

学位申請論文題名

介護保険制度下における維持期リハビリテーションの「虚像」

—当事者、家族、専門家の「承認」をめぐる諸相

社会福祉学研究科 社会福祉学専攻

学籍番号 0925002

岸上博俊

## 目次

序	1
I 章 わが国における現代社会の高齢者像	11
1節 高齢者への社会的眼差し	13
1項 国が求めている高齢者像について	
2項 社会一般が見ている高齢者像、老いに対する認識について	
2節 自己責任社会の中の高齢者	18
1項 自己責任が問われている現代社会—国の責任放棄	
2項 高齢者に提示される病の自己責任について	
3項 高齢者に提示される経済的問題の自己責任について	
3節 監視社会の中の高齢者	26
1項 垂直監視・水平監視と高齢者の行動について	
2項 孤独死、孤立死に対する監視状況	
4節 現代のわが国の高齢者像について	30
II 章 介護保険とリハビリテーションに潜む問題	
—尊厳を守るためのリハビリテーションとは	33
1節 介護保険成立までの背景と 2005 年改正について	33
1項 介護保険成立までの背景について	
2項 介護保険施行後の問題と 2005 年改正について	
3項 2005 年改正による運用の変更	
2節 2005 年の介護保険改正で強調された「自立」、「尊厳」について	43
1項 介護保険法における「自立」について	
2項 介護保険における「ジリツ」と「尊厳」について	
3節 介護保険制度下で展開されている維持期リハビリテーションへの疑義	49
1項 介護保険とリハビリテーション	
—介護保険制度下で展開されているリハビリテーションとは	
2項 介護保険下で展開されているリハビリテーションとわが国におけるリハビリテーションの権威者が提唱しているリハビリテーションについて	
3項 高齢者の生活を維持していくために運動は絶対に必要なのだろうか	
4項 介護予防・リハビリテーションが国民に受け入れられていくことへの疑問	
4節 本論の研究課題について	66

III章	本研究報告における方法論の検討	71
1節	量的研究方法と質的研究方法について	71
2節	質的研究手法の検討について	77
3節	研究の質の担保について	81
IV章	通所リハビリテーションにおいて継続したリハビリテーションに取り組んでいる人たちのプロセスについて—積極的な取り組みを見せる高齢者を対象に	87
1節	本調査の目的、内容と調査実施上の配慮について	87
1項	本調査の目的と意義	
2項	調査実施内容について	
3項	研究の質の担保のための配慮について	
2節	通所リハビリテーションにおいて積極的に身体機能訓練に取り組む高齢者のプロセスについて	91
1項	積極的な取り組みの判断基準と対象者の概要	
2項	積極的に身体機能訓練に取り組むプロセスについての結果	
3節	身体機能訓練に「積極的」に取り組む高齢者のプロセスに対する考察—本プロセスで見られた特徴について—	112
1項	男女で異なるプロセスを示していたことについて	
2項	本プロセスで見られた専門家による患者教育とパーソンズの病人役割について	
3項	患者の専門家が行っていた患者間教育について	
4項	継続される訓練と監視体制について	
V章	通所リハビリテーションにおいて継続したリハビリテーションに取り組んでいる人たちのプロセスについて—積極的ではない取り組みを見せる高齢者を対象に	127
1節	本調査の目的について	127
2節	通所リハビリテーションにおいて積極的ではないが身体機能訓練に取り組む高齢者のプロセスについて	128
1項	「積極的ではない」取り組みの判断基準と対象者の概要	
2項	積極的ではないが継続的に身体機能訓練に取り組むプロセスについての結果	

3節	積極的ではないながらも、身体機能訓練を継続している高齢者のプロセスに対する考察—本プロセスで見られた特徴について	138
1項	身体機能回復の限界察知に影響を与えている要因について	
2項	通所目的が変化していくプロセスについて	
3項	積極的でないながらも身体機能訓練を継続している意味について	
4項	積極的ではないながらも身体機能訓練を継続しているプロセス全体の考察	
VI章	継続的な身体機能訓練を拒絶した人のプロセスについて	145
1節	本調査の目的、内容、調査実施上の配慮について	145
1項	本調査の目的と意義	
2項	調査実施内容について	
3項	研究の質の担保のための配慮について	
2節	継続的な身体機能訓練を「拒絶」した人のプロセスについて	148
1項	リハビリテーションを拒絶した人の概要	
2項	継続的な身体機能訓練を「拒絶」した人のプロセス	
3節	リハビリテーションを拒絶していくプロセスについての考察—本プロセスで見られた特徴について	155
1項	「拒絶」していくプロセスの成立について	
2項	先行報告されている事例と本調査対象者との比較	
VII章	リハビリテーション専門職が身体機能訓練を提供し続けていくプロセスについて	167
1節	本調査の目的、内容と調査実施上の配慮について	167
1項	本調査の目的と意義	
2項	調査実施内容について	
3項	研究の質の担保のための配慮について	
2節	通所リハビリテーションにおいて身体機能訓練を提供し続けていく専門家のプロセスについて	170
1項	対象者である専門家の概要	
2項	身体機能訓練を提供し続けていくプロセスについて	
3節	身体機能訓練を提供し続けていく専門家のプロセスについての考察	179
1項	身体機能訓練が必要であるという認識を生じさせていくプロセスについて	
2項	身体機能訓練を実施する専門家の自己正当化について	
3項	専門性を発揮できない専門家	

VIII章	介護保険制度下のリハビリテーションに異なる態度が見られる高齢者像について	
	—「積極的」、「積極的ではない」、「拒絶」という当事者の態度と専門家の態度によって展開されるリハビリテーションは何を意味しているのか	189
1節	当事者とその家族、および専門家で展開されているリハビリテーションの状況について—マイクロレベルの問題として、承認を求めているリハビリテーション—	192
	1項	リハビリテーションに対する態度の違いがどの様に発生しているのかについて—「積極的」、「積極的ではない」、「拒絶」という3つのプロセス比較
	2項	当事者と専門家の関係について—3つの異なるパターンと専門家の関係について
	3項	マイクロレベルで起っている維持期リハビリテーションが虚像化している現状
2節	多くの障害を有する、もしくは虚弱な高齢者がリハビリテーションに巻き込まれている状況について—メゾレベルの問題として—	216
	1項	競争原理が働いている介護保険事業所に所属している専門家の問題
	2項	リハビリテーションが規範化されていく様相について—「医療化」(medicalization)の問題
	3項	マイクロとマクロをつなぐメゾレベルの問題について
3節	介護保険制度によって、リハビリテーションが努力義務化されている状況について—マクロレベルの問題として	230
	1項	健康至上主義、「病」の自己責任化の問題—医療化論を踏まえて
	2項	監視社会の問題
	3項	国家財政論からの問題
結		243
1節	介護保険法に内包される問題と維持期リハビリテーションの限界の結びつき	243
2節	社会統制装置として機能している維持期リハビリテーションについて	250
3節	介護保険制度が謳う「尊厳・自律」を目的とした高齢者支援の在り方について	253

<資料>

資料 1	当事者逐語録	277
資料 2	専門家逐語録	289
資料 3	IV章 「積極的」にリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義	298
資料 4	V章 「積極的ではない」がリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義	303
資料 5	VI章 「拒絶」を示していた人でみられたこれまでの生活を構成するために見られていた概念および定義	305
資料 6	VII章 専門家が身体機能訓練を提供し続けていくプロセスで見られていた概念および定義	306

## 序

介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することを基本理念とする介護保険法が施行されて10年以上が経過した。この制度は、沖藤（2010：2）が超未熟児であったと述べているように、制定までに多くの議論が見られた法律である。例えば、税か保険か、保険料徴収の範囲・方法、新しい職種の創設、従来の措置制度との関係などの議論である。この様に施行時には多くの課題が見られていたが、現在の総合的な国民理解として、概ね良好に経過してきている制度ではないかと考える。それは、改正は見られていても、この法制度自体が現在も運用されているためである。

しかし、誰にとって良好であったのかを問う必要がある。国は財源的な問題からこの制度を制定し、そして社会は介護を家族ではなく社会全体で担うという理念から、良好な評価を与えていると考える。その理念として介護保険創設当時、市民たちの胸を打った言葉として沖藤（前掲：4）は次の様なものをあげている。

- ・介護の社会化（介護の社会連帯）
- ・高齢者の自立支援（次の世代に迷惑をかけない日常性活）
- ・自己決定権（自分が欲しいサービスを自分で決める。利用者本位）
- ・選択の権利（自分の判断で介護サービスを選ぶ権利を持つ）
- ・救貧対策である措置制度から普遍的な社会保険制度へ
- ・契約（措置から契約へ。行政に決められるのではなく、自分が介護保険サービスの事業所と契約する）
- ・家族を介護地獄から解放する（介護は専門家に、愛は家族に）

これらの言葉は、確かに耳触りのよいものであり、この言葉通りに物事が進んでいけば、問題無い。しかし、伊藤（2001：10）は、介護保険導入後に、娘が母親を殺害した事例、当事者が自殺した事例、そこまで行かなくとも要支援となって楽しみであった外出が出来なくなりうつ状態になった事例、ポータブルトイレで排泄できていた人がおむつのままで放置される事例など、問題を上げればきりがないと述べている。この様に介護保険導入によって、高齢者の体調や心の状態が悪化した例は数多く存在している。この伊藤が示した事例は、上記の耳触りのよいものと比べれば大きな差がある。

また、別の視点から上野（2008：76）は、介護保険はタテマエでは要介護者本人が利用者であるが、本人に代わって意思決定しているのは、家族である場合が多いことを指摘し、誰にとってのサービスなのかという問いが生まれるとしている。さらに、上野（2009：152）は、別の著書においても「デイケアはだれのため？」と身体障害の当事者である中西氏とのやり取りの中で、デイケア、ショートステイのどちらも利用者本人のニーズの中に無いものだとしている。どちらも出て行ってくれると家族がほっとする、休息が取れたり、外出したりできるという家族のニーズに応えたものだとしている。だから、要介護者本人が利用者として選択権を行使出来れば、年寄りを一か所に集めるデイケアなど必要なくなる

はずだとしている。

この様な問題を見ていくと、介護保険制度は、国、社会にとって良いものとして機能しているが、被保険者である当事者、高齢者が置き去りにされている現状がある。伊藤が示した自殺した事例や母親を殺害する事例などは、「社会で介護」という状況とは、かけ離れたものであり、上野の指摘は、介護保険のメルクマールであった当事者によるサービス選択が実際には展開されにくいことを表している。この様に介護保険制度は、社会に定着し、良好に機能しているように見えても、対当事者という視線で見ると問題抱えている事は間違いない。

この様な問題を抱えている中で、本論の中心的検討課題であるリハビリテーションが、介護保険の中で注目されることになっていく。介護保険制度は、財源的な問題から 2005 年に見直しが行われ、障害を有する、あるいは虚弱な高齢者は、介護保険制度を利用しない、あるいは現状よりも介護状態を悪化させない<予防>に焦点が当てられ、その対応策として、リハビリテーションが重視されることになった。このリハビリテーションは、介護保険法の第 4 条において「国民の努力と義務」として次の様に提示されている。

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴う心身の変化を自覚し、常に健康の保持増進に努めます。そして、要介護状態となった場合でも、進んでリハビリテーション等の適切な保健医療サービス・福祉サービスを利用することで、自分が持っている能力の維持向上に努めていきます。

と、国が制定した法律で、高齢者にリハビリテーションが努力義務とされているのである。この条文について、国民の認知度が高いものとは思われないが、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションの実施は、2000 年から 2007 年まで伸び続けており、現実的に介護保険制度下でリハビリテーションを実施している人は増加し続けている。さらに、この時の改正により、介護度を悪化させないために予防給付が制定され、筋力トレーニングの重要性が叫ばれた。これは、予防に焦点が当てられたことで、介護度が比較的軽度な人が、その対象として注目されることになった。確かに、高齢者であってもトレーニングによって筋力が向上することは実証されている。しかし、要支援レベルを維持しながら、ゆったりと在宅生活を送っていた老母達が、このことにある種の強制を感じたのも事実であると沖藤（2010：25）は指摘している。

このように先ほど述べた上野（2009：152）の「デイケアはだれのため？」で見たデイケア不要論は一つの考えではあるが、介護保険制度の施行後に通所リハビリテーションの利用者は増加しつづけ、多くの要介護高齢者が、リハビリテーションとして日々熱心に歩行訓練や身体機能訓練を実施している様子が見られている。その実施状況を現場で見ると、何かの使命感に駆られている様に見受けられる人もおり、なぜ、これほどまでに熱心に、永続的に、身体機能訓練を実施することが可能になっているのかと考えさせられるほどである。



大井（2008：12）は、わが国の高齢者の考えとして、家族や周囲の人に迷惑を掛けたくないと考えている人が多数であることを述べている。上記で述べた実施状況と大井のわが国における高齢者の特性を考えると、家族をはじめとする、他者の迷惑にならない/なりたくないために懸命にリハビリテーションを実施しているのではないかと思われる。これは、要介護状態の高齢者の状況であるが、一般のいわゆる健常高齢者は、どのような生活状況になっているのかと言えば、総務省統計局の『社会生活基本調査』（2006）やNHK放送文化研究所（2005）の『2005年国民生活時間調査報告書』を見ると静的な活動で日常生活が構成されており、時間にゆとりがある事がうかがえる。これらの報告と先ほど述べた必死にリハビリテーションに取り組む要介護状態の高齢者のあり方の違いに疑問を感じてしまう。リハビリテーションを必死に取り組んでいる人も、要介護状態ならなければリハビリテーションに取り組む必要が無く、ゆったりとした生活を送っていたと想定される。だが、病を有する、虚弱になってしまったことでリハビリテーションが努力義務化されてしまっていると考える。しかし、この要介護状態は、多くの場合自らが望んだ結果ではないと思われる。さらに、この努力義務化されたリハビリテーションは万能であるのか、限界は無いのか、実施すればするだけ改善するものなのか、という疑問が生じる。特に介護保険の適応者であることを考えれば（発症からの経過期間、年齢）、なおさらのことである。しかし、2005年の改正によって、このリハビリテーションは介護保険の中で努力義務化され、予防という視点で、介護保険サービスの中で前面に押し出されることになったのである。

この様にリハビリテーションが介護保険制度の中で前面に押し出されてくる事で、現場レベルでは、沖藤（2010：31-37）が示す様な深刻な事例も見られている。2005年の改正前に、家事援助をしすぎると介護度が重度になるという研究報告によって、家事援助サービスが受けにくくなった。そして、この改正によって、家族と同居している人は、家事援助が受けられなくなり、すべて身体介護としての援助になった。その身体介護とは「ホームヘルパーと一緒にするサービス」であり、苦痛の日々の始まりだったと記されている。ようやく歩ける身体を支えられて、よろよろと物干し場に行く、何とか包丁を握り、その上にホームヘルパーの手を置いて野菜を切る。廃用症候群を防ぐというのが改訂の理屈だが、80代も半ばの人間に、これは温情なのか、非情なのかとしている。さらに、この方は、その後、栄養失調を来たしてしまっただけではないとしている。原因は、握力が無いため、野菜を煮た柔らかいものなど、同じようなメニューばかりになったためではないかと述べている。

この状況は、まさに身体機能の維持を目的としたリハビリテーションの展開であるが、誰のためのリハビリテーションであるのかという疑問を抱かせるものである。社会保健研究所から出版されている『平成21年度5月版、介護保険制度の解説』（2009：213）の介護予防訪問介護の基本取り扱い方針を見ていくと次の3つの項目が立てられている。①利用者が出来る限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことが出来るように支援する事を目的とする、②利用者がその有する能力を最大限活用することが出来るような方法によるサービス提供、③利用者とのコミュニケーションを十分に図ることなどの様々な方法により、利用者が主体的に参加する様な働きかけに努めると記されている。

この取り扱い方針の②を見ると、沖藤（2010：31-37）の事例のあり方が理解できる。つまり、出来るところは当事者にやってもらう、出来ないところはサービス提供者側で実施するという形式である。そして、③に示されているように、家事活動の参加は主体的な参加となり、①の自立した日常生活を営むことが出来るようにという目的達成である。しかし、これは沖藤の事例から見ると机上の空論であり、すでにリハビリテーションの効果の問題ではなく、リハビリテーションが介護予防の手段として妥当なものであるのかという問題である。この状況は、介護保険の目的である当事者の生活支援ではなく、身体機能の維持・回復の支援になっている。挙句、身体機能どころか全身症状の悪化まで来たしてしまったことを考えると、高齢者の「尊厳」を守ると謳われている介護保険であるが、「尊厳」どころか「生命」を脅かす介護保険、リハビリテーションになってしまっていると言わざるを得ない。また、この問題は、当事者が希望するサービスではなく、提供者側が決められたサービス内容を展開させたために起った問題であると考えられる。しかし、介護保険のサービス内容は当事者の選択が重視されるはずであるのに、その選択が存在していないこともこの事例から読み取ることが出来る。

これまで示してきたように介護保険制度下の維持期リハビリテーションの展開には、問題が内包されているのは明らかである。しかし、これまで介護保険制度下のリハビリテーション研究と言え、効果検討として、中山（2008）、武藤（2008）、鈴木（2008）らが示しているように筋力を中心に客観的な指標を用いたもの、そして藤原（2002）、田中（2009）、大津（2007）らが、通所することの意義や満足度などの主観的な指標を用いたものと、客観・主観の両面で、幅広い検討・報告が行われている。しかし、これらは訓練に対する効果検討や通所サービス自体の検討であり、介護保険制度下で展開されている身体機能訓練/リハビリテーションが当事者および社会にどの様に機能しているのか、リハビリテーションそのものの機能について検討しているものは見られてない。強いて言えば、結城（2007）が、当事者の日記分析の一部として部分的にリハビリテーションに対する当事者の想いを分析しているが、それもわずかなものである。

この様に、介護保険制度下における維持期のリハビリテーションそのものを分析しているものは少ない。それは障害を有する、もしくは虚弱となった当事者は、リハビリテーションを行うことが、すでに当然のものになっているためと考える。しかし、先ほどの沖藤の事例の様相を見ていくと、当然視されているリハビリテーションそのものを検討していく必要があると考える。

そこで本研究は、現在の介護保険制度下で展開されている維持期リハビリテーションそのものが、当事者および、社会において、どの様に機能しているのかを明らかにすることを目的とする。また同時に、このリハビリテーションを後押ししている介護保険制度についても、検討が必要である。そして、これらの検討結果を踏まえ、現状のリハビリテーションの展開ではなく、高齢者の「尊厳」を遵守していくために異なるアプローチを検討する必要があると考えている。この様な内容を検討していくため、現状展開されているリハビリテーションと介護保険制度を批判的に検討していくことになる。なぜ、批判的検討を行うのかに対する理由として、

- ①介護保険制度下の当事者は、退院によって医療という枠組みから脱しているにもかかわらず、リハビリテーションという医学的管理下に置かれ、さらに現実として沖藤（2010）の様な事例も存在していること
- ②介護保険制度下の維持期リハビリテーションの効果が、メタアナリシスとして、乏しいことが先行研究から見られているにもかかわらず、身体機能訓練が必要であると必要十分条件として提示していること状況があること
- ③身体機能訓練でなくとも日常生活の機能は維持可能であるという研究も報告されているが、それらの情報が提供されることはなく、身体機能訓練が重要であるとステレオタイプに情報が提供されていること

などの状況が見られているからである。これらから、介護保険制度下で展開されている維持期リハビリテーション自体に問題が隠れているのではないかと思われたためである。上記目的を達成するために、本論では序、結をはじめとするⅧ章で、構成し論じていくこととする。

以下に各章ごとの概略について要約していく。

I章では、『わが国における高齢者像』として、介護保険制度下のリハビリテーションを検討していく前提として、現代社会の特徴を押さえておく必要があると考えた。そこで、現在の高齢者に纏わる問題についての現状確認を行うこととした。ここでは、高齢者への社会的要請、病をはじめとして見られている自己責任の問題、そして監視社会と言われる問題について検討を行う。

まず、高齢者への社会的要請として、「国」と「社会」で提示している高齢者像には、違いが見られており、「国」は社会保障費の負担率を上げていくために高齢者を「弱者ではない」としている状況がある。しかし「社会」は、能力的な問題から「弱者」であるという認識を有している。この2つの相反する価値観が展開されている社会の中に現代の高齢者は存在していることを述べる。

自己責任の問題については、自己責任という考え方自体の問題を述べ、高齢者が不安に感じている健康問題、そして経済問題に対する国の考えが、どの様になっているのかについてを論じる。健康問題については、高齢者であっても、予防として国が様々な策を講じている様子が見られている。しかし、経済的な問題は、もうすでに出来上がっている状況の問題であるため、また高齢者であることから就労自体も難しいことによって、国が何らかの策を講じている様子が見られていない事を指摘する。

監視社会の監視については、病の自己責任との関係において深い関係がある。例えば、病の結果に対し「お酒良く飲む人だったよね」、「タバコ結構吸う人だもん」などと言われる事がある。これは、すでに日常生活が、監視されている事を意味している。さらに、わが国においては、通常言われている上から下への垂直監視だけではなく、ピアプレッシャ

一と言われる水平方向の監視が定着していることを述べる。そして、危険因子として単身生活の高齢者が、監視対象となっている現状を見ていく。

そして、これらの状況を確認していく中で、現代の高齢者は、いかに平均から逸脱していない高齢者として存在しなくてはならなくなっていることを述べる。

Ⅱ章では、介護保険制度下の維持期リハビリテーションを検討していく上で重要である介護保険法について、その成り立ちと現状の運用状況について検討を行う。ここでは、国の財政問題を解決するためのホンネを介護問題という社会に受け入れられやすいタテマエを提示し、制度を提案していく様子を見ていく。そして、その後に行われた2005年の改正時に登場してきた介護予防の視点と改正後の運用状況について述べていく。また、この時の改正で強調された「自立」、「尊厳」という言葉の問題を確認していく。これらを確認した上で、介護保険法の目的である「尊厳」を遵守していくための重要な根拠となる「自律」が存在していないことを指摘していく。

その後、本論の中心的な課題である維持期リハビリテーションそのものを検討していく。ここでは現在のリハビリテーションの展開状況と効果を確認し、「身体機能維持＝リハビリテーション」という必要十分条件を作り出している状況に疑問を提示していく。この疑問を提示していくにあたり、メタアナリシスとして維持期リハビリテーションの効果が乏しい状況、リハビリテーションでなくとも生活機能を維持することが可能であると報告している先行研究を確認し、維持期リハビリテーションに内包されている問題に迫っていくこととする。

そして、本論の研究テーマとして、「介護保険に孕む問題」と「高齢者の維持期リハビリテーションの問題」が、どの様に関連しながら、現代社会の中で機能しているのかを明らかにすることを目的とした。これらを明らかにしていくためには、現状の介護保険制度下で実際にリハビリテーションを実施している当事者および、リハビリテーション専門家が、何を感じながら現状を展開しているのかについて知る必要があると判断した。それは、実践している当事者は、現実的に社会の中でリハビリテーションを機能させている人たちであるからである。したがって、本研究においてはフィールド調査が欠かせないと判断した。そして、その調査結果を踏まえ、現状の介護保険制度下で展開されているリハビリテーションではない形で、高齢者の「尊厳」を遵守していく方法を検討していくことにした。

Ⅲ章は、今回の研究に適切であると思われる研究手法の選択をここで明示する。現在は、「量的」、「質的」とその認識論の違いから大きく2つの研究手法が見られている。そして「量的」、「質的」共に数多くの分析方法が存在している。今回は質的研究で、木下（2003）が提示している修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。その選択理由は、今回のテーマは、ある一場面を横断的に切断したものが分析対象ではなく、ある程度の月日が流れた中で出来あがってきている現象が分析対象となっているためである。つまり、病の発症、急性期、回復期を経て、在宅生活者になった現在でもリハビリテーションを実施している様子が、どの様なプロセスの中で生まれているのか、そのプロセスの中で当事者にリハビリテーションがどの様に機能しているのかを検討していくためである。このプ

プロセス性を重視しているのが、クラウンデッド・セオリー・アプローチを提案した Strauss と Glazer の考え方であり、本テーマとの同調性が得られていると判断したため採用することとした。今回、使用する木下の修正版は Strauss と Glazer の主要なエッセンスを残しつつ、より分析方法を具体的に提示しているものである。また、量的研究の研究において、研究の質を問う際に用いられている「信頼性」、「妥当性」、「一般化可能性」という考え方に対し、質的研究での質を検討していくために、いくつかの考え方が見られているため、「信頼性—依拠可能性、一貫性、信憑性」、「妥当性—信用性」、「一般化可能性—転用可能性」とそれぞれの考え方と、その方法について考慮すべき問題を把握し、研究の質を担保していくための具体的配慮を示していく。

IV章からVII章は、III章で選択した研究方法に従い、実施した調査研究の結果を表していく。今回の調査フィールドは、介護保険制度下の通所リハビリテーションとした。このフィールドを対象としたのは、利用者数が増加し続けている維持期リハビリテーションを支えているサービス体系の一つであると考えられたからである。また、他にも介護保険制度下のリハビリテーションサービスとして訪問リハビリテーションがあるが、この通所リハビリテーションに比するとその数は少ない、さらに入所系サービスの対象者は、身体障害や認知障害が重度な事が多く、本調査の対象となる身体機能訓練を継続している人が少ない実状がある。したがって、多くの対象者の実施状況を確認することが可能な通所リハビリテーション場を今回は調査フィールドとした。

上記の理由で、本調査におけるフィールドを通所リハビリテーションとしたが、この実施状況には、個々人によって違いがある。そこでIV章では「積極的」にリハビリテーションに取り組む人達を対象に、V章では「積極的ではない」人、VI章では「拒絶」を見せている人と、それぞれを異なる対象として、発症からこれまでのリハビリテーションに対する内的経験を振り返ってもらうこととした。今回の対象者は、「積極的な」人は28名、「積極的ではない」人11名、そして「拒絶」を見せている人3名であった。

IV章は、「積極的」な人を対象に実施状況を分析していく。その状況は、発症から現在に至るまで、外部環境である様々な人達から監視されながらリハビリテーションを実施している様子が見られていた。また、男性と女性で異なるプロセスが見られていたが、最終的には「患者の専門家」という1つの概念に収束され、現在も積極的にリハビリテーションを実施している。この「患者の専門家」は、自らの訓練内容を自律的に考えることが可能な存在であり、他者にリハビリテーションの有効性を伝えていく立場をとってようになっていた。そして、「患者の専門家」の行動は、他者からの監視を弱める術になっている事を示していく。

V章では「積極的ではない」高齢者を対象に分析を行った。この積極的ではない人は、外部環境によって、その障害を有する、もしくは虚弱な状況に非否定的な情報を提供してくれる他者の存在（家族が最も多い）があることを確認していた。そして、この非否定的な状況を提示してくれる他者によって、薦められるリハビリテーションを実施しているだけであり、リハビリテーション自体への動機付けは弱く「やらないよりは・・・」という程度の認識で継続している。また通所自体には、別の楽しみを見出し継続している様子が

見られている。例えば、通所リハビリテーション内で行われる歌、詩吟、レク、利用者同士の会話等である。したがって、リハビリテーションにある一定の距離を持ち、「ゆとり」のある中で訓練を継続している様子が見られた。

Ⅵ章では、リハビリテーションに「拒絶」を示している高齢者を対象に調査を行った。これらの人は、リハビリテーションの必要性を全く感じていない人達であり、その認識に2つのパターンが見られていた。一つは、回復の見込みが無いことを察知してのものであり、もう一つは、障害はあるが現在の身体機能で生活できないことはないという認識からのものである。そして、外的環境である他者から薦められるものであっても拒否することのできる「力」を有していた。また、この「拒絶」を見せる当事者にとって、現在の「生活」自体が最大の関心事であり、リハビリテーションが介入していく身体的な問題に関心が向いていないことを示していく。

上記のように、当事者のリハビリテーションの状況を把握した。さらに実証主義的に調査を行う上で、当事者側からの調査だけでは、その内容に不備が生じると考え、Ⅶ章でリハビリテーションを提供している専門家が、なぜ身体機能訓練を提供し続けているのか、専門家から見た現状の介護保険制度下におけるリハビリテーションの状況について調査を行った。協力してくれた専門家は理学療法士、作業療法士合わせて20名であった。その提供し続けていくプロセス結果をⅦ章で示す。リハビリテーション専門家が継続的に身体機能訓練を提供していくのは、「社会イメージ」、「制度」、そして「所属する施設」から圧力を受け、維持期に見られる当事者の特性を考慮した自らの専門性を発揮することが出来ない環境の中で、急性期・回復期と同様の身体機能訓練を実施していた。しかし、身体機能訓練へのエビデンスの低さや拒否する当事者の存在があっても訓練を提供しなくてはならない状況に不安や苦悩を感じ、同時に大きな変化が見られない維持期の高齢者の訓練効果にも疑問を提示している。したがって、この様な状況の中では、身体機能を指標として効果を見いだすことが困難であるため、副次的に見られる「在宅生活の継続」、「主体性」、「信頼関係」などを効果としてあげていた。さらに、専門性を活かすための介入が困難となっている原因として制度によって設けられている「20分」という時間制限をその理由として挙げており、制度に免罪符的な働きを持たせ、自らが通所リハビリテーションにおいて展開している身体機能訓練に正当性を確認し、継続的にリハビリテーションを提供している様子が見られている。この専門職のプロセスで重要であった事は、専門職の専門職たる所以である自律性を放棄して存在していることが明確となったことである。

この様に現在のリハビリテーションそのもののを検討していくために、異なる対峙を見せる3つの当事者のあり方に提供者側である専門家の視点を加えた4方向から調査を実施した。

そしてⅧ章にて、4つの調査結果をもとに、介護保険制度下の維持期リハビリテーションの問題についてミクロ、メゾ、マクロとそれぞれのレベルに分け考察を行った。

まず、ミクロレベルとして、調査結果を元にリハビリテーションに対する当事者の3つの異なる態度が生じている原因、そして、それぞれの態度の違いによる専門家との関係に

ついて検討した。そこでは、国が目論んでいる様な身体機能の維持や改善を目的に、当事者だけでなく専門家もリハビリテーションを展開していない事実があることを述べる。これは「積極的ではない」人だけではなく、「積極的」に取り組んでいる人達にも同様に見られていたことである。では、何のためのリハビリテーションかと言えば、当事者だけではなく専門家も自らが所属するコミュニティから「承認」を得るためのツールとして訓練を機能させている事を示していく。そして、この状況は、身体機能訓練の本来的な目的を有さない「虚像」であることを指摘する。

メゾレベルでは、この様な「虚像」が展開されている原因として、準市場主義の影響を受け、専門家は、所属している事業所から多大な圧力を受けていること、そして要介護状態の高齢者にリハビリテーションが規範化されていく様子があることを示す。特に、この規範化されていく背景として、本来医学が介入しなかった分野に医療が介入していく「医療化」が、大きな問題となっていることを示す。

マクロレベルでは、これらのミクロ、メゾの問題が起っている原因として、現代社会に見られる健康至上主義・病の自己責任問題、そして健康や病の自己責任に関連する監視社会の問題について述べる。そして健康至上主義や監視社会の問題が発生している理由の一つとして、現在のひっ迫している国家財政の問題が大きく影響していることを示していく。

最終の「結」においては、介護保険制度下における維持期リハビリテーションの問題には、「介護保険の問題」と「維持期リハビリテーションの問題」と一見すると別々の問題が重なり合った問題のように見えるが、決してそうではなく、国の財源問題の解消と国そして国民が望む高齢者像を創りあげていくという 2 つの事柄を繋ぎ合わせていくためにリハビリテーションが機能していることを示す。また、介護保険制度下のリハビリテーションは、国の目論みに国民が扇動されていく状態となっており、その様相は「社会統制装置」としての性格を有していると思われた。したがって、社会統制装置として機能しているリハビリテーションは、介護保険法の目的である高齢者の「尊厳」を遵守していないことを指摘していく。そして、最終目的である現状のリハビリテーション展開ではない、「尊厳」を遵守していくための検討結果として、当事者の調査研究で見られていた「承認」概念を利用していくことを提案する。特に、当事者の存在自体、あるがままを「承認」していくことの重要性を述べ、現在の要支援、要介護状態の高齢者に展開されているリハビリテーションからの脱却が「尊厳」を遵守していくことに繋がることを示す。

## 言葉の定義について

本論を展開していく上で、リハビリテーション、そして身体機能訓練という言葉の数多く使用している。この2つの言葉を比較するとリハビリテーションの方が、身体機能訓練を包括する上位概念である。しかし、介護保険制度下におけるリハビリテーションの展開は、2005年改訂によって身体機能的要件に重点が置かれるようになっており、この両者の区別が以下のように明確ではなくなっている。

具体的には、厚生労働省が示している2015年の高齢者介護、高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けての文面でリハビリテーションは次のように述べられている。

『リハビリテーションについては、より高齢者の心身機能や日常生活における様々な活動の自立度を高めてから、自立していない活動について他の介護サービス等で補うといったリハビリテーション前置の考え方に立つ必要がある。』

と明記されており、自立していない活動を自立させていくのが、リハビリテーションの役割となっている。そして、他のサービスの前置として位置づけられている。この役割を果たしていくためには、個々人の身体的要件を考慮しないということはありません。

また、社会保険研究所（2009）『平成 21 年度版 介護保険制度の解説』で述べられている訪問リハビリテーション（前掲 221）、通所リハビリテーション（前掲 240）の項目を見ていくと、「理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、心身機能の維持回復を図るもの」とされており、さらに介護予防の項も見ていくと「利用者がその有する能力を最大限活用することが出来る様な方法によるサービスの提供に努める」となっている。これは、先に示した沖藤（2010）の事例のように「出来るところは可能な限りやってみよう」という形の介入になっており、「リハビリテーション＝身体機能訓練」という構図になっているのが実状である。つまり、リハビリテーションは身体機能訓練だけを指すものではないが、介護保険制度下においては、リハビリテーションも身体機能訓練も同等視されて展開されているのが実態である。

この実態をより明確に示しているのは、リハビリテーション専門家の介入状況に対する報告である。身体機能訓練を専門としている理学療法はもちろん関節可動域、筋力を介入手段としている事は明らかであるが、精神科から発祥している作業療法においても、その白書（2006）の中で、高齢者の保健・福祉領域の介入手段として理学療法士と同様の介入手段を用いており、さらに、それが介入の大半を占めていることが報告されている。

この様にリハビリテーションという概念は、広くさまざまな要素が含まれているのは良く知られているが、介護保険制度下のリハビリテーションに限って考えていくと、実態として身体機能訓練を指しているのが実状である。

本論では、実証的な調査研究が主要な部分を占めているので、上記のような実態に即して「リハビリテーション＝身体機能訓練」という形で論を進めていくことにした。

また本論は、在宅生活を送っている高齢者に展開されている介護保険制度下のリハビリテーション／身体機能訓練に注目して論を進めていくため、認知症、および口腔機能のリハビリテーションについては、今回は検討していないことを了承願いたい。

上記で述べたように本論は、4つの調査研究を中心に論を展開している。それぞれの調査結果を考察していく際に、いくつかの概念を提示しているが、可能な限り本文中に、その概念をどのような意味で使用しているのか記しているため、それを参照願いたい。

最後に本論の学際的な側面であるが、社会福祉学、社会学、リハビリテーション学、医学が学術的な基盤の中心となっている。また、概念使用にあたっては哲学を援用しながら本論を構成している。



## I 章 わが国における現代社会の高齢者像

本研究課題の対象である介護保険制度下で、リハビリテーションサービスを利用している高齢者を検討していく前段階として、現在のわが国における高齢者像が、どのような状況になっているのかを把握していくことから始めていきたい。現代は、要介護状態の高齢者だけでなく、健全な高齢者であっても住みにくい状況があると思われるからである。特に、国家財政的な問題と現代社会に開かれている価値観によって、高齢者は大きく影響を受けている実状があるためである。

まず国家財政的な問題として、現代の高齢者は、戦後の高度経済成長や家父長制度の廃止を経験し、それまで見られていた「隠居」と表現される離脱理論とは、異なる活動的な高齢者像が求められている。この様に、それまでとは異なる高齢者像が求められている原因に少子高齢化という人口構造の変化によって増大してきている社会保障費の問題があげられる。良く知られているようにわが国の高齢化率は、他国に類を見ないスピード上昇しており、2010年10月の概算では、23.1%となっており、2055年には40.5%まで上昇すると言われている。これは、65歳以上の高齢者が、約2倍に増加することを意味しており、現在の制度設計の通りに進めば、単純に高齢者の社会保障費も倍増することが予測される。しかし、現在のわが国の負債は900兆円を超えており、現在の経済状況を鑑みると国の税収が大きく増大する事は見込まれず、自然増という形で社会保障費は増大し続けていく事になる。したがって、この自然増に対し、社会保障費を利用しない活動的な高齢者を国は、望んでいるのである。

また、現代社会に開かれている価値として、高度経済成長と共に生産性、競争、効率化が重視される世の中となり、これらに見合わないものは排除されていく様相が見られている。例えば、個人の生活状況は、自己責任の結果とされ、その自己責任を問われる様な状況に陥ってしまうと、周囲によって監視が展開されることになっていく。つまり、生産性の高いものは厚遇され、そうではないものは冷遇される。そして、それらは、それまでの過程で自己が、どの様に振る舞ってきたのかという過去の振り返りを行わせ、現状は自己の責任によって起きていると認識させる構図になっている。

具体的には、本研究でも取り上げる「病」が生じると「タバコ」、「酒」、「暴飲暴食」など、「病」になってしまう前の生活習慣に原因が求められ、そして「病」になった後は、現状よりも悪化しないように、医療や家族によって生活習慣を監視されてしまう事になっていく。また、「病」と同様に自己責任として述べられることの多い「貧困」を見ても教育の受け方にまで逆戻り、努力をしてこなかった自己が現状を創り上げているという論理によって社会に切り捨てられ、ホームレスになるとその動向が監視され、例えば札幌市のホームレス数などとカウントされていく事になる。

このように現代社会において自己責任論、そして監視社会という事態が定着しているのである。

しかし、「病」の自己責任論を考えると、高齢者の諸機能は、生理学的に低下していくのは避けられるものではなく、高齢になるに従い、病は生じやすくなり、生産性が低下するのは当然の帰結である。さらに高齢者が増加する事によって生じる財源的な問題は、岡本（1996：140）によると1960年代から財政的な問題として把握されていたと述べており、渡辺（1999）は、社会福祉事業の老人介護問題に絞って考えると、それが社会的及び政治的に問題視されるようになったのは、1980年代に入ってからであったとしている。つまり、30年近く、もしくはそれ以上の時間があつたにも関わらず、国は、これらの問題を放置していたのであり、この財政的な問題は国民個人に押し付けている政治の展開には問題がある。この様に、本来は、財政的な問題も生理学的な機能低下も高齢者個人に課される問題ではないのである。しかし、この様に問題が見られていても現実には現実として展開され、時は刻々と進んでいるのである。

したがって本章では、現代高齢者が、どのような役割を社会から期待されているのか、また先に述べた自己責任、監視社会という社会構造が現代の高齢者にどのような影響を与えているのかについて検討を行う。これら高齢者一般に求められている背景を把握したうえで、次章より介護保険にみられる問題、利用者像、リハビリテーション環境を確認し、本論の中核に入っていきたい。

本章における、検討内容として次の3点を取り上げる。

- ①高齢者への社会的眼差しについて
- ②病をはじめとする自己責任論について
- ③現在の監視社会について

①については、特に経済性・生産性が重視される現代において、高齢になること、年齢を重ねることが、現代の高齢者にどのような影響を与えているのかという視点で検討を行う。具体的には、国レベルで求められている像、そして社会的に求められている像についてである。②については、現代の高齢者問題の中で、支え合い、つながり、などのキーワードも散見されるが、もう一方でこの自己責任という言葉もよく、目に、耳にする言葉である。特に病の自己責任論が近年展開されていることを考えると、生理的にも疾病にかかりやすくなる高齢者への自己責任論が、どのように展開されているのかを確認する。③では、②において検討する自己責任論と関係が深い監視の状況について述べていく。例えば、病の結果に対し「お酒良く飲む人だったよね」、「タバコ結構吸う人だもん」などと言われる事がある。これは、すでに日常生活が、他者によって監視されている事を意味している。つまり、自己責任は自己責任だけで成立しているのではなく、何らかの形で他者を、そして自己を監視しながらの生活になっているため、自己責任論が展開されることになっている。そのため、この自己責任論と強い関係がある監視についても現在の高齢者の存在に影響を与えている一因子として検討を行う。これらの検討を行った上で、最終節では、現在のわが国の高齢者像についてまとめていく。

尚、本章は、あくまでも一般的な高齢者像を把握するためのものであるが、この検討なしに、介護保険を利用している高齢者像に近づくことが出来ないと考えている。

## I-1 高齢者への社会的眼差し

本節では、生理的に精神・身体の機能が低下していく高齢者が、社会の中で、どのような存在と認識されているのかを検討する。これは、高齢者への社会的要請が高度経済成長期という高福祉の時代と国家財政の悪化と少子高齢化によって、福祉が切り捨てられる現在の低福祉の社会状況では、高齢者のあり方自体に変化が生じざるを得ないと思われるためである。

そこで第1項で「国」は、どのような高齢者を望んでいるのか、第2項は、「社会」一般が高齢者へのイメージや老いをどのように認識しているのかについて検討を行っていく。

### I-1-① 国が求めている高齢者像について

わが国の高齢者像を考えていく上で重要なことは、戦後から高度経済成長期、バブル経済崩壊、そして現在の低成長時代と激動した経済的変化の視点を抜いて考えることは難しい。これらについては、袖井（2009：50-57）が、戦後から70年代半ば、80年代、90年代と時代の変遷に合わせ、国が高齢者に期待する役割の変化について次の様にまとめている。

#### 戦後から70年代半ばまで

高度経済成長時代には、「高齢者は社会的弱者」とみなされ、年金増額や医療費無料化をはじめ、公共交通機関の利用料の無料化など、優遇された措置やサービスが提供されたとしている。これは、後に「バラマキ福祉」と批判されたが、経済成長のおかげで税収が増大した中央政府と地方政府は、高齢者に対して大盤振る舞いをする様になったとしている。

80年代  
第1次オイルショックを契機に日本経済は低成長時代に突入し、老後は自助努力か家族の扶養に頼るという「日本型福祉社会」への模索が行われたとしている。しかし、日本型福祉を支えていた親子同居は、「福祉の含み資産」とも言われていたが、現実には介護をするために離職する女性が減少し、高齢者福祉に多額の予算が注入され、ホームヘルパー、デイケア、ショートステイという在宅ケアの三本柱の拡充が図られたとしている。

#### 90年代以降

経済不況と少子化が手を携えて進行したのが90年代であると述べている。少子化は、生産性の低下や社会保障の担い手の減少にもつながるとされた。したがって、それまで保護の対象であった高齢者にも、応分の負担を求めらるべきだとの声が出始めたとしている。そして、「高齢者は弱者ではない」という言説が、政府の手によって流されるようになったと述べている。

このように時代の変化と共に国が高齢者に望んでいる役割にも変化が見られている。つまり、戦後から70年代までの高齢者は、「保護」の対象であったが、90年代には財政的問題から応分の負担を求められ「弱者ではない」高齢者へと、その存在を大きく変化させようとしている。小池（2002）も1996年の「高齢社会対策基本法」に基づく「高齢社会対策大

綱」の基本的考え方が示されたことによって、高齢者が身体的弱者として一律に扱われ、社会保障の受給者として社会に依存している存在というイメージが払拭されたとしている。このように現在は社会保障の担い手の役割を期待されている高齢者であるが、その他にも国が高齢者へ望んでいる姿が見られている。それは、虚弱・病にならない高齢者であり、社会保障である医療保険・介護保険を利用しない高齢者像である。

まず、我が国におけるこれまでの医療・健康政策を振り返っている平岩（2009）を見ると高齢者に対する重要な政策変遷として①1973年の老人医療費の無料化、②1983年の老人保健法の開始、③2000年の介護保険法の3つがあげられている。では、その3点について、記載されている先行研究から、それぞれの時代で高齢者は、どの様な役割を期待されていたのかについて検討を行う。

1973年に施行された老人医療費無料化の実施によって、次の様な問題が指摘されている。吉岡（2009）、泉（2010）によると、老人医療費の無料化と同時期にオイルショックによる経済情勢悪化があいまって、医療費増大が問題となったことを示している。また、その状況の中で、特に病院待合室のサロン化や、はしご受診が指摘されたとしている。この老人医療費無料化について大田（2007）は、受け狙いの政策的な“おかげ”で、高齢者は朝から医療機関に押し寄せ、長期入院が増えていったと述べ、袖井（2009：52）も、投票率の高い高齢者を狙った選挙目当てであり、今日の社会保障財政のひっ迫につながったことは間違いないと述べている。

この様な問題が指摘されている訳だが、袖井（2009）、大田（2007）が指摘している様に、この制度自体が受け狙いの選挙目当て制度であったと思われる。事実として、オイルショックなどで財政的に問題はあったが、すぐに制度を変更することもできなかったことも事実であり、それらを考えると高齢者に期待されていたのは、投票行動そのものであったと考える。しかし、この様な期待のされ方ではあったが、この時代の高齢者は、優遇的に様々な政策支援を受けることが出来ていたので高齢者自身も敬われていることを感じる事が出来た時代であったと考える。

次に大きな変遷としてあげられているのは1983年の老人保健法の制定である。先に述べた老人医療費の無料化によって、飛躍的に伸びてしまった医療費を抑制していくために無料化の開始からわずか2年後の1975年の社会保障長期計画懇談会意見書の中で「自分の健康に対する責任感を促す見地からある程度の一部負担をもうけることも検討に値する」という見解が出されていることを渡邊（1992）が述べている。ちなみに、1978年には第1次国民健康づくりとして生涯を通じての健康づくり、健康づくりの基盤整備について、啓蒙普及をスタートしている。つまり財政的な問題が大きいために国が、健康を意識づけるように国民に訴えていこうと考えていたことが分かる。

その後、予算審議の中で毎年、老人医療費についての検討が行われ、老人医療費無料化から10年が経過した1982年に老人保健法は成立し、翌年施行されることになる。この老人保健法は、吉岡（2009）によると、老人保健事業の実施による健康な高齢者づくりと、老人医療費の公平な負担を目指したものであったとしている。そして70歳以上および65

歳以上の寝たきりの高齢者に対し自己負担を求めていくことになる。また、早期発見や機能訓練等の保健事業が、この時期に展開されていくことになる。この老人保健法は施行後も常に財政的な視点から、繰り返し改正案が提出されている。この様な財政的な問題を抱えながら1988年に第2次国民健康づくりが展開されることになる。これは、疾病の早期発見・早期治療のレベルは超えたが、きわめて医学的色彩の濃い疾病の発生予防・健康増進といった一次予防レベルに留まるものであったと島内（2004：9-16）は述べている。また、その後1989年にゴールドプランが策定され、1999年までの10年間で整備すべき具体的な数値があげられた。その一つに「ねたきり老人ゼロ作戦」等があった。さらに高齢化のスピードが予想以上に速かったことから1994年に新ゴールドプランとしてゴールドプランで設定された数値に上乘せが行われ、結果として福祉政策はケアハウスを除いて目標を上回ったと西野（2002：95）は述べている。

この様に、次々にプランや保健事業が展開され、目標数値も設定されていくことになるが、まだ国民に対してではなく、国をはじめとする行政機関や事業所が達成しなくてはならない目標数値が提示されるレベルであった。したがって、国が高齢者に望んだ姿としては、誰もが好ましいとは思わない「病」を予防してください。そして、「病」となった場合にお金も少し負担してくださいという期待であり、無料という権利をはく奪されたが、負担金も現在に比べ軽いものである。また、高齢者自身への目標数値は、まだ設定されていない状況であった。

そして最後に3つ目の2000年に施行された介護保険法についてである。詳細は、後章で述べるが、財政的な破綻によって老人保健法では対処できなくなり、その対応として制定された制度である。そして、それまでは、行政機関や事業所に対する目標設定であったが、この時には、高齢者自身の日常生活において様々な行動目標とその目標値が設定される様になる。その最たるものが、介護保険法の第4条にある健康の保持増進ならびに進んでリハビリテーションを利用して能力の維持向上に努めよという文面に表れていると考える。そして、生活における行動目標として2001年から現在も続いている健康日本21において、国民個人に具体的な目標値が様々に設定されたのである。

この様に介護保険法を境に国が求める高齢者像に明らかな変化が見られている。つまり1970年代は保護の対象として、医療費をはじめとして高齢者へ様々な支援が行われていたが、財政問題によって、徐々に負担を求められ、介護保険施行後には、生活習慣までも指摘されるようになる。そして生理的な変化によって生じるものを出来るだけ軽減せよ、健康に留意せよと。さらに、虚弱になっても努力せよと。また、経済的な面からも自らの分は自己負担せよと。そこには、「高齢者は弱者ではない」という、メッセージを含ませながらである。この様に国は、経済的な面において「高齢者は弱者ではない」としているが、社会一般からは、高齢者はどの様な存在となっているのかについて次項で検討を行う。

## I-1-② 社会一般が見ている高齢者像、老いに対する認識について

前項で、国が望む高齢者像を述べたが、本項では社会一般が「高齢者」、「老いる」ことをどのようにとらえているのかについて検討を行う。まず、先行研究で大学生を対象に高齢者に対するイメージがどの様になっているのかについて検討されているものを概観していく。

河野ら（2003）は、日本とカナダの大学生を対象に中年イメージと高齢者イメージの調査研究を行っている。その結果、高齢者イメージは日本とカナダに違いが見られなかったとし、知恵や判断力、温厚さというポジティブイメージを有しているが、身体的、精神的な側面では、衰退・消滅期としてネガティブに受け止めていることが明らかになったとしている。渡邊ら（2005）は、看護学生の高齢者イメージを調査しており、老年看護学を学んでいく過程の中で、高齢者に対するイメージはポジティブに変化することが見られ、さらに実習を行うことで、よりポジティブに変化していくとしている。遠山（1993）は大学新入生を対象に健康意識とその意識が行動としてどの様に現われるのかについて調査を行っており、その中で老いのイメージについても調査を行っている。その結果、老いに対するイメージは否定的なものから肯定的なものまで見られていたとしているが、否定的にとらえている者は、健康についての敏感さが高いと述べている。最後に奥村（2009）らは、大学生の認知症高齢者と健常高齢者のイメージの違いを検討している。そこでは、認知症高齢者のイメージは否定的に捉えられていたとしている。また、高齢者に対するイメージは、身近に高齢者が存在していたか否かで、影響があるのではないかと示唆している。

これらの先行報告を見ると、若者が抱く高齢者のイメージは、情緒的な側面については肯定的にとらえられていると思われる。また身近に接することでネガティブな印象を減じることが可能であるということが言える。しかし、逆を言えば、核家族化が定着している現代では、身近に接することは少なくなっており、一般的にネガティブな感情を抱いていると考えるのが通常であると考えられる。また、年を取ることは、機能的な低下を意味し、健康との関係で見えていくと身体的にも精神的にもネガティブな印象を抱いていることが示されていると考える。この大学生の調査内容で社会から高齢者が、どの様に見られているのかということすべてを言える訳ではないが、我が国における高齢者への見方として、かけ離れた報告内容であるとも思われない。

これまで大学生を対象とした調査結果を見たが、次に社会学的な視点から言及しているものを概観していく。

今田（1985：268）は、高齢者の抱える不安として、①身体的衰えという不安を持つ存在②職業生活からのリタイアに伴う不安③家族内役割への再適応不安の3つの要因をあげている。また、このような基本的な不安は増幅こそすれ、緩和する方向には無いように思われるとしている。特に②の職業生活からのリタイアに伴う不安では、単に経済的な問題にとどまらないことが問題であるとされている。つまり、産業社会の一般的趨勢として、社会的資源が職業的地位にますます集中しているとし、自己の存在証明を得る基盤そのものの消失につながるとしている。正高（2000：104）は、過去の伝統的な社会の中では、高齢者は誤解されつつもそれなりの地位を占める存在であったが、近代化を遂げる中で、居場

所を失いつつあるとしている。また、産業革命発祥の地であるイギリスの学者ラッセルが高齢者を壮年の人間よりも劣るとし、そこから高齢者の地位低下が始まったことを記している。さらに正高は、日本は欧米に比べてもこの高齢者の地位低下傾向ははなはだしいかもしれないとしている。同様の内容を杉澤（2007：200）も次のように述べている。たとえ高齢者であっても必要な労働能力を有している場合もあり、高齢者の労働力を画一的に劣っているという誤った理解や認識を持っている場合には、貴重な労働力を労働市場から排除することになりかねないと指摘している。しかし、杉澤は、わが国の状況について、欧米と比較して高齢者の社会参加の割合が低いことを指摘している。その理由の1つとして日本人の高齢者観が外国と比較して否定的であるとされ、偏見などによって社会参加の受け皿となる地域の団体や組織でも高齢者を排除しているのではないかと述べている。

この様な正高、杉澤の指摘から、日本人の高齢者観は諸外国に比べ低く、高齢者が排除されやすい社会であると考えられる。過去は高齢者であってもそれなりの地位があった。しかし、現代においては、生産性という価値が求められ、高齢者は、その生産性という観点から存在自体の価値を失いつつあるのではないかと思われる。久保田（2004）は、高齢者像の変化について家父長制度の廃止による民主化の影響によって高齢者の弱者化が進んだとしている。したがって、戦前に日本の高齢者が有していた文化の伝達者としての社会的役割は軽視されるようになったとしている。経済的背景の影響によって高齢者は、無能で、効率の悪い、国家の厄介者としての高齢者像へと仕立てられたと述べている。青柳（2004：7）は文化人類学の立場から老人に対する処遇について、様々な文化における老人に対する周囲の態度を次のように報告している。健全な老人は尊敬・愛着の対象となるが、いったん老人に心身の衰えや、老衰・痴呆などの症状が現れ始めると、彼らは社会のお荷物となり、冷たくあしらわれることになると述べている。この様に様々な文化においてもお荷物として扱われてしまう高齢者であるが、その排除の色が濃い日本においては、より高齢者への眼差しは、厳しいものになっていることが想定される。

これまで高齢者がどの様に見られているのかという視点のものをまとめてきたが、実際に高齢者自身がどの様に感じているのかについて次の様なデータも見られている。厚生労働省が行った高齢期における社会保障に関する意識等調査報告書（2008）を見ると65歳以上の高齢者が老後において最も不安に感じるものとして「健康」をあげ、その割合は65.2%と高い割合を示していた。また、老後の生きがいで、家族との団らん42.2%、子どもや孫の成長41.9%、友人、地域の人との交流42.3%などが上位を占め、教養・趣味を高めること31.5%、働くこと22.3%よりも家族を含めた人との交流を重要視していると報告されている。また別のデータでは、福田（2002：3）が紹介している1999年に朝日新聞社が実施した社会保障制度についての全国世論調査では、「いまの日本は、安心して老後を迎えられる社会ではない」と感じている人が85%を占めており、その不安を感じると答えた人は、「社会保障制度に対する不公平感」を強く持っていたとしている。また、老後の生活で不安を感じるという人は、生活費などの経済的不安（28%）、介護などで周りの人に負担を掛けることへの不安（25%）、病気や身体が衰えることへの不安（23%）があげられていたとしている。この福田が指摘している「病」と「収入」の2つの不安を最もよくあらわしているのが、平成21年度高齢者の日常生活に関する意識調査結果であり、高齢者の将来に対す

る不安の上位として、自分や配偶者の健康や病気のことをあげているのは 77.8%、自分や配偶者が寝たきりや身体が不自由になり介護が必要な状況になること 52.8%、生活のための収入 33.2%であったと報告されている。

この様なデータから、先に述べた排除されやすい状況として身体機能的な低下への不安が強く表されていることと、同時に経済的な不安が示され、これらが失われることがより社会から排除されてしまう要因であることを高齢者自身も感じとっていることが分かる。

石村（2006）は、老後の患者の心境について次のようなことを述べている。患者たちは老後の蓄えを切り崩し、自分の寿命の伸展が家族を経済的に苦しめるという刹那を背負っていると述べている。そして混合診療などの高い治療費が求められるものは、はじめから挑戦をあきらめざるを得ない患者も少なくないとしている。この様に現代の高齢者は、身体的な問題と同様に経済的な問題を抱えている人が少なくないことが分かる。

これまで述べてきたように、財政的な側面から、国は「弱者ではない」高齢者として、高齢者が利用する社会保障に対し、応分負担せよ、そして社会保障を利用しないようにせよ、としている。また、国民生活のあり方を様々な数値設定により規範化し、「病の自己責任化」を提示している。一方、社会はその生産性という価値観のもと高齢者の存在を軽視しやすい土壌が出来上がっている。また、高齢者自身は迷惑を掛けたくない存在として、病気や身体機能の低下と経済的な不安を抱えながら生活していると思われる。

大井（2008：12）は、わが国において、先に述べた迷惑を掛けたくない高齢者が多くいることについて次のように述べている。認知症になったら延命治療を望まないとした人は、圧倒的に「家族や周囲の人に迷惑をかけたくない」というものであったとしている。「自分の独立性、自律性を失うから」という理由で認知症が怖がられるアメリカとは状況が全く異なると述べており、病を有さない、人の手を煩わせない高齢者像に価値が置かれやすい状況が作られている。したがって、先に述べた 65 歳以上の高齢者が老後において最も不安に感じるものとして「健康」をあげ、その割合も 65.2%と高い割合であったことも理解できる。

しかし、国が望んでいるように「病」を減じていくことを目的に生活習慣の改善を指示し、その望む状況と異なる結果を有する高齢者に「病」を自己責任として認識させていくことには大きな問題がある。それは「病」が、多くの場合、個人が望んだ結果ではないからである。そして、八木（2008：96）が述べているように、「病」の原因のメカニズムは単純ではなく、きわめて多様な諸要因が複雑にからんでいることは良く知られている事実であり、「病」を生活習慣に還元して済む問題ではない。これらの事を考えると、現在、多くのところで述べられている、生活習慣病というネーミングもさることながら、「病」を個人の責任にしてしまう、わが国の状況について、次節で述べていく。

## I-2 自己責任社会の中の高齢者

現代は格差社会とも呼ばれ、個々の現状に対し、それぞれが自己責任の結果とされる社会となっている。現在、この自己責任の問題については、無就労、ホームレスなどの貧困においてクローズアップされているが、健康においても同様の指摘が見られている。それ



は、前節後段でも述べたが、1990年代後半から見られるようになった生活習慣病という概念が登場してからである。それまでは、成人病という成人になれば誰もが罹患する可能性が高い病という概念であったが、生活習慣の「悪い」人になる病へと疾患に対する概念を変更させている。ちなみに厚生労働省では、「成人病」と「生活習慣病」の関係について次のように述べている。

「成人病」は加齢に着目した疾患群であり、生活習慣に着目した「生活習慣病」とは概念的には異なるものである。一方、それぞれの疾病概念に含まれる疾患については、いずれも年齢あるいは生活習慣の積み重ねにより発症・進行する慢性疾患であり、また、その発症には複数の要因が大なり小なり関与するものと考えられるので、「成人病」に含まれる疾患と「生活習慣病」に含まれる疾患は重複するものが多い。

と述べている。この様に、あくまで国は、生活習慣病と成人病には違いがあるとしているが、ほとんどの成人病が生活習慣病にすり替わったということを示しているのと同じである。そこで本節では、生活習慣病にも見られている①自己責任が様々な分野で、どの様な形で提示されているのかを概観し、②高齢者が不安視している「病」が、どの様に個人責任として提示されているのか、③「病」と同様に高齢者の不安として取りあげられている経済的な問題が自己責任としてどの様に提示されているのかを確認していく。

#### I-2-① 自己責任が問われている現代社会一国の責任放棄

自己責任について中村（2008）は、次のようなことを述べている。現在は、格差社会の新自由主義的合理化のために用いられることの多い「自己責任」という言葉は、当初はそれと異なる状況の中で日本社会に登場したとしている。この言葉は、イラク戦争時に日本人ボランティアとジャーナリストの3人が武装グループに人質として拘束されるという事件がきっかけであったとしている。そして、当時の小泉内閣によって編み出されたのが「自己責任」という言葉であったと述べ、その使用方法は、人質になった3人は外務省の退避勧告を無視して人質になったのであるから、それは本人の「自己責任」であると主張したのである。そして政府は、自分たちが何もできないと分かった時に、彼らは責任を取らなくてもいい方法を必死に探し求め、その言葉を発明し、必死に広めようとしたと中村は指摘している。

この様に発明され、広められた自己責任は、刀川ら（2003）が述べているように社会の様々な分野における消費者行動として、その責任を求める声が高まっている。その例として金融や保険商品の高リスク・高リターンから低リスク・低リターンまで様々な商品を揃え、その選択の結果を選択者（消費者）に任せる形が増えてきているとし、この様な自己責任の徹底は、ある意味で近代化の追求と言えるが、それが本当に社会として望ましいかは、十分に議論する必要があると述べている。自己責任の例は、ほかでも多数見られている。現在、最もポピュラーなものは、格差問題として生じているフリーター、ニートなどに代表される若者と労働との関係におけるものであり、田中（2006）はフリーター、ニートには、社会からの批判や自己責任論が蔓延していると述べている。また垣田（2008）も

貧困の原因を個人の責任や努力不足に求める非常に根強い状況があることを述べている。また教育の視点から、この自己責任について述べている荻谷（2008：5）は、社会政策や経済政策の中核として教育がイギリスのブレア政権では位置づけられ、ポスト福祉国家として教育が重視されたとしている。この教育重視の考えは、新自由主義的な改革との接点をあげ、高い教育訓練により、個人の自立、個人の責任を国が求める政策であったとしている。つまり、高い教育訓練を国は提供する、あとは個人の努力次第であるという形で教育に高い関心を集めたということになる。

本論において重要な「病」においても同様の状況が展開されている。八木（2008：18）は、社会の医療化の一連の動向の中で、特筆強調されるのが「自己責任論」の論理であることは言うまでもないとしている。そして国家と資本が、ここまで国民の健康増進に寄与しているのに、それに応えず病気になるなら、それはもう国民（労働者）一人ひとりの責任以外のものでもないという理屈を出現させているとしている。しかし、浮ヶ谷（2005）は、文化人類学の視点から、病の自己責任化について生活習慣は文化の現れであるとし、生活習慣を歴史的社会的に作られる文化であると、とらえるならば、予防医学が言うように生活習慣を個人の努力で変更するということが困難であるとしている。

この様に非常に幅広い分野で定着してきている自己責任の概念であるが、個を強調し、そこに競争、責任という概念を関連させ、国家をはじめとする本来責任を負う立場にあるものが、その責任を負わなくても良いシステムを支えるためのツールとしてこの「自己責任」概念は機能していると思われる。この様な状況について立岩（2000：275）は、行政責任の放棄に自己選択・契約などの概念を用いて検討を行う必要性和新自由主義者という人たちは、市場に生じる格差を「正当」としているが、これは機能的な側面だけであり、全くそのように考えないと述べている。また、浮ヶ谷（2005）が述べているように、文化を変えるという観点も入るのが生活習慣の改善であるため、そもそも病をはじめ様々な分野において自己責任の論理を成立させることは難しいのが実状である。先述した中村（2008）は、そもそも自己責任という語は日本の辞書になかった語であると述べている。なぜなら「責任」には、自分の行動に対する結果について責めを負うことであり、責任の主体として自己は含まれるものであると述べている。この様に現代に定着している自己責任という言葉には、様々な点で問題を孕んでいると言えるが、現実として自己責任という概念が定着しているのも事実であると思われる。

ここまで、自己責任が、どの様に語られ、用いられているのかについて述べてきた。次項では、現在の高齢者が不安としてあげていたのは、「病」と「経済状況」の2つに対し、自己責任がどの様に用いられているのか、それに対する国の対応がどの様になっているのかについて確認していく。

#### I-2-② 高齢者に提示される病の自己責任について

本項では、1項で示したように、社会の中に定着している「自己責任」に対し、高齢者が不安視している「病」が、どの様に提示されているのかを確認し、自己責任という概念

で、高齢者の「病」を片づけることが出来るのかについて検討を行う。

「病」は、前述の通り成人病から生活習慣病と名称を変更され、メタボリックシンドロームという言葉と共に生活習慣病という言葉もすでに社会の中に定着している。この生活習慣を改善させ、病を予防しようと厚生労働省が企画したのが、健康日本21である。この健康日本21の中で高齢者が、どの様に運動習慣を改善すべきか次の様に目標値が設定されている。

- ①外出について積極的な態度をもつ者として、日常生活の中で買物や散歩などを含めた外出について、「自分から積極的に外出する方である」とする者の目標値を男性 70%、女性 70% (60 歳以上) うち、80 歳以上の全体 56%
- ②何等かの地域活動を実施している者の増加として、目標値、男性 58%、女性 50%
- ③日常生活における歩数の増加の目標値として、男性 6,700 歩、女性 5,900 歩

と明確に目標値が設定されている。

さらに 2005 年から健康日本 21 は、見直しが行われ、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 (2007 : 34) の報告書で新規項目が設定されている。それは、病気を持ちながらも活動的な 85 歳を目指し、高齢者の生活機能の維持・向上を支援する取り組みが求められている。つまり、病気の有無という心身機能のみにとらわれず、活動や参加に着目し、高齢者が有している身体的・精神的・社会的な能力の全てを生かし、また、高めることを通じて高齢者それぞれの自己実現を支援するという視点が必要になるとされた。その具体策として、安全に歩行可能な高齢者の増加を新規目標項目として設定し、開眼片脚起立時間の 20 秒未満の者のうち 3 分の 1 減少させることを目標として設定された。この開眼片脚起立時間の目標値は、男性では 65 歳から 74 歳で 80% が可能、75 歳以上は 60% 以上とされ、女性では、65 歳から 74 歳の 75% で 75 歳以上は 50% が可能となることが設定されている。

このように目標設定の変更も見られている健康日本 21 であるが、あらためて身体活動・運動の部分における目的を参照すると、「身体活動量が多い者や、運動をよく行っている者は、総死亡、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病、肥満、骨粗鬆症、結腸がんなどの罹患率や死亡率が低いこと、また、身体活動や運動が、メンタルヘルスや生活の質の改善に効果をもたらすことが認められている。更に高齢者においても歩行など日常生活における身体活動が、寝たきりや死亡を減少させる効果のあることが示されている」(下線は筆者による)と「運動＝疾病を有さない」ことを謳い、疾病を予防するのは国民であり、疾病を抱えてしまう人は生活習慣の悪い人という価値付けを形成しかねない状況が作られているのである。さらに、健康になるためには運動が必要であり、運動をすることで疾病は予防されるという必要十分状態を形成しているのが実状である。この目標を後押しするように、運動所要量・運動指針の策定検討会 (2006 : 43) が作成した『健康づくりのための運動指針 2006』の中で、68 歳の女性の例が紹介され、筋力アップで疲れ知らずと介護予防プログラムに参加することで、3 ヶ月で姿勢が良くなり、歩いていても疲れにくくなったということが示され、運動が望ましい姿を作り出すと描かれている。

このように国は、国民に対し「病」を予防するためには運動が必要であること、そして運動の必要性を提示するだけでなく、その目標値を提示し、「病」を有するか否かは、個々

人の生活習慣に影響されることを示している。この様に個々人の生活に「病」の原因を帰属させていくことで、自己責任が開かれていくのである。国はこれだけの情報を提示しているのだから、国民は自己の健康管理を自己責任において実行せよという形である。それを法文化したのが2002年から施行された健康増進法である。この健康増進法の第2条国民の責務として次の様に記されている。

(国民の責務)

第二条 国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。

そして第3条 国及び地方公共団体の責務として

(国及び地方公共団体の責務)

第三条 国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない。

となっている。これらが意味するのは、国民は自己の病を予防するために健康増進に努めよ、そして国をはじめとする公共団体は、情報提供と共に人材を育成していくことが務めであるとしている。しかし、この様に法文化され、国民が健康増進に努めよとなっているが罰則は無く、道徳的な側面が強調されているのが実状である。そこに医療費という経済的な視点が重なって、個人責任が強調されるようになっていくと考える。その一例として読売新聞(2008)に掲載された当時の麻生太郎総理大臣の「たらたら飲んで、食べて、何もしない人の分の金(医療費)を何で私が払うんだ」という発言に見られていると考える。この発言に対し、麻生総理は後に謝罪を行っているが、まさに健康のために「何かをしなければならぬのだ」という発言は、まさに道徳的な側面の強調であり、「病」は個人の責任になってしまったことが如実に現れているものと思われる。

この様な国民への健康意識を喚起させていく状況に医療専門職である島内(2004:15)、野尻(2007:107)は、ヘルスプロモーションとして科学的根拠をもとに生活習慣と生活習慣病への取り組みの方向性と目標が明確になったとプラスの評価をしている。このほかにも井上(2010:235)は、生活習慣の改善でがんは予防できると述べ、香川(2000:2)も健康寿命を延伸させるために生活習慣病を防ぐことの重要性を述べ、生活習慣病が死因の1位であると述べている。また、香川(2002)は、貝原益軒の「養生訓」を引用し、自己の欲望(内欲)を抑え外部の悪い環境(外邪)を防げば、「病気にならず天寿を保つだろう」とし、過度の飲食、色欲などを抑え、怠惰と過労を避けることは健康を保つ基本であるとしている。ここでも病の原因は、個人の生活習慣であり、欲を抑え、努力せよと述べている。この様に医療専門職の多くは、生活習慣という個人の責任によって「病」は、避ける

ことが可能であるとし、健康日本21や健康増進法に対し、概ね良好な評価を与えている。そして、この様な個人の責任によって「病」が回避できるという考えが、多くの高齢者に提示されているのである。しかし、考えなくてはならないのは、「病」は、生活習慣を改善することで回避することが本当に可能なのかという問題である。

上杉（2008：118）は、健康日本21で設定された目標値について次のようなことを述べている。この数値目標が達成されたからといって、健康社会が実現されることはないとしている。また、仮に達成がされたとしたら、より微細化した異常が見つけ出され、それを排除するための数値目標が必要となってくるとし、新たな病が発見されていくことを示唆している。米山（2000：211）は、加齢による体の変化はどんな医療も止めることはできないと述べ、人間は死を避ける訳にはいかないようにプログラムされた生き物であると述べている。しかし、人間の様々な欲望のうち、お金で手に入れることが出来ないのが健康であり、その健康を手に入れるために様々な健康法が編み出されているが、遺伝子的な決定論がそこには、反映されているとしている。したがって、生活習慣の改善で病を避けることは現実的には難しい事が示されているのである。重複するが前項最後の八木（2008：96）が、病の原因のメカニズムは単純ではなく、きわめて多様な諸要因が複雑にからんでいることは良く知られている事実であり、病を生活習慣に還元して済む問題ではないとしている。また、近藤（2010：64）も生活習慣と病の関係は2割しか説明できないとしている。

この様な情報は、生活習慣と病の関係に果たしてどの程度の相関があるのであろうかという疑問を抱かせる。そして、この様に錯綜している健康に関する情報が、高齢者に様々な形で提供されているのが実状であるが、多くの場合、医療専門職が支持している生活習慣に従属的になっていると考える。その理由はⅧ章以降で述べていく。

しかし、生活習慣と病との関係を考えていくと上杉（2008：206）が述べているが、様々な疾患は年齢が上がるにつれて発症率が高くなることは自明のことであり、このことから老化が最大の危険因子とするならば、人はそれを排除することが出来ないとしている。したがって、老化を危険因子とみなして人々に、その排除を求めると高齢者の生きる意味が見えなくなると述べている。さらに文化の観点として、鍵谷ら（2006）は、生活習慣病に対する考え方は、地域特性や伝統、さらには社会資源も異なる状況から、その地域性を考慮されていないことを指摘し、先述した浮ヶ谷（2005）も、文化人類学の視点から、病の自己責任化について生活習慣は文化の現れとし、生活習慣を歴史的社会的に作られる文化ととらえるならば、予防医学が言うように生活習慣を個人の努力で変更するという事は困難であることを意味している。

したがって、高齢者の「病」の自己責任化は老化を個人の責任と考えるのと同義であり、文化を変えよということは個人責任にはなりえないと考える。しかし、国は自己責任として高齢者の病を提示しているのである。高齢者自身その生理的な機能低下を自覚している状況があるのに、そこに追い打ちをかけ、不安を増強している状況になっているのではないかと考える。

### I-2-③ 高齢者に提示される経済的問題の自己責任について

前節で述べた「病」と同様に高齢者の不安としてあげられているのが、生活費などの経済的な不安である。現在わが国の医療制度は、徐々に当事者である高齢者への自己負担率を増加させている。1970年代は医療費無料の時代もあった。現在の高齢者は、その当時の高度経済成長の只中を経験している世代であり、その当時に現在の変化した家族構成、停滞した経済成長を想定して生きていたとは思われない。その時代を生きてきた人たちが、高齢者の当事者となった今、介護保険料、医療費、年金受給年齢の引き上げなど、様々に展開される制度変更を目の当たりにして経済的な問題を不安視するのは当然である。そこで本項では、高齢者が不安を感じている経済状況が、どの様になっているのかを提示し、それに対し、国はどのような方策を講じているのかについて確認を行っていききたい。

前節で見たように国は、高齢者に対し「弱者ではない」として、応益負担を求めている。この応益負担が求められる背景要因の一つとして考えられる高齢者が所有している資産との関係に触れておきたい。

平成18年度の高齢社会白書に記されている高齢者の貯蓄状況を見ると65歳以上の世帯主家庭では平均で2329万円の貯蓄があり、国民全世帯平均の貯蓄と比較すると1.6倍であるとされている。この様な状況に井上(2010)は、現在のわが国のデフレ対策の一つとして高齢者の純金融資産として試算される360兆円を活用したいと述べ、仮にその1割が使用されればGDPを7%押し上げるとしている。また、財団法人岐阜県産業経済振興センター(2004)が行った高齢者市場の活性化に関する調査研究報告書では、高齢者について寝たきりや痴呆性高齢者(原文のまま)に見られるような「高齢者=弱者」というイメージを持っているが、これは全体の12-15%であり、80%以上の高齢者は元気な高齢者であるとし、さらに経済的にもゆとりがあるのに世代別でみると支出が少ないことを指摘し、高齢者をビジネスチャンスのターゲットとして考えているとしている。

これらに見られるのは、高齢者は他の年代に比べ資産を有している。しかし、その資産が活用されていない状況に目をつけ、いかに消費に結びつけようとしているかが分かる。

確かに現役世代に比べ、相対的に見ると資産を有していると思われるが、個々の状況がどの様になっているのかを見ていくと、また異なる側面が現れてくる。個々の高齢者の資産状況について石川ら(2008)は、高齢者世帯の経済状況を次の様に報告している。まず、家族形態はさまざまであること、夫婦世帯、単身世帯、自分の子供が世帯主となっているケースなど多種多様であることが述べられている。その上で高齢者夫婦世帯と呼ばれる夫65歳以上、妻60歳以上の2人世帯においては、無職世帯が実に75.7%を占めており、これが標準的な高齢者家庭の形ではないかとしている。その高齢者夫婦無職世帯の経済状況は、実収入は22.3万円、手取り分である可処分所得になると19.1万円、そして消費は23.7万円であると報告している。つまり毎月4.6万円のマイナスである。この不足額は資産の切り崩しによって賄われていると報告されている。これが一般的な高齢者世帯の経済状況である。また、最新の報告として、2010年総務省家計調査で60歳以上の2人以上の無職世帯の家計状況が報告されているが、そこでは、マイナス5.4万円とマイナス額が増加していることが報告されている。現在は、高齢者であっても、就業意識も高いとされているが、

現実的には標準的な高齢者世帯として考えられるこのパターンの家計状況は、毎月マイナスの状況であり、資産の切り崩しが行われているのである。

この切り崩しを行っている資産については、前述した平成18年度版高齢社会白書をより詳細に見ていくと、非常に幅広い状況が見られている。貯蓄の分布を見ると、4000万円以上の貯蓄がある65歳以上の高齢者が17.1%いるのに対し、100万円未満の高齢者も6.1%いるのが現状である。さらに負債を抱えている高齢者が5.7%いることも報告されている。確かに、多額の貯蓄を有している高齢者も存在していることが分かるが、一方で月々5.4万円のマイナス額が非常に苦しい状況になると思われる高齢者世帯も6.1%おり、日本の人口を1億2000万人で単純に高齢化率20%と考えると2400万人の高齢者となるが、そのうち少なくとも144万人は非常に苦しい生活状況に置かれていると想定される。さらに負債を抱えている高齢者は、さらに厳しい状況があることを認識しなくてはならない。また、この様な生活に困窮している高齢者が相当数いることは、生活保護世帯の状況を見れば一目瞭然である。国民福祉の動向2010/2011を見ると約52万世帯が高齢者の保護世帯として報告されている。そして昭和50年の被保護世帯数と比べると約2.4倍増となっている。この様に一方では4000万円以上の資産を有し、一方では生活保護世帯、もしくは負債を抱えての生活状況にあることを考えると、これは現代高齢者間にみられる格差問題であると考えられる。

また、この格差問題は、先ほど述べた病との関係においても興味深い報告が見られている。それは、この格差問題は、命の格差問題でもあると近藤（2010）が述べている。近藤は、疾患と所得の関係について様々なデータをもとに検討を行っている。そこでは、高齢者の死亡年齢を高所得層と低所得層と比較検討し、男性格差は3倍以上であったと報告している。また、要介護者は高所得層に比べ5倍も低所得層が多いこと、骨折、睡眠、うつも同様に高所得層の方が、少ないのである。この様な健康格差、あるいは健康不平等の問題は1998年からWHOでも検討されており、社会経済的な要因が不健康をもたらしていることが立証されていると述べている。

この様に病と経済的な問題に相関があること、そして、その状況が国際的な問題としても取り組まれている状況を見ると、病の原因を自己責任化していくことで、経済的な問題も自己責任の色合いを帯びてくる。そして、この状況を打開するために、国はより積極的に生活支援として生活保護費の水準等を検討する必要がある。これにより「病」が減少していく可能性も有している。しかし、現実には社会保障費抑制が、わが国の方針となっているのである。

垣田（2008）は、2008年度の予算編成時に生活扶助基準の改正（引き下げ）の検討が急ピッチで行われたことについて触れている。そして一般世帯ではなく、低所得世帯との比較で「保護基準は高い」とする報告書が出されたが、各種諸団体からの猛反発と衆院選を控えていた事情もあり、厚労省の方針は揺れ続けたことを述べている。そして最終的に生活扶助の全体予算額は維持しつつ、基準を都市部で引き下げ、地方で引き上げるという方針を打ち出したという経緯を述べている。また、安宅川（2010）は公的年金制度改革として生活保護費のあり方について述べているが、そこでは生活保護運用の適正化と共に、生

活保護を最後のセーフティーネットであるという原則に立ち戻るべきであるとし、自立支援プログラムなどの推進を訴え、そして家族崩壊が増加現象を後押ししていると述べ、家族機能の回復に向けた政策を訴えている。この様に上昇し続ける生活保護費を抑制しようとしている国、研究者が存在していることを確認できる。確かに、利用しない方向の検討は必要であると考えますが、ワーキングプアのように働いて収入を得ていても生活が困窮してしまう現代においては、生活保護世帯が減少していくことは考えにくい。むしろ増加の一途を辿る可能性の方が高いと考えるのが妥当である。

この格差、貧困等の問題に対し中村（2010）は、貧困は自己責任といった風潮が社会に広がっており、そして貧困者の社会的排除が助長されていると述べている。湯浅（2008）は、貧困とは選択肢が奪われていき、自由な選択が出来なくなる状態ととらえ、貧困状態にまで追い込まれた人に自己責任論を展開するのは、過労死した人に自己責任論を押し付けたのと同じであると自己責任論を批判している。河合（2007：98）は、政策が示す現代日本の高齢者生活は、貧困の現実をほとんど無視するものになっていることを述べ、高齢者医療制度の改定規定にある高齢者像からも豊かな者の生活は見えても貧困に直面する人々の生活は見えてこない貧困を視えないものになっている問題を指摘している。つまり、この河合の指摘から読み取ると、わが国は高齢者の貧困問題に目を向けておらず、対照的に目を向けている「病」と異なる点として「病」は生活習慣を自己責任によって改善することで回避することが出来る可能性を有しているが、この高齢者の貧困は現実的に起ってしまっていることであり、国は対応すれば支出が増大していくだけであるため、目を向けない原因になっていると考える。若者の貧困には、様々な就業促進プログラム等が組み込まれているが、高齢者の貧困対策は現実的に回避困難であるため、実際には対応していない状況になっていると考える。したがって、自己責任と明確に述べているようなものは見当たらないが、暗に自己責任の結果として、特に格差・貧困問題を抱えている高齢者の生活への配慮は乏しく、河合（2007）の指摘のように医療費制度などの自己負担が増加していく政策しか実行されていないのが現実である。

本節では、自己責任の問題を中心に述べてきた。自己責任の考えは、高齢者が不安視している「病」、「経済状況」にも現代社会において浸透している。これらに対する国の対応は、「病」の場合には、生活習慣に関する情報を大量に提供し、「病」を可能な限り避けるような指導が行われ、健康は国民の努力義務として法整備まで行っている現状である。そして「経済状況」においては、高齢者の場合、もうすでに結果としての貧困状況であるので、見ないようにしているのが現状であり、少なくとも高齢者の貧困状況を打開する様な積極的な対応が見られていないのが実状である。

### I-3 監視社会の中の高齢者

本節では、現代社会の特徴として自己責任と深い関係にある監視が、高齢者に対し、どの様に機能しているのかについて検討を行う。監視について、多くの著書を執筆しているライアン（2002：11-12）は、統治や管理のプロセスにおいて通信情報テクノロジーに依拠する全ての社会は監視社会と言えるし、その諸効果は普通の日常生活の中に感じとられる



と述べている。ライアンは、人類はつねにお互いに見はりあってきたし、それによって危険を回避すると同時に不安を誘発してきたとしている。しかし、今日ようにルーティン化・常態化された監視ではなかったとしている（傍点筆者による）。この監視は、犯罪を減少させるために、またテロなどに対応するために様々な場所にカメラを設置することやパスポートに個人情報埋め込み、一般社会を守るための手段として機能しているように感じるが、そうではなく、私たちの日常生活のあらゆる場所が監視されているのであると述べている。その監視について大屋（2007：106）は、ベンサムが理想の監獄として構想した「パノプティコン」をあげ、この一望監視装置により囚人が「誰かに見張られているはずだ」と信じることを、そして本当に重要なのは見られていることではなく、そこに権力が発生していることを述べている。フーコーは、『監獄の誕生』（1975=1977：175-176）の中で、パノプティコンという権力装置は「規律＝訓練」と呼ぶ権力のあり方であると述べ、監獄だけではなく、生活のあらゆる場所でこの権力が作動しているのが近代社会であるとしている。この様にライアン（2002）やフーコー（1975=1977）が述べるように監視は日常生活の中に定着しており、そこには監視するものと監視されるものという立場の違いから権力が発生している事を述べている。

この様に述べられている監視であるが、わが国においては、また違う意味の監視が存在していると大野（2005：7）は述べている。それはピアプレッシャーとも呼ばれる水平的監視のことである。これは日本の職場に見られる様態で、互いに仕事のミスをチェックし、さらにきちんと遂行しているかを監視し合う現象である。これは相互監視と相互配慮が結びついた独特の水平的人間関係だと大野は説明している。そして1980年代に、この日本の職場に定着していたピアプレッシャーが、欧米の生産ラインの参考として輸出していったという経緯が述べられている。つまり、わが国はフーコー（1975=1977）が述べている垂直監視と大野（2005）が述べている水平監視の両面の文化を有している独特の国であると思われる。本節では、これらの垂直・水平監視が、高齢者にどのような影響を与えているのかについて高齢者の日常生活状況の状況を把握するとともに、現代高齢者において、特に問題となっている孤独死、孤立死に対し、どの様に監視状況が展開されているのかを確認する。

### I-3-① 垂直監視・水平監視と高齢者の行動について

前述したように、私たちは、垂直・水平監視が機能する社会の中で生活している状況がある。まず垂直監視ともいえる国が提示している「病」を回避するための情報をどの様に受け止めているのかについて、いわゆる健康行動を高齢者がどの様に実践しているのかについて述べ、その上で水平監視の機能状態を検討していく。

内閣府（2007）による『第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査』の結果で、「日頃、健康について心がけていること」に対する回答として、「休養や睡眠を十分とる」の割合が最も高く、ほか「規則正しい生活を送る」、「栄養のバランスのとれた食事をする」及び「気持ちを明るく持つ」などの項目が上位を占めていた。前節において述べた国が「病」

を回避するために強調している運動については、「散歩や運動をする」という質問項目で、48.3%の人が実施していると回答していた。この結果から、約半数の人が運動に関心を抱いていることが分かる。また、高比良ら（2004、2005）は、高齢者筋力向上トレーニング事業に参加された高齢者を対象にインタビュー調査を行っている。その中で、「運動を継続する努力を自ら行う」というカテゴリーが抽出されており、意識して運動をしている実態があることがうかがえた。黒岩ら（2007）は、健康で長生きしたいと思うことと地域高齢者の生活習慣・健康行動の関連性を次の様に報告している。健康で長生きしたいと思う人は、食生活に気をつけている。そして睡眠状態は良好で、禁煙運動を行っている。そして健康日本 21 などの健康・体力づくり政策の重要性を認識していたとしている。

この様に高齢者は、程度の差はあるが、垂直監視である国が望んでいる健康に配慮した高齢者として日常生活を送っていると思われる。では、水平監視はどの様になっているのかについて次に述べていく。

辻（1998）は、高齢になった自分自身を「老人」と認識していくようになるには、周囲の人々との相互作用が不可欠であり、老人化が完了するには、そうした人々や社会からの「老人」という解釈・規定・処遇を受けて、自分を老人に思うようになるとしている。堀（1993）によれば、社会的な問題よりも身体的な「体力が落ちた」、「自分の外見が変わった」、「物覚えが悪くなった」などの身体的機能や外見の変化によって老いを感じる場合が多いとしている。しかし、電気カミソリを掃除した時、息子のには黒い毛がいっぱいあった。私のには白いのがいっぱいであった。テレビなどで、自分と同年齢あるいは年下のものの容貌や全体的動作があまりにも老人らしく見えた時、自分の老いを感じた。など、他者との比較によって、自己が高齢者になったことを自覚していることを報告している。黒井（2006：60）は、老年が近づくにつれ、小学校や中学・高校時代などの同窓会が多くなること、そしてその場では、日頃、自分の感じる老いが他人の老いとどう違うかに気がついたり、老いと向き合う姿勢に隔たりを発見したり、あるいはひそかな自信を得たり共感を覚えたりするものであると述べている。

この様に高齢者は、自己の身体的変化によって老いを認識している場合もあるが、他者監視を通じて自己監視を行っている状況がある事が分かる。つまり、集団から外れていないか、他者に迷惑を掛けないようになど、他者との比較の中で自己の状態を監視しているのである。この他者比較というのは、日本は過去に総中流意識の社会と称されたこともあり、ある集団から逸脱することは、ベネディクト（1997：59）が述べたように恥の文化に由来するものかもしれない。この恥の文化であると指摘されたことに作田（1967：13）は、日本の恥の文化について検討を行い、ベネディクトの指摘する様な恥は、日本文化において、そう単純なものではないと反論している。この集団からの逸脱に対し石井（1993：12）は、集団の構成員の大半が共有している特性を正当な規範として設定し、それに適合しない少数者を異分子としてはじき出すという、自己防衛的なメカニズムへと逆行しがちであると述べている。

高齢者は、はじき出すまでもしないかもしれないが、その集団の大半が同じ規範を共有している。また総中流意識の日本人であった現代高齢者は、他者監視による自己監視メカニズムが機能しやすい集団ではないかと思われる。この様なわが国の特徴を考えると垂直監視と水平監視の関係は、次の様な特徴があるのではないかと考える。それは、水平監視

を意識した中で垂直監視が存在しているのではないかと思われる。あくまでも本章で取り上げるのは、病の高齢者ではなく、健常の高齢者一般を対象としているので、病院にかかるなどしていなければ、垂直監視は前節で述べたように情報が一方的に提供されるだけであり、直接的な関与が無い。しかし、水平監視は常に社会との関係の中のものであるため、直接的な関与であり、しかも連続性の中での監視となる。そして垂直監視からの情報を得ている人、得ていない人、得られない人の違いによって、水平監視が様々な形に変化しながら機能していることが想定される。つまり、情報を得ている人が常に優位に監視を展開する事が予想されるのである。そして、この様な状況で展開される監視は、互いの関係によって、相互配慮にも相互監視にも両方向で働く可能性を有しており、水平監視によって互いに自己監視を行う事にも繋がっていると考えられる。

### I-3-② 孤独死、孤立死に対する監視状況

監視社会と高齢者の関係で、具体的な例として考慮しなくてはならないのが、孤独死、孤立死の問題である。この問題について元木（2008：65）は、阪神・淡路大震災後の仮設住宅での独居者の死が社会問題として大きくクローズアップされたことで広く社会に知られるようになったとしている。額田（1999）は、『孤独死』という著書を出版しているが、そこでは、高齢者ばかりではなく、様々な死の状況が描かれている。この孤独死の問題を考える上でも様々な見方がある。一つは道徳的な側面として、誰にも看取られることなく、この世を去ったなどの見方である。また、セーフティーネットの構築の必要性を訴える見方もある、そして死後の遺品回収やその後の賠償、相続などの問題について述べているものもある。ここでは、あくまでも高齢者の孤独死を防止しようとする監視がどの様に活用されているのかを見ていく。

中沢（2008）は、昭和47年（1972年）に全国に先駆けて孤独死対策を行った千葉県松戸市の常盤平団地の状況を紹介している。ここでは、いきいきサロン、安心登録カード、行政との連携などについて述べられている。そして注目すべきは、孤独死予備群と銘打たれた個所である。特に男性について述べられており、奥さんを亡くした後、ゴミの山、料理をしない、酒を飲むなどの状況が描かれている。この様な孤独死に至る特徴として先にあげた額田も①一人暮らしの無職の男性②慢性の疾患を持病としている③年収百万前後の低所得者という3つの特徴をあげている。遺品回収業者である吉田（2008：62-107）も多くの著書を出しているが、孤独死に陥りやすいパターンとして実に15もの例をあげている。

この様に孤独死になりやすい状況が描かれてしまうと、「孤独死＝悪いこと」という図式になりやすいが、上野（2007）は『おひとりさまの老後』という著書の中で、単身の高齢者生活像の有意義性を描きだしている。確かに現在は単身の高齢者が急激に増加してきており、河合（2009：2-3）は、1995年には単身者率が20%を超える都道府県が15であったが、2005年には21に増加していると述べている。だが、単身を望むも望まないも、善いも悪いも、そこには本来、価値的要素は介入しないものと思われる。しかし、現実的には上記で述べたように、孤独になりやすい人として、その要因がリストアップされ、生きがい構築、生活習慣の改善、そして見回りなどが展開されているのである。上述した中沢（2008）の著書を監修した結城（2008：103-119）は、その著書の中で、中沢氏の常盤平団地におい

て見守り活動という夜回りに同行し、生活習慣病についても酒で気を紛らわす、カップラーメン生活、不規則な生活といった傾向で、疾病を招きやすい生活スタイルへ自然になっていくかもしれないと注意を喚起している。

この様に「孤独死」は、様々な見方があるが、高齢単身者に対し、状況把握の夜回りが展開され、生活習慣としてごみの山、食事、飲酒などの問題があげられている。ここにも国が提供している情報が、個々人に届いているか否かは問わず、生活習慣の改善が望まれるという垂直的な監視情報によって、常盤平団地のように高齢者が高齢者を夜回りするという水平的な監視状況が展開され、孤独死問題に対峙していることが分かる。

しかし、この水平的な監視は、純粋に水平ではなく、若干傾きを持った水平状態になっていると思われる。見回るものと見回られるものとは、純粋な水平とは考えられず、水平的な監視を行っている高齢者は、自分の状況を他者を通して見ているのである。このように、本節 1 項で述べたわが国の特徴である垂直監視と水平監視を状況が、実生活上においても展開されている事を確認できた。そして、単身生活者の高齢者は監視されるものとして存在しており、そのリスク要因までも語られている。しかし本来、そこには善い、悪いの価値が存在しないはずであるのに単身者である事が、リスクとして取り扱われ、監視対象となっているのである。

本節では、監視を主題として高齢者の認識、行動を確認し、社会的にも問題視されている孤独死、孤立死の状況に監視が、どの様に展開されているのかについて確認を行った。ここでは垂直監視と水平監視という2方向の監視状況があることを踏まえて述べた。しかし、健全な高齢者にあてはめてみると、これらの監視は、それほど強い監視ではないと思われる。それは、ここで想定した高齢者は、虚弱な状況や障害を有した状況を想定していないためである。したがって、虚弱・障害を有した、いわゆる逸脱した高齢者に対する監視はまた異なる様相を呈してくると思われる。例えば、定期的に医師を受診している高齢者であれば、薬を飲んでいるのか、体調はどうであるのか、また不節制はしていないかなどを問診によって、垂直監視をより身近に感じると思われる。また、その通院行動にも、病院に通っているらしい等の情報から体を心配される事に繋がり、水平監視が強まることも考えられる。したがって、本節で述べた高齢者一般を対象とするよりも、これから本論の主題として取り組む、虚弱・障害を有する高齢者は、これらの監視をより強力に感じながら生活していると考えられる。

#### I-4 現代のわが国の高齢者像について

これまで本題の主題として取り上げる障害を有する、もしくは虚弱な高齢者を検討する前に、わが国の高齢者像について検討を行ってきた。本章では、特に高齢者への社会的要請として、「国」・「社会」が高齢者をどの様に見ているのか、そしてすでに定着している自己責任社会の中で高齢者が不安視している「病」、「経済問題」に焦点を当て、自己責任問題がどの様になっているのかを見た。そして最後に自己責任と深い関係がある監視が、高齢者に、どの様に機能しているのかについて検討を行った。これらの検討によって、現代

の高齢者は次の様な特徴の中で存在しているのではないかと考える。

わが国の急速な高齢化によって生じている社会保障費を抑制するために、1970年代は「弱者」として位置づけられていた高齢者であったが、現代においては、社会保障費を使わない高齢者として存在することを国から望まれている。また、この様な国が望む高齢者像に対し、総中流意識と呼ばれた時代を生きてきた現代高齢者も平均的な高齢者として存在することに重要な価値を有していると思われる。つまり逸脱のない他者の迷惑にならない存在であることを望んでいる。そして、その事を確認するため、水平監視によって他者を通し、自らの状況を監視しているものと思われた。したがって、「病」を有すこと、貧困状況にあることは、明らかに逸脱した高齢者であり、それらの人は、その存在自体が脅かされている状況になっていると考える。

また本章において、「病」が自己責任化されている状況を述べたが、先に示した近藤(2007)は、『検証「健康格差社会」』という著書の中で、貧困と罹患率の関係について触れ、健康格差の問題を訴えている。近藤の示すように、富裕層は病気も無く金銭的な問題も抱えにくいという状況に対し、貧困層は病気を有し金銭的な問題も抱えている可能性が高い状況があるとすれば、ここには格差の問題が厳然と存在している。この格差問題は、本来は自己責任問題を成立させないものである。しかし、国は病も貧困も自己責任の結果として提示しており、貧困はもうすでに結果の表れとして特に対策も講じていない。また、国は格差の問題を是正するよりも、自己責任の問題をクローズアップさせ、健康である事は国民の努力義務として位置づけているのが現状である。

これらから、現在のわが国において望まれる高齢者像は、国から財源確保を求められ、いかに平均よりも劣っていない、他者の迷惑にならない高齢者である事が望まれている。そして、高齢者自身も自己の状況を確認していくために監視というツールを用いて、自己が平均的な存在であるのかを確認している様子が見られている。

これまで、わが国における高齢者像について述べてきた。これから本論で触れていく高齢者は、何らかの「病」を有している高齢者を対象に検討していく。すなわちここで述べた高齢者の不安としてあがっていた「病」を既に有して、生活している人である。この時点で、すでに平均から逸脱した生活であり、他者の監視対象として日常生活が監視され、自己責任を問われている存在である。そこで、次章ではこの監視対象となっている高齢者を支えていく介護保険法、およびリハビリテーションについて検討を行うこととする。



## II 章 介護保険とリハビリテーションに潜む問題

### — 尊厳を守るためのリハビリテーションとは

本章は、本論で中心的に取り上げる 2 つの大きなテーマについて述べていく。一つは、高齢者の生活を支えていくために法制度化された介護保険法である。この介護保険法は、成立当初、介護という誰でも通る問題を社会全体で支えていくシステムとして広く国民に受け入れられた制度である。しかし、介護保険制度は、決して上述した理念的な発想から生まれたものではなく、財政的な問題を支えていくために成立されたものである。その内実を振り返りながら、介護保険自体に孕む問題を明確にしておきたいと考える。

そしてもう一点は、この介護保険財政の破綻を食い止めるためにクローズアップされたリハビリテーションについてである。介護保険の 2005 年改正時に高齢者の「自立」、「尊厳」を守るために予防・維持・向上と現状の介護度を上げないように積極的に講じられた策である。そして、この策によって障害を有する、もしくは虚弱な高齢者は、画一的にリハビリテーションに巻き込まれていくことになっている。しかし、リハビリテーションの効果が、どの様になっているのかについては、あまり明確に述べられていない。そこで、高齢者の生活を維持していくためにリハビリテーションおよび身体機能訓練が、必要不可欠なものなのか、効果はどの程度なのかについて検討を行う。そして本章の最後に、これらを踏まえて、本論の主題として取り組むべき課題を明示していく。

#### II-1 介護保険成立までの背景と 2005 年改正について

本節では、本論の中心的論点の一つである介護保険法について、まず、その成立までの背景とその後の運用状況、そして 2005 年に行われた改正がどの様なものであったのかについて振り返りを行っていく。

##### II-1-① 介護保険成立までの背景について

介護保険法は、1997 年に成立し、2000 年から施行されている。その介護保険法の第 1 条では、

『この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。』（傍点筆者による）

と述べられており、高齢になっても尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営めるように生活支援をしていくことが本法律の大きな目的になると考える。

また、その趣旨について国民衛生の動向 2010/2011 (2010) では、

「急速に高齢化が進行し、寝たきりや認知症の高齢者が増加する一方で核家族化の進展により家族の介護機能の変化が起り、高齢者の介護問題は老後における不安要因の一つである。そして老人福祉と老人介護という異なる制度下で、それまでは対応されており、利用手続きや利用者負担の面で不均衡があり、総合的なサービス利用という面で課題があった。介護保険では、老人福祉と老人医療の両制度の政変と給付と負担の関係が明確な社会保険方式を創設し、利用者の選択による保健・医療・福祉にわたる介護サービスを総合的に利用できるようにしたものである。」

とされており、家族構成の変化による老後の不安解消や制度上の問題を是正するための手段として講じられたと述べられている。

この様に国が示している文面による介護保険法の必要性は、高齢者の急増や家族構成の変化による老後不安解消のための制度であると思われる。しかし、現実には、介護保険が国にとって必要となったのは、これらとは全く異なる財源問題であったと考える。そこで、この様な法律がなぜ必要になったのかという背景について振り返りを行うことから始めていく。まず、国が述べている①高齢者介護の社会的問題の側面、②行政縦割りの問題を確認し、その後現実的な問題であった③財政的側面について検討を行っていく。

まず、介護自体の問題で沖藤 (2010 : 11-12) は、当事者レベルでの介護問題について、老々介護にもタテ老老とヨコ老老という家族内で親子間なのか配偶者間なのか、しかし、いずれも老老の状況であり、それだけでも問題であるのに、同時に実家の父と夫の母等と同時期に複数の介護をしている人も珍しくなくなったとしている。これらから、介護が重度化し、介護者も高齢化し、その期間も長くなり、同時に何人もの介護を行うという「重・高・長・多」という問題を抱えているとしている。櫛 (2006) も介護を要する高齢者の激増、介護期間の長期化等の問題をあげ、それまでの家族介護とは量的にも質的にも変容し、家族崩壊、離職など、様々な悲劇の原因になっていることを述べている。この様な介護の社会的問題について触れているものは多く、烏野 (2002 : 143)、芳賀 (2007 : 279-281)、袖井 (2009 : 94)、武田 (2010 : 58-59) とも同様に介護の社会的問題を解決するために介護保険法は、必要な制度であったとしている。また、介護保険法成立前の社会状況として三栖 (1999) は、家族のあり方などの社会体系の変化によって、多くの人から受け入れられる制度であったことや岡本 (1996 : 145-146) も当時 60-90%の人に賛同が得られていた法律であったと述べている。

老人福祉と老人保健制度の縦割り問題では、棕野 (2008 : 164) は、介護保険法創設の経緯を次のように述べている。高齢者への介護サービスは、老人福祉法による特別養護老人ホーム等への措置と老人保健制度という医療保障のしくみによる、いわゆる老人病院への



入院があり、異なる制度下での異なるサービス提供やその負担率にバランスを欠いていたため、介護保険制度により、独立した1つの制度の中で行われるようになったとしている。袖井（2009：90-91）も、また同様に制度の縦割り問題について述べている。

最後に政府見解では明確に述べられていないが、財政的側面について述べる。岡本（1996：140）は、先進国の少子高齢化状況によって、親の面倒をみるために労働力が減少していく状況について述べ、これは経済成長に悪影響を与えるため、労働力として女性が働きやすい状況を作り出す必要があったとしている。この女性が働き手として社会進出することで2000年当時のGDPを約0.2%押し上げることが可能であるとし、金額として約1兆円の経済効果があるとしている。また、この様な高齢化に対する経済的な視点での検討は、1960年代からスタートしているとも述べられている。渡辺（1999）は、社会福祉事業の老人介護問題に絞って考えると、それが社会的及び政治的に問題視されるようになったのは、1980年代に入ってからであったとしている。それまでは、高齢者人口が総人口の10%に満たない割合であり、経済成長のおかげで、公的保険資金が潤沢にあり、高齢者の在宅介護は主に嫁や娘の女性家族の労働力に任せていた。しかし、バブル経済が崩壊し、医療保険や年金保険の破綻が現実のものとして見えてきた事で問題視されることになったとしている。栗木（2000）は、1970年代後半から医療費の赤字問題が老人医療費をめぐって発生していることを述べ、その原因の一つと言われたのが高齢者の「社会的入院」であったと述べている。また、医療保険の赤字問題によって、介護保険が登場する一つの背景となったことは周知のところであるとしている。日本理学療法士協会（1995）でも介護ニーズは、老人医療がカバーしてきた経緯があるとし、その一つに「社会的入院」をあげ、医療保険のあり方の観点からも見直しが必要であるとしている。特にバブルがはじけた後の日本経済の中で医療費増大は、問題視されたと指摘している。この様な状況を見ると介護保険は、医療費増大に対する策として制定されたことになる。林（2004）や知野（2007）は、2000年度の高齢者医療費の公費負担額が、共に税収に対し比率が低下した事実を述べており、介護保険導入によって、財政的に一定程度の効果が見られたと考える。

介護保険導入には、以上の要因があることが述べられていたが、つまるところ、やはり財政的な問題からスタートしていたのではないかと思われる。この介護保険関係にまつわる話題があげられたのは、宮下（1998）によれば、1994年に厚生省「高齢者介護・自立システム研究会」が、社会保険方式による公的介護保険を創設することを目的にした報告書を同省の高齢者介護対策本部に提出した事が始まりになる。その報告書の柱は、（1）被保険者、受給者は基本的に65歳以上の高齢者とし、現役世代からも保険料を徴収する。（2）高齢者自身が介護サービスを選択し、サービス提供機関と契約することを原則とする。（3）介護サービスは医療、福祉の縦割りの仕組みを統合し、一元化の方向を目指す。（4）ケア担当者が高齢者や家族を支援する「ケアマネージメント」の仕組みを創設する。という4つの柱が提示されたとしている。確かに岡本（1996：139-140）が述べているように労働力人口の有効活用（女性の就業）による経済成長率の担保も重要な視点であるが、それよりもバブルがはじけ、税収もままならなくなっていた時期に、高齢者医療費がさらに伸びていく状況に歯止めをかける必要があったと思われる、先にあげた4つの柱の最初に保険料の

徴収が記述されていることから分かる。さらに上記でも述べたが、いわゆる治療の必要が無い「社会的入院」を減らし、医療費増大を食い止める必要があった。そして、社会的入院を社会保障として措置制度で対応していけば、税負担になってしまうために社会保険方式として広く国民から保険料を徴収するシステムを選択したと考える。したがって、1994年当時の報告書の柱として述べられている（2）の高齢者自身が介護サービスを選択し、サービス提供機関と契約することが原則にされていると思われる。これは、措置制度ではないことを強調するために必要な項目であったと考える。さらに、保険料を現役世代からも徴収することになったのは、より広く財源を求めてのものである。本来ならば、保険制度であれば保険を使う人たちで制度を成立させていけばよいと考えるが、広く財源を求めて40歳以上の現役世代からの徴収となっている。ちなみにこの対応として、特定疾患が設定されている。この特定疾患は、高齢になることで罹患率の高くなる疾病であり、特定された疾病に罹患すれば、第2号被保険者として介護保険が利用できる仕組みになっている。

この様に介護に関する多くの社会的問題があったとはいえ、国が問題視してきたのは、財政的な問題であり、それをクリアしていくために介護保険法は、必要な法律であったと考える。また、財政というホンネを日本の家族構成変化に後押しされ、介護問題という社会的にも同意の得られやすいタテマエが上手く浸透していった法律であったと考える。

## II-1-② 介護保険施行後の問題と2005年改正について

これまで述べてきたように介護保険法は、増大する高齢者の医療費を抑制していくための手段であった。特に「社会的入院」という医療的処置の必要性が低い人々を入院管理料のかかる入院という形態から「在宅」へ戻す、「自立」した生活へ、もしくは通院治療が可能になるように、それまで医療費として支出されていたものを新たな仕組みとして社会保険方式である介護保険を導入し、医療費抑制を狙ったものである。しかし、虚弱な高齢者を在宅へ戻すということになれば、生活そのものが不安定となることは容易に想定される。したがって、その点については、介護保険サービスで支えていくということになる。介護保険成立前までは、社会生活が不安定であれば社会福祉の観点から措置という形で支援していた。しかし、措置であれば税で賄わなくてはならないため、多くの高齢者に措置を行うことは、元々の目的であった財政出動の抑制が困難になってしまう。したがって、措置ではなく、社会保険方式として介護保険を導入し、契約システムを採用している。この契約システムは、介護が必要な高齢者が、自らサービスを選択することが可能になるという介護保険の目玉的存在でもあった。また、介護保険法施行と同時に規制緩和も行われ、営利団体が介護市場に参入しやすい状況が作られていった。堀田（2009）は、この民間参入について、介護を必要とする高齢者の多様なニーズに見合ったサービスや選択権を保証するといった理念と公的サービスを拡大するよりも市場にコスト削減力を期待する立場の利害関心が合流したところに民間参入は成立したとしている。この介護市場は「準市場」とされ、財源確保は行政が行い、実際のサービスは民間に委託する形態をとったとしている。樫（2006）も同様のことを述べており、それまでの措置制度では介護サービスの量が絶対的に不足しており、このサービス不足を解消するため、介護サービス提供事業について大幅な規制緩和を行い、民間セクターの参入と競争により、介護サービスの質と量を飛

躍的に向上させようとしたと述べている。ここにも財政がらみの問題が見られている。そして、実際に介護保険法施行後に営利団体が経営母体の事業所が数を伸ばしていると木幡（2005）は述べ、不適切な事業所を多く輩出させ、指定事業所の取り消しも相次いでいると述べている。不適切事業者に関しては、コムスン問題が大きく取り上げられ、大澤（2010）は、不適切事業者の処分は当然であるが、コムスンの様な大きな経営母体を連座制で処分していくことは、利用者が突然サービスを利用できなくなる可能性もあり、利用者の生存権の問題も孕んでいる複雑な問題であることを指摘している。

一見、規制緩和により介護市場に多くの事業所が参入し、その中から高齢者自身が選択できるということは、高齢者への大きなメリットのように見える。しかし、先に述べたようにコムスン問題など事業所そのものに問題を孕んでいる場合も少なくない。（このコムスン問題については、2008年に介護サービス事業者の不正事案を防止するために改正されている：財団法人厚生統計協会（2010）国民衛生の動向 2010/2011）

このように社会的入院の解消、新たな社会保険システムにより措置ではなく契約システムを導入し、そして多くの営利団体が介護市場に参入するという状況を作った介護保険であるが、実際に運営していくと、当初は医療保険を存続させていくためにスタートしたが、介護保険そのものが破たんの恐れにさらされることになる。

これまで述べてきたように介護保険法は、元来、増大する医療費を抑制するために始まったものであった。しかし、2000年4月から介護保険が運用されていくと、運用が進むごとに国の見通しよりも多くの財源が必要になり、2005年の改正へとつながって行くのである。そこで、この2005年の改正前の状況について振り返りを行う。

国民衛生の動向 2010/2011（2010）では、2005年の改正について次の3点が要点であると記している。

- ①制度の持続可能性の観点から思い切った見直しを行うこと
- ②高齢者が出来る限り健康で活動的な生活を送るために「明るく活力ある超高齢化社会」を構築すること
- ③介護、年金医療などの各制度間の機能分担を明確化するとともに相互の調整を進める「社会保障の総合化」を進めていくこと

以上の3点が要点として述べられている。また、全国社会福祉協議会（2005）から出されている『社会福祉関係施策資料集 24』で述べられている改正の趣旨では、

『高齢化の一層の進展など社会経済情勢の変化に対応した持続可能な介護保険制度を構築するとともに、(中略) 予防給付の見直し等、介護保険給付の効率化及び重点化、地域密着サービスの創設など新たなサービス類型の創設（中略）、制度運営の見直し等の措置を講ずるものとする』

となっており、国民衛生の動向、社会福祉関係施策集のどちらからも「持続可能性」という財政的な側面が強調されている。

この財政的な側面について森（2008）は、2005年の介護保険改正について制度導入時の2000年と4年後の2004年の状況を比較し次のように述べている。2000年の第一号保険者は2242万人で2004年は2511万人と12%の増であるのに対し、要介護認定者数は256万人から409万人と60%増となっており、さらに介護度別にみると軽度者（要支援・要介護1）が102万人から200万人と96%増となっている。つまり、中度者、重度者はその間に減少傾向にあるのに対し、軽度者は著しい増加状況になったとしている。このような増加現象は、やはり財源の問題を引き起こすこととなる。

石橋（2005）は、この財源問題を次のように述べている。家族による介護ではなく社会的なサービスへという目的を持って登場した介護保険法は、実施当初は、周知度の問題もあってか、要介護・要支援状態にあっても、サービスを利用しない人や給付限度額いっぱいまでサービスを利用する人が少なかったこともあって、介護保険財政の1年目は黒字で迎えることになった。しかし、2003年を迎えると市町村が、最初は政治的な配慮もあって、保険料負担を低く抑えがちであったことや、その後、要介護・要支援認定者が急激に増加したこと、介護保険の認知度が高まってサービスの利用が促進されたことなどの理由から、介護保険財政は年々悪化の一途をたどり、2004年度に介護保険財政が赤字に陥った市町村は、広域連合も含め全国で209団体となっていることを述べている。各務（2010）も厚生労働白書を中心に2005年の改正と予防重視型システムに注目した論文の中で、2000年の厚生労働白書では、高齢者の各年齢階層において、要介護率や寝たきり率は横ばい、または若干下がってきている傾向もみられると述べ、介護保険制度に対する期待感を表していた。しかし、2003年度版になると、サービスの利用状況の伸びに対する言及があり、制度施行後5年目を目途にした介護の保険制度の見直しにあたり「介護サービス量の増大やそれに伴う費用の増大への対応が課題である」と介護保険に対する国のスタンスが期待から持続させなくてはならないシステムへと変化していることを指摘している。さらに各務は、この時期に増田が介護予防という言葉が出したことも述べている。

つまり、当初考えていた利用者数を超え、さらに増加していく状況が想定されたため2005年の改正は、介護保険を持続可能な社会保険としていくために必要になったと思われる。しかし、この当初の見通しが既に甘かったのではないだろうか、渡辺（1999）は、介護保険施行前に既に次の様なことを述べている。公的介護保険は介護需要を助長する制度になる恐れがあるとし、保険料を払い続けてきたのだから、少しでも重度の認定を受け、手厚い在宅サービスを受けたいと考えるのが人間の情であると述べている。この様な考えは当然であり、利用者の権利意識を芽生えさせていくことになったと考える。そこに営利団体の参入があり、渡辺（1999）が述べている様な権利意識のもとに利用者が介護サービスを利用すれば、事業所間の競争はさらに激しいものになり、介護保険成立前であれば、支援を必要としていなかった人たちに対し、事業所によるニードの掘り起こしが起ったものと思われる。事実、柳原ら（2004）は、1割負担で使えるお手伝いサービスだから申請が伸び続けるとし、訪問介護を利用している場合、メニューの80%以上が生活援助中心型であることを報告している。この様に軽度者の要介護認定が増大し、さらにサービス利用にもつながったことが、介護保険財政を圧迫していったと考える。

また、激しい競争状況の中では、企業はより利潤追求型の介護を目指していかなくてはならなくなったと考える。それが、石橋（2005）が指摘しているようにケアマネージャー

の不祥事が多発し、コムスン問題をはじめとする不正請求問題につながったと思われる。さらに、木幡（2005）が報告しているように、急膨張した事業所が人材育成を十分に出来なかった事によって、高齢者虐待死問題など数々の問題を創り上げる土壌が出来てしまったと考える。

この様な状況によって、2005年に財政抑制を考えなくてはならなくなり、改正につながっていったのではないかと推測する。そして、この財政を抑制していくため、改正でもっとも大きなポイントになったのが、介護という視点から予防という見方に傾倒していった点である。この介護予防の導入は小坂（2006）、堤（2007）らを含め、多くの論者が改正の大きなポイントであったとしている。次項では、この改正によって具体的に介護保険の運用がどの様に変化していったのかについてまとめていきたい。

## II-1-③ 2005年改正による運用の変更

2005年の改正は、先に述べたように介護保険を持続可能な社会保険として定着させていくために財政的な立て直しを計ることが主な目的であった。財団法人厚生統計協会（2010）の国民福祉の動向 2010/2011の中で、その一つの方法として、予防重視型システムへの転換があげられている。そこでは開始から5年間の間で軽度者の増加が著しいとし、これらのものに対する保険給付について、介護保険の基本理念である自立支援を徹底するとしている。また、サービス内容は生活機能の維持向上を重視し、既存の訪問介護などについて内容・提供方法・提供期間などの見直しを行ったとされている。その上で、効果が明確な運動器の機能向上や栄養改善等について既存サービスにプログラムの一環として取り入れ、マネジメント体制においても一貫性・連続性のある介護予防マネジメント体制の確立が行われている。

この改正の注目すべき点は、軽度者の増加に対し、介護保険の基本理念として「自立支援を徹底する」ことと、国民衛生・国民福祉の動向には明記されていないが、森（2008）や沖藤（2010：18）が指摘しているように「尊厳」の保持が法律の中に文言として盛り込まれたことである。さらに、予防という観点から、運動器の機能向上と栄養改善については、効果が明確であるとされたことである。そこで、軽度者の増加に対し、どの様に制度設計を変化させていったのか、また、効果が明確とされた運動器、栄養改善は、なぜそのような扱われ方をしていったのかについてまとめる。

まず、軽度の要介護認定者の増加は、前項でも述べたように渡辺（1999）が介護保険施行前に既に予測をしている。また、柳原ら（2004）も家事援助のありかたについて指摘をしているが、利用者が増えるということは、それまでの家族単位で面倒を見ていた高齢者介護を国民全体で支えるという体制が受け入れられる証と言えるとしている。しかし、この様な見方を国はしておらず、財源の問題から、これら軽度者に対するサービス展開を変更していった。この時の最も大きな混乱の一つとなった生活援助を中心にここでは述べていきたい。

その混乱状況であるが、東京都世田谷区保健福祉部から平成20年10月に発行されてい

る同居家族のいる利用者の生活援助事例集をみると、平成 18 年の改正により、今後の介護サービスの多様化や拡大に対応するため、介護費用やサービス利用の実態から見て問題となるケースとして訪問介護における生活援助も給付の見直しの一つとして取り上げられたとしている。そして、この事例集が作られた目的を次のように述べている。

生活援助は、原則として、利用者が一人暮らしか、同居の家族等が障害や疾病のため家事を行うことが困難な場合に給付されます。このため、介護者が就労しているいわゆる日中独居の要介護者に対して生活援助サービスが制限される事例が多く見られました。

世田谷区では、当初から単に同居者がいることのみを持って生活援助サービスが利用できないものではない旨を周知してきましたが、現実には、同居者がいるために生活援助サービスが受けられないなどの苦情が多く寄せられました。

こうした生活援助サービスの状況を踏まえ、ケアプラン作成の実務に参考となる事例集を作成することとしました。

となっている。つまり、これまでは、気軽に家事援助を依頼することが出来ていたものが出来なくなったのが、2005 年の改正である、そして施行 1 年後にこの事例集が発行されている。この様な混乱は長期にわたり、最終的には厚生労働省老健局振興課長名で、平成 21 年 12 月 25 日に各都道府県介護保険主管課長あてに、同居家族がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取り扱いについて（老振発 1224 第 1 号）と各種サービス業者へ「同居家族がいる＝生活援助が使えないということではない」旨を周知徹底するように文書を出している。

つまり、2006 年に施行された改正が 2009 年まで、混乱を引き起こしたのである。この様に長期間にわたり、その運用に混乱を来たしたのである。そして、その原因は、同居家族がいる場合に生活援助が受けにくい状況を 2005 年の改正で制定したために起ったものである。

沖藤（2010：29）は、介護保険施行後、ホームヘルプサービスの利用者の割合は介護保険利用者の全体からみると低いものの急増したことに触れ、いかに多くの家族や高齢者が介護の専門職の目と手を待っていたか、如実に示しているものとしている。しかし、生活援助を多く利用する軽度者に、介護認定の重度化が見られるというデータの影響もあり、同居家族のいる世帯には、「生活援助」での訪問は行わない、しかし、「身体介護」であるならば、出来るところは利用者自身で行い、出来ないところを援助・支援していくサービスへとその介入のあり方に変化を与えたとしている。これは、「軽度者が多く利用する家事援助に問題がある。介護保険の目的である自立を阻害している。」とした専門家らの意見によって、生活援助が狙われてしまったとしている。この「身体介護」とは、社会保険研究所（2009）『平成 21 年度 5 月版の介護保険制度の解説』によれば、利用者の身体に直接接触して行う介助等と日常生活に必要な機能の向上等のための介助・専門的な援助とされている。つまり、当事者が参加しなくてはならない状況であり、「ホームヘルパーと一緒にするサービス」となる。

この改正に批判的である沖藤（2010：42-43）も次の 2 点については、生活援助の利用者

の問題をあげている。実際に軽度者が無駄に介護保険を使ったということ、もう一つは、過剰にサービスを組み込んだケアプランも現実として見られていたとしている。しかし、それまでの生活援助（家事援助）は、田中（2005）が、業務変遷で述べているように 1956 年に長野県ではじまった訪問介護がスタートであり、そこでの援助内容は、家事援助が明確にされており、要介護老人、身体障害者の「世帯」における家事援助であったとされている。しかし、介護保険では、財源不足から世帯への介入は無駄遣いとされ、改正によって、家族と同居している人は、家事援助が受けられなくなり、家事にかかわる介護は、すべて身体介護としての援助となった。序で示した沖藤の例もこれと同様の状況であったと考える。ちなみに、このような状況を作りながら、家事援助サービスの利用制限によって、512 億円の削減につながったと沖藤（2010：65-66）は述べている。

石橋ら（2005）らは、予防重視型システムへの転換の理由として次のようなものをあげている。熊本県植木町の 2003 年のサービス利用者のうち要支援と要介護 1 を合わせると 51.2%と半分以上が占めており、軽度者の大幅な増加が目立っているとしている。しかし、こうした軽度者に対する介護保険サービスの内容は、要介護度の改善率が低く、必ずしも十分な予防効果を発揮していないという点が指摘されてきた。こうした者の多くは「廃用症候群モデル」に該当するとされている。廃用症候群または生活不活発病とは、心身の不使用が招く様々な機能低下を指し、こうした人々に対しては、過度の安静で何でもしてあげるサービスは、かえって本人の残存能力の活用を妨げる結果になるといわれている。その対応として要支援をⅠ・Ⅱと分類し直し、要支援者に対しては、筋力予防トレーニング、歯磨きや義歯調整などの口腔ケア、栄養改善指導などを含む新たな予防給付を創設したとしている。

これまで述べてきたように、生活援助サービスは軽度者が多く利用し、さらにそれらの軽度者の介護度が悪化したことによって、気楽に生活援助が受けられない状況になったことが分かる。また、介護度の悪化は、介護保険の自立支援という目的を達成していないとして、財源問題を隠蔽し、表向きに改正を行ったのである。しかし、大場（2005）は、このような流れに対し疑問を提示し、介護が生活機能を低下させたというのは作為データであるとしている。それは厚生労働省が根拠としているのは、日医総研・川越研究の「要介護 1・2 の方は介護利用によって改善・維持率が低い」との結果が元になっているとしている。しかし、これは居宅と施設の利用者を混在させて出したデータであり、家事援助サービスの対象である在宅介護利用者だけみると改善・維持されているとしている。したがって、この考えは作為的判断でしかないとしている。同じくこの日医総研・川越研究に対し、沖藤（2010：41）も疑問を次の様に提示している。この研究は、松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者を対象に分析されたものであるとし、限定された地域のデータであること、シンポジウムにて追試が行われるのかと沖藤が質問したことに、当時の厚生労働省老健局長は、追試を行うと述べていたが、その結果は不敏にして知らないと記している。袖井（2009：88）も、これらの人と同様に本当に悪化するのかという疑問を提示している。

また、この改正のポイントである予防給付について堤（2007）は、介護予防重視型システムへの転換が改正法の第 1 眼目であるとし、それまでの介護サービスに「介護予防」の語を付した新しいメニューが合計 16 も追加されたが、実態のないサービスメニューの追加であると批判している。例えば、訪問入浴介護と介護予防訪問入浴介護とはどこが違うの

かなどである。介護予防の名が付されている方に報酬額が低く設定されていることをみると、結局財源の問題としか読み取れないとしている。

これらから見ると、財源支出を抑えるために、予防重視型システムを導入し、さらにこれまで使えていたサービスを利用しにくい状況にさせ、翌年の給付額として 512 億円の財政出動抑制に成功した形になっている。つまり、介護保険を出来るだけ使わず、出来るところは出来るだけ自分でやり、出来ないところだけを介護保険で利用せよと、介護保険を気軽に利用するなというのである。上記に示したように介護保険に依存しすぎた人たちが全くいなかったわけではない。しかし、生活を維持させることに問題を来たしてしまった人も多く存在している。先に示した生活援助の様な混乱状況になったのは、人間の生活を画一的に判断し、サービスを使えなくさせてしまうということに問題があったと考える。つまり、同居していれば等の判断基準の導入である。国も近年の家族構成の変化は理解していたはずであるが、財源を気にするあまり、被保険者がどの様な形での同居であるのかを直視できず、改正に踏み切った結果の表れと思われる。そして財源を維持させていくために介護保険の理念として自立生活を改めて取りあげ、出来なくなることを予防せよという予防重視型のシステムが導入されていったと考える。

この予防重視型システムを実現させるために身体機能に関するものとして、運動器の機能改善が筋力トレーニング・そして全身の体力維持が欠かせないものになり、栄養改善も同様に有効なものとして位置づけられた。実際に高齢者への筋力トレーニングについては、この 2005 年の改正前後で数多くの実践研究が行われ、市町村レベルの自治体においても特定高齢者への事業として展開されている。筋力トレーニングについては、転倒・骨折予防が中心であった。つまり、転倒は筋力不足が大きな原因と位置づけられたためと考える。これは、筋力不足⇒転倒⇒骨折⇒不活動⇒介護度悪化⇒介護保険サービス利用という流れを食い止める、その第一段階である転倒を予防するための介入として筋力トレーニングが導入されたのである。特に高齢者であっても、筋力は改善するという先行研究が数多く見られており、膝の伸展筋、足関節の筋力、腰部の筋力など、さまざまな箇所の筋力と転倒の関係性が示されている。

また、栄養改善も同様であり、食事が取れない⇒低栄養⇒体力低下⇒活動性低下⇒介護度悪化という流れであり、これも全身的な管理によって介護度を悪化させないという、一つの大きな流れであり、栄養が取れる＝介護度が悪化しない、体力が維持されるという図式が効果として認められたためである。また、低栄養が転倒の原因の一つともされている。したがって、筋力トレーニングと栄養改善というのは、現状を少なくとも悪化させないための方策として望まれたものであり、そこに介護保険サービスとしてサービス加算がくわえられていったものと思われる。(この予防重視型システムの中で注目されたりハビリテーションについては、3 節の中であらためて検討を行う)

これまでの流れを振り返ると 2005 年の介護保険改正のポイントは、次の様にまとめられると考える。この改正は、軽度の介護度を示す人たちが、予想をはるかに上回る形で、家事援助サービスなどを利用したため介護保険財政が悪化し、持続可能な保険として運用し



ていくことが困難であると見通しが立てられたところから始まっている。そして、それらの軽度の介護度の人たちが、介護保険サービスを利用しても徐々に介護度が悪化している状況があるとされ、「予防重視型システム」の導入が行われることになった。同時に軽度者が、これまで活用していた家事援助サービスは、切り捨てられ、あくまでも予防のための介護保険であることを印象付けていく政府の姿勢も見られている。厚生労働省老健局保健課課長補佐であった神ノ田（2005）は、この当時の新予防給付に対して「軽度者のサービスの切り捨て、介護保険の給付額を抑制しようとしているのではないか」との批判があることを承知したうえで、あくまでも廃用症候群の原因になり得る不適切な介護サービスの是正を図るものであり、軽度者のサービスを切り捨てるものではないと述べている。この様に、あくまでも高齢者の状況を悪化させないためのサービスであることを強調している。しかし、現実的にこの様な流れを考えていくと、これらの対応は介護保険財政の危機的状況に歯止めをかけるため、予防という言葉を用い、筋力トレーニングというリハビリテーションや栄養改善を謳い、同時に家事援助サービスの切り捨てを行ったと言われても仕方がない状況である。しかし、国は、そうではない事を主張するために「尊厳」という言葉を改正時に持ち出したものと思われる。つまり介護保険財政を抑制していくためには、高齢者の「尊厳」を守るための介護保険であることを示し、その為に予防が重要となり、軽度者が利用している家事援助を切り捨てることになった、切り捨てなければならなかったという流れではないかと思われる。同時に予防という言葉を用い、介護保険サービスを利用する確率が高い人、もしくは現状で介護保険サービスを利用しているが、さらに介護度が悪化する可能性のある高齢者に対し、リハビリテーションが推し進められていく形になったものと思われる。

しかし、介護保険法は、これまで述べてきた運用面の問題だけでなく、制度自体の問題も指摘されている。特に、「尊厳」と「自立」の考え方の問題や介護保険の保険である所以である「対象者の選択」が担保されているのかなどの問題についてである。次節では、この時の改正によって指摘されている「尊厳」や「自立」の問題がどの様に扱われているのかについて検討を行う。

## II-2 2005年の介護保険改正で強調された「自立」、「尊厳」について

前節まで述べてきたように介護保険成立から2005年の改正を概観したが、その内容は財政出動を常に気にしながら制度設計を国が模索していた状況であった。そして、持続可能な制度として存続させていくために、予防という形の制度設計に舵を切ることになっていった。この一連の流れの中で考えなくてはならないことは、自立が強調され尊厳という言葉が法として付け加えられたことである。介護保険法の中でジリツは、自立と明記されているが、自律という言葉もあり、尊厳ということ考えると自立よりも、むしろ自律が優先されるべきではないかという指摘もある。しかし、国が考える高齢者の尊厳は、「自立＝尊厳を守る」という形になっている。だが、これでは膠原病をはじめとする原因不明の進行性疾患や生まれながらの先天性疾患、寝たきりなどの重度な障害を有する高齢者の尊厳は、保持されないことになる。あくまで「自立」を強調するならば、これらの人もリハビリテーションを行い、少しでも「自立せよ」と進行性疾患の患者に対し「病」の進行を食

い止めよというメッセージを送ることになる。さらに進行を食い止めることが出来ないのであれば、論理的には尊厳は保持されないことになる。だが、進行性疾患である以上「病」の進行を食い止めることは現実的に難しい。

この様な事を考えると介護保険において尊厳と自立がどの様に扱われているのかによって、サービスの受け手のあり方や、提供者側のあり方も変化してくるものと考ええる。

そこで本節では、①介護保険において「自立」がどの様に扱われているのか②また、この「自立」は「尊厳」を保持するために必要なものであるのかを検討していくこととする。

## II-2-① 介護保険法における「自立」について

あらためて、介護保険サービスの原則の一部を見て見ることとする。

介護保険サービスの原則（法 1-2 条）

・・・・・・・・・・介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように・・・・・・・・・・

（下線筆者による）

となっている。また、社会保険研究所で発行している介護保険制度の解説—21 年度 5 月版を見ると

介護保険サービスは、要介護状態・要支援状態の軽減・悪化の防止に役立つように、また、医療との連携に十分配慮して行われます。心身の状況や環境等に応じ、本人の選択に基づいた適切な保健医療サービス、福祉サービスが、多様な事業者・施設から総合的かつ効率的に提供される仕組みです。その内容と水準は要介護状態となった場合も、出来る限り自分の住まいで、能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう設定されています。

となっている。これらから要介護認定を受けた高齢者は、能力に応じた自立した生活を営めるように介護保険サービスを利用できることになる。しかし、介護保険法 4 条では、国民の努力と義務として次のようなものが設定されている。

国民の努力と義務（法 4 条）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴う心身の変化を自覚し、常に健康の保持増進に努めます。そして、要介護状態となった場合でも、進んでリハビリテーション等の適切な保健医療サービス・福祉サービスを利用することで、自分が持っている能力の維持向上に努めていきます。

この国民の努力と義務を見ていくと、加齢に伴う心身の変化に対し、進んでリハビリテーションを受けなくてはならないことになる。つまり、現在の身体機能を低下させないようにしていかななくてはならなくなる。先の能力に応じた自立した生活とこの国民の努力と義

務を見ると、リハビリテーションを行い出来るだけ自分のことは自分で行うことが重要になる。しかし、先にも触れたが、この様な事が難しい膠原病や重度の片麻痺、進行性、先天性疾患患者は、尊厳も自立も成立しないものになる。ここに自立概念の問題が潜んでいると考える。すなわち、「自立＝尊厳を守る」という条件が設定されており、自分のことを自分で行うことが尊厳を守るということになるのであれば、重度の寝たきりの人の尊厳は存在しない。そこで、まず我が国で扱われている自立についての概念を整理していきたいと考える。

立岩（2008）は、例えば頭さえ働くなれば、後は他人にやってもらってよいのだという教えに変換されることもあり、実際それこそが「自立」なのだ主張されえもしたという欧米の考え方を述べ、自立概念の転換であるとしている。しかし、日本の研究者はそのことについて、そのような状況があることを知っていても、述べていないと指摘し、痛烈に批判している。この立岩（2008）が述べているような自立の在り方が、介護保険で重視している自主選択の重要性にも繋がると考える。また、この自主選択を守ることが、尊厳を考慮した介護保険の在り方になると考える。しかし、それをなかなか赦さない状況を作り出しているのが現在の介護保険の運用状況である。この様な介護保険における「自立」の問題を提起している研究者は他にもいる。

大西（2002）は、新ゴールドプランが立脚するべき視点の一つとして「高齢者の残存能力を活かしつつ、可能な限り在宅で自立した生活が送れるよう高齢者を支援していくサービスの提供」があげられているとしている。これらにいう「残存能力」という表現は、デンマークの「高齢者福祉三原則」の一つである「残存能力の活用」に由来していると述べている。そして、デンマークの残存能力の活用に相当する残存能力の活性化について、次の様に説明している。

・・・・・・・・過剰なケアをやめて残っている能力を使い切ることによって可能な限り自立生活を目指すというものです・・・・・・・・（下線筆者による）

大西は、介護保険の自立支援の意味をこの「残存能力の活用」ととらえているが、多くの論者は「自立支援」をデンマークの高齢者福祉の他の原則の一つである「自己決定の尊重」ととらえていると指摘している。筆者も大西の意見に同意する。それは、沖藤（2010）の事例は、この能力を使い切ることによって栄養失調を来たしているからである。

また、自己決定の尊重については、後に述べるが介護保険においては、介護保険のサービスメニューの中から選択するという極めて限定された中での自己決定であり、その時点ですでに、大きな問題を抱えていると言わざるを得ない。また、ここで大西は、自立の前提は自己決定であるということを述べている。つまり、自分が何をしたいのかを決定するのは自分である。寝たきり高齢者は心の中で自己決定が出来る。心身の障害があっても、他者の支援を借りて「自己決定」を実現させることはできるとの見解を述べている。これは、立岩（2008）が問題として述べているものとはほぼ同意と考える。

また、そもそも「自立の定義」とは、という観点から広庭（2007）は、障害者自立支援法との関係で法令を概観しながら自立について整理をしていく必要性を主張している。目指す社会の像として、障害の有無にかかわらず、人格と個性を尊重し、障害者が、地域社

会にて自立した日常生活または社会生活の実現にあるとしている。しかし広庭（2007）は、そもそも法令では、自立の定義が無く、多様な職種がケアマネジメントに加わることで、障害者の自立について解釈がより多様化するため、自立とは何か整理する必要があるとしている（傍点筆者による）。

広庭が提示しているように、この「自立」の定義について、吉田（2008）らは、ジリツには、「自立」と「自律」があるのではないかとしている。また、長谷川（2008）は、尊厳のある自立支援には自立の概念規定が必要であるとし、本人の決定に基づく生活は「自立/自律」とし、ADL等が出来るのは「自力」にした方が良いのではないかなどの提言も見られている。

最後に自立と自己責任の関係について中村（2010）が述べているものを見る。そこでは、自立は「格差」を合理化するために持ち出される概念であるとしている。こうした「自立」は、新自由主義的「構造改革」の提言・政策として日本の社会に持ち込まれたとして次の様な提言を引用している。

- ①日経連・経団連「高齢者医療制度改革に関する基本的考え方（2001）」・・・「混合医療の導入や民間医療保険の活用による、国民の「自立・自助・自己責任」が定着するインフラ作りを提唱
- ②経済同友会憲法問題調査会意見書「自立した個人、自立した国たるために（2001）」・・・お上からの押しつけでもなく、私的な利害追求の寄せ集めでもない、自立した個人を主体とする社会秩序」確立
- ③ホームレスの自立の支援等に関する特別処置法（2002）・・・国および地方公共団体の施策を活用することなどにより」ホームレスは「自らの自立に努めるものとする」と一時滞在施設の入所「自立」条件を課す。

などのいくつかの提言に触れ、これらの自立とは、公的な福祉サービスに依存しないで、身近のことが自分で出来ること、そして、就労により経済的に自活することの意味に限定された自立論であると述べている。その結果、公的福祉による支援を必要とする人々、とくに高齢者や障害者に対して負担能力を超えた自立を強制する自立論になっているという現状を指摘している。これは、現在の我が国の社会システムのあり方から自立が強制され、個人の能力では解決できない問題があるとしている。

この様に多くの論者によって、「自立」の問題が述べられている。これらから、介護保険法における「自立」とは、出来るだけ人の手を借りないことが重要であり、社会システムの状況からも立岩の述べているような自立が存在していないのが、現在の我が国の状況である。もし、そうでなければ、介護保険法4条の国民の努力と義務の様なものは、設定されるはずが無いからである。したがって、我が国で考えられているのは、「自立＝尊厳を守る」という形になっており、筆者が提示した様々な進行性疾患や重症疾患の患者は、考慮されていないのが現状である。そこで事項では、尊厳を守るためには、自立が必要であるのかについて検討していくこととする。

## II-2-② 介護保険における「ジリツ」と「尊厳」について

ここでは、2つの「ジリツ」を扱うことになる。一つは介護保険法の中で多く用いられている自立である。そしてもう一つは、「尊厳」との関係の中で多く用いられる自律である。前者は、主に他者に依存せずに行為を為すことを指し independence、後者は主に自分で自分の行動を決定することを指す autonomy である。そのことを前置きし、介護保険で用いられている尊厳の性質を考えていくこととする。

介護保険法の中で「尊厳」という言葉は、2005年の改正にあたり、新たに加えられた言葉である。現在、厚生労働省で発表している2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～の中でも大きく取り上げられ、その方策が述べられている。そこでは尊厳保持するために次の様に述べられている。

介護保険は、高齢者が介護を必要とすることとなっても、自分の持てる力を活用して自立して生活することを支援する自立支援を目指すものであるが、その根底にあるのは「尊厳の保持」である。

としている。このように、「尊厳」の保持のために「自立」があるということを述べているのである。しかし、この状況では「自立」が困難な重度な障害者は、「尊厳」を保持することは困難になる。厚労省が提示しているのは、前項で大西（2002）が述べていたような、過剰なケアをやめて残っている能力を使い切ることによって成立する自立生活であり、また立岩（2008）が述べていたような、概念の転換が無い、自立生活なのである。

しかし、「尊厳」を守るために「自立」は、絶対的なものではないと思われる。それは、カントをはじめとした哲学の分野でよく検討されている「尊厳」を見ていくと基本的なこととして次のようなことが言えると思われる。藤原（2009）は、生命倫理における人間の尊厳として次のようなことを述べている。

尊厳とは、「尊厳にあたるラテン語 Dignitas は「ふさわしい」の意の形容詞 dignus に由来する。「ふさわしい」とは一種の評価であり、「人間」とはどういうものかの理解が前提とされており、その根底に人間の持つ根本的価値がひそむ。「人間の尊厳」とはこの根本的価値にほかならないとしている。また、尊厳を無条件な無比な価値を持たねばならず、この価値に対しては、尊敬という語のみが、理性的存在者のそれに捧ぐべき尊重の念の適切な表現である。それゆえ自律が人間すべての理性的存在者の尊厳の根拠なのである。（下線筆者による）

としている。つまり「尊厳」とは、人間の価値であり、その価値は無条件で無比な価値を持つものであるとしている。そして、自律を尊厳の根拠として示されている。蔵田（2005）は、カントが「尊厳」の対象をどの様に規定しているのかについて述べているが、それは「人間であること」であるから人類にとって普遍的な価値であることを述べている。この様に「尊厳」とは、人間すべてが有する人間の価値であり、無条件で無比な価値であると言える。この「尊厳」の根拠として自律が示されることになるのだが、この自律とは、先

にも述べたが、自分で自分の行動を決定することを指し、自己決定を尊重することになるのである。仲正（2010：3-22）は、自律（autonomy）もしくは自己決定（self-determination）には、2つの異なった次元が含まれるとしている。一つは、「自分がやりたいこと＝（私の意志）」を実行する能力、もう一つは「自分でやりたいこと」を自分で決める能力としている。仲正（2010）が述べているこの2つのジリツであるが、前者は、身体的要件や制度保証も含まれるものである。また仲正は、このことについてアマルティア・センを引用し、各主体が、社会の中で自由に振る舞うための条件であり、潜在能力（Capability）と呼ばれるものであるとしている。一方、後者については、近年、法哲学や倫理学、あるいは分析哲学の「心の哲学」等の領域で重要性が認識されてきているものとされ、自由意志にもとづく行為選択の能力は、人間である「私」たちの大多数には当然備わっているように思えるとされ、自由意思に基づく選択が出来ないのであれば、“私”は物理的因果法則に従って動く物質の塊にすぎないとしている。

仲正（2010）が提示しているこの2つの次元のジリツであるが、前者は「自立」のニュアンスも含まれると考えるが、両者に共通しているのは自分がやりたいことを決める能力として捉える事が出来る。これらから「尊厳」を保持することは、介護保険における「自立」よりも「自律」を尊重することであり、「自立＝尊厳を守る」という図式よりも「自律＝尊厳を守る」の方が適していると考える。

（認知症や重度の知的障害者のことを考えるのかは、また別の議論が必要になる。）

さらに別の視点から、この自分で決める自己決定の問題について八田（2005）は、次の様に言及している。2005年改正の問題は、新予防給付の対象者を要介護認定でスクリーニングする点であるとし、予防給付の対象とされた高齢者が、必ずしも予防給付を望んでいない場合も十分に考えられるとしている。本人の意志が反映されないということは、介護保険制度導入時に自立支援のメルクマールであった本人の選択を尊重することが保持されていないのである。この選択を曖昧にするならば、結果として介護予防やリハビリテーションを強要するものとなりかねないとしている。

これまで述べてきたように「尊厳」と「ジリツ」の関係からも現在の介護保険法の問題が見てとれる。つまり、高齢者自身が自分の生活のあり方を選択できない状況が作られているのである。しかし、多くの国民は、生活介護を受けられない状況に対し、混乱は見られていたが、2005年の改正を受け入れているのである。特に運動器の機能改善をはじめとしたリハビリテーションを受け入れ、現在よりも身体機能が悪くならないようにと予防としてリハビリテーションに邁進していく状況がある。このリハビリテーションについては次節で検討を行う。

これまで、1節、2節を通し、介護保険に孕む問題を提示してきた。これまでの中では、高齢者は「自立」を強要されているのが現状であり、高齢者が選択する望む生活、つまり「自律」さらには「尊厳」を守る状況になっていないと思われる。その最も大きな原因は、高齢者の生活を守る理想像からの発信ではなく、財源優位で進めてきている介護保険法の運用のあり方が、そこにはある。また、福祉制度の大きなパラダイムシフトとして措置か

ら契約へ社会保障制度をシフトさせ、民間活力を活用し、財政支出を抑制しようと合理的な発想から生まれたのが介護保険法であり、そのため、法文の中で述べていた「介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう」な支援は、この保険の性格上、机上の空論と化しているのが実状となっているのである。

次節では、ホンネでは財源確保のために重点が置かれたリハビリテーションが、2005年改正によって、どの様に介護保険法の中で位置づけられ、効果を示しているのかについて検討を行う。そして、高齢者の「尊厳」を支援していくためにリハビリテーションが有効な手段であるのかについて検討を行っていきたいと考える。

### II-3 介護保険制度下で展開されている維持期リハビリテーションへの疑義

前節まで、介護保険の成立と2005年改正について概観し、「尊厳を守るために自立を支援する」という介護保険のあり方を見てきた。その自立を支えるために、2005年の改正時にリハビリテーションが注目され、介護保険サービスの中でも「介護予防」を目的として、その運用のあり方にも変化が見られている。

この改正によって、家族と同居している人は、家事援助が受けられなくなり、家事にかかわる介護は、すべて身体介護としての援助となった。（これは、前節で述べているように個別の事情に合わせるように自治体から周知徹底がおこなわれているが、混乱を来たしたことには間違いはない）その身体介護とは、社会保険研究所（2009）『平成21年度5月版の介護保険制度の解説』によれば、利用者の身体に直接接触して行う介助等と日常生活に必要な機能の向上等のための介助・専門的な援助とされている。つまり、当事者が参加しなくてはならない状況であり、「ホームヘルパーと一緒にするサービス」となる。序で示した沖藤（2010）の事例のように、身体機能の維持・向上を前提として、サービスを受けなくてはならない人が、出てくることになった。つまり、生活支援のためのサービスではなく、身体機能を維持向上させていくことが前提になったサービスへと運用のあり方に変化が見られているのである。そして、リハビリテーションとして、これまでも述べてきたように、予防、そして運動器の機能改善に、これまで以上に重点が置かれていったのである。

そこで本節では、①介護保険の中で、このリハビリテーションがどの様に運用され、どの様に効果をもたらしているのかについて現状を把握し、②介護保険制度下におけるリハビリテーションの展開が身体機能訓練になっているのは明らかであるが、わが国におけるリハビリテーションの権威者は訓練ではないと述べている状況もあるので、実際の展開と権威者が述べる理想像との違いについて述べていく。そして③そもそも介護保険で行われている身体機能訓練でなければ、維持期である高齢者は現在の生活レベルを維持することは出来ないのかと身体機能改善・維持と身体機能訓練の関係の3点を検討する。そして、本節のまとめとして④介護予防、リハビリテーションが国民に受け入れられ行くことの疑義について述べる。

## II-3-① 介護保険とリハビリテーション

—介護保険制度下で展開されているリハビリテーションとは

2005年の改正にあたり、介護予防事業として6項目、「運動器の機能改善」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」、「閉じこもり予防・支援」、「認知症予防・支援」、「うつ予防・支援」があげられた。身体機能に関する予防の視点では、「運動器の改善」、「口腔ケア」、「栄養改善」が主に取り上げられた。そして、これらの中でも「運動器の改善」プログラムに高齢者の高い関心が寄せられていることが様々な報告から分かる。厚生労働省老健局老人保健課から出されている平成19年度介護予防事業報告を見ると、この3項目の中でも運動器改善プログラムへの参加者が7万人弱と群を抜いており、次に多い口腔機能の向上プログラム参加者の3万人強と比べても倍以上の参加者が見られている。また、厚生労働省が行った「介護予防事業に関する国民の皆さまからのご意見募集」の結果概要が平成22年に発表になっているが、介護予防事業で展開されている10プログラムの中で、運動器の改善プログラムに参加したいとしている高齢者が最も多く見られていた。さらに要支援・要介護者に対する通所リハビリテーションの利用者も年々増加している状況からも、健康な高齢者だけでなく、虚弱な高齢者も運動器の機能を改善・維持させたいという願いが強いことが分かる。

そこで本項では、本論の中心テーマであり、2005年でも重視された「運動器の改善」を中心に介護保険制度下で展開されている維持期リハビリテーションの状況について述べていく。特に、維持期リハビリテーションが、どの様に効果を示しているのかを中心に検討を行っていく。

そもそも重点項目として運動器の改善が取り上げられているが、何を目的に運動器の改善が取り上げられているのかを、まず知る必要がある。それは、2007年に厚生労働省老健局老人保健課で開かれた第1回介護予防の推進に向けた運動器疾患に関する検討会の議事録をみると明らかになってくる。そこでは、骨折予防について取り上げられており、年齢層を問わず女性は2-3割、男性は1-2割の人が、転倒・骨折が原因で要介護状態になっているとの指摘があることが議題になっている。また、運動器疾患は、痛みが原因で身体の活動性が低下し、その結果、体重増加や筋肉量・筋力の低下を来すことで、転倒骨折につながっていると指摘されている。これらから考えると、運動器改善の主な目的は、転倒予防、そして筋力向上になっていると思われる。実際、平成21年3月に厚生労働省から出されている運動器の機能向上マニュアル（改訂版）の内容を見ると、ストレッチング、バランス・機能的運動なども含まれているが、筋力トレーニングが中心になっていることが分かる。これは、財団法人日本公衆衛生協会がまとめている介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業として位置づけられている「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究」の報告書で、筋力、持久性、日常生活動作などの訓練を組み合わせることが重要であるとしながらも、その内容は筋力トレーニングが中心となっている報告と同様の内容である。

確かにこれまでの先行研究をみると、Fronteraら（1988）は、80歳代であっても筋繊維



が肥大することを報告し、このことはその後、多くの研究において検証されている。Ikezoeら（2005）は、超高齢者であっても、トレーナビリティを有することを示し、境（1998）も高齢者の筋力トレーニングの効果を先行研究レビューによって明らかにしている。したがって、高齢であっても筋力が増加することは間違いないと想定できる。しかし介護予防は、筋力を向上させるためのトレーニングであるのかという疑問が湧く。つまり、当初の目的である、転倒・骨折を予防、出来ているのかという問題であり、転倒・骨折と筋力の関係は、これほど直接的な関係なのであるのかという疑問である。

これも先行研究によって、明らかになってきている。池添（2009）は、筋力低下と転倒には強い関連が見られているが、単独の筋力トレーニングと転倒予防効果を明らかにするには、不十分な状況であると述べている。衣笠（2004：9-16）は、筋力トレーニングによって、転倒の予防、減少につながっているとの報告も見られるが、そうではないデータもあることを指摘し、筋力トレーニングは転倒を防ぐために重要な役割を果たすと思われるが、データの蓄積が少ないことを指摘している。松永（2010）らは、転倒予防の観点から、現在提供されているトレーニングが、高齢者にどのような意味を持つのかを吟味しなくてはならないとし、タオルギャザ運動と側方重心移動訓練を6ヶ月間にわたって実施したが、60代から70代前半までは筋力向上も見られていたが、トレーニング効果は乏しく、測定当日の体調の影響も大きいとしている。森脇（2010）らは、転倒骨折予防を目的に健康教室を開き、6年間という長期的な数少ない介入研究の結果を次の様に表している。そこでは、15名の高齢者が、5年間以上継続した結果が報告されており、筋力などに変化は見られていないが、持久力を伴う機能が介入3年目より有意に改善を見せ、生化学的なデータにも効果が見られたとしている。

これらを見ると確かに有効な結果が示されているとは思われるが、元々の目的である転倒と訓練との関係が論じられていないことに着目しなくてはならない。つまり、転倒を論じなくても、身体機能が低下していなければ問題ないという論法であり、本来的な議論を行っていないことに問題がある。実際の高齢者の骨折状況を国民衛生の動向2010/2011で見ると、その総数に大きな変化は見られていない、むしろ増加しているのが現状である。

この様に転倒と筋力との関係にはっきりとしたデータが存在していないのが現状である。にもかかわらず、全国の自治体で介護予防事業として運動器の機能改善、転倒予防教室において筋力トレーニングが、大々的に展開されているのである。平成21年度介護予防事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果によると、運動器の機能向上プログラムは、全国5000か所で展開されている。明確な効果があるとは言いきれない状況であっても、事業は事業として展開し、そして多くの高齢者が、それに参加している状況がある。

次に、先ほどは、筋力と転倒との関係を見たが、転倒に限定せずに介護予防の効果を検討しているものを見ていくことにする。Lathamら（2004）は、高齢者の筋力トレーニングに関するシステマティックレビューを行っているが、その中で筋力トレーニングによって筋力増強効果はあるが、ADLおよびQOLの視点では効果が乏しいことを示している。塩中ら（2005）は、前期高齢者に対する介護予防の長期的介入効果に関する研究を行っているが、その中で6年間に及ぶ介入効果の検討を行っている。そこでは、筋力は天井効果現象が見

られ、機能を向上させることを考えるよりも維持をより重視していくことを提案している。また塩中ら（2005）は、介入研究のほとんどは、短期的なものがほとんどであり、長期的な視点で研究を行っている者は極めて少ないことを指摘している。西脇ら（2010）は、医中誌、PubMed、Cochrane のデータベースを用い、科学的根拠に基づく介護予防における介入の有用性を検討するためにシステマティックレビューを行っている。最終対象論文は、ランダムサンプリングのものと、対照を設けた介入研究が含まれ、最終的に 119 論文（英文 107、和文 12）が対象になったとしている。その中で、地域在住高齢者への運動・訓練介入により、歩行や椅子からの立ち上がりをはじめとする諸機能の改善については複数の文献により効果があることが示唆されていると述べている。しかし、ADL、IADL という総合的なスコアで評価した文献は少なく、一定のエビデンスを見出すことが困難であったとしている。また、介入効果について専門家が常駐する施設で実施されている間は認められたものの、その後自宅での実施に移行してからは効果が消失することを示唆した研究もあったと報告している。

この Latham（2004）や西脇ら（2010）のレビュー結果は、重要なものである。これは、医学という自然科学認識論の上に立ち、エビデンスが重要視されている現代において、予防における介入効果に ADL、IADL の視点から一定のエビデンスが存在していないことを明らかにしているためである。つまり、エビデンスレベルから見ると諸機能に影響を与える事は可能であるが、国が狙っている様な生活にまで身体機能訓練の効果を反映させる事が難しいことを示している。これは、介護予防として考えると現状展開のリハビリテーションでは効果的ではないことを意味している。

これまで述べてきたように予防的介入にエビデンスが求めることのできる研究報告は、海外文献も含め、数が極めて限られているのが現状である。しかし、エビデンスレベルが低くとも実際にどの様な研究が多く見られているのかを把握しておく事は重要である。したがって、以下に、特定高齢者への展開と共に要支援・要介護高齢者へのリハビリテーションの実施状況を概観していく。

まず、特定高齢者に展開されている介護予防事業の転倒予防教室の状況について述べる。どの様な要因で転倒が引き起こされているのかという転倒の原因を検討しているものとして、宮川（2002）は、転倒経験者と転倒非経験者での諸機能の違いを検討し、加藤（1999）は移動能力と骨量と転倒には何らかの関係性があることを示唆している。加藤（2004）はさらに、先ほどの研究を踏まえて、転倒に関して自己効力感などの指標も用いて、心理的な影響も考慮しながら転倒の要因を検討している。この心理的な側面も含めた検討は沼田（2005）らも行っており、このように転倒の要因を明らかにしたいとする研究が多く見られている。また、介入効果の検討として、木藤（2001）らは転倒の一つの指標として足指握力を取り上げ、転倒経験群とそうではない群では、足指握力に有意な違いがあり、足指握力と握力や膝伸展能力などの諸機能との相関を示し、足指握力への介入によって機能が向上しているという報告を行っている。横塚（2008）らは、訪問型介護予防事業における後期高齢者への運動介入によって運動機能に向上が見られたことを報告している。

これらの報告は、西脇ら（2010）のシステマティックレビューの内容がそのまま表れている。それは、介入による運動機能の改善が主に示されているためである。また問題であるのは、どの研究も3ヶ月、6ヶ月と期間が限定されての介入であり、介入後の経過は報告されていないことである。さらに身体機能改善の効果として生活改善について触れているものも、ほとんど見られていないのが現状である。その中で、数少ない生活への反映を検討したものとして 矢野（2006）の報告がある。矢野らは、鹿児島県の離島において実践した高齢者の運動器の機能向上プログラムの実践結果を次の様に報告している。筋力や歩行能力などの身体機能的な要素は有意に向上したが、ADL、IADLには有意な向上は見られなかったとしている。この様に多くの場合、身体機能の向上は見られても、生活に反映されないのが現状であり、訓練を実施しても転倒や生活状況の改善までに汎化されていない事が示されている。

この様に調査介入として行われた実践報告が多い中、高比良（2005）は、筋力向上トレーニング事業が終了したのちの参加者の動向がどの様になるのかを検討している。そこでは、訓練継続には意欲的であるが、サポートを行政に依存的に求めていることや仲間づくりや環境づくりの必要性が見られていたとしている。また、宮本（2005）も、継続的な運動習慣が身につくような取り組みが必要であるとし、継続を支えていく専門職の養成が不可欠であるとしている。この様な継続的な参加を検討していく上で、何が目的となって参加しているのかを検討することは重要であると思われる。この参加目的について澤（1999）は、機能訓練事業への参加目的についてのアンケート結果を次の様になっていると報告している。約90%の人が仲間にあう、仲間作りが目的とし、2位の運動機能を善くする63.6%、3位の健康維持52.9%と比べても、大きく差があることを示している。

ここまで、特定高齢者に展開されている内容を中心に述べてきたが、介護保険制度下の維持期リハビリテーションはそれだけではなく、要支援・要介護高齢者にも展開されている。この要支援・要介護高齢者には、入所系、通所系、訪問系と3つのサービス形態が見られている。したがって、次に、これらのサービスにおいて、どの様に効果が報告されているのかを確認していく。

まず、入所系サービスについてであるが、入所サービスの展開が、制度的な特徴を有している事を把握しておく必要がある。それは、入所から3ヶ月間は、短期集中リハビリテーション加算が算定可能であり、3ヶ月間はリハビリテーションが集中的に展開されることになる。これについては鳥谷部（2011）が、この短期集中リハビリテーションの効果を報告しているが、現状ではこの鳥谷部の報告しか見られていない。つまり、入所に関しては、本論で中心的に検討している身体機能に焦点を当てているリハビリテーションよりも認知機能や栄養との関係における口腔機能の報告が多く見られており、施設入所者の介護度が重度化している事を表していると思われる。また数少ない入所者に対する報告では、石川（2007）の入所者の行動量評価とサーカディアンリズム同調について報告、重森（2007）が入所1年以上経過した対象者の認知度と身体認識の違いによって、転倒のリスクが高くなる事を報告している。その他では、新井（2011）や中川（2011）らの様に施設入所者を

一つの群とみなし、その他の群（在宅生活者、入院患者）と比較し、それぞれの特徴について考察を行っているものが見られている。この様に入所系サービスでは、身体機能の問題よりも、栄養摂取、認知という問題の方がクローズアップされており、介護度の重度化が推察される結果であった。しかし、事例報告においては、山田（2011）が心臓リハの必要性を訴え、沓澤（2010）の在宅復帰に関わった経験、滝口（2009）、土井（2005）らのパワーリハビリテーションの報告が見られている。この中では、ADL までに変化が見られた経過が示されている。

次に、通所リハビリテーションの報告について見ていく。まず、中川ら（2008）要支援・軽度要介護高齢者に対する個別運動介入に集団運動がもたらす効果として、下肢筋力と精神面が有意に改善したという報告や、江口ら（2009）のマシントレーニング、下肢筋力訓練、ストレッチポールによるリコンディショニングという 3 つのプログラムについての有効性を検討しているが、統計的な処理は行われておらず、傾向として改善が見られているという報告をしている。百瀬（2009）は、通所リハビリテーションに通うこと自体が、その人の歩行数を伸ばしている事を報告し、通所自体が効果のあるものとしている。松本（2009）は、運動学習理論に基づいたプログラムを作成し、その効果検証を行っているが、訓練前後で有意差を認めなかったとしている。その他ではパワーリハビリテーションの報告が散見されている。パワーリハビリテーションは、マシントレーニングを中心とした介入法であり、そのトレーニング効果について岩佐（2006）、内海（2005）、川嶋（2005）、渡辺（2005）が検討を行っているが、統計的な処理が行われているものは、転倒予防教室で見られていた様に身体機能的な変容の効果についてであり、ADL などのスコアについての検討は見られていない。また、事例検討として、関（2009）、梅原（2008）、武智（2008）らの報告が見られており、これらの事例検討の中では、入所系と同様に ADL スコアまで効果が認められたと報告されている。

また、予防給付と介護給付の違いに対し、中園（2008）が次の様な報告をしている。この論の趣旨として中園は、予防給付がリハビリテーション専門職以外でも算定可能であることに対する危機感を訴えている。しかし、介入結果においては、全ての項目で有意差を示す事が出来なかったとしている。

通所リハビリテーションの研究報告の最後として、特定高齢者において澤（1999）が報告していたものと類似した報告が通所にも見られていたことを述べる。それは、藤原（2002）が、在宅高齢障害者に対し、当初の通所サービスの利用目的は身体機能回復・維持が 1 位であったが、利用結果は友人や仲間が出来たことが 1 位となり、この結果は自立度にも関係ないことを報告している。この状況は、通所目的が変更したことを表している。

この様に、通所リハビリテーションの効果に対する報告は、転倒予防教室と同様に ADL スコアまでを検討しているものは少なく、身体機能にアプローチし、それらの機能がどの様に変化したのかについての報告されている。特にパワーリハビリテーションと呼ばれる筋力トレーニングを中心としたプログラムにおいて、その傾向が見られていた。その他では、有意差は無いが改善傾向であるという予備実験的な報告が散見されている。一方、事例検討では、入所と同様に ADL スコアまで改善したという報告が見られていた。

最後に訪問リハビリテーションにおいて、効果がどの様に報告されているのかについて見ていくこととする。訪問リハビリテーションにおいては、これまでの入所や通所の効果とは異なり、ADLまでの改善を示しているものがいくつか見られている。Kawagoeら（2009）は、急性期病院の退院直後から、在宅においてもリハビリテーションを実施し、3ヶ月後には起立、歩行、移動、階段昇降が改善し、精神的機能と抑うつ傾向にも優れた効果をもたらしたと報告している。またMoritaら（2009）は、低頻度の訪問リハビリテーションによって介入中は、ADLが改善した事を報告している。しかし、介入後のフォローアップ期になると元々のベースラインにまでADLが戻ってしまった事を述べている。牧迫ら（2009）は、訪問リハビリテーションを受療されている人は、その8割近くが自宅での習慣的な運動が身についていると述べている。そして、荒尾（2008、2009）は、61名の対象者に、訪問リハビリテーションを実施し、ADLの総合的スコアであるFIM（126点満点）が、開始時88.6±21.6から、6ヵ月後93.4±20.7点と7点ではあったが有意な違いを見出すことが出来たと報告している。この報告の中で荒尾は、特に階段や廊下歩行等では転倒の恐れがあり機能が十分発揮できないことが多く、この部分への介入によって効果が得られたのではないだろうかとしている。また、この改善は、実際場面での動作練習や福祉用具の使用、家屋改修など、ADLの場面で直接アプローチを行うことで、維持期の対象者にも効果を得ることが出来たためであると思われる。

この訪問リハビリテーションにおいても、入所や通所と同様に事例による芳野（2010）、田中（2010）、原（2010）らが、良好な結果を得ることが出来たと報告している。

これらの要支援・要介護高齢者に対する介護保険制度下のリハビリテーション効果についての報告を見ていくと、次の様な特徴があると思われる。

入所系では、身体機能面での介入が既に困難な対象者が多く存在している事がうかがわれる。それは栄養や認知が、この領域における研究報告で多数を占めているためである。そして、通所系サービスでは、特定高齢者に展開されている様に身体機能にアプローチしている事が多く、特にパワーリハビリテーションのように筋力を中心としたものになっていると思われた。訪問リハビリテーションにおいては、ADLまでの改善を見る事が出来たと荒尾（2008、2009）が報告している。これは、荒尾自身が述べているように実際の生活場面で転倒などの不安を解消すること、同時に福祉用具なども現実的に介入させる事が出来るためADLに変化を見出せたものと思われる。また、訪問リハビリテーションは通所リハビリテーションの20分という時間枠とは異なり、1人に対し60分の介入が可能であるため、このような改善に繋がったと思われる。したがって、通所リハビリテーションも、身体機能的なアプローチよりも具体的な生活を考慮したアプローチを行う事で、日常生活に反映される介入が可能になる可能性が示されている。

ここで検討した要支援・要介護のリハビリテーションの実施状況は、本来は予防を目的とする要支援と介護を目的とする要介護の人のものでは、厳密には異なるものと思われる。しかし、今回のレビューの中では、それらを明確に区別しているものは少なく、要支援と要介護1を合わせて軽度群として、1つの対象にしている調査が多く見られていた。この支援体制に対し、特に意識して報告していたのは中園（2008）のものだけであった。したがって、臨床現場では、それらの区別は明確に行われていないことが想定される。

これまで、特定高齢者に展開されている転倒予防教室と要支援・要介護高齢者に展開されている維持期リハビリテーションについて概観してきた。これらの確認の中で、特に重要であると思われたのは、システムティックレビューを行っている Latham (2004) や西脇ら (2010) の報告である。それは身体機能訓練の効果は、ADL、IADL の指標で検討されているものは少なく、さらに効果が乏しいことを明らかにしているためである。

また、介護保険制度下で報告されているものを概観していくと、エビデンスレベルは低いが、ADL までの効果があるとしているのは訪問リハビリテーションだけであった。この訪問リハビリテーションと通所系サービスの違いについては荒尾 (2008、2009) が述べていたように、実際の生活場面での介入が可能であるため、通所サービスでは見る事の出来ない改善に至っているものと考えられる。

また、介入による身体機能面の向上も事業期間や調査期間が終了したのちの追跡研究はあまり行われておらず、高比良 (2005) が示しているように当事者は、運動の必要性は認識していても、なかなか自分一人では継続出来ないというのが実状であり、介入終了後の機能状態は、低下していると考えるのが一般的であると考えられる。この様な中で、機能訓練事業の調査で澤 (1999) が、そして通所サービスとして藤原 (2002) が示している、身体機能的な問題よりもむしろ仲間づくりが目的となっていることを指摘している事は、注目すべき点である。それは、機能訓練事業や通所系サービスに参加する場合には、まず身体機能のことを考えて参加するのが一般的である。したがって、参加当初の目的は、身体機能的な問題に関連した目的が上位として参加し始めるのが通常であり、調査結果としても、それが現れている。しかし、どの様にして変化しているのかは不明であるが、その目的が仲間に合う、仲間づくりになっているのは機能訓練事業・通所サービスが、参加者によって1つのコミュニティに変化した表れであり、事業そのものよりも、コミュニティへの参加が目的となっているのであれば、身体機能訓練に対する事業を展開するよりもコミュニティを作り出すためのきっかけの方が重要ではないかと思われる。

これまで述べてきた要支援・要介護高齢者に展開されているリハビリテーションの状況を見ていくと、長岡 (1996 : 122) が述べている様なリハビリテーションにおけるエビデンスの重要性を考慮して実践しているものは少ない。また、近藤 (2006) は、リハビリテーション医学のエビデンスについて、リハビリテーション医学ではエビデンスレベル I とされる無作為化臨床試験の実施が難しいと述べているが、II レベルの良くデザインされた比較研究は可能であるとし、エビデンスを明らかにしていく事の重要性を訴えている。そして、今後ますます「評価して説明責任を果たす事」が必要となるとしている。これは医学という自然科学の認識論に立ち、その効果を検討していくのであれば、避けられない課題であり、リハビリテーションに対する大きな課題であると思われる。

これまでをまとめると、運動器の機能改善による生活機能改善の効果は、乏しいのが現状である。特に筋力が向上しても、生活上の変化が見られないものを効果と謳われても、何のための筋力向上であるのかという問題が生じてくる。そして、先に述べた高齢者の骨折状況を国民衛生の動向 2010/2011 から見ても、その総数に大きな変化は見られていない、

むしろ増加しているのが現状である（これは高齢化率も上昇しているため自然増の範囲であると思われる）。現実的に先に示した介護予防の推進に向けた運動器疾患に関する検討会の議事録を見ていくと、転倒予防教室などの効果については“お寒い結果”と評している委員もあり、なかなか効果を上げられるようなものではないことを専門家も認めている。しかし、一方では、現在の介護保険法の第4条において国民の努力と義務として提示されているように、リハビリテーションを受けていくことが重要であると示唆され、介護予防重視のシステムの中でリハビリテーションは、強力に予防の手段として推進されている。

この様に多くの臨床現場では、身体機能訓練が展開されているが、大川（2004）は『介護保険サービスとリハビリテーション』という著書中で、「リハビリテーションは、しばしば誤解されているような機能訓練ではありません」と冒頭の部分で述べ、リハビリテーションは、『生活機能低下のある人の「全人間的復権」を達成するためのものであり、それは高齢者の尊厳の保持・向上を目指す介護保険制度と目的・理念を同じくしています。』としている。この「全人間的復権」については、古くは砂原（1980：59）が、人間であることの権利、尊厳が何かの理由で否定され、人間社会からはじき出されたものが復権するのがリハビリテーションであると述べ、大川の師である上田（1996：22-23）も大川とほぼ内容を同じく、『日本では現在でも機能回復訓練とか、せいぜい社会復帰という意味で理解されているにすぎないが、じつはその本来の意味は「人間の権利・資格。名誉の回復」という、全人格にかかわるものであり、わたしはこれまでも、リハビリテーションとは障害を持った人が人間らしく生きる権利の回復、すなわち「全人間出来復権」であると訴えきた。』と述べている。

これらの3名は、わが国におけるリハビリテーションの先駆者であり権威者である。これらの権威者が、この様に述べているのになぜ、実働は筋力をはじめとする身体機能面に着目したアプローチが主になっている実状があるのか、実際に身体機能面に着目しないリハビリテーションは存在するのか等の疑問が生じてくる。

そこで、次項では、わが国におけるリハビリテーションの権威者がどの様にリハビリテーションを述べ、介護保険の中でリハビリテーションを運用させようとしているのかについて確認を行うこととする。

### II-3-② 介護保険下で展開されているリハビリテーションとわが国におけるリハビリテーションの権威者が提唱しているリハビリテーションについて

これまでも述べてきているように介護保険下で、実際に展開されているリハビリテーションは、身体機能訓練、筋力増強訓練が中心となっている。しかし、先にも述べたが大川（2004）、上田（1996）をはじめとするリハビリテーションの権威者は、身体機能訓練がリハビリテーションではなく、「全人間的復権」であるとしている。では、権威者が述べているリハビリテーションとは一体何を意味しているのか、また、介護保険下で展開されているリハビリテーションと、どこが、どの様に違うのか等の検討が必要である。

まず、そもそもリハビリテーションとは、どの様に定義されているのかについて概観す

ると世界的に見て、複数の定義が存在している。

WHO のリハビリテーション定義は、1969 年に制定されており、「医学的・社会的・教育的・職業的手段を組み合わせ、かつ相互に調整して訓練あるいは再訓練し、それにより障害を持つものの機能的な能力を可能な最高レベルに達せしめること」（傍点は筆者による）とされている。また、1981 年の障害者インターナショナルで設定された定義では、「身体的・精神的・社会的に最も適した機能水準の達成を可能にすることで、各個人が自らの人生を変革して行く手段の提供を目指し、かつ時間を限定したプロセスを意味する」（傍点は筆者による）とされている。中村（2001：4）は、DeLisa の定義を引用し、「リハビリテーションは個人に彼らの機能障害（生理学的或いは解剖学的な欠損や障害）及び環境面の制約に対応して、身体、精神、社会、職業、趣味、教育の諸側面の潜在能力（可能性）を十分に発展させること」（傍点は筆者による）であり、現実的な目標は個人と彼らのケアに関係する人々によって決定されるとしている。この様に定義がいくつも見られることに関して中村（2007：5）は、リハビリテーションの定義は多様であり、その重点の置き方が、対象者の属性や目的であったり、介入方法であったりしていると述べ、さらに障害の概念も明確に定義されていないことが多いと指摘している。

これらの海外において見られるリハビリテーションの定義は、DeLisa の定義のように機能障害や環境の制約を考慮せよという文言も見られているが、リハビリテーションを受けることで、現在ある姿とは異なる姿が展開される事が期待されている。しかも、WHO の定義の様に機能的な能力を可能な最高レベルに達せしめる状況が展開されることになる。

一方、わが国ではどの様に語られてきたのかだろうか、リハビリテーションのわが国における先駆者たちの著書を概観する。砂原（1980：58）は、語源から解説を行っており、もともとは *habilis*（適した）というラテン語から出た *habilitate* という動詞に *re-* という接頭辞がくっついて出来上がったことばであり、医学用語ではなかったとしている。また、中世において、領主や教会から破門されたものが許されて復権することを意味したとし、ジャンヌ・ダルクの例を示している。その中で、人間であることの権利、尊厳が何かの理由で否定され、人間社会からはじき出されたものが復権することを意味しているとし、障害者もその例の一つであると述べている。上田（1996：22）は、リハビリテーションとは「機能訓練」とか、せいぜい「社会復帰」という意味で理解されているにすぎないが、実はその本来の意味は「人間の権利・資格・名誉の回復」という全人格に関わるものであるとしている。また、機能訓練はこの大きな目的を達成するための手段の一つにすぎないとも述べており、ほかにもいろいろと行うべきことが多いとしている。さらに機能回復訓練を自己目的としてしまうと「訓練人生」を押し付けてしまうことになり、その人のかけがえのない人生にとってのマイナスになり得るとしている。上田に師事した大川（2004：32）も、この目標の重要性を述べている。

この様にわが国におけるリハビリテーションの先人からは、「機能訓練≠リハビリテーション」ということになるであろう。また、大川（2004）は『介護保険サービスとリハビリ



テーション』の冒頭部で人間の尊厳や復権は戦い取るためだという気持ちを込めて、リハビリテーションを武器と述べている。そして、「リハビリテーションとは機能障害に対する機能回復訓練であり、機能回復による以外にはADL向上も、QOL向上もあり得ない」という基底還元論は誤りであるとしている。(前掲：31) 実際、上田、大川は、鶴見和子という著名な社会学者に展開したリハビリテーションを『回生を生きる』(1998) という著書として出版し、「化粧をしていい」、「リンゴをむいてもいい」と身体機能ではなく、鶴見がやりたいという思いを実現させていく様子は、「身体機能訓練≠リハビリテーション」が展開されていると思われる。しかし、それだけではなく、鶴見が何とか一歩を踏み出すという文面の中では、「身体機能訓練＝リハビリテーション」を展開させているため、大川や上田が述べている理想を一部では実現させながらも、具体策として「訓練」を提示し、理想を完全に展開させる事の難しさが現れている。

上田(2000：2)は、別の著書で身体機能訓練が現状の様に定着していった背景として次の様な事を述べている。リハビリテーションという言葉は、政治家の「政界復帰」や非行少年の「善導」など、欧米では、医学に限らない全くの一般語であるとしている。しかし、現代のような「回復訓練」、「能力向上」、「社会復帰」というような意味で用いられ始め、医学の中に入っていったのは、第1次世界大戦の途中でその用法が見られ、第2次世界大戦の中で定着していった。としている。このような戦時下において定着した使用法が現代でも使われているのが現実であり、前項で見てきたリハビリテーションの介入方法にも表れていると思われる。

以上のように、わが国における先駆者からは、リハビリテーションを身体機能訓練ではないということ意識しながら理想を概念化しようとしている試みは感じられる。実際、上田や大川は、先ほど述べた鶴見に展開した実践報告もあり、また彼らが提唱している目標指向的アプローチも、この概念を達成させるために身体機能の向上という漠然とした訓練ではなく、何のための訓練なのか、その目標をしっかりと提示しQOLの向上にもつなげていくことの重要性を示している。しかし、先にも述べたように鶴見に展開したのは理想だけではなく、現実的に身体機能訓練を導入させ、目標指向的アプローチにおいても、その目標の達成のためには、やはり身体機能的側面での変容が必要である。彼らが述べている少量頻回というアプローチは、目的は存在していても身体機能的側面への要求が、必ず付随されるものである。この様に、現実的には、理想を展開していく事の難しさがあることを示している。さらに、この様にリハビリテーションが身体機能訓練ではないと理想を提示しながら、これらの権威者が、全く異なる情報を提供している様子も見られている。それは上田(1996：226)や日本公衆衛生協会(2001：46)が、脳血管障害者に対し、具体的に数値を提示し、リハビリテーション継続の重要性を述べているのである。そこでは、脳血管障害者が歩行機能を維持するためには「1日8,000歩」が必要であると述べている。ちなみに健康日本21で健康な高齢者への目標値は、男性6,700歩、女性5,900歩である。(下線は著者による)つまり、この8,000歩という数字は、障害を抱えた人が、健常者よりも歩かなくてはならないことを意味している。

この提示は、いくら鶴見に見せていたような「やりたい」と思う具体的なことを実現さ

せていく展開が示されても「リハビリテーションが身体機能訓練ではない」と述べることに説得力が欠ける。つまり、大川や上田が訴えている「リハビリテーション＝全人間的復権」という理想的な姿を概念的に一部で展開することは可能であっても、その形が完全に展開されている訳ではなく、先駆者自らも「リハビリテーション＝身体機能訓練」という現実的な介入を提示しているのである。

この様に権威者自らが、「リハビリテーション＝全人間的復権」という理想像の展開と 1 日 8000 歩という「リハビリテーション＝身体機能訓練」という具体像を相容れない形で提示している。この提示されているものに対し、臨床では具体的提示である身体機能訓練を展開する方が容易であり、先に述べた介護保険制度下で展開されているリハビリテーションにおいても身体機能訓練が主として展開されていることに繋がっていると思われる。

これまで見てきた日本のリハビリテーション先駆者が述べている「全人間的復権」というリハビリテーションには、疑問を感じざるを得ない。しかし、現場で働いている理学療法士の報告から、身体機能訓練では限界があり、より広い視点が必要であると実感している報告も見られている。その一つに、島村（2002：131）、武原（2002：141）らの維持期施設に従事する理学療法士の報告がある。それぞれ、専門職として身体機能の最大活用を重視している。しかし、利用者の身体機能訓練への固執を生んでいる事実を認め、障害を抱える高齢者が住みやすいコミュニティの再編に理学療法士も介入していく必要があると述べている。つまり、専門家として身体機能的な側面のアプローチを展開し、重視もしているが、身体機能的な面だけでは解決できないということを運動の専門職である理学療法士自らが、人間としての生活を支援していくためには、身体機能だけでは解決できないとしている。先駆者が述べているリハビリテーションよりも現場で働いているリハビリテーション専門家述べている実状の方が、理解が容易である。

この様に、実際に展開されているリハビリテーションは、間違いなく身体機能的な訓練が展開されている。そうではないと主張している先駆者たちも、自らが別なところで、身体機能的な側面を強力に主張しているのが現状であり、理想と現実乖離が見られているのが実情である。しかし、それでも「リハビリテーション＝全人間的復権」とするならば、介護保険制度下では先に示したように、身体機能的な回復を中心とした「自立」があって、初めて成立するものになっていると考える。したがって、「全人間的復権」ということが何を持ってそう語るのかということをもう少し、検討していく必要があると考える。また、そもそも「全人間的復権」という言葉が、なぜ必要になるのであろうかという疑問さえも起ってくる。それは、この言葉が必要となってしまうのは、「障害者は人間的に復権しなくてはならない人間として位置づけられている」ためと思われる。したがって、このこと自体にも大きな問題が内包されていると思われる。この問題をここで詳細には触れることは難しいが、非常に大きな問題であると感じている。

これまで述べてきたように高齢者が生活を維持していくため、予防していくために訓練が必要不可欠のように国民に提示されているのが現状であるが、効果が乏しい状況も見ら

れる中で、果たして本当に意識的に訓練を展開しなければ身体機能の予防、維持が困難なのかについて、次項では、必ずしも訓練でなくても良いのではないかと思われる研究報告も散見されているので、いくつか紹介しながら検討を行う。

### II-3-③ 高齢者の生活を維持していくために運動は絶対に必要なのだろうか

これまで、介護保険において国が介護予防として、高齢者に求めているリハビリテーションの状況を明らかにした。これまでは、身体機能的な側面から、その効果への疑問を継続して述べてきた。それは、この様な結果の曖昧なものに対し、国民の義務と努力としてまでリハビリテーションを推進する必要があるのだろうかという疑問からである。つまり、「リハビリテーション・運動＝身体機能の予防・維持」という必要十分条件を提示している状況への批判である。運動することを楽しみにし、生活の一部となっている人、いわゆる趣味としてリハビリテーションを行っている人を否定するつもりは毛頭無い。しかし、ここまで、画一的に運動・訓練の必要性を訴えられ、必要十分条件として提示されていることには疑問を感じてしまう。また、その疑問を後押ししてくれる先行報告も次の様に見られているのである。

河野（1999）らは、虚弱高齢者に対し3年間のADL変化について報告している。この研究では、病院に通院や訪問看護を受けている高齢者を対象とした追跡調査であり、積極的な介入を行っていない。その中で、虚弱高齢者は徐々にADL能力が低下し、不活発になるとしているが、家事を中心とした生活パターンの方は、ADL能力が維持されていたという結果を示している。これは家事という活動がADL能力の低下を食い止めた可能性があると思われる、特別な身体機能への訓練が絶対的に必要ではないという可能性を示している。また、北村ら（2002）は、家庭内役割を有することや外出する機会が多いと役割や外出が無いものよりも有意にADL能力に差があると報告している。さらに、Glassら（1999）の、高齢者のライフスタイルと社会的活動性に関する13年間の縦断研究で、「水泳などの激しいスポーツ」、「歩行」、「運動」を行っていた群と、「教会へ行く」、「旅行をする」などの社会的活動や「庭仕事」、「食事の支度」、「買物」などの生産的活動を行っていた群では、死亡率が同じであったということを報告としている。このGlassらと類似した報告として、岸ら（1999）も「掃除や、窓拭き、ちょっとした修理」、「公共交通機関を利用する」、「除雪する」などの生活活動を自分で行っている人たちは、自宅で自立した生活を送れない状態になる割合が少ないと報告している。

これらの報告は、生活機能の維持や死亡率を減少させていくためには、必ずしも身体的な特別な介入が必要ではないことを表している。つまり、「身体機能訓練＝予防」という必要十分条件を崩す報告であると考えられる。

これまで示してきたように国は、身体機能の維持・予防としてリハビリテーションを絶対的なものとして提示している。しかし、リハビリテーションと介護予防の間には、必要十分条件は見られておらず、むしろ効果が乏しいのが現状である。しかし、「リハビリテーションせよ」と努力・義務として国民に提示している現状がある。このように国が個人の生活スタイルに言及し、扇動している状況には問題があると考えられる。しかし、この様な

中で、障害を持った、もしくは虚弱な高齢者をはじめとする多くの国民は、予防として提示されるリハビリテーションに強い拒否感を抱かずに、むしろ元に戻りたいとし、提示されるがままに行動している現実があると思われる。次項では、この問題について触れていくこととする。

#### II-3-④ 介護予防・リハビリテーションが国民に受け入れられていくことへの疑問

これまで、介護保険におけるリハビリテーションに纏わる様々な問題を提示してきた。しかし、これまで触れてきた問題を包摂しつつも、現状では大きな問題が起きていないのも事実である。そこで本項では、なぜ、障害を有する、もしくは虚弱な高齢者が、リハビリテーションへ向かっているのかについて検討し、そこから本論でこれから展開していく問題を明確化させていきたい。

そもそも介護保険におけるリハビリテーションは、維持期におけるリハビリテーションである。維持期におけるリハビリテーションは、その名の通り諸機能を維持していくことが重要になる。しかし大川（2004：34）は、生活機能としているが維持期であっても回復が可能であると述べており、ICF という活動への介入を強調している。確かに、廃用症候群などは、器質的に明らかな病状は見られないため、身体機能の回復は維持期であっても、十分にあり得ることである。しかし、それを90歳代で、積極的に機能回復を望んでいない場合であっても、回復が可能であるからとリハビリテーションへの参加を促していく現状に疑問を感じるのである。さらに現実的には、維持期といいつつも維持すら困難な状況を報告しているものも散見している現状があるのに、専門家は回復可能であると提示し、そこに望むも望まないも関係なく、人々が誘導されていく状況に違和感を覚えるのである。特に、障害を有する人のADLは、疾患由来による機能障害の状態、人的環境、財産、利用可能な制度、など様々な諸要因に影響を受けるとされる。しかし、あらゆる人々のADL変化（低下）を共通に説明することのできる変数は加齢だけである。この加齢問題は、特に高齢者を対象とする場合、避けて通ることが出来ないものである。

増田ら（1995）は、高齢者に限定していないが、脳卒中患者の退院後のADLが、どの様に変化しているのかについて検討を行っている。その中では、79名に対しアンケートを送付し、43名から有効回答を得ている。結果として43名中7名に、機能低下が見られていたとし、その原因のひとつに年齢をあげている。また、細川ら（1994）も在宅脳卒中患者の機能状態について検討を行っている。ここでは220名の対象者に対し調査を実施している。その結果、拡大ADLと体幹下肢運動年齢、上肢機能得点、バーセル・インデックス、ミニメンタル状態で正の相関が見られ、年齢とは負の相関関係が見られていると報告している。さらに老人保健法での機能訓練教室に通っていたか否かで違いが見られなかったとも述べられている。先知岩ら（2002）も在宅脳卒中患者のADLの経年変化を調査しているが、退院から4年経過すると55.4%の人に機能低下が見られているとしている。このような加齢による影響について武藤ら（2008）は、障害後にたとえ運動習慣を有していても加齢による影響は避けられないとしている。この加齢と運動習慣の関係について一般高齢

者を対象に、石河ら（1984）は、次の様な報告を行っている。運動実施頻度と体力との間には密接な関係がある。運動実施頻度が多い人ほど同一年齢で比較すると体力は優れている。しかし、ほとんど毎日運動を実施している人でも、老化に伴う体力低下を防ぎきれない事も明らかであるとしている。この様な年齢と体力の負の相関については、他でも指摘されており国民健康・栄養調査の現状報告（2004）においても、加齢によって歩行数が減少することを指摘し、西嶋（2000）も、加齢に伴う ADL の変化について、疾患を有さずとも加齢とともに歩行距離や階段昇降が低下していく状況が示されている。

以上の様にリハビリテーションには、身体機能の回復限界が明らかに存在し、長期的な加齢の影響を含めて考えると、年齢と機能には負の相関が認められ、その主たる原因は生理的な変化ではないかと思われる。さらに、定期的に訓練教室などに通っているか否かで、身体機能に差が生じていないという細川（1994）らの報告もあり、定期的に訓練を行っても身体機能を維持していくことは、困難な状況が見られている。

しかし、国の各種委員会や大川（2004：34）は、「回復・維持を目的としたリハビリテーションを展開せよ」と各専門職に指示し、各専門職は、先に示した島村（2002：131）、武原（2002：141）らの様に患者に回復・維持が困難であることを承知しながら、機能訓練を実施しており、国や権威者の言葉に、現場の専門家が動かされている状況を表していると考ええる。

一方、リハビリテーションを受療している人々が、どの様な状況下で維持期のリハビリテーションを展開しているのかについて見ていく。ここでは自らが脳梗塞となり、リハビリテーションの実体験を記している2人の学者、多田富雄と先ほども述べた鶴見和子の体験記を中心に、高齢者が何を感じながらリハビリテーションを受療しているのかについて考えてみたい。

免疫学の世界的権威といわれる多田富雄は、2001年に脳梗塞で左片麻痺となり、2006年のリハビリテーション診療報酬改定の撤廃を求める運動に立ち上がり、積極的な活動していた。その多田（2007）は自身の著作『わたしのリハビリ闘争』の中で、社会的弱者である障害者からリハビリテーションを取り上げることは、生存権の侵害であるとし、医療難民の創出問題や効果に対する見識の違いなどに言及している。例えば、透析患者は透析を継続しないと生きていけないが、透析をやめることは死に直結する。リハビリテーションも同じであるとし、続けていかないと死に直結する（多田2007：47）と論じている。また、透析も効果を示すことが出来ない（いわゆる現状維持）のに、リハビリだけが切り捨てられるという矛盾について指摘している。

確かに、この様な見解が述べられても仕方がない状況であると考ええる。それは、高齢化に伴う医療費の削減が前面に語られる社会であり、効果を示せないものは「無」であるという価値観が、定着しているためである。つまり、受け手から見れば、支出の削減を目的とすることで、これまで提供されてきたものを取り上げられるという感覚になっても仕方がないと考ええる。

さらに、この著書の内容を見みると著者の価値観が垣間見える。例えば「……話すこと

も直立二足歩行も基本的人権に属する。それを奪う改定は、人間の尊厳を踏みにじることになる・・・」(多田 2007 : 45)と述べている。また、別の箇所でも医療保険での疾患別リハビリテーションによる日数制限について怒りをしめしながら、維持期のリハビリテーションの状況について次のように述べている。維持期のリハビリテーションは拘縮を予防し、筋力を維持することが重点であり、回復の限界は患者も理解しているとしている。(傍点は筆者による)しかし、目的として「寝たきりにならない」、「廃人にならない」、「ドロップアウトすまい」と歯を食いしばって辛い訓練に励んでいると述べている。(多田 2007 : 56)つまり、回復の限界を感じ、訓練の目的は回復ではなく、別の目的を有しているということである。これは、上田 (1996) が述べている次のような状況下に多田も存在しているのではないかと考える。

「多くの人は、人間として存在する価値があると信じている。しかし、障害によって多くの患者さんは自尊心がなくなってしまう。それは社会に広まっている価値観に問題がある。第二次世界大戦後の価値観の転換、昔は、年寄りには知恵があるという尊敬に値していたが、若くて身体的能力が高いことに価値がある。さらに生産力、労働力という収入が多ければ価値がある。障害はこれらの価値を下げる。多くの人は、日本のこうした価値観に影響されており、障害者は差別されても仕方がないという価値観を有していた。その当事者が、そちらの側に回ることで、価値のない人『差別される人』になってしまう」(上田 1996 : 182)

これは、生産性を重視する価値観と同意であるが、多田は、この様な人間としてのあり方、つまり生産性を主とする人間としての価値が、高齢化だけではなく、疾病・障害を抱えることによって、2重の否定として、より人間的ではないと自らの身体を自らの価値観によって蔑視していると考ええる。医師である多田は、身体機能の回復限界を理解はしていても、社会的な存在としての自己のありように不満を感じ、これ以上の身体機能の低下は、人間としての価値をさらに低下させると認識し、リハビリテーションに、しがみつかなくは、ならなくなっていると想定される。言うなれば、人として生きていくためにリハビリテーションが目的化されてしまっていると思われる。これは、自己が有している価値観を通して自己を評価し、それがあたかも社会からの評価と同様であるかのようにとらえてしまっているからこそ起るものと思われる。次に上げる鶴見もまた同じ状況の中で存在していたのではないかと想定される内容を示す。

この項で取り上げるもう一名の鶴見和子は、先にも述べたが、著名な社会学者で、1995年に脳内出血で左片麻痺となる。そして、わが国のリハビリテーションの権威である上田敏、大川弥生の両氏から直接リハビリテーションを受けている。その3名によって著された『回生を生きる』(1998、増補 2007)という著書がある。(2006年の鶴見氏の死去に伴い、増補という形で、2007年改訂出版されている)この中で鶴見は、上田、大川の「目標指向的リハビリテーションアプローチ」によって、平成18年度に改正され、脳血管障害のリハビリテーション算定上限である180日以降でも歩行距離が伸びたことが記されている。(平

成 18 年の診療報酬改訂に最も関与したとされるのもこの両権威者たちであることもまた事実である) その著作の中で、10m の歩行に関して、次のようなことが記されている。

「本当にわずかでした。なぜ疲れるかという、もちろん体力が無かったということは客観的にそうですけれども、私の立場から言うと、健常者が歩くというのと全然違うんだから。つまり全身全霊で、一步、一步、歩くんですよ。今だってそうですけれども、もうこれは大変な精神の集中と注意力そして肉体のエネルギーと、みんなが一緒になってコーディネートしなきゃ一步も踏み出せないのよ」(鶴見、上田、大川 2007 : 146)

この状況は、障害を有した高齢者が、「一步」歩くということにどれだけ大変な思いをしなくてはならないのかが伝わる一節である。この様に多田も、鶴見も「辛い」、「苦しい」、「大変」と感じながらも「リハビリテーション=身体機能訓練」に向っている。しかし、なぜこの「辛い」状況に向かう現象が起こっているのであろうか。大井 (2008 : 81) によれば、ヒトは「与えられた環境の中で、本人にとってもっとも苦痛の少ない状態で生きようとする。もし、現在苦痛の多い状態にいるなら、より苦痛の少ない状態に自分を変化させようとする努力をする『適応』の力が働く。逆に苦痛なく生きていけるかぎり、ヒトは勉強せず、働きもしない」としている。この考え方を参考にするとリハビリテーションは苦痛を伴うものではあるが、より苦痛をとまなうものが存在しているため「辛い」、「苦しい」状況であっても行わなくてはならなくなっているのではないかと思われる。

つまり、多田も鶴見も人間でありたいという「人間としてのあり方」を実践していくために、リハビリテーションを行っていたのではないかと思われる。

しかし、このような状況は何も、著名な学者である多田や鶴見が特別な存在ではなく、日常的に見られる現象であることを次の先行研究から理解することができる。R. WILES (2002) らは、脳卒中患者に対する理学療法士の態度について、理学療法士が患者の機能回復に対する期待を高く抱かせないようにしているつもりでも、患者は高い期待を維持し続けることを述べ、伍石 (2006) は、患者は機能回復への期待ばかりでなく、訓練の辛さを同時に抱えており、それらを専門職に訴えず隠蔽していくことを述べている。これらもまた、身体機能を重視した人間のあり方として、リハビリテーションを機能させていると思われる。

したがって、多田は (2007)、現在の人間としてのあり方を脅かす身体機能低下に対抗するための機会を失うことになる医療改正に怒りを示したのではないかと推察する。しかし、この多田や鶴見のように、苦しみながらも「リハビリテーション=身体機能訓練」を行なわなくてはならない状況に置かれてしまうのが、現在の多くの障害を有する、もしくは虚弱な高齢者であると思われる。

しかし、中には、これまで示してきたような国が提示し、多くの高齢者が従っているリハビリテーションを拒絶した高齢者の報告もある。

後のVI章でも取り上げるが、進藤 (1992) は、第 26 回日本作業療法学会のフォーラムで、脊髄損傷により、寝たきりで不活動的な 60 歳代の高齢者を紹介している。その中では、食

事訓練を拒否し、妻に食べさせてもらうことの幸せや庭を眺めてアイディアを練り、庭師に注文をつけることを最高の贅沢としていると報告している。また、40歳代の漁師の事例をリハビリテーションのモチベーションが低く、コミュニケーションが取り難い人として次のように報告している。右上肢が廃用、右下肢が装具装着にて杖歩行がどうか可能なレベルであったのにもかかわらず、マニュアル式のワゴン車を運転し、事故を起こし免許取り消しとなる。さらに漁師である事例は、片手で舵を操作して、定置網のところまで行き妻に「あー」と指示して網を上げさせて、片手で魚の選り分けをし、帰ってきてビールを飲むとのことであった。妻は事故のような出来事もあるが、夫は「病前と全く変わらない」話していたとしている。これらの人は、リハビリテーションを拒否することによって、周囲に巻き込まれず、自分の生活を送っていると考えられる。

このような事例報告を見ると多田や鶴見が実践してきたリハビリテーションと進藤（1992）が提示した2つの事例では、どちらの方が、「尊厳」が守られた、「自律」した生活なのかという問題を問わずにはいられない。そして、なぜ、このような違いが起るのであるのかという疑問とともに介護保険において、どちらの生活への支援が高齢者の介護を社会で支えていくサービスとして適切なのかを検討していく必要がある。そこで、次節では、これまで述べてきた介護保険法とリハビリテーションのあり方から、本論の問題意識について述べ、研究の課題を明確にしていくこととする。

#### II-4 本論の研究課題について

ここでI章及びII章で提示したことを小括し、本論で取り扱う問題を明確にしたいと考える。

I章では、社会保障費の財源問題から国が求める「弱者ではない高齢者」と社会が見ている「弱者である高齢者」というアンビバレントな関係の中で、多くの高齢者は、健康面と経済面で不安を抱えている状況が見られていた。また、それらの健康面や経済面における個々人の現状は、自己責任の結果とされる社会になっている。そして国民は、垂直的に国が一方的に提示する情報を各々で得て、水平的にお互いを監視し合いながら自己監視を行い、いかに平均的な高齢者であること、他者と比較して肯定的にとらえられる高齢者でなくてはならなくなっていた。つまり、現代高齢者として、社会保障費を使わず、他者に迷惑をかけないことを国からも社会からも望まれているのであった。

II章では、虚弱あるいは障害を有する高齢者、つまり上記の望まれる平均からの逸脱を起こしてしまっている高齢者を支えるための介護保険、そして介護保険において重点が置かれた自立を支えるリハビリテーションについて、ここまで述べてきた。介護保険は、常に財政優位の制度設計と運用が展開されていることを見てきた。それと共に介護予防として現状の身体機能を改善・維持せよとリハビリテーションを推進させ、「自立＝尊厳を守る」という形式を創り上げ、身体機能訓練のリハビリテーションに重点が置かれてきた。しかし、リハビリテーションの効果は、筋力などの機能そのものには向上は見られても、転倒予防や日常生活活動の改善に明確な効果が見いだせていない状況が見られている。さらに、



これらの報告は、自然科学という認識論の上に立つ医学が重視しているエビデンスを満たす様な報告は、極めて限られたものしか存在していない状態であった。しかし、このエビデンスが明確ではないリハビリテーションに多くの高齢者は、多田や鶴見のように邁進しているのである。なぜ、この様な不確実なものに多くの高齢者が取り組むことになっているのか、本研究の課題の一つである。

また一方、この多田や鶴見とは異なり、国が推進しているリハビリテーションを拒否し、自らが思うがままに、生活している高齢者も存在しており、さらに維持期の高齢者が生活を維持していくために必ずしも運動を中心とした機能訓練が必要ではないことも確認した。

本論で注目したいのは、介護保険制度下において維持期のリハビリテーションそのものが社会の中でどの様に機能しているのかという点である。介護保険が開始されて10年以上が経過したが、常に財政問題を中心に介護保険料、要介護認定、介護負担等が、その議論の中心となってきた。その中でリハビリテーションは、いかに効果的であるのか、どの様な手技が有効であるのかなどの議論が中心であり、リハビリテーションそのものを検討しているものはほとんど見当たらない。これは、国の方針として、財政を支えていくために、リハビリテーションが介護保険において重要視されたことが原因の一つであると考えられる。したがって、国の各種委員会にもリハビリテーションの専門医、専門職が加っており、これらの人がリハビリテーションの必要性を訴え続けたことにより、現在の状況が展開されることになっていると思われる。

しかし、これまで述べてきたようにリハビリテーションには、様々な問題が内包されている。また、国、専門職、そして多くの高齢者は、リハビリテーションというツールに対し、疑問を表面化することなく、現在に至っている。そして効果があるが無かるうが、多田や鶴見のように障害を有する高齢者は、リハビリテーションを行っていることが必要になり、それを行うこと自体に有意味性が持たされている。これは、リハビリテーションの自己目的化である。しかも、虚弱もしくは、障害を有してしまえば、画一的にそのツールが提示され、多くの場合、それに従っていくことになる。何の疑いも持たずにである。

実際、障害を有さなければ、虚弱でなければ、高齢者は、どの様な生活を送るのかといえ、高齢者の生活は、静的な活動で構成されているのが一般的であり、次の様な調査結果も見られている。例えば、高齢者の活動量の調査として、1日の生活がどのような活動で構成されているのかを把握したものに総務省統計局による『社会生活基本調査』（2001：29）がある。これによると65歳以上の高齢者の生活は、睡眠に8時間30分、テレビ・ラジオなどに3時間53分、家事関連に2時間24分、食事に1時間57分、休養・くつろぎに1時間48分と家事以外は、静的な活動で構成されていることがわかる。また、NHK放送文化研究所（2005）で行った『2005年国民生活時間調査報告書』でも同様の結果が得られている。ここでは、スポーツを行っている70歳以上の高齢者割合は、10%以下であるとされ、時間も15分程度であった報告されている。また、1日の中での行楽・散策は、30分程度であったとしている。家事に関しては、女性で3時間42分、男性で1時間17分と、男女差はあるが、平均すると総務省の調査とそれほど大きな違いは無く、こちらの調査からも高齢者の生活が静的な活動で構成されていることが分かる。

この様に、いわゆる健康な高齢者の生活状況を見ていくと、身体機能を活用することの必要性を認識していても、現実として積極的に取り組んでいる訳ではないことが分かる。しかし、虚弱、もしくは障害を有してしまった高齢者は、介護保険の財政ありき、理念後付けで創られた制度によって、効果が明確ではないリハビリテーションを提示され、国民の義務・努力として押し付けられているのである。また、そもそも国民に介護保険は、高齢者の「尊厳を守る」と提示しているが、その「尊厳」を守るのは、自立した生活が前提になっている。しかし、3節で提示したようにリハビリテーションを受け入れていた事例と拒否した事例では、どちらが「尊厳」を有し、「自律」的な生活であるのかを問う必要がある。

この様な状況に対し、本論で取り組んでいく課題として次の2つの問題が存在している。

今一度、この介護保険の問題を考える必要がある。介護保険法は、高齢者の「尊厳」を遵守していく制度である。では、この様にエビデンスレベルの低い、効果の乏しいリハビリテーションに永続的に取り組んでいくことが、高齢者の「尊厳」に繋がっていくものとして成り得るのかという問題がある。より、本質的に「尊厳」を守っていくならば、先に立岩（2008）が述べていたような、頭さえ動けば良いという形の高齢者のあり方が重視されるべきである。しかし、国は常に財源優位で制度設計を変更し、同時に「自立＝尊厳」という構図を生みだし、高齢者にあるべき姿を提示している。つまり、社会保障費を使わない、他者の助けを借りない「尊厳」ある高齢者像を創り上げているのである。これは、要介護状態になれば、努力義務としてリハビリテーションに自ら積極的に取り組まなくてはならず、それが社会の価値として定着していると思われる。特に介護保険サービスを利用している高齢者が、リハビリテーションを受けることは、現状のあるがままの状態からの変化を求められているのである。しかも、この高齢者像は、財源確保のために身体機能の向上を目的化しているのであって、決して個々人の生活を考慮してものではない。この様な財源確保のために制度設計を変えている状況に問題を提示し、本来の目的である「尊厳」を遵守していくための制度設計と共に具体的な支援を検討していく必要があると考えている。

そして、もう1点は、国が財源を守るために重点を置いたリハビリテーションそのものへの疑義である。これまで述べてきたように、介護保険で適用されるリハビリテーションは、維持期のリハビリテーションであり、国が望んでいる様な身体機能の回復・維持には、明らかに限界が存在している。しかし、大川（2004：34）らは維持期であっても回復可能であることを述べ、さらに身体機能の回復によって、全人間的復権が可能であると記している。確かに身体機能的な回復によって、障害がもたらしている身体的な制限の解消が望まれることは言うまでも無い。しかし、医学的に見ても、現実的に困難であることは明白である。さらに、高齢者の維持期リハビリテーションの展開には、明らかなエビデンスを見出すことが出来ていない。先にも述べたが、介護保険の対象者は、高齢者であり、さまざまな諸条件によって個人の在り方は変化するが、ヒトという生物体として共通要因であ

る年齢・加齢が、この身体機能の回復・維持に大きく影響していることは明らかであり、この要因を解消する事は不可能である。

この様に維持期リハビリテーションによる身体機能の維持・向上には、明らかに限界が存在している。しかし、この様な限界について高齢者自身はどの様に把握しているのか、そして、リハビリテーションの専門家はどの様に感じながら実践しているのかを把握する必要がある。多田（2007：56）は、回復の限界は当事者自身がよく知っているとして述べている。そして、維持期のリハビリテーションは、寝たきりになるのを防ぎ、廃人にならずに社会復帰を果たす、大切な医療行為と述べている。そして、患者たちは、それ以上機能が低下しないよう、不自由な体に鞭を打って苦しい訓練に汗を流していると述べている。しかし、現実的に訓練を休んでも通常の生活を送っていれば、顕著に身体機能が低下するものではない。さらに、多田（前掲：66）は、透析とリハビリテーションは同じであるとしている。どちらも治療的な効果は無いものとしながら、無ければ患者が死に至るとしている。なぜ、リハビリテーションが透析と同じ扱いになるのか、多田のリハビリテーションが無ければ死に至るという認識が、なぜ生じているのかを把握していく必要がある。

本研究では、この介護保険、維持期リハビリテーションが抱えるそれぞれの問題が、どの様に接合されているのかを明らかにしようと考えている。これを明らかにすることで、介護保険制度下での維持期リハビリテーションの問題が明らかになると考える。そして、この現状を把握することで高齢者の「尊厳」を遵守していくために必要な支援を検討していくことが可能になると考えている。つまり、財源抑制のために高齢者の身体機能回復を望む国、そして、大川（2004）のように回復が可能であることを示しているリハビリテーション専門家、そして多田（2007）のように継続したリハビリテーションを望む高齢者、これらの人々が、どの様の関係の中で存在しているのか、その現状を分析していく必要がある。これまで見てきた先行報告を参考にすると現状展開は、明らかに問題があると考えられる。極論かも知れないが、現状では、虚弱・障害を有することになれば、リハビリテーションはやらなくてはならないもの、やることが当然のものとして位置づけられてしまっている。したがって多くの高齢者は、何の疑問を示さずリハビリテーションを実施していくことが可能になっている。本研究では、この様な状況自体に問題があると思われる。そして、この問題の原因を探ることが出来れば、「尊厳」を考慮した別の形の支援を検討することが可能になると考えている。

これらの問題を明らかにしていくために本研究では、フィールド調査として当事者へのインタビューを実施した。フィールド調査の実施理由であるが、現実的に当事者や専門家がリハビリテーションを継続している姿を確認し、なぜ身体機能訓練を展開していくのかを実証的に把握しなければ、上記で述べてきた様な介護保険制度、リハビリテーション、そしてリハビリテーションを実践している当事者達の関係性を理解することが不可能であると感じたためである。

そのフィールドの選定であるが、通所リハビリテーションをフィールドとして選定した。先にも述べたが、介護保険制度下で展開されるリハビリテーションには、入所系、通所系、

そして訪問という大きく3つのフィールドが存在している。入所系は、入所者の重症化、および制度的な問題から中断される可能性が高く、確実な継続データを収集する事が困難であると判断した。また訪問は、各自宅へ赴きデータを収集しなくてはならず、個別対応となるため、限られたデータしか得られないという短所がある。その点、通所は人数が確保され、且つ継続的に個別リハビリテーションを受療されている方が多く、さらに実施状況を観察することも可能である。これらの理由により、今回は、通所リハビリテーションを調査フィールドとした。また、限定されたものではあるが、現状としてリハビリテーションを拒絶している人達が、どの様な理由でリハビリテーションを拒絶しているのかという事についても調査が必要であると考えた。これらの人の調査を行う事で、先ほどの進藤（1992）の様リハビリテーションを拒否している事例が、どの様な状況にあったのかを知る事が出来ると思われたためである。さらに、先にも述べたが、通所リハビリテーションにおいて理学療法士、作業療法士が個別リハビリテーションとして身体機能訓練を展開している。しかし専門家自身は、リハビリテーション自体の限界も同時に感じている。そこで、この限界を感じながら身体機能訓練をどの様に感じながら、継続的に提供しているのかを知る必要があると判断し調査を実施した。

上記で述べた理由から、フィールド調査としてインタビューを実施した。そして、本論で取り組んでいくテーマとして、「介護保険、維持期リハビリテーションが抱えるそれぞれの問題が、介護保険法において、どの様に接合されているのかを明らかにすること」とした。この中で、維持期リハビリテーションを展開している当事者および専門家の状況や介護保険との関係を明らかにしていくこととする。さらに、介護保険制度の目的である高齢者の「尊厳」を遵守していく支援について調査結果を元に検討することとした。

### Ⅲ章 本研究報告における方法論の検討

本研究テーマに対する調査は、大きく3つの相があると考えている。1つは、多くの虚弱・もしくは障害を有する高齢者が、なぜ「辛く」、「苦しい」と訴えながら、介護保険制度下においてリハビリテーションを継続しているのかについてである。2つ目は、過去にリハビリテーションの経験を有しながら、現在は拒絶している人が、どのようなプロセスを経て拒絶という手段を講じているのかについてであり、3つ目として提供している専門職が、なぜ問題があることを知りながら、身体機能訓練を提供し続けていくのか、というプロセスを知ることである。そして、最終的に現在の介護保険下において展開されているリハビリテーションを批判的に分析することである。この章以降のⅣ・Ⅴ・Ⅵ・Ⅶ章は、Ⅱ章の最終節で述べた本研究の疑問に対する調査研究の結果を示していくことになる。しかし、調査方法にはさまざまな方法が存在し、それぞれの特徴、そして利点と欠点が存在している。そこで本章では、本研究における調査方法の選定について検討を行う。1節では、現在研究手法には、量的研究と質的研究という大きく2つに分かれる研究手法がある。今回は質的研究法を採用するが、これらの違いを、その認識論の違いを含めて把握し、今回のテーマにはどちらの研究手法がより適切であるのかを検討する。そして2節においては、質的研究手法においても様々な手法が存在している。その中から、今回は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下M-GTA）を選択したが、その選択理由について述べる。そして3節では、研究を行う際には、研究そのものの質を担保していく必要があるため、そのための検討を行う。

#### Ⅲ-1 量的研究方法と質的研究方法について

この節では、量的研究と質的研究の違いを概観し、そして、どちらがより本研究テーマに適しているのかについて検討を行う。

やまだ（2007：4）は、量的研究と質的研究について次のように述べている。自然科学（量的研究）の基本は、「仮説」をたてて「実証」する「仮説演繹法」である。経験的事実をいくら大量に集めても、そこから帰納的に真実に到達することは困難である。そこで、仮説演繹法では観察事実をもとに、一般化可能な科学的仮説や法則を作り、それを経験的データに基づいて実証していくことになる。一方、質的研究は、未知の世界に向かって手探りで道なき原野を進む「冒険」（ウィリッグ）、あるいは手持ちの限られた材料と手段でデザインして家を建てる「日曜大工」の建築家（レヴィ＝ストロース）にたとえられるとしている。冒険の現場は複雑で錯綜した生きた網目系である。道順が定かでなく、正解は1つではなく、研究プロセスで進行方向が変わるだけでなく、網目系（社会・文化・歴史的文脈）自体も変化するとウィリッグ、レヴィ＝ストロースを引用しながら述べている。

西條（2007：19-20）は、上記で、やまだが述べている内容を端的に量的研究は仮説検証型の研究に向き、質的研究は仮説生成型の研究に向いているとしている。

武藤（2001）は、質的研究と量的研究の比較対象として、2つの事柄をあげている。一つは、認識論的な差異であり、量的研究は自然科学パラダイムであり、質的研究は現象学的

パラダイムとして分類されるとしている。自然科学パラダイムとは現実個人「外」にあり、独立しているという信念に基づいており、客観性、中立性（特定の価値に拘束されない）、観察や実験を重視する実証主義としている。そして現象学的パラダイムは、現実社会に構築され、観察者と独立に存在しないという前提に立つとし、人間の解釈や意味付けといった主観的現実が研究の対象となるという認識論の違いをあげている。もう一つは、手続き論的な差異があるとしている。これは、研究者と調査対象に対するスタンスの違いや検証的なのか帰納的なのか等の上記のやまだや西條が述べていた違いと同様のものである。

久保田（1997）は、武藤の一つ目の問題と同様のことを述べており、客観主義（量的）と構成主義（質的）のパラダイムの違いとして捉えなおすことが出来るとしている。客観主義パラダイムにおいて、「真実」は研究者から独立した「唯一の存在」であり、因果関係を持った自然法則にしたがうものであると考えられ、仮説の検証を繰り返し、法則を創り上げていく手順を取るとしている。一方、構成主義パラダイムは、ある状況に関わる人々の間の社会的合意に基づいて、真実は形成されるという前提に立つとし、研究者自身が研究対象と直接かかわり相互作用が研究の重要な要件となり、相互作用の中で「真実」が形成されるとしている。

宮田ら（2006）は、量的研究（量的）と定性的研究（質的）の関係を次の様に述べている。量的研究では、多くの場合データを集める際に連続／不連続なデータとして統計的分析にかけることが出来る様なカテゴリーをあらかじめ想定し、概念化を行う。定性的データは、状況・事柄・人々・相互関係・目に見える行動に関する詳細なデータから構成され、多くの場合は制限のない語りで収集される。定性的研究では量的研究におけるテストの選択肢のように、あらかじめ想定したカテゴリーや標準化されたカテゴリーを用いることは少ないとし、Flic（1995：5-7）においても同様の内容を記している。

この様に、量的研究と質的研究の特徴については、研究に対する認識論の違いが大きく影響し、手続き論、仮説検証・仮説生成という研究スタイルまで大きく異なることがわかる。この様に量的（量的）、もしくは定性的（質的）な研究手法の違いは、それぞれの研究対象がどのようなものであり、それぞれの特徴を活かし研究を行えばよいと考えるが、量的研究者から質的研究には、様々な批判があることもまた事実である。

Flic（1995：271）は、質的研究に対する批判を次の様に述べている。

質的研究の結果が読者に理解可能なものとなるのは、データ解釈の例証となりそうな部分をインタビューや観察記録から選択的に抜き出してきて、それらを組み合わせることを通してでしかない。特に研究者がこうしたやり方だけで記述を進めていく場合をビューラー＝ニーダーベルガーは次の様に批判している—そのようなやり方で結果をもっともらしく見せること出来るだろうが、研究として十分なものとはいえない。

この様な質的研究における批判は他にも多く、茂呂（2008）は、イギリスの心理学研究委員会においては質的方法に基づく研究の振興と教育の充実の必要を報告し、1992年に研究者養成課程における方法論多様化の必要と質的方法論の必要性を宣言していると述べてい

る。しかし、質的方法の科学性についてはさまざまな議論があり、すんなりと受け入れられたわけではないようだとしている。また Paker (2004 : 194) は、心理学研究において、真に「科学的」な研究は量的研究だけであるという批判を受ける場合があり、質的研究は「科学」ではないという指摘もあると述べている。木下 (2003 : 48) も質的研究は科学的ではない、客観的な分析ではない、その結果も恣意的解釈の可能性があり、信用できないとされるといった質的研究に対する批判的立場が根強くあると述べている。

これらは「科学」という言葉がもたらす意味の問題となり、「科学」とは何かということになる。また、量的研究者は質的研究の手法を相いれないものとしていることがうかがえる。しかし、量的研究で言われている「科学」と質的研究で言われている「科学」を分別することそもそも意味があるのだろうか。以下に示すが、「科学」とは何か、そして量的研究も社会に構成されたものを利用しながら研究をしていること、量的研究で用いられている帰納主義等にも、さまざまな問題を孕んでいること等を示し、量的研究者によって質的研究の科学性を批判しきれぬのかという疑問を提示する。

村上 (2010 : 35) は、1999 年にブタペストで「世界科学会議」が開かれ、科学の定義として4つの位相があり得ることを明言したのは画期的なことであったとしている。その4つの位相であるが、

1. 知識進歩のための科学
2. 平和実現のための科学
3. 持続的発展のための科学
4. 社会のための、そして社会の中の科学

であることが述べられ、知識進歩のための科学は、それまでの「科学のための科学」であるとし、そこから生まれた力が、よくも悪くも社会を大幅に変革するだけの内実を積み重ねてきたので、科学者たちも自らの存在のあり方を問い直し、科学は社会との接点をいかにつけていくか、そして社会の営みと無縁では、科学は定義しきれないことを示したとしている。

佐々木 (1996 : 38) は、文化人類学的科学、古典科学、二つの形態の近代科学、非西洋科学を取り上げ、それぞれの形態における科学の考え方の中に境界線がはっきりと引けるわけでもないとしている。また、レヴィ=ストロースの「具体の科学」を引用し、未開人の思考パターンが近代科学の対象と同一レベルのものに向けられることは稀であるにしても、その知的操作と観察方法は同種であるとしている。科学にはそれぞれの見方があり、ある科学と別の科学との優劣が一直線上に並べられるという様な線形順序的の排列は出来ず、網状の地形図が出来上がるとし、トーマス・クーンの通訳不可能性を用いて科学は様々な概念の言語ゲームであるとしている。

山本 (2004) がトーマス・クーン以後の科学論としてハンソンを引用しながら次の様に述べている。科学における観察は、純粋な感覚与件とそれについての解釈に分離することはできない。なにものも、何らかの理論によって言語的な文脈において理解されなければ、

事実を構成することはあり得ない。すなわち完全に中立な目で事象を眺めることによって意味あるデータを識別することは不可能であるとしている。

斉尾（2001）は、EBMの現代科学的考察として、医学・医療が“新しいパラダイム”への変革を遂げてEBMとして結実したのではなく、社会の価値観の変化が医師の価値観に反映し、臨床疫学という学問の発展を経てEBMという形で現出したと述べている。

京極（2006）は、科学論でよく用いられている、帰納主義、反証主義、論理実証主義、実証主義という4つの主義の特徴を述べ、その結果、全て帰納主義を論拠にしていることを示している。また、その論拠となっている帰納主義の正しさは、主体とは独立自存する外部実在と認識構造の同型性の正しさを先験的に仮定しなくてはならず、また、その客観的真理を思考する際に言語を用いる。言語とは原理的に恣意的であり、言語を用いて思考する以上、客観的真理と呼べる何かに到達することは不可能であるとしている。また、認識構造の同型性についても同じ料理を食べても人によっておいしさの評価が異なることからわかるように認識構造の同型性は先験的に保証することはできないとしている。

この京極が指摘した帰納主義の問題については、これまでも議論があるが、葛西（2006）は、心理学的研究における統計的優位性検定の適用限界を述べた論文の中で、科学は反復実験を行う帰納法によってこうした真なる命題を打ち立てるといわれるが、よく考えてみるならば、そうしたことは原理的に不可能であることに気がつく。そして、この帰納における問題を解消するためにポパーによる反証主義が生まれたということ述べている。さらにポパーが提唱した反証主義に対しても、あらかじめ否定されるべき「帰無仮説」を提示しておいて、それが棄却されることによって結果的に「対立仮説」を採用するという推論形式であるとし、この方式は積極的に対立仮説を証明することに成功したわけではなく、主張に対抗する（帰無）仮説が否定されたために帰無仮説に対する仮説の蓋然性が高まったというのが統計的仮説検定の骨子であるとしている。したがって、そうした二重否定的な了解にどれだけ妥当性があるのかという問題は、依然として残されたままであるとしている。

これまで先行研究から「科学」に対する見方を述べたが、村上が提示した科学の定義については、科学が道具として技術として、様々な方向に人類を導いたとし、その影響も鑑み、社会との関係の中で成立するのが科学であるという宣言を提示している。例えば、クローン技術を人間が科学によって手にしたが、それは羊で行われわしたが、人間には適用しなかったという事実がある。これは、倫理的要因、宗教的要因など様々な批判があり、今のところ、社会的に受け入れられなかった科学技術である。つまり、村上が紹介した定義を用いると、この科学技術は、科学ではないということになる。そして、科学ではないとした最大の原因は、社会の中における様々な要素によって、批判を受けたのである。これらの批判が、どの様に構成されていったのかを量的研究で解明していくのは困難であり、そこに必要になってくるのは質的研究になると考える。

その他の先行報告は、量的研究の背景要因として、すでに言語やその時の社会的な価値背景という社会的に構成されたものを利用し、量的研究で得られた結果を反映させようとしている状態があることを批判的に検討している。また、京極に至っては、認識論として帰納主義、反証主義、論理実証主義、実証主義の量的研究における主要な4つの認識論も、



すべて帰納主義に集約されるとし、さらにその帰納主義に対しても批判を行っている。この帰納主義に対する批判は、葛西も行っており、「量的研究＝科学」であること自体の不安定さを示しているものと思われる。さらに、量的研究で想定された結果を数学的に処理する統計学の手続きがあるが、その統計学自体についての批判も見られている。以下においてそれらの批判を概観していく。

グールド（1996b：97）は、相関係数のことについて次のように述べている。

私の年齢と過去 10 年のガソリンの値段を取り上げてみよう。この場合には相関は完全なものに近い。しかし原因については誰も何も指摘出来ないであろう。

この様に相関という事実は原因に対して何も示さないと例示を行い、相関係数の意味そのものの脆弱性を示している。

葛西（2006）は、統計的有意水準に関する問題として次の様なことを提示している。危険値として用いられる 5%、1% という数字設定は、恣意的に設定された値であってそれ自体に原理的な必然性が無いと述べている。また、この数字の問題を次の様な具体例で問題を示している。工業製品などでは、99.9999%（シックスナイン）という自らの製品の精度の高さを謳う数値がある。しかし、この様に小さな数字であるが、スペースシャトルや原子力発電所などでは、このシックスナインの製品を用いても、これらの巨大なシステムで用いられる部品数を考えると人類が経験しえる程度に「人間的スケール」であるとしている。そして、百万分の一程度の極小確率であっても「人間的スケール」内にあるとすれば、5%、1% は実に驚くほど高い確率であると言わざるを得ないとしている。

荒川（2007）は、量的な心理学研究の例示を行い、特徴として「確率論」が基盤になっていること、そして 2 つの群に関係があることを指摘することが目的であることを述べ、この様なモノの見方は多くのものを失ったとしている。荒川は、時間、リテラシー、現場性、他の価値観という 4 点に絞って記している。いずれも量的研究による判断が曖昧なものであり、実際に社会的に価値のあるものが行われているのかという批判を行っている。

無藤（2005：38-42）は、人を対象とした縦断研究における統計処理の困難さを、測定に関する問題、代表制の問題など複数あげ、その上で多くの変数を用いることによって、統計処理を行ったとしても、当初の狙いよりほど、変数の統制が可能で無くなることを指摘している。

以上に示した統計的な問題もこれまで多くの批判が行われてきているが、少なくとも以上の様な問題を内包している。したがって、統計で「ごく稀である」と無視される 5%、1% という数字は無視して良い問題なのか、統計を使うことで、もっともらしさを提示しているが、それが何の役に立つのか等の問題である。したがって、量的研究者が質的研究の手法を認めていない状況があるが、量的研究者が行っている科学性の担保として示されることの多い統計の手法自体にも問題性が潜伏している。しかし、この様に量的・質的という 2 項対立構図的に考える必要があるのであろうか、以下に示すのは、この 2 項対立構図の無駄さを提示していると考ええる。

宮田ら（2006）は、社会科学の学問分野において、それぞれの手法を重視する立場が存

在し、それによって対立する関係の様に強調されることが多いと述べている。しかし、定性的研究と、量的研究を区別することは何の役も立たず、区別自体がいい加減なものだという見解があることを述べ、アンケート調査の一例を提示し、定性的（質的）と量的（量的）が多重に利用する場合もあり、補完し合うこともあることを述べている。

盛山（2004：24）も量的、定性的という枠組みを量的研究と質的研究という枠組みで、それぞれの意義について述べているが、統計的研究が複数の個体からなる個体群の全体に関心を持っているのに対して、事例研究は一個の個体に関心があり、これが両者の基本的な違いであると述べている。その上で、個体という概念について次のように様に述べている。個体という概念はどこにでも設定できる。統計的（量的）研究もそれが対象としている個体群の全体をレベルの異なった一つの個体だとみなせば、一つの事例研究になるし、同時に、事例研究が統計的研究を伴うこともある。また、量的研究と質的研究においてよく見られる対比について 10 項目（ex. 客観的—主観的、外面—内面、浅い—深いなど）を列挙した上で、量的—質的の対比以外はすべて根本的に誤りであると述べている。この盛山が述べている「個体」の概念であるが、柴坂（1999）は「事例」という言葉には、少なくとも 4 つの事例があるのではないかと述べている。一つは観察するフィールドそのものが事例になる場合、二つ目は対象の人を指す場合、三つ目はフィールド内で起る出来事を指す場合、四つ目は、具体的な一つの出来事を指す場合であるとし、この様に事例と表現される内容には幅があり、場合によっては、盛山（2004）が述べているように量的研究にあたるものも想定されると考える。

この節で述べてきたことをもう一度、振り返ると量的研究と質的研究は、その認識論から異なる科学性の上で成立している。その科学性の違いを指摘し合っているのが、現在の量的研究と質的研究の 2 項対立状況になっていると考える。しかし、盛山（2004）が述べているように量的・質的という分類そのものは、あまり意味をなさず、それぞれ研究対象がどのようなものであり、それぞれの科学性の上で、特徴を活かした研究を行えばよいと考える。また、村上が提示した「科学の定義」を参照したが、あくまでも社会との関係の中での科学を想定していること、そして佐々木が述べていたように、科学には様々な形態があり、それぞれが通訳不可能性の中で存在していると考えられる。この様に考えると量的研究者が質的研究を批判する場合、いわゆる自然科学についてのみを想定していることが原因であると考えられる。つまり、飛行機が飛ぶコトと人間の相互作用の中で生まれるモノという認識の違い、また量的研究における統制された環境下における研究対象の反応の確かさと質的研究の対象となる場面依存的な研究対象の行動という対象に対する認識の違いなど、西條（2005：4）が述べているように川の上流（認識論）に起因する問題に対して、下流（方法論）に手を加えても問題の根本的解決にはならないと述べている通りであると考えられる。

ここでは、この認識論の違いに対する優劣をここで論じようとは考えていない。認識論の違いによって優劣を決めること自体無理がある。それよりも盛山（2004：36-38）の述べているように、研究のその目的によって我々がどれだけ必要なデータを収集し、総合的に分析する努力を傾けるだけの違いと考えた方が良くしていることに賛同する。西條（2005：2-33）も構成構造主義を主張していく中で、研究の「目的」を中軸として研究が構成されるとし、方法はその目的に合うものを選択するとしている。したがって、それぞ

れが、それぞれの手法を理解し合い、研究に取り組むことが肝要であると思われる。

その上で、本研究のテーマを考えると、要介護状態の高齢者が、リハビリテーションを継続する、そしてリハビリテーション専門家は、その治療的限界を感じながらも、それを提供し続けていく、この継続していくプロセスがなぜ、どの様な要因で、どの様な判断基準でそれぞれが継続していく現実が展開されているのかを明らかにすることである。したがって、あらかじめ、どの様なことが要因であるのかを想定することは困難であり、さまざまな調査用紙を用い、統計学を駆使してパス解析等も行うことも困難となる。これらの事から、今回のテーマに対する研究手法は質的研究が適当であると判断した。つまり、レヴィ=ストロースが『野生の思考』(1962=1976:1-41)の中で述べているように具体の科学として、現状がどの様に展開しているのかを検討していくことを重視しているためである。

次節では、質的研究の手法も数多くあるため、どの様な手法を用いていくのかについて検討を行う。

### III-2 質的研究手法の検討について

前節で述べたような理由により、質的研究法を今回の研究手法としたが、質的研究といっても様々な手法が存在している。今回のテーマは、これまでも述べているように、現在の状況がどの様なプロセスを経て、展開されているのかを明らかにしていくことである。今回の検討対象プロセスは、維持期のリハビリテーションについて、当事者および専門家が過去の出来事をどの様に認識し、またその認識が、どの様な要因によって影響を受けていたのかを検討することである。そして過去をどの様に現在において、とらえ直し、当事者は存在しているのかという過去の認識を問いながら、現在の状況をどの様に認識しているのか、同時に現在の認識に何が影響を与えているのかという過去から現在までの認識とその認識に影響を与えた因子を検討していくことである。したがって、当事者および専門家の内的経験を問う形の調査になる。

Flic (1995:52-58) は、『質的研究入門』の中で、数多く見られる質的研究方法について、その特徴と各種方法の批判等を記している。そして、この様な過去から現在までのプロセスを明らかにしていく方法として最も明確に打ち出したのがグラウンデッド・セオリー・アプローチであると述べている。よく知られているようにグラウンデッド・セオリー・アプローチの提唱者である Strauss と Glaser は、『死のアウェアネス理論と看護』を發表し、そこで終末期患者が、医療関係者との相互作用の中で、どの様な認識を辿って行くのか、そして、そこにどの様な社会背景が関連しているのかを調査したものである。この様なプロセス性を重視し、当事者と専門家、そして社会的背景の関連を検討していく中で、見つけられた手法である。この様なプロセスとその背景因子を検討していくことは、本調査テーマに合致していると考えたため、今回はグラウンデッド・セオリー・アプローチを採用することとした。

この手法は当初 Strauss と Glaser の 2 人で検討され、その手法も研究方法論として共著で出版している。それが『The Discovery of Grounded Theory』(1967=1996, 日本語版 :

データ対話型理論の発見—調査からいかに理論を生み出すか) である。この著書の中で彼らは、理論化のために比較分析を行うというわれわれの戦略は、プロセスとしての理論という事を前面に押し出している。また、理論というものは永遠に展開していく総体なのであって、完結した一つの成果などではないということ述べている。(前掲 p43)

その後、それぞれの研究に対する考え方から、1990年代初めに Glaser は一人で、そして Strauss は Corbin とともに、それぞれで著書を出すことになっていく。この状況に木下 (2003:39) は、Glaser と Strauss の認識論の違いが袂を分かつきっかけになったのではないかと述べている。それは、Strauss が徹底したフィールド調査を基盤とするシカゴ大学の出身であり、Glaser は数量的研究で知られているコロンビア大学の出身であることの影響が大きいのではないかと述べている。しかし、袂を分かったとはいえこの研究手法の基本的な部分は継承されており、数量的な認識論が強いと思われる Strauss と Corbin (1990 : 34) が記した『Basics of Qualitative Research』においてもグラウンデッド・セオリーの問いは行為とプロセスに向けられることが多いと述べており、研究対象となる現象の正体を明らかにする言明であると述べている。

これらより本研究のテーマに対し、この研究手法は、目的を達成できるものであると判断した。しかし、木下 (2003 : 40) は、グラウンデッド・セオリー・アプローチの研究プロセスの中におけるコーディングの方法に関して、道具を用意はしても、その手順を体系化していなかったと述べているように Glaser、Strauss、Corbin のいずれもが、その具体的な手法を明確に提示していないのである。特に、木下も述べているコーディングの作業は、量的研究の認識論を有していると思われる Strauss、Corbin 版を見ても、コード化の過程は、良く分からないのが実状である。

また、戈木 (2005) が指摘しているデータの切片化は、語りなどを元の文脈から切り離すことに疑問を有している。この指摘は、もっともなものであり、コード化という過程の中で、状況を分解しながら分析を行うため、分解しすぎてしまうと元々どのような文脈の中で、その状況が展開されたのかということを見失う可能性がある。木下 (2003 : 35-46) は、戈木 (2005) の問題や木下自身が指摘した問題を解消するために Glaser と Strauss が当初提案したグラウンデッド・セオリー・アプローチを継承しつつも、問題解決のために修正を加えた修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下 M-GTA) を提案している。ここでは、以下の7点について要約されている。

1. Glaser、Strauss が提唱したグラウンデッド・セオリーの理論特性5項目と内容特性4項目を満たすこと
2. データの切片化をしない
3. データの範囲、分析テーマの設定、理論的飽和化の判断において方法論的限定を行うことで分析過程を制御する
4. データに密着した分析をするためのコーディング法を独自に開発し、分析ワークシートを通して分析を進める
5. 研究する人間の視点を重視する。これは感覚的理解を排除せず、論理的な存在であり、同時に価値的存在として位置づけられる
6. 面接型調査に有効に活用できる

## 7. 解釈の多重的同時並行性を特徴とする

とし、グラウンデッド・セオリー・アプローチの主要なエッセンスはそのまま継承し、より活用しやすいように、そしてより理解が得られやすいように修正を行ったものである。この修正版は、学術的にも、徐々に受け入れられてきており 2005 年に分野別実践編として出版されており、社会学をはじめ、社会福祉、看護、作業療法、臨床心理、学校保健と幅広い分野で学術誌に受理されるまでの流れがまとめられている。したがって、学術的にも一定の評価を得られている研究手法になっていると考える。

Strauss、Glaser の手法を引き継いだと言う通り、木下は M-GTA について、人間行動の動態説明理論と言えると述べ（2005：30）人間を対象とする“うごき”を説明する理論を生成する方法であり、プロセスの特徴を有している対象が適しているとしているとしている（2007：67）。また、木下（2007：67）は、M-GTA について実証主義的に量的データでとらえることが不可能であり、経験主義の立場で現実を理解するためにデータ化を行うことが可能で、人間による感覚的な理解の重要性を強調している。

つまり、本調査の目的である要介護高齢者の当事者およびリハビリテーション専門家の動態を解明していくために適していると考えられる。また、先にも述べたが、横断的に現状を説明するのではなく、現時点から過去の経験を振り返り、そして現状がどの様に形作られているのかというプロセスを明らかにすることが可能な方法であると考えたため、本研究手法を参考にすることにした。

その M-GTA の具体的手順であるが、詳細は木下が記している『クラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い』に譲るが、以下のような手順を取って行う。

- ①研究テーマの設定
- ②文献レビュー
- ③適切な問い立て
- ④フィールド型調査と面接型調査の決定（本研究は面接型）
- ⑤インタビューガイドの作成
- ⑥面接の実施 逐語録の作成
- ⑦分析テーマの設定
- ⑧分析焦点者の設定
- ⑨分析、概念生成および分析ワークシート（表Ⅲ-1）の作成
- ⑩理論的飽和の判断
- ⑪カテゴリー生成
- ⑫分析プロセスの生成

本調査においても上記と同様の手順をとり実施した。しかし本調査において、基本的な部分の分析は、この M-GTA の手法を利用したが、一点だけ M-GTA が採用していない方法を取り入れた。それは、M-GTA では、データからバリエーション（具体例）を見つけ出し概念化を行っていくが、バリエーションが 1 つしか見られなかった概念は廃止していくと

表 Ⅲ-1 ワークシートの一例

概念

苦しい中の努力

定義

通所当初、もしくは病院での訓練を振り返り、辛さを語ると同時に努力していたという回顧  
(他者との関係というよりも、自分と訓練という関係性についての語り)

バリエーション

今日は疲れたから、いいやって何回も思ったけど、やっぱり駄目だと(訓練しないと)思って、やっていたよ。

人間それほど強くないから楽な方を選んじゃうんだよ。だから自分にノルマを掛けて行かない  
とと思っていたね。

人間だから甘えが来ちゃってね、どうしても楽しよう楽しようって、そういうことはあったね。  
でも自分で、なかなか楽しようということでは駄目だよっていうことは難しいね。(笑いながら)

もうベッドで寝たっきりで起きるのも面倒くさいから、もうこのままでってなるんだけど、そ  
ういうことじゃ駄目だって思いながらね。その人がやらないとね。

やらなきゃいけないって思ってるから、人に言われたくないんだよね。言われると反発しちや  
うからね。先生に言われたからやるんじゃないんだって、思いながらやっていた。

(リハビリテーション) 結構、疲れるもんですよ。治しておかなきゃって想いが強かったよ。

これ以上、良くなると自分で決めてしまっただけは駄目だと思ってね。そう思ったら、絶対そ  
れ以上にならないって、当時は思ってたよ。辛いけど、良くしようとももうことが大事だ  
って思いながらやってたよ。

苦しいながらもね、自分なりにやったっていう、満足、自分の満足心、それも一種のプライド  
みたいな感じでやってたね。

理論的メモ

辛さを抱えながら、自分に打ち勝ってきたという語りであるが、負けたという語りはないの  
だろうか。

自己努力の訴えであるが、これらの人は努力できるだけの能力と気持を持ち合わせているが、  
全ての人が努力出来るとは考えられない。

辛さを求め、辛さが努力基準になっているのではないか。障害を有する人はなぜ辛さを有しな  
くては、ならないのか？

この辛さから、努力している自分をみている様子には、善い行い、美的行為など道徳的な背景  
があるのではないだろうか？

いう方法を採用している。木下（2003：196、2007：204）は、バリエーションが少ないということは概念にならないとし、違う概念に採用される場合はそちらへ移動させるなどの方法を提示している。しかし、今回の対象者から得られたデータの中に、バリエーションはひとつであったが、障害を有した身体について「切ない、つらい」と具体的な心情を表現しているデータがみられていた。筆者は、それらの具体的な表現を含むデータを無視することは出来ないと判断し、たとえバリエーションがひとつであっても今回は概念として採用した。この様な分析方法の変更について西條（2007）は、既存の方法に対し、データラメではいけないが、目的に戻り、目的を達成する手段であることを説明できれば問題が無いとしている。また、木下（2007：19）も基本的な考え方、エッセンスの部分の理解が重要なのであって、具体的な形には研究者自身の判断によってある程度、裁量があってもかまわないとしている。したがって、本分析テーマである「障害を有している高齢者が、なぜ身体機能訓練を継続しているのか」、「多くの方がリハビリテーションを実施している中で、拒否を示している人はどのようなプロセスをたどっているのか」、「専門家は、なぜ身体機能訓練では、在宅生活者に有効な介入が難しいことを理解しながら、それを提供し続けているのか」というテーマは、これまで十分に検討されていない課題であると考え、可能な限り個々の多様な側面を柔軟に捉えながら理論化していく必要があると判断し、1バリエーションであっても概念として取り上げることとした。

### III-3 研究の質の担保について

これまで述べてきたように本研究は、質的研究の M-GTA の手法を用いることとした。能智（2005）は、「研究」と名付けられての営為を広い意味での「科学」の名のもとで行っているからには、素朴に観察しているだけでは見えてこないことを、データをもとにしてより確かな言葉にしていこうとする点で何らかの共通点を持っているはずと述べており、質的研究における評価基準を設定している。いわゆる研究の「質」の問題である。量的研究においては研究の質を担保するために、信頼性、妥当性、一般化可能性という基準が存在する。質的研究についても、同様に研究の質を検討していく必要性は論じられている。本節では、この能智が提示している評価基準を参考にしながら検討を行い、調査を行う上での具体的な対処方法を検討していくこととする。

能智（2005）は、伝統的な研究評価の基準として次のものをあげている。

一般的にあって、私たちが物事に対して行う善し悪しの判断は、もっとも単純な形では「真・善・美」という基準を持っている、しかし、すべてが研究の評価に使われるわけではなく、伝統的な自然科学の研究においては、このうち「真」がもっとも重要と考えられている。ここで「真」であることは、認識されたことと現実に存在すること、あるいは認識という主観が現実という客観に一致することである。

この能智の研究評価の基準を考えると「真」が重要であり、それは認識される主観と現実

という客観の一致が、研究評価に重要であるとしている。しかし、この「真」にも問題があると思われる。それは、例えば糖尿病の患者の血糖値についての研究があるとする。この患者は自己の血糖値を主観的に認識することが常に出来るのであろうか。あくまでも測定結果という客観的事実に基づいて対象者が主観の認識として認知していくものと思われる。これは逆の状況においても同じことが言える。例えば、同じ糖尿病患者の例で考えると昨日、暴飲暴食をしたから、今日は血糖値が高いと思っても実際に測定してみると客観的事実は異なる場合も想定される。つまり、観察された現実と認識される事実には隔たりがある場合も想定され、主観と客観の純然たる一致は困難である。

この様に考えると研究の質を検討するに当たっては、何を検討するのか、そしてどのような手順でデータを収集し、分析しているのかという、ごく当然のことを明らかにしていくことが重要になると考える。木下（2003：109-112）も同様のことを述べ、これらは当然の前提であるとしている。しかし、調査内容の何を提示すべきなのか、調査を行うに際し、どのような工夫が必要になるのかなど、評価基準を把握していなければ、質的研究において何が重要な指標になるのかを知らずに、闇雲にフィールドに入っていくことになる。したがって、本研究においても質的研究の評価基準を検討していくこととする。これまでの量的研究においては、「信頼性」、「妥当性」、「一般化可能性」という評価基準が存在しているが、そもそも認識論が異なる質的研究手法では、これらの評価基準は適応することが難しいとされている。能智（2005）は、質的研究では、伝統的に量的研究で用いられてきた、それらの言葉を適用させていく事に困難を次の様に示している。

一般に客観的に存在すると考えられている対象も、実際には人々の間で行われている習慣や力関係に基づく定義によって構成されたものかもしれない。構成の仕方はその個人が属する文化や社会などによっても異なるし、個人の観点によっても違うことがある。また、そのような多様な文化や観点が交錯する世界を研究者だけが客観的に観察できる訳でもない。研究者もまた、ある特定の文化のものの見方から外に出られはしないからである。

自然科学の分野ですら、データは常に研究者の持っている理論をとおして初めて見えてくるものが多いとされているが、人文・社会科学においてはなおさら研究者の視点が収集されるデータに影響されるだろう。だとしたら、厳密に量的研究の様な構造を前提にした質的判断基準も根拠を失ってしまうことになるかもしれない。

としている。同じように Bloor、Wood（2006：123）も、質的研究は、「信頼性」、「妥当性」、「一般化可能性」の様な従来用いられてきた質の尺度により判断することはできないし、すべきではないと質的研究の支持者たちが論じていることを述べている。研究者から独立したゆるぎない社会的現実というものが存在し、科学的手法の厳密な適用によってそれに達することが出来るという信念を拒絶し、代わりに社会的世界についての複数の見方があり、それらは研究過程により構成されるという信念を反映する相対主義の立場を取っているからだとしている。

この様な質的研究者の立場から能智（2005）は、「信頼性」、「妥当性」、「一般化可能性」



に代わる言葉について検討を行っている。そこで能智が行っている検討を参照していく。

a) 信頼性について

質的研究においては、直接の研究対象から「質の高い」データを得てそれを分析に使用することが必要である。これは量的研究で「信頼性」と呼ばれている基準とゆるやかに対応していると述べている。そしてそれは質的研究において Lincoln&Guba らによって「依拠可能性」という言葉が用いられているとしている。そして、この依拠可能性を高めるためには次の2つの条件が必要であると述べている。

①フィールドとの関係：データを収集する際に良好な人間関係の上で成立している情報なのかどうか

②厚い記述：これは記述量の多さではなく、ある一つの行動がなぜ起こっているのかを詳細に記述し、他の様々な事象と関係づけることが出来る記述

b) 内的妥当性について

どんなに対象の素朴な記述を重視した質的研究であっても、抽象化や推論がなされて、現実に関する命題が構成され、研究としての1つの条件が満たされるとしている。そして、結果の記述がデータと矛盾していないかを検討していく必要があると述べている。これは、量的研究においては「内的妥当性」と呼ばれているが、質的研究においては「信用性」という用語が用いられていると述べている。つまり、レポートされたカテゴリーやカテゴリー間の関係がその背景にあるデータを確かに反映しているかどうかを検討することである。そしてその対処方法として、次の2つの方法が示されている。

①仮説を別のデータで試す：分析帰納法と呼ばれ、暫定的に説明すべき現象を定義し、データに即してその現象について「概念間・要因間の関係」という形で説明仮説を作り、次にその仮説が別のデータと比較され、データに適しない場合には修正するか、除外していくのかということを繰り返す、仮説がより確かなものにし、精緻なものにしていく手順である。

②別の視点から見直す：トライアンギュレーションと呼ばれ、その一つの方法として考えられるメンバーチェックと呼ばれる手法が提示されている。つまり研究対象者やその関係者などにデータの解釈および最終的な研究結果を示し、それが納得のいくものであるかを検討してもらうという方法である。時には質的研究結果を量的に調査することも行われていると述べている。

c) 外的妥当性（一般化可能性）について

これはデータから母集団全体に当てはまる様な平均像を描き出すことが達成されたか否かを検討することであるが、質的研究においては、必ずしも平均像を描くところに目標が置かれるわけではないとし、「外的妥当性（一般化可能性）」に代わる言葉として、「転用可能性」という言葉が提案されている。そして、サンプルから母集団へという一層大きな集団への「上」への転用だけを意味するものではなく、「横」、もしくは「下」への転用が出来るか否かが研究の質の高さと関係していると述べている。そして転用の例について次の2点を述べている。

- ①自分と自分の周囲への「転用」：読み手が、自分のよく知る人と類似している。また客観的には自分と全く境遇が違っても関わらず、ある部分で自分と共通の体験をしていると感じる様な事は横方向への転用が起っているとと言えるとしている。
- ②他の事例への「転用」：自然な一般化に加えて、質的研究のレポートにおける対象の記述が他の事例を理解する際の手掛かりになると感じられるほどにその研究の質は高いとされると述べ、同一フィールドの対象の理解だけではなく、他のフィールドにおいても同じことが言えることが出来る場合、その研究の質が高いということになる。

ここまでは、能智が述べている質的研究の質を確保するための手段を概観してきた。では、他の研究者はどの様に述べているのであろうか。宮田ら（2006）も「妥当性—信用性」、「一般化可能性—転用可能性」については同じような見解を示し、唯一、異なる言葉として使用されていた「信頼性」については「依拠可能性」ではなく「一貫性」という言葉が用いられ、内容的には可能な限り、質的研究においても時間や環境、観察手法を統一し、同様のデータが得られるように調査環境を組み立てていく必要性が述べられている。具体的には、精神障害は症状に個人差があり、病態に安定性を仮定することが一般に難しいとされている。しかし、DSMなどの診断基準に基づいて障害を定義することにより、各個人の症状と診断名の間に一貫性の確保を試みることはできるとしている。

また、久保田（1997）も「妥当性」と「一般化可能性」については、能智と同様の記述をしているが、こちらも「信頼性」に関しては、「信憑性」という言葉を用い、信憑性とは、時間経過によってデータの信憑性が無くなる程度と関係している。例えば、疲労によって信頼性の低い結果となってしまう場合が量的研究はある。この様な事が予測される場合、量的研究では、休息を与えるなど、具体的な方法が提示されることが多い。質的研究においてもこの様な方法の変更は当然起りえるべきものであり、信憑性を高めるためには、方法の変更を明確に記述し、研究プロセスがどの様に变化したかを記述する必要があると述べられている。この様に久保田が提示している信憑性は、手続き上の手法における信憑性の確保に努めよということを示している。

Bloor、Wood（2006：124）は、Lincoln&Gubaが妥当性、信頼性の概念を真理性、適用可能性、一貫性、および中立性の基準に置き換えることが出来るのではないかと議論していることを示し、その上で、Sealeが真理という用語は相対主義の立場からはそれほど上手く適合するものではないとし、「真正性」という言葉を提案していることを述べている。

この様に妥当性、一般化可能性については、同様の内容が提示されているが、信頼性については各々で異なる見解が示されているのが現状である。そこで以下では、質的研究手法の質を担保していくために、能智（2005）や宮田ら（2006）、久保田（1997）が述べている質的研究の質を検討するための基準として述べられている「信頼性—依拠可能性、一貫性、信憑性」、「妥当性—信用性」、「一般可能性—転用可能性」を本研究において、いかに担保していくのかについて検討を行う。

#### a) 「信頼性—依拠可能性、一貫性、信憑性」

能智（2005）は、信頼性に対し依拠可能性を提示し①フィールドとの関係②厚い記述につ

いての検討が必要であるとしている。これらの基準をクリアしていくために、フィールドとの関係では、予備調査として施設の雰囲気や身体訓練状況の参与観察が必要であると考える。また、厚い記述については、今回はインタビューを実施したが、実際のデータ収集前に、インタビューガイドが適切であるのか、どの質問に対し答えにくい状況があるのかなどのインタビューの予備調査を行った。また、質問に対し、後に分析過程において調査者側が判断できない様な不明確な返答を減らすために、可能な限り、当事者の返答に対し「なぜ」、「どうして」という質問を繰り返し、過去、現在における当事者の判断・行動を理解できるようにインタビューをする必要があると考える。能智が提示している2つ基準を満たすためには、どちらも予備的な調査が必要であると考えられる。

宮田ら(2006)が述べている一貫性については、対象者の限定が必要であると考えられる。今回は、通所リハビリテーションを利用し、身体機能訓練を継続して取り組んでいる人、リハビリテーションを拒絶している人、リハビリテーションを提供している専門家という限定がまずある。その上で、インタビューという調査の特徴として、認知症や失語症など、コミュニケーション上の問題を配慮していくことが必要になると考える。

久保田(1997)が提示している信憑性の評価基準であるが、もしインタビューを行っている際にインタビューガイドの変更が必要になった場合に、その変更理由と変更内容を明記していくことで、評価基準をクリアしていくことが可能になるものと考えられる。

このように伝統的な量的研究において示されている信頼性に対する質的研究での対応については、上記で述べた工夫を行うことで、基準をクリアできるものと考えている。

#### b) 「妥当性—信用性」

信用性については、得られたデータから、どの様にカテゴリー化され、カテゴリー間の関係がデータを反映されたものになっているのかを検討する必要性が提示され、次の2つが、基準をクリアしていく方法の一つとして①仮説を別のデータで試すこと②別の視点から見直すことを能智は提示している。

これらの基準を満たしていくために、今回は基本的に①の仮説を別のデータで試すことを主眼において取り組むこととする。それは、高齢者という当事者には結果の概要を説明すること自体が、対象者への負担となりかねないので、今回は当事者に対しては行なえないと判断し、継続比較を常に検討しながら、研究の質の担保にあたることとした。

しかし、リハビリテーション専門家に対するインタビューに関しては、専門家にプロセス結果を示し、納得のいくものになっているのかの確認を行う必要があると考える。

#### c) 「一般化可能性—転用可能性」

この見方は、サンプルから母集団へという一層大きな集団への「上」への転用だけを意味するものではなく、「横」、もしくは「下」への転用が出来るか否かが研究の質の高さと関係していると能智は述べ①自分と自分の周囲への転用、②他の事例への転用という2つの見方を提示している。①自分と自分の周囲への「転用」については、各種学会や学術紙において発表を行い、今回の結果が他者の理解が得られるようにしていく必要があると考える。また②他の事例への「転用」については、得られた結果が他の事象についても当てはめることが出来るのかを結果が得られた上で、検討していく必要があると考える。

これまで述べてきたように本研究においては、これらの工夫を行いながら、調査を実施することで、質的研究における評価基準をクリアできると判断し、調査を実施していくこととした。

#### IV章 通所リハビリテーションにおいて継続したリハビリテーションに取り組んでいる人たちのプロセスについて一積極的な取り組みを見せる高齢者を対象に

これまで、I章では、現代高齢者に要請され、また現実として展開されている自己責任・監視の問題を提示した。それを踏まえてII章では、介護保険に孕む問題、リハビリテーションに内包されている問題を押さえつつ「自立」、「尊厳」を守るためのサービス提供となっているのかを検討し、本研究における研究課題を提示した。これ以降の4つの章は、これまで述べてきた背景を押さえつつ、前章で提示した方法論を用いて実施した調査結果を示していく。まず、本章では通所リハビリテーションにおいてリハビリテーションを「積極的」に継続している高齢者を対象に、現在およびこれまでの実施状況のプロセスを踏まえながら、リハビリテーションとどの様に対峙しているのかについての調査結果を明らかにする。そこで、1節では、調査目的・意義および調査内容、また質的研究の質の担保のために実施した配慮について述べる。2節では、リハビリテーションに積極的な取り組みが見られていた高齢者を対象が、これまでリハビリテーションとどの様に向き合ってきたのかについてのプロセスを提示する。そして3節では、2節で明らかとなったプロセスの特徴に対し考察を行っていく。

##### IV-1 本調査の目的、内容と調査実施上の配慮について

###### IV-1-① 本調査の目的と意義

本調査の目的は、これまでI章、II章で述べてきたことを背景に、障害を有する高齢者が、障害を抱えなければ行うことがなかったと思われる身体機能訓練を、なぜ、継続していくのかについて発症から現在までのプロセスを質的研究によって明らかにすることである。

本調査における意義については、これまでリハビリテーションを継続していくというプロセスについて検討されたものは見当たらず、わずかに見られるものとして障害受容との関係において、その分析の一部として、リハビリテーションの取り組みを抽出したのが見られているだけである。直接的に何のために、当事者が、どの様に感じながらリハビリテーションを継続しているのかを検討したものは無く、本論の大きな問題として考えている介護保険法におけるリハビリテーションの展開そのものを検討していくためには、この当事者の調査が必須になる。つまり、効果の乏しいリハビリテーションを、なぜ継続しているのか、当事者も辛いと言いながら、なぜ継続出来ているのかということを知ることが重要であると考えからである。

今回の対象フィールドは、通所リハビリテーション場面とした。そのフィールドを対象に選択理由は、医療機関の入院患者ではなく、維持期の高齢者を対象に考えた方が、介護保険下におけるリハビリテーションの展開を明確化することが可能であると判断したためである。つまり、入院、退院を経験し、在宅生活を送るようになっても定期的リハビリテーションに取り組んでいる状況がどの様に作られていくのか、そして本人の感覚として、

発症当時と維持期となった現在で、その感覚は同一のものなのか、それとも変化しているのかなど、リハビリテーションと自己の身体状況をどの様に認識しているのかを知ることが必要であると考えたためである。したがって、これらの要素を全て含んでいる通所リハビリテーションを利用している対象者が最も有効ではないかと判断したためである。

また、先にこのリハビリテーションの継続のプロセスが検討されているものが見当たらないとしたが、この未知の部分は、決して必要がないものではなく、これまで述べてきた様に高齢者は、リハビリテーション自体に内包される矛盾の中で、身体機能訓練を行わなくてはならない外圧の強い状況下に存在している。しかし、不満を言わずに訓練を継続していく実態、むしろ自ら望んでリハビリテーションを実施している状況がなぜ、現実として存在しているのか、なぜ訓練を行わなくてはならない状況になっていくのか、これらの疑問を解明しなければ、今後も画一的に虚弱・障害を有する高齢者は、効果の乏しいリハビリテーションに邁進していかなくてはならなくなると考える。この状況を打破していくため、そして「尊厳」を支えていくサービス支援を検討するために、本調査におけるプロセスを明らかにして行く必要があると考えている。

#### IV-1-② 調査実施内容について

上記の目的で、調査を行ったが、調査フィールド、具体的調査方法、調査内容について以下に記す。

##### a) 調査フィールドについて

今回の調査目的を充たすために、障害を有する高齢者がリハビリテーションを継続することが可能な通所リハビリテーションを行っている施設を調査フィールドとした。具体的には、札幌近郊の A 施設と札幌市内 B 施設の 2 つの施設である。この A, B 両施設は、病院併設型であり、通所定員は 40 名で、1 日の平均利用者は 30 人から 35 人程度で推移している事業所であった。

##### b) 具体的調査方法

今回は、発症・もしくはリハビリテーションを開始してから、これまで継続している経過についてインタビュー調査を行うこととした。これは、現時点で継続しているリハビリテーションに対し、どの様に感じながら、これまで継続してきているのか、そして現時点で過去の取り組みをどの様に把握しているのかという研究目的を満たすことが可能であると判断したためである。

調査にあたり筆者は、社会福祉学を学ぶものとして自己紹介を行い、インタビュー協力を依頼した。インタビューは、筆者と対象者が 1 対 1 になることが出来る部屋で、通所スタッフがインタビュー内容を確認できない状況で行った。

調査方法は、半構造化インタビューを実施した。インタビューは、画一的な聴取方法ではなく、対象者が自発的に話す内容を遮ることはせず、自然な会話の展開を心掛けた。また、話された内容が不明確な場合は、その都度、こちらから内容の確認を行いながらすすめた。インタビューに要した時間は、最短 18 分、最長 60 分で一人あたり平均 40 分程度であった。

### c) 調査内容

調査内容は、あらかじめインタビューガイドを作成し、発症当時から現在までのリハビリテーションにおける目的と実施状況について調査を行った。具体的な調査内容以下に示す。

#### インタビューガイド

##### 1. 発病からの経過とリハビリテーション受療内容確認

- Q1 いつ頃発症されたのですか？
- Q2 病院でどの様なリハビリテーションを受けてこられたのですか？
- Q3 そのころリハビリテーションに対し、どんな気分・感じで受けられていましたか？
- Q4 具体的な目標を描いてリハビリテーション受けられていましたか？
- Q5 今、当時のことを振り返って、当時の自分をどの様に感じますか？

##### 2. 通所リハビリテーション利用開始から現在まで

- Q6 通所リハビリテーションを利用するきっかけは何でしたか？
- Q7 通所でのリハビリテーションの内容は、どのようなものですか？
- Q8 現在の個別リハビリテーションをどの様に感じていますか？
- Q9 現在の個別リハビリテーションの目的はありますか？
- Q10 運動以外に何かやりたいことはありますか？

##### 3. その他

- Q11 発病前は何か運動を定期的に取り組みられていましたか？
- Q12 病気をしたことで、病気以前と最も変わったなと思うところがありますか？
- Q13 入院していたときと、退院した後で自分の中での変化などがありますか？
- Q14 リハビリテーションを行う際に、どの様な説明を受け、どの様に感じ、実施してましたか。或いは実施されていますか？

以上のインタビューガイドに沿って調査を行ったが、必ずしもすべての項目をインタビューしたわけではない。それは、対象者が自ら積極的に調査に協力的な姿勢で自発的に話す場合もあり、そのような場合には改めてインタビュー項目に沿って、聞き直すことは行わず、自然な会話の流れを重視して実施した。

#### IV-1-③ 研究の質の担保のための配慮について

研究の質を担保していくために、前章で検討した a) 「信頼性—依拠可能性、一貫性、信憑性」、b) 「妥当性—信用性」、c) 「一般可能性—転用可能性」に対し、今回どの様な配慮を行ったのかについて以下に述べていく。

##### a) 「依拠可能性、一貫性、信憑性」

能智（2005）が述べていた量的研究における信頼性に対応する質的研究の評価基準は依拠可能性であった。この依拠可能性を担保していくためには、①フィールドとの関係②厚

い記述が必要であるとしている。この2点の配慮として以下に示す。

フィールドとの関係は、2007年11月から2008年8月の期間でインタビューを実施したが、調査実施前に、社会福祉学を学ぶものとしてA施設には予備調査として100時間以上、施設の雰囲気や利用されている高齢者の訓練状況についての参与観察を行った。B施設においても同様の状況確認を行った上で調査を行った。この様に直接フィールドに入り、すぐにインタビューを行った訳ではなく、利用者の訓練状況や様子を確認した上で、また、調査者に対する警戒感を出来るだけ排除できるように長期間フィールドに入った上で調査を実施した。

厚い記述に関して、能智（2005）は、単に情報量が多いことを示しているのではないとしている。今回はインタビューがそのデータの主要な部分になるので、インタビューガイドを作成し、実際に調査を行う前に5名の高齢者に対しインタビュー内容のテストを行い、その内容についての振り返りを行った。この手続きによって、後にインタビュー内容を振り返った時に解釈が難しい文脈があらわれないよう、インタビュー中に不明確な部分は可能な限り、その場で対象者に聞くことが出来るように細心の注意を払いながらインタビューを行った。しかし、それでも逐語録から確認が必要と感じられた部分は、適宜確認を行いデータの依拠可能性の確保に努めた。

宮田ら（2006）が述べている一貫性を担保していくためには、対象者の限定が必要であると考えられる。今回は、通所リハビリテーションを利用し、身体機能訓練を継続して取り組んでいる人という限定がある。その上で、インタビューという調査の特徴として、認知症や失語症などのコミュニケーション上の問題を有する人は今回の対象からは除外した。

また、久保田（1997）が提示している手続きにおける信憑性の評価基準であるが、もし調査を実施していく中で、インタビューガイドの変更が必要になった場合に、その変更理由と変更内容を明記していくことで、信憑性の評価基準をクリアしていくことが可能であると思われるが、今回のインタビューガイドは、テストを複数回行っていったこともあり、ガイドの内容を改めて変更する必要は無かった。

#### b) 「信用性」について

この点について能智（2005）は、①一度立てた仮説を別のデータで試すことと②別の視点から見直すこととしている。まず、一度立てた仮説を別のデータで試すことであるが、これはM-GTAの研究手法では、常に継続比較を行うためにワークシートを作成し、その中で理論的メモを記入していくことになる。この理論的メモに着想や思考、疑問などを記載し、対極例や類似例を漏らさず考慮していくために活用した。したがって、M-GTAの手法を取り入れることで、この一度立てた仮説を別のデータで試すことは常に行われることであり、あらためて意識する必要は無かった。

別の視点からの見直しについては、Ⅲ章で述べたように、トライアングレーションが考えられ、その一つの方法として考えられているメンバーチェックは、今回の当事者には実施しなかった。それは、この後に結果を提示するが、結果の概要が複雑な構成から成り立っていたため、高齢である対象者にこの概念図を説明すること自体が、対象者への負担となりかねないので、今回は当事者に対しては行なえないと判断した。したがって、当事者のデータに関しては、継続比較を常に徹底的に検討していくことで、研究の質の担保に



あたることとした。

#### c) 「転用可能性」について

この転用可能性については、①自分と自分の周囲への転用、②他の事例への転用という2つの見方を能智は提示している。

まず、①自分と自分の周囲への「転用」については、各種学会や学術紙において発表を行い、今回の結果が他者に理解を得られるようにしていく必要があると考え、学術論文2編(2編とも査読つき)と学会発表を1件行った。また②他の事例への「転用」については、本論の中で検討を行う。

### IV-2 通所リハビリテーションにおいて積極的に身体機能訓練に取り組む高齢者のプロセスについて

本節と次節は上記の手法と質の担保への配慮を行った上で行った調査結果を示していく。まず、本節では、積極的に身体機能訓練を実施している高齢者を対象にした調査結果を明らかにしていく。その上で1項では、積極的な取り組みと判断した基準と対象者の概要について触れ、2項では結果のプロセス図を示し、その説明を行う。

#### IV-2-① 積極的な取り組みの判断基準と対象者の概要

積極的な取り組みの判断基準であるが、参与観察時に見られた自主的な訓練の取り組み、もしくは自主的な取り組みは難しいがセラピストと実施している訓練状況や訓練時間を持っている姿勢などから積極性を感じられた対象者に対し、通所リハビリテーション事業所の作業療法士に取り組み状況の確認を行い、調査者とセラピストが共に積極的であると感じられた対象者を選択した。その上でセラピストに調査内容の説明を行い、コミュニケーションや高次脳機能障害の有無を確認し、インタビューの依頼を行うこととした。

その後、調査当日の状況を把握し、対象者への依頼を行い、2007年11月から2008年8月の期間でインタビューを実施した。なお、インタビューは、倫理的側面を考慮し、①本調査目的と学会発表や論文に使用することを伝え、②調査結果を公表する際には、個人が特定化されないように配慮すること、③インタビュー中に不快を感じた際は、すぐに中止が可能であること、④インタビューを録音することの4点を伝え、了承を得た上で実施した。

結果、A施設21名、B施設9名の合計30名の高齢者から了承を得ることができた。しかし、30名中、2名のインタビュー内容は今回の調査対象から除外することとした。その理由は、1名は構音障害を有していたため、録音状態が不鮮明であり、確実な内容の確認が不可能であったため対象から除外した。もう1名は、日常生活上での心理的な落ち込みが強く、自己の境遇を聞いてほしいという状況であったため、こちらの目的に沿ったインタビューの実施が不可能であったためである。また、2つの施設を調査フィールドとしたのは、1つの施設で理論的飽和に至ったと判断した後に、別の施設で新たな概念が見られなければ、より理論的飽和に達していると判断が容易であると考えたためである。今回は、A施設で

15 名程度のインタビュー終了時で理論的飽和に達していたが、よりデータが厚い記述となる様に可能な範囲でインタビューを継続した。

最終的に調査対象となった高齢者の概要（表 1）は、男性 17 名女性 11 名であり、年齢 60 歳から 88 歳まで平均年齢 75.0 歳（SD=7.5）の 28 名である。これら対象者が有していた疾患は、脳血管疾患 17 名、循環器系疾患 5 名、整形疾患 5 名、パーキンソン病 1 名、筋萎縮性側索硬化症 1 名、確定診断なし 1 名であった。また、移動能力は、独歩 6 名、杖歩行 11 名、歩行器歩行 2 名、車椅子 9 名であった。また、Ⅱ章でも検討したが、要支援高齢者と要介護高齢者で展開されているリハビリテーションに区別は見られていなかった。それは、要支援 2 の杖歩行の人と要介護 1 の歩行器歩行の人が共に会話をしながら、通所フロアにて歩行訓練を実施していた様子から判断した。これは、予防を意識して、あるいは介護を意識しての訓練状況ではなく、同じようにフロア内で歩行訓練を実施している様子が見られているのである。また、外出プログラムなどでも施設職員が希望を取り、参加者を募っている様子も見られており、そこに支援の人、介護の人という区別は存在していなかった。この様な状況は、制度として区別されているのかもしれないが、現場レベルでは、明確な区別が無くサービスが提供されていることを表している。したがって、Ⅱ章で研究報告としてこれらの区別を意識しての報告が見られていなかったことにも通じていると思われる。

表IV-1 本研究対象者の概要

氏名	性別	年齢	疾患	要介護度	発症経過	家族構成	移動レベル	インタビュー時間 (分)
A	男	78	脳出血	介護 2	10 年前	妻	車椅子	32
B	男	83	ALS	介護 1	3 年前に確定診断	妻 息子夫婦	歩行器	39
C	男	68	脳出血	介護 1	4 年前	妻 娘夫婦	車椅子	28
D	男	75	脳梗塞	支援 2	5 年前	妻 娘夫婦	杖	36
E	男	72	多発性脳梗塞	支援 2	1 年半	妻	独歩	40
F	男	69	脳出血	介護 1	2 年前	妻	杖	36
G	男	87	確定診断なし	介護 2		長男夫婦	車椅子	20
H	男	77	脳出血	介護 2	3 年前	妻 娘夫婦	車椅子	18
I	男	65	脳梗塞	介護 1	4 年前	妻 娘夫婦	杖	40
J	男	60	脳梗塞	介護 1	1 年半前	妻 息子二人	杖	47
K	男	62	くも膜下出血	支援 2	20 年前	妻 息子	杖	26
L	男	79	脳梗塞	支援 2	5 年前	妻と息子	独歩	55
M	男	70	小脳梗塞、心バイパス	支援 2	4 年前	単身	独歩	52
N	男	79	脊髄硬膜動静脈瘻	介護 1	10 年前	単身	杖	45
O	男	74	脊柱管狭窄症	支援 2	3 年前	妻	独歩	36
P	男	69	脳梗塞	介護 1	3 年前	妻 2 世帯	杖	36
Q	男	77	脳出血	介護 1	10 年前	妻	杖	52
A	女	66	脳梗塞	介護 2	3 年前	夫 娘	車椅子	60
B	女	86	心筋梗塞	支援 2	10 年以上前	息子夫婦	独歩	30
C	女	76	脳梗塞	介護 2	2 年前	娘夫婦	車椅子	53
D	女	71	脳梗塞	介護 3	4 年前	夫	車椅子	29
E	女	80	腰椎圧迫骨折	介護 1	30 年前	夫 息子夫婦	歩行器	58
F	女	81	腰椎ヘルニア	支援 2	2-3 年前	夫 娘	杖	39
G	女	77	腰椎圧迫骨折	支援 2	半年前	夫 娘 2 人	杖	40
H	女	67	脳梗塞	介護 2	1 年半前	夫 長男家族	車椅子	45
I	女	88	人工股関節	介護 1	10 年	娘夫婦	杖	50
J	女	81	除細動機埋め込み	支援 2	4 年前	息子夫婦	独歩	43
K	女	83	パーキンソン	介護 2	7-8 年前	夫 息子夫婦	車椅子	40
Ave		75						40.2
SD		7.51						10.87

#### IV-2-② 積極的に身体機能訓練に取り組むプロセスについての結果

以下にプロセスの結果を示すが、当初は性別を考慮せずに28人が示すプロセス図を作成していく予定であった。しかし、男性、女性でプロセスの一部に明らかに異なる点が見られた。そのため、プロセスの途中で、男性と女性でプロセスが分離する箇所が生じている。しかし、最終プロセスは、また同じコアカテゴリーに収束されている。プロセスとしては、「外的環境からの監視によって、当事者が患者の専門家へと導かれていくプロセス」となっていることが分かった。

このプロセスでは、男女共に6つのコアカテゴリーを有し、男性では14サブカテゴリー、60概念、女性では15サブカテゴリー、62概念が見られた。生成された理論を説明するにあたり、プロセスの概要を示した後、コアカテゴリーの特性と包含されているサブカテゴリーおよび概念を説明し、最後に詳細に継続される訓練のプロセスを明らかにしていく。

##### a) 本プロセスの概要について

ここでは、障害を有する高齢者が積極的に訓練を継続していくプロセスについてコアカテゴリーを中心に大まかな流れの説明を行う。尚、コアカテゴリーは【 】で示すこととする。(図IV-1)

まず、高齢者が病気を発症することによって、病院、リハビリテーション専門職、他患者・友人、家族という様々な人々に管理されていくことで、図の左半分を占める【管理される自己】を認識していくことになる。そして、発症直後は、医師を初めとする医療専門職やリハビリテーション専門職の指摘によって、【身体の逸脱認識】を有していくことになる。その後、この逸脱認識によって回復願望を抱きながらリハビリテーションに取り組むことになる。しかし、回復はリハビリテーションの開始当初のみであり、一定の時期から思ったとおりの回復が得られなくなる。そこで当事者自身が、【社会適応への努力評価】を自己で行うこととなる。この時、リハ専門職や他患者・友人、家族から「頑張れ」という励ましによって、苦しいと思いつつも、身体の逸脱を認識し、訓練を継続していくことになる。この後、男性、女性で異なるプロセスを経る。男性は、回復しない状況であっても、専門職をはじめとする管理者側から一定の社会評価を受け取り【社会適応認識】を有することで回復から維持へ訓練の目的を変化させ、【再逸脱への抵抗】として訓練を継続していた。一方、女性は実際の生活場面へ戻っても、家族管理によって入院時に描いていた生活像とは異なる状況の中に置かれ、【自己不適応認識】から逸脱を再認識していた。また、更なる逸脱を恐れ【逸脱増強への抵抗】を目的として訓練を継続していた。

このように男性、女性で異なるプロセスを見せるが、最終的には同一のカテゴリーとして、訓練することを目的化してしまう【患者の専門家】となってしまう。また、この【患者の専門家】は自己に対し訓練を目的化するだけでなく、障害を負って間もない人に対し、リハビリテーションや努力の必要性を伝えていくこととなる。これは、管理者の一部となっていくプロセスであった。

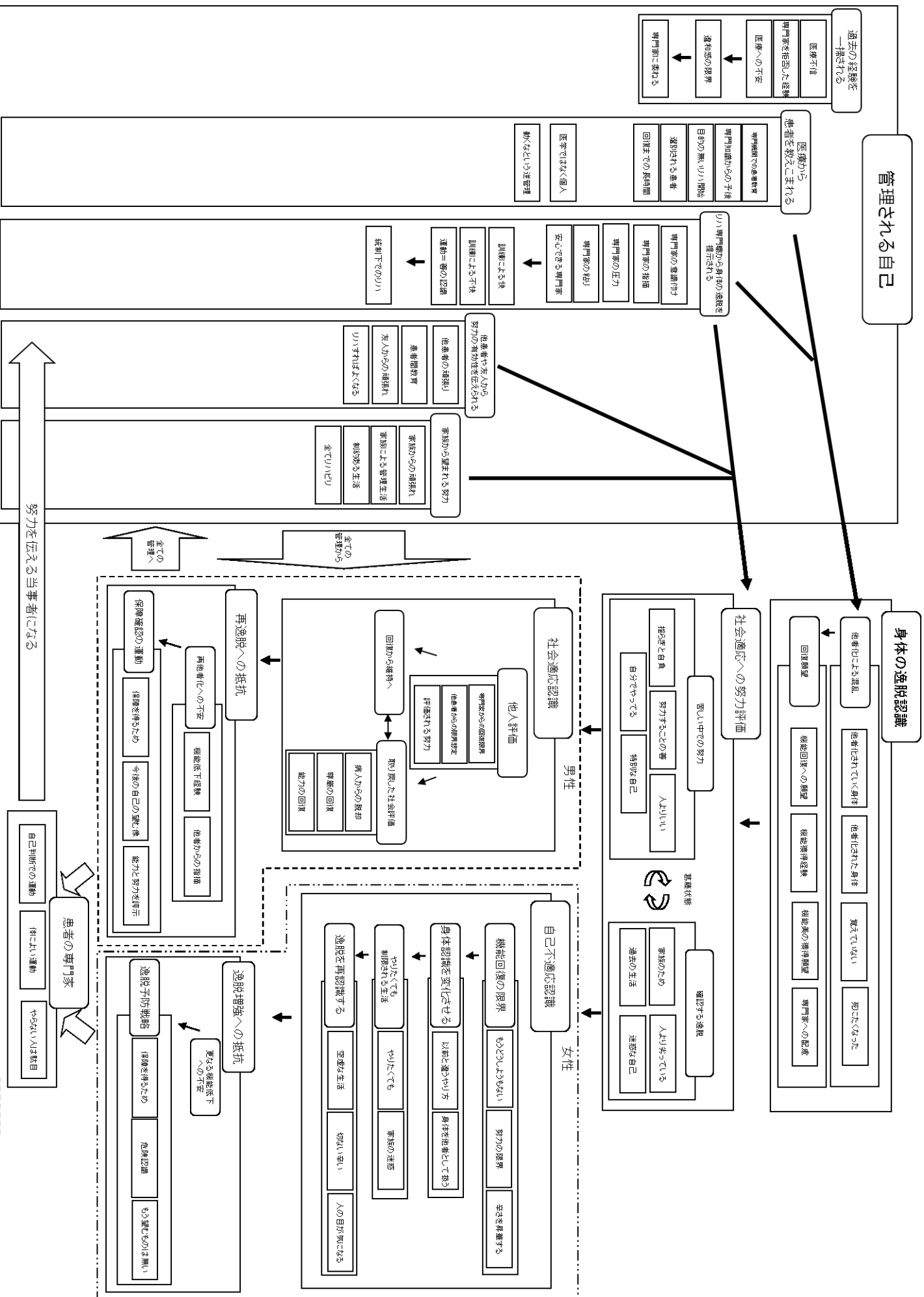


図 IV-1 障害を有する高齢者が運動を継続していきプロセス

1は、男女で異なるプロセスを示している

このように訓練を継続し続けていくプロセスには、必ず管理者の存在がある。この管理者は、発症当初は、医療専門職だけの管理であったが、他患者、友人、家族と管理者が増加していく様子が見られていた。また、このプロセスと共に、障害を有する高齢者は、永続的に管理され続けていく存在となっていた。しかし、管理されるだけではなく、訓練を目的化し、当事者自身もまた、管理者となっていくプロセスとなっていたのが、この「積極的」に訓練に取り組む高齢者の特徴であると思われた。

b) プロセスの詳細について—コアカテゴリーの説明と構成されているサブカテゴリー、概念について

上記のような概要を見せていたが、ここでは各カテゴリーの構成を中心に説明を行っていくこととする。また、コアカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕、概念を《 》で示すこととする。

#### 【管理される自己】

このコアカテゴリーは、病となった瞬間から現在まで、障害を有する高齢者は管理され続ける特性を示している。また、単に医療関係者が管理し続ける訳ではなく、他患者、家族、友人と管理者が増加していく、管理者増加プロセスとも言えるコアカテゴリーである。その増加していくプロセスを以下に示していく。

#### 〔過去の経験を一扫される〕

このサブカテゴリーは、管理者増加プロセスそのものではなく、管理体制が構築されていくための前提となるプロセスである。

病となった瞬間から専門家による管理体制が構築され、生命危機や身体的違和感を回避するために当事者は、医療専門家に取り囲まれてしまう。それは、「背中が痛いから病院に行っていたんだけど、大したこと無いって言われて、ほっておいたら骨折だって赤いので丸付けられたの、早かったらギプスで治るけど、時間も経ってるから装具しましょうって言われて、5ヶ月ぐらいつけてたんだけど、ついてないから手術って言われて・・・」、「最初救急で行った時にね、これは風邪だから帰って寝てれば治るって帰されたんだけど・・・だんだん状態が悪くなるんだもん。」と過去の経験から《医療不信》を感じている人や、「（ペースメーカーについて）先生も今度のはいいぞって手術を薦めるんだけど、もう今度はいって断ったの、死ぬまでこのままでいいって・・・」と《専門家を拒否した経験》を有していたり、「いやあ、腰が、歩くのが腰に負担かかるって言われてるの、でも、足手術したら歩けなくなるんじゃないかとも思ってたし」、「（脊椎の）上の方も同じような状態になっているって言われてるんだけど、同じところ行ったら、また同じことになるしなあと思ってたんだけど・・・」と《医療への不安》を示している人も見られていた。この様に医療機関とのこれまでの経験から、「不信」、「拒否経験」、「不安」を有しているが、「頭が痛くなって・・・どうしようも無かった」、「ほっておいても生活出来ないから」などの《違和感の限界》から、「嫌だったけど仕方ない」、「何もかも無い、救急車で運ばれるんだか

ら」と《専門家にゆだねる》ことしか選択できない状況となり、管理体制の中へ巻き込まれていくことになる。したがって、身体的な不調によって、過去の経験から医療に対し、ネガティブな思いを有していても一掃しなくてはならない、どうすることも出来ない状況に当事者は、追い込まれてしまう。そのため〔過去の経験を一掃される〕と名づけた。これは、管理体制に身を置く第一歩となる。

#### 〔医療から患者を教え込まれる〕

このサブカテゴリーは、医療という強力な管理体制によって、自由を剥奪され、逸脱した身体を有する病人を認識せざるを得ない状況となっていく。この管理教育によって、障害を有する高齢者は、訓練を継続していくことで専門家集団に認められ、訓練に価値を置くことになっていく。

入院することで、病院から《専門機関での患者教育》として、「売店でもどこでも行けないんだもん、食べたいものだって、こっちにもあるのにつて思ったよ」、「とにかく、一人で立ったら駄目だって言われてた」、「何で立ったのって看護師が泣くんだもん。あれは悪いことしたと思ったよ」と食べ物や一人で立ち上ることさえも管理され、自由にならない状況になってしまう。その後、《専門知識からの予後》によって「これ以上ほっておくと・・・手術しないと車椅子になるし、手術も出来なくなるって言われて」、「リハビリやらないと良くならないよって言われてね」と医療の介入なしでは、状況が悪化してしまうことを伝えられ、その後、何を目的としているのか不明確なまま、「自分ではやれって言われたことやってただけ」、「何かわからないけど、リハビリやることになってたね」と《目的の無いリハビリテーション開始》となる。しかも、状態のよい人は、手厚いリハビリテーションが受けられる病院への転院を勧められる場合もあり、「あれに受かればつれて行ってくれるって噂になってた」、「みんなそれは知っていた」と《選別される患者》という状況が展開される。また、回復までの時間は「先生は3年ぐらいいはかかるって・・・でももう5年なんだけど・・・」と《回復までの長い時間》を示されることとなる。この様に患者として終わりの見えない状況があることと、自由のない状況が継続されていくことをしっかりと認識させられていくことになる。

さらに、専門家に身体状況が好転しない状況を訴えても、「僕は、失敗してないし、やれることはやったよ。あとは、あなた次第じゃないのって言われるし・・・」、「痛いって言ったら不機嫌になるし」と専門家は、やるべきことはやったとし、《医学ではなく個人》の問題として個人責任を突きつけられてしまう状況も見られていた。また、施設生活を送ることになると、これまで病院という医療機関の中で、やらなくては悪くなると伝えられていたために、施設でも同じように行動をした人は、「立たないでって怒られるんだ、人出も無いからだと思うけど・・・」と許可なく動いたと指摘され、転倒をはじめとする事故防止のために《動くなという逆管理》を新たに教育され、矛盾を感じながら、過ぎさなくてはならなくなる。患者としてこのような不条理も含めて、全て医療という専門家集団の中で患者であることを望まれ、望まれた患者像を演じていかななくてはならない状況下におかれてしまう。

この〔医療から患者を教え込まれる〕ということは、一見、いわゆる病人役割を担いな

さいという規範的行動が求められている様に見えるが、パーソンズが提唱していた病人役割とは大きく異なるものと考えている。この事は、次節で考察することとする。

〔リハビリテーション専門職から身体の逸脱を提示される〕

上記サブカテゴリーでは、医療という枠組みによる行動制限や医療と当事者個人の関係が中心であった。このサブカテゴリーは、今後継続していく「リハビリテーション」の入り口である。障害をおった身体の逸脱を指摘され、常に訓練と身体を管理されていくこととなる。

まず、障害を有することで身体の逸脱を意識し始める時、リハビリテーションの専門職から、様々な指摘を受け、リハビリテーションに参加せざるを得ない状況が作られてしまう。以下にその動きを確認していく。

まず、逸脱した身体に「これから立てるように訓練していきましょうって言われてやったんだ」、「若い人、先生なんだけどね、歩く練習とかトイレの練習とかって言われて」と《専門家の意識付け》や「足が内側に入るって」、「指、診て動かんのかって・・・言われたなあ」などの《専門家の指摘》によって訓練の必要性を説明され、その認識を有していくことになる。しかし、すべての患者がこの意識付けや指摘によって、訓練の必要性を認識して行く訳ではない。そのように説明しても意識付けが上手く行かない場合は、本人の意思は二の次にされ、嫌だと言っても「嫌だって言っても、やりますって言われたら、どうしようもないもん」、「痛いからって言っても、硬くなるって言われたら・・・ね」と《専門家の圧力》を行使することや、「毎日毎日通ってくるんだよ。そしたらこっちも悪いなあって思うし・・・」と必要性を何度も繰り返す《専門家の粘り》によって、結局訓練へと導かれていくこととなる。また、「いやあ、あの先生は良かったよ。言っていることが良く分かった」、「人として信頼できる人だった」、「明るい人だったね、とにかく」と《安心できる専門家》によって、訓練への参加はより容易に実現されていた。

その後、実際に訓練へ導かれていくと「伸ばしてもらおうとスーっとするんだよ」、「動かしてもらおうと気持ちいいんだよ」と《訓練による快》と同時に「いやあ痛いよ。でも、やらないとって思ったよ」、「(訓練) やった後が痛かったなあ」と《訓練による不快》の情報も同時に提供される。つまり訓練に参加することで気持ちがいいという「快」を経験すると共に不自由な身体からの脱却を目指し、積極的に訓練を展開することで痛みを伴う、「不快」も経験することになる。このような感覚的な情報は、快は直接、その場でリハビリテーションの専門家によってもたらされ、不快は専門家によって訓練を実施した後に生じている場合も見られていた。また、訓練に参加することによって専門家が正の反応を示し、その状況に当事者は、「やっぱり、やるしかない、やらないとならないと思ったよ。だってみんな辛い思いしながらやってるんだもん。俺だけが怠けたら駄目だって思った」、「先生も一生懸命やってくれるから、こっちも失礼になるしね」と《運動＝善の認識》を有していくこととなる。さらにこの善の認識を有する高齢者は、自主的に訓練していくが、「遠くからでも、やってるかどうかわてるんだよね」、「やって無いとすぐにばれるんだ」と全て専門職による管理下で監視された《統制下でのリハビリテーション》を展開していく。つまり、訓練に関しては、どこまでもリハビリテーション専門職に管理されていくこととな



る。

これまで述べてきた様に、このサブカテゴリー内で見られる動きは、リハビリテーション専門職が障害を有する高齢者をどの様に訓練に導いていくのかという側面と、導いた後で訓練に参加することの正当性を示し、自主性が見られても管理し続けていくという導入前後における 2 つのプロセスが見られていた。このリハビリテーション専門職が管理していく訓練は、「運動＝善」を認識させ、訓練を行っているか否かだけでなく、その質と量、さらには感覚的な快も提供しながら、永続的に管理されていくこととなる。

〔他患者や友人から努力の有効性を伝えられる〕

これまで医療専門家による管理について述べてきたが、この様な管理が常態化されていく中で、新たな管理が加わってくる。その管理の一つが、このサブカテゴリーである。ここでは、他患者や友人によって「努力」の必要性を伝えられる動きが見られていた。この努力の必要性を伝えられることは、努力していれば良くなるし、努力していなければ良くなると努力しているか否かという個人に責任が押し付けられていく状況を作り出すこととなる。

また、リハビリテーションが院内生活において日常化されていくと、同じような境遇の他患者の存在に気づくこととなる。そこでは、「みんなやるんだよ・・・」、「前の入院の時に仲のいい人が来て、その人が頑張るもんだから・・・」と一所懸命努力する《他患者の頑張り》に直面する。そしてリハビリテーションを先に受けている人から、「一生懸命にやらないと駄目だ、よくなるよって言われてね」、「リハビリはウソ付かないって言われて」とリハビリテーションの重要性を伝えられる《患者間教育》が展開されることとなる。この《患者間教育》は、一見ピア的な要素を有しているように見えるが、リハビリテーションの先輩として現在の状況は自分の努力によって成り立っているという個人責任論を展開しており、話をされる当事者は否応なく努力の必要性を認識せざるを得なくなっていく。また、努力の必要性は、患者間だけでなく、当事者の友人からも伝えられることになる。「友達が来るたびに頑張れって言うてくんだよ」、「良くなって、また遊びに行きましようって・・・」と《友人からの頑張り》に見られるように励ましを受け、同時に「必ず良くなるよ」、「頑張り次第だよ」と《リハビリすればよくなる》ことを一方的に訴えられていくことによって、努力の必要性をさらに深めていくこととなる。

ここで見られているのは、患者間での教育と友人からの励ましによって、個人責任を押し付けられながら、頑張らなくてはという努力認識を深めていく動きが表されていた。

〔家族から望まれる努力〕

これまでの管理体制に、このサブカテゴリーが加わることで、障害を有する高齢者の管理体制が完成される。当初家族は、専門的な知識を有さず当事者に、上記の患者・友人のカテゴリーと同様に努力していくことを要求していく。ここでの要求は、具体的な事象は専門家に任せた上でのものである。しかし、在宅生活となり、管理主体が専門家集団から家族に移行されることによって、家族も専門家と同様に生活上の具体的な過ごし方の指摘を行うようになっていく。

この〔家族に望まれる努力〕は、病院に入院している状況から在宅生活へ移ることで、

その色合いにも変化が生じている。まず、入院時では、「お父さん頑張んなさいって・・・  
て言われたら・・・」、「孫にも言われたらねえ」と《家族からの頑張れ》を受け取り頑張  
ることを要求されていくことになる。その後、在宅生活になると頑張りを管理されるだけ  
でなく、「お金払ってるんだからねって、訓練やってるのかって」、「今日は何してきたって  
聞かれるんだよ」と実施自体を管理していく《家族による管理生活》の色が濃くなってく  
る。これは専門職管理の入院生活から在宅生活における家族管理という管理主体の移行を  
表している。また、当事者が何かをやりたいと思っても家族の都合が優先され、「やりたく  
ても、家のものも都合がありますから」、「迷惑かけてるので、あんまり自分のことはね」  
と自分の思いは自制していかなくてはならない《制約ある生活》の中で、当事者が行うこ  
とは「何でもリハビリなんだからやりなさいって」、「寝てる事じゃなくて起きてる事が大  
事なんだよ」と《全てリハビリ》として位置づけられ、何かをしていること、努力してい  
ることが「善い」という状況の生活を強いられることとなる。

ここで注目しなくてはならないのは、この〔家族から望まれる努力〕には、家族の優し  
さと表現される様な対応によって、当事者の中で努力しなくてはならないという認識を産  
んでいるものも含まれていたことである。例えば、「何でも主人がやってくれる」、「毎日の  
デイケアの様子を聞かれる」と表現され、夫は本当に当事者のことを思い、出来ないこと  
をフォローしていく様子であっても、当事者にとっては、出来ないことが苦であり、その  
優しさがむしろ頑張れというメッセージに変換される状況も見られていた。したがって、  
家族の姿を当事者がどの様に認識しているのかが重要であることがうかがわれた。これは  
過干渉的な関わりであると考ええる。

以上の 5 つのサブカテゴリーを有するのが【管理される自己】である。このサブカテゴ  
リーの関係性は、これまで述べてきた順序通りに管理者増加のプロセスとなっている。ま  
た、管理主体は、現在在宅生活を送っている人たちが今回の調査対象者であることから、  
専門職管理から家族管理への移行が見られているが、専門職管理や他患者、友人管理が無  
くなったわけではない。発症から現在まで、主体の移動は見られてもその管理者が減少さ  
れることはなく、管理が継続され続けている状況であった。

この管理される自己は、当事者にとって外部刺激となり、障害を有する高齢者の行動に  
影響を与えている。この外部刺激と自己の経験的感覚が影響しあって、リハビリテーショ  
ンを継続している状態に変化を与えている。残りの 5 つのコアカテゴリーは外部刺激を受  
けることによって当事者内部で起こっている変化であり、その内容を確認していくことと  
する。

#### 【身体の逸脱認識】

ここでは、発症直後の混乱から回復願望という動きを含むもので、〔他者化による混乱〕  
と〔回復願望〕という 2 つのサブカテゴリーをから成立していた。また、医療専門職、リ  
ハビリテーション専門職の強力な管理体制が形成されることで、明確に逸脱を認識してい  
た。

### 〔他者化による混乱〕

発症時、自己の身体に何が起きているのかを認識しきれていないが、違和感を抱いていた様子が語られている。「何かボーっとして、体がすごく熱くなったの・・・その後、なんかね・・・」、「あれっ、あれって言う感じで・・・」と《他者化されていく身体》となっていく時の状況が、まず生じている。その後、はっきりと身体が自己のものではないと「足が動かないの・・・手術後だからとは思ったけど、全く動かないんだもん」、「体半分が重いんだよ」と《他者化された身体》を把握することとなる。これは、医療専門職やリハビリテーション専門職の指摘によって、より明確に認識していくこととなる。これが自己内部に起きている発症直後の状態であり、その当時のことを「覚えていないんだよ。でも家族のものに言わせたら、ちゃんと喋ってたって言うんだけど・・・」、「何かぼんやりだね、親戚がたくさん来てたのだけ覚えてるね」と《覚えていない》とし、その後「痛みがひどくてね、手術後の・・・こんな体になったって、夜中も泣いてたよ、今でも死にたくなることあるけど、あの時はひどかったね」、「なんで俺がって、こんななら死んだ方がマシだと思ったよ。先生にも死にたいって話したこともあったね・・・」と《死にたくなった》という当時の状況が話されていた。《覚えていない》は、意識が混濁していたわけではなく、コミュニケーションのやり取りはしっかりしているものの、その時の状況を記憶しておらず、後に当時の状況を家族や友人から説明され認識していたものである。また《死にたくなった》は、脳血管障害でも整形疾患でも今までとは異なる身体イメージに対し、何も出来ないことを認識することによって、死んだ方がまし、殺してくださいと医師に頼む状況も見られていた。

このサブカテゴリーが示すことは、自己の身体に何が起きているのかについて十分に把握していないが、逸脱した身体は認識している状況であることがわかる。

### 〔回復願望〕

この回復願望は、混乱状況から脱しつつある中で、他者化された身体をもう一度、自己のものへと試みる動きが見られるサブカテゴリーである。しかし、この時に見られる部分的な回復が、その後も同様に回復していくであろうと予測させ、当事者を苦しめることとなる。

混乱状況から脱すると単に身体の逸脱を確認するだけでなく、徐々に自己の具体的な状況を確認することが可能となってくる。そこで、他者化された身体をどの様に、再び自己のものにしようと「リハビリすると良くなるって、で、似たような人が一杯いるから、頑張ろうと思ってね」、「手も足も動かんから、とにかく良くしないとって思ったよ」と《機能回復への願望》が見られるようになる。この願望からリハビリテーションを実施し、機能の全てではないが、「いやあ、最初は良くなったよ」、「動けない状態から、動けるようになって、車椅子に一人で移れるようになって・・・」と《機能獲得経験》有し、身体のコントロール向上を経験する。この機能の一部獲得はさらに、《機能美の獲得願望》つまり、歩くという機能的な向上だけでなく、「まっすぐにカッコよく歩きたいと思ってたね、今のこの歩き方だったら恥ずかしいって当時は思ったね」、「スッ、スッと動けた方がいいもん」と、よりスマートに歩きたいという願望を生じさせ、動きに対する「美」、つまり障害による逸脱した動きではない、より正常化された動きを要求していくこととなる。

このように願望が際限なく上がり続けていくように機能が向上している只中では、逸脱している身体をもう一度、自分のものにしていこうと努力している姿が見られている。

また、回復は専門家の努力や気遣いによって支えられていると認識し、「先生は一生懸命やってくれたから」、「俺が、もっとやればって今になって思うよね。だから先生に申し訳ないと思ってるよ」とこの時期のリハビリテーション専門家に対し《専門家への配慮》も同時に見せている。

ここで示した【身体の逸脱認識】というコアカテゴリーは、混乱した状況から正常化への願望によって身体機能訓練が展開されていることが読み取れる。しかし、この回復には多くの場合、限界が存在している。したがって、このコアカテゴリーは、回復の途上の中での願望である。次に示す【社会適応への努力評価】では、その限界を徐々に感じながら、訓練を行っていく状況を示していく。

#### 【社会適応への努力評価】

ここでは、前コアカテゴリーとは異なり、思うように回復していかない中で訓練を行っていく様子が見られていた。〔苦しい中での努力〕を高く自己評価しているが、〔確認する逸脱〕によって自己評価を下げていくという、葛藤状態を表す2つのサブカテゴリーから成立している。また、この葛藤状態は、周囲から頑張れと努力を要請されることによって、個人責任を感じ、苦しいけど努力しなければと想いながら訓練を行っていた。

#### 〔苦しい中での努力〕

この〔苦しい中での努力〕は、なかなか思うような回復が得られない状況の中で努力している様子が見られていた。《努力することの善》は、「リハビリするって言えば、みんな喜ぶ顔するし、みんな喜ぶとやる気にもなるしねっ」、「やるって言えば、徹底的にフォローしてくれるね。その姿を見れば・・・いやぁ熱心な先生についたなあって思ってたよね」、周囲から努力は絶対的なものとして評価されている状態を崩すことなく、訓練に邁進していこうとする様子である。しかし、一方では回復しない状況に苦しいと訴えながらもリハビリテーションをしているんだと、「やってるんだけどなあって思ってたね、でもやらないとも思ってたね」、「どうして良くならないんだろうって、でも先生に言われたとおりにやればって考え直してね」と《揺らぎと自負》を示したり、「訓練だけなら足りないから、自分でやるように工夫もしてたね」「いろいろ試してやって、考えてみたよ」と《自分でやる》という努力を自己評価しながら、他患者を想定し、「人を見ちゃうんだよね、そして自分の方がまだって思うと安心するんだよね、人間って」、「いろんな人がいるからね。私なんかよりも悪い人もいっぱい居たから、やらないとならないなって・・・」と《人よりいい》として自己を納得させている。また、自己を特別視し、こんなに苦しいのは自分だけであろうと他者と比較し、「多分、俺だけだと思うんだよね。こんな状態になってるのは、手と足だけじゃないもん、めまいもあるし、糖尿もある・・・」、「みんな、家族がいてでしょ。私なんかこんな体で、一人でしょ。そして誰も見舞いにも来てくれないでしょ。でも、負けないって思ってたよ」と《特別な自己》を作り出しながら努力している様子も見られている。

この〔苦しい中での努力〕は、苦しい中であっても回復するために訓練を継続している自己を高く評価していることがうかがえる。

#### 〔確認する逸脱〕

〔確認する逸脱〕は、自己の身体がある一定の回復を見せても、完全に病前の状況に戻らないことで逸脱を認識し、自己評価を下げてしまう様子を表している。

回復が思うように進まない状況に対し、このままでは家族に迷惑がかかると「家に帰れないと思ったしね。おっかあは頑張れって言うし・・・でも動けない状態はね・・・」、「遠いところまで、見舞いに来てもらうのも悪いから、何とかとは思ってたよね。でも、良くならんって感じだった」と《家族のため》にという想いが見られている。そして、周囲の人たちに迷惑がかかってしまうと「こんなじゃみんなの迷惑になるって思ってたね」、「どこ行っても人の手借りないとならないでしょ」と《迷惑な自己》を意識しながら訓練を継続していく状況が見られている。また、他患者の状況から《人より劣っている》と「いやあ、やっぱり若い人は良くなるのも早かった」、「良くなる人は、良くなるんだよね・・・」と周囲の状況との比較や、障害を有する前のこれまでの生活に問題があったと「やっぱり酒の飲み過ぎだったんだ」、「甘いものが好きだったから・・・」、「先生に血圧のことは良く言われてた・・・だから自業自得なんだ」と《過去の生活》の仕方に原因を見出しながら、逸脱している身体を確認せざるを得ない状況がある。

ここで示されていることの多くは、迷惑になるのは、今の自分がいるからと障害を有した状況そのものに対して自己責任を感じている。しかし、決して病気になりたくて、病気になった訳ではない。しかし、この様に、現在は病を自己責任化してしまう状況になっていることが理解できる。

この【社会適応への努力評価】は、〔苦しい中での努力〕という自己評価を高める要素と、〔確認する逸脱〕という自己評価を低下させる要素の相反する2つの要素が同時に存在し、葛藤が生じているコアカテゴリーである。

しかし、この後に見られるプロセスでは、葛藤状況への対応に男性と女性で明らかに違いが見られていた。したがって、この後は、男女がそれぞれに見せた2つのカテゴリーについて別々に述べていくこととする。まず男性が見せた【社会適応認識】と【再逸脱への抵抗】について述べ、その後女性に見られた【自己不適応認識】と【逸脱増強への抵抗】という2つずつのコアカテゴリーを説明していくこととする。

男性が示していた【社会適応認識】と【再逸脱への抵抗】について

#### 【社会適応認識】

前コアカテゴリーである【社会適応への努力評価】では、常に自己評価を高めることも下げることが同時に行う葛藤状況が見られていた。しかし、男性はその後【社会適応認識】を有することとなる。このコアカテゴリーは、一定の努力に対する〔他人評価〕によって他者化された身体を再び自己のものにしたいという願望は弱くなり、〔回復から維持〕と継続している訓練への意味づけを変化させていた。また、〔他人評価〕によって〔取りもとした社会評価〕を実感していくという動きが見られていた。まさに、管理者から障害を有し

た身体の存在承認が得られたことによって、訓練への目的を一変させていく過程が見られていた。

#### 〔他人評価〕

〔他人評価〕は、自分以外の人間からの情報によって、回復しないと悩みながら継続していた訓練状況に変化を与えるきっかけとなっていた。《専門家からの回復限界》として、「先生に良くなるのかって聞いたら、笑ってるんだ・・・ああこりやもう駄目だって思ったね」、「何回か聞いたことあるんですよ、でも、とりあえず頑張れってしか言わないから・・・って言うことはってね・・・駄目って言うことでしょ」と明確に告げられてはいないが、暗にそれを読み取ることによって、苦しい中での訓練、逸脱を確認し続けなくてはならない状況から脱却することが可能となっていた。つまり、身体のリハビリと努力が必ずしもリンクしない状況を確認することが出来るようになっていた。また、他患者の様子から「他の人見てても、やっぱり同じだもんね」、「(歩くのが) 早くはなるけど、歩き方は変わらないもんだね」と《他患者から限界を想定》し、専門家から限界を告げられなくとも、他の患者の様子から、身体機能に対する回復限界を察知していた。そして、一生懸命リハビリテーションに向かうことで、「いつも熱心だねって言ってもらおうとね・・・」、「やっていると、逆にやりすぎだって、少し休みなさいって言われるぐらいやっているといいんだよね」と《評価される努力》、努力している自己が、認めてもらっていると実感している様子がうかがえていた。この《評価される努力》によって、訓練は努力する自己を表現する手段となり、訓練の目的化が形成されていくこととなる。

#### 〔回復から維持へ〕

上記の〔他人評価〕によって、回復への限界を感じ、さらに評価されている自己を確認することによって、これ以上の回復は無いことを察知する。この察知によって、少しでも正常化していかななくてはならないという状況から、この状況を維持することが出来ればと視点に変化が見られるようになる。つまり、「年も年だから、これで良しと思わないとって、割り切ったね。その頃にね・・・」、「まあ出来るうちはやりますよ。悪くならなきゃいいと思うしかなかったね」と言う語りからも、現状を維持できれば現在の社会的評価も変化しないであろうという安心感を得ている。つまり、回復しなければという縛りから、現状を維持していくという訓練となっていく。この現状を維持することは、回復を目的とするよりも難易度は下がり、より容易に訓練を実施していく様子が見られている。

#### 〔取り戻した社会評価〕

これも〔他人評価〕によって、男性が感じる事が可能な認識である。つまり〔他人評価〕によって、発症からの努力が認められることで、「やっぱり、あの時（急性期）は、病人だったね。だって、何でも指示されてでしょ・・・」、「下向いてばかりだったからね。最初のころは・・・でも、現状維持であれば、何とかかなりそうだし・・・」と《病人からの脱却》したことを感じている語りが見られている。また同時に、《尊厳の回復》として「やっぱり、人としてトイレぐらいは自分でやりたかったから、それが出来たのが大きい、だから家に帰れたと思う」、「リハビリは人間の尊厳を守るためにあると私は

思ってるよ。それが出来たって感じたのは、退院後・・・ここに通うようになった頃だね。家にも帰れたし・・・」と話している。つまり、退院時というよりも退院後にこれらの感覚を得ているものと思われる。これは、病院は治療する場所となっている事を意味していると思われる。さらに、身体機能面でのこだわりではなく、「〇〇が出来るようになったから良い」と能力的な側面の自己評価を行えるようになっていく。今回の対象者では、「杖突ながら競馬に行くことが出来た。それが嬉しい」、「一人でやってみると結構工夫して出来るもんだ」とした人も居り、《能力の回復》に目を向けることが可能になっていた。この〔取り戻した社会評価〕は、機能的に軽度の人ばかりではなく、車椅子レベルの人でも「ベッドの乗り移りが出来るからよい」としていた人もいた。

【社会適応認識】のサブカテゴリーには、これまで抑圧的に努力の必要性を訴え続けられていた状況から、回復の限界を知る、感じることによって抑圧的な状況からの解放が見られている。しかし、解放されることによって訓練を中止できる訳ではなく、むしろ訓練を継続していくこととなる。その状況を次の【再逸脱への抵抗】の中で述べていく。

#### 【再逸脱への抵抗】

このコアカテゴリーは、男性が社会適応認識を獲得した後に訓練を継続し続ける動因となるものである。そこでは、〔再他者化への不安〕と〔保障確認の運動〕という2つのサブカテゴリーが見られ、このコアカテゴリーを形成していた。

#### 〔再他者化への不安〕

このサブカテゴリーは《機能低下経験》と《他者からの指摘》という2つの概念から構成されている。【社会適応認識】によって、当事者は、これまでのリハビリテーション実践で、発症前の身体状況ではないが、努力していることを認められ、周囲からある一定の評価を受けられる状況となった。しかし、同時にこの【社会適応認識】によって、これまでとは異なる目的で訓練が開始されることとなる。それが《機能低下経験》である。

この《機能低下経験》は、これまでのリハビリテーションの中で、体調不良や通所リハビリテーションの長期休業（年末年始）により、一定期間ではあるが、訓練を実施しなかったことで感じた主観的な機能低下である。「あつという間だよ、動かんくなるのは、すぐだもん」、「やってないと体が重くなるのは間違いないね」などの語りが見られ、この経験によって、機能低下は短時間で起こることを認識し、不安を感じることとなる。また、「自分では悪くなったって思っていないんだけど、かみさんに言わせれば、悪くなった、悪くなったって言うんだよ、まいっちゃうよな」、「同じようにやってるんだけど、時々先生が、調子大丈夫って言うんだよ。何か歩き方が違うみたいなんだよね」という《他者からの指摘》によって、主観的には問題ないと感じていたにもかかわらず、「悪くなった」という指摘を受けることで、再他者化への不安を抱くこととなる。

この〔再他者化への不安〕が示すように、機能低下は簡単に起こることを主観的に経験し、さらに機能低下は起こっていないと思っても悪化していると伝えられることによって、適応認識から不適応認識へ簡単に移行してしまうことに不安を感じている状況である。また、身体機能の低下は客観的に短期間で見られるものではない。つまり、社会的評

価をどの様に維持していくのかが、大きな課題になっていると思われた。

#### 〔保障確認の運動〕

〔再他者化への不安〕を感じる当事者たちは、不安を解消するために訓練へ向かうこととなる。しかし、以前のような回復を主とするものではなく、維持が出来ているかどうかを確認するために管理している者を巻き込みながら訓練を実践していく。これが〔保障確認の運動〕である。

《保障を得るため》では、「いやあ、自分でこれぐらいやればいいんですかとか聞くようになるよ」、「新しい訓練内容とかないですかとか聞くと、じゃあって違うの教えてくれるんだ。いつもやってると飽きちゃうんだよ」と管理者である専門家のアドバイスによって現在の身体状況を維持していくためにアドバイスを受けるという行動を実践している。それまでの受け身的に専門家に指示を受ける状況から、指示を求めるという能動的な変化が見られている。また、《今後の自己の望む像》として、「もう年考えたら、あとは寝たきりにならなければいいよ」、「もう、このままだべ、歩けなくならんきゃいい」と具体的な自己像を見据え、「まあ、最低限はやってるから」、「毎回やるのも大変なんだぞ、でも大変なことをやるから意味があるんだ」と《能力と努力を誇示》を示しながら、不安を一掃するために訓練を継続し続けるだけでなく、管理体制へのアピールの要素も見られている。

【再逸脱の抵抗】では、このように【社会適応認識】を得ることによって、再び不適応認識を有さないための実践が展開されていた。しかし、不適応認識を促すのは、やはり機能的な問題であり、機能低下は社会的評価を下げるという認識を有していることもわかった。また、社会的評価を下げないようにするために、これまで管理者によって否応無く巻き込まれていた訓練から、管理者を巻き込む訓練へと変化を見せていた。

これまでは、男性に見られたカテゴリーの説明であった、ここからは女性に見られていた【自己不適応認識】と【逸脱増強への抵抗】について述べていくこととする。

#### 【自己不適応認識】

この【自己不適応認識】は4つのサブカテゴリーからなり、これまでの努力に対する〔機能回復の限界〕を感じ、病前の身体状況には戻らないと〔身体認識を変化させる〕が、〔やりたくても制限される生活〕という現実によって〔逸脱を再認識する〕過程である。このコアカテゴリーで見られる管理者は主に家族である。男性は、家族をあまり意識していない様子が見られていたが、女性は家族によって様々な制限を受けた生活を送っていることがわかった。

#### 〔機能回復の限界〕

この〔機能回復の限界〕は、これまで病前の身体へ、つまり他者化された身体をもう一度、自己のものへとするために懸命に努力してきたが、「もう限界だった・・・自分のね・・・」、「努力はしても、結果にならないでしょ・・・」と《努力の限界》を感じ、もう元に戻らない事を察知し、「もう何をやっても良くならなかった・・・」、「一生懸命にやったんだけ



どね・・・どうしようもなかったね」と《もうどうしようもない》と感じてしまう状況になる。また、ここまでの努力に「やることはやったんだから仕方ないと思わなきゃ、やられてなかった」、「辛いけど、一生懸命やったし、仕方ないなって思うしか無かったよねと・・・」と《辛さを昇華する》ことで、これまでの努力を肯定的に自己評価している状況が見られていた。ここでは、要求され続けた回復への努力に当事者なりに応えてきたが、努力の限界と同時に機能回復の限界を認識していた。

#### 〔身体認識を変化させる〕

〔機能回復の限界〕を察知すると、完全に病前には戻らない身体に「前と同じには出来ないから、工夫して生活するしかなかったのよ」、「結構、出来るもんなのよ。時間はかかるけどね」と《以前と違うやり方》を実践したり、他者化され続けている《身体を他者として扱う》ことを次の様に実践していた。「もう、この左手さんは、言うこと聞いてくれないの、だから、いつも話しかけるようにしてるの。ちゃんと持ってってねって、そしてら言うこと聞いてくれる時もあるのよ」など、機能の回復から能力の獲得を目的に他者化された身体を他者化されたものとする〔身体認識を変化させる〕状況が見られている。「回復しないのなら・・・」という発想で、生活を再構成しようとする試みが実践されている。

#### 〔やりたくても制限される生活〕

〔身体認識を変化させる〕ことで、生活を再構成しようと当事者たちは試みるが、試みることで自分が家族の負担が増えると認識することになる。「やっても結構時間がかかるし、危ないって言われるのよ」、「お茶碗を洗っても、娘がいいからって怒るのよ・・・そしたら邪魔だもんね・・・」と《家族の迷惑》を感じていた。また、《やりたくても》機能的な問題で不可能であると認識し、「やっぱりお裁縫とかはね・・・」、「料理も自分でやってみたくとも、立てないでしょ・・・」とあきらめを見せていた。これらの状況は、茶碗のひとつでも洗いたいと思っていた当事者にとって、諦めなくてはならない現実を認識せざるを得ない状況が表されていた。

#### 〔逸脱を再認識する〕

このように、退院して自宅に帰っても様々な制約を受けながらの生活は、《空虚な生活》そのものであり「家に帰ってもやることがないのよ。テレビぐらいだね」、「どこにも行けないでしょ。行きたいと思っても邪魔になるし・・・」と語り、《切ない、辛い》と「何で動かないのって思う時もあるし・・・切ないよ・・・」、「せっかく、思い切って手術もしたんだけどね、辛いよ・・・」と他者化されている身体をとらえている状況も見られている。さらに、生活を制限している身体に対し《人の目が気になる》と「スーパーでもどこでも、見られるでしょ、車椅子だと・・・それが嫌なの」、「あれ、あの人どうしたの？っていう顔で見られるのよね」と他者の前に逸脱した身体を晒すことで、逸脱を再認識せざるを得ない状況が見られた。

これら【自己不適應認識】は、機能回復の限界を感じ、他者化された身体を受け入れ、その身体に応じた生活を試みるも、様々な制限によって自分の意図したとおりにとはなら

い様子が表されていた。さらに、自分の思ったとおりの生活が描けないことで逸脱した身体を再認識しなくてはならなくなっていた。ここでの主たる管理者は家族であり、女性の場合、家族が中心となって逸脱した身体を当事者に認識させていた。

#### 【逸脱増強への抵抗】

【自己不適応認識】を有した女性が訓練を継続し続ける要因は、逸脱を認識している身体に対し、逸脱を増強させない【逸脱増強への抵抗】として訓練を実践していた。このコアカテゴリーは、「更なる機能低下への不安」と「逸脱予防戦略」という2つのサブカテゴリーから成立していた。

#### 〔更なる機能低下への不安〕

身体のエスケープを認識しているが、更なる機能低下によって、よりエスケープしてしまうことは、不安以外の何物でもなく、よりエスケープを強く意識することになる。このエスケープは単なる身体的なものだけではなく、生活のあり方へも影響する可能性を認識しており、不安はさらに助長されている。具体的には、「やっぱり、去年何かと比べると歩けなくなってるのよね。来年になったらまだ歩けなくなるんじゃないかしら・・・」、「こわくなってきてるのよ、年もあるけど、ちょっとね・・・」と年齢と共に機能が低下してきていることを歩行距離などから認識しており、可能な限り現状を維持したいという当事者なりの思いが見られていた。

#### 〔逸脱予防戦略〕

上記の不安に対し、男性と同様に管理者を巻き込みながら訓練を継続していく様子が見られていた。

《保障を得るため》では、男性と同様に、「何をすれば良いのか、良く聞きました。家でも出来るようにね」、「やっぱり分からないときは先生に聞くのが早いと思って、(訓練を)やって、なんか変だなと思ったら先生に聞くようにしてるんです」と管理者である専門家にアドバイスを求める行動が見られるようになっている。《危険認識》では、身体がよりエスケープしていく可能性として、転倒などの外傷を想定し、「家の中では、トイレまでに何箇所か手を離さなきゃならないところがあるので、転んだら、寝たきりになるかもしれないので、先生に良く聞いて注意します」、「段差があるのよね。玄関までに、それをどうにかって先生にお願いしたら、手押し車がいいって言ってくれて・・・」と、自己の身体状況を見ながら、注意しながらの生活状況が見られていた。また、エスケープを意識するのではなく、「もう望むものは無い」と「これ以上、望んだら、望みすぎでしょ。家に帰れて、孫に囲まれてっていったら、バチあたりますよ」、「上見ればきりない、下見てもきりない」と現在の生活の中で必要以上に望まないことを良しとした状況も見られていた。

このコアカテゴリーでは、女性がエスケープし続けている身体を認識した上で示す不安と、これ以上のエスケープをどの様に防止していくのかについて、当事者なりの戦略が見られていた。また、その戦略は男性と同様の動きが見られ、社会適応認識と自己不適応認識という異なる認識であるが、対策は両者同様の動きを見せていた。

ここまで、男性と女性で異なるカテゴリーが見られていた箇所について説明を行ってきた。しかし最終的には、ひとつのカテゴリーに集約されることになる。それが【患者の専門家】というコアカテゴリーである。

#### 【患者の専門家】

男性も女性も、それぞれ不安を払しょくするために様々な方法を実践していた。特にこれまで、管理者によって統制され続けていた状況から、自ら管理側へ働きかけをおこなう《保障を得るため》の行動は、劇的な変化である。しかし、この劇的な変化は、当事者を【患者の専門家】へと変容させていくこととなる。

リハビリテーションの専門家から維持していくための様々なアドバイスを受けることによって、《自己判断での運動》が可能となり、「これを何回以上やると、次の日に痛みが出るんだ」、「1日にノルマを決めて、それをやる様にしていますよ」、「もっとやりたいんだけど、時間の関係もあるから、この程度って決めています。」と痛みのコントロールと共に、訓練量も自己で判断可能な様子が見られている。同時に専門家から維持していることをフィードバックされ、機能回復・維持のためのリハビリテーションではなく、《体によい運動》と訓練自体が目的化されていくこととなる。「リハビリは体にいいんだから」、「これをやることに意味があるんだから」、「これは仕事だから、やらないと駄目なものだから、だって、俺これしかやること無いんだから・・・」、「いいことだし、やらないとね」と、行っていれば良いという状況になっている。

また、《体によい運動》を行わない人に対し、《やらない人は駄目》と「あれ見てたら奥さんが気の毒だ」、「自分のことなのにね、だらしのない人だと思うよ」と訓練を行わない人を差別化し、自分たちは善いことを行っているという認識を有していく。つまり、【患者の専門家】は、訓練を継続することが善いことであると認識している。また、訓練をしない人を批判するだけではなく、新たに訓練に取り組む人に自分は努力して今の状況があると、過去に努力を押し付けられたように、自己責任を押し付けていく。つまり、過去に受けた患者間教育を自ら実践していくこととなる。「僕はね、後から入ってきた苦しんでいる人にね、よくなりますよ、僕はこっだけよくなったんですからって言って歩いてるんですよ、努力すればね」と語る様子が見られている。このことによって患者としてどの様にしていくことが望まれるのかを提示していくこととなる。このようにリハビリテーションの専門家からは訓練を管理され、家族に生活を管理され続けながら、自己もまた他患者への管理者となっていくのが【患者の専門家】である。

#### リハビリテーションを継続し続けていくプロセスについて

これまで、今回の調査対象者から得られたデータを元に作成したコアカテゴリーが、どのようなサブカテゴリー、概念から構成されているのかについて概観した。この項では、コアカテゴリー同士の関連性について述べ、発症から患者の専門家に至るまで訓練がどの様に継続されていくのかというプロセスを述べていく。

図の右側は、発症によって抱く【身体の逸脱認識】から【患者の専門家】へと、当事者内部に現れる変化である。しかし、この変化は、図の左側に示した【管理される自己】に含まれる管理者たちの存在が大きく関与している。この当事者の内部変化に管理者がどの様に影響を与えているのかを順に追ってみていくこととする。

まず【身体の逸脱認識】は、病院という枠組みの中で、医療に対する不信を有していても〔過去の経験を一扫される〕状況におかれ、〔医療から患者を教え込まれる〕ことや〔リハビリテーション専門職から身体の逸脱を提示される〕ことによって、正常とは異なる身体を有してしまったことを認識せざるを得ない状況となる。この逸脱した身体を適応した身体へ戻すことを要求される当事者は、元に戻りたいと〔回復願望〕を有し、「訓練」を開始することとなる。これが、障害を有する高齢者が「リハビリテーション＝身体機能訓練」を始める第一段階である。

この「訓練」に取り組むことによって、全てではないが、回復を経験する。この経験によって、より一層の正常化への願望を抱くこととなる。しかし、回復も当初は右肩上がりであったが、徐々に横ばいとなり、努力しているにもかかわらず、回復が思わしくない状況となってくる。この時に当事者自らによって【社会適応への努力評価】を行う。そこでは思うようには行かない訓練でも〔苦しい中での努力〕と自己を高く評価する反面、やはり完全ではない身体から〔確認する逸脱〕によって自己評価を下げってしまう、という自己評価の葛藤状態が起こる。しかし、この葛藤状態は誰にも理解されることなく、リハビリテーション専門家や他患者、家族、友人から、努力することを求め続けられることになる。これまで努力することで、一定の評価を得ていた当事者たちは、周囲に期待されている努力を継続しなくてはならないと認識すると共に「病」に対する自己責任を感じながら、身体機能訓練を継続するしかない状況におかれていく。

このように【身体の逸脱認識】は、専門家によって正常ではない身体を意識付けられ、正常化への方法としてリハビリテーションを提示され、元の生活を送るには元の身体に戻ることしかないとされてしまう。したがって、自分の意志を優先させるような支援の方法は存在せず、そのまま訓練に巻き込まれていくこととなっていた。つまり、訓練することが最も正しいこととして定着しているのである。さらに【社会適応への努力評価】で、訓練を継続することの苦しさを感じつつ、逸脱の身体を認識し、自己評価が高くなったり低くなったりと自己評価の葛藤状態が起こる。しかし、管理者側はその葛藤を把握することなく努力することを求め、求められた当事者は、訓練している状況は「善い」こととして周囲が認めているため、訓練を継続していくしかない状況となる。また、訓練への努力は、個人の責任とされ、例えそれが辛い状況であっても行わなくてはならないと認識していた。

この後は男性と女性で異なるプロセスを見せるため、男性から述べることとする。

男性は、専門家の態度や他患者の状態、また、努力している自分が評価されていることを認識することによって、病前の状態に完全に戻ったわけではないが、管理者側から一定の評価を得ていると実感し、【社会適応認識】を有することになる。したがって、訓練目的が〔回復から維持〕へ移行することで、訓練に対する目的意識を下げるのが可能になっている。つまり回復が目的であれば、現状を維持していくための訓練よりも激しいものでなくてはならないという認識から、少し気楽な気持ちで行えるという訓練に対する気構え

に変化が見られているのである。その後【再逸脱への抵抗】として、機能低下してしまうことは管理者から努力量の低下を指摘され、せっかく得ることの出来た社会的評価がまた下がってしまうことにもつながりかねないと〔保障確認の運動〕を行うこととなる。これは、努力していることを管理者側にアピールすると共に、この状況を続けていけば現状を維持できるという保障を専門家から取り付けている行動である。

一方女性は、それまで求められていた機能回復のための努力に限界を感じ、〔身体認識を変化〕させることで、他者化された身体で生活していく方法を実践していくが、家族管理の下での生活には様々な制約が設けられ、思ったとおりの生活を描くことが出来ない状況となる。この思ったとおりにならない空虚な生活によって、逸脱を再認識していた。特に家族による管理で、病前の様な生活を送ろうと努力しても制約が生じてしまうことで【自己不適応認識】を深めてしまうことになっている。

しかし、この【自己不適応認識】によって訓練を行わなければ、この他者化された身体は、さらに他者化され逸脱が増強されることとなる。この認識によって【逸脱増強への抵抗】が示されるのである。特に、〔更なる機能低下への不安〕は深刻であり、その対策として〔逸脱予防戦略〕で、男性と同様の戦略を見せていることが興味深いことである。それは訓練を行い、努力を管理者側にアピールし、専門家から、訓練を続けていけば維持が可能である保障を取り付ける戦略である。

男女共に、この専門家から保障を取り付けることによって【患者の専門家】となっているのである。つまり、自己判断で訓練することが可能であり、そして何のための訓練であるかと問われれば、「体のため」という訓練の目的化が促進されていく状況である。また、この【患者の専門家】は、自分のことだけに留まらず、「やらない人は駄目」と自分と同じ行動を取らない人を差別化し、自分が過去に「頑張れ」と《患者間教育》された側から、教育する側へと自らの立場を移行していく。これは、一見セルフヘルプの要素が含まれているようにも見えるが、セルフヘルプやピア的な関係と同様であるのかについては、次節で考察する。この患者間教育によって専門家は、また新たな患者を訓練へ導きやすくなっていく。この行動は、当事者を取り囲む管理者から自己評価を高くすることが可能であり、訓練を継続し続けていく理由のひとつになっていると思われる。

以上が積極的に障害を有する高齢者が訓練を継続していくプロセスである。

#### IV-3 身体機能訓練に「積極的」に取り組む高齢者のプロセスに対する考察

##### —本プロセスで見られた特徴について—

前節では、障害を有する高齢者が、どの様に訓練への意味や自己認識を変化させながら、リハビリテーションを継続しているのかについて、調査結果を元に、そのプロセスを明らかにした。そこでは、様々な管理者によって、管理されながら訓練を継続し、また当事者自身も新たな管理者となっていた。しかし、このプロセスには、次の4つの点で疑問を生じさせるものであった。

- ①男女で異なるプロセスが、なぜ見られていたのか
- ②発症当時に医師をはじめとする専門家は患者教育を行っていた。この患者教育は、パーソナリティが提唱している病人役割と同意であるのか
- ③患者の専門家が行っていた患者間教育はセルフヘルプやピア的な意味を有しているのか
- ④このプロセスは、訓練を継続していくものであったが、常に管理され、監視下で訓練が展開されていた。この監視は、訓練を継続させていくために、どのように機能していたのか

という以上の4つ疑問について本節では検討を行うこととする。

今回のプロセスにおいて重要な点であると思われるのは、【管理される自分】に象徴されるように、自己における障害という自己内部の問題だけではないことが明らかになった点である。したがって、男性と女性の違いや専門家と患者の関係、そして患者自らが患者の専門家となり、管理者になっていくことの疑問を整理していくことで、これら管理者との関係が明らかになると考える。また、現在、障害を有するものに対し、画一的に身体機能訓練が導入されている状況にも問題を提示できるものと考えている。そこで本節では、プロセスの中で見られたこれらの疑問について検討を行い、疑問と継続されている訓練との関係を明らかにしていくこととする。

#### IV-3-① 男女で異なるプロセスを示していたことについて

本調査結果では男性と女性で異なるプロセスを見せていた。つまり男性が社会適応認識から再逸脱への抵抗を示すのに対し、女性が自己不適応認識によって逸脱増強への抵抗を示していた箇所である。そこでまず、男性と女性で見られたプロセスをもう一度検証し、その後男らしさ、女らしさという、社会から求められる男性像、女性像の視点から、今回の違いについて検討を行う。さらに、女性のほうが、具体的な活動に取り組むことが多く、一見適応しているように見えるが、実は不適応認識を有しているという表面上の活動状況では、理解することが難しいことを指摘していく。

##### a) 男性と女性で見られた異なるプロセスについて

この異なるプロセスは、男性は社会適応認識から再逸脱への抵抗を行うのに対し、女性は自己不適応認識から逸脱増強への抵抗を見せていた部分である。男性は、他人評価によって訓練への目的を機能回復から機能維持へ変化させていた。しかし、女性は在宅生活に戻り、生活の中での具体的な活動を行うことによって、以前と異なる自己を認識し、自己不適応認識を有していた。さらに女性は、家族管理によって生活が制限され、身体の逸脱を改めて再認識し、さらなる逸脱の増強に不安を示していた。その不安を解消するために、身体機能維持を目的として訓練を継続している。

どちらも身体機能の回復限界を感じ、維持を目的とした訓練への変更が見られているのは共通であった。しかし、そこに達するまでのプロセスには、大きな違いがある。男性は適応認識というプラスの自己評価を行っているのに対し、女性は不適応認識というマイナスの自己評価を行っていることである。

この違いは、自己評価を行う基盤が異なっているために生じていると考えられる。つまり、男性は家庭に自己評価の基盤が存在せず、対外的に評価されていると自己評価を行った上で、維持を目的とした訓練となっている。一方、女性は家庭の中で以前のように振舞えないと自己評価を行った上で、維持を目的とした訓練になっていることである。これは家庭の中に自己評価基盤が存在していることを表していると考えられる。

また、この自己評価基盤の違いは、次のようなことも言える。男性は、他者の評価という抽象的なもので自己評価を行っているのに対し、女性は家庭の中で、生活における具体的な事象を自己評価の対象としていることである。

この自己評価基盤が異なることによって、生じるプロセスの違いを検討していく。

#### b) 男らしさ、女らしさとして求められる像について

これまで述べてきた、自己評価基盤の違いは、社会から求められる性役割である男性像、女性像が影響していると考えられる。そこで、現代社会で求められる男性像、女性像について概観し、それらの内容を検討していくこととする。

男らしさについて江原（2008：36）は、優越志向、所有志向、権力志向をあげ、家族の経済的責任をとる条件、もしくは報酬として意識されているとしている。他者と競争して、多くのお金を稼ぎ、その結果、家族の中で権力を振るえるという構造になっているとしている。権力を振るうかどうかは別の問題であるが、男性は、他者と競争し、経済的な責任を負うことで、家庭の中における役割を果たしているということになる。この社会から求められる男性像は、家族内の評価ではなく、対社会的な評価が重要であり、今回の対象者で見てみると、具体的に何かが出来る、できないという自己評価ではなく、努力していること、つまり訓練していることを管理者側から認められることで、適応認識を得ることに繋がっていると思われた。

一方、女らしさについて江原（2008：36）は、女性の家族責任は、家事・育児のような「愛情をもって家族をケアする」ことと述べている。この女性に対する家庭内の位置づけは、これまでも様々に語られている。女性の家庭内役割を歴史的に振り返った上で、現代の女性における家庭内役割を示している牟田（2006：80）によれば、「家庭」の新しさの重要な点として、女性が中心となり主役を果たし、「よき妻よき母」としての役割に女性が閉じ込められるということは、女性が家庭という「王国」の主人になることでもあるとしている。この江原や牟田の考えを参考にすると女性は、社会的に家庭の主人であり、同時に愛情を持って家族をケアしていくことを要求されているということになる。これを今回の女性対象者と比較すると、女性は家庭の中での生活が主体になっていたが、障害を有することによって、家族をケアしていくことが困難となり、逆に家族にケアされていく立場になってしまう。しかも、以前出来ていた家事が具体的に困難となっていることを認識していかななくてはならない。これが、自己不適応認識を有する原因であると考えられる。さらに、江原（2008：22）は、この男らしさ、女らしさとは、規範であるとしており、男性は、努力している姿が社会的に認められ規範に同調可能となっていたが、女性は、家族をケアすることが出来ないと規範からの逸脱を感じてしまう状況になっていると考えられる。

この様に、男らしさ女らしさという、社会によって創られてきた性役割が反映しているものと思われる。現代は、男女が平等であるとされ、男性も家事をする時代といわれている。しかし、男性と女性の生活構造には、まだまだ大きな違いが見られている。NHK 放送文化研究所編（2004：32）『現代日本人の意識構造（第六版）』によると、夫が家事を手伝うのは当然とされ、「男子厨房に入らず」から「男子も厨房に入る」と時代と共に意識の変化が見られているとされている。しかし、実際の男性の家事活動時間は、女性に比べはるかに少ないことが NHK 国民時間調査から明らかにされており、意識変化に行動が追いついていないことが示されている。つまり現実には、性役割の違いが現在も存在しており、今回の対象者もこのことを示している。

これまで述べてきた様に、家庭における男性・女性の性役割の違いが、今回の対象者からも見て取れる。つまり、男性は「男らしさ」として、経済的責任を負うために、その生活基盤を家庭の中ではなく、対社会の中におくため、今回の対象者でも家庭の中の身近なものから自身の状況を省みるのではなく、社会の中で他人の評価という抽象的なものによって自己のあり方が決まってくるということが表されていると考える。一方女性は、男性とは正反対に、女性の主たる生活基盤である家庭の中に自己を振り返る素材が点在しており、具体的な事象から常に病気になる以前の自己と現状を比較してしまう状況になっていると思われる。つまり、男性のように他人から良好な評価を得ても、家庭の中で過去の自己との比較を行い、出来ないことを自己認識してしまう状況となっていると考える。この違いが、社会適応認識と自己不適応認識の違いとなって表れていると考える。

#### c) 女性が見せる適応行動と思わせる行動への危険性について

これまで述べてきた様に男性と女性では、性役割の違いによって、自己評価基盤に違いが見られ、その違いが今回のプロセスにも表れていた。しかし、ここで注意しなくてはならないことがある。それは、女性が家庭の中の身近なものに取り組むことである。この行動は、あたかもいろいろなことにチャレンジしているように見られ、適応できている状態と、とらえ間違えられる可能性がある。家庭で行われる家事は、無数に存在し、その難易度も活動ごとに異なる。したがって、家族は、家事の中のひとつ、ふたつが出来ればいいとして、出来ることはやりなさいと家族管理の中で見られた「何でもリハビリ」の状況を創り出すこととなる。しかし、当事者は、本当にやりたくて行っていることなのだろうかという事を考慮すべきである。女性には、女らしさとして人の世話をするという規範が存在すると述べたが、家族のために「何かの役に立ちたい」という思いも、そのような規範によって発せられている可能性がある。そのため、「家族の役に立つなら……」という思いで、提示される家事に取り組んでいることも考えられる。この様な複雑な思いを有していても、周囲からは一生懸命やっているという評価となり、一見、良好な状況が展開されているかのように見える（この様な要請は、家族が女性に対してのみ要請することであり、男性には家族も要求しない）。しかし、こんなことでしか役に立つことが出来ない自己を自覚していくプロセスにもなりかねないということを把握しておく必要がある。したがって、「何でもリハビリ」という管理ではなく、何が重要な活動なのかを介入者側は認識しておく必要があると考える。田島（2007）は、ある中途障害者の女性事例について述べており、



「よい妻よい母」という規範意識が強く働いていることを指摘している。それは、やらせてもらっているという温情のようなやり方ではなく、障害を有する自己を承認していく重要性を述べている。

この様に男性、女性で見られたプロセスの違いは、性役割によって自己を振り返る基盤に違いがあり、男性は家庭の外に、女性は家庭の中に、その基盤があることがわかった。つまり、男性は対社会、管理者との関係性が重要であり、女性は家族との関係性が重要になってくるものと思われる。

これらの違いを認識した上で、本研究の主題である訓練への継続ではない支援を検討するならば、男性は社会に適応しているという認識を早めに提供できれば、訓練への固執を弱めることが可能かも知れず、女性は家庭の中で、田島の言うような温情のようなやり方ではなく、家族が家事を行うことが困難である状況を承認し、どの様なことが可能になるかが、その人にとって最も有効であるのかを探っていく必要があると思われる。これらを実践していくことで、リハビリテーションではない支援を探索していく際のヒントとなるのではないかと考えている。

#### IV-3-② 本プロセスで見られた専門家による患者教育とパーソンズの病人役割について

本項では、【管理される自己】において、発症当時に見られていた〔医療から患者を教え込まれる〕というサブカテゴリーで、医師をはじめとする医療専門職が、障害を有する高齢者に患者教育を実施していた。しかし、この患者教育とは、パーソンズが提唱している病人役割と同意なのかという疑問を生じた。この発症当時に埋め込まれていく患者であることの教育は、その後も継続されていく管理との関係に大きな影響を与えている。つまり、専門職は管理するものであり、患者は管理されるものとして、患者は従順であることを強要されていくプロセスであると考え。そこで、本プロセスにおいて見られた患者教育を確認し、パーソンズが提唱した病人役割との違いを指摘していく。さらに、患者教育が有する問題と継続される訓練との関係性を述べていく。

##### a) 本プロセスにおける〔医療から患者を教え込まれる〕について

医療専門職が、教え込んで行く患者には、次のようなものが見られていた。まず、食べ物や一人で立ち上がることも管理され、必ず専門職に報告した上での行動を要求される生活全般に対する管理が展開されている。したがって、報告のない行動は、叱責や注意を受けることとなる。治療的な側面では、専門職から予後を「やらなければ悪くなる」と提示され、目的が明確ではない状況で、リハビリテーションが開始されることになる。さらに回復までには長い時間がかかることを提示され、状態のよい患者は選別されるなど、専門家に疑問を生じさせない管理のされ方、つまり従順な患者を創り出していくこととなっている。そして、最終的に状態が好転しないことから、患者が専門家へ疑問を投げかけた場合には、医療は役割を果たしたので、後は個人の努力の問題であると専門家は役割を果た

したので、疑問に対する答えはないという管理が展開されていく。

この様に患者として、自由な行動は許されず、行動には報告義務があること、専門知識に疑問を抱いてはならないことを教育され、これらを充たすことが患者の役割となっていた。この様に示したことに対し、専門家はしっかりと説明を行い、同意を得ていると反論するかもしれないが、現実として患者が、この様にとらえていたこともまた事実である。本論は当事者がどの様に感じていたのかを中心に述べて行くものであり、この様に捉えていたと思われたので、そのまま表現している。

#### b) パーソنزの病人役割について

本プロセスでは、上記のような管理によって患者が創られていったが、パーソنزは患者ではないが、病人役割を提示しており、次のような権利と義務があるとしている。

パーソنز（1951=1974：432-433）によれば、病人は、人目に付かないところに隠れていなければならないと強要されることや、自ら病をまねいた人は、かなりの程度、自力で回復すべきであること、また社会や文化によって向けられる役割には違いがあるとしている。しかし、病人役割として基本的に次の2つの権利と2つの義務を示している。

まず権利として、病人には通常の社会的役割を遂行する義務から免除されるという、特権が与えられること。また、病人には自力で回復する義務からも免除されるという特権が与えられるとしている。これらが、病人の権利である。一方病人の義務として、病人は病気を望ましくない状態と認め、回復する義務を負うこと。また、健康回復のために医療専門職と協力する義務を負わなくてはならないとしている。この2つの権利と義務に関し、他の研究者から、これらは急性期モデルであると批判を受けているが、谷田部（1984）によると、パーソنزはそれらの批判に対し、次のような追加定義を行い、慢性疾患に対する病人役割の定義を行ったとしている。慢性病の場合は、役割遂行期待に前端的に応ずることは出来ないもので、部分的に遂行しつつ養生生活を送ることになるとしており、当初に見られた急性期限定であるという批判に対抗していることが述べられている。

本調査の対象者は、慢性疾患として障害を有している高齢者であり、後半に見られた定義に対応するものと思われる。これらが、病人役割の権利と義務である。さらに高城（2002）と谷田部（1984）は、パーソنزの病人役割の基本的な部分として、医療関係者と患者のあり方について次のように述べている。高城（2002：152）によれば、自発的インフォームドコンセントとして、医師が自発的に、治療内容について複数の選択肢を用意し、それらの選択肢の利点欠点を述べた上で、患者が治療内容を選択していくプロセスであると述べている。また、谷田部（1984）もパーソنزの病人役割には、病人の積極的な参加があるとされており、高城の自発的インフォームドコンセントと同様の見解が見られている。

先の急性期モデル批判以外でのパーソنز批判として、医師と患者との関係には、親子関係が成立しているという指摘がある。つまり、関係の不均衡がそこに存在しているというものである。杉田、長谷川（2001：116）によると、これはパーソنز批判の中でも最も大きな批判であったとされている。確かに、上記のようなインフォームドコンセントの状態があっても、親子のような関係は存在しているかもしれない。しかし、今回の患者教育における専門職と患者の関係は、管理者・監視者である専門職に疑問を抱くことも、何か

を言うことも出来ない関係であり、パーソンズに見られている親子関係よりも、劣悪な状況である。

これまで述べてきた様に、パーソンズの病人役割と今回の患者教育の間には大きな隔たりのあることが明らかである。特に、権利や義務の関係を成立させる以前の問題として専門職と患者のあり方に大きな違いが見られている。次はこれらの違いを明確にしていくこととする。

#### c) 本プロセスに見られた患者教育とパーソンズの病人役割との違いについて

本項では、本プロセスにおいて見られた患者教育とパーソンズの病人役割における違いを明確にしていきたいと考える。

まず2つの権利についてであるが、入院することで、社会的役割の遂行に関する義務は免除され、自力での回復からの義務が免除されることは、本プロセスにおいても同様に見られていた。しかし、2つの義務である回復する義務と医療専門職と協力する義務には、協力の前提となる病人と医療関係者のあり方に大きな違いがあると思われる。今回の対象者は、パーソンズが定義していたような医師が、自発的に治療内容について複数の選択肢を用意し、それらの選択肢の利点欠点を述べた上で、患者が治療内容を選択していくことは見られていなかった。これには、多くの専門家の批判があるかもしれないが、少なくとも今回の当事者は、そのように感じていなかったことは明らかである。

では、本プロセスにおいては、何が見られていたのかと言えば、それは患者が一方的に支配されていくプロセスであり、専門家に疑問を抱かないこと、日常の行動には報告義務が存在することを患者に教育していく姿である。

この点を要約すると以下の点で、本プロセスに見られている患者教育と病人役割には違いがあると考えられる。パーソンズが定義していたような、病人に治療の選択権がある教育をうける訳ではなく、一方的に専門職種がコントロール可能な患者として教育されていた。また、病人役割に見られる治療への積極的な参加は、今回のプロセスの中では見当たらず、維持期に入った患者が、予後について問うと「やることはやった。あとは個人の問題」と、急性期状態では、専門知識によって権力を行使し選択権を与えず、専門知識での権力が行使しきれなくなると原因を「医」ではなく「個」へ責任を押し付けていく教育が展開されているのである。つまり、選択権のない患者であり、治療だけでなく、生活も管理され、挙句、効果が上がらないのは、個人の責任となっていくのである。

このような違いが見られた原因を考えると、日本における医師患者関係も少なからず影響していると思われる。杉田、長谷川(2001:118)は、日本の医師—患者関係の特徴として、患者の「おまかせ」体質と医師のカリスマ性をあげている。カリスマとは、超人間的な力を示すことによって相手を支配する方法であるとされ、医師は本能的に保持していると述べている。また、患者側も疑問があっても、医師の機嫌を損ねることや疑問を持つと信頼していないと思われるかもしれないなどと考え、医師に治療内容を「おまかせ」してしまう体質を有しているとしている。今回の対象者に見られていた患者教育は、まさにこのような側面が強調されていたのではないかと考える。しかし、この体制が、どの様に形成されていったかと言えば、やはり、医師側のカリスマが優先して、おまかせ体質が出来上がってしまったのではないだろうか。患者は、自己の身体に起こっている様々な事象に関心を

示すのは当然である。しかし、その関心に専門職として存在する医師は、十分な説明がなくても良くなるのであれば、あるいは説明をしないことが当然であるという、専門家としての権力を発動させていたと考える。さらに、専門家は専門用語を駆使し、専門家以外の人間に理解できない世界を提示する。このことは、多くの書物でも指摘されているが杉田、長谷川（2001：119）、サイド（1993=1998：140）も同様に指摘しており、専門家の世界に患者を入れないことによって、患者のおまかせ体質を創らせたものと思われる。

この様に医師は専門家であり、カリスマであることを本能的に保持し、患者に理解できない世界を提示することで、おまかせ体質を作り出し、現状のような管理体制を形成したものと思われる。今回のプロセスでは、医師だけではなく、病院という枠組みの中で、全ての専門家が、医師と同様のカリスマを有していたと考える。また、パーソンズが提唱していた医師患者関係は、親子関係であるという指摘があるが、今回の患者教育は、それをはるかに上回るものである。つまり、コンラッド、シュナイダー（1992=2003：1）が指摘するように、管理者として、病気を有する逸脱者に医療的処置を処罰や社会統制の一部として機能していると考えられる。

#### d) 患者教育の有する問題と継続されるリハビリテーションとの関係について

これまで見てきたように、本プロセスにおいて見られた患者教育とパーソンズの病人役割には、医師と患者、あるいは医療関係者と患者の関係において大きな違いが見られていた。この違いが、継続される訓練とどのような関係になっているのかを、ここでは、確認していく。

今回見られた患者教育は、患者の自由を奪い、従わなければどうなるのかと不安さえ感じさせるようなものであった。この様な状況におかれた患者は、従順な患者とならざるを得なくなる。まさに医療関係者は患者に対し、専門知識をツールとして、権力を発動しているのである。したがって、専門職に提示される様々な指摘によって、言われたままのことを継続する、つまり訓練を継続していく従順な患者が創られてしまうこととなる。

では退院し、専門家との距離が開くことによって、この様な管理体制は崩れるのかと言えば、今回のプロセスでは、家族もまた専門家によって管理教育されていくことで、専門家になっていく様子がみられていた。このことによって患者は永続的に管理され続け、自由を奪われた状態が継続されていくこととなる。杉田、長谷川（2001：122）は、この関係について医師—家族—患者関係として、家族は医師の側につくことになるとしている。

したがって、継続される訓練は、この発症当時の専門家と患者の関係によって、開始され、その後、家族と患者の関係によって継続されていくこととなる。しかし、この家族管理も発症当時の専門家のあり方が大きく影響しているといわざるを得ない。もし異なる関係であれば、家族との関係で訓練が継続されていても、現状のような管理体制と異なる状況になるはずである。

したがって、継続される身体機能訓練との関係性を考えると少なくとも、専門家—患者関係の開始時に、しっかりとした本来のインフォームドコンセントを行い、治療方針とその利点欠点を明示し、患者に治療を選択していく選択権を提供するような医療の展開が必要であると思われる。現代は、当然のこのようにインフォームドコンセントが謳われて

いるが、実際の状況は今回のプロセスが示すとおりである。署名捺印があったとしても、現実には患者がどう感じているのかという視点で、検討していく必要があると考える。この点を改善していかななくては、訓練に対する意識を弱めていくことは困難になると考える。

しかし、発症当時には、この様な患者教育が行われ当事者は、従属的な存在にされてしまうが、患者の専門家となってからの様相は、また異なっていると考える。それは、自ら訓練内容を自立的に決定することが可能となっており、リハビリテーションの有効性を伝達していく存在となっているため、専門家にとっては都合の良い存在となっていると考えるからである。このことについては、最終考察の中で述べていく。

#### IV-3-③ 患者の専門家が行っていた患者間教育について

今回のプロセスにおいて障害を有する高齢者は、リハビリテーションを継続していくことで、最終的に患者の専門家となっていく状況が見られていた。これは、それまで管理されるだけの状況にあった当事者が、管理者になっていくという大きな転換点である。では、この管理者になっていくプロセスにおいて見られた「患者間教育」が、セルフヘルプやピアサポートなどに見られる当事者支援と同様のものかを検討していくこととする。そこで、本項では、今回見られていた患者間教育を検証し、その後ピアサポートやセルフヘルプと本プロセスにおける患者間教育に、どのように違いが有るかを明らかにし、この患者間教育と訓練継続の問題を検討していく。

##### a) 患者の専門家による患者間教育について

本プロセスにおいて見られた患者間教育は、同じような疾患で悩んでいるものに対し、現在の状況は、努力によって培われたものであると、努力の必要性を説き、努力した自己をアピールしていることがわかった。つまり、これは努力の必要性を認識させていく教育である。また、同時に専門家の指示に従うことも示され、従順な患者になることも教育されていた。

この様な患者間教育に従わず、リハビリテーションや訓練に参加しないものは、やらない人は駄目と障害を有するもの同志での差別化が起こっていた。この差別化は「運動は体によい」と訓練すること自体を目的化することによって生じていた。また、とにかく専門家の指示に従い努力していくことを強要するものでもあった。さらに、この患者間教育は、専門家の指示によって行っているものではなく、患者の専門家として、患者自らが展開しているものであった。

##### b) セルフヘルプやピアサポートと患者間教育の違いについて

上記で示した患者間教育は、セルフヘルプやピアサポートなどの専門家以外の当事者同士の介入と同様のものなのかについて、いくつかの先行報告を元に検討していくこととする。

セルフヘルプとピアサポートとの関係は、加藤（2006）によるとセルフヘルプの実践的活動としてピアサポートやピアカウンセリングがあるとしている。つまりセルフヘルプの下位概念としてピアサポートが存在していることになる。また、セルフヘルプの機能につ

いて、山崎、中川（2001：149）は、プロフェッショナルケアとは異なる当事者同志の援助であり、特に専門家との関係において、その指導や管理下におかれず、自分たちが主体となって運営するという意味が強く強調されているとしている。また、山崎（2004）は、セルフヘルプには専門家が存在しないことを述べ、平野の研究を引用し、セルフヘルプの特性を次のように表している。その中では、援助者と援助対象は対等で、水平な関係を保つことが記載されていた。また加藤（2006）も、セルフ・ヘルプ・グループの意義として仲間だからこそ語り合える「喜び」、「悲しみ」、「怒り」を聴きあうことであり、他の場所で話すと「具合が悪いのではないか」、「幼い」、「頑張り」といわれてしまうようなことを仲間同士で「そうか、そうか」、「あなたも大変だね」と聴きあうことであるとしている。

また、セルフヘルプの下位概念であるピアサポートでは、大石（2007）によると、専門家によるものではない、同じ境遇に立つ者による同様の援助と意味づけられ、「仲間による支援」であり、言葉による心理的援助のみならず、実質的、行動的援助が含まれるとしている。

以上のような先行報告から当事者支援には、お互いが対等の立場で、専門家の存在なしに、自分たちの境遇を語り合い、つらさや苦しみを共有していく機能を有していると思われる。

このように示されている当事者支援と今回の患者間教育では、共通点と相違点がそれぞれ見られていると考える。共通点は、どちらも専門家の介入がないことである。これはどちらにも見られていると思われる。一方、相違点として考えられるのは、援助者と被援助者のあり方である。上記に示した加藤（2006）のセルフヘルプの意義で見られた、「聴きあう」様なことは、今回の患者間教育において見られていない。むしろ、自分の努力をアピールし、努力しなければ、この様にはならないことを自己の身体を通じて示していく様子が見られていた。つまり、これからリハビリテーションを行っていく人の不安を聞くのではなく、努力の必要性と専門家に従順であることを教育し、自己の努力結果をアピールしているのである。この様な専門家ではない、当事者の言葉は、これから訓練へ導かれていく人にとって重要な意味を持つと思われる。この様に、本来のセルフヘルプとは異なるものであり、専門家以上の強制力を持つ可能性があると思われる。

#### c) 患者間教育の抱える問題点と継続される訓練との関係について

当事者支援と患者間教育では上記のような違いが見られていた。そこで、この様な違いが、継続される訓練にどのような影響を与えているのかについて検討していく。

先にも若干触れたが、この患者間教育には、当事者であるからこそ、専門家以上の説得力を有すると考えられる。それは、これからリハビリテーションを開始していく人にとって、現実の経験を元に努力が語られ、しかも努力しても完全に回復していない状態を提示される訳である。これは、健常な姿の専門家に指摘されるよりも、現実的なものととらえるのが通常ではないかと思われる。したがって、努力して取り組まなければ、そこまでの回復は見込めないと認識する可能性がある。また、努力しても完全に回復しないことを認識することも考えられる。

さらに、努力には専門家の指導が必要であることが、同時に提示され、目の前の専門家の指導に取り組んでいかななくてはならないという認識を有していくものと思われる。この

様に、専門家の説明よりも強力に努力の必要性を認識させられていくこととなる。また、これらの認識によって努力すれば、患者間教育を実践した人や専門家から良好な評価を受け、努力することは善いこととして認識していくことになり、訓練の継続を促進させていくことになっていく。この様にセルフヘルプに見られる機能とは異なり、患者間教育は、管理システムの一部として、実践されていると考える。

またこの管理システムは、巧妙なものであり、実践している当事者に利益をもたらすものになっていると考える。それは、この患者間教育が実践されると専門家は、これから新たにリハビリテーションに取り組んでいく人に対し、当事者の言葉を引用することで、管理しやすい状況が展開される。したがって、患者間教育を実践していく当事者は、専門家によって、努力の必要性を説明してくれた、管理がしやすくなったと評価されることとなる。この状況に対し当事者は自己評価として、大庭（2006：112）が、提示している濃密な評価語を使用すれば、「リハビリテーションに誠実な自分」となり、専門職に従順な自分に価値をおいていくことになる。つまり、患者間教育を実践することによって患者の専門家は、管理されている専門家に高く評価されていくという一面を有している。このことによって、患者の専門家もまた、機能維持の目的だけではなく、訓練を継続していくことの新たな意義を感じ、継続していくことになっていく。

これまで示してきたように、セルフヘルプ的な意味を持たない、この患者間教育によって、受けるものは訓練への努力認識を深め、継続していくことになる。また、患者間教育を実践していくものは、管理者側から評価され、訓練を継続していくことの意義を深めていくことになる。しかし、患者間教育を実践していくものは、訓練は管理者に評価されるために行うものとなり、明らかにリハビリテーションが目的化されていることを表していると考ええる。

最後に前で述べたが、この患者間教育は、セルフヘルプと同様に専門家の存在がない自主的な動きであるとした。しかし、この患者間教育を行う患者の専門家は、努力の必要性を伝え、さらには努力しないものを差別化し、リハビリテーションそのものを目的としていく専門家であった。この様な行動は、管理される専門家に、コントロールされている可能性は全く無いのだろうか。この点については、次項の監視体制との関係で明らかになってくると考える。

#### IV-3-④ 継続される訓練と監視体制について

これまで第1項から第3項まで、前節のプロセスで見られた疑問に対して、考察を行ってきた。これらをこれまで別々に見てきたが、これらには共通点が存在する。それは、1項の男女差の違いでは、男性は専門職をはじめとする管理者、女性は家族という管理者との関係性のあり方によって違いが生じていた。2項の専門家からの患者教育では、専門家と当事者の関係性、そして3項の患者間教育においては、患者間の関係性の問題であり、【管理される私】というコアカテゴリーに含まれる管理者との関係によって生じていた問題である。

これまで、関係性という言葉で表してきたが、障害を有する高齢者は「監視」された中での生活に他ならないと考える。そこで、この監視体制が、生活や訓練にどのような影響

を与えているのかについて本項では、明らかにしていく。

まず、この管理者によって行われる監視が、本プロセスでどの様に実践されていたのかを確認する。その後、監視の問題と継続される訓練の関係性について検討していくこととする。

a) 【管理される私】に含まれる管理者と当事者への監視について

この項では、【管理される私】に含まれる管理者と運動の関係を管理者増加プロセスにしたがって、見ていくこととする。

医師をはじめとする医療従事者は、2項で述べたように患者役割を強要し、生活全般において強力な監視体制を形成していくこととなる。訓練との関係性では、当事者に逸脱を意識させ、目的を明確にせずリハビリテーションを開始し、他の選択肢がない状況で訓練を開始させていく。また、回復には長い時間が必要であることを提示し、長く訓練を行う必要も認識させられていく。さらに、状態が好転しないのは、個人の努力が足りないからだと言われ、努力を強要されていくこととなる。その後、リハビリテーションとの関係性は弱まっていくが、通院などによって状態は監視されていくこととなる。したがって、この医療従事者は、生活全般の管理と訓練の導入に対する監視を行っていた。

リハビリテーションの専門家は、当初逸脱を指摘し、訓練の必要性とその実施は善いことであるという認識を強くさせるための管理者である。その後も専門家として回復の困難を認識していても当事者を訓練へ向かわせていた。また、善いリハビリテーションを継続していくことは、当事者に訓練自体の目的化をすすめていくこととなる。また当事者も、訓練していれば、管理者からある一定の評価は得られるという認識や、他者評価を下げないためのものとなっていたと考える。

他患者や友人は、「努力」を管理していく存在である。特に、他患者からの監視は、患者間教育として3項で述べたように訓練への努力と従順な患者であることの必要性を認識させていく。その後、努力しているか否かについて確認され、努力していないものは差別されていくこととなる。この様な動きは、専門家ではない他患者や友人によって、専門家の言うことを聴いて努力することを監視されていた。

家族は当初、当事者の「努力」を管理する状況であったが、病院から退院することで、医療専門家からの管理を請負うこととなる。つまり院内生活管理から在宅生活管理に移行されることによって障害を有する高齢者は、永続的に生活全般を管理される立場になっていった。この生活管理は、当初、家族が行っていた「努力」の管理よりも厳しく、特に女性では、入院中から描いていた退院後の生活に制限が加えられていくこととなる。その制限に対し、女性は自己不適合認識を深め、更なる機能低下への不安を解消するために、どこまでも訓練を継続していかななくてはならない存在になっていた。この家族管理になったことで、専門家からの管理が消えたわけではなく、専門家は各専門の領分で管理を継続していくことになる。この様に管理者が増加し、決して管理者が減ることのない、管理体制が築かれていくのである。

この様に管理者が増加していくプロセスにしたがって、管理者の監視の機能をまとめると、医師をはじめとする医療専門家に病院という施設の中で生活全般を監視され、当事者



は、同時に訓練が導入されていくのを監視され、その後リハビリテーション専門職に訓練は善いこととされ、訓練を行うことへの監視が展開されている。この様に医療専門家たちからは、訓練することに対する監視が継続されていくこととなる。他患者や友人の監視は、専門知識を有しないために努力を行っているか否かの監視であり、何をすれば善いのかを提示するわけではなく、専門家の言うことを聴いて努力していれば善いと従順で努力している患者であることを監視されることとなる。そして、当事者にとって最も身近な家族には、当初は他患者や友人と同様に従順で努力している患者であることを監視されるが、退院することでこの状況は一変する。それは入院時の主たる監視者である医療専門職のから家族にその主要な役割が移行することによって、当事者への管理体制が変化することである。これによって、当事者は家族によって生活全般を監視され、訓練の実施状況も監視されていくこととなる。最も身近な家族によって、この監視は永続的に行われていくこととなる。

さらに、これらの監視者は、減少することなく、永続的に当事者を監視していくのである。

#### b) 監視体制の問題点と訓練継続との関係について

上記のような監視体制の中での生活を強いられる当事者が存在した。しかし、今回の対象者は、患者の専門家として、これら監視者の要望に応えるように訓練を行い、さらには自分自身が監視者となっていく動きが見られていた。この様な行動が、なぜ起こってくるのかと考えると患者の専門家として監視者になることは、監視され、努力を強制された辛い過去を、新たにリハビリテーションに取り組んでいく人々に対し、教育するためである。つまり、監視され努力を強制された辛い訓練を継続することは正しいということを教え込んでいくことである。その正しいことを遂行した結果が、監視者として存在している患者である事を示しているのである。しかし、この状態が真に正しいこととは言えないと考える。

この様に考えると本論の主題である「障害を有する高齢者がリハビリテーションを継続すること」とは、フーコー（1975=1977：143）が『監獄の誕生』で述べていた身体を束縛され、従順な身体を造り出す「規律・訓練」と同様である。つまり、身体の監視によって束縛され、監視者に望まれるような訓練を自動的に行うようになっていく従順な身体を造りだしていくことと同意であると考えられる。この「自動的」についてもフーコー（1975=1977：205）が示していた通り、「規律・訓練」には巧妙な賞罰のテクニックが存在し、自ら権力による強制に責任をもち、自発的にその強制を自分自身へ働かせるとしている。さらに、監視されるものが、この自発的な動きを行うことによって施設や装置の重々しさを自ら軽くすることが可能となり、最終的には、あらゆる物理的・身体的な対決を避け、つねに監視者から要求される前に仕組んでいくことによって、永続的な勝利を手に入れることが出来るとしている。

今回の対象者で見ると、この永続的な勝利は、3項の最後に述べたことがこれに当てはまると考える。それは患者の専門家となり、まさに自らが監視者となることで勝利を手に入れているのではないかと考える。しかし、訓練は、この様に監視されることに応じていく

ことで、何かを行うために生きていく手段の一つではなく、監視者の要求に応えること、つまり訓練することが目的となったことを明らかに示していると考え。これは身体機能訓練のリハビリテーションによって副作用的に生じている現象であると考え。つまりリハビリテーション自体の自己目的化が起っていることを示していると考え。

この考え方について後藤（2007：134）は、フーコーの考え方を元に、次のようなことを述べている。

近代以降、社会に浸透したのは、人間の身体や生命に積極的に介入する「生一権力」である。「生一権力」は、身体の有用性を高めるべく訓育し、生命を献身的に世話するなかで、人々の諸個人の生の営みの社会的コントロールを実現していく。そして、自分の生の営みを社会的に掌握されたかたちの個人は、受動的で服従的な主体と化してしまうのである。（傍点は筆者による）

今回の対象者は、まさに後藤の述べている受動的で服従的な主体と化していると思われる。これは身体機能訓練によるリハビリテーションの副作用的な問題であり、多田、鶴見も同様に、この状況であったと思われる。つまり、リハビリテーションのためのリハビリテーションが結果として示されているのである。

なぜ、この様な受動的な主体者になるために訓練を継続していくのか、この行動を理解していくために、消極的な取り組みを見せている高齢者や拒否を見せる高齢者との比較が重要であると考え。そして、外部環境として見られているリハビリテーション専門職が、効果が明確ではないリハビリテーションを継続し続けているプロセスも明らかにすることで、この受動的で服従的な主体の問題を考察する必要があると考え。したがって、次章では身体機能訓練に積極的ではないが身体機能訓練に継続的な取り組みを行っている高齢者を対象に行った調査結果を示していく。



## V章 通所リハビリテーションにおいて継続したリハビリテーションに取り組んでいる人たちのプロセスについて—積極的ではない取り組みを見せる高齢者を対象に

本章では、前章で述べた積極的に身体機能訓練に取り組んでいる高齢者とは対照的に、「積極的ではない」が身体機能訓練を継続している高齢者のプロセスを明らかにすることを目的とする。この調査は、前章で行った調査フィールドと同じ2つのフィールドを利用し調査を行った。したがって、具体的調査方法、研究の質の担保については、前章の積極的な取り組みを見せていた高齢者と同様の手続きで行ったため詳細は割愛する。その上で本章では、1節として本調査目的を明らかにし、2節で積極的ではないながらも通所リハビリテーションにおいて身体機能訓練を継続しているプロセスを明らかにしていく。そして3節として、プロセスの特徴に対し考察を行っていくこととする。

### V-1 本調査の目的について

通所リハビリテーションでは、前章で述べた「積極的」に身体機能訓練に取り組んでいる高齢者ばかりではなく、「積極的ではない」取り組みを見せている高齢者も同じように存在している。これらの「積極的ではない」高齢者も、「積極的」な取り組みを見せる高齢者と同様に身体機能訓練を継続的に取り組んでいる。前章は、自主訓練やセラピストとの訓練実施状況から前向きに身体機能訓練に取り組んでいる様子がうかがえ、インタビュー調査の結果でも、最終的に「患者の専門家」へ至るプロセスを見出すことが出来た。しかし、「患者の専門家」ではなく、通所リハビリテーション内に存在している「積極的ではない」取り組みの高齢者が、どの様なプロセスを経て現在にいたっているのかを検討していく必要があると考えた。それは、この異なる2つの身体機能訓練との対峙のあり方は、急性期からのリハビリテーションとの対峙のあり方にそもそも違いが見られるのか、それとも現在の通所という枠組み、つまり維持期になってからの変化であるのか、前章の積極的な高齢者のあり方と、何が、どの様に異なっているのかを検討する必要があると判断した。このことは、本論の主要な問題である介護保険下のリハビリテーションそのものの在り方を検討していく上で非常に重要であると考えた。それは、身体機能訓練に「積極的ではない」のに、継続的に取り組んでいる状況がなぜ見られているのかという現象を明らかにしなければ、リハビリテーションがどの様な機能を有しているのかを明らかにすることが出来ないと考えるためである。そして、先に示した沖藤（2010）の仕方なく身体介護としての家事援助をサービスとして取り入れ、あげく栄養失調になってしまった当事者の状況と類似したものが、ここにある可能性が考えられる。つまり、本来必要ではないと感じながらも利用している可能性が、この「積極的ではない」高齢者には存在していると思われるのである。したがって、「積極的ではない」状況で展開している身体機能訓練がなぜ、継続されていくのかを検討し、前章の積極的な高齢者のプロセスと何が、どの様に異なっているのかを明らかにすることを本調査の目的として、調査を開始することとした。

## V-2 通所リハビリテーションにおいて積極的ではないが身体機能訓練に取り組む高齢者のプロセスについて

本節では、身体機能訓練に「積極的ではない」と思われる高齢者を対象に行った調査結果を示していく。まず、1項では、「積極的ではない」と思われた判断基準と調査への同意が得られた人の概要を示していく。そして2項において、「積極的ではない」ながらも身体機能訓練を継続しているプロセスの結果について説明を行う。

### V-2-① 「積極的ではない」取り組みの判断基準と対象者の概要

「積極的ではない」取り組みであるという判断材料として、通所リハビリテーションの過ごし方から、身体機能訓練の重要度が低いと感じられる高齢者を選択した。具体的には、身体機能訓練に受身的であり、セラピストに訓練の声を掛けられてから、ようやく訓練に取り組む様子が見られる利用者、また通所リハビリテーションにおいて行われている他の趣味活動（詩吟、麻雀、歌など）を重要視している様子がうかがえる利用者を対象者として抽出した。この抽出した対象者の実際の訓練状況を通所リハビリテーションの作業療法士に確認を行い、調査者とセラピストが共に、「積極的ではない」と思われる利用者を本調査の対象者として選定した。

その上で、調査当日の状況を把握し、対象者への依頼を行い、2010年11月から2011年4月の期間でインタビューを実施した。なお、インタビューは、倫理的側面を考慮し、①本調査目的と学会発表や論文に使用することを伝え、②調査結果を公表する際には、個人が特定化されないように配慮すること、③インタビュー中に不快を感じた際は、すぐに中止が可能であること、④インタビューを録音することの4点を伝え、了承を得た上で実施した。

結果、A施設12名、B施設3名の合計15名の高齢者から了承を得ることができた。しかし、4名のインタビューデータは今回の分析対象から除外することとした。それは、もともと通所リハビリテーションは、身体機能訓練を目的に利用されている当事者が多く、調査者と担当セラピストが共に積極的ではないと感じ、調査依頼を行ったが、実際調査を行うと意欲的であると回答したためである。したがって最終的に調査対象となった高齢者の概要(表1)は、男性6名、女性5名であり、年齢65歳から93歳まで平均年齢77.6歳(SD=8.1)の11名である。これら対象者が有していた疾患は、脳血管疾患6名、循環器系疾患1名、整形疾患3名、リウマチ1名であった。また、移動能力は、独歩2名、杖歩行6名、車椅子3名であった。この調査における理論的飽和の判断であるが、A施設において8名のインタビュー終了後に飽和している状況がうかがえていた。その後、B施設で3名のインタビューを実施し、新たな概念が見られなかったため、飽和に達していると判断した。

表 V-1 本研究の対象者の概要

	性別	年齢	疾患	介護度	発症経過	家族構成	移動レベル	インタビュー時間(分)
A	男	82	脳梗塞	介護1	30年以上前	妻 娘夫婦	杖	50
B	男	70	脳出血	支援2	5年前	妻 娘夫婦	杖	35
C	男	84	心筋梗塞	介護2	2年前	妻 娘夫婦	車椅子	29
D	男	76	脳梗塞	介護3	3年前	妻	車椅子	39
E	男	75	脳梗塞	介護1	3年前	妻	杖	38
F	男	68	腰痛	支援2	約5年前	妻 娘夫婦	杖	33
A	女	83	大腿骨頸部骨折	介護1	5年前	一人暮らし	杖	42
B	女	93	脳梗塞	支援2	10年以上前	夫 娘夫婦	独歩	35
C	女	78	リウマチ	介護1	30年以上前	息子夫婦	独歩	53
D	女	80	腰椎圧迫骨折	支援2	5年前	夫	杖	39
E	女	65	脳梗塞	介護2	3年半前	一人暮らし	車椅子	55
Ave		77.64						40.73
SD		8.066						8.5

V-2-② 積極的ではないが継続的に身体機能訓練に取り組むプロセスについての結果

以下に本調査で得られたプロセスの結果を示していく。7つのコアカテゴリー、13サブカテゴリー、27概念が見られた。本プロセスの結果は、障害を抱えた身体に『非否定的な環境の中で、通所目的を変えながら自律的な訓練の継続』のプロセスであった。以下に、本プロセスの概要を示し、その後各カテゴリーの詳細について、当事者の声を交えながら記述していく。そして、積極的ではないが継続している身体機能訓練のプロセス(図5-1)を明らかにしていくこととする。

a) 本プロセスの概要について

ここでは、障害を有する高齢者が「積極的ではない」ながらも身体機能訓練を継続していくプロセスについてコアカテゴリーを中心に大まかな流れの説明を行う。なおコアカテゴリーは【 】で示すこととする。

このプロセスは、「積極的」に身体機能訓練を行う高齢者と同様に、【身体の逸脱認識】を有することから始まっていく。そして当事者の内部変化に影響を与える大きな因子として、図の左右に配置した非否定的情報・否定的情報と経験の存在が見られていた。図の左に位置した【外的環境からの否定的な経験と情報】は、主に医療従事者からのものが中心であり、望んでいない治療や不十分な病気に対する説明などの情報と経験を示し、当事者

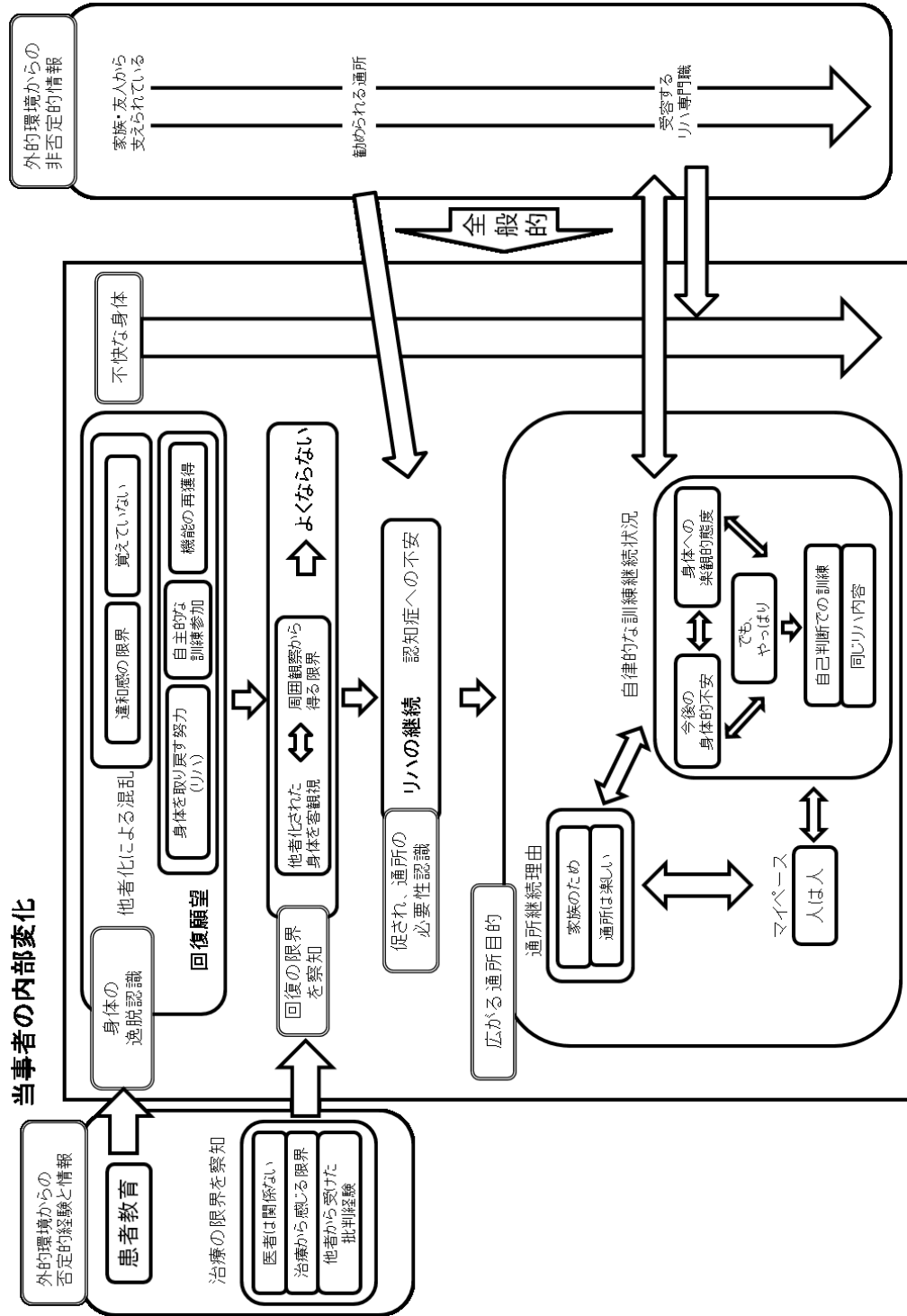


図 V-1 積極的ではないながらも身体機能訓練を継続しているプロセス

にとってネガティブなものが中心である。それとは対称的に図の右に配置したのは、家族などの非専門職集団が中心の【外的環境からの非否定的情報】で、急性期から維持期に至るまで、障害を有していても、訓練に対する態度がどのような状況であっても、当事者の存在を非否定的にバックアップしてくれる情報をもたらす存在を表している。したがって、「積極的ではない」ながらも身体機能訓練を継続している高齢者は、どのような状況であっても、その存在を受容してもらえらる状況の中に存在していることが大きく影響を受けていることがうかがえた。

この状況の中で当事者は、【身体の逸脱認識】によって、「積極的」な取り組みをしていた人たちと同様に、その逸脱認識を払拭するためにリハビリテーションに取り組み、そして一定の回復を経験していた。しかし、身体の回復が思うようにならなくなった時に、【回復の限界を察知】している。この察知は、専門職集団からの否定的な情報と経験によって、自らの身体を客観的に治らないものにとらえながらも、家族などから、その回復しない身体状況に、現状容認の情報をもたらされている。この2つの情報によって、当事者は自らの身体機能の回復限界を察知しているものと思われた。

その後、退院を薦められ、自宅での生活を検討していく時に、非否定的な情報をもたらしてくれる人たちから、通所リハビリテーションを薦められ、そして、身体機能低下への不安や認知症への不安を喚起させられ【促され、通所の必要性認識】を抱くこととなり、そのまま通所が開始されることになる。したがって、自ら望んでの通所ではないが、非否定的な情報を提供してくれる存在からの説明によって通所が開始されていることになる。

通所リハビリテーション開始後は、もともと自ら望んでの目的ではないため、通所の継続理由も様々に変化し、図の下部に位置させた【広がる通所目的】となっている。その為、継続理由も様々であり、「人は人」、「自分は自分」という観点で、通所という集団の中で過ごしていた。この様に、【広がる通所目的】であるのにも関わらず、それでも訓練を継続していくのは、機能的な不安は持っているが、良くならないことも分かっている。でも、やっぱり不自由は無いことにこしたことは無いという認識の中で、「やらないよりは・・・」という認識を持ち、さらにリハビリテーションの専門家からも無理しなくていいと伝えられている中で、訓練を継続している状況が見られていた。

この様に、積極的でないが身体機能訓練を継続していくプロセスは、その存在自体を容認してくれる肯定的な情報が強く影響している中でのものであることが理解できた。また、同時に【不快な身体】を発症当時から常に感じながらの生活であることも示された。

## b) プロセスの詳細について

—コアカテゴリーの説明と構成されているサブカテゴリー、概念について—

上記のような概要を見せていたが、ここではカテゴリーの構成を中心に説明を行っていく。また、コアカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕, 概念を《 》で示すこととする。まず、図の左右に示した外的環境からの要因について述べ、その後中央に位置させた当事者の内部変化について述べていくこととする。

## 2つの外的環境からの要因



### 【外的環境からの否定的経験と情報】

図の左側に示した、コアカテゴリーは、発病からリハビリテーションを経験し、回復の限界を察知するまでと期間が限定されたものであった。特に医療従事者によるものが多かったが、一部に他患者からもたらされた情報が含まれていた。

#### 〔患者教育〕

この患者教育は、急性期状況で医学的管理下に置かれた身体に施された治療が苦痛なものであっても、当事者が苦痛を緩和してほしいと訴えても、なかなか望む状況にならない経験を指している。具体例として、経口摂取が困難な状況に対し、医学的処置として鼻腔からチューブを入れ栄養摂取を試みる方法がある。この方法が実施された人に、「辛くて苦しくて、あぁいうのを死んだ方がマシって言うんだね。でも、なかなか取ってくれなくて、一回取ったらまた入れるの大変だよって言われたら・・・でも、頑張って口から食べるって言って、一回はずしてもらったんだけど、食事を全部食べてもまた入れるって、もう勘弁してって思ったよ」という語りが聞かれている。この事例のように一回はずすことに医療関係者側のどのような意図があったのかは不明であるが、専門的医学管理下では、当事者の要望は通りにくい状況が示され、患者ならば必要な治療は受けよという教育が展開されている状況が見られていた。

#### 〔治療の限界を察知〕

患者教育という強制的な治療を経験し、その後、リハビリテーションにも取り組んでいた当事者であるが、その後、身体的な回復が思うようにならないところに、医療従事者や他の患者から〔治療の限界を察知〕させられることになる。

当時、身体状況に関する説明はほとんど受けていないと《医者とは関係ない》とした概念では、「もう、医者なんか関係ねえもん、医者は何にも言わないよ」、「家族には状況を説明しているのかもしれないけど、私には一切無かった」など、急性期を脱した後の、医師との関係性の希薄さを感じている。そして、《治療から感じる限界》として、「病院でもやらないし、もう固まってしまったから手を掛けても仕方ないと思ったんでないか？隣の人は一生懸命やってるんだよね。こっちは何もなしだし・・・」、「腰の悪い人をロープで引っ張ったりしてるの、でもね・・・やってくれなかったの・・・」と他の患者が施されている治療を自らに実施されない状況や医療従事者の態度によって、治療の限界を察知していた。そして、「人、馬鹿にしたようなのね・・・もう少し歩いてみれって言われたらさ、よし、やってやるかっていう気持ちと、タンパラ起こしてな、この一って思うのとは、違うよ、言葉だな、言霊っておっかないよ！」、「でも治るわけないんでないかって陰口叩く人もいるから・・・脳梗塞何て治るもんでねえって・・・治るんだったら医者いらんって、こういうこと言う人も・・・」と医療従事者ばかりでなく、《他者から受けた批判的経験》からも治療の限界を察知していた。

以上の2つのサブカテゴリーからなっているのが、【外的環境からの否定的経験と情報】である。このカテゴリーは、急性期状況から回復がままならない状況となるまでの期間が、限定的なカテゴリーであった。そして、そのほとんどが、当事者にとって不快なものであ

った。

#### 【外的環境から非否定的情報】

もう一つの外的環境であるこのコアカテゴリーは、上記の否定的なものとは異なり、発症当時から維持期となった現在も継続的に当事者である高齢者に非否定的な情報を提供し続けている。当事者にとって、この非否定的な情報は、その存在自体を容認されていると認識する重要な情報源となっている。

#### 〔家族・友人から支えられている〕

このサブカテゴリーは、発症当時から常に見られているもので、急性期であれば、その状況に応じて入院などの手続きや家庭内での後始末を行ってくれており、当事者の不安を取り除くような行動を家族が示し、リハビリテーションに対しても強い指示も与えず見守ってくれている状況があったことを当事者は認識している。そして、維持期となった現在においても、支えてくれているという認識を当事者が有していることが表されていたカテゴリーである。この様な認識に含まれる語りとして、「それまでは全部自分でやってたけど・・・全部子どもがやってくれて（申し訳ない）、（ありがたい）」や「周りからは何も言われなかった。例えば、これは3回とかって言われたら、それよりは多めにやって、帰りたいから・・・だからもっともって言われたことは無かったですよ。普通のやり方だけどね」、「連れて行ってあげるから、私お休みの時って、言われるんだ」、「全部主人がやってくれてる」など、家族をはじめとするサポート状況に感謝している様子が見られていた。

#### 〔薦められる通所〕

これまで示してきたように当事者にとって非否定的な情報を提供し続けている環境から、退院後の在宅生活において通所リハビリテーションが必要であることを告げられる事を示しており、そこでは、身体機能の維持と閉じこもりがち生活になることを解消するために、必要であることが示されていた。当事者にとっては、通所リハビリテーション自体をあまり必要としていないが、肯定的な情報をもたらしてくれる存在からの情報であるので、嫌悪の感情は生じていなかった。「体の様子見たらね、体のためにいいよって言われて、お風呂も食事もあるから、俺はここのことよくわからなかったけど、運動したり、それから話ししたり、それから、お風呂入ったりさ、（そういうことを）するのがいいのかなと・・・」、「全然歩けない状態から、歩けるようになって、・・・ウチの中だったら、あの一杖ついて、道路は駄目だけど、歩いてたけど、どっかでリハビリしないと駄目だって言うことで・・・」、「ここに通うのは、保健センターで・・・重度障害（手帳）を持っていますよね、これこういう風に切った時に（手術後）・・・その手帳が出た時に、その関係で、その保健センターの方で、リハビリ掛けながらね、外にも出られないっていうことは家についていうことになるから、それを解消するために、保健センターに入れていただいたの・・・」など、周りから勧められた状況が示され、しかも内容的には、当事者のことを思ってくれているという前提のもとでの情報であることを認識していた。

#### 〔受容するリハ専門職〕

このサブカテゴリーは、維持期となった現在の身体機能訓練の取り組みに対するリハビリテーション専門家の反応である。「この前も少しやったらって、やってみたんですけど、2回ぐらい回ってみたんですけど、やっぱり夜痛くなったから、悪いけどね、あの一この間病んだから1回にするからねって、じゃあ自分の都合のいい時だけ、痛くない時だけやってもいいですよって言われたから、このごろは・・・(あまりやっていない)」、「無理しなさんなって言ってくださる」、「腕は、ずっと多くやってもらっています。(リハの)先生に・・・日に日に良くなっているみたいなんですよ・・・だいぶ詰まってきて・・・(肩の亜脱臼)だから、前は吊ってたんですよ。少し吊るの辞めて、固まったら嫌だからね」など、当事者が取り組んでいる状況を容認している様子や、痛みに対し当事者の望みをかなえようとしているリハビリテーション専門職の態度を見ていた。この様にリハビリテーション専門職が示す、このような態度は、当事者の思っているようにやって構わないという情報して当事者が受け取っていることが分かる。

以上の4つが、【外的環境からの肯定的情報】として見られたサブカテゴリーの内容である。これら4つは、期間的に限定されたものもあるが、現状を容認され、存在自体を現在も支持されていると認識していることが分かる。そして、リハビリテーションを積極的にやらなくてもいい状況を提供している外的環境であると思われた。

これまで、図の左右に示した2つの外的環境からの情報について述べてきた。以下は、これらの環境の中で、当事者は自己の身体との関係性の中で、どの様に認識を変化させていったのかというプロセスとして自己の内部変化について述べていくこととする。

#### 【不快な身体】

この不快な身体は、痛みや訓練後の痛みなどの不快症状についてまとめられたものであり、その痛みは常態化された違和感であることを当事者は語っていた。「痛くて、痛くて365日痛いんですもん・・・」、「しびれが強いね。力が入らないんだね・・・最近特に・・・しびれてるなあって言う感じがね、強くなったような気がするんだよね・・・」、「黙っていても痛い」などの発言が集約され、この慢性的な痛みによって当事者が苦悩している様子が見られている。

#### 当事者の内部変化について

##### 【身体の逸脱認識】

このコアカテゴリーとここに内包される〔他者化による混乱〕、〔回復願望〕は、「積極的」にリハビリテーションに取り組んでいる高齢者においても見られていたカテゴリーである。つまり、急性期における当事者が自らの身体に対して有する認識である。

##### 〔他者化による混乱〕

身体的な《違和感の限界》、つまり痛みや動作が出来なくなる問題と、脳梗塞などによって発症当時の状況を《覚えていない》という2つの要因によって、自らの身体に起っ

る状況が的確に判断できていない急性期症状の状態を表している。「全然分からない、救急車に連れて行かれたのも分からない・・・目あいたら病院だったっていう感じ。周りに親戚がたくさん来てただけで、後、全然分かんない・・・」、「全然分かんないの・・・家内から聞いたらね、日曜にビールを買いに行って、すぐその店で、買った時に店長さんがどうもおかしいと、私見てて。それでどうのこうのしてるうちにぱたっと行ったのだからボタンとひっくり返ったんでなくて、自然にって、気が付いたら・・・っていう感じで、娘たちもすぐ来て、子どもも医療関係だから、全部指揮をとって全部、私は何も知らないから」という覚えていない状況を表している語りと、「一気に来たんですよ、それまでギックリ腰って何回もやってたんですよ、その時にすぐに病院行って治せばいいのに、病院も行ったんですけど、そこの病院は、婦人科の病院で、行きつけの病院だったんで・・・で注射してもらおうと良くなるんですよ、帰る時痛くないんですよ。それでね・・・そこで注射してもらってはいたんです。その時に整形行って治せばよかったですけど・・・それが悪かったんだよね・・・だんだん歩けなくなっちゃって・・・歩きたくても足でなくなっちゃって・・・それで転んだの・・・そして、これは手術しなかったら、だんだん歩けなくなりますよって言われて、仕方なく・・・2本かね入れて・・・」、「歩けなくなったの、この2本の骨が下がっちゃって・・・どうしても手術しないと駄目だって、手術したんです。」と違和感の限界による語りが見られ、両者ともに、身体状況として限界であったことが述べられている。

#### 〔回復願望〕

他者化による混乱を脱すると、リハビリテーションが開始され、その中で抱く感情として〔回復願望〕を抱く様になる。この時期のリハビリテーションへの取り組みとして、《身体を取り戻す努力》が見られており「良くなるっていう感じでやりましたね、年も若かったし、今やれるんだったらやった方が、ね、ちょっとでも自分が楽にして、親がいましたから、主人の親が・・・私があくまでも、おじいちゃんと2人で見送ろうって決めてましたから」、「動かないのはリハビリすればって、どっちかっていうと頑張ること出来るから・・・」という姿勢や《自主的な訓練参加》として「1日でも早く帰りたいから、その時はね、もう出来る訳ないのに1日でも早く帰ってね、手伝ってあげなきゃっていう気持ちが先に立って、必死でやりましたよ」、「手術してから、手術してしゃんしゃんと歩ければって思って・・・」など、前向きに身体機能訓練に取り組んだ様子がかがえている。

そしてこれらの前向きな取り組みによって、《機能の再獲得》も経験している。「足は、とにかく立って、まっすぐ立てればいいって・・・そういうことして大して歩けるようになったし・・・杖ついてね、やっぱり最初は、面白かったよ」、「良くなるっていう感じでやりましたね、」と一般的にも言われているが、リハビリテーションによって、ある一定の回復を経験し、そこに希望をもって実施していたことがうかがえる。

これまで述べてきたように【身体の逸脱認識】においては、発症直後の混乱、そして回復の願望および経験が語られ、いわゆる回復過程に存在していたころの経験が中心となり、その時の状況、認識が多く見られていた。

### 【回復の限界を察知】

このカテゴリーには、上記までで述べたリハビリテーションによる回復が思わしくなくなる時期の状況がまとめられている。特に〔他者化された身体を客観視〕し、「リハビリして、2ヶ月して、それでも歩けないから、ああもうこれ駄目だって・・・」と判断したり、〔周囲観察から得る限界〕を「そう、なんぼやったってね。一生懸命やってるのも見てね、もう歩くの見ててもね・・・、なんか目に入るからね・・・」と身体機能の回復限界を察知している様子が見られている。そして実際にそれらの様子から〔良くなる〕と「私としては、不幸中の幸いで、生きてるから・・・でも気がついた時には半身不随でっていう感じです・・・」、「病院に行って、手足動かして、だね、治るわけじゃないけどね。そして、もうこれで、良くならんしてって思って、それからここに来たんですよ」と治療状況から自己判断を下す過程までが語られていた。

そして、外的環境で述べたが、外的環境から治療の限界を情報だけでなく経験が与えられ、回復が難しい状況を外的環境から悟り、そして周囲を観察し、自己との比較を行い、身体機能の改善が難しいことを感じている。しかし、そのようなネガティブな情報だけでなく、障害を有している身体に家族などが肯定的な情報を提供していることで、焦りや落ち込みなどは見られていないことが大きな特徴であると思われる。

### 【通所の必要性認識】

身体機能回復の限界を察知した当事者は、退院後の在宅生活を具体的に準備していくことになる。しかし、外的環境として非否定的な情報をもたらしてくれた家族などから、通所の必要性を説明され、納得している様子が見られている。特に〔リハの継続〕の必要性として、「体の様子見たらね、体のためにいいよって言われて・・・」、「それで娘にも、ここに通いなさいって言われて通うことにしたんだ。」、「こういうところ来るっていうのも自分で決めた訳じゃないから・・・」、「リハビリ掛けながらね、外にも出られないっていうことは家についていうことになるから、それを解消するために、保健センターに入れていただいたの・・・」と周囲に勧められての状況であることが分かる。また、〔認知症への不安〕として「そうだね、やっぱり家でボーってしてたら、(認知症)になるんでないかい?」、「年齢からいったら寝てるっていうことになるでしょ。ボケが来るのが怖いです・・・」と述べており、認知症への不安が大きいことがわかる。しかし、これらの認知症への不安も外部環境からの情報によって、喚起されているものと思われる。そして不安を解消する方法として通所が存在するという情報を外部環境から提示される〔勧められる通所〕によって、納得している様子があると考えられる。

この様に、退院後の在宅生活プログラムが、非否定的な情報を提供してくれる存在から、その必要性、有効性を説明されることで、当事者は、それほど違和感なく、この通所のプログラムを受け入れている様子が分かる。

### 【広がる通所目的】

これまで述べてきたプロセスを経て、通所リハビリテーションを継続して利用している。この当事者達の現在の状況は、【広がる通所目的】となっており、参加目的をそれぞれで変

更させながら、その中でプログラムの一つとして身体機能訓練を継続している様子が見られている。ここでは、サブカテゴリーが3つ存在し、概念は8つと広がりを持つコアカテゴリーとなっている。

まず、広がる目的として〔通所継続理由〕を見ていくと、《家族のため》として「だからこういうところ来てればウチの家内が喜んでるかなって・・・居なきゃ居ないで・・・ウチにいてもテレビ見てるだけだから・・・」、「私がない方が家族の動きが楽らしいです・・・やっぱりね、ちょっとそこ行ってくるっていうんでも、なんか歩いてね、転んでるんでないかとか、何をやってるかとか心配になるって・・・」と家族を配慮したものや、「リハビリも頑張ってるけど、楽しみとしては麻雀だね」、「やっぱりね、みんなとお話ししてると楽しいですよ、楽しい」、「やっぱり風呂だね、食事もいいもいけど、やっぱり風呂だね、風呂はウチにもあるんだけど、風呂入られないもん、危ないから」、「それでもね夏場なんかはね、パークゴルフ、1時間ぐらい続けて芝生の上歩けるんだよね。疲れるけどね・・・疲れたなあーって感じするわ。でも違う、自分で好きな遊びを、ボール打ちながら歩くのとね・・・あら1時間たったわあって言う感じ」と述べ、《通所は楽しい》と楽しみを感じているため、これらの人は、通所で有意義に過ごしていることが分かる。

そして、〔マイペース〕として《人は人》、「比べるっていうのはいやだな・・・人を馬鹿にしてるような気になるしょ・・・」、「比較はできないね。人とはね・・・うん」と自分は自分であると他者に干渉しない様子が見られている。

しかし、この様な状況にもかかわらず、なぜ身体機能継続しているのかについての語りでは、〔訓練継続理由〕として、《今後の身体的不安》に対し「いやー続けることがいいんじゃないかなあ・・・しばらくやってないとね。すごく自分が弱くなったような感じがするんだよね・・・足でも手でもね」、という不安とは反し、「好きなことして、別に進行もしないだろうして、そういう訳で、だけど後遺症は自分で指！ こっちはつくけど（指が）、こっちはねっ、だから鉛筆持てないのがね・・・ただでさえ字書けないのに・・・ちょっと自分で何回かでも練習するってね、がっちりこうするとねイロハのイの時ぐらいは書けますけどね（笑い）」、「体が言うこと聞かないんだもん・・・（どうしようもない、笑い）」と《身体への楽観的態度》が見られ、不安と楽観視という相反する感情の中で訓練自体は継続され、《でも、やっぱり》「良くなりたいとは思う」と身体機能への感情は複雑なものになっていることが分かる。しかし、この様な複雑な感情ではあるが、「歩けるんですけど、先生も無理しなさんなって、言ってくくださるし」、「足が痛くなったら、もうやめちゃうもんね」、「怖ければ辞めればいいし、良ければやればいいし」と《自己判断での訓練》が容認されている状況が見られている。また、「おんなじです。ここと・・・腕動かすのと、歩くのと、脳のね・・・モノ並べたりするのとかね・・・」、「んーここも同じだね・・・」と急性期や回復期と《同じ内容のリハ》が展開していることが分かった。

この【広がる通所目的】は、外部環境である〔受容するリハ専門職〕が、この状況に容認的な態度を示していることも大きな要因であると考えられる。そうでなければ、通所目的に、身体機能訓練が目的として、よりクローズアップされるはずであると思われる。したがって、この訓練継続状況を〔自律的な訓練継続状況〕とした。

これまで示してきたように積極的ではない高齢者が身体機能訓練を継続しているプロセ

スは、『支持的な環境の中で、支えられる当事者が、通所目的を変えながら自己で調整できる身体機能訓練の展開』となっていた。特に通所目的を変えることが出来ていたのは、【外的環境の肯定的情報】の影響が大きいと思われ、当事者がこのサポート的な環境の中で、その存在自体を容認されていることによって、通所目的に変化が見られていたのではないかと考える。考察では、これらの外的情報が当事者にどの様に影響を与えていたのかを中心に、身体機能回復の限界察知や通所目的に見られた変化、そして、この様な中でも継続している身体機能訓練の状況について検討を行っていきたいと考える。

### V-3 積極的ではないながらも、身体機能訓練を継続している高齢者のプロセスに対する考察—本プロセスで見られた特徴について

本プロセスにおいては、前章で検討した積極的な取り組みを見せている高齢者と急性期、回復期の状況は類似していたが、回復が思わしくなくなった時期から、その後のプロセスに大きな変化が見られている。特に、自らではなく、促され通所の必要性を認識していく以降のプロセスに大きな違いが見られていた。そして身体機能の回復限界察知し、通所目的を変化させながらも身体機能訓練を継続しているが、そこにはリハビリテーションに対し、前章の患者の専門家とは異なる距離感を有していると思われた。そこで本節では、この様な状況に対し、①身体機能回復の限界察知に影響を与えている要因、②通所目的が変化していくプロセス、③積極的でないながらも継続している身体機能訓練の意味について検討を行うこととする。

#### V-3-① 身体機能回復の限界察知に影響を与えている要因について

この項では、身体機能回復の限界察知に影響を与えている要因について検討を行う。そこで、まず回復の限界察知に直接的に影響を与えていると思われた外的要因である医療従事者の態度を検討し、その後、そのような態度の中でも冷静に自己の状況を振り返ることが出来ていた当事者の状況がなぜ見られているのかについて検討を行うこととする。

##### a) 身体機能回復の限界を察知していく直接的要因

身体機能回復の限界察知時は、回復願望によって、リハビリテーションへの自主的な参加や機能の再獲得を経験しながらも、徐々に思うように回復しない身体と向き合う時期である。そして、良くなれない事を察知していくのであるが、この自らの身体機能の限界を察知するために大きな影響を与えているのは、肯定的もしくは、否定的な経験と情報を提供している外的環境であると考えられる。

当事者である高齢者は、熱心にリハビリテーションに取り組んでいる。しかし、〔治療の限界を察知〕するサブカテゴリー内に内包される3つの概念を見ていくと、自己の疾患に対する医師の不在、そして他者に施されている治療が自らに行われていない状況を感じとり、自身の身体の状況を客観的に視ていく状況が作られていくことになっていると思われた。したがって、自己の内部変化において、他者化された身体を客観視することや、同じ疾患を抱える他者の状況を観察し、自らの状況を冷静に判断していくことになっていると

思われた。そして「良くならない」ことを認識していくという経過になっている。つまり、この状況を見ていくと、医療従事者の関わり方の変化で、自己の身体を客観的に見ることが可能となり、そして回復の限界を察知していることが分かる。

これは医師もしくは医療従事者—患者関係の破綻によって、当事者は自らの身体機能回復の限界を察知していることを意味している。『「医師アタマ」との付き合い方と』という著書の中で、医師の思考のあり方について述べている尾藤（2010：114-115）によれば、医師は「治した」事に重要な意味があることを述べている。つまり、今回の脳血管疾患や整形疾患などが基本となって生じている不具合を持つ対象者のような「治らない」患者への対応、しかも糖尿病や進行性疾患のように常に医療と向き合う必要のない疾患による障害であれば、医師の不在、そして「治る」ものとの治療対応の違いを当事者は、如実に感じ、自らの身体を客観化して眺めなくてはならないことを感じることで回復の限界を察知していると思われる。

また、パーソンズ（1951=1974：442）が指摘している病人役割に対する医師の役割は、患者の健康回復を何よりも優先させる義務、自己の私的関心に振り回されてはならず、普遍主義（医学的知識への精通）—業績性（個人的・社会的属性によって区別しない）を必要としていることを述べている。しかし、今回のこの医師不在、治療内容の比較ということを経験している患者は、患者自身として治療内容の十分な説明を受けていたとは言い難いと考えられる。そうでなければ、「もう、医者なんか関係ねえもん、医者は何にも言わないよ」、「家族には状況を説明しているのかもしれないけど、私には一切無かった」という語りはあり得ないのである。したがって、医学の普遍主義としての限界は、どんなに知識に精通していても存在するのかもしれないが、「治せる」、「治らない」という属性によって、医療従事者が患者を分け隔てしてはならないのであるが、現実には生じていることが指摘出来る。少なくとも、今回の対象者は、十分な説明を受けているとは言い難く、インフォームドコンセントの重要性が謳われている現代であるが、その形骸化を垣間見たと考える。特に、杉田、長谷川（2001：118）が述べているように、わが国の医師—患者関係は、医師のパターナリズム志向が強く、患者もお任せ体質が身についてしまっているのが現状であり、今回の対象者も察知はしたが、そのことを医師に直接訴えかけしていないことも、また事実であり、察知した次の行動として退院というプロセスを迎えていると思われる。

しかし、この様に「治らない」身体を有することを察知した当事者であるが、大きな混乱も無く、退院というプロセスを迎えている。この大きな混乱が見られていない要因について次に検討を行う。

#### b) 治療の限界を察知しても大きな混乱が見られていない要因について

通常、自らの身体に対し回復が見込まれない場合、当事者は、混乱、落ち込み、不安を抱えると言われている。がんの告知とは同じであるとは思われないが、竹迫ら（2008）は、肺がん患者の告知後の心理状況についての検討を行っている。そこでは、強度の不安によるパニックや混乱が当初みられるとしている。今尾（2004、2010）は慢性疾患患者の悲哀の仕事について検討を行っている。悲哀の仕事のプロセスは障害受容のものと類似しており、ショック、否認、情緒的混乱、回復への努力、受容というプロセスを経るとされているが、慢性疾患を告知された当事者のその多くは、ショックを経験していることを述べて



いる。

この様な状況に対し、今回の対象者は明らかな告知は経験していないが、その対応から察知していることは明らかであった。しかし、混乱の様なものは見受けられていない。その一つの要因として、年齢という要因も考えられるが、それよりも、当事者にとって非否定的な情報を提供してくれる外的環境の存在が大きいのではないかと考える。障害を有する⇒リハビリテーションに取り組む⇒回復がままならない、治療も展開されないとなると不安になるのが通常であると思われるが、それを払拭してくれる家族をはじめとする環境が、障害を有しているそのままの存在を認めている点が重要であると思われる。特に生活の基盤である家族からサポート的な情報が提供されることは大きなことであると思われる。これは、発症当時から現在に至るまで、そのサポートを感じている様子が見られ、「周りからは何も言われなかった。例えば、これは3回と行って言われたら、それよりは多めにやって、帰りたいから・・・だからもっともって言われたことは無かったですよ。普通のやり方だけどね」、「連れて行ってあげるから、私お休みの時って、言われるんだ」、「全部主人がやってくれてる」など、時期を問わず、肯定的に支持されている様子が見られている。

この点は、前章で積極的な姿勢を見せていた高齢者の環境とは大きく異なる点であると思われる、後章にてこの積極的、積極的ではない身体機能訓練への取り組みの違いを改めて検討していく。

この様に肯定的な情報を提供してくれる外部環境の存在によって、ショックや混乱を引き起こすこと無く、自己の状況を客観的に見ることが出来ているのが、この積極的ではない取り組みを見せている高齢者の特徴ではないかと思われた。

### V-3-② 通所目的が変化していくプロセスについて

通所目的が変化していくプロセスとして、当初は肯定的情報をもたらしてくれる外的環境から通所を進められ、リハビリテーションの必要性と認知症への不安を喚起され、通所開始となっているが、現在の目的は家族のため、通所は楽しいと当初、身体機能の低下や認知症への不安が喚起された問題を解決するための通所ではなく、新たな目的を持って通所を継続している様子が見られる。この通所目的の変化で見られている家族のため、そして通所は楽しいという概念が、どの様に生じているのかについて検討を行うこととする。

#### a) 家族のための通所目的

この家族のための通所目的は、序で上野（2009：152）が示していたことであるが、上記でも示したが当事者の存在を保証してくれている家族に対し、「こういうところ来てればウチの家内が喜んでるかなって・・・居なきゃ居ないで・・・ウチにいてもテレビ見てるだけだから・・・」と家の中にいて不活発な生活を送っているよりは通所に来て何かやっている状況が家族にとっては喜ばしいと感じていたり、「私がない方が家族の動きが楽しいです・・・やっぱりね、ちょっとそこ行ってくるっていうんでも、なんか歩いてね、転んでるんでないかとか、何をやってるかとか心配になるって・・・」と通所に来ることで家

族が負担軽減を感じている様子を窺い、家族のためと通所を継続している。これは、家族の支援体制が整っており、その支援があって、自分が存在している事を感じているためにこの目的が発生していると考えられる。また、この状況は、切羽詰まった状況の中でのものでもなく、必ず通所に行かなくてはならないという認識を有していない。つまり、通所を利用している当事者は、ある程度の余裕を感じながら通所を継続していると思われる。

與古田ら（2004）は、沖縄の高齢者を対象に自尊心をはじめとするメンタルヘルスの調査を行っているが、高齢者の自尊心には、多くの要因が影響することが示しながら、生活していく上での「ゆとり」の重要性を述べている。桂（1993）も高齢者の生きがい促進事業の事例報告の中で、長い人生を有意義に過ごすためには健康と生活の「ゆとり」が必要であるとしている。

この「ゆとり」も、経済的、時間的、身体的などの接頭語によって、その意味に大きく違いがみられることになると思われるが、障害を有しても自分の存在を保証してくれる家族、現状変化を強く求められていない状況は、今回の対象者にとって大きな「ゆとり」をもたらしていると思われる。したがって、この「ゆとり」を与えてくれている家族のためという通所目的が生じても何ら不思議はないと思われる。

また、今回は、介護者側のインタビューは行っていないが、福島（2003）が、在宅ケアが継続できる要素について報告しているものがある。そこでは、主介護者のインタビューを行っており、主介護者が在宅ケアを選択した理由として、「要介護者の意志を尊重した」、「主介護者の意志」、「主介護者の施設に対するイメージ」が見られており、負担などの事を考慮しても、主介護者にとって当事者が身近にいることが重要なこととして位置づけられていた。また天田（2004：125）は、認知症高齢者の家族介護の状況について述べているが、介護者の中に当事者に対してだけではなく、介護者自身に対しても肯定的な価値を随伴したリアリティ定義をすることがあると述べている。つまり、要介護者を見ることによって、介護者側も肯定的な自己の存在のあり方を見出すことがあるとしている。この福島や天田の報告を見ると、今回の対象者にも当てはまる面が多々あるのではないかと感じる。それは、在宅生活を望んでいたのは当事者だけではなく、その介護者となる家族も当事者が在宅生活をするのを望んでいた可能性を見出せるのである。したがって、在宅生活に「ゆとり」が生まれ、当事者にとって、切羽詰まった状況で身体機能が低下するなどの不安が減少されての通所になっているため、この「家族のため」の通所目的が生まれているのではないかと考える。この様に当事者と家族がお互いに必要な存在として成立している場合に「ゆとり」が発生し、自分のためではなく、互いに「家族のため」という概念がプロセスにも見られていると考える。

#### c)通所は楽しい

通所目的が変化しているもう一つ概念として<通所は楽しい>が見られている。この概念は、通所という限定された空間において、当事者自身が楽しみを見出すことに成功している事がうかがえる。また、この様な目的の変更については、澤（1999）や藤原（2002）からも同様の調査結果を表している。そこでは、当初の通所目的は身体機能を中心としたものであったが、友人、仲間が出来たと利用目的に変化が見られている事を報告している。今回の対象者からも「リハビリも頑張ってるけど、楽しみとしては麻雀だね」、「やっぱり

ね、みんなとお話ししていると楽しいですよ、楽しい」、「やっぱり風呂だね、食事もいいもいいけど、やっぱり風呂だね、風呂はウチにもあるんだけど、風呂はいられないもん、危ないから」、「それでもね夏場なんかはね、パークゴルフ、1時間ぐらい続けて芝生の上歩けるんだよね。疲れるけどね・・・疲れたなあーって感じるわ。でも違う、自分で好きな遊びを、ボール打ちながら歩くのとね・・・あら1時間たったわあっていう感じ」とこれらの高齢者の語りから、通所の中で当初の目的であった、身体機能訓練や認知症への不安解消のためではなく、楽しみを見出し通所していることが分かる。今回の対象者のプロセスを見ていくと、もともと自らが発したニーズではなく、肯定的な情報を提供してくれる存在から通所の必要性を説明され、身体機能訓練や認知症予防の必要性を理解して通所と言う形になっている。この自らのニーズとして開始していないため、通所という限定された空間の中で、どの様に過ごすかを自らで探索可能になっているのではないかと考えられる。

棚町ら（2005）は、デイケアで生き生きとした様子を見せる脳卒中後遺症者のデイケアの意味について検討した報告の中で、インタビュー調査にて実施している。そこでは、生活に新たな喜びを加えていけているとしたカテゴリーが見出されており、他者とのつながりの重要性を指摘している。これらは、今回の対象者においても「みんなとおしゃべり」や「麻雀」など、他者とのつながりが必要になってくるものが、楽しみになっている様子が見られている。また、棚町ら（2005）の報告の中で、不安や気がね心配ごとが和らぐというカテゴリーも見られており、「自分と同じように障害を抱える人たちと一緒にいると自分だけが障害者でないと思える」など、他者とのつながりによって、解消されることも多いため、通所は楽しいで見られている他の対象者との交流は重要なものであり、それ自体で目的にもなりえるものであることが分かる。

また、麻雀やパークゴルフ、風呂などは、その活動自体に楽しみを見出すことが可能な活動である。しかも、今回のインタビューの中では、パークゴルフなどは時間を忘れる感覚をもたらしており、障害を有した身体を有しても楽しいと思える活動への参加は、重要なものであることがうかがえる。これらは、積極的な取り組みを見せている人たちの中では、語られていないことであり、この辺りにも上記で述べた、肯定的な情報をもたらしてくれる環境の存在と「ゆとり」によってもたらされているものではないかと考える。しかし、これらの活動が本当に重要なものと位置づけられるのであれば、通所というリハビリテーション、身体機能訓練が必ず付与される枠組みの必要性は低下すると考える。次項では、この様に当初の目的には無かった通所内の活動が楽しみであるという目的になっても、継続している身体機能訓練の意味について検討を行っていく。

### V-3-③ 積極的でないながらも身体機能訓練を継続している意味について

これまで述べてきたように、非否定的な情報をもたらしてくれる存在、障害を有していてもその存在を保証してくる環境の中にある状況があることを本調査の対象者からうかがう事が出来る。しかし、それでもなお、身体機能訓練を継続している状況もある。では、この身体機能訓練がどのような意味を有しているのかについて〔自立的な訓練継続状況〕に含まれる5つの概念を中心に本項では検討を行うこととする。

この継続理由はプロセス図を見ても分かる様に、その心境に揺れが存在していることが分かる。〈今後の身体的不安〉を「いやー続けることがいいんじゃないかなあ・・・しばらくやってないよね。すごく自分が弱くなったような感じがするんだよね・・・足でも手でもね」と訓練の必要性を語る一方で、同時に「好きなこととして、別に進行もしないだろうして (笑い)・・・」、「体が言うこと聞かないんだもん・・・(どうしようもない、笑い)」などの〈身体への楽観的態度〉として状況が良くなることも理解している。そして、その上でくでも、やっぱり〉と「良くなりたいたは思う」という心境を吐露し、他者化された身体への不快を感じ、出来れば無い方がとしているのである。したがって、良くなることを理解しつつも現状に対する不安や不快を解消したい気持ちが全くない訳でもないのである。

このような身体機能訓練に対する想いの揺れは、伍石 (2006) が回復期の患者を対象に行った調査結果を次の様に述べている。患者は機能回復への期待ばかりでなく、訓練の辛さを同時に抱えており、それらを専門職に訴えず隠蔽していくとしている。また、細田 (2006 : 9) も脳卒中患者の体験を行きつ戻りつする過程と述べ、今回の対象者の様な悪くはなりたくない、でも治らないことも知っている。でも障害は無いに越したことが無いという状況を表しているのと同様であると考え。また、この状況が「積極的ではない」ながらも身体機能訓練を実施していることを最もよくあらわしていると思われる。しかし、このような揺れ自体は存在しているが、決して大きな揺れではない語りであることを認識しておくことが重要であると思われる。これは、高齢者、そして維持期であること、そして何よりも、前節で述べたように「ゆとり」のある中で存在している当事者であることが最も大きい要因であると考え。

したがって、一応訓練は実施しているが、その実施状況は自己判断であり、「歩けるんですけど、先生も無理しなさんなって、言ってくさるし」、「足が痛くなったら、もうやめちゃうもんね」、「怖ければ辞めればいいし、良ければやればいいし」と訓練自体の実施を自律的に決定可能な状況になっているのである。この状況が積極的ではないととらえられる訓練に対する姿勢になっていると思われ、調査者やリハビリテーション担当者が積極的ではないと判断した要因になっていると考え。さらに、訓練内容に変化を求めている〈同じ内容のリハ〉という概念からも、訓練への要求度が高くない事がうかがえる。この〈自己判断の中での対応〉、そして、積極的ではない姿勢に対し、その専門家であるリハビリテーション専門職の態度に対する認識も後押ししていると思われる。「この前も少しやったらって、やってみたんですけど、(歩行訓練で) 2 回ぐらい回ってみたんですけど、やっぱり夜痛くなったから、悪いけどね、あの一、この間病んだから 1 回にするからねって、じゃあ自分の都合のいい時だけ、痛くない時だけやってもいいですよって言われたから、このごろは・・・(あまりやっていない)」、「無理しなさんなって言ってくさる」など、リハビリテーション専門職は、訓練への取り組み方自体を当事者の判断に委ねている。このような当事者の取り組みに専門職が、積極的に取り組む様な指導が見られていないのは、維持期という機能的な向上が大きく見込まれない、時期の特徴によるものと思われる。これらは、第Ⅱ章で述べた、リハ専門職自体が身体機能訓練だけでは解決できない事が地域生活を支えていく上で存在していることを察知していることとも関連していると考え。

また、この専門職の態度は、訓練だけではなく、広がる通所目的全体にも影響していると考えられ、通所に通う目的に広がりを与えていると思われる。この様に考えると、やはり、この「積極的ではない」ながらも身体機能訓練を継続している人々にとって身体機能訓練は、重要な意味を持ち得ておらず、通所というリハビリテーションを実施しなくてはならない環境よりも、デイサービスや自分の楽しみを実現できるサービス体系を有したサービスの方が適しているのではないかと考える。身体機能訓練が、不安解消のために機能している側面があることは認めるが、それよりも重要な活動が存在しており、その活動が実施できる地域生活のプログラムの必要性をあらためて感じるのである。しかし、現実的には通所リハビリテーションもしくは、デイサービスと限定されたサービスの中から当事者は選択しなくてはならないのが現在の介護保険サービスの問題でもあると考える。

#### V-3-④ 積極的ではないながらも身体機能訓練を継続しているプロセス全体の考察

上記において、そのプロセス、そして特徴と思われる事柄について考察を行ってきた。その結論として、「積極的ではない」ながらも身体機能訓練を継続しているのは、不安、そして治らないという事実を踏まえつつも、身体機能訓練を「やらないよりは・・・やった方が」という意識付けの中で展開されているものであった。そして、このような意識になっているのは、やはり、外的環境からの非否定的情報によるものと考えられる。つまり、「ゆとり」が存在していることが大きいのではないかとと思われる。これは、本プロセスの回復の限界を察知した後のあり方に大きく影響を与えている。そして、その「ゆとり」によって、通所目的を変更しながら、家族のため、もしくは楽しみを見つけだし、通所を継続していると思われた。この「ゆとり」が存在しなければ、当事者は現状の身体機能に危機的な感情を有し、身体機能訓練に邁進していかなくてはならなくなる可能性が高くなると思われる。本調査結果からは、「ゆとり」を与えている非否定的情報を提供してくれているのが、家族などの身近な存在であることが大きな要因ではないかと思われた。

また、本調査対象者のこのプロセスは、本章のはじめに触れた沖藤（2010：31-34）の事例の様な切羽詰まった中で、必要ではないと判断しながらも継続している身体機能訓練ではなく、先ほども触れたように「ゆとり」が存在している中で、「やらないよりは・・・」という認識の中での身体機能訓練であった。したがって、沖藤の事例は、サービス提供者側が強制的な介入を行っていたために生じた一つの現象ではないかと考える。つまり、当事者は取り組まなければ、生活が出来ない状況にまで追い詰められての中でのものであったと思われ、そうで無ければ、ありえない事象ではないかと考える。

## VI章 継続的な身体機能訓練を拒絶した人のプロセスについて

これまでの2つの章では、それぞれで態度の違いが見られながらもリハビリテーションを継続している人たちが、どの様に身体機能訓練と向き合ってきているのかというプロセスを明らかにしてきた。しかし、リハビリテーションの経験を有する人の全てが継続的にリハビリテーションを行っている訳ではない。そこには、リハビリテーションを拒絶する人たちの存在を忘れてはならないと考える。そこで、本章では3名と限られた人達であったが、その調査対象者にインタビューを実施し、どの様なプロセスを経て現在の生活を送っているのか、そしてリハビリテーションを拒絶した要因がどの様なものであるかを検討していく。そこで、1節では、本調査の目的、内容と調査実施上の配慮について述べ、2節では、調査結果としてリハビリテーションを拒絶しながらどの様に現在の生活を送っているのかを述べる。そして3節では、先行研究で報告されているリハビリテーションを拒絶している人の事例との比較を含め、これらの人の特徴について考察を行っていくこととする。

### VI-1 本調査の目的、内容、調査実施上の配慮について

#### VI-1-① 本調査の目的と意義

本調査の目的は、これまで述べてきた継続的にリハビリテーションに取り組んでいる高齢者とは異なり、リハビリテーションを「拒絶」している人を対象に、退院後の生活が構成されていく中で、どの様な要因によってリハビリテーションを「拒絶」していくに至っているのかを検討していくことである。これは、これまで同様に質的に、どの様な変遷を経ているのかを検討していく。そして、この変遷を明らかにしていく意義は、介護保険によって維持期となっても多くの方がリハビリテーションを実施していく中で、「拒絶」する意志を明確に表示出来ているのは、「自律」した生活を送っている証であり、この自律を支援していくことが介護保険で言われている高齢者の「尊厳」を守ることに繋がっていくと考えるためである。今回の当事者はまさに自律しており、「尊厳」が守られている存在であるため、これらの人たちが、どの様に現在にいたっているのかを明らかにしていくことは非常に重要であると考えられる。

また、II章でも述べたが、身体機能を維持していくために身体機能訓練を継続していく必要性に疑問が見られている先行研究が散見していることに触れた。しかし、介護保険の中では「自律」ではなく「自立」が強調され、他者の手を借りない生活を目指し身体機能訓練の継続が主流となっている。しかし、この「拒絶」の姿勢を見せているこれらの人たちは、リハビリテーションは、不必要なものとしている。この考えに至るまで、この3名にとって、リハビリテーションがどの様な存在となっていのかを明らかにすることで、リハビリテーションそのものに内包されている問題を見出すことが可能になると考えている。

## VI-1-② 調査実施内容について

上記目的を満たすために、行った調査概要として、調査フィールド、具体的調査方法、調査内容について以下に記す。

### a) 調査フィールドについて

今回の調査目的を満たすために、5か所の施設、福祉事務所のケアマネージャーに調査目的を提示し、ケアマネージャーの判断で、本来リハビリテーションの対象者ではないかと思われるが、現在そのサービスを利用していない、薦めても拒絶が見られる人の紹介を依頼した。その結果、2つの施設で計3名の対象者から協力を得ることが出来た。この数についてであるが、身体的に何らかの障害を有する、もしくは虚弱な高齢者の多くはリハビリテーションと何らかの関係を有してしまっている現状があること、そして「拒絶」している当事者にリハビリテーションの事を聞かれること自体についても拒否が見られたことで、3名という少数の人たちからの協力しかえられなかったと考える。また、この3名が、「拒絶」している人の「代表性」や「典型例」ではないことをあらかじめ明記しておきたい。盛山（2004：35）も述べているように事例が代表性や典型例の条件を満たしているのかということではなく、研究の意義が重要であるとしている。前にも述べたが、多くの人がりハビリテーションを継続的に取り組んでいるのに対し、これらの人がどの様に「拒絶」しながら、生活を送っているのかに焦点を当てることが研究の意義として重要である。したがって、希少な当事者から大多数の人たちとどの様な点で異なっていることを知ることは重要であると判断し、これら3名の分析を限局されたものということを理解した上で検討を行うこととした。また、M-GTAの提唱者である木下（2003：104）も理論的飽和に至らなくとも、事例としてまとめることも可能であるとしている。

### b) 具体的調査方法

今回は、3名の対象者に対し、これまでのリハビリテーションの経験から現在の生活に至るまでの経過と現在の生活状況についてインタビューを実施した。3名とも自宅で1対1の状況で半構造化されたインタビューガイドを元に調査を行った。しかし、画一的な聴取方法ではなく、当事者が自発的に話す内容は遮断せず、自然な会話展開を心がけた。また、話された内容が不明確な場合は、その都度こちらから、この様な解釈で問題が無いかなどの確認を取りながら進めていった。インタビューに要した時間は、90分から130分であった。

### c) 調査内容

調査内容は、あらかじめ作成したインタビューガイドを使用した。インタビューガイドを以下に示す。

#### インタビューガイド

##### 1. 発病からリハビリテーションを経験するまで

Q1 いつ頃発症されましたか？

Q2 どの様なリハビリテーションでしたか？

- Q3 その頃、リハビリテーションをどんな気持ちで受けられていましたか？
- Q4 具体的な目的は持っていられたか？
- Q5 今振り返って、当時の状況はどの様に感じられますか？
2. 在宅生活に移行するに当たって
- Q6 リハビリテーションを退院後も薦められたことはありますか？
- Q7 リハビリテーションを辞めるきっかけみたいなものはありましたか？
- Q8 退院することの不安はどんなものがありましたか？
3. 現在の生活について
- Q9 今の生活を送る上で重要なことは何でしょうか？
- Q10 今の生活の中で楽しみなどはありますか？
- Q11 今の生活での苦労はありますか？
- Q12 病気をする前と今と変わったところはあるか？

以上のインタビューガイドに沿って調査を行ったが、必ずしもすべての項目をインタビューしたわけではない。それは、対象者が自ら積極的に調査に協力的な姿勢で自発的に話す場合もあり、そのような場合には改めてインタビュー項目に沿って、聞き直すことは行わず、自然な会話の流れを重視した。

#### VI-1-③ 研究の質の担保のための配慮について

研究の質を担保していくために、a)「信頼性—依拠可能性、一貫性、信憑性」 b)「妥当性—信用性」 c)「一般可能性—転用可能性」に対し、今回どの様に配慮したのかについて以下に述べていく。

##### a)「依拠可能性、一貫性、信憑性」

能智（2005）が述べていた量的研究における信頼性に対応する質的研究の評価基準は依拠可能性であった。この依拠可能性を担保していくためには、①フィールドとの関係②厚い記述が必要であるとしている。この2点の配慮として以下に示す。

フィールドとの関係性については、在宅生活者であり、他のサービス利用も多くないため、長期的で継続的な関わりを有することは困難であった。したがって、その点を出るだけ払拭できるよう長時間のインタビューになることをあらかじめ先方に伝え、調査を行うこととした。そして、他の調査同様、後にインタビュー内容を振り返った時に解釈が難しい文脈があらわれないよう、インタビュー中に不明確な部分は可能な限り、「この様な解釈で間違っていないか」とその場で対象者に確認を取り、細心の注意を払ってインタビューを実施した。その結果、ケアマネージャーから一般情報を聴取していた際に、普段は話したがるなとしている情報を当事者が提供してくれていたこともあり、フィールドとの関係性が十分であったとは思われないが、得られたデータに依拠することは十分に可能であると判断した。また、厚い記述についてであるが、量の問題ではないが、他の調査よりも長時間のインタビューが可能であったため、より多くの情報を手に入れることが出来た。また確認を行ったことで、当事者のその時々への思いや現在の状況についての判断を明



確に聞くことが出来たと考えている。

宮田ら（2006）の一貫性については、在宅生活を送る高齢者で、過去にリハビリテーションの経験を有しているが、現在は拒否的で、実施していない人という限定をあらかじめ立てての調査であるので、これ以外の対象者が含まれていない。また、認知症や失語症などのコミュニケーション上の問題を呈している人も今回の対象者には含まれていない。

久保田（1997）の信憑性は、手続き上の評価基準である。3名を実施していく中で、インタビューガイドを改訂して行うことは行わなかった。それは、作成したインタビューガイドで十分に本調査のリサーチクエストに応えるだけの材料を収集することが可能であったと判断したためである。これは、1回のインタビューであったが、調査時間が長かったことにも起因していると考ええる。

#### b) 「信用性」について

この点について能智（2005）は、①一度立てた仮説を別のデータで試すことと②別の視点から見直すこととしている。まず、一度立てた仮説を別のデータで試すことであるが、これは M-GTA の研究手法では、常に継続比較を行うためにワークシートを作成し、その中で理論的メモを記入していくことになる。この理論的メモによって、着想や思考、疑問などを記載し、対極例や類似例を漏らさず考慮することが可能であった。したがって、M-GTA の手法を取り入れることで、この一度立てた仮説を別のデータで試すことは常に行われることであるため、あらためて意識をする必要は無かった。

別の視点からの見直しについては、Ⅲ章で述べたトライアングレーションであるが、その一つの方法として考えられるメンバーチェックは、今回の当事者には実施しなかった。それは、この後、結果を提示するが、結果の概要が複雑な構成から成り立っていたため、高齢である対象者にこの概念図を説明すること自体が、対象者への負担となりかねないので、これまでの調査研究と同様に当事者のデータに関しては、継続比較を常に徹底的に検討していくことで、研究の質の担保にあたることとした。

#### c) 「転用可能性」について

この転用可能性については、①自分と自分の周囲への転用、②他の事例への転用という2つの見方を能智は提示している。

まず、①自分と自分の周囲への「転用」については、調査データ、プロセス図については結果の説明を社会福祉学の修士以上の学歴を有する数名に説明を行い、賛同を得ることが出来た。また②他の事例への「転用」については、本論の考察の中で検討を行う。

### VI-2 継続的な身体機能訓練を「拒絶」した人のプロセスについて

本節では、上記の手法、質の担保への配慮を行った上で実施した、調査結果と得られた結果を提示していく。まず本節では、結果を示していくことになるが、1項では、3名の当事者の概要について触れ、2項ではプロセス図 6-1 を示し、その概要に触れていくこととする。

## VI-2-① リハビリテーションを拒絶した人の概要

調査対象者に対面するまでは、ケアマネージャーを通し、当日の状況を訪問や電話にて確認を取ってもらい調査が可能であると判断された上で、筆者が自宅へ訪問するという形で調査を実施した。調査期間は2011年4月から5月の間であり、インタビューは、倫理的側面を考慮し、①本調査目的と学会発表や論文に使用することを伝え、②調査結果を公表する際には個人が特定化されることがないように配慮すること、③インタビュー中に不快を感じた際は、すぐに中止が可能であること、④インタビューを録音することの4点を伝え了承を得た上で実施している。

この対象者3名の概要を下の表に示す

表VI-1 調査対象者の概要

氏名	性別	年齢	疾患	介護度	発症経過	家族構成	移動レベル	インタビュー時間(分)
A	男	82	脳梗塞	介護3	1年	単身	車椅子	130
B	男	75	脳梗塞	介護1	3年	単身	杖	90
C	女	75	廃用性症候群	支援2	1年	単身	独歩	120

この様に3名は、全て独居であるが、高齢者住宅や同一敷地内に家族がいてのものである。以下に簡単に生活歴を述べる。

### A氏について

A氏は82歳の男性で、発症までは同じ敷地内に住む息子と生活しており、職歴は医師である。頭痛がひどく、病院に嫁と共にいき、脳梗塞の診断を受ける。その後入院となり、リハビリテーションを経験し回復期の期間終了と共に、在宅生活を検討していくこととなる。そして、在宅での一人暮らしは難しいということにあり、高齢者住宅への入居となって現在に至っている。移動レベルは車椅子レベルであり、介助も必要な状況の生活である。食事は3食とも施設のもの摂っている。

### B氏について

B氏は75歳の男性で、近年は生活保護を受けながらの生活となっている。いくつかの高齢者施設を移りながら生活をしてきたが、脳梗塞となり、回復期のリハビリテーションを経験している。現在は杖歩行であるが、腰痛もあり決して実用的なレベルでの歩行ではなく、何とか生活しているレベルの歩行である。住居は高齢者住宅で、食事は朝と夕の2食は食堂で取り、昼食は自分で作っているとのことであった。

### C氏について

C氏は75歳の女性で、介助が必要な状況となって、2ヶ月前に敷地内に弟がいる現在の場所へ移住してきている。職歴は看護師であり、仕事を一生懸命に行ってきたと話す。退職後も一人暮らしを送っていたが、体調不良もあり食事が取れなくなり、介助が必要な状

況となっている。リハビリテーションは、医療機関での経験は無いが、通所での経験を有している。身体状況は独歩であるが、緑内障の影響もあり行動範囲が限られた生活を送っている。過去に食事を取れなかったことから、現在はヘルパーが週3回、身体介護として食事作りに来ている。

## VI-2-② 継続的な身体機能訓練を「拒絶」した人のプロセス

以下にプロセスを示していくが、A氏とB,C氏では異なる面が見られたので、分けて記載をしていくこととする。このプロセスは、A氏は13の概念6つのサブカテゴリー、5つのコアカテゴリー、B,C氏は16概念、7つのサブカテゴリー、5つのコアカテゴリーで構成されていた。これらのカテゴリーで構成されたものは、「身体機能訓練の継続よりも自律生活の獲得を選択していく」プロセスであったと考える。

### a) 本プロセスの概要について

ここでは、障害を有する高齢者が介護保険制度下のリハビリテーションを拒絶していくプロセスについてコアカテゴリーを中心に大まかな流れの説明を行う。尚、コアカテゴリーは【 】で示すこととする。

発症によって「積極的」、「積極的でない」人たちと同様に【身体の逸脱認識】を有し、リハビリテーションを実施しており、身体機能訓練を実施した経験が語られている。そして、【リハビリテーションの結果認識】を冷静にとらえている。この結果をA氏は自ら望んだ状態とは異なる結果として限界を感じ、B,C氏は回復を感じ生活が可能であるという認識と生活に困らない身体を取り戻したと感じている。そして、この認識を経て他者の介入しない【不介入な生活の構築】を実践していくことになる。そこでA氏は、希望からかけ離れた身体状況から生きる目的、そして治らないものと判断して目的のないリハビリテーションを拒絶していくことになる。B,C氏は、生活に困らない身体を認識を有していることでリハビリテーションの必要性を感じていない。そして、完全な身体を取り戻せない状況であっても、他者が介入しない生活の構築を試みることになる。その結果、A氏もB,C氏も自分の事は自分で選択することの可能な【自律生活の獲得】を実現させ、自律した生活を送っている状況となっている。

また、図の右側に配置した【生活に影響のない外部環境】は、本意ではない事に対しては拒否を示すことのできる対象として存在しており、これらの人たちの生活に大きな影響を与えることのない存在となっていた。

### b) プロセスの詳細について—コアカテゴリーの説明と構成されているサブカテゴリー、概念について

プロセスの概要は上記の様な状況であった。以下では、カテゴリーの構成を中心に説明を行う。尚、コアカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕、概念を《 》で示すこととする。

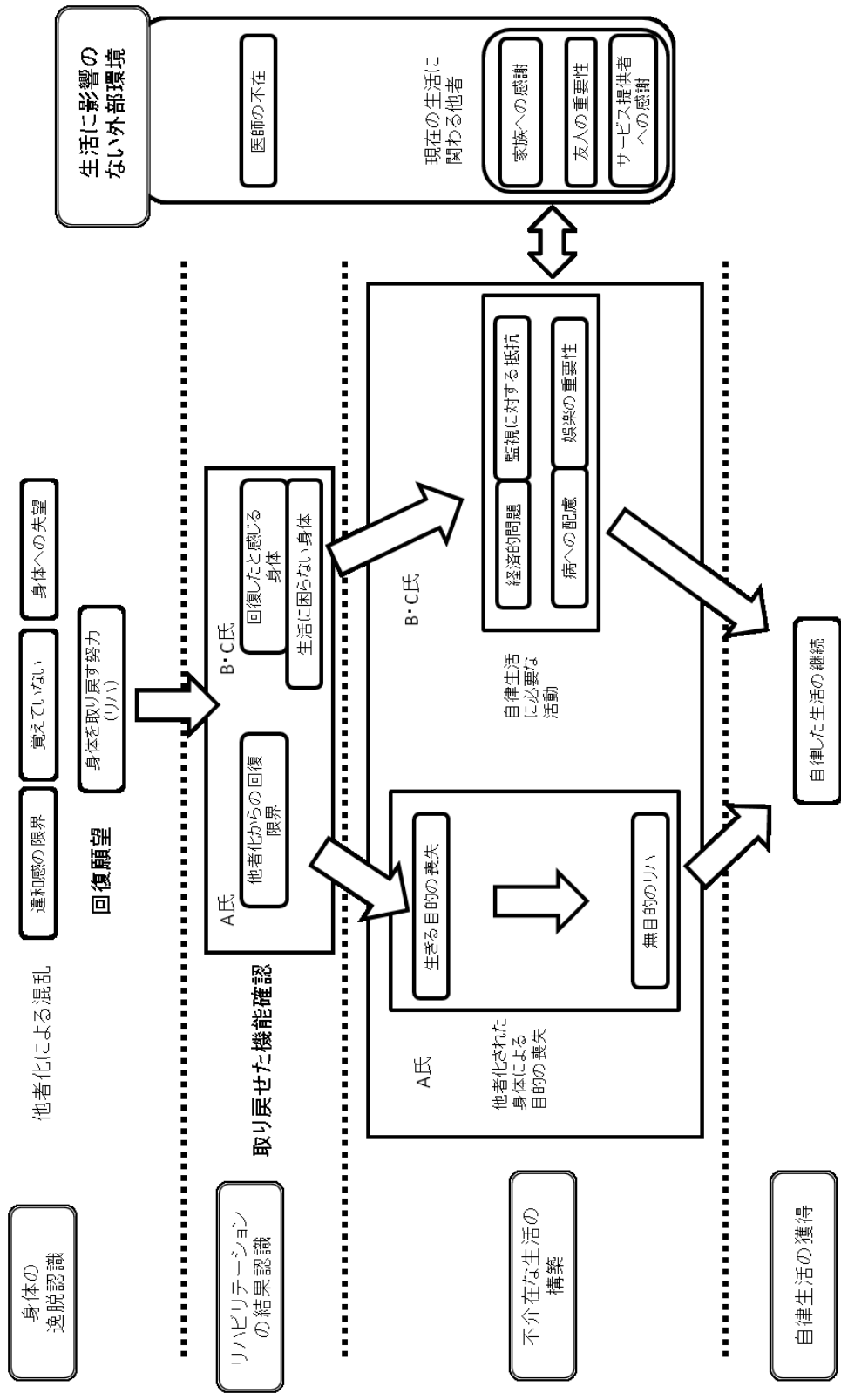


図 VI-1 リハビリテーションを拒絶していく人のプロセス

### 【身体の逸脱認識】

ここでは、発症直後の混乱から回復願望を抱き、リハビリテーションを実施した時期の語りを中心となっている。これらは「積極的」、「積極的ではない」人と同様の様子である。しかし、虚弱になったことによる医学的な管理体制の基に存在している語りは聞かれていない。むしろ、自らの問題としてリハビリテーションに向かう様子が見られている。まず、発症時の頭痛による《違和感の限界》、そして発症当時の《覚えていない》状況が示されており、意識が戻った後に、「こんな体になって情けない」、「なんでコロッと逝ってくれなかったんだ」、「何も出来なくなったから」と《身体への失望》と共に〔身体の逸脱認識〕を有している状況が見られていた。そしてこの逸脱認識によって〔回復願望〕を有し、この状況を打開するために《身体を取り戻す努力(リハ)》として「こんな状況は駄目だと思った」、「こんちくしょうと思って踏ん張ってやりとおした」、「病院でのリハビリテーションは、車椅子漕いで、手すり使って歩いてた、何くそと思いながら・・・」と当時の状況についての振り返りが見られていた。

### 【リハビリテーションの結果認識】

リハビリテーションに努力した結果、回復経験を有しているが、〔取り戻せた機能確認〕には2つのパターンが見られている。A氏は《他者からの回復限界》をB,C氏は《回復したと感ずる身体》を認識し、ここで異なる認識を有することになる。

A氏は、医師としての知識によって、脳梗塞の回復限界を認識している。「もう、これ以上良くなることは無い」、「思っていたよりは重度だったということ・・・」、「一生懸命(リハ) やったんですけど・・・」とA氏のリハビリテーションの結果は、望むものとはかけ離れている事を示していた。

一方、B,C氏は「元気になったし、食事もとれるようになりました」、「家の中のことは大体出来るから、食事は作ってもらってるけど」、「何とかここまでなった、何とか風呂に入れるし、時間はかかるけどね」、「そのコンビニにも何とか行けるから大丈夫」、「リハビリは、もう必要ない 自分でやってるから ここまで良くなったし」と筆者が見る限りでは十分な身体状況ではない状況があるが、この両名が《回復したと感ずる身体》は、《生活に困らない身体》として認識している様子が見られている。

### 【不介入な生活の構築】

A氏は、希望とは、かけ離れたリハビリテーションの結果を認識し、B,C氏は回復と共に生活に困らない身体を有したというリハビリテーションの結果を認識していた。この認識の違いは、リハビリテーション後の生活に大きな違いを見せている。

A氏は、氏にとって厳しい現実を受け止めるが故に〔他者化された身体による目的の喪失〕として「82歳になって、これまで生きてきた。今まで好きなことも十分にやった。食べたいもの、行きたいところ全てやった。一番なりたくない病気が、この脳梗塞だった。最悪です。もういいんです。このまま逝きたいんです。女房も待ってるんで・・・」、「もう一度家族でハワイにと思ってました。荷物番ぐらいはと思ってリハビリもやったんですけど、これじゃ無理です」と《生きる目的の喪失》を語っている。この目的の喪失によってリハビリテーション自体を《無目的のリハ》として認識している。「薦められたことはあります

よ。でも何のためにやるんですか、後は死ぬだけです」、「やっても良くなることを分かっていますから」、「辛いし痛いし、それでやって得られるものは何になるんでしょうか」と車椅子での生活になったことで、周囲に薦められるリハビリテーションを拒絶し、現在の他者化された身体のまま、人生を全うしていくことを望んでいる様子が見られている。

一方、B,C氏は、〔自律生活に必要な活動〕として《経済問題》、《監視に対する抵抗》、《病への配慮》、《娯楽の重要性》の4つの回復後の生活における重要な要素についての語りが聞かれている。まず《経済問題》として「一人で暮らしていくためには、お金を他人に預けでは駄目だ。緊張感が無くなるし、なによりもボケちゃうよ」、「お金が十分じゃないから、苦しいよ、煙草もいっぺんに買わないようにしてる。お酒もね」と金銭的な問題の語りが聞かれている。また、《監視に対する抵抗》として「自由が欲しかった、風呂もトイレも思うようにならんのは困る」、「なんでもかんでも管理されての生活は嫌なもんだよ。だから今の生活に満足してるよ」、「閉じこもりになるからって、リハビリに無理やり行かされたんだけど、行っても何にも楽しくない。みんなで輪になって運動もしましたけど、別に・・・」、「楽しみも無いし、体動かすだけなら、行きたいと思いませんでした」と生活を管理される事への抵抗を示し、抵抗の結果も得ている。《病への配慮》としては、「味の濃いものはやめてますよ」、「ヘルパーさんは味の濃いものしか作らないから自分で調整しないと・・・」、「テレビで卵が体に行ってしまうので、毎日食べるようにしてますよ」、「酒が好きなんですけど、脳梗塞も怖いから少しだけにしてますよ」と食生活における実践が語られていた。最後に《娯楽の重要性》であるが、両者ともに楽しみの重要性を語っている。「杖作ったり、植物育てたりして楽しんでます。杖は木を拾ってきて、やすりをかけて、ガスコンロで焼を入れてね。部屋は木のこっぱだらけになるし、鼻まですすけて黒くなるんだよね。それで、人にあつたら笑われるけどね。植物は、話しかけるんだ、お前生きてるかって、俺も生きてるぞってね。何でも楽しいもんですよ」、「楽しみを持ちたいんです。今は、まだこっちに来てからコーラスをやっていないので、探してます。コーラスをやると友達もできるでしょ。だからこれから探していこうと思ってます」、「今、楽しみにしているのは旅行です」と生活の中で行っている事に楽しみを見出している様子が見られている。この様にB,C氏は、筆者が見る限りでは、身体的な不自由さを有しながらも生活をしていくこと、しかも他者によるコントロールに拒否しながら生活を構築している様子が見られている。

この様にA氏とB,C氏では異なる自己のあり方を認識しており、そのプロセスにも違いが見られている。しかし、どちらも他者を介在させない【不介在な生活の構築】を実践していることは共通して見られている。

#### 【自律生活の獲得】

上記の【不介在な生活の構築】の実践によって、現在この3名は【自律生活の獲得】し、自らの生活における決定事項は、自ら選択できる生活を送っていると思われた。A氏とB,C氏は異なるプロセスを経ているが、最終的には他者の意志にコントロールされないこの生活を実践していると考えられる。

A氏は、リハビリテーションの実施を拒否し、現状のままの生活を送ることを選択している。「まあ、これ以上どうしようもありませんから、このままでって思ってます」、「女房

が待ってるので、早めに行きたいと思ってます。だから、何もしないでいいんです。ただ自分で死ぬわけにはいかないから、このままですね」と自らの意志で現在の状況を受け入れ、人生を全うしようとしている様子が見られている。

B, C 氏は、「仙人みたいな生活だけど、それが一番いいと思ってる」、「細かいことを考えたら何もできない。だから今の生活にも問題がたくさんあるけど、よしとしないと思ってる」、「自分の生活の範囲の中で出来ることが大事、それが大事なこと」、「ここに一人であることが楽です、いいんです、その方が煩わしくなくて、これまでも一人だったから・・・自分の事が出来ればいいんです」と今ある環境の中で、辛いことがあっても自分の思う様な生活を営んでいることが重要であると語っていた。

この様に A 氏と B, C 氏では、異なる状況が見られているが、どちらも自らの意志で選択した生活を送っている様子が見られ、その状況に満足を示していた。

### 【生活に影響のない外部環境】

これまで述べてきたように、自らの意志を通して生活を送っている 3 名であった。この 3 名に関わっている外部環境であるが、どれも生活における重要な決定には影響を与えないものとして認識されている様子が見られている。

〔リハビリテーションの結果認識〕の時に見られている《医師の不在》であるが、これは予後について明確な情報を得ることが出来ない状況を示している。特に A 氏が、

「一番知りたかった情報なのに、何も話してくれない。私も医者だったので、話さないということは、分かりますが・・・」と語り、的確な情報が欲しかった様子が見られていた。しかし、A 氏は、医師として専門家として、自らの状況を客観的に把握し、自らの判断でその後の生活を展開している。

また、《家族への配慮》として「オヤジ頑張れって言ってくれるんです。オヤジも必要ないはずなのに」、「たまにみんなに来てくれると嬉しいですよ」、「弟が気を使ってくれて、家が空いたらから改装してくれて、それで来いって言ってくれたんですよ」、「心配もしてくれてます、感謝してますよ」と家族との状況を語ったり、《友人の重要性》として、「友達は大事ですよ、やっぱり楽しいですから」、「友達が助けてくれるんです、露取りにも連れて行ってくれるんです。こんな状況だから、手引っ張ってくれて、大変なのに助かりますよ」と友人との交流を楽しみにしている様子が見られている。また、ケアマネージャーやヘルパーなどに対する《サービス提供者の感謝》も示しており、「俺一人だったら大変だもん、助かるよ」、「こんな何にも動けない老人に良くやってくれます」、「制度とかいろいろ分からない事があるからやってくると本当に助かります」との語りが聞かれている。しかし、これら外部の人は 3 名の生活状況に影響を与える存在とはなっていない。最終的にはこの 3 名自身が判断を行うという認識を有しているため、これ以前に述べたプロセスを経ているものとする。

この様なプロセスを見せていた 3 名であるが、現在の生活状況は自ら選択した結果となっている事が理解できた。次節では、このプロセスの中で見られている「拒絶」するプロセスがどの様に生じているのか、また先行報告で見られているリハビリテーションを拒絶している人とのあり方との比較を行い、このプロセスに対する考察を行っていくこととす

る。

### VI-3 リハビリテーションを拒絶していくプロセスについての考察

#### —本プロセスで見られた特徴について

本プロセスにおいては、前章、前々章で検討した「積極的」、「積極的ではない」人が見せていたプロセスと発症時のものは同様のものが見られていた。しかし、退院、体調の回復と共にリハビリテーションの終了を自らで決め、その後は周囲の勧めがあっても「必要ない」という認識に至っている。A氏は車椅子で介助が必要な状態であっても、リハビリテーションで得られるものは無いとし、現状の障害を有する身体を受け入れていた。また、B、C氏は障害を有しながらも、生活出来る身体を取り戻したとリハビリテーションの必要性を感じず、その障害を有した身体でどの様に生活を構築していくのかということに目が向けられ、自ら選択した生活を現在送っている。

このプロセスを見ていくと「積極的」、「積極的ではない」人と明らかに異なるのは、外部環境との関係である。「積極的」な人は、外部環境からリハビリテーションを行うことが当然のこととして提示されている中で、自問自答しながら周囲からの評価を得るためにリハビリテーションを行っていた。そして、自発的にリハビリテーションに取り組むことによって、外部環境からの監視の働きを弱めることにも成功していた。また、「積極的ではない」人は、障害を有する身体に対し、周囲がそれを容認している状況がまず存在し、その容認してくれる外部環境によって薦められるリハビリテーションを継続しているプロセスとなっていた。この様に2つの前者は、外部環境との関係の違いで、それぞれのリハビリテーションを実施していたのである。しかし、このリハビリテーションを「拒絶」する人たちのプロセスは、そのリハビリテーションとの関係において外部環境の影響力が働いていないのである。むしろ、外部がコントロールしようとリハビリテーションを薦めれば、拒絶という態度で応答し、周囲はその状況に手出しが出来ないでいるのである。

そこで本節では、①この「拒絶」していくプロセスがどの様に成立しているものであるのかを外部環境との関係において検討し、②これまで先行報告として見られている拒否事例と本調査での3名との比較を行う。

#### VI-3-① 「拒絶」していくプロセスの成立について

今回の調査対象者である3名は、健常とは異なる身体を有し、周囲からもリハビリテーションを薦められる状況にある。しかし、そのリハビリテーションに対し、主体的に「拒絶」という選択を行い、「積極的」、「積極的ではない」当事者と比べ、自律した生活を展開していると考えられる。健常とは異なる身体を有しながらも、その身体を取り戻すための手段として存在するリハビリテーションを「拒絶」する様は、これまでの「積極的」、「積極的ではない」当事者達には見られていないプロセスである。また、他者が薦めるものを拒否することによって、人間関係に齟齬が生まれる可能性もある。このような人間関係については、特に「積極的ではない」人で見られており、リハビリテーション自体への目的は強いものではないが、そこでは自らの存在を承認してくれる他者の薦めによって、継続的



なりハビリテーションを実践している様子が見られている。したがって、本章においては、本調査で見られていた外部環境と3名の関係も含めて検討を行いたいと考える。

尚、今回の調査結果を考察していく上で、「拒絶」していくプロセスが見られた3人は、共通項として単身であることがあげられる。そして、これによって、外部環境からの働きかけが弱くなり、「拒絶」が可能になっていると指摘されることもあると思われる。しかし、それほど単純で容易なものではないと考える。それは、これまで検討を行ってきた「積極的」、「積極的ではない」人を対象とした調査の中に単身生活者が含まれているからである。ここで検討を行うのは、家族構成の属性による比較ではなく、リハビリテーションとの対峙の違いによる比較である。その上で、このリハビリテーションを拒絶していくという主体的な決定が、どの様に生じているのかを分析していくことである。しかし、主体性自体に多くの議論があるため、まずa) 主体性とその問題、そして主体的とは、そもそもどの様な事を指すのかを確認し、b) 主体性が展開される状況の確認を行い、本プロセスの当事者像を明らかにしていくこととする。

#### a) 主体性概念とその問題について

ここで扱う主体性であるが、岩本(2007)が社会福祉援助において主体性がどの様にとらえられてきたのかということ分析している。そこで主体性は、(1)自由で、意思をもち、理性的に、能動的に行動するという近代的人間像による、(2)自己選択、自己決定、参加の行いが、中心となっているとまとめている。また、鯨岡(2006:58)は、子どもを対象に、どの様な様子が大人から見た時に「主体的」に見えるのかを次の様に述べている。1歳未満では、「自らその活動を始動する」、「どうしても〜がしたい」、「頑として聞かない」等々の、活動主体であることや要求や意図の発動主体であることを持って、周囲の大人は子供が「主体的」とみていることが分かるとしている。

つまり、人が外的環境の影響を排斥出来る中で、自らが自らの行動を決定できる事を主体的、主体性と表現されていることがわかる。この主体性は、医療や介護において良く耳にする言葉であるが、それはインフォームドコンセントの重要性や専門家支配に見られる医師のパターナリズム批判とも相まって、患者が自らの意志で自らの医療を主体的に選択することが可能である事を一つの理想として、これまでの医療体制批判として、その揺り戻しが起っていることが表面化されたものと考えられる。

しかし、この耳触りのよい言葉ではあるが、この主体性には問題存在しているとされている。IV章でも提示したが、フーコー(1975=1977:205)が述べているように「自ら権力による強制に責任を持ち、自発的にその強制を自分自身へ働かせる。(略)自分が自らの服従強制の本源になる」と述べているように、自発的に主体性を持って活動していくことが、実は服従に繋がっていく、しかも自身自体が気づかないままに実践していく様子を「規律・訓練」として述べているのは良く知られている。また、フーコーの生政治を下敷きに後藤(2007:134)も、受動的で服従的な主体と化している近代以降の社会に浸透した権力に服従する主体の存在の問題を指摘している。小林(2010:224)によれば、上記の様な他者のまなざしを内面化させるところに成立する「強制された自発性」として、その問題をより明確に提示している。

他にも、仲正（2003：199）は、気短な「主体性」として近代家族史研究者であるエリ・ザレツキーの面白い指摘を次の様に紹介している。

人間は、様々な状況の中で、外から与えられる刺激に対してそれなりに反応している訳だが、刺激と反応の間の時間的間隔が短ければ主体的に「決断」しているように見え、長ければ主体性がなくてぐずぐずしているように見える。

とし、当事者の内面で、どの様なプロセスがあったかは「外」からは直接的に知ることはできないので、周りのひとびとは「早く判断に至った」という外見を頼りにその人物の主体性を事後的に再構成することになるとしている。そして、これが気短さになっているというのである。そして、これが我々が漠然と主体性と呼んでいるものの正体であるとしている。さらに、この気短なものが望まれるのは、近代における回転効率を重視する資本主義がその背景になっていると述べている。したがって、本来「他者」を「鏡」にしないと、「自己」を最終的に知ることはできないのに、他者との関係を考えずに効率性から早く決断する主体であることを強いられているとしている。そして、この状況を自由な主体であらねばならない、という不自由な状況に置かれている事を指摘している。また、小坂井（2008：1）は責任との関係について、人間は主体的存在であり、自己の行為に責任を負わねばならないとし、これは近代市民社会の根本を支えているとしている。しかし責任との関係を考えるにあたり、この人間の主体性について批判的に検討を行っている。同時に（前傾：9）、我々の行動は他者によって強く影響されるが、外部環境の情報によって行動が完全に決定されるわけではないとし、自由の余地は残されており、主体性と外部環境のそれぞれの重みを探る問題が出てくることを述べている。（この問題の発生に対し小坂井は、自由に付きまとう責任は、その主体性による行動の原因を主体的責任としては導けないとしている。）

この様に「主体性」という言葉は、現在の医療・介護の中では、耳触りのよいものとして存在しているが、上記に示したように問題を孕んだ概念であることを指摘しておかなくてはならない。前章、前々章の調査対象者は、外的環境の影響を受けての生活であった。特に、「積極的」な人は、家族を含む外的環境によって、その生活を管理されている状況であることを考えると、その管理された中でリハビリテーションに積極的な状況は、まさに上記で上げた問題をそのまま表していると考えられる。それとは対照的に本章の調査対象者は、外的環境からの影響を見ていくと、【生活に影響のない外部環境】と認識し、自分の生活は自分で決定することが可能であると考えている。そして、薦められるリハビリテーションを拒絶する主体性を有している。では、これらの人が、生活上のすべての事柄に対し、完全に主体的であるのかと問われれば、それはこの3名の生活自体が困難になると容易に想定できるので、生活の全ての面において完全な主体性発揮できる人間は存在不可能であると思われる。これは、社会的存在であれば、誰でもが同じ状況であると考えられる。

したがって、ここで用いる「主体性」については、態度に違いは見られていてもリハビリテーションを継続的に取り組んでいる人に比べ、主体的であるという条件をつけての主体性として用いることとしたい。

## b) リハビリテーションを拒絶していく主体性が展開される状況について

本調査対象者の3名がリハビリテーションを拒絶している状況を確認していくと、A氏は子どもと医療関係者、B氏は医療関係者、在宅サービス提供者、そしてC氏は、弟夫婦と医療関係者に、それぞれリハビリテーションを薦められている様子が見られている。しかし、これらの3名は、リハビリテーションの必要性を感じていない。A氏は、元に戻らない身体を、そしてB、C氏は生活に困らない身体を認識しているからである。そして、リハビリテーションの実施によって得られるものが、少ないと認識しているのではないかと思われる。それは、A氏のように、辛い思いをして得られるものへの疑義、そしてB、C氏のように現状の生活を送るのに不自由がないという認識によるものと思われる。しかし、これだけであれば、「積極的ではない」人も同じ状況であると考えられる。「積極的ではない」人は、回復の限界を感じ、良くならない身体を受け入れている。また、その状況を受け入れてくれる他者の存在である自らに非否定的な情報を提供してくれる人の説得によって、リハビリテーションを受け入れているのである。非否定的な外部環境によって得られた自らの承認によって、他者への承認行動の一つとしてリハビリテーションを受け入れているのである。この承認については、Ⅷ章において、当事者間および当事者とリハビリテーション専門職の関係を論じる中で述べるが、リクール（2004：19）が、承認の工程として示している①自己が自己であるという同定、②自己を認める承認、③相互承認、そして最終的に④感謝という行程と類似していると思われる。この様に「積極的ではない」人は他者との関係を成立させるための一つの行動としてリハビリテーションを行っていたのである。

では、本調査対象3名の外的環境はどうであったのかということになる。改めて本プロセスを振り返ると、外的環境の存在は【生活に影響のない外部環境】という状況であった。つまり、A、B、C氏にリハビリテーションの規範化を薦める外部環境は、3名にとって承認を得る必要のない対象になっていると考える。これは「積極的ではない」人のプロセスとは大きく異なる点である。そして、この薦められるリハビリテーションを排除するために機能しているシステムとして考えられるのが、3名とリハビリテーションを薦める者の間に存在している「力」の関係が考えられる。つまり、外部環境との間に存在する上下関係の「上」としての「力」、拒絶する「力」、相手のいいなりにならない「力」が作用していると考えられる。

では、この「力」がどの様に、これらの人に作用しているのかといえば、A氏は父として、医師としての父権的な「力」が作用し、B、C氏は、生活に必要なものを主体的に選択する権利を有する「力」がそこに作用していると思われる。そして、この「力」によってリハビリテーションを拒絶する明確な意思を示すことで、主体性を発揮しているのである。A氏は、一般的にはリハビリテーションが必要な身体であることを認識しているが、医師として、そして父として、リハビリテーションを薦める子に対し父権的に、医療関係者には医師という医療における最大権威者として医学的知識を用い、拒絶する「力」を示しているのである。そして、B、C氏は、介護保険におけるサービス選択の主体であること、そして一人で生活できるという認識を持って、リハビリテーションの必要性を排除しているのである。

この時の主体性による「力」は、大きなもので、在宅サービスを組み立てるケアマネージャーは、この「力」を元に介護保険サービスのプランを作成しているのである。

この様な状況は、権力について述べている杉田（2000：2）の著書で見られる主体間関係として捉えることが可能と思われる。そして、その主体間権力論を論じつつ、次の様な問題を提起している（前掲：13）。

主体 A が確固として意図を有するという想定が説得的かどうかである。二者間関係で、B が A によって権力を行使されているという議論は、A が意図を持っており、しかもそれが B に確実に伝わっていることを前提としているが、このいずれの点もさほど確実なものではない。

とし、この 2 者間における意思の確認に伴う、その不確実さを述べている。もし、この論述の A にリハビリテーションを薦めるものを置き、B を 3 者に当てはめると、第一段階の説得的かどうかという点の前で、この議論はとっくに終わっている。つまり、必要性を説得する前に、その必要性を認識していないのである。この様に考えると、これらの人が発揮した主体性は次の様なことが言える。

外的環境からリハビリテーションを薦められた時に、その不必要性を訴える事と拒絶する理由の存在が重要となっているのである。つまり、訴えること、不必要と判断することが、この拒絶するプロセスに必要な要件であると思われる。先に述べた「積極的ではない」人は、この訴えることよりも、他者との関係における承認の獲得を選択し、当事者にとっては本来、必要ではないリハビリテーションを受け入れ、現在も継続している状況に繋がっていると思われる。つまり、この「拒絶」を示している 3 名は、承認を得ようとするのではなく、周囲に対し自己の存在を承認させてしまった上で、生活を送っているのである。

また、別の視点から見ると、「積極的」、「積極的ではない」人と本調査の 3 名を比較すると、プロセス全般で、医療従事者をはじめとする外的環境からの影響をほとんど受けていないことにも注目する必要がある。特に B, C 氏は、自己の生活を取り戻すことに「身体の回復」を、その基準としていないことによって、医療従事者からの影響を意識的にか、無意識的にかは、定かではないが排除可能になっている。これは、前々章に述べた「積極的」な人たちとの大きな違いである。そして、在宅生活へ戻る際の基準として、身体機能の回復をその第一基準としていない。この基準の存在は、現在の社会の中でその多くの人々が有している価値観とは異なるものと思われる。この異なる価値観を有することで外的環境との間で、リハビリテーションを継続する人たちに比べ、主体的な選択を行うことが可能になっていると推測される。

この様に本項では、リハビリテーションを継続的に取り組んでいる人との比較をしたときに拒絶する人が示している主体性の検討を行ってきた。そこでは、プロセスと同様、A 氏は、父、そして医師として、B, C 氏では、介護保険サービスの選択の主体であることに加え、他者に依存しない生活を送っていることを持って、その「力」を発揮し、周囲から薦められるリハビリテーションを拒絶することに成功している。これは、承認を得るための行動ではなく、承認させた上での生活になっていることを表している。また、「生活への復帰＝

身体機能の回復」ではなく、「生活への復帰＝どう生活していくのか」と身体機能を第一要件としていないのが、この主体性を導き出す、これら 3 名が有している重要な価値観であると思われた。

#### VI-3-② 先行報告されている事例と本調査対象者との比較

本項では、先行報告として見られるリハビリテーションの実施状況について、拒絶事例（2 事例）、身体機能訓練からの呪縛から離脱可能となった事例（2 事例）、そして自ら命を絶った事例（1 事例）、と異なる結末を迎えている 5 事例と今回の拒絶者から得られたプロセスとの比較検討を行う事とする。

- a) 拒絶との比較は、今回のプロセスの適応性を計るため、共通項を探索する。
- b) 身体機能訓練からの離脱によって何を達成することが出来たのかを検討していく。
- c) 自殺の事例については、いわゆる「積極的」な人と同様にリハビリテーションを従順に取り組んでいた当事者であったが、最終的には自殺という結末を迎えた事例である。この自殺という結末と拒絶した本調査対象者の現状とどのような違いが見られているのかを検討する。

そして、これらの先行報告されているリハビリテーションと距離を置いた事例と本プロセスの事例を比較検討することで、介護保険制度下で展開されている身体機能訓練を中心に展開されているリハビリテーションに対する限界を提示することが可能になると考える。また、この手続きは本調査の質を担保していくために必要とされる転用可能性の検討も併せて行うこととする。そして身体機能と生活の関係について 見ていくこととする

#### a) リハビリテーションを拒絶した事例との比較について

リハビリテーションを拒絶した事例の報告は、認知症による拒絶等については数が見られているが、中途障害者が自らの意思を持って拒絶に至っている事例報告は数が少ない。しかし、II 章でも提示したが、進藤（1992）が、第 26 回日本作業療法学会フォーラムにおいて、次のような 2 つの中途障害者の事例を報告している。

#### 症例 A 41 歳男性 右片麻痺・失語症、漁師・民宿経営

リハビリテーションに対する motivation が低く、コミュニケーションのとり難い患者とし、右上肢機能は廃用手レベル、下肢は装具にて杖歩行がどうか可能なレベルであった。このようなレベルであったが、退院後自家用車を左上下肢のみで運転し、事故を起こし免許停止、その後、転がり込むように船に乗り込み定置網のところまで行き、妻に杖で指示を出し、網を上げさせ、棧橋に戻って片手で魚の選り分けをし、家に帰って朝食がわりのビールを飲むとしていた。その他のエピソードとして、草むしりで池に落ちたり、秋には山菜とりで崖から落ち、冬は融雪散水のホースを振り回しびしょ濡れになるというような生活パターンであり、妻は「病前と全く変わらない」と語っていたと言う。

症例 B 66 歳男性、交通事故による頸髄損傷 (C6)、妻と二人暮らし

可能な ADL は屈曲拘縮した右上肢を使ってテレビなどのリモコンスイッチを操作するだけであり、その他は全介助である。入院中に「自分で食べられるようになったら、食べさせてもらうより美味しいよと自助具を使っての食事訓練を試みたが、「自分にとって食事は楽しみだから、全身の力を使って、時間をかけて、疲れきって食べても美味しくない。熱いものは熱いうちに、冷たいものは冷たいうちに普通に食べさせてもらう方がはるかに美味しい」といい、食事訓練を拒否して、妻に食べさせてもらっていた。自宅生活を望んだため、庭に居室へのスロープを設置し、電動車椅子、電動ベッド、リフターなどを購入して退院した。デイサービスなどの外出を進めているが拒否、「気を使って他人に世話してもらうよりは、喧嘩しながらでも自分の妻に世話してもらい、遠慮なく自宅の風呂に入り、見たいテレビを見、庭を眺めてアイデアを練って、庭師に注文をつける。こんな贅沢はないとしている。

この 2 つの事例について進藤は、A を活動的というならば、B は非活動的な生活パターンであるとしている。しかし、両者共に自分の「豊かさ」を追求した生き方ではないかと述べている。この 2 つのリハビリテーション拒絶事例であるが、本調査対象者との共通点がどこにあるのかを以下に検討していくこととする。

まず、本調査対象者との共通項として考えられるのは、他者の意見によってコントロールされていない点である。上記 2 事例も本調査対象者も外的環境によって薦められるリハビリテーションを拒絶している。そして、自らの生活の在り方を自らで決定している。進藤の A、B 氏は、妻によって生活の部分を支えられているが、その妻の言動、行動に左右されて生活していない。また、リハビリテーション専門家によって、リハビリテーションを薦められても、その必要性を認識しておらず、自分なりの生活を自律的、主体的に選択している様子がうかがえる。そこには、3 名のプロセスでも述べたものと同様に、生活に戻ることの考え方に「積極的」な人とは異なる認識構造を有しているためと思われる。つまり、「障害を負う⇒身体機能の回復させる＝生活に戻る」となっている積極的な人の構図とは異なり、「障害を負う⇒生活にどの様にして戻るか」と失った機能の回復が生活に戻る第一要件となっていないのである。そして、この必要ではないという認識とそれを訴えていることが出来ている事も共通している。

また、この節に入る前に独居している本調査対象者であるから、リハビリテーションへの拒絶というプロセスに至っているという属性問題について触れたが、属性も要因の一つであると考え、それだけではない事を妻と同居している進藤 (1992) の 2 事例が証明していると考え。

一般的に、進藤の 2 事例も本調査の 3 名も専門家の視点で見れば、リハビリテーションを行った方が良いと薦められる事例である。しかし、これらの人が考えている生活は、身体機能の回復に目的が存在しないため、必要性を感じず、両者ともに拒絶というプロセスに至っていると思われる。本来、障害を負った身体を有しながらどの様に生活していくのかは当事者自身が決定していくことである。しかし、そこに健常者世界の価値観をこの介護保険利用者に提示していく現状のシステムによって、健全な身体の回復を求め、介護保

険法の条文でリハビリテーションを行うことを努力義務化しているが故に「積極的」な人たちの様な姿が作り出されていると考える。しかも、回復の見込みの少ない維持期の高齢者に対して、この考えが開かれているのである。また、この維持期の高齢者自身、現在の社会の中に定着している価値観を有しているが故に、過去に自分がいた健常者世界の価値観を持って、他者が薦める身体機能の回復訓練に向かうこと、そしてその取り組み自体に価値を見出しているからこそ永続的な身体機能訓練となっているのではないかと考える。この状況はまさに多田や鶴見の手記に描かれている状況と同じであると考え。しかし、身体機能訓練を継続する自己に価値を見出すことは、「積極的」の人のプロセスの中でも述べたが、「無目的なものを目的化」しての行動であり、それはリハビリテーションの副作用を表していると思われる。したがって、決して自律的で尊厳を守るためのサービス形態に介護保険は、なっていない。

この様に拒絶する先行報告との比較をしたが、そこには他者の介在させない「力」、つまり自己を承認させてしまう「力」を有しているために、リハビリテーションの不必要性とそれを訴えることが可能になっている当事者であったと考える。

次は、当事者にとって不必要なリハビリテーションを当初は実施していたが、外的環境である他者の存在のあり方の変化によって、異なる状況が開かれる可能性があること、身体機能訓練から離脱が可能になった事例と本調査対象者のプロセスを比較していくこととする。

#### b) 身体機能訓練からの離脱が可能になった事例について

ここでは、池ノ上（2009）と岸上（2000）で述べられている 2 つの事例を題材に検討を薦めていく。

池ノ上（2009）は、交通事故による頭部外傷後遺症によって四肢麻痺となった当事者である。その手記を『リハビリの結果と責任』として 2009 年に発行している。この手記の中では、3 ヶ月という限定された期間によって繰り返される転院、そして転院の度に変更になるリハビリテーションスタッフとの生々しいやり取りが記載されている。特にリハビリテーションをはじめとする医療スタッフの無責任な言動、未熟な手技によってもたらされる痛みに対する痛烈な批判とそうではないスタッフへの感謝について退院までを中心にまとめられているものである。この池ノ上が最後の転院先となった病院長とのやり取りが次の様に記載されている。

事故の翌年の十月半ばのことでした。指定された時間に私と妻は介護タクシーで病院まで行き、少くく待合室で待っていました。（中略）カルテをじっと見ていた院長先生が、「これまでをみると名だたる立派な病院ばかりでリハビリされていたのですね？現在はそのようなことが出来るのですか？」

「食事はセットしていただければ自分で摂ることはできますし、文字だって書いたことがあります」

私はなんとか入院できることを願って、また少しでも病院側の手を煩わせないですむ方

がよいだろうと思い、本当はそんな完璧でもないのに見栄を張ってそう言いました。院長先生は続けて、

「もうこれ以上病院を転々とするのはやめにして、ここでその次の段階となる『実生活』をも含めたリハビリをやってみましょうよ…（中略）…」

受傷後、4か所の病院を入退院し、どの病院でも厳しくて重苦しい絶望的な言葉ばかりを「これでもか」とばかりに浴びせられてきた私たちにとって院長先生の温かい言葉は身に余る思いでした。（中略）院長先生の温かい言葉に私のかたわらで妻は嗚咽していました。

この後、この最後の病院で、機能回復に主眼を置いたものではなく、実生活に向けた論理的で分かりやすいリハビリテーションを受け、自宅へ戻り、ハワイ旅行も経験し、この本を出版するに至っている。

もう一つの岸上（2000）の事例であるが、脳卒中後の女性高齢者に対し、リハビリテーションとして車椅子訓練を実施したが、獲得されたその車椅子の操作技能を生活の中では用いない状況が見られた。その事に疑問を感じ、この女性の生活観についての聴取結果より、「身体が不自由になり、年を取ることで辛いことはあるが、悪いところばかり見ていると、明日にでも死にたくなる。だから、自分の出来ること好きなことを見つけて過ごしていきたい」という女性の言葉を元に、身体機能訓練を中止した。そして、本人の興味に合わせ、知的要素の強い娯楽的活動であるクイズを行う場としてリハビリテーションを位置づけ介入した結果、病棟では漕ぐことのなかった車椅子をクイズの情報を収集するために自ら操作する様子が見られるようになったことを報告している。

この2つの報告に見られているのは、どちらも当初は医療従事者によって、コントロールされた存在であった。しかし、その医療従事者によって、どちらも「生活」に基準を置いた介入、池ノ上（2009）は退院を目指す、岸上（2000）は出来ること、好きなことを支持していくという介入形式に変え、身体機能回復のための訓練を中止することによって、その後の当事者のあり方に大きな違いとなって表れていると考える。本調査対象者である3名は、当初からこの2事例が有していた「生活」を優先したい認識とそれを発揮するための「力」を有していたと思われる。しかし、上記の2事例は、その「力」を発揮できない状況の中で存在していたと思われる。特に池ノ上は、絶望的な言葉を浴びせられてきた状況もあり、どの様にその力を発揮すればよいのかも皆目見当つかない状況になっていたのではないと思われる。しかし、その状況を打開したのは、どちらも医療従事者という外的環境であり、その専門家が「身体機能回復」ではなく、「生活」を優先した介入に変更したことが大きな要因であったと考える。したがって、それまで「身体機能回復＝生活へ戻る」という形式であった認識をこの2事例は変えることが可能になり、池ノ上についてはハワイ旅行を実現するに至っていると考える。

この2事例は、本調査対象者の3名や進藤（1992）の2事例とは異なり、「力」を発揮することのできない当事者であった。しかし、外的環境の在り方が変わることによって、この2事例に違いが見られている。ここも、拒絶のプロセスでも見られていたように「身体



機能回復」と「生活」との関係についての認識の違いで、「拒絶」していくのか、「積極的な人のように訓練に邁進していくのか」という違いを表すことになっているものと思われる。

### c) 自殺事例について

最後に渡辺（1996）が報告している従順にリハビリテーションを実施し、専門家に住宅改修まで介入してもらい自宅退院となったが、その部屋を「座敷牢」と語り、自殺した事例と本プロセスの対象者を検討していくこととする。この事例は高齢者ではないが、リハビリテーション結末として考えておかななくてはならない事例であると考え。それは、医療従事者が良いものと思われた介入が最悪の結果を招いた事例であり、ここに専門家と当事者の認識の乖離を見ることが出来ると考えるからである。

この事例は、37歳の年齢で脳幹部脳出血により倒れ、高度の眼振による絶え間なく続くめまい感と両上肢および体幹の失調による重度の肢体不自由が認められ、車椅子の生活が予測されたとしている。本人は独歩を強く希望し、入院当初は車椅子を使うことを拒否し、歩行訓練を続けたが、失調症状は改善されなかったと述べている。そして、車椅子で身の回り動作が自立し、入院から8ヵ月後に退院したとしている。退院前に、車椅子が使える本人用の部屋が準備され退院となった。その退院の6ヵ月後に自殺の報告が入ったとしている。遺書には、「脳卒中になってからの生活は生き地獄であった。もう一度人間になりたくて、いろいろやったが駄目だった」という内容がワープロで打ちこまれていた。そして本人用の部屋を「座敷牢」と言っていたと述べている。

この状況を本調査対象者であるA氏と比べてみると、類似している点があることに気づく、A氏もこの事例も共に、身体機能訓練の結果は、自らが想定していたものはいたものとはかけ離れたものであった点、そしてその後の生活に目標を見出せなくなっている点は共通している。しかし、本調査のA氏は年齢的な事も影響していると思われるが、自殺という選択ではなく、後は時に任せるままの状態生活していくとしている。この渡辺の事例は、「人間になりたくて」と人間として存在できない状況に悲観した結果の自殺であると考え。

年齢が大きく異なることから単純比較は困難であるが、本調査のA氏も年齢が若ければこの状況になっていた可能性は否定できない。また、人間に戻るということは障害を負った自己は人間ではない事を意味し、座敷牢は閉じ込められていることを意味している。「独歩」を強く望んだのは身体機能回復が生活へ戻る第一要件となっていたと考えられ、「座敷牢」ということは外的環境からは閉ざされた状況を意味している。閉ざされた環境から脱却するためには身体機能の回復が第一要件として価値づけられているのであれば、この自殺を選択した当事者にとって、非常に厳しい状況中に存在していたと思われる。つまり、回復を求めたリハビリテーションに対する結果を、この事例は絶望としてとらえ、そして「ヒト」ではなく、「人」としての生活は、その回復があつてのものであるという「身体機能」と「生活」の関係の違いの認識に変化を起こすことが不可能であったためと思われる。しかし、この報告でも見られているように、座敷牢という環境は、外的環境との遮断を意味

しており、「人間として生活出来る環境」の設定の重要性を見ることが出来る。もし、この外的環境との遮断が別の様態となっていたのであれば、結末もまた別のものとなっていた可能性もある。したがって、この自殺事例においても、生活を支援していくことが何であるのかを改めて問う必要のある問題であると考えられ、身体機能訓練というリハビリテーションを規範として取り組まなくてはならない仕組みになっている現在の社会構造と介護保険制度そのものに対し、改めて問題意識を持たざるを得ないと考える。

また、A氏の場合は、時に身を任せるとして自律的に現在の在り方を展開している。したがって、自殺という最悪のケースを想定する必要性は低いですが、この事例と類似した世界の中で生活している可能性がある。つまり、先ほども述べたが「身体機能の回復」が生活の第一要件となっているが、その身体機能が回復しない事への絶望として、リハビリテーションを拒絶している場合も考えられる。さらに、リハビリテーションを拒絶することは、いわゆる一般社会に定着している価値観とは異なる行為を示すため、時には外的環境に問題視される事もある。この当事者の存在を問題視してしまう外的環境の中での生活は、「苦」を生み出すものであり、さらに厳しい環境の中での生活に陥っている当事者の存在も考えられ、A氏も自殺事例と同様の環境の中に存在している危険性を孕んでいると考える。つまり、「身体」と「生活」を同一の視点で見ない介入が必要になってくるのではないかと考える。

この様に本章では、リハビリテーションを拒絶して生活している3名について、その拒絶していくプロセスを明らかにしていくために検討を行った。この検討にあたっては3名と限局された知識であることを認識し、前章、前々章の対象者に見られていたプロセスとはどのような違いがあるのかを見ていくこととした。

その中では、「積極的」のように障害を有する、もしくは虚弱となった身体からの脱却によって生活が成立するという意識は存在しておらず、また「積極的ではない」人のように承認形式によって成立している関係性の中で訓練を継続している在り方とも異なる様子が見られていた。つまり、本調査においては、リハビリテーションを必要ないと判断すること、その事を訴えることが重要であると思われた。その点が、それまでの人たちとは異なる点であると考えられる。そして、身体機能ではなく「生活」に焦点が当てられていることにも違いが見られ、先行報告との比較においても「力」不足を代償してくれる外的環境の存在によって、生活に変化の見られている事例もある。この様に、この章で見られた「力」は、外的環境によって影響を受ける「力」であることを意味し、当事者個人に還元する必要のない「力」であると考えられる。しかし、本調査対象者の3名は、この「力」を主体的に発揮することが可能であったため、自己を周囲に承認させてしまうことが可能であり、これまでの対象者と大きく異なる点であった。

現在の介護保険が提示している、また社会が提示している要介護高齢者への眼差しは、「生活＝身体機能の改善」に重点が置かれている、そのため、元の「生活」に戻るために身体機能を第一要件とされてしまっている。しかし、3名のあり方は異なるあり様であり、生活と身体機能がリンクされていない状況であった。そして、その中で自らの主体性を発

揮しての生活となっている。これらから、現状の社会システム、特に条文でリハビリテーションを努力義務化している介護保険の問題は重大なものと思われる。

最後に章を閉じるにあたり、本調査対象者は3名という少数であったが、この少数の人がより前面に出てくるような状況が、この社会システムの問題を解消していくことにも繋がっていくと思われる。この問題が確認できたことは、限定された知識であるが、本調査を実施した意義を見出すことが出来たと考える。また、本調査の質を担保していくための転用可能性については、他事例との比較においても十分に説明可能であることから、その要件を満たしていると考えられる。

## Ⅶ章 リハビリテーション専門職が身体機能訓練を提供し続けていくプロセスについて

前 3 章において、リハビリテーションを継続している当事者とリハビリテーションを拒絶した当事者のそれぞれにおいて、現状がどのようなプロセスを経て形成されてきたのかについて検討を行った。本章では、前章 3 章における当事者に、リハビリテーション・身体機能訓練を提供している専門職の検討を行う。この専門職は、介護保険制度下の維持期のリハビリテーションに限界を感じたら、身体機能訓練を提供し続けている現状がある。その状況がどのように生じているのか検討を行う必要がある。これを明確にしていかなければ、高齢者に対し画一的にリハビリテーションが展開されていく状況が延々と続くことにもつながる。そこで 1 節においては、この専門職に対する調査の目的と意義について述べ、2 節では、その結果としてのプロセスを明らかにする。そして 3 節では、そのプロセスがどのような社会的な仕組みの中で組み上がっているのかについて検討していく。

### Ⅶ-1 本調査の目的、内容と調査実施上の配慮について

本節では、介護保険制度下における維持期のリハビリテーションとして身体機能訓練を提供し続けていくプロセスを専門家のインタビュー調査によって明らかにしていく。その上で、本節では、①この調査目的とその意義を述べ、②調査の具体的な実施内容を明らかにし、③研究の質の担保について検討を行うことを目的とする。

#### Ⅶ-1-① 本調査の目的と意義

これまでは当事者であるリハビリテーションを継続している、もしくは拒絶を示した高齢者を対象にした調査結果を明らかにしてきた。しかし、この継続されている、もしくは拒絶されたリハビリテーションは、当事者のみで展開されていることは、極めてごく稀で、多くの場合、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士というリハビリテーションの専門家によって、提供されているものを実施している／いた場合が多い。したがって、リハビリテーションに対する様々な態度は、この専門職と共に展開されている場面の中で起っていることであり、当事者という一方向からのみの検討では不十分であると考えた。また、先の章でも示したが、島村（2002：131）、武原（2002：141）ら、維持期施設で勤務している理学療法士が、自らの専門性として訓練の重要性は示していたが、運動だけではなく、障害を抱える高齢者が住みやすいコミュニティの再編に理学療法士も介入していく必要があると述べ、身体機能面ばかりのアプローチに限界を示している様子も見られている。しかし、このような状況がある一方、2000 年、2005 年に報告されている作業療法白書を見ると、老年期の保健・福祉・介護領域での介入目的と介入手段の上位 5 項目をそれぞれ見ると、そのほとんどが、(20 項目中 19 項目) 身体機能訓練と狭義の ADL（食事・入浴・排泄・更衣・整容）への介入で占められている。この様に理想的には、身体機能訓練以外の活動の必要性を認識していても、実際の臨床活動では、それを実行できていないのが現状であり、このような理想と現実の食い違いを臨床の専門家がどのように認識しているのか、またこの認識のズレが生じている中で、日々どのようなことを感じながら身体機能訓練を提供し続けてい

るのかを知る必要がある。この状況が、なぜ展開されているのかを把握しなければ、身体機能訓練が継続されていく原因を把握できない。したがって、本調査では介護保険下においてリハビリテーション専門職が、どの様な認識の中で身体機能訓練を継続し続けているのかを明らかにすることが本調査の目的である。

#### VII-1-② 調査実施内容について

上記に示した目的と意義から、調査フィールド、具体的調査方法、調査内容について以下に示す。

##### a) 調査フィールドについて

調査対象フィールドは、通所リハビリテーションを担当している理学療法士、作業療法士が勤務している事業所を対象とした。具体的には、札幌市内、近郊の6か所の通所リハビリテーション事業所である。これらの事業者は、病院併設型が3か所、介護老人保健施設が3か所であり、5から6名の理学療法士・作業療法士が勤務しており、事業所規模は、通所定員40名から120名の施設であった。

##### b) 具体的調査方法

調査を開始するに当たり、施設訪問前に今回の調査内容に関する調査依頼書を送付し、同意が得られた理学療法士、作業療法士を対象に調査を行った。インタビューは、筆者と対象者が1対1になることが出来る部屋で、他のスタッフがインタビュー内容を確認できない状況で行った。なお、インタビューは、倫理的側面を考慮し、①本調査目的と学会発表や論文に使用することを伝え、②調査結果を公表する際には、個人が特定化されないことがないように配慮すること、③インタビュー中に不快を感じた際は、すぐに中止が可能であること、④インタビューを録音することの4点を伝え、了承を得た上で実施した。

調査期間は2010年3月から9月までの間で、調査方法は、半構造化インタビューを実施した。インタビューは、画一的な聴取方法ではなく、対象者が自発的に話す内容を遮ることはせず、自然な会話の展開を心掛けた。また、話された内容が不明確な場合は、その都度、こちらから内容の確認を行いながらすすめた。インタビュー時間は最短31分、最長124分で一人当たり約53分のインタビューとなった。

##### c) 調査内容—インタビューガイド

調査内容は、半構造化インタビューとして、あらかじめインタビューガイドを作成した上で実施した。なお、本調査においては、このインタビューガイドが、答えにくい箇所、理解の得にくい質問が無いかをプレテストにて意見をもらい、何度か修正を行った上で実施した。以下に具体的なインタビューガイドを以下に示す。

#### インタビューガイド

##### 0. 一般的な属性について

年齢、性別、経験年数、どの様な対象を見ているのかなど  
維持期のリハに関わりを持つようになったきっかけなど  
(対象フィールドを高齢者にした時のいきさつなど)

Q1. 維持期の高齢者でも様々な人がいると思いますが、あなたは維持期の高齢者に対し、

どのような目的・目標をもってリハビリテーションを行っていますか

Q2. 維持期の高齢者へ、どのようにリハビリテーションの必要性を説明していますか

Q3. では維持期の対象者へのリハで、うまくいったという例を教えてください

Q4. この対象者へのリハは失敗した（難しかった）という例を教えてください

この3・4に関しては、開始時からの経過を振り返ってもらい、現在までの経過を話してもらおうこととする。

具体的には、担当になるまでの経緯

具体的な介入目的と方法について

何が良かったのか、悪かったのかという判断の根拠

Q5. リハビリテーションに積極的な人とそうでない人での対応で工夫していることはありますか。

Q6. 積極的な人のリハへの取り組みをどのような感じを受けますか、そうではない人は？

Q7. これまでの経験で、提供していることに悩んだことはありますか

Q8. それは、どのようなことですか

Q9. その悩みをどのように解決をどのように試みましたか？

Q10. 個別リハの実施内容として最も多い手段にはどのようなものがありますか？

以上のインタビューガイドに沿って調査を行ったが、必ずしもすべての項目をインタビューしたわけではない。それは、対象者が自ら積極的に調査に協力的な姿勢で自発的に話す場合もあり、そのような場合には改めてインタビュー項目に沿って、改めて聞き直すことは行わなかった。

## VII-1-③ 研究の質の担保のための配慮について

### a) 「依拠可能性、一貫性、信憑性」

依拠可能性については、フィールド調査と共に、あらかじめ調査依頼を送付し、同意が得られた対象者に実施した。また、本調査においても、これまでの調査同様にインタビューガイドを作成し、実調査を行う前にインタビュー内容のテストを行い、その内容についての振り返りを行い、インタビューイの会話の中で、解釈が難しい文脈があらわれないように、不明確な部分は可能な限り、その場で対象者に聞くことが出来るように細心の注意を払いながらインタビューを行った。その結果、内容が豊富なデータが得られたと考えている。尚、それでも逐語録から確認が必要と感じられた部分は、適宜データの確認を行い依拠可能性の確保に努めた。

一貫性については、通所を担当している理学療法士・作業療法士という限定を掛け、訪問業務や入所業務と掛け持ちの場合であっても、通所の利用者の対応という限定を掛けている。

信憑性については、あらかじめインタビューガイドに対するテストを行った上で実施しているので、特にインタビューガイドを再度、変更する必要は無かった。

### b) 「信用性」について

この点は、先の調査報告と同様に M-GTA の手法を利用しているため、常に継続比較を行いながら語られた内容の解釈を進めていった。また、本調査は専門家に対するものであったため、トライアングレーションの一つの手法とされているメンバーチェックを実施した。その結果、対象者から異議、疑問の指摘は無く、理解が困難であるとされた点について、その概念名の修正を行った。

c) 「転用可能性」について

自分と自分の周囲への転用については、このプロセス結果を学会発表として1件行った。他の事例への転用については、本論の考察の中で検討を行う。

## VII-2 通所リハビリテーションにおいて身体機能訓練を提供し続けていく専門家のプロセスについて

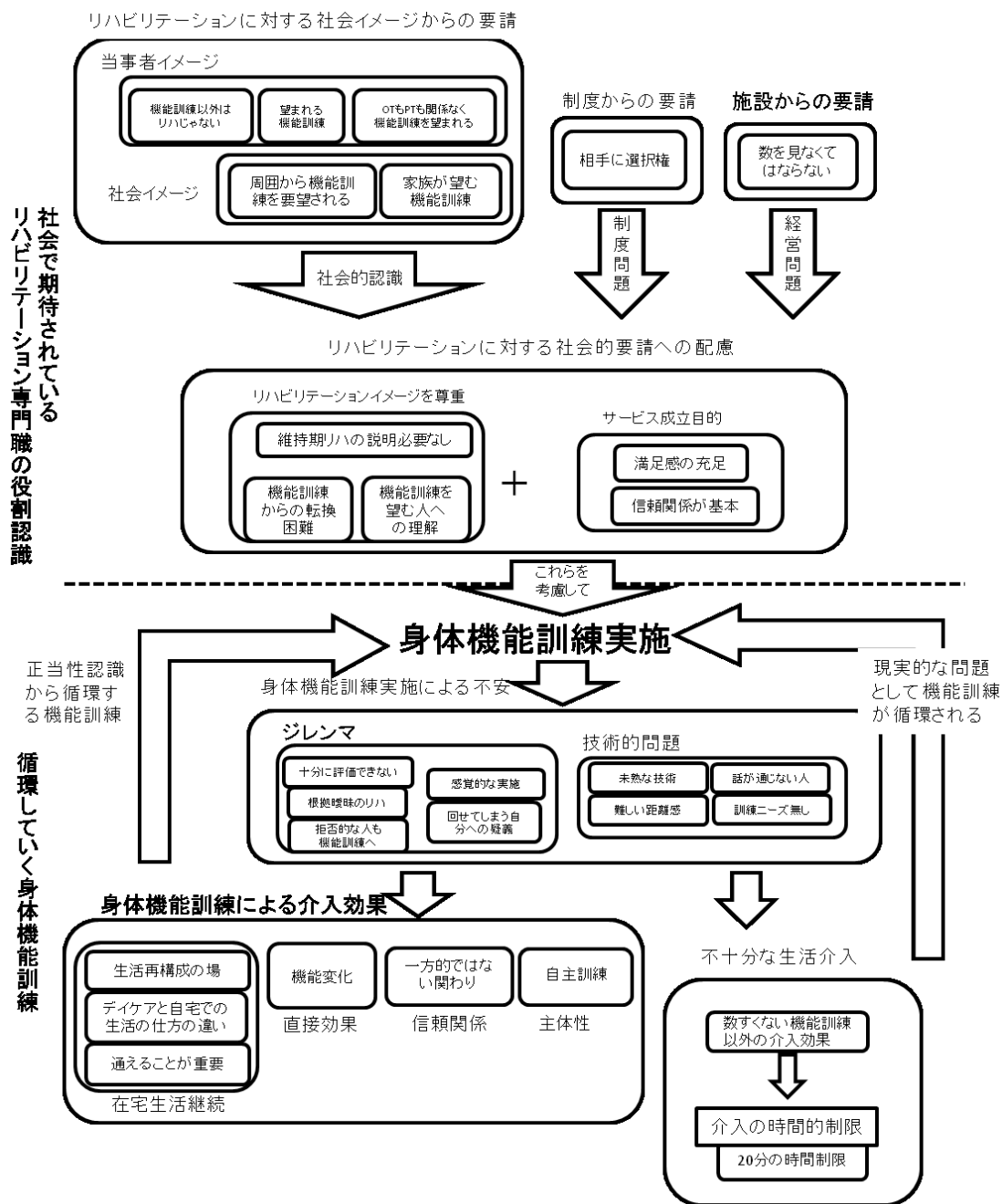
### VII-2-① 対象者である専門家の概要

本調査において協力が得られた対象者の概要を表VII-1 に示す。この表に示すように作業療法士15名、理学療法士5名であった。性別は男性9名、女性11名で、年齢は23—31歳の幅が見られた。また、経験年数は1-10年の幅があり、個別のインタビュー時間は、31-124分であった。なお、今回の調査における理論的飽和は、15名程度のインタビュー終了時に新たな概念が見られなくなっていた。しかし、より厚い記述としてのデータになるよう協力を承諾を得ることの出来た対象者5名のインタビューを実施した。そして、それらの5名のインタビューデータからも新たな概念が見られなかったため、理論的飽和に達したと判断した。





要を説明し、その後コアカテゴリーの特性およびサブカテゴリーについて説明し、この専門職によって継続される身体機能訓練のプロセスを明らかにしていく。



図VII-1 通所リハにおいて身体機能訓練が継続されていくプロセス  
リハ専門職の視点から

a) 本プロセスの概要について

ここでは、通所においてリハビリテーション専門職が、身体機能訓練を継続し続けてい

くプロセスについてコアカテゴリーを中心に大まかな流れの説明を行う。尚、コアカテゴリーは【 】で示すこととする。本プロセスは、図に示した通り、上部の社会で期待されるリハビリテーション専門職の役割認識と下部の循環していく身体機能訓練という大きく2つのプロセスから成立していると思われた。

上部プロセスの社会で期待されるリハビリテーション専門職の役割認識では、【リハビリテーションに対する社会イメージからの要請】、【制度からの要請】、そして所属する【施設からの要請】と3方向から期待される役割をそれぞれから認識し、そして期待される内容に対し理解を示していた。まず【リハビリテーションに対する社会イメージからの要請】に対応するために当事者・家族のリハビリテーションイメージを理解していた。したがって、治療的な介入、身体機能の回復、これこそがリハビリテーションであると当事者達が認識している状況を理解していた。また、この身体機能訓練は、当事者家族だけではなく、施設内に所属する他職種からも要望されていた。そして制度では、介護保険のサービス選択権は利用者であり、利用者に好まなければサービスは選択されないことを理解し、選ばれるサービスでなくてはならないという制度のシステムを把握していた。自らが所属する施設からは、選ばれるサービスとなると共に、1日における個別リハビリテーション実施数を要求され、その数を意識しながらの業務になっていた。

これら3方向から期待される役割を実行していくために、【リハビリテーションに対する社会的要請への配慮】として、次の2つ方法が語られていた。1つは、当事者、家族等が抱えているリハビリテーションイメージを尊重し、身体機能的な側面への介入の重要性を認識している。したがって、改めて維持期を強調したリハビリテーションの説明を行う必要が無いと判断し、維持期に本来必要である生活に密着した介入の展開が困難であるという認識を有している。そして、制度や施設からの要請に応じていくために、そしてサービスとして成立させていくために、利用者の満足感の充足と信頼関係を築く必要性を感じていた。

この様な社会で期待されるリハビリテーション専門職の役割を認識した上で、身体機能訓練は、実施されていくことになる。しかし、この身体機能訓練を継続していくこと自体にも困難さを抱えており、下部で示される循環していく身体機能訓練の中で専門職が、身体機能訓練への効果という専門職としての介入に対する肯定的な側面と、本来の維持期リハビリテーションの介入が出来ていないという専門職としての否定的な側面を同時に抱えてしまうアンビバレントな感情を抱えていくことになる状況が見られていた。

図の下部にあたる循環していく身体機能訓練では、実施していくことでのセラピストの【身体機能訓練実施による不安】が見られ、それは身体機能訓練を継続していくことで、より露わになっていく様子が見られていた。一つはジレンマとして、専門職として思う様な訓練を実施できていない状況への不安を示している。そして、身体機能訓練を展開していくこと自体への困難も不安として表わされていた。

この様な【身体機能訓練実施による不安】を抱えながらも訓練は継続され、そして2つのアンビバレントな感情の中に、リハビリテーション専門職は置かれていくことになる。一つは、悩みながらも身体機能訓練を継続していくことで、それなりの効果が表れている

面として、【身体機能訓練による介入効果】を認識し、身体機能訓練を継続していく様子が見られている。しかし、一方で本来は生活介入が重要であると【不十分な生活介入】認識するも、時間という現実的な問題から効率いい身体機能訓練を展開している様子もみられている。この2つのパターンは、個々の専門職によってどちらかのパターンに納まるのではなく、今回の対象者、全てがこのアンビバレントな感情の中で現在も身体機能訓練を継続している様子が見られていた。

b) プロセスの詳細について—コアカテゴリーの説明と構成されているサブカテゴリー、概念について

この様な流れの中で、通所勤務のリハビリテーション専門職は、身体機能訓練を提供し続けていると思われた。次は各カテゴリーの詳細について説明を行う。概要は上記に示した様なものであったが、プロセスの詳細について、コアカテゴリーの説明と構成されているサブカテゴリー、概念について、ここではカテゴリーの構成を中心に説明を行っていくこととする。また、コアカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを [ ], 概念を《 》で示すこととする。

#### 【リハビリテーションに対する社会イメージからの要請】

このコアカテゴリーは、社会的にリハビリテーションが、どの様にイメージされているのかに対し、リハビリテーション専門職がどのように認識しているのかが表されているカテゴリーであった。

〔当事者イメージ〕として、「リハビリテーションとして屋外に出て散歩をしても、今日はリハビリしてないって言われてしまうんです」、「多くの人は身体機能訓練＝リハビリっていう感じでここ（通所）に来ていますので・・・」など《機能訓練以外はリハビリテーションじゃない》と身体機能訓練以外は、リハビリテーションとして成立しない当事者の存在や、病前までの回復までに至っていない状況から「まだ良くなっていないって言われるので・・・」、「訓練して、良くなりたい、悪くしたくないっていう人が多い」と《望まれる機能訓練》があることを認識している。さらにリハビリテーションの専門家として位置づけられていることで、理学療法士（PT）と作業療法士（OT）の区別なく、それぞれの専門性について説明を行っても、同じように身体機能訓練が望まれる状況として《OTもPTも関係なく機能訓練を望まれる》現実を把握していた。

また、〔社会イメージ〕としても、《家族が望む機能訓練》として「トイレにひとりで行けるようになれば・・・」、「立てなくなったら介助も出来なくなると言われる」と、もう少し良くなって欲しい、悪くてもこのままの状態を維持してほしいからリハビリテーションは必要であると家族からも、当事者と同様に身体機能訓練を望んでいることを認識し、当事者・家族からの要望として身体機能訓練の重要性を感じていた。また、利用者サイドが身体機能訓練を望むだけでなく、同じ施設内で働く他職種からも、当事者やその家族と同様に身体機能訓練を要望されていた。それが《周囲から機能訓練を要望される》として概念化したものである。特に、「リハビリなんだから訓練して楽にして！って言われます」、「もうみんなリハビリは訓練っていう目で見えています」と介助量の軽減を目的に、もう少し

し立てるようにしてほしい、移乗の介助を楽にして欲しい等の要望が出され、それに対応している。この状況は、他職種からも「リハビリテーション＝身体機能訓練」という図式が成立している様子を表している。

#### 【制度からの要請】

この制度からの要請は、一つ概念から成立していた。その内容は、介護保険制度は、サービス利用者側に選ぶ権利があること、つまり「相手に選択権」があることを認識し、「最終的に決めるのは利用者さんなので・・・」、「まず、利用者さんの望むことをやらなくては成り立たない」と語り、サービスに対する満足度によっては、サービスとして成立しないことになる。これは、施設にとって収益が上がらないことを意味しており、介護保険サービスを提供していく上で、相手のニーズを満たすことは、非常に重要なことであると各専門職が理解している状況が見られていた。

#### 【施設からの要請】

これは「数を見なくてはならない」という概念で表したが、上記の制度からの要請を満たし選ばれたサービスとして定着した後には、施設の利益、収益を上げるために、個別リハビリテーションの実施数が求められる状況になっていることを示している。「1日の中で見られる数には限界がありますので、出来るだけその枠は使えるように考えています」、「やっぱり何人見たかが気にしますね・・・数字で表れてしまうので・・・」としていた。これは、専門職、個々人にノルマが存在していることを意味している。明確なペナルティーは存在していないとしていたが、朝10時から夕方4時までという時間的制約の中で動いていること、さらに利用者の体調によってもリハビリテーションが実施できない場合があっても、課せられた数を意識しながら勤務していることが語られていた。

この様に専門家は、上記の3方向からの要請があることをまず認識していた。しかも、介護保険に準市場原理を持ち込んだことによって、生じている施設収益までもを個々人の専門家が意識しなくてはならない状態があることを把握していた。そしてこの要請への対応として以下の様な配慮を行わなくてはならない認識を有していた。

#### 【リハビリテーションに対する社会的要請への配慮】

このコアカテゴリーは、「リハビリテーションイメージを尊重」と「サービス成立目的」という2つのサブカテゴリーから成立していた。

まず、「リハビリテーションイメージの尊重」として上記で見られた【リハビリテーションに対する社会的イメージ】によって、身体機能訓練を提供していく必要性を認識したことで、維持期ならではの身体機能訓練から脱却し、生活に密着したリハビリテーションへの断念が見られている。それが、「維持期のリハビリテーションの説明必要なし」という概念として表したものである。これは、「もうここに来た時には、訓練という形が成立してしますので・・・」、「特にしてません、希望されるものをやらなくてはならないので、基本的にみんな訓練ですから、維持期を意識して説明をする必要もないんです」などの語りが見られている。また、病前の状態に完全に回復していない身体に対し、「機能訓練を望む人へ

の理解》として「やっぱり治したいと思う気持ちは分かります」、「たぶん、自分もそう思うから・・・」と失ったものを回復したいという願望は理解できるとしていた。また、この理解は《機能訓練からの転換困難》にもつながっている「維持期をイメージして何かをやることは、やっぱり難しいです」、「利用者さんもあきらめられないし、やれば少し良くなったって感じる人も多いから、(身体機能訓練が)軸になりますよね」と、当事者は病前の身体までの回復を望むのであれば、身体機能訓練以外のものを提示しても、難しい状況があることを語っていた。したがって、この〔リハビリテーションイメージを尊重〕することは、当事者への理解と共にサービスを成立させるために不可欠なものという認識になつていられると思われた。

これと共にもう一つのサブカテゴリーである〔サービス成立目的〕では、上記のイメージ尊重の具体的な方策として、提供したサービスに対し必要なものとして「やったっていう感じというか、感触みたいのが大事みたいです」、「今日もやれているっていう確認も含めて満足していると思います」と《満足感の充足》をあげ、利用者の要望にどの程度、応えることが出来るのかという視点の重要性が述べられていた。また、《機能訓練を望む人への理解》や《満足感の充足》によって得られる《信頼関係が基本》という考えを持つに至っており、「希望することに応じて、そして、運動したことで何かを得られていけば、徐々に信頼関係が出来てきて、日常のことなんかも聞けるようになるんですよ。だから信用してもらえなきゃ、何も話してくれないし、それこそサービスとしても成立しない。だから、信用っていうか信頼してもらう事は、大事だと思いますよ」という語りも見られていた。

これまで述べてきた4つのコアカテゴリーは、社会で期待されるリハビリテーション専門職の役割を認識していくプロセスであり、この役割認識によって、身体機能訓練の提供が不可欠であるという判断に専門家は至っている。以下ではこれらの認識によって身体機能訓練が提供されることになった後のプロセスを示していく。

#### 【身体機能訓練実施による不安】

このコアカテゴリーは、〔ジレンマ〕と〔技術的問題〕という2つのサブカテゴリーから成立しており、共に身体機能訓練の必要性を認識しつつも、その実施によって生まれてくる専門職としての自己の在り方に対する不安定性を表していると思われた。

〔ジレンマ〕として表している状況は、上記でも述べたが限られた時間の中での通所業務であるため、「基本的に初日に20分の枠の中で初期評価してプログラムを立てていくので、余裕は無いです」、「やってほしいことを聞いて、それが出来るかどうかを確認するぐらいでプログラム立てたりもします。いいのかどうかは別です」と一人一人の対象者に《十分に評価が出来ない》と身体機能訓練を展開していく上での基本である評価が不十分な状況の中で、訓練を実施しなくてはならないことを述べていた。また、この基本である評価が不十分であるのに訓練を展開していくことで「本当に効果があるのかも良く分かってないんです。駄目なんですけど・・・」、「何を根拠に立ち上がりにしても、何にしても何回やってって言うてるのかって思う自分もいます」と《根拠曖昧のリハビリテーション》であることや、「利用者さんの様子を見て、まずまずやれてるなっていうことを確認してます」、「いいのかどうかは、それこそ感覚的な感じですかね」と《感覚的な実施》へと繋がって

いた。そして、身体機能訓練を中心に展開していくことで《拒否的な人も機能訓練へ》導いていくことへ「とにかく何かやらなくてはならないので、イヤって言っている人もやらざるを得ない状況もあります」と自問自答している様とともに、限られた時間の中で施設が要望する数をこなせてしまう自分に「やれてしまっている自分があるので、回せてしまってるんですよ。まずいなとも思いますけど・・・仕方ないです」と《回せてしまう自分への疑義》を強く感じている様子が見られていた。

これらは、専門職として行っている業務に対する自己批判的な側面を有していると考えられる。そして、本来必要である手順を簡略化することによって、展開している身体機能訓練そのものの有効性について、さらには自己に対して、疑義を感じながら日々の業務を遂行している状況があることを示している。

〔技術的問題〕では、上記の〔ジレンマ〕が生じてしまう状況の中、時間のない中でも効果的なリハビリテーションを展開するために、改めて感じる「分からないことも多くて、本当にいいのか・・・勉強不足です・・・」と《未熟な技術》を痛切に感じている様子が見られていた。また、身体機能訓練のやり方を提示しても頑なに自分のやり方を曲げない利用者などから「本来のやり方じゃないので、駄目だって行っても、これまでやってきてるんだって話を聞いてくれない人もいます」、「本人がいいって言うからもうお手上げで・・・」と《話が通じない人》の存在を認識し、そして、この様なコミュニケーションの問題から相手とのやり取りの中で、「あんまり言うとなりますし、怒られるとまずいですし・・・」と《難しい距離感》を認識している様子が見られていた。また、通所を利用していても《訓練ニーズ無し》の人もいるが、家族や施設からリハビリテーションの実施を要望される場合に、困難な状況の中で訓練を行わなくてはならないが、利用者への納得を導き出すことが難しい状況があることも窺えた。

これまで示してきたように通所リハビリテーションにおいて数多く展開されている身体機能訓練であるが、多くのジレンマや技術的な問題を抱えながら専門家は、自己の問題として向き合わなくてはならない状況になっていた。特に《根拠曖昧なリハビリテーション》、〔技術的な問題〕は、解決しなくてはならないものであり、訓練内容に対し専門家として明確な判断基準が無い状況になっている事が明らかになった。これでは、Ⅱ章で述べたが維持期リハビリテーションのエビデンスを求めていくのは非常に困難であることがうかがえる。しかし、この様なジレンマ、不安を抱えながら、次のプロセスで身体機能訓練の肯定的な認識と否定的な認識を同時に有するアンビバレントな感情が展開するプロセスへ移っていく。まず、訓練の効果をどの様に認識しているのかについて述べ、その後には訓練だけでは問題であることの認識について述べていく。

#### 【身体機能訓練による介入効果】

身体機能訓練の効果として〔在宅生活継続〕、〔直接効果〕、〔信頼関係〕、〔主体性〕という4つのサブカテゴリーが見られていた。

〔在宅生活継続〕では、3つの概念が見られ、1つは通所を《生活再構成の場》であるとし、「退院して、すぐに家に帰るとやっぱり出来ることと出来ないことがあるじゃないですか。だから、その出来ること、出来ないことを分かってもらって、ここに来た時に訓練す

るとかっていうことが大事だと思ってます。そういうことが分からないままでやっていると転んだりすることにも繋がって、また入院にもなっていくので・・・」と出来ること、出来ないことを確認できる場であり、その確認によって在宅生活での危険を学習することが効果的であるとしていた。また、「家にいたら寝たっきりでテレビ見てる人とかいっぱいいるんですよ。だから、こういうところに来て、すこしでも活動してもらえれば、それ自体が重要なことだと思ってます。」と自宅にいるとすることが無く、不活動の状態になってしまうが、通所では自分の好きな活動を行うことや、何らかの活動への参加を促すことも出来るとし、《デイケアと自宅での生活の仕方の違い》そのものが有効に機能していると判断していた。そして、3つ目として利用者は在宅生活を希望しているから、「まず、ずっと通って来ていることが大事です」、「通ってこれていることは機能もある程度維持されていると思います」と《通えることが重要》とし、通っている間は在宅生活の継続が可能であると考えていた。この様に身体機能訓練の直接的な効果ではないが、通所リハビリテーションを利用することで、活動性が向上することや身体機能に合わせた生活の仕方を学習することで、在宅生活の継続延伸に効果的であると判断し、自らの介入意義を見出していた。

身体機能訓練の〔直接効果〕では、当然ではあるが《機能変化》をあげ、「廃用の人はある程度回復します」、「時間は長くかかるかもしれませんが、良くなる人はいます。」と高齢者であっても機能的な変化が見られ、直接的な効果としてとらえていた。そこでは、歩行距離の延長、転倒の危険性の減少など、身体機能訓練によって機能は変化する利用者が存在していることも語られていた。

また、この様な機能的な側面ではないが、〔信頼関係〕も一つの効果として見ており、訓練内容に対し、一方的にどの訓練を行ってくださいという指示を出すだけの関係から、《一方的ではない関わり》として、「だんだん関わりも長くなってくると、利用者さんの方から、次はこんなことしてみたいとかの話をしてくれるようになるんです。」と、利用者が訓練の意味を理解することで、利用者の方からも訓練内容に関する要望、質問が出ることを一つの効果としている場合や、〔主体性〕として「黙っていても、徐々にやってくれるようになっていくんです」、「やっぱり、自主的にやっていく人は良くなると思います」と《自主訓練》に取り組む姿や虚弱となった身体に対し真摯に向き合っていることも効果の一つの形として判断していた。

この様な介入効果をリハビリテーション専門家は認識し、身体機能訓練への介入を、意義あるものと正当化し、身体機能訓練を継続していく要因となっていた。

### 【不十分な生活介入】

これは、上記で述べた身体機能訓練の効果判定とは異なるもので、身体機能訓練を行っていることの正当性を認識しつつも、維持期のリハビリテーションとして、より生活に密着した介入の重要性を認識している姿である。そして、全体数からみて、〔数少ない機能訓練以外の介入効果〕の問題を挙げている。「本当は、もっとやらなきゃならないことがあるんですけど・・・なかなかやれてません・・・」、「買い物とか、散歩とかも、もっと行きたいんですけど・・・いけないです」と、維持期の特徴を考慮した介入が、ほとんどできていない状況に対する認識である。そして、この状況を打開する難しさとして〔介入の時間的制限〕が述べられ、その具体的提示として《20分の時間制限》付きの中では、「時間

の中で、やれることは限られますよ」、「話をしたら 20 分なんてすぐ立ちますよ。話もまともに聞いてないですもん」と、生活に密着したリハビリテーション展開が難しいことを述べていた。つまり、維持期のリハビリテーションの重要性は認識していても、20 分という時間枠の影響も受け、現実的に困難な状況がそこにあると述べている。そして、この現実的な問題によって、生活介入への必要性を認識していても、効率的に提供が可能である身体機能訓練が継続されていくのである。

これらのプロセスを経て通所リハビリテーションにおいて身体機能訓練は提供され続けていくことになっていた。このプロセスで特徴的なのは、上部と下部に分かれる 2 段階のプロセスを有していることである。上部では、社会で期待されているリハビリテーション専門職の役割を認識することで、身体機能訓練が提供されていくことになる。そして、下部では、専門家自身が、技術に対する不安・苦悩やアンビバレントな感情を有しながら身体機能訓練を循環させていく様子が見られていた。この不安・苦悩などのアンビバレントな感情が生じるのは、社会ニーズと専門職の専門性の不一致が原因であると考えられる。この状況は、今回のプロセス全般に影響を与えるものであるが、専門職の人は、この不一致問題に対し、上部プロセスの制度、施設などに働きかけを行わず、下部プロセスの専門家が個人の問題としてとらえ、対処しようとしている事がわかった。

この様にアンビバレントな感情を抱きつつ、本来必要であると思われる介入ではなく当事者が望む身体機能訓練を提供している。次節では、この状況に対し考察を行うこととする。

### VII-3 身体機能訓練を提供し続けていく専門家のプロセスについての考察

本節では、調査によって得られたプロセス結果から、以下の 3 点について考察を行い、専門家が、自らの専門性に疑問を持ちながらも、社会に期待される役割として身体機能訓練を提供し続けて行く状況について分析を行う。

専門家が、身体機能訓練を継続・循環させていく要因は、複数の要因から成立していると思われる。そこで、①身体機能訓練が必要であるという認識に至るプロセスについて②身体機能訓練を実施する専門家の自己正当化の状況について③専門性を発揮できない専門家についての以上 3 点について考察を行う。

#### VII-3-① 身体機能訓練が必要であるという認識を生じさせていくプロセスについて

本プロセスの上部に示した社会で期待されているリハビリテーション専門職の役割認識が、どの様に作用することで、身体機能訓練が実施されていくのかについて考察を行う。

このプロセスは、【リハビリテーションに対する社会イメージからの要請】、【制度からの要請】、そして【施設からの要請】と 3 つの側面からの要請に答えていく必要があると認識し、その結果、身体機能訓練を実施していくプロセスとなっていた。まず、その内容を見ていくこととする。

【リハビリテーションに対する社会イメージからの要請】では、当事者、家族、そして



施設内の他職員からも身体機能訓練が要請され、《身体機能訓練でなければリハビリテーションじゃない》とする当事者の存在も確認できた。これに対し、リハビリテーション専門家は、〔リハビリテーションイメージの尊重〕、〔サービス成立目的〕という2つのサブカテゴリーをもって対応している。これらは、回復しきっていない身体を回復させたいと願う当事者の欲求を理解し、応えていくことがサービスとして成立するための一歩として捉えている。つまり、たとえ回復が、不可能であったとしても病前の身体機能までの回復を願う当事者の思いへの理解であり、その希望を削ぐことは対象者のニーズでは無いとし、願いどおりに身体機能訓練を実施していくことになっていると思われる。しかし、それは下部プロセスの中で示されているが、身体機能訓練よりも、本来は必要な介入が別に存在していることを把握した状況であっても提供している。そして、この社会からの要請に応えることは、同時に【制度からの要請】で見られる〔相手に選択権〕という制度的な側面への配慮も同時に行うことが可能になっている。つまり、相手が望む介入を行うことは、サービスを成立させることに繋がり、当事者のニーズと制度要請という2方向からの要請に応えることが可能になっている。この2つの要請に応えていく手段として身体機能訓練は選択されやすい介入であると考えられる。

また、もう一つの【施設からの要請】を見ると、経営的な側面から〔数を見なくてはならない〕ことを意識している。「数を見よ」と所属施設から経営的な側面から圧力をかけられる専門家は、個別リハビリテーション加算を取ることで、その所属施設へ経営的側面へ貢献しなくてはならないことを意識している。このことを満たすために身体機能訓練は、合理的な一つの方法であると考えられる。例えば、数をこなすひとつの方法として、〇〇m (■周) 歩く、▲回立つなどの訓練指示は、他の利用者にも共通して提示可能な表現方法である。つまり、その裏には、個々人の生活背景をとらえた上での訓練は、最も容易に想像することのできる物理的環境を例にあげても、ベッドの高さや、家具の配置など様々な事柄に配慮しなくてはならず、その準備だけでも時間を要し、数を見ることに弊害をもたらしてしまうのである。したがって、身体機能訓練は、この様な現実的な問題をクリアしていくためにも取り入れられやすい介入方法なのである。

これらの【リハビリテーションに対する社会イメージからの要請】+【制度からの要請】と【施設からの要請】の3つの要請に合理的に応えていく手段として、リハビリテーション専門家は身体機能訓練を実施していくこととなっている。特に当事者が回復しきれていない身体状況への回復を目標に身体機能訓練を望み、その望みを制度として選択できるサービスとなっている現状が、専門家を身体機能訓練実施と導いていく大きな要因となっていると思われる。

身体機能訓練を実施していくまでに専門家は、上述の様な認識プロセスを経ていたと思われるが、そもそも多くの当事者は、なぜ身体機能訓練を希望することになっているのかが重要な問題であると考えられる。そして、それが社会ニーズとして広がっているために、専門家は身体機能訓練を提供しなくてはならなくなっている。そして、その要因はいくつか考えられる。例えば障害を有する、もしくは虚弱になってしまった自己の身体、または、自己制御不能になってしまった身体を再び制御可能な身体へ取り戻すことへの希求もその一つである。医療保険制度によって、限定された期間のリハビリテーションでは、十分に

回復しきれていない身体を有している不全感が、それを望むことの一つの要因となっていると思われる。また、この介護保険制度を利用している当事者の多くは、実際に急性期や回復期で、その身体機能の回復を目的にリハビリテーションを経験しており、そこでの経験によって完全ではないが、機能回復の経験も有している（これはⅣ、Ⅴ章でも示されている）。この回復経験によって訓練を望む場合が多いことも理解できる。

しかし、この個々人の内的な不全感のみで（痛み刺激は別として）、当事者に身体機能訓練をこれほど多く望ませているとは思われない。それは、障害を有する、もしくは虚弱になった身体を有する者の在り方が社会によって規定されていることが大きく影響していると考えられる。Ⅱ章で示したが、そもそも介護保険は、制度として身体機能訓練の実施を重要視しており、何らかの原因で弱くなっている身体機能があるのならば、その機能を訓練することで、回復・維持可能であることが示されている。そして、現在よりも機能が低下しないように努めなくてはならないと介護保険法4条で示されているように制度からも身体機能訓練を継続して取り組むように求められている。この機能が低下しない状況は、これ以上悪くさせないという「介護予防」の名を持って、身体機能訓練の有意味性を高めている。これは、当事者はもとより家族へも、その必要性に対する認識は十分に広まっており、この部分の専門職はリハビリテーション職であることが社会イメージとして定着している結果が、今回のプロセスの中で提示されていると考える。つまり、虚弱、障害を有する高齢者が、リハビリテーションを実施していく意味が、しっかりと社会に定着した結果の表れとして、現状が専門家に突き付けられているのである。

この状況は、介護保険を利用する当事者は、現在よりも身体が弱くならないために、リハビリテーションを実施することが規範として提示されている状況になっていると考えられ、その結果として身体機能訓練を望む高齢者、もしくはその家族が多く存在しているのであると考えられる。

コンラッドやシュナイダー（1992=2003：458）は、医療という手段を通じて逸脱行為の軽減、除去、正常化が行われ、社会規範への忠誠を確保するために医療が（意識的にか無意識的にか）作動する、その作動様式を医療による社会統制と述べている。また、フーコー（1979=2006：292）は、住民の健康療法として医学の側からのいくつかの強制的介入と統制によって、生活条件や住居や習慣に対し「医療—行政」的な知が形成され始め、住民に対する政治—医学的な影響力も形成されたとしている。そして、住民は生存や行動の形式一般に関わる一連の指示によって統率されたとしている。イリイチ（1976=1979：219）も、同様のことを述べており、健康は本能の結果ではなく、社会によって作られた現実に対し自律的ではあるが、それは文化的に形成された反応であると述べている。そして、医療が介入しない社会は、より健康のための最善の条件を準備するとしている。

これらの先人達が述べている医療という手段を持って国民に対する「統制」、「統率」という考えを介護保険利用者である当事者に当てはめると、高齢になることで、低下する、もしくは、している機能を有している高齢者は「逸脱者」となり、予防的にリハビリテーションに取り組む「行動様式」は、コンラッドとシュナイダーが述べている様な社会規範への忠誠の表れであり、フーコーが述べている医療と行政の知によって規範が作られ

たものとするれば、介護保険下でリハビリテーションに取り組む多くの高齢者像の様相に酷似している。先に示したが、維持期である高齢者に対するリハビリテーションに対する疑義は、明らかに存在し身体機能を維持していくためには他の方法もあり得るのであるが、それが提示されるのではなく、単純明快に低下しているものを向上せよと提示している行政―医療の在り方の問題によって、高齢者が努力する姿勢が規範として提示されているのが現状と考える。

この様な本来、医療が扱うものでなかったものを医療の枠組みの中で扱うことを医療化 (medicalization) の問題として広く知られている。野口 (2001: 224) は、この医療化問題は、人々を納得させることのレトリックがあれば、ある現象は「医療化」されたり、「脱医療化」されたりするとしている。現在の介護保険を利用する高齢者へのリハビリテーションに展開されているレトリックの状況は、至極単純明快な「リハビリテーションをすれば身体機能は改善・維持される」となっていると考える。そしてまさに、このレトリックによって多くのリハビリテーション専門家は、身体機能訓練を提供し始めている現状があることを今回のプロセスで見出すことが出来た。この医療化問題を含めた高齢者が身体機能訓練を望む状況については、本研究の全体考察として、後のⅧ章の中で改めて取り扱うこととする。

#### Ⅶ-3-② 身体機能訓練を実施する専門家の自己正当化について

本プロセスの下部において専門家は、上部プロセスによって展開されていく身体機能訓練を循環させていく形になっていた。しかし、その循環プロセスは、相いれない2つの感情を抱きながら循環させていた。1つは、身体機能訓練を展開することでの介入効果による訓練の「正当性認識」によって循環させていくプロセスであり、もう一つは現状の介入では不十分であると感じつつも、時間的制約などの「現実的問題認識」から仕方がないものとして循環させていくものであった。そこで本項では、このアンビバレントな2つのプロセスが同時に成立している状況が、どのような構成で成立しているのかを検討する。

改めて図の下部となる、身体機能訓練を循環させていくプロセスを見ていくと訓練を行うことによって生じる〔ジレンマ〕や〔技術的な問題〕を抱えながらも身体機能訓練を提供していくプロセスを経て、ここで問題として扱う2つのプロセスが生じている。まず、正当性認識を担保している効果の内容を振り返ると、効果としてあげられているのは、〔在宅生活の継続〕、〔直接効果〕、〔信頼関係〕、〔主体性〕の4つがあげられていた。しかし、この効果内容をよく見ていくと、直接効果以外は身体機能訓練による効果とは言い難いものを効果としてあげていることに気づく。残る3つは、身体機能訓練を提供しなくても得られる、副次的なものである。しかし専門家は、これらを効果として認めていかななくてはならない状況がある。つまり、専門家として提供している事柄に、何らかの効果を見出せなければ、利用者である高齢者ばかりでなく、家族、そして同僚である他の施設職員からも、その専門性に疑問を与えるものとなる。このような状況を招くことは、専門職の専門性自体への疑義へとつながり、さらには、専門家個人の能力への疑義につながっていくことにもなる。この様な状況を避けなくてはならない専門家であるが、維持期高齢者の身体機能への介入とは、維持すらも難しく、年齢とともに低下していくのが一般的である。

したがって、副次的な効果も効果として訴えていかなければ、自らの専門性を維持していくこと、自らの能力を維持していくことが困難なために、それらを効果としているのではないかと考える。

そして、もう一方の生活への不十分な介入であると認識している上で、身体機能訓練を循環させていくプロセスは、上記でも述べたが、制度、そして施設から、専門家にかかる圧力が大きく影響している。個別リハビリテーション加算の算定条件は、20分以上の個別介入であり、20分で出来ること、20分で利用者が満足出来るようなプログラムを作成すればよいのであり、保険請求上は生活に介入しようが、しまい、20分の介入であれば算定可能である。したがって、生活環境までを含めたプログラムではなく、加算を考慮に入れたプログラムであり、まさに実という利益主導となっている。また、制度の中に記載されている「20分以上」という表現にも問題があると考え。つまり専門家が、専門家の判断として、例えば40分診療しても算定上に法的問題無い。しかし、先ほどからも述べているように、介護保険の中では、専門家は数を優先せざるを得ない状況に置かれており、いわば「20分以上」という算定基準は、専門家にとって「免罪符」的な働きを有していると考え。これは、制度的にも必要な人に十分なサービスを提供していくためには、その対価を明確に設定しなければ、この問題は基本的に解決しないと考える。

ここまで述べてきた実状は、専門家が専門職として成立していくために、社会に認められなくてはならない厳しい状況が描かれていると思われる。まず専門家は、自らの専門性を認めてもらうために、社会ニーズを満たすことが重要であることを認識している。この社会ニーズを満たすために前項でも検討したが身体機能訓練を実施し、そして本項においてそれを満たすために身体機能訓練を循環させているのである。しかし、そこでは本来、より実施していかななくてはならないサービスがあることを感じながらの展開となっている。明らかに自己矛盾が生じている中で、自己正当化を行っているのである。そして、自己否定よりも正当化が勝っている状況になっているために身体機能訓練が循環されることになっている。しかし、この状況を展開しなければ、社会にマッチングしない専門職となり、社会から排除されることに危険性を感じているものと考え。

この様な専門家の専門性を問うことを目的に調査が行われているのが、職業的なアイデンティティ研究である。特に看護領域において数多くの先行研究が見られ、リハビリテーション分野においても長谷（2001）、奈良（2000）などの文献も見られている。職業的アイデンティティとは、仕事には社会的期待が多く含まれ、個人の資質とのバランスの問題が指摘されている。つまり、今回の様な自己正当化していく状況も、これらの社会的要請に対する自己能力の関係が示されている。そして、今回のプロセスの中で各専門家は、現状ではこれが限界であることを自己正当化という方法によって提示しているのである。

これまで、アンビバレントな感情の中で身体機能訓練を提供していくリハビリテーション専門家の状況を述べてきた。そこでは、通所リハビリテーションにおいて、その自らの立ち位置を身体機能訓練によって保持しようとしているが、実は、その訓練展開によつて自らの立ち位置を危うくしていると思われた。それは、専門性を発揮できていない専門家の在り方になっており、専門家にとって大きな問題であると考え。したがって次項では、

専門性を発揮できない専門家という問題がどの様に生じているのかについて検討を行うこととする。

### VII-3-③ 専門性を発揮できない専門家

これまで述べてきたように、リハビリテーション専門家は、その専門性について当事者をはじめとする社会イメージからの要請、制度からの要請、そして所属する施設からの要請という3つの異なる側面からの要請に応える/応えているために、身体機能訓練を実践している。しかし、この実践は、逆に専門家を不安定な状況に追い込んでいると思われる。そこで、本項では改めて専門家、専門職とは、どのような存在であるのかについて確認を行い、介護保険制度下におけるリハビリテーション専門職について検討を行うこととする。

専門職の定義としては、多くの人がある定義を述べている。林（2001：180）は、専門職とは学問的に定義された「理念型」としての概念であり、用語であるとし、定義の内容は、論者によっても若干の相違があるとしている。天野（1972）は、欧米の専門職論を概観し、専門職制の構成要因として整理している5項目を紹介している。

- ①理論的知識に基づいた技術を必要とし、その獲得のために専門化された長期間（通常高等教育以上）にわたる教育訓練を必要とする
- ②その職業に従事するためには、国家ないし、それに代わる団体による厳密な資格試験をパスすることが要求される
- ③同業者集団としての職業団体を結成し、その組織としての統一性を維持するため、一定の行動規範が形成される
- ④サービスの提供は営利を主たる目的とすることなく、公共の利益を第一義的に重視して行われる
- ⑤雇用者、上司、顧客などから職務上の判断措置について指揮・監督、命令を受けない職務上の自律性をもち、また職業団体としての成員の養成・免許・就業などについて知の自己規制力を持つ

そして、以上のような「専門職」の定義に当てはまるのは、弁護士、宗教家、そして保健医療分野では医師のみとされているとしている。また、看護は準専門職として規定されていると天野が述べているとしている。

谷内（2008）は、キウーラやホールを参考にプロフェッショナルの要件として次の5点を挙げている。

- ①プロフェッショナルは、特定の専門分野において高度な専門教育を受け、あるいは長年にわたる熟練に基づき、高度な専門的知識や技能を有する
- ②プロフェッショナルは、特定の専門分野における集団や機関に属するとともに、そこにおける集団規範やルールを遵守する。
- ③プロフェッショナルは、特定の専門分野や専門家集団における自己の評価や評判に大きな関心を持つ
- ④プロフェッショナルは、仕事に対する誇りと職業的使命感をもち、金銭的な報酬よ

りも仕事内容や出来栄に強い関心がある

- ⑤プロフェッショナルはセルフマネジメントの原則に基づき、仕事をデザインし、みずから自主的に最適な意思決定をする。

波頭（2006：15-21）は、プロフェッショナルの定義を一言で表すと『高度な知識と技術によってクライアントの依頼事項をかなえるインディペンデントな職業』であると述べ、分散すると①高度な職能の保有、②特定のクライアントの問題解決、③インディペンデントな立場の3点を形態的要件としてあげ、①公益への奉仕、②厳しい掟の遵守の2点を意味的要件として、これら5点を満たすものがプロであるとしている。そしてプロフェッショナルの掟として①顧客利益第一、②成果施行、③品質追求、④価値主義、⑤全権意識の5点をあげている。この中でも、①顧客利益第一は注目すべきで、たとえクライアントが望んだ事柄であったとしても、将来的に顧客の利益にならないのであれば、それは拒絶する姿勢をとること、これがプロフェッショナルとしての最重要規範であるとしている。そして、プロフェッショナルが行うことは、商売ではないので、お客様は神様ではないとも述べている。

宗像（2005）は、司法における患者の自己決定権と医療機関の説明義務の中で、医療従事者は、極めて高度の注意義務が課されていると述べており、最善の注意義務を果たすために、絶えず研鑽し、新しい治療法についてもその知識を得る努力をする義務が課されているとしている。つまり、専門職は法的にも義務を課されている集団であるといえる。

パーソンズ（1951=1974：450）は、専門職役割は自我指向というよりも、主として集合体施行によって制度化されているという事実を注意を払うのは価値のあることであるとし、近代「資本主義」社会における高い水準の職業役割の中で、もっとも戦略的に重要な一類型を代表した実業家の役割から逸脱している職業役割を理解したいという願望があったのは、医師であったとしている。

フリードソン（1970=1994：iii）は専門職の概念として、素人へのサービスが、どう統制されるべきかについての規範的諸前提に基づいており、またこの概念は、これらのサービス提供を組織化する特殊な社会構造によって現実へと転化されることを述べている。専門職概念は、保健医療サービスの具体例の中で、どのように提示されているであろうかとし、素人の意見は専門家の意見に従属させられる可能性が極めて高いということが指摘できるとしている。また、この従属は、専門家はきわめて秘儀的知識と高い人道的な意図をもち、それゆえ専門家が、しかも専門家だけが、素人にとって何が善であるかを決定する権利を賦与されるべきであるという前提に基づいていると述べている。

これらの定義を見ていくと専門職には、長い教育期間があり、高度な専門知識を有し、国や機関から資格としてあたえられ、公益性を保ち、自律性を持った集団であり、そして法的義務が存在していると言える。また、各専門職によって倫理綱領も見受けられ、それぞれの専門職によって行動規範が存在している。更につけくわえるならば、波頭（2006）、フリードソン（1970）などが述べているように素人にとって何が善であるか、顧客利益第一を考えることが専門家の専門家たる所以であることが分かる。

これまで、専門職についてさまざま概観したが、本論で取り上げている維持期の介護保険下のリハビリテーション専門職は、これらの基準を満たしているのかを考察していく。

まず、長期間の教育期間は専門職として最低 3 年は教育を受け高度な専門知識を習得しなくてはならず、医療保制度、介護保険制度のもとでの労働を考えると公共性も有している。そして国家資格であり、守秘義務や説明責任などの法的問題を考えれば、専門性に関する、ある程度の基準は満たされていると思われる。そして、専門職集団としての行動規範としての倫理綱領も存在している。しかし、自律性や波頭が述べている顧客利益第一の掟には、十分な体制が取れているとは、今回得られた結果では見えてこない。

まず、自律性についてであるが、身体機能訓練の内容までは問われないとすれば、その部分の自律性は保持されていると思われる。しかし、専門家が決定することが出来る「身体機能訓練」と「そうではない訓練」の選択が、まず阻害されている。それは、【制度からの要請】によって〔相手に選択権〕があるサービスの提供となっていることが大きく影響していると思われる。また、1 項でも検討した当事者をはじめとする【リハビリテーションに対する社会イメージからの要請】も経営的な側面も考慮しながら、選ばなければならないサービスとして、身体機能訓練を実施していくことになっていると考える。これらから、介護保険制度下のリハビリテーション専門家は、その専門性を担保する自律性がかけていると思われる。本来は生活への介入が重要であることに気付きながらも、それが行えていないということであれば、その専門性の自律を十分に保守しているとは言い難い。また、顧客利益第一も同様であり、重要な介入支援があることを理解していてもそこに踏み出せない実状は、天野や波頭が述べていた営利目的ではない介入ではなくなっており、専門家として難しい現状があることを示している。このことは、先に介護保険制度という制度下での労働であるため、公共的であると述べたが、より本質を見ていくと、本来の必要なサービス提供を展開できていないとするならば、公共性を有しているとも言い難くなる。

これらの要因より、介護保険制度下におけるリハビリテーション専門職の専門性は、一部ではその要件を満たしていると考えられるが、十分とは言えないと考える。また、この状況は「専門家支配」という言葉が存在し、その支配を否とする論調もあるが、介護保険制度下における専門家もまた、制度や社会によって「支配される専門家」として存在していると言える。これらは施設に所属している専門家であることも影響している。独立している専門家であれば、営利目的を考慮せず、その専門性を専門家の判断として提示することが可能であると思われる。しかし施設に所属している専門家は、その施設の運営方針、経営的側面を考慮しなくてはならないことに繋がり、その専門性を危機にさらさなくては専門職として存在しにくい状況があることを意味していると思われる。この様な事柄に長尾（1983）は、組織体と専門家の在り方においては、コンフリクトを生じる傾向が大きいことを指摘しながらも、互いに相互依存的であると述べている。そして、どちらかが全的に吸収することによって、コンフリクトの消失を期待することを意味するものではなく、両者によって歩みよる場合があるとしている。しかし、場合によっては、本来準拠すべきプロフェッションから離れ、現在所属する組織体の原理に同化し、組織体における上位者を準拠とする傾向によってコンフリクトを回避する場合もあると述べている。今回のプロ

セスの中で見られているのは、この長尾の述べている上位者（施設、制度）によって定められたものへの準拠となり、本来準拠すべきプロフェッションから離れてしまっていると考えられ、介護保険下のリハビリテーション専門職は、その専門性を十分に担保出来ていない状況にあると言わざるを得ない。

これまで、多くの先人達が述べる専門性を元に論を進めてきたが、これらの専門性と異なる定義をしているのが鷺田（2007：228-253）である。鷺田は、その著書の中で、専門家を特徴づけるものは、収入でもなければ、長期の訓練、デリケートな任務、あるいは社会的格式とかいったものではなく、人を顧客と定義し、その人の必要を決定し、その人に処方方を申し渡せる権威こそ、専門家の特徴なのであるとしている。そして、本論文と深い関係があるケアの専門性への言及の中で、感情労働としてケアは存在し、資格は付きまとうが、人生の経験をたくさん積むということが、ケアの実際には、資格以上に働くことを指摘している。また、介護は、家族が負担するのが当然という考え方から、ケアを公共的に担う考え方に移行しつつあり、ケアの専門性は専門職としては特殊であることを述べ、人自身の問題、その特異性の前で、「他者本位」状況に応じて自らの専門的知識や技能を棚上げにすることができるということが、その専門性として要求されるとしていると上記までで述べた専門家の特徴とは、大きく異なることが分かる。

鷺田は、ケアの専門性は、受ける者のいる状況を専門家自らインヴォルブし、特に「他者本位」として、その専門性を棚上げすることの重要性が語られている。そして、べてるの家の例をあげ、特異性と代替可能性がある人という存在として、ケアする者とケアされる者の反転という事実をも含めるとケアの専門性と非専門性の境が揺らいでくるとしている。そして、人と人との関係の中で起っている出来事にはどういう意味があるのかを問いただすのは、その後のことであるとしている。そうすれば、「ケアのエキスパートとして」と言った硬直した問いから放たれるであろうとしている。

この鷺田の論は、ケアの特別性を指摘し、その上でケアにおいて重要なこと、特に対人援助、感情労働としての側面を強調していると思われる。そしてケアの専門性において鷺田以前に述べた先人達の専門性と大きく異なるのは、家族でも出来ていた介護を専門的に生業とする職業が必要になった社会的な社会構造の変化の中で生まれてきた性質の専門家であり、家族が行っていたということは、長期間の専門教育が必要であることを意味せず、まず今目の前にいる対象者に人として接し、そして人としての存在を認めることが出来ることが、ケアにおける専門性を示していると思われ、そこに場合によっては、専門性を棚上げできることの重要性を示していると考ええる。

しかし、この鷺田の論は、その「現場性」という側面から、理解することが可能であるが、専門家、専門性を考えていく上では、これらを棚上げすることは他の職種においても必要なことではないかと考える。具体的には、弁護士が少年犯罪の弁護を行う際に、少年は弁護士に不信感を抱き、黙秘を続けていくとする。この時、弁護士は、少年からの信頼を得るために弁護士としてではなく、人間としてその少年の存在を認めようと努力していくことがあるとする。この様な事柄を弁護士の専門性なのかと問われれば、専門性ではないと考える。しかし、鷺田の論ではこれがケアの専門性となるのである。鷺田は、人と人との問題としてケアの問題の特別なものとして提示しているが、その他の専門職も人と人と



の間で成立するものであり、状況に応じてその専門性は棚上げする場合が十分に考えられるからである。したがって、ケアだけの専門性かと問われれば、それは異なると考える。つまり、ケアの専門性もそれだけ特別なものではなく、人と人との間に介在する専門職は全て同じものであり、他の専門職と同様の状況の中で検討していく必要があると考える。また、もう一つ別の視点から考えると、ケアの専門性と言った時に、他者の身体に触れる存在であり、この身体的な知識を棚上げしての専門性は、あり得ないと考える。したがって、棚上げすることでの有効性も一部で認められるが、鷺田が述べているケアの専門性を全面的に支持することはできないと考える。

これまで3項において、介護保険制度下におけるリハビリテーション専門職が①身体機能訓練が必要であるという認識を生じさせていくプロセス②身体機能訓練を実施する専門家の自己正当化について③専門性を発揮できない専門家について述べた。そこでは、専門性を守るために身体機能訓練を提供しつつも、そのことによって自身の専門性を危うくしているという側面が見られていた。また、その危うい状況の中で専門性を保持しようと、直接的な効果ではなく副次的に生産される内容までも効果にしなくてはならない苦しい状況も見てとれていた。これらは、制度と当事者をはじめとする社会から要請される事柄に対処するための苦肉の策であることが分かる。そして、この苦肉の策が、専門職の専門性を危うくしているのである。まさに、介護保険制度下でリハビリテーション専門家が展開している実践は、自らの首を自らで締めている様な状況になっていると思われる。

VIII章 介護保険制度下のリハビリテーションに異なる態度が見られる高齢者像について  
— 「積極的」、「積極的ではない」、「拒絶」という当事者の態度と専門家の態度によって展開されるリハビリテーションは何を意味しているのか—

これまでIV章からVII章において、当事者および専門家が、どのような状況の中で継続的に維持期リハビリテーションを展開しているのかについて述べてきた。それらの結果を要約すると次の様なものであった

IV章の維持期リハビリテーションに「積極的」に取り組んでいく高齢者のプロセスは、  
『外的環境からの監視によって、当事者が患者の専門家へと導かれていく』

V章の維持期リハビリテーションに「積極的ではない」ながらも継続している高齢者は、  
『非否定的な環境の中で、通所目的を変えながら自律的な訓練の継続』

とリハビリテーションを継続している状況は同一であったが、その対峙の在り方から継続状況のプロセスに違いが見られていた。

また、VI章において、現状ではリハビリテーションを「拒絶」していた当事者の拒絶に至るプロセスでは、  
『身体機能訓練の継続よりも自律生活の獲得選択していく』

と専門家が勧めるものよりも、自らの判断でどの様に生活を組み立てていくかということに重点が置かれていた様子が見られていた。

この様に介護保険制度下の維持期リハビリテーションに当事者は、「積極的」、「積極的ではない」、「拒絶」という異なる対峙を見せていた。特に「積極的」、「積極的ではない」という違いは、当事者に対する家族をはじめとする外部環境の在り方が、大きく異なっていた。「積極的」な人の家族は、当事者にリハビリテーションを行う事を「強く」促しているのに対し、「積極的ではない」人の家族は、当事者に「ゆとり」を与えながらリハビリテーションを促していた。この家族のリハビリテーションに対する促し方の違いが、当事者の態度に大きく関与しているものと思われた。また、「拒絶」に至っては、当事者自身の生活に大きく関与する決定は、家族が行うのではなく、自己で行うという意志によって、家族の関与が全く見られていないものであった。

そして、VII章のリハビリテーション専門家が身体機能訓練を提供し続けていく様子がどの様になっているのかについては、

『社会的要請によって、本来必要であると認識している介入よりも、効率的な身体機能訓練を循環させていく』

ものとなっていた。

以上に示したように、当事者と家族、そして専門家が、維持期リハビリテーションにおいて見せている態度が、どの様に形成されているのかというプロセスをフィールド調査及び、インタビューで明らかにしてきた。特に、この調査を行う事で明らかになった事は、当事者自身の自律した意志を明確に示すことが出来ていたのは、VI章のリハビリテーションに「拒絶」の態度を示していたプロセスのみであると思われた。また、専門家を含めた他の3つのプロセスは、家族や所属施設をはじめとする外的環境の影響を強く受けながら現状のリハビリテーションを展開しなくてはならない状況になっているものと思われた。

これらの調査結果を踏まえVIII章では、最終考察として、これらの人々が示している態度をどの様に説明することが可能であるのかを検討していく。この状況を説明していくためには、当事者とその家族、専門家というマイクロレベルの問題から、事業所、医療化論の問題というメゾレベルの問題、さらには国家財政、健康至上主義、監視社会というマクロレベルの問題までを包括するものと考えられ、それぞれのレベルで検討していく必要があると考える。それは、この介護保険制度下のリハビリテーションが単に当事者と専門家の間で起っているマイクロレベルの問題だけではない事が、本調査結果で示されているからである。具体的には、IV章で示したように「積極的」な取り組みを見せている当事者が、リハビリテーションを規範化され/させていくプロセスやVII章で示したように専門家が、所属する施設の経営や競争原理に巻き込まれながらサービスを提供している実態があること、また当事者がサービスを選択することが可能であるという制度的な問題が影響している事が明らかになっており、単に当事者と専門家というマイクロレベルでの説明では、不十分であるためである。

したがって、本章では、マイクロ・メゾ・マクロという、それぞれのレベルにおいて考察を行い、介護保険制度下におけるリハビリテーションの状況を説明していくこととする。

本章の構成を以下のように行う(図 VII-1)。

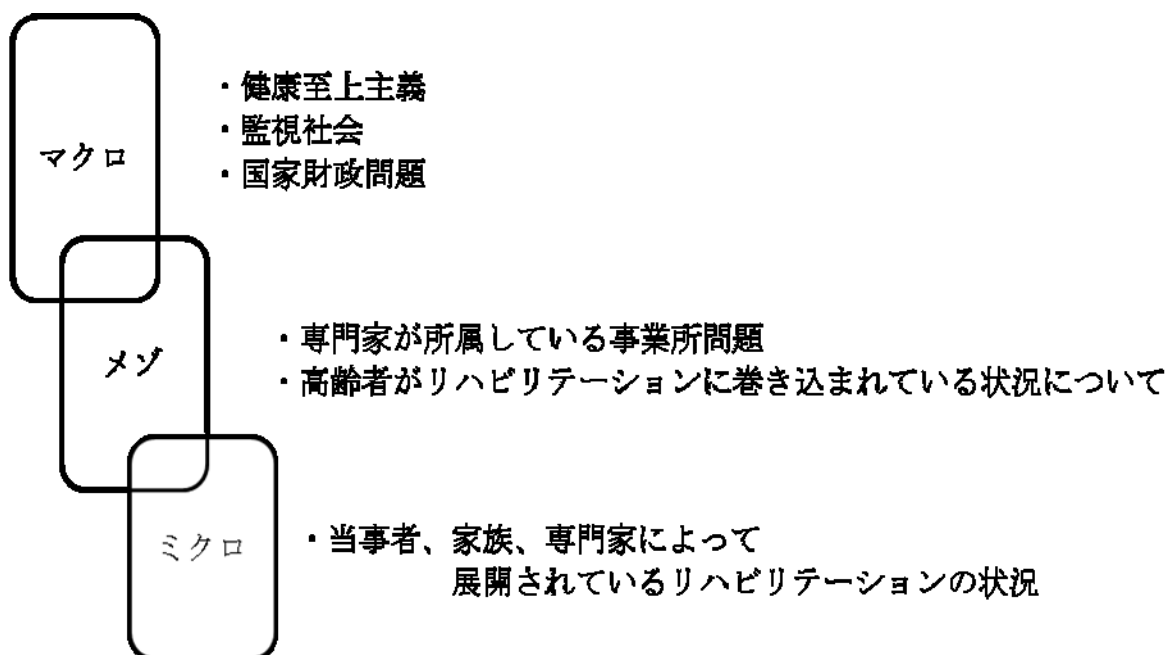


図 VII-1 VII章の構成について

1 節 当事者とその家族、および専門家で展開されているリハビリテーションの状況について—ミクロレベルの問題として—

フィールド調査を行った 3 つの当事者のあり方の違い、当事者と専門家の関係についてのべ、このミクロレベルで何が展開されているのかを提示していく

- 1 項 リハビリテーションに対する態度の違いがどの様に発生しているのかについて  
—「積極的」、「積極的ではない」、「拒絶」という 3 つのプロセス比較
- 2 項 当事者と専門家の関係について  
—3 つの異なるパターンと専門家の関係について
- 3 項 ミクロレベルで起っている維持期リハビリテーションが虚像化について

2 節 多くの障害を有する、もしくは虚弱な高齢者がリハビリテーションに巻き込まれている状況について—メゾレベルの問題として—

ミクロレベルで見られていた虚像としてのリハビリテーションの問題は、専門家が所属している事業所の問題、そしてリハビリテーションが規範化されていく問題という 2 つの問題を抱えていると思われた。そこで、以下の項目について検討を行う。

- 1 項 制度と利用者によって影響を受ける事業所に所属している専門家について

2 項 リハビリテーションが規範化されていく様相について

3 項 ミクロとマクロを結びつけるメゾレベルの特徴

3 節 介護保険制度によって、リハビリテーションが努力義務化されている状況について  
—マクロレベルの問題として

I 章で述べた自己責任が問われる現代社会において見られている健康至上主義の影響、それと深い関係を持つ監視社会の問題、そして介護保険法が必要になっていた国家財政の視点から問題を明確にしていく。

1 項 健康至上主義、「病」の自己責任の問題について

2 項 監視社会の影響について

3 項 国家財政論からの問題について

という 3 節で構成し、現在の介護保険制度下で展開されているリハビリテーションを論じていく。尚、これらのミクロ、メゾ、マクロの問題では、互いに影響を及ぼす要素が多いため、図VIII-1で示したように重複する部分が出てきている。したがって、重複する部分については、例えば、メゾの問題を述べる時にミクロレベルで見られていた具体例をあげながら、説明していくこととする。

VIII-1 当事者とその家族、および専門家で展開されているリハビリテーションの状況について—ミクロレベルの問題として、承認を求めているリハビリテーション—

本節では、今回の調査結果を元に当事者とその家族、そして専門家間で展開されているリハビリテーションをどの様に説明可能であるのかについて検討を行っていく。その上で、1項では、当事者が示していた3つの異なる態度の違いがどの様に派生してきているのか、この違いが何を意味しているのかについて検討を行う。2項では、3つの異なる態度と専門家の関係について論じる。そして最終3項では、この調査結果から明らかになった維持期リハビリテーションが、当事者だけでなく専門家にとっても、身体機能の維持・回復に焦点が当てられている訳ではない事を示し、現在展開されているものは「虚像」であることを指摘する。

VIII-1-① リハビリテーションに対する態度の違いがどの様に発生しているのかについて—「積極的」、「積極的ではない」、「拒絶」という3つのプロセス比較

本項では、IV章からVI章にかけて分析を行ってきた「積極的」、「積極的ではない」、「拒絶」とリハビリテーションに3つの異なる態度を示している高齢者の違いが、具体的にどの様に異なっていたのかについて検討を行う。まず、「積極的」と「積極的ではない」人たちについて検討を行う。そして「積極的」、「積極的ではない」と違いが見られているがリハビリテーションを継続している人と「拒絶」している人たちの違いについて検討を行う。その後に総括として、これらのリハビリテーションのあり方の違いが、どの様にプロセス

において表れているのかについて検討を行う。また、これらの違いを検討していく中心概念として A. ホネットの承認論を元に 3 つの異なる維持期リハビリテーションへの対峙の在り方を検討していくこととする。

a) 「積極的」と「積極的ではない」人たちが継続している身体機能訓練のプロセスの違いについて

この 2 つのプロセス全体の違いを見ていくと「積極的」な人は、「外的環境からの刺激によって、当事者が患者の専門家へ導かれていくプロセス」であるのに対し、「積極的ではない」人は、「非否定的な環境の中で、通所目的を変えながら自律的な訓練の継続」のプロセスとなっており、まずプロセスそのものに明確な違いが見られていた。しかし、プロセスの全ての面で異なっていた訳ではなく、同一の経過を見せている部分もあった。それは、発症当初から回復期までの間にあたる時期である。その時期は「身体の逸脱認識」によって、医療従事者によって導かれていくままに、リハビリテーションを実施し、そして完全ではないが、身体機能の回復を経験していくプロセスの部分である。

そして、そのプロセスを経た後に、それぞれで回復の限界を察知していくが、この時の限界に対する認識の違いが、その後のリハビリテーションに対する対峙の姿勢に大きく影響を与えていると思われた。「積極的」な人は、努力しても身体の逸脱を認識することで苦悩し、自身の努力不足が身体の回復に影響していると感じ、またリハ専門職、友人・患者仲間、家族からの「頑張れ」という強い励まし受け、よりリハビリテーションに邁進していく姿が見られている。一方、「積極的ではない」人達は、医療従事者や他患者などの周囲の様子から自らの限界を察知し、加えて家族からも障害を有している当事者の状況を、そのまま受け入れてもらえていることを確認し、「ゆとり」を持ちながら、リハビリテーションに一定の距離を保って実践している様子が見られている。

この認識の違いによって、「積極的」な人は、訓練内容を自ら決定することの出来る「患者の専門家」へ、そして「積極的ではない」は、訓練の実施自体も自己調整の可能な「自律的な訓練実施」という形で身体機能訓練を継続しており、その対峙のあり方に大きな違いを見せている。そこで、i) 共通のプロセスが見られていた箇所について、その共通性の状況について、そして ii) なぜ、その後の違いがどのように起っているのかを考察する。最後に iii) 現在性の中で、「患者の専門家」となる「積極的」な人と「自律的な訓練継続」を実践している「積極的ではない」人の違いについて述べる。

i) 共通のプロセスを見せていた身体逸脱認識によって他者化された身体の認識、そして身体機能の回復経験について

まず、同一の側面であった身体の逸脱認識によって取り組むリハビリテーション、そして一定の回復経験の状況を見ていく。この時期は、いわゆる急性期状態であり、著しく身体に逸脱が生じ「病」として、その生命・生活が、危うい状況となっている。したがって、当事者は、「覚えていない」、もしくは「我慢ができない」状況の只中に存在しており、医

療機関で「人」としてではなく生物体である「ヒト」として、身体はその著しい逸脱状況から、正常な状態により戻すための処置が行われる。そして、その「ヒト」として生命、生活の危機から脱した後に直面するのが、管理体制の強い病院の生活を経験するのである。そこでは、患者教育を施され、「人」として患者の役割を担わされることになる。その時に本調査対象者は、その低下した身体機能の回復を目的に、リハビリテーションを処方され、当事者自身も回復を望み、取り組むことになっていく。そのリハビリテーションにおいては、専門職によって教育されることで、必要性を認識した上で、実施していくことになる。そして、取り組むことによって、完全ではないが逸脱した身体機能の回復を経験する。ここまでは、「積極的」、「積極的ではない」に関わらず同様の経験・認識を有していた部分である。

この様に同じ経験を有しているのは、急性期医療という、医療でも独特なセクションによるところが大きい。急性期医療では、生物体として「ヒト」の機能回復に努めていくのが一般的であり、そこには当事者の意志が入り込む余地はほとんどなく、医師をはじめとする医療従事者の技術によって、死や生活出来ない状況からの危機回避が行われるのである。整形疾患の場合は、死ではないが生活できない状況から、まず生物体である「ヒト」として生じている身体機能の逸脱を回復させるために、人工関節置換術などの手術・処置が施されることになる。細田（2006：163）は、脳卒中の急性期状況について、生命は全般的に医療にゆだねられるとあってよいと述べ、寺島（2002）も急性期看護の特殊性として、「療養上の世話」や「ケア」という看護独自の機能以外に医療処置の介助や観察などの「診療の補助」機能が大半を占めることが関係しているかもしれないとしている。つまり、これらの状況は、生命、生活の危機を回避するための技術的介入が、中心的に展開されており、当事者自身の問題意識は存在していないため（もしくはわずかである為）、医療従事者が解決しなくてはならない問題として、その逸脱からの是正が図られている。したがって、現在のリハビリテーションに対する態度の違いによって、この経験に差が見られていないのである。つまり、生命、生活の危機に直面した人であれば、みな共通に経験している事柄であり、プロセスとして違いが見られていないのも当然である。

その「ヒト」としての危機を回避した後の状況については、患者教育が展開され、「人」として患者役割を要求される。つまり、医療管理下での生活となり、「ヒト」として危機的状況から脱したといえども、安定した状態ではないため、医療従事者の知識が基盤となって、管理生活を強いられることになっている。ここでは、パーソンズ（1951=1974：432-433）が述べている2つの権利と2つの義務のうちの義務として①回復に向けて努力する義務、②専門的援助を求め医師に協力する義務が、患者役割として述べられており、医療従事者に協力的な患者であることを望まれるのである。（尚、IV章では、本調査対象者に展開されていた患者教育はパーソンズが示しているものよりも強力な教育であった。）ここでの当事者は、「ヒト」と「人」の中間的な存在になっていると思われる。生物体の「ヒト」は、当事者の意志が存在せず、医療従事者の技術的な介入が主に行われることになる。しかし、この時の当事者は、「ヒト」の状況から脱しているにもかかわらず、「人」として十分な状況が整えられているとは思われない。それは、患者役割を義務として遂行しなくてはなら

ず、病院で管理された生活となっているからである。その後は、より早い退院を目指し、リハビリテーションが開始され、当事者それぞれが、懸命に取り組み、一定の機能回復過程を経験している。

この様に急性期リハビリテーションにおける共通経験は、現状に見られる「積極的」、「積極的ではない」という対峙のあり方の違いはない。それは、いくつかの要因が考えられる。まず、当事者として、逸脱した身体によって生じる不安を解消したいと望む当事者の想いが影響していると思われる。社会受容を提唱している南雲（1998：135）は、患者心理として、どんな疾病であれ、意識清明な患者は傷病の初期には不安を持つものであるとしている。そして、医師らの告知によって自分の体に起った異変を「それほど」でもないこと、そしてリハビリテーションによって、自分が医療から見捨てられていない事を認めることによって、不安を減少させることが出来ていると述べている。また、坂田（1987：156）は病者のストレスとして、①死に対する不安と恐怖、②身体の一部喪失や機能喪失に対する不安、③家庭・職場からの分離不安、④食事や運動などの制限に伴うストレス、⑤個人的な秘密が知られることへの不安、⑥治療環境からくる心理的ストレスの6つのストレスを示している。これらは、南雲が提示している不安の具体的事象であり、単に不安をひとくくりにするものの危険性を示している。そして、これらストレスを解消する一つの手段として提示されたリハビリテーションに当事者は向かうことになっている。この当事者の心理的要因が、共通の体験を有している理由であると考えられる。

つまり、「ヒト」として技術介入が中心の時期は、当事者の意志は反映されない（もしくはされにくい）。そして、患者役割として要請される「ヒト」と「人」の中間的存在では、管理的な病院生活において生じる不安を解消する一手段としてリハビリテーションが機能していると思われる。また、この様な共通体験となっているのは、それだけ病院が、管理的であり、当事者の意志を排除する環境であるとともに、当事者も、この急性期、回復期のプロセスを経験しなければ、その後の自分の在り様さえも決めることも出来ない中に存在していると考えられる。

## ii) 「積極的」、「積極的ではない」という違いが起っている要因について

これまでは、共通のプロセスが見られているが、身体機能の回復が、思わしくなくなる時期から大きな違いが見られてくる。それが、「積極的」な人が見せている【社会適応への自己努力評価】であり、「積極的ではない」人の【回復の限界を察知】というカテゴリーで示した部分である。この時点での認識の違いがどの様に生じているのかについて、以下に述べていく。

この2つの異なる態度が生じるのは、外部環境のあり方が大きく影響している。この時期のリハビリテーションは、いわゆる維持期に入りつつあり、「積極的」な人の場合は、リハ専門職、他患者・友人、家族から「頑張れ」というメッセージを受け取り、その言葉に励まされ、リハビリテーションをやらなくてはならないものと感じ、取り組んでいる状況がある。一方、「積極的ではない」人は、医療従事者、他患者からの情報をネガティブな情報ととらえ、家族、友人からは非否定的情報として障害を有する身体を許容され、そのま



まの状態から変化を求められていないことを認識している。

要約すると「積極的」な人の外部環境情報は、画一的に「頑張れ」と励まされ、現状の身体状況をネガティブであるとしているのに対し、「積極的ではない」人の外部環境情報は、ポジティブなものとしているのである。この認識の差は、当然リハビリテーションとの対峙のあり方にも違いが生じており、外的環境が影響を与えているものと思われる。(図 VIII-2)

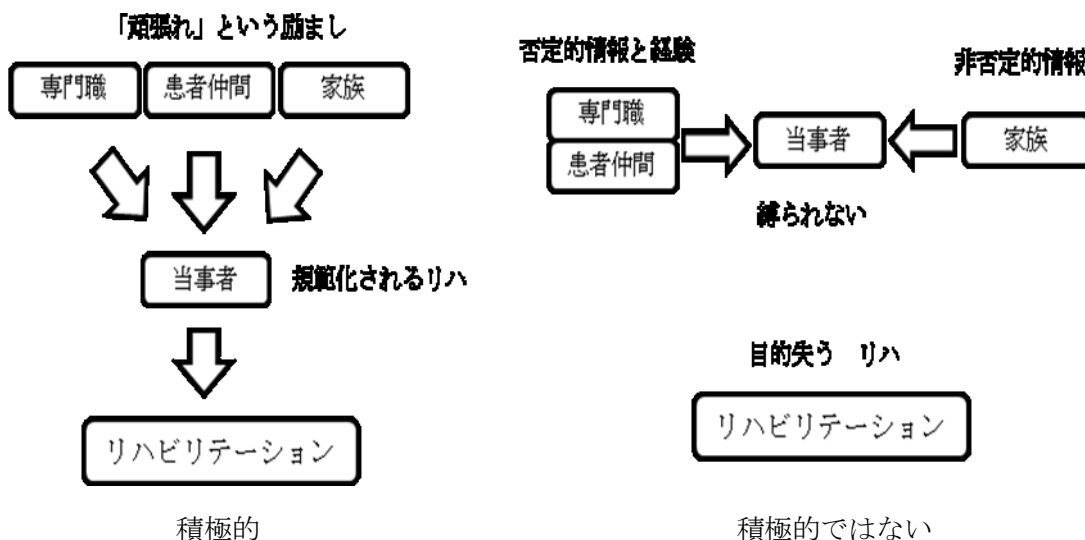


図 VIII-2 限界を察知した時点での当事者を取り囲む外部環境

上記の図VIII-2でも示しているが、「頑張れ」という励ましによって、「積極的」な人は、リハビリテーションを行うことを規範化されているのである。一方、「積極的ではない」人は、リハビリテーションからの離脱が可能な状況になっているのである。

リハビリテーションが規範化されるとしたが、黒田（1992：22）は、規範について次のように述べている。

規範と呼ぶのは、単に規則ではなく「掟」という性格をもった規則、社会的圧力によって維持される規則のことである。違反をすれば法による処罰を受ける、社会から疎外される、冷遇される、悪評を蒙る、といったような制裁を受け、反対にそれを遵守することにより厚遇や賞賛にあずかる、少なくとも冷遇、非難を避けることが出来る。そういう規則である。

と社会的関係の中のものとしている。そして盛山（1995：41）は、

規範は基本的に理念的な存在物であって、それ自体が直接に観測しうる通用の意味での

経験的実在ではありえない。そうした理念としての規範の内容は当然のことながら、それを奉戴している個人の集合によって異なりうるのである。

と述べ、文化によって規範は異なることを示している。これらのことを「積極的」な人たちが受けている外部環境からの刺激に当てはめると、まさに黒田の述べる制裁を感じるものとなっている可能性が高い。それは、IV章のプロセス図でも示したように自己努力評価として「苦しい中での努力」を評価している一方で、しかし厳然と残存する障害に「逸脱を確認する」という、プラスとマイナスの自己評価を同時に行う葛藤状態が見られている。しかし、この葛藤状態にある当事者の心理状況は読み取られず、「頑張れ」というメッセージを一方向的に送られるのであれば、努力が足りないという自己評価に繋がり、リハビリテーションをやらねばならない状況、周囲の期待にこたえなくてはならないことになり、リハビリテーションを懸命に取り組むべきものとして、当事者の中で規範として位置付けられていくことになっていると考える。しかもそこには、リハビリテーションを行うことが<善>という価値観を携えてである。『価値意識の理論』を著している見田（1966：105）によれば、規範内在化のメカニズムをについて、人間の価値意識の大きな部分は、外在的な価値体系を内在化したものであるとしている。そして内部欲求と化合することによって欲求性向を構成し、他の部分は規範意識として残余の部分形成するとしている。しかし、本対象者がリハビリテーションに葛藤している状況下という限定された場面を考えると、リハビリテーションが内部欲求と化合して欲求性向を構成しにくい状況であると考えられるため、大部分は規範意識が内在化されていく状況になっていると思われる。そして、この他者によって形成された価値は、<善>を究極価値とする「規範意識」が支配的になると見田（1966：27）は述べている（傍点は筆者による）。このような流れが「積極的」な人がリハビリテーションを規範化していくプロセスとなっていると考える。

そして慎重に検討しなくてはならないこととして規範は、盛山（1995）が指摘しているように、それぞれ奉戴している個人の集合によって異なり得ると述べているように、個々人が所属している文化によって大きく異なるものである。したがって、「積極的ではない」人たちの間では、このリハビリテーションは規範化されていないと考える。この様にリハビリテーションを規範化されるのか否かによって、対峙のあり方に違いが生じていると考える。

ここまで外在的な環境によって、リハビリテーションの対峙に違いが生じることを述べた。今回の「積極的」な対峙をしていた調査対象者は、外部環境によって規範化されるプロセスであったが、それだけではないと思われる当事者報告に注意を払う必要がある。その代表的なものとして、多田（2007）の手記がある。多田（2007：47）は、自らが脳卒中になった後に懸命にリハビリテーションに取り組んでいる。そして、2006年に行われたリハビリテーションの日数制限に異論を唱え、新聞をはじめ様々なメディアに投書を行った人物である。その手記の中で、人工透析を受ける患者と同じように、障害を有した人は、リハビリテーションをしなければ死を意味するという文面が見られ、合併症の影響などで入院した際には、かなりの機能低下を認め、その度に懸命にリハビリテーションに取り組

んできた様子が記されている。この多田の状況は、自分自身でリハビリテーションを課している様に見受けられる。つまり、外的環境によってリハビリテーションが規範化されていないように読み取れるのである。しかし、そうではなく、この状況も実は周囲の環境によって、規範化された結果である。それは、多田がそれまで生きてきた社会の価値観が、そこに反映されているからである。つまり、先ほど示した盛山（1995）を引用すれば、規範は個人の集合によって異なり得るのである。したがって多田が、存在していた社会の中に「障害者はリハビリテーションを行わなくてはならない」という規範が形成されていたと考えることが出来る。これは、最も極端な例であるが、例えば「弱い者は努力せよ」などの規範が内包されている文化もまた同様の状況を生み出すのではないかと考える。したがって、多田自身も障害を有した人は、リハビリテーションを実施しなくてはならないという規範を内包した人となっており、逸脱を認める自らの身体にリハビリテーションを行うことが当たり前の文化の中に存在した人であったと考える。したがって、あたかも自らで課したリハビリテーションの様に読み取ることの出来る手記であるが、その内実は、かつて多田自身が存在した個人の集合に内包されていた規範を用いて、自らの身体をその規範に沿うように縛りつけたものであり、決して自らの意志のみを持って、リハビリテーションを規範化させている訳ではない。そして、この様な多田の状況は、この後の「積極的」な人で見られる「患者の専門家」までのプロセスに導きやすい状況を作り出していると考ええる。

一方、リハビリテーションを規範化されていない「積極的ではない」人の状況は、身体機能の回復に限界を察知した時にみられる外的環境、なかでも家族との関係が、非常に重要であると思われた。それは、非否定的な情報として表現したが、いわゆる叱咤激励でもなければ、過干渉と表現される様な情報でもないのである。叱咤激励は、そのまま「積極的」な人たちのように、明快に規範化されてしまうものであるが、過干渉の状況もリハビリテーションの規範化を生み出すのである。田島（2009：62）が、50歳代の脳血管障害を有する女性の様子を描いている。そして、その後半でよき妻、よき母を演じられるように、周囲が気遣いをして場面を設定しても、本人の中では、こんなことしかできないと感じる「やらせてもらっている」という感覚がぬぐえないとしている。この状況は、さらに苦しみを増す可能性があるとしている。この展開も叱咤激励と共に、よりリハビリテーションを規範化させていくものになると考える。

その点、「積極的ではない」人たちの家族のあり方は、「今のままでいい」と障害を負った身体にある意味、無関心に近い状況で、非否定的な情報を提供している。つまり、この様な「今のままでいい」というメッセージは、当事者自身に選択の余地を与えていると考えられ、それがV章で示した「ゆとり」につながっていると考ええる。したがって、リハビリテーションを規範化させること無く、一定の距離を置いて、対峙することが可能になっているものと思われる。

ここまで述べてきたように、急性期を経て回復期において徐々に、その身体の回復限界を察知し、外部環境の違いによって「積極的」、「積極的ではない」というリハビリテーションの対峙のあり方にも違いを見せ始める事が起き始めていると思われた。

iii) 現在性の中で、患者の専門家となる「積極的」な人と自律的な訓練継続を送っている「積極的ではない」人の違いについて

上記で述べた「身体機能の回復限界」を察知した後のリハビリテーションに対する2つの対峙のあり方で、その後の生活にも大きな違いが見られている。「積極的」な人は、男性、女性で異なるプロセスを経ているが、基本的にリハビリテーションの取り組む姿勢そのものを外部環境である管理者に認めてもらうことを目的に能動的に身体機能訓練に取り組み、どの様な訓練が効果的であるのかを自律的に決定し、そして訓練自体を目的化していく様子が見られている。そして最終的には、「患者の専門家」と命名したように、他利用者へも身体機能訓練の必要性を自ら伝達していく様に、身体機能訓練が生活の一部になっている状況が見られている。

一方、「積極的ではない」人のリハビリテーションは、訓練の必要性を非否定的な情報をもたらしてくれる外部環境の説得によって継続しており、受動的に身体機能訓練を継続するために通所している。しかし、通所を継続していく中で、受動的な身体機能訓練がメインではなく、それぞれで通所の目的を見つけだし、人との比較を行わずマイペースに過ごしている。そして身体機能訓練は、「やらないよりはやった方が良い」、しかし「調子が悪ければ休む」と訓練の実施自体を自律的に決定し、「ゆとり」をもちながら訓練に取り組んでいる様子が見られている。

この様な違いを確認できたが、まず、回復限界を察知した後の「積極的」な人のリハビリテーションとの対峙は、「承認」を得るための行為として考えることが出来る。身体機能訓練を恒常的に取り込み、専門職や他患者、そして家族から管理されている自分を認識し、リハビリテーションを努力しながら取り組んでいる姿を提示することで、それらの管理者から、認めてもらった/もらっているという感覚を得ているからである。それが顕著に表れているのが、男性が示している社会適応認識である。女性の場合も最終的に患者の専門家となるので、どこかの地点で、その感覚を有していると思われるが、男性よりも後になって、その感覚を有することになっていると考える。この男女の違いであるが、女性は生活基盤が家庭の中にあるため、在宅生活に戻ることで過去の自分と比較し、出来なくなったことを再確認していくプロセスがあるので、限界を察知した時点では承認を得た感覚を有することは無いと思われる。また、この適応出来たという感覚は、外部環境である管理者からの「承認」を得ることで獲得できている感覚であると考えられる。

この「承認」について、ホネット（1992：174）、（2000：204）は、社会的な承認関係の構造について次のように述べている。

人間主体が完全な自己関係に成功するのは、一定の能力あるいは権利という価値に関して自分が承認されたとみなすことによってである。承認形式の数は道徳的毀損の形式に即してあらかじめ区別される数に対応していなければならないという事は、人間的主体の不可侵性要求への共通の関わりから生じる。実践的自己関係の段階は〔人

格の] 無視の形式によって傷つけられる自己関係と同じ数だけ存在する。一方で、その形式はそれに対応する承認形式によって構成されなければならない。(中略)  
道徳的観点は単に一つの承認形式ではなく相互に依存する3つの承認形式を包含していなければならないと次の形式を提示している。

a) 実践的自己関係の第一段階 (対義語として形態の虐待、暴力的圧力)

個体は個体として承認される。他者に対するその欲求や願望は比類ない価値を持つ。無条件の愛情という性格を帯びたこうした承認形式には道徳哲学の伝統においてケアや愛というが因縁が対応する。こうした概念でもって、他者の幸福それ自体のために、感情と結びついているがゆえに条件付のケアをすることが考えられている。

b) 実践的自己関係の第二段階 (対義語として権利の剥奪、排除)

個人は一人の人格として承認される。そうした人格はほかのすべての人間と同じように責任能力を持つ。普遍的で平等な対応という性格を帯びたこうした承認形式に対して、これまでカント的な伝統にたって「道徳的尊重」の概念が定着している。この概念でもってすべての他者の責任能力を承認することに対する定言的義務が考えられている。

c) 実践的自己関係の第三段階 (対義語として尊厳の剥奪、卑しめ)

具体的な共同体に対して建設的価値のある能力を持った人格として承認される、特別の評価という性格を持った人格として承認される。特別の評価という性格を持つこうした承認形式に対しては、哲学指摘には対応する道徳的概念がかけているが、「連帯」や「誠実」というカテゴリーを引き合いに出せばきわめて有効であろうとしている。

これら3つの承認形式によって、全体のわれわれの人格の不可侵性の条件を守ってくれる立脚点を形成する道徳的態度が示された。(2000 : 203-204)

と述べ、人間が主体的な自己として存在していくためには、承認が必要であり、実践的自己関係との関係において、傷つけられる対義語に対して承認形式が必要になるとしている。

このホネットの承認様式に倣えば、今回の「積極的」な当事者は、b)の実践的自己関係の第二段階の承認を得るためにリハビリテーションを実施していると思われる。つまり、外的環境、医療従事者、友人・患者仲間、家族によって、リハビリテーションを行うことを<善>として規範化された当事者は、道徳的なものとしてリハビリテーションに対峙せざるを得なくなっている。そして、その対峙形式によって、一人の人格と承認され、責任能力を持つものとして承認を得ているのである。逆を言えば、この「積極的」な人が置かれている環境下で、リハビリテーションを実施しなければ、ホネットが示しているように、権利の剥奪、排除が行われることになる。そうすると、第一段階である承認の形式として個体としての承認が得られるか否かという状況に置かれてしまうことになる。ここで重要なことは、この第二段階の承認が得られれば、第一段階の承認を必ず得ることが出来てい

るのかと言えば、そこに何の確証も無いことである。これらの当事者はリハビリテーションを規範化されているのであり、その規範に背けば、冷遇などの対処が行われる可能性もある。したがって、当事者は、必死に第二段階の承認を得なくてはならない状況に置かれていると考える。そして、この獲得した「承認」を守るために恒久的にリハビリテーションに取り組みなければならなくなっているのが、これらの人の現状である。つまり、リハビリテーションを実施することで勝ち得た承認は、障害を有する身体から完全に解放されるか、リハビリテーションに積極的に取り組み続けなければ、この承認関係は崩壊するため「積極的」な人は、取り組み続けなければならない状況になっていると考える。ここに身体機能訓練自体の価値を問うこと無く、その目的化が起り、自らも自らに従った規範が正しいことを証明していくために「患者の専門家」として他の当事者へ、自身の取り組みが正しいこととして示していくことに繋がっていると思われる。また、これら「積極的」な人とは異なるリハビリテーションとの対峙を実践している他者に対しては、まさにホネットが示す様に排除の様相を呈し、リハビリテーションを「やらない人は駄目」という価値判断を下している。だが、この状況は、まさに回復しきらない身体に対し、どこまでも回復しきらない方法でリハビリテーションを実践している状況であり、まさに身体機能訓練の副作用状況を示しており、永続されていく「体に良い運動」として、訓練に管理された生活を展開している。この状況が、フーコー（1976=1986：171-203）の示す受動的で服従的な主体と化している状態である。このことをIV章において指摘したのである

一方「積極的ではない」当事者は、リハビリテーション自体を規範化されていないため、リハビリテーションに拘束されること無く、しかも受動的に身体機能訓練を実施している。さらに、先ほど検討した承認を勝ち得ているのかと問われれば、リハビリテーションを道具として承認の形式を見出そうとはしてない状況が見られている。今回は、リハビリテーションとの対峙という視点で、インタビューガイドも作成しているため、家族との間で他の道具を用いて、何かを規範化されている可能性も考えられるが、障害を抱える身体を有する当事者に対し、非否定的情報を提供し続けている状況からは、何か強い拘束力を有する規範が存在しているとは考えにくい。この状況は、立岩（2004：70）が示している次の文面を参考にすると、

私（たち）が、支配すべきではなく独占すべきでないのは、基本的には、あなたでなく私（たち）が作ったからではなく、人の存在、人の自由を承認することを因果・貢献より優先すべきだからである。存在を承認し、ゆえに自由を承認し、そのための所有の在り方を認める。この途を行かないと、それはその因果にかかわらない存在を排除しその存在を剥奪することになってしまう。

ここで示しているように、リハビリテーションに「積極的ではない」障害を抱える当事者は、その存在、自由が、何よりも優先されて承認されている状況があると考えられる。したがって、リハビリテーションを実施しなければ成立しない「積極的」な人達の承認形式とは、異なる環境の中で存在している。また、ホネットの先に示した承認形式に従えば、第一段

階の承認を確実に得られているという確信がある様に見られる。この状況は、i)で述べた、「ヒト」と「人」の状況を考えるならば、「人」として存在している人の状況がここにある。また、II章で検討を行った「尊厳」との関係においても、この「積極的ではない」人たちは、訓練自体の実施を自ら決定することが可能であり、通所内で他の活動を楽しみするという、「自立」した生活よりも「自律」した生活を展開している様子が見られている。したがって、「積極的」な人とは異なり、プロセスの中においても「人は人」と自らを他者と比較しない状況で存在可能になっていると考える。これは、リハビリテーションの実施自体が自律的に選択できる状況にも表れていると思われる。つまり、他者の行動に関心をよせず、自らのあり方を自らで規定しているからこそ、表れている概念であると考えられる。この状況も「ゆとり」を持つことで可能になってものと思われる。

ここまで、現在性の中での違いを述べてきたが、「積極的」な人は承認を勝ち取り続けるためにリハビリテーションを展開し、「積極的ではない」人は、勝ち得てはいないが承認を確信することが出来ているため、リハビリテーションに距離を置きながら接することが可能になっていると思われた。

#### iv) リハビリテーションに「積極的」と「積極的ではない」人の比較について

これまで、i)からiii)と調査結果のプロセスをもとに状況を確認してきた。まず、i)では、共通に見られている経験、認識の状況を示し、ii)では、異なるプロセスが生まれていくきっかけとして環境の様子を示した。また、この時の環境の在り方の違いによって、その後リハビリテーションを規範化していくのか否かが分かれていく状況が見られていた。iii)では、異なるプロセスを経た後の状況の違いについてホネットの承認概念を下敷きに述べてきた。

このように異なるプロセスを見せている2つの維持期リハビリテーションに対する対峙の在り方であるが、iii)でまとめた様に、「規範」を提示される状況と「承認」の在り方が大きく影響している。すなわち、それぞれが置かれている環境によって、その対峙の在り方に大きな違いが生まれていると考える。そこでは、「積極的」な人は、その環境に規範化されたリハビリテーションに取り組み続けなくてはならない状況が展開され、受動的で服従的な主体として身体機能訓練の副作用を生産している存在になっている。一方、「積極的ではない」人は、その存在自体が承認されている状況によって、通所目的に変化を加えることが可能になり、そして自律的な生活を手に入れることが可能になっていると考える。さらに重要な事は、身体機能的な問題を「積極的」、「積極的ではない」人のどちらも現状の維持期の状態で問題視していない様子が見られており、まさに社会に存在していくための「承認」を得るための行動になっている事が分かる。

#### b) 「積極的」、「積極的ではない」人と「拒絶」する人との違い

上記で述べた2つのリハビリテーションの対峙の仕方と全く異なる姿勢を見せていたの

が、「拒絶」を示していた人たちである。この人達も「積極的」、「積極的ではない」人たちに見られていたように、共通している面として医療従事者が「ヒト」として介入する急性期、回復期におけるリハビリテーションへの対峙については、同じ傾向が示されていたと思われる。

だが、その後のプロセスに違いが見られている。今回は「拒絶」している人たちのプロセスで2つのパターンを示したが、どちらもリハビリテーションを必要と認識していないこと、外部環境に対し抵抗を示している点は共通していた。「積極的」な人は、リハビリテーションを規範化され、外部環境によって叱咤激励、もしくは過干渉的な関わりによって、その必要性を認識していく様子が見られ、「積極的ではない」人も通所リハビリテーションの必要性を非否定的な情報をもたせてくれる外部環境による説得によって、リハビリテーションに通う様子が見られている。これらの両者は、どちらも外部環境によって、その必要性を認識している。しかし、「拒絶」の人は、その必要性すら認識しておらず、外部環境から勧められても抵抗を示すことが出来ているのである。この抵抗には2つのパターンが見られている。1つは治らない事を認識してのもの、そしてもう1つは生活できるから必要ないという2つの認識である。いずれも、現在性の生活の問題が重要であり、「身体」と「家族をはじめとする社会」の関係から生じるリハビリテーションを必要としていないのである。

したがって、「拒絶」を示している人は、「身体」や「家族を基本とした社会」の問題よりも、まず「自己の生活」をどの様に構成すべきかが、問題となっているために、現在の身体で出来ること/やらなくてはならないことを問題としてとらえ、経済的な面も含めた生活上の幅広い問題を考慮している。したがって、自身の身体の逸脱は、生活が出来れば問題が無いものとなっている。もしくは、治らないもののためにリハビリテーションを行う必然性に疑問を有し、リハビリテーションを「拒絶」している。

また、外的環境との関係でも、このリハビリテーションへの姿勢に違いを生んでいる。この「拒絶」の人たちは、自身の生活に外的環境は、影響を与えない存在であることを認識しており、それ故に、納得のいかないものに対し抵抗を示すことが可能になっている。「積極的」、「積極的ではない」人たちは、家族をはじめとするサポート体制の中で、自身が存在している事を認識しているが、「拒絶」の人は自身の生活は自身で対処する必要性を認識している。つまり、この拒絶の人たちは、自らの存在を「承認」させてしまう「力」を有していることが最も大きな違いであると考え。これはVI章ですでに述べた。この点は、もともとこれらの人の持っているパーソナリティなのか、外的環境がこの様な認識とさせているのかは不明であるが、この外的環境に対する認識の違いは、リハビリテーションに対する対峙の仕方にも大きな影響を与えていると考える。この様に「拒絶」の人達はVI章で検討したように、逸脱した身体に問題を見出している訳ではなく、どの様に自らの「生活」を自律的に構成していくのかということに焦点が置かれているため、「積極的」、「積極的ではない」人たちとは異なり、リハビリテーションを受け入れることが無いのである。また、逆に言えば「積極的」、「積極的ではない」人は、自らの「生活」という面では、「生活」を外的環境に支えられている事によって、この「生活」の面に焦点が置かれていないのかもしれないと考える。

この「拒絶」の人が、社会関係の中で、どの様な承認形式の中に存在しているのかと言



えば、ホネットの承認論から見ると、第三段階の承認形式の中で存在していると考えられる。それは、自律的に現在の生活を構成しており、尊厳を遵守された形の中で存在していると思われる。つまり、これらの人の存在を脅かすとすれば、第三段階の対義語で見られる尊厳の剥奪となるため、第三段階の承認形式を獲得していると思われる。

#### c) リハビリテーションに対する3様のあり方について

これまで述べてきたように3者3様のリハビリテーションへの対峙のあり方が見られている。しかし、医療従事者に「ヒト」として扱われる急性期・回復期の経験は同様のものではなかった。その上で、3つの異なるプロセスが見られている要因として、一つは外的環境のあり方の違いとして①家族をはじめとする社会との関係の中で、自身も内包している価値観によって、リハビリテーションを規範として取り組むのか、②規範化されていないが、家族との関係性の中で「やらないよりは」という価値の中で継続しているのか、③規範化されていないのと同時に、リハビリテーションそのものに価値を見出していない様子という3つのあり方が見られた。そして、それは、それぞれが所属している社会に存在している価値体系によって、他者化された身体を過去性のものととらえるのか、現在性のものととらえるのか、そのとらえ方の違いによる自律のあり方が、リハビリテーションとの対峙のあり方に違いを生んでいると思われる。

この様な違いが、これらの人たちの生活における自律性と外部環境の関係として、リハビリテーションへの対峙の違いに表れている原因と考える。まず自律についてであるが、Ⅱ章でも述べたが、自律は介護保険で謳われている尊厳の根拠であり、自分で自分の行動を決定するという生活を送る上での重要事項である。そこに外部環境がどの様に影響を与えているのかによって、当事者とリハビリテーションの関係を説明することが可能であると考えられる。まず、この関係を見ていくために、自律性と外部環境の圧力を次の様に提示したいと考える。自律性であるが、自分の生き方など目的的な自律の有無と金銭や身体機能などの手段的な自立が整っているか否かという自律における2つの軸と環境において専門職と家族からの質の異なる2つ圧力の軸が存在すると考える。これを下表Ⅷ-1提示する。これをもとに以下に3者の状態を示していく。

自律	手段的	
目的 的	++	-+
	+ -	--

外部圧力	家族	
専 門 職	++	-+
	+ -	--

表 VIII-1 自律と外部圧力の関係について

「積極的」な人は、外部環境によって規範化されたリハビリテーションに邁進しつづけ、従属的な環境の中で主体性を見出しているのである。しかし、この規範化されたものの中での主体性が自律的であるのかと言えば、そうではない。したがって、目的的な自律はマイナスである。そして、社会に適応するための手段的自律も伴っていない状況である。もし、手段的自律が整っていれば、身体機能訓練に取り組む必要はない。したがって、この手段的自律もマイナスになる。また、外部圧力の関係は、専門職との関係は急性期回復期では専門職側のパターンリズムが働き、圧力として作用していたと思われるが、本調査における専門職は、必ずしも専門職としての自律性を持って対応している訳ではないことを確認している。したがって、介護保険下におけるリハビリテーションでは専門職の働きかけは、無いものと同様と考えている。しかし、もう一方の家族の側から叱咤激励、過干渉的な働き掛けが強いものとなっているために、圧力として家族の存在を当事者は感じている。したがって、「積極的」な人は、自律においては目的的（-）手段的（-）で、外部圧力は専門職（-）家族（+）という状況でリハビリテーションを実践していると思われる。

次に「積極的ではない」人は、リハビリテーションを規範化されていないが、与えられた情報によって、「やらないよりは・・・」という認識の中で、その日その日のリハビリテーションの実施を自律的に決定できる状況を作り出している。しかし、目的的自律として障害を有する現状を容認してもらえ環境に存在しているため、自らの生き方を求めての闘争は見られていない。したがって、目的的な自立は（-）である。そして、手段的に家族をはじめとする環境を活かして、生活出来ているため手段的な自律は機能している状況のため（+）である。環境的な面では、専門職からも家族からもリハビリテーションへの規範化が行われていない状況が見られている。したがって、この「積極的ではない」人の状況は、自律においては、目的的（-）手段的（+）の状況であり、外部圧力については

専門職（一）家族共に（一）の状況となっていると考える。

そして「拒否」の人は、外部環境によって設定された規範は存在しておらず、自己の生活を送るという意志を持ち、何にも束縛されていない環境での自律性を見出しているのである。これらの人の自律性は手段的にも目的的にも（+）の状況であり、そして外部圧力は家族も専門家も共に（-）となっていると考える。この様に自律と外部環境の違いによってこれら3つのパターンに違いを見ることが出来た。

この様に示した自律と外部環境を軸にしてみていくと、外部環境が介在すればするほど、当然であるが、自律的ではないことになる。したがって、介護保険法の中で「尊厳」を重視するならば、外部環境として専門職、家族が、共にどのような姿勢で対峙していかなくてはならないのかということとは明白であると考えられる。

また「承認」との関係で見えていくと、自律については目的、手段的の両者が伴う「拒絶」が第三段階の承認を獲得し、目的がプラスである「積極的ではない」人が第一段階の承認を確実に得ている状況にある。しかし、目的、手段的の両者ともにマイナスであると思われる「積極的」な人の承認形式は、なんとか第二段階の承認を獲得するためにリハビリテーションを実施している状況であり、リハビリテーションを実施しなければ第二段階はおろか第一段階の承認形式も得られない可能性もあり、その場合は承認形式が存在しない危機に直面しているのである。

また、この状況をさらに、上田（1996：184）が提示していた障害受容論と比較していくと「ショック期」、「否認期」、「混乱期」、「解決への努力期」、「受容期」という経過をたどる形に最も類似しているのは「積極的」な人のあり方である。また、この3つのパターンの違いは、プロセス図で示したように、適応までの時間に違いがあるのではないかと考える。それは、「積極的ではない」人は、家族をはじめとする社会によって、障害を有する自身を受容されており、大きな混乱も示さず受容期に移っていると考えられ、また「拒否」の人は、回復期を越えると自己の生活への適応を自ら自律的に検討していることから過去性の身体ではなく、現在性の身体の中で生活への適応に素早くシフトしているものと思われる。したがって、この点については、南雲（1998：60）も提示しているように段階論的な、障害受容の見方には問題があると思われる。

そして、南雲（2002：115）が提示している社会受容に類似しているのは「積極的ではない」人であると考えられる。それは、「積極的ではない」人は、外的環境によって非否定的な情報が提供され、その中で承認を受けながら、存在しているためである。そしてこの状況によって、「積極的ではない」人は、その環境の中で「ゆとり」を持って安定した生活を送ることが可能になっている。

最後に、「拒絶」の人のあり方であるが、このあり方は、また別の在り方であり、障害に対する見方を個人にも社会にも還元しない新たな様相を呈している。そこには、社会との関係に違いがあり、そして元々の環境の影響なのか、その人のパーソナリティなのかは不明であるが、自己の生活を求める当事者の姿が見られ、周囲を承認させてしまう「力」を有しているのである。つまり、受容という言葉自体が存在していない可能性がある。

田島（2009）は、『障害受容再考』の中で、この障害受容や社会受容の考え方に対し、そ

れぞれ次のような問題提起を行っている。障害受容は（前傾 14-33）、回復しない身体に代償的アプローチを実施していく際の「訓練の流れ図」的に扱われ、そこには患者の固有性ではなく治療者にとって都合のよいものになっていると指摘している。そして、社会受容に対しては（前傾 80-88）、苦しみは他者や社会の態度からのみ生じるのか、受容という言葉でいいのか、そして自助グループだけでいいのかという 3 つの問題を提示している。障害受容については、南雲や田島が行っているような指摘が他にも見られている。しかし、南雲の社会受容への批判は、数多く見られていない。南雲が提案しているように、社会との関係性、これまでの関係性の中で受容されることは重要であると考え。しかし、「拒絶」の人たちはそもそも外的環境との在り方に違いがあり、自己で自己の生活を組み立てていかななくてはならないという意識を持っている。したがって、社会に受容されるも何もないのである。どうやって自らの生活を組み立てていくのかということが問題になれば、上記で述べたように、上田や南雲の提示しているものとは明らかに異なる世界に存在しているのである。また、「拒絶」の人は、そこに苦悩に満ちた状況の中で現在を生活している様子も見られていないので、田島のように障害受容でも社会受容でもない、新たな障害に対する認識論を提示することは出来ないが、「拒絶」の人たちとその身体との関係においては、また別の固有性が存在するのかもしれないと考える。

この様な身体に障害を有する高齢者が取り組んでいるリハビリテーションのあり方は、その当事者が存在している社会の価値体系を背景とした規範によって、異なる実践が展開されているのが実状であり、その違いによって各々が獲得している承認形式にも違いが見られている。しかし、この様な違いが見られていたが、今回の調査対象者の数の違いには、圧倒的に積極的な取り組みを見せている当事者が多い事を指摘しておかなくてはならないと思われる。

次項へ移行する前に専門家との関係も見ておくと上田（1996：214）や大川（2004：55）は、目標指向的アプローチを提唱し、対象者の目的を明確にすることで訓練人生の展開を否定しているが、「積極的」な人は、まさに訓練人生を邁進しており、その数も今回の調査対象者として見ると他よりも多いのが現実である。また、この人たちが最もリハビリテーションに熱心な姿勢を見せているのであるが、その実施していく姿勢そのものに本来的な自律性は無く、訓練内容に対し何をするのかという自律性を有しているのみである。対照的に「積極的ではない」人は、この目標指向的な介入が容易に行うことが可能であると思われるが、Ⅶ章で検討したように、専門家は生活を意識した目標指向的な介入が実際にはほとんど行われていない/不可能であるとしている現実もある。これを考えていくと、通所リハビリテーションの制度自体に問題があると指摘する必要がある。まず 20 分以上で算定可能と提示されている個別リハビリテーションのあり方に問題があり、これが容易に身体機能訓練という展開を生じやすくし、結果的に訓練人生を送る当事者を多く作り出している原因の一つになっていると考える。

## VIII-1-② 当事者と専門家の関係について

### —3つの異なるパターンと専門家の関係について

本項では、上記で検討した当事者のリハビリテーションとの対峙の違いによって、専門家との関係にどのような違いが存在しているのか、維持期リハビリテーションの関係の中において検討を行う。まず「積極的」と専門家、「積極的ではない」と専門家、そして最後に「拒絶」と専門家とそれぞれの態度による専門家の態度を検討し、総括として、これらの対象者とリハビリテーション専門家の現状のあり方について考察を行う。

#### a) 「積極的」とリハ専門家の関係について

##### i) 当事者が望んでいる専門家の在り方

介護保険制度下で「積極的」な当事者がリハビリテーション専門職に何を望んでいるのかをプロセス図から読み取ると、IV章や前項で、受動的で服従的な主体となっている状況、そして「患者の専門家」となることで、結果的に管理者からの監視を弱めることに成功している状況があることを述べた。つまり、この「積極的」な人にとって、リハビリテーションは、〈善〉という価値を内包し規範化されている。したがって、この専門家からリハビリテーションへの対峙に対する「承認」を勝ち取ることは、規範に則つとることで実現可能となっている。さらに専門家から「承認」を勝ち取ることは、通所内で直接的に身体機能訓練の実施状況を監視することの少ない家族に対する監視を弱めることに繋がっていた。したがって、この通所内で見られている「積極的」な当事者が見せる「患者の専門家」のリハビリテーションに対する行動は、いわゆる優等生的な存在として、「承認」が得られるような行動を見せていると考える。そして、「承認」を勝ち取ることで管理される自己を解放していく術となっている。これらのことを考えると、当事者が望んでいる専門家の在り方は、自己のリハビリテーションに対する対峙の在り方を「承認」してくれる重要な存在となっているのである。

##### ii) 当事者が望んでいる専門家の在り方に対する専門家の応答

上記で述べた様な在り方が望まれている専門家であるが、この要望に対する専門家の応答は、VII章で示したプロセス図を元に考えると、リハビリテーションが規範化された当事者ニーズは、そのまま身体機能訓練となる。そして、それは介護保険制度から要請される相手に選択権があること、そして専門家が所属する施設から要請される「数」や対象者ニーズを満たすためのサービス展開となり、それが社会要請であることを認識して身体機能訓練を実施しているのである。また、身体機能訓練を実施しても、そこには維持期という性格上、機能的に飛躍的な回復を望むことは困難であるため、より生活に活用できる実践的な訓練の必要性を感じながらも、20分の時間枠という実際的な問題から、身体機能訓練に傾倒していく現状が見られていた。したがって、そのような状況の介入効果は脆弱なも

のであり、通所リハビリテーションに通うことによって生じる副次的なものを専門家は、リハビリテーションの効果としていた。その副次的な効果の中に、自主訓練を行うこと、そして訓練に前向きな姿勢を見せる、信頼関係が結ばれたなど、訓練が道具化され遡上した当事者の態度が効果となっていた。これらは、「患者の専門家」の在り方を効果として認定している状況である。しかも、通所リハビリテーションという時間に制約のある中で、数をこなさなくてはならない専門家にとって、自主的な訓練を実践する「患者の専門家」は、都合のいい存在である。そして、そこに当事者が望む「承認」を与えていく形式が成立しているのである。

### iii) 「積極的」な人とリハビリテーション専門職の関係について

上記で述べたように、「積極的」な人とリハビリテーション専門職の関係は、お互いの望む形を提供し合える関係になっている。この状況は当事者側に何らかの変化（身体機能を低下させる新たな疾患を生じるなど）がない限り、継続されていくものと思われる。しかし、これが決して良好な関係であるとは言えない。

それは、専門職は当事者の在宅生活をより豊かにしていくために、本来なすべき事が存在していることを認識し、そして当事者は、その為すべきことを知らずに、規範化された身体機能訓練を望み、そして肝心の身体機能は、廃用性による低下が改善された事を効果として専門職が認定しているものは見られていたが、基本的には大きな改善がない実態があるためである。つまり、専門職として波頭（2006：41）が述べていたような顧客利益第一を優先する専門職の存在が、ここには不在であることを示している。たとえクライアントが望んだ事柄であったとしても、将来的に顧客の利益にならないのであれば、それに拒絶する姿勢をとること、これがプロフェッショナルとしての最重要規範であるにもかかわらず、それが堅持されていないのである。これは、Ⅱ章で検討したように介護保険制度がそれまでの措置制度から契約制度にパラダイムシフトされたことによって生じた準市場原理が機能し、Ⅶ章で検討したように専門職が自らの専門性を発揮できなくなっている状況を示している。

しかし、ここで注目しなくてはならないのは、果たしてリハビリテーションの専門家は、この状況に苦悩している様子が見られているのかという疑問である。Ⅶ章でのプロセス図では、苦悩やジレンマを不安として表したが、これが本当に問題であるならば現在の状況は長続きしないものであると思われる。だが、介護保険制度下のリハビリテーションは、10年以上同じ形で推移しているのである。つまり、不安は示されていても、不安を解消できるだけの何か機能が機能していることで、現状が維持されていると思われる。そこに機能しているものとして、当事者の望む身体機能訓練を実施することで、専門家が「権威」を得ていると考える。

権威とは、コジェーブ（2004=2010：16）によれば、一般的に次の様に定義されているとしている。

「権威とは、一人の行為者が他の複数の行為者に対して（または一人の行為者に対し

て)働きかける可能性である。この時、他の行為者達は、対抗行為をなす可能性を持つにもかかわらず、相手に対して抵抗することはない。」

また、

「行為者は、権威を持って働きかけることによって、外部の人的所与を変化させることが出来るが、その反作用を被ることはない。すなわちこの行為によって自分自身を変化させることはない」

ものとされている。ここで示されている権威は、一方的に相手をコントロール可能な状況に置く様子が提示されている。確かに、この様な権威は、急性期や回復期のリハビリテーションでは、パターンリズム的に展開されている可能性がある。しかし、本調査の対象であるリハビリテーションの専門家が有している権威は、この一般的なものとは異なると考える。それは、権威者である専門家からの働き掛けではなく、むしろ当事者側から働きかけによって権威が発生し、そして、その働きかけに応答することで、生じている権威であると考えられるためである。つまり、専門家は他になすべき事柄の存在を認識している状況があるにも関わらず、当事者が望む身体機能訓練を実施する。そして、その実施によって権威が浮揚されていると思われるため、一般的に言われている権威の形式とは異なる。この権威は、いわば見せかけの権威であり、本来必要なものが当事者に存在しても、それよりも当事者の望みに対応することが重要であり、そしてその要望に応えることが可能な知識を有しているリハビリテーション専門家は、権威を浮揚させることになっている。しかし、これでは波頭(2006:42)が指摘しているように、プロフェッショナルが行うことは、商売ではないので、お客様は神様ではないと述べていることとは異なる状況がある。しかし、この状況に自らの専門的知識・技術を介入させることによって、そこに浮揚してくる権威に専門職は、居心地の悪さを感じていないのである。

この状況を考えていく上で、当事者のニーズに応える/えられるという関係の中で成立しているサービスであること、そして専門家は浮揚される権威から何を得られているのかを検討していく必要がある。

まずサービスとしての問題であるが、この様な問題については、介護保険が導入される、はるか以前にフリードソン(1970=1994:147)が次の様な指摘を行っている。

専門家主導の分業体制に体现された専門技能の原理によるサービス支配は、分析の上でも実践の上でも、古典的官僚制原理による支配と同じように問題を孕んでいる。

としている。このフリードソン問題提起は、批判的であった官僚制が専門家の中でも起っており、サービスを提供していく際に専門家として、なすべきことは様々に存在しても、自分の管轄の中で、対応していこうとする様子の問題を浮き彫りにしている。そして、日本の状況は、フリードソンが述べているよりも専門職としての力が働きやすい状況があることを林(2001:179)が述べている。日本の病院の多くは、自由開業医制の下で、病院の所有一経営一業務(診療)の全てが医師に委ねられる状況があるとし、強力な権力を有することになっているとしている。リハビリテーションの専門家は、病院の所有、経営に直接的に関わることは少ないと思われるが、その強力な権力下で業務を遂行しなくてはなら

ないのであれば、診療だけを考えて専門職としての規範を純粋に遂行することは極めて困難な状況があることは理解できる。つまり準市場化によって、通常の病院における状況よりも、より強くサービスとして、経営的な側面を考慮に入れながらの業務になっていることがあることを理解しなくてはならない。

次に浮揚される権威についてであるが、これは前項で検討したホネット（1992：174）の社会的な承認関係の構造を確認していくことで理解が容易になる。先に示したホネットの承認構造の第三段階を見ていくと、『具体的な共同体に対して建設的価値のある能力を持った人格として承認される、特別の評価という性格を持った人格として承認される。』としている。つまり、建設的な価値のある特別な人として承認されるリハビリテーションの専門家は、その特別な人として他の人との差異を心地の良いものとしているのである。この差異は、ブルデューのディスタンスションを下敷きに石井（1993：184）が述べているように自己の優越性を主張し、他者よりも抜きん出ること、自分を他者から区別し、よりすぐれた存在として「差別化」しようとする人間の欲望があると述べている。そしてこの欲望がなぜ発せられるのかといえば、石井（1993：302）が、わが国の実状に合わせて述べているように日常レベルでの差別化闘争に原因があると考えられる。生活細部において他者との間に境界線を設定しようとする試みの積み重なり、つまり他者の監視を行い、他者の監視を通して実践している自己監視によって展開されている差別化にその原因を見ることができると考えられる。より本調査の対象者に照らし合わせてみると、当事者というフィルターを通し、リハビリテーション専門家は、その専門性によって社会一般の他の人間との差別化を実践し、そして、特別なものとして認識される/するプロセスによって、自己のあり方の欲求を満たすことが可能な立場に存在していると認識するのである。この感覚は決して居心地の悪いものではなく、社会的に有意な存在として自己を認識することに至っていると考える。また、ここでも他者との差別化を行う際にも監視というツールが使われている事が分かる。さらに、ここで検討している「積極的」な人との間では、自らの専門性を強く望む当事者であるため、そこに負の感情を有することは無いのである。

これまで述べてきたようにリハビリテーション専門家にとって「積極的」にリハビリテーションに取り組む当事者は、権威、承認、そして自己優位性を確認できる存在であり、準市場として成立している介護保険の中で、「患者の専門家」は都合のよい存在になっている。そして当事者にとってリハビリテーション専門家は、規範化されたリハビリテーションの権威者として、外部環境からの監視を弱めるために「患者の専門家」として振る舞うことで、この権威者から承認を得られることを認識している。つまり、両者ともに利用し、利用されという関係がここに成立しているため、この関係が継続されていると思われた。

## b) 「積極的ではない」人とリハビリテーション専門家について

### i) 当事者が望んでいる専門家の在り方

「積極的ではない」人のプロセスを見ていくと、専門家に対し、そのリハビリテーショ



ンの対峙の在り方そのものへ容認を求めている。それは、プロセス図の中で見られる自律的な訓練継続状況に表れている。外的環境から非否定的な情報がもたらされている当事者は、先に検討したように、リハビリテーションが規範化されていない状況にある。しかし、身体的な不安が全くないわけではないために「やらないよりは・・・」という考えのもとに身体機能訓練の実施自体を自律的に決定できるような状況で継続している。また、不快な身体を有している自らの状況に「辛い時はやらなくても良い」という容認を求めている。したがって、「積極的ではない」人が、専門家に望んでいるのは、この自律的な決定を容認してもらえることが重要であり、この決定が保持されているために通所リハビリテーションの継続理由にリハビリテーション以外の目的を有することが可能になっている。この様に、身体機能訓練というリハビリテーションに「積極的ではない」当事者は、「やらないよりは・・・」という認識を持っての参加であり、身体機能訓練の実施自体に自律的な判断を下すことの容認を求めていると考える。

#### ii) 当事者が望んでいる専門家の在り方に対する専門家の応答

一方、この「積極的ではない」人に対する専門家の応答状況であるが、「積極的な」人と同様に、リハビリテーションの直接的な要因を効果として認めている訳ではなく、副次的に見られている「在宅生活の継続」を効果としていることに現れていると考える。つまり、当事者が通所してくること自体を介入効果として考えているのであり、その効果を満たすためには、当事者が望んでいる状況を容認していく必要性を認識している。したがって、専門知識を活かした介入が困難な状況になっている。これにはⅦ章で述べたが、当事者側だけでなく専門家もまたフリードソン（1970=1992：92）が、専門職の価値は知識ではなく行為であり、何もしないよりはとにかく何かをした方が良いと仮定する傾向があると述べているように、専門家もこの「積極的ではない」当事者が望んでいるように、身体機能訓練をやらないよりはやった方が良いものとして、「訓練が出来る時はやりましょう」と、わずかに専門性を担保しているのが現状であると考えられる。

さらに、「積極的」な人と同様に制度上の問題として、そして当事者が望んでいるリハビリテーションを満たしていくという準市場主義の認識が、専門家として生活へ必要な介入があるという認識よりも上回り、専門家の考えるものではなく、当事者の望む形のリハビリテーションが展開されていると思われる。そして、この発想により結果的に、当事者が通所利用を継続し、準市場主義の要素と当事者のニーズを満たすことで（「積極的」な人よりも脆弱な当事者—専門家関係でありながらも）、介護保険制度下で求められる専門家の要件を満たすことになっている。さらに、この状況に専門家は、「積極的ではない」当事者への容認だけでなく、実際的な問題として生活への介入が出来ない自身のあり方にも容認を与えていると考える。

#### iii) 「積極的でない」人とリハビリテーション専門職の関係について

この状況も当事者、リハビリテーション専門家のどちらも望む形が成立しており、「積極的」な人と同様に、新たな疾患などによって身体的変化が起らない限り、この状況は継続

されると思われる。しかし、全く同様の状況ではなく、異なる点として「積極的ではない」人は、リハビリテーション専門家の知識、技能を十分に機能させない状況で関係性を成立させている点である。この状況は、当事者側が主体になって関係性を成立させているため、リハビリテーション専門職に心地よさを与えることは考えにくい。これは、非否定的な情報を提供している家族をはじめとする存在が、身体機能訓練を規範化していないことに大きな影響を受けている。したがって、リハビリテーション専門家への依存度も低いものとなっている。

そして専門家も規範化されていない身体機能訓練を積極的に推し進めることができていないという状況が専門家のプロセス図に表れている。特にセラピストの不安として示した中に拒否的な人も機能訓練へと示した概念見られているように、セラピスト自身も苦悩しながら身体機能訓練を実施している状況がある。仮に、この状況を打開するために、「積極的ではない」人に「積極的な身体機能訓練」を展開すれば、通所の拒否に繋がる可能性があり、そのことで所属する施設から厳しい視線を浴びることに繋がりがかねない。また、この身体機能訓練のニーズの低さに対する専門家の別な見方として、本来の生活介入という他の活動への参加も重視しているため、当事者自身が楽しみを見出し通所リハビリテーションに通ってくることに有意義性を認め、専門職の知識・技能が活用できない状況にあっても、当事者の状況を容認することの重要性を感じていると考える。

この様な状況下では、直接効果はもとより、身体機能訓練を道具として信頼関係を構築することや主体性を見出すことはできず、通所リハビリテーションの効果を専門家が問われれば、「在宅生活の継続自体」がリハビリテーションの効果であるという応答にならざるをえない状況になっている。故にこの「積極的ではない」人にとっての専門家の存在は、「積極的な」人に比べれば希薄なものであり、この当事者達はその都度、感じる身体的な不安を解消してくれる専門家になっている。通常この様な状況は、当事者にリハビリテーションのニーズが存在しないという問題となり、通所の中止に繋がっていくと思われる。しかし、専門家は、この点も準市場主義によって、通所を利用することそのものが有意味であり、この状況を続けることが施設の構成員として必要なこととして認識していることで、この状況を続けていると思われる。

これらを概観すると、この「積極的ではない」人とリハビリテーション専門家の関係は、当事者がイニシアティブを持って、成立している関係であり、専門家は専門的な知識・技術を積極的に用いることのできない関係性になっている。したがって、わずかに抱えている身体機能への不安を解消するために、専門家が必要な存在になっているのであり、当事者は何か明確な事象をリハビリテーションや専門家に求めていない。したがって、日常の中では希薄な関係性であり、その希薄な関係性の中で専門知識と技術をわずかでも使えるものがあれば、それで専門家は問題無く、リハビリテーションに「積極的ではない」姿、他の活動に興味を示すこと自体を専門家も重要なものとして見ていると思われた。そこには、Ⅱ章で述べたように身体機能訓練だけでは地域生活を支援していくことの難しさをリハビリテーション専門職も認識している状況があるため、身体機能訓練ではなく、日常生活を有意義に過ごしていることを効果としてみなす様子に繋がっていると考える。

### c) 「拒絶」する人とリハビリテーション専門家の関係について

この「拒絶」する人とリハビリテーション専門家の現在性における関係性は成立していない。したがって、過去の経験の中のものであるため、これまで2つとは異なる状況の関係性となる。また、「拒絶する」人のプロセスにおいて異なる2つのあり方をVI章で示しているが、どちらも根本的には、リハビリテーションの必要性を認識していないことに変わりがない事を改めて確認し以下に述べる。

まず、疾患による急性期・回復期でのリハビリテーション体験は、他者化された身体を取り戻すための専門家であることを認識し、いわゆる「専門家—患者関係」が成立していると思われる。しかし、回復限界の察知や回復した身体を獲得した当事者は、その継続性の必要性を感じていない。それは次の2点が重なり合って生じているものと思われた。1点は、自身の生活を継続していくという視点のものであり、もう1点は外的環境である人との関わりの違いによって、この必要性は認識されていないと考える。

この様に、当事者側に必要性が無いと認識されているリハビリテーション職との関係性は、急性期、回復期での治療場面における関係性は成立していたが、退院後の状況は、これまでの対象者とは大きく異なり、外部環境との関係と自身の生活を成立させる自律意識の違いによって、リハビリテーション専門職との関係は断絶されている。しかし、このような「生活」に視点を向けている人に、維持期のリハビリテーションは具体的に様々な日常生活の事柄に対応可能であるはずであると思われるが、ここに専門家が介在している様子が見られていないのである。

### d) 3つの異なる態度を見せる高齢者とリハビリテーション専門家の関係について

これまで、「積極的」、「積極的でない」、「拒絶」の人たちとリハビリテーション専門職の関係について見てきた。それぞれで、専門家との関係において特徴的な側面が見られている。

「積極的」な人とリハビリテーション専門家の間では、両者で利用し、利用される存在として関係を成立させていた。そして、専門家は自らの能力を積極的に押し出さなくても当事者によって浮揚される権威を得ていた。

「積極的ではない」人との間では、積極的な人と同様に利用し、利用される関係が見られていたが、「積極的」な人との間での関係とは異なる側面が見られていた。それは、インシアティブを当事者側が掌握しているため、専門家は其の有する知識・技能を發揮できない中での関係となっていた。

「拒絶」する人たちとの関係においては、急性期・回復期においては、「医療従事者—患者」という関係が「積極的」、「積極的ではない」人と同様に見られていたが、現状の生活においては、その関係性を当事者の方から断絶している。それには、2つの原因が考えられ、ひとつは、身体機能の限界を察知し、察知するからこそ必要が無いという判断であり、もう一つは、現在の生活を送る上では支障が無いと判断が下されていた。しかも、外部環境に対し、「積極的」、「積極的ではない」人たちとは異なり、拒絶する自律性も同時に有し

ていたのである。

これまでも検討したが、これらは自律性と外部環境の圧力の在り方によって、リハビリテーション専門職との関係にも違いが表れていると考える。以前の考察から、リハビリテーションに「積極的」な人の自律性が最も低い自律性であり、リハビリテーションに「拒絶」を示した人の自律性が最も高いものになる。そして、この状況においてリハビリテーション専門職は、その自らの専門的な知識・技術をそれぞれの自律性に合わせて提示しているのであり、自ら能動的に当事者にとって本来重要であると思われるものへの介入を行っていない。つまり、リハビリテーション専門家は、その専門家の所以である自律性を放棄し、当事者を前に他律的存在となっているのである。そこには、準市場主義の中で、専門家自らも、「承認」されなくてはならない存在となっているためである。

また、このような状況を作り出しているのは、外部環境と当事者との関係にも影響している。つまり当事者が属している社会によって規定されている価値観によって、その存在のあり方に違いがある。したがって、当事者が属している社会の外部環境が、時に叱咤激励や過干渉的な関わりを展開し、時には承認、そして外部環境を干渉させない当事者の存在など、当事者は、それぞれで異なる環境の中に存在している。この当事者が所属している社会に定着している価値観が、どの様に障害を有する当事者に開かれるのかによって、維持期のリハビリテーションと専門家への態度にも違いが見られていると考える。

この項において検討してきた「障害を有する高齢者とリハビリテーション専門家の関係」は、当事者が存在する社会が、当事者にどの様な形で、社会の価値観を展開するのかによってリハビリテーションの対峙の在り方に大きな違いが見られていた。また、その違いによって、「専門家—当事者」関係も異なるものになっていた。

当事者は、この様にリハビリテーションに異なる姿勢を表していたが、専門家は、どの様な状況でも当事者が望む身体機能訓練を展開している。この状況は当事者を前に他律的存在となっていると考える。しかし、専門家が、この他律的存在となっているのは、社会に存在していくために実践しているのである。

#### VIII-1-③ ミクロレベルで起っている維持期リハビリテーションが虚像化している現状

これまで述べてきた様に当事者、そして専門家は、社会的に存在するための手段として、通所リハビリテーションにおいて身体機能訓練を中心としたリハビリテーションを展開していると思われた。そして、このリハビリテーションは、当事者と専門家の相互作用によって一つの現象として展開されている。

しかし、この相互作用として展開されている身体機能訓練は、Ⅱ章で見てきた国際的な見方である現状の在り方からの変化や、国が望んでいる身体機能を重視しているものでもない。さらにわが国の権威者である上田（1996）や大川（2004）が提示している目標指向的なものでもない。そして、良く語られる全人間的復権としてのリハビリテーションとの関係においては、社会の中で「承認」を得ることで、全人間的復権を勝ち取るというロジ

ックは成立するかもしれないが、それは従属的に「訓練漬け」を展開することで、もたらされるものであり、全人間的復権を勝ち取っているとは思われない。

この様な状況は、ベッカリーア（1766=2011：150）が、『犯罪と刑罰』で、犯罪を予防するひとつの手段は、美德に対して褒賞を与えるという仕組みと類似した性格を持っている。つまり、病は罪であり、リハビリテーションが規範となり、その実施が美德として捉えられるならば、そこには褒賞として健常者世界から「承認」が与えられるという構図である。本調査対象者は、もうすでに病の結果として障害を有しているので、罪である病を予防することではなく、更なる機能低下を罪として考えれば、この構図は成立する。

この様に、リハビリテーションとは、生活状況の改善、身体機能の改善、目標指向的実践、全人間的復権と言われているが、現在の介護保険制度下でのリハビリテーションは、それらのどこにも属していない。少なくとも、今回の調査対象者が実施しているリハビリテーションは異なるものであった。本調査で見られたリハビリテーションは、当事者、専門家が、それぞれ社会的に存在するための手段・道具になっているのである。前にも述べたが、専門家の手段は、本来言われている専門家としての像を放棄して社会的に存在するために他律的な存在として身体機能訓練を機能させているのである。

この様な状況で、当事者とリハビリテーション専門家によって表面化させている身体機能訓練は、その目的の本質を有しない『虚像』であると指摘できる。しかも、この相互作用を構成している当事者、専門家、共にその『虚像』に対応することで、社会的な承認を得るための共通の手段として成立しているために、両者にとって都合の悪い状況に陥っておらず、この都合の良い関係が継続されているから介護保険開始から10年以上も同様の形式が現在も継続されているのである。

これまで示してきたように、本研究における4つの調査結果から、介護保険制度下におけるリハビリテーションは、国が介護保険財政を安定させるために予防を中心に考えた身体機能の維持・改善を中心とした維持期リハビリテーションの展開は見られておらず、その実態は形骸化され「虚像」と化している。そして、その「虚像」化されたものによって展開されているものは、社会から『承認』を得るための道具として機能しており、これは当事者だけでなく、専門家にも機能している実態がある事を明らかとなった。これが本研究調査におけるマイクロレベルで得られた結論である。

## VIII-2 多くの障害を有する、もしくは虚弱な高齢者がリハビリテーションに巻き込まれている状況について—メゾレベルの問題として—

ここでは、マイクロとマクロを繋ぐメゾレベルの問題を提起していくこととする。1項では、マイクロレベルで見られたように専門家が、自らの専門性を危機に晒さらすことになっている要因に規制緩和に伴い、事業所間で繰り広げられている競争の影響がある。そして、その事業所に所属する専門家も競争に巻き込まれている状況があることを述べていく。続く2項では、前項のマイクロレベルで『承認』行動として介護保険制度下の維持期リハビリテーションが実施されているとした。しかし、身体機能訓練の本来の目的である回復・維持に焦点が当てられていないのにも関わらず、リハビリテーションが継続されている現状を説

明していくために、医療化（medicalization）の問題を取り上げていく。さらに、この医療化の問題について、カンギレム（1966＝1987）が指摘しているものを元に医学における認識論の問題について考察していく。

これらの視点を検討することによって、3項で行うマクロ的問題を検討していくための糸口を提示していく。

#### VIII-2-① 競争原理が働いている介護保険事業所に所属している専門家の問題

ここでは、競争原理による事業所の問題と介護保険制度下の自己決定の問題を中心に述べていく。

II章でふれたが、介護保険制度は、措置制度から保険制度へという社会福祉の大きなパラダイム転換が見られた制度である。これは、措置制度として機能していた社会福祉に対し、財政出動の抑制を掛けることが大きな目的であった。同時に介護保険として展開していくサービスは、国・地方公共団体が所有していたサービスだけでは、到底賄いきれない状況でもあったため、民間活力の参入を可能にするために規制緩和が行われた。そして、この準市場原理をより加速させたのは、介護保険制度のメルクマールとしても取り上げられている利用者が主体的にサービスを選択できるという、措置制度では見られなかったシステムが導入されたことにある。つまり、民間事業所が事業を成立させていくため、また介護保険利用者から選択されるサービスとなっていくためには、他事業所よりも望まれるサービスを展開し、そして多くの利用者の満足を満たすことが必要になる。これが、事業所間の競争につながり、また当然ではあるが、事業所も、それまで以上に収益を考慮していくことに繋がっていくのである。

VII章で示した専門家プロセスの結果でも、これと同様の状況が見られている。例えば、経営的な問題として事業所から、数を見なくてはならないと個別リハビリテーションの実施数にプレッシャーが加えられ、その状態がサブカテゴリーに表れていた。これは、事業所は専門家に利用者のニーズに応え、さらにリハビリテーションという手技を用いて個別の加算を取り、経営的な側面から貢献せよというプレッシャーを加えられているのである。

また、この事業所問題はII章で述べているので、詳細は割愛するが、一見、規制緩和により介護市場に多くの事業所が参入し、その中から高齢者自身が選択できるということは、高齢者への大きなメリットのように見える。しかし、コムスン問題など不正受給の問題や知識の不十分な介護職員を雇用することによって生じていると報告されている高齢者虐待事例の問題など、準市場原理導入により、利益優先の事業展開による弊害も少なくない。また専門家は、この弊害を生み出す利益優先の事業展開によって圧迫を受け、そして専門家自身も利益を生み出さなくてはならない存在となっているのである。これは専門家であっても雇用されているという条件が、この様な状態を作り出していると思われる。

これまで示してきた状況によって、雇用されているという条件によって、専門家は専門家として振る舞うことが難しくなっていると考える。つまり、すでにII章で述べたが、維持期の施設で勤務する理学療法士が、自らの専門性として訓練・身体機能訓練の重要性は

認識しながらも、それだけでは解決できないことを理解しつつ、現実として訓練・身体機能訓練を提供している現実があるのは、この様な理由によるものと考えられる。この図式は介護保険制度の特性だが、これはリハビリテーションの専門家だけではなく、他の職種の専門家にも影響を与えていると思われる報告がいくつか見られている。

須田ら（2004）は、特別養護老人ホームの施設長 4 名に介護保険制度による環境の変化の認識と対策について探索的に調査を行っている。その中で必要な認識と対策として、①人件費の節約、②職員の質とモラルの確保、③経営感覚の醸成、④オプション・プログラムの必要性、⑤苦情制度と第三者評価制度への対応、⑥独立した価値の維持という 6 点があげられている。また、①、②、③は 4 名の全ての施設長が、その必要性を認めていたとしている。この 3 点は、まさに準市場主義導入によって、経営的な視点が不可欠になったことが明らかとなっていることを意味している。つまり、介護保険で競争意識を植え付けられた施設は、利用者の満足を高めるためにも②職員の質とモラルの確保は当然であり、その上で更なる利用者確保、利益確保を求めた③経営感覚の醸成に繋がっていくものと思われる。また、施設全体の経営ということを考えれば①人件費の節約も当然の問題として上がり、そのしわ寄せは、施設職員のリストラや賃金カットへと繋がっていくものである。

したがって、この様な施設に所属した専門家は、専門家であっても、その施設の経営状態を考慮しながら業務にあたらなくてはならないことを意味しており、このプロセスは本調査で見られたものと同様である。施設長の認識がこの様な状況であれば、リハビリテーションの専門家だけでなく、施設に所属している、医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士、栄養士などの多くの専門家が、この準市場原理導入によってリハビリテーション専門職と同様の環境下に置かれていると思われる。

また、この他職種も同じ状況に置かれていることを示しているものとしてソーシャルワークの領域で田川（2004）が、現代社会の中で、ソーシャルワークを行う上での難しさを次の様に表している。

財政逼迫の中で要求される多様なサービス・ニーズへの対応、その中で導入される準市場原理、サービス利用を消費者として自由な選択と契約にとらえ、サービス事業者において高まる経営・業績主義、ソーシャルワークの環境は、目覚ましく変化し、絶えず見直しと改革を迫られている

と述べている。この田川の報告は、事業所からのプレッシャーを文書で端的に表していると思われる。したがって、これまで述べてきたように、介護保険制度に準市場原理を導入したことで、専門家は、自らの専門性を十分に発揮できていない状況となっている。この十分に専門性を発揮できない専門家の問題は深刻なものと考えられるが、現状としてこの状況に変化が起る可能性は低い。それは、利用者である高齢者にとっては、決して悪い状況を提示されている訳ではないからである。介護保険サービスを自ら選択可能であること、また多くの事業所の中から自分に合った事業所も選択可能であること、という 2 点が前提となっており、自らが望むサービスのあり方を自らが決定できる自己決定のシステムは、多くの高齢者にとって望まれる姿として提示され、賛同も得られている現状があるためであ

る。

しかし、この介護保険で謳われている自己決定のシステムが、はたして本来の自己決定システムとして機能しているのかに疑問を感じる。それは、この自己決定についても多くの問題が指摘されているからである。

立岩（1997：127）は『私的所有論』の中で、この自己決定の問題について、詳細に検討を行っている。そこでは、自己決定と私的所有は等値のものではないという議論が見られているが、より端的にこの自己決定の難しさを次の様に表している。

例えば、身体に障害がある人の場合、その人は決定は出来るのだが、（i）その決定の実行は他人が行う、（ii）その実行に関わる負担を他人が（他人も）負う。となると自己決定した人の言うことを聞くのは負担であり、負担であることからする不利益がありうる。だから自己決定は実現されにくい。

と述べている。この様に自己決定をしても、その自己決定は自分でできることなのか、それともある条件を満たさなくてはならないのか。そして、その条件が他者にとって不利益であっても行われていくのか等の問題を孕んでいるのである。この様な自己決定に纏わる問題を指摘しているものは数多く見られている。隅田（2005）は、ALS患者における人工呼吸器装着の自己決定過程の問題を指摘している。そこでは、人工呼吸器を装着することは、1日のほとんどの時間を家族に介護負担を強いることになるが、そこには介護力がある家族が前提として存在しなくてはならず、自己決定を行う場合には、装着、未装着のどちらの結論も選択可能な条件が整っていることが必要であるとしている。そして、患者が医学的処置の自己決定を行う時には、まず正しい情報が必要であり、人工呼吸器を装着することでのメリット、デメリットの情報提供すること、情報を提供する時期、そしてコスト面での問題も提供しなくてはならないことを指摘している。介護保険では、ALSと同様の情報が必要であるとは思われないが、何らかのサービスを使うことのメリット、デメリットの説明やある特定のサービスを利用する条件、そしてコストに関する情報は最低限必要な情報であると思われる。そして、それらの情報を元にサービスを「使う」、「使わない」どちらの結論も選択可能な状態にした上で、利用者が自己決定していくプロセスを支援していかななくてはならないと考える。

しかし、果たして介護保険において、この様な配慮はどこまで現実的に行われているかと言えば、大いに疑問がある。それは序で示したように上野（2008：76）は、介護保険はタテマエでは要介護者本人が利用者だが、本人に代わって意思決定しているのは実は家族である場合が多いとし、誰にとってのサービスなのかという問いが生まれる事を指摘している。また、これとは別に準市場原理導入により、本人が決定しているサービスというよりも、ケアマネジャーが選択したものを利用者が同意するという形が取られていると思われる報告も存在している。

和気（2005）は、介護保険におけるケアマネジメント実践における困難ケースの中に「ケアマネジャーが必要と考えるサービスを受け入れない」、サービス利用拒否事例が40%あるとしている。これは、ケアマネジャーの提案を受け入れない状況が問題になっている



ことを指しているが、この受け入れない状況自体、自己決定の結果であるといえる。しかし、それが問題とされているのである。つまり、ここで和気（2005）が問題にしているのは、サービス拒否をすることは自己の状況を把握できていない利用者が存在していることを主張しているのである。しかし、その状況を専門家が判断することで利用者が抱えている問題を解消しようとする、その時点でその人の自己決定によるサービス展開ではなくなってしまうと考える。また、高齢者の例ではないが、この様な自己決定自体に問題があると思われる調査が見られている。それは、転職志願場面での知的障害者の自己決定に対する専門職の対処態度について田中ら（2003）が検討を行っている。そこでは、これらの知的に障害がある対象者が転職を望んだ場合の 83.3%が「説得して続けさせる」としていた。そして、マイナス思考の説得で諦めさせるスタイルを取り、本人の欠点を強調し、辞めた後の悲惨な状況を想像させるなどの脅威を与える者が専門職に多いことを指摘している。この様な状況は、介護保険でも十分に考えられ、例えば「デイケアに通わないと、体が動かなくなる」、「一人で引きこもりになると、認知症の可能性がある」など何らかのサービスを利用する場合に、簡単にこれらの言葉が用いられることが想定されてしまうのである。

そして、介護保険において、この様な自己決定問題が問題になることについて栗村（2003）は、社会福祉の場における自己決定概念に内在する問題について、クライアント自身の福祉を損ないそうな自己決定があり得る状況を次の様にあげている。①決定（判断）に必要な知識の量の不足や質の低下、②思考力（判断力）の不足に起因する思考の狭さ、浅さ、③精神的機能の未成熟と衰退、心理的混乱（葛藤）、精神医学的疾患など、④自己決定を拒否あるいは放棄、という4つの可能性を示しており、これらの場合は家族、もしくは専門職に判断を委ねられる場合があるとしている。

この問題は、自己決定をする当事者の決定能力を無視することが出来ないことを意味している。しかし、介護を要する様な高齢者の場合には、適切な自己決定能力が阻害されている場合も少なくなく、そのような場合は何を持って自己決定が尊重されているとするのかという重大な問題も浮上してくる。しかし、Ⅱ章でも述べたが、実際、2005年の介護保険改正について八田（2005）が問題視しているように、新予防給付の対象者を要介護認定でスクリーニングしているが、予防給付の対象とされた高齢者が、必ずしも予防給付を望んでいない場合も十分に考えられるとしている。つまり、本人の意志が反映されないということは、介護保険制度導入時に自立支援のメルクマールであった本人の選択を尊重することが保持されていないのである。この選択を曖昧にするならば、結果として介護予防やリハビリテーションを強要するものとなりかねないと八田（2005）は述べている。

この様に考えると自己決定は、介護保険のメルクマールであったともされているが、果たしてどこまでが自己決定であるのか、現実としてメルクマールとされている自己決定自体に大きな問題が潜んでいることが、容易に想定できる。

したがって、この介護保険システムを支えている自己決定の権利に支えられている準市場原理の影響は、それ自体に大きな問題を孕んでいると思われる。そして専門家は、その問題を抱えているものによって、専門性をはく奪されかねない/されている脆弱な環境の中

に存在していたことがⅦ章の専門家の調査結果より見られていたのである。つまり、準市場原理を導入した介護保険制度では、専門家は専門家として十分に機能しておらず、所属施設から、本来自律性を有する専門家であっても支配される専門家として存在せざるを得ない状況になっていると思われる。

しかし、前節で述べたように、この他律的で支配される、雇用されている専門家は、事業所、当事者、そして社会から、その存在を『承認』してもらうために支配されているのである。

#### Ⅷ-2-② リハビリテーションが規範化されていく様相について

##### — 「医療化」(medicalization) の問題

上記1項では、雇用されている専門家が『承認』を求めていかななくてはならない状況は、その所属する事業所からの圧力によるところが大きい事を述べた。しかし、専門家が、この事業所の「承認」を得ていくためには、当事者のニーズに応じていく事が重要になってくる。

では当事者が、どの様なニーズを有しているのかと問えば、当初は身体機能への介入を求め、通所リハビリテーションの利用を開始している様子が見られている。ここに大きな問題が隠れている。それは、1節で示したように継続的な訓練によって、この目的に変化が生じ、現状展開は「承認」を求めているのである。しかし、この様に変化が見られていても開始当初は、多くの人が、通所リハビリテーションにおいて身体機能訓練を要求している。この隔たりは、「ヒト」を対象とする急性期医療での展開が、「人」を対象とする維持期において影響を与えているものと思われる。特に、病理状態の「ヒト」の身体状況から脱し、その後、在宅生活に戻る「人」に対して展開される医療の問題が、ここに存在しており、現代に見られる医療化論の問題に繋がっていると考えられる。そこで、この項では、現代に見られる医療化の状態が、維持期の高齢者に対し、どの様に展開されているのかを見ていくこととする。

前節において「虚像」化している維持期リハビリテーションの状況について述べた。しかし、なぜ「虚像」化しているものに敢えて取り組む必要があるのかを考える必要がある。そして、この「虚像」を支えるために重要な役割を有しているのは、医学的な知識を有する医師を頂点に置く医療従事者の存在を無視して語る事は出来ない。この医療従事者は、自然科学的な認識論をその学術基盤に持ち、EBMなどの基準に則って「病」に苦しむ国民に、その知識・技術を利用して苦痛からの解放を行う専門職集団である。

現代は、数多くの医療従事者が存在し、これまで医療が介在していなかった分野にも介入していく様相が見られている。その状況は、医療化(Medicalization)として指摘されている。医が生活の様々な所に忍び込み、イリイチ(1976=1979)が『脱病院化社会』で述べている医原病を生み出す原因となっている。だが現代社会は、イリイチが指摘している問題をクローズアップさせるよりも、むしろより一層の医療化が進んでいる時代である。このことは、コンラッド、シュナイダー(1992=2003:65)も同様の指摘をしており、近代

の生物医学が成功と威信を手中に収め、20 世紀において技術が進展し、そして統制機関としての宗教が衰退する中で、ますます多くの逸脱行動が医療の領域に組み込まれていったことを述べている。そして、コンラッド、シュナイダーが指摘する逸脱行動には、現代日本でも問題視されている肥満も含まれているのである。

医療化が進むことについてコンラッド、シュナイダー（前掲：466-477）は、医療化が社会統制装置として機能する明るい側面として 5 点、そして暗い側面として 7 点を次のように挙げている。

明るい側面として

- ①医療化は逸脱の概念と統制における長期にわたる人道主義的な傾向と関連していると述べ、アルコール依存症者は、罪であるとか道徳的な弱さによるものとみなされなくなったこと、
- ②病人役割を逸脱とされた者にまで広げることを可能になったこと。
- ③医療モデルの逸脱は楽観的結果を描写していると述べ、新しい治療法、薬が見つければ問題は軽減すること。
- ④医療専門職の意志を保つのに役立つとし、逸脱の治療は医師に責任が存在すること。
- ⑤司法の柔軟性

という 5 点を挙げている。

そして暗い側面として

- ①責任の転嫁：社会的な行動の責任の所在が不明確となり、責任を担うことが出来ない人は、そうでない人に従属的な扱いを受けることになること。
- ②医学における道徳的中立性の仮定：逸脱を医療的現象として定義することは、道徳的な営為であるのに、そうではないように専門用語の存在によって分かりにくくしていること。
- ③専門家による統制の支配：専門家の言葉は神秘化を助長し一般の人々が論議に加わることを困難にしている。
- ④医療的社会統制：逸脱行為の多くが医学的に処理され、管理のために強力かつ効果的な手段であるとした。
- ⑤社会問題の個人化：逸脱の医療化は「社会問題の個人化」として、複雑な社会問題は社会体系よりも個人に原因があり、その解決も個人の中に見出されることになること。
- ⑥逸脱行動の脱政治化：逸脱行動を医療化することによって、その行動が現行制度に対する意図的な拒絶である可能性を見逃すことになっていく。
- ⑦悪の排除：逸脱の医療化によって悪を締め出すことができ、ナチスのアイヒマンは正常であったと政治的に何が悪かを見定めることが出来なくなる可能性を指摘している。

この明るい側面と暗い側面を比較すると、明るい側面は逸脱者とされた個人に還元されるものであるが、暗い側面は、個人的な問題として①の責任の転嫁は含まれると考えるが、それ以外は、社会的な問題に対応していると思われる。特に⑦の悪の排除は、ナチスやり

ビアのカダフィなどの問題が含まれる深刻な問題である。この様にコンラッド、シュナイダーが提示している明るい側面と暗い側面を比較すると、その焦点に違いが見られている。また、この焦点が異なる状況を見ていくと、医療化には確かに良い面が、全くないわけではないが、ナチスの様な例があげられる最悪の事態を想定すると決して良いものとはいえない。

しかし、決して良いものではないとしても現代は幅広い分野で医療化が展開されているのは事実であり、その事によって医療は身近になったともいえる。そして、生活のあらゆる側面に介入していること、身近になったことで、医学的権威は国民に対し増大していると思われる。

では、この権威は、どの様に生じてきたのかと言えば、伝染病に対する処理の成功がここにある。コンラッド、シュナイダー（1992=2003：65）は、伝染性の疾患を統御したという明白な成功、科学的な生物医学の増大、医学的教育と免許の規制、そしてアメリカ医師会による政治的なロビー活動によって、医療専門職の威信は増大したと述べている。しかし、明白な成功は誰のための成功なのかという問いをフーコー（1977=2006：165-200）は次の様に提示している。ハンセン病やペストを排除することが出来た18世紀後半の技術が重要であったと認めながらも、なぜ、このことが重要であったのかといえば、貧困階級がより労働に適し、富裕階級にとってより安全になる様に、貧困階級の健康と身体を管理することが主たる目的である様な医学がイギリスで生まれたと述べ、その目的に対する疑義を示している。

この様に上記2つの見解は、伝染病に対する統制の成功が、その権威を持つことのきっかけになったとしているが、イリイチ（1976=1979：22）は、また別の事を述べている。それは、疾病構造の変化を研究すると、過去一世紀の間に医師たちは、古い時代に僧侶が与えた程度の影響しか流行病に影響を与えていないとしている。その内容は、結核、コレラ、赤痢、チフスなどの疾患は、医師のコントロールとは無関係にその勢いを隆起させ、そして減じてきていると述べている。つまり、医療技術がその病気に対応する前に、病気の方からその威力を減じていたという論である。このイリイチの論に依拠すれば、伝染病を封じたのは医療ではないことになるが、医療によって作られた抗生物質によって、これらの疾病のコントロールが容易になったことも間違いない。

この様に目的、そして事実的にも疑義が示されているが、この伝染病コントロールの成功は、医学と政治が結びついていった始まりと言え、政治と結びついていったことにより、医学、医師に権威が与えられていくことになったと考えられる。そして、権威を得ることによって医師は、社会にとって不都合な逸脱を数多く見出し、それらを不健康なものとして位置づけることで、人々が病の無い状態を希求する状況を作り出し続けているのである。そして、正常でないものを異常として位置づけ、健康規範を創り上げているのである。その最たるものが生活習慣病であり、メタボリックシンドロームである。

この規範問題についてカンギレム（1966=1987：210）は、規範は社会の中だけではなく、生命の中にも存在していることを示し、生命規範のない生命は存在しないとしている。しかし、この生命規範に平均値を用いて、正常、異常を決めている現在の状況について、次

のような問題を提起している。生理学者は、「平均」の概念の中に、正常という概念または規範という概念に相当する科学的に妥当な客観的等価物を見出しているように見えると批判している。そして、生物学的平均値を求めることは、一人の同じ個人に関して意味を失っているとしている。これは、尿の成分を24時間の平均値を出して分析することは《存在しない尿の分析》であると具体的に示している。なぜなら、消化するものがないときの尿と消化中の尿とでは、明らかに成分が異なっているからだと述べている。つまり、「平均」が規範には、なりえないことを示している。また、カンギレム（1966=1987:141）は、「平均」寿命についても、生物学的に正常な寿命ではなく、ある意味で社会的に規範とされた寿命であるとしている。この場合もやはり規範は、「平均」から引き出されるのではなく、「平均」の中に表現されているとしている。

この様に、現在の医療における基準の多くは、「平均」が多く用いられ、それが規範として用いられているのである。その最たるものはメタボリックシンドロームの腹囲に表れている。男性85cm、女性90cmという基準が設定されているが、腹囲は身長によって大きく異なるものであり、この基準は基準として成立しえないものである。

しかし、カンギレム（1966=1987:133-157）によれば、私たちは、種を表現するのに、平均で決められる恒常性である規範を選んだ（傍点は筆者による）としている。これによって正常な生物は、これらの規範に合致する生物のみとなってしまう。しかし、実際に生きている人は、多少とも平均から隔たっていることは明らかであり、最終的に規範の概念と平均の概念という二つの異なる概念とみなさなくてはならないとし、規範と平均を一つ概念として考えることは無駄であるとしている。だが、カンギレムの指摘にあるように平均で決められる恒常性を選んだということは、医療に対し従順であることを選択したことを意味し、社会は医学の権威を与えたことを意味している。

カンギレムの主張は、社会と生命には、それぞれの規範があり、その規範の違いを明確にすべきであることを主張している。河野（2007:82-83）は、このカンギレムの主張を取り入れながら、生命規範を社会規範に適応することによって、個人に平均的なもの、普通のものとして規範の役割を果たしていると指摘している。つまり、生命規範を社会規範に適用することによって、逸脱、異常を定義し、フーコーの言う近代社会の管理性の側面を強化していると述べている。さらに河野（2007:72）は、逸脱の内在化・外在化の問題に触れ、社会規範は生命規範を目指しつつも、その問題を内在化することが不可能であるため、そこに「強制の力」が働くとしている。これは、生命規範の場合には、その身体の逸脱を内在化させることが出来るためコントロールしようと恒常性による自律機能の働きが見られるが、社会規範の逸脱者は、成立している社会に外在化しているために問題視されるのであり、その外在化は「強制の力」を持って内在化させなくてはならないということになる。

カンギレムは、その生命規範の逸脱である病理状態（1966=1987:210）について次の様に述べている。

病理状態は、生物が許容できる生命規範の減少することを表している。つまり、既

に作られている正常なものが病気によって不安定になることを表している。

つまり、生命規範の逸脱というのは、自らの自律性ではコントロール不可能な状態であることを意味している。このことについて河野（2007：64）は、規範性が柔軟性を欠いて、変異を許容する力を失った状態としている。また、カンギレムの『正常と病理』の訳者である滝沢（1987：297）は、正常な人とは、病気にならない人というよりも、むしろ病気になっても回復する能力を多く持った人である。正常と病気は異なる。身体器官に欠陥を持ちながらその欠陥を意識さえしないで、健康のままであることは出来ると述べている。『カンギレム』の著者であるルクール（2008＝2011：46）も「健康とは、諸器官の沈黙における生である」としている。これらからも、生命規範の逸脱は、いわゆる異常であり、生命の危機に瀕している状態であることが分かる。

カンギレム（1966＝1987：54）は、現在の病の考え方の基礎となっている生理学者ベルナールが次の様に病理を定義していることに無理があることを指摘している。病気の状態は、《正常な現象の過大化、不均衡、不調和》によってつくられるとしているが、感染症や神経系の疾患には適応することが困難であることを述べている。つまり、ベルナールの病とは、質の変化ではなく量の差異であることを述べているが、それでは説明のつかない病、特に医学が権威を得た感染症についての説明が困難になるのである。この指摘によって、カンギレムの提示する「病」の方が、その本質をとらえていると考える。そして、量的な差異を持って、一定範囲に収まること→正常→健康→社会の望む姿であると定義し、生命規範を社会規範のように提示したことに問題があると考えられる。

これらを見ていくと、現代において、生命規範のように指摘されているものは、ほとんど社会規範としての指摘になっていると考える。健康診断がその最たる例であり、生活習慣が監視されているのである。

では、本稿の対象者であった維持期リハビリテーションを継続している人の状況を見ていくと、今回は3つの異なる態度を対象に調査を行ったが、それら全てにおいて急性期の状況は、「覚えていない」、もしくは「生活が出来ない」という「ヒト」の限界によって医療機関に係ることになっている。つまり、生命規範という予備力の低下した状態、自らの自律性ではコントロールの不可能な状態を意味している。したがって、生命規範の逸脱が問題の中心と位置づけられる。これは、1節で述べたように「人」ではなく、「ヒト」として医療技術の介入を受ける時期である。

その後、この生命規範の逸脱から脱し、生命の危機的状況から回避された当事者は、次に患者としての生活を身につけ医療機関における監視状態の中での生活となる。そして、他者化された、逸脱した身体から回復するためにリハビリテーションが処方されていく事になっている。このように、生命の危機から脱出した状況になると同時に、患者としての態度、つまり社会規範を要請されていくことになっている。リハビリテーションにおいては、逸脱した身体からの脱却手段として当事者に提示されており、生命規範としては逸脱ではないが、予備力が低下した状態と同様であると思われ、生命規範が改善する余地がある範疇の中に存在していると考えられる。これは1節で述べた「人」と「ヒト」の間であるとした部分である。

そして、回復の見込みがなくなり退院となる状況は、生命規範における予備力の回復が難しい状況であり、医学の限界を意味している。したがって、この時期に医療従事者から当事者、およびその家族に要請されるのは、退院後の生活の在り方という社会規範が前面に現れてくるのである。しかし、この社会規範は、退院時においても十分ではない予備力を低下させないための方策として提示されており、そこに生命規範の色合いを含ませている。

ここにはミクロレベルの家族間の問題も絡んでくる。当事者を取り囲む家族をはじめとする外的環境が医療に介入することについて杉田、長谷川（2001：121-122）は、日本の「医師一患者」関係の特徴の一つとして、医師と患者の关系到家族が介在することが多いとしている。これは、相互依存的な家族関係が医療の場に持ち込まれることを表している。また個人の自立を重視する西洋社会では極めて恥ずかしい事として受け止められるが、日本の場合は、内助の功と評価される事もあるとしている。その上で、危険な手術や予後の悪い疾患について医師が説明するときに患者本人ではなく、まず家族に説明されることが多いとしている。場合によっては、どの程度の実事を患者に伝えるのかさえも、その場で協議されることがあるとされ、結果によっては患者に事実を告げることのないままの場合もあると指摘している。この背景には、患者に心理的な負担を与えないようにする親心の様な考えが働いているが、この親の立場に医師だけではなく、家族も同時に置かれるのが日本の特徴であるとしている。

この指摘から、在宅生活が近づいている患者や家族に対し、医療関係者が在宅生活の過ごし方を退院前指導という形で実施することは、よく行われていることである。その際、家族に対し、障害を有する、もしくは虚弱な状態の患者にとって、医療従事者が考える望ましいライフスタイルが提示されることになる。例えば、V章のインタビューにおいても見られていたが、「引きこもりは良くない」、「寝たきりにならないように」などの提示である。これらは退院時の身体状況を悪化させないための指導である。この指導により、患者の家族は、親の立場で、医療従事者になり代わり、当事者を監視していくことになっていく。その監視内容の一つにリハビリテーションが位置付けられ、今回の対象者のように規範化されていくことになっている。そして、この規範の提示のされ方は、IV章の「積極的」とV章の「積極的ではない」人との間に違いが見られている。これは、「積極的」な人に提示されている規範は、医療関係者に従順な家族ほど強い規範として提示しているために、当事者もまた、その様な価値観を有し、「積極的」にならざるを得ない状況があったのではないかと考える。

しかし、この状況を必然のものとして見る事が出来ないのである。上記の家族が指導されているものは、当事者の身体状況を悪化させないための積極的方策としてのものであることは理解できる。しかし、それは何かしらの強制能力を持つものではないはずであり、II章で紹介した河野（1999）、北村ら（2002）、Glassら（1999）岸ら（1999）が述べているような、訓練でなくとも活動的に日常生活を送ることで、身体機能の悪化を防ぐことが出来るという知識が家族に提供されることは数少ない（ほとんど存在しない）。ここに維持期リハビリテーションとして「身体機能維持=リハビリテーション」が必要十分条件として、努力義務化され、規範化されているのである。この状態を考えれば、「積極的」な人の場合、介護保険におけるケアプランもリハビリテーション中心に作成されている可能性を否定で

きない。

この様な本来医療でなくとも良いものを医療に還元していく医療化 (Medicalization) の問題は、広く深く浸透しており、イリイチ (1976=1979 : 37-95) が「生活の医療化」と指摘しているように、出産、妊娠、ダイエット、子どもの発達などもその対象となっているのである。そしてコンラッド、シュナイダー (前掲 : 55) は、健康という名のもとで医療的手段を用いて逸脱行動を限定、変容、規制、孤立化もしくは除外しようとする述べている。つまり、逸脱した身体を有することになった当事者は、その逸脱を是正するために医療機関でリハビリテーションを実施し、回復しきれない状況での退院は、是正しきれない逸脱を悪化させない事を目的に積極的なリハビリテーションが提示されることになっている。つまり「病」、「障害を有する」ことになればリハビリテーションをやっていく形となってしまっているため、通所リハビリテーションで身体機能訓練を行う事も当然のこととなっている実態がここに存在している。

生命規範のように示しているこの退院時の指導は、実は社会規範そのものであり、その中の一つにリハビリテーションが見られているのである。さらにⅡ章で述べたように、維持期のリハビリテーションの効果は非常に乏しいのが現状であるため、より一層社会規範の色合いの強いものになっていると思われる。

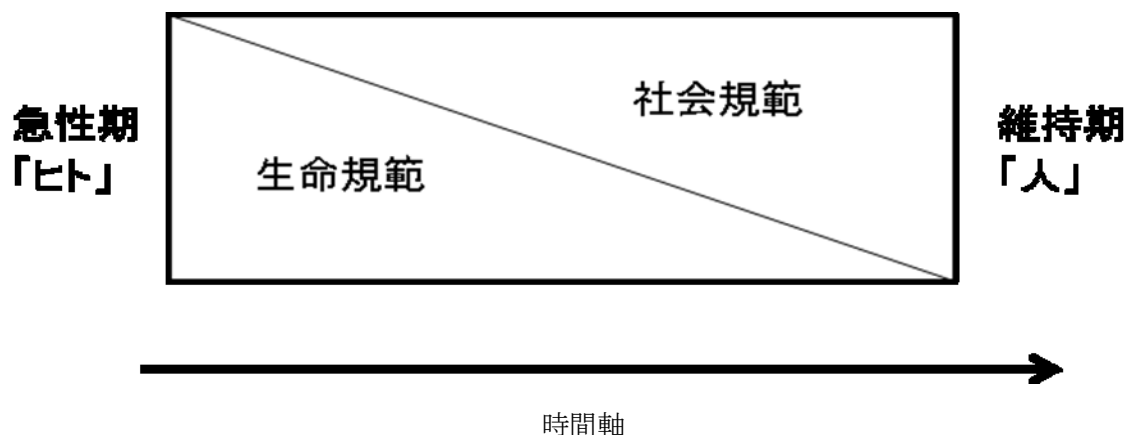


図 VIII-3 生命規範と社会規範の移行状況

上図 (VIII-3) に示したのが、これまでの生命規範と社会規範の移行状況を模式化したものである。医療機関で行われる諸行為は、生命規範に対するアプローチである様に想定されているが、実は生命規範だけではなく、社会規範を提示していることが多いのである。なぜ、社会規範を生命規範の様にとらえてしまうのかと言えば、医療化によって医学が社会的に権威のある存在となったためである。そして、多くの国民にとって、権威ある医学によって提示されることは、〈真〉であることになり、それを実行することが〈善〉という価値を有することによって、リハビリテーションの継続も規範となっていくのである。

この生命規範と社会規範のすり替え状況は実に巧みに作られていると思われ、リハビリ



テーション専門家自体も、すり替えが起っている状況に気づいていない。それは、生活に介入することの重要性を感じつつも、身体機能訓練によって副次的に生み出されるはずの「在宅生活の継続」、「機能訓練の主体性」、「信頼関係の構築」に効果を見出していることから分かる。これらは、身体機能訓練によって直接的に得られる効果ではない、さらに主体性や信頼関係はまさに専門的介入に同調した当事者の態度そのものであり、社会的規範への適応を評価したものである。

この様にリハビリテーションは、医学領域における専門職の一つとして位置づけられているが、急性期・回復期における状況は、生命規範における予備力の回復に寄与し、医学の枠組みにおける役割を果たしていると考えられる。しかし、維持期になると社会規範を管理する職業となっている。この様にリハビリテーションは、医療化を促進する触媒的な効果を有していると考えられる。しかも、介護保険法では、これが努力義務化されているのである。したがって、わが国の高齢者の多くは、社会規範として維持期においてリハビリテーションを実践しているのである。

これまで述べてきたように、現代社会から権威を得ている医療従事者が展開している医療化の問題によって、多くの高齢者が、医療従事者によって提供される情報を全てを生命規範として捉えることで、維持期のリハビリテーションまでもが規範化されている実態を作り出していると思われる。そして、その規範に従う事が<善>の価値を有していると感じ、通所リハビリテーションにおいても身体機能訓練を望む現象が作られていると思われる。そこでは、逸脱した身体を有するものは、医学的管理下に置かれていない状況であっても是正を求められ、当事者もその是正をもくろむが、多くの場合、その是正よりも身体機能向上の限界を察知し、それ以後は規範として定着したリハビリテーションをやらなくては『承認』を得ることが不可能になるため、延々と継続されていくことになっていると思われる。

#### VIII-2-③ ミクロとマクロをつなぐメゾレベルの問題について

本項では、本節でこれまで述べてきた介護保険制度の事業所に所属する専門家の問題と規範化されるリハビリテーションの問題が、ミクロレベルにどの様に影響を与え、そして3節において検討を行うマクロレベルの問題にどう繋がっていくのかについて述べていく。

まず、ミクロレベルへの影響であるが、1項で述べた事業所の問題は、直接的に所属する専門家に影響を与えることになる。そして、規範化されるリハビリテーションは当事者と共に規範化に影響を与えている専門家にも影響を与えることになる。そして、専門家と当事者およびその家族間で、現在展開されている身体機能訓練、リハビリテーションが提供されることになるのである。

(図 VIII-4)

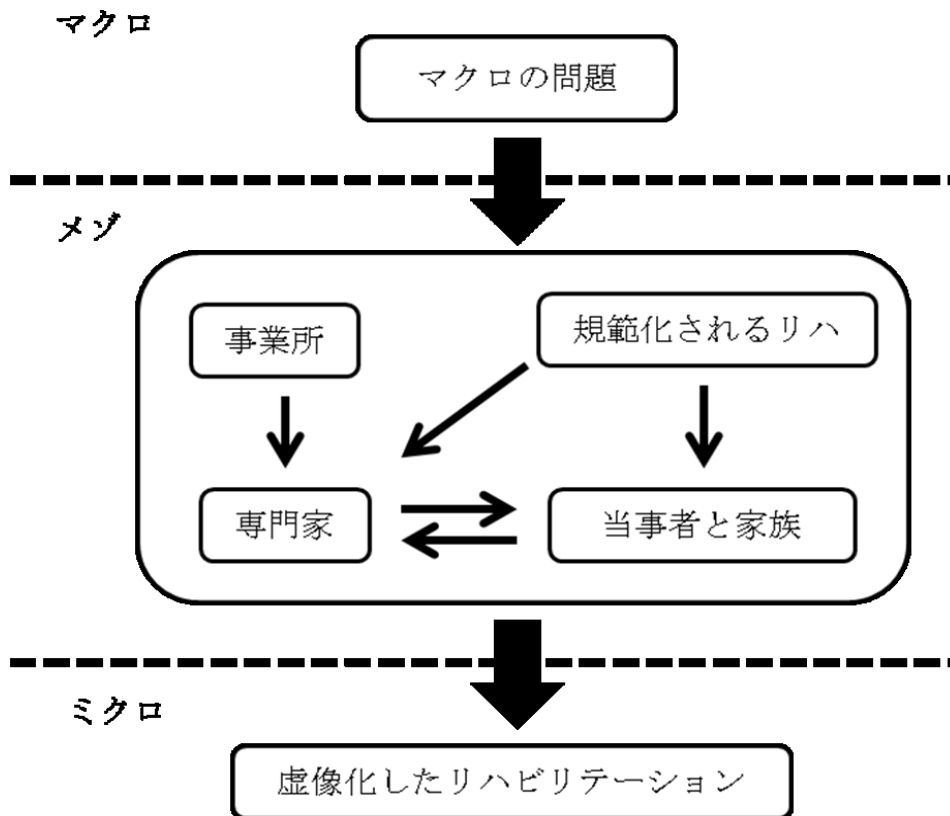


図 VII-4 ミクロ、メゾ、マクロの関係

上図の様にメゾレベルで取り上げた、事業所から圧力を受ける専門家と規範化されるリハビリテーションによって、現在の介護保険制度において展開されているリハビリテーションが押し出されていると考える。そして、その押し出されたリハビリテーションがミクロレベルで虚像化していると指摘した。

一方、次節より、マクロレベルの問題について検討を行うが、そこでは、なぜリハビリテーションが規範化されていくのかという事を中心に論じていくことになる。特に、この節で述べた医学が権威を得た事、そして医療化によって生じている、社会に広がっている病の自己責任化・健康至上主義的な発想の影響を無視することは出来ない。また、医学が提示したものが、〈善〉という価値を携え規範化され、個々人が、その規範化されたものが実行しているのか否かという監視の機能についても検討していく必要がある。これらはI章で述べた問題点である。

そして、病の自己責任化の問題・健康至上主義、監視という機能を有効化させているのは、やはり国の思惑が働いてのものであることをマクロレベルにおける最終問題として取り上げていく。特にII章で介護保険制度の成立までの過程を振り返った時にも見られていた財源の問題との関係について論じることとする。

### VIII-3 介護保険制度によって、リハビリテーションが努力義務化されている状況について —マクロレベルの問題として

これまでマイクロレベル、メゾレベルの介護保険制度下におけるリハビリテーションの問題を検討してきた。マイクロレベルでは、リハビリテーションの虚像化、そしてメゾレベルでは、事業所間の競争によって生じている専門家への影響と医療化による生命規範と社会規範の混同、そしてリハビリテーションの規範化問題を提示してきた。

しかし、マイクロ、メゾの問題は、そのレベルにとどまらず、I章で述べた「病」の自己責任化に見られる健康至上主義やそれに伴う監視社会の問題は、マクロの問題として考えられるものである。そして、このような問題を展開してきたのは、国であり、その原因は国家財政論から波及していることを述べていく。

したがって、本節では1項として社会に定着している価値観として健康至上主義、自己責任の問題、そして2項ではお互いを監視しつつ、さらに自らをも監視していく、監視社会の問題、そして最終3項では、1,2項で述べた価値観や社会体制が出来上がっていったその大きな原因の一つである国家財政からの問題を指摘していくこととする。

#### VIII-3-① 健康至上主義、「病」の自己責任化の問題—医療化論を踏まえて

この項では、メゾレベルで展開されていたリハビリテーションの規範化を支えている健康至上主義の問題と「病」の自己責任化の問題を確認していく。

前節では、医学が権威を得てきた経緯について触れたが、その医学と政治が結びつくことで、平均からの逸脱が見つけだされてしまう社会となっている。そして、平均から完全に逸脱した「病」は、自己責任とされてしまう状況が、現代社会に定着しているのである。

このような健康至上主義的な価値観が展開されていく問題は、2008年から開始されている企業に対する健康診断の義務化に繋がっている。現状ではペナルティーは存在していないが、所属している企業からの命令であれば、実質的に義務化されていると同様である。また、この動きは、逸脱を強制的に是正しようとする働きではなく、むしろ逸脱者の搜索であり、現代は逸脱者そのものではなく、逸脱しそうな個人を搜索する時代になってきているといえる。

しかし、医学的知識を利用し、健康診断のように平均値を規範とし、健康を手に入れることが可能であるのかと問えば、後藤(2007:81)、上杉(2008:118)が示しているように「健常＝普通」というのは、実現不可能な理想である。また、仮に目標値が達成されたとしたら、より微細化した異常が見つけ出され、それを排除するための新たな数値目標が設定されるとしている。これこそ医療化の問題であると思われ、平均という、人間が作為的に設定した数字の問題である。

だが、野口(2001:222)は、イリイチの医原病の問題を理解しながらも、医療化によるプラスの側面を考慮し、近代医学が始まる以前の状態に戻ることを望む人は恐らくいないとしている。そして、問題なのは、過度の医療化を是正するためには、たとえ難しくとも、どこからが過度なのかを決定せざるを得ないとしている。しかし、どこからが過度なのか

を決定していくことの難儀は、佐藤（2009：38）が示すように、競争による個別化が展開される社会であり、この社会において各個人を考慮して、共通の医学を設定することは不可能である。島菌（2011）が述べているように現代医学は好ましい遺伝子を組み合わせた子供を作る技術を持っているとしている。この技術を使うべきかどうかに対する疑義を島菌は述べているが、実際に欧米では、高学歴者の精子売買が行われていることも事実であり、医療技術の拡散によって、この技術を金銭によって購入することの可能な人もいれば、そうではない人も多数存在し、何が過度なのかという道徳的な共通認識を得ることは不可能であると考えられる。

カンギレムが指摘しているように、医学によって提示されている規範の多くは作られたものであり、その規範を創り上げている医学が政治と結びつき、さらに国民の欲求として健康が求められることで、現代の健康至上主義的な価値観が広がっているのである。そして、この規範から逸脱するものが、治療対象となっていくのである。そして、治療対象となったものは、生活習慣病のように国民に多大な情報が提供されていくのである。

この情報の問題であるが、例えば、ウォーキングが良いとされ、医師である泉（2005）が『医師がすすめるウォーキング』という著書を出しているが、ウォーキングによって整形疾患などを巻き起こす可能性については何も触れられていない。この様に何でも一様にステレオタイプに「〇〇が効く」などの情報が提供される。そして、提供される側も耳触りのよいものであると、その裏側にある問題を見落としやすい状況が展開されることにもなる。この様な問題は、先に自己決定の問題でもふれたが、必ずプラスとマイナスの面があるのであって、多くの場合、マイナス面の情報は隠蔽されていく。そして、この創られた逸脱によって治療対象となったものとして「喫煙」がある。八木（2008：45）は、イリイチの医原病における社会的医原病として、喫煙病が作られていったとしている。そして現在は、公的保険でニコチン依存症管理料が新設されているのである。まさに、逸脱を社会制度によって是正しようとする動きであり「喫煙＝悪」という規範を作り出しているのである。では、喫煙は100%人間に「害」であるのかと言えば、パーキンソン病やアルツハイマー病の予防になり得るのではないかという研究結果もある。しかし、それらの結果よりも「害」であるというリスクが一般に定着しているのは事実であり、この流れを変えることも現実的に難しい。また、この様な議論を見ていくと、一つの現象の良し悪しの基準に「健康」が置かれていることが多いが、健康は、相対概念であり絶対概念ではない。この様な健康の用いられ方は、タバコだけではなく、アルコール、食事、運動など様々なところで見られている。現代は八木（2008）が『健康幻想の社会学』で指摘している通り健康幻想の社会となっており、「健康」という言葉は、一つのマジックワードとして存在していると思われる。

では、このマジックワードが、社会においてどの様に機能しているのかを考えると、健康日本21や健康増進法のように健康になること目的に（このこと自体無価値である）、運動せよ、日常生活に配慮せよと国民に訴え、そして国民自体も健康でありたいと願うことで、これらの情報に鋭敏に反応している現状がある。その結果として、生活習慣病やメタボリックシンドロームという言葉の存在を国民が知るようになっていく。

これらの政策や運動は、医療専門職にとっては都合のよいものであり、概ね良好な評価を得ていることはⅡ章で述べたとおりである。そして多くの国民は、これらの情報を元に生活習慣によって、病が作りだされるものとして認識していくのである。さらに、生活習慣病、メタボリックシンドロームなどの言葉が、国民へ浸透していく背景には、マスメディアをはじめとする市場の参加が大きく関与していると考えられる。特に数多く提供されている健康番組は、その典型であり、ある番組の終了後に納豆が無くなる、ココアが無くなるなどの社会現象は、このマスメディアの存在なしには説明不可能なものである。

しかし、このような現象がなぜ起こるのかと問えば、病は誰もが避けたい願望であり、それにより健康は買うことのできない価値となり、健康であること自体に価値を有する文化になっているからに他ならない。そして、この文化に国が掲げる社会保障費を抑制したいという欲求と、国民が避けることのできない病を避けたいという欲求が合致し、現状の健康至上主義社会の在り方となっているのである。このマッチングによって、国民の医療化は着実に進み、まさに生活習慣という医療が介在しないはずの場に医療が介在していく現象を加速させている。そして、病の専門家である医師をはじめとする医療従事者は、国の欲求と国民の欲求をつなぎ合わせる存在として重要な地位を占め、権威と共に利益を獲得している。また、マスメディアをはじめとする市場は、国民が欲しがらる情報をその特性を活かして分かりやすく明快に提供することで利益を誘導することが可能になる。ちなみに岡部（2008：117）は、わが国の健康食品市場は7000億円にも達する市場になっていると述べ、日本人の「手っ取り早く、どうすれば良いのか」という色合いの健康意識の高さを指摘している。この様に現在のわが国における健康をめぐる状況は、国、国民が中心となり、専門家は権威と利益、そしてマスメディアは利益を得ている状況であると考えられる。この状況を下図Ⅷ-5に示す。

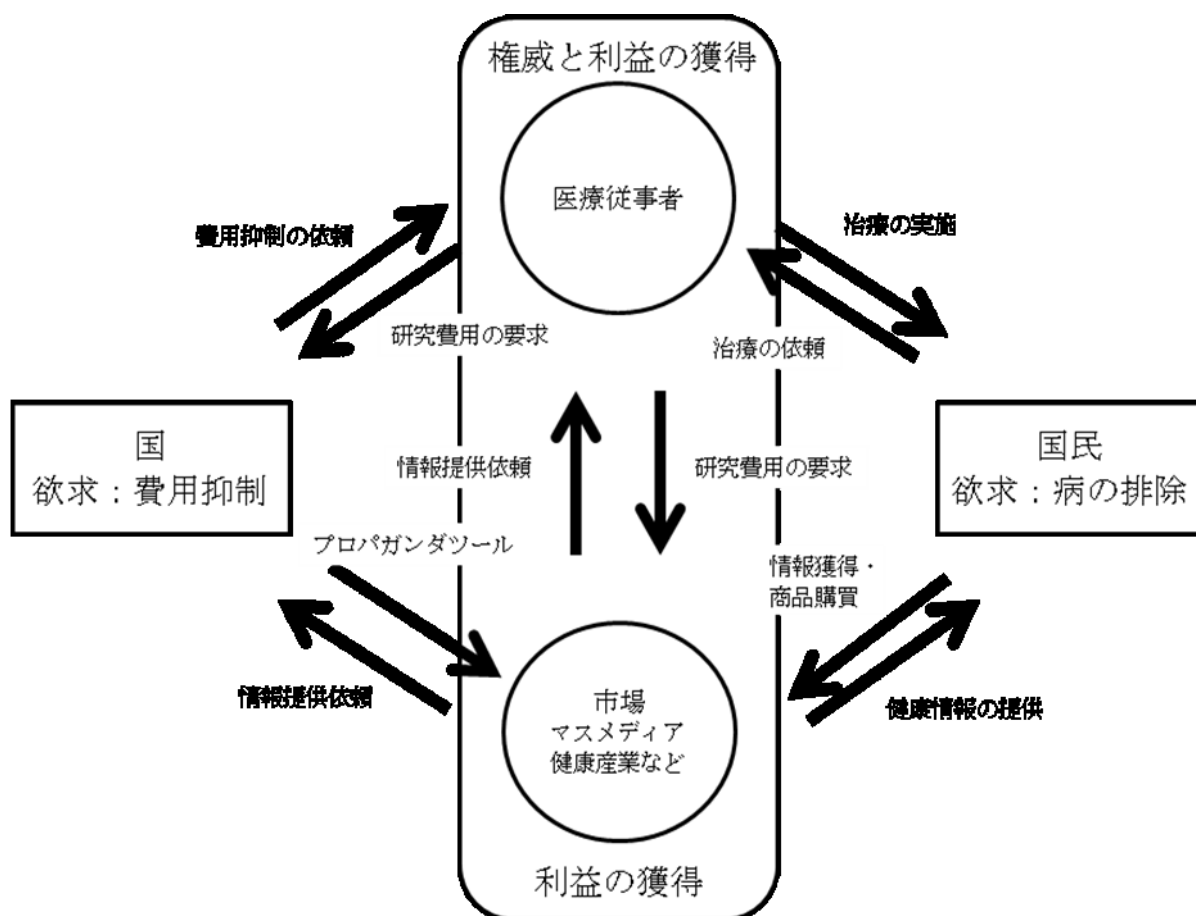


図 VIII-5 国、国民、医療従事者、市場の関係図

さらに生活習慣病は、生活習慣が悪い人が病になる言説となっている。したがって、今回の調査対象者の高齢者は、障害後の行動ではなく、障害を有する前の生活に立ち戻り、自己責任の結果として、現状の障害を有する自己の身体を自己に晒し、更なる悪化への予防としてリハビリテーションを自らに提示していくのである。この自己責任を突き付けられる状況は、当事者にとって厳しいものであり、障害を負ったものはリハビリテーションをやらなくてはならないという状況に追い込まれていく。また、これらの人のリハビリテーションは、単なる身体機能を悪化させないためのものだけではなく、「病」の結果を社会に提示するという別の役割も同時に果たしている。つまり「病」になればリハビリテーションを実施していく表現者となり、同時に自己責任という了解を強制させていく機能を有していると考えられる。

この図（VIII-5）に示した様な関係性の中で「健康」、もしくは「病」が語られている。先にも述べたが、国は社会保障費を抑制したい思惑があり、国民は病の排除を願うため、国、医学によってもたらされる情報に従順になっているのである。しかし、病と生活習慣との関係性は、II章で述べたとおり、文化的、社会的、そして医学が依拠する自然科学的にも非常に脆弱なものである。しかし、国民はステレオタイプに提供される情報に動員さ

れ、そこに健康産業が絡んでいる様は、まさにフーコー（1976=1986：171-203）が『知の意思』で展開している「生政治」そのものである。国民が国の情報なしに主体として、病の排除を求め、探求していくのではなく、国が提示している情報を様々な形で獲得し、その情報を元に行動していく/させていくのは、IV章で述べた「積極的」な人たちがリハビリテーションを実施していたのと同様の従属的な環境下における主体の発揮そのものである。

そして、この情報に基づく生活は<善>であり、反対すれば<悪>として社会から排除、もしくは監視の対象とされるのである。何が監視対象となるのかと言えば、「医療化」が起る以前には、医学が過去に介入していなかった生活が監視対象となるのである。この価値判断に基づき、国民は従属的な環境下における自由な主体として、その自由に対する責任として、自己責任の病を突き付けられることになる。この様な価値体系の中で介護保険法は制定されているのである。

介護保険法が、財政的な問題に改正で混乱は見られたものの、国民に大きな反対もなく進んできている状況は、国と国民によって作られているこの健康至上主義という価値観によるところが大きい。さらに中途障害者が多い介護保険の1号被保険者は、財政的な問題の理解も加わり、この価値体系を受け入れやすい対象者であると考えられる。つまり、介護を要する状態になるまで、この価値体系の中にいた当事者であるため、自分が介護を要する状況になったことで、要求されるリハビリテーションをはじめとする様々な事柄を受け入れやすいものになっていると考えられる。これは、II章で紹介した上田（1996：182）の「それは社会に広まっている価値観に問題がある。生産力、労働力という収入が多ければ価値がある。障害はこれらの価値を下げる。障害者は差別されても仕方がないという価値観を有していた。その当事者が、そちらの側に回ることで、価値のない人『差別される人』になってしまう」と述べている事に表れている。

したがって、介護保険に対する当事者運動は、公益社団法人認知症の人と家族の会が起こしている要介護認定廃止運動（2010）の動きはあるが、当事者自身が展開しているものは、先天性疾患のグループが実践しているよりも目につくことは無い。また、高齢者の当事者運動を展開したのは、これまでも触れてきたが多田（2007）である。しかし多田は、リハビリテーション打ち切りに対する反対運動であり、まさにこの価値体系の中に存在しているからこそその運動であり、リハビリテーションを失うと障害を有する自己像を社会という中で保つことが困難になるための運動であったと思われる。

では、この様な状況に本調査研究の対象者たちが実践していたリハビリテーションに立ち戻って考えてみると、当事者が継続していたリハビリテーションは、当然<善>という価値を有していくことになる。そこには、自己責任化された病により、障害を有した当事者は、医療従事者から教育された家族によって管理されていく、しかし、それは「仕方がないこと」としてとらえ、家族の迷惑にならない自己のあり方を模索していくことになる。その自己のあり方の一つの手段としてリハビリテーションを実施しているのである。これは、「積極的」、「積極的ではない」人と、その態度のあり方に違いは見られているが、同様の実践である。しかし、当然ながら「リハビリテーション＝当事者の存在理由を保証する手段」として必要十分条件は成立しない。ここからも1節で述べたリハビリテーションの

『虚像』の实在を見ることが出来る。

また、社会的が、この様な健康至上主義的な価値体系を有していることで、今回の調査結果として「積極的」なリハビリテーションの展開をする人が、「積極的ではない」人よりも多かった事を説明することが出来ると考える。それは、社会一般にこの様な価値が広がっていることをそのまま表している結果ではないかと考えるからである。また、「積極的ではない」人の環境も、これに近い価値を有していると考える。そうでなければ、必要性を感じていないのに、通所してくる理由が無いからである。そして、「拒絶」していた人は、上記のような価値体系が広がっている社会において非常に貴重な存在であり、限られた少数派であると思われる。

本調査対象者も「拒絶」を示していた人を除いて、表面的には、国の思惑通りの展開を見せている当事者たちであった。さらに当事者たちが実施している介護保険制度下の維持期リハビリテーションは、自然科学的根拠としても脆弱なものであり、当事者、そしてリハビリテーションの専門家も展開している身体機能訓練にそれぞれ「承認」を得る目的を見出していた。しかし、Ⅱ章で述べたように介護保険で言われている「尊厳」は、正常な身体を取り戻したことに成功した人に適応される「尊厳」であり、今回の調査対象者のように逸脱を呈し続ける多くの高齢者は、「尊厳」を獲得するため、永続的に訓練に取り組まなくてはならない対象となっているのである。

しかし、何がこれ程までに問題があるとされているにもかかわらず、健康至上主義的な価値が定着し、医療化が進んでしまうのかという問題に立ち戻って見ると、国民の病を排除し、他者の迷惑にならない個人でありたいという願いと国の社会保障費を抑制したいという考えに集約され、「健康」自体に価値を有する社会になっているためである。そして、現状は先ほど示したように「健康」というマジックワードによって、国、専門家、市場、国民のいずれにとっても利害関係で結ばれている都合の良いシステムが展開されている。それほど、社会に広がっている健康至上主義的発想は、強力なものになっているのである。

### VIII-3-② 監視社会の問題

ここで取り上げる監視の問題については、Ⅰ章でも述べたが現代社会の一つの特徴であり、前項で述べた健康至上主義と関連の深いものである。それは、病の状態は周囲に監視されていくものであり、競争原理が働く現代社会においては常に切り離すことができないものになっている。本調査結果でも、その傾向が現れており、健康との関係においては、Ⅳ章で当事者が急性期状態では医療従事者を中心に監視され、そして在宅生活となった維持期には家族を中心に監視されながらリハビリテーションを行っている現状が見られていた。また、競争原理においては、Ⅶ章で専門家が所属する事業所から、通所における個別リハビリテーションの実施数を気にしながら業務を遂行している様子が見られている。これらも事業所から専門家が監視されている事を示している。

これはミクロレベル、メゾレベルにおいて当事者だけでなく、専門家も監視されながら存在している事が本研究の調査結果より示された。また監視は、「人の振り見て、我が振り



直せ」という諺もある様に他者への監視ばかりでなく、他者の監視を通し自己を監視している側面も有している。そこで本項では、本調査の結果を踏まえつつ、現代に定着している監視の問題を取り上げていくこととする。

まず、I章でも述べたが現代に展開されている監視について、ライアン（2007：17-22）は、2001年9月11日以降、より政府と法執行機関が実践する監視の規模に、少なくともぼんやり気づくようになってきたとしている。また監視活動は、常に人間社会の一面を構成してきたが、近代に入って生活の中心的要素として登場し、今や台頭する管理の文化に生命力を与えていると述べ、近代性を現在ある姿に構成している主要な社会過程の一つと論じている。この監視についてライアンは、影響、管理、保護、または指導の目的で、個人の詳細事項に対して向けられた、焦点を絞った体系的でルーティーン化した注意であるとしている。

そして、監視と権力の関係を述べているフーコー（1975=1977：175-176）は、囚人を監視するパノプティコンについて「見られているはずだ」ということを前提におき、囚人は行動し、規範に則っていれば賞を与えられ、規範に則っていなければ罰を与えるという賞罰を気にして行動することになっていく実状を述べている。この様な囚人たちの行動から「規律=訓練」という権力が発生していることを指摘している。さらに、フーコーは、この「規律=訓練」は、囚人監視だけにとどまらず、日常生活の中に入り込んでいることを指摘し、学校、病院などは、その典型の一つであると述べている。

さらに、わが国はこれらの垂直方向だけでなく、大野（2005：7）が示しているように水平方向の監視も機能している社会であることをI章述べた。したがって、ライアンやフーコーが述べている監視の様相よりもさらに複雑なものとなっている事が想定できる。

この上記で示したライアン（2007）、およびフーコー（1975=1977）が述べている監視は、生活の中心的要素であり、同時に権力を有することを指している。つまり、単なる観察ではなく、監視するものによって監視される者は、コントロールされることになることを意味している。さらに、大野が述べているように、わが国特徴として、監視される者の中で互いに水平的に監視を行い、そして自己監視を行っている状況がある。

では、この監視が本調査で、どの様に展開されていたのかについて、あらためて見ていくと、IV章で「患者の専門家」が、リハビリテーションを実施していない他者に対し、「やらない人はダメ」と攻撃的な眼差しを送っていたように当事者間で批判を展開している状況から、水平監視が展開されていることは間違いない。また、急性期から維持期に至るまで、リハビリテーションの実施状況を監視されながら実施している様相は、垂直監視が、機能していることを示している。水平監視では、IV章の対象者のように「積極的」にリハビリテーションに取り組む他者には、大野が述べているように相互扶助的な働きを見せているが、そうではない他者に、蔑視的な働きを機能させていると言える。そして維持期となって家族からもたらされる垂直的な監視に当事者は、従順にその監視状況に対応している。この様な状況は「積極的」な人に特に見られていた。V章で述べた「積極的ではない」人は、そのプロセスにおける概念の中で「人は人」と他者との比較を行わない状況が見ら

れ、これらの人は積極的な水平監視を行っていないものと思われた。

そして、「積極的」な人が見せている「患者の専門家」の状況においては、同じ利用者同士で監視を行いながら、自己の訓練状況を自己監視し、そして多くの当事者が集う通所の中で自らは努力している自己であることを認識していくために他者との比較を常に行っている。しかし、この監視は障害者、もしくは虚弱な高齢者というマイノリティーの中で、更なるマイノリティーを生み出している。この監視を展開できる当事者は、一般社会における価値体系に準拠出来ているマジョリティーであることを確認しているものと思われる。社会的な構成を考えるとマイノリティーよりもマジョリティーに属することは安心を得ることに繋がるが、この障害を有する状況においても競争が展開されていることがうかがわれ、他者を監視し、リハビリテーションを実施しない人に駄目な人というラベリングを行い、排除の論理を展開させながら自己を存在させていく状況に、違和感を覚える。これに対し「積極的ではない」人たちは、先ほども述べたが、今回の結果において「人は人」と他者と比べることに意味を有していない状況が見られている。この違いの表れには、外的環境の存在、つまり監視の在り方が大きく影響しているとこれまでの考察で明らかになっている。つまり、この様な当事者間で見られている監視は、当事者個人だけの問題ではなく、当事者をとりまく監視体制そのものが大きく影響していると思われる。

また、Ⅶ章で見られた専門家が受けている監視は、2節のメゾレベルの箇所では述べているので詳細は割愛するが、所属している事業所からの圧力によって、専門家は監視を意識している事が明らかであった。この様な監視が行われているのは、規制緩和によって介護保険市場における競争の結果であり、専門家が受けている監視は、端的に垂直的な監視が展開されている。そして、この監視によって専門家は、その専門性を危うくしているであった。

これまで述べてきたように、Ⅳ章のリハビリテーションに「積極的な」当事者は、垂直監視を受けながら、水平監視、自己監視を行い、自らの行動が社会に広がっている価値観に準拠出来ていることを認識していた。しかし、それだけではとどまらず、社会に展開されている価値観に合わない他者を排除しながら自らを存在させていた。また、Ⅶ章の専門家は、垂直監視の影響を直接受けて、その専門性を危うくさせている状況となっていた。

この様に、本調査結果のⅣ章とⅦ章の当事者は、確実に監視の影響を受けていた。では、マクロレベルの問題として、この監視が、ミクロレベル、メゾレベルにどの様に機能しているのかについて検討を行う。

ライアン（2007：39-72）は、広がる監視の場として、軍事、行政、労働、治安、消費の5領域があることを述べている。この5領域に医療は直接的に述べられていない。しかし、行政において（前掲51）、病気の予防のために公衆衛生データの収集をめぐる監視の問題を引き起こすとしている。そして、権利取得のための監視が、社会統制に繋がる結果を招いたのは事実であるとしている。

この監視によって社会統制に繋がる結果を、前項で述べた健康至上主義の問題に重ね合わせると、病のない状態、医療費、社会保障費を使わない国民であってほしい国の思惑を満たすために、医学という権威を利用し、病を避けたい国民に向け、生活習慣病、メタボ

リックシンドロームという言葉を創り出し、医療機関では直接的監視を機能させ、日常生活の中では、わが国の特徴である水平監視が機能し、タバコ、酒、暴飲暴食が<悪>とされる価値観が生まれてきている。これは、前項でも述べた健康診断にも通じている。

この状況において問題なのは、国は個人の身体の不調や苦痛に関心がない事である。あくまでも、医療費、社会保障費を使わない国民であることを望み、その方法として病のない国民であるための情報を提示しているのである。ここにもフーコーが示した「生政治」の展開が見られているのである。つまり、統計的な人口問題をコントロールしていく政治の在り方であり、個人が存在しない政治が展開されているのである。

しかし、個人で存在する国民は、不快である病が無い状況を望むため、国が提示される情報に耳を傾けている。そして、病のない状態の時には、垂直監視は意識しないレベルのものであり、むしろ水平監視が有効に機能し、上記に上げたタバコをはじめとするものが<悪>とされ、監視されていくのである。そして、病を有することになった場合には、医療機関との関わりの中で、本調査対象者の様に垂直的な監視を受けることになる。そして、多くの人はその場で展開される監視によって、これまでの生活習慣に見直しを迫られていく事になる。この時には、家族は垂直監視を行うものとして、病を有することになった人を監視していくことになっていく。病のなかった時には、水平監視を行う存在であったが、病を有することになった場合には垂直監視を行う存在に、そのあり方にも変化が見られていくのである。

この様に「病」と監視の関係は非常に密接なものであり、ミクロレベルでは家族という個人によって監視が展開されているが、国、社会というマクロレベルでは、社会保障費、人口という個人が存在しない監視が展開されているのである。

国は、医療費、社会保障費を利用しない国民を望み、国民は、苦痛である病が存在しない状態を望んでいる。それぞれの希望には違いがあるが、結果的に「病が無い」という状態は共通している。そして、その状態にメゾレベルで述べた医療化の問題が絡み、生活習慣に病の原因を求め、様々な健康情報を提供されることによって、生活習慣に水平監視が展開されることになる。また、自らの病の原因を本調査対象者でも見られていたように、これまでの生活の在り方を振り返る状況に繋がっていると考える。

この項では、主に監視について見てきたが、本調査では明らかに、監視が介護保険制度下の維持期リハビリテーションに機能している様子が見られていた。また、国の思惑を満たすために、病のない状態には水平監視が機能しやすくなっており、病になった場合には、医療機関と教育された家族によって垂直監視が機能し、水平監視は当事者間で機能している。この様に、どの様な状態においても監視が作用していることは間違いないと思われた。

### VIII-3-③ 国家財政論からの問題

これまでマクロレベルの問題として、1項では健康至上主義、自己責任の問題、そして2項では監視社会の問題を論じてきた。これら2項を論じていく上で、はずせなかった問題

に社会保障費を抑制したいという国の財政問題が存在していた。したがって、本項では、この国家財政論について述べていくこととする。しかしⅡ章において、この財政論ありきで介護保険法が成立されてきた過程については詳細に論じているので、ここでは増大していく社会保障費に対する国の見方と本調査結果で見られた要点をまとめていくこととする。

わが国の社会保障政策は、歴史的に見て財政主導で展開されてきているのは間違いない。1970年代の高度経済成長期で財政に余裕がある時には「バラマキ福祉」を展開し、そしてオイルショック、バブル経済がはじけるといふ経済的問題と高齢者比率の上昇という人口問題によって、「高齢者は弱者ではない」という言説を流すと共に、社会保障に対する自己負担率を上昇させていく国の姿には、社会保障制度に一貫した理念など存在せず、財政状況に応じ制度内容を変化させていくという場当たりの対応を見せている。(確かに財政的な問題を抜きに制度論を語ることは難しいと思われるが、Ⅱ章で述べたように選挙行動を当てにして、制度を設計していると言われても仕方のない状態があったことも、また事実である。)そして日本の借金は900兆円を超えた、国が破綻するなどの情報もクローズアップされ、上記の自己負担率の上昇も国が破綻すると困るといふ国民感情をあおりながら、制度設計を打ち立てており、国は社会保障の予算配分を可能な限り縮小させていきたいと考えている。

この社会保障費の増大は、人口構成の変化が大きく関与しており、総務省発表の2010年10月の概算で、65歳以上の高齢者が全人口に占める割合は23.1%までに上昇している。この高齢化率は今後もさらに上昇し、2055年までに40.5%に達するであろうといわれている。この状況は、人口が減少している事柄も考え合わせると社会保障費が、現実的に、どこまで捻出することが可能であるのかという深刻な問題にも繋がる。では、具体的に社会保障費は、どの様に増大しているのかを厚生労働省で発表されている医療費を取り上げて見ていく。

2006年の社会保険審議会の医療保険部会資料として示されている国民医療費の見直しによれば、2004年の予算ベースでは、国民全体の医療費32.1兆円のうちの約3分の1の11.5兆円が老人医療費であった。しかし、2025年には国民全体の医療費が69兆円となり、そのうち老人医療費は、約半分の34兆円になるであろうと試算されている。つまり2004年から2025年の21年間で、国民全体の医療費における老人医療費の割合は3分の1から2分の1へ、支出額で見ると約3倍に増加するであろうという試算である。また、別のデータとして厚生統計協会編(2008:227)の『国民衛生の動向』では、平成17年度の国民医療費について次のように掲載されている。そこでは、年齢階級別に国民1人当たりの1年間の医療費が示されており、65歳未満は15万9,200円であったのに対し、65歳以上は65万5,700円と高齢者の医療費は4倍以上の支出になっていると報告されている。

これらの統計的なデータから、高齢者が増加することによって、医療費が急速に増大していくこと、老人医療費は64歳以下の国民と比較して、4倍に達する高い支出であることが理解できる。したがって、医療費の削減ならびに国民の健康維持ということが大きな課題になっている訳である。そして現状では、この増大に歯止めをかける事が出

来ないのも事実である。例えば、軍事費なども大きな予算が費やされるものであるが、国が軍事国家を目指すならともかく、現状の軍事設備を維持、もしくは新たなものを設置していくとしても設備投資に抑制をかける事は可能である。しかし、この社会保障費は制度を変更していかなければ、抑制自体が不可能なものである。つまり、病を生じた場合の苦痛を放っておくわけにはいかず、また苦痛を生じやすい高齢者が増大しているのであれば、医療費も増大するという極めて単純な構成となっている。しかも、現状よりも 2055 年には 2 倍近い高齢者が存在することを考えると、単純計算として倍の費用が必要になってくる。しかし、現在の社会情勢では景気の後退もあり税収が増大することも、高齢者を支えていく若年世代が急激に増大する見込みも無く、社会保障費だけが確実に倍増していくことになっている。

この様な状況に国は、財政を守っていくために「病」に対し予防という手段を講じ、社会的入院を減少させ、虚弱な高齢者へ「自立」を促し、その「自立」に「尊厳」をリンクさせ、社会保障費を使わない高齢者を望んでいる。その手段を有する医学に協力を求め、そこに権威を与えていく、そして権威のある医学が提示するものは<真>という価値を有し、健康至上主義として医療化が進んでいくことになる。そして<真>の価値を有した権威ある医学から導き出された言説に従う事は、国民にとって<善>となり、その<善>の有する道徳的な意味が国民に規範として定着し、監視社会の展開に結びついている。この様に見ていくと 1 項で述べた健康至上主義の問題、2 項で述べた監視社会の問題は、この項で述べている国家財政問題を少しでも軽減させていこうとする国の思惑をサポートする機能を有しているといえる。

また、この流れは本調査の介護保険制度下におけるリハビリテーションへの疑義にも繋がり、国が介護保険費用を抑制しようと考え、健康至上主義的あるいは機械論的に身体を取り扱う事で医学が提示するリハビリテーションが、正しい<真>という価値を有し、努力義務化され、規範化されていく（本当に<真>であるのかは別の問題として）、そして障害を有する、虚弱となってしまった高齢者は、リハビリテーションを行う事が<善>となる。この過程の中で、当事者は、<善>と位置づけられたリハビリテーションを実施しているのか否かを監視されていくのである。

この様な<善>とされたものを当事者は展開していくが、本研究のミクロレベルで見られていたのは、「承認」を求めてリハビリテーションを展開していく様であった。それは監視されるものとして自己が行っている事が、社会に広がっている価値にマッチングしているのか、この<善>なるものを実施していること自体を承認してもらうためのものとなっており、調査では当事者も専門家も本来の目的であったはずの身体機能に着目していない事実が見られていた。ここにリハビリテーションの<虚像>を指摘したのである。つまり、マクロレベルで一見すると国が目論み通り、予防に向けリハビリテーションが実施されているが、実際のミクロレベルでの展開は、全く異なる「承認」を求めて展開されているのである。さらに国が目論んでいる「高齢者へのリハビリテーション実施＝日常生活レベルの改善」という様なエビデンスが見られるものは、ごく限定されたものであり、国が権威を与えている医学が提示する<真>なる価値が、本当に<真>であるのかという疑問を抱

かざるを得ない。しかし、多くの国民は、そこに疑義を感じずにしたがっているのである。この様な状況において国民は、まさに「主体性なき主体」として存在していると考ええる。

これまで財政問題が中心となって介護保険が制定され、リハビリテーションが努力義務化されていった流れを見てきた。しかし、Ⅱ章で述べたが、この様な人口構成になる事は1970年代から予測されていた問題であり、投票行動を狙って「バラマキ」福祉を展開した国の政治の在り方に問題があったという指摘は外すことが出来ない。また、更なる制度変更をしていかなくは、今後の高齢化率上昇には耐える事が出来ない。しかし、介護保険法の様に高齢者の「尊厳」を守り、高齢化によって生じる介護問題を社会全体で支えていくというタテマエと国家財政問題というホンネの両者を成立させていくという2重構造的な制度設計ではなく、より理念型の設計が必要であると考ええる。そうでなくては、介護保険制度下の維持期リハビリテーションの様に、国は身体機能的な効果を見出すことが可能である一つ的手段として国民に提示しているが、国民は効果よりも「承認」を求めて実践しており、何のために行っているのかという目的を見失う事になる。先に述べたが、外見上は、国の思惑通りに国民が行動しているかのように見えるが、国民は国とはまた異なる目的を持って、リハビリテーションを実施しているのである。

本章では、介護保険制度下に見られる維持期リハビリテーションの問題をミクロ、メゾ、マクロレベルに分けて検討してきた。そして、介護保険制度の目的である「尊厳」を守るためにリハビリテーションが有効に機能しているのかという問題を見てきた。国は、身体機能的な「回復、維持」を目的にリハビリテーションを設定しているが、臨床レベルでは「承認」を目的に展開されている様子が見られていた。「承認」は、尊厳を守るための重要な要素である。また、「承認満たす＝尊厳を守る」という形が成立すれば、そこにリハビリテーションが介在する必要はない。

これまで検討してきたものを踏まえて、「結」では介護保険制度の問題とリハビリテーションの問題がどの様に連結しているのか、介護保険制度下のリハビリテーションがどの様に機能しているのかを述べ、「承認」をベースとした高齢者の「尊厳」を守るための具体的対策について検討を行うこととする。



## 結

これまで、介護保険制度下における維持期リハビリテーションの問題として、本研究において実施した4つの調査結果を元にミクロレベル、メゾレベル、そしてマクロレベルにおける問題を提起し、それぞれについてⅧ章で検討を行ってきた。そこで結として、本研究において提示してきた介護保険制度下の維持期リハビリテーションの問題をより明確にし、現在のリハビリテーションではなく、高齢者の「尊厳」を遵守していくための介入を検討していくこととする。

1節では、維持期リハビリテーションと介護保険制度が各々で持つ問題が結びついて現状のあり方が展開されている様子について述べていく。2節では、病の結果から生じた障害や虚弱な状態に対し、リハビリテーションが、コンラッド、シュナイダー（1992=2003：1）が指摘するような社会統制の一部として機能していることを述べる。そして、最終3節では、介護保険法で謳われている高齢者の「尊厳」を守る支援のあり方として、何が重要になってくるのか、国が重視しているリハビリテーションとは異なる視点について論じ、本論を閉めたいと考える。

### 結-1 介護保険法に内包される問題と維持期リハビリテーションの限界の結びつき

本論で述べてきた事には大きく2つの問題が存立している。一つは、介護保険法が常に理念ではなく、財政主体に制度展開してきたことによって生じている問題（財政圧迫により、家事援助が使えなくなる、リハビリテーションが努力義務化されていくなど）である。そして、もう一つは、医学的な問題として高齢者を対象とする維持期リハビリテーションに内包される回復・維持の限界についてである。この2つの問題が、重なり合って展開されているのが介護保険制度下の維持期リハビリテーションである。そこで、本節において、この2つが、どの様に結びついているのかについて述べていく。ここでは、Ⅷ章において述べてきたマクロ・メゾ・ミクロで述べてきたものを基盤に検討を行っていく。

マクロレベルでは、財源問題から社会保障費を使わない高齢者を望む国は、介護が必要になった高齢者にも身体を取り戻すことを望んでいる。そして、身体が自由であること、自由を獲得できたこと、病が無い状態の高齢者に「尊厳」が保持されていくという論理展開を行っている。確かに、病が無い高齢者であれば、「尊厳」の保持は当然の事である。しかし、要支援・要介護状態の高齢者であっても、Ⅱ章で述べた様にカントに倣えば、人であれば「尊厳」は誰もが有するものであり、障害を有する状態になっても「尊厳」は守られるべきものである。しかし、現状ではⅡ章で述べたように「尊厳」は、リハビリテーションで身体機能が回復することが可能な人へのみ、提示されているのと同様である。これは、厚生労働省が示している2015年の高齢者介護、高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けての中で述べられている文面からも読み取れる。

リハビリテーションについては、より高齢者の心身機能や日常生活における様々な活



動の自立度を高めてから、自立していない活動について他の介護サービス等で補うといったリハビリテーション前置の考え方に立つ必要がある。

このリハビリテーション前置とは、可能な限り身体機能を回復させた上で自立度を測定し、それからサービス内容を決定していくことを意味している。また、可能な限りとなっているが、何が限界なのかを提示していないため、正常な身体まで際限なく、リハビリテーションが展開されてしまう可能性もある。しかし、これでは障害を有する高齢者の「尊厳」を遵守していくことは難しい。なぜなら、高齢者は生理的に身体機能が低下していく存在であり、回復はおろか維持すらも難しいのが実状である。この様に「尊厳」の問題と身体機能の問題を並立させていることが、介護保険法における維持期リハビリテーションの大きな問題である。しかも、この展開は、国民の個々の生活を考慮してのものではなく、財源を抑制することが目的になっているため、国民総数に対しての展開しているのである。

この目的を達成するために、国は、医学と連携し社会保障費を利用しない国民としていくために生活習慣をコントロールしていく重要性を国民に広げている。そして、生活習慣の悪い人が病気になってしまうという構図を作り出している。しかし、生活習慣と病の関係は、そう単純なものではなく、簡単に考えても遺伝的要素、貧富などの環境要素も含まれる複雑なものである。したがって、「生活習慣の改善＝病が起きない」という構図は、明確に表せるものではない。ただそこにあるのは確率論的な問題であり、まさにフーコーの国民の総数に対する「生政治」の展開をここに見る事が出来る。しかも、国民は国や権威ある医学によって提示される情報に大きな疑問を抱かず、その情報に右往左往している状況になっている。さらに、このような情報とは反対の行動をとる人達の動向を見て、それらは正しくない事（この判断自体に問題がある）であると監視を展開させていくのである。

この様に I 章で述べた国の財政問題、そこから派生される健康至上主義的発想、そして監視の問題が絡み合って現状が作り出されているのである。この様な社会体系の中で介護保険法は制定され、施行されているのである。沖藤や上野をはじめとする学者が、これらの状態に異議を申し立てても、それらの情報が取り上げられることは少なく、限定された情報となっているのが現実である。したがって、国民は、何が正しいのかを正確に判断する材料が乏しい状態にある。この様な中で、国によって効果があるとされたリハビリテーションは努力義務化され、サービス内容に変更が生じることで、沖藤（2010）の事例のように栄養失調の状態になっても、泣き寝入りせざるを得ない人たちが出てくるのである。また、「リハビリテーションの実施＝尊厳の回復」という図式は、あくまでも実施によって身体機能の向上が得られた人に対して展開されるものとなっており、永続的な障害を有する高齢者にとっては、この構図は成立しない。この永続的な障害を有する高齢者に対し、国は可能な限り身体機能の向上・維持が求めているため、リハビリテーションから脱却不可能になっている。つまり現在の制度の中では、「尊厳」を守るためにリハビリテーションは機能しておらず、またリハビリテーションは「尊厳」を守るための必要十分条件でも無いのは明らかである。したがって、「リハビリテーション＝」の構図で、この価値を成立させようとしている介護保険法に問題があると言わざるを得ない。そして努力義務としてリハビリテーションを位置づけていく事も「尊厳」を支えている自律概念から考えると問題

がある。つまり、自律 (Autonomy) の概念は、Ⅱ章で述べたように自己決定をしていく事であり、その自律を尊重していく事が、「尊厳」に繋がっていくのである。つまり、既に自律を侵害していることになる。この「尊厳」や自律は、身体要件に影響されてはならないものであり、現状のあるがままの状態、これらは守られなくてはならないのである。

これまでは、介護保険法に孕む問題を見てきた。次にリハビリテーションの問題について述べる。リハビリテーションは、介護保険の財政問題を解消する一つ的手段として提示されているが、そのエビデンスは極めて限定されたものであることはⅡ章で述べたとおりである。しかし、そのような状態であっても法律によって努力義務化されているのである。そして、ミクロレベルで見られていたように、多くの高齢者は永続的に障害を抱えてしまっているため、「承認」を求めてリハビリテーションを実施していくことになっている。

これまでも述べてきたように、リハビリテーションに限界があるのは、明白であり診療報酬の点数にも、それは反映されている。一般に医学的リハビリテーションは、急性期 (発症から1ヶ月)、回復期 (1ヶ月から3-6ヶ月)、維持期 (6ヶ月以降) と発症からの時間によって大別されている。回復期の期間設定が1ヶ月から3—6ヶ月と幅があるのは、平成18年4月の診療報酬・介護報酬改定におけるリハビリテーションの見直し (2006) によって疾患ごとにリハビリテーション算定の上限設定が日数で設定され、脳血管疾患等リハビリテーション (180日)、運動器リハビリテーション (150日) 呼吸器リハビリテーション (90日)、心大血管疾患リハビリテーション (150日) となっており、これらの日数制限は、回復限界が一つの目安になっている。

また、この様な回復の限界後でもリハビリテーションは、上田 (2000:5) によると、全人間的復権を目標とし、①医学的リハビリテーション②教育的リハビリテーション③職業的リハビリテーション④社会的リハビリテーションの4つの分野が機能していくことの重要性を述べている。上記の日数制限が設けられているものは、①の医学的リハビリテーションである。

上記4つのリハビリテーションに対し中村 (2007:11) が要約しているものを見ていくと以下のようにになっている。

#### ①医学的リハビリテーション

患者の心身機能の維持および向上を目的としている。先天異常、外傷や疾病の治療と平行して、主として機能障害の回復、機能的制限の軽減を図り、適応能力の向上を促す。

#### ②職業的リハビリテーション

機能的制限のため職を失った者 (未就業のものを含む) が職を得ることを支援する。

#### ③教育的リハビリテーション

心身に機能障害のある児童に対して知的教育に留まらず、人間全体の総合教育を行う。教育内容には、自立活動や職業指導も含まれる。

#### ④社会的リハビリテーション

医学的、職業的および教育的リハビリテーションの全過程が円滑に進行するように、経済的条件や社会的条件を調整するためのサービスである。

以上のように説明されている。では、この4つの分野が、どの様に連携しているのかと言えば、上田（2000：6）は、これら4つの分野は、緊密に協力して活動すべきものであるとしながらも、実際には医学的リハビリテーションが、他に先行して行われるのが通常であるとしている。この医学的リハビリテーションが先行するという見解は、中村（2007：11）も同様に述べている。これらから言えることとして、リハビリテーションを初めて受療する人は、接頭語の「医学」、「教育」、「職業」、「社会」を意識することは皆無であり、「医学的リハビリテーション＝リハビリテーション」という認識になる。つまり、「リハビリテーション＝身体機能訓練」になることが必然的と言える。また、実際に医学領域以外で従事しているリハビリテーションの専門家も少なく、作業療法士協会（2006：22）で発行している『作業療法白書 2005』によると作業療法士の約70%が医療機関に従事しており、これらの作業療法士は明らかに医学的リハビリテーションを実施していると思われる。また、その他の作業療法士も、その大半が、福祉関連施設でいわゆる身体機能訓練を実施していると報告されており、福祉関連施設であっても医学的リハビリテーションが展開されているのが実態である。つまり、医学以外の3分野で、リハビリテーションの専門家が積極的に関与している可能性は極めて低いのである。

このように医学的リハビリテーションが他の3分野に先行して行われるため、接頭語の意味はどこかに放置されたまま、身体機能の回復訓練を受けることになる。そのため、受療される人は、「リハビリテーション＝身体機能訓練」という認識になるのは当然であり、この状況がリハビリテーションの社会的認知にもつながっていると考える。

この様なリハビリテーションの展開になっているため、介護保険制度下の維持期リハビリテーションもⅡ章で見たように身体機能訓練が中心になっていると思われる。そしてⅣ章からⅦ章で示したように本調査結果においても如実にこの状況が見られている。しかし、上述したように、その身体機能の回復には、明らかに限界がある。しかし現実には、その限界のあるものに当事者も専門家も延々と取り組み続けているのである。専門家は、介護保険制度が当事者の自己選択による制度であることを認識し、選ばれるサービスとして存在しなくてはならないことも意識し、当事者が望む身体機能訓練を提供していた。また、当事者も専門家をはじめとする外的環境に勧められることで、身体機能訓練の必要性を認識し、在宅生活に至ってもリハビリテーションを継続しているのである。

しかし、通所リハビリテーションで展開されているリハビリテーションは、国が求めている様な、そして当事者も当初は望んでいた身体機能の回復に、時間経過とともに、そこに主眼を置かず、それぞれが所属する施設、コミュニティからの「承認」を得るために身体機能訓練を実践していた。これが本研究の調査結果である。現状が、このように目的を見失っている状況では、維持期リハビリテーションにおいてエビデンスが表すことが出来なくとも仕方がない。この様な展開状態に対し、「虚像」とⅧ章において指摘したのである。

これまで介護保険法と維持期リハビリテーションについて、それぞれの問題を述べてきた。介護保険法の問題は、財政的な問題から引き起こされていることであり、維持期リハビリテーションの問題は、生物体としての「ヒト」の回復限界の問題である。この介護保

険と維持期リハビリテーションの問題は、別々のものに映るが、決してそうではなく、接合される連続的な問題である事を以下に述べる。

介護保険法の問題は、これまで理念なき財源優位で進められてきた制度設計である事を指摘してきた。そして、この介護保険法を存続可能な社会保険にしていくために、リハビリテーションを一つのツールとして、要介護高齢者の自立促進を展開させてきた。さらに国は、この財源問題の解消を目的に、要介護高齢者に「在宅生活」、「自立」そして、「尊厳」というスローガンを掲げ、国が求めている「社会保障費を使わない」、「他者の迷惑にならない」高齢者を創り上げていくために、リハビリテーションを接続させ、機能させているのである。

これは国が、疾病によって生じた障害や生理的変化によって生じた身体機能低下に対し、リハビリテーションを実施することで改善を求めることが出来る、そして、平均的な高齢者に戻る事が出来る、リハビリテーションは「尊厳」を回復する事が可能なツールであることを広く国民に提示したことを表している。その典型が介護保険法 4 条に表れているリハビリテーションの努力義務化である。また、わが国の高齢者は、その国民性から、「他者の迷惑にならない」、「平均的な高齢者」であることを強く望むため、この構図が容易に成立していると思われる。しかし、国民にはリハビリテーションによる効果しか提示していないのが現実であり、限界などの負の要素についての情報は提示されていない。さらに医学が、社会規範を生命規範のように提示しているために、国民も疑問を抱かない状況が作られていると思われる。

これまで述べてきたように、財源問題の解決手段としてリハビリテーションがクローズアップされ、専門家や国民は実践している。しかし、その実践内容は、国が求めているものとは、かけ離れているのであった。そこで疑問として浮上するのは、なぜ効果が明確ではないリハビリテーションに国が重点を置いているのかという問題である。いかに医学が権威を帯びていようとも、国がその効果を認めなければ、介護保険において努力義務化されることは無かったと考える。

ここには、医学が①限界を認めていない状況、②予防の意味を強調している事が大きく関与していると考えられる。①の具体例として、大川（2004：96-99）が、専門医によりプラトーンであるとされてきた 60 名の脳卒中患者に対して行った歩行訓練の内容を次の様に報告している。60 名の内、大川らが訓練を行う前に歩行が自立していると思われた患者は 2 割の 12 名であったとしている。しかし、大川が訓練を行ったところ 2 週間で 71.7%、43 名の患者が歩行可能になったと報告している。そこには適切な装具を含めて日常生活の中で訓練を行うこと「している活動」を増やすことの有効性を訴えている。しかし、この研究には多くの問題があることを指摘しなくてはならない。まず、基本的にこの 60 名は訓練室では 50m 以上の連続歩行が可能であった人であり、その平均年齢も明らかにされていない。50m 以上の連続歩行が可能であるということは基本的な能力を有していることを意味する。したがって、入院という環境の変化によって、その他者化された身体のコントロールが不十

分な状況であれば、2週間という短期間でも、この程度の変化は起り得るものとする。そして、年齢が明らかにされていないことは、比較的年齢が若い人が対象ではなかったのかという事が想定され、50m以上の連続歩行も可能であるということは、ある程度の訓練強度にも耐えうる能力があるとする。さらに、これまでの病院でプラトーと判断された後で、再度入院して自らの身体機能を向上させたいという意欲も有している患者であるということを考えれば、身体機能訓練へのモチベーションは相当高い人たちが対象となっていることが分かる。この様な人たちへの介入であれば、大川が示している身体機能的な向上は十分に考えられる範疇にあると思われる。しかし、これをプラトーに達しても改善するという形で示すことで、医学的な限界を撤廃とは言わなくとも効果を示すことに成功しているとする。

②の予防の意味についても大川は、廃用症候群の悪循環を示し、活動的である生活は、廃用症候群を招かないとして、予防の重要性を示している。しかし、Ⅶ章で紹介した寝たきりの当事者が庭師に注文をつける姿を見ると、活動的であることが<善>と決め付けていることに問題があるとする。また、上田や大川が提示している目標指向的アプローチも他者に手を借りない生活を想定している。そして「している活動」を評価する場面は、狭義のADL（食事・排泄・入浴・更衣・整容）が中心となっていることにも違和感を覚える。

この様にリハビリテーション医学が提示しているこれらの状況は、疑問を感じるものである。しかし、医学が提示するこれらの情報によって、医学的根拠という生命規範の性質を帯びさせることで（実際には社会的規範であるにも関わらず）、国も有効性を認め、介護保険においてリハビリテーションが努力義務化されていくことに繋がっている。また、国も高齢者の増大、社会保障費の抑制のために、リハビリテーション以外の具体的な手段を持ち合わせていないため、エビデンスレベルを求められない様なものであっても、認めざるを得ない状況に陥っているのではないかと思われる。

これまで、介護保険法の問題と維持期リハビリテーションの問題が別々のものではない連続した接続された問題であることを示した。その上で、①国は財源問題を解決する高齢者像を創り上げるために、個々人の状況ではなく総体的な人口にリハビリテーションを機能させようとしていること。②尊厳と身体機能をリンクさせている状況があること。③病を生活習慣と関連させ、病の結果を自己責任化させていくこと。④リハビリテーションは、メタアナリシスの効果が乏しい状況があること。⑤高齢者という生理的にも諸機能が低下していく人たちに、効果のみを広く提示している状況があること。⑥当事者、専門家は身体機能の回復に限界を感じながら実践している状況があること。⑦実際のリハビリテーション展開は、専門家、そして高齢者自身も当初は設定していた身体機能的な回復・維持に目的を有しておらず「承認」を求めていたことなど、幾つもの矛盾が折り重なって連結されることで形成されている。これが介護保険制度下における維持期リハビリテーションの問題であり、本論における結論の一つである。また、この様な展開を仕掛けているのは、①の財源問題を抱えている国である。さらに付け加えるならば、現状のリハビリテーションの継続では、無目的で効果の低いものを継続していくだけであり、国が求めている財源問題を解消していくことには繋がらないと思われる。この状況を下図に示す。

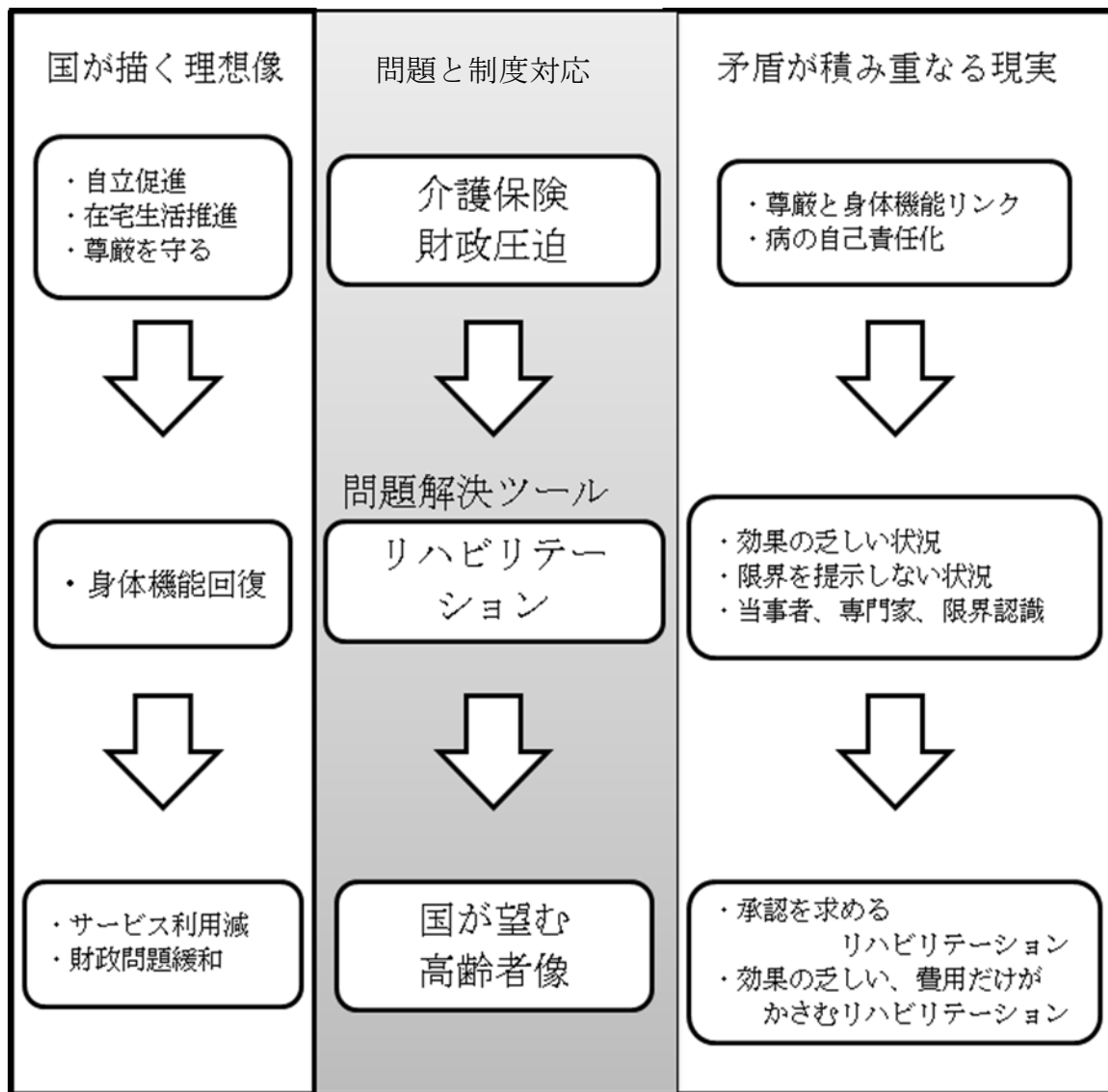


図 結—1 介護保険制度の問題とリハビリテーションの問題の構成図

これまで財源問題と国が求める高齢者像を実現させていく媒体としてリハビリテーションが機能している事を述べてきたが、このリハビリテーションの展開状況は、何も要介護高齢者だけに機能しているものではない。リハビリテーションという言葉が一般にも広がっている状況からも、要介護状態の人以外にも、何らかの影響を与えていると考える。そこで、次項では、高齢者に対するリハビリテーションが、コンラッド、シュナイダー（1992＝2003：1）が述べているような社会統制装置としての性格を有している事を述べていくこととする。

## 結-2 社会統制装置として機能している維持期リハビリテーションについて

前項では国の財源問題と国が求める高齢者像を繋ぎ合わせるためにリハビリテーションが機能していると述べた。しかし、リハビリテーションを実践している当事者、専門家は、つなぎ合わせているという実感は無いと思われる。リハビリテーション開始当初の当事者は、身体機能の回復を目的に実践していた。これは、維持期になって「積極的」、「積極的ではない」、「拒絶」と異なる態度を示していても、この時期の目的は同様であった。しかし、Ⅷ章-1 で述べたように維持期になってくると、それぞれでリハビリテーションに対する態度に変容が見られ、その原因は外的環境の要因が大きく影響していると思われた。

この様に維持期の当事者が展開しているリハビリテーションは、当事者を取り囲む外的要因によって異なる展開を見せている。この様な外的要因に主導されていくのは、当事者自身が、身体機能改善に感触を得ていないことが多大に影響している。このことは、既に調査結果で示した通りであり、維持期において当事者自身は、既に身体機能の回復に限界を感じており、急性期、回復期の様にリハビリテーションに希望を有していないのである。ではなぜ、改善しないものを継続していく必要があるのかという問題が出てくる。

ミクロレベルで検討したように当事者は、リハビリテーションを実施することで「承認」を獲得出来れば、家族を含め社会に存在しやすくなっていることは間違いない。これは、身体機能が改善しなくても、リハビリテーションを実施すること自体に意義を見出すことになる。それが、Ⅳ章で見られた「体に良いリハビリテーション」という言葉であり、リハビリテーション自体が目的化されている典型例である。この状態は、「病」が自己責任の結果であり、自己責任の結果の障害は、リハビリテーションを行わなくてはならないものになっているために起きていると考える。そして、この事態は、自己責任との関係において、既に社会統制装置として機能していると考ええる。

そこで、本節では、介護保険制度下のリハビリテーションが、社会統制装置として、どの様に機能しているのかについて以下に検討を行うこととする。

藤田（2010）は、社会統制と言え、犯罪者を想定するであろうと述べている。しかし、それだけではなく、犯罪も病も、社会の中で生活する私たちにとって、「あってほしくないもの」、「望ましくないもの」として一般に認知されているため、犯罪と同じ図式の中に逸脱としての病を当てはめ検討を行っている。また、これまでも引用してきたコンラッドとシュナイダー（1992：457-493）は、社会統制装置としての医療を検討している。そこでは、医師は昔から祈祷師の様なカリスマ性を有していたが20世紀になって、逸脱の医療モデルが新星の輝きと共に興隆し、医療の社会統制機能が拡張したとしている。

では、医療における社会統制とは、どの様な事を意味するのかと言え、コンラッド、シュナイダー（前掲：458）は、次のように述べている。

医療による社会統制とは、ある現象についての医学的見解を支配的な定義として受容することである。一つの医学的な見解や医学的解決方法が支配的であるとされると

き、その他のものは排除される。この事は、身体の機能に関する分野や医療技術が効果を発揮できる分野において特に明確であるが、社会問題の行動に関する問題においてもその傾向は除々に強くなってきている。そしてこうした現象の背後に医療規範の構築（たとえば、健康とは何かを定義すること）や医学的規範と社会的規範の「強制」がある。

としている。また、逸脱行動に対し（前掲：459）、

逸脱行動に対する医療的社会統制とは、通常は社会的に逸脱していると思なされた行為を健康という名のもとに医療的手段を用いて除去、修正、隔離、規制することである。

と述べている。

さらに医療の社会統制（前掲：459-465）は、医療技術、医療の提携、医学のイデオロギーという3つの形を取るとしている。医療技術については、精神疾患に対する薬物療法や遺伝的要素に対する介入技術をあげ、今後も現状よりもはるかに超えた技術介入が行われる可能性が指摘され、優れた遺伝子の親のみが子どもを産むライセンスを与えられる可能性も否定できないとしている。医療の提携については、医療は社会統制のための独立した機関としてだけでなく、しばしば他の機関と提携を結んで社会統制を行う事を述べている。医療イデオロギーは、社会統制の類型の一つで、ある行動や状態が医学の言葉で概念化されることにより、社会的、もしくはイデオロギー上の利益が生じる場合に、それを病として定義することを含むとしている。さらに重要なのは、病の器質的基盤や利用可能な治療とは別の問題であるとしている（傍点筆者による）。それは、ソビエトの反体制者を精神病として扱った例が挙げられている。そして、これらは3つの形は、必ず単独で現れるものではなく、重複して現れる場合があるとしている。

上記の様なコンラッド、シュナイダーの医療による社会統制の問題は、まさに医療化によってもたらされていると考えられる。また、医療イデオロギーの部分で、病の器質的基盤や利用可能な治療とは別の問題として、反体制者を病として取り扱う様子は、強烈な強制力をうかがわせるものである。

この様に述べられている医療における社会統制の状態であるが、介護保険制度下の維持期リハビリテーションが、どの様な状態と考えられるのかを以下に検討していく。この検討を行う上で、これまで述べてきたマイクロ、メゾ、マクロで見られた概念を用いながら述べていくこととする。

マクロレベルで見えていくと国は、社会保障費を抑制していくために、国民総数に対し「病」の少ない状態を作り出していくために、健康至上主義的発想によって生活習慣病を作りだしている。この生活習慣病は、生活習慣の<悪い>人が罹患してしまう病であり、ここに



病の自己責任化を生じさせやすいものになっている。したがって、病のある人は<悪い>人に位置づけられ、監視が展開され、病を有さない人とは区別されることになる。しかし、本来であればここに区別が生まれる必然性は無い。だが、現実として病を有する、障害を有する高齢者は、区別され、定期的な受診を義務付けられ、そして障害を有する場合にはリハビリテーションが規範化されていく事になっている。さらに、病の状況は、他の人々に監視され、そして自らも自分を監視していくことになる。

そして、Ⅷ章2節においてメゾレベルで取り上げたカンギレムの考えに従えば「ヒト」としての回復が認められる間は生命規範としてリハビリテーションが適応され、「ヒト」としての回復の限界に達し「人」して医療に関わるようになると、今度は社会規範としてリハビリテーションが努力義務化されていくことになる。ここに大きな問題がある事は先述したとおりである。つまり、医学が限界を認識しているのにも関わらず、社会規範としてリハビリテーションを提示し、医学として維持を目的とした高齢者にリハビリテーションを提示していくのである。この様に「維持を目的」としたリハビリテーションが提示されていく事になれば、当事者や家族が、そこに疑問を抱かない事は理解できるが、この時点で医学は維持の限界も認識している。そして、重要なのは社会規範を医学が提示していることである。医療化によって医学は、政治から権威を得てきたことは、これまでも述べている。その権威あるものによって提示されるリハビリテーションは、「善＝正しい」という価値を有することになっている。さらに、現状よりも悪化の可能性を提示されながら、その重要性を説かれるのであれば、当事者やその家族は、そこに疑問を抱きにくい。しかし、リハビリテーションを実施しなければ、必ず悪化するののかと言えば、その結果を知る人は当然いない。敢えて言うならば、積極的にリハビリテーションに取り組む事は、通常的生活よりも身体機能を活用する事であり、活用しないよりは活用した方がいいという事になる。だが、生活を維持していくこととリハビリテーションを行う事の必要十分条件は成立していない。これもⅡ章で述べたように必ずしもリハビリテーションを行わなくとも、生活を維持する事は可能であるという報告も散見されている。そこに敢えて身体機能訓練を中心としたリハビリテーションが必要であると形作っているのは、先に示したように医学という権威あるものが提示しているものを否定しにくい、あるいは必要であるという情報しか与えられないためである。そして、この様な認識によって国は、財政問題と社会保障費を使わない高齢者像を結びつけていくためにリハビリテーションを現状の形で機能させていることを前節において述べた。

さらに、「善＝正しい」と情報提供されるのは、当事者だけでなく家族にも同時に展開されるため、ミクロレベルで起っていたように家族に監視される当事者になり、当事者もさらに、他者を監視し自らのリハビリテーションの取り組みを監視している。そして監視を実践している当事者は、リハビリテーションを実施していない人に蔑視の視線を送るのである。当事者に社会規範として提示されているリハビリテーションは、当然飛躍的な回復が望まれる訳も無く、当事者も自らの身体に起った「回復しない」という現実を認識している。この状況は、当事者自身も当初設定していた身体機能の回復に対する目的が消去されていくのである。しかし、その目的の消去に当事者ばかりでなく、専門家も気づいていない。それは、当事者が「リハビリは良い事」とリハビリテーション自体を目的化してい

る状況と、Ⅶ章で示したように専門家が、リハビリテーションの直接的な効果ではない、「在宅生活の継続」、「主体性」、「信頼関係の構築」とリハビリテーションでなくとも得られるものをリハビリテーションの効果として取り上げている実態が見られていることから判断出来る。

この様な「病」の結果に対し、リハビリテーションの実施が「病」を有さない高齢者や社会に開かれているのである。つまり「病」を有すれば、永続的にリハビリテーションを行う事が、当然のものになっていくのである。そして、Ⅷ章で述べたようにベッカーリア（1766=2011：150）が、『犯罪と刑罰』で犯罪を予防するひとつの手段は、美德に対して褒賞を与えるという仕組みがあるとしたことに、障害を罪とするならば、リハビリテーションを実施することによって、褒賞として「承認」を得られているとすれば、まさに社会統制装置としての機能を果たしていると思われる。さらに先ほど示したコンラッド、シュナイダーの医療の社会統制の3つの形に合わせてみると、まさに維持期リハビリテーションは、医学イデオロギーによって作り出されており、病の器質的基盤や利用可能な治療とは別の問題として、国は、医療従事者が回復しないことを理解しているにもかかわらず、そこにリハビリテーションを社会規範化させ、国の財源問題と望まれる高齢者像を結びつかせるものとして、リハビリテーションが機能しているのであり、まさに社会統制装置としての性格を持ち合わせている。

これまで述べてきたように介護保険制度下の維持期リハビリテーションは、社会統制装置としての機能を有している。特にミクロレベルで見られた「承認」を求めてリハビリテーションを実践している当事者の様子は、まさに社会統制装置であるが故に「承認」を求めている実状がある事を示しており、「病」・「障害」を有していても、その社会が有する価値に準拠出来ているという確認を得たいために「承認」を求めていく事になっていると考える。

しかし、この社会統制装置によって「承認」を与えられたとしても、当事者は「尊厳」を確保することは出来ず、社会もいくら「病」・「障害」を予防しようとしても現実的に減じて行くことは出来ない。したがって、リハビリテーションという社会統制装置は、「罪」に対するものとは本質的に異なるものと考えられる。

### 結-3 介護保険制度が謳う「尊厳・自律」を目的とした高齢者支援の在り方について

1節では、本研究における大きな問題として介護保険制度の問題、そして維持期リハビリテーションの限界の問題をのべ、国の「財源問題」と国が望む「社会保障費を使わない高齢者像」を結びつけていくためにリハビリテーションが機能している事を述べた。そして2節では、社会統制装置として治療とは別の問題として維持期リハビリテーションが機能している事を指摘した。これらから、現在の介護保険制度下で展開されている維持期リハビリテーションは、Ⅷ章1節で述べたように身体機能を回復維持させていくというリハビリテーションの目的を有さない「虚像」として展開されていると述べたことを支持でき

たと考える。

しかし、介護保険が掲げている理念として、高齢者の「尊厳」を守ることを遵守していくなれば、この「虚像」として、社会統制装置として機能しているリハビリテーションからの脱却を図る必要がある。なぜなら、この状況は健常者社会が、社会統制としてリハビリテーションを実施させ、その状況に「承認」を与え、そして回復しきらない身体を有する限り永続的リハビリテーションに服従していかなくてはならず、そこには「尊厳」の重要な要素である「自律」が存在していないためである。また、これではⅠ、Ⅱ章で述べたように、寝たきりや進行性疾患の高齢者には、「尊厳」が存在しないものになってしまう。

したがって、現状の介護保険制度下の維持期リハビリテーションの展開を変えていく必要がある。しかし、Ⅷ章3節で述べたように現状は、国、国民、医療従事者、市場という4者によって利害関係を基盤とした巧妙なシステムとして強力に機能しており、この状況に動揺を与えていくには、何らかの方策を検討する必要がある。そこで、本節において、今回の調査結果を元に打開策を検討していく。

リハビリテーションには、Ⅱ章で提示したように様々な定義が見られているが、当事者に変化を与える機能を有している事は共通している。例えば、当事者の身体状況に変化が見られなくとも生活に変化を求めていくようにである。この事はリハビリテーションを受療する当事者にとっては、現在の生活の在り方は、良くないこととして認識していく事に繋がる。当然、当事者自身もその事を理解してリハビリテーションを受けていくのだが、これまで述べてきたように「ヒト」としての限界が明らかに存在している。

そして、身体機能に限局して述べると急性期における身体機能的変化は、どの様な疾患であっても、ある程度望まれる可能性が高いが、介護保険制度下の高齢者に対し、どこまでが「ヒト」として変化を求められるものなのかという問題が存在している。また、身体機能的要件の変化を望まずに生活に変化を与えていくために、現在は環境整備等の技術も日々進歩しているが、その様な技術が現段階で全ての個人に合う事はなく、こちらも万能ではない。ここで重要になると考えるのは、何を目的に維持期リハビリテーションを実施していくのかということである。身体的機能の回復に限界があり、そして環境整備技術にも限界がある。しかし、リハビリテーションは、生活に変化を与えるものであるとすれば、何かの目的を明確にすべきであると考え。したがって、維持期のリハビリテーションを実施していく上では、専門家は説明を行う、そして利用者は説明を受ける必要がある。具体的には、リハビリテーションを実施することによって、何が期待されるのか、そして何が最終的なゴールとなるのかなどについての説明である。現実的にⅦ章で示した専門職の概念図の中では、維持期リハビリテーションに対する「説明必要はない」と専門家が提示している事に、この問題が潜んでいる。つまり、実施する方もされる方も、どこにゴールを設定すべきかを定めないままに現状が展開されている。したがって、終わりのない身体機能訓練を継続していることに繋がっている。

さらに、画一的に社会規範として維持期リハビリテーションが提示されており、こちらも終わりのない「承認」を勝ち取り続けるための手段としてリハビリテーションが位置付けられている。この状況は、カミュ（1942=1969：210）が提示している「シーシュポスの

神話」と類似している。神々がシーシュポスに科した大岩を山頂まで押し上げるという仕事が達成されたかと思うと、すぐに大岩は転がり落ちていく、その状況が終わりなく続けていく様子を述べているものである。維持期リハビリテーションを継続している高齢者も、身体機能訓練を継続していくことに意義があり、その意義が何のためにあるのかと問えば、「体にいいからだ」と述べ、終わりなく継続している。この 2 つの状況にと大きな違いは無い。これはカミュが提示した不条理の様相である。

だが、リハビリテーションが、自然科学主義的な認識論に立っているならば、やはり自然科学的にリハビリテーションを行わない結果を提示していく必要がある。そして一方で、明確なリハビリテーションの効果を示していく必要がある。この維持期という回復だけでなく、維持すら難しい高齢者の「ヒト」としての属性を明確に提示した上で、当事者に判断材料を提供していく姿勢がリハビリテーション専門家に求められると考える。それであれば、当事者の自己決定権を確保しているとは言えず、巧妙に作られた社会統制装置として、リハビリテーションは機能し続けるしかない。さらにリハビリテーションは、Ⅷ章 3 節で述べたように国、医学、国民、そして市場という 4 者によって築かれている強固なシステムの中に組み込まれているため、現状からの脱却を考えて行くなれば、何らかの打開策が必要になる。

しかし、この強固なシステムに対抗する術が、全くないのかと言えば、そうではない。今回の調査結果から、そのヒントを得る事が出来ている。

Ⅵ章で示した進藤（1992）の寝たきりの人のあり方は、確かに非活動的であるが、訓練を拒み、庭師に注文することを考えて生活している様は、自律的で「尊厳」を維持している当事者の在り方であると考えられる。国やリハビリテーション医学が提示している規範の在り方とは異なるが、この人の主体的な選択のあり方は、これまで述べてきた多くの人がりハビリテーションに邁進していく問題に一石と投じるものである。本調査のリハビリテーションに「拒絶」の態度を示していた 3 名も、リハビリテーションという社会統制装置に無視の姿勢を取っている。しかし、この無視の姿勢を取りながらも、周囲に惑わされず、必要に応じてヘルパーなどの介護保険サービス利用している。本調査対象者の 3 名は、望まれる姿ではなく、自らが望む自律した生活を展開していた。

これらのリハビリテーションを「拒絶」する当事者が、この社会規範に抵抗しながらも、何ら被害を蒙ること無く、なぜ、生活することが可能になっているのかと言えば、リハビリテーション専門家も苦悩していた介護保険制度の特性である「当事者の選択」が重視されているからである。この「当事者の選択」によって、これらの人達は、一般的に望まれている規範に抵抗することが可能になっている。したがって、介護保険制度で示される規範は、専門家の提示を拒否することが可能であり、専門家の存在を無効化することが出来るのである。

この様に専門家の知識・技能を発揮することが出来ない状況に置くことが、可能となれば、当事者によって、現状の強固なシステムに動揺を与えていく道は開かれていくと考える。つまり、具体的方法は「医療化」によって、権威を得ている医療専門職に動揺を与え

ていくことである。杉田（2000：23）は、権威ではないが、権力について、権力は長い間、上から下りてくるものとして、あるいは一つの中心から放射するものとしてイメージされてきたとしながらも、市民革命を経て人民が主権者となった権力は下から来ているように見えなくもないと述べている。事実、本調査においても「積極的」な人がリハビリテーションの専門家に見せる態度は、先述した通り当事者が、専門家の権威を浮揚させており、下から上への動きによるものであった。しかし、「積極的ではない」、「拒絶」を示している人は、その専門家の権威を無力化している状況がある。したがって専門家は、「拒絶」、「積極的ではない」人に対し、この準市場主義の中で専門家が拒否されることは、専門家にとって多大な不都合（所属する施設からの冷遇、自らの社会的存在意義への疑心など）が生じるため、「消費者」、「お客様」として対応せざるを得なくなっていた。したがって、当事者が「消費者」、「お客様」としての行動を徹底することで、「自律」を確保していく事にも繋がると考える。

しかし、先にも述べたが、ここで問題となるのは、今回の調査対象者の全てがこの専門家の能力を無力化する選択が可能であったのかということである。「積極的」な人は、この選択の可能性すら存在していない人達も含まれていると思われる。特に家族の在り方で大きく異なると考える。リハビリテーションを継続しながらも「積極的」な人と「積極的ではない」という態度の違いが、なぜ生じているのかと言えば、それは外的環境による「承認」形式の違いが影響している。したがって、障害を有するそのままの状況、つまりホネット（1992：174）が示す社会的な承認関係の構造における実践的自己関係の第一段階、個体は個体として承認される状況を、現状の社会の中に広げていく必要がある。立岩は（2000：311）は、人間関係において、否定がある時に肯定される事への希求は強くなると述べ、その否定はその人の存在の絶対的な拒絶・否定であることもあるだろうし、また、何かしらの尺度によって評価される時に表れるものであることもあるとしている。そして、この様な時に無根拠に肯定されること、承認されることが望まれるとしている。

葛生（2011：57）は、介護保険で謳われている「尊厳」の实在について次の様なことを述べている。

人間に尊厳があると言える根拠はただ一つしかない。それは、私たちが他者をその様な存在として見ているという関係論的事実である。〈人間の尊厳〉は「あそこにある、ここにあると言えるものではなく、あなた方のただなかにある」ものなのだ。高度に共有された文化的所産だと言ってもいいだろう。日常の人間関係の中で、他者を尊厳ある存在として扱う（あるいは、扱わない）という経験の反復から、私たちは尊厳の感覚を獲得しているのであり、この感覚が内面に規範意識（「扱うべき」という意識）を生み出している。もし実態に即した説明でなければ説明にならないというのであれば、人間の尊厳があることの根拠は实在していないというのが正しい。〈人間の尊厳〉はあくまで関係論的概念なのである。

と述べている。この様に立岩、葛生が述べているように無根拠に、そして関係論的に他者

の存在を認めていく事が「尊厳」の遵守に繋がっていくのである。

これらを本調査の当事者に当てはめると、存在そのものの否定は無いとしても、身体機能が計測され、日常生活の自立度を計測され、そして出来ないという否定を提示され、リハビリテーションを実施しているのである。この否定は「承認」とは逆の様相であり、この否定を打ち消し、承認を得ていくために「積極的」な人の様相が見られているのである。また、この「積極的」な人の行動は、専門職の権威を浮揚させる事にも繋がり、家族などからの監視を弱める事にも成功していた。

一方、「積極的ではない」人の様相は、その身近な家族をはじめとする外部環境によって、存在自体を肯定されているために、リハビリテーションにもある一定の距離を置いて接することが可能になっている。そして、専門職の専門的知識・技術を提示させず、通所内で自らの楽しみを探索することも可能になっている。「拒絶」の人にいたっては、すすんで他者の承認を必要としていない、外的環境に対し自己の存在を承認させてしまっている様相が見られている。つまり、上記で述べた専門家の専門性を無力化するためには、当事者の存在を尺度で測るのではなく、ありのままの状態を「承認」していく事が、重要であると思われ、それは「積極的ではない」、「拒絶」を示している人の態度に現れていると思われる。そして、この様相は、立岩の無根拠に「承認」していくことに類似していると考えられる。この「承認」を通し専門家を無力化することで、当事者の自律が担保されると考えている。これはVI章において、調査結果を先行報告されている事例と比較を行ったが、外的環境の専門家の存在のあり方が変化することで、池ノ上（2010）、岸上（2000）の事例に大きな変化が見られている。逆に言えば「積極的」な人のリハビリテーションの取り組みは、「承認」されている実感が無いために社会統制装置として機能しているリハビリテーションに適応し「承認」を獲得せざるを得ない存在になっていると言える。

これまで述べてきたように、現在の介護保険制度下のリハビリテーション展開に動揺を与えるには、まず自然科学的な認識において脆弱な基盤の上に立っている専門家を無力化することが重要である。この事はリハビリテーション専門家の存在を脅かすものになる様に思えるが、実は、リハビリテーションの専門家にとっても有効なものになると考えている。それは、当事者の自律性を確保することによって、その専門性を取り戻すことが可能になると想定されるからである。この状況が展開されれば、「リハビリテーション＝身体機能訓練」という呪縛からの解放を意味するためである。専門家は本来、生活に介入したいという欲求を有している。しかし、当事者から身体機能訓練を望まれ、同時に事業所からの圧力によって数をこなさなくてはならない状況に陥っている。そのため、流れ作業的に身体機能訓練を業務として実施しているのである。しかし、当事者が身体機能訓練を望まない状況になれば、そこには数ではなく「質を求めること＝専門性を活かせる介入」が可能になる。そして、専門性を活かした介入には、時間が必要であることの正当性を示し、現在は専門家にとって免罪符的に機能させている20分という枠組みの撤廃し、必要な介入に必要なコストを検討していくことが可能になる。現状では、費用だけがかさむ効果の乏しいリハビリテーションになっているが、必要なコストを検討していくことになれば、リ

ハビリテーションも社会統制装置としてではなく、「尊厳」を守るための装置として、当事者の目的に合わせ、専門性を担保した上で機能していくことが可能になる。そして、この介入が当事者の生活に、どの様な影響を与えることが出来るかを示すことが可能になると考える。この事は、エビデンスレベルは低いものであったが、Ⅱ章で示したように訪問リハビリテーションで、改善傾向を示している報告にも繋がっていると思われる。つまり、当事者の生活を意識し介入すれば、ADLのスコアにも変化を生む事が出来る状況が作れる可能性がある事を指している。また、先に示したように目的を明確化させた介入になれば、永続的ではないリハビリテーションが展開可能となり、財源的な問題にも影響を与えることが出来るようになる。

これまで述べてきたように、現在展開されている介護保険制度下の維持期リハビリテーションではなく、当事者のあるがままの状態を「承認」していくことが、当事者、専門家、そして財源問題にも影響を与える可能性を示せた事が、本研究における成果である。

今回の調査対象者の様子を振り返ると、この様な巧妙な社会システムに対し、狡猾に適応している様子が見られていたと考える。それは、「積極的」な人は、男性と女性で異なるプロセスを見せながら、社会的統制として提示されるリハビリテーションに順応しながら、男性は再逸脱への抵抗、女性は更なる逸脱増強への抵抗を示し「患者の専門家」とし、巻き込まれるのではなく、自ら「積極的」に巻き込まれていくものとして存在していた。また、「積極的ではない」人は、冷静に「人は人」と他者との関係ではなく、自己の置かれた環境の中で、必要性を感じてなくとも「やらないよりは・・・」という認識でリハビリテーションに対峙している。これは、全く身体機能への不安を持っていない訳ではないが、非否定的情報を提供してくれる環境に抗うことを善しとせず受け入れているのである。したがって、リハビリテーションに巻き込まれつつも、巻き込まれ切っていない様子がある。「拒絶」人たちは、その自律性の高さによって、専門家を全く介在させない状況を作っており、この人たちは名実ともにリハビリテーションに巻き込まれていない様子となって表れていると考える。この様に当事者は、巧妙な社会システムに対し、巧妙に対応している様子がうかがえる。

しかし、この様な狡猾な態度が見られていても、実質的な目的を有さない「虚像」としてのリハビリテーションを継続すること、その継続には社会統制装置として懲罰的な意味が含まれている状況は、決して望まれるものではない。したがって、今後は介護保険の主たる利用者として、「尊厳」を遵守される自律性を発揮しての生活を支援していくことが可能になるよう、介入検討も含めて継続的に、この問題に取り組んでいきたいと考える。

また、これまで維持期の高齢者に提供されているリハビリテーション、および身体機能訓練の状況を否定してきているが、全てを否定している訳ではない。それは今回の対象者の中では見られていなかったが、「障害前から体を動かすことが好きである」という当事者が、それが障害を有することになってリハビリテーションになっただけだと主張する人を否定する気は毛頭無い。本論では、あくまでもそれまでの生活の中でなじみのなかった身体を用いた運動が日常生活の中でルーチン化され、そのルーチン化されている状況に疑問

を感じていない人達に展開したものであることを付け加えておく。また、社会の中で低下していく身体機能に不安を抱くことは現実としてある。その不安を払しょくしていくための一つの手段として現在機能していることは間違いなく、その点では当事者にとって有用であると考ええる。しかし、リハビリテーションの効果が、乏しい状況があることを情報として提供した場合、これらの人が継続していくのか、どうかは分からない。

最後に「承認」形式を利用した介入の具体策として、「積極的ではない」当事者達に関わっていた障害を有する、有しないという見方ではなく、当事者の現状を受け入れていくことが、最も「尊厳」を支援していくことに繋がり「自律性」を発揮できる環境になるのではないかと考えている。この「承認」形式が最も重要と思われた事が、今回の調査結果から得られた大きな結論である。いかに緻密に組み上がっているシステムであっても、その専門性を無力化する能力は非常に高く、利害関係の中で作られたシステムよりも、人を「承認」していくことで得られた「力」の方が強大であると確信している。

#### 今後の課題について

本研究では、現状の介護保険制度下で展開されている維持期リハビリテーションの問題を中心に述べてきた。そして様々な問題が存在していることを確認した。しかし、実際的な介入検討は今後の研究課題として残った。だが、特に介護保険で謳われている「尊厳」を守るための介入についてヒントを得たのは本研究における重要な意義であった。また、これまで介護保険制度下における維持期リハビリテーションの展開状況そのものを検討したものは、見当たらず、リハビリテーションに3つの異なる対峙を見せていた当事者、そして専門家への実証的に調査を行ったことによって、一側面ではなく多角的にリハビリテーションが展開されている現象を実証的に検証することが出来たと考えている。

その中で現在の社会システムは、非常に強固なものであることを確認した。今後は、この強固に組み上がっているシステムに対抗する手段をより緻密に検討していきたいと考えている。それが、介護保険で謳われている「尊厳」を保持していくこと、当事者自身が、その「自律性」を発揮していく事に繋がり、当事者のための介護保険制度を展開していくことにも繋がると考えている。

また、別な視点からの課題として本論の中で、フーコーの「生政治」の考え方に依拠しながら論を進めてきたが、金森（2010）の『＜生政治＞の哲学』によれば、フーコーの生政治は第一世代の生政治とされており、このフーコーの「生政治」を自らも引き継いだと意識しているアガンベンの「ポストフーコー」としての「生政治」との比較、そして金森が提示している「ポストアガンベン」の生政治との比較を検討し、現代において展開されている生政治的問題を明らかにしたい。今回の課題では、フーコーの「生政治」でも十分に説明可能であったと考えるが、フーコーが示している労働力資本を管理するための生政治的な展開ではない事は確かである。したがって、特に今回の介護保険下でリハビリテーションに取り組む高齢者像から、これらの人に適応されている「生政治」がどのような状況となっているのかを探っていく事を今後の課題としたい。



## 謝辞

本研究は、作業療法士として私の専門分野であるリハビリテーションへの疑問を明らかにしようと考え始めたものである。この研究に賛同していただいた多くの当事者の方、理学療法士、作業療法士の方、そしてフィールドに入るために、様々な調整をしていただいた多くの方がたに感謝いたします。また、遅々として進まない私の研究に対し、修士課程を含めて、常に的確な指導を頂いた米本秀仁教授に深くお礼申し上げます。

最後になりますが、この研究をする機会を提供してくださいました北海道大学保健科学研究院生活機能学分野のみなさん、そして家族に感謝いたします。

## 文献

- 天田城介, 2004, 『古い衰えゆく自己の/と自由—高齢者ケアの社会学的実践論・当事者論』ハーベスト社.
- 天野正子, 1972, 「看護婦の労働と意識」『社会学評論』22, 30-49.
- 青柳まちこ, 2004, 『古い人類学』世界思想社.
- 荒尾雅文, 石濱裕規, 安藤美幸, 前原恵美, 安藤達也他, 2008, 「脳卒中患者への訪問リハビリテーションの効果」『総合リハビリテーション』36, 675-681.
- 荒尾雅文, 石濱裕規, 前原恵美, 福井博樹, 八木静江, 2009, 「訪問リハビリテーションが脳卒中者のADL向上に及ぼす効果、及びADL向上要因の検討」『理学療法学』36, 72-73.
- 新井清代, 丸山仁司, 2011, 「高齢者における寝返り動作の研究—ベッド柵を使用した寝返り動作関連因子の検討」『理学療法科学』26, 75-78.
- 荒川歩, 2007, 「心理学と科学—その現状と展望」『てんむすフォーラム』2, 7-16.
- Arendt. H, 1958, The Human Condition. (=1994 志水速雄 訳 『人間の条件』ちくま学芸文庫)
- 安宅川佳之, 2010, 「少子高齢化時代の社会保障制度の展望」『日本福祉大学経済論集』40, 1-32.
- Beccaria. C, 1766, Dei delitti e delle pene. (=2011, 小谷眞男 訳 『犯罪と刑罰』東京大学出版会.)
- 尾藤誠司, 2010, 『「医師アタマ」との付き合い方』中公新書.
- Bloor. M, Wood. F, 2006, Keywords in Qualitative Method. (=上淵寿監 訳 『質的研究法キーワード』金子書房.)
- Camus. A, 1942, LE MYTHE DE SISYPHE. (=1969, 清水徹 訳 『シーシュポスの神話』新潮文庫.)
- Canguilhem. G, 1966, le normal et le pathologique. (=1987, 滝沢武久 訳 『正常と病理』法政大学出版局.)
- Cayley. D, 1992, Iva Illich in Conversation. (=2005 高島和哉 訳 『生きる意味』藤原書店.)
- Conrad. P, Schneider. J, 1992, DEVIANCE AND MEDICALIZATION (=2003, 進藤雄三 監訳 『逸脱と医療化 悪から病いへ』ミネルバ書房.)
- 土井敦, 黒野明日嗣, 古庄弘典, 2005, 「家族へのパワーリハー—在宅支援の展望を含めて」『パワーリハビリテーション』4, 201-202.
- Dretske. F, 1988, EXPLAINING BEHAVIOR: Resons in a World of Causes. (=2005, 水本正晴訳 『行動を説明する 因果の世界における理由』勁草書房.)
- 江口真由美, 山口豊和, 上杉宗也, 2009, 「通所リハビリテーションにおける異なる運動プログラムによる理学療法効果の検証」『理学療法学』36, 82-83.

- 江原由美子／山田昌弘, 2008, 『ジェンダーの社会学入門』岩波書店.
- Flic.U, Qualitative Forschung. (=2002 小田博志, 山本則子, 春日常, 宮地尚子訳 『質的研究入門—人間科学のための方法論』春秋社.)
- Foucault. M, 1975, SURVEILLER ET PUNIR: NAISSANCE DE LA PRISON. (=1977, 田村俣 訳『監獄の誕生—監視と処罰—』新潮出版.)
- Foucault. M, 1976, La volonte de savoir. (volime1 de HISTOIRE DE LA SEXUALITE) (=1986 渡辺守章 訳『知恵の意志 性の歴史 I』新潮社.)
- Foucault. M, 1977, El nacimiento de la medicina social (=2006, 小倉孝誠 訳「社会医学の誕生」『ミッシェル・フーコーコレクション6 生政治・統治』筑摩書房.)
- Freidson .E, 1970 Professional Dominance :The Social Structure of Medical Care. (=1992, 進藤雄三・宝月誠 訳 『医療と専門家支配』 恒星社厚生閣.)
- Frontera WR, Meredith CN, et al. ,1988, “Strength conditioning in older man:skeletal muscle hypertrophy and improved function”, J Appl Physiol., (64):1038-1044.
- Glass et al., 1999, ” Population based study of social and productive activities as Predictors of survival among elderly Americans”, *B. M. J.*, 319(21):478-483.
- Goffman. E, 1963, STIGMA :Notes on the Management of Spoiled Identity. (= 2003, 石黒毅訳『スティグマの社会学 烙印を押されたアイデンティティ』 せりか書房.)
- 伍石紋子, 2006, 「身体を回復させることに対する消極的態度の隠蔽プロセスについての一考察」『作業療法』25, 239-248.
- 後藤吉彦, 2007, 『身体社会学のブレークスルー』生活書院.
- Gould. J. S, 1996a, The Mismeasure of Man. (=1998 鈴木善治・森脇靖子 訳 『人間の測りまちがい(上)—差別の科学史』 河出文庫.)
- Gould. J. S, 1996b, The Mismeasure of Man. (=1998 鈴木善治・森脇靖子 訳 『人間の測りまちがい(下)—差別の科学史』河出文庫.)
- 芳賀博, 2007, 「高齢社会への対応」『老年学要覧』 柴田博・長田久雄・杉沢秀博編, 建帛社.
- 長谷川幹, 2008, 「介護保険下におけるリハビリテーションの今後の課題」『OT ジャーナル』42, 774-778.
- 波頭亮, 2006, 『プロフェッショナル原論』 ちくま新書.
- 原秀美, 佐々木修一, 竹田鋭生, 小幡彰一, 2010, 「認知力低下を伴う、ハイリスク症例に対し、多角的アプローチにより転倒回数が減少した一事例—運動療法と共に環境設定、服薬管理を行なって」『京都在宅リハビリテーション研究会誌』3, 39-43.
- 八田和子, 2005, 「介護保険制度改革における「自立支援」の政策的含意」『社会問題研究』54, 63-76.
- 服部万里子, 2008, 「介護保険利用の状況」『作業療法ジャーナル』46, 580-583.
- 林宏昭, 2004, 「財政的視点から医療問題」『關西大學經濟論集』54, 445-457.
- 林千冬, 2001, 「保健医療の機関と従事者」 山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東

- 京大学出版会.
- 桧垣立哉, 2006, 『生と権力の哲学』 ちくま新書.
- 平岩和美, 2009, 「高齢者の健康政策に関する研究の系譜と課題」『広島大学マネジメント研究』9, 59-72.
- 広庭裕, 2007, 「障害者の地域支援に関する研究」『仙台白百合女子大学紀要』12, 51-65.
- Honneth. A, 1992, KANPF UM ANERKENNUNG. (=2003, 山本啓/直江清隆  
訳『承認をめぐる闘争—社会的コンフリクトの道徳的文法』 法政大学出版局.)
- Honneth. A, 2000, DAS ANDERE DER GERECHTIGKEIT (=2005, 加藤泰史/日暮雅夫, 他訳『正義の他者—実践哲学論集』 法政大学出版局. )
- 堀薫夫, 1993, 「高齢者のエイジングへの意識に関する調査研究」『大阪教育大学紀要』42, 1-10.
- 堀江一晃, 1993, 「価値と人間性—価値論における欲求概念について—」『大垣女子短期大学研究紀要』34, 1-12.
- 堀田義太郎, 2009, 「介護の社会化と公共性の周辺化」『生存学』1, 265-278.
- 細田満和子, 2006, 『脳卒中を生きる意味—病と障害の社会学』 青海社.
- 細川徹、佐直信彦、中村隆一、砂子田篤, 1994, 「拡大 ADL 尺度による機能的状態の評価 (2) 在宅脳卒中患者」『リハビリテーション医学』31, 475-482.
- 藤田和夫, 2010, 「医療と医療従事者の心のありかたをめぐって」『看護実践の科学』12, 60-65.
- 藤原瑞穂, 2002, 「在宅高齢障害者の通所サービスの利用意義: ADL 能力と罹病機関による検討」『作業療法』21, 240-250.
- 藤原芳朗, 2009, 「生命倫理における人間の尊厳」『川崎医療短期大学紀要』29: 29-35.
- 福田志津枝, 2002, 「高齢者をめぐる諸問題」. 『これからの高齢者福祉 [改訂版] 福田志津枝・古橋エツ子編著』, ミネルヴァ書房.
- 福島昌子、清水千代子, 2003, 「在宅ケアが継続できる要素: 主介護者のインタビューの分析から」『群馬県立医療短期大学紀要』10, 81-90.
- 二木立, 2000, 『介護保険と医療保険改革』 勁草書房.
- 池ノ上寛太, 2009, 『リハビリの結果と責任—絶望に次ぐ絶望—そして再生へ』 三輪書店.
- 池添冬芽、市橋則昭, 2009, 「地域在住高齢者に対するトレーニングが運動機能に及ぼす影響: 筋力トレーニングと複合トレーニングとの効果の違いについて」『京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要』6, 15-19.
- Ikezoe T, Tsutou A, et al., 2005, "Low intensity training for frail elderly women: long-term effects on motor functions and mobility" J Phy Ther Sci., (17):43-49.
- Illich. I, 1976, LIMITS TO MEDICINE. (=1979 金子嗣郎訳 『脱病院化社会—医療の限界』 晶文社.
- 今田幸子, 1985, 「高齢社会における生きがい活動の意味」福武直/小山路男編『21世紀高齢社会への対応 第2巻』東京大学出版会.
- 今尾真弓, 2004, 「慢性疾患患者におけるモーニング・ワークのプロセス: 段階モデル・

- 慢性的悲哀 (chronic sorrow) への適合性についての検討」『発達心理学研究』15, 150-161.
- 今尾真弓, 2010, 「成人前期から中年期における慢性疾患患者の病気の捉え方の特徴: モーニング・ワークの検討を通して」『発達心理学研究』21, 125-137.
- 井上健二, 2010, 『健康常識にダマされるな! 誰も教えてくれなかった「通説」のウソ・ホント』工藤一彦監修. ソフトバンク新書.
- 井上淳, 2010, 「高齢者資産を活用したデフレ対策—住宅ローンを非課税の贈与で返済可能に」『みずほリサーチ』2010, 7-8.
- 石橋敏郎, 河谷はるみ, 長千春, 2005, 「介護保険法の改正に伴う諸問題について」『アドミニストレーション』12, 1-88.
- 石井洋二郎, 1993, 『差異と欲望—ブルデュ「ディスタンクシオン」を読む』藤原書房.
- 石川達哉, 樋浩一, 2008, 「高齢者世帯の経済状況—収入・支出と財産保有」『ニッセイ基礎研レポート社会保障特集号』, 6-19.
- 石川隆志, 湯浅孝男, 本橋豊, 2007 「リハビリテーションプログラムに継続的に参加している施設入所高齢者の行動量とサーカディアンリズム同調」『秋田県公衆衛生学雑誌』5, 18-23.
- 石河利寛, 堀田昇, 1984, 『昭和 59 年度体力・運動能力調査報告書』文部省体育局.
- 石村久美子, 2006, 「医療制度改革—規制緩和による市場原理と自己責任化」『藍野学院紀要』20, 97-108.
- 岩本華子, 2007, 「社会福祉援助におけるクライアントの「主体性」概念に関する一考察: クライアントの「主体性は」どの様にとらえられてきたか」『社会問題研究』56, 95-116.
- 岩佐学, 竜田庸平, 直江貢, 2006, 「当通所リハビリテーションにおけるパワーリハビリテーションの効果—パワーリハビリテーション実施者の全体統計とパーキンソン病利用者の行動変容」『パワーリハビリテーション』5, 178-180.
- 泉 眞樹子, 2010, 「高齢者医療制度の概要とこれまでの経緯—財政調整を中心に」『レファレンス』55-79.
- 泉嗣彦, 2005, 『医師がすすめるウォーキング』集英社新書.
- 香川靖雄, 2000, 『生活習慣病を防ぐ—健康寿命をめざして』岩波新書.
- 鍵谷英明・山川正信・田中洋一, 2006, 「地域における生活習慣病予防支援施策のあり方に関する研究」『大阪教育大学紀要』54, 61-74.
- 垣田裕介, 2008, 「現代福祉政策のなかの貧困と生活保護: 社会保障抑制基調の下での生活保護の動向と論点」『大分大学大学院福祉社会科学研究所紀要』9, 73-85.
- 各務勝博, 2010, 「寝たきり予防から介護予防へ」『Core Ethics』6, 109-119.
- 神ノ田昌博, 2005, 「超高齢社会における健康政策」『あいみつく』26, 4-9.
- 金森修, 2010, 『生政治の哲学』ミネルヴァ書房.
- 烏野猛, 2002, 「高齢者福祉の歩み」『これからの高齢者福祉[改訂版] 福田志津枝・古

- 橋エツ子編著』ミネルバ書房.
- 荻谷剛彦, 山口二郎, 2008, 『格差社会と教育改革』岩波ブックレット.
- 葛西俊治, 2006, 「心理学的研究における統計的優位検定の適用限界」『札幌学院大学紀要』79, 45-78.
- 刀川眞, 内藤孝一, 2003, 「医療消費者の自己責任意識と、主体的健康管理支援に向けた社会情報システムの課題」『社団法人情報処理学会研究報告』39-46.
- 加藤 真規子, 2006, 「精神障害がある人々の自立生活の形成：ピアサポートセンターから一歩の實踐」『桃山学院大学社会学論集』Vol. 39 187-215.
- 加藤真由美, 他, 1999, 「地域高齢者の転倒予防に関する研究：転倒状況及び下肢筋力、骨量について」『金沢大学医学部保健学科紀要』23, 111-115.
- 加藤真由美, 他, 2004 「デイサービス利用者の転倒予防：下肢筋力、日常生活および転倒恐怖感と転倒との関連」『老年看護学：日本老年看護学会誌』9, 28-35.
- 桂良太郎, 1993, 「高齢者の能力活用の現状と課題：兵庫県高齢者生きがい促進事業を事例として」『奈良大学紀要』21, 259-300.
- 河合克義, 2007, 「高齢者の貧困と孤立」(『現代の貧困と不平等－日本・アメリカの現実と反貧困戦略』青木紀・杉村宏 編著) 明石書店.
- 河合克義, 2009, 『大都市の一人暮らし高齢者と社会的孤立』法律文化社.
- 河野理恵, 太田信夫, 2003, 「青年が抱く中年イメージと高齢者イメージ」『筑波大学心理学研究』第26号 75-82.
- 河野あゆみ, 金川克子, 1999, 「在宅虚弱高齢者の生活パターンから見た3年後の生命予後とADL変化」『日本公衛誌』46, 915-921.
- 河野理恵, 太田信夫, 2003, 「青年が抱く中年イメージと高齢者イメージ」『筑波大学心理学研究』第26号 75-82.
- KawagoeMasahiro, KajiyaShingo, MizushimaKentaro, YamasakaHiroki, IzuharaToshihiko, 2009, “Effect of Continuous Home-Visit Rehabilitation on Functioning of Discharged Frail Elderly” *Journal of Physical Therapy Science*』21, 343-348.
- 川嶋紗代, 岩本齊, 白石成明, 久世裕子, 伊藤卓也他, 2005 「当院通所リハビリテーションにおけるパワーリハビリテーション導入後の変化について」『パワーリハビリテーション』4, 77-78.
- 健康栄養情報研究会(編), 2006, 『厚生労働省 国民健康・栄養調査の現状報告(平成16年)』, 第一出版.
- 健康づくり体力事業財団, 2000 『健康日本21』(21世紀における国民健康づくり運動について). (<http://www.kenkounippon21.gr.jp/> 2011.7.11 アクセス)
- 木藤伸宏, 他, 2001, 「高齢者の転倒予防としての足指トレーニング効果」『理学療法学』28, 313-319.
- 木下康仁, 2003, 「クラウンデッド・セオリー・アプローチの實踐 質的研究への誘い」弘文堂.
- 木下康仁編著, 2005, 『分野別実践編クラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂.

- 木下康仁, 2007, 『ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法』 弘文堂.
- 岸玲子, 月島恵理, 小橋元, 志度晃一, 杉村巖, 1999, 「高齢者が地域で在宅機能を継続するための生活機能およびソーシャルサポートの検討」『高齢者問題研究』 15 巻 195-207.
- 岸上博俊, 村田和香, 2000, 「ある女性高齢障害者に対しての人生観を考慮した作業療法」『作業療法』 19, 145-152.
- 北村隆子, 2002, 「在宅虚弱高齢者における健康状態と日常生活の検討」『滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌』 6 巻 15-21.
- 小林誠, 1998, 『価値判断の構造 価値言明の真理性的追求のための基礎理論』 恒星社 厚生閣.
- 小林敏明, 2010, 『<主体>のゆくえ—日本近代思想史への一視角』 講談社.
- 木幡洋子, 2005, 「介護保険快背に対する憲法学的考察と福祉オンブズマンの意義」『社会福祉研究』 7, 13-25
- 小池茂子, 2002, 「高齢社会における『高齢者像』に関する一考察: 1990 年代以降の高齢社会対策に見る高齢者像について」. 『人間総合科学』 4, 149-158.
- KOJEVE, A, 2004, LA NOTION DE L' AUTORITE. (=2010, 今村真介訳 『権威の概念』 法政大学出版社.)
- 近藤克則, 2006, 「医療改革とリハビリテーション医学のエビデンス」  
『リハビリテーション医学』 43, 651-657.
- 近藤克典, 2007, 『検証「健康格差社会」』 医学書院.
- 近藤克典, 2010, 『「健康格差社会」を生き抜く』 朝日新書.
- 小坂健, 2006, 「介護保険制度と介護予防について」『東北大歯誌』 25, 1-6.
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会編, 2010, 『提言・要介護認定廃止—「家族の会の提言」をめぐって……』 かもがわ出版.
- 河野哲也, 2007, 『善悪は実在するか アフォーダンスの倫理学』 講談社.
- 高齢者リハビリテーション研究会 『高齢者リハビリテーションのあるべき方向』  
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-3e.html> 2011. 1. 12 アクセス)
- 厚生労働省政策統括官付政策評価官室, 2008, 『高齢期における社会保障に関する意識等調査報告書』 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/08/h0805-1.html> 2011. 2. 25. アクセス)
- 厚生労働省老健局振興課長名, 平成 21 年 12 月 25 日 各都道府県介護保険主管課長あて、同居家族がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取り扱いについて (老振発 1224 第 1 号)
- 厚生労働省老健局老人保健課, 2009, 『運動器の機能向上マニュアル (改訂版)』  
([http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/d1/tp0501-1d\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/d1/tp0501-1d_0001.pdf) 2011. 1. 12 アクセス)
- 厚生労働省老健局老人保健課, 2007, 『第 1 回介護予防の推進に向けた運動器疾患に関する検討会の議事録』 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/07/txt/s0713-4.txt> 2011. 1. 12 アクセス)

- 厚生労働省老健局老人保健課, 2010, 『「介護予防事業に関する国民の皆さまからのご意見募集」の結果概要』 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2010/10/tp1029-1.html> 2011. 1. 11 アクセス)
- 厚生労働省老健局老人保健課, 2009, 『平成 19 年度介護予防事業報告』 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/04/dl/tp0417-1a.pdf> 2011. 1. 6 アクセス)
- 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 2007, 『「健康日本 2 1」中間評価報告書』.
- 厚生労働省編, 2006, 『厚生労働白書 (平成 18 年度版)』ぎょうせい.
- 厚生労働省編, 2010, 『厚生労働白書 (平成 22 年度版)』ぎょうせい.
- 厚生省保健医療局生活習慣病対策室『脳卒中対策に関する検討会中間報告書』 (<http://jsa-web.org/hw/hw.html> 2010. 12. 16 アクセス)
- 厚生労働省 『平成 18 年社会医療診療行為別調査結果の概況』 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa06/1-2.html> 2010. 12. 16 アクセス)
- 『平成 18 年度診療報酬改定の概要について』 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0215-3u.pdf> 2010. 12. 16 アクセス)
- 厚生統計協会編, 2010, 『2010 年「国民衛生の動向」』廣済堂.
- 財団法人厚生統計協会, 2010, 『国民福祉の動向 2010/2011』廣済堂.
- 久保田治助, 2004, 「第二次世界大戦後の高齢者像の変容についての考察」『早稲田大学教育学研究科紀要』別冊 11, 39-49.
- 久保田賢一, 1997, 「質的研究の評価基準に関する一考察—パラダイム論から見た研究の視点」『日本教育工学会論文誌』21, 163-173.
- 鯨岡峻, 2006, 『ひとがひとをわかうということ—間主観性と相互主体性』ミネルヴァ書房.
- 榎直美, 2006, 「高齢者介護保障における市町村の公的責任—介護保険制度を中心とした市町村の果たすべき責任」『九州女子大学紀要』43, 1-20.
- 蔵田伸雄, 2005, 「カントと人間の尊厳の根拠: 人間性と意志の自立」『哲学年報』52, 31-44.
- 栗木黛子, 2000, 「日本の高齢者の介護問題と介護保険」『人間福祉研究』3: 1-18.
- 栗村典男, 2003, 「社会福祉の場での自己決定の概念に内在する問題」『九州大谷研究紀要』29, 184-151.
- 黒田亘, 1992, 『行為と規範』頸草書房.
- 黒井千次, 2006, 『老いるということ』講談社現代新書.
- 黒岩寿美子, 他, 2007, 「「健康で長生きしたい」と思うことと地域高齢者の生活習慣・健康行動との関連性についての検討」『広島大学保健ジャーナル』6, 135-145.
- 沓澤礼美, 2010, 「在宅復帰における老健理学療法士の役割」『山形理学療法学』6, 49-52.
- 葛生栄二郎, 2011, 『ケアと尊厳の倫理』法律文化社.
- 京極真, 2006, 「エビデンスに基づいたリハビリテーションの展開—構造構成主義の立場から」『聖隷クリストファー大学リハビリテーション部紀要』2, 1-10.



- Latham NK, Bennett DA, et al., 2004, “Systematic review of progressive resistance strength training in older adults” *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 59:48-61.
- Lecourt.D. 2008, Georges canguilhem(=2011, 沢崎壮宏/竹中利彦/三宅岳史訳『カンギレム—生を問う哲学者の全貌』白水社.)
- Lyon.D, 2001, Surveillance society : Monitoring everyday life(=2002, 河合一郎訳『監視社会』青土社.)
- Lyon.D, 2007, Surveillance studies(=2011, 田島泰彦/小笠原みどり訳『監視スタディーズ』岩波書店.)
- 牧迫飛雄馬, 阿部勉, 大沼剛, 島田裕之, 2009, 「訪問リハビリテーションが要介護高齢者の機能改善に及ぼす効果—研究デザインとベースライン調査結果を中心とした経過報告」『理学療法学』36, 74-75.
- 正高信男, 2000, 『老いはこうしてつくられる：こころとからだの加齢変化』中央公論新書.
- 増田直美, 田尻寿子, 澤俊二, 椿原彰夫, 1995, 「質問紙による Functional Independence Measure (FIM) を用いた脳卒中片麻痺患者の追跡調査」『作業療法』14, 134-139.
- 松本和久, 山本千鶴, 細川竜馬, 木村篤史, 2009, 「運動学習理論に基づいた運動器の機能向上プログラムに関する研究」『柔道整復・接骨医学』18, 1-8.
- 松永郁男, 他, 2010, 「運動訓練のトレーニング効果」『鹿児島大学教育学部研究紀要』61, 35-45.
- 三栖郁子, 1999, 「介護保険制度の成立と社会福祉基礎構造改革」『青森保健大学紀要』1, 127-132.
- 見田宗介, 1966, 『価値意識の理論 欲望と道德の社会学』弘文堂.
- 宮川孝芳, 2002, 「地域高齢者の転倒要因における考察：体力の観点から」『神戸大学医学部保健学科紀要』18, 55-64.
- 宮本謙三 他, 2005, 「介護予防を目的とした運動教室の展開：小規模自治体からの実践報告」『理学療法学』32, 384-388.
- 宮下輝雄, 1998, 「介護保険法の成立過程」『創価法学』28, 223-253.
- 宮田裕章, 甲斐一郎, 2006, 「保健・医療分野における研究の評価基準—定量的基準と定性的基準の再構築」『日本公衛誌』53, 319-327.
- MoritaHiroaki, IsoHiroyasu, HashimotoJunichi, 2009, “Long-Term Effects of Low-Frequency Home-Visit Rehabilitation by Cooperation with Physiotherapists and Health Care and Welfare Workers on Activities of Daily Living” *Journal of Physical Therapy Science*21, 13-22.
- 森詩恵, 2008, 「2005年介護保険改正と高齢者介護保障政策」『大阪経大論集』58, 113-130.
- 森脇千夏, 他, 2010 「高齢者の転倒骨折予防を目的とした健康教室の効果（第2報）：対象者の経時的変化からの検討」『別府大学紀要』51, 147-157.
- 百瀬祐司, 2009, 「通所リハの利用が歩数および移動に伴う活動量に及ぼす効果について」

- 『シニアフィットネスリハビリテーション』 3, 51-54.
- 茂呂雄二, 2008 「教育心理研究における質的方法の意味」『教育心理学年報』 47, 148-158.
- 元木昌彦, 2008, 『孤独死ゼロのまちづくり—緊急通報システムが実現する高齢化社会のセーフティネット』ダイヤモンド社.
- 棕野美智子, 2008, 「ケアサービス保証の仕組み」(『高齢者福祉の世界』直井道子・中野いく子・和気純子編) 有斐閣.
- 宗像雄, 2005, 「患者の自己決定権と医療機関の説明義務」『慶応医学』 82, 29-36.
- 村上洋一郎, 2010, 「人間にとって科学とはなにか」新潮社.
- 牟田和恵, 2006, 『ジェンダー家族を超えて』新曜社.
- 武藤里佳, 高岡徹, 2008, 「体力の経時的変化」『総合リハビリテーション』 vol136 737-742.
- 武藤崇, 2001, 「行動分析学と「質的分析」(現状の課題)」『立命館人間科学研究』 2, 33-42.
- 無籐隆, 2005, 「縦断研究法のタイプ分類とその選択基準」(『構造構成的発達研究法の理論と実践—縦断研究法の体系化に向けて』西條剛央編著.) 北大路書房.
- 長尾周也, 1983, 「プロフェッショナルリズムの研究: (3) プロフェッショナルと組織体」『大阪府立大学経済研究』 28, 17-60.
- 長谷龍太郎 他, 2001 「作業療法士の職業的アイデンティティ研究の展望」『茨城県立医療大学紀要』 6, 47-56.
- 南雲直二, 1998 『障害受容—意味論からの問い』(大田仁史監修) 荘道社.
- 南雲直二, 2002, 『社会受容—障害受容の本質』 荘道社.
- 内閣府政策統括官(共生社会政策担当)付高齢社会対策担当, 2009, 「高齢者の日常生活に関する意識調査結果」  
(<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h21/sougou/zentai/index.html> 2011.2.25 アクセス)
- 内閣府政策統括官(共生社会政策担当)付高齢社会対策担当, 2008, 「高齢社会白書平成18年度版」(<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2006/zenbun/18index.html> 2011.2.25. アクセス)
- 内閣府, 2007, 『第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果の中間報告』  
([http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17\\_kiso/pdf/2-3kenkoufukushi.pdf](http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17_kiso/pdf/2-3kenkoufukushi.pdf) 2011.1.16 アクセス)
- 内閣府, 2007, 『内閣府平成16年度高齢者の日常生活に関する意識調査』  
([http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h16\\_nitizyou/2.pdf](http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h16_nitizyou/2.pdf) 2011.1.16 アクセス)
- 中川和昌, 他, 2008, 「要支援・軽度要介護高齢者に対する個別運動介入に集団運動がもたらす効果」『理学療法学』 23, 501-507.
- 中川類, 池川公章, 田辺裕久, 鎌澤隆一, 川村明廣他, 2011, 「高齢者における転倒・転落発生状況とその関連要因(第9報)—歩行可能者における老人病院療養型病床群入院患者と介護老人保健施設入所者の比較」『高知市医師会医学雑誌』 16, 156-163.
- 中島義道, 2009, 『差別感情の哲学』講談社.

- 仲正昌樹, 2003, 『「不自由」論-「何でも自己決定」の限界』ちくま新書.
- 仲正昌樹, 2010, 『自由と自律 叢書アレテア 12』(仲正昌樹編) 3-22. お茶の水書房.
- 中本新一, 2007, 「アメリカおよびスウェーデンのアルコール政策」『同志社政策科学研究』9巻 171-181.
- 中村行秀, 2010, 「自己責任・自己・自立: 格差イデオロギーの哲学的含意(第2部格差の思想史と格差意識、アジアにおける格差の総合研究特集号)」『国府台経済研究』20, 95-109.
- 中村剛, 2010, 「福祉思想としての新たな公的責任-「自己責任論」を超越する福祉思想の形成」『社会福祉学』51, 5-17.
- 中村隆一, 2001, 「リハビリテーションとは」中村隆一編『入門リハビリテーション概論』医歯薬出版, 1-14.
- 中村隆一, 2007, 「リハビリテーション医学とは」中村隆一監修『入門リハビリテーション医学第3版』医歯薬出版.
- 中村幸, 2001, 「精神障害をもつ人のピアカウンセリング研究(1)」『筑紫女学園大学紀要』13, 343-360.
- 長岡正範, 2007, 「3 治療学総論 証拠に基づく医療」中村隆一監修『入門リハビリテーション医学第3版』医歯薬出版.
- 中山博識, 2006, 「出雲市多伎町における高齢者筋力向上トレーニングの効果」『島根医学』26:38-43, 2006.
- 中沢琢実, 2008, 「孤独死ゼロ作戦(監修 結城康博)」本の泉社.
- 中園徳生, 2008, 「介護予防通所リハビリテーションの効果と役割」『理学療法いばらき』12, 6-9.
- 奈良勲 ほか, 2000, 「理学療法士のアイデンティティとは-理学療法体系の再構築」『理学療法ジャーナル』34, 11-16.
- NHK 放送文化研究所編, 2004, 『現代日本人の意識構造(第六版)』NHK ブックス.
- NHK 放送文化研究所編, 2006, 『2005年国民生活時間調査報告書』日本放送出版協会.
- 日本公衆衛生協会, 2001, 「寝たきり予防と地域リハビリテーションの推進に関する研究」『地域リハビリテーション懇談会報告書』.
- 日本理学療法士協会, 1995, 「新たな高齢者介護システムの確立について」『理学療法学』22, 253-257.
- 日本作業療法士協会編, 2001, 「作業療法白書2000」『作業療法』20巻.
- 日本作業療法士協会編, 2006, 「作業療法白書2005」『作業療法』25巻.
- 西川千歳、太鼓場洋子、中野悦子(1993)「高齢者の老人イメージ(2)」『神戸市立看護短期大学紀要』12巻 83-90.
- 西嶋尚彦, 2000, 「新体力テストとADL」『体育の科学』50, 880-888.
- 西野孝, 2002, 「高齢者保健福祉施策の体系」『これからの高齢者福祉[改訂版]福田志津枝・古橋エツ子編著』, ミネルヴァ書房.
- 西脇祐司、竹林亨, 2010, 「介護予防における運動の有用性」『体育の科学』60, 669-673.

- 野口裕二, 2001, 「保健医療の思想文化—近代医療を越えて」山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会.
- 野尻雅美, 2007, 「高齢者のヘルスプロモーション」柴田博・長田久雄・杉澤秀博編『老年学要論』建帛社, 107-111.
- 能智正博, 2005, 「質的研究の質と評価基準について」『東京女子大学心理学紀要』1, 87-97.
- 能智正博, 2011, 『質的研究法』東京大学出版会.
- 額田勲, 1999, 『孤独死—被災地神戸で考える人間の復興』岩波書店.
- 大庭健, 2005, 『「責任」ってなに?』講談社現代新書.
- 大庭健, 2006, 『善と悪: 倫理学への招待』岩波書店.
- 大石由起子, 木戸久美子, 林典子, 稲永努, 2007, 「ピアサポート・ピアカウンセリングにおける文献展望」『山口県立大学社会福祉学部紀要』vol113 107-121.
- 大川弥生, 2004『介護保険サービスとリハビリテーション: ICFの立った自立支援の理念と技法』中央法規.
- 大川弥生, 2006, 『新しいリハビリテーション』講談社.
- 太田睦美, 2008, 「介護保険下の作業療法士の取り組み」『作業療法ジャーナル』46巻 584-589.
- 岡部正, 2008, 『病院に行っても病気が治らない日』講談社.
- 岡本祐三, 1996, 『高齢者医療と福祉』岩波新書.
- 沖藤典子, 2010, 『介護保険は老いを守るか』岩波新書.
- 奥村由美子, 久世淳子, 2009「大学生の高齢者イメージに関連する要因—認知症高齢者と健常高齢者のイメージの比較」『日本福祉大学健康科学論集』12, 31-38.
- 大場敏明, 2005, 「疑問だらけの介護保険法改正案」埼玉保健医療新聞 2005/4/5
- 大井玄, 2008, 『「痴呆老人」は何をみているか』, 新潮新書.
- 大西秀典, 2002, 「介護保険の自立支援—痴呆性老人の場合」『尾道大学経済情報論集』2, 29-41.
- 大野正和, 2005, 『まなざしに管理される職場』青弓社.
- 大澤光, 2010, 「介護保険法改正と指定制度—その行政法学的検討」『青山法学論集』51, 249-289.
- 大田晋, 2007, 「政策・制度・法律からみた「医療福祉」」『川崎医療福祉学会誌』17, 39-50.
- 大津美香, ほか, 2007「介護保険制度による通所系サービス1年継続利用者のサービス内容に対する満足感と関連する要因についての検討」『人間と科学』7, 145-153.
- 大屋雄裕, 2007, 『自由とは何か—監視社会と「個人」の消滅』筑摩新書.
- Parsons, T, 1951, The Social System (=1974, 佐藤勉 訳『社会体系論』青木書店.)
- Parker, I, 2004, Qualitative Psychology. (=2008 八つ塚一郎 訳 ラディカル質的心理学—アクションリサーチ入門. ナカニシヤ出版)
- Ricoeur, P, 2004, "PARCOURS DE LA RECONNAISSANCE" (=2006 川崎惣一 訳 『承認の工程』法政大学出版局.)
- ルース・ベネディクト, 2007, 『日本人の行動パターン』(福井七子訳). 日本放送出版協会.

- Said. E, 1993, Representations of the Intellectual. (=1998, 大橋洋一 訳 『知識人とは何か』 平凡社.)
- 西條剛央, 2005, 「構造構成的発達研究とは何か?」『構造構成的発達研究法の理論と実践—縦断研究法の体系化に向けて』西條剛央編著. 北大路書房.
- 西條剛央, 2007, 『ライブ講義質的研究とは何か』新曜社.
- 西條剛央, 2007, 『週間医学界新聞』第 2737 号, 医学書院.
- 戈木クレイグヒル 滋子, 2005, 「grounded theory approach を用いたデータ分析」『看護研究』38, 39-48.
- 斉尾武郎, 2001, 「Evidence-based medicine の現代科学論的考察」『Cli Eval』29, 185-201.
- 境広志, 1998, 「高齢者における筋力トレーニングの効果について: 転倒による骨折を減らすために」『武蔵野短期大学研究紀要』12, 1-7.
- 坂田三允, 1987, 「健康と病気の心理学」(岡堂哲雄編『病気と人間行動』) 中央法規出版.
- 作田啓一, 1967, 『恥の文化再考』筑摩書房.
- 作田啓一, 2001, 『価値の社会学』岩波書店.
- 佐々木力, 1996, 『科学論入門』岩波書店.
- 佐藤嘉幸, 2009, 『新自由主義と権力—フーコーから現在性の哲学』人文書院.
- 澤俊二, 1999, 「老人保健法にもとづく機能訓練事業全国実態調査報告(7) 参加目的、プログラム内容」『公衆衛生』63, 748-750.
- 関美奈子, 2009, 「八尾通所リハビリセンターでの取り組み 行動変容が見られた 1 症例を通して」『みんなの理学療法』20, 31-34.
- 千知岩伸匡, 宮川孝芳, 徳原尚人, 末永英文, 今村義典他, 2002, 「在宅脳卒中後遺症者における ADL の経年変化とその関連要因」『神戸大学医学部保健学科紀要』18, 1-12.
- 盛山和夫, 1995, 『制度論の構図』創文社現代自由学芸叢書.
- 盛山和夫, 2004, 『社会調査入門』有斐閣ブックス.
- 島村耕介, 2002, 「長期療養型施設における理学療法」(黒川幸雄、高橋正明、鶴見隆正編『高齢者の理学療法』) 三輪書店.
- 島内憲夫, 2004, 「健康増進・ヘルスプロモーションの国際的動向とわが国の現状」(鶴見隆正、大淵修一編『健康増進と介護予防』) 三輪書店.
- 島藺進, 2011 「未来をどう生きる」(矢崎義雄編『医の未来』) 岩波新書.
- 塩中雅博, 山田和政, 2005, 「前期高齢者に対する介護予防の長期的介入効果に関する研究」『研究紀要』1: 3-12.
- 柴坂寿子, 1999, 「事例研究の質について考える—「ちゃんとした」事例研究の条件」『日本家政学会誌』50, 877-881.
- 下仲順子, 中里克治, 1999, 「老年期における人格の縦断研究」『教育心理学研』47, 293-304.
- 重森健太, 大城昌平, 稲田剛久, 大垣充, 濱辺淳一, 2007, 「要介護高齢者の日常生活動作における身体認識と転倒の関係」『リハビリテーション科学ジャーナル』2, 61-67.
- 進藤浩美, 1992, 「豊かに生きるために 生活・遊び・ゆとり」『作業療法』11, 74-76.
- 袖井孝子, 2009, 『高齢者は社会的弱者なのか 今こそ求められる「若い」のプラン』ミ

- ネルヴァ書房.
- 総務省統計局『平成13年社会生活基本調査』  
(<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2001/jikan/pdf/zokusei.pdf> 2011.1.16 アクセス)
- 総務省『人口推計月報』  
(<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/tsuki/index.htm> 2011.1.15 アクセス)
- Strauss, A, Corbin, J, 1990, Basics of Qualitative Research. (=南裕子監訳, 『質的研究の基礎—グラウンデッドセオリーの技法と手順』医学書院.)
- 須田木綿子、浅川典子, 2004, 「介護保険制度下における介護老人福祉施設の適応戦略とジレンマ: 探索的研究」『社会福祉学』45, 46-55.
- 杉澤秀博, 2007, 「高齢者・老化と社会」(柴田博・長田久雄・杉澤秀博編『老年学要論』) 建帛社.
- 杉田敦, 2000, 『思考のフロンティア 権力』岩波新書.
- 杉田聡・長谷川万希子, 2001, 「医療者—患者関係」(山崎喜比古編『健康と医療の社会学』) 東京大学出版会.
- 隅田好美, 2005, 「筋委縮性側策硬化症 (ALS) 患者における人工呼吸器装着の自己決定過程: 患者・家族・専門職の認識のずれと相互作用による変化」『社会福祉学』46, 52-64,
- 砂原茂一, 1980, 『リハビリテーション』岩波書店.
- 鈴木康文, 2008, 「通所リハビリテーションにおける個別リハビリの効果」『理学療法いばらき』12:10-14.
- 社会保険研究所, 2009, 『平成21年度5月版の介護保険制度の解説』社会保険研究所.
- 多田富雄, 2007, 『わたしのリハビリ闘争』青土社.
- 田川佳代子, 2004, 「ソーシャルワークの価値と倫理をめぐる諸問題」『愛知県立大学文学部論集. 社会福祉学科編』53.
- 田島明子, 2007, 「社会受容論考」『Core Ethics』Vol3 261-275.
- 田島明子, 2009, 『障害受容再考 「障害受容」から「障害との自由」へ』三輪書店.
- 高城和義, 2002, 『パーソンズ 医療社会学の構想』岩波書店.
- 高比良祥子、古川秀敏、吉田恵理子、永峰卓哉、中尾八重子、小竹訓子, 2004, 「高齢者筋力向上トレーニング事業の評価に関する研究 (その2)」『県立長崎シーボルト大学紀要』5, 97-106.
- 高比良祥子、古川秀敏、吉田恵理子、永峰卓哉、中尾八重子, 2005, 「高齢者筋力向上トレーニング事業の効果と運動継続を促す支援」『県立長崎シーボルト大学紀要』6, 11-22.
- 武田英樹, 2010, 「介護保険法と介護サービス」(『高齢者福祉史と現状課題』井村圭壮・相澤讓治編) 学文社.
- 武原光志, 2002, 「介護老人保健施設における理学療法」(黒川幸雄、高橋正明、鶴見隆正編『高齢者の理学療法』) 三輪書店.
- 竹迫康代 他, 2008, 「肺がん告知後の患者と家族の心理的变化と看護介入に関する文献研究」『広島国際大学看護学ジャーナル』6, 57-66.
- 武智裕子, 2008, 「通所リハビリテーションにおける動作の安定性改善を狙った日常動作

- 指導の効果」『理学療法の歩み』19:18-23.
- 滝口真登, 戸谷完二, 石岡美生, 清木容枝, 神田幸代他, 2009, 「老健入所の脳梗塞患者に対するパワーリハビリテーションの取り組み—在宅復帰困難事例に対する一経験」『パワーリハビリテーション』8, 17-19.
- 田中敦士 ほか, 2003 「転職志願場面での知的障害者の自己決定に対する専門職の対処態度: 222 施設に対する質問紙調査の自由記述の分析から」『琉球大学教育学部障害児教育実践センター紀要』5, 57-661.
- 田中絵美子, 松井一人, 吉本與史一, 峯誠, 釜田和美, 2010, 「重度要介護者における訪問リハビリテーションの一症例—複合的アプローチの効果」『理学療法福井』14, 119-122.
- 田中秀和, 2007, 「格差社会と社会福祉士—若年労働との関連を中心に」『新潟医療福祉学会誌』7, 38-42.
- 田中亮, 戸梶亜紀彦, 2009 「通所リハビリテーションにおける利用者の満足要因の質的分析」『理学療法学』36:94-95.
- 田中由紀子, 2005, 「訪問介護における生活援助の役割」『京都女子大生活福祉学科紀要』1, 51-55.
- 棚町祐子, 2005, 「デイケアで生き生きとした様子を見せる高齢脳卒中後遺症者にとってのデイケア参加の意味」『老年看護学』9, 92-99.
- 谷内篤博, 2008, 「プロフェッショナル志向の高まりとキャリア形成」『経営教育研究』11, 29-44.
- 立岩真也, 1997 『私的所有論』勁草書房.
- 立岩真也, 2000 『弱くある自由へ—自己決定・介護・生死の技術』青土社.
- 立岩真也, 2004, 『自由の平等—簡単に別の姿の世界』岩波書店.
- 立岩真也, 2008, 「有限でもあることから控えることについて」『現代思想』36, 20-31.
- 知野哲朗, 2007, 「高齢者医療費の変動と格差に関する特徴と課題」『岡山大学経済学会雑誌』38, 21-38.
- 東京都世田谷区保健福祉部, 2008 『同居家族のいる利用者の生活援助事例集』
- 遠山宣哉, 1993, 「大学新入生の健康意識と行動 (第二報): 病気と老いのイメージ, ヘルス・ローカス・オブ・コントロール」『弘前大学保健管理概要』15, 5-17.
- 鳥谷部幸美, 小山田玲子, 立崎文香, 上野雅, 2011, 「在宅支援における認知症短期集中リハビリテーションの有効性」『青森県作業療法研究』19, 63-66.
- 辻正二, 1998, 「超高齢化社会における老人自己意識形成の考察」『山口経済学雑誌』46, 213-244.
- 鶴見和子, 上田敏, 大川弥生, 2007, 『増補版 回生を生きる』三輪書店.
- 堤修三, 2007, 「2005 年介護保険法改正の立法政策的評価」『自治大阪』13-22.
- 内海正人, 矢崎高明, 高篠瑞穂, 高橋勇貴, 若林実紀他, 2005 「下肢伸展ピークトルクおよびバランスとパワーリハビリテーション評価の相関について」『パワーリハビリテーション』4, 178-181.

- 上田敏, 1981, 『目で見る脳卒中リハビリテーション』東京大学出版会.
- 上田敏, 1996, 『リハビリテーション』講談社.
- 上田敏, 2000a, 「リハビリテーション医学序説」津山直一監修『標準リハビリテーション医学』医学書院, 2-17.
- 上田敏, 2000b, 「脳卒中のリハビリテーション」津山直一監修『標準リハビリテーション医学』医学書院, 334-357.
- 上野千鶴子, 2007, 『おひとりさまの老後』法研.
- 上野千鶴子, 2008, 『老いる準備—介護することされること』朝日文庫.
- 上野千鶴子, 2009, 『男おひとりさま道』法研.
- 上杉正幸, 2008, 『健康不安の社会学 改訂版 健康社会のパラドックス』世界思想社.
- 浮ヶ谷幸代, 2005, 「病気の原因をめぐる「いかに」と「なぜ」—自己と他者の人類学」『日本新生児看護学会誌』11, 2-8.
- 梅原茂樹, 三島亜佐美, 杉本貴弘, 2008, 「訪問リハおよび介護老人保健施設リハの効果」『日本慢性期医療協会機関誌』16, 66-71.
- 運動所要量・運動指針の策定検討会, 2006, 「健康づくりのための運動指針」.
- 和気純子, 2005, 「高齢者ケアマネジメントにおける困難ケース: ソーシャルワークからの接近」『人文学報. 社会福祉学』21, 99-121.
- 鷺田清一, 2007, 『思考のエシックス—反方法主義論』ナカニシヤ出版.
- 渡辺光司, 山口和之, 2004, 「パワーリハの基礎検討—パワーリハ導入前後の生活体力の変化」『パワーリハビリテーション』3, 160-162.
- 渡邊裕子, 倉田トシ子, 森田祐代, 2005, 「看護学生の高齢者イメージに関する研究」『山梨県立看護短期大学部紀要』11, 59-166.
- 渡辺修一郎, 2007, 「高齢者の疾病—主として身体的—」(柴田博・長田久雄・杉澤秀博編『老年学要論』) 建帛社.
- 渡辺淳, 1996, 「障害の受容と『障害者プラン』」『総合リハ』24 巻頭言.
- 渡辺好章, 1999, 「老人介護サービスのマーケティング—介護保険法の問題点とマーケティング戦略発想」『城西大学経済経営紀要』17, 1-17.
- 渡邊芳樹, 1992, 「老人保健表制定の立法過程」『北大法学論集』42, 203-267.
- Wiles, R. et al. , 2002, "Patients' expectations of recovery following stroke: a qualitative study" DISABILITY AND REHABILITATION, Vol. 24: 841-850.
- 藪野祐三, 2004, 「公的領域と私的領域の相克: 二世紀型公私問題への視角」『法政研究』70, 955-974.
- 八木晃介, 2008, 『健康幻想の社会学—社会の医療化と生命権』批評社.
- 山田真輔, 千葉誠, 石原和明, 上嶋健治, 仁木美砂子, 2011, 「介護老人保健施設における心臓リハビリテーションの必要性—介護老人保健施設で経験した2症例」『心臓リハビリテーション』16, 238-241.
- やまだようこ, 2007, 『質的心理学の方法—語りを聞く』新曜社.
- 山本泰三, 2004, 「科学論の変遷と問題としての実在論」『京都大学経済論叢』173, 58-72.



- 山崎喜比古・中川薫, 2001, 「医療技術と人間社会」山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会, 149-170.
- 山崎理央, 2004, 「セルフ・ヘルプ・グループの研究に関する概観と展望」『福山大学人間文化学部紀要』vol. 4 11-18.
- 柳原修、清宮宏臣, 2004, 「少子・高齢化社会の社会保障：年金・介護を中心として」植草学園短期大学紀要 5, 1-27.
- 矢野純子, 2006, 「鹿児島県離島における高齢者の運動器の機能向上プログラムの実践」『産業医科大学雑誌』28, 229-237.
- 谷田部武男, 1984, 「社会学的概念としての健康と病気：T. パーソنزの医療社会学における『病人役割』分析の意義」『東海女子大学紀要』14, 147-165.
- 矢崎義雄, 2011, 『医の未来』岩波新書.
- 與古田孝夫 ほか, 2004 「ヘルスプロモーションの心身医学—沖縄の伝統的地域特性と地域高齢者のメンタルヘルスに及ぼす要因についての検討」『心身医学』44, 681-687.
- 横塚美恵子, 2008, 「訪問型介護予防事業における虚弱後期高齢者に対する運動介入」『理学療法学』35, 110-115.
- 芳野純, 黒目桃子, 2010, 「安静による廃用症候群患者に対する訪問リハビリテーションの効果—内部疾患により寝たきり状態に陥った症例への関わりの重要性」『理学療法—臨床・研究・教育』17, 65-67.
- 読売新聞 2008. 11. 26. (朝刊) .
- 米山公啓, 2008, 『医療格差の時代』ちくま新書.
- 財団法人 健康・体力づくり事業財団, 2004, 「高齢者の運動実践者と非実践者における生活意識と生活行動の相違に関する研究」.
- 財団法人岐阜県作業経済振興センター, 2004, 「高齢者市場の活性化に関する調査研究報告書～シルバーマーケットにおける余暇産業のあり方～」.
- 全国社会福祉協議会, 2005, 『社会福祉関係施策資料集 24』.

<資料1 当事者 逐語録>

氏名： Jさん

年齢： 60歳

性別： 男性

主疾患名：脳梗塞

発症からの経過年数： 1年半

家族構成： 妻と息子二人と同居

移動レベル： 杖歩行レベル

Q1 お忙しいところ申し訳ありません。今、私は、北星学園大学の大学院に通っていただき、デイケアに通っている方が、どんな思いでリハビリテーションを受けられているのかということについて、今、いろいろな方からお話を伺っているんですが、Jさんからもお話を伺ってもよろしいでしょうか？少しお時間いただきたいのですが・・・

A1 いいですよ。

Q2 それでは、まずお名前を伺ってもよろしいでしょうか。

A2 Jといいいます。

Q3 ありがとうございます。すいません。年齢はおいくつですか。

A3 60歳。

Q4 60歳・・・今、あの一緒にどなたとお住まいですか？

A4 妻と三男と次男と4人か。

Q5 えーとご病気の名前は

A5 脳梗塞で、左半身麻痺、後遺症ね。

Q6 えー脳梗塞になられたのは、どれくらい前ですか？

A6 えーと1年半前になるね。昼の1時ごろだったね。

Q7 お昼？

A7 お昼ごはんを食べようかなと思ってるときに・・・意識がなくなって、倒れちゃって。で、救急車を呼んで、〇〇病院に希望したんですけど、ただいま手術中で受け入れられないと急患を受け入れられないということで、拒否されまして、そのまま××病院に転院させられたんです。そして、××病院は受けるよということで、受けてくれて、で病院1か所だけです拒否されたのは、今みたいに30箇所とかみたいにはならなかったです。1か所だけです。ちょうどなんか手術中だったみたいなんだよね。脳外科の先生がね。それで、急患受け入れられない。

Q8 手術中だったんですね。

A8 恐らくね。

Q9 で、××病院さんにはどのくらい入院されていたんですか？

A9 1ヶ月間。そのときはほとんどリハビリじゃなくてね。もっ車椅子生活で、あのそれでも後半ね一週間から10日ね。あのリハビリ室行って、あの立ち上がってごらんとか、ハイ掛けてとか、あそこは女性が1人、PTさんかOTさんかいるんだよね。その人の

指導によってね。少しは、ほんの入り口だけはやったね。で、すぐ今度ね。ここにいてリハビリできないなと思ってね。あの息子にお願い、長男にお願いして、あの△△病院って言うところに転院させてもらったんです。

Q10 あー、はい。

A10 あそこはリハビリが一生懸命だよって話を聞いたもんですから、リハビリやりたいなと言ってごらんって言われて、そこのい3ヶ月いました。2月3月4月一杯と、そこで本当にいいリハビリしてもらいました。

Q11 どんなりハビリでした？

A11 まず、行ったらね、まず食堂は病室とは別のところにあるんですよ。あるって歩いて100メートルぐらい歩かないとならないのかな？

Q12 あー。

A12 そして食事したいんなら、立ち上がって歩きなさいって言うんですよ。その時は車椅子だったから、ご飯食べたいんなら歩いていきなさいって、いきなり普通のところにベットから立ち上がるのところから始まって、3歩でも5歩でもいいから自分で歩いて言われて、あの4本杖って言うのかい？

Q13 あー、はいはい。

A13 4点杖を最初与えられて、装具も何も無かったから、あのテーピングしてくれて、あのなんて言うんだ？あの足のテーピングしてくれて、毎日朝ごはん、昼ごはん、夜ご飯のときに必ず1日3回テーピングしてくれて、そして、這ってでも、ずってでも、食堂まで行かないことには、飯食えないから、それをやってくれて、そしてまずそこからスタートして……

Q14 はい。

A14 後は、入院してますから、1日にPTさんOTさんSTさん、必ず最低3人さんのリハビリ受けて、そのほかに技師長のリハビリ受けて、あのーあそこは良くしてくれましたよ。

Q15 そうですか。

A15 ストレッチは、もちろん40分ぐらいしてくれたし、足も40分手も40分。

Q16 あー。

A16 そのほかに言葉、「あえいうえおあお」とかね、STさんがやってくれたし……

Q17 どうですか、そこで受けたリハビリを受けていたときって言うのは、「良くなるぞ」っていう感じでしたか？

A17 あー感じましたね。こんだけやったらよくなるなって。だって、手も足もピクリともしなかったんだから、それが何とか自分でまだ歩けるまで行かなかったけど、あの、あれ、車椅子に乗り換えるだとか、ベットから乗り換えるとか、そういうのは、許可もらってできるようになったからね。

Q18 でも、その△△病院に入ってどのくらいの期間で、乗り移りが許可になったんですか？

A18 3ヶ月目だね、許可をくれたのはね。で、お風呂でもね。家庭のマンションにあるようなお風呂だったんだよね。だからね、それも全部、できるだけ自分でやりなさいって言うんだよね。服脱ぐのから、着るのからさ。だからここだったらすごい楽だ

もん。

Q19 ほー、そうですか。

A19 ここなら何もしなくてもいい感じだもんね。もー△△は全部自分だから！お風呂入りたいんなら、自分で脱ぎなさい。寝巻き着替えたいんなら、自分で着なさい。

Q20 厳しいですね。

A20 そのまま裸で寝てもいいんだよって、なんも職員は構わないんだから、室温も一定の温度保っているから裸でも風邪引くことはないんだから。裸でいてもいいんだから、もしそれが嫌だったら自分で着なさい。時間はたっぷりあるんだから、明日の朝まであるんだからって、時間掛けてやりなさい、自分で着たいんなら着なさい。着たくないんなら着なくていいよ。お風呂入りたいんなら、自分で脱ぎなさい。私たちは待ってあげるよ。一晩中待っててあげるよ。明日の朝入ってもいいんだよ。

Q21 そういの聴いてどう思いましたか？

A21 すごいなこの病院とおもったね。なんでもね、やりなさいだもん。ご飯食べたんなら歩いていきなさい。食べたくないんならいいよ。食べなくてもいいんだよ。職員は痛くもかゆくもないんだからって、あんたなんだから、全部あんたなんだからねって。

Q22 それは、看護師さんが言うんですか？リハスタッフですか？

A22 PTさん、OTさんが言うの、先生方が言うんだ。あと、ケアワーカーの人ね。して、看護師さんもいるんだ、そのフロアフロアね。私は5階に入ったんですけどね。その看護師さんもね本当に一生懸命やってくれてね。最初は、車椅子も手伝ってくれたんだけどね。そのうち段々ね、はい自分でやりましょう、自分で行きたいんなら乗っていきなさいってね。

車椅子用のトイレはあるんだから。場所は教えるからってね、2、3回は連れて行ってくれた。けど、もう分かったしよ、もう自分で行きなさい。おしっこしたいんならやりなさいって、我慢できるんだからずっと我慢してなさいって。もう何でも自分だもん。だから、こっち来たらすごい楽で、楽で・・・なんかあれば「おしっこ」って言えばね。あっ行くかーいってさ言ってくれるもんね。向こうなら、ナースコールも出来るんだ、どしたのって？、でもよっぽでないと・・・。

Q23 押せないんですか？

A23 押すと、そんなことと呼ばないで、私忙しいんだからっていわれるんだ。あんた専属のナースじゃないからねって。

Q24 そういの聴いてなんか思いませんでした？

A24 5階なら5階でね5-60人いたんだよね。50人に3人しかいないんだからね、あんた専属じゃないんだからねって、だからお金を3倍払うんなら、そりゃ専属雇ってあげるよって・・・

Q25 いやー正直、やっぱり。

A25 いやー厳しかった、時計台はだけど、それだけ、全部できるようになった、服も着れるようになったしね、時間は普通の人よりかかるけどね。靴のひとつ履くんでも、ゆっくりゆっくりだから・・・

Q26 へえーそこまできついんだ。

- A26 きついきつい、びっくりしたもん、最初。なんだべって思ったもん。△△院はね、OTさんは、1人しかいなかったけどねケースワーカーっちゅうのかい？
- Q27 はい。
- A27 なんか、手伝ってくれる人。
- Q28 ケアワーカーさんですね。
- A28 だから、おしっこかい、うんちかいとか、おしめしてあげるよとかね。動かないようにするのさ、何でも。
- Q29 第一病院のことですか？
- A29 あっそうそう。こんなんじゃ、駄目だな、寝たきりの人間になっちゃうなって思ったのさ。それで、希望して転院させてくれないかって頼んだんだけど、今度は、天と地ほど違うところだった、おしっこした言っていったら、自分で行きなさいって、行きたくないんだったら、ベットの上でしちゃってもいいんだよ。あんたが嫌でなければって。だれも取り替えてくれないからねって。そんな人ここにはいないよ、そんな余計な人いないよって。みんな忙しい人ばかりだから、あんた専属の人なんていないよって。だから、リハビリもね、一週間分のスケジュール表が来るんだ。月曜日、私は何時から何時までって PT は何時から、ST は何時からって、OT は何時からって、その時間にその会場が書いてあるのさ。5階のどこそことか4階のどこそことか、なにになに病棟のどこどこことかって、場所も指定されるんだ、だからエレベーターに自分で乗って、その時間の5分前までに行っていないと、あとは知らないよって感じ、後は明日よって言う感じ。今日の分は終わり、全部自分。だからスケジュール管理も自分、薬の管理も自分。一週間分来るんだ、これは朝の分、これは昼の分ってね……。
- Q30 はい。
- A30 これが月火水木ってあって、1週間分来るんだ。後は、飲まないんだったら、飲まなくてもいいんだよ。でも、脳梗塞再発しても知らんからねって言われるんだから。
- Q31 それは、どうなんだろう……
- A31 それは、全部自分だからねって、全部自分のことだからね、人のことじゃないよって、私たちはなんぼでも我慢できるんだからね。3年でも我慢してあげるよ。それが嫌だったら自分で飲みなさいって、また脳梗塞なりたくないんだたらね、それは自分のことだからね、私たちワーカーは3年でも5年でも我慢できるんだからって、何も痛くも痒くもないんだから！って いいよ、飲んでも飲まなくてもいいよって、嫌なら飲まなくてもいいんだからね、そこに貯めておきなさいって。何ぼでも持って帰らせてあげるから、退院するときもって帰らせてあげるから。飲まなきゃ飲まなくていいんだから。もう、全部自分。
- Q32 へえー それは、いま振り返ったときにおかげで出来るようになったっていえるけど……
- A32 感謝してる。
- Q33 今はですけど、当時間かされたときはどうでした？
- A33 すごい、泣きたい気分だよね、つらかった、すごい辛かった。精神的にも肉体的にも追い込まれますよね。

なんだこれ？何でこれで、入院費用まで金取られるんだらうって、泥棒に追い銭払うようなもんだなって思ったよ。ひっでえ病院だなって、何でこんな病院が評判いいのかなって思ったよ。リハビリしたいんならここ行きなさいって言われたけどさ、何が評判なんだらうって思ったけど、今考えてみれば、あれが無かったら、何も出来なかつたらうなって、甘えてね。絶対甘えさせてくれなかつたらもんね。その代わりに、テーピングならテーピングで3回でも4回でもやってくれたね。

Q34 それに関してはフォローすると・・・

A34 徹底的にフォローするね。あの、これから食事行きたいんですけど、自分で行きたいんですけど、テーピングお願いできますか？って言ったら、あついいよいいよってすぐやってくれたね。

Q35 すぐやってくれた？

A35 うんもすんもなく、すぐやってくれたね 最優先でやってくれた。だからテーピングされたらもう、壁つかまって、手摺につかまって、腕の力で歩いていったもんね。足の力じゃなく、腕の力で。それも一回だけはね、要領を教えてくれるんだわ、はい次右出してって、左出してってとかね、ここで一休みしてとかね。一回だけはやってくれるんだよね。そして2回目からは、はい、後は出来るでしょ。覚えているでしょって。忘れてないしょって。あんた、そこまで脳いかれてないから大丈夫だよ。覚えてられるよって。

Q36 なるほど。

A36 記憶障害は、そんなにひどくないから大丈夫だよって。覚えてるから大丈夫だよ。覚えてるでしょって。あとは、やる気だけでも問題だからって。だから、食べたいと思うんなら自分で頑張って行きなさいって、だから歩数で行ったら100歩さ、もう覚えたもん、歩数で言ったら、片道100歩。それをねご飯食べたいんなら、行きなさい、我慢できるんだったら行かなくていいんだからって、ベットでずっと寝てなさいって、その間職員も我慢してるから。

Q37 あっそっか そしたら、Jさんが、食べないって言うんだったら、私たちも食べないって言うそういうスタンスなんだ

A37 うん、私我慢してあげるからねって。あんたもベットで我慢してなさいって、食事の時間は決まってるんだから、また次の時間も決まってるんだから、次の時間教えてあげるから、今度お昼は12時からだよとかね。夜は6時半からだよとか6時からだよとか。だから5分前までに行ってなさいって。

Q38 いやーすごいな。

A38 だいたい、もうみんな席も決まってきた、自然にね。最初あんたここだよって教えてくれるんだけど、2回目からは、そこ行きなさいって。同じ病室の人が隣に座ってくれたから、助けてもらいながらね。食事したけどね。私は左麻痺だから、右手つかえるからね、箸使えるからね。

Q39 いやーちょっと。

A39 いやーホント、くやしいうちゅうか、悲しいちゅうか、なんか惨めって言うかね。なんでここまで、しなくちゃいけないのって、俺は入院患者だよって思ったよね。お金は払ってるのになあって でもあの時甘やかされていたらこんなに歩けなかつたら

よね。あそこで車椅子に乗り移るだけで、ここに来たときはまだ歩けなかったからね。退院して、まだ車椅子だった。ようやく車椅子から移るのを許可された状態だったから。△△病院で。

- Q40 ふーん。
- A40 自分で乗り移るの許可されてようやく退院したんだから。あと、歩く歩行訓練は、ここでおしえてもらった。●●先生にね、あの一指導受けてね。何とか
- Q41 あーここで歩行訓練を始めた・・・そうするとそれでは、それまでは△△病院にいた？
- A41 はい。その後は、×月×日からこっちに来た。通所でね。
- Q42 あーそれから、歩行訓練を開始したんですね。
- A42 だから、△△でも食事行くときしたりね、でもそれは手摺につかまって、こう腕の力で、歩いてたからね、歩くっていう感じではないね。それも装具も無かったから、毎回毎回テーピングしてね。
- Q43 あーそうですか、握っていて痛くなりませんでした？
- A43 イタイイタイイタイ、もう力でグーッと力でね、でもねスタッフの皆さんが熱心だったからやれたようなもんだったね。あーこんなにこの人たち頑張ってるんだから自分も頑張らなくちゃねって(涙ぐむ) やっぱりスタッフの人たちに励まされたね。PTさん OTさんそれからケアワーカーさん、看護師さんのその一生懸命さって言うか・・・
- Q44 なるほど、そういう感じなんだ。それがあから、まだ、みんなやれるって言う感じなんですかね。
- A44 うん、あの人間性に・・・(涙)
- Q45 いや話だけ聞いているとこういう現状って言うか言語的には、指示の仕方だとかを聞いているとやっぱり、あんまり、ありえない指示だと思うんですよ。正直。だけど、そこでやってきて、あそこが100%地獄じゃないっていうそれが、あれがあったからって言えるのは、何かがないと出来ないじゃないですか。
- A45 やっぱり人間性だね。スタッフの・・・。やっぱり熱心だわ、あそのこのスタッフは、ホントに働く、愛情もって働く。患者さんに対して、愛情持ってるもんね。私一度ね、まだ許可もらう前にね。自分勝手にね、ベットから移ったんですよ。無許可で、そしたら看護師さんが泣いて私に訴えるんだよね。(号泣) どうしてそういうことするのって、危険だから許可してないんだよって、それであんた転んで、骨折ったら誰が責任持つの？ホントに泣いて訴えたもんね。
- Q46 はあー。
- A46 ホント悪い事したと思った(号泣)ほんと悪い事したと思ったね。看護師さんにかわいそうな事した。
- Q47 なるほど、いやーちょっと、そんな感じなんですね。
- A47 すごいすごいあそこはすごい。もう一回入りたいもんね。リハビリびっちり出来るしね。それとなにせ、いいのは食事がいいの。
- Q48 へえー。
- A48 朝はね、ご飯かパンかセレクトできるの。

- Q49 あー。
- A49 パン頼むと17円高いの、一食ね、少し高いの。
- Q50 でも、ちゃんと情報が提供されて、その上でどちらにしますかって言う形なんですよ  
ね。
- A50 そう。
- Q51 なるほど。
- A51 私パンが好きなもんだから、朝はパンさ。
- Q52 あー。
- A52 で、水曜日は麺類出してくれるんだよね。水曜日のお昼はね、そういうちゃんとパター  
ーンが決まってるね。食事がおいしいんだ。あれで、救われたよね。辛いことあ  
っても、食事が次何時だって思えばね。我慢できたよね。
- Q53 もう、そしたらこの△△の入院の時は、全力でっていう感じですか？
- A53 きっとこれはね、何とかなるかなって思ったもん。歩けるようになるかもしれないな  
って、思ったよ。ホントに。この人たちを信じてればって。
- Q54 そうですね で、そのこっちに来ましたよね。こっちきて●●さんに就いて、それで  
通われたのは週何回なんですか？
- A54 3回です 今もそうです。
- Q55 ああ そうですね。
- A55 月・水・土曜です。
- Q56 で、どんなことやられているといいまして、今も見てましたが、歩行訓練・・・？
- A56 大体メインは歩行訓練だね。月曜日はお風呂がないから30往復。ここねこの事務所  
の前とあそこのドアまで、30往復ね。月曜日は 水曜と土曜はお風呂があるから2  
0往復にしてるんだ。それをノルマにしている自分で。
- Q57 ふーん。
- A57 それを終わらないと帰らないっていう、だからなんだかんだ3時までに終わらせない  
とって自分にノルマを掛けてやってるんだ。そうしないともう甘えちゃうから。自  
分に甘えるからどうしても。
- Q58 ふーん。
- A58 何もしないほうが楽なんだもん。だって、座ってたほうが、絶対楽なんだもん。お茶  
飲んでたほうが。
- Q59 ふーん。
- A59 人間それほど強くないから、楽なほう選ぶんだから。
- Q60 そうですね・・・
- A60 お金はらってここに来てるんだから。家族にも申し訳ないしさ。
- Q61 ああなるほど・・・●●さんから直接やってもらうことはどんなことですか？
- A61 毎日、ストレッチやってもらってます。10分間。
- Q62 ああ。
- A62 すごい上手ですよ。だから左手も少しは動くようになりましたもん。
- Q63 ああ。
- A63 先生のおかげで、ここに来た時はピクともしなかったんだからね



- Q64 そうすると、××病院で1ヶ月、△△で3ヶ月、そしてここに来て、4ヶ月たって、動き始めたって言うことなんですね。
- A64 そうですね。でも痛みがあって、肩が痛くて、病院から薬をもらって塗っているんです。肩と腰ね。それから、ちょっと歩きすぎたら、膝が痛くなるね。
- Q65 歩きすぎているのは、自分でどのくらい歩いたら歩きすぎって感じになりますか？
- A65 やっぱり30往復したら、キツイね。それを午前中だけで終わらせたらね。
- Q66 短時間でやるとですね。
- A66 うん、午後も含めて、上手くスケジュールを組めば、そんなにキツイものではないんだけどね。
- Q67 30往復や20往復、歩くって言うのは、体力的にはどうなんですか？
- A67 全然問題ない。時間さえあればもっと歩きたいんだけどね。ちょっともうね、帰る時間だよってなるしょ。そしたら、少しでも早く準備して、こう靴を履き替えて、ジャンパー着たりしないと他の人に迷惑かかるしょ。だから止めるけどね。それこそ、帰る時間が好き勝手だよって言うんだったら。まだ50往復でもやりたいよね。
- Q68 うーん やっぱり歩きたい？
- A68 やっぱり歩かないと絶対良くなるらない。
- Q69 でも、ここに来て歩けるようになったじゃないですか。で、何だろう。で、歩けたことで、ああホントにこれが出来てよかったなあって言うことは何かありますか？
- A69 やっぱりトイレだね。トイレはすごく楽になったね。我が家では、自宅では車椅子なんか、出来るような家じゃないから、ホントにもう、半分寝たきりになっちゃうんだから、だから、あの一、あそこ××病院、退院するときは「おしめ買いなさい」って言われたんだから。おしめ生活に切り替えなさいってね、アドバイスされたのね。でもね、なんとかね△△病院で、だめだよ、そんなことしたら駄目だよって言われて、自分でまず車椅子で行ったりきたりしなさいって言われて、車椅子でトイレ行きなさいって、まずそれを覚えなさい。第一段階でって、その次の段階で、自分の足で行きなさい、慣れるから、出来るからって絶対出来るからって。
- Q70 そのオムツにしたほうがいいよって言うのは誰が言うんですか？
- A70 あの一お手伝いさんって言うかワーカーさんだね。資格持っている人じゃなく、お手伝いに来る人なんだよね。
- Q71 ちょっとそれもどうかとは思ってしまいますけどねえ。
- A71 そうしたほうが自分たち楽なもんだからさ。
- Q72 それではお家の生活のことを聞きたいんですが、週3日ということなんで、4日間はおうちで生活されていますよね。
- A72 はい。
- Q73 お家にいるときに何かやられていることはありますか？
- A73 あかねー●●先生からね。ホーム何とかって言うのをね 作ってもらったんだよね。それで、まず階段の上り下りを10回、何も無いところからの立ち上がりを何回やりなさいとか、椅子からの立ち上がりを何階やりなさいとかね。そういうのを作ってもらって出来るだけやってるんだけどさ。
- Q74 ああ。

- A74 だけど、歩くのはね、特に冬になったらね、歩けないからね。
- Q75 夏場は外でたりするんですか？
- A75 あ、家の前ね、それこそ 100m ぐらいの往復を 20 往復とか 30 往復とかね、自分でやってるんだよね。で、私、糖尿病も持ってるんですよ。だから運動しないとね、糖尿病のためにも良くないんですよ。
- Q76 なるほどね ああなるほど。
- A76 食べたものを消化するためにもね。単に歩けるようになるだけのリハビリじゃなくて、糖尿病治療のためのリハビリでもあるんですよね 歩くって言うことはね。
- Q77 いやーすごいですねえ 一石二鳥ですね。
- A77 でも、血糖値はあんまり良くないんですよね。下がらないですよね……
- Q78 どのくらいなんですか？
- A78 空腹時でも 130 ぐらいあるんだよね。もうちょっと落ちて欲しいですね。100 切れって言われてるんだけどさ。それからヘモグロビンがね 7.2 ぐらいあるんだよね。それを 7 切れって言われてるんだよね。6.9 でいいから、7 切れってね。頑張んなさいよって。でもなかなか切れないんだそれが、お正月とかあるとしたら 8 近くまで行くんだよね。
- Q79 やっぱり食事は、取るほうですか？食べるほうですか？
- A79 食べるほうです。
- Q80 飲酒はどうなんですか？
- A80 やめてる。
- Q81 もともとはどうだったんですか？
- A81 大好き 3度の飯よりも好きだったんだもん。
- Q82 なるほどね。
- A82 ビールあれば、飯無くても我慢できた。
- Q83 なるほど……お家でも相当運動されていますけど、ここに通ってくるメリットはどんなことがあるんですか？
- A84 まず、雨降っても、風吹いても、歩く場所があること。天気に関係なく！それが何よりだね。で、それで冬場なんて特に、すべるでしょ危険が伴うんですよ。そして寒いでしょ。歩かない理由が何ぼでもあるんだよね。歩きたくない理由がね、何ぼでもあるのさ。今日は、何だから歩かないわ。すべったら危ないから歩かないわとかね、やめる理由は何ぼでもあるんだよね。だからここはね、そのやめる理由なんていうのは、よっぽどでないとなんだわ。ないしょ。他に歩いている人いるしょ。そしたら、励みになるんだよね。
- Q85 ああ なるほどね
- A85 ああこの人たちも歩いてるってね。今ちょっとどっか行っているけど■■さんって言う人がいるんだ。■■さんって言う人もすごく歩くんだった。だからその人最初、おれ目標にして、ついて歩いてたんだ。そしたら、スピードもついてけないし、距離っっちゃうのかな、それもついてけなくてね、でも今は大橋さんクラスぐらいまでになったと思うんだけど……
- Q86 そういう目標の人が居たんだよね。お話したりとかはしてたんですか？その■■さん

っていう方と……

A86 あっ食事の時はするよ。できるだけ、隣に座るようにしてたから、今日は、どっかにお出かけしていないね。

Q87 そういう人の存在は大事ですか？

A87 大事、大事。

Q88 女性とかと話したりすることはあるんですか？

A88 ありますよ、あの利用者さんでしょ。結構、お名前分かった人何人もいるからね。

Q89 そうですか なるほど、でもそれくらい自分を律するって言うことは難しい？

A89 うん。でも、私なんか甘えて甘えて、家族に言わせたら、何やってんのよっていつとも言われる。もう長男にいつもしかられてるんだ。甘えるんでないって。

Q90 ご長男って、おいくつなんですか？

A90 36 ぐらいかな？

Q91 僕と同じぐらいじゃないですか？僕□年生まれですよ。

A91 そう、□年生まれ。

Q92 全く一緒じゃないですか！へえー厳しいですね息子さん。

A92 うん、あんたお金かかってここに来てるんだよってね ねーに甘えてんのさって、だから、今日ここに来たら、今日は何十回やってきたよって、ちゃんと報告しないとそんなべっこで、金払うのかいってね。そんなんなら行かないで、家の前一杯歩いたほうがいいんでないのとかね、厳しく言われるし……

Q93 昔から、そんな感じで言われる息子さんなんですか？

A93 いや、倒れる前はそうでもなかった。

Q94 お父さんのほうが強かった？

A94 やっぱり、給料が違ったからね。

Q95 はあ。

A95 給料息子の倍くらいとってたからね。その時は、何にも言わなかったけど。今は、年金が出るかでないかって感じだから、だから、給料が全然逆転しちゃったからね。それ以来、全然駄目さ……

Q96 なるほど……

A96 転院やなんかの手続きも全部、息子に頼んだからね……

Q97 なるほど、そういう思いもアリっていう感じなんですね……もう少し聴いてもいいですか？

A97 はい。

Q98 病気になる前は今みたいに運動されていたんですか？

A98 あのね、私、山登りが好きでね。あの1日一万歩、万歩計つけてね、毎日一万歩最低歩いてたから。

Q99 それじゃ、もともと運動されていた方なんですね。

A99 歩くのが好きだったの、歩くしか能力なかったちゅうか、一番金かからなくて、糖尿病の治療になって……

Q100 はあーなるほど、それじゃ、そんなに運動してたんでしたら、なんで病気になったんだって思いませんでした？

- A100 だから、糖尿病何十年って持ってたからね。人より注意はしてたんだけどね・・・食べるものでも、あんまり高カロリーのは食べないようにしたりね・・・油ものもなるべく控えて、コレステロール値とかそういうのは、全部、正常値なんだよね。血糖値以外は全部正常！肝機能から何から、全部。お酒飲むって言ったって、家で飲む程度だからね、たかが知れてるのさ。晩酌程度だから。
- Q101 それじゃもともと健康には気をつけていたほうですよ。
- A101 うん うん。でも、そんなに体力があるほうではないから、もともとあんまり体力がないほうだから、やっぱり節制しないと生きていけないなあと思って、大きな病気がないんだよなあと思って。したら、なんも詰まっちゃったもんね血管が・・・
- Q102 △△に居た時は、良くするぞって言う強い思い出やっていたらと思うんですが、こっちきてから、もう 2 年ぐらい経ちますよね。今、どんな気持ちで今は歩かれていますか？
- A102 やっぱり、●●先生を信じて、左を動くようにしたいなって。左手、歩くほうはまあ何とかね。左足もなんとか装具なしで、歩けるようになりたいと。そのために筋肉がまだまだつかないと、まだ危ないなと思ってね。
- Q103 私の思い違いかもしれないので、間違っていたら言っていただきたいんですけど、△△に居るときよりも、具体的にこうなりたいというのが出てきているような気がするんですけど、いかがですか。
- A103 うん、そうだね、△△にしても××病院にしても自分が何でこうなってるんだかってこの後、どうなるんだか全然分からなかったもん。ただ、リハビリすればよくなるよとかね、100%戻らなくても 90%ぐらいは良くなるよとか戻るよって言われても、それが具体的にどういうことなのか？自分の知っている人でもそういう人、居なかったし、見たことも無かったから・・・どういことを言っているのかあんまり実感が無かったんだよね。今なら、お正月休みで、一週間何もしなかったら、もう歩くのもゆるくなくなってくるし、ああもうこれ歩けなくなるな、簡単に歩けなくなるなっていうのが分かる。だから、歩けなくなるのは簡単だ！三日もここに入院して何もしなかったらね。もう歩けなくなるわっ！
- Q104 そこに対しての恐怖心とかはありますか？
- A104 ある。すぐ歩けなくなる。簡単だ。よくなるのは時間がかかる。悪くなるのはあっという間に悪くなる。だから、あさ、送り迎えするでしょ。したら、一緒の車乗る人いるでしょ。で先週まで歩けてたのになって言う人が、いつの間にか車椅子になったと思ったら、とうとう歩けなくなった人を実際見てるからね。ああーあの人は先月までは、歩いてたのになっとかね、先週まではなってね。しまいに歩けなくなって、見る見るうちに悪くなるもんね。
- Q105 早いって言う感じを持ってるんですね
- A105 早い、あっちゅう間だ！一週間か十日だ！あっちゅう間に歩けなくなるもんね。そして、ここにきて、やっぱそうになったら車椅子、座ったきりだもんね。後お茶飲んでるだけ。あれやったら、絶対良くなんないわ。歩けるようにはならないわ。思うもん。見てて分かる。こういうことしたら駄目だなってね。これは、悪い例だなって。で、やっぱりね、そういう目配りをもっとしてさ、歩きなさい、歩きなさいっ

て、強制的に歩かせればいいのか。また、飯食うのに自分で歩いていきなさいってね。それぐらいやればいいのかに、すぐ車椅子乗っけてね、送ってやることないのさ、やさしすぎるのさ。

Q106 なるほど。

A106 だから、ご飯食べたいんなら、自分で歩いていきなさい。あのテーブルまでってそれぐらい言えばいいのさ。それがここのやり方なのよって決めちゃえばいいのさ。それをさ、あつ行けないのかい。じゃ車椅子持ってきてあげるね。そしてこっちへ乗んなさいって、そしてテーブルまで乗せていってあげるね。そして、すぐ食べる直前までしてあげるしょ。そしたら、自分で何にもしなくていいんだもん。段々そうなるんだよ。人間って弱いからね。楽なことに越したことはないんだから。それは、誰でもそうだと思う。だから、その施設として、方針でこうするよっていう、ここはリハビリをするんだっていうね。大体ね、おっかしいんだ。ここね、喫煙を許してんだから。この施設の中で、そんな老健施設なんて聞いたことないね。大体、敷地内駄目だって言うのが、普通なんだから。車の中でも駄目だって、敷地の中だったら。大体そうなんだよね。ここは施設の中でタバコすってもいいんだもん。もう我々受動喫煙しちゃうんだもん。ふざけんなって言いたくなるね。でも、まさか利用者に直接いえないからね。だから、施設長なり、事務長なりがそれを認めてんだから、あつここはこういう施設なんだなって思って、あきらめてるけどさ。だから、全てのものの考えがそうなんだなって、だからノロウィルスだって当たり前だつちゅうの！考え方がおっかしいんだ、甘いんだ。危機回避つちゅうか危険回避っていうのが、全然なっていないもんね。

Q107 なるほど。

A107 だから、職員じゃなくて、上の人だ！施設長なり事務長がそういう意識を持っていないと・・・

Q108 で、最後にひとつなんですが、リハビリテーションっていうのを一言で言ったらどうなりますか？

A108 ……人間の回復だね……人間らしく生きるための回復だね回復手段だね……だって、おしめなんかして、生活するなんて、人間のすることじゃないね。サルだって、そんなおしめなんかしないんだから。サル以下だもんね。

Q109 なるほど、いやいろいろなことが分かりました。大変参考になりました。すいませんでした。ありがとうございました。

A109 私も余計なことしゃべるからね……

Q110 いやー実態が理解できたので、大変参考になりました。ありがとうございました。

<資料2 専門家 逐語録>

- Q1. 今日お話を聞きたいのは、良く運動する人がいるじゃないですか。デイとかで、何であんなにこの人たちは動けるのだろうとか考えていて、その状況をリハのスタッフはどんなふうに見てるのかなっていうのを両方向でみたいなと思って、今協力してくれる人から話を聞いてるんです。それで、基本的なことなんですけど、年齢と経験年数は？
- A1 僕 31 になりました。経験年数は 9 年目になりますね。あれよあれよって感じで早いですね。
- Q2 元々は急性期病院だったんですよね
- A2 そうですね。脳外科の急性期
- Q3 そこは何年ぐらい？
- A3 7 年ですね。
- Q4 今は？
- A4 ○○の方にもともとデイサービスがあったんですけど、もう一つリハに特化したデイを作るってということで、僕もずっと急性期ばかりやってきて、同じ法人内にデイサービスとか老健とか訪問とかも全部大体持ってたんですけど、なかなかそっちに回る機会もなかったあたりで、リハマシーンになってる自分もあって、そういうのもどうなんだろうかなって、まあ 2, 3 年はずっと悩んではいたんですけど、なかなか自分から積極的にじゃあ、どうにかしてくださいっていうのもあって、流れのままで 2・3 年やっていって、なんだろうかな、どうしようかなっていう時にちょうど、いいタイミングで、こっちから話をもらって、来ないかって誘われたんですよ。で、ありがたい話だなんて思って・・・
- Q5 じゃ、思ってた時に重なってタイミングが良かったっていう感じだったんですね。
- A5 なんかもう、何かがないとちょっとこのまま漫然といるのかなあってちょっと自分でも思ったこともあったんで・・・
- Q6 そうだよな、急性期だったら回り早いから・・・
- A6 そうですね、昔の急性期、僕らが入職した時の急性期は、4 ヶ月 5 ヶ月当たり前に入院して、その間に介護保険申請して、で家庭訪問に何回か行って、よしこれで帰ろうっていうところまでやれてて、そこにすごくやりがいを感じてたんですけど、まあここ数年は、それを許さない時代になってしまったので、
- Q7 平均はどのくらい？2 週間ぐらいなのかな
- A7 そう、僕いた時で、最初のカンファレンスで、2 週間か 1 ヶ月か、それ以上かかるなら、転院っていう大枠は決めて、ワーカーさんが動き出します。2 週間なら軽い人だったらっていう感じですね。で、大丈夫かあって思いながらも、まあ帰さざるを得ない人がいても、その後はどうなるものかって思ってもその後は情報も入ってこないし、回復期に行った人なんかは、本当に分からなくなるし、その後の様子なんて分かんないですし、まわりまわって、また地域に帰ってくれば、また病院の訪問を実は使ってるよとかっていう情報は、ありましたけど、その先は知らないままどんどん送り出し

て・・・ましたね。って思ってたのが駄目なんでしょうけどね。今思えば・・・

**Q8** 急性期の OT に求められるのは、でもその辺になってるのが現状なのかな？

**A8** そうですね。いくら ADL と言われても、もちろん ADL もやりますし、教科書的なことを言えば、その人の背景を考えて一なんて当たり前のように学生に指導してきましたけど、本当にそこまで考慮して、じゃあ病院での関わりに活かせるかって言ったら、やっぱりとっかかりは、リハっていう、おきろ！動けー！って、さあ自分でっていうそこに特化するしかないっていう・・・まあそれが駄目だったのかもしれないですけどね・・・

**Q9** でも医療保険の動きだとそれを求めてるって感じるよね。

**A9** そうですね、もともとやっぱり PT OT ST がいて、んー元々に比べたら、OT もベツトサイドに入る様になったんで、でやってることの差っていうのは、ほとんどないんですよ。同じ考えのもとにやってますんで・・・もちろん、手技的にも同じになるし、同じところを目標にしてやってるし、っていう変なジレンマは抱えてましたよね。

**Q10** で、実際に移ってきて、地域のお年寄りってことになると思うんですけど、高齢者全般に対して、こういう風になってほしいなあっていう像とあってあります？

**A10** やっぱり、前働いている時は、在宅生活っていうところを目的にしながら、じゃあほんとにどんな生活になってほしいかっていうのは、結局こっちの理想だったり、長期目標でしかなく、考えられなかったんですけど、でこっちに来てカルチャーショックだったのは、すごい人が家で暮らしてるんだっていう、すごい環境で、家族にもほったらかしにされて、転びながらも、通ってくる人がいるんだっていう、もう家で暮らそうと思ったらなんとでも暮らせるんだなあっていうすごいカルチャーショックで、パーキンでバタバタ転んでる人とか、家もぼろぼろで、独居で家族もいない人が、デイには通ってきてるんだって、病院にいたころは、もし急性期の症状とか、脳梗塞とかで入ってきたんだよって同じような状況を見た時に、あっこの人無理ですって、この状況で家には、帰れませんって、家族のフォローが必要ですとか、いや回復期でもうちょっとリハをしてって多分思っていた人が家で暮らしてる。すげえなあーっていうのが、ほんと第一印象でしたね。こんなにすごい人、家で暮らしてるんだって、全介助で、ステップあげて車に乗せちゃうんだって、それが一番でしたね。あっ暮らそうと思えば、こっちのやり方次第で、なんとでも家で暮らせるんだなって思いましたね

**Q11** でも、暮らそうと思えば暮らせる人もいると思うんだけど、病院にしがみつ়くタイプの人もいません？

**A11** いますね！そういう人、ずっと急性期ではみてきましたし、まあこのデイでも見ましたし、今デイサービスで、積極的なリハっていう所じゃなくて 1 日の流れの中で、レクの中で、体操の中で、リハ的な活動の中でって身体活動、認知的な活動を促していく中でも、やっぱり運動することにもものすごくモチベーションを持って人は、多くて、でちょっと人にもよりますけど、逆にやらない人に対して、あんたもやりなさいよって、やらないから歩けないんだよっていう人もいますね。あと、病院では、やっぱりリハは、患者さんも家族も、何とかしてください！先生！っていうポジション

だったので、急性期で意識的に落ちてる人はそこまで先生先生には、なりませんけど、やっぱりちょっとクリアになってくる中で、やっぱりリハビリがリハビリがっていう方が当たり前に見てきましたし、今の流れのように外来も打ち切らなきゃならない状況で、さあ医療保険から介護保険にってなった時に、何とか病院でずっと外来でいいから！外来で通わせてくれないだろうかって、昔は当たり前のように、普通に外来でずーっと継続して、何年選手っていたんですけど、数年前の改定で、そういう人たちは、切ったりもしてましたし、当たり前に来て慢性期になりながらも、通ってくる方もいましたし、僕らもだんだん何を目的に・・・リハビリをすることを目的にリハをするしかないっていう

**Q12** でもやっぱり先生何とかしてくださいよーっていう状況の中で、自分が先生でいたら悩みもあると思うけど、それなりの自分の中の自信みたいなものっていうのは生まれたりしないものなのかな？

**A12** なんていうのかなあ、気持良さではないですけど、僕は基本的になんか苦手なんで、先生って呼ばれるのも、好きじゃないんで・・・それでもリハを頼りにしてくれてるなっていう、信頼されてるんだなって思う時は、こちらのモチベーションもすごく上がりましたねーっ、でもそれ以上この人に何が提供できるんだらうっていうのはジレンマでありながらも・・・ずっとリハにしがみついて外来週1回とか2回とか来る方に対しては、そこでしか関われないので・・・

**Q13** でも、先生先生って呼ばれて気持良くなっている人たちが多いのかなって思ってたんだけど・・・

**A13** あの一前の病院の上長が、最も腰の低い人だったんで、そこが前の病院のOTで入った人は、自然にそれを見てるので、当たり前になってると・・・その辺はきちっとしてましたね。そう口うるさく言われるわけではないんですけど、上の人が決してそこを疎かにしないので、それは、こっちに来て僕はその精神は変えないようにやってるんですけど、あと、技術も知識もあつたら、気持良くなるのかもしれないけど、大したあれも持ってないので、まあ一生懸命やるしかないかなっていうところで、やっていたので・・・

**Q14** じゃあ、維持期の人たちが、例えばここ何かでもそうなんだけど、リハニーズとかで来たりするじゃない。その時にやっぱり一通り説明しますよね。リハビリテーションですって、その時に維持期の人たちにどういう説明をしています？

**A14** 基本的にまあ、こっちに来てからは、よっぽど急性期病院出てすぐっていう人の利用も少ないので、基本的には慢性期の中で、家で余されて、動けなくなってくる人が多くて、基本的に、リハニーズもあって、ここは病院内で医療的なフォローもできるし、リハビリスタッフの人数も揃えてるので、個別的にプログラムも組んでって話します。必ずリハビリのニーズに応えますって話します。プログラムだとか、ここでの過ごし方っていうのは、一緒に考えていきましょうっていう、ただ、リハビリだけではなくて、もちろん個別的なリハビリの担当はさせていただきますけど、ここはそれだけではなくて、レクリエーションだったり、朝の体操だったり、1日を過ごす中で、あの一体動かして頂いたり、頭使っていただいたりすることもあるので、決してリハビリだけじゃなくてっていうことは必ず説明はするのと、あとは、やりたい



ことですね、やっぱり、そのことを見つけてなんか一緒に取り組んでいきましょうっていう話をしますね。リハに対応しますよって言いながらも、それだけじゃないところをちょっと見つけていきましょうっていう様な事を言うようにしてますね。

**Q15** じゃあーあの一例えばあの人うまくリハビリ行ってるなあっていうタイプの人ってどんな人を思い浮かべます？

**A15** んーやっぱり一方的じゃない、自分なりに、まあ最初は一方的にリハを受けてたのかもしれないですけど、デイでの関わりを通じて、一緒に何か見つけて、さらにステップアップしてる人っていうのは、ああこの人本当にはまってるなって、リハが全てじゃなくて、リハがここでの一部になれた人ですかね、最初はやっぱりリハビリリハビリって言うてくる人が、ここは本当に多いんです。でそこからずっと抜けきれない人がいると思いますし、でそういう人がやっぱりリハビリだけじゃなくて、リハビリ以外の時間帯で、なんかちょっと自分でもレクリエーションに入ってみようかなって、ワンステップあがって、リハビリだけじゃなくてこういう、運動もあるからこういう体操にも参加してみようかなとか、ちょっと体の動きが良くなったりだとか、まあデイで体動かしてるっていうところで充足をして、元々あった趣味をちょっとやってみようかなって変わってくれた時っていうのは、あつこの人なんか上手くはまって来てるぞって思いますね。逆にもうリハリハリハリハってなってる人をいかにこう、はずしていくかが・・・個人的にはリハリハリハリハ言ってもいいんじゃないっていう気持ちもあったりするんです。あの一ほんとにそこに捕われてるのかもしれないんですけど、少なからず体を動かしたいリハビリをして欲しい、リハビリのスタッフっていう人に関わって欲しいって思ってる人は、やっぱりいると思うので、そのニーズにリハで応えるのは、やっぱり悪いことではないなあって思ってるので、まあケースバイケースだとは思いますが・・・

**Q16** 今まで、リハを一所懸命がんばっている人達の話の話を聞いていると、この人たちから機能訓練を取っちゃうとどうなるのかなって思ったことはあるけどね。

**A16** 結局、急性期でガツガツリハをして、リハをしなくちゃいけないんだって想いを作っているのは自分たちだなんて思っていたので、結局、リハリハして良くなったねー、頑張ろう、もうちょっと頑張ろうって言ってリハをして、結局入院期間満了して帰った時にリハしかないっていう、外来でやってくれーって、家帰ってもしばらく外来には通ってくるけど、それ以外何してるのって聞いても、家にいるってこんな体じゃ外に出れないっていう人を自分たちが作っちゃってうのねって・・・

**Q17** いや難しいと思うけどね・・・

**A17** 回復期のことも考えると、知り合いが時計台病院に勤めて、僕はそんな時こっちに来てたんですけど、その時にその回復期の内容とか見てると、まあ急性期の続きの様なやっているのは訓練室じゃなくて、例えば廊下とかで歩いてるよっていう感じで、部屋でADL訓練やってる、看護師も一緒にやってるよねみたいな話を聞いた時、急性期の延長でしかなくて、その人終わったらどうなるのって言ったら、外来で来てもらってって・・・あただ急性期終了して回復期で、回復期終わったら、外来になるんだって外来しない人は、別に介護保険申請する訳でもなく、まあ申請して介護保険のサービスに行く人はもちろんいるんでしょうけど・・・

- Q18 そういう実状もあると思うし、当事者の想いもね
- A18 まずこっち（体）が良くならないとってなっちゃいますからね
- Q19 もうちょっと方向性があるとねえ
- A19 もう、本当に病院から出ちゃうと、周りは出来る人、自分だけが出来ない人って急になんか取り残された想いになるみたいですね。病院だったら4人みんな動けないから、その中で、俺まだ歩けるからまだいいかみたいな人も家帰った瞬間に俺全然ダメだって……んー
- Q20 まあ例えば、4人の中ではっていう話があったけど、家に帰ればっていう現実が耐えられないのかな？
- A20 耐えられないと思いますよ。まえ外来で来てた人で、やっぱりそういうことを言うてる人はいましたね、わりかし病棟では動ける人で、多少調子に乗って転んだりはしてましたけど、すごい病院では、明るくて。で、家に手すりを付けて、家に帰ったんですよ。割と穏やかになっていうか、ああこれだけ動けるようになったら、いいねえなんて言って、家帰ってしばらくしたら、もう鬱々になって、で、まあ外来とか他のデイっていう、その人はそういう話にもならず、俺、このくらい動けるから大丈夫だよって自信満々に帰った人だったので……そういう人が、1ヶ月後の受診の時にもうど一んって鬱々して来てるって話が出て、どうしたっていう話で、そんな話をワーカーにしてたって、何にも出来ねえんだって、何もさせてくれないでしたかね。家族も腫れもの触るみたいで、大黒柱でやってた人らしいんですけど、病院にいるときは、や一父さん、よくなったあって歩けるようになって、先生ありがとうございますって感じで言って、いやほんとにこれくらい動けたら、家の中では大丈夫だわ、でも調子に乗って転んだら駄目だよって感じで、帰ったんですけどね……
- Q21 なんか場の転換って、難しいね。ガーンと家族に締められちゃうときつい人たちもいるんだね。
- A21 いるんでしょうねえー。難しいなあって思うけど、ほんとこっち来て立場が全く真逆になって思ったのは、まあその急性期、回復期でももうちょっとリハだけじゃないんだよっていう頭に少しでもなれば……自分ももう少し出来たら、したらもう少し上手く、スムーズにデイとかに来れるようになるんじゃないかって、もうこんなリハリハリハハって言ってないんじゃないのかなあーって思う半面で、でもやっぱり急性期ってリハニーズについていうか、ニーズがなくても良くしなきゃいけないって、そりゃ趣味的な活動だとかも提供、当たり前になりますけど、んー若ければ若いほど機能かなって、ご年配になれば、まあちょっと穏やかな感じで、リハビリよりも歌う歌ってる方がいいわあなんておじいちゃん、おばあちゃんもいましたけど、基本的には、体良くしてくれって言うのに、やっぱり応えなくちゃいけないっていうところでやってますから。こっち来てからもやっぱり体のことっていうか、やりたいことありませんかって言いながらやっても、やっぱりとっかかりはリハだったり、リハの時間にニードを来たりとか、それこそROMとかしながら、お話を聞いて、ニーズを聞き出してとか、リハで一生懸命やってるときに話を聞いてって、まあツール何でしょうかね。そのニーズを聞くためのリハなんだって自分で言い聞かせつつ、やっぱこう毎日、毎日のことになってくると、その辺の意識も飛んでいたりとかもしますしね。まあそれ

で、上司にあの人どうなってるのとか突っ込まれてっていう、そうっすよねって、なんかリハリハになってますよねーとかって言い訳したりですね・・・やっぱり大事なのは導入のときだったりするので、導入の段階で、やっぱり提示するものがリハリハってなんてしまうとリハって言うからリハなんだっていう開始をしてしまうと、その人の選択肢がそこで終わっちゃうかなあーって思いながら、でもそこにも応えなきゃいけないって言う、そのジレンマはありますね、そうならないようにしなきゃと思いながら、接してるんですけど。でもリハ室にこもりっきりになる。まあ担当してる人数だったり、ほぼ 9 割がたりハをするので 50 から 60 の来る人に対して、5、6 人のスタッフで一人当たり 10 人ぐらいになって、風呂だなんだって差し引けば、やっぱりカツカツのスケジュールでやるので、漫然と過ごしたら、ほんとにあっという間に何もしないで、リハだけして帰っちゃう人もいますよね。

**Q22** そうだね、やっぱり先に聞いた 2 人も時間がないって言ってたね。

**A22** 僕も時間の余裕はないですね。急性期でバンバンやってきたつもりでしたけど、もう全然回転の率が違うし、リハだったら時間決めて訳でもないし、もう「先生一つ、今やってー」って、ああそしたら、最初ちょっと自転車漕いでって、ああ少しあつためるかあとか、いかに回すかって、回さなくちゃいけないんですけど、回すことにやっぱり一生懸命に、ただその中でもあのスタッフがいい関わりしてるなどか、一緒に歩いて外行って、なんかカワイレじゃないや、カブ育てようよみたいな、園芸チックなことやってると、ああいい関わりしてるなって思ったり、ほんとはなんかそういうの見ながらどんどんやらなくちゃいけないし、率先してそういうの見せてか無い立場に居ながらも、一生懸命まわしてましたね当初は・・・

**Q23** 逆にああこの人上手く行ってないなあっていう人だったらどんな人が出てくる？

**A23** やっぱ、ここ来てリハしかしない人ですね。まっその人のニーズがそうなのかもしれないけど・・・本当にそうなのかなあって思いながらも・・・リハしててもなかなか上手くニードを引き出せずに、当たり障りのない会話で終わって、特にレクに参加する訳でもなく、昼は自分で本を読んだり・・・しているような感じの人

**Q24** でも、やりたいことないのって聞いても無視するような人もいない？

**A24** いや、ここに通ってきてる人は、やっぱり担当してもらってるっていう想いを持ってくださってる方がすごく多いので・・・まあ、それよりもリハビリしてくれよって思ってる人はいるかもしれませんがね。まーこっちの想いだけかもしれないですけどね、やっぱり体良くしなきゃって思って、そのニードに俺は関わってるんだってとはやっぱり思えないんですよね。こっちのジレンマかもしれないですけど・・・相手はすごく満足してくれてるかもしれないんですけど。んーこれでどうなのかなって、リハビリ来て、それだけしてそれ以外の時間は、寝てるか、座ってるか、他の人との交流もせず、んーみんなで歌やるって言っても後ろの方で、何となくって感じだったり、

**Q25** ここに来て体動かすってことが、決められた課題みたいになってる人っていないかな？

**A25** いると思いますね。まっ僕もジムとか通ってるんですけど、ジムに行ってお風呂はいるだけでも、まったりあえず、月謝も払ってるし、今週 4 回行ったから、いいかあ

って自分に言い聞かせたりすることもあるので、家族から通いなさいって言われ、そそくさと準備をして、来て1日をリハなりして過ごして帰って、ああお帰り頑張ったね今日もと、っていうサイクルになってる人も実際に居ますね。

Q26 いや結構色々聞きましたよ。

A26 いや一難しいですよ

Q27 でね、一生懸命やる人ってやらない人をどう見てるかな？

A27 何に対して？

Q28 リハビリをやってないって感じで、自分はちゃんとやってるっていう認識があつてって言う感じかな

A28 いますよね、人の気にしてる人って、それは何なんでしょうかね、人間の性何でしょうかね。自分より弱い人出来ない人は・・・デイでもやっぱりそういう人を見つけたがりますよね。みんな、自分より体の動かない人を自分よりもレクが上手くできない人を自分より、頭が悪いつて言ったらあれだけど・・・っていう人を見つけてはって感じですよ。その時は、何の話してるのって、何一？って、聞くんですけど、嫌なんでもないって、何か行ってたしよって言っても、無い無いって言う人が大半なんだけど、中には、あの人ね一っていつも涎垂らしてさあ一っ、職員さんが一生懸命ゲームに誘ってるのにさあ一って行ったりする人はいますね。でもねって、で好きでやってるわけじゃないじゃないですか、〇〇さんはここに来て、一生懸命自分で体動かして、一生懸命ゲームにでてくれてさあ、ほんとにこっちもありがたくてさ、でもなかなかそれが得意でない人もいるよねって、体のこともそうだろうしさ、みんな一概に病気だ病気だって言ってもねって、説明したりして、でもそれは分かてるんだけどねって言いながら、でもやっぱり言いたいんですよ。あのバーちゃんボケてるから、いっつも動いてさあって、あの人にボール回ったらちゃんと渡さないから、ほんと嫌だとかも行ったりするんですよ、自分だつてって僕は思ったりしちゃうんですけど・・・

Q29 難しいよね

A29 デイの人間関係・・・人間関係の話になったらあれなんですけど、やっぱりしばらく通う中で、構築されてく人間関係ってあって、やっぱり複数名で、出来ない人とか

Q30 新参者とかは？

A30 新参者でも、出来る人はやっぱり一目置かれるんですよ。話も上手いしーみたいな感じで、でもやっぱり出来ない人は目についてますね。なんか、自分が一生懸命やればって思ったりするんだけど、昼にそれこそちょっとリハビリ体操するからって言って、何人かに声かけて集めたりするんですけど、〇〇さんもやんなさい！って、あんたいっつも動かないんだからって言うのは、ありますね。まあ体操がその人にとって、適当かどうかもあるんですけど・・・でも、やっぱり人は人、自分は自分ってならないんですよ。自分は昔、島津あやとか五木ひろしのコンサートとかも行ってたのに、今は娘の世話にならなきゃならない、こんな自分だから一生懸命やってるのに、何であの人やらないのみたいな感じで・・・

Q31 それは、過去の自分と比較して歯がゆい思いをしてるって感じだよ、そういう人は多いのかな？やっぱり

A31 そういう方は多い様な気がしますね。趣味的な活動でもそうだし、やっぱり編み物やる人もいれば大正琴やる人もいれば、運動する方もいるっていう中で、まっ好きな人同士で編み物やってっても昔やってた得意でやってた人でも、やっぱり今の出来ない自分と比較してやっぱり、いいわ、いいわってなる人、なってしまったりって言うのをみると、なんか言う人の中にもその辺のコンプレックスっていうか、昔に比べて出来てない自分っていうのを強烈にあるんだろうなあって、それを補おうとしてるが故のリハだったりするのかなあって、そして出来ない自分、出来ない人に対して、言うことで、ちょっとなんだっけ、防衛機制的なものが出て感じでしょうかね。

Q32 そういう厄介なものをなくしたいっていうかね、

A32 自分にも無くはない感情だなんて思うので、学生の時のテスト勉強とか、タバコとかもね、自分にも無くもない感情だから、そう言ってる人を全否定は出来ないなって思う自分はいますね。なんか。分からなくもないなあって、言いたいんだろうなあって思いながら

Q33 そうだよな、やった方がいいに決まってるじゃんって感じかな

A33 そうですね。でもその根底は本当はどこから来てるんだろうなあ、やらないよりは、やった方がいいくらいなものなのか。まあやらないよりはやった方がいいんでしょうけどね。

Q34 でも、それだけでもない様な気もませんか

A34 んー 何て言うのかな、変な言い方になるかもしれないけど、職員さんがしてくれることをとか、職員さんがこう言ってるのとか、リハビリの先生がこういってるのにあんたみたいになっていう言い方も確かにするなあって、職員さんがこんなに言ってるのにみたいなのはありますね。こっちは別にとって思いながらも、んーでもそれは転嫁してるだけなのか、自分はずって言えないから、職員の動きによってすれば、自分の罪悪感は消えるのかな？

Q35 で、そういう人が家では、どうなんだろう？

A35 ここ来て頑張ってる人が大半だと思いますね。家でもやれて、家での活動も充実してる人っていうのは、やっぱり一握りだと思いますね。圧倒的に家ではゴロンでしょうね。それもこっちの歯がゆさなんですけど、デイで出来たからなんだっていう話なんですけど、それは本当にこっちの課題であったりするんですけど。ここでこれだけ一生懸命やってる人が、家では何にもしてないって・・・

Q36 それも不思議な所だよな

A36 また、言う人ももしかしたら、通って、少し歩けるようになったところで、島津あやのコンサートに自分でバス行って行けたら、もしかしたらそんな風に言わなくなるかもしれない。頑張ってリハはしてるけど、自分の思うところまでは、上がってないっていうジレンマを持ちつつ、やっぱりやってない人を見ると自分はこんなに一生懸命やってるのに、なんであんたしないの？みたいにつながるのかなって思うと、こっちの課題がそこにあるって感じですね

Q37 そういふところまで気の付く職種ってリハなのかな？

A37 でも、僕はここに来て、上司から話を聞くにつけ、ここはやっぱり作業療法士がっていうそれを本当に自分たちが最も意識して、やってるところなので・・・自分がそ

あまで、漫然としてたんだらうかっていうちょっとしたカルチャーショックを受けたんですけど・・・何なんでしょうねえ、OTがそういうのを打ち出せたら理想なんだろうなっていう思いは、ありますけど、圧倒的にPTとSTに無いものっていうところで、そういうのを前面に出せたらって強みはあるよなって

**Q38** まあそうだよね PTとSTってやるのが明確化されてるじゃない。OTは広いけど浅いからね

**A38** 浅いですよね。広くて浅い、なんでも屋ですよ。でも結局何する人ぞって感じですよ。分からないですよ。ここ来てからも思ってますね。作業療法やろうよって上司には良く言われるんですけど、作業療法かあってなりますもん。今はでも本当に1日の活動をデイでの活動を通して、やってることを評価して、プログラムの根拠を考えたりして、ここでの活動を変えていって、それを自宅、在宅生活に反映させることを自分なりの作業療法の展開と思って、やってるつもりではありますけど、ほんと幅広いですよ。一緒に介護の人たちとも、ずっと働いていて、これが作業療法なんだよってというのが、どのくらいまで伝わってるのか、ただ根拠だったり評価だったり、絶対大事にしなきゃいけないっていうことは、日々のミーティングでも出して、それは何で？って、じゃこの人には何でこれが良かったんだらうね、悪かったんだらうね、じゃどうしようかねって言うのは大事にしようと訴えてますけど、ただそういう風に考える人なんだなっていう認識かもしれませんけどね（笑）。で、手すりの位置とか、作業療法士に言えば、福祉の人と見に行くし、歩き方も指導できるし、リハもできるしって辺りで、見てはくれてるんでしょうね。でも利用者さんには、良く分からないだろうなあって。こっちがどれだけ意図して導入して、それをちゃんとフィードバックしてどのくらい理論っていうか自分の中の解釈っていうかして、人に説明できるかって、それは自分もまだまだなんですけど・・・何かこの人通いはじめの頃よりは、反応良くなってるよなって、当たり前、良かったよね、ちょっと慣れてきたのもあるんだらうねってなって、言いながらも、でもこの人にとってどういうことが良かったのか、慣れたって何？みたいな、慣れるまでの過程には、職員の関わり方だったり、レクのその人の参加位置だったりとか、参加までの誘導の仕方だったりとか、そういうのを意識してやってたはずで、それをじゃあ、その声かけの根拠とか、誘導だったりとかをちゃんと説明できるのか、ほんとにそれが良かったのかって言えるのかっていう結びつけがすごく弱いよなあって、すごい反応良くなったし、家でもデイの話をするようになったって、それを改めて振り返ると、何が良かったのかねえって振り返ること自体も絶対的に少ないと、すごくそれは自分の課題でもある・・・

**Q39** でも、そういうことを検討すること自体が難しいよね

**A39** 難しいですよ

**Q40** でも色々聞きましたよ ありがとうございます

## 資料 3

## IV章 「積極的」にリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義 1

## 概念名

## 定義

医療不信	過去の医療経験にもとづき、医療自体に懐疑的な眼差しを有している状況
専門家を拒否した経験	医療が強く勧める介入に拒否した経験
医療への不安	過去の医療経験に基づき、勧められる介入に不安を有する
違和感の限界	身体的な違和感(痛みを中心とした)によって、医療機関を利用するしかなかった状況
専門家に委ねる	違和感によって、専門家に身を委ねるしかない状況
専門機関での患者教育	入院によって展開される、食事、行動などに関する教育
専門知識からの予後	入院によって処置の選択を示されるが、専門家の提示した以外のものは選択できない状況
目的の無いリハ開始	目的をよく、理解しないままに開始されていったリハビリテーションに対する第一印象
選別される患者	状態の良い患者は、手厚いリハビリテーションを受けられる病院へ転院されるという情報に対する反応
回復までの長時間	専門家によって示される回復までの時間
医学ではなく個人	調子が良くない患者に対し、専門家が自らの仕事は問題なく、その後は患者の問題であると告げられる状況
動くなと言う逆管理	退院し、施設生活となった時に展開される病院とは異なる管理状況
専門家の意識付け	リハビリテーション専門家による訓練開始時の意識付け
専門家の指摘	リハビリテーション専門家に指摘される身体の逸脱
専門家の圧力	リハビリテーション開始時に専門家の誘導に抵抗した場合に専門家が展開する高圧的態度
専門家の粘り	リハビリテーション開始時に専門家の誘導に抵抗した場合に専門家が展開する柔軟な態度
安心できる専門家	リハビリテーション専門家に対する好意的な評価
訓練による快	訓練の実施によって当事者が感じる快反応

資料 3 IV章 「積極的」にリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義 2

概念名	定義
訓練による不快	訓練の実施によって当事者が感じる不快反応
運動＝善の認識	訓練を実施することで、専門家が示す反応に対する当事者の認識
統制下でのリハ	自主的な取り組みも専門家に監視され、状況を確認されるリハビリテーション
他患者の頑張り	病院において、他の患者が示すリハビリテーションへの姿勢に対する認識
患者間教育	先にリハビリテーションを展開している他患者によってその重要性を示される経験
友人からの頑張り	病前からの友人に励まされる経験
リハすれば良くなる	友人からリハビリテーションを実施すれば良くなると励まされた経験
家族からの頑張り	家族に励まされる経験
家族による管理生活	退院後に受ける家族によって展開される管理生活
制約のある生活	家族の都合によって、自らの欲求は押さえなくてはならない状況となる生活
全てリハビリ	退院後の在宅生活において、当事者が行うことは、全てリハビリテーションに関連付けられる状況
他者化されていく身体	発症によって、自らの身体が逸脱していく状況を説明したもの
他者化された身体	発症によって、明らかに他者化された身体を感じた後の状況
覚えていない	発症直後の状況に対する認識
死にたくなった	発症直後に他者化された身体を認識することによって喚起された感情
機能回復への願望	他者化された身体を取り戻したいとリハビリテーションに取り組み始めた状況
機能獲得経験	訓練によって他者化された身体の一部を再獲得した経験
機能美の獲得願望	機能獲得した後に見られる、より高次の機能を獲得したいという欲求



資料 3 IV章 「積極的」にリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義 3

概念名	定義
専門家への配慮	熱心に訓練を展開するリハビリテーション専門家に示す感謝の気持ち
揺らぎと自負	機能改善が思わしくない状況において不安を感じながらも努力している自己に対する自負
努力することの善	訓練を実施することで得られる周囲の反応から、訓練の価値を確認している状況
人よりいい	機能改善が思わしくない状況において、他者と自己を比較し、他者の状況よりも状態が良いと安心している様子
自分でやってる	機能改善が思わしくない状況時に、割り当てられている訓練時間だけでは足りないと考え、自主訓練に取り組む様子
特別な自己	当事者自身が、自己の状況を他者と比較し、より厳しい状況にあることを述べている様子
家族のため	当事者がリハビリテーションを実施している理由
人より劣っている	当事者が他者と比較し、自らの身体状況を劣っているとし不安を示している様子
過去の生活	リハビリテーションの効果が思わしくない時に現在の逸脱した身体の原因を過去の生活に帰属させていく様子
迷惑な自己	他者の手を借りなければならない状況に対する自己評価
専門家からの回復限界	回復の限界を暗に専門家から提示されていると感じとっている様子
他患者からの限界想定	他患者のリハビリテーション実施状況から、機能回復の限界を感じとっている様子
評価される努力	熱心に訓練に取り組むことで得られている外的評価に対する認識
回復から維持へ	回復限界を察知することで、身体機能訓練の目的を変化させている様子
病人からの脱却	在宅生活に戻り、入院中の自己状況を病人と称し、現在の状況を病人ではないと認識している様子
尊厳の回復	リハビリテーションの意義として在宅生活に戻った時に感じていたもの
能力の回復	機能の維持としてリハビリテーションに取り組んでいたが、在宅生活に戻ること、活動、能力の回復に目を向けている様子
機能低下経験	維持期の状態で、リハビリテーションを実施していない場合に感じている主観的な機能低下

資料 3 IV章「積極的」にリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義 4

概念名	定義
他者からの指摘	主観的には低下していないと感じていたが、他者の指摘によって喚起される機能低下への不安
保証を得るため	機能を維持していくために必要な訓練内容を専門家に依頼していく様子
今後の自己の望む像	機能維持を中心に、年齢的な事も考慮しながら現状を維持していく事を望む像
能力と努力を誇示	努力していること、努力できる能力があることを誇示している様子
もうどうしようもない	機能回復を目的に訓練に望んでいたが、望んでいた像との違いに感じている自己の限界
努力の限界	機能回復を目的に努力していたが、その努力の限界を示していた様子
辛さを昇華する	回復しない身体機能に対する取り組みに改善は見られなかったが、努力したことを自負している様子
以前と違うやり方	他者化された身体で在宅生活を送っていく際に見られる当事者の工夫
身体を他者として扱う	他者化された身体を他者として扱う、他者化された身体を受け入れている一つの様子
やりたくても	自らが望む具体的な活動に対し、能力的な問題から不可能であることを認識している様子
家族の迷惑	いろいろ自ら他者化された身体を用いて、家事に取り組もうとするが、その行動が家族の迷惑になると認識する様子
空虚な生活	在宅生活になって、自らが望む活動が存在しても思うようにならない状況に対する認識
切ない、つらい	他者化された身体を有しながら過ごすことに対する心情
人の目が気になる	他者化された身体を社会に提示していく際に感じる他者の目に関する感情
更なる機能低下への不安	逸脱した身体を今後も有しながらの生活に対し、更なる機能低下を招くことに対する不安
保証を得るため	機能低下を予防していくために専門家にアドバイスを求めていく姿勢
危険認識	在宅生活での危険(転倒)を回避していくために専門家にアドバイスを求めていく姿勢
もう望むものは無い	逸脱した身体を有しながらも現状を受け入れている様子

資料 3 IV章 「積極的」にリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義 5

概念名

定義

自己判断での運動	身体機能訓練に関する訓練内容・量を自己判断が可能になっている様子
体に良い運動	リハビリテーションの意義
やらない人は駄目	リハビリテーションを実施しない人への蔑視

資料 4 V章 「積極的ではない」がリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義 1

概念名	定義
患者教育	入院によって必要な治療を受けいれるべきであることを示されたもの
医者は関係ない	逸脱した身体に対し医師からの説明が無い状況があること
治療から感じる限界	医療機関における治療実施状況によって感じる回復限界
他者から受けた批判経験	他者の批判的な言葉から感じ取っている回復限界
違和感の限界	身体的な違和感(痛みを中心とした)によって、医療機関を利用するしかなくなった状況
覚えていない	発症直後の状況に対する認識
身体を取り戻す努力	他者化された身体を取り戻したいとリハビリテーションに懸命に取り組み始めている様子
自主的な訓練参加	回復をより早く獲得していくために展開している自主訓練の状況
機能の再獲得	訓練によって他者化された身体の一部を再獲得した経験
不快な身体	他者化された身体によってもたらされている感覚的な不快(しびれ、痛み)
他者解された身体を客観視	冷静に回復しない他者化された身体を眺め、回復の限界を察知していく様子
周囲観察から得る限界	他患者の訓練状況を観察していくことで、自らの身体の回復の限界を冷静に判断している様子
よくなる	良くなる身体に対する率直な感想
リハの継続	外部環境からの説明により、逸脱した身体に今後もリハビリテーションが必要であると認識していく様子
認知症への不安	快部環境から在宅生活で不活発な生活を送ることで、認知症を招く可能性があることを認識していく様子
家族のため	デイケアに通う目的の一つ
通所は楽しい	デイケアにおいて自己の楽しみを見出している様子
人は人	人は人と他者の様子に干渉すべきではないという考え方

資料 4 V章 「積極的ではない」がリハビリテーションに取り組む高齢者に対するプロセスで見られていた概念および定義 2

概念名	定義
今後の身体的不安	身体的な機能低下への不安を示しているもの
身体への楽観的態度	身体的な回復は無いこと、そして低下していく事も無いことを感じている様子
でも、やっぱり	他者化された身体で無い方が良いのは良いとしているもの
自己判断での訓練	訓練の実施自体を自己判断で行っている様子
同じリハ内容	入院中から同じ訓練内容を実施している様子
家族・友人から支えられている	他者化された身体に対する改善を望まない外的環境の存在
薦められる通所	退院後の生活において、不活発な生活を避ける必要性を説明される
受容するリハ専門職	不快な身体、そしてリハビリテーションの実施自体を容認している専門家の様子

## 資料 5

VI章 「拒絶」を示していた人でみられたこれまでの生活を構成するために  
見られていた概念および定義

## 概念名

## 定義

違和感の限界	身体的な違和感(痛みを中心とした)によって、 医療機関を利用するしかなくなった状況
覚えてない	発症直後の状況に対する認識
身体への失望	何も出来なくなった身体への失望
身体を取り戻す努力	他者化された身体を取り戻したいとリハビリテーションに懸命に取り組み始めている様子
他者化からの回復限界	客観的な知識によって、身体が回復しないと認識している様子
回復したと感じる身体	身体機能訓練によって完全ではないが、回復したという認識
生活困らない身体	完全な機能回復を得ていないが、生活をしていく上で問題の無い身体であるとにんしきしているもの
生きる目的の喪失	他者化された身体によって、もう望むものは無い心情を吐露しているもの
無目的のリハ	回復しない身体に対するリハビリテーションは無目的であると認識しているもの
経済的問題	高齢者が生活していく上で、重要な問題と認識しているもの
監視に対する抵抗	監視される生活に自らの意志で抵抗を示している様子
病への配慮	病を予防していくために実践している食生活に関する注意
娯楽の重要性	在宅生活を送っていく上で娯楽が重要であるという認識
自律した生活の継続	他者からの影響を受けての生活ではなく、自らで生活を構成していく様子
医師の不在	逸脱した身体に対し医師からの説明が無い状況があること
家族への感謝	現在の生活を支えてくれる家族に示す感謝
友人の重要性	現在の生活を支えてくれる友人の重要性
サービス提供者への感謝	現在の生活を支えてくれる専門家への感謝

資料 6      Ⅶ章 専門家が身体機能訓練を提供し続けていくプロセスで見られていた概念  
および定義 1

概念名	定義
機能訓練以外はリハビリじゃない	当事者が示すリハビリテーションイメージ
望まれる機能訓練	当事者が望むリハビリテーション内容
OTもPTも関係なく機能訓練を望まれる	当事者にとっては、リハビリテーションの専門家であることを示される状況
周囲から機能訓練を要望される	施設職員にも望まれる身体機能訓練
家族が望む機能訓練	家庭生活において機能回復を望む家族の存在
相手に選択権	介護保険制度の特徴に対する認識
数を見なくてはならない	所属する施設から望まれる専門職としてのあり方
維持期リハの説明必要なし	身体機能訓練を望まれる状況において維持期の特徴を説明する必要が無いという認識
機能訓練からの転換困難	当事者が望むリハビリテーション内容から維持期の特徴を活かしての展開が困難であるという認識
機能訓練を望む人への理解	他者化された身体から脱したいと望む当事者への理解
満足感の充足	サービスとして利用者の満足を満たすことが重要であると認識している様子
信頼関係が基本	サービスを提供していく上で、基本になる当事者との関係
十分に評価できない	時間的な問題から評価をしている余裕が無い状況
根拠曖昧なりハ	提供しているリハビリテーションに効果があるのか専門職自ら疑義を感じているもの
拒否的な人も機能訓練へ	拒否を示す人にも機能訓練を展開してしまう状況に自ら疑義を感じている様子
感覚的な実施	経験を判断基準の根本に起き、訓練内容を提示している自らへの疑義
回せてしまう自分への疑義	限られた時間の中であっても、診療をこなすことが出来ている自分に対する疑義
未熟な技術	自らの技術に対する不安を示しているもの

資料 6 VII章 専門家が身体機能訓練を提供し続けていくプロセスで見られていた概念および定義 2

概念名	定義
話が通じない人	専門家の指導を理解してもらえない人の存在
難しい距離感	当事者との距離感を間違えると拒否に繋がる状況がある認識
訓練ニーズ無し	身体機能訓練を展開していく際に訓練ニーズが無い人に対しては困難な状況があることを述べたもの
生活再構成の場	他者化された身体で再び在宅生活を送っていくために果たすデイケアの機能 デイケアの効果のひとつ
デイケアと自宅での生活の違い	在宅生活だけではなく、異なる環境での生活の重要性を述べたもの デイケアの効果のひとつ
通えることが重要	在宅生活を継続していること自体が効果であるとしているもの デイケア効果のひとつ
機能変化	身体機能訓練によって実際に的に見られた効果
一方的ではない関わり	人間関係を築いていく際に、信頼してもらえることで、一方的な関わりではなくなっていく対人関係の変化 リハビリテーションの効果のひとつ
自主訓練	自主的な活動参加への評価リハビリテーションの効果のひとつ
数少ない機能訓練以外の介入効果	在宅生活において重要な介入が展開できていないことに対するジレンマ
20分の時間制限	制度的に制限された時間の中でリハビリテーションを展開しなくてはならない状況に苦悩している状況