HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	精神科作業療法の診療報酬改正をめぐって : 北海道内の医師，作業療法士の意見を中心に
Author(s)	上野, 武治; 深沢, 孝克; 大宮司, 信
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 4, 87-96
Issue Date	1991-12
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/37530
Type	bulletin (article)
File Information	4_87-96.pdf

Instructions for use

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

精神科作業療法の診療報酬改正をめぐって
―― 北海道内の医師，作業療法士の意見を中心に ――

上野　武治・深沢　孝克・大宮司　信

Opinions of the Psychiatrists and Occupational Therapists in Hokkaido on the Revision of the Fee for Psychiatric Occupational Therapy

Takeji Ueno MD, Yosikatsu Fukazawa OTR
and Makoto Daiguji MD

Abstract

The existing system of a fee for psychiatric occupational therapy (POT) established in 1974 has been pointed out to have many problems, and the revision has been claimed ; the number of 75 patients permitted of being treated by an occupational therapist (OT) in a day is too many, and the fee of 100 points is also too low-priced. On the other points such as the standard nursing and assistants required for permission of POT, no revision has been claimed, although we have considered them also revised soon for the spread and development of POT.

This time we investigated opinions of the psychiatrists and OTs in the mental hospitals permitted of POT in Hokkaido, concerning to the revision of above points. As a result, both of them considered that the prescription of the standard nursing and assistants was unreasenable, and that psychiatric outpatient also required for occupational therapy althogh unpermitted now.

These opinions are considered very important to make a consensus with psychiatrists and OTs for revision of the system of the fee for POT in the near future.

はじめに

わが国では，1974年にはじめて社会保険に作業療法の点数化がなされたものの，精神障害に対する作業療法の診療報酬体系(以下，「精神科作業療法」と記す）は多くの問題点が存在しており，その抜本的な改定が求められている[1]。

今回，われわれは現行の「精神科作業療法」の改定方向に関して北海道内（以下，道内）で作業療法を実施している精神科医療施設の精神科医師とそこに勤務する作業療法士を対象に，アンケート調査による意見集約を行い，多くの貴重な意見を得ることが出来た。ここにその結果を報告し，あわせて今後の課題についての検討を行った。

北海道大学医療技術短期大学部作業療法学科
Department of Occupational Therapy, College of Medical Thechnology, Hokkaido University

調査方法

1990年4月中旬から5月上旬にかけて，道内で作業療法を実施している21の精神科医療施設を対象に，施設の長である精神科医師（総合病院の場合には，精神科科長）と作業療法士（複数の場合には主任）に対して，「精神科作業療法」の5点の改定の是非とそれに対する意見の設問を作成した調査票（図）を送付し，それらの項目への意見を求めた。この5項目とは，Ⅰ．認可の施設基準：「基準看護」について，Ⅱ．認可条件：「助手」について，Ⅲ．対象患者について，Ⅳ．1日の取り扱い患者数について，Ⅴ．診療報酬点数について，である。

また，調査票を送付した21の精神科施設は，国公立9を含む公的13，民間8であるが，そのうち「精神科作業療法」の認可を受けているのは14施設であった。

調査結果（表）

調査票の回収状況は，精神科医では13施設からで回収率62%で，内訳は国公立7を含む公的8，民間5であり，うち9施設が「精神科作業療法」の認可を受けていた。一方，作業療法士からは17施設からで回収率81%，その内訳は国公立7を含む公的11，民間6であり，うち12施設が認可を受けていた。

今回の調査は，対象そのものが少なく，回収数はさらに少ないが，おおよその傾向は把握できたものと判断し，その結果について検討する。なお，解答数は%で表示する。

1．認可の施設基準：「基準看護」について

「精神科作業療法」の認可の施設基準である「基準看護」に関しては，「精神科の実情からは

表　調査結果

設問項目	精神科医師		作業療法士	
	実数	%	実数	%
設問Ⅰ　施設基準の「基準看護」				
1．必要である	6	46.2	2	11.7
2．不要である	7	53.8	15	88.3
3．その他	0	0	0	0
設問Ⅱ　認可条件の「助手」				
1．必要である	4	30.8	2	11.8
2．不要である	9	69.2	13	76.5
3．その他	0	0	2	11.7
設問Ⅲ　外来患者への作業療法				
1．認めるべきである	12	92.3	17	100
2．現状で良い	0	0	0	0
3．必要ない	0	0	0	0
4．その他	1	7.7	0	0
設問Ⅳ　1日の取扱い患者数				
1．他領域なみにすべき	3	23.1	2	11.8
2．精神科の実情にそった具体案で	10	76.9	15	88.2
3．現行で良い	0	0	0	0
4．その他	0	0	0	0
設問Ⅴ　診療報酬点数				
1．他領域（例えば身体障害者）なみに	6	46.2	6	35.3
2．精神科の実情にそった具体案で	7	53.8	11	64.7
3．100点は評価できる	0	0	0	0
4．その他	0	0	0	0

必要」とするものは医師で46.2%，作業療法士では11.7%であった。一方，「不要であり，他領域と同じくすべき」とするものは医師で53.8%，作業療法士では88.3%であった。しかし，医師で「不要」とする意見は半数を僅かに上回る程度であり，大部分が「不要」と考えている作業療法士とでは，施設基準に関する考え方に大きな相違が見られた。

この点に関する主な意見は以下の通りである。

1)「必要」とするもの

[医師]

・より密接な看護のために必要。

[作業療法士]

・看護サイドのしっかりした生活指導や患者との接触の機会を十分に持てるようにするためにも必要。

2)「不要」とするもの

[医師]

・基準看護の有無にかかわらず，精神科作業療法は必要。

・本来なら必要だが，基準看護を行っているところは作業療法料を倍額にするなどの優遇措置をとるべき。

[作業療法士]

・施設基準の条件にすることはおかしく，作業療法士が従事し，適当な施設空間が確保され，スケジュールが確立されていることが条件の中心に置かれるべきである。

・基準看護の実施が望ましいが，むしろ不備な看護体制の施設ほど作業療法士を採用し，医療に寄与すべきであって，基準看護を条件づけることは妥当でない。

・特に基準看護であることで利点を感じたことはなく，そうでなくても不便はない。

・作業療法は看護の一部だと思われるのは辛い。

・医師の指示のもとで行うことであり，基準看護が条件となる理由がわからない。

・認可基準が定められた当時の精神医療の状況からは止むを得ないことであったかもしれないが，最近はもう必要でない。

2．認可の条件：「助手」について

「精神科作業療法」の認可には，作業療法士に加えて1名以上の職員が「助手」として付くことが条件となっている。この点に関して，「精神科作業療法には助手は必要」とするものは医師では30.8%，作業療法士では11.8%であり，「不要であり，他領域の作業療法と同じとすべき」とするものは医師では69.2%，作業療法士では76.5%と，共に7～8割が不要と考えていた。「その他」とするものは，作業療法士2施設（11.7%）に見られた。

以下はこの点に関する意見である。

1)「必要」とするもの

[医師]

・作業療法士の1日取扱い患者数との関連で検討すべきであり，現状では1名の作業療法士では不足である。

・作業療法士の指導により，特技を有する助手の協力を得て治療のメニューを豊富にすることが必要である。ただし，助手を置く時は加算措置が必要。

[作業療法士]

・多人数グループの活動時や，たとえ小人数の場合であっても急な用事が入った場合などや安全管理の面からも必要。

2)「不要」とするもの

[医師]

・どんな経過で助手を置くようになったかは不明であるが，もし複数必要であるならば作業療法士を2名とすべきである。

・認可基準には不要と思われるが，実際問題としては現在の取り扱い人数ではマンパワーの必要は自明である。

・義務づけが不要なのであり，精神科の実情からすれば助手や看護婦を配置するか否かは医師の裁量に任せられるべきである。

・一人一人の患者へ個別的対応をすべきであり，集団的・画一的なものは分裂病患者にとり毒にはなっても薬にはならない。

［作業療法士］

・助手をおくことよりも，作業療法士の充実により幅のある作業療法が可能となる。

・現状の施設基準では助手なしにやって行けないが，保険点数が是正され，取り扱い人数が身体障害なみに少なくても良くなれば必要ない。

・作業療法の内容も，以前の内職中心から個別的あるいはグループでの精神療法的な面を強く持ったものに流れが変わってきている。助手を必須として多人数を扱うことは作業療法のレベル低下につながる。

・養成校，療法士の少ない時代の産物で，現在では有資格者で充分出来る時代になっている。

3）「その他」の意見

［作業療法士］

・一人で行うことはどの領域でも難しいので，助手がいれば仕事がスムーズになるが，この助手に何の規定もないのは非常に乱暴。他の部門にこの助手規定がないのは不自然。

3．対象患者について

「精神科作業療法」の対象は，「基準看護」が施設基準とされていることもあり，入院患者とされている。この点に関して，「外来患者も対象として認めるべき」とする意見は医師では92.3%，作業療法士では100%を占めており，「その他」は「解答保留」が医師で1名（7.7%）いたのみであった。

この点に関する意見は以下の通りである。

［医師］

・施設基準の点でデイケアが無理でも作業療法の必要はあり，外来も是非対象にして欲しい。

・精神科デイケアは1日6時間の請求が条件になっているため，退院患者への多様なリハビリテーションの実施が阻害されている。

・今後，地域医療が大きな役割を果たして行くと思われるので，外来作業療法も認めるべきで，デイケアと作業療法は別である。

［作業療法士］

・デイケアのある所では外来患者への対応も可能であるが，この様な施設の少ない現在，外来患者への作業療法を認めるべき。

・退院してもすべての患者がデイケアの対象にはならない。デイケアと外来作業療法では内容，条件に違いがあり，外来作業療法が合っている場合もある。

・老人医療でデイケアと作業療法との機能的差異を認めていながら，精神科で認めないのは不合理。当院でも居住地が遠方で外来受診が限られていたり，退院したものの対人恐怖が若干残っていてグループへの適応性が低い場合，長時間の拘束がいろいろな事情で困難な場合，個人活動を強く希望する場合などで外来作業療法が必要とされている。

・治療上，入院患者と外来患者を同じ場面で扱うのは慎重にならねばと思うが，入院と外来の違いを考慮した上での方法はある。外来でも可となると，地域主体へと動いている精神医療の中で有用なサービスとなる。

4．1日の取り扱い患者数について

「精神科作業療法」では，作業療法士1人の1日当たりの取り扱い患者数は75人であるが，この点については「現行で良い」とするものはなく，「とりあえず，他領域の作業療法なみにすべき」が医師で23.1%，作業療法士11.8%で，「精神科の実情にそった具体案を提起すべき」との意見が医師76.9%，作業療法士88.2%と大部分を占めていた。

この点に関する意見は以下の通りである。

1）「他領域の作業療法なみに」とするもの

［医師］

・作業療法士1人が75人というのは，決して健全な姿ではない。

［作業療法士］

・どうして作業療法士1人と助手で1日75人を診れるのか理解が出来ない。早急に改正して

欲しい。

2)「精神科の実情にそった具体案を提起すべき」とするもの

［医師］

・「他領域なみ」でも良い。自分のところでは作業療法士1名で1日10名の指導がやっとであり，75名を扱うのは不可能。

［作業療法士］

・精神科作業療法も治療者・患者関係を重視すべき療法であって，精神症状によりしばしば1対1の治療場面も必要であり，現在のマス的扱いでの状況下では療法として成立しがたいし，実情にそぐわない。

・当院では平均20名程度であるが，実際には30名位が最も良く，多くても40人位が限界。治療時間に関しても，実際には1時間程度の活動が適当な患者もいて，個人作業療法などは規定上難しい。現行の規定では，ある一定時間に患者を集め，2時間の活動を行い，一斉に帰すという古い作業活動の名残りが未だに支配している。

・活動内容に幅があり，他の領域で分けられているのであれば，当然精神科でも分けられるべきである。

・記録も含めると，1日75人は現実的ではない。しかし，現在身体障害で行われている分類は単に時間で分けている観があり，精神科領域には相応しくない。精神科ではたとえ15分でも患者の生活の中に健康的刺激と反応を引き出し，反映させる蓄積の過程でもあるので，1日の上限を定める程度で良く，1日60人程度が上限である。

5．診療点数について

1990年4月に改定された「精神科作業療法」の診療報酬点数100点に関して，この改正を「評価する」意見は双方ともなく，「せめて他領域(例えば身体障害作業療法）なみにすべき」との意見は医師46.2%，作業療法士では35.3%，「精神科の実情にそった具体案を提起すべきである」との意見は医師53.8%，作業療法士では64.7%であった。

前項の「1日当たり取扱い患者数」に比べて，「他領域の作業療法なみにすべき」が多くなってはいるものの，全体として「具体案を提起すべき」とする意見が多数を占めていた。

以下はその点に関する意見である。

1)「他領域の作業療法なみにすべき」とするもの

［医師］

・マンパワーに依存する点が多いだけ，むしろ身体疾患なみとすべきである。

［作業療法士］

・今回の改正では，物価の上昇もあり，それに合わせた程度の引上げでほとんど実質的な意味はない。

2)「精神科の実情にそった具体案を」とするもの

［作業療法士］

・現在，作業療法はすればするほど赤字が増える。

・集団療法と個別療法の点数分けがあると良い。

・精神科領域における作業療法の効果が今一つ不明確なことなどで，すぐに身体障害領域と同じ点数にするのは乱暴であり，患者の作業療法への参加意欲の減退につながるのではないかと思われる。

・施設の運営上からも，実情にそった採算の合う点数請求が出来てこそ現実的な問題解決になるのでないかと思われる。作業療法士協会よりの要望書の早期実現を望む。

・現行の100点はまだ低く，200点が妥当。入院期間が長期化しやすい傾向もあるので，患者への看護基準に合わせて点数を傾斜させること，入院期間では1年以上を越える時は減点し，下限は100点とするなど，社会復帰への働き掛けを援助する点数を考えていきたい。

6．「精神科作業療法」の全般に関する意見

ここに寄せられた意見は，以下の通りである。

［医師］

・1日75人というのは，過去の間違った院内作業の発想にもとづいた集団的・画一的管理療法であり，非治療的である。個別的作業療法とすべきである。

・精神科医療費が全般的に低く設定されている中で，作業療法はとりわけ低い評価となっている。集団的・労働収奪的作業をできるだけ排除するチェック・システムを作りながら点数を上げるべきである。また，基準看護をとっている施設が作業療法士を採用した場合，入院医学管理料という方策もある。

・作業療法が各施設によって相違があり，医療費の要求にも差が出てくる。施設により3段階の差を設け，人件費を適切に多く投入している所は高くするなどの配慮がなされるべきである。

・技術料としての精神科作業療法の点数の他に，材料費などの実費請求の道を開いてほしい。

・現行の2～3倍にする必要がある。

・「身体障害」と「精神」を区別する必要はない。

・生活療法，レクリェーション療法にも点数をつけるべきである。

［作業療法士］

・現在の実情は，古い体制の亡霊に支配された基準が何をするにも壁となって立ちはだかり，非公式という形をとったり，やむなく見合わせたりしている状態である。

・注ぎ込んだエネルギーの量を考えると，それに見合う点数にして欲しい。例えば，個人作業療法，小グループ，大グループなど。

・患者が入院から外来，またデイケアに移るなどの変化は大変大きなもので，これが適切に医療費に反映されるべきである。作業療法も単独でなく，全体的な向上に力を合わすべきである。

・精神科作業療法の点数が低いと思うが，低いから上げてくれといっても上げてくれない。作業療法の効果，必要性など曖昧にしてきた点，作業療法士の働きかけ方に問題はなかったか。

・理学療法と同様に作業療法も一本化すべきである

・「3単位出来ないのが本当でしょう」と保険課が認識しているが，良い治療を約束する保険点数，施設基準であって欲しい。

考　　察

「精神科作業療法」の1日取扱い患者数や診療点数は身体障害および老人作業療法と比較しても極めて劣悪であるため，従来からその是正が各方面から要求されている[2-8]。しかし，施設基準や対象患者などの精神医療の在り方に直結する基本的な問題は，従来必ずしも十分に検討されてはいなかったものである[9]。したがって，これらの諸点に関する今回の調査結果に見られる意見は今後の検討に当たって非常に貴重なものと考えられる。

1．調査の結果について

1）基準看護について

まず，現行の施設基準である基準看護に関して，医師では過半数，作業療法療法士では大部分が「不要」と考えていたが，これは今回の調査で医師と作業療法士との間に最も大きな見解の相違が見られた項目である。

施設長である医師で「必要」とする意見が少なくなかった理由として，今回の調査対象が「精神科作業療法」を認可されているか，その予定の，道内の精神科医療施設の約16%にすぎない比較的恵まれた施設であることをまず念頭におく必要がある。また，点数化がなされた当時やその後も一部の精神病院では「作業療法」と称して人手不足を補うために患者に施設内の諸業務を行わせていたことが世論の厳しい批判にさらされたこと，さらに作業療法部門には看護部門などから応援を行っている病院が現在も少なくないこと[4]なども重要な背景として考えなければならない。しかし，こうした点を考慮にい

れても，作業療法を実施している施設の長で「基準看護を不要」とする意見が多くを占めたことは極めて大きな意味があると考えられる。

現在のわが国の精神科医療施設数の8割，精神病床数の9割を占める民間病院の「基準看護」の採用は半数に過ぎないため[10]，現行の規定では入院患者の半数弱は作業療法から排除されている現状にあるが，このことは入院治療には薬物療法や精神療法と同様に作業療法も欠かすことが出来ないことを考えると，精神科における入院医療は質の点で極めて重大な問題を内包しているのである。さらに，現行の規定では精神科診療所における「精神科作業療法」の可能性も排除されているが，今回の調査ではこうした立場からの意見が医師においても多くを占めたことを意味していると考えられる。一方，作業療法士の大部分で「基準看護を不要」と考えていたが，これは作業療法の専門職としては当然の主張である。しかし，理由は不明であるが，従来作業療法士の団体である日本作業療法士協会はこの施設基準を是認してきた経過があるが（少なくとも「撤廃」を明確に要求したことはない），この問題を当事者団体として十分に検討して明確な態度を表明すべきと考えられる。

2）認可条件の「助手」について

「精神科作業療法」の認可の条件である助手に関しては，現行規定では取扱い患者数が多いために「必要」とする意見も少数みられたが，医師，作業療法士双方の大多数で，「現行規定は作業療法の質を低めているため，取扱い患者数を減らしたり，作業療法士の充足をはかるべき」で「不要」と認識されていた。

したがって，「精神科作業療法」のみに見られるこの助手規定の撤廃は，関係者のほぼ一致した見解と考えることが出来るが，この点も前項と同様，作業療法士の団体が明確な態度を表明していないことは不可解なことである。

3）外来患者への作業療法について

外来患者への作業療法に関しては，ほぼ全員がその必要性を認めていたことも注目される。身体障害や老人作業療法では当初から外来患者も対象として実施されており，地域ケアに重要な役割を果たして来ているものの，精神科ではデイケアやナイトケア，訪問看護・指導などがその役割を担うものとされ，作業療法に関するこの点からの検討はこれまでほとんどなされていなかったものである[11]。この背景には，作業療法がそもそも長期の入院患者への治療・リハビリテーションを出発点としていたこともあり，外来患者への医学的リハビリテーションとしてはデイケアの役割のみがもっぱら強調されて来たためと考えられる。しかし，今回の調査結果では「外来での作業療法も是非必要」と認識されていたが，これはすでに道内では「精神科作業療法」が通院医療において一定の役割を担っている現状を反映しているためと考えられる。

精神科の外来医療において作業療法が公式に認められることは，入院から外来への一貫した治療・リハビリテーションを可能にするばかりでなく，通院医療を主体とする総合病院や診療所などにおける「精神科作業療法」の実施をより容易にするなど，地域ケアの発展にとっても極めて大きな意義を持つものである。

4）1日の取り扱い患者数について

作業療法士1人当たりの1日取扱い患者数に関しては，「精神科の実情に即した具体案」を望む意見が作業療法士に多く見られていたが，これは日本作業療法士協会がこれまで幾度も具体的な提案を行っていることと関連している。例えば，同協会では1989年11月，厚生省に対する要望書で，作業療法士1人あたり1日取扱い患者数を「複雑」「簡単」合わせて上限60人とし，「複雑」を開始日より6ケ月を限度に個別，または10名以内を単位として上限15名，「簡単」を1人以上の助手とともに，1回の患者数20名を限度とし，45名を上限とする提案を行っている[7]。しかし，今回の調査や同協会のこれまでの調査では[12]，たとえ助手がついても作業療

法士1人が扱うことが出来る患者数は1日にせいぜい40人位と言われているため，この提案が果たして現実的な数かどうか，さらに助手を抜いてどの位の数を扱うことが出来るかなどを十分に検討する必要がある。

5）診療報酬点数をめぐって

「精神科作業療法」の点数は，1990年4月約7年ぶりに70点から100点に改定されたが，この背景にある医師側と作業療法士側の双方の動きを若干検討してみたい。まず，1989年11月日本精神神経学会など関係6団体の厚生省に対する「精神科診療報酬に関する要望」では「簡易100点，複雑300点」として点数の改定のみが要求されていた[8]。一方，日本作業療法士協会の前述の要望書では，「複雑200点，簡単130点」と要求している[7]。当時の他領域の作業療法の点数と比較すると[13]，「簡単」については作業療法士協会が身体障害作業療法とほぼ同じ点数の要求を行っており，「複雑」に関しては医師側が身体障害作業療法とほぼ同じレベルの300点を要求していた。作業療法士協会の要求はそのほぼ2/3の200点であったが，これは同協会提案の「複雑」が10人までの集団訓練を含むことと関連していると思われるが，結局この関係2者の要求は一本化されていなかったため，最も低い１００点で決まっているのである。なお，現行の身体障害ならびに老人作業療法の治療時間は「簡単」15分，「複雑」40分であり，「精神科作業療法」の治療時間に関してこれらの時間を機械的に当てはめることは不可能なことも今回の調査で指摘されているため，治療時間も十分考慮に入れた改定案を作成することが今後の課題と思われる。

なお，今回の調査では，精神障害に対する作業療法の効果が身体障害に対するものより不明瞭・曖昧であるとして，「精神科作業療法」の点数を他の作業療法と同じく要求することへの「ためらい」が見られていたが，精神障害は身体障害に比べてはるかに個別的で複雑であり，治療時間も長くかつ高度の専門性と経験が要求されるため，「精神科作業療法」の技術料が他の作業療法よりも決して低くて当然なものではない。

いずれにしても，診療報酬点数の改定に当たっては，1日の取扱い患者数を含め，各関係団体間で十分なコンセンサスが図られていることが極めて重要である。

2．作業療法の診療報酬体系のあり方をめぐって

最近の高齢化社会への急速な進展や疾病構造の変化等によって，心身に多様な障害を抱える患者の一層の増加を考える時，作業療法は「心身障害へのアプローチ」としての立場を一層必要とされており，「精神科作業療法」と身体障害あるいは老人作業療法との共通基盤はますます大きくなって来ている[3]。したがって，認可基準や点数，取扱い患者数に差が大きすぎることは，多くの問題を生じさせる結果となる。例えば総合病院において，同一施設内でそれぞれの作業療法が認可を受けた場合，脳器質的な背景を持つ精神科患者や心理的改善を目的とする身体疾患患者の作業療法において，領域によって大きな点数請求の格差が生じて来ることとなる。さらに，精神障害を含め多様な患者が同一の場面で治療を受けることは，相互の障害に対する理解を深めるばかりでなく偏見を除去する上でも大きな意義を持つが，その様な治療場面の設定も阻害されてしまうことになる。どの領域の障害であっても個別治療を基本としながら，多様な形態での治療が出来るような規定が必要なため，作業療法の診療体系は個々に細分化されるよりは基本的には1本化されることの方が望まれる。しかし，それが困難であっても「精神科作業療法」と他領域の作業療法との間には点数その他で多くの共通基盤が作られていることが重要である。なぜなら，急性期の複雑な病態を扱うことの多い大学病院や総合病院でも，あるいは地域ケアの中心である診療所でも，さらに

は老人患者を多く抱える精神病院でも大きな矛盾がなく作業療法が実施出来るからである。

われわれが1990年5月の日本精神神経学会総会シンポジウム「精神科リハビリテーションと医療費体系」において，「当面，他領域の作業療法と同様な条件での改定」を強調したのも[1]，以上の理由からである。

おわりに

現行の「精神科作業療法」の改定に関し，道内で作業療法を実施している精神科医療施設の長である精神科医師と，そこに働く作業療法士の意見集約を行った。

その結果，施設基準である「基準看護」に関しては医師の過半数，作業療法士の大部分が不要と考えており，「通院患者への作業療法」に関してもほとんど全員がその必要性を認めていた。これらは精神医療において作業療法の普及を大きく阻害している現行「精神科作業療法」の抜本的な改定につながるものである。さらに，認可条件である「助手」に関しても，医師，作業療法士の大部分が不要と考えていた。また，「作業療法士1人の1日当たりの取扱い患者数」や「診療報酬点数」に関しても，全員が改正を望んでいたが，その方向としては「精神科の実情にそくしたもの」を要望するものが多く見られていた。

1990年4月の改正に当たって提出された精神科医師側と作業療法士側の要望書を検討しながら，「精神科作業療法」の抜本的な改正には双方での十分なコンセンサスが重要であることを強調した。

稿を終えるにあたり，本調査にご協力いただきました各施設の精神科医師，作業療法士の皆様に深く御礼申し上げます。

本調査の結果概要は，第77回北海道精神神経学会（1990年，札幌）および第21回北海道作業療法学会（1990年，函館）において発表した。

文　献

1）上野武治，大宮司　信，深沢孝克：精神科リハビリテーションと「精神科作業療法」．精神経誌，92(11)：773－779，1990.
2）永島文男：最近の精神科作業療法の実態と問題点―診療報酬請求のあり方を中心に．精神経誌，85(4)：226－232，1983.
3）上野武治：精神科作業療法の実施状況に関する全国調査について．精神経誌，86(9)：768－777，1984.
4）日本精神病院協会医療経済委員会：精神科医療費の改訂要望について．日精協雑誌，5(10)：768－770，1986.
5）日本精神神経学会社会復帰問題委員会：精神病院医療と作業療法―10年間の変遷と現状―．精神経誌，88(2)：99－117，1986.
6）日本精神神経学会理事会：精神科医療と作業療法に関する意見と要望書．精神経誌，88(10)：502－504，1986.
7）日本作業療法士協会保険対策委員会：作業療法の診療報酬に関する要望書．作業療法，9(1)：59－61，1990.
8）日本精神神経学会，精神医学講座担当者会議，国立精神療養所長協議会，全国自治体病院協議会，日本精神病院協会，日本精神神経科診療所医会：精神科診療報酬に関する要望書．精神経誌，92(3)：197，1990.
9）小林夏子：作業療法施設基準．加藤伸勝他編，作業療法―心身障害に対するアプローチ―（上），250－255，1990，創造出版，東京．
10）渡辺　博：看護力拡充のために―資料と解説―．日精協雑誌，7(9)：850－863，1988.
11）小林暉佳：精神科外来医療の充実と診療報酬改定について．日精協雑誌，8(4)：295－301，1989.
12）日本作業療法士協会学術部精神科部門講習会実行委員会：精神科作業療法の現状-精神科部門講習会・研修会受講希望者へのアンケートより―．作業療法，8(4)：649－656，1989.
13）荻原喜茂：作業療法と診療報酬，ＯＴジャーナル，24(12)：897－904，1990.

図.「精神科作業療法」医療費に関する調査票

別紙・調査票の設問の該当するものに○印をつけ，またご意見や理由などをお寄せください。

設問1．認可の施設基準：「基準看護」について

現在，「精神科作業療法」の施設認可には基準看護が条件となっておりますが，この点についてどの様に考えられますか？なお，他の領域の作業療法である「身体障害の作業療法」および「老人作業療法」についてはこのような認可の施設基準はありません。

1）精神科の実情からいって，必要である。
2）不要であり，他領域と同じようにすべきである。
3）その他
＊ご意見，理由などをお聞かせください

設問II．認可の条件：「助手」について

現在，「精神科作業療法」の認可には，作業療法士（OTR）1名だけでは認可がおりず，「助手」1名をおくことが条件になっておりますが，この点についてどの様に考えられますか？なお，他の領域ではこのようなことはなく，作業療法士のみで認可されております。

1）精神科作業療法士には「助手」は必要である。
2）不要であり，他領域と同じにすべきである。
3）その他
＊ご意見，理由をお聞かせください。

設問III．対象患者について

現在，「精神科作業療法」の治療対象は入院患者のみに限られております。厚生省保険局によれば，外来患者には「精神科デイケア」が設けられているため（'90.1.23 確認）との事ですが，この点についてどの様に考えられますか？なお，老人医療には「老人デイケア」も設けられておりますが，「老人作業療法」に入院・外来の区別はなく，また「身体障害作業療法」も同様です。一方，「精神科作業療法」も，本道など都府県によっては非公式に外来患者の点数請求を認めている所もあります。

1）外来患者も精神科作業療法の対象と認めるべきである。
2）現在も非公式に認められているので，このままで良い。
3）外来患者への作業療法は必要ない。
4）その他
＊ご意見，理由をお聞かせください。

設問IV．1日の取り扱い患者数について

「精神科作業療法」では，OTR 1人が患者を1日75人（1人2時間）を基準に診療点数が設定されておりますが，この点についてどう考えますか？なお，他の領域では症状の程度によって「簡単」と「複雑」に分けられ，前者では1日45人（1人15分），後者では15人（同40分）までとなっております。

1）とりあえず，他の領域なみにすべきである。
2）精神科の実情にそって，個別，小，中グループなどに分けるなど，具体的に検討した案を提起すべきである。
3）現行のままで良い。
4）その他
＊ご意見，理由をお聞かせください。

設問V．診療報酬点数について

本年4月の点数改正によって，「精神科作業療法」は約7年ぶりに70点から100点になりましたが，この点についてはいかがでしょうか？なお，身体障害作業療法では「簡単」が135点から145点へ（6か月を越えた場合は135点），「複雑」が335点から345点（同じく335点）となっています。また，老人作業療法では「簡単」が150点から160点へ（6か月を越えた場合は150点），「複雑」が380点から400点（同じく380点）へと改正されております。

1）設問IV．の1）と同様，せめて他領域（例えば身体障害作業療法）なみにすべきである。
2）精神科の実情にそった点数の具体案を提起すべきである。
例：「簡単100点，複雑200点」とする日精協などの要望書（'89.11.9）など
3）100点になったことは評価できる。
4）その他
＊ご意見，理由をお寄せください。

設問VI．「精神科作業療法」医療費に関して，他にご意見がございましたらお寄せください。