

■ 総説

リハビリテーション医療における自立と生活 ー生活評価の必要性ー

Independence and life in medical rehabilitation

ー necessity of life assessment ー

中俣 恵美

Emi Nakamata

関西福祉科学大学保健医療学部リハビリテーション学科理学療法学専攻
大阪府柏原市旭ヶ丘 3-11-1 (〒582-0026)

TEL(072)978-0088 FAX(072)978-0377 E-mail nakamata@fuksi-kagk-u.ac.jp

Division of Physical Therapy, Department of Rehabilitation Sciences, Faculty of Allied Health Sciences, Kansai University of Welfare Sciences : 3-11-1 Asahigaoka, Kashiwara-shi, Osaka, 582-0026, Japan. TEL +81-72-978-0088

保健医療学雑誌 2 (2): 44-58, 2011. 受付日 2011 年 8 月 8 日 受理日 2011 年 8 月 8 日

JAHS 2 (2): 44-58, 2011. Submitted Aug. 8, 2011. Accepted Aug. 8, 2011.

ABSTRACT: The environment surrounding medical rehabilitation has been greatly altered by changes in social structure and disease trends, as well as diversification of health needs. An approach that values not only independence of bodily functions but quality of life is required of medical rehabilitation. However, there exists an unbridgeable gap between theory and practice in the medical rehabilitation of today.

The concept of “independence” has not yet been established because the meaning of independence differs to various extents depending on the situation, sense of values, and daily lifestyle of care receivers. Similarly, the concept of “life” has not yet been established. Therefore, the importance of seeing life as a whole with each of our skills became clear. Furthermore, this study clarifies the problems for life enhancement and suggests needs and methods for life assessment.

Key words: Independence Life Medical Rehabilitation

要旨：リハビリテーション医療を取り巻く環境は、高齢社会に伴う社会構造や疾病構造の変化、国民の健康ニーズの多様化等により大きく変化している。このようななか、リハビリテーション医療には、単に身体的自立のみを目指すのではなく、生活の質を重視した対応が求められている。しかしながら、現状では理念と実践は乖離がある。

本論では、その要因として、自立の意味合いが立脚する立場や価値観、生活習慣等により微妙に異なり自立概念が確立されていない、同様に生活概念も未確立であるという点に着目し、考察をおこなった。その結果、生活をトータルにとらえる視野の重要性について得た知見を報告するとともに、利用者の自立生活支援に向けての課題と生活評価の必要性と方法について提示するものである。

キーワード： 自立 生活 リハビリテーション医療

I はじめに

1917 年、医学において初めてリハビリテーションという言葉が使われて以降、リハビリテーション医療は時代の変遷とともに理論や技術を発展させてきた。それに伴いリハビリテーション理念もさまざまな経緯をたどりながら現在に至っている。

わが国においては、1993 年障害者対策推進本部が決定した新長期計画のなかでリハビリテーションは、「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及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。¹⁾

医療においても、2008 年の医療制度改革において、「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。さらに、厚生労働省は「安心と希望の医療ビジョン」のなかで、²⁾ 『『治す医療』だけでなく病を抱えながら生活する患者と、その家族の生活を通じて支援していくという『支える医療』という発想がより一層求められる』とした。これらは「病院・施設医療中心から生活・地域医療中心へ」、「治すから癒し支える医療へ」という、これからの医療について国としての方針を示したものと見える。

以上のことより、リハビリテーション医療においても身体的自立だけにとどまるのではなく、QOL の向上、全人間的復権、自己実現を目標とすることは、周知されたこと理解してよいだろう。つまりは、自立した生活を目指す過程を支援すること (自立生活支援) を求められていると考えられる。しかしながら実践においては、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していないだろうか。国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : 以下「ICF」と略す) 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。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。地域リハビリテーションにおいても、病院で行っている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³⁾かのように展開されてはいないだろうか。

このように臨床の現場においては、理論と実践、理想と現実には乖離があると認識する必要がある。社会全般が「その人らしい生活」を目指している今こそ、リハビリテーション医療においても、「人間とは何か」、「自立とは」、「生活とは」、を十分に議論し、再度リハビリテーション理念の確立と共通化を図り、理念を具現化できる方法を確立すべきと考える。そこで本論では、①自立概念、②生活概念について再考するとともに、③両概念を中心に課題を明らかにし、④自立生活支援に向けての生活把握について考察したい。

II リハビリテーション医療と

自立概念

1 自立概念への潮流

現在における自立概念確立への潮流を大別すると、第二次世界大戦後に誕生した「基本的人権 (人間の尊厳)」と「ノーマライゼーション思想」の 2 つの流れが考えられる。

基本的人権は、人々が貧困、飢餓、戦乱、専制政治等による生活の苦しみを乗り越え、自らの自由・人間らしい生活の保障を訴えた自由権、生存権に起源する。⁴⁾ これらはあくまでも国家の意思として、国民の福祉は「個人の尊厳を尊重する」ことを理念として掲げたものである。黒澤らは、⁵⁾ 理念とはすべての人が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るが、個

人の生活を具体的・個別的に具現化していないし、あまりにも抽象的であると述べている。換言すれば人間の尊厳とは、人々が国家を構成し、社会生活を営むうえでの至高の観念（心に抱く考え）であるが、日々の生活の前にあって具体的な形を示すものではなく、むしろ遠くにあって人々が目指すもの、人々の生活の道しるべとなるものであり、理念価値といえる。理念価値が「人間の尊厳を大切に」「人間の幸せな生活への願い」である以上、個々の生活と密接な関係になければならず、現実の生活における彩りのなかにこそ理念が含まれなければならないと考えられる。

これらのことをまとめると、「人間の尊厳」を生活の場面へ導くものとして、自立の考え方が生まれた⁶⁾といえるのではないだろうか。つまり人間の尊厳とは、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。

一方、1958年にデンマークで生まれた、⁷⁾ノーマライゼーション思想では「量的に平均だから普通 (normal) なのではない。また、障害があるからといって、少しもその人が異常 (abnormal) なのではない。だから人は障害ゆえに差別されることがあってはならない。たとえ、身体的に、また、知的に障害があったとしても、一人の人間であり、一般市民と同じ条件のもとで生活する権利がある。ノーマライゼーションの目標は、障害のある人をノーマルにすることではなく、彼らの生活条件をノーマルにすることである。」とした。また、1970年代には脱施設収容、障害者も人間の尊厳を保持しつつ地域社会で主体的に生活する権利があるとする自立生活運動が欧米で生まれ、アメリカで市民権運動、消費者運動とも連動し高まりをみせ全世界に広がった。ここではノーマライゼーション思想をさらに深化させ、①社会的自立と自己実現、②周囲の人々との対等な関係、③生活環境の物理的側面だけでなく市民意識、情報面も含む環境のバリアフリー化、④社会的自立支援、⑤共生、⑥機会均等（安藤）⁸⁾という形に発展させていった。

このような背景をもつノーマライゼーション思想に立脚すると、自立とは、国際障害者年のスローガンでもある「完全参加と平等」としてとら

えることができる。障害のために生活の不活性化が起こり、自己実現を求めるといふ誰もが生まれながらに持っている権利が剥奪された状態⁹⁾はノーマルな状態ではなく、どのような障害があったとしても、一般社会の誰もが日常、でかけていくところへは同じようにでかけることができるべきであるということになるだろう。つまり、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、自己実現こそが、人の自立と理解することができる。

2 自立概念をめぐる現状と課題

リハビリテーション医療は、従来医学が求めてきた疾病の完全治癒だけでなく、疾病により起こる「その人の生活のしづらさ」に向き合い、QOLの向上を目指してきた。そのような意味では、「自己実現」を目指し、それを具現化するものとして、「自立」を重視するという立場に立脚しているといえる。ADL 自立、社会参加、QOL 自立観を高めることで、全人間的復権を目指し、新しい人生の創造が可能となり、自己実現につながると考えている。そして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。このようななかで、個々の行為の自立に焦点化しすぎたり、生活を構成する「参加」「活動」の個々の自立を寄せ集めることで、生活全体の自立を目指すことになれば、「疾病をみて人をみない」と批判してきたリハビリテーション医療が、障害のある人の現状を解釈する為に、個人の生活を一般化、画一化して基底還元論的に階層化してとらえるという過ちをおかしてしまうこととなる。

リハビリテーション医療における自立支援について、自立概念を中心に問題を整理すると、次のようなことが危惧される。

①理念価値である「自立」を画一化し、標準化することで目標を設定しようとする傾向がある。

②実践価値である「自立」の水準を決め、支援活動の成果をはかる帰結基準にしようとする傾向がある。

③「自立していない」ことに焦点化しがちである。

①に関しては、「その人らしい生活」と主張しながらも「その人らしさ」をどこに、どのように

求めていくかが不明瞭であり、支援者の勘や経験による判断に頼りがちである。また社会的自立に向け、アイデンティティ確立のための動機付けを求める方法の展開も不十分である。そのため、目前の問題のみを特定したり、器質的障害のみをとらえて、個人の生活を一般化し、画一的な目標に向かって問題解決を図ろうとする傾向を指摘したい。

②に関しては、生活を構成する個々の行為のみに焦点化し、日常生活活動ごとの自立度を高めることにより、生活全体の自立度を高めようとすることであり、日常生活活動の自立度のみに成果を求めようすることを指摘したい。また、生活をとらえようと ADL 評価や QOL 評価がなされ、たくさんの評価項目や評価基準が開発されている。しかしこれは、個人や施設の治療成績や障害の程度の判定、援助内容の決定としては利用できるが、未だ自立支援方法の探索に関することに有効な方法は開発されていないことの指摘でもある。

③に関しては、「人間の尊厳」を基盤としながら、利用者を「かけがえのないもの」、唯一無二の存在である人間としてとらえるのではなく、「患者」「高齢者」「障害者」などのカテゴリーとしてとらえている。つまりひとりの人間からある側面のみを切り取ってとらえること、そして支援者は、それぞれの専門性をそのことに見出そうとすることを指摘するものである。また、利用者の全体像をとらえる必要性を認識しながらも、利用者が結んでいる社会関係の一側面だけに立脚し、状況を解釈するために基底還元論的に階層化して問題をとらえること、そしてそこにのみ課題や科学性を求めようとするものの指摘でもある。

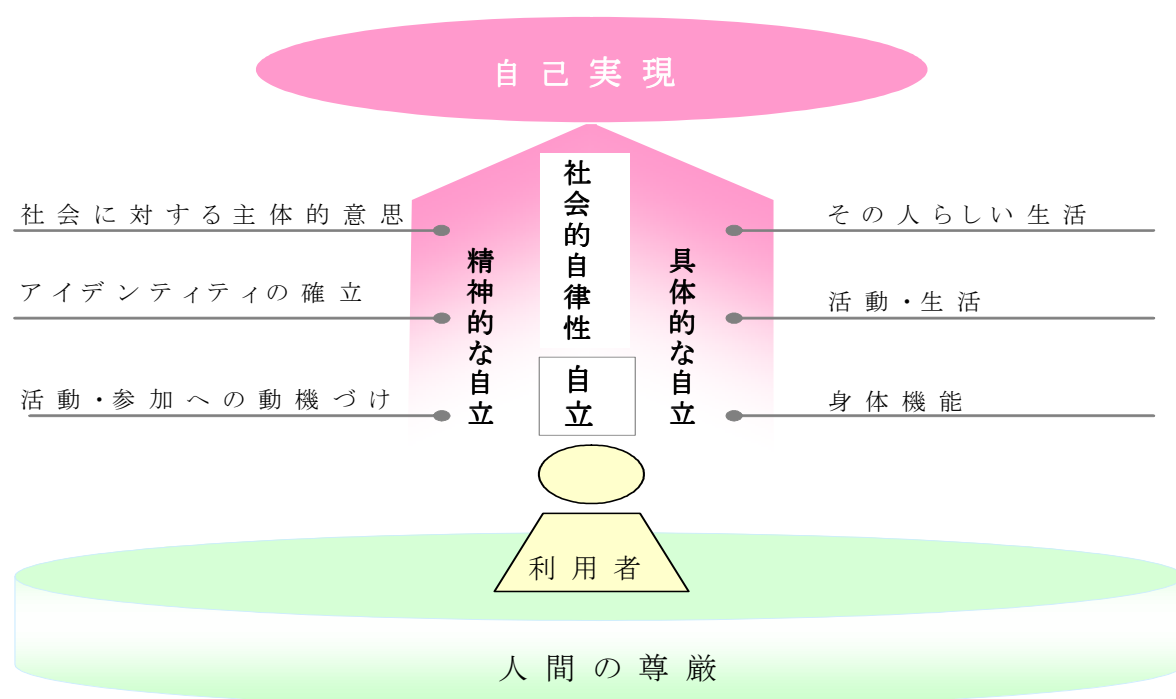
このような問題の背景には、自立概念が抽象的概念から個々の具体的・実践的自立観まで幅広い概念であるとともに、個別的、主観的要素の強い概念であることにより、統一された自立概念が存在しないことが大きく影響していると考えられる。リハビリテーション医療において自立支援をおこなううえでは、利用者の現状を把握し、課題を探り、方法を展開していく必要がある。しかしながら上記で指摘した3つのことが現状である。真の意味での自立支援を有機的に機能させるには、①自立概念の再確認と共通化、②障害を器質的障害と主体的生活者としての生活の支障性という両側面より統合的に把握する方法の確立、③

カテゴリー別対応ではなく「生活問題」としての共通性と特異性の整理、包括・統合的な展開方法の確立、④社会的自立を目指し、アイデンティティ確立のための動機付けを求める方法の確立が必要となるだろう。

3 求められる自立概念

現在の自立概念への潮流を整理すると、自立概念の確立には2つの世界大戦がいずれも深く関係していることがわかる。これは大戦により、①障害者というごく限られた人だけでなく多くの人が「生活のしづらさ」を経験したこと、そのことにより、②人々が自由と平和の重要性を現実のものとして広く受け入れるようになったこと、③哲学や思想が変化して、すべての人が平等に生まれるのではなく、すべての人が平等の機会を持つべきであるという思想となり、社会を醸成させたことなどがあげられる。このような変化が現在の自立概念の確立に影響し、リハビリテーション医療における実践にも、「機能回復から全人間的復権へ」と変化をもたらしたといえる。

これらのことを踏まえると、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、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に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。¹⁰⁾ 換言すれば、それぞれ独自性のある個々の利用者の自立を標準化することは非合理的であるといえる。また、立脚点により変化する価値であり、「その人らしさ」を求め、主観的判断が基盤となる自立に対して、水準を決め、成果をはかる帰結基準を求め、標準化して、個々の利用者の自立を判断することは、非常に困難であると考えられる。

Fig.1 The concept of “independence”¹⁰⁾

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、¹¹⁾ 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自律とし、このことが自立の本質であると述べている。また太田も ¹²⁾ 同様に社会的自律性の重要性を訴えている。人間は誰しも社会で生活していくための固有な問題解決能力をもっているという人間理解への価値観を前提とし、その能力を社会的自律性（コンピテンス）とした。それには、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）と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）があるとしている。

これらのことより、自立とは生活主体者として、能動的に、自らの意欲と努力とその能力によって自律的に目標到達へと行動すること

あり、生活主体者として生きる行為そのものであると理解することが必要である。

ゆえにリハビリテーション医療における自立支援とは、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。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、求められているといえる。（Fig1 参照）

Ⅲ リハビリテーション医療と

生活概念

1 生活概念への潮流

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、医学の範囲が生活に関与するほど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。¹³⁾ 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まざるを得なくなり、ADL 概念が登場してきた。

「生命」の価値が絶対であり、「生命」の視点が唯一であった医学において、ADL 概念が「生活」という視点と概念をもたらしたことは、歴史的経過より明白である。そして病気（疾病）ではなく障害を対象とする新しい医学としてリハビリテーション医療が公認されたともいえる。このような背景の中でリハビリテーション医療は、疾病がもたらす障害を「疾病によって起こった生活上の困難・不自由・不利益」¹⁴⁾と、とらえ対応するようになった。しかし障害はいろいろな側面を持っており、独特な内部構造を形成している。そのためきちんと整理し、構造を分析することが必要になり、World Health Organization（以下 WHO と略す）は 1980 年に International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps（以下：「ICIDH」と略す）を示した。

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。¹⁵⁾ これらの背景において、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。

一方で ADL 技法はどんどん重度化する機能障害に対応するため発展するとともに、1 人で行うものとされていた ADL に、介助を受けて行うものという概念が誕生した。また自立生活の思想・運動により、障害者における「自立」の概念の根本的見直しが契機となり、「万人に共通の自己決定権の重視」がなされた。これらにより、リハビリテーション医療の目標が ADL から QOL へと転換されるとともに、医学において「人生」という視点がもたらされたといっ

てよいだろう。それに対応すべく誕生したのが ICF であると考えられる。ICF の大きな特徴は、障害ではなく、人が「生きること」に主眼し、「心身機能・構造」「活動」「参加」という 3 つの概念を包括する用語として「生活機能」を採用したところである。そして環境との関係性に着目し背景因子として、環境因子と個人因子という枠組みを示したことである。¹⁶⁾ (Fig2 参照)

以上のように、リハビリテーション医療における生活概念は、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、「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」¹⁷⁾

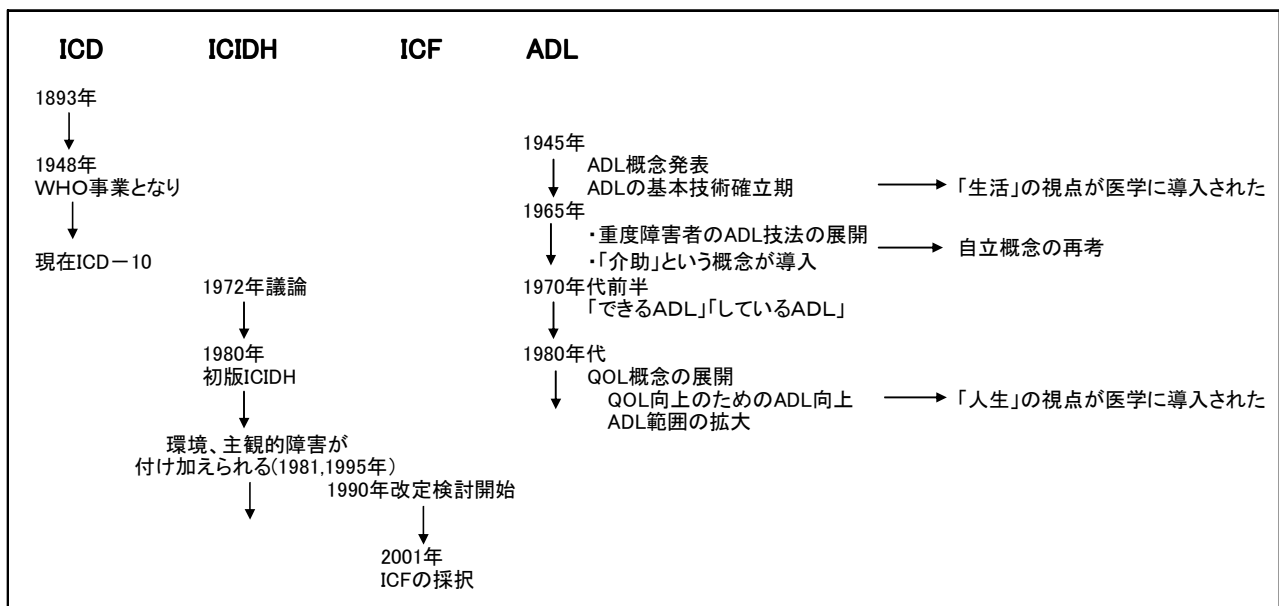


Fig.2 The detail of ICF and ADL (Nakamata2010)

とする限局された概念づけである、いわゆる狭義の ADL から、「life」つまり「生きること」、「生命」「生活」「人生」を包括した概念までを含むとする ICF までの広範な概念といってもよいのではないだろうか。しかし、いまだ生活に関して統一された概念はなく、その示す範囲はさまざまであるともいえる。紙面の都合上、詳細は別の機会とするが、ICF が示す範囲が「生きること」を包括しているかを再考する必要もあるといえる。

2 生活概念をめぐる現状と課題

ADL と QOL 概念が医学において、「生活」「人生」の視点をもたらしたことで、医学の主体はあくまでも患者自身であり、対象は疾病ではなく、疾病を持った人であるということ、科学性という視点には、「サイエンス」だけでなく「アート」が必要であることを実践に反映させることにつながっていったと考えられる。そのような意味では、ADL、QOL 概念を先駆的に導入・実践したリハビリテーション医療が、医学にもたらした功績は大きいといえる。

しかし ADL 概念には、次のような課題があると考えられる。①ADL が示す範囲は、狭義から広義までを含み、はっきりした概念規定が成されていない。そのため②使用する人の立場によって、取り扱っている内容が異なり曖昧さがある。また、③どのような内容を取り扱うかは、勘と経験に頼る部分が多い。④地域性、生活習慣などの特殊性が反映されていない。⑤社会参加の状況を把握することが困難。⑥個人の価値観など、主観的要素がとらえきれていないなどである。それにもかかわらず、リハビリテーション医療においては、ADL と生活を同一化して考える傾向があり、治療効果の帰結を ADL に求めることが多い。これらの背景には、医療に科学的根拠に基づく医療 Evidence Based Medicine (EBM) が求められ、リハビリテーション医療においても治療効果を客観的に示すことが必要となってきたことが考えられる。そして科学的根拠 (Evidence) を狭義的にとらえ、数値で表すことのできる量的評価のみに偏重していることが 1 つの要因と考えられる。科学的とは単に量的価値のみだけではなく、客観的事実に基づき論理的に思考する質的価値に

もあることを認識することが必要である。ADL は生活をするうえで必要不可欠な項目であり、大きな価値付けをもっている。そのような意味では、ADL 評価は生活評価として核になるといえるだろう。しかしその人の生活すべてを反映しているものではない。つまり生活行為の寄せ集めが生活の構造を表わすものではない。

一方、人が生きていることの全てのレベルにわたる領域を把握するものであるといわれる ICF がリハビリテーション医療にもたらした効果としては次のようなものが挙げられる。

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」¹⁸⁾「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」と「障害」というプラス要素とマイナス要素があることを明記したことで、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に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。

3 求められる生活概念

生活は、ADL が示す生活活動を寄せ集めて表わせるものではない。また ICF が示す各領域を示すことで表せるものではないことを述べてきた。これは、人間が単に「生命・生物的存在」であるだけでなく、現実の社会のなかに生命をうけ、その命を全うする「社会的存在」であることに起因する。人間は「社会的存在」として多くの喜びとともに苦しみを抱えることになる。したがって問題や困難は生命・生物体としての身体的状況のなかにのみ存在するのではなく、現実生活する「今、ここ」の社会状況のなかにも存在する¹⁹⁾と考えなければならない。その人にとっての生活とは、一つひとつの具体的な出来事の積み重ねからなる現実である。(実存性)

また、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、そこで作られる人間関係など、多くの要素によって生活は構成されている。それらの要素は互いに影響し合い、複雑な関係を構成している。例えば生計を維持するための職場の環境は経済状況と関係し、経済状態によって住まいの環境が異なってくる。そしてその住まいの環境は近隣の人間関係から多大な影響を受けている。このように生活を構成する諸要素は互いに直接的・間接的な連鎖をもって、その人固有の複雑な生活状況を作りあげている。そして生活の状況は人間と環境の相互関係のなかで際限なく変化している。このように人間の生活は、多種多様な要素の結びつきと広がりからなる生活状況と、その広がりや時間的経過のなかで変化し、それらが積み重なってできる流れとしてとらえることができる。そして、現実の生活状況のなかから、自らの価値判断で環境や資源を取り入れ固有な生活世界を構成している。そこにはその人自身の固有な理論と秩序がある。

つまり、生活は各々の生活行為が相互に関連し合い、独自の広がりを持っており、時間の流れの中で変容している。したがって構造だけを議論しても生活表現することは困難であり、機能、変容という視点を加え統合的に考えていく必要があるということになるだろう。このようなことより、生活概念を確立するための具体的課題には、以下のようなことがあると考える。

①生活状況を具体的に示すこと

②その人の抱く意味によって価値付けされた社会・文化的実体を明らかにすること

③ミクロからマクロに至るシステムの交互作用に着目する理論と方法を持ち込むこと

④質的概念に科学性を持ちこむこと
などである。これに説明を加えると次のようになる。

①について、生活は、人間と環境との交互作用であるという概念に着目し理解する必要がある。これを理解するには、第一に人間理解という壮大な課題にチャレンジする必要がある、第二に環境という広範囲な概念をシステムの整理しとらえる必要がある。そしてそれは単なる「生活学」という視点ではなく、何らかのニーズを抱えた人を対象とした生活・環境論により展開していく必要性を指摘するものである。また第三に相互作用をどのようにとらえるかなどの課題を克服し、実践的活用法を示す必要がある。

②について、生活は行動、行為によって構成されるという観点に立脚するものである。そしてその行動、行為は a) その人の属性や役割、b) その人の欲求に基づく目的、目標、c) その目的、目標を達成するための資源、d) 社会的規範、などにより規定されている。このような考えに基づく生活理解には、役割、欲求、目的、資源、社会などのキーワードにしたがいながら、その人によって価値付けされたその人固有な世界を理解する必要性について指摘するものである。

③について、生活とはミクロからマクロに至る全体的な概念であるにもかかわらず、専門的分野からのアプローチは、ともすれば生活を断片的、部分的にとらえる傾向にあることの指摘である。また、生活を全体的に把握する必要性を論じながら、実践との乖離があることの指摘であり、理論と実践に具体化する中範囲概念の展開の必要性を指摘するものでもある。

④について、1 つは、生活は構造だけを明らかにするだけでは不十分であることの指摘である。例えば、家族という構造を規定するには、同居か否か、何親等かなど量的な条件を整えることで可能であるが、血縁でなくても、その人にとっては家族と意味づけられる存在がある

場合もある。つまりは、その人にとって質的側面ともいえる機能をとらえる必要性の指摘である。また、もう1つは、今まで述べてきたように生活とは、その人の主観的要素、個別的要素に規定される部分が大きい概念である。したがって、我々専門職は勘や経験、自らが得意とする方法に偏重することなく、質的概念を科学性に基づき、とらえることの必要性を指摘するものである。

Ⅳ リハビリテーション医療と

自立生活支援

1 生活への視座

リハビリテーション医療における生活への焦点化における問題について、今まで述べてきたことをまとめると次のようなことがあげられる。①共通化・定量化への偏重、②単純化・限局化への偏重、③客観性重視による固有性・個別性の喪失、④科学性における量的価値への偏重、⑤ADLと生活の関係性・概念化の未確立、などがあげられる。またリハビリテーション医療実践においては、定量化された個々の生活行為を集め生活全体を把握したり、客観性を重視しているにもかかわらず、利用者の生活を支援者側の勘や経験的判断で把握するなど、矛盾が少なからず生じている。これらの問題を解決するためには、①多種多様な構成要素からなる生活をトータルにとらえる方法を確立すること、②利用者固有の生活の実体をとらえること、③科学性に質的価値を持ち込むこと、などが必要と考える。

そしてこれらを具体化していくためには生活における、①システム、②実存性、③科学性についての理解を深めていく必要がある。これらに説明を加えると次のように述べることができる。

①リハビリテーション医療における生活の把握は、ICFを基盤とした生活の構造的な枠組みにとどまっていると考えられる。しかしながら生活概念とは、その人自身と環境とを含んだ生態的で多様なシステムからなる概念であり、独自の広がりや複雑な内容、さらに独自の流れから秩序をもって構成されている概念である。

²⁰⁾したがって生活を把握するためには、システム概念が必要となる。以上のことより、リハビリテーション医療においても機能や変容という概念を組み入れながら、生活を包括・統合的・全体的にとらえる視座や複雑で固有な生活状況を系統立てて説明・理解することができる方法が必要となる。

②リハビリテーション医療においてはADL評価を中心とした生活状況の把握がなされている。したがって客観的把握には優れている部分がある。しかしながら生活とは固有性、多様性が強く、主観的把握を必要とする。つまりある出来事をめぐって、「真実とは何か」は、人によって違うという「実存性」による理解が必要である。その人にとって本当のこととは何か、一人ひとりがもつ出来事に対する意味付けによって構成される世界を把握する必要がある。現実の世界とその人が生きている世界（実存的世界）をつなぐこと、事実と実感をつなぐことが求められる。したがって支援者は利用者が見たり、感じたりしているとおりの生活世界をとらえることが求められる。

③リハビリテーション医療は自然科学に基盤を置きながら発展してきた。したがって普遍性、理論性、客観性、一貫性を重視し、そのことに科学性を見出してきた。いわゆる量的評価に価値が置かれ、統計的な手法で根拠づけられない個別的で主観的な内容は、それだけで一蹴されるようなきらいさえある。しかし一方では、その人らしい生活・人生の再構築、創造を重視しQOL向上を目標とし、その人の生活、QOLの把握を重視している。このような乖離状態を克服するためには、質的評価に価値を見出し主観性、個別性にも科学性を持ち込む方法を確立することが求められる。中村は、²¹⁾ものごとを理解するための知の様式として、「西洋科学の知」と「臨床科学の知」の2つに分けることができると述べている。「西洋科学の知」とは、一般に「科学的」と表現されるものである。また「臨床科学の知」とはコスモロジー、シンボリズム、パフォーマンスといった特性をもち「個々の場所や時間のなかで対象の多義性を十分考慮に入れながらそれとの交流のなかで事象をとらえる方法である」としている。つまり利用者の生活を理解するには、西洋科学の知（システム

思考によって構造-機能としてとらえたもの)を臨床科学の知によってとらえ返す専門的技術が必要であるといえるだろう。

2 自立生活支援へ向けての課題

本論文において、自立概念と生活概念について検討を行い、それぞれの概念を明確にすると共に、課題を明らかにしてきた。その結果、利用者の自己実現に向かうためには、その人の生活世界を理解し、その人らしい自立を支援することが重要であると考えられた。そしてこのような支援こそが、自立生活支援と呼べるのではないだろうか。自立生活支援においては、利用者の社会的自律性の育成が重要であり、専門職として利用者の自己選択・自己決定の選択肢を発見・構築しながら、利用者の主体的行動への動機付けを行うことが鍵になると考える。これらのことを踏まえると自立生活支援とは、「利用者を受け身で無力な対象とするのではなく、行動主体としてのコンシューマであるとし、社会的自律性を大前提に、利用者の自己実現を目標に展開される実践過程である。利用者のもつ秘めた能力を改めて再発見し、生活再構成への意志や努力を尊重し育成する視野や発想から、エンパワメント概念^{注1)}の展開、自助努力に寄り添い、支援者としてその過程に利用者とともに参加・協働していくことである。」といえる。

つまり自立生活支援において専門職は、「与える」という発想ではなく、「支える」という姿勢が求められるといえる。そして、自立概念を中心にとらえてみると次の3つの視点で解釈することができる。

①できる限り援助を使わなくてもよくなる。

②支援を使って、地域社会でさまざまな活動・参加する。

③地域支援をおこない、インクルージョン^{注2)}を推進する。

これらに説明を加えると次のように述べることができる。

①では、急性期ケアと長期ケアを明確に分離して、本人主体の自立生活を確立する必要性がある。急性期ケアにおいては、最大限の医療的治療、ハード福祉の援助を必要とするが、それらの終了時点を見極め、人生の手綱を本人にいつ渡すかを専門職として判断することが必要

である。本人の人生にあれこれ干渉するパターンリズムではなく、本人の自己選択・自己決定に必要な情報と経験の幅を提供し、本人が自己選択・自己決定することを支援し、専門職は黒子に徹する。(エンパワメントの育成)

②では、利用者の秘めた力を引き出し、活用する必要がある。専門職は、本当はできるはずの活動を見極めることを求められる。そして利用者自身が「できること」と「できないこと」を判断し、必要な支援を求めることができるよう支援することが必要である。(社会的自律性の育成)

③では、真のインクルージョン社会を支援する必要がある。つまり支援するだけの人間と支援されるだけの人間という格差社会ではなく、さまざまな支援を必要とする人間と人間が、互いの弱さや障害を受け入れ、共に創り出す社会を支援することが必要である。(ノーマライゼーションの展開)

以上のことをキーワードとしてまとめると、自己実現、利用者中心、社会的自律性、自助努力、エンパワメント、参加と協働などが挙げられる。専門職はこれらを基盤価値とし、自らの専門的・科学的方法を自立生活支援に持ち込むことが求められる。そして方法においては、

①生活の実存性にできるだけ迫れること

②抽象的な概念を、具体的なものとして示せること

③質的な概念を、量的なものとして示せること

などの視点により展開される必要がある。これらに説明を加えると次のように述べるができる。

①生活の実存性に迫るために、西洋科学の知(システム思考)によって構造-機能-変容としてとらえたものを、臨床科学の知でとらえ返すこと²²⁾が必要である。このことにより利用者の真のニーズをとらえることができ、社会的自律性への糸口を見出すことができる。

②自立概念は、人間の尊厳に内包される非常に抽象的な概念である。ゆえに画一的・標準的な基準で、その人の自立を判断しがちである。したがって専門職はパターンリズムに陥ることなく、個々の価値意識に基づき、その人なりの自立を見出していく支援が求められる。

③生活概念は、個々人によって多種多様な要素で構成される概念である。ゆえにとらえどころのない質的・固有的な概念であり、普遍性・スタンダードに押し込まれがちである。したがって専門職は勘や経験だけでなく、その人の生活を科学的にトータルに把握し、その人の固有性を具体的に示すことが求められる。

以上述べてきた概念と方法の展開が実践されることが、自立生活支援（社会的自律支援）と呼べるのではないだろうか。そこで次節では、実践方法の展開として1つのアイデアを提案する。

3 生活評価の試み

人間の生活は、①多種多様の要素の結びつきと広がりからなる生活状況と、②生活状況が時間的経過の中で変化し、積み重なってできる流れとしてとらえることができる。その固有な領域・関係・内容からなる世界を、太田らは²³⁾生活コスモスと呼んでいる。そしてこの固有な生活を理解するための理論がエコシステムという概念と方法であるとしている。

エコシステム概念においては、①生活状況をシステム思考によって、②人間の変容や成長と

いう時間的経過を生態学的視座によりとらえようとするものであり、一般システム理論と生態学的視座の双方の長所をいかしつつ、他方の短所を補完し両者の特性を融合させたものである。エコシステム概念におけるシステム思考では、システムのもつ3大基本的特性である、①構造、②機能、③変容という視点によりとらえようとするものである。

また、エコシステム概念における生態学的視座では、時間的経過の中で、利用者と利用者を取り巻く環境から生活の把握をおこなうとともに、その相互関係から生活全体のバランスが維持されていく過程の把握もおこなうものである。

以上のようにエコシステム概念は、利用者の生活コスモスを理解する際の新しい認識枠組みである。したがって抽象度の高いメタ概念であり、理論的には説得力を持つが、どのように実践概念化するかということが大きな課題である。

そこで、利用者の複雑な生活コスモスの現実を情報として収集・処理し、ありのままに明確な形で示すことのできる支援ツールを、支援プロセスに活用・介在させることにより、エコシ

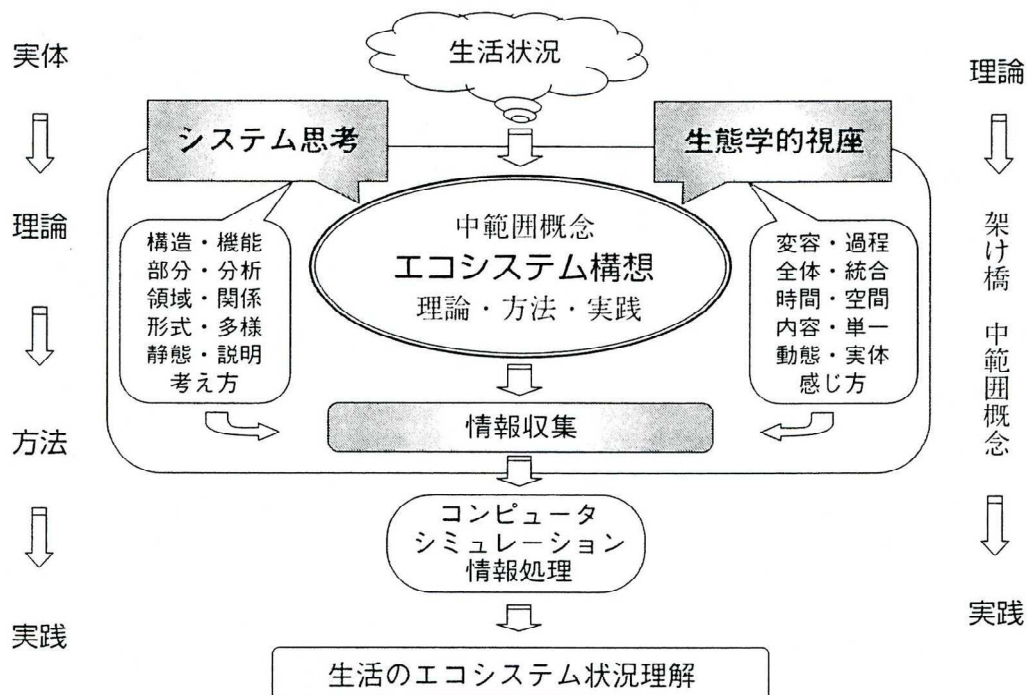


Fig.3 The concept of ecosystem projects²⁴⁾

システム概念に基づいた理論と実践を包括・統合的に展開する方法としてエコシステム構想を提案している。

エコシステム構想の概略を図式化すると図3²⁴⁾のように示すことができる。

ここでは、①利用者の理解をめざして、a) 生活の構成を理解するためのシステム思考と、b) その生きた動態をとらえようとする生態学的視座の2つの軸で行おうとしている。そのために、②支援ツール(PC用のソフトウェア)を開発している。この支援ツールは、エコシステム概念に基づき、利用者の生活を構成するありとあらゆる要素の情報を包括・統合的に処理して生活支援のために提供する。そして利用者の生活コスモスという現実を、システムとして体系的に整理し、エコロジカルな生活の変容状況などをありのままにビジュアル化して提供しようとするものである。それにより、③参加と協働という活動の具体化を提示している。これは利用者が支援ツールによって提示された自らの生活コスモスの情報を客観的かつ俯瞰的にとらえ、それにより自らの生活コスモスに対する認識の固有性に気づき、これを広げ深めることが可能になるなど、支援ツールを媒介として活用しながら、利用者との協働で支援過程を展開していくアイデアである。

以上のようにエコシステム構想においては、支援ツールの存在が、利用者の生活コスモスの理論的・科学的解析のための役割を果たすだけにとどまらず、利用者自身が自己認識を深め、社会的自律性を向上させ実践活動へと参加し協働していく媒介となるものである。

具体的には生活状況の広がりやシステムとしてとらえる場合、生活の広がりやどのような要素で成り立っているのかを分解して構造化することと、その領域において生活の諸要素がどのような状況で、どのように関係しているのかを知ること、生活状況の特徴が理解しやすくなり、生活の内容・質を把握し、生活の機能を理解することが可能となる。そこでエコシステム構想における支援ツールでは、縦軸に生活という広がりやを、横軸には実践の構成要素を基礎的枠組みとし、生活をシステムとして分析しようとしている。(Table1 参照)

生活という広がりやを包括・統合的にとらえる

ため、①領域を人間と環境とに2分割し、それを②分野として当事者・基盤・周辺・支援とに4分割し、それらを③構成として特性・問題・身辺・家族・近辺・資源・機関・ネットワークとに8分割し、それらをさらに④内容として32分割し、ミクロからマクロにわたる生活内容を指標として配列している。また実践の構成要素では、利用者支援の特性は生活支援過程であるという立場のもと、価値・知識・方策・方法と4分割している。そして価値では関心や姿勢などについて、知識では生活状況の理解や関係について、方策では制度・政策における計画や見通しについて、方法では対応や取組みについて把握できるよう配列している。そして生活の広がりや実践構成要素とを組み合わせた128因子から生活の概要が網羅できる情報を理論的に抽出しようとするものである。そして抽出された因子にごとに重み付けを行うため、質問を準備し内容を支持するかどうかを、その程度に応じてポイント値を定め、数値化、グラフ化するものである。

エコシステム構想では、生活をシステムとして理解し、その生活システムに関する多くの情報を整理・分析し蓄積できる。これは、生活を多次的にとらえるため、生活の体系的理解の方法を提供し、その体系的な生活理解を、コンピューターを使って具体化することができる。これにより利用者の生活状況の把握を可能とする。また収集した情報をコンピューターのシミュレーションを活用してビジュアル化することによって、生活の変容も示すことが可能となる。そして何より生活がビジュアル化されることによって、利用者自身の生活への理解を促進すると共に、支援者・利用者が情報を共有することができ、協働の具体化につながると考えられる。

以上のことよりエコシステム構想は、本人のみが実感できる固有な生活コスモスを、勘や経験だけでなく、人と環境からなる概念とし、利用者と支援者が協働してとらえるための科学的な方法であるといえる。そしてそれは、支援関係を通じて、利用者のニーズへの対応や課題の解決を目標に、一歩でも二歩でも近づくことが、生活の中で実感できる方法でもある。また、見えない生活コスモスをビジュアル化して利

Table1 The concept and contents of life-ecosystem¹²⁾

氏 名 _____ 性 別 _____ 年 齢 _____ 職 業 _____

家族形態 _____ 居住形態 _____ 問 題 _____

実践要素の構成 内容情報					1 価 値	2 矢口 言 載	3 方 策	4 方 法
生活システム 領域カテゴリー					態度 姿勢 志向 機運 関心 自覚	現状 事実 実状 内容 関係 理解	制度 政策 計画 施策 見通 私案	取組 対応 参加 活用 協力 努力
全 体	領 域	分 野	構 成	内 容	価 値 意 識	状 況 認 識	資 源 施 策	対 処 方 法
生 活	1 人	I 当事者	(1) 特性	A 個別特性 B 自己認識 C 社会認識 D 社会的性	倫理特性 自己への関心 社会への関心 生きがい意識	機能特性 自己理解 社会状況理解 目的の具体化	社会特性 自己改善計画 社会参加計画 目的達成計画	行動特性 自己改善努力 社会参加努力 目的達成努力
			(2) 問題意識	A 焦点 B 障壁 C 緊急性 D 程度	問題への関心 障壁の自覚 緊急性の自覚 問題解決の姿勢	問題焦点の実状 障壁の実状 緊急性の現状 問題解決の現状	焦点への対応策 障壁改善対策 緊急への対応策 問題解決計画	焦点への取組 障壁改善努力 緊急への取組 問題解決努力
		II 基盤	(3) 身辺	A 健康 B 生計 C 住居 D 生活拠点	健康への関心 生計への姿勢 住居への関心 生活拠点の関心	健康の現状 生計の現状 住居の実状 生活拠点の現状	健康の維持計画 生計の維持計画 住居の維持計画 拠点での支援策	健康の維持努力 生計の維持努力 住居の維持努力 拠点での取組
			(4) 家族	A 理解 B 連帯 C 意欲 D 社会性	家族による理解 家族連帯意識 家族の支援意識 社会への関心	家族の役割関係 連帯の現状 支援の状況 社会との関係	役割の改善計画 連帯の改善策 支援への見通 社会参加計画	役割改善の努力 連帯還元努力 支援への協力 社会参加努力
	2 環境	III 周辺	(5) 近辺	A 近親 B 近隣 C 友人 D ボランティア	近親の姿勢 近隣の関心 友人の関心 Vの機運	近親との関係 近隣の理解 友人の理解 Vの支援状況	近親の支援見通 近隣の支援見通 友人の支援策 Vの支援計画	近親の支援協力 近隣の支援協力 友人の支援協力 Vの参加計画
			(6) 資源	A 支援施策 B 施設機関 C 行政 D コミュニティ	支援施策の機運 施設機関の姿勢 行政の姿勢 Cの雰囲気	施策の動向 機関の実状 行政の現状 Cの実状	施策の拡充計画 機関の支援計画 行政の推進計画 Cの支援計画	施策の活用展開 機関の支援方法 行政の取組展開 Cの参加協力
		IV 支援	(7) 機関	A SWer B 他職種 C サービス D アクセス	SWの姿勢 他職種の姿勢 機関のSV姿勢 ACへの関心	SWの活動状況 他職種活動状況 SVの内容 ACの状況	SWの活動計画 他職種活動計画 SVの改善計画 ACの改善計画	SWの取組 他職種の取組 SVの展開 ACの改善努力
			(8) NW	A 私的NW B ビアNW C 機関NW D 地域NW	NWへの関心 NWへの関心 NWへの関心 NWへの関心	NWの現状 NWの現状 NWの現状 NWの現状	NWの改善計画 NWの改善計画 NWの改善計画 NWの改善計画	NWの改善努力 NWの改善努力 NWの改善努力 NWの改善努力

注：情報はすべてソーシャルワーカーが、利用者より聴取し代弁・整理したものである。

用者と共有し、利用者の実感からなる実存に迫ろうとする方法でもあるといえる。

V おわりに

生活の自立とは、「依存しない生活」という概念ではなく、その人らしい生活、自己実現そのものである。つまり社会的自律である。したがってリハビリテーション医療には自律支援が求められていると考えられる。筆者は社会的な自律への契機を生み出すためには、「動機付け」をいかに行うかが重要な鍵となると感じて

いる。そしてその動機は、その人の実存的な生活世界のなかに存在するとも考えている。ゆえに個人の多様で特殊な生活特性を科学的かつ個別的にとらえることが重要であり、単純化するのではなく複雑なものをシステムのとらえる方法の確立が必要である。今回紹介したエコシステム構想には、項目の範囲や抽出方法、プログラミングの際の重み付けなど、まだまだ課題はあるものの生活をトータルで、科学的にとらえるための示唆を与えるものと考えられる。今後の研究において、これらの課題を一つひとつ解決しながら、実践的方法の確立に向け

取り組んでいきたい。

文献

- 1) 中村隆一:入門リハビリテーション概論第7版 pp11~12, 医歯薬出版, 2009
- 2) 厚生労働省:安心と希望の医療確保ビジョン, 2008
- 3) 金指巖:ケアマネージメントとリハビリテーションスタッフ. PT ジャーナル 33: 149-154, 2002
- 4) 介護福祉養成講座編集委員会編集:人間の理解 pp 12~24, 中央法規, 2009
- 5) 黒澤貞夫:人間の尊厳と自立 pp 2~70, 建帛社, 2009
- 6) 黒澤貞夫:人間の尊厳と自立 pp 2~70, 建帛社, 2009
- 7) 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 pp 165~183, 福祉 BOOKS, 1994
- 8) 安藤徳彦:リハビリテーション序論 pp 8~36, 医学書院, 2009
- 9) 橋本正明:人間の理解 pp 2~53, メヂカルフレンド社, 2009
- 10) 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, 239, 2009
- 11) 山本和儀:福祉領域のリハビリテーション論 pp 1~12, 83~175, 医歯薬出版, 2008
- 12) 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 pp 1~24, 中央法規, 2005
- 13) 奈良勲監修:日常生活活動学・生活環境学 pp4~5, 医学書院, 2001
- 14) 上田敏:リハビリテーションの思想 pp 23~48, 医学書院, 2006
- 15) 奈良勲監修:日常生活活動学・生活環境学 pp6~7, 医学書院, 2001
- 16) 世界保健機構:ICF 国際生活機能分類 pp 3~21, 中央法規, 2002
- 17) 伊藤利之・鎌倉矩子:ADL とその周辺 pp 2~3, 医学書院, 1994
- 18) 大川弥生:総合リハビリテーションにおける活用一大きく変化する流れのなかでー. 総合リハ 37 巻 3 号, 197-204, 2009
- 19) 北村栄治:ソーシャルワーク論 pp 96~97, ミネルヴァ書房, 2008
- 20) 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 p7, 中央法規, 2005
- 21) 中村雄二郎:臨床の知とは何か p9, 岩波新書, 1992
- 22) 安井理夫:実存的・科学的ソーシャルワーク pp 39~40, 明石書店, 2009
- 23) 太田義弘編著:ソーシャルワーク実践と支援科学 pp 29~33, 相川書房, 2009
- 24) 太田義弘:実践・サービス・資源のフィードバックと統合化研究 人間・環境・生活過程の実証考察 科学研究費補助金研究成果報告書 p33, 2006

注 1)エンパワメント概念は、偏見や差別などによって引き起こされたパワーの欠如状態に注目した概念である。そして利用者が生活問題の解決を図る場合、制度的に剥奪されている力、特に意思決定における自律性を獲得することが重要であるという認識から政治への参画を志向するものである。これらのことよりソーシャルワークにおいては、利用者がもつ、さまざまな能力の欠如により、自分自身が主体的に問題解決に取り組んだり、自己決定してこなかった点に着目し、潜在的な利用者の能力を開花させ活性化させようとする概念として理解されている。

ソーシャル・インクルージョンとは社会的包含と訳され、社会的弱者といわれる人たちを地域社会から排除するのではなく、コミュニティの中で支え合い、助け合いながら生活していこうとする考え方である。

注 2)インクルージョンの用語・概念は 1994 年 UNESCO による「特別なニーズ教育に関する世界会議」で提起されたサマランカ表明に端を発しているといわれている。インクルージョンは「万人のための社会」を目指す信条であり、教育を初めとする諸条件改善の行動原理を示すものであった。以後わが国では主として障害児教育ないし知的障害者福祉に関するテーマとしてとらえられる傾向があった。しかしインクルージョン概念の本旨は、その問題のみならず、すべての人にとって包

容性のある社会の実現を目指すものである。
支援する者とされる者が差異を認めつつ、相互にケアしエンパワーし合うことによって成り立つ、真の平等社会のビジョンとして理解できる。