

作業療法士と医療・福祉職種との関係

——2000年作業療法士意識調査から——

難波悦子

はじめに

本稿の目的は、作業療法士の4領域における役割を抽出するものである。作業療法士とは病院や施設でリハビリテーションを実践している医療・福祉の一職種である。4領域（分野）とは対象者の違いによって区分されるもので、身体障害、精神障害、発達障害、老年期障害分野である。身体障害分野とは、病気や事故などにより身体機能に障害をもった人たちに対して、身体の機能回復訓練や日常生活活動援助をおこなう領域である。精神障害分野とは、こころや精神に起因する疾患により日常生活や社会生活を送ることが困難な人たちに対して、健康な部分に働きかけ、社会関係技能を習得できるよう援助をおこなう領域である。発達障害分野とは、周産期から18歳くらいまでの心身の発達・成長期にあって、病気や事故により障害を受けた子どもに対して、発達の促しや生活面の援助をおこなう領域である。老年期障害分野とは、加齢とともに発生する心身両面の障害をもつ高齢者に対して、人的・物的環境整備をおこなうことで心身ともの改善を促す（浅海・守口 2003）領域である。このように分野における対象や援助が異なることから、作業療法士の果たすべき役割は多様であると考えられ、分野別の役割を明らかにすることが本稿の目的である。

社会学では、役割とは、社会構造における地位にふさわしいと期待されている行動とされている。ここでいう医療・福祉職種の役割とは、対象者のニーズを各職種間で分担した役目であり、共通して実施している事柄もあるが、特定の部分は特定の職種に委ねられている事柄をさす。医療・福祉領域の各専門職は、それぞれの異なる役割を担っているからこそ異なる専門職であり、そこにプライドをもち、行為できるのである。病院や施設に複数の専門職が存在し、単に同じ日常生活行為の援助をおこなっているだけだとしたなら、何ら異なる専門職である必要はなく、单一の専門職で事足りるであろう。最終的には各専門職間で分担した作業療法士の役割について明らかにしたいと考えているが、今回は全国の作業療法士に質問紙調査を実施し、所属している組織における人間関係からその構造を明らかにし、地位に付随した役割を明確にする。

作業療法は、障害や疾患を持つ人の身体や精神を含む個人の内部へと向かい、その機能や不調の改善をはかることで生活の再獲得を図るという方向性と、その反対に、現在の障害や疾患を抱えながら、それらを前提として外部環境を変えることで生活を再構築するという方向性をもっている。つまり、一つには近代医学による構造主義¹⁾に立脚した医療と、もう一つにはプラグマティズム²⁾（実用主義）

に依拠した福祉の二つの範疇が存在 (Hooper & Wood 2002) しており、作業療法の内外部からの分かりにくさに通じている。実際の現場において、作業療法士はこれら両方の範疇に基づいて障害者・高齢者に対処している。しかし、その根拠になっている範疇の相違についての認識には乏しく、さらに作業療法の「作業」の定義についても曖昧なものがあるため、対象者や他職種に対して作業療法の全体（「作業療法とは何か」）³⁾ を説明しにくく、自信をもてない状況が生じている。そのため臨床現場において作業療法が人々の役に立つ療法であることを確認し、自らの役割に自信をもつことができるようにすることが重要であると考え、4分野における作業療法士の役割を明確にする。

1. 作業療法士および作業療法の歴史と本稿の目的

そこでまず、作業療法士の日本における養成教育やその後の作業療法の発展において米国の影響が多大なことから、米国の作業療法士および作業療法の歴史を概観する。

米国における作業療法士の歴史は、1917年3月の「全国作業療法推進協会 the National Society for the Promotion of Occupational Therapy」の結成に始まる。この協会は1921年に「米国作業療法協会」と改称し、今日に至っている。この推進協会の設立メンバーは建築家⁴⁾、精神科医、看護婦、ソーシャルワーカー、手工芸の教師等7人であった。これら創始者たちの共通項としてアーツアンドクラフト運動⁵⁾ があり、いずれも作業が病者のために役立つことを確信していた（鎌倉 2001：12-21）。

同年4月、米国は第一次大戦への参戦を宣言し、最終的には200万の兵士をヨーロッパに送った（志邨 1990：124）。戦場では常に死の恐怖との戦いから、戦争ノイローゼにかかる者が多く出たため、彼らへの援助要員として協会員がフランスの戦線基地病院に派遣された。そこで手工芸を用いた作業療法は効を奏した (Quiroga 1995)。この時の協会員は「民間助手⁶⁾」の名目で米陸軍から派遣されていた。さらに多くの負傷兵もあり、手足の切断等に対しては義手や義足の装着、その後の使用訓練、骨折等の兵士には添え木固定後の後療法が作業療法士に課されるようになった。それまでの精神科や結核の分野に限定されていた作業療法が、整形外科や外科の領域にも拡大したのである。軍医務局では協会員を職業教育部門に配置したが、推進協会の幹部たちは、作業療法は医師の処方を必要とする、つまり医療の一部であるという立場を明確にした (Gutman 1995)。

第二次大戦の勃発とともに再び作業療法士の需要は増大したが、その需要を充足できず、レクレーションワーカーや手工芸教師が軍病院に雇用された。やがて戦争は終結し、その後1950年代までは戦争負傷者、障害者のためのリハビリテーションセンターが設置され、作業療法士はその要員の一職種として組み入れられた（鎌倉 2001：26）。

1950年代は医学の進歩により感染症は制御されるようになり、心臓病、脳卒中、リウマチ、外傷などの慢性疾患の比重が増大した。身体障害の領域では、対象者の多様化の時代を迎え、技術の専門化が進んだ。さらに作業療法教育カリキュラムが改革され、運動学、義肢装具学、神経学、ADL（日常生活行為）、自助具、作業単純化のテクニック、前職業活動などが新たに付け加えられた。このため

手工芸の比重は減少していった（鎌倉 2001：27）。

二つの大戦を通じて身体障害作業療法が誕生し、しかも医療の一部として認められるようになり、発展してきた。その後、社会的弱者に対する法制度も成立し、心身とも障害をもつ子どもを対象とする発達障害作業療法も発展していった。

一方、日本の作業療法士の養成は、リハビリテーションを欧米で学んだ医師や厚生省の役人の努力により、1963（昭和38）年5月に国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院（厚生省管轄3年制各種学校）において開始された。当初開設の3校において、作業療法の専門教育は「米国人の教師、英語による教材・指導書、米国を背景に発展した技術、自助具、装具品等によって」（谷谷・小川 1975：27）推し進められた。つまり米国式作業療法が伝授されたわけである。これ以降についても日本の作業療法は米国の作業療法の動向を踏まえながら発展してきている。1992年より作業療法士養成の大学教育も始まり、技術教育とともに人間性や探求心をもった人材育成に重点が置かれるようになってきた。

日本の作業療法士の誕生は、1965（昭和40）年の「理学療法士及び作業療法士法」による。1966（昭和41）年に22名の有資格者から出発し、1,000名を1981（昭和56）年に、5,000名を1991（平成3）年に、1万名を1998（平成10）年に達成し、2003（平成15）年5月現在、全国に22,754名の有資格者がいる。作業療法士は医療分野を中心に活躍しており、最近では保健・福祉分野にも職域を拡大している。その背景には作業療法士の需要の増大があり、養成校数の急激な増加がある。

米国においても以前では作業療法士は医師の指示のもとに療法を実施してきたが、現在では医師と作業療法士の共同で処方するという対等な関係がとられている。ところが、日本では1948（昭和23）年制定の医療法によって他の医療職種ともども医師の指示のもとに業務を遂行することが制度化され、現在も継続している。この点から医療領域における作業療法士の自律性は制限されている。しかし近年作業療法士も研鑽を積み、作業療法の知識と技術において高度の専門性を備えるようになってきたことや作業療法士の増加を背景として、作業療法士・医師間に様々な問題や葛藤が生じている（難波2003）。この医療領域における作業療法士と医師の関係を調べることも本稿の目的である。

1980年代後半からの高齢者の増加を背景とし、第4の分野として老年期障害分野が新たに加わった。高齢者の疾病や障害は単に治療だけではなく、常に介護をともなうものであり、医療と福祉の両方にまたがっている。高齢者の施設としての特別養護老人ホームや老人保健施設において、医療職と福祉職が協働して高齢者の介護にあたっているが、なかでも日常生活行為への援助は看護婦⁷⁾、介護福祉士、理学療法士、作業療法士の業務となっており、それぞれの役割分担のあり方が整理される必要がある（姉崎 1983：134、医療経済研究機構 1998）。これら医療・福祉職との関係や役割分担の内容を検討することも本稿の目的である。

作業療法4分野の対象者によって作業療法士の実践している内容はそれぞれ異なり、その役割も異なっていると考えられる。病院・施設において作業療法士とともに複数の医療・福祉職が働いているが、それら組織を構成している医療・福祉職の存在と各職種間の地位・威信関係および機能的役割関

係を導出することが本稿の最大の目的である。その結果、作業療法士の各分野における役割が明確になる。そうすれば作業療法士は自らの役割を再確認することができ、自信をもって仕事に臨むことができる。

2. 作業療法士への調査とその概要

組織の中の専門職の存在や作業療法士の地位を知る目的で質問紙を作成した。その内容は、作業療法士個々のプロフィール、志望動機、職場選択の理由、勤務施設の種類、対象領域分野、職場の他医療・福祉職の種類、カンファレンスへの参加職種、カンファレンスでの主導職種、チームワーク機能、作業療法士と他医療・福祉職との関係、作業療法士が「先生」と呼ばれているか、作業療法士への満足度等であった。

作業療法士が医師、医療・福祉職種、患者・入所者から「先生」と呼ばれているかどうかを尋ねたのは、医療現場では作業療法士が「先生」と呼ばれることが多い現状からである。「先生」という言葉は主従的、上下的的な関係を示す言葉であり、また職業上の専門性を認めている言葉でもある。したがって「先生」と呼ばれていることは「上」に位置し、また職種の専門性が高く評価されていることを示しており、医師と同列とはいかないまでもそれに近い存在として認知されているといえる。

また、医療・福祉の施設においては、入院患者あるいは入所者の処遇や問題に対してカンファレンスあるいはケア会議が開催されるが、そこに常時出席する職種は入院患者・入所者に対して責任を持って業務を行っており、それ不可欠の役割を担っていると考えられる。そこで、その職種を特定することからその職種の重要度がわかる。さらに、その場でどの職種が主導的であるかを問う。主導的であることは、その職種の地位が高いことを示しているといえる。

「先生」と呼ばれているかどうか、カンファレンスあるいはケア会議へ出席する職種とそこでの主導者を特定することを中心に質問紙を作成し、全国の作業療法士に郵送調査を実施した。対象は1999（平成11）年度日本作業療法士協会⁸⁾会員名簿（会員数10,914名、組織率87.2%）より等間隔抽出法によって1,000名を抽出した。ただし、養成校教員と自宅待機者（現在何らかの理由により勤務していない者）を除外した。調査用紙は2000年10月に発送し、11月末を締め切りとした。分析はSPSSver.10.1を用い、カイ2乗検定を行った。

本調査では、503名の回答が得られた（回収率50.3%）。男女比は29：70で、7割が女性であった。また年齢別構成では20歳代の回答者が55.1%という若い世代中心の構成であり、平均年齢は31.1歳であった。表1に日本作業療法士協会員と被調査者の男女別人数、表2に平均年齢、表3に年齢別・男女別構成を示した。この調査では平成11年度の日本作業療法士協会員名簿を使用したため、2000（平成12）年度の国家試験合格者は除外されている。これらから回収率は低いものの日本作業療法士協会員の母集団と比較し、性別構成、年齢構成、平均年齢において、この調査回答者は母集団によく照応していると考えられる。

表1 男女別人数

性別	作業療法士協会員		被調査者	
	人数	%	人数	%
男	3567	27.3	148	29.4
女	9494	72.7	354	70.4
不明			1	0.2
合 計	13061	100	503	100

表2 平均年齢

	日本作業療法士協会員	被調査者
	平均年齢（歳）	30.8
人数（人）	12962	500

表3 作業療法士の年齢・性別構成（2000年）

性別 年齢	日本作業療法士協会員			被調査者		
	男性	女性	全体	男性	女性	全体
21~25歳	746	3128	3874 (29.7%)	22	110	132 (26.2%)
26~30歳	866	2786	3652 (28.0%)	39	106	145 (28.8%)
31~35歳	772	1761	2533 (19.4%)	34	64	98 (19.5%)
36~40歳	567	999	1566 (12.0%)	29	41	70 (13.9%)
41~45歳	274	351	625 (4.8%)	15	16	31 (6.2%)
46~50歳	160	201	361 (2.8%)	5	5	10 (2.0%)
51~55歳	60	120	180 (1.4%)	1	6	7 (1.4%)
56~60歳	39	34	73 (0.6%)	2	3	5 (1.0%)
61~65歳	25	28	53 (0.4%)	0	0	0 (0.0%)
66~70歳	15	13	28 (0.2%)	0	0	0 (0.0%)
71~75歳	9	4	13 (0.1%)	1	0	1 (0.2%)
76歳以上	3	1	4 (0.0%)	0	0	0 (0.0%)
非有効	31	68	99 (0.8%)	1	3	4 (0.8%)
合計	3567	9494	13061 (100%)	149	354	503 (100%)

◇協会員のデータは2001年3月31日現在で、2000年作業療法白書より抜粋した。数字は人数を表す。

調査から現在勤務している病院・施設は「その他の病院（精神病院を含む）」⁹⁾が最も多く(52.3%)、次は老人保健法関連の施設としての「老人保健施設」(14.7%)であり、その次はリハビリテーション専門病院(13.7%)であった。この他の老人保健法関連の施設として、「訪問看護ステーション」(2.2%)、「老人デイケア」(2.0%)があり、老人保健法関連施設は全体で18.9%に及んだ。老人保健施設は1990年から段階的に増加し、2000年4月からは介護保険制度に組み入れられ、介護老人保健施設となった。このように歴史の浅い老人保健施設において、作業療法士の役割は未だ明確にはなっておらず、また

老人分野における十分な実践研究がなされていないのが現況である。

日常の勤務形態を尋ねたところ、「病院・施設内中心」が94.2%、「在宅中心」4.2%、「半々」1.6%であった。在宅訪問の業務に従事している作業療法士はかなり少ないと見える。病院・施設に対象者が入る場合と、在宅にいる対象者のところに作業療法士が訪問する場合とでは、組織のあり方が異なるのではないかと考えたが、「在宅中心」が21名と極端に少ないため分析の俎上には上げなかった。

被調査者がどのような障害者を対象としているかについては、「身体障害分野」¹⁰⁾ 45.5%、「精神障害分野」¹¹⁾ 18.9%、「発達障害分野」¹²⁾ 9.1%、「老年期障害分野」¹³⁾ 26.4%となっていた。

臨床現場で実際に働いた上で、作業療法士にどの程度満足しているかを尋ねたところ、「非常に満足している」5.6%、「だいたい満足している」34.1%、「まあ満足している」35.3%、「あまり満足していない」24.8%、「まったく満足していない」0.2%であった。「非常に」から「まあ」満足しているまでを合算すると75%となり、作業療法士にほぼ満足しているようである。

3. 作業療法士と医師の関係

3-1 作業療法士と医師の関係

調査において、医師との関係を尋ねたところ、全体では「医師と対等」8.1%、「医師が主導的」60.8%、「作業療法士が主導的」0.6%、「どちらともいえない」30.5%であった。しかし「作業療法士が主導的」は3名のみであったので「どちらともいえない」に合算し、障害分野別のクロス集計¹⁴⁾を行った(表4)。身体障害分野では「医師が主導的」が他の分野に比べて多く(72.2%)、発達障害分野では「どちらともいえない」が多く(47.6%)、同じく老年期障害分野でも「どちらともいえない」が多かった(40.0%)。

表4 領域分野と医師との関係のクロス集計結果

分野	医師との関係		
	対等な関係	医師主導の関係	どちらともいえない
身体障害(n=216)	11(5.1%)	156(72.2%)*	49(22.7%)
精神障害(n=95)	8(8.4%)	58(61.1%)	29(30.5%)
発達障害(n=42)	6(14.3%)	16(38.1%)	20(47.6%)*
老年期障害(n=125)	14(11.2%)	61(48.8%)	50(40.0%)*
$\chi^2=28.84$		df=6	p<.001 * 調整済み残差2.0以上

身体障害分野では医師主導のもとに作業療法が行われており、医師の権威が認められているといえ、はつきりとした上下関係がみられる。

しかし発達障害分野では医師の指示はあるが、作業療法士は障害児のリハビリ¹⁵⁾に毎日取り組んでおり、その子どもの心身両面の機能について熟知しており、医師とも対等に話すことができることから、「どちらともいえない」と答えた者が多いと考えられる。この回答からのみ並列的関係にあると

断言できないが、医師とは相互依存的な関係にある（田尾 1988:121）ということはいえ、さらに作業療法士の自律性が高いといえる。

老年期障害分野での「どちらともいえない」については、医師の側はリハビリテーションに対する知識が少ない（難波 2003）ため、指示はするが作業療法士におまかせ的傾向があるようだ。そのため作業療法士が自律的に作業療法を行っていることが多く、「どちらともいえない」と答えたものと考えられる。ここでは並列的関係である。

医師が作業療法士を「先生」と呼ぶかどうかを尋ねたところ、「先生」と呼ばれている者は26.8%、名前または職名で呼ばれている者は50.9%、「医師によって異なる」と答えた者は22.2%であった。

作業療法の領域分野と「医師が作業療法士を『先生』と呼ぶか」のクロス集計を行ったところ（表5）、身体障害分野では「医師によって異なる」が他の分野に比べて多く（30.1%）、精神障害分野では「いいえ」が他の分野に比べて多かった（68.4%）。

身体障害分野の多くは病院であり、診療科も複数以上あることから医師の人数が多い。したがって作業療法士の業務内容を認知している医師は「先生」と呼ぶかも知れないが、ほとんど関係のない診療科の医師はそうは呼ばないといえる。また精神障害分野のスタッフは、医師以外の職種を名前または職名で呼んでいるため、医師もそのようにしていると考えられる。

表5 領域分野と「医師が作業療法士を先生と呼ぶか」のクロス集計結果

分野	医師は作業療法士を「先生」と呼ぶか		
	はい	いいえ	医師によって異なる
身体障害 (n = 219)	60 (27.4%)	93 (42.5%)	66 (30.1%)*
精神障害 (n = 95)	21 (22.1%)	65 (68.4%)*	9 (9.5%)
発達障害 (n = 42)	14 (33.3%)	14 (33.3%)	14 (33.3%)
老年期障害 (n = 125)	34 (27.2%)	73 (58.4%)	18 (14.4%)
$\chi^2 = 33.07 \quad df = 6 \quad p < .001 \quad * \text{調整済み残差} 2.0 \text{以上}$			

3-2 医師との連携

作業療法士と医師の連携がうまくいっているかどうかについて尋ねたところ、全体では協力体制が「十分とれている」17.9%、「時々とれる」47.5%、「たまにとれる」24.1%、「ほとんどとれない」10.5%であった。領域分野とのクロス集計を行ったところ（表6）、発達障害分野において医師との協力体制が「十分とれている」が他分野に比べ多かった（29.3%）。これは医師が作業療法士を強力なパートナーとして認めていると考えられる。

老年期障害分野では「ほとんどとれない」が他の分野に比べると多かった（19.4%）。老人保健施設では医師はほとんど一人であり、作業療法士も一人ないし二人である。その一人の医師が作業療法士に対して無関心、無理解であればこうした結果になるのではなかろうか。この分野では医師の影が薄いといえる。

表6 領域分野と医師との連携のクロス集計結果

医師との連携 分 野	医師との連携がとれているか			
	十分とれる	時々とれる	たまにとれる	ほとんどとれない
身体障害 (n = 216)	43 (20.2%)	102 (47.9%)	52 (24.4%)	16 (7.5%)
精神障害 (n = 93)	12 (12.9%)	48 (51.6%)	25 (26.9%)	8 (8.6%)
発達障害 (n = 41)	12 (29.3%)*	22 (53.7%)	5 (12.2%)	2 (4.9%)
老年期障害 (n = 124)	17 (13.7%)	52 (41.9%)	31 (25.0%)	24 (19.4%)*

$\chi^2=23.16$ df = 9 p < .01 *調整済み残差2.0以上

医師との連携・協力体制が取れないと作業療法上困った経験があった者は23.7%であった。その経験の内容は、医師にリハビリテーションの知識がない、患者に対して予後の説明をしていない、作業療法の指示（処方箋）が患者の病態に合ったように出されない、医師と作業療法士の間で患者に関する見解の相違がある、医師の身勝手、医師の横暴、医師と連絡が取れない、医師の対象者との接触の少なさ、医師の無能、医師による作業療法士の軽視などがあった。

「医師との連携」と「作業療法士の満足度」のクロス集計をしたところ（表7）、医師との連携が「十分とれている」場合には他に比べ「非常に満足している」場合が多かった（16.9%）。また医師との連携が「時々とれる」場合には「だいたい満足している」が多かった（38.1%）。さらに医師との連携が「ほとんどとれない」場合には他に比べ「あまり満足していない」が多かった（43.8%）。まさに医師との連携の如何によって作業療法士は存在意義を感じるかどうかを左右されているといえる。

表7 医師との連携と作業療法士の満足度

連 携	作業療法士の満足度				
	非常に満足	だいたい満足	まあ満足	あまり満足せず	
医師との連携	十分とれている	14 (16.9%)*	35 (42.2%)	19 (22.9%)	15 (18.1%)
	時々とれる	5 (2.2%)	85 (38.1%)*	86 (38.6%)	47 (21.1%)
	たまにとれる	4 (3.5%)	26 (22.8%)	48 (42.1%)	36 (31.6%)
	ほとんどとれない	4 (8.3%)	9 (18.8%)	14 (29.2%)	21 (43.8%)*

$\chi^2=52.14$ df = 9 p < .001 *調整済み残差2.0以上

4. 作業療法士と他医療・福祉関連職種との関係

4-1 カンファレンスまたはケア会議

他の医療・福祉職種から作業療法士がどのように呼ばれているかを尋ねたところ、「先生」と呼ばれている者が40.2%、名前または職名で呼ばれている者が58.8%あった。これを領域分野別でクロス集計してみると（表8）、身体障害分野では「先生」と呼ばれている者が他の分野に比べて多かった（49.8%）。この分野では医師に近い存在であるか、あるいは治療に関与しているとみられている。それに対して

精神障害分野では、名前または職名で呼ばれる者が他の分野に比べて多かった (86.0%)。

表8 領域分野と「他医療・福祉職から先生と呼ばれるか」のクロス集計結果

分 野	先生と呼ばれるか		$\chi^2=38.02$ df = 3 p < .001	*調整済み残差2.0以上
	はい	いいえ		
身体障害 (n = 225)	112 (49.8%)*	113 (50.2%)		
精神障害 (n = 93)	13 (14.0%)	80 (86.0%)*		
発達障害 (n = 45)	24 (53.3%)	21 (46.7%)		
老年期障害 (n = 127)	53 (41.7%)	74 (58.3%)		

作業療法士が他職種と対等・平等であると認識しているかどうかを尋ねたところ、「対等・平等」とする者が40.3%、「そうではない」とする者が2.9%、「職種によって異なる」とする者が17.9%、「対等か平等かを意識することはない」とする者が38.9%であった。チーム医療・チームワークを実践するためには医療・福祉職種が対等な関係であることが前提であると考えられるのでこうした質問をしたが、ごくわずかの者が職種間で平等ではないと思っているが、大方は対等・平等と認識していることがわかった。この結果は、作業療法士の年齢層が若い方に偏っていることがその要因（若い人のほうが平等意識が強い）であるかもしれない。

調査から、カンファレンスの構成メンバーとして理学療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、介護福祉士、看護婦、臨床心理士があがってきた。そこで、それぞれの職種と分野別のクロス集計を行った（表9）ところ、理学療法士は身体障害分野と発達障害分野においてそれ以外の分野に比べるとカンファレンスへの参加が多く（それぞれ92.9%， 92.9%）、言語聴覚士も身体障害分野と発達障害分野においてそれ以外の分野と比べるとカンファレンスへの参加が多かった（それぞれ70.1%， 83.3%）。

ソーシャルワーカーは、精神障害分野において他の分野と比べるとカンファレンスへの参加が多かった（77.3%）。介護福祉士は老年期障害分野においてカンファレンスへの参加が多く（85.0%）、看護婦も老年期障害分野において参加が多かった（98.2%）。さらに臨床心理士は精神障害分野と発達障害分野において参加が多かった（それぞれ46.7%， 40.5%）。

これらをまとめると、身体障害分野においては、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が常時のカンファレンス出席メンバーである。これらの共通項を考えると、リハビリ専門職でカテゴリー化できる。つまり作業療法士、理学療法士、言語聴覚士は患者の心身両面の回復を目指す治療を行うリハビリ専門職といえる。多面的な患者のニーズに応じるためにさまざまな職種とのチームワークが必要とされる。しかしながら、結局はリハビリ専門職のみがカンファレンスに出席し、患者の回復（治療）の役割を担っており、それら以外の生活職種は周辺におかれている。

表9 領域分野とカンファレンス参加の各医療・福祉職種のクロス集計結果

職種 分野	理学療法士		言語聴覚士	
	参加なし	参加	参加なし	参加
身体障害 (n = 211)	15 (7.1%)	196 (92.9%)*	63 (29.9%)	148 (70.1%)*
精神障害 (n = 75)	71 (94.7%)*	4 (5.3%)	73 (97.3%)*	2 (2.7%)
発達障害 (n = 42)	3 (7.1%)	39 (92.9%)*	7 (16.7%)	35 (83.3%)*
老年期障害 (n = 113)	56 (49.6%)*	57 (50.4%)	91 (80.5%)*	22 (19.5%)
	$\chi^2=220.08 \ df=3 \ p < .001$		$\chi^2=161.20 \ df=3 \ p < .001$	
職種 分野	ソーシャルワーカー		介護福祉士	
	参加なし	参加	参加なし	参加
身体障害 (n = 211)	66 (31.3%)	145 (68.7%)	153 (72.5%)*	58 (27.5%)
精神障害 (n = 75)	17 (22.7%)	58 (77.3%)*	62 (82.7%)*	13 (17.3%)
発達障害 (n = 42)	24 (57.1%)*	18 (42.9%)	35 (83.3%)*	7 (16.7%)
老年期障害 (n = 113)	29 (25.7%)	84 (74.3%)	17 (15.0%)	96 (85.0%)*
	$\chi^2=17.41 \ df=3 \ p < .01$		$\chi^2=135.07 \ df=3 \ p < .001$	
職種 分野	看護婦		臨床心理士	
	参加なし	参加	参加なし	参加
身体障害 (n = 211)	12 (5.7%)	199 (94.3%)	186 (88.2%)*	25 (11.8%)
精神障害 (n = 75)	6 (8.0%)	69 (92.0%)	40 (53.3%)	35 (46.7%)*
発達障害 (n = 42)	9 (21.4%)*	33 (78.6%)	25 (59.5%)	17 (40.5%)*
老年期障害 (n = 113)	2 (1.8%)	111 (98.2%)*	107 (94.7%)*	6 (5.3%)
	$\chi^2=19.84 \ df=3 \ p < .001$		$\chi^2=71.16 \ df=3 \ p < .001$	
* 調整済み残差2.0以上				

4-2 カンファレンスへの医師の参加

領域分野と「カンファレンスに医師が参加するか」のクロス集計を行った（表10）。それによると、身体障害分野でのカンファレンスには医師は「つねに参加する」が他の分野に比べると多かった（70.5%）。また精神障害分野において医師は「必要に応じて参加する」が多かった（64.0%）。老年期障害分野では医師はカンファレンスに「参加しない」が多かった（26.1%）。

さらに領域分野と「カンファレンスは医師主導で行われているか」のクロス集計をおこなった（表11）ところ、身体障害分野においては他の分野に比べると「医師が主導的である」が多く（64.1%）、また、精神障害分野と老年期障害分野において「医師が主導的ではない」が多かった（それぞれ76.5%，84.5%）。

表10 領域分野と「カンファレンスに医師が参加するか」のクロス集計結果

分 野	カンファレンスへの医師の参加		
	つねに参加	必要に応じ参加	参加しない
身体障害 (n = 210)	148 (70.5%)*	45 (21.4%)	17 (8.1%)
精神障害 (n = 75)	22 (29.3%)	48 (64.0%)*	5 (6.7%)
発達障害 (n = 42)	22 (52.4%)	11 (26.2%)	9 (21.4%)
老年期障害 (n = 115)	46 (40.0%)	39 (33.9%)	30 (26.1%)*

$\chi^2=76.87$ df = 6 p < .001 *調整済み残差2.0以上

表11 領域分野と「カンファレンスは医師主導か」のクロス集計結果

分 野	カンファレンスは医師主導か	
	はい	いいえ
身体障害 (n = 195)	125 (64.1%)*	70 (35.9%)
精神障害 (n = 68)	16 (23.5%)	52 (76.5%)*
発達障害 (n = 31)	14 (45.2%)	17 (54.8%)
老年期障害 (n = 84)	13 (15.5%)	71 (84.5%)*

$\chi^2=71.12$ df = 3 p < .001 *調整済み残差2.0以上

以上をまとめると、身体障害分野においては医師がカンファレンスに「つねに参加」し、「医師主導である」ことに特徴がある。このことは医師の強いリーダーシップが發揮されていることを示し、上下関係であり、しかも医師は患者に対し強い責任感をもっていることが感じられる。またカンファレンスの構成メンバーは作業療法士、理学療法士、言語聴覚士であり、医師の指示の下で治療に専念している。

これらから、身体障害分野では医師を頂点とし、第二層に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が治療職種（リハビリ職種）として配置され、第三層に看護婦が生活職種として配置されており、他の分野に比べると最もリハビリテーションがうまく機能していると考えられる。カンファレンスにおいて米国式に活発な議論がなされているが、リハビリテーション医学に根拠をおいた障害構造をもとに、患者の治療をすすめていく医療体制は医学モデルそのものである。治療が前面に立ち、患者の病棟での生活や病棟スタッフは軽視されている（竹内 1989：63）。

精神障害分野では医師はカンファレンスには「必要に応じて加わる」場合が多く、そして医師は「主導的ではない」。医師は患者の精神疾患の治療に専念しており、社会復帰に向けての実際的な働きかけは作業療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカーに一任している。カンファレンスには作業療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカーが常時の出席メンバーである。精神障害者の社会復帰には、医師による薬剤の投与あるいは精神療法での症状の改善と、医療・福祉職種による復帰に向けての援助が必要である。そのためこれら3種の専門職は社会復帰に向けた訓練や援助にその専門性を發揮している。

また看護婦は生活場面の援助を行っているので周辺にされている。以上から判断すると、医師を頂点とする緩やかな階層構造であるといえる。

発達障害分野では作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士がカンファレンスの主要メンバーとなっており、障害児のリハビリに関与している。カンファレンスの開催要請は、児童指導員・保育士より出されている。彼らは障害児の生活の場での責任者であり、彼らの要望で障害児の生活をわずかでも楽にすることに力点がおかれた会議が行われている。

この分野は身体障害分野と似ており、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士は障害児の心身とともに発達援助を行い、回復に関わっているリハビリ専門職である。そして障害児の生活を援助している児童指導員、保育士、看護婦等はリハビリ職の指導のもとにおかれている。

医師は診断やその都度の病気の治療を行うが、リハビリ専門職は障害児の生活の環境整備を行なったり、感情の表出を目的とした訓練を行い、医師とは異なる専門性を發揮している。そのため障害児療育のプロ集団だと医師は認知していると思われる。組織認識としては医師を頂点とした階層構造であるといえる。

老年期障害分野では作業療法士、介護福祉士、看護婦がケア会議の主要出席メンバーである。ケア会議には医師は参加しないことが多い、医師主導ではない。医師は医療と管理者に徹しており、生活面は他の職種に一任しているということになる。発達障害分野と同様、施設が毎日の生活の場であるため、そこで生活に責任をもっている介護福祉士・介護員がケア会議の開催を要請し、対象者の問題を討議し、円滑で健康的な生活が送れるように配慮している。

老年期障害分野では治療が主目的ではなく、生活場面での介護が主目的であることから、医師は管理者であり、各部門（介護部、看護部、リハ部）は並列的関係である。医師は権威をもっているが、毎日の介護上の判断は介護専門職や看護婦が行わなければならず、つまりは生活部門によって施設が運営されているともいえ、相対的に医師の権威は低くなっている。

5. 作業療法士と患者の関係

患者から作業療法士が「先生」と呼ばれているかどうかの質問に対して、被調査者の7割が「はい」と答えており、「いいえ」は3割であった。

領域分野と作業療法士が患者から「先生と呼ばれているか」のクロス集計を行った（表12）ところ、身体障害分野では、他の分野に比べて「先生と呼ばれている」者が多かった（88.9%）。このことは医師に近い位置であることを示しているし、上下関係であると考えられる。つまり病院・施設において作業療法士は患者の疾病や障害に対して特別の治療をしていると認知されていることを示している。

また精神障害分野では作業療法士が「名前または職名で呼ばれている」者が他の分野に比べて多く（67.0%）、患者との関係は水平に近いといえる。作業療法士は患者の精神症状に対して作業療法を実施し、症状の改善に努め、治療にも関与している。しかし、作業療法士は患者と同じ活動に参加しな

がら観察をおこなっていく参与観察の手法を用いて治療や援助を行なっており、上下関係ではその場が自由で闊達な状況を作れることなどから、名前で呼ばれることを企図しているようである。

発達障害分野では「先生と呼ばれている」者が他の分野に比べて多く（97.8%）、医師や養護学校の先生と同じようにみられていることがうかがえる。発達障害分野において作業療法士は訓練という名のもとに治療に関わっており、障害児の身体・精神機能の向上、改善を目指している。

老年期障害分野では「名前または職名で呼ばれている」者が他の分野に比べ多く（38.3%）、看護職や介護職と同じ職種とみなされている。

表12 領域分野と「患者から『先生』と呼ばれているか」のクロス集計結果

分野	患者から「先生」と呼ばれているか	
	はい	いいえ
身体障害（n = 226）	201 (88.9%)*	25 (11.1%)
精神障害（n = 94）	31 (33.0%)	63 (67.0%)*
発達障害（n = 46）	45 (97.8%)*	1 (2.2%)
老年期障害（n = 133）	82 (61.7%)	51 (38.3%)*

$\chi^2 = 125.28 \quad df = 3 \quad p < .001 \quad * \text{調整済み残差} 2.0 \text{以上}$

患者から「先生」と呼ばれているかどうかについては、病院・施設スタッフが作業療法士をどう呼んでいるかに依っている。スタッフが作業療法士を名前あるいは職名で呼んでいる場合、患者の多数が「先生」とは呼ばないであろうからスタッフがどう呼んでいるかを同時に示してもいる。

以上のように作業療法士は医療に携わり、身体障害、発達障害分野では「先生」と呼ばれている。作業療法士は、医療、つまり回復を目的とする治療領域において専門性をもっているといえ、医師の業務の一端を忠実に果たしている。

6. 作業療法士の4分野の施設における関係構造

今回の調査から得られた作業療法士と医師・他医療・福祉職種・患者関係のデータから、各領域分野における病院・施設の組織成員の関係構造を以下の項目に分けてまとめた。

①作業療法士と患者の関係、②作業療法士と医師の関係、③他医療・福祉関連職種との関係、④作業療法士と医師の関係からどちらが主導的か、⑤作業療法士と医師の関係から両者の連携ができるのか、⑥医師がカンファレンスに出席するか、⑦そのカンファレンスにおいて医師が主導的であるか、⑧そのカンファレンスへの當時出席の職種の項目である。

表13 作業療法士と患者・医師・他医療・福祉職種との関係

	身体障害分野	精神障害分野	発達障害分野	老年期障害分野
①作業療法士と患者の関係：患者から先生と呼ばれるか	先生と呼ばれる (88.9%) ★患者とは上下関係	名前で呼ばれる (67.0%) ★患者とは並列的関係	先生と呼ばれる (97.8%) ★患者とは上下関係	名前で呼ばれる (38.3%) ★患者とは並列的関係
②作業療法士と医師の関係：医師から先生と呼ばれるか	医師により異なる (30.1%)	名前で呼ばれる (68.4%) 医師とは並列的か上下関係		
③作業療法士と医療・福祉職の関係：他医療・福祉職から先生と呼ばれるか	先生と呼ばれる (49.8%) ★他医療職種とは上下関係、専門性を認知されている	名前で呼ばれる (86.0%) ★他医療職種とは並列的関係		
④作業療法士と医師の関係：どちらが主導的か	医師主導 (72.2%) ★医師とは上下関係、医師は権威あり		どちらともいえず (47.6%) ★医師とは並列的または上下関係	どちらともいえず (40.0%) ★医師とは並列的関係
⑤作業療法士と医師の関係：医師との連携はどれているか			十分取れている (29.3%) ★医師とは相互依存関係	ほとんど取れない (19.4%) ★医師との関係が薄い
⑥医師はカンファレンスに出席するか	出席 (70.5%) ★医師に責任感あり	必要に応じて出席 (64.0%) ★医師にやや責任感あり		出席しない (26.1%) ★医師の責任感は乏しい
⑦カンファレンスでは医師主導か	医師主導 (64.1%) ★医師とは上下関係、権限がある	医師主導ではない (76.5%) ★医師とは並列的関係		医師主導ではない (84.5%) ★医師の責任感は乏しい
⑧カンファレンスへの参加職種（医師以外）	作業療法士 理学療法士 (92.9%) 言語聴覚士 (70.1%) ★リハビリ職種	作業療法士 ソーシャルワーカー (77.3%) 臨床心理士 (46.7%) ★リハビリ職種	作業療法士 理学療法士 (92.9%) 言語聴覚士 (83.3%) 臨床心理士 (40.5%) ★リハビリ職種	作業療法士 看護婦 (98.2%) 介護福祉士 (85.0%) ★生活職種

以上から次のことがいえる。

1. 身体障害分野では、医師を頂点とし、第二層にリハビリ職種（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士）、第三層に生活職種（看護婦）が布置する階層制が存在する。医師との関係は上下の関係で一線を画しているが、疎通性はよい。この分野は総合病院等の場合でいうと、リハビリテーション医を中心としたリハビリテーション部門という限定された範囲をさす。ただしリハビリテーション専門病院では組織全体の範囲をさす。この分野における組織全体の機能的役割は医療であり、作業療法士の役割はリハビリ（機能回復）援助である。

2. 精神障害分野ではやはり階層制が存在し、医師を頂点とし、第二層にリハビリ職種（作業療法士、ソーシャルワーカー、臨床心理士）、第三層に生活職種（看護婦）が位置する。医師は医療、リハビリ

職種は社会復帰の援助、生活職種は生活援助と役割分担している。医師との関係は上下関係であるが、うまく役割分担がなされた関係である。この組織全体の機能的役割は医療である。そして作業療法士の役割は社会復帰援助である。

3. 発達障害分野では身体障害分野と同じく階層制が存在するが、第二層のリハビリ職種（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士）と医師の関係は良好で相互依存関係が強い。第三層には生活職種（看護婦、介護福祉士）が位置している。医師は診断、治療を行い、リハビリ職種は生活面の工夫や療育を行い、生活職種は日常の生活行為を援助している。作業療法士の役割は生活適応と発達の援助である。この組織全体の機能的役割は医療と福祉である。

4. 老年期障害分野においては医師の存在感は薄く、管理者（医師）のもと、医療・福祉職種は部門ごとの並列的関係にある。ケア会議の常時出席のメンバーは作業療法士、看護婦、介護福祉士である。作業療法士の役割は日常生活行為の援助となるが、同様の役割を看護婦、介護福祉士とともに担っており、どのように役割分担しているのかはこの調査では明確にならなかった。この組織全体の機能的役割は福祉である。

以上、作業療法士の4分野の構造分析をおこなった。身体障害、精神障害、発達障害分野では階層構造が存在するがゆえに、その地位から作業療法士の役割が大まかに提出された。また、老年期障害分野においては並列的関係にあるがゆえにこの方法では作業療法士の役割が明確にならず、現場に出向いての調査が必須であろう。

おわりに

前述の1～4が調査から提出された分析結果を考察したものである。これらは作業療法士の意識の総体であり、各分野ごとの組織の類型が出された。現実の病院、組織のリハビリテーション部門において、この類型は普遍性をもつと考えられる。

身体障害分野ではリハビリ訓練が作業療法士の役割であり、精神障害分野では社会復帰援助が役割であり、また、発達障害分野では療育等のリハビリ訓練が役割であり、老年期障害分野では、日常生活行為の援助が役割であることがわかった。

今後は身体障害・精神障害・発達障害分野の作業療法士以外の医療・福祉職種に面接あるいは質問紙調査を行い、この結果を検討・確認する必要がある。また、老年期障害分野においては、それぞれの施設においての実際の業務を他の医療・福祉職種とどのように分担しているのかを明らかにし、作業療法士の役割を明確にしていく予定である。

注

- 1) 1960年前後からフランスを中心として巻き起こり、全世界に波及した新思潮で、レビ・ストロース、アルチュセール、フーコーらがその旗手とされた。フーコーはその著書『臨床医学の誕生』において、近代医学は解剖学、生理学を基盤とし、18世紀末から19世紀初め頃に成立したことが詳細な歴史的資料検討とともに示されている。近代医学が構造的に成立していると同様に、1980年のWHO国際疾病分類は、疾患を三層構造で示しており、社会的不利→能力障害→機能障害と分類し、下部の障害の改善なくしては上部の障害は改善しないという仕組みと捉えている。
- 2) 16世紀にはじまる北米大陸へのヨーロッパ人の移住は、新天地にくらす人に手づくりの生活必需品をつくりだす習慣をもたらした。その手づくりの生活様式が行動本位の思想をうみ、思想と言葉によって判定するのではなく、思想のひきおこす行動によって判定するという思想様式となった（『社会学事典』弘文堂）。この思想は19世紀末から20世紀初めに形成され、パース、ジェームズ、デューイによって深められた。実践重視の価値観に基づく姿勢であり、実用的であるかどうか、価値があるかどうかで世界を判断し、個人にとって意味のある世界が世界であると捉えた。つまり、世界を外側からではなく、人間の経験の側からみて、これを実用に即して構築し、実証や実験、実用をもとに科学的・合理的に判断するものである。
- 3) 医師の本間武蔵（2000：80）は、作業療法には「二つの作業によるアプローチの方法」があり、「一つは段階づけされた達成課題を一つひとつ達成して、生活の改善や能力の向上を図る構成的作業」と、「もう一つは現在の能力や状態をそのまま認め、改善や向上よりも今までのままで自由度を増すように、楽しんで過ごそうとする投影的作業」があると分析している。そして作業療法の全体像について、「木でいうなら、構成的な要素を幹と考え、投影的な要素を枝葉と考え、木全体が豊かに繁るようにするのである」と巧みに表現している。
- 4) 作業療法推進協会の創始者のひとりジョージ・バートンは建築家であったが、1901年に結核にかかり、仕事を断念した。さらに左足の切断やヒステリ一性の左半身麻痺にかかるという不運にも見舞われたが、素朴な大工仕事や園芸という手仕事を通して自力で回復を得た。それらの経験等から作業が病からの回復を早めることを知っており、個々の薬と同じ効果を生む作業を作業療法が提供するようになっていた（鎌倉 2001：14）。
- 5) 19世紀後半に英国のウィリアム・モ里斯らが起こした美術工芸運動である。本家英國ではあまり広まらず、1895年から1920年にかけて米大陸で急速に広がった。この運動は病者や社会的弱者のためのもので、社会改革の運動であった（鎌倉 2001：13）。
- 6) これは掃除人ないしは誰もしたがらない下働きをする民間人のことである（鎌倉 2001：23）。
- 7) 2002年3月より看護婦は看護師と名称変更されたが、調査時は変更前であり本稿では看護婦とした。
- 8) 日本作業療法士協会は1966（昭和41）年9月に協会員20名で発足した。1972（昭和47）年、世界作業療法士連盟（WFOT）に正式加盟を認められた。その後、1981（昭和56）年3月に「社団法人」の

認可を厚生省より受けた。

- 9) 質問紙では、医療施設として①リハビリテーション専門病院あるいはリハビリテーションセンター、②その他の病院（精神病院を含む）、③診療所の三種類に分けて勤務施設を問うた。
- 10) 身体障害分野の主な原因となる疾患には、脳卒中などの脳血管疾患、脊髄損傷、上肢の切断、骨折、外傷、熱傷、パーキンソン病、慢性関節リウマチなどがある。これらの施設としては、一般病院、大学医学部附属病院、労災病院、リハビリテーション専門病院、身体障害者福祉センターなどがある。
- 11) 精神障害分野の主な原因となる疾患には、統合失調症、躁鬱病、神経症、アルコール中毒、閉じこもりなどがある。施設としては、精神病院、精神科診療所、精神保健福祉センターなどがある。
- 12) 発達障害分野の主な原因となる疾患には、脳性麻痺、二分脊椎、先天異常、筋ジストロフィー、自閉症、学習障害などがある。施設としては、一般病院、大学医学部附属病院、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害児施設などがある。
- 13) 老年期障害分野の主な疾患の重篤なものとしてアルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、パーキンソン症候群などがある。施設としては、一般病院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護特別養護老人ホーム、老人デイケア、老人デイサービス、訪問看護ステーションなどがある。
- 14) 表4以降のすべてのクロス集計はほとんどP<.001であり、有意な差があるものを掲載している。そのなかでも調整済み残渣2.0以上を検討して最も確率の高いものを取り上げ、ここでは「他の分野に比べて多い」という記述にしている。
- 15) 佐藤（1999：25-26）が、「リハビリテーションという言葉は一般によく知られるようになってきている。ただし、一般的にはリハビリと略し、運動機能回復訓練という意味に使われているのが普通である」と言っているように、リハビリテーションという言葉は日本では狭い範囲で捉えられている。本稿では、リハビリテーションが社会復帰といった広い意味を表す場合はリハビリテーションを用い、機能回復訓練を表す場合はリハビリを用いている。

文 献

- 浅海奈津美・守口恭子 2003 『老年期の作業療法』 三輪書店
- 姉崎正平 1983 「新医療技術職種の専門職化とチーム医療をめぐる問題」『保健・医療における専門職』 垣内出版
- 医療経済研究機構 1998 「高齢者ケアにおける医療・福祉職種の業務分担に関する研究」『高齢社会における医療・介護体制に関する研究』
- 鎌倉矩子 2001 『作業療法の世界——作業療法を知りたい・考えたい人のために』 三輪書店
- 佐藤久夫 1999 『障害者福祉論【第3版】』 社会福祉専門職ライブラリー〈社会福祉士編〉 誠信書房
- 田尾雅夫 1988 「理学療法士・作業療法士における職業意識の構造」『京都府立大学学術報告』 40：101-123

- 竹内孝仁 1995 『医療は「生活」に出会えるか』 医歯薬出版株式会社
- 難波悦子 2003 「作業療法士との関係からみたリハビリテーション医の問題性」『看護・保健科学研究』 3 (1) : 57-64
- 日本作業療法士協会 2001 「作業療法白書——21世紀への序章」『作業療法』 20 (2)
- 広井良典 2000 『ケア学——越境するケアへ』 医学書院
- 本間武蔵 2000 「精神科における作業療法士の役割」『心と社会』 101:78-83
- 矢谷令子・小川恵子 1975 「臨床教育の手引き」『理学療法と作業療法』 9 (1) : 27-30
- Foucault M. 1963 *Naissance de la Clinique ; Une archeologie du regard medical.* Universitaires de France. (=1969 神谷美恵子訳 『臨床医学の誕生——医学的まなざしの考古学』みすず書房)
- Gutman SA 1995 *Influence of the U.S. Military and Occupational Therapy Reconstruction Aids in World War I on the Development of Occupational Therapy.* American Journal of Occupational Therapy, 49(3): 256-262
- Hooper B. · Wood W. 2002 *Pragmatism and Structuralism in Occupational Therapy : The Long Conversation.* American Journal of Occupational Therapy, 56:40-50
- Quiroga V 1995 *Occupational Therapy : The first 30 years, 1900-1930.* Bethesda, MD, The American Occupational Therapy Association.