

特別講演

「繋がるリハビリテーション」

中川 法一

増原クリニック 副院長

はじめに

地域リハビリテーションを支える大きなファクターに情報の伝達共有がある。一般社会におけるインターネットの普及は情報の伝達手段を大きく変えたが、その半面で共有方法については大きな進歩はなく、face to faceではない情報伝達がマイナスとなっている危惧さえある。また、個人情報保護法による情報規制が、医療から介護への適切な情報伝達を阻害している現実がある。これらの問題は、クライアントではなく情報という無機質な部分に主体がズレて焦点化されていることに他ならない。無機質なインターネット社会で有機的な繋がりを持つためには、言い換えればクライアントへ繋がる連携とは何かを、施設間、職種間、クライアントの個体内という側面から考えてみたい。

1. 施設間連携

効果的なリハビリテーションサービス（以下、リハビリ）を展開するためには、病院間連携、病院施設間連携、施設間連携と言うように医療から

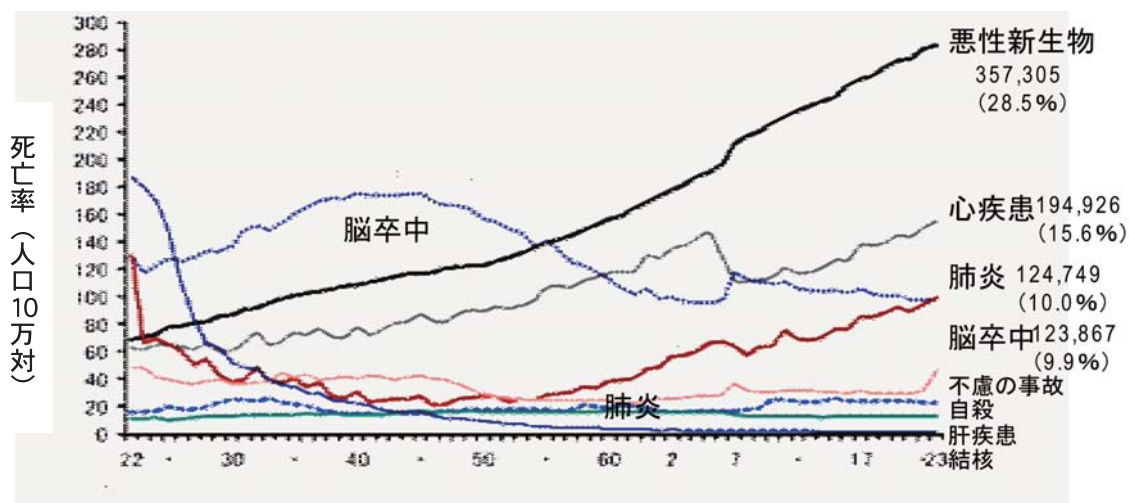
地域（その逆も）へスムーズな施設間での情報の伝達と共有がなされなければならない。ここで重要なことは、クライアント本位の連携体制の構築であり、専門職が個人の自己実現のために活動するのではなく、利他的思考で機能することである。その結果として、積極的な情報提供（供与）というアクションが喚起されるのである（図1）。

機能分化の中に関わる施設が増えてきたため、以前に比べて随分と連携が難しくなっていることが指摘されているが、本質的な問題は連携する施設数の問題ではなく、情報そのものの質である。連携先がどのような情報を求めているのか、連携元がどのような情報を管理しているのかが非常に分かりにくくなっている。この背景には疾病構造や経済的基盤の変動により、制度改革が頻繁に繰り返され、施設やそこに勤務する専門職そのものの役割が変化していることに、自らも気付きにくい混沌とした社会構造の問題が存在するのである。図2は厚生労働省による死因別にみた死亡率の推移であるが、2011年人口動態統計（確定数）の結果によると、死亡数は125万3066人で、前年

- ・ 患者(利用者)本位の繋がり
- ・ 自己実現でなく、利他的思考
- ・ 積極的な情報提供



図1. クライアントへ繋がる連携



- ✓ 日本における疾病構造は、悪性新生物・心疾患・肺炎が増加し続けている。中でも肺炎の死亡数が12万人を超え、平成23年には脳血管疾患を抜いて死因の第3位となった。
- ✓ 脳血管疾患による死亡者数は横ばいであるが、要介護状態の原因疾患の1位である。
- ✓ したがって、**悪性新生物・心疾患・肺炎・脳血管疾患に対するリハサービスのあり方が問われる。**

厚生労働省 2012年9月6日

図2. 主な死因別にみた死亡率の年次推移

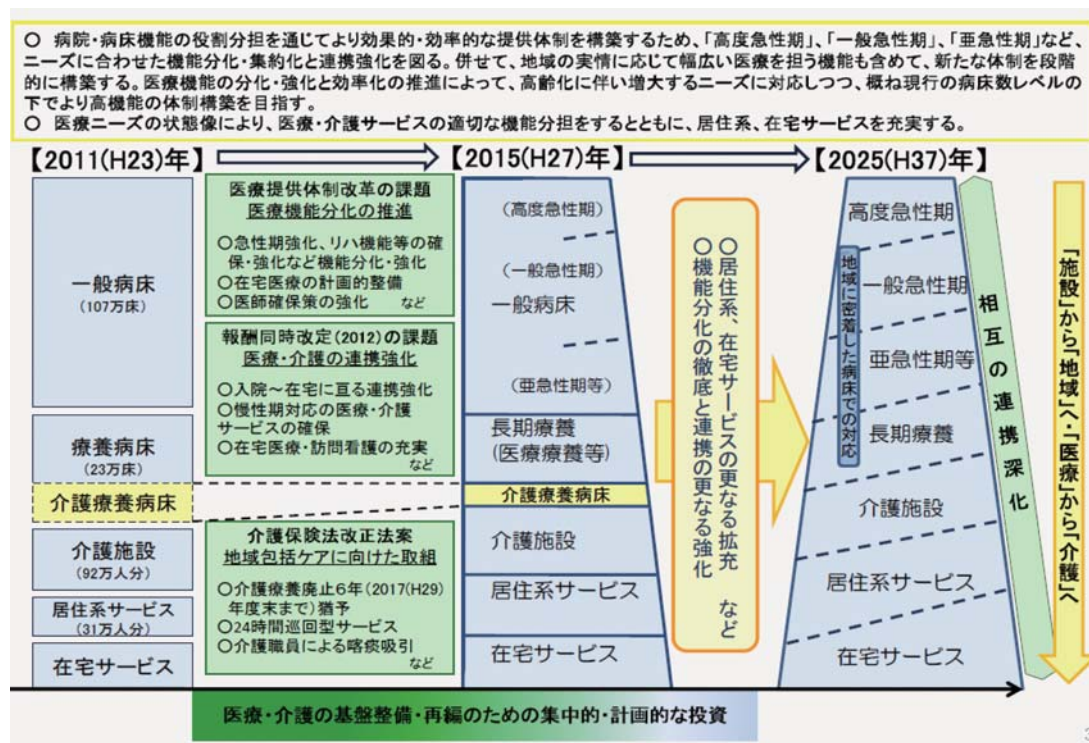


図3-1. 医療・介護再編のイメージ

の119万7012人より、5万6054人増加した。また、肺炎の死亡数が12万人を超え、脳血管疾患を抜いて死因の第3位となった。これにより53年ぶりに3大死因が変化したのである。当然このような変化に対応するために制度の再整備が行われ、勤務

施設での変化を余儀なくされる。図3-1～3は日本理学療法士協会で検討されている将来的な変革イメージの一例であるが、このような変化を予測しながら、今目の前に居るクライアントにとっての最良の情報管理とは何かを考えて、自分の役割

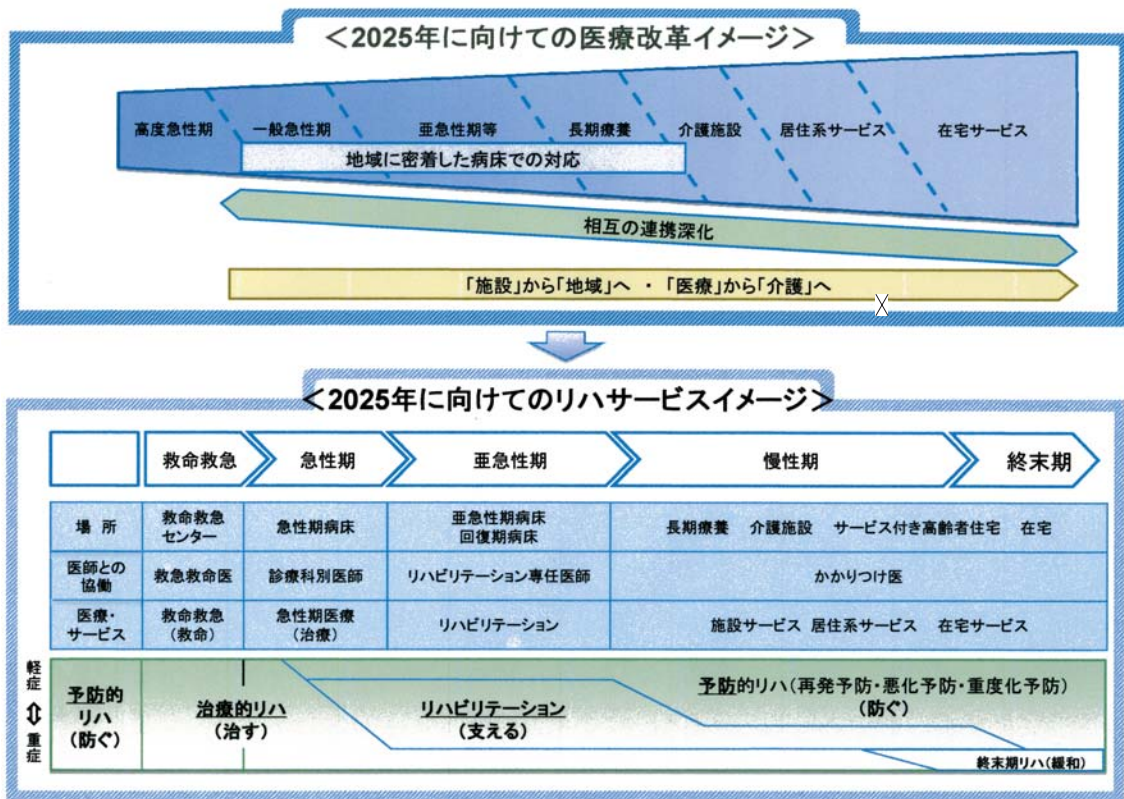


図3-2. 医療・介護再編のイメージ

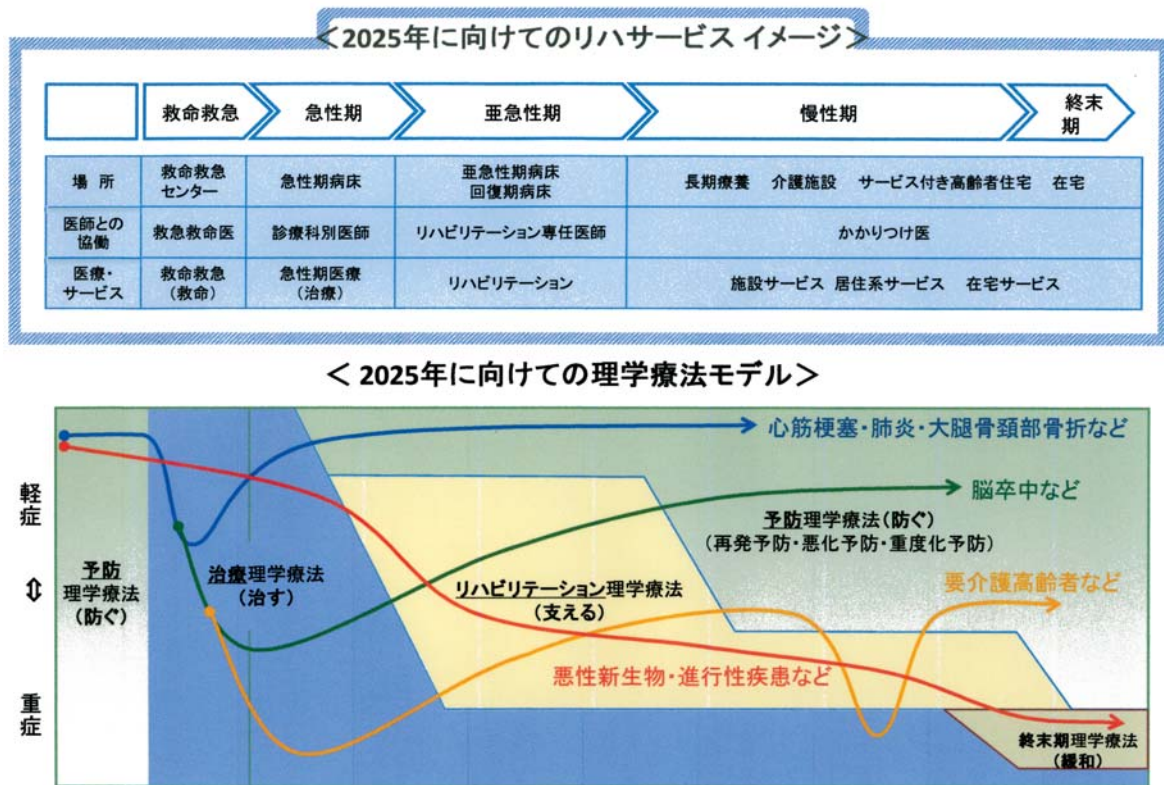


図3-3. 医療・介護再編のイメージ

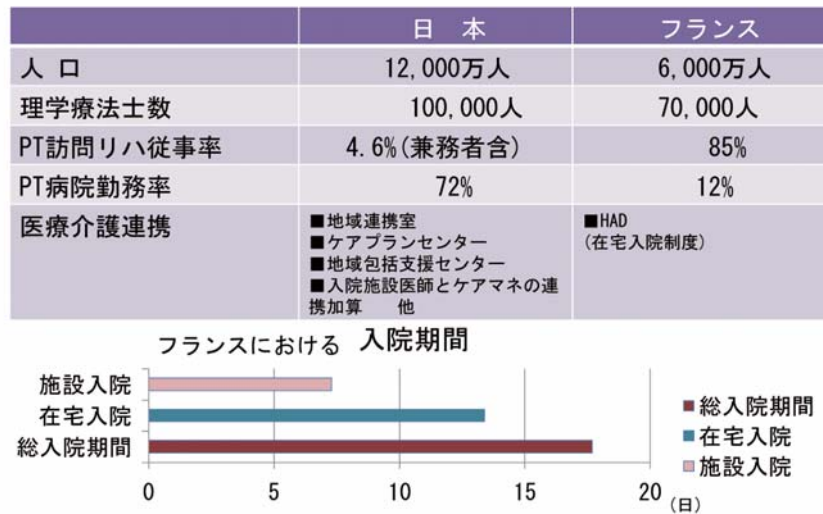


図4. 理学療法士の日本とフランスの比較

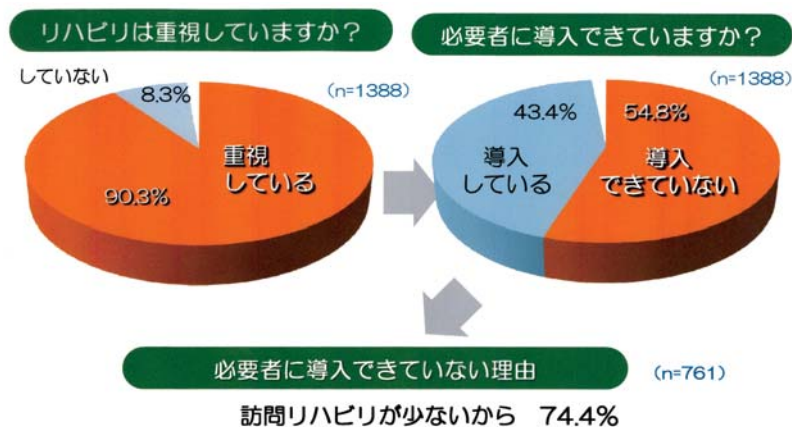


図5. ケアプランのリハビリの導入実態調査

平成22年度 日本理学療法士協会等によるケアマネジャーへの調査を一部改変

を確認し情報供与やリクエストを行うことが、息の長い生きた情報とする秘訣である。

2. 制度（改革）を踏まえた職種間連携

図4はフランスにおける理学療法士の勤務状況などのデータである。理学療法士の殆どが訪問リハビリテーションに従事しており、在宅入院が、医療機関における入院期間よりも長く、総入院期間も17.7日と短いことが分かる。日本における在院日数は、他の先進諸外国に比し、圧倒的に長い傾向、限られたベッドを高稼働させるために、今後もさらに在院日数の短縮が求められることは明白である。図5はケアマネジャーへの調査結果（H22, 日本理学療法士協会）である。ケアプランにリハビリを重視しているにもかかわらず、実際には導入できていない現状があり、その原因に訪

問リハビリが少ないという結果が現れている。リハビリを重要視しているのに、供給できないという現況が浮き彫りになっている。この現状は理学療法士に限定されたものであるが、他の専門職であっても例外ではない。既存の職業観や職域が社会情勢により変化し、制度の変革により変化を強いられることもある。

このように制度改革が専門職の役割やスタンスを変えることを念頭に置き連携を図らなければならない。既成の職業観を押しつけると連携に破綻を来す。言い換えれば、己の専門性を主張するのではなく、互いの専門性を知り「認める」ことが必要である。最も避けなければならないのは、他職種の専門性を自分の価値観で規定することである。これらの誤った関係による連携は、言わば負の連携であり、チーム内の問題がややもするとク

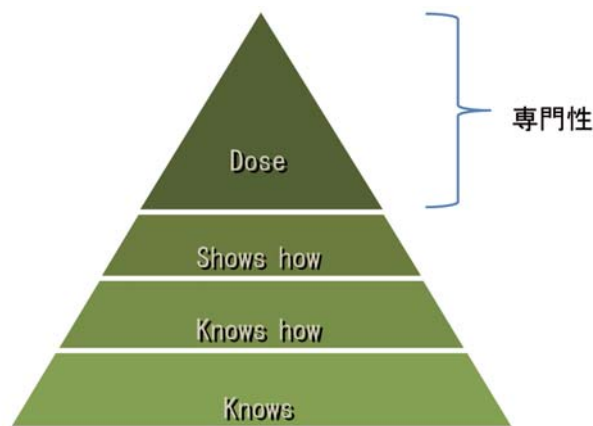
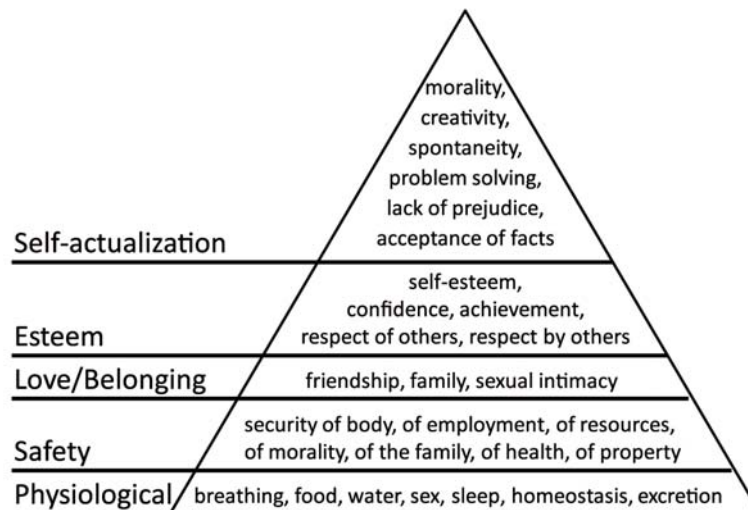


図6 . Miller の triangle

Miller G : The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65(suppl):S63-7

図7 . 自己実現理論 Maslowの理論¹⁾

クライアントの問題にすり替わるという重大なミス
の原因となる。

専門職であるという誇りと自負は、時に傲慢な
言動を生むこととなる。専門性とは「知っている
ことが、できる」ことであり、「知っている」こ
とと「できる」ことは違うのである（図6）。従っ
て、効果的なリハビリサービスの接続のために必
要な職種間連携とは、①制度変革の中での自分の
スタンスを知る、②クライアントの未来予想図を
共有する、③互いに専門性を認め、積極的な情報
提供を求められる前に提供する、④物理的障壁
（訪問リハの不足）を解消する、というポイント
が挙げられる。

3. クライアントとの連携「モチベーションとは
何か？」

地域リハビリに関わっていると「〇〇さんのモ
チベーションが低くてねえ」「〇〇さんの動機付
けが難しくて苦戦してるの」などの台詞を頻繁に
耳にする。しかし、動機を云々する前にクライア
ントの本音を聞き出せているのか、本音を話して
くれる環境（コミュニケーションを含む）作りが
できているのかを考える必要がある。読者諸君が
クライアントに自己投影をしたときに、本音をそ
う簡単に話すか自問して欲しい。本音とは自己実
現のための欲求であり、人は自己実現のために動
機が発芽するのである。

図7はMaslowによる自己実現理論のピラミッドである。1. 生理的欲求 (Physiological needs) 2. 安全の欲求 (Safety needs) 3. 所属と愛の欲求 (Social needs / Love and belonging) 4. 承認（尊重）の欲求 (Esteem) 5. 自己実



図8．自己実現に向けた動機付けの4 因子理論（ARCSモデル）²⁾

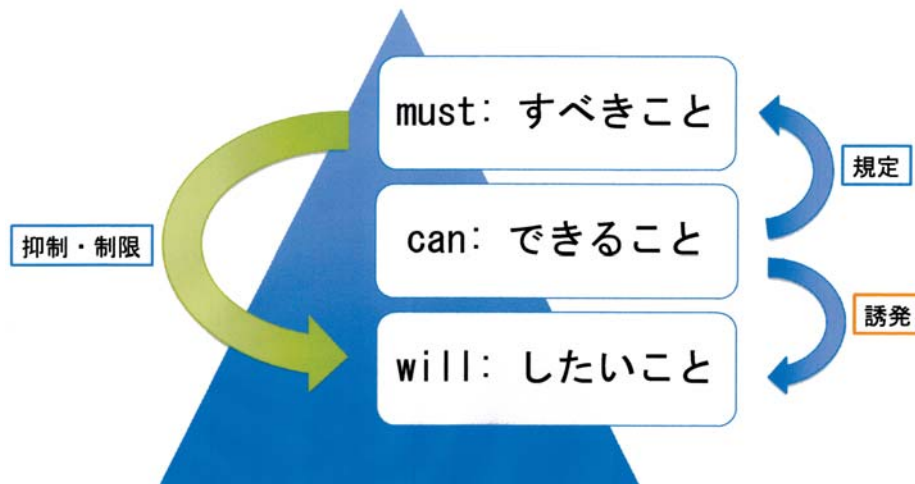


図9．CanがWillを生み出す

現の欲求（Self-actualization）というように、自己実現に対する欲求が昇華するための段階が示されている。この理論によると、最も下位にある生理的欲求が満たされなければ、次に段階には移行しない。日々の食事の心配があれば（常に空腹で飢餓状態であれば）、安全の欲求（住み慣れた街で,,,）なんて事は湧き出てこないのである。これらの欲求が満たされて、はじめて自己実現に対する欲求が表出されるのであり、段階を無視して「何がしたいですか？」など聞いても無駄なことで、例えば返答が得られたとしてもそれは詭弁であり本音ではない。クライアントがどのレベルでの欲求が満たされていない状態かをまずは評価し、その対応を考える必要がある。

クライアントが自己実現のための欲求を僅かにでも発動できるようになれば、さらに引き出す工

夫をすれば良い。ここでは、John M.Keller (Florida state University) のARCSモデルを紹介しておく(図8)。Attentionは、先ず「おもしろそうだ」などと興味の喚起が最初に必要であると言っている。Relevanceは「やり甲斐がありそうだな」と自分の価値観との関連性が見えることが大事だと言っている。今の努力が何のためなのか理解できなければ動機は引き出せないのである。さらにConfidenceと挑戦し「やれば何とかできそうだ」という自信が必要であると言っている。小さな成功体験を繰り返す事が良策であると思っている。最後に、Satisfactionであり「やって良かった」を共有することだと言っている。努力を正当に評価すること「褒める」ことが、努力の継続に良いビタミンだと言うことである。逆に、結果に対する評価の欠如や、曖昧な評価などは満

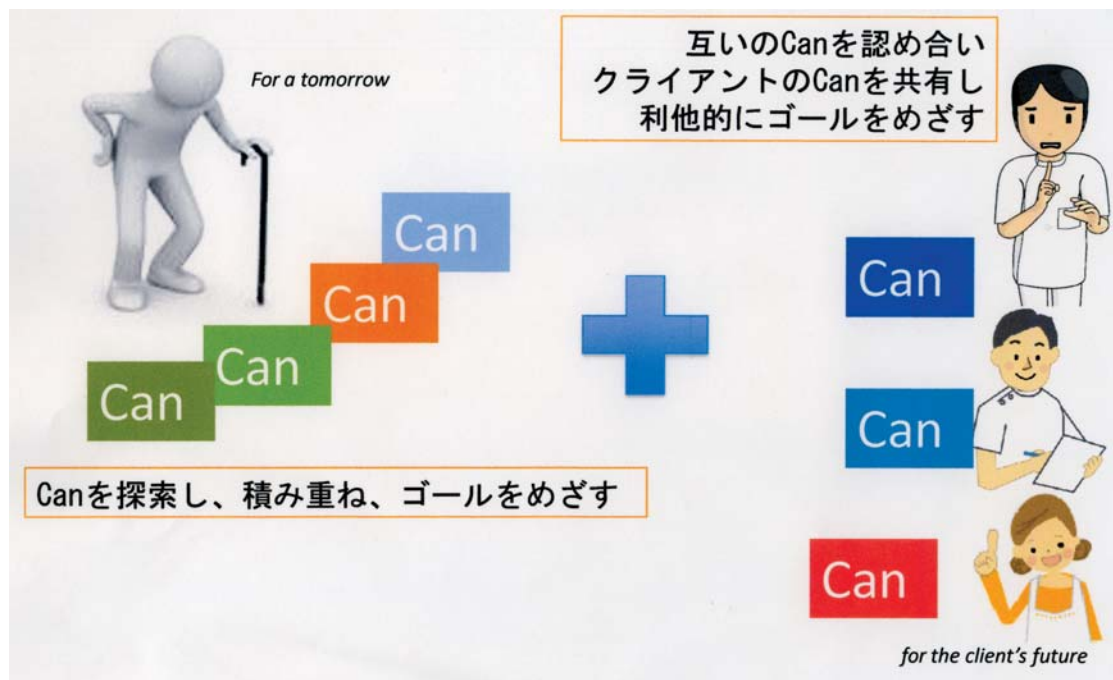


図10. 繋がるリハビリテーション

足感の低下を招来するので注意が必要である。

モチベーションとは自己実現のために発動する心的活動である。生物学的低次元の欲求が満たされなければ、我々が支援しようとしている「より質の高い生活」への欲求は表出されず、本項冒頭のような台詞が横行しクライアントの本音を把握できないままでケアプランが進められ、期待するような笑顔には繋がらない。

4. おわりに

地域を生きる中では様々な連携が必要である。当然のようにその方々を支えるためには、支える側の連携も必要である。それらの中で重要なキーワードは「Can (できる)」である (図9)。「できないこと」を嘆いても数えても未来は決してない。しっかりできる事を評価し、そこから「Will (したいこと)」を誘発させるような関わりが必要である。支える側もクライアントもCanで繋がることでWillが生み出されることを知り、決して「Must (すべきこと)」が前面に出ない連携が必要であると考えている (図10)。「Aging in place」という言葉が形骸化しないためにも、しっかりした連携が求められている。

【参考・引用文献】

- 1) Maslow, A. H. : "A Theory of Human Motivation". Psychological Review Vol.50 : 370-379, 1943
- 2) Keller, J. M. : Motivational design of instruction. In C. M. Reigeluth (Ed.), Instructional-design theories and models: An overview of their current status. Lawrence Erlbaum Associates, 1983, U.S.A.
- 3) 鈴木克明：『魅力ある教材』設計・開発の枠組みについて—ARCS動機づけモデルを中心に—。教育メディア研究 1(1) : 50 -61, 1995