

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

序章

本研究の目的は、医学的リハビリテーションに携わる職種である作業療法士の自律性および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。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」第2条の4において、「医師の指示」の下に作業療法を行うことが規定されている。この規定だけを見れば、作業療法士は医師に従属する自律性を有しない職業であるということになる。しかし、現在の医療は患者中心のチーム医療であり、その中で、作業療法士は医師との協調と共同作業を続けながら、患者へ作業療法を提供することが理想とされる。このことから、筆者は本研究を通して「医師の指示」とは何かを検討し、作業療法士の自律性の有無と所在について明らかにする。

一方、作業療法士は、時を同じくして誕生した理学療法士と比較し、その違いが明確でない。作業療法士と理学療法士との違いについては「理学療法士及び作業療法士法」に明記された違いや、それぞれの全国規模の職能団体である日本理学療法士協会ならびに日本作業療法士協会によって示された定義がある。しかし、これらの定義が患者や医療に携わる職種に対し、理学療法と作業療法の違いについて明確に区別できるだけの理解につながっているとは言い難い。理学療法士と作業療法士の区別が困難であるということは、「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。

本研究における意義は、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。

第1章 作業療法は医行為と見なされるものか

本章ではわが国の作業療法が「医行為である」と見なされるものかについて明らかにす

ることを目的とする。理学療法士および作業療法士法第二条4では、「作業療法士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」ことが明記されている。このことを根拠に作業療法は、本来ならば医行為として医師のみに許される行為と見なされる。ただ同時に、作業療法は医師が作業療法士の能力を勘案しながら「指示」をもって作業療法士に作業療法を実施させることが可能とされる「相対的医行為」であると位置づけられている。

医学的リハビリテーションへの関わりが深い医師は、患者の疾患によって生じた身体の運動機能障害に特化したリハビリテーション医学を専門とする「リハビリテーション医学専門医師」である。リハビリテーション医学専門医師は、診察を通して疾病と障害の診断を行い、診断の結果をもとに患者に対する「リハビリテーション・プログラム」を作成する。医師はこの「リハビリテーション・プログラム」について患者からインフォームド・コンセントを得た上で、必要に応じて作業療法の指示を出す。

一方、作業療法士は医師からの指示を受けた上で、患者の置かれている状況や将来において予測される心身機能や周囲の環境の中で、患者が主体的に生活を送るために必要な作業療法を明確にするために「評価」を行う。その後、作業療法士は患者に対する評価の結果をもとに「作業療法計画」を立案する。そして、作業療法士は作業療法計画について患者からインフォームド・コンセントを得た上で作業療法を展開する。

作業療法士は作業療法的手段として「日常生活活動」と「手工芸」を多く用いる。これらの手段は、患者が心身機能の改善をはかるとともに、その改善度を考慮しながら生活への適応を促すという目的がある。そして、「日常生活活動」と「手工芸」を利用する作業療法は患者のリスクを考慮しなければならない「医学モデル」に則っているという点から、医行為であると見なされると思われる。

それに対して、わが国では、1980年代の終わりよりアメリカで発展した「作業科学」に基づいた作業療法が、作業療法士の自律性と独自性を明確にできる学問であるとして広まった。作業科学とは、「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」と定義される「作業」を患者の心身機能に結びつけることなく、「作業」そのものに焦点をあてるとする学問である。

作業科学に基づく作業療法は、ある作業を行うことによって患者の心身機能の改善を考えるのではなく、作業そのものが有する患者にとっての価値を把握し、その作業が実現するように働きかけるというものである。したがって、患者に発生しうるリスクは一般の人が生活する上でのリスクと大きく変わるわけではないと考えることができる。すなわち、作業科学に則った作業療法は医行為と見なされないと考えることが可能である。

筆者はこれらの見解に対し、作業療法は医行為と見なされると結論づけた。筆者はその理由として三点を挙げた。一点目は作業療法がもともと法令上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、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「看護師の独占業務」として明記されている「療養上の世話」に相当する規定はないというものである。二点目は、患者に実践する作業療法に伴う危険が一般の人と同じ程度であると断定できない限り作業療法は医行為と見なさざるを得ないという主張に対し、作業療法士は反論できる根拠を持たないという点である。三点目は、作業療法士が作業科学に基づいた作業療法を展開したとしても、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。すなわち、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というものである。

筆者はこれらをもって最終的に作業療法が医行為であり、「医師の指示」を必要とするものであることを確認した。

第2章 「医師の指示」から見た作業療法士の自律性

本章では「医師の指示」を通じた医師と作業療法士との関係から作業療法士の自律性を見出そうと試みる。筆者は「医師の指示」に関するこれまでのリハビリテーション医学専門医師と作業療法士との見解について先行研究を調査した。その結果、両者の関係には次の四つのパターンが成り立つことを導出した。

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。

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。

作業療法士にとって最も理想的な医師との関係はAと思われる。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。

しかし、実際にはすべての医師がAのパターンをとるとは限らない。とりわけ、リハビリテーション医学専門医師は他の領域を専門とする医師たちから「リハビリテーション医学を専門とする医師の必要性はない」と批判を受けていた。このことから、作業療法の実践主体は指示を出すリハビリテーション医学専門医師であり、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。このことについて、筆者は作業療法士が自律性を維持するためにはCのパターンを取るべきであると考えている。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、患者の要望や患者を取り巻く環境は、さまざまな要因によって変化する可能性がある。その結果、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。

この場合、作業療法士は医師の指示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必要である。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理解し、患者への作業療法の実践を承認できる。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。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。

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

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することを試みる。

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、作業療法は身体と精神に障害を有する患者を対象としているのに対し、理学療法では身体に障害を有する患者を対象としている。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「基本的動作能力」の回復が主な役割とされている。それに対し、作業療法士は職業や食事・衣服の着脱・書字などの日常動作を指す「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されている。しかし、精神障害を有する患者が何らかの原因により身体に障害をきたした場合、患者は理学療法の対象になる。また、例えば患者が日常生活活動の一つである「トイレで用をたす」という動作を見ると、そこでは、別の部屋からトイレに向かうために立つ・歩く、トイレの中で座る・立つという基本的動作が伴っている。これらのことから理学療法と作業療法を明確に区別することは難しい。

理学療法士と作業療法士には、現在に至るまで臨床での実践の拠りどころとなる理論が存在している。1960年代から1980年代にかけては、「ファシリテーション・テクニック」と呼ばれる理論が医学的リハビリテーションの主流をなしていた。これは理学療法の理論であったが、作業療法士も患者が「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積極的に用いていた。その結果、作業療法と理学療法の類似性が高まり、作業療法士は「作業療法の理学療法化」として批判を受けた。

その後、理学療法士もファシリテーション・テクニックによる理学療法の効果に限界を感じるようになり、人間と人間を取り巻く環境との関係を重視するシステム論にもとづく「課題指向型アプローチ」を理学療法的手段として活用するようになった。一方、作業療法士もシステム論に則り、作業科学との関係を有する「人間作業モデル」に基づく作業療法に着目するようになった。

ただ、システム理論に基づいて「患者と環境との関係」に大きく関わる理論として、課題指向型アプローチと人間作業モデルとは共通している部分が多い。とくに、課題指向型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。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。

一方、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。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「作業療法的手段」になっている。

作業療法士は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過程の中で、自らの独自性を見出すものとする。しかし、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。

第4章 チーム医療の中での作業療法士の独自性

本章では、第3章で導出した理学療法士との関係から見た作業療法士の独自性を通して、患者に対して作業療法を実践する上における「チーム医療における作業療法士の独自性」について明らかにすることを試みる。

作業療法士と他の職種との関係性を見ると、一つはチームの中で役割が職種ごとに明確であり、患者を含む職種間の水平的コミュニケーションによってチーム医療が営まれるという「Interdisciplinary チームモデル」がある。そして、もう一つは、複数の職種が職種を超えた役割や介入手段を使って患者の治療にあたるという「Transdisciplinary チームモデル」がある。このチームモデルについての先行研究を見ると、医師と理学療法士はTransdisciplinary チームモデルが理想的であると考えている。一方、作業療法士はInterdisciplinary チームモデルを理想的であると考えている。

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職種間の考えを理解しあうことになっている。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、チーム内に「いずれ誰かがやってくれるのだろう」という「集団無責任体制」が発生しうる。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、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。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。

また、Interdisciplinary チームモデルに則った作業療法士は、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。その反面、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。

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が集まることになってしまう。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、他の職種に対して主張しているだけのことである。つまり、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。

これに対して、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。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。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作業の内容や目的は、経過とともに異なってくるのが予想される。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作業療法計画を立案する。その中には、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、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。それでも作業療法士は、作業療法と理学療法の理論と実践が重なり合う中で「見えにくい」作業療法士の独自性を「作業療法士の独自性である」と主張できる。

医師と作業療法士、また理学療法士と作業療法士との重複度は、個々の患者ごとの要望、心身障害の程度、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、その重複の度合い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・コンセント得ることが可能となる。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。

終章

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らかにした。ただし、この作業療法士の自律性と独自性は患者との継続的な信頼関係を確約するものではない。筆者は、今後「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研究課題になると考える。