

## 【総説】

# 我が国作業療法の現状と今後の展望

宮前 珠子 建木 健 原 和子 中路 純子  
新宮 尚人 山崎せつ子 田丸あき子

聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部作業療法学専攻

## 要 旨

昭和38（1963）年、我が国初の作業療法士養成校がWHOの勧告の元、東京都北多摩郡清瀬市に出来て43年が経過した。この総説ではまず、その後の作業療法士養成の推移とその社会的背景について述べ、現在示されている今後の作業療法士需要予測では、高齢者が圧倒的多数を占めることを指摘した。次に、老年期障害、身体障害、発達障害、精神障害領域の作業療法についてそれぞれ現状と今後の展望あるいは課題について述べた。

## はじめに

昭和41（1966）年に第1回作業療法士国家試験が行われ、我が国初の作業療法士20名が誕生して、今年ちょうど40年目を迎えている。昭和38（1963）年に1校20名の定員で始まった養成校は、2005年4月現在156校を数え、養成定員は6,575名、作業療法士の有資格者数は29,511名となった。

今回、標題の総説を書くに当たり、次のような構成で分担した。①作業療法士の養成、有資格者など全体に関すること（宮前）、②老年期障害領域（建木）③身体障害領域（原）、④発達障害領域（中路）⑤精神障害領域（新宮）⑥資料の収集・整理（山崎・田丸）。

## 我が国における作業療法士の養成

作業療法士の身分法は、「理学療法士及び作業療法士法」として昭和40年（1965年）に成立し、昭和41年に第1回の国家試験が行われ、20名の作業療法士が誕生した。

これに先立ち、昭和38年（1963年）に我が国初の作業療法士（occupational therapist：以下、OT）養成課程が、世界保健機関（WHO）の勧告により、国立療養所東京病院付属リハビリテーション学院に20名の定員で開設されている。

昭和49年（1974年）には「身体障害作業療法、精神障害作業療法」などの作業療法に関する診療報酬がはじめて制定され、これを一つの契機にOT養成課程は増加しはじめ、1975年には5校、入学定員100名となり、1980年には13校、270名、1985年には、28校、585名となった。そ

表1 作業療法士養成に関する年表

年	学校数	養成定員	有資格者 累計*	需要予測 (厚生労働省)
1966	1	20	20	
1970	3	60	308	
1975	5	100	552	
1980	13	270	972	
1985	28	585	2,129	
1990	33	700	4,677	5,125
1995	58	1,690	7,690	13,200
2000	107	3,593	14,858	
2005	156	6,575	29,484	33,000(2004年)**
その他(外国での取得者など)			27	
計			29,511	

\* 次の間特例試験実施：1966～1974年(沖縄以外)、1978～1985年(沖縄)

\*\*厚生労働省はこれ以降需給の見直しを行っていない。  
日本リハビリテーション病院施設協会は、2015年に110,600名のOTの需要があると推計している。

その後1989年に高齢者保健福祉10か年戦略ーゴールドプランーが策定されたのを機に作業療法士需要数の大幅な見直しが行われたことに伴って養成校は更に増加した(表1)。

この間、1992年には、広島大学医学部保健学科に初の学士課程が出来、また大学院は1996年に広島大学大学院医学系研究科として修士課程、1998年に博士課程後期がはじめてできた。2005年現在作業療法士養成校は156校であるが、このうち44が、4年制学士課程であり、大学院は、修士課程18、博士課程後期は9課程とされている<sup>1)</sup>。

この十数年の学校数はおびただしい激増であり、教員不足、臨床実習施設と指導者不足による教育の質の低下の危惧から新設校の開設に対して県単位で多くの反対運動も行われてきた。しかし、1998年3月の、規制緩和3か年推進計画の閣議決定<sup>2)</sup>を期に抑止力を失い、市場原理に任せる模様となった。この養成校急増のひずみは、作業療法士の年齢構成に反映されており、

2004年度現在、作業療法士23,151人中、30歳以下が13,641名、58.9%、40歳以下は20,455名、88.3%にのぼり、専門職としては著しい若年集団となっている。

### 作業療法士養成校急増の背景

養成校激増の背景にあるのは、高齢化社会の到来による老年期対象者の増加である。

65歳以上の人口が「高齢化社会」の基準となる7%に達したのは我が国では1970年であり、1994年には14%となった。予測では2007年に20%、2014年に25%に達する<sup>3)</sup>とされていたが、少子化の影響もあり、実際には2005年9月に2,556万人(男性：1,081万人17.4%、女性1,475万人22.5%)、総人口に占める割合が20.0%となり、予測よりも2年早くなった<sup>4)</sup>。このままゆくと、2050年には人口の35.7%が65歳以上になると予測されている<sup>5)</sup>。高齢者人口は、65～74歳を前期高齢、75歳以上を後期高齢というが、後期高齢者は2005年9月に1,155万人で全人口の9%になったとされる。つまり現在、日本国民の5人に一人が65歳以上であり、約10人に一人が75歳以上ということになる。

このような高齢化社会到来への対策として、1989年に「高齢者保健福祉推進10か年戦略ーゴールドプランー」が、更に1994年には「高齢者保健福祉計画ー新ゴールドプランー」が策定された。また、1995年に、「障害者プラン7か年戦略」、1999年に「高齢者保健福祉計画ーゴールドプラン21ー」が策定され、2000年には介護保険制度がスタートした。

これらの施策に伴って、厚生労働省によるOTの需給計画の見直しが行われ、1991年の見直しでは、1995年に13,200人、1999年に15,800人が必要であると推計された。更に2000年の推計

では、2004年に33,000人の需要が予測されており<sup>6)</sup>、この数字をみると、現在の養成定員が、ほぼ厚生労働省の見通し通りに実現してきたのが分かる。ただし、萩原<sup>6)</sup>によれば、この2004年の推計は、それ以前の推計根拠が関連法令・制度上の基準や配置実情、各施策の事業目標値、作業療法が寄与すべき医療・保健・福祉への配置を意識したものであったのに比べ、単に平成11年度時点での養成立のみを基準値とした推計にとどまり、結果的には言わば市場優先的な現実追認の様相を呈することになっているという。その後厚生労働省は需給推計を行っていない。

このようにみえてくると、現在及び今後、多くの作業療法士が高齢者を対象に活動することを期待されていることが分かる。表1の欄外にも示したが、日本リハビリテーション病院施設協会<sup>7)</sup>は、作業療法士の需要予測として2015年に110,600名の需要があるとしているが、その内容を細かく見れば、全体の約77%は対高齢者や地域での需要である。即ち、作業療法士需要の内訳は、訪問看護ステーション30,000人、訪問リハ6,000人、外来リハ20,000人、介護老人保健施設6,000人、介護療養型医療施設6,000人、外来リハ20,000人とされているのである。これに対し、一般病床は10,000人、回復期リハ15,000人、医療型療養病床3,600人とされる。

それでは現在、作業療法士は実際にどの領域で仕事をしているのであろうか？日本作業療法士協会調査部による2004年度会員統計資料<sup>8)</sup>をみてみると、対象疾患別会員数は表2に示すとおりであり、施設分類別にみると表3のようになる。

表2、3に示した現在の作業療法士の就業先と、先に述べた日本リハビリテーション施設協会の需要予測を比較すると、その比率には大きな隔たりがあり、今後の新たな需要のほとんど

表2 対象疾患別会員数  
(日本作業療法士協会会員統計資料2004より一部抜粋)

対象疾患領域	人数	% (対就業会員数)
運動器疾患	1,054	4.6
中枢神経疾患	11,883	62.8
脳血管障害	10,268	
認知症	1,477	
精神疾患	3,604	19.1
小児疾患	1,069	5.7
その他	1,302	6.9
加齢による障害	1,076	

注：アンダーラインは内訳を示す

表3 施設分類別会員数  
(日本作業療法士協会会員統計資料2004より一部抜粋)

施設分類	人数	% (対就業会員数)
医療法関連施設	14,273	70.6
一般病院	9,223	
一般病床	6,948	
療養型病床群	2,105	
特定機能病院	559	
精神病院	3,535	
身体障害者福祉法関連施設	253	1.3
精神保健法関連施設	105	0.5
児童福祉法関連施設	728	3.6
知的障害者福祉法関連施設	11	0.1
老人福祉法関連施設	377	1.9
老人保健法関連施設	3,145	15.5
その他	1,283	6.3
養護学校	40	
養成校	952	
保健所等	176	
法外施設	53	0.3
休業中	2,659	(11.5：対全会員数)
調査対象会員数	23,151	

注：アンダーラインは内訳を示す

が、高齢者と地域で生まれるものと考えられるのである。

以上、OT養成について振り返って明らかになったことは、近年のOT養成校と入学定員の急増が、主として高齢社会の到来への対策として打ち出されたものであるということであった。数的には高齢者のみがクローズアップされてい

ることになる。

OT養成課程としては、この需要に応じるようなカリキュラムと、その内容を満たすだけの高齢者に対する作業療法の理論、知識、技術を持っているかと言うことが問題になり、このことへの取り組みが急務であると言える。

一方、高齢者のみがクローズアップされて、需給の問題に、身障、精神、発達領域のことがほとんど言及されていないのは、何を意味するのであるかという疑問が浮かぶ。これらの領域は、数的には満たされ、質が主として問題になっているということなのであるか？

このあとの領域別作業療法に答えを待つことにする。

### 老年期障害領域

先にも示した通り、2005年の国勢調査によれば我が国の総人口に占める65歳以上の高齢者の割合は20%となり<sup>9)</sup>、更に現在は高齢社会から超高齢化社会へと移行している。このなか2000年に介護保険制度が開始され、2003年には個別リハビリテーションの導入を中心とした改正が行われ、更に2006年度には介護予防へと方針が転換され、高齢者が長期にわたって在宅生活を行えるよう支援体制の見直しが行われる見込みである。

介護保険制度の導入によって作業療法士の業務内容も変化しており、ここでは、介護保険制度導入以降の老年期作業療法の変化と現状、そして今後の教育のあり方について述べる。

### 介護保険制度と高齢者（老年期）に関わる作業療法士数

2000年の介護保険導入時、高齢者に関わる日

本作業療法士協会会員数は2,263名であったが、その後図1に示すように高齢者に関わる作業療法士数は次第に増加し、2004年には5,627名となり<sup>8, 10-15)</sup>、全体のおよそ1/4の作業療法士が高齢者と関わりがある施設に勤務することとなった。

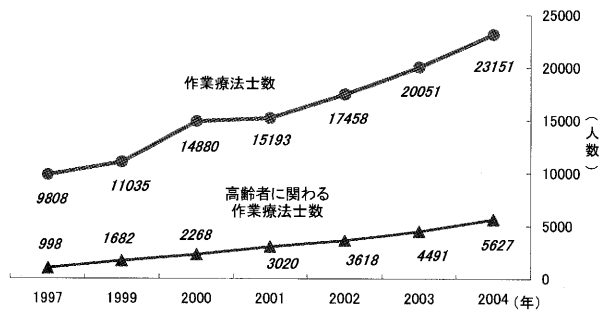


図1 高齢者に関わる作業療法士数の推移  
(日本作業療法士協会調査部資料より抜粋)

### 介護保険制度導入後の作業療法の変化

介護保険制度は老年期障害領域への作業療法に大きな変化をもたらした。従来、介護老人保健施設（以下老健施設）では入所者100に対して1名の作業療法士（以下OT）もしくは理学療法士（以下PT）の配置義務があったが、介護保険導入後は入所者50に対して1名のOTもしくはPTが配置されるとリハビリテーション（以下リハ）強化加算が算定できるようになった。このことで全面的なりハサービスの質の向上と強化をねらったが実質的には老健施設での人員不足は解消されなかった<sup>16)</sup>。

一方、社団法人全国老人保健施設協会は2004年10月、「介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助、家族や地域の人々・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援する」<sup>17)</sup>と打ち出し、老健施設

の位置づけを明確にした。これにより、老健施設は高齢者にとって安住の地ではなく通過施設であるとの認識が施設スタッフに高まり、作業療法も在宅復帰を目的として展開されることとなった。しかし、家庭の事情など社会的な理由により在宅生活を実現することが困難なケースも少なくなく、施設利用者の入所期間の長期化に歯止めをかけることはできなかった。

2003年の「個別リハ」を前面に打ち出した介護保険の見直しでは、通所リハに個別リハ加算が設けられ、定期的なりハ実施計画書の義務づけがなされた。また介護療養型施設では集団リハは姿を消し個別リハのみに診療報酬が設定され、作業療法も集団リハから個別リハへと介入の方法が変化した。

更に、2004年の高齢者リハビリテーション研究会報告書では、要支援者と要介護度1の者が増加傾向にあることが指摘され、その対策として高齢者の個々の状況に応じた適切なアプローチが必要であるとし、脳卒中モデル、廃用症候群モデル、痴呆高齢者モデルを示し、個別対応の必要性が示された<sup>18)</sup>。

2006年度介護保険制度の改定はこれらを盛り込むかたちで、短期集中リハと介護予防を中心とした施策となったのである<sup>19)</sup>。今回の介護保険制度改訂は、介護予防と地域生活に視点が注がれているため、作業療法士の活躍の場を広げるための追い風となるとも考えられ、職域の拡大につながることも期待できる。

しかし、高齢者施設は増加するものが高齢者に関わるOTの人数が未だ不足している。また、全国的に高齢者施設では一人職場の割合が高く、静岡県内において介護老人保健施設で働く日本作業療法士協会会員の一人職場の割合は、全体の6割(33/50施設)を超える<sup>20)</sup>。老健施設や介護療養型施設などの少ない人員配置では介

護保険制度で求められているリハサービスの向上や拡大は困難な状況であり、早急に高齢者施設への人員確保が必要であると考ええる。

### 老年期障害に対する作業療法教育への提言

2006年介護保険制度改正により、臨床現場ではしばらくの間制度の理解や業務態勢の見直しなどに振り回されることであろう。政策と老年期作業療法は密接なものであり、作業療法士は制度に対する知識とそれに振り回されないための作業療法の核となる治療の枠組みを持ち合わせている必要がある。そして養成教育においては、制度や老年期作業療法の核となる考えなどに加え、その老年期作業療法の魅力を伝えて行かなくてはならないと考える。

また卒業後については、現在一人職場が多い高齢者施設では問題を一人で抱えているOTも多いことから、高齢者にかかわるOTの質の向上と必要性を社会に訴えていくためにも卒後教育や臨床家間の情報交換のためのネットワーク作りが重要であると考ええる。

### 身体障害領域

#### 現状：一人あたりが扱う疾患・障害の複雑さ

身体障害作業療法の対象は大変広範囲であり、精神疾患、小児疾患を除くその他全ての領域にわたっている。専門性という点で、手の外科に対するハンドセラピー、片麻痺に対するボバースアプローチ、PNFなどの手技、頸髄損傷や関節リウマチなどの分野では独自の研究会組織を持っていることから、いくつかの枠組みを用意できるが、一人の作業療法士が他の分野を見ないという状況ではないため、こうした分類はゆるやかなものとして扱われている。この背景と

して従来から病院やリハビリテーションセンターなどでは、作業療法士を数名かかえるのがやっとなであり、必然的に一人の作業療法士が対象とする疾患、障害は多岐にわたっていたという事情をあげることができる。これらは改善されているとはいえ、現在でもその状況に大きな変化があるわけではなく、むしろ地域リハの社会的要請、老人保健施設が急増するといった事情で、一人で広い範囲をカバーするという状況は変わっていないといえる。

### 脳血管障害に偏る対象

2004年度日本作業療法士協会会員統計資料(2005年3月末現在)によると、身体障害作業療法関係でもっとも多い対象疾患は脳血管障害(身体障害領域の72.1%)であり、次にハンドセラピーと総称される分野の対象である運動器疾患(同7.4%)、そして脊髄損傷(同0.5%)、膠原・免疫性疾患(0.4%)、パーキンソン病(0.2%)、その他とつづいている。実に、脳血管障害を対象とする作業療法は、全ての疾患や障害を母数としても54%であり、本邦における作業療法士の二人に一人以上が、脳血管障害を扱っているということになる。

### 医学モデル(還元主義)から人間作業モデル(複雑系パラダイム)へ

近年、医薬品、手術技法をはじめ、医療における先端技術の飛躍的發展により、多くの恩恵が人類にもたらされた一方、遺伝子組み換え、クローン研究、臓器移植に伴う脳死の扱い、尊厳死や安楽死、胎児診断など医の倫理を厳しく問われる例が増えている。これらは同時に病からの回復、延命が人としての幸福、安寧に直接結びつくものではないことを示している。こうした背景のもと、リハビリテーション医学は、悪

いところを治す、取るといった医学モデルから、病気や障害とともに生きる考え方を模索しはじめている。例えば人間作業モデルのように、混沌からの新生、創造的發展をめざす理念構築と実践への試みが始まっている。これらは、医学モデル、つまり閉鎖的な治療モデルというよりも臨床的・リーズニング、ナラティブアプローチといった用語を好んで用いるように、時間あるいは場のダイナミクスによる変化を有効利用することで障害を乗り越えようとしている。

### 展望：医学モデルと作業遂行モデルとの統合

自ら選択したもの、価値を感じたもの、興味があり、魅せられたものに従事する時、人間は自らの治癒力、延命力を上げると言われているが、その証明には難渋している。医学モデルのような根拠をもつものとして、作業遂行モデルの効果が証明され、統合されることが望ましい。

### 作業療法対象の拡大とその目的の多様化

平成15年人口動向統計(厚生労働省)によると、主な死因別死亡数の割合は、悪性新生物(30.5%)、心疾患(15.7%)、脳血管疾患(13.0%)、肺炎(9.3%)、不慮の事故(3.8%)、自殺(3.2%)とつづいている。後遺症の増加についてこれらの数字を参考にできるとすれば、今後、悪性新生物、心疾患、肺炎の作業療法の増加が予想される。

自殺未遂による後遺症は身体障害に結びつかない場合も多いが、作業療法の目的が単に医学的治療のみでなく、作業遂行障害の克服であるという概念が一般化することにより、精神、発達、身体障害の壁を乗り越え、対象の拡大はさらにすすむものと思われる。作業遂行障害は、ニート(無業者、NEET: Not in Employment, Education or Training)とよばれる若者の増大な

ど、社会的な問題としても注目すべきものであり、教育、職業・労働行政への広がりも必須の状況と考えられる。

保健行政としては、一般社会における健康増進への関心から、ヘルスプロモーションの一環として作業療法の役割が期待されるものと思われる。巷に音楽療法、絵画療法、園芸療法などを始めとして〇〇療法なるものがあふれている現状をみると、作業療法への社会的要請がますます強くなることを予感させるものがある。このような社会的要請に答えられる作業療法の有効性に関するエビデンスを示していかなければならない。

### 発達障害児領域 (\*1)

発達障害領域の作業療法は、1950～1960年代にかけて、脳性まひを中心とする肢体不自由児に対し、職能訓練や日常生活動作訓練を行ったことが始まりであるといわれている<sup>21)</sup>。その後、1970年代からのボバース法や感覚統合療法の台頭により、脳神経系の機能に基づく感覚運動能力や、感覚統合能力を分析的に評価し、治療する傾向が強くなった。これらは日常生活の改善を最終的な目標としつつも、「医療モデル」として発達障害児を捉えてアプローチする側面を強調することになったと筆者は考える。辻<sup>22)</sup>もまた、子どもを「生活者」と捉え、生活技能に焦点をあて、将来を見据えた総合的視点での援助計画に欠ける点があったのではないかと述べている。発達障害領域の作業療法は、「医療モデル」から「生活モデル」への転換が求められており<sup>23)</sup>、障害児のライフサイクルに合わせた関わりが必要とされている。その中で、いままで活動の蓄積の薄かった教育と就労への支援が、課題として浮上してきた。佐藤<sup>24)</sup>も、思春期・青年

期から成人にかけての対応が、わが国のリハビリテーションシステムの中で最も遅れている部分であると指摘している。

近年、発達障害児を取り巻く環境に大きな動きが見られる。文部科学省は2002年に小中学校に在籍する児童・生徒の6.3%に軽度発達障害(\*2)があるという調査結果を出した。1990年に文部省でLD (Learning Disabilities: 学習障害)教育が初めて検討課題として挙げられて以来検討が重ねられ、2005年度には特別支援教育体制推進事業が開始された。これは、養護学校を始め、小中学校に在籍するLD/ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: 注意欠陥多動性障害)/高機能自閉症等の軽度発達障害児にも、特別な教育上の支援が必要であることが認識されたことを意味する。これを受けて障害児を取り巻く教育環境が大きく動き始めた。また、発達障害者支援法(2005年4月施行)により、厚生労働省はLD/ADHD/高機能自閉症等の発達障害児・者に対する乳幼児期から就労までを視野に入れた支援を、国と地方公共団体に課した。今までの法制度では支援ができなかった障害領域にも、医療・教育・保健・福祉の援助を行う事が示された。

発達障害者支援法や特別支援教育において、乳幼児期から就労にいたる支援が連続的に行われる事が求められており、NICU (Neonatal Intensive Care Unit: 新生児集中治療室)から就労までの対応が可能である作業療法は、その中において大きな役割を果たせることになる。しかし、この制度のなかに、作業療法士が乳幼児期から成人にいたる過程と地域生活を支援する専門職として認知されていると思われる文言は見当たらない。また、現在、発達障害領域の多くの作業療法士が対象としている障害や年齢、社会活動はまだまだ狭く、この法制度に対応できる活動

の蓄積が少ないのが現状である。そして、日本作業療法士協会会員23,151人(組織率88.8%)のうち、発達障害領域で働く作業療法士は、4.6%の1,069人程度である<sup>8)</sup>。現在の臨床活動に加えて学校や就労支援を含めた地域生活に活動範囲を広げるには人数が少なく、教育・保健・福祉領域において、作業療法士の関与が求められても、供給が難しい。また、これらの領域での作業療法の財源をどこに求めるのかという問題もある。現在の発達障害領域の作業療法の課題は、特別な施設や病院だけでなく、教育・保健・福祉領域において、生活支援に必要な職種として認知されることである。そして、需要に耐えうるだけの質と量を供給できるような卒前・卒後の教育体制を構築することであると考える。

\* 1: ここでは「発達障害児」は、作業療法の分野で一般的に使われている、「発達途上の障害により、その後の成長・発達過程に影響があると考えられる状況にあるもの」とする。

\* 2: ここで軽度発達障害とは、「知的発達に遅れはないものの学習面や行動面で著しい困難を示す」と担任教師が回答した児童生徒とする。

## 精神障害領域

精神障害に対する作業療法は、日本の精神医療の歩みと共に、その時代に応じた役割を担ってきた。

1988年、精神保健法が施行され、それまでの「精神障害者の隔離・監置」を基本指針とする精神衛生法から、現在の「精神障害者を障害者福祉の対象とする」という精神保健福祉法施行(1995年)への契機となる大きな変革が起こった。38年ぶりに改正されたこの法律により、欧

米諸国から大きく遅れをとってきた精神障害者の自立と社会参加の促進のための援助は急速な発展を見せはじめた<sup>25)</sup>。そして、2004年9月には、精神保健医療福祉の改革ビジョンの概要<sup>26)</sup>が示され、ようやく日本の精神科リハビリテーションは、入院医療における「患者」をケアしていく視点(医療モデル)から、精神障害を持ちながらも地域で暮らす「生活者」を支援するという視点(生活モデル)への具体的な転換の時期に入ったといえる。

これまでの作業療法は、入院治療重視の影響もあり、主として活動性の低くなった長期の入院患者へのアプローチが期待されてきた。しかし、近年大きく変わろうとする精神科医療の中で、現在の作業療法には、医学的知識と作業療法の理論を基盤に急性期から生活機能全体にまで一貫して目を向けることのできる職種として、施設に留まらない幅広い活動が期待されている。

近年の入院精神医療の特徴は、再燃・再発に迅速に対応できる精神科救急医療システム整備など、急性期医療重視の方向性が明確になってきたことが第一に挙げられる。短期間での退院を促進すると共に、国際的にnew long stayと呼ばれる重症で慢性の経過をたどる患者群を作らないため、作業療法においても、治療環境・介入の時期・回復に配慮した試み<sup>27)</sup>がなされてきている。

一方、地域生活を営む精神障害者の要請に応えるために作業療法が提供するものの1つとして外来作業療法があげられる。これは退院後の精神障害者などが日中活動するための選択肢の1つとして、デイケアとは異なり、本人が必要とする活動のみに参加できるという特徴を生かして、趣味活動の開発や再燃のサインに対して迅速な対応をするなどの役割を果たしている。さらに、作業療法に限らず多職種との連携によ



り機能するものとしては、米国のマディソン市から発展してきた包括型地域生活支援プログラム Assertive Community Treatment (以下ACT) が注目されている。ACTは、重症精神障害者が住み慣れた地域で安心して暮らせるように、様々な職種からなる専門家チームが訪問支援するものであり、日本においてはACT-Jと呼ばれ、平成15年度より千葉県市川市国府台地区にて実験的に試行されている<sup>28)</sup>。また、継続的な訪問と精神障害者居宅介護事業（ホームヘルプ）を利用し、多職種で構成するチームを形成して関わる川崎市での試み<sup>29)</sup>、など現状の制度を利用した試みも報告されている。このように現在の精神医療は、急性期医療と地域支援がうまく噛み合うことで、精神障害の再燃・再発に対応し、安心して暮らせるようなシステムを構築する方向性が見られてきている。

2005年3月31日現在、精神障害領域に従事する作業療法士は、3,405人（日本作業療法士会員数の14.7%）と示されている<sup>8)</sup>。専門職としてはまだまだ少なく量的な充実が求められるが、1つの職種が単独で活動することは少なくなる傾向が見られる現在の精神科医療では、専門性を明確にした上で、チームの中で十分なパートナーシップを発揮できる職種が求められているといえる。質の伴った量的充実であるために、教育者の責務は大きい。

## まとめ

以上、我が国の作業療法の現状と今後の展望について、はじめに養成教育の推移と今後の需要について述べ、現状では今後の作業療法の需要として最も多く見込まれるのは老年期障害とされていることを示した。次に、介護保険の導入およびその後の見直しによって、年ごとに大

きな影響を受けている老年期障害作業療法の現状について述べ、身体障害領域では多様で複雑な障害を対象とし、医学モデルから作業モデルへと変化しつつある現状を示した。発達障害領域では、医療モデルから生活モデルへの転換について説明し、また、小中学校に在籍する学習障害児や軽度発達障害児に対し、本来ならば作業療法が大きな役割を果たせるにもかかわらず、法制度上の問題により役割を果たすに至っていないことが示された。精神障害領域でも近年、医療モデルから生活モデルへと転換が行われており、作業療法士には病院・施設に留まらない幅広い活動が期待されており、急性期医療と地域支援をうまくかみ合わせ、精神障害の再燃・再発に対応し、安心して暮らせるシステムの一翼を作業療法士が担うことなどについて述べた。

## 文 献

- 1) 日本作業療法士協会教育部：作業療法教育関係資料調査報告—大学院調査—。作業療法。24 (6)、623-624、2005
- 2) 岩瀬義昭：作業療法教育カリキュラム大綱化について。作業療法18 (2)、86-93、1999
- 3) 小澤利男：人口動態。日本老年医学会編「老年医学テキスト」。2002、p4
- 4) 65歳以上初の2割台：日本経済新聞朝刊。2005.9.19
- 5) 加齢に立ち向かう医療：日本経済新聞朝刊。2005.8.29。27面
- 6) 荻原喜茂：作業療法士の需給に関連して。作業療法。23 (3)、2004、194-197
- 7) 石川誠：リハビリテーション専門職について。「これからのリハビリテーションのあり方」青海社。2004。pp.110-111
- 8) 日本作業療法士協会：会員統計資料。作業

- 療法 24 (4)、408-422、2005
- 9) 総務省統計局：国勢調査、年齢男女別推計人口、<http://www.stat.go.jp//data/jinsui/tsuki/index.htm>、2006.2 修得
  - 10) 日本作業療法士協会調査部：1997年度日本作業療法士協会会員統計資料、作業療法17、325-335、1998
  - 11) 日本作業療法士協会調査部：1999年度日本作業療法士協会会員統計資料、作業療法19、372-383、2000
  - 12) 日本作業療法士協会調査部：2000年度日本作業療法士協会会員統計資料、作業療法20、386-397、2001
  - 13) 日本作業療法士協会調査部：2001年度日本作業療法士協会会員統計資料、作業療法21、380-392、2002
  - 14) 日本作業療法士協会調査部：2002年度日本作業療法士協会会員統計資料、作業療法22、390-401、2003
  - 15) 日本作業療法士協会調査部：2003年度日本作業療法士協会会員統計資料、作業療法23、376-390、2004
  - 16) 浅海奈津子：介護老人保健施設における作業療法、作業療法 24：560-563、2005
  - 17) 木川田典彌：介護老人保健施設の動向と作業療法士に期待すること、作業療法24、580-583、2005
  - 18) 高齢者リハビリテーション研究会報告書、高齢者のあるべき方向、社会保険研究所、2004
  - 19) 厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分科会（第39回）議事次第、2006
  - 20) 日本作業療法士協会：平成17年度日本作業療法士協会会員名簿、2005
  - 21) 杉原素子：小児領域作業療法の30年と今後。作業療法ジャーナル 30：305-312、1996
  - 22) 辻薫：子どもの生活技能評価 Assessment of Motor and Skills (AMPS)。作業療法ジャーナル 37：181-188、2003
  - 23) 宮田広善：今求められる個別支援。作業療法ジャーナル 38：340-344、2004.
  - 24) 佐藤剛：思春期・青年期から成人にかけてのLDを中心に。作業療法ジャーナル 34：111-115、2000
  - 25) 蜂矢英彦、岡上和雄監修：精神障害リハビリテーション学。金剛出版、東京、2000、p7.
  - 26) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン。厚生労働省ホームページ。2004.9.2 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>>
  - 27) 立松麻記子、美和千尋：総合診療センターひながにおけるニューロングステイへの取り組み。精神認知とOT 2(5)：367-373、2005.
  - 28) 香田真希子：社会的入院者の退院支援にACTモデルから活用できること。作業療法ジャーナル 38 (12)：1097-1101、2004.
  - 29) 鶴見隆彦：精神障害者への地域生活を支援する新たな方向性—継続的訪問とホームヘルプサービスによる在宅支援。精神認知とOT (1)：126-132、2004.

## 参考文献

1. 文部科学省：小中学校におけるLD（学習障害）ADHD（注意欠陥／多動性障害）高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）：6-7、東洋館出版社、2004年7月
2. 中央教育審議会：特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）：[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/)

chukyo0/toushin/05120801.htm、2006.2.28 取得

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1.html>：2006.2.28 取得

3. 厚生労働省：発達障害者支援施策について：