

リハビリテーションにおける相互の認識理解と 主体的な行動促進の重要性

－特別支援教育における自立活動との比較から－

The Importance of Understanding Mutual Recognition and Promoting Proactive Action in Rehabilitation

－ A Comparison with Self-reliance Activities (Jiritsu katsudou) in Special Needs Education －

林 真太郎・中島 栄之介

Shintaro HAYASHI, Einosuke NAKAJIMA

要旨 (Abstract)

医療技術の進歩、超高齢社会を迎えたわが国では、長期の在宅生活継続に向けて、セルフケア、セルフマネジメントといった、けがや疾病のリスク管理等を含めた対象者の自己管理が重要視されている。その中で医療現場やリハビリテーションにおいて、患者教育が重要視されてきた。かつては専門家からの知識提供を主とした一方向の「指導型」であった教育の在り方が、今では対象者の十分な理解を図ったうえで、自己決定、自己管理の行動へとつながるよう促す「学習援助型」の教育へとパラダイムシフトしている。しかし、必ずしも患者教育はうまく進んでおらず、患者自身にいかにか長期的に継続してもらえるかが課題でもあり、そこにはしばしば医療者と患者間でニーズや認識の違い、ギャップが存在している。一方、学校教育の現場では、さまざまな疾病や心身の障害などを抱える幼児児童生徒に対する教育が、時代とともに工夫され変遷してきた。今日の特別支援教育における自立活動では、合理的配慮の提供のもと、教員が主体になるのではなく、幼児児童生徒が主体となる態度を養うことが重要視され、かれらの生活や取り巻く社会などに目を向けるべきであることもいわれている。患者教育、学校教育のいずれにおいても、対象者との双方向のやり取りを十分行い目標ありきの指導法となって両者間でギャップを生じないように、対象の主体的な行動を促進する工夫が重要であると考えられる。

キーワード：患者教育 ギャップ 特別支援教育

I. 主体的な行動を目指した患者教育

(1) はじめに

わが国は医療技術の進歩や急速な高齢化によって、医療費削減の流れや早期退院の傾向、老老介護世帯や独居世帯の増加など様々な社会問題に直面している。そして、対象者自身が健康の自己管理を実施しながら在宅生活を継続していくための工夫が求められている。リハビリテーションの分野においては、心身機能や生活面の問題など対象者への多岐にわたるサポートが重要であり、対象者の生活の質 (Quality of life ; QOL) の維持向上のための取り組みが、セラピストを含む医療者に求められている。

しかし、特に対象者本人を中心とする在宅生活の現場では、病院の入院患者等とは異なり医療者の介入頻度は少ない。それゆえに予防医学やセルフケア、セルフマネジメントといった、けがや疾病のリスク管理等を含めた、対象者自身による自己管理が重要視されてきている。そのため、主体的な行動を促すことも含めた「患者教育」が重要となる。医療者には、患者自身が疾病管理や生活管理に必要な知識・技術を得て、実践までできるような援助が求められる。

当然ではあるが、患者教育の内容や方針は一人ひとり異なり、疾患の種類や病状、呈している機能障害・能力障害によって、あるいは社会生活状況や社会的背景、取り巻く周辺環境、対象者個人の性格、思考や価値観といった人物像によって、指導方法も変わりうる。たとえ同じ疾患であっても、どの患者にもステレオタイプのな指導・教育をしているだけでは、必要な情報を「伝えた」だけに終わってしまい、効果につながらないことも臨床現場では経験しうる。そのため、個々の患者ごとの状況やさまざまな要素を踏まえたうえでの教育的支援の工夫が、大切となる。

(2) 患者教育とリハビリテーション

患者教育は、もともと医師や看護師による患者への指導・援助における方法のひとつとして広まった。実際の内容としては、例えば看護の分野では、「自分で疾病管理や生活調整をするための知識・技術・態度の習得を助けること」¹⁾とされており、服薬指導、疼痛コントロール指導や退院指導、食事指導などを含む。川田(2006)はその中でも、最も重要なのが「意思決定」であると述べており、具体的には、身体の異常を認識したとき、医師の診断が必要か自分でケアできるのかの決定や、疾患の治療と社会生活を両立するために今までの生活の何を変える必要があるかの決定などを含む。この意思決定を実現するためには、患者が主体的に思考し行動ができるような学習援助・支援の教育が重要である。かつての患者教育は、専門家から知識を提供する上から下への一方向の「指導型」の教育であった。しかしその在り方が時代や疾病構造の変化とともに変遷し、今では対象者が十分に理解できるような説明のもとで、さらに自己決定、自己管理の行動へとつながるよう促していく「学習援助型」の教育へとパラダイムシフトしてきている。

リハビリテーションの分野でもこの自己管理は、重要な要素のひとつである。医療技術の進歩や生活様式の変化に伴い、慢性疾患患者が増加傾向にあり、リハビリテーションにおける患者教育では、2000年代ごろから呼吸器疾患や心疾患、糖尿病をはじめとした内科疾患などがまず対象となり、取り組みがなされてきた。特に慢性呼吸器疾患の患者に対する呼吸リハビリテーションにおいては、理学療法士の中心的役割となるのは、まず運動療法と日常生活での動作指導である。しかし、この効果をいかに長期間持続させるか、患者自身に継続してもらえるかが問題となりやすい。そこで、これを可能とする重要な方法として、患者自身が自ら考え行動できるような患者教育の考え方や実践が、呼吸リハビリテーション領域で重要視されるようになった。

(3) 患者教育による行動変容

また、患者の行動変容のための動機づけを導く理論としてセルフエフィカシー(自己効力感)を患者教育に導入する手法もある。例えば糖尿病の患者教育においては、看護師や管理栄養士による、食事内容の見直し・食生活の改善を図る食事療法や、リハビリテーションセラピストによる、定期的な運動習慣を設けて実践する運動療法などへの指導が行われる。しかし患者にとっては食事や運動習慣の改善が必要だということを頭で理解していても、継続がなかなか困難となるケースも少なくない。それに対して医療者の、相手に応じた部分的な支援によって、患者が自身でも管理や見直しなどの行動ができる部分を見出し、自分で納得したうえで行動を変えていくこと、つまり、患者の意思決定促進や主体的な行動変容を目標とする患者教育の手法が、糖尿病をはじめとした慢性疾患などを対

象に導入されるようになってきている。

また医療者が患者と対話し患者教育を進めていく際には、患者自身が自分の健康問題に接近できるよう省察的な思考を導くことが大切であるとされる²⁾。例えば、過去の生活習慣が「正しい」のか「間違い」なのかといった対話で終わるのではなく、「なぜ、そういった生活を積み重ねたのか」、「自分にできそうなことは何か」といった省察的な思考を導くことで、患者は生活や健康に対する問題解決に向けた気づきをつくり出していくことが可能になる。

患者教育では、こういった患者の意思決定の尊重、学習援助型の介入の実践により、患者の主体的な行動を導き、また自己管理能力を高める手段のひとつとして用いられている。

II. コーチングによる双方向コミュニケーションによる支援

患者教育におけるひとつの方法としてコーチングのコミュニケーションスキルが有効であることも多い。コーチングとは、対象者の意欲や自主性を引き出して目標達成をサポートするための双方向のコミュニケーションスキルのひとつである。例えば種々の問題から意欲低下がある場合は、対象者の特徴を踏まえた上での関わりが重要であり、相互のコミュニケーションの在り方を考え、信頼関係を構築していくことが特に大切である。

コーチングそのものは医療に限らず、スポーツや教育現場、職場などあらゆるフィールドで活用されている。医療現場でのコーチングの活用は2000年頃からさまざまな疾患で用いられるようになり、その有効性が研究調査によって報告されている。例えば糖尿病、冠動脈疾患、がん性疼痛、肥満、うつ病などの患者に対して、対面あるいは電話によるコーチングの実施により、疾病コントロールや合併症コントロールが良好となった報告が複数なされている。

このコーチングの具体的な方法・ポイントとして、瀬田（2009）はコーチングにおける3原則として、双方向、個別対応、継続を挙げている。一方が指導・伝達するティーチングと対比して、コーチングでは双方向のコミュニケーションから患者自らの気づきを促すことが重要だと述べている。そしてそれらを良好にするためには信頼関係（ラポール）を築くことが重要である。そのためには相手に関心を向け、相手の訴えをしっかりと傾聴し、その思いを受け止め共感する姿勢が大切だとされている。

そしてコーチングはこのように対象者を主体として個別対応し、双方向の会話を現在進行形で行っていきながら進めていくことが望ましい。コーチングフローに基づいた会話としては、

- ①望ましい状態である目標の設定と明確化、②現状の把握と明確化、③それらのギャップおよびそれが生じている理由の認識、④具体的行動の計画と実践、⑤振り返りとフォロー

というステップを踏むことでなされていく（図1）。

リハビリテーションの場においてもこのコーチングフローにのっとった介入は重要であり、実際の臨床現場では無自覚に取り入れられている事もあると思われる。設定した目標達成に向け対象者である患者が主体的に課題に取り組むために、目標と現状との間で生じているギャップについて内容の理解・共有に努め、さらに患者と医療者間における相互の認識についてもやはりギャップが生じないように注意し、フィードバックと振り返りを交えながらリハビリテーションを進めていく事が、セラピストには求められる。

III. 患者教育における現状の課題

患者教育の工夫や医療現場でのコーチング技術の活用によって、患者の疾病コントロールの長期継続や自己管理

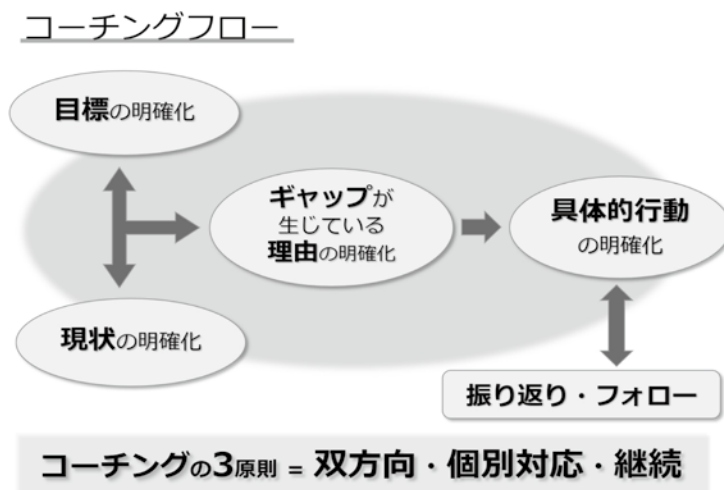


図1 医療コーチングにおけるフロー

が可能になっている報告が多くある中で、他方では、自己管理やセルフマネジメントへの支援方法について批判的な捉えなおしの声が上がったり、介入がなかなか成果につながらないケースの存在も報告されたりしている。

この要因として、ひとつは疾病構造の変化により、慢性疾患や合併症を有する患者が増加し、複雑化してきていることも影響していると思われる。しかし、中には同じ患者に同じ内容の指導を行うとしても、その場面や状況によってその後の患者の反応や行動変容に違いが生じることもある。例えば慢性的な糖尿病患者が入院をきっかけに、病院内で医師や理学療法士、管理栄養士などからの指導に対し指導内容をよく聞いて運動療法や食事療法に関心を持ち、行動変容が見られて状態が良好となり早期退院につながる事がある。しかし、自宅退院した後に、訪問や往診で患者宅に訪れた医療者から同じ指導を受けても、健康の自己管理や問題解決に向けた行動が継続できなくなることがある。これは、患者が自宅退院して本人が中心となる在宅生活の場に復帰すると、医療者が中心に動いている病院という空間とはさまざまな環境や状況が変化し、入院中とは生活様式も変わるために、患者自身の考えも変化してしまうのだと考えられる。

このように、指導内容そのものが医学的観点からは良いものであっても成果が得られないことがあるが、これは程度に差はあれ決してまれなケースではなく、患者のやる気の低さや意志の弱さのせいだ、といった一方的な考えでは解決はしない。患者教育における視点の転換や、不足している部分がないかの見直しが必要である。その点で、教育指導の考え方や重要な視点は、学校教育現場からもさまざまなヒントが得られると考える。学校教育現場も時代の変化とともに、学習指導要領の変遷や特別支援教育の在り方の変化など、さまざまな変革の中で課題解決と同時に新たな課題も生じ、そのたびに工夫や見直しがなされてきたと思われる。

IV. 特別支援教育における自立活動について

特別支援学校では、幼稚園、小学校、中学校、高等学校に準ずる教育を行うとともに、障害に基づく種々の困難を改善・克服するために、「自立活動」という特別な指導領域が設けられている。「自立活動」の成立過程を見ることが「自立」や「障害の捉え方の変化」による、指導者と幼児児童生徒との関係、指導の在り方、社会との関係についての変遷を振り返ることができると思う。

(1) 「自立活動」の成立まで

特別支援学校教育要領・学習指導要領解説自立活動編（幼稚部・小学部・中学部）（2018）には、自立活動の変

遷について「障害の状態を改善・克服するための指導は、盲学校や聾学校あるいは養護学校が開設された草創期から」行われ、例えば、昭和39（1964）年の学習指導要領では、「盲学校においては、歩行訓練を「体育」に、感覚訓練を「理科」に、聾学校においては、聴能訓練を「国語」と「律唱」に、言語指導を「国語」にそれぞれ位置付けており、これらの教科の中で指導が行われた」とされる。また「養護学校においては、昭和38・39年に示された学習指導要領の各教科等において、例えば、肢体不自由養護学校小学部の「体育・機能訓練」（中学部は「保健体育・機能訓練」）、病弱養護学校小学部の「養護・体育」（中学部は「養護・保健体育」）等において行うこと」とされていた。草創期に、盲学校や聾学校では「国語や理科、体育」などの教科の時間に障害の状態を改善・克服するための指導を行い、養護学校では「体育」の時間に代えて「体育・機能訓練」「養護・体育」等の指導を行ってきた。つまり、障害の状態を改善・克服するための指導の時間割上の位置づけがないため必要に応じた指導を教科の内容を変更して行ってきたと言える。しかし、指導要領上の位置づけなども不十分であったので系統だった指導は困難であったと考えられる。そこで、昭和46年の学習指導要領の改訂において新たに「養護・訓練」という領域が設定され、いくつかの改訂の後に、「身体の健康」、「心理的適応」、「環境の認知」、「運動・動作」及び「意思の伝達」の五つの柱の下に18の項目のうち必要な内容を指導することとなった。指導する内容も決まり、「養護・訓練」についての勉強会も盛んになり現在でも続いていると考える。しかし、昭和54（1979）年に障害の重い軽いに関係なく子どもたちの全員就学を目指した養護学校義務化により、特殊教育諸学校（現在の特別支援学校）に在学する幼児児童生徒の障害の重度・重複化、多様化の傾向が急激に見られ、特に医療的ケアの必要な重度の障害のある子どもたちの入学は「養護・訓練」だけでなく、教育課程全般の内容について検討を迫る事となった。一方で、「国際障害者年」などで障害者の「自立」の概念が従前よりも広く捉えられるようになってきた。「障害」についての考え方も大きく変化してきた。そして、平成10年7月に教育課程審議会の答申を受け、「養護・訓練の名称、目標、内容等が見直された。名称については、「養護」も「訓練」も受け身的な意味合いが強いと受け止められることがあること、また、この領域が一人一人の幼児児童生徒の実態に対応した活動であることや、自立を目指した主体的な取組を促す教育活動であることなどを一層明確にする観点から、「養護・訓練」から「自立活動」に改められた。」ここで、「自立」「主体的な取組を促す」という言葉に注目したい。「訓練」は受け身的な意味合いが強く、自立を目指して主体的な取組を促すとされている点である。教育全般にもいえることであるが、教え込むのではなく「主体的な取組」を促す教育活動であることが明示される事となった。

（2）「自立活動」と障害についての考え方の変遷

「自立活動」に影響を与えたのは、教育課程（いわゆる時間割）上の位置づけと子どもたちの重度・重複化に加え「障害」の捉え方の変化もある。

昭和55（1980）年にWHO（世界保健機関）が「国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）」を公表し、その改訂版として平成13（2001）年に「国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）」を公表した。この改訂は「自立活動（養護・訓練含む）」に大きな影響を与えている。「ICIDHの三つの概念を踏まえ、自立活動の指導によって改善し、又は克服することが期待されるのは、主としてディスアビリティ（活動制限、能力低下）、すなわちインペアメント（機能障害）に基づく日常生活や学習上の困難であると考えてきた。それを、従前の学習指導要領等では「障害に基づく種々の困難」と示した。」すなわち、「自立活動（養護・訓練含む）」のターゲットはインペアメントの改善や克服であったといえる。しかし、ICFの影響を受け「平成21年3月の改訂においては、学校教育法第72条の改正を踏まえ、「障害に基づく種々の困難」を「障害による学習上又は生活上の困難」と改めた。」これは、日常生活動作な

どの「活動」や地域などでの「参加」との関連を考慮したものといえる。したがって特別支援教育における「自立活動」には、「人間としての基本的な行動を遂行するために必要な要素と、障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服するために必要な要素を含む」と示されている。

(3) 合理的配慮と自立活動とのかかわり

平成25(2013)年に「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」が制定され、平成28(2016)年に施行され「障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止」と「合理的配慮の提供」を求める法的な枠組みが定められた。特に「合理的配慮の提供」は、今後の自立活動の在り方に影響を与えると考えられる。

自立活動解説編では2つの視点を示している。「一つ目は、自立活動としては、障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服するために、幼児児童生徒が、困難な状況を認識し、困難を改善・克服するために必要となる知識、技能、態度及び習慣を身に付けるとともに、自己が活動しやすいように主体的に環境や状況を整える態度を養うことが大切であるという視点である。」ここでは、「自己」という言葉がキーワードとなる。つまり、教員などが主体になるのではなく、「自己」が主体的になる態度を養うことが重要であるとされている。医療における患者教育においても、重要な視点ではなかろうか。

「二つ目は、学校教育における合理的配慮は、障害のある幼児児童生徒が他の幼児児童生徒と平等に教育を受けられるようにするために、障害のある個々の幼児児童生徒に対して、学校が行う必要かつ適当な変更・調整という配慮であるという視点である。」これは、社会参加のため(子どもでは平等に教育を受けられる)に合理的配慮の提供が必要であるということである。そのために、子どもたちの障害の改善や克服を目的とするのではなく、「学校」が行う必要かつ適当な変更・調整により社会参加を実現することとしている。こちらも、患者教育においても、障害の改善だけでなく、合理的配慮の提供も今後視野に入れる必要があるのではないかと方向性であるといえよう。

(4) 「自立活動」の変遷と今後

これまで、「自立活動」の歴史的変遷を中心に、「障害」に対する考え方や「社会」参加における合理的配慮の提供について述べてきた。誤解を恐れずに述べると、従来は教科学習よりも障害の改善・克服であったが、教科学習を保障しつつ「養護・訓練」を行う、さらに、重度の障害のある子どもたちに対しては柔軟な時間割を編成する。しかし、卒業後の自立を考えたときには、子どもたちが主体的に「障害による学習上又は生活上の困難」に向き合う姿勢と養うとともに、社会参加のために学校などが「合理的配慮の提供」を行うと言うように変遷してきた。これは、学校教育だけでなく、WHOのICFへの改訂、平成26(2014)年に批准した「障害者の権利に関する条約」等も大きく影響している。学校ではよく目の前の子どもと向き合うと言われるが、さらに視野を広げて子どもを取り巻く社会の動きにも目を向けることが今後の「自立活動」の在り方を考える上でも必要になると考える。

V. 学校教育と患者教育との比較からの考察

特別支援教育を含めた学校教育においても、医療現場での患者教育においてもそれぞれ課題があり、絶対的な効果的指導方法というものが確立されているわけではない。しかし、2つの違いの比較や共通する部分の考察から、現状の課題解決に向けて、いくつか重要な点があると考えられる。その軸となるのは、指導者と対象者(医療者と患者、あるいは教員と生徒・学生)との間での認識や考えのずれの違い・ギャップをなくし、多角的視点から対象者を適切に捉えて、相互理解のもとで共に主体的な目標達成に向けた行動を取れるよう今一度再考していく事だと考える。

これらの提言に関しては、前提として一方向の介入から双方向の関わりを重視した介入への転換が必須だと考える。このこと自体は特段新しいものではなく、これまで2つのフィールドのそれぞれにおいても対策がなされてき

ており、医療コーチングの活用やアクティブラーニングの積極的導入などもその一つだと思われる。しかしそれが実践されてきている中でも、対象者と相互の認識・理解にすれ違いやギャップが生じたままとなっていることも少なくない。

医療者や教育者は、専門的知見から相手のために思い、少しでも相手のプラスになるよう工夫を凝らし、さまざまな介入・指導を行っているであろう。しかし、それがゆえに目指すべき方向や目標ありきで考えてしまい、目の前の対象者やさらにはその家族なども含め、相手の認識や思い、必要としている事などを十分に共有できていないこともあると思われる。林自身も臨床現場での経験において、「相手のことを一番に考えて」、「相手の立場に立って」、最善策としての運動の取り組みや在宅生活方法の工夫などを提案していたつもりが、対面する患者にとってはそれが望んでいないことだった、という例を経験した。

さらにこのケースにおいては、患者や家族は、対面する筆者が医療者という立場で、自分たちを良くしようと考えてくれている存在だからこそ、自身の本心は明かさないうまま、指導を受けていたようだった。このような状況下では、なかなか相手の主体的な行動変容・促進には結びつかない。これは医療現場という特有のコンテキスト（社会的環境的背景・条件）があるからこそ起こりうる事でもある。このような例に対し重要なこととして、松繁（2017）は近年の支援的介入の傾向を踏まえ、介入時にまず、両者間で目指すべき方向ありきでないプロセス、すなわち双方の視点のすり合わせを丁寧に積み上げることが、相手の満足度や健康面の改善に結び付くことを述べている。

VI. これからの教育指導の在り方とまとめ

セルフマネジメント支援における近年の新たな取り組みのひとつとして、欧米ではWISE（Whole system Informing Self-management Engagement）というセルフケアに取り組む対象者と支援側の者との双方が学べる項目を体系化した概念モデルがある。この特徴は、支援者が獲得すべき能力として、患者の思い（ニーズ）や優先する考え、価値観を把握する力、患者がどのように取り組むことができるのか、そのためにどんなサポートを必要とするかを把握する力、そして一連の意思決定を共有する技術や患者が意思決定に参画できるよう促す能力、を強調している点である。またこのWISEでは、患者が自らの問題を可視化できる評価ツール（質問紙）を活用していることも、双方の共有した学びへとつながっている。これらのことから、支援や教育の在り方として、特定の決まった指導法やメソッドに固執せず、個々の対象者のコンテキストに沿って相互の認識理解のもとで進めていくことがやはり重要である。

情報、モノ、技術などの発展によって人々の価値観や生活様式も多様化する現代社会の中で、教育方法の在り方も多様化しており、今一度再検討していくことが必要ではないかと考える。教育指導の対象が個人か集団かという点でも変わりうる部分はあるが、いずれにおいても相手側との自分とのコンテキストを踏まえ、集団の中にいる一人を捉えるならばその状況がもたらす影響や作用も踏まえた検討が求められる。また目標や方針の決定には、常に双方向の視点で相手側と自身の認識を共有してギャップを小さくすることが大切であると考え。そして、介入方法として、さまざまな情報があふれ、技術の革新、使用できるツールやメソッドの発展が進む中だからこそ、自身の専門性を活かした多くの「引き出し」を持ち、個々に応じた方法を取り入れていくことが、医療者や教育者には望まれるところである。

謝辞

今回、奈良学園大学人間教育学部前学部長の松田智子先生（現森ノ宮医療大学教授）より共同研究の提案をうけ、

本論文を執筆することができた。記して感謝申し上げたい。

【引用文献】

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (2005) : 看護行為用語分類日本看護科学学会 : p209, 2005.
- 2) 辻村康彦, 平松哲夫 : 呼吸リハビリテーションマニュアル - 患者教育の考え方と実践 -, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 19(3) : 237-241, 2009.

【参考文献】

- 1) 川田智恵子 : 患者教育とは. 宮坂忠夫, 川田智恵子 (編) : 最新保健学講座別巻1 健康教育論. メジカルフレンド社 : pp21-22, 2006.
- 2) 二井矢清香 : 1980年代からの看護における患者教育の変遷. 日本看護研究学会雑誌 40(1) : 57-66, 2017.
- 3) 林真太郎 : 患者教育における主体的な行動への援助とコーチングによる介入. 人間教育学研究(6) : 103-107, 2019.
- 4) 出江紳一 : リハスタッフのためのコーチング活用ガイド. 医歯薬出版株式会社 : 2009.
- 5) 瀬田拓 : コーチングとは. 出江紳一 (編・著) : リハスタッフのためのコーチング活用ガイド. 医歯薬出版株式会社 : pp2-9, 2009.
- 6) 出江紳一 : 患者教育に活かすコーチング. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 54(9) : 704-709, 2017.
- 7) 文部科学省 : 特別支援学校教育要領・学習指導要領解説自立活動編 (幼稚部・小学部・中学部). 開隆堂出版株式会社 : 2018
- 8) 松繁卓哉 : セルフケア/セルフマネジメントの支援をめぐる今日的課題. 日本保健医療行動科学会雑誌 32(2) : 15-19, 2017.