

◆ シンポジウム ◆

生活者の視点から看護を再考する

障害のある児とその家族の視点から

レスパイトケアサービス 萌

田中 千鶴子

このシンポジウムでは、私自身が障害のある児を育て、サービスを利用する立場になって体験した事と、レスパイトケアサービスを通して聞こえてきた家族の声、また昨年、横浜市総合リハビリテーションセンターに通院し障害のある児を育てる家族を対象に行なった、生活の実態と医療・福祉サービスの利用状況、およびその評価の調査結果を中心に、「生活を支援する」ということについて考えたいと思います。

障害のある児の誕生とその療育は、家族に様々な影響を及ぼします。障害のある児を迎え入れる家族は精神的に大きな打撃をうけ、日々の生活では、日常的な介護に加えて、定期的な病院の受診、訓練、通園療育など多くの労力と時間を必要とし、家族、とくに母親は、心労に加えて身体的な過労状態が慢性化しています。また、障害のある児は、長期間に渡って母親に対して依存状態にあるため家族のライフサイクルが停滞し家族成員に役割葛藤が生じたり、社会参加が制約されるなど、家族は社会的な問題も多く抱えています。

1. ケアマネジメントの必要性について

サービスは、様々な施設や機関の、様々な専門職者・非専門職者から提供されますが、この施設間・職種間の連携がないために、断片的、非継続的で、利用する家族自身がコーディネートしなければならない現状があり、そのことで次のような問題が起きています。

① 専門職者からうけるバラバラの指導が生活に生かされない、生活の負担になる

療育の過程で、家族は様々な専門職者の指導をうけますが、それぞれの専門性の高い指導は、その児にとって必要なことに違いないのですが、それを全部頭に入れ、朝起きてから夜寝るまでの生活の中で、実行するのは並大抵のことではありません。週の間に、定期的な病院の受診、通園療育、リハビリ、訓練会への参加

などがあり、しかも家庭には、その児の兄弟もいて、様々な家事もあります。一生懸命になればなるほど、そういう生活は負担になり長く続きません。止むを得ず手を抜いた母親は、専門家からは「やる気がない」という評価を得ることになります。日常生活を営みながら、専門職者の指導を生活の中で無理なく生かすためには、今何を優先し、何を手抜きしていいか、生活のどこを改善し、どんな社会資源が使えるかなどの、ケアマネジメントが必要で、それがなされないとせっかくの指導も単なる負担でしかなくなってしまいます。

② 生活の場や、生活の範囲が変わるたびにサービスがとぎれる

障害のある児を療育する家族の生活を調査しますと、誕生後医療的な管理が必要なために病院に入院している時期、病院から退院して在宅療育に移行する時期、リハビリ訓練の導入・継続の時期、集団療育や保育に参加する時期、就学の時期など、児の発達に伴って、生活が段階的に変化していることが分かります。それに伴って利用施設が、病院、リハビリテーション施設、通園療育施設、訓練会、保育園などと移り、生活の場と範囲が変わっていきます。本来、生活の場や生活の範囲が変わっても、サービスが継続して受けられることが理想ですが、現状では、これらの生活の変化に伴って、あるいは、施設や機関が変わる度にとぎれてしまい、次の段階にスムーズに移行できずに療育や訓練の大事な時期をのがしてしまったり、その連携を家族自身が手探りで取っているということが多くあります。

③ サービスの情報が計画的に提供されていない

病院や施設での生活と在宅生活の大きな違いは、在宅では社会資源を多く必要とし、それをどれだけ活用できるかでサービス利用者のQOLが大きく左右されるということだと思います。しかし、生活の変化に応じたサービスの情報が計画的に提供されていない、専

専門職者がサービス情報を知らないということも少なくありません。

何か問題が起きたときに、利用者が右往左往しながらたまたま出会ったサービスを使っているというのが現状です。

このような問題の背景には、医療・福祉の専門分化や縦割り型行政など様々な問題があります。「生活を支援する」というときのキーワードは、統合、全体、あるいはバランスというようなことだと思いますし、多職種が関わる場合や、在宅で多くの社会資源を必要とするような場合にケアマネジメントは欠かせないと考えますが、誰がマネージャーを担えるのか、サービスの質も量も不十分という状況でシステムとして整えられるのかなどの問題も有ります。

2. 家族の発達を支援するというロングスピンの視点が必要

家族のニーズを調査しますと、単にその時々生活に伴う困難への援助が欲しいというだけでなく、障害のある児を家族の一員として受入れ、その児の療育生活と家族の生活を調和させながら、家族機能を整え、家族として発達していくための支援を求めていることが明らかです。児や家族の危機、あるいは、その時々発達課題、家族生活の段階的な変化などに注目して、家族の発達を支援するというロングスピンの視点が必要です。

医療の専門分化、連携のないサービスなどの背景で、家族は、継続して総合的に児や家族を見守ってくれる核となる人を求めています。生活の支援では、ただサービスを提供すればよいと言うのではなく、利用者の生活や生き方にある程度長い期間をかけて関わっていく覚悟が必要なのだと思います。その結果として、家族は、サービスを利用する主体者として、あるいは参加する人として成長し、セルフケア力も増していくのだ

と考えます。

3. 専門職者は、普通の生活感覚をいつでも意識して

専門職者は、しばしば、その人もしているはずの普通の生活感覚をケアの場面では忘れてしまっているのではないかと思うことがあります。人として自然にあることや普段している生活行動・生活習慣が病気や入院のために継続できなくなったときの影響の大きさを、専門職者は意識して過ぎることはありません。また、在宅療育をしている家族にとって、外来の看護者は、生活と医療の接点となる頼りの専門家です。しかし、5分や10分の診療室の中では、日常の取るに足らないような相談は、できる雰囲気ではありません。医師の診療の介助を放り出して、カウンターのこちらに出てきてほしい、こちら側から家族の生活を見てほしいと思います。

4. サービスの評価をするのは、利用者自身

調査結果では、サービスを利用する側と提供する側で評価がずれるということが多く、サービスの提供者が自分の価値観や評価を利用者に押し付けているのではないかと懸念されます。もちろん専門職者には、専門的な評価の視点というようなものがあるわけですが、「生活」の評価であればこそ利用する人自身の評価を大事にしたい。一方利用者は、サービスを利用するというよりもサービスを受けるという意識が強いうちは、本音がなかなか語れないので、提供者に本音が届きにくいということがあります。提供する側とされる側の意識の差は、専門職者が思っている以上に大きいようです。この差を埋めるには、提供する・されるという関係ではなく、専門職者がパートナーシップのスタンスに立つことにあるのではないかと考えます。

生活者の視点から看護を再考する

人間が食生活に求めること

—入院患者の食事への要求を通して—

東京女子医科大学看護大学

設置準備室 尾 岸 恵三子

I はじめに

看護は、健康、不健康を問わず、あらゆる人々を対象にして、健康の保持増進、疾病からの回復、疾病の予防を目的とし、より良い生活への援助をすることと捉えるとき、その人なりの生活のありようを見据えることの重要性が理解できる。いいかえれば「その人のいのち」「その人の暮しぶり」そしてそれらの根底にある「その人の心のありよう」を総合的にとらえ、「その人らしい生活のありよう」の実現への関わりに他ならないと考える。そのためにはその人の生命現象や生活現象を丁寧に、そして正確に観、理解することが必要となる。

また著者が食生活を観ることにこだわり続けているのは次の点からである。人間が食に求める要求は複雑であり、また病める時の食事へのこだわりは研ぎ澄まされた「いきる」ことへの表現と考えられる。病のために限られた生活環境で過ごすとき、人は自分らしさをどのように表現し主体的に生きようとするのか。食事への要求はその人らしい生活の営みが最も凝縮した形で表現されるという重要な意味を持つと考える。

II 入院患者の食事への要求から観えること

「食事スケッチ法」にみる入院中の患者が示した食事への要求は、興味深いものがある。この「スケッチ法」は足立が開発した調査方法である。この度このような機会を頂き改めて調査する機会を持った。様々な思いのこもったスケッチが語る患者の食事への要求は、次の通りである。

1 対象者と調査方法

対象者は、兵庫県、奈良県、東京都内の総合病院の3病院に入院中の患者の内、本調査に承諾して下さ

った239名である。調査は1996年の5月から6月に、各病院の看護部長に依頼し調査表を郵送、個別に承諾を得た患者に対して実施した。調査内容は、入院中の食生活に関するアンケート調査および食 EGO と食事のスケッチ法「病院での理想とする夕食について、食物と人もわかるように絵にして下さい」の組み合わせにて行った。

2 対象者の属性

対象者は21歳から86歳の平均49.2歳である。女性は55.2%と男性に比しやや多く、入院期間は5週間以上が42.7%で在院日数は比較的長い。

3 病棟での生活について

1) 生活状態は、療養状態の検査中心・手術を待っている、手術後でベッドで過ごすことが多い、積極的に安静臥床・点滴や薬を中心とした治療、機能訓練を積極的にしている、退院後の生活についての説明を受けているの5項目と食欲をとりあげた。積極的に安静臥床・点滴や薬を中心とした治療をしている人が他に比し多く31.8%であり、食欲のある人は60.2%である。食欲のない人は、どちらかといえばない人と合せて10.9%みられ、全体の約1割を占めている。

2) 食事への態度は、食事への関心、食事への考え方の入院による変化、食事体験(嬉しい体験、悪い体験)、病棟の食事に対する評価の4項目でとらた。食事への関心がある人は、どちらかといえばある人と合せて71.6%であり、また食事への考え方は、入院中に変わったと回答している人が50.2%である。変化した内容は、自由回答から、人間にとっての食事の大切さ、食事を楽しむこと、家族の団欒の大切さの再認識、三食のバランスの大切さ等である。入院生活は、日常生活での食事を意識化する機会となり、本来食事の機能

人間が食生活に求めること

とされていた食事に対する感じ方・考え方に影響を与えることが確認された。

食事体験において嬉しい体験をしている人は、45.2%である。反面、悪い体験をしている人も19.2%みられる。自由回答から嬉しい体験の内容は、家庭の献立・味に似ていたり、好きなメニューと手術後初めて口にした湯気のでる温かなお粥であり、また仲間同士の団欒で病気の励みになったとき、体調にあわせて食事を変えてくれたときもあげられる。悪い体験としては、元気になって食事の量が足りないとき、食事介助になかなか来てもらえなかったとき等である。ごく日常的で当たり前と思える対応が、嬉しい体験となり、また悪い体験にもなることが予測される。

4 理想の食事像から食生活を観る

理想の食事のスケッチの分析に用いた項目は、食物・人物・環境の各面の評価および各面の描き方・全体の雰囲気からなる全体の評価である。

6割以上の人々が描いていたのは食物に関する内容である。また描かれる割合が少なかったのは、食事環境、食事選択様式等である。食事への要求としては、食物

に対する要求が多い。しかし、描いている人は少ないが、食事場所・電灯・窓などの食事環境も見逃せない内容である。スケッチの全体評価は、スケッチの全体から感じられる雰囲気・明るさ・食欲のある様子等から読み取った。明るく、食欲がある人は26.8%である。暗い人は1.6%であった。また食事にかかわる心的エネルギーとの関係は、食 EGO の総和を食にかかわる心的エネルギーとし、食 EGO の総和が、平均値の1/2σ以上を高グループ、以下を低グループとし、スケッチに描かれた内容との関係をみた。食 EGO の高グループは、スケッチ全体の評価で明るい、食欲ありが43.8%と低グループに比し多かった。さらに、林の数量化Ⅲ類のカテゴリー分布による各カテゴリーとの関係では、食 EGO 高グループの周辺には、機能訓練を積極的にしている、退院に向けて準備をしている、食欲あり、入院により食事についての考え方に変化がある、嬉しい食事体験がある、スケッチの全体評価が明るい、病院食の評価が高いなどの項目が見られる。低グループ周辺には、積極的に安静臥床・点滴や薬中心、食欲はどちらかといえない・なし、食事への関

多項目群と特徴的な食生活との関連 (事例)

項目	群	高	中	低
食事のスケッチ				
病院での嬉しかった経験		ある	ある	ない
病院食の評価 (100点満点)		70 点	50 点	40 点
療養生活		検査と機能訓練	点滴・薬が中心	点滴・薬が中心
食事への関心		ある	ある	ある
食欲		ある	ある	ない
食事全体の雰囲気		明るい	明るい	暗い
食 EGO グラム (150点満点)		123 点	109 点	90 点

心なし、嬉しい食事体験無し、病院食の評価が低い等の項目が見られる。さらにこれらのカテゴリーにおいて6項目以上を整えている群を多項目群とし2項目以下を小項目群として、食生活との関連を林の数量化Ⅲ類による対象者(サンプル分布)からみると多項目群と低項目群は位置関係が明確に別れており、中項目群は点在している。各群の特徴的な事例から食生活との関連を観ると多項目群の高は、病院での嬉しかった経験を持ち、病院食の評価が高く、食事全体の評価が明るく、食 EGO の得点が高い。また描かれた内容が具体的で全体的にバランスよく書かれている。反面、低はその各々について高と反対の表現をしている。食物の表現においても、一品であることが多い。両者に共通しているのは、どちらの人も食事への関心があるということである(表)。

Ⅲ まとめ

1. スケッチの内容から、食の心的エネルギーが高いとスケッチの全体像が明るく、また人物、食物、環境が具体的にバランスよく描かれている。
2. スケッチが明るく描かれている患者の特徴としては、食事に嬉しかった経験があり、病院食の評価が高く、機能訓練を中心とした生活、食欲がある傾向が見

られる。

3. 患者の示した理想の食事像を通して考えることは、

- 1) 食物については、温かいものは湯気のであるように温かく、冷たい物は冷たく。
- 2) 自分の意思で選択できる。
- 3) 個人の味文化を反映している。
- 4) 団樂の明るい雰囲気でする。
- 5) 食事の嬉しい体験は食生活に反映する。

等ごく日常なことであり、多くは患者と共に考えられることのように思われる。これらの食事への要求は、患者の食生活の状態や心的エネルギーとして、また具体的な病院食に対する評価として表現される。

食への援助は、この日常の生活のありようを十分に見据えることが必要であり、援助の出発点であるように思われる。そのために、看護者自身も自らの健康問題に対し、主体的に取り組む姿勢を持ち患者と共に高次な「QOL」への追究を怠らないことが重要となる。

Ⅳ 謝 辞

発表の機会を頂いた学会長の野島先生、調査に協力頂いた各病院の患者さんおよび看護部長さんをはじめスタッフの皆さんに心から感謝申し上げます。

◆ シンポジウム ◆

生活者の視点から看護を再考する

生活者の視点から看護を再考する

— 御調町における包括ケアを中心に —

広島県御調町健康管理センター

大浦 秀子

1. はじめに

厚生省は新介護システムの導入にあたり、①利用者本人の選択、②予防リハビリの重視、③総合的効率的なサービスの提供、④在宅重視を提唱している。そこで御調町の寝たきりゼロ作戦と在宅ケアについて、「生活者」をキーワードとして、公立病院を核とした包括ケアについて述べてみたい。

2. 御調町及び公立みつぎ総合病院の概要

当町は、広島県の東南部に位置する人口約8,300人、高齢化率25%の小さな町で、その包括ケアの核となるのが公立みつぎ総合病院で、220床、人口7万人の医療圏域の医療を担う地域の総合病院である。

3. 保健・医療・福祉の連携（統合）と包括ケアシステム

当町には、県立「ふれあいの里」があり、これは宿泊研修施設である老人福祉センター、青年の家と、特別養護老人ホーム、老人リハビリセンターの4つの施設より成り立ち、特別養護老人ホーム、老人リハビリセンターの運営は病院が受託している。

昭和59年の病院の総合病院化に併せ行政部門の機構改革が実施され、病院4階に、健康管理センターを併設、住民課の福祉担当部門と社会福祉協議会のホームヘルパー、厚生課の保健婦、更に昭和63年には国保担当部門も役場から移管された。病院の医療部門と行政部門とがドッキングすることで、保健・医療・福祉の連携統合が実現した。

更に平成元年老人保健施設「みつぎの苑」が開設され、翌年在宅介護支援センターを併設。続いて平成4年に訪問看護ステーション「みつぎ」、平成5年にケ

アハウス「さつき」が老人保健施設に隣接し開設された。

併せて平成4年には、県の委託事業として、広島県地域介護実習普及センターが設置され、「高齢化社会は県民全体で支えるもの」という観点に立って、高齢者の介護やリハビリの実習や体験学習の場を提供している。

以上のように、御調町では病院と行政が一体となり、それに諸施設が加わって地域包括ケアシステムを形成している。

4. 寝たきりはつくられる

御調町では、昭和50年代の後半にかけては、寝たきりが多く、40~50名を超え、高齢者人口の3~4%を占めており、全国平均をやや上回っていた。これら寝たきりの発生原因を分析すると、①家庭の介護力の不足②不適切な介護③閉じこもりの生活④看護やリハビリの中断等があげられ、寝たきり者の大半はいわゆる「つくられた寝たきり」であると判明したため、健康教育や訪問看護やリハビリを中心とする在宅ケアを推進してきた。

5. ねたきりゼロ作戦の一環としての在宅ケア（家屋改造を含む）

当町の訪問看護（介護）・リハビリは、病院からの退院患者の継続看護として本格的には54年から始まり、特に①寝たきりをなくそう、②とこずれを作らないようにしよう、③オムツ失禁を作らないようにしよう、④在宅療養を援助しようを目標に掲げ開始した。

病院や老人保健施設では、原則として退院（所）前及び直後に訪問をし、以後必要に応じて訪問看護やリ

ハビリを実施。特に退院後の1週間以内の早期訪問に心がけ、初回訪問は療法士や保健婦等による同行訪問を実施し、看護や介護量の多いケースには複数訪問、在宅での生活リズムを作る必要のあるケースには定期訪問、緊急時は頻回訪問する等、細やかに選択出来るよう配慮してきた。

訪問リハビリでは、特に家屋改造に力を注ぎ、退院(所)前訪問時に家屋や生活環境の調査を行い、個人に見合った改造や工夫をし、療法士自ら手すりの取り付けや風呂浴槽の作成等も行っている。このようなトイレや浴室の改造や玄関口のスロープの整備は、それ自身が生活を容易にするもので、その日常生活の積み重ねが、機能維持や生活空間・対人関係の拡大やQOLの向上へとつながっている。

6. 訪問指導(栄養士・歯科衛生士等)

嚥下障害があったり、脱水状態を招きやすいケースや、高血圧や糖尿病で食事療法が必要な場合には、栄養士が訪問をしたり、時には療養者の自宅で簡単に出来る料理の調理実習もしている。又服薬や口腔衛生指導(ケア)に薬剤師や歯科衛生士(歯科医)も積極的に訪問している。

7. ケアマネージメント

ケアマネージメントについては、週1回地域ケア会議を持ち、医師・療法士・ホームヘルパー・介護福祉士・ケースワーカー・保健婦・看護婦・栄養士・薬剤師・社協や行政の福祉職員・開業医・民生委員も参加し、寝たきり防止や介護負担の軽減及びケアサービスの調整など具体的な方針を立てている。これは国が提唱するケアマネージメント機関として機能していると思われる。

(1例をあげると、月・水曜は健康管理センターから保健婦とヘルパーが訪問する。火・木曜はデイケアへ参加してもらう。金曜は訪問看護ステーションから看護婦・療法士が訪問する、土曜はボランティアが介護

するなど、細かく週間介護プログラムを作成して、必要があれば、再評価し変更をしている)

8. ナイトパトロールと早朝ケア

24時間を視野に入れ在宅生活を支えるという観点から、平成6年5月より、夜の7時～9時の時間帯に、看護と福祉スタッフがペアになって訪問するナイトパトロールを開始した。併せて老人保健施設の痴呆棟でも、痴呆性老人の家族を支援するため、ナイトケアを開始した。また7年10月から早朝ケアも午前7時から8時30分の時間帯に開始した。8年4月からは深夜帯及び土・日曜については、ポケットベルによる待機で対応している。

9. 施設ケアと在宅ケアの連携

当町の在宅ケアの拠点は現在3つあり、第1の拠点は、病院と健康管理センターで、主としてCAPDや人工呼吸器等の医療依存の高いケースを担当。第2の拠点は、老人保健施設と在宅介護支援センターで、ここからは退所者や相談来所者を中心としている。第3の拠点は訪問看護ステーションで、かかりつけ医の指示による介護を主体としたケースを担当し、これらの拠点が相互に連携を図りながら在宅ケアを実施している。更にこれに老人保健施設でのショートステイやデイケア、ナイトケアなどを組み合わせることで、在宅ケアの質が向上していると言える。(ナイトパトロールや早朝ケアの開始で1日3～4回という単位で訪問が可能になった所である)

10. 終わりに(今後の課題)

今後は、寝たきりや痴呆の急増に立ち向かえるサービスの構築はもとより、複数サービスの利用が当たり前前の時代となった現在、ケアマネージメントを当たり前ものとして機能させ、仕方がないをなくす看護職からの提言も重要であろう。

◆ シンポジウム ◆

生活者の視点から看護を再考する

リハビリテーションとADL，そしてQOL

広島大学医学部保健学科

作業療法学 鎌倉 矩子

はじめに

「生活」はおそらく、今日の全ての保健・医療職にとって重要なキー概念である。本シンポジウムにおいて私は、私が属するリハビリテーション及び作業療法の世界において、「生活」というものがどのようにとらえられ、又変化してきたかを述べさせていただく。

創始期の作業療法

作業療法のルーツは、18世紀にフランスで興った「人道療法 moral treatment」にある。別名を人道的処遇または道徳療法という。

人道療法はフランス革命の中で生まれた新しい精神医療運動であった。鎖に繋がれていた精神病患者を解放し、人間らしく処遇するのがそのスローガンであった。

人間らしく処遇するとは、普通の人と同じ生活をさせることを意味していた。耕したり、育てたり、創作をしたり、本を呼んだり、おしゃべりをしたり、がそれである。そのような生活の中でこそ病は癒され、心身が鍛えられると考えたからである。そしてこの、普通の生活を実現させる場が作業療法であった。つまりこの時代においては、「作業」は「生活」を意味していた。

しかしこのような初期の思想は、やがて訪れる科学的厳正主義の波に押され、次第に力を失なった。

リハビリテーション医学の登場

リハビリテーション医学は第二次世界大戦後に生まれた。そして作業療法は、この新しい医学領域の傘下に入り、理想的にも大きな影響を受けるようになった。

リハ医学は、障害を表現する手だてとして機能検査の成績を用いる、ということを強調した。その機能検査の主なものとしてされたのが「ADL検査」である。

ADLとはActivities of daily Livingの略である。1960年代はじめに作られたニューヨーク大学医療センターのADL検査記録書式は、後に続く同種書式の原型となった。当時の人々にとって、ADLは、患者の機能をはかる物差しであるとともに、治療的訓練の目標でもあるという二重の意味を帯びていた。

ADL評価法の変遷

初期のADL検査は、患者に課題動作を与え、それができるかどうかを見定め、その程度を何らかの尺度に置き換えて記録するものであった。しかし様々な問題があった。

第1の問題は、検査環境が変われば成績が変わってしまうことであった。ADL検査を能力表記の手段だと考えると、これは非常に困る点である。

第2の問題は時間の要素である。動作はできるが時間がかかりすぎるというような場合、これを動作ができる／できないという尺度に置き換えて表現することは困難である。

第3の問題として、意志や意欲という要素があった。励まされれば行すが、そうでなければ行動を起こさないという場合も、やはり表記が困難である。

ADL評価の改良をめざす1つの流れは、「能力検査としての客観性を高める」という方向に向かった。たとえばPotvin(1972)は、動作課題を限定し、検査手法と検査条件を厳密に定め、成績は所要時間で表す、という方法をとった。しかしこのような方法に患者の生活が少しも反映されないことは、誰の目にも明らかである。

もうひとつの流れは、患者の事実状況を調べる方向に向かった。Grangerらが1983年頃から開発を進めているFIM(Functional Independence Measure)

はその代表例である。

FIM は、患者がいまいる環境の中での実際行動を評価する。成績は、どの程度を独力で行っているか(あるいは介助されているか)というただ1種類の尺度で表す。評価の項目は包括的であり、特定の代表的動作を意味しない。そしてこのようなやり方は、次第に主流になりつつある。

すると次の疑問は、看護部門が行う ADL 評価とリハ部門が行う ADL 評価ははたして同じか、ということになるであろう。

私は、患者を迎えて最初に行う ADL 評価は、関係職種の間で共有してよいものだと思う。それぞれの専門職の個性はその次の段階に現れる。すなわち、「なぜ?」を問い、介入を行っていく段階で現れる。作業療法士に即して言うなら、患者が自立していない行為のうち、自分が貢献できる領域について、改めて動作と行為の分析を行い、次にその原因を探るために、運動機能、認知機能、その他もろもろの検査を行うことになるであろう。

拡大 ADL と QOL

ADL に関するもうひとつの問題は、扱う範囲の問題である。

リハビリテーション領域では、主な患者対象が運動器系障害から中枢神経性障害へと移るにつれ、サービス事情も変化した。運動性障害が重い人々や認知の障害、能動性の障害を伴う人々が増え、応用的な動作に到るまで手厚い援助や指導を必要とする人々が増えたからである。また、通常の就労とは異なるところに人

生の意味を見出して行かなければならない人々も増えた。

「拡大 ADL」という言葉は、セルフケアよりももっと広い生活活動という意味で使われる。電話の使用、交通機関の利用、買い物、食事の準備、衣類管理、家屋管理、時間管理、家計管理等々を指しているのが普通である。このひとつひとつについて、患者の必要と実態を調べ、分析し、解決策を工夫するのがリハ関係者の役割だと考えられている。

同時に、QOL の実現ということの重みが増しつつある。リハ関係者にできることは、①その人の心身の水準に見合う生活の構築を助けること、②その人なりの自己実現ができるように助けること、である。セルフケアを確立してから社会へという画一的な考え方はもはや採用されない。作業療法に即して言えば、かつて一度は捨て去った人道主義を、もう一度新たなかたちで復活させるべき時代が来た、ということになる。

最後に、患者の意志と価値観の問題

最後に、患者の意志と価値観の問題を取り上げたい。最近私はある患者に遭遇し、職業的好奇心を強くそそられたが、患者の心情と価値観を尊重して介入を思いとどまる、ということを経験した。患者の進路は患者自身が選ぶものだという思いは、私の中で年々強くなっている。

QOL、インフォームドコンセントが強調される時代にあって、個々の専門職の役割は、患者ひとりひとりの願いを察知すること、助力を求められたときのために自分の技量を磨いておくことだと思う。