

[特集：保健・医療・福祉の連携～地域リハビリテーションにおけるチームアプローチ]

特別講演：保健医療福祉とリハビリテーションチーム

江藤文夫

キーワード： 保健医療福祉 リハビリテーションチーム マージョリー・ウインサム・ウォーレン
地域の在宅ケアー 連携

Health, medicine, and welfare for the rehabilitation team.

Fumio Etoh, M.D., Ph.D.

Key words: Health and Medical Welfare, rehabilitation team. M. W. Warren, Community home care collaboration.

I はじめに

わが国にリハビリテーション医学の知識が米国より導入されたのは第2次世界大戦後のことである。第二次大戦後に組織された世界保健機関（WHO）は、1978年のアルマ・アタ宣言において保健医療の4つの柱として予防医学、治療医学、健康増進と並んでリハビリテーションを挙げた。リハビリテーションのニーズが医療の分野で生まれ、拡大してきた背景には西欧キリスト教社会における病气（ill, illness）のイメージと病者への処遇と病院の歴史が関わっているように思われる。さらに市民革命を経験して形成された市民社会における人権思想と経済活動の展開も重要な要因である（表1）。多数の病人を収容する大規模施設は日本や中国には生まれなかったが、こうした施設が医療を行う場所としてイメージされるようになるのは18世紀のこととされる。それに伴い約200年前頃から病院のアメニティを改善する運動、さらに約100年前頃から医療は一部大金持ちと同様に在宅で、地域で提

供されるべきであるという活動が展開するようになった。ちなみに、江戸時代に発展したわが国の医療活動は在宅が基本であった（表2～5）。

表1 近代経済学と医学、医療

近代経済学と医学、医療
Rene Descartes (1596～1650) : 方法叙説 (1637)
Francois Quesnay (1694～1774) : 経済表 (1758)
Adam Smith (1723～1790) : 国富論 (1776)
"An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations"
(・Nationは統治体としての国家ではなく「国民」)
(・1751-1763:グラスゴー大学で道徳哲学の教授)
・同感 "sympathy" → 道徳感情論
・グローバル化→自己責任、個人の自立、個人的主体

表2 健康と福祉

保健と福祉
エリザベス救貧法 (1601)
1531年以降の救貧法の集約
英国救貧法改正 (1834)
ビスマルク社会福祉法 (1893)
英国無拠出老齢年金法 (1908)
英国ベバリッジ委員会発足 (1941)
(チャーチル戦時連立内閣時代に社会福祉の充実を目指す揺りかごから墓場までは保守党の発想) (ブレア首相の発言)
国民保健サービス(NHS) 1946年制定、1948年実施

江藤文夫 東京大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野教授

[連絡先] 東京大学大学院医学系研究科外科学専攻感覚運動機能医学講座リハビリテーション医学分野・リハビリテーション科
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

TEL : 03-3815-5411 FAX : 03-5684-2094

表3 基本的人権と健康

<p>基本的人権と健康</p> <p>世界保健機関 (WHO)憲章の採択 (1946) ニュルンベルク裁判と綱領 (1947) 第2回世界医師会総会でのジュネーブ宣言 (1948) 第18回世界医師会総会でのヘルシンキ宣言 (1964) アメリカ病院協会「患者の権利章典」(1972) 第52回世界医師会総会でヘルシンキ宣言の大改訂 (2000)</p> <p>アルマ・アタ宣言 (1978) プライマリヘルスケア国際会議、自助と自決、2000年 を目標 健康増進、予防、治療、リハビリテーション</p>

表4 健康とは

<p>健康とは、 単に病気や虚弱を免れることではなく、 身体的、精神的、社会的に完全に良好な 状態である。(WHO、1946)</p> <p>"a state of complete physical, mental, social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity"</p>

表5 健康の定義改正案

<p>健康の定義改正案</p> <p>「健康とは、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルに完全に良好なダイナミックな状態であり、単に病気や虚弱がないという意味ではない」(1998年提案、WHO)</p> <p>Spirituality?</p> <p>"a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"</p>
--

II 高齢社会における初期の医療活動

—ウォーレン医師の業績

英国でリハビリテーションを考える時に、Warren医師の業績が思い起こされる(表6)。これは、米国におけるphysical medicineに結び付けられたリハビリテーションとは様相が異なり、Geriatrics発達の原動力となり、医療と福祉の連携を意識した施策として「ゆりかごから墓場まで」という英国保守党の重要な発想を後押ししたと考えられる(表7)。彼女は1930年代に高齢者と慢性疾患の大規模収容施設の担当を命じられた。

大半の患者が常時ベッドに寝たきりであったのを、看護学生を含めコメディカルの協力を得て、リハビリテーションを実践した。そのときのエピソードとして、理学療法士は整形外科の管轄下にあり非協力であったが、作業療法士は「誰のあかちゃんでもなかった」のでよい協力が得られたという(表8)。この経験を元にまとめられた高齢者治療の原則は、今日でもわが国のリハビリテーションに当てはまり、大切なものである(表9)。

その中で、寝たきり患者の治療では活動性(アクティビティ)が大切であり、チームで行われる必要があることを強調している。そうしたチームに含まれるものとして、在宅ではGP(総合診療医)、ホームヘルパー、家族と友人であり、病院では医師スタッフ、看護スタッフ、PT、OT、MSW、栄養士などが列挙された。英国では100年以上昔から、

表6 M. W. Warren(マージョリー・ウィンサム・ウォーレン)(1897—1960)

<p>M. W. Warren (マージョリー・ウィンサム・ウォーレン) (1897-1960)</p> <p>英国老年医学とリハビリテーションのパイオニア。 1935年、西ミドルセックス病院に附属することになった貧窮院を担当。 その714人の患者の大半は、高齢で慢性疾患で常時ベッドに寝たきり。 1年かけて、全患者の個別診療により、患者を3群に分類: 200人の比較的健康的な高齢者を居住施設に入所させた。 350人を精神科治療対象として転科させた。 350人の寝たきり患者をリハビリテーションの対象とした。 当時、理学療法士(PT)は整形外科の支配下にあり、非協力。 作業療法士(OT)は「誰の赤ちゃんでもない("who were nobody's babies")」状況にあり、協力。 自ら、リハビリに必要な装置、ベッド、車椅子、杖などを工夫。 最初の6年間でこれら患者の35%が自宅または老人居住施設へ移動。 * 1948年、NHS(英国の国営医療制度)が発足。</p>

表7 老年医学におけるリハビリテーションの重要性 M. W. Warren: Care of the chronic aged sick.

<p>老年医学におけるリハビリテーションの重要性 Warren M.W.: Care of the chronic aged sick. Lancet 1: 841, 1946.</p> <p>治療されないケースで、活動性低下による出来事を防ぐために、完全なリハビリテーションは不可能であるにしてもなし得ることはたくさんある。 こうした長期入院症例の治療は、楽観主義と希望が中心課題であるチームによりなされるべきである。 このチームには医療と看護のスタッフが含まれる必要があり、場所によっては可能であれば医学生や看護学生も含め、加えて理学療法士、作業療法士、足治療士、医療ソーシャルワーカーを含めるべきである。MSWの手助けは計り知れないものがあり、社会背景を明確にし、家庭や友人の元に患者が復帰するのを手助けする。</p> <p>しかし、どんなにスタッフが豊富であっても、医師は全体状況を常に把握しておかねばならず、すべてをパラメディカルスタッフに任せきりにしてはいけない。</p>

表8 リハビリテーションの基本

<p>有用さと幸福を伴った 完全なる健康は、心と体の活動性に依存する。 Warren MW: Activities in advancing years. Br Med J 2: 921, 1950.</p> <p>高齢者の活動性 (ACTIVITY) について論じ、 リハビリテーションの基本を記述。</p> <p>高齢者慢性疾患、寝たきり患者の治療(トリートメント)は チームで行われる必要があり、そうしたチームに含まれるのは; 在宅では; GP(総合診療医)、在宅サービス(ホームヘルパー)、 家族と友人である。</p> <p>病院では; 内科医とその医師スタッフ、看護スタッフ、 PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、 MSW(almoner)(医療ソーシャルワーカー)、 栄養士など。</p>
--

表9 高齢者治療の原則

<p>高齢者治療の原則</p> <p>(1) 患者には治療中に可能であれば何時でも、個人的な ニーズに関して完全に自立を保つよう励ます必要がある。 たとえば、自分で洗面手洗いをし、食事をし、 歯を磨き、髪を整え、衣服を着替えることである。 患者がひとりで行うことができることは一切してあげてはなら ない。(Nothing that a patient can do for himse.f should be done for him.)</p> <p>(2) 医学的狀態により自立を低下させ、動けなくなっ ているなら、PT、OT、STによる完全な治療体制を組 むことで障害を克服する必要がある。 【チームアプローチ】</p> <p>(3) いつでも患者に治療を続けるよう励まし、 あらゆる可能な手段により活動性を保ち、 自分自身の完全回復と周囲への関心を向けさせる 必要がある。【アクティビティの重視】</p> <p>(4) 高齢者は疲れやすいが回復治療を必要とするので、 運動は頻回に短時間で(15分が目安)行う必要がある。 【休止を置いて頻回に】</p> <p>(5) 時間の許す限り運動は詳細に計画される必要があり、 正確に行うことでのみ改善や疲労の真の評価計測が 可能になる。【運動処方厳密に】</p> <p>(6) 実施上多大な注意を払うべきことは、床周り、 衛生、温度、照明などに関して良好な状態を 確実にすること、【環境の整備】 着衣、とくに履物(靴)は快適で、よく適合した もので、十分に温かく、かつ重たすぎないものを 確かめること、【衣類と靴への配慮】 補装具類は義足を含めて適切であることを詳細に 確かめることである。【適切な装具処方】 とりわけ、松葉杖やステッキ(杖)は正しい長さ でないと、歩行は困難で、危険でさえある。 【適切な杖処方】</p> <p>Warren MW: Activities in advancing years. Br Med J 2: 921, 1950.</p> <p>(高齢者治療の原則につき)</p> <p>(7) 器具の類は治療中の患者を最大限手助けできる よう供給される必要があり、こうしたものには 頭上の手すり、ベッド端のプーリー、肘つき椅子、 車椅子、自走式の椅子などが含まれる。 【起居移動自立のために】</p> <p>(8) 医学的症狀はすべて、ある障害が他の障害の回復を 妨げないよう全般的な荒廃を避けるために治療され る必要がある。【疾病治療が基本】</p> <p>Warren MW: Activities in advancing ye rs. Br Med J 2: 921, 1950.</p>
--

医療と福祉は在宅で提供されるべきという活動が展開してきたが、この時代既にソーシャルワークの重要性が認識され、チームの一員として位置付けられた。

III 保健医療の提供場所としての地域

地域という日本語を英訳すると、第一にregionが該当する。おそらく、わが国で「地域リハビリテーション」について論じている人々がイメージする地域は英語のcommunityであろう。和訳すると、まず「共同体」である(表10)。リハビリテーションは、康復や復健と訳すよりは更生と訳すことが適当と考えられるが、「更生」は「共同体」と同様好まれないようである。日本語で思考しながら国際交流の場に参入するには、同時代的には極めて不利な地域の住民であることは昔から変わらない。

病院という収容所ではなく、個人の主体的選択により生活活動の場でライフを全うしたいという共同認識により、在宅医療を展開するためには、その目的での施設や職種の配置が必要である。ウォーレン医師の時代に医療ソーシャルワーカーが医療チームの一員として重視されるようになっていたが、1970年代には病院の専属職種としてよりは地域保健役所の専属へと移行するようになる。また、高齢者や慢性疾患の増大といった疾病構造の変化に伴い、在宅でのあるいは地域での各種保健医療サービスが試行錯誤を経て確立されてくると、個別の対象者のニーズに適合したサービスをアレンジするキーワーカーの活動が重要になる(表11)。

在宅保健サービスはさまざまに定義されてきたが(表12)、「包括的保健介護の連続的成分で、終末期疾患を含めて障害や病気の作用を最小限に抑さえながら、健康の回復あるいは増進、自立レベルを最大化する目的で個人や家族に、その住んでいる場所

で保健サービスを提供するもの」(Hankwitz, 1988) に代表されるように、包括的であり、実現のためには多数の職種の介入を必要とすることが明らかである。

表10 地域とコミュニティ

地域とコミュニティ	
Community: 共同社会、(地域、文化)共同体	com-: 「ともに」、「全く」の意味。
前者でcommune, communism, communicate	
地域: 土地の区域 (area, region)	
地域社会: 一定の土地に成立している生活共同体	
共同体(共同社会): 血縁や地域やお互いの愛によって結びついている集団(例、家族・村落)	
[対義語: 利益社会]	

表11 キーワーカーの役割

キーワーカーの役割	
<ul style="list-style-type: none"> 地域センターに参加する各クライアントには、割り振られたキーワーカーがいる。この人はクライアントを他のリハ・チームと結びつけ、医療スタッフとセラピストにクライアントのニーズを確実に伝え、十分な情報により直接的リハが最も適切なやり方で行われるようにする。 まず、評価用紙を十分に記載することから始める。 異なる治療が始まると、時間割が満足なものであり、設定されたゴールが適切で、クライアントの同意を得られることを確実にする。 家族や友人と接触し、センターでの出来事を確実に伝える。 センターでのクライアントの関わりを通じて、クライアントが可能なサービスが受けられるようにし、代弁者の役割を果たす。 	
(Hunter Moor Regional Rehabilitation Centre in Newcastle upon Tyne, 1996)	

表12 在宅保健 (Home Health) の定義

在宅保健(Home Health)の定義	
<ul style="list-style-type: none"> 病気を予防し、健康を促進、維持、回復し、あるいは病気や障害の影響を最小限にする目的で、個人や家族に対してその住まいする場所または通所ケアの場面で提供する保健サービスの配備 (在宅ケア業種団体評議会、1974) 包括的保健介護の連続的成分で、終末期疾患を含めて障害や病気の作用を最小限に抑えながら、健康の回復あるいは増進、自立レベルを最大化する目的で個人や家族に、その住んでいる場所で保健サービスを提供するもの (Hankwitz, 1988) 在宅患者に、その最大レベルの安らぎと機能と健康の回復あるいは維持する目的で器具やサービスを提供すること (米国医師会審議会、1989) 	

表13 在宅ケア (Home Care) の提供者

在宅ケア(Home Care)の提供者			
医師	看護職	セラピスト	その他
紹介医	登録看護師	作業療法士	ソーシャルワーカーとその助手
家庭医または専門医	有資格実地看護師	作業療法助手	耐久医療用機器販売者
相談専門医	在宅ケア補助	理学療法助手	
		呼吸療法士	栄養士
		言語病理士	
(米国の例、May BJ: Home Health and Rehabilitation, 2nd ed. 1999)			

表14 在宅ケアの問題点

在宅ケアの問題点	
1 職種の不足	
2 チーム構成者間のコミュニケーション	
3 カンファランスと日程調整	
4 複数専門医師の関与	
5 助手や補助者の監督	
6 境界領分(縄張り)	
7 セラピストの孤立(施設や病院とは異なる場)	
(米国の例、May BJ: Home Health and Rehabilitation, 2nd ed. 1999)	

IV 地域でのリハビリテーションとチーム

今日の英国老年医学では皮肉なことに「リハビリテーションをリハビリテート」する必要性が論じられる。一方で、米国流の physical medicineではなく、rehabilitation medicineを意識して英国でBritish Society of Rehabilitation Medicineが発足したのは1990年(前身はMedical Disability Society, 1984年設立)とされる。そこではリハビリテーション療法士の概念も生まれている。現代の専門分化の流れとは逆行する考え方であるが興味深い。リハビリテーション医療の特徴のひとつは、多数の対人サービス専門職によるチーム・アプローチである。

包括的で継続的な保健医療サービスを地域で提供する活動の中でリハビリテーションに関しても地域センターが普及してきた。1980年に著者は英国バーミンガムの老年医学とリハビリテーションを経験した。当時、教育病院のセリー・オーク病院の敷地に接して建てられてあった義肢装具センター(limb fitting center)は有効に機能していなかったが、最近では地域リハビリテーション・センターとして活発に機能している(表15、16)。この地域リハビリテーション・センターは西ミッドランド地域に住む人々を主な対象として、身体感覚障害を有する人々へのサービスを計画し提供することに関わる。その目的は、独自の包括的リハビリテーション・サービスを提供することにより人々の最大の可能性を引き出し、

「患者」であることから「人」であることに復帰できるようにすることであるとされる。

リハビリテーションでも多数の専門職が介入する必要があるが、その内容は地域により異なる。前掲のキーワーカーはニューカッスルのある地域リハビリテーション・センターの例を紹介したが、その役割はバーミンガムでも同様である。サービスを提供する職種は多彩であるが、在宅保健サービス一般の問題点と同様にセラピストの不足が挙げられる(表17~20)。しかし、リハビリテーションのセラピストには共通する理念や技術の側面もあることから、専門職種間チーム・アプローチは当然として超専門職種チーム・アプローチも推奨され、包括的なリハビリテーション療法士についても議論されるようになってきている(表21)。

表15 Regional Rehabilitation Centre

<p>Regional Rehabilitation Centre</p> <p>The Regional Rehabilitation Centre is involved in the planning and provision of services for people with physical and sensory disabilities, primarily for those living in the West Midland region. We aim to provide a unique and comprehensive rehabilitation service enabling people to develop their full potential and often returning from being a "patient" to being a "person".</p> <p>Southern Birmingham Community Health NHS Trust: 主要施設はSelly Oak Hospitalの敷地に連続して存在し、元はLimb Fitting centreであった。</p>

表16 Who provides the services?

<p>Who provides the services? (Regional Rehabilitation Centre)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Doctors • Occupational Therapists • Speech Therapists • Rehabilitation Engineers • Audiologists • Prosthetists • Counsellor • Support Service Staff 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurses • Physiotherapists • Hearing Therapists • Bioengineers • Clinical Scientists • Orthotists • Technicians • Psychologists
<p>(Southern Birmingham Community Health NHS Trust;1996)</p>	

表17 リハビリテーションチーム

<p>リハビリテーションチーム rehabilitation team</p> <p>患者中心の統合された医療と福祉を提供するために、リハビリテーションにかかわるさまざまな職種が共同して仕事を行うグループ。</p> <p>多数専門職(multidisciplinary) チームは、伝統的なリハビリテーション職種からなり、それぞれ独立した助言者として振る舞い、それぞれの立場から患者を評価し特異的治療や勧告を行うが、他者の領域には原則として介入しない。</p> <p>専門職種間(interdisciplinary) チームは、相互の役割を各メンバーが十分理解して自由に意見を交換しながら、他の職種の治療目標や実行形態に示唆を与えあう。</p> <p>超専門職型(transdisciplinary) チームは、各専門職が他の専門職の伝統的な治療領域にまたがって仕事をする。</p>

表18 チーム構成員

<p>チーム構成員</p> <p>リハ・チームのメンバーとして、あるべき専門職を定義することは望ましくない(困難である)?</p> <p>(1) 病院或は急性期直後からの場面では、主として医師(physician)、セラピスト、看護師。</p> <p>(2) 障害によっては、異なる背景でのチームを必要とし、強調される職種も異なる。</p> <p>(3) 地域リハでは、自治体雇いのソーシャルワーカー、地域OT、雇用専門家などその他の専門職。</p> <p>リハ・チームのメンバーは柔軟である必要があり、人工的な専門職種の境界をまたいで仕事する用意が必要である。</p>
--

表19 コアチームとネットワークチーム

<p>コアチームとネットワークチーム</p> <ul style="list-style-type: none"> • リハビリテーション医(rehabilitation physician) • リハビリテーション看護師 • 臨床神経心理学士 • 作業療法士 • 理学療法士 • 言語聴覚士(言語療法士) <p>人工的専門職種の境界は取り払うべきであるとしても、保健のリハビリテーションチームには核となるメンバーがある。</p>
--

表20 広範囲のリハ・チーム職種

<p>広範囲のリハ・チーム職種</p> <ul style="list-style-type: none"> • リハ医、リハNS、CNP、OT、PT、ST • ソーシャルワーカー、カウンセラー • 非常勤職種として、栄養士、足治療士(カイロプラティスト)、リハ工学士 • その他関連する専門医、特に整形外科医と泌尿器科医 <p>地域に焦点を当てると、個人の広域ネットワークが必要: 職業支援専門員、その他の雇用プロバイダー、法律家、社会保障事務所、様々な障害に対する支援グループ、など</p>
--

V 連携

チーム・アプローチは連携が基本である。連携の源泉と、関わり方について青山学院大学の菊池純一教授の講演から筆者なりに紹介したい。連携のきっかけはさまざまである(表22、23)。リハビリテーションという活動についてみると強力な専門的知識が基本にあると考えられる。ライフに関わる利益社会で生み出された「工夫と知恵」を共有することで、創造的破壊をとしての知恵と技術により在来の情動や制度枠組を破壊して、より有効な連携が生み出されることであろう。

わが国にはわが国の事情があり、常に外国の模倣に依存してきたといわれるものの、決して負の要因ばかりではない。規制緩和の推進により、将来的には共同体意識をもつ地域ごとの取り組みの中で生まれた有効な方策が政策的にも取り込まれていくことを期待して、活動を継続していきたいと思うものである。

参考・引用文献

- 1) 江藤文夫：やさしいリハビリテーション，第2版，日本医事新報社，東京，1998.
- 2) 江藤文夫：リハビリテーション思想と介護，リハ研究，No. 95：8-13, 1998.
- 3) 江藤文夫：リハビリテーション連携と保健医療におけるパラダイムシフト，リハ連携科学 2：1-5, 2001.
- 4) 菊池純一：開放型知識社会における強い連携，リハ連携科学 2：6-14, 2001.
- 5) Barnes M.P., Ward AB: Textbook of Rehabilitation Medicine, Oxford Univ. Press, Oxford, 2000.
- 6) May B.J.: Home Health and Rehabilitation, 2nd ed., F.A. Davis, Philadelphia, 1999.

表21 総称的リハビリテーションセラピスト

総称的リハビリテーションセラピスト
<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職種間チームでは、包括的で総称的なリハビリテーションセラピストの概念が適用できる？ ・ 従来、欧米ではPTやOTなどの下に助手(教育を受けるが専門職レベルではない)をおくことが行われてきた。 ・ 助手は有資格セラピストの指導監督下でより基本的な治療を遂行する。 ・ 最近の助手は、異なる複数の専門職による指導監督下で、専門の境界をまたいで、包括的リハビリテーション助手として仕事をする例がみられるようになった。 ・ 新しいタイプの職種としてリハビリテーションセラピストの資格制度を模索する提言もある。

表23 連携の源泉とは何か

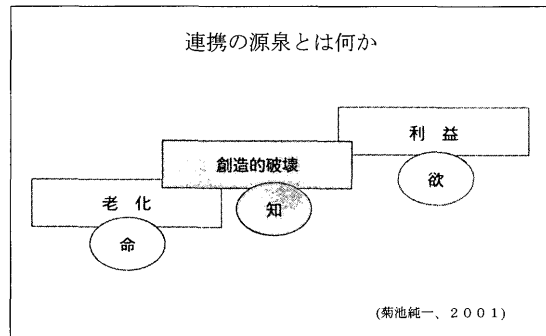


表22 色々な連携、どのように人が関わるのか

