

リハビリテーション領域の専門職の価値意識について

——理学療法士・作業療法士へのアンケート調査から——

出田 めぐみ*, 西井 正樹*, 辻 陽子*,
中俣 恵美*, 林部 博光*

The Value Awareness of Specialization in the Field of Rehabilitation

——From a Questionnaire Survey of Physical Therapists and Occupational Therapists——

Megumi Izuta, Masaki Nishii, Yoko Tsuji,
Emi Nakamata and Hiromitsu Hayashibe

要旨：現在わが国は、高齢社会となり、個々人の価値や生き方の多様化が進んでいる。リハビリテーション領域でも、こうした時代の変化に対応してそれを支える価値意識を柔軟に変化させることが重要になってくる。リハビリテーションの究極の目標は、全人間的復権、自己実現といわれている。その目標に向かうためには、理学療法士・作業療法士も専門技術職としての価値基盤について常に考え、見直し成長させていく必要がある。

リハビリテーション領域の価値意識は、従来は医学価値（医学モデル）を中心としたものであったが、介護保険、自立支援などへ広がるにつれ、それだけではニーズに対応しきれなくなっている。そもそも人の生活は、固有性の強いものである。リハビリテーションとしての支援は、その人固有の生活に対する個別的な対応が求められる。そこで、理学療法士と作業療法士がどのような価値基盤を持っているのかについて、アンケート調査を行った。その結果、理学療法士・作業療法士の持つ価値意識は、その近接領域である社会福祉領域のものと共通する部分が多いことなど、いくつかの知見を得ることができた。

Abstract : Japan today has become a super old-aged and mature society. In such a society, value and the way of life of the individual diversify. In the field of rehabilitation, flexible value awareness corresponding to the change of the times has come to be demanded.

Conventional value awareness within the field of rehabilitation is mainly based on medical values (medical models), however, with the field's expansion to nursing insurance and support for independence, it is thought that it cannot support current diversifying needs. In the first place, people's lifestyles have strongly-defined inherent characteristics. For rehabilitative support, an individualized response particular to the characteristics of each person's lifestyle is desirable.

The ultimate aims of rehabilitation can be said to be the full restoration of human capacities, and self-realization. To work towards these aims it is necessary for physical therapists and occupational therapists to be constantly considering, revising, and developing them-

* 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

selves through, a value base as technically specialized professionals.

To this end, we performed a questionnaire survey to ascertain what kind of value bases physical therapists and occupational therapists hold. The results showed that there were many common elements with the related field of social welfare, and insights were gained into value awareness within the domains of rehabilitation and social welfare.

Key words : 価値意識 value awareness リハビリテーション rehabilitation 専門職 specialist profession アンケート調査 questionnaire survey

第 1 章 はじめに

少子高齢化が急速に進展し、また、団塊の世代が退職を迎え始め、これからの高齢者のニーズは大きく変化することが予測される。医学や科学技術の進歩に伴い、高齢期の生活様式はこれまでと大きく変わり、個々人の価値や生き方は多様になってきている。そのような中で保健、福祉領域で提供するサービスの内容・質の見直しが迫られ、色々な領域で活躍する専門職もその専門性を活かした支援を再考する必要が生じ、利用者理解のために用いるモデルには変化や広がりが生じてきている。リハビリテーションの領域も例外ではなく、障害者のニーズの多様化に対応するべく、近接領域の専門職の考え方を取り入れ、充実した機能を持てるようなモデルを発展させてきている。

わが国の理学療法や作業療法は、医学的リハビリテーションの専門職としては比較的古くから制度化されている職種といえる。総数は 2010 年 4 月には、理学療法士約 75,000 名¹⁾、作業療法士約 53,000 名²⁾と増加しており、その職域も医療から保健福祉領域へと広がってきている。医療の領域では、リハビリテーションの対象は、患者であり「心身の機能的な障害」を改善することに目が向けられがちであったが、保健福祉領域では、利用者の主体性に目をむけ、ニーズを重要視することが求められる。そのニーズは心身機能の回復だけではなく、職業や学び、余暇活動など、社会の中で自分らしく生きていくということに関して、幅広く向けられて

きている。その多様なニーズに対応するためには、これまでの医学的な枠組みにとらわれない支援のあり方が必要になってくる。介護保険や自立支援法などでは、利用者主体という考え方が、重要視されてきている。医療の領域でも、エンパワメントやコンピテンス、ストレングスなど、社会福祉の領域で発展してきたモデルを取り入れることが一般的になってきており、利用者自身が自分の力で選択し、自己表現し、社会に適応していくという支援の基礎的概念と方策が充実してきている。リハビリテーション領域でもその定義や方法の中で、これらのモデルを取り入れた教育や実践が進んできている現状はあるが、その概念は実践の中には、まだまだ浸透しきっていないといえないと考えられる。

それでは、これからのリハビリテーションの専門職としての理学療法・作業療法はその価値をどのように発展させていけばよいのであろうか。本稿では、まず、専門職と価値について整理した。さらに、社会福祉やリハビリテーションの領域で価値意識がどのように育ってきたのかについてまとめた。そして理学療法士と作業療法士が専門職としてサービスを提供していく上で、どのような価値意識を持っているのかについて、社会福祉領域の価値意識を用いたアンケート調査を行い、結果の分析を行う。そして、職種間や経験年数などによる価値意識の違いを考察する。

第2章 社会福祉とリハビリテーション

1. 専門職にとっての価値とは

北島は「価値は論理的思考や合理的判断といった客観的に言葉で説明できるというより、思考や言葉以前のものであり、自分の中から湧き上がってくる主観的でその個人特有の衝動、欲求、感情に近いものである」³⁾と述べている。そして、自らのアイデンティティとも深く関わっていて、人間の中に存在する根源的なもので、個人の考えや行動を導くものであるとしている。

また、太田⁴⁾は「価値と倫理とは有史以来の長い社会生活の中で育まれ、それが人間を人間らしく存在させてきた。そして価値と倫理が内在化されることで、隣人を慮り、叡智を共有して歴史を重ね、文化を育み文明を発達させてきた。これらの知恵が形成してきた価値観を行動規範に具体化したものが、倫理である」と述べている。そして、一方では「人間が思想、信条を持つようになるには必ず理由がある。しかし、それはあまり論理的、客観的でないことが多い。」「信念とは論理ではなく、経験に負うところが大きい。」とし、価値観は論理ではなく経験に負うところが大きいとしている。このように考えると、人が持つ価値というのはその人のとる行動に大きな影響を与えるものであり、さらにその価値観に基づいてとった行動の結果が、価値観の形成、変化に影響を与えているといえる。

モゼイはすべての専門職に共通する基本要素を図1のように示し⁵⁾、各専門職は独自の哲学的仮定を持ち、人間としての倫理に従い、日進月歩する科学技術の知見から自己の知識・技術を生み出し、改変し新たな治療理論を完成させていくと述べている⁶⁾。また、専門職の哲学的仮定は、「専門職の倫理的規約や専門領域の考え方や実践に伴う合法的な手段の基盤となる」、「哲学的仮定から専門家たちの共通の信条が作られ、このような信条は、一般的な同一性

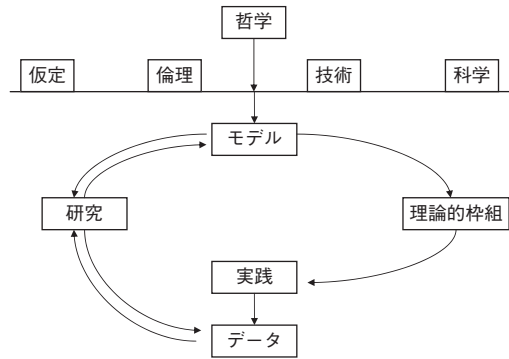


図1 専門職に共通する基本要素

や団結性をかもしだしてくれる」⁷⁾と述べている。ここで述べられている「共通の信条」は「価値」と同等の意味として用いられていると考えることができる。

また、北島は「パートレットはソーシャルワークに『共通基盤』という考え方を導入し、価値と知識をソーシャルワークの必須の要素として明確化し、その必須の要素を総合的に駆使してソーシャルワークが実践されるとした」と述べ、「この価値と知識という共通基盤を共有する限り、その実践がソーシャルワークであり、実践者がソーシャルワーカーである」とした。そして、専門価値、専門知識、専門技術をソーシャルワーク専門性の共通基盤として示し、専門価値を持つこと、それに基づいた実践を行うことを、専門的同一性の根本として位置づけている⁸⁾。

この共通基盤に基づく専門職の「専門性の構造」は図2のように示される。まず価値が明確に自覚される。そして、その価値に基づいて実践の使命、目的、対象が決まる。その使命、対象に基づいて専門機能と役割が決まり、それが決まると、機能、役割を遂行するための方法や理論である専門知識を準備し、さらに新たな知識が習得される。その方法や理論に基づき、それに応じた専門技術を駆使することができる⁹⁾。

また太田¹⁰⁾は、「ソーシャルワークの価値は

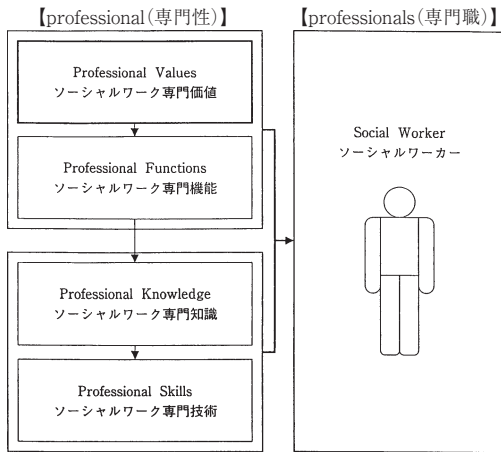


図 2 専門性の構造

実践への理念や原理を形成し、実践倫理へと昇華され、方法や技術の根底を支える動機や、実践行動の課題として存在している」「社会福祉が実践活動として具体化されるのは、このように蓄積されてきた価値を実現しようとすることに他ならない」と述べている。

このように専門職にとって価値はその行動の規範となり、専門的同一性の基本となる重要なものであり、さらに、専門職としての職務は、価値や実践倫理を日常的な実践活動の中いかに生きて働く実践力として具現化するかということといえる。

2. 社会福祉の理念と価値

(1) 社会福祉の変遷

戦後わが国の社会福祉は、貧しさへの対応であり、生活の基礎を確かなものにするために制度や政策という枠組みを整備することから始まったとされている。そのため、社会福祉の教育も研究もこの側面に重点が置かれ、社会福祉は政策科学として発展してきた。しかし、経済の高度成長を経て物的に豊かな社会が出現し、人々の社会生活への意識や態度が変化するにつれ、社会福祉の焦点が利用者側の生活の質や内容へと変化してきたといわれている¹¹⁾。

このような経過のなかソーシャルワークの領

域では、1970年代後半に利用者を生活という視点から見つめようと、「病理モデル」から「生活モデル」への発想の転換が求められるようになった。そして、システム理論や生態学が導入され、利用者の持つ固有な生活を理解し、それを獲得するための問題解決能力の向上に対して、支援をしていこうという利用者中心の視点が重視されるようになってきた¹²⁾。

1990年代に入ってから理論的成熟をみたジェネラル・ソーシャルワークでは、人と環境の関係を重要な課題として取り上げている。ここでは、人間を常に周囲との相互作用を通じて変化し、さらに周囲を変化させる存在として、人が生きていく過程を次のように理解する。「利用者を取り巻く環境は時間とともに常に変化しており、この変化に対して人はコンピテンスを発揮することによって適応しようとする。この時間経過の中での対処行動の繰り返しは人と環境の交互作用の過程であり、この過程が均衡・調整のとれた生活を作り上げていくために重要であり、利用者理解の重要なポイントである。」そして専門的介入の概念やアセスメント、エバリュエーション（評価）をより強調している¹³⁾。また、ソーシャルワークの概念については、2007年に国際ソーシャルワーカー連盟が「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（Well-being）の増進を目指して、社会の改革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワメントと解放を促進していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する知識と理論を利用して、人々がその環境と相互に影響し合うよう接点に介入する。人権と社会正義の原理はソーシャルワークの拠り所とする基盤である。」と定義している¹⁴⁾。

(2) 社会福祉の領域

社会福祉という言葉が広範に使用されるにつれ、その概念に内包される内容が曖昧となり、概念規定を理論的に説術するのは困難なことになっている。また、福祉（welfare）という言葉が持つ「幸せな状態をつくること」という意味

から考えると、社会福祉は抽象的概念で、あくまでも目標概念であるにとらえることができる。社会福祉の領域を論じるには、その概念をどの視点でとらえるかによって規定されるだろう。

社会福祉を、救貧政策を起源とし、日常生活と自立の支援を目的とした対人福祉サービス、公的扶助および社会扶助により形成される社会保障制度の一分野にとらえると、①生活保護、②児童福祉、③母子・家族福祉、④障害者福祉、⑤老人福祉、⑥地域福祉と規定することができる。これはいわゆる社会福祉6法といわれる6つの法律で保障されるサービスとはほぼ一致する。そしてこれらは、社会現象に対して一般社会（市民の相当数）が問題だと認識する福祉問題を対象としているとも考えられる¹⁵⁾。

一方、社会福祉は「人間の尊厳」を基盤とし、その人らしい生活を目指すものととらえると、社会経済体制とは無関係に、人間が社会生活をするうえで、必然的に生じるものとして福祉問題を把握することになる。この視点から領域を規定すると、①経済的安定、②職業的安定、③家族的安定、④保健・医療の保障、⑤教育の保障、⑥社会参加あるいは社会的協同の機会、⑦文化・娯楽の機会¹⁶⁾ととらえることができる。この分類では「人と社会」について、人はこの基本的要求を持ちながら、それを保障する社会制度との間に社会関係を取り結んだ生活をしているととらえている。そしてこの要求が、制度的に充足されない状況が生じている時それを福祉問題とする。その状況に対して調整・支援することで基本的要求の充足を図ることを社会福祉の職務と考えることができる。

どちらにせよ、社会福祉のとらえる課題は広く社会生活を送る人々が遭遇するものであり、それは経済的な支援や家族関係など大変広い領域に広がっている。

(3) 社会福祉を支える原理・価値

社会福祉は、人々の社会生活の根幹をなす施策を整備するという狭義の社会福祉（ハード福

祉）と社会福祉の理念や目的を人々の生活のなかに実現するための支援活動としての広義の社会福祉（ソフト福祉）に分類することができる¹⁷⁾。

このことからわかるように、社会制度的、経済的基盤の確立があつての福祉だが、社会福祉基礎構造改革で示された「個人が人として尊厳をもって家族や地域の中で、その人らしい自立した生活が送れるように支える」という理念は、どのような原理によって誕生したのだろうか。岡本ら¹⁸⁾は、社会福祉を支える原理として次のようなものをあげている。

①人間尊重の原理、②社会的責任性の原理、③生活の全体性の原理、④主体性援助の原理、⑤地域生活尊重の原理、⑥ボランティアズムの原理である。各々に概説を加えると、①に関しては社会福祉法の基本理念でもある個人の尊厳の保持に通ずるものであり、いかなる人であっても、人間として平等であり、一人のかけがえのない人格を持った主体的な人間だとするものである。②は憲法25条の国家責任の部分にあたるものであり、国民の生存権を保障するために社会福祉や社会保障を制度化し、公的責任を明確化する原理にあたる。③は人の困難性を経済的側面だけ、医療的側面だけなど一側面からのみとらえるのではなく、利用者の立場に立ち、抱えている問題をその人が結んでいる社会関係全体としてトータルに把握し、支援しようとすることである。④は主体的に生きようとする姿勢を大事にし、それを支援しようということであり、自己決定、自立、社会参加などのキーワードが含まれるものである。⑤はノーマライゼーションやコミュニティケアの思想にみられる地域社会とのつながりや地域の中で共に生きていける社会づくりに力点をおく考え方である。⑥は制度と対置し、福祉社会の創造に向け、行政から独立してなされるボランティアな民間の立場、すなわち住民参加、住民主体といった民間の活動や運動を支える原理である。

以上述べてきたことをまとめると社会福祉と

は、主体は人間であり、目的は「人間の尊厳」を基礎に「生存権・生活権から幸福追求権」までを含む人権、それを保持・擁護するための「ニーズの充足」¹⁹⁾を目的とする実践科学ととらえることができよう。

3. リハビリテーションの理念と価値

(1) リハビリテーションの理念の変遷

1981年、世界保健機関は、「リハビリテーションは、障害 (disability) やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。リハビリテーションは、障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりではなく、障害者の社会的統合を促すために全体としての環境や社会に手を加えることを目的とする。そして、障害者自身、家族、彼／彼女たちが住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関係するサービスの計画や実行にかかわり合わなければならない」と定義している²⁰⁾。ここでは、障害者自身の障害や状態の改善のみならず、人的・物的援助である社会資源を利用するなど、環境や社会を調整することで障害者の社会的統合を促す視点が導入された。

現在では、障害 (disability) の概念が多様化し、障害は医学的概念だけでなく、社会や経済や政治をめぐる概念となり、リハビリテーションの目指すところは、障害問題の全領域ではなく、個人の生活機能 (Functioning) の改善にかかわる領域であると考えられるようになってきた²¹⁾。

わが国では平成 5 (1993) 年に障害者対策推進本部が決定した障害者対策に関する新長期計画では、障害者に対するリハビリテーションについては、「障害者の自立自助を援助し、全人間的復権を目指す医学的、心理的及び社会的な総合的対応として、全ライフステージにおいて、それぞれの時期における異なるニーズに対応する必要があること。また、地域に密着したリハビリテーションの実施体制を一層充実させること」が掲げられ、障害者が生涯にわたり、

全人間的復権を目指すリハビリテーションおよび障害者が障害を持たない者と同等に生活し、活動する社会を目指す「ノーマライゼーション」の理念が強調されている²²⁾。

さらに、平成 9 (1997) 年、今後の障害保健福祉施策の在り方については、基本的理念のひとつとして障害者の自立と社会経済活動への参画の支援が掲げられた。リハビリテーションは、必ずしも職業復帰や経済的自立のみを目標とするのではなく、生活の自立をはじめとするあらゆる意味での自立、社会活動への参画、主体性の確立等広範な領域にわたるさまざまな目標の持ち方があると考えることが必要で、このためにリハビリテーションを支える地域の人的、物的な社会資源や施策を図ることが必要であるとされている²³⁾。

このようにリハビリテーションは医学モデルから生活モデルへ発展し、対象を全ライフステージにおける生活者のニーズととらえている。また、障害者の主体性や個人々の思考や活動の個別性の尊重の重要性を大きく取り上げる方向に大きく変わってきている。また、障害者の社会的統合を促すために、社会や環境を調整することもその目的としてとらえるようになってきている。

(2) リハビリテーションの領域

リハビリテーションは、WHO の定義では、医学的・社会的・教育的・職業的の 4 つの側面から述べられている。この 4 つの側面と、医療、保健、社会福祉の視点で全体像を示すと図 3 のようになる²⁴⁾。医学的リハビリテーションは、理学療法士や作業療法士の多くが携わっている分野でありこれを基点にリハビリテーションの領域について考えてみる。

医学的リハビリテーションでは、その対象が患者あるいは障害者であり、疾病や傷病の管理と並行して、機能障害の治療・機能的制限の予防および軽減・社会的活動への参加を促すことが目的になっている。回復過程別にみると、急性期・回復期では、主として機能回復を目的と

した訓練が行われる。ここでは、必然的に、心身の機能とその回復に向けた理論やモデルに関する知識や技術が求められる。この時期は、利用者は患者として存在するため、機能回復が主な目的となり、社会的な要素は考慮しなくても療法士としての責任の多くを果たすことができる。また、救命処置など患者が必要とする治療が提供され、医療的必要を充足させることに重きがおかれる。時間経過に伴い「患者」が欲求を持ち合わせた「生活者」に変化していくため、必要というよりむしろ欲求の充足を支援することが目標となる。この欲求は、心身機能の回復に伴い、自然に個人的なものから社会的なものへと広がっていくと考えられる。

2008年の医療制度改革は、「生活の質(QOL)を高める医療」、「生活を重視した医療」、「重点的に対応すべき領域の評価(がん、脳卒中等)」、など6つの項目に沿って改訂された。これらは、地域移行・地域療養支援に重きをおくものと解釈できる。介護保険制度においては2006年の制度改定で、居宅(特定施設等を含む)系サービスの充実が示された。「障害者自立支援法」でも地域移行支援の導入が特徴とされ、障害者の就労支援、事業の創設、福祉・雇用・教育分野との連携の強化等、支援の充実が望まれている。また、精神保健施策でも「入院医療中心から地域生活中心へ」という考え方に基づき、地域生活支援策を強化している。そし

て、現在では地域社会生活でのリハビリテーションが重要視されてきている²⁵⁾。

医学的リハビリテーションは、急性期から回復期、維持期へと進むなかで少しずつ福祉的な側面を持った職業的・社会的・教育的リハビリテーションに移行する。職業的リハビリテーションは「障害者に対して、職業指導、職業訓練、職業紹介、その他この法律に定める措置を講じ、その職業生活における自立を図ることをいう」と述べられている²⁶⁾。また、社会的リハビリテーションとは、障害者が家庭、地域社会、職業上の要求に適應できるように援助することで、全体的リハビリテーション過程を妨げる経済的社会的な負担を軽減し、障害者を社会に統合または再統合することを目的としたリハビリテーション過程の部分であると定義されている(WHO 1968年)。1986年、国際リハビリテーション協会(RI)の社会委員会は(障害者に対する)社会的リハビリテーションを、社会生活力(social functioning ability, SFA)を身につけることを目的とする過程とした。社会生活力は、各種さまざまな社会的状況のなかで、自分のニーズを満たすことができ、社会に参加して最大限の豊かさを実現する権利を行使できる能力のことであると定義されている²⁷⁾。

以上のように、リハビリテーションの領域を見てくると、領域ごとに対象者のニーズの様々な変容が存在すると言えるだろう。

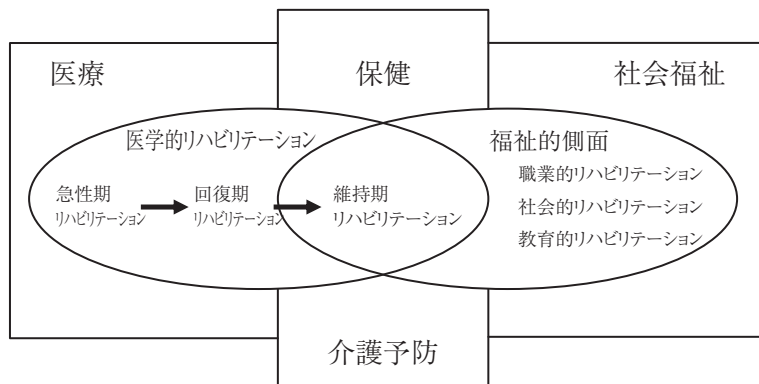


図3 医療・保健・福祉とリハビリテーション

(3) リハビリテーションを支える原理・価値

前節で述べたリハビリテーションの定義から考えると、その中にはノーマライゼーションや利用者主体、社会生活尊重など岡本らのいう社会福祉の原理が基本的な実践哲学として息づいていることが理解できる。加えて、リハビリテーションの社会的独自性を表す中核概念の一つとして、エンパワメントが重要視されている²⁸⁾。エンパワメントとは、公的（法的）な権能（権限）あるいは能力（資格）の付与を意味する。障害の有無を問わず、全ての人の潜在能力を引き出し、質の高い人生を送ることができるように、個人を力づけるという視点から、あらゆる社会資源を検討し、条件整備を行おうとする考え方である。

次に、今回調査の対象とした理学療法士／作業療法士について細かく見てみる。作業療法においては、その価値意識やモデルの中に社会福祉との共通部分が多くみられる。作業療法の特有な方向を形づくる価値の一つに、利用者のエンパワメントに対する尊敬があげられる²⁹⁾。作業療法士は、人は自ら作業をおこなうことで成長し、健康になっていくのだという信念を共有し、実践では、主に利用者が自ら行う行為に焦点を当てている。何をすることを好み、どのように行うことに価値をおき、どのような状態になることが満足かは、作業療法士ではなく当事者であるクライアントが決めることが当たり前なこととして認識される。これは岡村のあげた社会福祉の原理（6項目）のうち①人間尊重の原理、③生活の全体性の原理、④主体性援助の原理の項目そのものであるとあってよいだろう。

次に、人と社会・環境の関係について考えてみる。最近では、WHO が、国際生活機能分類（2001年）（以下 ICF）で、機能や障害と環境との関係を大きく取り上げている³⁰⁾（図4）。たとえ環境そのものは同じであっても対象者との関係（認知的環境）においてその意味は大きく変わりうる。環境は人の健康状態を大きく左

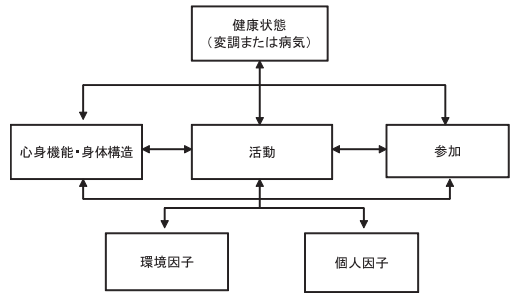


図4 国際生活機能分類 (ICF)

右する要因として避けられないものだという認識が認められたということともいえる。

理学療法では、人間は環境（自然環境・文化・情報・人間・社会など）との相互作用によって機能のみならず、活動・参加の状態が規定されると考える。利用者と環境の関係が重要で、より質の高い活動や参加を目指す場合、利用者と環境の適合性を高める必要が生じる。そのため理学療法の実践時には環境は詳細に調整する対象とされる。そして、環境を個人に合わせて変化させることで活動・参加の状況を良いものにしていくことが手段の一つとして認識されている³¹⁾。

一方、作業療法では人間は環境に対して開かれた存在（オープンシステム）であるという見方をしている。これは次のような考え方である。「人は生物として持つあらゆる機能を総動員して作業（活動・参加）をする。そして、作業することで環境に働きかけ、変化させ、また逆に環境からの影響を受ける。そして、人はその作業から色々なことを学び、変化・成長していく。」こうした作業体験の積み重ねがその人の人生、あるいは「その人そのもの」を形作っていきと考えられる³²⁾。

これらは、社会福祉における環境のとらえ方と共通している。例えば、2007年の国際ソーシャルワーカー連盟の定義の後半部分「ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する知識と理論を利用して、人々がその環境と相互に影響し合うよう接点に介入する。」と共

通しており、人間と社会をシステムとして動的にとらえる概念であるといえる。

このようにみても、リハビリテーションと社会福祉はいろいろな側面から見て、共通の価値意識を持つと考えられる。

第3章 リハビリテーション専門職の 価値認識の調査

1. アンケート調査の目的

(1) 目的

今回のアンケート調査の目的は、リハビリテーション専門職である理学療法士と作業療法士がどのような価値意識を持っているかを調査することである。リハビリテーションの領域では価値や倫理について、述べられている文献は社会福祉の領域に比べかなり少ない。そこで、今回は、太田のまとめた社会福祉の実践哲学としての価値認識を用いた³³⁾。

(2) アンケート調査に用いた価値意識の基盤³⁴⁾

(太田による 32 項目の価値認識)

それぞれの専門職には倫理綱領が設けられており、専門職としての行動の規範となっている。しかし、それらは具体的な行動・実践に移す場合の指針としては、概念的で理解しにくい部分がある。太田は社会福祉専門職の価値について、「実践の根底をなす社会福祉の哲学が問われている」と述べ、さらに社会に共有される客観的な価値意識と自己特有の主観的認識に基づく価値意識の総称を「実践哲学」としている。価値意識は、思想や文化の進展に伴い変化するもので、ソーシャルワーカーにとっては、とりわけ人間、社会、福祉などへの共通理解が重要となると指摘している。専門職としての価値と倫理の重要性を論じるにあたり、自ら培い構築してきた活動の意義と目的、実践方法を明言することの必要性を指摘している。そして、自らの価値意識について人間と社会、支援という視点で箇条書きにまとめていく。

「人間理解への視点」については、人間の尊厳、権利や自由、責任という基本的価値に加え

て、人と環境の関係を重視し、また、社会的自律性を強調している。そして実存的な人間理解を重要視し、一人ひとりを「固有な命という必然性を付与され、存在の意義を認められたもの」述べ、その故に人と社会に対する大きな責任が負わされているという宗教観に基づく自覚を持つべきという信念を明確にしている。

「社会認識への視点」では、人間と社会との関係性をソーシャルワークの人間へのアプローチとしての「支援科学」という立場からとらえることを明示している。そして、人間の英知と努力が社会を形成し、それが人間の生活を創造するというフィードバック機構に基づいた、相互に不可欠な関係性を持つこと、そしてその基盤が、人間であることを信念としてとらえている。

「実践への価値意識」では一つは社会福祉を構想する基本的な視点からまとめられている。ここでは社会の認識から引き続いて、人間を生活主体としてとらえ、社会福祉の実践に責任を持つ存在として理解している。そして、社会が、個人の生活を支援する責任を持つという積極的な実践概念として社会福祉をとらえようとしている。

さらに「支援」という概念理解から基本的な価値意識をまとめている。これは、社会福祉やノーマライゼーションの理念・思想が実践でどのように具体化されるのかを、生活支援というソーシャルワーク固有な視点から述べたものである。利用者・家族中心という立場や、実践過程などにより構成されている。

2. 調査方法

(1) 調査対象

関西医療技術専門学校の実習施設の理学療法士および作業療法士にアンケートを配布し、価値意識について調査した。対象の属性(男女、経験年数の構成、所属施設の機能別構成)を(表1、2)に示す。

(2) アンケートの内容

アンケートは、「人間への理解」(以下人間理解)「社会認識について」(以下社会認識)「基

本的な価値認識について」(以下基本価値)「実践をめぐる価値認識について」(以下実践価値)の4つの大項目と、それぞれについて各8個の

表1 調査対象者属性 男女構成

| | PT | OT |
|----|-----|-----|
| 男性 | 86 | 71 |
| 女性 | 54 | 58 |
| 計 | 140 | 129 |

(名)

表2 調査対象者属性 臨床経験年数

| 経験年数 | 3年以下 | 4年以上 | 10年以上 | 20年以上 | 30年以上 |
|-------|------|------|-------|-------|-------|
| 理学療法士 | 59 | 61 | 14 | 5 | 1 |
| 作業療法士 | 62 | 51 | 10 | 5 | 1 |

(名)

表3 アンケート内容

| | 人間の理解について | 社会認識について | 基本的な価値意識について | 実践をめぐる価値意識 |
|---|--|--|--|---|
| ① | 人間は身体的・精神的・社会的・霊的(スピリチュアル)な特性よりなる | 社会は発生的に多様な個々人の社会的行為の変換と、その歴史上に構成される有機的集団である | 社会福祉は科学技術や文化の恩恵を享受し、健康で物心共に豊かな日常生活を努力して実現し、維持・継続していく状態を示す概念である | 支援とはソーシャルワークの中心概念であり、その特性は、人間の社会生活を生きざまとして包括的・統合的にとらえる生活の支援にある |
| ② | 人間は不可侵の尊厳を付与されているとともに、固有な存在価値を保有し、それを実現する能力を持っている | 社会は家族という生活上の基礎的な単位を基点にして、広く組織を機能的・合目的に構成している | 社会福祉は一定の生活水準を基点に個々人の生活要求を反映した相対的な概念と基準で理解され、対応が推進されるものである | 支援とは、発想の基点を利用者中心の固有な生活世界におき、生活状況に対処しようとする利用者の意思と能力さらに、機会と努力を強化し推進する |
| ③ | 人間は自己実現への可能性を追求する自由を持つと共に、自らの社会的行動には全幅の責任を負っている | 社会は構成員の社会生活を反映した文化的・社会的・経済的・政治的な独自のシステムの上に構築されている | 社会福祉はそれを享受する人の意識と行動に基づき、権利として広く追求される施策である | 利用者中心の生活支援とは、必然的に固有な生活世界の基盤である家族中心の視点を重要視した方法で展開される |
| ④ | 人間は時代の成果を享受した生活を追及する権利を持つと共に、豊かな社会作りに参加し、協議する義務を負っている | 社会は構成員の社会生活での価値と規範を反映した諸制度のもとに、新しい社会の構成を目指している | 社会福祉は自らの生活を自立・発展させる第一義的責任が、固有な生活を営む個々人にあることを前提とした方策である | 支援は利用者と家族、さらに社会環境をめぐり、生活世界の持つ、課題解決能力の育成という自助を支援する特徴を持っている |
| ⑤ | 人間は生活過程で出会うさまざまな経験から学習を蓄積し、常に変容し、成長する能力を持っている | 社会は構成員の諸要求に対応して、独自の構造と機能から社会を安定的に維持・統制する機能を内包している | 国家・社会はそのための十分な条件整備と自立生活の支援をする責任を負っている | 支援は物的・財政的サービスの提供を通じた状況改善と併用して展開されるが、その中心は対人サービスを主眼とした生活支援にある |
| ⑥ | 人間は生活過程で遭遇する問題や危機的状況に対処・克服して、日常生活の均衡を維持する適応能力や社会的自律性を持つ創造的な存在である | 社会システムへの期待や批判から、現実を否定した社会生活は成り立たず、生活過程を通じた構成員の参加と協働によって社会は変動する | 社会福祉は、与え、受けるという姿勢が本来的なものではなく、自ら支え、参加・協働・支援する姿勢が基本である | 支援はその目的を達成するために、何よりも一連の支援活動行為の積み上げからなる実践課程を通じて推進される |
| ⑦ | 人間は日常生活の場面で、論理的・合理的な行動を常にするものではないが、現実場面の中では独特な選択と決断ができる能力を持っている | 社会は構成員の地位と役割に基づく社会的行動を期待しており構成員の理解と協力を通じて社会福祉は構築される | 社会福祉は人間の生活という生き様をトータルな生活の領域と内容という視野と発想で理解・把握しようとする生活支援概念から成り立つ | ソーシャルワークの専門性・科学性は、実践課程を深化させた展開方法によって実証される |
| ⑧ | 人間は現実場面でのコミュニケーションを通じて、相互に理解を深めることが可能な実存的な存在である | 社会は、時代の要請に応えられるよう制度としての社会福祉を策定し、社会を調整できるシステムで構成されている | 社会福祉は特定の問題を持った人のみを対象にするのではなく、広くより豊かな生活課題の回復と実現を目標にした積極的な概念である | 生活支援には学際的な専門領域の協働を必要とすることから、効果的な支援を提供できるサービスのコーディネーションに実践的特徴がある |

5:とても当てはまる 4:少し当てはまる 3:どちらともいえない 2:あまり当てはまらない 1:まったく当てはまらない 0:内容がよく分からない

小項目、合計 32 項目からなる。各項目の説明文が、理学療法／作業療法、およびリハビリテーションの価値を表す文章として読み取れるよう、主語を社会福祉、支援からリハビリテーション、理学療法／作業療法に変えた。そして、その文章がそれぞれ自身の専門職の価値観に当てはまるかどうかを 5 段階で評価する方法を用いた。

また、領域の違いから、使用する言葉の使用方法や認識に差があることを考慮し、0（内容がよく分からない）の選択肢を加えた。アンケート

の内容を表 3 に示す。

(3) 実施期間および回収率

2010 年 4 月 15 日から 5 月 7 日の期間に、12 施設に所属する理学療法士 200 名、12 施設に所属する作業療法士 162 名に直接手渡しして配付または、郵送で配付する方法をとった。回収率は理学療法士 70.0%、作業療法士 79.6%であった。

(4) 分析方法

分析は、まず各項目の特徴について職種別、男女別、所属施設の機能別の単純集計を行っ

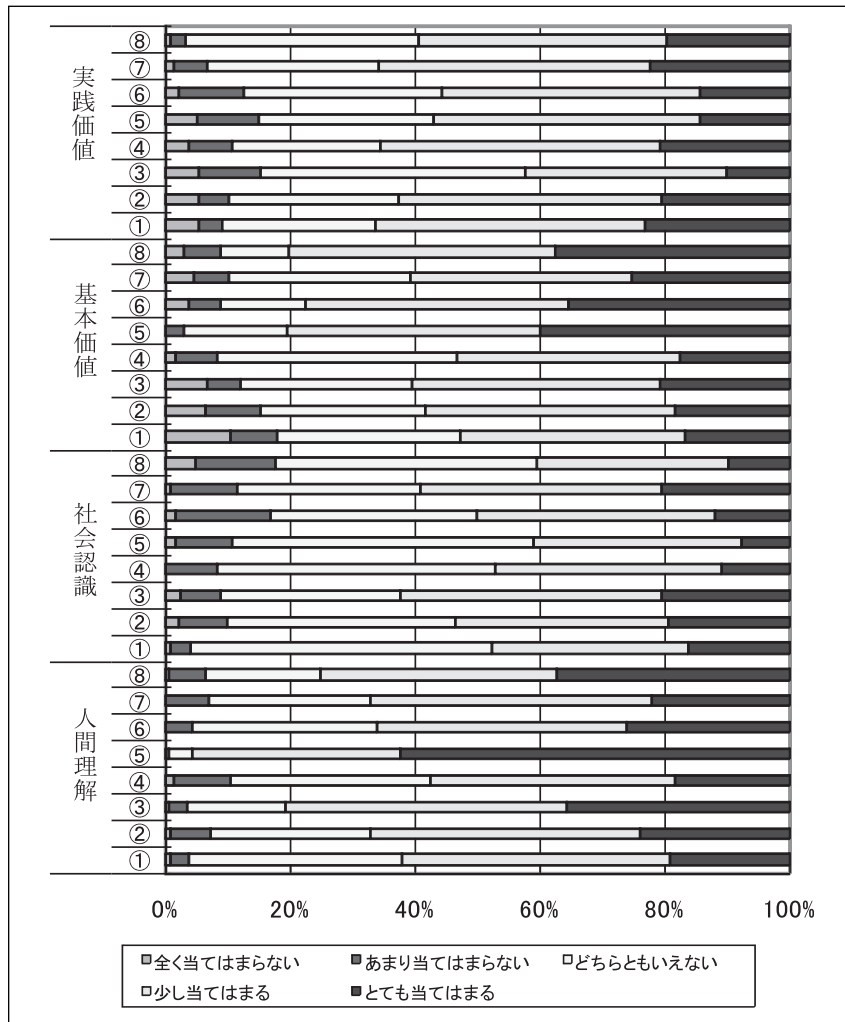


図 5 アンケート結果集計 各項目の割合（理学療法士）

た。また、職種別、所属施設の機能（急性期、回復期、維持期、）についての平均値の差を見るために、Mann-Whitney の U 検定で分析を行った。

3. 結果

(1) 単純集計から

単純集計から理学療法士、作業療法士について 32 の小項目ごとに割合を比較した (図 5~7)。4・5 (少し当てはまる・とても当てはまる、以下:「当てはまる」) と回答したのは全体

の 57.9% であった。32 の項目で見ると表 4 のようになり、「当てはまる」の回答が特に多かった (80% 以上) のは、人間理解の③と⑤の項目で、⑤の項目は全体の 92% に至っている。全体で見ると 80% 以上が「当てはまる」を選んだのは 4 項目、70% 以上が「当てはまる」を選んだのは 8 項目であった。理学療法士と作業療法士を比較してみると、70% 以上が「当てはまる」を選んだのは理学療法士では 6 項目、作業療法士では 13 項目であった。一方「当てはまる」を選択したのが 50% 未満であっ

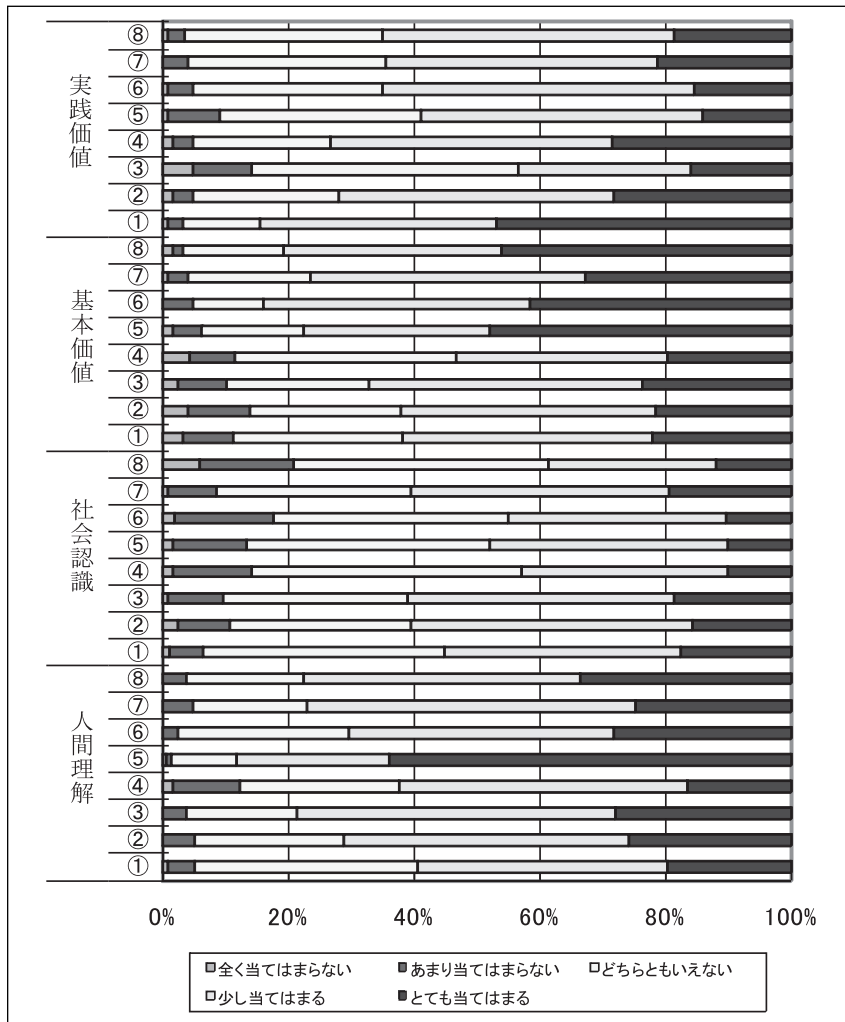


図 6 アンケート結果集計 各項目の割合 (作業療法士)

たのは、ともに5項目であった。

(2) 理学療法士と作業療法士の比較

1) 32の小項目での比較

Mann-Whitney の U-検定を用いて 32 の小項目で理学療法士と作業療法士での差の有無について分析を行った。基本価値の⑦、実践価値の①の2つの項目について有意差が認められた(表5)。

2) 内容の理解について

0 (内容がよく分からない、以下「分からない」) が選択された項目を累計すると、選ばれ

た項目数は、理学療法士の方が作業療法士よりも多かった。選択された項目のうち特に多かったのは、社会認識の①と人間理解の①の項目である。人間理解の①では理学療法士の数が作業療法士の数の倍以上となっていた(図8)。

(3) 所属施設の機能別(急性期、回復期、維持期、終末期)の比較

所属施設の機能別分類で、比較した。複数回答があったものを除く、急性期 54 名、回復期 87 名、維持期 61 名で検討した。終末期は1名であったため検討していない。

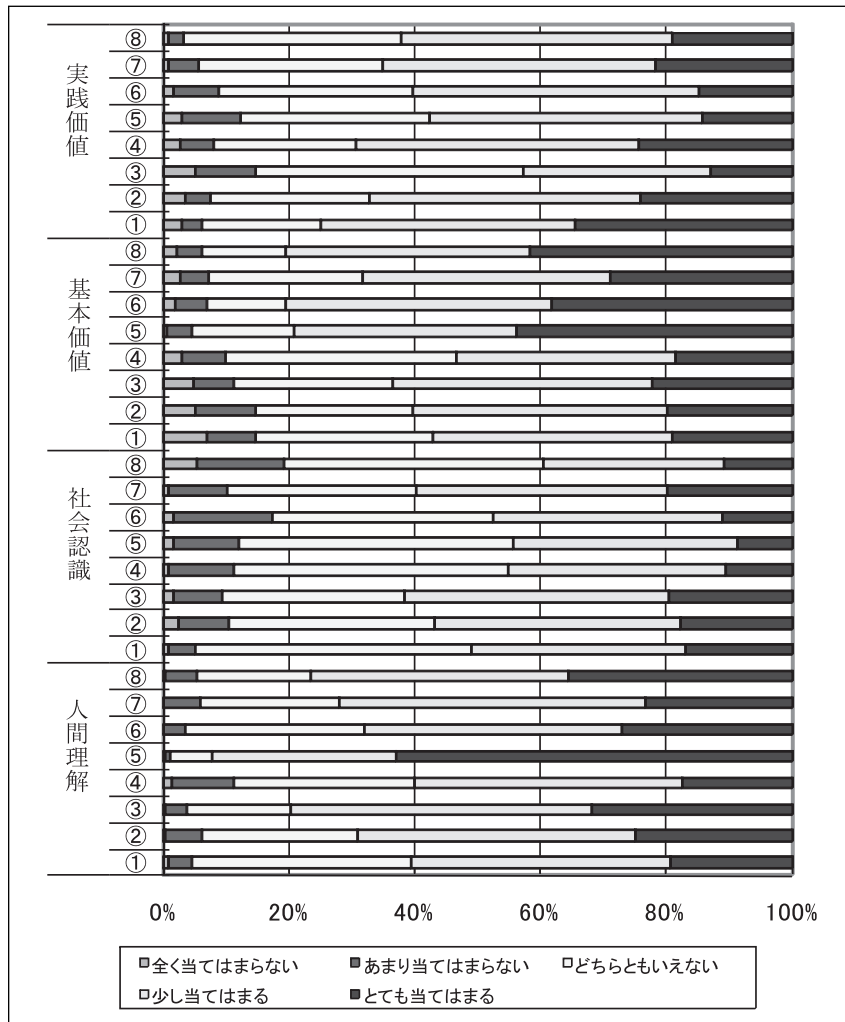


図7 アンケート結果集計 各項目の割合(全体)

表 4 4・5「当てはまる」を選んだ割合

| | 大項目 | 80%以上 | 75%以上 | 70%以上 | 50% 未満 |
|----|------|-------|-------|-------|--------|
| PT | 人間理解 | ③⑤ | ⑧ | | |
| | 社会認識 | | | | ①④⑤⑥⑧ |
| | 基本価値 | ⑤⑧ | ⑥ | | |
| | 実践価値 | | | | ③ |
| OT | 人間理解 | ⑤ | ③⑦⑧ | ②⑥ | |
| | 社会認識 | | | | ④⑤⑥⑧ |
| | 基本価値 | ⑥⑧ | ⑤⑦ | ②④ | |
| | 実践価値 | ① | | | ③ |
| 全体 | 人間理解 | ③⑤ | ⑧ | ⑦ | |
| | 社会認識 | | | | ④⑤⑥⑧ |
| | 基本価値 | ⑥⑧ | ⑤ | | |
| | 実践価値 | | ① | | ③ |

表 5 職種間による価値認識の差異

| | | PT | OT | |
|------|---|------|------|--------|
| | | 平均 | 平均 | P |
| 基本価値 | ⑦ | 3.71 | 4.40 | P<0.05 |
| 実践価値 | ① | 3.75 | 4.28 | P<0.05 |

急性期では回復期、維持期に比較して「分からない」を選択したものが多くみられた。なかでも社会認識の領域で特に多かった(図9)。

(4) 経験年数別の比較

Mann-Whitney の U-検定を用いて 32 の小項目について、経験年数が 4 年未満のものと 4 年以上のものに分けて比較をした。社会認識の①②③④⑤と基本価値の④の項目で有意差が認められた(表6)。

表 6 経験年数による価値認識の差異

| | | 4年未満 | 4年以上 | |
|------|---|------|------|--------|
| | | 平均 | 平均 | P |
| 社会認識 | ① | 3.43 | 3.81 | P<0.05 |
| | ② | 3.51 | 3.74 | P<0.05 |
| | ③ | 3.55 | 3.87 | P<0.05 |
| | ④ | 3.35 | 3.53 | P<0.05 |
| | ⑤ | 3.26 | 3.53 | P<0.05 |
| 基本価値 | ④ | 3.34 | 3.54 | P<0.05 |

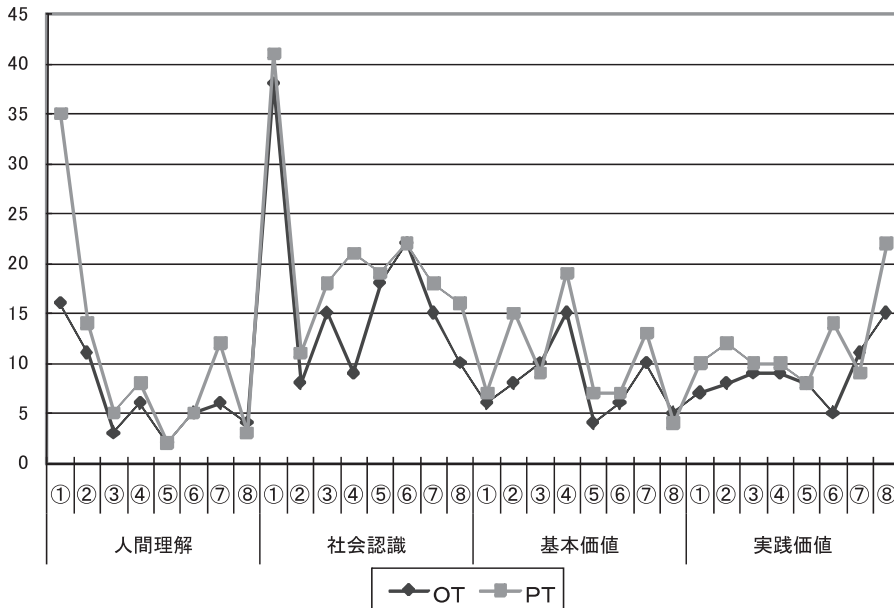


図 8 職種別 0 (内容がよくわからない) を選択した数

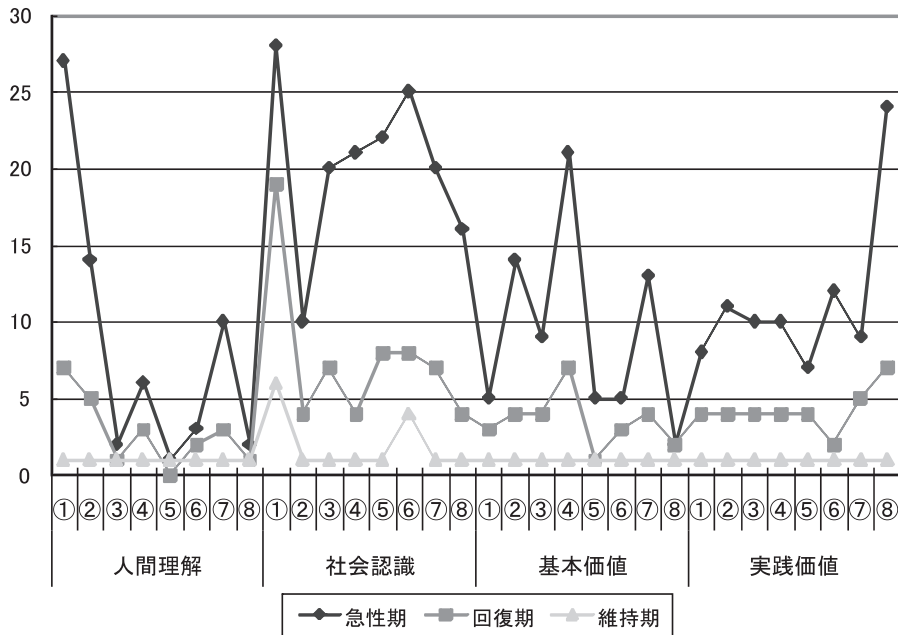


図9 所属施設の機能別 0 (内容がよくわからない) を選択した数

第4章 考察

集計の結果、1・2 (まったく当てはまらない・あまり当てはまらない) を選んだ数は少なかった。また、職種間 (理学療法士/作業療法士) や男女間、所属施設の機能別、経験年数などで分析した結果、社会認識以外の項目では有意差のみられる項目は少なかった。このことから理学療法士/作業療法士はそれぞれの実践の方法やモデルには少なからず違いがあるが、基本哲学といえるリハビリテーションという部分では価値認識に違いは少ないことがわかった。そして、持っている価値認識は、社会認識以外では社会福祉の価値認識と共通する部分が多いと考えられる結果となっていた。ここで、理学療法士/作業療法士の持つ価値認識について、4つの大項目から考察する。

(1) 人間理解について

70%以上のものが「当てはまる」を選択した項目は、理学療法士3項目、作業療法士6項目、全体では4項目となった。これは、社会福祉とリハビリテーションでは人間理解については、共通な価値認識を持つ部分が多いという結果であると考えられる。第2章で述べたように、人間理解については社会福祉、リハビリテーションの両方で、エンパワメント、ストレングスといった概念を取り入れているなど共通している部分が多い。人間理解の8項目のうち、「当てはまる」が多かった4つの項目について、エンパワメントの視点からみてみると、③の「人間は自己実現への可能性を追求する自由を持つと共に、自らの社会的行動には全幅の責任を負っている」は、杉本らの述べる「利用者についての専門家は利用者自身であり、利用者は自分の人生を設計し統制する力をもっている。」「利用者には自分の行動に責任をもつ能力とその義務がある」というエンパワメントの概念に近いものになっている³⁵⁾。

⑤の「人間は生活過程で出会うさまざまな経験から学習を蓄積し、常に変容し、成長する能力を持っている。」は理学療法士/作業療法士

ともに最も多くの人々が当てはまるを選んだ項目である。これは津田がエンパワメントに関して述べる「利用者を一個人として尊重し、利用者の潜在的可能性や能力を信じて疑わない信念」³⁶⁾とほぼ一致するものである。理学療法士や作業療法士は、それぞれの実践の中で利用者が練習、工夫するなど学習・経験することによって利用者自身の変化を導き出すことを目的とすることが多い。これは「利用者の潜在的可能性や能力を信じて疑わない信念」に支えられているといえ、価値意識として多く選択されたと考えられる。

⑦の「人間は日常生活の場面で、論理的・合理的な行動を常にするものではないが、現実場面の中では独特な選択と決断ができる能力を持っている」は、エンパワメントでいう「自己決定」する力に当たると考えられる。⑧の前半部分で触れられている「コミュニケーション」については、久保の述べる「クライアントとワーカーのパートナーシップ」³⁷⁾や津田の述べる「エンパワメントの根底には利用者との信頼関係があり、パートナーシップの関係を築く」³⁸⁾など、社会福祉の分野では強く重み付けされていることといえる。リハビリテーションでもラポール（信頼関係）という言葉が重要視されており、信頼関係に基づいた相互理解は実践を支える価値として重要なものとしてとらえられていると考えられる。

これらのことから、リハビリテーションでは社会福祉領域に比べて、価値や倫理についての記述は少ないが、エンパワメントの概念については、実践哲学として定着したものになっていると考えられる。

これ以外に、作業療法士では②⑥の項目でも70%以上が「当てはまる」を選んでいいる。この2項目は、人間が社会生活するうえでの主体的な存在となり、問題を解決する力を持っているとする価値認識に基づいた文章になっている。作業療法では「人は作業することでよりよい自分になれる」を基本的理念としており、人

を作業することで成長し、また適応能力を持つ存在として理解している。また、作業療法では応用動作能力、社会適応能力の回復が目的とされており、⑥の項目で述べられている適応能力や社会的自律性への対処・克服の可能性を表した部分が専門職の価値としてとらえられたといえる。そのため②と⑥が作業療法士にとっての価値認識として、理解しやすかったと考えられる。

一方人間理解の①「人間は身体的・精神的・社会的・霊的（スピリチュアル）な特性よりなる」の項目では0（内容がよく分からない）が選択された回答数は、PT（35名）とOT（16名）で最も大きな差がみられた。1965年に施行された理学療法士及び作業療法士法では、「理学療法とは、身体に障害のある者に対して、…」 「作業療法とは、身体または精神に障害のある者に対し…」とある。身体的、精神的、社会的に人間をとらえる視点は作業療法士の方がよりもちやすい傾向があるといつてよい。

また、「霊的（スピリチュアル）」ということばは、リハビリテーションでは聞きなれないものであった。しかし、作業療法ではカナダの作業療法士協会の「人に対する信念」（表7）³⁹⁾な

表7 人に関する信念

- ・人は作業的存在である。
- ・人はすべて唯一無二の存在である。
- ・人はすべて生来的尊厳と価値を有するものである。
- ・人はすべて自らの人生を選択し得る存在である。
- ・人はすべて自己決定するための何らかの力 capacity をもつ存在である。
- ・人はすべて作業に従事するための何らかの能力 ability をもつ存在である。
- ・人はすべて変化する何らかの可能性をもつ存在である。
- ・人は社会的、スピリチュアルな存在である。
- ・人は作業に従事するための多様な能力をもつ存在である。
- ・人は環境を形成し、また、環境により形成される存在である。

文献 39) より一部抜粋

どが広く理解されている。ここでは、人は統合された全体であり、スピリチュアリティ、社会的文化的経験、作業遂行要素が統合されたものと理解され、スピリチュアリティは、人の本質として位置づけられるもので、人に生得的に備わっている自我の本質であり、意志、動機や自己決定・自己統制の源泉であり、行動や選択を決定するための拠り所であるとされている。回答の中で用いられている「霊的（スピリチュアル）」の概念とは異なるが、作業療法士にとっても、人間の特性として持つべき視点のひとつとしての認識があったものが多かったと考えられる。

(2) 社会認識について

社会認識のすべての項目を合わせてみると、「当てはまる」を選択したものは50%に満たなかった。また、社会認識全体では、「分からない」を選択した割合が14%と他の3項目に比べ、最も多かった(図7)。

他の価値意識に比して、社会認識に対する項目で「分からない」と答えた割合が多いこと背景として、①そもそもリハビリテーションの理念に社会という基盤が希薄である、②医学的リハビリテーションの実践において、社会認識が低くても方法を展開することができる、③社会を対象とする概念や、社会を対象としての方法論が少ない、などが考えられる。このことから、リハビリテーションの教育や研究のなかで、社会の側面を取り上げ、探究することが少なかったことが推測できる。

また、前述の社会リハビリテーションや地域リハビリテーションの考え方には社会という概念が含まれてきている。にもかかわらず上記のような結果となったことは、社会という価値は概念としてはあるが、リハビリテーション従事者に社会に対する価値意識が浸透しておらず、実践、特に医学モデル中心の実践には十分に反映されていないということであろう。

所属施設の機能別の比較では、急性期では他

に比べて、「分からない」と答えた割合が多かった。このことは、急性期では、より医学価値(医学モデル)に近い概念で実践でき、回復期や維持期においては、利用者のニーズに応え、自己実現を目指すことが要求される。そのため、社会との関係という視点が必要になり、支援者と利用者が協働しつつそれを克服するという経験が多くなると推測される。これらのことは、経験年数の比較において、経験年数が多いものほど、社会認識について「当てはまる」と答える割合が多いことから推察できる。「社会との関係」を認識し、社会をとらえる視点を持つことの必要性を感じることは、実践の中での経験の質と量に関係するといえるのではないだろうか。

リハビリテーションは、医学モデルに「生活=ADL概念」、「人生=QOL概念」という視点をもたらし実践へ結びつける役割も担ってきた。今後はさらに視野を広げ、「社会」という視点を医学に導入する取り組みが求められるだろう。

(3) 基本価値について

ここでいう、基本価値は社会福祉を構想する基本的な視点からまとめられている。今回はその社会福祉という言葉のリハビリテーションに置き換えて質問しており、理学療法士や作業療法士がリハビリテーションをどのようにとらえているかが問われることになっている。ここでは、8項目中、「当てはまる」を75%以上が選択したのは、理学療法士では⑤⑥⑧の3項目、作業療法士では⑤⑥⑦⑧の4項目であった。全体では80%以上の者が⑥⑧の2項目を選択した。

⑥はリハビリテーションの基本姿勢について利用者自らの参加、協働が基本であるとした項目である。⑧はリハビリテーションの対象を特定の問題を持つ人に限定するのではなく、より豊かな生活課題の回復と実現に向けた積極的な概念とした項目である。⑤は国家・社会が自立

支援のための条件整備の責任を負うとしている。これらは、第 2 章で述べたりハビリテーションの定義にほぼ一致する内容といえ、当てはまるを選択したものが多かったことは当然の結果であると考えられる。

⑦は、理学療法士と作業療法士について有意差が見られた項目の一つである。この項目は、理学療法士では 61% が作業療法士では 76% が「当てはまる」を選択していた。⑦の前半部分は「人間の生活という生き様をトータルな生活の領域と内容で理解する」というものでりハビリテーションの概念、ICF の概念によく当てはまる部分である。しかし、結びが「生活支援概念から成り立つ」となっており、この生活＝応用動作に直接働きかけるという部分が、より作業療法に近い部分であり、逆に理学療法士には選択を躊躇させた部分であったと考えられる。

残りの①から④はどれも「当てはまる」選んだものが 50% から 60% であり、どちらも作業療法士の割合がわずかではあるが多かった項目である。③④はりハビリテーションについて述べた結びの言葉が、「施策である」「方策である」となっていることからその概念理解が狭められ、逆に①では科学技術や文化などの言葉から、かなり幅広い視点からりハビリテーションをとらえることが求められているといえる。そのため、障害ということに関する実践家としての理学療法士／作業療法士は、他の項目に比較して選択したものが少なかったのではないだろうか。

(4) 実践価値について

この項目では「社会福祉の実践＝生活の支援」とされ、利用者・家族中心という立場でどのような過程から具体化していくかという視点からまとめられている。ここでは、社会福祉を理学療法／作業療法に置き換えており、それぞれの実践が、支援、生活支援という言葉で語られることになっている。今回の結果では 8 項目中、作業療法士は①②④の 3 つの項目を、70%

以上が、理学療法士は③を 40% 強が、それ以外の項目は 60% 前後が、「当てはまる」を選択していた。全体では 75% 以上が、①で「当てはまる」を選択していた。

①は、理学療法士と作業療法士間で有意差が見られた 2 項目のうちの一つである。①では実践の中心概念の特徴として、「人間の生活を包括的・統合的にとらえること」があげられており、これはりハビリテーションにおける利用者のとらえ方に一致する部分であるといえる。また②④の項目は、利用者の能力の育成や機会の提供に関する内容になっている。これは人間理解で述べた作業療法の基本理念の内容に近く、作業療法士の選択が多くなる結果となったといえる。

この項目で特徴的であったのが、③の家族についての記述である。りハビリテーションでは、あくまでサービスの対象は利用者個人であるという認識が強い。家族は利用者と共に生活し、利用者の生活を支える人として、利用者を取り巻く環境因子の一部として認識されることが多く、社会との関係性を考える場合も利用者個人としての視点から見ていくことが多い。社会福祉では家族福祉などの分野もあり、家族を、社会を構成する単位としてとらえ社会との関係を考えるという大きな違いがある。

(5) 今後の課題

今回の研究は社会福祉の価値認識を用いて、理学療法士／作業療法士二つの専門職を支える価値について考察する方法をとった。

医学の世界では、患者の治療や心身機能の向上を目的とすることが多かったため、その部分に関する技術や知識の習得に対する志向性が高くならざるを得ない。専門家は、その技能を提供すること自体が目的になってしまう危険が、大きいとされているが、医学的りハビリテーションに携わる専門職である理学療法士／作業療法士もその例にもれえないと考えられる。これは、どちらかといえば作業療法士より理学療法

士によく当てはまるといえる。作業療法はその手段が「利用者が自ら作業を行うこと」であるため医学モデルの中で、その効果や専門性を証明しにくい。そのため専門職としての価値や倫理について考察し、医学界以外の社会学や教育学などのリハビリテーションの文化（社会的リハビリテーション、教育的リハビリテーションなど）を取り入れようとしてきた。このように考えると作業療法士と理学療法士で多くの相違点があり、作業療法士の方がより社会福祉に近い価値認識を持ちやすいと予測できた。しかし、分析の結果では職種間で有意差の認められる項目は2項目と少なかった。

今回のアンケートは社会福祉の領域の価値認識を用いたため、理学療法／作業療法というよりはリハビリテーションの価値認識を問うという結果になったとも考えられる。リハビリテーション領域の専門職という意味での価値意識はどちらも、共通の認識を持っていると考えられる。しかし日々の実践の中でそれをどの程度意識し、具体化できているのかについては相違点が感じられるのが実際のところである。そうとらえると、今回使用した項目では、より具体的な実践に結びつく価値意識を確認するには至らなかったのではないだろうか。それを知るためにはそれぞれの職務内容、即ち実践活動の中にそれぞれの価値意識がどのようにいかされているかを表せるような指標が必要である。

本来リハビリテーションは、対象者の全人間的復権・自己実現を目的とする様々な職種の、専門知識・技術による組織（チーム）があってこそ実践できる。これからは、社会福祉領域の専門職（実践家）やその他のリハビリテーション領域の専門職の価値意識を知ること、それをもとにお互いが理解を深めながらチームとして協働することも大切になってくると考える。

第5章 おわりに

理学療法士／作業療法士の価値意識について調査した結果、社会福祉の価値と共通する部分

が多いことが分かった。これは、社会福祉とリハビリテーションでは、その発展の経緯や、実践の方法、過程に共通する部分が多いことから理解できる結果であった。しかし、社会をどのように認識しているかという視点については、理学療法士／作業療法士の認識の度合いは社会福祉に比べて低かった。これは経験年数や、所属施設の機能別で有意差の認められる部分であり、利用者のニーズとそれに応えていこうとするリハビリテーション専門職としての経験の質や量によって認識が高まると考えられた。さらには、一個人としての社会の中での自己の生活様式などによっても、左右される部分であると考えられるのではないだろうか。

医療、介護保険、障害者福祉などの領域に関わらず、利用者を生活者として支援するには、人間や社会についてしっかりとした価値意識をもって、利用者本意の実践をしていくことが、大きく問われることになる。また、地域社会の中での生活支援を実践するには、これまで以上にいろいろな職種が協働する必要性が大きくなってくだろう。協働にあたっては、まずお互いの職種の特徴を理解すること、そして、利用者について、さらには支援の実践方法についての共通認識を持つことが求められる。それぞれの専門職の持つ価値意識について知ることは、お互いの理解、利用者の理解には欠かせないことであるといえる。

最近では、理学療法／作業療法養成校の増加、地域社会生活の重要性の認識から、理学療法士、作業療法士も、保健福祉領域に実践の場を広げている。地域社会生活では、利用者が自身のニーズを満たすために社会参加することが大切である。日本リハビリテーション病院・施設協会は、地域において社会リハビリテーションを担う福祉専門職が、理学療法士／作業療法士と協働することが必要であるとしている。障害者の地域生活支援を進めていくためには、障害者が自身で、最大限の豊かさを実現する権利を行使することが必要である。理学療法士／作

業療法士はそれを支えることができる職種の一つである。理学療法士／作業療法士が、自己の価値について改めて認識を深め、さらには社会についての認識を深めていくことが必要なのではないだろうか。

文献

- 1) (社) 日本理学療法士協会：http://www.soc.nii.ac.jp/jpta/
- 2) (社) 日本作業療法士協会：「(社) 日本作業療法士協会ニュース 第 339」22 頁、2010
- 3) 北島英治：「ソーシャルワーク論」73 頁、2008
- 4) 太田義弘：「ソーシャルワークの価値と倫理」関西福祉科学大学紀要第 8 号、1-3 頁 2004
- 5) モゼイ AC (著)、大丸幸、他 (訳)：「モゼイ・作業療法 - 専門職としての位置づけ」協同医書出版社、206 頁、1986
- 6) 岩崎テル子、他：「標準作業療法学 専門分野作業療法学概論」医学書院、24 頁、2008
- 7) 前掲書 5)、20 頁
- 8) 前掲書 3)、34-37 頁
- 9) 前掲書 3)、68 頁
- 10) 前掲書 4)、2-4 頁
- 11) 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、3-5 頁、2005
- 12) 前掲書 11)、82 頁
- 13) 山縣文治：「社会福祉用語辞典 第 6 版」ミネルヴァ書房、238 頁、2008
- 14) 2000 年 7 月 27 日 モントリオールにおける総会において採択、日本語訳は日本ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉会、日本医療社会事業協会が構成する IFSW 日本国調整団体が 2001 年 1 月 26 日 決定した定訳である。
- 15) 山縣文治、岡田忠克編著：「よくわかる社会福祉」ミネルヴァ書房 2007 年 2-3 頁
- 16) 岡村重夫：「社会福祉原論」全国社会福祉協議会、17 頁、1996
- 17) 太田義弘、中村沙織、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、3-5 頁、2005
- 18) 岡本栄一、澤田清方：「社会福祉への招待」ミネルヴァ書房、13-17 頁、2003
- 19) 中津信忠、星野政明他編著：「社会福祉原論」黎明書房、140-145 頁、2004
- 20) 中村隆一：「入門 リハビリテーション概論 第 7 版」医歯薬出版株式会社、11-12 頁、2009
- 21) 世界保健機関：「ICF 国際生活機能分類」中央法規、3-23 頁、2003
- 22) 前掲書 20)、12-13 頁
- 23) 同書
- 24) 椿原彰夫：「PT・OT・ST・ナースを目指す人のためのリハビリテーション総論 要点整理と用語解説」株式会社診断と治療社、5 頁、2007
- 25) (社) 日本作業療法士協会：http://www.jaot.or.jp/、「作業療法 5 年戦略」
- 26) 前掲書 20)、396 頁
- 27) 中村隆一：「入門 リハビリテーション概論 第 7 版」医歯薬出版株式会社、143-144 頁、2009
- 28) 前掲書 27)、5 頁
- 29) ギャラリー キールホフナー (著)、山田孝 (監訳)：「作業療法の理論 原書第 3 版」医学書院、62-69 頁、2008
- 30) 前掲書 21)
- 31) 奈良勲：「理学療法概論 第 5 版」医歯薬出版株式会社、27-28 頁、2008
- 32) Miller BRJ、他 (著)、岩崎テル子 (監訳)：「作業療法実践のための 6 つの理論の形成と発展」協同医書出版社、187-226 頁、1995
- 33) 前掲書 4)、9-12 頁
- 34) 同書
- 35) 杉本敏夫、津田耕一、植戸貴子：「障害者ソーシャルワーク」久美株式会社、46-48 頁、2003
- 36) 津田耕一：「利用者支援の実践研究」久美株式会社、84 頁、2008
- 37) 久保美紀：「ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討 - power との関連を中心に -」『ソーシャルワーク研究』第 21 巻 2 号、21-27 頁、1995
- 38) 前掲書 36)、85 頁
- 39) カナダ作業療法士協会 (著)、吉川ひろみ (監訳)：「作業療法の視点 作業ができるということ」37 頁、2000