

研究ノート

作業療法の現代史 2・1976～1980

田 島 明 子*

1. はじめに

筆者は、田島 [2008] において、理学療法士法及び作業療法士法の成立した 1965 年から 1975 年までの 10 年間に
おける、日本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が、本稿はその
続編である。

筆者は、理学療法士法及び作業療法士法が成立し、日本において作業療法が一步を踏み出した 1965 年から現在ま
でを、概ね三期に区分できるのではないかと考えている。

第一期が田島 [2008] で調査した法制度成立の 1965 年から 1975 年までであり、この時期はリハビリテーション
に理解のある医師の主導のもとに作業療法が進められた時期であると言える。1975 年には第 9 回日本作業療法学
会のシンポジウムにおいて「私の考える OT」という企画が生まれ、その後の職業的アイデンティティが問われた時
期の先駆けにあたる（田島 [2008] : 188）。

そして第二期は 1976 年から 1991 年までであり、この時期は作業療法の独自性が問われた時期と捉えている。な
ぜこの時期を作業療法の独自性が問われた時期とし、1991 年を区切りとしたかであるが、日本作業療法士協会では、
第 20 回学会（1986）、第 21 回（1987）、第 23 回（1989）のシンポジウムにおいて「作業療法の核を問う」というテー
マをシリーズでとりあげ、作業療法の職業的アイデンティティをめぐる学会員が激論を戦わせた経緯があるが、
それは 1975 年に行われたシンポジウム「私の考える OT」からの流れを汲むものであること、また作業療法の核を
問う議論は佐藤 [1992] において沈静化がなされた感があるからである。

佐藤 [1992 : 8-9] には次のような記述がある。

「私は、5 年前の東京学会でのこの核議論が始まったときには多少なりの危惧を感じていた。わが国で 20 年という
歴史を背負い、かつ一国の法律として国家試験を持つ専門職が何故ここまで、他の専門職の人から批判されなけ
ればならないのか、私は、『核』という言葉を使うこと自体に強い不安を感じていた。それは、この核議論が繰り返
されると、そのうち核爆発を起こし、逆に去っていく作業療法士が増えるのではないかという懸念を感じたからで
ある。核を突き詰めていくと、何かもっと重要な核が存在するのではないかという分析に終始する恐れがあると思っ
た。しかし、どのような専門職にも類似した悩みがあるのだろうか。ただ、隣の方が優秀に見えるという我々の歴
史的背景から培われてきた神経症的性格が、我々自身の問題として存在していることも否定できないと思われる。
本学会でこのテーマ¹を選んだのは、このような理由と、そして第 25 回目学会という節目にあたって、私はこれ
までの核議論をいかに無駄にせず、今後の発展、すなわち社会に作業療法をいかに定着させるかという前向きの
議論をスタートさせる必要性を痛感したためである」

第 25 回日本作業療学会は 1991 年に実施されており、その後は核を問う方向性からは方角を変更し、作業療法
学の理論化、多様化・複雑化、精緻化が進行したような印象を筆者は持っている^{2,3}。

したがって本稿で取り扱う 1976 年から 1980 年は、作業療法の現代史のなかでも第二期の前半に位置づくもので
ある。

この間の大きな出来事として、1976 年 5 月に身体障害者雇用促進法改定が行われ、雇用率制度の強化や納付金制

キーワード：作業療法、現代史、日本

* 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

度の創設が行われている。また1977年3月には、身体障害者雇用促進協会が設立されている。1979年は国際児童年にあたるが、1979年4月には、養護学校教育義務制が実施されることとなった。また1981年は国際障害者年ということで、その前年である1980年には3月に、日本政府に国際障害者年推進本部が設置され、8月には国際障害者年推進本部は「国際障害者年事業の推進方針」（障害者の日の設定など）を決定し、12月には国際障害者年推進プレ国民会議が開催されている（全国自立生活センター協議会 [2001]：423-426）。障害者が親や施設を離れ、ボランティアや国、自治体のサービスなどを活用しながら自立生活を行おうとする運動が展開されるようになったのも1970年代のことである。

本稿にて調査した1976年から1980年における作業療法（学）の言説化の営みは、このような社会的出来事と決して無関係ではないと考える。本研究ではこうした社会的背景もおさえながら、この時期の作業療法（学）が言説としていかに生成されたのかを、田島 [2008] において着目した5つの視点——①評価、②患者とセラピストとの関係、③医師との関係、④理学療法（他職種）との関係、⑤作業療法とは何か——に注意を寄せながら、この時期の作業療法に関する学術雑誌における文字情報を頼りとして明らかにすることを目的とする。

2. 対象と分析方法

本研究で射程とした1976年から1980年において、作業療法に関わる唯一の学術雑誌であった『理学療法と作業療法』（医学書院）より、1976年から1980年の目次を検索し、「作業療法」とタイトルに含まれていた文献をすべて対象とした。ちなみにこの時期の『理学療法と作業療法』の全目次については、< <http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/risa.htm> > に掲載してある。

対象文献は表1⁴のとおりである。対象文献数は、1976年が32件、1977年が17件、1978年が15件、1979年が13件、1980年が15件であった。

分析方法であるが、まず、1) **分析する文献の特定**：日本における作業療法について記載のある文献をさらに特定し、2) **基礎データ化**：(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、基礎データ化した。基礎データについては、< <http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/otgendaisi-c9.html> > の表1の下に掲載している。

3) **カテゴリ化**：基礎データを通覧し、データはおよそ4つの視点——(1) 対象領域の拡大化、(2) 他職種との協働、(3) 作業療法自体の問題性、(4) 精神科作業療法——に集約できると判断できたため、それら4つの視点に集約した。(3) については、さらに、①何に・どこに介入するか、②治療の質を上げる、③理論構築の試み、④独自性、に下位分類された。(4) については、(1)～(3)に含まれる内容があると考えられたが、この時期の精神科作業療法は、時代的な様々な問題性を内包しているため、単独で項目を立てた方がよいと判断した。なお、田島 [2008] での5つの視点——A 評価、B 患者とセラピストとの関係、C 医師との関係、D 理学療法（他職種）との関係、E 作業療法とは何か——については、Eは全体に関連するので除き、A～Dについては、関連する場合は、後尾に「→」をして、関連するアルファベットを付記した。また、(1)～(3)の視点についても、重複すると考えられたものについては、後尾に、「→」をして、関連する番号を付記した。

4) **文章化にあたって**：基礎データは、分析可能な量として分節化するために、対象文献にデータ番号（作成年-表1の番号）を付し、さらに、基礎データには抜粋した文章の頁数を明らかにしているため、データ番号-頁数を分析対象となる文章のデータ番号とした。

3. 結果

(1) 対象領域の拡大化

- (1976-3) には、末梢神経麻痺を対象とした機能再建術について、作業療法士のかかわり方について経過を追って述べられている (1976-3-109, 117) → (3) ④
- (1976-6) には、精神薄弱の作業療法について、「ニードや発達の様子、障害の様子をまで、非言語的なレベルでセッ

トしてゆくことの必要性を学ぶ努力が求められる。そのことはたぶん、私たち自身をも豊かにしてくれることになると思う。作業療法全体が、非言語性という側面で、新しいサービスのひろがりを生む契機になる」(1976-6-286)と述べられていた。→ (3) ④

● (1976-8) では、頭部外傷の作業療法の実際が述べられ、「われわれは、重症な患者をも含めて OT を行った。また、本報告では全例 15 名中 5 名が、このような患者で占められている。現時点では最終的に判断を下せないがこの種の患者には他に適切な療法がないため、今後も作業療法が主な治療及び訓練となるであろう」(1976-8-455) としている。

● (1976-10) には、上肢切断術直後に対するチームのなかでの作業療法士の役割が詳細に述べられていた (1976-10-507)。→ (3) ④

● (1976-21) では、脳性麻痺の職業的リハビリテーションについて、より現実即した状況の中で現実を理解し、自己の能力を客観的に把握し、将来の職業生活に耐えられるような人格を養成し (1976-21-765)、正確性の高い作業能力を身につけてもらうことで、職業的な方途を見出す (1976-21-767) ことが作業療法の役割であるとしていた。→ (3) ④

● (1976-31) では、脳性麻痺の機能的作業療法について、作業療法士の J. Ayers によって開拓された療法を紹介し (1976-31-995)、その究極的な目的は ADL (Activities of Daily Living: 日常生活動作) の自立を可能な限り達成することであるとしている。(1976-31-998) → (3) ④

● (1976-32) では、パーキンソニズムの作業療法について、日常生活上の動作障害を捉える際、遂行可能な動作能力が必ずしも反映されていないとし、主観的評価法の使用や家族や家族環境の調整、機能維持や気晴らしを目的とした支持的作業療法によって生活指導を行うことが大切であるとした。(1976-32-1040, 1041) → (3) ④、A

● (1977-9) は、最近の障害者処遇における“脱施設化”傾向について触れ、重度の女性脳性麻痺者に対して、下肢機能を用いた上肢機能の代償と身辺処理能力の向上、住宅改造を行い、在宅生活における自立に成功した症例を紹介している。

● (1977-11)、(1977-12)、(1977-13) は、「地域」をキーワードとして、(1977-11) は訪問指導、(1977-12) は母子通園施設、(1977-13) は脳卒中後の人々への地域リハビリテーションとして、訪問指導や旅行会などを実践してきた4年間の取り組みの様子が紹介されている。その間、横とのつながりを作ってきたことも、「4年間は PT (Physical Therapist: 理学療法士) も OT (Occupational Therapist: 作業療法士) も一緒になって脳卒中後の機能回復訓練に、町役場の役人、医師会、保健所、老人訓練センター、患者とその家族との横のつながりに励んできた」(1977-13-517) と述べられている。

● (1977-14) では、医学的リハビリテーションの定義で学問的に体系づけられてきたが、それでこと足りるかとし (1977-14-645)、「生命の維持に不安を持つ患者の生きがいも、医療の大きなテーマであり、そのため最近では Dying Patient Care が各方面から論ぜられ、それに対する人間として最も良い道を見つけようとしているが、作業療法士は十分この分野で活躍できると思う。障害児の学校教育も昭和 54 年度より全員普通学校通学が原則となってくるが、こうなると学校教育にたずさわる理学療法士、作業療法士も是非必要となるのではないだろうか。しかし、現在の学習課程では、教員の免許が得られないので (学校教育法という大学でない) この事が解決しないと、幅広い学校教育内での活躍は不可能であろうが、将来の障害児 (者) 教育には、大きな役割を果たすと信じている」(1977-14-646) としている。

● (1978-3) では、筋委縮性側索硬化症という進行性疾患の作業療法について、疲労感や転倒、温度調節、不潔などの注意点や、ADL の工夫を行う場合——①現在の方法により、著しく容易となり、しばらく利用できるとき、②少しの努力はあるが、それが廃用を防ぐなどの治療的意味があるとき、③心理的な意味があるとき、④どうしても介助者が得られないとき—— (1978-3-413)、機能維持 (1978-3-412)、ADL の支援 (1978-3-413)、コミュニケーション手段の確保 (1978-3-414)、患者と家族に対する心理的支持 (1978-3-415) などの介入の視点について紹介されている。

● (1978-4) では、呼吸器疾患の作業療法について、「気晴らし的 OT・心理的支持 OT、機能的 OT、負荷的 OT、前職業的 OT」(1978-4-455) が行えるとし、作業活動としては、自主的な趣味としての作業、珠算・簿記などの勉強や書道・茶道・花道・写真術など技術習得のための作業、治療に用いる作業が導入できるとしている (1978-4-456)。

- (1978-5) では、特別養護老人ホームでの作業療法士の役割について、老人はPTを機能訓練、OTを楽しみと認識しているが、作業療法には、「生きがい、健康保持（余病の併発防止）、集団生活へのよりよい適応等、福祉的観点からOTの果たす役割は大きい」（1978-5-610）としている。→ (3) ④、D
- (1978-6) では、作業を理解できないダウン症幼児に対して作業療法（士）として何ができるかと疑問を呈しつつ、「母親指導を中心に、1) 日常の子供の扱い方、2) 運動発達を促す訓練のプログラムの作製と指導、3) 変形の予防のためにチェックとその対応、補装具、生活用具、遊具の考案、作製、4) 身辺自立のための指導等を定期的な評価を行いながらプログラムを組み指導している」（1978-6-691）としている。
- (1979-12) では、老人精神障害に対する作業療法として、老人は他の年齢層に比べ、情緒的安定度が実用機能を左右するので、情緒安定のための生活環境、人的環境の調整に作業療法は必要である（1979-12-781）としていた。
- (1980-3、4) は、脳性麻痺者の職業能力の開発に焦点があてられているが、(1980-3) では、多くの試みがなされた中から複雑な縦割りの組織を統合し、「障害者能力開発センター」を作ったこと（1980-3-314）、ワークサンプルを用いて実施過程を動的にとらえて行う評価方法が紹介されていた（1980-3-315）。また（1980-4）では、「適切なる評価方法は自己発見を援助し、よき能力開発のスタートとなる」（1980-4-319）とし、モダブツ評価法⁵の検討を行っていた。（1980-4-321、325）→ A
- (1980-8) では、在宅福祉サービスの1つである老人のデイ・ケア・サービスでの実践を紹介し、病院の作業療法と異なる点について「①仲間作りをあらゆる場面で意識的に進める。デイ・ケアから離れた時、地域で一人でも茶飲み友達を作れるだけの社会性と協調性が持てるように援助する、②より実践的ADL訓練、③現実的要求に基づく作業活動」（1980-8-8）をあげていた。
- (1980-11) では、これまでの作業療法の対象領域を総括し、慢性期から急性期、職業に近い時期、医療施設から福祉・教育（養護学校）、作業療法教育・研究、community careへ、アプローチについても、整形外科的アプローチから高次神経機能学的アプローチへ変化・拡大しつつあると述べている（1980-11-699）。

(2) 他職種との協働

- (1976-4) には、サイコロジストと作業療法士の関わりについて、作業療法士も心の問題を扱うので関係が深い（1976-4-162）という作業療法士からの指摘や、サイコロジストからは、メインは作業療法士、理学療法士、言語聴覚士であり、私たちはそれをうまく円滑に訓練できるように支えていくのが役目（1976-4-157-158）という役割感が示された（座談会）。
- (1976-7) には、養護学校教育義務化を前に、これまで体育機能訓練とされていたものが養護・訓練と変更し、養護学校教諭にとって訓練が全くの無縁ではいられないなか、養護学校教諭と作業療法士との関係がどのようであるべきかについての検討がなされていた（1976-7-398）。具体的には、医学的な面ではなく行動能力に着目する作業療法士の視点は養護学校における訓練の視点に示唆を与えるものであり、そういった視点において医療従事者とのチームアプローチを行っていくことが必要との意見があった（1976-7-403、404）（座談会）→ (1) の（1977-14）
- (1976-19) では、ボケーショナルカウンセラーと作業療法士との関わりについて座談会形式で検討がなされていた。作業療法については、プレボケーショナルな面、すなわちスタミナの問題、作業素質や可能性発見、作業能力の改善へのサジェスション、職場に必要なADLを完成させること、最大限に身体的能力や作業能力を高めること、手の器用さを向上させる、作業耐性を増す、作業習慣をつける、自分はいったいどういう仕事ができるのかと自分の作業能力についての自己認知をさせるなど、多様な役割認識がボケーショナルカウンセラーから示された。→ (3) ④、(1)
- (1977-17) では、リハビリテーション・エンジニア（リハ工学）との座談会が組まれているが、その中で、作業療法士より、リハビリテーション・エンジニア（リハ工学）の協力を得て、評価の定量化、数値化、客観化につなげたいとの希望が述べられている（1977-17-879）。具体的には上肢や日常生活における動作機能の分析であり、それらの訓練効果を、客観的、数量的に判定できれば効果の裏付けが得られるというものである（1977-17-879）。しかしエンジニアからは、上肢のメカニクスは下肢と異なり三次元的になるので計測と分析が複雑化するため研究が遅れているのではないかと、どのような動作を分析の対象とするかを作業療法士が整理するとエンジニアとの結びつきが

緊密になるのではないかと意見が出された（1977-17-889）。

(3) 作業療法学の形成に関わる問題性

①何に・どこに介入するか

●（1976-22）では、日本作業療法学会における報告において、プレボケーショナルな面からみると、片麻痺患者の機能回復に対する努力が必ずしもつながらず、患者やセラピストの機能回復訓練に対する執着に警鐘を鳴らす発表があったとしている（1976-22-798）。また、状態の固定化した症例経験から作業療法は「治療」とは言い難く、むしろ障害軽減と克服の「援助」行為をしているのではないかとし、効果測定にしても周囲の多くの要因の影響を受けることから、個人能力以外の影響を極力排除した全国版 ADL 効果判定指標を提案した報告がなされたとしている。

→ A

●（1976-29）は、脳卒中の機能的作業療法について述べられたものだが、そのなかで「脳卒中の機能的作業療法は、人によりゆき方が少しずつ違う。運動療法の上肢版といった趣きのことをする人もいるし、残存機能の活用こそ中心に据えられるべきだとする人もいよう。私は身体機能に関する作業療法の役割は物を操作する機能の改善や確実化にあると考えているので、この稿はその線に沿って述べたい」（1976-29-969）とし、当時の脳卒中の機能的作業療法において、個々のセラピストによって介入の視点が異なっていること、そうしたなかで著者の意図する作業療法の視点が明確化されている。→ (3) ④

●（1978-2）では、脳卒中患側上肢の作業療法とは、健側と患側の両上肢が利き手と非利き手の役割を担いながら必要な生活動作を実現することであると、訓練の原則は「正常機能獲得へと向かって、より進んだ段階へ導くために、放置しておけば不可能になったり、不適切な練習結果となりがちな面に、絶えず適切な働きかけを試みる過程」（1978-2-151）であるとする。→ (3) ④

②支援の質を上げる

●（1976-1）では、身体障害作業療法のリスクとその対策について、評価はリスクに関わる疲労や精神面にいたるまでおこなわれるべきであること（1976-1-27）、また作業療法独自のリスク管理について「作業種目自体のもつリスクを十分把握せねばならない。その為には綿密な作業分析が必要とされる。器具、道具の特長、材料、時間、肢位による変化等々で、機能回復への効果を含むと同時にそこには必ずリスクが存在している」（1976-1-28）と指摘する。

→ A、(3) ④

●（1977-15）では、片麻痺の上肢機能の「予後」について著者の治療経験から述べられ、（1977-16）では、在宅片麻痺患者の日常生活動作能力の予後について、入院中に作業療法を実施し、その後在宅生活をしている 50 名について調査した結果を紹介している。

●（1979-10）では、作業療法士も社会についての知識をもち、医療、福祉、教育、職業がどのような制度や仕組みで成り立っているのか、どのような社会資源があるのかを知ることにより、適切な治療展開に結びついたり、患者の動機づけにつながったりする（1979-10-665）だけでなく、時には組織づくりを担っていく必要があるとする（1979-10-670）。→ (3) ①

●（1979-7）では、織機の治療的活用について事例を交えながら、その有効性について紹介をしていた。

●（1980-5）では、片麻痺患者の日常生活動作や家事動作のための自助具について、その機能や事例を交えた紹介、問題点などについて述べられていた。

③理論構築の試み

●（1977-7）では、作業療法の治療効果を“学習”という見方でとらえ（1977-7-243）、『作業療法における治療とは、障害者の行動を変容させる試みであり、より適応的な行動の学習または再学の過程である』とも言えるのではないかと（1977-7-243）とし、4 症例事例から、強化手続き（陽性強化因子による提示による陽性強化と、陽性強化因子の除去による罰（1977-7-244））による治療手段が有効であることを紹介していた。

●（1979-1）では、作業療法を科学として発展させるために、治療学固有の方法論——比較試験——が必要であり

(1979-1-7)、作業療法もリハビリテーション医学の1つであるとしていた。

● (1979-2) では、作業や Activity を解明することが作業療法の発展につながるとし (1979-2-19)、人間と作業の間の関係、その (生理と) 病理を明らかにする学問として「病態作業学」を提案していた (1979-2-19)。

● (1979-3) では、「心身の諸活動を操作手段として、個体の潜在的な適応行動を顕在化し、合理的な適応行動へと変化させていく援助過程」(1979-3-26) であるとし、学問体系化は、障害学、援助学、適応学の3つにしばられるとしている (1979-3-26)。

● (1980-1) では、作業が自然で創造的治療手段であること、作業療法は人の心理社会的側面、精神的側面、住環境の問題、経済側面、対人関係面に素直に取り組めるとし (1980-1-6)、80年代には、アクティビティの治療化が学問化されるべきとする (1980-1-6)。

● (1980-7) では、作業療法の倫理について「Occupation (仕事に従事している) とか仕事に Occupy (専心、従事させる) されているということは、体や手を動かしていることでありながら、頭も、心も使っていることであり心身相互への働きかけは大きく、かつ相互の影響度も個人の興味に応じて変化する。[略] 人は心身の両面にバランスがとれてこそ真の満足感、幸福感を得る。この両者への配慮こそ人間の基本的倫理を見出すのではなかろうか」(1980-7-483) としている。

● (1980-10) では、作業療法が活動を治療手段とする目的は社会適応に関わる機能の獲得にあり「作業療法が治療的媒体として活動を用いるのならば、[略] 作業療法の弱点を減らす意味でも、可能な限り客観的資料を通して、より具体的に活動の治療的効果を提示することが必要」(1980-10-645) であり、「1つの統合理論を打ち立てる努力の一環として、作業療法士達が自分の持っている作業療法の理論を公表していくことが望まれる」(1980-10-649) とする。→ (3) ④

● (1980-13) では、作業療法で進めるべき治療理論・方法論に関する研究領域として、「(1) 作業が人間に与える精神的、身体的影響の分析、(2) 機能障害改善のための作業の適応法に関すること、(3) 装具、補装具に関すること、(4) 障害の代償方法および代償器具、設備に関すること」(1980-13-791) の4点をあげていた。

④独自性

● (1976-28) では、作業療法における運動学の重要性が指摘される。作業療法では、運動学については基礎的、応用的なものを熟知し、Activity の活用に適切に適用されるのでなければ「PT の訓練手段と違いがなく、なんのための作業療法であるか疑問が生じてくる」(1976-28-920) としている。→ D

● (1976-30) では、運動療法と作業療法のつながりから「OT が促進法による運動機能回復にのみ努めることに終わるなら明らかに他部門との重なりになる。OT にとって促進による運動機能の引き出しは必要であると共にごそこから日常生活の Activity や ADL への確立へつなげて行く指導をすることが OT としての専門的役割である。」(1976-30-1026) とし、作業療法の独自性を浮き彫ろうとしている。→ D

● (1978-7) では、最近の脳性麻痺の早期治療の領域では、知覚や上肢の巧緻動作などの高次神経活動について、Bobath 法⁶では理学療法的技法を応用した新しい作業療法発展させようとする試みがなされていると紹介している。「技法は PT 的であるが、その目標、障害の把握が OT 独自」(1978-7-711) であるとする。→ D

● (1980-9) では、作業療法には「生きがい」を援助するといった「心」の障害に最も適用されるべきであり、「『自然科学的に、明解に理屈がつかない』という弱点を内包しながらも、トータルに人間に働きかけ、そこから良い結果を上げてきた作業療法の効用をもう一度考え直すことが必要ではなかろうか」(1980-9-553) としている。

● (1980-10) では、作業療法が活動を治療手段とする目的は社会適応に関わる機能の獲得にあり「作業療法が治療的媒体として活動を用いるのならば、[略] 作業療法の弱点を減らす意味でも、可能な限り客観的資料を通して、より具体的に活動の治療的効果を提示することが必要」(1980-10-645) であり、「1つの統合理論を打ち立てる努力の一環として、作業療法士達が自分の持っている作業療法の理論を公表していくことが望まれる」(1980-10-649) とする。→ (3) ③

(4) 精神科作業療法

● (1976-2) では、精神科作業療法におけるリスクについて「現在の日本で精神科医療に従事している医者、看護師、そして作業療法士自身を含めて多くの人達が生活療法と作業療法について混同して考えられ、どこまでが生活療法でどこまでが作業療法かという明確な区別がつけられていないということである。そのため、どこまでを作業療法のリスクに入れるか非常に難しい問題」(1976-2-31) としながらも、事故を恐れるあまり患者を室内に閉じ込め何もせずにおけば、患者を Hospitalism という危険に落とし入れることになる。これは治療者として絶対に避けなければならない危険であると言える。」(1976-2-35) としている。→ (3) ①、④

● (1976-11) は、(1976-9) における精神科作業療法の一治療例に対する医師からの批判的検討であるが、そのなかで社会復帰を望む症例に対し、作業能力の向上の治療目標が選ばれたことに対し「社会不適応の課題を個人の作業能力の問題にすりかえただけではないか」(1976-11-533) との批判がなされた。→ B

● (1976-27) は、(1976-20) の精神科作業療法における症例検討に対する作業療法士の応答であるが、「私は経験的に感じているのですが、原因は様々であっても自己分析を含めて状況分析をしようとする場合には、大切な事はケースとの直接対面である OT 場面以外の OT 活動であると思います」(1976-27-875) と応答している。→ (3) ②

● (1977-2) には、ここ数年、精神医療、作業療法について議論がなされてきたことが紹介されるが「討論の中でも精神科に起こりがちな画一化、マンネリ、作業療法士に対する考え方が不統一、その上へ現状維持的な『しがみつき現象』があらわにみられる。例えば簡単な作業は減らしましょうと提案したことがある。その提案に対してある病棟では日課に穴があくので困る。若し実施するなら作業療法士の方でその日課を考えてくれと注文があった。極端な例かもしれないが、作業どっぷりといっても云い過ぎではないと思う」(1977-2-81) と現場は作業に固執していることが言われる。

● (1977-5) は、(1977-1) の精神科作業療法における症例検討に対する精神科ソーシャルワーカーによる批判的提言であるが、1つに医師との責任関係について「著者は一般の医療従事者がそうであるように『診療の補助的役割を果たす』ことで、おそらくチームの構造の温存をはかろうとするのではあるまいか。そして『私』は OT であって、医師ではないのだから補助者というのであろうか。だが『妄想に関する自己洞察と自我の強化を図り、現実生活面での適応能力の増強を目指すこと』を目的とした言語交流を診療の補助と規定できるであろうか。それはまるで私たちが患者と向いあう時に私たち自身が自分のことを『私は医師の補助者だから責任は持てない。責任を負いかねることをあなたが了解することを条件に私はあなたの治療者になる』といわんばかりである。相手が誰であろうと患者からすれば互いの全人格的な出会いを期待しているわけだから、こっちが自らを補助的役割などといってハズに構えることは患者に対して失礼な話ではあるまいか。何よりも患者との間にきり結ばれる仕事においては、その時その時、一瞬一瞬が真剣勝負であろうとすれば補助だといって遊んでいられるものではなからう」(1977-5-727) と、診療の補助的役割であろうと、治療に関わる以上、その責任を有することの自覚が必要ではないかという指摘がなされた。

そして2つめには、患者との関係について「著者は一方で精神病理学的立場から患者を観察し、患者を『理性的狂気』『一見不可思議な人格特徴』を持つものとみる医療従事者であり、それにも拘わらず一方では『患者との交流を通して理解し共感しあう態度を持つこと』を重視する治療者として向いあおうとする。一方では『詳細な観察を行い』その結果として『自己を誇大視してみようとする傾向』をみて取り、『自己顕示性』の強い人だとレッテルを貼ったり、院内作業に対する正当な報酬を要求すれば、それを『金銭に対する強い執着心』を持つ人だと速断する。こういった批判的な観察をする人がどうして同時に共感的関係を持つことができよう」(1977-5-727)、「著者がどう関与したのかは一切不明である」(1977-5-727) と、患者に対して精神病理の発見と共感性を持つことの矛盾、セラピスト側の関与の様子が不明であることの指摘がなされた。→ B、C

● (1977-8) では、医師の指示と作業療法の主体性を中心としたアンケート調査の結果を紹介し、「医師の指示と作業療法士の主体性との範囲は、医学の進歩や医療制度の変化により、流動的でもあるし、個々の病院の歴史や、作業療法士の技能によっても異なるであろう。将来への展望としては、作業療法の中における作業療法士の主体性は増大し、他の職種(看護師・臨床心理士・精神科ソーシャルワーカー等)とのチーム医療メンバーの一人となり、医師をリーダーとする形に於いて仕事がなされると考えられる」(1977-8-301) としている。→ C

- (1978-8) (1978-9) (1978-11) は、それぞれ「慢性長期入院患者の社会復帰問題」(1978-8-297)、「デイケアで利用者から求められる役割」(1978-9-299)、デイケアやホステルにおける地域精神医療の問題(1978-11-303)について考察しているが、特に(1978-9)では「職場の無理解、疎外の力、それらの無形の偏見、圧力が強く、彼等(精神障害者：筆者追記)を社会から締め出している」(1978-9-301)、「我々はこの社会のあり方やその人の価値観や生きがい等の問題に直面する」(1978-11-305)とし、社会の精神病に対する正しい理解や協力の必要性(1978-9-301)、あるいは大きな課題に対する無力感を感じる(1978-11-305)としている。また(1978-13-309)では、地域精神医療における作業療法士の役割は家族の抱える問題や職場等で起こるトラブルを対象者と共に解決していく治療的コンサルテーション業務ではないかとしている。
- (1979-4)では、精神神経症の作業療法について、作品を通して患者の無意識の何が表現され、治療過程でそれがどのように変化しているか、していないかが重要な評価内容となること、また表現された内容の言語化を促し意識に統合することを助けることが作業療法において大切だとしていた(1979-4-452)。
- (1979-6、8、9)は、精神科医療の先達者である菅修氏へのインタビューであるが、菅は自身が広島精神病院で行っていた作業療法の手伝いなどが二重取り裁判となったと語り(1979-6-482)、働くことが治療の役にたつとは誰にも理解できなかった(1979-6-482)とし、精神病院における空虚な時間を埋めなければいけない、そのためにOTの仕事がある(1979-6-484)としていた。また生活療法と作業療法の違いは何かについて活発な議論になっているが、という質問者の意見に対し、生活療法は生活の仕方を変えることが病気の治療に役立つと考え、作業療法は作業をさせることで病気を治すと考えている(1979-8-553)と答える。
- (1979-11、13、14)は、精神科医療の先達者である台弘氏へのインタビューであるが、作業療法と生活療法の違いについては、作業療法は生活療法の一部か、そのもっとも基本的な部分であるとしていた(1979-11-729)。また精神科医療において、個人の収入に結びついた労働が非常に大事な段階もあることを強調する(1979-11-728)。さらに外に出せるようなシステムの必要性(1979-13-795)、「職能訓練施設みたいな訓練工場、授産施設、これは非常に欲しい」(1979-13-796)と語っていた。
- (1980-11)では、精神科作業療法の動向について「『反精神医学』の立場から作業療法の『使役的』な面が批判され、その混乱に拍車がかかけられ反作業療法論も展開されることになる。しかしこの流れも徐々に消滅し、最近ではdynamicな立場に立つ作業療法と訓練的な色彩を持つ作業療法を適当に折衷しながら、施設の特色・患者の状態像・目的に従って柔軟な形で実施しているようである」(1980-11-702)としていた。

4. 考察

結果の(1)～(4)に対応させて考察を行う。

(1) 対象領域の拡大化について

21文献あり、文献数は最も多かった。問題の発見、効果、作業療法独自の介入の視点が見出しうるか、が関連しており、(3)④の作業療法の独自性との関わりが深いと考える。

対象領域については、(1980-11)の文献において総括がなされているが、疾患・障害別にみると、末梢神経麻痺、精神薄弱、頭部外傷、上肢切断、脳性麻痺、パーキンソンニズム、筋萎縮性側索硬化症、呼吸器疾患、ダウン症幼児、高齢者など、進行性の障害や重度知的・身体機能障害など、より困難で、多様な疾患・障害を対象化していることがわかる。また、活動領域としては、訪問指導、母子通園施設、老人デイ・ケア・サービスなどの地域での取り組みや、特別養護老人ホーム、養護学校、職業能力開発に関する領域など、より在宅や社会的活動(労働)に接近した領域での取り組みが増えてきていることがわかる。

(1976-32)(1980-3)では評価が取り上げられているが、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(田島[2008]:186)ため、評価については第一期の頃から重要なテーマであった。その頃には評価は医療職として認められるためにも客観性・科学性が必要であり、ADL、心理、職能領域は科学性を示すことが困難な作業療法の領域とされていたが、上記においては主観的評価の重要性が指摘されたり、職能領域の評価の検討がなされたりしていた。

(1978-5)では、高齢者のPTとOTの役割分担について、PTは治療的側面、OTは生きがい、健康保持、集団生活への適応など、福祉的側面に果たす役割は大きいとしている。第一期(田島[2008])では、そういった側面について、他の医療職からは科学性を疑問視され、医療職としての独自性を阻害する要因とみなしており、このように積極的に作業療法の役割として位置づけようとする言説は第一期からの1つの変化とみなせる。

(2) 他職種との連携について

サイコロジストとの関わりについては、「障害受容」の問題とも関係していると考えられる。田島[2008:187]において、「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したが、障害受容論の形成には、上記のサイコロジストのロジックも関係していたと考える。また、それと作業療法のロジック(「回復アプローチ」と「代償アプローチ」の両立)は妙に符合していることにも注意を要する。

養護学校や職業リハビリテーションにおける関わりは、「はじめに」でも触れたとおり、1976年5月に、身体障害者雇用促進法改定が行われて雇用率制度の強化や納付金制度の創設がなされ、1977年3月には身体障害者雇用促進協会が設立、1979年4月には養護学校教育義務制の実施と続いており、そうした時代的趨勢から影響を受けたものであると考えられる。

さらにリハ工学との連携については、2000年以降に活発化したEBM(Evidence Based Medicine:根拠に基づく医療)、EBOT(Evidence-Based practice in / of Occupational Therapy, Evidence-Based Occupational Therapy practice:根拠に基づく作業療法)⁷の潮流にもつながる印象を受けた。

(3) 作業療法学の形成に関わる問題性

介入の視点については、機能回復については「物を操作する機能やその確実化」と特定化したり、職業的能力をとらえるなら機能回復に囚われるべきではないとしたりしている。独自性については、理学療法との差異化を明確にするためにも、基礎は同じであっても、それをADLやActivityに応用していく視点が求められるとされている。さらに、そのための支援技術として、作業療法独自のリスクマネジメントや生活障害の予後予測、治療的手段としての作業器具や作業能力の向上のための自助具についての紹介がなされている。

このように、第一期では医療職化と作業療法の独自性をめぐり、科学性を軸に葛藤や対立を生成している様子や理学療法との差異についてすっきりとはしておらず、理学療法との差異化が作業療法(学)の形成の力学の1つとして認識されている様子を読み取れたが(田島[2008])、この時期に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る。

その具体的営みが理論構築の試みとなろうが、その方向性としては、概ね作業活動は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の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法の解明を課題として提示していたことがわかる。

(4) 精神科作業療法

この時期には、当時の精神医療では反精神医学の動向から「生活療法」の抑圧性・権力性・使役性が批判され、それと同時に近接する作業療法についても同様の批判が向けられたが(浅野[2000]、鎌倉[2001]、田島[2008]、山根他[1999]等)、(1980-11)にあるように反作業療法論が展開され、精神科作業療法に対しては批判的言説が生成されていた。

そうした時代的趨勢が影響していると想定されるが、特に1976年、1977年については、患者との関係や医師との関係について批判的検討がなされている。患者との関係については、セラピスト側が患者の病理を発見したり、作りだしたりしてしまうことを治療と称し、病院に患者を抱え込んでしまっているのではないかと批判がなされたり、医師との関係については、医師の責任下にあることで、治療をいい加減に行ってしまったたり、作業療法士が主体性を失う状況になっていたりすることが問題視されていた。これは精神科作業療法についての言明であったが、

その後、こうした言説が作業療法の他の領域にどのように影響を与えたか（与えなかったか）は考察すべき事象であろう。

1978年以降にはこうした批判的な言説は見られなくなり、1978年には、むしろ、社会の側の精神障害に対する無理解が精神障害者の社会復帰を妨げる問題要因として取り上げられたり、1979年、1980年には精神科医療の先達者が、生活療法と作業療法の違いや院内労働、作業療法の意義について語ったり、1960年代、1970年代の精神科作業療法が総括的に説明されたりしていた。

5. まとめ

以上より、1976年から1980年までの作業療法（学）における言説化の動向として、次の4点が明らかになった。

1. 対象領域が、疾患・障害別、活動領域の2つの視座から拡大していることが明らかとなった。疾患・障害については、より支援が困難な多様な疾患・障害を対象化していること、活動領域については、より在宅や社会的活動に接近した領域での取り組みが増えていた。
2. 他職種との関わりについては、対象者の訓練適応の観点から心理職との連携が、時代的趨勢の影響により養護学校や職業リハビリテーションにおける他職種との連携が、実践について科学的裏付けを得る目的でのリハ工学との連携が期待されていた。
3. 作業療法学の形成については、第1期からは一歩進み、より具体的に、その独自性を特定化した形での言説が増えていた。それを整理するなら、ADLやActivity、適応的作業能力を導き出すこと、作業の治療的活用である。
4. 精神科作業療法については、患者との関係について、セラピストが患者の病理を作り出し、病院に抱え込んでいくのではないかという意見、医師との関係については、セラピストは主体性なく、無責任な治療を行っているのではないかという意見、他には社会の側の精神障害に対する無理解が精神障害者の社会復帰を妨げているのではないかとする見方が提示され、問題を精神障害者本人に帰属せず、外部要因に帰属させる見方が提示されていた。

<註>

- 1 このテーマとは、「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——」であるが、この学会長講演を論文化したものが佐藤 [1992] である。
- 2 筆者は1993年に作業療法士の資格を得たことから、第三期についてはほぼリアルタイムに経験をしている。
- 3 第三期には海外の作業療法理論が次々に翻訳され、出版された。例えば Kielhofner [1993]、Zemke & Clark [1999]、カナダ作業療法士協会 [2000] など。
- 4 紙数の都合から URL : <http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/otgendaisi-c9.html> に掲載をした。
- 5 モダブツ評価法は、オーストラリアの G.C.Heyde 氏により開発された、簡易 PTS (predetermined time standards) である。その動作を行うときの身体の動きに着目することで、作業評価や正味時間設定などができる。
参考 URL : <http://www.f.waseda.jp/komatsubara.ak/modapts.html> (20090910 アクセス)
- 6 Bobath 法は、イギリスにおいて医師と理学療法士であった Bobath 夫婦によって開発されたりハビリテーション治療概念のひとつである。脳や脊髄といった中枢神経系の可塑性を活用し、中枢神経疾患に起因した障害の機能改善をめざしている。
引用 URL : <http://homepage2.nifty.com/bobath/> (20090910 アクセス)
- 7 参照 URL : <http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/ebmebot.htm> (20090910 アクセス)

<文献>

浅野毅 2000 『精神医療論争史』 批判社

鎌倉矩子 2001 『作業療法の世界 (第1版)』 三輪書店

カナダ作業療法士協会 (吉川ひろみ監訳) 2000 『作業療法の視点——作業ができるということ』 大学教育出版 (= Canadian Association of Occupational Therapy 1997 Enabling Occupation : An Occupational Therapy CAOT Publications ACE)

Kielhofner, G (山田孝、小西紀一訳) 1993 『作業療法の理論』 三輪書店

田島 作業療法の現代史 2・1976～1980

- 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 「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 < <http://www.ritsume.ac.jp/acd/gr/gsce/ce/2008/ta01.pdf> >
- 山根寛、二木淑子、加藤寿史 1999 『ひとと作業・作業活動』三輪書店
- Zemke, R& Clark, F (佐藤剛監訳) 1999 『作業科学——作業的存在としての人間の研究』三輪書店 (= Zemke, R& Clark, F 1996 OCCUPATIONAL SCIENCE : The Evolving Discipline The F.A.Davis Company)
- 全国自立生活センター協議会 2001 『自立生活運動と障害者文化——当事者からの福祉論』現代書館

Contemporary History of Occupational Therapy in Japan 2 (1976-1980)

TAJIMA Akiko

Abstract:

This study researches the development process of the theory of occupational therapy from 1976 to 1980 as a contemporary history of occupational therapy in Japan. The research is based on the *Journal of Physical Therapy and Occupational Therapy*. The results are discussed according to four viewpoints: (1) the target field of occupational therapy, (2) cooperation with other occupational categories, (3) the problem in forming the theory of occupational therapy and (4) psychiatric occupational therapy.

Keywords: occupational therapy, contemporary history, Japan

作業療法の現代史 2・1976～1980

田 島 明 子

要旨：

本研究では、日本における作業療法の現代史として、1976年から1980年までの作業療法（学）の言説化の営みを調査した。対象は、『理学療法と作業療法』誌である。結果は、対象領域、他職種との協働、作業療法学の形成に関わる問題性、精神科作業療法の4つの視座から明らかにした。