、基準があるという回答が前回(2005年白書)の約3割から約4割へと1割増えており、改善がみられた。宿舎の有無(単身用宿舎については男女両方あるという回答は約4分の1、利用できる家族用宿舎があるのは約1割)、在宅手当の有無(持ち家でも借家でもあるが約4割、借家のみあるが約3割)、休息のための時間、空間の確保(「十分確保されている」と「一応確保されている」の合計が約8割超え)については2005年時と大きな変化はなかった。

3 作業療法士の臨床活動

2008年から2012年にわたる作業療法5ヵ年戦略は、地域生活移行支援の推進～作業療法5(GO)・5(GO)計画～というスローガンを掲げ、作業療法をより必要としている領域、さらには作業療法が貢献できる領域への職域拡大も含め5ヵ年の内に、入院医療を中心とした医療の領域に5割、保健・福祉・教育等の領域を含めた身近な地域生活の場に5割の作業療法士配置を目標として具体的な行動目標を設定した。作業療法士は医療と地域生活支援の両サービスにまたがり、医療から介護・福祉への円滑な移行を推進する担い手としての重要な役割を果たすことが求められている。また、それぞれの臨床活動においては、臨床推論や根拠に基づいた作業療法の実践が求められている。会員一人ひとりが専門職としての技術研鑽に努めると共に、協会としても卒前・卒後教育を通じた作業療法士の資質向上と、作業療法の介入効果の提示が急務となっている。

また、最近では、個人の医療情報の入手が対象者にとって当然の権利となってきており、対象者への作業療法にかかわる情報の開示、説明と同意の手続きが作業療法業務の必須事項になってきており、個人情報保護についても十分な配慮をすることが求められている。

3-1 臨床活動の概況

今回の白書アンケートの結果をもとに作業療法全体の臨床活動を概観する。なお、領域別作業療法の臨床活動の詳細は、3-3以降で述べる。

3-1-1 対象施設の領域

今回の調査では、3,296施設の内、2,049施設(62.2%)が医療領域、1,493施設(45.3%)が保健・福祉・介護保険領域であった(同一施設複数回答あり、「はじめに」表参照)。医療領域における対象領域別の施設数と割合は、

身体障害領域 1,426施設(43.3%)、精神障害領域 625施設(19.0%)、発達障害領域 209施設(6.3%)であった。

保健・福祉・介護保険領域における対象領域別の施設数と割合は、保健・福祉領域(身体障害) 315施設(9.6%)、保健・福祉領域(精神障害) 75施設(2.3%)、保健・福祉領域(発達障害) 89施設(2.7%)、介護保険領域 1,271施設(38.6%)であった。

その他の領域における対象領域別の施設数と割合は、教育関連領域 57施設(1.7%)、職業関連領域 31施設(0.9%)、行政関連領域 69施設(2.1%)であった。

以上がアンケートに回答した施設の領域とその割合であり、以下に述べる作業療法の状況はこれら施設の回答によるものである。

3-1-2 対象疾患

医療領域(身体障害)の対象疾患の割合は65歳未満では脳血管性障害、骨折、高次脳機能障害(注意・遂行機能・記憶の障害など)、失行・失認の順で多かった。65歳以上では脳血管性障害、骨折、パーキンソン病、失行・失認の順となっており、骨折、脊髄疾患、脊髄損傷、頭部外傷が増加し、器質性精神障害が減少した。2005年と比較すると、上位の疾患や障害は同様であるが、脳血管性障害や骨折は65歳未満では減少、65歳以上では増加傾向にあった。

保健・福祉領域(身体障害)の対象疾患は、脳血管性障害、パーキンソン病、高次脳機能障害(注意・遂行機能・記憶の障害など)、失語の順に多かった。また、介護保険領域で多かったのは、脳血管性障害、パーキンソン病、骨折、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)であった。

このように、身体障害領域では医療、保健・福祉、介護保険のどの領域においても、上位に位置する対象疾患は中枢神経系疾患とその症状が中心を占めており、脊髄損傷や手首お

よび手の損傷などの整形外科疾患も身体障害領域では約半数の施設で作業療法の対象となっていた、また、悪性新生物（がん・腫瘍など）、心臓疾患、呼吸器系疾患などの内部障害も65歳以上の半数弱の施設で対象となっていた。これらの傾向は5年前と大きく変わっていないが、介護保険領域においては、その特性から医療領域（身体障害）と医療領域（精神障害）で上位を占める疾患・症状の両方を含んでいると考えられる。

精神障害領域における対象疾患は、医療、保健・福祉領域ともに統合失調症、感情障害、器質性精神障害（アルツハイマー病、脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む）、精神遅滞、知的障害の順で多く、医療領域ではそれらの割合が特に多かった。また医療においては、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）、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増加した。保健・福祉領域においては、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増加し、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）が減少した。

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）に着目すると、医療領域（身体障害）と保健・福祉領域（精神障害）での減少に対して医療領域（精神障害）では増加し、介護保険領域では一定の割合を維持していた。認知症支援の主たる領域が医療では身体障害領域から精神障害領域へ移行し、その後は介護保険領域となっている現状を示している。

発達障害領域における対象疾患は、医療では脳性麻痺、精神遅滞、知的障害、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、てんかん、染色体異常が多く、2005年とほぼ同様であった。

また、神経筋接合部及び筋の疾患（重症筋無力症・筋ジストロフィーなど）が増加した。保健・福祉領域では精神遅滞、知的障害、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、脳性麻痺、染色体異常の順であった。教育関連領域の対象疾患は、医療領域、保健・福祉領域と共通しており、精神遅滞、知的障害、脳性麻痺、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の順に多かった。

職業関連領域では統合失調症、脳血管性障害、高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など）および自閉症・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、行政関連領域では脳血管性障害、パーキンソン病、中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患、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多かった。

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、医療、保健・福祉領域にかかわらず発達障害及び精神障害領域で増加しており、教育、職業、行政の領域でも比較的多かった。2005年に発達障害者支援法が施行されるなど、障害としての認知度が上がったことが要因として考えられる。

3-1-3 作業療法の形態

保健、医療、福祉、教育、職業関連という各領域において、予防期、急性期、回復期、維持期、終末期と作業療法の関与する時期は拡大し、作業療法はそれぞれの領域と病期に応じた専門性の発揮が求められている。医療保険制度や介護保険制度、障害者自立支援法に基づく制度はめまぐるしく変化し、作業療法の役割と形態は多様化してきている。しかし、対象者の疾患は異なっても、早期退院、早期自立、地域生活移行、社会参加、生活の充実など、それぞれの時期において必要かつ適切な作業療法を提供するとともに、他職種との協業、医療と介護、医療

と福祉など領域間の連携が求められていることに変わりはない。

3-2 作業療法の目的・評価・手段

領域別作業療法の目的・評価・手段についてここでは概要を述べ、詳細は3-3以降に示す。

3-2-1 作業療法の目的

医療領域（身体障害）作業療法の目的は、65歳未満、65歳以上とも運動機能の改善、上肢運動機能の改善、日常生活活動の改善、身辺処理能力の改善の順に多かった。これに対して保健・福祉領域と介護保険領域で多い項目は、運動機能の維持・代償指導、日常生活活動の改善、運動機能の改善、起居動作の改善であった。この両者を比較すると、急性期・回復期の対象者が多い医療では、身体機能障害自体の改善が目的となるが、保健・福祉領域や介護保険領域など維持期では身体機能の維持・代償へと目的が変化してくるものと思われる。一方で、日常生活活動や身辺処理など応用的能力は、機能改善以外にも機能の代償や環境調整などで改善が期待できることから、維持期においても引き続き維持よりも改善が目標として挙げられているものと考えられる。

精神障害に対する作業療法の目的については、医療領域と保健・福祉領域とで差はなく、コミュニケーション・対人技能の改善、生活リズムの改善、社会生活適応能力の改善、日常生活活動の改善、が選択されていた。

医療領域（発達障害）保健・福祉領域（発達障害）における作業療法の目的はともに、運動機能の改善、上肢運動機能の改善が最も多かった。以下共通して多かったのは日常生活活動の改善、感覚知覚機能の改善、身辺処理能力の改善、コミュニケーション・対人技能の改善であった。教育関連領域の目的も同様であり、日常生活活動の改善、感覚知覚機能の改善、運動機能の改善の順に多かった。医療領域から継続して保健・福祉や教育の領域でも機能や能力の改善を目的とするのは、発達障害領域の特徴といえる。

職業関連領域では就労就学前訓練、就労就学の指導・訓練、人的環境の調整・利用および社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助、行政関連領域では社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助、物理的環境の調整・利用、人的環境の調整・利用の順に多かった。

福祉用具などの代償手段の適用は、順位は高くないものの、精神障害以外の領域、即ち医療領域（身体障害）、医療領域（発達障害）、保健・福祉領域（身体障害）保健・福祉領域（発達障害）、介護保険領域でいずれも2005年と比較して増加していた。福祉用具の適用が作業療法士の業務として定着してきているものと考えられる。

3-2-2 作業療法の評価

各領域において、作業療法の目的を反映した評価項目が多く挙がっていた。医療領域（身体障害）、保健・福祉領域（身体障害）の作業療法評価では、関節可動域、筋力・筋持久力、筋緊張、感覚・知覚、精神・認知・心理、上肢動作、身辺処理、起居移動、現病歴・治療歴が共通して多く、作業療法の目標として挙げられた基本的能力や応用的能力に対応した評価項目が多かったと言える。また介護保険では、医療領域、保健・福祉領域と共通した項目に加えて趣味・興味が評価項目として比較的多く挙がっていた。対象者が楽しめる活動の導入により、より充実した生活の構築を目指すとともに、趣味活動への参加によって基本的な機能の維持を図る目的での評価であると考えられる。

医療領域（精神障害）と保健・福祉領域（精神障害）の評価では、コミュニケーション能力と社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割活動など）が共通して最も多く、以下順序の違いはあるものの、生活リズム、精神・認知・心理、趣味・興味、現病歴・治療歴、生育歴・生活歴、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）が共通して多かった。基本的能力のうち精神・認知・心理機能の評価が多いのは、疾病や障害の特性を反映して

いる。また、作業療法の目的に合致して、コミュニケーション能力を含めた対人技能、社会生活適応、日常生活活動の改善に向けた個人生活適応能力の評価が行われている。

医療領域（発達障害）と保健・福祉領域（発達障害）の評価では、姿勢・肢位と筋緊張が共通して最も多く、以下順序の違いはあるものの上肢動作、感覚・知覚、生育歴・生活歴、身辺処理が共通して多く、精神・認知・心理、コミュニケーション能力も比較的多かった。いずれも作業療法の目的として挙げられていた、運動機能、感覚・知覚機能、上肢機能、日常生活活動や身辺処理能力、対人技能に合致した評価項目が多いと言える。

3-2-3 作業療法的手段

医療領域（身体障害）、保健・福祉領域（身体障害）、介護保険領域における作業療法的手段は、各領域で共通して基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）と日常生活活動が最も多かった。以下、領域によって順位の違いはあるが、作業活動では手工芸と身体運動活動が多く、他に用具の提供・適合・考案・作成・使用指導と相談・指導・調整が共通して多かった。これに加えて保健・福祉領域と介護保険領域では、作業活動のうち創作・芸術活動と生活圏拡大活動が多く挙げられた。

医療領域（精神障害）では、手工芸、創作・芸術活動、身体運動活動、生活圏拡大活動、各種ゲーム、園芸、日常生活活動、仕事・学習活動の順に多く、保健・福祉領域（精神障害）では、日常生活活動、相談・指導・調整、生活圏拡大活動、身体運動活動、創作・芸術活動、手工芸の順に多かった。多かった項目は共通していたが、医療では作業活動が多く利用されていたのに対し、保健・福祉領域では、日常生活活動や相談・指導・調整、生活圏拡大活動など、地域生活を直接的に支援する項目が多い傾向にあった。

医療領域（発達障害）と保健・福祉領域（発

達障害）では共通して日常生活活動が最も多く、以下順序の違いはあるが、基本的動作訓練、身体運動活動、用具の提供・適合・考案・作成・使用指導、相談・指導・調整が多かった。医療ではこれに加えて仕事・学習活動も多く、就学支援が反映されているものと考えられる。

3-3 医療領域における作業療法

医療領域では、主に病院や診療所において作業療法の臨床活動が実施されている。

3-3-1 医療領域（身体障害）

身体障害領域のリハビリテーションは、近年の診療報酬制度においては早期対応と短期間での地域移行支援体制の充実に向けた改定がすすめられている。また、2006年度の診療報酬改定によりそれまでの作業療法、理学療法、言語療法、の区分が疾患別となり、疾患ごとに施設基準や報酬が定められた。2006年度以降も2年ごとの改定により疾患別リハビリテーションの見直しが進められ、直近の改定は2010年度である。

1) 医療領域（身体障害）作業療法の対象

身体障害領域における65歳未満の対象疾患では脳血管性障害が85.2%と最も多く、次いで骨折（74.9%）、脊髄疾患（53.3%）や脊髄損傷（48.9%）が上位となっている。また、状態像としては、高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など）、失行・失認、失語、失調症においても高い比率で作業療法を実践している（表3-1-1）。これらの状態像は、脳血管障害や脳外傷、神経難病（パーキンソン病、中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など）の症状であると考えられる。2005年調査においては、関節リウマチが83.3%であったのに対し、2010年では大幅に低下している。これには薬物療法等、リハビリテーション以外の治療法の進歩や、罹患者の高齢化等の影響が考えられる。

65歳以上の対象疾患においても、65歳未満と同様、脳血管性障害が92.8%と最も高く、次いで骨折（83.9%）が多い。65歳以上ではこ

れに続きパーキンソン病 (78.3%), 関節リウマチ (61.3%) が上位にあり, この後脊髄疾患 (59.2%) や脊髄損傷 (52.9%) と続く (表 3-1-2). 前回 2005 年度と比較すると, 65 歳以上の脊髄損傷が増加 (2005 年 28.7%, 2010 年 52.9%) し, 器質性精神障害 (アルツハイマー病、脳血管性認知症等の認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む) は減少 (2005 年 66.1%, 2010 年 34.9%) している. 骨折等, 他の整形外科関連疾患も増加傾向であることから, 脊髄損傷の増加は, 高齢者における転倒や転落等による骨関節障害の増加によるものと思われる. また, 器質性精神障害については, 精神障害分野における認知症治療体制の充実により, 身体障害領域における対象が減少していると考えられる.

なお前回まで, 悪性新生物 (がん・腫瘍など) は, その他の疾患・障害 (悪性腫瘍, 加齢による障害, 膠原病) として他の疾患と一括して扱ってきたが, 今回独立した項目としたところ, 65 歳未満で 33.7%, 65 歳以上で 47.9% の施設で対象疾患として挙げられた.

65 歳未満と 65 歳以上を比較すると, 共通して多いのは脳血管性障害と骨折であり, 作業療法の代表的な対象疾患といえる. ただし脳血管性障害では 65 歳以上でやや増加しているのに対して 65 歳未満においては減少傾向が見られ, 予防医学や急性期治療の進展による作業療法対象者の高齢化が反映されているものと推測される. また好発年齢によるものか, パーキンソン病も 65 歳未満で少なく 65 歳以上で多い傾向にある.

表 3-1-1 医療領域 (身体障害) 作業療法の対象 (65 歳未満)

| | 2010 年 | | | 2005 年 (参考) | |
|--|--------------------|-------------------------------|----|-------------|------|
| | n=1,426 回答数 (%) | n=1,308 無回答 118 除く % | 順位 | 順位 | % |
| 脳血管性障害 | 1,114 (78.1) | 85.2 | 1 | 1 | 97.2 |
| 骨折 | 980 (68.7) | 74.9 | 2 | 2 | 87.1 |
| 高次脳機能障害 (注意・遂行機能・記憶の障害など) | 812 (56.9) | 62.1 | 3 | | - |
| 失行・失認 | 714 (50.1) | 54.6 | 4 | 4 | 83.3 |
| 脊髄疾患 | 697 (48.9) | 53.3 | 5 | 6 | 78.9 |
| 失語 | 666 (46.7) | 50.9 | 6 | 8 | 75.6 |
| 失調症 | 647 (45.4) | 49.5 | 7 | 7 | 77.9 |
| 脊髄損傷 | 640 (44.9) | 48.9 | 8 | 11 | 62.7 |
| 頭部外傷 | 633 (44.4) | 48.4 | 9 | 9 | 67.3 |
| 末梢神経損傷 | 619 (43.4) | 47.3 | 10 | 10 | 64.2 |
| 手首及び手の損傷 | 589 (41.3) | 45.0 | 11 | 13 | 55.1 |
| 関節リウマチ | 559 (39.2) | 42.7 | 12 | 4 | 83.3 |
| パーキンソン病 | 557 (39.1) | 42.6 | 13 | 3 | 86.7 |
| 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など | 551 (38.6) | 42.1 | 14 | | - |
| 脊椎障害 | 500 (35.1) | 38.2 | 15 | 12 | 57.3 |
| その他の骨・関節疾患 | 456 (32.0) | 34.9 | 16 | 16 | 43.6 |
| 悪性新生物 (がん・腫瘍など) | 441 (30.9) | 33.7 | 17 | | - |
| 心臓疾患 | 349 (24.5) | 26.7 | 18 | 14 | 47.8 |
| 呼吸器系疾患 | 347 (24.3) | 26.5 | 19 | 18 | 34.6 |
| 神経筋接合部及び筋の疾患 (重症筋無力症・筋ジストロフィーなど) | 306 (21.5) | 23.4 | 20 | 20 | 22.9 |
| てんかん | 263 (18.4) | 20.1 | 21 | 24 | 20.9 |
| 脳性麻痺 | 247 (17.3) | 18.9 | 22 | 20 | 22.9 |
| 消化系疾患 | 211 (14.8) | 16.1 | 23 | 25 | 18.4 |
| 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) | 179 (12.6) | 13.7 | 24 | 15 | 45.2 |
| 上肢切断 | 154 (10.8) | 11.8 | 25 | 22 | 22.4 |
| 熱傷 | 151 (10.6) | 11.5 | 26 | 19 | 23.3 |
| その他の疾患・障害 加齢による障害 膠原病 | 145 (10.2) | 11.1 | 27 | 17 | 42.6 |

10%以上の回答があったもの

これらの疾患に対する診療報酬上の対応は、2006年度に疾患別リハビリテーション料が導入されたが、作業療法士の算定可能リハビリテーション料は脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料に限定された。その後2008年度の診療報酬改定で呼吸器リハビリテーション料が算定可能となったものの、心大血管疾患リハビリテーション料は算定可能職種とはなっていない。しかし、本調査結果においては、心臓疾患が65歳未満で26.7%、65歳以上で47.8%となっており、心臓疾患を持つ対象者に作業療法を実施している実態が示された。

2) 医療領域（身体障害）作業療法の目的

身体障害領域において依頼された作業療法の目的は、基本的能力である運動機能の改善（65歳未満91.7%、65歳以上88.3%）が最も多かった（表3-2-1、表3-2-2）。次に、応用的能力である上肢運動機能の改善（65歳未満84.4%、65歳以上80.3%）が多く、日常生活活動の改善（65歳未満74.0%、65歳以上76.5%）、身辺処理能力の改善（65歳未満68.8%、65歳以上68.5%）、起居動作の改善（65歳未満54.1%、65歳以上62.8%）、運動機能の維持・代償指導（65歳未満51.0%、65歳以上61.8%）、認知心理機能の改善（65歳未満44.5%、65歳以上51.1%）が続き、これら

表 3-1-2 医療領域（身体障害）作業療法の対象（65歳以上）

| | 2010年 | | | 2005年（参考） | |
|---|-------------------|-----------------------------|----|---------------------------|------|
| | n=1,426 回答数（%） | n=1,366 無回答 60除く % | 順位 | n=617 無回答 7含む 順位 | % |
| 脳血管性障害 | 1,268 (88.9) | 92.8 | 1 | 1 | 88.3 |
| 骨折 | 1,146 (80.4) | 83.9 | 2 | 3 | 68.4 |
| パーキンソン病 | 1,070 (75.0) | 78.3 | 3 | 2 | 76.0 |
| 高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など） | 999 (70.1) | 73.1 | 4 | | — |
| 失行・失認 | 951 (66.7) | 69.6 | 5 | 6 | 59.6 |
| 失語 | 895 (62.8) | 65.5 | 6 | 7 | 56.4 |
| 失調症 | 856 (60.0) | 62.7 | 7 | 9 | 47.0 |
| 関節リウマチ | 838 (58.8) | 61.3 | 8 | 5 | 62.9 |
| 脊髄疾患 | 808 (56.7) | 59.2 | 9 | 10 | 40.4 |
| 脊髄損傷 | 723 (50.7) | 52.9 | 10 | 16 | 28.7 |
| 頭部外傷 | 677 (47.5) | 49.6 | 11 | 13 | 32.6 |
| 呼吸器系疾患 | 675 (47.3) | 49.4 | 12 | 12 | 36.6 |
| 悪性新生物（がん・腫瘍など） | 654 (45.9) | 47.9 | 13 | | — |
| 心臓疾患 | 653 (45.8) | 47.8 | 14 | 8 | 48.8 |
| 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など | 640 (44.9) | 46.9 | 15 | | — |
| 脊椎障害 | 620 (43.5) | 45.4 | 16 | 14 | 32.4 |
| 末梢神経損傷 | 597 (41.9) | 43.7 | 17 | 17 | 24.3 |
| その他の骨・関節疾患 | 541 (37.9) | 39.6 | 18 | 15 | 30.1 |
| 手首及び手の損傷 | 540 (37.9) | 39.5 | 19 | 21 | 20.3 |
| 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） | 477 (33.5) | 34.9 | 20 | 4 | 66.1 |
| その他の疾患・障害 加齢による障害 膠原病 | 349 (24.5) | 25.5 | 21 | 11 | 38.7 |
| 消化系疾患 | 344 (24.1) | 25.2 | 22 | 23 | 18.3 |
| てんかん | 286 (20.1) | 20.9 | 23 | 26 | 13.3 |
| 神経筋接合部及び筋の疾患（重症筋無力症・筋ジストロフィーなど） | 266 (18.7) | 19.5 | 24 | 31 | 9.9 |
| その他の循環器疾患 | 210 (14.7) | 15.4 | 25 | 24 | 16.0 |
| 末期状態 | 206 (14.4) | 15.1 | 26 | 19 | 22.0 |
| 下肢切断 | 204 (14.3) | 14.9 | 27 | 28 | 12.2 |
| 内分泌・栄養・代謝・免疫疾患 | 170 (11.9) | 12.4 | 28 | 27 | 13.0 |
| 視覚障害 | 153 (10.7) | 11.2 | 29 | 18 | 23.8 |

10%以上の回答があったもの

表 3-2-1 医療領域（身体障害）作業療法の目的（65 歳未満）

| | 2010 年 | | | 2005 年（参考） | |
|-----------------------|--------------|--------------------------|----|-------------------------|------|
| | n=1,426 | n=1,291 無回答 135 除く | | n=1,492 無回答 19 含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| 運動機能の改善 | 1,184 (83.0) | 91.7 | 1 | 1 | 89.8 |
| 上肢運動機能の改善 | 1,089 (76.4) | 84.4 | 2 | 2 | 86.5 |
| 日常生活活動の改善 | 955 (67.0) | 74.0 | 3 | 3 | 86.3 |
| 身辺処理能力の改善 | 888 (62.3) | 68.8 | 4 | 4 | 71.0 |
| 起居動作の改善 | 698 (48.9) | 54.1 | 5 | 6 | 54.4 |
| 運動機能の維持・代償指導 | 658 (46.1) | 51.0 | 6 | 5 | 65.1 |
| 認知心理機能の改善 | 575 (40.3) | 44.5 | 7 | 8 | 51.4 |
| 感覚知覚機能の改善 | 551 (38.6) | 42.7 | 8 | 10 | 37.1 |
| 上肢運動機能の維持・代償 | 491 (34.4) | 38.0 | 9 | 7 | 52.3 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 431 (30.2) | 33.4 | 10 | 14 | 25.6 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 329 (23.1) | 25.5 | 11 | 9 | 37.9 |
| 社会生活適応能力の改善 | 297 (20.8) | 23.0 | 12 | 16 | 21.5 |
| 物理的環境の調整・利用 | 281 (19.7) | 21.8 | 13 | 11 | 34.7 |
| 起居動作の維持・代償 | 255 (17.9) | 19.8 | 14 | 12 | 26.8 |
| 知的精神的能力の改善 | 218 (15.3) | 16.9 | 15 | 15 | 22.7 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 202 (14.2) | 15.6 | 16 | 13 | 26.0 |
| 生活リズムの改善 | 168 (11.8) | 13.0 | 17 | | - |
| 感覚知覚機能の維持・代償指導 | 160 (11.2) | 12.4 | 18 | 18 | 14.3 |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 153 (10.7) | 11.9 | 19 | | - |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 142 (10.0) | 11.0 | 20 | | - |

10%以上の回答があったもの

表 3-2-2 医療領域（身体障害）作業療法の目的（65 歳以上）

| | 2010 年 | | | 2005 年（参考） | |
|-----------------------|--------------|-------------------------|----|-----------------------|------|
| | n=1,426 | n=1,355 無回答 71 除く | | n=617 無回答 24 含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| 運動機能の改善 | 1,196 (83.9) | 88.3 | 1 | 3 | 67.6 |
| 上肢運動機能の改善 | 1,088 (76.3) | 80.3 | 2 | 7 | 47.8 |
| 日常生活活動の改善 | 1,037 (72.7) | 76.5 | 3 | 1 | 78.1 |
| 身辺処理能力の改善 | 928 (65.1) | 68.5 | 4 | 6 | 49.6 |
| 起居動作の改善 | 851 (59.7) | 62.8 | 5 | 8 | 46.2 |
| 運動機能の維持・代償指導 | 837 (58.7) | 61.8 | 6 | 2 | 69.4 |
| 認知心理機能の改善 | 692 (48.5) | 51.1 | 7 | 5 | 49.8 |
| 上肢運動機能の維持・代償 | 586 (41.1) | 43.2 | 8 | 11 | 40.4 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 480 (33.7) | 35.4 | 9 | 17 | 16.5 |
| 感覚知覚機能の改善 | 473 (33.2) | 34.9 | 10 | 20 | 13.3 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 458 (32.1) | 33.8 | 11 | 9 | 42.1 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 402 (28.2) | 29.7 | 12 | 4 | 50.9 |
| 起居動作の維持・代償 | 402 (28.2) | 29.7 | 12 | 10 | 41.2 |
| 生活リズムの改善 | 385 (27.0) | 28.4 | 14 | | - |
| 物理的環境の調整・利用 | 319 (22.4) | 23.5 | 15 | 12 | 31.3 |
| 知的精神的能力の改善 | 234 (16.4) | 17.3 | 16 | 15 | 25.6 |
| 社会生活適応能力の改善 | 204 (14.3) | 15.1 | 17 | 16 | 19.0 |
| 感覚知覚機能の維持・代償指導 | 197 (13.8) | 14.5 | 18 | 19 | 13.5 |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 190 (13.3) | 14.0 | 19 | | - |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 183 (12.8) | 13.5 | 20 | | - |
| 余暇活動の指導・援助 | 180 (12.6) | 13.3 | 21 | 13 | 30.6 |

10%以上の回答があったもの

上位7位までは65歳未満と65歳以上で共通していた。一方、在宅復帰にむけた作業療法の目的である、社会生活適応能力の改善（65歳未満23.0%，65歳以上15.1%）や物理的環境の調整・利用（65歳未満21.8%，65歳以上23.5%）、コミュニケーション・対人技能の改善（65歳未満11.9%，65歳以上13.5%）は少ない傾向にあった。また、前回2005年と比較すると、65歳未満では、運動機能の維持・代償指導（2005年65.1%，2010年51.0%）や上肢運動機能の維持・代償（2005年52.3%，2010年38.0%）といった機能維持や代償に関連する項目に低下がみられた。

医療の身体障害に対する作業療法では、基本的能力の改善、応用的能力のうち、特に生活の基本である身辺処理や日常生活活動の改

善が期待されていると考えられる。

3) 医療領域（身体障害）作業療法の評価

作業療法の評価では、関節可動域（65歳未満84.3%，65歳以上82.4%）、筋力・筋持久力（65歳未満80.2%，65歳以上78.7%）、上肢動作（65歳未満69.0%，65歳以上62.3%）、姿勢・肢位（65歳未満65.3%，65歳以上69.0%）の評価項目の実施頻度が高かった（表3-3-1、表3-3-2）。これは、前記2）作業療法の目的で最も多い、運動機能の改善や上肢機能の改善と連動しているものと思われる。前回との比較では、精神・認知・心理の評価において、2005年度（65歳未満68.3%，65歳以上70.5%）に対し今回（65歳未満43.4%，65歳以上53.7%）は大きく低下している。認知症に対する作業療法が、精

表 3-3-1 医療領域（身体障害）作業療法の評価項目（65歳未満）

| | 2010年 | | | 2005年（参考） | |
|--------------------------------|--------------|-------------------------|----|------------------------|------|
| | n=1,426 | n=1,284 無回答 142除く | | n=1,492 無回答 33含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| 関節可動域 | 1,083 (75.9) | 84.3 | 1 | 1 | 84.7 |
| 筋力・筋持久力 | 1,030 (72.2) | 80.2 | 2 | 2 | 80.5 |
| 上肢動作 | 886 (62.1) | 69.0 | 3 | 3 | 74.6 |
| 姿勢・肢位 | 838 (58.8) | 65.3 | 4 | 7 | 61.8 |
| 筋緊張 | 781 (54.8) | 60.8 | 5 | 5 | 65.4 |
| 感覚・知覚 | 768 (53.9) | 59.8 | 6 | 6 | 63.3 |
| 身辺処理 | 745 (52.2) | 58.0 | 7 | 8 | 60.7 |
| 現病歴・治療歴 | 704 (49.4) | 54.8 | 8 | 10 | 47.1 |
| 起居移動 | 661 (46.4) | 51.5 | 9 | 9 | 54.7 |
| 精神・認知・心理 | 557 (39.1) | 43.4 | 10 | 4 | 68.3 |
| 協調性 | 504 (35.3) | 39.3 | 11 | 11 | 46.4 |
| 反射・反応 | 381 (26.7) | 29.7 | 12 | 12 | 30.1 |
| 個人生活適応（家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など） | 375 (26.3) | 29.2 | 13 | 25 | 4.7 |
| 生育歴・生活歴 | 363 (25.5) | 28.3 | 14 | 17 | 20.5 |
| 趣味・興味 | 358 (25.1) | 27.9 | 15 | 13 | 26.3 |
| 職業歴・学歴 | 353 (24.8) | 27.5 | 16 | 19 | 17.6 |
| 役割 | 259 (18.2) | 20.2 | 17 | 21 | 14.0 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 200 (14.0) | 15.6 | 18 | 22 | 11.6 |
| 家族構成・関係 | 196 (13.7) | 15.3 | 19 | 20 | 14.7 |
| 生活環境 | 189 (13.3) | 14.7 | 20 | 16 | 20.7 |
| 住居 | 184 (12.9) | 14.3 | 21 | 15 | 21.2 |
| 生活時間 | 165 (11.6) | 12.9 | 22 | 24 | 11.0 |
| コミュニケーション能力 | 143 (10.0) | 11.1 | 23 | 18 | 19.3 |

10%以上の回答があったもの

神障害領域に移行していることの影響が考えられる。医療領域（精神障害）作業療法の対象では認知症を含む器質性精神障害が、同作業療法の評価で精神・認知・心理の評価がいずれも増加しているので参照いただきたい。

4) 医療領域（身体障害）作業療法的手段

作業療法的手段は、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練：65歳未満98.9%、65歳以上98.7%）、各種作業活動—日常生活活動（65歳未満95.0%、65歳以上98.6%）が多かった（表3-4-1、表3-4-2）。これら上位2項目は、65歳未満と65歳以上で

共通しており、いずれも95%以上で他の項目と比較して多く選択されていた。以下、年齢区分ごとに60%以上の項目を多い順に挙げると、65歳未満では用具の提供・適合・考案・作成・使用指導（66.2%）、相談・指導・調整（61.7%）、65歳以上では手工芸（68.8%）、用具の提供・適合・考案・作成・使用指導（67.5%）、相談・指導・調整（67.2%）であった。作業療法的手段は、基本的能力である運動機能の向上や生活に必要な日常生活活動獲得に向けた内容が中心となっている。また65歳以上で手工芸が多く用いられる傾向が見られた。一方65歳未満においては、仕事・学習活動（54.7%）

表3-3-2 医療領域（身体障害）作業療法の評価項目（65歳以上）

| | 2010年 | | | 2005年（参考） | |
|--------------------------------|--------------|------------------------|----|----------------------|------|
| | n=1,426 | n=1,349 無回答 77除く | | n=617 無回答 27含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| 関節可動域 | 1,111 (77.9) | 82.4 | 1 | 2 | 68.6 |
| 筋力・筋持久力 | 1,061 (74.4) | 78.7 | 2 | 3 | 65.0 |
| 姿勢・肢位 | 931 (65.3) | 69.0 | 3 | 5 | 56.6 |
| 上肢動作 | 840 (58.9) | 62.3 | 4 | 7 | 49.6 |
| 身辺処理 | 815 (57.2) | 60.4 | 5 | 6 | 53.5 |
| 起居移動 | 813 (57.0) | 60.3 | 6 | 4 | 57.1 |
| 筋緊張 | 800 (56.1) | 59.3 | 7 | 9 | 44.7 |
| 現病歴・治療歴 | 730 (51.2) | 54.1 | 8 | 8 | 45.5 |
| 精神・認知・心理 | 724 (50.8) | 53.7 | 9 | 1 | 70.5 |
| 感覚・知覚 | 711 (49.9) | 52.7 | 10 | 13 | 32.6 |
| 協調性 | 500 (35.1) | 37.1 | 11 | 15 | 29.8 |
| 趣味・興味 | 457 (32.0) | 33.9 | 12 | 10 | 42.3 |
| 生育歴・生活歴 | 387 (27.1) | 28.7 | 13 | 14 | 31.4 |
| 反射・反応 | 368 (25.8) | 27.3 | 14 | 23 | 16.7 |
| 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） | 293 (20.5) | 21.7 | 15 | 26 | 10.7 |
| 役割 | 283 (19.8) | 21.0 | 16 | 19 | 18.5 |
| 家族構成・関係 | 258 (18.1) | 19.1 | 17 | 21 | 17.2 |
| 職業歴・学歴 | 253 (17.7) | 18.8 | 18 | 18 | 20.3 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 231 (16.2) | 17.1 | 19 | 27 | 9.6 |
| 住居 | 223 (15.6) | 16.5 | 20 | 24 | 13.9 |
| 生活時間 | 217 (15.2) | 16.1 | 21 | 16 | 21.2 |
| 生活環境 | 217 (15.2) | 16.1 | 21 | 17 | 21.1 |
| コミュニケーション能力 | 195 (13.7) | 14.5 | 23 | 11 | 39.9 |
| 知的精神的活動 | 170 (11.9) | 12.6 | 24 | 12 | 33.7 |
| 心肺機能（全身持久力含む） | 164 (11.5) | 12.2 | 25 | | - |
| 摂食・嚥下機能 | 145 (10.2) | 10.7 | 26 | | - |

10%以上の回答があったもの

表 3-4-1 医療領域（身体障害）作業療法的手段（65 歳未満）

| | 2010 年 | |
|---------------------------|--------------|-----------------------|
| | n=1,426 | n=1,286 無回答 140 除く |
| | 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） | 1,272 (89.2) | 98.9 |
| 各種作業活動－日常生活活動 | 1,222 (85.7) | 95.0 |
| 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 | 851 (59.7) | 66.2 |
| 相談・指導・調整 | 793 (55.6) | 61.7 |
| 各種作業活動－仕事・学習活動 | 704 (49.4) | 54.7 |
| 各種作業活動－手工芸 | 696 (48.8) | 54.1 |
| 各種作業活動－身体運動活動など | 495 (34.7) | 38.5 |
| 各種作業活動－生活圏拡大活動 | 446 (31.3) | 34.7 |
| 各種作業活動－各種ゲーム | 372 (26.1) | 28.9 |
| 各種作業活動－創作・芸術活動 | 369 (25.9) | 28.7 |
| 各種作業活動－園芸 | 84 (5.9) | 6.5 |
| その他 | 15 (1.1) | 1.2 |
| 無回答 | 140 (9.8) | |

表 3-4-2 医療領域（身体障害）作業療法的手段（65 歳以上）

| | 2010 年 | |
|---------------------------|--------------|----------------------|
| | n=1,426 | n=1,349 無回答 77 除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 各種作業活動－日常生活活動 | 1,331 (93.3) | 98.7 |
| 基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練） | 1,330 (93.3) | 98.6 |
| 各種作業活動－手工芸 | 928 (65.1) | 68.8 |
| 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 | 910 (63.8) | 67.5 |
| 相談・指導・調整 | 907 (63.6) | 67.2 |
| 各種作業活動－身体運動活動など | 715 (50.1) | 53.0 |
| 各種作業活動－仕事・学習活動 | 663 (46.5) | 49.1 |
| 各種作業活動－創作・芸術活動 | 607 (42.6) | 45.0 |
| 各種作業活動－各種ゲーム | 492 (34.5) | 36.5 |
| 各種作業活動－生活圏拡大活動 | 470 (33.0) | 34.8 |
| 各種作業活動－園芸 | 162 (11.4) | 12.0 |
| その他 | 18 (1.3) | 1.3 |
| 無回答 | 77 (5.4) | |

も高く、社会生活における役割獲得に向けた活動も実施されている。

5) 医療領域（身体障害）作業療法にかかわる診療報酬

作業療法にかかわる診療報酬をみると、疾患別リハビリテーション料では、運動器リハビリテーション料 I（81.9%）を算定する施設が最も多く、次に脳血管疾患等リハビリテーション料 I（64.7%）が多い（表 3-5）。また、どの疾

患別リハビリテーション料においても I 基準取得施設の方が II 基準取得施設よりも多い。

次に回復期リハビリテーション病棟入院料については、入院料 1 が 26.5% に対し、入院料 2 は 4.2% であった。それに伴って休日リハビリテーション提供体制加算（15.5%）やリハビリテーション充実加算（9.6%）も算定されていた。その他の加算や指導料等では、早期リハビリテーション加算（80.2%）を算定する施設が最も多く、早期からの作業療法実施

表 3-5 医療領域（身体障害）作業療法にかかわる診療報酬

| | 2010 年 | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------|
| | n=1,426 | n=1,325 無回答 101 除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） | 1,085 (76.1) | 81.9 |
| 早期リハビリテーション加算 | 1,063 (74.5) | 80.2 |
| リハビリテーション総合計画評価料 | 1,046 (73.4) | 78.9 |
| 退院時リハビリテーション指導料 | 882 (61.9) | 66.6 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） | 857 (60.1) | 64.7 |
| 退院前訪問指導料 | 681 (47.8) | 51.4 |
| 摂食機能療法 | 604 (42.4) | 45.6 |
| 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） | 584 (41.0) | 44.1 |
| 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） | 581 (40.7) | 43.8 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） | 384 (26.9) | 29.0 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 | 351 (24.6) | 26.5 |
| 重症者回復加算 | 209 (14.7) | 15.8 |
| 休日リハビリテーション提供体制加算 | 205 (14.4) | 15.5 |
| 亜急性期入院医療管理料 1 または 2 | 197 (13.8) | 14.9 |
| 栄養サポートチーム加算 | 173 (12.1) | 13.1 |
| 地域連携診療計画退院時指導料Ⅰ（回復期等） | 139 (9.7) | 10.5 |
| リハビリテーション充実加算 | 127 (8.9) | 9.6 |
| 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 | 125 (8.8) | 9.4 |
| リハビリテーション提供体制加算 | 122 (8.6) | 9.2 |
| 退院時共同指導料 | 108 (7.6) | 8.2 |
| 介護支援連携指導料 | 107 (7.5) | 8.1 |
| 地域連携診療計画管理料（急性期） | 106 (7.4) | 8.0 |
| 地域連携診療計画退院計画加算（回復期等） | 77 (5.4) | 5.8 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） | 75 (5.3) | 5.7 |
| 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） | 75 (5.3) | 5.7 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 | 55 (3.9) | 4.2 |
| 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） | 51 (3.6) | 3.8 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算（難病患者リハビリテーション料） | 39 (2.7) | 2.9 |
| 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 38 (2.7) | 2.9 |
| がん患者リハビリテーション料 | 37 (2.6) | 2.8 |
| 障害児（者）リハビリテーション料 | 33 (2.3) | 2.5 |
| 難病患者リハビリテーション料 | 20 (1.4) | 1.5 |

が積極的に推進されていることがわかる。また、退院時リハビリテーション指導料（66.6%）や、退院前訪問指導料（51.4%）が多く算定されているのに対し、2006年度の改定で新設され、その後も普及拡大がすすめられている地域連携パスに関連する地域連携診療計画管理料（8.0%）や、地域連携診療計画退院時指導料Ⅰ（10.5%）は低い結果であった。リハビリテーションにおける在宅移行期の取り組みが多い一方で、地域の医療施設間の連携パスの普及はまだ十分ではないことが示唆される。

6) 算定上限日数を超える場合の作業療法

2006年度診療報酬改定では、疾患や病態に応じてリハビリテーションの算定上限日数が定められた。この算定上限日数以降の実施には、実施単位数の制限が設けられた。算定上限日数を超える実施のある施設は92.1%、中でも、制限単位数である1ヶ月13単位以内での実施が75.5%と最も高かった(表3-6)。また、選定療養（患者が選定し、自己負担で受ける追加的医療）の実施は4.9%と低く、13単位以上実施しているが、13単位のみを算定しそれ以上を請求しないという対応も11.7%あった。

7) 心大血管疾患リハビリテーション料について
 作業療法士は、心大血管疾患リハビリテーション料の人員基準に記載されていない。しかし本疾患への作業療法は、表 3-1-1、3-1-2 が示す通り、疾患別リハビリテーション料導入以前より実施されており、また白書創刊（1985

年）当時から、作業療法の対象として循環器疾患・心疾患は常に挙げられてきたという背景がある。回答のあった施設のうち心大血管疾患リハビリテーション料を算定する施設は 10.1%あり、このうち 26.3%の施設において同疾患に作業療法士が関与していた（表 3-7、表 3-8）。

表 3-6 算定上限日数を超える場合の作業療法実施と請求

| | 2010 年 | |
|---|------------|-----------------------|
| | n=1,426 | n=1,296 無回答 130 除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 13 単位の範囲内で実施し、算定している。 | 978 (68.6) | 75.5 |
| 13 単位以上実施し、13 単位を保険診療として算定、それ以上の実施は選定療養（患者が選定し、自己負担で受ける追加的医療）としている。 | 64 (4.5) | 4.9 |
| 13 単位以上実施しているが 13 単位のみを算定し、それ以上の実施は請求しない。 | 151 (10.6) | 11.7 |
| 標準的算定日数以降の実施はしておらず、従って算定もしていない。 | 103 (7.2) | 7.9 |

表 3-7 リハビリテーション部門における心大血管リハ算定について

| | 2010 年 | |
|---------------|--------------|-----------------------|
| | n=1,426 | n=1,319 無回答 107 除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 心大血管リハ I を算定 | 117 (8.2) | 8.9 |
| 心大血管リハ II を算定 | 16 (1.1) | 1.2 |
| 算定していない | 1,155 (81.0) | 87.6 |
| わからない | 31 (2.2) | 2.4 |

表 3-8 心大血管リハへの作業療法士のかかわり

| | 2010 年 | |
|---------|-----------|----------------|
| | n=133 | n=133 無回答なし |
| | 回答数 (%) | % |
| 関わっている | 35 (26.3) | 26.3 |
| 関わっていない | 98 (73.7) | 73.7 |

回復期リハビリテーション病棟は、2000年度に新設され、これまでのおよそ10年間で約6万床まで増えている。この病棟は、「脳血管疾患又は骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等が共同して作成し、これに基づくリハビリテーションを集中的に行うための病棟」であり、診療報酬上、発症や手術から入院までの期間、疾患別算定期間の上限などの条件が規定されている。

当該病棟での集中的なリハビリテーションにおいては、当然のことながら退院後の対象者の生活を想定した支援が必要である。それとともに、回復期で得られた情報を、速やかに退院後にかかわる身近な医療機関や介護保険事業所へ申し送ることが重要な役割となる。

ここでは、回復期リハビリテーション病棟における入院が多い脳血管障害者を例に回復期の作業療法士の関わりを紹介する。

【症例紹介】

70歳代男性、右利き、診断名は脳梗塞、障害は左半身の麻痺と感覚障害。3週間の急性期病院での治療を終え、回復期リハビリテーション病棟へ転院となる。生活面では妻との2人暮らし。壮年期は公務員として勤務し、定年後は趣味である旅行やゴルフを楽しみながら、地域の自治会の役員を担いながら生活していた。自宅は築30年の一戸建て。

回復期病棟入院初期

入院当初は左半身に麻痺を認め、上下肢は動かすことは出来るものの、細かな意図した動きは出来ず、触れられたり動かされたりという感覚が分かりにくい状態であった。動作面ではベッドに腰掛ける際には手すりが無ければ保持が難しく、立位は困難だった。本人は気持ちが落ち込み、表情変化や口数が少なかった。作業療法では3ヶ月間の入院で、杖や装具を用いての歩行獲得、身の回りの日常生活は概ね1人で行える状態への改善を目標に掲げた。また麻痺した左手で薬包を保持し、右手で鉈を使用できるといったように日常で左手を補助的に使用出来るようにすることも考えていた。

作業療法を開始し、最初の1ヶ月は自身で起き上がる、座位姿勢が安定する、手すりに掴まり立ち上がって車椅子に乗り移れるようになること、また、発症してから排泄はオムツを使用してきたため、早期にトイレでの排泄が行えることを目標とした。作業療法場面では病室のベッド周囲の環境を利用し練習を繰り返し、自身の身体の使い方、周辺の手すりや車椅子といった道具の扱い方の習得に心掛けた。動作面は順調に改善がみられたが、本人は依然口数が少ないまま経過していた。妻に話を伺うと特別寡黙な性格ではなく、自治会の活動を通して近所の方とも比較的交流の機会は多かったとのことであった。

入院後1ヶ月程度の時期

この時期は、作業療法の時間で出来るようになったことを病棟の生活場面で安全に行えるように関わっていた。車椅子への乗り移り、

便所の使用の注意点、洋服の着替え方等を病棟の職員に伝達し、まずは昼から、徐々に夜間も見守ってもらって出来るように環境を整えた。作業療法場面では杖と装具を用いて病室からトイレ、病室から食堂までの歩行練習、入浴場面では装具の使用が困難な為、浴室内の歩行、浴槽の出入りといった動作練習を実施。同時に左手の操作性を高める為の運動や日常生活の中での使い方を一緒に確認した。この頃になると、同じ病室の方やリハビリテーション室で顔を合わせる他患者との交流が増え、本人の表情にも笑顔が見受けられるようになってきていた。

また、面会に来る妻から情報を得る機会を持ち、自宅周辺の環境、家屋の構造、本人の生活様式を聴取し、担当している職員側が退院後の生活イメージを具体化し、本人・妻に情報提示が出来るよう準備をすすめた。

入院後 2 ヶ月程度の時期

この時期になると、病棟生活場面での歩行は杖と装具を用い概ね見守りで可能となり、屋外での長距離を歩く場面以外は車椅子が不要になっていた。また、妻と外出する機会も増えることが予想され、妻に付き添って歩く上での注意点も伝えた。結果、院内では2人で歩く姿が見受けられるようになった。

作業療法場面では、事前に収集した情報を基に自宅環境で困らないための動作練習を積極的に実施した。玄関でどのように靴の脱ぎ履きを行うか、どのように上がり框の昇降を行うか、家の中で杖は必要かどうか、あらゆる場面を想定した動作練習の機会を増やして対応した。また以前より、食事はリビングの机・

椅子を使用していたが、人が多く集まる際は和室を客間として利用していたこと、本人もそこで人をもてなしたいとの思いから、畳の上であぐらをかく、畳から立ち上がるといった動作練習も行った。

また、本人は病前から自家用車の運転は控えていたこと、妻は運転免許を所持していなかったことから、外出には公共交通機関の利用が必要であった。そこで作業療法士が立会い、本人・妻と注意点を確認しながら電車とバスを利用する機会を持った。またタクシー等の利用も考え、車への乗降の方法も併せて確認した。

退院準備の時期

この時期では、自宅退院にあたり事前に試験外泊を行い不安や疑問を解決する。退院後は介護保険制度を利用する予定になっていたため、介護支援専門員、住宅改修業者の同席を依頼し、作業療法士が家庭訪問を実施した。退院後は元々使用していたベッドがそのまま利用できることは確認出来ていたが、玄関やトイレ、浴室には手すりが設置された方が安心して動作が行えることを、本人と共に実際に動作を行い確認した。その他、本人が不安を抱いていた客間での動作も確認した。また、病前から関わっていた自治会の会合に参加したいと考えていた為、妻と共に自宅から公民館までの道のりを歩いて確認した。

その後、手すりの設置を待って自宅への試験外泊を行い、入浴用の椅子の準備、入浴場面でのヘルパーの利用、通所リハビリへの準備を整え自宅退院となった。

作業療法と内部障害の関わりは古く、1932年には当時の国民病であった肺結核患者に対する欧米の作業療法が紹介され¹⁾、1937年にはわが国で最初の結核作業療法の医学的論文が発表された²⁾。2006年に疾患別リハビリテーション（リハ）が導入された際には、新設された呼吸器リハ料、心血管リハ料の施設基準に作業療法士の職名が記載されていないなどの問題が生じたが、2008年には呼吸器リハ料の施設基準に作業療法士の職名が追記され、関わりは制限は解除された。呼吸器リハ料の対象疾患は、市中肺炎から肺移植後までと非常に幅広いが、肺の機能障害により、日常生活に一定レベルの活動制限を認める対象者へ、多職種の協業による包括的な支援が行われている。

呼吸器疾患に関連したチーム医療の中で、作業療法士は多職種と連携しながら、呼吸器に障害をもつ対象者へ動作指導や環境調整を中心としたADL・IADLトレーニングを実施し、日常生活における呼吸困難の軽減を図ることで、その人らしい生活を再建するための支援を行うことができる。

【症例紹介】

68歳の男性で、6年前に慢性閉塞性肺疾患と診断された。呼吸器内科を定期的に受診し、内服治療を継続されていたが、2年前に在宅酸素療法を導入された。今回は感冒による急性増悪のために入院加療の運びとなった。抗菌剤の治療を1週間継続された後に退院に向けての作業療法、理学療法が処方された。安静時の酸素流量は1ℓ/minであり、労作時は2ℓ/minに増量されていた。開始時の安静度は、ベッド周囲に限られていた。

経過

初期評価においては、短距離の独歩は軽度の息切れを伴いながらも可能であり、四肢の筋力は概ね4レベル程度維持されており、認知機能には問題を認めていなかった。今回の入院前に、リハビリテーション（以下、リハ）を実施されたことはなく、更衣や入浴での息切れ感を中等度自覚されていた。特に入浴時の洗体動作時には、一時的に強い息切れを自覚する状況であった。2週間程度での自宅退院の予定であり、作業療法では日常生活場面での息切れの軽減を目指した日常生活指導、動作練習を行い、理学療法では、運動耐容能の改善目的に自転車エルゴメーター、呼吸法の指導などを実施して退院に備える方針となった。

経過の中で、作業療法では日常生活場面での息切れの程度の把握のために、実際の活動場面での動作を評価し、適宜息切れを軽減する動作の工夫、呼吸と動作の同調などの活動の指導を実施した（表3-①）。閉塞性換気障害を呈しており、浅くて速い呼吸様式となっていたため、動作と口すぼめ呼吸を同調させること、長めの洗体タオルを使用して、背部の洗体の際の呼吸補助筋の過活動による呼吸リズムの乱れを制御することを中心に動作指導を行った。

結果、洗体動作完了時の息切れは、指導前のBorg Scale 4（やや強い）から、指導後には2（軽い）に軽減し、パルスオキシメーターで測定したSpO₂の低下も抑制することができ、生理学的にも活動の指導が有効であった（図3-①）。この結果を本人に示し、その他の活動についても動作を工夫しながら生活することで、息切れの軽減を図ることが出来ることを説明した。加えて、住環境の評価結果から、

脱衣所に更衣の際に腰かけて休憩する椅子を設置するなどの助言を行い、環境面への働きかけを行った。作業療法で習得した動作方法が実践できるように、看護師や家族とも連携を図り、病棟や外泊時にも実施するように働きかけた。

本人からは、「これまで息切れを感じる動作は、仕方ないものだとあきらめていましたが、動作や道具を工夫することで、こんなに息切れが軽くなるとは思いませんでした。」との発言が聞かれた。退院時には、更衣や入浴時の息切れが軽減し、入院前よりも余裕を持って生活できるようになり、趣味の散歩も再開できた。

文献

- 1) Dorn C (野村実訳): 肺結核患者の作業療法. 結核 10: 637-644, 1932.
- 2) 新井 英夫: 肺結核患者の作業療法. 秋元, 富岡・編著, 新作業療法の源流, 三輪書店, 東京, 1955, pp. 207-227.

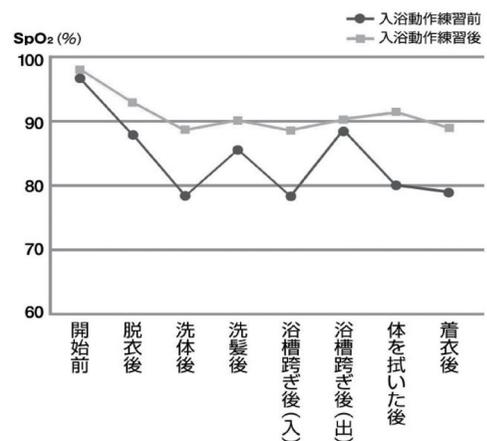


図 3-① 活動指導前後での入浴時の SpO₂ の推移

表 3-① 息切れを軽減する動作の工夫

| 方法 | 理由 | 具体的活動例 |
|---------------------------|--|--------------------------------|
| 動作速度をこれまでよりも少し遅めに調整する | 単位時間あたりの仕事量を減らす | 洗体動作や掃除機掛け |
| 活動の途中で適切な休憩をとる | 一定の時間を要する活動において、連続する心肺への負担を軽減する | 入浴、家事 |
| 動作方法を修正する | 腹部の圧迫や上肢の頻回な動き、空間での操作などの呼吸困難感を誘発しやすい動作を回避し、効率的な動作方法を習得する | 靴下の着脱を組み足で行い、腹部の圧迫を避ける |
| 呼吸に合わせて動作を実施する (息こらえをしない) | 呼吸のリズムの維持による換気の効率化 | 洗体動作時に呼吸に合わせて洗体する、排便時に息こらえをしない |
| 動作を簡略化する | 消費エネルギーの節約 | ズボンと下着を一度に脱ぐ |
| 環境を整備する | 消費エネルギーの節約 | シャワー椅子の導入、台所回りの環境の整備 |

3-3-2 医療領域（精神障害）

近年の精神科医療は、入院医療中心から地域生活中心へといわれるように、適切な入院医療による早期退院や、円滑な地域生活への移行を実現するための支援が重要課題とされている。障害者自立支援法の制定や診療報酬改定等、具体的な施策も展開されており、2010年度の診療報酬改定では精神科デイ・ケア等における早期の地域移行に対して加算が新設された。しかし、前回の白書でも、精神科医療の転換に伴って新たな体制を整える必要性が指摘されているにもかかわらず、精神科作業療法においては大きな基準の見直しはいまだ行われていないのが現状である。

1) 医療領域（精神障害）作業療法の対象

精神障害領域の作業療法の対象は、統合失調症（97.3%）が最も多く、作業療法の代表的な対象疾患といえる（表3-9）。その他に感情障害（92.2%）、器質性精神障害（アルツハ

イマー病、脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む）（90.7%）が多く、精神遅滞 知的障害（88.5%）、アルコール依存症（79.1%）、神経症性障害（77.1%）、成人の人格・行動障害（64.5%）も対象とする施設が多かった。

前回2005年度と比較すると、器質性精神障害、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で増加がみられる。器質性精神障害の増加（2005年74.1%、2010年90.7%）については、高齢化に対応した精神科病院の機能の変化があり、認知症治療病棟、認知症療養病棟、重度認知症デイ・ケアを有する精神科病院が増加していることが要因として考えられる。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については、前回から著しく増加（2005年19.8%、2010年52.2%）しており、これは2005年に発達障害者支援法が施行され

表 3-10 医療領域（精神障害）作業療法の目的

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|-----------------------|------------|----------------------|----|----------------------|------|
| | n=625 | n=597 無回答 28除く | | n=666 無回答 16含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 553 (88.5) | 92.6 | 1 | | - |
| 生活リズムの改善 | 549 (87.8) | 92.0 | 2 | | - |
| 社会生活適応能力の改善 | 461 (73.8) | 77.2 | 3 | 1 | 87.0 |
| 日常生活活動の改善 | 415 (66.4) | 69.5 | 4 | 2 | 83.2 |
| 余暇活動の指導・援助 | 368 (58.9) | 61.6 | 5 | 3 | 77.7 |
| 認知心理機能の改善 | 297 (47.5) | 49.7 | 6 | 5 | 52.6 |
| 健康管理能力の維持・改善 | 259 (41.4) | 43.4 | 7 | | - |
| 知的精神的能力の改善 | 254 (40.6) | 42.5 | 8 | 4 | 55.6 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 232 (37.1) | 38.9 | 9 | 7 | 42.3 |
| 知的精神的能力の維持・代償指導 | 224 (35.8) | 37.5 | 10 | 6 | 48.1 |
| 運動機能の維持・代償指導 | 159 (25.4) | 26.6 | 11 | 10 | 22.3 |
| 運動機能の改善 | 147 (23.5) | 24.6 | 12 | 9 | 24.7 |
| 身辺処理能力の改善 | 145 (23.2) | 24.3 | 13 | 8 | 26.1 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 109 (17.4) | 18.3 | 14 | 13 | 18.4 |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 109 (17.4) | 18.3 | 14 | | - |
| 就労就学前訓練 | 102 (16.3) | 17.1 | 16 | 12 | 21.4 |
| 就労就学の指導・訓練 | 68 (10.9) | 11.4 | 17 | 15 | 14.4 |
| 人的環境の調整・利用 | 63 (10.1) | 10.6 | 18 | 11 | 21.9 |

10%以上の回答があったもの

たことで、疾患としての認知度が上がったことも要因として考えられる。

2) 医療領域（精神障害）作業療法の目的

精神障害領域において依頼された作業療法の目的は、コミュニケーション・対人技能の改善（92.6%）が最も多く、次に生活リズムの改善（92.0%）、社会生活適応能力の改善（77.2%）、日常生活活動の改善（69.5%）、余暇活動の指導・援助（61.6%）となっている（表3-10）。基本的能力では、認知心理機能の改善（49.7%）が最も多く、次に認知心理機能の維持・代償指導（38.9%）、運動機能の維持・代償指導（26.6%）、運動機能の改善（24.6%）と続いている。全体をみると応用的能力や社会的適応能力が上位を占めているのが特徴である。

前回との比較では、人的環境の調整・利用

（2005年21.9%、2010年10.6%）、就労就学前訓練（2005年21.4%、2010年17.1%）、就労就学の指導・訓練（2005年14.4%、2010年11.4%）は減少しており、社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助（18.3%）も比率としては低い。これは2006年に施行された障害者自立支援法において、医療機関以外における地域での就労支援の機能が強化されたことも影響していると考えられる。保健・福祉領域（精神障害）作業療法の目的では、上記の環境調整や就労就学に関する項目の割合が2005年と比較して増加し、社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助も30%以上となっているので参照されたい。

3) 医療領域（精神障害）作業療法の評価

作業療法の評価においては、コミュニケー

表3-11 医療領域（精神障害）作業療法の評価項目

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|--------------------------------|------------|----------------------|----|----------------------|------|
| | n=625 | n=596 無回答 29除く | | n=667 無回答 23含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| コミュニケーション能力 | 506 (81.0) | 84.9 | 1 | 2 | 84.7 |
| 社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など） | 473 (75.7) | 79.4 | 2 | | - |
| 生活リズム | 445 (71.2) | 74.7 | 3 | | - |
| 精神・認知・心理 | 398 (63.7) | 66.8 | 4 | 12 | 33.3 |
| 趣味・興味 | 380 (60.8) | 63.8 | 5 | 5 | 65.1 |
| 現病歴・治療歴 | 331 (53.0) | 55.5 | 6 | 7 | 56.1 |
| 生育歴・生活歴 | 318 (50.9) | 53.4 | 7 | 8 | 54.6 |
| 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） | 304 (48.6) | 51.0 | 8 | 6 | 62.1 |
| 余暇活動面 | 284 (45.4) | 47.7 | 9 | | - |
| 知的精神的活動 | 277 (44.3) | 46.5 | 10 | 11 | 35.7 |
| 職業歴・学歴 | 259 (41.4) | 43.5 | 11 | 9 | 46.9 |
| 生活時間 | 245 (39.2) | 41.1 | 12 | 10 | 40.2 |
| 役割 | 201 (32.2) | 33.7 | 13 | 14 | 25.3 |
| 家族構成・関係 | 168 (26.9) | 28.2 | 14 | 13 | 26.1 |
| 身辺処理 | 153 (24.5) | 25.7 | 15 | 15 | 22.3 |
| 協調性 | 117 (18.7) | 19.6 | 16 | 17 | 16.6 |
| 教育的・職業的適応（就学・就労に向けて） | 104 (16.6) | 17.4 | 17 | | - |
| 生活環境 | 101 (16.2) | 16.9 | 18 | 16 | 18.6 |
| 筋力・筋持久力 | 64 (10.2) | 10.7 | 19 | 22 | 5.1 |
| 関節可動域 | 64 (10.2) | 10.7 | 20 | 20 | 5.7 |

10%以上の回答があったもの

ション能力（84.9%）や社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など）（79.4%）、生活リズム（74.7%）といった応用的能力や社会的適応能力の評価が上位を占め、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）（51.0%）も比較的多かった（表3-11）。基本的能力では、精神・認知・心理（66.8%）が最も多かった。また、個人背景に基づいた障害の構造を把握する上で必要な、趣味・興味（63.8%）、現病歴・治療歴（55.5%）、生育歴・生活歴（53.4%）、職業歴・学歴（43.5%）、生活時間（41.1%）などの一般的評価項目が多いのも精神障害領域の特徴である。

前回2005年白書と比較すると、精神・認知・心理で増加（2005年33.3%、2010年66.8%）がみられる他は、コミュニケーションや集団における対人技能など社会生活上必要な技能評価が上位であること、個人背景に基づいた障害の構造を把握する上で必要な項目が多くなっていること等は前回と同様の傾向であった。精神・認知・心理の評価が増加していることの背景には、対象疾患として認知症が増加していること、精神疾患による生活の困難を認知機能の障害としてとらえる見方が増えてきていることがあるとも考えられる。

表3-12 医療領域（精神障害）作業療法的手段

| | 2010年 | |
|---------------------------|------------|------------------|
| | n=625 | n=596 無回答29除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 各種作業活動－手工芸 | 580 (92.8) | 97.3 |
| 各種作業活動－創作・芸術活動 | 570 (91.2) | 95.6 |
| 各種作業活動－身体運動活動など | 534 (85.4) | 89.6 |
| 各種作業活動－生活圏拡大活動 | 482 (77.1) | 80.9 |
| 各種作業活動－各種ゲーム | 463 (74.1) | 77.7 |
| 各種作業活動－園芸 | 397 (63.5) | 66.6 |
| 各種作業活動－日常生活活動 | 388 (62.1) | 65.1 |
| 各種作業活動－仕事・学習活動 | 382 (61.1) | 64.1 |
| 相談・指導・調整 | 197 (31.5) | 33.1 |
| 基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練） | 166 (26.6) | 27.9 |
| 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 | 35 (5.6) | 5.9 |
| その他 | 18 (2.9) | 3.0 |
| 無回答 | 29 (4.6) | |

4) 医療領域（精神障害）作業療法的手段

精神障害領域の作業療法で多く用いられる手段としては、各種作業活動が上位を占め、比率の高いものから順に手工芸（97.3%）創作・芸術活動（95.6%）身体運動活動など（89.6%）、生活圏拡大活動（80.9%）、各種ゲーム（77.7%）、園芸（66.6%）、日常生活活動（65.1%）、仕事・学習活動（64.1%）となっている（表3-12）。相談・指導・調整（33.1%）、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）（27.9%）は比較的少なく、医療領域（精神障害）作業療法では、作業活動が多く利用されている。

5) 医療領域（精神障害）作業療法にかかわる診療報酬項目

作業療法にかかわる診療報酬を入院にかかわる項目からみると、精神科作業療法を算定する施設が88.1%と最も多かった（表3-13）。また、2006年度の診療報酬改定において療養病棟入院料が算定されるようになり、施設基準のなかで「…常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されること」とされた精神療養病棟入院料は57.8%となっている。その他、入院生活技能訓練療法（32.9%）を算定する施設もあるものの、5年前の調査時と同様に比率としては低かった。

認知症対応においては、認知症治療病棟入院料Ⅰ（2005年5.5%、2010年25.0%）に増加がみられ、重度認知症患者デイ・ケア（11.4%）を算定する施設も多かった。2005年と比較すると、特に認知症治療病棟入院料Ⅰは大きな伸びであり、作業療法の対象において器質性精神障害（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）の増加が大きかったこととの相関が窺える。

外来に関しては、精神科デイ・ケア（大規模）（50.0%）を算定する施設が最も多く、次に精神科ショート・ケア（大規模）（28.4%）、精神科デイ・ケア（小規模）（23.6%）、精神科デイ・ナイト・ケア（22.60%）、精神科ショート・ケア（小規模）（15.9%）の順となっている。2006年の診療報酬改定において新設された精神科ショート・ケアは一定の比率を示しており、今後も作業療法士の関与が増加していくことが予測される。また、2005年と比較すると精神科デイ・ケア（大規模：2005年38.2%、

2010年50.0%；小規模2005年21.7%、2010年23.6%）、精神科デイ・ナイト・ケア（2005年16.9%、2010年22.6%）等はそれぞれ増加している。

地域生活支援にかかわる項目としては、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（53.3%）、精神科退院前訪問指導料（52.9%）を算定する施設が多く、2005年と比較しても、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（2005年35.4%、2010年53.3%）、精神科退院前訪問指導料（2005年30.6%、2010年52.9%）とそれぞれ大きな増加がみられる。これは早期退院、円滑な地域生活への移行の実現にあたって、訪問という形での支援が有効な手段のひとつであり、作業療法士も積極的に参加するようになっていくことの表れではないかと考える。

入院医療中心から地域生活中心へという精神科医療の転換期である今、地域生活支援において医療が果たす役割を、今後より明確にしていく必要が出てくるものと考えられる。

表 3-13 医療領域（精神障害）作業療法の実施診療項目

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|-----------------|------------|----------------------|----|----------------------|------|
| | n=625 | n=580 無回答 45除く | | n=667 無回答 23含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| 精神科作業療法 | 511 (81.8) | 88.1 | 1 | 1 | 82.8 |
| 精神療養病棟入院料 | 335 (53.6) | 57.8 | 2 | | — |
| 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ） | 309 (49.4) | 53.3 | 3 | 3 | 35.4 |
| 精神科退院前訪問指導料 | 307 (49.1) | 52.9 | 4 | 5 | 30.6 |
| 精神科デイ・ケア（大規模） | 290 (46.4) | 50.0 | 5 | 2 | 38.2 |
| 精神科退院指導料 | 267 (42.7) | 46.0 | 6 | 4 | 31.6 |
| 入院生活技能訓練療法 | 191 (30.6) | 32.9 | 7 | 6 | 26.8 |
| 精神科ショート・ケア（大規模） | 165 (26.4) | 28.4 | 8 | | — |
| 認知症治療病棟入院料Ⅰ | 145 (23.2) | 25.0 | 9 | 13 | 5.5 |
| 精神科デイ・ケア（小規模） | 137 (21.9) | 23.6 | 10 | 7 | 21.7 |
| 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ） | 137 (21.9) | 23.6 | 10 | 9 | 15.0 |
| 精神科デイ・ナイト・ケア | 131 (21.0) | 22.6 | 12 | 8 | 16.9 |
| 精神科ショート・ケア（小規模） | 92 (14.7) | 15.9 | 13 | | — |
| 重度認知症患者デイ・ケア | 66 (10.6) | 11.4 | 14 | | — |
| 退院前訪問指導料 | 51 (8.2) | 8.8 | 15 | 18 | 2.3 |
| 精神科ナイト・ケア | 48 (7.7) | 8.3 | 16 | 11 | 7.2 |

長期に入院している方々に今後の希望を聞くとそのまますっと入院したい。このままで良い。と語る方も多い。作業療法では、長い入院生活の中で退院をあきらめざるをえなかった対象者の思いを汲みながら、関わり続ける必要がある。このような対象者には根気良く、多くの職種がチームを組んで支援していく必要がある。

日々の作業療法では対象者とのコミュニケーションを大切にしながら、自信を回復していく作業を丁寧に行う。その中で、たとえばラーメンが食べたい、電車に乗りたいなど本人の希望が語られるまでの関わりが重要になる。この語られた希望を大切にしながら体験を通して叶えていく支援をしていくことが、失った希望をもう一度持てる支援となる。この作業は丁寧に時間をかけてしていく必要がある。長い年月の中で失った退院への思いを、もう一度持つてもらうには支援者があきらめずに関わり続ける姿勢が重要である。

更に大切なことは、本人と家族との関係を何らかの意味で修復していくことである。家族に迷惑をかけた、家族に見捨てられたなど複雑に交差する長年の家族への思いは、家族に会うことで解けていくものである。途絶えがちだった家族と連絡を取り、本人と共有できる時間を作ることは相応の心的労力を必要とするが、長期入院者への支援では重要な欠かせないものとなる。

【症例紹介】

60歳、男性。統合失調症。発病時期は不明、中学校卒業後、塗装業、鳶職など仕事を転々としていたが、23歳の時、職場で口論となり相手を負傷させ、措置入院となって以来37年間の入院となっていた。入院当初あった攻撃性や陽性症状は消退し、穏やかな入院生活が続いた。入浴や整容、洗濯や掃除などADLは看護師の声がけで行い、受け身のながら何とか身の回りのことは自分で出来ていた。毎日の作業療法に参加し、好きな絵を一枚描きスタッフと簡単な会話をすることが毎日の日課になっていた。家族は9歳を超える母と近くに嫁いだ姉がおり、二人とも対象者の退院には反対で、入院費の支払い以外は来院せず、ここ数年は面会もなかった。

退院に向けた支援

医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士とでA氏の支援チームが組まれた。A氏にチーム全員で面談をし、これからチームで支援していくこと、A氏の希望などを聞いた。A氏は退院はしない。このままでいい。と語ったが、担当看護師と作業療法士は個別で関わる時間を作り、長い入院生活がどの様なものであったか共感しながら、希望を聞き出していく作業を半年程続けた。本人から入院する前によく食べていた中華そばが食べたい、かあちゃんに悪いことしたと語られたことを取り上げ、入院前に食べたラーメン屋探しとラーメンを食べに行くこと、家族に連絡をとり、

対象者に会ってもらおう機会を作っていた。高齢の母は病院に行くことができなかったが、姉の都合に合わせて看護師と精神保健福祉士同伴で母宅へ外出する機会をもうけた。昔、対象者が食べたラーメン屋はなくなっていたが、その近くのラーメン屋でラーメンを食べながら作業療法士にうまいと語った。この頃からA氏の退院に向けた気持ちに変化してきた。グループホームを見に行こうという精神保健福祉士の誘いを受け、作業療法士と精神保健福祉士と3人で見学に行ったのは支援チームを作ってから1年半後であった。

グループホームへの退院に、姉の最終的な了解がでるまでに、医師や精神保健福祉士の面接、何度か本人に会ってもらおう機会を設けていった。作業療法では、本人、姉と作業療法士とで食事会を行った。その際、本人が入れたお茶を姉が飲んだ時、姉は涙を流していた。それを機会に、姉はこの人の最後のチャンスかもしれないと、グループホーム入居に同意された。

姉の退院への同意が得られると、Aさんの退院への意欲は高くなり、退院準備グループ

へ参加することになった。そこで、あらためて病気のことや薬のこと、薬の管理のこと、食事のこと、などを他メンバーとともに学び、他メンバーの体験や意見を聞き、みんな色々なんだ。聞こえてくるのは自分だけだと思っていた。など、自分の体験も語るようになっていった。

グループホームへの外出（グループホームで過ごしてみる、グループホームの周辺を知るなど）や試験外泊を繰り返し、支援チームで関わりを開始してから2年後に37年という長い入院生活からグループホームへ退院していった。退院前のケア会議では退院への不安を語り、グループホームへは行かないと語り支援スタッフを心配させたが、看護師や作業療法士が不安を受け止めていった。

家族や保健師、後半はグループホームのスタッフに参加してもらったケア会議を合計6回行った。

表 3-② 長期在院者の退院支援

| | X年 ケア会議1 | X+6ヶ月 ケア会議2 | X+1年 ケア会議3 | X+1年6ヶ月 ケア会議4 | X+2年 ケア会議5 | ケア会議6 |
|---------|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|---------------------------------|--|-------|
| 医師 | 面談、チームが 組まれた説明 と、各職種の自 己紹介 | 家族面談 | 姉に病気のこと、A氏の回復状態を伝える 本人と家族との面談 | | グループホーム 試験外出・外泊 退院への不安を 受け止める | 退院 |
| 看護師 | | 個別面談の継続 | 外出・ラーメン 屋探し | 退院準備グルー プ参加 グループホーム 見学 | | |
| 作業療法士 | | | 家族への連絡・面談 | | | |
| 精神保健福祉士 | | | | | | |

3-3-3 医療領域（発達障害）

1) 医療領域（発達障害）作業療法の対象

脳性麻痺（89.1%）、精神遅滞・知的障害（81.3%）、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範性発達障害（76.7%）の順に多く、2005年と比較しても順位に変動はない（表3-14）。以下、てんかん（64.2%）、染色体異常（64.2%）、神経筋接合部及び筋の疾患（48.7%）、先天性奇形（48.7%）、重症心身障害（47.7%）、児童青年期の行動・情緒障害（ADHD含む）（46.6%）、二分脊椎（43.5%）と続く。

周産期医療の進歩によって、低出生体重児の増加、重篤な疾患における予後の改善、関連する障害児の重度化・重複化が報告されている。今後の作業療法の対象として大きな位置を占めると考えられる。社会情勢を反映して自閉症・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範性発達障害は2005年と比較して増加傾向にあり（2005年66.4%、2010年76.7%）、児童青年期の行動・情緒障害も一定の割合を占めていることから、発達障

害を対象とする医療機関が増加しているものと考えられる。

2) 医療領域（発達障害）作業療法の目的

最も多いのは、運動機能の改善（81.3%）、上肢運動機能の改善（71.7%）、日常生活活動の改善（62.6%）である。コミュニケーション・対人機能の改善（60.4%）は今回からの新項目であるが、以下、感覚知覚機能の改善（60.4%）身辺処理能力の改善（60.4%）、認知・心理機能の改善（52.9%）、知的精神的能力の改善（47.1%）までは、2005年と順位の変動はない（表3-15）。2005年と比較すると社会生活適応能力の改善（2005年27.4%、2010年36.9%）、福祉用具などの代償手段の適用（2005年15.4%、2010年30.5%）は、増加傾向にある。

3) 医療領域（発達障害）作業療法の評価

姿勢・肢位（82.3%）、筋緊張（68.8%）、上肢動作（61.3%）の上位3項目に大きな変動はない（表3-16）。今回新しい項目として社会生活適応、教育的・職業的適応（就学や就労に向けて）を加えたところ、それぞれ29.6%、28.5%の施設で実施されていることが分かつ

表3-14 医療領域（発達障害）作業療法の対象

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|--------------------------------------|------------------|---------------------------|----|-------|------|
| | n=209 回答数 (%) | n=193 無回答 16除く % | 順位 | 順位 | % |
| 脳性麻痺 | 172 (82.3) | 89.1 | 1 | 1 | 91.3 |
| 精神遅滞 知的障害 | 157 (75.1) | 81.3 | 2 | 2 | 75.5 |
| 自閉症・アスペルガー症候群・学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害 | 148 (70.8) | 76.7 | 3 | 3 | 66.4 |
| てんかん | 124 (59.3) | 64.2 | 4 | 6 | 61.4 |
| 染色体異常 | 124 (59.3) | 64.2 | 4 | | - |
| 神経筋接合部及び筋の疾患（重症筋無力症・筋ジストロフィーなど） | 94 (45.0) | 48.7 | 6 | 10 | 38.6 |
| 先天性奇形 | 94 (45.0) | 48.7 | 6 | 8 | 51.0 |
| 重症心身障害 | 92 (44.0) | 47.7 | 8 | 7 | 51.9 |
| 児童青年期の行動・情緒障害（ADHD含む） | 90 (43.1) | 46.6 | 9 | | - |
| 二分脊椎 | 84 (40.2) | 43.5 | 10 | | - |
| 先天性筋疾患 | 74 (35.4) | 38.3 | 11 | 9 | 49.0 |
| 頭部外傷 | 58 (27.8) | 30.1 | 12 | 12 | 33.6 |
| 視覚障害 | 57 (27.3) | 29.5 | 13 | 11 | 34.9 |
| 脳血管性障害 | 57 (27.3) | 29.5 | 13 | 14 | 22.0 |
| 聴覚障害 | 42 (20.1) | 21.8 | 15 | 13 | 24.5 |
| 情緒障害 | 35 (16.7) | 18.1 | 16 | 18 | 15.4 |
| 高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など） | 25 (12.0) | 13.0 | 17 | | - |
| その他の骨・関節疾患 | 24 (11.5) | 12.4 | 18 | 16 | 16.2 |
| 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など | 21 (10.0) | 10.9 | 19 | | - |

10%以上の回答があったもの

表 3-15 医療領域（発達障害）領域作業療法の目的

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|-------------------|------------|----------------------|----|---------------------|------|
| | n=209 | n=187 無回答 22除く | | n=241 無回答 8含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 運動機能の改善 | 152 (72.7) | 81.3 | 1 | 1 | 76.8 |
| 上肢運動機能の改善 | 134 (64.1) | 71.7 | 2 | 2 | 68.0 |
| 日常生活活動の改善 | 117 (56.0) | 62.6 | 3 | 3 | 65.1 |
| 感覚知覚機能の改善 | 113 (54.1) | 60.4 | 4 | 4 | 58.1 |
| 身辺処理能力の改善 | 113 (54.1) | 60.4 | 4 | 5 | 53.1 |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 113 (54.1) | 60.4 | 4 | | - |
| 認知心理機能の改善 | 99 (47.4) | 52.9 | 7 | 6 | 49.4 |
| 知的精神的能力の改善 | 88 (42.1) | 47.1 | 8 | 8 | 42.7 |
| 社会生活適応能力の改善 | 69 (33.0) | 36.9 | 9 | 11 | 27.4 |
| 運動機能の維持・代償指導 | 63 (30.1) | 33.7 | 10 | 7 | 46.5 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 57 (27.3) | 30.5 | 11 | 19 | 15.4 |
| 就労就学前訓練 | 53 (25.4) | 28.3 | 12 | 10 | 30.3 |
| 就労就学の指導・訓練 | 50 (23.9) | 26.7 | 13 | 14 | 23.7 |
| 上肢運動機能の維持・代償 | 44 (21.1) | 23.5 | 14 | 9 | 34.9 |
| 感覚知覚機能の維持・代償指導 | 30 (14.4) | 16.0 | 15 | 11 | 27.4 |
| 余暇活動の指導・援助 | 30 (14.4) | 16.0 | 15 | 16 | 20.3 |
| 物理的環境の調整・利用 | 29 (13.9) | 15.5 | 17 | 13 | 25.3 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 27 (12.9) | 14.4 | 18 | 15 | 21.2 |
| 起居動作の改善 | 26 (12.4) | 13.9 | 19 | 17 | 19.5 |
| 人的環境の調整・利用 | 23 (11.0) | 12.3 | 20 | 20 | 13.7 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 22 (10.5) | 11.8 | 21 | 18 | 19.1 |
| 生活リズムの改善 | 21 (10.0) | 11.2 | 22 | | - |

10%以上の回答があったもの

表 3-16 医療領域（発達障害）作業療法の評価項目

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|-----------------------------|------------|----------------------|----|---------------------|------|
| | n=209 | n=186 無回答 23除く | | n=241 無回答 5含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 姿勢・肢位 | 153 (73.2) | 82.3 | 1 | 1 | 82.2 |
| 筋緊張 | 128 (61.2) | 68.8 | 2 | 2 | 73.9 |
| 上肢動作 | 114 (54.5) | 61.3 | 3 | 3 | 70.1 |
| 感覚・知覚 | 112 (53.6) | 60.2 | 4 | 5 | 60.2 |
| 生育歴・生活歴 | 104 (49.8) | 55.9 | 5 | 6 | 55.2 |
| 身辺処理 | 102 (48.8) | 54.8 | 6 | 7 | 54.4 |
| 精神・認知・心理 | 95 (45.5) | 51.1 | 7 | 4 | 61.0 |
| 協調性 | 86 (41.1) | 46.2 | 8 | 11 | 41.1 |
| コミュニケーション能力 | 82 (39.2) | 44.1 | 9 | 9 | 44.4 |
| 関節可動域 | 79 (37.8) | 42.5 | 10 | 8 | 45.2 |
| 現病歴・治療歴 | 74 (35.4) | 39.8 | 11 | 10 | 41.5 |
| 知的精神的活動 | 60 (28.7) | 32.3 | 12 | 12 | 40.2 |
| 反射・反応 | 59 (28.2) | 31.7 | 13 | 13 | 34.9 |
| 筋力・筋持久力 | 56 (26.8) | 30.1 | 14 | 16 | 24.9 |
| 社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など） | 55 (26.3) | 29.6 | 15 | | - |
| 趣味・興味 | 54 (25.8) | 29.0 | 16 | 15 | 26.1 |
| 教育的・職業的適応（就学・就労に向けて） | 53 (25.4) | 28.5 | 17 | | - |
| 生活時間 | 48 (23.0) | 25.8 | 18 | 14 | 32.8 |
| 摂食・嚥下機能 | 46 (22.0) | 24.7 | 19 | | - |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 38 (18.2) | 20.4 | 20 | 23 | 9.5 |
| 学校・職場環境 | 35 (16.7) | 18.8 | 21 | 20 | 17.4 |
| 起居移動 | 25 (12.0) | 13.4 | 22 | 19 | 17.8 |
| 生活環境 | 25 (12.0) | 13.4 | 22 | 18 | 18.7 |
| 家族構成・関係 | 23 (11.0) | 12.4 | 24 | 21 | 15.4 |

10%以上の回答があったもの

表 3-17 医療領域（発達障害）作業療法的手段

| | 2010 年 | |
|---------------------------|------------|--------------------|
| | n=209 | n=186 無回答 23 除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 各種作業活動－日常生活活動 | 171 (81.8) | 91.9 |
| 基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練） | 160 (76.6) | 86.0 |
| 各種作業活動－身体運動活動など | 156 (74.6) | 83.9 |
| 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 | 136 (65.1) | 73.1 |
| 各種作業活動－仕事・学習活動 | 114 (54.5) | 61.3 |
| 相談・指導・調整 | 109 (52.2) | 58.6 |
| 各種作業活動－各種ゲーム | 99 (47.4) | 53.2 |
| 各種作業活動－手工芸 | 93 (44.5) | 50.0 |
| 各種作業活動－創作・芸術活動 | 89 (42.6) | 47.8 |
| 各種作業活動－生活圏拡大活動 | 39 (18.7) | 21.0 |
| 各種作業活動－園芸 | 10 (4.8) | 5.4 |
| その他 | 10 (4.8) | 5.4 |

た。また、福祉用具などの代償手段の適用(2005年 9.5%, 2010年 20.4%)は増加傾向にある。中心的な評価項目だけではなく、地域での生活に必要な応用的能力や社会的適応能力を意識した評価が進められている実態を示すものと考えられる。なお、摂食・嚥下機能も新項目ながら 24.7%で実施されており、栄養サポートチーム等の医療チームに作業療法士が参画していることを示しているものと考えられる。

4) 医療領域（発達障害）作業療法的手段

各種作業活動－日常生活活動 (91.9%), 基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）(86.0%), 各種作業活動－身体運動活動など (83.9%), 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 (73.1%), 各種作業活動－仕事・学習活動 (61.3%), 相談・指導・調整 (58.6%)の順に多い(表 3-17)。前項作業療法の目的や評価項目と関連し、日常生活活動の支援や運動機能・上肢機能改善を目指した作業活動の利用がなされているものと推察される。

5) 医療領域（発達障害）作業療法にかかわる診療報酬

身体障害領域と同様、脳血管疾患等リハビリテーション I での実施が 58.2%と最も多い(表 3-18)。次いで障害児(者)リハビリテーション料 (49.2%), リハビリテーション総合計画評価料 (31.1%), 運動器リハビリテーション料 I (20.3%)となっている。発達障害の作業療法を実施している施設が、施設や従事者

の基準を満たしているかどうかによって、診療料を選択しているものと思われる。

作業療法全体から占める割合は 6.3%と大きくはないが、今後、発達障害医療領域における作業療法の拡大が期待される分野を以下に挙げる。まず、大学病院等高度な専門的治療を行っている病院においては、新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) や新生児治療回復室 (Growing Care Unit, GCU) での作業療法の実施、NICU の後方支援対策としての訪問での在宅障害児に対する作業療法の展開が期待される。特に、6歳以下の超重症児・準超重症児には入院診療加算が認められており、今後作業療法の対象となってゆくことが考えられる。

表 3-18 医療領域（発達障害）作業療法の実施診療項目

| | 2010 年 | |
|--------------------------|------------|--------------------|
| | n=209 | n=177 無回答 32 除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 脳血管疾患等 リハビリテーション料 (I) | 103 (49.3) | 58.2 |
| 障害児(者) リハビリテーション料 | 87 (41.6) | 49.2 |
| リハビリテーション総合計画評価料 | 55 (26.3) | 31.1 |
| 運動器リハビリテーション料 (I) | 36 (17.2) | 20.3 |
| 摂食機能療法 | 33 (15.8) | 18.6 |
| 早期リハビリテーション加算 | 23 (11.0) | 13.0 |
| 退院時リハビリテーション指導料 | 23 (11.0) | 13.0 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) | 20 (9.6) | 11.3 |
| 運動器リハビリテーション料 (II) | 11 (5.3) | 6.2 |

3-4 保健・福祉・介護保険領域における作業療法

3-4-1 保健・福祉領域（身体障害）

1) 保健・福祉領域（身体障害）作業療法の対象

保健・福祉領域（身体障害）で最も多いのは脳血管性障害（93.5%）、次いでパーキンソン病（70.9%）であり、この傾向は前回2005年白書と同様であった（表3-19）。今回、新項目として加えた、高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など）（66.4%）が3番目に多く、以下失語（64.7%）、骨折（63.7%）、

失行・失認（59.6%）、失調症（57.5%）の順である。このことから、保健・福祉領域（身体障害）では、前回と同じく脳血管性障害の維持期リハビリテーションならびに神経・筋疾患、骨・関節障害に対するリハビリテーションが主体であることが示された。関節リウマチ（2005年68.3%、2010年56.5%）は前回調査で三番目に多かったが、今回は若干減少している。

以下は、脊髄疾患（55.8%）、脊髄損傷（47.6%）、器質性精神障害（アルツハイマー病、脳血管

表3-19 保健・福祉領域（身体障害）作業療法の対象

| | 2010年 | | | 2005年（参考） | |
|---|------------|----------------------|----|----------------------|------|
| | n=315 | n=292 無回答 23除く | | n=668 無回答 10含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| 脳血管性障害 | 273 (86.7) | 93.5 | 1 | 1 | 97.2 |
| パーキンソン病 | 207 (65.7) | 70.9 | 2 | 2 | 80.4 |
| 高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など） | 194 (61.6) | 66.4 | 3 | | - |
| 失語 | 189 (60.0) | 64.7 | 4 | 4 | 67.1 |
| 骨折 | 186 (59.0) | 63.7 | 5 | 5 | 66.6 |
| 失行・失認 | 174 (55.2) | 59.6 | 6 | 6 | 59.4 |
| 失調症 | 168 (53.3) | 57.5 | 7 | 7 | 58.4 |
| 関節リウマチ | 165 (52.4) | 56.5 | 8 | 3 | 68.3 |
| 脊髄疾患 | 163 (51.7) | 55.8 | 9 | 8 | 57.6 |
| 脊髄損傷 | 139 (44.1) | 47.6 | 10 | 12 | 40.3 |
| 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） | 128 (40.6) | 43.8 | 11 | 10 | 45.4 |
| 心臓疾患 | 127 (40.3) | 43.5 | 12 | 9 | 53.1 |
| 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など | 126 (40.0) | 43.2 | 13 | | - |
| 呼吸器系疾患 | 115 (36.5) | 39.4 | 14 | 15 | 37.0 |
| 頭部外傷 | 110 (34.9) | 37.7 | 15 | 13 | 39.4 |
| 脊椎障害 | 101 (32.1) | 34.6 | 16 | 11 | 40.4 |
| その他の骨・関節疾患 | 89 (28.3) | 30.5 | 17 | 14 | 37.6 |
| 脳性麻痺 | 87 (27.6) | 29.8 | 18 | 21 | 20.2 |
| 悪性新生物（がん・腫瘍など） | 80 (25.4) | 27.4 | 19 | | - |
| 視覚障害 | 79 (25.1) | 27.1 | 20 | 17 | 30.4 |
| その他の疾患・障害 加齢による障害 膠原病 | 76 (24.1) | 26.0 | 21 | 16 | 36.1 |
| 神経筋接合部及び筋の疾患（重症筋無力症・筋ジストロフィーなど） | 74 (23.5) | 25.3 | 22 | 22 | 18.7 |
| てんかん | 67 (21.3) | 22.9 | 23 | 23 | 18.1 |
| 末梢神経損傷 | 59 (18.7) | 20.2 | 24 | 19 | 21.6 |
| 下肢切断 | 58 (18.4) | 19.9 | 25 | 18 | 22.6 |
| 聴覚障害 | 56 (17.8) | 19.2 | 26 | 20 | 21.1 |
| 統合失調症 | 53 (16.8) | 18.2 | 27 | 27 | 14.2 |
| その他の循環器疾患 | 37 (11.7) | 12.7 | 28 | 24 | 15.9 |
| 消化系疾患 | 37 (11.7) | 12.7 | 28 | 26 | 14.4 |
| 内分泌・栄養・代謝・免疫疾患 | 35 (11.1) | 12.0 | 30 | 28 | 13.6 |
| 精神遅滞 知的障害 | 33 (10.5) | 11.3 | 31 | 29 | 9.1 |

10%以上回答のあったもの

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）（43.8%），心臓疾患（43.5%），中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など（43.2%），呼吸器系疾患（39.4%），頭部外傷（37.7%），脊椎障害（34.6%），となっている。前回まで，悪性新生物（がん・腫瘍など）は，その他の疾患・障害（悪性腫瘍，加齢による障害，膠原病）として他の疾患と一括して扱ってきたが，今回は独立した項目としたところ，27.4%の施設で対象疾患として挙がった。

2) 保健・福祉領域(身体障害)作業療法の目的

最も多いのは，運動機能の維持・代償指導（77.7%），次いで日常生活活動の改善（72.2%），運動機能の改善（71.5%）が多くなっている（表3-20）。この傾向は前回調査と比べても大きな変化は見られない。次いで，起居動作の改善（55.0%），上肢運動機能の改善（50.2%），上肢運動機能の維持・代償（50.2%），福祉用具などの代償手段の適用（49.8%）となっており，

上肢運動機能の改善（2005年41.6%，2010年50.2%）は前回より増加，福祉用具などの代償手段の適用（2005年22.2%，2010年49.8%）の増加は特に顕著である。

以下，起居動作の維持・代償（49.5%），身辺処理能力の維持・代償指導（44.0%），身辺処理能力の改善（43.6%），物理的環境の調整・利用（39.5%），認知心理機能の維持・代償指導（36.4%），生活リズムの改善（32.3%）となっている。今回新項目として加えた生活リズムの改善（32.3%），社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助（19.6%），コミュニケーション・対人技能の改善（19.2%）も一定の割合で選択されていた。

以上の結果から，保健・福祉領域（身体障害）における作業療法は，医療と比較すると，基本的能力に関しては改善よりも維持・代償，応用的能力に関しては改善を目的とする傾向があった。さらに，福祉用具などの代償手段の適用や

表 3-20 保健・福祉領域（身体障害）作業療法の目的

| | 2010年 | | | 2005年（参考） | |
|-----------------------|------------|----------------------|----|----------------------|------|
| | n=315 | n=291 無回答 24除く | | n=668 無回答 37含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| 運動機能の維持・代償指導 | 226 (71.7) | 77.7 | 1 | 1 | 79.2 |
| 日常生活活動の改善 | 210 (66.7) | 72.2 | 2 | 2 | 76.8 |
| 運動機能の改善 | 208 (66.0) | 71.5 | 3 | 3 | 67.8 |
| 起居動作の改善 | 160 (50.8) | 55.0 | 4 | 4 | 56.9 |
| 上肢運動機能の改善 | 146 (46.3) | 50.2 | 5 | 9 | 41.6 |
| 上肢運動機能の維持・代償 | 146 (46.3) | 50.2 | 5 | 7 | 45.4 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 145 (46.0) | 49.8 | 7 | 14 | 22.2 |
| 起居動作の維持・代償 | 144 (45.7) | 49.5 | 8 | 5 | 56.0 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 128 (40.6) | 44.0 | 9 | 6 | 46.1 |
| 身辺処理能力の改善 | 127 (40.3) | 43.6 | 10 | 8 | 42.7 |
| 物理的環境の調整・利用 | 115 (36.5) | 39.5 | 11 | 11 | 38.9 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 106 (33.7) | 36.4 | 12 | 10 | 40.0 |
| 生活リズムの改善 | 94 (29.8) | 32.3 | 13 | | - |
| 認知心理機能の改善 | 87 (27.6) | 29.9 | 14 | 13 | 30.5 |
| 余暇活動の指導・援助 | 77 (24.4) | 26.5 | 15 | 12 | 31.1 |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 57 (18.1) | 19.6 | 16 | | - |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 56 (17.8) | 19.2 | 17 | | - |
| 人的環境の調整・利用 | 52 (16.5) | 17.9 | 18 | 17 | 16.8 |
| 社会生活適応能力の改善 | 45 (14.3) | 15.5 | 19 | 15 | 21.7 |
| 感覚知覚機能の維持・代償指導 | 42 (13.3) | 14.4 | 20 | 18 | 13.9 |
| 健康管理能力の維持・改善 | 38 (12.1) | 13.1 | 21 | | - |
| 知的精神的能力の維持・代償指導 | 35 (11.1) | 12.0 | 22 | 16 | 17.2 |
| 感覚知覚機能の改善 | 34 (10.8) | 11.7 | 23 | 19 | 10.9 |

10%以上回答のあったもの

生活リズムの改善, 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助も多く, 環境調整を含めた包括的な視点が求められていると考えられる。

3) 保健・福祉領域(身体障害)作業療法の評価

最も多いのは, 筋力・筋持久力 (77.9%), 次いで関節可動域 (75.2%), 姿勢・肢位 (73.4%) が多い (表 3-21)。以下, 起居移動 (61.7%), 筋緊張 (53.4%), 身辺処理 (52.4%), 現病歴・治療歴 (49.3%), 精神・認知・心理 (49.0%), 上肢動作 (45.5%) となっている。また, 趣味・興味 (39.7%), 生育歴・生活歴 (32.4%), 感覚・知覚 (30.0%), 生活時間 28.3%, 役割 28.3% などの割合も比較的多い。2005 年と比較すると, 福祉用具などの代償手段の適用 (2005 年

15.1%, 2010 年 27.9%), 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) (2005 年 9.7%, 2010 年 22.8%) は増加している。

4) 保健・福祉領域(身体障害)作業療法の手段

各種作業活動-日常生活活動 (96.2%), 基本的動作訓練 (生活に関連する作業を用いない訓練) (95.2%) が多く, 次いで相談・指導・調整 (64.6%), 各種作業活動-手工芸 (64.3%), 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 (64.3%) が多い (表 3-22)。以下はいずれも各種作業活動で, 生活圏拡大活動 (54.6%), 身体運動活動など (54.3%), 創作・芸術活動 (50.9%), 仕事・学習活動 (44.0%) が続く。

医療領域 (身体障害) と比較すると, 日常

表 3-21 保健・福祉領域 (身体障害) 作業療法の評価項目

| | 2010 年 | | | 2005 年 (参考) | |
|---------------------------------|------------|-----------------------|----|-----------------------|------|
| | n=315 | n=290 無回答 25 除く | | n=668 無回答 34 含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 筋力・筋持久力 | 226 (71.7) | 77.9 | 1 | 2 | 69.9 |
| 関節可動域 | 218 (69.2) | 75.2 | 2 | 1 | 71.3 |
| 姿勢・肢位 | 213 (67.6) | 73.4 | 3 | 4 | 63.2 |
| 起居移動 | 179 (56.8) | 61.7 | 4 | 3 | 69.0 |
| 筋緊張 | 155 (49.2) | 53.4 | 5 | 5 | 53.6 |
| 身辺処理 | 152 (48.3) | 52.4 | 6 | 7 | 51.6 |
| 現病歴・治療歴 | 143 (45.4) | 49.3 | 7 | 8 | 48.1 |
| 精神・認知・心理 | 142 (45.1) | 49.0 | 8 | 6 | 53.0 |
| 上肢動作 | 132 (41.9) | 45.5 | 9 | 9 | 45.4 |
| 趣味・興味 | 115 (36.5) | 39.7 | 10 | 10 | 41.0 |
| 生育歴・生活歴 | 94 (29.8) | 32.4 | 11 | 15 | 26.6 |
| 感覚・知覚 | 87 (27.6) | 30.0 | 12 | 12 | 32.6 |
| 生活時間 | 82 (26.0) | 28.3 | 13 | 14 | 27.7 |
| 役割 | 82 (26.0) | 28.3 | 13 | 18 | 21.3 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 81 (25.7) | 27.9 | 15 | 23 | 15.1 |
| 協調性 | 78 (24.8) | 26.9 | 16 | 16 | 26.2 |
| 生活環境 | 74 (23.5) | 25.5 | 17 | 11 | 35.6 |
| 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) | 66 (21.0) | 22.8 | 18 | 25 | 9.7 |
| 職業歴・学歴 | 56 (17.8) | 19.3 | 19 | 22 | 16.6 |
| 反射・反応 | 56 (17.8) | 19.3 | 19 | 20 | 18.1 |
| コミュニケーション能力 | 56 (17.8) | 19.3 | 19 | 13 | 31.7 |
| 余暇活動面 | 49 (15.6) | 16.9 | 22 | | - |
| 家族構成・関係 | 48 (15.2) | 16.6 | 23 | 19 | 20.2 |
| 住居 | 48 (15.2) | 16.6 | 23 | 17 | 21.4 |
| 摂食・嚥下機能 | 44 (14.0) | 15.2 | 25 | | - |
| 生活リズム | 43 (13.7) | 14.8 | 26 | | - |
| 社会生活適応 (対人関係・集団内人間関係・役割行動など) | 38 (12.1) | 13.1 | 27 | | - |
| 心肺機能 (全身持久力含む) | 37 (11.7) | 12.8 | 28 | | - |
| 知的精神的活動 | 34 (10.8) | 11.7 | 29 | 21 | 17.8 |

10%以上回答のあったもの

生活活動や基本的動作訓練が上位を占めており、次いで相談・指導・調整、手工芸、用具の提供・適合・考案・作成・使用指導が多いのは類似した傾向である。一方、生活圏拡大活動（54.6%）は医療領域（65歳未満 34.7%、65歳以上 34.8%）よりも多く、両者の違いを示していると思われる。

3-4-2 保健・福祉領域（精神障害）

1) 保健・福祉領域（精神障害）作業療法の対象

最も多いのは統合失調症（77.3%）、次いで感情障害（63.6%）、器質性精神障害（アルツハイマー病、脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む）（56.1%）である（表 3-23）。以下、精神遅滞・知的障害（48.5%）、神経症性障害（47.0%）、アルコール依存症（36.4%）、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（33.3%）、成人の人格・行動障害（31.8%）である。

2005年と比較すると、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）（2005年 66.3%、2010年 56.1%）、脳血管性障害（2005年 26.0%、2010年 16.7%）は減少している。この原因としては、老年期の認知症や脳血管性障害者が介護保険サービスへ移行したことが考えられる。また、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（2005年 10.6%、2010年 33.3%）や情緒障害（2005年 15.4%、2010年 25.8%）は増加している。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の増加は医療領域でもみられた現象であり、作業療法の対象として若年性障害への対応が増加していると考えられる。

2) 保健・福祉領域（精神障害）作業療法の目的

最も多いのは、コミュニケーション・対人技能の改善（66.1%）、次いで、日常生活活動の改善（64.5%）、生活リズムの改善（58.1%）、社会生活適応能力の改善（50.0%）であった（表 3-24）。以下、健康管理能力の維持・改善（40.3%）、認知心理機能の維持・代償指導（37.1%）、人的環境の調整・利用（37.1%）、余暇活動の指導・援助（35.5%）、社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助（33.9%）、知的精神能力の維持・代償指導（30.6%）となっている。

上位の目的は医療領域（精神障害）と類似しているが、認知心理機能のような基本的能力に関しては改善よりも維持・代償を目的とする傾向にあった。また、人的環境の調整・利用（保健・福祉 37.1%、医療 10.6%）、社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助（保健・福祉 33.9%、医療 18.3%）、就労就学の指導・訓練（保健・福祉 29.0%、医療 11.4%）、就労

表 3-22 保健・福祉領域（身体障害）作業療法の手段

| | 2010年 | |
|----------------------------|------------|----------------|
| | n=315 | n=291 |
| | 回答数 (%) | 無回答 24 除く % |
| 各種作業活動-日常生活活動 | 280 (88.9) | 96.2 |
| 基本的動作訓練 (生活に関連する作業を用いない訓練) | 277 (87.9) | 95.2 |
| 相談・指導・調整 | 188 (59.7) | 64.6 |
| 各種作業活動-手工芸 | 187 (59.4) | 64.3 |
| 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 | 187 (59.4) | 64.3 |
| 各種作業活動-生活圏拡大活動 | 159 (50.5) | 54.6 |
| 各種作業活動-身体運動活動など | 158 (50.2) | 54.3 |
| 各種作業活動-創作・芸術活動 | 148 (47.0) | 50.9 |
| 各種作業活動-仕事・学習活動 | 128 (40.6) | 44.0 |
| 各種作業活動-各種ゲーム | 119 (37.8) | 40.9 |
| 各種作業活動-園芸 | 56 (17.8) | 19.2 |
| その他 | 9 (2.9) | 3.1 |

表 3-23 保健・福祉領域（精神障害）作業療法の対象

| | 2010年 | | | 2005年（参考） | |
|---|-----------|---------------------|----|----------------------|------|
| | n=75 | n=66 無回答 9 除く | | n=104 無回答 4 含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| 統合失調症 | 51 (68.0) | 77.3 | 1 | 2 | 65.4 |
| 感情障害 | 42 (56.0) | 63.6 | 2 | 3 | 50.0 |
| 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） | 37 (49.3) | 56.1 | 3 | 1 | 66.3 |
| 精神遅滞 知的障害 | 32 (42.7) | 48.5 | 4 | 4 | 45.2 |
| 神経症性障害 | 31 (41.3) | 47.0 | 5 | 5 | 42.3 |
| アルコール依存症 | 24 (32.0) | 36.4 | 6 | 6 | 38.5 |
| 自閉症・アスペルガー症候群・学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害 | 22 (29.3) | 33.3 | 7 | 21 | 10.6 |
| 成人の人格・行動障害 | 21 (28.0) | 31.8 | 8 | 10 | 24.0 |
| てんかん | 18 (24.0) | 27.3 | 9 | 12 | 18.3 |
| 情緒障害 | 17 (22.7) | 25.8 | 10 | 15 | 15.4 |
| その他の精神疾患 | 15 (20.0) | 22.7 | 11 | 8 | 26.0 |
| 高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など） | 14 (18.7) | 21.2 | 12 | | - |
| 心身症 | 14 (18.7) | 21.2 | 12 | 13 | 17.3 |
| 薬物依存 薬物疾患 | 12 (16.0) | 18.2 | 14 | 14 | 16.3 |
| 摂食障害 | 12 (16.0) | 18.2 | 14 | 19 | 11.5 |
| 脳血管性障害 | 11 (14.7) | 16.7 | 16 | 8 | 26.0 |
| 児童青年期の行動・情緒障害（ADHD 含む） | 9 (12.0) | 13.6 | 17 | | - |
| 視覚障害 | 8 (10.7) | 12.1 | 18 | 25 | 7.7 |
| 心臓疾患 | 8 (10.7) | 12.1 | 18 | 24 | 8.7 |

10%以上回答のあったもの

表 3-24 保健・福祉領域（精神障害）作業療法の目的

| | 2010年 | | | 2005年（参考） | |
|-----------------------|-----------|----------------------|----|-----------------------|------|
| | n=75 | n=62 無回答 13 除く | | n=104 無回答 15 含む | |
| | 回答数（%） | % | 順位 | 順位 | % |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 41 (54.7) | 66.1 | 1 | | - |
| 日常生活活動の改善 | 40 (53.3) | 64.5 | 2 | 1 | 58.7 |
| 生活リズムの改善 | 36 (48.0) | 58.1 | 3 | | - |
| 社会生活適応能力の改善 | 31 (41.3) | 50.0 | 4 | 2 | 49.0 |
| 健康管理能力の維持・改善 | 25 (33.3) | 40.3 | 5 | | - |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 23 (30.7) | 37.1 | 6 | 5 | 35.6 |
| 人的環境の調整・利用 | 23 (30.7) | 37.1 | 6 | 7 | 29.8 |
| 余暇活動の指導・援助 | 22 (29.3) | 35.5 | 8 | 3 | 47.1 |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 21 (28.0) | 33.9 | 9 | | - |
| 知的精神的能力の維持・代償指導 | 19 (25.3) | 30.6 | 10 | 4 | 39.4 |
| 就労就学の指導・訓練 | 18 (24.0) | 29.0 | 11 | 16 | 15.4 |
| 物理的環境の調整・利用 | 18 (24.0) | 29.0 | 11 | 8 | 28.8 |
| 就労就学前訓練 | 17 (22.7) | 27.4 | 13 | 13 | 18.3 |
| 認知心理機能の改善 | 16 (21.3) | 25.8 | 14 | 6 | 31.7 |
| 運動機能の改善 | 14 (18.7) | 22.6 | 15 | 11 | 26.0 |
| 運動機能の維持・代償指導 | 13 (17.3) | 21.0 | 16 | 10 | 27.9 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 11 (14.7) | 17.7 | 17 | 12 | 25.0 |
| 上肢運動機能の維持・代償 | 9 (12.0) | 14.5 | 18 | 21 | 6.7 |
| 知的精神的能力の改善 | 9 (12.0) | 14.5 | 18 | 8 | 28.8 |
| 起居動作の維持・代償 | 8 (10.7) | 12.9 | 20 | 15 | 16.3 |
| 身辺処理能力の改善 | 8 (10.7) | 12.9 | 20 | 13 | 18.3 |

10%以上回答のあったもの

就学前訓練（保健・福祉 27.4%，医療 17.1%）は医療領域と比較して多く、保健・福祉領域では地域生活への定着を支援する目的が多く挙げられていると思われる。

3) 保健・福祉領域（精神障害）作業療法の評価

最も多いのはコミュニケーション能力（66.1%）、社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など）（61.3%）であり、次いで、精神・認知・心理（51.6%）が多い。（表 3-25）

以下、現病歴・治療歴（48.4%）、生育歴・生活歴（46.8%）、趣味・興味（46.8%）、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）（46.8%）、家族構成・関係（45.2%）、生活リズム（41.9%）、生活時間（40.3%）、職業歴・学歴（38.7%）、役割（33.9%）、教育的・職業的適応（就学・就労に向けて）（33.9%）、その他の人的環境・公的支援（32.3%）、生活環境（30.6%）となっている。

2005年と同様にコミュニケーション能力が

最も多く、次いで社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など）となっているのは、医療とも共通しており、精神障害領域作業療法評価の特徴ともいえる。精神・認知・心理が前回調査より上回っているのは、精神疾患による生活障害を認知機能障害の結果としてとらえる見方が増えてきていることの反映と考えられる。

4) 保健・福祉領域（精神障害）作業療法的手段

最も多いのは、各種作業活動－日常生活活動（69.8%）、相談・指導・調整（69.8%）、次いで、各種作業活動－生活圏拡大活動（68.3%）、身体運動活動など（60.3%）であった（表 3-26）。以下、創作・芸術活動（57.1%）、手工芸（52.4%）、仕事・学習活動（46.0%）、各種ゲーム（38.1%）が続き、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）（31.7%）となっている。

医療領域における作業療法的手段として、

表 3-25 保健・福祉領域（精神障害）作業療法の評価項目

| | 2010年 | | | 2005年（参考） | |
|--------------------------------|----------------|--------------------------|----|----------------------------|------|
| | n=75 回答数（%） | n=62 無回答 13除く % | 順位 | n=104 無回答 15含む 順位 | % |
| コミュニケーション能力 | 41 (54.7) | 66.1 | 1 | 1 | 60.6 |
| 社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など） | 38 (50.7) | 61.3 | 2 | | - |
| 精神・認知・心理 | 32 (42.7) | 51.6 | 3 | 8 | 37.5 |
| 現病歴・治療歴 | 30 (40.0) | 48.4 | 4 | 5 | 44.2 |
| 生育歴・生活歴 | 29 (38.7) | 46.8 | 5 | 5 | 44.2 |
| 趣味・興味 | 29 (38.7) | 46.8 | 5 | 2 | 52.9 |
| 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） | 29 (38.7) | 46.8 | 5 | 11 | 31.7 |
| 家族構成・関係 | 28 (37.3) | 45.2 | 8 | 13 | 26.9 |
| 生活リズム | 26 (34.7) | 41.9 | 9 | | - |
| 生活時間 | 25 (33.3) | 40.3 | 10 | 10 | 35.6 |
| 職業歴・学歴 | 24 (32.0) | 38.7 | 11 | 8 | 37.5 |
| 役割 | 21 (28.0) | 33.9 | 12 | 12 | 28.8 |
| 教育的・職業的適応（就学・就労に向けて） | 21 (28.0) | 33.9 | 12 | | - |
| その他の人的環境・公的支援 | 20 (26.7) | 32.3 | 14 | | - |
| 生活環境 | 19 (25.3) | 30.6 | 15 | 14 | 23.1 |
| 知的精神的活動 | 16 (21.3) | 25.8 | 16 | 14 | 23.1 |
| 余暇活動面 | 16 (21.3) | 25.8 | 16 | | - |
| 姿勢・肢位 | 13 (17.3) | 21.0 | 18 | 18 | 18.3 |
| 筋力・筋持久力 | 11 (14.7) | 17.7 | 19 | 20 | 15.4 |
| 関節可動域 | 10 (13.3) | 16.1 | 20 | 19 | 16.3 |
| 起居移動 | 10 (13.3) | 16.1 | 20 | 16 | 22.1 |
| 身辺処理 | 8 (10.7) | 12.9 | 22 | 17 | 21.2 |

10%以上回答のあったもの

各種作業活動－手工芸や創作・芸術活動が多かったのに対し、保健・福祉領域においては日常生活活動、相談・指導・調整、生活圏拡大活動が上位であった。

3-4-3 保健・福祉領域（発達障害）

1) 保健・福祉領域（発達障害）作業療法の対象

最も多いのは精神遅滞 知的障害（84.4%）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（84.4%）、次いで脳性麻痺（79.2%）であった（表 3-27）。以下染色体異常（63.6%）、てんかん（59.7%）、児童青年期の行動・情緒障害（ADHD 含む）（42.9%）、重症心身障害（35.1%）、神経筋接合部及び筋の疾患（重症筋無力症・筋ジストロフィーなど）（31.2%）となっている。

前回の調査では脳性麻痺が最も多く、2位以下との差も大きかったが、今回は精神遅滞知的障害と自閉症・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増加してきていることが示された。

2) 保健・福祉領域（発達障害）作業療法の目的

最も多いのは運動機能の改善（71.8%）、次いで上肢運動機能の改善（59.2%）、コミュニケーション・対人技能の改善（57.7%）であった（表 3-28）。

以下、感覚知覚機能の改善（54.9%）、身辺処理能力の改善（54.9%）、日常生活活動の改善（54.9%）が同数、運動機能の維持・代償指導（49.3%）、知的精神的能力の改善（39.4%）、福祉用具などの代償手段の適用（39.4%）、認知心理機能の改善（35.2%）、余暇活動の指導・援助（32.4%）、社会生活適応能力の改善（31.0%）と続いている。

前回1位の日常生活活動の改善が4位となり、運動機能・上肢運動機能の改善が上位となった。今回新項目として加えられた、コミュニケーション・対人技能の改善が多かったのは、学習障害、広汎性発達障害等が対象として増加していることが影響していると考えられる。福祉用具などの代償手段の適用（2005年 21.1%、2010年 39.4%）、余暇活動の指導・援助（2005年 21.1%、2010年 32.4%）は増加の認められる項目である。医療領域と比較すると、多少の順位の相違はあるものの、1位から6位までは運動及び感覚といった基本的能力の改善、上肢運動機能や身辺処理、コミュニケーション・対人技能等の応用的能力の改善、日常生活活動の改善を目的とする傾向は共通していた。身体障害、精神障害においては、医療で機能や能力の改善を、保健・福祉で維持・代償を目的することが多かったのに対し、保健・福祉でも継続して機能や能力の改善を目

表 3-26 保健・福祉領域（精神障害）作業療法の手段

| | 2010年 | |
|---------------------------|-----------|-------------------|
| | n=75 | n=63 無回答 12 除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 各種作業活動－日常生活活動 | 44 (58.7) | 69.8 |
| 相談・指導・調整 | 44 (58.7) | 69.8 |
| 各種作業活動－生活圏拡大活動 | 43 (57.3) | 68.3 |
| 各種作業活動－身体運動活動など | 38 (50.7) | 60.3 |
| 各種作業活動－創作・芸術活動 | 36 (48.0) | 57.1 |
| 各種作業活動－手工芸 | 33 (44.0) | 52.4 |
| 各種作業活動－仕事・学習活動 | 29 (38.7) | 46.0 |
| 各種作業活動－各種ゲーム | 24 (32.0) | 38.1 |
| 基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練） | 20 (26.7) | 31.7 |
| 各種作業活動－園芸 | 15 (20.0) | 23.8 |
| 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 | 11 (14.7) | 17.5 |
| その他 | 13 (17.3) | 20.6 |

表 3-27 保健・福祉領域（発達障害）作業療法の対象

| | 2010 年 | | | 2005 年 | |
|--------------------------------------|-----------|----------------------|----|----------------------|------|
| | n=89 | n=77 無回答 12 除く | | n=109 無回答 4 含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 精神遅滞 知的障害 | 65 (73.0) | 84.4 | 1 | 2 | 67.9 |
| 自閉症・アスペルガー症候群・学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害 | 65 (73.0) | 84.4 | 1 | 3 | 64.2 |
| 脳性麻痺 | 61 (68.5) | 79.2 | 3 | 1 | 88.1 |
| 染色体異常 | 49 (55.1) | 63.6 | 4 | | - |
| てんかん | 46 (51.7) | 59.7 | 5 | 4 | 63.3 |
| 児童青年期の行動・情緒障害（ADHD 含む） | 33 (37.1) | 42.9 | 6 | | - |
| 重症心身障害 | 27 (30.3) | 35.1 | 7 | 7 | 49.5 |
| 神経筋接合部及び筋の疾患（重症筋無力症・筋ジストロフィーなど） | 24 (27.0) | 31.2 | 8 | 11 | 30.3 |
| 聴覚障害 | 20 (22.5) | 26.0 | 9 | 11 | 30.3 |
| 視覚障害 | 19 (21.3) | 24.7 | 10 | 8 | 39.4 |
| 先天性奇形 | 18 (20.2) | 23.4 | 11 | 9 | 38.5 |
| 二分脊椎 | 18 (20.2) | 23.4 | 11 | | - |
| 情緒障害 | 14 (15.7) | 18.2 | 13 | 18 | 8.3 |
| 先天性筋疾患 | 13 (14.6) | 16.9 | 14 | 10 | 34.9 |
| その他の骨・関節疾患 | 10 (11.2) | 13.0 | 15 | 18 | 8.3 |

10%以上回答のあったもの

表 3-28 保健・福祉領域（発達障害）作業療法の目的

| | 2010 年 | | | 2005 年 | |
|-----------------------|-----------|----------------------|----|-----------------------|------|
| | n=89 | n=71 無回答 18 除く | | n=109 無回答 14 含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 運動機能の改善 | 51 (57.3) | 71.8 | 1 | 2 | 57.8 |
| 上肢運動機能の改善 | 42 (47.2) | 59.2 | 2 | 4 | 50.5 |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 41 (46.1) | 57.7 | 3 | | - |
| 感覚知覚機能の改善 | 39 (43.8) | 54.9 | 4 | 3 | 56.0 |
| 身辺処理能力の改善 | 39 (43.8) | 54.9 | 4 | 6 | 42.2 |
| 日常生活活動の改善 | 39 (43.8) | 54.9 | 4 | 1 | 62.4 |
| 運動機能の維持・代償指導 | 35 (39.3) | 49.3 | 7 | 7 | 40.4 |
| 知的精神的能力の改善 | 28 (31.5) | 39.4 | 8 | 8 | 37.6 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 28 (31.5) | 39.4 | 8 | 15 | 21.1 |
| 認知心理機能の改善 | 25 (28.1) | 35.2 | 10 | 5 | 45.9 |
| 余暇活動の指導・援助 | 23 (25.8) | 32.4 | 11 | 15 | 21.1 |
| 社会生活適応能力の改善 | 22 (24.7) | 31.0 | 12 | 10 | 31.2 |
| 上肢運動機能の維持・代償 | 21 (23.6) | 29.6 | 13 | 11 | 26.6 |
| 就労就学の指導・訓練 | 19 (21.3) | 26.8 | 14 | 18 | 20.2 |
| 就労就学前訓練 | 18 (20.2) | 25.4 | 15 | 14 | 22.0 |
| 感覚知覚機能の維持・代償指導 | 17 (19.1) | 23.9 | 16 | 18 | 20.2 |
| 物理的環境の調整・利用 | 16 (18.0) | 22.5 | 17 | 9 | 33.9 |
| 人的環境の調整・利用 | 14 (15.7) | 19.7 | 18 | 15 | 21.1 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 13 (14.6) | 18.3 | 19 | 20 | 17.4 |
| 生活リズムの改善 | 11 (12.4) | 15.5 | 20 | | - |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 11 (12.4) | 15.5 | 20 | | - |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 9 (10.1) | 12.7 | 22 | 13 | 22.9 |
| 起居動作の改善 | 9 (10.1) | 12.7 | 23 | 11 | 26.6 |

10%以上回答のあったもの

的とするのは、発達障害領域の特徴といえる。

3) 保健・福祉領域(発達障害)作業療法の評価

最も多いのは姿勢・肢位(73.0%)、次いで筋緊張(59.5%)、生育歴・生活歴(58.1%)となっている(表3-29)。以下感覚・知覚(56.8%)、身辺処理(52.7%)、上肢動作(44.6%)、コミュニケーション能力(40.5%)、現病歴・治療歴(39.2%)、精神・認知・心理(39.2%)、協調性(36.5%)、趣味・興味(32.4%)、関節可動域(32.4%)、社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など)(32.4%)、生活時

間(31.1%)、摂食・嚥下機能(31.1%)となっている。

感覚・運動機能、上肢機能、コミュニケーション・対人技能、身辺処理や日常生活活動の改善といった作業療法の目的を反映した評価が多かった。評価の上位項目に関しては、2005年と比較して大きな変化はなかった。

4) 保健・福祉領域(発達障害)作業療法的手段

多いものから順に、各種作業活動-日常生活活動(93.2%)、各種作業活動-身体運動活動など(78.1%)、用具の提供・適合・考案・

表 3-29 保健・福祉領域(発達障害)作業療法の評価項目

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|-----------------------------|----------|---------------------|----|---------------------|------|
| | n=89 | n=74 無回答 15除く | | n=109 無回答 8含む | |
| | 回答数(%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 姿勢・肢位 | 54(60.7) | 73.0 | 1 | 1 | 74.3 |
| 筋緊張 | 44(49.4) | 59.5 | 2 | 2 | 68.8 |
| 生育歴・生活歴 | 43(48.3) | 58.1 | 3 | 3 | 58.7 |
| 感覚・知覚 | 42(47.2) | 56.8 | 4 | 5 | 52.3 |
| 身辺処理 | 39(43.8) | 52.7 | 5 | 6 | 51.4 |
| 上肢動作 | 33(37.1) | 44.6 | 6 | 4 | 53.2 |
| コミュニケーション能力 | 30(33.7) | 40.5 | 7 | 7 | 47.7 |
| 現病歴・治療歴 | 29(32.6) | 39.2 | 8 | 9 | 44.0 |
| 精神・認知・心理 | 29(32.6) | 39.2 | 8 | 7 | 47.7 |
| 協調性 | 27(30.3) | 36.5 | 10 | 12 | 33.0 |
| 趣味・興味 | 24(27.0) | 32.4 | 11 | 13 | 30.3 |
| 関節可動域 | 24(27.0) | 32.4 | 11 | 11 | 36.7 |
| 社会生活適応(対人関係・集団内人間関係・役割行動など) | 24(27.0) | 32.4 | 11 | | - |
| 生活時間 | 23(25.8) | 31.1 | 14 | 10 | 40.4 |
| 摂食・嚥下機能 | 23(25.8) | 31.1 | 14 | | - |
| 知的精神的活動 | 21(23.6) | 28.4 | 16 | 16 | 26.6 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 19(21.3) | 25.7 | 17 | 20 | 16.5 |
| 筋力・筋持久力 | 17(19.1) | 23.0 | 18 | 15 | 27.5 |
| 教育的・職業的適応(就学・就労に向けて) | 16(18.0) | 21.6 | 19 | | - |
| 起居移動 | 14(15.7) | 18.9 | 20 | 23 | 12.8 |
| 生活環境 | 14(15.7) | 18.9 | 20 | 18 | 20.2 |
| 家族構成・関係 | 13(14.6) | 17.6 | 22 | 20 | 16.5 |
| 学校・職場環境 | 13(14.6) | 17.6 | 22 | 20 | 16.5 |
| 反射・反応 | 12(13.5) | 16.2 | 24 | 14 | 29.4 |
| 生活リズム | 11(12.4) | 14.9 | 25 | | - |
| 余暇活動面 | 9(10.1) | 12.2 | 26 | | - |

10%以上回答のあったもの

作成・使用指導 (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) (64.4%), 相談・指導・調整 (60.3%), 各種作業活動-創作・芸術活動 (54.8%) であり, これ以下の4項目各種作業活動-手工芸, 各種ゲーム, 仕事・学習活動, 生活圏拡大活動はいずれも42.5%であった (表3-30)。

医療領域との比較では, 日常生活活動が最も多いのは同様であり, 上位4項目は多少の順位の相違があるものの共通している。

3-4-4 介護保険

1) 介護保険領域作業療法の対象

介護保険領域作業療法の対象で最も多いのは脳血管性障害 (97.6%), 次いでパーキンソン病 (87.9%), 骨折 (84.1%) が多く, 上位三疾患・障害となっている (表3-31)。この傾向と割合は, 2005年と同じである。次いで, 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) (75.9%) が多く, これは身体障害領域, 精神障害領域で上位を占める障害・疾患の両方を含んでいる介護保険領域の特性といえる。

以下, 失語 (71.9%), 関節リウマチ (68.8%),

高次脳機能障害 (注意・遂行機能・記憶の障害など) (68.5%), 心臓疾患 (66.6%), 失行・失認 (63.3%), 失調症 (51.9%), 呼吸器系疾患 (46.9%) と続く。上位の疾患・障害は前回2005年と同様であるが, 呼吸器系疾患は増加している。続いて, 脊髄疾患 (42.5%), その他の骨・関節疾患 (39.0%), その他の疾患・障害 加齢による障害 膠原病 (38.3%), 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など (36.3%), 脊椎障害 (36.1%), 悪性新生物 (がん・腫瘍など) (36.0%), 視覚障害 (35.0%), 脊髄損傷 (33.1%) となっている。

2) 介護保険領域作業療法の目的

介護保険領域作業療法の目的で最も多いのは運動機能の維持・代償指導 (83.0%), 次いで運動機能の改善 (78.4%), 日常生活活動の改善 (72.8%) である (表3-32)。この上位三項目は前回の調査結果と変わらない。以下, 起居動作の改善 (60.8%), 起居動作の維持・代償 (56.7%), 認知心理機能の維持・代償指導 (55.9%), 福祉用具などの代償手段の適用 (44.0%), 身辺処理能力の維持・代償指導 (43.3%), 生活リズムの改善 (43.2%) の順に多い。生活リズムの改善は今回新たに挙げた項目であるが, 比較的多く選択された。続

表3-30 保健・福祉領域 (発達障害) 作業療法的手段

| | 2010年 | |
|----------------------------|-----------|-----------------|
| | n=89 | n=73 無回答16除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 各種作業活動-日常生活活動 | 68 (76.4) | 93.2 |
| 各種作業活動-身体運動活動など | 57 (64.0) | 78.1 |
| 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 | 49 (55.1) | 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) | 47 (52.8) | 64.4 |
| 相談・指導・調整 | 44 (49.4) | 60.3 |
| 各種作業活動-創作・芸術活動 | 40 (44.9) | 54.8 |
| 各種作業活動-手工芸 | 31 (34.8) | 42.5 |
| 各種作業活動-各種ゲーム | 31 (34.8) | 42.5 |
| 各種作業活動-仕事・学習活動 | 31 (34.8) | 42.5 |
| 各種作業活動-生活圏拡大活動 | 31 (34.8) | 42.5 |
| 各種作業活動-園芸 | 6 (6.7) | 8.2 |
| その他 | 7 (7.9) | 9.6 |

表 3-31 介護保険領域作業療法の対象

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|---|--------------|------------------------|----|------------------------|------|
| | n=1,271 | n=1,225 無回答 46除く | | n=1,228 無回答 16含む | |
| | 回答数(%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 脳血管性障害 | 1,196 (94.1) | 97.6 | 1 | 1 | 97.5 |
| パーキンソン病 | 1,077 (84.7) | 87.9 | 2 | 2 | 89.1 |
| 骨折 | 1,030 (81.0) | 84.1 | 3 | 3 | 80.9 |
| 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) | 930 (73.2) | 75.9 | 4 | 5 | 71.9 |
| 失語 | 881 (69.3) | 71.9 | 5 | 6 | 70.1 |
| 関節リウマチ | 843 (66.3) | 68.8 | 6 | 4 | 74.6 |
| 高次脳機能障害(注意・遂行機能・記憶の障害など) | 839 (66.0) | 68.5 | 7 | | - |
| 心臓疾患 | 816 (64.2) | 66.6 | 8 | 7 | 66.0 |
| 失行・失認 | 776 (61.1) | 63.3 | 9 | 8 | 59.9 |
| 失調症 | 636 (50.0) | 51.9 | 10 | 9 | 52.9 |
| 呼吸器系疾患 | 574 (45.2) | 46.9 | 11 | 15 | 37.1 |
| 脊髄疾患 | 521 (41.0) | 42.5 | 12 | 10 | 46.8 |
| その他の骨・関節疾患 | 478 (37.6) | 39.0 | 13 | 11 | 45.9 |
| その他の疾患・障害 加齢による障害 膠原病 | 469 (36.9) | 38.3 | 14 | 12 | 44.6 |
| 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など | 445 (35.0) | 36.3 | 15 | | - |
| 脊椎障害 | 442 (34.8) | 36.1 | 16 | 14 | 40.4 |
| 悪性新生物(がん・腫瘍など) | 441 (34.7) | 36.0 | 17 | | - |
| 視覚障害 | 429 (33.8) | 35.0 | 18 | 13 | 43.2 |
| 脊髄損傷 | 405 (31.9) | 33.1 | 19 | 17 | 31.2 |
| 聴覚障害 | 350 (27.5) | 28.6 | 20 | 16 | 35.8 |
| 頭部外傷 | 312 (24.5) | 25.5 | 21 | 18 | 29.1 |
| 統合失調症 | 298 (23.4) | 24.3 | 22 | 20 | 20.6 |
| 下肢切断 | 256 (20.1) | 20.9 | 23 | 19 | 24.9 |
| 末梢神経損傷 | 234 (18.4) | 19.1 | 24 | 21 | 19.6 |
| 末期状態 | 216 (17.0) | 17.6 | 25 | 22 | 17.8 |
| 消化系疾患 | 196 (15.4) | 16.0 | 26 | 23 | 17.1 |
| てんかん | 174 (13.7) | 14.2 | 27 | 27 | 14.1 |
| その他の循環器疾患 | 174 (13.7) | 14.2 | 28 | 24 | 15.8 |
| 感情障害 | 151 (11.9) | 12.3 | 29 | 26 | 14.8 |
| 内分泌・栄養・代謝・免疫疾患 | 150 (11.8) | 12.2 | 30 | 25 | 15.8 |
| アルコール依存症 | 135 (10.6) | 11.0 | 31 | 28 | 13.1 |

10%以上回答のあったもの

いて認知心理機能の改善(42.9%)、身辺処理能力の改善(41.6%)、上肢運動機能の維持・代償(40.6%)、上肢運動機能の改善(40.5%)、物理的環境の調整・利用(34.7%)、コミュニケーション・対人技能の改善(30.0%)となっ

ている。ここでも新たな項目としてあげたコミュニケーション・対人技能の改善は比較的多く選択されている。

2005年と比較すると、運動機能の維持・代償指導(2005年83.2%、2010年83.0%)と日

常生活活動の改善（2005年76.5%，2010年72.8%）では大きな変化は見られないが，運動機能の改善（2005年68.6%，2010年78.4%）は増加している。医療機関での入院日数が制限される中で，医療領域（身体障害）と同様のニーズに対応する，運動機能へのアプローチが増えているとも考えられる。一方で，医療領域（身体障害）（65歳以上）と比較すると，上肢運動機能に関わる目的は少なく，基本的能力の改善よりも維持・代償の目的が多い。これは，介護保険領域では回復期から維持期にある対象が多いことを反映していると思われる。福祉用具などの代償手段の適用（2005年17.9%，2010年44.0%）は2005年と比較すると大幅に増えており，医療領域と同様の変化が見られている。

以上の結果から，作業療法の目的は対象疾患・障害を反映してか，基本的能力の中では

運動機能に関わる目的が，また日常生活活動・起居動作など応用的能力に関連する目的が多いが，そうした目的以外にも福祉用具の適用や生活リズムの改善，コミュニケーション・対人技能の改善，社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助といった地域生活支援にかかわる目的も多かった。医療・介護連携が重視される中で，医療的サービスから地域生活支援へと移行するために幅広い目的で作業療法が提供されているものと思われる。

3) 介護保険領域作業療法の評価

介護保険領域作業療法の評価で最も多いのは筋力・筋持久力（80.7%），次いで関節可動域（79.1%），起居移動（75.6%）であった（表3-33）。この上位三項目は2005年と変わらない。傾向としては，運動機能に関わる目的が上位にあるため，評価項目も運動機能に関わるものが多くなっているといえる。

表 3-32 介護保険領域作業療法の目的

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|-----------------------|--------------|------------------------|----|------------------------|------|
| | n=1,271 | n=1,218 無回答 53除く | | n=1,228 無回答 47含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 運動機能の維持・代償指導 | 1,011 (79.5) | 83.0 | 1 | 1 | 83.2 |
| 運動機能の改善 | 955 (75.1) | 78.4 | 2 | 3 | 68.6 |
| 日常生活活動の改善 | 887 (69.8) | 72.8 | 3 | 2 | 76.5 |
| 起居動作の改善 | 741 (58.3) | 60.8 | 4 | 5 | 59.4 |
| 起居動作の維持・代償 | 691 (54.4) | 56.7 | 5 | 4 | 62.5 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 681 (53.6) | 55.9 | 6 | 6 | 51.5 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 536 (42.2) | 44.0 | 7 | 16 | 17.9 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 527 (41.5) | 43.3 | 8 | 7 | 47.1 |
| 生活リズムの改善 | 526 (41.4) | 43.2 | 9 | | - |
| 認知心理機能の改善 | 523 (41.1) | 42.9 | 10 | 13 | 34.1 |
| 身辺処理能力の改善 | 507 (39.9) | 41.6 | 11 | 11 | 37.8 |
| 上肢運動機能の維持・代償 | 495 (38.9) | 40.6 | 12 | 9 | 42.9 |
| 上肢運動機能の改善 | 493 (38.8) | 40.5 | 13 | 12 | 36.7 |
| 物理的環境の調整・利用 | 423 (33.3) | 34.7 | 14 | 10 | 40.6 |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 365 (28.7) | 30.0 | 15 | | - |
| 余暇活動の指導・援助 | 316 (24.9) | 25.9 | 16 | 8 | 43.0 |
| 知的精神的能力の維持・代償指導 | 209 (16.4) | 17.2 | 17 | 14 | 28.2 |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 161 (12.7) | 13.2 | 18 | | - |
| 人的環境の調整・利用 | 157 (12.4) | 12.9 | 19 | 17 | 16.2 |

10%以上回答のあったもの

以下、姿勢・肢位 (74.5%)、精神・認知・心理 (61.0%)、身辺処理 (49.8%)、筋緊張 (49.6%)、趣味・興味 (45.7%)、現病歴・治療歴 (45.3%)、上肢動作 (36.0%)、生育歴・生活歴 (31.5%) となっている。

コミュニケーション能力 (2005年 41.6%、2010年 28.0%) は前回より低い結果となって

いる。福祉用具などの代償手段の適用 (2005年 13.2%、2010年 27.9%) は2005年よりも増えており、他の領域と共通した傾向である。また、新たな調査項目である摂食・嚥下機能は 23.5%、心肺機能 (全身持久力含む) は 13.1%、社会生活適応 (対人関係・集団内人間関係・役割行動など) は 12.8%であった。

表 3-33 介護保険領域作業療法の評価項目

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|---------------------------------|------------|------------------------|----|------------------------|------|
| | n=1,271 | n=1,211 無回答 60除く | | n=1,228 無回答 40含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 筋力・筋持久力 | 977 (76.9) | 80.7 | 1 | 3 | 71.9 |
| 関節可動域 | 958 (75.4) | 79.1 | 2 | 2 | 74.2 |
| 起居移動 | 916 (72.1) | 75.6 | 3 | 1 | 75.5 |
| 姿勢・肢位 | 902 (71.0) | 74.5 | 4 | 5 | 63.1 |
| 精神・認知・心理 | 739 (58.1) | 61.0 | 5 | 4 | 66.1 |
| 身辺処理 | 603 (47.4) | 49.8 | 6 | 6 | 51.8 |
| 筋緊張 | 601 (47.3) | 49.6 | 7 | 10 | 41.4 |
| 趣味・興味 | 554 (43.6) | 45.7 | 8 | 7 | 48.5 |
| 現病歴・治療歴 | 549 (43.2) | 45.3 | 9 | 8 | 48.3 |
| 上肢動作 | 436 (34.3) | 36.0 | 10 | 11 | 39.6 |
| 生育歴・生活歴 | 382 (30.1) | 31.5 | 11 | 12 | 31.6 |
| コミュニケーション能力 | 339 (26.7) | 28.0 | 12 | 9 | 41.6 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 338 (26.6) | 27.9 | 13 | 25 | 13.2 |
| 感覚・知覚 | 299 (23.5) | 24.7 | 14 | 16 | 22.9 |
| 摂食・嚥下機能 | 284 (22.3) | 23.5 | 15 | | - |
| 生活環境 | 283 (22.3) | 23.4 | 16 | 12 | 31.6 |
| 役割 | 254 (20.0) | 21.0 | 17 | 18 | 21.2 |
| 生活時間 | 246 (19.4) | 20.3 | 18 | 15 | 24.0 |
| 協調性 | 243 (19.1) | 20.1 | 19 | 17 | 22.0 |
| 生活リズム | 222 (17.5) | 18.3 | 20 | | - |
| 家族構成・関係 | 192 (15.1) | 15.9 | 21 | 20 | 17.3 |
| 余暇活動面 | 191 (15.0) | 15.8 | 22 | | - |
| 職業歴・学歴 | 179 (14.1) | 14.8 | 23 | 21 | 17.2 |
| 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) | 175 (13.8) | 14.5 | 24 | 27 | 7.7 |
| 住居 | 171 (13.5) | 14.1 | 25 | 19 | 19.9 |
| 知的精神的活動 | 165 (13.0) | 13.6 | 26 | 14 | 24.9 |
| 反射・反応 | 159 (12.5) | 13.1 | 27 | 26 | 12.2 |
| 心肺機能 (全身持久力含む) | 159 (12.5) | 13.1 | 27 | | - |
| 社会生活適応 (対人関係・集団内人間関係・役割行動など) | 155 (12.2) | 12.8 | 29 | | - |

10%以上回答のあったもの

全体の結果としては、運動機能の維持や改善、日常生活活動の改善といった作業療法の目的に合致した評価が行われているといえるが、運動機能に限らず精神・認知・心理や余暇活動、職業歴・学歴といった幅広い評価を行っており、実践の広さがうかがえる。

4) 介護保険領域作業療法的手段

多いものから順に、基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）（97.3%）、各種作業活動－日常生活活動（96.9%）、手工芸（71.7%）、身体運動活動など（67.2%）、相談・指導・調整（66.7%）、用具の提供・適合・考案・作成・使用指導（64.8%）、創作・芸術活動（62.5%）、生活圏拡大活動（50.6%）、各種ゲーム（42.2%）、仕事・学習活動（36.7%）、園芸（30.9%）となっている（表 3-34）。

基本的動作訓練、日常生活活動が 100% に近く、最も多くなっているのは、医療領域（身体障害）と同様である。また、相談・指導・調整も医療と同程度に選択されていた。この調査結果からは明らかではないが、医療においてはリハビリテーションの方針の説明や家庭復帰に向けた指導・相談がなされており、介護保険領域においてはケアプラン策定に必要な他職種への情報提供や家族への介護法指

導・社会資源の紹介など地域生活を支援する相談・指導・調整がなされているものと推察される。

医療（身体障害）と比較して、園芸は単独の項目として多くの施設で選択されていた。高齢者になじみやすい作業活動として導入されていることがうかがえる。また、園芸も含めた全ての作業活動が 30% 以上選択されていることは、この領域でさまざまな作業活動が導入されていることを示している。

5) 作業療法士が勤務する施設にかかわる介護報酬

サービス体系別にみると、比率の多いものから順に居宅サービス 通所サービス（76.8%）、施設サービス（70.5%）、居宅サービス 短期入所サービス（54.0%）、居宅サービス 訪問サービス（40.9%）、居宅介護支援（予防介護支援）（27.8%）であった（表 3-35-1）。また、個々の項目で最も多いのは通所リハビリテーション（介護予防含む）（70.7%）、次いで介護老人保健施設（54.1%）、短期入所療養介護（介護予防含む）（46.4%）であった（表 3-35-2）。このなかには、介護老人保健施設のように同一施設で入所サービスや通所サービスを運営している事業所も多く、業務時間を配分して兼務して作業療法を行っている場合

表 3-34 介護保険領域作業療法的手段

| | 2010 年 | |
|---------------------------|--------------|----------------------|
| | n=1,271 | n=1,215 無回答 56 除く |
| | 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） | 1,182 (93.0) | 97.3 |
| 各種作業活動－日常生活活動 | 1,177 (92.6) | 96.9 |
| 各種作業活動－手工芸 | 871 (68.5) | 71.7 |
| 各種作業活動－身体運動活動など | 816 (64.2) | 67.2 |
| 相談・指導・調整 | 810 (63.7) | 66.7 |
| 用具の提供・適合・考案・作成・使用指導 | 787 (61.9) | 64.8 |
| 各種作業活動－創作・芸術活動 | 759 (59.7) | 62.5 |
| 各種作業活動－生活圏拡大活動 | 615 (48.4) | 50.6 |
| 各種作業活動－各種ゲーム | 513 (40.4) | 42.2 |
| 各種作業活動－仕事・学習活動 | 446 (35.1) | 36.7 |
| 各種作業活動－園芸 | 376 (29.6) | 30.9 |
| その他 | 24 (1.9) | 2.0 |

も考えられる。続いて訪問リハビリテーション（介護予防含む）（28.2%）、居宅サービス計画の作成（介護予防含む）（27.8%）、訪問看護（介護予防含む）（17.5%）、通所介護（介護予防含む）（15.0%）となっている。このなかで居宅サービス計画の作成は前回の調査で

は項目がなかったものであるが、比較的多く選択されており、居宅介護支援（予防介護支援）に作業療法士が関与していることが示された。以下、短期入所生活介護（介護予防含む）（12.3%）、介護療養型医療施設（11.1%）、住宅改修（10.2%）となっている。

表 3-35-1 作業療法士が勤務する施設にかかわる介護報酬（サービス体系別）

| | 2010年 | |
|-----------------|------------|----------------------|
| | n=1,271 | n=1,177 無回答 94 除く |
| | 回答数 (%) | % |
| 居宅サービス 通所サービス | 904 (71.1) | 76.8 |
| 施設サービス | 830 (65.3) | 70.5 |
| 居宅サービス 短期入所サービス | 635 (50.0) | 54.0 |
| 居宅サービス 訪問サービス | 481 (37.8) | 40.9 |
| 居宅介護支援（予防介護支援） | 327 (25.7) | 27.8 |
| 地域密着型サービス | 77 (6.1) | 6.5 |
| 居宅サービス | 75 (5.9) | 6.4 |
| その他 | 120 (9.4) | 10.2 |

表 3-35-2 作業療法士が勤務する施設にかかわる介護報酬（サービス種類別）

| | 2010年 | | | 2005年 | |
|----------------------|------------|-------------------------|----|-------------------------|------|
| | n=1,271 | n=1,177 無回答 94 除く | | n=1,228 無回答 98 含む | |
| | 回答数 (%) | % | 順位 | 順位 | % |
| 通所リハビリテーション（介護予防含む） | 832 (65.5) | 70.7 | 1 | 2 | 70.1 |
| 介護老人保健施設 | 637 (50.1) | 54.1 | 2 | | - |
| 短期入所療養介護（介護予防含む） | 546 (43.0) | 46.4 | 3 | 4 | 45.3 |
| 訪問リハビリテーション（介護予防含む） | 332 (26.1) | 28.2 | 4 | 6 | 19.6 |
| 居宅サービス計画の作成（介護予防含む） | 327 (25.7) | 27.8 | 5 | | - |
| 訪問看護（介護予防含む） | 206 (16.2) | 17.5 | 6 | 5 | 23.7 |
| 通所介護（介護予防含む） | 177 (13.9) | 15.0 | 7 | 8 | 13.8 |
| 短期入所生活介護（介護予防含む） | 145 (11.4) | 12.3 | 8 | 7 | 14.7 |
| 介護療養型医療施設 | 131 (10.3) | 11.1 | 9 | | - |
| 住宅改修 | 120 (9.4) | 10.2 | 10 | | - |
| 訪問介護（介護予防含む） | 112 (8.8) | 9.5 | 11 | 1 | 75.7 |
| 居宅療養管理指導（介護予防含む） | 92 (7.2) | 7.8 | 12 | 3 | 56.4 |
| 介護老人福祉施設 | 85 (6.7) | 7.2 | 13 | | |
| 福祉用具貸与（介護予防含む） | 49 (3.9) | 4.2 | 14 | | - |
| 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む） | 41 (3.2) | 3.5 | 15 | | - |
| 訪問入浴介護（介護予防含む） | 34 (2.7) | 2.9 | 16 | 9 | 8.6 |
| 認知症対応型通所介護（介護予防含む） | 32 (2.5) | 2.7 | 17 | | - |
| 特定施設入居者生活介護（介護予防含む） | 29 (2.3) | 2.5 | 18 | | - |

2%以上回答のあったもの

以上の結果から、介護保険領域では作業療法士も通所や訪問に積極的に関与していることが分かる。とりわけ訪問リハビリテーションは、2005年に19.6%であったものが今回は28.2%と増えており、訪問看護ステーションからの訪問リハと合わせれば、50%近くの施設が訪問リハに関わっていることとなる。また、認知症に対する作業療法は、居宅サービス、施設サービスのそれぞれで実践されているところであるが、認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）（3.5%）、認知症対応型通所介護（介護予防含む）（2.7%）と少ないのが現状である。作業療法の専門性を発揮できる実践の場として、今後の関わりが増えることを期待したい分野である。

6) 予防サービスにかかわる作業療法士と予防サービスの内容

介護保険法の一部が改正され、介護予防システムの確立が推し進められてきたことを受け、今回、新たに取り入れた調査項目内容である。介護予防等、病気や障害を予防するサービスに関わっている作業療法士がいると回答した施設は23.9%、いないと回答した施設は64.6%であった（表3-36）。予防サービスの対象は表3-37の通りであり、生活機能が低下して要支援・要介護状態になる恐れがある特定高齢者（61.2%）が最も多く、次いで一般高齢者（56.4%）、成人健常者（8.1%）である。

表 3-36 予防サービスに関わる作業療法士の有無

| | n=3,296 回答数 (%) |
|-------|--------------------|
| いる | 789 (23.9) |
| いない | 2130 (64.6) |
| わからない | 177 (5.4) |
| 無回答 | 200 (6.1) |

表 3-37 予防サービスの内容

| | n=789 回答数 (%) |
|-------|------------------|
| 特定高齢者 | 483 (61.2) |
| 一般高齢者 | 445 (56.4) |
| 成人健常者 | 64 (8.1) |
| その他 | 56 (7.1) |
| 無回答 | 5 (0.6) |

通所リハの基本方針は、平成11年厚生省令第37号の中で、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならぬとされている。従って、通所リハにおける認知症者に対する作業療法の目的は、進行性の認知機能障害等によって引き起こされる様々な日常生活上の不具合を解消または軽減することにより、対象者が可能な限り在宅生活を継続できるように支援することであると言える。

当施設は、福島県に位置する開設12年目の介護老人保健施設であるが、通所リハの新規利用前の実態調査に作業療法士が同行している。この段階で記憶・見当識などの認知機能をスクリーニングし、認知症の行動・心理症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) の有無や具体的状況、最近できなくなってきたこと、住居環境や家族の関わり方などを聞き取っている。また、在宅介護継続にあたっての家族のニーズも把握するようにしている。作業療法士はこれらの情報を基に、認知機能面の低下と日常生活上の不具合の因果関係を分析し、介入のポイントを明確にして他職種へ伝える役割を担っている。当施設の作業療法プログラムの特徴は、できるだけ日常生活に根差した IADL 等のなじみの作業を課題として用いている点である。

【症例紹介】

アルツハイマー型認知症 (Alzheimer type dementia: ATD) と診断された70歳代の男性で、妻と二人暮らしをしていた。亭主関白ではなかったが、主介護者である妻は結婚当初から、夫にはお茶や

コーヒーを淹れることをはじめ簡単な家事も全く行わせたことはなく、靴下をはかせてあげることもあるほど夫に尽くすタイプであった。本人は仕事一筋で趣味もなく、退職後は時折妻と外出する以外は家で過ごすことが多かった。若い頃から大きな病気をしたことはなかったが、当施設利用4か月前に胃腸炎のため入院することとなった。入院中は夜間せん妄がみられ、夜中に廊下で転倒したためベッドに抑制されるようになった。退院後は軽度の意欲低下がみられ、表情がぼんやりするようになり、毎日読んでいた新聞もあまり読まなくなった。また、食事の食べこぼしや、口元が汚れていても気にしないことが増え、トイレに間に合わずに失禁するようになった。妻は献身的に夫の世話をしていたが、この変化を親類に話すことはなかった。たまたま訪ねてきた姪 (当施設の職員) がこの状況に気づいたことをきっかけに近医を受診し、ATDと診断され当通所リハを週2回利用することとなった。

作業療法の評価

実態調査時には、あいさつや簡単な受け答え以外はあまり話さず、表情はぼんやりとしていた。見当識では数年のずれがあり、3月であったが夏と答え、新しい出来事は30分～1時間程度で忘れてしまうようであった。妻の話では、食べこぼしや服の汚れは、すべて妻が拭き取っており、入浴やトイレに行くときには、そろそろトイレに行きませんかなどと事細かに促しているとのことであった。本人に困っていることを尋ねると、「特にないですわね」との返事で、妻の希望は、「お父さんにはもう少し元気になってもらって、食べこぼしがなくなったり、トイレに間に合うようになってもらいたい。このままでは悪くなる一

方のような気がする。」とのことであった。

初回利用時は落ち着いた様子で、同席者との会話もみられた。OTと本人、姪ではない女性スタッフの3名での会話の数分後に、さっきの人は誰ですかと聞くと、あれは姪だと答え、想起内容が事実と異なることがあり、本人が覚えていない最近の出来事についての質問には、取り繕い反応が多くみられた。入浴後の更衣では、服の裏表と前後の間違いがあり、食事の際には、手元をよく見ていないようで、つけ合わせなどの細かい食物を口に運ぶ途中にこぼしてしまっていた。Mini Mental State Examination (MMSE) 得点は、12/30点（見当識・遅延再生などで失点）であった。

カンファレンスでは、以前から認知機能の低下があったが、すべて妻が世話をしていたため、会話が噛み合わないことがある以外には問題が表面化しなかったのだろうと分析した。入院を契機にBPSDの陰性症状である意欲低下がみられるようになり、注意力も低下したために、認知機能の障害が日常生活上の不具合となって表面化し始めたのだと考えられた。認知機能低下は、現在の無為な生活によって、さらに助長される可能性が高いことが予想されたが、妻の献身的な関わりは長年の夫婦関係の中で培われたものであり、変えることは容易ではないと考えられた。そこで、当面は通所リハビリによって認知機能面の賦活を図り、これ以上の進行を予防することを目標とした。

作業療法士と他職種によるチームアプローチ

プログラム立案に当たっては、本人にとってなじみのある作業などを用いて、近時記憶や注意、実行機能などに働きかけることが目的で立案したプログラムは、①短い新聞記事を読んでもらい、読んだ内容を簡単にOTに説明してもらい、②コーヒーを淹れる時に、必要ない複数の物品（文房具・調味料など）

を並べてテーブルを乱雑にし、ずっと会話しながら行ってもらう、③筋持久力の低下に対する運動療法、④施設に到着して席に着いたら入浴予定時間を教え、時間になったらスタッフに声をかけるようお願いする、⑤入浴後の着衣は、服を着る順番と関係なく裏表や前後などをひっくり返して籠に入れておき、自分で確認しながら着てもらい、の5つで、①～③をOTが実施し、④⑤は他職種に実施してもらった。実施に当たっては、“やらされている”という印象をできるだけ持たせないような場面設定を考えた。例えば②のコーヒーを淹れることは、近くにOTがいると淹れてくれよと頼もうとするが、以前会社では自分で淹れて飲んでいただとの情報があったので、③の運動療法の合間に、スタッフから少し離れた場所のテーブルに座ってもらい、コーヒーでも飲みながら休憩してくださいと促し、スタッフは手が空いていないような素振りを見せるようにして実施した。

はじめはコーヒーや砂糖の分量が多すぎたり、衣服の前後を間違えることもあり、入浴時間に関しては、時間が過ぎてもスタッフに声をかけることができず、スタッフが声をかけて誘導することが多かった。これらのプログラムを3か月継続した結果、コーヒーを失敗なく淹れられるようになり、着衣の際の間違いもなくなった。入浴時間については、「まだ時間になってないよな」などと自分からスタッフに声をかけるようになった。また、少し前のことを正しく想起できるようになり、施設と家での食べこぼしや口の汚れもなくなった。妻からは、「表情が豊かになった」との言葉が聞かれた。MMSE得点は、17/30点（見当識などで向上）となった。現在は、妻に対しても、できるだけ手を出し過ぎず、もう少し自分でやってもらう場面を作るように働きかけているところである。

3-5 教育関連領域（特別支援学校など）における作業療法

1) おかれている状況

わが国では作業療法士が学校教育の現場に常勤職員として配置されるためには、作業療法士免許と教員免許とを併せ持つことが求められる。そのため、学校教育の現場に関わる作業療法士の数は少ない状況が続いてきた。しかし、2007年度の特別支援教育制度によって、外部専門家の活用が位置づけられたことにより、作業療法士の資格で特別支援教育制度に関与する根拠が得られた。

協会保健福祉部による調査報告（平成23年3月）¹⁾によると、何らかの形で特別支援教育に関与する作業療法士は全国47都道府県全てにあり、その数は316名であった。そのうち89名（35都道府県）の作業療法士が特別支援学校に関わっていた。教育関連領域に関わりを持つ作業療法士は増加しているが、その関わりは教職員への指導や助言が主なものであり、児童・生徒に対し直接的に支援・援助が可能な環境には至っていない。以下、今回白書の調査結果から、教育関連領域における作業療法の対象及び目的を示す。

2) 教育関連領域作業療法の対象

精神遅滞・知的障害（76.2%）が最も多く、

次いで脳性麻痺（66.7%）、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（57.1%）、てんかん（50.0%）である（表3-38）。以下、神経筋接合部及び筋の疾患（47.6%）、児童青年期の行動・情緒障害（ADHDを含む）（38.1%）、染色体異常（35.7%）、重症心身障害（31.0%）となっている。この領域における作業療法の対象疾患・障害の上位3位までは、医療領域（発達障害）及び保健・福祉領域（発達障害）と同様であり、医療から保健・福祉及び教育関連領域へと、対象児の年齢に応じた領域で作業療法士が関わっていることを示すものとする。

3) 教育関連領域作業療法の目的

日常生活活動の改善（68.4%）、感覚知的機能の改善（55.3%）、運動機能の改善（50.0%）が上位3項目であり、次いで物理的環境の調整・利用（47.4%）、上肢運動機能の改善（44.7%）、就労就学の指導・訓練（44.7%）、運動機能の維持・代償指導（39.5%）、上肢運動機能の維持・代償（39.5%）、身辺処理能力の改善（39.5%）、コミュニケーション・対人技能の改善（39.5%）、認知心理機能の改善（36.8%）、人的環境の調整・利用（36.8%）、社会生活適応能力の改善（31.6%）となっている（表3-39）。

表3-38 教育関連領域（特別支援学校など）における作業療法の対象

| | n=57 | n=42 |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| | 回答数 (%) | 無回答15除く % |
| 精神遅滞 知的障害 | 32 (56.1) | 76.2 |
| 脳性麻痺 | 28 (49.1) | 66.7 |
| 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 | 24 (42.1) | 57.1 |
| てんかん | 21 (36.8) | 50.0 |
| 神経筋接合部及び筋の疾患（重症筋無力症・筋ジストロフィーなど） | 20 (35.1) | 47.6 |
| 児童青年期の行動・情緒障害（ADHD含む） | 16 (28.1) | 38.1 |
| 染色体異常 | 15 (26.3) | 35.7 |
| 重症心身障害 | 13 (22.8) | 31.0 |
| 脳血管性障害 | 11 (19.3) | 26.2 |
| 先天性奇形 | 10 (17.5) | 23.8 |
| 高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など） | 9 (15.8) | 21.4 |
| 視覚障害 | 9 (15.8) | 21.4 |
| 情緒障害 | 8 (14.0) | 19.0 |
| 二分脊椎 | 7 (12.3) | 16.7 |
| 統合失調症 | 6 (10.5) | 14.3 |
| 心臓疾患 | 6 (10.5) | 14.3 |

10%以上回答のあったもの

4) 今後の展望と課題

平成15年3月に示された「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」（特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議答申）に基づく対応が開始されて7年が経過しているが、その間、各都道府県の教育委員会がそれぞれの地域実情に応じた取組みを行ってきた。平成22年7月には文部科学省は中央教育審議会初等中等教育分科会 特別支援教育の在り方に関する特別委員会が設置され、わが国の特別支援教育を障害者権利条約の理念を踏まえたものとするための検討が開始された。²⁾ また、厚生労働省でも、文部科学省と連携し早期発見・早期支援と住み慣れた地域で一貫した、しかも継続的な支援が可能な体制整備の形を示している。

このような状況の中、作業療法士の主な関与が外部専門家の活用であるとしても、前項で引用した調査結果¹⁾ 316名という数字は、この分野にかかわる作業療法士数の増加を示すものと思われる。会員統計による特別支援

学校に勤務する作業療法士数に着目すると、今回の88名（表2-5-2）に対して2005年白書における養護学校勤務の作業療法士数は46名であり、確実に増加していることが分かる。また、神奈川県のように作業療法士免許のみで自立活動特別免許を交付し、常勤の自立活動専任教諭（専門職）として配置する自治体もでてきている。このことは、特別支援教育の内実を決定していく立場にあるのが各都道府県とその教育委員会であることを意味している。それ故、さらに作業療法士による特別支援教育への寄与を進めていくためには、各都道府県とその教育委員会への広報や実務協力を積極的に展開していくことが有効な手段となるはずであり、各県士会での取り組みが重要な鍵を握っている。その動きを支えるために、協会は文部科学省ならびに厚生労働省に対して具体的な政策提言を行うこと、特別支援教育に関する養成教育ならびに生涯教育の内容をより一層充実させていく必要がある。

文献

- 1) (社)日本作業療法士協会保健福祉部（発達領域チーム）：特別支援京域への作業療法士参画モデル案に関する報告～文部科学省が示す発達障害等支援・特別支援教育総合推進事業に沿って～。http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/08/tokubetsushien-report.pdf (accessed 2010-12-12)。
- 2) http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/giji_list/index.htm

表 3-39 教育関連領域における作業療法の目的

| | n=57 | n=38 無回答19除く |
|-----------------------|-----------|-----------------|
| | 回答数 (%) | % |
| 日常生活活動の改善 | 26 (45.6) | 68.4 |
| 感覚知覚機能の改善 | 21 (36.8) | 55.3 |
| 運動機能の改善 | 19 (33.3) | 50.0 |
| 物理的環境の調整・利用 | 18 (31.6) | 47.4 |
| 上肢運動機能の改善 | 17 (29.8) | 44.7 |
| 就労就学の指導・訓練 | 17 (29.8) | 44.7 |
| 運動機能の維持・代償指導 | 15 (26.3) | 39.5 |
| 上肢運動機能の維持・代償 | 15 (26.3) | 39.5 |
| 身辺処理能力の改善 | 15 (26.3) | 39.5 |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 15 (26.3) | 39.5 |
| 認知心理機能の改善 | 14 (24.6) | 36.8 |
| 人的環境の調整・利用 | 14 (24.6) | 36.8 |
| 社会生活適応能力の改善 | 12 (21.1) | 31.6 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 10 (17.5) | 26.3 |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 10 (17.5) | 26.3 |
| 感覚知覚機能の維持・代償指導 | 9 (15.8) | 23.7 |
| 知的精神的能力の改善 | 8 (14.0) | 21.1 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 7 (12.3) | 18.4 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 6 (10.5) | 15.8 |
| 余暇活動の指導・援助 | 6 (10.5) | 15.8 |

10%以上回答のあったもの

他の領域と比較すると、特別支援教育に作業療法業務として関与している数は、まだ多いとは言えない。ただし、何からの形で関与し、今後にとって参考となる実践が蓄積されつつある。それ故、ここでは2011年3月に協会保健福祉部が提出した「特別支援教育への作業療法士参画モデル案に関する報告～文部科学省が示す発達障害等支援・特別支援教育総合推進事業に沿って～」の中に示されている

【事例1】特別支援学校常勤作業療法士の校内支援および地域支援を実施例（神奈川県）

①経緯（背景）

平成20年度より、理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）、言語聴覚士（以下、ST）、臨床心理士（以下、CP）の4職種が自立活動教諭（専門職）として県立特別支援学校へ配置するため、常勤として採用された。県立特別支援学校を6ブロックに分け、各ブロックに4職種を配置し、ブロック内で4職種が相互に支援し合えるシステム作りを進めている。

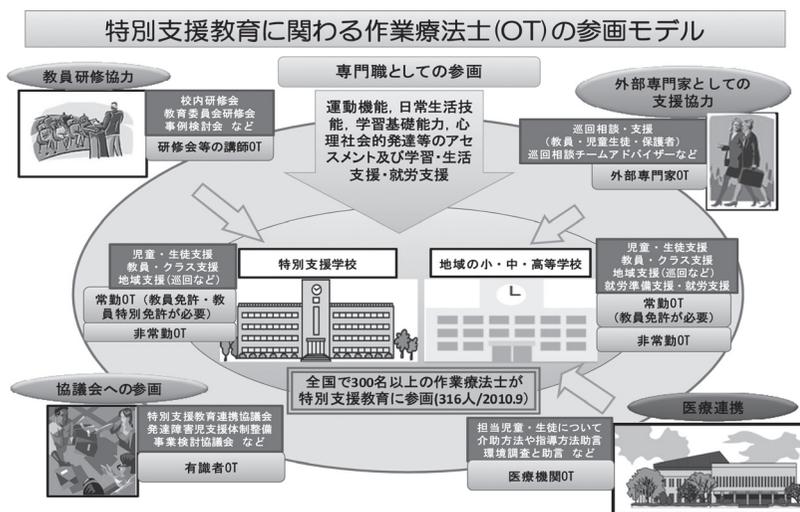
関与事例について概要を紹介する。それぞれ、事例1が常勤作業療法士として特別支援学校に配置されている場合、事例2が市町村職員常勤作業療法士が外部専門家として関わっている場合、事例3が非常勤作業療法士として特別支援学校に配置されている場合、事例4が作業療法士個人と学校との間での契約で関わっている場合、事例5が県土会の組織対応として関わっている場合、となっている。

②業務内容

平成21年度は、OT4名、PT3名、ST2名、CP3名が採用され、平成22年度現在でOTは7名となっている。

県立特別支援学校へ配置された各職種は自立活動教諭（専門職）の教職員チームの一員としての役割を担っている。支援は大きく校内支援と地域支援の二つに大別されている。校内支援は、①教職員チームの一員として個別教育計画の作成、②児童・生徒の指導にあたる教員への協力・助言、③校内研修会の講師、④保護者の相談への対応、⑤ケース会議への

参加、⑥他の特別支援学校への相談・支援、などがあり、地域支援は、⑦地域支援担当者とのチームによる巡回相談の実施、⑧地域の教員・保護者が来校する来校相談の実施、⑨地域の教員・保護者に対する研修会の実施、⑩ケース会議への参加、などである。



参考：文部科学省「PT、OT、ST等の外部専門家を活用した指導方法等の改善に関する実践研究事業」H20年度中間報告書及び検索エンジン医学中央雑誌、日本作業療法士協会会員管理システム(平成22年9月)

図3-② 特別支援教育に関わる作業療法士

【事例 2】外部専門家として市町村職員作業療法士による支援，教員研修，医療連携協力の実践例（京都府京丹波町）

①経緯（背景）

作業療法士が京丹波町子育て支援課に常勤職員として関与している。

②業務内容

町教育委員会より依頼を受けて，巡回相談を月1回程度実施している。平成21年度実績では，訪問学校数6校（公立小学校5校，公立中学校1校，幼稚園月1～2回）で，対象児の人数は各訪問1～2名であった。訪問内容は，ケース個別相談（50%），事例検討会（30%），クラス運営のコンサルテーション（10%），などであった。1回の訪問時間はさまざまであるが，授業参加，担当者との懇談，それぞれ1時間程度であった。

その他，PTA勉強会1回，町教育委員会の依頼による就学指導委員会会議出席，などがあつた。就学指導委員会会議出席では，就学前のこどもに関する各保育所・幼稚園の状況と子育て支援課が実施している発達支援事業の状況とに基づき，就職指導委員会に必要な意見を提示した。

【事例 3】特別支援学校非常勤作業療法士としての校内支援の実践例（広島県）

①経緯（背景）

広島県は，平成17年度から広島県障害児教育ビジョン推進事業（現在は，特別支援教育ビジョン推進事業と名称変更）により，すべての県立養護学校に非常勤作業療法士を配置した。特別非常勤講師として県教育委員会と広島市教育委員会との年契約雇用である。

②業務内容

県内特別支援学校23校に肢体不自由，知的障害，聴覚障害のある療育手帳を保持している児童生徒を対象に，月1回から週3，4回の幅で対応している。支援としては対象児童生徒への直接処遇のほか，授業参観と書面による学校

教員への介入方法の助言を実施している。

【事例 4】通級指導教室で小学校助教諭としての実践例（京都府亀岡市）

①経緯（背景）

実践している作業療法士が，いずれ教員免許を取得することの約束を前提として，勤務開始となった。

②業務内容

通級指導教室で一クラスを担当し，子どもに対する直接支援，教員ならびに保護者への相談・指導，環境調整，発達検査の実施と障害の見立て，学校在籍児の担当医面談などを含む地域療育センターとの連携，などを実施している。

【事例 5】県士会対応として，外部専門家の位置づけでの実践例（京都府作業療法士会）

①経緯（背景）

京都府士会で，平成19年度から特別支援教育作業療法士チーム（以下，OTチーム）を特別委員会として組織した。OTチームは，特別支援教育における作業療法の有用性を京都府内の学校現場に広報し，学校教育との連携体制の構築を目標としている。平成20年度からは，作業療法推進活動パイロット事業助成を得て，都道府県士会として先駆的な活動を展開している。

②業務内容

平成22年度OTチームは27名の士会員が所属しており，幼稚園・保育所を含めて学校訪問を実施している。平成20年度からOTチームの活動が京都府に認められ，京都府立の12校すべての特別支援学校巡回相談チームに，作業療法士が2～3名ずつ委嘱された。平成22年度現在，作業療法士は全ての特別支援学校巡回相談チームの他に，京都府教育委員会専門家チーム・巡回相談員，一部の市町村の専門家チーム・巡回相談員としても委嘱されている。

3-6 職業関連領域における作業療法

1) おかれている状況

わが国の職業関連領域に関する施策は「障害者の雇用の促進等に関する法律」(昭和35年法律第123号)(以下、法律)を軸に、さまざまな対応がなされてきた。直近では、平成20年12月、意欲・能力に応じた障害者の雇用機会の拡大を目指して、中小企業における障害者雇用の促進、短時間労働に対応した雇用率制度の見直し、に関して法律の一部が改正されている。また、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)との関連性から、より身近な地域で医療・保健福祉・教育等の連携のもとに実施される支援が求められている。

このような状況の中、職業関連領域に特化した作業療法士の数は未だ少ないのが現実である。以下、今回白書の調査結果から、職業関連領域における作業療法の対象及び目的を示す。

2) 職業関連領域作業療法の対象

最も多いのは、統合失調症(46.2%)と脳血管性障害(42.3%)、次いで高次脳機能障害(注意・遂行機能・記憶の障害など)(38.5%)、精神遅滞・知的障害(38.5%)、自閉症・アスペルガー症候群・学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害(34.6%)、感情障害(30.8%)が多くなっている(表3-40)。

これまでの作業療法の対象であった統合失調症、脳血管障害に加えて、高次脳機能障害(注意・遂行機能・記憶の障害など)をはじめとする疾患・障害が30%を超える選択対象となった背景には、わが国の高次脳機能障害者に対する支援体制整備の動き、発達障害者支援法の動き、うつ病対策の動き、などが影響しているものと考えられる。

2) 作業療法の目的

職業関連領域における作業療法の対象の全項目についての有効回答者数は24名(77.4%)であった。

表 3-40 職業関連領域における作業療法の対象

| | n=31 | n=26 無回答5除く |
|---|-----------|----------------|
| | 回答数(%) | % |
| 統合失調症 | 12 (38.7) | 46.2 |
| 脳血管性障害 | 11 (35.5) | 42.3 |
| 高次脳機能障害(注意・遂行機能・記憶の障害など) | 10 (32.3) | 38.5 |
| 精神遅滞 知的障害 | 10 (32.3) | 38.5 |
| 自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的な学習障害と広汎性発達障害 | 9 (29.0) | 34.6 |
| 感情障害 | 8 (25.8) | 30.8 |
| 神経症性障害 | 6 (19.4) | 23.1 |
| 児童青年期の行動・情緒障害(ADHD含む) | 6 (19.4) | 23.1 |
| 失語 | 5 (16.1) | 19.2 |
| てんかん | 5 (16.1) | 19.2 |
| 脳性麻痺 | 5 (16.1) | 19.2 |
| 器質性精神障害(アルツハイマー病、脳血管性認知症などの認知症、脳損傷等による人格・行動障害等含む) | 5 (16.1) | 19.2 |
| 成人の人格・行動障害 | 5 (16.1) | 19.2 |
| 視覚障害 | 5 (16.1) | 19.2 |
| 失行・失認 | 4 (12.9) | 15.4 |
| 心身症 | 4 (12.9) | 15.4 |
| 情緒障害 | 4 (12.9) | 15.4 |
| 頭部外傷 | 4 (12.9) | 15.4 |

10%以上回答のあったもの

個々の項目で最も多いのは、就労就学前訓練（79.2%）、就労就学の指導・訓練（79.2%）、次いで人的環境の調整・利用（62.5%）、社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助（62.5%）、社会生活適応能力の改善（58.3%）、物理的環境の調整・利用（54.2%）、コミュニケーション・対人技能の改善（41.7%）、余暇活動の指導・援助（37.5%）、健康管理能力の維持・改善（33.3%）、となっている。（表 3-41）

3) 今後の展望と課題

現在、職業関連領域で実践している作業療法士の数は少ない。この点は、障害者自立支援法の就労支援項目において作業療法士の職名が記載されていないことに起因する部分が多い。この領域において作業療法が示すことのできる役割は、就労移行支援の場合には対象者の基本的な作業能力、心身の耐性などの本人の就労準備性の評価を中心とした支援の実施、就労継続支援の場合には就労継続のための心身の定期的評価や役割遂行上の相談・支援の実施、などであろう。改めて、事例を

集積・分析し、行政担当に資料提供することが求められている。

表 3-41 職業関連領域における作業療法の目的

| | n=31 | n=24 無回答 7 除く |
|-----------------------|-----------|------------------|
| | 回答数 (%) | % |
| 就労就学前訓練 | 19 (61.3) | 79.2 |
| 就労就学の指導・訓練 | 19 (61.3) | 79.2 |
| 人的環境の調整・利用 | 15 (48.4) | 62.5 |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 15 (48.4) | 62.5 |
| 社会生活適応能力の改善 | 14 (45.2) | 58.3 |
| 物理的環境の調整・利用 | 13 (41.9) | 54.2 |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 10 (32.3) | 41.7 |
| 余暇活動の指導・援助 | 9 (29.0) | 37.5 |
| 健康管理能力の維持・改善 | 8 (25.8) | 33.3 |
| 生活リズムの改善 | 7 (22.6) | 29.2 |
| 日常生活活動の改善 | 7 (22.6) | 29.2 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 6 (19.4) | 25.0 |
| 上肢運動機能の改善 | 6 (19.4) | 25.0 |
| 運動機能の改善 | 5 (16.1) | 20.8 |
| 認知心理機能の改善 | 5 (16.1) | 20.8 |
| 知的精神的能力の維持・代償指導 | 5 (16.1) | 20.8 |

10%以上回答のあったもの

実践報告 6

障害者の就労支援にかかわる作業療法

障害者自立支援法において主に知的障害者を対象とした就労移行支援事業所に携わる作業療法士の役割を2名の支援の実践から報告する。

【事例1】

知的障害の50歳代男性で、中学校特別支援学級を経て印刷会社で一般就労をし、30年勤務するも不況により退職。本人は、家庭を持っており、経済面に対するニーズが高かった。早急に、区役所、企業、ハローワーク、就労移行支援事業所、相談支援事業所を交え、本人の就労先について支援会議を開催したが、就労先は見つからず、当事業所を利用することとなった。

暫定支給期間を利用し、本人の能力を作業療法士が簡易評価した(図3-③)。コミュニケーションが苦手な部分はあるが、他の能力、ADL面などについては、特に大きな問題はなかった。また、当事業所で規定している標準作業による作業能力の把握を行うと、単純反復作業であるが、一般的な標準個数(健康な人が実施した場合の平均個数)の67%の出来高であった。

これらから、施設外就労で報酬(工賃)を得ながら、一般企業への就労を目指した就労前訓練を実施することとなった。

支援

当事業所では、ある企業の作業を受託し、実際の作業をその企業の中で行う方法を取っている。この方法によって就労の訓練、報酬の獲得を目的とした場面を設定しやすく、かつ、定期的な訪問や企業との会議も行いやすいものとなっていた。実施する作業は、弁当のコンテナ等をコンベアに流し、洗浄するという内容であった。コンテナの種類が豊富であり、種別によりコンベアのスピードを変える必要があった。本人は手順さえ理解できれば作業が可能であるため、視覚的に理解できるように写真や数字を利用して、物理的な環境を整備し、手順を明確にした。また、本人の特徴を現場の企業職員にも理解してもらえるような人的環境整備にも努めた。作業手順に関する簡単な工夫と周囲からの理解が得られることによって、本人の作業能力も高まり、従業員にも期待される存在となり、作業の種類も徐々に増えていった。本人の能力が発揮されるにつれて、企業との定例会議においてこの企業に就労できる可能性も話題に上るようになってきた。

就労移行支援事業



図3-④ 作業風景



図3-⑤ 数字で手順を示す

| 利用者簡易評価表 | |
|--------------|--|
| 評価日：平成 年 月 日 | |
| 1. 利用者氏名 | A氏 |
| 記録職員 OT | |
| 2. 利用者機能性 | |
| 3. 良いところ | 自動車免許所持等、学習能力が高い |
| 悪いところ | 言語の組み立てが困難で、伝えたいことがうまく伝えられない |
| 4. 支援に対して | 従順であるが、訴えがある時は作業の手を止め、訴えてくることもある |
| 5. 認識能力 | |
| (1) 空間 | 認識可能である。自動車運転も可能である |
| (2) 時間 | 時計を見て行動可能である |
| (3) 数字 | 2桁ほどはかぞえられる |
| (4) 手順 | 簡単なものであれば機械の操作等、手順にしたがい操作できる |
| 6. 挨拶 | 自分からできるが受身的であったり、筆手の場合もある |
| 7. ADL動作 | 自立している |
| 8. 対人関係 | 良好であるが、特定の仲間に対しての文句を言うことがある。言語不明瞭であるが、積極的な対人関係がとれている |
| 9. 書字能力 | 自分の名前や住所を漢字で書字可能 |
| 10. その他 | ・言語不明瞭であり、訴えが伝わらないことがある ・勝手な判断に陥りやすい |

図3-③ 作業療法士による利用者簡易評価表

そのものの実施期限は2年であるが、市役所と相談し、事業利用を1年延長し就労に至った。その過程において、ジョブコーチ、トライアル雇用等を紹介したことが、企業側の不安を解消していくことになり就労へ繋がったと考える。

【事例2】

20歳代のダウン症の女性で、特別支援学校高等部を経て、自動車部品製造業就労。家族は一般企業就労を強く希望していた。しかし、逃避などの不適応行動が目立ち、人事担当者より相談があった。職場を訪問し、人事担当者、本人、家族との面談を行った結果、退職が決定した。家族は依然として、他の一般企業への就労を強く希望していた、休養も兼ねて就労移行支援事業所へ通所することとなった。

暫定支給期間を利用し、本人の能力を作業療法士が簡易評価した(図3-⑥)。一般企業での失敗から自信を喪失し、自発的な言語が少なく、孤立しがちであったが、ADL面には問題がなかった。また、当事業所で規定している標準作業標準作業では、一般的な標準個数(健康な人が実施した場合の平均個数)の28%の出来高であったが、作業の正確性は高かった。

これらから、まずは当事業所での作業で自信を取り戻すことを最優先とし、その後施設外就労へと繋げていくこととした。

支援

事業所内では、「誤りなし学習」で自信が持てるような単純作業から開始し、徐々に作業の難易度の高い工程を任せよう支援を行った。「誤りなし学習」では本人が判断しやすいように物理的な環境整備も実施した。図3-⑦に示すように、測定機の数値デジタル表示部分の小数字点を隠し、一の位を赤、十の位を黄色に

| 利用者簡易評価表 | |
|--------------|--|
| 評価日：平成 年 月 日 | |
| 1. 利用者氏名 | B 氏 記録職員 O.T |
| 2. 利用者機能性 | ダウン症 |
| 3. 良いところ | 困ったことは職員に伝えることが可能 |
| 悪いところ | 一人で過ごすことが多い |
| 4. 支援に対して | 従順である。 |
| 5. 認識能力 | |
| (1) 空間 | 認識可能である。相生の箱づめでは空間を認識し、何段も詰めていくことが可能である。 |
| (2) 時間 | 時計を見て行動可能である。自分の腕時計も持っている。 |
| (3) 数字 | カウンターを使用し、正確に数えることができる。 |
| (4) 手順 | 口頭指示と見本で習得可能。ノート表紙の作業など、自分で色を選んで作業することもできる。 |
| 6. 挨拶 | 受動的である。 |
| 7. ADL動作 | 概ね自立できているが、便を失禁してしまうことが稀にある。 |
| 8. 対人関係 | 一人で過ごすことが多く、集団に入り積極的に関わろうとしない。 |
| 9. 書字能力 | 自分の名前や簡単な漢字を書くことができる。 |
| 10. その他 | 歌手になりきり一人で歌っているなど、集団参加せずに、空想の世界に入り込んで過ごしていることが多い。特定の仲間に対し通るたび「かわいい」と言っている。しかし相手には聞こえていないことが多く、一方的な関わりになってしまっている。 |

図3-⑥ 作業療法士による利用者簡易評価表

して本人が理解しやすい環境を整備し、自信付けをしながら作業を行った。

また、家族に対しては、事業所工賃の基準を用いて本人の能力程度を説明し、その上で無理のない就労生活を主眼にした個別支援計画を示すことで、理解をしていただいた。

1年後には、午前中のみであるが、施設外就労も可能となり、現在は、就労移行支援事業(B型)を利用し、工賃を得ながら生活をしている。



図3-⑦ 物理的な環境整備例

3-7 行政機関における作業療法

1) 行政機関に勤務する作業療法士について

1) - 1 行政関係領域の区分

最も多いのは、市町村センターや保健所以外の地方自治体（44.6%）であり、次いで市町村保健センター（12.3%）、保健所（10.8%）、社会福祉協議会（1.5%）と続く（表 3-42）。

その他の行政機関も 30.8% に上り、その内訳としては、厚生労働省、身体障害者更生相談所、精神保健福祉センター、高齢者福祉課、健康増進課、保健福祉事務所、地域包括支援センター、心身障害児総合通園センター、こ

ども発達センター、公設公営の療育センター、リハビリテーションセンター、難病相談支援センター、福祉センター、公立の救護施設などが挙げられ、作業療法士が行政関係領域の様々な場所に配置されていることが分かった。しかしながら、今回調査では、選択肢を限定してしまったため配置の実態をつかむことが出来なかった。

1) - 2 行政関係領域において担当した対象者の疾患や障害

行政関係領域の対象疾患や障害で最も多いのは、脳血管性障害（60.0%）、パーキンソン病（50.0%）、中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など（41.7%）であり、次いで、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（40.0%）、骨・関節疾患（38.3%）、高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など）（36.7%）、関節リウマチ（35.0%）、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）（33.3%）、その他の疾患・障害・加齢による障害・膠原病（33.3%）が多い。（表 3-43）

表 3-42 行政関係領域の区分

| | n=69 | n=65 無回答 4 除く |
|-----------------|-----------|---------------------|
| | 回答数 (%) | % |
| 地方自治体 (1, 2 以外) | 29 (42.0) | 44.6 |
| 市町村保健センター | 8 (11.6) | 12.3 |
| 保健所 | 7 (10.1) | 10.8 |
| 社会福祉協議会 | 1 (1.4) | 1.5 |
| その他 | 20 (29.0) | 30.8 |

表 3-43 行政関係領域において担当した対象者の疾患や障害

| | n=69 | n=60 無回答 9 除く |
|---|-----------|------------------|
| | 回答数 (%) | % |
| 脳血管性障害 | 36 (52.2) | 60.0 |
| パーキンソン病 | 30 (43.5) | 50.0 |
| 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など | 25 (36.2) | 41.7 |
| 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 | 24 (34.8) | 40.0 |
| 骨・関節疾患 | 23 (33.3) | 38.3 |
| 高次脳機能障害（注意・遂行機能・記憶の障害など） | 22 (31.9) | 36.7 |
| 関節リウマチ | 21 (30.4) | 35.0 |
| 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） | 20 (29.0) | 33.3 |
| その他の疾患・障害 加齢による障害 膠原病 | 20 (29.0) | 33.3 |
| 統合失調症 | 17 (24.6) | 28.3 |
| 精神遅滞 知的障害 | 17 (24.6) | 28.3 |
| 脳性麻痺 | 16 (23.2) | 26.7 |
| 神経筋接合部及び筋の疾患（重症筋無力症・筋ジストロフィーなど） | 16 (23.2) | 26.7 |
| 脊髄疾患 | 15 (21.7) | 25.0 |
| 骨折 | 15 (21.7) | 25.0 |
| 児童青年期の行動・情緒障害（ADHD 含む） | 14 (20.3) | 23.3 |
| 脊椎障害 | 14 (20.3) | 23.3 |
| 悪性新生物（がん・腫瘍など） | 14 (20.3) | 23.3 |

対象者の疾患や障害が身体障害・精神障害・発達障害・老年期障害など領域横断的で多岐にわたっているのは、難病対策をはじめ発達障害、認知症、高次脳機能障害など、社会的に援助の要請が高まってきている障害に行政として取り組んでゆく必要があるためと考えられる。

1) - 3 行政関係領域での作業療法士の関わり

最も多いのは、社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助（74.6%）、物理的環境の調整・利用（64.4%）、人的環境の調整・利用（62.7%）、次いで日常生活活動の改善（44.1%）、福祉用具などの代償手段の適用（42.4%）、コミュニケーション・対人技能の改善（40.7%）、社会生活適応能力の改善（32.2%）である（表3-44）。

行政関係領域の作業療法士は、1) - 1 で示したように様々な行政機関や施設に勤務し、直接的・間接的に個別の対象者や地域住民にサービスを提供している。この実態を反映して、この領域の作業療法士は、社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助、物理的環境の調整・利用、人的環境の調整・利用といった相談支援から、日常生活活動の改善、福祉用具などの代償手段の適用など個別の対象者への作業療法援助まで、様々な役割を果たし

ているものと考えられる。

1) - 4 作業療法士の自治体事業等への参加

都道府県や市町村等の自治体事業へ参加している作業療法士がいると回答した施設は1,043施設で、全体の31.6%であった。この1,043施設は、病院などの医療機関573、障害者福祉法・介護保険法・自立支援法関連施設373、その他（特別支援学校・養成施設・保健所など）171、法外施設6からなる（一部複合施設が含まれ複数回答）。

参加した自治体事業の内容（複数回答）（表3-45）は、高齢者関連734（70.4%）、障害者関連360（34.5%）、発達障害関連149（14.3%）、その他208（19.9%）であった。それぞれについて詳しく見ると、高齢者関連では、介護認定審査会276（26.5%）、地域支援事業243（23.3%）、地域リハビリテーション広域支援センター195（18.7%）、健康増進事業139（13.3%）、訪問指導106（10.2%）が多かった。障害者関連では、障害程度区分認定審査会138（13.2%）、地域ケア会議102（9.8%）、地域生活支援事業84（8.1%）、精神保健福祉事業78（7.5%）、自立支援協議会59（5.7%）が多かった。発達障害関連では、小中高等学校教育支援105（10.1%）が多かった。

表 3-44 行政関係領域での作業療法（士の関わり）の目的

| | n=69 | n=59 |
|-----------------------|-----------|----------------|
| | 回答数 (%) | 無回答 10 除く % |
| 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 | 44 (63.8) | 74.6 |
| 物理的環境の調整・利用 | 38 (55.1) | 64.4 |
| 人的環境の調整・利用 | 37 (53.6) | 62.7 |
| 日常生活活動の改善 | 26 (37.7) | 44.1 |
| 福祉用具などの代償手段の適用 | 25 (36.2) | 42.4 |
| コミュニケーション・対人技能の改善 | 24 (34.8) | 40.7 |
| 社会生活適応能力の改善 | 19 (27.5) | 32.2 |
| 健康管理能力の維持・改善 | 17 (24.6) | 28.8 |
| 身辺処理能力の維持・代償指導 | 14 (20.3) | 23.7 |
| 運動機能の維持・代償指導 | 13 (18.8) | 22.0 |
| 運動機能の改善 | 12 (17.4) | 20.3 |
| 生活リズムの改善 | 11 (15.9) | 18.6 |
| 余暇活動の指導・援助 | 11 (15.9) | 18.6 |
| 認知心理機能の維持・代償指導 | 10 (14.5) | 16.9 |
| 就労就学の指導・訓練 | 8 (11.6) | 13.6 |

10%以上回答のあったもの

作業療法士が自治体事業に積極的に参加することは、地域社会に対する貢献に繋がることになる。高齢者関連、障害者関連、発達障害関連にかかわる支援の全てにおいて身近な市町村での展開が求められており、その実施に協力することが、作業療法の有用性を示していくこととなる。

具体的には、県行政、市町村行政が抱える地域の課題を解決するために、各都道府県士会が

具体的な提案を提出することであろう。この点、作業療法士が地域分析の視点を持つことが必要となるため、協会としては養成教育ならびに生涯教育の内容をより一層充実させ、各都道府県士会に発信していく必要がある。このような実践を積み重ねることによって、県行政、市町村行政の企画担当部署への配置数の増加の可能性に繋がっていくと考える。

表 3-45 作業療法士の自治体事業等への参加

| | 自治体事業へ参加している（複数回答） | |
|---------------------|--------------------|--|
| | n=1,043 | |
| | 回答数（%） | |
| I. 高齢者関連 | 734 (70.4) | |
| 介護認定審査会 | 276 (26.5) | |
| 地域支援事業 | 243 (23.3) | |
| 地域リハビリテーション広域支援センター | 195 (18.7) | |
| 健康増進事業 | 139 (13.3) | |
| 訪問指導 | 106 (10.2) | |
| 都道府県リハビリテーション支援センター | 38 (3.6) | |
| (特定) 保健指導 | 35 (3.4) | |
| 都道府県リハビリテーション協議会 | 34 (3.3) | |
| 介護保険事業計画 | 31 (3.0) | |
| 健（検）診事業 | 12 (1.2) | |
| 不服審査会 | 1 (0.1) | |
| 介護給付等適正化事業 | 7 (0.7) | |
| II. 障害者関連 | 360 (34.5) | |
| 障害程度区分審査会 | 138 (13.2) | |
| 地域ケア会議 | 102 (9.8) | |
| 地域生活支援事業 | 84 (8.1) | |
| 精神保健福祉事業 | 78 (7.5) | |
| 自立支援協議会 | 59 (5.7) | |
| 高次脳機能障害支援コーディネーター | 49 (4.7) | |
| 障害福祉計画 | 19 (1.8) | |
| 不服審査会 | 5 (0.5) | |
| III. 発達障害関連 | 149 (14.3) | |
| 訪問・外来・施設指導 | 119 (11.4) | |
| 健（検）診事業 | 27 (2.6) | |
| 特別支援連絡協議会 | 22 (2.1) | |
| 特別支援教育コーディネーター | 21 (2.0) | |
| IV. その他 | 208 (19.9) | |
| 小中高等学校教育支援 | 105 (10.1) | |
| 自治体による生涯学習支援 | 49 (4.7) | |
| 上記1～26以外 | 94 (9.0) | |

*%はいずれも全数に対する割合

実践報告 7 行政機関にかかわる作業療法士

ここでは平成 22 年度地域保健総合推進事業「地域保健総合推進事業 行政の作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究」を参考とし作業療法士の実践例を示す。

一口に行政機関といっても、所属する自治体特性や、所属する課などによって、業務内容が多岐に渡る。活動領域は大きく分けると障害者支援施策子供・子育て支援施策介護予防施策に分類されるが、所属自治体の特徴（人口、県と市町村、地域）によって活動内容が大きく異なる。本人の意識、周囲の理解なども業務内容に大きく影響している。根拠法令のないなかで業務を行わなくてはいけないことから、他職種、特に地域保健の先輩職種である保健師や栄養士、また、事務職との連携が効果的に事業をすすめるうえで重要な要素となっている。

障害者支援施策では、住宅改造助成事業、機能訓練事業（教室）、日常生活用具・補装具給付事務、訪問指導、障害者相談業務・障害者ケアマネジメント、更生相談所来所判定業務、身体／知的／精神障害者の障害程度区分認定、高次脳機能障害者支援事業、障害者就業支援、障害者自主グループ支援、難病者支援事業、自立支援協議会などに関わっている。子供・子育て支援施策では、相談事業、訪問指導事業、通園・通所サービス、保育所・保育園の巡回相談事業、児童デイサービス事業、障害児等療育支援事業、乳幼児健康診査事業などに関わっている。

介護予防施策では、特定高齢者把握事業、特定高齢者通所介護事業、特定高齢者訪問介護事業、特定高齢者施策評価事業、一般高齢者普及啓発事業、一般高齢者介護予防地域活動支援事業、一般高齢者施策評価事業などに関わっている。

必ずしも人口の多少によって明確に異なるとはいえないが、特徴の一つとして、人口が少ない場合は、地域保健の担い手としての保健事業の企画・運営や、保健福祉、介護保険の企画・総務など幅広い業務を求められる場合がある。一方、人口が多い場合は、事業企画・計画策定などの事務系業務が多くなり、住民支援事業も外部委託を活用する機会（＝間接的アプローチ）が多くなるため、委託先や関係機関への説明能力が必要となる。相対的に、直接的アプローチが減少傾向にあるなかで、適切な地域診断や効果的な事業展開ができる力が求められている。

3-8 その他の領域

その他の領域を勤務先とする回答 87 の内訳は、民間企業勤務 39 (44.6%)、起業 7 (8.0%)、その他 40 (46.0%) であった (表 3-46)。民間企業勤務、起業、その他を勤務先とする新たな動向としては、福祉用具開発・補装具制作施設、障害児のケアやリハ機器の開発・販売・講師、老人福祉施設経営、刑務作業企画・運営・実施、訪問看護 (リハ) ステーション運営、営業企画・指導 (部長) などがあった。

表 3-46 その他の領域における作業療法士の勤務先

| 勤務先 | 回答数 (%) |
|--------|-----------|
| 民間企業勤務 | 39 (44.8) |
| 起業 | 7 (8.0) |
| その他 | 40 (46.0) |
| 無回答 | 1 (1.1) |

実践報告 8

作業療法士の起業

福祉領域等における作業療法士の起業実践はその数はまだ少ないが、以下に、地域のメンタルヘルスの問題への取り組みや精神障害者等の就労支援、地域生活移行支援・定着支援等を実践をしている事例を示す。

【事業所紹介】

i) 基本情報

設置主体：NPO 法人

立地特性：JR 駅から徒歩 5 分の明治以降に形成された市街地に位置している。

人的環境：常駐スタッフは、作業療法士 3 名、精神保健福祉士 4 名、喫茶職員 2 名、非常勤職員 1 名である。また後援会会員 350 名、企業団体会員 10 企業、ボランティア（近隣医療機関の医師、作業療法士、精神保健福祉士、行政職員、近隣住民等）が多数参画している。

運営事業：障害者自立支援法に基づく就労移行支援事業、地域活動支援センター I 型事業、指定相談支援事業を実施。

事業内容：精神障害者に対する事業とともに、地域のメンタルヘルスの問題にも積極的に取り組み、地域住民の精神障害に対する理解と精神保健福祉の向上にも貢献している（表 3-③及び図 3-⑧⑨⑩参照）。

ii) 事業所と作業療法士と地域

作業療法士は、『まちづくり』の視点を持ち、フットワークの良さ、顔の見える関係づくりに心がけている。

まちの人たちとのつながりから得られた情報を有効活用し、関わる人が皆得する関係性を維持し、障害者雇用、当事者の社会参加を自然な形で醸成させている。またそれは精神



図 3-⑧ 就労支援事業所 喫茶店ホリデー



図 3-⑨ 地域交流 駅前活性化委員会

表 3-③ 当 NPO 法人の事業

| 事業 | 法的事業名 | 事業内容 |
|----------------|----------------------------|--|
| 就労支援事業所「喫茶店 A」 | ・就労移行支援事業 | 精神に障害のある方が通所しながら、自分の住み慣れた地域でそれぞれに目的を持ち、喫茶店業務を通じた地域の方との交流の場でいきいきと働き、力をつけていくことを支援している。支援者として家族や学生ボランティア、地域の方々を巻き込み活動を展開している。 |
| 地域生活支援センター「B」 | ・相談支援事業 ・地域活動支援センター I 型 | 精神に障害のある方やそのご家族の困っている『生活のしづらさ』を一緒に考え解決していく。また地域住民や学校、企業などと連携を図り、メンタルヘルスの問題にも幅広く対応している。 |
| 地域貢献事業 | | 地域住民を対象に、精神保健福祉講座、ボランティア育成、講演会、精神障害に関する正しい知識の啓発や広報を積極的に実施している。また駅前活性化委員会への参画を通じた地域交流や地域づくりを推進している。 |



図 3-⑩ 地域交流 コンサートの開催

障害に関する正しい知識の緩やかで確実な啓発となっている。行政との協働においても地域自立支援協議会の運営や、農観商工などのさまざまな分野と協働することで、支援の興行きや幅を広げることにつながっている。また、多くの後援会会員やボランティアなど外部の方々の協力を得ていることで、事業企画に一般の方々の意識や感覚を取り込み、適切な事業評価と見直しにつながっている。

『まちづくり』を念頭においた地域生活支援

では、多くの人やさまざまな職種の方との接点があり、多様な意見、提案、価値観が発生し、作業療法士として考える支援手段や支援方針が揺らぐこともある。しかし作業療法士の有用性は、疾病のリスク、予後などの特徴、本人を取り巻く環境等が複雑に絡み合う障害の特徴を十分に把握したうえで、その人らしい生活を送れる支援を組み立てる力を持っていることである。

iii) 地域福祉領域の起業実践

このような支援の展開手法は作業療法（士）の特徴でもあり強みでもある。図 3-⑪のように、地域福祉領域における作業療法士は、多くの地域構成者との相互交流と継続的連携を確保している。したがって、地域において作業療法士が組み立てるさまざまな活動（アクティビティ）はまちから見出し、まちに還すことになる。作業療法士にとってまちが職場であり財産なのである。

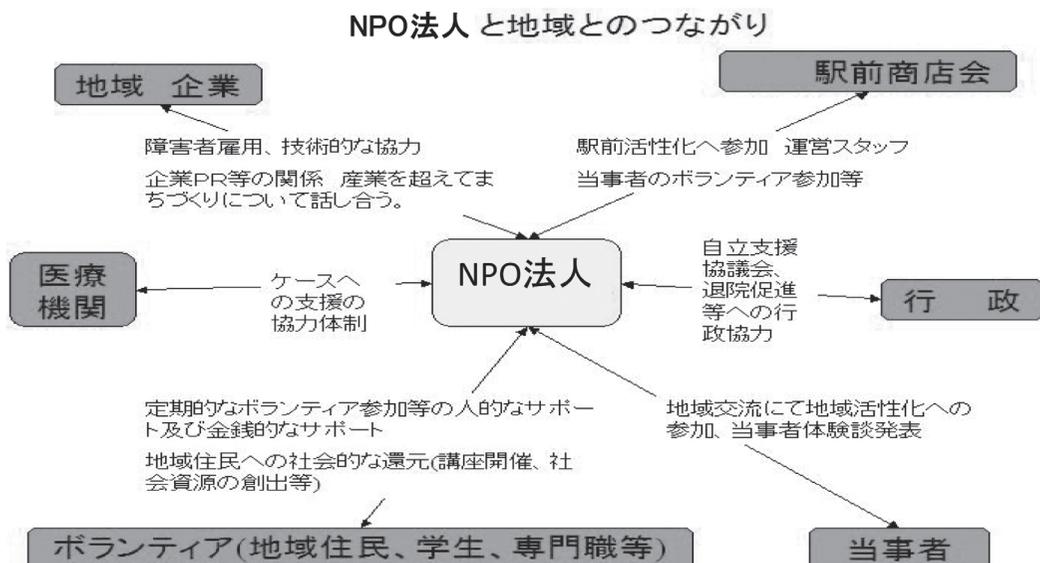


図 3-⑪ NPO 法人と地域とのつながり

4 公的制度と作業療法

作業療法士がかかわる業務に関連する事業の多くは医療保険、介護保険、障害者福祉といった社会保障制度の中で運用されている。

社会保障制度の範囲は広く、遺族年金や恩給等を含めたものを広義の社会保障といい、医療保険や介護保険等の社会保険、生活保護等の公的扶助、障害者自立支援等の社会福祉、感染症予防などの対策に関連する公衆衛生の4事業は狭義の社会保障という。社会保障制度の事業遂行における財源は税金と保険料であり、平成21年度の給付費は99兆8507億円(国民所得の29.4%)となっている。

近年、高齢化の拡大や経済状況の変化も影響し、社会保障制度を取り巻く環境においては財源の確保等課題も多い。そのような中、医療保険、介護保険、障害者福祉制度においては地域生活移行体制の充実を中心に、各制度内における目的の明確化や制度間の連携体制充実に向けた見直しがすすめられている。

4-1 診療報酬における作業療法

2005年から2010年の間に実施された診療報酬改定は、平成18年度(2006年)、平成20年度(2008年)、平成22年度(2010年)の3回であった。基本的には、各年度に改定された特掲診療料のリハビリテーションならびに精神科専門療法において主に作業療法がかかわる項目の要点を述べるが、具体的な点数などについては資料7に示した通りである。

4-1-1 改定の概要

1) 平成18年度診療報酬改定(2006年)

この時の改定は、リハビリテーションならびに精神科専門療法において作業療法がかかわる項目に関して、昭和49年(1974年)診療報酬体系に創設されて以来の大きな改定内容となった。リハビリテーションでは、それまでの理学療法、作業療法及び言語聴覚療法

の区分けから、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション、心血管リハビリテーション、の4つの疾患別評価が導入された。

この疾患別評価を軸に、①疾患ごとに算定日数上限の設定、②集団療法に係る評価を廃止し、個別療法のみに係る評価、③急性期リハビリテーションの評価として、発症後早期については、患者1人・1日当たりの算定単位数の上限を緩和し、患者1人・1日当たり6単位までの実施、④リハビリテーション従事者1人・1日当たりの実施単位数の上限の緩和として、1人・1日当たり18単位を標準とし、週108単位までの実施、④回復期リハビリテーション病棟の病棟入院料の見直し、などが示された。

精神科専門療法では、精神科作業療法の施設基準の見直しとして、①助手規定の廃止、②1日実施単位数の変更(3単位から2単位へ)、が行われた。また、関連する項目として、精神科ショートケアの新設、精神科訪問看護・指導料の算定回数上限の緩和、精神病床における入院期間に応じた評価の見直し、などが行われた。

2) 平成20年度診療報酬改定(2008年)

リハビリテーションでは、回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件に、「回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ、以下の要件を満たすこと 1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること

2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること」が新たに加わった。さらに重症患者回復病棟加算の条件として、重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していることが設定された。

精神科専門療法では、関連する項目として精神科地域移行支援加算、精神科地域移行実施加算、精神科退院前訪問指導料、精神科訪問看護・指導料(I)などの評価が行われた。

3) 平成22年度診療報酬改定(2010年)

リハビリテーションでは、①がん患者リハ

ビリテーション料の新設, ②休日リハビリテーション提供体制加算の新設, ③リハビリテーション充実加算の新設, などを中心に改定が行われた。また, 直接的にリハビリテーションに係るものではないが, 多職種からなるチームによる取組の評価として, 栄養サポートチーム加算, 呼吸ケアチーム加算, など新設されている。

精神科専門療法では, 作業療法士に関連する項目として, 精神科ショートケア, 精神科デイケア, 精神科デイナイトケア, において, 算定開始から1年以内の期間に行われる場合に加算設定が行われた。また, 医師に限定されているが, うつ病に対する認知療法・認知行動療法が新設されている。

4-1-2 三回の改定が意味するもの

診療報酬改定そのものは, 通常2年ごとに実施される。しかし, 基本的には限られた財源を配分していくことになるため, それぞれの改定にあたっては, いわば政策誘導的な様相を呈することにもなる。

「質の高い医療を効率的に提供」, 「医療機能の機能分化・連携を推進」などの表現が, 改定時には必ず用いられるが, 平成18年度(2006年), 平成20年度(2008年), 平成22年度(2010年), の3回の診療報酬改定では, リハビリテーションにおいても, 精神科専門療法においても, 医療機関からの早期退院を促進するための意図が明確に示されている。

平成18年度改定のリハビリテーションにおける疾患評価の導入も, それを目指してのことと考えられる。ただし, 周知のごとく, 一つの形が診療報酬改定時に突然と姿を現すわけではなく, 背景にはそれなりの準備期間を経ていることが通常であるし, 数回の改定内容を通してみると, 一つの文脈として読み取れることになる。脳血管疾患等リハビリテーション, 運動器リハビリテーション, 呼吸器リハビリテーション, 心大血管リハビリテーション, 疾患別リハビリテーションも, DPC(診

断群分類包括評価)の考え方や『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～』『高齢者リハビリテーションのあるべき方向』(平成16年1月高齢者リハビリテーション研究会)などの報告書で示された考え方をその背景に持っていると考えられる。

精神科における評価についても, 平成20年度改定における精神科地域移行支援加算, 精神科地域移行実施加算, 精神科退院前訪問指導料, 精神科訪問看護・指導料(I)などの評価は, 平成15年(2003年)「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」(精神保健福祉対策本部中間報告)と障害者自立支援法との連動が背景にあると考えられる。

今後, 作業療法に関連する診療報酬を考えると, リハビリテーションならびに精神科専門療法の中で, 退院を促進していく医療行為として位置づけられるかが鍵となる。そのためには作業療法の臨床蓄積を整理し, それを根拠にして厚生労働省や他関連団体に示していく必要がある。それとともに, 診療報酬改定の背景にある社会的動向を時間軸の中で把握し, 単に改定ごとに点数の引き上げのみを求めるのではなく, 持続可能な制度への提言を積極的に行っていく必要がある。

4-2 介護保険制度における作業療法

介護保険制度発足から10年が経過した。介護報酬においては, 2003(平成15)年・2006(平成18)年・2009(平成21)年の3年に1回の報酬改定, 2005(平成17)年の制度の見直しが行われ, 介護保険事業第4期を終えようとしている。いよいよ, 2012(平成24)年からは第5期介護保険事業がスタートすると同時に介護保険法の見直し, 介護報酬・診療報酬の同時改定という大きな転換期を迎えようとしている。ここでは, 2005年以降の介護保険制度を振り返るとともに, 介護保険分野における作業療法士の現状と課題について整理する。

4-2-1 介護報酬改定の流れとリハビリテーション関連加算の変遷

1) 2005（平成 17）年度介護保険制度の見直し

予想以上に逼迫する介護財政の中で「制度の持続可能性」を重視し、「予防重視」「施設給付の見直し」を行うことで「サービスの利用抑制とコスト削減」を実施した。

具体的には、①予防重視型システムへの転換②サービスの質の確保・向上③施設給付の見直し④負担のあり方・制度運営の見直し⑤新たなサービス体系の確立、といった5項目について制度の見直しが行われた。

中でも、地域包括支援センターや地域密着型サービスの創設では、作業療法士として他職種との連携が求められ、新予防給付の創設においては介護予防に対するリハビリテーションの充実が掲げられ、在宅復帰・在宅生活支援に向けた幅広い知識・技術が求められることになった。

2) 2006（平成 18）年度介護報酬改定

2005（平成 17）年度の法改正を受け、制度の持続性を高め、保険料負担の上昇を出来る限り抑制する観点から全体で 0.5%引き下げの報酬改定となった。

そのような中リハビリテーションへの評価は高まり、マイナス改定の中においても複数の加算が導入されることになった。通所リハビリテーションでは、マネジメント加算（20 単位/日）・短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ：180 単位/日、Ⅱ：130 単位/日、Ⅲ：80 単位/日）が新設された。

訪問リハビリテーションでは、それまでの訪問リハビリテーション費 550 単位/日から 500 単位/日へ減算となったものの、実際はマネジメント加算（20 単位/日）・短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ：330 単位/日、Ⅱ：200 単位/日）の導入により、退所（院）日から起算して3か月以内の訪問リハビリテーション費は引き上げられる結果となった。しかし、訪問看護ステーションからの訪問（訪問看護 71, 72）では、理学療法士・作業療法士・

言語聴覚士による訪問は、あくまでも訪問看護業務の一環としてのリハビリテーションと位置づけられ、保健師または看護師の訪問回数を上回ってはいけないといった規制によって減収となった事業所も見られた。

介護保健施設サービスでは、マネジメント加算（25 単位/日）・短期集中リハビリテーション実施加算（60 単位/日）・認知症短期集中リハビリテーション実施加算（60 単位/日）が新設された。介護老人保健施設における短期集中リハビリテーションや認知症短期集中リハビリテーションといった新設された加算は、在宅生活への復帰を促すためのリハビリ機能強化の意味合いが強く、介護保険分野での作業療法士の需要の高まりとなった。

介護予防では、軽度者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を徹底することが目的とされた。これを受け、介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションでは、選択的サービスとして、運動器機能向上加算（225 単位/月）が新設された。また、介護予防通所介護では、利用者に対して計画的にアクティビティを実施した場合に、アクティビティ実施加算（81 単位/月）が算定されることになった。

3) 2009（平成 21）年度介護報酬改定

「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、介護報酬改定率は 3.0%（在宅サービス 1.7%、施設サービス 1.3%）引き上げと決定された。基本的な視点は、「介護従事者の人材確保・処遇改善」に加え、「医療との連携や認知症ケアの充実」、「効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証」であった。これを受け、リハビリテーションでは介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療と介護の継ぎ目のないサービスに焦点が当てられた。

通所リハビリテーションでは、医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを一貫して受けることができるよう、1

～2時間未満の短時間通所リハビリテーションを設け、個別リハビリテーション20分を包括化し、理学療法士等を手厚く配置している事業所を評価した（理学療法士等体制強化加算：30単位/日）。さらに、医療保険において、脳血管疾患または運動器リハビリテーションを算定している病院・診療所について、介護保険の通所リハビリテーションが行えるよう「みなし指定」が行われた。

通所介護では、個別のニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目し、個別機能訓練加算Ⅱ（42単位/日）が新設され一定の評価が得られた。しかし、サービス提供者は機能訓練指導員とされ、理学・作業療法士に限定されておらず、リハビリテーションの質の担保には至っていない。また、たとえ数日でも集中的なりハビリテーションを行うことの効果や、柔軟に施設を利用することで入院を早めに回避し在宅生活を維持していくことを見込んで、短期入所療養介護における、個別リハビリテーション実施加算（240単位/日）が新設された。

訪問リハビリテーションでは、医療保険との整合性を図る観点から、1日単位ではなくサービス提供時間に応じた評価への見直しが行われた。20分間のリハビリテーションに対して305単位の加算となり、マネジメント加算は廃止され、短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰが330から340単位/日に引き上げとなった。また1週間に6回の上限も設けられた。

介護保健施設サービスでは、マネジメント加算が包括化され、短期集中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実施加算がともに、それまでの60単位/日から4倍の240単位/日に変更された。入所中の集中的なりハビリテーションの効果が認められたことでの大幅な引き上げであったが、入所から入所までの期間を3か月以上空ける、入所期間が3か月以上では算定不可といった条件は変わらず、さまざまなケースに対する算

定条件についても混乱が多くみられた。

介護療養型医療施設は、療養病床再編の流れを受け、医療保険との役割分担の明確化や整合性を図る観点から見直しが行われ、理学・作業療法ともに加算の引き下げとなった。

4-2-2 介護保険分野における作業療法士の現状と課題

医療と介護における継ぎ目のないサービスが重視されてきたことや、特定疾患（若年性アルツハイマーやいわゆる難病）の受け皿として介護保険分野でのリハビリテーションが実施されるようになり、ますます多種多様なニーズに対してのサービスの提供が求められているといえる。

1) 在宅生活支援の視点

施設サービスにおける加算の引き上げは、リハビリテーションサービスの提供が在宅生活への復帰を促すことを前提に考えられている。リハビリテーション関連加算の算定は拡大しているものの、それがどのように在宅生活につながっているかは不透明な部分が多い。

また、在宅生活を支える訪問リハビリテーションについても、人員の確保・医療機関との連携などにおいて課題も多く、十分に機能を果たしているとは言えない。

今後は、訪問リハビリテーションステーションの創設なども視野に入れ、専門性を高め、医療からのスムーズな受け入れと終末期までの援助を行える作業療法士が求められていくと考えられる。

2) 通所系サービスの住み分け

通所介護事業を立ち上げる作業療法士は年々増えており、それによってリハビリテーションに特化した通所介護施設も増えている。このような流れの中で、ユーザーである利用者は、通所リハビリテーションと通所介護の違い、さらには通所介護でも提供されるサービス内容に違いがある点などを理解し利用しなければならず、居宅介護支援専門員とのより一層の連携が求められると言える。

3) 認知症に対する作業療法

認知症対策の受け皿としては、医療のみならず介護保険分野での専門的な関わりが重要と考えられる。認知症専門医による適切な診断と早期からの作業療法の実施、さらには重度化した場合や行動・心理症状の悪化に対する対応など、作業療法士として支援していく意味は大きく、期待されている職種と言える。

4-3 保健・福祉制度における作業療法

保健・福祉領域において作業療法に係る制度には、身体障害者福祉法（1949年制定）、知的障害者福祉法（1960年制定）、精神保健及び精神障害者福祉法（1950年制定）、社会福祉法（2000年制定）、障害者自立支援法（2005年制定）、発達障害者支援法（2005年制定）、等がある。2006年に施行された障害者自立支援法は、様々な課題を抱えていた支援費制度に代わり、障害福祉サービスの一元化、公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化と明確化、増大する福祉サービス等の費用を国民皆で負担し支え合う仕組みの強化等をねらいとして創設された。居宅介護・療養介護・施設入所支援等の「介護給付」、自立訓練・就労移行支援等の「訓練等給付」、自立支援医療、補装具費の「自立支援給付」と、相談支援・日常生活用具給付等の「地域生活支援事業」があり、介護給付の必要度に応じて適切なサービスが利用できるよう障害程度区分が導入された。利用者負担については、食費・光熱費を除き原則として1割負担となり、国・都道府県・市町村が9割を負担することになったが、負担増による利用控え・中断等が生じたことから様々な負担軽減策が繰り返し講じられた。なお、入所施設や一部のサービスについては、経過措置により2012年3月までに旧体系から新体系に移行することとなっており、2011年4月1日現在で70.0%の施設・事業所が移行している。

障害者自立支援法ならびに発達障害者支援法が2005年制定であることから、前回白書との

比較ができないため、ここではWAM NETの障害福祉サービス事業者情報に掲載されている作業療法士および理学療法士の従業者数を集計し、新体系への移行による事業所数の増加に伴う配置数の動向を見る。また、協会保健福祉部が平成20年8月29日～9月30日に実施したアンケート調査結果を用いて、保健・福祉制度における作業療法の状況を概観する。

4-3-1 WAM NETの障害福祉サービス事業者情報調査結果

2008年以降、生活介護及び自立訓練（機能訓練）事業所について、毎年10月時点でのWAM NETの障害福祉サービス事業者情報に掲載されている作業療法士および理学療法士の従業者数を集計し、新体系への移行による事業所数の増加に伴う配置数の動向を調査してきた。事業所には、指定、その従たる事業所、基準該当、その従たる事業所を含む。なお、指定機関（都道府県・市町村）及び各事業者の都合等により、従業者数に関する情報が掲載されていない事業所については、作業療法士・理学療法士を配置していないものとして集計した。2010年10月の集計結果は次のとおりである。

生活介護4,589事業所のうち、作業療法士・理学療法士ともに配置は123事業所（2.7%）、作業療法士のみ配置は147事業所（3.2%）、理学療法士のみ配置は359事業所（7.8%）、配置なしは3,960事業所（86.3%）であり、未だ9割弱の事業所に作業療法士・理学療法士の何れも配置されていない。このように作業療法士を配置している生活介護事業所数は270で、2008年に比べ109増えているが、全事業所に占める割合は5.9%でほとんど変わっていない。また、生活介護事業所で従事する作業療法士345名のうち、常勤者の割合は52.2%（常勤専従23.8%、常勤兼務28.4%）であった。

自立訓練（機能訓練）380事業所のうち、作業療法士・理学療法士ともに配置は39事業所（10.3%）、作業療法士のみ配置は27事業所（7.1%）、理学療法士のみ配置は35事業所

(9.2%)、配置なしは279事業所(73.4%)であった。作業療法士または理学療法士を配置している事業所は全体の約27%であり、生活介護事業所(約14%)に比べるとその割合が高い。作業療法士を配置している自立訓練(機能訓練)事業所数66は、2008年に比べ14増えているが、全事業所に占める割合は17.4%でほとんど変わっていない。また、自立訓練(機能訓練)事業所で従事する作業療法士84名のうち、常勤者の割合は69.0%(常勤専従38.1%、常勤兼務31.0%)であった。

障害者自立支援法に基づくサービスのうち、生活介護と自立訓練(機能訓練)については、人員基準に作業療法士または理学療法士を1名以上配置することと明記されているが、人員の確保が困難な場合は機能訓練指導員でよいという規定があり、必ずしも作業療法士の職域拡大につながっていない。

法施行3年後の見直しと併せ、2009年4月に良質な人材の確保、サービス提供事業者の経営基盤の安定、サービスの質の向上、地域生活の基盤の充実、中山間地域等への配慮、新体系への移行の促進を基本的視点とした障害福祉サービス費の改定が行われ、特定事業所加算、福祉専門職員配置等加算等のほか、生活介護及び自立訓練(機能訓練)事業については理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等が中心となって、利用者ごとのリハビリテーション計画を作成し、個別のリハビリテーションを実施することを評価するものとしてリハビリテーション加算(20単位)が設けられた。しかしながら、前述の配置状況調査の結果からも作業療法士の大幅な配置増につながったとは言い難い。今後も配置状況を調査し、その動向を把握するとともに、作業療法士の配置が明記されていない他のサービスについても配置状況を把握する必要がある。

4-3-2 協会保健福祉部が実施したアンケート調査結果(平成20年8月29日～9月30日に実施)

協会会員管理システムにおいて障害者自立支援法に該当する法定施設、法定外施設、保健所等行政機関に所属する1031名の会員を対象に実施した結果、有効回答者数は280名(27.2%)であった。経験年数平均は12.5年(0～39年)、複数の部署や施設に所属している作業療法士は11.4%であった。法定施設130施設(41.7%)であったが、職員総数に占める作業療法士の割合は、5.8%であり、その勤務形態は常勤77.7%、非常勤16.9%であった。

そこでの作業療法士は、通所82.3%、入所41.5%、訪問・巡回30.8%で関与しており、支援の内容は、主にADL支援75.4%、余暇活動支援63.8%、福祉用具・住宅改修支援56.2%を実施していた。

なお、法定施設の作業療法士は、平均経験年数12.1年で、平均年収365.4万円であった。(回答があった行政職は15.5年で481.1万円、医療機関や訪問看護ステーション等は10.9年で373.9万円であった。)

4-3-3 障害福祉サービスにおける日本作業療法士協会の課題

「作業療法五ヵ年戦略」との関係において課題は多岐にわたるが、①福祉分野の作業療法の成果と有効性を示し、常勤作業療法士を増やすこと、②施設ごとに作業療法の機能を提示し、作業療法士の増員または新規採用枠の拡大を啓発すること、③支援施設の作業療法サービスの報酬体系や給付費の見直しを提言すること、④養成教育において保健・福祉領域の作業療法に関する教育を充実させるとともに福祉分野での臨床実習を養成校のカリキュラムとして位置づけるように提言すること、などの対応が求められている。

5 作業療法部門の管理・運営

5-1 臨床教育への協力

2009年10月～2010年9月末の一年間に実習を引き受けたのは、3,296施設のうち1,985施設(60.2%)であった(表5-1)。そのうち、見学実習は1,231施設(62.0%)、評価実習は1,223施設(61.6%)、臨床実習は1,560施設(78.6%)が実習を引き受けている。

一施設が年間に受け入れた学校数は、1～2校が最も多く、見学実習は1校が716(58.2%)、2校が274(22.3%)、評価実習は1校が666(54.5%)、2校が333(27.2%)、臨床実習は1校が575(36.9%)、2校が389(24.9%)で

あった(表5-2)。年間に引き受ける学生数は、1～2名が最も多く、4名までが多かった(表5-3)。見学実習では11名以上の受け入れも130施設(10.6%)あった。これらの傾向は2005年と同様である。

各施設における臨床実習指導者の要件とされる3年以上の臨床経験を持つ作業療法士数は、1人が最も多く742(23.6%)、次いで2

表5-1 学生教育引受状況

| | 2010年 | | 2005年 | |
|------|-------|-------------|-------|-------------|
| | 回答数 | 引受施設数(%) | 回答数 | 引受施設数(%) |
| 全体 | 3,296 | 1,985(60.2) | 3,655 | 2,360(64.6) |
| 見学実習 | 1,985 | 1,231(62.0) | 2,156 | 1,531(71.0) |
| 評価実習 | 1,985 | 1,223(61.6) | 2,132 | 1,492(70.0) |
| 臨床実習 | 1,985 | 1,560(78.6) | 2,190 | 1,747(79.8) |

表5-2 施設が年間に受け入れた学校数

| | 2010年 | | | 2005年 | | |
|------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 見学実習 n=1,231 回答数(%) | 評価実習 n=1,223 回答数(%) | 臨床実習 n=1,560 回答数(%) | 見学実習 n=1,531 回答数(%) | 評価実習 n=1,492 回答数(%) | 臨床実習 n=1,747 回答数(%) |
| 1校 | 716(58.2) | 666(54.5) | 575(36.9) | 878(57.3) | 798(53.5) | 615(35.2) |
| 2校 | 274(22.3) | 333(27.2) | 389(24.9) | 402(26.3) | 411(27.5) | 484(27.7) |
| 3校 | 145(11.8) | 121(9.9) | 250(16.0) | 137(8.9) | 177(11.9) | 294(16.8) |
| 4校 | 37(3.0) | 50(4.1) | 140(9.0) | 60(3.9) | 61(4.1) | 143(8.2) |
| 5校以上 | 53(4.3) | 49(4.0) | 201(12.9) | 48(3.1) | 37(2.5) | 205(11.7) |
| 無回答 | 6(0.5) | 4(0.3) | 5(0.3) | 6(0.4) | 8(0.5) | 6(0.3) |

表5-3 施設が年間に受け入れた学生数

| | 2010年 | | | 2005年 | | |
|-------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 見学実習 n=1,231 回答数(%) | 評価実習 n=1,223 回答数(%) | 臨床実習 n=1,560 回答数(%) | 見学実習 n=1,531 回答数(%) | 評価実習 n=1,492 回答数(%) | 臨床実習 n=1,747 回答数(%) |
| 1人 | 294(23.9) | 511(41.8) | 427(27.4) | 329(21.5) | 533(35.7) | 422(24.2) |
| 2人 | 301(24.5) | 331(27.1) | 369(23.7) | 349(22.8) | 440(29.5) | 432(24.7) |
| 3人 | 156(12.7) | 125(10.2) | 235(15.1) | 171(11.2) | 195(13.1) | 307(17.6) |
| 4人 | 133(10.8) | 103(8.4) | 168(10.8) | 181(11.8) | 133(8.9) | 179(10.2) |
| 5人 | 61(5.0) | 36(2.9) | 104(6.7) | 84(5.5) | 64(4.3) | 106(6.1) |
| 6人 | 49(4.0) | 36(2.9) | 72(4.6) | 94(6.1) | 57(3.8) | 88(5.0) |
| 7人 | 17(1.4) | 20(1.6) | 42(2.7) | 21(1.4) | 9(0.6) | 49(2.8) |
| 8人 | 35(2.8) | 13(1.1) | 37(2.4) | 42(2.7) | 9(0.6) | 54(3.1) |
| 9人 | 9(0.7) | 6(0.5) | 25(1.6) | 16(1.0) | 9(0.6) | 13(0.7) |
| 10人 | 37(3.0) | 10(0.8) | 17(1.1) | 64(4.2) | 9(0.6) | 31(1.8) |
| 11人以上 | 130(10.6) | 26(2.1) | 57(3.7) | 169(11.0) | 27(1.8) | 60(3.4) |
| 無回答 | 9(0.7) | 6(0.5) | 7(0.4) | 11(0.7) | 7(0.5) | 6(0.3) |

人 668 (21.2%)、3 人 476 施設 (15.1%) と続いている。2005 年と比較すると、経験 3 年以上の作業療法士の施設あたり配置人数は増加傾向にあると思われる。配置されている作業療法士が 1 人あるいは 2 人の施設の割合も減少しており、4 人以上の施設の割合は 2005 年より増加している (図 5-1)。これに対して、を引き受けている施設の割合は減少している (表 5-1)。臨床教育を充実させていくうえでも、経験 3 年以上の作業療法士は、より積極的に実習生を受入れていく必要がある。

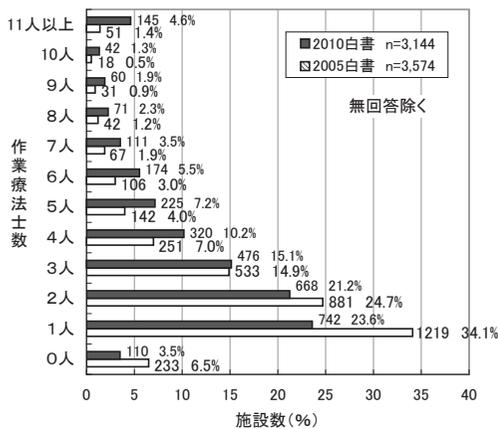


図 5-1 経験 3 年以上の作業療法士人数

5-2 人の管理

2009 年 10 月～2010 年 9 月末の一年間に作業療法部門の自己評価を行ったのは 688 施設 (20.9%)、第三者による評価を行ったのは 302 (9.2%)、両方を行ったのは 538 (16.3%) であり、2005 年よりも増加している (表 5-4)。作業療法士の採用 (決定) にあたり、作業療法士自身が関与しているのは 1,216 (36.9%)、関与し

ていないのは 1,127 (34.2%)、必要に応じてしているのは 800 (24.3%) であり、2005 年よりも作業療法士の関与が増えている (表 5-5)。

職場や教育現場でのセクシャルハラスメント、パワーハラスメント等の事案が協会に寄せられるようになったことを受け、今回新たに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仕組みについて調査した。仕組みがあると回答したのは 1397 施設 (42.4%)、なしが 776 (23.5%) であった。また、仕組みがあるかどうか不明との回答も

表 5-4 作業療法部門の評価実施状況

| | 2010 年 n=3,296 | 2005 年 n=3,655 |
|--------------|-------------------|-------------------|
| | 回答数 (%) | 回答数 (%) |
| 自己評価を行った | 688 (20.9) | 842 (23.0) |
| 第三者による評価を行った | 302 (9.2) | 444 (12.1) |
| 両方を行った | 538 (16.3) | 126 (3.4) |
| 行わなかった | 1,574 (47.8) | 2,132 (58.3) |
| 無回答 | 194 (5.9) | 111 (3.0) |

表 5-5 採用における作業療法士の関与

| | 2010 年 n=3,296 | 2005 年 n=3,655 |
|------------|-------------------|-------------------|
| | 回答数 (%) | 回答数 (%) |
| している | 1,216 (36.9) | 1,143 (31.3) |
| 必要に応じてしている | 800 (24.3) | 949 (26.0) |
| していない | 1,127 (34.2) | 1,476 (40.4) |
| 無回答 | 153 (4.6) | 87 (2.4) |

表 5-6 倫理事案 (ハラスメント等) への対応の仕組み

| | n=3,296 (全体) | |
|-----|--------------|--|
| | 回答数 (%) | |
| あり | 1,397 (42.4) | |
| なし | 776 (23.5) | |
| 不明 | 916 (27.8) | |
| 無回答 | 207 (6.3) | |

表 5-7 施設内の職員研修状況

| | 2010 年 n=3,296 | | | 2005 年 n=3,655 | | |
|-------|----------------|--------------|-----------|----------------|--------------|------------|
| | 実施 (%) | 未実施 (%) | 不明 (%) | 実施 (%) | 未実施 (%) | 不明 (%) |
| 新人研修 | 2,079 (63.1) | 1,017 (30.9) | 200 (6.1) | 1,506 (41.2) | 1,748 (47.8) | 401 (11.0) |
| 部門内研修 | 1,750 (53.1) | 1,343 (40.7) | 203 (6.2) | 1,705 (46.6) | 1,673 (45.8) | 277 (7.6) |
| 部門外研修 | 2,148 (65.2) | 939 (28.5) | 209 (6.3) | 2,339 (64.0) | 1,053 (28.8) | 263 (7.2) |
| 指導体制 | 817 (24.8) | 2,219 (67.3) | 260 (7.9) | 523 (14.3) | 2,245 (61.4) | 887 (24.3) |

916 (27.8%) あった (表 5-6)。今後はハラスメント等への対応の仕組みの更なる整備や管理体制の確立が必要だと思われる。

施設内の職員研修の実施状況について、実施しているとの回答は新人教育 2,079 施設 (63.1%)、部門内研修 1,750 (53.1%)、部門外との研修 2,148 (65.2%)、指導体制 817 (24.8%) であった (表 5-7)。いずれも 2005 年より増加傾向にあり、職場での教育体制は整ってきているように思われる。特に新人研修を実施している施設の増加が顕著であり、さらにより多くの新人作業療法士が教育を受けられるような整備が必要である。

5-3 物の管理

設備・備品の管理については、必要な物品が適切に補充されているのは 1,853 施設 (56.2%)、適切に補充されていないのが 151 (4.6%)、不十分は 1,137 (34.5%) であり、これは 2005 年と比較しても特に変化はなかった (表 5-8)。

設備・備品が定期的に保守点検されているのは 1,773 施設 (53.8%) と 5 割を超え、定期的に保守点検されていないのは 183 (5.6%)、不十分が 1,184 (35.9%) であった (表 5-9)。2005 年と比較すると、保守点検のされている施設は増加し、点検のされていない施設は減少した。

表 5-8 必要な物品の補充

| | 2010 年 n=3,296 | 2005 年 n=3,655 |
|-------------|-------------------|-------------------|
| | 回答数 (%) | 回答数 (%) |
| 適切に補充されている | 1,853 (56.2) | 2,011 (55.0) |
| 不十分である | 1,137 (34.5) | 1,321 (36.1) |
| 適切に補充されていない | 151 (4.6) | 246 (6.7) |
| 無回答 | 155 (4.7) | 77 (2.1) |

表 5-9 設備・備品の保守点検

| | 2010 年 n=3,296 | 2005 年 n=3,654 |
|--------|-------------------|-------------------|
| | 回答数 (%) | 回答数 (%) |
| している | 1,773 (53.8) | 1,646 (45.0) |
| 不十分である | 1,184 (35.9) | 1,588 (43.4) |
| していない | 183 (5.6) | 339 (9.3) |
| 無回答 | 156 (4.7) | 81 (2.2) |

5-4 記録の管理

作業療法の実施記録は 2,884 施設 (87.5%) で、定期保存も 3,004 施設 (91.1%) で実施されており、2005 年と同程度であった (表 5-10-①)。作業療法の評価・計画・経過の記録報告については行っているという施設が 75% 前後であり、2005 年時よりも行っている施設は増加している。

作業療法の記録をつけることは、果たすべき義務である。そこで作業療法の記録について、施設の種類別に集計したところ、表 5-10-②、5-10-③のようになった。医療、福祉以外の施設で作業療法評価の記録・報告や実施記録を行っている割合が小さい傾向が見られた。また、作業療法評価の記録・報告よりも実施記録をつけている施設の割合が多い傾向にあった。これには今回のアンケートの質問の文言が影響しているものと推察される。「記録・報告をしているか」という質問では、記録を残している施設でも特段の報告をしていない場合は「いいえ」「不十分」と回答した施設が少なからずあったものと思われる。今後白書アンケートの質問の文言を検討すべきであろう。

電子カルテは 695 施設 (21.1%) で利用されており、1 割に満たなかった 2005 年時と比べると電子カルテの普及がうかがえる (表 5-11)。

5-5 リスク管理

作業療法士に責任があると思われる対象者にかかわる、負傷・物損・人権侵害などの事故があったのが、695 施設 (21.1%) あり、1 施設あたりの平均件数は 3.5 件であった。また、実習中に作業療法学生が関係する負傷・物損・人権侵害などの事故があったのは 82 施設 (2.5%) であり、平均件数は 1.4 件であった (表 5-12)。

事故防止対策、事故時の対応策について、緊急時対応器具類が配備されているのが 1,608 施設 (48.8%) と 5 割に満たず、緊急時の対応マニュアルがあるというところは 1,866 施設 (56.6%) であった (表 5-13-①)。緊急時の対

表 5-10-① 作業療法の記録と管理

| 2010年 | | n=3,296 (全体) | | | |
|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 評価 (%) | 計画 (%) | 経過 (%) | 実施記録 (%) | 定期保存 (%) |
| 行っている | 2,516 (76.3) | 2,400 (72.8) | 2,473 (75.0) | 2,884 (87.5) | 3,004 (91.1) |
| 不十分 | 470 (14.3) | 556 (16.9) | 496 (15.0) | 96 (2.9) | 18 (0.5) |
| 行っていない | 100 (3.0) | 124 (3.8) | 107 (3.2) | 94 (2.9) | 58 (1.8) |
| 無回答 | 210 (6.4) | 216 (6.6) | 220 (6.7) | 222 (6.7) | 216 (6.6) |

2005年

| | 評価 (%) | 計画 (%) | 経過 (%) | 実施記録 (%) | 定期保存 (%) |
|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 行っている | 2,611 (71.4) | 2,439 (66.7) | 2,564 (70.2) | 3,222 (88.2) | 3,360 (91.9) |
| 不十分 | 848 (23.2) | 980 (26.8) | 875 (23.9) | 257 (7.0) | 112 (3.1) |
| 行っていない | 74 (2.0) | 109 (3.0) | 86 (2.4) | 42 (1.1) | 47 (1.3) |
| 無回答 | 122 (3.3) | 127 (3.5) | 130 (3.6) | 134 (3.7) | 136 (3.7) |

表 5-10-② 作業療法の記録報告

| | | 行っている | 不十分 | 行っていない | 無回答 |
|-------|------------------|--------------|------------|----------|------------|
| 施設の種別 | 医療系施設 n=1,960 | 1,550 (79.1) | 305 (15.6) | 29 (1.5) | 76 (3.9) |
| | 福祉系施設 n=1,116 | 893 (80.0) | 165 (14.8) | 22 (2.0) | 36 (3.2) |
| | その他の施設 n=557 | 333 (59.8) | 59 (10.6) | 54 (9.7) | 111 (19.9) |

表 5-10-③ 作業療法の実施記録 (実施者, 時間帯, 単位数など)

| | | 行っている | 不十分 | 行っていない | 無回答 |
|-------|------------------|--------------|----------|-----------|------------|
| 施設の種別 | 医療系施設 n=1,960 | 1,835 (93.6) | 38 (1.9) | 9 (0.5) | 78 (4.0) |
| | 福祉系施設 n=1,116 | 1,004 (90.0) | 46 (4.1) | 28 (2.5) | 38 (3.4) |
| | その他の施設 n=557 | 353 (63.4) | 21 (3.8) | 63 (11.3) | 120 (21.5) |

応器具の配備及びマニュアルの有無に関して施設種類別に集計したところ、対応器具が配備されているのは医療系施設 54.0%、福祉系施設 42.7%、その他の施設 44.2%であった (表 5-13-②)。また、緊急時の対応マニュアルがあるのは医療系施設 65.6%、福祉系施設 46.1%、その他の施設 48.7%であり、医療系施設では

他の施設に比較して器具やマニュアルが配備されている割合が大きかった (表 5-13-③)。施設の役割から考えると当然の結果とも言えるが、対応器具の配備や緊急時対応マニュアルを整備している割合は決して高いとは言えない。緊急時には看護師や医師に連絡することが第一となり、作業療法室に必ずしも緊急時対応器具が配備されていない場合、施設全体としての安全管理マニュアルがあり、部門独自のマニュアルがないことから「なし」と回答している場合などが考えられる。医療・福祉など何れの領域においてもリスク管理に関する意識の向上は図られてきているものと思われるので、正確な実態把握が望まれる。

表 5-11 電子カルテの利用

| | 2010年 n=3,296 | 2005年 n=3,655 |
|------|------------------|------------------|
| | 回答数 (%) | 回答数 (%) |
| 利用あり | 695 (21.1) | 363 (9.9) |
| 利用なし | 2,385 (72.4) | 3,163 (86.5) |
| 無回答 | 216 (6.6) | 129 (3.5) |

5-6 他部門・他機関との連携

カンファレンス・症例検討を定期的に行っている施設は2,308施設(70.0%)であった(表5-14)。2005年よりも実施している施設の割合は増加しており、カンファレンスや症例検討の体制は整ってきているように思われる。他部門との連絡方法(カンファレンス・症例検討時を除く)については、確立している施設2,073(62.9%)、確立していない施設は1,003(30.4%)であった(表5-15)。2005年と比較すると、他部門との連絡方法が確立し

ている施設の割合は増加している。他部門からの講師としての要請について、よくあったのは263施設(8.0%)、時々あったのは1,620(49.2%)、なかったのは1,200(36.4%)であった(表5-16)。今後はさらにカンファレンスや症例検討だけでなく、院内での勉強会の開催などを通じて、作業療法士自らが他部門と連携を深めていくことが望まれる。

表 5-12 作業療法士が関係した事故

| | 2010年 (n=3,296) | 2005年 (n=3,655) |
|------|-----------------|-----------------|
| | 回答数 (%) | 回答数 (%) |
| なかった | 2,362 (71.7) | 2,773 (75.9) |
| あった | 695 (21.1) | 731 (20.0) |
| 無回答 | 239 (7.3) | 151 (4.1) |

*事故のあった施設において作業療法士が関係した事故件数平均
2010年 3.5 ± 4.9件 2005年 1.2 ± 0.53件

表 5-13-① 事故に対する対策

2010年 n=3,296 (全体)

| | 対策器具 回答数 (%) | 対応マニュアル 回答数 (%) |
|-----|-----------------|--------------------|
| ある | 1,608 (48.8) | 1,866 (56.6) |
| ない | 1,065 (32.3) | 944 (28.6) |
| 不明 | 394 (12.0) | 277 (8.4) |
| 無回答 | 229 (6.9) | 209 (6.3) |

2005年(参考) n = 3,655

| 対策器具 回答数 (%) | | 対応策 回答数 (%) | |
|-----------------|--------------|----------------|--------------|
| ある | 1,773 (48.5) | 明示されている | 2,391 (65.4) |
| ない | 1,197 (32.7) | 明示されていない | 724 (19.8) |
| 不明 | 531 (14.5) | 不明 | 400 (10.9) |
| 無回答 | 154 (4.2) | 無回答 | 140 (3.8) |

表 5-13-② 作業療法実施中の緊急時における対応器具類の配備

| | | 配備 されている 回答数 (%) | 配備されて いない 回答数 (%) | 不明 回答数 (%) | 無回答 数 (%) |
|-----------|---------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|---------------|
| 施設 の種別 | 医療系施設 n=1,960 | 1,059 (54.0) | 618 (31.5) | 195 (9.9) | 88 (4.5) |
| | 福祉系施設 n=1,116 | 476 (42.7) | 419 (37.5) | 171 (15.3) | 50 (4.5) |
| | その他の 施設 n=557 | 246 (44.2) | 150 (26.9) | 57 (10.2) | 104 (18.7) |

表 5-13-③ 作業療法実施中の緊急時における対応マニュアルの有無

| | | あり 回答数 (%) | なし 回答数 (%) | 不明 回答数 (%) | 無回答 数 (%) |
|-----------|---------------------|------------------|------------------|------------------|---------------|
| 施設 の種別 | 医療系施設 n=1,960 | 1,286 (65.6) | 454 (23.2) | 139 (7.1) | 81 (4.1) |
| | 福祉系施設 n=1,116 | 515 (46.1) | 439 (39.3) | 122 (10.9) | 40 (3.6) |
| | その他の 施設 n=557 | 271 (48.7) | 144 (25.9) | 41 (7.4) | 101 (18.1) |

表 5-14 カンファレンス・症例検討の実施

| 2010年 | | n=3,296 (全体) |
|---------|---------|--------------|
| | 回答数 (%) | |
| 定期的に実施 | 2,308 | (70.0) |
| 不定期に実施 | 622 | (18.9) |
| 実施していない | 157 | (4.8) |
| 無回答 | 209 | (6.3) |

| 2005年(参考) | | n=3,655 |
|-----------|---------|---------|
| | 回答数 (%) | |
| 定期的に実施 | 2,277 | (62.3) |
| 不十分 | 1,042 | (28.5) |
| 実施していない | 198 | (5.4) |
| 無回答・無効回答 | 138 | (3.8) |

表 5-15 他部門との連絡方法

| 2010年 | | n=3,296 (全体) |
|---------|---------|--------------|
| | 回答数 (%) | |
| 確立している | 2,073 | (62.9) |
| 確立していない | 1,003 | (30.4) |
| 無回答 | 220 | (6.7) |

| 2005年(参考) | | n=3,655 |
|-----------|---------|---------|
| | 回答数 (%) | |
| 確立している | 1,600 | (43.8) |
| 不十分 | 1,479 | (40.5) |
| 確立していない | 410 | (11.2) |
| 無回答・無効回答 | 166 | (4.5) |

表 5-16 他部門からの講師依頼

| 2010年 | | n=3,296 (全体) |
|-------|---------|--------------|
| | 回答数 (%) | |
| よくあった | 263 | (8.0) |
| 時々あった | 1,620 | (49.2) |
| なかった | 1,200 | (36.4) |
| 無回答 | 213 | (6.5) |

6 作業療法士の養成教育

日本における作業療法教育は、1963年に開設された国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院から始まった。その後1979年に3年制の金沢大学医療技術短期大学部、1992年に広島大学医学部保健学科の作業療法専攻4年制学士課程が開設された。このようにわが国の作業療法士の養成は、現在3年制及び4年制の専門学校と3年制短期大学、4年制大学計183校で養成されている（資料10）。1999年には指定規則の改正により、教育内容が大綱化され、時間制から単位制へと変更された。

作業療法士の供給に関しては厚生労働省（旧厚生省）において需給計画がたてられ、1976年には1985年を目処に4,000名の作業療法士養成を計画した。1991年には1999年を目処にした需給計画（需要数15,800人、供給数15,600人、養成定員は2,300人）が立てられた。その後、厚生労働省では2000年に2004年を目処にした需給計画（需要数33,000人、供給数24,200人、養成定員は5,200人）を示した。時を同じくして、2000年には養成校新設に関する規制（原則1県1校）が緩和され、養成校の急激な増加につながった。ただ、その後需給計画は示されていない。

2010年6月時点での作業療法士免許取得者数は53,080人で2011年には58,000人に達することが見込まれている。2010年の作業療法士養成施設数（養成課程数）は、182校（201課程）、入学定員は7,040人である。しかし、2009年度では全国の養成校の実に58%が定員割れ校（専門学校は80%）となり、募集停止や閉校が相次いでいる。これには、18歳人口が1993年の180万人をピークに減少（2008年では120万人）していることが少なからず影響しているものと思われる。超高齢化社会は2025年に大きなピークを迎えるため、今後リハビリテーション分野で働くセラピストの

需要は大きいものがある。にもかかわらず養成校の定員割れが生じている現象に対する手立てとしては、様々な視点からの検討が必要になると思われるが、まずは臨床における作業療法の質を維持し、作業療法士が社会にとってなくてはならない職業であるという社会的認知度の向上を図る必要がある。また、（社）日本作業療法士協会として、受験を考えている立場の高校生や保護者に対して広報活動を続けること、適正な作業療法士養成数を検討してゆくことなどの必要がある。

6-1 養成・教育制度

作業療法士教育は、厚生労働大臣指定の養成施設と文部科学大臣指定の短期大学および大学で行われている。2010年4月現在、大学59、短大3、国公立養成施設1、私立養成施設119の計182校（201課程）（表6-1）である。

表6-1 作業療法士養成施設数（2010年度）

| 区分 | 学校養成施設数 | |
|--------------------|---------|-----|
| 学校 (文部科学大臣指定) | 短大 | 3 |
| | 大学 | 59 |
| | 計 | 62 |
| 養成施設 (厚生労働大臣指定) | 国公立 | 1 |
| | 私立 | 120 |
| | 計 | 121 |
| 総計 | 183 | |

前回調査時から、短期大学は4年制大学へ移行、大学は新設も含めて20校増加した。この5年間で大学の増加が著しいが2010年をピークに養成校の総数は専門学校の閉校により減少に転じる。

表6-2 学校・養成施設数定員累計推移

| 年度 | 学校数 | 課程数 | 入学定員数 | 増減数 |
|------|-----|-----|-------|------|
| 2006 | 158 | 183 | 6,898 | △323 |
| 2007 | 169 | 192 | 7,276 | △378 |
| 2008 | 175 | 195 | 7,606 | △330 |
| 2009 | 179 | 199 | 7,645 | △39 |
| 2010 | 183 | 202 | 7,060 | ▼585 |

* 2010年度現在 募集停止 21校（22課程）

表 6-3 年度別新入生の学歴・年齢・社会人経験

| | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|-------------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|
| 回答校 / 養成校総数 | 129/156 | | 132/168 | | 135/176 | | 125/182 | | 145/186 | |
| 入学者総数 | 5,649 | (%) | 5,308 | (%) | 4,813 | (%) | 3,701 | (%) | 4,103 | (%) |
| 高卒 | 4,650 | 82.4 | 4,500 | 84.8 | 4,174 | 87 | 3,282 | 88.7 | 3,697 | 90.1 |
| 専門卒 | 205 | 3.6 | 164 | 3.2 | 161 | 3.3 | 98 | 2.7 | 80 | 1.9 |
| 短大卒 | 125 | 2.2 | 89 | 1.7 | 75 | 1.6 | 62 | 1.8 | 43 | 1 |
| 大卒 | 608 | 10.8 | 507 | 9.7 | 359 | 7.5 | 233 | 6.1 | 255 | 6.3 |
| 大学院修了 | 17 | 0.3 | 13 | 0.2 | 6 | 0.1 | 3 | 0.1 | 3 | 0.1 |
| 大学検定試験 | 14 | 0.2 | 18 | 0.3 | 17 | 0.4 | 10 | 0.3 | 16 | 0.4 |
| 帰国子女 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他 | 29 | 0.5 | 16 | 0.3 | 18 | 0.4 | 11 | 0.3 | 9 | 0.2 |
| 18～20歳 | 4,348 | 76.3 | 4,341 | 79.8 | 3,934 | 81.6 | 3,016 | 81.9 | 3,016 | 81.8 |
| 21～25歳 | 578 | 10.1 | 497 | 9.1 | 421 | 8.7 | 348 | 9.4 | 348 | 9.4 |
| 26～30歳 | 519 | 9.1 | 390 | 7.2 | 281 | 5.8 | 184 | 5 | 184 | 5 |
| 31～35歳 | 184 | 3.2 | 154 | 2.8 | 139 | 2.9 | 87 | 2.4 | 87 | 2.4 |
| 36歳以上 | 72 | 1.3 | 57 | 1 | 47 | 1 | 50 | 1.3 | 50 | 1.4 |
| 社会人経験 | 969 | 17.2 | 806 | 15.2 | 696 | 14.5 | 461 | 12.5 | 532 | 13.0 |

(2005年度～2009年度養成教育部「教育関係資料調査」より)

* 各年度の調査で実数に不明な点があり、一部合計が合致しないところがある

また、養成課程定員数は7,040名(2010年)に達し、2005年に比較すると約1500名増加しているが、2009年を境に入学定員は減少に転じている(表6-2)。この背景には、2009年度では、全国の養成校の実に58%が定員割れ校(専門学校は80%)となっていることが常態化している現実がある。それに伴い、2010年で募集停止校(21校22課程)や閉校が相次いでいる。

6-2 学生

6-2-1 新入生の状況

新入生の状況について年度別の学歴、年齢、社会人経験構成の一覧を示した(表6-3)。入学生の傾向は変わらず、高等学校卒業者の占める割合は増加し、大学卒業者や社会人経験者の減少傾向が続いている。

6-2-2 新卒者の状況

2005年及び2010年度の作業療法士資格取得者(協会新入会者)の2011年1月時点での就業状況を示した(表6-4)。厳密には新卒者の就職先を示すデータではないが、転職者がさほど多くないと考えて比較してみると、医療施設の就業が増加(2005年65.5%、2010年83.9%)しており、回復期リハビリテーショ

表 6-4 新卒者の状況

| 施設分類 | 2010年 n=3,865 | | 2005年 n=2,861 | |
|--------------|------------------|-------|------------------|-------|
| | 人数 | % | 人数 | % |
| 医療施設 | 3,241 | 83.85 | 1,875 | 65.52 |
| 身体障害者福祉法関連施設 | 13 | 0.35 | 10 | 0.33 |
| 精神保健福祉法関連施設 | 3 | 0.08 | 5 | 0.16 |
| 児童福祉法関連施設 | 61 | 1.58 | 46 | 1.58 |
| 知的障害者福祉法関連施設 | 1 | 0.03 | 0 | 0.00 |
| 老人福祉法関連施設 | 70 | 1.83 | 80 | 2.79 |
| 高齢者医療確保関連施設 | 335 | 8.66 | 331 | 11.56 |
| 介護保険法関連施設 | 2 | 0.05 | 0 | 0.00 |
| その他の施設 | 33 | 0.87 | 87 | 3.01 |
| 法外施設 | 0 | 0.00 | 1 | 0.03 |
| 障害者自立支援法関連施設 | 15 | 0.38 | 2 | 0.06 |
| 休業中 | 83 | 2.15 | 413 | 14.44 |
| 非有効 | 8 | 0.21 | 11 | 0.38 |

* (社)日本作業療法士協会会員統計より、各年度に入会した会員が2012年1月31日時点で就業している領域を示す

ン病棟の増加を反映しているものと考えられる。一方、老人保健施設などの高齢者医療確保法関連施設の就業者は減少(2010年8.7%、2005年11.6%)している。現行の介護老人保健施設の人員配置基準においては、必要数を満たし始めていることの現れである可能性がある。

6-2-3 国家試験

国家試験受験者数・合格率・合格者の年次推移と合格者の累計を示した(表6-5)。国家試験の実施については、第37回試験(2002年)より国家試験合格基準及び採点除外問題が公表されている。また、平成19年には医道審議会理学療法士作業療法士分科会の下に「国家試験出題基準作成部会」が設置され、新たな出題基準が出され、2010年度国家試験(第45回試験)から適用となった。

協会としては例年、当該年度の家試験問題について「採点から除外すべき問題」のアンケート調査を学校養成施設に実施し、結果を基に厚生労働省に対して意見を具申している。それとともに、国家試験出題基準を基に国家試験問題を分類分析し、機関紙で公表している。また、国家試験合格発表時期が年度をまたぐため、合格発表の早期化を要望してきたところ、2009年度国家試験(第44回試験)から、従来の4月から3月31日へ合格発表日が移行するところとなった。

表6-5 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 |
|------------|-------|------|-------|--------|
| 2005(第40回) | 3,893 | 88.4 | 3,442 | 29,484 |
| 2006(第41回) | 4,571 | 91.5 | 4,185 | 33,669 |
| 2007(第42回) | 5,131 | 85.8 | 4,400 | 38,069 |
| 2008(第43回) | 5,783 | 73.6 | 4,257 | 42,326 |
| 2009(第44回) | 6,675 | 81.0 | 5,400 | 47,726 |
| 2010(第45回) | 6,469 | 82.2 | 5,317 | 53,043 |
| 2011(第46回) | 5,824 | 71.1 | 4,138 | 57,181 |

6-3 指定規則と養成教育

作業療法士の養成に関する「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要領について」(以下 指導要領)は、1999年3月31日に改正施行された以後変わっていない。

1999年の改正による大綱化で、他の医療関連職種養成カリキュラムと共通する3つの教育分野(基礎分野、専門基礎分野、専門分野)

に科目が分類され、分野ごとの教育内容が示された。また各科目の時間数は単位数として表記されることとなった。科目の指定がなくなり、各学校養成施設がその教育方針や教育の特色に合わせて教育科目や総単位数を設定することが可能となり、教育の可能性が広がった。専門分野では、地域作業療法学が新たに加わり、臨床実習施設に関しては、医療機関以外の施設において1/3を超えない範囲で行うことができるようになり、保健・福祉などの領域での臨床実習が可能となった。教員については、専任教員数が4人以上から6人以上に、1学年に2学級以上有する場合は、1学級増すごとに3を加えた数以上とするようになった。専任教員の資格も、臨床経験3年以上から5年以上になり、制度上は教育の質の向上が図られた。しかし、その一方では、養成施設の急増による教員不足や教育の大綱化による各学校養成施設の判断のばらつきなどが相まって、教育の現場に混乱が見られることも事実である。

このような状況に対応するためには、協会のWFOT認定等教育水準審査委員会が指定規則と世界作業療法士連盟(WFOT)の基準を満たす「作業療法士教育の最低基準(改訂第2版)」(2010年1月)に基づいて実施している審査を積極的に受けることが必要であろう。尚、「作業療法士教育の最低基準(改訂第2版)」には、2014年までに、認定作業療法士が養成校に最低1名はいることが義務規定として入り、協会WFOT認定等教育水準審査委員会の審査が厳しくなる。

6-4 臨床教育

6-4-1 作業療法の臨床教育

作業療法の臨床実習に関しては、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則第3条2教育の内容、別表第二の二で18単位、「実習時間の三分の二以上は病院又は診療所において行うこと。」とされ、指導要領の教育の目標においては、「社会的ニーズの多様化に対応した臨床的観察

力・分析力を養うとともに、治療計画立案能力・実践能力を身につける。学内における臨床演習を行った後に、各障害、各病期、各年齢層を偏りなく行う。」とされている。

臨床教育の目標は、学生が評価・計画立案・実践の一連の流れをさまざまな場面で体験することにより実践能力を高めていくことにあるが、その内容をより充実させていくためには、指定規則で定められた臨床実習18単位以外の臨床場面での段階的体験学習を導入するなどして、臨床実習を強化する必要がある。

協会が策定した「作業療法士教育の最低基準（改訂第2版）」では、「臨床教育は対象者を前にして保健・医療・福祉およびその他の領域で実施するもので、指定規則で定められている臨床実習およびそれ以外の実習との組合せにより1,000時間程度を実施する。」としている。協会では、2003年の第3版に引き続き「作業療法 臨床実習の手引 第4版」（2010年3月）を作成し、臨床実習がよりの確に進むように具体的な指針を示した。臨床現場における業務優先の必要性やリスク回避の徹底から、実習生の当事者との接触は前ほど簡単ではなくなるとともに、実習生の受け入れは制限され、臨床実習地が足りない状況が続いている。今後、臨床実習の在り方をさらに検討する必要がある。

6-4-2 臨床教育の方向

現行指定規則から、三分の一を超えない範囲で保健・福祉などの領域における臨床実習が可能となっている。このことは人口の高齢化や疾病構造の変化に伴う対象者の変化など社会的ニーズの多様化への対応と考えられる。このような多様化への対応をさらに充実させるためには、新たな保健・福祉領域の施設を実習地として組み入れていく必要がある。そのためには、指定規則および指導要領の弾力的な運用や、改定も視野にいれたカリキュラム案の提示が必要となり、かつ、関係諸機関との積極的な意見交換が重要となる。

6-5 教員の実情

教育の質を高めるために教員自身の質をあげる努力を継続することが望まれる。2010年3月現在、教員数は1,239人、そのうち認定作業療法士は、96校192人(15.5%)である。また、修士以上の学位をもつ教員を2009年度のWFOT審査を受けた33校（大学11校、専門学校23校）でみると、11校に勤務し、255人中96人(37%)であった。教育の質を高めるためには、教員自らが積極的に大学院教育を受けていくことも具体的な方法の一つとして重要であろう。

協会は、各校1名以上の認定作業療法士の資格をもつ教員を2014年までに配置することを学校養成施設における最低条件として求めている。

7 作業療法士の生涯教育

専門職としての責任を果たすため作業療法士は、国家資格を取得した後も学術技能の研鑽に努める必要があり、これは作業療法全体としての質の維持・向上に欠かせない。作業療法士の自己研鑽としては、研修会・講習会等への参加、研究の実施と学会・学術誌への発表、大学院等での教育を受けるといった方法がある。この章では、(社)日本作業療法士協会の生涯教育制度の概要と現状のほか、作業療法士の研究活動の状況等を紹介する。

7-1 (社)日本作業療法士協会の生涯教育制度

7-1-1 生涯教育制度の概要

(社)日本作業療法士協会は、設立以来、作業療法の質の維持・向上をはかるため様々な研修を開催し会員へ学習の機会を提供してきた。また、有資格者の急増、職域の拡大、社会的ニーズの多様化への対応、作業療法の質の保証のため、組織的な生涯教育体制を整備してきた。1998年には「生涯教育単位認定システム」を創設、運用の中で生じてきた課題に対応するため2003年度には「生涯教育制度」へと改変し、2004年には「認定作業療法士制度」による資格認定制度を取り入れた。さらに2008年度に「生涯教育制度」を改定施行した上で、2009年度には「専門作業療法士制度」を創設した。

2003年度の「生涯教育制度」では、基礎コース、専門コースを作り、入会后必修研修を経て、基礎コースを修了した後に、専門コースへ移行する段階的な構造を作った。入会後の必修研修としては、新人教育プログラムの年次性や時間数などの調整を行い15テーマに変更すると同時に、新たに現職者研修を追加した。現職者研修の目的は、勤務する領域において作業療法の基本的知識・技術を会得することに加え、患者の将来的予測をもって作業療法を行える能力を身につけるための学習である。

2004年度に「認定作業療法士制度」による資格認定制度を取り入れた。認定作業療法士制度の開始と同時に、約1500名の特例の認定作業療法士が誕生し、臨床での作業療法の質の向上に加え、後輩育成、社会貢献など幅広い活躍が期待された。しかしながら、認定作業療法士の新規取得数の伸び悩み、5年間の更新期限を目前にしても更新者数が伸びないといった問題に直面した。これは、会員の制度の理解不足や取得メリットの不明確さによる動機づけの低さ、認定作業療法士取得までの過程に時間を要することなどの理由によるものと考えた。このような状況を踏まえ、また並行して検討されてきた「専門作業療法士制度」の統合も含めて、生涯教育制度のさらなる充実をはかる目的で2008年に制度の改定を行った。

2008年度の「改定生涯教育制度」(表7-1)は、現在運用中の制度である(図7-1)。基礎コースは基礎研修と改名し、その中の必修研修は、現職者共通研修(旧、新人教育プログラム)および現職者選択研修(旧、現職者研修)とそれぞれ改めた。現職者共通研修は、臨床実践に必要な基礎能力向上を目的とした内容に変更し、現職者選択研修は、多様な視点を持ち複数領域への対応が可能な作業療法士としての視点を養うために1領域(8コマ)から2領域(各4コマ)の受講に変更した。現職者共通研修・現職者選択研修は、マニュアルを作成した上で、士会の生涯教育制度推進委員会委員を中心に各都道府県士会に運営を委託している。

2009年度には、「専門作業療法士制度」を創設した。専門作業療法士とは、認定作業療法士であるもののうち、特定の分野において「高度かつ専門的な実践能力」を有する者としている。「福祉用具」、「認知症」、「手外科」の3分野より開始し、2010年度に「特別支援教育」、「高次脳機能障害」を追加し、分野を拡大しつつある。

また2010年度には、より多くの認定作業療

法士を養成するため、新規取得要件の改定を行った(表7-1)。これまで「事例報告登録制度」での登録を3例としていたが、改定ではこの登録を1事例以上とし、残りの2事例までは全国学会での発表や士会学会での発表、ISSN/ISBN登録の雑誌や書籍等の執筆で代替可能とした。また、研修の免除要件も加えた。

この5年間は、生涯教育制度の開始から、資格認定制度の創設と制度全体の充実を行い、更なる発展の準備の期間であった。

7-1-2 生涯教育制度の運用実績

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

1) 基礎研修

基礎研修の修了者は、2003年の制度開始から基礎研修終了のため50ポイントを取得する5年間のはじめの期限を迎えた2008年度末が最も多かった(表7-2)。その後、年間500人

表 7-1 生涯教育制度の改定

| 2008年度 生涯教育制度改定 | |
|-------------------------|--|
| 構造・名称の変更 | 基礎コース → 専門コース |
| 必修研修の変更 | 新人教育プログラム (15テーマ) → 現職者研修 (8コマ2日間で1領域) |
| その他 | 基礎研修 認定作業療法士取得研修 専門作業療法士取得研修 現職者共通研修 (10テーマ) 現職者選択研修 (4コマ1日を2領域) 現職者共通研修 10. 事例報告の読替えを追加 |
| 2010年度 認定作業療法士新規取得要件の変更 | |
| 実践報告の変更 | 事例報告登録制度 3例の登録 → 事例報告登録制度 1例以上の登録 他の2例までは、学会発表や論文等で読替え可能 |
| 免除要件の設定 | 修士以上は研究法を免除 教員等長期講習会受講は、教育法を免除 |

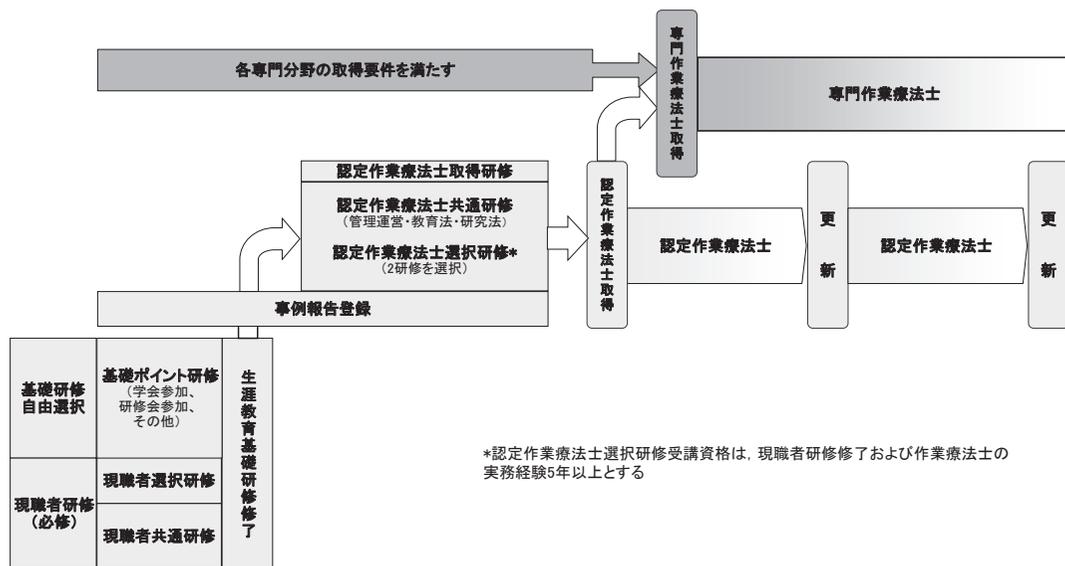


図 7-1 生涯教育制度の構造図

表 7-2 基礎研修の推移（修了，更新）

| | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 修了申請数 | 300 | 467 | 581 | 1,144 | 496 | 505 | 3,493 |
| 更新数 | 30 | 45 | 76 | 444 | 76 | 132 | 803 |
| 総数 | --- | --- | 4,662 | 5,307 | 3,416 | 3,648 | --- |

* 総数は各年度末の総数を表示。

表 7-3 認定作業療法士の推移（新規取得，更新，総数）

| | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 新規取得者 | 0 | 2 | 6 | 22 | 29 | 43 | 102 |
| 更新数 | 0 | 5 | 28 | 131 | 253 | 27 | 444 |
| 総数 | 1,462 | 1,441 | 1,438 | 1,427 | 495 | 551 | --- |

* 総数は各年度末の総数を表示。

前後が基礎研修を修了している。また更新に関しても、認定作業療法士取得に向けた更新の手続きを行う会員が増えている。

2) 認定作業療法士制度

2004年の制度開始時には、特例で1,462名の認定作業療法士が誕生した（表7-3）。しかしながら2008年度末の期限までに更新した数と新規取得者数、及び認定期間延長手続き中の数（表には示していない）を合わせ、2009年には495人と激減した。認定作業療法士制度の仕組みや意義が会員に十分理解されていないことがうかがえる。ただ、認定作業療法士新規取得者数は、徐々に増加してきている。若い会員の意欲の高さがうかがえ、次世代を担う会員の育成につながるものと期待したい。

3) 専門作業療法士制度

2009年度開始時、専門作業療法士の分野は、「福祉用具」「認知症」「手外科」の3分野で開始した（表7-4）。その後、「特別支援教育」「高次脳機能障害」分野を加え、5分野で運用し

表 7-4 専門作業療法士の推移（新規取得者数）

| | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|---------|-------|-------|----|
| 福祉用具 | 1 | 3 | 4 |
| 認知症 | 3 | 0 | 3 |
| 手外科 | 15 | 4 | 19 |
| 特別支援教育 | --- | --- | 0 |
| 高次脳機能障害 | --- | --- | 0 |
| 合計 | 19 | 7 | 26 |

ている。今後、さらに新規分野を拡大予定である。また、すでに専門作業療法士取得要件と同等の水準にある会員からの読替え申請を受け、認定審査の結果、現在までに26名の専門作業療法士が誕生している。

7-1-3 生涯教育制度への参加状況

前述の各制度の概要にある資格認定における数の推移からも伺えるとおり、会員への制度の浸透はまだ不十分と考える。生涯教育制度の理解（表7-5）では、良く理解しているは715（21.7%）にとどまり、理解していない729（22.1%）、どちらともいえないが1,699（51.5%）であったことは、会員の理解に曖昧

表 7-5 生涯教育制度の理解度

N=3296

| | 回答数 | % |
|-----------|-------|------|
| よく理解している | 715 | 21.7 |
| 理解していない | 729 | 22.1 |
| どちらともいえない | 1,699 | 51.5 |
| 無回答 | 153 | 4.6 |
| 合計 | 3,296 | 99.9 |

表 7-6 生涯教育制度の参加度

N=3296

| | 回答数 | % |
|-----------|-------|------|
| 全員が参加している | 617 | 18.7 |
| 7割以上が参加 | 403 | 12.2 |
| 半数が参加 | 578 | 17.5 |
| 3割程度が参加 | 743 | 22.5 |
| 全く参加していない | 764 | 23.2 |
| 無回答 | 191 | 5.8 |
| 合計 | 3,296 | 99.9 |

な部分が多く、制度の浸透が不十分であることを表しているものといえる。その結果、生涯教育制度への参加度（表 7-6）も、全員が参加している施設が 617（18.7%）、7 割以上が参加 403（12.2%）、半数が参加 578（17.5%）、3 割程度が参加 743（22.5%）、全く参加していない 764（23.2%）となっている。理解度を反映した参加状況と言える。

7-1-4 職場における研究体制

職場における研究体制については、まず研究を行っているという回答した施設は 1,024（31.1%）であった（表 7-7）。研究を行う上での困難の理由は、時間が無い 2,286（69.4%）、指導体制がない 1,859（56.4%）、研究費がない 1,443（43.8%）、研究方法がわからない 1,243（37.7%）の順で挙げられた（表 7-8）。この結果は、5 年前の調査と同じ傾向であった。職場の業務環境が大き

表 7-7 研究活動の状況

| N=3296 | | |
|--------|-------|-------|
| | 回答数 | % |
| 行っている | 1,024 | 31.1 |
| 行っていない | 2,118 | 64.3 |
| 無回答 | 154 | 4.7 |
| 合計 | 3,296 | 100.1 |

表 7-8 研究を行う上での困難

| 2010 年調査 N=3296 | | |
|-----------------|-------|------|
| | 回答数 | % |
| 時間が無い | 2,286 | 69.4 |
| 指導体制がない | 1,859 | 56.4 |
| 研究費がない | 1,443 | 43.8 |
| 研究方法が分からない | 1,243 | 37.7 |
| 場所がない | 502 | 15.2 |
| 特に困難はない | 305 | 9.3 |
| 研究する必要がない | 107 | 3.2 |
| その他 | 166 | 5 |
| 無回答 | 190 | 5.8 |

表 7-9 研究に関する「倫理審査等の手続き」の仕組み

| N=3296 | | |
|--------|-------|-------|
| | 回答数 | % |
| ある | 714 | 21.7 |
| ない | 1,193 | 36.2 |
| わからない | 1,229 | 37.3 |
| 無回答 | 160 | 4.9 |
| 合計 | 3,296 | 100.1 |

く影響していると考えるが、研究方法の教授や指導者育成の必要性は引き続き重要な課題である。また、研究に関する倫理審査等の手続きがある施設が 714 施設（21.7%）と圧倒的に少ないことも要因の 1 つといえる（表 7-9）。

7-2 研修会

生涯教育制度における研修会については、現職者共通・選択研修（表 7-10）、認定作業療法士取得研修（表 7-11）、専門作業療法士取得研修（表 7-12）について開催回数と参加者数の推移をまとめた。現職者共通・選択研修は、生涯教育制度を都道府県士会と協力して推進していく重要な研修会である。制度開始当時から士会ならびに推進委員の協力により、多くの研修会の開催を実現し、参加者を拡大してきた。認定作業療法士取得研修は、認定作業療法士養成に向け、この 5 年間に徐々に開催数を増加・調節し、定員とのバランスをみながら運営を定着させてきた。専門作業療法士取得研修については、制度開始から間もないため、今後さらに開催数は増やしていく予定である。しかしながら、研修会数の増加に伴う経済的、人的負担も増加している。

基礎ポイント研修（表 7-13）として、訪問作業療法、呼吸器疾患、心大血管疾患に対する作業療法の研修会を開催した。これは、疾患別リハビリテーションの施設基準における職名記載に対応したものであり、既に作業療法の対象疾患として実績があるにもかかわらず作業療法士が明記されていない施設基準に対して実績を示すためのものである。

事業部主催研修会の年度別参加者数の推移は表 7-14 のとおりである。全国研修会や公益事業としてのフォーラムを中心に研修事業を展開してきた。作業療法士を取り巻く医療・福祉の環境の変化、診療報酬の改定などに敏感に対応し、会員のニーズにこたえる形での研修会が行われ、作業療法士の資質向上に貢献している。

養成教育部主催の研修会については、養成校

表 7-10 現職者共通・選択研修の開催回数と参加総数の推移

| 開催回数 | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 現職者共通研修 | 894 | 937 | 1,056 | 689 | 668 | 調査中 | 4,244 |
| 現職者選択研修 | 51 | 53 | 38 | 59 | 62 | 調査中 | 263 |

* 共通研修は、各テーマを1回としてカウントした。

| 参加総数 | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---------|
| 現職者共通研修 | 38,019 | 37,141 | 36,786 | 21,150 | 20,472 | 調査中 | 153,568 |
| 現職者選択研修 | 2,811 | 2,574 | 1,796 | 3,191 | 3,296 | 調査中 | 13,668 |

表 7-11 認定作業療法士取得研修の開催および参加者数の推移

| 開催回数 | 2004年 | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 共通研修 | 4 | 6 | 11 | 18 | 18 | 24 | 18 | 99 |
| 選択研修 | 21 | 14 | 18 | 17 | 16 | 15 | 12 | 113 |
| 合計 | 25 | 20 | 29 | 35 | 34 | 39 | 30 | 212 |

| 参加者数 | 2004年 | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 共通研修 | 185 | 245 | 395 | 573 | 516 | 510 | 441 | 2,865 |
| 選択研修 | 231 | 249 | 268 | 245 | 243 | 224 | 238 | 1,698 |
| 合計 | 416 | 494 | 663 | 818 | 759 | 734 | 679 | 4,563 |

表 7-12 専門作業療法士取得研修の開催および参加者数の推移

| 開催回数 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|--------|-------|-------|-------|-------|----|
| 福祉用具 | | 8 | 7 | 6 | 21 |
| 認知症 | | 2 | 2 | 4 | 8 |
| 特別支援教育 | | | | 1 | 1 |
| 合計 | 0 | 10 | 9 | 11 | 30 |

| 参加者数 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 福祉用具 | | 79 | 116 | 105 | 300 |
| 認知症 | | 69 | 90 | 221 | 380 |
| 特別支援教育 | | | | 42 | 42 |
| 合計 | 0 | 148 | 206 | 368 | 722 |

* 手外科分野は、ハンドセラピー学会の協力により開催。

表 7-13 基礎ポイント研修の開催および参加者数の推移

| 開催回数 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|----------------|-------|-------|-------|----|
| 訪問作業療法 | | 1 | 1 | 2 |
| 呼吸器疾患に対する作業療法 | | 2 | 1 | 3 |
| 心大血管疾患に対する作業療法 | | 2 | 1 | 3 |
| 合計 | 0 | 5 | 3 | 8 |

| 参加者数 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|----------------|-------|-------|-------|-----|
| 訪問作業療法 | | 15 | 31 | 46 |
| 呼吸器疾患に対する作業療法 | | 79 | 51 | 130 |
| 心大血管疾患に対する作業療法 | | 71 | 77 | 148 |
| 合計 | 0 | 165 | 159 | 324 |

表 7-14 事業部研修会年度別推移（総会議案書より作成）

| | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 全国研修会 | 606 | 446 | 825 | 669 | 884 | 813 |
| 精神保健福祉フォーラム | | | | 270 | | |
| 作業療法フォーラム | | | | 277 | 510 | 180 |
| 障害者IT・支援研修会 | 39 | 44 | 61 | | | |
| 精神科ケアマネジメント研修会 | 112 | 23 | | | | |
| 医療観察制度と作業療法 | 41 | 26 | 10 | | | |
| 認知症家族支援プログラム研修会 | 141 | 131 | 75 | 72 | | |
| 福祉用具判定基準に関する研修会 | 237 | | | | | |
| 福祉用具専門職に対する研修 | 111 | | | | | |
| 早期リハビリテーション研修 | 87 | | | | | |
| | | | | | | |
| 介護予防研修会 | | 80 | 56 | 38 | | |
| 障害者ケアマネジメント研修会 | | 30 | 21 | 12 | | |
| 組織マネジメント研修 | | 23 | | | | |
| 福祉用具研修会（基礎Ⅰ） | | 211 | | | | |
| 福祉用具研修会（共用品） | | 68 | | | | |
| 訪問作業療法研修会 | | 162 | 145 | 129 | 28 | 21 |
| 地域リハ・ケア研修会 | | 20 | | | | |
| 地域リハ・ケアフォーラム | | 149 | 260 | --- | | |
| | | | | | | |
| 障害者就労支援研修会 | | | 14 | 18 | 26 | |
| 特別支援教育と作業療法 | | | 80 | 43 | 26 | |
| 通所系サービスと訪問による在宅での作業療法 | | | 90 | | | |
| 精神障害者地域生活支援 | | | 33 | 70 | 56 | |
| 呼吸器疾患に対する作業療法 | | | 97 | 116 | | |
| 平成20年度診療報酬改定直前研修会 | | | 44 | | | |
| 国際交流セミナー | | | 36 | 28 | 26 | |
| 英語文献の読み方に関する研修 | | | 36 | | | |
| | | | | | | |
| 乳幼児期における作業療法研修会 | | | | 30 | | |
| 精神領域における広汎性発達障害への作業療法 | | | | 35 | | |
| 心大血管疾患に対する作業療法 | | | | 116 | | |
| 作業療法部門マネジメント研修会 | | | | 40 | | |
| 訪問リハビリテーション管理者研修会 | | | | --- | | |
| | | | | | | |
| 発達障害の乳幼児期を支援する作業療法研修会 | | | | | 20 | |
| 重度な障害を持つ子どもの作業療法研修会 | | | | | 56 | |
| 障害者自立支援法と作業療法研修会 | | | | | 27 | |
| IADL支援技術研修会 | | | | | 71 | |
| 国際的視点を持つ作業療法士育成研修会 | | | | | 43 | |
| がんに対する作業療法研修会 | | | | | 40 | 183 |
| 平成22年度診療報酬改定直前研修会 | | | | | 39 | |
| 福祉用具セミナー | | | | | --- | |
| 作業療法士が行うIT支援研修会 | | | | | --- | --- |
| | | | | | | |
| 知的な遅れ、発達障害、不器用さなどを持つ子どもたちの行動の理解と具体的支援研修会 | | | | | | 179 |
| 終末期医療と緩和ケアと作業療法研修会 | | | | | | 91 |
| 成人片麻痺者に対するADL技術研修会 | | | | | | 95 |

に勤務する会員対象の研修会である。養成施設等教員長期講習会に加え、表 7-15 のとおり開催してきた。作業療法士を養成する教員の教育技術・技能の向上を目的に実施している。

研修会のあり方については、今後、様々な教育手法やメディア（e-learning, Video On Demand：VOD など）の必要性や活用を検討していく。

7-3 学位取得等

調査部による会員統計によると、4年制大学作業療法士養成課程卒業生（学士）は、2005年度からの累計で6,213人となっており、2009年度は2005年度の2倍となっている（表 7-16）。また2004年以降の教育部、養成教育部の「作業療法教育関係調査報告」から、大学院（修士課程および博士課程）の在籍数は表 7-17 のとおり推移している。2004年度は246人、2009年では約1.5倍の392人が在籍していた。

表 7-15 養成教育部主催研修会の推移

| 開催回数 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|----|
| 作業療法士養成施設教員等研修会 | -- | -- | 3 | 2 | 2 | 7 |
| 養成施設等教員長期講習会 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 10 |
| 合計 | 2 | 2 | 5 | 4 | 4 | 13 |

| 参加者数 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 合計 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 作業療法士養成施設教員等研修会 | -- | -- | 44 | 8 | 70 | 122 |
| 養成施設等教員長期講習会 | 65 | 60 | 47 | 30 | 42 | 119 |
| 合計 | 65 | 60 | 91 | 38 | 112 | 241 |

表 7-17 大学院に在籍する院生数
(教育部・養成教育部 教育関係調査報告より抜粋)

| | 2004年 (N = 26) | 2005年 (N = 22) | 2006年 (N = 28) | 2007年 | 2008年 (N = 34) | 2009年 (N = 38) |
|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------|-------------------|-------------------|
| 修士 (博士課程前期) | 165 | 144 | 162 | -- | 237 | 256 |
| 博士 (博士課程後期) | 81 | 71 | 92 | -- | 89 | 136 |
| 合計 | 246 | 215 | 254 | -- | 326 | 392 |

表 7-16 出身大学別会員数の推移（調査部による会員統計より抜粋）

| 養成校名 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 人数 | 人数 | 人数 | 人数 | 人数 |
| 国際医療福祉大学保健学部 | 603 | 680 | 758 | 824 | 902 |
| 茨城県立医療大学 | 268 | 310 | 345 | 370 | 399 |
| 吉備国際大学保健学部 | 266 | 303 | 338 | 363 | 380 |
| 東北文化学園大学 | 155 | 200 | 256 | 301 | 348 |
| 川崎医療福祉大学医療技術学部 | 221 | 253 | 287 | 315 | 345 |
| 広島大学医学部保健学科 | 265 | 291 | 306 | 319 | 339 |
| 北里大学医療衛生学部 | 244 | 277 | 297 | 319 | 331 |
| 九州保健福祉大学 | 105 | 143 | 182 | 223 | 258 |
| 新潟医療福祉大学 | 39 | 81 | 126 | 172 | 216 |
| 道立札幌医科大学保健医療学部 | 145 | 160 | 176 | 188 | 199 |
| 帝京平成大学健康メディカル部 | | 49 | 99 | 153 | 198 |
| 東京都立保健科学大学 | 121 | 146 | 167 | 194 | 195 |
| 健康科学大学 | | | 45 | 107 | 178 |
| 金沢大学医学部保健学科 | 104 | 121 | 136 | 149 | 166 |
| 群馬大学医学部保健学科 | 81 | 94 | 111 | 122 | 145 |
| 神戸大学医学部保健学科 | 93 | 111 | 121 | 133 | 142 |
| 星城大学リハビリテーション学部 | | 33 | 70 | 98 | 137 |
| 広島県立保健福祉大学 | 49 | 74 | 101 | 117 | 123 |
| 名古屋大学医学部保健学科 | 70 | 88 | 101 | 114 | 123 |
| 埼玉県立大学保健医療福祉学部 | 56 | 77 | 94 | 106 | 120 |
| 鹿児島大学医学部保健学科 | 45 | 63 | 79 | 86 | 105 |
| 山形県立保健医療大学 | 26 | 46 | 60 | 76 | 90 |
| 昭和大学保健医療学部 | | 22 | 45 | 64 | 85 |
| 弘前大学医学部保健学科 | 16 | 27 | 44 | 62 | 73 |
| 藤田保健衛生大学 | | | | 31 | 62 |
| 長崎大学医学部保健学科 | | 11 | 28 | 47 | 61 |
| 藍野大学 | | | | 15 | 60 |
| 神奈川県立保健福祉大学 | | | 15 | 35 | 56 |
| 聖隷クリストファー大学 | | | | 20 | 47 |
| 秋田大学医学部保健学科 | | | 15 | 31 | 44 |
| 大阪府立看護大学 | | | 13 | 33 | 39 |
| 信州大学医学部保健学科 | | | 13 | 26 | 36 |
| 国際医療福祉大学福岡リハビリテーション学部 | | | | | 32 |
| 目白大学保健医療学部 | | | | | 29 |
| 神戸学院大学総合リハビリテーション学部 | | | | | 27 |
| 首都大学東京健康福祉学部 | | | | | 26 |
| 県立広島大学 | | | | | 19 |
| 四條畷学園大学 | | | | | 18 |
| 京都大学医学部保健学科 | | | | 10 | 17 |
| 北海道大学医学部保健学科 | | | | 5 | 15 |
| 帝京大学福岡医療技術学部 | | | | | 15 |
| 大阪府立大学総合リハビリテーション学部 | | | | | 13 |
| 合計 | 2,972 | 3,660 | 4,428 | 5,228 | 6,213 |

8 学術研究活動

日本作業療法士協会では、倫理綱領のなかに「学術的研鑽及び人格の陶冶をめざして相互に律しあう」ことを掲げており、職能団体として不特定多数の人々に対する質の高い作業療法サービスを提供すべく、会員による学術研究活動を推進している。本章では、2006年から2010年にかけて協会が進めてきた学会、機関誌、及び事例報告登録制度、課題研究助成制度の動向を示す。

8-1 日本作業療法学会

日本作業療法学会は、協会理事会の推薦を受けた会員が定期総会において承認を受けて学会長となり、運営を行っている。協会の重要な学術事業である。

過去5年間の開催地、発表演題数、参加者数は表8-1のとおりであり、会員総数の2.2%～2.8%が研究発表し、京都学会の19%を除き10%前後が参加している。

8-2 学会発表に見る研究活動

2006年から2010年にかけて開催された第40～44回日本作業療法学会のテーマ、学会長（大会長）、開催地を表8-1に示した。

作業療法学会で発表される演題分類は、2006年の京都学会から、「身体障害、精神障害、発達障害、老年期障害、就労・地域など障害領域や援助目的等に応じた分類」と「国際的な健康／障害の分類概念としての生活機能分

類（ICF）」を統合した19の区分が設けられている。この区分による5年間の各学会の演題数を表8-2に示した。

作業療法の国際学会については、この5年間に第14回世界作業療法士連盟学会 WFOT Congress（2006年、シドニー）と第15回 WFOT Congress（2010年、チリ）および第4回アジア太平洋作業療法学会（2007年、香港）が開催された。日本の会員による演題も増えており、2014年 WFOT 世界大会（横浜）の開催を控え、今後も国際交流が活発になっていくと思われる。

8-3 機関誌「作業療法」に見る研究活動

2006年（第25巻）から2010年（第29巻）の5年間に機関誌「作業療法」に掲載された論文をもとに学術研究活動の動向を概観する。

表8-3に「時流」として取り上げられたテーマを示した。5年間に30のテーマが取り上げられているが、これらに含まれるキーワードとしては、「診療報酬」「介護報酬」「障害者自立支援法」「医療観察法」「特別支援教育」「事例登録制度」「作業療法教育」「生涯教育」「国際化」等をあげることができる。これらはいずれも作業療法を取り巻く社会的状況の変化に対応したものであり、時宜を得た重要な内容である。

次に、機関誌「作業療法」に投稿および掲載された論文数を表8-4に示した。投稿論文数は増加傾向にあり、2009年には初めて100編にとどき、5年間に投稿された論文の総数は404編となった。掲載された論文数も同様

表 8-1 作業療法学会のテーマ

| 学会テーマ | | | 大会長 | 開催地 | 発表演題数 | 参加者数 (内、会員) |
|-------|------|--|------|-----|-------|----------------|
| 2006年 | 第40回 | ひとと作業活動～コミュニケーションとしての作業・身体 | 山根 寛 | 京都 | 718 | 5345(5,010) |
| 2007年 | 第41回 | ともに感じ、支え、生きる | 岩瀬義昭 | 鹿児島 | 687 | 2920(2,681) |
| 2008年 | 第42回 | 生活文化の創造と伝承 | 長尾哲男 | 長崎 | 825 | 3626(3,411) |
| 2009年 | 第43回 | 社会の変化と作業療法士の役割再考～すること、できることからの創造 | 太田睦美 | 郡山 | 789 | 3851(3,557) |
| 2010年 | 第44回 | 輝きをもって生きることの再考～作業療法士の専門性の再確認と新たな可能性の創造 | 佐藤善久 | 仙台 | 877 | 4107(3,643) |

表 8-2 作業療法学会一般演題の推移

| | 演題区分 | 第 40 回 京都 | 第 41 回 鹿児島 | 第 42 回 長崎 | 第 43 回 福島 | 第 44 回 宮城 |
|----|---------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 | 疾病（診断、障害、症状、属性、治療法を含む） | 49 | 55 | 64 | 83 | 95 |
| 2 | 筋骨・末梢神経の障害（スプリント、義肢を含む） | 30 | 44 | 58 | 43 | 42 |
| 3 | 感覚-運動・中枢神経の障害 | 47 | 58 | 80 | 57 | 81 |
| 4 | 認知機能（高次脳機能障害を含む） | 59 | 63 | 67 | 71 | 91 |
| 5 | 知的機能（知能、痴呆を含む） | 31 | 23 | 21 | 25 | 19 |
| 6 | 発達（発達障害を含む） | 47 | 41 | 47 | 36 | 48 |
| 7 | 精神障害（精神関連疾患を含む） | 49 | 44 | 60 | 55 | 64 |
| 8 | 心理（ストレス、障害受容、性格、興味を含む） | 17 | 23 | 21 | 31 | 29 |
| 9 | 対人関係（コミュニケーション、対人スキル） | 9 | 13 | 5 | 13 | 6 |
| 10 | セルフケア（ADL、IADL、家屋改造を含む） | 57 | 60 | 69 | 61 | 79 |
| 11 | 仕事 | 13 | 9 | 18 | 23 | 23 |
| 12 | 余暇活動 | 23 | 8 | 17 | 10 | 18 |
| 13 | 作業全般（作業遂行技能、自立生活、地域生活を含む） | 75 | 61 | 64 | 78 | 65 |
| 14 | 治療的作業（作業特性、作業分析、集団を含む） | 49 | 27 | 41 | 37 | 32 |
| 15 | 援助機器（自助具、福祉用具を含む） | 31 | 31 | 30 | 33 | 38 |
| 16 | サービス・環境（社会、制度、他領域を含む） | 35 | 49 | 45 | 44 | 42 |
| 17 | 専門職関連（理論、倫理、管理、協会、研究を含む） | 26 | 14 | 35 | 25 | 35 |
| 18 | 教育（養成カリキュラム、生涯教育を含む） | 35 | 39 | 64 | 34 | 39 |
| 0 | その他 | 19 | 18 | 19 | 30 | 27 |
| | （テーマ演題） | 17 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| | （英語発表） | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | 計 | 718 | 687 | 825 | 789 | 877 |

表 8-3 機関誌「作業療法」の「時流」のテーマ

| | |
|--------------------|--|
| 第 25 卷 (2006 年) | 1. 介護予防システムへの転換と作業療法 |
| | 2. 事例報告登録制度における個人情報保護 |
| | 3. 作業療法と倫理 |
| | 4. 平成 18 年度診療報酬改定と作業療法-リハビリテーション- |
| | 5. 平成 18 年度診療報酬改定と作業療法-精神科専門療法- |
| | 6. 障害者自立支援法と作業療法 |
| | 7. 世界の作業療法との結びつき -世界作業療法士連盟第 27 回代表者会議報告- |
| 第 26 卷 (2007 年) | 1. 作業療法教育をどうするか |
| | 2. 平成 18 年度診療報酬改定の影響と今後の対応 -リハビリテーションに関連する調査報告より- |
| | 3. 平成 18 年度診療報酬改定の影響と今後の対応-精神科作業療法に関連する調査報告より- |
| | 4. 医療観察法制度と作業療法 |
| | 5. 障害者自立支援法施行後 1 年経過時点での作業療法への影響と今後 |
| | 6. 介護報酬の変遷と通所リハビリテーションの 3 年間の変化 |
| 第 27 卷 (2008 年) | 1. 特別支援教育と作業療法 |
| | 2. 作業療法士による就労支援と職域拡大-今、身近にできることから- |
| | 3. 改定生涯教育制度について |
| | 4. 認知症に対する作業療法 |
| | 5. 作業療法の機能評価 -「臨床作業療法部門自己評価表」改訂の取り組み- |
| | 6. 作業療法 5 年戦略 |
| 第 28 卷 (2009 年) | 1. WFOT 学会招致活動と第 28 回 WFOT 代表者会議 |
| | 2. 急告：精神保健医療福祉改革ビジョンの今後 -「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の経緯報告- |
| | 3. 障害者自立支援法の見直しに向けての取り組み |
| | 4. 司法領域の動きと作業療法-触法障害者への作業療法- |
| | 5. 障害保健福祉分野での作業療法士活躍への願い |
| | 6. 日韓作業療法士協会の交流-未来に向けて- |
| | 7. 機関誌「作業療法」への投稿論文の傾向と査読方針 |
| 第 29 卷 (2010 年) | 1. 『作業療法士教育の最低基準（改訂第 2 版）』 |
| | 2. 社団法人日本作業療法士協会の広報活動-会員一人一人が広報マン- |
| | 2. 事例報告登録制度の成果と課題 |
| | 3. 平成 22 年度診療報酬改定と社団法人日本作業療法士協会の取り組み 4. 第 29 回世界作業療法士連盟代表者会議の報告 |

表 8-4 機関誌「作業療法」投稿および掲載論文数

| 年 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 計 | |
|--------|------|------|------|------|------|-----|-----|
| 投稿論文数 | 62 | 74 | 80 | 100 | 88 | 404 | |
| 掲載論文数 | 29 | 33 | 43 | 42 | 60 | 207 | |
| 掲載論文種別 | 論考 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| | 総説 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| | 研究論文 | 19 | 25 | 33 | 38 | 43 | 158 |
| | 実践報告 | 6 | 7 | 8 | 3 | 14 | 38 |
| | 短報 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 |

に増加傾向にあり、2006年は29編であったが、2010年は約2倍の60編に達している。論文種目別では、「研究論文」が最も多く、続いて「実践報告」、「短報」「論考」「総説」の順であった。

編集委員会では、この5年間に機関誌「作業療法」に投稿される論文の質と数を確保するために様々な取組を行った。まず掲載記事としては、2006年10月には「過去10年間に掲載された論文の概観と機関誌「作業療法」への投稿のすすめ」を編集長からのメッセージとして載せ、2007年6月には「過去10年間に掲載された論文の分析と投稿のすすめ」と題して特集を組んだ。さらに2008年2月に「機関誌「作業療法」への投稿状況と投稿者の倫理」を編集長からのメッセージとして、2009年10月に「機関誌「作業療法」への投稿論文の傾向と査読指針」を時流として掲載した。また並行して、2008年4月には「論文投稿に関する倫理指針」と「論文査読に関する倫理指針」を定め、さらに同年10月にこれまでの投稿規定、執筆要領に加え投稿承諾書を巻末に載せ、投稿時に提出してもらう方式を採用した。これら一連の取組は、投稿論文数および掲載論文数の増加に繋がったものと思われる。

上記のことから作業療法士の学術研究活動は総じて活発になりつつあり、今後もこの傾向が維持される必要がある。

8-4 事例報告登録制度

日本作業療法士協会では、2005年9月より事例報告登録制度を開始した。本制度は、会

員より作業療法の事例報告を求めるものであり、①事例報告の作成によって会員の作業療法実践の質的向上を図り、②事例報告の分析によって作業療法成果の根拠資料を作成し、③事例報告の提示によって実践に基づく作業療法成果を内外に示していくことを主要目的としている。集積される事例報告は協会が管理し、目的に応じた研究・教育・広報活動等に利用されるため、個人情報保護と倫理指針を遵守した運用が図られている。

表8-5には、制度開始から2011年3月までに審査を終え、データベースに登録された領域別の事例報告数を示した。事例報告登録制度における事例報告は生涯教育制度における認定作業療法士取得要件にもなっており、制度発足以来登録数は増加してきている(表8-6)。2010年3月まで登録された事例報告は事例報告集vol.1～4として編纂・発行されている。それぞれの巻頭に登録事例の分析が掲載されているので、詳細については参照いただきたい。また、集積された事例から作業療法成果の根拠資料を作成する分析作業も学術部において取り組まれている。

事例報告登録制度では、会員がID(会員番

表 8-5 事例報告登録件数

(2011年3月31日現在)

| 障害領域 | 身体 | 精神 | 発達 | 老年期 | 計 |
|------|-----|----|----|-----|-----|
| 急性期 | 133 | 8 | 5 | 3 | 149 |
| 回復期 | 126 | 22 | 19 | 20 | 187 |
| 維持期 | 88 | 37 | 21 | 86 | 232 |
| 予防期 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 終末期 | 10 | 0 | 0 | 3 | 13 |
| 計 | 357 | 67 | 45 | 114 | 583 |

表 8-6 事例報告登録数の推移

| 障害領域 | 身体障害 | 精神障害 | 発達障害 | 老年期障害 | 合計 |
|-----------------|------|------|------|-------|-----|
| 2005～'06(7ヵ月) | 16 | 7 | 3 | 12 | 38 |
| 2006～'07 | 23 | 5 | 2 | 5 | 35 |
| 2007～'08 | 47 | 7 | 7 | 13 | 74 |
| 2008～'09 | 98 | 18 | 8 | 29 | 153 |
| 2009～'10(3月末現在) | 75 | 15 | 10 | 28 | 128 |
| 計 | 259 | 52 | 30 | 87 | 428 |

* 吉川, 小林, 石川, 小林: 事例報告登録制度の成果と課題。作業療法 29: 404-409, 2010。

号)とパスワードを使ってデータベースにアクセスし、研究・教育・臨床活動の参考など、閲覧目的を申告したうえで任意に事例報告の検索と閲覧ができる。表8-7は2011年6月までに会員が事例報告を閲覧した回数を示している。事例報告登録制度の定着とともに多数の会員がアクセスしており、関心の高さが伺える。

8-5 課題研究助成制度

表8-7 事例報告の目的別閲覧件数

(2011年6月30日現在)

| | 臨床活動の参考 | 教育目的 | 研究目的 | その他 | 合計 |
|----|---------|------|------|-----|--------|
| 件数 | 10,303 | 294 | 120 | 58 | 10,775 |

協会では、作業療法の成果根拠を作成していくことを目的に、2006年度より作業療法効果を実証する研究に対して研究費を助成する「課題研究助成制度」を創設した。研究種目には保健・医療・福祉情勢を踏まえて協会が研究テーマを指定する研究Ⅰと、会員が独自のアイデアで作業療法成果を示す研究Ⅱがあり、2006年度から2010年度までに表8-8に示す17の研究課題に助成が行われた。本制度の助成を受けた研究結果は、研究論文として機関誌作業療法をはじめとする査読のある学術誌に投稿・掲載される。このように蓄積される研究成果は、わが国における作業療法の学術的基盤を強化し、実践技術の資質向上を促進することによって広く国民の健康増進に寄与するものであることが期待される。

表8-8 課題研究助成制度助成課題(2006～2010年度)

| 研究代表者 | 種目 | 研究課題名 | 年度 | 助成金額(円) |
|-------|----|--|------|-----------|
| 高島 千敬 | I | 呼吸器疾患に対する作業療法の有効性に関する研究 | 2006 | 1,000,000 |
| 田中 悟郎 | I | 精神障害者に対する作業療法の効果に関する研究 －実態調査ならびに普及促進に向けて－ | 2006 | 500,000 |
| 鈴木 久義 | I | 認知症に対する作業療法的介入のエビデンス検証に関する研究 | 2006 | 500,000 |
| 中村 裕美 | II | 介護予防における作業療法の効果－現状調査と初期評価ツールの作成－ | 2007 | 800,000 |
| 坪井 章雄 | II | 在宅介護者の介護負担感軽減のための介入方法の開発 | 2007 | 1,000,000 |
| 大嶋 伸雄 | I | 介護予防における作業療法の効果－活動パスを用いた作業療法・活動システム－ | 2007 | 1,500,000 |
| 鈴木 由美 | II | 健常者の食事動作時における臨界視点の解析 | 2008 | 800,000 |
| 鈴木 誠 | I | 認知症者の筋力発揮特性：運動負荷を定量化した筋力トレーニングによる認知症者の生活自立度改善効果の検証 | 2008 | 1,600,000 |
| 横井賀津志 | I | 高齢者の転倒予防に対する棒体操の効果 | 2008 | 1,600,000 |
| 中村 裕美 | I | 介護予防における予防的作業療法の効果 －一般高齢者用プログラム開発と効果判定票作成－ | 2008 | 900,000 |
| 玉垣 努 | II | 操作行動における動的触知覚能力の検証 －神経障害における機能レベル評価と知覚学習による改善の検討－ | 2009 | 600,000 |
| 川又 寛徳 | I | 健康増進・障害予防プログラムの効果に関する研究 | 2010 | 1,250,000 |
| 宮口 英樹 | I | イメージを活用した新たなパーキンソン病体操の開発 －日常生活活動における効果検証を中心に－ | 2010 | 1,400,000 |
| 藪脇 健司 | I | 宅高齢者の作業療法における環境支援の効果 －包括的環境要因調査票を用いた根拠ある実践－ | 2010 | 1,000,000 |
| 桐本 光 | II | 脳卒中患者の運動機能回復に適した運動イメージ・パラダイム －経頭蓋直流電流陰極刺激による脳仮想病変作成法研究－ | 2010 | 700,000 |
| 酒井 浩 | II | DLPFCを効果的に賦活させる訓練方法の検討 | 2010 | 700,000 |
| 高橋香代子 | II | パーキンソン病患者のADL・QOLに対する作業療法 －呼吸筋機能に着目した治療戦略の検討－ | 2010 | 700,000 |

9 国際交流

本章では協会及び会員が関係する世界作業療法士連盟(WFOT: World Federation of Occupational Therapists)の活動と国際交流活動に関し記述する。

9-1 世界作業療法士連盟(WFOT)

世界作業療法士連盟(以下WFOTとする)は、1925年に作業療法の啓発と発展、質の維持と向上を目的にアメリカ・イギリス・イスラエル・インド・オーストラリア・カナダ・スウェーデン・デンマーク・ニュージーランド・南アフリカの10カ国が発起国として発足した。2010年現在、加盟国は69カ国(正加盟国56カ国・準加盟国13カ国)に増加している。

9-1-1 WFOTの概略と活動

WFOTは作業療法の技(art)と科学(science)を国際的に推進し、作業療法の発展と実践を援助するとともに、各国の作業療法とその社会に貢献することを目的とした団体である。

この5年間にWFOTが発行した声明文書(Position Statement)には、Client-Centredness in Occupational Therapy (2010)、Consumer Interface with Occupational Therapy (2010)、Diversity and Culture (2010)、Inclusive Occupational Therapy Education (2008)、Academic Credentials for OT Educators (2008)、Human Rights (2006)等があり「作業療法の対象は障害の有無に関わらず、ひとの健康である」といったWFOTの志向性が見えてくる。これら全ての文章はWFOTウェブサイトのDocument Centreから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。

WFOTは今までの国においても法的な登録をもたない任意団体であった。国際貢献を目指す専門職団体として財務管理(口座開設・第3国への活動資金の送金)やリスクマネジメン

トの面から法人登録は大きな懸案事項であった。2008年、WHOとの協力50周年を記念しスイス国内法(市民法)に基づく法人登記の手続きが取られ、2009年スイス国での法人登録が完了している¹⁾。

WFOTの予算は相変わらず厳しい状況が続いている。収入のほとんどは執行部の活動費・事務局運営やWFOT BULLETINの出版費に充てられ、災害支援や途上国における養成校設立プロジェクトに対する費用は相変わらず寄付金に頼るところが大きい。わが国のWFOT個人会員は北欧・欧米諸国に比べ対協会会員数比率としては極端に少ない(2011年1月現在、個人会員837人)。個人会員になることは実際にはWFOTの活動を支える個人スポンサーになることである点もここに強調しておきたい。

9-1-2 WFOT白書(Human Resource Project 2010 <http://www.wfot.org>²⁾)の中の日本

日本が1972年に正式加盟し40年近くが経過する中、日本の作業療法士数はアメリカに次いで第2位、WFOTが認定する養成校数は世界第1位となった(表9-1)。しかし、人口10,000人に対する作業療法士数は4人であり、1位のデンマーク(11人)、2位のスウェーデン(10人)に比べると第11位と後退している。世界的に見た作業療法士の需要と供給では、精神障害領域に関し39%の加盟国が不足と捉えており、身体障害領域に関し41%の加盟国が不足していると捉えているが、日本においては両領域とも充足傾向にある。

9-1-3 WFOTとの関係及び2014 WFOT世界大会開催までの経緯

WFOTと協会との関係の経緯を、大きく3つのステージに分けて整理した。

第1ステージは、協会発足(1966年9月)からWFOT加盟が実現する1972年8月まで

表 9-1 WFOT 加盟国の作業療法の概況

| 加盟国 | 作業療法士数 | 人口1万人比 | WFOT 認定養成プログラム数 | 自国の協会会員数 | 自国の協会組織率% | 国による資格制度の有無 △:地域(州)により資格が必要 | OTアシスタントの資格制度あり | 身体障害領域での作業療法士数の不足 | 精神障害領域での作業療法士数の不足 |
|-------------------|--------|--------|-----------------|----------|-----------|--------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Argentina | 5,028 | 1 | 4 | 180 | 4 | ○△ | | | |
| Australia | 15,000 | 7 | 30 | 4,766 | 32 | △ | | | |
| Austria | 1,319 | 2 | 8 | 1,319 | 100 | △ | | | |
| Bangladesh | 58 | 0.004 | 1 | 58 | 83 | × | | ○ | ○ |
| Barbados | 12 | 0.4 | 0 | 10 | 12 | ○ | ○ | | |
| Belgium | 6,000 | 6 | 15 | 696 | 52 | ○ | | | |
| Bermuda | 23 | 3 | 0 | 12 | - | ○ | | | |
| Brazil | 15,140 | 0.8 | 6 | 350 | 2 | ○△ | | | |
| Canada | 12,649 | 4 | 14 | 6,000 | 47 | △ | | ○ | ○ |
| Chile | 2,000 | 1 | 1 | 250 | 13 | × | | ○ | ○ |
| Colombia | 1,479 | 0.3 | 5 | 45 | 3 | ○ | | | ○ |
| Cyprus | 76 | 1 | 0 | 69 | 91 | ○ | | | |
| Czech Republic | 735 | 0.7 | 1 | 178 | 24 | ○ | | | |
| Denmark | 6,100 | 11 | 7 | 6,100 | 94 | ○ | | | |
| Finland | 2,050 | 4 | 8 | 1,954 | 95 | ○ | | | |
| France | 7,000 | 1 | 7 | 950 | 14 | ○ | | ○ | |
| Georgia | 10 | 0.02 | 0 | 10 | 100 | × | | ○ | ○ |
| Germany | 35,000 | 4 | 120 | 10,473 | 30 | ○ | | ○ | ○ |
| Greece | 1,150 | 1 | 1 | 180 | 16 | ○ | | | |
| Hong Kong | 1,354 | 2 | 1 | 1,354 | - | ○ | | | ○ |
| Iceland | 230 | 7 | 1 | 205 | 89 | ○ | | | ○ |
| India | 2,000 | 0.02 | 25 | 1,500 | 75 | △ | | | ○ |
| Indonesia | 820 | 0.04 | 1 | 346 | 39 | ○ | | ○ | |
| Iran | 2,200 | 0.3 | 3 | 600 | 27 | ○△ | | ○ | ○ |
| Ireland | 800 | 2 | 4 | 580 | 73 | × | | | |
| Israel | 3,500 | 5 | 4 | 850 | 24 | ○ | | ○ | ○ |
| Italy | 1,000 | 0.2 | 1 | 397 | 40 | × | | | |
| Jamaica | 12 | 0.04 | 0 | 12 | 100 | ○ | | ○ | |
| Japan | 53,080 | 4 | 143 | 39,612 | 75 | ○ | | | |
| Jordan | 325 | 0.5 | 3 | 325 | 62 | ○ | ○ | | |
| Kenya | 700 | 0.2 | 1 | 700 | 100 | ○△ | | | |
| Republic of Korea | 3,400 | 0.7 | 6 | 1,500 | 44 | ○ | | | |
| Kuwait | 32 | 0.1 | 0 | 32 | - | - | | | |
| Latvia | 98 | 0.4 | 1 | 98 | 100 | ○ | ○ | | |
| Macao | 42 | 0.8 | 0 | 37 | 88 | △ | | ○ | ○ |
| Malta | 91 | 2 | 1 | 48 | 53 | ○ | | ○ | ○ |
| Mauritius | 17 | 0.1 | 1 | 17 | 100 | × | ○ | ○ | ○ |
| Namibia | 33 | 0.2 | 0 | 23 | 70 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Netherlands | 3,300 | 2 | 4 | 1,745 | 53 | × | | | |
| New Zealand | 2,050 | 5 | 2 | 909 | 43 | ○ | | ○ | ○ |
| Norway | 2,868 | 6 | 5 | 2,576 | 90 | ○ | | | |
| Pakistan | 53 | 0.003 | 2 | 13 | 25 | × | | ○ | |
| Panama | 256 | 0.7 | 2 | 67 | 26 | ○ | | | |
| Palestine | 75 | 0.2 | 0 | 70 | 93 | ○△ | ○ | ○ | ○ |
| Peru | 250 | 0.1 | 0 | 100 | 40 | ○ | | | |
| Philippines | 2,511 | 0.3 | 5 | 89 | 4 | ○ | ○ | | |
| Portugal | 1,380 | 1 | 1 | 180 | 14 | ○ | | ○ | ○ |
| Russia | 35 | 0.002 | 1 | 35 | 100 | × | | ○ | ○ |
| Singapore | 450 | 0.9 | 1 | 300 | 67 | × | | ○ | ○ |
| Slovenia | 450 | 2 | 1 | 300 | 67 | ○ | | | |
| South Africa | 3,166 | 0.6 | 8 | 1,500 | 47 | ○ | ○ | ○ | |
| Spain | 4,100 | 0.9 | 2 | 540 | 13 | △ | | | |
| Sri Lanka | 76 | 0.04 | 1 | 50 | 66 | ○ | | ○ | ○ |
| Sweden | 9,490 | 10 | 8 | 8,559 | 90 | ○ | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------|--------|-----|--------|-----|----|---|---|---|
| Switzerland | 2,700 | 4 | 3 | 2,000 | 74 | △ | | | |
| Taiwan | 2,488 | 1 | 5 | 1,960 | 79 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Tanzania | 65 | 0.01 | 1 | 57 | 88 | ○ | ○ | | ○ |
| Thailand | 450 | 0.1 | 1 | 400 | 89 | ○ | ○ | | ○ |
| Trinidad & Tobago | 9 | 0.1 | 0 | 7 | 78 | ○△ | | | |
| Turkey | 3 | 0.0004 | 0 | 3 | 100 | × | ○ | ○ | |
| Uganda | 109 | 0.03 | 1 | 90 | 83 | ○ | | | |
| United Kingdom | 30,122 | 5 | 61 | 22,793 | 76 | ○ | | | |
| United state of America | 105,750 | 3 | 142 | 22,702 | 21 | ○△ | ○ | | |
| Venezuela | 2,000 | 0.7 | 3 | 251 | 13 | ○ | | | |
| Zimbabwe | 79 | 0.1 | 1 | 79 | - | ○ | | | ○ |

* WFOT 白書 (Human Resource Project, 2010) 2) より 抜粋

の約6年間である。WFOTは1952年に第1回の代表者会議 (Council Meeting: CM) および世界大会を英国で開催したが、1966年の第7回CM・第4回WFOT大会 (英国) には、日本も参加している (おそらく、日本作業療法士協会設立発起人委員会のメンバーかと思われるが、詳細不明)。協会設立の2年後 (1968年) には理事会でWFOT加盟への方針が決定され、1970年の第9回CM (スイス) で準会員として、さらに2年後の1972年の第10回CMで正会員として加盟が承認された。以後、WFOTの教育基準の新設校審査は当協会に1972年に新設された「WFOT学校認可委員会」がおこなうこととなる。

第2ステージは、正会員加盟後から第24回CMを日本に招致した2000年5月までの、所謂「国際交流事始」の始動を含む約四半世紀強の期間である。1980年代初頭には、国際障害者年、当協会の法人化、米国OT協会のスタディツアーなどを契機として、東京都との共催による「日米リハビリテーション会議」(1981年5月26日:東京)を開催した。これは同時通訳を利用した作業療法に関するわが国における最初の国際的な学术交流であった。さらに第16回Rehabilitation International会議の分科会としての「国際作業療法会議」(1988年9月7日:東京)では、基調講演、研究発表、シンポジウムなど、アジア・アジア・欧米・日本の作業療法士たちによる活発な討論がもたれた。

さらに、1990年4月の第19回CM・第10回WFOT世界大会 (オーストラリア) は、日

本作業療法士協会が本格的にWFOTとのつながりを深める転換点となった。一つは1980年代半ばから急激に進んだ円高・ドル安傾向が海外学会参加の経済的負担を緩和したこと、欧米に比較してオーストラリアは地理的な利便性があったことなどから、日本からも30人近くが参加し、以後のWFOT大会への日本人参加者数漸増の契機となった。もう一つは、当協会のWFOT代表であった佐藤剛氏(故人)が、WFOTの副会長に選出され、日本の存在感を高める契機となったことである。さらに、1996年の第22回CM (ケニア) では、世界大会の招致をする前に、まずはCMの招致を実現するという、当時の協会執行部の戦略に基づき、第24回のCMの日本への招致を提案し承認された。

第3ステージは2000年5月に札幌でのCM開催以後、2014年の第16回世界大会誘致決定から現在までの流れである。通常、WFOTの諸会議の誘致は、CMは4年前、世界大会は6年前の代表者会議で決定される。2004年のCM (南アフリカ) で次々期 (2010年) の開催国がチリに決定したことを踏まえ、2014年の世界大会誘致に向けた特設委員会の設置が理事会で承認された (2006年11月18日)。同委員会は開催時期・会場・基本テーマ・予算案などの骨子を検討し、2008年の第28回CM (スロベニア) への準備に取り組んだ。

このCMでは3カ国 (オランダ・南アメリカ・日本) が世界大会の招致国として立候補し、投票により日本に決定した。当協会のプレゼンテーションが他の2カ国に比して、緻密か

つ現実的な計画案であったことが、世界大会開催の財務管理に神経質になっている会員諸国の賛同を得ることにつながったのではないかと思われる（24回・25回の世界大会は赤字決算でWFOTの財政面への負担増となった）。

2010年7月30日に正式な覚書文書（Memorandum of Understanding：MOU）の取り交わしと組織委員会である「WFOT 2014 Team Japan」の立ち上げも完了した。国際会議運営の委託業者も含めて、第1回 Team Japan 会議が開催され（図9-1）³⁾、各担当部署・委員会による実務面での準備や広報活動が進行中である。

WFOT 大会 2014 の開催は突然の思いつきで招致したものではない。WFOT 加盟以後、歴代の会長や執行部が目指した「国際水準」に“追いつけ・追い越せ”の段階から、日本の作業療法が国際協力・国際貢献に寄与するレベルへの発展をめざして、着実に歩んできた一里塚としての歴史的な大事業である。「第48回日本作業療法学会」との共催という形式もWFOT 世界大会では初の試みである。語学の壁を超えて、世界を身近に感じ、国内外

の作業療法士との知識・技術を学びあう場であり、会員は自ら行動する発信者になることが期待されている。

9-2 国内外の国際交流

協会は、国際的な感覚を持つ作業療法士の育成（人材育成）も重要な事業と捉え、国際交流に関する啓発活動や国際的な活動の支援に力を注いでいる。

海外の作業療法士との交流や、学術領域・臨床領域における意見交換の機会を提供し、国際的視野を有する日本の作業療法士を育成することを目的としたワークショップを開催し（2007～2010）、2008年の日本作業療法学会からは海外からシンポジストを招き国際シンポジウムを行うなど、協会の国際意識の活性化につながる活動を行ってきた。また、留学を考える協会員への情報提供や、「国際交流セミナー」も毎年開催している。

2008年、協会は韓国作業療法士協会と学术交流を主軸とした正式な提携を結んだ。今後はアジア太平洋地域の作業療法士との交流も発展させる方針である。



図9-1 第1回 WFOT2014 Team Japan 合同会議 201102：協会ニュース 第350号 2011年3月15日より再掲

前列中央左 WFOT 事務局長 Marilyn Pattison 氏，教育担当 Jennifer Pascoe 氏

9-2-1 日本青年海外協力隊

日本青年海外協力隊事業の誕生の背景には、戦後の荒廃からの復興と国際社会への復帰を目指す官民の地道な道のりがあった。1954年にコロンボプラン参加、1956年に国連加盟、1962年に『海外技術協力事業団』（OTCA: 国際協力事業団 JICA の前身）の発足を経て、1965年4月には海外技術協力事業団に『日本青年海外協力隊事務局』が設置され、初年度予算7,287万が計上された。

協力隊事業は相手国政府との合意にもとづいて実施される国家的計画ではあるが、事業実施の根拠となる法律改正のないまま、外務省経済協力局長通達「日本青年海外協力隊要綱」によって運営されていた。1974年の「国際協力事業団法」の制定により、協力隊活動は“開発途上地域の住民と一体となって当該地域の経済及び社会の発展に協力することを目的とする海外での青年の活動”として目的・性格が明文化された⁴⁾。

21世紀にはいると行政改革の流れのなかで、『独立行政法人国際協力機構法』（2002年12月制定）により、国際協力事業団はわが国の国策としての国際協力事業のすべてを統括する独立行政法人国際協力機構（JICA: Japan International Cooperation Agency）となり、協力隊活動はより広い“国民等の協力活動”として位置づけられた⁵⁾。このことは、作業療法士としての国際協力＝青年海外協力隊という狭い枠組みではなく、大学・民間病院など様々な事業・施設に所属する専門職あるいは一個人・国民として、多様な国際協力に参加する機会が増大したことを意味している。

作業療法士の派遣は、協力隊事業開始後10年目にマレーシアに初めて派遣され、2011年3月までの35年間に合計259名が計40カ国に派遣された（表9-2）。また、2010年3月までの障害者支援に関連する職種の派遣実績からは（図9-2）、養護隊員を筆頭に、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーの順となるが、前三者は「確保困難職種」（要請数を充足

表9-2 作業療法士派遣数と派遣国**

| 地区 | 国名 | 婦人 | *前/中 | 男 | 女 | 累計 |
|-----------|----------|----|------|-----|-----|----|
| アジア地区十一カ国 | マレーシア | 37 | 2 | 5 | 34 | 39 |
| | タイ | 12 | 5 | 4 | 13 | 17 |
| | パキスタン | 12 | 0 | 6 | 6 | 12 |
| | 中華人民共和国 | 6 | 4 | 3 | 7 | 10 |
| | ベトナム | 4 | 5 | 1 | 8 | 9 |
| | キルギス | 5 | 3 | 2 | 6 | 8 |
| | ネパール | 6 | 1 | 1 | 6 | 7 |
| | モンゴル | 2 | 3 | 1 | 4 | 5 |
| | フィリッピン | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | スリランカ | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 |
| | インドネシア | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 小計 | 89 | 24 | 25 | 88 | 113 | |
| 中東と東欧五カ国 | ヨルダン | 11 | 2 | 4 | 9 | 13 |
| | チュニジア | 7 | 1 | 1 | 7 | 8 |
| | エジプト | 4 | 1 | 1 | 4 | 5 |
| | シリア | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | ルーマニア | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | 小計 | 26 | 4 | 8 | 22 | 30 |
| アフリカ五カ国 | タンザニア | 11 | 0 | 1 | 10 | 11 |
| | マラウイ | 7 | 0 | 2 | 5 | 7 |
| | ガーナ | 5 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| | ザンビア | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | ニジェール | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | 小計 | 26 | 0 | 6 | 20 | 26 |
| 中南米十六カ国 | コスタリカ | 14 | 2 | 4 | 12 | 16 |
| | ドミニカ共和国 | 11 | 2 | 2 | 11 | 13 |
| | チリ | 12 | 1 | 4 | 9 | 13 |
| | ニカラグア | 4 | 3 | 2 | 5 | 7 |
| | パナマ | 2 | 4 | 2 | 4 | 6 |
| | エルサルバドル | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 |
| | ジャマイカ | 4 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| | ボリビア | 4 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| | ドミニカ共和国 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| | ホンデュラス | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| | エクアドル | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 |
| | メキシコ | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| | セントルシア | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 |
| | セントビンセント | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | コロンビア | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| パラグアイ | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | |
| 小計 | 66 | 18 | 21 | 63 | 84 | |
| オセアニア三カ国 | ソロモン | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| | サモア | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| | パラオ | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| | 小計 | 4 | 2 | 1 | 5 | 6 |
| 派遣国累計40カ国 | 211 | 48 | 61 | 198 | 259 | |

** 派遣開始1976・4～2011・3までの派遣実績

* 活動中および派遣前の研修受講生数の計

できない）とみなされることが多い⁶⁾。健康診断・語学試験などに通過できる実務経験豊富な応募者増大が、作業療法士・理学療法士による協力隊活動発展への当面の課題である。応募者が増大することが、障害者支援領域で

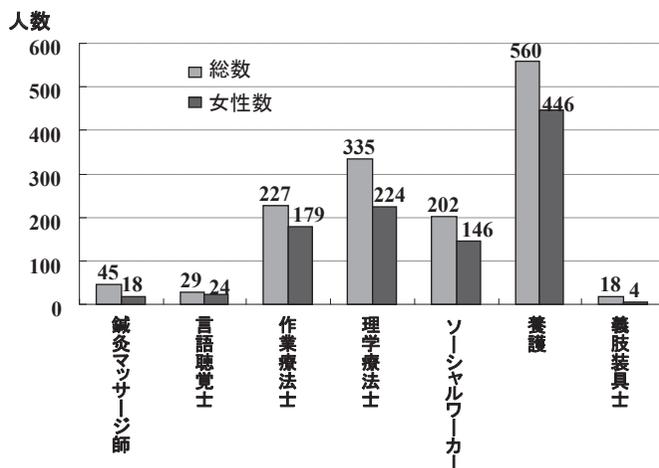


図 9-2 障害者支援関連 7 職種の派遣実績 (1976.4 - 2010.3: 富岡作成 2011)

各職種の派遣開始年と派遣開始国は、開始順に作業療法士 (1976.4: マレーシア)、理学療法士 (1979.10: コスタリカ)、養護 (1983.1: マレーシア)、ソーシャルワーカー (1987.2: ブラジル/日系青年)、義肢装具士・製作者 (1987.8: タイ)、鍼灸マッサージ師 (1883.4: インドネシア)、言語聴覚士 (1994.7: 中華人民共和国) となっている。養護は協力隊独自の分類職名で、特別支援教員免許を必要としない要請も含まれている。同様に、ソーシャルワーカーは免許資格より実務経験が重視される要請が多い。

の新たな要請開拓につながり、そのことが点から線へ、線から面への国際協力の推進力となる。

9-2-2 海外からの研修受け入れ

日本作業療法士協会は、1987年設立の公益財団法人国際医療技術財団 (JIMTEF: Japan International Medical Technology Foundation) の協力団体であり、「医療関連職種 21 団体協議会」の構成員として、研修生受け入れ事業に協力してきた。JIMTEF は JICA の委託事業として開発途上国の医療技術者の研修受け入れなどを主たる業務として実施しているが、発足当初から現在までの受け入れ海外研修生は、総数 1078 名 (99 カ国および地域) で、医師・看護職を除く 14 職種を対象として、個別研修と集団研修の 2 種類を実施している。地域的にはアジア (オセアニアを含む) が 6 割強を占めている⁷⁾。

リハビリテーション関連では、1992 年に開始され (個別研修)、2001 年から集団研修 (医

療技術スタッフ練成コース/定員 12 名/2 ヶ月間/放射線グループ・リハビリテーショングループ) が立ち上がった。実績数からみると (表 9-3)、最近 5 年間の理学療法士研修生の増加に比して作業療法の研修生受け入れ数は減少している。

現時点では、海外研修を受け入れ事業を協会として独自に実施する体制は、未だ整備されていない。開発途上国ほど自立生活支援としての作業療法ニーズが高いことを考えると、JIMTEF との実績も踏まえて、特にアジア地

表 9-3 JIMTEF による研修受け入れ実績

(JIMTEF 提供の資料により富岡作成 2011.08)

| 期間 (年度) | 理学療法士 | | 作業療法士 | |
|-------------|---------------|------|----------|------|
| | 個別研修 | 集団研修 | 個別研修 | 集団研修 |
| 1992 ~ 2000 | 14 | 0 | 5 | 0 |
| 2001 ~ 2005 | 2 | 19 | 6 | 8 |
| 2006 ~ 2010 | (2*) | 24 | 0 | 1 |
| 小計 | 16 | 43 | 11 | 9 |
| | 合計: 59 (61) 名 | | 合計: 20 名 | |

* 理学療法士協会との共催で実施した帰国研修生 (スリランカ) のフォローアップを含む

区におけるリハビリテーションの普及や人材育成に、当協会としてはどのように継続的に取り組んでいくのか、その方向性と具体的な戦略を立案することが当面の課題と思われる。

9-2-3 国内における就労・就学

協会は、海外から年間約 60 件前後の問い合わせを受けている。内容は学会や研究の周知を依頼するものが約 5 割、震災へのお見舞いを含む挨拶が約 3 割、団体としての関係構築希望が約 1 割、残りの 1 割が就労や臨床実習の希望問い合わせである。

このように、日本での就労に関する問い合わせそのものが少ない背景として、日本の臨床現場に入るためには日本語でのコミュニケーションは必須であり、言語の問題が大きく立ちはだかっていることが考えられる。また海外の免許を日本への免許に書き換える際にも、卒業した養成校が WFOT 認定校であること、一定以上の日本語の能力を有することを証明することが必要であり、外国人の就労を困難なものにしている。一方、海外の養成校を卒業後帰国し、日本免許へ書き換えた協会会員も増えてはいるがその実数は未確認である。今後詳細な調査が望まれるところである。

9-2-4 国外における研修・就労・就学

近年、協会に対する国外での研修・就労・就学の問い合わせは減少の傾向にある。インターネット環境の整備に伴い海外の情報を直接入手しやすくなったことや、国外での作業療法士としての経験や留学経験を持つ会員が徐々に増え、経験者から直接情報を入手しているものと考えられる。協会個人レベルでの情報収集が進み、研修・就労・就学の機会を得た協会員数が増加していると考えられる中、協会ではその希望者数と実数の把握が出来ていないのが現状である。協会として、国際的な活動の支援の内容・質・量の把握のためにも、ここにも今後詳細な調査が望まれるところである。

引用・参考文献・資料

- 1) 石橋英恵, 富岡詔子: 第 29 回世界作業療法士連盟代表者会議の報告. 作業療法 29: 561-567, 2010.
- 2) [http://www.wfot.org/office_files/WFOT % 20Human % 20Resources % 20Project%202010%20Alphabetical%281%29.pdf](http://www.wfot.org/office_files/WFOT%20Human%20Resources%20Project%202010%20Alphabetical%281%29.pdf) (access:2011/09/08)
- 3) 日本作業療法士協会: 事務局保管の各種会議録.
- 4) 国際協力事業団青年海外協力隊事務局編集発行: 青年海外協力隊 20 世紀の軌跡 1965 ~ 2000, p2-p11, 2001.
- 5) <http://www.jica.go.jp/volunteer/outline/history/> (access:2011/04/20)
- 6) 富岡詔子: 二次選考合格者(障害者支援関連 7 職種の派遣前訓練講義資料).
- 7) <http://www.jimtf.or.jp/b-koumoku1.htm> (access : 2011/08/10)

10 日本作業療法士協会と 都道府県作業療法士会

本章では2005年以降の(社)日本作業療法士協会と都道府県作業療法士会の活動について述べる。

10-1 日本作業療法士協会の活動

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

10-1-1 会員数の推移

会員数は、図10-1のように順調に伸びている。2010年度末日で有資格者数53,080名、会員数42,348名、組織率79.8%である。有資格者数の急速な増加については危惧する意見もあるが、社会の中で一定規模の会員数と組織率を維持することは協会にとっては大きな力となることは間違いのないところである。

10-1-2 協会財政

会務を支える協会財政であるが、この5年間の収入の変化を追ってみると図10-2のようになっている。正会員会費収入と入会金収入の占める割合は図10-3で示すようにほとんど変化はなく、正会員の増加とともに予算規模も5年前の約2倍となった。賛助会員数は表10-1のように若干の増減はあるものの、100弱の企業や団体、個人によって協会が支えられていることがわかる。

一方、支出の傾向をみてみると、この5年間では図10-4で示すように科目別の全体に占める割合に大きな変化はない。機関誌、ニュース、パンフレット、広報誌「Opera」やその他印刷物にかかる印刷製本費の割合が最も高

表 10-1 賛助会員数の推移

| 年度 | A会員 | B会員 | C会員 | 個人会員 | 合計 |
|-------|-----|-----|-----|------|-----|
| 2006年 | 8 | 19 | 63 | 9 | 99 |
| 2007年 | 7 | 21 | 64 | 8 | 100 |
| 2008年 | 7 | 19 | 59 | 5 | 90 |
| 2009年 | 7 | 18 | 58 | 8 | 91 |
| 2010年 | 8 | 18 | 58 | 6 | 90 |

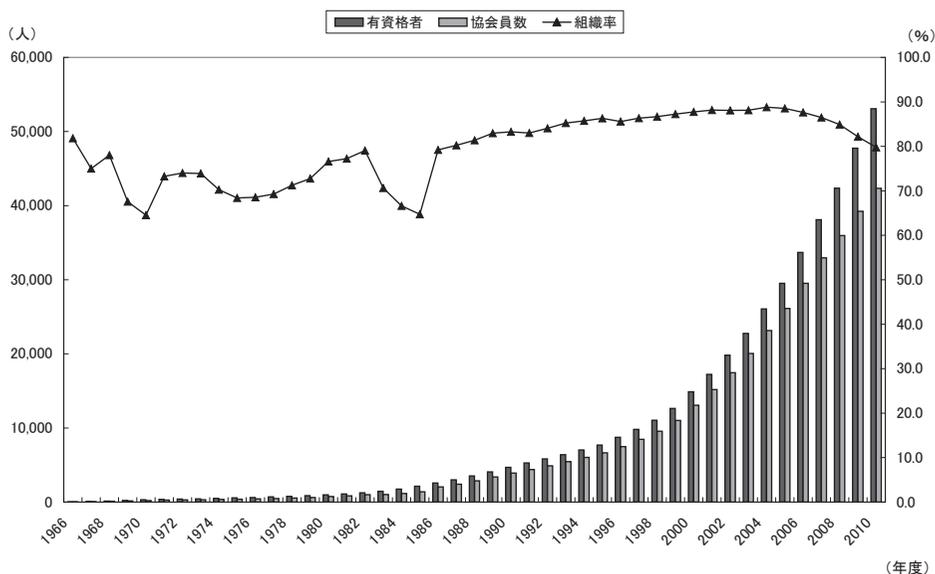


図 10-1 日本作業療法士協会会員数および組織率

く22～27%となっている。またこれら印刷物等を各会員に届けるための郵送費等を意味する通信運搬費が12～15%を占めている。理事や各部・委員会の部員、委員の活動を保証するための旅費交通費は12～18%となっている。変化がみられるものとしては、若干ではあるが委託費が増加の傾向にある。

学会演題のインターネット登録と査読のシステムや事例報告登録制度、またインターネットによる選挙のシステムなど、IT関連のシステムの開発とその構築が急を要する課題となり、それらを専門の機関に委託してきた。その結果、委託費は増加の傾向にあるがこの傾向はしばらく続くものと予想される。

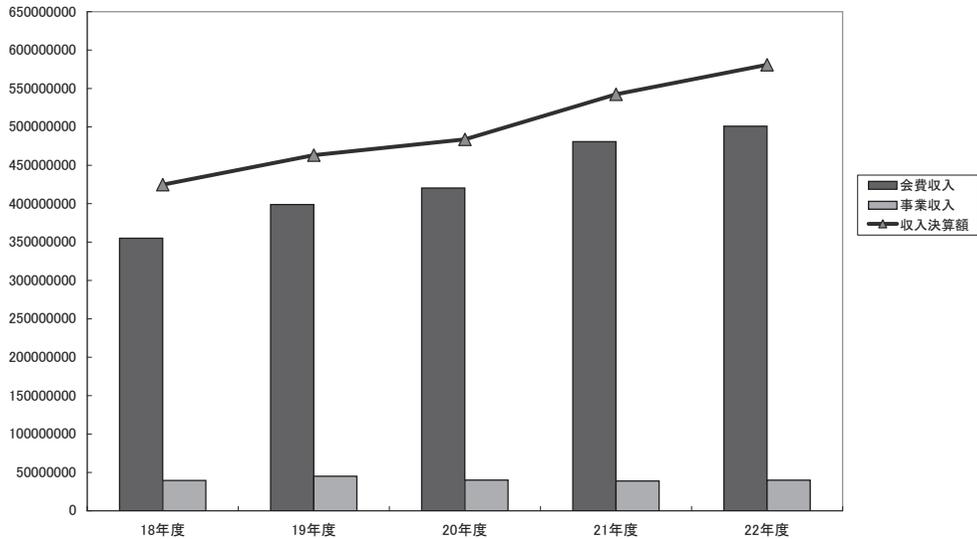


図 10-2 収入決算額の推移

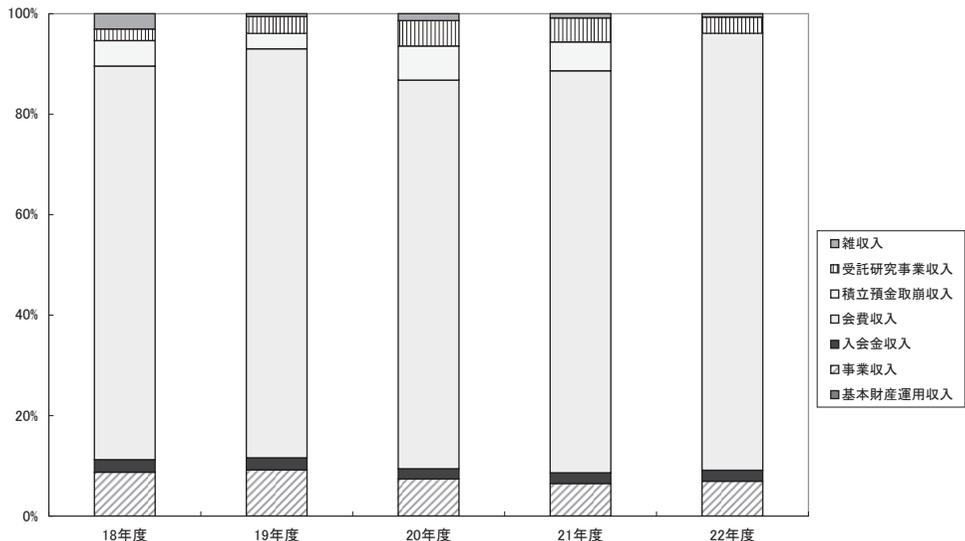


図 10-3 収入科目別比較

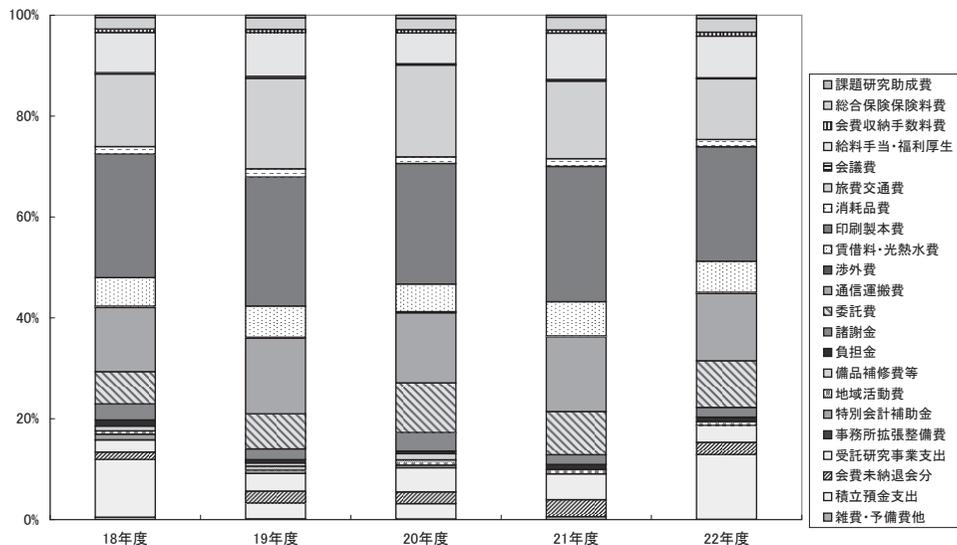


図 10-4 支出科目別比較

10-1-3 協会組織

協会は、民法第34条による公益を目的とし、厚生労働省の認可によって設立され、「作業療法士の学術技能の研鑽及び人格資質の陶冶に努め、作業療法の普及発展を図り、もって国民医療の向上に資する」という目的のもとに、団体としての組織・意思等を持ち、総会の決定に基づいて、社員（会員）の会費をもって運営される社団法人である。

協会は定款により、理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律第137号）第3条による作業療法士の免許を有する正会員、本会の目的に賛同し、これを援助する個人又は法人である賛助会員、本会の事業に顕著な功労のあった者等である名誉会員から構成されている。役員は、会長1名、副会長2名、常務理事8名、理事18名以上21名以内（会長、副会長及び常務理事を含む）、および監事3名である。また、顧問を置くことができ、現在は2名である。

協会の最高意思決定機関は総会であり、定期総会において事業報告及び収支決算の承認、事業計画及び収支予算の決定、その他本会の運営に関する重要事項の議決を行う。理事会

は、総会の議決した事項の執行に関すること、総会に付議すべき事項及び総会の議決を要しない会務の執行を行う。なお、総会において表決権を有する者は正会員のみである。

この5年間の協会の各部署体制は、前半は第三次長期活動計画に、2008年からは作業療法5ヵ年戦略に基づいて構築されてきた。学術領域では、事例報告登録制度・課題研究助成制度の推進と運用強化や作業療法関連用語解説集の発行がなされた。教育領域では、教育部が生涯教育部と養成教育部へと発展的に分離された。前者は、生涯教育制度の中に導入された認定作業療法士資格認定制度を推進するとともに、専門作業療法士資格認定制度を新たに開始した。この動きにともない認定作業療法士審査等委員会は常設委員会となり、専門作業療法士審査等委員会が特設された。後者は、養成校の作業療法課程教員への支援だけでなく、臨床作業療法士による後輩育成への支援として臨床実習の手引き（第4版）を発行した。

2005年に設置された保健福祉部は、作業療法士の役割拡充に向けた取り組みを継続したが、これ以外にも2007年に機器問題担当理

事を廃して福祉用具委員会として特設され、2009年に福祉用具部に改編して活動を強化した。国際交流活動の促進に関しては、2003年に部に移行した国際部が活動を継続したが、2008年にWFOT世界会議招致委員会を設置して招致を働きかけ、翌年招致に成功した。このため組織を改編し2014年WFOT世界大会組織委員会として準備にあたったが、WFOTとの折衝により当協会組織外に設置することとなった。

2011年3月末現在の会務執行組織は13の部、常設委員会10、特設委員会4、およびWFOT代表と事務局で構成されている（資料5）。

なお、特定の課題に対応するため課題ごとに担当理事が配置されているが、機器問題担当理事は上述したように廃止され、精神障害問題と認知症問題のふたつは精神障害問題・認知症問題に統合された。また協会役員は、必要な情報収集および協会の意思を反映させるために関連する審議会等に協会代表として参画している。日本作業療法学会は、作業療法に関する科学および技術の研究、ならびにこれに関する事業を行うため日本作業療法士協会が主催し、毎年開催されている。学会長は、理事会からの推薦によって総会で承認を受ける。

都道府県作業療法士会連絡協議会は1994年に発足し、47都道府県作業療法士会の相互の活動に関する共通事項の連絡協議や親睦を図ることと同時に、わが国の作業療法の発展に寄与するために、協会と緊密に連携した活動を行っている。

2011年1月現在、協会の役員は24名、各部・委員会に所属する部・委員および事務局・WFOT代表を含む総勢は延べ489名、専任の事務員は9名である。なお、事務員を除く役員および各部・委員等には旅費等の活動に必要な経費の実費以外は支給していない。

10-1-4 協会活動

1) 「作業療法5ヵ年戦略（2008-2012）」

協会は第1次から第3次長期活動計画の流

れを踏まえ、さらには「医療から地域生活移行に向かう全てのステージで途切れることなく支援する作業療法」を展開することを目指し、2007年に「作業療法5ヵ年戦略（2008-2012）」を策定した。目標は、策定からの5ヵ年間に、入院医療を中心とした医療の領域に5割、保健・福祉・教育等の領域を含む身近な地域生活の場に5割の作業療法士を配置することであった。

戦略案は、長期活動計画を踏襲して6つの大項目を設定したが、144の具体的行動目標のうち重点事項に係るものを「OT5・5PLAN」とし、目標毎に上・中・下期の達成時期を定めた。その後、達成時期中期にあたる2011年4月理事会で見直し案を審議した。完了した具体的行動目標は32、29の目標は11目標に統合され、社会状況の変化等を鑑みて変更した目標10、削除した目標4となり90の具体的行動目標を継続することとなった。また、関連部署も若干変更した。

2) 主要目標と重点活動項目

2006年度「自立生活支援専門職としての迅速な対応に向けて」、2007年度「医療・福祉制度改革等における専門性の再確認と啓発」と単年度毎に主要目標を定めて協会活動を実施してきた。2008年度からは主要目標・重点活動項目を五ヵ年戦略に合致させ、2010年度からは関連部署名の記載は五ヵ年戦略に記載されていることを理由に、目標の番号を記載するようになった（資料11参照）。

3) 受託研究

協会は、厚生科学研究をはじめとして、各団体から助成や補助を受け、受託事業や研究を積極的に行ってきた。単年度の受託事業としては2007年度と2008年度に「障害者IT活用支援ガイドブック作り事業」を独立行政法人福祉医療機構（旧、社会福祉医療事業団）から受託した。継続的な受託事業としては、理学療法士・作業療法士養成施設等教員講習会がある。表10-2に委託元及び事業者、補助金額を示す。

厚生科学研究では、2008年度に「障害者自立支援調査研究プロジェクト」、2009年度に「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等通院医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」、2009年度と2010年度に「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデルの調査研究事業」を行った。

また、日本公衆衛生協会が受託した地域保健総合推進事業の分担事業者として、自治体に所属する理学療法士、作業療法士に対して「行政の理学療法士・作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究」を継続して担った。

4) 倫理問題

協会が倫理綱領を定めたのは1986年であった。2008年には、厚労省医道審議会分科会に倫理委員会が設置され、理学療法士および作業療法士法よる行政処分が実施されるようになってきた。2011年3月末の時点で行政処分を受けた作業療法士はいない。この5年間に協会の規定に基づく除名処分者は1名あった。

10-2 都道府県作業療法士会活動

10-2-1 都道府県作業療法士会の規模

都道府県作業療法士会の会員数を報告する。現時点で最新の情報を提供すべきではあるが、今白書を執筆する上で参考とする2010年度分の現況調査（毎年各都道府県士会に向けて各種のアンケート調査を実施している）の返答が滞っている士会数が多いため、一昨年度の2009年度の現況調査時点（未回答であった和歌山・岐阜・富山・茨城の4士会を除外した43都道府県）で各士会が自ら報告してきた数値を基に記述する。

最大士会は、福岡県作業療法協会が1,968人である。以下、東京都作業療法士会1,865人、北海道作業療法士会1,830人、大阪府作業療法士会1,491人、愛知県作業療法士会1,436人が上位5都道府県である。次いで、神奈川県、兵庫県、広島県と続き、前記の計8県が1,000人以上の会員数を要する会に発展している。また、上位5県の2005年度からの4年間で増加した会員数は、合計で2,245人となり、4年間に約35%の会員が増えた計算となる。また、2005年時に会員数300人以下の士会が18士

表 10-2 補助・助成・委託事業研究

| 委託元 | 事業名 | 補助金額（単位：千円） | | | | | |
|--------------|--------------------------------|--|-------|--------|--------|--------|-------|
| | | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | |
| 厚生労働省 | 障害者保健福祉推進事業 | 精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究 | | 12,000 | | | |
| | | 精神障害者の退院促進及び円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究 | | | 17,900 | | |
| | | 精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等通院医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究 | | | | 10,800 | |
| | 老人保健事業推進費等補助金 | 高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究事業 | | | 5,000 | | |
| | | 自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデルの調査研究事業 | | | | 17,856 | |
| | 包括マネジメントを活用した総合サービスモデルのあり方研究事業 | | | | | 18,659 | |
| (財) 日本公衆衛生協会 | 地域保健総合推進事業 | 行政の理学療法士・作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究（日本理学療法士協会との合同事業） | 5,600 | 8,000 | 8,000 | 7,500 | 5,000 |
| (独法) 福祉医療機構 | 長寿・子育て・障害者基金事業 | 障害者IT活用支援ガイドブック作り事業 | | 4,664 | 4,500 | | |

会あったものが、2009年度ではわずか2士会となり、301～400人の会でも8士会である。全国的な養成校の増加による会員数の急増する傾向は、依然として継続しているものと思われる。

予算規模においては、単年度での収入が2,000万円を超える士会が4士会あり、1,000～1,999万円の士会が8士会ある半面で、300万円に満たない士会が10士会にも上る。徐々にではあるが、会計規模の格差は広がってきていると思われる。士会の年会費は最低額4000円（4士会）から最高額10,000円（10士会）と幅があり、全国平均で約7,000円（6,893円）である。各士会の収入は、各士会の会費に士会員数を乗じた正会員会費収入と各県から委託されている公益事業委託費や研修事業収入、会報の広告収入等が含まれる為、士会員数と財政規模は必ずしも一致していない。また、近年になり会費の徴収率の低下が各士会で大きな問題となっている。各士会での徴収率に会員数をかけたもので統計的に会費を納入した会員数（26,379人）を算出し、全国の士会員総数（31,176人）に対して仮想的な会費の納入率の平均を算出してみると全国の平均会費納付率は約85%である。つまり、毎年約15%（4,797人）の会員が会費を滞納していることを示し、この人数に平均的な年会費を乗じると、全国では年間に約3,300万円もの会費が滞納されていると考えられ、この事が大きく各士会の財政を圧迫している。原因を会員のモラルの低下と言うのは簡単な事だが、各会員から支払われている会費の使い道や士会活動の意義などを解りやすく公表し、喜んで会費を支払って頂ける様な取り組みも必要となっている。

一般社団法人は11士会、社団法人は13士会であり現在国の方針で進んでいる公益法人改革と併せて、会員数や予算規模の増加等で一般社団法人化する士会はさらに増加するであろう。

10-2-2 都道府県作業療法士の活動

いずれの都道府県作業療法士会も若干の名称の違いはあるものの、事務局、財務部、学術部、教育部、広報部、福利部等を擁し、それ以外にも公益活動等を行う部局を備えている士会がほとんどである。

広報活動においては、各士会のIT化も進み47全ての士会でホームページが開設され、各会員へ向けての情報は当然であるが一般市民へ向かっての情報も公開されている。一部では、携帯端末からのアクセスも可能な士会も存在する。全ての士会でメールによる情報のやり取りが可能であり、会報のWeb化やメールニュースの配信など独自のIT戦略をもつ士会もある。広報誌も、士会員向けの情報が中心の士会もあれば、県民や受験生に向けて広くアピールする目的で作成する士会まで都道府県ごとに様々である。その他、各士会により規模は異なるが将来の作業療法士獲得を目指して、生徒に作業療法士を紹介している。幼稚園児に対するキャラクター戦術の広報から始まり、高校生を中心にした養成校受験生に対する進路相談まで様々な対応がなされている。

学術的活動においては、全士会で協会の生涯教育制度への協力体制が整備され、教育部もしくは学術部等の専門部署で研修活動が実施されている。現職者共通研修・選択研修など協会の指定したプログラム等を複数の県からなるブロック単位で分担して実施し、実施されない分野の研修が無いように、また、地域的な格差が出来るだけ生じない様に各士会で工夫しながら実施している。その他、各士会独自に地域リハビリテーション分野の研修、福祉用具、家屋に関する研究・研修・啓発活動、多くの技術講習やワークショップ等を実施する士会もある。

社会貢献活動では、ほとんどの士会が各都道府県から依頼された介護保険審査会・障害程度区分認定等審査会の各委員を始め、地域リハビリテーション推進検討委員会・介護予

防推進会議などの委員として多くの会員を派遣し各地域での医療・保険・福祉の向上に寄与している。また、各地で行われる健康まつり等で士会ブースなどを作り、寝たきり予防への取り組み、介護相談や指導、メンタルヘルスセルフプロモーションの推進などの事業も実施している。

福利厚生では、13の士会が士会活動中の会員の事故に対して保険を掛けている。起こってはならない事ではあるが、善意から行われている各士会の活動中に不慮の事故が起こる可能性は否定できない。事故が起きた時に、たとえその会員の不注意から起きた事故だとしても個人だけに責任を負わせるのではなく、士会が保険をかける等、協力する会員が心おきなく安心して活動ができるような組織対応も今後は必要であると考え。会員に対しての厚生事業として29の士会が新人歓迎会、懇親会などの交流会を始め、ボーリング・バレーボール・ソフトボール・サッカー等のスポーツ交流会等を実施している。中には複数の士会が合同で実施している企画もあり、士会員相互の交流を深める良い機会になっている。

財務では、会費の納入率低下が各士会で大きな問題となっている。少しでも会員が納入しやすい手段にするべく士会ごとに様々な会費の支払い方法が試みられている。研修会場などでの現金払いに始まり、郵便振込・引落、銀行振込・引落、コンビニ徴収、キャッシュカード決済など様々な方法が実施されている。督促も封書、電話、研修会場での掲示など各種手段で実施されており、期日までに会費を納入しない場合には延滞金を併せて請求している士会もある。

10-2-3 都道府県作業療法士会連絡協議会の活動

1994年に「都道府県作業療法士会連絡協議会（以下連絡協議会）」として組織化されて17年が経過した。①都道府県士会相互の活動に関する共通事項について連絡協議を行

い、併せて親睦をはかる事、②協会と連携して我が国における作業療法の発展に寄与する事、の2事項を目的に結成され、年間に各士会から20,000円の会費と協会からの活動推進費400,000円を予算として活動している。

連絡協議会の活動内容は、各士会間で異動する会員の会費納入についての申合せ事項の設定、次世代の各士会リーダーの育成などを目的とした人材育成教育講座の企画、協会各部から各士会に対する調整委員の選出依頼と取りまとめ、協会の各種事業を推進する上で必要な事項の各士会への連絡、各士会から協会への要望の取りまとめと協議、作業療法推進活動パイロット事業助成制度の選考委員の派遣、などの活動をしている。近年になり特に多くなった問題は、職場を異動する際に異動・退会等の届出をしない会員が増加していることである。各会員の不利益にならないように各士会間での情報の共有が必要などあり、様々な方法が検討されている。

各士会のIT化の影響もあり、各士会間の連絡調整や協会との情報共有はかなり改善されてきた。協会・士会間の情報伝達も速やかになり、協会と各士会の調整機能は進展していると言える。

10-2-4 作業療法推進活動パイロット事業助成制度

協会が3年間の作業療法推進活動モデル事業の成果を受け、2009年度より開始した作業療法推進のための助成事業である。協会の「作業療法5ヵ年戦略」に連携して各都道府県士会が行う、市民の医療、保健、福祉及び地域生活に貢献する作業療法実践のシステムづくりや実践的取り組み、作業療法の普及・発展・啓発に関する組織的取り組みのうち、とりわけ先駆的・独創的な事業に助成を行い、その推進を図ることを目的として開始された。2010年に「作業療法推進活動パイロット事業助成制度」としてその規定が制定され、2010年よりそれに則った、平成23年度助成事業の

募集及び審査が行われている。審査は、協会副会長、広報部担当理事、事業部担当理事、士会組織担当理事各1名、都道府県作業療法士会連絡協議会代表者2名をもって構成される選考委員会にて行われる。

平成20年度は9県の応募があり、3県の事業が採択された。テーマは認知症、特別支援教育、広報戦略であり、予算合計は139万円であった。平成21年度は7県応募中3県の事業が採択された。テーマは特別支援教育（2県）、啓発活動（1県）で、予算合計174万円であった。平成22年度は3県中3県の事業が採択され、福祉用具データベース、ALS者のコミュニケーション支援体制整備、特別支援教育（継続事業）で、予算合計245.9万円であった。23年度に予定されている助成事業は、4県の応募のうち、2県の事業が採択された。テーマは特別支援教育（継続）、ALS者のコミュニケーション支援体制整備で、予算合計は145万円であった。成果は印刷物配布、日本作業療法学会での発表、協会・都道府県士会合同役職者研修会での紹介と今後の活動戦略についての意見交換等により、都道府県士会活動の参考となっている。特に特別支援教育に関する事業は、文科省の動きに連動する協会保健福祉部の活動を促進するうえで、大きな力となっている。

10-3 (社)日本作業療法士協会の今後の課題

次の白書が刊行される2015年までの5年間において協会が対応すべき課題について、1) 組織としての協会の方向性、2) さまざまな社会的要請への対応、を中心に述べる。

1) 組織としての協会の方向性 = 公益法人への移行に向けて

新たな公益法人制度への移行については、2010年6月（平成22年6月）第45回定期総会において、移行期限の2013年11月30日（平成25年11月30日）までの間に、まずは非営利一般社団法人に移行し、この移行手続きと同時に公益社団法人移行への準備も進め、

2016年（平成28年）の協会創立50周年までには、公益社団法人の認定を受ける、という基本方針が承認された。一方で、協会の意思決定の場である総会を成立させる方法の変更が喫緊の課題となった。

2011年6月（平成23年6月）第46回定期総会において、新定款案と代議員選出規程案が承認され、協会は意思決定の方法を代議員制に変更することとなった。代議員制度の導入によって2011年12月には代議員が誕生する（平成23年12月17日第8回理事会において197名の代議員が誕生：47都道府県中1都7県が選挙を実施し、他は無投票当選）。また、法人移行の準備として、これまでの協会組織を再編し、新たな法人の組織図を示す必要があることから、2011年9月17日第5回理事会において、新たな協会組織図（資料5参照）が承認された。

新たな組織は、正会員から選出された代議員によって構成される社員総会を機関の最高決定の場とし、そこで承認された協会事業を理事会の審議を経た上で、学術部、教育部、制度対策部、広報部、国際部の5つの公益目的事業部門、事務局が主軸となる法人管理部門、とで実施していくことになる。新たな法人制度においては、理事の法的責任性が言及されていることを踏まえて、両部門の責任者には全て理事が就任している。

2) さまざまな社会的要請への対応

最近のわが国の保健・医療・福祉・特別支援教育などの領域に共通する言葉は、自立支援、地域移行・地域定着支援、など、基本的には地域での生活を支援することを目指すものとなっている。そして、これらを統合したものが2008年6月の『社会保障国民会議中間報告』¹⁾に書き込まれている「地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）」(p14)という文言である。

協会は2007年に「作業療法5ヵ年戦略(以下、5ヵ年戦略)」を策定し、2008年から2012年の5年間に重点的に取り組むべき課題を、「地

域生活移行支援の推進～作業療法5・5計画』というスローガンに、医療から身近な地域へ作業療法サービスを切れ目なく提供できる体制作りを目標としてきた。この5ヵ年戦略は国の“地域包括ケア”を目指す動きと符合するものと言える。現実的には医療保険、介護保険の改定、さらには関連する制度の枠組みに直接的に影響を受けるために、5ヵ年戦略の最終年度である2012年の目標達成の状況は不十分な部分が残ることが予測できる。しかしながら、乳幼児から高齢者までの各制度の整合性とそのサービス提供の一体化を目指す施策である“地域包括ケア”は今後の方向性の軸となるはずであり、2013年に策定する協会の新たな中期計画も5ヵ年戦略で不十分であった部分への注力とその具体策の提示が課題となる。

以上、1) 組織としての協会の方向性、2) さまざまな社会的要請への対応、についての課題を述べたが、それと共に対応すべきものとして、東日本大震災への継続的支援と2014年の第16回世界作業療法士連盟大会・第48回日本作業療法学会開催(The 16th International Congress of World Federation of Occupational Therapists in collaboration with the 48th Japanese Occupational Therapy Congress and Expo)があり、ともに協会がその総力を傾けて対応すべき課題である。

特に、東日本大震災への継続的支援については、2012年度の協会が取り組むべき重点活動項目の特別枠として、中心的な被災地である岩手県、宮城県、福島県の3県士会と協働し、各士会活動への支援を通して、被災地の復旧・復興支援の継続を表明している。この継続的支援は2012年単年度の重点活動項目で終わることのないものとして位置づけられていくはずである。

文献

- 1) 社会保障国民会議：社会保障国民会議中間報告 平成20年6月19日 http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryuu_1.pdf (accessed 2011-01-09)

資料

- 資料 1 作業療法の定義
- 資料 2 (社) 日本作業療法士協会倫理綱領
- 資料 3 作業療法士の職業倫理指針
- 資料 4 作業療法業務指針
- 資料 5 (社) 日本作業療法士協会組織図
- 資料 6 作業療法士が勤務する施設分類
- 資料 7 作業療法に関する診療報酬・介護報酬の推移
- 資料 8 作業療法士が勤務する施設に関わる診療報酬項目と介護保険事業
- 資料 9 臨床作業療法部門自己評価表 (第 2 版)
- 資料 10 作業療法士養成校一覧 (2010 年度)
- 資料 11 (社) 日本作業療法士協会主要目標・重点活動項目
- 資料 12 作業療法関係年表
- 資料 13 作業療法白書 2010 アンケート・アンケート資料

資料 1

作業療法の定義

① 「理学療法士及び作業療法士法」

この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

（「理学療法士及び作業療法士法」昭和 40 年 6 月 29 日法律第 137 号、第一章 総則 第二条）

② 「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）では「作業療法の範囲」が次のように記された。

理学療法士及び作業療法士法第 2 条第 1 項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手工芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第 2 条第 1 項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

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

③ 日本作業療法士協会の定義

身体または精神に障害のある者、またはそれが予測されるものに対してその主体的な活動の獲得をはかるため、諸機能の回復・維持および開発を促す作業活動を用いて行う治療・指導・援助を行うこと。

（社団法人日本作業療法士協会、昭和 60 年 6 月 13 日、第 20 回総会承認）

④世界作業療法士連盟の定義

■ 2004年 WFOT definition of Occupational Therapy

Occupational therapy is a profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life.

Occupational therapists achieve this outcome by enabling people to do things that will enhance their ability to participate or by modifying the environment to better support participation (WFOT Definition 2004) .

作業療法とは、作業（occupation）を通して健康と安寧（well being）を促進することに関わる専門職である。作業療法の主な目的は、人々が日常の活動（activities of everyday life）に参加できるようにすることである。

作業療法士は、人々の参加する能力を高めるような様々なことをできるようにしたり、参加をよりよく支援するために環境を修正することによって、この（日常の活動に参加するという）成果を達成する

■ 2011年現在（WFOTのホームページ“[What is Occupational Therapy?](http://www.wfot.org/information.asp)”より）Statement on Occupational Therapy

Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement (<<http://www.wfot.org/information.asp>> accessed 2011-06-28) .

作業療法は、作業を通して健康と安寧を促進することに関わるクライアント中心の医療・保健専門職（Client-centred health profession）である。作業療法の主な目的は、人々を日常の活動に参加できるようにすることである。作業療法士は、人々や地域社会と協力して、彼らがしたい、する必要のある、することが期待されている作業に従事する能力を高め、また作業や環境を修正して彼らの作業への従事をよりよく支援することによって、この（日常の活動に参加するという）成果を達成する。

資料 2

社団法人 日本作業療法士協会

倫理綱領

1. 作業療法士は、人々の健康を守るため、知識と良心を捧げる。
2. 作業療法士は、知識と技術に関して、つねに最高の水準を保つ。
3. 作業療法士は、個人の人権を尊重し、思想、信条、社会的地位等によって個人を差別することをしない。
4. 作業療法士は、職務上知り得た個人の秘密を守る。
5. 作業療法士は、必要な報告と記録の義務を守る。
6. 作業療法士は、他の職種の人々を尊敬し、協力しあう。
7. 作業療法士は、先人の功績を尊び、よき伝統を守る。
8. 作業療法士は、後輩の育成と教育水準の高揚に努める。
9. 作業療法士は、学術的研鑽及び人格の陶冶をめざして相互に律しあう。
10. 作業療法士は、公共の福祉に寄与する。
11. 作業療法士は、不当な報酬を求めない。
12. 作業療法士は、法と人道にそむく行為をしない。

(社団法人日本作業療法士協会，昭和 61 年 6 月 12 日，第 21 回総会承認)

資料3

作業療法士の職業倫理指針

(2005年3月19日 平成16年度第6回理事会承認)

社団法人 日本作業療法士協会

第1項 自己研鑽

知識・技術・実践水準の維持・向上、生涯研鑽、継続的学習、能力増大のための機会追求、専門職としての資質向上、専門領域技術の向上・開発

1. 生涯研鑽

近年の医療や科学の発展は著しく、それに伴う社会的構造やニーズも複雑さを増してきており、作業療法の実践に必要なとされる知識・技術もつねに変化・発展を続けている。そのため、単に経験年数の増加のみでは、正しく根拠に基づいた作業療法を行うことは不可能である。作業療法士は、専門職としての自己責任に基づき、知識と技術の不断の更新の必要性を自覚し、生涯にわたり自己研鑽に努めなければならない。

2. 継続的学習

作業療法士は、保健・医療・福祉における専門職としての知識と技術を兼ね備えておかなければならない。そのため、社団法人日本作業療法士協会では、会員の質の向上のため生涯学習のガイドラインを提示し、継続的な学習の機会を提供している。作業療法士は、それらの機会を有効に活用するとともに、書物、視聴覚資料の利用、学会、講演会、研修会への参加や実体験を行う等、自らの知識と技術および実践に関する水準の維持・向上に努めなければならない。

3. 能力増大のための機会追求

作業療法士は、保健・医療・福祉における専門職として、自らの能力拡大のための機会をつねに追求しなければならない。その機会は、社団法人日本作業療法士協会や都道府県の作業療法士会が主催する学会・研修会だけでなく、他の専門職団体が主催する学会・研修会や書物、視聴覚資料、インターネットの利用等を自覚的に開発および追求することが必要となる。

4. 専門職としての資質向上

作業療法士は、保健・医療・福祉における専門職として、専門的な知識と技術を不断に高め

るだけでなく、専門職としての資質向上のために努力する必要がある。作業療法は、対象者との相互的な信頼に基づき実施される協同作業であることを自覚し、対象者の信頼と協力を得るために努めなければならない。そのためには、専門的な知識と技術をもつだけでなく、人間的な魅力を兼ね備えなければならない。人間的な魅力は、誠実さ、良心性等の人格的な資質と、社会的常識、およびそれらに支えられた豊かな教養により醸成される。

作業療法士は、そのことを自覚し、専門職としてだけでなく、人間的な資質の向上にも努めなければならない。

5. 専門領域技術の向上・開発

作業療法士は、自らが行った実践や研究をつねに吟味し検証し直すとともに、そこで得られた知識や知見をもとに、さらなる専門的な知識や技術を向上させ、新たな専門的な知識や技術の開発に努める必要がある。さらにそれらは、集約され、学会や社団法人日本作業療法士協会の機関誌などを通して同僚、後輩などに伝達され、作業療法の発展と作業療法学の構築に貢献することが期待される。

第2項 業務上の最善努力義務（基本姿勢）

対象者利益のための最善努力、業務遂行上の最善努力

1. 対象者利益のための最善努力

作業療法士は、保健・医療・福祉の専門職として対象者の利益のために最善の努力を払う。作業療法士は、作業療法が人々のニーズを可能なかぎり実現するために、その対象者との相互的な信頼に基づき実施される協同作業であることを自覚し、自分の知識・技術・情熱を最大限活用するよう最善の努力を払う。

2. 業務遂行上の最善努力

作業療法士は、保健・医療・福祉の専門職として作業療法の業務遂行にあたり最善の努力を払う。作業療法士は、専門職としての誇りを持ち、作業療法業務の遂行に当たって、

対象者、家族、医師その他の関係職種、雇用者を含めた人々の信頼に応えるため、十分な注意義務を怠ることなく、責任をもって、自分の知識・技術・情熱を最大限活用するよう最善の努力を払う。

第3項 誠実（良心）

健康維持のための知識と良心、最も良いサービスの保証、ニーズと結果に基づいた治療の終了、マーケティングと宣伝の真実性

1. 健康維持のための知識と良心

作業療法士は、対象となる人々の健康を維持・増進するために、地域の自然環境や社会環境に関する知識を得て、それらが破壊もしくは悪化する問題に対して、社会とともにその解決に努める。生活習慣に起因する身体面やストレス等による精神面のバランスが崩れることによって生じる疾病を予防するため、健康情報を収集して必要とする人々に提供する。

また、誠実に対象者の健康を支援する作業療法士は、自らの心身のストレスに対して適切なバランスを保つよう努める。

2. 最も良いサービスの保証

作業療法士は、質の高いサービスが提供できるよう、つねにその資質の維持・向上に努め、対象者の個人生活や社会生活の諸機能の再獲得を支援するという使命を担っている。対象者の背景にある問題を十分把握し、専門的評価による問題点を分析して、ニーズに沿った治療・援助・支援計画を立て、具体的説明と理解のもとに最も質の高いサービスを実践していく。この際、当事者に関係する人々とも認識のずれが生じないように調整に努める。

3. ニーズと結果に基づいた治療・援助・支援の終了

治療・援助・支援計画に従って適切な作業療法を実施し、適宜、再評価と治療・援助・支援方法の修正、変更を加えながら目標の達成度を判定する。達成度はそのつど医師をはじめ他職種に報告するとともに、その後の治療・

援助・支援の必要性の有無について検討する。ニーズに基づいた目標が達成されたと判断された場合、対象者とその関係者にその旨を十分説明し治療・援助・支援を終了する。

そのとき、今後の生活に向けた環境の調整や社会資源の活用方法について、十分な説明とアドバイスをする。

4. マーケティングと宣伝の真実性

作業療法士は、作業療法を必要としている人々に対し、その恩恵を享受することができるよう、その役割や効果について説明し、理解が得られるよう努力しなければならない。そのとき、法に定められた職責や役割を超えて、虚偽もしくは誇大な説明により対象者を誘導してはならない。過大な自己宣伝や治療効果の誇示により関係者を誘導する行為は、作業療法士の品位を著しく傷つけるものであることを自覚しておかなければならない。

最近では情報開示の観点から、情報提供の拡大に努める必要性が主張されるようになり、病院や治療部門の広告は規制緩和の方向にあるが、自己利益に陥ることのないよう節度ある態度が求められる。

第4項 人権尊重・差別の禁止

個人の人権尊重、思想・信条・社会的地位による差別の禁止、業務遂行における人権尊重、セクシャルハラスメント・パワーハラスメントの防止

1. 人格の尊重

作業療法は、心身機能の障害や活動・参加の制限のある（あるいは起こる可能性がある）あらゆる人々を対象としている。円滑な作業療法サービスを対象者に提供するためには、作業療法士－対象者間の信頼関係を早期から確立することが大切である。お互いが人間としての価値を認め合い、対等な立場であることを認識できるよう努力しなければならない。

2. 人権の尊重

人権とは、すべての人が生まれながらにしてもっている人間らしく生きていくために必

要な、誰からも侵されることのない基本的な権利のことであり、日本国憲法（第13条、第25条）でも保障されている。

社団法人日本作業療法士協会では、倫理綱領（昭和61年）の中で「作業療法士は、個人の人権を尊重し、思想、信条、社会的地位等によって個人を差別することをしない。」としている。作業療法士は、対象者の思想、信条、出生により決定される社会的身分や後天的な社会的地位のほか、国籍、人種、民族、性別、年齢、性的指向、宗教、疾病、障害、経済状態、ライフスタイルにより、差別的な言動や行動、不平等・不利益な対応、サービス提供の拒否を行ってはならない。日常生活の中で人権尊重の意識がより高められるよう、地域や家庭においてもさまざまな人権問題に対する理解と認識を深める努力が必要である。

3. セクシャルハラスメント・パワーハラスメントの防止

(1) 対象者に対するセクシャルハラスメントの防止

作業療法士と対象者は対等な関係であるべきであるが、とすれば作業療法士は、自分が優位な立場であるような錯覚に陥りかねない。作業療法士は、対象者の日常生活のあらゆる場面に立ち会う機会をもつ。それは当然の権利や資格ではなく、対象者からの信頼によって特別に許容していただいているのだという認識をもたなければならない。作業療法士の立場を悪用してのセクシャルハラスメントは、対象者の人権を無視した卑劣な行為であり、対象者からの信頼を裏切る行為である。十分な気遣いのもとで言葉を使い、行動しなければならない。

(2) 教育現場でのセクシャルハラスメント・パワーハラスメントの防止

学校教育、臨床教育現場での学生へのセクシャルハラスメントやパワーハラスメントは、教育関係者からの、教育課程にある者に対する行為であるだけに社会的問題が大きい。暴言・暴力・差別はもちろんのこと、必要以上の長時間の拘束、深夜に及ぶ拘束、性的関係

等々を厳しく戒めなければならない。

学生は、自分を弱い立場と決めつけず、客観的に考えて不当な扱いを受けたと思えることがあったら、信頼できる関係者にためらわず相談するべきである。また、学校教育者や臨床実習指導者は、学生がいつでも安心して相談できる受け入れ態勢を作っておかなければならない。

(3) 同僚等に対するセクシャルハラスメント・パワーハラスメントの防止

同僚、なかでも目下の者への、自分の優位な立場を誇示したセクシャルハラスメントやパワーハラスメントは、下劣な行為として戒められなければならない。

また、そのような行為を受け入れたり諦めたりする雰囲気を一掃するよう努めることと、発生する土壌を作らないよう努めることが重要である。

第5項 専門職上の責任

専門的業務の及ぼす結果への責任、対象者の人権擁護、自らの決定・行動への責任

1. 専門職としての作業療法士

作業療法の法制化（昭和40年）にとともない、専門職としての作業療法士が誕生した。超高齢社会の到来とともに医療の高度化・専門化が進み、作業療法を取り巻く情勢はめまぐるしく変化している。作業療法ガイドライン（2002年度版）を参考に、その業務について振り返り「専門職としての作業療法士」を再認識しなければならない。

2. 専門職上の責任

作業療法士は社会に貢献する専門職であり、社会規範や規律を遵守し業務を行うことが重要である。その業務の遂行に際しては、対象者の基本的人権をはじめ、自己の作業療法状況について知る権利、自己決定の権利を尊重し、それらの権利を擁護する。個人的、組織的および政治的な目的のために業務を遂行しない。

また、専門職としての知識や技術の習得・研鑽に励み、他職種との緊密な連携を保ち円

滑で効果的な作業療法サービスを対象者に提供する。併せて自己能力の範囲内で責任をもって業務を行うこととする。

第6項 実践水準の維持

実践水準の高揚、専門職としての知識・技術水準保持、不断の学習と継続的な研修

1. 専門職としての知識・技術保持

作業療法士は、保健・医療・福祉における専門職としての知識と技術をつねに保持・更新させなければならない。作業療法を取り巻く知識や技術の進歩は著しいものがある。その進歩を対象者の利益として還元するためには、知識と技術の更新および自己研鑽により、自らの専門職としての質の向上を図ることは重要な社会的責務である。

2. 不断の学習と継続的な研修

作業療法士は、保健・医療・福祉における専門職としての知識と技術を保持・更新するために、学習と研修に努めなければならない。社団法人日本作業療法士協会では、会員の質の向上のため生涯学習のガイドラインを提示し、学習の機会を提供している。作業療法士は、それらの機会を活用するとともに、書物、視聴覚資料の利用、学会、講演会、研修会への参加や実体験を行う等、継続的で多面的な自己学習を行い、自らの知識と技術に関して最高水準を保つよう努めなければならない。

第7項 安全性への配慮・事故防止

事故防止への万全の配慮、事故発生時の報告・連絡、対象者・家族への事情説明

1. リスクマネジメント

作業療法士が業務を行う現場において、その安全性を保つことが第一義的に考慮されなければならない。しかしながら、人間である作業療法士は、安全性に配慮することを当然としながらも、ミスを犯すものであることをも十分意識する必要がある。

このため、業務を実施する個人が安全への

配慮を十分に行うとともに、作業療法の部門として、そして病院・施設等全体として、事故を未然に防止するための体制を整備し、システムとして組織的に取り組むことが求められる。

リスクマネジメントに対する取り組みは、予防可能な事故を減少させることと、万一事故が発生したときに迅速かつ適切な対応が組織的に可能な体制を整備し、医療紛争に発展する可能性を減少させ、必要なコストを抑制することを可能とし、これらを通して作業療法の治療・援助・支援の質を高めることを目指す。

2. インシデント・アクシデントの報告および分析

リスクマネジメントに対する取り組みを有効に機能させるには、インシデントやアクシデントに関する情報の報告とその報告に基づく原因の分析を、病院・施設等全体として日常かつ組織的に行うことが大切である。

また、インシデントやアクシデントに関する情報を、リスクマネジメントの中で適正なものとして扱うためには、これらの情報を安心して報告・共有することが可能となるような環境を整備する必要があり、このためには、情報の収集および分析を第三者的視点で行い得るようなシステムが不可欠である。

3. 事故防止マニュアルの作成

リスクマネジメントに対する取り組みを具体化するものとして、事務防止マニュアルの作成が不可欠である。本マニュアルには、「厚生労働省リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会」が提示している、以下のような内容を含む必要がある。

- a) 医療事故防止のための施設内体制の整備
- b) 医療事故防止対策委員会の設置および所掌事務
- c) ヒヤリ・ハット事例の報告体制
- d) 事故報告体制
- e) 医療事故発生時の対応
- f) その他、医療事故防止に関する事項

このようなマニュアル作成の過程と日常的な活動を通して、リクスマネジメントに関する職員一人一人の意識の高揚・維持に努力することが求められる。

4. 事故発生に対する対応

万一事故が発生したときには、上述した事故防止マニュアルで定められたように、事故そのものに関する報告・対処を適切に行うとともに、経過の記録・報告、対象者や家族に対する説明等を、率直かつ真摯に行うべきである。

第8項 守秘義務

職務上知り得た個人の秘密守秘、対象者の秘密保護の責任、プライバシーの権利保護

1. 義務としての秘密保持

作業療法士は、その職務を遂行する過程で対象者のさまざまな個人情報を得る。

社団法人日本作業療法士協会は倫理綱領(昭和61年)の中で「作業療法士は、職務上知り得た個人の秘密を守る。」との原則を掲げている。また、理学療法士及び作業療法士法第16条(秘密を守る義務)では、「理学療法士又は作業療法士は、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た人の秘密を他に漏らしてはならない。理学療法士又は作業療法士でなくなった後においても、同様とする。」と規定されている。

もし、作業療法士が正当な理由なしに業務上知り得た人の秘密を漏らした場合は、法第21条第1号の規定により、3万円以下の罰金に処せられる。(ただし、秘密漏洩による被害者や法定代理人が告訴をしないかぎり、罪に問われることはない(法第21条第2号))。なお、その秘密を漏らした作業療法士が、免許の取り消しを受け、または施行令第4条第1項の規定による登録の抹消を受けたことにより作業療法士でなくなったときも、秘密を漏らしてから3年を経過して公訴時効が成立しないかぎり、被害者または法定代理人の

告訴によって罪に問われることがあるものとされている(法第16条後段)。

2. 個人情報と個人の秘密

個人情報とは、ある個人を特定できる一切の識別情報のことをいう。

具体的には、①氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、本籍地や出身地など基本的事項に関する情報、②夫婦、親子、兄弟姉妹、婚姻歴など家庭状況に関する情報、③収入、資産、納税など資産や経済に関する情報、④学業・学歴、職業・職歴、犯罪歴など経歴や身分に関する情報、⑤病歴、病名、障害、病状などの心身の状況に関する情報、⑥支持政党、宗教などの思想や信条に関する情報等が挙げられる。個人情報保護法第3条は、「個人情報は、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものであることにかんがみ、その適正な取扱いが図られなければならない。」と基本理念を謳っていることから、個人情報の取得・管理は慎重・適正に取り扱うよう心がけたい。

個人の秘密とは、一般に知られていない事実であって、対象者自身が他人に知られたくないことをいう。また、その事実を公表することで客観的に本人が相当の不利益を蒙ると認められることで、内容の如何は問わない。個人の秘密が漏洩すると、重大な人権侵害に発展する可能性が高いため、更なる配慮が必要である。

3. 情報漏洩の防止

個人の秘密は、対象者の承諾なしに外部に漏らしてはならない。作業療法士は、個人の秘密を不当に侵害しないようあらゆる努力を払う。たとえば、記録を机の上に置いたままにしない、待合室やエレベーター等で対象者の個人情報をむやみに話さない、といった現実的な配慮も忘れない。また、作業療法実施に直接関係のない情報をなるべくもたないようにすることも不用意な情報漏洩を防止する一案となる。

第9項 記録の整備・保守

報告と記録の義務、治療経過の報告義務、記録の保存義務

1. 報告と記録の義務

治療・援助・支援の実態に基づいた正確な記録が、適正な診療報酬や利用料請求等の条件である。作業療法士は、対象者に対して治療・援助・支援を行った場合、担当者名、実施時間、その内容等々を正確に記録しなければならない。また、対象者に対する評価の内容や結果、作業療法経過等について、医師、その他関係者へ定期的に、変化があった場合には速やかに、口頭あるいは文書で報告をしなければならない。

適切な内容の報告・記録は、専門職としての責任ある仕事の証である。また、正確な記録は作業療法の効果を検証する根拠として重要である。同時に、インフォームド・コンセントを受ける際の資料として欠かせない。

2. 記録の保存義務

診療録は診療完了の日から5年間（医師法第24条等）、診療に関する諸記録（病院日誌・各科診療日誌・処方箋・検査所見記録等々）は2年間（医師法施行規則第20条第10項）等々、個人情報が入り込まれた書類の保存期間がその種類に応じて規定されている。作業療法に関するものもそれらの規定に準ずるものと考えられ、適切な管理・保存を行わなければならない。多くの医療機関では、法定保存期間にかかわらず、診療録および診療関係書類をかなり長期間にわたって管理・保存している。作業療法関係の書類についても、再来の可能性のある対象者のものはもちろんのこと、他の書類も法定保存期間にかかわらず、長く保存しておく心積もりでいることが望まれる。

第10項 職能間の協調

他職種への尊敬・協力、他専門職の権利・技術の尊重と連携、他専門職への委託連携、他専門職への委託・協力依頼、関連職との綿密な連携

1. 他職種への尊敬・協力

作業療法士の職域は拡大しており、保健・医療・福祉および教育の分野にまで広がっている。対象者のニーズも多様化しており、このニーズに応えるためにも、多職種が参加するリハビリテーションサービスでは、職能間の情報の共有を基にしたチームの協力が重要である。

作業療法士は、他の専門職が担っている役割の重要性を認識し、他職種を尊敬し、協力する姿勢をもたなければならない。

2. 他専門職の権利・技術の尊重と連携

それぞれの専門職には、付与された権利・権限があり、また、その職種にしかできない技術を有している。作業療法士は、治療・援助・支援の過程における独善的な判断・行動を戒め、適切な委託・協力を他職種に求めるべきである。他職種の権利・権限、技術を尊重し、連携することが重要な職業規範である。

3. 関連職との綿密な連携

作業療法士は、医学的な側面のみでなく、対象者を取り巻く環境やその中で暮らしている人の生活を支援する職種である。そのため、関連する職種・関係者との幅広い連携が欠かせない。医師、歯科医師、看護師、保健師、理学療法士、言語聴覚士、義肢装具士、介護福祉士、社会福祉士、ホームヘルパー等々のほか、行政職との連携も重要である。これらの人々と広範なネットワークを築くことで、リハビリテーションサービスをより実効性のあるものにすることができる。また、職能間の交流を通して相互に信頼関係を築くことが重要である。

第11項 教育（後輩育成）

後輩育成・教育水準の高揚、教育水準の設定・実施、臨床教育への協力

1. 後輩の育成

作業療法士は、人間の日常生活を構成する

作業を治療・援助・支援のために用い、生活者としての対象者を支援する。

作業療法士が自らの後輩を教育・育てるのは、作業療法士が全体としてその治療・援助・支援の力を高め・維持し、対象者に関わる作業療法を通して、広く人々に対してその人らしい生き方と健康維持に向けて貢献するためである。

2. 後輩育成の形態

作業療法士の後輩を育成する形態としては、作業療法士養成学校の学内教育を基盤として、養成学校のカリキュラムに基づく臨床教育、作業療法士としての臨床業務を通しての後輩指導等がある。

これらさまざまな形態の中で行われる後輩育成のための教育活動は、別々のものとして行われるのではなく、卒前教育、卒後教育として一貫した体系の中で実施される必要がある。特に、養成学校における学内教育から臨床業務への移行段階としての臨床教育は重要であり、養成学校と臨床教育を担う臨床現場が、後輩である学生一人一人を育てるという点で率直かつ対等な関係性を保ち、有機的な連携の中で実施するよう努めなければならない。

3. 変化に対応する教育活動の実施

作業療法士を育成するために準備される教育内容は、変動する社会や保健・医療・福祉の分野における変化に対応したものでなければならない。

このためには、作業療法士は自らの教育現場や臨床現場だけではなく、さまざまな分野に対して、より高く広い観点から目を向ける必要がある。そのうえで、後輩育成のための基本的な姿勢とカリキュラム等の具体的内容について何が必要かを、つねに点検・更新・実施することが求められる。

4. 教育水準の高揚・維持のための環境整備

後輩育成のための教育水準をより高め、維持するためには、養成学校におけるさまざま

な機材等を十分に具備することはもちろんのこと、勤務実態を伴う、学生数に見合う十分な臨床経験と資質をもつ教職員を必要数確保しなければならない。

また、より高い教育水準を目指しこれを維持するため、養成学校の教職員および臨床教育や臨床現場での後輩育成に関わる作業療法士は、教育・指導方法についての自己研鑽に努めるべきである。

第12項 報酬

不当報酬請求の禁止、適正料金、違法料金徴収の禁止

1. 不当報酬收受の当事者にならない

労働（肉体的、知的）に対して報酬が発生する場合、勤務者・起業者を問わず、その労働・活動形態と活動内容とが法や事業所の就業規程などに照らして正当なものであり、発生する報酬も労働・活動実態に応じた正当なものであることが求められる。

正当な契約による労働の対価としての報酬以外、作業療法士は、收受の当事者とならないよう気をつけなければならない。どのような形・種類のものであれ、報酬は、労働の実態（内容、能力・実績）や支払い者の支払い能力、法的妥当性等、総合的な勘案のうえで成立するものであることを認識しなければならない。自分が受け取る報酬が不当なものでないか、つねに自分に問う習慣が大切である。

2. 対象者からの礼金等の收受の自重

作業療法の対象者は、診療費や利用料等の形で、受けたサービスに対する規定代価を支払っている。その対象者から金品等を当然のこととして受け取ることは慎まなければならない。また、対象者に金品を要求することがあってはならない。

常日頃から、そういう土壌を作ることをのこすように、互いに戒め合うことが大切である。対象者が余計な気遣いをせず、安心してサービスを享受できる環境と信頼関係作りを心がけるべきである。

3. 利害関係者からの贈与・接待を受けない

作業療法部門の設備備品・物品等の購入、あるいは委託研究などに関係して、利害関係者から金品の贈与、あるいは接待等を受けてはならない。備品購入等は、その必要度・重要度、事業所（支払い者）の予算等の諸条件を勘案して決定されるべきものであり、作業療法士は、公正な立場を堅持しなければならない。また、委託研究等においては、その研究の学術的な意味や必要性の大きさ等の条件がそろうだけでなく、その方法に倫理性・正当性があり、結果に偽りがなく妥当性がある等々の要件が求められる。こうした研究において、その正当性が疑われかねない贈与・接待等は避けなければならない。

4. 名義貸しによる不当報酬收受の防止

一定員数の作業療法士の配置を必要とする施設や事業所、養成学校等の開設・維持に関連して、名義貸しによる勤務実態の伴わない不当な報酬を受けてはならない。

5. 勤務先における不当報酬要求の防止

勤務先における報酬額等は、作業療法士と雇用主との契約であり、両者が十分納得できる妥当なものであれば問題は生じにくい。

作業療法士側からの不当な高額報酬（待遇）要求に関する問題が生じる可能性が大きいのは、前述した、一定員数の作業療法士の配置を必要とする施設や事業所、養成学校等においてであろう。

一定員数の確保に必要であるという立場を盾に、いわば雇用主の弱みにつけ込むかのごとき不当要求は、厳しく戒めなければならない。こうした行為は当事者一個人の良識・良心が問われるだけでなく、作業療法士という職業もしくはその集団、あるいは団体の品位を問われることにもつながっていることを肝に銘じ、厳に慎むべきである。

第13項 研究倫理

研究方法に関すること（被験者に対する配慮）、著作権に対する配慮

作業療法士は研究や実践を通して、専門的知識や技術の進歩と開発に努め、作業療法学の発展に寄与しなければならない。

1. 研究方法に関すること（被験者に対する配慮）

作業療法士は人を対象とする臨床研究をする際、その対象となる人（被験者）に対して研究の目的、方法（期間、頻度等を含む）、予想される効果、危険性、およびそれがもたらすかもしれない不快さ等について十分な説明をし、強要することなく、自由な意志が尊重される環境の中で同意を得てからでなければ行ってはならない。このとき可能であれば文書による同意を得るべきである。未成年者等本人の同意と十分な説明の理解が得られないような対象者に対しては、保護者あるいは代諾者の同意がなければならない。また、研究の期間中であっても、本人の希望によりこれを辞退することができるようにしなければならない。

被験者のプライバシーに対して、一切の個人情報漏洩することのないよう十分に配慮する。被験者および代諾者から研究結果に対する情報開示が求められた場合は、これに応じなければならない。

2. 著作権に対する配慮

研究にあたって多くの関連文献を検索し、当該研究に資するものを十分に精読したうえで研究に着手しなければならない。引用文献、資料等は投稿規定に基づいて出典を明記する等、研究のオリジナリティや著作権に対し配慮をしなければならない。

厚生労働省は、被験者の個人の尊厳および人権を尊重しつつ臨床研究の適正な推進を図るために、平成15年7月、「臨床研究に関する倫理指針」を関係機関に通達した。臨床研

究の定義を「医療における疾病の予防方法、診断方法及び治療方法の改善、疾病原因及び病態の理解並びに患者の生活の質の向上を目的として実施される医学系研究であって、人を対象とするもの（個人を特定できる人由来の材料及びデータに関する研究を含む。）」としている。その医学系研究にはリハビリテーション学も挙げられており、作業療法も含まれている。

この「臨床研究に関する倫理指針」は、社団法人日本作業療法士協会を通じて都道府県作業療法士会および養成学校に届けられている。規定を十分理解したうえで細心の倫理的注意を払い、適正な臨床研究を実施するよう努めなければならない

第14項 インフォームド・コンセント

評価・サービスに先駆けてのインフォームド・コンセント、対象者・家族への評価・目的・内容の説明

1. 評価・サービスに先駆けてのインフォームド・コンセント

作業療法の評価、作業療法の治療・援助・支援に際しては、その目的・方法（内容）等々を対象者・家族にわかりやすく説明し、十分な理解を得たうえで協力への同意を得なければならない。その際、説明は口頭および文書で実施し、同意も文書で取る。

また、治療・援助・支援の過程においても、対象者・家族に対してわかりやすい適切な説明を繰り返し、協力を得よう努めなければならない。

2. 臨床研究に際してのインフォームド・コンセント

厚生労働省から通達された「臨床研究に関する倫理指針」の第4章では、インフォームド・コンセントを受ける手続きについて、次のような項目が挙げられている。

(1) 被験者からインフォームド・コンセントを受ける手続

①研究者等は、臨床研究を実施する場合に

は、被験者に対し、当該臨床研究の目的、方法及び資金源、起こり得る利害の衝突、研究者等の関連組織との関わり、当該臨床研究に参加することにより期待される利益及び起こり得る危険、必然的に伴う不快な状態、当該臨床研究終了後の対応、臨床研究に伴う補償の有無その他必要な事項について十分な説明を行わなければならない。

②研究者等は、被験者が経済上又は医学上の理由等により不利な立場にある場合には、特に当該被験者の自由意思の確保に十分配慮しなければならない。

③研究者等は、被験者が①の規定により説明した内容を理解したことを確認した上で、自由意思によるインフォームド・コンセントを文書で受けなければならない。

④研究者等は、被験者に対し、当該被験者が与えたインフォームド・コンセントについて、いつでも不利益を受けることなく撤回する権利を有することを説明しなければならない。

(2) 代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける手続

①研究者等は、被験者からインフォームド・コンセントを受けることが困難な場合には、当該被験者について臨床研究を実施することが必要不可欠であることについて、倫理審査委員会の承認を得て、臨床研究機関の長の許可を受けたときに限り、代諾者等（当該被験者の法定代理人等被験者の意思及び利益を代弁できると考えられる者をいう。）からインフォームド・コンセントを受けることができる。

②研究者等は、未成年者その他の行為能力がないとみられる被験者が臨床研究への参加についての決定を理解できる場合には、代諾者等からインフォームド・コンセントを受けるとともに、当該被験者の理解を得なければならない。

第15項 法の遵守

法と人道にそむく行為の禁止、関連法規の理解と遵守

1. 一社会人としての法の遵守

作業療法士は、専門職業人であると同時に一人の社会人である。同じ社会に生きる人間同士が、互いに人権を尊重し、幸福な生活を守るためにも、法を遵守することは最低限の社会規範である。

当然のことながら、私たちは他者の命・健康・財産・名誉等を傷つけたり奪ったりしてはならない。傷害、恐喝、窃盗、詐欺、贈収賄等々の犯罪行為は、法によって罰せられるだけでなく、作業療法士は人々からの信頼で成り立つ専門職であることから、一般人の場合よりも、より重大な反社会的問題として扱われ、大きな社会的制裁を受けることを認識しなければならない。

日常的なことでいえば、交通マナー違反、とりわけ、飲酒・酒気帯び運転、およびそれに惹起された事故、あるいは轢き逃げ等に至っては申し開きのできない重大な犯罪である。

平成17年4月、個人情報の保護に関する法律が施行された。この法律は、高度情報通信社会の進展に伴い個人情報の利用が著しく拡大していることから、個人情報の適切な取り扱いに関して、国や地方公共団体の責務、個人情報を取り扱う事業者の遵守すべき義務等を定め、個人の権利利益を保護することを目的としている（第1章総則第1条より）。「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であって、氏名、生年月日その他の記述によって特定の個人を識別することができるものという（第1章総則第2条より）。個人的な情報、とりわけプライバシーに関することがらについては、慎重に取り扱われるべきものであることを、一社会人としても認識しておかなければならない。

2. 作業療法士としての法の遵守

(1) 対象者の秘密を守る

「理学療法士及び作業療法士法（昭和40年、法律第137号）」第4章第16条には秘密を守る義務が明記されている。作業療法士は、対象者の情報を正当な理由がある場合を除き、決して他に漏らしてはならない。作業療法士でなくなった後においても、それは守らなければならない。秘密がかたく守られるという対象者あるいは社会からの信頼感が崩れた場合には、一作業療法士の信頼が失われるだけでなく、作業療法士という職業そのものの信頼が失われてしまうことになる。

(2) 個人情報の漏洩がないよう注意する

個人情報の保護に関する法律が制定されたことにより、カルテ（電子カルテを含む）その他の個人情報が記載された書類の取り扱いなどに、一層厳しい注意義務が課せられるようになった。カルテその他の個人情報が盛り込まれた書類を人目につきやすい場所に置かないことはもちろん、名前とその他の情報が同時に読み取れないように書式を工夫すること等が必要である。電子カルテの取り扱いに関しては、管理システムを厳重に作らなければならない。また、対象者と面接する際には、話の内容が不用意に他者に聞こえないよう配慮する必要がある。

(3) 免許の取り消し、名称の使用停止について

「理学療法士及び作業療法士法」第1章第4条第2号には、欠格条項のひとつとして、「作業療法士の業務に関し犯罪又は不正の行為があった者」が挙げられており、これに該当するときは、作業療法士免許の取り消し、または期間を定めて作業療法士の名称の使用停止が命ぜられる（第1章第7条）。

作業療法士は国家資格を取得した瞬間から専門職業人として公的存在になるのだという自覚をもたなければならない。その立場を悪用した犯罪や不正行為は断じてあってはならない。また、業務に関する犯罪や不正に巻き込まれないよう、つねに自分を律しなければならない。

(4) 診療報酬・介護報酬等の不正請求をしない、不正に加担しない

診療報酬請求の要件としては、診療の実態どおりに記載された記録、それに基づいた正確な会計伝票、勤務実態を確認できる書類などが整備されていることが必要である。また、介護保険法下における報酬請求も同様である。実態の伴わない請求、水増し請求等の不正請求は断じてやってはならない。また、不正請求に加担してはならない。気づいたときには毅然とした態度で臨まなければならない。

を低下させるだけでなく、これまで築きあげた信頼関係を壊すことにもつながる。

第 16 項 情報の管理

会員情報の漏洩、協会ホームページの運用

1. 会員情報の漏洩

会員の個人情報、個人の人格尊重の理念の下に慎重かつ適正に取り扱われなければならない。個人データは正確性を確保し、その安全管理のために必要かつ適切な措置を講じるべきであり、第三者への情報の漏洩に対しては細心の注意を払う必要がある。また本人からの求めがあれば、開示、訂正等を行わなければならない。

2. 協会ホームページの運用

作業療法士は保健・医療・福祉に関わる専門職として、雑誌、ホームページ等のメディアを通じて専門的な情報を提供することは、社会的に重要な活動である。作業療法に関心をもつ人々のみならず、作業療法士を目指す学生や会員に対してつねに最新の情報を配信するべく、協会ホームページの更新等その適切な運用に努めるべきである。

3. 不適切用語使用の禁止

作業療法士は、対象者の国籍、民族、宗教、文化、思想、信条、門地、社会的地位、性別および障害の如何を問わず、人権擁護の立場から、差別や誤解を招くような不適切用語をいかなる場合においても使用してはならない。不適切な用語を使用することは、個人の品位

資料 4

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いえない。

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・教育など広範囲に互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。

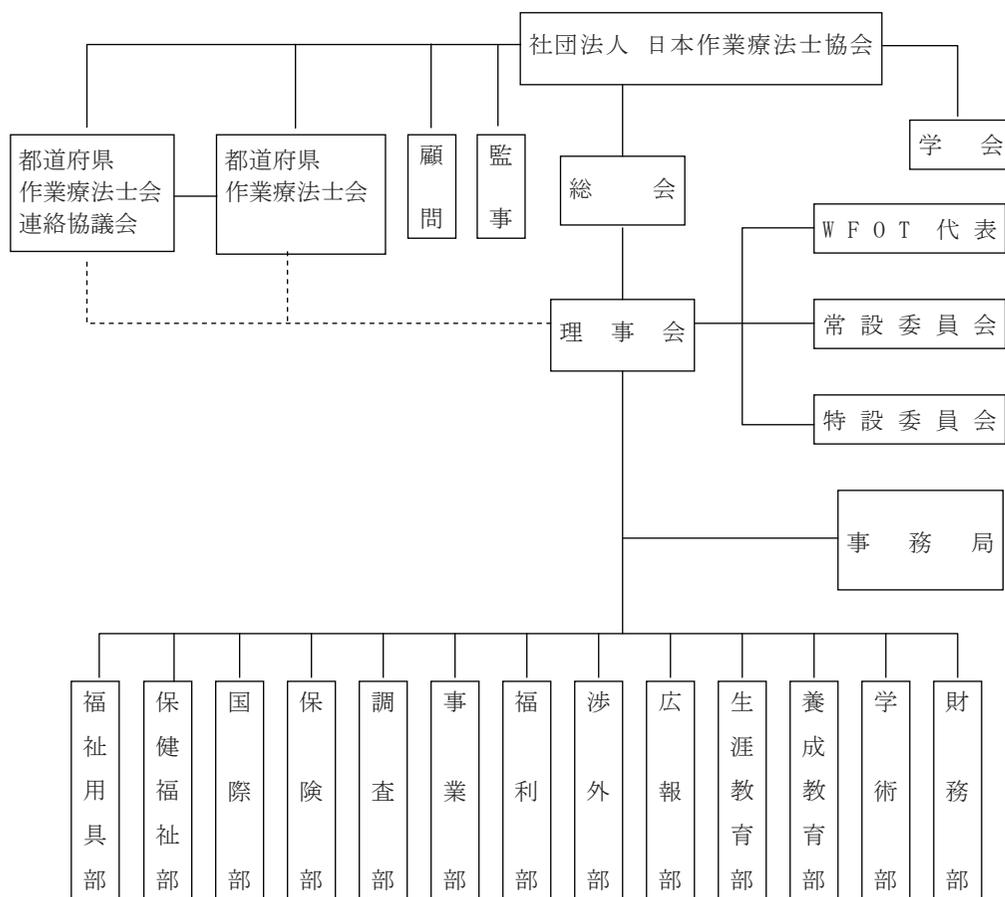
第四 特記事項

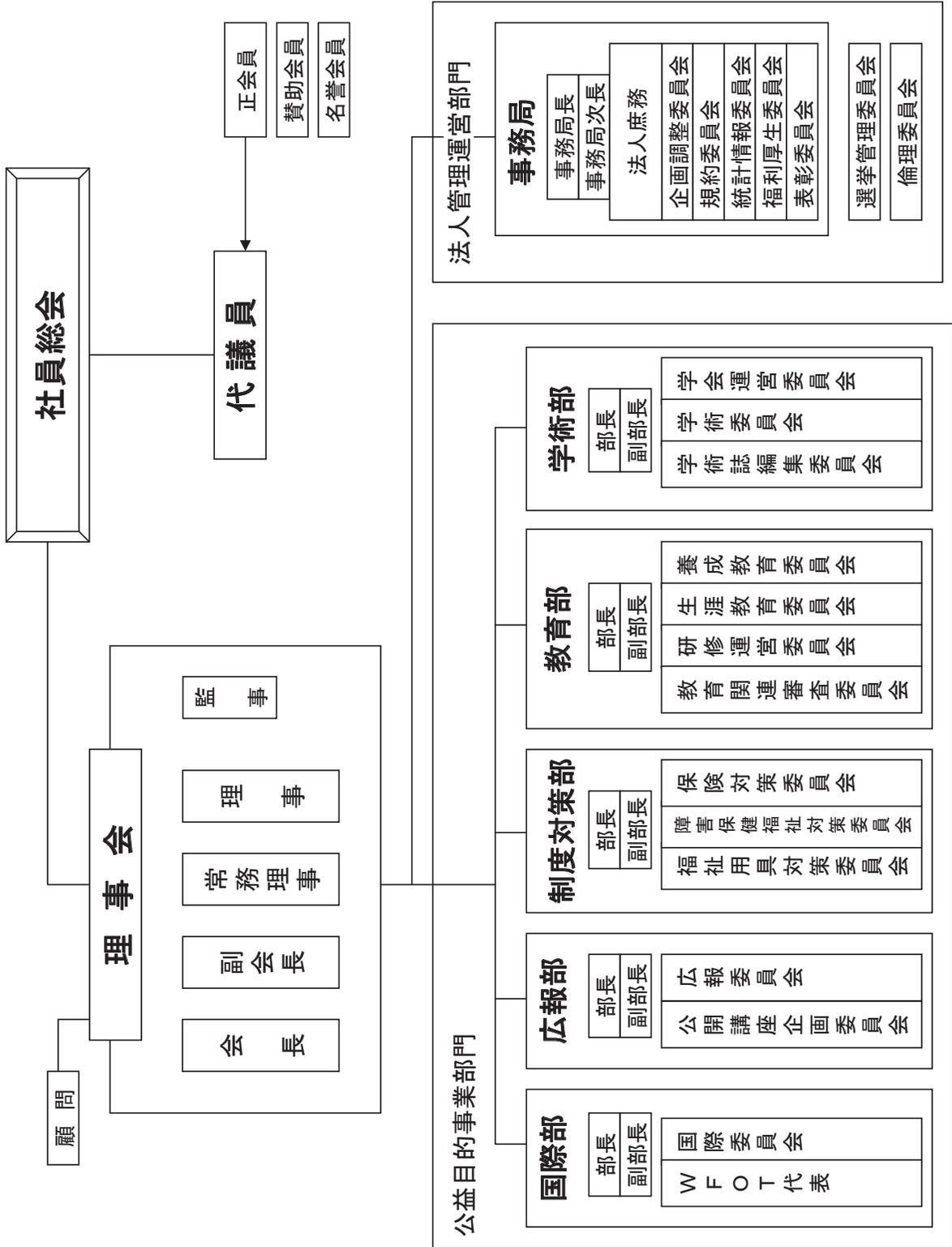
- 23 作業療法士は、作業療法業務を補助する職にあたる者と協同で業務に当る時には、その指導・監督に努めなければならない。
- 24 作業療法士は、患者治療において日常生活に必要な諸機能や家屋改造援助等、理学療法士の業務と重なりあう領域に関しては、あらかじめ業務内容の分担を連絡し、効率的な患者への治療を優先しなければならない。
- 25 作業療法士は、義肢・装具に関する採型、製作、適合訓練等の業務に関しては義肢装具士と連携をとり、患者に最も適合する義肢・装具の提供に努めなければならない。

資料 5

社団法人 日本作業療法士協会
協 会 組 織 図

昭和57年11月13日
昭和61年 3月15日
平成 2年12月16日
平成 7年 7月15日
平成12年 4月 1日
平成15年 6月26日
平成17年 3月19日
平成18年 6月30日
平成21年 5月16日





平成23年度第5回理事会(2011年9月17日)にて承認

資料6 作業療法士が勤務する施設分類

I. 勤務条件

- 11 常勤でOT、但し、本務以外にもOTをしている。(同じ施設内で業務を兼務している、もしくは他施設に非常勤で勤めている場合)
 12 常勤でOT、本務以外はしていない。
 21 非常勤でのみOTをしている。
 22 現在OTとして勤務していないが、OTとしての経験、知識、技術等を生かした勤務をしている(例:現在特別支援学校教諭として勤務しているが、OTとしての知識、技能、経験を生かして勤務している場合)
 31 現在OTとして勤務していない。(OTとしての勤務を休業中の方、あるいは、OT以外の勤務をしているが上記22に該当しない方、未就労の方が該当)

II. 業務内容

- 01 臨床(地域等を含む、患者、利用者への直接的サービス) 02 教育 03 研究 04 行政 05 相談 06 その他() 07 管理職(臨床その他も兼務しているが、主として管理職業務を行っている場合も含む)

III. 開設者分類

<国>

0101 厚生労働省 0102 文部科学省 0103 労働福祉事業団 0104 独立行政法人 0105 国立大学法人 0109 その他

<公的機関>

0201 都道府県 0202 市区町村 0203 日本赤十字 0204 済生会 0205 北海道社会事業協会

0206 厚生連 0207 国民健康保険団体連合会

<社会保険関係団体>

0301 全国社会保険協会連合会 0302 厚生団 0303 船員保険会

0304 健康保険組合及び連合会 0305 共済組合及び連合会 0306 国民健康保険組合

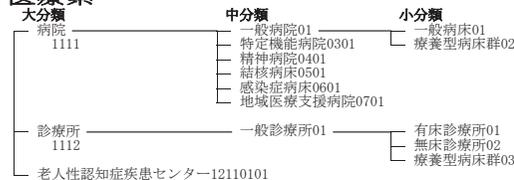
<その他>

0401 公益法人 0501 医療法人 0601 学校法人 0701 会社 0801 NPO法人

0901 その他の法人 1001 個人 9901 その他

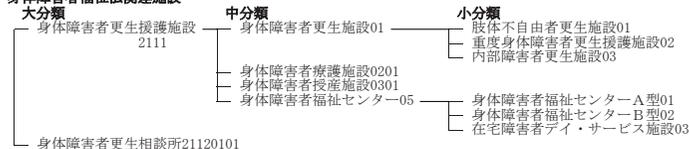
IV. 領域

医療系

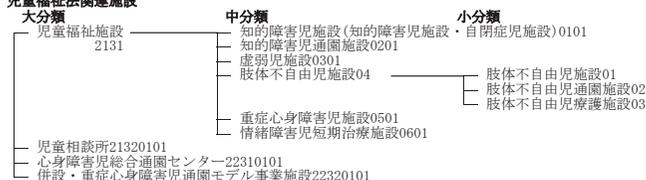


福祉系

身体障害者福祉法関連施設



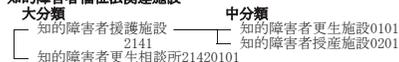
児童福祉法関連施設



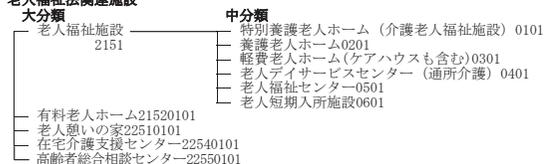
精神保健福祉法関連施設



知的障害者福祉法関連施設



老人福祉法関連施設



高齢者医療確保法関連施設

大分類

- 老人保健施設21610101
- 老人訪問看護ステーション22610101

介護保険法関連施設

大分類

- 地域包括支援センター21710101

障害者自立支援法関連施設

大分類

- 指定障害者福祉サービス事業所 2181
 - 生活介護事業所0101
 - 自立訓練（機能訓練）事業所0201
 - 多機能型事業所0301
- 指定障害者支援施設2182
 - 生活介護支援施設0101
 - 自立訓練支援施設0201
- 指定相談支援事業所21830101
- 指定地域活動支援センター21840101
- 指定福祉ホーム21850101

中分類

その他の施設

大分類

- 特別支援学校3102
 - 肢体不自由児0101
 - 知的障害児0201
 - その他0301
- 養成校3103
 - 専門学校0101
 - 医療短期大学0201
 - 大学0301
- 保健所等3104
 - 保健所0101
 - 保健センター（保健福祉センター）0201
 - その他0301
 - （高齢者サービス課・健康増進課等）
- その他3105
 - 職業センター0101
 - リハビリ関連企業0201
 - 補装具作製施設0301
 - 訪問看護ステーション0401
 - （老人訪問看護ステーションを除く）
 - その他0501（第三セクター・社協等）

中分類

法外施設

大分類

- 法外施設43010101

V. 医療施設の認可施設分類

- 1001 脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）
- 1002 脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅱ）
- 1003 脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅲ）
- 1004 運動器リハビリテーション科（Ⅰ）
- 1005 運動器リハビリテーション科（Ⅱ）
- 1006 呼吸器リハビリテーション科（Ⅰ）
- 1007 呼吸器リハビリテーション科（Ⅱ）
- 1008 難病患者リハビリテーション
- 1009 がん患者リハビリテーション
- 1010 回復期リハビリテーション病棟入院科
- 2001 精神科作業療法
- 2002 精神科デイケア（大規模）
- 2003 精神科デイケア（小規模）
- 2004 精神科ナイトケア
- 2005 精神科ナイトケア
- 2006 精神科ショートケア（大規模）
- 2007 精神科ショートケア（小規模）
- 2008 精神療養病棟（Ⅰ）
- 2009 医療観察法病棟
- 2010 精神科訪問看護・指導科（Ⅰ）
- 2011 精神科訪問看護・指導科（Ⅱ）
- 3001 障害児（者）リハビリテーション科
- 4001 老人性認知症疾患治療病棟
- 4002 老人性認知症疾患療養病棟
- 4003 重度認知症患者入院治療
- 4004 重度認知症患者デイケア
- 9999 認可を受けていない（記入者の勤務先が医療施設でない、または勤務先が医療施設でも記入者の従事している主業務が、認可を受けていない場合に該当）

VI. 介護保険の指定サービス分類

- 01 指定介護老人福祉施設
- 02 指定介護療養型医療施設
- 03 指定訪問看護
- 04 指定訪問リハビリテーション
- 05 指定通所介護
- 06 指定通所リハビリテーション
- 07 指定短期入所生活介護
- 08 指定短期入所療養介護
- 09 指定特定施設入所生活介護
- 10 指定居宅介護支援
- 11 指定介護老人保健施設
- 12 小規模多機能型居宅介護
- 13 指定認知症対応型共同生活介護
- 14 指定地域密着型特定施設入居者生活介護
- 15 指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
- 16 指定認知症対応型通所介護
- 99 指定認可を受けていない

VII. 障害者自立支援法指定サービス分類

- 01 居宅介護
- 02 重度訪問介護
- 03 行動援護
- 04 療養介護
- 05 生活介護
- 06 児童デイサービス
- 07 短期入所
- 08 重度障害者包括支援
- 09 共同生活介護
- 10 自立訓練（機能訓練）
- 11 自立訓練（生活訓練）
- 12 就労移行支援
- 13 就労継続支援A型
- 14 就労継続支援B型
- 15 共同生活援護
- 16 施設入所支援
- 99 指定認可を受けていない

VIII. その他の指定・認可分類コード

- 0101 都道府県リハビリテーション支援センター
- 0102 地域リハビリテーション広域支援センター
- 9999 上記の指定・認可分類は受けていない。

IX. 専門分野

- 01 身体障害
- 02 精神障害
- 03 発達障害
- 04 老年期障害
- 05 その他

X. 対象疾患

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（躁鬱病を含む） |
| | 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 | |
| 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 頸腕症候群 腰痛及び坐骨神経痛 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 |
| 尿路器系の疾患 | 泌尿・生殖器疾患 |
| 妊娠、分娩及び産じょく | |
| 産褥期に発生した病態 | |
| 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 | |
| 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 | |

ⅩⅠ. 対象者の属性

| 番号 | 目的 | 番号 | 目的 |
|----|----------------|----|----------------|
| 1 | 運動機能の改善 | 11 | 日常生活活動の改善 |
| 2 | 運動機能の維持・代償指導 | 12 | 代償手段の適応 |
| 3 | 感覚知覚機能の改善 | 13 | 社会生活適応能力の改善 |
| 4 | 感覚知覚機能の維持・代償指導 | 14 | 認知心理機能の改善 |
| 5 | 知的機能の改善 | 15 | 認知心理機能の維持・代償指導 |
| 6 | 知的機能の維持・代償指導 | 16 | 就労就学指導・訓練 |
| 7 | 起居移動の改善 | 17 | 就労就学前指導 |
| 8 | 起居移動の維持・代償指導 | 18 | 余暇活動の指導・援助 |
| 9 | 身辺処理能力の改善 | 19 | 物理的環境の調整・利用 |
| 10 | 身辺処理能力の維持・代償指導 | 20 | 人的環境の調整・利用 |

ⅩⅡ. リハビリテーション関連資格

0101看護師 0102保健師 0103理学療法士 0104義肢装具士 0105言語聴覚士
 0198その他の医療系国家資格
 0201社会福祉士 0202精神保健福祉士 0203介護福祉士 0204保育士
 0298その他の福祉系国家資格
 0301特別支援教育教諭
 0401介護支援専門員 0402准看護師 0403訪問介護員（1級・2級・3級）
 9999上記のリハビリテーション関連資格はもっていない

ⅩⅢ. 自治体活動などへの参画

1. 市町村障害程度区分審査会の審査員である。
2. 市町村介護認定審査委員会の審査委員である。
3. 都道府県・市区町村の特別支援教育事業に参画している。

（協会会員統計資料より）

資料7 作業療法に関する診療報酬・介護報酬の推移

(1) 診療報酬の推移

| | | 1974 | 1976 | 1978 | 1981 | 1985 | 1986 | 1988 | 1990 | 1992 | 1994 | | |
|----------------|------------------------|--------------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|----------------------------|---|-----|-----|
| | | S49 | S51 | S53 | S56 | S60 | S61 | S63 | H2 | H4 | H6 | H6 | |
| リハビリテーション | 身体障害者作業療法 | 簡単 | 40 | 60 | 80 | 120 | 130 | 130 | 135 | 入院6月以内 簡単 145 複雑 345 | 作業療法 (Ⅰ) 入院6月以内 簡単 170 複雑 580 | 170 | 170 |
| | | 複雑 | 80 | 120 | 160 | 300 | 320 | 330 | 335 | 入院6月超 簡単 135 複雑 335 | 総合承認施設 入院6月超 簡単 160 複雑 550 | 160 | 160 |
| | | | | | | | | | | | 作業療法 (Ⅱ) 入院6月以内 簡単 155 複雑 480 | 155 | 155 |
| | | | | | | | | | | | 入院6月超 簡単 145 複雑 450 | 145 | 145 |
| | | 難病患者リハビリテーション料 | | | | | | | | | | | |
| | 指導管理料 | 退院時リハビリテーション指導料 | | | | | | | | | | | |
| | | 退院前訪問指導料 | | | | | | | | | | | |
| | 一般医科 | 加算 | 退院時共同指導料加算 | | | | | | | | | | |
| | | 在宅医療 | 在宅訪問リハビリテーション指導管理料 | | | | | | | | | | |
| | | 加算 | 在宅患者入院共同指導加算 | | | | | | | | | | |
| 精神科専門療法 | 加算 | 訪問看護指示料加算 | | | | | | | | | | | |
| | 精神科作業療法 | 簡単 | 30 | 30 | 40 | 40 | 70 | 70 | 70 | 100 | 200 | 200 | 220 |
| | | 小規模 | 300 | 300 | 400 | 500 | 550 | 550 | | | | | |
| | 精神科デイケア | 簡単 | 60 | 70 | 100 | 100 | 240 | 300 | 300 | 400 | 500 | 550 | |
| | | 大規模 | 330 | 330 | 450 | 600 | 660 | 660 | | | | | |
| | 精神科ナイトケア | 300 330 450 450 500 500 | | | | | | | | | | | |
| | 精神科デイ・ナイト・ケア | 1000 | | | | | | | | | | | |
| | 入院生活技能訓練療法 | 週1回 75 75 | | | | | | | | | | | |
| | 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(Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | |
| 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | |
| リハビリテーション | 老人作業療法 | 簡単 | 150 | 160 | 170 | 170 | 170 | 170 | 170 | 入院6月以内 簡単 160 複雑 400 | 170 | 170 | |
| | | 複雑 | 380 | 400 | 500 | 530 | 530 | 530 | | | | | |
| | | 簡単 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | | | | | | |
| | | 複雑 | 380 | 460 | 480 | 480 | 480 | | | | | | |
| | 老人リハビリテーション計画評価料 | 100 100 100 110 110 | | | | | | | | | | | |
| | 老人リハビリテーション総合計画評価料 | | | | | | | | | | | | |
| | 入院生活リハビリテーション料 | 60 60 | | | | | | | | | | | |
| | 入院生活リハビリテーション管理指導料 | | | | | | | | | | | | |
| | 指導管理料 | 老人退院時リハビリテーション管理指導料 | 200 200 220 240 240 | | | | | | | | | | |
| | | 老人退院前訪問指導料 | 300 360 400 400 | | | | | | | | | | |
| 在宅医療 | 残たきり老人退院時共同指導料(Ⅰ) | 140 170 250 380(Ⅰ) 460 510 510 | | | | | | | | | | | |
| | 老人デイケア | 380(Ⅱ) 送迎機能有 660 710 710 | | | | | | | | | | | |
| | 外来移行加算 | | | | | | | | | | | | |
| 精神科専門療法 | 残たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料 | 300 380 470 500 500 | | | | | | | | | | | |
| | 重度痴呆患者デイケア料 | 4h-6h | 440 | 540 | 690 | 690 | 690 | | | | | | |
| | | 6h以上 | 660 | 740 | 1040 | 1040 | 1040 | | | | | | |
| | 重度痴呆患者収容治療料 | 4h-6h | 740 | 890 | 890 | 890 | | | | | | | |
| | | 6h以上 | 940 | 1240 | 1240 | 1240 | | | | | | | |
| | 痴呆性老人加算 | | | | | | | | | | | | |
| | 痴呆患者収容治療料 | 180 180 250 250 | | | | | | | | | | | |
| | 老人性痴呆患者治療病棟入院医療管理料 | 入院3月以内 656 684 701 | | | | | | | | | | | |
| | 老人性痴呆患者治療病棟入院医療管理料 | 入院3月超 576 601 618 | | | | | | | | | | | |
| | 老人性痴呆患者治療病棟入院医療管理料 | 510 533 533 | | | | | | | | | | | |

| | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2010 | |
|------------------|----------------------|-------------------|------------|-------------------------|--------------|---|-----------------------------|---------------|------|
| | | H18 | | H19 | | H20 | | H22 | |
| 入院料 | 特定入院料 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 1日につき | 5700 | 5700 | 5700 | 5700 | 5700 | 5700 |
| | | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 1日につき | 1680 | 1680 | 1690 | 1690 | 1720 | 1600 |
| | | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | | | | | 1595 | 1600 | 50 |
| | | | | | | | | リハビリテーション充実加算 | 40 |
| | | 亜急性期入院医療管理料 | | | | | | 亜急性期入院医療管理料1 | 2050 |
| | | | | | | | | 亜急性期入院医療管理料2 | 2050 |
| | | 精神療養病棟入院料 | 1日につき | 1090 | 1090 | 1090 | 1090 | | 1090 |
| | | 老人性認知症疾患治療病棟入院料 | 1 90日以内 | 1300 | 1300 | 1300 | 1330 | 60日以内 | 1450 |
| | | | 91日以上 | 1190 | 1190 | 1180 | 1180 | 61日以上 | 1180 |
| | | | 2 90日以内 | 1060 | 1060 | 1070 | 1070 | 60日以内 | 1070 |
| 91日以上 | 1030 | | 1030 | 1020 | 1020 | 61日以上 | 970 | | |
| 退院時リハビリテーション指導料 | | 300 | 300 | 300 | 300 | | 300 | | |
| 退院前訪問指導料 | | 410 | 410 | 410 | 410 | | 410 | | |
| 在宅医療 | 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 | 1単位 | 300 | 300 | 300 | 在宅療養患者 | 300 | | |
| | | | | | | 療養系施設入居者等患者 | 255 | | |
| リハビリテーション | 心大血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) | 個別療法 | 1単位 | 250 | 250(210) | 200 | 200 | | |
| | 心大血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ) | 個別療法 | 1単位 | 100 | 100(85) | 100 | 100 | | |
| | 算定日数 | | 算定上限日数150日 | 算定上限日数150日(通減開始日数120日超) | 標準的算定日数 150日 | 標準的算定日数 150日 | | | |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) | 個別療法 | 1単位 | 250 | 250(210) | 235 | (1) 245 (2) 廃用症候群の場合 235 | | |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ) | 個別療法 | 1単位 | 100 | 100(85) | 190 | (1) 200 (2) 廃用症候群の場合 190 | | |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅲ) | | | | 100 | 100 | (1) 100 (2) 廃用症候群の場合 100 | | |
| | 算定日数 | | 算定上限日数180日 | 算定上限日数180日(通減開始日数140日超) | 標準的算定日数 180日 | 標準的算定日数 180日 | | | |
| | 運動器リハビリテーション(Ⅰ) | 個別療法 | 1単位 | 180 | 180(150) | 170 | 運動器リハビリテーション(Ⅰ) 175 | | |
| | 運動器リハビリテーション(Ⅱ) | 個別療法 | 1単位 | 80 | 80(65) | 80 | 運動器リハビリテーション(Ⅱ) 165 | | |
| | 算定日数 | | 算定上限日数150日 | 算定上限日数150日(通減開始日数120日超) | 標準的算定日数 150日 | 標準的算定日数 150日 | | | |
| | 呼吸器リハビリテーション(Ⅰ) | 個別療法 | 1単位 | 180 | 180(150) | 170 | 170 | | |
| | 呼吸器リハビリテーション(Ⅱ) | 個別療法 | 1単位 | 80 | 80(65) | 80 | 80 | | |
| | 算定日数 | | 算定上限日数90日 | 算定上限日数90日(通減開始日数80日超) | 標準的算定日数 90日 | 標準的算定日数 90日 | | | |
| | | 病棟ADL加算 | 30 | 病棟ADL加算 | 30 | - | - | | |
| | | リハビリテーション総合計画評価 | 480 | 480 | 300 | 300 | 早期リハビリテーション加算 45 | | |
| 摂食機能療法 | 1日につき | 185 | 185 | 185 | 185 | | | | |
| 難病患者リハビリテーション料 | 1日につき | 600 | 600 | 600 | 640 | | | | |
| | | | | | | 短期集中リハ加算 退院後1ヶ月まで 280 退院後1ヶ月以降～3ヶ月まで 140 | | | |
| 障害児(者)リハビリテーション料 | 1 6歳未満 | 1単位 | 190 | 190 | 200 | 220 | | | |
| | 2 6歳以上18歳未満 | 1単位 | 140 | 140 | 190 | 190 | | | |
| | 3 18歳以上 | 1単位 | 100 | 100 | 150 | 150 | | | |
| がん患者リハビリテーション料 | | | | | | 200 | | | |
| 精神科専門療法 | 精神科作業療法 | 1日につき | 220 | 220 | 220 | 220 | | | |
| | 入院生活技能訓練療法 | 1 6月以内 | 100 | 100 | 100 | 100 | | | |
| | | 2 6月超 | 75 | 75 | 75 | 75 | | | |
| | 精神科ショート・ケア | 1 小規模なもの | 275 | 275 | 275 | 275 | | | |
| | | 2 大規模なもの | 330 | 330 | 330 | 330 | | | |
| | | | | | | (1年以内加算) 20 | | | |
| | 精神科デイ・ケア | 1 小規模なもの | 550 | 550 | 550 | 590 | | | |
| | | 2 大規模なもの | 660 | 660 | 660 | 700 | | | |
| | | | | | | (1年以内加算) 50 | | | |
| | 精神科ナイト・ケア | 1日につき | 500 | 500 | 500 | 540 | | | |
| | | | | | | (1年以内加算) 50 | | | |
| | 精神科デイ・ナイト・ケア | 1日につき | 1000 | 1000 | 1000 | 1040 | | | |
| | | | | | | (1年以内加算) 50 | | | |
| | 精神科退院指導料 | | 320 | 320 | 320 | 320 | | | |
| | 精神科退院前訪問指導料 | | 380 | 380 | 380 | 380 | | | |
| | | | | 地域移行支援加算 | 200 | | | | |
| 重度認知症患者デイケア料 | | 1000 | 1000 | 1000 | 1040 | | | | |
| | | | | | (1年以内加算) 50 | | | | |
| 精神科訪問看護・指導料 | (Ⅰ) | 550 | 550 | 575 | 575 | | | | |
| | (Ⅱ) | 160 | 160 | 160 | 160 | | | | |

(2)介護報酬の推移(平成12年4月～)

| 項目 | | H12年4月1日 改定 | H15年4月1日 改定 | H18年4月1日 改定 | H21年4月1日 改定 |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| 在宅サービス | | | | | |
| 訪問リハビリテーション (病院または診療所で行うもの) | 日常生活活動訓練加算(1日,退院退所から6ヶ月以内) | — | 50 | — | — |
| | リハビリテーションマネジメント加算(1日) | — | — | 20 | — |
| | 短期集中リハビリテーション実施加算 | — | — | — | — |
| | (1)退院(所)日または認定日から1月以内(1日) | — | — | 330 | 340 |
| | (2)退院(所)日または認定日から1月超3月以内(1日) | — | — | 200 | 200 |
| サービス提供体制強化加算(1回) | — | — | — | 6 | |
| 訪問リハビリテーション (介護老人保健施設で行うもの) | 日常生活活動訓練加算(1日,退所から6ヶ月以内) | — | 50 | — | — |
| | リハビリテーションマネジメント加算(1日) | — | — | 20 | — |
| | 短期集中リハビリテーション実施加算 | — | — | — | — |
| | (1)退所日から起算して1月以内(1日) | — | — | 330 | 340 |
| | (2)退所日から起算して1月超3月以内(1日) | — | — | 200 | 200 |
| サービス提供体制強化加算(1回) | — | — | — | 6 | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | リハビリテーションマネジメント加算(1日) | — | — | 20 | — |
| | 短期集中リハビリテーション実施加算 | — | — | — | — |
| | 退院(所)日または認定日から3月以内(1日) | — | — | 200 | 200 |
| サービス提供体制強化加算(1回) | — | — | — | 6 | |
| 訪問看護 | サービス提供体制強化加算(1回) | — | — | — | 6 |
| 通所リハビリテーション (医療機関等で行うもの) | 理学療法士等強化加算(日) | — | — | — | 30 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 | — | — | — | 230 |
| 通所リハビリテーション (病院または診療所で行うもの) | 短期集中リハビリテーション実施加算 | — | — | — | — |
| | (1)退院(所)日または認定日から1月以内(1日) | — | — | 180 | 280 |
| | (2)退院(所)日または認定日から1月超3月以内(1日) | — | — | 130 | 140 |
| | 個別リハビリテーション加算(1日) | — | — | — | 80 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション加算(1日) | — | — | — | 240 |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1日) | — | — | — | 60 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1回) | — | — | — | 12 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1回) | — | — | — | 6 |
| | 訪問指導等加算/通所リハビリテーション計画作成加算(月1) | 550 | 550 | 550 | 550 |
| 通所リハビリテーション (介護老人保健施設で行うもの) | リハビリテーションマネジメント加算(1日) | — | — | 20 | — |
| | リハビリテーションマネジメント加算 | — | — | — | 230 |
| | 短期集中リハビリテーション実施加算 | — | — | — | — |
| | (1)退所日から起算して1月以内(1日) | — | — | 180 | 280 |
| | (2)退所日から起算して1月超3月以内(1日) | — | — | 130 | 140 |
| | (3)退所日から起算して3月超(1日) | — | — | 80 | — |
| | 個別リハビリテーション加算 | — | — | — | — |
| | (1)退所日から起算して1年以内(1日) | — | 130 | — | — |
| | (2)退所日から起算して1年超(1日) | — | 100 | — | — |
| | 個別リハビリテーション実施加算 | — | — | — | 80 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション加算 | — | — | — | 240 |
| | 若年性認知症ケア加算 | — | — | 60 | — |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1日) | — | — | — | 60 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ(1回) | — | — | — | 12 | |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ(1回) | — | — | — | 6 | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 運動器機能向上加算(1月) | — | — | 225 | 225 |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1月) | — | — | — | 240 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1月) | — | — | — | 要支援1 48 要支援2 96 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1月) | — | — | — | 要支援1 24 要支援2 48 |
| 通所介護 | 個別機能訓練加算(1日) | 27 | 27 | 27 | — |
| | 個別機能訓練加算Ⅰ(1日) | — | — | — | 27 |
| | 個別機能訓練加算Ⅱ(1日) | — | — | — | 42 |
| | 若年性認知症ケア加算(1日) | — | — | 60 | — |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1日) | — | — | — | 60 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1回) | — | — | — | 12 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1回) | — | — | — | 6 |
| 認知症対応型通所介護 | 個別機能訓練加算(1日) | — | — | 27 | 27 |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1日) | — | — | — | 60 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1回) | — | — | — | 12 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1回) | — | — | — | 6 |

| | 項目 | H12年4月1日 改定 | H15年4月1日 改定 | H18年4月1日 改定 | H21年4月1日 改定 |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| 在宅サービス | | | | | |
| 介護予防通所介護 | 運動器機能向上加算(1月) | — | — | 225 | 225 |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1月) | — | — | — | 240 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1月) | — | — | — | 要支援1 48 要支援2 96 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1月) | — | — | — | 要支援1 24 要支援2 48 |
| 短期入所 | | | | | |
| 短期入所生活介護 | 個別機能訓練加算(1日) | 12 | 12 | 12 | 12 |
| | 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日)(7日を限度) | — | — | — | 200 |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1日) | — | — | — | 120 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1日) | — | — | — | 12 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1日) | — | — | — | 6 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅲ(1日) | — | — | — | 6 |
| 短期入所療養介護 (介護老人保健施設の 場合) | リハビリテーション体制強化加算(1日) | 12 | — | — | — |
| | リハビリテーション機能強化加算(1日) | — | 30 | 30 | 30 |
| | 個別リハビリテーション加算(1日) | — | — | — | 240 |
| | 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日) | — | — | — | 200 |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1日) | — | — | — | 120 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1日) | — | — | — | 12 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1日) | — | — | — | 6 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅲ(1日) | — | — | — | 6 |
| 施設サービス | | | | | |
| 介護老人保健施設 | 初期加算(1日、入所した日から30日以内) | 30 | 30 | 30 | 30 |
| | リハビリテーションに対する体制加算(1日) | 12 | 30 | — | — |
| | リハビリテーションマネジメント加算(1日) | — | — | 25 | — |
| | 短期集中リハビリテーション実施加算(1日) | — | — | 60 | 240 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(1日) | — | — | 60 | 240 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | — | — | — | 120 |
| | 認知症情報提供加算(1日) | — | — | — | 350 |
| | 認知症専門ケア加算Ⅰ(1日) | — | — | — | 3 |
| | 認知症専門ケア加算Ⅱ(1日) | — | — | — | 4 |
| | 退所前後訪問指導加算 | 460 | 460 | 460 | 460 |
| | 退所時指導加算(1人につき1回限度) | 1,070 | 400 | 400 | 400 |
| | 退所時情報提供加算(1人につき1回限度) | — | 500 | 500 | 500 |
| | 退所前連携加算(1人につき1回限度) | — | 500 | 500 | 500 |
| | 老人訪問看護指示加算(1日) | 300 | 300 | 300 | 300 |
| | 在宅復帰支援機能加算Ⅰ | — | — | 10 | 15 |
| | 在宅復帰支援機能加算Ⅱ | — | — | — | 5 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1日) | — | — | — | 12 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1日) | — | — | — | 6 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅲ(1日) | — | — | — | 6 |
| 介護老人福祉施設 | 初期加算(1日、入所した日から30日以内) | 30 | 30 | 30 | 30 |
| | 個別機能訓練加算(1日) | 12 | 12 | 12 | 12 |
| | 若年性認知症利用者受入加算(1日) | — | — | — | 120 |
| | 認知症専門ケア加算Ⅰ(1日) | — | — | — | 3 |
| | 認知症専門ケア加算Ⅱ(1日) | — | — | — | 4 |
| | 退所前後訪問相談援助加算(1日) | 460 | 460 | 460 | 460 |
| | 退所時相談援助加算(1日) | 400 | 400 | 400 | 400 |
| | 退所前連携加算(1人につき1回限度) | — | 500 | 500 | 500 |
| | 在宅復帰支援機能加算(1日) | — | — | 10 | 10 |
| | 在宅入所相互利用加算(1日) | — | — | 30 | 30 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ(1日) | — | — | — | 12 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ(1日) | — | — | — | 6 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅲ(1日) | — | — | — | 6 |

資料 8 作業療法士が勤務する施設に関わる診療報酬項目と介護保険事業

(1) 診療項目 (医療)

| 基本診療 | |
|--|--|
| 入院基本料 | 特定入院料 |
| <ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料 (A100) ○療養病棟入院基本料 (A101) ○精神病棟入院基本料 (A103) ○特定機能病院入院基本料 (A104) ○有床診療所入院基本料 (A108) ○有床診療所療養病床入院基本料 (A109) ○一般病棟入院基本料 (A100) 入院基本料等加算 <ul style="list-style-type: none"> ○精神科地域移行実施加算 (A230-2) ○精神科身体合併症管理加算 (A230-3) ○児童・思春期精神科入院医療管理加算 (A231) ○強度行動障害入院医療管理加算 (A231-2) ○重度アルコール依存症入院医療管理加算 (A231-3) ○摂食障害入院医療管理加算 (A231-4) ○栄養サポートチーム加算 (A232-2) | <ul style="list-style-type: none"> ○脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (A301-3) ○回復期リハビリテーション病棟入院料 (A 308) ○亜急性期入院医療管理料 (A308-2) ○緩和ケア病棟入院料 (A310) ○精神科救急入院料 (A311) ○精神科急性期治療病棟入院料 (A311-2) ○精神科救急・合併症入院料 (A311-3) ○精神療養病棟入院料 (A312) ○認知症病棟入院料 (A314) |
| 特掲診療料 | |
| 医学管理等 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ○リンパ浮腫指導管理料 (B001-7) ○退院時共同指導料 1(B004) ○退院時共同指導料 2(B005) ○介護支援連携指導料 (B005-1-2) ○地域連携診療計画退院時指導料 (I) (B005-3) | <ul style="list-style-type: none"> ○地域連携診療計画退院時指導料 (II) (B005-3-2) ○退院時リハビリテーション指導料 (B006-3) ○退院前訪問指導料 (B007) ○診療情報提供料 (I) (B009) ○診療情報提供料 (II) (B010) |
| 在宅医療 | 精神科専門療法 |
| <ul style="list-style-type: none"> ○在宅患者訪問リハビリテーション管理料 (C006) ○訪問看護基本療養費 (C005) リハビリテーション料 <ul style="list-style-type: none"> ○心大血管疾患リハビリテーション料 (H000) ○脳血管疾患等リハビリテーション料 (H001) ○運動器リハビリテーション料 (H002) ○呼吸器リハビリテーション料 (H003) ○がん患者リハビリテーション料 (H007-2) ○リハビリテーション総合計画評価料 (H003-2) ○摂食機能療法 (H004) ○難病患者リハビリテーション料 (H006) ○障害児 (者) リハビリテーション料 (H007) | <ul style="list-style-type: none"> ○精神科作業療法料 (I001) ○精神科継続外来支援・指導料 (I002-2) ○入院生活技能訓練療法 (I008) ○精神科ショート・ケア料 (I008-2) ○精神科デイ・ケア料 (I009) ○精神科ナイト・ケア料 (I010) ○精神科デイ・ナイト・ケア料 (I010-2) ○精神科退院指導料 (I011) ○精神科退院前訪問指導料 (I011-2) ○精神科訪問看護指導料 (I012) ○重度認知症患者デイ・ケア料 (I015) |

(2) 作業療法士の配置が明記されている介護保険事業

| 在宅サービス | 施設サービス |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ (介護予防) 訪問リハビリテーション ○ (介護予防) 訪問看護 【訪問看護ステーション】 ○ (介護予防) 通所リハビリテーション ○ (介護予防) 通所介護 ○ (介護予防) 短期入所生活介護 ○ (介護予防) 短期入所療養介護 ○ 特定施設入所者生活介護 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護老人福祉施設 ○ 介護老人保健施設 ○ 介護療養型老人保健施設 ○ 介護療養型医療施設 |

資料 9 臨床作業療法部門自己評価表（第2版）

| | | | | | | | |
|-----|--|-------|--|------|--|----|--|
| 部門名 | | 評価年月日 | | 評価者名 | | 得点 | |
|-----|--|-------|--|------|--|----|--|

評価
 3：はい 1：いいえ
 2：どちらともいえない 0：該当せず

| 評価項目 | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| I 施設全体における作業療法（関連）部門の位置付け | | | | | | | |
| 1 | 施設全体における作業療法（関連）部門の位置づけが明らかにされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 2 | 作業療法（関連）部門を統括するポストに作業療法士が配置されているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 3 | 作業療法士の採用（決定）に作業療法士が関与しているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 4 | 作業療法士（関連）部門における職員の組織図が明らかにされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 5 | 作業療法士（関連）部門に作業療法士数は充足しているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 6 | 施設内の関係委員会等へ作業療法士が委員として参画しているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 7 | 作業療法（関連）部門へのアクセスは利用者の立場から配慮されているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 8 | 作業療法（関連）部門の物理的空間は十分な | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| II 業務管理 | | | | | | | |
| 1 | 作業療法（関連）部門の事業計画は年度初めに職員に明らかにされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 2 | 作業療法（関連）部門の運営要綱があるか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 3 | 作業療法職員の職務（担当・役割）が明らかにされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 4 | 作業療法（関連）部門の運営会議は定期的にもたれているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 5 | 毎年の作業療法業務実績は明らかにされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 6 | 定期的な業務の見直しがされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 7 | 作業療法倫理綱領や職業倫理指針は遵守されているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 8 | 個人情報保護に関する対応がなされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 9 | 情報公開に関する対応がなされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 10 | 権利擁護に関する対応がなされているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| III 対象者への評価に関すること | | | | | | | |
| 1 | 評価に必要な各種用具・用紙は整備されているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 2 | 対象者について医学的情報等関連する情報の収集が十分行われているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 3 | 対象者に必要に応じた評価を行っているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 4 | 対象者または家族に評価内容を説明し、了解（同意）を得ているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| IV 対象者への作業療法治療（援助・指導）定義に関すること | | | | | | | |
| 1 | 対象者に対し作業療法初回プログラムを作成し明示しているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 2 | 対象者に対し必要に応じて作業療法プログラムを組立て直しているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 3 | 治療（援助・指導）に必要な設備、備品、消耗品は整備されているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 4 | 対象者または家族に治療（援助・指導）内容を説明し了解（同意）を得ているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 5 | 対象者に対し、フィードバックを得ながら治療（援助・指導）を進めているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 6 | 治療（援助・指導）技術に関して対象者が評価する体制が備わっているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| V 対象者の支援に関する役割・機能 | | | | | | | |
| 1 | 対象者一人一人を評価・アセスメントし病気の回復を促すための回復に沿ったプログラムが提供できているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 2 | 心身の両面を評価し、アプローチできているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 3 | 対象者のマネージャー役ができているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 4 | 場と活動が適切に提供できているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 5 | グループによる集団活動の場が提供できているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 6 | 対象者の健康的な側面に働きかけることができているか | 3 | 2 | 1 | 0 | | |

| | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|
| 7 | 対象者が安心して自分の能力を回復したり、自信を取る戻す場を提供できているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8 | 退院のための援助ができていますか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9 | 病院と地域の橋渡し役ができていますか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10 | 就労支援や社会参加の機会が提供できているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| VI 病院内での職種としての役割・機能 | | | | | |
| 1 | リハビリテーションにおける中心的機能を果たしているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 | 病院内のチーム医療をうまくコーディネートする役割を果たしているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | 地域生活を安定させるために地域支援につなげるよう各関係者と連携し、支援できているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 | 他職種に作業療法の視点を提供できているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| VII 他部門・他機関との連携 | | | | | |
| 1 | 対象者について作業療法への処方又は依頼に関する書類が保管されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 | 対象者について他部門との間で治療（援助・指導）の方針は合意されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | カンファランス、症例検討等は定期的に行われているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 | 対象者の作業療法に関わるスケジュール変更等の連絡方法は確立しているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | 個々の対象者に対し、治療初期から他機関との連携をとる体制が備わっているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| VIII 記録（文書）管理 | | | | | |
| 1 | 作業療法実施件数は毎回記録されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 | 毎回の作業療法について年月日、時間、作業療法実施内容、担当者名が記録されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | カンファランス、症例検討等の内容は毎回記録され、保管されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 | 他部門、他機関への報告の写しは保管されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | 全ての作業療法記録は必要保存期間に従って保管されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| IX 安全管理 | | | | | |
| 1 | 緊急時対応器具類は配備されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 | 施設内感染防止対策は実施されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | 治療（援助・指導）器具類は定期的に点検をし、安全に管理されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 | 医療安全管理マニュアルは整備されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | 作業療法（関連）部門にリスクマネージャーが定められているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 | 緊急時対策は明示されているか（マニュアルが備えられているか） | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7 | 防災訓練は定期的に行われているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8 | 作業療法（関連）部門の設備・備品の機能は定期的に保守点検されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| X 教育・研修・研究 | | | | | |
| 1 | 作業療法学生の臨床教育（実習）を実施しているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 | 作業療法士の新人教育を実施しているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | 部門内研修、施設内研修等は定期的に行われているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 | 外部の研修会・講習会等への参加が保証されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | 業務上必要な図書は整備されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 | 研究に関する指導体制は整備されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| XI 福利厚生 | | | | | |
| 1 | 作業療法（関連）部門の産児休暇・育児休暇者の代替員の雇用制度があるか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 | 作業療法（関連）部門の退職者の代替員の雇用制度があるか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | 作業療法士（関連）部門職員の健康診断は定期的に行われているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 | 作業療法（関連）部門の職員が休息するための時間、空間等が十分確保されているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | 作業療法士（関連）部門の職員の年次休暇はとられているか | 3 | 2 | 1 | 0 |

香山明美：作業療法の機能評価―「臨床作業療法部門自己評価」改訂の取り組み―。作業療法 27：344-350,2008.

資料 10 作業療法士養成校一覧 (2010 年度)

| 番号 | 開設年 | 都道府県 | 名称 | 定員 | 課程 | WFOT 認定 |
|----|------|------|---|-------------|----|---------|
| 1 | 1974 | 岡山 | 専門学校 川崎リハビリテーション学院 | 20 | 3 | ○ |
| 2 | 1979 | 石川 | 金沢大学医薬保健学域保健学類作業療法学専攻 | 20 | 4 | |
| 3 | 1979 | 愛知 | 国立病院機構東名古屋病院附属リハビリテーション学院 | 20 | 3 | ○ |
| 4 | 1980 | 青森 | 弘前大学医学部保健学科 | 20 | 4 | ○ |
| 5 | 1980 | 岩手 | 岩手リハビリテーション学院 | 40 | 3 | ○ |
| 6 | 1980 | 東京 | 専門学校 社会医学技術学院 | 夜 35 | 4 | ○ |
| 7 | 1980 | 愛媛 | 愛媛十全医療学院 | 40 | 3 | ○ |
| 8 | 1981 | 北海道 | 北海道大学医学部保健学科作業療法学専攻 | 18 | 4 | ○ |
| 9 | 1981 | 熊本 | 熊本総合医療リハビリテーション学院 | 40 | 4 | ○ |
| 10 | 1982 | 京都 | 京都大学医学部人間健康科学科作業療法学専攻 | 18 | 4 | ○ |
| 11 | 1982 | 兵庫 | 神戸大学医学部保健学科作業療法学専攻 | 20 | 4 | ○ |
| 12 | 1983 | 北海道 | 札幌医科大学保健医療学部作業療法学専攻 | 20 | 4 | ○ |
| 13 | 1983 | 長野 | 信州大学医学部保健学科作業療法学専攻 | 18 | 4 | ○ |
| 14 | 1984 | 群馬 | 群馬大学医学部保健学科作業療法専攻 | 20 | 4 | ○ |
| 15 | 1984 | 愛知 | 名古屋大学医学部保健学科作業療法専攻 | 20 | 4 | ○ |
| 16 | 1985 | 長崎 | 長崎大学医学部保健学科作業療法学専攻 | 18 | 4 | ○ |
| 17 | 1986 | 鹿児島 | 鹿児島大学医学部保健学科 | 20 | 4 | ○ |
| 18 | 1986 | 東京 | 首都大学東京健康福祉学部作業療法学専攻 | 40 | 4 | ○ |
| 19 | 1990 | 秋田 | 秋田大学医学部保健学科作業療法学専攻 | 18 | 4 | ○ |
| 20 | 1990 | 福岡 | 柳川リハビリテーション学院 | 40 | 3 | ○ |
| | 1990 | 福岡 | 柳川リハビリテーション学院 | 夜 40 | 4 | ○ |
| 21 | 1992 | 岡山 | 岡山医療技術専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 22 | 1992 | 広島 | 広島大学医学部保健学科作業療法学専攻 | 30 | 4 | ○ |
| 23 | 1993 | 徳島 | 徳島医療福祉専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 24 | 1993 | 高知 | 高知リハビリテーション学院 | 40 | 4 | ○ |
| 25 | 1993 | 高知 | 土佐リハビリテーションカレッジ | 40 | 4 | ○ |
| 26 | 1993 | 沖縄 | 沖縄リハビリテーション福祉学院 | 30 | 3 | ○ |
| | 2003 | 沖縄 | 沖縄リハビリテーション福祉学院 | 夜 30 | 4 | ○ |
| 27 | 1994 | 神奈川 | 北里大学医療衛生学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 38 | 4 | ○ |
| 28 | 1994 | 大阪 | 大阪府立大学総合リハビリテーション学部総合リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 25 | 4 | ○ |
| 29 | 1994 | 鳥取 | YMCA 米子医療福祉専門学校 | 40 | 4 | ○ |
| 30 | 1995 | 北海道 | 専門学校 日本福祉リハビリテーション学院 | 40 | 4 | ○ |
| 31 | 1995 | 山形 | 山形医療技術専門学校 | 40 | 4 | ○ |
| 32 | 1995 | 茨城 | 茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学専攻 | 40 | 4 | ○ |
| 33 | 1995 | 栃木 | 国際医療福祉大学保健医療学部 | 80 | 4 | ○ |
| 34 | 1995 | 新潟 | 晴陵リハビリテーション学院 | 40 | 3 | ○ |
| 35 | 1995 | 新潟 | 新潟リハビリテーション専門学校 | (募集停止) 40 | 4 | ○ |
| 36 | 1995 | 岡山 | 吉備国際大学保健科学部作業療法学専攻 | 40 | 4 | ○ |
| 37 | 1995 | 岡山 | 川崎医療福祉大学医療技術学部リハビリテーション学科作業療法専攻 | 33 | 4 | ○ |
| 38 | 1995 | 広島 | 県立広島大学保健福祉学部 | 30 | 4 | ○ |
| 39 | 1995 | 佐賀 | 医療福祉専門学校緑生館 | 40 | 4 | ○ |
| 40 | 1995 | 大分 | 大分リハビリテーション専門学校 | 30 | 3 | ○ |
| 41 | 1996 | 北海道 | 北都保健福祉専門学校 | 30 | 4 | ○ |
| 42 | 1996 | 北海道 | 専門学校 北海道リハビリテーション大学校 | 40 | 4 | ○ |
| 43 | 1996 | 宮城 | 仙台医療技術専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 44 | 1996 | 東京 | 多摩リハビリテーション学院 | 40 | 3 | ○ |
| 45 | 1996 | 東京 | 専門学校 東京医療学院 | 30 | 4 | ○ |
| | 2002 | 東京 | 専門学校 東京医療学院 | 夜 (募集停止) 30 | | ○ |
| 46 | 1996 | 富山 | 富山医療福祉専門学校 | 30 | 4 | ○ |
| 47 | 1996 | 静岡 | 常葉学園医療専門学校 | (募集停止) 40 | | ○ |
| 48 | 1996 | 静岡 | 静岡医療科学専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 49 | 1996 | 滋賀 | 滋賀医療技術専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 50 | 1996 | 大阪 | 阪奈中央リハビリテーション専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 51 | 1996 | 大阪 | 関西医療技術専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 52 | 1996 | 山口 | 山口コ・メディカル学院 | 40 | 4 | ○ |
| 53 | 1996 | 鹿児島 | 鹿児島医療技術専門学校 | 40 | 4 | ○ |

| 番号 | 開設年 | 都道府県 | 名称 | | 定員 | 課程 | WFOT 認定 |
|-----|------|------|--------------------------------------|---|--------|----|---------|
| | 2003 | 鹿児島 | 鹿児島医療技術専門学校 | 夜 | 40 | 4 | ○ |
| 54 | 1996 | 鹿児島 | 神村学園専修学校 | | 40 | 3 | ○ |
| 55 | 1997 | 山形 | 山形県立保健医療大学保健医療学部 | | 20 | 4 | ○ |
| 56 | 1997 | 東京 | 日本リハビリテーション専門学校 | 夜 | 35 | 4 | ○ |
| | 2000 | 東京 | 日本リハビリテーション専門学校 | | 35 | 4 | ○ |
| 57 | 1997 | 神奈川 | 昭和大学保健医療学部作業療法学科 | | 30 | 4 | ○ |
| 58 | 1997 | 愛知 | 日本医療福祉専門学校 | | (募集停止) | | ○ |
| 59 | 1997 | 香川 | 四国医療専門学校 | | 30 | 4 | ○ |
| 60 | 1997 | 長崎 | 長崎医療技術専門学校 | | 40 | 3 | ○ |
| 61 | 1998 | 北海道 | 北海道千歳 リハビリテーション学院 | | 40 | 3 | ○ |
| 62 | 1998 | 福島 | 郡山健康科学専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 63 | 1998 | 千葉 | 千葉医療福祉専門学校 | | 30 | 4 | ○ |
| 64 | 1998 | 東京 | 東京福祉専門学校 | | 40 | 3 | ○ |
| | 2001 | 東京 | 東京福祉専門学校 | 夜 | 40 | 4 | ○ |
| 65 | 1998 | 神奈川 | 茅ヶ崎 リハビリテーション専門学校 | | 40 | 4 | |
| 66 | 1998 | 神奈川 | 横浜リハビリテーション専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 67 | 1998 | 岐阜 | サンビレッジ国際医療福祉専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 68 | 1998 | 大阪 | 箕面学園福祉保育専門学校 | | 40 | 3 | ○ |
| 69 | 1998 | 大阪 | 関西学研医療福祉学院 | | 40 | 3 | ○ |
| 70 | 1998 | 鳥根 | 鳥根 リハビリテーション学院 | | 30 | 4 | ○ |
| 71 | 1998 | 鳥根 | リハビリテーションカレッジ鳥根 | | 40 | 4 | ○ |
| 72 | 1998 | 奈良 | 関西学研医療福祉学院 | | 40 | 3 | ○ |
| 73 | 1999 | 埼玉 | 埼玉県立大学保健医療福祉学部作業療法学科 | | 40 | 4 | ○ |
| 74 | 1999 | 三重 | ユマニテク医療専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 75 | 1999 | 宮崎 | 九州保健福祉大学保健科学部 | | 40 | 4 | ○ |
| 76 | 1999 | 宮城 | 東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科 | | 80 | 4 | ○ |
| 77 | 2000 | 栃木 | マロニエ医療福祉専門学校 | | 24 | 4 | ○ |
| 78 | 2000 | 東京 | 関東リハビリテーション専門学校 | 夜 | 40 | 4 | ○ |
| 79 | 2000 | 東京 | 東京 YMCA 医療福祉専門学校 | | 30 | 3 | ○ |
| 80 | 2000 | 石川 | 専門学校 金沢リハビリテーションアカデミー | | 35 | 4 | ○ |
| 81 | 2000 | 大阪 | 大阪医専 | | 40 | 4 | |
| | 2000 | 大阪 | 大阪医専 | 夜 | 夜40 | 4 | |
| 82 | 2000 | 大阪 | 大阪保健医療大学附属大阪 リハビリテーション専門学校 | | (募集停止) | | ○ |
| | 2000 | 大阪 | 大阪保健医療大学附属大阪 リハビリテーション専門学校 | 夜 | (募集停止) | | ○ |
| 83 | 2000 | 兵庫 | 神戸総合医療専門学校 | | 40 | 3 | ○ |
| 84 | 2000 | 広島 | 広島医療保健専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 85 | 2000 | 徳島 | 徳島健祥会福祉専門学校 | | 40 | 3 | ○ |
| 86 | 2000 | 熊本 | メディカル・カレッジ青照館 | | 40 | 4 | |
| 87 | 2001 | 北海道 | 札幌リハビリテーション専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 88 | 2001 | 茨城 | アール医療福祉専門学校 | | 40 | 4 | |
| 89 | 2001 | 群馬 | 前橋医療福祉専門学校 | | 40 | 4 | |
| 90 | 2001 | 千葉 | 千葉・柏リハビリテーション学院 | | (募集停止) | | |
| 91 | 2001 | 東京 | 日本工学院専門学校 | 夜 | (募集停止) | | ○ |
| 92 | 2001 | 新潟 | 新潟医療福祉大学医療技術学部作業療法学科 | | 40 | 4 | ○ |
| 93 | 2001 | 長野 | 長野医療技術専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 94 | 2001 | 兵庫 | 関西総合リハビリテーション専門学校 | | 40 | 3 | ○ |
| 95 | 2001 | 岡山 | 玉野総合医療専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 96 | 2001 | 福岡 | 麻生リハビリテーション専門学校 | | 40 | 3 | ○ |
| | 2002 | 福岡 | 麻生リハビリテーション専門学校 | 夜 | 40 | 4 | ○ |
| 97 | 2001 | 福岡 | 福岡国際医療福祉学院 | | 40 | 3 | ○ |
| 98 | 2001 | 大分 | 藤華医療技術専門学校 | | 30 | 3 | ○ |
| 99 | 2002 | 沖縄 | 琉球リハビリテーション学院 | | 40 | 3 | ○ |
| | 2004 | 沖縄 | 琉球リハビリテーション学院 | 夜 | 40 | 4 | ○ |
| 100 | 2002 | 群馬 | 太田医療技術専門学校 | | 40 | 4 | |
| 101 | 2002 | 東京 | 帝京平成大学健康メディカル学部 | | 80 | 4 | ○ |
| 102 | 2002 | 神奈川 | 横浜 YMCA 学院専門学校 | | 40 | 4 | ○ |
| 103 | 2002 | 愛知 | 星城大学リハビリテーション学部リハビリテーション 学科作業療法専攻 | | 40 | 4 | ○ |

| 番号 | 開設年 | 都道府県 | 名称 | 定員 | 課程 | WFOT 認定 |
|-----|------|------|--|----------|----|---------|
| 104 | 2002 | 愛知 | 名古屋医療福祉専門学校 | 40 | 4 | |
| 105 | 2002 | 大阪 | 大阪医療福祉専門学校 | 40 | 3 | |
| | 2002 | 大阪 | 大阪医療福祉専門学校 | 夜 40 | 4 | |
| 106 | 2002 | 大阪 | 大阪物療専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| | 2002 | 大阪 | 大阪物療専門学校 | 夜 (募集停止) | | ○ |
| 107 | 2002 | 鳥根 | 松江総合医療専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 108 | 2002 | 広島 | 朝日医療専門学校福山校 | 40 | 4 | |
| | 2002 | 広島 | 朝日医療専門学校福山校 | 夜 30 | 4 | |
| 109 | 2002 | 香川 | 専門学校 穴吹リハビリテーションカレッジ | 40 | 3 | ○ |
| 110 | 2002 | 福岡 | 福岡リハビリテーション専門学校 | 40 | 4 | ○ |
| | 2004 | 福岡 | 福岡リハビリテーション専門学校 | 夜 40 | 4 | |
| 111 | 2002 | 鹿児島 | 鹿児島第一医療リハビリ専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 112 | 2003 | 青森 | 東北メディカル学院 | 30 | 4 | ○ |
| 113 | 2003 | 宮城 | 仙台リハビリテーション専門学校 | 30 | 3 | ○ |
| 114 | 2003 | 神奈川 | 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部リハビリテーション学科 | 20 | 4 | ○ |
| 115 | 2003 | 山梨 | 健康科学大学作業療法学科 | 80 | 4 | ○ |
| 116 | 2003 | 愛知 | 国際医学技術専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 117 | 2003 | 岡山 | 福岡リハビリテーション学院 | 40 | 4 | ○ |
| 118 | 2003 | 山口 | 専門学校 YIC リハビリテーション大学校 | 40 | 4 | ○ |
| 119 | 2003 | 福岡 | 福岡天神医療リハビリ専門学校 | 40 | 4 | |
| 120 | 2003 | 福岡 | 北九州リハビリテーション学院 | 40 | 3 | ○ |
| 121 | 2003 | 福岡 | 久留米リハビリテーション学院 | 40 | 4 | ○ |
| 122 | 2004 | 千葉 | 八千代リハビリテーション学院 | 40 | 3 | ○ |
| | 2004 | 千葉 | 八千代リハビリテーション学院 | 夜 (募集停止) | | ○ |
| 123 | 2004 | 東京 | 彰栄リハビリテーション専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 124 | 2004 | 静岡 | 聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科作業療法専攻 | 30 | 4 | ○ |
| 125 | 2004 | 愛知 | 藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科作業療法専攻 | 35 | 4 | ○ |
| 126 | 2004 | 大阪 | 藍野大学医療保健学部作業療法学科 | 60 | 4 | ○ |
| 127 | 2004 | 山口 | 下関看護リハビリテーション学院 | (募集停止) | | ○ |
| 128 | 2004 | 福岡 | 小倉リハビリテーション学院 | 40 | 3 | ○ |
| 129 | 2004 | 福岡 | 九州リハビリテーション大学校 (学校法人東筑紫学園) | 40 | 4 | ○ |
| 130 | 2004 | 宮崎 | 宮崎保健福祉専門学校 | 35 | 3 | ○ |
| 131 | 2005 | 埼玉 | 目白大学保健医療学部作業療法学科 | 40 | 4 | ○ |
| 132 | 2005 | 東京 | 東京リハビリテーション専門学校 | (募集停止) | | |
| 133 | 2005 | 東京 | 彰栄リハビリテーション専門学校 | 夜 40 | 4 | |
| 134 | 2005 | 静岡 | 富士リハビリテーション専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 135 | 2005 | 愛知 | 日本医療福祉専門学校 | 夜 (募集停止) | | |
| 136 | 2005 | 愛知 | あいち福祉医療専門学校 | 40 | 3 | |
| 137 | 2005 | 大阪 | 四條畷学園大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 4 | ○ |
| 138 | 2005 | 兵庫 | 西はりま医療専門学校 | 40 | 3 | |
| 139 | 2005 | 兵庫 | 神戸学院大学総合リハビリテーション学部医療リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 4 | ○ |
| 140 | 2005 | 福岡 | 国際医療福祉大学福岡リハビリテーション学部 | 40 | 4 | ○ |
| 141 | 2005 | 福岡 | 帝京大学福岡医療技術学部作業療法学科 | 40 | 4 | ○ |
| 142 | 2006 | 群馬 | 高崎医療技術福祉専門学校 | 40 | 4 | |
| 143 | 2006 | 埼玉 | 文京学院大学保健医療技術学部作業療法学科 | 40 | 4 | ○ |
| 144 | 2006 | 埼玉 | 上尾中央医療専門学校 | 40 | 3 | ○ |
| 145 | 2006 | 神奈川 | 国際医療福祉大学小田原保健医療学部作業療法学科 | 40 | 4 | ○ |
| 146 | 2006 | 福井 | 福井医療短期大学リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 3 | ○ |
| 147 | 2006 | 大阪 | 大阪河崎リハビリテーション大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 60 | 4 | ○ |
| 148 | 2006 | 兵庫 | 平成リハビリテーション専門学校 | 30 | 3 | |
| | 2006 | 兵庫 | 平成リハビリテーション専門学校 | 夜 30 | 3 | |
| 149 | 2006 | 兵庫 | 姫路獨協大学医療保健学部作業療法学科 | 40 | 4 | ○ |
| 150 | 2006 | 長崎 | 長崎リハビリテーション学院 | 40 | 3 | |

| 番号 | 開設年 | 都道府県 | 名称 | 定員 | 課程 | WFOT 認定 |
|-----|------|------|------------------------------------|-----------|----|---------|
| 151 | 2006 | 熊本 | 九州中央リハビリテーション学院 | 40 | 4 | ○ |
| 152 | 2006 | 京都 | 佛教大学保健医療技術学部作業療法学科 | 40 | 4 | |
| 153 | 2007 | 北海道 | 北海道文教大学人間科学部作業療法学科 | 40 | 4 | * |
| 154 | 2007 | 宮城 | 仙台保健福祉専門学校 | 40 | 4 | * |
| 155 | 2007 | 埼玉 | 日本医療科学大学保健医療学部リハビリテーション学科 | 40 | 4 | * |
| 156 | 2007 | 石川 | 国際医療福祉専門学校七尾校 | 35 | 3 | |
| 157 | 2007 | 愛知 | 東海医療科学専門学校 | 40 | 3 | |
| 158 | 2007 | 兵庫 | 兵庫医療大学リハビリテーション学部作業療法学科 | 40 | 4 | * |
| 159 | 2007 | 愛媛 | 四国中央医療福祉総合学院 | 40 | 3 | |
| 160 | 2007 | 愛媛 | 専修学校 愛媛医療専門学校 | 40 | 4 | * |
| 161 | 2007 | 福岡 | 福岡和白リハビリテーション学院 | 40 | 3 | ○ |
| 162 | 2007 | 佐賀 | 西九州大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 4 | * |
| 163 | 2007 | 熊本 | 熊本保健科学大学保健科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 4 | * |
| 164 | 2008 | 北海道 | 札幌医療福祉デジタル専門学校 | 40 | 3 | * |
| | 2008 | 北海道 | 札幌医療福祉デジタル専門学校 | 夜 40 | 3 | * |
| 165 | 2008 | 宮城 | 東北福祉大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 4 | * |
| 166 | 2008 | 群馬 | 群馬医療福祉大学附属リハビリ専門学校 | 40 | 4 | * |
| 167 | 2008 | 千葉 | 帝京平成大学地域医療学部作業療法学科 | 40 | 4 | * |
| 168 | 2008 | 山梨 | 帝京科学大学医療科学部作業療法学科 | 40 | 4 | * |
| 169 | 2008 | 愛知 | 日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 4 | * |
| 170 | 2008 | 愛知 | 愛知医療学院短期大学リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 3 | * |
| 171 | 2008 | 愛知 | 名古屋医専 | 40 | 4 | * |
| | 2008 | 愛知 | 名古屋医専 | 夜 40 | 4 | * |
| 172 | 2008 | 兵庫 | 神戸医療福祉専門学校 | 40 | 4 | * |
| 173 | 2008 | 福岡 | 福岡医専専門学校 | 40 | 4 | * |
| 174 | 2008 | 熊本 | 熊本駅前看護リハビリテーション学院 | 40 | 4 | * |
| 175 | 2008 | 宮崎 | 宮崎リハビリテーション学院 | 40 | 3 | * |
| 176 | 2009 | 青森 | 弘前医療福祉大学保健学部医療技術学科作業療法学専攻 | 40 | 4 | * |
| 177 | 2009 | 千葉 | 千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 25 | 4 | * |
| 178 | 2009 | 東京 | 首都医校 | 40 | 4 | * |
| | 2009 | 東京 | 首都医校 | 夜 40 | 4 | * |
| 179 | 2009 | 静岡 | 浜松大学保健医療学部作業療法学科 | 40 | 4 | * |
| 180 | 2009 | 大阪 | 大阪保健医療大学保健医療学部リハビリテーション学科作業療法学専攻 | 40 | 4 | * |
| 181 | 2009 | 岐阜 | 岐阜保健短期大学 | 2010 募集停止 | | * |
| 182 | 2010 | 東京 | 東京工科大学医療保健学部作業療法学科 | 40 | 4 | * |
| 183 | 2010 | 愛知 | 中部大学生命健康科学部作業療法学科 | 40 | 4 | * |

資料 11 (社) 日本作業療法士協会主要目標・重点活動項目

平成 18 年 6 月 30 日 (社) 日本作業療法士協会第 41 回総会承認

平成 18 年度主要目標

主題：「自立生活支援専門職としての迅速な対応に向けて」

平成 18 年度は医療制度改革を背景に診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。医療保険制度においては医療機能の分化・連携の推進、つまり急性期から回復期を経て在宅医療への切れ目のない医療の流れの構築が目論まれ、介護保険制度においては医療と介護の機能分担と連携強化の推進、特に介護予防サービス提供体制の整備に重点が置かれる。また、成立した障害者自立支援法による新たな障害区分の導入や障害福祉サービスの一元化等の施策が実施される。

当協会は、これまでも病期に応じた支援機能、福祉用具適応技能、認知症支援技能の提供等を通して高齢者・障害者の自立支援に向けて積極的に活動を行ってきた。今年度も養成教育・生涯教育の一層の整備を図り、種々の制度改革に迅速に対応できる人材の育成を通して作業療法士の社会貢献向上に努める。加えて、協会内部署・関連機関・団体間コミュニケーションを密にし、実効性の高い問題解決に結びつける。

1. 医療・福祉制度改革への対応

- 1) 医療保険制度改革への対応（保険部、渉外部）
 - ・診療報酬体系における病床機能分化、診断群分類の動きへの対応
 - ・司法精神医療への継続的参画
- 2) 介護予防サービス体制への対応（保険部、保健福祉部、事業部、広報部）
 - ・新予防給付・地域支援事業に関わる作業療法技能の普及
 - ・認知症への早期対応と家族支援技能の普及
- 3) 高齢者・障害（児）者への地域自立生活支援への対応（保健福祉部、事業部、広報部）
 - ・個々の障害に応じた地域生活支援技能の提示と普及
 - ・福祉用具適用技能の向上（研修会、養成教育カリキュラムの実施）
- 4) 関連機関・団体との密な情報交換の強化と迅速な問題解決（渉外部、事務局）

2. 作業療法の質の保証

- 1) 卒前教育体制の整備
 - ・「養成教育部」の創設
 - ・作業療法全書改訂の着手
 - ・教員研修会の実施
- 2) 生涯教育制度の充実（継続）（教育部）
 - ・認定作業療法士数及び事例報告登録制度の登録件数の拡大
 - ・現職者研修の整備・充実（量と質の側面から）
 - ・専門作業療法士制度の提示

3. 執行体制の強化

- 1) 地方組織との連携体制の強化
- 2) 協会内部署間の連携体制の強化
- 3) 第三次長期活動計画の見直し（企画調整委員会）
- 4) 事務局職員の増員

平成 19 年 6 月 22 日 (社) 日本作業療法士協会第 42 回総会承認

平成 19 年度主要目標

主題：「医療・保険制度改革等における専門性の再確認と啓発」

平成 18 年度診療報酬改定、介護報酬改定、障害者自立支援法の施行は作業療法の各現場にも大きな影響をもたらしている。このような状況において、作業療法を必要とする方々に益するように、作業療法の専門性を再確認し発展させる契機の年度とする。

具体的には、第三次長期活動計画(平成 13～22 年度)の見直し(答申)に基づいて中期的な保健・医療・福祉領域の作業療法士配置のあり方を提示するとともに、次期診療報酬改定、介護報酬改定に向けた対応、様々な制度変更に対応した養成教育内容の展開のための作業療法学全書の改訂および臨床実習のあり方を全面的に見直す。また 2014 年の WFOT 世界会議の招致活動を機に内外共に積極的な広報活動を展開する。

1. 医療・福祉制度改革への対応

- 1) 中期的な保健・医療・福祉領域の作業療法士配置のあり方の提示(企画調整委員会)
- 2) 医療保険・介護保険等制度改定後の状況調査及び必要な対応(保険部・保健福祉部・調査部)
- 3) 次期医療保険・介護保険等制度改定に向けた要望活動(保険部・保健福祉部・渉外部)
・「リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業」(平成 18・19 年度老人保健事業推進費等補助金：厚生労働省老健局)を含む
- 4) 障害者就労支援及び特別支援教育研修等による作業療法提供機会の拡大(保健福祉部・事業部)

2. 作業療法の質の保証

- 1) 作業療法学全書の改訂・発刊(養成教育部)
- 2) 臨床実習のあり方の検討(養成教育部)
- 3) 養成教育問題の分析と対策の提示(養成教育部)
- 4) 新「全国研修会」(年 2 回開催方式)の実施(事業部)
・山形県(10 月)、和歌山県(2 月)
- 5) 専門作業療法士制度の具体的な提示(生涯教育部)
- 6) 作業療法成果研究(調査研究及び事例登録制度)の促進(学術部)
- 7) 福祉用具に関する専門部署の設置(特設委員会)

3. 作業療法の啓発

- 1) 2014 年 WFOT 世界会議の招致活動の開始(事務局・国際部・WFOT 代表・特設委員会)
- 2) 広報誌オペラの年 2 回発行(広報部)

平成 20 年度主要目標

主題：「保健・医療・福祉領域における専門性の向上と情報の統合・発信」

日本の保健・医療・福祉制度の変化に対し、迅速に対応するための協会組織並びに会員相互の“協会情報共有システム”を整備し、各部署の取り組み状況の把握、会員への情報発信に活用できる仕組みの構築。さらに、「作業療法 5 ヶ年戦略（平成 20 年度～平成 24 年度）」に基づき、保健・医療・福祉関連領域における作業療法士配置の行動目標を策定する。特に、介護保険領域への人材輩出、障害者自立支援法、特別支援教育等の福祉・教育関連の領域における作業療法の機能・役割の明示を優先事項として取り組む。併せて、養成教育及び生涯教育制度の水準の確立を推進するものとする。さらに、生涯教育制度における認定作業療法士の養成を推し進めるとともに対外的な広報への取り組みも行う。

また、WFOT 世界会議招致事業と併せて国際的事業を推進する。

1. 保健・医療・福祉領域制度改革への対応並びに教育関連領域への作業療法の推進

- 1) 制度改定への継続的対応並びに会員に対する対策の迅速な提示 (保険部・保健福祉部・学術部)
- 2) 障害者自立支援法・特別支援教育等への作業療法の啓発・推進 (事業部・保健福祉部・学術部)
- 3) 介護保険領域における作業療法士の人材輩出 (養成教育部・生涯教育部)

2. 制度改革に対応するための協会内における双方向型情報共有システムの構築

- 1) 協会組織内の情報共有化の促進 (報告書等の書式統一化と開示) (企画調整委員会・調査部)
- 2) 会員への情報配信の迅速化と会員からの情報収集システムの再構築 (事務局・広報部・調査部)
※協会ホームページに「ご相談・お問い合わせ窓口」、「WEB 版会員用掲示板」の普及・活用、並びに新たな情報配信システム (メールマガジン等) の検討

3. 作業療法の質の保証

- 1) 福祉領域・教育関連領域における人材育成 (事業部・養成教育部・生涯教育部)
- 2) 養成教育水準の提示 (養成教育部)
- 3) 認定作業療法士制度の活発な運用と検証、専門作業療法士制度の確立 (生涯教育部)
- 4) 課題研究・事例報告登録制度の普及・活用 (学術部・生涯教育部)
- 5) 国際的視野を持つ作業療法士の育成 (国際部・事業部・生涯教育部)

4. 作業療法の啓発

- 1) WFOT 世界会議 (2014 年) 招致事業並びに国際交流活動の推進 (招致委員会・国際部)
- 2) 認定作業療法士制度の普及・広報活動 (広報部・生涯教育部)

平成 21 年 6 月 19 日 (社) 日本作業療法士協会第 44 回総会承認

平成 21 年度主要目標

主題:「作業療法 5 ヶ年戦略“地域生活移行支援”の推進～2 年目の重点的取り組み～」

平成 20 年度より取り組みを開始した「作業療法 5 ヶ年戦略」が 2 年目を迎え、スローガンとして掲げている“地域生活移行支援”を具体的に推し進めるため上期(2008～2009)に達成予定の具体的行動目標を着実に実行するものである。さらに、今年度の主要目標においては、平成 21 年度介護保険制度(介護報酬)改定後の対応、平成 22 年度診療報酬改定に関する専門職団体としての要望を力強く行うなど、制度改定への対応を適切且つ迅速に実行する。また、WFOT 世界会議(2014)の誘致決定に伴い、国内外における国際的事業を推進する。

1. 学術的基盤の強化

- 1) 学術部発行物の普及啓発
作業療法ガイドライン、作業療法ガイドライン実践指針、作業療法マニュアルシリーズの普及啓発
- 2) 事例報告登録制度・課題研究助成制度の推進と運用化
事例報告推進研修会の企画実施、制度啓発資料の作成や課題研究助成制度の成果の発表
- 3) 学会の学術的あり方の提示と、学術的・国際的学术交流の推進
演題発表を中心に据えた学会のあり方を示す
国外からの研究者の招聘、国際的な共同研究を推進、他学会との共同開催の検討
- 4) 作業療法関連用語の整理
作業療法関連用語解説集の編纂

2. 臨床的課題への取り組み

- 1) 制度改定等への対応
平成 21 年度介護保険制度(介護報酬)改定への対応(情報発信・改定後調査)
平成 22 年度診療報酬改定に向けた対応(要望項目の選定・要望書の作成と渉外活動)
- 2) 事例集積システムを活用した作業療法効果の提示
- 3) 障害者自立支援法・特別支援教育等における作業療法の普及・啓発

3. 教育的課題(養成教育・生涯教育)への取り組み

- 1) 養成教育の改革
作業療法士養成教育課程のあり方を提示する
臨床実習の手引きの改訂版を発行する
- 2) 生涯教育の充実(地域生活移行を支援する作業療法士の育成)
認定作業療法士の更新・新規を大幅に増やすための制度の充実
専門作業療法士の養成研修を開始する

4. 国際交流・国際貢献への取り組み

- 1) WFOT 世界大会実行委員会の設置と国際部の機能強化に向けた再編
- 2) 近隣諸国との国際交流の推進(韓国協会との交流及び協力)
- 3) 国際貢献の基盤づくり(研修受け入れ、人材育成、ネットワーク整備など)

5. 協会組織の機能再編

- 1) 協会体制の効率化と基盤強化
各部・各委員会活動の支援体制を目的とした事務局機能の人員・環境面の体制整備
- 2) 公益法人制度改革への対応
公益法人制度改革対策委員会を設置し、協会方針を示す

6. 作業療法の普及・啓発

- 1) 多角的な広報活動の強化
- 2) 公益事業の拡充

平成 22 年 6 月 12 日 (社) 日本作業療法士協会第 45 回総会承認

平成 22 年度重点活動項目

主題：「地域を支える作業療法の推進－5・5 計画 3 年目の取り組み－」

作業療法 5 ヵ年戦略の中期を迎え、作業療法の対象者が速やかに地域生活へ移行できるよう、戦略の修正見直しを行い、医療・保健・介護・福祉各領域の切れ目のない作業療法実践の強化を図る必要がある。平成 22 年度は、1994 年発行の作業療法マニュアル「急性期の作業療法」の改訂発行、地域生活支援に特化した研究推進と成果の提示、都道府県作業療法士会が取り組んでいる実践への支援、養成教育における地域生活支援に向けたカリキュラム案の提示、などに重点を置いた活動を展開し、それらの成果を会員間の共有はもとより、対象者、関連団体、厚生労働省などに発信し、適宜、政策提言を行う。加えて、法人制度改革に対応する協会機能の点検、「2014 年 WFOT 世界大会」開催に向けた準備、訪問リハビリテーションステーション創設への動き、などを推進する 1 年間とする。

1. 臨床的課題への取り組み

- 1) 地域生活移行を促進するため、一般病院ならびに精神科病院における急性期作業療法マニュアルを発行する (20・44)
- 2) 訪問リハビリテーションステーションの創設に向け、訪問作業療法に関する委託研究や集積した事例の分析により実績と成果を明らかにする (15・41)
- 3) 特別支援教育への作業療法士参画モデルを提示する (59・60・61)
- 4) 平成 22 年度診療報酬改定に関する情報発信と改定後調査を実施する (53・54)

2. 学術的基盤への取り組み

- 1) 地域生活支援に特化した課題研究を推進し、作業療法の成果抽出を促進する (8)
- 2) 機関誌「作業療法」の電子化など発行方法を検討するとともに、増刊のための体制を整備する (11)

3. 教育的課題（養成教育・生涯教育）への取り組み

- 1) 地域生活支援に積極的に参画する作業療法士養成に向けたカリキュラム案を提示する (80)
- 2) 専門作業療法士の分野を広げ、研修実施に向けての準備を整える (93・94)

4. 国際交流・国際貢献への取り組み

- 1) WFOT 世界大会の開催要項及び財政計画を策定し会員に明示する (97)
- 2) 国際学会での発表や座長の役割を果たすスキルを備えた会員を養成する (108)

5. 協会組織の機能再編への取り組み

- 1) 5・5 計画の中間見直しをし、後半の目標と実施計画を作成する (111)
- 2) 都道府県士会と協会役職者との会議・研修会などによる情報交換を促進する (123・124)

6. 作業療法の普及・啓発への取り組み

- 1) 作業療法の日などの啓発キャンペーンを実施し、作業療法の役割を一般市民にわかりやすく発信する (136・137・139)
- 2) 地域の要請に応じることのできる人材管理体制の構築を協会と都道府県作業療法士会が協力して検討する (143)

資料 12 作業療法関係年表

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|---|--|--|--|
| 1947 | | ウィラード、スバックマン「作業療法」出版（米国）. | | ララの物資援助を得て、東京都内で学校給食を開始. |
| 1949 | | | 身体障害者福祉法公布 | 日本人初のノーベル物理学賞・京大湯川秀樹博士受賞 |
| 1950 | | | 精神衛生法公布 | 朝鮮 38 度線において、朝鮮戦争勃発 |
| 1952 | | 世界作業療法連盟（WFOT）第 1 回代表者会議・第 1 回総会・学会（英国）. | 全国の結核患者 292 万人、ヒロボ ン中毒者 150 万人（厚生省発表） | 第五福龍丸、ビキニ環礁の米水爆 実験で被災し帰港。「死の灰」を浴 びて発病者続出. |
| 1960 | | | 精神薄弱児福祉法公布（4.1 施行）. 「厚生白書」（福祉計画と人間の福 祉のための投資）発表 身体障害者雇用促進法公布施行 | 安保阻止国民会議、全学連、国会 へのデモで東大生死亡、重軽傷 500 人以上 |
| 1961 | | WFOT より スバックマン女史、 ウィラード女史来日 | 国民皆年金・皆保険制度が発足。 小児マヒ大流行、海外から生ワク チン緊急輸入. | ソ連、人間衛星船ボストーク 1 号 打上げ、搭乗したガガーリン少佐 「地球は青かった」と声明 |
| 1962 | | 整肢療護園で療育技術者養成所付 設機能療法士、職能療法士コース 開始 国立身体障害者更正指導所にイリ ノイ大学作業療法部ドロシー・大 森女史顧問として赴任 | 厚生省、サリドマイド系睡眠薬の 製造販売の中止勧告. 「厚生白書」（変動する社会と厚生 行政） | 堀江謙一、マーメイド号で太平洋 単独横断に成功. 東洋一のつり橋、若戸大橋が開通 |
| 1963 | 5 | 国立療養所東京病院附属リハビリ テーション学院創立 ウィラード・スバックマン「作業 療法第 3 版」出版される | 老人福祉法公布（8.1 施行）. 日本リハビリテーション医学会創立 「厚生白書」（人口革命） | 初の日米間衛星テレビ中継が成功。 ケネディ米大統領暗殺を受信 |
| 1964 | 7 | WHO より OT のアドバイザー派 遣される | 第 1 回日本リハ医学会開催（大阪） | ライシャワー駐日大使を少年が刺傷 |
| | 8 | 厚生省認定国家試験受験資格取得 講習会始まる | 身体障害者の運転免許取得につい て、適性試験（運動能力）の合格 基準通達でる。 国際身体障害者スポーツ大会（パ ラリンピック）東京で開催 全国進行性筋萎縮症親の会発足 | 東京オリンピック開催 94 カ国 5,588 人参加 「夢の超特急」東海道新幹線開業 一般海外渡航自由化（年 1 回、500 ドル以内） |
| 1965 | 5 | 理学療法士及び作業療法士法成立 （法律第 137 号） | 第 3 回汎太平洋リハ会議開催（東京） | 沖繩・西表島に生存のイリオモテ ヤマネコ命名 |
| | 6 | 理学療法士及び作業療法士法公布 （8 月より施行） | 精神衛生法改正、緊急措置入院、 通院費公費負担、精神衛生センター の設置、保健所の精神衛生業務。 「厚生白書」（社会開発の推進） | 米軍、ベトナムで北爆開始 朝永振一郎東京教育大教授にノー ベル物理学賞 |
| 1966 | 2 | 理学療法士・作業療法士 第 1 回国 家試験実施。OT 合格者 20 名。 | 日本理学療法士協会設立総会開催 | 全日空ボーイング 727 型機が羽田 沖で墜落、133 人全員死亡 |
| | 4 | 労働福祉事業団九州リハビリテー ション大学校創立 | 日本 PT 協会ニュース創刊 | 「ザ・ビートルズ」来日、日本武道 館で公演 |
| | 4 | 日本作業療法士協会の設立準備開 始（有志 5 名） | 第 1 回日本理学療法士学会開催（東京） | 国民の休日に関する法律改正公布、 「敬老の日」「体育の日」追加 |
| 1966 | 3 | 理学療法士作業療法士学校養成施設規 定規則（文部省・厚生省令 第 3 号） | | |
| | 5 | 協会設立の呼びかけを OT22 名全 員に行う | 都、心身障害者に対するホームヘル パー派遣事業開始 | 大学紛争広がる |
| | 7 | WFOT 第 7 回代表者会議・第 4 回 国際学会（イギリス）に参加 協会設立発起人委員会（東京リハ 学院）、設立趣意書を日本リハ医学 会へ送付 | 厚生省、わが国初の重症心身障害 者総合施設建設を決定 「厚生白書」（遅れた環境衛生） | 法務省住民登録集計による総人口、 一億突破を発表 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|--|---|--|
| 1966 | 9 | 理学療法士作業療法士養成施設指導要領（医発 1099 号）通知 日本作業療法士協会設立総会開催。規約審議。 | | |
| | 10 | OT 協会主催第 1 回全国研修会開催（東京） | | |
| | 11 | OT 協会ニュース第 1 号発行 | | |
| | 12 | OT 協会設立総会開催。定款決定。会員名簿作成 | | |
| 1967 | 3 | 第 1 回 OT 協会学会・総会準備委員会開催（東京） | 雑誌「理学療法と作業療法」創刊（医学書院） | 佐藤首相訪米阻止のデモ、羽田で流血 |
| | 5 | 第 1 回日本作業療法士協会学会・第 2 回総会（東京） | 地域精神医学会設立 「厚生白書」（40 年代の道標） | 国民総生産世界三位に 美濃部都知事誕生 |
| 1968 | 6 | 東京リハ学院生が厚生省へ四年制大学教育を要望して陳情デモ 第 2 回 OT 協会学会・第 3 回総会（東京） | 医療法改正により、インターン制廃止、研修医制度発足 都、障害者向け公共住宅供給開始 | 宮城まり子、肢体不自由児養護施設「ねむの木学園」を開設 厚生省、水俣病、阿賀野川水銀中毒を共に公害病と認定 |
| | 9 | 雑誌「理学療法と作業療法」に OT 協会ニュース投稿開始 第 1 回学術部アンケート実施 WFOT 加盟希望を理事会で決定 厚生省科学研究費による研究「精神科 OT の規格と効果判定についての研究」に OT 参加 リハビリテーション診療報酬新設にむけて活動開始 | 第 1 回自閉症親の会全国大会開催 「厚生白書」（広がる障害とその克服） | 三億円強奪事件発生 日本南極点調査旅行隊、南極点に到達 川端康成、日本人初のノーベル文学賞受賞。 |
| | | | | |
| 1969 | 2 | OT 協会会員票の図案募集 | 東京都 PT・OT 対策協議会発足 | アポロ 11 号、人類初の月面着陸に成功 |
| | 4 | 新会員勧誘準備のため第 4 回 PT - OT 国家試験会場にて受験生に働きかける 東京都立府中リハビリテーション専門学校創立 | 精神衛生センター運営要領について（公衆衛生局長通知） 東京都議会、70 歳以上の老人医療費無料化条例可決 | 東大安田講堂占拠の学生排除に機動隊出動 東名高速道路全線開通 |
| | 5 | 第 3 回 OT 協会学会・第 4 回総会（東京） WFOT に準会員として加入手続をすることを決定 | 「厚生白書」（繁栄の基礎条件） | 大菩薩峠で武闘訓練中の赤軍派五三人が逮捕される 中国で文化大革命 |
| 1970 | 3 | 東京リハ学院に教育改革紛争。新入生募集中止に波及 | 第 1 回 IRMA（ローマ） | 日航機「よど号」赤軍派学生にハイジャックされる |
| | 5 | 第 4 回 OT 協会学会・第 5 回総会（福岡） | 精神病棟ルポ出版 | アジア最初の万国博覧会が、大阪・千里丘陵で開幕。77 かが参加 |
| | 6 | WFOT 第 9 回代表者会議・第 5 回国際学会（スイス）に代表派遣。WFOT 準会員加盟承認される | 「身体障害者に対する自動車税、軽自動車税又は自動車取得税の減免について」（自治省通達） | 新しい公害東京に光化学スモッグ発生 |
| | 8 | 特例延長反対の声明書を厚生省へ提出。作業療法士指定講習会たけなわ作業療法士養成のための四年制大学設置に関する要望書を東京都へ提出 | 心身障害者福祉協会法、心身障害者対策基本法公布 「厚生白書」（高齢者問題をとらえつつ） | 都内で“歩行者天国”スタート 初の国産人工衛星「おおすみ」打上げ成功 |
| | 11 | OT 協会支部発足。来る 5 月より実施 | | 三島由紀夫が楯の会会員とともに自衛隊本部に乱入。憲法改正クーデターを訴え、割腹自殺敢行 |
| | 12 | 資料作成「PT・OT 国試の特例措置は延長されるべきか」（渉外部） 東京都民生局より特別養護老人ホームへの OT 派遣協力依頼 国家試験の特例延長反対運動始まる | | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|---------------------------------------|--|--|--|
| 1971 | 3 | 特例延長3年、再延長なしで衆議院・参議院で可決成立 | 視能訓練士法成立 | 大久保清、連続誘拐殺人事件 |
| | 4 | 第5回OT協会学会・第6回総会(東京) 会費値上げ案通過、成立。 | 日本精神神経学会において保安処分制度に反対する決議 | 大鵬が引退 |
| | 6 | 老人ホーム対策委員会発足。東京都特別養護老人ホームへのOT派遣始まる | 都、ひとりぐらしの高齢者への介護人への派遣事業開始 | 沖縄返還協定調印 |
| | 9 | 作業療法実態調査報告発行(渉外部) 会長留学に際し副会長が会長代行 | 「厚生白書」(こどもと社会) | ドルショックで株価大暴落 天皇・皇后両陛下ご訪欧の旅へ |
| 1972 | 1 | 社団法人化委員会発足 | 日本理学療法士協会へ厚生省より社団法人の許可おりる | グアム島で元日本兵横井さん発見 |
| | | OT協会、社団法人設立趣意書を厚生省医務局医事課へ提出 | PT協会長、野本卓氏が心筋硬塞で倒れる | 札幌五輪、日本70メートルジャンプ完勝 |
| | 2 | 理学療法士・作業療法士学校養成施設指定規則の一部改正 | 厚生省、難病総合対策5可然計画要綱発表。スモンなど認定患者の医療費を全額公費化 | 連合赤軍、浅間山荘に人質をとって籠城 |
| | 3 | 大学制度対策委員会をPT協会と合同で発足 | 「厚生白書」(近づく年金時代) | ベトナム戦争激化 |
| | 3 | 東京都議会へ医療技術者養成のための四年制大学設立促進に関する請願書を提出。大学制度対策委員会発足 | | 沖縄、日本復帰実現 |
| | 6 | 第6回OT協会学会・第7回総会(兵庫) WFOT正会員として加盟承認される。 | | 日中国交正常化 |
| | 8 | 日本作業療法士協会にWFOT学校認可委員会をおき学校の認可を行う | | 中国政府寄贈のパンダ、カンカン・ランランが上野動物園で初公開 |
| | 9 | PT-OT2年養成課程によるサーティファイケート・コース案に再度反対を表明する | | |
| | 9 | 医療関係者審議会PT・OT部会及び小委員会のメンバーにOTが委嘱されていないことに対し抗議。WFOT第10回代表者会議(ノルウェー) | | |
| 1973 | 3 | 保健大学看護リハ部会準備委員に矢谷令子氏を推薦 | 老人福祉法施行、70歳以上の医療無料化 | ベトナム和平協定調印 |
| | 5 | 第7回OT協会学会・第8回総会(神奈川) | PT協会長矢郷太郎氏死去 | ウォーターゲート事件、大統領補佐官ら解任 |
| | | 日本作業療法教育機関連絡協議会(仮称)のOT協会への移管決定し、OT教育基準設置委員会発足 | 国鉄、中央線でシルバーシート指定 | 金大中・韓国元大統領候補が東京のホテルから拉致される |
| | | 臨床教育手引書作成着手 | 寝たきり老人医療費無料化実施(65歳以上) | 江崎玲於奈IBM研究員に、ノーベル物理学賞授賞決定 |
| | 6 | PT・OT学校養成施設指定規則別表の改正で教育内容の基準示される | | 中東戦争でオイルショック、生活物資の買いだめ騒ぎ全国的に拡大 |
| | 8 | アメリカWFOT代表モヤ・キニーレー氏来日 | | |
| 12 | 作業療法診療報酬点数設定に対する要望書 「臨床教育手引書第1版」発行 | | | |
| 1974 | 4 | 厚生省主催臨床実習指導者講習会に予算がつき準備開始 | 診療報酬点数新設。身体障害作業療法(簡単:40点、複雑:80点)、精神科作業療法:30点、精神科デイケア:60点 | フィリピン・ルバング島で小野田元少尉発見、30年ぶりに帰国。 |
| | 5 | 第8回OT協会学会・第9回総会(北海道) | 日本整形外科学会・日本リハ医学会「関節可動域表示ならびに測定法」承認し発表 | 堀江謙一、小型ヨット「マーメイド三世号」で単独無寄港世界一周に成功、新記録を樹立 |
| | 8 | WFOT第11回代表者会議・第6回国際学会(カナダ)に代表5名派遣 | 国立理学療法士会発足 | 北の湖史上最年少の横綱に |
| | 9 | イギリスOT協会統一される | 「厚生白書」(人口変動と社会保障) | 三菱重工ビルに爆弾、死傷者388人 |
| | 11 | 厚生省主催、医制百年記念式典に出席 国家試験特例措置終わる | | 田中金脈問題で政局緊迫 佐藤前首相にノーベル平和賞 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|---|--|--|
| 1975 | 1 | 厚生省主催、日本リハ医学会開催、第1回理学療法士・作業療法士養成施設等教員長期講習会をPT・OT協会の協力で開催（東京・九州） | 国連総会において「障害者の権利宣言」採択 | エリザベス英女王夫妻初来日。 |
| | 4 | 「臨床教育手引第1版」出版 | 社会保障制度審議会、「今後の高齢化社会に対応すべき社会保障の在り方」を答申 | 日本女子登山隊、女性初のエベレスト登頂 |
| | 5 | 第9回OT協会学会・第10回総会（東京） | 日本医療技術者団体連絡協議会編「沈黙の医療戦士」出版 | 米ソ宇宙船ドッキング成功 |
| | | 青年海外協力隊の隊員人選への協力開始 | 「厚生白書」（これからの社会保障） | 皇太子夫妻、沖縄ひめゆりの塔参拝中に火炎ビンを投られる。沖縄海洋博開幕 |
| | | OT協会設立10周年記念パーティー開催（東京）、10周年記念誌発行 | | 新幹線東京一博多間全通。 |
| | 6 | 診療報酬対策委員会報告集発行 日本医療技術者団体連絡協議会設立、メンバーとして参加 | | ベトナム戦争終結 |
| | 11 | PT・OT教員養成のための海外留学生募集 10周年記念誌発行 | | |
| 1976 | 5 | 第10回OT協会学会・第11回総会（山梨）。定足数不足のため規約改正ならず | 診療報酬改正、身体障害作業療法（1.5倍）精神科作業療法（据置）、精神科デイケアわずかにアップ、整形外科機能訓練を身体障害運動療法と名称変更 | 鹿児島市内の病院で国内初の五つ子誕生。 |
| | 12 | 全国公私病院連盟から全国病院大会開催の協賛依頼に対し承諾 | 「厚生白書」（婦人と社会保障） | 米上院外交委多国籍企業小委員会でロッキード事件明るみに、前首相田中角栄逮捕に発展 |
| | | 厚生省所管リハビリテーション学院のOT・PT教官の留学制度開始 WFOT第12回代表者会議（フランス） | | モントリオール五輪、日本体操男子団体が五連勝、女子バレー12年ぶりの金メダル 国立大共通一次試験実施へ |
| 1977 | 4 | 作業療法臨床教育評価基準案発表（教育基準設置委員会） | 日本医療技術者団体連絡協議会主催の講演会開催（東京） | 日ソ漁業協定調印。200カイリ漁業専管水域、初の協定 |
| | 6 | 第11回OT協会学会・第12回総会（愛知） | 日本学術会議より、リハビリテーションに関する教育研究体制について勧告出される | 有珠山噴火 |
| | 7 | 作業療法臨床教育評価基準案の試用開始 | 日本人の平均寿命世界一に（男性72.69歳、女性77.95歳） | 日航DC-8クアラルンプールで墜落 |
| | 8 | 第1回学習能力開発教材指導者講習会後援 | 「厚生白書」（高齢化社会の入り口に立つ社会保障） | 日本初の静止気象衛星「ひまわり1号」打ち上げに成功 |
| | 9 | 東京都議会請願、保健大学設立を要請、1000名署名を提出 | | 日本赤軍、ボンベイで日航機ハイジャック、ダッカに強制着陸。政府超法規的措置で、赤軍派ら6人釈放。福田法相引責辞任 |
| 1978 | 3 | WFOT第13回代表者会議・第7回国際学会（イスラエル）に矢谷令子代表出席。WHO西太平洋区域連絡委員代理に選任される | 診療報酬改正 | 「嫌煙権確立をめざす人びとの会」結成。嫌煙運動がさかんに |
| | 5 | 日本WFOT学校認可基準改定 | 第1回リハビリテーション交流セミナー開催（東京） | 日中平和友好条約調印 |
| | 6 | 第12回OT協会学会・第13回総会 | | |
| 1979 | 3 | 国家公務員OTの待遇改善に関する要望書を国に提出 | 養護学校義務制施行 | 世界最長の山岳トンネル、上越新幹線大清水トンネル貫通式 |
| | 6 | 第13回OT協会学会・第14回総会（東京） 砂原茂一先生退官記念講演およびパーティー開催（東京） 理事公選制になる | 厚生省、寝たきり老人の実数50万人以上と発表 国立身体障害者リハビリテーションセンター、所沢に開設 「厚生白書」（日本の子どもたち-その現状と未来） | スリーマイル島原発事故、高濃度の放射能拡散 英総選挙でサッチャー首相誕生 南アルプス・スーパー林道完工。 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|---|--|---|
| 1979 | 10 | 診療報酬減額査定対策について理事会で協議 | | 東京サミット開幕 |
| | 11 | 国家試験の様式変更され筆記のみとなる | | NEC, PC - 8001 を発表. パソコンブームの口火 |
| | 12 | 診療報酬も減額査定, PT 協会と共に要望書を日精病協等へ提出 金沢大学医療技術短期大学部開設 全国研修会講演録発行 「歴史的にとらえた精神科領域の作業療法の変遷と課題」小冊子発行 | | インベーダーゲーム過熱. 警察庁, 少年非行防止へ本腰 |
| 1980 | 3 | OT の宣伝パンフレット作成 | 国際障害者年日本推進協議会参加 | 富士見産婦人科事件 |
| | 4 | 新設校が4校加わり, 養成校12校となる | PT 協会15周年記念式典開催 | 史上初の衆参同日選挙, 自民党が圧勝 |
| | 5 | 運動療法・作業療法の併用に説明書を要求(東京都民生局) | 精神障害者「職親制度」を全国に導入(厚生省) | 「イエスの方舟」事件 |
| | 5 | 「わが国の精神科作業療法の発展-その1」発行(精神科作業療法基準委員会) | 武蔵野市福祉公社発足, 資産を担保に全国初の終身老後保障制度実施 | 富士山の吉田口砂走り登山道で, 大規模な落石. 12人が死亡 |
| | 6 | 第14回OT協会学会・第15回総会(大阪)臨時総会開催. 日本作業療法士協会解散, 社団法人日本作業療法士協会設立(東京都障害者福祉会館) | 精神障害者職親制度検討委員会設置 | イラン・イラク戦争勃発 |
| | 12 | WFOT 第14回代表者会議(南アフリカ)全国研修会講演録発行 「わが国の精神科作業療法の発展-その1」小冊子発行 WFOT 学校認可委員会訳「作業療法士教育最低基準に関する勧告」発行 | 「厚生白書」(高齢化社会への軟着陸をめざして) | |
| 1981 | 3 | 社団法人許可申請書を厚生省へ提出 | 日米リハビリテーション会議開催(東京) | 参院議員市川房枝さん死去 |
| | 3 | 厚生省取医第106号「社団法人日本作業療法士協会設立許可書」受領 | 診療報酬改正, 身体障害作業療法(アップ)精神科作業療法措置, 言語療法90点新設, 視能訓練110点新設 | ローマ法王ヨハネ・パウロ二世が初来日 |
| | 5 | アメリカOT協会会長ハイタワーバンダム氏他47名来日 | 武見日医会長引退を表明 | スペースシャトル初飛行に成功 |
| | 6 | 第15回OT学会・第16回総会(長野) | 国際障害者年(International Year of Disabled Persons), 「完全参加と平等」をテーマに各地で活発な事業 | 第1次中国残留孤児47人が, 厚生省の招待で肉親探しのため初来日. |
| | 6 | 精神科OTの保険点数大幅引上げ決議文採択 | 職親制度検討委員会が精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告 | ひまわり2号打上げ成功 |
| | 8 | アジア・リハビリテーション指導者研修参加OT3名が日本で実習 | 精神衛生国際セミナー開催 | 福井謙一京大教授, ノーベル化学賞受賞 |
| | 11 | 機関誌「作業療法」創刊 社団法人日本作業療法士協会設立記念特別講演会及び祝賀会を開催(東京私学会館) 感覚統合障害研究会発足. 全国研修会講演録発行 「臨床教育手引書第2版」発行 | 「官庁営繕における身体障害者の利用を考慮した設計指針」(建設省) 「厚生白書」(国際障害者年, 完全参加と平等をめざして) | 沖繩本島与那覇岳で, 国内で約百年ぶりの新種の鳥が発見され, ヤンバルクイナと命名. |
| 1982 | 2 | 診療報酬改正に関する陳情書提出 | 日本医療技術者団体連絡協議会解散 | ホテルニュージャパン火災 |
| | 3 | 第16回OT学会・第17回総会(岡山) | 国家公務員OT・PTに初めて2等級昇格者でる | 羽田沖で日航機が墜落, 24人死亡, 機長の心身喪失が原因とわかり, 「逆噴射」が流行語に |
| | 6 | WFOT 第15回代表者会議(オランダ)・第8回国際学会(西ドイツ) | 老人保健法衆議院本会議可決成立, 17日公布, 83年2月より実施. 70歳以上の医療費無料制度廃止. | 「増税なき行革」臨調が基本答申 |
| | 8 | 診療報酬改定陳情書及び署名を中医協へ手渡す | 精神科作業療法診療点数, 40点より70点に | 日本海中部地震, 津波で死者不明102人 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|-----------------------------|--|---|--|
| 1982 | 11 | 協会員数1,000名を突破 老人のリハビリテーション、ポスター完成、関係機関へ送付 日米リハビリテーション国際会議、講演録「障害者-その可能性」(日米リハ会議準備省委員会)発行 「老人保健総合研究会」に参加、研究資料作成 青年海外協力隊に会員1名初参加。 | 国連総会、「障害者に関する世界行動計画」採択 障害に関する用語の整備に関する法律公布(10.1施行) 「身体障害者の利用を配慮した建築設計標準」(建設省) 「厚生白書」(高齢化社会を支える社会保障をめざして) | 国鉄の累積赤字が七兆円を超え、経営の改善はほぼ絶望に |
| 1983 | 1 6 7 11 | 第10回理学療法士・作業療法士養成施設等教員長期講習会(東京・大阪)開催 第17回OT学会・第18回総会(静岡)、会費値上げ案承認 精神科作業療法及びデイケア実態調査報告発表 国立大学連絡協議会開催(金沢) 須賀善良愛媛県士会長、勲六等瑞宝章受賞 協力会章改定 「アジア・リハビリテーション指導者研修」にアジアより2名参加、交流会開催 地区代表制10地区の独立、成立 厚生省老人保健課監修、PT協会、OT協会編「家庭でできる機能訓練」(保健同人社)発行 「精神科作業療法及び精神科デイケア実態調査報告」発行 福祉機器研究情報交換事業委員会委託事業に協力 法人化3周年記念行事開催(東京、都立教育会館) 事務局会員資料、コンピューター作動開始、会員名簿作成 協会費値上げ案成立 | 「国連・障害者の10年」(1983～1992)、中央心身障害者対策協議会「障害者対策に関する長期計画」策定 社会福祉事業法改正 「厚生白書」(新しい時代の潮流と社会保障) | 完全失業率が2.72%と、1953年の統計開始以来の過去最高 ソ連大韓航空機を撃墜 第100回国会開く 田中元首相に懲役4年の判決 江崎グリコ社長営利誘拐 渥美清・主演の映画『男はつらいよ』第31作が、世界最長シリーズとして『ギネスブック』に認定 三人の訓練生を死亡させたヨットスクール・戸塚宏校長を傷害致死容疑で逮捕 NHK朝の連続テレビ小説「おしん」がスタート |
| 1984 | 2 3 5 7 8 12 | 法人化3周年記念式典開催(東京) People to People InternationalにOT4名参加 第18回OT学会・第19回総会(福岡)、作業療法の定義承認持越 WFOT副会長J.M.ファーレル氏来日 WFOT第16回代表者会議(ニュージーランド) 診察報酬上げの要望書提出 OT協会訳「四肢・脊柱の機能解剖」(協同医書)発行 「老人領域の作業療法」小冊子発行 「長期展望委員会」を発足、老人作業療法に本格的にとり組む | 厚生省局名変更 身体障害者福祉法改正、10月1日施行 医療費の自己負担60年代後半に統一 ガン終末医療へ研究班、厚生省年内にも発足 「低い精神療法料が乱脈の元凶」と引き上げ運動へ、日精協 日本人の平均寿命は女が79.8歳、男が74.2歳となり「世界一の長寿国」と厚生省が発表 「厚生白書」(人生80年時代の生活と健康を考える) | ロス変死体事件 国鉄運賃値上げ初の地域格差導入 「かい人21面相」を名乗る犯人から、毒を入れたとの脅迫状が届き、スーパーなどでグリコ製品の販売中止が相次ぐ 日銀、福沢諭吉らを新しい肖像に一万円・五千円・千円の新札発行 田中元首相脳卒中で入院 植村直己が北米大陸最高峰マッキンリーに世界初の冬季単独登頂成功。のち行方不明に 「報徳会宇都宮病院」で、前年に看護職員の暴行で患者二人が死亡していたことが発覚 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|--|--|--|---|--|
| 1985 | 6 | 第19回 OT学会・第20回総会（神奈川県） 作業療法の定義承認 | 年金制度改正、障害者基礎年金創設 | 「人間・居住・環境と科学技術」をメインテーマに、「科学万博・つくば85」が茨城県の筑波研究学園都市を会場に開幕 |
| | | 「作業療法ガイド」「作業療法部門開設ガイド」発刊 | 診療報酬改正、精神科デイケア240点、老人デイケア140点 | 民営化により、日本電信電話会社（NTT）と日本たばこ産業会社（JT）が発足 |
| | 「作業療法白書」機関誌 Vol.4 NO.2（通巻7号）として発刊 | 国家公務員に作業療法士長制できる | 改正男女雇用均等法成立 | |
| | 教育部カリキュラム第1次試案 | 厚生省の「エイズ調査検討委員会」、わが国初のエイズ患者認定 | 厚生省が50～60歳代の中高年齢の新しい呼び方を、一般募集で「実年」と決定 | |
| | 8 | 協会ニュース No.100 発刊 | 職業訓練法改正 | 天皇陛下84歳、歴代最長寿に |
| | | 協会事務所移転 | 「厚生白書」（長寿社会に向かって選択する） | 日航ジャンボ機、群馬県・御巣鷹山に墜落、炎上。生存者4人を救出したが、歌手の坂本九ら520人が死亡。航空機事故史上最大の惨事となる。 |
| | 10 | 「作業・その治療的応用」（協同医書）出版 | | |
| | 11 | 「中間施設における作業療法士の配置に関する要望書」厚生省へ提出 | | |
| | 12 | 「OT倫理綱領（案）」呈示（規約委） | | |
| | | 「精神障害者のリハビリテーションに関する要望書」厚生省へ提出 | | |
| 「作業療法ガイドライン制定に関する要望書」厚生省へ提出 | | | | |
| 「精神科デイ・ケアの施設基準に関する要望書」厚生省へ提出 | | | | |
| | 「作業療法の診療報酬改定及び施設基準の一部改定に関する要望書」（精神科関係）厚生省へ提出 | | | |
| | OT協会編著「作業・その治療的応用」（協同医書）発行 | | | |
| 1986 | 3 | 「精神衛生法の改正に関する要望書」厚生省へ提出 | 第5回国際リハビリテーション医学学会開催（フィリピン） | いじめと体罰に関する調査結果で、全公立校で7か月間に155,066件のいじめ発生と文部省発表 |
| | 4 | 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則一部改正 | 「国立の施設における定員に関する要望書」提出 | 青函トンネル、本州と北海道間が結合 |
| | | 学会誌 機関誌として発行 | 診療報酬改定 | 男女雇用機会均等法施行 |
| | 6 | 「国立療養所における作業療法士の増員・昇格・専門官についての要望書」厚生省保健医療局に提出 | ヒューマンケア協会 IL普及 介助サービス提供 | 東京サミット（第12回主要先進国首脳会議）開催 |
| | | WFOT 第17回代表者会議・第9回国際学会（デンマーク） | 精神神経学会より 精神科 OT 取り扱い患者数引き下げ（OT 1人あたり75人）、診療報酬の引き上げの要望書提出。従来のOTは「療法」たり得ない（という立場）と点数化凍結決議の解冻。 | 企業60歳定年を義務付ける、中高年齢者の雇用促進に関する特別措置法施行 |
| | | 第20回 OT学会・第21回総会（東京） OT 倫理要領承認。学術展示を初めて行う。シンポジウムテーマ「作業療法・その核を問う 第1回」 | 日本整形外科学会、日本リハ学会連名で要望書提出。運動療法施設基準の一部改正。人的要件変更の動きについて | 青函トンネル、本州と北海道間が結合 |
| | 7 | 20周年記念学会演題索引集発行 | 「厚生白書」（未知への挑戦-明るい長寿社会をめざして） | 土井たか子、社会党委員長に就任 |
| OT協会20周年記念式典開催 「理学療法士養成所専任教員講習会の存続についての要望書」厚生省へ提出 「四年制大学への昇格に関する要望書」厚生省・文部省へ提出 山形県士会発足により全都道府県に県士会設置。86年度の活動計画は「地方組織との連携強化」 協会員数2,000名を越える | | | ソ連チェルノブイリ原子力発電所事故 | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|---|---|--|
| 1986 | 8 | OT 協会 20 周年記念誌発行 | | |
| | 9 | 協会事務所拡張, 2 倍の広さになる。 | | |
| | 10 | OT・PT 協会設立 20 周年記念合同式典開催 (東京)。出席者 250 名 作業療法業務功労者厚生大臣表彰 13 名 厚生大臣表彰 大橋博, 小島政茂, 澤治子, 鈴木明子, 辰巳三代子, 時武治雄, 長谷川元, 松本妙子, 森下孝夫, 矢谷令子, 山口嗣音, 山下治男, 米倉豊子の各氏 「義肢装具士 (仮称) の資格制度確立に関する要望書」厚生省へ提出 | | |
| 1986 | 11 | 日中リハセンター技術協力スタート, 今後 5 年間のプロジェクト, 千代田ライオンズクラブより研究基金寄附される 「精神科作業療法の診療報酬改定等に関する要望書」日本精神神経学会・日本精神病院協会へ提出 | | |
| | 12 | 「理学療法士・作業療法士の養成事業に関する売上高税の非課税扱いに対する要望書」自由民主党に提出 「精神衛生法の改正に関する意見書」(追補) 厚生省へ提出 | | |
| 1987 | 1 | リハ医学会, PT 協会, OT 協会 3 者会談開催。PT 協会の反対する運動療法施設基準の一部改正, ここしばらくは取り上げられない。 「日本作業療法士協会の作業療法書刊行について (答申)」作業療法書検討委員会 | 第 108 通常国会にて, 医療関連職種 (義肢装具士, 社会福祉士, 介護福祉士, 臨床工学技士) の資格制度化法案, 可決, 成立 | 日本国有鉄道廃止。JR 旅客 6 社・貨物 1 社などに分割・民営化される |
| | 3 | 「作業療法学の構造に関する答申」作業療法学研究委員会 | 身体障害者雇用促進法 一部改正 | 指定自動車教習所での技能教習にオートマチック車の教習義務化を決定。4 月 1 日実施 |
| | | 「精神科作業療法の診療報酬改定等に関する要望書」厚生省へ提出 | 精神衛生法 22 年ぶり大改正, 精神保健法 (法 98 号) となる。 | 日本共同捕鯨所属の捕鯨船 3 隻が, 53 年間続いた南極海商業捕鯨を終え下関に帰港 |
| | | 「身体障害作業療法の診療報酬改定等に関する要望書」厚生省へ提出 | 政府, 「障害者対策に関する長期計画・後期重点施策」策定 | 「いちご大福」が大流行 |
| | 6 | 第 21 回 OT 学会・第 22 回総会 (石川) | 精神障害者小規模作業所運営助成事業 | 日本人の平均寿命, 男 75.23 歳, 女 80.93 歳。男性が 75 歳を超えたのは世界初と, 厚生省発表 |
| | | 学会シンポジウム「作業療法, その核を問う」継続テーマとなる (第 2 回) 広報 VTR 7 巻完成 前会長鈴木明子氏協会顧問となる | 国際障害者の 10 年 中間年全国会議 | 利根川進・米マサチューセッツ工科大学教授が, ノーベル医学生理学賞を日本人で初めて受賞 |
| | | 中日友好医院・衛生技術学校にてリハビリテーションの講義 (日本人医師, OT, PT のべ 15 名の講師) Fidler 女史, 大阪にて講演。サイコダイナミックス→地域で生活するために必要とされるスキル, パフォーマンススキルを提唱。 | 「厚生白書」(社会保障を担う人々・社会サービスはこう展開する) | 増える「過労死」の労災認定基準を 26 年ぶりに労働省が緩和 |
| | | 「医業関係組織の効率的業務分担に関する研究会」発足 (厚生省)。 OT 協会も参加。S58 年の需給見通し, 見直す。 | | |
| | | 「義肢装具士法に伴う理学療法士・作業療法士の業務に関する陳情書」厚生省へ提出 | | |
| | | 「国民医療総合対策本部中間報告に関する要望」厚生省へ提出 | | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|---|--|---|
| 1987 | 12 | 厚生省委託事業 福祉機器の規格化、標準化調査研究(テクノエイド協会)へ参加。 金子功氏、勲六等単光旭日章受賞 澤治子氏、勲六等瑞宝章受賞 | | |
| 1988 | 1 | OT・PT協会合同「地域リハビリテーション研修会」開催 「作業療法の診療報酬改定に関する要望書」厚生省へ提出 | 「老人保健施設の施設及び設備、人員、並びに運営に関する基準」厚生省公布、全国76ヶ所の施設へ国庫補助の予定。 2年ぶり、診療報酬改定(精神科ナイト・ケア330点、老人デイケア250点(新設)、精神科作業療法70点(据置)) 「身体障害者雇用促進法」が改正され、「障害者の雇用の促進等に関する法律」となる 砂原茂一先生、ご逝去。 | 日本医師会・生命倫理想談会が「脳死を個体死と認め、承諾あれば臓器移植可」と最終報告 世界最長53.85キロの青函トンネルが開業 |
| | 2 | Sensory Rehab.研究会発足。第1回セミナー開催 機関誌「作業療法」表紙デザイン変更、学会特別号含め年5回発行となる | | 世界最長の道路・鉄道併用橋、瀬戸大橋が開通 横須賀港沖で、海上自衛隊潜水艦「なだしお」と大型釣り船「第一富士丸」が衝突、釣り船は沈没し、30人死亡 |
| | 3 | 東京都立府中リハビリテーション専門学校閉校、都立医療技術短大へ、S44開校、19年間で600余名のOT、PT育成。 「精神保健法に関する意見並びに要望」厚生省へ提出 | 「理学療法・作業療法」(医学書院)が廃刊となり、「理学療法ジャーナル」(医学書院)、「作業療法ジャーナル」(三輪書店)として発刊。 義肢装具士第1回国家試験。 | リクルートコスモス株譲渡問題で、リクルートの江副浩正会長と日本経済新聞の森田康社長が引責辞任 政府、「ふるさと創生政策」のため、全市町村に一律1億円の交付金配布方針決定 |
| | 4 | OT分野別パンフレット完成 協会長、小規模作業所署名運動全国キャンペーンマラソンスピーチ、街頭で呼びかけ 予算案、初の5,000万円大台へ | 精神保健法施行 「厚生白書」(新たな高齢者像と活力ある長寿・福祉社会をめざして) | |
| | 6 | 第22回OT学会・第23回総会(兵庫)、学会にJo Barker WFOT会長出席 VTR「作業療法一生活を拓ける治療と援助」(千代田ライオンズ寄附金)完成 | | |
| | 8 | OT総合ガイド、分野別パンフ、カラーで登場。 「新作業療法カリキュラム」決定。 | | |
| | 9 | 医療関係者審議会PT、OT部会、65.41実施。 協会英文パンフ作成、第16回リハビリテーション・インターナショナル(RI)において配布。 第16回リハビリテーション・インターナショナル(RI)成功裡に終わる。大江健三郎氏基調講演、「文学からリハビリテーションを考える」92カ国、2,000名を超える参加者。 国際作業療法会議開催 Maria Schwarz WFOT副会長来日 PT・OT需給計画一部見直し案提出(厚生省・医療関係審議会・PT・OT部会) | | |
| | 10 | WFOT第18回代表者会議(ポルトガル) | | |
| | 11 | 佐藤不二男氏、勲五等瑞宝章受賞 「作業療法ガイドライン」シリーズ | | |
| | 12 | 理事会で承認。1.身障 2.精神 3.発達 4.老人 5.職前 石川・OTてをつないで、第2回風船パレー大会に10施設、14チーム参加。 ハンドセラピー研究会発足。 | | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|---|---|---|--|
| 1989 | 2 | 「機能訓I 練事業における作業療法の手引」発行 | 日本リハビリテーション医学会、法人化される。 | 天皇陛下が皇居・吹上御所で崩御、87歳。皇太子明仁親王が即位。政府は元号を「平成」に改元 |
| | | 平成時代の協会活動に関する意見調書まとめ | 国際義肢装具学会（ISPO）神戸で開催。参加者1200人。 | 国の行政機関、第2・4土曜開庁がスタート |
| | 「作業療法の診療報酬改定等に関する要望書」厚生省へ提出 | 「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」ゴールドプラン | 日本のブナ自然林が開発や人工造林で、ここ10年間に約44万ヘクタールも消滅、と環境庁・緑の国勢調査 | |
| | 6 | 第23回OT学会・第24回総会（愛媛）。協会会旗、事務局員の常勤化決定。 「作業療法士が選ぶ自助具・機器1989手作り自助具」発行 機関誌「作業療法」学術刊行物の認可下りる | 「厚生白書」（長寿社会における子ども・家庭・地域） | 消費税がスタート 天安門事件発生。日本政府は北京在住の邦人に緊急避難を勧告 フィギュアスケート世界選手権女子シングルスで伊藤みどりが逆転優勝、日本初の金メダル 横綱千代の富士が九六五勝をあげ、角界初の国民栄誉賞受賞 |
| | 7 | 「作業療法ガイドライン」試案完成 筑波大学に夜間の大学院、リハビリテーションコース設置。OT1名、入学。第9回学会（75年）からの「OTの核を問う」ひと区切り。4回連続討議。長野県士会、全国初の法人化の動き開始。 協会事務局員、常勤職となる。 | | ベルリンの壁崩壊 |
| 11 | 「作業療法の診療報酬改定等に関する要望書」厚生省へ提出 作業療法学基礎研究会発足。 PT・OT合同研修会テキスト「老人の地域リハビリテーション」発行 「手の外科領域における作業療法」発行 古川宏氏、飯田賞奨励賞受賞 | | 米ソ首脳会談。冷戦終結。 | |
| 1990 | 3 | 「作業療法全書」第1巻「作業療法概論」出版。 | 診療報酬改定。期間、区分新設。 | アースデー（地球の日）統一国際行動に約140か国、1億人が参加。初参加の日本では約200か所で行事 |
| | 4 | 新設校4校増加、OT養成校33校となる WFOT第19回代表者会議・第10回国際学会（オーストラリア）。日本から30名参加。 佐藤 剛氏 WFOT 副会長就任。 | 「寝たきり老人ゼロ作戦」ゴールドプラン 6兆円強の規模でスタート 第9回アジア太平洋リハ会議、北京で開催。日本から70名参加。 厚生省の89年人口動態統計で平均出産数は最低の1.57人に | 炭谷・北海道夕張市の最後のヤマ、三菱南大夕張礦が閉山 新憲法下初の即位の礼が皇居で行われた。 TBSの秋山豊寛、日本人初の宇宙飛行成功。 |
| | 6 | 「説明と同意」生命倫理想談会（日本医師会より諮問） | 福祉八法改正 | 東西ドイツ統一 |
| | 6 | 第24回OT学会・第25回総会（愛知）。参加者1,172名。 | アメリカ、「アメリカ障害者法」ADA（Americans With Disabilities Act）採択される | |
| | 8 | 「4年制大学の設立」要望書提出。 「作業療法全書」第2巻「基礎作業学」出版。 「四年制大学実現への要望書」厚生省・文部省へ提出 「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱「精神障害者通所授産施設」における作業療法士1名以上配置規定存続に関する要望書」厚生省へ提出 | 「厚生白書」（真の豊かさに向かつての社会システムの再構築 豊かさのコスト-廃棄物問題を考える） | |
| 9 | 25周年記念講演行われる。「OTの昨日・今日・明日」矢谷会長。 | | | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|---|--|---|
| 1990 | 12 | 協会組織改革承認. 高次脳機能障害研究会発足. 「作業療法士が選ぶ自具・機器 1990市販品」発行 「痴呆老人に対する作業療法の手 引」発行 鹿島清五郎氏, 厚生大臣表彰 | | |
| 1991 | 3 | 「作業療法全書」第3巻「作業療 法評価法」出版. 「高齢者用機器に関する調査研究」 発行 | 全国精神障害者家族連合が全国精 神保健福祉センターをスタート 「精神障害者社会復帰施設設置運営 要綱」改正(健医発第860号, 4 月1日より適用) | 「多国籍軍」イラク空爆開始, 湾岸 戦争勃発 韓国, 北朝鮮が国連に同時加盟 |
| | 5 | 作業療法白書 出版. B5判, 200頁. 25周年記念学会 | 「第11回世界ろう者会議」開催(東京). 医療関係者審議会, 「高齢者保健福 祉推進10カ年戦略(ゴールドプラン)」に基づいた作業療法士・理学 療法士の需給計画の見直しを答申 | ソビエト連邦解体 東京・新宿の新都庁舎が開庁. 高 さ243メートル, 日本一のノッポ ビル |
| | 6 | 第25回OT学会・第26回総会. 参加者1,172名. 「都道府県作業療法士会連絡協議 会」設置. 日本看護政策研究会第1回フォー ラムに発言者として協会長出席 第26回総会において新役員選任. 矢谷前会長から寺山久美子新会長 のもと新体制発足. 協会員数4,000名を超える | 厚生省老人保健福祉部「障害老人 の日常生活自立度(寝たきり度) 判定基準」を作成 老人性痴呆疾患保健医療指導者研 修(厚生省精神保健課企画・実施) に作業療法士の参加認められる. 老人保健審議会老人保健施設等部 会, 老人訪問看護事業の人員・運 営基準を了承.(最低, 保健婦, 看 護婦, 準看護婦合わせて2.5人以上, PT・OTは実情に応じた適当数) 『精神障害者社会復帰施設のマンパ ワ-の充実に関する要望書』を厚 生省に提出 | ソ連の元首として初めて, ゴルバ チョフ大統領が来日 雲仙・普賢岳が約200年ぶりに噴 火, 最大規模の火砕流が発生. 高 熱の溶岩とガスが民家をのみ込み, 取材記者を含む43人の死者・行方 不明を出した. 8,100余人が避難 ゴルバチョフ大統領辞任. ソ連邦 消滅. |
| | 7 | 文部省, 大学設置基準を改正, 医 療短大卒業生の取得単位による学 士号取得可能となる. 91' 国際モダンホスピタルショー の展示会に初めて後援団体として ブース出展 日本看護協会前会長大森文子氏ナ イチンゲ-ル記章受賞記念祝賀会 へ寺山会長参列 | 「厚生白書」(広がりゆく福祉の担 い手たち-活発化する民間サービ スと社会参加活動) | |
| | 8 | 老人保健審議会「老人保健施設の在 り方について」厚生大臣に意見提出 OT協会25周年記念事業の一環と してワッペン, バッジを販売. | | |
| | 9 | WHO第32回西太平洋会議開催 (大宮), 佐藤第一副会長AJOT・ WFOTが出席 | | |
| | 10 | 協会本部, 本年度より県士会に活 動助成金の支給を決定. 厚生省の「高齢者介護機器省力モ デル事業(埼玉県)の調査施設」 に埼玉県生活福祉部高齢者福祉課 より協会に依頼. 「理学療法士及び作業療法士需給計 画の見直しについての意見書」厚 生省へ提出 | | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|---|---|--|
| 1991 | 11 | 中国障害者連合会康復治療技術委員会（OT・PT・ST協合同）設立。 我が国は、中国初の近代的リハビリテーションセンターである中国障害者リハビリテーション研究センター開設と人材育成に深く関与。 第7回日本義肢装具学会総会にてOT・PTとして初めて古川宏氏が第9回学術大会長として承認。 原和子氏「義肢装具、自助具の研究開発に対して」飯田賞奨励賞を受賞。 「作業療法の診療報酬改定等に関する要望書」厚生省へ提出 | | |
| | 12 | 「精神障害者社会復帰施設のマンパワーの充実に関する要望」厚生省へ提出 作業行動研究会発足。 「作業療法士が選ぶ自助具・機器1991素材・部品、道具」発行 「作業療法の核を問う」発行 「カリキュラムプランニングその方法と臨床実習への応用」発行 行定礼子氏、勲六等宝冠章受賞 | | |
| 1992 | 1 | 常勤事務局長1名増え、計2名となる。 「四年制大学における作業療学科のカリキュラム（案）」の答申、教育部よりOT協会長に提出。 | 第1回日本精神保健政策研究会 脳死臨調、脳死移植の容認を答申 | 政府の「臨時脳死及び臓器移植調査会」、脳死は「人の死」と認める最終答申 PKO（国連平和維持活動）協力法案成立 |
| | 2 | 日本リハ医学会より「PT及びOTの需給計画に関する要望書」が厚生大臣に提出される | 診療報酬改正、特掲診療料名称である「理学療法料」が「リハビリテーション料」と名称変更、下位療目として「作業療法料」「理学療法料（改正前＝運動療法）」となる。 | 東京佐川急便事件発覚 |
| | 3 | 社会福祉医療事業団（長寿社会福祉基金）の研究費による「高齢者機器に関する調査研究」の報告書が冊子となる。 企画調整委員会より、新たなる視点から今後10年を展望する『第二次長期活動計画』が答申される。 | 「区分-145作業療法」が（Ⅰ）、（Ⅱ）に項目編成、算定人数の制限、作業療法と理学療法との併用に関する限定の設定、「精神科作業療法」の点数引き上げ等を含め大きな改正となる。 「医療法改正案」、人材確保関連二法案とわが国の医療供給体制を方向づける法案可決・成立。 | 米スペースシャトルに毛利衛が搭乗 PKO派遣の自衛隊カンボジアへ出発 |
| | 4 | 広島大学医学部保健学科に作業療法学、理学療法学、看護学専攻の4年制学士課程が開設される。 本年度より協会ニュースを毎年1回ずつ増刊、年には年10回発行へ。 学術部「作業療法マニュアルシリーズ」作成開始 岸正美氏、黄綬褒章受章 学術部に用語検討委員会発足、作業療法専門用語、関連用語の検討と整理開始 「専修学校卒業生の学位取得に関する要望書」PT協会と連名で文部省に提出 | 厚生省大臣、他に「厚生省所管の病院・療養所・学院・施設に勤務する理学療法士・作業療法士の待遇について」を提出 国際医療技術交流財団主催の国際医療協力フォーラム（大阪）開催 精神保健政策研究会「精神保健法検討小委員会」による改正案が厚生省に提出される 「国連・障害者の十年」最終年記念国民会議全体集会 「厚生白書」（国連・障害者の十年-皆が参加する「ぬくもりのある福祉社会」の創造-） | バブル経済破綻し景気は下降 全国の国公立の幼稚園、小・中・高校で月1回の土曜日休校開始 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|---|---|---|
| | 5 | <p>「理学療法・作業療法の併用に関する要望書」厚生省へ提出</p> <p>平成4年度診療報酬改正の「脳血管疾患発症後6ヶ月以降の理学療法、作業療法の併用に関する規定」に対しての内容是正を求める要望書をPT協会と連名で厚生省に提出。</p> <p>「精神保健法見直し」に関する意見書を厚生省に提出。</p> <p>「障害科学専攻の設置について（お願い）」東北大学医学部長へ提出</p> <p>「精神保健法見直しへの意見書」厚生省へ提出</p> | | |
| 1992 | 6 | 第26回OT学会・第27回総会(大阪) 日露医学医療交流財団発足式に寺山会長列席 | | |
| | 7 | 岡山県士会，全国初の法人化達成。「作業療法全書」第6巻「発達障害」，第7巻「老年期障害」出版。 | | |
| | 8 | 「厚生省所管の病院・療養所・学院・施設に勤務する理学療法士・作業療法士の待遇について」人事院へ提出 | | |
| | 9 | 生涯教育システムA，B各コースが始動，東京と大阪で開催 | | |
| | 9 | WFOT 第20回代表者会議（香港）「WFOT40周年」の記念を兼ねて開催（日本から2名参加），佐藤剛氏第1副会長に再選。香港作業療法国際学会開催 | | |
| | 11 | 第1回「精神保健と作業療法フォーラム」を開催 | | |
| | 12 | 学術部「作業療法効果検討委員会」と「脳血管障害作業療法調査委員会」の2プロジェクト始動 | | |
| | | 「厚生省所管の病院・療養所・学院・施設に勤務する理学療法士・作業療法士の待遇について」厚生省へ提出 | | |
| | | 岡山県について山口県士会も法人化する。 | | |
| | | 「作業療法士養成のための四年制大学設立に関する要望書」神戸大学学長に提出 | | |
| | | テクノエイド協会委託研究「リサイクルを前提とした車椅子の開発」の共同研究をハラキン（株）から協会に依頼される | | |
| | | 厚生省老人保健福祉局所管「高齢者等の在宅生活支援方策に関する検討会」に対して18項目の要望書を提出 | | |
| | | 浦添武子氏，全社協会長表彰 | | |
| 1993 | 1 | <p>第20回理学療法士・作業療法士養成施設等教員長期講習会（東京・大阪）開催</p> <p>「作業療法の診療報酬等に関する要望書」厚生省へ提出</p> <p>「理学療法士・作業療法士の業務内容に関する要望書-筋電図，心電図等の各種機器の使用について-」厚生省へ提出</p> | <p>第2回老人保健施設職員特別研修会が東京・大阪で同時開催</p> <p>「精神保健法見直し」に関する要望書を厚生大臣に提出</p> <p>政府の障害者対策推進本部会議にて「障害者対策に関する新長期計画」決定</p> | <p>曙，初の外国人横綱に</p> <p>金丸信・元副総理，脱税容疑で逮捕（ゼネコン汚職広がる）</p> <p>初のプロサッカー，Jリーグ開幕</p> |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|--|--|---|
| | 2 | <p>「医療法に関する要望書－医療施設体系化に対応する作業療法士及び理学療法士配置等について－」厚生省へ提出</p> <p>厚生省主催第1回在宅訪問リハビリテーション講習会（東京・大阪）開催</p> <p>衣川満哉氏、第21回大阪府医療功労賞受賞</p> <p>「精神保健法見直しに関する要望」厚生省へ提出</p> | <p>公衆衛生審議会意見書「今後の精神保健対策について」公表される</p> <p>公衆衛生審議会精神保健部に「精神保健法見直し」の審議に関する要望と「今後における精神保健対策について」に対する質問書を提出</p> <p>「精神保健法等の一部を改正する法律案」が国会にて法案成立.</p> <p>心理職の国家資格をめざした「全国保健・福祉心理職能協会」の設立総会開催</p> | <p>皇太子と小和田雅子さん御結婚</p> <p>北海道南西沖地震（奥尻島）発生</p> <p>衆院選で、日本新党、新党さきがけ躍進</p> <p>細川護熙を首相に連立内閣が成立</p> |
| 1993 | 3 | <p>「高等教育機関（短期大学・大学）における理学療法士及び作業療法士養成に関する要望」文部省へ提出</p> | <p>「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」制定</p> | <p>イスラエルとPLO、パレスチナ暫定協定に調印</p> |
| | 4 | <p>「作業療法全書」第9巻「義肢・装具、リハビリテーション関連機器」出版.</p> | <p>WFMH世界会議（千葉）開催</p> | <p>全国的冷夏で、コメ大凶作に、食糧庁、主食用米の緊急輸入決定</p> |
| | 5 | <p>「精神保健法見直し」の審議に関する要望、「今後における精神保健対策について」に対する質問書」厚生委員会に提出</p> <p>「作業療法全書」第8巻「高次神経障害」出版.</p> | <p>中医協の診療報酬基本問題小委員会が「診療報酬体系に関する報告書」を全員懇談会に提出</p> <p>JANNET発足</p> | <p>コメの部分開放を決定</p> |
| | 6 | <p>第27回OT学会・第28回総会（千葉）</p> | <p>第8回IRMA組織委員会発足（協会正副会長が参画）</p> | <p>世界文化遺産に屋久島・白神山地、姫路城・法隆寺</p> <p>国連カンボジア暫定行政機構（UNTAC）の文民警察官が襲われ、日本人警察官死亡</p> |
| | 7 | <p>作業療法マニュアルの第一弾「手元に置きたい関連法規」発行</p> <p>生涯教育カリキュラム 専門コース8講座、共通コース3講座に拡充</p> <p>日本精神病院協会の看護・コメディカル委員会及び担当常務理事との懇親会開催</p> <p>平成5年度作業療法研究助成の公募開始</p> | <p>厚生省 平成4年度老人保健施設調査概況を発表</p> <p>障害者基本法</p> <p>介護機器レンタル料の助成事業開始</p> | |
| | 8 | <p>「福祉用具の研究開発及び普及を促進するための措置に関する基本的な指針」に対する意見等について」厚生省に提出</p> <p>「作業療法の診療報酬改定等に関する要望書」厚生省へ提出</p> | <p>（財）テクノエイド協会が「福祉機器分類コードの体系化を図る研究委員会」設置</p> <p>心身障害者対策基本法の改定 参議院厚生委員会で可決、「障害者基本法」として公布</p> <p>第2回精神保健フォーラム開催</p> | |
| | 9 | <p>広島大学医学部保健学科編入試験初めて実施</p> | <p>国際医療協力フォーラム開催</p> | |
| | 11 | <p>「作業療法全書」第11巻「職業関連活動」出版.</p> <p>「福祉用具の研究開発及び普及を促進するための措置に関する基本的な指針」に対する意見具申を厚生省老人保健福祉局老人福祉推興課に提出</p> <p>OT協会が日本学術会議の登録学術研究団体となる</p> <p>寺山久美子会長イギリスOT協会表敬訪問</p> <p>OT保険診療モニター制度始まる</p> <p>文部省の「総合学科」等の協力団体に登録</p> | <p>「厚生白書」（未来をひらく子どもたちのために－子育ての社会的支援を考える－）</p> | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|--|---|---|
| | 12 | 協会事務局新会議室完成 坪田常子氏、勲六等宝冠章受賞 ポータブル・スプリング・バランスー 補装具の支給対象となる 谷合義旦氏、平成5年度飯田賞“奨励賞”受賞 「千葉大学における4年制作業療法教育過程の新設について(要望)」千葉県知事他へ提出 QOL・ADL研究会発足。 「カリキュラムプランニングその方法と作業療法専門科目への応用」発行 | | |
| 1993 | | 「特別養護老人ホーム介護機器省力化モデル事業調査研究報告書」発行 柴田澄江氏、国際ソロプチミストより Women Helping Women 賞を受ける | | |
| 1994 | 2 | OT参画の福祉機器ビデオ発売 | 厚生省健康政策局が「地域保健対策強化のための関連法律の整備に関する法律案要綱」を提出 | 政治改革法案成立 |
| | 3 | 生涯教育システム検討委員会の「作業療法士生涯教育システムの将来構想について」の答申まとまる | 診療報酬改定、出来高払いと包括払いへ | 中華航空機、名古屋空港で着陸失敗、大破炎上264人の死者 |
| | 4 | 東北大学大学院に障害学研究科が設置される | 「ハートビル法」公布、(9月施行) | 日本初の女性宇宙飛行士向井千秋、米スペースシャトル「コロンビア」で宇宙へ |
| | 6 | WFOT第21回代表者会議・第11回国際学会(ロンドン)、矢谷令子代表をはじめ協会ツアーに21名参加 第28回OT学会・第29回総会(秋田) 都道府県作業療法士会連絡協議会発足 「作業療法全書」第4巻「身体障害」出版。 OT学術ビデオ発売開始 | 全国精神障害者社会復帰施設協議会「社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会」となる 日本義肢装具士協会第1回研究会開催 健保法改正案、参議院で成立 中央社会保健医療協議会10月実施診療報酬改訂について了承の答申 「生活福祉空間づくり大綱」建設省策定 | 1ドル=99円50銭、初めて100円を突破 村山富市を首相に、社会、自民、さきがけの連立内閣が成立 北朝鮮 金日成主席死去 プロ野球・オリックスのイチローが200本安打を達成 日本初の24時間空港、関西国際空港開港 |
| | 7 | 「作業療法士の職域拡充について」答申 | 「老人福祉マップ(H5年版)」厚生省発表 | 大江健三郎、ノーベル文学賞受賞 |
| | 8 | 「作業療法全書」第5巻「精神障害」出版。 | 「平成5年社会福祉施設等調査の概況」厚生省発表 | 北朝鮮、金日成主席死亡。 |
| | 9 | 「作業療法全書」第10巻「日常生活活動」出版。 研修センター設立に関する活動開始 | 精神保健従事者団体懇談会 第1回連続シンポジウム開催 「障害者保健福祉施策推進本部」厚生省設置 | |
| | 10 | 「地域保健法」制定に際して、賛同団体として精神保健の充実(精神保健ゴールドプラン策定)を求める要望書提出 作業療法の開設 承認制から届出制へ 「精神障害領域作業療法士配置の促進」検討プロジェクト及び「生涯教育単位・資格認定制度」検討プロジェクト発足 作業療法マニュアルシリーズ「老人保健施設の作業療法」「急性期の作業療法」「使おう活かそう社会資源」発行 | 公衆衛生審議会総合部会・基本指針検討小委員会「地域保健対策の推進に関する基本的な指針(案)」まとまる (財)「日本訪問看護振興財団」設立 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」告示 厚生省医制120周年記念式 厚生省、新ゴールドプラン、エンゼルプラン発表 | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと | |
|------|----|---|--|---|---|
| 1995 | 1 | 「医療関係職種の教育課程等の改善に関する検討会」において検討すべき事項について 兵庫県南部地域地震に対し義援金50万円送る 「医療関係職種の教育過程等の改善に関する検討会」において検討すべきことについて」厚生省へ提出 | 精神保健法改正「精神保健と精神障害者の福祉に関する法」7月1日施行 「医療関係職種の教育課程等の改善に関する検討会」報告書まとまる 「厚生白書」(医療-「質」「情報」「選択」)そして「納得」) | 阪神・淡路大震災発生 M7.2、(死者5,000人以上) 東京で地下鉄サリン事件(死者11人、被害者約5,500人) サリン事件でオウム真理教へ強制捜査 | |
| | 3 | 「理学療法士・作業療法士 地域保健・福祉講習会」開催 | | 無党派の青島幸夫が東京都知事に、横山ノックが大府知事に | |
| | 4 | 作業療法士養成施設58校、入学定員総数1,700人となる | | ミャンマーのアウンサン・スーチー女史6年ぶりに解放される | |
| | 6 | 第29回OT学会・第30回総会(熊本) | | フランスが南太平洋ムルロア環礁で核実験再開 | |
| 1995 | 10 | 第1回アジア太平洋OT学会(マレーシア)協会事務局長2名増員 平成7年度予算案 初めて1億円台となる 協会員数6,000人を越す 松田美穂氏、飯田奨励賞受賞 作業療法マニュアルシリーズ「脳卒中中のセルフケア」「手の外科と作業療法」「作業療法用語集」発行 | | オウム教に解散命令、東京地裁が決定。 | |
| 1996 | 3 | 「在宅介護における電動ギャッチベットの利用効果に関する研究」発行 作業療法白書 出版 WFOT第22回代表者会議(ケニア)において、第24回代表者会議(2000年)の日本開催決定。 | 障害者対策に関する新長期計画推進国際セミナー。 「らい予防法の廃止に関する法律」が成立。 診療報酬改定、薬価改正の実施。 | 村山首相が退陣、橋本連立内閣発足。 羽生名人史上初の7冠達成。 | |
| | 4 | 広島大学大学院医学系研究科に保健学専攻として修士課程開設。 協会30周年記念ポスターカレンダー作成。 | 医療審議会が「今後の医療提供体制の在り方について」を意見具申。 老人保健福祉審議会において介護保険制度案大綱を答申。 厚生省組織改正。大臣官房に障害保健福祉部を新設。企画課、障害福祉課、精神保健福祉課を組織するとともに、社会援護局更正課、児童家庭局障害福祉課、保健医療局精神保健課を廃止。 | 住専処理法と金融4法が参院本会議で成立。 HIV訴訟で和解成立、提訴から7年 | |
| | 5 | インドネシア作業療法校現地視察。 | 「介護保険法要綱案に係る修正事項(案)」与党合意。 「厚生白書」(家族と社会保障-社会的支援のために-) | 第26回オリンピックが米国のアトランタで開幕。日本は金3、銀6、銅5。 | |
| | 6 | 協会員数7,000人を越す。 第30回OT学会・第31回総会(東京)。 協会設立30周年記念式典開催(東京)。第1回協会表彰96名。 病棟ベッドサイドなど承認施設外での作業療法の所定点数が認められる。(作業療法(I)(II)、老人作業療法(I)(II)に適用。 OTマニュアルNo7「使おう活かそう社会資源-第2版」、No8「発達障害児の姿勢指導」発行。 | 厚生省老人保健福祉局、「高齢者ケアサービス体制整備支援事業実施要綱」を各都道府県に通知。 厚生省、第139回臨時国会に介護保険関連三法案を提出。 厚生省老人保健福祉局、「モデル介護認定審査会運営要綱」、「介護認定調査要領」を各都道府県に通知。 厚生省「医療技術評価の在り方に関する検討会」発足。 厚生省「在宅医療の推進に関する検討会」発足。 | ロシア大統領選でエリツィン大統領が大差で再選。 第26回オリンピックが米国のアトランタで開幕。日本は金3、銀6、銅5。 大府堺市の小学校で発生した病原性大腸菌「O157」の集団食中毒の患者が6031人に。 国連総会が核爆発を伴うあらゆる核実験を禁止する包括的核実験禁止条約(CTBT)を採択。 第41回総選挙(小選挙区比例代表並立制による初の選挙)。 米大統領選で民主党のクリントン大統領が再選。 | |
| | | | | | 橋本首相が衆参両院で第83代首相に指名され、組閣。3年3ヶ月ぶりの自民党単独内閣。 |
| | | | | | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|---|---|--|--|
| 1996 | 7 | WFOT 認可等教育水準審査委員会を特設委員会として設置し、定款施行規則と WFOT 認可規定改定案施行。 | | 世界遺産条約の委員会で、広島の実業家・原爆ドームが厳島神社とともに文化遺産リストに登録。 |
| | 8 | 作業療法推進活動週間。 | | ベルーの首都リマの日本大使公邸を左翼都市ゲリラ MRTA が襲撃、在留邦人ら約 600 人を監禁。 |
| | 9 | 国際交流委員会発足。 OT マニュアル№6「障害者・高齢者の住まいの工夫」発行。 第 1 回インドネシア OT 研修生受け入れ（～12/13） 協会創立 30 周年記念講演／シンポジウム開催（東京）。 「30 周年記念誌」発行。 | | |
| | 10 | 阪神・淡路大震災被災者の医療保健活動に対する厚生大臣感謝状授与。 OT マニュアル№12「障害児のための生活・学習具」発行。 文部省科学研究費における文科細目新設要望書 作業療法診療報酬に関する規定の改定について（要望書） 精神科作業療法診療報酬に関する規定の改定について（要望書） | | |
| 11 | 日本作業療法教育研究会・第 1 回研究大会開催（東京）。 「作業療法全書」第 12 巻「作業療法関連用語解説」発行。 | | | |
| 1997 | 1 | 日本 OT 協会・都道府県 OT 会連絡協議会九州支部交流セミナー開催。 | 基礎年金番号の実施。 | 中国の最高実力者、鄧小平（92 歳）が死去。 |
| | 4 | OT マニュアル№11「精神障害の作業療法Ⅰ. 生活を支える」発行。 | 老人デイ・ケアの施設基準見直し。 | 動力炉・核燃料開発事業団（動燃）東海事業所の再処理工場で火災・爆発事故、作業員 37 人被災。 |
| | 5 | 「作業療法ガイドライン」の改訂。 | 診療報酬改訂。（長期入院の是正・急性期入院医療の充実） 厚生省「要介護認定モデル事業」（1997 年 1～3 月実施）の結果がまとまる。 | 消費税の税率を 3%から 5%に引き上げ。 今村昌平監督の「うなぎ」がカンヌ国際映画祭でパルムドール（最優秀作品賞）を受賞。 |
| | 6 | 平成 10 年度精神科作業療法関連診療報酬改定要望書 協会員数 8,000 人を越す。 第 31 回 OT 学会・第 32 回総会（新潟） | 「厚生白書」（「健康」と「生活の質」の向上をめざして） 日本脳卒中協会設立。 「健康保険法等の一部を改正する法律」成立（本人負担 2 割に引き上げ等）。（9/1 施行） | 神戸市須磨区で小学 6 年男児の切断された頭部が発見される。（6/28 中学 3 年男子生徒を殺人・遺体遺棄で逮捕） 香港が英国から中国に返還される。 ダイアナ元英皇太子妃がパリで交通事故死。 |
| | 7 | WFOT 認可等教育水準審査委員会の常設化に伴い、定款・施行規則改正。事務所が、浅草寿町に移転 | 「臓器の移植に関する法律」成立。（10/16 施行） | ノーベル平和賞受賞者のマザー・テレサ（87 歳）が死去。 |
| | 8 | OT マニュアル№13「アルコール依存症の作業療法」発行。 | 厚生省「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」発足。 | 北野武（ビートたけし）監督の「HANA-BI」がベネチア国際映画祭でグランプリにあたる金獅子賞を受賞。 |
| | 9 | 第 8 回国際リハビリテーション医学会（IRMA Ⅷ）の一環としてインターナショナル OT シンポジウム開催（京都）。 第 2 回インドネシア OT 研修生受け入れ（～12/15）。 「作業療法」診療報酬に関する規定の改定について（要望書） | 厚生省「平成 9 年度高齢者介護サービス体制整備支援事業要綱」を都道府県に通知。 文部省科学研究費の時限細目に「リハビリテーション科学」が設置。 | 営業不振に陥った山一證券が自主廃業を決める。 宇宙飛行士・土井隆雄がスペースシャトル・コロンビアで日本人として初の宇宙遊泳。 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|--|--|---|
| 1997 | | 平成10年度精神科作業療法関連診療報酬改定要望 | | |
| | 11 | OT協会英文パンフレット改訂。 福祉用具プランナー養成モデル研修開催。 日本OT協会・都道府県OT士会連絡協議会関東甲信越支部交流セミナー開催。 介護支援専門員(ケアマネージャー)養成準備講習会開催。 | 日本臓器移植ネットワーク発足。 「公的介護保険法」成立。 障害者関係三審議会合同企画分科会で「今後の障害保健福祉施策の在り方について(中間報告)」を公表。 「精神保健福祉士法」成立。(H.10.4/1施行)、「言語聴覚士法」成立。(H.10.9/1施行) | 韓国の大統領選で野党・国民会議の金大中が当選。 |
| | 12 | 日本障害者協議会新10年推進フォーラム'97に寺山会長がシンポジストとして参加。 | 「医療法の一部を改正する法律」公布。(H.10.4/1施行) 診療所へ療養型病床群を拡大、地域医療支持病院制度創設 | |
| 1998 | 1 | 診療点数に関するお伺い | | |
| | 2 | 日本OT協会・都道府県OT士会連絡協議会四国支部交流セミナー開催。 老人保健施設協会職員特別研修会継続のお願い | 「国民健康保険法等の一部を改正する法律案」について閣議決定。 | 第18回オリンピック冬季大会が長野市で開催。日本は金5個を含む10個のメダルを獲得し、史上最高の成績。 |
| | 3 | 第7回冬季パラリンピック長野大会にて長野作業療法士会がボランティア活動。 | WHO国際障害分類改正1998年東京会議開催。(ICIDH-2の検討) | 特定非営利活動促進法案(NPO法案)が衆院本会議で可決、成立。 |
| | 4 | 診療報酬改定。精神科OTに関する診療報酬新設要望事項通る。 OT有資格者1万人を越す。 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を身体上の障害の範囲に追加。 介護支援専門員に関する省令の公布。 | 1997年度の企業倒産が1万7439件に、負債総額は前年度を65%上回る15兆1203億円で戦後最悪。 インドが24年ぶり2度目の地下核実験実施。 |
| | 5 | WFOT第24回代表者会議・第12回国際学会(カナダ)、佐藤剛代表ら協会ツアー12名参加。日本からの参加者69名。 「在宅介護アセスメントとケアプラン 社団法人日本作業療法士協会版 1998.5」発行。 | 法務省法制審議会民法部会より「成年後見制度の改正に関する要綱試案」が公表。 | パキスタンがインドの核実験に対抗して初の地下核実験実施。 |
| | 6 | 第32回OT学会・第33回総会(栃木)「生涯教育単位認定システム」承認される。 OT協会PRパンフレット「生活を支援する作業療法～地域リハビリテーションと作業療法」を作成。 OT事例集刊行。 | 「厚生白書」(少子社会を考えるー子供を産み育てることに「夢」を持てる社会をー) 「医療技術評価推進検討会」が発足。 | サッカーW杯フランス大会開幕。初出場の日本は予選リーグで敗退。優勝はフランス。 自民党総裁選で小淵外相当選。7/30橋本内閣が退陣し、小淵内閣発足。 |
| | 7 | 協会員数9,000人を越す。 医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会の委員構成等に関する要望書 作業療法士に関わる学校養成施設の指定基準等の改善について(意見)「成年後見制度の改正に関する要綱試案」に対する意見書 「介護保険関連緊急総合対策プロジェクト」設置。 | 「国民健康保険法などの一部を改正する法律」成立。(7/18/1施行) 「医療関係者審議会PT・OT部会」が発足。 厚生省「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」、「必要病床等に関する検討会」より報告書発表。 公衆衛生審議会精神保健福祉部会「精神保健福祉法に関する専門委員会」より報告書発表。 | 和歌山市の自治会夏祭りでカレーライスを食べた住民ら4人が死亡。63人が中毒症状に。死亡者の胃の内容物から猛毒のヒ素を検出。 映画監督の黒沢明(88歳)が死去。 米大リーグでマーク・マグワイアが62号本塁打を打ち、新記録樹立。サミー・ソーサも13日に62号を放つ。その後、マグワイアは70本、ソーサは66本まで記録を伸ばす。 米が、宇宙飛行2回目の向井千秋や史上最高齢のグレン上院議員(77歳)らに乗せたスペースシャトルディスカバリーを打ち上げ。 |
| | | | | 完全失業率4.4%。1953年以来最悪に。 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----------|--|---|---|
| 1998 | 8 | 作業療法推進活動月間. | 「精神薄弱の用語の整理のための関係法律の一部を改正する法律」成立. (9/28 公布) (精神薄弱→知的障害) | |
| | 9 | 日本 OT 協会・都道府県 OT 士会連絡協議会中国支部交流セミナー開催. 協会ニュース第 200 号発刊. 「発達障害児の早期リハビリテーション」に関する要望 | 第 1 回介護支援専門員実務研修受講試験実施. (9/27,10/4,10/11) 医療審議会にて「第 4 次医療法改正」審議開始. 「医療保険と介護保険の区分けについて(案)」提示. | |
| | 10 11 | 精神保健福祉法に関する専門委員会報告書に関する意見書 寺山会長「国際高齢者年記念日英交流セミナー」(於: 英国大使館) 出席. | 国立病院 8 施設, 社会保険病院 2 施設において急性期入院医療の定額払い方式の試行開始. 介護保険法施行令及び介護保険の国庫負担金の算定などに関する政令の公布. | |
| 1999 | 1 | 「特別養護老人ホーム等における作業療法士・理学療法士の配置要望書」, 「嚥下訓練を行う職種に OT を追加する要望」を厚生大臣宛提出 | 第 1 回精神保健福祉士国家試験 | 臓器移植法による初の脳死移植 |
| | 3 | 第 1 回介護支援専門員実務研修受講資格試験の OT 合格者数 1471 人 「精神保健福祉士養成指定規則」に基づく基礎科目読み替え範囲に関する要望 | シンポジウム「地域保健福祉総合事業」委託研究におけるシンポジウム開催 | ガイドライン法成立 |
| | 5 | 協会新役員人事 会長, WC PT 世界大会開会式出席 | 「福祉専門職の教育課程等に関する検討会」が報告書公表. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律」が成立. 第 1 回言語聴覚士国家試験実施. 「厚生白書」(社会保障と国民生活) 介護保険法施行規則発表 | 失業率過去最高, 中高年の自殺急増 全日空機ハイジャック事件. 離陸直後, 包丁をもった男にハイジャックされ, 機長が死亡. 精神鑑定の結果, 責任能力があると判断. キルギスで邦人 4 人拉致(らち), 無事に解放(10月25日) 神奈川県警で組織ぐるみの不祥事隠し発覚 台湾で大地震発生 |
| | 6 | 第 33 回 OT 学会・第 34 回総会(弘前) 生涯教育事務手続き開始 在宅訪問作業療法士の育成強化プロジェクト事業発足 協会員 1 万人に | PT・OT 学校養成施設指定規則改正 ケアマネージャーの第 2 回実務研修受講試験の OT 合格者数 2215 人. | 東海村で国内初の臨界事故, 住民避難 |
| | 7 | 作業療法効果検討プロジェクト施行 特許庁の指定する学術団体に承認される. | 第 1 回日本デイケア学会開催 地域保健権利養護事業実施 | 新潟県三条市で 90 年 11 月, 下校途中に行方不明になった当時小学 4 年の女性(19)が 9 年 2 カ月ぶりに同県柏崎市内で発見, 保護 大阪府知事選は自民など 5 党推薦の太田房江氏が初当選, 初の女性知事誕生 |
| | 8 | 平成 11 年度飯田賞激励賞に木之瀬隆氏 | 厚生省にて「第 1 回理学療法士・作業療法士需給計画」検討委員会開催 | 東京の営団地下鉄日比谷線の中目黒駅近くで, 電車が脱線して対向の電車と衝突, 5 人死亡, 36 人重軽傷 |
| | 9 | 台湾で行われたアジア・太平洋 OT 学会に会長出席 日本福祉大学「経済学部, 経営学部開発学科通信教育課程」の設置について | リハビリテーション医療関連専門職連絡会議発足 | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|---|---|---|
| 1999 | 10 | 寺山会長、長谷川・杉原副会長が八代郵政大臣、清水環境庁長官を表敬訪問 第1回全国作業療法士技術研修会開催 台湾大震災に対し、台湾 OT 協会宛に義援金 30 万円送金 精神保健施設への作業療法士必置くについての要望 平成 12 年度精神科作業療法関連診療報酬改定重点要望 | | |
| | 11 | 会長、天皇即位 10 周年記念式典出席 広報誌「Opera」創刊 | | |
| | 12 | 団体賠償責任保証制度発足 | | |
| 2000 | 1 | 国際医療技術交流財団 | | |
| | 3 | 理学療法士・作業療法士受給計画見直し作業に関する意見書 第 35 回理学療法士・作業療法士国家試験問題の不適切さについて(意見書) | | |
| | 4 | 作業療法士養成校 107 校に、協会ホームページが本格運用開始 | 公的介護保健制度実施 | 小淵総理大臣が脳梗塞により、森内閣が発足 雪印乳業大阪工場製の低脂肪乳で食中毒、大阪府は低脂肪乳から黄色ブドウ球菌の毒素を検出と発表 大手百貨店のそごうグループが倒産、負債総額は約 1 兆 8700 億円と金融機関を除き過去最大、大手百貨店の倒産は戦後初 |
| | 5 | 第 24 回 WFOT 世界代表者会議が札幌で開催 WFOT 三役、厚生省・都立保健科学大学訪問 | 成年後見制度施行 | 42 年ぶりの新額面紙幣となる 2000 円札発行 |
| | 6 | 第 34 回 OT 学会・第 35 回総会(横浜) | 社会福祉法施行。「厚生白書」(新しい高齢者像を求めて - 21 世紀の高齢社会を迎えるにあたって -) | 文部省 99 年度学校基本調査で不登校の小中学生が 13 万 208 人と過去最高、99 年 1 年間の自殺者は 3 万 3048 人で過去最悪 |
| | 7 | OT 協会保険委員会が保険部に | 言語聴覚士協会創立 | 伊豆諸島・三宅島で大規模な噴火、約 1300 人避難 |
| | 8 | 生涯教育プログラムがスカイパーフェクト TV「医療福祉チャンネル 774」で開始 | | 史上最多の 200 カ国・地域が参加したシドニー五輪開幕、韓国と北朝鮮が史上初の合同行進 |
| | 11 | 日蘭交流 400 周年記念、地域医療保健福祉国際コンフェレンチに参加(長崎県士会) | | 2000 年のノーベル化学賞に電気を通すプラスチックを開発した白川英樹筑波大名誉教授ら 3 人が決定、日本人の受賞は 9 人目、化学賞は 81 年の福井謙一氏以来 2 人目 刑罰対象年齢を「14 歳以上」に引き下げるなどの改正少年法が衆院本会議で可決、成立 |
| 2001 | 1 | | | 中央省庁再編で、1 府 12 省庁スタート。旧厚生省は厚生労働省に、 |
| | 2 | 医療技術協力調査団員としてカンボジア、バングラデシュに派遣、国際交流委員長 | | ハワイ沖で実習船「えひめ丸」が、米原子力潜水艦「グリーンビル」と衝突、沈没。行方不明者 9 名。 |
| | 3 | | | 大阪市、ユニバーサル・スタジオ社、住友金属工業などが出資した第三セクターが運営するテーマパーク U S J が大阪市此花区にオープン。 |
| | 4 | 「第三次長期活動計画」開始 < I. 作業療法の実践技術体系の構築 II. 卒前・卒後の教育体制の整備(人材育成体制の整備) III. 協会組織の再編成と地方分権化の推進 > | | 宮内庁は「皇太子妃雅子さまに懐妊の兆候がある」と発表。 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと | | |
|------|------|---|--|--|-------------------|---|
| 2001 | 5 | 協会広報誌「Opera 3号」発行 | 日本病院協会 50周年 | 「らい予防法」による強制隔離政策で、元患者らが国家賠償を求めていた熊本ハンセン病訴訟で熊本地裁は、国の違法性を認め慰謝料を支払うよう命じた。 | | |
| | 6 | 第35回OT学会、第36回総会(石川)総会において杉原素子新会長をはじめ新役員が選任され新しい体制に | 「障害者等に係わる欠格事由の適正化等を図るための医師法等の一部を改正する法律」が成立 | 大阪府池田市の大阪教育大学付属池田小学校に無職の男が出刃包丁を持って乱入、児童8人が死亡、教師2人を含む15人が重軽傷。 | | |
| | 7 | 「作業療法白書 2000」発行 | | 宇宙開発事業団は99年11月の「H2」8号機(失敗)以来、約1年9ヶ月ぶりに、新主力ロケット「H2A」1号機を種子島宇宙センターから打ち上げ、予定軌道に到達させた。 | | |
| | 8 | 協会員数15,000名を超える | | 海をテーマにしたディズニーの新しいテーマパーク「東京ディズニーシー」が浦安にオープン。 | | |
| | 9 | JIMTEF研修生2名(スリランカ、フィリピン)の受け入れ | | ニューヨーク市中心部にある世界貿易センタービルにハイジャックされた航空機2機が突入し、約1時間後ビルは倒壊。ワシントンの国防総省にもハイジャック機が突入。ピッツバーグ郊外にも1機が墜落。合わせて推定6000人以上の死者行方不明者が出た。 | | |
| | 10 | | | 野依良治名古屋大学教授にノーベル化学賞を授与と発表。 | | |
| | 11 | OT学会演題のインターネット登録開始 | | JR東日本が全国の鉄道で初めて導入したIC内臓のカード式定期を使った新改札システムの運用開始。 | | |
| | 12 | 「心神喪失者等の触法及び精神医療に関する施策・法案の検討に対する意見書」を精神保健従事者団体懇談会へ提出 新人教育プログラム講師育成のための研修会開催 | | 介護保険フォーラム2001(兵庫) 「保健婦看護婦助産婦法」が「保健師助産師看護師法」に改正 | | |
| | 2002 | 1 | | | 日本臨床衛生検査技師会創立50周年 | ハンセン病訴訟和解。療養所入所者の遺族と入所歴のない元患者の原告側と国が、厚生労働省で和解の基本合意書を取り交わした。 |
| | | 2 | | | 日本臨床工学技士会が法人化 | 第19回冬季五輪ソルトトレックシティー大会が開幕。 |
| | | 3 | | 協会事務局の拡張 | | 「安楽死」事件。川崎協同病院(神奈川県)で、女性主治医が筋弛緩剤を投与し入院患者を死亡させた疑いが発覚。 |
| | | 4 | | 大分県士会が法人化 | | サッカーの「2002 FIFAワールドカップ」(韓国・日本共催)が開幕。 |
| 5 | | 第36回OT学会、第37回総会(広島) | | 「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」が成立(ジョブコーチ制度) | | |
| 6 | | 「心身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案」に関する声明を発表 電子英文機関紙「Asian Journal of Occupational Therapy」発刊 協会広報誌「Opera 4号」発行 第36回OT学会、第37回総会(福岡) 第13回WFOT国際学会(スウェーデン) | | | | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|--|--|---|
| 2002 | 7 | 中村春基氏、飯田賞奨励賞受賞 「作業療法施設基準開設の手引き」が「医療保険・介護保険の手引き」に改名 | | |
| | 8 | 「訪問リハビリテーション専門機関」の設置について厚生労働省老健局、保険局へ意見書を提出 | 第12回世界精神医学会が初めてアジアで開催(神奈川)・「健康増進法」が成立 第1回PT・OT海外技術協力合同セミナー 日本精神神経学会創立100周年 | 多摩川でアゴヒゲアザラシの子供が日撃され、「タマちゃん」と名づけられた。 田中真紀子前外相は自らの公設秘書給与流用疑惑を払拭できず、責任を取り議員辞職。 |
| | 9 | JIMTEF 研修生2名(バングラデシュ、スリランカ)の受け入れ | | 小泉純一郎首相は、日帰り朝鮮民主主義人民共和国(北朝鮮)を訪問、金正日総書記と会談した。 スウェーデン王立科学アカデミーは02年のノーベル物理学賞を小柴昌俊・東大名誉教授他2人に贈ると発表した。 |
| | 10 | | 第6回DPI(障害者の世界会議)(北海道) 日本精神障害者リハビリテーション学会10周年 | 02年のノーベル化学賞を田中耕一さん他2人に授与と発表。学会では無名のサラリーマン(島津製作所勤務)の一研究者が授与対象となり、化学賞を3年連続受賞の上、物理学賞と合わせ日本では初のノーベル賞同時受賞を成るなど、異例づくめ。 家族らが見守るなか、北朝鮮から拉致被害者の5人は羽田空港に降り立った。 |
| | 11 | 「新障害者基本計画骨子(案)に対する意見書」を内閣府政策統括官へ提出 | | |
| | 12 | | 介護保険フォーラム2002(東京) | 巨人の松井秀喜選手の大リーグ移籍先がニューヨーク・ヤンキースに決定。 |
| 2003 | 2 | | | 米スペースシャトル・コロンビアが帰還直前に、テキサス州上空で空中分解。乗務員7人全員が死亡。 |
| | 3 | 「理学療法士作業療法士養成施設指導要領等の見直し」のお願いを厚生労働省医政局へ提出 | | ブッシュ米大統領がテレビ演説で「イラクを武装解除し、国民を解放する」と述べ、米英軍主体でイラク攻撃を開始したと宣言。 |
| | 4 | | | ヒトの遺伝情報の全体「ヒトゲノム」の解読計画で、日米英など6カ国首脳が「解読完了」を宣言。 |
| | 5 | 協会員数18,000名を超える | | 政府の個人情報保護関連5法案が衆院本会議で自民、公明、保守新の与党3党などの賛成多数で可決。 |
| | 6 | 第37回OT学会、第38回総会(福岡)協会広報誌「Opera 5号」発行 | | |
| | 7 | | 「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」が成立 | 長崎市内の立体駐車場裏の敷地内で4歳の幼稚園児の全裸遺体を発見。同市内の中学1年男子生徒が事件にかかわった疑いがあるととして補導。 |
| | 8 | 韓国の作業療法士・理学療法士が協会を訪問 第1回協会・都道府県士会役員合同研修会(東京) | | |
| | 9 | 第3回アジア太平洋作業療法会議(シンガポール) 厚生労働大臣に「精神科作業療法の施設基準見直しならびに診療報酬改定について(要望書)」提出 | | 星野・阪神タイガースが本拠地・甲子園で悲願のセ・リーグ優勝。 自民党総裁選で、小泉純一郎首相が総数657票のうち399票を獲得、再選。 |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|----|--|----------------------------------|--|
| 2003 | 10 | 協会会員数 20,000 名を超える | | |
| | 11 | | | 熊本地検は、県南小国町のホテルが、ハンセン病の元患者の宿泊を拒否した問題で、旅館業法違反容疑の告発を受理。 |
| | 12 | | 介護保険フォーラム 2003 (埼玉)・ 発達障害者支援法 | イラクの米英暫定占領軍は、フセイン元大統領の拘束を発表。 |
| 2004 | 1 | 「生涯教育制度」運用に向け、「生涯教育手帳」への移行手続き開始 厚生労働大臣に「平成 16 年度社会保険診療報酬改定について（要望書）」提出 「訪問リハビリテーション・ステーションの新設に関して（意見）」を ST 協会との連名で厚生労働省に提出 | | 山口県の採卵養鶏場の鶏から高病原性鳥インフルエンザウイルスを検出。国内での発生は 79 年ぶり。第 130 回芥川賞に、金原ひとみさんの「蛇にピアス」、綿矢りささんの「蹴りたい背中」が選ばれ、同賞の最年少受賞記録を更新。 東京地裁、青色発光ダイオードの発明者に支払うべき正当な対価をめぐる訴訟で、200 億円の支払い命令。 13 事件で計 27 人の殺人罪に問われたオウム真理教元代表・松本智津夫（麻原彰晃）被告に死刑判決。六本木ヒルズの正面入り口で、児童が自動回転ドアに挟まれ死亡。 日本人 3 人が拉致され、犯人グループは自衛隊のイラクからの撤退を求めた。西武鉄道が土地取引を装い総会屋に利益供与したとされる事件からみ、堤義明会長が辞任。 |
| | 2 | JICA「医療技術スタッフ練成コース」の研修員受け入れ | 第 12 回在宅訪問リハビリテーション講習会（最終講習） | |
| | 3 | | | |
| | 4 | 第 1 回認定作業療法士認定 事務職員 1 名採用（事務長）により専従事務職員が 4 名となる 「作業療法ガイド改訂版」発行 | | |
| | 5 | | | |
| | 6 | 第 38 回 OT 学会、第 39 回総会（長野） 協会広報誌「Opera 6 号」発行 「「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」（報告書）に対する具体的な対応について（意見書）」を厚生労働省老健局に提出 | 国際モダンホスピタルショウ 2004（東京） | 長崎県佐世保市の大久保小の 6 年生の女子児童が、同級生の女子児童にカッターナイフで切りつけられ死亡。 北朝鮮による拉致被害者の曾我ひとみさんが、インドネシアで 1 年 9 ヶ月ぶりに夫のジェンキンス氏と再会。 |
| | 7 | | | 心と体の性が一致しない人の性別変更を認める「性同一性障害特例法」が施行。 |
| | 8 | 厚生労働省提示の「介護保険制度見直しに関する基本的な考え方」に対する意見、提案の提出 | | |
| | 9 | 「作業療法教育課程連絡会」開催 | | 法務省、池田小学校事件（2001 年 6 月、児童 8 人殺害）の宅間守死刑囚の死刑を執行したと発表。 新潟県中越地方で最大震度 7 の地震。岩石崩落に巻き込まれた車から、2 歳の皆川優太ちゃんが 4 日ぶりに救出された。 天皇家の長女、紀宮清子内親王と、東京都職員の黒田慶樹さんとの婚約が内定。 スマトラ島沖大地震、インドネシア・スマトラ島沖で、マグニチュード 9.0 の地震が発生。大津波がアフリカ東岸を含むインド洋沿岸各国を襲った。死者・行方不明者は 30 万人を超え、史上最悪の規模に達した。 |
| | 10 | | | |
| | 11 | | | |
| | 12 | 「介護予防事業における作業療法士の積極活動」についての意見書を厚生労働省老健局へ提出 | 介護保険フォーラム 2004（北海道） | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと |
|------|------------------------------|--|---|--|
| 2005 | 2 | 「介護予防について（意見書）」を自由民主党政務調査会社会保障制度調査会介護委員会に提出 | | 東京都三宅村の、噴火にともなう全島避難指示が4年5ヶ月ぶりに解除された。第一陣島民の帰島が始まる。 |
| | 3 | | | 福岡市沖の玄界灘を震源とする強い地震が発生し、福岡、佐賀県で震度6弱を記録。 |
| | 4 | | | 愛・地球博開幕。 ベリオフ全面解禁。 |
| | | | | 5000人以上の個人情報を持つ企業や、団体に利用目的の本人への通知や漏洩防止を義務化した個人情報保護法全面施行。 |
| | 5 | 「障害者自立支援法」に関する意見書を厚生労働省へ提出 | | 兵庫県尼崎市のJR宝塚線（福知山線）で快速電車が脱線しマンションに激突。死者107人、負傷者460人。 「個人情報保護法」全面施行 |
| 2005 | 6 | 第39回OT学会、第40回総会（茨城）総会において新役員が選任（初のインターネット投票）され新体制に | | 「ネクタイなし、上着なし」ビジネススタイル（クールビズ）を、中央省庁で開始した。 |
| | | 協会広報誌「Opera 7号」発行 | | 大手機械メーカー「クボタ」が社員と協力企業の社員79人が、アスベスト（石綿）が原因とみられる中皮腫や肺がんなどにかかり、死亡していたことを公表。 |
| | | 協会員数25,000人を超える | | |
| | 7 | 森田千晶氏、飯田賞奨励賞受賞 | | 野口聡一・宇宙飛行士ら7人を乗せたスペースシャトルのディスカバリーが、空中分解したコロンビアの事故以来、2年半ぶりに打ち上げとなった。 |
| | | 「心身喪失者等医療観察法」における社会復帰調整官の資格要件としてOTが認められる | | |
| | 8 | | | 郵政民営化関連法案が参院本会議で否決。これを受け、小泉首相は即日、衆院を解散。 |
| | 9 | 「事例報告登録制度」開始 | | 第44回衆院選の結果、自民（296）・公明（31）の与党が327議席を確保。民主は惨敗。 |
| 10 | OT協会・PT協会設立40周年記念式典開催 | 「障害者自立支援法」が成立 | 阪神タイガース優勝。 | |
| 12 | 「障害者自立支援法」に関する意見書を厚生労働省へ再度提出 | 介護保険フォーラム2005（熊本） | 道路4公団が民営化され、6株式会社。10月1日からスタートした。 | |
| 2006 | 1 | | | ライブドア社長ら証券取引法違反で逮捕 |
| | 2 | 「福祉用具の専門職」のための専門研修セミナー開催 | | |
| | 3 | 「障害者IT支援・サポート技術研修会」開催 | | |
| | | 「今後の精神医療保健福祉の施策に関する要望」を厚生労働省社会援護局障害保健福祉部へ提出 | | |
| | 4 | | 診療報酬改定で疾患別リハビリテーションの評価体系創設、精神科作業療法施設基準の助手規定廃止と3単位から3単位へ | 平成18年度診療報酬改定マイナス（-3.16% = 本体-1.36%、薬価-1.8%）、介護報酬マイナス改定（全体で0.5%） |
| 5 | | | 構造計算書偽造問題でヒューザー社長詐欺容疑で逮捕 | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと | | |
|------|------|--|--------------------|--|--|---|
| 2006 | 6 | 第40回OT学会,第41回総会(京都) | | 日本の老齢(65歳以上)人口率が世界最高、同時に年少(15歳以下)人口率が世界最低となる。 ・オウム真理教元代表死刑判決 ・安倍晋三第90代内閣総理大臣就任 | | |
| | 7 | 第14回WFOT2006大会(7月23日~28日:オーストラリア) | | | | |
| | 8 | | | | | |
| | 9 | | | | | |
| | 10 | | | | | |
| | 11 | 第39回全国研修会(金沢) | | | | |
| | 12 | | | | | |
| | 2007 | 1 | | | | 宮崎県で鳥インフルエンザ被害 能登半島地震発生(3月25日) ・統一地方選挙 ・学校教育法改正により「特殊教育」から「特別支援教育」へ 日本国憲法改正の手続き法となる国民投票法成立 ・新潟県中越沖地震発生(7月16日) ・第21回参議院通常選挙で民主党が参議院第一党 ・安倍晋三首相辞任表明 ・福田康夫第91代内閣総理大臣就任 |
| | | 2 | | | | |
| | | 3 | | | | |
| | | 4 | 役員選挙インターネット投票導入 | | | |
| | | 5 | | | | |
| 6 | | 第41回OT学会,第42回総会(鹿児島):平成19、20年度役員体制承認、インターネットによる演題登録および審査の本格稼働 2014年WFOT世界会議招致活動の開始 | | | | |
| 7 | | 平成19年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究」の実施 | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | 第40回全国研修会(山形) | | | | |
| 11 | | 第1回司法精神科作業療法全国研修会 | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 2008 | 1 | | | 平成20年度診療報酬改定マイナス(-3.16%=本体-1.36%,薬価-1.8%),介護報酬マイナス改定(全体で0.5%) 中国四川大地震(5月12日) 岩手・宮城内陸地震(6月14日) ・福田康夫首相辞意 麻生太郎第92代内閣総理大臣就任 ・アメリカ大手証券会社リーマン・ブラザーズ経営破綻 ・北京オリンピック開催 ・北京パラリンピック開催 | | |
| | 2 | 第41回全国研修会(和歌山) | | | | |
| | 3 | 日韓作業療法士交流セミナー(東京) | | | | |
| | 4 | 平成20年度診療報酬改定で呼吸疾患リハビリテーション施設基準に作業療法士の職名記載 | | | | |
| | 5 | | | | | |
| | 6 | 第42回OT学会,第43回総会(長崎) 作業療法5ヵ年戦略「地域生活移行支援の推進~作業療法5・5計画~」策定(6月19日) 第4回アジア太平洋OT学会(香港) | | | | |
| | 7 | 2008年度生涯教育制度改定に伴う新生涯教育手帳の配布 | | | | |
| | 8 | | | | | |
| | 9 | 2014年WFOT世界会議招致決定 | 国際福祉機器展HCR2008(東京) | | | |

| 年 | 月 | 日本作業療法士協会・作業療法関連 | リハビリテーション関連 | 社会のできごと | |
|------|----|--|--|--|---|
| 2008 | 10 | 第42回全国研修会（栃木） | | 2008年ノーベル賞：物理学賞小林誠、益川敏英、化学賞下村脩 | |
| | 11 | 韓国作業治療師協会との間で「日韓作業療法士協会の交流及び協力に関する協定書」調印 | | | |
| | 12 | 「作業療法の日（9月25日）」の創設（2008年度第5回理事会承認） | | | |
| 2009 | 1 | 第43回全国研修会（徳島） | | 第44代アメリカ合衆国大統領バラク・オバマ就任 | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | 第43回OT学会、第44回総会（福島） 第44回定期総会にて2009年役員改選（新会長：中村春基） | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | リハビリテーション3団体（OT,PT,ST）合同会議の組織化 | | 民主党鳩山由紀夫第93代内閣総理大臣就任 |
| | 10 | 第44回全国研修会（島根）、第45回全国研修会（群馬） | | | |
| | 11 | | | | |
| | 12 | 日本作業療法士連盟（杉原素子代表）設立 | | | |
| 2010 | 1 | | | 平成22年度診療報酬改定本体1.55%の引き上げ | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | 厚生労働省医政局長通知（医政発0430：4月30日）「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」で作業療法の範囲が改めて示される。 | 診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料引き上げ、休日リハビリテーション提供体制加算とリハビリテーション充実加算の新設。 | | |
| | 5 | 第15回WFOT2010大会（5月4日～7日：チリ） | | | |
| | 6 | 第44回OT学会、第45回総会（宮城） 新法人制度移行については、まずは一般社団法人に移行することを決定。代議員制導入の決定。 | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| | 10 | | | | 鳩山由紀夫首相退陣表明 ・民主党菅直人第94代内閣総理大臣就任 ・小惑星探査機「はやぶさ」火星から地球に帰還（2003年5月打ち上げ） |
| | 11 | 第46回全国研修会（高知） | アジア太平洋 CBR 会議（11月13日～15日：マレーシア） | | 2010年ノーベル賞：化学賞 根岸英一、鈴木章 |
| | 12 | | | | |
| 2011 | 1 | | | 東日本大震災（3月11日）：中心的な被災地である岩手、宮城、福島の3県に甚大な被害、福島においては原発被害が重複 | |
| | 2 | 第47回全国研修会（茨城） | | | |
| | 3 | 東日本大震災への対応として、3月12日災害対策本部設置（本部長：中村春基）し、中心的な被災地3県士会との情報交換と支援の開始。 | | | |

資料 13 作業療法白書 2010 アンケート・アンケート資料

『作業療法白書アンケート』ご協力をお願い

作業療法部門代表者 様

日頃より、(社)日本作業療法士協会の活動に対するご理解、ご協力を賜り有難うございます。

この度、「作業療法白書 2010」作成に向けたアンケート調査を実施することとなりました。「作業療法白書」は、1985 年に第 1 巻を発行して以来 5 年ごとに作成され、今回が第 6 巻となりますが、わが国の作業療法の実情や基本的な考え方、展望などを会員諸氏のみならず広く関連職種、関係諸機関に知っていただくための正式な報告書となります。

つきましては、貴施設の作業療法について、アンケートにご回答いただき、わが国の作業療法士がどのような状況の中で活躍奮闘しているのか、その実情、課題、展望を把握するための「作業療法白書」の作成にご協力をお願い申し上げます。

本調査は、会員個人ではなく作業療法士が勤務する施設を対象とした全数調査ですが、貴施設で作業療法士が複数の領域に関与されている場合には、該当する全ての設問にご回答願います。診療報酬や介護報酬などの制度改定が重ねられている一方で、白書アンケートは前版とのデータ比較のために設問の変更を最小限にとどめているため、回答しにくい部分もあるかと思いますが、その点は適宜ご判断いただければ幸いです。

回答にあたっては、2010 年 10 月末日までにインターネット上でご回答いただくか、郵送にてご返送いただく方法のいずれかをご選択下さい。

なお、ご回答いただきました内容はデータ集計の過程において漏出することの無いよう厳重に管理し、かつ、集計後は適切な廃棄処理を行います。

2010 年 9 月 15 日

社団法人日本作業療法士協会

会 長 中 村 春 基

企画調整委員長 小賀野 操

※ご記入いただくうえで、以下の点についてご注意ください。

- 本アンケートは、作業療法部門の代表者お一人が回答してください。
- 本アンケートは、2009年10月から2010年9月末における貴施設の状況に関するものです。各設問において特に指定のない限り、この期間についてお答えください。
- 10月1日 一日の状況をお伺いする設問があります。何らかの都合で10月1日に作業療法を実施しなかった場合には、前後の通常日一日の状況をお答え下さい。
- 本アンケートは、2010年10月末日(当日消印有効)までにご回答ください。
- インターネットで回答できる方は、情報処理の効率化のためインターネット回答にご協力ください。
- インターネット回答について：(社)日本作業療法士協会ホームページ(<http://www.jaot.or.jp/>)トップページより、白書アンケート回答へお進みください。インターネット回答は2010年10月1日より運用を開始し、11月1日午前0時に停止します。この間、回答に当たって割り当てられる ID と回答者が設定するパスワードを用い、何回でも回答の入力や修正が可能です。詳しい回答方法は、ホームページ上の「白書アンケートの回答方法」をご覧ください。

アンケートの構成

本アンケートは以下のような構成になっています。Ⅰ・Ⅲは全施設が対象の設問です。Ⅱは貴施設の実情に応じて該当する項目にお答えください。

- I 一般項目：施設の種別、所属する作業療法士の数、作業療法士の労働環境等に関する設問で、**すべての施設が対象**です。
- II 作業療法士の臨床活動について：貴施設の作業療法士が関与している**領域の設問を選んで**お答えください。
- III 作業療法部門の管理・運営に関する設問：実習の受け入れや物品・記録の管理、事故への対応、研究・研修活動に関する設問で、**すべての施設が対象**です。

I 一般項目

問 1. 貴施設は、つぎのどれにあたりますか。あてはまる回答の番号すべてに○印を付けてください。

1. 病院
2. 診療所
3. 老人性認知症疾患センター
4. 身体障害者更生援護施設
5. 身体障害者更生相談所
6. 児童福祉施設
7. 児童相談所
8. 心身障害児総合通園センター
9. 併設・重症心身障害児通園モデル事業施設
10. 精神障害者社会復帰施設
11. 精神保健福祉センター
12. 精神障害者社会復帰促進センター
13. 精神障害者グループホーム
14. 精神障害者小規模作業所
15. 知的障害者援護施設
16. 知的障害者更生相談所
17. 老人福祉施設
18. 有料老人ホーム
19. 老人憩いの家
20. 在宅介護支援センター
21. 高齢者総合相談センター
22. 老人保健施設
23. 老人訪問看護ステーション
24. 地域包括支援センター
25. 指定障害者福祉サービス事業所
26. 指定障害者支援施設
27. 指定相談支援事業所
28. 指定地域活動支援センター
29. 指定福祉ホーム
30. 特別支援学校
31. 養成校
32. 保健所等（保健センター、高齢福祉課、高齢サービス課、健康増進課等）
33. その他（職業センター、リハ関連企業、補装具製作施設、老人訪問看護ステーションを除く訪問看護ステーション、第三セクター、社会福祉協議会等）
34. 法外施設

問 2. 現在、貴施設の作業療法士は何名ですか。

作業療法士の数……… 常勤()名 非常勤()名

作業療法士の労働環境についてお聞きします。特に指示のない限り、各設問の回答番号に○印を1つずつ付けてください。また、人数・金額をお聞きしている設問は、実数値をご記入ください。

問 3. 貴施設では昇格・昇任に関する基準はありますか。

1. ある 2. ない 3. 不明

問 4. 作業療法士が利用できる単身者用宿舎がありますか。

1. 男女両方ある 2. 男性用のみある 3. 女性用のみある 4. ない

問 5. 作業療法士が利用できる家族用の宿舎がありますか。

1. ある 2. ない

問 6. 住宅手当がありますか。

1. 持ち家でも、借家でもある 2. 借家のみある 3. ない

問 7. 施設内に作業療法士が利用できる保育所がありますか

1. ある 2. ない 3. 保育所はあるが作業療法士は利用できない

問 8. 2009年10月から2010年9月末の期間中、貴施設で、育児休業制度の実績はありますか。

1. 男女ともある 2. 女性のみある 3. ない

問 9. 2009年10月から2010年9月末の期間中、貴施設には介護休暇制度の実績はありますか。

1. ある 2. ない

問 10. 休息のための時間、空間等が十分確保されていますか。

1. 十分確保されている 2. 一応確保されている 3. 不十分

問 11. 代替員の雇用制度がありますか。あてはまるものすべてに○印を付けてください。

1. 産前産後休暇に対して 2. 育児休業に対して 3. 1・2以外の休職に対して 4. 制度はない

問 12. 年次有給休暇についておたずねします。

1. 自由に取得できる 2. 取得には制限が多い

● 外部の研修会、学会への参加について、それぞれの設問に○印を1つずつ付けてください。

問 13. 年に1回は参加が保証されている。

1. はい 2. いいえ 3. 不明

問 14. 旅費等は保証されている

1. はい 2. いいえ 3. 不明

問 15. 4年制養成施設卒業者1年目の各状況について、金額でお答えください。

| | |
|--------------|-----------------------|
| 一年目の基本給 | 円/ |
| 一年目の手当 | 円/月(資格手当など新卒者共通の手当のみ) |
| 一年目の賞与(ボーナス) | 円/年(年2回支給されている場合は合計) |

II 作業療法士の臨床活動に関する設問

ここからは、貴施設の作業療法士の臨床活動についてお聞きします。貴施設の作業療法士が複数の領域に関与している場合は、関連するすべての設問にお答えください。設問は以下のように分類されています。

医療領域における作業療法:

- ① 身体障害—高齢者を含む—(問 16~28):前版との比較のため、作業療法実践に関する設問は 65 歳未満の対象者と 65 歳以上の対象者とを分けてお答えください
- ② 精神障害(問 29~38)
- ③ 発達障害(問 39~48)

保健・福祉・介護保険領域における作業療法:

- ① 身体障害(問 49~55), ② 精神障害(問 56~62),
- ③ 発達障害(問 63~69), ④ 介護保険領域—老年期障害—(問 70~77)

教育関連領域(特別支援学校など)における作業療法:問 78~81, 91

職業関連領域(福祉的就労, 雇用就労, ハローワーク, 職業センターなど)における作業療法:問 82~85, 91

行政(保健所など)における作業療法:問 86~91

その他(民間企業, 起業など):問 92~93

- 介護保険に関連する業務は「介護保険領域(老年期障害)における作業療法」の項でお答えください。
- 臨床活動に関する問 16~問 93 の回答対象期間は2009年10月から2010年9月末です。
- 10月1日についての回答で、10月1日に何らかの都合で作業療法を実施しなかった場合は、前後の通常の日でお答え下さい

【医療領域における作業療法(身体障害)に関する設問】

問 16. 医療領域で主として身体障害に対する診療に関与している作業療法士がいますか。

1. いる (問 17へ)
2. いない (問 29へ)

問 17. 貴施設身体障害領域でこの1年間に担当した対象者の疾患や障害を、最多20項目まで《資料1》より選び、項目の番号を記入してください。65歳未満の対象者の場合と65歳以上の対象者の場合とを分けてお答えください(以下、問 22 まで同様をお願いいたします)。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 65歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65歳以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

問 18. 問 17 の答えの中で、もっとも頻度の高かったものを3つ選び、項目の番号を記入してください。

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 65歳未満 | | | |
| 65歳以上 | | | |

問 26. 標準的算定日数を超える場合の実施と請求について、最も多いのはどれですか。あてはまる回答の番号に○印を1つ付けてください。

- | |
|--|
| 1. 13単位の範囲内で実施し、算定している。 2. 13単位以上実施し、13単位を保険診療として算定、それ以上の実施は選定療養（患者が選定し、自己負担で受ける追加的医療）としている。 3. 13単位以上実施しているが13単位のみを算定し、それ以上の実施は請求しない。 4. 標準的算定日数以降の実施はしておらず、従って算定もしていない。 |
|--|

問 27. 作業療法に対する指示は、主にどのような形態で出されていますか、いずれかの回答の番号に○印を1つ付けてください。

- | |
|---|
| 1. 口頭→問 29へ 2. 文書→問 28へ 3. 文書(オーダリングシステム)→問 28へ |
|---|

問 28. 問 27で「文書」による指示を回答された方は、「文書」に記入されている内容について、あてはまるものすべてに○印を付けてください。

- | |
|--|
| 1. 依頼のみ 2. 目的 3. 手段 4. 期間 5. 形態(個別, 集団など) 6. リスク |
|--|

【医療領域(精神障害)における作業療法に関する設問】

問 29. 医療領域で主として精神障害に対する診療に関与している作業療法士がいますか。

- | |
|----------------|
| 1. いる (問 30へ) |
| 2. いない (問 39へ) |

問 30. 貴施設精神障害領域でこの1年間に担当した対象者の疾患や障害を、最多20項目まで《資料1》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 31. 問 30の答えの中で、もっとも頻度の高かったものを3つ選び、項目の番号を記入してください。

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

問 32. 10月1日に行った作業療法対象者の疾患や障害を、最多10項目まで《資料1》より選び、項目の番号を記入してください。また、10月1日に行った作業療法対象者の総数と、10月1日に従事した作業療法士の人数(半日出勤の場合は0.5人)を、それぞれ記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | |
|--------------|--|---|
| 作業療法対象者の総数 | | 人 |
| 従事した作業療法士の人数 | | 人 |

問 33. 貴施設精神障害領域でこの1年間に依頼された作業療法の目的を、最多10項目まで《資料2》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 34. 貴施設精神障害領域でこの1年間に実施した評価項目を、最多10項目まで《資料3》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 55. 貴施設身体障害領域でこの1年間に行った種目を、最多20項目まで《資料4》より選び、項目の番号を記入欄に記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

【保健・福祉領域(精神障害)における作業療法に関する設問】

問 56. 保健・福祉・介護保険領域で主として精神障害を有する対象者を支援している作業療法士がいますか。

| |
|-----------------|
| 1. いる (問 57 へ) |
| 2. いない (問 63 へ) |

問 57. 貴施設精神障害領域でこの1年間に担当した対象者の疾患や障害を、最多20項目まで《資料1》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 58. 問 57 の答えの中で、もっとも頻度の高かったものを3つ選び、項目の番号を記入してください。

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

問 59. 10月1日に行った作業療法対象者の疾患や障害を、最多10項目まで《資料1》より選び、項目の番号を記入してください。また、10月1日に行った作業療法対象者の総数と、10月1日に従事した作業療法士の人数(半日出勤の場合は0.5人)を、それぞれ記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|--------------|---|
| 作業療法対象者の総数 | 人 |
| 従事した作業療法士の人数 | 人 |

問 60. 貴施設精神障害領域でこの1年間に依頼された作業療法の目的を、最多10項目まで《資料2》より選び、項目の番号を記入欄に記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 61. 貴施設精神障害領域でこの1年間に実施した評価項目を、最多10項目まで《資料3》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 62. 貴施設精神障害領域でこの1年間に行った種目を、最多20項目まで《資料4》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

【保健・福祉領域(発達障害)における作業療法に関する設問】

問 63. 保健・福祉・介護保険領域で主として発達障害を有する対象者を支援している作業療法士がいますか。

| |
|-----------------|
| 1. いる (問 64 へ) |
| 2. いない (問 70 へ) |

問 64. 貴施設発達障害領域でこの1年間に担当した対象者の疾患や障害を、最多20項目まで《資料1》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 65. 問 64 の答えの中で、もっとも頻度の高かったものを3つ選び、項目の番号を記入してください。

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

問 66. 10月1日に行った作業療法対象者の疾患や障害を、最多10項目まで《資料1》より選び、項目の番号を記入してください。また、10月1日に行った作業療法対象者の総数と、10月1日に従事した作業療法士の人数(半日出勤の場合は0.5人)を、それぞれ記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|--------------|---|
| 作業療法対象者の総数 | 人 |
| 従事した作業療法士の人数 | 人 |

問 67. 貴施設発達障害領域でこの1年間に依頼された作業療法の目的を、最多10項目まで《資料2》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 68. 貴施設発達障害領域でこの1年間に実施した評価項目を、最多10項目まで《資料3》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 69. 貴施設発達障害領域でこの1年間にに行った種目を、最多20項目まで《資料4》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

【介護保険関連領域(老年期障害)における作業療法に関する設問】

問 70. 介護保険領域で老年期障害を有する対象者を支援している作業療法士がいますか。

- | |
|-----------------|
| 1. いる (問 71 へ) |
| 2. いない (問 78 へ) |

問 71. 貴施設老年期障害領域でこの1年間に担当した対象者の疾患や障害を、最多20項目まで《資料1》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 72. 問 71 の答えの中で、もっとも頻度の高かったものを3つ選び、項目の番号を記入してください。

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

問 84. 10月1日に行った作業療法対象者の総数と、10月1日に従事した作業療法士の人数(半日出勤の場合は0.5人)を、それぞれ記入してください。

| | |
|---------------|---|
| 作業療法対象者の総数→ | 人 |
| 従事した作業療法士の人数→ | 人 |

問 85. 貴施設職業関連領域での作業療法の目的を、最多10項目まで《資料2》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 86. 貴施設は行政関係領域(保健所など)ですか。

| | |
|--------------|---------------|
| 1. はい→問 87 へ | 2. いいえ→問 91 へ |
|--------------|---------------|

問 87. 貴施設は次のどれにあたりますか。○印を1つ付けてください

| | | | | |
|--------|--------------|-------------------|------------|----------------------------|
| 1. 保健所 | 2. 市町村保健センター | 3. 地方自治体(1, 2 以外) | 4. 社会福祉協議会 | 5. その他(具体的にお書きください: _____) |
|--------|--------------|-------------------|------------|----------------------------|

問 88. 貴施設行政関係領域でこの1年間に担当した対象者の疾患や障害のうち、もっとも頻度の高かったものを《資料1》から最多20項目選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 89. 10月1日に行った作業療法対象者の総数と、10月1日に従事した作業療法士の人数(半日出勤の場合は0.5人)も、それぞれ記入してください。

| | |
|---------------|---|
| 作業療法対象者の総数→ | 人 |
| 従事した作業療法士の人数→ | 人 |

問 90. 貴施設行政関係領域での作業療法の目的を、最多10項目まで《資料2》より選び、項目の番号を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

問 91. 問 78～90 でお答えいただいた、教育・職業・行政関連領域に関与している作業療法士のいる施設の方に伺います。当該領域での作業療法士の業務に関わる問題や課題について具体的にお書きください。

| |
|--|
| |
|--|

【これまでのいずれにも該当しない領域(民間企業勤務、起業など)に関する設問】

問 92. あなたの勤務先は次のどれにあたりますか。

| | | |
|-----------|-------|----------------------------|
| 1. 民間企業勤務 | 2. 起業 | 3. その他(具体的にお書きください: _____) |
|-----------|-------|----------------------------|

問 93. あなたの主な業務を具体的にお書きください。

| |
|--|
| |
|--|

Ⅲ 作業療法部門の管理・運営に関する設問

● 実習に関する設問

問 94. 貴施設には臨床経験3年以上の作業療法士が何名いますか。

名

問 95. 貴施設では2009年10月～2010年9月末の一年間に、OT学生の実習を引き受けましたか。

1. はい→問 96 へ 2. いいえ→問 99 へ

● 2009年10月～2010年9月末の一年間の受け入れ実習の種類、学校数、受け入れ学生数

問 96. 見学実習の受け入れ

校 人

問 97. 評価実習の受け入れ

校 人

問 98. 臨床実習の受け入れ

校 人

【自部門の評価に関する設問】

問 99. 作業療法部門の自己評価もしくは第三者による評価を2009年10月～2010年9月の一年間に行いましたか。

1. 自己評価を行った 2. 第三者による評価を行った 3. 1・2の両方を行った 4. 行わなかった

【人の管理に関する設問】

問 100. 作業療法士の採用(決定)に、作業療法士が関与していますか。

1. している 2. 必要に応じてしている 3. していない

【設備・備品・消耗品の管理に関する設問】

問 101. 作業療法に必要な物品は適切に補充されていますか。

1. はい 2. 不十分 3. いいえ

問 102. 設備・備品は定期的に保守点検されていますか。

1. はい 2. 不十分 3. いいえ

【記録の管理に関する設問】

問 103. 作業療法評価の記録報告を行っていますか

1. 行っている 2. 不十分 3. 行っていない

問 104. 作業療法計画の記録報告を行っていますか

1. 行っている 2. 不十分 3. 行っていない

問 105. 作業療法経過の記録報告を行っていますか

1. 行っている 2. 不十分 3. 行っていない

問 106. 作業療法の実施記録(実施者、時間帯、単位数など)をつけていますか。

1. 行っている 2. 不十分 3. 行っていない

問 107. 作業療法記録を一定期間保存していますか。

1. 保存している 2. 不十分 3. 保存していない

問 108. 作業療法部門において電子カルテを利用していますか。

1. 利用あり 2. 利用なし

【リスク管理に関する設問】

問 109. 2009年10月～2010年9月末の一年間に、作業療法士に責任があると思われる、対象者に関わる物損、対象者の負傷、人権侵害などの『事故』がありましたか。また、その件数は何件ですか。

1. なかった 2. あった→→ (件)

問 110. 2009年10月～2010年9月末の一年間に、実習中の作業療法学生が関係する物損、対象者の負傷、人権侵害などの『事故』がありましたか。また、その件数は何件ですか。

1. なかった 2. あった→→ (件)

問 111. 防災研修(防災訓練)に参加していますか。

1. 参加している 2. 参加していない

問 112. OT実施中の緊急時における対応器具類は配備されていますか。

1. 配備されている 2. 配備されていない 3. 不明

問 113. OT実施中の緊急時における対応マニュアルはありますか。

1. あり 2. なし 3. 不明

問 114. 貴施設には、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仕組みはありますか。

1. あり 2. なし 3. 不明

【他部門との連携】

問 115. 貴施設では2009年10月～2010年9月末の一年間にカンファレンス・症例検討は行われていますか。

1. 定期的を実施 2. 不定期に実施 3. 実施していない

問 116. カンファレンス・症例検討以外での他部門との作業療法部門間の連絡方法は確立していますか。

1. 確立している 2. 確立していない

問 117. この一年間における、他部門からの講師としての要請はありましたか。

1. よくあった 2. 時々あった 3. なかった

【施設内の教育・研修に関する設問】

問 118. 新人教育を実施していますか。

1. 実施している 2. 実施していない

問 119. 部門内研修を実施していますか。

1. 実施している 2. 実施していない

問 120. 部門外との研修を実施していますか。

1. 実施している 2. 実施していない

問 121. スーパービジョン体制はありますか。

1. ある 2. ない

【研修への参加・研究に関する設問】

- (社)日本作業療法士協会の生涯教育制度について貴作業療法部門全体としての状況をお答えください。

問 122. 生涯教育制度をよく理解していますか。

1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

問 123. どの程度参加していますか。最も近いものひとつに○印をつけてください(問 125～127 も同様にお願いいたします)。

1. 全員参加している 2. 7割以上の作業療法士が参加 3. 半数が参加 4. 3割程度が参加
5. 全く参加していない

問 124. 認定作業療法士を取得している方の人数をお答えください。

人

問 125. 認定作業療法士を取得していない方の現職者共通・選択研修への参加状況はどの程度ですか。

1. 全員参加している 2. 7割以上の作業療法士が参加 3. 半数が参加 4. 3割程度が参加
5. 全く参加していない

問 126. 認定作業療法士を取得していない方の認定作業療法士取得研修への参加状況はどの程度ですか。

1. 全員参加している 2. 7割以上の作業療法士が参加 3. 半数が参加 4. 3割程度が参加
5. 全く参加していない

問 127. 専門作業療法士取得研修への参加状況はどの程度ですか。

1. 全員参加している 2. 7割以上の作業療法士が参加 3. 半数が参加 4. 3割程度が参加
5. 全く参加していない

- 研究について

問 128. 研究活動を行っていますか。

1. 行っている 2. 行っていない

問 129. 研究に関する指導体制についてあてはまるものに○印を1つ付けてください。

1. 整備されている 2. 不十分 3. 整備されていない

問 130. 研究に関する「倫理審査等の手続き」の仕組みがありますか？

1. ある 2. ない 3. わからない

問 131. 研究を行う上での困難はありますか。あてはまるものすべてに○印を付けてください

1. 特に困難はない 2. 時間がない 3. 場所がない 4. 研究費がない
5. 指導体制がない 6. 研究方法が分からない 7. 研究をする必要はない
8. その他(具体的にお書きください:)

資料 13 白書アンケート資料 1 対象疾患・障害

| | |
|--|--------------------------|
| ＜神経系の疾患・障害＞ | ＜循環器系の疾患・障害＞ |
| 1 脊髄疾患 | 28 脳血管性障害 |
| 2 末梢神経損傷 | 29 心臓疾患 |
| 3 パーキンソン病 | 30 その他の循環器疾患 |
| 4 中枢神経系の系統萎縮・脱髄疾患など | ＜呼吸器、消化器系の疾患・障害＞ |
| 5 失調症 | 31 消化系疾患 |
| 6 失行・失認 | 32 呼吸器系疾患 |
| 7 失語 | ＜筋骨格系及び結合組織の疾患・障害＞ |
| 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) | 33 脊椎障害 |
| 9 てんかん | 34 関節リウマチ |
| 10 脳性麻痺 | 35 その他の骨・関節疾患 |
| 11 神経筋接合部及び筋の疾患 (重症筋無力症・筋ジストロフィーなど) | ＜先天性形、変形及び染色体異常によるもの＞ |
| ＜精神及び行動の障害＞ | 36 先天性奇形 |
| 12 統合失調症 | 37 先天性筋疾患 |
| 13 感情障害 | 38 二分脊椎 |
| 14 神経症性障害 | 39 染色体異常 |
| 15 アルコール依存症 | ＜損傷及びその他の外因の影響によるもの＞ |
| 16 薬物依存 薬物疾患 | 40 熱傷 |
| 17 摂食障害 | 41 骨折 |
| 18 心身症 | 42 上肢切断 |
| 19 器質性精神障害 (アルツハイマー病、脳血管性認知症などの認知症、 脳損傷等による人格・行動障害等含む) | 43 下肢切断 |
| 20 情緒障害 | 44 手首及び手の損傷 |
| 21 精神遅滞 知的障害 | 45 頭部外傷 |
| 22 自閉症 アスペルガー症候群 学習障害など特異的 な学習障害と広汎性発達障害 | 46 脊髄損傷 |
| 23 児童青年期の行動・情緒障害 (ADHD 含む) | ＜新生物＞ |
| 24 成人の人格・行動障害 | 47 悪性新生物 (がん・腫瘍など) |
| 25 その他の精神疾患 | ＜上記以外の疾患・障害＞ |
| ＜眼・耳及び付属器の疾患・障害＞ | 48 泌尿・生殖器疾患 |
| 26 視覚障害 | 49 皮膚・皮下組織疾患 |
| 27 聴覚障害 | 50 重症心身障害 |
| | 51 血液・造血管器疾患 |
| | 52 結核 |
| | 53 内分泌・栄養・代謝・免疫疾患 |
| | 54 末期状態* |
| | 55 その他の疾患・障害 加齢による障害 膠原病 |

ICD-10 を基準に作成

* 末期状態は特定の疾患や障害ではないが作業療法対象の末期患者に当たる

資料 13 白書アンケート資料2 作業療法の目的

| |
|--|
| <p><基本的能力></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 運動機能の改善 2 運動機能の維持・代償指導 3 感覚知覚機能の改善 4 感覚知覚機能の維持・代償指導 5 認知心理機能の改善 6 認知心理機能の維持・代償指導 |
| <p><応用的能力></p> <ol style="list-style-type: none"> 7 起居動作の改善 8 起居動作の維持・代償 9 上肢運動機能の改善 10 上肢運動機能の維持・代償 11 身辺処理能力の改善 12 身辺処理能力の維持・代償指導 13 知的精神的能力の改善 14 知的精神的能力の維持・代償指導 15 福祉用具などの代償手段*の適用 16 生活リズムの改善 17 コミュニケーション・対人技能の改善 18 健康管理能力の維持・改善 |
| <p><社会的適応能力></p> <ol style="list-style-type: none"> 19 日常生活活動**の改善 20 社会生活適応能力の改善 21 就労就学前訓練 22 就労就学の指導・訓練 23 余暇活動の指導・援助 |
| <p><環境資源></p> <ol style="list-style-type: none"> 24 人的環境の調整・利用 25 物理的環境の調整・利用 26 社会資源活用や各種サービス・制度の利用援助 |

作業療法ガイドライン第4版を基準とする

*代償手段：車いす、各種装具、自助具など

**日常生活活動：資料4参照

資料 13 白書アンケート資料3 作業療法の評価項目

| |
|---|
| <p><一般的項目></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 生育歴・生活歴 2 現病歴・治療歴 3 職業歴・学歴 4 趣味・興味 5 生活時間 6 役割 |
| <p><基本的能力></p> <ol style="list-style-type: none"> 7 協調性 8 筋力・筋持久力 9 筋緊張 10 姿勢・肢位 11 関節可動域 12 反射・反応 13 感覚・知覚 14 精神・認知・心理 15 心肺機能（全身持久力含む） 16 摂食・嚥下機能 |
| <p><応用的能力></p> <ol style="list-style-type: none"> 17 起居移動 18 上肢動作 19 身辺処理 20 知的精神的活動 21 福祉用具などの代償手段の適用 22 コミュニケーション能力 23 生活リズム |
| <p><社会的適応能力></p> <ol style="list-style-type: none"> 24 個人生活適応 （家事・健康管理・交通機関の利用・車の運転など） 25 社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など） 26 教育的・職業的適応（就学・就労に向けて） 27 余暇活動面 |
| <p><環境資源></p> <ol style="list-style-type: none"> 28 家族構成・関係 29 その他の人的環境・公的支援 30 生活環境 31 住居 32 学校・職場環境 |
| <p><その他></p> <ol style="list-style-type: none"> 33 その他 |

作業療法ガイドライン第4版を基準とする

資料 13 白書アンケート資料 4 作業療法的手段

| | |
|--|---|
| <基本的動作訓練（生活に関連する作業を用いない訓練）> | <各種作業活動－園芸> |
| 1 徒手の訓練 2 器具を用いた訓練 3 各種運動療法 4 その他の基本訓練 | 48 園芸 |
| <各種作業活動－日常生活活動> | <各種作業活動－身体運動活動など> |
| 5 食事 6 更衣 7 排泄 8 入浴 9 整容・衛生 10 起居 11 移動・移乗 12 物品・道具・遊具の操作 13 家事 14 生活管理（安全、金銭、健康など） | 49 感覚・運動遊び （ブランコ、滑り台、トランポリン、プラスチックパテ等） 50 ゲートボール 51 風船バレー 52 ダンス 53 体操 54 その他軽スポーツ |
| <各種作業活動－手工芸> | <各種作業活動－仕事・学習活動> |
| 15 草細工 16 木工 17 陶芸 18 粘土細工 19 籐細工 20 紙細工 21 ビーズ細工 22 モザイク 23 七宝焼 24 デコパージュ 25 版画 26 ジグソー 27 編み物 28 織物 29 組みひも 30 マクラメ 31 刺繍 32 染色 33 縫い物 34 その他の手工芸 | 55 印刷・製本 56 簡易作業 57 パソコン（ワープロ・文書作成ソフト） 58 パソコン（ワープロ・文書作成ソフト以外） 59 製図・トレース 60 レタリング 61 書字 62 その他の仕事活動 |
| <各種作業活動－創作・芸術活動> | <各種作業活動－生活圏拡大活動> |
| 35 絵画 36 音楽 37 写真 38 書道 39 心理劇・ロールプレイ 40 演劇・心理劇 41 文芸活動 42 生け花 43 茶道 44 その他の創作・芸術活動 | 63 公共機関利用 64 一般交通手段の利用 65 各種社会資源利用 66 外出・散歩 67 生活技能訓練 68 ミーティング |
| <各種作業活動－各種ゲーム> | <用具の提供・適合・考案・作成・使用指導> |
| 45 囲碁・将棋・オセロなど 46 カードゲーム 47 その他のゲーム | 69 自助具 70 スプリント 71 義肢 72 装具 73 いす 74 移動関連用具（車いす含む） 75 遊具 76 ベッド関連用具 77 排せつ関連用具 78 入浴関連用具 79 コミュニケーション関連用具 80 その他 |
| | <相談・指導・調整> |
| | 81 家屋改造 82 家族関係の調整 83 家族相談・指導 84 就労相談・指導 85 就学相談・指導 86 社会資源の紹介 87 ケアプラン策定 88 他職種への情報提供 |
| | <その他> |
| | 89 その他 |

*作業療法ガイドライン第4版を基準とする

資料 13 白書アンケート資料 5
診療報酬一覧

| |
|--|
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) |
| 4 運動器リハビリテーション料 (I) |
| 5 運動器リハビリテーション料 (II) |
| 6 運動器リハビリテーション料 (III) |
| 7 呼吸器リハビリテーション料 (I) |
| 8 呼吸器リハビリテーション料 (II) |
| 9 がん患者リハビリテーション料 |
| 10 リハビリテーション総合計画評価料 |
| 11 早期リハビリテーション加算 |
| 12 摂食機能療法 |
| 13 難病患者リハビリテーション料 |
| 14 短期集中リハビリテーション実施加算 (難病患者リハビリテーション料) |
| 15 障害児 (者) リハビリテーション料 |
| 16 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 |
| 17 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 |
| 18 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 |
| 19 重症者回復加算 |
| 20 休日リハビリテーション提供体制加算 |
| 21 リハビリテーション充実加算 |
| 22 亜急性期入院医療管理料 1 または 2 |
| 23 リハビリテーション提供体制加算 |
| 24 栄養サポートチーム加算 |
| 25 退院時共同指導料 |
| 26 介護支援連携指導料 |
| 27 地域連携診療計画管理料 (急性期) |
| 28 地域連携診療計画退院時指導料 I (回復期等) |
| 29 地域連携診療計画退院計画加算 (回復期等) |
| 30 地域連携診療計画退院時指導料 II (在宅復帰後) |
| 31 退院時リハビリテーション指導料 |
| 32 退院前訪問指導料 |
| 33 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 |
| 34 開放型病院共同指導料 (I) |
| 35 開放型病院共同指導料 (II) |
| 36 認知症治療病棟入院料 1 |
| 37 認知症治療病棟入院料 2 |
| 38 精神療養病棟入院料 |
| 39 精神科作業療法 |
| 40 入院生活技能訓練療法 |
| 41 精神科ショート・ケア (小規模) |
| 42 精神科ショート・ケア (大規模) |
| 43 精神科デイ・ケア (小規模) |
| 44 精神科デイ・ケア (大規模) |
| 45 精神科ナイト・ケア |
| 46 精神科デイ・ナイト・ケア |
| 47 精神科退院指導料 |
| 48 精神科退院前訪問指導料 |
| 49 精神科訪問看護・指導料 (I) |
| 50 精神科訪問看護・指導料 (II) |
| 51 重度認知症患者デイ・ケア |
| 52 医療観察法病棟 |

資料 13 白書アンケート資料 6
介護報酬一覧

| |
|--------------------------|
| <居宅サービス 訪問サービス> |
| 1 訪問介護 (介護予防含む) |
| 2 訪問入浴介護 (介護予防含む) |
| 3 訪問看護 (介護予防含む) |
| 4 訪問リハビリテーション (介護予防含む) |
| 5 居宅療養管理指導 (介護予防含む) |
| <居宅サービス 通所サービス> |
| 6 通所リハビリテーション (介護予防含む) |
| 7 通所介護 (介護予防含む) |
| <居宅サービス 短期入所サービス> |
| 8 短期入所療養介護 (介護予防含む) |
| 9 短期入所生活介護 (介護予防含む) |
| <居宅介護支援 (介護予防支援) > |
| 10 居宅サービス計画の作成 (介護予防含む) |
| <居宅サービス> |
| 11 特定施設入居者生活介護 (介護予防含む) |
| 12 福祉用具貸与 (介護予防含む) |
| 13 特定福祉用具販売 (介護予防含む) |
| <施設サービス> |
| 14 介護老人福祉施設 |
| 15 介護老人保健施設 |
| 16 介護療養型医療施設 |
| <地域密着型サービス> |
| 17 小規模多機能型居宅介護 (介護予防含む) |
| 18 夜間対応型訪問介護 |
| 19 認知症対応型通所介護 (介護予防含む) |
| 20 認知症対応型共同生活介護 (介護予防含む) |
| 21 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 22 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| <その他> |
| 23 住宅改修 |

あとがき

当初白書 2010 は 2011 年 8 月発行予定であったが、2011 年 3 月に発生した東日本大震災、その後の協会活動の記録を掲載するために発行を延期し、2011 年度中の発行を目指すこととなった。白書の編集・発行には、アンケートに回答いただく会員はじめ、執筆に関わる部署の部員・委員、協会役員など多くの方々のご協力が不可欠である。ここで再度感謝の意を表したい。

今回の白書編集に当たっては、アンケート回収率の伸び悩み、回収されたアンケートの無回答率の増加など、全数調査の限界を感じた。「白書は読んだことがない」という会員の声も聞く。これまでの慣習に従うと、次回白書は 2015 年、協会設立 50 周年記念誌も兼ねた発行となる。これまでに、資料あるいは史料としての価値をより高められるような白書のあり方について、何らかの検討が必要と思われる。

最後に、震災や原発事故による直接的・間接的影響で、未だに通常の生活に戻ることできていない多くの方々にお見舞い申し上げるとともに、一日も早い復興・復旧を祈念いたします。

2012 年 2 月

企画調整委員会 小賀野 操
高橋きのみ
長谷川敬一
三浦 晃
三崎 一彦
村山 由美

作業療法白書 2010

2012 年 3 月 30 日発行

印刷・製本 株式会社サンワ

発行 社団法人 日本作業療法士協会（編集 企画調整委員会）

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル

電話 03-5826-7871 ファックス 03-5826-7872