

統合リハビリテーション総論

○森本 義朗¹⁾

国際統合リハビリテーション協会では、医学的・社会的・職業的・教育的リハビリテーションを包括して「統合リハビリテーション」と定義している。より多様化していく高齢者像のニーズを捉えるには、多様な症状に対応でき、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:以下、ICF)の視点で統合と解釈ができる統合リハビリテーション専門職の育成は必須であると考ええる。

キーワード: 統合リハビリテーション, ICF, 統合と解釈, マルチファクター

1 はじめに

我が国の多くの国民にとって、リハビリテーションとは「病気になった人が病院内で一生涯懸命痛みに耐えて辛い運動をするもの」というイメージが根強いと考える。しかし、リハビリテーションとは本来非常に広い定義であり、欧米などでは様々の場面において使用されている。我が国ではリハビリテーション専門職(以下リハビリ専門職)と言えば、理学療法士(Physical Therapist:以下、PT)・作業療法士(Occupational Therapist:以下、OT)・言語聴覚士(Speech Language Hearing Therapist:以下、ST)が真っ先に挙がる。リハビリ専門職である PT・OT・ST 自身が、先述のような病院内でのイメージ内に留まっているようでは、本来のリハビリテーションには遠く、医学的リハビリテーションのみを指すことになると考える。

2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」において厚生労働省が掲げた「地域共生社会」とは「少子高齢・人口減少、地域社会の脆弱化等、社会構造の変化の中で、人々が様々な生活課題を抱えながらも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民等が支え合い、一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていくことのできる」¹⁾社会、とされている。定義そのものは未だ曖昧ながら、その曖昧さもまた、医療従事者の社会進出のきっかけになる可能性が増えると考ええる。社会が専門領域や地区、年齢や性別など

で縦割りに分断するのではなく、シームレスな関係性の構築を展開させることこそが「地域共生社会」の一視点と考えており、リハビリ職種も医学的リハビリテーションのみならず、社会的、職業的、教育的リハビリテーションすべてを包括したビジョンの視点を有する PT・OT・ST が増えることが、リハビリ専門職が「地域共生社会」を支え、社会進出していくことになるかと考える。

国際統合リハビリテーション協会(International Association of Integrated Rehabilitation (IAIR):以下、当協会)では、医学的・社会的・職業的・教育的リハビリテーションを包括して「統合リハビリテーション」と定義している。本来のリハビリテーションの定義では必要のない「統合」をつけることで、医学的リハビリテーションに傾倒しているリハビリ専門職に気づきを提供できればと考えている。この項では統合リハビリテーション視点の必要性を、時代背景や ICF の視点を踏まえながら述べていく。

2 リハビリテーションの背景

我が国のリハビリテーション業界(以下リハビリ業界)は、医療の現場において主に医学的リハビリテーションを中心に発展を遂げてきた。これは 1980年に世界保健機関(以下 WHO)が提唱した国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps:以下、ICIDH)

の影響を大きく受けていると考えられる。ICIDH の概念や歴史的背景、及び ICIDH に対する批判や課題については本稿では述べないが、Evidence Based Medicine (以下 EBM) の発展に伴う世界的レベルでの寿命の急激な延伸により、WHO がさらなる分類を必要とした背景があったと推測される。また「医学モデル」を基軸に国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) が使用されていた背景もあり、ICIDH には社会的要素が十分に考慮されたモデルではなかった、という点は世界でも共通の見解であったと認識されている²⁾。日本のリハビリ業界はそういった背景の中で ICIDH の影響で発展したものであるため、医学的リハビリテーション色が色濃く反映されたままの傾向が強いと考える。

一方で、WHO では 2001 年に改訂版である「社会モデル」が十分考慮された国際生活機能分類 (以下 ICF) が採択された(図 1)。

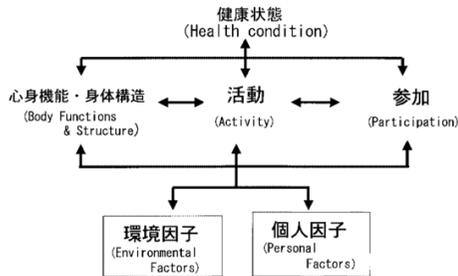


図1 ICF 分類の相互関係 (文献 7 より引用)

ICF の最大の特徴は、個人の生活機能はその人の健康状態だけで決まるものではなく、社会と個人の背景因子との双方向的な相互作用によって決まるものである、という点である³⁾。心身機能・構造だけではなく環境因子や個人因子にもフォーカスし「相互作用モデル」と呼ばれる、ICIDH のような矢印が疾患から機能障害と能力障害を経て社会的不利に向かう、という一方向だけのものではなく、互いの因子が相互に影響しあっている³⁾、という点が非常に重要なポイントである。

PT・OT・ST が一般的に「リハビリ専門職」と呼ばれる背景には、「リハビリテーション医学」といわれる

分野が医療業界の中で定義されている影響が大きいと考える。また、1996 年の医療法施行令一部改正において、「運動機能障害及び精神障害などの障害者を対象として医学的リハビリテーションを実施する診療科」として「リハビリテーション科」を標榜科できるようになった背景があったのも、より「リハビリ専門職」が流通した要因と考えられる。

「リハビリテーション」の定義については WHO や国連・障害者世界行動計画など定義が多数ある⁴⁾ものの、いずれにおいても医学的リハビリテーションのみをリハビリテーションとするものは存在しない。「リハビリテーション」とは、「医学的リハビリテーション」の他にも「社会的リハビリテーション」、「職業的リハビリテーション」、「教育的リハビリテーション」など、様々な分類(図 2)がなされている⁵⁾。そして現実的にはそれらが複合的、または相互的に混ざっている、と考えられる。これを我が国では「広義のリハビリテーション」と定義されていることも散見する。

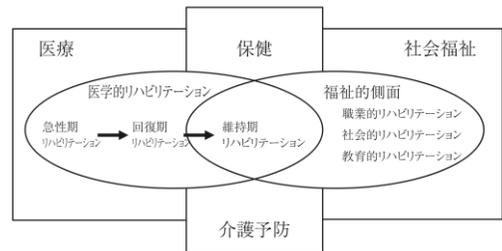


図 2 医療・保険・福祉とリハビリテーション (文献 5 より引用)

つまり、現状一般的にリハビリ専門職と呼ばれる PT・OT・ST はあくまでも「医学的リハビリテーション専門職」であり、広義のリハビリテーションの専門職でない、と言える。

3 統合リハビリテーション

当協会では、広義のリハビリテーションと呼ばれる本来のリハビリテーションに関わることができる PT・OT・ST を育成していくことが重要と考えている。ICF 同様臨床場面において多くの場合、複合的に、そして相互的に作用する広義のリハビリテーション視点が非常に重要であるからである。当協会では

それを「統合リハビリテーション」と定義している。複合的、相互的に作用するものを統合し、そして解釈する必要があるからである。21世紀型リハビリ専門職は統合リハビリテーションに対応し、統合と解釈することができる職種であるといえる。

4 統合と解釈

統合と解釈とは、「障害分類の関連性から「機能障害と活動制限との関連性」、「機能障害の原因の探求」、「機能障害相互の関連性」、「活動制限相互の関連性」および「障害の予後」について考えることである」⁶⁾とされている。ただ、この定義の前提は冒頭の「障害分類の関連性から」と記載があるように ICIDH の考え方である可能性がある。また、「理学療法評価における統合と解釈の内容について、障害分類をもとに項目別に分け、その相互関係の解釈に重点をおいて説明する」⁶⁾とあるように、理学療法評価における ICIDH を使用した統合と解釈と読み取ることができる。医学的リハビリテーションを展開するにおいては、非常に重要かつ有用な統合と解釈の定義であると考ええる。

当協会では表現する統合と解釈は ICF をベースにしており、統合リハビリテーションを展開するには複合的、相互的な解釈が非常に重要である。上田は「階層性とは、ものごとを単純から複雑へのさまざまな階層の積み重ね構造として理解することである」⁷⁾としている。相互作用モデルを理解するうえで、階層性の考え方と理解は必要不可欠と考える。「階層論で大事なものは、それぞれの階層の間には「相互依存性」と「相対的独立性」の両者があるということである。相互依存性とは相互作用と言ってもよく、ある階層のものが別な階層のものに影響してそれを規定することである。これは隣接する階層の間だけではなく、離れた階層の間でも起こりうる。それに対し「相対的独立性」とは、それにもかかわらず、ある階層の法則は他の階層の法則によって規定しつくされることはなく、必ずその階層独自の法則をもっているということである」⁷⁾とも述べている。当協会の統合と解釈が複合的、相互的な解釈、と表現

するのは、「複合的＝相対的独立性」、「相互的＝相互依存性」という捉え方をしているからである。ICIDH の統合と解釈は「複合的＝相対的独立性」モデルと言え、PT・OT・ST が各々専門性を最大限に活用して評価を展開する部分である。一方で、階層性の特徴である「相互的＝相互依存性」モデルの解釈も併せて行っていくことが、ICF をベースとした当協会の統合と解釈であると言える。

5 マルチファクター

生活習慣病をはじめとする多くの疾患は高齢になるにつれて有病率が高まるため、単一疾患だけではなく複数の疾患を有している高齢者が非常に多い⁸⁻¹⁰⁾。また、身体的・精神的・社会的な機能の多様性から高齢者では個人差が非常に大きく、症状や所見も非定型的である事が多い¹¹⁻¹³⁾。我が国は世界最高の高齢化国であり、例に倣い複数疾患を有する可能性は非常に高いと考える。また、戦後団塊の世代層は種々の生活様式を持ち、一括りに生活様式を想定することは非常に困難である。当協会ではこのように複雑化している高齢者の要因を「マルチファクター」と呼んでいる。PT・OT・ST はマルチファクターを考慮し、高齢者総合的機能評価を用いて身体的・精神的・社会的な機能を個別に評価する必要がある。ICF でいうところの「相対的独立性」とも言えると考ええる。さらに環境要因の影響も強く受けるため、居住環境や生活習慣、経済状態、家族関係、社会関係を把握し、それらを医療に反映することが重要である。こちらは ICF の「相互依存性」と解釈できる。したがって、リハビリ専門職にとってマルチファクターを把握しておくことは、ICF での統合と解釈を行ううえで必須であると考える。

まとめ

佐藤によると、所謂「団塊の世代」と呼ばれる層は「超高齢化社会を実現しつつあるわが国では、「退

職=老後」と捉える考え方が急速に減少している。団塊世代の定年を「第 2 の人生」から「新たな出発」と捉える意識の転換がそれを端的に示している¹⁴⁾とあり、これまでの後期高齢者とは背景に大きな差異があることを指摘している。この背景は、「戦後生まれの団塊世代は「モノ」のなかった時代に生まれ、そして現在は、あふれるほどの「モノ」に囲まれた成人後期にある。三種の神器と呼ばれた家庭電化製品をそろえ、郊外のマイホームと自家用車を手に入れることが家族の夢であり幸せであった時代とともに生きてきた世代である¹⁴⁾という時代的背景が大きく作用していると考えられる。団塊の世代が今後 75 歳以上の後期高齢者になっていく¹⁵⁾にあたり、より多様化していく高齢者像のニーズを捉えるには、マルチファクターに対応でき、ICF 的な視点で統合と解釈ができる統合リハビリテーション専門職の育成は必須である。地域共生社会に溶け込み、一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていくことができる統合リハビリテーション専門職の存在価値は、より高まっていくと確信している。

文 献

- 1) 厚生労働省 平成 29 年度全国厚生労働関係部局長会議資料
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2018/01/tp0115-1.html> (閲覧日:2018 年 12 月 3 日)。
- 2) 中俣恵美(2011)。「国際生活機能分類 ICF における「生活機能」をめぐる課題」『総合福祉科学研究』, 2, pp.103-114.
- 3) 上田敏(2002)。「WHO 国際障害分類改定の経過と今後の課題」『理学療法ジャーナル』, 36(1), pp.5-11.
- 4) 森本義朗(2017)。「リハビリテーションと統合医療」『日本統合医療学会誌』, 10(1), pp.57-60.
- 5) 出田めぐみ、西井正樹、辻陽子・他(2010)。「リハビリテーション領域の専門職の価値意識について」『関西福祉科学大学紀要』, 14, pp.119-138.
- 6) 西守隆、大工谷新一 (2004)。「評価における統合と解釈」『関西理学』, 4, pp.37-41.
- 7) 上田敏(2002)。「ICF:国際生活機能分類と 21 世紀のリハビリテーション」『広島大学保健学ジャーナル』, 2(1), pp.6-11.
- 8) van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, et al. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*, 51(5), pp.367-375.
- 9) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), pp.37-43.
- 10) Wolff JL, Starfield B, Anderson G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*, 162(20), pp.2269-2276.
- 11) Light JM, Grigsby JS, Blich MC. (1996). Aging and heterogeneity: genetics, social structure, and personality. *The Gerontologist*, 36(2), pp.165-173.
- 12) Jarrett PG, Rockwood K, Carver D, et al. (1995). Illness presentation in elderly patients. *Arch Intern Med*, 155(10), pp.1060-1064.
- 13) Fox RA. (1988). Atypical presentation of geriatric infections. *Geriatrics*, 43(5), pp.58-59, 63-4, 68.
- 14) 佐藤眞一(2006)。「団塊世代の退職と生きがい」『日本労働研究雑誌』, 550, pp.83-93.
- 15) 総務省統計局・政策統括官・統計研修所 第 2 章 人口・世帯
<https://www.stat.go.jp/data/nihon/02.html> (閲覧日:2018 年 12 月 3 日)。

〈Abstract〉

Integrated Rehabilitation

○Yoshiro Morimoto. RPT¹⁾

International Association of Integrated Rehabilitation (IAIR) defines the meaning of “Integrated Rehabilitation” as including medical, social, vocational and educational rehabilitation. In this article, I described the necessity to nurture professionals of Integrated Rehabilitation which can practice interpretation and integration from the perspective of ICF in order to capture the needs diversified values of elderly people.

Key words: Integrated Rehabilitation, ICF, Interpretation and Integration, Multifactor

注

1) 一般社団法人 国際統合リハビリテーション協会

(〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿 1-15-9 シルク恵比寿 403)

International Association of Integrated Rehabilitation(Head Office:Room403 Silk Ebisu,9-15-1 Ebisu Shibuya-Ward, Tokyo, 1500013 Japan)