

リハビリテーションのサービス特性と受け手の自己決定

— 脳卒中患者のリハビリテーション事例を中心に —

大渡 昭彦・山田 誠

目次

はじめに — 本稿の主題

第1章 介護保険制度とリハビリテーションの専門職

第2章 リハビリテーションの定説とサービス特性

- 1) 定説の理論的性格とリハビリテーションの実施局面
- 2) リハビリテーションの国際的な規定とサービス特性
- 3) 定説の問題点と実証研究の視点

第3章 実証研究からみた与え手と受け手の関係

- 1) 調査の対象とカテゴリーの設定
- 2) 調査の手順と調査内容
- 3) 精神的抑圧
- 4) 情報格差（本人と専門職の見方の違い）
- 5) ニード把握の可能性（価値の多様化）
- 6) 介護領域において定説が与える影響

むすび

はじめに — 本稿の主題

日本の介護保険は、紆余曲折の準備過程を経て、2000年4月からスタートした。保険制度の実施とともに、以前の医療と福祉という二元的な介護サービスの提供は、一元的・総合的な提供をめざすサービス編成に切り替わった。医療・福祉の関係を改変する大がかりな制度改革は、それまで医療活動の内部で狭い領域に自己を限定してきたリハビリテーションをも広い活動領域に連れ出した。

突如として現れた広々とした世界と新しい活動スタイルを前にして、リハビリテーションを担う理学療法士や作業療法士は戸惑い、困惑しているように見える。しかしながら、そのサービス特性にまで立ち返れば、日本のリハビリテーション活動は介護保険の実施とともに、本来の提供システムを構築する時期を迎えたといえよう。ところが、この認識は専門家の間でほとんど共有されていない。その原因は、これまでのリハビリテーションの活動実態と関係者が依拠している理論の双方に求められる。

リハビリテーションの対象は、本来、疾患の

発症直後から在宅での継続的な介護にまで及ぶ広い範囲である。一人の患者について言えば、治療から介護へと橋渡しするプロセスを受け持つ活動である。しかるに、日本の場合は、限られた人数の専門家がもっぱら病院という総合医療施設でサービス提供に従事してきた。そのため、知らず知らずのうちに完結した医療サービス体系の有機的な構成要素と自己認識するにいたった面がある。

自己のアイデンティティにとっては、日々の実際活動を通じて形成される職業観とともに、専門家として依ってたつ理論が果たす役割も無視できない。リハビリテーションに関しては、上田理論に絶大な権威が認められている。上田理論はサービスの受け手である患者の立場尊重を強調する。とはいえ、治療の客観的な必要性が患者への配慮に優先するから、専門職が主導性を発揮する与え手優位の理論になっている。つまり、上田理論は客観的には、医療行為の一部としてなされてきた従来のリハビリテーション活動を理論的に支える役割を見事に演じている。

しかし今日の日本では、リハビリテーションは本来の活動の範囲全体をカバーすることが求められるようになってきている。したがって、新しい事態に対応したリハビリテーションの提供システムは、もはや上田理論を理論的な支柱にできないのでなかろうか。この主張の検証は二段階で行われる。まずは、理論分析によりリハビリテーションのサービス特性を解明する。この作業により、上田理論がリハビリテーション活動を狭い医療行為に閉じこめていることが明らかになる。第二段階には、提供サービスをめぐると受け手の評価に関する実態調査がくる。脳卒中の症例に関する調査は、受け手の満足度と専門家による客観的な治療の必要性判断

の照応度を検証している。この第二段階の作業は、本来の範囲全体までに拡大されたりハビリテーションにおいて、専門家である与え手による治療判断と受け手の満足度の乖離度合いを明らかにする。これにより、治療の客観的な必要性を優先させる上田理論の妥当性が実証的に確かめられる。

第1章 介護保険制度とリハビリテーションの専門職

近年、疾病治療においてインフォームド・コンセントを求める声が高まっている。それは、医者を頂点とする医療サービスの従事者（与え手）が患者（サービスの受け手）に一方的に治療行為を施すパターンリズムのスタイルから、自己の生命・身体機能に関わる決定にあたっては、当人の意志が最優先するスタイルへの転換要求にはかならない。その要求が起きてくる背後には、他人はそれぞれの人の満足感や価値観を知りえないという事実がある。これと治療の選択が結びつけば、生命を左右する医療行為といえども当人の人生観、死生観を侵すことはできず、当人の意志決定をサポートする活動と位置づけるべきだとする主張に行き着く。このインフォームド・コンセントの考え方（しばしば、十分な説明を受けた上での承諾・合意をさすが、本稿では、受け手の自己決定の最優先という意味で用いる）は、医師の診断・治療をめぐって次第に広まりつつある。ところが、この主張は、一般に医療の一部門を占めるとみられているリハビリテーションについても、同じように受容されているであろうか。

日本の社会において、リハビリテーションは通常、身体の機能回復訓練をさす言葉として使

われている。リハビリテーションに係わる構成員には医師，看護婦，理学療法士¹，作業療法士²など多数の職種が存在するが，もっぱらその活動に従事するという基準を設定すれば，リハビリテーションの専門職は理学療法士と作業療法士となろう。これらの専門職がインフォームド・コンセントをどう受けとめているかを直接に調べたデータの発表は，ないように思われる。しかしながら，理学療法士はある調査で間接的に態度表明している。まずインフォームド・コンセントを受け手本位³のサービス・スタイルに置き換える。ついで，介護保険制度のもとでの介護は，医療と較べてより受け手本位に近いと位置づける。この操作や解釈が許されるならば，介護保険スタート時に実施された調査から，理学療法士のインフォームド・コンセント受け入れ度合を読みとることができる。

少し詳しく説明すると，現行制度において理学療法士の活動は医師の指示に従って行うことが義務づけられている。つまり，長年にわたって与え手本位のシステムに組み込まれてきた。一方，介護保険は介護サービスに関して，理念的には受け手本位を打ち出し，制度運営のレベルでも受け手優先に切り替えている。この時，介護保険制度は，要介護者の介護サービスづけ

を回避するために，リハビリテーションを積極的に利用することを規定している（介護保険法第2条2，第4条）。この規定からリハビリテーションの活動領域はこれまでの医療サービスから大きく拡大して介護サービスまでを含む。これを理学療法士の活動場面に置き換えると，病院を中心とする医療施設から福祉施設，さらには在宅にまで範囲が広がる。これだけの背景理解をふまえれば，医療に限定されていた活動が介護まで拡張される事態を肯定する態度は，インフォームド・コンセントの積極的な受容を意味していると見なしてよからう。

調査では，1990年代に高齢者介護の施設（福祉施設）が著しく整備され，介護保険が新たに活動領域を切り開いたにもかかわらず，「福祉領域で働く理学療法士が少数にとどまっている理由」を尋ねている⁴。回答者が30%以上を越えるのは，「理学療法士としてどのような役割が果たせるか不安である（33.2%）」「養成校で福祉領域の教育を十分に受けていないため（32.1%）」「少数職場であるため（31.0%）」「理学療法の技術が磨けないため（30.9%）」の項目である。結局のところ，理学療法士が受け手優位の介護分野を自己の専門性を活かす領域とは見ていない。彼らは与え手本位で展開され

¹ 理学療法はリハビリテーションの一分野で，リハビリテーションの目標を達成するために医学的な手段で身体的（精神的も含めて）能力の回復を図るものとされている。

² 作業療法は身体または精神に障害のある人やそれが予測される人に対し，その人たちが主体的な活動を獲得することを目的に，種々の作業活動を用いて諸機能の回復，維持及び開発を促し治療・指導・援助を行うこととされている。

³ 本稿では与え手と受け手の関係を，与え手本位，与え手優位，受け手優位，受け手本位の4つに段階づけて論じている。与え手本位とは，与え手が所有する知識や判断基準に基づき，一方的に受け手へサービスが提供される関係を示す。与え手優位では，サービス提供について与え手と受け手の間で話し合いといった調整作業が組み込まれ，与え手主導で調整作業が行われる。受け手優位でも与え手優位と同様に調整作業を行うが，調整作業の主導権は受け手にある。受け手本位は，受け手の価値観や判断基準に基づきサービスの選択や方針が決定される。この段階づけで重要なことは，受け手の自己決定がどの程度尊重されるかで，与え手本位，与え手優位，受け手優位，受け手本位の順に受け手の自己決定の優先度合いが高くなる。

⁴ 日本理学療法士協会，2000年，153～154ページ。

てきたリハビリテーション活動に専門職としての自己アイデンティティを見出している。問われるべきは、なぜ理学療法士たちがこれまでの活動スタイルに固執するか、であろう。その主たる原因として検討の必要があるのは、次の2つであろう。一つは、現在の職業生活の場に蓄積されている作業慣行を維持したいとする生活態度である。もう一つは、理学療法士をめざす

教育課程で陶冶される価値理念である。まずは前者から吟味しよう。

理学療法士は、自己のサービス提供について医師の指示を義務づけられているから、与え手本位の医療提供システムの中で最高位のポジションではない。しかしながら、医師以外の専門職としては高い地位にある。しかも、近年、社会のリハビリテーション需要が高まったにもかか

表1 理学療法士の主な職場

医療施設	80.86%	大学病院	4.30		
		総合病院	25.40		
		老人病院	6.00		
		小児病院	0.60		
		一般病院（前記以外）	38.80		
		診療所	3.70		
		その他	2.06		
社会福祉施設 老人福祉施設	12.32%	介護老人保健施設	5.50		
		訪問看護ステーション	0.70		
		在宅デイサービス	0.09		
		その他の中間施設	0.06		
		養護老人ホーム	0.00		
		介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	0.36		
		老人福祉センター	0.03		
		老人デイサービス	0.20		
		その他の老人福祉施設	0.06		
		身体障害者更生援護施設		重度障害者授産施設	0.07
				肢体不自由者更生施設	0.19
				その他の身体障害者更生施設	0.95
				児童福祉施設	
		肢体不自由児通園施設	1.00		
その他の児童福祉施設	1.11				
教育・研究施設	4.21%	養護学校	0.17		
		専門学校（理学療法士養成）	2.40		
		短期大学（理学療法士養成）	0.36		
		大学（理学療法士養成）	1.10		
		その他	0.18		
行政関係施設	2.05%	保健所	0.28		
		区市町村保健センター	0.63		
		その他の行政	1.14		
その他	0.88%	スポーツ・フィットネス施設	0.04		
		営業（自営）	0.20		
		その他	0.64		

出所) 理学療法白書, 2000, アンケート調査結果 (n=10,703) 一部修正

ならず、現在にいたるまで理学療法士は慢性的に供給不足の状態であった。こうした事情が重なった結果、理学療法士は医療施設、そのなかでも比較的規模の大きい病院への集中をもたらした。これを最近の数値資料を用いて確認しておこう。

リハビリテーションが現在の保健、医療、福祉の分野に占める位置を免許所得者数⁵で計ると、理学療法士と作業療法士をあわせた数は、医師の約1/7程度、看護婦(士)の約1/18程度である。また、介護保険制度の導入に伴って誕生した介護支援専門員が既に理学療法士と作業療法士を合わせた数の約4倍存在することを考えると、専門職の規模は大きくない。理学療法士については、勤務機関も分かっている(表1)。その治療活動には医師の指示が必要なため、その8割程度は医療施設に勤務している。この表で注目したいのは老人福祉施設である。老人福祉施設は主に介護保険の対象となるサービスを提供している。この調査は2000年4月から着手している。しかるに、老人福祉施設に所属する理学療法士は、合計しても全体の7%(749人)しかなく、非常に少ない。また、かなり以前の1993年調査で老人福祉施設および老人保健施設の理学療法士は817人と報告されている。精度面のばらつきを考慮に入れても、この数字を見る限り、1990年代の老人福祉施設の飛躍的な整備は理学療法士の勤務先にみるべき変化をもたらさなかったといえる⁶。また、この調査は介護保険制度のスタートに合わせて実施されているわけだが、介護保険制度の導入も理学療法士の勤務先に目立った変化を起こさせる

力を持たなかった。

それでは、介護保険の実施は理学療法士の活動にも影響を及ぼさなかったといえるだろうか。実は、予定も含めれば4,886名、全体の46.5%が職場および活動の変化を経験している。変化の内容は、人員増加、訪問理学療法数の増加、訪問理学療法の新規追加、介護保険部門への異動などである⁷。つまり、介護保険が実施されても勤務先に際だった変動は生じていないが、医療施設の経営者は、理学療法士を同じ経営内部で拡充した施設内の介護部門、あるいは在宅ケア領域へ積極的に移している。この場合、理学療法士は現在の職場システム、作業慣行を維持したいと希望しても、経営者の指示で新しい運営スタイルに適合していくよう強制される。

したがって、理学療法士たちの不安がこれまで慣れ親しんだ活動環境への固執に由来しているならば、受け手優位の制度のもとで時間とともに、それに合致した活動スタイルが受容されていくであろう。ところが、その原因が教育プロセスにおいて陶冶された価値理念にあり、彼らがその理念に強い自己アイデンティティを抱いている場合には、活動スタイルの転換は容易ではない。先のアンケートの回答内容は、その可能性が十分高いことを示している。とすれば、リハビリテーション教育で広く使われている理論とそこに含まれている価値理念を取り出し、吟味する作業が必要となろう。

⁵ 日本理学療法士協会, 2000年, 41ページ。

⁶ 日本理学療法士協会, 2000年, 154ページ。

⁷ 日本理学療法士協会, 2000年, 154~155ページ。

第2章 リハビリテーションの定説とサービス特性

医療と介護の分野では、経済学を中心に、サービス特性と結びつけて受け手本位の制度づくりに関する研究の蓄積が見られる。これに対して、リハビリテーションは、医療と介護を橋渡しする重要な位置を占めているにもかかわらず、同様な研究はほとんどみられない。実際、疾病を治療しても完全治癒にいたらずさまざまな後遺症が残るのは、むしろ一般的な事態ともいえる。この時、リハビリテーションの成果は、サービスの受け手がその後の長い生涯にわたってどの程度生活の自立を獲得できるかに、事実上、答えを出している。したがって、本来のリハビリテーションは、自立の可能性を最大限に引き出す幅広い活動を包摂している。しかるに、日本で支配的なリハビリテーションの理論は、その核となる論理を考察すれば、サービス対象を発症から間もない回復期だけに限定して作られている。このため、発症直後の医療から介護までの長い回復・維持期を含めたサービスを包摂する理論としては適さないと考えられる。

1) 定説の理論的性格とリハビリテーションの実施局面

上田敏教授が提唱するリハビリテーション医学論は、日本を代表する理論として理学療法士教育で広く用いられている。上田医学論の特徴の1つは、急性疾患が中心の時代に支配的であったパターンリズム（家父長の立場から温情主義的に干渉する態度）に基づく治療を厳しく批判

する点にある。そして、一般の医療であれば「十分説明を受けたうえでの合意（承諾）」で済むが、患者の積極的な取り組みが成果を直接的に左右するリハビリテーションでは、患者が主体となって訓練にも生活にも能動的な役割を果たすことを求める。したがって、リハビリテーション医学の場合には「十分説明を受けた上での協力（専門家と患者との共同作業）」でなければならない。このインフォームド・コオペレーションの考え方について、上田教授は、医療一般に先鞭をつけて、インフォームド・コンセントを深めて、同意を協力にまで一段と進めた、と主張している⁸。

この医学論を学ぶ理学療法士から見れば、リハビリテーションは一般医学よりもサービスの受け手の側に立って、受け手の自己決定に寄与する活動となろう。確かにリハビリテーション活動は、サービスの受け手の能動的な働きかけがなければ期待される効果をあげえないのは間違いない。しかしながら、その活動特質と、上田医学論が一般医学よりもインフォームド・コンセントを深める構造かどうかは、別の問題である。この点を、上田教授自身が患者の「最良の利益」を実現するためにニーズの正しい把握を扱った著書だと明記している『リハビリテーションを考える』に即して検討しよう⁹。

この著書において、上田教授は専門職（サービスの与え手）が患者（受け手）と共同して、「最良の利益」をもたらすリハビリテーション活動を発見する道筋を提示している。上田教授によれば、その発見には複雑な認識過程を経な

⁸ 上田敏「科学としてのリハビリテーション医学」医学書院、2001年、174、222ページ。

⁹ 上田、1983年、171～178ページ。

ければならず、認識に欠かせない因子としてニード（必要）、デザイン（欲求）、デマンド（要求・要望）、チームのとらえたニードの4つが用意される。（真の）ニードとは患者の現状を客観的にとらえることができたならば必要となる活動を意味し、実現の可能性を含む概念である。それに対して、デザインとは患者の主観的な願望がそのままに表現されたレベルで、患者の心理的状态を反映して、希望的観測を含んだものになりがちになる。デマンドはデザインを自己の加入する保険の要件など客観的な環境と調整したレベルの認識である。

デマンドは、豊富な知識や経験からより客観的な立場にたつ専門職が認識できる「チームのとらえたニード」ほど真のニードには近くない場合が多い。他方、専門職はその専門性故に偏ったとらえ方に陥りやすい。その欠点を補うには、リハビリテーションの実施に際して、チーム編成でもってあらゆる角度から真のニードを探るわけである。もっとも、その検討を経たからといって、専門家による集団的認識も完全無欠ではなく真のニードからズレが生じる可能性は常に存在する。リハビリテーション・チームが考えるニードと真のニードの食い違いを最小限にするために、リハビリテーション・チームと患者の話し合いの場がもたれ、試行錯誤や広義の「教育」過程が行われる。このプロセスを通じて、可能な限り真のニードに近づけていける、としている。

上田理論はいろいろと制約条件に目配りをしてはいるが、サービスの与え手と受け手の関係を突き詰めれば、リハビリテーション活動に関しては専門的知識と豊かな経験に裏打ちされて

いる与え手が優位に立つべきだと主張している。この点を少し詳しく論じよう。一般医療と較べれば、リハビリテーションは際だって受け手の主体的な取り組みを前提としている治療行為である。通常、苦痛を伴うリハビリテーションに積極的に臨ませようとするれば、自分で治療内容を決めさせることによる動機づけを治療の不可欠の契機として組み込まざるをえない。

その際、治療プロセスがめざす目標の設定・治療の基本的な枠組みに関しても最終的な判断を受け手に委ねると、専門職の決定権は喪失してしまう。この受け手の自己決定と専門性のトレードオフともとれる関係を解決するために持ち出されるのが真のニードである。そして、解決の役割を演じるのは、共同作業の場とされる「リハビリテーション・チームと患者の話し合い」である。この場で主導権を発揮するのは専門家チームである。というのも、専門職はさまざまな後遺症に対する解決可能性を熟知する存在であるのみならず、その使命は依頼者の「最良の利益」を実現することだからである¹⁰。この専門職についての想定は、一般医療における医師となんら変わるところはない。

ここまでの検討を踏まえれば、上田リハビリテーション医療論の性格に関して少なくとも2つの点が引き出されうる。第1の点は、上田教授のインフォームド・コオペレーションが実は与え手優位のサービス提供方式だと判明した。教授は、インフォームド・コオペレーションを一般医学のインフォームド・コンセントよりも進んだ段階だと強調される。そう判断する鍵は、治療に際しての患者の主体的な決定行為と専門家チームによる話し合いであった。このうち、

¹⁰ 上田「科学としてのリハビリテーション医学」, 2001年, 132~159ページ。

患者によるサービス選択を組み込んだ治療活動は、リハビリテーションに特有なサービス特性に由来している。しかも、自己決定という表現を用いてはいるが、その選択は治療プログラムの決定を含んでいない。そして、もう一つの指標である「話し合い」において、主導権は専門家チームにある。これらの内容をみれば、上田教授の提唱するインフォームド・コオペレーションは「誘導型サービス管理」とでも呼ぶべき内容だといえよう。それは与え手・受け手関係でみれば、パターンリズムに基づく与え手本位ではないとしても、せいぜい与え手優位の段階であって、介護保険制度の受け手優位には達していないといえよう。

言及されるべき第2の点は、インフォームド・コンセントが拡がりつつある今日、「誘導型サービス管理」は妥当性を失った古いタイプの理論といえるかどうか、である。これに関していえば、「誘導型サービス管理」はインフォームド・コンセントが普及しても、ある状況下では依然として妥当性を認められるように思われる。つまり、与え手が受け手よりも疾患について、疾患の予後、治療法等の専門的知識を格段に多く保持し、受け手が自己の状況を客観的に判断できないと第三者が確認できる事態であれば、「誘導型サービス管理」は是認されて良いように思われる。言い換えれば、突発的な疾病の発症は治療の与え手と受け手の間に隔絶した情報格差を生む。さらに、受け手が本来持っている自己決定能力を発揮できない事態や環境におかれることは、当然考えられる。疾病に続く障害により自分自身の価値観、人生観等の変換を迫

られ精神的に抑圧された状態だと、客観的な判断が困難になる。これらをまとめれば、情報格差と精神的抑圧と表現できる。これらが最も顕著に現れるのは、疾患の発症に近い医療施設内でのリハビリテーション活動であろう。したがって、ここでは「誘導型サービス管理」の議論は妥当性を有するといえよう。しかしながら、後述するごとく、そこでのリハビリテーションは、本来のリハビリテーションの一局面に過ぎない。いまやリハビリテーション・サービスの全体像を明らかにしなければならない。

2) リハビリテーションの国際的な規定とサービス特性

1982年に国連は「障害者に関する世界行動計画」の中で「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能にすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ、時間を限定したプロセスである。」と規定している¹¹。この規定からリハビリテーションは単に医学的治療や訓練だけでなく、教育、心理、社会、住宅、職業などの総合的な分野を含んでいると理解できる。また、本来的にリハビリテーションは、各個人の人生変革を目標に据えている。上田教授はこの総合的な分野の中で、リハビリテーション医学¹²に限定して論を展開している。リハビリテーションの一部分を扱っていても、目標設定は同じである。日本におけるリハビリテーションの一般的な理解はリハビリテーション医学であり、分野の限定は日本の実情にあっている。それで

¹¹ 国際障害者年日本推進協議会、1983年、11ページ。

¹² リハビリテーション医学は医学的リハビリテーションの一分野であり、主として身体の運動障害を中心にそれに関係の深い諸障害を対象とする医学とされている。

は、上田理論がリハビリテーションの一局面だけを扱うことになる要因を、サービスの対象に話を進めて検証しよう。

リハビリテーションの対象は障害であるが、上田教授は障害を、疾患によって起こった生活上の困難・不自由・不利益、と規定している¹³。それに対して、WHOは1980年に国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: ICDH)で障害には機能・形態障害、能力障害、社会的不利の3つがあるとしている。さらに2001年5月22日の世界保健会議(WHO総会)で国際障害分類第二版が正式決定されたが、その分類変化は「医学的・社会的モデル」を目指してより生活全般に及んでいく広がりを見せている¹⁴。上田教授とWHOの障害に対する認識の違いは、障害を生み出す要因として疾患をどの程度重要視するかであろう。WHOでは病気やケガだけではなく、妊娠、高齢、ストレス状態など、病気ではないが種々の障害を起こしうる健康上の問題をも含む。上田教授は障害を生み出す要因としてもっぱら疾患に注目するため、その活動範囲も病院施設内が中心に設定されている。しかしながら、WHOの障害に対する認識に従えば退院後の生活もリハビリテーションの対象に含まれ、上田理論が本来のリハビリテーションの一局面だけを扱っていることが理解できよう。上田教授はこのような理論の場面設定により「誘導型サービス管理」の状況妥当性を高めていると考えられる。しかし、介護保険制度の導入は、障害に対する認識を国際的な規定に変える時期の到来を告げており、活動範囲をリハビリテーション

医学に限定した場合にも、その対象設定に現実との乖離が生じている。本稿でも分野については上田理論の検証という立場から同じリハビリテーション医学に限定する。しかし、対象はWHOの障害に対する認識に従い疾患による障害に限定しない。このことにより、活動範囲は病院施設から在宅へと幅広く設定することとなる。

幅広いリハビリテーションの活動範囲から、どのようなサービス特性が見えてくるのであろうか。リハビリテーションのサービス特性を明らかにするために医療の対局に介護を設定し、位置関係を明らかにする。介護の対象は現実にある生活上の困難・不自由・不利益であり、リハビリテーションと介護は対象において大きく重なり合う。この両者の本質的な違いは、介護の目標である自立支援に対する考え方であろう。自立には行為の自立と決定の自立があり、介護の対象は介助を必要とする高齢者であり、加齢による身体機能の低下を不可逆的なものと考えれば、行為の自立は比較的困難な場合が多い。すると介護で示す自立の中心は決定の自立となる。これに対してリハビリテーションで重要視されるのは行為の自立である。

医療の中心は完全治癒を目的とする治療医学であろう。それに対してリハビリテーションは障害を対象としており、出発点や目標に大きな違いが認められる。この目的論レベルでの認識では上田理論の背景説明は困難である。そこで、実施局面まで抽象度を下げて、医療は主に疾患の急性期や亜急性期を扱うものとして位置づけ

¹³ 上田「リハビリテーションの思想」2001年、94ページ。

¹⁴ 上田「リハビリテーションの思想」2001年、95～104ページ。

る。この設定から医療という枠組みに治療医学とリハビリテーションの一部も含まれることになるが、活動の場は医療施設が中心となり、前述の情報格差や精神的抑圧を含んだサービス特性が示される。つぎに前述の介護も実施局面で考えると、活動の場は実際の生活になる。しかし、介護では抽象度を下げてもサービス特性は前述の内容に尽きるように思える。以上をまとめてリハビリテーションを中心とした医療と介護の3者の関係を以下の図1に示す。

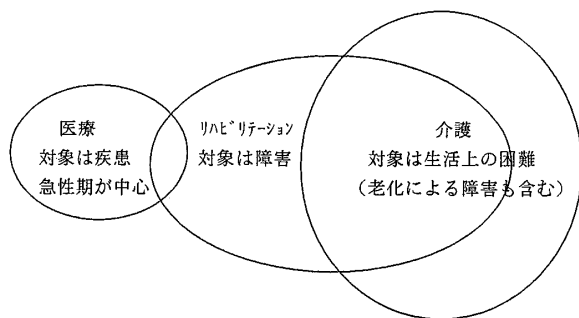


図1 医療、リハビリテーション、介護の関係

図の実線で囲まれた部分がそれぞれの範囲を示す。医療、リハビリテーション、介護の位置関係は発症からの時間経過も表現している。上田理論のリハビリテーションは医療と重なる限定された範囲が中心となっている。

ここでは、上田理論の性格に注目し、医療、介護、リハビリテーションの関係からサービス特性を解明した。議論がこみ入っているので、実証研究に入る前にここまでの議論を整理する必要がある。

3) 定説の問題点と実証研究の視点

上田理論が妥当性を示す限定された場面は、疾患の発症に近い医療施設内である。その対局にあるのは、身体状況が安定した慢性期にある患者の自宅での生活場面である。この対局面で上

田理論の背景となる精神的抑圧と情報格差を検証しよう。発症からの時間経過、身体状況の安定、自宅の生活という条件は、精神的抑圧の減少を容易に導き出す。さらに、自分自身の経験、同病者との交流、情報を収集する時間的余裕は、情報格差をも減少させる可能性を示す。この二つの要因に加えて決定的に違うのは、障害自体の意味が変化することである。つまり、自宅での生活はより個別的要素が多くなり、障害が個人に与えるインパクトも多様化し、与え手と受け手の関係にも影響を及ぼす。このことを、上田教授が使用しているニードで説明しよう。

何らかの選択を迫られたときには、各人は本人が持つ価値尺度に従って選択すると考えられ、その価値尺度は常に一定のものではなく、極端に言えばその場その場において変化するといえる。本人の価値尺度で障害や疾患の占める割合が大きい場合は、専門職の判断と本人の判断は障害の克服という一つの枠にはいることになり、共通の目標を共有しやすい。しかし、障害や疾患が本人の価値尺度でより小さくなれば、目標の共有は得られにくい。価値尺度で障害や疾患の占める割合は、発症に近いほど大きいと考えられる。その一方、身体状態が安定している自宅生活において価値の多様性が大きくなるので、与え手によるニードの把握は困難になると、予想される。

情報格差の大きさ、精神的抑圧の強さ、第三者によるニードを把握できる可能性の条件がそろっている場合にも、依頼人と代理人の関係が成立する。医療から介護へと移行するにつれ受け手の自己決定範囲が大きくなり、受け手に合わせたプログラムが必要となってくる。上田理論の誘導型サービス管理も、介護まで対象が広がるにつれて、その理論の限界が明らかになっ

てくる。

第3章 実証研究からみた与え手と受け手の関係

この章の目的は、サービス特性の解明から導き出されたりハビリテーション活動に関する仮説の妥当性を実際のデータで検証することにある。調査の対象は脳卒中患者として、入院中と退院後3ヶ月以内、退院後1年以上経過という発症からの時間、環境の変化を考慮に入れたカテゴリーを作成して比較検討した。結論は少なくとも退院後1年以上経過した患者には、自己決定を最優先させる受け手優位のシステムが望ましいと考えられた。

1) 調査の対象とカテゴリーの設定

調査で重要なのは、前述の理論をいかにデータとして反映させられるかである。医療から介護への変化をみるには、発症からの時間経過と生活環境の変化を考慮した設定が必要となる。したがって、調査対象には疾患による後遺症が残り、障害を抱えて病院から自宅へと生活環境が変化する要件が必要である。この要件を最も満たしているのは脳卒中患者であろう。脳卒中は、理学療法白書によると全国の理学療法対象疾患の約25%を占めており、理学療法の主要な対象である。この傾向は1990年、1995年、2000年とほとんど変化していない¹⁵。また、鹿児島県地域リハビリテーション連携指針によると、鹿児島県の入院患者の約37%（平成11年12月現在）を脳血管障害患者が占めており¹⁶、要援護

者が要援護状態になった主な原因疾患の約36%（平成10年度）が脳血管障害となっている¹⁷。このように、脳卒中はリハビリテーション医学の対象として代表的な疾患であり、介護においても大きく関わる疾患である。

次に、発症からの時間的変化をデータに反映させるために、三つのカテゴリーを作成した。上田理論の場面設定に近い一番目のカテゴリーは、発症に近く医療施設内に生活場面がある、入院中の脳卒中患者とした。その対局となる二番目のカテゴリーには、身体状況は安定しており自宅に生活場面がある、退院後1年以上経過した外来通院患者を設定した。外来通院患者に限定した理由は、病院の患者情報は医療倫理の守秘義務に守られており入手が困難で、情報収集可能なのが通院患者であったからである。最後に三番目のカテゴリーは、障害を抱えて生活環境が急激に変化した、退院後3ヶ月以内の外来通院患者である。調査はこのような設定で行われたが、一番目と三番目のカテゴリーのデータを多く集めることは実際には困難であった。その理由は、脳の傷害は意識障害や理解力の低下を招くため、入院中の対象が限定されること、退院後間もない患者の多くは、介護保険の導入に伴いデイケアやデイサービスにまわされていることにある。実際に収集できたデータを分析すると、一番目と三番目のカテゴリーは同様の傾向がみられたことから、最終的には入院中と退院後3ヶ月以内、退院後1年以上経過という二つのカテゴリーを設定した。

¹⁵ 日本理学療法士協会、2000年、34ページ。

¹⁶ 鹿児島県、2001年、27～28ページ。

¹⁷ 鹿児島県、2001年、4ページ。

2) 調査の手順と調査内容

今回の調査は、鹿児島県内の3つの病院に入院中または外来通院している脳卒中患者84名に対して行った。調査対象は理解力、コミュニケーション能力に問題が無く、意識障害や痴呆を伴わないものとし、入院は初めての発症によるものとして、外来通院も退院後3ヶ月以内と1年以上経過しているものに限定した。

調査項目にリハビリテーションの効果に関する質問があるために、調査者が回答者に与える影響を除く目的で、病院の活動に従事していない実習生等による質問紙を用いた面接調査法で行った。始めに「この質問表は、リハビリテーションに対して皆さんがどのように感じているか、リハビリテーションが皆さんにどのような影響を与えているかを調査する目的で行うものです。この調査は大学の研究として行うもので、当院のリハビリの担当者に各個人の結果を見せることはありません。皆さんの正直なご意見をお書き下さい。ご協力をお願いいたします。」と説明して、同意が得られた人に実施した。

質問表には主観的幸福感を調査するために改訂版 Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (以下、PGC モラールスケール) を使用した。PGC モラールスケールは、モラールを多次元のものとしてとらえようとして Lawton 氏により作成され、1975年に自らの手で改訂が行われたものであり、「心理的動揺」「孤独感・不満足感」「自らの老化に対する態度」の3つの因子と17項目から成るモラールスケール質問文である¹⁸。

PGC モラールスケールは最も広く使用されてきたモラールの測定尺度であり、その因子構成も繰り返し吟味され、日本人についても同様の3つの因子の存在が報告されている^{19, 20}。しかし、この測定尺度に疑問が投げかけられているのも事実である。Liang 氏は因子構成に疑問を感じ、さらなる改訂を試みているが、古谷野氏はその改訂にはあまり意味がないとしている²¹。前田氏はアメリカの大きなサンプルを使用して分析した結果、日本とアメリカでは因子構造にやや違いがあるとしている²²。全体的に強く否定した内容が無いことから、今回の研究ではそのまま Lawton 氏の PGC モラールスケールを採用した。

その他に機能・形態障害の認識に関する質問が4問、能力障害の認識に関する質問が4問、リハビリテーションの効果に関する質問を6問、質問項目として作成した。機能・形態障害の認識に関する質問は、麻痺の状態や変化、予測される今後の変化を本人がどのように感じているかを調査する目的で作成した。能力障害の認識に関する質問は、日常生活動作の主なものとして考えられる、屋外歩行、更衣、トイレ、入浴について本人がどの程度自力で可能と考えているかを調査する目的で作成した。

機能・形態障害に関する質問の他に能力障害に関する質問を設定したのは、リハビリテーションにおいてはかなりの機能障害があっても種々の技術(歩行・日常動作訓練法や補助具の活用)で活動制限は相当程度に克服できるからである。

¹⁸ M. Powell Lawton, 1975, pp85~89.

¹⁹ 前田, 1979年, 15~31ページ。

²⁰ 古谷野, 1981年, 83~95ページ。

²¹ 古谷野, 1989年, 64~74ページ。

²² 前田, 1989年, 3~16ページ。

リハビリテーションの効果に関する質問は、リハビリテーションが麻痺や日常動作にどの程度効果があると感じているか、リハビリテーションにどの程度の金銭的価値をおいているか調査する目的で作成した。今回の調査用紙は最後に参考資料として添付する。

また、調査を行った脳卒中患者の担当理学療法士から、専門家の意見として上肢・下肢の麻痺の程度、日常生活動作の自立度、麻痺や日常生活に関する今後の予測についても情報を収集した。

全調査対象84名の平均年齢は 65.3 ± 9.7 (平均±標準偏差)、男性56名、女性28名であった。その内訳は、入院中および退院後3ヶ月以内が21名平均年齢 67.7 ± 11.5 、男性14名、女性7名、退院後1年以上経過が63名平均年齢 64.5 ± 8.9 、男性42名、女性21名であった。両カテゴリーの構成は、男女の割合は同じであり、年齢に有意差は認められなかった。

3) 精神的抑圧

PGC モラールスケールは点数化でき、あらかじめ決められた回答を選んだ場合に1点が与えられる。全17問で構成されているため得点可能範囲は0～17点となり、点数が高いほど主観的幸福感が高いことを示している。

それでは、入院中および退院後3ヶ月以内と退院後1年以上経過のPGC モラールスケール得点を比較する。入院中および退院後3ヶ月以内の平均は 7.1 ± 3.4 (平均±標準偏差)、退院後1年以上経過の平均は 8.9 ± 3.6 (平均±標準

偏差)であった。PGC モラールスケールの得点は質問の答えに点数を割り当てるもので、得点は順序尺度だと考えられる。よって、Mann-Whitney のU検定で統計処理を行った結果、有意水準5%で有意差が認められた。

この統計処理結果からすると、退院後1年以上経過している脳卒中患者の主観的幸福感、入院中および退院後3ヶ月以内のそれよりも有意に高くなっている。このことは、発症からある程度の時間が経てば、精神的ショックから立ち直り、精神的抑圧からかなりの部分が解放されると考えられる。そこで、精神的抑圧からの解放はどの程度なのかということが問題になるが、比較の対象として一般高齢者に対する調査結果が有用である。過去の研究で一般高齢者に対して行われた調査結果でPGC モラールスケールの平均得点は 11.4 ± 3.9 であったとする報告がある²³。また、比較的活動性の高い老人福祉センター及び老人大学利用の 11.1 ± 3.2 ²⁴、老人大学受講生及び老人ホームの 11.4 ± 3.7 ²⁵、老人保健施設デイケア利用者及び保健医療機関デイケア利用者の 11.7 ± 2.8 ²⁶とする報告もある。これらの研究結果からPGC モラールスケール得点はほとんどが11点程度であり、今回の調査では退院後1年以上経過の平均が 8.9 ± 3.6 であることを考えると、退院後1年以上を経過しても主観的幸福感は低下しており精神的抑圧もまだ存在していることは否定できない。

それでは、主観的幸福感を低下させている要因を今回の調査結果の中から検討すると、日常生活動作能力の低下が考えられる。日常生活動

²³ 古谷野, 1989年, 64～74ページ。

²⁴ 前田, 1979年, 15～31ページ。

²⁵ 横山, 1987年, 76～88ページ。

²⁶ 南, 2000年, 141～149ページ。

作の主なものとして考えられる、屋外歩行、更衣、トイレ、入浴動作に関する質問に対して、退院後1年以上経過したカテゴリーの中で、何らかの介助が必要であると答えた人を除くと、PGC モラルスケール得点は10.4±2.8（平均±標準偏差：対象は20人）となり一般高齢者の得点により近いものになる。このことは、過去の研究で「健康」がモラルに大きな影響を及ぼすという結果と一致しており、今回の調査方法が妥当性を有していることを示しているとも考えられる。

主観的幸福感に影響を与える要因として、日常生活動作能力が考えられることを述べたが、それでは麻痺の程度は影響を与えないのであろうか。麻痺の程度は担当理学療法士による客観的評価としてBrunnstrom test²⁷を使用した。PGC モラルスケール得点と同様に、入院中および退院後3ヶ月以内と退院後1年以上経過で比較してみる。入院中および退院後3ヶ月以内は上肢、下肢ともに退院後1年以上経過よりも高い傾向が認められた。Brunnstrom stage も

順序尺度だと考えられるので、Mann-Whitney のU検定で統計処理を行った結果、上肢も下肢も有意水準1%で有意差が認められた。

この結果は退院後1年以上経過した群の方が有意に麻痺の程度が重いということを示しており、退院後1年以上経過した群は入院中および退院後3ヶ月以内の群よりも麻痺が比較的重いのに主観的幸福感は高くなっている。

4) 情報格差（本人と専門職の見方の違い）

情報格差に関するアンケート結果として、麻痺の予後と日常生活動作能力の予後についての評価を表2に示す。

本人による回答を全体的にみると、入院中および退院後3ヶ月以内が良くなると回答した人の割合が多く、退院後1年以上経過が変わらないと答えた人の割合が多いという、発症から時間が経過すると麻痺の回復が少なくなるという視点からはごく当たり前の結果に見える。しかし、これと同じ質問を専門家である担当理学療法士に聞き、その違いを見ると、入院中および

表2 情報格差に関するアンケート結果

入院および退院後3ヶ月以内（総数21人）						
	本人の予測			本人と専門家の意見の違い		
	悪化	維持	改善	総数	高く評価	低く評価
麻痺の予後	4 (19%)	5 (24%)	12 (57%)	8 (38%)	2 (25%)	6 (75%)
動作能力の予後	4 (19%)	5 (24%)	12 (57%)	8 (38%)	2 (25%)	6 (75%)
退院後1年以上経過（総数63人）						
麻痺の予後	11 (17%)	27 (43%)	25 (40%)	31 (49%)	22 (71%)	9 (29%)
動作能力の予後	11 (17%)	27 (43%)	25 (40%)	34 (54%)	27 (79%)	7 (21%)

数字は回答した人数を示し、括弧内は全体に対する割合を示す。「麻痺の予後」とは「あなたの手足の麻痺は、これからどのようになると感じますか」という問いを示し、「動作能力の予後」とは「リハビリを受けることで、日常生活行為（移動、更衣など）が楽になると感じますか」という問いを示している。

²⁷ Brunnstrom test は Brunnstrom が開発した評価法で、脳卒中患者の麻痺の回復段階を客観的に評価することができる。回復段階は stage I から stage VI までの6段階が設定されており、段階があがるほど麻痺の回復が進んでいることを示している。

退院後3ヶ月以内では専門家の意見よりも良くなると答えた人の割合が、専門家の意見よりも悪くなると答えた人の割合よりも低いのにに対して、退院後1年以上経過ではその割合が逆転している。つまり、入院中および退院後3ヶ月以内の人々は自分の今後を過小評価する傾向があり、自己否定的な後ろ向きの姿勢が伺われる。それに対して、退院後1年以上経過した人々は自分の今後を過大評価する傾向があり、自己肯定的な前向きな姿勢が伺われる。

そこで前向きか後ろ向きかの意味を考えると、後ろ向きの姿勢は回復の確率が高いのにその可能性をあきらめているような状態であり、この状態は本人にとって良いものとは思えない。それは、本人の主体的な活動が必要不可欠なりハビリテーションにとっては、改善する必要性が高いからである。それに対して前向きな姿勢は、回復の確率が低いのにその可能性をあきらめていない状態である。この状態は本人にとって良い面も悪い面も考えられる。良い面はリハビリテーションに積極的に参加することで、麻痺は変化しなくても結果的に状態が悪化してしまうのを予防することができる。また、身体の小さな変化が本人にとって大きな価値を持っているならば、その小さな変化で大きな効用が得られる。悪い面は麻痺の回復に対する固執であろう。上田教授も麻痺の回復への固執は本人の可能性を減じてしまうと指摘している²⁸。このように、情報格差が同じように存在していても、そこから現れてくる本人と専門職の見方の違いは、入院中および退院後3ヶ月以内と退院後1年以上経過では内容や本人にとっての意味が異なると考えられる。

それでは、これらの結果から与え手と受け手の関係を考えよう。入院中および退院後3ヶ月以内では、後ろ向きの姿勢とこれからの回復の確率を考慮すると、受け手の姿勢を肯定的にはとらえられず、与え手の意見を反映させる必要性が考えられる。しかし、退院後1年以上経過ではリハビリテーションを受けている期間は比較的長く、麻痺の変化も少ないことから実現可能な麻痺の代償は既に行われている可能性が高い。麻痺の回復への固執から生じるリスクは、発症から時間が経過すると相対的に少なくなると考えられる。さらに、身体機能の維持側面から考えると、前向きな姿勢は肯定的にとらえることができる。つまり、発症から時間が経過すると、与え手が決定権するメリットは少なくなるといえる。

しかし、表2に示した結果には情報格差に関する仮説を否定する部分がある。つまり、専門家の判断を客観的な根拠に基づいた「正しい」ものだとすると、情報格差は発症から時間が経過するに従って小さくなるはずであるが、表2のデータは退院後1年以上を経過した場合に専門家と意見の乖離度が拡大することを示す。この結果をそのまま情報格差として論じると本質を見失うであろう。専門家は教科書的に麻痺が1年以上経過するとほとんど変化が無くなるという、客観的固定観念にとらわれている可能性がある。本人は、それとは逆に、これまでの経験や小さな身体的変化が判断基準になっている。つまり、少し指が開きやすくなった、最近歩きやすくなったなど本人の体調や精神状態も絡み合っている生活体感のレベルを著しく重視する。事実、注意して観察すれば、麻痺の状態はその

²⁸ 上田「リハビリテーションの思想」2001年、72～73ページ。

日の体調や精神状態により変化が現れたり、身体の一部をみれば、しばしば良くなったり悪くなったり変化する²⁹。専門家はその変化には気付いていても、それは循環的な変動であり麻痺の段階的な回復の面には変化がないとみなす。麻痺に対する回復判断の基準の置き方が違っている。たんなる循環的な変動であろうとも、その小さな変化が患者の前向きな生活設計の支柱となれば、本人の「生活の質」は改善する。

ここでは、発症後の回復段階に応じて、患者の後遺症に対する自己評価と専門家の判断の関係が変化することを考察した。その際、退院後1年を超えるグループは、それまでの情報格差の縮小プロセスとは逆方向の判断を下す傾向がある。この食い違いをより立ちいって分析したところ、専門家が、与え手側の一方的な基準にしたがって判断していて、このグループの前向きな評価を適切に受けとめられていない実態が取り出された。

5) ニード把握の可能性(価値の多様化)

ここでは、理論仮説で示したニードの把握の可能性について議論するが、ニードの把握は利用者の価値観が多様化すれば困難になると考えられる。よって、価値の多様化に問題を置き換えて論ずることとする。

リハビリテーションを選択するには、リハビリテーションを受けることで何らかの効用が得られる、または効用が期待されることが必要となる。論理的に議論すると、リハビリテーションの活動は図2のように概観できる(ここでも

対象は脳卒中患者を想定している)。

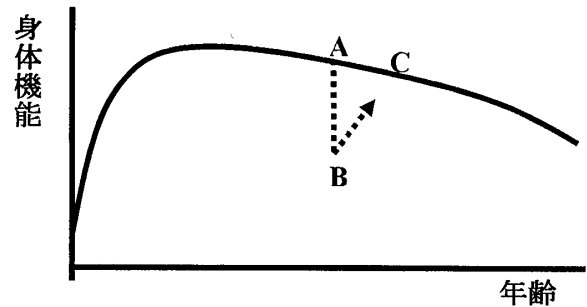


図2 リハビリテーションの活動1

縦軸を身体機能、横軸を年齢とした場合、一般的に身体機能は20歳程度を頂点として年齢とともに低下すると考えられるため、身体機能と年齢の関係は図の実線のように表現できる。仮にAの時点で脳卒中を患った場合、身体機能はBの位置へ低下する。Bの位置へ低下した身体機能をCの位置へ回復させるべく行われる活動、BからCへ向かう波線の矢印がリハビリテーションの活動として概観できる。

更にもう少し現実に引き寄せて、医療と同様に認められるリハビリテーションの効果判定の難しさを明確にするために、自然回復(自己努力のみによる回復も含めて)を概念に加えると以下の図3のようになる。

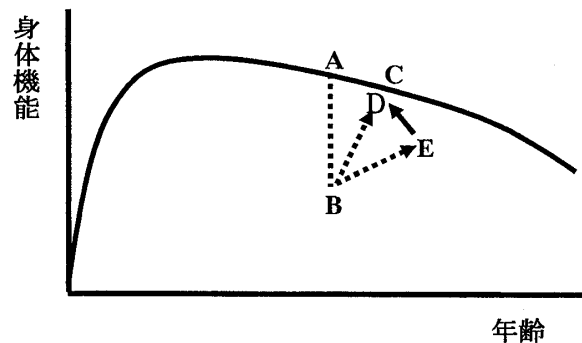


図3 リハビリテーションの活動2

²⁹ これは理学療法士としての大渡の臨床経験に基づいている。理学療法の場面ではスムーズに歩けるのに、人に見られることを意識している時や、慣れない場所では動きが堅くなりうまく歩けないことはよく経験する。

前述と同様にAの時点で脳卒中を患った場合、身体機能はBの位置へ低下する。身体機能はリハビリテーションを行わなくてもある程度は回復すると考えられるため、自然回復による推移をBからEへの矢印として考える。そのように考えると自然回復による推移、BからEへの矢印をBからDへの矢印へと移行させるための活動がリハビリテーションとして概観できる。つまり、リハビリテーションは身体機能の低下を自然回復よりも効率よく、可能な限り最大限回復させる活動と考えられ、より短期間に、より大きく身体機能を回復させることにリハビリテーションの専門性があると考えられる。

このように考えると、リハビリテーションの効果には自然回復の部分が含まれており、その回復に占める割合を差し引いた部分が純粋なリハビリテーションの効果ということになる。しかし、リハビリテーションを受ける側としては現実にみられる身体機能の回復をその効果と判断すると考えられる。

そこで、リハビリテーション投入期間と自然回復も含めた身体機能の関係を考察する。リハビリテーションが身体機能が低下した初期の段階で投入されると、自然回復も関与して身体機能は大きく改善されると考えられる。しかし、脳卒中などの中枢性疾患などでは完全に元の状態に回復しないことを考慮すると、リハビリテーションを持続的に投入しても身体機能に大きな変化がみられないようになる。

効用は身体機能の回復度が大きいと高くなると考えられ、身体機能が低下した初期の段階では身体機能の回復度は大きく効用も高いが、徐々に回復度は低下していくため効用も低くなる。さらに、いくらリハビリテーションを投入しても身体機能に変化がみられないようになれば、

回復に対する期待が効用を低める結果になると考えられる。

よってリハビリテーション投入量を一定として、リハビリテーション投入期間と効用の関係は以下の図4のように示される。

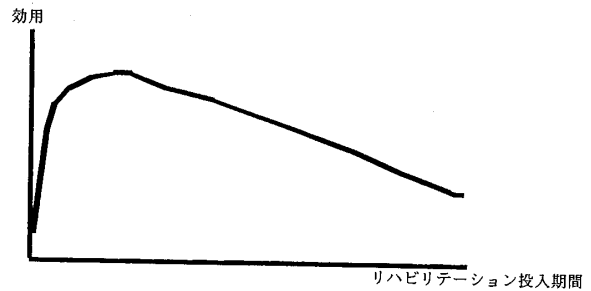


図4 リハビリテーション投入期間と効用の関係

以上のように考えると、維持期リハビリテーションは身体機能に変化がみられない時期に投入されるので、リハビリテーションを持続的に投入しても利用者の効用は低下するばかりで、結果的にリハビリテーションは選択されないこととなる。

しかし、現実には医療現場で外来通院という形でリハビリテーションを継続する患者が数多く存在している。この理論と現実の乖離は何故起こるのかを実際のデータをみながら分析したい。

まず、リハビリテーションの効果に関するアンケート結果からみてみよう。「リハビリを受けることで、手足の麻痺はどのようになると思えますか」という問いに対して、入院中および退院後3ヶ月以内の回答は、良くなる17人(81%)、変わらない4人(19%)、悪くなる0人であった。また、退院後1年以上経過の回答は、良くなる46人(73%)、変わらない17人(27%)、悪くなる0人であった。

この結果からみると、良くなると答えた人の

割合が高いのは同じであり、2つのカテゴリーにはそれ程違いがないように思える。しかし、同じように効果があると考えても、その効果に対する認識に違いがあると考えられる。

そこで、リハビリに対する金銭的評価についてのアンケート調査結果を加えて分析する。「リハビリを週に1回受けるとしたら、1回いくらまでなら支払って良いと思いますか（保険は関係なく、現金で支払うとした場合）」という問いに対して答えた金額を前述の結果に加えると、入院中および退院後3ヶ月以内の回答は、良くなると答えた人の平均が2221円、変わらないと答えた人の平均が875円、退院後1年以上経過の回答は、良くなると答えた人の平均が1370円、変わらないと答えた人の平均が1235円となる。

さらに、麻痺とは別次元として考えられる日常生活動作についてのアンケート結果をみってみる。「リハビリを受けることで、日常生活行為（移動、更衣など）が楽になると思いますか」という問いに対しては、入院中および退院後3ヶ月以内は、楽になる18人（86%）、変わらない3人（14%）、退院後1年以上経過で、楽になる56人（89%）、変わらない7人（11%）と答えている。両方とも麻痺に対する答えよりも、更に大きな割合でリハビリの効果があるという答えではあるが、その金銭的評価は、入院中および退院後3ヶ月以内は楽になると答えた人の平均が2069円、変わらないと答えた人の平均が1333円と麻痺に対する場合とそれ程違いがないのに対して、退院後1年以上経過では、楽になると答えた人の平均が1286円、変わらないと答えた人の平均が1714円と金銭的評価は逆転している。

この結果は二つのカテゴリーの違いを明確にしてくれる。リハビリが身体機能の回復に対し

て有効と評価するからこそ、それに対して高い金銭的価値を示すと考えられる。つまり、金銭的評価はリハビリの効果に対する主観的評価を表現しているはずである。入院中および退院後3ヶ月以内で「良くなる」と答えた人々の金銭的評価は、「変わらない」と答えた人々よりも高くなっている。だが、退院後1年以上経過している人々の金銭的評価は、「良くなる」と答えた人々と、「変わらない」と答えた人々の間でそれ程変わらないか、その評価が逆転している。

この数値から導き出されるのは、リハビリテーションの期待効用が二つのカテゴリーで違うということである。二つのカテゴリーの違いが生じる説明としては、前述の理論で示した麻痺や日常生活動作の能力変化の要因が考えられる。このことは担当理学療法士の客観的な意見から確認できる。入院中および退院後3ヶ月以内の患者で担当理学療法士に麻痺が改善すると予測された人は21人中15人（71%）で、退院後1年以上経過では63人中わずか2人（3%）であった。また日常生活動作も同様に入院中および退院後3ヶ月以内は21人中15人（71%）、退院後1年以上経過は63人中1人（2%）が改善すると判断されている。

このことを考えると、入院中および退院後3ヶ月以内の患者はリハビリテーションの効果を現在進行中で麻痺や日常生活動作能力の回復を自分自身で確認でき、今後も回復が期待できると考えられる立場にある。それに対して退院後1年以上経過の患者は麻痺や日常生活動作能力の大きな変化はなく、これまでの自分自身の経験から今後の回復への期待は少ないと考えるのではないだろうか。つまり、退院後1年以上経過の患者は、自分自身の経験や他にリハビリテー

ションを受けている人々の変化をみて、リハビリテーションの効果は認めるが現在の自分自身にとってはあまり効果が期待できないという考えが反映されている。

ここでもう一度、質問の内容をみてみよう。リハビリテーションの効果に対する問は「リハビリを受けることで、手足の麻痺はどのようになると思われますか」「リハビリを受けることで、日常生活行為（移動、更衣など）が楽になると思われますか」というものであった。この質問に対する答えは前述の考察をふまえると、他にリハビリテーションを受けている人々の変化をみて効果があると答えた可能性がある。

そこで、自分の身体的変化に限定した内容で検討してみよう。「あなたの手足の麻痺は、病気になった初めと比べてどのようになると思われますか」と「あなたの手足の麻痺は、最近どのように変化したと思われますか」という問に対する答えで、良くなった、変わらない、悪くなったと答えた人数に、それぞれの平均した金銭評価を加えた結果を表3に示す。

この結果をみると前述の考察は正しい部分と誤った部分があると考えられる。入院中および退院後3ヶ月以内と退院後1年以上経過で「あなたの手足の麻痺は、病気になった初めと比べてどのようになると思われますか」と「あなたの手足の麻痺は、最近どのように変化したと思われますか」という問に対して良くなったと答えた人の金銭的評価をみると、入院中および退院後3ヶ月以内の方が退院後1年以上経過よりも高くなっている。このことはリハビリテーションの期待効用が入院中および退院後3ヶ月以内の方が退院後1年以上経過よりも高いということを支えていると考えられる。しかし、退院後1年以上経過の人々は「あなたの手足の麻痺は、最近どのように変化したと思われますか」という問に対して約半数の人々が良くなったと答えていて、現在の自分自身にとってリハビリテーションは効果が期待できると判断している。

この結果で興味深いのは、変わらないと答えた人たちの金銭的評価が最も低いことである。前述の理論モデルにあてはめると「身体機能に

表3 麻痺の変化に応じた金銭評価

入院および退院後3ヶ月以内						
	良くなった		変わらない		悪くなった	
	回答者数	金銭的評価	回答者数	金銭的評価	回答者数	金銭的評価
麻痺は初めと比べてどうなったか	15人	2383円	3人	500円	3人	1333円
麻痺は最近どうなったか	13人	2462円	5人	1050円	3人	1333円
退院後1年以上経過						
麻痺は初めと比べてどうなったか	50人	1500円	7人	643円	6人	750円
麻痺は最近どうなったか	31人	1860円	25人	903円	7人	1357円

注：「麻痺は初めと比べてどうなったか」は「あなたの手足の麻痺は、病気になった初めと比べてどのようになると思われますか」という問を示し、「麻痺は最近どうなったか」は「あなたの手足の麻痺は、最近どのように変化したと思われますか」という問を示す。

変化が見られなければ、回復に対する期待が効用を低める結果になる」という部分を指示していると考えられる。つまり、リハビリテーションを頑張っているのに何故良くなるのか、他の人は良くなっているのに何故自分だけは良くなるのか、といった焦燥感や専門職への不満の現れだと思える。

客観的にみれば身体機能に変化がみられないような維持期においても、リハビリテーションを受ける人々の目的は身体機能の維持にはない。このことは統計学的に裏付けることができる。退院後1年以上経過の人々で「あなたの手足の麻痺は、最近どのように変化したと思いますか」という問に対して「良くなった」、「変わらない」、「悪くなった」と答えた人々の金銭的評価を一元配置分散分析で統計処理を行った結果、有意水準5%で有意差が認められた。この有意差はどこにみられたかを検討するためにTukeyの方法で多重比較を行った結果「良くなった」と「変わらない」の間に有意水準5%で有意差が認められた。この結果は退院後1年以上経過の人々で自分の麻痺が良くなったと感じている人は、変わらないと感じている人よりもリハビリテーションに対して金銭的に高く評価していることを示している。つまり、自分自身の身体機能の変化を基準としてそれに対するリハビリテーションの価値を判断している。維持期においても、約半数の人々は自分自身の身体機能に変化を認め、その変化を肯定的に評価してリハビリテーションを受けている。

しかし、以上の結果からはそれ以外の約半数の人々がリハビリテーションを受けている理由はわからない。自分の身体機能が悪くなっていると感じている人々は、悪化への不安感からリハビリテーションを受けているとも考えられる

が、数字的には変わらないと感じている人が多い。この身体機能が変わらないと感じている人がリハビリテーションを選択している要因として考えられるものは、悪化への不安感、家族の期待、協力体制、病院担当者との関係、同じ境遇の人たちとの交わり、や生活の一部になっているなど様々のものが考えられる。つまり、自己選択の際には、発症からの時間経過に照応して選択の要素が多様化していると推察できる。

これまでの結果は、統計学的に有意に違いが認められたものとそうでないものが含まれている。今回の研究のように比較検討を行う場合は統計学的に有意差が認められなかった部分から結論を導き出すのは危険である。しかし、扱っている内容は利用者の主観的な部分であり、外的な影響による変動が大きく再現性の低い部分と考えられる。また、限られたデータの中から多くの可能性を抽出する過程と考えれば、有意差の認められない部分を議論しないのでは本質を見落としてしまう可能性がある。事実、傾向としては維持期リハビリテーションに参加している人々の心理状態を詳細に検討できる。いわゆる質的研究の部分から得られるものが多い。このような観点から有意差に関係なく並列的に議論を行った。

6) 介護領域において定説が与える影響

介護保険の導入は、リハビリテーションの範囲を介護領域にまで大きく広げた。ところが、リハビリテーションの教育も、それを理念的に支える理論も、依然として狭い医療行為の枠組みの上に築かれたままである。この枠組みのベースとなっている上田理論は、専門家が主導的に判断を下す与え手優位で客観性重視の理論であ

る。しかるに、介護保険が扱うサービスは、主として維持期のリハビリテーションである。著しい機能回復が現れる局面を経過した後のリハビリテーション活動は、与え手優位の下でなされるサービスの計画・提供と較べると複雑な性格をもつ。というのも、受け手はサービスの受け手に関する知識をある程度蓄積しており、生活全体のなかでリハビリテーションの意義と効果を評価するからである。

この時、サービスの受け手は、「生活の質」＝日々の生活と将来への見通しの組み合わせからなる生活設計において、自己の満足度を高めることが最大の関心事である。なぜ、ほとんど機能回復の改善が見込めないのに、ある人々は自己鍛錬を伴うリハビリテーションを積極的に受け入れるのだろうか。その答えは、自分たちの目に映る客観性を判断基準にする専門家優位の理論からは引き出せない。問われるのは、受け手側に主体的な取り組みを決断させる原因である。

ここで、維持期のリハビリテーションに通う人々をよく観察すると、機能を維持することを望む人は少なく、たいていはサービスによる何らかの変化を求めている。実際、与え手側からは変化が認められないような人々も自身では良くなっていると思っていて、主観的幸福感は全体的に高くなっている。リハビリテーションは与え手から見て変化の認められなくても、受け手にはプラスの効用を与えている。この時、与え手が主観的な変化を引き出そうとするかしないかは、受け手の満足度をかなりの程度に左右する。もし与え手が専門家の基準に固執すれば、高い満足度を実現できる可能性を減じているといえよう。

むすび

治療から介護まで橋渡しするリハビリテーションは範囲が広い。その領域全体をカバーする活動を担うのは理学療法士と作業療法士である。しかるに、リハビリテーション活動がこれまでよりも飛躍的に拡充した介護保険を前にして、サービスの担い手たちは不安に陥っている。そこには、与え手優位で居心地のいい医療部門から受け手の優位度が高い介護部門に移ることへの不満が大きく影響しているかも知れない。それを除外すれば、福祉領域で果たす役割の教育がなされていないという事実が浮き彫りになる。その背後には、客観的な治療に必要性を優先させる上田理論の絶大な影響力が見出される。この理論は、本来の活動全域をカバーする段階に到達している21世紀日本のリハビリテーションが全面的に依拠する性格を備えているであろうか。これを理論および実証の両面で検証することが本稿の目的である。

近年は、疾病治療でも患者の「生活の質」が次第に重視されてきた。これは麻痺などの後遺症が残る疾病に関しては、医療行為上は「治療」した人々がそれ以後の人生において、いかに豊かな生活を享受できるか、を問題にすることになる。本来のリハビリテーションは、発症直後の医療行為から障害を抱えた日常生活までの広い範囲にかかわる。本稿で分析したごとく、上田理論は専門職優位を主張する。このタイプのリハビリテーションは疾病のある特定局面には妥当しても、広い活動範囲の全体をカバーする理論とはいえない。この理論分析から導かれる仮説は、実際のリハビリテーション活動において裏付けられるであろうか。本稿は脳卒中の事例に対する実証分析により、この仮説を検証し

ている。

対象患者は、資料的な制約もあり、入院中および退院後3ヶ月以内の患者、それと退院後1年を超える患者の2グループに分けた。調査内容は専門家優位のシステムを論拠づける受け手の精神的抑圧とサービスの与え手と受け手間の情報格差に関する項目を含んでいる。対象者のデータ分析からは、入院中および退院後3ヶ月以内の患者と較べて、退院後1年を超えるグループの方が疾病による麻痺の程度は重い。それにもかかわらず、後者のグループの主観的な幸福度は高くなっている。また、このグループは、将来に向けて麻痺の改善を過大に見込む。ここからは、次のような態度が読みとれる。このグループは自己の生活において、過度に麻痺だけに固執する状況から抜け出して、積極的な人生を送っている。その結果、客観的な麻痺に対してもより楽観的な見通しを抱く態度が見られる。とすれば、このグループがより高い満足度を得るのは、サービスの与え手が専門的知見に基づいてサービスを計画・決定するよりも、自己選択でサービス・プログラムを定める場合だといえる。

「生活の質」を組み入れたリハビリテーションは、受け手の自己決定を重視することが求められる。患者の比較分析からも、退院後1年を超える患者については、受け手優位のサービス提供のシステムづくりが望ましいことを実証できた。とはいえ、本稿は受け手優位のサービス決定が「生活の質」によりよく適うことを客観的に裏付けたに過ぎない。これを制度全体に取り入れるためには、理論的に検討されるべき論点、実務的な難題はまだ少なくない。その事実は認めた上で、本稿が受け手の「生活の質」を最優先にすえたりハビリテーション体系づくり

の一步となりえたならば、その目的は達成されたといえよう。

参考文献

1. 池上直己『ベーシック医療問題』日本経済新聞社, 1998年。
2. 一番ヶ瀬康子監修『介護福祉学とは何か』日本介護福祉学会設立準備委員会編, ミネルヴァ書房, 1993年。
3. 上田敏『リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権—』青木書店, 1983年。
4. 上田敏『リハビリテーション医学の世界—科学技術としてのその本質, その展開, そしてエトス—』三輪書店, 1992年。
5. 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— 第2版』医学書院, 2001年。
6. 上田敏『科学としてのリハビリテーション医学』医学書院, 2001年。
7. 大渡昭彦『介護保険制度とリハビリテーション—自己決定の視点から—』(鹿児島大学) 人文社会科学部研究科・経済社会システム専攻提出修士論文, 2002年1月。
8. 岡本祐三『医療と福祉の新時代』日本評論社, 1993年。
9. 鹿児島市『鹿児島市高齢者等実態調査集計分析報告書』1999年
10. 鹿児島市『介護保険の在宅サービスの利用実態に関するアンケート調査結果』2000年1月
11. 鹿児島県『地域リハビリテーション連携指針』2001年。
12. 厚生省『高齢障害者の維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会(報告書概要)』1997年。
13. 国際障害者年日本推進協議会『障害者に関する世界行動計画』1983年。
14. 古谷野巨「生きがいの測定—改訂版 PGC モラール・スケールの分析—」『社会老年科学』3巻, 1981年。
15. 古谷野巨・他「PGCモラール・スケールの構造—最近の改訂作業がもたらしたもの—」『社会老年

- 学』29巻, 1989年。
16. 佐藤進・河野正輝編『介護保険法—権利としての介護保険に向けて—』法律文化社, 1998年。
 17. 末永俊郎編『社会心理学研究入門』東京大学出版会, 1987年。
 18. 高橋精一郎・千住秀明編『理学療法概論』神陵文庫, 1997年。
 19. 日本理学療法士協会編『理学療法白書』1995年。
 20. 日本リハビリテーション病院・施設協会編『介護保険とリハビリテーション』三輪書店, 1999年。
 21. 日本理学療法士協会編『理学療法白書』2000年。
 22. 浜村明德・他「特集 公的介護保険」『理学療法ジャーナル』35巻2号, 2001年。
 23. 広井良典『ケア学—超越するケアへ—』医学書院, 2000年。
 24. 前田大作・他「老人の主観的幸福感の研究—モラル・スケールによる測定の試み—」『社会老年学』11巻, 1979年。
 25. 前田大作・他「高齢者の主観的幸福感の構造と要因」『社会老年学』30巻, 1989年。
 26. 南貴昭・他「在宅高齢者の主観的幸福感に関する検討—デイケア利用者において—」鹿児島大学『鹿児島大学医学部保健学科紀要』10巻, 2000年3月。
 27. 山田誠「公的介護保険とモラル・ハザード—日独の政策構想の比較分析—」『経済学雑誌』98巻4号, 1997年11月。
 28. 山田誠「ドイツの公的介護保険と自治体の任務」地方財政学会編『高齢化時代の地方財政』勁草書房, 1998年3月。
 29. 山田誠「介護サービスの特性と日独の政策比較」西村周三編『医療白書 1998年版』日本医療企画, 1998年。
 30. 山田誠「日本の非都市域に米国 NPO の事業評価の手法を導入する可能性」ユニバーサル財団『調査研究報告書』Vol. 9, 2001年。
 31. 山田誠「米国の高齢者介護をめぐる政策—老人差別主義, 医療中心主義と介護サービスの特質—」『(鹿児島大学) 経済学論集』55号, 2001年11月。
 32. 結城俊也「マスメディアにおける理学療法士の取り扱いについて」『理学療法学』26巻1号, 1999年。
 33. 横山博子「主観的幸福感の多次元生と活動の関係について」『社会老年学』26巻, 1987年。
 34. 吉元洋一・森重康彦・千住秀明編『理学療法評価法』神陵文庫, 1996年。
 35. Lucia M. Gamroth, Joyce Semradek, Elizabeth M. Tornquist editors “Enhancing Autonomy in Long-Term Care” Springer Publishing Company, 1995 (岡本祐三・奏洋一訳『自立支援とは何か』日本評論社, 1999年)。
 36. M. Powell Lawton “The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision” Journal of Gerontology, Vol.30, 1975.
 37. WHO 国際障害分類日本協力センター訳・発行『WHO 国際障害分類第2版「生活機能と障害の国際分類」ベータ2案完全版』2000年。

添付資料：アンケート用紙

下記の質問について、あてはまると思う答えの番号を○で囲んで下さい。

1. 年をとるほど物事は悪くなっていくと思いますか
1 そう思う 2 そうは思わない
2. 去年と同じように元気ですか
1 はい 2 いいえ
3. さびしいと感じることがありますか
1 ない 2 あまりない
3 時々感じる 4 いつも感じる
4. 今年になって、以前よりもささいなことが気になるようになりましたか
1 はい 2 いいえ
5. 友人や親戚によく会いますか
1 はい 2 いいえ
6. 年をとるにつれて役に立たなくなると思いますか
1 そう思う 2 そうは思わない
7. 心配だったり、気になったりして眠れないことがありますか
1 ある 2 ない
8. 年をとるということは、若い時に考えていたよりも良いと思いますか
1 良い 2 同じ 3 悪い
9. 生きていても仕方がないと思うことがありますか
1 ある 2 あまりない 3 ない
10. 今、若い時と同じように幸せだと思いますか
1 はい 2 いいえ
11. 悲しいことがたくさんありますか
1 はい 2 いいえ
12. いろいろなことを心配しますか
1 はい 2 いいえ
13. 以前よりも腹を立てることが多くなりましたか
1 はい 2 いいえ
14. あなたにとって、生きるということは大変なことですか
1 はい 2 いいえ
15. 今の生活に満足していますか
1 はい 2 いいえ
16. 物事を深刻に考える方ですか
1 はい 2 いいえ
17. ちょっとの事でおろおろする方ですか
1 はい 2 いいえ

18. あなたの手足の麻痺は、他の脳卒中患者さんと比べてどのくらいだと思いますか
1 悪い方 2 変わらない 3 良い方
19. あなたの手足の麻痺は、病気になった初めと比べてどのようになったと思いますか
1 良くなった 2 変わらない 3 悪くなった
20. あなたの手足の麻痺は、最近どのように変化したと思いますか
1 良くなった 2 変わらない 3 悪くなった
21. あなたの手足の麻痺は、これからどのようになるとと思いますか
1 良くなる 2 変わらない 3 悪くなる
22. 外を歩くのはいつもどの様にしていますか
1 いつも一人でしている 2 一人でもできるが時々手伝ってもらっている
3 一人でもできるがいつも手伝ってもらっている 4 一人ではできない
23. 洋服の着替えはいつもどの様にしていますか
1 いつも一人でしている 2 一人でもできるが時々手伝ってもらっている
3 一人でもできるがいつも手伝ってもらっている 4 一人ではできない
24. トイレはいつもどの様にしていますか
1 いつも一人でしている 2 一人でもできるが時々手伝ってもらっている
3 一人でもできるがいつも手伝ってもらっている 4 一人ではできない
25. お風呂（浴槽に入ったり、体を洗ったり）はいつもどの様にしていますか
1 いつも一人でしている 2 一人でもできるが時々手伝ってもらっている
3 一人でもできるがいつも手伝ってもらっている 4 一人ではできない
26. リハビリを受けることで、手足の麻痺はどの様になるとと思いますか
1 良くなる 2 変わらない 3 悪くなる
27. リハビリを受けないと、手足の麻痺はどの様になるとと思いますか
1 良くなる 2 変わらない 3 悪くなる
28. リハビリを受けることで、日常生活行為（移動、更衣など）が楽になるとと思いますか
1 楽になる 2 変わらない 3 困難になる
29. リハビリを受けないと、日常生活行為（移動、更衣など）はどの様になるとと思いますか
1 楽になる 2 変わらない 3 困難になる
30. 手足の麻痺に対して、リハビリ以外の治療（鍼灸など）を受けたことがありますか
1 現在受けている 2 以前は受けていた 3 受けたことがない
31. リハビリを週に1回受けるとしたら、1回いくらまでなら支払って良いと思いますか
（保険は関係なく、現金で支払うとした場合）
1 500円以下 2 1000円 3 2000円 4 3000円
5 4000円 6 5000円 7 6000円 8 7000円以上

ご協力ありがとうございました。