

掲載誌：大韓作業治療師協会学術誌 2010 予定

日本の精神科作業療法の歴史と現状

山根 寛

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻：教授

日本作業療法士協会：副会長

The History and Current State of Psychiatric Occupational Therapy in Japan

Hiroshi Yamane, OTR; PhD

Department of Human Health Sciences, Graduate school of Medicine, Kyoto University;

Professor

Japanese Association of Occupational Therapists Inc.; Vice President

はじめに

日本で作業活動を手段とした治療的関わりが試みられて 100 余年、国家資格として作業療法士が誕生して 40 余年が経過する。生活を構成するさまざまな活動を治療援助の手段とする作業療法には、治療という純粋な構造に、生活、労働、余暇、作品、生産、報酬といった日常的な問題が入りこんでくる。その平凡さと日常性が、病気を「治す」ということから「治る」、さらには「病気を生きる」という生活の再建に力を発揮すると同時に、その日常性ゆえに、誤った利用のされ方をした歴史がある。

2009 年 3 月に精神科病院のリハビリテーション活動要員として作業治療士の関与が認められた韓国も、私たち作業療法士が日本で経験した精神科作業療法の歴史と類似した状況と課題を抱えていると思われる。

現在、さまざまな歴史的事情を超えて、日本の精神保健医療福祉は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という大きな転換が始まっている。大韓作業治療師協会との学術連携にあたり、日本の精神保健の歴史と作業療法の現状、作業療法士の養成教育、その他について紹介する。

精神科作業療法の歴史的背景

日本における精神科作業療法の背景となっている、精神病患者監護法以後の法や制度などの変遷を簡略に整理したものを表 1 に示す。

1. 作業療法の萌芽

作業活動を治療・援助の一助とする治療的関わりは、1901 年、欧州留学より帰国した医師呉秀三による、作業とレクリエーションを用いた移導療法が始まりである。隔離、監置、器具による拘束といった精神病患者に対する処遇を、無拘束と作業により一掃しようとする精神医療の開放化運動の一環として始まったものである（呉、1916）。その試みは、医師加藤普佐次郎らによって引き継がれ、作業の種類も生産的なものだけでなく精神的活動やレクリエーション活動などが、対象者の能力や状態を考慮して選択され、病的状態からの離脱援助、自発的行動の賦活、治療者－患者関係の改善、などに用いられ作業治療と称された（加藤、1925）。富国強兵という国策の中では大きな広がりを見せることはなかったが、彼らの実践は着実に引き継がれ、良心的な作業療法の源流となった。

2. 作業療法士の誕生

第二次大戦終戦後、GHQの指導で精神障害者の医療と保護を目的とした「精神衛生法」（1950 年）の公布により、私宅監置が廃止され、各都道府県に精神科病院の設置を義務づけられた。そして、病床数の不足に対して国庫補助規定が設けられ、精神科病院の建設ブームが起きたが、当然ながら医師、看護師の慢性的な不足を招いた。こうした状況にライ

シャワー駐日米国大使が暴漢（統合失調症患者とされている）にナイフで刺されるという事件が重なって、長期保護収容入院が始まった。

この時代に、病院の活性化に一役買ったのが生活療法（小林ら，1962）であった。世界で初めて向精神薬が発見された時代に、生活指導，レクリエーション療法，仕事療法（作業療法とも称されていた）を包括したもので、精神外科ロボトミーがその体系化の契機となったともいわれている。当時の事情から管理的な生活指導を中心とした考え方がなされていたため、生活療法では病院内の清掃や配膳などの業務，病院外に働きに行く外勤作業などが行われ，薬物療法の出現，精神病院ブームの中で，またたくまに理論的に未整理のまま全国の病院に広がった。

それまでの看護の関わりをすべて療法という名称で包括した生活療法は，当時の閉鎖的で活気のない病院を活性化し，病院運営の改善の機能を果たした。しかし，拘束的状況下における患者使役，治療の個別性や不参加の自由が保障されていない集団管理，病院の経済的理由に基づく作業しぼり，収益の収奪，人権の侵害といったさまざまな問題を引き起こした（山根，2000a）。

このような背景のなかで，WHO（世界保健機構）の勧奨を受けて1963年に作業療法士養成校が開設され，「理学療法士及び作業療法士法」（1965年制定）により1966年に初めての国家試験が実施され作業療法士が誕生した。しかし，この身分法の成立にあたり，原語である occupational therapy が作業療法と訳されたため，従来の生活療法では仕事療法を作業療法と称していたため混乱を招いた。1974年の社会保険診療点数化に対して，日本精神神経学会は異議が申し立てた。それは，従来の生活療法における仕事療法の実態や運用に対する批判であったが，名称の混同により作業療法批判となったもので，後々の精神科領域における作業療法の理解と進展を大きく妨げた。

3. 入院医療中心から地域生活中心へ

そうした状況下で，一部の精神科病院で不祥事が続き（山下，1987），1983年の無資格職員による暴行で入院患者が死亡した宇都宮病院事件を契機に，強制入院や長期収容が国際的な問題となり，「精神衛生法」は1987年に「精神保健法」として改正（1988年施行）されるに至った。

さらに精神保健法は，障害者基本法（1993年）の成立などにより，「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」（1995年）に改正された。そして，「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により，「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針の下に，立ち後れている精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化の方向性が示され，2005年に，幾多の課題を含みながらも，「障害者自立支援法」が成立した。

作業療法は，早期には作業活動の感覚・運動特性（山根，2002）を利用することで，不用意に侵襲しない心理的距離を保ちながら，症状の軽減，遷延化の防止を図る（山根，

2003). 回復期には作業の合目的性, 具体性を利用し, 個人のもてる能力を生かし, 自己決定を助け, 維持期には個人を取り囲む環境に目をむけ, 社会的不利の減少と生活の安定にむけた支援をする (山根, 2003).

生活療法における仕事療法との混同で, 作業療法は治療ではないと日本精神神経学会により糾弾されたが, 作業療法士誕生後 40 年, 作業療法はそうした誤解を乗り越え, 精神障害領域で勤務する作業療法士も 7000 人を超え, 認知症領域で兼務する作業療法士を併せると 15000 人を超え, 精神・認知領域ではあらためて生活の再建に視点をおいた自律と適応の援助をするという, 作業療法本来の機能を発揮することが期待されている。

4. 新たな領域：医療観察法

2005 年 7 月施行の「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 (医療観察法)」は, 精神医療法に司法の関与を組み合わせた精神保健福祉法の特別法である。本法は, 心神喪失または心神耗弱の状態で, 重大な他害行為を行った者に対して, 適切な医療およびその確保のために必要な観察等の処遇を提供することにより, その社会復帰を促進することを目的としたものである。

「医療観察法」の対象者に対する作業療法は, 指定入院医療機関と指定通院医療機関でおこなわれる (図1)。再犯の防止は中間目的であり, 社会復帰を最終目的とするこの法律により, 入院, 通院のサポートシステムが整備されれば, これを契機として, 一般の精神医療における「入院医療中心から地域生活中心」のシステムの整備も進むことが望まれている。

作業療法士養成と現状

1. 作業療法士養成

日本における作業療法教育は, 1963 年 3 年制各種学校として開始され, 1979 年 3 年制短期大学, 1992 年 4 年制大学, 1996 年に大学院教育が始まった。1999 年には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。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) に分けられ, 分野ごとの教育内容と単位数が示された (表 2)。

大綱化により科目名がなくなり教育科目の構成や教育の総時間数も各学校養成施設の自由裁量となった。また臨床実習施設に関しては, 「臨床実習については, 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」との文言が盛り込まれ, 保健・福祉領域などでの臨床実習が可能となった。

2. 養成数・会員数等

作業療法士は, 1965 年の「理学療法士及び作業療法士法」制定により, 翌年 20 名の作

業療法士が誕生したが、社会保険診療点数の対象となるまでは養成校も増えず、社会保険診療点数が認められた1974年以後増えはじめた。資格者が10,000人を超えたのは1998年、法制定後33年のことであった。

2009年9月1日現在で、作業療法士有資格者47,759名、日本作業療法士協会会員38,570名（組織率80.8%）、男女比3:7、養成校数は179校（内大学30校）199課程、入学定員は7,645名である（日本作業療法士協会、2009）（表3）。そうした事情もあり、40年以上の歴史を持ちながら、平均年齢が約31歳、有資格者の4割強が経験年数5年未満（2008年3月末現在）という若い職能集団で、そのうち就業者人数の精神及び行動の障害に関わる者が約19%いる（日本作業療法士協会調査部、2009）。そうした状況からすれば、毎500～800名程度が精神障害領域に、認知症関連を含めると1000～1500名程度が就職していると推定される。

3. 卒後教育(生涯教育)

1990年以降は養成校の急増と会員数の急増にともない、作業療法士の質の保証を組織的に行う必要性から、1992年に生涯教育講座を開始し、1998年に生涯教育単位認定制度を開始し、さらに2004年に認定作業療法士制度を、2009年には専門作業療法士制度を創設した（図2）。

精神科作業療法に関する規定と実状

1. 精神科作業療法の規定

1974年に定められた、精神科作業療法に関する規定（表4）の助手を含む2人のスタッフで1単位25人、1日3単位75人を標準とするという数値は、当時の院内寛解状態で長期在院になっていた患者を対象とした生活療法における作業を想定して決められたものと推定される。

この規定は、2007年4月に改訂されたが、無資格の助手を伴わなくても作業療法士だけでよいという改訂と、作業療法士1人が管理する患者数が1日3単位75人は多すぎるため、1日2単位50人に改訂された（表4）。いずれも、作業療法の専門性と質を高めるためのものであったが、作業療法士協会に対する意見聴取がなされないまま改訂され十分な吟味がなされていなかったため、それまで1名以上の助手を伴って1日75人（スタッフ1人あたり1日37.5人以内）であったものが、改訂された法文2つを併せると、助手をとともなわず作業療法士1人で1日50人に可能という解釈も可能である。そのため、解釈によっては労働強化になってしまうという新たな問題が生じている。

2. 精神科作業療法の実情

作業療法の実情としては、1995年の作業療法白書（日本作業療法士協会、1995）による

と 48.9 %，1997 年の調査（杉原ら，1997）でも 42 %の施設が個別の作業療法を行っている。さらに 2000 年の作業療法白書（日本作業療法士協会，2001）によると 1 人の作業療法士の取り扱い患者数は，1 人以上の助手を伴う従来の基準において，1 日平均請求件数は 32.9 件，1997 年度の調査（杉原ら，1997）でも 31 件である。このように法の規定にかかわらず，対象層やニーズの変化に対応し，集団均一作業から早期の対応や社会復帰にむけての評価や指導などの個別対応や，小集団による課題プログラムを実施している。この実情にあった法改定が必要で，作業療法士協会は，毎年厚労省に改定基準を示し要求をしている。

実際に精神障害領域における作業療法の対象は，作業療法白書（日本作業療法士協会，1991）によれば，成人の人格・行動障害（8.4 %）と児童青年期の行動・人格障害（2.3 %）を併せると，対象疾患・障害の 1 割を超えるようになり，施設の 65.1 %が成人の人格・行動障害を，25.6 %が児童青年期の人格・行動障害を扱い，4 割以上の施設が，薬物依存や心身症，てんかん，摂食障害，記憶・記名力障害，情緒障害などを対象として作業療法を行うようになってきている。5 年ごとの白書の比較からも，慢性化した統合失調症が処方を中心であった作業療法の処方対象も確実に変化してきていることがわかる。

3. 作業療法の実施形態

作業療法の実施形態は，個人作業療法と集団作業療法に分けられる。個人作業療法は，1 対 1 で行うものと，場を共有しながら他者と共通の課題に取り組むことが求められず，自分の状態に応じた活動を行うことができるパラレルな場（山根，2000b）の機能を用いるものがある。集団作業療法は，集団力動を利用する小集団プログラムやレクリエーションなどある程度人数を集めて行うプログラムなど，目的や用いる活動により適性人数が決まる。

このような個人プログラムと集団プログラムを，対象者個々の回復状態に応じて，組み替えていくことで，急性期の病的状態からの離脱に始まり，早期退院，地域生活支援まで，一貫した治療・援助を行うことが作業療法の特徴である。

精神科作業療法の動向

「精神科作業療法の歴的背景」でも述べたように，二十世紀の大半を長期保護収容という処遇を行ってきた日本の精神保健医療福祉が，大きく転換しつつある。

1. 医療領域

精神保健医療福祉の改革に伴い，精神科救急医療システム，病床の機能分化と早期リハビリテーションによる早期退院システム，在院長期化防止システム，歴史的長期入院群の退院促進システム，重度精神障害者に対する包括型生活支援システム，重度精神障害者や

長期在院高齢者群に対する入院療養システム等，回復の状態に応じた治療・援助が進められる。

回復状態に応じた作業療法については，これまでの研究（杉原ら，1999；山根ら，1999；2000：2001）から得られた成果をもとに，「回復状態に応じたリハビリテーションと作業療法」（山根，2003）が，すでに臨床の必要性から試みが始まっている。そうした試みから，表5に示すような，急性期・早期，回復期，維持期，緩和期，それぞれの時期に応じた関わりがなされている。感覚・リズム・運動といった作業活動の身体性を利用することで，不用意に侵襲しない心理的距離を保ちながら，機能障害の軽減，二次障害防止を図る早期作業療法に始まり，回復状態に応じて，作業の合目的性，具体性を利用し，個人のもてる能力を生かし，自立と適応に向けて援助と指導をする。

長期在院者は，社会的入院と称された50歳代から60歳代が中心の歴史的長期在院群と，認知症治療群や認知症療養群などの認知症患者と精神病的に重度な療養群に分けられる。歴史的長期在院群は社会的入院とはいえ，社会生活からかけ離れた長期の入院暮らしと高齢化により，移乗，食事摂取，嚥下，排便・排尿の後始末など基本的な生活維持機能のみならず生活機能全体にわたって低下している人も多い。そのため，療養生活に起因する生活機能低下を引き起こさないことが大切で，高齢化と在院の長期化にともなう生活機能の低下の回復と防止に向けた生活プログラムが必要になる。

そのうえで，可能なかぎり地域もしくは福祉施設への退院を援助することになる。心身の機能や疾患の重度さなどにより，退院がかなり困難な状態の人たちもあることは事実で，そのような人たちに対しては，医療的環境における良質な療養生活を提供するための生活プログラムが必要になる。退院に向けては，家族との関係調整，退院する場所，居宅，生活費，日中の活動の場，疾患の管理，通院，日常生活がどの程度自立しているのか，援助の必要性など，社会的入院予備軍の長期入院化の防止以上に，その課題は多岐にわたる。

また，急性期・早期の作業療法による3カ月以内での退院が困難な対象を，新たな長期在院者にしないことが現在の課題である。このような対象者に対しては，原則として，1年以内の退院をめどに，社会復帰に向けたリハビリテーションの一環として作業療法が重要な役割を担うことになる。

2. 保健福祉領域

保健福祉領域においては，疾患の治療・管理とともに，日常生活，社会生活をどのように支援するかということが課題になる。服薬管理や金銭管理などの基本的な生活維持機能のアセスメントや訓練は，生活の場で実際に対象者の生活にそった個別支援により行うことが必要である。

保健福祉領域においては，家族や社会復帰施設の指導員，ホームヘルパー，保健や福祉関係のスタッフ，ボランティアなど，医療以外の専門職や非専門職まで幅広い人たちが関

与し、それぞれの関与域も重なり合うことが特徴である。医学的な知識を背景とした生活機能のアセスメント、そしてそのアセスメントに基づく対象者の生活にそった具体的な生活活動のマネジメント、指導などが、作業療法士に期待されている。

基本的な生活の支援にあたっては、援護寮、グループホーム、福祉ホーム、ホームヘルパー派遣など、住居の提供や日常生活の訓練・指導、介助がある。しかし、作業療法士の配置規定はなく、生活支援には、作業療法士、看護師、精神保健福祉士、ヘルパーなど多くの職種が関与している。今後は医学的な知識を背景とした生活機能のアセスメントと、そのアセスメントに基づいた具体的な生活活動のマネジメントという機能を活かすことができるよう、作業療法士が積極的に関与することが期待される。

日中の活動や就労の支援にあたっては、現在、小規模作業所、精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場、地域生活支援センターなどがあるが、日中の活動の場の提供、就労移行支援としての訓練の場と一般就労が困難な対象に対する就労継続支援としての働く場の提供へと再編がなされることにより、就労に関連する生活機能のアセスメントや訓練、一般就労の可否の判定をすることになる。

3. 医療観察法において

医療観察法では、指定入院医療機関において 30 病床に対して 2 名の作業療法士が配置され、他職種との連携により、約 1 年半の集中治療で退院をめざす。退院後は、指定通院医療機関における外来作業療法やデイケア、訪問などにより、安定した地域生活を送るための具体的な生活上の課題解決を多職種チームの一員として支援していくことになる(図 1 参照)。通院医療は原則 3 年、最長 5 年をめどに社会参加を進めていくことが想定されている。

医療観察法に基づく作業療法の主な役割は、心神喪失等によって重大な他害行為をおこなうにいたったことにより失われた日常性を取り戻すために、対象者自身が日常生活や社会生活に必要な活動を再体験することの援助である。作業療法士の業務は、対象者個々の評価および治療とともに、チームとしての動きや環境設定についても他職種と協力しながらかかわることになる。特に入院医療では対象者が主体的に生活関連活動にかかわることができるよう、保安と治療のバランスがとれた環境設定についても他職種とともに検討することが重要である。

試行が始まったばかりであり、具体的な技術の蓄積は今後の課題であるが、作業療法の役割は、対象者に対する治療・援助と対象者個々の特性評価および評価によって得られた情報の提供にある。いずれも生活を構成する具体的な諸活動と課題活動を介した他者との関わりを用いることが作業療法の特異性である。

医療観察法に基づく作業療法も、一般精神科医療における作業療法と基本的に大きな違いはないが、対象者が精神症状を起因に重大な他害行為があった者であるということに對

する十分な配慮が必要である。

おわりに

日本の精神保健の歴史と作業療法の現状，作業療法士の養成教育，その他に関して簡略に紹介した。韓国も産業化による職業構造の変化，都市化などの社会経済構造の急激な変化により，家族制度の変化と併せて精神疾患の増加も見られ，精神保健体制の構造転換が必須である。精神科病院のリハビリテーション活動要員として作業療法士の関与が認められたばかりの韓国の精神保健領域は，日本の生活療法がなされていた時代に，作業療法士が精神保健領域に参入したときと類似した状況におかれている。私たちが日本で経験してきたことを通して，韓国の精神科作業療法の構築と発展に多少とも寄与できればと願う。

文献

- 加藤普佐次郎（1925）. 精神病患者に対する作業療法並びに開放治療と精神病院における之が実施の意義及び方法. 秋本波留夫，富岡詔子・編著（1991）「新作業療法の源流」 pp.171-204. 三輪書店.
- 呉 秀三（1916）. 移動療法. 秋元波留夫，富岡詔子・編著（1991）「新作業療法の源流」 pp.128-145. 三輪書店.
- 小林八郎，小林清男（1962）. レクリエーション療法. 日本醫事新報 1956, 35-41.
- 日本作業療法士協会（1991）. 作業療法白書 1990. 日本作業療法士協会.
- 日本作業療法士協会（1996）. 作業療法白書 1995. 日本作業療法士協会.
- 日本作業療法士協会（2001）. 作業療法白書 2000 — 21 世紀への序章—. 日本作業療法士協会.
- 日本作業療法士協会（2009）. 社団法人日本作業療法士協会ニュース 332, 20.
- 杉原素子ほか（1999）. 精神科作業療法の今後の方向性に関する研究. 平成 9 年度厚生科学研究「精神医療に関わるコメディカルのあり方に関する研究」報告書, 177-244.
- 山根 寛ほか（1999）. 精神科作業療法の今後の方向性に関する研究 — 1998 年度報告—. 平成 10 年度厚生科学研究「精神医療に関わるコメディカルのあり方に関する研究」分担研究報告書.
- 山根 寛（2000a）. 作業療法の盛衰に映る精神障害者の尊厳. 精神医療 9, 61-66.
- 山根 寛（2000b）. 場（トポス）を生かす. 鎌倉矩子・他編「ひとと集団・場」 pp.63-79, 三輪書店.
- 山根 寛ほか（2000）. 精神科作業療法の今後の方向性に関する研究 2 — 1999 年度報告—. 平成 11 年度厚生科学研究「精神医療における専門職の連携に関する研究」分担研究報告書.
- 山根 寛ほか（2001）. 回復過程にそった作業療法の役割と連携のあり方に関する研究—

2000 年度報告一. 平成 12 年度厚生科学研究「精神医療保健福祉に関わる専門職のあり方に関する研究」分担研究報告書, 2001.

山根 寛 (2003). 精神障害に対する作業療法の視点. 「精神障害と作業療法第 2 版」 pp.27-54, 三輪書店.

山根 寛 (2005). 道具としての作業・作業活動. 鎌倉矩子・他編「ひとと作業・作業活動第 2 版」 pp.61-85, 三輪書店.

山下剛利 (1987). 精神衛生法の戦後史. 法学セミナー増刊「これからの精神医療」 pp.206-211. 日本評論社.

表1 日本の精神保険医療福祉：法・制度の歴史

	法・制度	作業療法関連	備考
1900	精神病者監護法公布		監護義務規定(私宅監置の始まり)
1902		移導療法(呉 秀三)	作業治療の始まり
1919	精神病院法公布		監護から保護と医療へ
1925		作業治療(加藤普佐次郎)	作業を治療に用いた初めての医学論文
1950	精神衛生法公布		病院へ保護収容(私宅監置廃止)
1954	精神病院設置国庫補助		精神病院建設ブーム
1956		生活療法(小林八郎)	
1963		作業療法士養成校開校	日本初の作業療法士養成校
1965	理学療法士及び作業療法士法	作業療法士国家資格化	
1966		日本作業療法士協会設立	作業療法第1回国家試験(20名)
1967	作業療法診療報酬対象	第1回日本作業療法士協会学会	
1972		WFOT 正会員	
1974		作業療法, デイケア認可	
1988	精神保健法施行		入院患者の人権擁護, 社会復帰促進
1993	障害者基本法公布 精神保健法一部改正		精神障害者が初めて含まれる グループホームの開始
1994	地域保健法公布	デイ・ナイトケア新設	
1995	精神保健福祉法公布		自立と社会参加(福祉工場, 精神障害者保健福祉手帳)
1996	障害者プラン開始		精神障害者地域生活支援事業
1998	精神保健福祉士法	生涯教育単位認定制度承認	精神保健福祉士の国家資格化
2000	介護保険制度実施		社会保障制度の転換
2002	精神保健福祉法一部改正		市町村で障害者対応 精神障害者居宅生活支援事業
2003	精神障害者基本計画 重点施策実施5か年計画		共生社会をめざす ホームヘルパーの開始
2004	精神保健医療福祉改革ビジョン		入院医療中心から地域生活中心へ
2005	障害者雇用促進法改正 医療観察法施行	司法精神作業療法開始	精神障害者雇用対策の強化
2006	障害者自立支援法施行		

表2 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則

	教育内容	単位
基礎分野	科学的思考の基盤 人間と生活	14
専門基礎分野	人体の構造と機能及び心身の発達	12
	疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進	12
	保健医療福祉とリハビリテーションの理念	2
専門分野	基礎作業療法学	6
	作業療法評価学	5
	作業治療学	20
	地域作業療法学	4
	臨床実習	18
合 計		93

表3 2009年度学校養成施設数および定員

区 分		学校養成 施設数	定 員
学 校 (文部科学大臣指定)	大 学	57 (国立 12) (公立 9) (私立 36)	2101 (国立 240) (公立 255) (私立 1606)
	短 大	2	80
	計	59	2181
	養成施設 (厚生労働大臣指定)	国公立	1
	私 立	119	5444
	計	120	5464
総 計		179	7645

表4 精神科作業療法に関する施設基準・診療報酬

	1974～2006	2007～
専従者	作業療法士が最低1人	作業療法士が最低1人
助手規定	1名以上の助手を伴う	削除
対象数	作業療法士1人に対して、概ね25人を1単位とし、1日3谷75人以内を標準とする	作業療法士1人に対して、概ね25人を1単位とし、1日50人以内を標準とする
施設	作業療法を行うにふさわしい専用施設を有し、作業療法士1人に対して75㎡を基準	作業療法を行うにふさわしい専用施設を有し、作業療法士1人に対して50㎡を基準
器械・器具	必要な専用の器械・器具を具備すること	変更なし
実施時間 診療報酬	患者1人あたり1日に月2時間を標準とする 2006年時点で220点(1点10円)	変更なし 変更なし

表5 作業療法による治療・援助の時期と場

	急性期		回復期		維持期	緩和期
	要安静期	亜急性期	回復期前期	回復期後期		
	急性期・早期作業療法(OT)		回復期OT		維持期OT	緩和期OT
入院	1～2週間	～1ヶ月	～3ヶ月	～1年	—	必要期間
	精神科救急・急性期病棟			回復期リハビリ テーション病棟	療養病棟	緩和病棟
通院	—		1～2年程度		—	
	—		デイケア			
生活支援	—		外来作業療法			
	—		必要な期間 生活支援センターなどの福祉施設			

*時期は、入院治療に関しては入院日から、通院治療に関しては退院時もしくはデイケア、外来作業療法への処方時を基準に、少なくともこの時期までにはという期間を示したもの

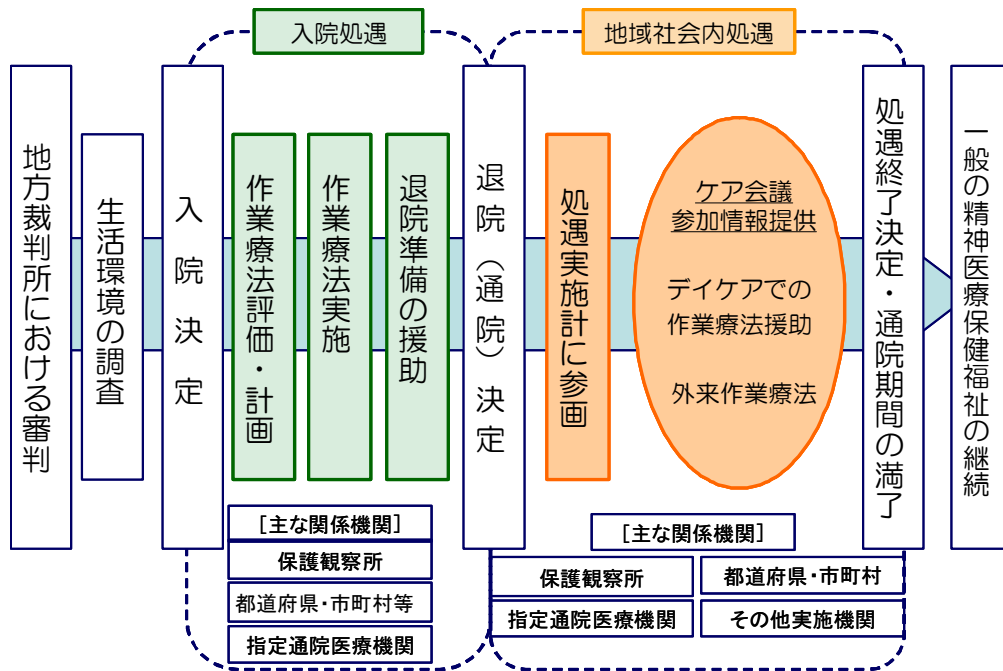


図1 司法精神医療と作業療法

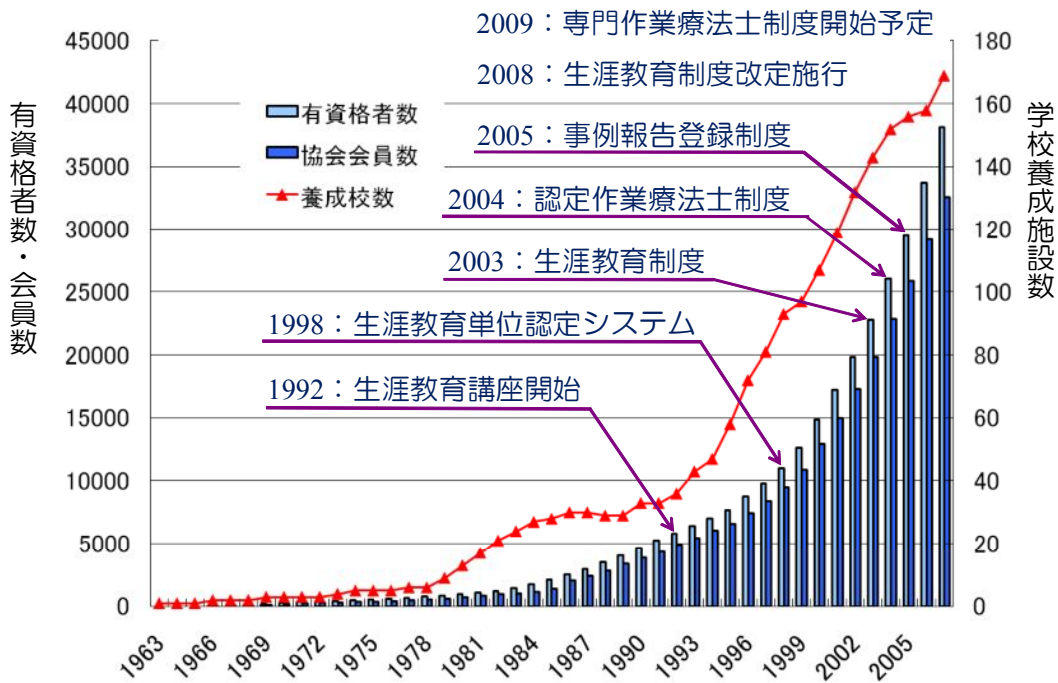


図2 会員数・養成施設数の推移と卒後教育制度の変遷

