

# 生活介護事業における 作業療法の実態に関する調査報告書

2019年2月

一般社団法人日本作業療法士協会制度対策部  
障害保健福祉対策委員会

## 【はじめに】

日本作業療法士協会では、2008年6月発出した「作業療法5ヵ年戦略」から2018年公表された「第三次作業療法5ヵ年戦略」に、医療専門職である作業療法士が医療機関以外の介護、保健・福祉・教育の場においても作業療法の提供を継続して掲げている。

そこで障害福祉領域での作業療法のフィールドを広げるために、制度対策部障害保健福祉対策委員会障害者支援班では障害者総合支援法における機能訓練や生活介護に配置されている作業療法士等の状況調査や、障害福祉領域で活躍する作業療法士の実践報告の場とすべく「障害保健福祉領域における作業療法（士）の役割に関する意見交換会（OTカンファレンス）」を実施し、生活介護における作業療法士の活動動向を確認してきた。

障害者総合支援法で日中活動の場を提供する生活介護事業所数は、就労継続支援B型事業所に次いで多い。しかし、平成26年障害福祉サービス等経営実態調査結果によると、事業所平均職員数13.78人に対し常勤・非常勤合わせて理学療法士0.05人、作業療法士は0.02人という配置割合である。機能訓練や生活介護の作業療法士等配置調査でも、調査を始めた2008年からその数はほぼ横ばいである。

また生活介護事業では、リハビリテーション加算が設定されているが、上述のとおりリハビリテーション専門職配置状況からもその請求は少ない。2016年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書でも生活介護事業所において、リハビリテーション加算を取得している割合は3.5%であった。

これらの状況の要因は何であるのか、どのような背景があるかを含め、生活介護事業で働く作業療法士の実態は不明である。

今回、本調査を通して生活介護事業で働く作業療法士の実態を把握し、役割や対象者への介入のあり方や課題、生活介護事業所で作業療法士が活躍できる環境や条件整備を考察した。

## 【調査概要】

### 1. 予備調査 ※別紙参照

方 法：グループインタビューを質問項目に沿って行なう。時間は45分程度。

内容は事例コードマトリックスにて整理・分析を行った。

対 象：群馬県、福島県、神奈川県、兵庫県の生活介護事業所に勤務する作業療法士4名

実施日：2018年7月21日（土）

場 所：台東区民会館9F（第10回OTカンファレンス会場）

### 2. 本調査

方 法：アンケート調査 調査依頼書を郵送し、Webによる回答

対 象：234件

会員情報で「生活介護」を選択している方が350件。うち、介護保険のデイサービス等と明らかに混同している人を除外し、234件を対象に郵送にて協力を求めた。

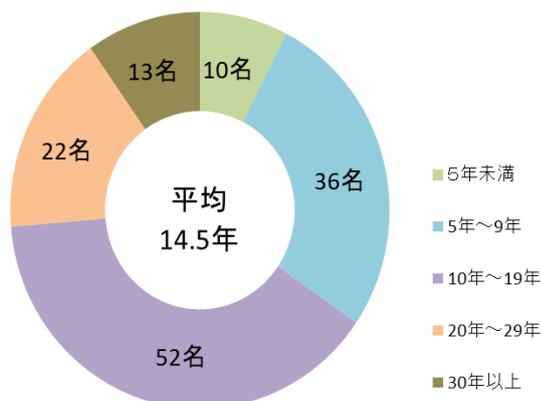
回答期間：2018年11月19日（月）～12月7日（金）

回答数：回答施設は163件。調査対象外施設等を除外した有効データは133件。但し、上記施設234件以外からも回答を得ており、正確な回収率は算出不可。

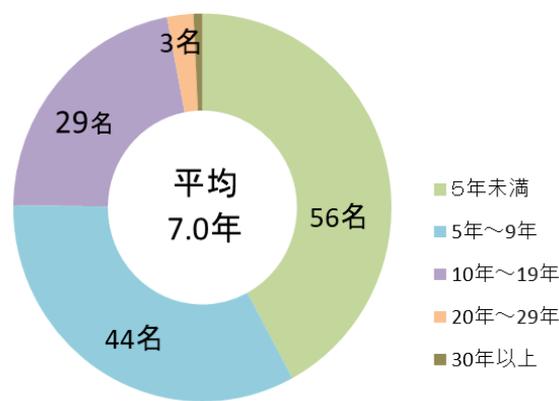
# 調査結果

## 1. 対象者の属性

(1) 作業療法士としての経験年数 (n=133)



(2) 現在の施設での経験年数 (n=133)



(3) 勤務形態 (n=133)

	専従	兼務	その他
常勤	65	43	4
非常勤	1	1	9
その他	1	0	9

常勤・非常勤項目のその他内約：法人内外の他事業所から派遣など

専従・兼務項目のその他内約：月1日、月4日勤務など

他に兼務している事業（複数回答可）

就労継続支援B型、居宅介護・共同生活援助、自立訓練（機能訓練・生活訓練）・就労移行、児童発達支援・放課後等デイ、施設入所支援、地域活動支援センター、医療型短期入所・日中一時支援事業、訪問看護ステーション・放課後等デイ・保育所等訪問支援事業・居宅訪問型児童発達支援、療養介護・医療型障害児入所施設、自立訓練（機能訓練）法外事業・就労継続支援B型・相談支援、デイサービス、特別養護老人ホーム、在宅相談事業、就労継続支援B型・放課後等デイ、障害児入所（医療型）・児童発達支援・療養介護・放課後等デイサービス、有床診療所を兼務、管理者として自立訓練（生活訓練）・放課後等デイ・共同生活援助・サービス管理責任者として共同生活援助、法人本部業務

(4) 現在以前の勤務経験 ※複数選択可 (n=133)

身体	老年期	発達	精神	その他
69	51	43	23	24

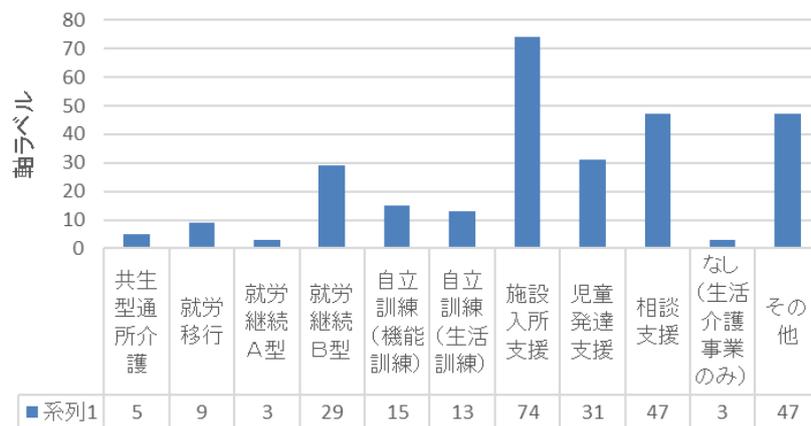
その他の内約：なし（現在の施設のみ勤務）、養成校教員、重度心身障害施設など

## 2. 対象施設の属性

### (1) 施設の法人種別 (n=133)

社会福祉法人	NPO 法人	地方自治体	医療法人	会社	その他
109	7	1	1	3	12

### (2) 勤務する施設の生活介護以外の事業 (複数回答) (n=124)



その他内約：短期入所、日中一時支援、居宅介護、共同生活援助、放課後等デイ、療育支援事業、保育所等訪問支援、療養介護、自立生活援助、自立訓練（機能訓練）※法外事業、重度障害児者生活訓練ホーム（通所）、地域生活支援事業、地域密着型介護老人福祉施設、デイサービス、通所リハビリテーション、特別養護老人ホーム、居宅介護、診療所、訪問看護ステーション・ヘルパーステーション

### (3) 勤務する施設の設置年 (n=118)

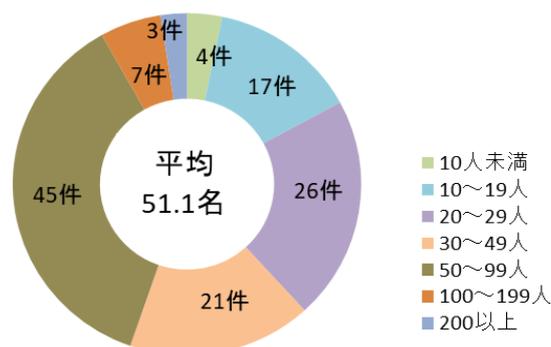
～1978年	1979～1998年	1999～2019年
39	9	70

### (4) 施設の主たる利用対象 (n=124)

身体障害	知的障害	重症心身障害	精神障害	その他
57	31	26	3	7

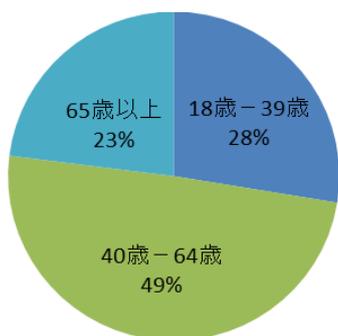
その他内約：3 障害対象、高次脳機能障害、発達障害

### (5) 施設の利用定員数 (n=123)

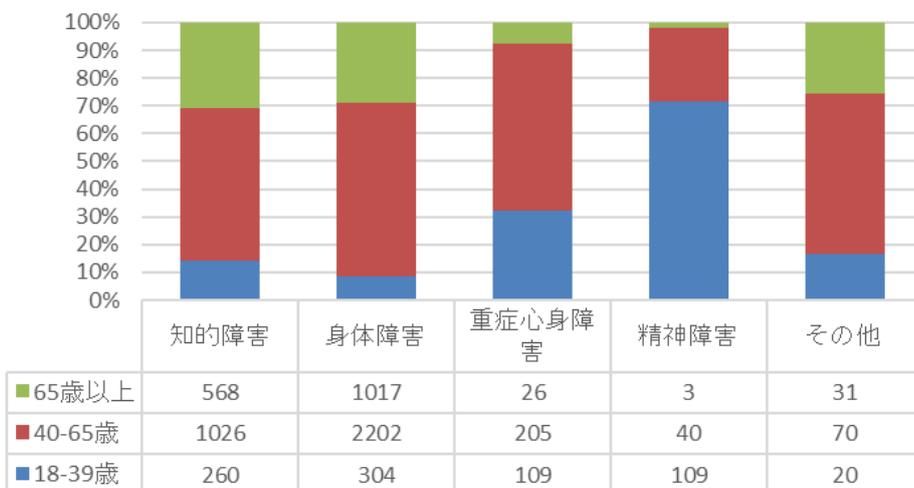


(6) 施設利用者の年齢割合

① 全体平均

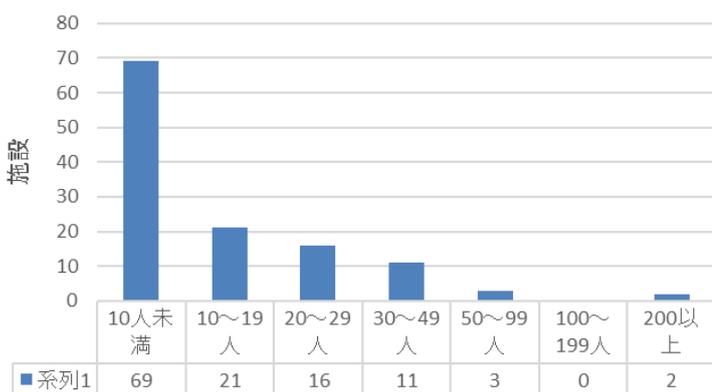


② 分野別年齢ごとの人数割合



(7) 施設職員の数

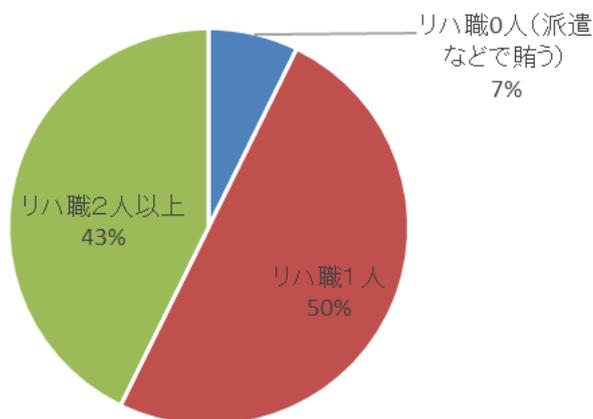
① 施設の全職員数 (n=124)



② 施設のリハビリテーション職員数 (n=124)

リハ職数	OT	PT	ST
0人	11	89	115
1人	86	28	7
2人	21	3	1
3人以上	6	4	1

③ リハビリテーション職員の人数割合 (n=124)

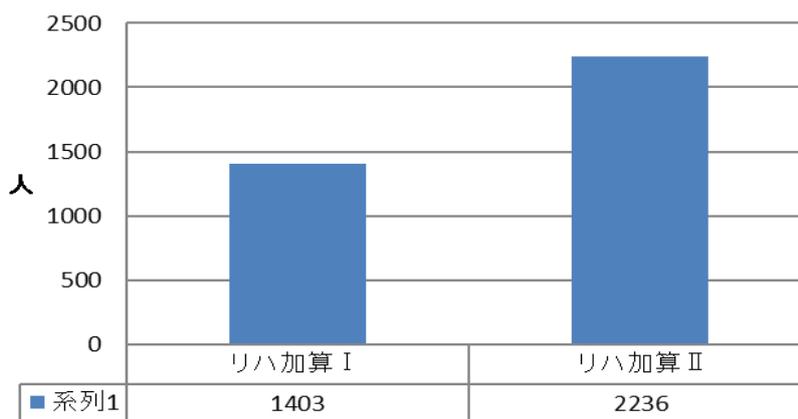


(8) 法人内の病院・クリニックの併設の有無及びリハビリテーション加算算定

① 法人内の病院・クリニック併設の有無とリハビリテーション加算算定の有無 (n=123)

		リハビリテーション加算算定		
		算定無し	算定有り	計
法人内の 病院・クリニック併設	併設無し	28	56	84
	併設有り	17	22	39
	計	45	78	123

② 平成 30 年 10 月におけるリハ加算算定有の場合の算定数 (n=64)

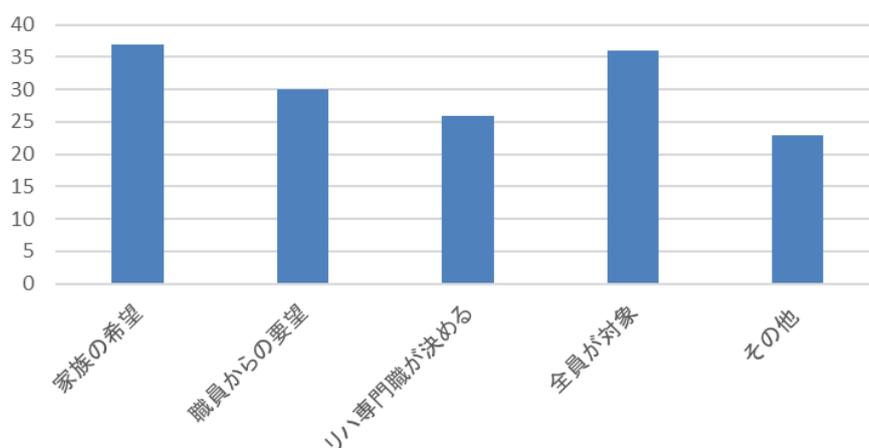


③ 加算無しの場合におけるリハビリテーション加算をとらない理由 (自由回答) (n=29)

人事・体制による理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援員との兼務で、記録や計画書作成にあたりかなり負担が大きく、支援員との兼務は不可能。</li> <li>・ リハビリ関与はない。リハビリのない施設のため、施設開設に向けてリハビリ環境調整中。</li> <li>・ 回答者 (OT) が生活支援員として勤務している為、リハ部門としては開設していない。</li> <li>・ 作業療法士 1 名では全利用者に対し平等なサービスの提供が困難なため。</li> <li>・ 事業所から相談があった時に、助言等を行う事になっているため。</li> <li>・ リハビリという形では事業を行っていない。療育中心。</li> <li>・ リハビリの実績がないため、実績を積み上げてから加算算定を検討。</li> <li>・ 算定できる体制がとれていない。</li> <li>・ OTが管理者、サービス管理責任者のため兼務が困難。</li> <li>・ 嘱託医が月 1 回の非常勤であり医師の指示が出せない。</li> <li>・ 職員不足により、専門職として配置することができない。他の事業所の実務も行っている。</li> <li>・ 作業療法士の配置が無い。</li> </ul>
------------	---

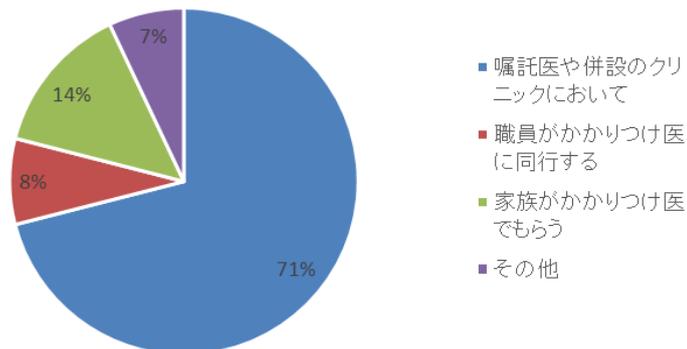
人事・体制による理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、生活支援員を兼務している。今後リハ加算の算定に向け検討している段階。</li> <li>・生活介護事業の安定化とコメディカルの役割が定着していない。</li> <li>・非常勤1名では、現場支援を含め、他業務の指示もある中で加算業務を行うことは困難。</li> <li>・作業療法士として勤務しておらず、リハビリを行っていないため。</li> </ul>
業務量との不釣り合い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務多忙により、全職種が集まって支援会議をする時間が取れない。</li> <li>・手続きが大変。</li> <li>・業務量に加算が見合わないため。</li> </ul>
加算の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハ加算の対象となる病名の方がいないため。</li> <li>・加算点数が低い。</li> <li>・加算が低すぎて書類等に係る手間が割に合わないため。</li> </ul>
別の加算で算定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハ希望者は、外来リハ利用により対応しているため。</li> <li>・リハビリテーションは、すべて障害児（者）リハビリテーション料で算定しているため。</li> <li>・医療型障害児入所施設が本体であり、生活介護事業は併設する通園センターであり、本体での外来扱いで訓練を提供している。</li> </ul>
サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来リハは18歳でOT終了となり、生活介護事業ではサービスで実施。</li> <li>・サービスで行なう事を法人内で判断。</li> <li>・生活介護事業でリハビリはサービスとして提供している。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3ヶ月毎に指示書を主治医から受けなければならず、利用者の金銭的な負担が大きい事や、通院の負担も大きい。</li> <li>・特になし、理由不明。</li> </ul>

(9) 対象者の選定（複数回答）（n=116）



その他の内約：本人の希望、退院後のフォローが必要、医師の指示による、本人の希望がない方や嘱託医に指示をもらえなかった方以外全員、サービス管理責任者が家族と調整して決める、職員会議で決定、他の生活介護事業を利用していない。

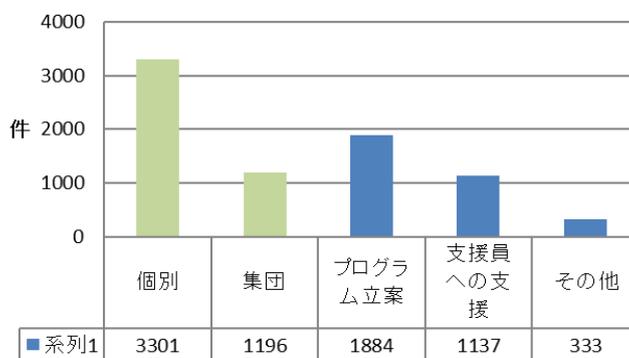
(10) 医師の指示はどのように受けているか (n=113)



その他の内約：リハビリテーション計画書を医師の決済をとる、医師の指示はない。

### 3. 生活介護事業における作業療法の内容

(1) 平成 30 年 10 月における利用者への作業療法士の関わり方と対象者数 (n=112)

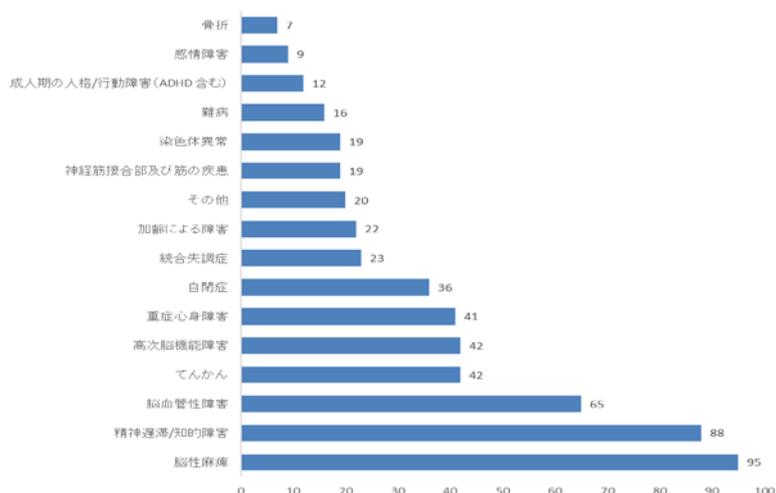


その他の内約：車いす・座位保持装置・自助具・補装具等の選定・修理・申請、相談業務、体の変化への対応、受診同席、就労支援、個別支援計画会議に参加、環境調整、マニュアル作成など。

(2) 平成 30 年 10 月の作業療法士が 1 日に介入した利用者数 (n=118)

利用者数	件数
0人	9
1～5人	18
6～10人	14
11～15人	10
16～20人	10
21～25人	2
25人以上	14

(3) 作業療法士が関わる対象者の疾患名 ※多い順に5つまで (n=117)



(4) 作業療法で使用する評価項目（複数選択）（n=121）

姿勢/肢位	104	生活時間	76
関節可動域	98	身辺処理	76
筋緊張	93	社会生活適応（対人関係・集団内人間関係・役割行動など）	73
起居/移動	93	協調性	65
現病/治療歴	92	生活リズム	63
生活/成育歴	91	知的精神的活動	60
趣味/興味	90	役割	59
筋力/筋持久力	89	個人生活適応（家事・手伝い、健康管理・交通機関の利用など）	56
コミュニケーション能力	88	家族構成/関係	56
上肢動作	84	職業/学歴	52
福祉用具などの代償手段の適応	82	反射/反応	47
施設内環境	81	その他の人的環境/公的支援	45
感覚/知覚	80	心肺機能	25
余暇活動	80	住居	23
精神/認知/心理	79	職業的適応（就労に向けて）	21
摂食/嚥下機能	77	その他	5

(5) 作業療法士が介入する内容 ※複数回答（n=121）

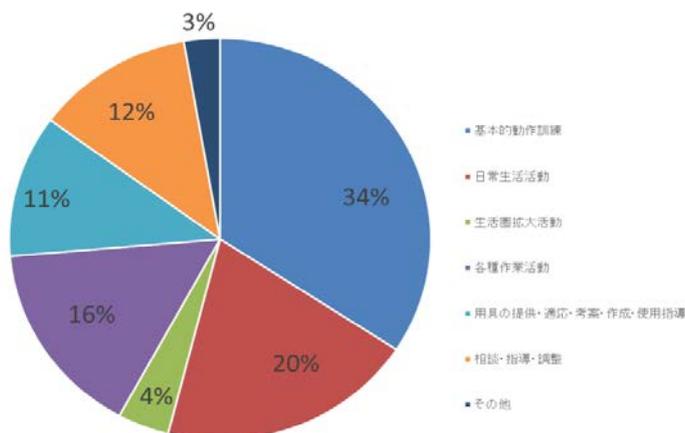
（日常生活活動）食事	96
（日常生活活動）移動/移乗	94
（基本的動作訓練）徒手訓練	92
（用具の提供・適応・考案・作成・使用指導）移動関連用具（車いす等）	79
（相談・指導・調整）他職種/他機関への情報提供	72
（各種作業活動）創作/芸術活動	71
（各種作業活動）身体運動活動	71
（用具の提供・適応・考案・作成・使用指導）自助具	70
（日常生活活動）物品/道具の操作	69
（基本的動作訓練）各種運動療法	68
（日常生活活動）起居	68
（日常生活活動）排泄	67
（用具の提供・適応・考案・作成・使用指導）椅子/姿勢保持装置	67
（相談・指導・調整）他職種の相談・指導	63
（基本的動作訓練）器具を用いた訓練	58
（各種作業活動）手工芸	57
（日常生活活動）更衣	56
（用具の提供・適応・考案・作成・使用指導）装具	50

(各種作業活動) 各種ゲーム	49
(用具の提供・適応・考案・作成・使用指導) ベッド関連用具	46
(用具の提供・適応・考案・作成・使用指導) コミュニケーション関連用具	45
(相談・指導・調整) 家族の相談/指導	44
(日常生活活動) 入浴	43
(日常生活活動) 整容	42
(各種作業活動) 仕事/学習活動	34
(日常生活活動) 生活管理(安全、金銭、健康など)	33
(用具の提供・適応・考案・作成・使用指導) 入浴関連用具	26
(相談・指導・調整) 社会資源の紹介	26
(日常生活活動) 衛生	25
(用具の提供・適応・考案・作成・使用指導) 排泄関連用具	25
(生活圏拡大活動) 生活技能訓練	21
(用具の提供・適応・考案・作成・使用指導) 遊具	20
(用具の提供・適応・考案・作成・使用指導) スプリント	19
(生活圏拡大活動) 各種社会資源の利用	17
(日常生活活動) 家事	16
(生活圏拡大活動) 公共機関の利用	16
(生活圏拡大活動) 一般交通手段の利用/外出	16
(各種作業活動) 園芸/農業	15
(相談・指導・調整) 家屋改造	11
(相談・指導・調整) 家族関係の調整	10
その他(具体的にお書きください)	10
(用具の提供・適応・考案・作成・使用指導) その他	8
(用具の提供・適応・考案・作成・使用指導) 義肢	6

(6) 使用している評価バッテリー

ROM-t MMT STEF MFT BBS MAS ブレーデンスケール 水飲みテスト フードテスト  
 かなひろいテスト Rey 複雑図形検査 BIT TMT FIM BI AMPS SM 社会生活能力検査  
 BADS LASMI 田中ビネー WAIS-III ABC-j 新版K式発達検査 強度行動障害判定基準  
 強度行動障害の支援尺度 PECS 太田ステージ評価 JMAP フロスティック視知覚発達検査  
 JPAN KOHS-IQ, JSPEER, JSI-R, GMFCS HDS-R MMSE FAB DQIID COPM  
 ADOC 興味関心チェックシート VQ MOHOST ナラティブスロープ CAOD STOD

(7) 介入内容の割合



(8) 利用者の高齢化に対して行っていること

#### ＜評価を行い、現状を把握する＞

残存機能の見直し 定期的に HDS-R/MMSE 実施 定期的な体力測定 施設生活を何十年も送られている方が多いので QOL をメインに評価 摂食・嚥下評価 知的障害者の高齢化に対する評価（知的障害 or 認知症） 早い段階から発達検査 評価結果の経時的変化をデータ化 食事や排泄の介助への関わりから些細な変化に気付く

#### ＜機能維持のための取り組み＞

集団・個別リハでの身体機能維持 脳性麻痺の二次障害（頸椎症） 身体機能低下に対してマッサージなどのアプローチ 歩行訓練 坐位を中心とした姿勢保持 個別機能訓練の実施 身体機能低下防止 シーティング・ポジショニングの検討 身体機能・活動維持に向けてトレーニングプラン（5年10年先を見据えたプラン） 自主訓練の推進 高齢化に伴う合併疾患・入退院後のアフターフォロー ADL 機能や心身機能の維持 高齢に伴い増加する生活習慣病予防に対し Ns と協力し食事面や運動指導 嚥下評価・訓練 摂食嚥下機能への支援（食事前の嚥下体操） レクリエーション等で体を動かす機会を設ける（ふまねっとの活用） 遊ビリテーション・レク等の実施 生活リハの実施・調整 認知機能訓練（脳トレプリント・ペーパータスク） 健康体操の考案 生活の場（寮内）での運動指導 いきいき 100 歳体操 「生活の中での訓練」の意識づけ

#### ＜現状からの提案＞

できることとできないことなど現在の機能（能力）とできるための工夫等を CW にアドバイス 生活環境・導線の調整 今までの生活習慣を変更することの提案（誤用・過用の視点から） 日中活動の見直し 現実検討や現状理解の促し 日々の生活評価・助言・指導・説明 介護保険サービスへの移行に伴う相談

#### ＜日常生活・活動でのかかわり・配慮＞

体調管理に配慮した関わり 起床・作業参加の声掛け 生活リズムの調整 継続的な役割遂行支援 生産活動を通じた働く意欲の維持 工賃の使い方を通じた QOL の改善 希望に沿った役割や作業活動の提供 生活力・働く力の維持

#### ＜福祉機器・自助具等の活用・環境整備＞

座位保持装置 歩行器具のメンテナンス 車椅子や座位姿勢保持状況を考慮したテーブルの購入 高齢化に伴う移乗方法の検討 高齢に伴う身体状況に合わせた寝具・用具などの導入 持ち上げない介助を前提とした福祉機器導入と使用方法の周知 施設備品（車椅子等・リクライニング車椅子）の購入検討 環境調節（高齢障害者と行動障害者の分離・静養室の設置）

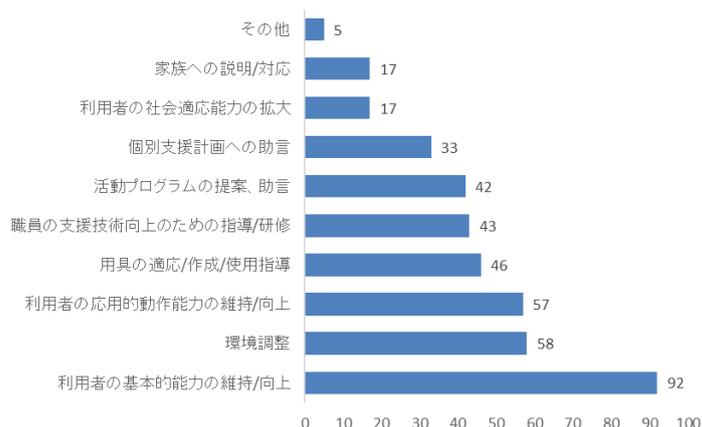
#### ＜職員への介助方法の伝達＞

移乗動作介助方法の統一化 高齢障害者の特徴について個別・全体に伝える 疾患等理解するための勉強会の開催 職員への症状説明・対応提案

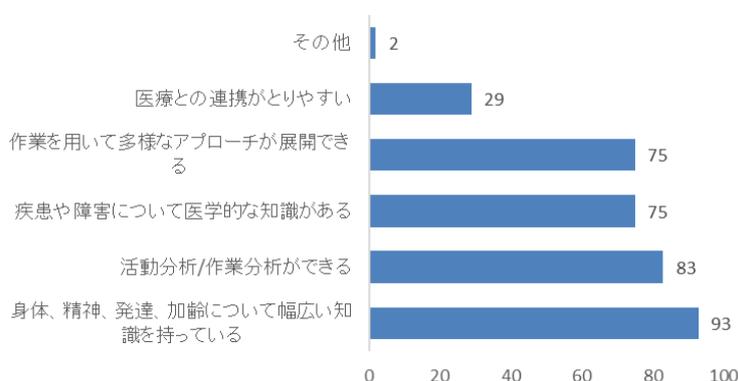
#### ＜その他＞

高齢化に対する取り組み報告 介護予防の勉強会に参加

(9) 作業療法士に期待されていること ※上位3つを選択 (n=119)



(10) 生活介護事業において他職種と比べて作業療法士の強み ※上位3つを選択 (n=119)



(11) 生活介護事業における悩みや葛藤

業務体制	介護支援業務を負うことへの悩み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常の介助業務に追われている。</li> <li>・ 人材不足の状態なので支援員の業務のフォローに回らなければいけない時もある。</li> <li>・ 人員不足のため介護職と同じ内容の働き方になっている。作業療法士としての関わりが十分にできていない。</li> <li>・ 支援のヘルプに入ることが多く作業療法を行う時間がとれない。</li> <li>・ 人数問題。複数業務（環境、装具、身体機能、事務）に対するマンパワー不足。</li> <li>・ コメディカルの役割を浸透させる事が難しく、また役割と他業務が混在している状態の中で作業療法士として利用者にとどの程度・何ができるのかが不安。</li> <li>・ 医療職、男性職員が少ないため、看護師や理学療法士、男性支援員の代わりとしての業務を担わなければならないアイデンティティーを確立しづらい。</li> </ul>
	他事業との兼務の悩み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員配置が1名のみ。入所部門だけでなく通所での集団活動（リハ体操）の出張が週1回あり、個別リハビリへかけられる時間が不足している。</li> <li>・ 兼務で働いているため、生活介護事業に関わる時間が限られており、一人ひとりに関わる時間が短い。</li> <li>・ 外来（発達障害自閉症）が増え、入所者支援時間の確保困難。終了の目安。当施設では入浴介護で午前中は忙しく、合間を縫ってリハビリをしている状況である。非常勤の作業療法士2人で児発や放課後等デイ、訪看リハを兼務しているため、生活介護のリハビリは十分に行えていない。</li> </ul>
	一人職場での悩み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リハビリ業務を全て一人でこなさなければならない。リハビリを満足に行えている自信も無い。</li> <li>・ 一人職場なので自ずと限界がある。施設職員の力量の差による対応の違い。</li> <li>・ 配置人数が一人のため、休みが取りづらい。リハビリ業務以外の業務が多い。</li> </ul>
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活介護事業において、作業療法士の活躍の場は広く、また現場からも多くを求められます。その一方で明確な配置基準がないため、法人としても常勤として作業療法士を抱えることが難しい。リハビリテーション加算だけでは人を確保することができない。</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の運営上、雇用できる職員数にも限りがあるため、作業療法士が施設運営に必要な様々な業務を行う。</li> <li>・支援のための調整業務などの間接業務が多い</li> <li>・対象者に応じ、より柔軟な対応をしたり、細かな評価・効果判定・ニード調査等を行いたいのが、現状の施設基準配置の状態だとその時間を持つ事が難しい。</li> <li>・施設入所支援の中での生活介護では、介護職が直接利用者に関わることが多い。職員の人員不足もあり個別対応が難しくなっている。</li> <li>・会議が多い。</li> </ul>
リハビリテーションや作業療法の認知	周囲のリハビリテーションへの理解不足への悩み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員のリハビリ職への理解不足から、リハビリ職の活用という意識は低い。福祉ではリハビリ職はあまり知られておらず、はじめは何しにきたんだ？と面と向かって言われる事もあり、かなり落ち込みました。</li> <li>・利用者のお大半は「動かしてもらおうのがリハビリ」「痛いのがリハビリ」「歩くのがリハビリ」と思われている方で、生活リハの提案や自助具の提案をしてもリハとして認識されないことが多く、徒手的な介入にこだわる方々にどう寄り添うか日々悩んでいる。</li> <li>・リハビリテーションの概念の理解を介護職に理解をってもらう事が難しい。いかに介護職の業務を理解し利用者自身の機能維持、目標を持った生活につなげていくか常に考えながら業務を行っている。</li> <li>・作業療法を職員が理解できていない状態なので行動しにくい(作業療法はマッサージだと思われているので、当施設のように動ける人が多い場合、作業療法士は必要ないと思われていそう)。</li> </ul>
	作業療法を上手く理解してもらえないことへの悩み・葛藤	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他職種に作業療法について上手く理解してもらえない。支援員の一人くらいに思われている節がある。</li> <li>・福祉分野における作業療法士のブランドがない。3大福祉職と言われるように、介護福祉士等と対等ではなく、どちらかというと、医療から来た人、という印象を持たれる。そもそも作業療法士がどういう仕事をしているのか、どんな職種なのか、福祉で働く人たちには全く把握されていないと思う。</li> <li>・現場で働く生活支援員はそれまでの職歴も様々(看護師、スーパー勤務等)なので、医学的知識やリハビリに対する共通理解を得るのが難しい(対象者の残存能力を生かすアプローチをすると「新人のくせに介助の手間を増やすような事をするな」と現場職員に拒否される場合もある)。一方で施設内の看護師は病院と同じ感覚で高度な治療プログラムの実施を作業療法士に要求しがち(通常業務に加え、個別リハを10数人に実施するような要望が出る)。</li> <li>・設立後歴史がある施設ではあるが、専門職の配置は初めてで一人職場でもあるために、作業療法士が理解されにくい。</li> <li>・同職種が少なく、他職種と土俵の違いもあり、それを理解しながら業務をすることは難しい。</li> <li>・作業療法士が今まで存在せず、他の職員からの作業療法士に対する理解がない。</li> <li>・作業療法士は他職種や利用者や家族から、マッサージの方、運動してくれる方、歩かせてくれる方という認識が強い。</li> <li>・まだまだ作業療法の必要性を周りが理解できていない。作業療法士がどのような事をやっているのか周りが知らず求められない。長く関わりがある場所でも、作業療法士は何をする人かはっきり分からないと言われてしまう事が悩みです。はっきり言えないのも悪いのでしょうか。</li> </ul>
アプローチ・プログラム	アプローチに対する悩み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日のリハビリ実施は困難な中で、今ある資源で出来るだけ平等に最上の支援を提供することの困難さ。</li> <li>・集団活動やレクリエーションを考える際に、個々の状態を踏まえた全体的な活動内容を考えることが難しい。</li> <li>・作業療法士の強みが活かしきれていない。</li> <li>・電動車いすを使用し外出できる方でも、リスク面を強調され、安全に確実に外出するためにどのようにバックアップすべきか悩んでいる。</li> <li>・加齢にともない心身機能の低下がみられる。それを維持していくのは難しい。</li> <li>・加齢に伴う対応。</li> <li>・芸術等の活動を広げていくことを期待されているが、高次脳機能障害等の理由により、導入が困難な方が多い。</li> <li>・今まで短時間での関わりばかりしてきたので、一日の流れを考慮したプログラムを考え関わる事が難しく悩む。</li> <li>・異食や暴力がある強度行動障害者に対してアプローチが十分にできていないこと。</li> </ul>

	求められることの多さ・幅の広さ	・専門職として求められることの幅がとて広い。「作業療法士が良いと言ったから」の一言で重大なことが決定していくことが多々ある。
		・高齢精神障害者と若者の行動障害者が混在している生活介護事業所なので、両者が過ごしやすい環境設定を行うことが難しい。
		・作業療法だけではなくセラピスト（理学療法、言語聴覚療法を含む）として求められることが多く、知識や技術が不十分である。
		・利用者の障害が複雑なことが多く、何に気を付ければよいか等を悩む。
		・身体障害だけでなく、精神・知的と重複している障害を持った方が多い。
		・対象とする領域が広く、重度の利用者が多いことから、目標の設定が難しい（意思疎通ができない利用者は支援者側の意向になりがち）。入所期間が長く、施設で終末期を迎える方ばかりなので、支援がマンネリ化しがち。
		・利用者に年齢幅があり、対象者の選定が難しい。
	ハード面の悩み	・通所施設に勤務しているが、回復期病棟と同等のリハビリテーションを求められる（時間、機材）。
		・リハ職が少ないこともあり、機材やスペースが不足している。
連携	他職種との連携の難しさ	・在宅生活を営む上で家族の協力が不可欠であるが、家族が本人への支援の妨げになることがあり難渋している。
		・「生活の場」での訓練の位置づけ、連携について。
		・生活介護の職員は生活支援員がほとんどで、介護福祉士等の資格がない職員もいるため、アドバイスをするときどこまで理解されているか不安がある。
		・集団の中の個人をみながら集団の調整をすることには限界がある。実際に行う人の解釈がずれて、思ったようにいかないこと、徹底されないことがある。
		・個別対応の内容を生活場面に汎化させるのが難しい（支援員との協力不足か）。
		・在宅での生活の様子が把握できず、生活全体のマネジメントがしづらい。介護技術の向上を図りたいが、事業所間の連携がスムーズにいかない。
		・様々な場面においてのマネジメントの難しさがある。生活介護中心の職場のため、介護職との連携や意見の調整が難しい。作業療法士がすべきことを見失うような気になることがある。
		・一人職場で、新しいプログラムの導入には他のスタッフに必要性を理解してもらい、説明していくことが困難な時がある。病院と比較すると、迅速なプログラム導入が難しい場合がある。連携不足。
		・施設内の職員の連携や意識の共有が難しい。
		・多職種との連携がなかなかうまくいかない事。
	課題認識や共有の難しさ・考え方の相違	・生活介護事業所は環境調整が大事だと思うのですが、病院からの入所の方に対し周りの人は、身体機能面の改善等ばかりを求めること。
		・立場が同じ職種がない事で問題意識が共有できない部分がある。
		・職員と家族とでは、支援内容の優先順位に違いがある。家族は日常生活の中での作業（労働）を一番重視しており、リハビリ全般に対する優先順位が低い。その反面、支援員はリハビリに対する優先順位は高いが、麻痺を無くして欲しいなど身体的な回復を期待する傾向がある。作業療法士が考えている生活のしやすさ、生活を楽しむ、役割を持つなどの考えとの違いが大きい。
	変化への困難	・実現可能なプログラム、施設内職員の協力を得て行う取り組み（廃用性症候群の予防等）を施設職員がチーム一体として擦り合わせていくのがとても難しい。
		・支援員の価値観や想いがバラバラで統一した支援に難しさを感じる事もある。
		・利用者、職員ともに従来のADL動作や介助方法に固執する傾向が強く、新しい方法を導入し統一するまでに時間がかかる。
		・家族への助言をしたいが、これまで自宅で介護されてきた方法等の変更が難しい。
		・対象者が重度化、高齢化し機能低下が見られていても個別に介助方法を変えることが難しくなる場面が多く、機能低下を防ぐことが難しくなっている。

情報	生活介護における作業療法についての情報不足・相談相手の不在	<ul style="list-style-type: none"> <li>他施設の療法士との連携や情報交換がする機会が医療・介護と比べると極端に少ない。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>他施設の情報を得られにくい。情報交換できる場が少ない。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活介護事業所に勤務する作業療法士やセラピストは少なく、横の繋がりがこれまでほとんど無かったため相談をする相手が少ないこと。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活介護事業所で働く作業療法士はほとんどおらず、ジャーナルなど調べても症例に引っかけたことない事がほとんどで、何をしたらいいかかなり手探りでした。OTとしての悩みを周囲に話しても理解してもらえず、研修などもほとんどなく、自分で勉強してきましたが、評価はきちんとできているか、作業療法士としての能力は高められているのか、今も不安に思う事があります。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢知的障害に関する文献や先行研究が少ない。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活介護分野で働く他の作業療法士の知人が少ないため他施設の情報のとりにくい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>他職種が多く、相談する相手が少ない。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>作業療法士としての働き方、専門的な働き方（先駆的な報告も少ないため）。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>リハ加算の算定は施設としても初めてのため、情報がなく手探り状態であり、相談する場所がない（知的障害を対象としてリハ加算を算定している施設が少ない）。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>一人職場で非常勤でもあり、他の施設の情報を得にくい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>一人職場のため、日々これで良いのかと業務に疑問は持っている。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>一人のためすぐに相談できず、自分のしていることが独りよがりになっていないか常に不安。利用者の幅がかなり広く、勉強していても間にあわず、適切なリハビリができていないのか自問自答することが多い。また、介入する必要があると気づいていることでも手が回りきらず申し訳なく思っている。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活介護の文献などが少なく不安。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>同じような現場で働く人が少ない。また当施設のような精神障害者を中心とした生活介護事業所はより少ない。</li> </ul>
		対象者の情報が得にくい
<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所を利用される前に、病院等でどのようなリハビリを行ってきたのか情報がほとんどない。</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>就学修了後から介護保険対象になるまで、という長い介入期間のため、保護者が不在の場合、施設が得ている情報自体が古くなっていることが多い。本人の希望・目標なのか、保護者または支援者の希望・目標なのか分からなくなることがある。</li> </ul>		
近隣施設との連携の薄さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>近隣を含め、地域の同様な生活介護事業所との情報共有が難しく感じる。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療との連携が薄い。</li> </ul>	
制度	加算の少なさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>加算点数が低いため、セラピストの増員につながらない。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>高次脳機能障害者には些細な支援を必要とする場合も少なくないが、支援区分認定で生活介護サービス受給の対象とならない対象者に対しては支援ができない。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフが少ない中でリハビリを行ってもリハ加算がわずかである。またリハビリテーション総合実施計画書の作成などもあり業務が多い。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>リハ加算が少ない割には、文書作成業務が多い。外来OTとの線引きが定めにくく、生活介護事業専従では雇えない。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>作業療法士がいても加算が取れない。</li> </ul>
介護保険への移行	<ul style="list-style-type: none"> <li>65歳以上の方の支援では介護保険との関連で調整が必要。働きたい意思があれば、就労支援関連で障害福祉サービスを続けられやすい。</li> </ul>	
その他		<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害、知的障害、身体障害、発達障害の方が同じ空間にすることで、利用者内のパワーバランス、地位、立場が生じやすい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>職員同士の対人関係。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的な支援のあり方や考え方がずれている。地域貢献への理解不足。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>活動に応じた適切なアセスメントツールが無い。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>医療施設でないため、医療に対する知識、技術が乏しく、それに気が付いていない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>病院勤務の時には気付かなかったが、退院後の生活の場の選択肢に生活介護事業がある事実、現状を知って欲しいと思う。</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主な対象は身体であるが、身体・精神・知的さらに高齢化に伴う老年期と全ての対象者が共存していることの難しさ。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療や介護現場を経験しているからこそ、福祉業界の遅れを感じる。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護事業に従事しているというより、入所者の支援をしているという認識で働いているように思う。この職員側の認識が、利用者の地域移行を阻害しているのかもしれない。入所施設も含めた地域支援の概念を整理する場合、どんな入所施設の在り方が望まれるのだろうか。</li> </ul>

(12) 協会への要望

情報共有の機会や交流の場	情報交換・相談ができる場	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護といっても働くから生活まで幅広いため、どんな評価をしているか、どんな活動をしているか、情報交換ができると幸いです。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の事業所では、どのような取り組みをされているのか情報が欲しい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報共有できる場がほしいです。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害福祉というと就労関係の話題が多いため、就労関係以外の作業療法士と情報交換をしたいです。また、退院後の生活の場は在宅や高齢関係の施設だけではないため、生活の場である支援施設についても話題として取り上げて欲しいです。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・他事業所での取り組み等の情報の共有が出来る環境になって欲しい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・同様な生活介護事業所で働く作業療法士の情報が欲しい。可能であれば見学や情報交換を行いたい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・この分野に関わる作業療法士が集える場所が欲しい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・気軽に相談できる方法をつくってほしい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・気軽に相談できる環境が欲しい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ領域で集まれるような機会を設けて欲しい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ事業や成人の知的障害に関わっている作業療法士との交流。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉領域の作業療法士とのネットワークづくり。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護事業に従事する作業療法士または施設のネットワークづくり。情報交換の場。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分野別ワーキンググループ、SIGの形成からコミュニティとしての成熟を期待。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東京都では生活介護事業のリハビリテーション職の連絡会が開催された。協会としても障害保健福祉領域という広い範囲のみではなく、生活介護事業という狭い範囲での集まりや勉強会・座談会などの場を設けてもよいと思う。</li> </ul>	
	研修・見学	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成人の強度行動障害者に対する作業療法士として介入を期待されているが難しい。知識や情報を共有できる仕組みがほしい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症心身障害のみでなく、知的・身体・精神で生活介護事業を利用している対象者への評価や介入の情報が欲しい。小児の脳性麻痺でなく、成人の脳性麻痺に対しての情報が欲しい。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・知的障害、発達障害（ASDなど）への具体的なアプローチ事例などの紹介。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護事業に関する研修会を開催、生活介護事業の施設へ就職する方が増えるような対策を行ってほしいです。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護事業に携わっている作業療法士への研修や勉強会を企画して欲しい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・周囲にも生活介護事業だけでなく、福祉領域で働いている方は少ない印象です。年に数回福祉領域の研修会、カンファレンス等があるのは承知していますが、開催場所や時間等で参加が難しい事が多いです。地域ごとに行ってもらえると参加しやすく、そのようなネットワークを作りたいなと思いました。</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護事業に関わる作業療法士が参加する研修会があれば参加したい。</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業療法士やセラピスト（理学療法士、言語聴覚療法士を含む）としての知識や技術が向上できるような事例検討・各施設の取り組みの紹介などを行ってほしい。</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期施設生活者（20年、30年）のQOLについての研修。</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・知的障害者を対象とした施設の生活介護事業におけるリハ職の研修会を実施してほしい。</li> </ul>		
取り組みをまとめてほしい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訓練や支援のための医療技術や座位保持などの福祉機器の研修。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営について、知的障害のある方との関わり方、シーティングについて</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他事業所でのリハビリを見たり聞いたりしたことがなく、情報が少ないので、他事業所ではどのようなリハビリや介入をしているのか、詳しく知ることができる資料があるといいと思う。</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例集積した結果を開示してほしい。</li> <li>・各生活介護事業所での取り組みなどをまとめて欲しい。</li> </ul>	
広報	他職種への広報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護事業所におけるリハビリテーション加算の重要性をもっと周知してほしい。</li> <li>・生活介護事業においてその役割を今以上に明確化する事で他職員の理解度がアップすると思う。</li> <li>・生活介護事業も含め障害福祉サービス事業所に作業療法士の必要性について普及させてほしい。放課後デイサービスでは徐々に作業療法士が介入しているようだが、生活介護ではまだまだ普及されていない。</li> <li>・日本作業療法士協会から、福祉分野に対する発信が圧倒的に少なすぎる。正直、諦めて退会した。医療としてのリハビリに固執しすぎており、福祉にもっと進出すべきであると強く強く思う。やっと就労移行支援で作業療法士に必要性が認められて加算がついているが、作業療法士こそ、就労継続支援、生活介護、共同生活援助等に関わることで対象者の生活能力が改善し、家族等との調整も行える万能プレイヤーになれるはず。だが協会の発信が全くなく、そこまで至っていないと感じる。福祉分野への作業療法士への発信をもっと強く強く、非常に強く求めます。</li> <li>・福祉の現場で働く作業療法士の役割、特徴、作業療法士の活用の仕方などを他職種にわかりやすく宣伝できるような、リーフレットなど配布してほしい。</li> </ul>	
		作業療法士への広報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護事業を広く知っていただく機会があるとありがたい。施設から地域へ障害者の生活の場を広げていくためにも、作業療法士の医学的、専門的知識を活かした「作業」の活用が必要で、その場は多くあります。</li> <li>・機関誌などで、生活介護事業に携わる作業療法士の活動を多く取り上げてほしい。ニーズを知ってほしい。</li> <li>・実習施設としての認知。</li> <li>・生活介護のリハビリテーションに関するガイドラインを作成して頂きたい。</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設に作業療法士を配置する事も大事だが、小さな事業体が多く作業療法士を雇い入れできないのが現状。その前に受け入れ環境や体制づくりなどが必要。</li> <li>・リハ加算の単価の引き上げに関する要望。</li> <li>・リハ加算の増加。</li> <li>・リハ加算をアップするように引き続き働きかけていただきたい。</li> <li>・リハ加算の単位向上をお願いしたい。</li> <li>・リハビリテーション加算Ⅰの大幅な点数増大を求めたいです。</li> <li>・作業療法士が事業所に採用されるためにも加算単位の引き上げ。</li> <li>・処遇改善に向けた働きかけ。</li> <li>・専門職の配置基準改善ができればありがたいが、それが難しくとも作業活動、生産活動に従事する職員数の増加を訴えてくれるとありがたい。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスマン管理責任者と作業療法士（と管理者）の兼務を行政に認めてもらう働きかけを期待したい。</li> <li>・生活介護事業に療法士が増やせる様にお力添えをお願いしたい。</li> <li>・リハ加算をもっと上げて、人員配置を増やせるようにしてほしい。</li> <li>・OTが福祉に飛び出せない大きな理由は報酬ではないでしょうか。あきらかに医療分野で働く方が年収は高くなる。生活介護でリハ加算を取ったとしても、採算が合わないので、会社としてもリハビリ職を雇うメリットが少ないと感じる。</li> <li>・施設での人員基準がもう少し緩和されることを希望する。</li> </ul>		
	制度	加算の引き上げ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画とリハビリ実施計画の作成時期の統一を図るよう厚生労働省に要望していただきたい（現行では個別支援計画が6か月毎、リハビリ実施計画が3か月毎になっている）。</li> <li>・リハビリ実施計画書作成の更新を6か月毎にするようお願いいたします。</li> </ul>
		人員基準などの体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業療法士の従事促進のための補助金制度等の検討や提案。</li> </ul>
リハ実施計画書作成期間の見直し		<ul style="list-style-type: none"> <li>・協会ができることが分からない。</li> <li>・現場職員は作業療法士の必要性を認めてくれているが、確保自体が困難で、専従にまでには及ばない。また他職種に作業療法や医療等に関する認識を高めてもらうための働きかけは大変である。</li> <li>・関連情報が常に流されているようでしたら、Webサイトをもっと熱心に見ます。</li> </ul>	
その他	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業療法士の従事促進のための補助金制度等の検討や提案。</li> </ul>	

## 4. 考察

### <勤務する施設の状況>

OT が勤務する施設の主たる利用者は身体障害が最も多く、知的障害、重度心身障害が中心で精神障害に関しては少数であった。三障害の受け入れをしているという事業所も 1 割ほどみられた。しかし、主たる利用者の疾患をみると、いずれの分野でも脳性麻痺や知的障害を伴う方が利用している。また、精神疾患や骨折、神経系の疾患など多種多様な疾患が網羅されており、生活介護事業でのリハビリテーションにおいては、分野で偏りは多少あるものの、かなり幅の広い知識が必要であることが示唆された。

事業としては、多機能型事業が圧倒的に多く、中には介護保険や医療保険を併設した事業として行っている施設もあった。

### <高齢化する利用者>

また、全体の利用者の年齢分布をみると、65 歳以上 23%であったが、その前段階である 40 歳から 64 歳までの利用者が 49%、計 70%以上の方が 40 歳以上であることが明らかになった。特に主たる利用者が知的障害、身体障害の事業所で、かつ特に入所施設が併設されている事業所にその傾向が見られている。

障害者の高齢化は昨今の話題であり、厚生労働省の社会保障審議会福祉部会などで議論がなされているところであるが、今回の調査を通して確実に高齢化の波がみられていることが実感できる結果となった。障害だけではなく高齢化の対策をすでに取り組んでいるところや、予備調査の中でも雇用に至った経緯として、「利用者的高齢化があり、機能低下の防止のために雇用された」という声があった。以上の状況を加味しても障害を持つ方に対する高齢化に対するリハビリテーションは今後増加すると思われる。

しかし障害者分野では、いわゆる高齢者への介護やその方法を支援者が持ち合わせておらず、対応ができないことが近年指摘されている。どのような障害でも誰もが齢を重ね、高齢期へと向かっていく。そのライフステージに合わせた支援や対策を講じる必要がある。

### <作業療法士の働き方>

回答者の勤務する生活介護事業のある施設の多くは多機能型事業所となっていて、回答した半数は生活介護事業の専従職員として勤務していたが、残りの半数は他の事業を兼務、法人内外からの派遣等でのかわりであった。兼務である事業も障害福祉領域にとどまらず、医療や介護保険、法人本部業務なども含まれており、非常に多様な働き方をしていることが明らかになった。

勤務体制としては、多くは作業療法士一人職場であり、他のリハビリテーション専門職はいないと回答した人は約半数にのぼる。さらに、リハビリテーション以外の日常の支援業務を担っているという回答も散見されており、アイデンティティが形成しづらい、介護職と何が違うのかわからなくなっているといった悩みも聞かれた。相談できる人がいない、悩みを共有できないといった声が非常に多く上がっているのも、一人職場という環境に加え、周囲にも同じ境遇で働いている者が少ないことが大きく影響しているのではないかと。

### <作業療法介入>

作業療法の介入方法としては、個別アプローチが主ではあるが、集団アプローチも全体の 3 割近くを占めている。介入の内容については、基本動作訓練、日常生活動作訓練が主で、身体運動活動、芸術活動

などの作業活動、相談・指導・調整、福祉用具や自助具などの提案・作成・適応が多かった。

### <加算について>

リハビリテーション加算は 63.5%の施設で請求されており、本年度創設されたリハビリテーション加算Ⅱについては従来型よりも高い割合で請求されていた。

一方でリハビリテーション職種が勤務しているにもかかわらず加算をとらない事業所も 36.5%存在し、その理由として、人事・体制上の問題、業務量との不釣り合い、別の加算でとっている、サービスに位置づけている結果に分類された。特に人事・体制上の問題についてあげている人が多く、サービス管理責任者や管理者であり加算がとれない、人数等の関係で資格は持っていますが支援員を兼務する、支援員として働いているのでリハビリ加算の体制をとれない、非常勤であることで現場業務を含めて加算業務を行うことが困難などの声があった。業務量や加算の低さについても指摘をしている人が多く、加算の低さに対して業務量が多い上に、兼務や他事業からの派遣で働いている人が多いことから敬遠されていると推察された。医療機関が併設していれば別の加算で取得するということもできるが、多くの生活介護は医療施設を併設していないことを考えると、別の加算で行うことは難しい。

また、加算について行う業務量については、厚生労働省から示されている計画書が介護老人保健施設と同様のものを使用していること、その期間も支援計画が半年に 1 回であるのに対して、リハビリテーション加算に関わる計画書の作成は 3 か月に 1 回、それらに伴う評価や会議体制を組むことが難しいという声がある。

その他に、嘱託医の勤務状況（月 1 回勤務）や多くの生活介護事業所では医療施設を併設しておらず医師への指示書依頼が容易ではない、また定期的な受診同行には手間がかかるなど、今後の作業療法士配置の障壁になるのではないかとと思われる。

### <生活介護で働く作業療法士の悩み>

悩みとしてあがった項目は、リハビリテーションや作業療法への認知・理解不足、アプローチやプログラム、連携の難しさ、情報の不足、前述した事業や職務を兼任する等業務体制、加算に分類された。

これらを総合的に考えると、作業療法士が何をやる人か分からないことで、役割分担がうまくいかず、お互いの強み・弱みを補完し合える関係になりづらい。そのために考え方の共有がうまくできない、解釈のずれが生じ、変化する利用者の状態に合わせた支援ができない、また役割分担すなわち連携がうまくいかないといった状況が推察された。

また一人職場が多く、そもそも障害福祉領域で働いている人が少ないという特性もあり、情報を得難く、相談する相手もないことから、解決への道筋も立てにくい状況にある。こういった問題を解決していくためにも、積極的にこの領域で作業療法士は何かできるのかということのアピールしていく必要がある。また日本作業療法士協会への要望には、多くの人から、交流の場、情報収集の機会を求める声があった。障害福祉領域での作業療法士の姿、課題解決の見立てや見通しなど情報を共有する場所を作る必要があることが示唆された。

さらに、作業療法士の業務条件や組織体制上、時間が非常に限られており、リハビリテーション専門職としての業務が追い付かず加算がとれない状況にある。またリハビリテーション加算は介護老人保健施設の体制を基に作成された経緯もあることから、現状の生活介護を利用される方および施設の状況に合致していない部分も多い。この点も作業療法士が生活介護事業に増えない要因と考えることもでき、今後の報酬改定に際しては要望活動の必要性があると考えられる。

## 5. まとめ

- 生活介護で働く作業療法士の多くは、作業療法士が1人のみの職場で、法人内の他事業所との兼務や生活介護事業所内の支援員やサービス管理責任者等の職務を兼務している。そのために、業務量が非常に増加している。
- 作業療法士が生活介護事業所で支援の対象としている人は、主たる疾患・障害に加え、身体障害・知的障害・精神障害・老年期障害を抱えるなど重複障害の人が多。そのため生活介護で働く作業療法士は、幅広い知識を持ち、多様な障害に対応できる職業能力を発揮している。
- 作業療法士が生活介護事業所に勤務していても、リハビリテーション加算を取得していない事業所が36.5%もある。その要因は、先述したように作業療法士の業務量が多い上に、リハビリテーション加算に必要なリハビリテーション計画書の様式が対象者の障害像と一致しにくいこと、さらに障害福祉領域では医師からの指示が受けづらいこと等が挙げられる。したがってリハビリテーション加算の要件を現状に即した様式になるよう改善提案や要望をしていく必要がある。
- 生活介護事業所で働く作業療法士は、複雑かつ多様な障害を呈した利用者を対象にしているが、生活介護事業所で働く作業療法士同士の交流・情報交換・研鑽の場がない。マイノリティーの障害福祉領域こそ、会員の積極的な交流・研鑽の機会を設けていく必要がある。
- また多様な障害に対応できる作業療法士は、生活介護事業所において活躍できる可能性が多いにあるが、作業療法士ができることが十分に事業所の経営者層に伝わっていない現状もある。したがって、この領域の作業療法の広報は強化していく必要がある。

別紙

生活介護調査(予備調査)																
インタビュー対象者の属性					施設の属性											
	経歴年数	現職場での経歴年数	勤務形態	今までの勤務経歴	施設の事業	設置年数	対象	利用者数	施設の状況	作業療法の対象者人数	職員数(うち作業療法士数)	病院・クリニック併設の有無	リハ加算の有無	(加算有の場合)加算の流れ・対象の選定	(加算無の場合)加算をとっていない理由	リハ加算拡充による、加算体系を変更の有無
A	34年	9年	常勤	発達障害 老年期障害 身体障害	児童発達支援事業・施設入所・生活介護・相談支援	1970年	重症心身障害児者	111名(入所・通所・外来)	重症心身障害者が	78名	120名(OT2名)	有	有	家族からの要望等勘案して、併設のクリニックのDrに指示書を出してもらい行なう。		無
B	8年	8年	就労継続B型との兼務	生活介護事業所、就労継続支援B型事業所	就労継続B型事業所・生活介護	障害者サービス事業所の指定後9年(それ以前の14年間は共同作業所として運営)	身体障害者、精神障害者、知的障害者	13名	生活介護の方は、脳性麻痺の方が多く、区分5~6の方が8割くらいとなっている。	13名	8名(OT1名)	無	有			有
C	8年	6年	他生活介護との兼務	回復期病棟及びデイケアでの作業療法業務	施設入所・生活介護	昭和46年東京都の委託施設)法人内他3施設あり、内ひとつは同じく東京都の委託施設	知的障害者	70名(兼務している他施設の利用者を入れると計230名)	4つの施設いずれも高齢化が進んでいる。車いすの人が増えたりとか入浴に介助が増えている。	22名(主に勤務している施設での数)	45名(パート含む(OT1名))	無	有	対象者の選定は対象人数が多いので、支援員にリストアップしてもらい、整形への受診に同行して指示をもらう。		無
D	5年	2年	他生活介護との兼務	老健のサービス	入所施設・生活介護	平成5年開設	知的障害者	80名(兼務している他施設の利用者を入れると120名)		80名(兼務の他2施設の利用者含めると120名)	90名(OT1名)	無	有	嘱託医のDr.に許可をもらっているが、Dr.はリハのことは分からないので任されている。		無

作業療法の内容				
変更した場合、収入等の変化の有無	1日のスケジュール	作業療法の対象者	介入(作業療法)の内容	周囲から作業療法士へ期待されている内容
	通所と入所と外来があり、通所(生活介護)の方は10時～3時くらいまでいるので、その時間の中で時間割を組んでやっている。通所の方は10時半から11時10分の枠か、1時45分～2時半の枠でやってる事が多い。通所といっても通所の日中活動があるので、その中でリハビリの時間は引っ張り出して個別に関わるという働き方をしている。1～2人/日。必要に応じ、食事に関わる内容をやらなくてはならない時は食事の時間に入り実施している。日中活動にも一緒に入る。利用者さんによっては個別で取り出さず、一緒に活動に入り、その中で個別の訓練をしている。	身体とコミュニケーション・人とのやり取りといった部分の関わり	身体への介入。食事。本人の希望に沿っての活動提供、道具などの工夫。	手の使い方、利用者さんにあったACT、食事にまつわること
9名対象。大幅な収益の増加。	何でもやらなくてはいけない部分がある。重度の方が多いので、介護にとられる時間が多く、実際に機能訓練を行っているのは午前中1時間ちょっと、午後の40分ぐらい。その中で比較的状态が軽い方とそうでない重度の方を組み合わせると1日3～4人。特に四肢麻痺の緊張の高い方は40分かかるともある。日中活動にも入る。就労の施設も見ているので、なかなかアクティビティには入れないでいる。	身体障害、精神障害への関わり、自閉症、知的障害のアクティビティ	創作活動、制作活動への関わり	日中生活が楽に過ごせるように。歩行練習、中敷きなど。転倒予防
	4つの施設をPTと一緒に二人で見ている。曜日ごとに施設を決めてリハに行く。生活支援員の方と情報交換をして、多く時間をかけないと相手も自分に慣れてくれない、体を触らせてもらえないという事もあるので、利用者さんと関わりを持つ、郊外散歩などにもついて行って、話をしずつ関わっている。最近は慣れてくれたので、20分～30分の個別リハを1日10人～15人くらい行っている。機能訓練がメイン。自分が呼ばれた理由が高齢化対策という事だったので、基本は老健でやっているような事をやっているが、知的障害があるので、なかなかスムーズにはいかない状況。日中活動にもたまに参加し、外出の企画等についていたりしている。	身体障害、高齢による機能低下の方、	高齢化に対する対応。職員への介助方法の伝達、自助具提供、シーティング 生活支援員の方は資格なしの人保育士などの方も多くて、介助がパワープレーになっていたりすることが多々あり、介助の仕方を教えて、その方に合った自助具を教えたりした。	高齢化に対する対応。職員への介助方法の伝達、自助具提供、シーティング
	週2日は本部で業務を行い、3日はリハビリ業務。1日何人というのではなく、1か月で生活介護の方全員を対象にして120人を1回は見るかたちです。自分でスケジュールを組んで行っています。個別に対応することもあります。2人とか小集団で行なうこともあります。	知的障害	余暇支援、興味の掘り起こし、創作、機能訓練、ADL/IADL、食事	支援員は機能訓練的なことを望んでいる。家族は、普通の人が普通にすることを望んでいる。あとは、親亡き後の対応。

生活介護で働くうえでの困難、葛藤	生活介護における作業療法士の強み	生活介護でのやりがい	高齢化問題の有無	(有の場合) 高齢化対策の内容	地域、他事業等への関わりの有無	(有の場合)その内容	協会に望むこと
<p>通所の一つの看板としてリハビリが出来ますとよく言っていますが、それで、家族はリハをやってくれるリハビリをすることはいいことだと思ってくれるのはいいんですけど、この人の暮らしが具体的にどうっていうのがちゃんと出てこなかったり、漫然とリハという名前でやっているところがあるので、どんな生活をしたいのか、どんなふうに暮らしていきたいのかというのはご本人が言ってくれればいいが、ほとんどは言えない人になるので、家族も含めて話し合っていけたらいいと思う。</p>	<p>福祉職が多いので、医学的知識、障害の知識を持っているのが強み。それを踏まえてどのような体の使い方をしたらいいのか、ACTの提供が出来ること。また、疾患特性に合わせてのリスク管理について伝えられる。ACTの提供もバリエーションがある。コミュニケーションをとれない利用者さんに対してどのようなやり取りをするととれるのか、表出を引き出せるかとか、そのようなところも強みかと思う</p>		<p>有 数字的なところは把握していませんが、40代か60代になって来ています。元々いるあるところに、私たちから見たら高齢化できなくなっている。でも、それを親は受け入れられない。前は出来たのについて感じて</p>	<p>まずは親が受け入れられない事が多い。やり方を変える。親も高齢化しているので、そこにあつた介助・関わりの方。</p>	有	<p>こちらから関わることは少ないが、見に来たりすることはある</p>	
<p>支援員は介助にとられてしまって、作業療法士をどう活用していいのかわかってもらえない、こうしたらいいのではという事に対してなんか理解していただけないというのが葛藤です。介護職は介護をすることが仕事というところがあって、リハ職からすると本人が出来るまで少し待っていてほしいとか、ちょっと見ていてほしいというところがあるが、その辺のずれがある。</p>	<p>精神障害の方との接し方が皆難しく感じられているとか、重度の方へのACTや活動できる部分を引き出していけるかといったところ。</p>		<p>無 60代の方はおひとりいらっしゃいますが、高齢化といった感じではないです。</p>		有	<p>自立支援協議会</p>	<p>個別支援計画と機能訓練との計画に時期が違い整合性をとってほしい。計画書も老健のものであるのでうまく取れずどうにか出来ないかと思う</p>
<p>リハビリや作業療法士がどんなことをするのか理解されておらず、作業療法士はこんなことが出来ます、自助具もみれます、車いすもみれます、余暇時間の作業なども提供できます、と説明して何とかリハビリの存在を支援員さんに意識してもらって、といったことから始めたので、初めは大変だった。今は皆さん自分からお願いしてきてくれるんですが、本当に1からというところで。</p>	<p>作業の提供、余暇時間の充実といった部分。活動量のが低下してずっと部屋にいたり、ホールにいるといった方も増えてるので、生活の充実の部分もOTが担えると思っています。</p>	<p>自由な関わり、自由に仕事が出来るところ</p>	<p>有 A施設)平均年齢51.2歳 65歳以上全体の30% 車いす0人 B施設)平均年齢61歳 65歳以上全体の43% 車いす6人 車いす使用なども増えてきており、機能低下が年々問題になって来ている。認知症は元々の知的障害もあり、Drからそんなの無いでしょうと言われたり・・・。</p>	<p>身体の機能訓練。どのくらい落ちていくか数値で周囲に分かってもらえるように。TUGやバーセルではかっている。</p>	有	<p>群馬の福祉協議会との関係で</p>	<p>実施計画が3か月ごとでとにかく大変</p>
<p>病院のような機能訓練をしてくれる人だと思われるところがあって、それだけではないのだけど、機能訓練ばかりを求められてしまうところは葛藤です</p>	<p>疾患や能力、環境など考慮したうえで、その人にとってはこうした方がいいという事がアドバイスできること</p>	<p>利用者寄り添い、その人との間でコミュニケーションが確立できた時がやりがいを感じる</p>	有	<p>機能訓練ではないが、維持が出来るように働きかけている。</p>	無		<p>障害分野でも、分野別の研修会・集まりなど行ってほしい。単に障害の分野にとどまらず、高齢の分野も求められており、幅広く対応が必要と感じている</p>