

医療技術職の専門分化過程における職業意識の考察 ～精神科作業療法に関わる職種の事例～

柳田 純子*

従来、医療・保健・福祉分野を始めとする「ヒューマン・サービス組織」(対人サービス提供組織)に適合する経営管理の理論化は、田尾(1995)が指摘するように一般企業に関する研究蓄積と比較して充分だったとはいえない。本稿は「ヒューマン・サービス組織」の人的資源に関する研究として、医療技術職のうち精神科領域の作業療法従事者を対象に置いた。この領域では、明治・大正期～昭和30年代まで看護職者が作業指導員とともに従事していたが、GHQによる戦後政策のなかでの社会保障理念導入とともに昭和40年に身分法が制定され、新たに国家資格を要する作業療法士職として専門分化した経緯がある。すなわち専門分化過程において身分法制定前後で主たる従事者の分断が生じたという特徴を有する。本稿では、身分法制定以前に精神科領域の作業療法に従事していた看護者の著作物記述をととして、プロフェッショナリズムの観点から従事者の職業意識の特徴を考察する。

キーワード：職業意識，専門分化，医療技術職，精神科作業療法

Job Identity of Co-Medical Workers in the Professionalization -A Study of Psychiatric Occupational Therapists-

Junko YANAGIDA

The purpose of this paper is to clarify job identity of co-medical workers in view of their professionalization. A case of psychiatric occupational therapists (OT) is studied because its professionalization is unique in nature. Since Meiji and Taisho Era, nurses have done this occupation. After the World War II, GHQ introduced the concept of social welfare and rehabilitation medicine. In 1965 occupational therapist's law was legislated, and this "new" type of therapist became to replace as a profession of psychiatric OT. In this paper, documentation by nurses is analyzed to clarify their professionalism before the legislation of OT.

1. はじめに

従来経営学分野において、営利私企業を始めとする経営組織の経営管理に関して多くの研究蓄積がなされてきた。しかしながら田尾(1995)が指摘するように、それ以外の組織、例えば医療・保健・福祉分野の

組織に適合する経営管理の理論化は必ずしも充分とはいえない。田尾は医療・保健・福祉分野の組織が持つ特徴のひとつに専門職による「対人サービスの提供」を挙げ、この種の「ヒューマン・サービス組織」に焦点を当てた経営管理の理論化の必要性を提起している。

*東京情報大学総合情報学部経営情報学科

Tokyo University of Information Sciences, Faculty of Informatics, Department of Business Administration

本稿は、上述の田尾の指摘に関連して「ヒューマン・サービス組織」の経営管理を人的資源の観点から考察する研究領域に位置づけられる。考察対象を医療技術職としたのは、この職種が医師や看護職といった伝統的医療職と比較して、その職業上のアイデンティティを模索しつつ構築している状況にあり、職業社会学的視点や人的資源の観点から解明されていないことが多いためである⁽¹⁾。

また、医療技術職のうち精神科作業療法従事者を対象に置いたのは次の理由による。この領域では明治・大正期からの生活療法を源流とする療法と、昭和40年の身分法制定後の有資格作業療法士によるリハビリテーション医療の枠組みにおける療法とが並存する状況が続いている。その並存状況の影響は、作業療法士の研究グループによる見解によれば医療現場に少なからず混同を引き起こしている⁽²⁾。では資格化という制度上の変化を、旧療法の従事者はどう受け止めたのだろうか。精神科作業療法の歴史的経緯に照らして、旧療法の従事者がどのような職業意識で職務を遂行していたのかを明らかにすることは、現状の新旧療法の並存状況の根源を理解するうえで有益と考えられる。しかしながら旧療法の従事者の職業意識に関して、彼ら自身の立場からの考察事例は僅少である。本稿では精神科病棟で旧療法を実施していた看護職二名による著作物記述に基づいて、従事者の職業意識を検討したいと考える。

2. 先行研究と本稿の視点

2.1 ヒューマン・サービス組織の経営管理とプロフェッショナリズム

田尾（1995）は、「ヒューマン・サービス組織」が高度の知識や技術に支えられて成り立つ多種多様な専門職（プロフェッション：profession）を必要としていることを述べている。例えば医療機関であれば、医師や看護師を始めとする専門職者の積極的な貢献なくして、サービスの質の向上はありえないし、クライアントの期待に応えることもできないことが指摘され、「ヒューマン・サービス組織」の経営管理にとって、専門職の特質や機能を熟知する重要性を述べている。田尾は先行研究レビューに基づき、専門職としての意識（プロフェッショナリズム）の特徴として次の五点、①専門的な知識や技術の修得、②自律性、③仕事への

コミットメント、④同業者への準拠、⑤倫理性、を挙げている。以下は田尾による定義である。

- ①「専門的な知識や技術の修得」…一貫した体系を持つ高度の知識や技術を修得し、実際に活用できること。
- ②「自律性」…専門的な権威によって、組織のなかのフォーマルに定義された権限関係から離れて、自らの職業上の要請にしたがって仕事を進めることができること。
- ③「仕事へのコミットメント」…金銭的な報酬や人間関係によってではなく、仕事それ自体のために働くように内発的に動機づけられていること。
- ④「同業者への準拠」…組織への所属性より、外部の同業者集団に準拠する傾向があること。
- ⑤「倫理性」…公共の福祉の向上に貢献するという規範によって判断や行動を行い、独自の倫理綱領を備えていること。

上述の定義は、プロフェッショナリズムに関する古典的な研究を整理したものであり、専門職の特徴を網羅したものとして妥当性が高いと考えられる。

一方、Freidson（1970）は医療分野の専門職を事例としてプロフェッショナリズムを考察している。彼によればその特徴は、①職務のなかの重要な部分を判断し自律的に遂行すること、②素人からの相談内容を専門知識によって再構築し、解決を約束すること、の二点である。彼は医療分野の組織の頂点に位置するのが完全なプロフェッションとしての医師であり、看護職や医療技術者はパラ・プロフェッション（paraprofession）として医師の判断のもとで職務を遂行するとしている。

また、Freidsonはパラ・プロフェッション職が職務遂行上抱える主要な問題として、他職種との連携を挙げ、それがこの職種のプロフェッショナリズムの特徴のひとつであると指摘している。彼が引用している医療技術者のことばによれば、それは次のような内容である。「医療技術者は医師のように診断したいと思っているのではなく、医師の診断に不可欠なデータを提供することによって医師・看護職・医療技術者の三者関係の一員として協力関係を築きたいと願っている。…（中略）…医療技術者として、私は医療専門職の同僚のなかで協調精神を持って働きつつも、独立した位置にある。他職の領域を侵犯したいとは思わない。」こ

のような他職種との連携のなかでの独立性の発揮への希求は、近年になって「パラ (para) ・メディカル職」から「コ (co) ・メディカル職」へ呼称が変わっても引続き見られるのだろうか。次項では、作業療法士職の専門分化に関する先行研究を見たうえで、作業療法士の他職種との連携の観点から彼らのプロフェッショナルリズムの特徴を捉えていきたい。

2.2 作業療法士の身分法制定までの経緯と職業上のアイデンティティ

姉崎 (1983) は、「医学・医療技術の発達が、医療設備機器の発達と医療従事者の専門分化を促すとともに、医療労働の専門分化が技術の進歩を促してきたことを述べている。特に医療労働の労働手段が「道具」(例：体温計、ピンセット、メス) から「機械」(例：レントゲン装置、心電計、超音波検査装置) へ、さらに「機械体系ないし自動機械体系」(例：集中治療室の患者自動観察装置、保健・医療情報システム) へ発展してきたことが、医療従事者と医療機関双方の専門分化をもたらしたことが指摘されている。そして医療従事者の専門分化からチーム医療という関係や統合の要請が出てくるため、チームを編成する新医療職種に関する法制化と養成機関が徐々に整備されてきたのである。

さて鈴木 (1986) は、作業療法士の身分法となった「理学療法士・作業療法士法」制定までの経緯を関係者への聴き取り調査を含めて記述している⁽³⁾。以下に経緯を整理する。

[社会背景]

- ・GHQ指導のもとで医療・社会保障政策が推進された。(医師の国家試験導入、看護職教育の改善、欧米への医師・官僚の派遣など)
- ・経済成長 (1950年代の朝鮮戦争による特需景気、神武景気)
- ・池田内閣の予算方針として「社会保障・文教・公共事業」予算を前年比各20%増加させることが挙げられた。
- ・脳血管疾患、交通事故、及び労働災害による身体障害が増加した。
- ・1964年にパラリンピックが東京で開催された。

[厚生省内・大蔵省内の動き]

- ・昭和29 (1954) 年

厚生省技官大村潤四郎 (東京大学医学部卒業後、無医村診療を経て厚生省入省) WHOフェローとしてイギリスの社会保障制度・施設を視察。

- ・昭和37 (1962) 年

大村 (医務局国立療養所課長) らによるリハビリテーション研究会が「医学的リハビリテーションに関する現状と対策」の中間報告書を出す。報告書には、機能療法士 (後に理学療法士) ・作業療法士の養成所各10ヶ所、言語療法士養成所2ヶ所を5年間に新設する計画が含まれていた。

大村らが、養成計画の第一着手として機能療法士・作業療法士養成のための予算を大蔵省に対して請求し、4000万円が承認される。

- ・昭和38 (1963) 年

3月：医療制度調査会がリハビリテーションの専門技術者の資格制度をすみやかに創設する必要がある旨の答申を出す。

5月：国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院開校

6月：PT・OT身分制度調査会発足 (座長 国立療養所東京病院：砂原茂一、委員18名、うち精神科からは東京都立松沢病院：江副勉)

主な議題：日本語での職名検討 (理学療法士・作業療法士に決定)、資格付与の条件、業務独占か名称独占か (医療補助の部分は看護職と同様に業務独占、他は名称独占に決定)

- ・昭和40 (1965) 年

4月～5月：「理学療法士及び作業療法士法」の法案が国会で可決成立

6月15日：同法制定、6月29日：公布

上述の身分法制定経緯の特徴として、鈴木はリハビリテーション医療技術者養成の予算案が身分法制定より先に承認され、養成校から卒業生が出る時期に間に合うように身分法が制定されたことを挙げている。通常見られるような「身分法が制定された後に養成校が開校する」のとは逆の順序になったいきさつは、鈴木によれば、第一にリハビリテーション医療技術者養成の予算案を取りまとめた厚生省技官大村が、自身の無医村医療や欧米視察の経験をとおして人材を早急に養成する必要性を感じていたこと、第二に経済成長時期

にあった財政基盤の支えと、池田内閣としての社会保障予算の増額方針とによって、大村が立案した予算請求が大蔵省で即座に承認されたことである。

身分法の制定は、野崎（1983）が指摘するように当該職種のアイデンティティの確保にとって重要である。しかしながら、姉崎（1983）や田尾（1983）による医療技術職に関する調査や、山根ら（1998・1999）による精神科作業療法の実施状況に関する調査を参照すると、身分法制定後においてもチーム医療のなかで作業療法士と他職種との連携は、人的資源不足やリハビリテーションとは何かという基本概念の認識相違などの原因で必ずしも充分とはいえないことが示されている。すなわち、制度上は作業療法士職として資格化され、専門分化が進んだが、作業療法士職が医療チームのなかで職種のアイデンティティを完全に確保するには至っていないことがわかる。

2.3 本稿の視点

2.2項で見たように、身分法制定の背景となっているのはGHQの戦後政策の一環としての社会保障の理念であり、身分法制定によって期待されていたのはリハビリテーション医療の枠組みでの国家資格取得者による作業療法の実施であった。しかし、新たな理念と枠組みのもとに作業療法士職が制度上資格化され、作業療法が導入されたにもかかわらず、精神科領域の作業療法において明治・大正期からの従来療法との並存が続いているのはなぜなのか。資格化後の作業療法士の見解によれば、並存状況は望ましいものでないと受け取れるが、この状況の根源を明らかにするためには旧療法従事者が制度上の資格化をどのように受け止めたのかに関して考察する必要があるだろう。

身分法制定以前の精神科作業療法に関する先行研究は医師によるものが多く、医師の指導のもとで作業療法に従事していた看護師や作業指導員の職業意識に言及した研究はほとんど見られない。本稿では資格化以前の従事者が制度上の資格化をどのように受け止めたのかを含めて、彼らの職業意識をプロフェッショナルリズムの観点から捉える。

3. 身分法制定以前の精神科作業療法従事者の職業意識

3.1 従事者の職場状況～東京都立松沢病院と国立武蔵療養所の事例～

本項では、次項で昭和40年の身分法制定以前からの従事者の職業意識を考察するに先立ち、事例で取り上げる従事者が勤務した昭和20～30年代の東京都立松沢病院及び国立武蔵療養所における作業治療の実施概況を把握する。

3.1.1 東京都立松沢病院における実施状況

（1）組織体制

図1の体制の基礎は、明治期に巣鴨病院（松沢病院の前身）に作業治療を導入した呉秀三以来、加藤普佐次郎、菅修等によって治療体制が築かれた後、昭和24年に作業医療科医長となった石川準子によって考案された。この体制では、作業医長が患者を作業班へ配属する際、患者の精神状態と作業指導員の性格・能力と作業内容の三つの関係を重視する。

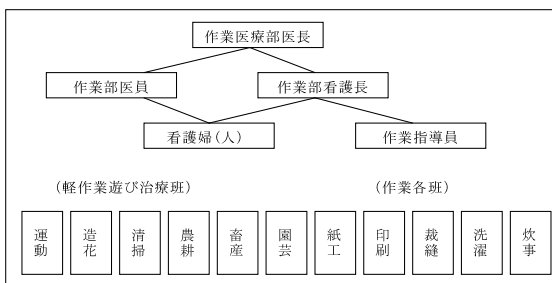


図1：松沢病院における作業治療の組織

注：台（1955）P.173より抜粋して作成。

（2）実施状況

①作業種目

男子作業班では戦前・戦後ともに多いのが、園芸、畜産、病棟配膳雑役である。農業と封筒袋貼りは戦後ほぼ倍増した。一方、女子作業班では戦前・戦後ともに多いのが配膳雑役である。女子で戦後大幅に減少したのは裁縫と洗濯であり、逆に戦後大幅に増加したのは掃除と封筒袋貼りである。また造花は昭和31年に新たに加わった。（表1参照）

表1：松沢病院における作業種目と班別参加人数

種目(男子)	S11年	S21年	S31年	備考	種目(女子)	S11年	S21年	S31年
作業見習い	7		12		裁縫	25	5	3
農業	24	21	46		洗濯	14	3	8
園芸	25	13	29*	*動物飼育を含む	掃除2部	19	14	30
畜産	16	5	22		草取り	14		
動物飼育	2				炊事		2	4
宮繙土木	9	5	11		封筒袋貼り	45	4	90
宮繙木工	4	3			配膳雑役	18	22	25
塗工	8	1			農業			5
炊事手伝い	2	8	6		研究室掃除			9
業務新聞配達	4	1			印刷			1
教育治療雑役	3	2	2*	*図書室図書係	図書室			1
掃除	11	2	3		造花			22
印刷	8	4	5		園芸			1
封筒袋貼り	50	14	106*	*病棟内	畜産			2
病棟配膳雑役	20		29*	*病棟内	宮繙			1
絵画	1		荷札*18 理髪4		患者食堂			1

注：江副・台（1958）p.91より作成。

②昭和20年代以降の経緯の特徴

(a) GHQによる戦後の社会保障政策の影響が見られた。

・S22（1947）年

8時間労働制の採用により、看護者の勤務体制が二交代制から三交代制へ切り換えられた。都側から必要人員の補充を受けられなかったため、実質的には病棟勤務員数は減少した。多くの病棟で夜勤者を1名までにきりつめる。（江副・台：1958：85）

・S26（1951）年

看護教育の充実化政策により、松沢病院に併置されていた看護人婦養成機関が廃止された。欠員が生じた際の有資格者の採用が困難となり、看護学や精神医学について何等の知識や経験を持っていない者をそのまま病室勤務にまわして、患者を看護し、指導する仕事につけなければならなくなった。（江副・台：1958：85）

(b) 治療的行事が順次復活したが、治療水準は戦前より低下していた。

・S21（1946）年

患者の構外散歩、盆踊り大会（遊び治療のひとつとして毎年作業医療科によって実施されるようになる）や創立67周年記念演劇祭が開催された。（江副・台：1958：84-85）

・S31（1956）年当時

入院患者が増加したにもかかわらず、作業指導員の数、施設の点で戦前より低い水準。（昭和14年の1日平均在院患者数：1045名、作業治療要員：作業手13名、洗濯手10名、裁縫手10名と看護

人若干名、これに対して昭和31年の1日平均在院患者数：1133名、作業治療要員：技師補と作業員24名、作業治療部に所属の看護人7名）（江副・台：1958：91）

(c) 小グループ受持ち制看護が導入された。

・S38（1963）年

浜田晋医師のもと、鈴木ツヤらが女子慢性開放病棟（在院10年以上）で小グループ受持ち制看護を開始する。鈴木によれば、昭和34年以降薬物療法導入と作業療法への参加が伸びているが必ずしも退院につながっておらず、もっときめの細かい人間的な血の通った看護による積極的働きかけの方法を取る試みとして位置づけられている。（鈴木ツヤ：1991：41-43）

開始時は患者46名（内40名が分裂病患者）を対象として7つのグループに分け、グループごとに1名の看護婦が担当した。在院10年以上であると病院外の社会の様子がわからなくなっているため、活動内容は退院後の料理や買物に備えるものになっていた。実施1年経過後のアンケート結果で、患者はおおむねこの活動に賛成している。（表2参照）

表2：小グループ受持ち制についての患者の意見（n=47）

あったほうがいい	36	ないほうがいい	7
集まりが楽しい	18	たびたび集まったり外出したりするのがいや	5
買い物・料理ができるから	25	受持ちグループかメンバーが変わらないといや	8
受持ちの看護婦に相談できる	18	あってもなくても同じ	4
グループの人達と仲良しになって楽しい	14	作業場の人に気兼ね	3
看護婦がよく世話してくれる	16	ボスがいるからいや	6
早く社会復帰したいから	11	回答なし	4

注：鈴木ツヤ（1991）P.65より作成。受持ち制開始1年後（昭和39年）に実施。

3.1.2 国立武蔵療養所の状況

(1) 組織体制

図2は、療養所所長を務めていた関根真一が精神病管理の書物に記載したもので、当時の武蔵療養所にお

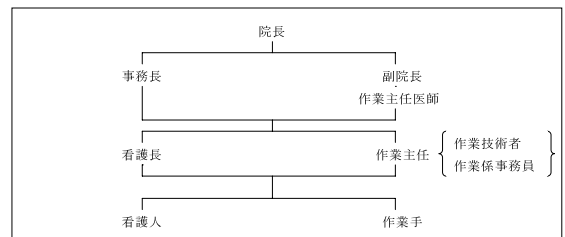


図2：武蔵療養所の組織体制

注：関根（1952）P.44より作成。

いても実施されていた体制と考えられる。この組織では、看護職員組織と作業職員組織を並置し、作業主任のもとに作業技術者と作業係事務員を配置している。作業主任が作業計画を企画し、購入物や収穫物の状況を把握したうえで、月末に経理状況を院長に報告する。

(2) 実施状況

①作業種目

室内作業として、男子は袋貼り、女子は正札の糸通し、裁縫、手芸などを実施。室外作業は、農耕を主として、養豚、園芸、土木工事が作業手の指導のもとに実施されていた。(羽生：1979：81-82)

(3) 昭和20年代以降の経緯の特徴

(a) 生活指導の枠組みで作業が取り入れられた。

・S28 (1953) 年当時

関根真一所長の方針は次のとおりである。「患者の幾分でも残されている健康な精神作用を活用し、より健康な生活圏内に引き上げることに作業の意義がある。更に作業を通して協同作業による人と人との和、生産の喜び、ひいては健康の維持増進ともなる。患者は限られた単調な生活の中にあるので、これを健康な方向に導くことが必要である。これをになうのは看護であり、重要な治療でもあり、広い意味から生活指導と名づけたい。」(羽生：1979：80)

小林八郎医師らのもとで生活指導を基盤として、遊び治療(慰安としてのレクリエーションも含む)と作業治療(室内、室外、職業指導)に区別して実施するようになる。この治療は医師だけでなく作業職員も看護者もすべての職員が従事するという方針が掲げられた。室内作業の指導は主として看護婦が行い、その種目の拡大とクラブ活動との両立を図る。(羽生：1979：80-81)

(b) 作業治療組織によって作業患者記録が実施された。

作業患者観察記録票(表3参照)のほかに、患者作業日誌、作業種目別日誌、生産物納入報告簿などが作成され、作業治療が組織的に管理された。

3.2 旧療法従事者の職業意識の考察

3.2.1 方法

前項までに見たように、作業療法担当職は昭和40年に「理学療法士及び作業療法士法」が制定され国家資格を必要とする専門職となった。それ以前に精神科病棟で「患者作業」⁽⁴⁾を担っていたのは看護者や作業指導員たちであり、彼らの活動が今日の作業療法の源流となっている。本項では、作業療法担当職が資格化される以前から精神科病棟に勤務していた看護者の職業意識の特徴を考察する。

看護者がどのような職業意識を持ちながら日々の職務にあたっていたのかを解明するため、鈴木ツヤ(昭和23～54年に東京都立松沢病院勤務)と羽生りつ(昭和25～50年に国立武蔵療養所勤務)の二名が、精神科

表3. 作業患者観察記録票の書式例

No.	作業患者観察記録	
姓名	病棟	作業種目
作業開始 昭和 年 月 日 調査 昭和 年 月 日 (第 回)		
1. 作業に対する態度・・・・・・・・・・受け身、自発的、熱心、普通、作業に興味(有、無、普通)		
2. 作業能力・・・・・・・・・・指導(不要、要、度々)速度(速、遅、普通)粗密(丁寧、粗、普通)巧拙(上手、下手、普通)仕事の順序(良、不良、普通)工夫力(有、無)疲労性(有、無)飽易(有、常)		
3. 作業の持続性・・・・・・・・・・持続性、出欠不定、欠席理由()		
4. 作業中の特性・・・・・・・・・・利己的、他利的、普通、作業器具(乱暴、普通、丁寧)訴(多、少、無)責任感(強、弱、無、常)周囲との折合い(良、不良、常)反抗的、従順		
5. 作業中特に病的症状の混入するもの・・独語、空笑、仕事を突然やめる、全く他人と話をしない、ふらふらと仕事をはなれる		
6. 作業開始後の病状の変化・・・・・・・・好転、不変、悪化		
7. 見廻りの始末・・・・・・・・不整、整、清潔、不潔、無頓着		
8. 作業の適否・・・・・・・・適、不適、他への転向希望の有無		

注：関根(1952)P. 47より抜粋して作成。

病棟の看護者として各々自己の経験をつづった著作物を題材として、ドキュメント分析を行った。分析では、従事者自身の記述のなかから職業意識に該当する部分を拾い出しカテゴリー化した。その後、田尾（1995）による「プロフェッションの特徴」を参照して整理した。

3.2.2 考察結果

鈴木、羽生両者の記述に見られる看護者としての職業意識に関して、田尾による「プロフェッションの特徴」の次の五点、①専門的な知識や技術の修得、②自律性、③仕事へのコミットメント、④同業者への準拠、⑤倫理性、に照らして考察した。その結果、次の三点が挙げられる。

第一に、プロフェッションの特徴①「専門的な知識や技術の修得」に関しては、遊びや作業の要素を採り入れた集団療法に関する専門的な知識や技術の不足を感じていたこと、看護職のなかでできる生活指導を主体に考えていたことが伺える。

「私たちは集団治療の知識が乏しく（以下略）」（鈴木：1991：50）

「看護婦としてそれを自分のやるべき当然の仕事として考えながらも、どうしても生な人間、むきだしの感情的な人間が顔を出すのです。」（鈴木：1991：68-69）

「看護者は患者さんに最も近い者として、室内作業、クラブ活動、レクリエーションと、看護の中で力を込めて打ち込んでいたのです。」（羽生：1979：82）

松沢病院及び武蔵療養所において、昭和40年代以前の「患者作業」は看護の一環として実施されており、生活指導を基盤としていた。したがって「患者作業」実施に際して、看護者は看護の有資格者であるが、作業指導についての専門性は要求されていなかった（一方作業指導員は看護については無資格であり、作業の技能面のみを指導していた）ため、看護者自身も「患者作業」に関する専門知識の不足を自覚してはいても、自身がその領域に専門化する必要性を特に感じていなかったと考えられる。

第二に、プロフェッションの特徴②「自律性」、③「仕事へのコミットメント」及び④「同業者への準拠」に関しては、精神科看護に関する研究会を発足させ、日常業務と並行して研究活動を主体的に意欲を持って行っていたことが伺える。

「昭和二十八年五月に第一回関東地区精神科看護懇話会が開かれました。（中略）関東地区の精神病院の看護職員に呼びかけましたところ百名余の参加を得て、看護上の問題を話し合い、研究報告も行いました。この時から精神科看護の方向性が投げかけられたのです。」（羽生：1979：24）

「記録を自宅に持ち帰って整理したり、研究会の前には徹夜したりすることがありました。（中略）治療者または研究者としての自覚、少しでもいい仕事をやりたいという意欲はすぐさま労働者の自覚と矛盾するものでしょうか。」（鈴木：1991：71）

今回の考察で対象とした鈴木と羽生両者は昭和20年代後半の時点で、各々病棟主任、婦長職にあり、看護職として自律性やコミットメントが非常に高かったことが推察される。しかし限られた者が高い自律性やコミットメントを持っていたとしても、精神科の「患者作業」を担う職全体としてのプロフェッション性が向上するわけではない。点から面への広がりという意味で、昭和28年5月に第1回関東地区精神科看護懇話会が発足、同業者どうしの場ができたことが、精神科看護者の職業意識のなかに研究活動を自律的に行ったり、仕事に参画する意欲が高まったりする機運を生じさせ、同業者のなかに準拠集団を持つというプロフェッションの特徴を備える契機となったと捉えられる。

第三に、プロフェッションの特徴⑤「倫理性」に関しては、患者にとって望ましい作業治療とはという観点から治療現場の専門分化の受け止め方に両者で相違が見られた。

「長い間看護者によって行われた作業や画一的な集団作業・集団レクから次第に修正され、専門職員にもゆだねられて、各個人に対する療養指導へと人間的結びつきの深い、より重い社会復帰へとつながるようになっていきました」（羽生：1979：83）

「作業治療指導員の少ない分化制度より、私たちはもう一度患者と密接した精神科の看護者のあり方を、再確認する必要があるのではないだろうか。」(鈴木：1991：86)

昭和40年代に入り、作業を取り入れた療法が看護者と作業指導員によるものから、有資格の作業療法士によるものへ移行していく現場において、患者のために第一に考えたとき看護者は何をなすべきかという「倫理性」と関連して、鈴木と羽生とで「専門分化」に対する捉え方が異なっていたと考えられる。昭和30年代後半から社会復帰・準社会復帰病棟として開棟される動きが始まったことと呼応して、「作業」が「集団作業・集団レクから各個人に対する療養指導」へ変化したという羽生の捉え方(羽生：1979：83)は、リハビリテーション医療の枠組みに基づき個人ごとのニーズにいかに対処するかという欧米流の作業療法の理念からいえば正統的であり、新たに資格化されるうえでの基本的な考え方に近い捉え方である。しかしながら鈴木が「専門職員が少ない現状で分化する」ことに否定的であったことは、専門職化されたからといって従来看護者が実施してきた看護のなかでの「患者作業」を即座に切り換えられるはずがなく、患者のことを考えればするべきでもないという「倫理性」も入った見解と捉えられる。

4. おわりに

作業療法士身分法制定以前の従事者の職業意識をプロフィールの特徴に照らして考察した。結果をまとめると、「専門知識や技術の修得」は高いとはいえないが、「自律性」、「仕事へのコミットメント」及び「同業者への準拠」に関しては点から面への広がりが見られたといえるだろう。明治期に呉秀三の帰国後に導入された「作業」を取り入れた療法は、患者の生活指導を基盤として看護者と作業指導員によってなされてきた。この療法をどの職種がどのように担うのが患者のために良いのかを「倫理性」に則って捉えた時、同じ看護者という立場にあった鈴木と羽生両方で捉え方が異なっていたことは、「専門分化」が法制度によって導入されるにしても、現場従事者の職業意識のうえからも充分な検討と対処が必要であることを改めて示唆する。身分法制定から2005年で40年となる。新旧

療法の並存が医療現場に及ぼしている影響を鑑みると、制度上の枠組みの相違を超えて「患者のために望ましいことは何か」という専門職としての「倫理性」の観点から、新旧療法に対する理解が促進され、現状が改善されていくことが当該職種の専門性を一層向上させるのではないかと考える。

謝辞

本研究に関して聴き取りに応じてくださった鈴木明子氏(日本福祉大学高浜専門学校)、小林夏子氏(群馬大学)、鶴見隆彦氏(川崎市リハビリテーション医療センター)と、本稿のもとである研究報告に対して助言をいただいた酒井シヅ氏(順天堂大学)に改めて厚く御礼を申し上げる。

注

- (1) 姉崎(1983)のpp.111-122、野崎(1983)のpp.170-177を参照。また田尾(1983b)のp.268には「医療技術者の職業社会学的分析というのは、それらの職業としての概念的枠組を設定するという、極めて初歩的な作業から始めなければならない。」と指摘されている。
- (2) 山根ら(1998)のp.19には「診療報酬の対象として作業療法士が実施する精神科作業療法は、施設基準に基づき、明確な評価と治療計画にそって行い管理指導されてきた。施設基準に基づいて認可された作業療法施設は、全精神病院の約半数にあるが、残りの半数は作業療法の認可も申請しない状況の中で行われ、宇都宮病院、長野県栗田病院、三重県多度病院の事件に見られるように作業療法と称することで、作業療法士が施設基準に基づいて行っている作業療法との混同や誤解を引き起こしている。」と記述されている。
- (3) 鈴木明子氏は米国にて作業療法士の資格取得後に帰国、日本における有資格作業療法士第1号者である。同氏は作業療法士職の国家試験導入と教育に尽力され、現日本作業療法士協会の初代会長を務められた。
- (4) 秋元(1999)p.5では、資格化以前に実施された療法を「患者作業」と呼んでいる。

引用及び参考文献

- 秋元波留夫(1999)「精神障害者リハビリテーションへの道」
秋元波留夫ほか編『精神障害者のリハビリテーションと福祉』中央法規。
- 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諸問題－医療技術者調査から－」保健・医療社会学研究会編『保健・医療における専門職』垣内出版。
- 江副勉・台弘(1958)「戦後12年間の松沢病院の歩み」『精

- 神経学雑誌』60(9), 83-98.
- Freidson, Eliot (1970) "PROFESSION OF MEDICINE : A Study of the Sociology of Applied Knowledge", Harper & Row, New York.
- 羽生りつ (1979) 『病める心の人とともに』 非売品.
- 菅修 (1976) 「精神科作業療法の歴史」『理学療法と作業療法』10(11), 837-842.
- 木村久子 (1953) 「松沢病院の遊び治療」『看護学雑誌』14(5), 62-64.
- 小林夏子 (2003) 聴き取り内容の記録 (2003年9月6日実施)
- 日本作業療法士協会 (1980) 『わが国の精神科作業療法の発展-その1-』
- 野崎義之 (1983) 「精神医療における専門職のチームワーク-病院医療を中心として-」保健・医療社会学研究会編『保健・医療における専門職』垣内出版.
- 岡田康雄 (1981) 『私説 松沢病院史』岩崎学術出版社.
- 酒井美代志・高野貞子 (1953) 「精神外科手術後の患者の生活指導」『看護学雑誌』14(5), 65-70.
- 関根真一 (1952) 『精神病棟看護の理論と実際』医学書院
- 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(8), 591-597.
- 鈴木明子 (1986) 『日本における作業療法教育の歴史』北海道大学図書刊行会.
- 鈴木明子 (2003) 聴き取り内容の記録 (2003年4月28日実施)
- 鈴木ツヤ (1991) 『私の精神科看護録』山口企画.
- 田尾雅夫 (1983a) 「プロフェッショナリズムにおける態度構造の比較構造」『京都府立大学学術報告』35, 159-172.
- 田尾雅夫 (1983b) 「医療技術者の職業意識についての実証研究 (第1報)」『病院』, 42(3), 268 - 271.
- 田尾雅夫 (1995) 『ヒューマン・サービスの組織-医療・保健・福祉における経営管理-』法律文化社.
- 鶴見隆彦 (2003) 聴き取り内容の記録 (2003年7月31日実施)
- 台弘 (1955) 「精神分裂病の身体的治療の限界と作業療法」『最新医学』10(9), 165-173.
- 山根寛ほか (1998・1999) 「精神科作業療法の今後の方向性に関する研究」『厚生科学研究：精神医療に関わるコメディカルのあり方に関わる研究報告書』.

