

【研究ノート】

# 地域生活支援への視座

—訪問リハビリテーションの立場より—

林部 博光, 片岡 紳一郎, 中俣 恵美

---

Viewpoints on community life support  
—From the Viewpoints of Home-visit Rehabilitation—

Hirimitsu Hayashibe, Shin-ichiro Kataoka and Emi Nakamata



2011年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【研究ノート】

# 地域生活支援への視座

## —訪問リハビリテーションの立場より—

林部 博光\* , 片岡 紳一郎\* , 中俣 恵美\*

Viewpoints on community life support  
–From the Viewpoints of Home-visit Rehabilitation–

Hiromitsu Hayashibe, Shin-ichiro Kataoka and Emi Nakamata

### 要 旨

訪問リハビリテーションが一般的になされるようになって約20年になる。我々は理学療法士・作業療法士が何に重点を置いて支援を行っているのかを知るために、アンケート調査を行った。そして、心身機能と日常生活活動の維持・向上には重点が置かれているが、社会参加や自己決定という領域には踏み込めていないという結果などを得た。それにより、訪問リハビリテーションが自己実現を目的としたものになっているとはいえない現状などを知ることができた。また、それを受けて、いくつかの課題を提示した。

### Abstract

It has been about 20 years since Home-visit rehabilitation came to be general. We conducted the questionnaire on physical therapist and occupational therapist to know what do they put a point to support their patient. And then, we got a result which they attach importance to the maintenance and the improvement of physical and mental function and activities of daily living, but they do not involve in the area of social participation and self-determination. According to this research, we could find out the present condition that self-realization is not a purpose of Home-visit rehabilitation. Consequently, we presented some problems.

● ● ○ **Key words** 地域リハビリテーション Community-based Rehabilitation / 訪問リハビリテーション Home-visit Rehabilitation / 自己実現 self realization / 地域生活支援 community life support

### I. はじめに

わが国においては、1980年代に高齢化社会が到来し、寝たきり高齢者の増加、認知症高齢者の増加が次第に目立つようになった。それに伴い老人医療費の増加、

長期入院高齢者の増加などにより、医療財源を強く圧迫する結果を招いてきた。このような事態を受け、国は1982年に老人保健法を制定し、1989年にはゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十カ年戦略）を発表した。そして寝たきりゼロ作戦などが展開され、各市町村に

受付日 2010.9.22 / 受理日 2010.11.10

\* 関西医療技術専門学校 教員

よる機能訓練事業が義務づけられた。このことが、全国的に地域リハビリテーションの必要性を醸成することにつながった。

しかしながら、少子高齢化は未曾有の勢いで進み、2010年現在、わが国の高齢化率は22%を越え、超高齢社会をむかえることとなり、国はより強力に制度を推進していく必要に迫られた。そこで医療分野においては医療制度改革、福祉分野では社会福祉基礎構造改革が敢行され、介護保険制度、障害者自立支援法が成立した。これに伴い措置制度から契約制度に移行し、保護から自立へ、そして施設援助から地域生活支援へと基本的考え方も移行した。これらのことが、地域リハビリテーションを後押しするかたちとなった。

これらを背景に展開されてきた地域リハビリテーションではあるが、地域をどのようにとらえるのか、リハビリテーションをどのようにとらえるのか、どちらも広い意味で使われてきた言葉であるため定義付けは困難であり、未だに統一した概念化、方法の確立には至っていないのが現状である。ただノーマライゼーションに向かって、あらゆる領域の活動を包含していこうとする流れで整理していこうとしていることは大方が了解するところであろう。つまり地域には、個々の住まい、家族があり、生活が営まれている。その個別性を尊重し、その人らしくいきいきと生きていけるよう、保健・医療・福祉や生活に関わる人々や機関が協業しながら支援することが求められている。よって地域リハビリテーションは、地域に住む人々のリハビリテーションに関わるサービスの総体であり、あくまで訪問リハビリテーションはその一部であると理解すべきである。しかし一方で、訪問リハビリテーションは、地域リハビリテーションの中心的役割を持つものであり、地域リハビリテーションの理念を実現するためには、訪問リハビリテーションの機能を十分に発揮する必要があるとも理解できる。

訪問リハビリテーションは対象者の自宅に訪問することで、生活状況や介護状況に直接関わるという個別性をもった対応が必要とされるサービスである。よって利用者、家族、支援者の訪問リハビリテーションに対する共通理解と共通の目的意識が必要となる。しかしながら事業所の方針によって在宅におけるリハビリテーションのとらえ方は多様であり、支援者の対応や方法も多様である。身体機能の向上にのみ重点が置か

れた対応であったり、病院（施設）リハビリテーションの出前型リハビリテーションのような対応や方法が、深く議論されないまま展開されている現状があるのではないだろうか。

そこで、今回は地域リハビリテーションにおける訪問リハビリテーションに焦点をあて、訪問リハビリテーションの専門職である理学療法士・作業療法士（以下療法士と略す）の認識について調査を行い、訪問リハビリテーションの現状と課題を明らかにすることを目的に考察することとする。（中俣恵美）

## II. 訪問リハビリテーションへの理解

### 1. 地域リハビリテーション

障害をおった人は、障害を切り離して生活することはできない。障害を自身のなかに取り込みながら、アイデンティティを確立しながら新しい人生を創造していく。また社会は、障害者本人やその家族を構成員として、いかに共生していくか、その道を探る。これは個人レベルのリハビリテーションと社会レベルのリハビリテーションといえる。換言すれば、この2つのプロセスがノーマライゼーションへのプロセスだともいえよう。

地域リハビリテーションの本質は、共生のため、すなわちノーマライゼーションに向かって地域が変わっていくための活動であるといわれ、Community Based Rehabilitation（以下 CBR と略す）と言われてきた。1994年世界保健機関（World Health Organization：以下 WHO と略す）は CBR の定義を以下のように整理した。

CBR とは「障害のあるすべての人々のリハビリテーション、機会の均等、そして社会への統合を地域のなかで進めるための戦略である。」

CBR は「障害のある人々とその家族、そして地域、さらに適切な保健、教育、職業および社会サービスが統合された努力により実施される<sup>1)</sup>。」

これらはまさにノーマライゼーションへと続く考え方であることとらえることができよう。

また日本リハビリテーション病院協会は、1991年に「地域リハビリテーションとは、障害のある人々や老人が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに一生安全にいきいきとした生活を送れるよう、医療や保

健、福祉および生活にかかわるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてをいう。」と定義づけた。そして「その活動は、障害のある人々のニーズに対して先見的で、しかも、身近で素早く、包括的、継続的そして体系的に対応しうるものでなければならない<sup>2)</sup>。」とした。また、2004年にはリハビリテーションに関して「リハビリテーションとは、障害のある人が心身の最良の状態を獲得し、年齢や障害の程度に応じ、その地域に住む人々とあらゆる面で同水準の生活がなされることである。」と定義づけた<sup>3)</sup>。

これらより地域リハビリテーションは、①ノーマライゼーションを具現化する活動であること、そのために、②各専門職が組織的に、包括的に支援するシステムを構築すること、③専門的サービスのみでなく家族・地域住民も含めた総合的支援体制を構築すること、④個人的、社会的リハビリテーションの立場から活動を行うこと、などが求められているといえよう。

また、地域リハビリテーションの主要な活動には、①直接的援助活動、②組織化活動、③教育・啓発活動があるとされている<sup>4)</sup>。その中の直接的な援助活動とは、障害のある人々への具体的なサービスであり、医療保険・介護保険・自立支援法などのなかで制度化されている。そして在宅リハビリテーションは、「地域リハビリテーションにおける直接的援助活動の一つで、在宅に暮らす人々へのリハビリテーションの立場から行われる直接的な援助活動であり、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションなどの直接的なサービス活動である。」と位置づけられている<sup>5)</sup>。このように在宅リハビリテーションは地域リハビリテーションの根幹となる活動であるため、両者は同様の意味合いで使われることが多いが、厳密には同一の内容を示すものではないといえるだろう。(中俣恵美)

## 2. 訪問リハビリテーションの歴史

訪問リハビリテーションとは全国リハビリテーション研究会(2000年)の定義では「病気やケガや老化により、心身になんらかの障害を持った人のうち、外出困難な人や居宅生活上なんらかの問題がある人に対して、作業療法士や理学療法士・言語聴覚士などが居宅に訪問し、障害の評価・機能訓練・ADL訓練・環境整備・専門的助言指導・精神的サポートなどを実施

することで、日常生活に自立や主体性のある生活の人らしい再建および質の向上を促す活動の総称である。その活動は地域におけるリハの一翼を担うもので、常にその対象者の生活支援に関わる家族や専門スタッフ(保健・医療・福祉)と積極的に連携を取りつつ行われるべきでものである」とされている<sup>6)</sup>。

医療では1961年に国民皆保険体制が確立し、福祉でも1963年には老人福祉法が制定され、高齢者に対して総合的な福祉対策が取られるようになった。そして、1980年からは、老人医療費の増大が問題視された。国民の老後における健康の保持と適切な医療を確保するため、疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上、老人福祉の増進を図ることを目的として、1982年に老人保健法が制定された<sup>7)</sup>。こうした高齢化に対する政策がなされていく中で、保健、医療、福祉の総合化としての地域リハビリテーション施策はその重要性が強調されるようになった。

このような背景のもとで翌年1983年より、「老人保健法」による全国の市町村で「機能訓練事業および訪問指導事業」が展開された。そこで療法士が自治体の保健師などと共に関わるようになった。これが現在の地域リハビリテーション・訪問リハビリテーションの原型とされている<sup>8)</sup>。

こうして、機能訓練事業は、療法士にとって初めての地域リハビリテーションの実践の場となり、1987年には、診療報酬としての訪問リハビリテーションが認められた<sup>9)</sup>。しかしこの時点では、在宅生活定着指導・支援としての家庭訪問が行われており、これは医療の延長線としての訪問リハビリテーションであった。病院において、医療職として勤務する理学療法士による在宅ケアには、おのずから制度上の限界があり、理学療法士自身も理学療法は病院で施行されることが優先されるものとの考えがまだ大勢を占めていた<sup>10)</sup>。

その後1991年には、老人保健法の一部改定で「指定老人訪問介護制度」が創設され、訪問看護ステーションからの訪問看護が開始された。訪問看護ステーションは医師の指示のもとに、看護職が独立的に開設・運営できる事業所であり、専門の有資格者など(看護師・保健師・理学療法士・作業療法士)が配置された。そのサービスには、褥瘡やカテーテルなどの医療処置、入浴介助などの看護サービスのほかに、リハビリテー

ションも含まれ、理学療法士・作業療法士の在宅における診療上のリハビリテーションサービス（以下訪問看護7と略す）が法的に認められた<sup>11)</sup>。

そして1994年には「21世紀に向けた良質かつ適切な医療を確保するため」に健康保険法の改定が行われ、「指定訪問看護制度」が創設された。これにより訪問看護の対象者は、年齢制限がなくなり、高齢者だけでなく、在宅療養者で医療・看護ニーズがあれば、乳児から高齢者まで、すべての人にサービスが提供できることになった。このことにより、対象者の幅が広がりをみせ、地域リハビリテーションのニーズが高まってきたといえる<sup>12)</sup>。

また2000年代は、高齢化がさらに進み、65歳以上の高齢者の比率が総人口の20%を超え、75歳以上でも10%と高齢者が急増し、従来の家族に頼る高齢者介護と社会の「施し」感のある老人福祉法の措置制度では対応しきれなくなり、介護サービスを「権利」として、契約というかたちで受けられる、社会保険制度としての介護保険制度が2000年4月に施行された<sup>13)</sup>。ここでは在宅を基盤とするリハビリテーションサービスの重要性が強調され、訪問リハビリテーションという名前で制度的にも位置づけられるようになった<sup>14)</sup>。

このようにして、老人保健法が施行されて以来、「訪問リハビリテーション」という言葉が次第に普及し、訪問リハビリテーションはその後のゴールドプラン、介護保険の実施に伴う保健医療制度の変遷の中で制度としても確立された。現在の訪問リハビリテーションの形態としては、主に医療保険と介護保険下からの2つに大別される。医療保険下の訪問リハビリテーションでは、病院や診療所からは「在宅訪問リハビリテ

ーション指導管理」として、訪問看護ステーションからは「PT・OT・STによる訪問看護」となっている。また、介護保険下の訪問リハビリテーションでは、病院や老人介護保健施設などの事業所からは「訪問リハビリテーション」として、訪問看護ステーションからは「訪問看護7」と制度的分類がなされている。(表1参照)

(中俣恵美)

### 3. 訪問リハビリテーションの活動

訪問リハビリテーションとは、前述してきたように在宅リハビリテーションの一部であり、通所サービスとともに在宅リハビリテーションの大きな柱となっている。第2次医療法の改正（平成4年）のなかで、医療の提供の理念として予防・治療・リハビリテーションの重要性が明記され、「在宅」が医療提供の場の一つとされ、在宅でのリハビリテーションが明文化されたといえる。また、医療保険によるリハビリテーションが期間の制限をうけるなか、介護保険下でのリハビリテーションが注目されてきている。「高齢者リハビリテーションのあるべき方向<sup>15)</sup>」のなかで、「訪問リハビリテーションは退院（所）直後や生活機能が低下した時に、計画的に、集中して実施するサービスとしても位置付け、拡充していく必要がある。またその内容は、日常生活活動と社会参加の向上に働きかけることを重視する必要がある。」と述べている。そして高齢者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援に有効的なサービスであるともされている。しかし一方で訪問リハビリテーションは、在宅復帰と自立支援を理念とする高齢者介護においては

背景となる制度	医療保険		介護保険	
	実施主体・所属	病院 診療所	訪問看護ステーション	病院 診療所 介護老人保健施設などの事業所
名称等	在宅訪問リハビリテーション指導管理	PT・OT・STによる訪問看護	訪問リハビリテーション	訪問看護7
対象者	介護保険非対称者 (65歳未満で加齢に伴う疾患でない者)		介護保険対象者 (40歳以上で加齢に伴う疾患の者)	

表1 訪問リハビリテーションの種類

有効なサービスではあるが、現状では最も利用が進んでいないサービスとなっており、今後拡充していく必要があるともいわれている<sup>16)</sup>。

また理学療法士・作業療法士両協会は、「理学療法士の職域を拡大するという方向で、在宅医療や地域での活動、保健領域などの様々なフィールドにおける理学療法士の可能性を示そうとしている<sup>17)</sup>。」「作業療法をより必要としている領域、さらには作業療法が貢献できる領域への職域拡大も含め今後5カ年の内に、入院医療を中心とした医療の領域に5割、保健・福祉・教育等の領域を含めた身近な地域生活の場に5割の作業療法士配置を目標とする<sup>18)</sup>」と述べている。これらのことより、理学療法士・作業療法士両協会とも訪問リハビリテーションの必要性と重要性については認識しているととらえることができるだろう。しかしながら現状において、理学療法士協会発表によれば2010年現在、協会員数59,586人に対し、病院勤務者が43,758人約73%、訪問リハビリテーション908人約2%とまだまだ病院勤務者が多い。また、訪問リハビリテーションは制度的にも日が浅く、実践においてはその概念と方法は未確立であるといえる。

訪問リハビリテーションにおいては、利用者の生活の場において、その人がいきいきとその人らしい生活・人生が送れるよう支援することが求められている。しかしながらこれを具現化することは容易ではなく、上記のような現状がある。これらの背景には、①一般医学と訪問リハビリテーションにおける関心のベクトルの違い、②生活者として利用者をとらえる視点の狭さ、などが一要因として考えられる。医学の関心のベクトルは、生物としてのヒトさらには器官、臓器、細胞、染色体に向かいその技術の進歩は目覚ましく、見えない病因を可視化し診断する。しかし一方では見えざるもの、利用者の生活背景や価値観、心理に関してはさほど関心のベクトルが向いていないきらいがある。したがって地域リハビリテーションにおいて、人間を生活者としてとらえようとするリハビリテーション医療が、現代医学と生活者としての利用者の間でどのような位置を確立し、橋渡しができるかが鍵となるだろう。また、生活者として人を見る時、その周囲には家族があり、友人、職場の人そして近隣住民との関係をぬきにしては考えられず、そこで営まれる相互関係を目を向ける必要がある。そして人としての特性である<sup>19)</sup>、

①パーソナリティをもつ、②過去を持つ、③文化的背景を持つ、④社会的役割を持つ、⑤他人なしでは存在しない、⑥政治的存在である、⑦行為（創造、作業）する存在である、⑧日常生活をしている、⑨身体的存在である、⑩個人だけの秘めた生活を持つ、⑪将来を持つ、⑫超越的次元（宗教的世界）を持つ、などについての視点を持つ必要があることを忘れてはならない。このことが訪問リハビリテーションの基盤であるとともに、「提供できるサービス」でなく「求められるサービス」を実践していくことにつながり、利用者中心につながっていくと考えられる。（中俣恵美）

### Ⅲ. アンケートによる調査

#### 1. 調査方法

本調査の目的は、訪問リハビリテーションに関わる療法士がサービスの利用者の期待・満足をどのようにとらえ、訪問リハビリテーション実践において、何に重点を置いているのかを調査し、訪問リハビリテーションにおけるニーズと療法士の役割を検証することである。

調査対象は訪問看護ステーションにおいて訪問リハビリテーションに携わる理学療法士と作業療法士合計26名（PT19名、OT7名）に調査を依頼した。療法士の平均経験年数は $6.8 \pm 3.8$ 年であった。調査期間は平成22年8月3日～9月15日までである。

調査方法は質問紙を用いたアンケート調査にて行った。調査票を事業所に郵送にて送付回収を行い、本調査への協力は任意とし、調査票への記入は無記名とした。なお郵送での回収をもって協力の承諾とした。調査票の回収率は26名中26名で100%であった。

調査項目は訪問リハビリテーションにおけるニーズをとらえる為に「利用者の心身機能の向上」「利用者の日常生活活動の向上」「利用者の社会参加」「利用者の福祉用具の利用、環境整備」「個人の性格や特別な背景を理解すること」「利用者が現状を把握することについての説明」「利用者の自己決定」の7項目とした。これら7項目において利用者の「期待」「満足」について療法士はどう捉えているか、また、療法士として「重点」をおいているかどうかをそれぞれ5段階で調査した。また、「訪問リハにおいて心がけていること」

「訪問リハにおいて特に難しさを感じること」の2項目についても自由記載欄を設けた（表2参照）。なお

アンケートの回答基準は表2に示した（表3参照）。

（片岡紳一郎）

表2 アンケート調査項目

1. 利用者の心身機能の向上について
①利用者は心身機能の向上に期待していると思う
②利用者は心身機能の向上に満足していると思う
③訪問リハの実践においてあなたは心身機能の向上に重点をおいている
2. 利用者の日常生活活動について
①利用者は日常生活活動の向上に期待していると思う
②利用者は日常生活活動の向上に満足していると思う
③訪問リハの実践においてあなたは日常生活活動の向上に重点をおいている
3. 利用者の社会参加について
①利用者は社会参加の向上に期待していると思う
②利用者は社会参加の向上に満足していると思う
③訪問リハの実践においてあなたは社会参加の向上に重点をおいている
4. 利用者の福祉用具利用・住宅整備などについて
①利用者は福祉用具利用・住宅整備などに期待していると思う
②利用者は福祉用具利用・住宅整備などに満足していると思う
③訪問リハの実践においてあなたは福祉用具利用・住宅整備などに重点をおいている
5. 個人の性格や特別な背景を理解することについて
①利用者は本人自身の性格や特別な背景を理解してもらうことに期待していると思う
②利用者は個人の性格や特別な背景を理解することに満足していると思う
③訪問リハの実践においてあなたは個人の性格や特別な背景を理解することに重点をおいている
6. 利用者が現状を把握することについての説明について
①利用者は現状を把握するための説明を期待していると思う
②利用者は現状を把握するための説明に満足していると思う
③訪問リハの実践においてあなたは現状を把握するための説明に重点をおいている
7. 利用者の自己決定について
①利用者は「自分のことは自分で決める」ということを期待していると思う
②利用者は「自分のことは自分で決める」ということに満足していると思う
③訪問リハの実践において、あなたは、利用者自身で「自分のことは自分で決める」ということに重点をおいている
8. 訪問リハにおいて特に心がけていること
9. 訪問リハにおいて特に難しさを感じること

表3 アンケート回答基準

- 
- 1 : まったくちがう
  - 2 : ややちがう
  - 3 : どちらでもない
  - 4 : ややそうだ
  - 5 : まったくそうだ
- 

## 2. 調査結果

回答基準である「まったくちがう」「ややちがう」をあわせて否定的意見の「ちがう」としてまとめ、「ややそうだ」「まったくそうだ」をあわせて肯定的意見の「そうだ」としてまとめた。

結果を「利用者が期待していると思うか」「利用者が満足していると思うか」「療法士が重点を置いているか」の観点で分け、それぞれ7つの質問項目での違いを比較検討し、一覧として表及びグラフ図にてそれぞれ示した（表4、図1～3）。また、7つの質問項目ごとに「利用者が期待していると思う療法士の割合」・「利用者が満足していると思う療法士の割合」・「療法士が実際に重点をおいている割合」の違いの比較も行い、図でそれぞれ示した（図4～11）。

これらの結果から、特徴を抜粋した。「利用者が期待していると思うか」という点でみると、「1:心身機能の向上」や「2:日常生活活動の向上」の項目で「そうだ」と回答した療法士は全体の92%であり、「ちが

う」と回答した者は0であった（表4、図1参照）。その一方で、「療法士が重点を置いているか」という点でみると、「2：日常生活活動の向上」の項目で「そうだ」と回答した療法士は92%であったが、「1：心身機能の向上」では50%しかみられなく、「ちがう」と回答した療法士が15%みられた（表4、図3参照）。

また、「5：個人の性格や特別な背景を理解してもらうこと」においては、「利用者が期待していると思うか」や「利用者が満足していると思うか」の点では「そうだ」と回答した療法士の割合はそれぞれ38%と31%と低いが、「療法士が重点を置いているか」では「そうだ」と回答した療法士は88%であった（表4、図3、図8参照）。

「3：社会参加」も同様に、「利用者が期待していると思うか」や「利用者が満足していると思うか」の点では「そうだ」と回答した療法士の割合はそれぞれ27%と12%と低く、「療法士が重点を置いているか」では「そうだ」と回答した療法士は58%と7項目の中

では低い値となり、「ちがう」と回答した療法士は0であった（表4、図3 図6参照）。

「7：自己決定」に関しても、「利用者が期待していると思うか」や「利用者が満足していると思うか」の点では「そうだ」と回答した療法士の割合はそれぞれ35%と8%と低く、「療法士が重点を置いているか」では「そうだ」と回答した療法士は38%と7項目中もっとも低い値となり、「ちがう」と回答した療法士が15%みられた（表4、図3 図10参照）。

「6：利用者が現状を把握するための説明」に関しては、「利用者が期待していると思うか」や「療法士が重点を置いているか」の点では「そうだ」と回答した療法士の割合はそれぞれ62%と85%であるにもかかわらず、「利用者が満足していると思うか」では「そうだ」と回答した療法士は31%と低い値となった（表4、図3 図9参照）。

（片岡紳一郎）

表4 各質問項目に対する回答者 人数と割合

質問項目	ちがう		どちらでもない		そうだ		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1：心身機能の向上	0	0%	2	8%	24	92%	26	100%
2：日常生活活動の向上	0	0%	2	8%	24	92%	26	100%
3：社会参加	5	19%	14	54%	7	27%	26	100%
4：福祉用具利用・住宅整備	4	15%	14	54%	8	31%	26	100%
5：個人の性格や特別な背景の理解	2	8%	14	54%	10	38%	26	100%
6：現状把握するための説明	3	12%	7	27%	16	62%	26	100%
7：自己決定	6	23%	11	42%	9	35%	26	100%

質問項目	ちがう		どちらでもない		そうだ		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1：心身機能の向上	3	12%	13	50%	10	38%	26	100%
2：日常生活活動の向上	3	12%	12	46%	11	42%	26	100%
3：社会参加	6	23%	17	65%	3	12%	26	100%
4：福祉用具利用・住宅整備	1	4%	17	65%	8	31%	26	100%
5：個人の性格や特別な背景の理解	3	12%	15	58%	8	31%	26	100%
6：現状把握するための説明	2	8%	16	62%	8	31%	26	100%
7：自己決定	5	19%	19	73%	2	8%	26	100%

質問項目	ちがう		どちらでもない		そうだ		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1：心身機能の向上	4	15%	9	35%	13	50%	26	100%
2：日常生活活動の向上	0	0%	2	8%	24	92%	26	100%
3：社会参加	0	0%	11	42%	15	58%	26	100%
4：福祉用具利用・住宅整備	0	0%	7	27%	19	73%	26	100%
5：個人の性格や特別な背景の理解	0	0%	3	12%	23	88%	26	100%
6：現状把握するための説明	0	0%	4	15%	22	85%	26	100%
7：自己決定	4	15%	12	46%	10	38%	26	100%

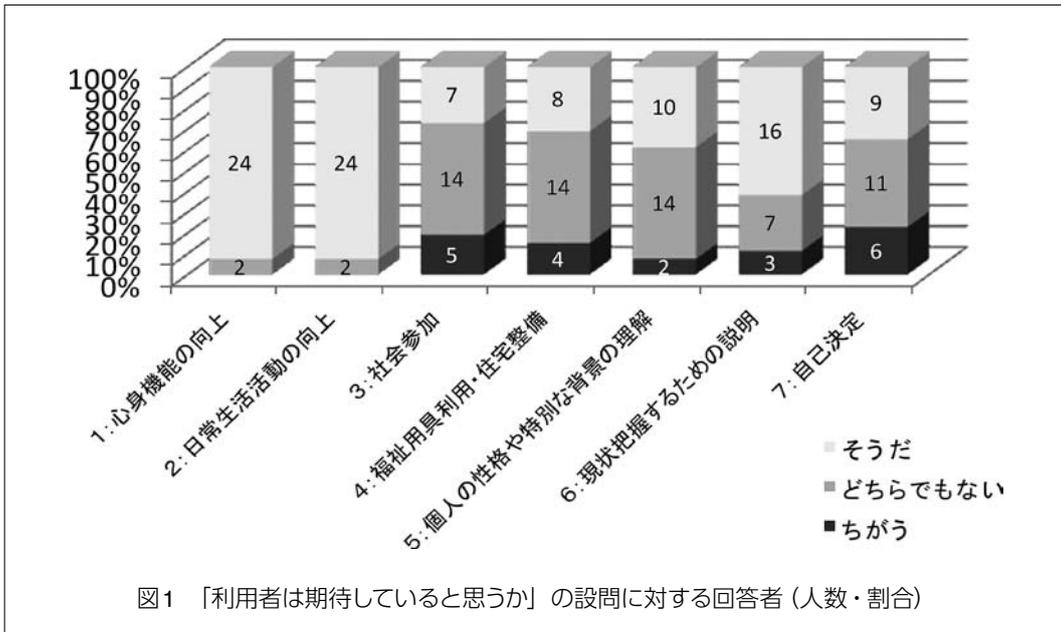


図1 「利用者は期待していると思うか」の設問に対する回答者 (人数・割合)

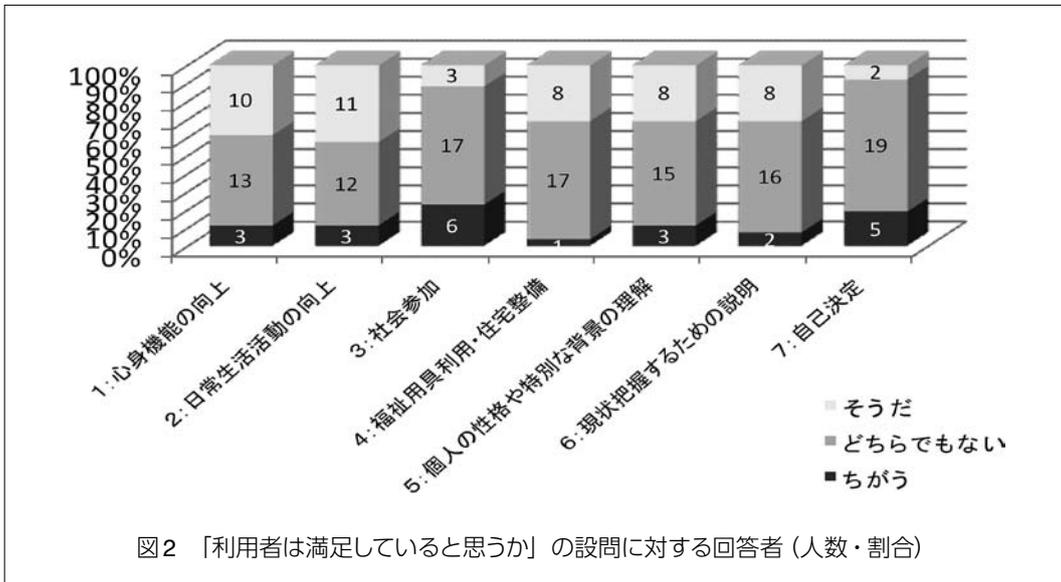


図2 「利用者は満足していると思うか」の設問に対する回答者 (人数・割合)

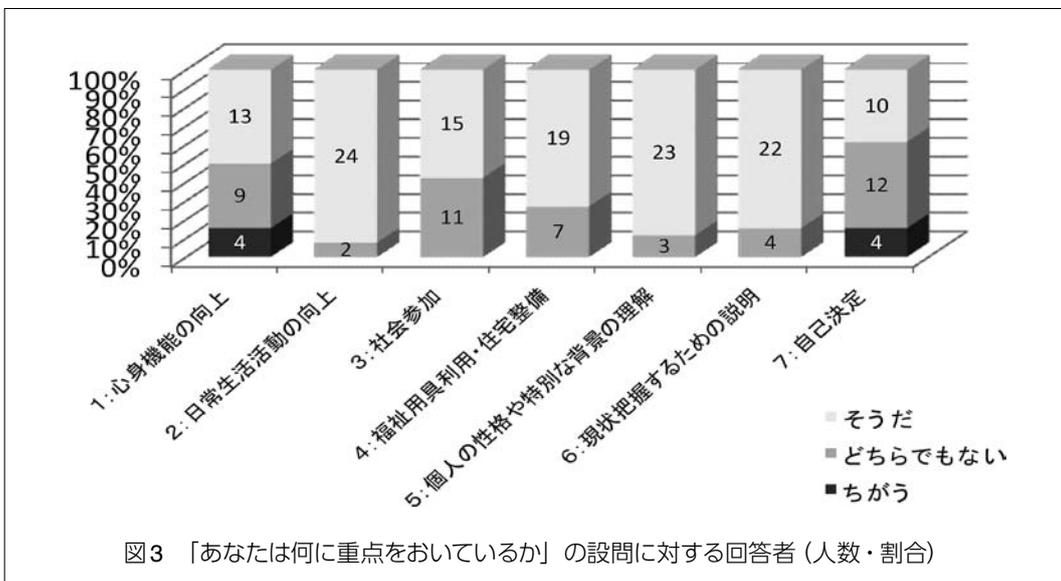


図3 「あなたは何に重点をおいているか」の設問に対する回答者 (人数・割合)

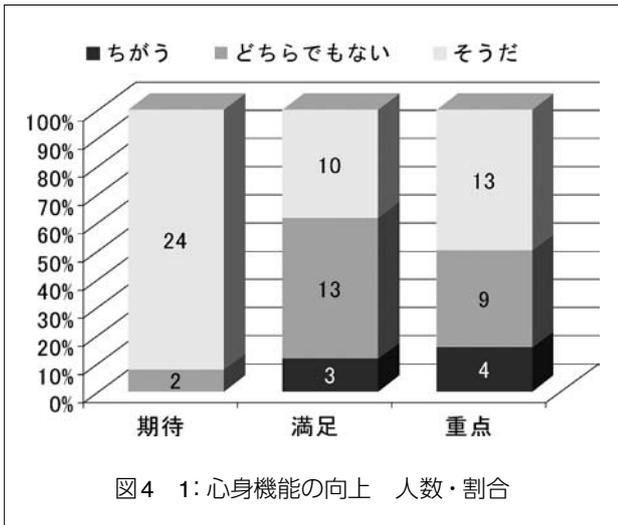


図4 1: 心身機能の向上 人数・割合

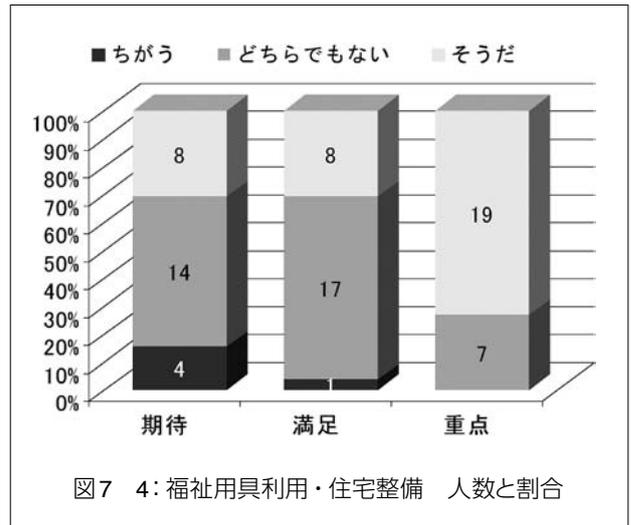


図7 4: 福祉用具利用・住宅整備 人数と割合

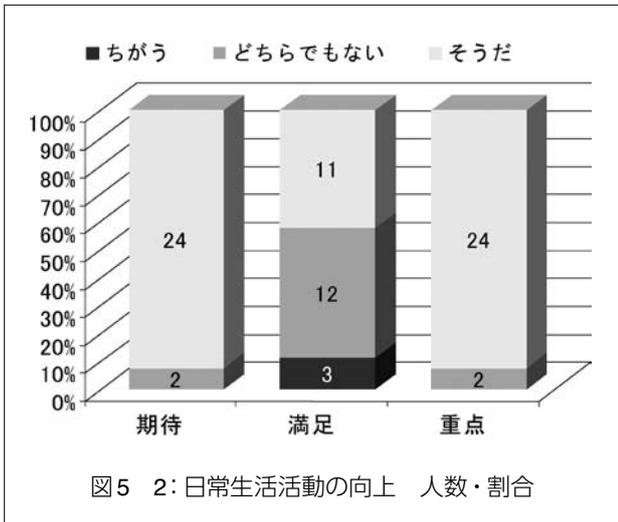


図5 2: 日常生活活動の向上 人数・割合

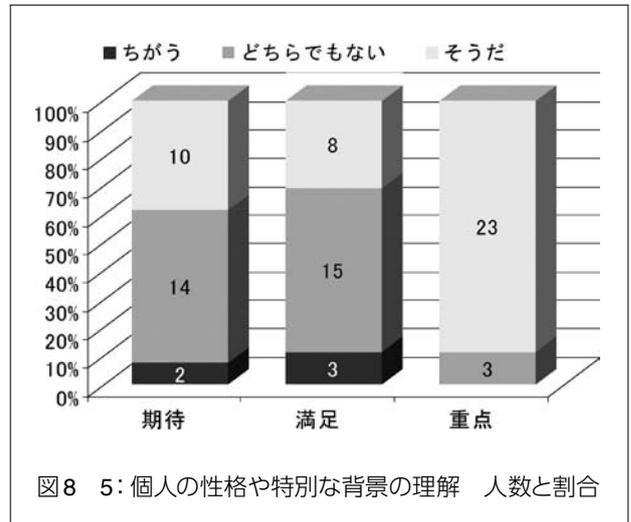


図8 5: 個人の性格や特別な背景の理解 人数と割合

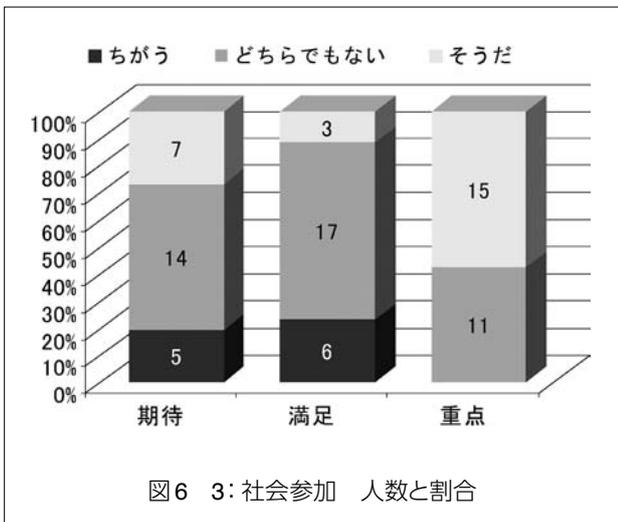


図6 3: 社会参加 人数と割合

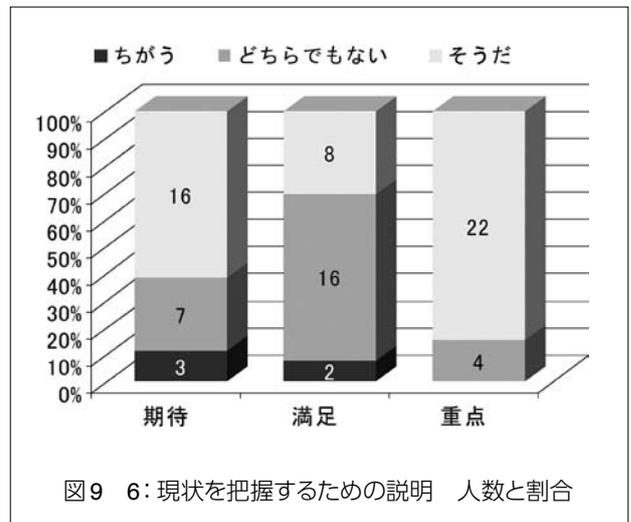


図9 6: 現状を把握するための説明 人数と割合

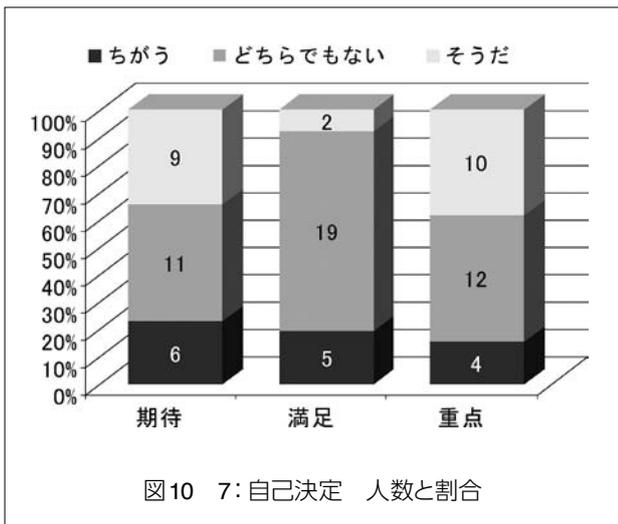


図10 7:自己決定 人数と割合

### 3. 調査見解

利用者が「心身機能の向上」や「日常生活活動の向上」に期待していると9割の療法士が考えていたにもかかわらず、実践における重点度では差がみられた。「日常生活活動の向上」に対する期待感と療法士の重点度は同様に高い値を示しているのに対し、「心身機能の向上」では約5割の療法士しか重点をおいておらず、しかも重点を置いていないと考えている療法士も15%存在した。つまり心身機能の向上に対し、利用者の期待があると感じながらも、療法士はそこに重点を置くことを選択しないという差異がみられていた。自由記載欄のコメントに「病状の受け入れが出来ていない方もおられ、麻痺や身体機能の改善を求めている方も多いように思う」や「心身機能の向上に目標をおいてリハビリを行うが、長期になると維持や福祉用具等を利用したADL向上を目標においたりする」とあるように、訪問リハビリテーションという領域における現状としての利用者の思いとそのアプローチの難しさが現れていると考えられた。

また、「個人の性格や特別な背景を理解すること」では、利用者が期待していると考えられる療法士は少ないが、約9割もの療法士が「重点をおく」と答えていることから、「その人らしさ」ということを捉えたアプローチを考慮していることがうかがえる。しかしその一方で、「社会参加」や「自己決定」に関しては、療法士が重点を置いているかに関しては、7項目設問中において低い値であった。前述したように療法士は

「その人らしさ」をとらえることに重点を置いてはいるが、その事によって導かれるはずの「社会参加」や「自己決定」の重点度は低いという現状の差異がここにもうかがえる。これらは自由記載欄のコメントに「社会参加まで目を向けることが少ない」や「社会参加はもちろんだことであるが、個人の価値観の違いもあり難しいと思う」や「動けないので外出できない、役割がないと思われている方が多いように思います。この意識を変えることも参加につながると思う」などがある。これらのことより、「その人らしさ」を求めるアプローチと「社会参加」や「自己決定」に結びつけるアプローチの関係性が不明瞭であり、方法の確立には至っていないことが推測される。また、療法士や利用者の「社会参加」や「自己決定」に対する概念の共通理解・統一化が成されていないことの表れととらえることもでき、これらの課題に向き合う必要性が示唆された。

「利用者が現状を把握するための説明」でも利用者が期待していると考えている以上に約9割の療法士が重点をおいていた。これは、「その人らしさ」を実現する過程における課題解決の手段として療法士が重要視して取り組んでいる結果として考えられる。療法士と利用者が、お互いの現状理解と方向性の共通理解をする過程から、本来あるべき「自己決定」と「社会参加」へ向かう糸口を見出そうとしているからではないだろうか。つまり、療法士は利用者のニーズがどこにあるのかをとらえ、そのことで「その人らしさ」を実現していこうとする姿勢にあるといえるだろう。一方で療法士は、説明に対する利用者の満足感が低いと感じているとも答えている。また、自己決定の重点度は低く、このことは、説明と自己決定に密接な関係があるという療法士の認識が低いことに起因すると推測する。つまり、療法士が的確な説明をすることにより、利用者は現実と向き合い、自己覚知し、そして自己決定に結び付くという認識が低いということであろう。

以上のように、訪問リハビリテーションのねらいと現状との間にみられた差異は、以下のような問題によるところが大きいと考えられる。①身体機能向上に偏重したアプローチの限界、②利用者のニーズと療法士の専門性の整合化における合意点を見出すことの困難さ、③リハビリテーションが目標とするQOL向上や自己実現の基盤となる、社会的役割や自己選択・自己

決定の概念理解と支援することの困難さ、などである。しかしながら療法士は、これらの問題にチャレンジするとともに、利用者やそれらを取り巻く環境の中で試行錯誤しながら、よりよい方向性を示す実践的アプローチを構築していくことが求められるものと考えられる。(片岡紳一郎)

#### IV. 考察

地域生活支援では、療法士が利用者とともに地域において協働しながらその人らしい生活を構築していくことが重要となる。いわゆる施設を中心として行われている医学的支援という発想だけでは対応しきれないこととなる。そこで以下の3つの視点より考察をすすめて、地域生活支援において必要な視座を明らかにしていくこととする。

##### 1. 「あきらめない医学」から「あきらめ方の医学」へ

9割以上の療法士は利用者が心身機能の向上に期待していると考えており、期待していないと答えた人は0であった。しかし、心身機能の向上には約5割の療法士しか重点を置いていない。しかも、重点を置いていないと考えている療法士は15%存在する。つまり、心身機能の向上に対し、利用者は期待していると考えているが、療法士はそこに重点をあまり置いていないということである。以下、この結果について考察を進める。

前述したように、療法士は利用者のニーズをとらえることにより、その人らしさを具現化しようとする姿勢にあるとともに、そのニーズを実現するために、その背後にある問題の解決に力を注ぐ。一方疾病や障害を有した利用者本人は、医療・福祉関係者だけではなく、家族や友人など多くの人の励ましやプレッシャーを受けることになり、更に周囲の人へ迷惑をかけているという後ろめたさも影響し、いわゆる「がんばる」ことを強いられる状況にあることが推測される。そして、個性や感情を抑制してしまうことは十分に考えられる。利用者にとって、この「がんばる」の内容は、心身機能の向上による活動の向上である場合が多いと考えられる。いわゆる「できるだけ依存しない自立」

である。そして療法士が訪問リハビリテーションとして訪問すると、「がんばります」を強要することとなり、一見すると心身機能の向上を望んでいる利用者に見えるのである。このように療法士は、知らず知らずに「がんばります」の言葉を強要し、そのことを鵜呑みにしてしまい、それがいかにも利用者のニーズであるかのように理解する。そして「がんばります」のファイティングポーズはとるものの「今日はやめときます」とパンチを繰り出すことができず、最終的に利用者は、精魂が尽き果て、意欲低下という自己実現とは程遠い状況となる。結果として「しない利用者」を作りだしてしまうことになる。このような「がんばります」の「あきらめない」という意思表示は、言わば見せ掛けの自己決定である。機能的な改善が見込めないにもかかわらず、利用者本人の意思だと言って、そのまま機能改善を目的とするプログラムを組み合わせることは、利用者本人の本当の感情や意思がつかめないまま、時間だけが流れるだけでなく、当然自己実現につながることもない。

このような出口のない方針は、利用者が心身状態を含む、自身の状況について整理をつけられていないことと、療法士が見せ掛けの自己決定を見抜けていないことに起因すると考える。地域生活においては、利用者自身が能動的に自身の生活を構築していくことが求められる。しかしながら利用者は自己の現実と求める生活の乖離をどのように埋めていけるのかに苦悩しているのである。したがって、訪問リハビリテーションの療法士には、対象者の真意をとらえるため、その発言や具体的事実を慎重に解釈することが求められる。その人らしい生き方、あるいは人生はどのようなものを明らかにし、共に考える姿勢が必要である。あきらめるべきはあきらめ、求めるべきは何かを見極めながら求めていくという自然な人生の営みを、自己決定のもとに創造することが、訪問リハビリテーションに求められているといえるだろう。

訪問リハビリテーションで療法士が接する利用者は、何年にもわたり継続的な介入が必要な場合も多い<sup>20)</sup>。心身機能という領域においては、維持ということが目標となることも多く<sup>21)</sup>、場合によっては、心身機能の低下を遅らせるということが目標となることも珍しくない。そこで、リハビリテーション医療においては、そこであきらめるのではなく、方法を変え、道

具を使用するなどして、できるだけ依存しない生活を実現していく。リハビリテーション医療はいわば、「あきらめない医学」であるといわれている<sup>22)</sup>。しかし、できるだけ依存しない生活もどこかで限界が生じる。現実問題としては、短期・長期の差はあっても、人が生きているということは、死に向かうことが不可避であり、心身機能状態は右肩下がりとなくなるといふ現実的に、利用者も療法士も向きあうことになる。結果として、リハビリテーション医療の「あきらめない」という考え方だけでは、対応できなくなるのである。そこで思考の転換をし、「あきらめ方」に目を向けることが必要である。つまりは一つの価値に執着するのではなく、別の方法・あり方に価値を見出していくということである。例えば、訪問リハビリテーションの介入でも歩行の獲得が困難と考えられるなら、車いす移動という形であきらめる。このような整理のつけ方であれば、最期まで対応可能である。「あきらめない」の考え方は問題の先送りでしかなく、言わば後ろ向きの考え方である。「あきらめ方」を考えることは、そのことをそのこととして受け止め、どのように対応していくのかを整理して考えていくという前向きな考え方である。生活機能の低下を受け止め、最終的には死を受け止めるという死生観が求められるのである。つまり、ここで言う「あきらめ」は、無責任の現状容認主義としての「あきらめ」ではなく<sup>23)</sup>、人事を尽して、前向きに人生を創造していくという責任ある「あきらめ」である。

以上のように、訪問リハにおいては、この責任ある「あきらめ」の論理をもち、利用者をサービス受給者というよりむしろ人生の創造者として接することが必要とされるであろう。つまり、不可避であるにもかかわらず、解決可能なことと無理に思い込もうとし問題の先送りをするのではなく、不可避な事柄はそのまま不可避なこととしてとらえ総括し、その人らしい人生を創造するための支援が求められるのである。

しかし、実際には非常に難しいものであることも事実であろう。「あきらめ」による早すぎる方針の転換は、信頼関係を崩し、拒否に至ることも考えられる。理屈の上では正しい方針であっても、利用者が納得していなければ、その方針は画餅に帰すことになるだろう。訪問リハビリテーションという限られた時間のなかで、利用者の個別性をとらえ、理解し、その人らし

い人生の実現を利用者とともに協働していくことが療法士に求められていることだと忘れてはいけない。

(林部博光)

## 2. その人らしい人生の創造

88%の療法士が、個人の性格や特別な背景を理解することに重点を置いていると答えているが、これは「その人らしさ」の把握に重きを置くことを意味すると考えられる。

「その人らしさ」を把握する上で重要な自己と環境という言葉について考える。三木によると、「人間はつねに環境において在り、彼のあらゆる行為は環境に対する適応の意味をもっている。生活することは環境に適応してゆくことである。(中略) 環境に適応することは環境を形成してゆくことである。しかるに環境を形成してゆくことは同時に自己を形成してゆくことである。」といわれている<sup>24)</sup>。つまり、自己と環境は密接な関係にあり、人間を見ればその人が接した環境を知る手掛かりがあり、また逆にその人が関わった環境を見れば、「その人らしさ」を知る手掛かりを得ることができると考えられる。

太田は生活コスモスという言葉を使用し、生活世界の広がり流れ、そして固有性を次のように説明している。「生活コスモスには、利用者独自の広がり流れがある。それは、生きていくなかで培ってきた考え方や習慣、心身の健康、家庭や近隣、職場や学校、そこでつくられる家族や隣人、同僚、友人といった人間関係など、多くの要素によって人間の生活が構成されているからである。そして、それらの要素は個々に独立したものではないと考えられる。(中略) このように利用者の生活状況は多様な要素の構成と内容、それらの関係による利用者独自の広がりをもつと考えられるのである。」と述べている。そしてそれらは時間的経過の中で変化しているとも述べている<sup>25)</sup>。

以上のように、人間とその環境は非常に大きな広がりをもっていることが分かる。したがって、その人らしさを把握するには、少しでも多く情報収集することが必要であると感じてしまう。確かに生活の構造を把握するためには、情報の量が必要である。しかし、その人らしさを把握するためには、その人にとって生活が持つ意味や機能を把握する必要がある。つまり理解

することが重要になるのである。そして、理解するためには「考える」ことが不可欠である。

そもそも療法士はなぜ情報収集するのか。それは、何らかの判断、すなわち意思決定するためである。判断するためには、情報を得て「考える」という過程を経る必要がある。

岩崎は、「正しく考えるためにまず何よりも必要なことは、批判的な心構えを持つことであるのはいまでもありません。批判的心構えとはすべてのことに対して疑いを持つことです。いろいろの意見に対して、それをただちに信じてしまわずに、一応それを疑ってかかることです。」と述べている<sup>26)</sup>。利用者の言動をそのまま鵜呑みにするのではなく、多角的にとらえることが重要なのである。「なぜ」「どういう意味があって」「どういうことを伝えようと思って」、このような発言や行動が出現してきているのか、常に疑問をもち続けることで新しい判断につなげることができるのである。その判断自体が新たに「知る」ことにつながる。そしてその情報をもとにさらに考え、そのことを繰り返すことにより、本質に迫ることが可能となる。前述した通り言動や行為は環境を形成する。利用者の接する環境についても、「なぜ」「どういう意味があって」「どういうことか」を考え続けることにより、本質としてのその人の価値観に迫ることができるのである。

その人にとっての価値を知ることは、その人らしさを把握することにつながる。しかし、実際にはそれが難しく、支援者が価値と考えるものが、利用者にとって意味のない無駄なものであることも多いのである<sup>27)</sup>。当然、利用者にとっての価値は、訪問リハビリテーションサービスそのものではなく、自分の人生は自分で決定し自分らしく生きていくことにあるだろう。ここで支援者が注意すべきは、自己選択・自己決定の意思が表面化せず、潜在的な欲求として押し隠されていることもあるということである。何に価値をおき、大切にしてきたのかをあらゆる情報から考え判断し、それをもとにまた考える。そのことが利用者の真のニーズにつながる道であると考えられる。

アンケートの結果からは、心身機能の向上に対し利用者の期待はあるが療法士はそこに重点をあまり置いていないということと、療法士が「その人らしさ」の理解に重点を置いていることが読み取れる。これらの背景として、支援者である療法士側の視点からとらえ

ると次のような課題があると考えられる。「その人らしさ」の実現に向けて、①身体機能向上だけの視点では限界があることは十分に理解しているものの、それを具体化する理論や方法が未確立であること、②利用者の期待が身体機能の向上にあると感じており、そのことの価値を転換していただくだけの根拠がもてないこと、③利用者が心身機能向上をあきらめることに至らず、自分らしく生きることに目を向けることにまで至っていないと理解していること、などがある。これらを解決し、真のニーズに近づくためには、その人の生活を表面的・構造的にとらえるだけでなく、その人が感じている実感的・機能的な生活を利用者と共に考え、理解していくという視座も持つことが必要である。（林部博光）

### 3. 「社会参加」への過程

社会参加に関しては6割の療法士が重点を置いてはいるが、他の項目と比べると低い。利用者の期待感では、約2割の人しか期待していないと感じており、満足感においても2割の人が満足していないと答えている。

ここで確認すべきことは、「社会参加」が具体的にどのようなものをイメージされているのかである。そもそも、「社会」は、「①人間が集まって共同生活を営む際に、人々の関係の総体が一つの輪郭をもって現れる場合の、その集団、②同類の仲間、③世の中。世間。家庭や学校に対して職業人の社会」をいう<sup>28)</sup>。②と③は、「一つの輪郭」としての集団と考えられ、①の意味をより限定的に使用したものととらえてもよさそうである。そう考えると、「一つの輪郭」をいかに認識し解釈するかによって「社会」のとらえ方が変わると言える。国際生活機能分類において、「活動」と「参加」のリストは区別されず、単一のリストとなっている。これに関して、次のように記されている。「活動と参加の分類の各領域別に、「活動」と「参加」とを区別することは困難である。同様に、各領域別に「個人」と「社会」の観点を区別しようとすることも、国際的な多様性と、各専門職間、また各理論的枠組み間でのアプローチの相違により可能ではなかった<sup>29)</sup>」とされている。

つまり「個人」としての「活動」と、「社会」としての「参加」を一つの線で区切ることは不可能という

ことである。「一つの輪郭」は、あくまで、ある特定の「一つの輪郭」としてとらえるべきであり、物事の意味づけや価値意識によって変化するものと解釈することができる。したがってその人の個別性という観点より考えれば、その人なりの輪郭があるということになる。社会的な標準や平均という輪郭のみで比較・判断していくと、結果として支援者側の得意とする分野の輪郭に、利用者を無理やりに押し込めてしまう危険性があるととらえることができる。

では、療法士は「社会参加」をどのようにとらえているのだろうか。「社会生活行為」という用語がよく使用されているが、その内容は、「社会生活上必要な行為の総称であり、家事（買物を含む）、公共交通機関利用、自動車運転など」を指す<sup>30)</sup>。この内容のみで訪問リハビリテーションにおける利用者の「社会参加」をとらえると、実現不可能なあまりにも遠い内容となることが多いと考えられてしまう。それよりも、日常生活活動レベルで、「できない活動」「していない活動<sup>31)</sup>」が山積しており、そちらの方が利用者にとっても、療法士にとっても、優先順位として高くなると考えられるのが現状であろう。実際にアンケート結果において、9割以上の療法士が、日常生活活動の向上に重点をおいていること、利用者も日常生活活動の向上に期待していると感じていると答えていることからもうかがえる。

以上のことより、訪問リハビリテーションにおける「社会参加」をどうとらえるべきであろうか。それは、「社会参加」を手の届くものに転換すれば良いのではないだろうか。その人にとっての「社会参加」を「一つの輪郭」としてとらえなおすことが必要である。例えば、孫と話す、昔に作った俳句をもう一度書いてみる、写真を見る、療法士との会話など、自己ではない他者や自らの人生に関わる行為や気持ちの動きも含めて「社会参加」ととらえるのである。その人がその人らしく生きる、主体性のある生活・人生を創造するには、このような発想が必要なのである。標準的な満足や平均的な幸せのみではなく、その人なりの満足・幸せを追求していこうという姿勢が重要になると考える。また、広辞苑によると「参加」とは「なかまになること」である<sup>32)</sup>と述べられている。これは、能動的な概念であり、「なかまにならされること」という受動的概念ではない。「社会参加」は、自らの意思決

定が大前提であり、自己選択・自己決定の過程のなかでうまれてくるものと理解することが必要である。したがって療法士は、「社会参加」をより広い意味で理解すること、「社会参加」と「自己決定」には密接な関係があることの視点に立つことが必要であろう。

「自己決定」に関するアンケート結果では、4割の療法士しか重点を置いていると答えていない。これは、他の項目と比べると著しく低い。訪問リハビリテーションにおける「社会参加」と「自己決定」の重要度がより高く認識され、多様なニーズに対する支援とその人らしい人生の創造の支援を実現していくことが望まれる。  
(林部博光)

## V. おわりに

1990年前後から訪問リハビリテーションが普及し始め、現在2010年まで20年程経過している。しかし、現状としては次のような課題があると考えられる。

- ①自己実現へ向けて、支援者と利用者が共通理解を進める過程の困難さ
- ②身体機能、活動能力向上と、自己実現の関係性の不明瞭さ
- ③多様なニーズに対する支援システムの未確立などである。

今こそ、訪問リハビリテーションのあるべき姿を問い直し、真に信頼されうる支援を構築する時期であると考えられる。これらの課題を解決するためには、今回は支援者である療法士に対する調査であったが、利用者の真のニーズを検証していくための調査・研究を進めていく必要があると考えている。

## 【注】

- 1) 澤村誠志 「地域リハビリテーション白書2」 三輪書店 1998年
- 2) 日本リハビリテーション病院協会編 「リハビリテーション医療のあり方その1」 1991年
- 3) 澤村誠志監修 「これからのリハビリテーションのあり方」 青海社 2～6頁 2004年

- 4) 澤村誠志他 「地域リハビリテーションシステムの構築について」 日本リハビリテーション病院協会会報 10 7～9 頁 1991 年
- 5) 浜村明德 「地域リハビリテーションと在宅医療－明日の在宅医療－」 235～255 頁 中央法規 2008 年
- 6) 伊藤隆夫 訪問リハビリテーション実践テキスト. 三報社印刷 16～19 頁 2010 年
- 7) 同書
- 8) 奈良勲 標準理学療法学 専門分野 地域理学療法. 医学書院 104～107 頁 2007 年
- 9) 同書
- 10) 同書
- 11) 再掲書 6)
- 12) 再掲書 6)
- 13) 再掲書 6)
- 14) 再掲書 8)
- 15) 高齢者リハビリテーション研究会編 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向－いきいきとした生活機能の向上をめざして－」 厚生労働省 2004 年
- 16) 日本リハビリテーション病院・施設協会・全国訪問リハビリテーション研究会 「介護保険における PT・OT・ST による訪問サービスの現状分析と提言」 2008 年
- 17) 大工谷新一 大阪府理学療法士会ニュース 第 221 号 1 頁 2010.8.30
- 18) 日本作業療法士協会ホームページ <http://www.jaot.or.jp/> 「作業療法 5 ヶ年戦略」 2008 年
- 19) 大田仁史 「地域リハビリテーション原論 4」 2～4 頁 医歯薬出版 2007 年
- 20) 吉良健司 「はじめての訪問リハビリテーション」 10 頁 医学書院 2007 年
- 21) 再掲書 18)
- 22) 上田敏 「リハビリテーションの思想 第 2 版 人間復権の医療を含めて」 74 頁 医学書院 2004 年
- 23) 竹内整一 「日本人はなぜ「さようなら」と別れるのか」 146 頁 ちくま新書 2009 年
- 24) 三木清 「哲学ノート」 60 頁 新潮社 1984 年
- 25) 太田義弘 「ソーシャルワーク実践と支援科学－理論・方法・支援ツール・生活支援過程－」 相川書房 2009 年
- 26) 岩崎武雄 「正しく考えるために」 27 頁 講談社現代新書 1998 年
- 27) P.F. ドラッカー 「マネジメント [上] 課題、責任、実践」 106 頁 ダイヤモンド社 2010 年
- 28) 広辞苑第 4 版 1188 頁 岩波書店 1991 年
- 29) 世界保健機関 「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」 14 頁 中央法規 2003 年
- 30) 上田敏 / 大川弥生 リハビリテーション医学大辞典 253 頁 医歯薬出版 1996 年
- 31) リハビリテーションにおいては、活動は能力として「(すれば) できる活動」と実行状況として「している活動」の二つの視点でとらえられることが多い。ここでいう「できていない活動」「していない活動」はこの二つの視点でとらえたものとして使用している。
- 32) 再掲書 29) 1061 頁