

学位論文要約

資格制度形成過程から見える理学療法士の専門職性
ー イシュー・エリア・アプローチと「政策の窓」モデル
を用いて ー

広島大学大学院教育学研究科
教育人間科学専攻 高等教育分野

学生番号 D131328 氏名 三上 亮

目 次

第 I 部 本研究の背景と課題

1. 背景と目的
2. 課題の設定と研究の枠組み
 - 2.1. 専門職の社会学からの視座
 - 2.2. 分析手法：「政策の窓」モデルの適用と補完
 - 2.2.1. なぜ、「政策の窓」モデルなのか
 - 2.2.2. 「政策の窓」モデルとは
 - 2.2.3. モデルの問題点
 - 2.2.4. 分析の作業手順
 - 2.3. 研究の枠組み

第 II 部 資格制度から析出される専門職性

3. 保健医療福祉職の専門職化：資格制度と専門職性
 - 3.1. 分析の枠組み
 - 3.2. 日本の医療資格制度と専門職性の規定構造
 - 3.2.1. 法の目的と資格の定義
 - 3.2.2. 専門領域・業務に関わる規定
 - 3.2.3. 医師、歯科医師との関係
 - 3.2.4. 教育に関わる規定
 - 3.3. PTOT 法に規定された理学療法士の専門職性
 - 3.4. 日本の保健医療福祉職の専門職化戦略
4. 養成制度成立過程における専門職性の変容：独自性と自律性に着目して
 - 4.1. はじめに
 - 4.2. 対象と方法
 - 4.2.1. 理学療法士の独自性と自律性
 - 4.2.2. 分析の枠組み
 - 4.3. 実際の分析
 - 4.3.1. 「法の目的」に関する修正
 - 4.3.2. 包括化された「実施に関する業務」と削除された「評価に関する業務」
 - 4.3.3. 特例措置による受験資格要件の緩和
 - 4.4. まとめ

第 III 部 理学療法士の資格制度形成の政策過程分析

5. 理学的療法の管轄権をめぐる政治的構造：イシュー・エリア・アプローチ

- 5.1. 明治憲法下での取締りと地位向上の歴史
 - 5.1.1. 視覚障害者の職業教育の再興と、「盲人の職業」モデルの確立
 - 5.1.2. 三療業界における「視覚障害者優遇」構造の形成
 - 5.1.3. 理学的療法を担う医療補助者：医師との主従関係へ
- 5.2. 戦後医療制度改革による医業類似行為業の危機
- 5.3. 按摩・マッサージ分離論
 - 5.3.1. 按摩・マッサージ分離運動
 - 5.3.2. 「あはき法改正法案」と「按摩師法案」
 - 5.3.3. 分離をめぐる対立構造
- 5.4. 療術師法案と包囲網
- 5.5. まとめ
6. 理学療法士の資格制度形成過程：歴史記述
 - 6.1. 本章の目的と分析の視角
 - 6.1.1. 本章の目的と課題
 - 6.2. 参加者
 - 6.3. 整形外科医と病院マッサージ師による“PT”制度化の道程
 - 6.3.1. 病院マッサージ師の不安定な身分と「按摩師単行法」案
 - 6.3.2. PT の伝来
 - 6.3.3. 「整肢理療師」案と停滞
 - 6.3.4. 厚生省による再教育と認定資格「準 PT」
 - 6.3.5. アジェンダ化しなかった日整会の政策案
 - 6.4. 国立療養所課での国際水準での養成開始と資格制度案
 - 6.4.1. リハビリテーション学院の設立
 - 6.4.2. P.T.、O.T.身分制度調査打ち合わせ会による法案形成
 - 6.4.3. 法案の提出延長と修正
 - 6.5. 視覚障害者による法案の修正
 - 6.5.1. リハビリテーション学院が与えた影響
 - 6.5.2. 盲欠格をめぐる PTOT 法原案提出見送りまでの経緯
 - 6.5.3. PTOT 法修正案の経緯
 - 6.5.4. 法施行後：特例試験資格と特例試験
7. 理学療法士の資格制度形成過程：「政策の窓」モデルによる分析
 - 7.1. 問題の流れ
 - 7.1.1. 整形外科医、病院マッサージ師からみた「問題の流れ」
 - 7.1.2. 医務局から見た「問題の流れ」
 - 7.1.3. 視覚障害者から見た「問題の流れ」

7.1.4. 予算の問題

7.2. 政策の流れ

7.2.1. 政策コミュニティと政策起業家

7.2.2. アイデアの組み換えによるアイデアの進化

7.2.3. 視覚障害者の保護政策への組み換え

7.2.4. 政治の流れと独立して見える軟化の重要性

7.3. 政治の流れ

7.3.1. PT 資格制度案を促進させた国民の雰囲気

7.3.2. 政府内の現象

7.3.3. 政治的合意形成

7.4. 政策の窓と流れの合流

7.4.1. 結合できなかった政策案

7.4.2. 観察された政策の窓

7.5. まとめと結論

7.5.1. 分析のまとめ

7.5.2. 結 論

第IV部 結 論

8. 結 論

8.1. ま と め

8.2. 本研究からの示唆

8.3. 今後の課題

謝 辞

引用文献

1. 背景

本研究の目的は、リハビリテーション専門職と呼ばれる理学療法士の専門職性を導出し、それらを規定する制度がどのように形成されたかを明らかにすることである。

従来、社会学における「専門職」の定義では、理学療法士などの職種は“半”専門職や“準”専門職とされてきた。本研究においては、多様な教育機関に展開された理学療法士教育における養成像を形作る専門職性に着目することから、専門職を「ある特定のケースに対して、ある程度理論的な知識を適用する排他的な職業集団」（Abbott 1988: 8）と定義する A. アボットの概念を援用する。

近年、超高齢社会を見据えて医療を提供する場所を病院から地域に転換する動きが加速している。そのような状況において、保健、医療の提供体制は複雑化し、これに関わる職種も多様化している。そのため、チーム医療、チームケア、IPW（Interprofessional Work：専門職連携）などの職種間連携の概念を用いて組織力を向上させることは、保健医療職だけにとどまらず地域住民の健康に携わる職種にとって喫緊の課題とされている（佐藤 2009）。とくに、理学療法士などリハビリテーション専門職は、病院と在宅をつなぐ役割を担うため多くの職種との連携が求められる。

こうした職種間連携にはそれぞれの専門職性を示し、他職種との差異を明確にすることで相互の理解が促される。ただし、専門職性を強調するあまり、自らの管轄権の主張と併存した過剰な自己防衛的行動には注意を要する。このような連携の阻害要因を取り除くためには、専門職性の形成段階である養成段階で、「同じ場所で相互作用によって学び合う、理解し合う」IPE（Interprofessional Education：専門職連携教育）を教育プログラムに組み込むことが有効とされる（萱場 2009）。

また、アボット（Abbott 1988: 8）によれば、相互関係のあり方を決定づけるのは、各専門職における抽象的な知識・技術を体系的に統制することにある。医学教育においても、職種間連携の向上には、それぞれの専門職性を向上させる取り組みが有効とされている（Wynia et al. 2012）。そのため非伝統専門職であるコメディカルの専門職化戦略のひとつには、養成期間の長期化や大学化があげられる。

しかし、多くのコメディカルは修業年限が最長でも3年以下と法令で規定され、学校種も多岐にわたる。医療資格職の養成では、卒業後に得られる資格は同一であるにもかかわらず、医師、歯科医師、薬剤師とは異なり、コメディカルは養成校種や養成期間が多岐にわたる複線構造となっている。くわえて、業務内容はもちろん、待遇にもほぼ差がないとも言われている。さらに、2019年には新たな高等教育機関として専門職大学がスタートしたことで複線構造はより複雑となったと考えられる。

他方、規制緩和も影響し、大学数の伸びと同時に専門学校数の増加も、多くの職種で見られた。その中でも理学療法士の養成校数の拡大は、群を抜いており、1991年から2010年までの増加数は、大学は1992年に初の大学での養成コースが広島大学に開設されてから今までで115校、専

門学校が 34 校から 128 校で、入学定員は 10 倍以上に増員している。その結果、それまで養成数不足が課題とされた時期から一転して、1990 年代後半からは、教員や適切な実習施設の不足など教育の質の低下がたびたび議論の俎上に乗るようになった（半田・田中 2017）。

そもそも、理学療法士養成が複線構造となっているのは、職能団体が志向する専門職像と、制度に規定された職業像にギャップが生じていることも一因と考えられる。すなわち、職能団体が描く、大学での 4 年間の教育を要する教育像に対し、最短 3 年間の養成期間で、理学療法士の専門職性が獲得できることを前提とした制度上の養成像というふたつの教育目標が並立していることが養成コース複線化する背景として存在するのである。

しかし、医師をはじめ医療専門職の養成は専門職として一定の水準を満たし、なおかつ、アウトカムとしての有資格者の専門技能レベルにはばらつきが少ないことが望ましい。養成校の設置基準の範疇で養成ルートがこれだけ多様であれば、国家試験があるとはいえ、アウトカムとしての理学療法士の質にばらつきが生まれると考えるのはごく自然なことであろう。

問題は、この期待される養成像をどのように設定するかである。医療専門職教育は高騰教育のなかでも職業とのレリバンスが極めて高く、教育目標の決定には必然的にその職業のあるべき姿がひとつの指標になると考えられる。そこで、理学療法士が保健医療のリハビリテーション専門職としてあるべき姿は何か、つまり理学療法士の専門職性を問う必要がある。また、これを問うことで、理学療法士を養成に相応しい高等教育機関とは何か、という問いに対しても一定の視座を提供するものとする。

ところで、近年、専門職性を規定する要素のなかでも資格制度に規定された専門職性が注目されている。辻功（2000: 11）は、公的資格制度に規定された職業教育の研究のなかで、資格制度は教育制度や教育機関の存廃、教育内容や教育方法にいたるまで規定しているため、今般の高等教育制度を取りまく状況からして検討する意義を指摘している。また、専門職研究においても、専門職と一般の職業を区別する要素として資格制度、とくにその形成過程に注目が集まりつつある（Saks and Adams 2019）。

2. 分析の枠組み

こうした背景から、本研究では理学療法士がその資格制度によってどのように規定され、それによってどのように専門職が規定されるにいたったのかを明らかにした。その分析の枠組みを以下に示す。

第一に、第Ⅱ部において日本におけるコメディカルの資格制度において、それぞれの職種の専門性がどのように規定されているのかその構造を明らかにした（第 3 章）。つぎに、第 3 章の結果をもとに、理学療法士を規定する「理学療法士及び作業療法士（以下、PTOT 法）」と 1965 年に立法化される直前の法原案との比較から理学療法士の専門職性を導出した（第 4 章）。第 4 章の結果を先取りすると、現行法における理学療法士の専門職性は他職種と重複する点も多く、職業アイデンティティは拡散していた。一方で、法原案に規定された専門職性は理学療法士独自の専門

性となり得る項目が法律原案に記されていた。つまり、理学療法士の専門職性は原案から現行法に修正された際、専門職性が低下していたことが明らかになった。

この結果から、第Ⅲ部では、現行制度がどのような経緯で誕生したのかを明らかにすることとした。すなわち、資格制度形成に関わったアクターの意思や、影響を与えた社会的ファクターが、どのように理学療法士の専門職性を規定したのかを政策過程分析の手法を用いて浮き彫りにする(第Ⅲ部)。

この政策過程分析では J. キングダン (2014=2017) の「政策の窓」モデルを援用したが、このモデルの欠点として社会的構造や規範構造の存在を分析に取り組みていない点が指摘されていた(大嶽 1991)。また、モデルの特徴である政策過程を独立した 3 つの流れで説明することにも、その独立性の曖昧さがたびたび指摘されている(橋本 2014)。

したがって、本研究の政策過程分析では、第一にイシュー・エリア・アプローチによって政策領域における問題構造を明らかにし(第 5 章)、政策の流れが独立性を明確にするためにアクターごとに分けて歴史記述を詳細に行った(第 6 章)。そのうえで、PTOT 法の立法過程に「政策の窓」モデルを適用して分析した(第 7 章)。

3. 結 果

第 3 章では、日本の保健医療職種の専門職化の傾向から①独自の専門領域、②業務の独立性、③教育年限の規定によって、管轄権をどのように有しているのかに着目してコメディカルの専門職性について考察した。

ここでは、①、②の結果に触れる。①については、コメディカルの専門職化活動から法による規定によって管轄権を主張することができていることが分かる。たとえば、看護師に関しては資格の定義に規定される「療養上の世話」と「診療の補助」のうち、「療養上の世話」に関しては医師の指示を要する規定がないことからこの領域に看護理論による独自の専門性を確立しつつある。また、歯科衛生士は、制定時法の第 1 条(法の目的)に「歯科疾患の予防及び口くう衛生の向上を図る」と規定されていることを根拠に、歯科衛生士法を改正させ新たに「歯科保健指導」に管轄権を拡げること成功している。

次に、②について考察すると医師法、歯科医師法、薬剤師法に共通する「掌る(つかさどる)」という文言による規定によって日本のコメディカルは非自律性、被管轄職として位置付けられる二重の規定構造が明らかになった。一方で、言語聴覚士や公認心理師が教育や心理の領域に業務を規定することで医師の管轄権との棲み分けに成功している。しかし、これらの職種が医療に携わる際は、医師の指示を要するのに対し、医師が教育、心理領域に進出するのになんら制限規定はないことから、これらの職種においても管轄-被管轄の関係が成り立っていることが分かった。

第 4 章では、原案に規定されていた「法の目的」からは、「医学的リハビリテーションを普及と向上」に寄与するための専門職として規定されようとしていたことが分かった。「医学的」である以上、第 3 章で明らかにしたように医師の管轄権の外に位置づくと言えないが、医療職のなかで

も独自の管轄権を有することができた可能性がうかがえた。また、理学療法士の業務として現行法に規定された業務と並んで「評価の業務」が規定されていたことも分かった。「評価」とは医師が理学療法士の治療の指示をする際の判断材料であり、この点で、現在の医師と理学療法士との一方通行の業務規定ではなく、原案では両者の往還関係が規定されていたことが明らかになった。このことによって、理学療法士の専門職性を資格制度上、低下させている要因の一端を見出すことができた。

第三部では、第4章で明らかになった原案には規定されていた、理学療法士の専門職性を高める要素がなぜ修正されたのかを、政策過程分析から明らかにすることができた。

まず第5章では、理学的療法の管轄権をめぐるイシュー・エリア（政策領域）には、視覚障害者の職業を保護するという規範構造を析出することができた。この構造は東京帝国大学の医師の協力や、視覚障害者が盲学校を中心に組織を作り帝国議会が出来た頃から政治活動を続けたという背景によって形成されていた。さらに戦後になると、GHQによる医療制度改革によって、政策領域に、マッサージとあん摩師の分離や、理学的療法をめぐる管轄権争いが繰り広げられる政治的鬼門構造が生まれたことが分かった。

次に、第6章ではPTの資格制度化案が浮上し始めた1950年代からPTOT法が成立するまでの政策アジェンダ化と政策決定過程に関わる参加者を整理し、それぞれの政策課題と解決策について整理した。

最後に第7章では、整形外科医が、多忙な自分たちに換わって更生医療を担当する治療補助者が要していたが、第5章で析出した視覚障害者に関わる規範構造を解決できずに補助職の資格化案はアジェンダ化させることが出来なかった。また、病院マッサージ師は、自らの地位向上と整形外科医の要望に応えるために資格制度化の必要性を求めたが失敗に終わった。

政府アジェンダ化したアクターは、後から提唱した大村潤四郎ら厚生官僚であった。大村は、資格制度案を、既に問題の流れにおいて政府アジェンダ化として浮上していた結核療養所の転換問題と結合させた。さらに、医師会の問題とも結合し、問題の窓が開き、問題の流れのより大きな政策課題と結合することができた。さらに、国立療養所課の政策に通じていた尾崎嘉篤が医務局長に就任したことにより政治の窓が開き、官僚主導の政策推進が発揮によって政治の流れが合流した。こうして、大村のアイデアは決定アジェンダとなり日本最初の理学療法士の養成校が制度化された。

しかし、この養成校開校の際、視覚障害者の入学が拒否されたことによって視覚障害者の職業保護の政治構造が発動することとなった。これによって政治の窓が開き、視覚障害者たちが政治の窓を通して政策形成に圧力をかけることに成功した。また、視覚障害者の入学を拒否することは憲法に規定される平等権からも、政府アジェンダとして国会で問題となり3つの流れが合流することとなった。こうして、医師側が視覚障害者を欠格事項とする政策案を廃案に追い込み、視覚障害者にも理学療法士となれるように、「評価の業務」など視力を要する業務内容は、法律としての整合性を保つためにすべて削除されたことが明らかになった（図1）。

4. 含意と今後の課題

本研究の結果、以下の3つの視座から新たな示唆を得ることができた。すなわち、本論文で一貫して依拠してきた専門職研究に対する示唆と、専門職性が規定されるダイナミズムを明らかにするために用いた「政策の窓」モデルに関する示唆、そして本研究の出発点である理学療法教育に対する示唆である。ここでは、最後の理学療法教育に対する示唆について概説する。

本研究では資格制度の形成時に着目することで理学療法士の専門職性に「評価の業務」や「独

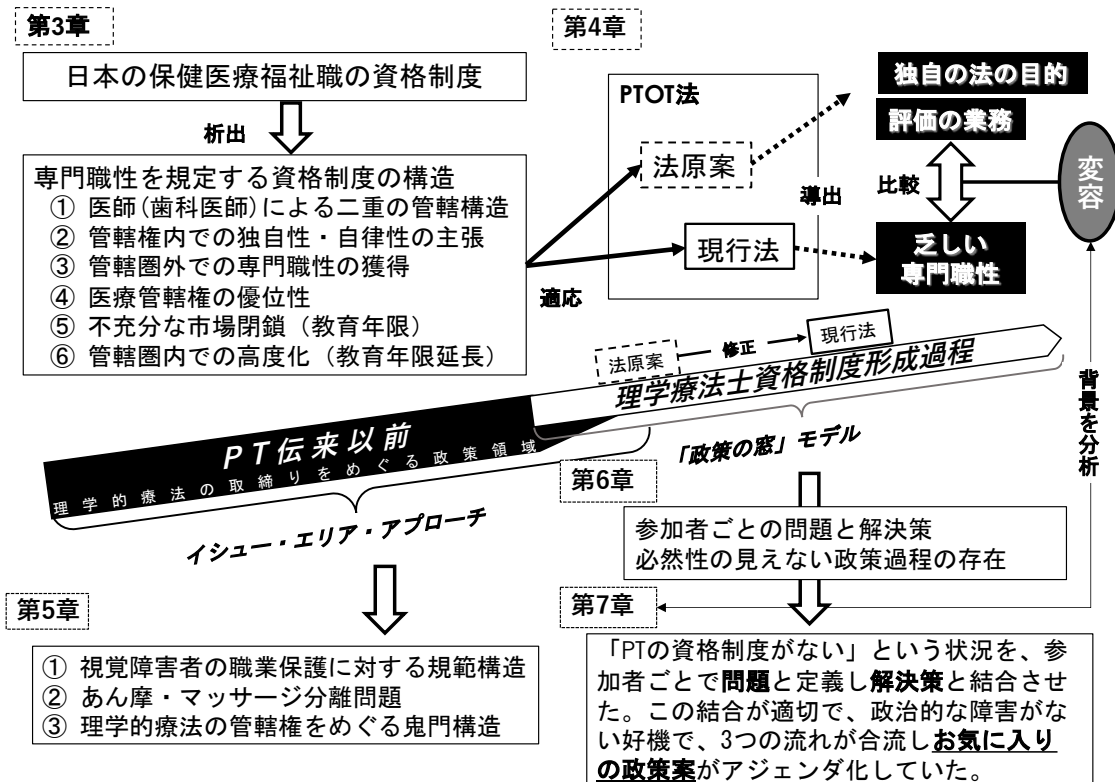


図1 本論文の分析結果

自の目的」が規定されようとしていたことが明らかになった（第4章）。このことから、第3章で明らかにした歯科衛生士の専門職化戦略と照らして考えると、理学療法士の専門職性の向上させる可能性が示唆される。

たとえば、「評価の業務」が原案通りに PTOT 法で規定されていたと仮定する。そうすれば、歯科衛生士が法の目的で規定されていた「予防」に新たな管轄権を見出したように、理学療法士も管轄権を要求することができる可能性が見いだせる。そもそも、原案に規定されていた「評価の業務」とは「PT を円滑に実施し、必要な訓練方法を決定するため残存能力の検査、回復状況の確認等評価を行なう」（内閣法制局第四部 1965）と規定されている。

したがって、理学療法を実施するためには「医師の指示」が必要ではあるが、その訓練方法の決定には理学療法士による「評価の業務」が必須となる。このことは、現行法の「実施の業務」のみの一方通行の関係ではなく、原案形成当時は医師と理学療法士は往還関係が規定されていた

と考えられる（図 2）。こうした往還関係は、理学療法士の業務に評価が規定されれば現状よりも大きな責任が伴うこととなるため、理学療法教育において「評価法」と「医師との連携」に関する教育の重要性はより高まるであろう。

最後に本研究の限界と今後の課題を述べる。

第一に、本研究は PTOT 法の成立期を対象としたが、病院マッサージ師から一般マッサージ師や理療科教員に特例制度の延長や、短期大学化や大学化される時期を対象に研究する必要もある。

第二に「政策の窓」モデルの適用可能性についてである。本研究においては一定の効果を得られたといえたものの、この一例だけでそれを判断することは性急であろう。したがって、その他の職種の資格制度形成過程においてもモデルを援用し、資格制度形成の政策領域におけるパターンの抽出なども課題と考えられる。

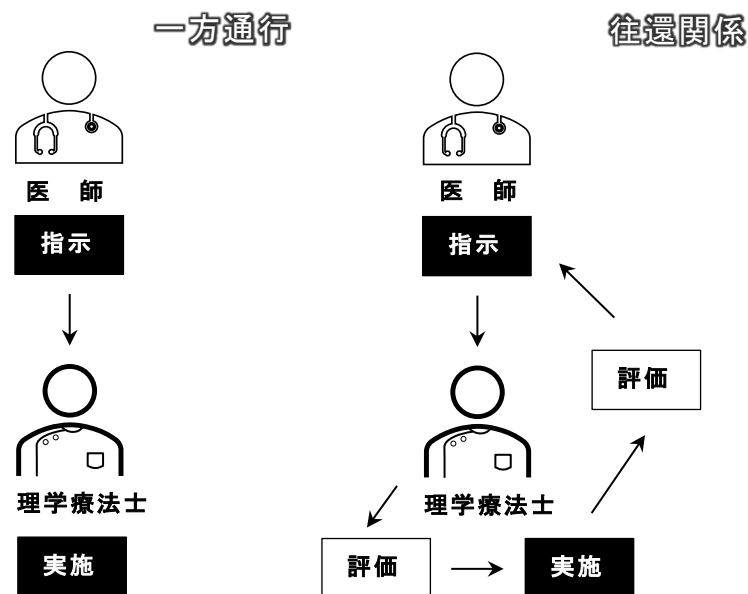


図 2 「評価の業務」の有無による医師との関係

第三に、今回の研究では海外の研究は先行研究で少し触れた程度で不十分であることは否めない。したがって、海外の PT の専門職化の過程を「政策の窓」モデルを適用して分析することを課題としてあげることとする。そのため、海外ですでに蓄積されている管轄権争いをまとめた先行研究を参考に「政策の窓」モデルを用いることも課題とする。

引用文献

Abbott, A., 1988. The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor, Chicago: University of Chicago Press.

- 橋本鉦市, 2014, 『高等教育の政策過程：アクター・イシュー・プロセス』 玉川大学出版.
- 半田一登・田中昌史, 2017, 「組織代表と語る | 理学療法士の現状と課題」『JPTA NEWS』(310):4-7.
- 萱場一則, 2009, 「第1章第2節 日本における連携の現状」埼玉県立大学編『IPWを学ぶ 利用者中心の保健医療福祉連携』中央法規出版, 17-20.
- Kingdon, J.W., 2014, *Agendas, alternatives, and public policies Updated Edition, with an epilogue on Health Care*, 2nd ed., London: Pearson Education. (=2017, 笠京子『アジェンダ・選択肢・公共政策：政策はどのように決まるのか』勁草書房.)
- 内閣法制局第四部, 1965, 『理学療法士及び作業療法士案』.
- 大嶽秀夫, 1991, 『現代政治学叢書 11 政策過程』 東京大学出版会.
- Saks, M. and T.L. Adams, 2019, “Neo-Weberianism, Professional Formation and the State: Inside the Black Box,” *Professions and Professionalism*, 9(2): 1–14.
- 佐藤進, 2009, 「序章 なぜ今,連携なのか」埼玉県立大学編『IPWを学ぶ 利用者中心の保健医療福祉連携』中央法規出版, 2-9.
- 辻功, 2000, 『日本の公的職業資格制度の研究：歴史・現状・未来』日本図書センター.
- Wynia, M.K., M.A. Papadakis, W.M. Sullivan, and F.W. Hafferty, 2014, “More Than a List of Values and Desired Behaviors,” *Academic Medicine*, 89(5): 712–714.