

障害者の社会復帰と社会参加

——作業療法の立場から——

富岡 詔子

(信州大学医療技術短期大学部作業療法学科、日本作業療法士協会)

精神科領域における作業療法の特徴、医療・福祉領域における作業療法士の全体的な配置状況の概略を述べ、最後に作業療法あるいは作業を媒介にした働きかけの場面でのインフォームドコンセントの重要性を指摘した。

I. 精神科領域における作業療法の特徴

精神科作業療法の歴史を見ると、作業療法は時にもはやされ、時に無視され、時に批判される、といったように、精神医療のありようによって木の葉のように揺り動かされながら、現在まで生きながらえてきたというのが大きな特徴です。これは身体障害者や障害児を対象とする作業療法には見られない現象です。この原因は大きく分けて3つあります。一つは、意識するしないにかかわらず、作業療法を実践する人間と作業療法の利用者である病者や障害者との人間関係を抜きにしては成立しない方法だからです。精神療法やカウンセリングと同じように、どのような人間がどのような考えに基づいて行うかによって、極端に言えば十人十色の実践が展開されます。第2は、作業療法が利用する手段としてのさまざまな仕事や遊びに対する評価が、時代や社会のもつ文化的・社会的価値観によって左右されやすいことです。経済的や基盤が弱く就職難が表面化している時代や社会と、生活の質や個性が重視される時代や社会とでは、作業療法への期待や位置づけは大きく左右されます。第3は、精神障害（ここでは精神医学的な病気によって生じる機能障害や生活上の不自由さと仮に定義しておきます）が、第三者には見えにくく、作業療法の目的や手段を理解してもらうための共通の土俵を提供しにくいことです。

車いすを利用したり、片手が麻痺したり、通常の交通機関や住宅環境が使えなければ、生活が如何に不自由であるかは当事者や第三者にも容易に想像可能です。例えば、車いす利用者への段差の解消や住宅改造の必要性は一目瞭然ですが、対人緊張による社会生活上の支障に対する、くつろげる場所、理解し合える仲間、訪問サービスなどの必要性は、社会的にもまた精神保健従事者の間でさえも理解されにくいのです。平行棒につかまって歩行練習をしている人に、仕事を探せとは誰も言わないでしょうが、これに類似した働きかけは精神保健領域では稀ではありません。精神障害の特徴と必要な援助や訓練が第三者に具体的に見えにくいのは、作業療法のみならず自立の為のさまざまな専門的なサービスの必要性とその効果が社会的に認知されにくいことの大きな要因になっています。精神障害の客観的な把握しにくさと、精神保健領域における独自の守備領域をもつ各専門家の役割を正しく評価しない（できない）風潮とは無関係ではありません。作業療法についていえば、例えば、自立への

援助としての「革細工での作品作り」と、作品を作ること自体を目的とした「革細工」は、外から見ただけでは区別できません。何の為に、どの様な作業を、どの様に組み合わせて利用し、どの様な変化を期待するか、を個々の事例性に即して検討することの重要性は理解されずに、「何かをさせる」とイコール作業療法というイメージは今だに根強く残っています。作業を媒介にした働きかけ一般を作業療法の応用と考えるならば、作業の指導場面で見られる過干渉、過介入、過保護、過大な期待、放任、努力や自主性の強制、責任の押しつけ、善意の押し売り、失敗の隠ぺい、などは作業療法の誤用の一例です。

前述した3点が微妙にからみあって、作業療法士をどのように活用するか、作業療法に必要な設備や道具や場所やマンパワーをどの程度充実するか、に関しては現場では大きな差が出てきています。作業療法に付随する人的、物的特徴は外からも見えますから、精神医療の矛盾を指摘したり批判をする時の格好のターゲット、あるいは逆に精神医療の改善をめざす時の主張の目玉に使われやすいこととなります。作業療法がユーザーである障害者の意向とは無関係に、スケープゴートになったり、時に目玉商品になったりということ自体が、わが国の貧弱な精神医療・福祉の体質を象徴しているように思われてなりません。この典型が、過去の作業療法の診療報酬の制度化をめぐる関係者の相反する対応だったのではないのでしょうか。従って、看護職や他の専門職とは異なる作業療法の技術が、わが国の精神医療や福祉の領域でどのように活用されていくかは、こと作業療法の問題だけではないのです。薬物療法、精神療法、看護、ケースワーク、職業訓練、などが有機的な連携をもって活用されてこそ、障害者のもつ健康な側面や障害の特徴に応じた具体的な解決策を本人自身が体得していく一つの機会としての作業療法が活かされるのです。それぞれの職種の役割や専門的なサービスが適切に評価され、それぞれの持ち味を発揮できるような風土と制度的な裏付けが定着しない限り、障害者の人権擁護や自己決定権の尊重も絵に描いた餅であり、チームワークもスローガン倒れになりかねません。このことは、障害者の社会参加に不可欠な、医療・福祉・教育・労働のあらゆる場でいえることではないでしょうか。

Ⅱ. 作業療法士の全体的な配置状況

作業療法士の現状について、共通の理解をもってもらうために、基礎資料を提供したおきたいと思えます（詳細は資料を参照）。1966年の第1回国家試験で22名の作業療法士が誕生し、1/4世紀後の1991.7現在では5,270名、毎年700名近くが卒業するまでになりました。（社）日本作業療法士協会は、加入率83%（1991.7：4348名）で、会員の6割は30歳以下で経験年数が5年未満、また全体の1/3を男性が占めている、という特徴をもつ若い職能団体です（図1～5）。若年労働者の不足は、作業療法とは何の関係もない一般企業からの求人が養成施設に送られてくる程に深刻です。精神保健領域が若い世代にとって魅力ある職場になるか否かは、今後の人材確保に、職種の如何を問わず大きな要因になるでしょう。

(1) 作業療法士の領域

1990.4時点では協会員の約9割が臨床（障害者への直接的な作業療法サービスの提供）で働いています。勤務施設の種別は、一般病院、精神病院、リハビリテーション専門病院などの医療系施設が74.5%、身体障害者更生援護施設、肢体不自由児施設、特別養護老人ホームなどの福祉系施設が17.9%、その他が7.6%となっています（表1）。対象とする障害の種別では、身体障害が44.5%、精神障害15.3%、小児・発達障害18.3%、老年期障害が16.8%、教育・その他が6.3%ですが、年次的な推移を見ると、作業療法士数の増加は老年期障害の職域の確立と精神障害領域の比率の相対的な低下

をもたらしたといえましょう(表2)。今後の配置予測は、平成元年策定の「高齢者保健福祉推進10年戦略」(いわゆるゴールドプラン)に基づく「理学療法士及び作業療法士の需給計画の見直しに関する意見書」(医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会：H.3.8.16)(表3)によると、福祉領域への配置率が現在の17%よりは、かなり増大していくのではないかと考えられます。ちなみに諸外国との比較では(表4)、経済大国日本が現時点の米国レベルになるには、上記の需給見直しが実現し総数16,000名が確保できる、今から8年後の平成11年です。また、約1/4世紀後にやっと北欧福祉先進国の現在のレベルの半ばに達することになります。

(2) 精神保健領域での作業療法士の配置

医療施設および精神科デイケア施設が主であり、1990.7時点では精神科作業療法の認可施設284カ所に605名の作業療法士が勤務し、精神科デイケア施設188施設に153名が勤務しています(表5)。過去3年間の変化をみると、1988～1990年の作業療法士数の増加率は1.33(3,527→4,694人)で、精神科デイケア認可施設(大・小規模合わせて)では1.37(111→153人)、作業療法認可施設では1.35(1,824→2,478人)、精神科作業療法認可施設では1.23(489→605人)と、精神病院での増加率が最も低率です。現時点での病床数から当協会が算定した医療施設における需要数(表6)から充足率を計算すると、一般病床・老人病床では28.9%、精神科病床では25.7%とそれほど大きな差は見られません。また、精神保健法で定められた社会復帰施設である精神障害者授産施設では、平成3年9月時点で32施設中の13施設(配置率40%：全精社協調べ)に配置されていますが、精神保健センターや法定外の共同作業所の配置数も含めて、今後の正確な調査が必要とされています。全体としてみると、精神保健領域での作業療法士の配置は作業療法士数の増大とほぼ平行して増加しているが、今後は老人領域との競合が表面化していくことが予想されます。

Ⅲ. 作業療法とインフォームドコンセント

作業療法では障害の種別を問わず、目的や方法、頻度や時間、およその期間や費用について説明をした上で開始するのが原則です。障害者や老人のように障害をもつ当事者の理解が得られにくい場合は家族に行いますが、「可能な限り当事者と」の原則は、医療の場であっても福祉の場であっても変わりません。なぜなら、本人自身が自らの意志で作業に取り組まない限り実施不可能であり、当事者との協力関係の有無は作業療法の成果を大きく左右するからです。特に、作業の利用に付随する金銭、時間、期間、頻度、ルールや取り決め、さらに、作業を媒介にした指導や訓練目的、などの情報提供と合意は不可欠です。こうしたことが、ごく当り前のこととして日常的に実践されない限り、作業療法は精神障害者の社会参加に逆に作用する危険性があることを指摘しておきたいと思います。

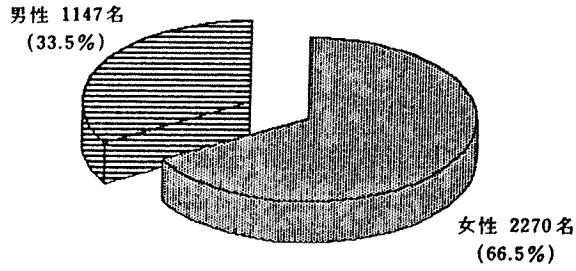


图1 男女别会员数

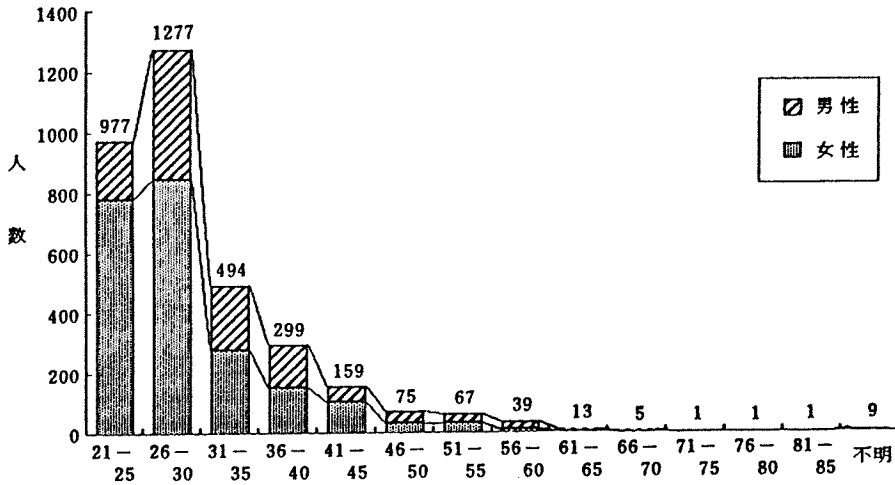


图2 年龄别会员数

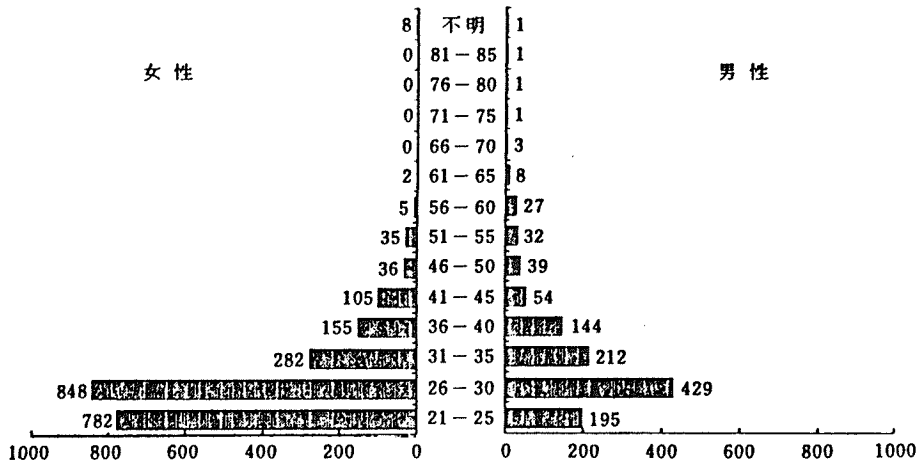


图3 年龄别性别会员数

表1 勤務条件別・施設分類別会員数（重複あり）

施設分類	常勤*	非常勤	OT以外の 職	計
医療系				
一般総合病気	729	13	7	749
リハビリテーション専門病院	351	6	0	357
国立療養所	109	3	1	113
大学病院	142	1	0	143
老人病院	214	3	2	219
神経専門病院	42	0	0	42
整形外科病院	50	1	1	52
精神病院	413	12	10	435
精神科デイケア	77	2	0	79
小児病院	28	1	0	29
総合医療療育センター	43	0	1	44
その他の一般病院	267	3	3	273
その他の医療福祉複合	29	0	0	29
その他	34	5	1	40
医療系合計	2,528	50	26	2,604
福祉系				
リハセンター（更正保護施設）	105	1	0	106
身障者福祉センター	43	14	0	57
身障者更正相談所	9	0	0	9
肢体不自由者更正施設	28	0	1	29
身障者療養施設	4	1	2	7
身障者授産施設	2	0	0	2
老人福祉センター	4	6	0	10
特養老人ホーム	33	15	0	48
肢体不自由児施設	190	4	2	196
身障児総合通園センター	30	3	0	33
小規模通園施設	19	4	0	23
精神薄弱児施設	6	0	0	6
精神者更正施設	10	1	1	12
重症心身障害児施設	56	1	0	57
重身更正援護施設	25	3	0	28
児童相談所	4	0	0	4
デイセンター／ケアセンター	26	19	0	45
その他	14	3	3	20
福祉系合計	608	75	9	692
養護学校				
肢体不自由児	5	1	6	12
精神薄弱児	1	0	0	1
その他	1	1	0	2
養護学校合計	7	2	6	15
養成校				
専修学校	69	3	0	72
医療短期大学	74	5	0	79
養成校合計	143	8	0	151
保健所				
保健所	19	10	0	29
保健センター	25	6	0	31
老健施設	49	5	0	54
その他	2	2	0	4
保健所系合計	95	23	0	118
その他				
職業センター	0	0	0	0
リハ関連企業	0	0	0	0
補装具製作施設	0	0	1	1
その他	13	2	4	19
その他合計	13	2	5	20
不明	1	8	0	9
総計	3,395	168	46	3,609

注1) *非常勤の数には、常勤者が本務の他に非常勤で関わっている施設の数も含まれています。

2) 勤務していない者を除く。

作業療法9巻4号：319～326、1990（再掲）

表2 作業療法士数（協会加入者）の領域別比率の推移

年度	会員総数	身体障害	精神障害	発達障害	老人	教育・他
1973	329	38.4%	33.8%	20.0%	—	7.8%
1978	548	46.2%	25.7%	17.7%	—	10.4%
1982	994	48.1%	24.4%	20.4%	—	7.1%
1990	3,417	44.5%	15.3%	18.3%	16.8%	6.3%

注：1990年は1990.4時点での数字を使用し、勤務せず、不明数を除いて、重複回答分を補正して各分野の比率を計算した。1973～1982年については、上野による数字（精神神経誌86:9:768:777）を流用した。

表3 理学療法士、作業療法士の需給見通し

区 分	前回推計		今回推計			
	平成7年		平成7年		平成11年	
	P	T	P	T	P	T
需 要	13,400	7,500	20,800	13,200	23,800	15,800
現状での供給数 理学療法士 1,125名 作業療法士 700名	14,700	7,500	14,700	7,500	18,500	10,200
今回見直し後の供給数 理学療法士 2,800名 作業療法士 2,300名	—	—	15,000	7,700	24,200	15,600

表4 作業療法士数の国際比較

区 分	作業療法士の数 (人)	人 口 (万人)	作業療法士1人当 たりの人口(人)	人口10万人に対す る数(人)
日 本	4,689	12,312	26,257	3.81
デンマーク	3,079	500	1,623	61.58
アメリカ	30,517	24,029	7,874	12.70
イギリス	6,802	5,668	8,333	12.00
ドイツ	3,200	6,038	18,867	5.30
スウェーデン	5,000	840	1,680	59.52

注：日本は1990年の数、その他は1988年の数（日本作業療法士協会調べ）

表5 診療報酬認可施設数及び配置職員数の推移

施設基準 の名称	年度	施設数	P T	O T	S W	C P	看護 婦	準看 護婦	助手	1日平 均人数
運動療法	1988	1,799	6,077	37	80	56	279	242	3,681	66.3人
	1989	2,026	6,604	130	111	49	174	145	4,404	60.8
	1990	2,218	7,421	136	149	74	190	130	4,654	61.6
作業療法	1988	630	33	1,824	22	16	159	93	552	40.9
	1989	742	145	2,072	44	29	95	33	605	33.0
	1990	839	121	2,478	40	37	69	17	577	33.5
精神科作 業療法	1988	227	0	489	40	43	222	111	461	76.7
	1989	240	14	457	39	28	93	44	487	68.3
	1990	284	1	605	40	45	64	48	505	66.3
精神科デ イケア (大規模)	1988	131	0	111	162	134	190	14	77	26.7
	1989	146	2	131	140	136	213	15	62	21.0
	1990	163	1	146	146	144	254	21	91	20.7
精神科デ イケア (小規模)	1988	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1989	7	0	3	8	6	10	1	1	13.3
	1990	25	0	7	20	14	24	4	6	8.7
精神科ナ イトケア	1988	1	0	0	3	1	1	0	2	9.9
	1989	2	0	5	2	1	1	0	0	14.7
	1990	14	0	6	2	1	0	0	3	2.1

注：日本医事新報：89.7.29/90.9.15/91.9号より抜粋作成。

1988年から精神科デイケア（小規模）の分類項目が採用。

表6 医療施設における作業療法士需要数 配置基準積算基礎

（日本作業療法士協会保険委員会）

病 床 名	病 床 数	対病床数	作業療法士数
一般病床（除く老人）	1,064,259	150	7,095
老人病床	148,177	100	1,482
精神病床	352,504	150	2,350
結核病床	46,256	300	154
合 計	1,611,196	***	11,081