作業療法とは何か——治療哲学としての再定義と境界領域専門性の確立

What Is Occupational Therapy?

Redefining It as a Treatment Philosophy and Establishing Its Identity as a Boundary-Domain Profession

Conceptual and Theoretical Paper

前田諭志（Satoshi Maeda）　まえだ治療院 / Maeda Seitai Clinic

作業療法士 / Occupational Therapist　ORCID ID: 0009-0003-1713-6289

初稿公開日: 2026 年 4 月 2 日 Preprint published: April 2, 2026

要旨

本稿の目的は、「作業療法とは何か」という問いに対して、従来の「治療法の名称」としての解釈を超えた新たな枠組みを提示することである。作業療法士が自らの専門性を説明できないという問題は、作業療法が特定の手技や介入の集合体ではなく、人間の作業可能性に介入する治療哲学であるという本質から生じている。この哲学は、人ごとに実践が異なることを欠陥としてではなく固有の特性として説明し、質的エビデンスによって正当化される専門性を持つ。また、作業療法は生医学的モデルが支配する病院の内部に存在しながら、その論理には完全には属さない境界領域の専門家（Boundary-Domain Professional）として位置づけられる。本稿は前稿（前田, 2026）が整体・徒手療法について提示した「境界領域の専門性」という枠組みを継承し、それを作業療法に拡張する概念論文である。

Abstract

This paper addresses the persistent question "What is occupational therapy?" by proposing a framework that moves beyond the conventional view of OT as a set of treatment techniques. The difficulty occupational therapists face in articulating their professional identity stems from the fact that OT is not a collection of methods but a treatment philosophy—one that intervenes in the occupational potential of human beings. This philosophy explains inter-practitioner variability not as a deficiency but as an inherent feature, and it is legitimised by qualitative rather than quantitative evidence. Furthermore, occupational therapy is positioned as a Boundary-Domain Professional: situated within biomedically-dominated healthcare institutions yet never fully belonging to their logic. Building on the "boundary-domain professionalism" framework proposed in a previous paper on Seitai and manual therapy (Maeda, 2026), this conceptual paper extends that framework to occupational therapy.

キーワード: 作業療法、治療哲学、職業的アイデンティティ、境界領域、質的エビデンス、生医学モデル、作業科学

Keywords: Occupational Therapy, Treatment Philosophy, Professional Identity, Boundary Domain, Qualitative Evidence, Biomedical Model, Occupational Science

1. 問題提起：作業療法士はなぜ「作業療法とは何か」を説明できないのか

作業療法士はしばしば、自らの職業について問われると答えに窮する。「リハビリをする人」「ものを作る人」「日常生活を手伝う人」十人の作業療法士がいれば、十通りの答えが返ってくることがある。この状況は長年にわたって専門家コミュニティ内で課題として認識されてきており、Turner and Knight（2015）は、明確なアイデンティティの欠如が作業療法士に低い地位認識をもたらし、同僚や社会からの誤解を生んでいると指摘している。

しかし、この問題の根本原因は何か。本稿が提起したいのは、「作業療法士が作業療法を説明できないのは、説明の努力が足りないからではなく、作業療法の本質が従来の説明様式。すなわち『何をするか』という技法の列挙に収まらない性質のものだからである」という命題である。

作業療法は治療法（treatment method）の名称ではない。それは治療哲学（treatment philosophy）の名称である。この区別こそが、実践者によって見た目がバラバラになる理由であり、他職種と量的エビデンスで比較されるべきでない理由であり、そして病院内に存在しながら生医学的論理に完全には属さない理由でもある。

本稿ではこの命題を展開し、作業療法の固有の専門性を「境界領域に立つ治療哲学の実践」として再定義する。なお本稿は、著者の前稿（前田, 2026）が整体・徒手療法について論じた「境界領域の専門性」という枠組みを直接の出発点としており、その論点を作業療法に拡張する姉妹論文として位置づけられる。

2. 治療哲学と治療法の違い。なぜ実践者によってバラバラに見えるのか

「リハビリ」という言葉で同一視されがちな理学療法と作業療法であるが、その構造は根本的に異なる。理学療法は主として、特定の身体機能障害に対応する標準化された技法の体系として理解されやすい。ストレッチ、筋力増強、歩行訓練。これらは特定の状態に対して適用される手続きとして記述しやすい。

一方、作業療法が依拠するのは「人間は作業（occupation）を通じて健康を維持・回復・創出する」という哲学的前提である。Wilcock（1993）は作業と健康の関係を占有・遂行・実現という三軸で論じ、人間を本質的に「作業する存在（occupational being）」として定義した。この哲学は、どの手技を使うかを規定しない。それは、何のために介入するかという目的論的枠組みを規定する。

したがって、作業療法士 A が木工を用い、作業療法士 B が料理を用い、作業療法士 C が認知訓練を用いるとき、これは「統一性のなさ」ではなく、同一の哲学を異なる文脈で実装した結果である。治療哲学とは手段

を固定しない。それはゴールを固定する。

Creek（2010）は、作業療法の理論化とは「学術書から学ぶ形式的理論の運用」ではなく、「複雑な専門的・文化的・社会的境界をまたぐ思慮深い実践の協働モデルを発展させること」であると述べている。この視点に立てば、実践者ごとの差異は哲学の多形的実装であり、欠陥の証拠ではなく哲学的構造の当然の帰結である。

3. エビデンスの問題。量で勝負する必要があるか

作業療法はしばしば「エビデンスが弱い」と批判される。RCT（無作為化比較試験）のメタ分析が少ない、効果量が曖昧である、再現性が低い。こうした指摘は生医学的エビデンス観を前提としており、その枠組み自体に問いを立てる視点を欠いている。

前稿（前田, 2026）において著者は、徒手療法がエビデンスと相性が悪いとされる理由は再現性の欠如にあるのではなく、「何を再現対象としているか」の問題設定の誤りにある、と論じた。同様の構造が作業療法にも存在する。作業療法が扱う変化、意味の回復、作業遂行の質の変容、クライアントの自己認識の変化は、数値的集計になじまない現象である。

Sackett ら（1996）が EBM を定義した原典に立ち返れば、EBM とは「最良の研究エビデンス、臨床的専門技能、患者の価値観の統合」である。研究エビデンスのみが EBM ではない。作業療法の核心にある「臨床的専門技能」と「患者の価値観」は、現象学的・解釈学的・ナラティブ的な質的研究によってこそ記述される。

Kielhofner（2008）は、作業療法における臨床推論を「条件的推論」「物語的推論」「相互作用的推論」の多層的プロセスとして記述している。これらはいずれも、RCT で測定できる変数に還元できない。質的エビデンスは「弱いエビデンス」ではなく、哲学的実践に対して認識論的に適合した方法論である。作業療法が他職種と量的エビデンスで比較されることを求められるとき、それは対象が異なるにもかかわらず同じ測定基準を使うよう強いられているに等しい。

4. 二体実践と境界領域。病院内に存在しながら生医学的論理に属さないとはどういうことか

作業療法士は病院や施設という生医学的論理の中枢に配置されている。診断名、ICD コード、保険点数、退院基準。これらの言語は生医学が構築したものである。作業療法士はこの言語でコミュニケーションし、この枠組みで職域を正当化することを求められる。

しかし、Mattingly（1994）が「二体実践（two-body practice）」と呼んだように、作業療法士は身体を

「医学的身体」（疾患の担体）としてではなく、「生きられた身体」（主観的経験の主体）として同時に捉え続ける。Finlay（2001）の質的研究は、実際の作業療法士がこの二つの視点の間でしばしば緊張と不快感を感じながら実践していることを明らかにした。

医療社会学者の Gieryn（1983）は、専門性の確立とは自らの活動領域に境界線を引く「境界作業（Boundary-work）」のプロセスであると論じた。前稿（前田, 2026）においてこの概念を整体の専門性記述に用いたが、同じ構造が作業療法にも存在する。

作業療法が生医学的モデルに同化しようとするとき、診断名で介入を規定し、RCT で効果を証明しようとするとき、作業療法はその固有のドメインを失う。逆に、生医学的制度の外部に独立しようとするとき、社会的・制度的承認を失う。この緊張こそが、作業療法が境界領域の専門性である所以である。

境界領域の専門性とは、既存の制度カテゴリのどちらにも完全には属さず、その境界において独自の実践知を展開する専門性である。作業療法は「病院の中にいる」が「病気だけを見ない」専門家として、この境界を自らの固有のドメインとして積極的に理論化する必要がある。

5. 病気ではなく人間を見るとはどういうことか。作業療法の存在論的前提

「病気ではなく人間を見る」という表現は、しばしば精神論や標語として消費されてきた。しかし本稿はこれを、作業療法の存在論的構造として精緻に記述したい。

作業療法の介入単位は「症状」や「障害」ではなく、「人—作業—環境」の三項関係である。AOTA（2020）の作業療法実践枠組み第 4 版においても、介入の焦点は「クライアントが望む作業への参加を支援すること」とされており、疾患の除去は直接的な目標として設定されない。

これは「疾患を無視する」ことではない。疾患は、作業遂行に影響を与える文脈の一つとして捉えられる。たとえば脳卒中後遺症を持つ人に対して、作業療法士が問うのは「麻痺の回復度」ではなく、「この人が再びどのような生活を生きたいのか、そのためにどのような条件を整えられるか」である。

この問いの構造は、前稿（前田, 2026）で論じた「反応確率の操作」と連続している。整体が「身体が望ましい反応を起こしやすい条件を整える」実践であるとすれば、作業療法は「人が望む作業を再び行いやすい条件を整える」実践である。どちらも、結果を直接生成するのではなく、可能性の構造を設計している。

「病気ではなく人間を見る」とは、したがって次のことを意味する。診断名は介入の出発点を規定しない。その人が何者であり、どのように生きたいのかという問いが、作業療法の介入設計の核心に置かれる。この立

場は生医学的モデルと競合するものではなく、生医学が答えられない問いに答えるものである。

6. 作業療法の専門性を記述する新しい言語。確率論的作業哲学モデルの試論

前稿（前田, 2026）は徒手療法を「身体状態遷移確率の操作」として記述した。この確率論的枠組みは、作業療法においても概念的に有効である。

ある時点 t におけるクライアントの「作業可能性状態」を O_t = (o_phys, o_cogn, o_social, o_subjective) というベクトルで記述するとする。ここで o_phys は身体的機能状態、o_cogn は認知・遂行状態、o_social は役割・環境・社会参加状態、o_subjective は主観的意味・動機・自己概念を示す。

作業療法介入 I_t とは、この多次元的作業可能性状態空間における遷移確率分布を変形し、クライアントが望む作業への参加が生じやすい状態への移行確率を高める操作として定義できる。すなわち：

$$P(O_{t+1} \mid O_t, I_t, E_t) = f(O_t, I_t, E_t)$$

ここで E_t は物理的・社会的・文化的環境状態を示す。この定式化において、作業療法士は結果を保証する者ではなく、クライアント固有の作業可能性の確率構造を読み、望ましい遷移が起きやすい条件を設計する者として機能する。

この枠組みは現時点では実証モデルではなく概念モデルであり、前稿と同様に思考実験として位置づけられる。しかしこの概念化によって、「なぜ同じ作業療法士が異なる患者に異なることをするのか」「なぜ一つのプロトコルで全患者に対応しないのか」という問いへの構造的な答えが得られる。それはクライアントごとに作業可能性の状態空間の構造が異なるためであり、その個別性への応答こそが哲学的実践の本質だからである。

7. 「作業療法とは何か」への回答。一つの定式化の試み

以上の議論を踏まえ、本稿は「作業療法とは何か」という問いに対して次のように定式化する。

> *作業療法とは、人間が「作業する存在」であるという哲学的前提に基づき、クライアントの作業可能性の条件構造に介入する実践の総称である。それは特定の手技の集合体ではなく、人——作業——環境の三項関係を再編成することで、その人が望む人生を生きやすくするための境界領域の専門知である。*

この定義において重要なのは三点である。第一に、「哲学的前提」に基づくという点。これが実践者ごとの多様性を許容しながら統一性を保つ機制である。第二に、「条件構造への介入」という点。これが結果保証

ではなく可能性設計として作業療法を位置づける。第三に、「境界領域の専門知」という点。これが生医学的制度の内部に存在しながらその論理に還元されない理由を説明する。

この定義は、「作業療法士が作業療法を説明できない」問題に対して、手技の列挙ではなく哲学の言語で答えることを可能にする。「私は人が再び自分の生活を生きられる条件を整える専門家です」この一文が、あらゆる作業領域・あらゆる疾患・あらゆる環境での実践を包含する答えになる。

8. 本論の限界と今後の課題

本稿が提示した論点はいずれも概念的・理論的な提案であり、実証的検証は今後の課題である。具体的には、「治療哲学としての作業療法」という枠組みが、実際の作業療法士のアイデンティティ形成にどのように影響するかを検討するための質的研究・ナラティブ研究が必要である。

また、「境界領域の専門性」という位置づけは、制度的承認や診療報酬との関係において新たな緊張を生む可能性がある。境界領域であることを理論的に肯定することと、社会制度の中で職域を確立することのあいだの実践的緊張については、医療社会学・職業社会学との対話が必要である。

さらに、作業科学（Occupational Science）との接続についても詳細な検討が残っている。本稿が提示した「作業可能性の確率構造」という概念は、作業科学の記述的知見と演繹的に接続されることで、より具体的な理論枠組みへと発展しうる。

9. 結論

「作業療法とは何か」という問いへの答えに終止符を打つことが本稿の目的であった。その答えは、手技の列挙でも疾患カテゴリの列挙でもなく、一つの哲学的命題として示される。

作業療法は治療法の名前ではない。それは人間を「作業する存在」として捉え、その作業可能性に介入する治療哲学である。この哲学は、実践者ごとの多様性を欠陥ではなく特性として説明し、量的エビデンスへの過度な依存を認識論的な誤りとして指摘し、生医学的モデルへの同化を拒絶しながら病院という制度の内部で実践し続ける姿勢を理論的に根拠づける。

Gieryn（1983）の境界作業の概念を継承し、前稿（前田, 2026）が整体に対して行ったのと同じ問いを作業療法に向けることで、本稿は「境界領域に固有の知」としての作業療法像を提示した。作業療法士が「私は何者か」という問いに答えられないのは、技術的な説明能力の欠如ではなく、自らの専門性が既存の説明様式に収まらない性質のものだからである。この認識こそが、新たな理論化の出発点となる。

境界領域に立つことは、宙ぶらりんの状態ではない。それは生医学とも民間療法とも異なる独自のドメインを構築する起点である。作業療法はその起点に、すでに百年以上立ち続けてきた。

まえだ治療院　院長　前田諭志（作業療法士）ORCID：0009-0003-1713-6289

※本研究は、臨床実践における違和感を出発点とし、著者が公開した初期稿を基盤として今後発展させていくものである。

参考文献

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 74(Suppl. 2), 7412410010p1–7412410010p87.

Creek, J. (2010). The core concepts of occupational therapy: A dynamic framework for practice. Jessica Kingsley Publishers.

Finlay, L. (2001). Holism in occupational therapy: Elusive fiction and ambivalent struggle. American Journal of Occupational Therapy, 55(3), 268–276.

Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. American Sociological Review, 48(6), 781–795.

Kielhofner, G. (2008). Model of human occupation: Theory and application (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Mattingly, C. (1994). The narrative nature of clinical reasoning. In C. Mattingly & M. H. Fleming (Eds.), Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice (pp. 239–269). F. A. Davis.

前田諭志. (2026). 整体は医療か、民間療法か——境界領域に立つ徒手療法の専門性の再定義. [Preprint]. https://doi.org/10.51094/jxiv.3236

Meyer, A. (1922). The philosophy of occupation therapy. Archives of Occupational Therapy, 1(1), 1–10.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ, 312(7023), 71–72.

Turner, A., & Knight, J. (2015). A debate on the professional identity of occupational therapists. British Journal of Occupational Therapy, 78(11), 664–673.

Wilcock, A. A. (1993). A theory of the human need for occupation. Journal of Occupational Science, 1(1), 17–24.

著者注

本稿は著者の前稿（前田, 2026）を自己引用する姉妹論文として執筆された。本研究は臨床実践における疑問を出発点とし、外部資金を受けていない。利益相反なし。Email: info@maedaseitai.com