

地域・在宅リハビリテーションにおける 医学モデルから生活モデルへの展開

眞 鍋 克 博
榎 宏 朗

はじめに

我が国の総人口は、平成25（2013）年10月1日現在、1億2,730万人である。65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,190万人（前年3,079万人）となり、総人口に占める割合（高齢化率）も25.1%（前年24.1%）と過去最高位にあり、超高齢社会にある。今後さらに高齢化率は上昇を続け、平成47（2035）年にはその割合は33.4%となり3人に1人が高齢者となることが推計されている。平成27（2015）年には高齢者1人に対して現役世代2.3人で担うことが予測され、その後さらに高齢化率は上昇を続け、72（2060）年には、1人の高齢者に対して1.3人の現役世代で担う比率になることが明らかにされている^{（文献1）}。そのような中で高齢者は、住み慣れた地域・自宅に暮らしたいというニーズがある。「日常生活を送る上で介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいか」についてみると、男女とも「自宅で介護してほしい」人が最も多く、男性は42.2%、女性は30.2%を占める。「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」についてみると、「自宅」が54.6%で最も多く、次いで「病院などの医療施設」が27.7%となっている。また、「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」についてみても、「自宅」が54.6%で最も多く、次いで「病院などの医療施設」が27.7%となっている^{（文献2）}。

それに対応して厚生労働省は「地域包括ケアシステムの実現に向けて」の中

で、「2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進する。」ことを発表している（文献3）。

しかし、在宅における自立生活を支える訪問リハビリテーション（以下訪問リハと略す）の現状を鑑みると利用率は施設サービスや通所サービスに比較し低水準である（文献4）。この訪問リハ・サービスは、介護保険制度が成立した2000年から実施されている。この制度開始当初における訪問リハの需要は、要介護者の10%程度と見込まれていた（文献5）。しかし、2014年の実態調査でも全国利用率は3.1%と推計を大きく下回っている（文献4）。このような状況の要因の1つとして訪問リハを実施している施設が少ないことが指摘されており、その理由は従事する職員を確保できないという人材不足が一番の理由であることが厚生労働省の実態調査から明らかにされている（文献6）。今後、地域包括ケアシステムの実現に向けて重要な役割を果たすことが期待される訪問リハには、人材の問題を中心とした諸課題への早急な対策が求められているところである。

そこで本稿では現在存在する訪問リハの諸問題を整理し、来るべき地域包括ケアシステムにおいて求められる訪問リハビリテーション像を提示し超高齢社会に対応してゆくべきかを考えたい。

1 地域・在宅リハビリテーションの諸問題

（1）急性期・回復期と維持期におけるリハビリテーションの断絶

利用者が脳血管疾患等により受障した後、入院から在宅での自立生活を実現させるために提供されるリハビリテーション（以下リハと略す）には、利用者の状況に応じた段階が存在する。その段階は、急性期、回復期、維持期と呼ばれるものである。急性期リハでは、医学モデルに基づいた治療改善的アプロー

チが、廃用症候群の予防と徹底したリスク管理のもとで早期離床と早期リハを目標に展開される。次に回復期リハでは障害の多面的側面に対して多職種によってADL向上を目的に集中的なりハが治療改善的かつ代償的リハが実施される。さらに維持期リハでは、早期の生活適応と定着化、さらには社会参加を目的としたリハが生活に即して実践的に実施される。

このような地域・在宅リハにおける急性期から回復期、回復期から維持期への各期のリハ連携体制は、提供するサービスに切れ目のないシームレスな供給体制が肝要となる。しかしながら、急性期・回復期においては病院等の医療機関で、「医学モデル」に基づく治療改善的かつ代償的な医学的リハが主に実施されるのに対して、維持期においては環境調整的なりハ・ケアが主に展開される。平成27年の眞鍋らの訪問リハに関する調査によると利用者は地域・在宅の生活現場においてこのような支援モデルが異なる2つのリハを受けることによって混乱している一方で、訪問リハ・セラピストも利用者の理解を促すことに困難を感じているという（文献7）。

このような問題は支援モデルのギャップから生まれていると考えられ、治療改善的アプローチを礎に、さらに環境調整的アプローチをも包含統合するモデルの必要性を示唆している。

（2）他職種協働とクライアントへの説明責任

訪問リハの場合、主治医ではなくセラピストが1人で利用者の自宅に行き状況を把握し実践内容を立案する必要がある。セラピストはインフォームドコンセントの観点、介護サービスにおける契約の観点からその実践内容について利用者の理解の上で合意を得ることが必要になる。また、セラピストはケアマネージャーや指示書を書く主治医などの他職種に対しても、根拠を持って自己の実践について説明する必要がある。眞鍋らの調査によって、セラピストは自分たちの実践をうまく利用者・ケアマネージャーに理解してもらえないといことが

課題であると認識していることが明らかになっている（文献7）。

上記のような説明の場面では、セラピストは実践の根拠を明確にした介入方針を提示することが求められる。このことから、訪問リハ実践は契約のパートナーとして、また、専門職の支援チームの一員として相手に了解が得られる客観的な根拠に基づく実践が求められよう。

（3）訪問リハビリテーションのセラピストに求められるもの

見てきたように訪問リハにおいては、既存の医療モデルでの介入では捉えられない環境調整を含む利用者の生活をアセスメントし、利用者を患者としてとらえ医療ニーズを満足させるのみでなく、在宅における生活者としてとらえQOLを視野に入れた実践が求められる。また、訪問リハにおいては、上記のアセスメントに基づく実践内容は利用者・他職種への説明責任を果たす必要があり根拠に基づく実践が求められる。これらが現在の訪問リハにおけるニーズでありリハ・セラピストが求められている能力であると言える。

2 問題解決のための2つの指針

（1）生活モデルのリハビリテーションの構築

訪問リハに内在するニーズを満足させるために在宅リハ・セラピストが取り入れるべき概念として「生活モデル」と「EBP（根拠ある実践）」の2つを上げることができるであろう。

「生活モデル」とは現在のソーシャルワークにおいて主要な地位をしめる支援モデルである。このモデルは1960年ごろから導入され始め、1980年代にジャーメイン（Germain, C.）らによって体系化されたものである（文献8）。生活モデルでは、ある人のニーズや問題は、人と環境の関わりあいの結果であると考え、人間と環境との相互接触面（Interface）に介入し、人間の適応能力の解

放と同時に人間にとっての豊かな環境形成をおこない、生態系の有効な適応状態をはかることにより生活の変容を促す^(文献9)。このモデルの理論的基盤となっているのは生態学的概念である。この視点における人間は生活主体であり、人間的・物理的な環境と生活の場において相互に影響を及ぼす（交互作用）存在であるとされる。そして、この環境に人間が適応してゆくように支援するという実践が導き出される^(文献10)。

このような環境を対象とした生活モデルが登場した背景には、1960年代のアメリカにおいてそれまでの伝統的なアプローチではそれに対応できないという批判が高まっていたことにある。伝統的ケースワークでは「環境」よりも「人間」に対して関心を集中させ、人間を「問題のある治療すべき対象」であるクライアントは受動的で依存的な傾向がある矯正すべき人とみなされていたのである。しかし、当時の激動する社会環境において、クライアントの環境に対して重きを置かない診断的なケースワークでは対応できない状況が生じたのである。そこで、ソーシャルワークは生態学的概念を受容し生活モデルを構築しこれらの問題に対応したのである。

今日の訪問リハにおいても、高まりつつある在宅での自立生活のニーズに対応するには、生態学的概念を受容し、利用者を主体的な人間としてとらえ、環境との接点に注目し、介入をおこなうという従来の医学モデルの実践を包含統合した生活モデルのリハが大いに期待されるとことであり、この観点から実践できるセラピストが重要な役割を果たすことになると考えられる。

(2) EBPの導入

EBPとはEvidence Based Practice（根拠のある実践）の略である。この医学を発症とする概念は近年、保健政策や福祉などの領域においても関心を持たれている^(文献11, 12)。特に生活モデルがいち早く受容されたソーシャルワークの領域ではその傾向が顕著に現れている。社会福祉研究者のほとんどが会員であ

る日本社会福祉学会の2012年春季大会では「エビデンス・ベースドの社会福祉研究・実践をいかに進めるか」をテーマとして開催された。今後、わが国のリハの領域においてもEBPが進められることになるであろう（文献13）。

さきほど述べたとおり、訪問リハの実践者はクライアントに対して実践の根拠を説明して理解を得ること（インフォームドコンセント）が必要である。つまり、説明責任（アカウンタビリティ）を果たすことが求められるのである。したがって、現時点で解明されている科学的な知見（エビデンス）をもとに実践すること、つまり、EBPを行なうことは上記の2つの要求を満たすために有効であると考えられる。

しかし、EBPはすべての要求に答えてくれるものではない。エビデンスは科学的で客観性が担保されるものの、それ自体は問題を発見したり目標や支援の指針を導き出すものではない。それに対して、生活モデルは生態学的視点（エコロジカルパースペクティブ）から問題を発見し、実践の方針を導き出すことができる。そこで行われる実践がエビデンスによって支えられるものであれば、客観性が担保され他者と情報を共有できる効果的な支援を可能とすることになる。

そのためには、実践の根拠となるエビデンスの構築とそれに基づくガイドラインが必要である。エビデンス構築のためにはまずは事例の収集をして仮説を生成し、その仮説を実証する必要がある。EBPのためのリハビリテーション研究は今後このような方向性をたどる必要があると考えられる。

3 地域・在宅リハビリテーションにおける医学モデルから生活モデルへの展開

（1）地域・在宅リハビリテーションにおける生活モデルの必要性

ここで訪問リハビリテーションの新たな支援モデルである「地域・在宅リハ

ビリテーションにおける生活モデル」を提示する。

上述したように、わが国の高齢化率は、2012年の統計では既に24%を超え超高齢社会の状況にあり、今後も高齢化率は上昇することが予想されている。一方、そのような中で高齢者は住み慣れた地域・在宅で暮らしたいというニーズをもっていることが明らかにされている。それに対応して厚生労働省は、高齢者の「尊厳の保持」と「自立生活」の支援を目的に、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう地域包括ケアシステムの構築を推進している。しかし、在宅において自立生活を支える訪問リハの需要は高いが、その利用率は低い状況にある。その理由の一つに急性期・回復期と維持期（生活適応期）においてリハの断絶があり、急性期・回復期においては病院等の医療機関で、医学モデルに基づく治療改善的かつ代償的な医学的リハがおこなわれているのに対して、維持期においては主に環境調整的なリハ・ケアが行われていることを述べた。このような問題は、支援モデルのギャップから生まれていると考えられ、治療改善的アプローチを礎に、さらに環境調整的アプローチをも包含統合するモデルの必要性が期待される場所である。

今日の訪問リハにおいては、上述したとおり高まりつつある在宅での自立生活のニーズに対応するには、生態学的概念を受容し、利用者を主体的な人間としてとらえ、環境との接点に注目し、介入をおこなうという従来の医学モデルの実践を包含統合した生活モデルのリハが必要となるのである。

(2) 伝統的なモデルとソーシャルワークにおける生活モデルと地域・リハビリテーションにおける生活モデル

本稿が提示するモデルを説明するために、ジャーメインの所説に基づく小島蓉子試案に地域・在宅リハビリテーションにおける実践モデル（以下地域・在宅リハモデル）を加え、従来のモデルと比較検討した。

以下、表に示すとおり、左側縦に1の実践モデルの類型から13の「目指す成果」までと、上側横右に伝統的モデル、生態学視点のソーシャルワーク実践モデル（以下生態実践モデル）、生態学視点に基づく地域・在宅リハビリテーション実践モデル（生態地域・在宅リハ実践モデル）との関係について説明する。

生態地域・在宅リハ実践モデルでは、受身的従属的存在である患者というよりも生活の主体者として人間を捉えることから生活モデルの地域・在宅リハビリテーションが展開される（1）。

生態地域・在宅リハ実践モデルでは、問題発現のメカニズムを生活活動機能障害と生活環境との不適応として捉え、対象である障害をもった人間を生活環境から影響を受け生活環境に影響を与える存在とみなす（2，3，4，5）。例えば、脳卒中片麻痺者が屋外へ外出するとき、玄関の上がり框の段差があるために外出が億劫となり疎外要因となることが多々ある。これに対して、手すりや段差解消機を設置するなど生活環境を改善することで外出が容易となり、生活範囲が拡大され、QOLが向上することにつながる。この例というものは、人と環境の交互作用を前提とし、支援を行った良いである。

また、生態地域・在宅リハ実践モデルでは、従来の伝統的・治療モデルで提案されたりハ・モデルに加え、さらに生活機能障害と環境への接点を問題として捉えた場合、当事者を中心としたより多くの多職種連携チームが求められる（6）。例えば、脳卒中片麻痺者の移動動作において最もその阻害要因となるのは段差である。それを解消しバリアフリー化するなど住環境整備が必要となる。そのための対策チームとして、新たに住環境整備を専門とする建築関係の専門家や使用している福祉用具と住環境との関係調整から福祉用具専門相談員等が必要となる。

生活モデルでは、ある人のニーズや問題は、人と環境の関わりあいの結果であると考え、人間と環境との相互接触面（Interface）に介入し、人間の適応能力の解放と同時に人間にとっての豊かな環境形成をおこなうことから、生態

地域・在宅リハ実践モデルでは、援助過程の概念としてエビデンスに基づく生活活動機能改善・維持と環境改善が必要となり (7)、援助過程の目標とするところは、生活環境への適応による障害の克服となる (8)。例えば、脳卒中片麻痺者が社会参加する場合、求められる人間関係は、決して直線的ではなく相互の交互作用関係から影響を受け合う、また全体論的でなければ幸福な社会関係は望めなくなる (9)。

さらに、地域・在宅では患者から生活の主体者である生活者となるため、当事者とそれに寄り添うセラピストと専門家によるチームとなる (10)。当然その関係性は、父権的ではなくパートナーシップを取れなければ、真のニーズは把握できないし (11)、日本リハビリテーション病院施設協会が提唱した地域リハビリテーションの定義で謳われている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環境において、自律生活や尊厳ある自立生活を実現しQOLを高めることも困難となろう (12, 13)。

表 先行のモデルと地域・在宅リハビリテーションの生活モデルとの比較

	伝統的モデル	SWにおける生活モデル	地域・在宅リハビリテーションにおける生活モデル
1 実践モデルの類型	治療モデル	生活モデル	地域・在宅リハビリテーション生活モデル
2 問題発現のメカニズム	体制内のひずみ	圧迫 (力の制圧) と公害 (力の悪用)	生活活動機能障害と生活環境との不適応
3 クライエント	社会福祉制度の対象概念に合致する特別な問題を持つ人々	現実社会の中での生活ストレスを体験した普通の生活者 (当事者)	地域・在宅における自立生活と生活環境との不適応に苦しんでいる障害のある生活者 (当事者)
4 援助対象	社会の中で特定された問題の人 問題の集団 問題の地域	生活基盤との関係で 生活ストレスを表明する 人間と環境 集団の環境 地域と環境	生活環境との関係で 自立生活を疎外された 生活機能障害者と環境 障害のある人
5 対象の見方	単一焦点	同時的、二重焦点	生活環境から影響を受け、生活環境に影響を与えうる人間
6 評価の担い手	専門家	当事者と専門家	当事者を中心とした多職種連携チーム

地域・在宅リハビリテーションにおける医学モデルから生活モデルへの展開

7 援助過程の概念	処遇・措置	介入	エビデンスに基づく生活活動機能改善・維持と環境改善
8 援助過程の目標	治療	対処能力の発達・援助	生活環境への適応による障害の克服
9 人間と社会の関係概念	人間－社会 直線的、決定論的	人間：社会 交互作用的、全体論的	人間：社会 交互作用的、全体論的
10 援助の推進者	専門家	当事者・インフォーマルな支援組織の力、専門家	当事者とそれに寄り添うセラピストと専門家によるチーム
11 援助者との関係	専門家への信頼と依存	パートナーシップ	パートナーシップ
12 クライアントの期待	人格変容または人の社会適応力の強化	人間の自律性の育成と、環境の応答性の拡大	置かれている生活環境における自律生活の実現
13 目指す成果	問題のない生活 健康で文化的な最低生活	生活問題に対処しながらの自立生活、生活の質（QOL）を高めることニッチ（適所）およびハビタット（居住環境）への移行	当事者と生活環境を適応させ、尊厳ある自立生活を実現しQOLを高める

結論

本稿では在宅リハが置かれている状況を概観した。その結果、求められる訪問リハビリテーションは、人間を主体的な存在ととらえ、その生活をアセスメントし、説明責任をはたせる本稿が提示したライフモデルに基づく実践にある。

また今後の課題として、その人を育てるためには既存のセラピスト育成の上にライフモデルを展開するための教育を施す必要がある。これらを実現するためには、

- ①生活モデルに基づく教育体系が必要である。
- ②事例を蓄積するシステムが必要である。
- ③生活モデル型リハビリテーションのガイドラインが必要である。

むすびにかえて

国際連合は、1971年の「精神薄弱者の権利宣言」、1975年の「障害者の権利

宣言」, それに次ぎ1981年には国際障害者年を採択した。「完全参加と平等」のスローガンのもと「障害者に関する世界行動計画」が総会において決議された。一方, 1981年に開催された「障害予防とリハビリテーションに関するWHO専門委員会報告において, 障害の過程とリハビリテーションに関連する様々な用語や概念の定義の中で, 個人の制限は機能障害/能力障害に起因する以外に, 社会的あるいは環境的要因は, 社会的不利の状態を増加あるいは縮小することができるとして, 公的にリハビリテーションの世界において初めて「環境要因」が取り上げられた^(文献14)。この時点ではおそらく理論モデルとしては, 医学モデルの域を出ていなかったと推察される。障害者を取り巻く生活環境の改善を目的とした環境改善的アプローチの一貫として家屋改修サービスは今日, 重要な柱となっているが, おそらくは経験的な積み重ねの延長線上のことであったと思われる。本稿では, CB.ジャーメインの「生活モデル」を取り上げ, 人間と環境との関係は, 直線的ではなく双方向的に交互作用があることを前提に論を進めた。ジャーメインが生活モデルを提唱してからおよそ40年。ここに来て初めて, 理論モデルとして医学モデルに新たに生活モデルという魂が吹き込まれようとしている。与えられた環境の中で生き生きとした障害者像が目に見えるのは浅学非才の小生だけではないであろう。正夢になることを確信し稿を終えることとする。

文献

- 1 内閣府：(2014)『平成26年版高齢社会白書』, pp.2-6。
- 2 内閣府：(2014)『平成26年版高齢社会白書』, pp.27-29。
- 3 厚生労働省：政策について, 地域包括ケアシステムの実現に向けて,
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2015.02.01閲覧)
- 4 厚生労働省：(2013)「介護給付費実態調査月報 (平成25年10月審査分)」,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2013/10.html> (2015.02.01閲覧)

- 5 一橋大学地域ケア研究会編：(2011)「訪問リハビリの適正な普及に向けて ～訪問リハビリの現状と課題～」, 一橋大学国際・公共政策大学院：pp.11-15。
- 6 厚生労働省：(2013)「平成24年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成25年度調査）維持期リハビリテーション及び廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションなど疾患別リハビリテーションに関する実施状況調査報告書（案）について」, p.64。
- 7 眞鍋克博, 榎宏朗, 他：「リハ・セラピストが認識する訪問リハビリテーションの現状と課題 ～足立区における認識調査から～」, (2015) 帝京科学大学紀要, inprint.
- 8 カレル・ジャーメイン著・小島蓉子訳：(1992)『エコロジカル・ソーシャルワークーカレル・ジャーメイン名論文集一』学苑社, pp.1-21。
- 9 佐藤豊道：(2001)『ジェネラリスト・ソーシャルワーク研究 人間：環境：空間の交互作用』川島書店, pp.478-480。
- 10 カレル・ジャーメイン, アレックス・ギッターマン, 田中禮子ら監訳：(2008)『ソーシャルワーク実践と生活モデル（上）』ふくろう出版, pp.2-32。
- 11 David L. Sackettほか, 久繁哲徳監訳：(1998)『根拠に基づく医療－EBMの実践と教育の方法－』オーシー・ジー・ジャパン。
- 12 J. A. Muir Gray, 久繁哲徳監訳：(1999)『根拠に基づく保健医療－健康政策と経営管理の判断決定の方法』オーシー・ジー・ジャパン。
- 13 大浦智子：(2012)「訪問リハビリテーションにおけるエビデンス構築のために：ガイドラインにつながる研究とは」訪問リハビリテーション, 通巻10号, pp.205-221。
- 14 J. J. Arvelo：(1981) “Disability Prevention and Rehabilitation”, *World Health Organization Technical Report Series, No. 668*, Medical Reference Publication.