

論文

作業療法の現代史 3・1981～1991

——「作業療法の核を問う」までの道筋とその着地点——

田 島 明 子*

1. はじめに

これまで作業療法の現代史として、1965年から1980年までを追ってきた（田島 [2008]、田島 [2010a]）。それらをまとめるなら、理学療法士及び作業療法士法が成立した1965年から10年を経て日本作業療法学会で「私の考えるOT」というシンポジウムが開催（1975年）されるまでは、学問としての発展の萌芽の様相を伺い知ることのできる時期である。この時期は、作業療法が医療職として独自性を表していくために、治療的領域における理学療法との差異化や、作業療法の領域の広さをいかに医療職としての独自性として表していくかが課題として提示されていた。

具体的に言うと、1つは、理学療法と作業療法は、基本動作能力、早期治療において職務内容が重なり合う部分であったことである。法制度上の規定では基本動作能力は理学療法とされるが、当時の作業療法士らはそれらすべてを理学療法に委ねようとは考えなかった。当時、こうした治療的領域をめぐる理学療法との力学が存在していたと言える。つまり、治療化という方向性の内に理学療法とは異なる作業療法の独自性を求める必要があったのだ。もう1つは、治療的領域に含みづらいADL・心理・職能領域は周囲から科学性を疑問視されたが、それなくして作業療法は成り立ち得ないと作業療法士らに認識されていたことがある。一見統合困難な治療的領域とADL・心理・職能領域を自らが担う領域群として当時の作業療法士らが認識したことは、後の作業療法学の構築に少なからず影響を与えたと考える。

筆者は、1976年から1991年までを、これまで医師主導で歩みを始めた作業療法が、作業療法士によって本格的にその独自性を問うた時期と捉えている。それは当然、1975年までに提示された上記の課題を含み持つものであろうが、1976年から1980年までを見ると、作業療法学の形成に関わる部分については、介入の位置と時期について、作業療法の独自性を特定し、特に理学療法との差異化を言説化しようとする姿勢が見て取れた。特徴的な2つの方向性として、1つには、1975年までは科学性を疑問視されることとして医療職化と独自性をめぐり葛藤状況を引き起こしていたADL・心理・職能領域について、積極的に主観的評価の重要性が指摘されたり、職能領域の評価が検討されていたりしたことがある。もう1つは、理論構築の方向性として、作業活動が心身相互に良い影響を与えることを信念・倫理とし、作業やActivityと人との関わりを通して適応的行動を導き出すことが作業療法の援助過程であり、作業と人との関わりにおける病理や作業の治療的活用の解明を課題として提示していたことである。

さて、本稿では、1980年以降、1991年までの作業療法学の形成の動向、作業療法領域における言説化の特徴を捉えることを目的とするが、それには1980年までの動向が、いかに第20回日本作業療法学会（1986年）、第21回日本作業療法学会（1987年）、第23回日本作業療法学会（1989年）のシンポジウムにおける「作業療法の核を問う」¹に（非）接続したかを確認したいという意図がある。これら一連のシンポジウムは、副題として「アイデンティティをどこに求めるか——求められる“作業療法学”の確立——」とあり、「作業療法士が誕生して20年、日本作業療法

キーワード：作業療法、現代史、日本

* 吉備国際大学保健科学部作業療学科専任講師

士協会員数も年内に2000人を越えようとする現在、『理学療法に比べると作業療法がわかりにくい』『作業療法が治療につながるというのは本当か』等の疑義や批判に十二分に応えうる“作業療法学”の確立が強く求められている。今回、“人間科学としての作業療法学をめざして”を学会テーマに掲げたのも、『作業療法は本当に患者・障害者のための治療なのだ』という“信念”を、学問・科学・技術のかたちに変えていく場として、学会が位置づけられていることと、その目的が医学界新聞で紹介されているように（社団法人日本作業療法士協会 [1991]: 39）、その目的は、作業療法関係職種や作業療法士自身が合意と納得のできる作業療法学の核心の確認作業を行うことにあったと理解できる。しかしそれは成功したとは言い難かった。第26回日本作業療法士協会総会（1992年）での「『作業療法』の核」と題されたまとめには次のように総括されている。（社団法人日本作業療法士協会 [1991]: 117）

「経過を見ると、21回学会のシンポジウムから、核として求めているものは概念としてのものなのか、臨床の場において作業療法士の使う手段としてのものなのか整理した方が良いという意見から、『核』を求めたイメージの違いを知る結果となった。而しこの両者を明確にすること第21回学会終了時の課題ではなく、更に『核』を追求し、コンセンサスを得るといって自体が課題となった為に第23回学会時に、概念としての核については討論できたが、手段の範疇についての討論は不十分に終わり、今回のまとめに託される形となった」

中心を求めた一連の核シリーズであったが、その中心さえ明確に捉えきれないままに終結してしまった印象が否めない。

しかしながら、この一連の「作業療法の核」をめぐる議論が、作業療法学の定位、理論確立の機運を高めたことは確実であったと思われる。その後、佐藤 [1992] は、「四半世紀からの出発——適応の科学としての作業療法の定着を目指して」と題して作業療法の定位を促し、その中核的概念として「適応」を強調した。つまり、「作業療法の中核的概念として適応、即ち Adaptation を取り上げたのは、1978年に『適応の科学に向けて』と題して講演した、アメリカの Lorna Jean King の Elenor Clark Slagle 記念講演であった……より具体的に『適応』を作業療法の統一的理論として論じたのは、Adolf Meyer 以来と思われる」（佐藤 [1992]: 12）と「適応」概念の作業療法学における歴史的関連を紹介し、「適応の概念は医学モデルによる疾病の治療という観点よりも、人間とその環境の相互作用としての『健康』という観点から包括的に捉える必要がある」（佐藤 [1992]: 11）とし、「適応」概念が医学モデルとは一定の距離を置く位置概念であることにも触れる。さらにその直後にギャーリー・キールホフナー [1993] の『作業療法の理論』が出版されたり、吉川 [1994] では、なぜ日本の作業療法において理論確立が求められるのか、また、日本の3倍もの歴史を有するアメリカの作業療法を参考にしながら、今後の方向性について考察が行われたりしている。

それでは、1965年から言説化の歩みを始めた日本の作業療法学における蓄積は、この一連の理論確立の機運に対してどのような意味や意義を有していたのであろうか。あるいは、意味や意義を捉えられてはいなかったのだろうか。筆者は「作業療法の核」をめぐる議論の盛り上がりの背景には、当然ながら、臨床の場での経験、他職種や障害当事者との関係性、時代の趨勢等に影響を受けつつ生成されてきた1965年以降の日本の作業療法学における言説・思考・知識の蓄積があったはずであると仮定するが、その（非）連結は、現状ではよく見えないところがある。その原因として、日本における作業療法学の形成に関わる歴史的研究が不十分であったこと、特に、法制度化以降、1980年代ぐらいまでの現代史の研究が十分にはなされておらず、それ以降の学的展開に、初期の作業療法学の形成がどのような意味・意義を有していたか、あるいは有していなかったかの十分な評価が行われていないことが原因であると考えられる。そうした意味において、本研究は、日本の初期の作業療法学の生成に関わる現代史が、その後の学的展開に与えた影響を再評価する意義を有するものであると言える。

当時の時代的出来事を確認しておこう。まず1980年には、世界保健機関による国際障害分類試案（ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps）が公表され、1981年には、国際連合がこの年を国際障害者年と定め、テーマを「完全参加と平等」とした。主な内容は、①障害者の身体的、精神的な社会適合の援助、②就労の機会保障、③日常生活への参加の促進、④社会参加権の周知徹底のための社会教育と情報の提供、⑤国際障害者年の目的の実施のための措置と方法の確立、であった。つまり、これらのメルクマールを確

認ただけでも、1980年代初頭には、障害を有することでの社会参加の機会の剥奪が問題視される機運が高まっていたことがわかる。それと機を同じくして、1982年には、三郷中央病院に見る悪徳老人病院の存在が指摘され（和田 [1982]）、医療の質の荒廃、その倫理性が社会問題化されるようにもなった。

一方、日本作業療法士協会の動きをみると、1980年より「老人のための作業療法活動」を始め、1982年には特設委員会として老人問題専門委員を設置した。設置理由は、今後ますます高まるであろう老人問題を日本作業療法士協会としてどのように対応し、活動すべきか検討するためのものであったが、1983年に施行された老人保健法により、早急に具体的対応を迫られることにもなった（1984-p9）²。老人保健法には「訪問指導」「機能訓練」といった保健事業が盛り込まれたが、これはその後の作業療法の動向に大きな影響を与えた要因の1つである。また、1984年には身体障害者福祉法が改正され、「施設収容から地域・在宅重視へ」という大きな転換が唱われたが、その背景には、これまでの医療／福祉の費用比重では国家財政破綻の危惧が懸念されていたことも見逃すわけにはいかないだろう（1986-5）。

さらに、1987年には、精神衛生法が改正され精神保健法となったが、改正の契機は1984年に宇都宮精神病院で患者が看護者の暴力で死亡し、そのニュースが世界に流れたことにある。

その年のジュネーブにおける国連人権小委員会で日本の精神医療に対する批判がおこり、国内外からの精神医療体制に対する批判は高まった。翌年の1985年には障害者インターナショナルや国際法律家委員会の調査団が来日した。こうした調査団が、いわゆる先進国に派遣されることは稀有なことであったという。政府はこれら国際的圧力のもとに上記のような法改正に踏み切ったのである。この改正には2つのポイントがあり、1つは精神障害者の人権擁護の推進、2つめが地域医療・福祉システムにおける精神障害者の社会復帰の促進である。また、この改正で精神障害者授産施設に必要な専門職として作業療法士が明示されたことは、医療職としての歩みを進めてきた作業療法士にとって、福祉領域への進出を示唆する大きな出来事となった（伊原 [1988]：30-31）。

その他にも、精神科デイケアに見る多職種の競合・協働をめぐり、1987年11月には、厚生省健康政策局に「医業関係職種の効率的業務分担に関する研究会」が発足し、各職能団体へのヒアリングが進められたりしており（1988-p10）、1980年代後半は、地域・在宅化をめぐり、医療財政の破綻の危惧とともに、関係業種のチームワークに視点が置かれるようになってきた時代であった。

1990年には、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）が厚生省の基本戦略として示され、在宅福祉の推進、ねたきり老人ゼロ作戦、施設対策の推進が、3本の柱として提示された。同じ年、アメリカにおいては、米国障害者法（Americans with Disabilities Act：ADA）が連邦議会下院を通過している（寺山 [1990]）。

こうした時代状況を押さえたうえで、では当時の作業療法はどのように揺れ動いていたのか、見ていくことにしよう。

2. 対象と方法

1) 対象

対象文献は、(1)「作業療法」(1982年－1991年)「理学療法と作業療法」(1981年－1988年)、「作業療法ジャーナル」(1989年－1991年)の3雑誌、(2)社団法人日本作業療法士協会1991「社団法人日本作業療法士協会25周年記念誌 シリーズ・作業療法の核を問う」である。

さらに、分析する文献を特定するために、日本における作業療法について記載のある文献とした。具体的には、タイトルに「作業療法」「作業療法士」の記載や意味内容を含む文献を対象とした。

基礎データ化の作業として、(1)作業療法(学)を形成する言説と捉えられ、(2)文献内容を説明している、あるいは、文献内容の核心的な論点である文章を抜粋して基礎データ化し、基礎データは<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/otgendaisi-c11>>に掲載した。基礎データには、年代－No（『理学療法と作業療法』『作業療法ジャーナル』については、年代－pNoとした）を付した。

2) 分析方法

基礎データから、①作業療法にまつわる問題点・批判的な記述、②治療的内容から性質を異にするもの、③理論に関する記述に焦点をあて、言説を收拾し、分析することにした。なぜなら、本研究の目的が作業療法学の形成の動向を捉えることにあり、それには、①これまでの動向に対する批判的論点、その批判に対する修正の方向、②これまでの言説化の営みとは性質を異にするもの、③理論的動向、について把握することで、調査時期における作業療法学の形成の動向をより明確に浮き彫ることができると考えたからである。

さらに記述にあたっては、調査時期を3期に分節化することにした。これは調査内容の様相の変容を意識した分節化であるが、年代的に言うと、1981年～1983年、1984年～1986年、1987年～1991年とした。またその特徴をタイトル付けするなら、1981年～1983年は、「生活療法批判と悪徳病院批判の影響」、1984年～1986年は、「チームアプローチ化と独自性の希求」、1987年～1991年は、「実践学としての志向の高まり」となる。以下、詳しく見ていく。

3. 結果

1) 生活療法批判と悪徳病院批判の影響— 1981年～1983年—

この時期の文献として、精神科領域における過去の述懐ではあるが、悪徳精神病院や生活療法の使役性が批判されるとともに、「収容施設」に対して「地域医療」を「患者人権」とともに強調したものがあつた。(1981-p2)。

「丁度この時期は、時あたかも精神科医療の荒廃がさげばれ、悪徳精神病院告発、作業づけや使役論に代表される作業療法批判が激しくなり、改めて「精神科医療とは？」とか「患者の人権は？」といった問題提起がなされた頃でもあつた。精神科医療告発の動きは、治療共同体や Institutionalism (収容所症) の概念の浸透とか地域精神医療のめざましい発展と無関係ではなく、特に Institutionalism の概念は「むしろ施設の側が、治療という名のもとに退行現象や受身的依存性、荒廃状態をつくり出したのだという視点」をもっていた。

いわゆる作業療法批判は数多くなされたが、仙波は病院の開放化とともに院内作業がすたれてしまった経緯をのべ、同じく計見も「本来、病院の外へ向かうという方向性の許に発揮されるべきものが<作業療法>によって院内に閉じ込められた」と批判、さらに「精神病院は病院の中だけで完全に患者の生活上の要求に応じることが出来ると錯覚してはならない」として「共に外へ」の姿勢の大切さを強調している。」553

また、生活療法の管理・統制的側面に対する批判とともに、それと作業療法の差異を強調する言説が見られた。

例えば、(1981-p1)にあるように、生活療法の使役性、管理・統制的側面は1970年代に主には精神神経学的領域の医師たちから厳しい批判を受け、それは作業療法にも波及したが、法制度化以降の作業療法教育は、アメリカから輸入された作業療法であり、それと生活療法には違いがあつたこともあり、作業療法の発展のために、生活療法批判にいかに対応し、アメリカから輸入された作業療法理念を新しい作業療法観として関連領域の人たちに理解してもらうかが課題だつたことや、(1982-2)に見るような、作業療法は生産物に目を向ける使役的要素を含むべきでなく、作業を治療手段と捉え、種々の障害の改善を目指すものである、というような言説である。さらには、生活療法の批判として管理主義的であること、患者の使役によって病院の収益を上げようとする、それらによって患者の社会復帰の希望は院内で自己完結してしまうことが指摘され、物を作り交換したりする作業の特性上、作業療法は社会と患者の関係を考える必要がある(1982-1)とする言説も見られた。

それとともに、作業療法については、1974年に精神科デイ・ケアが保険診療の対象となる制度的変化があり(1981-p7)、先に述べたような地域医療の重要性の指摘とも関連してか、デイ・ケアでの作業療法についての意義について記述がなされていた。それは治療的意義ではなく「機能が低下しないための適刺激をあたえること」に意味が見出されていることが特徴的である(1981-p8)。また、職業分野へ作業療法が進展することの提案もなされていた。つまり、現状での作業療法士の職業・雇用分野への関心の低さと機能改善への関心の高さを合わせて、それではクライアントを社会的生存の危機に晒すことになる」と警鐘を鳴らしていた。また作業療法の核心は「療法」で

はなく「作業」であることを強調し、「核」の位置の変化によって職域や対象が広がりを持つことを指摘している文献もあった(1982-15)。

さらに、後の理論動向の主流となる、アメリカでの作業療法の理論化の取り組みについて紹介がなされていた(1982-6)。それには医学モデルの限界性ととも、作業療法の最大の目的は慢性疾患患者の適応行動を導くことにあることが述べられている。また M. Reilly の作業行動理論³が紹介され、その学派が、そうした考えを基盤として、一般システム理論を導入し、人間の要素的関連を包括的に捉える対象者理解の枠組みを検討していることを紹介する。また、「適応」概念を作業療法理論に取り入れることの提案を行った文献もあった(1982-8)。これは、先に述べた「作業療法の核」をめぐる議論の後の1992年に作業療法の定位を促した佐藤剛によるものだが、「適応」概念を(小児の)作業療法の理論とすることの提案である。「適応」には、2つの水準があるとし、1つが皮質化的な反応レベルによるもの、もう1つが社会文化的な基準から個人の行動の乖離を見るところというものである。「適応」の捉え方としては、訓練前評価との比較、正常児との比較により「適応」水準が捉えられるとする。

2) チームアプローチ化と独自性の希求－1984年～1986年－

この時期にも前時期になされていた生活療法の批判は展開されていたが、それがチームアプローチの必要性に接続しているところは前時期と異なるところである。(1984-p6)では、作業療法が使役性に流れないために、チームアプローチが重要だとしている。

「集団生産活動としての作業療法は両刃の剣で、従来の作業指導的作業療法という形で、病院内業務の労働に簡単に変容する。歴史上でも、作業漬けや使役論の形で作業療法批判が行われ、作業療法における治療的意味づけの明確化、理論化の努力が行われている。労働の権利として、あるいは訓練としての意味づけは出来ると思うが労役に流れやすい活動であることは確かだと思う。単なる労役にならないためには、各ケースについての具体的、継続的な検討が必要であり、そのためにパラメディカルスタッフの頻繁な接触を要し、より一層の社会適応への前進でなければならない」309

つまり、生活療法批判が作業療法の治療的意味づけ、理論化を加速しているという指摘とともに、労役化しないための方策としてチームアプローチが重要であるという指摘である。そのことを端的に示しているのが当時の日本作業療法士協会長の矢谷令子氏による次の文章と思われる(1985-p3)。職域の拡大と他職種との関わりの必要性が示唆されている。

「各専門家がチームになって働くことにより、職域の接点や重複もおこるが、協会はますます他職種の団体と交友を深めると共に最善のサービス提供に協力することが大切」149

しかしチームアプローチは、業務独占の規定がない作業療法にとって、これまで以上に独自性への希求を生むことになった。(1986-4)には、診療補助行為のみならず保健事業も守備範囲となった作業療法が、業務独占の規定がないことによってチームアプローチにおいてアイデンティティ・クライシスを生じることが懸念されている。つまり、作業療法の守備範囲について、医師法の基で行う診療補助行為については、もともと法に定めがある行為であり、医療行為としての認知を要するものであるが、1983年に老人保健法が施行された中にある「機能訓練」「訪問指導」については、保健事業であるため医療行為とは位置づかないが、作業療法士の専門性を生かすことのできる領域ではある。しかし、業務独占の規定のない作業療法にとって他の職種と競合する領域でもあり、よりその独自性が求められるとする。

一方で、この時期は、様々なリハビリテーションに関する思想・原則の乱立がみられた時期でもある。例えば、(1984-5)では、作業選択に際し、自己決定の重要性を指摘している。現在では当然視される自己決定原則だが、この時期の指摘としては新鮮に映る。また、(1985-4)では、ICIDHによる障害問題の理解を行っている。具体的には家族問題を取り上げており、これまでの身体機能面への着目からの問題視点の拡がりにはICIDHも影響しているこ

とが伺える。さらに(1985-p5)では、リハビリテーション医師である上田敏氏のリハビリテーション思想や、インテグレーション、ノーマライゼーションの思想が紹介され、これまでの治療主義、機能障害への治療的見地の編重が明確に否定されていた。また、ICIDHの障害分類であるディスアビリティ、ハンディキャップの障害に注目がされており、それは「施設、病院から家庭へ」という当時の生活療法批判や悪徳病院批判の潮流に適合し、今後の作業療法の役割として重要視されている。それに対して「治療」「回復」へのこだわりは、「治療対象者のリハビリからの締め出し」として否定的に言及される。

これらの言説は、一見すると、ICIDH、自己決定、上田敏氏のリハビリテーション思想、インテグレーション、ノーマライゼーション等、軸の乱立として受け取れるが、しかし目指す方向性としては、自己決定の尊重、治療主義偏重への批判、地域・在宅での生活の重視、とまとめられよう。こうした方向性への要請は、これまで医療職化を目指してきたと同時に、周囲から科学性を疑問視され、治療的領域に含みづらいADL・心理・職能領域を自らの独自性として認知してきた作業療法(田島 [2008])にとって、必ずしも歓迎せざる機運ではなかったのではないかと捉えられる。

このような状況は、現場では他職種との職掌分担の不明確さという問題として顕在化していたことが伺われる文献も存在した。(1986-p11)では、実際の現場内において、職種の役割と独自性を説得的に示せないことが、職掌分担の不明確性に繋がっているという以下のような指摘がなされていた。

「OTRとNSとの職掌分担がすっきりと整理しきれていないもうひとつの理由は、OTR自身が自らの役割と独自性を他の医療スタッフに対して説得的に示し得ていないこと」422

こうした中、作業療法が「医療的態度」や「治療」にこだわるべきではないという指摘が散見されるようになる。(1984-1)では、作業療法の良さは、ルーズさ、癒しの要素など、医療的態度とはズレたところにあると指摘しており、(1984-4)では、生活療法と作業療法を同一のものとし、生活療法に対する批判であった管理性、使役性に対する自己反省を作業療法は取り入れているが、今度は「治療」という名で同じ問題を繰り返すのではないかという危惧から、むしろ作業療法は「治療」にこだわらず、精神障害者の社会復帰を考え、社会的分野に視野を向けるべきではないかと指摘していた。(1985-3)では、作業療法として中枢疾患に対するアプローチも導入されているが、それは作業療法の治療的側面でありもっといえば理学療法化であり、作業療法のアイデンティティは指導助動的側面であり、科学性の表象が難しい作業活動にこそあるのではないかと指摘がなされていた。さらに、(1986-p4)における、impairmentレベルの回復の効果判定は、disability、handicapの改善効果がみられたかで評価されるべきであるという主張も、治療的(機能回復レベルでの)効果測定に対する批判として受け取れよう。

同時に、作業療法の学問としての体系化がなされていないことが問題として指摘される。主に高齢期分野のものであるが、(1984-p9)では、老人保健法(医療外)により社会的機能訓練を行なうことが規定され、作業療法の職域拡大が期待される半面、その領域の作業療法士の関心と供給は乏しいことが今後の課題とされるが、作業療法士の関心と呼ばなかったことの理由の1つとして、学問的体系化がなされていないことが挙げられるとする。(1986-p5)では、老年期領域で地域リハ、在宅ケアに関連する論文が増えており、作業行動理論の役割が重視されるが、まだ日本では浸透していない状況にあることを指摘していた。

以下は老人施設で働く作業療法士の意見であるが、老人施設での作業療法の現実には、職員、老人にとって医療的意識が薄く、むしろ機能を維持したり精神的心理的效果を期待したりする福祉のウェイトが高くなっているが、それでもなすべきことは非常に多いことが言われる。一方で、理論体系化がなされていない領域でもあり、作業療法として何をしたらよいかと考えすぎると、かえって困惑する自体にもなると言及する(1985-p5)。

「山崎：三好さんなどは地域リハビリテーション活動に関してはかなり突っ込んでやっていらっしやるんで、老人を知らない人たちがいただいているイメージとは反対の人間としてドロドロした、教科書どおりにアプローチができないところも十分ご存じだろうとは思うんですけども。私などが感じますのはかえって作業療法をしなくてはいけないということで、在宅訪問などについても、どこから手をつけたらいいのか、あるいは『OTと

してなにをしたらよいか』という意識を持ちすぎますと、かえってなにもできないで困ってしまう場合も多いみたいなんです。」169

他方、作業活動について、経験値からその力動性について理論化を試みた文献もあった(1985-15)。1つには素材との結びつきであり、作業活動とは素材の持つ可能性が1つのものへ選択されてゆく過程であり、働きかけ、働きかけられる活動のうちに治療的力動性があるとする。また作業活動はすぐれて現実志向的であり現実的能力と関わるが、作業活動が現実世界や人間関係においてどのような影響や意味を成すかの解明が課題であるとしている。

当時の非治療的意義を目的した作業療法の実践報告としては、東京都心身障害者福祉センターにおける「作業療法による自立生活プログラム」の取り組みについて、専門家主導だがアメリカのIL (Independent Living: 自立生活) 運動の目指す自立、自立生活の意味を強く意図したものであり、「できるADL (Activities of Daily Living: 日常生活動作)」を「しているADL」に近づけようとする取り組みであることの紹介(1984-p11)や、進行性疾患に対する作業療法の目的として「QOL (Quality of Life: 生活の質)」が重視され、具体例としてナースコールスイッチなどの生活環境の改善があげられるとし、また、モチベーションを高めることが大切であることから、本人の自己決定、興味に着目することが大切であるとした実践報告もあった(1986-p15)。これらの取り組みのキーワードとしては、地域生活、生活機能の向上、生活の質、自己決定、などがあげられるだろう。これらは、時流のメルクマールと同調していることがわかる。

3) 実践「学」としての志向の高まりー 1987年～1991年ー

1965年以来、これまでの作業療法の独自性をめぐる動向をまとめるなら、大きく2点捉えることができる。1点が、作業療法が法制度化され、日本での歩みを始めたごく初期の頃に生じた治療的領域における理学療法との差異化であり、2点めが、本稿にて確認しているように、1980年以降、時代の動向とも深く絡んだ非治療的領域における作業療法の職域拡大をめぐる、チームアプローチ化のなかでの独自性の問題である。2点めについては、実は初期の作業療法学の歩みの中でも、ADL・心理・職能領域など治療的領域とは異なる領域が作業療法の分野であると認識されており、そうした領域をいかに医療職の独自性として表していくかが課題とされていたことと重なる事象として捉えることができよう。しかしながら初期の頃と本調査時期とでは、「医療」「治療」の位置価値が異なることにも注意が必要だろう。つまり、初期の頃は、「医療」「治療」に作業療法が違和なく統合されることは願いであり希求であったが、本調査時期は、3-1)、2)を見てもわかるように、「治療」「医療」に対する批判性も内在化し始めている。

これら作業療法の独自性をめぐる動向を確認しつつ、作業療法学の志向性がこの時期、どこに着地していったのかを見ていくことにしよう。

この時期は、1で述べたように、1986年の第20回日本作業療法学会から始まり、第21回日本作業療法学会(1987年)、第23回日本作業療法学会(1989年)のシンポジウムにおいて「作業療法の核」が問われた時期と重なる。つまりこの時期は、作業療法にとってこれまでの歩みの中で最も独自性を問う機運が高まった時期でもあり、その明確化が要請された時期であったと捉えることができるだろう。

1987年には、日本作業療法士協会における作業療法学構築の提案について答申がなされた(1987-8)。これは、日本作業療法士協会長期展望委員会(1983年7月～1985年6月)において、「作業療法学の構造を検討するプロジェクトチームを設置すること」という提案があり、この提案は、理事会、総会の認めるところとなり、1985年6月に「作業療法学研究委員会」が設けられたことがその経緯である。その理由として、「実践先行のかたちをとってきた作業療法がいよいよその学問性を問われる段階に入った」としている。

「学問について」「作業について」「作業療法について」と項目立てをしており、作業療法学を「実践の学」として考える学問観とすること、また、「作業」については、実践の学として考えていくうえでは、非常に特殊な職業や長期の習練を要する芸術は含まないとする、また、作業療法を特徴づけるキーワードであり、作業療法学構築の要を為す考え方とすることが述べられている。当面の課題として、「作業」に関する研究を充実させること、作業療法の実践記録を積み重ねること、他の専門分野との連携を積極的に押し進めること、などが挙げられていた。

また、作業療法の守備範囲については、(1987-1)(1987-p1)のように、医療費削減とあわせた医療と福祉の一体

化の意図があることを指摘する一方で、『「精神・身体に障害のあるもの、またそのおそれのあるもの」すべてが対象となる。疾病や外傷の発症の時から慢性期、ターミナルケアまで、障害の予防、発見から治療、リハビリテーションまで、ベッドサイドから地域・家庭・職場まで、impairmentからhandicapまで、0才から高齢まで、すべての場面にOTの活躍できる機会があり、OTへのニーズは存在する。複雑な社会の中で生きる人々の心理社会的側面、経済的側面、対人関係の諸問題にOTは実に素直に取り組むことが出来る』(1987-1)と、その背景として、高齢分野に顕在化している地域・在宅ケアの重視、老人保健法における「訪問指導」「機能訓練」事業の取り組みへの期待を含みつつ、対象範囲の広さを強調する文献が見られた。

さらに、「医療」「治療」を軸として、それを肯定する言説、否定する言説が見られた。

肯定する言説としては、「心理」に関する作業療法への批判(1987-2、1987-3)であるが、「心理精神的問題」に対する作業療法アプローチについて、精神科領域では「(根拠のない)自己陶醉である」という揶揄が存在していること、また身体障害領域では、作業療法内部からも「医学的な知識や技術のなさ」の棚上げに過ぎないのではないかという批判がなされる。作業療法の専門性は「道具を用いた学習の医療の場から社会の場までの学習の般化」であり、医学モデルを基盤とした作業療法の展開である、というものである。

否定する言説としては、(1987-p5)のように、ファシリテーションテクニックの効果に対する批判から、作業療法の目的は機能回復にあるのではなく、「障害とともに生きる」方法を導くのであり、QOLがテーマとなるとするものがあつた。

こうした作業療法の守備範囲をめぐる「医学モデル」を軸にした否定と肯定をめぐる言説が並存する状況下において、作業療法の歴史的展開からみた現状の位置の確認作業を行なう文献が現れた(1987-4)。

「現在、我が国の作業療法を取り巻く内外の環境は、作業療法のあるべき姿を求める声の高まりを示しているように思われる。医学からは医学モデルにおける作業療法の効果を示すように迫られ、理学療法と対比しての有効性の低下を指摘され、また、医学モデルから抜け出るようにも求められている。理学療法からは作業療法本来の姿に立ち帰り、それを科学的なものにするよう求められている。同時に、「作業療法の守備範囲」を決めようとする同一性の混乱も見られる。こうした状態はKuhnの科学革命の構造における危機期に相当するよう思われる」24

「この危機状態からの転換は医学モデルだけでなく、一般システム理論モデルを持つことで解決されうる可能性を示してきた。そのために一般システム理論の概要を示し、作業療法の実践との関連の概略を説明した。その結果、作業療法は人間の社会適応を育む領域であり」27

作業療法の置かれた現状は、一方で医学モデルと求められ、一方で医学モデルを抜け出るように言われており、こうした葛藤状況は、トーマス・クーンの科学革命の構造⁴でいうところの「危機期」に該当するとする。こうした危機的状況から抜け出るために、ギャアリー・キールホフナーの「人間作業モデル」⁵の骨子である一般システム理論の紹介とともに作業療法の守備範囲を述べ、作業療法は「人間の社会適応」を育む領域であるとする。

そして、「作業療法の核」をめぐる議論の後、時代の流れ、国民意識に応答することを意識した作業療法理論の提案が行なわれた(1991-1)。

「これからは我々自身の力で作業療法士を養成し、臨床技法や作業理論の展開を積極的に行っていく必要がある。チームワークはそれぞれの分野が個性のある自立性をもってはじめて可能となる。近年の国民の意識は、個人の人権の主張と選択権の発動へと変革してきており、障害をもつ人々はより質の高い治療をもとめ選択し、同時に納税者あるいは消費者として知る権利と相当の価値を要求するようになってきている。このようなQOLに対する国民意識の変革を作業療法士が自覚し対応していかなければならない。第25回目の作業療法学会の開催にあたり、次のような趣旨を強調するために、現在作業療法理論の構築を目指して国際的にも注目されているキールホフナー氏を基調講演者として迎え、フォーラムやシンポジウムを企画した。

- (1) 作業療法が法的に保障されてから四半世紀を迎え5千名近くの作業療法士が誕生し、リハビリテーション関連職における一専門職としての基盤は確立された。
 - (2) しかし、昨今の我が国の医療・福祉状況は目まぐるしく変化しており、作業療法士への期待はますます増大してきている。
 - (3) 作業療法がさらに社会に定着していくには、これまで確立した基盤を土台として、変化するコンシューマー(消費者)に対応する準備が必要である。
 - (4) その準備のためには、変遷する社会の時代的ニーズを分析し、作業療法士がみずから切り開いていくという認識が大切となる。
 - (5) それには科学的根拠をもった臨床技術が必要であり、そしてそれに対応した作業療法士の養成カリキュラムの構成が必要となる。
 - (6) 科学研究はそれらの問題全ての解決にとって基本となる。
- 以上の趣旨にそって、作業療法理論、臨床技術、教育、研究に対する議論に主体的に参加し、新しい作業療法の未来に向けて出発する学会となれば幸いである。」99

第25回日本作業療法学会において作業療法理論である「人間作業モデル」の提唱者のギャリー・キールホフナーを招いたことの紹介である。その理由として、作業療法が日本に定着して四半世紀を向かえ、5000人を要する職業集団に成長したこと、医療・福祉状況の変化から作業療法士への期待が高まっていることなどを挙げる。これらの状況から作業療法の臨床技法の確立や理論の展開を積極的に行なっていく必要があるとの見地による。

こうした大きな学的体系化の動きの一方で、生活療法批判の流れを汲む動きとして、「作業」の治療的意義を浮きぼろうとする文献も散見された。(1988-2)では、社会的信用を得るための「療法としての証明」として、使役禁止の原則や作業を通じて生産された価値の患者帰属の原則などを挙げ、(1989-2)では、癩療養所である全生園における使役作業は収容の容易化・維持、現状の固定化に繋がったが、巣鴨病院(精神科)における作業活動は、作業療法として定着し、後に松沢病院に発展したことの比較を通して、「作業」の機能について、使役作業と治療的作業の区別を行なっている。また(1990-9)では、簡易作業については、生活療法概念の普及とともに使役的、管理的、強制的などの批判がなされてきたが、現在でも多くの病院で用いられている現状を踏まえ、その治療的意義の確認と治療構造の体系化、収益金の個人還元方法の導入の取り組みについて紹介していた。

また、(1989-3)では、impairmentの改善はないがdisabilityの改善があった症例が紹介されていた。

4. 考察

本稿は、1980年以降、1991年までの作業療法学の形成の動向、作業療法領域における言説化の特徴を捉えることを目的とし、1980年までの動向が、いかに第20回日本作業療法学会(1986年)、第21回日本作業療法学会(1987年)、第23回日本作業療法学会(1989年)のシンポジウムにおける「作業療法の核を問う」に(非)接続したかを確認しようというものであった。言いかえるなら、1980年代後半に高まった、作業療法の独自性を希求する機運の背景や要因を探ろうということである。

1つは、生活療法批判の影響である。それは、「(施設収容ではなく)地域医療」「患者人権」といったメルクマールを与えたことの他にも、作業療法にとっては、「作業」を使役的・管理統制的に用いることの否定のみならず、治療的意味を明確に示す必要性を生じさせたと言える。そのことを端的に表しているのが、3-3)における(1989-2)や(1990-9)の文献であろう。しかし一方で、生活療法批判は、作業療法が「医療」「治療」に留まることの否定にも繋がっていた。3-2)では、(1984-1)、(1984-4)に見られるように、作業療法が医療に留まるなら「治療」という名で同じ問題を繰り返すのではないかと、作業療法は障害者の社会復帰を考えるべき、としている。

2つめは、時代的潮流のなかでの思想・原則の提示である。最も大きな影響を与えたものに、IL運動によるものと、ICIDHが挙げられるだろう。IL運動の思想がリハビリテーションの思想・原則に大きな影響を与えたことは既に見てきたが(田島[2010b])、具体的には上田敏氏の「ADLからQOLへ」という論調の基調になっているのがIL運動

の思想である。その際、骨子となった IL 運動の思想が、「自己決定」「(自分で自分のことはする自立ではなく)自己決定に基づいた自立」である。もう1つは、ICIDH の障害構造である。これは、個人の身体・精神状況である impairment から、障害問題を disability、handicap へ広げたり、あるいは impairment の問題と disability、handicap の問題を切り離して考えたりする契機をもたらした (1986-p4) (1989-3)。これらに底流するのは、すべてを impairment の問題に回収する「医学モデル」的発想に対する批判性だったと考える。また、こうした「医学モデル」的発想に対する批判性は、1980 年代初めになされた悪徳病院批判とも重なり、肯定的に捉える風潮があったかも知れない。

3つめは、精神科デイケアや老人保健法における保健事業などの保健福祉的領域に働く場が広がってきたことである。ちなみに精神科デイケアは1974年に精神科作業療法とともに保険給付の対象になったが、4年後の1978年に厚生省はデイケアの普及の妨げになっている要因に、作業療法士の不足が第一とし、作業療法士枠を、経験ある看護婦(士) = (指定講習会修了者) の読み替えを実施している。後に専従化復活の実現を願う声も生じた (1988-p10)。また、1987年には、精神衛生法が改正され精神保健法となり、精神障害者授産施設に必要な専門職として作業療法士が明示された。こうした制度的変更による作業療法の職域拡大の可能性は、3 - 3) の冒頭で述べたように、チームアプローチ化の要請とともに、作業療法の独自性の希求を大きいものにしたと考えられる。

4つめは、作業療法の法的規定として、あくまで名称独占であり業務独占ではないことも挙げられる。それにして医療行為については医師法の基で行う診療補助行為という規定があるが、保健福祉的領域の仕事については、さらに法的守りは薄い。つまり医療的領域以上に競合・協働意識が高まり、それ以前にもあった理学療法との差異化への希求に上乘せした形でさらに独自性の希求が高まったのではないかと考え得る。

これらを整理すると、当時の作業療法の独自性の希求に内在していた大きな問題は、「医学モデル」に対してどのような位置価値を付与する(批判性をどのように取り込むか)かと、そこからの距離(作業療法の守備範囲)をどのように表明するか、に収斂できるのではないだろうか。

「作業療法の核」をめぐる議論の後、1991年の第25回日本作業療法学会において、作業療法理論である「人間作業モデル」の提唱者のギャーリー・キールホフナーを基調講演者として招いたことは、「作業療法の核」をめぐる議論の後の一応の着地点としてみなすことができよう。最後に、なぜギャーリー・キールホフナーの「人間作業モデル」が「作業療法の核」をめぐる議論の後の着地点として選ばれたかであるが、1つには、M. Reilly の作業行動理論の流れを汲む作業療法の理論と位置づけられていたこと、もう1つは、上記2点の「医学モデル」に対する応答性であろう。具体的には、一般システム理論を導入したことによる還元主義的視点の解消と、環境と個人の相互作用に着目したことによる守備範囲の広さ、によるものと考えられる。

<注>

- 1 「作業療法の核を問う」の全体的構図を確認しておこう。社団法人日本作業療法士協会 [1991: 111] によると、1975年の第9回日本作業療法学会におけるシンポジウム「私の考える OT」もその全体的構図に含まれており、それから21年を経た1986年の第20回日本作業療法学会におけるシンポジウム「作業療法・その核を問う」、翌年1987年に行われた第21回日本作業療法学会におけるシンポジウム「作業療法・その核を問うⅡ」、一年飛んで1989年に行われた第23回日本作業療法学会シンポジウム「再び作業療法の核を問う」までが一連の核シリーズに含まれるものである。1975年の第9回日本作業療法学会シンポジウムでは、作業療法士4名(鎌倉矩子、佐藤剛、鈴木明子、寺山久美子)と、助言として、医師の萩島秀男、岡上和雄、野口正成が登壇した。詳細は田島 [2008] に記載している。1986年の第20回日本作業療法学会シンポジウムでは、医師の立場から松山智治と博田節夫、職業リハビリテーションの立場から調一興、ソーシャルワーカーの立場から大塚隆二、理学療法士の立場から田口順子、リハナースの立場から篠原信子が報告を行なった。第21回日本作業療法学会シンポジウムでは、前回と異なり作業療法士4名(金子翼、平尾一幸、宮前珠子、鷺田孝保)が登壇した。1989年に行われた第23回日本作業療法学会シンポジウム「再び作業療法の核を問う」では、作業療法士3名(澤俊二、大丸幸、矢谷令子)が登壇した。
- 2 本表示は、本研究における基礎データに付した番号表示である。詳細は、2. 対象と方法の1) 対象で述べている。
- 3 M. Reilly の作業行動理論は、「人間は、精神と意志によって活力を与えられる両手の使用を通して、自らの健康状態に影響を及ぼすことができる」という信念的仮説を基に、人は、有能でありたい、達成したいというニーズに応答しようとする過程で、作業役割を支える興味・能力・技能、協力や競争等の習慣を獲得し、適応技能を身につけてくることが同時に健康にも良い影響を及ぼすことになる、とい

う基礎となる考え方を持っている。ギャーリー・キールホフナーは、M. Reilly の教えを受け、作業行動理論を基盤として実践理論である「人間作業モデル」を展開した。(ロザリー・ヨハンナ・ミラー他 (岩崎テル子監訳) [1995]: 164-166)

4 トーマス・クーン [1971]

5 ギャーリー・キールホフナーの人間作業モデルの特徴は、人間を開放システムとして捉え、また人間内部に、意志のサブシステム、習慣のサブシステム、遂行のサブシステム、の3つのサブシステムを見立て、人間を、環境との相互作用の中で自己変化を遂げつつ自己を維持、発展させていくシステムとして描いた点にある。このように人間を開放システムとして捉えることの意図として、医学モデルに見るような還元主義的ではない捉え方を提示したいということがあった。M. Reilly の作業行動理論を基盤的理論とする人間作業モデルは、人間内部の3つのサブシステムおよび出力としての作業の形態には、人間の発達の变化が関係していると考えた。その引き金となるものは、人間が生まれながらに備えている環境への探索・征服欲求である。そして、作業によって個人の内的欲求と環境からの要請との調和が取れている時に、その人は環境に適応していると、そうでない時に不適応を生じているとした。ちなみに、その後、この理論枠組みは2点ほど改変されている。1点めは、3つのサブシステムは階層性を持つとされたが、互いに協業し、補完し合い全体に影響を与える関係性に改められたこと。2点めは、人間と環境を対置させ、両者の交流を入出力の循環として捉えていたが、人間の行動はその時々々の行為の文脈の中で環境と課題の要請に応じて即興的に自発的に組織されるものとしたことである。(鎌倉 [2001]: 163-166)

<文献>

- 伊原幸枝 1988 「解説：精神保健法の改正について」『作業療法』7-1：28-39
- ギャーリー・キールホフナー (山田孝、小西紀一訳) 1993 『作業療法の理論』三輪書店
- 鎌倉矩子 2001 『作業療法の世界』三輪書店
- 佐藤剛 1992 「四半世紀からの出発－適応の科学としての作業療法の定着を目指して－」『作業療法』11：8-14
- 社団法人日本作業療法士協会 1991 「社団法人日本作業療法士協会 25 周年記念誌 シリーズ・作業療法の核を問う」
- 田島明子 2008 「作業療法の現代史・1965～1975——医療職化と独自性のはざままで」『Core Ethics』4:175-191
- 2010a 「作業療法の現代史 2・1976～1980」『Core Ethics』6:551-562
- 2010b 「日本のリハビリテーション学における QOL 概念の生成と変容」『立命館人間科学研究』21：133-145
- 寺山久美子 1990 「最近の医療・保健・福祉の動向」『作業療法』9-4：260-263
- トーマス・クーン (中山茂訳) 1971 『科学革命の構造』みすず書房
- 吉川ひろみ 1994 「作業療法理論確立への取り組み」『作業療法』13：18-23
- ロザリー・ヨハンナ・ミラー他 (岩崎テル子監訳) 1995 『作業療法－理論の形成と発展 実践のための6つの理論』協同医書出版社
- 和田努 1982 『老人で儲ける悪徳病院』エール出版社

Contemporary History of Occupational Therapy in Japan 3 (1981-1991): Discussions on the Unique Identity of Occupational Therapy

TAJIMA Akiko

Abstract:

This research clarifies the progress of the formation of occupational therapy studies and the characteristics of the discourse in the field from 1980 to 1991. In particular, it investigates the background and causes of calls in the field for establishing a unique identity for occupational therapy that arose in the latter half of the 1980s. Focusing on (1) critical descriptions of occupational therapy, (2) descriptions other than those of treatments, and (3) descriptions of the theory of occupational therapy studies, three magazines concerning occupational therapy are analyzed. Three periods are found in the discourse: from 1981 to 1983 work therapy and corrupt hospitals were criticized; from 1984 to 1986 the team approach was developed and a unique identity was called for; and from 1987 to 1991, there was a growing aspiration for occupational therapy to become a practical study. The paper identifies four reasons for the increasing demands within the discourse for a unique identity for occupational therapy: (1) the influence of criticism of work therapy; (2) presentation of the ideas and principles of rehabilitation in line with concurrent social changes; (3) an increase of work opportunities in social welfare; and (4) occupational therapy's lack of status as a certified profession.

Keywords: occupational therapy, contemporary history, Japan

作業療法の現代史 3・1981～1991 ——「作業療法の核を問う」までの道筋とその着地点——

田 島 明 子

要旨：

本稿の目的は、1980年以降、1991年までの作業療法学の形成の動向、作業療法領域における言説化の特徴を捉え、1980年代後半に高まった、作業療法の独自性を希求する機運の背景や要因を探ることである。

作業療法に関する3雑誌を対象とし、①作業療法にまつわる問題点・批判的な記述、②治療的内容から性質を異にするもの、③理論に関する記述に焦点をあて、分析を行った。

結果、調査時期を3期に分節化し、その特徴を捉えることができた。1981年～1983年は「生活療法批判と悪徳病院批判の影響」、1984年～1986年は「チームアプローチ化と独自性の希求」、1987年～1991年は「実践学としての志向の高まり」とその特徴を整理した。

その背景要因として次の4点が考えられた。①生活療法批判の影響、②時代的潮流のなかでのリハビリテーションの思想・原則の提示、③保健福祉的領域に働く場が広がってきたこと、④作業療法は業務独占でない、である。