

総説

リハビリテーションと統合医療

Rehabilitation and Integrative Medicine

森本義朗*

Yoshiro MORIMOTO

I. はじめに

「20世紀型医学モデル」とは、病院等における治療を主体とする現代西洋医学モデルを指す。このモデルは、特にリハビリテーション業界においては現代社会における健康・医療課題に合致しないと考えている。医学モデルの対象語として挙げられる「社会・生活モデル」の視点が非常に重要視され始めているからである。医療現場におけるリハビリテーションは、「20世紀型医学モデル」に沿う形でこの数十年間医学に貢献してきた。それは臨床現場のみならず、医学研究においても現代医学に沿う形で発展してきたと言える。

本来「リハビリテーション」という言葉の定義は医学的なものに限ったものではない。

しかし、我が国における所謂「リハビリ」は、「20世紀型医学モデル」に沿う形をとった結果、概念としては非常に限局されたものとして捉えられているのが現状である。また、リハビリテーション業界全体の流れとしても、国家予算の動向や超高齢社会、人口減少社会などの時代背景の影響もあり、「20世紀型医学モデル」から「個人に寄り添う医療」へのシフトを促す動きも一部出てきている。

リハビリテーション専門職はクライアントのからだに触れる機会が多いことから、クライアントとの心理的距離感が近くなり、疾病をみると同時にクライアントの社会的背景などに接する機会も多い。また、疾病のみをみる医療から個人に寄り添うことが少しずつ定着し、時間的にも時間によって単位が定められていることから、リハビリテーションには統合医療的な要素が非常に多いと言える。それは近年提唱されている「社会・生活モデル」としての統合医療であり、医療職種として単位算定しながら統合医療を実践することが最もできる職種であると言え

る。今まで「リハビリテーション」として行っていたことがすでに「統合医療」であり、それを知ることによりリハビリテーション専門職としての視点に幅が出ると考える。

本稿では、「リハビリテーション」の歴史的背景から、リハビリテーション専門職の役割を改めて検討する事を骨子とする。またそこには統合医療的な視点が重要であり、具体的にどのような視点が必要となっていくかを考えてみたい。

II. 「リハビリテーション」の語源と定義

Rehabilitationの語源は、Re (再び)、Habilis (適合、もとの状態に戻す)、tion (すること) からなり、「再び適合すること」という意味である。「更正」「名誉回復」「社会への帰還」などの「復権」を表す言葉である。これらより、ひとに限定して使用するものではなく、非常に広い意味で用いられるものである。

リハビリテーションの代表的な定義は歴史を紐解くと非常に詳細となるため、代表的なものを挙げるとWHO (1981年)、国連・障害者世界行動計画 (1982年) などが挙げられる。WHOでは「能力低下やその状態を改善し、障がい者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。リハビリテーションは障がい者が環境に適応するための訓練を行うばかりでなく、障がい者の社会的統合を促す全体として環境や社会に手を加えることも目的とする。そして、障がい者自身・家族・そして彼らの住んでいる地域社会がリハビリテーションに関するサービスの計画と実行に関わり合わなければならない。」とされている。また国連では「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とすることによって、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。」と定義されている。

* 一般社団法人国際統合リハビリテーション協会

また、我が国においては、1982年に出された身体障害者福祉審議会答申において「リハビリテーションの理念の根底にあるものは、障害者も1人の人間として、その人格の尊厳性をもつ存在であり、その自立は社会全体の発展に寄与するものである」という立場に立つものである。障害をもつが故に人間的な生活条件から疎外されている者の全人間的復権をめざす技術及び社会的、政策的対応の総合的体系であると理解すべきである。リハビリテーションの基調は、主体性、自立性、自由といった人間本来の生き方であって、その目標は、必ずしも職業復帰や経済的自立のみではないことを理解しなければならない。」と抜粋ではあるが上記のように記載されている。

これらの時代背景より、リハビリテーションは「20世紀型医学モデル」から、明確に「社会・生活モデル」への移行が伺うことができる。しかし現在においてもなお現場レベルでの所謂リハビリ専門職は、「20世紀型医学モデル」に傾倒しており、非常に限局されたまま今に至っているのが現状である。リハビリテーションは未だ機能分化という名の元、「20世紀型医学モデル」レベルから脱却していない分野であると言える。

Ⅲ. 取り巻く環境とリハビリテーションとの関係

我が国の高齢化率は25%を超え、さらに高齢化は進行中である。2025年問題が非常に話題となっているが、その先もとどまることなく2060年には39.9%に達する¹⁾とされている。

また、2015年には調査開始後初の人口が減少に転じたことも記憶に新しい。人口減少もまた今後は進行の一途であり、2060年には8674万人まで減少する²⁾とされている。

高齢化と人口減少による影響は大きく、また地域人口構造の不均衡もまた深刻である。都市部、特に東京首都圏への人口集中によって、地方圏では人口減少と過疎化、高齢化が深刻である。

これらを考慮すると、医療業界の果たす役割は大きく、しかしまた「20世紀型医学モデル」では構造の不均衡の解決策とはならないと考えて良い。

そこで台頭してくるのが「社会・生活モデル」である。医療業界全体の流れでもあるが、クライアントの歴史や背景などの個人因子、社会因子と向き合うことの多いリハビリテーション分野は、「社会・生活モデル」と近い場であり、医療業界にとって

表1 日本の医療の質を改善するための提言

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療の質の管理と提供を全般的に強化する 2. プライマリーケアの明確な専門分野を確立する 3. 病院部門における質の監視と改善を向上させる 4. 質の高い精神医療を確保するよう努力する |
|--|

OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015

非常に期待される領域であると言える。

2014年の経済協力開発機構（以下OECD）による「医療の質レビュー」では、日本に表1のような提言をしている。

ここからも日本の医療についての課題が明確になってくるわけであるが、ここでは述べない。しかし簡単にまとめると、プライマリーケアについて、質の部分の客観性や管理などが問われているといえる。米国科学アカデミーの医学部門による1996年の定義では「プライマリーケアとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」とされている。

プライマリーケアは非常に注目すべきポイントであり、日本の現状や将来の課題に応えることができる医療の一つであると考えられる。社会保障制度改革国民会議で示された³⁾、「地域完結型医療」が、プライマリーケアの解釈に近い。

我が国においても2017年に総合診療専門医が発足するが、この領域でもリハビリテーション職種が関わることが多いにできると考える。日本の保険制度では十分に対応できない部分が必ず発生するからであり、時間で算定されることの多いリハビリテーション職種は、個人の背景を評価するのに非常に適しているからである。「地域完結型医療」が「治す医療」から「治し支える医療」へ、そして「生命予後の改善」から「Quality of Life (以下QOL)・Quality of Dying and Death (以下QOD)」の医療への変化である³⁾、としており、まさに本稿でいう「社会・生活モデル」の視点であるといえるわけであるが、その部分を医師と共にリハビリテーション職を主導として、多職種で進めていくべきであると考えられる。

Ⅳ. リハビリテーションと統合医療

米国衛生研究所相補・代替医療センター(NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine)による統合医療(integrative medicine)の定義は、「統合医療とは、従来の医療と、安全性

と有効性について質の高いエビデンスが得られている相補・代替医療とを組み合わせたものである。」とされている。相補・代替医療に関しては、栄養療法や瞑想、ボディワーク、またはヨガなどが代表例である。

本稿における統合医療の定義は従来型医療と代替医療の融合、というものに加え、クライアント及びその周辺関係者を含む人の物語を重視したもの、つまりNarrative Based Medicine (以下NBM) を加えたものと定義とする。

1990年初頭に提唱されたEvidence Based Medicine (以下EBM) は「根拠に基づく医療」と訳されるもので、統計的に実証されたデータを根拠として治療を行うアプローチである。しかしEBMは確率論が抱える問題を内包しており、個々のクライアントが個性的であればあるほどEvidenceが当てはまる部分は低下していく。このEBMの限界を補完する実践法として1998年にイギリスで提唱されたのがNBM、すなわちクライアントの「語り」を通じてクライアントの信念にアプローチしようという方法である。表2にナラティブ実践のための6つのCを挙げる。

統合医療という、どうしても現代医学にそぐわないものとして位置付けられることが多く、説明に時間を要することも多々あるが、EBMとNBMの視点は本稿でいう所の「20世紀型医学モデル」と「社会・生活モデル」に言い換えられるものといっても過言ではなく、また従来型医療と代替医療に関しても同様と言える。つまり、クライアントの物語をいかに見落とさずに拾うことができるかが重要であり、それこそが統合医療の実践ではないかと考える。斎藤は「NBMの実践とは、必ずしも特定の治療法・技法に限定されるものではない⁴⁾」と述べており、これもまた統合医療を示すものであると考える。

リハビリテーション算定料は基本的に時間20分で1単位、という報酬体系でありクライアントやその家族と話をすることも多い。また同時に、クライアントの身体に直接接触することにより信頼関係が生

表2 ナラティブ実践のための主要な6つのC

1. Conversations (会話)
2. Curiosity (好奇心)
3. Circularity (循環性)
4. Contexts (背景)
5. Co-creation (共創)
6. Caution (慎重性)

宮田靖志. EBMとNBMの統合 - EBMとNBMを踏まえた患者中心の医療 - 診断と治療94(2) : 282-286, 2006.

まれやすく、医療を超えて生活像や趣味などの個人因子、環境因子についての話をしたり、相談を受けたりする機会も多い。この部分こそリハビリテーションには統合医療的な要素が非常に多いと言えるポイントである。何か「飛び道具」のようなものを使った治療法や技法ではなく、クライアントやその家族の物語の中にあるヒントを見落とさない事が重要である。

斎藤は「NBMを実践的観点から定義すると、病いを患者の人生という大きな物語の中で展開する一つの『物語』であるとみなし、患者を『物語を語る主体』として尊重する一方で、医学的な疾患概念や治療法もあくまでも一つの『医療者側の物語』と捉え、さらに治療とは両者の物語を摺り合わせる中から『新たな物語』を創り出しているプロセスである、と考えるような医療である⁴⁾」と述べている。

つまりリハビリテーション職種は、クライアントやその家族など周辺関係者の物語から様々なものを拾い集めることで、自動的に臨床現場において統合医療を実践しているといえる。

つまり厳密には「リハビリテーションと統合医療」ではなく、「リハビリテーションは統合医療」である、と考える。ただ、すべてのリハビリテーション職種がそれをできているかといわれると、「20世紀型医学モデル」レベルから脱却していない分野であることは先に述べたとおりである。「社会・生活モデル」の概念や実践、またはNBMの実践を啓発し、「リハビリテーションは統合医療」であることを医療業界に示していくことで、リハビリテーション職種の重要性がさらに理解されるであろうと考える。

また斎藤の述べるような患者を『物語を語る主体』と『医療者側の物語』を摺り合わせることによって初めて生まれる『新たな物語』。そのためにはリハビリテーション職種自身のニュートラルでフラットな姿勢も求められる。一方的に押し付けるようなものではなく、いかに引き出すことができるかどうか、これもまたリハビリテーション専門職に求められる。そのためにはリハビリテーション専門職自身もヨガやマインドフルネス、瞑想などのような代替医療の実践が求められる。

V. おわりに

「リハビリテーションは統合医療」という壮大な終わり方となったが、臨床現場レベルにおいてまだ「20世紀型医学モデル」に傾倒するものも多い。統

合医療を算定点数をとりながら自然に実践できる貴重な医療職種として、「社会・生活モデル」、そしてNBМの視点と実践について、啓発していきたい。

また、広義のリハビリテーションのように、社会の復権としてもリハビリテーション職種が活躍できるための最も強みとなる部分こそが、統合医療的視点であることも付け加えておきたい。

参考文献

- 1) 内閣府：平成26年度高齢社会白書. 2014
- 2) 総務省：2015年国勢調査. 2015
- 3) 社会保障制度改革国民会議：社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 2013
- 4) 斎藤清二：ナラティブ・ベイスト・メディスン (NBМ). 日本医事新報 (4246) 2005：22-27.

▶著者略歴◀

森本 義朗

一般社団法人国際統合リハビリテーション協会会長／代表理事

資格：理学療法士

平成18年より理学療法士として働く。医療統計こそがリハビリテーションの繁栄につながると信じ、統計学を学ぶ。臨床研究を重ね新しいEvidenceの構築を目指すも、目の前の患者へのリハビリテーションが不十分なことを自覚し、実技系の技術を学ぶ。ひと全体をみる、という目的のため、生理学や運動学、解剖学はもちろん、栄養学や物理学も学んでいる。

i 連絡先

〒343-0828 埼玉県越谷市レイクタウン1-9-4
TEL：090-8150-0903