

【論文】

リハビリテーション医療における チームアプローチの課題

—ソーシャルワークの発想に手がかりを求めて—

中俣 恵美

The problem of team approach in Medical Rehabilitation
—through the consideration by the idea of Social Work—

Emi Nakamata



2010年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【論文】

リハビリテーション医療におけるチームアプローチの課題

ーソーシャルワークの発想に手がかりを求めてー

中俣 恵美*

The problem of team approach in Medical Rehabilitation –through the consideration by the idea of Social Work–

Emi Nakamata

要 旨

リハビリテーション理念を実践するには、保健、医療、福祉の連携が必要である。しかしながら、実践の現場では理論と現実との乖離があり、効果的なチームアプローチが成されていない。

そこで、本稿ではチームアプローチを実践するうえでの課題を明確にすることを目的に、リハビリテーション医療の立場から「自立」と「生活」と「実践」に焦点をあて、ソーシャルワークの発想に手がかりを求め考察をすすめた。

そのことにより「利用者の自己実現にかかわる者」として、生活をトータルにとらえる視野と互いの専門性を活かしたチームアプローチの重要性についての知見を得ることができた。またそれらを実践するためには、ソーシャルワークの発想を統合していく必要性と、個人としてのスキルと集団としてのスキルをともに向上する必要性が示唆されたので、一知見として論じるものである。

なお、本論は以下のような構成である。

- I. はじめに
- II. リハビリテーション医療の現状
- III. 生活と自立の関係
- IV. チームアプローチに向けての課題と期待
- V. おわりに

Abstract

It requires to ally with health, medical care, and welfare to achieve the idea of rehabilitation. However, in the spot of the practice, an effective team approach has not been done, because of an unbridgeable gap of the theory and practice.

The purpose of this study is to clarify the problem about achievement of the team approach. I considered that from social work idea of “independence”, “life”, and “practice”.

I understood the importance of seeing the whole life and doing the team approach with each our skills. Moreover I made a proposal that we have to put the social work idea together and improve both personal

* 関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科 臨床福祉学専攻 学生

skills and group skills.

The content is as follows:

- I Introduction
- II The present s conditions of the Medical Rehabilitation
- III Relations of life and the independence
- IV The problem and expectation for the team approach
- V Conclusion

● ● ○ **Key words** チームアプローチ Team Approach / 生活 Life / 自立支援 Enhancement / リハビリテーション医療 Medical Rehabilitation / ソーシャルワーク Social Work

I. はじめに

リハビリテーション医療においても、ソーシャルワークにおいても利用者を中心としたチームアプローチの必要性、重要性が指摘されて久しく、それは周知のことである。また、保健・医療・福祉の連携や統合といった言葉もよく耳にする。しかし、実践現場においては理論と現実の乖離は否めないのではないだろうか。

1990年の社会福祉関係八法の改定、2000年の社会福祉事業法の改定、介護保険の導入、2001年から実施された医療制度の改定などにより、支援費制度の導入と、病院・施設から地域へ、措置から契約へと大きく制度が転換された。これは、福祉サービスを必要としている人の個人の尊厳と個人の意向を踏まえて、多様な福祉サービスを保健・医療、その他関連サービスと有機的に連携させ、地域での自立生活が可能となるように、創意工夫をして総合的に個別支援することが目的であるといえるだろう。また、それを支える福祉コミュニティづくりを展開する地域福祉を推進するという考え方が、社会福祉の基本方針として明確化された¹⁾ともいえるであろう。

これに伴いリハビリテーション医療のフィールドが病院のみならず、福祉施設、在宅を含む地域へと広がりを見せるようになってきている。これは『「利用者の全人間的復権²⁾」を目指す』とする、リハビリテーション理念の本来の視点でとらえると当然のことであるし、地域というフィールドでリハビリテーション医療としての専門性を発揮することは、必然であると考える。そのためにリハビリテーション医療においては、地域という利用者の生活場面での自立支援という視点

が重要となるだろう。換言すれば、身体機能レベルにとどまらず、生活全体をとらえる必要性が明確になったということになるだろう。

一方、ソーシャルワークにおいては、真の意味での「契約」を可能にすること、つまり与えられた選択肢からの選択ではなく、本人が基点となり決定したことを実現するプロセスとしての自己決定³⁾を支援する方法の確立が必要となるだろう。換言すれば「利用者中心」という考え方を具現化することが求められているということになるだろう。

これらの課題を解決していくためには、リハビリテーション医療において、ソーシャルワークの生活支援という発想を積極的に取り入れながら、生活をトータルでとらえる発想を身につけること、そしてソーシャルワークとともに「利用者を中心としたチームアプローチ」によるケアマネジメントをおこない、利用者の自己実現を支援する方法を確立することが必要であろう。

そこで本論では、まずチームアプローチに向けての課題を、①生活をとらえる視点、②自立をとらえる視点、③実践という視点を中心に、リハビリテーション医療の立場から明確にすることを目的に考察をすすめるものとする。

II. リハビリテーション医療の現状

1. リハビリテーション医療の誕生

リハビリテーションという言葉の意味は多様である。イギリス軍による宗教裁判において異端者として

火刑に処せられたジャンヌ・ダルクの再審が、1456年フランス王シャルル7世によりおこなわれ、破門が取り消されたときに「ジャンヌ・ダルクのリハビリテーション」という言葉が使われたのが最初であるとされている。このように「無実の罪の取り消し」のほか、破産した事業などがよい運営管理状態になること、資格・身分の回復、評判・信望の回復、良好な健康や仕事ができるような状態を取り戻すことなどがあげられる⁴⁾。

このようなことより、リハビリテーションとは単なる機能回復という意味だけでなく、人間の根幹に触れるような深い意味があるともとらえることができよう。

医学においてリハビリテーションという言葉が初めて使われたのは、1917年第1次世界大戦中、アメリカ陸軍病院において「身体再建およびリハビリテーション部門」が設けられたことによるとされている⁵⁾。ここでは、身体再建(=機能回復)とリハビリテーションは区別されており、機能回復はあくまでも前提であり、リハビリテーションは一人前の人間として社会に戻ることに、つまり職業復帰を指していた。1941年には全米リハビリテーション協議会が「障害者が身体的・心理的・職業的・経済的有用性を最大限に回復すること」と定義を示し、基本的なりハビリテーションの構成が整ってきた。戦争が寄与したことは皮肉なことであるが、多くの戦傷者が病院や施設での庇護された生活(税金消費者)から再度仕事に就ける生活(納税者)に戻り、社会に貢献することができたという結果は、リハビリテーションの効果と必要性を強く主張し、理解を得ることとなり、リハビリテーションは大きく発展することになった。

その後1947年にアメリカにおいて専門医制度が発足し、医学としての科学的観点をもって障害をとらえるようになった。1981年の国際障害者年を契機に、基本的人権を基盤としたノーマライゼーションの考え方が浸透し、リハビリテーションの目標は、単なる社会復帰だけでなく、生活の質の向上が重視されるようになってきたといえる。

2. リハビリテーション医療の役割

1982年、国連の障害者世界行動計画において、「リ

ハビリテーションとは、身体的、精神的、社会的に最も適した生活水準の達成を可能とすることによって、各人が自らの人生を変革してゆくための手段を提供してゆくことを目指し、かつ、時間を限定した過程である⁶⁾」としている。ここでは受動的ではなく、自ら能動的にということがもり込まれ、かつ無制限でないことがうたわれている。また1988年 DeLisa は、「リハビリテーションは、個人に対し、彼らの機能障害および環境面の制約に対して身体、精神、社会、職業、趣味、教育の諸問題の潜在能力(可能性)を十分に発展させること⁷⁾」であると示している。そして1990年には Banja が「リハビリテーションは障害者が個人的には充足し、社会的には意味のある、そして機能的には世界との間で効力のある相互行為を達成するような能力を身につけるために、医学的、身体的、心理社会的、職業的介入の包括的かつ統合されたプログラム⁸⁾」であると示している。(下線は筆者)(波線は筆者改訂)

これらのことよりリハビリテーションに求められていることは、障害者を弱者とみなし保護救済的立場にあるとするのではなく、日常生活での自立動作が困難であっても、社会の一員としての自覚と尊厳性をもって社会生活を営めるような技術的、社会的、政策的支援を行うこと⁹⁾ であって、職業復帰や経済的自立のみが最終目標ではないといえるだろう。

また、リハビリテーション医療の一翼を担う理学療法技術における基盤モデルの変遷について奈良ら¹⁰⁾ は、図1のようにまとめている。これはポリオや骨関節疾患が対象であった時代は、局所に対するアプローチが中心であったものが、脳・脊髄疾患、神経系疾患、小児疾患も対象となり全身的アプローチに移行したことを示すものとしている。またこれと時代を同じく

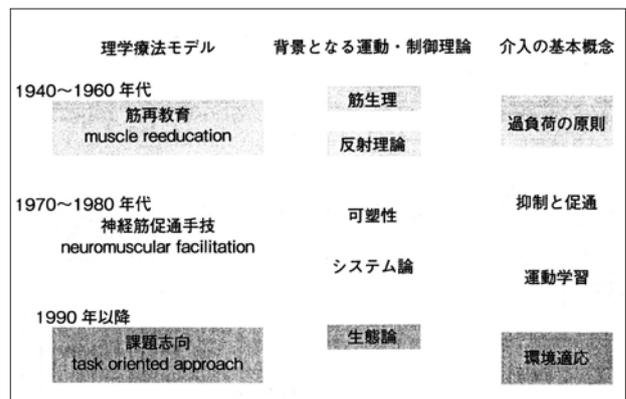


図1 理学療法モデルの変遷(文献10より引用)

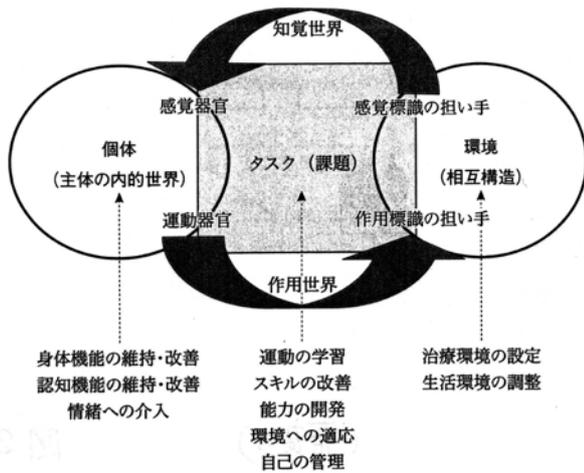


図2 課題指向型アプローチの概念(個体と環境との機能環)
(文献10より引用)

して ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) が提唱され、外傷や疾病などによる臓器、器官の機能障害に対する医学的アプローチに加え、個人としての人、社会における人に焦点をあてたアプローチを有機的に関連づける基盤モデルへと発展してきたとも述べている。そして、1990年代からは課題志向型アプローチが主流となり、個人と環境の適応をはかる媒体として課題を位置づけている。(図2)

これらのことより、リハビリテーション医療においては、人間と環境の相互作用という観点から日常生活を取り上げて必要な支援を行うアプローチが求められているといえるだろう。つまり心身機能の欠損や低下といった問題以上に、そのことによって環境との間で摩擦や不均衡が生じていることが問題であり、その人が生活していくうえで、環境との間で支障となることに対してのアプローチが重要であるといえよう。

一方、近年の保健・医療の状況からとらえると、健康状態にかかわる要因の変化および高齢社会の到来という人口動態の推移によって、リハビリテーション医療の対象が、障害児や青年や壮年の傷病者主体から、治癒不能の機能障害をもった老年期の人びとにも広がってきたといえる。そして、それらの人びとがその有する能力に応じて自立した日常生活を営み、それぞれの役割を継続して遂行できるよう支援することが求められている¹¹⁾といえる。それと同時に膨らみ続ける医療費問題に対し、介護保険制度が導入され、病院・施設によるリハビリテーションから地域・在宅でのリ

ハビリテーションのニーズが高まっているともいえる。ここでは、まさに家庭生活や社会生活をいかに営むかが目的である。よってリハビリテーションの基本的理念を生活全般に置いて、誰もが遭遇する問題状況を改善・回復、復権することと理解し、その対象を障害者などに限定するのではなく、「生活者全体」という発想¹²⁾でとらえる必要があるのではないだろうか。

3. リハビリテーション医療をめぐる動向

日本理学療法士協会発表によれば¹³⁾、2008年4月現在における理学療法士国家試験合格者は65,571人、作業療法士¹⁴⁾は、42,354人、言語聴覚士は、12,000人とリハビリテーション医療の中核を担う専門職種としては理学療法士の人数が圧倒的に多いのは明確である。

そこで、筆者のフィールドでもある理学療法士の近年の動向を、2005年に発行された理学療法白書¹⁵⁾において追ってみることで、リハビリテーション医療の動向を推測することとする。理学療法士の職域は医療を中心に福祉、保健、行政、教育・研究と多岐にわたっており行政機関施設以外は各領域において勤務する理学療法士数は増加している。全体人数としては、医療機関が最も多く全体の7割を占めているが、2000年から2005年にかけての全体に対する割合は78.3%から74.4%、増加率-5.0%と減少している。これに対して介護老人保健施設、訪問看護施設などの介護保険関連施設においては、全体に対する割合が5.3%から8.3%、増加率57.8%と大きく増加している。これは、理学療法士を必要とする職域が医療中心から介護保険関連施設へとシフトしつつあることを示すものである。また全老健の調査による¹⁶⁾と、介護老人保健施設でのリハビリテーション専門職の配置状況は、介護保険導入直後の2000年では理学療法士または作業療法士が合計1.3人だったのが、4年後の2004年には言語聴覚士も含め2.5人と倍増している。

これらのことより、リハビリテーション医療の展開が医療施設中心から、地域における機能訓練事業、訪問指導への参加、加えて介護保険施行による介護保険3施設および福祉領域へと職域が拡大してきたことがわかる。

よって、リハビリテーション医療は地域で生活する人々のニーズの観点より、よりきめの細かい具体的な

生活支援のための知識と技術を学ぶ必要があると同時に、いわゆる社会的リハビリテーションの充実をはからなければならないことを意味しているだろう。その為には、ソーシャルワークの「生活」「社会」という発想を統合させるとともに、保健・医療・福祉にかかわる専門職としての仕事の在り方、連携についても検討する必要があるといえよう。

また、1965年に183人の理学療法士が誕生し、25年かかって1990年に1万人を超したのが、その7年後には2万人、その4年後に3万人、さらにわずか3年後には4万人と急速に有資格者数が増加している。この現象は医学技術の発展、疾病構造の変化、国民の健康への関心、意識の高揚、少子高齢社会など社会情勢の変化がリハビリテーション医療・福祉のニーズを高め理学療法士の需要が高まったためと推測できる。これに連動して理学療法士養成校が急増し、今後は毎年1万人以上の理学療法士が誕生する見込みである。理学療法士教育は、医学全体の進歩、医療提供体制の再構築による施設機能の分化等により、学習すべき内容は、多岐にわたり、増加する一方である。にもかかわらず、1999年には教育の自由裁量化がはかられ、教育水準の低下を危ぶむ声も聞かれ、理学療法士全体としての質の担保をいかにするか¹⁷⁾が課題であるともされている。

4. ソーシャルワークとの関係

リハビリテーション医療と以前から関わりが深いソーシャルワーク専門職は、医療ソーシャルワーカーであり、医療制度改革に伴い誕生した回復期リハビリテーション病棟において、その連携の必要性は明確なものとなったといえる。また近年では介護保険関連事業における地域リハビリテーションにおいても関わりが密になっており、なかでも、病院から在宅への懸け橋として、ケアマネジャーとの連携も不可欠なものになってきている。

そのようななか、2002年に厚生労働省によって医療ソーシャルワーカー業務指針が示された¹⁸⁾。そこでは介護保険制度の創設、健康保険法改正による在宅医療・訪問看護の医療保険サービスとしての位置づけ、医療法改正による病床区分の見直し、病院施設の機能分化がおこなわれ、さらに障害者福祉制度が支援費制

度に移行するなどの動きの下、できる限り地域や家庭において自立した生活を送るため、医療・保健・福祉のそれぞれのサービスが十分な連携の下、総合的に提供されることが重要になってきていることが指摘された。そして医療ソーシャルワーカーに期待される役割は、病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理的、社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることであることが明記された。そしてその業務範囲を、①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、②退院援助、③社会復帰援助、④受診・受療援助、⑤経済的問題解決、調整援助、⑥地域活動とした。一方、医療ソーシャルワーカーの業務範囲が一定程度明確になった半面、患者や家族のニーズは多様化しており、医療ソーシャルワーカーがその期待に十分に答えられているとは言えないとした。これらのことより医療ソーシャルワーカーの専門性は多岐にわたること、また社会福祉の視点でのアプローチが必要であることが理解できる。しかし、実践においては転院援助・医療費（生活費）の問題解決・調整が最も多く、医療ソーシャルワーカーは患者の転院先を探す、転院のための情報提供、在宅諸サービスの活用を援助するなどが主たる業務と認識され、現に行っているという理解もできるだろう¹⁹⁾。

ケアマネジャーは、介護保険制度導入によりクローズアップされるようになったが、元来よりケアマネジメントする人として存在しており、新しい職種ではない。しかし実際は、介護保険サービスをコーディネートする人と誤解されて認識されているようである。厳密に言えば介護保険下におけるケアマネジャー（介護支援専門員）とそれ以外のケアマネジャーが存在しているということになるだろう。そもそも、ケアマネジメントとは「ケアを必要とする人々が常にニーズに合致した適切なサービスを受けられるように支援する一連の活動でありシステムである²⁰⁾。」といわれており、介護保険の目的である「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」ということに通じる。

このように考えるとリハビリテーション医療もソーシャルワークも基本的理念は変わらないといえるだろう。よって、我々専門職は、互いの専門性を十分理解するとともに、連携・協働するシステムの構築と社会資源を活用することが必要である。また、専門職の知

識、技術も利用者の社会資源の1つであることの認識が重要であるといえるのではないだろうか。

Ⅲ. 生活と自立の関係

1. 自立概念

利用者を中心としたリハビリテーション医療とソーシャルワークのチームアプローチを実現するということは、何を目指し、何を支援するのかということを確認するとともに、三者が共通理解する必要があるだろう。そして、それは基本的人権（人間の尊厳）を基盤とする社会構造、価値意識より考えれば²¹⁾、自立生活であり、自立支援であるといえよう。

人間の尊厳とは、個人の生き方の尊重であり、その人自身の個性を大切に、自分を取りまく環境のもとで、自己の生活が自己の主体的な意思によって営まれる過程であるといえる。そして、そのことが自立であるととらえることができよう。また、ノーマライゼーション思想より自立をとらえれば²²⁾、人である以上、自立した生活を送る権利があり、自らの生活のありようを自らが選び決定する、自己選択・自己決定を行うこと、つまり自己実現こそが、人の自立と理解することができるだろう。

このようなことより、自立とは、「人間は自己の人生を主体的に決定して生きていく」という人間の尊厳に内包されるものであり、その人らしい生活、「自己実現」そのものであるといえる。それゆえ、自立とは社会生活を営むうえでの至高の観念（心に抱く考え）であり、すべての人に共通のものとして理解し尊重するという意味で、普遍的なものであり、抽象的な理念価値であるといえる。それとともに、自立への過程は、自己実現を目標として、その人らしい人生を自らの責任のもと積極的に創造していく過程、すなわち日々の生活のなかで「より良く」という目標に向かい一步一步と歩んでいく過程であるととらえることができる。そのような意味からすれば、自立は、画一的でなく個別的な概念であり、主観的満足感が尊重されなければならない具体的な実践価値とも理解できるであろう²³⁾。

また、これらの自立概念を基盤とし、それを具現化する実践価値として自律概念の重要性が訴えられるよ

うになってきている。山本は²⁴⁾、自分の生活に関することすなわち健康状態を含めた身体的な状態、精神状態、能力、自分のおかれている立場、自分の生活観を自分で見定めて自分でコントロールしていくことができ、単に日常生活の行為ができることでなく、むしろ自分ができること、できないことを判断し、必要な支援を受けながら自分のライフスタイルにそった生活を自主的に組み立てていける能力を社会的自律性として、このことが自立の本質であると述べている。また太田²⁵⁾も同様に社会的自律性の重要性を訴えている。社会的自律性には、環境の変化に対して、自らを効果的に機能させる適応能力（内的コンピテンス）や自ら保有する社会資源を活用する能力（外的・環境的コンピテンス）があり、これらの能力による自助努力が重要であるとしている。

これらのことより、自立支援とはその人固有の自己実現を目指し、その人が持つ可能性を引き出し、能力を身に付けていくことを支援していく過程と理解できるだろう。そして、その過程のなかでそれぞれの専門性を効果的に協働していくことで、利用者自身のアイデンティティの確立を支援し、自助努力の必要性の理解を促進することが、チームアプローチのなかで求められているといえるだろう。

2. 生活概念

リハビリテーション医療における生活概念形成を歴史的発展よりとらえると、1945年以前、リハビリテーション概念の萌芽段階においては、身体機能の障害の回復をはかる実態はあったが、医学が生活に関与するほど医学自体の範囲が広がっていなかったし、進展しておらず、生活概念はなかったといえるだろう²⁶⁾。その後、第2次世界大戦（1945年）が世界の医学・医療を大きく発展させる契機となり、リハビリテーション医療では、多くの戦傷者の機能障害回復のための方法を進展させ、同時に生活機能の障害に取り組みざるを得なくなり、日常生活活動（Activities of Daily Living：以下「ADL」と略す）概念が登場してきた。このようにリハビリテーション医療では概念形成よりも先に、目の前の患者の障害をどのような側面から客観的にとらえ、対応するかという臨床実践事項の方が先行して発展してきたようである²⁷⁾。これらの背景に

において、日常生活を示す範囲の解釈が、人によって変わることは、治療対象を明確にし、治療効果を客観的に示すことを困難とした。そのため生活を限局された側面・範囲よりとらえる操作的な概念づけがなされてきたのではないだろうか。

そこで、人間が生物学的基盤によって制御されているという考えのもと、ADLを「個人が毎日生活を送るうえで基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される動作(活動)群²⁸⁾」と概念づけ、範囲としては、狭義には家庭における身の回り動作 (self-care)、広義には応用動作である家事動作、交通機関の利用などを含む生活関連動作 (activities parallel to daily living: 以下「APDL」と略す) を含むと定めた²⁹⁾。(図3参照)

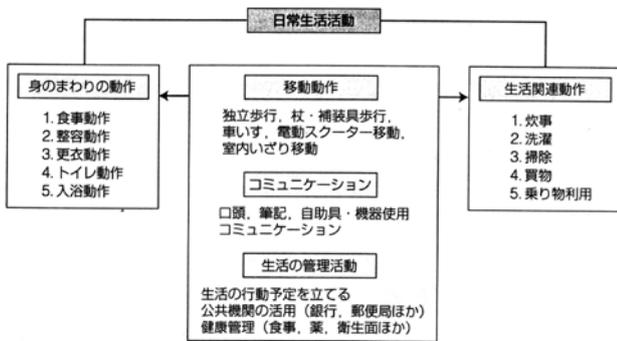


図3 ADLの分類 (文献29より引用)

その後人々の生活の多種多様化、社会情勢の変化に伴い、リハビリテーション概念も発展し、グローバル・スタンダードに関する見解が議論されるとともに、全人間的復権という目的を達成するための、ADLが対象とする範囲、評価事項、指導方法が検討され、整理されてきている。澁谷は、「Maslowの人の欲求の階層構造」をもとに、それを充足させるために必要とされるADLの能力という視点で活動能力を整理している³⁰⁾。(図4参照)このようにリハビリテーション医療においては、

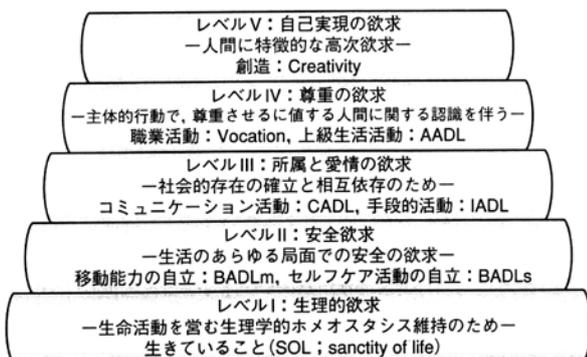


図4 欲求の階層構造 (Maslow心理学) (文献30より引用)

アプローチすべき内容の把握、治療効果の判定、予後予測などを目的として、共通性・普遍的観点より生活概念を確立させてきているといえる。しかし、その反面、地域性・生活習慣などの特殊性、その人らしさの追求、個人の主観的価値観などから何がグローバル・スタンダードかを規定することの困難さが指摘されており、単純には決められない複雑なものを複雑なまま³¹⁾ システム的にとらえることが求められているといえる。

一方、ソーシャルワークにおける問題解決には、利用者の生活へのトータルな視点が必要であるといわれている。そして対人支援の領域において最も重視されることは、人間の尊厳を守ることを基軸とすることであるとともされている。それゆえ利用者の個別化をソーシャルワークの原理とし、利用者の生活を、利用者とかれらを取り巻く環境との相互作用ととらえ、その相互作用が利用者独自の秩序によって機能することで、生活の均衡・調和が保たれていると考えられている。したがって利用者の生活は、その人独自の秩序と調和を持つ生活世界、生活コスモスであり、それは利用者独自の広がりと流れがあるとされている³²⁾。

これらのことより、生活とは、その人固有な広がりや時間的流れにより構成されるものであるととらえることができよう。また同時に、客観的要素と主観的要素が混在しており、非常に複雑な構造を呈しているともいえよう。しかし自立への手がかりを求めらううえで、利用者の生活をとらえることが不可欠であることは明白であろう。

3. 生活と自立判定

リハビリテーション医療においては、自立への契機を求め日常の活動能力という点に着目し、活動の範囲を様々な視点から基準化し、その能力を測る尺度を定めてきた。そのなかの一つにADL評価があげられる。ADLにおける自立判定を考えるうえでは、ADL概念や範囲、評価意義・目的・方法などを明確にする必要があるが、この問題ははまだ議論すべきことが多く、紙面の都合上、別の機会に述べるものとするが、ADLの範囲をどのように設定するかが、その人らしさをどのようにとらえるかを左右することにつながると考えられる。したがって食事、排泄、入浴、更衣、整容の

みに限局してしまうことは、方向性を見失ってしまう可能性があることを認識しておかなければならないだろう。このことを踏まえたうえで、ここでは、ADL評価における評価尺度について注目することとする。

評価尺度は基本的には、量的評価（自立度、介護度など）と質的評価（動作の遂行様式など）の2つの側面がある³³⁾。量的評価とはその動作が、①「できるか」「できないか」の基準、②「できる」か「している」かの基準、つまり生活の中での実行状況をとらえる基準、③「できる」「している」内容を段階付けする基準、つまり完全に自立しているのか、物的もしくは人的介助を必要とするのかという基準で評価されるものである。質的評価とは、動作の遂行状況をとらえるものであり³⁴⁾、①ADLの動作を細目動作に分け分析する、②行っている動作状況を分析する、③動作自体の実用性を分析することにより評価しようとするものである。更衣動作を例にあげると、①細目動作に分けるとは、まず上衣なのか、下衣なのか、靴下なのか、そして着衣なのか、脱衣なのかを明確にする。そのうえで「ズボンをはく」という動作をa)ズボンを足までもっていき、b)右脚を右の脚穴に通す、c)左脚を左の脚穴に通す、d)ズボンをウエストまで引き上げる、e)チャックを上げる、f)ホックをかけるという細目動作に分け、どの部分がどのように行われ、どのような介助を必要とするのか明らかにすることである。②動作状況を分析するとは、実際にどのように動作を行っているかを観察することであり、ズボンを立った姿勢で着衣するが、脚までズボンを持っていく時、両側の膝関節が屈曲せず、脚穴に足先が届きにくいなど、動作を時系列に追い表記することで動作をどのように行っているかを明らかにすることである。③実用性を分析するとは、動作自体の仕上がり具合を、a)速性、b)安定性、c)安全性、d)持久性、e)社会的容認性などの観点より実生活の中でどれだけの実行性があるのかを明らかにすることである。

ADLを評価するということは、以上述べてきた評価尺度のどれか1つを選択するというものではなく、すべての要素を、その人の生活状況や立場、評価を行う目的などを勘案・選択しながら行わなければならない。つまりADLが自立しているかを簡素に判断することは困難であり、評価尺度を基準化、数量化することも複雑であるといえるだろう。しかしながら、リハ

ビリテーション医療においては、その人らしい生活を実現するための契機として、ADL評価を行うことにより、①「できる活動」の精度を高めることによって高い生活能力を実現すること、②そのことを「している活動」の実用性向上につなげることもしくは③「している活動」に働きかけること、などへの突破口を見つけ出すこと、自立への動機付けとなる糸口を得ることができる可能性があることも事実であろう。

4. 生活と自立とリハビリテーション医療実践

2001年に採択された国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：以下「ICF」と略す）は、人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人を取り巻く社会制度や社会資源までを約1500項目に分類したものである。ここでいう生活機能とは、心身機能・構造、活動、参加の全てを含む（プラス面もマイナス面も）用語である。そしてこれに影響を及ぼす背景因子（環境因子と個人因子）を含み、それぞれの構成要素間にはダイナミックな相互作用が存在し、その相互作用は双方向性であるとされている³⁵⁾。このICFの目的は健康状況と健康関連状況を記述するための、統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供するものである。大川は³⁶⁾ICFの基本的な特徴を「『生きることの全体像』についての『共通言語』である」と述べている。

そのような意味において、リハビリテーション医療にとってICFは次のような効果をもたらしたといえるだろう。①生きていることの全体像をとらえるための包括的概念として「生活機能」を具体的に示したことで、「落ちのない³⁷⁾」「全レベル・要素にわたる」状態把握の必要性を示した。②背景因子として環境因子、個人因子を位置づけたことで、「生活のしづらさ」は人間と環境との相互作用のなかで生じることを明確に示した。③「生活機能」のそれぞれのレベルのなかに「障害」というマイナス要素が含まれることを明記したことで、マイナス要素はそれぞれの生活機能のなかの一部であり、マイナスだけの因果関係や基底還元論的思考では、全体像をとらえ、利用者の真のニーズをとらえることができないことを明確化した。④「共通言語」であるということを強調することで、人が生きることを包括的・総合的にとらえる見方、考え方を関係者す

べてが共通認識することなど、自立支援のための利用者を中心としたチームアプローチの重要性を示した、などがあげられるだろう。しかしその反面、①生活機能の分類と構造化を示すものとしながらも、各レベル間の構造と関係性を明確にするシステム的方法の確立には至っておらず、その部分は支援者側の勘と経験に依存しているところが大きい。②背景因子として環境因子、個人因子を位置づけたものの、定義や範囲の曖昧さなどがあり、生活機能との相互作用を明確にするには至っていない。また、個人の価値観や主観的要素を反映するには不十分である。③共通言語としながらも当事者自身が「共通言語」を理解し、自らの問題解決のために活用できるような方法の確立には至っていない、などの課題があることも事実であろう。

また、ICF がリハビリテーション医療実践に影響をもたらしたこととして、目標指向型アプローチ、インフォームド・コオペレーションなどがある。目標指向型アプローチの特徴は、まず、社会的存在としての人間の在り方を示す参加レベルでの「新しい人生」の目標を主目標として定め、それを実現するための具体的生活像である活動レベルの目標を同時に決める。次に、それらを実現するために必要な心身機能・構造レベルの目標を定める。そして、これらの目標の相互関係を重視しつつ、主目標の実現に向けてプログラムをつくり、すべての努力を集中させていくものであるとされている³⁸⁾。またインフォームド・コオペレーションは、「新しい人生」の達成を実践する過程のなかで、目標・プログラム・技術について常に多くの選択肢を提示してよく説明し、それを患者・家族がよく理解したうえで選択するものである。そのような共同決定を基盤として、共同作業を行い、協力しながら目標を実現していくという過程であり、専門職チームの専門性と、患者の自己決定の尊重とを両立させるための努力のなかから、その過程が形作られていくものである³⁹⁾とされている。

これらのことよりリハビリテーション医療実践においては、利用者の自立、新しい人生の創造を目指し、利用者を中心とした専門職の専門性を駆使したチームアプローチが求められていることが明確であるといえる。

IV. チームアプローチに向けての課題と期待

1. 生活と自立をめぐる課題

少子高齢化を背景とする保健・医療・福祉の最近の動向においては、「地域における自立」がキーワードであり、それに関わる専門職に求められることは生活支援・自立支援であるといえよう。このような時代の流れに則した新しい概念としてICFが取り入れられている。特に生活概念を取り入れるようになってからまだ歴史の浅い医学にとって、ICF導入が生活とADLの関係性やそれぞれが対象とする範囲、評価項目などを議論する機会となるとともに、ADLという限局された視点だけでなく、生活機能という視点をもつことの重要性を明確にしたことは意義深いであろう。しかし前章で述べたようにICFは実際の介入過程や手段を検証するためのモデルにはなり得ていないと考えられる。大川は⁴⁰⁾、「1つの働きかけの効果・意義は狙いとする直接的な効果だけでなく、階層性、相互関連性から把握する必要がある」と述べている。つまりICFにおける各レベルの各要素がどのように関連しているかをシステム的にとらえる必要があるということになるだろう。しかし、ICFは各要素とその枠組みを示すものであり、その関連性をとらえるものとはなっていない。ソーシャルワークにおいて、太田は⁴¹⁾生活コスモスをとらえるための考え方として、エコシステムの思考を提示している。エコシステム思考とは生活状況を1つの固有なシステム（構造・機能・変容）としてとらえようとする視座と、生活状況の時間的経過のなかでの変化を生態学的視座よりとらえようというものである。これは、リハビリテーション医療においてシステム的に生活をとらえるための視座となり得るといえよう。

また、自立概念は人間の尊厳に内包されるものであり、抽象的で質的な概念であるといえる。ゆえに抽象的概念を個人に当てはめ、具体的で量的な目標を定め、それに向かう計画を立て実践していく必要がある。そしてその実践においては、「心身機能・構造」と「活動・参加」には相対的な独立性があることを基軸として、それぞれのレベルに直接働きかけることと、両者の相互依存性を見極めて包括的に理解し生活機能を向上することが求められる。ゆえにその介入の結果は各

機能の量的変化だけでなく、生活機能の質的な変化を評価指標として検証していくことが求められていといえよう。

ところで、その人固有の自己実現を目指し、その人が持つ可能性を引き出し、能力を身に付けていくための自立支援を実践するには、生活機能の構造と関係を明確にする必要がある。また、時間的流れ・環境的な変化による生活機能の構造と関係、自立支援の介入効果による変化の構造と関係を明確にする必要があり、その方法が求められているといえるだろう。そしてそれには、身体機能（動作）や活動能力を構造的・階層的・相互関連的にみることのできるリハビリテーション医療の専門性と本人の生活全般をとらえ利用者の意向を尊重し、意思決定プロセスを支援することができるソーシャルワークの専門性の協働が不可欠であると考えられる。

2. リハビリテーション実践をめぐる課題

医療制度の改定や介護保険の導入などにより、リハビリテーション医療に対するニーズが高まるとともに、求められる役割も変化してきている。最近の理学療法士の動向から推察しても、回復期から維持期のリハビリテーション医療の展開や在宅リハビリテーションを中心とした地域リハビリテーションのニーズが高まっているといえよう。つまり病院医療から家庭医療への転換とそのあり方を確立していくことが求められているといえよう。

しかし、実際には病院で行っていた手技をそのまま家で行っているだけの出前型リハや音楽に合わせて簡単な体操をしたり、集団で風船を打たせたりすることが維持期のリハビリテーションサービス⁴²⁾かのように展開されてはいないだろうか。その背景にはリハビリテーション医療が地域・家庭に目を向けて、専門性を展開するようになってから、まだ日が浅いことや人材の若年化や不足などがあると考えられる。そしてそれらは、地域リハビリテーションの目標が不明瞭であり、共通理解がなされておらず、理念と技術が未確立であることに起因するとも考えられる。

医学的リハビリテーションにおいて発症直後からの取組みが、多くの二次的な障害の発生を予防し軽減させていることは事実であり、リハビリテーション医療

の普及と充実化の必要性を示唆するものである⁴³⁾。しかし一方では障害をなくすことだけに目標をおいたり、課題解決の糸口を見出したりすることは、治癒しない障害を否定することになり、それがその人の存在価値までも否定することにつながる危険性を秘めている。我々専門家はその人にとって何が益で、何が害かを常に自戒しつつ、その人の存在意義を尊重しつつ、その人が新しい価値観を創成するまでを、責任範囲であると自覚して支援することが必要であり、そのことが地域リハビリテーションのあり方を示唆することでもあろう。

また、ICFの採択により、リハビリテーション医療において生活をトータルにとらえる視点と方法の確立、技術の体得が求められていることが明白になった。ようするには全人間的復権を目指したりリハビリテーション過程の確立が必要であり、その思考過程そのものが専門技術であるということであろう。

しかし実際には心身機能レベルの向上のみに執着したり、反対にADL偏重主義となることや支援者側の勘や経験的判断、自己の価値観、自分が信奉したり興味のある手技などによって目標やプログラムを決めることに陥っていることがないだろうか。また基底還元論的に従来の医学にみうけられたパターンリズムによる一面的・画一的な目標やプログラムとなっていないだろうか。

生活がその人固有の価値観と広がりによって構成されているものである以上、リハビリテーション医療における目標やプログラムもパターン化されたものではなく、唯一無二のものである必要があるだろう。これを具現化するには、リハビリテーション医療の過程において利用者の真のニーズをとらえる評価が重要であると考えられる。そして生活機能（プラス面もマイナス面も）の予後予測を行い、具体的には「この人にはどのような新しい人生が可能なのか」を考えることが求められている。上田らが⁴⁴⁾提唱している、現実可能な生活・人生像を複数構想し、提示して、本人が選択・決定できるプロセスを踏まえるという目標指向的アプローチ、インフォームド・コオペレーションという考え方も参考にできるだろう。そしてこれらの実践には、利用者の主体的参加とそれぞれの専門性の英知を結集するというチームアプローチが不可欠であると考えられる。そしてその帰結評価は生活全般での参加や人

間関係、死生観をも含めた個々人の価値を評価していく必要があるともいえよう。

3. ソーシャルワークをめぐる課題

介護保険が実施され、ケアマネジメントという考え方と方法がクローズアップされてきているが、本来のケアマネジメント業務を行いケアマネジャー（介護支援専門員）としての役割を果たしているだろうか⁴⁵⁾。少子高齢化社会を背景に「措置から契約へ」「施設から在宅へ」と大きく方針が転換されるなか、ケアマネジャーには、医療から福祉への架け橋として、地域における自立生活を支援するソーシャルワーク実践の展開が求められているといえるだろう。

しかしながら実際には介護支援専門員においては、①背景となる職種、経験、所属する機関等によって支援者側の使いやすい（都合のいい）解決方法を選ぶ傾向があり、偏りが生じている可能性がある、②介護保険下という限定された職域である、それゆえ③サービス内容が限定されており、サービス内容から解決策を導く傾向があり、単なるサービスの手続き、コスト内コーディネート的な業務となりがちである、④利用者や多職種、もしくは本人自身が本来のソーシャルワーク実践に内包されたケアマネジメントとしての理解が不十分となる、などの課題があるといえる。これは、支援費制度が導入された障害者福祉分野にも同様のことがあると理解できよう。

利用者と同じ地域にあり、利用者の真のニーズをとらえ、プランを立てていくことが求められているケアマネジャーは、介護保険法で示されている「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」という目的を具現化することが役割であることを認識し、自立が示す意味を再確認する必要があるだろう。「リハビリテーション前置主義」であるといわれるように、リハビリテーションの理念に基づいたアプローチがなされてこそそのプランの活用といえる⁴⁶⁾。つまり利用者の課題に対して場当たりのプランをあてがうのではなく、利用者の能力と改善の可能性を十分に検討したうえでプランを立てる必要があるといえる。自助努力があつてのサービス利用でなければ、単に与える福祉となってしまう自立支援にはなり得ないといえるだろう。

これらのことより地域自立生活支援においては、リハビリテーション医療は医学、ソーシャルワークは社会福祉というそれぞれの専門領域内で構成された職縁集団⁴⁷⁾での活動から、共通言語をもたない他職種、かつ尺度も異なるものによって構成される集団のなかでの活動、チームアプローチが求められているといえるだろう。機能レベルはリハビリテーション医療、参加レベルはソーシャルワークという分立分業的な協業ではなく、お互いの専門性を理解し、有機的、連続的連携をすること、そして同じ目標に向かい、同じ価値認識をもつ集団（知縁社会）を構築することが必要であろう。

4. チームアプローチの必要性

理学療法士ガイドライン、医療ソーシャルワーカーの業務指針においてもチームアプローチの必要性が明記されており、その重要性は利用者の自己実現（自立生活）という観点からも明確である。

利用者の自己実現へ向けてのチームアプローチとは、「よりよい生活の獲得」に向け、各専門職が共通の理念を基盤とし、利用者を中心に、利用者の真のニーズをとらえ、共有した目標に向かい、協働していくことであるといえよう。そしてこれを具現化していくうえでの鍵は、①利用者自身が感じている生活世界（生活コスモス）をとらえることの重要性、②「自立とは何か」、自立概念を共通理解し、その人らしさを求めようとする姿勢の必要性、③実践において専門性を有機的に連携させることの重要性、を理解し方法を確立していくことにあると考える。①に関しては、a) 生活概念が曖昧で、範囲も定まっていない、b) 生活とADL、生活とICFの関係性が定まっていない、c) 生活は主観的観点により左右されるので、評価方法、尺度の基準化が困難などの課題があるといえるだろう。②に関しては、a) 自立概念は抽象的概念であり、実践においては具体的目標に置き換えていく必要がある。この時に依存しないことを目標にする、目前の問題解決をサービス活用のみで対応する、支援者側の専門性や得意とする視点のみで問題解決を図ろうとする傾向に陥りやすい。b) チームとして基本理念（利用者の自立）を共通理解できておらず、チームとしての成果が得られない、それぞれの専門性を活かさない状

況に陥りやすいなどの課題があるといえるだろう。例えば、チームプレイを必要とする野球では、ある状況下（1アウト、1塁）に応じて、次に起こる事態（左中間長打）に対して、共通の目標（1塁走者を本塁でアウトにすることを優先する）をもって、それぞれのポジションの選手が自分の役割を果たさなければ、チームパフォーマンスは高いものにならない。つまりチームとして共通理念・目標をもつことで、現象を理解し、それらの理解や予測などに基づいて次の行動を決定し遂行できるのであり、チームパフォーマンスをあげ、それぞれの専門性を活かすということにつながるという、チーム構成員としての役割意識が低いことを示す。

c) 自立を目指し介入した効果・成果は質的尺度においても評価する必要があるが、その方法が未確立であり、質的評価に科学性を求める姿勢も未確立であるなどの課題がある。③に関しては、a) それぞれの専門性によって分立分業的なアプローチとなっている。b) それぞれの専門性を理解できておらず、チームとしての成果を十分に引き出せていない、c) チームアプローチのための方法論やシステムが未確立である。などの課題がある。これらの課題を1つ1つ解決する具体的方法を確認することが、実践における効果的チームアプローチを可能とすることにつながるであろう。

チームアプローチには、2つの構成要素があるといわれている⁴⁷⁾。1つはチーム構成員が優れた専門職であるということ、つまりチームを構成する個人がどうあるべきかという要素である。これは専門職として個人のスキルがどうあるべきかという視点とチームを構成する一員としてどのようなスキルが必要かという視点を含むものである。そしてもう1つは優れたチームであること、つまりチームとして高いチームパフォーマンスができるかという要素であるといわれている。

チームアプローチを実践していくうえでは、福祉か医療かということにこだわるのではなく、「何を指すのか」ということに焦点化し、そのなかでそれぞれの専門性と科学性をより明確にすることが重要であり、チームアプローチのなかで「利用者の自己実現にかかわる者」としての理念を持ち、切磋琢磨しそれぞれの役割を十分発揮することが、チームとしての機能を活かすことにつながるであろう。そしてそれが、それぞれの人が自分らしい生活・人生を創造していくことにつながると思う。

V. おわりに

医療・福祉を取り巻く情勢が大きく変化するなかで、リハビリテーション医療、ソーシャルワークに求められる役割も変化・拡大してきている。特にリハビリテーション医療では、地域生活のなかでの自立支援において専門性を発揮することが求められるようになってきている。

本論において、考察をすすめるなかで自立支援を実践するためには、利用者の生活をトータルのとらえることの重要性とチームアプローチが不可欠であることの知見を得ることができた。また、それと同時に真のチームアプローチを具現化するためには、課題が山積することも明らかになった。

今後の研究において、その課題を解決するためにソーシャルワークの発想を積極的に取り入れながら真のチームアプローチを具現化する方法の確立と、実践につなげていきたい。また、この論文では詳しく触れることができなかったが、チームアプローチを具現化するためには専門職教育のあり方を検討する必要性が示唆されたと考えている。そのことについても積極的に研究をすすめていきたい。

【注】

- 1) 大橋謙策 「ケアマネジャーの役割と位置—地域自立生活支援とコミュニティソーシャルワーク—」『総合リハビリテーション』31巻3号 2003年 236～242頁
- 2) 上田敏 「リハビリテーションの思想—人間復権の医療を求めて—」医学書院 2006年 29～47頁
- 3) 笠原千絵 「他の人ではなく自分で決める」『ソーシャルワーク研究』31巻4号 2006年 43～50頁
- 4) 澤村誠志 「社会リハビリテーション論」三輪書店 2007年 2～3頁
- 5) 中村隆一「入門リハビリテーション概論」医歯薬出版 2009年 8～14頁
- 6) 同書 8～14頁
- 7) 同書 8～14頁
- 8) 同書 8～14頁
- 9) 山本和儀 「福祉領域のリハビリテーション論」医歯薬出版 2008年 1～12頁
- 10) 奈良勲 「理学療法概論」医歯薬出版 2009年 17～

- 29 頁
- 11) 中村隆一 前掲書 111～115 頁
 - 12) 澤村誠志 「社会リハビリテーション論」 三輪書店 2007 年 1～18 頁
 - 13) <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jpta/02-association/data0903.html> 日本理学療法士協会 2009 年 1 月
 - 14) 作業療法士会調査部 「2008 年日本作表療法士会会員統計資料」『作業療法』28 巻 4 号 2009 年
 - 15) 日本理学療法士協会 「理学療法白書」アイベック 2005 年
 - 16) <http://www.roken.or.jp/> 全国老人保健施設協会 2009 年 1 月
 - 17) 橋元隆 「理学療法の Total Quality Management –時代が理学療法士に求めるものは何か–」『理学療法学』35 巻 8 号 2008 年 343～347 頁
 - 18) 厚生労働省健康局 「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための協力依頼について」 健発第 1129001 号 2002 年
 - 19) 上原正希 「医療ソーシャルワーカーの業務における制約について」『新潟青陵大学紀要』7 号 2007 年 7～15 頁
 - 20) 小山秀夫 「高齢者ケアのマネジメント論」『厚生科学研究所』1997 年 56～67 頁
 - 21) 黒澤貞夫 「人間の尊厳と自立」 建帛社 2009 年 2～70 頁
 - 22) 花村春樹 「ノーマリゼーションの父 N・E・バンク・ミケルセンその生涯と思想」 福祉 BOOKS 1994 年 165～183 頁
 - 23) 中俣恵美 「リハビリテーション医療とソーシャルワークの自立への観点」『関西福祉科学大学紀要』13 号 2009 年 239 頁
 - 24) 山本和儀 前掲書 1～12 頁 83～175 頁
 - 25) 太田義弘・中村佐織・石倉宏和編著 「ソーシャルワークと生活支援方法のトレーニング」中央法規 2005 年 1～24 頁
 - 26) 奈良勲監修 「日常生活活動学・生活環境学」 医学書院 2001 年 4～5 頁
 - 27) 同書 6～7 頁
 - 28) 伊藤利之 鎌倉矩子 「ADL とその周辺」 医学書院 1994 年 2～3 頁
 - 29) 矢谷令子 「姿勢と動作– ADL その基礎から応用」 メヂカルフレンド 2000 年 180 頁
 - 30) 千野直一 安藤徳彦編集 「ADL・IADL・QOL」 金原出版 2008 年 34～35 頁
 - 31) 上田敏 「ICF の基本的な考え方」『PT ジャーナル』36 巻 4 号 医学書院 2002 年 271～276 頁
 - 32) 太田義弘 「ソーシャルワーク実践と支援科学」 相川書房 2009 年 27～32 頁
 - 33) 奈良勲監修 前掲書 48～59 頁
 - 34) 伊藤利之 鎌倉矩子 前掲書 6～41 頁
 - 35) 世界保健機構 「ICF 国際生活機能分類」中央法規 2002 年 3～21 頁
 - 36) 大川弥生 「総合リハビリテーションにおける活用–大きく変化する流れのなかで–」『総合リハ』37 巻 3 号 2009 年 197～204 頁
 - 37) 同論文
 - 38) 大川弥生 「理学療法プログラムに生かす ICF (1) –目標指向的アプローチ–」『PT ジャーナル』36 巻 8 号 医学書院 2002 年 609～615 頁
 - 39) 大川弥生 「理学療法プログラムに生かす ICF (2) –リハビリテーションプロセスへの患者・家族の主体的関与・決定–」『PT ジャーナル』36 巻 9 号 医学書院 2002 年 696～703 頁
 - 40) 大川弥生 「ICF の基本的考え方をリハビリテーションの実際にいかに生かすか (2)」『PT ジャーナル』36 巻 6 号 医学書院 2002 年 441～447 頁
 - 41) 太田義弘 前掲書 30～33, 101～104 頁
 - 42) 金指巖 「ケアマネジメントとリハビリテーションスタッフ」『PT ジャーナル』 医学書院 36 巻 3 号 2002 年 149～154 頁
 - 43) リハビリテーション序論
 - 44) 上田敏 前掲論文
 - 45) 大橋謙策 前掲論文
 - 46) 金指巖 前掲論文
 - 47) 橋元隆 前掲論文
 - 48) 菊池和則 「協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ」『ソーシャルワーク研究』34 巻 4 号 2009 年 291～297 頁

