

論文

作業療法の現代史・1965～1975

——医療職化と独自性のはざままで——

田 島 明 子*

概要：本稿では、「作業療法の現代史」として、「理学療法士法及び作業療法士法」の成立した1965年から10年間の、作業療法の医療職化と独自性の明確化をめぐる、葛藤や対立、困難について俯瞰した。対象は『理学療法と作業療法』誌と『日本作業療法士協会学会抄録集』である。なかでも座談会・シンポジウムなどの討論会の記録に着目した。①評価、②患者とセラピスト、③医師との関係、④理学療法との関係、⑤作業療法とは何か、の5つの視点から整理した。

1 はじめに

筆者は、「作業療法の現代史」として、「理学療法士法及び作業療法士法」の成立した1965年から現代までの作業療法学の構築の歩みについて整理したいと考えているが、本稿では、その歩みのなかでも、ごく初期の、法制度成立の1965年から1975年までの10年間を俯瞰する。

そうした作業の意義であるが、1つには、社会福祉などの関連領域との（非）関連性も明らかにすることができるであろう本研究は、作業療法という多くの人には余り知られていない学について、内部の矛盾・錯綜・対立、関連学問・時代との（非）接点など、広く論点を抽出できるものと考え得る。2つめには、リハビリテーションは、障害当事者の批判に晒されてきた学でもあるが、こうした作業は、当事者-セラピストとの関係性の再検討を行うためにも有益であると考えられる。

作業療法という職種が日本に登場したいきさつについては、鎌倉 [2001:51-57] に書かれてある。

まず、第2次世界大戦後、海外との親交が持てるようになった日本の医師たちは、海外のリハビリテーションに目を向けるようになり、特に成人身体障害領域における日本のリハビリテーションの立ち遅れを痛感し、それを日本でも根づかせたいと思う気持ちが膨らんできたことがあったようである。

こうした医師たちのパワーが、点在した場所でのリハビリテーションの開始と結びつくとともに、1957年には、日本整形外科学会評議員会で「PT、OTを養成する」との決議がなされた。外国のリハビリテーション医やWHO派遣の理学療法士、作業療法士からも正規の教育機関がないことを指摘されるようになっていたことも関係していたようである。

これと時期を同じくして、当時の厚生行政官であった大村潤一郎は、WHOフェローとして英国に留学した。その時に感銘を受けたのがリハビリテーションサービスであった。大村は、1962年7月、国立療養所課長という企画・実行を担うポストに転じ、そこでPT、OT養成施設の新設に向けて予算折衝を開始した。こうして実現したのが国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院であった。1963年のことである。

厚生省は、養成校を作ると、ただちに理学療法士と作業療法士の身分法の準備に取りかかった。まず医師その他の学識者と行政官をメンバーとする「PT・OT身分制度調査打合せ」を設置し、この打合せが提出した意見書をもとに政府原案を作成した。こうしてできあがたのが1965年5月に成立した「理学療法士及び作業療法士法」である。こうした順調な流れの背景には、日本が戦後からの一応の経済復興を終え、1960年頃には国民皆保険・皆年金達成のめどが付き、厚生行政の力点が社会福祉へと移っていったことが関係していたと考えられる（鎌倉 [2001:55]）。

キーワード：作業療法、現代史、日本、医療職化、独自性

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2004年度入学 公共領域

「理学療法士法及び作業療法士法」は、作業療法という職種の社会的認知を促すとともに、医療補助職としての役割を明記し、その業務を国家資格化し、名称独占の特権を与えた。先に述べたように、法制定の2年前の1963年には全国初の養成校である国立療養所東京病院付属リハビリテーション学院が開校し、法制定の翌年の1966年には、本養成校の卒業生と特例による（鎌倉 [2001] :59）有資格者が初めて誕生したのであった。そして、その年の9月25日に有資格者が集まり、日本作業療法士協会が設立された（鎌倉 [2001] :58）。

この時期は、作業療法にとって医療職化の始まりの時期であったわけだが、作業療法士にとっての現実には、様々な場面において混沌としたものであった。

例えば、国家資格化し、医療補助職としての法的な位置づけは確立したものの、経済的な基盤に目を転じると、診療報酬点数がまだ決められていなかった。最初に診療報酬点数がついたのが1968年に労災病院であったが、その後1974年に、ようやく社会保険診療報酬点数表のなかに「身体障害作業療法」、「精神科作業療法」、「精神科デイケア」が登場したのであった。したがって、本稿において調査した時期というのは、作業療法士は、医療職として法的な身分は有しているが、社会的にも経済的にも医療職であるという市民権は得ていないという中途半端な位置にあったと言えるだろう（鎌倉 [2001] :60）。

また、国家資格化以前にも同種の仕事をしてきた人たちがおり、そのような無資格者と養成校を出て国家資格を得た人たちとの差異や関係性のあり方は、専門職化に向けて歩みを進めるにあたっての重要な争点の1つであった1)。（【11】：144-145、146）2)

さらに、学校教育をみても、その当時は、厚生省の認可による3年制の養成校であり、4年制大学やさらには大学院への道は途絶えている状況であった。そのことは、専門職としての高度化を目指すこの職能集団において、大きな悩みであるとともに重要な課題であった【12】。また、養成校での講義内容は、3年間のうちに様々な知識を詰め込むというような状況であり、対人援助を行う専門職を育てるカリキュラムとしては、もっと一般教育の科目も増やし、人間性向上に働きかけるような教育の質が大切なのではないかというような意見が出される（芳賀 [1969]）など、この当時から学校教育の内容についての議論は相当になされていた。

最も重要なのは臨床における問題であろう。医師をはじめとする他職種から作業療法の役割や機能を理解されることが、まずもって困難な仕事であった【14】。と同時に、作業療法が医療職として進展するためには、評価のあり方【10】、患者関係において生じる問題性【3】などを含め、治療の内実を確定していく必要があった。しかし、作業を治療的に用いるという命題を持つこの職種は、従来の治療領域とは完全には重ならない別種のものを持っており、それがこの職種の独自性でもあり、医療職としての不確定感をもたらすものでもあった。

このように、法制度化し、新たに誕生した作業療法士という医療職は、様々な課題を背負いながら歩み始めた訳であるが、それらは言うなれば、医療職化と独自性の明確化をめぐる課題と集約できそうである。医療職化とは、医療としての内実を深化・変容させつつ、医療専門職としての位置を確立しようとする方向性を示すものとして筆者は提示するが、それは同時に、これまでの医学モデルにはなかった、作業療法独自の視点や介入方法といった作業療法の独自性を、医療の枠内に新たに入れ込もうという方向性にも等しいものであったわけである。そうした大きな流れを踏まえつつ、本稿では、初期の作業療法の業界において、どのような葛藤や対立、困難があったのかをより詳細に抽出していく。

2 対象

1) 書誌情報の特定

1967年に医学書院より創刊された『理学療法と作業療法』という雑誌を対象とする。創刊から1975年までの目次については、<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/risa.htm>>に掲載をした。当時、『リハビリテーション医学』や『総合リハビリテーション』など、リハビリテーション医学・全般に関わる雑誌は刊行されていたが、理学療法と作業療法に射程した雑誌は本誌が唯一であった。ちなみに本雑誌は、1989年に『理学療法ジャーナル』と『作業療法ジャーナル』に分岐した。また1984年以降、各分野の協会誌である『作業療法』『理学療法学』が公刊されるが、本稿において射程とする時期である1965年から1975年においては、本雑誌を対象とすることで作業療法に関する重要文

献を捕獲できるものと判断した。また、第1回（1966年）～第9回（1975年）までの日本作業療法士協会学会抄録集もあつた。抄録集は、当時の作業療法士が関心を持つテーマについてシンポジウム形式で討論がなされたものの記録等が保存されているため、本稿の目的である、作業療法にまつわる葛藤や対立、あるいは困難などの問題性を拾うには重要な資料であると判断したためである。

2) さらなる限定化

目次を閲覧するとわかるように、作業療法について、各論、総論、様々な文章が寄せられているが、本稿では、そのなかから、座談会・シンポジウムなどの討論会の記録に着目し、各論的ではない作業療法に関連するテーマのものを対象とすることにした。なぜなら、座談会・シンポジウムなどの討論会の記録には、セラピストの生の声が反映されており、リアルな問題状況が浮かび上がるとともに、様々な思いや考えが出されていることから、個人による文献では見えてこない争点となる部分がより明確になっていると考えたからである。対象とした文献の詳細は表1のとおりである。

表1 対象とした文献一覧

年代	『理学療法と作業療法』	学会誌
1967	【1】「新しいPT・OTのあり方をさぐるー第1回国家試験をかえりみてー」1-1 pp46-54	第1回
1968	【2】「新たな飛躍のときを迎えて」2-1 pp30-38 【3】「患者とセラピスト」2-6 pp4-16 【4】「日本におけるOT教育の現状と将来」2-6 pp38-44	第2回
1969	【5】「私たちの受けた教育」3-1 pp6-14 【6】「わが国における作業療法」3-5 pp10-26	第3回 【7】「精神科作業療法の評価 我々がかかえる問題」 pp57-61
1970	【8】「第4回OT学会を顧みて」4-5 pp8-15	第4回
1971	【9】「専門職への道」5-2 pp34-42	第5回 【10】「OT評価について」 pp102-135 【11】「精神科における作業療法とは如何なるものか-成果と問題点の抽出-」 pp136-152 【12】「OT教育を考える」 pp153-180
1972	【13】「日本のOTの歩み」6-5・6 pp40-43 【14】「リハビリテーションにおける医師とPT・OTの関係」6-5・6 pp60-67	第6回
1973	【15】「PT・OTの処方めぐる」7-6 pp17-26 【16】「臨床記録を考える」7-7 pp32-40 【17】「第7回OT学会を振り返って」7-12 pp32-41	第7回 【18】「地域社会と結びついたOTを行うためにーその方向性ー」 pp107-111
1974	【19】「リハビリテーション病棟におけるPT、OTとナースの関係ー養育院の場合ー」8-1 pp64-74 【20】「PT、OTと医師」8-5 pp36-47 【21】「PT、OTの間」8-9 pp54-63	第8回
1975	【22】「PT・OTにおける管理・運営・倫理」9-5 pp22-30 【23】「STとPT・OT」9-5 pp50-58 【24】「ソーシャルワーカーとPT・OT」9-7 pp54-64	第9回 【25】「私の考えるOT」 pp85-105

3 分析手順

1) 各文献のカテゴリ化

表1のとおり、各文献に番号を振り、タイトル名と討論会内容の類似性で次のように分類した。なお、以後、該当する文献を紹介する際には、当該番号にて行うことにする。

- A. 作業療法とは何か：【11】、【25】
- B. 学校教育：【4】、【5】、【12】
- C. 他職種との関係：【19】、【23】、【24】
- D. 評価：【7】、【10】
- E. 理学療法との関係：【21】
- F. 医師との関係：【14】、【15】、【20】
- G. 患者とセラピスト：【3】
- H. 臨床記録：【16】
- I. 学会：【8】、【17】
- J. 地域社会との関わり：【18】
- K. 作業療法の方向性を占うもの：【1】、【2】、【6】、【9】、【13】
- L. 作業療法部門の管理運営について：【22】

2) 基礎データ化の作業

各文献は、座談会やシンポジストの報告とそれを受けての討論の様子が逐語録として収録されているものであり、それら文章のなかから、座談会やシンポジウムのテーマにおいて重要な論点であると判断された部分を抜き出し、基礎データ化を行った。各カテゴリ化した逐語録の抜粋は、Webに掲載した。以下がそのURLである。そこに、座談会、シンポジストの氏名、所属、職種等について記載してある。

- A. 作業療法とは何か：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/ottohananika1.htm>>
- B. 学校教育：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/otkyouiku.htm>>
- C. 他職種との関係：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/ottotasyokusyu.htm>>
- D. 評価：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/hyouka.htm>>
- E. 理学療法との関係：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/ottoptnoaida.htm>>
- F. 医師との関係：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/isitoserapisuto.htm>>
- G. 患者とセラピスト：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/kanzyatoserapisuto.htm>>
- H. 臨床記録：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/kiroku.htm>>
- I. 学会：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/gakkai.htm>>
- J. 地域社会との関わり：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/ottochiiki.htm>>
- K. 作業療法の方向性を占うもの：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/othoukousei.htm>>
- L. 作業療法部門の管理運営について：<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/otkanri.htm>>

3) 文章化の作業にあたって

それら資料はすべてが作業療法をめぐる初期の言説としての位置を有するものであり、作業療法業界内の初期の関心や動きを知るうえで、貴重で重要な資料であるが、本稿においては紙数の都合があるため、次の3つの理由から、特に、A、D、E、F、Gの内容を紹介することにする。① それらは、A～Mのなかでも、作業療法をめぐるこの時期の重要な問題群がより鮮明となるテーマであること、② H～Mにおける重要な論点は、それらの中にある程度集約されるべきものはされている、③ それらは、内容的にも論点が明確化しており充実したものであると判断したこと、である。他の資料については、改めて別稿にて検討することとしたい。

なお、A、D、E、F、Gの構造的な連関を提示しておきたい(図1)。まず、「D評価」は、作業療法の内部構造に

関わるものであり、「E理学療法との関係」、「F医師との関係」は、職種間における作業療法の独自性や対等性をめぐる力学に関わる。また、「G患者とセラピスト」は対象に介入する際の問題が扱われており、「A作業療法とは何か」は、それら全体を統合した観点から国家資格化10年の節目に行われた、今後の方向性を占うための重要なディスカッション内容であった。つまり、これらを押さえることで、作業療法の形成に関わる内部構造、また、密に関わる重要な関係における論点を捉えることができていると考え得る。

また文章中に、座談会やシンポジウムにおける発言者の人物名が頻繁に出てくるが、その前に所属や職種の記載がない人物についてはすべて作業療法士による発言である。

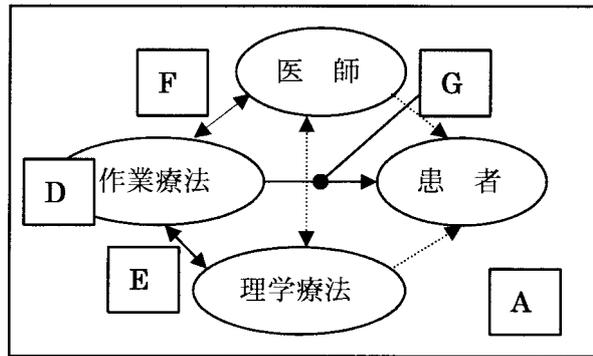


図1 A、D、E、F、Gの関連図

4 結果

1) 評価

評価は、労災病院では1968年より診療報酬点数がついたが、他分野では1974年まで診療報酬点数がつくものではなかったことをまず確認しておくべきだろう [【10】：106]。しかし、早くに診療報酬点数化した労災病院でさえ、「OTを構成しているセラピスト自身にしても色々経験や出身や考え方に、かなりのアンバランスがあって、OT評価というものを現実に使っていないのではないかと感じます。次に評価の労災病院の位置づけですけれどもそれは表面的には評価というものを一応認めているものの又別の面からは評価というものを、ただ形式としてしか受け取っていないということ。そしてその評価をする時間よりも患者を大勢みて欲しいというのが、どうも施設の要求のような気がします。という現状では評価というものが、どうしてもまま子扱いされている。」 [【10】：107] という長谷川の指摘があるように、当時はまだ、臨床において評価が十分に定着してはいなかった現実が伺われる。とはいえ、法律において、医療職としての位置づけが与えられたからには、治療目的と目標を明確にする必要があり、評価の必要性は認識されていた。医療職として歩み始めたばかりのこの職種にとっては、もっと根本的なところから、評価は考えるべき対象であった [【10】]。

【10】のシンポジウムでは、シンポジストの一人である番田が、「ここで一般的な評価の意味を考えた場合、あらゆる対象の価値を論定することであり、これが目的をもって行われるべきであり、これが目的なく行われる場合、往々にして無意味であって悪影響さえ生じかねないのであります。」 [【10】：103] と言い、評価と対象者の価値の問題を取り上げるが、やはりシンポジストであった鎌倉は、「君達が「患者を評価する」というとき、その人の価値定めをしているのではないことは確かです。」と言い、「では、OT領域で評価という言葉を使うとき、それは何を意味しているのでしょうか？私は、それは、「患者の状態を把握すること」だと思います。」と評価の別の意味を提示している。その後の討論で、番田は評価が対象の価値を論定するとは言っていない、と補足しており、本討論の流れとしては鎌倉の発言が肯定的に浸透していった印象を受ける。

鎌倉の言う「患者の状態を把握すること」とは、「患者の失った能力は何か。残された能力は何か、患者はどんな心持ちでいるのか、患者を取り巻く環境は何か、といったことをセラピストの眼・働きかけ・判断を通して把握し

ていく過程」【10】：108】であり、「OTにおける評価は、医師による診断学に相当するもの」【10】：108】とし、「評価の意義目的は、以上の2つ、即ち、ニーズの発見と経過の把握ということにつきると、私は思います。」【10】：109】としており、この鎌倉の発言は、本シンポジウムの他の発言に比べて、評価の根本的な原理を明確に指摘するものであった。

多く議論がなされたのは、評価法、評価内容、評価技術についてであった。1つは、治療効果の測定の課題であり、客観的な測定法の開発、正常値の測定、標準化の問題などである。

しかし一方で、多くの作業療法士が、医学的領域のみならず、もっと広く対象者の心理、生活、社会との接点を捉えることが作業療法の独自性とも捉えており、そういった観点からは、「ある程度の主観が入っても、なお、セラピストの判断を主軸とすべきものの例としては、ADLがあげられます。ADL評価の場合重要なことは能力評価を行うだけでなく、患者の身体的、知的能力と心構えが、生活環境からの要求に見合うかどうかを判定する点にあると思います」【10】：110】や、「OTのもつ評価技術のレポトリを点検してみると、そのWeakPointともいべきものは、心理領域との接点、および職能判定領域との接点なのではないかという気が致します。」【10】：110】からもわかるように、作業療法の評価の持つ問題点が、1点目の問題だけでは解決されない複雑さを有していることがわかる。そしてまた重要なことは、このことが、作業療法の独自性の部分と捉えられていたことであろう。つまり、

横田：「OTの評価は科学的でないと言われた […] ADLも科学的でない職業テストも科学的ではないけれどももっとも大切なところなんだということを感じ取っているのです。その辺について、どうしたらいいのかということ。」135

鎌倉：「私も気になる論点の1つでもあります。ただし科学的とは何ぞやということを私はあらためて自分達で問わなければいけないと思います。あの科学性という言葉に対する暗黙の盲信ということが私達の中にあるのではないかと思います。で、科学性とはいったい何なのかということから出発したいと思います。」135

富岡：「評価というときに生のデータを集めるということと、そのデータをいかに解釈するかということと、それをどの様に他の人に伝えるかという、やはり3つの段階、それぞれに特質が含まれていると思うのです。 […] OTらしい評価というかデータを集める時に数とか言葉とか、はっきりととらえ、万人が認めているシンボルに表現出来ないものも、かなりあると思うのです。 […] 観察といっても、やはりある程度他の人にも納得しうる方法が、とりうると思っていますので、そちらの方も我々自身、もう少し追求していかなければいけないという感想です」135

というやり取りから察知されるように、作業療法の独自性となる部分が、臨床で関わる医師をはじめとする他の医療職においては、科学性を問われるところであり、それは、作業療法が医療職として認知されるために重要なポイントでありながら、自らの命綱たる部分でもあったということで、目指す医療職化と求める独自性との間で引き裂かれるような構図となっていたということである。

2) 患者とセラピスト

【3】では、リハビリテーション医師である上田敏が司会となり、理学療法士、作業療法士、医師、患者が参加し、患者と接する際に行き当たる様々な問題が話し合われている。

その中で、予後の問題が提示され、この座談会において唯一の障害当事者である石坂が「将来どのような形・程度の障害者になるかを想定した上で、なおかつ自分にできるような商業をめざして教育を受ければ、かなりしあわせになるんじゃないかと思います」【3】：6】と指摘し、上田が「現実に患者の能力が限られているのに、患者が能力以上の非現実的な望みをもっている。それを専門家であるセラピストの立場からみて、どう納得させたらよいかという問題ですね」【3】：6】と応答する場面があった。つまり、機能回復が限界に達した後の処遇のあり方に関心が寄せられていることがわかる。

また、そうした文脈のなかで後に日本作業療法士協会の会長となった寺山は、「大事なときに私どもはなにか怠慢

なことをしているんじゃないか。ということは、先ほど石坂さんがおっしゃったように、正しく患者に治療の限界はここであって、次のステップはここなんだから、あなたは努力を、社会復帰なら社会復帰に向けてすべきだということをもつて言わないがために、患者さんの訓練をしていれば何とかなるといふ気持ちに引きずられて、心ならずも時をすごしているんじゃないか。私自身の反省なんですけど、そういうことを近頃つくづく感じますね」【3】：8」と言い、患者に機能回復訓練にばかり目を向けさせるのではなく、積極的に社会復帰に目を向けさせることもセラピストの重要な役割であることを強調する。そのことは患者が無駄な時間を過ごさないことから患者にとっての利益であり、それを行わないことはセラピストの怠慢であるとしている。

さらに上田は、「やはり現状では病院以外にはいい出口がないというのは多くの場合ほんとうなのです。そしてわれわれもそういう施設や制度を作るべく努力をしなければならぬのですが」【3】：11」と施設や制度の問題を指摘する一方で、「視点を変えて、リハビリテーションの根本理念である独立性の尊重をもっと出していくことも必要だと思います。人の助けを借りない人間こそがほんとうに価値のある人間だ、人を助けることのできる人間こそが価値があるのだという考えかたに思想を切り換えていくことです。病院よりも家庭は住みにくいかもしいない。しかし、病院で人の世話になっているよりは、そのほうが意味のある人生なんだという考えかたに患者を持っていくことができないものだろうかということですね」【3】：11」とし、リハビリテーションの根本理念として「独立性の尊重」を提示し、機能回復に固執する患者に対して、自立性に価値を置くよう価値の転換を図ることもリハビリテーションとしての役割ではないかと提案している。

その後寺山は、「たとえば中学卒業したという時に、ふつうだったら、子ども自身が考えて何になりたいかと言っていく時期ですね、心の成長として。ところが身体障害児であるために、親が決めてしまうわけです。親と子共と質問すると親が必ず答えてしまって、子どもを人形のように取り扱うわけです。私は必ず”あなたはこう考えているの”と、子どもにきくようにして、”おかあさんは施設に入りたいといっているけど、ほんとうの気持はどうなの”というようにしているんです。必ずそこにギャップがある […] やっぱり身体障害者でも、自分の人生を考えていく権利があるし、自分自身の問題として考えていくのをセラピストは援助するという形をとるべきだと思います」【3】：12」として、「独立性の尊重」を「自己決定の尊重」に接続しているが、この発言は、座談会の雰囲気として、「独立性の尊重」を、セラピスト-患者関係において患者の権利を尊重する良き理念として補強した感がある。

3) 医師との関係

「医師との関係」に関係する座談会は、1972年、1973年、1974年に1回ずつ行われているが、1972年の【14】では、日頃臨床にいるセラピストの医師との関係における不満が割と辛辣に表明されている感のある内容であったが、【20】では、「処方」問題として医師関係における問題群が収斂されており、【25】では、各病院の処方をめぐる実情が率直に話し合われていた、という流れが見える。

【14】では、「ほんとうにわれわれを信頼してくれてそういう返事を出しているのか、それとも自分でわからないことだから、彼がそういうならそういうことにしておこう、というふうなのかどうか、そういう点も非常に疑問に思えます […] そういう人たちが果たしてリハビリのチーフになって、いったいわれわれをどこまでリードしてくれるかということも非常に問題だと思う」【14】：63】や「一応リーダーが、医師という形になっているということから、全体的な把握をもっとしてほしいという気持ちが強いです。しかし、リハのリーダーが医師でなければとは考えていません。どこのパートの人でも全体を掴みまとめる能力のある人たとえばソーシャルワーカーとかがリーダーになったほうが仕事がしやすくなるのではと考えています。」【14】：64】など、医師上位の管理体制を問題とする声があがったり、「施設におけるリハビリテーションというのは、社会医学のリハビリテーション、それから治療医学のリハビリテーション、そういうものをまとめてするものでしょう。純医学面というものを強く出せば、どうしても生物的にとらえやすい傾向があると思うんです。PTの場合は、あるいはドクターの場合は、生物学的にとらえやすい、そういう欠陥があるんじゃないかと思えます」【14】：65】や「現実には、ほんとうのリハビリテーションというものを理解しようという熱意のある医師が少ないということですね。あくまでも、自分の専門はちゃんと置いてその片手間にリハビリでもやろうかという、そういう医師が多いんじゃないかと思えますね」【14】：65】など、医師の、特に作業療法への理解や熱心さの低さに対する不満が表明されていた。

【20】では、タイトルも「PT・OTの処方めぐる」であり、医師のセラピストに対する「処方」という行為に焦点化することで、逆に、医師とセラピストの関係のあり方から派生する問題群を明確化し、検討している感がある。つまり、処方は、医師が医療責任としてセラピストの実施する治療方針を記述するものであるが、現実的には、処方というレベルの内容で医師が記述することの現実的な困難さが存在しており、そのことが【14】に見るような医師に対する不満の表明にもつながっていたものと考え得る。

リハビリテーション医師である上田は、処方について、「たとえば治療の第1日目においていいと思ったことをやってみて、患者の状態がそれに適していなければすぐに次のやり方に行くというのがPT・OTの実際にやっていることだと思うんです。それから、一週間単位でもそれが変わっていく。そういうことは、医師がわかるはずがない。やっている人しかわからないと思うわけです。そうだとすると、この点について医師にできることは、大きな方向づけとしてこういう患者の医学的な状態はこういう方向の治療を必要としているのだ、ということだけだと思うんです。」【【20】：21】と言い、自身の東大病院における処方の仕方は、患者のゴール設定と、PT・OTの必要性、禁忌についての記述のみであり、そうした処方のあり方は、米国では、blanket prescriptionと呼ばれていると紹介し、blanket prescriptionは、薬の処方とは異なるという意味において「処方ではないという議論も成り立ち得ると思います。」【【20】：18】と言及する。

鎌倉は、処方めぐる現状の問題を、「今の段階でだれもが満足する形というのはないと思うんです。それはなぜかということ、2つの要素があると思います。1つは、医師と、PT・OTが、お互いのキャパシティーをどれだけ客観的に評価できるかということにかかっていますね。その結果、お互いをプロとして尊重し合えるかどうかということ。もう1つは、法律的な問題がからんでいると思うんです。医師は、prescriptionを書くべきであるとしている本の多くは、やはり法律的責任を念頭に置いているような気がするんです。その辺のところを1度は整理しておかなければいけないと思います。いまの日本の医療職の身分法の体系は、運転免許の体系と似ていますね。医師は大型バス・トラック免許に相当し、他の医療職は乗用免許に相当する。トラック運転手は何を運転してもいいんです。ところで乗用車免許の方も、実は独立免許を与えられているのは助産婦と保健婦と療養の世話をするばあいの看護婦だけで、それ以外の医療職は全部仮免許、しかもトラック運転手の同乗を仰ぐ仮免許なんです。こういう体系がPTやOTの世界にあてはめられていいのか、ということを吟味しなければならない。現行法規によれば医療の最終責任を問われるのは医師である、だから自分たちは指示（処方）をせずにいられないんだという主張があるわけです。これは一理あるいい分だと思うんです。一方セラピストの側からいくと、いろいろこまかいことをいわれるのはほんとうは心外なのだけれども、最後の法的責任が医師にいくのなら、まあがまんして医師の傘の下に入っている方が安泰かもしれないというふうに傾く傾向があるわけです。ところが、やはり診療補助の法的責任はとられるんですね」【【20】：24】と整理し、「助産婦に与えられている医師の指示を受けずに仕事ができるという権限、これと同じものがPTなりOTなりに与えられるならば、指示を受けなければならないという法的根拠はなくなるし、過誤が起こったときに、医師が、自分が迷惑をこうむるんだからいまのうちに指示しておかなければいけないのだ、という気持ちもなくなると思うんです」【【20】：25】という代替案の提案を行っていた。

【25】では、司会者含め、医師2名、理学療法士2名、作業療法士2名によって、それぞれの臨床現場における処方の現状と問題が話し合われているが、なかでも、作業療法については、

司会：「…OTになりますと、今度はなんとか機織りを1時間ほどやれとか、そういうふうなことは絶対不可能に近いとか、そういうことをいわれると、OTの人は怒り出すのではないかと思います。そういう点では、それではOTの依頼というのは、どこまで詳しくやったらいいかということですね。そういうことについて長尾先生はどう思われますか」44

長尾：「作業を規定した処方をだすこと自体が、ドクターにはたいへんだと思いますね。実際問題として、木工をやれといいますが、何の木を使ってどの鋸でやれということまで出さなければならなくなってきますから、それは実際むずかしいと思います」44

司会：「そうすること自体が、あまり意味がないことですね」44

長尾：「と思いますね。OTの場合ですと、どちらかということ、メディカルな細かいケアというのは、ある意味

でPTで卒業しているということも、極論すればいえると思うんですね。むしろ、ラフなつかみ方が可能だと思います。流れとして。そうしたら、OTの場合ですと、ヘミのプログラムとか、あるいは切断のプログラム、極端に言えばそういうふうなプログラム処方的な流れ方がいいのではないかと思います」44

というやり取りに見られるように、具体的処方を示すことの困難性が、作業療法の特質の面からも示されている。

4) 理学療法との間

理学療法と作業療法は、時期を同じくして、双生児という形容もあるほど、非常に重なり合いも大きい職種として出発したわけであるが、それぞれが1つの職種として役割の境界線を明確化する必要性が求められるようになってきた【【21】：62】。とはいえ、実際の臨床場面ではやはり重なり合う場面も多く、「現実にはそういう（重なり合う：筆者補足）面が、私自身にもないとはいえませんね。聞かれたら上肢のほうはついOTの方に目を向けたり（笑）、でもそれは花を持たせるというようなことではなくADLと結びついた上肢の機能についてはOTの観察のほうがるどいんじゃないか、というようなことです。PTの意見を聞かれれば勿論いいですけど」【【21】：57】という理学療法士の発言にも見られるように、対象者の機能状態を把握するという意味においてはかなり近似しており、互いが互いの領分を押し量り、ゆずり合うというような場面もしばしばあったようである。

1974年に、初めて、「PT、OTの間」と題した、理学療法と作業療法の関係をめぐる座談会がもたれているので、内容を確認していこう。

上述のような状況があるなかで、以下のやり取りに見られるように、1つの問題設定として、守備範囲の境界線を明確化するのか、それともある程度重なり合いを許容しつつ、力点の違いを明確化していくのか、ということが挙げられていた。

関：「基本的なところはPTの方にやっていただいて、意見をそのまま取り入れて応用的なものをOTが行う。例えばこのぐらいの力があってこの程度は歩ける。ここまではPTの方にやっていただき、その患者さんが社会に出たときに、実際にどの程度応用力があるのかということをおOTがやる、といった形になるんじゃないでしょうか」57

司会：「それがいいと思われませんか？」57

関：「はい」57

司会：「知識があってわかる、理解しているということと、自分の守備範囲としてやれるということは、少しずれるかもしれないし、それでいいんでしょうか」57

谷口：「…今までPT治療上でつい見のがしていたラテラルピンチ等がADLを実際にやらしていく上に非常に役立つみたいな気がしますね。だから、そういうふうに分化してしまっても、いろいろなふうに変わるんじゃないかと思うんです。だから、PTでもそこまである程度観察できるぐらいの時間とゆとりがほしいと思うんですね」58

しかし一方で、治療の時期に関してみると、作業療法の特質を鑑みて、早期を理学療法が行い、その後を作業療法を担当した方がよいのではないかという意見もあがる。

司会：「やはり早期からOTは関与したほうがいいんじゃないかと思われませんか」59

池田：「私は別にそう思いません。なぜかと言うとOTの場合に、どうしても、個々の関節、個々の筋を見ますと、いろいろなactivityをやらせた場合には、たとえば代償運動のブロックとか、1つの筋のストレッチの仕方についても正確に行にくいわけなんです。それを他動的にやった場合は別ですけれども。OTの場合には、粗大的に扱っていくということで、代償運動などが入り安くROMの改善をやらうと思っても、能率的なROM改善はできないわけなんです。そういう面でPTの方にある程度まかせて、OTはもう少し二次的な、PTである程度できあがったものを少しずつ応用的に変化させていくという分野を受け持ったほうがいいんじゃないか、と

というのが私の意見です」59

池田：「われわれが急性期まで入っていったならば、やはりPTとOTの間に、もめごとといたらおかしいですけれども、どっちがやるんだという問題が出てくるかもしれません。OTとしては身体障害関係の中でもっと、たとえばさっきいった前職業的なとか、あるいは個々の動きではなくもっと耐久性を強くするとか、精神的なサポートなどのOTの分野があるんじゃないかという気がしているんです。だから、私のところではあまりPTの分野に入っていこうとかいうより、むしろ二次的なとかいうか、応用的な動作のほうにもっていく傾向が強い」60

これらの落としどころ案として、「OTでは心理、社会、前職業的な意味での初期からの機能回復といったねらいをしてみいいんじゃないか、と私は思いますけども」[[21] : 60] や「MMTは、ほんとはだれがやっても同じであるべきでしょう。少なくとも、一応、規則なんですからね。というようなところで、たとえば足にも手のほうにも障害がある患者に対してPTが手をやる必要は、極端に言って、もしOTのほうがあうまいとなれば、やはりうまい人にやってもらってという割り切りがあってもいいのではなかろうかと思うんです」[[21] : 58] というように、重なり合う部分については、各セラピストの力量に委ねたらよいのではないかという案も出されていたが、少なくともこの座談会において結論が導きだされたということはない。

5) 作業療法とは何か

【25】は、その後、1986年、1987年、1989年に行われた学会シンポジウム「作業療法・その核を問う」の先駆けのような位置にある（日本作業療法士協会 [1991]）。また、このシンポジウムは、1975年という法制度化から10年目の節目に行われ、後に作業療法業界を先導していった作業療法士たちがシンポジストとして登壇していることから、その後の作業療法の方向性を占う企画として重要な意味を持つものであると推察される。

「作業療法とは何か」に対するシンポジストの主要な発言を挙げてみよう。

第1発言者の鎌倉は、「結局問題は、治療として有効か、つまり歴史的エピソードに見られた成果が、全ての患者で成功するか、ということになってくると思います。もちろんOTの内容は作業だけではありませんが、しかし、作業に費やす時間は膨大なものであり、このことを度外視してOTを、わけても機能的OTを語ることはできません」[[25] : 86] とし、医療としての作業療法の存在意義が、作業を治療に用いることの有効性の実証にかかっていることを指摘する。そして、「ひとつの作業能力は、関係の屈曲や、筋の強さ、耐久力からだけ生まれるものではありません。情緒的安定や知覚・行為の問題はいうまでもなく、たとえ身体面だけを見ても、物体の操作における身体を物体の対応関係という要素は、ひとたび侵されれば、物体との対応体験なしに学べるものではありません。この点にこそ、PTとは違ったOTの意義があるのだと思います」[[25] : 87] と、作業を治療的に応用することの意義の存在、それがまた作業療法の独自性であることを強調する。

第2発言者の佐藤は、「OTは本来人間の健康的な側面を強調するものとして発達し、患者の障害と健康面のギャップをうめる数少ない医療専門職と言って良いでしょう。すなわち障害部の回復よりも、患者の残存機能、あるいはもっている能力を最大限にのばしていく事である。今日までの医学の中心は疾患や障害その物に対しての治療への挑戦であったし、医療技術は病理学的アプローチを主としてきた。我々はOTを考えると、医学又は医療のわくの中でしか考えないくらいがあったように思われる。イギリスのグッドマン博士は「リハビリテーションは患者にはクライアントが社会的・経済的に独立し、税金の払う能力を獲得する迄の過程である」と言った。我々の基本的態度として、OTである前にリハビリテーションセラピストであらねばならない。過去10年のOTの発展は必ずしも患者に対し、医学から社会心理及び職業的自立への橋渡し役となってきたかが疑問である。またOTのユニークな点は、すなわちたとえ病院にあって日常生活に近い環境設定のなかでの治療、そして日常我々が極く身近で使う道具や活動の治療手段が徐々に人工的、かつ複雑化する傾向がないではあろうか。このように考えると、OTは病院現況の中では本来の目的遂行が困難な様に思われる。我々はOTがユニークに貢献できる技術レベルを追求し発展させる事が必要ではないだろうか」[[25] : 89] とし、作業療法は、治療的観点よりも残存能力に着目し、対象者の健

康的側面にアプローチできること、また、生活場面や社会的・経済的な領域に接点を持つことが医療専門職のなかでの希少価値であり、ユニークな点であるとしている。

第4発言者の寺山は、「OTを「医療」のカテゴリーに入れる思想が一般に根をはっていないこと。そこで、冒頭のPT・OT法の精神をもう一度思いおこしてみましょう。OTはあくまで医療であると唱っています。ところが現状は以上述べた通りです。では今後どのように進めていくべきでしょうか。ここに2つの生き方があると私は考えます。第1の立場は「医療」としてのOTを守り育てる。第2の立場は「医療」にとらわれずに進む。ちなみにアメリカOT協会は1968年、定義を改めておりますが、どうも第2の立場を進んでいこうというように私には受け取れます。[…] 私自身、まだ結論を言うには考えが及んでいませんが、言えることは、OTはまず「医療」として臨床的にも制度上も確立するのが先決ではないかということ。アメリカとは歴史が違います。このことは、10年間にやっと根づいた感じで、次の10年に大きく育てなければなりません。」[[25] :95] とし、法律に定められたとおり、まず医療としての作業療法を育てることが、作業療法が生き残るための戦略であることが強調されている。

以上の3者は、医療専門職としての位置のなかで、作業を治療的に用いることによる独自性を提示したり、あるいは、そこを基礎として、それに限らない広がりをもてることが作業療法の独自性であるとしたり、あるいは、短刀直入に、医療としての内実を充実させることが作業療法の生きる道であるとしており、いずれにせよ、医療専門職としての位置を保ちつつ、その中で、あるいは距離をとり、作業療法の独自性を表明していることは特徴的である。

ところが第3発言者の鈴木はこれらの発言とは若干様相を異にしている。「対象がどのように呼ばれようとも、その人の社会的、身体的、心理的「痛み」の軽減する過程がOTです。その痛みをどこまで共感できるかという深さは人間味に関与することが多いのです。これは療法士の年齢や経験によることもあります。1つ1つの人間的成長は「問題解決」の方法によるともいえましょう。極限すれば「作業療法はクライアントの問題解決の相談にのること」ともいえるのではないのでしょうか。そこでは、問題点の数と序列、各々の領域、関与する人間構成、物理的そうして物質的弊害を評価すると時を同じくして、相談者側の人的資源、クライアントの自発性の程度による支持の量と質などが、OTの技術となるでしょう。」[[25] :92] としており、医療との関わりにおける指摘はない。これは、鈴木が精神科領域を仕事にしてきたこととも関連するのも知れないが（[11]）、むしろ伝統的な作業療法3）に通底するものを感じる。鈴木の意図するところは不明だが、前3者が示すように医療職化がメインストリームの潮流のなかでのこうした異質性は、医療職化に対するアンチテーゼとしても受け取れる。

シンポジストの発言を受けて、助言者として3名が登壇しているが、そのなかの一人である東京都養育院附属病院院長の萩島秀男は、「患者の治療を安心してOTに依頼して居られますか」という問いに19名（の医師：筆者補足）が“No”と答えられました。驚きであったのは6名の精神科医全員が“No”であった事です。やるせない気持ちになると同時にOTを職業として選ばれた方々に同情を禁じ得ませんでした」[[25] :98] とし、医療職種のなかでの作業療法士の信頼感のなさを指摘すると同時に、「今後10年間は医療職の中でのみOTが生きる道がありそうです」[[25] :98] とし、「将来わが国で更に発展し認められるのには色々な条件があります。第①にはセラピストである前に常識を持った社会人である事でしょう。②少なくとも卒後10年間は医学的知識の向上に努力することが大切です。③他の職種では代行できないレベルの治療内容を持つ事が重要です。④職種として発展するには各々が顔に汗を流さねばならぬという自覚を持つこと」[[25] :98-99] と医療職化のための条件を提案している。

こうして見るように、シンポジウムの全体的な雰囲気として、医療職化への気運が強く感じられるトーンとなっていることがわかるが、最後にシンポジウムのまとめとして、当時の日本作業療法士協会の会長であった矢谷は、「OTとは、親しく、力強く、いかにも素晴らしい医療の一分野です」[[25] :105] と、高らかに宣言をしつつ、「医療関係技術者の職業分野を見てみてもいくつかの分野は重複して行われており、ある意味では整理されていないとも言えます。重複の良悪は別としても重なり合いを、はがして、はがして最後に之だけはどの職種の分野にもゆづれないOT独特のものだと言えるものがあってよい筈です」[[25] :104] とし、医療職のなかでの作業療法の独自性の存在を希望している。

5 考察

本稿では、1) 評価、2) 患者との関係、3) 医師との関係、4) 理学療法との間、5) 作業療法とは何か、をめぐり、法制度以後の10年間に、作業療法をめぐってどのような言説が生成されてきたのかを追ってきた。これらの分析視点は、すべて、この時期の作業療法を形作るうえでの重要な着眼点であったことがまず確認されるべきだろう。

1) 評価

評価は、この時期、臨床において十分に定着したものではなかったが、それだけに、評価の意義・目的について、根本から問われた。とはいえ、評価を行うことについては誰も否定する人はいなかった。何が求められていたかと言えば、評価を行うにあたってセラピストが納得できる理由だった。なぜなら、それを明確化することは、自らの役割を明確化することにつながっていたからだろう。

この時期は、法制度により、医療補助職としての位置を与えられたものの、医療職としては歩み始めたばかりであった。日本において医療と作業療法の結びつきが模索され始めたのがこの時期だったのである。そして、評価をめぐる議論も、作業療法をいかに医療として根付かせるかの具体的な検討であったと言い換えることができるだろう。

評価の根本的な原理を明確に指摘するものであった感のある鎌倉の発言は、「作業療法における評価は、医師による診断学に相当するもの」としているが、作業療法における評価を医学における診断学に対比させており、評価後の訓練過程を治療に結びつけ得るような描き方をしているのも、作業療法の医療職化という意図とまったく無関係のものではなかったはずである。

また、実際に評価をするにあたっては、具体的な評価法、評価内容、評価技術が必要であった。それは、何に焦点化をして、どのような治療目標とするか、という治療過程と連関するものであり、そのためには、治療効果を測定できることが重要であり、客観的な測定法、正常値の把握法などの必要性も指摘されている。それらにしても、正常値からの乖離を病理として扱い、そこに焦点化をして介入を行う、というように、正当化可能な介入の根拠、位置などが含まれており、評価という一時点のなかに、セラピストとしての行動指針が暗黙のうちに提示されていることがわかる。それだけに、やはり評価は重要なテーマだったのだろう。

しかし、そうした治療的観点には含めることのできない領域が作業療法にはあるということが、一方に指摘されていた。ADL、心理、職能領域である。それらは主観的な見方も必要となる領域でもあり、その科学性が周囲から疑問視される領域であった。だがそれは、作業療法にとって大切な部分であり、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る部分でもあった。ここで重要なことは、一見統合することが困難なこうした領域が、自分たちの担う領域群であると認識されたことであろう。それは、後の作業療法学の構築に大きな影響を与えたものと考え得るが、検討は別稿に譲る。

2) 患者との関係

次に患者との関係を見てみよう。問題が、機能回復の限界点（とセラピストが判断した）後の処遇のあり方に向かっていることは注目に値することだろう。具体的には、社会復帰を進めるべき患者が、機能回復にこだわってしまい、次のステップに進めないというような事態である。こうした患者の心理状況は、後に「障害受容」という言葉で表現されるものである（田島 [2006a]）。

評価のところで見たように、機能回復、社会復帰とも、作業療法に関わる領域だと認識されたものであった。そうした事実はここでも確認された訳だが、そこには患者側の心理から捉えるなら深い臨界点が存在する（田島 [2006b]）し、それは上述した評価領域をめぐる難問とも関係するのかも知れないが、とりあえず座談会では、そうした臨界点の存在地点として機能回復から社会復帰への移行が問題とされることもなく、患者側の自立的に行うことの価値意識の不足として問題が認識されていることは特筆に値することであろう。

つまり、筆者は、「回復アプローチ」－「障害受容」－「代償アプローチ」という「訓練の流れ図」の問題性を指

摘した（田島 [2006b]）が、既にそうした構図の萌芽がここで見られるということである。

田島 [2006b] の時点では、その原因として、「日本において「価値転換」を「段階理論」と融合させ、大きく取り上げたのは上田 [1980] であり、それが、臨床現場における「価値転換」を必要とする状況と実によく符号し、またその転換が、「1つの段階をクリアする」「ステップアップする」というような訓練の1つの過程として解釈され、現場においてそのように用いられるようになったのではないかということである。そしてまた、1970年代、1980年代の2つの「確証」がそれに権威性や権力性を付与する結果ともなり、「回復アプローチ」－「障害受容」－「代償アプローチ」という（治療者にとって都合のよい）「訓練の流れ図」が完結したのではないか」（田島 [2006b] : 226）と考察を行ったが、その考察はある意味正しく、ある意味不足していたかも知れない。どういふことかと言うと、作業療法の担うべき領域が先にあった、ということである。つまり、上田 [1980] の障害受容論の形成には、少なくともこうした作業療法の支援領域の広さ（それが作業療法の独自性と認識される部分でもあるのだが）が認識されており、それらの支援の正当化から（のために）導き出された構図だったのではないかということである。そう捉えるなら、作業療法のこの領域の広さは、医療職化と独自性をめぐる問題であり、科学性の問いの出発点でもあり、患者－セラピスト関係の非対称性を表すきっかけとも成り得るものであったということであろうか。

3) 医師との関係

次に医師との関係を見てみよう。医師との関係は、法制度上、第2条の4において、「この法律で「作業療法士」とは、厚生大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行うことを業とする者をいう」とあるように、その最終責任は医師にあり、作業療法士は医師の指示のもとに治療を行うという関係が原則として存在する。つまり、法制度上は、医師が作業療法士の上位に位置しており、それは医療上の責任の所在を意味するものでもあったわけだが、現実には、医師が作業療法を十分に認識しているようには思われぬことも多く、それは多くの作業療法士にとって不満の種となっていたようである。

その原因としては、これまで述べてきたような作業療法の領域の広さが影響していると考えられるが、逆に医療を占有してきた医師の立場から見れば、従来の医療の認識枠組みでは理解できない領域を含みつつ新医療職が医療職であると名乗りをあげたところで、信用できないと思ってしまうとしても無理はないことのようにも思える。

また、「処方」という問題に収斂してみても、医師・作業療法士双方にとって、「処方」という行為そのものが現実的ではないという問題が指摘された。

1つの問題点としては、リハビリテーション過程の流動性があげられるだろう。つまりセラピストは、介入による患者の状態の変化を日ごとに確認し、変化に合わせた対応をしていくため、そのように流動的な対応を想定した詳細な処方を行うことは現実的に無理があること、もう1つは、それとも関連し、また作業を用いて治療を行うという作業療法の特質にも関ることだが、作業療法で行う具体的な活動種目についてまで医師が処方内容に列記すること自体が、あまりに現実離れをしているということである。

つまり、「処方」という行為を通して形成される関係性は、現実と乖離する部分が多いということであろう。端的に言えば、処方後の過程も目的も、作業療法士の専門性に委ねられるべきことがあまりに多いので、医師がリハビリテーションにおける全般的な治療方針を決定することはできないはずだという主張である。

いずれにせよ、作業療法士側の言い分は、法制度上、自分たちを管轄する位置にある医師との専門職としての対等性であったとまとめることができそうである。その専門性のなかには、作業療法の領域、治療種目、介入方法等の独自性が挙げられるだろう。この時期の作業療法士の不満は、そうしたことを、医師をはじめとする他職種に十分に説明するだけの言語を持っていないことにも起因していたのではないか。こうした不満は、その後の作業療法の理論枠組みの構築に向けての大きな原動力ともなったと考える。

4) 理学療法との間

次に理学療法との間を見ていこう。理学療法は、作業療法と同時に法制度化しているが、第2条の1、2において、「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操そ

の他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう」「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう」とあり、それらの職務内容の差異が明記されている。とはいえ、同じ対象者のリハビリテーション過程において、どうしても重なり合う部分はあった。それは、端的に言って、基本動作、あるいは、早期治療の部分である。つまり、法制度上の規定を見ると、基本動作能力は理学療法、応用動作能力は作業療法、という大雑把な役割分担がなされているものの、実際のリハビリテーション過程では、それらははっきりと区別できるものではなく、連続的なものであるために、作業療法の側から見れば、基本動作能力については、どのように・どの程度関与したらよいかがすっきりといかなかったということだろう。

とはいえ、これまで確認してきたように、この基本動作能力の部分は、作業療法の治療的領域と深く関係する部分であり、作業療法にとって、まったくすべて、理学療法に委ねるとは考えていないことが、例えば、評価における討論などから了解できる。

この時点で確認できることは、治療的領域をめぐるもう1つの力学の存在である。つまり、治療化という方向性のうちにも、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ということである。その後はまた別稿にて検討されることになるが、本稿ではとりあえず、作業療法の独自性の希求は、このように、近接する職種との関係性における輻輳的な力学によるものでもあったこと、しかもそれは、領域の広さだけでなく、治療的領域をめぐるうちにも存在していたことを確認しておこう。

5) 作業療法とは何か

最後に「作業療法とは何か」という、法制度化から10年の節目に行われたシンポジウムの考察を行いつつ、本稿のまとめをしていく。

このシンポジウムにおける全体的な気運としては、医療職化が強いキーワードとなっていたことはすでに確認しているが、それは、命題とも言えるような自明性を帯びていたことも確認できる。つまり、このシンポジウムにおいて医療職化を強く言う人たちはその根拠を明示して言っているわけでもなかった。恐らく、法制度のなかに医療補助職として医師の指示のもとに業務を行うとあり、その役割を担うべく10年間歩みを進めてきたこの職種にとって、それは今更問うべき問いではなかったものと考えられる。これまでの10年、さらなる10年に向けての確認作業のような意味合いが含まれていたのだろう。

とはいえ、そうした方向に歩みを進めるとして、本稿において確認してきたように独自性をめぐる2つの課題、①治療的領域における理学療法との差異化、②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、の学化・理論化という難題が鎮座していた。シンポジウムにおける鎌倉の発言は、①に対する回答を用意しようとするものであり、佐藤の発言は、②に回答を用意しようとするものであることが理解できるだろう。それらは、作業療法の歴史における初期10年の歩みのなかで生成された作業療法学の構築にあたっての重要な視座であったと考える。

答えを先に言ってしまうと、それらは、「回復アプローチ」と「代償アプローチ」という、リハビリテーションにおける代表的なアプローチ法（吉川 [2003]）の確立に収斂していくものと推測されるが、既にこの時期に、その隙間に「障害受容」の問題が萌芽していたことも確認された。つまり、「回復アプローチ」－「障害受容」－「代償アプローチ」という「訓練の流れ図」（田島 [2006b]）の構成要素は、既にこの時期に出現しているものであり、それは他でもない作業療法の独自性をめぐる力学のなかで構成されていった可能性がありそうなのである。

「障害受容」の理論は先に出てきたリハビリテーション医師の上田敏によって1980年に確立されたと言ってもよいが、臨床で20年以上働く作業療法士へインタビュー調査（田島 [2006a]）では、1980年代は臨床においてその言葉は使われていたが、それ以降はあまり聞かれなくなったとのことであった。1990年以降、海外から理論枠組みが輸入されたりし、理論確立への気運が高まった（吉川 [1994]）。この初期の作業療法の歴史がその後どのように変容・展開し、1990年以降に（非）接続していくのであろうか。さらに別稿にて検討していきたい。

6 まとめと今後の課題

本稿では、国家資格化から10年の作業療法・作業療法学の展開を、学の内部構造、関連職種との力学、あるいは、対象者への介入の際の問題把握から捉えたが、それは厳密な学の構築の段階では当然なく、むしろ方向性の模索の段階であり、学的発展の萌芽期と位置付けられ得るような段階であると考えられる。そうした事情もあり、すっきりとした何かを言えたわけではなかったが、逆に、様々な影響を受けつつ、もやもやと学が形作られていこうとするその様相を記述化できたのではないかと思われる。

今後は、本稿以降、作業療法・作業療法学が、どのような影響を受けながら、どのように展開していったかを調査、検討していく。

<註>

- 1 精神科作業療法についてのシンポジウムにおける次のような発言－「私と私の同僚であるOTといわれる人との間でトラブルがあるわけです。それはどういうトラブルかという有資格無資格というトラブルなんです。この資格の問題というのはやはり教育の問題も一緒に考えなければいけないのだが、リハビリテーション学院が出来て同時に資格制度が出来て身分法が出来てということで従来何十年という精神科の作業療法を伝統的にささえてきた人たちは寝耳に水というような事にぶつかった。[...] 年齢も60から一番若い私というような形でその中で資格がある、ないという事でもめてしまう。ちょっと私なんかの問題を追求すると「あなたは資格を持ってるから」というようなことを言われる。「そうじゃない。」と言ってもやはり大きく根強くその問題があるわけです」(【11】：144-145)、「現場で一緒に働いているにもかかわらず、有資格者、無資格者と分けられているのです。そしてこの学会にも入会出来ないし、出席も出来ない」(【11】：151)－からの推測の域を出ないが、当時、精神病院において興隆していた「生活療法」の衰退には、現場レベルでは、国家資格を有した作業療法士の存在が何らかの影響を与えていたのではないかと考える。

「生活療法」が昭和30年(1955)代～昭和40年(1965)代にかけて精神病院で興隆したことは有名である(浅野 [2000] :33)。「生活療法」は小林八郎によって1955年に唱えられたが、小林の理論によると「生活療法」は、生活指導(しつけ療法)、レクリエーション療法(あそび療法)、作業療法(はたらき療法)を包括する概念として提唱された(同:34-35)。浅野 [2000 : 33-55]によると、「生活療法」は学会において論争が繰り返される対象となり、その抑圧性・権力性・使役性等が強く批判された。推進者達はそれに対して反批判論を展開するが、「生活療法」の一大拠点であった烏山病院においても8年もの歳月の後幕を閉じている。また、小林が所長をしていた国立武蔵療養所においても、「1966年、新たに国立武蔵療養所長に就任した秋元は、職員に生活療法の総決算を働きかけ、”生活療法”は看護に、”その他”は作業療法に還元させた」(鎌倉 [2001] : 49)とあり、国家資格を有した作業療法士の誕生とともに、「生活療法」と「新しい作業療法」とは区画がなされるようになってきたようであるが、とはいえ、1960年代には「生活療法」は国内の多くの精神病院にゆきわたった。(鎌倉 [2001] : 49)

そして、山根他 [1999 : 67] に、「1974年の「作業療法」の診療報酬点数診断に対してなされた日本精神神経学会(1975)に点数化凍結決議がある。生活療法のなかで形骸化した伝統的作業療法3)の実態批判、生活療法の運用の批判であるべきものが、生活療法における伝統的作業療法との混同から、この国に新しく生まれた「作業療法(occupational therapy)」までも批判する形になってしまった」とあるように、国家資格化後の作業療法を担ってきた人々にとって「生活療法」は、伝統的作業療法とも国家資格化後の作業療法とも異なる質な宙に浮いた存在という認識を強く抱いていることがわかる。

- 2 2の2)、3の1)において説明をしているが、【】による文献は、本研究の研究対象としたものであり、その詳細情報については、表1にまとめて記載している。
- 3 伝統的作業療法とは、呉秀三が1900年初頭頃より日本の精神病院(東京府栗鴨病院)において開始した人道主義に基づいた作業活動(呉はそれを「移動療法」と称した)から始まる、森田正馬、加藤晋佐次郎らに引き継がれた精神病患者に対する作業療法をさす。伝統的作業療法については他書で詳細が記述されているため本稿での詳しい説明は省略する。本稿で紹介している文献のなかでは、鎌倉 [2001]、浅野 [2000]、柳田 [2004] などが参考になる。

<文献>

浅野弘毅 2000 「精神医療論争史」 批判社。

上田敏 1980 「障害の受容－その本質と諸段階について－」 総合リハビリテーション8-7 pp515-521.

鎌倉矩子 2001 『作業療法の世界(第1版)』 三輪書店。

田島明子 2006a 「リハビリテーション臨床における「障害受容」の使用法——臨床作業療法士へのインタビュー調査の結果と考察」『年報

- 筑波社会学（第二期）』創刊号 pp78-100.
- 田島明子 2006b 「リハビリテーション領域における障害受容に関する言説・研究の概括」 『障害学研究』 2 pp207-233.
- 日本作業療法士協会 1991 「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」 社団法人日本作業療法士協会.
- 芳賀敏彦 1969 「理学療法士・作業療法士教育の問題点」 『理学療法と作業療法』 3-1 pp15-20.
- 柳田純子 2004 「医療技術職の専門分化過程における職業意識の考察（二）～精神科作業療法従事者の専門分化と職業倫理～」 東京情報大
学研究論集 8-1 pp45-57. <<http://www.iic.tuis.ac.jp/edoc/journal/ron/r8-1-7/index.html>>
- 山根寛、二木淑子、加藤寿宏 1999 『ひとと作業・作業活動』 三輪書店.
- 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 pp18-23.
- 吉川ひろみ 2003 「作業療法理論の概観用語の意味と枠組みの違い（特集：理論枠組みの違いによる作業療法計画）」 作業療法ジャーナル
37 pp691-695.

Contemporary History of Occupational Therapy in Japan (1965-1975): Conflicts between Professionalization and Identity

TAJIMA Akiko

Abstract:

This article overviews the conflicts, contradictions and difficulties in Japan related to both the professionalization of occupational therapy as a medical service and the specification of its identity by looking at developments in the field during a 10-year period from the enactment of the Law of Physical Therapists and Occupational Therapists in 1965. The source materials for this study are the Japanese Journal of Physical Therapy and Occupational Therapy and abstracts from meetings of the Japanese Association of Occupational Therapists, with a focus on records of discussion sessions such as round-table discussions and symposiums. Based on these documents, the paper summarizes the contemporary history of occupational therapy according to the following points of view: 1) evaluation, 2) patients and therapists, 3) relations with doctors, 4) relations with physical therapy and 5) what occupational therapy is.

Keywords: occupational therapy, contemporary history, Japan, professionalization, identity

