

作業療法士の自律性と独自性

平成 25 年（2013）年度 学位論文

熊本大学大学院社会文化科学研究科

人間・社会科学専攻 先端倫理学領域

山野 克明

目次

序章	1
第1節 研究課題	1
第2節 研究意義	4
第3節 本研究の構成	6
注	6
第1章 作業療法は医行為と見なされるものか	9
はじめに	9
第1節 作業療法士とはいかなる職種か	9
第2節 医学的リハビリテーションに携わる医師の臨床実践	15
第3節 作業療法と医行為	17
第4節 作業療法が医行為とみなされることへの批判	19
第5節 「作業科学」に基づいた作業療法の発展	21
第6節 作業科学に基づいた作業療法は医行為と見なされるか	22
第7節 作業療法は医行為と見なされる	25
注	27
第2章 「医師の指示」から見た作業療法士の自律性	32
はじめに	32
第1節 リハビリテーション・医学的リハビリテーション・リハビリテーション医学	32
第2節 作業療法と「医師の指示」の変遷	37
第3節 作業療法における「医師の指示」の現状	40
第4節 「医師の指示」から見た作業療法士の自律性	46
注	50
第3章 理学療法士との関係から見た作業療法士の独自性	55
はじめに	55
第1節 理学療法士とはいかなる職種か	55
第2節 わが国における理学療法士と作業療法士の違い	62
第3節 理学療法の理論	63
第4節 作業療法の理論	66
第5節 理学療法と作業療法との理論と実践から見た作業療法士の独自性	69
注	73
第4章 チーム医療の中での作業療法士の独自性	78
はじめに	78
第1節 チーム医療に関する概説	79
第2節 医学的リハビリテーションにおけるチーム医療	83
第3節 医師・理学療法士・作業療法士が考えるチーム医療	91
第4節 Interdisciplinary チームモデルの問題点と Transdisciplinary チームモデルにおける作業療法士の独自性	95
注	99

終章	104
第 1 節 本研究の総括	104
第 2 節 本研究の限界	105
第 3 節 本研究の展望	107
注	107
参考文献	108

凡例

引用文献について、英文原著についてはアルファベット順に（著者名，原著の出版年，引用ページ）と示した。邦訳については著者名がカタカナ表記の場合は五十音順に、英文表記の場合はアルファベット順に（著者名，邦訳の出版年，引用頁）と示した。また、和文については五十音順に（著者名，出版年，引用頁）と示した。

序章

第1節 研究課題

本研究の目的は二つある。一つは医学的リハビリテーション¹⁾の一翼を担う職種である作業療法士における自律性の有無と所在を明らかにすることである。もう一つは、作業療法士の独自性の有無と所在を明らかにすることである。そしてこれらの目的を果たすことによって、医学的リハビリテーションにおける作業療法士の存在意義を明確にしようとする。

本研究の背景は、筆者が2010年1月に熊本大学大学院社会文化科学研究科へ提出した修士論文「医療介護現場における作業療法士の説明責任に関する研究 ―インフォームド・コンセントにおける情報開示の現状からの考察―」にある。よって、本稿を始めるにあたり、修士論文の要旨について触れておく。筆者は修士論文において、研究目的を「作業療法士が患者²⁾からインフォームド・コンセントを得るための説明責任を果たしているか明らかにすること」と設定した。この目的を果たすために、筆者はまず、作業療法士の職務と活動範囲について整理した。その上で、作業療法士には患者の要望やニーズを十分に配慮しながら作業療法を実践する、患者に対する応答責任が課される職種であることを指摘した(山野, 2010)。

筆者はこの論考を踏まえて、当時作業療法士として勤務していた病院および併設の介護老人保健施設に勤務する医療もしくは介護に携わる職種のメンバー、および患者と家族を対象にフォーカスグループ・インタビューを行った。そこでのテーマは「医療もしくは介護に携わる職種は、患者に対してどのような情報開示(説明)をすれば良いのか」であった。このフォーカスグループ・インタビューを通して、医療もしくは介護に携わる職種はクライアントの願望やニーズに配慮しつつも、法令や契約条項を遵守した説明を意識していたことが明らかとなった。一方、クライアントや家族は法令や契約とは関係なく、医療もしくは介護に携わる職種との信頼関係に基づく説明を期待しており、同時に患者の心身機能が将来どの程度まで改善するのかという、予後に対する説明を強く願望していたことがわかった(Yamano, 2010)。

筆者はこれらの論考ならびにフォーカスグループ・インタビューの結果をもとに、2009年6月の時点における佐賀県内の作業療法士325名³⁾に対し、作業療法におけるインフォームド・コンセントの現状を把握することを目的としたアンケート調査を実施した。筆者はこの調査結果(有効回答数150名・回答率46.2%)をもとに、作業療法士が患者から得ているインフォームド・コンセントについて、いくつかの問題点を明らかにした。

この中で、本研究の背景につながった問題点としては次のようなものであった。アンケートは問1から30までによって構成されるものであったが、問22に「あなたの担当する患者が作業療法の実施に同意しない場合、作業療法を行いますか。つぎのうち、あなたの考えに近いものに○を一つだけつけてください」を設定した。これに対する回答の選択肢は1.「作業療法を行う」、2.「作業療法を行うが、対象者(患者)によって異なる」、3.「作業療法は行わないが、対象者(患者)によって異なる」、4.「作業療法は行わない」の4つを設定した。この設問に対する作業療法士の回答は、「作業療法を行う」が150名2名(1.3%)、

「作業療法を行うが、対象者によって異なる」が 80 名 (53.3%)、「作業療法は行わないが、対象者によって異なる」が 34 名 (22.7%)、「作業療法を行わない」が 33 名 (22.0%)、無回答が 1 名 (0.7%) となっていた。

また、「作業療法を行う」、「作業療法を行うが、対象者によって異なる」、「作業療法は行わないが、対象者によって異なる」に回答した 116 名の作業療法士に対しては、問 23 として「作業療法に同意しない患者に対し作業療法を行う理由」への回答を求めた。ここでの回答の選択肢は、1. 「本人のためになると思うから」、2. 「医師の指示だから」、3. 「(介護保険制度における) ケアプランに組み込まれているから」、4. 「家族の希望を尊重するから」、5. 「他職種の人たちと話し合っただけのことだから」、6. 「その他」を設定した。なお、問 23 では複数回答を求めた。その結果、「本人のためになるから」と回答したものが 116 名中 82 名 (70.7%)、「家族の意向を尊重するから」と回答したものが 116 名中 53 名 (45.7%)、「医師の指示だから」と回答したものが 116 名中 37 名 (31.9%)、「他職種の人たちと話し合っただけのことだから」が 116 名中 23 名 (19.8%)、「ケアプランに組み込まれているから」が 116 名中 11 名 (9.5%)、その他が 116 名中 14 名 (12.1%) となっていた。

作業療法士が作業療法の実践に同意しない患者に対して、顧慮せずに作業療法を実践することは許されない。しかし、作業療法士が著者となっている症例報告の中には、作業療法に対して拒否的な態度を示す患者に対して作業療法を実践し、その意義を論述したものが認められる (今野, 2003; 曾田, 2006)。筆者はこのアンケートの結果から、作業療法の実践に同意しない患者に対する「本人のためになるから」を理由にした作業療法の実践は、患者がまだ気づいていない生活上の新たな目標を作業療法士が共有でき、その目標に向かってともに歩んでいくための道筋を立てるという「ケア」的な作業療法の実践として許されることを考察した (山野, 2011; 山野, 2013a)。

この中で、本研究の背景につながった点は、作業療法の実践に同意しない患者に対して作業療法を実践する理由として「医師の指示だから」と回答した作業療法士が存在したというアンケートの結果である。理学療法士及び作業療法士法第二条 4 には「この法律で「作業療法士」とは (中略) 医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう」という条文がある。この条文は、作業療法士が患者に対し作業療法を実践するために、あらかじめ「医師の指示」が必要であることを意味する規定である。筆者は、作業療法の実践に同意しない患者に対して「医師の指示だから」という理由によって作業療法を実践する作業療法士においては、「医師の指示に従って作業療法を実践する」という職務遂行責任が、患者の自律性に対する意識より強いものとなっている可能性があることを指摘した (山野, 2011; 山野, 2013a)。つまり、作業療法士の中で「医師の指示」に対する服従のようなものが、患者の自律性を上回ったものになっていると言える。このように考えると、作業療法士は医師に対する自律性を有しない職種であると解釈することが可能である。

作業療法士の自律性については、理学療法士及び作業療法士法第 2 条 4 の条文そのものからも考察することができる。すなわち、作業療法士が患者に対し作業療法を実践するために「医師の指示」が必要であるという根拠は、作業療法が法令上において医行為であると見なされていることである (山野, 2012) 4)。医行為は医師法第十七条において「医師でなければ医業を行ってはならない」という条文をもって医師のみに許されている。この法令上の規定から見ると、患者から作業療法に関するインフォームド・コンセントを得るこ

とができるのは医師に限られると解釈できる。すなわち、作業療法士が直接患者にインフォームド・コンセントを得ることは医師法に違反しているという解釈になる。このことから、作業療法士は自律性を有しない「医師に従属する職種」であることが導出される。

この医師の法的業務独占を背景として、医師が他の医療に関する職種および患者に対する「権力」をもって官僚的支配的地位としての存在であることを指摘したのがエリオット・フリードソンである。フリードソンは、職務を遂行する上で他からの指示を受けないという「自律性」を有している医師が、職業分業体制での支配的位置を占めていることについて指摘している。フリードソンによれば、医師は他の職種を医師に対する従属的な地位にあると見なすことで職種による階層性を築こうとしている。そして、この階層性を実現させている重要な因子が「医師の指示」であるとする（フリードソン, 1992, p.127）。これらをもとに、フリードソンは医師以外の医療職を「医師の指示がなければ医療補助職種は患者のためにほとんど何もすることができない」（フリードソン, 1992, p.131）職種であると指摘した。

しかし、だからと言って「医師の指示」は作業療法士に対して作業療法に同意しない患者への作業療法を義務づけるものではないはずである。現在の医療は「患者中心」であり、医療に携わる多くの職種によって構成される「チーム医療」の実践が求められている。例えば、医療法では第一条の二および第一条の四において、医療に携わる職種と患者との信頼関係に基づいて医療が実践されることを義務づけている⁵⁾。最近では、厚生労働省が2010年3月19日に『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書）』⁶⁾を公表し、チーム医療を推進し医療に携わる職種の協働および連携のあり方についてまとめている。この報告書の中で、「チーム医療」とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と記されている。また、医療機関で勤務する作業療法士の多くが所属しているリハビリテーション部門⁷⁾においても、チーム医療の中で複数の職種が協調しながら、互いの共同作業を通して患者の目指す目標に向かうことを理想としている（天草他, 2009, pp.173-4）。

これらから、作業療法士にはチーム医療の中で医師に従うばかりでなく、患者のためになる主体的な行為が必要となる。そうすると、わが国の作業療法士が作業療法を実践する上で法令上なければならぬとされる「医師の指示」は医師と作業療法士との間にどのような関係を示すものであろうか。この問いに答えることは、作業療法士の自律性を明らかにするために重要である。

ただ、作業療法士の存在意義を明確にするためには作業療法士の自律性だけを検討するだけでは不十分である。先ほどの作業療法士に対するアンケートの間12では、「あなたは作業療法について説明する際に、どのような用語を使いますか。つぎのうち、あてはまるもの一つだけに○をつけて下さい」という設問を設定した。この設問に対する回答肢としては、1.「作業療法という用語を使うことが多い」、2.「リハビリという用語を使うことが多い」、3.「手の練習という用語を用いることが多い」、4.「その他」の4つを設定した。

回答の結果、「作業療法という用語を使うことが多い」と回答した作業療法士は150名中33名（22.0%）であった。150名中90名（60.0%）の作業療法士は「リハビリという用語を使うことが多い」と回答し、150名14名（9.3%）は「手の練習という用語を用いること

が多い」と回答していた。筆者は、この結果から作業療法士について基盤となる学問領域と臨床において所属する組織の方針との乖離から作業療法士としての独自性が不確かな状態であることを考察した（山野, 2013b）。

これまで、作業療法士が一般市民に対して行ったアンケート調査から、一般市民における作業療法の認知度は低いことが明らかになっている。例えば、境らは医師と看護師はアンケート対象者の 100%が知っていたのに対し、作業療法士は 48%にとどまったことを報告している（境他, 1998）。石垣は高校生を対象に 2 回実施した調査において、作業療法士を知っていた高校生がいずれも対象の 20%に満たなかったことを報告している（石垣, 2005；石垣, 2007）。また、澤田らは 4 都府県の一般市民に対するアンケート調査を通して、作業療法士の認知度が低いという結果を呈示している（澤田他, 2011）。

このことに関する理由として、作業療法士と医学的リハビリテーションに携わる職種である理学療法士との違いが明確でないことが挙げられる。1965 年における理学療法士および作業療法士法の施行によって、作業療法士と同時に「理学療法士」という国家資格が誕生した。理学療法と作業療法の定義については、「理学療法士及び作業療法士法」において規定されたもの⁸⁾と、わが国における全国規模の職能団体である、公益社団法人日本理学療法士協会⁹⁾および一般社団法人日本作業療法士協会¹⁰⁾において公表された定義がある¹¹⁾。

しかし、理学療法と作業療法の違いが医療に携わる職種や患者に対し明確に区別される形で理解されているとは言い難い。なぜなら、理学療法士及び作業療法士法第二条において明記されている、理学療法における「基本的動作」と作業療法における「応用的動作」の区別が、人の日常生活の営みの上では明確にされにくいからである。

実際に、わが国において最初に出版された医師向けの医学的リハビリテーションに関するテキストにおいて、作業療法と理学療法を区別するのは困難であることが述べられていた（天児・中村, 1960, p.51）¹²⁾。また、1980 年代において、作業療法士は作業療法と理学療法との類似性をもとに、医師や理学療法士などから作業療法士の独自性を否定された時があった（上田, 1986, p.iv；田口, 1986, p.270）。そして、近年においても、医師向けの医学的リハビリテーションに関するテキストの中には、作業療法について「手芸、工作など創造的な作業を行うことによって、関節可動域運動、巧緻運動、筋力増強運動、持久力運動などを目的としての運動療法」（千野, 2009, p.21）というように、理学療法士が介入手段として多く用いている運動療法の一部であるとみなす記述が見られる。

もし、理学療法と作業療法の区別が困難であるということになれば、チーム医療におけるそれぞれの役割が不明確になり、ひいては職種の存在意義そのものが揺らいでしまうことにつながりうる。したがって、本研究の結論を導くためには、作業療法士の独自性についても明らかにすることが必要となる。

第 2 節 研究意義

本研究の意義は、作業療法士が医学的リハビリテーションに携わる職種としての存在意義を、医療に携わる職種や患者に対して明確に主張できることである。そして、医療に携わる職種や患者が作業療法士の存在意義を理解することによって、互いの信頼関係を促進できうることにある。本研究の意義の中心は、これから作業療法士を目指して大学や専門

学校で学ぶ作業療法士養成課程の学生、および国家資格取得後の臨床経験の浅い作業療法士に向けられる。本研究はこれらの若き人材に対する道標として貢献できる。そして、本研究を通して作業療法士が自らの立場を良く理解し、医療に携わる職種としての責任をより強く意識しながら、患者へ作業療法を提供することが可能となるのであれば、本研究は最終的に公共の福祉に寄与することにつながりうる。

わが国における作業療法士の自律性と独自性について触れている先行研究として、作業療法士である田島明子の研究（田島, 2013）がある。田島は1967年創刊の作業療法士向けの専門雑誌『理学療法と作業療法』（医学書院刊）と、1982年に創刊された日本作業療法士協会の機関誌である『作業療法』という2つの雑誌を主な研究対象としている。田島はこの2つの雑誌から作業療法士の独自性に関する内容を抽出することによって、「作業療法の医療職化と独自性の明確化めぐる葛藤、対立、困難」（田島, 2013, p.14）について俯瞰している。また、田島はわが国の作業療法に大きな影響を与えてきたアメリカとカナダの作業療法理論を取り上げ、これらの作業療法理論がわが国に移入され定着化する経緯を追っている（田島, 2013, p104-23）。田島の研究は、わが国における作業療法士の国家資格化から現在に至るまで作業療法士が医学的リハビリテーションに携わる職種としての立場をどのように確立しようとし、どのような批判を受けてきたのかということが「作業療法の現代史」という形で綿密に理解できるような内容となっている。

田島はこの研究目的の一つとして、作業療法士が患者への支援を行う上での規範や倫理を考えるための入口を呈示するとしている（田島, 2013, p.22）。田島はこの目的を果たすための過程において障害者の就労・寝たきり老人・認知症高齢者・Quality of Lifeを題材にしている。この過程は、田島が研究の背景においた「能力主義」と「障害受容」が基盤となっている（田島, 2013, pp.7-9）。

一方、作業療法士である鎌倉矩子は、著書『作業療法の世界』の中で、作業療法士が療法として確立したその萌芽である18世紀後半から、アメリカにおいて作業療法士の医療に携わる職種として確立するまでの成り立ちを詳細に追っている（鎌倉, 2004, pp.6-33）。そして、アメリカで発展した作業療法がわが国に移入し、作業療法士の国家資格化に至るまでの経緯を丁寧に記述している（鎌倉, 2004, pp.51-70）。さらに、鎌倉は1990年代以降にわが国に移入された外国の作業療法理論について批判を含めた綿密な考察を行っている（鎌倉, 2004, pp.157-83）。

鎌倉は1965年の「理学療法士及び作業療法士法」制定時から作業療法に深い関わりを持ってきた作業療法士である。鎌倉の研究は、筆者が作業療法士と医師または理学療法士との関係性の構築に関する系譜を知る上で有用であった。また、それまで作業療法士による批判がほとんどなされていなかった「外国からわが国に移入された作業療法理論」について批判を加えた考察を行っている。

その反面、『作業療法の世界』では歴史的に専門職としての作業療法士の存在に疑問を持たざるを得なかった経緯が書かれているものの、現在の作業療法士は自律性と独自性を有した職種であるとしている。したがって、筆者が注目する「作業療法における医師の指示」や「作業療法と理学療法との違い」に対し、鎌倉は『作業療法の世界』の中で言及していない。

田島や鎌倉が行った研究は、本研究の目的と重なり合う部分がある。ただ、その中で筆

者は作業療法士が自らの自律性と独自性を明らかにするための障壁となる二つの問題、すなわち「医師の指示」と「理学療法士との差異」を主たる検討の対象とする。この点が他の研究にはない本研究の独自性の高い部分である。

第3節 本研究の構成

本文の構成はつぎの通りである。

第1章では「作業療法が医行為と見なされるものか」を明らかにしようとする。具体的には、作業療法士が作業療法の実践において手段として用いる「作業」には、普段の生活における何気ない行為が含まれているが。ただ、作業療法士がその「作業」を患者に提供し作業療法として実践することで、それがなぜ医行為と見なされるのかについて検討する。

第2章では作業療法士の医師に対する自律性について明らかにすることを試みる。ここでは検討課題を「医師の指示」に置く。本章では、作業療法士と医学的リハビリテーションを専門とする医師との関係から「医師の指示」に関する問題点を抽出する。その上で、「医師の指示」の下における作業療法の実践の中で、作業療法士が自律性を確保するためにはどうすれば良いかについて検討する。

第3章では理学療法士との比較をもとに作業療法士の独自性を明らかにしようとする。作業療法士と理学療法士は別個の職種として存在するが、その役割や実践には重複しているものが多い。本章では、作業療法士の独自性を明らかにするために、「理学療法士」という職種について、法令上や臨床実践の実態などを概説し、作業療法との対比を試みる。そして、理学療法士と作業療法士が臨床実践の基盤となる理論を指摘し、双方と対比しながら両者の異同を確認することで作業療法士の独自性を見出そうとする。

第4章では、第3章での結論を踏まえて「チーム医療」における作業療法の独自性について明らかにすることを試みる。ここでは、チーム医療の形態と機能を整理した上で、作業療法士が独自性を発揮するために理想としている「チーム」について抽出する。その上で、チーム医療の中で作業療法士の独自性を主張できるのかということについて検討する。

最後に終章において、本研究の総括および限界と今後の展望について提示する。

注

- 1) 作業療法士は1965年の理学療法士及び作業療法士法の施行において医療に携わる職種として国家資格化された。理学療法士及び作業療法士法の制定にあたり、作業療法士は医学的リハビリテーションを担う職種として位置付けられた(厚生省, 1965, pp.35-6)。当時の厚生省によれば、医学リハビリテーションとは「医学的手段により身心(原文ママ)障害者の生活を回復させること、もしくは再人生へのスタートをさせること」と定義されていた(厚生省医務局医事課, 1965, p.2)。
- 2) 作業療法士の全国的な職能団体である日本作業療法士協会は、作業療法の領域で用いられる用語を編集した『作業療法関連用語解説集』を発行している。ここでは、作業療法士が作業療法を提供した人のことを「対象者」(日本作業療法士協会学術部, 2011, p.70)という用語で表現している。これは、医療機関における「患者」、介護保険法関連施設な

どにおける「利用者」という一般的に使い分けられている呼称を総称したものである（日本作業療法士協会学術部, 2011, p.70）。ただ、本研究の中で言及する医師と理学療法士がそれぞれの「対象となる人」についてどの呼称を用いているのかは不明確である。したがって、本研究での呼称は「患者」に統一する。

3) ただし、この作業療法士数は、佐賀県内における作業療法士の職能団体である作業療法士会（当時は任意団体であった）事務局から確認した全会員数である。佐賀県作業療法士会に属してない作業療法士を含めた佐賀県内の作業療法士の総数は不明であった。

4) 作業療法士は理学療法士及び作業療法士法第二条の4において、「医師の指示の下に作業療法を行うことを業とする」と記されている。さらに、理学療法士及び作業療法士法第十五条では「理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法第三十一条第一項（中略）の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる」ことが明記されている。

なお、保健師助産師看護師法第三十一条には「看護師でない者は、第五条に規定する業をしてはならない」と明記されている。そして、保健師助産師看護師法第五条には、「この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」と書かれている。これらの条文は、作業療法が法律上において診療の補助行為とされ、本来ならば、診療の補助行為を独占している保健師助産師看護師法の例外規定であることを示している。

総務省 電子政府の窓口イーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S40/S40HO137.html> (2013年9月12日閲覧)

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO203.html> (2013年9月12日閲覧)

5) 医療法第一条の二では、「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」と明記されている。また、医療法第一条の四では「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない」ことが明記されている。

総務省 電子政府の窓口イーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html> (2013年9月12日閲覧)

6) 厚生労働省『チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)』

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> (2013年7月18日閲覧)

7) 医療機関においては組織の規模に応じていくつかの部門に分かれている。部門の名称としては一般的に看護部門、臨床検査部門、リハビリテーション部門、放射線部門などがある。リハビリテーション部門に所属する職種としては理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などがあるが、職種の数は医療機関の規模や役割などで異なっている。

8) 理学療法士及び作業療法士法第二条では理学療法について「この法律で「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、マツサージ(原文ママ)、温熱その他の物理的手段を加えることをいう」と明記されている。一方、理学療法士法及び作業療法士法第二条 2 では作業療法について、「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」と記されている。

- 9) 日本理学療法士協会のホームページでは、理学療法の定義を「理学療法とは病気、けが、高齢、障害などによって運動機能が低下した状態にある人々に対し、運動機能の維持・改善を目的に運動、温熱、電気、水、光線などの物理的手段を用いて行われる治療法である」と記している。ただし、この定義は下記における日本作業療法士協会のように、定期総会の議決を経て成立したものではない。

日本理学療法士協会ホームページ

http://www.japanpt.or.jp/01_physicaltherapy/physicaltherapy_01.html (2013年1月30日閲覧)

- 10) 日本作業療法士協会は、1985年6月13日に開催された日本作業療法士協会総会において、作業療法の定義を「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行うことをいう」として決議し採択した（日本作業療法士協規約委員会, 1986, p.69）。
- 11) 日本理学療法士協会は1966年に設立し1972年に社団法人としての認可を受けた。そして、2000年から進められてきた公益法人制度改革に則り2012年に4月から公益社団法人としての認可を受けている。一方、日本作業療法士協会は1966年に設立し1981年に社団法人としての認可を受けた。そして、公益法人制度改革に則り2012年4月から一般社団法人としての認可を受け今日に至っている。本稿では、これらの協会のことを単に「日本理学療法士協会」および「日本作業療法士協会」と表記する。ただし、筆者は日本理学療法士協会もしくは日本作業療法士協会が編著となっているいくつかの文献を参考文献として挙げているが、この中で編著者名において法人名が併記されている場合には、その記載にあわせて表記することとした。
- 12) 作業療法は英語である Occupational Therapy の和訳であるが、1965年の理学療法士及び作業療法士法制定まで、Occupational Therapy の日本語表記は一定していなかった。ここで引用した天見と中村は整形外科を専門とする医師であるが、当時の日本整形外科学会は Occupational Therapy を「職能療法」と呼称していた。

第1章 作業療法は医行為と見なされるものか

はじめに

本章では、わが国の作業療法が「医行為と見なされるものか」ということについて明らかにしようとする。作業療法士は1965年に制定された「理学療法士及び作業療法士法」第一条¹⁾において医療に従事する職業であると位置づけられている。また、作業療法士は「理学療法士及び作業療法士法」第二条4²⁾において、医師の指示の下に作業療法を行わなければならないことが規定されている。これらの条文を根拠として、作業療法の実践主体は医師にあると解釈することが可能である。

しかし、実際の臨床において、作業療法士は自ら患者の障害の程度を把握し、作業療法計画を立案し、患者に対して直接作業療法を実践している。作業療法士が作業療法を独自の考えに基づいて介入手段とし、患者の全人間的復権に向かって導くことができるとすれば、作業療法は医師に実践主体があるのではなく、作業療法士が医療に携わる職種としての自律性をもって実践できる行為とすることができる。このように考えると「作業療法が医行為と見なされるか否か」について結論を出すことは、作業療法の自律性を考える上で意義があると思われる。

第1節 作業療法士とはいかなる職種か

第1項 わが国における作業療法士の位置づけ

わが国において、作業療法士の多くは病院や介護施設などでリハビリテーション部門の一員に属する形で臨床での活動を行っている。リハビリテーション部門は基本的に患者およびその家族と多くの医療介護従事者によって構成されるリハビリテーション・チーム³⁾を組織している。作業療法士はそのリハビリテーション・チームの一員でもある。

作業療法士は1965年に施行された理学療法士及び作業療法士法を根拠とする厚生労働大臣からの作業療法士免許、すなわち国家試験の合格によって与えられる国家資格を得ることによって業務を遂行することが可能である。理学療法士及び作業療法士法第一条では、法の目的として「医療の普及および向上に寄与する」ことが記されている。この条文によって作業療法士は医療従事者の一員として明確に位置づけられている。理学療法士及び作業療法士法第二条4²⁾では、作業療法士が「医師の指示」の下に業務を行うよう規定されている。さらに理学療法士及び作業療法士法第十五条⁴⁾では保健師助産師看護師法第三十一条⁴⁾にある「療養上の世話ならびに診療⁵⁾の補助という業務独占の規定にかかわらず、診療の補助としての作業療法を行うことができる」ことが明記されている。

つまり、作業療法はもともと診療の補助としての看護業務の一部と位置づけられており、作業療法士は「医師の指示」という条件付きで診療の補助行為としての作業療法に限って、例外的に実施することが可能であると解釈することができる。

そのため、理学療法士及び作業療法士法において作業療法士は医師法第十七条⁷⁾や保健師助産師看護師法第三十一条にあるような、資格を持たないものの業務制限に関する規定を

持たない。つまり、作業療法士は医師や看護師と異なり、法的に作業療法に関する業務を独占していない。ただし、理学療法士法及び作業療法士法 第十七条 2 では「作業療法士でない者は、作業療法士という名称又は職能療法士その他作業療法士にまぎらわしい名称を使用してはならない」という条文があり、この条文をもって作業療法士の名称独占が明記されている。

第2項 わが国における作業療法士の構成

日本作業療法士協会が発行している『日本作業療法士協会誌』18号（2013年9月号）の巻末に掲載されている2013年8月1日現在におけるわが国の作業療法士数は65,935名となっている（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013a, p.48）。

『日本作業療法士協会誌』17号（2013年8月号）に掲載された「作業療法士有資格者数の推移」を見ると、わが国の作業療法士は1966年に誕生したが、当時の作業療法士は22名であった（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013b, p.20）。わが国の作業療法士の数が1,000名を超えたのは、理学療法士及び作業療法士法の制定後15年以上経った1981年であった（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013b, p.20）。その後、わが国の作業療法士数は1990年度に4,692名、2000年度に14,880名、2010年に53,080名と増加の一途を辿っている（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013b, p.20）。

なお、2009年4月の時点における作業療法士の数は47,762名（社団法人日本作業療法士協会2012, p.16）であった。この人数（47,762名）を2013年6月現在の作業療法士数（65,935名）から差し引くことにより、18,173名の作業療法士は臨床経験5年未満であることがわかる。これは、2013年8月1日現在の作業療法士数（65,935名）の27.6%に相当する。また、年齢構成を見ると21歳から30歳が47.1%、31歳から40歳が37.1%を占め、平均年齢は32.7歳となっていた（日本作業療法士協会事務局統計情報委員会, 2013, pp.6-7）。

この結果を他の職種と対比してみる。厚生労働省が2011年3月31日に公表した「看護職員就業状況等実態調査結果」⁸⁾を見ると、通算就業年数5年未満の看護師は調査対象の18.1%となっていた⁹⁾。また、看護師の年齢構成は20歳代が20.8%、30歳代が25.6%となっていた¹⁰⁾。

一方、日本理学療法士協会が公表した「理学療法士の国家試験合格者の推移」⁹⁾を見ると、2013年6月現在において、臨床経験5年未満と予測される理学療法士国家試験合格者は全体の26.5%となっていた。また、理学療法士の「年齢分布」¹¹⁾では30歳以下が37.3%、40歳以下が27.6%となっていた。

これらの結果から、わが国の作業療法士は医学的リハビリテーションに携わる職種の中で、比較的臨床経験の浅い若年者が多い職種であると言えるであろう。

第3項 作業療法士の養成教育と卒後教育

理学療法士及び作業療法士法第十二条では、作業療法士免許証を取得するための国家試験受験資格として「学校教育法上において大学に入学することができる者が、文部科学大臣が指定した学校又は厚生労働大臣が指定した作業療法士養成施設において、三年以上作業療法士として必要な知識及び技能を修得したもの」¹²⁾と明記されている。この法律に準じ

て、わが国には作業療法士の養成施設として、2010年度の段階で文部科学大臣が指定する学校が62校（うち短大3校・大学59校）、厚生労働大臣が指定する養成施設としての各種学校が121校存在している。

作業療法士の養成課程における教育内容については、1966年3月31日に当時の文部省ならびに厚生省令として施行された、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」第3条二に「教育の内容は、別表第二に定めるもの以上であること」¹³⁾と明記されている。また、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則別表第二」¹³⁾では、作業療法士養成課程における必要な教育内容と単位数が書かれている。作業療法士の養成課程における教育内容と単位数について、基礎分野では「科学的思考の基盤」と「人間と生活」が合計で14単位となっている。専門基礎分野として、「人体の構造と機能及び心身の発達」12単に、「疾患と障害の成り立ち及び回復過程の促進」12単位、保健医療福祉とリハビリテーションの理念が2単位となっている。専門分野では「基礎作業療法」が6単位、作業療法評価学が5単位、作業治療学が20単に、地域作業療法学が4単位、臨床実習が18単位の計93単位となっている。

つぎに作業療法士の卒後教育に関して、日本作業療法士協会は独自の生涯教育制度を設けている。この生涯教育制度では、一定の要件¹⁴⁾を満たすことにより、日本作業療法士協会からジェネラリストとしての作業療法士の立場を協会が保証する「認定作業療法士」の称号が授与される（一般社団法人作業療法士協会, 2012, pp.18-25）。

また、特定の専門領域においては、認定作業療法士が該当の領域において課されている独自の要件¹⁵⁾を満たすことにより、日本作業療法士協会から該当領域の専門家としての作業療法士の立場を協会が保証する「専門作業療法士」の称号が授与されることになっている（一般社団法人作業療法士協会, 2012, pp.18-27）。

第4項 作業療法士の職域

作業療法士の就業状況について、日本作業療法士協会事務局統計情報委員会は2013年3月31日現在における調査を行っている。この調査によれば、日本作業療法士協会の会員となっている作業療法士¹⁶⁾のうち95.1%が臨床を主業務としており（日本作業療法士協会事務局統計情報委員会, 2013, p.7）、精神科を含む病院や診療所などの医療法関連施設が会員全体の74.7%を占めている（日本作業療法士協会事務局統計情報委員会, 2013, p.15）。また、医療法関連施設以外の就業状況としては、介護老人保健施設などの高齢者の医療の確保に関する法律関連施設が作業療法士全体の12.6%、特別養護老人ホームなどの老人福祉法関連施設が3.0%、知的障害児施設や肢体不自由児施設などの児童福祉法関連施設が2.3%となっていた（日本作業療法士協会事務局統計情報委員会, 2013, pp.15-6）。

一方、臨床以外においては専門学校や大学などの教育機関が3.1%、管理職専門が0.7%、行政が0.5%などとなっていた（日本作業療法士協会事務局統計情報委員会, 2013, p.7）。さらに、ごく少数ながら保健所や特別支援学校、社会福祉協議会への就業も見られた（日本作業療法士協会事務局統計情報委員会, 2013, p.16）。

つぎに、日本作業療法士協会は1991年に作成し2006年に改正した『作業療法ガイドライン2006年度版』の中で、作業療法士の業務における専門領域について解説している。作業療法士の専門領域は、主に医療機関において年齢層に関係なく四肢の運動障害を有する

患者に携わる「身体障害」¹⁷⁾、主に精神科を標榜する医療機関において精神疾患を有する患者に携わる「精神障害」¹⁸⁾、主に医療機関や児童福祉法関連施設において16歳以下の患者に携わる「発達障害」¹⁹⁾、主に介護保険制度の下に介護（予防）給付サービスとしてのリハビリテーションに広く携わる「老年期障害」²⁰⁾の4領域に分類している（社団法人日本作業療法士協会学術部, 2006, p.7）。

これら四つの専門領域別における作業療法士の就業割合は、『作業療法白書 2010』によると、身体障害領域がもっとも多く52.9%となっており、精神障害領域が21.3%、発達障害領域が9.0%、老年期障害が38.6%となっていた（社団法人日本作業療法士協会, 2011, p.25）²¹⁾。

第5項 作業療法と作業の定義

わが国における作業療法の定義づけが最初になされたのは、理学療法士法及び作業療法士法第二条2に明記された「この法律で「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」の条文である。ただ、この条文を読むだけでは、作業療法士が患者に対して「手工芸のようなものだけを行わせている」と解釈することが可能である。すなわち、作業療法は「治療手段が極めて限定された療法」であるという解釈に繋がりがうる。

そこで、作業療法士による全国規模の職能団体である日本作業療法士協会は1985年の日本作業療法士協会総会において、作業を「作業活動」と称した形で、作業療法を「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行うことをいう」（日本作業療法士協会規約委員会, 1986, p.69）と定義した²²⁾。

その後、日本作業療法士協会は作業療法の最終目標を「障害の軽減にあるのではなく、主体的な活動と参加を援助することである」（社団法人日本作業療法士協会 2012, p.12）と定めている。そして、日本作業療法士協会はその目標を実現するために作業療法士が用いる「作業活動」について、「日常生活の諸動作や仕事、遊びなど人間に関わるすべての諸活動」と定義し直した（日本作業療法士協会学術部, 2011, p.40）。この定義は、作業療法士の国際的な職能団体である世界作業療法士連盟（World Federation of Occupational Therapy: WFOT）が2002年に「作業」を「人が自分の文化で意味があり行うことのすべて」と定義した²³⁾ことを受けて、作業活動が作業療法的手段としてだけでなく、患者の目的でもあるという解釈を可能にした内容となっている（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013c, pp.6-7）。

日本作業療法士協会では作業療法で用いられる作業活動に関して、感覚・運動活動、生活活動、創作・表現活動、仕事・学習活動の四つに分類している（表 1-1）。『作業療法白書 2010』によると、医療機関に従事する作業療法士が「身体障害」を有する65歳未満の患者に対して用いる作業は、用いている作業療法士の多い順に基本動作訓練（89.2%）、日常生活活動（85.7%）、仕事・学習活動（55.6%）、手工芸（48.8%）となっている。また、65歳以上の患者に対しては日常生活活動（93.3%）、基本動作訓練（93.3%）、手工芸（65.1%）の順となっている（社団法人日本作業療法士協会, 2012, p.34,44）。

一方、医療機関に従事する作業療法士が「精神障害」を有する患者に対して作業療法士が用いる活動は、用いている作業療法士の多い順に手工芸(92.8%)、創作・芸術活動(91.2%)、身体運動活動(85.4%)の順になっている(社団法人日本作業療法士協会, 2012, p.34, p.44)。

なお、国家資格としての作業療法士を所管する厚生労働省は2010年4月30日に「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」と題する行政通知を発出した²⁴⁾。この中では前述した理学療法士及び作業療法士法において定義された「作業」が医療現場において手工芸を行わせる」という偏った認識を生み出す可能性という点から、次の6項目においても作業療法の範囲に含まれると明記した²⁵⁾。

- 1) 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動 (Activities of Daily Living : ADL) に関するADL訓練
- 2) 家事、外出等の手段的ADL (Instrumental Activities of Daily Living : IADL) 訓練
- 3) 作業耐久性の向上、『作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- 4) 福祉用具の使用等に関する訓練
- 5) 退院後の住環境への適応訓練
- 6) 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

表 1-1 作業活動の例

感覚・運動活動 (準備活動を含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・物理的な感覚運動刺激 ・ブランコ、滑り台、トランポリン、スクーターボード、サンディング・ボード、プラスチックパテ、その他の感覚運動遊び ・ゲートボール、風船バレー、ダンス、体操、その他の軽スポーツ活動 ・その他
生活活動	<ul style="list-style-type: none"> ・食事、更衣、排泄、入浴、整容、衛生等のセルフケア ・起居、移動、移乗、物品・道具・遊具の操作 ・家事、安全、金銭の自己管理を含む生活維持管理活動 ・コミュニケーション ・その他
創作・表現活動 (準備活動を含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・革細工、木工、陶芸、編み物、モザイク、籐細工、はり絵などの手工芸 ・絵画、音楽、写真、書道、生け花、茶道、俳句・川柳などの芸術活動 ・囲碁、将棋、ペグボード、訓練用プラスチックコーン等の各種ゲーム ・花壇作り、菜園作りなどの園芸 ・その他
仕事・学習活動	<ul style="list-style-type: none"> ・書字、計算、ワードプロセッサ、コンピュータ ・生活圏拡大活動 ・各種社会資源の利用 ・公共交通機関の利用、一般交通の利用 ・その他

(社団法人日本作業療法士協会学術部『作業療法ガイドライン(2006年度版)』2006. p.14を一部改変)

第6項 臨床における作業療法士の作業療法実践過程

本項では、作業療法士が臨床において作業療法を実践する過程について、日本作業療法士協会が2013年6月に改定した『作業療法ガイドライン(2012年度版)』に示された「作業療法の過程」(一般社団法人日本作業療法士協会, 2013c, pp.9-11)に基づきながら概説する。

作業療法士と患者・家族との関係が始まるのは、医師が患者に対して行った診察の結果をもとに作業療法の必要性を判断し、作業療法の指示を出した時点である(一般社団法人日本作業療法士協会, 2013c, p.10)。作業療法士は患者や家族に対して、作業療法の目的と患者における意義を明確に説明することで互いの協力関係を築いていく(一般社団法人日本作業療法士協会, 2013c, p.10)。

作業療法士は作業療法において対応すべき患者の課題を抽出することを目的に、患者の同意を得た上で初期「評価」²⁶⁾を開始する(青山・濱口, 2001, p.25)。評価においては、まず、患者の現病歴・既往歴・日常生活の状況・社会的背景・生命予後などについて作業療法士以外の職種からの患者に関する口頭や記録を介した情報収集を行う。その中で、作業療法士は特に「疾患と病状の把握、疾患と関連する障害の整理、禁忌事項の確認」(青山・濱口, 2001, p.25)を行う。作業療法士は収集した情報を基に患者と面接を行う。作業療法士は患者との信頼関係を築きながら、患者が困っていることや作業療法士に対する要望などを確認することで患者の全体像を明確にしていく。その上で、作業療法士は必要に応じて家族との面接を行い、家族の患者に関する要望について把握する。また、作業療法士は患者の生活場면을観察するとともに、心身機能の状態に関する検査測定を実践する(一般社団法人日本作業療法士協会, 2013c, p.10)。

作業療法士は評価結果を基に、作業療法を実践するための「作業療法計画」を立案する。もともと、作業療法士が患者に対し作業療法を実践するにあたっては、同時に医師や理学療法士などの多職種が患者に関わり、その多職種はリハビリテーション・チームを形成している。そのリハビリテーション・チームはチーム全体として患者ともに目指す目標としての「リハビリテーション・ゴール」を設定している(一般社団法人日本作業療法士協会, 2013c, p.10)。作業療法士はこのリハビリテーション・ゴールに沿う形で作業療法計画を立案する。

作業療法計画では評価結果の解釈をもとに作業療法の必要性を改めて確認する。その上で、作業療法士は患者に対する作業療法の実践において必要な課題を抽出する。さらに、その課題を解決するための手段を選択するとともに、作業療法を実践した結果としての短期および長期「目標」を設定する(一般社団法人日本作業療法士協会, 2013c, p.10)。

この際、作業療法士は世界保健機関(World Health Organization: WHO)が1980年に公表した国際障害者分類(International Classification of Impairment, Disability and Handicap: ICHD)の改定版として2002年に公表した国際生活機能分類(International Classification of Functioning: ICF)(世界保健機関, 2002)を活用する。国際生活機能分類では、個人の健康状態のもとに、「心身機能・構造(Body Function and Structure)」、「活動(Activity)」、「参加(Participation)」という三つの生活機能を示す概念がある。この三つの生活機能には、もともと患者に備わっているという意味での「生活機能」とその生活機能が失われている状態としての「障害」を包括している概念とされている(上田, 2005,

pp.15-8)。そして、それらの概念に環境因子と個人因子が加わり、それぞれは相互作用する（上田, 2005, pp.15-8）。

作業療法士は作成した作業療法計画に基づいて患者に対し作業療法を開始する。一定期間作業療法を実践した後、作業療法士は患者の心身機能の変化や目標の達成度などを確認することで作業療法の効果を判定する「再評価」を行う（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013, p.10）。作業療法士はこの再評価の結果に作業療法計画を見直し、改めて作業療法を実践する。

作業療法計画において患者に対して設定した目標のすべてが達成された時・患者が作業療法を不要と申し出た時・あらかじめ設定されていた予定期間を過ぎた時²⁷⁾に作業療法は終了となる（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013, p.10）。ただし、作業療法を終了するか否かについて最終的な判断するのは原則的に指示を出した医師の診察によってなされる。以上が臨床における作業療法の実践過程である。

筆者は前項において作業療法士が作業療法を実践するにあたり、主たる介入手段として用いる作業について、「日常生活の諸動作や仕事、遊びなど人間に関わるすべての諸活動」という日本作業療法士協会の定義を引用した。この定義に依拠すると、「作業」の大半は、頻度に個人差はあるものの、我々の普段の生活の中において特別な意識を持つことなく行われるものであるということになる。その作業を作業療法士が患者に用いることで、作業は医行為とみなされるのであろうか。この点について次節以下で検討する。

第2節 医学的リハビリテーションに携わる医師の臨床実践

第1項 医療と医行為

筆者は前節までにおいて、作業療法士がリハビリテーション・チームの一員として臨床において作業療法を実践する職種であることを説明した。そもそも医療というものは、医療法第一条の二²⁸⁾に明記されているように、医師・看護師・作業療法士などの多職種と患者との間において実践されるものである。ただ、先述したように、作業療法士は法令上医療を実践するためには、「医師の指示」が条件となっている。

この根拠は医師法第十七条に明記された「医師でなければ医業を行ってはならない」²⁹⁾という医師の業務独占にある。この法律でいう「医業」とは医行為の総称である。この医行為とは、これまでの行政解釈および判例から「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為」³⁰⁾と定義するのが定説になっている。そして、『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為」³¹⁾及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』³²⁾によれば、医行為は過去の判例から反復継続する意思を持っていれば、「医業」として解釈される³³⁾。

そもそも、医行為が法律上において医師の独占と見なされている理由は、患者に対する医行為を素人が行くと、患者が危険に晒されるからである。よって作業療法が医行為であると見なされるということは、素人が患者に対して作業療法を行うことは危険であるということの意味する。『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』では、医行為を絶対的医行為と相対的医行為に区分するという行

政通知を行っている。ここで挙げられている絶対的医行為とは、「医師又は歯科医師が常に自ら行わなければならないほど高度に危険な行為」³⁴⁾のことである。一方、相対的医行為とは「絶対的医行為以外の医行為で、医師が医療従事者³⁵⁾の能力を勘案した上で、医師の判断によって医療従事者にその行為実施の可否を決定する」³⁶⁾ものである。

『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』では、医師が医療従事者に行う指示について、包括的に行う場合と具体的に行う場合があると記している³⁷⁾。その包括的指示による医行為の中に理学療法が含まれている³⁸⁾。作業療法はこの区分に明記されていないが、理学療法と作業療法は所管される法律が同じものであることから、双方とも相対的医行為に含まれると解釈できる。

第2項 医学的リハビリテーションに携わる医師の臨床実践

本項では医師が患者と相対してから作業療法の指示を出すまでの実際について確認する。作業療法の指示は医師であれば誰でも出すことが可能である。ここでは、医師の中で比較的医学的リハビリテーションへの関わりが深い「リハビリテーション医学専門医師」の実践について確認する。なお、「リハビリテーション医学専門医師」とは、主として疾患によって生じた身体の運動機能障害に対する診療に特化した臨床医学の一部門と位置づけられている（千野, 2009, p.1）「リハビリテーション医学」を専門とする医師である。

まず、リハビリテーション医学専門医師が実践する問診における現病歴・既往歴・生活歴の確認、視診・打診・触診を行う。このことについては、リハビリテーション医学以外の臨床医学を専門とする医師の手順と変わりないと思われる。この後、リハビリテーション医学専門医師は、筋電図³⁹⁾・体性感覚誘発電位⁴⁰⁾・運動誘発電位⁴¹⁾などの電気診断やコンピュータ断層撮影（Computed Tomography; ; CT）や核磁気共鳴画像（Magnetic Resonance Imaging ; MRI）などの画像診断を用いて、患者が有している疾患の診断に結びつける。リハビリテーション医学専門医師は疾患の診断において、WHOが1900年に公表した国際疾患分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD）の第10版として1990年に改定されたICD-10⁴²⁾を活用する。

ただし、リハビリテーション医学では電気診断や画像診断などを利用することによる疾患の診断だけではなく、障害の診断を重視する（千田, 2012, p.120）。そこで、リハビリテーション医学専門医師は障害の診断を行うために前節第6項で概説したICFを活用する。なお、このICFを用いた障害の区分は職種によって異なるものではない。すなわち、個々の患者に対するICFに基づく障害の分類については、リハビリテーション医学専門医師と作業療法士との間で異なるものはない。

リハビリテーション医学専門医師の役割として、里宇明元は五つの役割を挙げている。その五つとは、

- 1) 疾患と障害の診断に基づくリハビリテーション・プログラムの立案および実践と患者のリスクを評価する責任
- 2) 理学療法・作業療法・言語聴覚療法・薬物療法・食事療法などの治療に対する習熟
- 3) 適切かつ確実な治療を進めるための「指示」に対する責任
- 4) リハビリテーション・チームのコーディネーターとしての役割
- 5) 患者や家族からインフォームド・コンセントを得ること、ならびに、患者および家

族が主体的に生活に適応できるための教育の役割である（里宇, 2012, pp.177-9）。

リハビリテーション医学専門医師は疾患と障害の診断を確定した上で、いま示した自らの役割の下にリハビリテーション・プログラムを立案する。このプログラムでは「患者の予後予測、目標設定、治療プログラムの設定」（里宇, 2012, p.176）がなされる。そして、医師は立案したプログラムを基にして、患者や家族からインフォームド・コンセントを得るための情報開示を行う。それとともに、医師は患者に対し作業療法が必要であると判断した時に、作業療法士に対して指示を出すことになる。

医師による疾患の診断は、『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』に明記されているように、医師のみに許されている「絶対的医行為」⁴³⁾である。作業療法士が疾患の診断を行うことは法令上許されないし、作業療法の実践過程においても作業療法士が疾患の診断を行うことはない。

しかし、医師が行う「障害の診断」の中における ICF を用いた障害の区分については、作業療法士も患者に対する作業療法計画を立案するための重要な手段として医師と同じように実践している。さらに言えば、作業療法士が実践する患者との面接も、医師が行う「問診」と大きな違いはない。したがって、医師と作業療法士との間に実践として同じようなものがあるというのであれば、それは「医師の指示」に基づいて行われる「相対的医行為」として扱われるということになる。そして、この医師の診断方法と方法が重なり合う作業療法士の評価を基にして作業療法計画が立案され作業療法の実践が可能になるということから、作業療法そのものが「相対的医行為」として扱われるということになる。

第3節 作業療法と医行為

第1項 日常生活活動

作業療法士が患者に対して作業療法を実践するにあたり最も多く用いている「作業」は、第1節第5項で取り上げたように日常生活活動（Activities of daily living : ADL）と手工芸である。表 1-1 に掲げた「作業活動の例」で言えば、日常生活活動は生活活動に該当し、手工芸は創作・表現活動に該当する。特に、日常生活活動は『作業療法ガイドライン 2006 年度版』において「作業療法の主な援助内容」（社団法人日本作業療法士協会学術部, 2006, p.9）⁴⁴⁾としてであると位置づけられている。日常生活活動は作業療法士にとって最も重要な「作業」の一つであるといえることができる。

リハビリテーション医学専門医師である上田敏によれば、日常生活活動は第二次世界大戦後のアメリカにおける傷病軍人やその他の日常生活に障害をきたしている市民に対するリハビリテーション・サービスの実践に尽力した医師たちによって主張された（上田, 2010, pp.5-7）。そのリハビリテーション・サービスの実践に尽力した医師の中心的存在であった Howard Rusk は、アメリカにおけるリハビリテーション医学に関するテキストの中で、日常生活活動を「日常生活を行っていくために必要な基本動作であり、個々の患者の特殊な環境とどのように関連しているかを含むもの」と述べている（Rusk, 1966, p.139）。そして、Rusk は日常生活の種類として、「寝返りや起き上がりなどのベッド上動作、車いすの

操作や駆動を総称した車椅子動作、整容・食事・更衣・といったセルフケア、住所や名前を書くこと、電話、財布の中の金銭の扱いなどの手を使っての活動、歩行、立ち上がりと座ること、階段昇降と外出」を挙げていた (Rusk, 1966, pp.147-8)。また、Frederic Kottke は「個人が毎日家庭で生活し、近代社会に参加するために達成しなければならないいろいろな日常生活活動において、機能的独立を得ることがリハビリテーションのゴールの一つである」と述べている (Kottke, 1971, p.507)。そして、Kottke は機能的独立を達成するために必要な日常生活活動について、「起居・トイレ・整容・食事・更衣・車椅子・歩行および手の動作」を挙げていた (Kottke, 1971, p.509)。

一方、わが国ではリハビリテーション医学に関心を持つ整形外科医師たちが、アメリカでの実践をもとに日常生活活動の重要性を紹介していた (天児・中村, 1960, pp.55-112)。そして、日本リハビリテーション医学会の設立後において、学会に設置された評価基準委員会は 1973 年頃より議論を重ねながら、1976 年に日常生活活動を次のように定義した (今田, 1976, p.315) ⁴⁵⁾。

ADL とは、ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的なしかも各人ともにも共通に毎日繰返される一連の身体的動作群をいう。この動作群は、食事、排泄等の目的ともった各作業 (目的動作) に分類され、各作業はさらにその目的を実現するための細目動作に分類される (今田, 1976, p.315)。

日常生活活動は人が日常生活を営む上で必要不可欠な活動と言える。したがって、作業療法士は、作業療法の対象となる「身体もしくは精神に障害を有する人」が疾患の帰結として日常生活活動を遂行するために必要な心身機能が障害されていることに対し、患者の心身機能の改善をはかりながら患者の日常生活活動に対する遂行能力の回復をはかろうとする。ただし、その過程の中で患者には何らかのリスクが発生しうる。このリスクの存在が日常生活活動を医行為と見なす根拠となる。

日常生活活動は、もともとリハビリテーション医学専門医師たちが自身の独自性を示す医療の対象として重視してきた (上田, 2010, p.1)。第 2 章において詳しく述べるが、リハビリテーション医学は先の 2 つの世界大戦を経験したアメリカの医療の中で発展し、わが国の作業療法の発展にも大きな影響を及ぼしてきた。アメリカではリハビリテーション医学の前身である物理医学の専門医制度が 1947 年に創設されているが、その時以来、リハビリテーション医学専門医師たちが自身の独自性を象徴するものとして日常生活活動を取り上げた (上田, 2010, p.1)。

リハビリテーション医学専門医師が日常生活活動に注目する理由は、リハビリテーション医学の独自性が疾患の治療にあるのではないとしたことである。すなわち、リハビリテーション医学は、疾患の結果もしくは疾患に併発する形で起こった障害に対する診療を通して、人の生命ではなく、人の人生もしくは生活に視点を当てることに独自性があるとしたことである。人間はさまざまな疾患や外傷の結果として、心身機能の欠損や不全を総称する「機能障害」を生じ、この機能障害が日常生活活動に介助を要する結果となりうる。リハビリテーション医学はこの機能障害に対し、直接改善を目的とした治療もしくは代償運動を促す治療法を用いるなどの手段により、患者の日常生活活動を改善するように促す

ことを専門領域として位置づけていた。

つまり、リハビリテーション医学専門医師は、患者の日常生活活動に関与するためには患者の機能障害を考慮しなければならない。そのためには患者の機能障害の原因となる疾患を十分に把握することが求められる。そして、医師は患者の疾患や機能障害に伴うリスクを十分に把握しながら患者の日常生活活動に関与する必要がある。したがって、作業療法士が患者の日常生活動作に関与する際には、「医師の指示」が必要であるということになる。このように考えると患者の日常生活活動に関与する行為は医行為であると見なされると思われる。

第2項 手工芸

つぎに、作業療法士が患者に対して多く用いている「手工芸」について検討する。

理学療法士及び作業療法士法第二条 2 や日本作業療法士協会による作業療法の定義において明記されているように、作業療法士は手工芸を「作業」の一つとして患者に対する応用的動作能力または社会的適応能力の回復のための手段として用いている。

作業療法士が手工芸を作業療法的手段として根拠づけるためには、患者の応用的動作能力もしくは社会的適応能力に異常をきたした原因となる患者の心身機能を明らかにすることが必要となる。そして、その原因と考えられる心身機能の障害と応用的動作もしくは社会への適応との因果関係が明確になった場合、作業療法士は患者に対し、評価によって明らかにした患者の心身機能障害を改善するために有効と思われる手工芸を行わせる。そして、作業療法士は手工芸という手段を用いた作業療法の実践によって患者の心身機能とともに応用的動作能力もしくは社会的適応能力の回復をはかろうとする。つまり、ここで用いられる手工芸は、手工芸そのものの完成を目指すものではなく、ある活動を可能にするための媒介として用いるということになる。

したがって、ここで用いられる手工芸においても、作業療法士は日常生活動作と同じく患者の心身機能障害の重症度を考慮しながら、作業療法的手段としての使用を判断する必要性が出てくる。そして、そこには患者が有する疾患や機能障害に関するリスクを考慮する必要性がある。よって、ここで扱われる手工芸も医行為であると見なされることになる。

第4節 作業療法が医行為とみなされることへの批判

前節では、作業療法士が作業療法の実践にあたり手段として用いることの多い日常生活活動と手工芸が医行為と見なされることについて論述した。ここまでのことから、多くの作業療法士は、自らが患者へ実践する作業療法について、それが医行為と見なされることに疑念を持つことはなかったようである。しかし、作業療法が医行為と見なされることについて疑念を持つ者もかなり以前から存在した。

わが国において、作業療法は理学療法士及び理学療法士法が施行される以前の1910年代から精神医学・内科学・整形外科を専門とする医師たちによって実践されてきた。その中で、太平洋戦争の最中から戦後にかけて結核患者の診療に従事した医師である北錬平は、当時の医師たちから「作業療法は療法であるか」という疑問が続出していたことを記して

いる（北, 1947, p.256）。北はその疑念に対し、結核症の治癒は病理学的治癒ではなく社会的治癒であり、医師の疑問はこの社会的治癒を治療として認識しないために生ずるものであると回答している（北, 1947, p.256）。そして、北は肺結核患者に対する作業療法は治療の最終段階で社会的意義があるが、作業療法の社会的側面から見た重要性の強調と十分な医学的裏づけについては不十分な点があることを主張している（北, 1947, pp.256-8）。

北は自ら作業療法を実践している立場であった。北は疾患の治療および身体機能の低下に対する回復をはかるだけでなく、患者の社会生活を再構築するための介入も医療であるという考えをもって、自ら実践する作業療法を医行為として捉えていたと思われる。

つぎに、理学療法士及び作業療法士法施行後 10 年が経過した 1975 年に開催された第 9 回日本作業療法学会では、シンポジウム「私の考える OT」が行われた。このシンポジウムでは発言者として五名の作業療法士（鎌倉矩子・佐藤剛・鈴木明子・寺山久美子・富岡詔子）と、助言者として三名の医師（荻島秀男・岡上和雄・野口正成）がシンポジストとして発言した。この中で、助言者として登壇した荻島と野口が「作業療法は医療と言えるのか」という観点から発言をしている。

リハビリテーション医学専門医師である荻島秀男は、シンポジウムでの発言に際し、事前に 20 名の医師を対象に「患者の治療を安心して作業療法士に依頼しておられますか」という内容の調査を行っている。そして、荻島はシンポジウムの中で「20 名中 19 名が “No” と回答した」という結果を報告している。荻島はこの理由として、「医学的知識が足りない」、「エリート意識が強すぎる」という回答があったことを述べている。この点を踏まえた上で、荻島は作業療法士に対し「新しい分野ほど厳しさが必要であるのに、作業療法士ではその厳しさがいないということは職種の将来性を危うくする」ことを警告している（鎌倉他, 1975, p.16）。

一方、精神科を専門とする医師である野口正成は「作業療法が医療と言われるものかどうかといった疑問を持たざるを得なかった」と作業療法が医療であることに疑問の声を投げかけている。その上で、「作業療法士の患者とのかかわりについては、当然治療的色彩を持たなければならない」と、作業療法が医療でなければならないことを強調している（鎌倉他, 1975, pp.19-20）。

また、このシンポジウムから 10 年後の 1986 年に開催された第 20 回日本作業療法学会ではシンポジウム「作業療法—その核を問う」が開催された。このシンポジストの主旨は「作業療法とは何か」について一定の合意を得たいというものであった。この中で司会を務めた作業療法士の矢谷令子は、作業療法士の法制化 20 年を経て作業療法士に対する厳しい批判があったことを指摘している。その批判の内容とは「作業療法の効果判定がなく、障害評価の確立もない」、「自分たちだけで満足している集団、周囲や社会のニーズには無頓着でいわば子どもの集団」というものであった（矢谷, 1986, p.263）。

さらに、ここでシンポジストとして発言した整形外科を専門とする医師である博田節夫は作業療法を「医療スタッフにとって非常に理解しがたい治療法の一つ」（博田, 1986, p.267）と批判した。その理由は「治療手段が治療とは全く無関係になっている」、「他職種に対して治療的意義を科学的に説明できない」といったものであった（博田, 1986, p.267）。

ここまでに取り上げた 3 名の医師と 1 名の作業療法士の発言からは、少なくとも作業療法の実践主体が作業療法士にあることを認識していることが伺える。そして、作業療法が

医行為と見なされるものであると考えているとも思われる。ここでの医師たちの発言の主旨は、むしろ、患者に対して実践されている作業療法が医行為としての医学的水準に達しているとは言えないことと、作業療法士が患者に対し作業療法を医行為として実践するだけの資質が備わっていないことに関する批判にあると思われる。

第5節 「作業科学」に基づいた作業療法の発展

第1項 「医学モデル」に基づいた作業療法への批判

第3節において、作業療法士が患者に対して用いる作業としてとりあげた日常生活活動や手工芸は、そのものだけを考えればこれらが医行為であるとは考えられない。ただ、何らかの疾患によって心身機能に障害をきたしたために日常生活動作や手工芸が遂行できなくなってしまったときに、患者がそれらを再び遂行できるようになるための作業療法の手段として日常生活動作や手工芸を用いた場合に医行為と見なされる。

このような作業療法における人の日常生活と心身機能との関係について、世界保健機関は人間の障害について「病気や外傷によって個人に直接生じるもので医療を必要とするもの」と見る考え方を「医学モデル」と定義している（世界保健機関, 2002, p.18）。

臨床において実践されている作業療法は「障害は疾患による心身の機能不全」という考えのもと、医学モデルに基づいていると言える。そのため、作業療法が作業を用いるといえども、作業を選択する基準および作業の目的の大半は、その作業を阻害する心身機能と結びついてしまう。したがって、そこに作業療法を行うことによる患者への侵襲を考慮する必要がある。第1節第6項と第2節第2項において述べたように、医学モデルに基づく作業療法の実践過程は、リハビリテーション医学専門医師が患者の障害に対する診療の過程と重複している個所がある。したがって、作業療法が医行為と見なされることは作業療法士の自律性を疑う根拠として扱うことが可能となる。

また、この医学モデルに基づく作業療法の展開は作業療法士の独自性に対して批判することも可能になる。例えば、ある疾患によって手指の筋力が部分的に低下した患者に対し、何らかの作業を行うとする。この場合、その作業が筋力の改善を目的とするのであれば、これは第3章で詳しく述べる「理学療法士」が主たる治療手段として用いる「疾患によって何らかの機能不全としての障害がもたらされた患者に対し、理学療法士がその障害の改善を目的に自動もしくは他動運動を科学的に利用する手段」である「運動療法」の目的と重複する。また、実際に患者がなんらかの日常生活活動や職業復帰を目的として作業療法を行うとしても、手指にある他の筋力が正常な筋力を保っている場合、通常より時間を要する可能性はあるものの、代償的な運動を使って作業を完遂することが可能でありうる。したがって、このような形での作業療法の実践は、その目的である「低下した手指筋力の改善」には結びつかない。この場合、作業療法士が作業を心身機能改善のため媒介として用いるよりも、運動療法の原理を用いながら患者の筋力改善をはかる方が効果的である。実際に、わが国の作業療法士は介入手段において理学療法士との類似性を高める結果をもたらすこととなり、作業療法士としての独自性は確立していないとの批判を受けている時期があった（上田, 1986, p.iv ; 田口, 1986, p.270）。

第2項 「作業科学」に基づいた作業療法

前項において取り上げた作業療法士への批判はもともと1960年代以降のアメリカにおいて起こっていた（キールホフナー, 2008, pp.55-6）。その主体は、ある部位で機能低下をきたした心身機能を改善することによって能力を向上させようとする考え方は、運動療法を主たる治療手段とする理学療法と区別がつかないというものであった（Kielhofner, 2001, pp.47-9）。

このような流れの中で、1989年にアメリカ南カリフォルニア大学が作業療法学の博士課程を設置するにあたり、人間の作業の形態（Form）、機能（Function）、意味（Meaning）について知識を明確にすることを目的とした「作業科学」という学問がアメリカの作業療法士養成課程における新しい学問領域として認められた（Zemke・Clark, 1999, p.xiii）。作業科学は作業療法の実践と深く結びついた独自性を有する学問であると紹介され（Zemke・Clark, 1999, p.xv）、わが国の作業療法士にとって医学モデルとは対立する概念として捉えられた（佐藤, 1999, p.viii）。「作業科学」の考え方は諸外国の賛同を得ることができ、1999年には International Society for Occupational Scientists（2007年から International Society for Occupational Science に改名された）が設立された（<http://www.isocsci.org/>）。また、わが国では2006年に作業科学研究会（<http://www.jssso.jp/aboutJSSO.html>）が設立され、作業について学問的に探究しようとする動きが活発である。

作業科学は「科学的な方法を通して新しく作業の知識を生み出すこと」を目指す学問であるとされる（Clark・佐藤・Iwama, 2000, p.10）。そして、作業科学では人間について作業を行う「作業的存在（Occupational being）」として捉える（吉川, 2008, p.5）。さらに、作業科学では作業療法において用いる作業を、ある日常生活活動などを可能にするための手段として捉えず、作業そのものに焦点を当てるとする（吉川, 2008, p.5）。作業科学では「作業療法実践をどのように行うかを直接導くものではなく、作業の知識を体系的に蓄積することを目的とした学問領域」（吉川, 2008, p.7）の一つと考える。作業科学では作業がどのように観察されるのかという「作業の形」、作業をすることが患者にとってどのように役に立つのかという「作業の機能」、患者にとっての意味・作業が行われる文化の中での意味・作業の結果が残す意味という「作業の意味」を研究するとされる（吉川, 2008, p.8）。また、作業科学の利点として作業を単なる「動作」として見るのではなく、患者がどのような作業に参加できるかということや、患者が作業に参加するためにはどのような環境が必要なのかを考えることができるようになる点を挙げている（吉川, 2008, p.7）。

このように考えると、例えば患者のトイレ動作を患者の心身機能と結びつけずにトイレ動作そのものに意味があると考えerことで、日常生活活動は医行為ではなくなるのであろうか。また、手工芸も媒介手段として用いるのではなく、手工芸そのものが患者にとって意味があると考えerると作業療法は医行為ではなくなるのであろうか。

第6節 作業科学に基づいた作業療法は医行為と見なされるか

第1項 作業科学に基づいた作業療法

前節で述べた「作業科学」を基盤とした作業療法は1990年代よりわが国に移入されるようになった。この作業科学の広がりや契機として、それまであまり注目されてこなかった「作業」に対する定義づけがなされるようになった。

作業科学の設立に深くかかわった Elizabeth Yerxa らは「作業」を「人の一連の行動の中で見られる活動の特定の一群であり、文化の語彙において名づけられるものであり、それらは、自身が積極的に行うものであり、目的をもって目標に向かう」ものと定義した Yerxa, *et al*, 1990, p.5)。同じく作業科学の設立に関与したアメリカの作業療法士である Florence Clark らは「作業」を「文化的小および個人的に意味を持つ活動の一群」であると定義した (Clark, *et al*, 1991, p.301)。「作業科学」に基づく作業の定義はアメリカやカナダの作業療法士たちにとっても影響を及ぼした。カナダ作業療法士協会は1997年に「日常での活動や課題の集まりで、名付けられ、組織化され、個人と文化によって価値と意味が与えられたものである」と定義した (カナダ作業療法士協会, 2000, p.39)。アメリカ作業療法協会は2002年にカナダ作業療法士会の「作業」の定義を全文引用する形で「作業」を定義づけた (Youngstrom, 2002, pp.607-8)。さらに、世界作業療法連盟は第1章第5項において述べたように2002年と2012年に「作業」の定義づけを行っている。

わが国においても第1章第5項で述べたように、日本作業療法士協会は1986年の定義において「作業」を作業療法実践のための手段として捉えていた定義づけ (日本作業療法士協会規約委員会, 1986, p.69) から、作業療法の目的として捉える定義 (日本作業療法士協会学術部, 2011, p.40) に変わって来ている。

この流れの中で、わが国の作業療法士を対象とした専門雑誌である『作業療法ジャーナル』の2012年9月号では、「和の作業療法」という特集が組まれていた。ここでは、2014年にわが国において世界作業療法連盟学会の開催が決定していることを念頭に日本文化に根差した作業を整理したいとする主旨が書かれている。そして、日本の文化や生活と作業療法との関連を概観したいという期待が込められている (宮崎, 2012, p.1249)。

この中で、作業療法士である山根寛は、正月、桃の節句、十五夜、彼岸といった四季折々での行事や、行事にまつわる話を患者と自然に取り入れることが、患者の療養生活を意味あるものとする旨を指摘している。そして、このことがもたらす生きる意欲の回復や主体的な取り組みの力は大きいと述べている (山根, 2012)。また作業療法士である岩崎清隆は、日本文化の特徴として、異国の文化や文物を積極的に取り入れ、それらを使いやすく変化させる点、個と全体との調和をはかるバランス感覚、このバランスから派生する配慮と合理性、もののあわれと無常観の4点を取り上げている (岩崎, 2012)。この四つの特徴を色濃く反映している作業として、茶道、華道、書道、座禅、ひなまつり、七夕、節句、玩具の8つを挙げている。

作業療法士は作業療法を実践する上において、「作業」そのものに意味があると解釈する。例えば「ひなまつり」をして何かしらの心身機能が改善すると考えるのではなく、「ひなまつり」そのものが患者にとって意味があると考えられるのである。医師が処方項目と掲げた「作業」は「心身機能の改善」という目的を果たすための媒介とすることにしかなくない。作業そのものが患者にとってどのような価値となっているかを把握し、作業療法につながることは作業療法士にしかできないというのが作業療法士の言い分である。

第2項 グレーゾーンとしての医行為

前項の最後に挙げた作業療法士の主張に対し、医師は「作業療法は医行為でなければならぬ」と反論するだろう。

作業療法の対象となる患者の多くは、原疾患または合併症もしくは既往歴によって何らかのリスクを有している。この場合、患者が病院もしくは自宅において要望する作業を遂行することによって、患者自身の心身が何らかの危険にさらされるかもしれないという可能性を否定することができない。よって、そのリスクの程度をよく吟味しながら「作業」の適否を決定しなければならないということになり、その決定権は医師であるという主張である。たしかに、入院中の患者がある作業を遂行している最中に患者の全身状態が悪化しないという確証はない。この点は医療におけるグレーゾーンである。そして、このグレーゾーンが否定できない限り、「作業療法が医行為と見なされる」ことは否定できないという主張である。

しかし、この主張には問題がある。これまでの医療はこのグレーゾーンをすべて医療の中に取り込んできた。樋口も医行為の解釈について「少しでも人体に損傷を与えそうな行為はすべて抽象的に危険ありとされてきた」（樋口, 2007, p.6）ことを述べている。したがって、医療に携わる職種が患者の心身に影響を及ぼす可能性のある行為は、法令上例外と判断されたものを除いてすべて医行為の一部だと解釈されてきた。結果として、例えば患者に転倒の恐れが全くないことを確信できないのであれば、患者が四季の行事を執り行うために歩いて移動するためには、その移動の可否について医師の判断が必要であるという解釈になってしまう。

筆者はこれを医行為の過剰解釈であると考え、このような医行為の解釈でもっとも不利益を被るのは患者である。このような医行為の過剰解釈によって患者の活動量が抑制され、患者の廃用症候群が進行し、心肺機能の低下による医学的管理が必要となれば、これは医療の目的そのものからして本末転倒である。

日本作業療法士協会福利部は2004年に全国の作業療法士から無作為に抽出し、作業療法実施中に起こった事故に関するアンケート調査を行っている。そこでは事故の内容について転倒・転落が最も多く、次いでチューブ類の管理となっていた（日本作業療法士協会福利部, 2005, p.302）。また、事故の要因としては（作業療法士の患者に対する）観察不十分・不注意、（病院内における患者の）混雑、（作業療法士の）多忙が多い結果となっていた（日本作業療法士協会福利部, 2005, p.302）。

ここで指摘されている転倒やチューブ管理による事故は作業療法の実践に特異的なものではない。日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集事業においても事故の上位を占めている⁴⁶⁾。そうすると、これらの結果から考えられることとして、事故の原因の多くはヒューマン・エラーに拠っているのであり、作業そのものが危険であるというものではないということが言える。事故を防止するためには、多職種によって構成される医療チームとしての組織的対策が必要になるのであり、作業療法の可否を医師が判断したからといって事故件数が減少するとは考えにくい。

ある行為を「医行為とみなされる」と断言するためには、ある行為を患者に行った場合にその行為がどの程度危険であるかを明確にできなければならない。そうすると、作業療法の実践において、例えば「ズボンをはく」ことや「ひなまつりを楽しむ」ことが、患者

に対してどのような危険性を生み出すであろうか。これらの作業に危険性があると明確にできない限り、作業科学に基づく作業療法は医行為の範疇に納まるものではないと考えることができる。

もちろん、作業療法を必要とする患者の多くは、作業療法を開始する時点において何らかのリスクを抱えている。したがって、リスク管理は綿密に行わなければならない。そこには医師の力が必要である。しかし、そのことが作業療法を医行為の中を含めるという根拠にはならない。医師が推察する患者のリスクはあくまでも患者からの医学的情報である。医師の医学的見地に基づく情報と作業療法士の見地に基づいた患者への作業の選択との間に階層性はないのであり、双方は共有されるべきものである。

第3項 作業療法士による自律性の高い「作業療法行為」は存在するか

筆者はここまでにおいて、作業科学に基づいた作業療法が医行為であるとは明言できにくいことを指摘した。このように考えると、作業科学に基づく作業療法は相対的医行為でなく、作業療法士だけが行える絶対的な「作業療法行為」と言えるのかということについて検討する余地がある。もし、絶対的な「作業療法行為」が存在するのであれば、作業療法士はそれを根拠に医療に携わる職種としての自律性を明確にできうと思われるからである。

このことに関して、看護では興味深い見解がある。看護師である石井トクは、医師が主導する医行為とは異なる看護師が主導する「看護行為」というものを区別している。その根拠は保健師助産師看護師法第五条において、看護師が「療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする」という条文にある。そして、看護行為の中で相対的看護行為と絶対的看護行為とに区分している。石井によれば、相対的看護行為とは「診療の一部であるので、行為の決定には医師の指示が条件となるが、その行為は看護師としての看護判断と技術の統合」である（石井, 2011, p.206）。そして絶対的看護行為とは「療養上の世話と称される看護師独自の業務であり、医師の指示、指導監督を必要としない」と定義している（石井, 2011, p.207）。

この石井の主張する「看護行為」の定義に作業療法をあてはめた場合、作業療法を医行為ではなく、作業療法士が自律性の高い行為として実践する「作業療法行為」として扱うことは可能であろうか。

第7節 作業療法は医行為と見なされる

筆者は本章において、法令上の医行為概念に対する考察を中心としながら、作業療法士の自律性を見出そうとした。その結果、作業療法士が作業科学に基づいて実践される作業療法が医行為とは見なされない可能性を指摘した。ここから、作業療法の実践主体は医師ではなく作業療法士であり、医行為とは異なる「作業療法行為」として扱うことの是非について検討の余地があることを主張した。そして、そこに作業療法士の自律性を見出すことができる可能性を論述した。

これらを勘案した上での結論として、筆者は作業療法が医行為と見なされると考える。

その理由は三つある。一つは、看護師と作業療法士との法令上の位置づけである。保健師助産師看護師法には、看護師の業務として診療の補助の他に療養上の世話が明記されている。そして、療養上の世話に関しては医師の診療の補助ではない、看護師独自の行為であると解釈されている。石井の見解はこの「療養上の世話」という条文の規定を基にして主張が展開されている。

一方、作業療法は先述したように、法令上もともと診療の補助としての看護業務の一部と位置づけられている。理学療法士及び作業療法士法には、保健師助産師看護師法に明記されている「療養上の世話」に相当する規定はないのである。

二つ目の理由は、筆者が第6節第2項において私見を述べた医行為に対する過剰の度合に関する解釈について、作業療法はグレーゾーンの範囲にあるということである。すなわち、作業療法において用いられる「作業」そのものに危険があると断定できない限り、「作業」は医行為とは見なされない。そして、患者には何らかのリスクを抱えている場合があるかもしれないが、そのリスクはあくまでも医師と作業療法士との間で共有すべき医学的情報であるという見解である。

しかし、このことは、「作業療法は医行為と見なされるのか」という問いに対する「医行為と見なされない」という回答にはならない。医師はこのことに対して反論するだろう。つまり、「危険があると断定できない限り、作業療法は医行為とは見なされない」という見解は間違っており、「危険がないと断定できない限り、作業療法は医行為とみなされる」という主張である。

恐らく、作業療法士はこのことに対して反論できない。医行為に対する危険性はあくまでの確率の問題であり、患者に対して実践する作業療法に伴うリスクが一般の人と同じ程度であると断言することはできないであろう。よって、グレーゾーンの範囲内にある作業療法は医行為であるとみなすべきである。なぜなら、医療の主体は患者であり、患者が医行為によって危険にさらされるようなことがあってはならないからである。作業療法士は作業療法が医行為であるとみなされるのであれば、患者に対する安全への配慮を第一義的に考えなければならない。その方が患者は安心して作業療法を受けられるからである。

そして、三つ目は作業科学に対する批判である。作業科学では、ある作業が「患者にとって意味あるものであるか否か」、もしくは個々の患者にとって「意味のある作業は何か」を明らかにしようとする。そのことは大切である。しかし、作業療法士が作業科学を通して作業に関する知識を蓄積し、患者にとっての「意味のある作業」に焦点を当てることができたとしても、そのことが患者に対する作業療法の実践過程に変化をもたらす訳ではない。すなわち、作業科学が臨床における作業療法の実践過程を変えることにはつながらない。

臨床において作業療法の対象となる人は、そもそも何らかの疾患によって心身機能が不全もしくは欠損の状態におかれ、そのことによって「作業」の遂行ができなくなってしまう患者である。医学モデルは患者にとって「作業」が可能となるように支援する作業療法の基盤である。ある「作業」が患者にとって意味をもつことが明らかとなったとしても、その作業を遂行するためには、強弱もしくは大小の差はあるものの何らかの心身機能を利用する必要がある。したがって、作業療法士が患者に対する作業療法の実践において「医

学モデル」を無視することはできない。

疾患を有する人が心身機能を発揮しながら作業の遂行を実現する過程において、作業療法士は患者に起こりうる何らかのリスクを考慮しながら作業療法を実践する。作業科学は患者にとって意味のある作業が何であるかを探る手掛かりにはなるが、その作業が患者を行えるようになるまでの過程の中で患者にどれだけの危険を及ぼすか否かについては関与しない。よって、作業科学は患者に対する医学モデルに基づく作業療法を補完するものにすぎない。

このことから、筆者は最終的に作業療法が医行為と見なされると結論づける。ただし、たとえ作業療法が医行為と見なされるとしても、作業療法士に自律性がないことを認めるわけではない。ただ、理学療法士及び作業療法士法では作業療法士の自律性に対する制限を明示した「医師の指示」という文言が存在する。それでも、筆者は作業療法士が「相対的医行為」としてではあるものの、実際に自ら作業療法を実践している以上何らかの形で作業療法士の自律性が存在していると考える。このことを基に、筆者は「医師の指示」とは何かについて次章にて検討することとしたい。

注

- 1) 理学療法士及び作業療法士法第一条では「この法律は、理学療法士及び作業療法士の資格を定めるとともに、その業務が、適性に運用されているように規律し、もって医療の普及および向上に寄与することを目的とする」と明記されている。

総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S40/S40HO137.html> (2013年1月13日閲覧)

- 2) 理学療法士及び作業療法士法第二条 4では「この法律で「作業療法士」とは、厚生労働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、作業療法を行なうことを業とする者をいう」と規定されている。

総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S40/S40HO137.html> (2013年1月13日閲覧)

- 3) リハビリテーション・チームの構成メンバーとしては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、ソーシャル・ワーカーが挙げられる。また、必要に応じて、歯科医師や介護福祉士、介護支援専門員（ケア・マネージャー）が加わることもある。

- 4) 理学療法士及び作業療法士法第十五条には「理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法第三十一条（中略）の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる」とある。

総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S40/S40HO137.html> (2013年1月13日閲覧)

- 5) 保健師助産師看護師法第三十一条には「看護師でない者は、第5条に規定する業をしてはならない（以下略）」とある。そして、ここでいう保健師助産師看護師法第5条では、「この法律において看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」と規定されて

いる。

- 6) 診療とは「診察」と「治療」とを合わせた用語である。医学書院刊『医学大辞典 第2版』によれば、診察とは医師が診断の目的で行う病歴聴取・臨床検査・画像診断などを含む行為の総称である。また、治療とは患者が有する疾患や外傷を治す手技や方法全般を指すとされている。
- 7) 医師法第十七条には「医師でなければ、医業をなしてはならない」と明記されている。
- 8) 厚生労働省 「看護職員就業状況等実態調査結果」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh-att/2r98520000017cnm.pdf>
(2013年6月17日閲覧)
- 9) 厚生労働省 「看護職員就業状況等実態調査結果」、p.7
- 10) 厚生労働省 「看護職員就業状況等実態調査結果」、p.3
- 11) 日本理学療法士協会ホームページ
http://www.japanpt.or.jp/03_jpta/about_jpta/05_index.html#03 (2013年9月13日閲覧)
- 12) 総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S40/S40HO137.html> (2013年1月13日閲覧)
- 13) 総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S41/S41F03502001003.html> (2013年9月13日閲覧)
- 14) 日本作業療法士協会における生涯教育制度では、入会後の基礎研修として、作業療法関連学会や研修会に一定量以上参加するとともに、「臨床実践に必要な基礎能力向上を目的」(社団法人日本作業療法士協会, 2012, p.102)とした現職者共通研修と、「多様な視点を持ち複数領域への対応が可能な作業療法士としての視点を養う」(社団法人日本作業療法士協会, 2012, p.102)ことを目的とした現職者選択研修を受講することが義務づけられる(日本作業療法士協会, 2013, pp.18-23)。会員はこれらの研修受講後5年以内に日本作業療法士協会が開催する「認定作業療法士取得研修会」を受講した上で試験に合格し、3例以上の事例報告を行い審査に合格することで認定作業療法士の認定審査を受けることが可能となる(日本作業療法士協会, 2013, pp.24-5)。
- 15) 専門作業療法士の取得要件については、特定の領域分野ごとに要件が定まっており、その要件を満たした上で資格認定審査試験に合格することが必要となる(日本作業療法士協会, 2013, p.26)。
- 16) なお、日本作業療法士協会に所属する協会員である作業療法士数について、『日本作業療法士協会誌』2013年9月号によれば、2013年8月1日現在において47,272名であり、組織率は71.7%である(一般社団法人日本作業療法士協会, 2013a, p.48)。
- 17) 「身体障害」領域の対象疾患については、65歳未満では脳血管性障害、骨折、高次脳機能障害の順に多く、65歳以上では脳血管性障害、骨折、パーキンソン病の順に多い結果となっている(社団法人日本作業療法士協会, 2012, pp.28-30)。
- 18) 「精神障害」領域の対象疾患については、統合失調症、感情障害、認知症や人格・行動障害などの器質性精神障害の順に多い結果となっている(社団法人日本作業療法士協会, 2012, p.42)。
- 19) 「発達障害」領域の対象疾患については、脳性麻痺、精神遅滞・知的障害、自閉症・ア

- スペルガー症候群・学習障害、てんかん、染色体異常、神経筋接合部及び筋の疾患、先天性奇型の順に多い結果となっている（社団法人日本作業療法士協会, 2012, p.48）。
- 20) 「老年期障害」領域の対象疾患については、脳血管性障害、パーキンソン病、骨折、認知症や脳損傷などに伴う人格・行動障害などの器質性精神障害の順に多くなっている（社団法人日本作業療法士協会, 2012, p.60）。
- 21) この結果について、作業療法士によっては二つの領域を兼務していることによる複数回答があるため、合計が 100%にならないとの断りがなされている（社団法人日本作業療法士協会, 2012, p.25）。
- 22) 日本作業療法士協会は作業療法の定義を決定するにあたり、1980 年代前半に起こった精神病院での不祥事（恐らく、1983 年に発覚した「宇都宮病院事件」のことと思われる。この事件においては病院の職員が患者に対し「作業療法」と称する形で、暴力を伴う使役が行われていた）の影響から「作業」が一般的に労働使役や生産のイメージを持たれる危険があるとの見解を持っていた。そこで、日本作業療法士協会は作業・活動・アクティビティ・目的活動・作業活動という候補の中から、最終的に「作業活動」を採択した（鷲田, 1999, p.2）。ただ、作業療法士の中には「作業活動」という表現に対して「賛同できない」とする者が少なからずいた（日本作業療法士協会規約委員会, 1986, p.69）。そのため、日本作業療法士協会による「作業療法」の定義は、1982 年に第 1 次案が出されてから第 6 次案にて総会での承認を得るまでに約 3 年を要している（日本作業療法士協会規約委員会, 1986, p.69）。
- 23) なお、世界作業療法士連盟は 2012 年に「作業（Occupation）」の定義を「作業は人々が個人として、家族の中で、そして地域とともに行う、時間を占有し人生に意味と目的ともたらず日常の活動」に改定している。

World Federation of Occupational Therapy

<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>（2013 年 9 月 14 日閲覧）

- 24) 厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6h.pdf>（2013 年 1 月 13 日閲覧）
- 25) 厚生労働省「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」、p.4
- 26) 澤田によれば、作業療法における評価とは、「作業療法の目的である主体的な生活の獲得をはかるため、(中略) 患者の置かれている現在の状況、または将来身を置くことになるかもしれない環境の中で、主体的に生活を送る上で必要なものは何なのか、将来直面する問題は何か、作業療法士が行える治療・指導・援助は何なのかを明確に認識する手段」とある（澤田, 2009, pp.3-4）。
- 27) 医療法施行規則第一条の五において、患者の診療を担当する医師は患者が入院した脾から起算して七日以内に入院診療計画書を作成し、患者または家族に説明の上公布することが義務付けられている。医療法施行規則第一条の七では、この入院診療計画書の中に推定される入院期間を記載することが義務づけられているが、ここでいう「あらかじめ設定されていた予定期間」とはこの推定される入院期間という。

総務省 電子政府の総合窓口イカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23F03601000050.html>（2013 年 9 月 14 日閲覧）

ただし、法令上この期間を過ぎたことを理由にして一律に作業療法を終了することが義務とされている訳ではない。医師は患者が有する疾患に対する医学的管理の必要度に応じて入院期間の延長を行うことがある。また、転院もしくは福祉施設などへの入所を果たすことによって作業療法を継続する場合もある。

- 28) 医療法第一条の二には「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾患の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならぬ」と明記されている。

総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html> (2013年7月7日閲覧)

- 29) 総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO201.html> (2013年9月14日閲覧)

- 30) 厚生労働省による行政通知「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」2005年7月26日

厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000g3ig-att/2r9852000000iiut.pdf>

(2013年1月13日閲覧)

- 31) 医学書院刊『医学大辞典 第2版』によれば、「医療行為」には次の四つがあるとされている。

①医師が行う診療、歯科医師が行う歯科医療

②保健師・助産師・看護師・薬剤師・臨床検査技師などの診療・歯科診療への補助行為や参加行為

③あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師の施術行為

④医業類似行為（③以外の方法で施術行為以外の方法）

なお、③と④は『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』によれば、処罰の対象となる「人の健康に害を及ぼすおそれのある行為」であるか否かによって区別される。

『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』、p.2

- 32) 総務省統計局ホームページ

http://www.jpo.go.jp/shiryoutoushin/shingikai/pdf/iryo_wg1/tokkyo_iryousiryou5.pdf (2013年1月13日閲覧)

- 33) 『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』、p.1

- 34) 『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』、p.5

- 35) ここで言う「医療従事者」とは医師以外の医療に携わる職種全般を指している。

- 36) 『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』、p.5

- 37) 『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』、p.6
- 38) 『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』、p.8
- 39) 筋電図は電気診断法の一つであり、筋活動に際して発生する筋の活動電位を体表に付着したもしくは筋内に刺入した電極によって導出および記録したものである。運動障害の原因や障害された部位の診断や、運動障害の予後予測を目的として用いる（太田他, 2012, p.157-9）。
- 40) 体性感覚誘発電位とは電気診断法の一つである。人間がいろいろな活動を行う際に、触覚・痛覚・冷覚・皮膚や筋の伸長感によって末梢神経が刺激された際に大脳皮質から記録される緩徐な神経電位の変化である。筋電図と同じように運動障害の原因や障害された部位の診断および運動障害の予後予測を目的として用いる（太田他, 2012, p.161）。
- 41) 運動誘発電位は電気診断法の一つであり、頭部に磁気もしくは電気刺激が加えられた際に大脳皮質の運動野が興奮した結果、筋に誘発される筋活動電位のことである。筋電図や体性感覚誘発電位と同じように運動障害の原因や障害された部位の診断および運動障害の予後予測を目的として用いる（太田他, 2012, p.161）。
- 42) 世界保健機関（WHO）ホームページ <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippeii/>（ともに 2013 年 6 月 1 日閲覧）
- 43) 『厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書』、p.5
- 44) 『作業療法ガイドライン 2006 年度版』では、「作業療法の主な援助内容」として「作業活動、すなわち日常生活活動、仕事・生産的活動、遊び・余暇活動等に関する技能を獲得・改善・維持すること」が述べられている。
- なお、日本作業療法士協会は 2013 年 2 月に『作業療法ガイドライン 2006 年度版』の改訂版である『作業療法ガイドライン 2012 年版』を公表している。これら二つのガイドラインにおける改定の背景について、『作業療法ガイドライン 2006 年版』では、作業療法の基本的な視点・内容・目標・実施場所・勤務先・その他の手段を明確に示したことが記されている（社団法人日本作業療法士協会, 2006, p.3）。
- 一方、『作業療法ガイドライン 2012 年版』における改定のポイントは作業療法士による課題助成研究制度・事例報告登録制度・国庫補助金研究事業など通じた作業療法の効果・成果の抽出と呈示にあると明記されている（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013, p.3）。
- 「作業療法の主な援助内容」は『作業療法ガイドライン 2012 年度版』においては記載が省略されているが、その内容そのものについて継時的な変化はないと思われる。
- 45) 今田拓は当時の日本リハビリテーション医学会評価基準委員会委員長であった。
- 46) 日本医療機能評価機構ホームページ
<http://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html>（2013 年 1 月 13 日閲覧）

第2章 「医師の指示」から見た作業療法士の自律性

はじめに

本章では筆者が第1章において作業療法が医行為と見なされると結論づけたことを踏まえ、作業療法士の自律性を明らかにすることを目的とする。そのために、理学療法士及び作業療法士法において、患者に対して作業療法を実践する上で義務づけられている「医師の指示」について検討する。

本章における議論の中心は作業療法士と医師との関係にあてられる。ただ、そのためには、作業療法士との関係性が深いリハビリテーション医学専門医師についての説明が必要となる。

第1章において少し触れたが、「リハビリテーション医学」は患者の運動機能障害に特化した臨床医学の一部門である。この「リハビリテーション医学」における「リハビリテーション」は、本来の「リハビリテーション」および「医学的リハビリテーション」が含意する意味とは異なっている。さらに、わが国において「リハビリテーション」は「リハビリ」と略する形で患者の身体機能を回復するための「訓練」としての意味も有するなど、多義的に用いられている。

作業療法士とリハビリテーション医学専門医師の臨床実践の過程については第1章において解説した。そこで、本章では作業療法に関わりの深いリハビリテーション・医学的リハビリテーション・リハビリテーション医学の定義について整理する。その上で、作業療法における「医師の指示」について、歴史的経緯と現状を確認する。

筆者はこれらを踏まえた上で、「医師の指示」を基にした医師と作業療法士との関係を明らかにし、そこから「医師の指示」に関する問題点を抽出する。その上で、作業療法士が自律性を維持するためにはどのようにすべきかについて明らかにしたい。

第1節 リハビリテーション・医学的リハビリテーション・リハビリテーション医学

第1項 リハビリテーションとは何か

「リハビリテーション (Rehabilitation)」という用語は英語であるが、その起源はラテン語で「再び名誉を取り戻す」を意味する re-habilis にある。また、Rehabilitation を現在の英英辞典である New Oxford American Dictionary で調べると ‘restore to former privileges’ と書かれている。すなわち、リハビリテーションには「元の名誉を回復する」もしくは「元の地位に復位する」という意味が含意されている。ただし、この「リハビリテーション」は専門用語として医療に特化している訳ではない。

例えば、ジャンヌ・ダルクは14世紀から15世紀におけるイギリスとフランスとの百年戦争の戦禍において、フランス軍の兵士として都市オルレアンの解放や国王の戴冠式を挙行に導くなどフランスに多大な貢献を果たした女性である。ダルクは1430年5月23日にイギリス側の捕虜として捉えられる(ペルヌー, 1995, pp.81-3)。その後、いわゆる「処刑裁判」¹⁾において、人間ではないとされる「異端児」としての扱いを受け、裁判で教会から

破門された上で 1431 年 5 月 30 日に処刑された（ペルヌー, 1995, pp.120-2）。

ただ、この時の裁判が敵側による不当なものであったとして裁判のやり直しが行われ、1456 年 7 月 7 日に裁判の無効および破棄が宣言された（ペルヌー, 1995, pp.147-8）。この裁判は俗に復権裁判と呼ばれているが、ダルクはこの復権裁判での宣言をもって処刑から 25 年後に破門を解かれ教会へ復活した。

このように、「リハビリテーション」は、西洋において宗教上の破門を受けた個人が破門を解かれて教会への復活を果たしたことや、罪を犯したと見なされた人が社会復帰を果たす際に用いられる言葉であった。

「リハビリテーション」の定義が世界共通のものとして認識されるようになったのは、1968 年の世界保健機関（WHO）によるものが初めてである（World Health Organization, 1969, p.6）。ここで、世界保健機関は「リハビリテーション」を「リハビリテーションとは、医学的・社会的・教育的・職業的手段を組み合わせ、かつ相互に調整して、訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的能力を可能な最高レベルに達せしめることである」（World Health Organization, 1969, p.6）と定義した。この定義は、1960 年代から 70 年代にかけて欧米において広がったノーマライゼーション²⁾や自立生活（Independent living : IL）運動³⁾などにより、リハビリテーションの主体が医療を提供する職種ではなく患者（障害者）であることが認知された時代と重なる。

その後、1975 年には国際連合（国連）の総会において、「障害者の権利宣言」が決議された。国連は「障害者の権利」を具現するために 1981 年を「国際障害者年」と定め、さらに 1983 年から 1992 年までの 10 年間を「障害者の十年」として定めた。そして、国連は 1982 年 12 月 3 日の第 37 回国連総会において、「障害者の十年」を推進するためのガイドラインとしての「障害者に関する世界行動計画」公表し、その内容と実行について決議した⁴⁾。この「障害者に関する世界行動計画」の中で「リハビリテーション」の新しい定義がなされた。

ここで定義された「リハビリテーション」とは、「身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能にすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことをめざし、かつ、時間を限定したプロセスである」⁶⁾というものである。この 1982 年における「リハビリテーション」の定義が現在に至るまで用い続けられている。

第 2 項 医学的リハビリテーションとは何か

前項で示した「リハビリテーション」が医療の中で使用されるようになったのは、第一次世界大戦時におけるアメリカが初めてである（Verville, 2009, p.21）。

アメリカは 1917 年 4 月に第一次世界大戦に参戦した。参戦 1 か月後の時点において、アメリカ陸軍の一部門であるアメリカ陸軍医療部は、既にイギリスやフランスにおいて実践されていた傷病退役軍人に対する職業復帰を主たる目的とした再建プログラムについて、アメリカでも実践することを考えていた（Quiroga, 1995, p.152）。そして、アメリカ陸軍医療部は整形外科医を中心としたグループを再建プログラムの視察目的でイギリスやフランスに派遣させた。そして、アメリカにおける 1918 年 6 月の復員軍人リハビリテーション法（Soldiers Rehabilitation Act.）の成立も後押しする中で、独自の再建プログラム開発を

進めて行った (Quiroga, 1995, pp.152-4; Pagliarulo, 2012, pp.8-9)。

アメリカにおいて独自に開発された再建プログラムはマサチューセッツ州やニュージャージー州などの病院において、マッサージや水治療法などの物理療法、作業療法、職業訓練という形でそれぞれ独立して実施されていた (Verville, 2009, pp.21-2)。そこで、アメリカ陸軍医療部は陸軍の外科総合施設内に身体再建とリハビリテーション部門 (Diversification of physical reconstruction and rehabilitation in the army) を創設し、整形外科を専門とする医師たちが再建プログラムに従事している理学療法士と作業療法士を監督 (supervision) するという組織的な再建プログラムの実践を進めていった (Verville, 2009, pp.21-3)。

このように、医療の中でのリハビリテーションは第一次世界大戦において厳しい戦いを強いられると予測したアメリカ政府の主導により、陸軍の傷病兵に対する早期の社会復帰をはかるためのシステムとして確立していった。実際にこのシステムにおいて、約 41000 人の傷病兵が再建プログラムを受けていた (Licht, 1970, p.619)。このプログラムに基づいて実践された物理療法、作業療法、職業訓練に関する総合的なサービスの提供が「医学的リハビリテーション (Medical Rehabilitation)」の起源である (Verville, 2009, pp.22-3)。

「医学的リハビリテーション」は世界保健機関が 1968 年に定義した「リハビリテーション」の四つの要素 (医学的・社会的・教育的・職業的) の一つとして位置づけられている。すなわち、「医学的リハビリテーション」とは 1968 年の世界保健機関の定義によれば、「人が自立を達成し主体的な人生を送ることができるよう、人の機能的および心理的能力と、必要な場合は人の代償機構の発展を目的とする医療の過程」 (World Health Organization, 1969, p.6) である。

医学的リハビリテーションでは、患者に対する病気の治療だけでなく、日常生活が自立し社会復帰が果たせたことで初めて医療の目的を達することができるという考えを含意している。その考えのもと、医学的リハビリテーションの対象は疾患の種類に関係なくすべての患者でなる。したがって、医学的リハビリテーションでは、医療に携わるすべての職種がそれぞれの役割を担いながら患者の「リハビリテーション」に関与することを意味する (上田, 1992, p.115)。

第 3 項 リハビリテーション医学 (Rehabilitation Medicine) とは何か

前項において、医学的リハビリテーションはすべての医療に携わる職種が関与するものであると述べた。それに対しリハビリテーション医学は、主として疾病によって生じた身体の運動機能障害に対する診断と治療に特化した臨床医学の一部門と位置づけられている (千野, 2009, p.1)。そして、上田はリハビリテーション医学に基づいてなされる診療を「リハビリテーション医療」と呼んだ (上田, 2001, p.43)。

リハビリテーション医学の発展は「リハビリテーション」が医療の中で使用されるようになる以前のアメリカでの歴史にその系譜をみることができる。

リハビリテーション医学の起源は電気を用いた治療 (電気療法; Electrotherapy) にあり、物理学者であったベンジャミン・フランクリンがアメリカ独立以前の 1753 年頃に電気を用いて人の麻痺を治療したとされる (Gritzer & Arluke, 1985, p.17; 内山, 2007, p.44)。この電気療法がアメリカの医師に多く用いられるようになり、1770 年代にはイギリスやフランスにも伝わり臨床においても用いられるようになった (Gritzer & Arluke, 1985, p.17)。

1891年において電気療法や水治療法(Hydrotherapy)といった物理的手段(Physical Agent)を用いての診療を専門とする医師の学会(The American Electro-therapeutic Association)が組織されていた(Nelson, 1973, p.608 ; Gritzer & Arluke, 1985, p.21 ; Murphy, 1995, p.25 ; Verville, 2009, p.34)。

1896年にアメリカ内でポリオが流行したが、その際にポリオに罹患し下肢の麻痺を合併した多くの子どもたちに対する物理的手段を用いた治療が実践されていた(Pagliarulo,2012,p.9)。このころより、The American Electro-therapeutic Associationに所属する医師たちは電気療法や水治療法だけでは治療としての限界があることを感じるようになり、運動や食事の利用をも含めた治療法を「物理療法(Physical Therapy)」と定義し関心を持つようになった(Verville, 2009, p.34)。

アメリカでは1914年と1916年にもポリオの大流行があった(Pagliarulo,2012,p.9)。加えて同時期に第一次世界大戦が勃発したことに傷病軍人に対する、再建プログラムとしての医学的リハビリテーション・サービスが実践されていた。そして、1920年に職業リハビリテーション法(Vocational Rehabilitation Act.)が制定され、1918年の復員軍人リハビリテーション法(Soldiers Rehabilitation Act.)施行後において傷病軍人のみが対象となっていた職業プログラムを一般市民にも提供するようになった(Verville, 2009, p.33)。

この頃より、当時、それまで医学的リハビリテーションに全く関心をもっていなかった放射線医学を専門としていた医師の中にも、物理療法に関心を持つ者が出始めた。そして、物理療法に関心を持った放射線医学を専門とする医師たちが中心になって1923年にアメリカ放射線及び物理療法学会(The American College of Radiology and Physiotherapy)を設立した(Verville, 2009, p.34)。この学会の設立によって放射線医療と物理療法は併存する形となった。しかし、物理療法により強い関心を持つ医師は、1925年に放射線医療から物理療法を分割し、新たにアメリカ物理療法学会(The American College of Physical Therapy)を設立した。この学会の創設を機に、物理的手段を診療の主たる手段として用いるという物理医学(Physical Medicine)という専門領域が確立した(Verville, 2009, p.34)。

このアメリカ物理療法学会は1930年ごろにアメリカ物理医学会(The American Congress of Physical Medicine)に改名された。この頃から、物理医学を専門とする医師は、自らを物理療法医(Physical Therapy Physician)と名乗り、理学療法士や作業療法士と協働しながら、それまでの整形外科医に代わって患者に対する医学的リハビリテーションに携わるようになった(Verville, 2009, pp.54-7)。

第二次世界大戦の勃発後、アメリカでは物理療法医の臨床での活動などにより、傷痍軍人や患者への医学的リハビリテーションがさらに注目されるようになった。その中で、1944年4月に当時のアメリカ大統領ルーズベルトの側近であったBarnard Baruchが委員長を務めた物理医学委員会(The Committee on Physical Medicine)は、人間の身体機能を生体力学的な観点で見ることに着目し、科学的な方法で理学療法や作業療法などを取り込んだ総合的なリハビリテーション・サービスの提供などを推奨した報告書(The Committee on Physical Medicine and its an initial report)を公表した(Krusen, 1944 ; Krusen, 1969, p.3 ; Verville, 2009, p.34)。この報告書が公表された後、物理医学委員会は障害者に対する戦後のリハビリテーションに関する議論を行うため、名称を物理医学とリハビリテーション委員会(The Committee on Physical Medicine and Rehabilitation)に変更した(Krusen,

1969, p.3)。このような流れの中で、国民や他の臨床医学領域を専門とする医師たちは、医学的リハビリテーションが医療の重要な領域であることを理解するようになった (Krusen, 1969, p.3)。

第二次大戦の終結後、アメリカでは一般市民へのリハビリテーション医療が推し進められた (Verville, 2009, p.89)。アメリカ物理医学会は学会組織の将来計画を経て、アメリカ医師会 (The American Medical Association) の支援を受けながら、1947年に物理医学の専門医試験制度を創設した (Verville, 2009, pp.106-7)。その後、医師たちは物理医学とリハビリテーションとの関係性が重要性であることを認識し、アメリカ物理医学会は1950年に「アメリカ物理医学およびリハビリテーション学会 (The American Congress of Physical Medicine and Rehabilitation)」と名称変更し、専門医制度も引き継がれた。ただし、この「物理医学およびリハビリテーション」を病院の診療部門として標榜するには文字数が多いため、略称として「リハビリテーション医学 (Rehabilitation Medicine)」が当てられ、この略称が一般市民に馴染む形で今日に至っている (千野, 2009, p.8)。

このような経緯によって、医学的リハビリテーションの中における専門分野としてのリハビリテーション医学としての学問領域が成立した。このアメリカ物理医学およびリハビリテーション学会の設立や専門医制度の創設に尽力した中心メンバーの一人である Krusen がリハビリテーション医学の専門医制度において専門医を取得した医師を Physiatrist (リハビリテーション医学専門医師) と名付けた (Krusen, 1971, p.2)。

第4項 わが国におけるリハビリテーション医学の発展

前項ではアメリカにおけるリハビリテーション医学の発展について概説した。一方、わが国におけるリハビリテーション医学の萌芽は明治時代からあった。リハビリテーション医学専門医師である服部一郎によれば、1907年から1912年の間に東京大学・京都大学・九州大学に整形外科の講座が開設されているが、そこでは温泉を中心とした物理療法が実施されていた (服部, 1987, p.428)。

わが国における現在のリハビリテーション医学の発展につながった大きな契機は大正時代における肢体不自由児⁸⁾に対して実践されたものであった。1921年4月に東京大学整形外科の医師であった高木憲次は、スプーンを使っての食事を一人でできない脳性麻痺の子供が一人でラジオを操作しているという情報を聞きつけた。高木はその子供の所へ出向き、両親を説得の上、ラジオのつまみの中心にある穴に万年筆を差し込み、それを子供に与えたところ、半年の間に子供は一人で字を書くことができるようになったというものであった (高木, 1958, p.300)。

それ以来、高木は障害を有する小児が物事に楽しみながら集中することは小児にとっての自己鍛錬になると考え、このことを促進する方法を「克服治療」(高木, 1958, p.300)と名付けた。高木は1922年のドイツ留学において、肢体不自由児が医療・教育・職業訓練を通して復活能力⁹⁾を高め自立していくという実践があることを知った。高木はこれを「療育」と名づけ、わが国においても「療育」を普及させて行くことの必要性を訴えた (高木, 1954, pp.256-8)。

その後、高木は1942年に東京に「整肢療護園」を開設し、肢体不自由児の療育¹⁰⁾を実践した。そして、戦後における1947年施行の児童福祉法や1949年施行の身体障害者福祉

法の立法化にも尽力した（高木, 1958, p.301）。

わが国におけるリハビリテーション医学の発展に結びつく流れは、戦時中においても傷痍軍人に対する職業指導、就業斡旋、職業準備教育などの「職業保護」として物理療法、運動療法、職業訓練が実践されていた（上田, 2012, pp.135-7, 144-7）。ただ、現在におけるリハビリテーション医学の理念がわが国において発展したきっかけは、敗戦後にアメリカの医療制度がわが国に移入してからとされている（千野, 2009, p.8）。

1948年に医療法が制定された際において、リハビリテーション医学は「理学診療科（または放射線科）」という二つの診療科を混同した形での名称で扱われた。間もなく、理学診療科と放射線科は分離するが、この理学診療科に作業療法士が所属するようになり、医療機関におけるリハビリテーション部門を形成していくことになる。

その後、徐々にリハビリテーション医学に関心を持つ医師が増加したことにより、1963年に日本リハビリテーション医学会が設立¹¹⁾され、1980年にはリハビリテーション医学専門医を養成する学会独自の専門医制度が開始された（千野, 2009, p.7）。そして、1997年の医療法改正からは医業において広告できる標榜科として「リハビリテーション科」が加えられ、同時に理学診療科の標榜は廃止された。

現在、日本リハビリテーション医学会には、2013年6月現在で9877名の会員が所属している¹²⁾。そして、そのうち1,938名（会員数の19.6%）¹²⁾が「リハビリテーション医学専門医師」¹³⁾として認定されている。

第2節 作業療法と「医師の指示」の変遷

第1項 作業療法における「医師の指示」の確立

作業療法士は1965年3月に制定された「理学療法士及び作業療法士法」に基づき、厚生労働大臣からの免許をもって臨床業務にあたるのが可能である。理学療法士および作業療法士法第二条4¹⁴⁾では「作業療法士は医師の指示のもとに作業療法を行う」ことが明記されている。ここで挙げられている「医師の指示」は、作業療法が法律上において診療の補助行為とされ、診療の補助行為を業務独占している保健師助産師看護師法の例外規定¹⁵⁾であることから派生している。

元内閣法制局長である林修三によれば、法令用語としての「指示」は、「ある公的な機関が関係の機関又は関係の個人や団体に対して、その所掌事務に関する方針、基準、手続、規則、計画等を示して、これを実施させることを意味して用いられる例が多い」（林, 1975, pp.74-5）とされている。さらに、林は「受けた側が命じた側の命令にはっきりとした義務を負う「指揮」と比較すると、法律的な拘束力のニュアンスは軽く弱いものの、受けた側に指示に従うか否かを勝手に選択できるまでの自由はなく、その指示に従うべきことが期待される」（林, 1975, pp.75-6）と述べている¹⁶⁾。

この林の説明から、作業療法の臨床において医師の存在は必要不可欠ということになる。そして、作業療法の実践において、その必要性ならびに必要性がなくなったことを最終的に判断できる主体は医師であると解釈することが可能である。

患者に対する作業療法の実践に「医師の指示」が必要であることの経緯を辿っていくと、

作業療法士が医療の職業としての地位を確保した時期と重なってくる。その起源はアメリカにあった。作業療法に関する教科書を紐解くと、作業療法の起源は、18世紀後半にフランスで精神科医師として活動したフィリップ・ピネルによる「道徳療法」¹⁷⁾であるとされている (Gordon, 2009, p.203 ; 鎌倉, 2004, p.7 ; 吉川, 2011, p.41)。ただし、この道徳療法はピネルが医師の立場で自ら実践していたものであり、そこに作業療法士の存在はなかった。また、ピネル自身も「道徳療法」を「作業療法」と別称している訳ではなかった。さらに、この道徳療法の対象はピネルが専門としていた精神障害を有する患者に限られるものであった。

作業療法士が医療に携わる職業であることを確立までには別の潮流があった。その潮流とは、19世紀後半の英国にて起こったウィリアム・モリスを主導者とする「アーツ・アンド・クラフツ運動」である。「アーツ・アンド・クラフツ運動」とは、1880年代の英国において、産業革命による社会や経済活動の変化によって、それまでの伝統的な装飾美術が商業主義的になったことに対する手工芸の再生および復興を目指した活動である (コーマック, 2008, p.6)。

「アーツ・アンド・クラフツ運動」は1890年代のアメリカにおいて盛んとなるが、その中で美術工芸を中心としたいわゆる作品制作活動を患者の治療に役立てようとする動きが起こった。その中心人物の一人が、建築家でありアメリカのボストンアーツ・アンド・クラフツ協会の初代事務局長 (secretary) を務めていた George Edward Barton である (Licht, 1967, p.269 ; Quiroga, 1995, p.117)。Barton は1912年から1913年にかけて結核、循環障害による左足切断、ヒステリー性の左片麻痺などで療養所に入院していた (Licht, 1967, p.270 ; Levine, 1987, p.249 ; Quiroga, 1995, p.117)。Barton は長い間薬物療法に対する不信と恐怖を抱いていたが (Barton, 1915, p.139)、療養所内にて手工芸・大工仕事・ガーデニングを実際に体験することで、自身の病気が大きく回復することを実感することができた (Licht, 1967, p.270)。

その後、Barton は障害を有する人のための学校・作業所・職業訓練所としての役割を担う「慰めの家」という名の施設を運営し始めた (Licht, 1967, p.272)。そして、Barton は自ら体験した療養所内での手工芸・大工仕事・ガーデニングといったものが薬物と同じように医師の処方 (Prescription) に基づいて患者に提供されることを望ましいと考えるようになった (Barton, 1915, p.139)。Barton はこの医師の処方に基づく治療手段を作業療法 (Occupational Therapy) と呼んだ (Barton, 1915, p.139)。そして、この時代において既に Occupational Therapy を実践していた精神科医師 William Rush Dunton Jr. や看護師 Susan Tracy と対面し、手紙の交換を通してながら作業療法士の全米的な職能団体の設立を目指した。そして、同じ志を持つ異職種である他の4名の合計7名¹⁸⁾にて1917年3月に世界初の作業療法士の職業団体であるアメリカ作業療法推進協会 (The National Society for the Promotion of Occupational Therapy)¹⁹⁾の設立に至った (Quiroga, 1995, p.174)。

なお、アメリカ作業療法推進協会は精神障害を有する患者だけでなく、身体障害を有する患者も作業療法の対象であると捉えていた。この当時、アメリカでは第一次世界大戦中の再建プログラムの重要性が認識され、そのプログラムに従事する再建助手 (Reconstruction aids) が求められていた²⁰⁾²¹⁾。

この再建プログラムが、医師たちの指揮 (supervision) の下で作業療法士によって実践

されていた (Verville, 2009, pp.54-7; Quiroga, 1995, pp.159-60) ことは先述した。この再建助手のシステムが開始された当初から、医師が指揮の内容を具体化するために、作業療法士に対して処方 (prescription) を出すシステムが存在していた (Quiroga, 1995, pp.159-60)。ここに出されていた「処方」が作業療法士に対する「医師の指示」の起源である。

医師は作業療法の対象である整形外科疾患や精神疾患を有する患者に対し、「作業に集中して取り組めるようになる」という目的と「長期入院をさせない」という二つの目的を考えていた (Quiroga, 1995, pp.159-60)。そして、患者に対し回復期の早い時期から職業訓練や籐製の椅子づくり、木工細工、絵画、絨毯づくり、その他の手工芸が処方されていた (Quiroga, 1995, pp.159-60)。また、ある患者に対する医師の処方には「手指の筋力を強くするために、銅線を引っ張る」といった医学モデルに則った内容が記されていた (Quiroga, 1995, p.160)。

第2項 わが国の作業療法における「医師の指示」に関する法整備の確立

本項では、わが国において作業療法士の業務が法律上「医師の指示」を必要とするようになった経緯について取りあげる。わが国における作業療法の実践は1910年代に精神科医師である呉秀三によって精神疾患を有する患者に対して始められたのが最初である (呉, 1916, p.144)。また、戦前においては、結核患者を中心とした内科領域においても作業療法の紹介やその重要性に関する解説が医師によってなされていた (新井, 1937)。

敗戦後の1950年頃より、主に整形外科を専門とする医師たちが、世界保健機関 (WHO) のフェローとして欧米において実践されていたリハビリテーション・サービスの視察に行っていた (大村, 1980, pp.82-3; 津山他, 1989, p.896; 鎌倉, 2004, p.52)。これらの医師たちが帰国後に政府に対してわが国の医学的リハビリテーションを充実させる必要性を伝えた。その中に、既に当時の欧米諸国において既に身分制度の確立がなされていた理学療法士と作業療法士をわが国においても養成を勧めることの必要性が含まれていた (厚生省医務局医事課, 1965, p.11)。

これに呼応して、政府は『昭和36年度厚生白書』の中で、「従来あまり取り上げられていなかった社会保障の新しい分野における幾つかの注目すべき動向」として、「身体障害者に対するリハビリテーション制度の発達」²²⁾を取り上げ、医学的リハビリテーションの重要性を訴えた。そして、わが国のリハビリテーションの分野では、欧米と比較して理学療法または作業療法にたずさわる専門技術者が著しく不足している²³⁾という形で作業療法士の養成の必要性を指摘した。

このように、職業としての教育と臨床実践を促進することで医学的リハビリテーションの発展につなげていこうとする機運が高まった。この流れの中で、1963年3月には国の医療制度調査会が厚生大臣(当時)に対し、「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」を出した (厚生省医務局医事課, 1965, p.13)。この答申内容は『昭和38年度厚生白書』の中に反映され、新たに作業療法士の身分制度確立が近いこと²⁴⁾が明記された。

1963年6月には、作業療法士の国家資格としての制度化を目的とした医師、医事法学者、行政機関の代表者からなる「PT・OT身分制度打ち合わせ会」が厚生省(当時)の諮問機関として設けられた (厚生省医務局医事課, 1965, p.13; 芳賀, 1976, pp.845-7; 砂原, 1977,

pp.593-5) ²⁵⁾。この会議の中で、法案の中に「医師の指示または処方箋によって作業療法を行う」ことを明記することの是非が議題になったが、明記することに対する委員からの異論はなかった(砂原, 1977, p.594)。砂原によればその理由とは、当時既に医業類似行為として法整備がなされていた「あん摩マッサージ師・はり師・きゅう師」²⁶⁾との区別であった。すなわち、作業療法は医行為であり作業療法士は診療の補助を行う職種であるため、医師のように独立して開業することはできないというものであった(砂原, 1977, p.594)。

「理学療法士及び作業療法士法」の法案は、1964年12月からの第48回通常国会において提出された²⁷⁾。この中で、1965年4月27日に参議院において行われた第48回国会社会労働委員会において、理学療法士及び作業療法士法における「医師の指示」について質疑応答がなされた。委員(国会議員)から政府委員に対しては二点の質問がなされた。それらは、1) 指示と処方との言葉の意味に違いはあるか、2) 理学療法士と作業療法士の勤務場所が病院や診療所に限定されることを原則としている理由、すなわち、理学療法士と作業療法士が営業(開業)をできない理由は何か、という質問であった。これらに対する政府委員の回答は、1) 指示と処方の意味は法律的には全く同じである、2) 理学療法士と作業療法士は医師と一体となって仕事を行う職業であり、理学療法および作業療法の状態を絶えず結果を見ながら医師と相談する必要があることが理由である、というものであった²⁸⁾。

理学療法士及び作業療法士法は1965年4月28日に参議院本会議にて可決され、次いで1965年5月30日に衆議院本会議にて可決成立した(厚生省医務局医事課, 1965, p.19)。そして、理学療法士及び作業療法士法は1965年6月29日に公布され、1965年8月29日に全面的に施行された(厚生省医務局医事課, 1965, p.20)。

第3節 作業療法における「医師の指示」の現状

第1項 医師の立場から見た「医師の指示」

本節では、わが国における作業療法に関する「医師の指示」について、リハビリテーション医学専門医師と作業療法士とのそれぞれの見解を追っていくことにする。1964年に創刊された日本リハビリテーション医学会の学術誌である『リハビリテーション医学』を見ると、理学療法士及び作業療法士法が制定される以前から、すでに英語の **Prescription** に相当する「処方」という用語が用いられていた(田村, 1964)。法律上の用語である「指示」は医師と作業療法士にとって主に「処方」という用語で、現在に至るまで扱われている。

1972年に開催された第9回日本リハビリテーション医学会ではシンポジウム「リハビリテーションにおける医師の役割」が開催された。ここでは、上田敏が「医師の指示」について見解を出している。上田は作業療法を含むリハビリテーション医療における処方が「指示」と「依頼」との中間に位置するものであるとともに、患者に対するリハビリテーション・チームの全員が患者に対するリハビリテーション医療の内容について合意に至るまでの情報提供過程の一面にしか過ぎないことを指摘している(上田, 1972, pp.265-6)。上田は、ここでいう「情報」を「コミュニケーション」と同意義として捉え、コミュニケーションの過程は医師と医師以外の職種との間における相互交通的なものであると述べている(上

田, 1972, p.266)。そして、上田は職種間のコミュニケーションを具現化するものとして、患者記録の閲覧や多職種が一堂に会して患者の方針について検討する「カンファレンス」によって処方の内容が裏づけられるべきであることを主張している（上田, 1972, p.266)。さらに、上田は作業療法の処方について、医師が作業療法に対して本来医行為である作業療法の実施に関する権限について、処方内容の妥当性を検討することを条件に委譲するものであると指摘している（上田, 1972, p.265)。

1975年に開催された第12回日本リハビリテーション医学会では、「リハビリテーションの処方について」と題したセミナーが開催された。ここでは「リハビリテーションの処方がリハビリテーション・チームの中でそのような役割を果たすのか」という点について、リハビリテーション医学専門医師と作業療法士とのそれぞれの立場から意見交換がなされていた。この中で、千野直一はリハビリテーション医療における処方をチーム内でのコミュニケーション・ツールであると指摘していた（千野, 1976, p.4)。それに対し、三好正堂は「薬と同じように、1人1人の患者の障害因子を明らかにし、それに対する治療法、量、期間、それに注意事項などを明確にしたものでなければならない」と主張していた（三好, 1976, p.8)。

荻島秀男はリハビリテーション処方の基本として、作業療法は医師からの処方が必要ならば法的にも業務を遂行できないことを述べている（荻島, 1980, pp3-7)。ただ、荻島は同時に「有資格者で勉強熱心な職種が常勤していれば、医師からの処方「依頼」の形式が理想である」（荻島, 1980, p.9)とも述べている。

服部一郎は処方の特異性として、医師は治療目的を大まかに療法士に指示することが良く、そのことにより、療法士は自身の専門知識と技術を駆使して治療を展開できると述べている（服部, 1984, p.80)。そして、作業療法については医師にとって異質の領域であり、セラピストと同じ専門知識を持たない限り、処方を詳しく書くことができない点を指摘している。その上で、療法士の判断で作業療法を進める場合が多いので、処方ではなく「依頼」という形式で行うことを主張している（服部, 1984, p.762)。

1972年に「医師の指示」について見解を出した上田敏は、それ以降も医師の処方についていくつかの主張を行っている。上田は処方の中に含まれるべき内容について「リハビリテーション医療の必要性および安全性の判断、リハビリテーション医学の専門性に立った判断、チーム・リーダーとしての判断」を挙げている（上田, 1992, pp.328-34)。ただ、上田は医師の処方が医師以外の職種にとって絶対的なものであるという立場をとらない（上田, 1992, p.334)。つまり、処方の受け手となる医師以外の職種には医師の処方に対する反論や提案が認められるべきであることを主張している（上田, 1992, p.334)。そして、上田は医師以外の職種が医師の処方よりよい方法があることに気づいている場合はそれを問題提起することの必要性を主張している（上田, 1992, p.334)。ただし上田は、そのようであったとしても医師および医師以外の職種が、他職種の干渉をうけることなく自由に患者へ医療提供する「自由裁量」を認められないと強調する（上田, 1992, pp.335-6)。上田はこれらのことを踏まえた上で、処方は医師と処方を受ける特定の職種との間だけに関係するものではなく、リハビリテーション医療に携わるチーム・メンバーの全員が把握しておくべきものであることを主張している（上田, 1992, p.341)。

日本リハビリテーション医学会は2007年に「リハビリテーション医療における安全推進

のためのガイドライン」を作成した（前田，2007）。このガイドラインでは、作業療法士を含むリハビリテーション医療を提供する職種が、安全かつ明確な情報をもつ最新の処方に基づいて、医学的リハビリテーションを提供する必要性を明記している（前田，2007，p.385）。さらに、リハビリテーション・チームのメンバーは、患者に対する処方に不備や不明確な点があれば、すぐに担当医師と処方の記載事項を確認し、必要に応じて修正もしくは意見の統一を行う必要性のあることが記されている（前田，2007，p.385）。

新舎規由と石神重信は、自身が勤務する病院において、処方を個々の患者に合わせたオーダーメイドの形で作成し、定期的に行うカンファレンスの中で修正を重ねながらリハビリテーション医療を実践してきたことを紹介している。そして、その結果、自身が赴任する前と比較して患者の日常生活動作の自立度が向上するとともに、平均入院日数が短縮するなど治療成績が向上したことを報告している（新舎・石神，2010，pp.723-5）。その上で、「リハ医²⁹が治療をしっかりコントロールし、常にゴールを見据えた治療をすれば必ずよい outcome が出るはずである。リハスタッフ³⁰に任せっぱなしの垂れ流しの治療を行うだけであればリハ医の存在意義はない」（新舎・石神，2010，p.726）ということで、リハビリテーション医学専門医師がリハビリテーション医療の実践において必要不可欠な役割を担っていることを強調している。そして、新舎と石神はここでいうリハスタッフに任せっぱなしの治療を「お任せリハ」と呼び、この「お任せリハ」がリハビリテーション医療の存続を危うくすると主張している（新舎・石神，2010，p.727）。

藤谷順子は、「医師が患者の何を問題として捉え、患者の予後予測をどのように行い、リハビリテーション医療の方針を立てたのかについて、リハビリテーション・チーム内における共通認識を持つことを目的とした情報提供としての役割」を指摘している（藤谷，2010，p.449）。ただ、藤谷は処方について、「医師個人が療法士個人に対し処方内容をより詳細に伝えることに捕われてはいけない」ことを指摘する（藤谷，2010，p.450）。その上で、藤谷は処方の内容をチーム・メンバーが深く理解できるように診療システムの再構築が必要であることを強調している（藤谷，2010，p.450）。

羽田康司は作業療法を含むリハビリテーション処方の目的として、三つの目的を挙げている。すなわち、該当患者へリハビリテーションが必要な理由を明確にする上での診断所見と介入手段を明らかにすること、患者のリスクを明らかにすること、対象患者にリハビリテーションを実践する際の責任の所在を明らかにすること、という三つの目的である（羽田，2012，p.447）。

これまで挙げてきた医師の見解を概観すると、作業療法に関する「医師の指示」には2通りの役割が考えられている。まず、三好と新舎・石神が主張するように作業療法を薬物療法の「処方」に類似したものとして捉え、実施内容、時間、頻度、禁忌ならびに注意事項といった内容を個々の患者ごとのオーダーメイドの形で厳格に記しておくタイプがある。

もう一つは上田・千野・萩島・服部が主張するように、チームアプローチとしてリハビリテーション医療を実践する中で、医師は作業療法士を含む医師以外の職種に一定の自律性を認めるタイプである。そしてこの形式での処方は、リスク管理などメンバーが共有すべき患者の情報を提供するというコミュニケーション・ツールとしての役割を持つ。さらに、上田や日本リハビリテーション医学会が主張する、作業療法士が処方について医師へ反論することや修正を求めることなどを通じた職種間の意見の統一が含まれる。

第2項 作業療法に関する「医師の指示」の内容

本項では、実際に医師が作業療法に対する指示（処方）を行う際の記載内容について確認する。アメリカにおいて1917年に全国作業療法推進協会が創設した当時のメンバーの一人である精神科医 William Rush Dunton Jr.は、自身の専門である精神医学以外の領域を網羅する形で、医師が作業療法の処方（prescription）において考慮すべき4点を記している。その4点とは、1.精神的もしくは身体的休息の要否、身体の特定の部位、いくつかの精神的性質の育成もしくは気分の変化、2.患者が求める最も効果のある作業の種類、3.作業の選択において影響すると思われる禁忌事項、4.予防の必要性：例えば自殺傾向にある症例に対し「切る道具」の使用を避けることや、神経衰弱、結核、心疾患の患者に対する疲労の危険性、整形外科疾患患者に対する過剰な努力の危険性であった（Dunton, 1945, p.39）。そして、Dunton は作業療法の処方が医師によって管理されるべきものであると主張していた（Dunton, 1945, p.39）。

つぎに、わが国におけるリハビリテーション医学専門医師がテキストとして用いていたアメリカの医師による「処方」の内容について確認する。Gordon Martin は作業療法の処方に記載すべき事項として、診断名、患者のその時点での身体状況・精神感情に影響を及ぼしている心理的要因・作業療法を行う場所・作業療法の実施時間・個々の介入手段の目的および期待される効果・「患者に対して作業療法を治療として強調させる」もしくは「ただ励ますだけである」という形で作業療法実践中における作業療法士の患者に対する態度について処方を記すことを挙げている。（Martin, 1971, p.515-6）。

Howard Rusk はリハビリテーション医学における処方について、医師と療法士との間でのコミュニケーションにおいて限界があることを指摘する（Rusk, 1977, p.320）。そして、Rusk は医師と薬剤師との間に取り交わされている方法と同じ原則で行う方法が良いことを主張している（Rusk, 1977, p.320）。その上で、Rusk は作業療法の処方について、個々の患者に対して特異的な処方とすべきであり、患者の医学的所見や介入手段を記載するだけでなく、処方する理由と介入結果の予測を示すことが望ましいと述べている（Rusk, 1977, p.323）。そして、Rusk は作業療法の処方箋に記入すべき具体的項目として、患者の能力障害の状態、患者の健康状態、患者の活動を行う上での耐性、介入手段において用いる用具や装置とそれらの患者に応じた調整の程度、活動の負荷の経時的推移、作業療法の期間、作業療法の頻度を挙げている（Rusk, 1977, p.323）。

続いて、わが国のリハビリテーションを専門とする医師が指摘する指示（処方）の内容について確認する。

上田敏はリハビリテーション医療を実践する上で処方に記載すべき内容として、次の四つを挙げている（上田, 1972, pp.265-6）。

- 1) 診断、病歴、合併症、全身状態、予後などの障害に関する医学的情報
- 2) 禁忌事項、適切な運動量、払うべき注意、予想される合併症といった治療のリスクに関する医学的情報
- 3) リハビリテーションのゴールに関する医師の考え
- 4) リハビリテーション・プログラムに関する医師の考え

なお、上田は1990年にも医師が記載すべき処方の内容について言及している。この中で

具体的な内容については変化しないものの、症例に応じて具体的なプログラムについては記載しない包括的処方 (blanket prescription) がなされる場合があることを述べている (上田他, 1990, p.256)。

荻島秀男は作業療法を含むリハビリテーション医学の処方において、医師が指定する作業療法担当者の氏名、治療の頻度や場所、注意事項、対象部位、使用器具、時間帯、有効期限、目標設定を詳細に記載することを主張している (荻島, 1980, pp3-7)。

服部一郎は、作業療法の処方について、病名、治療目的、治療部位、禁忌および注意事項、度合 (作業許容量) を記載することを指摘している (服部, 1984, p.762)。一方、作業種目、材料、作業種目で使用する工具については、作業療法士に一任すべきで処方として記載すべきではないと述べている (服部, 1984, p.762)。また、治療期間については、作業療法実施にあたっての材料調整や補助装置の工夫などの準備に時間を要することから記載しない方が良いと指摘している (服部, 1984, p.763)。

椿原彰夫は、処方として明記すべきとする項目として、1) 機能的作業療法 (可動域改善、筋力増強、協調性改善)、2) 日常生活活動・生活関連動作訓練、3) 自助具・スプリントの作製と装着、4) 義手の装着・操作訓練、5) 嚥下機能訓練、6) 指示的 (心理的) 作業療法、7) レクリエーション療法、8) 職業前訓練、9) 家屋改造指導を挙げている (椿原, 2009, p.539)。ただ、椿原は機能的作業療法や指示的 (心理的) 作業療法に対する処方では、作業療法の目的を記載し、実際に使用する具体的な種目は作業療法士に一任することが良いとしている (椿原, 2009, p.539)。

菊池尚久は、リハビリテーション医療を実践する上で記載すべき処方項目について、1) 対象の職種名、2) 治療対象となる診断名および障害名、3) 発症日、受傷日、手術日、入院日、4) 評価が必要な項目、5) 作業療法の内容、6) 治療ゴールおよび達成までに必要と予測される期間、7) 作業療法の量、頻度、処方内容の有効期間、8) リスク管理、9) 処方日、処方医のサインを挙げている (菊池, 2012, p.444)。

羽田康司は、リハビリテーション医療における処方に記載すべき内容について、1) 対象となる職種、2) 処方の根拠となる診断、3) 評価の依頼、4) 治療のゴールと作業療法の期間、5) 望まれる作業療法の内容、強度、頻度、治療時間、6) リスクに関する注意書き、7) 処方の日付、処方医のサインを挙げている (羽田, 2012, pp.448-9)。

ここで見てきたように、リハビリテーション医学専門医師が指示 (処方) の内容として掲げた項目は多岐にわたっている。多くの医師が自身のリハビリテーション医療に関する方針を明確にかつ具体的に医師以外の職種に伝えようと様々な努力を行っていることが伺える。

第3項 作業療法士の立場から見た「医師の指示」

本項では、作業療法士の立場から見た「医師の指示」について概観する。1973年に「P・T・O・Tの処方をめぐって」というテーマで医師・理学療法士・作業療法士を交えた座談会が行われていた (鎌倉他, 1973)。その中で、作業療法士である鎌倉矩子は「処方」という言葉の使われ方について、「本来は薬などの調合法を指示する際に用いるものであって、作業療法士や患者の意見を聞きながら決め、具体的な手段の選択を作業療法士に任せるのであれば、それは厳密な意味で処方でない」 (鎌倉他, 1973, p.402) ことを述べていた。実

際に、鎌倉自身が 1968 年から 69 年に勤務したアメリカの病院では作業療法における処方 (Prescription) が存在していたものの、そこで勤務する作業療法士は慣例的に「医師からの依頼 (referred)」という表現をしていた (鎌倉他, 1973, p.403)。鎌倉はアメリカの作業療法士が「処方」ではなく「依頼」という言葉を使用していたことについて、「作業療法士の教育体系が確立し、作業療法士が医師の知らない知識や技術を身につけるようになったため、処方を受けるのは不自然というところに到達した」からであろうという見解を述べていた (鎌倉他, 1973, p.405)。その一方で、鎌倉はわが国の作業療法における処方について、「わが国の現行法規が医師を医療の最終責任者と捉えているのであれば、療法士は細かいことを言われるのが心外だとしても、がまんして医師の傘の下に入っているのが安泰かもしれないというふうに傾く可能性がある」ことを案じていた (鎌倉他, 1973, p.408)。

本節第 1 項において先述した、第 12 回日本リハビリテーション医学会セミナー「リハビリテーションの処方について」では、寺山久美子が指定発言を行っている。寺山は作業療法が医療との親和性に問題があるという点を前提に、「医師と作業療法士の合意による治療指示が必要であろう」と述べている (寺山, 1976, p.7)。さらに、「リスク管理」について医師から明確な具体的内容を示して欲しいという要望を出している (寺山, 1976, p.7)。

矢谷令子は「医師の指示」という言葉について、法的には「指示」もしくは「処方」が絶対的なものとして位置づけられていると述べている。その上で、矢谷は精神・身体・職業・社会的側面に広く関係する作業療法では、定量化した処方を作成することは困難であることを強調している (矢谷, 1990, p.282)。

日本作業療法士協会は 1989 年 12 月 17 日に「作業療法士業務指針」を公表し、現在に至っている。日本作業療法士協会は、「理学療法士及び作業療法士法」および日本作業療法士協会による作業療法の定義によって規定された作業療法の内容について、1980 年代後半までの我が国の高齢化社会の到来や医療の進歩などによって十分対応できなくなったことを指摘した (社団法人日本作業療法士協会学術部, 2006, p.25)。日本作業療法士協会はこの作業療法士業務指針の目的を、「社会や医療の変化の中で改めて作業療法士の専門性を認識し、(中略) 医療関係職種と連携するチーム医療の中で、その業務を適正に、且つ円滑に行い(後略)」(社団法人日本作業療法士協会学術部, 2006, p.25) と定めた。

この作業療法士業務指針の「第二 医師の指示に関する事項」では、作業療法の実施として「作業療法士は医師の指示のもとに作業療法を実施するものとする」(社団法人日本作業療法士協会学術部, 2006, p.26) という形で法の遵守が明記されている。一方、この規定と併せる形で、リスク確認と疑義の確認として「作業療法は、業務を適切に行うために、リスク管理については医師の指示を受けるものとする。また、業務を行う上で疑義がある点については、その都度、医師に確認を求めるものとする」(社団法人日本作業療法士協会学術部, 2006, p.26) と記されている³¹⁾。

作業療法士の立場からの「医師の指示」に対する言及は、1990 年代以降ほとんど見られない。この点については、作業療法における「医師の指示」が専門雑誌の特集や学会などのテーマとして取り上げられることがないため、作業療法士が「医師の指示」について発言する機会を有しないという理由が考えられる。ただ、「作業療法士業務指針」のリスク確認と疑義に関する記述によって、多くの作業療法士が「医師の指示とは何か」について、さしあたりの合意に達したという理由も否定できない。

最近の作業療法士養成課程において用いられている作業療法に関する教科書を見ると、「作業療法の実践」として経時的な作業療法の実際の流れが記されている（本多他，2010，pp.212-3）。しかし、作業療法に関する医師の指示については、「患者氏名、疾患名、禁忌および注意事項が書かれている」（本多他，2010，pp.212-3）ということが記されているだけである。また、『作業療法ガイドライン 2012年度版』においても、「作業療法の過程」として、医師の処方が出て初めて作業療法が始まることが記載されている（一般社団法人日本作業療法士協会，2012，p.9）。ただ、この「作業療法の過程」の中に医師の指示に対する解釈の方法などは触れられていない。

第4節 「医師の指示」から見た作業療法士の自律性

第1項 理想的な医師と作業療法士との関係

本節ではここまでの見解を踏まえた上で、「医師の指示」を通じた医師と作業療法士との関係について考察する。作業療法士の指示（処方）に対する考え方は、二通りがあると思われる。鎌倉や寺山の発言には医師の処方があくまでも形式的なもので、基本的に作業療法は作業療法士と患者との関わりを通して実践されるものという考えが含意されている。もう一つは、作業療法士が受けとめる指示の「絶対性」には、処方内容に関する疑義を確認するか否かという点で濃淡があるものの、基本的には医師が求めている作業療法の内容や目標から外れない範囲で作業療法計画を立案すべきというものである。

一方、医師においても前節第1項において取り上げたように二通りの見解が認められる。作業療法士の自律性を認める場合、医師は作業療法の実践を作業療法士に一任することになる。そのため、医師の指示は内容を一部簡略化したものになりやすくなりうる。一方、医師が作業療法士に対し、処方の通りに作業療法を実践するよう要求するほど、処方の内容は多く、詳細なものになる。そうすると医師の指示に関する医師と作業療法士の関係には次の四つのパターンが成り立ちうる。

A：医師は作業療法士に対し、患者と直接関わり作業療法計画を立案できるという意味での自律性を認めている。そして、作業療法士も自ら作業療法計画を立案し、作業療法を実践する立場としての自律性を有する存在であると考えている。

B：医師の作業療法士に対する考えはAと同じである。それに対し、作業療法士は基本的に作業療法の指示の範囲の中で作業療法を実践すべきと考えている。

C：医師は医師自身の指示の範囲の外で作業療法の実践を認めていない。それに対し、作業療法士はAと同じように作業療法に自律性があると考え、その考えに基づいて作業療法を実践すべきであると考え。

D：医師の考えはCと同じである。それに対し、作業療法士はBのように医師の指示の範囲から外れないように作業療法を実践すべきと考える。

この四つのパターンの中で、Bについてはリハビリテーション医学専門医師と作業療法士との関係ではなく、医師がリハビリテーション医学に精通していない、もしくは関心を有していない場合に起こりうる。この場合、医師は手術など自身が強い関心を抱く領域のみに没頭し、「リハビリテーション医療のことは専門家に行ってもらおう」という形で

半ば作業療法士を「放っておく」状態になってしまうことがある。

この場合、医師は作業療法への関与度が低くなるため、作業療法計画における患者のリスクに対する医師の確認がおろそかになりやすい。したがって、作業療法の実践によって患者を危険に晒す可能性が高くなる。これは事実上「医師の指示」が形骸化している状態である。新舎が危惧する「おまかせリハ」はこの状態を指している。

恐らく、作業療法士にとって最も理想的な医師との関係はAであろう。医師が医師としての自律性を有するとともに作業療法士の自律性を認めるという立場は、作業療法士にとって自身の行為を医師から制限されることなく、作業療法士自身が有している作業療法士としての知識と技術を最大限に生かしながら、患者に最も適していると思われる作業療法を実践することができることになる。もちろん、作業療法の対象となる患者は何かしらの疾患を有しているのであり、そこには少なからずリスクが存在する。そこで、作業療法士は自身が有する知識をもってリスク管理を実践する。

ただ、手術直後や化学療法など特殊な治療が行われた患者に対するリスク管理については、作業療法士はその患者のリスク管理について不明な点も少なくない。この場合、作業療法士は医師に対して、患者のリスク管理について情報提供を求めることが必要となる。もちろん、Aの場合において医師の指示はコミュニケーション・ツールとしての機能を有しているため、医師の指示の多くには医師の指示を作成した時点において作業療法士に対して必要とされるリスク管理の方法が記されており、作業療法士はそれに基づいてリスク管理を行えばよいということになる。ただ、時間の経過とともに患者の疾患や障害の程度は変化する。そうすると、患者に対するリハビリテーション医療の実践において新たなもしくは必要のないリスク管理が出てくるだろう。また、作業療法士も患者の障害の程度の変化に伴い、作業療法計画を変更する必要が出てくるであろう。この場合、作業療法士は医師に対し、作業療法の実践に伴う患者の障害の変化に応じた作業療法計画の修正について医師に説明し、作業療法士が気づいていないリスクについて示唆を得ることが可能になりうる。

もちろん、この医師と作業療法士との対話はリスク管理の範囲にとどまるものではない。作業療法士は作業療法計画を医師に説明することで、作業療法士の考えに対する医師の理解を得ることが可能になる。患者に対する作業療法の方針については、指示を出す医師と作業療法計画を立案する作業療法士との間において見解の違いが少なからず存在しうる。この場合、お互いの対話を通してその見解の違いを補正することが可能である。そして、医師と作業療法士との対話を高い頻度で行うことにより、医師と作業療法士との間で患者に対する作業療法計画の見解の一致を維持することが可能になる。

医師が期待する作業療法士の自律性は、作業療法士が実践しようとする作業療法計画について、医師をはじめとする多職種に対し、自身の方針への理解を促すための主体的な行為である。作業療法士が作業療法計画についてリハビリテーション・チームのメンバーである多くの職種の理解を得た上で、患者へのインフォームド・コンセントが得られるようになれば、それは医師の指示がコミュニケーション・ツールとしての機能を果たしている根拠の一つになるものと考えられる。このことは、作業療法士が他のリハビリテーション・チームのメンバーおよび患者・家族との信頼関係を充実させることに繋がりうる。つまり、Aの場合であれば、この状態をもって作業療法士の自律性は担保されているということに

なる。

第2項 作業療法士が自律性を維持するために

ただ、第3節第1項において見てきたように、すべての医師がAのパターンをとるとは限らない。医師は自らリハビリテーション医療を提供する立場として、患者へ最適と思われるリハビリテーション・プログラムを立案し実践しようとする。その場合、医師は作業療法を、自身が立案するリハビリテーション・プログラムの中の一手段として考える。したがって、第3節第2項で取り上げたように、医師はリハビリテーション医療に関する方針について、指示（処方）を通して明確にかつ具体的に、医師以外の職種に伝えようとすることになる。また、リハビリテーション医学専門医師には自らの存在意義を主張しなければならない別の理由がある。

わが国における日本リハビリテーション医学会の設立は1963年であるが、それ以前から整形外科や内科、小児科を専門とする医師たちを中心に医学的リハビリテーションは実践されていた。これらの医師たちは自身の専門とする臨床領域の診療を行うことをもってリハビリテーションを実践していると考えていた。これらの医師たちの中には、主に運動障害を専門とするリハビリテーション医学という学問の独自性は認めるが、それは、臨床医学の専門分野と結びつくものであり、リハビリテーション医学専門医師の必要性はわざわざ必要ないという考えが存在していた（上田, 1983, p.105）。したがって、リハビリテーション医学専門医師たちは、自分たちの存在の妥当性を他の医療従事者もしくは国民に対して認めてもらわなければならなかった。

日本リハビリテーション医学会はこのことを実現するために、種々の活動を行ってきた。例えば、日本リハビリテーション医学会は1980年度から「リハビリテーション医学専門医師」を養成するための専門医制度を設立した（日本リハビリテーション医学教育委員会, 1980, p.65）。また、日本リハビリテーション医学会は医療法で定められた病院および診療所における標榜科について、「理学診療科」から「リハビリテーション科」の変更を盛り込んだ医療法の改正を国に対して働きかけた。この「リハビリテーション科」の標榜は1996年9月1日の医療法改正によって認められた（米本, 2010, pp.763-4）。そして、2003年には、文部省（当時）科学研究費の分科細目として、「リハビリテーション科学福祉学」が認められた（米本, 2010, pp.762-6）。

臨床においては、リハビリテーション医学専門医師が患者の医学的リハビリテーションに関与した場合、リハビリテーション医学専門医師が関与しない場合に比べ患者の帰結が良いことを報告している（石田, 2005）。また、いまだ承認されていないが、医師が作業療法の指示を行った場合の診療報酬として「リハビリテーション処方料」を新設するように要望し続けている（横山, 1991, p.813；川手, 2012, p.763）。

このようにみると、リハビリテーション医学専門医師たちも自らの自律性と独自性について脆弱性を有していると考えていることが伺える。このことからリハビリテーション医学専門医師は、自らが作業療法を含むリハビリテーション医療の実践主体であるという立場を明確にするために、「作業療法士に自律性を認めるような処方を出すことは許しがたい」という考えに至ったことが想定される。そしてリハビリテーション医学専門医師は「リハビリテーション医学を専門とする医師にしか書くことのできない詳細な処方を出すことが

望ましい」という結論に至ったものと考えることができる。

このように考えると、リハビリテーション医学専門医師と作業療法士との指示に関する関係は、CもしくはDの状態になる場合も少なくないと思われる。そうすると、この場合における作業療法士の自律性をどこに見出すことができるであろうか。

Cの場合、医師は作業療法士に対し、医師の指示に基づいて作業療法を実践するように主張するだろう。また、作業療法士は自らの自律性を主張し、作業療法を作業療法士に一任するように求めるだろう。Cはこのような形で医師と作業療法士との間における対立につながりやすい。こうなると、医師は作業療法士に対する不信感を募らせ、作業療法の指示を出さないことをもって、作業療法士をリハビリテーション・チームから排除しようとするかもしれない。

一方、Dの場合、医師が出した指示の通りに作業療法が進行される。一見すると、医師と作業療法士との間で滞りなく作業療法が実践されているようであるが、作業療法士は医師が主導した計画を無批判に行うことになる。そのため、患者想いで熱意がある作業療法士の場合、徐々に作業療法士は「医師の手足のように動いているだけ」という認識が強くなり、作業療法士として自律性の損失について悩むかもしれない。

Cは医師と作業療法士との対立がリハビリテーション・チームの機能を阻害するという理由で、患者に対する作業療法を実践できる体制となっていない。この医師と作業療法士との対立は明らかに作業療法士に問題がある。その理由は、筆者が第1章で述べた作業療法は「医行為としてみなされるもの」ということである。作業療法が医師の指示によって実践することができるという理学療法士及び作業療法士法上の規定がある限り、医師の考えに反して作業療法を実践することは許されない。よって、作業療法士は医師の同意を得るところまで、作業療法計画を医師の考える治療計画と合わさなければならないということになる。

そのように考えると、作業療法士は自らの自律性を主張したとしてもCの場合であれば、医師との対立を避けることが難しく、結果として作業療法の実践は滞ってしまう可能性がある。そうすると、Dの場合のように、作業療法士は自らの自律性を抑制しておく形で医師の方針に従っておけばよいという考えに至るかもしれない。しかし、それでは作業療法士が目の前にいる患者に対して最も適切と思われる作業療法の手段が見つかったとしても、それが医師の処方に明記されていなければ、作業療法を実践することはできない。そして、作業療法士は医師の処方に書かれた手段を作業療法士が自ら決定したものとして受け止めた上で作業療法を実践しなければならない。もし、作業療法士が患者に対する実践する作業療法を「医師から言われたから致し方なく行っている」という意識を持ちながら行うのであれば、そこに作業療法士の自律性は存在しえない。

この状態に陥らないようにするためにはどうすればよいか。筆者は作業療法士が敢えてCの行動を取るべきと考える。ただ、Cを選択することは同時に対立を選択するということではない。

作業療法士と患者は「医師の指示」によってその関係が始まる。そこに至るまでに、医師は患者を診察し、その結果として作業療法の必要性を判断した場合に指示を出す。ここで医師が作業療法の指示（処方）を出す最も根本的な理由は、作業療法を実践することで患者（もしくは家族）の要望を満たす、すなわち、効果が期待できるというものであるだ

ろう。

しかし、患者の要望は、疾患もしくは障害の程度・家族の意向・家族以外の人（例えば職場の上司や同僚）の患者に対する理解・家屋のバリアフリー化といった物的環境の変化など、様々な要因が働くことにより変化する可能性がある。この場合、医師が行った障害の診断が、作業療法士が行った評価の結果とは一致しなくなることがありうる。その結果として、医師が必要と考える作業療法的手段と作業療法士が必要と考えるそれとが異なることもありうる。また、患者によっては作業療法の終了時期についても、医師と作業療法士との間に見解の相違をもたらす可能性を有する。

この場合、作業療法士は自ら立案した作業療法計画が医師の期待する作業療法の指示とは異なることを、医師に対して説明する必要がある。その理由は、作業療法士による評価の結果から導出した作業療法的手段の方が患者の要望やニーズにより一致しており、医師が必要と判断したそれよりも適切なものであるかもしれないからである。もちろん、医師が自身の考えの正当性について根拠をもって反論するであろう。そうすれば、作業療法士は再反論することによって議論すればよい。このような議論が患者にとって適切なリハビリテーション医療の内容として成熟することにつながりうる。そして、医師と作業療法士との対話を通して相手の治療計画との不一致が解消されれば、医師は作業療法士による作業療法計画を全面的に理解し、患者へ実践することを承認できる。すなわち、このような過程を経て、作業療法士が立案した作業療法計画は「医師の指示」にもなりうるのである。そして、この過程を経ることで、作業療法士は自律性を有する職種として患者に対し作業療法を実践できることができる。

作業療法士は患者に対し、最も適切であると考えられる作業療法計画を立案しているはずである。作業療法士は患者の方針について見解が一致していない医師に対し、自身が立案した作業療法計画の正当性を主張すべきである。このことは「作業療法士業務指針」にある「業務を行う上で疑義がある点については、その都度、医師に確認を求めるものとする」（社団法人日本作業療法士協会学術部, 2006, p.26）に合致するものであると考える。作業療法士は理学療法士及び作業療法士法において規定されているように、「医師の指示」の下に作業療法を実践しなければならない。しかし、作業療法士は医師の処方に対し無批判に従うだけでなく、疑義があった場合には臆することなく申し立てることが作業療法士の自律性を維持する上で必要なことである。

注

- 1) Jules Quicherat が 1841 年に記したフランス語の著書 *Procès de condamnation et de réhabilitation de Jeanne d'Arc, dite La Pucelle* は、ダルクの復権裁判記録を編纂した貴重な資料とされているが、この文中において *réhabilitation* が「復権」を意味しているとされる。
- 2) 「ノーマライゼーション」の定義は、バンク-ミケルセンによる「いわゆるノーマルな人にすることを目的とするのではなく、その障害をとともに受容することであり、彼らにノーマルな生活条件を提供すること」が知られている（バンク-ミケルセン, 1978, p.146；河東田, 2009, p.21）。ノーマライゼーションは、もともと知的障害者の生活を可能な限り

障害のない人と同じような状態に近づけるという考えに基づいている。基本的な原理は「障害の有無にかかわらず、すべての人が社会から排除されことなく生活することが当然である」というものである。具体的には、障害を有する人を医療や教育などによって「ノーマル」に近づけるのではなく、障害をとりまく住宅や仕事などといった生活の条件をノーマルに近づけるという考えである。

3) 自立生活運動は、1962年に重度の身体障害を有していたエドワード・ロバーツという人物がカリフォルニア大学バークレー校に入学したが、身体障害のために学生寮に入居できないなど学生生活に不自由を来したということを発端としている。つまり、自律生活運動とは、人が重度の障害を有していたとしても自分の人生を自立して生きることができることを主張する運動である。そこには重度の障害を有する人の自己決定権が存在しているのであり、この自立生活運動を通して、重度の障害を有する人が当たり前で生きる権利を社会に認めさせ、障害を有する人への援助の在り方を再考させたものと言える（奥村, 2009, pp.629-30）。当時のアメリカは公民権運動による黒人差別やフェミニズム運動が活発に行われていた時期であり、この自立生活運動もこれらの公民権運動の影響を受けていたものと考えられている（独立行政法人国際協力機構, 2009, p.127）。

4) World Programme of Action concerning Disabled Persons

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/37/52&Lang=E&Area=RESOLUTION (2013年9月15日閲覧)

5) Implementation on the World Programme of Action concerning Disabled Persons

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/37/53&Lang=E&Area=RESOLUTION (2013年9月15日閲覧)

6) United Nations Enable

<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23#current> (2013年9月15日閲覧)

7) ただし、実際には「リハビリテーション医療」がリハビリテーション医学に基づいた診療であると明確に定義される形で使用されている訳ではない。医療機関によっては、日本リハビリテーション医学会に所属していない医師が「リハビリテーション科」の部長など代表者を務めている。そして、その医師たちがそこに所属する理学療法士や作業療法士とともに「リハビリテーション医療」を行っていると言っている場合がある。

8) 高木は肢体不自由児の定義として、肢体（四肢のこと）の機能に不自由なところがあり、将来の生活において支障を期待する恐れのある児童であるとしている（高木, 1951, p.252）。

9) 高木のいう復活能力とは、回復した能力・もともと残存していた能力・代償的に獲得した能力という三つの能力の総和を指している（高木, 1954, p.258）。

10) なお、高木が実践した肢体不自由児に対する療育は、発達障害の専門領域を中心に作業療法の礎としても重要な役割を果たしたものとして位置づけられている（秋元・富岡, 1991, p.301；鎌倉, 2004, pp50-1；吉川, 2011, p.44）。

11) 日本リハビリテーション医学会の設立にあたっては、日本整形外科学会が1959年から設置していた「リハビリテーション委員会」の主導によって準備が進めていたようである。一方、リハビリテーション医学に関心をもっていた内科系の医師たちも「リハビリテーション懇談会」という学会の設立を目指していた。最終的にこの二つの団体は、1963

年 4 月 2 日の「日本リハビリテーション医学会」設立発起人会当日において「日本リハビリテーション医学会」として一致協力して設立することが決定した（上田，2013，pp.3-12）。

- 12) 日本リハビリテーション医学会ホームページ
http://www.jarm.or.jp/rjn/rjn_data/#2（2013 年 6 月 16 日閲覧）
- 13) 日本リハビリテーション医学会における呼称は「リハビリテーション科専門医」である。日本リハビリテーション医学会ホームページ
http://www.jarm.or.jp/civic/civic_specialist/（2013 年 9 月 15 日閲覧）
- 14) 理学療法士及び作業療法士法 第二条 4 には、「作業療法士とは、厚生労働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、作業療法を行なうことを業とする者をいう」と明記されている。
- 15) 保健師助産師看護師法第三十一条には「看護師でない者は、第五条に規定する業をしてはならない（以下略）」とある。そして、ここでいう保健師助産師看護師法第五条では、「この法律において看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」と規定されている。
- 16) この林による「指示」の定義は厚生労働省ホームページにおいても、法令用語としての「指示」の定義として引用されていた。ただし、現在は閲覧できなくなっている。
<http://www.mulw.go.jp/shingi/2002/10/s1030-5f.html>（2009 年 4 月 29 日閲覧）
- 17) 作業療法士である山根寛によれば、道徳療法とは「患者に対する宗教、倫理、哲学的な背景に基づく人道的処遇や非人間的な扱いからの擁護を行いながら、患者に対して仕事や余暇などを含む規則正しい生活や自律的で善い行いと指導するもの」（山根，2010，p.33）とされている。
- 18) Baton・Dunton・Tracy 以外の 4 名の職種は、精神科医師、看護師、ソーシャル・ワーカー、高校の教師で構成されていた（鎌倉，2004，p.13-20）。
- 19) アメリカ作業療法推進協会は 1922 年にアメリカ作業療法協会（The Occupational Therapy Association）に改名し（Quiroga，1995，p.176）、今日に至っている。
- 20) このプログラムには再建助手として 1200 名近い作業療法士たちが参加したとされる（Quiroga，1995，p.165）。
- 21) この再建プログラムにおいて再建助手の担い手はそれまで陸軍の従軍看護師として働いていた女性であった（Quiroga，1995，p.165）。これは、再建プログラムに関与していた、整形外科医やリハビリテーション医学専門医師たちが、再建助手を「新しい女性の仕事」と称して女性の就業を求めたからである（Quiroga，1995，p.165）。ただし、再建助手は他の職種と比べ従属的な下位のヒエラルキーの中に位置していた（Guttman，1995，p.258）。
- 22) 厚生省編 昭和 36 年度厚生白書 第一部 総論 第三章 社会保障の国際的動向
第一節 最近における諸外国の社会保障制度の発展
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1961/dl/04.pdf（2013 年 10 月 5 日閲覧）
- 23) 厚生省編 昭和 36 年度厚生白書 第一部 総論 第二章 変動する社会における諸問題

と厚生行政 第五節 国民保健の向上とその対策 三 保健活動に従事する技術者の養成訓練 http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1961/dl/03.pdf (2013年10月5日閲覧)

24) 厚生省編 昭和38年度厚生白書 第4 医療施設と医療関係者 2 医療関係者

(4) その他の医療関係者 イ その他の医療関係者 (イ) 新しい医療関係者

http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1963/dl/05.pdf (2013年10月5日閲覧)

25) 筆者は本論文の執筆にあたり、この「PT・OT 身分制度打ち合わせ会」の議事録にあたる予定であった。しかし、日本作業療法士協会事務局、国立国会図書館、厚生労働省図書館、全国の大学ならびに自治体図書館のいずれにも議事録は存在しなかった。そのため、「PT・OT 身分制度打ち合わせ会」に出席した委員が執筆した文献を参考ならびに引用することとした。

26) あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師の基盤となる法律として、1947年に制定された「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」がある。あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」では第一条において、「医師以外の者で、あん摩、マッサージ若しくは指圧、はり又はきゆうを業としようとする者は、それぞれ、あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゆう師免許を受けなければならない」ことが規定されている。そして、第十二条では「何人も、第一条に掲げるものを除く外、医業類似行為を業としてはならない(後略)」と記されており、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師が患者に実践する行為が医業類似行為に該当することを明記している。

なお、「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」では、第九条の二において「施術所を開設した者は、開設後十日以内に、開設の場所、業務に従事する施術者の氏名その他厚生労働省令で定める事項を施術所の所在地の都道府県知事に届け出なければならない(後略)」と明記されている。すなわち、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師は自身で開業することが可能である。

総務省 電子政府の窓口イーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22HO217.html> (2013年9月15日閲覧)

27) 「理学療法士及び作業療法士法」の法案について、当時の厚生省は1963年12月からの第46回通常国会への提出を考えていた。しかし、法案提出にあたり、理学療法士と作業療法士の職域を業務独占にするか名称独占にするか、免許を与える範囲について養成校卒業者以外にも特例の形で認めるか、視覚ならび聴覚に障害を欠格事項とするか、という議論が決着しなかった。そのため、第46回通常国会への提出は見送られた(上田, 2013, p.23)。

28) 参議院 第048回国会社会労働委員会 第15号議事録

<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/048/0188/04804270188015a.html> (2013年1月4日閲覧)

29) リハビリテーション医学専門医師のことを指す。

30) ここでは理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が該当する。

31) 薬剤師の場合は、薬剤師法第二十四条において「薬剤師は、処方せんに疑わしい点

があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない」ということが規定されている。そして、この規定に反した薬剤師は薬剤師法第三十二条によって、五十万円以下の罰金に処するという罰則が設けられている。この医師の処方に対する疑義に関する法律上の規定は、罰則も含めて薬剤師以外の職種には設けられていない。

第3章 理学療法士との関係から見た作業療法士の独自性

はじめに

本章では理学療法士との関係から作業療法士の独自性を明らかにしようと試みる。そのために、理学療法と作業療法の異同について探究する。もともと、理学療法は17世紀から始まった水治療や電気治療から発展してきた（Granger, 1976, p.14; Pagliarulo, 2012, p.8）。一方、作業療法はフランスの精神科医師フィリップ・ピネルの道徳療法¹⁾から始まったとされている（鎌倉, 2004, p.7）。このように両者はその起源を異にするが、現在において両者の違いが明確な形で一般に認識されているとは言い難い。理学療法と作業療法の違いがどこにあるのかを明確にすることは、作業療法士の独自性を明らかにする上で重要な着眼点であると思われる。

本章では冒頭に挙げた目的を果たすために、まず、「理学療法士とはいかなる職種であるか」を概説する。その上で、第1章において述べた「作業療法士とはいかなる職業であるか」ということ、および第2章第2節において述べた「作業療法と医師との関係」とを対比する形で、両者の違いがどこにあるかを確認する。つぎに、現在において理学療法士と作業療法士が臨床実践を行う上で基盤となる重要な理論を取り上げ、両者を対比する。これらによって明らかになった理学療法と作業療法の違いをもとに、作業療法士の独自性を見出すことを試みる。

第1節 理学療法士とはいかなる職種か

第1項 わが国における理学療法士の位置づけと構成

わが国の理学療法士は、作業療法士と同じく1965年に施行された理学療法士及び作業療法士法によって国家資格を得ることで、業務として理学療法を実践することが可能である。理学療法士及び作業療法士法第二条では、「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」と理学療法の定義がなされている。また、理学療法士及び作業療法士法第二条3では、作業療法士の場合と同じく、「医師の指示」のもとに理学療法を遂行することが可能であることが明記されている。

理学療法士の場合も、作業療法士の場合と同じく保健師助産師看護師法第三十一条にある「療養上の世話ならびに診療の補助という業務独占の規定にかかわらず、診療の補助としての理学療法を行うことができる」ことが明記されている。そのため、理学療法士は作業療法士の場合と同じく、理学療法を業務として独占していない。ただし、理学療法士及び作業療法士法第十七条において「理学療法士でない者は、理学療法士という名称又は機能療法士その他理学療法士にまぎらわしい名称を使用してはならない」という、理学療法士の名称独占が明記されている。

つぎに、理学療法士の構成について概説する。わが国における理学療法士国家試験の合

格者数は2013年6月現在において110,675名となっている²³⁾。わが国の理学療法士は作業療法士と同じく1966年に誕生したが、最初の理学療法士は187名であった。その後、1990年度には10,024名、2000年度には26,921名、2010年度には82,974名と推移しており、作業療法士と同じく10年ごとに約3倍の増加率となっている。ただ、2009年4月の時点において理学療法士数が73,862名であったことから、2013年6月現在での理学療法士数110,675名のうち、33.3%にあたる36,813名が臨床経験5年未満である。また、年齢構成は30歳以下が全体の37.3%にあたる41,346名、31歳以上40歳以下が全体の27.0%にあたる29,845名となっている²⁾。理学療法士は作業療法士と同じように臨床経験の浅い若年者の割合が多い職種であると言える。

第2項 理学療法士の教育と職域

理学療法士の養成教育について、理学療法士及び作業療法士法第十一条では国家試験受験資格として、「学校教育法上において大学に入学することができる者が、文部科学大臣の指定した学校又は厚生労働大臣の指定した理学療法士養成施設において、三年以上理学療法士として必要な知識及び技能を修得したもの」と記されている。1966年3月31日に当時の文部省ならびに厚生省令として施行された、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」⁴⁾第2条を見ると、理学療法士養成課程における教育の内容は「別表第一に定めるもの以上のものであること」と明記されている。そこで、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」別表第一を見ると、教育内容として基礎分野ならびに専門基礎分野は作業療法士養成課程のものと同一である。また、専門分野については、基礎理学療法学6単位、理学療法評価学5単位、理学療法治療学20単位、地域理学療法学4単位、臨床実習20単位となっている。これを作業療法養成課程での教育内容と比較すると、その違いは、専門分野での個々の教育内容において作業療法の表記が理学療法になっている点のみである。なお、単位数の総計は93単位であり、作業療法士の場合と同じである。

これらの法令に準じて、わが国には理学療法士の養成施設として、2013年5月現在で文部科学大臣が指定する学校が99校（短大6校、大学93校）、厚生労働大臣が指定する要請施設としての各種学校が149校存在している。さらに、わが国には理学療法を主たる専攻領域におく大学院が49の大学（修士課程を有する大学17校、修士および博士課程を有する大学32校）に設置されている。

つぎに理学療法士の卒後教育に関して、日本理学療法士協会⁵⁾は独自の生涯教育制度を設けている。日本理学療法士協会における生涯教育制度において設けられているプログラムは、新人教育プログラム・認定理学療法士制度・専門理学療法士制度の3つである。

新人教育プログラムは理学療法士協会に入会後、最短1年間のうちに、日本理学療法士協会が指定する15単位の講義を受講して単位を取得するものである。この15単位の講義については、日本理学療法士協会と協力関係にある各都道府県理学療法士会において実施される。新人教育プログラムの修了者は日本理学療法士協会が1998年度から運用している「専門理学療法士」および2006年から運用を開始している「認定理学療法士」の称号取得を目指して研鑽を続けることになる。一方、新人教育プログラムを修了した理学療法士は、日本理学療法士協会が理学療法士の専門領域として区分している七つの専門部会（基礎理学療法、神経理学療法、運動器理学療法、内部障害理学療法、生活環境支援理学療法、物

理学療法、教育・管理理学療法)⁶⁾のうち少なくとも一つ以上の部会に所属することが義務付けられる。そして、特定の専門部会に2年以上所属し、日本理学療法士協会が指定する研修会受講、学術活動、社会貢献活動⁶⁾を一定以上満たした理学療法士は認定理学療法士試験の受験申請を行うことができる。専門部会による審査に合格した理学療法士は、「認定理学療法士」認定試験の受験資格が得られる。この認定作業療法士試験に合格した理学療法士は日本理学療法士協会から「認定理学療法士」の称号が得られる。さらに、「認定理学療法士」の称号を取得した理学療法士は、特定の専門部会に5年以上所属し、日本理学療法士協会が指定する研修会受講、学術活動、社会貢献活動⁷⁾について認定理学療法士取得の際に求められる量の3倍以上を満たした上で、「専門作業療法士」認定試験に合格すると「専門理学療法士」の称号が得られる。

ただ、この「認定理学療法士」および「専門理学療法士」の称号については、医療法第六条の五にある病院や診療所における広告として認められていない⁸⁾。この点は日本作業療法協会が実施している生涯教育制度での「認定作業療法士」ならびに「専門作業療法士」の称号と同じである。そのため、現時点では、日本理学療法士協会が実施している生涯教育制度において一定以上の教育を受けたということを示すだけのものであり、一般国民に広く認知されている訳ではない。

理学療法士の職域について、日本理学療法士協会は日本作業療法士協会のように、対象となる患者の疾患もしくは年齢層を基準にした臨床専門領域に準じた分類はしていない。2013年6月現在において日本理学療法士協会に所属している理学療法士85,127名中、病院や診療所などの医療施設に所属しているのが57,862名(68.0%)と最も多かった²⁾。介護老人保健施設や老人訪問介護ステーションなどの医療福祉中間施設が7,491名(8.8%)、特別養護老人ホームや老人福祉センターなどの老人福祉施設が1,020名(1.2%)、知的障害児施設や肢体不自由児施設などの児童福祉施設が627名(0.7%)、大学や専門学校の教員など教育・研究施設が2,326名(2.7%)となっていた²⁾⁹⁾。

第3項 理学療法の定義

理学療法士が臨床において実践している「理学療法」がどのようなものであるかについては、理学療法士及び作業療法士法第二条において次のように明記されている。

この法律で「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。

一方、日本理学療法士協会は公表した理学療法の定義は下記の通りである。

「理学療法とは病気、けが、高齢、障害などによって運動機能が低下した状態にある人々に対し、運動機能の維持・改善を目的に運動、温熱、電気、水、光線などの物理的手段を用いて行われる治療法である」¹⁰⁾

理学療法士及び作業療法士法の条文ならびに日本理学療法士協会による理学療法の定義

をみると、理学療法士が臨床において通常用いる介入手段は「物理的手段」であると言ってよいだろう。そして、この物理的手段は、運動を用いる運動療法（Therapeutic exercise）（表 3-1）と、その他の手段を用いる物理療法（Physical Therapy）（表 3-2）とに分けることができる。

ここでわが国の理学療法士による運動療法の定義づけについて確認する。中山彰一は「身体が障害を受けたり疾病に侵された際、その機能の回復をはかり、より良い状態を維持するために身体の運動を科学的に適用する治療手段」（中山, 2006, p.7）と定義している。篠原英記は「身体・精神が何らかの病気・外傷に侵された際、病気・外傷に伴う病態を軽減し、身体・精神の機能の回復を図り、生活機能と社会参加を含めた人間としてより良い状態を維持するために、他動的または自動的な運動を適用すること」と定義している（篠原, 2008, p.3）。また、中島喜代彦は「患者または障害者自身による運動（自動運動）や理学療法士などの他者による運動（他動運動）によって、神経系、運動器系、呼吸・循環器系、代謝系などの機能の向上、改善及び維持を目的に行われる」と定義している（中島, 2013, p.9）。このように、運動療法の定義は理学療法士によって若干の違いはあるものの、「疾病によって何らかの機能不全としての障害がもたらされた患者に対し、理学療法士がその障害の改善を目的に自動もしくは他動運動を科学的に利用する手段」と定義することは可能であると思われる。

第 4 項 理学療法士の臨床実践

日本理学療法士協会によれば、理学療法士の対象となる患者として、脳卒中や脊髄損傷などの中枢神経疾患、骨折や切断などの整形外科疾患、慢性閉塞性肺疾患や結核後遺症などの呼吸器疾患、心筋梗塞や狭心症などの心疾患、糖尿病や手術後の体力低下などの内科的疾患が挙げられている¹¹⁾。

理学療法の流れは、医師が患者を診察し理学療法の指示を出すことによって開始される。ここで、医師の指示は作業療法の場合と同じように「処方」として表現されることが多い（内山, 2007, p.31；高橋, 2010, pp.48-9；丸山, 2013, pp.31-2）。理学療法士は医師の処方を通して、患者の傷病名、障害名、既往歴などを確認し、理学療法実施上の患者に関する禁忌事項や注意事項などのリスクを把握する。理学療法士はこれらを把握した上で「評価」を行う。

評価では、まず、理学療法士が患者に対し面接・観察・検査測定を実施しながら患者の要望や現時点での生活状況や心身機能の障害度などを把握する。理学療法士は、同時に患者の家族や患者に関与している他の医療職から、理学療法を実施するために参考となると思われる処方に記載されていない情報を入手する（内山, 2007, p.31；高橋, 2010, pp.48-9；丸山, 2013, pp.31-2）。ここでいう情報としては、薬物療法、手術所見など患者に対して現時点で行われている医療に関する医学情報、家族構成、生活歴、趣味、家屋構造、家族の要望といった患者や患者の家族の生活に関する環境情報、患者の職業や職務内容、職場環境などの職業情報がある（丸山, 2013, p.33）。

理学療法士は評価を通して患者に実施すべき理学療法を定めながら理学療法計画を立案する。理学療法計画では患者の理学療法開始一定期間後の目標設定を行い、その目標をもとに実際の理学療法介入手段を立案する。理学療法計画の立案が起こったら、患者もしく

は家族からインフォームド・コンセントを得た上で、理学療法の実践を開始する（内山, 2007, p.31；高橋, 2010, pp.48-9；丸山, 2013, pp.31-2）。

理学療法士は一定期間理学療法を実践した後、あらためて患者の評価を再評価もしくは最終評価として行う（内山, 2007, p.31；高橋, 2010, pp.48-9；丸山, 2013, pp.31-2）。患者に理学療法を実践する必要性がなくなった場合やもしくは患者が理学療法を希望しない場合は、患者から得たインフォームド・コンセントをもとに理学療法継続の要否が検討される。この理学療法継続の要否については患者の意向が最大限考慮されるが、この患者の意向をもとに理学療法士の要否を判断する医療職種は理学療法の指示を出す医師である（内山, 2007, p.31；高橋, 2010, pp.48-9；丸山, 2013, pp.31-2）。

表 3-1 理学療法士が実践している運動療法の種類

1.運動要素別運動療法	関節可動域運動 筋力増強運動 筋持久力増強運動 協調性運動 平衡運動 全身持久力運動
2.技法別運動療法	神経筋再教育 骨・関節・筋膜・筋に対する徒手療法
3.疾患別運動療法	ウィリアム体操(腰痛症) フランケル体操(失調症) クラップの葡萄体操(側彎症) コッドマン体操(肩関節周囲炎) バージャー体操(末梢循環障害)
4.動作・場所・器具別運動療法	動作別(歩行練習、日常生活動作練習など) 場所別(屋内練習、屋外練習) 器具別(マット上練習、車いす練習など)

(丸山倫司 (2011)「理学療法の流れ(理学療法過程)」、中島喜代彦他編『理学療法概論テキスト』、p.22 を一部改変)

表 3-2 理学療法士が実践している物理療法の種類

電気療法	干渉低周波 経皮的通電刺激法 レーザー療法 Silver Spike Points (SSP)療法 機能的電気刺激療法 赤外線 紫外線 極超短波療法
伝導性・寒冷療法	温罨法 冷罨法 パラフィン浴 寒冷療法
機械器具療法	牽引療法 マッサージ機器療法
水治療法	ハバードタンク 全身浴 部分浴 交代浴

(日下隆一 (2007) 「理学療法の歴史」、奈良勲編著『理学療法総論 第5版』、pp.53-6 を一部改変)

第5項 理学療法士が医療に携わる職業として確立するまでの経緯

理学療法は英語で Physical Therapy であり、物理療法と同じ用語である。もともと、理学療法は物理療法をその起源としており、第2章第1節第3項において概説したように医師によって実践されていた。

既にイギリスでは、理学療法士の職能団体として The Society of Trained Masseuses が組織されていた(武富, 1997, p.2; 松村, 2001, p.2)。この組織は、イギリスの看護師たちが当時実践していたマッサージを職業として認めてもらうことを目的に組織されたものであった(マリス・他, 2002, p.104)。その後、この団体は1900年に The Incorporated Society of Trained Masseuses と名称変更し、イギリス国内における専門家の団体として法的に認められている(武富, 1997, p.2; 日下, 2007, p.45)。しかし、The Incorporated Society of Trained Masseuses が患者への実践していた内容は、マッサージのようなものにとどまっていた(マリス・他, 2002, pp.104-5)。そして、The Incorporated Society of Trained Masseuses がイギリスで理学療法を示す用語である“Physiotherapy”を名称に取り込んだ The Chartered Society of Physiotherapy へと名称変更したのは1942年(もしくは1944年)であった(武富, 1997, p.2; 日下, 2007, p.46)。そのため、理学療法士の職業団体とし

ては、これから述べるようにアメリカが最も早い設立であるということになる。

20世紀初頭のアメリカにおいて、理学療法は **The American Electro-therapeutic Association** に所属する医師を中心に実践されていた。この経緯は、第2章第1節第3項において概説したリハビリテーション医学専門医師の実践と重なっている。

アメリカにおける理学療法士の先駆けは、第一次世界大戦における傷病軍人に対する再建プログラムの中で、整形外科医のアシスタントとなる「再建助手」としての立場で **Physiotherapist** の名のもとに、作業療法士とともに参加することになった人たちである (Gritzaer & Arluke, 1985, p.53; Pagliarulo, 2012, p.9)。この再建プログラムにおける理学療法士の役割は、正確な身体機能や筋力の測定・正常な運動を促進する練習方法の指導・正常な運動を維持するための患者教育・マッサージであった (Quiroga, 1995, p.160; Pagliarulo, 2012, p.9)。そして、これらの理学療法士たちは、第2章第2節第1項で述べた作業療法士の場合と同じく、医師の指揮下において理学療法を実践していた (Verville, 2009, pp.22-3)。

ここで、理学療法士が患者に対して物理療法以外に用いた手段が「運動」であり、人間にとって正常な運動が可能になることを目的とするものであった。もともと、運動が心身の正常な機能を維持し、疾患の回復を促進することは古代ギリシャのヒポクラテスやガレノスの時代から行われていた (Granger, 1976, p.13; 中山, 2006, p.2)。この運動を用いた治療法を「運動療法 (Therapeutic Exercise)」として実践したのが、スウェーデンにおいてフェンシングのインストラクターを行っていた **Pehr Henri Ling** という人物である

(Bandy, *et al.*, 2007, p.4; 中山, 2006, p.4; 内山, 2007, p.45)。Ling は 1812 年に、解剖学・生理学・物理学的な見地から、人の運動機能に対する治療を目的とする「スウェーデン体操」を、一般的に行われる体操とは区別する形で考案した (中山, 2006, p.4; 内山, 2007, p.45)。「スウェーデン体操」はマン・ツー・マンで実践する体操であったが、この「スウェーデン体操」をスウェーデンの医師であった **Gustav Zander** が、機器を用いて多数の人が同時に体操をできるように改良した。この改良された「スウェーデン体操」がヨーロッパやアメリカに伝わり、リハビリテーション医療を実践していた人たちに伝わったとされている (中山, 2006, p.4; 内山, 2007, p.45)。

アメリカでは第一次世界大戦後も理学療法の必要性が叫ばれ続けた。それとともに理学療法に携わる人々のアメリカ国内における組織団体の設立が叫ばれるようになってきた。そこで、イギリスで理学療法士としての資格を既に取得しており、再建プログラムに関するイギリスとフランスへの視察メンバーでもあった **Mary McMillan** が中心となり、アメリカでの全国的な理学療法に関する講習会を開催した。そして 1921 年にその講習会の受講者であった多くの女性によって初の専門職団体であるアメリカ女性理学療法協会 (**American Women's Physical Therapeutic Association**) が設立された (Beard, 1961, p.844; Murphy, 1995, p.71; Pagliarulo, 2012, pp.10-1)。このアメリカ女性理学療法協会は翌 1922 年にアメリカ理学療法協会 (**American Physiotherapy Association: APA**) へと名称変更され (Murphy, 1995, p.77)。さらに 1946 年には (**American Physical Therapy Association: APTA**) に変更されて (Murphy, 1995, p.133) 現在に至っている。

第2節 わが国における理学療法士と作業療法士の違い

本節では、筆者が第1章において概説した作業療法士の概説と、前節において概説した理学療法士の現状を基にしながら両者を比較する。まず本項では法令上における比較を行う。

厚生省が理学療法士及び作業療法士法の施行直後である1965年12月に公表した『理学療法士及び作業療法法の解説』（厚生省医務局医事課,1965）では、理学療法と作業療法の違いについて次のように解説がなされている。少し長いが引用する。

理学療法と作業療法の違いをわかりやすくいうと、理学療法が身体に障害のある者に対して行なわれるのに対して、作業療法は身体に障害のある者のほか精神に障害のある者に対しても行なわれるということのほか、身体に障害のある者に対して行なわれる場合についていえば、理学療法は主として回復の前期において筋力の増強、関節の大まかな動きの回復を目標にして行なわれ、その主な対象が下肢であるのに対して、作業療法は主として回復の過程の後期に関節の細かい動きの回復や運動の協調性の増強を目標にして行なわれ、上肢が主な対象となる点が異なるといえよう。ただし、両者の共通の分野として、日常生活に必要な動作の訓練がある（厚生省医務局医事課, 1965, p.48）。

理学療法では中枢神経疾患・整形外科疾患・内科的疾患によって身体機能が低下した状態の患者を対象としている。それに対し、作業療法では身体機能だけでなく、精神に障害を有する人も対象としている。法律やそれぞれの職業団体の定義にもあるように、作業療法では精神障害を有する患者を作業療法の対象として含めているのに対し、理学療法ではそれが含まれていない。

第1章において述べたように、作業療法には精神障害を有する患者を対象とした専門領域が存在する¹²⁾。一方、理学療法において精神障害を有する患者を対象とした「精神科理学療法」に相当するという専門領域は存在しない。このことから、精神科作業療法という専門領域は作業療法の独自性を示すものとして主張できるかもしれない。

しかし、精神障害を有する患者に対する医学的リハビリテーションの適応は、必ずしも作業療法に限定されるという訳ではない。精神障害を有する患者がなんらかの原因により身体に障害をきたした場合、理学療法の対象になりうることは容易に想定できる。その場合、理学療法士は患者の精神障害の程度に考慮しながら、患者との関係を構築するとともに、理学療法実践上における患者の特異的なリスクについて配慮する必要がある。このことから、理学療法士が患者の精神状態に全く無関心のまま理学療法を進めることは許されないであろう。このように考えると患者における精神障害の有無が理学療法と作業療法を区別する明確な境界線であるということは難しい。

つぎに、理学療法士及び作業療法士法における理学療法と作業療法との違いについて、「理学療法士は座る・立つ・歩く・身体や手足を曲げ伸ばしするという人間にとって基本的と言える運動能力」（厚生省医務局医事課, 1965, p.44）を意味する「基本的動作能力」の回復を主な役割とする。それに対し、作業療法士は食事・衣服の着脱・書字などの日常動

作や職業（厚生省医務局医事課, 1965, p.47）を指す「応用的動作能力又は社会的適応能力」の回復を主たる役割として掲げている。例えば患者がトイレで用をたすという動作の一連を見ても、そこには別の部屋からトイレに向かうために立つ、歩くという基本動作やトイレの中で座る、立つという基本動作が伴うものである。したがって筆者は、少なくとも作業療法士が法律上理学療法の定義となっている基本的動作に全く関与しないことはできないと考える。

つぎに、理学療法士と作業療法士が臨床実践において患者に対して用いる手段について、作業療法では「作業活動」を用いるとしているのに対し、理学療法では運動や電気といった「物理的手段」を用いている。ここで、理学療法における「物理的手段」とは、前述した「物理療法」のことを指す。そして理学療法士及び作業療法士における「物理療法」とは、電気刺激、マッサージ、温熱療法、その他（厚生省医務局医事課, 1965, p.43）と規定されている。この中で、マッサージについては、本来 1947 年に思考された「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」第一条¹³⁾において、あん摩マッサージ指圧師の独占業務となっている。ただ、理学療法士は身体に障害を有する患者が理学療法の対象となっている場合に限り、「医師の具体的な指示」の下にマッサージを行なうことを許されている¹⁴⁾。

ここまでに取り上げた物理療法については、法律において作業療法の関する条文においては触れられておらず、理学療法士の独自性として主張できるかもしれない。ただし、物理療法によって期待される効果の一つとして疼痛の軽減があげられている。そのため、医師は作業療法の指示において、疼痛が作業療法の妨げにならないようにする目的で、作業療法士に対して物理療法を指示する場合があります。そして、作業療法士も物理療法に関する効果と禁忌および注意事項に関する知識の習得が必要とされている（山口, 2011, p.103）。

第 3 節 理学療法の理論

第 1 項 ファシリテーション・テクニックと理学療法士

前節では、理学療法と作業療法を一応区別してものとして、理学療法士及び作業療法士における違いと、双方の職能団体が公表している定義の違いを挙げる事ができた。それらをもとに作業療法では「精神科作業療法」にその独自性を見出すことはできるかもしれないと考えられた。しかし、精神障害を有する患者に対しても、それを有しない患者と同じように理学療法は実践される場合がある。よって、単純に法律や職能団体の定義が作業療法の独自性を明確に示すものではないことを主張した。

本節では、理学療法と作業療法を実践するにあたり、実践の根拠づけを行う指針となるそれぞれの「理論」が独自性を持つものであるかについて検討を加える。この検討を行うためには、1940 年代からの双方の理論に関する歴史的変遷を追っていく必要がある。そこで、本節では理学療法士が理学療法を実践する上での理論について検討する。

理学療法の理論は筋再教育に端を発するとされる（内山, 2007, p.27）。この筋再教育はも

ともと、アメリカにおいて 1940 年代に流行したポリオに罹患し、下肢の麻痺を呈した患者に対し、筋力強化による運動機能の改善を目的として用いられたものである。しかし、理学療法の対象が脳疾患や脊髄疾患などの中枢神経疾患を有する患者に広がると、筋再教育を基盤にした理学療法ではその効果に限界あると考えられるようになった。そのため、1950 年代から 1960 年代にかけて、アメリカの理学療法士たちは生理学者の Sherrington が提起した「単純な脊髄反射は運動の基本単位であり、すべての運動は反射の総和によるものである」という反射 (Reflex) 理論や、Jackson が主張した「運動は、上位中枢である大脳皮質、中位中枢である脳幹、下位中枢である脊髄という 3 層の中で階層的になされる」という階層 (Hierarchical) 理論を重視するようになった (Horak, 1991, pp.11-7, 星, 2006, pp.81-3)。この反射理論や階層理論を基盤として、「ファシリテーション・テクニク (Facilitation technique)」という新たな理学療法の理論とそれに基づく実践に発展していった (Horak, 1991, pp.11-7, 星, 2006, pp.81-3)。

「ファシリテーション・テクニク」では、ある時点における患者の運動機能の状態に応じた形で、患者が有する生理学的な感覚受容器に理学療法士が特定の刺激を加えることで、患者の異常な運動を抑制できると考える理論である。この理論は、患者の異常な運動の抑制をはかると同時に、正常な運動の促通を患者の中枢神経系に働きかけるという神経生理学を基盤においている。そして、「ファシリテーション・テクニク」は促通した正常な運動機能を正常な日常生活の回復に結び付ける点について仮説を立てる理論とされている (日下, 2007, P.59)。

アメリカ理学療法協会 (APTA) は 1966 年に国内の理学療法士が有する理論と技術について相互理解を図ることを目的として Northwestern University Special Therapeutic Exercise Project (NU-STEP) という会議を開催した。この中で、理学療法における重要な治療技術として「神経促通手技」が認識され、会議以降に発刊された理学療法士の教科書に「ファシリテーション・テクニク」の理論や技法がとりあげられたとされる (藤田, 2007, p.320)。

この「ファシリテーション・テクニク」は、最終的に患者が有する個性や社会的背景に頼らない、全ての人間に普遍的な生理学的機能に着目する理論と言える。そのため、理学療法の対象となるすべての患者に実践可能な理論として普及した。そして、患者が有する疾患の病理学的特徴を考慮するような形で、ボバース法¹⁵⁾・Vojta 法¹⁶⁾・ブルンストローム法¹⁷⁾などの理論が発表された。そして、多くの理学療法士が患者に対してこれらの理論に基づく形での運動療法を実践した。

このファシリテーション・テクニクは、わが国に理学療法士が誕生した直後の 1960 年代後半において、主にリハビリテーション医学専門医師により紹介され、多くの理学療法士が患者に対して実践するようになった。しかし、時間の経過とともにファシリテーション・テクニクに対する批判がリハビリテーション医学専門医師の中から出るようになった。医師たちの批判はとりわけファシリテーション・テクニクの効果に向けられた。たとえば、上田敏は「疾患によって死んだ神経細胞に対し、ファシリテーション・テクニクを使って運動の正常化を働きかけることが効果につながるのか」という批判を行っている (上田, 1975, pp.9-12)。大川嗣雄は「患者の適応や技術の巧拙に対する結果の違いが明確でなく、機能障害の改善度が限界に達した後の方法が明らかでない」と述べている (大

川, 1986, p.170)。三好正堂は患者の筋活動¹⁸⁾を引き出すことで歩行や復職が可能となった自験例を紹介した上で、ファシリテーション・テクニックを「独善的かつ非科学的な方法」¹⁹⁾と批判している(三好, 1986, pp.185-90)

この中で、アメリカ理学療法協会 (APTA) は 1990 年に Northwestern University II Special Therapeutic Exercise Project (II STEP) という会議を開催し、理学療法の基盤とすべき理論について改めて議論を行っている (Horak, 1991)。この会議において、1966 年の NU-STEP においては理学療法士にとって重要とされたファシリテーション・テクニックについて、その効果には限界があることが指摘された (Horak, 1991, p.20)。

第 2 項 システム論に基づいた理学療法理論

前項におけるファシリテーション・テクニックに対する批判を受けて、Northwestern University II Special Therapeutic Exercise Project では、「人間の運動や行動はある課題を遂行している状態であって、その課題遂行を達成するためにはいくつかの患者と環境とのシステムが動員された結果、ある行動のパターンが生じるという患者の身体と環境との相互作用に基づく」というシステム理論に着目するようになった (Horak, 1991, pp.11-7)。この II STEP において特に重視されたのが、人の運動を脳などの中枢から筋骨格などの末梢に一方的に起こるものではなく、人・課題 (task)・環境の三者が相互作用を行いながら運動を調整するという「運動制御 (Motor Control)」²⁰⁾に基づくモデルであった (Horak, 1991, p.17)。

この流れの中で、アメリカの理学療法士である Shumway-cook と脳科学者である Woollacott は「課題指向型アプローチ」を 1995 年に発表した (Shumway-cook & Woollacott, 2009)。

Shumway-cook と Woollacott が「課題指向型アプローチ」において重視した背景は、ロシアの科学者である Nicolas Bernstein による「ある運動に関する中枢から末梢への同一の指令がなされた場合に、その人を取り巻く人的ならびに物的な環境とその人の心身状態などとの相互作用により、表出される運動が異なる」というシステム理論であった

(Shumway-cook & Woollacott, 2009, p.12)。そして、Shumway-cook と Woollacott は「課題指向型アプローチ」の根幹について、人はある特定の環境の中で課題の要求に合わせながら運動を実践するという「運動制御」においた (Shumway-cook & Woollacott, 2009, p.2)。

この課題指向型アプローチはアメリカおよびわが国において、理学療法の基盤となる理論として重視されるようになった (Pandra *et al*, 2009, pp.227-8; 内山, 2007, pp.27-8)。理学療法士は「課題指向型アプローチ」において、患者が行う運動における正常と異常の区別ではなく、現実の環境の下における歩行や日常生活動作といった具体的な課題に注目することを重視した (藤田, 2007, p.321)。そして、理学療法士は「課題指向型アプローチ」において、患者に対し具体的な課題の中で特異的に起こりうる問題を解決できる「問題解決処理能力」の向上を図ることを重要と考えた (藤田, 2007, p.321)。つまり、「課題指向型アプローチ」は理学療法士が個々の患者における現実の生活環境において、患者にとって意味のある具体的課題を提供することで、患者の課題遂行能力の向上を促進させようとする理論であった (潮見, 2009, p.259)。

第4節 作業療法の理論

第1項 ファシリテーション・テクニックと作業療法士

本節では作業療法理論の変遷について確認する。アメリカの作業療法士であった Kielhofner はアメリカにおいて作業療法士が誕生した 1917 年以降における作業療法士の自己同一性と作業療法の知識の歴史の変遷に関する論文を発表している (Kielhofner, 2001)。Kielhofner は、トーマス・クーンのパラダイム転換の考え方を採用しながら、作業療法と作業療法士の歴史には大きなパラダイムシフトがあったと主張している (Kielhofner, 2001, pp.40-9)。

クーンは『科学革命の構造』の中で、物理学を主体とした自然科学について法則や理論など科学研究における規範があり、それが科学研究の中でモデルとして存在しているものを「パラダイム」と呼んだ (クーン, 1971, p.13)。クーンはこのパラダイムについて時間の経過とともに蓄積されながら伝統的に発展するのではなく、パラダイムはそれが役に立たなくなったと判断された時に切り棄てられ、新たに誕生したパラダイムに置き換えられると考えた (クーン, 1971, p.104)。Kielhofner はこの古いパラダイムが新しいパラダイムに置き換わることを²⁾を「パラダイムシフト」と言った。

Kielhofner はこの「パラダイムシフト」を作業療法の歴史に当てはめて分析した (Kielhofner, 2001)。Kielhofner によれば、1920 年代から 30 年代にかけての米国の作業療法では、患者個人の生活における習慣や環境の整備をはかりながら、患者が種々の活動や仕事に復帰できるための心身機能条件を探ることに主眼を置いていたことを明らかにした (Kielhofner, 2001, p.44)。当時の作業療法士はその条件を満たすため、患者が関心をもつゲームや手工芸などの作業を患者に提供していた。しかし、1940 年代から 50 年代にかけて、科学としての医学の発展に伴う医師から「作業療法の科学性の欠如」に関する強い批判を受けるようになる (Kielhofner, 2001, pp.44-5)。そのため、作業療法士はそれまでの作業に対する考え方を棄て、運動学²⁾を基盤とした形で人間の「作業」が困難な原因を、関節運動や筋収縮、高次脳機能といった心身機能のある部分的な要素に分解しながら考える「還元主義」に基づく作業療法の展開を望ましいとする医学モデルへのパラダイムシフトを果たした (Kielhofner, 2001, pp.44-7)。

1940 年代から 60 年代にかけてのアメリカの作業療法士は、患者が「作業」をできない原因について、その患者の心身機能に求めるという医学モデルに基づいた評価を行い、その原因となる心身機能を治療する手段として作業療法を実践するようになった (Kielhofner, 2008, pp.42-3)。その中で、作業療法士は「ファシリテーション・テクニック」を主に上肢機能の回復を目的とする治療手技の一つとして位置づけるようになった (Pope-Davis *et al*, 2012, pp.805-6)。このファシリテーション・テクニックは、理学療法士と同じように、作業療法士がわが国において誕生した直後の 1960 年代後半において、リハビリテーション医学専門医師により、作業療法にも適用できる技法として紹介された。もともと、当時の作業療法士は作業療法を医学モデルに基づいて「作業を用いて障害の治療を行う」と認識していた (鎌倉, 2004, p.64)。そこにファシリテーション・テクニックが作業療法士の中に浸透したことで、多くの作業療法士が理学療法士と同じような徒手的な運動療法に近い形で

作業療法を実践するようになった（鎌倉, 2004, p.65）。

しかし、このことは作業療法士と理学療法士との類似性を高める結果をもたらした。作業療法士は医師や理学療法士などから「作業療法士としての独自の専門性は確立していない」との批判を受けるようになった（上田, 1986, p.iv ; 田口, 1986, p.270）。とりわけ、第1章第4節第2項で取り上げた第20回日本作業療法学会シンポジウム「作業療法—その核と問う」において、シンポジストとして登壇した理学療法士の田口順子は「理学療法まがいの作業療法をやるのでは（中略）理学療法の二重請求²²⁾と受け取られても致し方のないこと」という形で「作業療法の理学療法化」という作業療法士の現状を痛烈に批判した（田口, 1986, p.270）。

アメリカにおいても、1960年代後半頃より作業療法士が「医学モデル」に基づいて作業療法を実践していることに対する批判が起こっていた（キールホフナー, 2008, pp.55-6）。作業療法が医学モデルを基盤とした還元主義に基づくパラダイムシフトを果たしたことで、作業療法の科学性は担保されたかもしれない。しかし、その後に展開された作業療法は、その大半が、ある部位で機能低下をきたした心身機能を改善することによって能力を向上させようとする考え方であった。これは運動療法を主たる治療手段として臨床での展開を進める理学療法と区別がつかないというものであった（Kielhofner, 2001, pp.47-9）。

この批判を受けて、作業療法士は自身の独自性に悩むこととなった。この作業療法士の独自性を解決すべく1980年に開発された理論が次項において概説する「人間作業モデル（Model of Human Occupation）」である。

第2項 システム理論に基づいた作業療法理論

作業療法では1980年にアメリカ南カリフォルニア大学の作業療法士 Gary Kielhofner によって、「人間作業モデル（Model of Human Occupation）」が公表された。この人間作業モデルは Kielhofner の恩師にあたる Mary Reilly が1962年に初めて発表した「作業遂行理論」（Reilly, 1982, pp.58-62）を Kielhofner が発展させた形で作り上げたものである。そのため、本節では先に Reilly による作業遂行理論とは何かについて確認し、その上で「人間作業モデル」について紹介していくことにしたい。

Reilly は作業行動理論を考えるにあたり、作業療法と理学療法との違いについて、作業療法は理学療法によって引き出された患者の基本的動作を患者自身が「活動（activities）」として統合していく過程の中で援助するものであることを主張した（Reilly, 1958）。そして、Reilly は作業療法を実践するためには、作業療法養成課程のカリキュラムにおいて、解剖学や神経科学などの医学だけではなく人類学・心理学・社会学が含まれるべきと考えた（Reilly, 1996, p.62）。

Reilly は作業遂行理論において、人間の行動を考える時にフォン・ベルタランフィが提唱した一般システム理論²³⁾を背景とし、その中でも環境と人間との相互交流という開放システム（ベルタランフィ, 1973, pp.29-30）に着目した（Reilly, 1969）。Reilly はこれらを基礎にして作業行動理論の枠組みとして次の四つの概念を基に作業療法を展開することを重視した²⁴⁾（Reilly, 1996, pp.58-61）。

1) 人は「有能でありたい」や「達成したい」というニーズを有している。

- 2) 1) のニーズの達成を実現する手段として、年齢に関係なく「遊びと仕事」を発達させることが重要である。
- 3) 個人が有する能力を引き出すための役割を重視する。
- 4) 人間が日々の環境の変化に応じて行う仕事、遊び、休憩、睡眠といった日常生活の活動を重視する。

Kielhofner は「人間作業モデル」の構築にあたり、まず「作業」を人間の生活において特徴的である時間的、物理的、社会文化的な流れの中での仕事、遊び、日常生活活動を行うことと定義した (Kielhofner, 2011a, p.5)。そして、Kielhofner は作業の構成要素として Reilly にならい、日常生活活動、遊び、生産活動の三つを挙げた²⁵⁾ (Kielhofner, 2011a, p.5)。

人間作業モデルでは、ここに定義した「作業」に焦点を当てながら作業療法を実践する (Kielhofner, 2011a, p.3)。ここでの焦点とは次の 3 点である (Kielhofner, 2008, p.3)。

1) 患者にとっての作業が日常生活の中でどのようにして動機づけられ創られていくのか、そして、作業が環境の中でどのように実践されるのか。

2) 患者の作業に関する問題である機能障害、疾病、その他の要素に直面する中で何が起こるのか。

3) 作業療法がどのようにして患者にとって意味や満足を与え、身体的もしくは環境的に良い状態をもたらす作業へ患者が参加することを可能にするか。

人間作業モデルでは患者中心の実践を強調している (Kielhofner, 2011a, p.4)。すなわち、Kielhofner は人間作業モデルについて、作業療法士は患者の個性に注目し、患者の価値・能力感と効力感・役割・習慣、経験・個人的環境を理解し尊重し支援する理論であると考えた (Kielhofner, 2011a, p.4)。そして、Kielhofner は作業療法の中心に患者自身の選択・行為・経験があると考えた (Kielhofner, 2011a, p.4)。また、Kielhofner は患者がある作業に対する動機づけに至るまでの過程について、脳・神経・筋などからなる身体的構成要素だけではなく精神的要素も同時考える必要があると考えた。Kielhofner はこのことをもとに、人間を全体的 (holistic) に見ることの重要性を指摘した (Kielhofner, 2011a, p.4)。

Kielhofner は人間が作業を行うことの構成要素として、作業を求める動機としての「意志 (volition)」・日々の生活をパターン化する「習慣化 (habituation)」・主観的経験を基とした物事を行うための能力である「遂行能力 (performance capacity)」という三つを挙げた (Kielhofner, 2011b, p.12)。また、Kielhofner は作業が物理的および社会文化的な「環境」の中で行われるものであると考えた (Kielhofner, 2011b, pp.20-1)。そして、Kielhofner は人間の意志・習慣化・遂行能力について、その人のその時のその場所における環境が大きく影響するとも考えた (Kielhofner, 2011b, pp.20-1)。これらをもとに、Kielhofner は意志・習慣化・遂行能力という三つの要素が、物理的・社会的環境における非階層構造を意味するヘテラルキーの中でダイナミックに相互関係することを主張した (Kielhofner, 2011c, pp.25-8)。

この人間作業モデルがわが国の作業療法士に知られるようになったきっかけは、1991 年 6 月に札幌市で開催された第 25 回日本作業療法学会での特別講演において、Kielhofner が自ら人間作業モデルの紹介を行ったことである。人間作業モデルは「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」(田島, 2013, p.102) によって、わが国の作業療法士に広く受け入れられた。

人間作業モデルは作業療法士の独自性を模索していたわが国の作業療法士において少なからず影響を与えた。その中で、作業療法士である宮前珠子は、オーギュスト・コントによって述べられた「諸科学の序列」²⁶⁾ (コント, 1980, p.225) を Peter Checkland が修正した序列²⁷⁾ (Checkland, 1985, pp.65-6) について、医学・看護・理学療法・作業療法の中核領域をあてはめて比較した (宮前, 2002)。そして、「作業療法は社会および文化、心理、生物といった観点から作業をとらえ、「人」健康に寄与するということであり、運動学、運動生理学、化学、物理学観点から解決しようとする医学や理学療法とは生物学のレベルでしか重ならない」 (宮前, 2002, p.515) と述べ、作業療法士には医師や理学療法士とは明らかに違う独自性が存在することを強調した。また、作業療法士である山田孝は、人の筋力や関節可動域の改善を目的とした作業療法の実践は、作業療法士が理学療法を行っていることであり、作業療法士は人の精神面を重視することが必要であると主張した (山田, 2012, p.75)。

第 5 節 理学療法と作業療法との理論と実践から見た作業療法士の独自性

第 1 項 理論における理学療法と作業療法との違いに関する先行研究

本節では、前節において取り上げた課題指向的アプローチと人間作業モデルを比較し、双方の理論における異同を確認することで作業療法士の独自性を見出そうとする。理学療法ならびに作業療法の理論を比較することで双方の独自性を見出そうとした研究としては、アメリカの作業療法士である David Nelson・理学療法士である Daniel Cipriani・作業療法士である Julie Thomas の 3 人の連名による論考がある (Nelson, *et al*, 2001)。

Nelson らはアメリカの理学療法士と作業療法士を例にとり、理学療法理論としての課題指向アプローチと、作業療法理論として Nelson が 1996 年に考案した「治療的作業 (Therapeutic Occupation) の理論」 (Nelson, 1996) とを比較している (Nelson, *et al*, 2001, pp.39-41, pp.43-5)。Nelson は「治療的作業」理論の中で、「作業」が個人の「作業フォーム」²⁸⁾ の特質と個人にとって目的をもった「作業遂行」との関係によって定義されると考えた (Nelson, 1988, p.636)。ここでの作業療法士の役割は、患者とともに作業フォームを調整し、患者にとって意味と目的のある作業遂行と作業への適応について計画して行くことである (Nelson, 1996, p.779; 吉川・長谷川, 2000, p.24)。

Nelson による治療的作業の理論と Kielhofner による人間作業モデルは、作業療法の理論として別々に考案されたものである。ただ、Kielhofner は Nelson が他の研究者とともに提唱した「作業が作業フォームと作業遂行の関係によってなされる」という点に着目し、「人の心身機能が作業フォームに影響するか否か」を確認するための評価手段である「意志質問票 (Volitional Questionnaire ; VQ)」を開発したことを述べている (Chern, *et al*, 1996)。この意志質問票は現在に至るまで、人間作業モデルを実践するための重要な評価表として位置づけられている (Kielhofner, 2011e, pp.247-51)。このことから、治療的作業の理論と人間作業モデルは互いに影響を及ぼし合っている理論といえる。

さらに、第 1 章で取りあげた作業科学の発展に貢献したアメリカの作業療法士である Ruth Zemke は、治療的作業の理論と人間作業モデルがともに作業科学に基づく作業療法の

モデルであることを主張している (Zemke, 1996, p.iv)。また、Kielhofner も作業科学が1989年の公表以来、作業療法と一線を画することなく、作業療法の発展の中で同じように発展していったことを述べている (Kielhofner, 2008, p.266)。このことから、作業科学・治療的作業の理論・人間作業モデルは、人間の「作業」に着目し治療の対象とする点で影響を及ぼしあっているといえることができる。

Nelson らによる理学療法と作業療法の違いは、理学療法士は日常生活に必須の部分となる人の運動に焦点を当て、作業療法士は日々の作業に焦点を当てる役割を担っているものであるという点である (Nelson, *et al*, 2001, p.49)。ただ同時に、Nelson らは「理学療法士と作業療法士の計画立案に至る思考過程は厳密には同じではないが、両者は多くの部分で重複する」(Nelson, *et al*, 2001, pp.49-50) ことを主張した。そして、Nelson らはこの「重複」の解決方法として、「患者が有する最大の関心事」の内容が理学療法士と作業療法士との独自性と重複の度合いを決定する根拠になることを指摘した (Nelson, *et al*, 2001, p.50)。

第2項 理学療法と作業療法との理論の異同から見た作業療法士の独自性

本項では、「課題指向型アプローチ」と「人間作業モデル」と比較しながら、理学療法と作業療法の異同から見た作業療法士の独自性について検討する。人間作業モデルでは課題指向型アプローチとして掲げられている感覚機能、運動機能などの身体機能には関与がなされていない。課題指向型アプローチは個人と環境を結び付けるという理論であり、それは運動機能が改善したということを基盤においた理論である。それに対して、人間作業モデルでは、「運動機能」という視点に力点を置いていない。これは、作業療法の実践において人の「作業」を特定の要素に還元しないという作業療法の歴史的な反省点が強く表れている点であると思われる。

理学療法と作業療法における理論は、歴史的な流れの中で「医学モデル」が主流であった1940年代から1970年代にかけて（わが国においては理学療法士及び作業療法士法が施行された1965年前後から1980年代後半まで）、「作業療法の理学療法化」として作業療法士が批判の矢面に立たされた。「医学モデル」に基づく作業療法において用いられる「作業」はあくまでも心身機能を改善させるための手段として扱われた。よって心身機能を改善するという目的のもとにおいて、理学療法と作業療法とを区別するのは困難であり、作業療法は理学療法の一部のように考えられた。

作業療法士はその批判を受け、作業療法士としての独自性を見出すために人間と環境との相互作用に基づくシステム論を基盤とする「作業モデル」という理論を構築した。作業療法士は個々の患者に対する意志・習慣化・遂行という要素を見出すことにより、患者の望む「作業」とは何かを導出しようとした。そして、「患者が望む「作業」を遂行できるようにするにはどうすればよいか」という観点をもとに作業療法を展開しようとした。ここでいう「作業」は作業療法士が患者に対して用いようとする介入手段としての「作業」ではなく、患者が遂行できるようになる目標としての「作業」である。作業療法士が患者とともに目標としての「作業」を見出し、目標を達成するための介入手段を組み立て、作業療法の実践に至る間の思考過程は、作業療法士が患者にとって最も適切と考える作業療法を提供するために必要なことである。

ただ、第1章において述べたように、作業療法士は「作業モデル」に拠った形で作業療法を実践するために「医学モデル」を放棄した訳ではない。患者がある「作業」を遂行できない場合、その原因が心身機能の低下にあり、その低下した心身機能が作業療法によって改善を予測でき、それが患者の希望する「作業」の獲得に繋がりうる場合がある。その場合、作業療法士はその心身機能を向上させるための手段を作業療法計画の中で立案し、リスクを勘案しながら実践する必要がある。したがって、「医学モデル」に基づく作業療法を「作業療法士の役割ではないので実践しない」ということは、患者に対して最も適切と思われる作業療法を提供することにならない場合がありうる。

また、人間作業モデルを全面的に採用した形で実践する作業療法が、第1章において呈示した「作業科学」と同じように作業療法の臨床実践の流れを大きく変える訳ではない。この点について鎌倉は Kielhofner が事例として呈示した人間作業モデルを適用した場合の作業療法の実践において見解を述べている（鎌倉, 2004, pp.162-6）。鎌倉は人間作業モデルに基づく作業療法において追求される「生活自立・個人の意志の尊重・作業興味と自己統制の問題」について、特定のモデルを掲げない作業療法においても考察されるものであり、特に新しいものでないことを指摘している（鎌倉, 2004, p.165）。

筆者は人間作業モデルについて、作業療法士が患者にとって重要な「作業」に関する患者への理解を促し、患者からインフォームド・コンセントを円滑に得ることにおいて有用であろうと考える。しかし同時に、作業療法士が臨床において人間作業モデルに基づく作業療法を展開したとしても、それは、それまでの作業療法実践のあり方と大きく変わるものではないと考える。

一方、課題指向型アプローチについて、「患者と環境との関係」に対して介入する理論という点では人間作業モデルと共通している部分が多い。この中で、課題遂行アプローチにおいて示される「課題」が人間作業モデルにおける「作業」と異なるものであるとは思われない。ともにシステム理論に基づいた課題指向型アプローチと人間作業モデルの間に明確な相違を見出すことはできないと考える。

このことを具体的に示すため、理学療法士による課題指向アプローチに基づく事例報告を見てみよう。諸橋は、胸髄腫瘍術後で入院2か月目となる80歳の女性に対する理学療法の実践を報告している。患者は病前から腰椎の伸展制限と腰痛を有していた。そして、今回の入院において、両下肢の筋力低下および軽度右足痙縮を呈していた。症例はこれらの症状によって床からの立ち上がりや後ろ歩きなどが困難となっていた（諸橋, 2012, p.778）。

諸橋は患者の「畑仕事」という要望に沿って、患者の下肢筋力低下とそれに影響を受けたと思われる体幹の抗重力という体幹の運動性や安定性、そしてそれらによる歩行時の動的バランス低下に対するアプローチを行った（諸橋, 2012, p.779）。その後、諸橋は「畑仕事」という課題に結びつけるための理学療法として、体幹の安定性向上を目的とした窓ふき、身体感覚を確認するための扉のすきまなど狭い個所や天井が低い場所でのくぐり抜けを実施した（諸橋, 2012, p.779）。そして、屋外での「畑仕事」に直結する遂行レベルの実用的な課題としての芝生や不整地・傾斜のある土手での歩行・手押し輪車を押しながらの歩行を実践した（諸橋, 2012, p.779）。

諸橋はこれらの課題指向型アプローチを通して、症例のイメージと現実とのギャップを明確にでき、患者の意欲向上につながった点を指摘している（諸橋, 2012, pp.779-80）。こ

の事例報告における理学療法開始時において、患者は「もう歳だし、自分も家族も畑仕事は無理と思っていた」と悲観的な発言をしていた（諸橋, 2012, p.780）。しかし、患者は諸橋が実践した理学療法を通して、「(畑仕事を) やれそう」という発言に変わっていた。諸橋はこの患者の変化について、患者が理学療法を経験したことによる「畑仕事」という課題遂行に対する可能性を自覚し、患者自身の役割と生きがいを再認識したと考察している（諸橋, 2012, p.780）。

患者は「畑仕事」を何の感情も持たないまま淡々で行った訳ではない。また、心身機能の向上を目的とした媒介の形で「畑仕事」を行った訳でもない。患者には「畑仕事をしたい」という明確な意志があった。また、患者は病前から畑仕事を行っていたという習慣化がなされていた。そして、実際に患者は「畑仕事」を遂行することができるようになった。筆者は諸橋が患者に対して実践した「畑仕事」は作業療法でいうところの「作業」とほとんど変わらない。このように考えると、本章第4節第2項において宮前が主張する作業療法士と理学療法士との重複が生物学のレベルにとどまるという主張は批判されるべきである。現在の理学療法は運動療法を基盤に置いてはいるものの、人間と環境との関係を重視するシステム理論を利用する形での「理学療法の作業療法化」が進んでいると言えるのかもしれない。

ただ、作業療法士が「課題」と「作業」との近似をもって、理学療法士に対し「理学療法士が作業療法士の独自性を侵害している」という批判をすることはできないと思われる。

作業療法士は、患者の生活もしくは人生を考える上で、人間を取り巻く環境との関わりを重視する。この人間を取り巻く環境との関わりを重視することは、理学療法士にとっても同じである。この中で、理学療法士は患者の「運動制御」を基盤に捉えようとする。一方、作業療法士は「患者が望む作業とは何か」を見出そうとする。このことは、一見すると両者の違いを表しているようである。

しかし、作業療法士は「患者が望む作業とは何か」を見出すために、患者の心身機能と患者が置かれている環境との関係を把握し、患者がどのような形で作業を遂行できるのかについて予測する必要がある。したがって、作業療法士は、人が特定の環境の中で「課題」の要求に合わせながら運動を実践するという「運動制御」を完全に無視することはできない。この場合、作業療法士は作業療法計画を立案する段階において、患者に対して必要とする手段が、理学療法に基づくものであると知っていることがある。それでも、作業療法士は、その理学療法的手段を作業療法の理論と融合させながら、作業療法計画の中に組み入れることがある。厳密に言えば、これは作業療法の中に理学療法が含まれていることになる。しかし、作業療法士が作業療法計画を立案するにあたって取り込んだ理学療法的手段は、作業療法士にとって患者に対する作業療法の目標に導くための「作業療法的手段」になっている。

筆者は、作業療法士がこのような作業療法士としての作業療法計画の立案と作業療法の実践という経過の中で自らの独自性を築いていくのだろうと考える。ただし、この理学療法と作業療法が融合しながら「作業療法」として構築されていくという過程は、患者やそれ以外の医療に携わる職種には「見えにくい」ものである。職種としての独自性を明確にしようとするならば、その独自性を可視化することが最も効果的であるだろう。しかし、理学療法士と作業療法士がともに介入手段や法的根拠などの形で職種の違いを明示しようとし

ても、他の医療職や一般の人々が両者の違いを明確に理解することは難しい。

注

1) 道徳療法とは、山根によれば「クライアントに対する宗教、倫理、哲学的な背景に基づく人道的処遇や、非人間的な扱いからの擁護を行いながら、クライアントに対して仕事や余暇などを含む規則正しい生活や自律的で善い行いと指導するもの」とされている(山根, 2003, p.6)。

2) 日本理学療法士協会ホームページ

http://www.japanpt.or.jp/03_jpta/about_jpta/05_index.html#05 (2013年6月16日閲覧)

3) 日本理学療法士協会は1966年に実施された第1回理学療法士国家試験から現在までの国家試験合格者をホームページ上において公表している²⁾。法令上、理学療法士国家試験の合格者は、合格発表後に厚生労働大臣に対して免許申請手続を行う必要がある。そして、合格者は厚生労働省が管理する理学療法士名簿に登録されることで正式に理学療法士となる。なお、理学療法士の総数は厚生労働省医政局が調査した結果を国立社会保障・人口問題研究所が公表している「社会保障統計年報」第323表にも掲載されていた。ここにおいて、厚生労働省医政局が調査した2011年6月現在における理学療法士の登録者数は90,788名と公表されている。しかし、日本理学療法士協会が公表している2011年6月における理学療法士国家試験の合格者数は91,710名であった。

筆者はこのことについて2013年7月23日に日本理学療法士協会に電子メールにて問い合わせた。これに対する日本理学療法士協会事務局 小野田英也氏の返信は「1. 厚生労働省は年度末に理学療法士国家試験合格発表を行う以外に追加合格数の発表を行うが、この追加合格者数は日本理学療法士協会では公表する合格者数には反映されない。2. 国家試験に合格しても理学療法士免許の申請を行わない者がいる。3. 死亡等により免許の返納申請を行う者がいる。などの理由により双方の人数は異なると思われる」との内容であった。

4) 総務省 電子政府の総合窓口イカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S41/S41F03502001003.html> (2013年6月24日閲覧)

5) 日本理学療法士協会は、2012年6月現在における協会員が77,844名であり、組織率は77.4%である。

6) 七つの専門部会は、基礎理学療法が2領域(ひとを対象とした基礎領域と動物・培養細胞を対象とした基礎領域)、神経理学療法が4領域(脳卒中、神経筋障害、髄障害、発達障害)、運動器理学療法が4領域(運動器、切断、スポーツ理学療法、徒手理学療法)、内部障害理学療法が3領域(循環、呼吸、代謝)、生活環境支援理学療法が4領域(地域理学療法、健康増進・参加、介護予防、補装具)、物理療法が3領域(物理療法、褥創・創傷ケア、疼痛ケア)、教育・管理理学療法が3領域(臨床教育、管理・運営、学校教育)の計23領域からなっている。

7) 日本理学療法士協会が指定する研修会受講、学術活動、社会貢献活動には、1.学会参加、

2.講習会・研修会等の受講、3.著作もしくは論文発表等、4.学会発表等、5.講習会・研修会等の講師、6.論文や学会演題等の査読、7.臨床実習指導者としての実績、8.申請を行う専門領域研究部会が認める資格がある。

日本理学療法士協会ホームページ

http://www.japanpt.or.jp/04_for_pt/system/pdf/6_3.pdf (2013年6月28日閲覧)

8) 医療法 第六条の五には「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関しては、文書その他いかなる方法を問わず、何人も次に掲げる事項を除くほか、これを広告してはならない」と明記されている。そして、広告が許される事項として、病院の診療科名や管理者名、入院施設数、患者又はその家族からの医療に関する相談に応ずるための措置、医療の安全を確保するための措置など13項目が掲げられている。

9) この中には特別養護支援学校の教員53名を含む。

10) 日本理学療法士協会ホームページ

http://www.japanpt.or.jp/01_physicaltherapy/physicaltherapy_01.html (2013年7月24日閲覧)

ただし、この定義は、日本作業療法士協会が作業療法の定義を決めるために総会の議決を得るという過程を経たものではなく、単にホームページ上において一般に公開しているものである。

11) 日本理学療法士協会ホームページ

http://www.japanpt.or.jp/01_physicaltherapy/physicaltherapy_01.html (2013年6月24日閲覧)

12) 精神障害を有する患者に対する作業療法は「精神科作業療法」と呼ばれている。もともと Pinel が実践した道徳療法や呉によってわが国に移入された際の作業療法は、彼らが専門とする精神医学を基盤にしたものである。そして、わが国における現在の診療報酬の算定方法の中に精神科作業療法が項目として掲げられている。

厚生労働省 平成24年度診療報酬改定について

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/2-11.pdf> (2013年6月30日閲覧)

13) あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律 第一条では、「医師以外の者で、あん摩、マッサージ若しくは指圧、はり又はきゆうを業としようとする者は、それぞれ、あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゆう師免許を受けなければならない」と明記されている。

総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22HO217.html> (2013年9月18日閲覧)

14) 理学療法士及び作業療法士法第十五条2には「理学療法士が、病院もしくは診療所において、又は医師の具体的な指示を受けて、理学療法として行なうマッサージについては、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第一条の規定は、適用しない」と明記されている。

総務省 電子政府の総合窓口イコーカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S40/S40HO137.html> (2013年9月18日閲覧)

15) イギリスの理学療法士であるベルタ・ボバースと医師であるカレル・ボバースの夫妻

が 1950 年頃から断続的に発表した、主に脳卒中患者や脳性麻痺の小児患者を対象とした治療理論と手技である。ボバース夫妻は、患者の脳損傷に基づく中枢神経系の機能不全により、患者の上肢、下肢、体幹における反射や筋緊張の異常が起こり、この異常が患者の正常な動作遂行を妨げると考える。このことに対し治療手技として、異常な反射や筋緊張を抑制することで患者の運動機能を正常化し、日常生活への適応能力を高めようとする方法である（ボバース, 1997）。

- 16) チェコスロバキア（当時）の医師であった Vaclav Vojta により、1950 年代後半から報告されてきた、脳性麻痺児に対する運動機能改善のための治療法である。1 歳未満の乳児に対して特定の肢位で特定の刺激を乳児に与えた場合、正常な乳児では寝返りや座位を保持しようとするための特定の筋収縮を伴う姿勢反応が自然に起こる。しかし、脳性麻痺児にはそれらの姿勢反応が自然に起こらないため、独自の治療を行うことで姿勢反応を促通しようとする理論である。従来、治療の要否については 1 歳半を過ぎないと判断できないとされていたが、Vojta は 6 カ月未満の乳児でその判断を可能にする方法を考案したと報告した（Vojta, 2004）。
- 17) アメリカの理学療法士シグネ・ブルンストロームによって 1950 年代後半から報告されてきた、脳卒中によって片麻痺を呈した患者の治療理論である。片麻痺を呈した上肢、手指、下肢の回復度を 6 段階ずつに分類し（ブルンストローム・ステージ；Brunnstrom Stage）（ブルンストローム, 1974, pp.48-61）、この回復段階で出現する不完全な随意運動を共同運動（Synergy）と呼んだ（ブルンストローム 1974, pp.7-16）。そして、ブルンストロームは治療によってブルンストローム・ステージの段階を経ながら正常な随意運動につながるための手技を考案した（ブルンストローム, 1974）。
- 18) 「筋活動」とは、姿勢の変換や日常生活を行う上で起こる筋収縮の総称を指す。
- 19) ただし、三好の批判はボバース法に限って向けられたものである。三好は同じファシリテーション・テクニックの中でも、ブルンストローム法については、「片麻痺症候学の理解に有益」と述べている（三好, 1986, p.190）
- 20) ここでいわれる運動制御は、人の運動がなされる中で随時変化する身体感覚と運動の目標もしくは運動の誤差に関する問題点を抽出し、解決策を見いだすことを目的とする（中村・他, 2012, pp.150-1）。具体的には、その時に適切な行為を選択すること、選択した運動が行われる中でのその人の姿勢の変化や協調がはかられること、運動がなされる中で、その運動が正確に行われるように監視されることである（中村・他, 2012, p.150）。そして、運動制御は中枢神経系から筋や関節などに運動指令が送られ、その運動指令によって起こる身体運動が環境に働きかけ、同時に環境からの情報入力を受けることによってなされる（中村・他, 2012, p.150）。
- 21) なお、クーンはこの古いパラダイムが新しいパラダイムに置き換わることを「科学革命」と名づけていた（クーン, 1971, p.102）。
- 22) 運動学（Kinesiology）とは、解剖学・生理学・物理学（力学）を基礎に置きながら、人体の身体運動について科学的に探究しようとする学問である（中村・他, 2012, p.1）。
- 22) 当時、わが国の診療報酬制度では、「理学療法」と「作業療法」が設定されていた。理学療法と作業療法はともに、実施した患者ごとに 1 日 1 回を限度として診療報酬の請求ができていた。田口は、理学療法のような作業療法をおこなうのであれば、それは作業

療法ではなく、理学療法を実践したこととして診療報酬を請求すべきであることを指摘した。同時に、理学療法が1日1回しか請求できないため、「二重請求」は事実上の違法であることを示している。

- 23) ベルタランフィは観察される現象に対する科学性について、物理学を基盤とした要素的な単位まで還元して説明することでは現象を十分に理解することはできないと考えた（ベルタランフィ, 1973, p.34）。ベルタランフィは一般システム理論の目標について、ある現象における要素的な事象に分解できない「全体性」と特性とする「オーガニゼーション」（ベルタランフィ, 1973, pp.43-4）を基にした、異なる学問におけるそれぞれの法則の同形性を見出すことにあると考えた（ベルタランフィ, 1973, p.34）。
- 24) 作業行動理論は1980年代においてわが国の作業療法士によって紹介された（Reilly, 1982；山田, 1985）。しかし、当時のわが国ではファシリテーション・テクニクに関心を持つ作業療法士が多い時期であり、アメリカの作業療法事情に詳しい一部の作業療法士を除いて、この理論を熟知している作業療法士は少なかったと思われる。
- 25) この中で、「日常生活活動」は整容、入浴、食事、家の掃除、洗濯などのセルフケアとセルフメンテナンスを目的とした典型的な生活課題のことである（Kielhofner, 2011a, p.5）。また、「遊び」は幼児の探索行動、まねごと遊び（pretending）、特別な日を祝うこと（celebrating）、ゲーム、スポーツ、趣味活動といったその人自身のために自由に行われることを指す（Kielhofner, 2011a, p.5）。そして、生産活動は金銭支出の可否に関係なく、アイデア、知識、援助、情報共有、芸能、実用品や芸術品、保護といった他人へのサービスもしくは商品を供給する活動を指す（Kielhofner, 2011a, p.5）。
- 26) コントは社会の組織化、道徳の体系化などを目的とした「実証主義」の重要性を唱えた。その中でコントは科学について、先行の科学を基礎とし、後続の科学を準備するという相互依存的な配列にすることと、成立の古い順から配列することを重視した（コント, 1980, p.224）。さらにコントは一般性および独立性の大きさの順、すなわち、複雑さの小ささの順に並べることに着目した（コント, 1980, p.225）。コントはこれらを基に、数学、天文学、物理学、化学、生物学、社会学の六種類の科学の序列を主張した（コント, 1980, p.227）。
- 27) Checkland はコントが呈示した序列に対して、生物学と社会学をつなぐ学問として心理学を付け加えることと、数学を除外することを提言した（Checkland, 1985, pp.66-7）。Checkland は数学を科学と見なさず、物理学や化学など下層に位置する科学において用いられる言語であると捉えていた（Checkland, 1985, pp.66-7）。また、Checkland は心理学について意識の概念によって生物学より複雑性のある科学であると捉えていた（Checkland, 1985, p.67）。
- 28) Nelson は「作業フォーム」を物理的環境と社会文化的環境の二つからなるとする。Nelson は「物理的環境」について、作業の形状・大きさ・範囲・量・構造・明るさ・色・匂い・音に関する特徴を含むとする。一方、Nelson は「社会文化的環境」について、シンボル・規範・特有の使用法・標識・言語の規則・その他社会的な慣習が含まれるとした（Nelson, 1996, p.776）。

作業療法士である吉川ひろみと長谷川恵美によれば、「作業フォーム」とは固有の作業名から想定される作業の枠組みであると定義される。吉川らは「作業フォーム」におけ

る二つの「環境」を「側面」に言い換えた上で、物理的側面は使用する物品、環境、他者の存在、工程の変化などを観察するものであり、社会文化的側面は歴史や文化的背景からその作業が有する価値を追うものであると捉えていた（吉川・長谷川, 2000, p.23）。

第4章 チーム医療の中での作業療法士の独自性

はじめに

本章では第3章において明らかにした作業療法士の独自性を踏まえ、患者に対して作業療法を実践する上で「チーム医療における作業療法士の独自性はどこにあるのか」ということについて明らかにすることを目的とする。

作業療法士は臨床において理学療法士以外の多くの職種と「チーム医療」を構成する一員として患者に対し作業療法を実践している。1989年に公表された「作業療法業務指針」において、「第一 業務全般に関する事項」では、他職種との関係として、「作業療法士は、医療チームの一員として作業療法に関わる各治療の段階で必用に応じて医師、看護師、理学療法士、義肢装具士、ソーシャルワーカー等と緊密な連携を保ち、より円滑で効果的な医療を行うことに協力するものとする」ことが明記されている（一般社団法人日本作業療法士協会, 2013, p.20）。

第1章において述べたように、医療法第一条の二に記された条文を根拠として、「医療」は患者に対し多職種によって構成される「チーム医療」として実践されている。現在のわが国における「チーム医療」の現状を反映していると思われる定義は、2010年3月19日に厚生労働省が公表した『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』¹⁾に明記された「チーム医療」の定義である。その定義とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確に対応した医療を提供すること」である。

この定義には、医療に携わる職種がチーム医療の一員として機能するために必要とされる五つの要素がそのまま記されている。この五つの要素とは、

- 1) 多数の職種が一人の患者さんに対して医療を提供していること
- 2) 医療に従事するそれぞれの職種は専門性を有していること
- 3) 医療に従事する職種は患者及び他職種間において目標と情報を共有していること
- 4) 医療に従事する職種は業務を分担しつつも互いに連携および補完しあうこと
- 5) 医療に従事する職種は患者の状況に応じた適切な医療を提供すること

の5要素である。ここで、2)においてそれぞれの職種が有しているとされる「専門性」は、ある職種における法的もしくは理論的背景をもってその職種が有する特異的な役割のことである。よって、筆者はこの「専門性」を本研究でいうところの「独自性」と同じ概念であると解釈できると考える。

この「チーム医療」の定義から見ると、医療に従事する職種はそれぞれの明確な独自性を有していること条件となる。そして、連携及び補完はし合うものの、業務を分担することが求められている。ただ、筆者は第3章において、作業療法は理学療法との間に重複する部分が多く、作業療法の独自性は患者や他の職種にとっては見えにくいものであることを主張した。

たしかに、少なくとも患者にとっては、他の職種とは区別される形で作業療法の役割が

可視化される方が作業療法を容易に理解することができ、作業療法士に対する信頼を深めることにつながりうるだろう。しかし、筆者は、作業療法の独自性が見えにくいものであっても、作業療法士は作業療法について患者から理解を得ることができると考える。そして、この作業療法に対する理解によって、作業療法士は患者から信頼を得ることが可能になると考える。

作業療法士はチーム医療の一員として独自性を明確に打ち出すことができるのであろうか。そして、作業療法士は患者に対し明確に独自性を表出すべきなのであろうか。本章ではチーム医療における職種間の関係性から見たチーム医療の構造という見地から作業療法士の独自性を探究する。

第1節 チーム医療に関する概説

第1項 『チーム医療の推進に関する検討会報告書』に見る現在のチーム医療

『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』は、2009年3月31日に閣議決定した「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」²⁾によって発足したものである。この「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」では医療に関する重点計画事項として、医師及び他の職種の供給体制のあり方が検討されている。この検討を踏まえ、2009年5月19日に開催された経済財政諮問会議を通して看護師の役割拡大について具体的検討するよう内閣総理大臣からの指示が出された。それとともに、2009年6月23日に閣議決定した「経済財政改革の基本方針2009」³⁾において、医師と看護師等との役割分担の見直しについて検討を行うことが示された。

『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』では、チーム医療がもたらす具体的な効果について三つの点を明記している。その3点とは、

- 1) 疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上
- 2) 医療の効率性の向上による医療に携わる職種への負担の軽減
- 3) 医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上

である²⁾。そして、チーム医療を推進するために必要な取り組みとして、1) 各医療スタッフの専門性の向上、2) 各医療スタッフの役割の拡大、3) 医療スタッフ間の連携・補完の推進の3点を掲げている。

『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』では、チーム医療を充実させるために必要な医療職種ごとの役割の拡大について具体的な指針が書かれており、特に看護師の役割拡大について多くの紙面が割かれている。

まず、『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』では、看護師の役割の拡大について、看護師が自律的に判断できる機会を拡大することと、看護師が実施しうる行為の範囲拡大について多くの指針がなされている。まず、保健師助産師看護師法第三十七条に規定されている、医師から看護師への「指示」について、医師によって看護師の行動を規定する「具体的な指示」ではなく、看護師が患者の病態に応じて柔軟に対応できる「包括的指示」の積極的な活用について記されている。

つぎに、『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』では、

医師のみが行うことができる「絶対的医行為」と医師の指示によって看護師が遂行できる「相対的医行為」の類別における不明確さを是正することが提言されている。そして、これまで「絶対的医行為」として扱われていた医行為を相対的医行為として看護師が行うために、一定の医学的教育ならびに実務経験を前提とした「特定看護師」という専門的な臨床実践能力のある看護師を養成することが必要であることが述べられている²⁾。

『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』では作業療法士に関する役割の拡大についても記されている。そこでは、理学療法士及び作業療法士法第2条に明記されている「その他の作業を行わせる」という文言の解釈を明確にすることが書かれている。『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』では、この条文をもとに作業療法士が医療現場において手工芸を行わせているという認識に繋がっていることが指摘されていた。そのため、第1章第1節第5項において示したように、2010年4月30日に発出した「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」⁴⁾と題する行政通知の中で、作業療法の範囲には手工芸以外にも広くあることが示された。

さらに「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」では、作業療法士が日常生活活動に対する作業療法の中で、実際に食事練習を行った際に患者に対する喀痰等の吸引が必要になる場合が多くあることが記されている。このことを根拠に、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」では、それまで医師もしくは看護師にのみ認められていた吸引器を使った喀痰等の吸引について、必要な教育もしくは研修を受けた作業療法士に限って認めることが明記されている。

第2項 チーム医療に関するこれまでの見解

我が国の医療職に関する歴史を辿っていくと、1874年（明治7年）に医制が敷かれたことによる医師の誕生後、1899年（明治32年）に産婆規則・1915年（大正4年）に看護師規則が施行された。少なくとも、これらの規則に基づく医師以外の職種が誕生することによって医師を含む複数の職種が同一の患者に対して医療を提供するという「チーム医療」の源は存在していたと思われる。

社会学者である細田満和子によれば、「チーム医療」とは1970年代になって使われるようになった用語⁵⁾である（細田, 2001, pp.97-8）。そして、「チーム医療」には、複数の職種が医療に関わるという意味が含意される（細田, 2001, p.97-8）。第二次世界大戦後のわが国では、占領軍の施策に基づき、科学的で適正な医療を行う近代的な病院を誕生させることで、医療体制の大きな変化がなされた（細田, 2012, p.13）。そして、病院では優れた医師だけでなく、診療に携わる多くの職種が一定の水準を保ちながら調和協力することで、患者に対する良い医療の提供を可能にするとされた（細田, 2012, p.15）。

細田は文献研究や病院へのフィールド・ワークなどを通して、チーム医療に関わっている医療に携わる職種の認識と実践について四つの要素があると述べている（細田, 2001）。細田はこの四つの要素について、それぞれの職種において高度な専門性が要求されるという「専門性志向」、医療の主役は医師ではなく患者であるという「患者志向」、チームに携わる職種が列挙されることで多くの職種が関わっていることを示す「職種構成志向」、チーム医療が単なる分業ではなく協働しているという「協働志向」を挙げている（細田, 2001,

pp.91-4)。そして、細田はこの四つの要素における各要素間の相克関係を指摘しながら、チーム医療の困難さについて考察している（細田, 2012, pp.62-3）。

細田は「専門性志向」と「協働志向」の関係について「専門性の相互理解」というテーマを掲げている（細田, 2012, pp.74-7）。細田はこの中で「専門性志向」が「協働志向」より優位になってしまったというケースを挙げている。細田はこのケースにおいて「医師は看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士が専門性を発揮しながら医療を実践しているが、それぞれの職種が実践している内容を知らない」というある医師の記述をとり上げ、協働としての関係性が構築されていない点を指摘している（細田, 2012, pp.74-5）。

一方、細田は「協働志向」が「専門性志向」よりも優位になってしまったケースをとり上げている。細田がこの中で指摘していることは、看護師が医学的リハビリテーションを「リハビリテーション室という特定の場所において、理学療法士や作業療法士という特定の職種によって行われるもの」と考えていることである。しかし、それに対して、理学療法士や作業療法士は、患者が医学的リハビリテーションを通して向上した日常生活活動の遂行能力を病棟での生活において実践するために、看護師を必要としているというものである。

細田の研究では、それぞれの職種の役割があらかじめ決められておりながら、実際にはチームが十分に機能しなかった原因について考察している。そして、細田の研究を通じてチーム医療が機能しない原因として導出された「協働としての関係性」と「専門性」は、筆者が本章の冒頭で述べたようにチーム医療における職種の中で対立しうる概念である。細田はこのことについて、個々の医療に携わる職種が職種としての役割を再考するが必要と考えた（細田, 2012, pp.149-55）。それとともに、医療に携わる職種は専門性志向からぶれないように専門職としての役割を全うする覚悟を持ち、他の医療職種もしくは患者および家族との「絶えない対話」が必要であることを強調している（細田, 2012, pp.149-55）。

つぎに、看護師である高山智子はチーム医療における「仕事の流れ」をもとにした四つの分類を呈示している（高山, 2002）。

「加法的な相互依存」チームでは、チームとしての仕事が、構成されるチーム・メンバーによって別々に行われ、他のメンバーに仕事が流れることはないとする。しかし、チーム・メンバーはそれぞれが独立しておらず、あるチーム・メンバーの仕事の遅れは他の人によって補われるとされる（高山, 2002, pp.11-2）。

「連続的相互依存」チームは、「加法的な相互依存」チームと類似しているが、あるメンバーから他のメンバーに一方向的に仕事が流れるものである（高山, 2002, pp.12-3）。

「互惠的相互依存」チームでは、ある仕事がチームのメンバー間で相互に流れるものであるとする。高山は、このチームではチーム・メンバー間の役割は区別しにくくなり、互いの依存度が高くなることを指摘する（高山, 2002, p.13）。

「集中的相互依存」チームでは、チーム・メンバーはチームに課せられた課題を成し遂げるために診断し、問題を解決し、協働する（高山, 2002, p.13）。このチームが機能していることは、チーム・メンバー間の協働が良好であるという意味でチームワークが十分に備わっていることを意味する（高山, 2002, p.13）。

高山はこの四つの分類を通して、患者とチームを構成するそれぞれの医療に携わる職種のメンバーが、それぞれの役割にしたがって情報交換を密に行い、共通の目標を持つこと

を重視する。高山はこの中で医療に携わる職種の役割として、患者に対するコミュニケーションスキルの向上とともに「患者が話しやすい環境」を提供する努力が必要であると主張している（高山, 2002, pp.14-5）。そして、高山はチーム医療が医療に携わる職種の責任の分散や拡散という欠点を招きやすいという危険性を孕んでいることを指摘し、その欠点を埋める別の職種の存在が必要であることを述べている（高山, 2002, pp.15-6）。

ここまでのチーム医療に関する見解を概観すると、チーム医療において多職種がそれぞれの役割を持っていたとしても、チーム全体としての機能が必ずしも良好なものになるとは限らないことが伺える。そして、チーム医療を良いものにするために「対話」を基盤においた良好なコミュニケーションの充実が必要であることは、職種間において共通していると思われる。もちろん、作業療法士においてもチーム医療における独自性を明確にし、維持して行くために他職種との対話が必要なのは間違いないだろう。

ただ、ここで確認した細田と高山の見解は、チームが全体としてどのように機能しているのかを明確にはしているものの、個々の職種間の関係については明確化されていない。作業療法士のチーム医療における独自性を明確にするためには、チーム内における作業療法士と他の職種との関係について具体的に確認しておく必要がある。

この職種間における関係を示した分類としては、医療ソーシャルワーカーとして臨床に携わった鷹野和美の分類がある。鷹野はチームの有する目的と機能によってチーム医療を三つのタイプに分類している（鷹野, 2002）。

「指揮命令型チーム」は医師とコ・メディカルの支配-被支配関係を前提とし、医師が有する知識、判断力、技術に依存する形で医療サービスを実践するチームである。このチームでは医師を頂点とした「高度に専門化された専門技能のゆるぎないヒエラルキー」（鷹野, 2002, p.99）が必要とされる。

「共同体チーム」は「指揮命令型」チームと比較し、ヒエラルキーは緩やかになるものの、メンバーに裁量権の拡大を認めるものではなく、あくまでも医師の専門性に依拠するチームとして扱われる（鷹野, 2002, p.99）。

「機能的チーム」はチーム・メンバー間の濃密なコミュニケーションによって相互の理解を深め、目標を共有化し、職種間に階層性のない関係の中で業務を遂行するものである（鷹野, 2002, p.99）。この機能的チームでは、患者のニーズを充足するために最も効果的かつ効率的なチームが編成される。そして、刻々と動く患者のニーズに対応するために、もっとも相応しい職種がチーム・リーダーとして主導権を持つ形でチームが機能する（鷹野, 2002, pp.99-100）。

鷹野は「機能的チーム」の根幹について、「患者のニーズに即した方針の決定において顕在化した医療職種間の見解の相違を調整する目標設定のプロセス」にあるとしている（鷹野, 2002, p.101）。そして鷹野はチーム内にて顕在化した医療職種間の見解の違いを解決し、患者のニーズに即して設定した「目標」の共有化のために、多職種が集まって（場合によっては患者や家族も出席する）患者の方針についての意志統一を目的とした会議である「カンファレンス」が最良のツールであると述べている（鷹野, 2002, p.101）。

第2節 医学的リハビリテーションにおけるチーム医療

第1項 医学的リハビリテーションにおけるチームモデル

医学的リハビリテーションにおける「チーム医療」は、第一次世界大戦時における再建助手としての理学療法士と作業療法士が臨床での実践を始めた時から存在していた (Keith, 1991, p.270)。そして、リハビリテーション医学専門医師である Lauro Halstead によれば、1955 年頃からは慢性疾患を有する患者に対する効果的な医学的リハビリテーションの提供がチームによってなされたとの報告がなされた (Halstead, 1976)。

わが国では 1965 年の理学療法士及び作業療法士法施行の翌年である 1966 年に最初の国家試験が行われ、初の作業療法士が誕生している。この時点から医師や看護師は当然存在していた訳であり、構造や機能は明確でないものの、多職種をもって患者に医学的リハビリテーションを提供するというチーム医療は実践されていたと推察される。そして、作業療法士はそこでの「チーム医療」の一員として患者に対する作業療法を実践していたと思われる。

このような流れの中で、アメリカのリハビリテーション医学専門医師である John King らや作業療法士である Ellen Cohn は、医学的リハビリテーションの実践におけるチームの四つのタイプを紹介している (King *et al*, 2010 ; Cohn, 2010)。King らのグループが掲げるチームの構造はチームを構成する職種のメンバーが他の職種のメンバーもしくは患者とどのような関係にあるかと明確にした構造である。

この中で、それぞれの職種は専門領域を基盤とする独立した存在として扱われ、その専門領域と専門領域との重複度がどの程度あるかという「学際」の観点から区別されている。もともと、この学際に関して複数の専門領域の重複度に関する分類を行ったのは、社会心理学者のシェリフである。シェリフは、複数以上の学問分野の境界に問題が生じた場合に、関連分野の専門家の協力によって問題を解決しようとする際の協力度の段階を四つに分類している (シェリフ, 1971, p.3)。シェリフは複数の専門域の境界が明確なものから徐々に薄れてくる順序を示すものとして、Multidisciplinary・Interdisciplinary・Crossdisciplinary・Transdisciplinary という四つの段階を呈示した (シェリフ, 1971, p.3)。

これから述べる King らのグループや Cohn が掲げるチームの分類はシェリフのものとは若干異なっている。しかし、King らのグループや Cohn は医学的リハビリテーションに携わるチームのモデルの設定について、シェリフの定義を参考にしたものと思われる。

King らのグループによれば、「Medical モデル」では基本的に医師 (主治医) が患者のニーズに関心を向ける (King, *et al*, 2010, p.366)。主治医が医師以外の職種による医療サービスを必要と考えた場合、主治医は自身が断定した患者のニーズを満たすための援助に向けた特異的もしくは全体的な依頼についてそれぞれの職種に意見を求め、該当する職種にサービスを委託する (King, *et al*, 2010, pp.366-7)。しかし、一定の経過ごとに行われる診察は、主治医と患者との間で患者のニーズに関する話し合いに終始する。そのため、サービスの質は医師の診察の内容によって変化する (King, *et al*, 2010, p.367)。King らのグループは医療モデルを伝統的かつ独裁的なモデルと主張する (King, *et al*, 2010, p.367)。このモデルにおいて医師は自身を自律的な役割を果たす職種であり、医師は医師以外の職種を医師に従うものであると見なしている (King, *et al*, 2010, p.367)。

「Multidisciplinary チームモデル」は、多分野の職種がそれぞれの領域に基づいて介入手段を挙げながら、チーム内を統合するための方法を提供し合うモデルである (King, *et al*, 2010, p.367)。チーム内における多分野の職種はチーム内を統合するためにコミュニケーションを充実する必要がある。この点について、医師以外の職種間は上下関係のない水平的コミュニケーションの関係があるが、医師と医師以外の職種との間はチームにおける上下関係を構築するピラミッド型の垂直的コミュニケーションの関係が存在している (King, *et al*, 2010, p.367)。そして、必要に応じて医師（ここでは主治医）から医師以外の職種に対して「指示」が出されることで、患者に関わる職種間でのディスカッションは医師から最小限になるように維持される (King, *et al*, 2010, p.367)。これらから、このモデルにおいても「主治医主導」の機能は残っているということになる (King, *et al*, 2010, p.367)。

「Interdisciplinary チームモデル」では、患者がチームの一員として加えられる (King, *et al*, 2010, p.368)。患者はチームの方針における中心的な役割を担う存在であると位置づけられる (King, *et al*, 2010, p.368)。そして、チームを構成する医師を含む多分野の職種は、患者とともに容易に水平的コミュニケーションをとることができる関係にある (King, *et al*, 2010, p.368)。

「Transdisciplinary チームモデル」は、「Interdisciplinary チーム」モデルよりさらに発展し、多職種の専門職がコミュニケーションだけでなく、職種を超えた技術を使って患者治療にあたる。例えば、作業療法士であっても理学療法を十分に理解し、作業療法実践の中で必要に応じて理学療法における手技を使用するということである (King, *et al*, 2004, pp.1059-60)。

つぎに、Cohn は King らのグループとは異なり「モデル」という用語をあまり使用していないが、King らのグループが取り上げた四種類のチームモデルと同じ分類をもって、チーム内での作業療法士の役割に関する見解を述べている (Cohn, 2010, p.398)。

Cohn は「Medical モデル」について、医療の中で伝統的とされるモデルであり、多くの場合、医師がチームのリーダーを務めるとする (Cohn, 2010, p.398)。

「Multidisciplinary チーム」において、作業療法士を含むチームに属する職種は役割と責任の範囲が明確に定義されている (Cohn, 2010, p.398)。チームを構成する職種は各職種の実践の範囲を認識し、職種ごとに独立して評価、治療計画の立案、療法の実践を行う。職種間のコミュニケーションは一定の期間ごとに相互の対話もしくは患者の記録を通してなされる (Cohn, 2010, p.398)。

「Interdisciplinary チーム」において、医療職はそれぞれがリハビリテーション・サービスを患者に対して実践する際の責任を共有する。その中で、作業療法士は自身が立案した作業療法計画を実践するとともに、他の医療職が立案した目標をサポートすることも行う (Cohn, 2010, p.398)。医療職のメンバーは他の職種の専門性に関する十分な知識を持っており、他職種のメンバーの考えを理解している。効果的な「Interdisciplinary チーム」は、職種間の対立を解決しメンバー全員で決定したことを共有するための十分なコミュニケーションをとっている (Cohn, 2010, p.398)。

「Transdisciplinary チーム」では、作業療法士が患者に対して行った評価結果とそれに基づく作業療法計画は、他の職種が行った評価結果と計画とともに作業療法士以外の職種を含むチーム全体で集約される形でリハビリテーション実施計画として集約される。そし

て、その集約されたリハビリテーション実施計画をもとに作業療法が実践される (Cohn, 2010, p.400)。チームに属する職種はそれぞれの専門性の境界を超える形で患者と対話を行い、患者に対する指導を行う (Cohn, 2010, p.400)。

この King らのグループと Cohn が取りあげた四つのチームモデルは、前項において鷹野が三つに分類したチームの分類と類似したものである。ただ、King らのグループと Cohn が分類した「Interdisciplinary チーム」と「Transdisciplinary チーム」は、鷹野が分類した「機能的チーム」を、職種間の重複の度合がしたがって細分化した分類となっている。とりわけ、他職種との実践内容に関する重複の度合を検討することは、筆者が明らかにしようとする「作業療法士の独自性」を考える上での手がかりを得る重要な因子になりうる。よって、ここからはこの四つのタイプからなる分類をもとに、作業療法士の独自性について明らかにしようとする。

第2項 現在の医学的リハビリテーションにおけるチームの構造

本項では、前項において King らのグループが示した四つのチームモデルについて、現在の医学的リハビリテーションにおけるチームモデルはどれに該当するのかということについて確認する。

Medical モデルは基本的に医師と患者との二者のみで構成されており、事実上「チーム医療」の体をなしていない。また、Multidisciplinary チームモデルでは、それぞれの職種が職種間でコミュニケーションをとりながら患者への医学的リハビリテーションを提供することになる。ただ、このモデルでは、医師と患者との二者関係が基本であり、医師以外の職種は、医師から必要に応じて「指示」の形をもって役割を与えられることになる。そうすると、医師以外の職種には医師から付与された役割を全うする責任が発生することになり、その責任は「患者の自律性」に対する抑圧につながるかもしれない。

したがって、Medical モデルと Multidisciplinary チームモデルは医師主導のモデルであり、医療の主体であるべき患者の自律性が損なわれやすいモデルであると言える。これらのことから、Medical モデルと Multidisciplinary チームモデルは、少なくとも現在の医学的リハビリテーションにおけるチームにはそぐわないと思われる。

一方、Interdisciplinary チームモデルと Transdisciplinary チームモデルは、患者が医療に携わる職種との階層性を構築することなく、相互関係を維持できるようになっている。我が国における医療に携わる職種は、そのほとんどが法令に基づく国家資格を有しており、その資格に基づく形で役割が定められている。この状態を King らのグループの言う四つのタイプに当てはめると Interdisciplinary チームに該当する。

ただ、筆者は本研究において、作業療法が「相対的医行為」として本来医師が行うべき行為であるものを、「医師の指示」をもとに作業療法士が実践できるものであると述べた。また、作業療法を理学療法と対比させた上で、両者の境界は見えにくく、それぞれが独占的な独自性を主張することは困難であることを主張した。この筆者の見解からすれば、医学的リハビリテーションにおけるチームの構造は、King らのグループとの言う四つのチームに当てはめると Transdisciplinary チームモデルに該当する。

本項では、さらに現在のリハビリテーション・チームが Transdisciplinary チームモデルに基づいているという見解を補足する。まず、第1節第1項では『チーム医療の推進につ

いて（チーム医療の推進に関する検討会報告書』において、医療に携わる職種の役割が拡大された点である。ここで注目すべきは、これまで「絶対的医行為」として医師にのみ認められていた医行為について、「特定看護師」という条件つきながら「相対的医行為」として認めるなど、医療に携わる職種の役割が拡大されたという点である。このことは作業療法士においても例外ではなく、「医療スタッフの協同・連携によるチーム医療の推進について」において、作業療法士が作業療法の実践の中で喀痰の吸引を認めたという点である。この喀痰の吸引は、これまで医師と看護師だけに認められていた医行為である。

つまり、『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書』では、医療に携わる職種の供給不足という問題から派生してはいるものの、これらの職種の役割が重複することを明確に承認したということになる。すなわち、この、『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書』とそれに基づく行政通知としての「医療スタッフの協同・連携によるチーム医療の推進について」は、医学的リハビリテーションにおける Transdisciplinary チームモデルとしてのチーム医療を大きく促進したことになると言えらる。

つぎに、現在、医療機関における医学的リハビリテーションは、健康保険法 第七十六条第二項⁷⁾及び高齢者の医療の確保に関する法律 第七十一条第一項⁸⁾の規定に基づいて制定された厚生労働省令である「診療報酬の算定方法」（2012年4月改定）⁹⁾の下に実践されている。この「診療報酬の算定方法」では、医学的リハビリテーションを実践するにあたり、リハビリテーション総合実施計画書（図4-1および図4-2）の作成を義務づけている¹⁰⁾¹¹⁾。

リハビリテーション総合実施計画書は、「診療報酬の算定方法」において医師及びその他の職種による共同での作成が必要とされる¹²⁾。つまり、リハビリテーション総合実施計画書は、作業療法士を含む患者への医学的リハビリテーションに携わるすべての職種が、同一の紙面上において患者に医学的リハビリテーションを実践するにあたっての具体的な介入方法について示すものである（大川, 2002, pp.1193-200）。さらに、リハビリテーション総合実施計画書には説明者ならびにクライアントと家族の署名欄が設けられており、同意書としての機能も有している（図4-1および図4-2）。

また、このリハビリテーション総合実施計画書は介護保険制度下における作業療法の実践においても作成の必要性が規定されている。例えば、介護保険制度における居宅サービスの一つで、要介護認定を受けた介護サービスの利用者が自宅から施設などに通って作業療法を含めたリハビリテーション・サービスを受ける「通所リハビリテーション」の場合、介護報酬として1か月に1回の割合で「リハビリテーションマネジメント加算」¹³⁾の算定が認められている。この算定条件にはいくつかの条件¹⁴⁾があるが、その中に多職種が共同で利用者ごとの「リハビリテーション実施計画書」（図4-3および図4-4）¹⁵⁾を作成し、利用者や家族への説明を行い、利用者や家族からの同意を得ることが規定されている。また、患者に携わるリハビリテーション・チームのメンバーは、定期的にリハビリテーション実施計画の見直しを行うことが定められている。

この介護報酬に基づく「リハビリテーション実施計画書」は、作業療法士が利用者の自宅を訪問して利用者に対し作業療法を提供する「訪問リハビリテーション」¹⁶⁾や介護老人保健施設に入所した利用者に対して作業療法を提供する、いわゆる「入所リハビリテーション」もしくは「短期入所介護（いわゆるショートステイ）」¹⁷⁾におけるリハビリテーション・

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加 「主目標」	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容: 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
活動 (すべて実行状況)	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類: 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動(使用場所: (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り:	
心身機能構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)		備考

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクI,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクI,II a,II b,III a,III b,IV又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

図 4-2 リハビリテーション総合実施計画書 計画様式(別紙様式 23) 19)

(なお、別紙様式 23 にはこれ以外に 23 の 2・23 の 3・23 の 4 という四種類の様式が規定されている)

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日 別紙4

利用者氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日 _____ 年 月 日(歳) 要介護度: _____

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) 合併疾患・コントロール状態 <small>(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)</small> 生活不活発病(廃用症候群) <small>発生原因が分かる場合はその内容</small>	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): <input type="checkbox"/> その他: 認知症に関する評価
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 入院・入所中の場合の退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: _____ <input type="checkbox"/> 退院未定 家庭内役割(家事への参加、等): _____ 社会活動: 外出(内容・頻度等): _____ 余暇活動(内容・頻度等): _____ 退院後利用資源: _____	

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・器具・歩行 器・車椅子な ど	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
	立	り	助	助	ず							
日常生活・ 社会活動	トイレへの 移動											
	階段昇降											
	屋内移動											
	屋外移動											
	食事											
	排泄(昼)											
	排泄(夜)											
	整容											
	更衣											
	入浴											
	コミュニケー ション											
	家事											
外出												

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・器具・歩行 器・車椅子な ど	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
	立	り	助	助	ず							
起居動作	寝返り											
	起きあがり											
	座位											
	立ち上がり											
	立位											
摂食・嚥下												

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

図 4-3 介護報酬の算定におけるリハビリテーション実施計画書 (別紙 4) 20

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 (年 月 日)
ご家族の希望 (年 月 日)

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらふこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等 (月 日)

備考

担当チーム	担当医: _____
	●PT・OT・ST: (), (), (), () _____
	●看護・介護: (), (), (), () _____
	● (), (), (), () _____ ()内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日
 ご本人サイン: _____ ご家族サイン: _____ 説明者サイン: _____

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

図 4-4 介護報酬の算定におけるリハビリテーション実施計画書 (別紙 4) 21

サービスの実施においても、多職種の共同による作成と、利用者への説明ならびに利用者から同意を得ることが規定されている。

診療報酬と介護報酬におけるリハビリテーション総合実施計画書の利点は、個々の患者に対し医学的リハビリテーションに携わるすべての職種が、一枚の計画書の中でそれぞれの介入方針を記載する形となっていることである。したがって、この書式をもとに、チーム医療としての医学的リハビリテーションの計画や効果を患者（もしくは利用者）やその家族に対して指し示すことが可能とされている。

リハビリテーション（総合）実施計画書では記載する内容について職種ごとに規定がなされている訳ではない。第 1 章において概説したように、作業療法士は患者へ作業療法を実践する上で作業療法計画を立案し、その計画に沿って作業療法を実践している。ただ、作業療法士は患者に対し作業療法を実践する上で、必要に応じて、本来他の職種が実践する内容を必要とする場合がある。また、作業療法実践の上で他職種との協力が必要な場合もある。リハビリテーション（総合）実施計画書は作業療法士が患者に対して作業療法を実践する上で、他職種の技術を用いるもしくは他の職種との協業にもとづく医学的リハビリテーションの提供についてわが国の医療制度が保証するものである。このようにリハビリテーション総合実施計画にもとづく「チーム医療」の中での作業療法の実践は、Cohn が主張する Transdisciplinary チームにおける作業療法士の役割と同等のものであると考える。

第 3 節 医師・理学療法士・作業療法士が考えるチーム医療

第 1 項 医師が考えるチーム医療

前節において、筆者は医学的リハビリテーションにおけるチーム医療の形を示した上で、わが国での医学的リハビリテーションが Transdisciplinary チームモデルに拠っていることを主張した。本節ではわが国のリハビリテーション医学専門医師・理学療法士・作業療法士が理想と考える医学的リハビリテーションにおけるチーム医療についてとり上げて行く。まず、本項ではリハビリテーション医学専門医師の見解について概観する。

筆者は前節において、医学的リハビリテーションの実践にあたり、診療報酬制度および介護保険制度上において作成を義務づけられている「リハビリテーション総合実施計画書」について概説した。そして筆者は、この「リハビリテーション総合実施計画書」に基づく医学的リハビリテーションの実践が Transdisciplinary チームモデルに基づくリハビリテーション・チームの実践であるという見解を述べた。このリハビリテーション総合実施計画書については 2000 年 4 月の新設から 2 年後の「診療報酬とその方法」改正にあたり、日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会から厚生労働省に対し改正の要望があった（高橋, 2004, p.609）。そして、2002 年 4 月における「診療報酬とその方法」の改正時には、日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会からの要請内容を反映した新しい書式が採用された（高橋, 2004, p.609）。

日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会から厚生労働省への要請内容としては、リスクに関する説明欄の追加と評価項目・内容に関する記載欄における「心身機能・構造」の枠に自由記載を設けること、起き上がりや歩行などの基本動作について病室のベッド周

囲での状況について記載するようにすること、評価項目・内容に関する記載欄の「活動」についてリハビリテーション・チームの多くが使用している測定ツールを使用すること、患者および家族の同意書を兼ねるようにすることが挙げられた（高橋, 2004, p.613）。

その一方で、リハビリテーション総合実施計画書について、医学的リハビリテーションに携わるすべての職種が、個々の患者に対し一枚の計画書の中で評価結果や介入方針を記載するという形式は変わっていない。このように考えると、日本リハビリテーション医学会はリハビリテーション医学にそった理想的なチームの形態を **Transdisciplinary チームモデル**に置いていることが予想される。

つぎに、医学的リハビリテーションにおけるチーム医療について、リハビリテーション医学専門医師が理想とする見解を確認していく。上田敏は大川弥生とともにリハビリテーションにおけるチームについて、境界領域における分立的分業ではなく各職種の私心を捨てた重複領域における患者本位の協業であるべきことを主張している（上田・大川, 1993；上田, 2001, p.90）。上田は、日常生活活動が基本的動作と応用的動作が重複したものとして捉えなければならず、このことから理学療法と作業療法は重複することが当然であり「協業」でなければ実践が成り立たないことを主張する（上田, 1993, p.243）。そして、理学療法士と作業療法士との間に分業を明確化した場合、患者の日常生活活動に害を及ぼすことを指摘している（上田・大川, 1993, p.242）。ただし、上田はその一方で理学療法士と作業療法士が同じことを患者に行う必要はなく、同一の動作の中で評価や治療内容の重点の置き方は、患者や家族の意向や患者の機能状態において変わるものであることを強調している（上田・大川, 1993, p.242）。

安藤徳彦は思考過程や技術方法が異なる多くの職種から構成される **Interdisciplinary チーム**としてのチーム医療を念頭におく（安藤, 2009, pp.113-7）。しかし、安藤は職種間の情報共有と意見交換が密に行われたい限り、**Interdisciplinary チーム**としてのチームワークは機能しないことを主張している（安藤, 2009, pp.113-7）。

藤谷順子は嚥下障害を有する患者の医学的リハビリテーションに際して、充実した職種が常にそろっているとは言えない病院環境の中では、患者本人のニーズに基づいた医学的リハビリテーションを展開するために、**Transdisciplinary チームモデル**に基づくチーム医療が必要であると述べている（藤谷, 2012, pp.263-4）。

リハビリテーション医学専門医師たちの見解は、一部に **Interdisciplinary チームモデル**に対する好意的な見解が見受けられる。しかし、総じて見ると「**Transdisciplinary チームモデル**」を重視しているものと捉えることができる。

第2項 理学療法士が考えるチーム医療

つぎに、本項では理学療法士のチーム医療に対する考えについて概説する。

日本理学療法士協会が1997年12月9日に制定し、2012年4月1日に一部改正した「理学療法業務指針」²²⁾において、チーム医療は「チーム医療での協調」として次のように明記されている。

理学療法士は、医学的リハビリテーションのチームの一員として医師、看護師、作業療法士、義肢装具士、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー、言語聴覚士

など多くの医療関連職種と緊密な連携を保ち、より円滑で効果的な医療を行うようつとめるものとする。

また、日本理学療法士協会が1997年に12月9日に制定した「理学療法ガイドライン」では、「チーム医療での協調」について、「理学療法業務指針」の文言を解説する形で、つぎのように書かれている。

医学的リハビリテーションを円滑に進めるためには、その対象者に関係する医療スタッフ間の緊密な連携が必要である（中略）リハビリテーションに携わるチームの構成員としては医師、看護師、作業療法士、義肢装具士、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー、言語聴覚士、生活指導員、介護福祉士、寮母など多くの関連職種がある。一方、地域に目を広げてみると、保健婦、教師、保母などとの連携があり、チーム全体で対象者に取り組む必要がある。そのためには、チーム全体の方針と対象者のニーズが同じ方向性を持つことが重要である。理学療法士が高度化・専門化していく医療と医療へのニーズに応じていくためには、他の専門職との協力関係を損なわないように、対象者が求めるニーズを満たすために良好な関係を作り出し、相携えていくことを念頭に置く必要がある²³⁾。

少なくともこの文面を読む限り、理学療法士がチーム医療の中で理学療法士の独自性を有することが必要であるとは書かれていない。むしろ、理学療法士は患者の医学的リハビリテーションにおいて同じ方向を向きながら理学療法士以外の職種との協力関係を大切にすることが重要であると記されている。そして、その協力関係を深めながら患者の要望を満たすための方策を考え、そこで得た多くの経験をもとに専門化を深化することが可能となると謳われているように解釈できる。もちろん、ここでの専門化は「独自性を高めること」と同意義であるとしてよいだろう。

理学療法士である半田一登は、日本理学療法士協会長の立場から「チーム医療における理学療法士の役割」として、理学療法士は理学療法士及び作業療法士法に明記された「基本的動作能力」の回復を、患者に対する責任を果たすための「核」として持っていなければならないことを強調する（半田, 2011, p.917）。しかし、その「核」は境界が明確な理学療法士に特有のものではなく、臨床の実践の中で協働的に扱われ、患者のリハビリテーションに関与する多くの職種が集まって症例の方針について検討する「カンファレンス」を通して共有されるものであるとする（半田, 2011, pp.917-9）。

これらのことから、理学療法士が理想とするチーム医療の構造は「Transdisciplinary チームモデル」であると思われる。

第3項 作業療法士が考えるチーム医療

本項では作業療法士がチーム医療をどのように考えているのかについて俯瞰する。

日本作業療法士協会は2005年3月に公表した「作業療法士の職業倫理指針」において「職種間の協調」として次のように明記している。

それぞれの専門職には、付与された権利・権限があり、また、その職種にしかできない技術を有している。作業療法士は、治療・援助・支援の過程における独善的判断・行動を戒め、適切な委託・協力を他職種に求めるべきである（日本作業療法士協会, 2005, pp.17-8)

この「作業療法士の職業倫理指針」では、作業療法士を含む医学的リハビリテーションに携わる職種が「その職種にしかできない技術を有している」ことを明記していると解釈できる。ここだけを切り取ると、作業療法士の役割は Cohn が掲げる **Multidisciplinary チームモデル** に該当すると思われる。ただ、「作業療法士の職業倫理指針」では患者に対する医学的リハビリテーションの過程において、適切な場面で他職種に対する委託や協力を求めることが良いとある。この委託や協力が示すものとして挙げられるのは職種間の水平的なコミュニケーションであると思われる。この「作業療法士の職業倫理指針」から、作業療法士が理想とするリハビリテーション・チームの構造は「**Interdisciplinary チームモデル**」であると捉えることができる。

この「作業療法士の職業倫理指針」が公表される以前から、作業療法士は **Interdisciplinary チームモデル** を理想とする見解があった。作業療法士である関谷修は、作業療法の立場からチームワークの問題点について論考を行っている。関谷が臨床で作業療法を実践している場所は病院であるが、そこではリハビリテーション医学専門医師たちより、上肢機能・日常生活活動・家事動作などの改善を目的とした「医師の指示」が機能分担の範囲を示す形で出されている（関谷, 1985, p.22）。関谷は作業療法士と理学療法士との関係について、仲間意識が強く同じ患者を担当することになる場合が多いことでチームワークは良好であることを主張している。一方、関谷は理学療法士と作業療法士との間で馴れ合いが起きていることを課題として挙げており、その理由として、理学療法士との業務分担について明確でない部分が多いことを指摘している（関谷, 1985, p.26）。

作業療法士である澤俊二は、自らの臨床経験をもとに「望ましいチームとは何か」について考察している（澤, 1993）。澤は作業療法士免許取得後、自ら開設に携わったリハビリテーションセンターでの 4 年目において、理学療法士がそれまで行っていた歩容改善を目的とした歩行練習を、ある作業療法士が実践したことをきっかけとして、理学療法士と作業療法士との関係が失われてしまったことを回想している（澤, 1993, pp.248-9）。澤はその後、関係の修復をはかることに成功するが、この修復をはかるために五つの内容を実践している。

その実践とは、

- 1) 理学療法士と作業療法士のリーダーが他の職種のリーダーを含めて頻繁に会合し、業務に関する種々の問題点を出し合い解決をはかる
- 2) 互いを気にかけて、率直に意見を出し合い、良いものを積極的に導入し合う
- 3) 細かいことをすべて連絡し合う
- 4) 抄読会や症例検討会とは別に、少人数単位で行う問題解決のための「マイナー・カンファレンス」の導入
- 5) 患者へのアプローチを協同で検討しながら実践したことであった（澤, 1993, p.248）。

関谷と澤の報告は、ともに作業療法士と理学療法士との間には明らかな職域の境界が存在することが望ましいと考えている。そして、澤による理学療法士と作業療法士との関係の悪化に対しては、職種の代表者を中心として小さな内容さえも情報を共有しあい、互いの理解を深めていく努力を続けてきたことが伺える。

第4節 Interdisciplinary チームモデルの問題点と Transdisciplinary チームモデルにおける作業療法士の独自性

第1項 患者のリスク管理から見た Interdisciplinary チームモデルの問題点

本節では、作業療法士が理想とする Interdisciplinary チームが「チーム医療」として有効に機能しうるのかという点について検討する。King らのグループが言う Interdisciplinary チームモデルでは、職種間のコミュニケーションが水平的であるとされる。本章の冒頭で示した『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』に記された「チーム医療の定義」にもあるように、チーム医療に関与する職種は、水平的コミュニケーションを通して、患者の作業療法士が考えた作業療法の目的や作業療法に関する情報を共有し、チーム医療がもたらす「具体的な効果の実現」²⁴⁾に近づこうとする。

チーム医療が組織としての機能を果たす以上、そこにはリーダーが存在しうる。もともと、チーム医療のリーダーは医師というのが一般的であった。それは、医師がリハビリテーション・チームを構成する職種のなかで唯一、疾患と障害の両方の診療が可能な職種だからである。そして、医師は法令上医師以外の職種に対し「指示」を行う立場だからである。ただ、Interdisciplinary チームモデルでは水平的コミュニケーションとともに職種の独自性が保たれる。この構造の中において、チーム内の職種は法令上における「指示を出す立場」と「指示を受ける立場」という関係での階層が前面に置かれることのないように意識される。そのため、Interdisciplinary チームモデルでは、リーダーの存在は薄いものとなりがちとなる。

Interdisciplinary チームモデルでは、水平的コミュニケーションを通して、他の職種の考えを理解していることになっている。しかし、職種間の役割が明確化されている Interdisciplinary チームモデルでは互いの干渉が乏しくなる。そうすると、Interdisciplinary チームモデルにおける水平的コミュニケーションは、Transdisciplinary チームモデルと比較して、その充実度が低くなることが予想される。実際に、作業療法士である中村伴子が実施した全国の作業療法に対するアンケート調査²⁵⁾では、水平的コミュニケーションが必ずしも作業療法士の独自性を他の職種への理解につなぐとは限らないことを明らかにしている。中村が行った調査では、作業療法士が所属する施設において、回答者の57%は「チーム医療が困難となっている」と回答し、その理由として、「作業療法の専門性（独自性）が他の職種に理解されないから」と回答していた（中村, 2007, p.320）。このことは、職種間の理解度の深度にも影響する。そして、チームとしてのリーダーの存在は Transdisciplinary チームモデルよりも弱いものになることが予測される。

上田敏は「リーダーとそれ以外の者」という関係が乏しいチームにおいて、チーム・メ

ンバーの中に「〇〇は自分の責任である」ということを主張する人がいなくなることを指摘している(上田, 1992, p.312)。そして、チームが「自分が率先して言い出す必要はない」、「いずれ誰かがやってくれるのだろう」、「ものごとは細かく議論しなくてもうまくいく」という「集団無責任体制」(上田, 1992, p.312)に陥る危険性を警告している。

たしかに、この「集団無責任体制」はチーム・メンバーにおける思い込みや確認の不徹底のもとになり、ひいては重大なヒューマン・エラーに基づく医療事故につながりうる。社会心理学者である Kunihide Sasou と James Reason はチームにおけるエラーの発生要因として三つの段階を挙げている。第一段階はチーム・メンバーの一人がミスやエラーを犯した際に、他のメンバーがそれに気づかないという「検出のエラー」である。第二段階はチーム・メンバーの一人がミスやエラーを犯した際に、他のメンバーの誰かがそれに気付いたとしても、そのミスやエラーに対する指摘を行わないという「指摘のエラー」である。そして、第三段階はチーム・メンバーの一人がミスやエラーを犯した際に、他のメンバーからミスやエラーに対する指摘がなされたとしても、ミスと犯したメンバーがそのミスを修正しないという「訂正のエラー」である (Sasou & Reason, 1999, pp.2-3)。筆者は、これらの三つの段階が「集団無責任体制」の状態におかれたチームの中において起こりうる と考える。

この Sasou と Reason の見解は工学システムに関連したものであるが、医学的リハビリテーションにおけるチームにおいても、「集団無責任体制」に陥った状態から Sasou と Reason の言うエラーが出現することは十分に考えられる。そして、このようなエラーの過程を経て重大な医療事故につながる可能性は十分に考えられる。これらのことから、作業療法士が理想とする Interdisciplinary チームモデルとしてのチーム医療は、患者のリスク管理という観点から見て危険性を孕んでいるということができると考える。

第2項 作業療法士の独自性からみた Interdisciplinary チームモデルの問題点

前項では Interdisciplinary チームモデルにおけるチーム医療の実践が、チーム・リーダーの機能を事実上不全の状態に陥らせ、そのことが患者への危険性を孕んでいることについて主張した。本項では、Interdisciplinary チームモデルを理想とする作業療法士が患者に対して作業療法を実践しようとする際に、その独自性の主張するために発生しうる問題点について論述する。

Interdisciplinary チームモデルを重視する作業療法士は、職種もしくは患者・家族に対し、「作業療法士が実践できる範囲は〇〇から〇〇までです」と明確に説明することが可能である。この説明は対象が誰であるかに関係なく普遍的に可能である。よって、作業療法士はチーム内のメンバーならびに患者・家族に対し自身の役割を明確にすることが可能になりうる。この場合、作業療法士は患者に対し、自らが作業療法士としての独自性の範囲内であると容認できる介入手段を実践することが可能であろう。

しかし、作業療法士がある介入手段を自らの作業療法士としての独自性の範囲外にあると捉えた場合、作業療法士はチーム内のメンバーや患者に対し、「その手段は自分の独自性の範囲外であるから実践しない」と主張する可能性がある。例えば、「トイレ動作が困難である」と訴えている入院患者が作業療法の対象になったとする。この場合、患者が用を足すためには、一人でベッドから起き上がり、病室からトイレへ歩いて移動し、トイレ内で

用を足し、トイレから病室まで歩いて戻る必要がある。そして、評価の結果として患者はいずれの動作も遂行困難であったとする。恐らく、作業療法士の多くは患者に対する作業療法の目標を「トイレ動作の自立」と設定するだろう。ただ、設定した目標を達成するための作業療法の実践にあたり、作業療法士は患者が行う起き上がりや歩行について「理学療法士が法令上における役割として明記された基本的動作能力に該当するものであり、作業療法の範囲ではない」と主張する可能性を持つ。

たしかに、患者の起き上がりや歩行はそれらを単独で見れば「基本的動作」として理学療法の範囲に含まれる。しかし、トイレ動作はトイレの中だけで完結するものではなく、患者が尿意や便意を感じた際に、居間など（入院患者の場合は病室）からトイレへの移動を伴うことによって遂行可能な動作である。このことは、第3章第4節第2項で概説した「人間作業モデル」における意志・習慣化・遂行能力と環境との相互関係を具体的に示したものと言える。つまり、患者は「トイレで用を足す」という意志と習慣化のもとに居間（病室）・廊下・トイレという環境に合わせる形で動作を遂行しようとする。このトイレ動作の遂行において基本的動作と応用的動作は常に混在している。したがって、起き上がりや歩行をトイレ動作における一連の動作として含めることは、患者の生活に即した作業療法の実践であると言える。

一方、この患者のトイレ動作を困難とする主たる原因が下肢の筋力低下もしくは関節可動域制限である場合を考える。多くの場合、筋力低下に対しては筋力強化が、関節可動域制限に対しては関節可動域運動が患者に対して実践される。しかし、ここで作業療法士は「筋力強化や関節可動域運動は本来運動療法の重要な手技である。運動療法は理学療法士が行うことであり、作業療法士の独自性からはみ出るものである。したがって、作業療法士は筋力強化や関節可動域運動を実践しない」と主張することが可能である。

このようなトイレ動作を困難とする原因への対応について、筋力強化や関節可動域運動はそれ自体を単独でみれば運動療法として理学療法の範囲に含まれる。これに対し、筆者は第3章第5節第2項において、作業療法士が患者の望む「作業」の獲得をはかるために「医学モデル」を放棄することは、患者に対して適切と思われる作業療法を提供することにならない場合があることを主張した。ここでの作業療法士は、患者のトイレ動作遂行困難の原因を下肢の筋力低下にあると考えている。このことから、筋力強化や関節可動域運動を患者の「トイレ動作の自立」を達成するための作業療法として実践しないことは、患者に対して適切と思われる作業療法を実践していないと解釈できる。

つぎに、食事を一人でとることが困難な入院患者がいるとする。医師はこの患者に対する診察の結果、一人で食事がとれない原因を「上肢の筋力低下」にあると考え、作業療法士に対して筋力強化を指示した場合を考える。医師は「食事」という応用的動作能力の改善を役割とする作業療法士に対し、患者が最も効果的に食事を一人でとるための最も有効な方法として筋力強化を指示している。それに対して、Interdisciplinary チームモデルを理想とする作業療法士は、この医師の指示に対し「運動療法としての筋力強化は作業療法士の独自性の範囲外」という理由をもって、医師に対しこの指示を拒否する可能性を持つ。

作業療法士はこのことについて日本作業療法士協会による「作業療法士業務指針」に明記された「医師の指示に対する疑義」であると主張するであろう。たしかに、筆者は第2章第4節第2項において、作業療法士が「医師の指示」に関する医師との対話を通しなが

ら、作業療法計画を「医師の指示」にして行くことで作業療法士としての自律性を保つことが可能であることを主張した。そして、そのために作業療法士業務指針に明記された「医師の指示に対する疑義」を主体的に実行すべきであることも論述した。しかし、ここでいう疑義は、単に作業療法士の役割だけを前面に出すことによって作業療法の実践範囲を明確にするものではない。患者の要望やニーズ・作業療法の目的や目標・患者に及ぼしうるリスクなど、患者にとって適切な作業療法が実践できているかという観点から議論すべきものである。この議論を経て医師と作業療法士が合意に至らないまま作業療法士が作業療法を実践することは、「医師の指示の下に作業療法を行う」という理学療法士及び作業療法士法の規定に反していると解釈されるであろう。

このように **Interdisciplinary** チームモデルに基づく作業療法の展開は、作業療法士がリハビリテーション・チームにおいて他の職種とは異なるという独自性を主張することに注目を集める結果をもたらす。このことは、チーム医療における作業療法士の存在の大きさを主張しているだけのことである。つまり、**Interdisciplinary** チームモデルに則った作業療法の展開は、最終的に医療の基本である「患者にとって適切な作業療法の提供」を蔑ろにしたものになってしまう危険性を孕んでいる。

第3項 Transdisciplinary チームモデルにおける作業療法士の独自性

筆者は前項までにおいて、**Interdisciplinary** チームモデルにおいて作業療法士の独自性を主張することが困難であることを主張した。本項では、作業療法士の独自性が **Transdisciplinary** チームモデルの中で維持できることについて結論づける。

Transdisciplinary チームモデルでは、ある役割をある職種が独占するのではなく、その役割を他の職種とともに果たすことができる。その中で、作業療法士は患者の多様な「作業」に着目し続けながら作業療法を実践する。患者が必要としている「作業」は多様である。作業療法士が作業療法を実践する中で、患者にとって最も適切であると考えられる作業の内容や目的は、経過とともに異なってくることが予想される。患者の要望は、時間の経過や家族の患者に対する気持ちなど、さまざまな要因によって揺れ動くことがある。もちろん、患者を取り巻く人・家屋・地域といった環境も時間の経過とともに変化しうる。

作業療法士はこれらを踏まえながら患者に対して適切であると考えられる作業療法計画を立案する。その中には、「物理的手段」や「姿勢制御」といった理学療法を基盤とするものが含まれることもありうる。

しかし、作業療法士が立案した作業療法計画の中に理学療法士が用いる手段があったとしても、それは、作業療法士が「患者にとって最も適切である」と考える作業療法ということができる。そして作業療法士は自ら立案した作業療法計画を「作業療法士が立案する作業療法計画」として、患者に説明し、患者からインフォームド・コンセントを得ることができる。ここで実践される作業療法は「理学療法化した作業療法」ではない。ここで実践される作業療法は、あくまでもチーム医療の中で、作業療法士が独自性を維持した形で「作業療法」として実践するものである。この独自性は、患者や他の医療に携わる職種がはっきりと可視化できるものではない。

しかし、これまで述べてきたことから、作業療法士は作業療法士と理学療法士の理論と実践が重なり合う中での「見えにくい」作業療法士の独自性を、チーム医療の中における

「作業療法士の独自性」として主張できる。すなわち、医師と作業療法士、そして理学療法士と作業療法士との重複度は、個々の患者ごとにその患者の要望、心身障害の程度、患者を取り巻く環境によってダイナミックに変化するものである。たとえ、その重複の度合が理学療法に偏ったとしても、作業療法士は自らが立案した「作業療法計画」として明確に患者へ説明し、患者からインフォームド・コンセントを得ることが可能となる。つまり、ここで実践される作業療法は、医師の承認を受けた形で「医師の指示」として実践される作業療法でもある。このように考えると、作業療法士の独自性と自律性とは相互に関係し合っているということが言える。

筆者は、作業療法士の「見えにくい独自性」を職種の境界を超えたチーム形態である「Transdisciplinary チームモデル」の中において呈することができると思う。そして、筆者はこれらのことをもって、作業療法士が「自律性と独自性をもって作業療法を実践している職種である」と自負できるものと思う。

注

- 1) 厚生労働省『チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>（2013年7月18日閲覧）
- 2) 厚生労働省「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/08/dl/s0828-1b.pdf>（2013年7月10日閲覧）
- 3) 厚生労働省「経済財政改革の基本方針2009」
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/090623kettei.pdf>（2013年7月18日閲覧）
- 4) 厚生労働省「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6h.pdf>（2013年7月18日閲覧）
- 5) 国立情報学研究所論文情報ナビゲータ（Cinii）において「チーム医療」で検索するとヒットした3779件中、タイトルに「チーム医療」が入った最も古い論文は1970年に公開されたものであった。
- 6) 医療ソーシャルワーカー業務指針（厚生労働省保健局長通知 2002年11月29日）によれば、医療ソーシャルワーカーとは「保険医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る」職業であると示されている。

そして、具体的な業務として

- 1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- 2) 退院援助
- 3) 社会復帰援助
- 4) 受診・受療援助
- 5) 経済的問題の解決、調整援助
- 6) 地域活動

の六つが挙げられている。

公益社団法人日本医療社会福祉協会ホームページ

http://www.jaswhs.or.jp/images/pdf/gyoumusisin_2002.pdf (2013年7月21日閲覧)

- 7) 健康保険法第七十六条では「保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする」と規定されている。そして、2では「前項の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする」と明記されている。

総務省 電子政府の総合窓口イカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/T11/T11HO070.htm> (2013年7月21日閲覧)

- 8) 第七十一条では、「療養の給付の取扱い及び担当に関する基準並びに療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準については、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会の意見を聴いて定めるものとする」と明記されている。

総務省 電子政府の総合窓口イカブ 法令検索

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S57/S57HO080.html> (2013年7月21日閲覧)

- 9) 厚生労働省 「平成24年度診療報酬改正について 第3関係法令等 (2) 1 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (告示) 平成24年厚生労働省告示第76号 第7部リハビリテーション」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/2-3.pdf> (2013年10月6日閲覧)

- 10) 平成24年度診療報酬改正では、リハビリテーションの診療報酬が患者の有する疾患によって四つの疾患別 (心大血管・脳血管疾患・運動器・呼吸器) に区分されている。そして、「通則7」では、「リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである」記されている。

厚生労働省 「平成24年度診療報酬改正について 第3関係法令等 (2) 1 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (告示) 平成24年厚生労働省告示第76号 第7部リハビリテーション 通則4」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/2-3.pdf> (2013年10月6日閲覧)

これと併せて、医療機関が患者に対して疾患別のリハビリテーション料を算定するにあたっては、「リハビリテーション実施計画書」を患者の発病もしくは受傷日から日数に応じて、一か月に1回もしくは三か月に1回作成し、患者・家族へ説明することが規定されている。また、併せて「リハビリテーション実施計画書」は患者へ交付されるとともに患者の診療録に保存することが義務づけられている。

厚生労働省 「平成24年度診療報酬改正について 第3関係法令等 (2) 2 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知) 平成24年3月5日保医発0305第1号」別添1 (医科点数表) その3 第7部リハビリテーション 通則4」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryouhoken/iryouhoken15/dl/2-25-3.pdf (2013年10月6日閲覧)

- 11) なお、リハビリテーション実施計画書には、書式が A4 版の「リハビリテーション実施計画書」(別紙様式 21 から別紙様式 21 の 5 まで) と、A3 版の「リハビリテーション総合実施計画書」(別紙様式 23 から 23 の 4 まで) の二種類がある。

厚生労働省 「平成 24 年度診療報酬改正について 第 3 関係法令等 (2) 2 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知) 平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号 様式」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/2-22.pdf> (2013 年 10 月 6 日閲覧)

この「リハビリテーション実施計画書」と「リハビリテーション総合実施計画書」との違いとして、医療施設ごとにおける医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の人数およびリハビリテーションを実践する場所の広さで規定される「施設基準」について一定の条件を満たした施設は「リハビリテーション総合実施計画書」の作成が義務づけられている。

厚生労働省 「平成 24 年度診療報酬改正について 第 3 関係法令等 (6) 2 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (通知) 平成 24 年 3 月 5 日 保医発 0305 第 3 号 別添」、pp.42-53

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/6-2-1.pdf> (2013 年 10 月 6 日)

- 12) 「平成 24 年度診療報酬改正について 第 3 関係法令等 (2) 1 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (告示) 平成 24 年厚生労働省告示第 76 第 7 部 リハビリテーション H003-2 リハビリテーション総合実施計画評価料」では、「(前略) 地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき(中略) リハビリテーションを行った場合に、患者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として 300 点 (1 点は 10 円に換算) を算定することができる」と規定されている。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/2-3.pdf> (2013 年 7 月 21 日閲覧)

- 13) 2012 年 3 月 30 日に出された厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長からの行政通知である「「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」の一部改正について」では、リハビリテーション実施計画書について、次のように規定されている。

「リハビリテーションマネジメントは医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、生活支援員、栄養士、サービス管理責任者、その他の職種 (以下「関連スタッフ」という。) が協働して行うものである」(p.4)。リハビリテーションスタッフは、状況に応じて利用者や家族の参加を求めながら、概ね 3 か月ごとにカンファレンスを行い、規定のリハビリテーション実施計画 (別紙 4) を作成する (pp.4-5)。そして、作成したリハビリテーション実施計画は概ね 3 か月ごとに利用者や家族に対して説明し同意を得ることが必要である。

厚生労働省「「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」の一部改正について」、p.6

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/k

[aisei/dl/tuuchi_07.pdf](#) (2013年7月21日閲覧)

- 14) 厚生労働省 平成24年度介護報酬改定における「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」によれば、リハビリテーションマネジメント加算は、下記に適合する指定通所リハビリテーション事業所において、月に230単位(1単位は10円に換算)の介護報酬を算定できると規定されている。

なお、ここでの「指定」は介護保険制度に基づくサービスを提供する事業者として、開設地の都道府県知事から許可を受けていることを意味する。

イ) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成していること。

ロ) 利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が指定通所リハビリテーションを行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録していること。

ハ) 利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

ニ) 指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、指定居宅介護支援事業者(介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者)を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

ホ) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、通所開始日から起算して1か月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

厚生労働省ホームページ 平成24年度介護報酬改定について 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」、p.43

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/b01.pdf> (2013年7月21日閲覧)

- 15) 2012年3月30日に出された、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長からの行政通知である「「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」の一部改正について」に書式が掲載されている。

厚生労働省ホームページ

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei/dl/tuuchi_07.pdf (2013年7月21日閲覧)

- 16) 厚生労働省ホームページ 平成24年度介護報酬改定について 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」 pp.39-41

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c01.pdf> (2013年7月21日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c02.pdf> (2013年7月21日閲覧)

- 17) 厚生労働省ホームページ 平成24年度介護報酬改定における「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実

施上の留意事項について」、p.27

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0219-2aa.pdf> (2013年10月6日閲覧)

18) 近畿厚生局ホームページ

http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shinryohoshu/h24/ryuui.html (2013年10月1日閲覧)

19) 近畿厚生局ホームページ

http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shinryohoshu/h24/ryuui.html (2013年10月1日閲覧)

20) 鹿児島県ホームページ

<http://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/kaigohoken/documents/jissikeikaku.xls> (2013年10月1日閲覧)

21) 鹿児島県ホームページ

<http://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/kaigohoken/documents/jissikeikaku.xls> (2013年10月1日閲覧)

22) 日本理学療法士協会ホームページ

http://www.japanpt.or.jp/03_jpta/about_jpta/04_pdf/028-030.pdf (2013年9月22日閲覧)

23) 日本理学療法士協会ホームページ

http://www.japanpt.or.jp/03_jpta/about_jpta/04_pdf/031-042.pdf (2013年9月22日閲覧)

24) 『チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会報告書)』では、「チームがもたらす具体的な効果」として三つの点を挙げている。

この三つの点とは、

- 1) 疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上
- 2) 医療の効率性の向上による医療従事者の負担の促進
- 3) 医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上

が期待されるとする。

25) 中村が行ったアンケート調査は、全国のナショナルセンター、国立療養所、国立病院機構のうち、作業療法士が所属する90施設の作業療法部門を対象としている。回答数は90施設中51施設で回答率は56.7%となっていた (中村, 2007, p.320)。

終章

第 1 節 本研究の総括

筆者は第 1 章「作業療法は医行為と見なされるものか？」において、わが国の作業療法が「医行為と見なされるものか」ということについて明らかにすることを目的とした。筆者は本章において作業療法の法令上の位置づけ、作業療法の医行為としての解釈、作業療法の基盤となる「作業科学」に対する批判という三つの理由をもって、わが国の作業療法は「医行為と見なされる」と結論づけた。

第 2 章「医師の指示から見た作業療法士の自律性」では、作業療法士の医師に対する自律性について明らかにすることを目的とした。作業療法士は法令上「医師の指示」の下に作業療法を実践しなければならない。しかし、作業療法士は、患者にとって最も適切と考えて立案した作業療法計画が「医師の指示」と異なる場合、作業療法士は医師との対話を重ねながら、作業療法計画を「医師の指示」として承認してもらう必要がある。作業療法士は医師の指示に対して無批判に従うだけでなく、疑義があった場合には臆することなく申し立てることが作業療法士の自律性を維持するために必要なことである。筆者はこのことにより、作業療法士が職種としての自律性を維持できうることを結論づけた。

第 3 章「理学療法士との関係からみた作業療法士の独自性」では、作業療法士と理学療法士との臨床実践ならびに臨床実践の基盤となる理論の異同を基に、作業療法士の独自性を明らかにすることを試みた。理学療法と作業療法の違いは、患者の臨床像をもとに、患者の「運動制御」を基盤に捉えようとする理学療法士と「患者が望む「作業」とは何か」を最初に見出そうとする作業療法士が、それぞれにおいて必要と考える介入手段を決定するまでの作業（もしくは理学）療法計画の立案における思考過程に見出せるものであると考えた。つまり、作業療法士の独自性は、境界線を有する形で可視化できるものではないと結論づけた。

第 4 章「チーム医療の中での作業療法士の独自性」では、「チーム医療における作業療法士の独自性はどこにあるのか」について明らかにすることを試みた。この中で、作業療法士が理想と考える **Interdisciplinary** チームモデルでは、チームの「集団無責任体制」と職種ごとの独自性の範囲に対する固執から、患者の存在を蔑ろにしてチーム内での職種の存在の大きさを示すことにつながりやすいことを主張した。それに対して **Transdisciplinary** チームモデルでは、ある役割をある職種が独占するのではなく、その役割を他の職種とともに果たすことができる。作業療法士が患者に対し実践しようとする作業療法の中には、理学療法を基盤とする手段を含んでいることがありうる。それでも、作業療法士はその手段を「患者にとって最も適切である」作業療法であると主張し、患者からインフォームド・コンセントを得ることができる。これらより、筆者は作業療法士の「見えにくい独自性」を職種の境界を超えたチーム形態である「**Transdisciplinary** チームモデル」の中で呈することができる結論づけた。

第2節 本研究の限界

本研究はわが国の作業療法士における自律性と独自性について探究を行ったものである。この研究では限界として取り上げるべき点が三つある。

一つ目として、本研究の内容は「身体障害」を専門領域とする筆者の臨床経験が大きく反映されたものとなっている。筆者は第1章において、作業療法士の専門領域として身体障害、精神障害、発達障害、老年期障害の四つが存在することを述べた。本論文中において紹介した作業療法の基盤となる学問ならびに理論は、専門領域に関係なくすべての作業療法士にとって重要なものとして位置づけられる。ただ、精神障害を専門とする作業療法士の大半は精神科を主たる診療科として標榜する医療機関に勤務しており、そこにリハビリテーション医学専門医ならびに理学療法士の多くは所属していない。そのため、精神障害を有する患者に対する作業療法を専門とする作業療法士の自律性と独自性を探究するにあたっては、理論と実践に関するリハビリテーション医学専門医師ならびに理学療法士との比較をすることはできない。この点は本研究の限界である。

二つ目は、チーム医療における独自性に関するものである。第3章において、筆者は作業療法士である宮前珠子の「作業療法士は医師および理学療法士との間において生物学のレベルでしか重複しない」という主張に対する批判をおこなった。ただ、宮前はこれとは別に作業療法と看護とは学問の領域が大きく重なっているという見解を出していた。たしかに、理学療法士及び作業療法士法第十五条において、作業療法士は、保健師助産師看護師法で看護師の独占業務と規定されている「診療の補助」を例外的に実践できる存在として位置づけられている。そして、第1章で概説した、作業療法士が作業療法的手段として多く用いる日常生活活動は、保健師助産師看護師法においてやはり看護師の独占業務と規定されている「療養上の世話」と重複している部分がある。ここでの宮前の見解は、筆者が本研究において指摘した「見えにくい独自性」と類似した主張であると思われる。ただ、チーム医療の中における作業療法士の独自性をさらに深めていくためには、看護師と作業療法士の異同について検討することも必要と思われる。

三つ目は、作業療法の理論に関するものである。わが国の作業療法士に広く用いられている作業科学を基礎とする作業療法理論については、人間作業モデルの他に1991年にカナダ作業療法士協会が作業療法の臨床実践ガイドラインとして初めて公表し、2回の改定を経ながら実践されている「カナダ作業遂行モデル (Canadian Model of Occupational Performance)」がある。

本研究においては、作業療法士の独自性を探究するにあたり、このカナダ作業遂行モデルについて検討することができなかった。カナダ作業遂行モデルは心理学者であるカール・ロジャースが提唱した「クライエント中心療法」¹⁾を基盤にしている。そしてカナダ作業遂行モデルでは、作業療法実践の基本を「基本ニーズとしての作業を行うこと」(Polatajko *et al*, 2011, p.43) においている。カナダ作業遂行モデルにおいて、作業療法士は患者が必要と決定したものを患者とともに共有するという立場をとり、作業療法士が患者に対して主体的に介入する立場をとらない。カナダ作業遂行モデルにおける作業療法士の役割は、患者との協働的なパートナーシップのもとに患者が作業をできるようになるために「何かを行う」のではなく、「患者とともに行う」ことを強調する(カナダ作業療法士

協会, 2000, p.35)。

カナダ作業遂行モデルでは、患者は「患者自身を取り巻く環境の中で、自ら作業を認識し、選択し、従事することができる潜在的な能力」と定義される「スピリチュアリティ」(カナダ作業療法士協会, 2000, p.5)を中心とした認知・情緒・身体をもとに、患者特有の作業を選択すると捉える (Polatajko *et al*, 2011, p.45)。

カナダ作業療法士協会によれば、人(患者)は特定の集団の気質と価値体系に基づく民族的日常的しきたりとしての文化的要素、政策・財源調査・法律・制度などの制度的要素、建築物・公共交通機関・気象などの自然および人工的環境である物理的要素、環境の全要素に関連する社会的優先順位や地域社会に住む人々の関係性などを指す社会的要素からなる「環境」(カナダ作業療法協会, 1997, p.50)と結びつく。それとともに、患者が選択した作業は患者と環境とが相互に作用し合うところに生じると捉えている (カナダ作業療法士協会, 2000, p.38)。

さらに、カナダ作業療法士協会は、人(患者)・環境・作業の三つがダイナミックに相互作用する結果として「作業遂行」があり (カナダ作業療法士協会, 2000, p.54)、それらの相互作用の範囲が作業療法の対象領域であると明言した (Polatajko, *et al*, 2011, pp.45-6)。そして、作業療法士はこれらの相互作用によって「作業は潜在的に治療的価値を持つ」 (Polatajko, *et al*, 2011, p.43)と捉え、患者が作業を行うことができるように働きかけることを「作業の可能化 (Enabling Occupation)」と呼び、作業療法の中核であるとした (Polatajko, *et al*, 2011, p.120)。

カナダ作業遂行モデルは人間作業モデルとは別個の理論として成長してきた。両者はともに「患者中心」の理論であるが、両者を比較するとカナダ作業遂行モデルがより「患者中心」を徹底しているようである。ただ、「患者中心」は少なくともカナダ作業遂行モデルに特異的なものではない。Kielhofner は人間作業モデルが患者中心の実践モデルであるという根拠について二つの点を挙げている。一つは、Kielhofner が人間作業モデルについて、作業療法士に対して患者の個性に注目させ、患者が置かれている状況と患者の見方を深く認識させるモデルであると述べている点である (Kielhofner, 2011a, p.4)。もう一つは、人間作業モデルでは患者の選択、行為、経験が作業療法実践の中心でなければならないという点である (Kielhofner, 2011a, p.4)。

また、カナダ作業遂行モデルにおいてシステム理論に関する話題は出てこない。しかし、作業遂行が人(患者)・環境・作業におけるダイナミックな相互作用の結果であるとする主張を読む限り、カナダ作業遂行モデルがシステム理論をまったく参考としていないとは考えにくい。

これらのことから、カナダ作業遂行モデルは人間作業モデルとは別個の理論として成長していった。しかし、カナダ作業遂行モデルは人・環境・作業の関係を強く意識しながら、作業科学を基盤とした「作業そのものを目的として捉える」という視点を有している。このことからカナダ作業遂行モデルは人間作業モデルと近似した理論であると言える。したがって、筆者はこのカナダ作業遂行モデルを作業療法の独自性探究の対象として採用したとしても、導出される結論に大きな変化はないものとする。

第3節 本研究の展望

本研究では、作業療法士が立案した作業療法計画を「医師の指示」として承認を得ることによる自律性の確保と、理学療法士との関係から見た作業療法士の「見えにくい」独自性があることを明確にすることができた。この作業療法士の自律性と独自性は患者に対する作業療法士の存在意義を理解するための「情報」として、患者からインフォームド・コンセントを得るために有効と思われる。しかし、作業療法士の自律性と独自性が、患者を「作業療法士は自身の要望を満たしてくれる存在である」との確信に導くものであると断言することは難しい。つまり、作業療法士が患者に対して自らの自律性と独自性を前面に出しながら作業療法を実践したとしても、これらのことが患者との継続的な信頼関係を確約するものではない。

患者の立場からすれば、患者自身の真の要望をかなえてくれる作業療法士が「優れた作業療法士」であると思うだろう。そこには患者から作業療法士に対するに大きな「信頼」が存在する。しかし、その信頼は作業療法士という「職種」ではなく、患者の目の前にいる作業療法士である「人」に向けられるのではないだろうか。

そのように考えると、作業療法士には職種としての自律性や独自性だけでなく、患者から信頼されるための「資質」が必要であるということになる。ただ、この資質が作業療法士に特異的なものであるのか、医学的リハビリテーションに携わる人すべてに当てはまるのかはわからない。筆者はこの「患者から信頼されるための資質」とは何かを探究することが、作業療法を含めた医療の質の向上を目的とした今後の研究課題になると考える。

注

- 1) クライアント中心療法 (Client-Centered Therapy) は、アメリカの心理学者カール・ロジャースによって 1940 年代に提唱された。カウンセリングの理論である。ロジャースによれば、クライアント中心療法では、カウンセリングの実践者であるカウンセラーが「クライアントの中に潜在的に現れる人生のすべての状況に対し、建設的に対処するだけの十分な能力がある」ことを前提とする (ロジャース, 2005, p.27)。そして、ロジャースはカウンセラーの役割として「クライアント以外からの視点はいっさい排除しながら、クライアントが見ているままの世界を認知し、クライアントの気持ちを理解し、クライアントにその共感的な理解を伝達すること」を重視している (ロジャース, 2005, p.32)。

参考文献

英文原著

- Bandy, W.D. *et al.* (2007) "Foundation of Therapeutic Exercise", Bandy, WD, Sanders, B, eds., *Therapeutic Exercise for Physical Therapist Assistants Second Edition*, Lippincott Williams & Wilkins, pp.1-14
- Baton, G.E. (1915) "Occupational Therapy", *The Trained Nurse and Hospital Review*, Vol.54, No.3, pp.138-40
- Beard, G. (1961) "Foundations for growth, A review of the first forty years in terms of education, practice, and research", *Physical Therapy Review*, Vol.41, pp.843-61
- Chern, J.S. *et al.* (1996) "The Vocational Questionnaire: Psychometric Development and Practical Use", *American Journal of Occupational Therapy*. Vol.50, No.1, pp.516-25
- Cohn, E. S. (2009) "Team Interaction Models and Team Communication", Crepeau, E.B. *et al.* eds. "*Willard and Spackman's Occupational Therapy Eleventh Edition*", Lippincott Williams & Wilkins, pp.396-402
- Clark, F.A. (1991) "Occupational Science ; Academic Innovation in the Service of Occupational Therapy's Future, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol.45, No.4, pp.300-10
- Colman, W. (1992) "Maintaining Autonomy : The Struggle between Occupational Therapy and Physical Therapy", *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol.45, No.1, pp.63-70
- Dunton, W.R. (1945) "*Prescribing occupational therapy Second edition*". C.C. Thomas
- Granger, F. B. (1976) "The Development of Physiotherapy", *Physical Therapy*, Vol.56, No.1, pp.13-4
- Gritzer, G. & Arluke, A. (1985) "*The Making of Rehabilitation*", University of California Press
- Guttman, S.A. (1995) "Influence of the U.S. Military and Occupational Therapy Reconstruction Aides in World War I on the Development of Occupational Therapy" , *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol.49, No.3, pp.256-62
- Gordon, D.M. (2009) "The History of Occupational Therapy", Crepeau, E.B. *et al.* eds. *Willard & Spackman's Occupational Therapy eleventh edition*, Lippincott Williams & Wilkins, pp.202-15
- Halstead, L.S. (1976) "Team care in Chronic Illness: A Critical Review of the Literature of the Past 25 Years", *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol.57, No.11, pp.507-11
- Horak, F.B. (1991) "Assumptions Underlying Motor Control for Neurologic Rehabilitation", *Contemporary Management of Motor Control Problems : Proceeding of the II STEP Conference*, Foundation for Physical Therapy, pp.11-27
- Keith, R.A. (1991) "The Comprehensive Treatment Team in Rehabilitation", *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol.72, No.5, pp.269-74

- Kielhofner, G. (2004) *“Conceptual Foundation of Occupational Therapy Third edition”*, F.A. Davis
- King, J.C, *et al.* (2010) “Rehabilitation Team Function and Prescription, Referrals, and Order Writing”. DeLisa, J.A. *et al.* eds. *Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice fifth edition*, Lippincott, pp.359-85
- Krusen, F.H. (1944) “The Future of Physical Medicine with Special Reference to the Recommendations of the Baruch Committee on Physical Medicine”, *JAMA*, Vol.125, No.16, pp.1093-7
- Krusen, F.H. (1969) “Historical Development in Physical Medicine and Rehabilitation During the Last Forty Years”. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol.50, No.1, pp.1-5
- Krusen, F.H. (1971) “The Scope of Physical Medicine and Rehabilitation” , Krusen, F.H. ed. *Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation Second edition*, Saunders, pp.1-13
- Levine, R.E. (1987) “The Influence of the Arts-and-Crafts Movement on the Professional Status of Occupational Therapy”, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol.41, No.4, pp.248-254
- Licht, S. (1948) “The Prescription of Occupational therapy”, *NY State Journal of Medicine*, Vol.48, No.9, pp.1032-4
- Licht, S. (1970) “Rehabilitation Medicine: Definition and Origin”, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol.51 No.11, pp.619-24
- Martin, G.M. (1990) “Prescribing Physical and Occupational Therapy”, Kottke, F.J. , *et al.* eds. *Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation Fourth edition*, Saunders, pp.510-18
- Mazer, Z. (1958) “The Prescription an Anachronistic Procedure in Psychiatric Occupational Therapy”, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol.12, No.4, pp.165-70
- Murphy, W. (1995) *“Healing the Generations: A History of Physical Therapy and the Physical Therapy Association*, Greenwich
- Nelson, P.A. (1973) “History of the Once Close Relationship between Electrotherapeutics and Radiology”. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol.54, pp.608-40
- Nelson, D.L. (1988) “Occupation: Form and Performance” *American Journal of Occupational Therapy* Vol.42, No.10, pp.633-41
- Nelson, D.L. (1996) “Therapeutic Occupation : A Definition” , *American Journal of Occupational Therapy* Vol.50, No.10, pp.775-82
- Nelson, D.L. (1997) “Why the Profession of Occupational Therapy Will Flourish in the 21th Century”, *American Journal of Occupational Therapy* Vol.51, No.1, pp.11-24
- Nelson, D.L. *et al.* (2001) “Physical Therapy and Occupational Therapy: Partners in Rehabilitation for Persons with Movement Impairments”, Paul, S. & Peterson, C.Q. eds.

- “*Interprofessional collaboration in Occupational Therapy*”, Routledge, pp.35-57
- Pagliarulo, M.A. (2012) “The Profession of Physical Therapy : Definition and Development. Pagliarulo, M.A. ed. *Introduction to Physical Therapy Fourth edition*, Elsevier, pp.3-22
- Pandra, S. & Eichinger, K. (2012) “Physical Therapy for Neuromuscular Conditions, Pagliarulo, M.A. ed. *Introduction to Physical Therapy Fourth edition*, Elsevier, pp.213-232
- Pattison, HA. (1922) “The Trend of Occupational Therapy for the Tuberculosis”, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol.1, No.1, pp.19-24
- Pochert, L. (1970) “Our New Role Challenge: The Occupational Therapy Consultant”, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol.24, No.2, pp.106-10
- Pope-Davis, S.A. & Jourdan, J.M. (2012) “Proprioceptive Neuromuscular Facilitation Approach”, Pendleton, H.M. & Schultz-Krohn, W. eds. “*Pedretti’s Occupational Therapy Practice Skill for Physical Dysfunction Seventh Edition*”, Elsevier, pp.805-22.
- Quiroga, V.A.M. (1995) “*Occupational Therapy : The First 30 Years*”, The American Occupational Therapy Association, Inc.
- Sasou, K. & Reason, J. (1999) “Team errors: definition and taxonomy”, *Reliability Engineering and System Safety*, Vol.65, pp.1-9
- Spackman, C.S. (1968) “A History of the Practice of Occupational Therapy for Restriction of Physical Function: 1917-1967”, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol.22, No.2, pp.67-71
- Spencer, W.A. (1969) “Changes in methods and relationships necessary within rehabilitation”, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol.50, No.10, pp.566-80
- Shultz-krohn, H. *et al.* (2013) “Application of the Occupational Therapy Practice Framework to Physical Dysfunction”, Pendelson, H.M. *et al.* eds. *Pedretti’s Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction Seventh Edition*, Elsevier
- Verville, R. (2009) *War, Politic, and Philanthropy*, University Press of America
- World Health Organization (1969) *WHO Expert Committee on Medical V Rehabilitation Second Report*
- Yamano, K. (2010) “Informed consent in the Practice of Occupational Therapy”, *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, Vol.20, No.3, pp.69-71
- Yerxa, E.J. *et al.* (1990) “A Introduction to Occupational Science, A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century”, Johnson, S. ed. *Occupational Science : The Foundation for New Models of Practice*, Routledge
- Youngstrom, M.J. (2002) “The Occupational Therapy Practice Framework : The Evolution of Our Professional Language”, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol.56, No.6, pp.607-8

邦訳（著者名がカタカナ表記）

- カナダ作業療法士協会（2000）（吉川ひろみ監訳）『作業療法の視点』、大学教育出版
- キールホフナー・ギャーリー（山田孝監訳）（2008）『作業療法の理論 原著第3版』、医学書院、
- クーン・トーマス（中山茂訳）（1971）『科学革命の構造』、みすず書房
- コマック・ピーター（門田牧子訳）（2008）「英国におけるアーツ・アンド・クラフツ運動」、株式会社ブレントラスト他編『モリスが先導したアーツ・アンド・クラフツ運動』、梧桐書院、pp.6-14
- コント・オーギュスト（霧生和夫訳）（1980）「実証責任論」、清水幾太郎責任編集『中公ブックス世界の名著 コント スペンサー』、中央公論新社、pp.141-233、所収
- バンクーミケルセン・NE（中園康夫訳）（1978）「ノーマリゼーション（normalization）の原理」、『四国学院大学論集』42号、pp.143-60
- フリードソン・エリオット（進藤雄三・宝月誠訳）（1992）『医療と専門家支配』、恒星社厚生閣
- ベルタランフィ・フォン（長野敬、太田邦昌訳）（1973）『一般システム理論』、みすず書房
- ペルヌー・レジヌ（高山一彦訳）（1995）『ジャンヌ・ダルクの実像』、白水社
- ロジャース・CR（2005）『クライアント中心療法』（ロジャース主要著作集2）、岩崎学術出版社

邦訳（著者名が英文表記）

- Bobath, B.（紀伊克昌訳）（1997）『片麻痺の評価と治療 原著第3版／新訂』、医歯薬出版
- Brunnstrom, S.（佐久間穰爾・松村秩訳）（1974）『片麻痺の運動療法』、医歯薬出版
- Checkland, P.（高原康彦・中野文平監訳）（1985）『新しいシステムアプローチ』、オーム社
- Hischberg, G.G.（三好正堂訳）（1980）『リハビリテーション医学の実際』、日本アビリティーズ協会
- Kielhofner, G.（山田孝訳）（1999）「アメリカにおける作業療法の60年 ―その同一性と知識の変遷について―」、『作業行動研究』5巻1号、pp.38-51（原書名：（1971）“Occupational Therapy After 60 years : An Account of Changing Identity and Knowledge” *American Journal of Occupational Therapy*. Vol.31, No.1, pp.675-89
- Kielhofner, G.（山田孝訳）（2012a）「人間作業モデルへのいざない」、Kielhofner, G. ed.（山田孝監訳）『人間作業モデル 理論と応用 第4版』、協同医書、pp.1-7
- Kielhofner, G.（山田孝訳）（2012b）「作業の基本的概念」、Kielhofner, G. ed.（山田孝監訳）『人間作業モデル 理論と応用 第4版』、協同医書、pp.11-24
- Kielhofner, G.（山田孝訳）（2012c）「人間作業のダイナミックス」、Kielhofner G. ed.（山田孝監訳）『人間作業モデル 理論と応用 第4版』、協同医書、pp.25-33
- Kielhofner, G.（山田孝訳）（2012d）「行為の諸次元」、Kielhofner, G. ed.（山田孝監訳）

- 『人間作業モデル 理論と応用 第4版』、協同医書、pp.112-21
- Kielhofner, G. (山田孝訳) (2012e) 「観察の評価法」、Kielhofner, G. ed. (山田孝監訳) 『人間作業モデル 理論と応用 第4版』、協同医書、pp.237-56
- Kottke, F. J. (荻島秀男訳) (1971) 「機能的独立への訓練」、Krusen, F. H. ed. (荻島秀男、竹内孝仁訳) 『Krusen リハビリテーション体系 普及版』、医歯薬出版、pp.507-22
- Law, M. *et al.* (宮前珠子、酒井ひとみ訳) (2000) 「クライアント中心の作業療法」、Law, M.編著 (宮前珠子、長谷龍太郎監訳) 『クライアント中心の作業療法 カナダ作業療法の展開』、協同医書、pp.1-20
- Polatajko, H.J. *et al.* (吉川ひろみ訳) 「関心領域の特定：核としての作業」、タウンゼント・エリザベス、ポラタイコ・ヘレン編著 (2011) (吉川ひろみ・吉野英子訳) 『続・作業療法の視点 作業を通しての健康と公正』、大学教育出版、pp.34-60
- Reilly, M. (山田孝訳) (1982) 『遊びと探索学習』、協同医書
- Reilly, M. (山田孝訳) (1996) 「作業療法は20世紀の偉大な観念の一つになり得る」、『作業行動研究』3巻1号、pp.53-67 (原書名：Reilly M (1962) “Occupational Therapy can be one of the great idea of 20th century medicine” *American Journal of Occupational Therapy*. Vol.16, No.1, pp.1-9)
- Rusk, H.A. (1966) (寺山久美子訳) 「日常生活動作の指導原理」、Rusk, H.A. ed. (小池文秀監訳) 『リハビリテーション医学』、医歯薬出版、pp.139-52
- Sherif, M., Sherif, C.W. (橋本晃和訳) (1971) 「インターディシプリナリー入門 –回顧と展望–」、シェリフ・M、シェリフ・CW編 (南博監訳) 『学際研究 社会科学のフロンティア』、鹿島出版会
- Shumway-cook, A., Woollacott, M.H. (田中繁・高橋明訳) (2009) 『モーターコントロール 運動制御の理論から実践へ 原著第3版』、医歯薬出版
- Vojta, V. (富雅男訳) (2004) 『乳児の脳性運動障害 原著第6版』、医歯薬出版
- Zemke, R. (佐藤剛訳) (1999) 「日本語版への前書き」、Zemke, R., Clark, F. eds. 『作業科学』、三輪書店、pp.iii-vi
- Zemke, R.・Clark, F. (佐藤剛訳) (1999) 「序」、Zemke, R.・Clark, F. eds. (佐藤剛監訳) 『作業科学』、三輪書店、pp.xiii-xxiv

和文

- 曾田玉美 (2006) 「リハビリテーションを拒否する高齢者」、『保健の科学』48巻4号、pp.273-8
- 青山真美他 (2001) 「作業療法実践の仕組み」矢谷令子、他 (編) 『作業療法 実践の仕組み』、協同医書、pp.25-40
- 明石謙 (1987) 「リハビリテーション医学小史」、『総合リハビリテーション』15巻4号、pp.243-9
- 天草万里他 (2009) 「リハビリテーションの過程」、中村隆一編 『入門リハビリテーション概論 第7版』、医歯薬出版、pp.159-209
- 天児民和・中村裕 (1960) 『リハビリテーション 医学的更生指導と理学的療法』、南江

堂

新井英夫（1937）「肺結核患者の作業療法」、秋元波留夫、富岡詔子編著（1991）『新作業療法の源流』、三輪書店、pp.207-27、所収

安藤徳彦（2009）『リハビリテーション序説』、医学書院

石井トク（2011）「看護職の専門性を生かす」、高橋隆雄・北村俊則編『医療の本質と変容』、九州大学出版会、pp.189-212

石垣純子（2005）「山形市内の高校生における作業療法士の認識度」、『Rehabilitation research』、1巻、pp.51-61

石垣純子（2007）「山形県内における作業療法士の周知実態に関する研究」、『Rehabilitation research』、3巻、pp.27-36

石田暉他（2005）「リハビリテーション科専門医の関与の有無と患者のアウトカム — ADL改善度、ADL改善率および自宅退院率との関連」、『リハビリテーション医学』42巻4号、pp.232-6

一般社団法人日本作業療法士協会（2012）「改定の概要<解説>」、『日本作業療法士協会誌』2012年12月号、pp.18-29

一般社団法人日本作業療法士協会（2013a）『日本作業療法士協会誌』18号

一般社団法人日本作業療法士協会（2013b）『日本作業療法士協会誌』17号

一般社団法人日本作業療法士協会（2013c）『作業療法ガイドライン（2012年度版）』一般社団法人日本作業療法士協会

今田拓（1976）「ADL評価について」、『リハビリテーション医学』13巻4号、p.315

岩崎清隆（2012）「日本の遊びと作業療法」、『作業療法ジャーナル』46巻10号、pp.1260-4

上田早記子（2012）「昭和十年代の臨時陸軍病院におけるリハビリテーション」、『四天王寺大学紀要』第54号、pp.131-55

上田敏（1972）「医師と他職種との関係を中心に」、『リハビリテーション医学』9巻4号、pp.264-8

上田敏（1983）『リハビリテーションを考える』、青木書店

上田敏（1986）「日本語版への序文」、Eggers O（柴田澄江（他）訳）『エガース・片麻痺の作業療法』、協同医書、pp.i-v

上田敏・大川弥生（1990）「リハビリテーションにおける処方と医師の役割」、『総合リハビリテーション』、18巻4号、pp.249-258

上田敏（1992）『リハビリテーション医学の世界』、三輪書店

上田敏・大川弥生（1993）「協業としてのチームワーク — 「境界領域における分立的分業」から「重複領域における協業」へ」、『作業療法ジャーナル』、27巻4号、240-6

上田敏（2001）『科学としてのリハビリテーション医学』、医学書院

上田敏（2005）『ICF（国際生活機能分類）の理解と応用』、きょうされん

上田敏（2010）「日常生活活動の概念・意義・範囲」、伊藤利之・江藤文夫編『新版 日常生活活動（ADL）—評価と支援の実例—』、医歯薬出版、pp.1-14

上田敏（2013）『リハビリテーションの歩み—その源流とこれから』、医学書院

内山靖（2007）「理学療法の基盤」、奈良勲編著『理学療法総論 第5版』、医歯薬出版、pp.17-37

大川嗣雄 (1986) 「ファシリテーション・テクニック ―その現状に対する私見―」、『総合リハビリテーション』、14 巻 3 号、pp.169-72

大川弥生 (2002) 「チームワークと患者への説明と主体的参加促進に立った評価 リハビリテーション (総合) 実施計画書の活用を例にとって」、『作業療法ジャーナル』36 巻 10 号、pp.1193-1200

太田哲生・木村彰男 (2012) 「電気診断」、伊藤利之他編『標準リハビリテーション医学 第 3 版』、医学書院、pp.157-68

大村潤四郎 (1980) 「リハビリテーション診療報酬改正経過とその背景」、『理学療法と作業療法』、14 巻 2 号、pp.81-5

小川恵子 (1976) 「身体障害作業療法の歴史」、『理学療法と作業療法』10 巻 11 号、pp.833-6

荻島秀男 (1980) 『リハビリテーション処方学 (第 2 版)』、医歯薬出版

奥野芳子 (2009) 「自立生活運動」、伊藤利之 (他) 編『リハビリテーション事典』、中央法規

加賀谷一・長谷龍太郎 (1989) 「日本における慢性疾患 (癩・精神病・結核) 患者の「作業」の歴史的推移と作業療法」、『作業療法』8 巻 2 号、pp.107-14

加賀谷一 (2003) 『結核作業療法とその時代―甦る作業療法の原点』、協同医書

加賀谷一 (2004) 「我が国におけるリハビリテーション医療の歴史的展開とその課題」、『医学史研究』85 号、pp.293-301

勝屋なつみ (2012) 『作業療法はおもしろい―あるパイオニア OT のオリジナルな半生』、シービーアール

河東田博 (2009) 『ノーマライゼーション原理とは何か』、現代書院

鎌倉矩子他 (1973) 「PT・OT の処方めぐって」、『理学療法と作業療法』、7 巻 6 号、401-10

鎌倉矩子他 (1975) 「私の考える OT」、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』、社団法人日本作業療法士協会、pp.3-23、所収

鎌倉矩子 (2004) 『作業療法の世界 第 2 版』、三輪書店

川手信行他 (2012) 「平成 24 年度リハビリテーション医学に関する社会保険診療報酬改定について」、『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』49 巻 6 号、pp.252-6

菊池尚久 (2012) 「リハビリテーション・チーム」、『総合リハビリテーション』、40 巻 5 号、pp.441-5

北錬平 (1947) 「作業療法」、秋元波留夫・富岡詔子編 (1991) 『新・作業療法の源流』、三輪書店、pp.254-70 所収

日下隆一 (2007) 「理学療法の歴史」、奈良勲編著『理学療法総論 第 5 版』、医歯薬出版、pp.39-63

Clark, F.A.・佐藤剛・Iwama, M. (2000) 「万国共通の作業定義の構築に向けて ―作業科学の視点より―」、『作業療法ジャーナル』34 巻 9 号、pp.9-14

呉秀三 (1916) 「移導療法」、秋元波留夫・富岡詔子編著 (1991) 『新作業療法の源流』、三輪書店、pp.128-45、所収

厚生省医務局医事課編 (1965) 『理学療法士及び作業療法士法の解説』、中央法規

- 今野可織他 (2003) 「対象者は作業療法をどのように捉えているか—拒否を示す対象者との関わりを通して—」、『三友堂病院医学雑誌』4巻、pp.25-9
- 坂梨薫他 (2004) 「専門職の職種、職位別にみたチーム医療の認識に関する研究」、『人間と科学』4巻1号、pp.47-59
- 境信哉他 (1998) 「作業療法士の知名度に関する調査」、『山形保健医療研究』1巻、pp.39-44
- 佐藤剛 (1999) 「監訳者のことば」、Zemke, R.・Clark, F.編 (佐藤剛監訳) 『作業科学』、三輪書店、pp.vii-ix
- 澤俊二 (1993) 「身体障害分野におけるチームワーク—望ましいチームワークとは何か—」、『作業療法ジャーナル』27巻4号、pp.247-50
- 澤田辰徳他 (2011) 「一般市民における「作業療法」、リハビリテーション」についての認知度調査」、『作業療法』30巻2号、pp.167-78
- 澤田雄二 (2009) 「評価概論」、生田宗博 (編) 『作業療法評価学 改訂第3版』、協同医学出版社、pp.1-13
- 潮見泰藏 (2009) 「Task-oriented approach」、『Journal of Clinical Rehabilitation』18巻3号、pp.259-62
- 篠原英記 (2008) 「運動療法とは」、市橋則明 (編) 『運動療法学』、文光堂、pp.2-11
- 社団法人日本作業療法士協会学術部 (2006) 『作業療法ガイドライン (2006年度版)』、社団法人日本作業療法士協会
- 社団法人日本作業療法士協会 (2012) 『作業療法白書 2010』、社団法人日本作業療法士協会
- 社団法人日本リハビリテーション医学会リハビリテーション医学白書委員会編 (2003) 『リハビリテーション医学白書』、医学書院
- 新舎規由・石神重信 (2010) 「「お任せリハ」を廃したリハ医主導型の Goal-oriented rehabilitation」、『Journal of Clinical Rehabilitation』19巻8号、pp.722-7
- 鈴木明子 (1986) 『日本における作業療法教育の歴史』、北海道大学出版会
- 鈴木明子 (1987) 「日本の作業療法教育の歴史」、『作業療法』6巻1号、pp.29-35
- 砂原茂一 (1977) 「理学療法士・作業療法士法成立のころ」、『理学療法と作業療法』11巻8号、pp.591-7
- 砂原茂一 (1980) 「一人の療法士の軌跡—わが国におけるリハビリテーション事始—」、『理学療法と作業療法』14巻3号、pp.202-6
- 砂原茂一 (1987) 「リハビリテーション医学理念の成立」、『総合リハビリテーション』、15巻4号、pp.237-42
- 砂原伸行 (1993) 「リハビリテーション専門病院における職種の情報交換とチームワーク」、『作業療法ジャーナル』27巻4号、pp.251-3
- 世界保健機関 (障害者福祉研究会編) (2002) 『国際生活機能分類—国際障害分類改定版—』、中央法規
- 関谷修 (1985) 「チームワークの問題点—身障における作業療法士の立場から—」、『理学療法と作業療法』、19巻1号、pp.21-8
- 千田富義 (2012) 「診断・評価学概論」、伊藤利之・大橋正洋・千田富義・永田正章編 『標準リハビリテーション医学 第3版』、医学書院、pp.120-6

- 高木憲次（1951）「療育の根本理念」、田波幸男編（1967）『高木憲次一人と業績』、日本肢体不自由児協会 pp.252-55、所収
- 高木憲次（1954）「肢体不自由児の療育のあり方」、田波幸男編（1967）『高木憲次一人と業績』、日本肢体不自由児協会 pp.299-326、所収
- 高木憲次（1958）「脳性小児麻痺の治療とその効果」、田波幸男編（1967）『高木憲次一人と業績』、日本肢体不自由児協会 pp.256-69、所収
- 鷹野和美（2002）「チーム医療の教育」、鷹野和美編『チーム医療論』、医歯薬出版、pp.93-106
- 高橋紳一（2004）「リハビリテーション実施計画書ならびに総合実施計画書の改正を求めて」、『リハビリテーション医学』、41 巻 9 号、pp.609-13
- 高橋精一郎（2010）「理学療法の方法」、田原弘幸他編『理学療法学概論 第3版』、九州神陵文庫、pp.47-59
- 高山智子（2002）「チーム医療における患者医療者関係」、鷹野和美編『チーム医療論』、医歯薬出版、pp.11-24
- 武富由雄（1997）『理学療法のルーツ—その継承と新たな創造のために』、メディカルプレス
- 田口順子（1986）「作業療法・その核を問う 理学療法士の立場から」、『作業療法』5 巻 2 号、p.270
- 田島明子（2013）『日本における作業療法の現代史』、生活書院
- 田村春雄（1964）「肢体不自由者の職能療法」、『リハビリテーション医学』1 巻 2 号、pp.75-82
- 千野直一（1976）「指定発言 リハビリテーションの処方について」、『リハビリテーション医学』、13 巻 1 号、pp.4-5
- 千野直一（2009）「リハビリテーション医学総論」、千野直一編『標準リハビリテーション医学 改訂第3版』、金原出版、pp.1-25
- 寺山久美子（1976）「追加発言4 作業療法と処方」、『リハビリテーション医学』13 巻 1 号、p.7
- 寺山久美子（1980）「作業療法概論 2.作業療法の歴史的背景の考察」、『理学療法と作業療法』、14 巻 3 号、pp.552-8
- 独立行政法人国際協力機構（2009）『課題別指針 障害者支援』
- 中島喜代彦（2013）「理学療法って何だろう？」、中島喜代彦他編『理学療法概論テキスト』、南江堂、pp.1-21
- 中村伴子（2007）「リハビリテーションチーム医療における作業療法士の立場からの現状と課題」、『医療』61 巻 5 号 pp.318-23
- 中村隆一・齋藤宏・長崎浩（2012）『基礎運動学 第6版補訂版』、医歯薬出版
- 中山彰一（2006）「運動療法の概念」、吉尾雅春編『運動療法学総論 第2版』、医学書院、pp.2-17
- 日本作業療法士協会学術部（2011）『作業療法関連用語解説集 改訂第2版 2011』、社団法人日本作業療法士協会
- 日本作業療法士協会規約委員会（1986）「60/6/13 総会で採択された作業療法定義」、『作業療法』5 巻 1 号、p.69

- 日本作業療法士協会事務局統計情報委員会（2013）「2012 年度日本作業療法士協会会員統計資料」、『日本作業療法士協会誌』18号、pp.6-21
- 日本作業療法士協会福利部（2005）「作業療法場面における医療事故実態調査」アンケート結果報告」、『作業療法』24巻3号、pp.302-12
- 日本リハビリテーション医学会リハビリテーション医学白書編集委員会編（2013）『リハビリテーション医学白書（2013年版）』、日本リハビリテーション医学会
- 野藤弘幸（2003）「日本における作業療法の歴史分析—身体障害領域を中心に」、『作業行動研究』7巻1号、pp.6-16
- 芳賀敏彦（1976）「理学療法士及び作業療法士法の歴史」、『理学療法と作業療法』10巻11号、pp.843-7
- 博田節夫（1986）「作業療法・その核を問う 医師の立場から」、『作業療法』第5巻2号、p.267
- 橋本圭司他（2002）「重度認知・行動障害者に対する相互乗り入れチームアプローチ」、『リハビリテーション医学』39巻5号、pp.253-6
- 長谷龍太郎他（2001）「作業療法士の職業アイデンティティ研究の展望」、『茨城県立医療大学紀要』6巻、pp.47-56
- 羽田康司（2012）「リハビリテーション処方」、『総合リハビリテーション』、40巻5号、pp.447-51
- 服部一郎（1984）「医学的リハビリテーションの管理と運営」、『リハビリテーション技術全書 第2版』、医学書院、pp.69-88
- 服部一郎（1984）「処方・依頼箋の書き方」、服部一郎編『リハビリテーション技術全書 第2版』、医学書院、pp.754-75
- 林修三（1975）『法令用語の常識』、日本評論社
- 半田一登（2011）「チーム医療における理学療法士の役割」、『理学療法ジャーナル』、pp.915-20
- 樋口範雄（2009）「医行為概念の再検討」、樋口範雄・岩田太編『生命倫理と法』、弘文堂、pp.1-14
- 藤田博暁・潮見泰藏（2007）「中枢神経系に対する理学療法アプローチ」、『理学療法科学』22巻3号、pp.319-24
- 藤谷順子（2010）「リハビリテーション処方をめぐる諸問題—専門医としての観点から」、『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』47巻7号、pp.449-51
- 藤谷順子（2012）「摂食・嚥下障害の評価」、『標準リハビリテーション医学 第3版』、医学書院、pp.257-64
- 藤本欽也（1980）「理学療法概論 2.理学療法の歴史的背景の考察」、『理学療法と作業療法』14巻2号、pp.147-54
- 星文彦（2006）「運動制御と運動学習」、吉尾雅春編『運動療法学総論 第2版』、医学書院、pp.80-97
- 細田満和子（2000）「病院における医療従事者の組織認識 —「チーム医療」の理念と現実—」、『現代社会理論研究』10号、p.253-651
- 細田満和子（2001）「「チーム医療」とは何か —それぞれの医療従事者の視点から」『保

健医療社会学論集』第12号、pp.88-101

細田満和子（2003）『「チーム医療」の理念と現実』、日本看護協会出版会

細田満和子（2012）『「チーム医療」とは何か 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』、日本看護協会出版会

本多ふく代・森山早苗（2010）「作業療法過程」、杉原素子編『作業療法概論』、協同医書出版社、pp.211-221

前田真治（2007）「リハビリテーションにおける安全管理・推進のためのガイドライン」、『リハビリテーション医学』、44巻7号、pp.384-90

松原敏浩（2008）「組織コミュニケーション」松原敏浩他編『経営組織心理学』、ナカニシヤ出版、pp.101-20

松村秩（1976）「理学療法の歴史—PT法成立時から現代まで」、『理学療法と作業療法』10巻11号、pp.827-36

松村秩（2001）「理学療法の歩みと進歩・発展」、『茨城県立医療大学紀要』、第6巻、pp.1-8

マリス・リッキー、高木昭輝（2002）「英国における理学療法の歴史とその教育」、『新潟医療福祉学会誌』、2巻1号、pp.104-110

丸山倫司（2013）「理学療法の流れ（理学療法過程）」、中島喜代彦他編『理学療法概論テキスト』、南江堂、pp.31-7

宮崎明美（2012）「和の作業療法—WFOT2014を見据えて 特集にあたって」、『作業療法ジャーナル』46巻10号、pp.1249

宮前珠子（2002）「クライアント中心の作業療法と作業療法の学問的位置づけ」、『作業療法』21巻6号、pp.512-5

三好正堂（1976）「追加発言7 リハビリ診断学の重要性について」、『リハビリテーション医学』、13巻1号、pp.7-8

三好正堂（1986）「片麻痺に対するいわゆるファシリテーション・テクニック批判」、『総合リハビリテーション』14巻3号、pp.185-92

諸橋勇（2012）「課題志向（原文ママ）型アプローチに基づく歩行トレーニング」、『理学療法』、29巻7号、pp.774-80

保田良彦（1976）「理学療法の歴史—戦前を中心としてPT法成立まで—」、『理学療法と作業療法』10巻11号、pp.817-25

矢谷令子（1985）「作業療法と作業」、日本作業療法士協会編『作業・その治療的応用』、協同医書、pp.3-27

矢谷令子（1986）「作業療法・その核を問う」、『作業療法』5巻2号、pp.262-4

矢谷令子（1990）「OTの立場から」、『総合リハビリテーション』、18巻4号、pp.282-3

山口昇（2011）「物理療法の基礎」、岩崎テル子編『身体障害作業療法学』、医学書院、pp.103-115

山田孝（1985）「作業行動理論と作業」、日本作業療法士協会編『作業—その治療的応用』、医歯薬出版、pp.106-22

山田孝（2003）「日本の作業療法の歴史分析のために」、『作業行動研究』7巻1号、pp.1-5

山田孝（2012）「人間作業モデルの魅力」、『作業行動研究』16巻2号、pp.73-86

山根寛（2010）『精神障害と作業療法 第3版』、三輪書店

- 山根寛 (2012) 「ハレとケー行事がつむぐ生活」、『作業療法ジャーナル』46 巻 10 号、pp.1255-9
- 山野克明 (2010) 「作業療法士がインフォームド・コンセントを得るための説明責任について」、『先端倫理研究』5 号、pp.110-35
- 山野克明 (2011) 「作業療法に同意しないクライアントへの作業療法士の対応について」、『作業療法』30 巻 5 号、pp.631-4
- 山野克明 (2012) 「作業療法における「医師の指示」に関する倫理的ディレンマと倫理教育の必要性」、『先端倫理研究』6 号、pp.83-100
- 山野克明 (2013a) 「作業療法に同意しない対象者へ作業療法を行うことは許されるのか? —身体障害と老年期障害を専門領域とする作業療法士のアンケート調査から—」、『作業療法』32 巻 1 号、pp.46-54
- 山野克明 (2013b) 「臨床に従事する作業療法士のアイデンティティに関する一考察 ～なぜ、「作業療法」を「リハビリ」と表現しなければならないのか～」、『作業療法研究くまもと』、3 巻 1 号、pp.33-7
- 吉川ひろみ (2008) 『「作業」って何だろう』、医歯薬出版
- 吉川ひろみ (2011) 「作業療法の歴史」、岩崎テル子編『作業療法学概論 第 2 版』(作業療法学全書)、医学書院、pp.41-60
- 吉川ひろみ・長谷川恵美 (2000) 「治療的作業の枠組み：作業フォームと作業遂行」、『作業療法ジャーナル』、34 巻 1 号、pp.23-25
- 里宇明元 (2012) 「リハビリテーション・マネジメント」、伊藤利之・大橋正洋・千田富義・永田正章編『標準リハビリテーション医学 第 3 版』、医学書院、pp.172-9
- 鷺田孝保 (1999) 「作業療法における作業」、鷺田孝保編『基礎作業学 改訂第 2 版』(作業療法学全書)、pp.1-17