

ISSN 2436-2417

# 東京保健医療専門職大学紀要

Journal

of

Tokyo Professional University of Health Sciences

第1巻 第1号（創刊号）

（2021年3月）

東京保健医療専門職大学

## 巻 頭 言

陶山哲夫  
東京保健医療専門職大学 学長

東京保健医療専門職大学は、2019年11月文科省から大学設置を認可され、2020年4月に開学した大学であり、2021年2月第1回学術大会を開催し、2021年3月に第1巻紀要を創刊号として発行できますことは大変喜ばしく、関係各位に厚くお礼申し上げます。

ここで専門職大学の特色とリハビリテーションの理念、さらに多様性を認める共生社会の必要性などについて述べ、本学の建学の精神に至った経緯について皆様のご理解が得られましたら幸いです。

### 1. 専門職大学設立の背景と特色

近年の複雑な産業構造の転換により、変化の激しい社会に対応したより高度な「実践力」と新たなソフト・ハードを創り出せる「創造力」を有する人材の育成強化が急務となっている。2017年の学校教育法改正によって設けられた「専門職大学等」は、大学制度の中でも深く専門の学芸を教授研究し、専門性が求められる職業を担うための実践的で応用的な能力を展開させる職業教育に重点を置き制度化され、産業界との密接な連携により専門職業人材の養成強化を図ることを目的としている。特に専門職大学の特徴は展開科目の造設、専門科目に隣接する他分野を学び実践力と創造力を身に付けることにある。

### 2. リハビリテーションの理念と定義

リハビリテーションの語源はre(再び)+habilis(適する)からきている。近年のリハビリテーションの定義は世界保健機構(WHO)の定義下で発展したが、1981年のWHOによるとリハビリテーションは能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含み、リハビリテーションは障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりでなく、障害者の社会的統合を促す全体として環境や社会に手を加えることも目的とした。

わが国では、社会の偏見や政策の誤り等のために、奪われ・傷つけられた尊厳・権利・人権が本来あるべき姿に回復することとして捉え、リハビリテーションを「全人間的復権」と表している。

## 巻頭言

2001 年 5 月に WHO 総会で採択された ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類) は「健康の構成要素に関する分類」であり 新しい健康観を提起し「全ての人に関する分類」である。

生活機能は ICF の中心概念であり、人が「生きる」ことに 3 つのレベル (階層) があり、① 心身機能・身体構造 (Body Functions and Structure)、② 活動 (Activity)、③ 参加 (Participation) の 3 者を包括した概念である。ICF は医学モデルと社会モデルを想定し、QOL の獲得と社会参加を推奨している。

### 3. 介護保険の導入

我が国の高齢化の進展に伴い、寝たきりや認知症など介護を必要とする高齢者の増加と介護期間の長期化、重度化の進行など、介護の必要性や重要性に対するニーズが増大している。また家族形態の変化により少子化・核家族化の進展、高齢者のみの世帯の増加や介護する家族の高齢化なども深刻な問題となってきた。介護を支える家族をめぐる状況の変化を背景に、介護が必要になった高齢者やその家族を社会全体で支え合う仕組みとして、平成 12 年から介護保険が導入された。

### 4. 地域共生社会の必要性

介護保険制度による支え合いと同時に、身近な地域で多様な人々が相互に役割を持ち、「支え手」「受け手」という関係を超えて支え合うことが重要になっている。これにより人々は生活の楽しみや生きがいを見出し、様々な困難を抱えた場合でも社会から孤立せず、安心して「その人らしい生活」を送ることができる。2018 年 4 月、国は複合化した課題を抱える個人や世帯に対して、地域住民による支え合いと公的支援と連動した包括的な支援体制の構築を目指し社会福祉法を改正した。人々が住み慣れた地域で生活するには、年齢・性別・障がいの有無に関わらず全ての多様性を認め合うことが必要であり、更に保健・医療・社会福祉が連携する施策と、地域に住む人々がお互いに助け合う連携・協働の実践が重要である。

### 【本学の教育方針】

以上の歴史的背景・現在の社会状況と未来への展望に立ち、本学ではリハビリテーションによる医学モデルへのアプローチと、社会的モデルや地域生活モデルの研究・教育を推進し、地域社会へ貢献する実践的人材を育成していきたい。

## 「東京保健医療専門職大学 紀要」創刊に寄せて

小林光俊  
学校法人敬心学園 理事長

### 《学校法人敬心学園のあゆみ》

学校法人敬心学園の歴史は、1984年に各種学校として日本医療福祉専門学院を開学したことから始まります。2年後の1986年に学校法人としての認可を受け、同学院を日本福祉教育専門学校と改称いたしました。

その後、1996年に日本リハビリテーション専門学校を、2002年に臨床福祉専門学校を開学し、2007年には日本児童教育専門学校（1982年に日本児童文学専門学院として開学）、2013年には日本医学柔整鍼灸専門学校（2002年に学校法人情報学園日本柔整鍼灸専門学校として開学）を統合いたしました。

そして、福祉の臨床現場として地域に貢献するために1996年に設置した社会福祉法人敬心福祉会との連携を図りながら、学校法人の設置から30年以上、保健・医療・福祉・保育分野に専門職人材を送り出してまいりました。

昨今、急速なグローバル化と社会情勢の変化に伴い、あらゆる分野で創造力と実践力を備え、グローバルな視点を合わせ持った実務リーダーが必要とされるようになりました。そのような期待に応え、保健医療分野の実務リーダーとして活躍できる人材の育成を目指し、2020年4月に「東京保健医療専門職大学」を開学いたしました。現在は教職員が力を合わせ、共生社会の実現と発展に寄与する理学療法士・作業療法士の養成に取り組んでおります。

私どもは「敬心」の二文字が表すように、「他人を敬い自らを律し、人々の心をもっとも大切にする」という理念のもと、あらゆる分野で将来を担う有能な人材を育成するための教育事業と、それを研鑽し発展させる研究事業、そして、福祉の臨床現場として地域に貢献する福祉医療事業を展開し、これからも社会に貢献してまいります。

### 《専門職大学の特色と意義》

我が国における「専門職大学・専門職短期大学」制度は、短期大学制度創設以来55年ぶりの学校教育法の改正により2017年に誕生した新たな大学制度です。

その特色として、大学で学ぶ「創造力」と専門学校で学ぶ「実践力」を併せ持ち、産業界と連携して実践と研究能力を高められるような人材養成をする、つまり「産業界が求めるイノベーション人材」の養成を目的としていることが挙げられます。

## 「東京保健医療専門職大学 紀要」創刊に寄せて

私ども敬心学園では、2019年（令和元年）11月11日に、文部科学省より東京保健医療専門職大学の設置認可をいただきました。振り返りますと、2017年（平成29年）1月20日に大学開設準備室を立ち上げてから実に2年10か月、大変長く厳しい道のりではありましたが、陶山学長をはじめ関係者が一致団結して乗り越えることができました。お力添えいただきました関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

そして2020年（令和2年）4月、第1期生を迎え開学いたしました。厳しいコロナ禍の中での開学となりましたが、学生支援ポータル「UNIVERSAL PASSPORT（ユニバーサル・パスポート）」を利用したオンライン授業やホームルーム、感染対策を取りながらの対面授業を実施して、今日に至っております。

専門職大学は産業界等と連携し、高度なプロフェッショナルになるために必要な「専門的知識や理論」に加え、「実践的なスキル」を身に着けることができる新しいタイプの大学です。当大学でも、高い学識を持った「アカデミック教員」と、現場の最前線で実務を担ってきた「高度な実務家教員」が、これまでの経験を活かしながら学生の教育にあたっております。

### 《新しい未来を自ら考え、創造する場としての専門職大学》

医療専門職の場では、患者様の治療と自立支援に取り組むと共に、常に学術的研究や新しい機能を取り込み、エビデンスに基づく様々な知識や考え方をもってクリエイティブな発想をする人材が求められています。新しい知識や価値を築く人材は、新しい時代に活躍する人材になれると考えます。

現在は、世界的なコロナパンデミックや、グローバル化・ダイバーシティ化・デジタル社会への変化、Society 5.0（ソサエティ 5.0）等、新しい社会変革の進展と実相の中、時代が大きく変わる転換点であり、先が見えない時代であるとも言えます。

しかし、このような時代だからこそ、起きている現象を注視し、過去の社会を振り返り、足りないものを分析し、新しい未来を自ら考え、創造する機会とも言えるでしょう。

近年、世界の経済や軍事力などの「力の均衡点」が欧米から、成長しているアジアにシフトしている現実の変化にも着目して考えると、日本の新しい役割や可能性が見えてきます。

私は今こそ、逆境でも歩みを止めず、前を向いて生き抜く若い活力による知恵と行動力が求められていると感じています。また、日本の職業教育や高等教育がオンラインの活用やIoT・VR・AI等、時代の進展に対応した様々な機能を取り込み、新しい工夫を重ねることでアジアおよび世界の職業教育のハブ機能を果たすまたとない機会でもあります。

そして、日本の職業教育や高等教育の発展こそが、専門職大学の担う大きな社会的使命で

特別寄稿

あり、グローバルに活躍できる若い活力を育むという重大な任務の一つであると考えています。

今回の紀要では、当専門職大学の記念すべき「第1回学術大会」で発表された医療系および展開科目系の研究・教育に関する論文のほか、教員の研究・教育・社会活動についても掲載しております。この紀要が専門職大学のさらなる発展に寄与することを祈念いたしますとともに、関係者の皆様に改めて御礼申し上げ、創刊の挨拶とさせていただきます。

## 急性期におけるリハビリテーション医療の重要性

田島文博

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座 教授

近年、多くの疾患に対して、急性期から積極的にリハビリテーション医療を行うことが有用であることが広く認識されるようになってきた。しかし依然として発症後1週間、場合によっては10日以上経過してからリハビリテーション治療が開始されている。診断がつかない時点でむやみに動かすことは問題である。しかし、現在の医学の進歩は入院と同時に診断を可能とし、治療がはじまる。動かすことが医学的に問題なければ、疾患が発症した直後からリハビリテーション治療を行うように務めるのがリハビリテーション医療チームの役割である。

リハビリテーション医学は、米国ではPhysical Medicine and Rehabilitationと言われている。もちろん理学療法士もPhysical therapistである。Physical Medicineは物理療法ではない。スポーツの世界でPhysicalが強い選手と言えば、「心肺能力と筋力が強い」「体力がある」「体が出来ている」選手という意味になる。理学療法士に限って言えば、患者のPhysicalを強くすることが仕事である。作業療法士も言語聴覚士も、本来は、患者のPhysicalを強くしつつ活動性をさらに改善する事が役割である。早期からのリハビリテーション治療は最良の機能予後に到達するまでの時間を短縮させるのみならず、さらにその機能または活動性のアウトカムを改善する。

また、適切な医学的管理下での急性期リハビリテーション医療は原疾患治療の妨げにはならず、むしろよりよい治療成績をもたらす。つまりリハビリテーション治療は投薬や手術と同様に急性期患者に欠かせない治療法のひとつであり、多くの疾患や障害に対し行う価値がある。ただし、薬に副作用があり、手術に何らかのリスクをとまうように、急性期患者にリハビリテーション治療として座位・立位・運動負荷をかけることにも一定のリスクがある。急性期は病態が不安定であることも多く、例えば悪化している状態の時にリハビリテーション治療を行い、さらに悪化させたと思われる可能性もある。より安全かつ積極的にリハビリテーション治療を施行するためには、医師が診察、検査、診断し、適切な評価にもとづいて十分なリスク管理をしていくことが必須である。

急性期リハビリテーションの必要性はわかっても、集中治療を受けているような患者に対しリハビリテーションを実施するには知識と技術、そして経験が必要である。特に、専門職としての知識と経験が求められるが、急性期リハビリテーションを恐れて施行しなければ急性期リハビリテーションは施行できず、結果として患者が安静臥床を強いられる。リハビリテーション科医師と療法士は覚悟をもって自らの責任で急性期リハビリテーション医療を行う。多くの研究により安静臥床が全身状態を悪化させる。数日間の安静臥床でさえ、身体機能を低下させ、廃用症候群の一因となる。安静臥床に伴う廃用症候群は、ヒトが安静臥床という環境に適応した結果として生じる病態であり、安静臥床という状態にしなければ予防することができる。

我々の病院では、リハビリテーション医療は、確実な診断と十分な医学的管理のもとにできるだけ早く始めることが重要で、集中治療室であっても早期からできる限りの刺激と運動負荷をしている。病院スタッフ、特に救急科医師と看護師も安静臥床の弊害を認識してくれており、早期からのリハビリテーション科へ依頼をし、訓練時間以外でも積極的に安静臥床の排除に努めてくれている。我々もそれに応え、依頼

## 急性期におけるリハビリテーション医療の重要性

日にリハビリテーション科医，看護師，療法士でカンファも治療も行う．毎朝，リハビリテーション施行患者全員の病棟回診を行い，患者の状態を確認するようにしている．さらに毎週の画像カンファレンスや英文抄読会，症例検討会などを行うことで知識を深めるように努めている．さらに教育と研究を行うことにつとめている．研究が臨床を発展進歩させ，結果として，患者をよくするのである．

このように，急性期から，リハビリテーション科医師と療法士が責任をもち，他科医師と看護師が力を合わせたチーム医療が最良のリハビリテーション治療効果をあげる．是非，勉学に励み，医学的知識と技術をつけて欲しい．

## 回復期リハビリテーションの重要性 — 心臓リハビリテーションの観点から —

田畑 稔

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

### 【心臓リハビリテーションの定義】

心臓リハビリテーションとは、心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状态を改善し、基礎にある動脈硬化や心不全の病態の進行を抑制あるいは軽減し、再発・再入院・死亡を減少させ、快適で活動的な生活を実現することをめざして、個々の患者の「医学的評価・運動処方に基づく運動療法・冠危険因子是正・患者教育およびカウンセリング・最適薬物治療」を多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラムとして定義されている<sup>1)</sup>。

### 【心臓リハビリテーションの内容】

心臓リハビリテーションとは、心臓病患者さんが、体力を回復し自信を取り戻し、快適な家庭生活や社会生活に復帰するとともに、再発や再入院を防止することをめざしておこなう総合的な活動プログラムで、その内容は、運動療法と学習活動・生活指導・相談（カウンセリング）などが含まれる。

心疾患つまり心不全、心筋梗塞、狭心症、心臓手術後などの患者さんは、心臓の働きが低下し安静生活を続けることで運動能力や身体調節能力も低下するため、退院して直ちに、社会復帰することができない。

心臓リハビリテーションは、専門知識を有する医師、理学療法士、看護師、薬剤師、臨床心理士、検査技師、作業療法士、健康運動指導士など多くの医療専門職がかかわって、心臓病の原因となる動脈硬化の進行を抑止することを目標に、食事指導や禁煙指導などを行い、患者さんの状態に応じた適切な心臓リハビリテーションプログラムを提案して実施する<sup>2)</sup>。

### 【心臓リハビリテーションの効果】

心臓リハビリテーションの効果は、心筋梗塞や狭心症などの虚血性心疾患の患者さんへ心臓リハビリテーションを実施すると、実施しなかった場合に比べて、心血管病による死亡率が26%低下し、入院のリスクが18%低下し、心不全患者さんにおいては、心臓リハビリテーションを実施することにより、実施しなかった場合に比べて、全ての入院が25%減少し、心不全による入院が39%減少することが報告されており、加えて心臓リハビリテーションへ参加することにより、生活の質(Quality of life)が改善するため、より快適に日々を過ごすことなど、これまでの研究によって、多岐にわたり証明されている。

心臓リハビリテーションには以下のような効果がある<sup>3)</sup>。

- ・運動能力・筋力の向上により、日常生活で狭心症や心不全の症状(息切れなど)が軽くなる
- ・筋肉量が増えて楽に動けるようになり、心臓への負担が減る
- ・心臓の機能が良くなる
- ・血管が拡張しやすくなり、身体の血液循環がよくなる
- ・動脈硬化の進行速度が低下し、動脈硬化性プラーク（血管の壁の盛り上がり）が小さくなる

- ・血管が拡張して高血圧が改善する
- ・インスリン作用が改善して血糖値が改善する
- ・自律神経活動が安定して不整脈発生の予防になる
- ・運動を行うことにより仕事や家庭生活，社会生活の満足度が高くなる

#### 【心臓リハビリテーションの継続（急性期から維持期まで）】

心臓リハビリテーションは，急性心筋梗塞の発病や心臓手術の手術日から1～2週間を「急性期心臓リハビリテーション」と呼び，この時期，集中治療室や一般病棟で洗面，排便，シャワー浴，廊下歩行など身の回りの動作が安全に活動できるようになることが目標となる。急性期の治療とともに，段階的に身体活動量を増やし，心臓機能評価の検査や，生活指導，禁煙指導を行う時期である。

発症から2～3か月間は「回復期心臓リハビリテーション」と呼ばれ，この時期の目標は，退院して社会，または職場に復帰することとなる。心臓リハビリテーションを実施する場所は，入院中の病院から「外来通院」や「在宅」へ移行する。回復期心臓リハビリテーションの内容は，運動負荷試験などの機能評価検査，積極的な運動療法，さらにカウンセリングなどであり，復帰の問題や社会へ復帰する不安などの心理的問題，食事療法など多種多様なアプローチを実施する。

社会復帰した時点で，心臓リハビリテーションが終了することはなく，回復期に引き続き，生涯にわたる「維持期心臓リハビリテーション」を実施することで生命予後延長等の効果を認めることから，心臓リハビリテーションは継続が必要である。

維持期心臓リハビリテーションは，在宅あるいは地域の運動施設などで，運動療法をする一方，二次予防，つまり再発予防のために食事療法や禁煙を続け，この時期の目標は「生涯にわたる快適な生活の維持」となる<sup>4)</sup>。

#### 【心臓リハビリテーションによる生命予後延長効果】

虚血性心疾患の長期予後について，心臓リハビリテーションの長期予後改善効果に関しては，Taylor らが48編の無作為割り付け試験における8940例を対象としたメタアナリシスを実施し，運動療法を中心とした心臓リハビリテーションにより，虚血性心疾患患者の総死亡率が通常治療と比較して20%低下し，心死亡率が26%低下すること，また非致死性心筋梗塞発症も21%減少傾向を示すことを報告している<sup>5)</sup>。

- 参考文献：1) 日本心臓リハビリテーション学会ステートメント：  
<http://www.jacr.jp/web/about/statement>. 閲覧日 2021/02/23.
- 2) 心臓病の基礎知識 - 心臓リハビリって何？Q.1 -：<http://www.jacr.jp/web/faq/q117/> 閲覧日 2021/02/23.
- 3) 心臓病の基礎知識 - 心臓リハビリって何？ Q.3 -：<http://www.jacr.jp/web/faq/q119/> 閲覧日 2021/02/23
- 4) 心臓リハビリテーション入門：<http://www.ncvc.go.jp/cvdinfo/pamphlet/heart/pamph50.html> 閲覧日 2021/02/23.
- 5) 心臓リハビリテーション：エビデンスと展望：  
[http://www.jcc.gr.jp/journal/backnumber/bk\\_jjc/pdf/J033-1.pdf](http://www.jcc.gr.jp/journal/backnumber/bk_jjc/pdf/J033-1.pdf). 閲覧日 2021/02/23.

## 自立と社会参加のための機能回復をめざして

鳥居 昭久

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

リハビリテーションの目標は、心身に障害を有する人がその障害を克服し、基本的な生活機能を身に付けて日常生活で自立、そして家庭での役割や、就業や就学など社会参加できることである。その際に、何らかの人的もしくは物理的な介助を用いたとしても、日常生活上も、社会的にも自立することを目指している。そして、たとえ障害が残存したとしても、QOL（生活の質＝Quality of life）を少しでも向上させ、その人らしい生活（人生）を送れるようにすることが望まれる。

リハビリテーション過程の中で、回復期は、急性炎症が収まり、全体として病態が落ち着きつつあり、疾患や外傷が治癒に向かう時期である。そして、この時期は身体機能も改善に向かう時期でリハビリテーションとしても重要な時期である。この身体機能の改善をより加速させ、疾患（外傷）前の状態にいかに近づけることができるかは、この回復期にどれだけの理学療法アプローチを展開したかによる。したがって、回復期は、運動療法を中心にした積極的な理学療法に取り組まなくてはならない時期である。

回復期における理学療法は、ICFの障害分類における“機能障害”や“活動制限”が主な対象となり、その具体的な目的は、基本的動作を回復させるとともに廃用性症候群を予防すること、社会生活復帰に向けた全身的な体力を回復すること、これらに加えて日常生活の基本動作能力を回復させることである。そして、最終的なゴール（日常生活自立、就業・就学などの社会的自立）を念頭に、それぞれに必要な活動能力の獲得を目指したアプローチが理学療法には必要になる。

機能障害への理学療法アプローチとしては、①障害された部位の運動機能を可能な限り元のレベルまで回復を図ること、②障害されていない部位による効率的な代償能力を高めて病前とは別の方法で活動能力を獲得し、自立をめざすこと、の二つのアプローチに大別される。

従来、脳卒中などの発症後、約6～12ヵ月程度で身体機能の回復が鈍くなるとされている。この時期は回復期に相当し、理学療法による機能回復の効果が最も高い時期である。この時期に、①のアプローチにより、いかに障害された運動機能を回復させるかが重要である。一方で、一旦障害された中枢神経そのものは、解剖学的にも生理学的にも、その構造や機能が完全に回復するのは困難とされ、②のように、残存機能から、有効に使える代償能力を引き出すのも、この回復期では重要である。そして、これらの改善が、維持期以降、自立と社会参加のためのアプローチの基礎となるのである。

近年、脳科学研究の臨床応用や、再生医療の研究が進み、運動療法による身体機能回復のエビデンスが強固なものになってきた。それにより、理学療法（運動療法）の重要度はさらに増している。これらを背景にして、特に急性期から回復期における期間において、積極的な理学療法を展開することが、身体機能の回復を促進し、その結果として活動能力が向上、障がい者における自立や社会参加の実現を促進することにつながっている。

## 診療報酬（身体障害領域）からみた作業療法士の役割と課題

佐藤 章

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

理学療法と作業療法が、診療報酬として初めて認められたのは1972年であり、その時の名称は「整形外科機能訓練」「身体障害者作業療法」であった。その後数回の名称変更を経て、1992年に「理学療法」「作業療法」の名称となる。この年の医科点数表第7部リハビリテーション＜通則＞に「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復を目的とした作業療法（略）」とあり、これは「理学療法士及び作業療法士法」（1965年）の作業療法の定義とほぼ同様である。その後1996年に病棟ベッドサイド等承認施設外での作業療法の請求が可能となり、作業療法士も急性期リハビリテーションへの対応が求められるようになる。2000年には、主にADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的とした回復期リハビリテーション病棟が制定され、作業療法士がそれまで以上に回復期リハビリテーションに関わることが求められるようになる。2001年に世界保健機関（WHO）が、国際生活機能分類（以下ICF）を提示し、人の健康は、心身機能・活動・生活の3つのレベルからなる生活機能と、環境・個人因子の2因子からなる背景因子が相互に影響しあって構成されており、これらの相互関係を把握したうえで人の健康状態に対応する必要性を示した。そして2002年に設けられた「リハビリテーション総合計画評価料」に、3つのレベルの用語が用いられることになる。この年の医科点数表第7部リハビリテーション＜通則＞に「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、（略）いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的（略）」とあり、作業療法士の役割として、より広範囲の対応が求められるようになる。2006年に「理学療法」「作業療法」に代わり「疾患別リハビリテーション」が導入されるが、2016年の診療報酬改定において、当該保険医療機関外でも一定の条件下で疾患別リハビリテーションとして認められるようになり、その内容は、実際の場合で行われる移動手段の獲得・職業への復職の準備・家事能力の獲得である。このことは、診療報酬上でも心身機能・活動レベルにとどまらず、さらに生活レベルまでの対応が、作業療法士に求められるようになったことを示している。

また、2020年4月版の医科点数表によると、作業療法関連のリハビリテーション料は、心大血管疾患・脳血管疾患・廃用性症候群・運動器疾患・呼吸器疾患・難病患者・障害児者・がん患者・認知症患者・リンパ浮腫等の疾患を対象とし、作業療法士は様々な疾患を有する人々を対象とすることを求められている。

以上より、診療報酬からみた作業療法士の役割として、急性期及び回復期リハビリテーションへの対応が求められているが、その内容は、診療報酬の変化と共に、多様な疾患を有する様々な人々を対象とし、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰への対応から、実用的な日常生活における諸活動の実現への対応、実際の場合における移動手段の獲得・復職の準備・家事能力の獲得への対応へと拡大し、ICFを基本とした対応が求められていると言える。そして重要なことは、これらの対応が生活の場へ継続されることである。すなわち、診療報酬からみた作業療法士の重要な課題は、退院後の生活期リハビリテーションへの円滑な移行を如何にして行うかということであり、今まで以上に、既存の各種制度やサービス等の理解と活用、関係職種や関係領域との協力、さらに新しいシステムの構築等に関わること等が挙げられる。

## 回復期から生活期への橋渡しとしての作業療法士の役割

近野 智子

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

近年のリハビリテーション医学・医療の分野における重要なキーワードは、機能回復や障害の軽減の先にある「活動」である。2017年、日本リハビリテーション医学会はリハビリテーションを「人々の活動を育む医学」と定義した。リハビリテーション医学・医療の目的が、「活動」（ヒトの営みの基本）に着目し、その賦活化を図るという新たな捉え方が明確に示された<sup>1)</sup>。また、作業療法においても、2018年、日本作業療法士協会は作業療法の新たな定義を、「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。」として定めた。生活行為とは、日常生活活動（Activities of daily living ; ADL）と手段的日常生活活動（Instrumental ADL ; IADL）等を含んだ幅広い概念であり、国際生活機能分類における活動と参加に包含されるものである。

リハビリテーションは急性期、回復期、生活期の流れの中で行われるが、特に回復期は主にADLの自立と在宅復帰を目標として集中的にリハビリテーションが行われる。回復期リハビリテーションの効果指標として、Functional Independence Measure ; FIMが用いられる。FIM運動項目合計点はADL自立度の目安を示すと言われており、70点以上の場合セルフケアの自立度が高く、70点未満では半介助または全介助レベルにとどまる。2019年度の回復期リハビリテーション病棟協会の報告書<sup>2)</sup>によれば、FIM運動項目のADL利得（回復期リハビリテーション病棟の入棟時と退棟時のFIM運動項目の得点の変化）は、ADL自立度の高い患者群において約20%から60%に増加している。また、同報告書によれば、退棟時のFIM運動項目得点と退棟時に自宅復帰後のリハビリテーションを行う予定との関係<sup>3)</sup>を見ると、退棟時FIM運動項目70点未満の患者群は介護保険サービスの利用者予定が多いが、70点以上の患者群のうち55%は「リハを行う予定なし」と回答している。ADL自立度の高い患者群の半数近くは、在宅復帰後にリハビリテーションを継続して行っていない可能性がある。

一方、平成28年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟では「生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充」がなされた。社会復帰を指向したリハビリテーションの実施を促すことを目的として、IADLや社会生活における活動の能力獲得のため、実際の状況における訓練が必要な場合には医療機関外におけるリハビリテーション（移動手段の獲得、復職の準備、家事能力の獲得）を1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象に含めることができるようになった。では、回復期リハビリテーションでIADLは向上しているのだろうか。野村ら<sup>4)</sup>によれば、回復期リハビリテーション病棟入院患者104名（セルフケア自立群）を対象に、入院前と退院後のIADL実施頻度を改訂版Frenchay Activities Index (FAI)を指標として質問紙調査を行ったところ、入院前のFAIに比べて退院後FAIはすべてのサブカテゴリーで有意に低下し、退院時予測FAIに比べて退院後FAIは有意に低下していた。つまり回復期リハビリテーションにおいてIADLを向上させる介入が十分行われていない可能性があることが示唆された。先に述べた2019年度の回復期リハビリテーション病棟協会の調査結果と合わせて考えると、在宅復帰後、セルフケアは自立して行えるが、IADLや社会生活活動が十分行えていない人たちがおり、リハビリテーション医学・医療が目標として掲げる「活動」への支援がまだ届いていない現状が窺える。特に作業療法士

は「その人にとって目的や価値を持つ生活行為」の実現を支援する専門職として、回復期及び生活期のリハビリテーションにおいて重要な役割を果たすことが期待される。

【引用文献】

- 1) 一般社団法人日本リハビリテーション医学教育推進機構他(監修):回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト. pp2-8. 医学書院, 2018
- 2) 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会:2019 年度回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. pp114-115. 2020
- 3) 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会:2019 年度回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. pp141. 2020
- 4) 野村めぐみ, 他:回復期リハビリテーション病棟患者における入院前と退院後の IADL 実施頻度と退院時に予測した IADL 実施頻度の比較. 作業療法 40(1):12-20. 2021

## 共生社会への途上 — 社会福祉（学）の貢献 —

柳澤 孝主

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

### 【要旨】

本論は、共生原理の具現化や共生社会の実現へ向けて、社会福祉（学）はどのような貢献ができるのか、このことを問う一試論である。まずは、共生（社会）を語ることの危うさとリスクに触れ、にもかかわらず共生（社会）を語ることの必要性も説いている。その上で、理論と実践との関係を踏まえ、理論的な側面からは「共生福祉学」を構築するべく、その最低条件として、ノーマライゼーション、リハビリテーション、ボランティアの問い直しとそれらの関連性を明確にした。実践的な側面からは、「日常性からの社会福祉」を提唱し、その構成要素として、既知への問い、体験からの発想、生活の援助、それぞれの特性の輪郭を描き、「援助的かかわり」という実践を通して、社会福祉の理念、基本原理、等の理論的側面を言語化・共有化・概念化することの意義を示した。むすびにおいては、本学・東京保健医療専門職大学の建学精神においても明示している“共生社会の実現”に当たって、これからの課題点を提示した。さらには一人ひとりの教職員それぞれが、どのような形で自立した一市民として、共生社会実現への道を歩むことができるのか、という課題も挙げた。

【Key words】 共生社会、共生福祉学、体験の概念化、日常性からの福祉、自立

### 1. はじめに

筆者が最初に“共生”の言葉がつく仕事に従事したのは、1999年刊『新・社会福祉学 - 共存・共生の臨床福祉学を目指して - 』<sup>1)</sup>の分担執筆者の一員として参加したのが最初だった。その時はさして意にとめることもなく、淡々と自分の分担部分を執筆することに専念していただけだった。20年以上経過した今日、“共生”あるいは“共生社会”は、時代のキー・ワードにふさわしいくらいの活況を呈しているといっても過言ではない。令和3年4月からスタートする社会福祉士・精神保健福祉士新カリキュラムに向けたテキスト作りにも従事していることから、この事態を無視してテキスト作りに勤しむことは許されない、と承知しつつ様々な思案を凝らしているのが現状である。また、令和2年3月から“共生社会”を建学の精神に謳った本学・東京保健医療専門職大学に赴任し、共生福祉論をはじめ、“共生”“共生社会”の名のつく科目を複数担当することとなっている。

こうした現状に鑑みて、“共生”“共生社会”に関する諸相を筆者なりに把握し、一定の整理を加えることなしに先に進むことはほとんど不可能となっている。“共生”や“共生社会”を明確に定義することは困難ではあるが、せめて一定の整理を加えて、教育活動や地域貢献等に従事・参加することが適切であると考えている。

本稿は、こうした筆者自身の現況を踏まえて、これまで辿ってきた社会福祉的諸活動の振り返りとその学問的裏付けの意味も含めて、“共生”や“共生社会”へ向けて社会福祉や社会福祉学はどのような貢献をしてきたのか、あるいはこれからしていくことができるのか、その展望を図るための第一歩として提示しておきたいことを綴るものである。

## 2. 共生（社会）を語ること

“共生”や“共生社会”は、先にも指摘した通り、今日様々な分野・領域において取りあげられている。地球温暖化をはじめとする環境問題に着目し、自然との共生が語られる場合もあれば、グローバリズムの進展に伴う多民族多様性の共存・共生が語られる場合もある。現代日本社会の喫緊の課題を含む高齢化、家族の多様化、との関連で、共生社会への道筋をつける必要性もあるという。これらの事柄を含む、外国人、障害者、貧困者やホームレス等の社会的に排除された存在、男女間、世代間、人種間に見られる格差、分断等の社会的問題、これらに向けて私たちの対人関係や社会のあり方はどのような手立てをもって歩んでいったらよいのだろうか、“共生”や“共生社会”が様々な分野で用いられている背景には以上の問題意識から発したものが多いのではないだろうか。

他方で、“共生”や“共生社会”という言葉は、現状の社会情勢や社会問題を克服し、近い将来にその実現を目指していくための対人関係・社会関係像、あるいは来るべき社会のあり方を集約的にそして象徴的に表している場合もある。一種の目標概念あるいは理念として掲げ、現行の社会システム、社会制度、社会資源を問い直し、必要に応じて組み換え再編成し、全体としての社会を更新していくためのシンボリックな役割を担っている側面も無視できないだろう。

“共生”や“共生社会”が幅広い領域・分野で重用され話題に上ることの良し悪しは、それぞれ様々な観点から取りあげられても不思議はない。しかしながらそうした取りあげられ方とは次元を異にした次のような適切な指摘は、避けることなく、正面から受けとめ、それぞれの領域・分野において慎重に検討しておく必要があるだろう。

美学や現代アートを専門としつつ、障害者独自の身体的世界を、その体験的インタビューを通して描いている伊藤亜紗は、多様性、ダイバーシティ、共生という言葉に触れ、次のような見解を示している<sup>2)</sup>。

第一に、多様性やダイバーシティという言葉が重要なことを指していることは間違いないけれど、これらを強調すること、尊重することを訴えるだけでは不十分であると指摘する。どういうことか。多様性という言葉は、現在の状態を語る一つの状態概念であり、ではこの状態をどうしていったらいいのか、という展望まで語る言葉ではない。多様性を強調することや、多様性の尊重を訴えることは、解釈の違いによって「みんなちがって、みんないい」という金子みすゞの詩も「それぞれみんな違う存在なのだから、やり方も違うし、お互いに干渉するのはやめましょう」ということになりかねない。より大きなレベル、たとえば国家的レベルで考えても、二百数十年前に多民族国家として出発したアメリカ合衆国は、多民族間の差別の問題や、主義主張の違いによって、21世紀に突入した現在でも、“分断”の危機は免れられていない。経済的格差をはじめとする格差の問題は、拡大の一途をたどっている。もちろんこれらの問題をすべて一緒くたにして誇大視する必要はないけれども、多様性を強調したり尊重したりすることは、分断や格差の問題と紙一重にあることを認識する必要があるだろう。

第二に、第一の言葉の一人歩きの危険性を防ぐためにも、多様性等の言葉をできる限り具体的な

状況との関連において語ることが求められる。例えば、男性は攻撃的だ、女性はおしゃべり好きだ、同様に、高齢者は…、障害者は…、子供は…、といった具合に、男性一般、女性一般、高齢者一般等々からしか物事や事態を語ろうとせず、少しも具体的状況とのかかわりの中から事態を把握しようとしないのであれば、それらは思い込みや先入観、誤解、悪くすると偏見や差別にまで発展しかねないのである。多様性やダイバーシティを語る際にも、一般論からしか事態を語ろうとしない態度は、思わぬ先入観や偏見に陥ってしまうリスクを認識しておく必要がある。もちろん、一般論を頭ごなしにすべて悪だと決めつけようとは思わない。具体的な状況を語り合う中から、男性の傾向、女性の傾向、等々を見出すことはあるだろう。場合によってはこれまでの一般論や一般的傾向とみなされていたものを修正する必要も出てくるかもしれない。大切なことは、一般論から始まって一般論で終わってしまう危険性から脱して、具体的状況の中で言葉や事象を検討していく姿勢であると言えよう。

第三に、個（人）の多様性を認め合えるかどうか、ということが指摘される。筆者は、大学の教員である。学生にとっての教員ではあるが、一定の研究分野における研究者でもある。家に帰れば二人の子供の父親でもあるし、妻にとっては夫である。春になれば、週末は都内の野球場に出かけ野球観戦を楽しむ野球愛好家である。山歩きを好むトレkkerでもある。文字通り、多面的側面・多様性を保持する一個人である。筆者に限ったことではない。妻の多様性も、二人の子供の多様性も知っているし受け容れてもいる。家族のメンバーそれぞれの多様性を知っており受け容れている、ということが可能なのは、日常的に彼らとのかかわりがあるからである。それでもときどき、妻にはこんな側面もあったのか、子供たちにこんなことができるとは驚きだ、という事象に出会う。個人の多様性を認めるとは、互いにかかわりあう中で、見えていない側面やその可能性をも認める、そういったことを含むのだろう。

伊藤は、多様性やダイバーシティという言葉の孕む危うさやリスクを、こうした三つの側面に集約して説明している。本論の趣旨である社会福祉（学）からの貢献という側面から、若干の考察を加えておこう。

第一の側面に関しては、社会福祉は 1940・50 年代からノーマライゼーション (normalization) という原理を掲げてきた。障害者が普通の暮らしをしていくために、障害者と健常者との関係のあり方や社会のあり方を根本的に問うていくことが必要である、こういった考え方が命題となったのである。障害者と健常者という比較的限られた脈絡の中ではあるが、それぞれの存在や暮らし方の違いは存在するものの、それらを認め合った上でともに生活していくことの可能性をも投げかけていることが見て取れる。詳しくは後述に譲る。

第二の指摘に関しては、「援助的かかわり」を基本あるいは前提とする社会福祉（学）にとって極めて重要なことを含んである。「援助的かかわり」という具体的状況下における実践の中では、援助者と被援助者の役割上の違いは明確なものである。この違いを踏まえ、さらにはそれを越えていく努力も必要になることもあるだろう。援助者にとっての陥穽は、高齢者は…、障害者は…、クライアントは…、患者は…、といった単なる一般論にあるわけではない。むしろ、過去に援助者その人自身がかわった、あのお年寄りはどうだった、あのクライアントにはこうしたら効果があった、あの患者にはこうした試みをした、だから同じ病気のこの人にはこういうことが有効だろう、こうした類いの類型的一般論の中にある。この類いの枠組みの中でしか、目の前にいるクライアントや患者を捉え切れなかったら、当のクライアントや患者はどのように感じるであろうか。不安に陥る人がいるかもしれない。あるいは十把一絡げにしか自分のことを見ていない援助者に腹を立て、

信頼関係どころではなくなるかもしれない。こうした事態を防ぐために、援助者は、似たようなクライアント・患者であっても、それぞれの背景や生きる意味の異なる、それぞれ別個の個人である、といった個別化（individualization）の態度を大切にしている。社会福祉の特性においては、こうした個別化の態度を、一つの領域にとどまらせないで、他の領域の援助者や担当者と連携・協働して、領域間個別化の姿勢で援助を展開していく。

第三の指摘に関しては、上述の個別化や領域間個別化の姿勢を大切にするとともに、受容の姿勢で相手へとかわる。個人の多様性、潜在的可能性、場合によっては無限性へと開かれる特性を、「まるごとのあなた whole self」<sup>3)</sup>として引き受け、認めていく姿勢は、社会福祉の実践的側面を代表するソーシャルワークの世界では、受容あるいは受け容れ（acceptance）の姿勢としてよく知られている。

もちろん、伊藤の指摘する多様性、ダイバーシティ、共生等の言葉を語ることの危うさやリスクを、社会福祉やソーシャルワークの原理・原則によってすべてを克服していけるとは限らない。社会福祉論者・研究者の中には、具体的状況を踏まえず、原理・原則、あるいは理念や一般的理論をもって、私たちが置かれている現実世界を語り切れると固く信じているものも皆無ではない。しかしながら、少なくとも「援助的にかかわり」を基本とし前提とする援助者や研究者は、「援助的にかかわり」という具体的状況の中で、ノーマライゼーションや個別化（領域間個別化）の姿勢・あり方を具体的に問い続けている存在でもある。こうした芽が存在する限り、共生や共生社会へ向けて、社会福祉（学）の貢献の可能性を論じることはあながち無駄なことでもないだろう。

### 3. 理論と実践

理論と実践の問題は、古くて新しい問題である。そして何よりも、絶えず問われ続けていかなければならない問題である。ここで本格的にこの問題を取り上げ二つの関連性等を適切に指摘する余裕はない。というよりも筆者にはその力量がない。にもかかわらずここでこの問題に触れておきたいのは、すでに指摘した通り、社会福祉に関連するいかなる営みも、「援助的にかかわり」という実践を基本あるいは前提としたものであるが、それでは基本原理や理念、概念等を含む理論的検討をないがしろにしてもいいのかというと、決してそんなことは言えないからである。ここでは、すでに格言に近い理論と実践にかかわる言葉を挙げ、それに関連する社会福祉におけるある言明とエピソードを紹介しておく。

「実践なき理論は空虚であり、理論なき実践は盲目である」。筆者がこの言葉を最初に目にしたのは、恩師の心理学者早坂泰次郎の主著『人間関係学』<sup>4)</sup>の扉裏にて、社会心理学者クルト・レヴィン（Levin, K.）の言葉として表示してあるのを目にした時だった。その後、インターネット等で検索してみると、レヴィンだけが残している言葉ではなく、古くは、ドイツの哲学者イマヌエル・カント（Kant, I.）や20世紀に入ってから経営学の世界で著名なピーター・ドラッカー（Drucker, P.）も同趣旨の言葉を残していることを知った。正確に誰がこの言葉を残したのかを詮索するよりも、少なくともそれぞれに学問分野が異なる三人のその道の大家が同趣旨の言葉を残している事実の方が大切である。それほど理論と実践の問題は大切であり、この両者は言ってみれば、車の両輪を形成する間柄にあるということである。

社会福祉の領域でもこのことに触れる言明やエピソードがあるが、ここで繰り返し指摘しておきたいことは、社会福祉（学）は、「援助的にかかわり」という実践を基本にしている営み、あるいはこの実践を入り口・前提にした営みであるということである。さらに、こうした実践を通し

て、あるいは実践をしている中で、原理や理念、理論的なことを問い続ける営みであるということである。もちろん車の両輪としての両者の存在は欠かせないのであるが、実践を通して理論的なことを問い続け、修正の必要があれば修正し、次なる実践の道標にしていく、こういった姿勢を大切にすることが社会福祉には求められている。

足立叡は社会福祉における理論と実践の関連性を“体験の概念化”という極めてシンプルな言葉で示している<sup>5)</sup>。シンプルな言葉ではあるが、社会福祉における理論と実践の関連性と両者の関係の意味を、例えば社会福祉の実習という実践活動のなかでの学びとして挙げ、その深化も図っている。

社会福祉の現場実習を経た複数の学生が自らの実習体験を報告するグループ・スーパービジョンの会合が開催される場合、肝要なことがいくつかある。報告する学生はまず、体験報告を既存の概念（専門用語）や理論にとらわれることなく、自分自身の言葉で自らの体験を発表する。利用者（クライアント）とのかかわり、そこには失敗したこと、感心させられたこと、学んだこと、実習指導者からのアドバイス等も含まれる。まずは報告者である学生は、自らの実習体験を明確化し言語化することが求められる。ここで重要なことは、再度指摘することになるが、自分自身の言葉で明確化・言語化することになる。出席している他の実習体験学生からの意見、感想、質疑応答、その他のコメント、実習担当教員からの指摘、確認、アドバイス等。これらを経て、報告された学生の実習体験を多角的・多面的に検討することが可能となり、と同時にコメントした学生の実習体験との異同を問うことも可能となる。併せて実習体験の共有化へと向かう。当の実習報告を行った学生はさらに、グループ・スーパービジョンによって得られた発見や気づきを考察する機会を得ることになる。その際には、今度は、既存の理論や概念、基本原理・原則等も参照しながらの考察ということもあるだろう。そして場合によっては、既存の理論等が自身の実習体験という実践と噛み合わないことがあったり、そぐわないこともあるかもしれない。こうした一連のプロセスそのものが“体験の概念化”というものであるが、場合によっては既存の理論等を修正していく力に発展していくこともあるかもしれない。

ここで紹介した“体験の概念化”という過程は、社会福祉における理論と実践の関係を表すものの一例であるとともに、学生の実習体験という実践だけにとどまらず、「援助的にかかわり」という実践を旨とする社会福祉実践全般にとって重要なことである。なぜならば、自身の長年にわたる社会福祉実践という経験だけを頼りにして、社会福祉研究による知見や理論を排除してしまう経験主義的援助実践者は皆無とは言えない。“理論なき実践”のリスクに対して背を向けている社会福祉の現場スタッフは決して少なくないという現状がある。また、最新の知見や理論、モデル、あるいは情報を参照するのはいいのだが、それら知見、理論、情報に照らされた現実しか見ない、いわば知的合理主義的な援助者も時に見かけられる。ギリシア神話に登場する“プロクルステスの神話”（ギリシア神話に登場する逸話。ここでは、科学者が学説に忠実であろうとして、学説に当てはまらない部分は、生きた人間からはみ出た部分を切り捨ててしまう喩のこと）<sup>6)</sup>の現代版である。“実践なき理論”という机上の空論の虚しさに一刻も早く気づいてほしい存在でもある。

こうしたタイプの社会福祉援助者の数は決して多くはないが、実際に見かけられる現状からも、“体験の概念化”の必要性を考えないわけにはいかないし、できればそれを警鐘としてとらえ、適切な援助の組み換えなり更新へと展開してほしいものである。

#### 4、「共生社会学（論）」の条件

前節において、社会福祉における理論と実践の問題を取り上げた。“共生”や“共生社会”へ向けて社会福祉学が一定の貢献ができるとしたら、社会福祉領域における“共生”“共生社会”のとりえ方を示し、共生福祉学の構想のための条件を提示しておくことが大切ではないかと考えている。ここでは、社会福祉の基本原理や理念に関連する軌跡を簡略に辿り、理論的側面の支柱となっている三つの考え方を以下の通り順次要点のみを整理する。

##### ① ノーマライゼーション

ノーマライゼーション (normalization) とは、デンマークで制定された「1959 年法（ノーマライゼーション法）」に記述された理念である。この制定には社会省のバンク・ミケルセン (Bank-Mikkelsen, N.E.) が尽力した。彼は、第二次大戦中にナチスドイツに捕らえられ収容所生活を送っている。戦後、社会省に入った彼は、一般国民と知的障害児の生活が信じ難いほどかけ離れており、知的障害児施設における生活は人権侵害であるとする親の会の訴えを聴く機会を得た。知的障害児の入所生活に、自身の収容所生活での生活と同様のものを見立てた彼は、「障害がある人たちに、障害のない人々と同じ生活条件をつくりだすこと」<sup>7)</sup>が肝要であると考え、ノーマライゼーションの理念を提唱した。

ほぼ時を同じくして、スウェーデンのニリエ (Nirje, B.) もノーマライゼーションの理念を唱え、スウェーデンでも 1968 年にデンマークの「1959 年法」と同趣旨の法律が誕生した。ニリエによるノーマライゼーションは、「社会の主流となっている規範や形態にできるだけ近い、日常生活の条件を知的障害者が得られるようにすること」<sup>8)</sup>と定義された。親しんできた地域社会で暮らし、そこから通勤・通学し、余暇は趣味に精を出す。こうした日常生活のリズムがノーマルに刻まれ、知的障害者の要望や自己決定の表現に相応のノーマルな尊敬が払われ、経済生活や環境の水準がごくノーマルであることなどが障害者の権利として保障される必要がある、と主張した。

ヴォルフエンズベルガー (Wolfensberger, W.) は、ノーマライゼーションの理念を北米やカナダで広めた。バンク・ミケルセンやニリエが、社会環境や生活条件を整えることによって個人が暮らしやすくすることを目指したのに対して、ヴォルフエンズベルガーは、障害者個人の能力を高めることや社会的イメージを向上させることに重点を置き、後にソーシャル・ロール・ヴァロリゼーション (social role valorization: 社会的役割の維持)<sup>9)</sup>という考え方を提唱した。これは、個人の側の諸能力やイメージを高め、既存の社会への適応の方向へと舵を切る、適応主義的なノーマライゼーションという考え方の推進ととれるものであった。

代表的な三者のノーマライゼーション理念の考え方を紹介したが、時を経るに従いそれぞれの考え方も変化していった。北欧二人の考え方は当初、知的障害者の生活をできる限り一般国民の生活と同等のものとしていく姿勢が見られた。ここには「ノーマライゼーションの同化的側面」<sup>10)</sup>が芽生えていると言えよう。ヴォルフエンズベルガーの考え方はこれをさらに徹底させ、障害者個々人の能力を高めイメージを高揚させていくことがその QOL を高めていくことに貢献することを主張した。「ノーマライゼーションの同化的側面」をより徹底した、既存の社会への適応主義的なノーマライゼーションを展開させていった。

これに対して、特にバンク・ミケルセンは、1970 年代頃から知的障害者の「平等・権利獲得の原則」「市民権獲得の原則」を唱え、「ノーマライゼーションの異化的側面」<sup>10)</sup>に注目し、「いかなる少数派も尊重し、多様性こそを認め合いつつ共生しうる社会、他と異なる独自の価値観や生活

様式をもつ少数派であることに互いに誇りをもっていきいきと生きることができる社会を実現することを重要な社会目標にかかげている理念」<sup>11)</sup>へと転換させていった。

「ノーマライゼーションの同化的側面」は、既存の「社会におけるノーマライゼーション」(normalization in society) を意味し、社会均衡モデルとでも表現できるようなものに連なっていくものであろう。それに対して「ノーマライゼーションの異化的側面」は、既存の社会を変革していく「社会（そのもの）のノーマライゼーション」(normalization of society) に向かうものである。社会改革論や社会改革モデルへと連なるものでもある。現代に求められる“共生原理”や“共生社会”へと展開していくものは、言うまでもなく後者の「ノーマライゼーションの異化的側面」ということになる。

## ② リハビリテーション

リハビリテーションという言葉を目にすると、脳血管障害による後遺症や交通事故で負った四肢機能障害などの機能回復等、どうしてもフィジカルな次元における機能回復訓練などをイメージしがちである。しかし、このように限定された意味で理解されるのは、世界的には稀である。語源的に rehabilitation という語は、re（再び）とラテン語の形容詞 habilis（相応しい、適した、英語の fit に相当）、～ation（～にすること）から成る合成語である。整理して文字通り把握すると、「再び相応しい（適した）状態になること、あるいはすること」（to make fit again）となる。habilis や fit のもつ「人間として相応しい」「人間らしい」というニュアンスからすれば、リハビリテーションとは、一人の人間として相応しい権利、資格、名誉、尊厳などが何らかの理由によって一時的にでも喪失されたその当人へと、その失われたものなどが回復されることを意味する。したがって、欧米社会では「師匠からの破門の取り消し」「無実の罪の取り消し」「名誉の回復」「機能回復」「障害者の社会復帰」などと、その意味するところは幅広く理解されるのが一般的である。そして、障害者について限定的に用いられる場合であっても、「個々の身体部位の機能回復のみを目的とするのではなく、障害を持つ人間を全体として捉え、その人が再び『人間らしく生きられる』ようにすること、すなわち“全人間的復権”を究極的な目標とする」<sup>12)</sup>ことである。

さらにより掘り下げて考えてみると、障害者に限らず、人間であるならば誰でも避けられない事実にまで目を向けることも大切である。“病氣”“老い”“障害”“死”といった事象は、人間にとっては避けられない事実であるにもかかわらず、健康に日々を過ごしているときはまるでそれらは存在しないかのように私たちの多くは振舞っている。そうして、いざ病いに罹った時、障害を負った時、老いや死がすぐそこに迫った時、私たちの多くは慌てふためき過度の不安に慄くしなくなってしまう。人間にとって避けられない事象であるならば、たとえ病氣や障害、老いや死といった一見否定的な事実であっても、それらから目を逸らさず、むしろ引き受けていく姿勢を通して学ぶことさえ可能になってくる。医学的には病氣に罹患している人間は健康とは言えないけれども、病氣という人間的事象から目を背けることなく引き受けて生きる人間の姿は、真の意味で“健康的”に生きている姿であるとは言えないだろうか。このいわば、「人間のリハビリテーション」は、先述した“全人間的復権”と並んで、人間にとってなくてはならぬ営みであると言えよう。

## ③ ボランティアリズム

近年頻発している自然災害に際して、ボランティア活動の躍進は誰もが認めていることであるし、これからもその促進が期待されることである。ややもするとその無償性にばかり目が向けら

れがちであることも否定できないが、不幸な事態に巻き込まれ呻吟する人々に向けて何かできることはないかと暗中模索を繰り返しながら自分にできることから始めるボランティア活動は、他の誰彼から命令・強制されるものではなく、自ら進んで、自発的・主体的に取り組むからこそ意味のあるものとなっている。そして、この自発性・主体性こそがボランティア活動の本義であり中心的支柱でもある。ボランティア (volunteer) やボランタリー (voluntary) の語源はラテン語の *voluntas* や *voluntarius* にあり、自由意志や自ら進んで行うことを意味していた。国際的には、自発的に行動すること、という位置づけでこの言葉は使われている。語源的意味からしても、その本義とするところは、自ら進んで行う行為全般、あるいは事象や事態に自発的・主体的に取り組む人間の態度・姿勢そのものを指し示すものである。これらを支える基本的考え方や理念・信念が、ボランタリズム (voluntarism) といっているだろう。

ではどうして困難な事態へと、場合によっては危険性さえ伴う事態に、自ら自発的・主体的に取り組むことが可能になるのだろうか。どうしてこのボランティア活動は称賛を得ているのだろうか。様々な理由を憶測することは可能であるが、行きつくところは、自分の身近なところから起ころうとも不思議ではないこと、地震や水害等の自然災害、公害や原発事故等人災の絡むこと、これらは日本社会に暮らしていればいつ身近なところで発生しても不思議ではないことである。決して他人事として見て見ぬふりをして済まされることではない。そうであるからこそ、自発的・主体的に取り組むことができる、あるいは取り組まざるを得ないこととは言えないだろうか。この主体的取り組みに様々な理由からそれができないでいる者は、場合によっては、ある種の“うしろめたさ”<sup>13)</sup>を抱え募金活動等の寄付行為にもつながっているとの指摘も、決して的外れなものであるとは言えない。なぜならば、我が事としてのボランティア活動とこの“うしろめたさ”とは、人間としての行為や姿勢の裏表の関係にある事象としてとらえることが妥当であろうから。

本義である自発性・主体性に支えられながら、災害被害者やボランティア仲間等との絆・つながりを築き (社会性・連帯性)、代価では換えられない (無償性) 諸行為のかけがえなさが大きな称賛を得るところにまで発展していくのだろう。さらには、しばしば見かけられる既存社会のシステムや制度では対応しきれない事象にも、積極的に取り組み、苦労を経ながらも工夫していく姿勢 (創造性) には、既存社会を更新していくイノベーションとも言うべき芽さえも発している場合が少なくない。災害を乗り越えていく力は、災害からの復興 (レジリエンス: resilience) という主張・運動となり、ボランタリズムとの関連において語ることも欠かせない。

以上三つの社会福祉に関連する理念・基本原理を概略してきたが、これら三つはそれぞれ互いに無関係に成立しているわけではない。ノーマライゼーションの異化的側面は、「社会のノーマライゼーション」を要請し、既存の社会を変えていく力にもなる。当初は、障害者と健常者とのかわりの中で考えられていたノーマライゼーションは、時を経て、障害者だけではなく、社会的マイノリティを含む社会的弱者にまで展開し、現在では、生活者一人ひとりの存在を独自の存在として認め合う方向にまで発展してきた。生活者一人ひとりを見ていけば、形はそれぞれに異なるものの、それぞれが自らの内に多様性や可能性を保持する「まるごとの自分 (whole self)」であることを自身も認め、家族や地域社会、友人、場合によっては援助者との関係の中で認め合う、といった「社会のノーマライゼーション」は、生活する主体であれば誰にとっても不可欠なことである。

不可欠なことの中には、避けることのできない病気や老い、障害、死も含まれる。「まるごとの

自分」にとって欠かせない事象であるならば、それらを避けるのではなく、引き受け見極めることでしか、人間にとっての意味、生きる意味が見出せないのである。こうして「人間のリハビリテーション」は生きる意味を見出していくためには必要なことである。

と同時に、「社会のノーマライゼーション」は、ここにおいて具現化されるものである。逆に、既存の社会通念や社会的偏見から脱するといった「社会のノーマライゼーション」が存在してこそ「人間のリハビリテーション」は可能になる。両者はこの相互関連性の中にあって、互いに他の存在を欠かせないといった関係にあるのである。

さらに、この両者は、決して、他人事ではなく、生活者であるならば誰にとっても、我が事として、当事者として取り組んでいかなければ意味のない取り組みになってしまう。災害時の復興においては、言ってみれば「社会のリハビリテーション」とも表すべきレジリエンスの発想がなければ、そこで暮らす人は新たな地域社会の中で生き直すことが困難になってしまう。災害によって破壊されてしまった地域社会は、元通りに復元させる復旧のあり方だけでは、暮らすことが難しい人が数多く存在する。元通りに戻せないことの中には、建物をはじめとするハードの部分も含まれるが、多くは家族関係や地域社会におけるメンバー間で構築してきた対人関係が占める。災害を機に、ただでは転んでいない、生き直すレジリエンスの発想が必要なのはこのためである。ボランティアの創造性という特性の中には、既存の社会を刷新していく可能性も蔵している。「社会のノーマライゼーション」は、既存を越えていく創造性の力が必要であることは言うまでもないだろう。

## 5、「日常性からの社会福祉」の提唱

これまでも何度か指摘してきた通り、社会福祉（学）は、「援助的かわり」をその基本として発展してきた（学問的）営みである。現代的な社会福祉は、社会的弱者をその対象とする営みから、社会を構成する生活者全般の生活への援助（支援）を実践する営みへとシフト・チェンジしつつある。このことは、援助する側、援助される側の区別以前に、生活者たる存在の生活そのものにおける実践のあり方が問われ、その問われ方次第によっては援助者であった者も援助が必要な存在に転換し得る、ということの意味する。一層身近な私たち自身の生活が問われ、援助者・被援助者の相互転換性という性格からすれば、私たち自身にとって身近で当たり前になっている生活そのものを問う中に、生活者への援助のヒントがあり得るということでもある。ここでは、身近であるがためにかえって見えにくくなっている私たち自身の生活へ向けての①既知への問い、という試みをまずは提示する。次いで、上述の生活における様々な体験を明確化する試みとして②体験からの発想、ということに触れる。そして、③生活の援助、ということのいくつかの特徴を示しておく。これらは、前節で指摘したボランティアにおける、他人事ではない我が事としての当事者の日々の実践活動の中に意味を見出す試みだともいえる。

### ① 既知への問い

たとえば、家庭内や家族関係において、当たり前のこととして自明視されやすいのはどんなことだろうか。家族のメンバーが血縁関係で結ばれているということは、通常は問われずに当たり前のこととしてそれぞれが暮らしている。家族であれば言い争いは家庭内で様々にあるけれど、少なくとも対外的・家庭外に向けては平穏無事であることが装われたり振舞われたりすることが当然のこととして受けとめられている。無意識的であれ意図的であれ、家庭内で幼い子供のしつけを行うことは当然のことと考えられているが、ある家庭内で日常的に行われているしつけの方法は、誰かか

らさして問われることもなく日常的な一行為の方法として実施されている。

それでは次のような問題が起きた時はどうすればいいのだろうか。子供がふとしたきっかけで、自分と親との関係は血縁関係ではなく、養子縁組によって成立した関係であることを知った時。同居している祖父母がともに、認知症の症状が進行し、介護が必要になった時。子供のしつけの方法が実は虐待に当たるかもしれないとわかった時。

家庭内や家族関係において日常的になっていることは、通常は問われることはない。逆に言えば、問われることがないから日常性の名に相応しいとも言える。これらの日常的自明性は、壊れかかったり、失われそうになったり、機能しなくなったり、という危機的状態になった時に初めて、その重要性、不可欠性が気づかれる場合が多い。しかも日常的に当たり前で自明的になっていることほど、私たちの家庭生活には欠かせない重要なこと、これなしには一日たりとも暮らしにくいものが圧倒的に多い。だとすれば、危機的状態や致命的になる前にいち早くそれらに気づく必要がある。「言うは易く、行うは難し」の典型例がここにはある。

誰も解明したことのない難問に挑む、こういったことに関して答えそのものを導き出すことは、言うまでもなく多くの困難が伴う。けれども、答えを出すことの困難は測り知れないものがあつたとしても、問いそのものを立てることは比較的容易である。これは「未知への問い」の大きな特徴である。

家族に関連することで、日常的に行われていて当たり前すぎる自明性の中に埋もれていること、毎日繰り返し行ったり体験したりすることに向けて、その意味では熟知していることに改めて「既知への問い」を立てることは、「未知への問い」とは対照的に、問いそのものを立てることが難しい<sup>14)</sup>。家族や家族関係に関する自明的になってしまっている問題に向けて「既知への問い」を立てていくためには、家族のメンバーのそれぞれが自由にそして正直に逃げずに、家族の諸事象や問題となっていることに、自立的に指摘し合うといった姿勢が求められる。しかしこれが困難であれば、第三者の介入も必要になるだろう。社会福祉専門職たるソーシャルワーカーの介入が必要になることもあるかもしれない。その際にソーシャルワーカーに求められることは、当の家族と“ともに”生きようとする臨床的視点に基づいて、その家族の抱えている問題を直視し、解決へと導いていくことである。それとともに、あるいはそれ以上に、家族のメンバーのそれぞれが、自分たちの抱えている問題を直視し、自らの表現で互いに問題を指摘し合える言葉と力を涵養していくことが必要となる。場合によっては、これまでの家族のあり方や家族関係を解体（脱構築：de-construction）し、新たな家族のあり方・家族関係の再構築（re-construction）も必要になってくるかもしれない<sup>15)</sup>。

## ② 体験からの発想

筆者はかつて福島県にある大学に勤務していた時、担当していた授業に震災語り部のAさんを臨時講師として招き、学生に地震の被災体験、特に津波に飲み込まれかなりの距離を流された体験を語ってもらったことがある。Aさんは当初、自身の津波体験を他の人に語ることは消極的だったという。はるか沖に真黒に染まった壁のような波を見つけ、妻と二人で逃げた。逃げる途中で80歳を超えていると思えた高齢女性に出会い、津波が迫っていることを告げ、一緒に逃げた。にもかかわらず“黒い壁”に追いつかれ飲まれてしまった。気がついたら神社の赤い大きな鳥居の下に横たわり、妻の呼ぶ声で我に返った。高齢の女性は津波に飲まれた後しばらく行方が分からなかったが、後に遺体となって発見された。高齢女性を助けられなかったこともあり、自責の念に駆られた。この体験を語ることに消極的だった理由はここにある。消極的だったとはいえ、地元の小中学校か

らの依頼や隣県からの依頼を断り切れず、語っているうちに、「津波てんでんこ」<sup>16)</sup>という三陸地方の言い伝えに出会い、励まされもした。繰り返し震災語り部として自身の体験を「語る」中で、徐々に、失われたはずの、津波に飲まれてから神社の鳥居の下で目が覚めるまでの記憶もよみがえってきた。津波に飲み込まれてから束の間は、高齢女性の手を放さず頑張っていたが、自らの命も危ないと感じた時に、意図してかせずか、不分明なうちに手が離れていってしまった。津波がやや引いていったときにそこからやっとの思いで抜け出せ、必死になって鳥居の下まで走り至り、息も絶え絶えに倒れてしまったのだ。

筆者は、当初Aさんの記憶が失われた部分は、実は記憶を失ったのではなく、正確には記憶が混乱状態になっていたのではないかと理解している。繰り返し自身の体験を語る中で、混乱していた記憶が整理されてきて、失われたはずの部分も明確になり、語れるようになったのだと確信している。それでは、どうして混乱した記憶が整理され語れるようになったのだろうか。聴き手の存在が大きいのではないだろうか。一生懸命聴いてくれる小中学生。的を射た質問を送る大学生。時に涙をも拭わず共感してくれる隣県の一般人。Aさんは、形は違っても、一心に聴く姿に何度も触れ、当初は自身の体験を語ることに消極的であったが、今は語り部を続けていくことに生きがいを感じているという。熱心に聴いてくれる姿に触れ、救われ、励まされ、勇気づけられているのだという。

考えてみれば、認知症高齢者へのナラティブ・アプローチ<sup>17)</sup>、セルフ・ヘルプ・グループにおける語り合いやヘルパー・セラピー原則 (helper-therapy principle)<sup>18)</sup>、精神障害者の当事者研究という試み<sup>19)</sup>、これらはそれぞれに対象となる相手も違うし、領域も方法も異なる。共通することは、それらに参画する当事者同士の語り合い、耳を傾け合う聴く姿とその存在の力。精神科医として高名なフロム・ライヒマン (Fromm-Reichmann, F.) は、援助者の技術としての傾聴 (active listening) よりも、言わば、存在をかけて聴く力 (to be able to listen) を大切にし、援助者の最も大切な素養と指摘した<sup>20)</sup>。

自身の体験を語る本人にさえ見えていない、自らの側面も含めた「まるごとの自分」(多様性、可能性、無限性)を自らの言葉で語り、そのまるごとの存在を、全身全霊をかけて引き受け、一心に耳を傾け聴く姿、こうした光景は実は、日常の何気ないやり取りの中にも、少し注意のまなざしを向けてみれば容易に気づけることなのではないだろうか。

### ③ 生活の援助

私たちの生活は誠に多岐にわたっている。命にかかわることや身の周りのこと、家族関係や近隣を中心とした地域社会の人々との交流、職場組織における諸関係、役所をはじめとする行政との折衝、一生続くであろう親戚や同窓生との間柄、ネット社会においてはSNS上のやり取りをきっかけにしたコミュニティ形成過程における諸関係、これら様々な社会諸関係、身近な対人関係の網目の中で私たちの生活は成り立っている。さらに意図的、非意図的を問わず、様々な領域・分野から提供される社会諸サービスのシステムの中に組み込まれている。保健医療、社会福祉、教育、司法、労働等々はその一部である。

私たちは通常、こうした諸関係の網の目や社会諸サービスのシステムの中に組み込まれながらも、生活の主体的存在 (生活者) としてこの諸関係、諸サービスに調整を加えながらそれらを自分なりに“カスタマイズ”して自らの個別的全体性を保って日々暮らしている。

たとえば、筆者が数か月の療養を必要とする病気に罹ったとしよう。まず求められるのは、保健医療サービスを受けるべく入院等の措置を取ることである。しかしそれは、社会諸サービスのうちの保健医療サービスを受けるということだけにとどまらないこともしばしば起きる。入院中の医療

費や生活費の問題、広い意味での社会福祉における社会保障サービスや労働上の諸サービス体系にかかわる問題も生じてくるかもしれない。また、これら諸サービスを受給する場合、少なくとも一時的には、休職等の職場勤務を停止する措置をとらなければならない、家族関係や地域社会での役割を一時免除してもらう方策も必要である、といった対応も欠かせない。こうした社会諸サービスや社会諸関係上の調整は、筆者個人だけで何とかなる場合、家族や職場の同僚の助けを借りて乗り越える場合も多々あるだろう。それでもどうにもならない場合は、社会諸サービスのそれぞれの担当者や社会諸関係における責任者等の連絡調整等の力を借りる場合も出てくるだろう。あるいは、諸サービス間の調整や社会諸関係の力を、それぞれの担当者・責任者の連携・協働の下に集結させ、いわば“司令塔”役を社会福祉専門職に委ねる必要が生じてくるのかもしれない。

生活の多様性を視野に入れながら、「まるごとの自分・存在」の中に集約させていく力は、社会福祉の実践においては個別化の態度としてすでに指摘した。さらに、社会福祉の実践において視野に入れておかなければならないことは、「まるごとの自分・存在」を認め維持していく上では、すでに指摘した「社会のノーマライゼーション」や「人間のリハビリテーションが」が欠かせない場合も多くある。しかもそれは、他人事ではなく、誰にでも起こりうる身近な生活の多様性の中に潜在している。

社会福祉の現場実習を経た学生の「私は、今回、実習を体験して、将来ソーシャルワーカーになる、ならないとは関係なく、自分について学び、知ることの大きなきっかけを得ることができました。私は、もっと普段の自分の生活を大事にしなくてとはと、つくづく思いました」<sup>21)</sup>という言葉、そしてこれと同趣旨の言葉を毎年のように実習学生は発してきた。利用者・クライアントの生活に触れていくことは、生活者たる自分自身の生活を問い直していくことが必須であるということの気づきといってもいいだろう。生活の多様性を全体的に「まるごとの生活」として支えていく生活の援助は、身近な自分自身の生活の中にも大きなヒントが隠されている可能性がある、ということである。

#### 6, むすびにかえて - 私たちは何ができるのか、市民としてどのように生きるのか -

むすびにかえて、私たちが取り組んでいくべき課題をここに提示しておこう。

第一に、本学・東京保健医療専門職大学はどんなリハビリテーション専門職を育成するのか、という点にかかわっている。「健常者・障がい者、若年者・高齢者など多様な人々が『共生できる社会の実現と発展』を目指す」という建学精神の下、既存の専門学校や四年制大学とは異なる育成方針が問われる。本論のテーマ「共生社会」と密接に関連する課題であるため、見守りつつ検討し続けていくことが必要である。共生社会実現のための社会的使命として位置づけられる課題である。

第二に、本学・東京保健医療専門職大学は地域社会へ向けてどんな貢献ができるのか、という課題である。地域貢献、社会貢献はもはや大学にとっては、社会的な常識にも近い事柄である。地域社会における社会的責任としても位置づけられる問題である。いかに具体化していくかということが問われることになる。

第三に、私たちは責任ある一市民として身近な他者へとどのようにかかわっていくのか、という課題である。本論で示した、他人事ではなく、自分の身近な問題として問い続けていく課題である。共生社会を構成する自立した市民として、何ができるのか、そしてどのように生きていくのか、というシティズンシップ (citizenship)<sup>22)</sup>の問題として議論を深めていく必要がある。

第四に、なぜ実践を入り口・前提とし、その理論化・概念化を図っていくのか。これは本論の中

では、社会福祉の実習生の体験を例に“体験の概念化”として説明したが、私たち自立した市民としての命題にも近いものと言える。既存社会を刷新・更新し共生社会を構築する試みは、崇高な理論ではなく、“体験の概念化”という身近な実践を続けていく中で問われるものである。

18歳で視力に続き聴力も失った福島智は、かつて新聞紙上で次のように綴っている。

「自然環境に生態系があるように、人間社会にも、人と人とが織りなす『共生の生態系』が存在するのではないか。もしそうなら、ある属性やハンディを持つものが社会の中で軽視され、無視されれば、『この生態系』にゆがみが生じ、ひいては社会の崩壊につながるだろう。バリアフリーの取り組みとは、社会を崩壊から守り、『共生の生態系』を活性化させることなのだと思う。」<sup>23)</sup>

私たちは、社会的バリアを形成する「こころのバリア」フリーに取り組み、新たな社会を迎えるべく、「共生の生態系」を活性化させる努力を、胸を張って続けていると言えるだろうか。

#### 【引用文献】

- 1) 足立勲・佐藤俊一・宮本和彦編『新・社会福祉学 - 共存・共生の社会福祉学を目指して - 』中央法規, 1999
- 2) 伊藤亜紗『手の倫理』講談社(講談社選書メチエ 735), 2020, pp. 44-51
- 3) 伊藤亜紗『手の倫理』講談社(講談社選書メチエ 735), 2020, p. 48
- 4) 早坂泰次郎『人間関係学序説 - 現象学的社会心理学の展開 - 』川島書店, 1991
- 5) 足立勲・佐藤俊一・平岡蕃編『ソーシャル・ケースワーク - 対人援助の臨床福祉学 - 』中央法規, 1996, pp. 202-204
- 6) 谷口隆之介『人間学入門』桜山研究会, 昭和 63 年, pp. 10-11
- 7) 花村春樹訳著『「ノーマライゼーションの父」 N.E. バンク・ミケルセン - その生涯と思想 - 』ミネルヴァ書房, 1994, P. 167
- 8) B. ニイリエ著, 河東田博・橋本由紀子・杉田穂子訳編『ノーマライゼーションの原理 - 普遍化路社会変革を求めて - 』現代書館, 1998, p. 22
- 9) W. Wolfensberger, Social role varolization : A proposed new term for the principle of normalization, Mental Retardation, 21(6), 1983, pp. 234-239
- 10) 河東田博『ノーマライゼーション原理とは何か - 人権と共生の原理の探求 - 』現代書館, 2009, p. 52
- 11) 定藤丈弘「ノーマライゼーション原理の意義と課題」『都市問題研究』48 巻 4 号, 1996, pp. 14-15
- 12) 上田敏『リハビリテーションを考える - 障害者の全人間的復権 - 』青木書店, 1983, P. 11 リハビリテーションの定義に関しては、次の文献も参考にした。砂原茂一『リハビリテーション』岩波書店(岩波新書 139), 1984
- 13) 松村圭一郎「共感の回路を開く」読売新聞朝刊, 2012(平成 24)年 11 月 11 日(日)
- 14) 早坂泰次郎編著『現場からの現象学 - 本質学から現実学へ - 』川島書店, 1999, p. 114
- 15) 佐藤俊一『対人援助の臨床福祉学 - 「臨床への学」から「臨床からの学」へ』中央法規, 2004, pp. 219-220
- 16) <https://ja.wikipedia.org/wiki/津波てんでんこ>
- 17) 野口裕二『ナラティヴの臨床社会学』勁草書房, 2005
- 18) F. Riessman : The " helper therapy principle" . Social Work No, 10, 1965
- 19) 浦河べてるの家『べてるの家の「当事者研究」』医学書院, 2005

- 20) フロム・ライヒマン, F. 阪本健二訳『積極的心理療法 - その理論と技法 - 』誠信書房, 1964
- 21) 足立勲・佐藤俊一・平岡蕃編『ソーシャル・ケースワーク - 対人援助の臨床福祉学 - 』中央法規, 1996, pp. 196-197
- 22) NIRA・シティズンシップ研究会編著『多文化社会の選択 - 「シティズンシップ」の視点から - 』日本経済評論社, 2001
- 23) 福島智「バリアフリー “酸欠の心” に風送ろう」朝日新聞朝刊, 2001(平成 13)年 5 月 5 日(土)

#### 【参考文献】

- 1) 足立勲『臨床社会福祉学の基礎研究』学文社, 1996
- 2) 安積純子・岡原正幸・尾中文哉・立岩真也『生の技法 - 家と施設を出て暮らす障害者の社会学』藤原書店, 1990
- 3) カラー, J. 著, 富山太佳夫・折島正司訳『ディコンストラクション I・II』岩波書店, 1998
- 4) Fromm-Reichmann, Frieda『PRINCIPLES of INTENSIVE PSYCHOTHERAPY』The University of Chicago, 1960
- 5) Germain, Caryl B. & Gitterman, Alex『The Life Model of Social Work Practice』Columbia University Press, 1980
- 6) Ihde, Don『Listening and Voice - Phenomenology of Sound - (second edition)』State University of New York Press, 2007
- 7) 金子郁容『ボランティア - もうひとつの情報社会 - 』岩波書店(岩波新書 235), 1992
- 8) 岸良範・佐藤俊一・平野かよ子『ケアへの出発 - 援助のなかで自分が見える - 』医学書院, 1994
- 9) 厚生労働省『「地域共生社会」の実現に向けて』平成 29 年  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>
- 10) マーフィー, ロバート・F. 著, 辻信一訳『ボディ・サイレント - 病いと障害の人類学 - 』新宿書房, 1992
- 11) 六車由実『介護民俗学へようこそ! - 「すまいほ-む」の物語』新潮社, 2015
- 12) 中村雄二郎『臨床の知とは何か』岩波書店(岩波新書 203), 1992
- 13) 西村ユミ『看護実践の語り - 言葉にならない営みを言葉にする - 』新曜社, 2016
- 14) 尾崎新『ケースワークの臨床技法 - 「援助関係」と「逆転移」の活用 - 』誠信書房, 1994
- 15) 斎藤学『家族の闇をさぐる - 現代の親子関係 - 』小学館, 2001
- 16) 須藤八千代『ソーシャルワークの作業場 - 寿という街 - 』誠信書房, 2004
- 17) 得永幸子『「病い」の存在論』地湧社, 1984
- 18) 徳永進『死のリハーサル』ゆみる出版, 1986
- 19) 鷺田清一『「聴く」ことの力 - 臨床哲学試論 - 』TBS ブリタニカ, 1999

## 地域連携と社会福祉 — 多職種連携の課題 —

菊地 みほ

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

近年、我が国では「地域共生社会の推進」という政策のもと、保健・医療・福祉の分野において「地域における連携」「多職種連携」というものが大きな注目を集めている。多職種連携という言葉は、福祉分野では介護保険制度が実施された2000年頃から使われるようになったと言われ、医療分野では2002年の診療報酬におけるチーム医療の評価が連携を促進し、2010年に厚生労働省が設置した多職種による「チーム医療推進会議」が、医療における多職種連携の重要性を決定づけたと言われている<sup>1)</sup>。そして2017年の『地域包括ケアシステムの構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究会事業報告書〜2040年に向けた挑戦』（厚生労働省）が、多職種連携という言葉が広く浸透する契機となった。同報告書は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年までに医療と介護がより統合化された形で提供される体制＝地域包括ケアシステムを整備する必要があり、その体制は多職種連携によるチームケアが大前提となる、という事を示したものである。地域包括ケアシステムの概念図<sup>2)</sup>には、様々な形態の「住まい」に居住する高齢者を中心として、「医療」「介護」「生活支援・介護予防」という多分野のサービスが、切れ目なく円環的に提供されることの必要性、自治体・社会福祉協議会・自治会・老人クラブ・ボランティア・NPO・認知症サポーターなど、地域の様々な社会資源が連携することの重要性が明示されている。そしてこの地域包括ケアシステムの推進役といえるものが地域包括支援センターであり、これは市町村が設置主体の介護保険法に規定された機関で、社会福祉士・保健師・主任ケアマネージャーという分野の異なる専門職が配置され、チームアプローチによって総合相談支援や権利擁護等の事業を展開している。この地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」が“地域における多職種連携の具現化”といわれ、様々な職種が集まり困難事例や地域共通課題の検討が行われている。地域ケア会議の機能としては、個別事例・地域課題の解決にとどまらず、ネットワークの構築や地域づくり・資源開発、マクロレベルでの政策形成までもが目指されている。この地域ケア会議における多職種連携の要は「多角的アセスメント」であるといえるが、例えば昨年からのコロナ禍で更に注目されている「生活不活発病」の利用者に対し、医師・歯科医師・歯科衛生士・薬剤師・看護師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・精神保健福祉士等、多くの専門職がそれぞれの視点からアセスメントを行うことでより正確に原因が特定され、その後のケアについても適切な助言を行うことが可能となる。多様な専門職が一堂に会して話し合い、その後の療養介護においても密に連携し合う体制が構築できれば、まさに“包括的な支援”というものが可能になるといえるのである。

しかし実際の現場においては様々な連携上の困難が報告されており<sup>3)</sup>、報告者はこれらを①コミュニケーションに関する問題（地域ケア会議の頻度が低い、会議だけでは日常的に連携できる関係の構築には至れない、専門用語や記録方法の相違により情報共有が困難である等）、②他職種への理解や価値観に関する問題（専門職ごとに利用者観や支援において重視するものが異なる、医学を頂点とした分野のヒエラルキーを感じるため職種によっては発言しづらい等）、③所属機関に関する問題（所属機関の仕事が多忙で連携会議に参加できない、所属機関自体が地域や多職種連携に関心を持っていない等）の3つに分類した。

これらを踏まえ、より良い連携のために今後取り組むべきこととして、①地域の調整役である社会福祉士による専門職交流の場の創出、②各専門職の自治会や老人会、患者の会等既存の社会資源への参加、③コンフリクト（葛藤）・マネジメントを中心としたコミュニケーションの教育、相互に他の専門職の支援理念・役割・

専門用語等を学ぶ教育の実践、④それぞれの機関における連携研修の強化、をあげた。この中でも将来を見据えた場合、やはり教育や研修が特に重要になるといえるが、我が国では2008年に日本保健医療福祉連携教育学会が設立され、専門職連携教育（Inter-professional Education＝IPE）の研究も年々盛んになってきている。IPEに関する主だった研究をレビューした結果<sup>4)</sup>、医療関係専門職からの実践と研究が中心となっていること、ケース研究がIPE授業の多くの部分を占めていること、地域や福祉の視点が少ないこと等が課題として浮かび上がってきた。今後の多職種連携の充実のためにIPEに求められることとして、①IPEに今よりもさらに多様な分野の学生が参加すること、②IPEの実践と研究に地域や福祉の観点が生かされること、③IPEにジェンダーや人権など幅広い倫理教育が取り入れられること、④利用者の生活をより豊かにするための文化や芸術等の専門職とも連携すること、等が重要であると考えた。そして多職種連携の課題を乗り越えていくために忘れてはならないことは、連携は常に「利用者の最善の利益」（『社会福祉士の倫理綱領』）を目指すために行うものであること、そしてそのためには全ての専門職が互いの相違を冷静に分析した上で、その相違をプラス方向に生かし合うという強い意志を、連携実践の根本に据えるべきだということである。専門職としての明確なアイデンティティと高度な専門性を身につけることは同時に、自らの専門性に固執しケアや支援の多様性を失うという危険性と隣り合わせであるともいえる。その意味で多職種連携とは「専門性の負の面」を克服するための、手間のかかる地道な取り組みであると捉えることもできる。専門職大学には、時間と手間を惜まずにこの「連携」という取り組みに真摯に向き合う、そのような姿勢を育むための教育が求められている、ともいえるであろう。

## 文 献

- 1) 藤井博之「地域包括ケアと多職種連携」『日本福祉大学社会福祉論集』第138号, 2018, p168-180.
- 2) 講演では神奈川県二宮町のホームページより「二宮町の地域包括ケアシステムの姿」を引用した。  
[http://www.town.ninomiya.kanagawa.jp/kenko\\_iryu/koreisha/chiikihoukatukeasisutemu/1539742816630.html](http://www.town.ninomiya.kanagawa.jp/kenko_iryu/koreisha/chiikihoukatukeasisutemu/1539742816630.html)
- 3) 森川美絵「福祉介護分野から：多職種分野連携による地域包括ケアシステムの構築」『保健医療科学』vol165 No. 1, 2016, p16-23, 安井浩樹・網岡克雄・青松棟吉・阿部恵子・平川仁尚・倉田洋子・野田雄二・植村和正「地域における多職種連携推進ワークショップ」『医学教育』第42巻第5号, 2011, p289-293, 成瀬和子・宇多みどり「在宅ケアにおける多職種連携の困難と課題」『神戸市看護大学紀要』, vol22, 2018, p9-15. ほか。
- 4) 前野貴美「筑波大学における専門職連携教育の取り組み—大学間連携により展開する専門職連携教育プログラム—」『医学教育』第43巻第3号, 2014, p135-143, 平井みどり「多職種連携教育について—神戸大学の場合—」『医学教育』第43巻第3号, 2014, p173-182, 小川孔美・原和彦・木下聖「専門職連携実践（IPW）と専門職連携教育（IPE）—埼玉南専門職連携推進会議7年間の実践からの考察—」『埼玉県立大学紀要』第16巻, 2014, p61-68, 小倉浩・刑部慶太郎・片岡竜太・今福輪太郎・榎田めぐみ・木内祐二・田中一正・倉田知光「医系総合大学における初年次専門職連携教育の教育効果」『日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携』9巻, 2016, p29-38, 常見幸・伊藤久恵・紀平知樹「兵庫医療大学における多職種連携教育」『兵庫医療大学紀要』, 第7巻第1号, 2019, p25-32, ほか。

## 健康経営の歴史的な位置づけとその現状

江幡真史

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部

### 【要旨】

本稿では、職場における健康管理の取り組みについて、その代表的な系統についての歴史的な経緯と現状を整理し、今後の課題を明らかにした。

歴史的な経緯については、まず、「労働安全衛生の系統」において、2010年代に長時間労働の是正とメンタル面での環境改善の取り組みが進んだことを示した。また、「人的資本への投資の系統」では、2014年の「日本再興戦略（改訂版）」の政策を受けたデータヘルス計画、コラボヘルス、健康経営顕彰制度などを通じ、様々なステイクホルダーが「健康経営」の取り組みに参画したことを示した。

今後の課題としては、第一に、「健康経営度調査」の短期的指標と長期的指標とが連動し、企業価値の向上に結実する枠組みが、現段階では十分に整合するに至っていない。従って、健康関連指標の透明性をより高め、効果検証が可能となるように求められる点を指摘した。第二に、Herzberg（1966）が提示した、「衛生要因」と「動機づけ要因」の視点で捉えると、「労働安全衛生の系統」は前者の取り組みであり、「人的資本への投資の系統」は後者の取り組みであると整理した。そのうえで、国が推進する「健康経営度調査」を検証すると、「衛生要因項目」が中心であるため、個々の企業が、この取り組みと併行して「動機づけ要因」に繋がる、人的投資を進めることの必要性を指摘した。

### 【Key words】

労働安全衛生、人的資本、衛生要因と動機づけ要因、アブセンティズムとプレゼンティズム、健康投資管理会計

### 1. はじめに

東京保健医療専門職大学（以下、本学）の教育の目的は、実践的かつ高度な保健医療の理論と技術を教育研究し、豊かな人間性を備えた「共生社会の実現と発展に貢献する実務リーダー」となる専門職人材を養成し、保健医療分野に貢献することにある。

その「実務リーダー」の定義を、所属するコミュニティ（狭義では所属する組織、広義では地域社会）において、人・モノ・カネ・情報といった自身の経営資源を活用して、直面する課題を解決し、共生社会の実現に寄与するものとして論考を進めることとする。「直面する課題」とは、第一義的にはリハビリテーションを通じたクライアントの病状を回復することにあるが、今後はこれに止まることなく、クライアントが真に社会復帰ができるように支援するといった、社会課題の解決に関わることが求められる。そこでは、地域社会における多職種連携などの広がりのある活動に加えて、クライアントが復帰する職場組織一般への基本的な理解も欠かせない。これは、

産業界において、従来は最終製品が高品質で魅力的な価格であれば社会的な評価を得ていたが、今日では、SDGs（持続可能な開発目標）<sup>1</sup>で提起される、労働者の権利、一定水準の労働条件及び環境保護を促進するための「責任あるサプライチェーン（調達、製造、販売、消費などの一連の流れのこと）」への取り組みが求められているのと相似する。つまり、一個人であれ、一企業であれ、自己の狭い領域を越えた社会的責任に視点を置くことが必要なのである。

それでは、クライアントが社会復帰する職場組織は健康管理の側面からどのような特色を有しているであろうか。本稿では、まず、職場における健康管理の取り組みについて、代表的な系統ごとに、その歴史的な経緯と現状を明らかにし、その上で、これまでの成果と今後の課題を考察することとしたい。

また、その研究方法は、2000年以降を中心に健康管理にかかわる国の政策と代表的な法律の変遷を跡づけながら、それに呼応した企業並びに従業員の実態を示す諸資料を洗い出し、政策等諸施策の効果を分析することとする。

## 2. 職場組織における健康管理の系統

代表的な職場における健康管理は、労働安全衛生法（以下、安衛法）のもとで、「職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする」ものである<sup>2</sup>。しかしながら、企業経営者側は、ややもすれば法律を守ることに主眼を置いて、健康管理を単なるコストと捉える風潮が続いたとされている。これに対して、近年では、従業員を企業が成長する上での貴重な資源と捉え、従業員の健康増進は「人的資本<sup>3</sup>への投資」であるとの認識のもとでの「健康経営」（後述）の取組が進んでいる。

### 1) 労働安全衛生の系統

1972年に制定された安衛法は、1947年制定の労働基準法と相まって、労働者保護のために立法化されたものである<sup>4</sup>。2005年には多岐にわたる改正が行われたが、特に過重労働及びメンタルヘルス対策への充実が図られた点が注目される。そこでは、事業者は一定時間を超える時間外労働等を行った労働者を対象とした医師による面接指導等を行うこととされた<sup>5</sup>。この背景には、図1「精神障害の労災補償件数の推移」<sup>6</sup>及び表1「傷病別件数割合の推移」<sup>7</sup>が示す通り、2000年代に入り職場における精神疾患の傷病が増加したことがある。具体的には、図1の精神障害による労災支給件数が2000年の36件が、3年後には3倍の108件となり、2006年は約6倍の205件にまで急増している。また、表1の精神および行動の障害の構成割合においても、1998年の5.12%が2003年には10.14%と倍増し、2008年は4倍の21.46%となり、全体で最も高い水準に達したのである。この傾向はその後も続き、[t1]2013年にはそれぞれ、436件、25.67%まで増加した。

翌2014年の安衛法改正は、労働者の心理的な負担の程度を把握するための、医師、保健師等による検査（ストレスチェック）の実施を事業者に義務付けることとなった。さらに、事業者は、検査結果を通知された労働者の希望に応じて医師による面接指導を実施し、その結果について医師の意見を聴いた上で、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならない<sup>8</sup>とされ、より現場に踏み込んだ内容の改正となった。

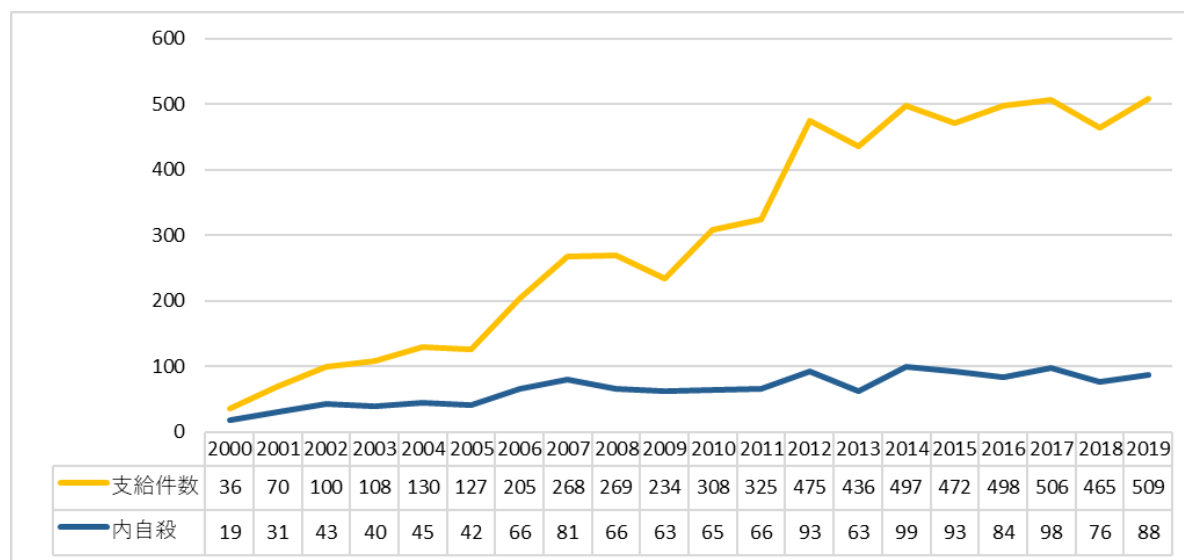
## 健康経営の歴史的な位置づけとその現状

2018年には、「働き方改革関連法案」<sup>9</sup>が成立し、長時間労働の是正、多様な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等ための措置を講ずることとされた。労働安全衛生法においては、長時間労働やメンタルヘルス不調の労働者を見逃さないようにするため、産業医への情報提供が義務化された。これは産業医による面接指導や健康相談が確実に行われるようにする一方で、産業医の独立性や中立性を高め、効果的な活動ができる環境を整備するためである。

また、2019年には職場における働く人が能力を十分に発揮することの妨げになることや、個人としての尊厳や人格を不当に傷つけられることの行わないように、労働施策総合推進法が改正され、職場におけるパワーハラスメント防止対策が事業主に義務付けられた。併せて、男女雇用機会均等法及び育児・介護休業法においても、セクシュアルハラスメントや妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントに係る規定が一部改正され、相談したこと等を理由とする不利益取扱いの禁止や国、事業主及び労働者の責務が明確化されるなど、防止対策の強化が図られたのである<sup>10</sup>。

以上記載の通り、2000年代における職場における労働安全の取り組みは、労働者の心理的な負担の程度を把握し、精神的な安定にむけた整備を進めることに注力されたと言えよう。しかし、職場における精神疾患の増加傾向は未だ衰えてはおらず、図1では2019年の支給件数は509件に上り、また表1では精神および行動の障害の構成割合が31.3%まで上昇している。また、表2「精神障害の支給決定件数の多い業種（中分類）」をみると、「社会保険・社会福祉・介護事業」が48件と最も多く、「医療業」が30件とこれに続き、「医療、福祉」（大分類）の分野における健康管理には大きな課題があるのが確認される。

【図1 精神障害の労災補償件数推移（2000年-2019年）】



出所）厚生労働省「こころの耳」

<https://kokoro.mhlw.go.jp/infographics/02.html> 及び

「過労死の労災補償状況」

<https://www.mhlw.go.jp/content/11402000/000521999.pdf> を執筆者加工

## 健康経営の歴史的な位置づけとその現状

【表 1 傷病別 件数の構成割合】

|                                 | 1995 年 | 1998 年 | 2003 年 | 2008 年 | 2013 年 | 2017 年 | 2019 年 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 総数                              | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |
| 感染症及び寄生虫症                       | 3.21   | 2.98   | 2.89   | 2.03   | 1.57   | 1.40   | 1.23   |
| 新生物                             | 14.79  | 18.02  | 20.59  | 21.09  | 20.40  | 19.19  | 18.63  |
| 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害            | 0.69   | 0.72   | 0.41   | 0.32   | 0.35   | 0.37   | 0.32   |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患                    | 3.36   | 3.15   | 2.61   | 1.98   | 1.89   | 1.70   | 1.56   |
| 精神及び行動の障害                       | 4.45   | 5.12   | 10.14  | 21.46  | 25.67  | 28.60  | 31.30  |
| 神経系の疾患                          | 3.28   | 3.51   | 4.41   | 4.13   | 4.06   | 4.09   | 4.00   |
| 眼及び付属器の疾患                       | 1.26   | 1.18   | 1.31   | 1.11   | 1.03   | 1.12   | 1.06   |
| 耳及び乳様突起の疾患                      | 0.64   | 0.67   | 0.66   | 0.55   | 0.66   | 0.63   | 0.66   |
| 循環器系の疾患                         | 15.24  | 15.86  | 15.24  | 13.45  | 11.54  | 10.65  | 10.05  |
| 呼吸器系の疾患                         | 4.20   | 4.04   | 3.16   | 3.62   | 1.93   | 1.97   | 2.10   |
| 消化器系の疾患                         | 14.64  | 11.19  | 7.40   | 4.83   | 4.23   | 3.98   | 3.55   |
| 皮膚及び皮下組織の疾患                     | 1.24   | 1.23   | 1.03   | 0.69   | 0.74   | 0.65   | 0.67   |
| 筋骨格系及び結合組織の疾患                   | 15.00  | 14.45  | 13.36  | 11.22  | 11.14  | 11.14  | 10.89  |
| 腎尿路生殖器系の疾患                      | 3.21   | 3.06   | 2.55   | 1.98   | 2.08   | 1.94   | 1.90   |
| 妊娠、分娩及び産じょく                     | 1.60   | 1.77   | 2.41   | 2.66   | 3.93   | 4.30   | 3.88   |
| 周産期に発生した病態                      | 0.02   | 0.00   | 0.01   | 0.02   | 0.01   | 0.01   | 0.01   |
| 先天奇形、変形及び染色体異常                  | 0.80   | 0.76   | 0.68   | 0.26   | 0.29   | 0.21   | 0.23   |
| 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの | 2.12   | 1.91   | 1.49   | 0.93   | 1.03   | 0.80   | 0.88   |
| 損傷、中毒及びその他の外因の影響                | 10.24  | 10.38  | 9.63   | 7.68   | 7.45   | 7.25   | 7.06   |
| 特殊目的用コード                        | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      |

出所）全国健康保険協会管掌健康保険「現金給付受給者状況調査報告」

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat740/sb7200/sbb7206/20200904/>を執筆者加工

【表 2 精神障害の請求件数の多い業種】

| 順位 | 業種（大分類）           | 業種（中分類）        | 支給件数 |
|----|-------------------|----------------|------|
| 1  | 医療、福祉             | 社会保険、社会福祉、介護事業 | 48   |
| 2  | 医療、福祉             | 医療業            | 30   |
| 3  | 運輸、郵便業            | 道路貨物運送業        | 29   |
| 4  | 建設業               | 総合工事業          | 28   |
| 4  | 宿泊業、飲食サービス業       | 飲食店            | 28   |
| 6  | 宿泊業、飲食サービス業       | 宿泊業            | 18   |
| 7  | 情報通信業             | 情報産業業          | 16   |
| 8  | 卸、小売業             | その他小売業         | 15   |
| 9  | 製造業               | 輸送機械器具製造業      | 13   |
| 10 | サービス業（他に分類されないもの） | その他事業サービス業     | 12   |

出所）厚生労働省「過労死の労災補償状況」令和元年 18 頁を執筆者加工

## 2) 人的資本への投資の系統

従業員の健康増進は「人的資本への投資」であるとの認識のもとでの取組起点は、1986 年米国の臨床心理学者 Rosen によるヘルシー・カンパニーの提唱にある。これは健康増進と生産性向上を同時に取り組んでいる企業を指した概念であるが、その経営は健康管理と経営管理を統合的にとらえようとするアプローチに特徴がある<sup>11</sup>。

我が国での動向は、まず、2006 年 3 月設立の特定非営利活動法人健康経営研究会が、『「企業が従業員の健康に配慮することによって、経営面においても 大きな成

果が期待できる」との基盤に立って、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践することを意味する』とした「健康経営」の啓蒙を始めたのが確認される<sup>12</sup>。

国政レベルでは、経済産業省の「健康資本増進グランドデザインに関する調査研究会」が2007年10月に発足した。翌年3月の報告書には、人口減少のなかで経済成長を実現していくには人的資本の重要性が増し、企業と保険者による健康経営・健康増進が重要であることが示された<sup>13</sup>。研究会の事務局を務めた河野（2010）は、多くの企業で取り組まれる健康増進の内容が、安衛法などの法律で義務付けられているものや福利厚生、現物給与的な位置づけに止まり、人的資源への投資として取り組まれていない背景として次の点を指摘した。それは、第一に、健康資本増進に積極的に取り組んでいる企業を社会に公開し評価する仕組みがないこと、第二に、例えば「健康会計」などの「可視化」した枠組み（つまり、社会共通の尺度－執筆者挿入）がなく、健康関連投資の効果が不明瞭であること、第三に、個人が健康増進に取り組みやすい仕組み（インセンティブ制度など）が欠けているので社会的な運動に発展しないこと、第四に、健康増進にかかわる事業者の評価が容易に行えないので、企業が外注に二の足を踏むこと、である。その後2011年に、ヘルスケア産業（健康の保持及び増進に資する商品の生産若しくは販売又は役務の提供を行う産業をいう）の発達、改善及び調整を所管する、ヘルス産業課が経済産業省商務情報政策局内に設置された

[t2]<sup>14</sup> [t3]

2014年6月には、第二次安倍内閣による「日本再興戦略」改定版において、「経営者等に対するインセンティブとして、（中略）健康経営に取り組む企業が、自らの取組を評価し、優れた企業が社会で評価される枠組み等を構築することにより、健康投資の促進が図られるよう、関係省庁において年度内に所要の措置を講ずる」との方針が打ち出された<sup>15</sup>。具体的には、①健康増進の取組が企業間で比較できるよう評価指標を構築し、さらにデータヘルス計画<sup>16</sup>の取組に活用されるようすること、②東京証券取引所において、テーマ銘柄として健康経営銘柄の設定をすること、③コーポレート・ガバナンスに関する報告書等に「従業員等の健康管理や疾病予防等に関する取組」の記載を行うこと、④企業の従業員の健康増進に向けた優良取組事例の選定・表彰[t4][t5]等を実施することが盛り込まれた。

これを受けて、①については、2017年度より健康保険組合等の保険者と事業主が一体となって取り組むコラボヘルスが展開された<sup>17</sup>。さらに、2018年度には、第2期データヘルス計画の実行施策として健康保険組合と各保険者の加入者の健康状態や健康への投資状況等をスコアリングし経営者に通知する（健康スコアリング）取り組みが開始された。また、②については、東京証券取引所の上場企業から健康経営（従業員等の健康保持・増進の取り組みが、将来的に企業の収益性等を高める投資であるとの考えのもと、従業員等の健康管理を経営的な視点から考え、戦略的に実践すること）<sup>18</sup>の取り組みが特に優れた企業（健康経営銘柄）が2015年には22銘柄選定され、2020年では30業種40銘柄に至っている<sup>19</sup>。③については、④の健康経営顕彰制度の評価項目として取り入れられている。この点については、次節で具体的な解説を行う。

### 3) 健康経営銘柄と健康経営顕彰制度

2017[t6]年度からは、健康経営銘柄に加え、上場企業に限らず、保険者と連携して優良な健康経営を実践している法人を広く顕彰するため、経済産業省と「日本健康会議」<sup>20</sup>による「健康経営優良法人認定制度」が開始された<sup>21</sup>。2017年度の認定は、大規模法人部門に235法人、中小規模法人部門に95法人であったものが、その対象は医療法人や学校法人等の非営利法人等にまで広げられ、2020年度には、大規模法人部門に1481法人（うち500法人を「ホワイト500」とする）、中小規模法人部門に4723法人が認定されるまで普及した<sup>22</sup>。

大規模法人部門の認定にあたっては、健康経営銘柄の選定<sup>23</sup>と同様に、「健康経営度調査」<sup>24</sup>結果が用いられている。また、中小規模法人部門は「認定申請書兼誓約書」<sup>25</sup>の提出をもって行われる。それぞれの認定要件は、表3に示した通りで、その評価の大項目は、①経営理念、②組織体制、③制度・施策実行、④評価・改善、⑤法令順守・リスクマネジメントの5つとなっている。両者の認定要件の違いは、大規模法人ではアニュアルレポートや統合報告書での「健康宣言」発信や健保等保健者との連携などが必須であることに加えて、15小項目中12項目を満たす必要があるのに対し、中小規模法人は6項目に緩和されている点である。

ここ[t7]で、「健康経営度調査」で設定された、生産性を測る指標についての注目すべき点に触れておきたい。その第一は、④の評価改善の質問項目において、短期的なアウトカムを測るために、アブセンティズム（病欠、病気休業の状態）とプレゼンティズム（何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力や生産性が低下している状態）を盛り込んでいる点である<sup>26</sup>。これらは、健康関連コスト（医療費と生産性損失コストの計）の全体構造で、医療費が15.7%であるのに対し、前者が4.4%、後者が77.9%といった高い構成比を示していることから、その把握の有無を確認する試みである<sup>27</sup>。第二は、アンケート項目として、2020年6月策定した「健康投資管理会計ガイドライン」<sup>28</sup>に則り、健康投資を「外注費」「減価償却費」「人件費」「その他経費」の4区分で施策のテーマごとに、費用の把握状況や具体的な金額の把握を通じて「見える化」する試みである。この量的・金銭的指標は、個人や組織にとって、健康をより良くするための合理的な判断や行動をとる道具となるものである。また、この指標によって、従業員・事業主・地域社会・株主等の異なる立場にあるステイクホルダーが、健康について共通の理解や認識を深め、相互に対話することも可能となるのである。このように、「健康経営度調査」は現状把握とその評価に止まることなく、健康経営を啓蒙する取り組みとなっているのである。

## 健康経営の歴史的な位置づけとその現状

【表 3 健康経営銘柄 2021 選定基準及び健康経営優良法人 2021  
(大規模法人部門・中小規模法人部門) 認定要件】

| 大項目                     | 中項目                      | 小項目                                                                                            | 評価項目                                | 選定基準・認定要件      |                |                  |                  |               |
|-------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|------------------|------------------|---------------|
|                         |                          |                                                                                                |                                     | 銘柄・ホワイト500     | 大規模法人          | 中小規模法人           |                  |               |
| 1. 経営理念(経営者の自覚)         |                          |                                                                                                | 健康宣言の社内外への発信（アニュアルレポートや統合報告書等での発信）  | 必須             |                |                  |                  |               |
|                         |                          |                                                                                                | ①トップランナーとして健康経営の普及に取り組んでいること        | 必須             | 左記①～⑮のうち12項目以上 |                  |                  |               |
| 2. 組織体制                 |                          | 経営層の体制                                                                                         | 健康宣言の社内外への発信及び経営者自身の健診受信            | 必須             |                |                  |                  |               |
|                         |                          | 保険者との連携                                                                                        | 健康づくり責任者が役員以上                       | 必須             |                |                  |                  |               |
|                         |                          |                                                                                                | 健康づくり担当者の設置と求めに応じて40歳以上従業員の健診データの提供 | 必須             |                |                  |                  |               |
|                         |                          |                                                                                                | 健康課題に基づいた具体的目標の設定                   | 必須             |                |                  |                  |               |
| 3. 制度・施策実行              | 従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討     | 健康課題の把握                                                                                        | ②定期健診受診率（実質100％）                    | 左記②～⑮のうち12項目以上 | 左記①～⑮のうち12項目以上 | 左記②～④のうち少なくとも1項目 |                  |               |
|                         |                          |                                                                                                | ③受診勧奨の取り組み                          |                |                |                  | 左記⑤～⑧のうち少なくとも1項目 |               |
|                         |                          |                                                                                                | ④50人未満の事業場におけるストレスチェックの実施           |                |                |                  |                  | 左記⑨～⑮のうち3項目以上 |
|                         |                          |                                                                                                | 健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲイジメント    |                |                |                  |                  |               |
|                         | ワークライフバランスの推進            | ⑥適切な働き方実現に向けた取り組み                                                                              |                                     |                |                |                  |                  |               |
|                         | 職場の活性化                   | ⑦コミュニケーションの促進に向けた取り組み                                                                          |                                     |                |                |                  |                  |               |
|                         | 従業員の心と身体への健康づくりに向けた具体的対策 | 病気の治療と仕事の両立支援                                                                                  | ⑧病気の治療と仕事の両立の促進に向けた取り組み(⑮以外)        |                |                | 必須               |                  |               |
|                         |                          | 保健指導                                                                                           | ⑨保健指導の実施及び特定保健指導実施機会の提供に関する取り組み     |                |                |                  |                  |               |
|                         |                          | 健康増進・生活習慣病予防対策                                                                                 | ⑩食生活の改善に向けた取り組み                     |                |                |                  |                  |               |
|                         |                          |                                                                                                | ⑪運動機会の増進に向けた取り組み                    |                |                |                  |                  |               |
|                         |                          | 感染症予防対策                                                                                        | ⑫女性の健康保持・増進に向けた取り組み                 |                |                |                  |                  |               |
|                         |                          | 過重労働対策                                                                                         | ⑬従業員の感染症予防に向けた取り組み                  |                |                |                  |                  |               |
|                         |                          | メンタルヘルス対策                                                                                      | ⑭長時間労働者への対応に関する取り組み                 |                |                |                  |                  |               |
|                         |                          | 受動喫煙対策                                                                                         | ⑮メンタルヘルス不調者への対応に関する取り組み             |                |                |                  |                  |               |
|                         | 取組の質の確保                  | 専門資格者の関与                                                                                       | 産業医又は保健師が健康保持・増進の立案・検討に関与           |                |                |                  |                  |               |
| 4. 評価・改善                | 取組の効果検証                  | ⑯健康保持・増進を目的とした導入施策への効果検証を実施                                                                    | 必須                                  |                |                |                  |                  |               |
|                         |                          | 定期健診の実施、健保等保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施、50人以上の事業場におけるストレスチェックの実施、従業員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしていないこと、など | 必須                                  |                |                |                  |                  |               |
| 5. 法令遵守・リスクマネジメント（自主申告） |                          |                                                                                                | 必須                                  |                |                |                  |                  |               |

凡例) 銘柄・ホワイト 500 は健康経営銘柄及びホワイト 500 (大規模法人上位 500 社) を表す。

出所) 経産省ホームページ「健康経営優良法人認定制度」より執筆者加工

### 3. 我が国の健康管理の取り組み成果と今後の課題

#### 1) 健康管理の系統ごとの成果

前節において、安衛法などの法律に則り進められた労働安全衛生の系統は、2000年代に入ると長時間労働の是正と精神面からの職場の環境改善に重点が置かれたことが確認された。この背景の一つは、安衛法が成立した当時と産業別就業構造が大きく変化し、経済のソフト化が進行したことにある。具体的には、1970 年においては、第 1 次産業は 1,015 万人(就業者全体の 19.3%)、第 2 次産業が 1,790 万人(同 34.1%)、第 3 次産業は 2,451 万人(同 46.6%)であったものが、2010 年には第 1 次産業と第 2 次産業がそれぞれ、238 万人(同 4.2%)、1,412 万人(同 25.2%)へと減少する一方で、第 3 次産業は 3,965 万人(同 70.6%)へと、就業人口と構成比がともに大きく増加しているのである。さらに、その職業別就業者構成割合の推移をみると、「農林漁業作業者」の割合は、1970 年の 19.2%が 2010 年には 3.9%となった。また、「生産工程・労務作業者」は高度経済成長期に大きく増加し、1970 年には全体の 32.4%を占めたが、その後は減少し、2010 年には 26.4%となった。これに対して「専門的・技術的職業従事者」は 1970 年の 6.6%から 2010 年で 14.5%へ、「事務従事者」が 1970 年の 14.0%から 2010 年に 18.4%へと増加しているのである

29.

[t8]一方で、人的資本への投資の系統では、経済産業省の「健康資本増進ブランドデザインに関する調査研究会」で認識された、①健康資本増進に取り組む企業の公開と評価の仕組みの欠如、②「健康会計」などの社会共通の尺度の欠如、③個人が健康増進に取り組むやすい仕組みの欠如といった課題に対して、データヘルス計画、コラ

## 健康経営の歴史的な位置づけとその現状

ボヘルス、健康経営顕彰制度などを通じた取り組みを通じて、具体的な取り組みが行われたのが確認された。この進展は、2014 年の「日本再興戦略（改定版）」で、戦略市場創造プランの柱の一つとして、「健康投資の促進が図られるよう、関係省庁において年度内に所要の措置を講ずる」とする政策が打ち出されたことが背景にある。これ以降は、所管である厚生労働省と経済産業省の協調的な取り組みにより、日本健康会議、東京証券取引所、地方自治体などを始めとした様々なステイクホルダーの参加が確認され、当事者である企業と健康保険組合間の連携の事例が多くみられるようになった。また、「健康経営」に関する記事のメディア露出数も右肩上がりが増加し<sup>30</sup>、これに応じて「従業員等の健康保持・増進の取り組みが、将来的に企業の収益性等を高める投資であるとの考えのもと、従業員等の健康管理を経営的な視点から考え、戦略的に実践すること」という健康経営の認知も高まったと言えよう。

### 2) 健康経営のさらなる推進への課題

#### i. 指標の透明性を高め、効果検証を可能とすること

我が国のフラッグシップとなる「健康経営銘柄」の選定プロセスは、脚注 23 に記載の通り、「健康経営度調査」に回答した東京証券取引所上場会社を対象に、評価基準に基づいて候補企業を絞り込み、ROE や情報開示の内容などのスクリーニングを経て決定される。その最終段階のスクリーニングとなる財務指標を見ると、2015 年の選定段階では、ROE（自己資本利益率）が、直近 3 年間平均が、業種平均以上とされていた。ところが、2020 年では同指標が直近 3 年間平均 0% 以上の企業を対象とするとされ、その上で ROE が高い企業には一定の加点がなされる<sup>31</sup>とやや不明瞭な内容となっている。さらに、2015 年の段階では 33 業種毎に 1 社選定し、該当企業がない場合は業種からは非選定とするとしていた。しかし、2020 年では 30 業種 40 銘柄が選定されており、1 業種 1 企業との原則通りの運用とはなっていない。これは、第二段階の「健康経営度調査」におけるスクリーニング上位会社が、必ずしも ROE が高いという相関にはないことから起きているものと推察される。

この点を具体的に分析してみると、まず、同調査の短期的アウトカム指標である、個人への効果を評価するアブセンティズム及びプレゼンティズムや、組織への効果を評価する離職率の改善結果が、長期的なアウトカム指標である ROE の向上につながり、最終的には企業価値の向上に結実するとしたフレームワーク<sup>32</sup>が、現段階では十分に整合していないのが要因の一つであろう。

また、調査側の健康経営銘柄選定の必須要件である、図表 4 の 5 大項目である①経営理念、②組織体制、③制度・施策実行、④評価改善、⑤法令順守・リスクマネジメントにおいて、アウトカムを測る④の評価・改善項目が、全体で 3 割<sup>33</sup>の比重でしかないことも数値的整合が弱い要因であろう。これに加えて、企業側の経営管理においても、個々の評価指標を十分に活用しきれていないことも要因であると思われる。

以上のことから、より多くの企業が主体的に「健康経営度調査」の内容を活用できるように、指標の透明性を高め、効果検証が可能となるように、さらなる整備を進めることが求められよう。

ii. 衛生要因を担保し、動機づけ要因に注目すること

米国の臨床心理学者である Herzberg (1966) は、人間のモチベーションについて研究し、これを、職務不満を招く要因である「衛生要因<sup>34)</sup>」と職務満足を生み出すのに関連した要因である「動機づけ要因」の2つに分類した。前者は、動物として痛みを回避する(環境適応に努める)欲求で、会社の政策と経営・監督・対人関係・作業条件・給与が主たる要因である。後者は、人間として精神的に成長する欲求で、達成・承認・仕事そのもの・責任・昇進が主たる要因である。そして、これら二つの要因は表裏の関係ではなく、衛生要因が満たされる場合は、没職務不満であり、動機付け要因が満たされない場合は、没職務満足であるとした。

[t9]この視点から前述した職場における健康管理の系統を捉えると、労働安全衛生の系統は衛生要因からの取り組み視点であり、人的資本への投資の系統は動機づけ要因からの取り組み視点であると言えよう。

その上で、経済産業省(2020)「健康経営度調査」の質問内容を個別に吟味すると、医療関連コストの削減のための傷病防止対策の体制や制度などの衛生要因の視点は十分に担保されているものの、動機づけ要因にかかわる項目は、ようやく健康投資管理会計がアンケートで盛り込まれている段階である。このことから、健康経営を標榜する企業は、顕彰制度は必要条件であって、現段階では十分条件ではないとの認識に立つ必要があるだろう。そして、動機付け要因に注目し、従業員が自己の成長を感じられるように人的投資を進めることが求められる。つまり、従業員のインゲージメントを高め、個々の才能を活かすマネジメントに傾注することが肝要なのである。

4. おわりに

[t10]本稿では、職場における健康管理の系統について、歴史的な経緯と現状を明らかにし、その上で、その成果と今後の課題を考察した。そこで確認されたのは、職場環境改善に向けた法律面での整備は2010年代に大きな進展があったことである。

しかしながら、その一方で、未だ職場における精神的障害は高止まりの水準にある。特に、本学が養成し、社会に輩出する人材の職場である医療・福祉の分野の健康管理には課題が残ることが確認された。

本学の特色を規定する「展開科目」においては、高度化し、複雑化する社会ニーズに対する課題解決力と、組織の経営・マネジメントの知識を養うことを主眼に置いている。これらの修得を通じて、医療・福祉の職場における健康管理においても、「実務リーダー」としての貢献が期待されるのである。

【利益相反(COI)】

開示すべき利益相反はない。

【参考文献】

- 1) Frederick Herzberg (1966) *WORK AND NATURE OF MAN*(北野利信訳『仕事と人間性』東洋経済, 1968, 83-106頁)。

## 健康経営の歴史的な位置づけとその現状

- 2) Robert. H. Rosen (1986) *THE HEALTHY COMPANY: Human Resource Approach*. The American Management Association (宗像恒次監訳『ヘルシー・カンパニー』産能大学出版部, 1994).
- 3) 河野敏鑑(2010)「今なぜ健康経営か」田中滋・川渕孝一・河野敏鑑編著『会社と社会を幸せにする健康経営』勁草書房, 3-20 頁.
- 4) 経済産業省経済産業政策局産業構造課(2008)『健康資本増進グランドデザインに関する調査研究報告書』2008 年 3 月.
- 5) 経済産業省(2016)『企業の「健康経営」ガイドブック(改定第一版)』  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kenkoukeiei-guidebook2804.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeiei-guidebook2804.pdf) (2021 年 2 月 16 日検索).
- 6) 経済産業省(2020a)『健康経営の推進について』  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/downloadfiles/180710kenkoukeiei-gaiyou.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/180710kenkoukeiei-gaiyou.pdf) (2021 年 2 月 21 日検索).
- 7) 経済産業省(2020b)『令和 2 年度健康経営度調査』調査票サンプル  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/downloadfiles/2020chosahyo\\_sample.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/2020chosahyo_sample.pdf) (2021 年 2 月 16 日検索).
- 8) 経済産業省(2020c)『持続的な企業価値の向上と人的資本に関する研究会報告書～人材版伊藤レポート～』  
[https://www.meti.go.jp/shingikai/economy/kigyo\\_kachi\\_kojo/pdf/20200930\\_1.pdf](https://www.meti.go.jp/shingikai/economy/kigyo_kachi_kojo/pdf/20200930_1.pdf) (2021 年 2 月 16 日検索).
- 9) 経済産業省(2021)『健康経営優良法人認定制度』  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kenkoukeiei\\_yuryouhouzin.html](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeiei_yuryouhouzin.html) (2021 年 2 月 16 日検索).
- 10) 厚生労働省(2013)『労働経済白書(平成 25 年版)』  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/13/13-1.html> (2021 年 2 月 19 日検索).
- 11) 厚生労働省(2017)『データヘルス計画作成の手引(改訂版)』  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000201969.pdf> (2021 年 2 月 14 日検索).
- 12) 厚生労働省保健局(2017)『データヘルス・健康経営を推進するためのコラボヘルスガイドライン』  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000171483.pdf> (2021 年 2 月 16 日検索).
- 13) 津野陽子・尾形裕也・古井裕司(2018)「健康経営と働き方改革」『日本健康教育学会誌』26 巻第 3 号, 291-296 頁.
- 14) 津野陽子(2019)「医療機関における医療専門職の健康と生産性:健康経営の視点から」『社会保障研究』3(4), 492-504 頁, 国立社会保障・人口問題研究所.
- 15) 東京証券取引所(2020)『「健康経営銘柄 2020」選定企業紹介レポート』  
<https://www.jpx.co.jp/news/1120/nlsgeu000004kxf2-att/20200302.pdf> (2021 年 2 月 16 日検索).
- 16) 日本経済再生本部(2014)『「日本再興戦略」改訂 2014-未来への挑戦-』  
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/honbun2JP.pdf> (2021 年 2 月 14 日検索).

- 17) 新井卓二・玄葉公規(2019)『経営戦略としての「健康経営」』合同フォレスト.
- 18) 尾崎弘之(2017)「健康経営と企業価値の向上」『関西福祉科学大学 EAP 研究所紀要』, 11 号, 1-6 頁.
- 19) 島津明人(2015)「産業保健と経営との協働に向けて:ワーク・エンゲイジメントの視点から」『産業・組織心理学研究』28 巻第 2 号, 103-110 頁.
- 20) 中山健(2019)「日本企業の健康経営-意義・効果・課題-」『横浜市立大学論叢社会科学系列』Vol. 71 No. 3.
- 21) 日本経済再生本部(2013)『「日本再興戦略-JAPAN is BACK-」  
[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou\\_jpn.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf) (2021 年 2 月 18 日検索).
- 22) 森永雄太(2017)『「健康経営」とは何か一職場における健康増進と経営管理の両立』『日本労働研究雑誌労働政策研究・研修機構, 59(5)].

## 【脚注】

- <sup>1</sup> SDGs とは、2015 年 9 月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」にて記載された 2030 年までに持続可能でよりよい世界を目指す国際目標で、17 のゴール・169 のターゲットから構成され、地球上の「誰一人取り残さない」ことを誓っている。  
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/about/index.html> (2021 年 2 月 8 日検索).
- <sup>2</sup> 労働安全衛生法第一条.
- <sup>3</sup> 従来の人材に対する捉え方は、「いかにその使用・消費を管理するか」という「人的資源」の考え方をとり、自ずとこれに投じる資金も「費用」として認識した。これに対し、人を経営に必要な資本として「投資する」ものであると定義したのが「人的資本」である。こうした捉え方の下では、マネジメントの方向性も「管理」から人材の成長を通じた「価値創造」へと変わり、人材に投じる資金は、価値創造に向けた「投資」となる。経済産業省(2020c)9 頁.
- <sup>4</sup> 労働安全衛生法は、労働基準法第 42 条「労働者の安全及び衛生に関しては、労働安全衛生法の定めるところによる」との規定を受け、制定されたものである.
- <sup>5</sup> 厚生労働省「労働安全衛生法の改正について(平成 17 年)」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/anzen/17an-eihou/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anzen/17an-eihou/index.html) (2021 年 2 月 8 日検索).
- <sup>6</sup> 厚生労働省の認定基準(平成 23 年改定)は、①認定の対象となる精神障害を発生していること、②発病前おおむね 6 か月の間に業務による強い心理的負荷が認められること、③業務以外の真実的負荷および個体側要因により発病したと認められないことの 3 点である。  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/120427.html> (2021 年 2 月 8 日検索).
- <sup>7</sup> 当該データの開示者である全国健康保険協会は、主に中小企業で働く従業員とその家族など、3,850 万人の加入者、200 万事業所からなる日本最大の医療保険

- 者である。<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/> (2021 年 2 月 8 日検索).
- 8 厚生労働省「労働安全衛生法の改正について」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/anzen/an-eihou/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anzen/an-eihou/index.html) (2021 年 2 月 10 日検索).
- 9 正式名称「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」において、労働基準法、雇用対策法(労働施策総合推進法に改称)、安全衛生法、労働時間等設定改善法、パートタイム労働法、労働契約法、労働者派遣法など 19 の法律が改正された。  
[http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_housei.nsf/html/housei/19620180706071.htm](http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/19620180706071.htm)(2021 年 2 月 10 日検索).
- 10 厚生労働省  
<https://jsite.mhlw.go.jp/gifu-roudoukyoku/content/contents/000607530.pdf>(2021 年 2 月 10 日検索).
- 11 Rosen(1991) 訳 3-27 頁.
- 12 「健康経営」は特定非営利活動法人健康経営研究会の登録商標である。  
<http://kenkoukeiei.jp/whats> (2021 年 2 月 10 日検索).
- 13 経済産業省(2008)5-7 頁.
- 14 経済産業省商務情報政策局  
[https://www.meti.go.jp/intro/data/akikou08\\_1j.html](https://www.meti.go.jp/intro/data/akikou08_1j.html)(2021 年 2 月 16 日検索).
- 15 日本経済再生本部(2014)95 頁.
- 16 データヘルス計画とは、健診・レセプトデータの分析に基づいて保健事業を PDCA サイクルで効果的・効率的に実施するための事業計画のこと. 厚生労働省(2017)7 頁.
- 17 厚生労働省保健局(2017)1 頁.
- 18 経済産業省と東京証券取引所による定義. 東京証券取引所(2020), 2 頁.
- 19 経済産業省『「健康経営銘柄 2020」に 40 社を選定しました!』  
<https://www.meti.go.jp/press/2019/03/20200302002/20200302002.html>  
(2021 年 2 月 15 日検索).
- 20 「日本健康会議」とは、少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために組織された活動  
体。<https://kenkokaigi.jp/about/index.html>(2021 年 2 月 15 日検索).
- 21 厚生労働省保健局(2017)31 頁.
- 22 経済産業省「健康経営アワード 2020」  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kenkoukeiei-award\\_no6.html](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeiei-award_no6.html)(2021 年 2 月 16 日検索).
- 23 2020 年度の健康経営銘柄は、「健康経営度調査」に回答した東京証券取引所上場会社を評価基準に基づいて選定した上位 20%かつ必要項目をすべて満たしている企業を候補として選出し、ROE や情報開示の内容などをスクリーニングし、その評価結果が業界内で最高順位および各業種最高順位企業の平均より優れている企業を選定された. 東京証券取引所(2020)2 頁.
- 24 健康経営度調査とは、法人の健康経営の取組状況と経年での変化を分析するとともに、「健康経営銘柄」の選定および「健康経営優良法人(大規模法人部門)」の認定のための基礎情報を得るために実施している調査. 経済産業省「健康経営調査について」  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kenkoukeiido-chousa.html](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeiido-chousa.html) (2021 年 2 月 18 日検索).

- <sup>25</sup> 経済産業省「健康優良法人の申請」  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/downloadfiles/kenkokeieiyuryohojin2021\\_chusho\\_shinseisho\\_sample.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/kenkokeieiyuryohojin2021_chusho_shinseisho_sample.pdf) (2021 年 2 月 16 日検索).
- <sup>26</sup> 経済産業省 (2020b) Q68, Q74 参照.
- <sup>27</sup> 経済産業省 (2016) 25-40 頁. なお, 本件に関する裏付けとなる研究は, 津野・尾形・古井 (2018), 津野 (2019) を参照願いたい.
- <sup>28</sup> 本ガイドラインは「企業等が従業員等のために創意工夫し、健康経営をより継続的かつ効率的・効果的に実施するために必要な内部管理手法を示すとともに、取組状況について企業等が外部と対話する際の共通の考え方を提示するものです. 主に健康経営に取り組み始めていて、効果分析や評価方法を模索している企業が利用することを想定」している. 経済産業省『「健康投資管理会計ガイドライン」について』  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kenkoutoushi\\_kanrikaikei\\_guideline.html](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoutoushi_kanrikaikei_guideline.html) (2021 年 2 月 18 日検索).
- <sup>29</sup> 厚生労働省 (2013) 81-94 頁.
- <sup>30</sup> 経済産業省 (2020a) 22 頁.
- <sup>31</sup> 経済産業省平成 26 年度「健康経営銘柄」5 頁.  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/downloadfiles/meigara2015report.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/meigara2015report.pdf)  
経済産業省「健康経営銘柄 2020 選定企業紹介レポート」2 頁.  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/downloadfiles/set\\_meigara\\_report2020.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/set_meigara_report2020.pdf)
- <sup>32</sup> 経済産業省 (2016) 3.11 頁.
- <sup>33</sup> 2020 年は 3 割だが, 2017 年までは 2 割であった. 厚生労働省保健局 (2017) 30 頁.
- <sup>34</sup> これはその医学的用法が「予防と環境」を意味するのにならったものである.  
Herzberg (1966) 訳 87 頁.

■ 総説

## 障がい者スポーツの歴史と理念およびレガシー

陶山哲夫

東京保健医療専門職大学 学長

### 【要旨】

障がい者スポーツは1940年代に英国のLudwig Guttman先生により脊髄損傷者を対象に始められ、1952年国際大会を開催してスポーツによる心身改善の効果が国際的にも認知されることとなった。その後、障がい者スポーツは健康の維持・増進と心理的、社会的にも大きな効果が認められて世界中で益々発展している。特にパラリンピックの社会的な功績は大きく、その理念とレガシーは極めて重要であり、究極的には健常者と障がい者にある障壁を取り省き、共生社会の実現を目指すことにある。

キーワード：障がい者スポーツ，歴史，理念，レガシー

## History and Vision, Legacy of Sports for Impairments

TETSUO SUYAMA

Tokyo Professional University of Health Sciences

### 【Summary】

Sports for persons with Impairment was started by Dr, Ludwig Guttman for spinal cord injured, and they were recognized for improvement of body function and psychological condition, social activities internationally. Since then, they developed more and more in the world. Especially, Paralympics affected to social situation, and became to be important as vision and legacy extremely. The aim for Paralympics are to exclude the barrier between normal person and impairments, and to make symbiotic society come true.

Key Word : Sports for Impairments, History, Vision, Legacy

## I. 緒言

障がいとは世界保健機構（WHO）の定義によると、身体の損傷、活動の制約、参加の制限が含まれる包括的な用語である。損傷は身体における機能もしくは構造に対するものを指し、活動の制約は個人が仕事や行動を行う際に直面する困難を指し、参加の制限は個人が生活する中で体験する問題である。したがって、障がいは複雑な現象であり、ある個人の肉体が持つ特徴と、その人が生きる社会の特徴とがもたらす相互作用の反映とされている。

1943 年頃から英国の StokeMandeville Hospital で脊髄損傷者に導入されたスポーツは、身体機能の改善や社会復帰にも有効性がみられ、次第に在宅者や施設で生活する障がい者にもスポーツが広がり、終には競技性志向の強い 1960 年ローマパラリンピック、1964 年東京パラリンピック開催に至り、2021 年の現在まで益々興隆している。

当初、障がい者がスポーツを行うと危険との理由で禁止された時代もあるが、医学的管理下では安全に行えることが国際的にも証明されるに至っている。障がい者スポーツは心身機能の向上のみならず、障がい者がスポーツを頑張っている姿を見ると、社会の障がい者への理解が進み、障がい者の社会生活の施策が振興して、障がい者との共生社会の促進に繋がり、パラリンピックはオリンピックと共にスポーツの祭典後にも影響するポジティブな理念とレガシーを模索することとなった。

## II. 障がい者スポーツの歴史

### 1. 国際的な障がい者スポーツとパラリンピックの歴史

障がいのある人々が身体運動を行なっていた記録は紀元前から見られ、医師や体育

指導師により、「治療体操」としてスポーツが行われていた記録も残されている。しかし障がい当事者自身が組織を作り自発的にスポーツ活動を始めたのは、19 世紀以降のことであり、身体障がい者がスポーツを行った記録には下肢に奇形のあるバイロン（詩人、1788-1824 年）のボート、水泳がある。

公式には 1888 年、ドイツでの聴覚障がい者スポーツクラブの結成に始まるが、第一次世界大戦（1914～1917 年）後、イギリスで身体障害者自転車クラブや英国の片上肢ゴルフ協会が創立されるなど、障がいのある人々が自発的にスポーツを楽しむようになった。

1948 年イギリスのストーク・マンデビル病院において、ロンドンオリンピックに合わせて脊髄損傷者のスポーツ大会が行われた。1952 年オランダの選手を招き国際ストーク・マンデビル競技大会を開催し、同時に車いす使用者を対象とする国際ストーク・マンデビル競技連盟（現在国際ストーク・マンデビル車いすスポーツ連盟）を設立した。

1960 年国際ストーク・マンデビル競技大会がローマオリンピックの後に同地で開催され、この大会を第 1 回パラリンピックとしている。1964 年国際ストーク・マンデビル競技大会を東京オリンピックの後に開催し、これを第 2 回パラリンピック大会とした。

1975 年大分において第 1 回極東・南太平洋身体障害者スポーツ大会が開催され。1975 年カナダのトロントにおける国際身体障がい者スポーツ大会に切断者と視覚障がい者が参加した。1976 年に第 1 回冬季身体障害者スポーツ大会がスウェーデンのエーンシェルドスピークで開催された。1978 年には国際脳性麻痺者スポーツ・レクレーショ

ン協会 (CP-ISRA) が、1980 年には国際視覚障害者スポーツ協会 (IBSA) が設立された。さらに 1982 年に国際障害者スポーツ調整機構 (ICC) が、1986 年には国際知的障害者スポーツ連盟 (INAS-FMH) が設立されている。

そして 1989 年国際パラリンピック委員会 (IPC) が設立され、1996 年の第 10 回アトランタパラリンピック大会には知的障がい者が参加している。1998 年には長野において第 8 回冬季パラリンピックが開催され、これを契機として日本でパラリンピックが益々興隆した。また 1975 年に日本で発足した南アジア極東大会 (FESPIC 連盟) は 2006 年 11 月をもって終了し、新たに 2006 年 11 月アジアパラリンピック委員会 (APC) が発足し、アジア諸国でもパラリンピックへの関心が急速に高まりつつある<sup>1)</sup>。

## 2. 日本の障がい者スポーツとパラリンピックの歴史

我が国の障がい者スポーツは 1951 年 (昭和 26 年) の東京都の身体障がい者によるスポーツ大会の開催に始まり、大分県でも精神薄弱者施設対抗のソフトボール大会が行われている。その後中村裕先生の指導により、1962 年 (昭和 37 年) 第 11 回国際ストーク・マンデビル競技大会に 2 名の選手が初めて海外派遣された。

1964 年 (昭和 39 年) 東京パラリンピック (図 1) の開催が契機となり、1965 年 (昭和 40 年) (財) 日本障害者スポーツ協会が設立され、同年岐阜県において第 1 回全国身体障害者スポーツ大会が開催され、以後各県持ち回りで開催され、身体障がい者スポーツは主に地方自治体を中心として徐々に広がっていった。



【図 1】東京 1964 パラリンピック

1981 年 (昭和 55 年) 第 1 回国際大分車いすマラソンが開催され、また同年藤沢市において精神薄弱者第 1 回スペシャルオリンピック全国大会が開催され、これが全国レベルの知的障がい者スポーツの発祥であると言える。

1991 年 (平成 3 年) 第 1 回ジャパンパラリンピック陸上競技大会と水泳大会が開催され、より競技性の高い身体障がい者スポーツへの道が開かれた。また 1995 年 (平成 7 年) ジャパンパラリンピック冬季競技大会が開催された。

1998 年 (平成 10 年) 長野パラリンピックが開催され、マスコミに大きく取り上げられ日本中から障がい者スポーツに大きな注目が集まり、社会の関心と啓蒙の促進に大いに役立つこととなった。

1999 年身体障害者スポーツ協会は知的障がい者を包括した障がい者スポーツ協会へ名称を変更した。また日本パラリンピック委員会が設置された。

2000 年 (平成 12 年) 日本障がい者スポーツ協会は日本体育協会へ加盟し、健常者のスポーツと共同関係が結ばれ、スポーツ関係の情報がより一層入手可能となった。

2001 年身体障害者スポーツ大会とゆうあいピックを統合した第 1 回全国障がい者スポーツ大会が宮城県で開催された。

2002 年 6 月日本障がい者スポーツ協会の医学委員会の中にアンチ・ドーピング部会

が設立され、日本アンチ・ドーピング機構（JADA）にも入会し、ドーピングに関するチェック機構を担うことになった。

### Ⅲ. 障がい者がスポーツを行う意義

1943 年 英 国 の Stoke Mandeville Hospital において Ludwig Guttman (図 2) が脊髄損傷者の障がい者スポーツを導入し、身体的機能への好影響を発見したが、1945 年その意義について「障がい者スポーツを行うと、身体の調子や心の動きを良い状態に保持することができ、これは社会への再適応を助け、また働いている障がい者にとってレクリエーションの理想的形式となる」と述べている。障がい者は身体に障がいを持っているために、健常者以上に自分の健康に配慮する必要がある、スポーツを日常の生活の中に取り入れるべきである。



【図 2】 Ludwig Guttman 博士

Sir, Ludwig Guttman には “ Persons with Disabilities have necessary to play sports to promote and maintain physical and mental conditions. ” と言う有名な一句がある。

従来の障がい者スポーツは障がいのある人々の残存能力に焦点を当てたスポーツといえるが、近年は障がいのある人と無い人が一緒に行う (Integrated) スポーツや、障がいの無い人が車いすを利用して行うスポーツ (Reverse integration) などもあり、その根底にある思想は障がいのある人でも障がいのない人でも誰でもスポーツを楽し

むことができると同時に、共に暮らせる生活環境、条件などを整えることであり、1978 年ユネスコ (国連教育科学文化機構) で採択された「体育、スポーツ国際憲章」の「体育・スポーツの実践はすべての人にとって基本的権利である」に繋がり、また 2006 年 12 月国連で採択された「障害者の権利条約・第 30 条」によっても障がい者・非障がい者のスポーツはノーマライゼーションの推進・実践にあるということが言えよう。

### Ⅳ. 障がい者スポーツの分類と特徴

障がい者スポーツは以下に分類できる。

1. リハビリテーションスポーツ (医療スポーツ) : 治療訓練を目的とする。
2. 生涯スポーツ : レクリエーションや健康の維持・増進を目的とする。
3. 競技スポーツ : 強さ、高さ、速さ、巧さなどを追求し、メダル獲得を目指す。

#### 1. リハビリテーションスポーツ (医療体育)

##### 【目的】

失われたあるいは障がいされた運動器官の機能回復や残存機能の向上、または身体の機能的予備力の向上などにより、日常における身体活動の拡大および自立、さらに心理的な安定、社会生活への適応養成などが挙げられる。スポーツの場面では訓練途上もしくは獲得された ADL 動作の安定化、体力の維持・向上、筋の瞬発力・筋持久力、全身のバランス・協調性・巧緻性などを向上または改善させることにより、日常生活をより一層円滑に送れるようにスポーツを行うことである。

##### 【開始時期】

一般的には病気発症後の亜急性期—慢性期や、病院退院直前あるいは退院後数ヶ月から 1 年位の期間に行なう。

##### 【理学療法・作業療法との相違点】

理学療法・作業療法は部分的、局所的、基

本的、個人的である。

リハビリテーションスポーツは総合的、全身的、応用的、集団的である。

【リハビリテーションスポーツの練習内容と目的】

1. 保護、監視的体力の養成（訓練初期）：  
訓練の動機付け、車いす操作の耐久性、  
車いす操作能力、良姿勢保持、ストレッチ体操、リラクゼーション、呼吸補助筋の強化、起立性低血圧の改善などがある。
2. 基礎体力養成（訓練中期）：  
筋力、持久力、瞬発力、バランス、調整力、スキル、社会的技能の習得など
3. 余裕の体力養成（後期）：  
基礎体力の維持と強化、車いす習熟訓練（地移動、踏み切りなど）、各種スポーツの導入とトレーニング、身体の自己管理の徹底、社会性の獲得などである。

以上の運動により身体の適応能力、心理的あるいは社会的適応能力を高め、社会復帰後の生涯スポーツへつなげるものである。

【リハビリテーションスポーツの医学的留意事項】

1. 障害の原因疾患の把握と症状出現への対応を行う。
2. 複合障害の有無のチェックを行い、原疾患との鑑別・処置を行う。
3. 合併症の予防に努める。
4. 栄養、水分、電解質などの摂取法の指導。
5. その他の健康管理を行う。

【日本におけるリハビリテーションスポーツの問題点】

身体機能向上に役立つことを知るリハビリテーション関係者が少なく、また運動を行える設備は限られた医療機関にしか無いことである。

## 2. 生涯スポーツ（市民スポーツ）

【目的】

市民生活を送っている障がい者が、心身

の健康の維持・増進、心理的安定、楽しみ作り、仲間作り、社会参加（ノーマライゼーションの確立）など、生きがいと潤いのある豊かな社会生活を得ることを目的として、地域において行うスポーツであり、近年その実施推進に重点が置かれている。

【地域における生涯スポーツ振興の歴史】

昭和 20 年代より生涯スポーツが行なわれていたが、一般には健常者が対象であった。1963 年 5 月厚生省社会局通知の中に「身体障害者スポーツ振興について」が示され、生涯のある人々のスポーツ振興が我が国の方針として初めて打ち出されている。

1964 年第 2 回パラリンピック東京大会に続き、1965 年（昭和 40 年）10 月（財団法人）日本身体障害者スポーツ協会が発足し厚生大臣認可された。身体障害者スポーツは同協会の指導、促進の下に各都道府県にも身体障害者スポーツ協会が設置され、1965 年岐阜県において第 1 回全国身体障害者スポーツ大会が開催され、障害のある人々のスポーツを発展させるとともに、地域への理解、啓蒙、協力を深める役割を果たすようになった。

我が国の競技スポーツの発展は日本身体障害者スポーツ協会の貢献が非常に大きい。

1972 年「体育・スポーツの普及振興に関する基本方策」について答申され、生涯スポーツの普及を勧めている。

1995 年「市町村の障害者計画策定に関する指針について」と「障害者プラン」の中で、官民一体となり文化、スポーツ、レクリエーション活動を介した生活の質の向上を求めている。

2001 年（財）日本体育協会の＜21 世紀の国民スポーツ振興策＞によると

- ① 豊かで活力のある生活の実現
- ② 新たな地域社会の構築

- ③ たくましく生きる青少年の育成
- ④ 国際理解と国際化の推進
- ⑤ 経済発展への寄与
- ⑥ 障がい者の場合には「ノーマライゼーションの確立」

とし、生涯スポーツを推進している。

【生涯スポーツの競技種目別獲得目的】

1. 陸上競技：トラックは短距離が瞬初力，長距離が心肺機能の向上。
2. 水泳：心肺機能の維持，向上，リラクゼーション，残存機能の増大。
3. 球技：車いす操作性の向上，心肺機能の向上，残存機能の増大，調整力の向上である。

【我が国における生涯スポーツの問題点】

1. 障がい者スポーツへの理解が少ない（心のバリア）。
2. 障がい者スポーツ用の施設が少ない（物理的バリア）。
3. 障がい者スポーツの指導者が少ない。
4. 病院を退院した人のスポーツによる機能訓練希望が増加する一方，ソフト，ハードの面で対応できていない。

### 3. 競技スポーツ

【目的】

障がいのある人々が医療スポーツを経て社会復帰した場合や，生涯スポーツを楽しんでいた者が更に強さ，速さ，高さなどの記録への挑戦，プレイヤー同士で競い合うこと。究極的にはパラリンピックにおけるメダル獲得という目標がある。パラリンピックの特徴として，①選手はクラス分けを受けること。②ドーピング検査を指名されたら必ず検査を受けることがあげられる。なおパラリンピックの出場選手は肢体不自由，知的障がいであるが，内部障がいは出場できない。なお聴覚障がいはデフ・リンピックに出場する。

1. クラス分類

1) 目的は強さ・速さ・高さ・上手さ・距離などの競技力を競い，メダル獲得を目的とする場合に，選手の運動機能，運動能力を評価・分類して障害の程度をほぼ同一のグループに分けることにより，障害の程度を平等化して競技することであり，パラリンピック競技大会の特徴である。

2) 方法は医学的運動機能評価と競技特殊性のプレイ能力を評価し，両者を総合的に判定する。但し，視覚障害と知的障害は医学的診断でクラスを分ける。

#### 2. ドーピング検査

1) 1999年，国際パラリンピック委員会は国際オリンピック委員会と契約を結び，規則を International Olympic Committee (IOC) に準ずることを決定し，アンチ・ドーピング規則を遵守することになった。アンチ・ドーピングの目的は

①健康障害の防止，②フェアプレー精神の徹底，③社会道徳の啓蒙である。障がい者の競技性の強いエリートスポーツでは健常者と同様の規則で行うため，障がい者に対する医学的サポートが従来以上に極めて重要と言える。

2) パラスポーツにおける禁止物質，禁止方法の基準は World Anti-Doping Agency (WADA) の基準と同様である。

#### 3) 治療使用特例 Therapeutic Use Exemptions (TUE)

(1) 障害に伴う合併症や随伴症状のために，禁止薬物・方法を使用せざるを得ない場合には，事前に TUE 委員会に許可願いを出し，認められたら禁止薬物・方法を使用できる救済措置がある。但し TUE の条件を満たす必要がある。障がい者は薬物を使用する者が多く，TUE 申請の方法を知っておく必要がある。

(2) TUE の承認条件は以下の 4 項目をすべて満たすことが必要となる。

- ① 関連する臨床的証拠による裏付けのもの

と、使用しないと健康に重要な影響が出る

- ② 健康を取り戻す以上に競技力を向上させない
- ③ 禁止物質・禁止方法が当該疾患に対する適応治療であり、他に代えられる治療方法がない
- ④ ドーピングの副作用に対する治療ではない

## V. 障がい者スポーツの理念およびレガシー

### 1. レガシーの歴史的意義

レガシーとは【遺産】を意味するが、オリンピックで最初に使われたのは、1956年のメルボルン大会招致であるがIOCのオリンピック憲章2には、IOCの使命と役割として「オリンピック競技大会のよい財産を開催国と開催都市に残すことを推進すること」と明記している。その後IOCによるレガシーに関する取り組みが強化されたのは2002年のIOC総会でオリンピック憲章に追加されている。

IOC Olympic legacy booklet (2002年)によると 以下のように明記されている。

- 1) 「Sporting Legacy (スポーツ)」 (スポーツ実施人口の変遷やスポーツ環境の変化など)
- 2) 「Social Legacies (社会)」 (官民一体の体制づくり, オリンピック・パラリンピック教育の推進など)
- 3) 「Environmental Legacies (環境)」 (都市再生, 再生可能エネルギーなど)
- 4) 「Urban Legacies (都市)」 (公共交通インフラの整備, バリアフリー化など)
- 5) 「Economic Legacies (経済)」 (雇用創出やテクノロジーの発達など)

### 2. 東京パラリンピックのレガシー

2015年文部科学省によると2020東京オリンピック・パラリンピック競技大会を契機としたレガシーの創出は、次の世代への贈り物(レガシー)として継承する事項を下記に掲げている。

#### 1) スポーツ：

スポーツを通じて全ての人々が幸福で豊かな生活を営むことができる「スポーツ立国」の実現。

- (1) 国内外へのオリンピック・パラリンピックの精神の浸透。
- (2) 健康志向の高まりや地域スポーツの活性化が及ぼす影響。
- (3) トップアスリートの国際競技力の向上。
- (4) アスリートの国際的地位やスポーツ界全体の透明性・公平性の向上。
- (5) パラリンピックを契機とする人々の意識改革・共生社会の実現。

#### 2) カルチャー：

我が国の多様な文化の十分な理解の促進と文化資源の積極的な活用。

- (1) 地域の文化イベントを「文化プログラム」として全国に展開。
- (2) 先進的な文化・芸術の実施。
- (3) 国立文化施設の活用による訪日外国人の増加。

#### 3) イノベーション：

我が国の研究の蓄積・成果の発信と最新の科学技術の社会実装を実証。

- (1) 健康長寿社会
- (2) 衣食住における豊かな生活社会
- (3) ユニバーサル共生社会
- (4) 革新的な物作り社会
- (5) エネルギー制約の無い社会
- (6) 全ての技術をオリンピック・パラリンピックに。

#### (7) レジェンドな社会

#### (8) フロンティア開拓社会

#### 4) ヒューマン：

若者が地域や社会、グローバルの議題解決に自ら考え行動する活動を促進・支援。

5) ユニバーサル：

年齢・性別・障害等の有無にかかわらず、活躍できるコミュニティーの実現。

日本障がい者スポーツ協会で作成したアクションプラン(2013年～2020年～2030年)のビジョンを以下に示す。

私たちは障がい者スポーツの理念である

**「活力ある共生社会の創造」**を目指す。

- ① 一人ひとりの個性を尊重する(障がいも個性の1つ)
- ② スポーツの価値はすべての人に共通する
- ③ すべての障がい者がスポーツの価値を享受できる
- ④ スポーツを通じて障がい者の社会参加を広げる
- ⑤ 障がい者スポーツの発展により活力ある社会を創造する
- ⑥ スポーツ施策を一元的に推進する社会をめざす

日本障がい者スポーツ協会の理念(ビジョン)とパラリンピックのレガシーは究極的には障がいの有無に関わらず一元的対応を目指し、共生社会の創造を目指すことにあり、これが特徴と言える。なお共生社会は本学の建学の精神と相通じることになる。

## VI. 結語

1. 障がい者スポーツ国際、国内の発展の歴史を述べた。
2. 日本障がい者スポーツ協会の理念とIOCのレガシーおよび東京パラリンピックのレガシーについて述べた。

利益相反(COI)

本論文において開示すべきCOIはない。

## 【参考文献】

- 1) 財団法人日本身体障害者スポーツ協会：障害者スポーツの歴史と現状. 平成14年2月
- 2) 陶山哲夫：障害者スポーツの普及に向けて. 月刊「カレントセラピー」2004；22:85-91.
- 3) 陶山哲夫：障害者スポーツの最近の動向. 理学療法科学. 2006；21:99-106.
- 4) プラチナ社会研究会 2019年3月
- 5) 政府・ロンドン市の共同報告書. 2013年
- 6) 日本障がい者スポーツ協会報告書. 2013年
- 7) 陶山哲夫, 鳥居昭久, 菊地みほ, 武井圭一：パラリンピックの歴史とレガシー. 臨床整形外科. 2021；6：17-20.

## 【著者の障がい者スポーツへの役割】

- 2002年 財団法人日本障害者スポーツ協会 医学委員長
- 2003年 日本パラリンピック委員会運営委員
- 2003年 日本アンチ・ドーピング機構・評議員
- 2004年 アジアパラリンピック・医科学委員長
- 2005年 財団法人日本障害者スポーツ協会 理事  
(受賞歴)
- 2016年 第19回秩父宮記念スポーツ医・科学賞・功労賞
- 2009年 アジアパラリンピック・大賞

## ■ 総説

# 障がい者スポーツにおいて理学療法士・作業療法士ができること

鳥居昭久<sup>1) 2)</sup> 杉山真理<sup>1) 3) 4)</sup> 陶山哲夫<sup>1) 5)</sup> 草野修輔<sup>1) 5)</sup>

### 【要旨】

東京パラリンピックに向けて、障がい者スポーツに対する関心が高まっている一方で、障がい者がスポーツに取り組む機会は必ずしも多くはない。障がい者がスポーツに取り組むためには、“障害”についての理解がある理学療法士や作業療法士の関わりが重要である。

理学療法士や作業療法士は障がい者スポーツにおいて、次の役割を担うことができる。それは、1) 医学的リハビリテーション専門職の役割（医療からスポーツへの橋渡しの役割や、テクニカルエイドアドバイザーとしての役割）、2) スポーツトレーナーとしての役割、3) クラシファイヤーとしての役割、4) 競技アシスタントや運営ボランティアとしての役割、5) 研究者としての役割、である。

このように、障害を理解しているリハビリテーション専門職として、障がい者がスポーツを通して社会参加するために、理学療法士や作業療法士が積極的に障がい者スポーツに参画することが望まれる。

【Key words】障がい者スポーツ 理学療法士 作業療法士

## For the sports of people with impairments what physical therapists and occupational therapists can do.

AKIHISA TORII, MARI SUGIYAMA, TETUSO SUYAMA, SHUSUKE KUSANO

### 【Abstract】

Towards the Tokyo Paralympic Games, there has been a growing national interest in sports for people with impairments. On the other hand, people with impairments do not always have many opportunities to play sports. For people with impairments to play sports, the involvement of physical therapists and occupational therapists who have an understanding of “impairment” is important. Role of physical therapists and occupational therapists for impairments sports are, 1) a medical rehabilitation profession (role of bridging from medical care to sports and advising for technical aid), 2) a sports trainer, 3) a classifier, 4) a competition assistant or a management volunteer, and 5) a researcher. As a rehabilitation profession that understands impairments, it is hoped that physical therapists and occupational therapists will actively involve in the impairments sports, to promote people with impairments to participate in society through sports.

【Key words】Sports for people with impairments, Physical therapist, Occupational therapist

---

1) 東京保健医療専門職大学リハビリテーション学部 (東京保健医療専門職大学：東京都江東区塩浜 2-22-10)

2) 日本障がい者スポーツ協会障がい者スポーツトレーナー部会

3) 日本障がい者スポーツ協会技術委員会

4) 日本パラ陸上競技連盟クラス分け委員会

5) 日本障がい者スポーツ協会医学委員会

(日本障がい者スポーツ協会, 日本パラリンピック委員会：東京都中央区日本橋蛸殻町 2-13-6 ユニゾ水天宮ビル 3F)

## 【はじめに】

1964 年、東京で開催された第 2 回パラリンピック東京大会を契機に、翌 1965 年、日本身体障害者スポーツ協会が発足、同年、全国身体障害者スポーツ大会がスタートし、2001 年からは、国民体育大会と並行して、全国障害者スポーツ大会が開催されるなど、我が国における障がい者スポーツの歴史は短いものではない。

2013 年の国際オリンピック委員会（以下、IOC）総会にて、2020 年に東京においてオリンピック・パラリンピックが開催されることが決定されたことを契機に、我が国において障がい者スポーツに対する認知度は少なからず上昇してきている。これは、パラリンピック代表候補選手を中心に、マスメディアに取り上げられる機会も増え、特に、2016 年のパラリンピック・リオデジャネイロ大会以降、マスメディアが数々のキャンペーンを行ったことなどが功を奏している。東京都が実施している「オリンピック・パラリンピック開催、障がい者スポーツに関する世論調査」<sup>1)</sup>においても、2015 年では、障がい者スポーツに“関心がある”“やや関心がある”を合わせて 44.9%であったが、以降は、56~59%となり、東京都民における障がい者スポーツへの関心度は上昇していた。全国的にも、障がい者スポーツに対する関心は同様の傾向にある。新型コロナウイルス感染拡大の影響から 2020 年 3 月には若干低下傾向にあったが、それでも 2013 年以前に比べれば、遙かに認知度は高くなっているといえる。

この一方で、障がい者自身がスポーツに取り組む機会が多くなっているとはいえない。スポーツ庁の調査によると、週 1 回スポーツ実施率をみても、健常成人 53.6%に対して、障がい者においては約 20.9%にしか過ぎない<sup>2, 3)</sup>。これは、障がい者に特化したスポーツ施設が極めて少ない上に、一般のスポーツ施設においても、障がい者の受け入れは必ずしも積極的とはいえないなどの環境面の問題も大きい。また、障害を持つ当事者やその家族、介護者の意識とし

て、スポーツに目が向いていないことも否めない。加えて、スポーツ実施に関する情報や、その支援者が絶対的に少ないのが障がい者を取り巻く現状である。

理学療法士や作業療法士の業務対象は、法的にも“障害”を持つ人であり、前述のような状況の中、理学療法士や作業療法士は、障がい者がスポーツに取り組み、このスポーツを通して社会参加できるようにするために重要な役割を果たすべき立場である。これは、障がい者自身がスポーツに取り組む意欲を持ち、スポーツを障がい者に、障がい者がスポーツにどのように適応 (adaptation) できるかについての知識や技能を、理学療法士や作業療法士が有しているからである。

ここでは、理学療法士や作業療法士が障がい者スポーツにおいて果たせる役割について論説する。

## 【障害の表記について】

障害の表記については、様々な論議が行われてきている。地方自治体では、「害」の字の負のイメージを考慮して、平仮名表現に改めているところが少なくない。日本障がい者スポーツ協会も、2014 年に協会名を平仮名併記の表記に変更した。一方、内閣府の障がい者制度改革推進会議（2010）では、最終的に特定のものに決定することは困難であり、当面、法令などにおいては「障害」を用いることとしている<sup>4)</sup>。また、放送用語委員会（2019）では、原則的に「障害」の表記としながら、必要に応じて「障がい」という表現も使えると柔軟な方向性を示した<sup>5)</sup>。一般に医学用語においては漢字表記で「障害」とされており、障害者基本法などの関係法規では「障害」との表記が用いられている。以上のことを鑑み、この論文においては、既に使用されている固有名詞や医学的状态を表す場合には、「障害」と漢字で表記し、人を表現する場合には、「障がい者」という平仮名併記で表記する。

## 【理学療法士・作業療法士の役割】

障がい者スポーツは、心身に何らかの障害があるが故に“できない”“リスクがある”などの制約がある人のために開発されたものや、既存のスポーツのルールや用具などを改善し、障がい者がそのスポーツを実施できるようにしたスポーツの総称である。ここでは、この障がい者スポーツの特徴を考慮して、理学療法士や作業療法士が果たせる事項について述べる。

### 1. 医学的リハビリテーション専門職の役割

#### 1) 医療からスポーツへの橋渡し役として

理学療法士や作業療法士は、医療施設や福祉施設、または地域社会において、障がい者の障害を適切に評価し、その障害を受容、克服した上で日常生活や社会生活に復帰することを目指して支援している。障害の程度を評価した上で、それぞれの障害に合わせたリハビリテーションのゴール（目標）を設定する。多くの場合には、このゴールが“日常生活活動の自立”，もしくは“身の回り動作の自立”にとどまることが少なくない。職業復帰や学校への復帰を目指す場合にも、単なる就労支援や就学支援にとどまり、日常の必要最低限の生活に戻すことがゴールになることが多く、障がい者自身もスポーツ活動をゴールと考えることは少ない。これは、障がい者自身やその家族も、理学療法士や作業療法士自身にも、“スポーツなんてできない”という認識が根底にあるからである。かつて、中村裕博士がリハビリテーションに積極的にスポーツを導入し、障がい者が参加するスポーツ大会を開催した際には、多くの批判があったと伝えられているが、障がい者やその家族、医療関係者の多くには“障がい者がスポーツに取り組むことは不可能である”という認識は、いまだに拭い切れていない。しかし、前述したように、近年、パラリンピックに代表される“障がい者スポーツ”への社会的認知が高まることによって、多くの障がい者自身やその家族においてもスポーツに対する関心は高くなってき

ている<sup>3)</sup>。

そこで、理学療法士や作業療法士が、障害に対する評価の結果から、障がい者が“何ができるか？”“どこまでできるか？”などを明らかにし、可能なスポーツへの橋渡し役を担う必要がある。そのためには、理学療法士や作業療法士自身が、障がい者スポーツに対する正しい知識を持ち、その上で、障がい者に対して障がい者スポーツに関する情報提供をしなければならない。その結果として、リハビリテーションの最終ゴールが、“日常生活自立・家庭復帰”や“職業復帰”にとどまらず、“スポーツ活動の実践”にまで広がる可能性がある。このように、障がい者を医療・福祉現場から、“スポーツを通しての社会参加への橋渡し役”ができるのは、障がい者の最も近くに居て、障害を客観的に理解できる理学療法士や作業療法士である。

例えば、障がい者がスポーツに取り組むためには、筋力や関節可動域、平衡感覚や巧緻性など、どのような機能が必要になるかを評価し、そのゴールに向けてのリハビリテーションプログラムを臨床の場面から組むことによって、医療施設から、社会や家庭に復帰後にも継続して取り組めるトレーニングプログラムまで発展させ、何らかのスポーツ活動に繋げられることが理学療法士や作業療法士には可能である。

#### 2) テクニカルエイドアドバイザーとして

障がい者スポーツにおいては、競技・種目毎に使用する義肢や装具、車椅子や杖など、多くの用具の工夫が必要である。その際、理学療法士や作業療法士が、テクニカルエイドアドバイザーとしての役割を担い、障がい者がスポーツに適応 (adaptation) することを促進できるのである。

例えば、障がい者スポーツには、車いすを使用する競技は少なくないが、この際、体格や障害程度にあわせた車いすの調整が必要になる。また、種目によっては、体幹を支える専用の椅子などの工夫が必要になる。この際、医療や福祉現場で使われるシーティングの知識や技術

が応用される。代表的な例として、陸上競技の投擲用の椅子がある。投擲動作はダイナミックなバランス能力が求められるため、体幹や骨盤帯の安定性と上肢の運動性が必要となる。座位保持能力にあわせた専用の椅子を選択する必要がある<sup>6)</sup>。

また、握力が極めて弱い車いすテニスアスリート用にラケットのグリップの形状や太さを工夫することや、手指欠損があるボートのアスリート用に、握らずにオールを引くことができる特殊なハーネスを作成することがある（図1）。作業療法士を中心に臨床現場で日常生活用の自助具を作成することは少なくないが、この自助具や装具の知識や技術を、障がい者スポーツに応用することができるのである。

このように、“医療からスポーツへの橋渡し役として”や“テクニカルエイドアドバイザーとして”の役割などから、理学療法士や作業療法士は、既存の医療的リハビリテーションのイメージに囚われることなく、基礎的な機能回復過程から社会復帰、そしてスポーツ実施に至るまでのトータルリハビリテーションの流れを作る役割を持っているのである。

## 2. スポーツトレーナーとしての役割

近年、スポーツの現場においては、スポーツを実施する選手と指導者の他に、選手を支援する多くの専門スタッフの存在が重要になっている。その一つにトレーナーという役割がある。

スポーツ現場におけるトレーナーの役割は、1) スポーツ外傷・障害の予防、2) スポーツ現場における救急処置、3) アスレティックリハビリテーション、4) コンディショニング、5) 測定と評価、6) 健康管理と組織運営、7) 教育的指導、とされている<sup>7)</sup>。すなわち、スポーツ外傷・障害の予防から競技復帰、そしてその後の再発予防や健康管理に至るまでの対応に関わる役割を担うのがトレーナーの役割である。そして、これらの役割は、健常のスポーツであろうと障がい者スポーツであろうと同じである。しかし、様々な障害を持っている状

態で取り組む障が

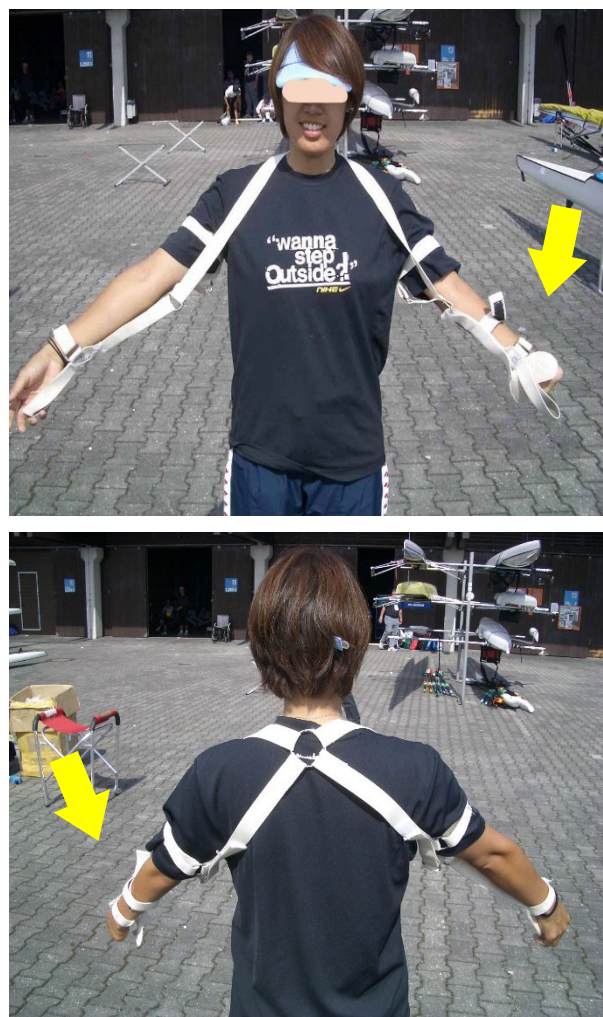


図 1. スポーツ用装具の例：手指欠損アスリート用のハーネスで、切断肢でも引き動作可能になる

い者スポーツの現場では、予測されるスポーツ外傷・障害は、健常者以上に多くなる。この点では、理学療法士や作業療法士は、障がい者アスリートが持っている元々の障害を評価し、それによって予測されるスポーツ外傷・障害を事前に予防する策を講じ、また、筋緊張異常や不随意運動、変形や合併症など、元々の障害からの影響を考慮したアスレティック・リハビリテーションを実施できる職種といえる。加えて、障がい者アスリートは、そもそも医療過程において、理学療法や作業療法を受けている経験が有るために、理学療法士や作業療法士という職種に対する理解がある。この点では、健常者ア

スリートを対象にしている一般のトレーナーよりも信頼関係が構築しやすい利点もある。

我が国のスポーツ界では、かつては、国の公的組織から認定されるトレーナー資格は、日本スポーツ協会（旧：日本体育協会）公認のアスレティックトレーナー（以下、JSP0-AT）のみであった。この資格は、1994年に制度化され、2020年10月現在、4331名が登録している<sup>8)</sup>。

このJSP0-ATは、医療資格ではないこともあり、養成プログラムにおいても専門的な医学事項は少なく、とくに障がい者スポーツに関する事項についてはまったく触れられていない。このため、実際に障がい者スポーツの現場でJPSA-ATが活動するためには、知識、技術ともに困難な面が多い。この点で考えても、障害学やその原因となる疾患についての基礎的な医学知識を有する理学療法士や作業療法士が、障がい者スポーツの現場においてトレーナーとしての役割を果たす意義がある（図2）。

さて、近年障がい者スポーツの競技性の向上に伴い、健常者スポーツ同様にトレーナー支援に対する要望が高まってきた。そこで、日本障がい者スポーツ協会においても、2008年から障がい者スポーツに特化した専門的知識や技術を備えた“障がい者スポーツトレーナー”（以下、JPSA-ST）の養成が始った。2020年3月現在で200余名が資格試験を通過し、JPSA-STとして登録されているが、まだまだ十分といえる数ではない。一方で、2013年に東京パラリンピック開催が決まって以降、各競技団体としても、競技力向上のためにトレーナーの配置要望が多くなっている。障害について熟知している多くの理学療法士や作業療法士が受講し、障がい者スポーツの現場で活躍することが望まれる。

### 3, クラシファイヤーとしての役割

障がい者スポーツの最も特徴的といえるものが、障害の種類や程度を判定し、各競技・種目毎に、必要な機能を鑑みて適正に分類するクラス分け(classification)という過程がある。

このクラス分けの過程で認定された者のみが



図2. トレーナー活動の例：日本代表選手団の帯同専属トレーナーとして、片麻痺があるアスリートに体幹の使い方の指導をしている

障がい者スポーツ競技会に参加できるアスリートと認定されるのである。各競技において、最小障害および参加資格のある障害の規定があり、その上で、競技毎に決められたクラスに振り分けられるのである。

このクラス分けを行うのは、国際パラリンピック委員会（IPC）の基準の下で関係競技団体が開催する研修会を受け、そこで認定されたクラス分けの専門員（classifier:クラシファイヤー）が行う。このクラシファイヤーは、競技技術が専門のテクニカルクラシファイヤーと、医学的側面を専門に判定するメディカルクラシファイヤーに分けられる。メディカルクラシファイヤーの研修を受講するための条件として、基本的に整形外科医もしくは理学療法士、作業療法士の国家資格が必要である。

クラス分けは、単に参加できる種目を決めるだけではなく、リスク管理を含めた医学的専門知識が重要である。また、障害の部位や種類、程度によって分けられるのではなく、実施するスポーツに必要な身体機能に着目してクラス

を決める機能的クラス分けが行われるのである

図 3. クラス分け：国際大会においては，第 3 国のクラシファイヤーが評価する．関節可動域測定や筋緊張評価など，機能評価技術は世界共通である（写真は，日本人アスリートをカナダの理学療法士が評価している様子である）



る．ここでは，例えば，筋緊張異常の評価で多く用いられる Ashworth scale や，徒手筋力検査，関節可動域測定，座位バランステストなど，理学療法士や作業療法士が臨床で培っている知識や技術が必要になってくるのである（図 3）<sup>6)</sup>．

このように，クラシファイヤーは，障がい者スポーツにおける固有の役割であり，なおかつ，理学療法士や作業療法士ならではの専門性が求められるところである．我が国における障がい者スポーツにおいては，水泳、陸上競技などの一部の競技団体には数名の国際クラシファイヤー認定者がいる一方で，未だにクラシファイヤー認定者が皆無の競技団体もある現状であり，今後は更に多くの理学療法士や作業療法士が参画することが求められている．

#### 4. 競技アシスタント、運営ボランティアとしての役割

近年，多くのスポーツイベントにおいて多数のボランティアが，競技アシスタントや，競技会の運営スタッフとして参画することが当たり前になってきている．この点で，応援する人

も含めて，スポーツは，単にそのスポーツを行う人だけのものではなく，多くの人がいろいろな立場で楽しむものであるという文化が浸透してきていると思われる．大切なのは，様々な形でスポーツに参加し，障害の有無は関係なく一緒に楽しめるという考え方である．この視点で考えても，競技会における競技アシスタントや運営にあたるボランティアの存在は重要である．

健常者のスポーツ競技会においては，選手が本人のみで参加する場面は少なくない．しかし，多くの場合，障がい者アスリートの場合には，競技はおろか日常生活においても介助者が必要であることが多い．日常生活においては，専任のヘルパーや，家族が介助者であることが多いが，スポーツに取り組む場面では，様々な用具の準備や移動時間などが健常者以上に必要になり，日常の介護者では十分にサポートができない可能性がでてくる．日常生活で自立している障がい者アスリートであっても，使用する義足や競技用車いすなど，スポーツ場面では他者の支援が必要になってくることも少なくない．このような場面において，競技アシスタントや運営ボランティアによる支援が重要である．もちろん，一般ボランティアスタッフでも可能な支援でもあるが，障がい者の活動制限を理解できる理学療法士や作業療法士がこれらのスタッフに加わっていることによって，障がい者アスリートの状態やその場面に応じた適切な対応が可能になり，支援される障がい者アスリートやその家族に安心感を与え，安全な競技会や練習会運営に寄与することになる．競技そのものの専門性に関わるコーチやトレーナーなど，アスリートに対する直接支援ではなくても，このように競技アシスタントや運営ボランティアという立場や，競技会にむけての練習場面などに一緒にスポーツを楽しむような支援活動であっても，障がい者スポーツにおいては，理学療法士や作業療法士としての専門性を発揮することができるのである（図 4）．



図 4. ボランティア活動例：特別支援学校の児童らと、ボッチャの練習会に参加している様子

## 5. 研究者としての役割

我が国におけるスポーツ科学、スポーツ医学においては、世界的にも優秀な研究が多く発表されており、この分野の研究については、我が国は先進的な取り組みをしているといえる。国立スポーツ科学センターやナショナルトレーニングセンター、また各地のスポーツ科学の専門大学を拠点にして多くの研究が展開されている。しかしながら、その対象の多くはオリンピック選手やプロスポーツ選手を代表とした健康者スポーツが中心であり、障がい者スポーツにおける研究は発展途上であるといえる。

日本障がい者スポーツ学会が 1995 年に発足し、また日本障害者体育スポーツ研究会、日本アダプテッド体育・スポーツ学会、日本体育学会アダプテッドスポーツ領域など、我が国における障がい者スポーツに関する学会はいくつか開催されているものの、体育・スポーツ関連でのトレーニング効果や指導方法、事例検討などが多く、臨床の理学療法士や作業療法士の視点での研究は多くはない。また、残念ながら理学療法士や作業療法士を養成する大学・専門学校において、障がい者スポーツに取り組む研究者も少ないのが現状である。

障がい者の最も近くにいる理学療法士や作業療法士が、障がい者が安全にスポーツに取り組め、更にその効果を高めるためにも積極的な

研究活動に取り組むべきである。その成果は、障がい者がスポーツに適応できる効果的な方法に繋がると考えられる。その結果、障がい者がスポーツを通して社会参加することを加速させることができる。これは、リハビリテーションの基本的理念にも繋がることである。

## 【理学療法士や作業療法士がスポーツ現場に関わる上での問題点】

障がい者スポーツに限らず、スポーツ現場で活躍する理学療法士や作業療法士は必ずしも多くはない。これには、以下の問題点が挙げられる。

第 1 に、制度面での問題がある。

理学療法士・作業療法士法においては、“理学療法士や作業療法士は医師の指示の下に理学療法や作業療法を実施する”と明記されている。しかし、スポーツ現場においては、指示を行うスポーツ医が常にいるとは限らないため、理学療法士や作業療法士がそこで活動するには明確な法的根拠がなく、その立場が曖昧になる。また、JSP0-AT、JPSA-ST 含めて、トレーナー活動にて実施されている医療行為の是非についても、はっきりした法的な解釈における結論は出ていない。この問題点については、今後、明確な制度整備が急がれるべき事項である。

第 2 に、技術面についての問題がある。

JSP0-AT と、理学療法士や作業療法士とを比較すると、前述のように医学的側面での専門性は理学療法士や作業療法士が比較的高い知識や技術を持っているといえるが、一方で、多くのアスリートから求められるトレーニングの実務指導や、アイシングやテーピング技術などについては、理学療法士や作業療法士が必ずしも有能ではない。トレーニングマシンやフリーウエイト、テーピングテープを扱えない理学療法士や作業療法士は少なくないのが現状である。

これは、理学療法士や作業療法士の国家試験内容に、これらの項目が含まれておらず、養成課程に於いても必須事項ではないために、多く

の養成学校では、トレーニングやテーピング、応急処置などに関係する教育はなされていない。この点で、理学療法士や作業療法士がスポーツ現場で活動するためには、医療や障害、リハビリテーションに関する専門知識に加えて、スポーツに必要なトレーニングの実務や、テーピングなどの技術を修得する必要がある、現在の理学療法士、作業療法士養成課程に加えるべきであると筆者らは考えている（図5）。

第3に、アスリートが求めるサポートの範囲が広く、十分に対応しきれない部分がある。

スポーツ外傷・障害は、一般的に整形外科系の分野が中心と思われがちであるが、内科系、婦人科系の問題も少なくない。特に、障がい者アスリートの場合には、背景に内科的問題を抱えているアスリートは少なくない。その点で、服薬管理や栄養管理、アンチ・ドーピングなどを含めた健康管理の側面でも専門的な支援が必要である。我が国のスポーツ界全体として、スポーツ薬剤師（スポーツファーマシスト）やスポーツ栄養士は十分に普及していないため、障がい者スポーツのみならず、スポーツ現場の支援において、多くの場合にトレーナーがこの領域の対応をせざるを得ない場合がある。理学療法士や作業療法士教育においても、一般的な健康についての学習や栄養学の基礎事項は学ぶものの、臨床薬理学やドーピングに関する事項を学ぶ機会はない。この点ではJSP0-ATも同様であるが、スポーツ現場におけるトレーナー活動の際には、障がい者スポーツ医や他の専門職種との連携を図り、適切な対応をすることが望まれるのである。

### 【結語】

障がい者スポーツにおいて理学療法士や作業療法士が果たせる役割と問題点について述べた。解決すべき課題は多くあると思われる。一方で、理学療法士や作業療法士が、積極的に障がい者スポーツに関わることによって障がい者スポーツが発展し、結果的に障がい者の社

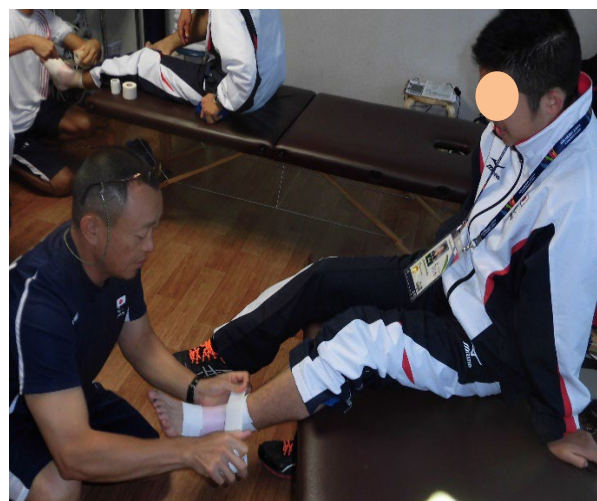


図 5. テーピング実施例：テーピングは、練習や試合状況によって、いつでも、どこでも実施でき、アスリートの状態によって様々に工夫できる技術の一つである。理学療法士や作業療法士の動作分析や機能評価の技術をテーピングに反映させれば、その効果は更に大きくなると考えられる。しかし、テーピングの技術習得には、相当時間の訓練が必要であるが、現在の理学療法士・作業療法士の養成カリキュラムにはテーピングは含まれていない。

（写真は脳性麻痺アスリートに対して、足関節の捻挫予防目的のテーピングを実施している場面）

会参加を促進することは間違いのない事実であるといえる。その根本で大切なのは、理学療法士、作業療法士の養成教育において、障がい者スポーツに関わるカリキュラムを展開することである。

2016 年に実施された日本理学療法士協会の調査においても、全国の理学療法士養成学校のうち障がい者スポーツに関する科目を設定している学校は 26.5%に過ぎなかった。作業療法士養成学校においては、更に少ないことが推察される。障がい者スポーツを支援するためには、まずは、理学療法士、作業療法士養成学校の学生が障がい者スポーツを学び知ることから始めなくてはならない。

近年、小中学校を中心にパラリンピック教育

が展開されている。東京パラリンピックを契機に、障がい者スポーツに関する理解を広げているという取り組みの一端である。これらに倣い、理学療法士、作業療法士は、パラリンピックに限らず、障がい者が様々なスポーツ活動に関われることに専門的に支援できる人材としての理学療法士、作業療法士養成教育にも取り組んでいくべきであると考え。そして、これらの人材が、障害を理解している専門職として、更に積極的に障がい者スポーツに参画することは、障がい者がスポーツを通して社会参加することを加速させることになる。今後、多くの理学療法士、作業療法士が障がい者スポーツの支援に関わることを願うところである。

#### 【引用文献】

- 1) 東京都生活文化局:障害者スポーツへの関心度. オリンピック・パラリンピック開催, 障害者スポーツに関する世論調査報告書. 2020; 67-70.
  - 2) スポーツ庁:スポーツの実施状況等に関する世論調査について. スポーツ庁ホームページ. 令和元年度報道発表資料 [https://www.mext.go.jp/sports/b\\_menu/houdou/](https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/houdou/) (2021年1月25日閲覧)
  - 3) 笹川スポーツ財団:地域における障がい者スポーツ普及促進事業(障害者のスポーツ参加促進に関する調査研究)報告書. 2018;107.
  - 4) 内閣府:「障害」の表記に関する検討結果について, 内閣府障がい者制度改革推進会議「障害」の表記に関する作業チーム報告書. 2010;11.
  - 5) 放送用語委員会:「障害」の表記について. 放送研究と調査 MARCH2020. 2020; 100-103.
  - 6) 杉山真理:東京オリンピック・パラリンピック競技大会にむけた理学療法士の取り組み. 理学療法-臨床・研究・教育. 2016; 23:3-8.
  - 7) 日本スポーツ協会:アスレティックトレーナー養成教本①アスレティックトレーナーの役割. 2008;9-16.
  - 8) 日本スポーツ協会:日本スポーツ協会ホームページ. 日本スポーツ協会公認スポーツ指導者資格概要. <https://www.japan-sports.or.jp/> (2021年1月31日閲覧)
- #### 【参考文献】
- 1) 日本障がい者スポーツ協会ホームページ: ニュース 2014年3月, 日本障がい者スポーツ協会 <https://www.jsad.or.jp/> (2021年1月25日閲覧)
  - 2) 陶山哲夫、鳥居昭久、菊池みほ・他:パラリンピックの歴史とレガシー. 臨床整形外科. 2021;56(1):17-20.
  - 3) 陶山哲夫:障害者スポーツの現在. 日本義肢装具学会誌. 2012;30(3):120-124.
  - 4) 中村太郎:日本における障害者スポーツの先駆者中村裕. 臨床整形外科. 2021;56(1):21-26.
  - 5) 杉山真理. スポーツとシーティング. 廣瀬秀行、清宮清美編. 障がい者のシーティング. 東京:三輪書店、2014;144-145.
  - 6) 奥田邦晴、片岡正教:パラリンピックへの期待と理学療法士の役割. 理学療法学. 2015;42(8):716-717.
  - 7) 鳥居昭久:障がい者スポーツにおける理学療法士、作業療法士の役割-2020東京パラリンピックとその後にむけて本学ができること-. 愛知医療学院短期大学紀要. 2018;9:101-108.
  - 8) 鳥居昭久、加藤真弓:本短期大学における障がい者スポーツ関連教育展開についての一考察. 愛知医療学院短期大学紀要. 2017;8:49-56.
  - 9) 指宿立、三井利仁、池部純政・他:パラリンピックスポーツにおけるクラス分けの動向. 日本義肢装具学会

誌. 2016;32(4):220-225.

- 10) 藤田紀昭、金山千広、金子知史・他：障害者スポーツ. スポーツ白書. 東京：笹川スポーツ財団、2020. 112-135.

■ 短報

## COVID-19 感染拡大下における本学の対応と課題 — オンライン授業導入についての一考察 —

鳥居昭久<sup>1) 2)</sup> 松丸浩子<sup>2)</sup> 野瀬友里絵<sup>2)</sup> 望月菜央<sup>2)</sup>

原田あゆみ<sup>2)</sup> 積田修真<sup>3)</sup> 佐藤 章<sup>1)</sup> 草野修輔<sup>1)</sup> 陶山哲夫<sup>1)</sup>

### 【要旨】

2020年、我が国においてもCOVID-19感染が急速に拡大し、2020年4月および2021年1月に緊急事態宣言が発出されるなど社会的混乱に陥った。本学も、2020年4月に開学したものの、学生は入学早々自宅待機となり、5月によりやうくオンラインでの授業を開講、8月以降は対面授業を含めたハイブリッド型による授業形態を展開した。この間、本学が取り組んだ学生支援と教育活動についての方策としては、(1)各種行事の中止と学生の自宅待機指示、(2)オンラインミニ講座との自宅学習課題の配信、(3)学修アドバイザー制度導入、(4)オンラインホームルームの開催、(5)オンライン授業、(6)感染予防講習会と学校施設開放、(7)ハイブリッド型授業の開講、であった。7月までのオンライン授業期間中の出席状況は悪くはなく、8月以降のハイブリッド型授業期間に欠席が多くなったことから、オンライン授業の有無に関わらず、学生指導には、教員による木目の細かい学生支援体制が必要であることが推察された。オンライン授業は、配信する大学や受講する学生のインターネット環境によって大きく影響され、その長所、短所を検証していく必要がある。本学においても、オンライン授業を有効に活用できるICT環境の整備を早急に進めていく必要がある。また、インターネット環境や学内システム整備のみならず、教職員がオンライン授業に対応できるための資質向上の研修会など、FDおよびSDに積極的に取り組み、学生支援体制の充実や学習成果の向上のための方策を展開させる必要がある。

【Key words】 COVID-19 オンライン授業 オンデマンド方式 ハイブリッド型授業 学生支援

---

東京保健医療専門職大学 〒135-0043 東京都江東区塩浜 2-22-10

1) 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部

2) 東京保健医療専門職大学 教務部

3) 東京保健医療専門職大学 学習環境部

## 【はじめに】

2019 年秋、中国にて肺炎を主症状とする新型コロナウイルス感染症が確認され、その後、2020 年には、世界中に感染が拡大した。世界保健機関（WHO）は、世界的な大流行（パンデミック）であると認定するに至った。

我が国においても、この新型コロナウイルス感染者が初めて確認された 2020 年 1 月以降、感染拡大は収まらず、同年 3 月には、全国の小、中、高等学校に一斉休校要請が出された。そして、同年 4 月 7 日には、政府から緊急事態宣言が発出され、社会情勢は混乱する状況に陥った。この事態は、既に 1 年以上を経て、今もなお社会全体に大きな影響を与え続けている。

本学においても、2020 年春の開学に伴った第 1 期生入学生の受け入れに際し、入学式を中止するとともに、予定していた授業開始を遅らせるなど、緊急事態宣言下の自粛要請に対応し、感染拡大下における様々な方策を展開した。本論文では、2020 年度の本学における主に学生支援と教育活動における対応の実際と、そこで得られた課題について報告する。

## 【新型コロナウイルス】

新型コロナウイルスは、国際ウイルス分類委員会（International Committee on Taxonomy of Viruses: ICTV）がこの新型コロナウイルスを“SARS-Cov-2”と命名し、その感染症を“COVID-19（“corona”“virus”“disease”“2019 年”）とした。このウイルスは、SARS（重症急性呼吸器症候群）を引き起こすウイルス（SARS-CoV）の姉妹種であるが、血管病変や感覚障害など呼吸器系以外にも特徴的な臨床症状を引き起こすものである。我が国においても、2020 年 1 月に最初の感染例が報告された後、都市部を中心に全国的に拡大している。そして、2020 年 4 月 7 日に最初の緊急事態宣言が発出され、その後、一旦解除されたものの、2021 年 1 月 7 日には、再び一部の都府県に再び緊急事態宣

言が発出されている。

## 【本学における学生支援と教育活動対応】

COVID-19 感染拡大下における本学の学生支援と教育活動についての対応は以下のとおりである。（以下、日付は 2020 年のものである）

### （1）各種行事の中止と学生の自宅待機指示

本学は、2020 年度に新設大学として開学し、同年 4 月 2 日に入学式、入学時オリエンテーションを準備していたが、これを中止し、学生はしばらくの間、自宅待機とした。この決定は入学以前に行われたため、入学後に作成する予定の学籍簿などの学生関係書類が未完成であったため、入学手続き時の情報を元に全学生に連絡を入れ、4 月時点での居住地などの確認を行った。首都圏在住で自宅から通学予定の学生の他に、既に遠隔地から上京していた学生や、遠隔地の実家に留まったままの学生などが混在していたが、全学生の安否が確認できた。

### （2）オンラインミニ講座と自己学習課題

自宅待機期間、学生のモチベーションを維持し、大学における学習について少しずつ導入を図る目的として、学生向けに視聴限定 YouTube を使用してのオンラインミニ講座を開始した。

講師は、対応可能な大学教員が務め、内容としては、入学後に大学で学ぶ項目の中から比較的わかりやすいものをピックアップして 15 分程度の長さのミニ講義形式で作成した。実際に実施したテーマは以下である。

- 1) 4 月 13 日「正しい手洗い方法」
- 2) 第 2 回 4 月 14 日「入学したらどんなことを学ぶ？」
- 3) 4 月 15 日「リハビリテーションとは？」
- 4) 4 月 16 日「ストレッチを効果的にするには？～筋肉とストレッチの関係を考えてみよう～」
- 5) 4 月 17 日「身体感覚～空間-感覚-動作～」
- 6) 4 月 20 日「スポーツの世界が変える次世代の組織マネジメント」

- 7) 4月21日「障がい者のスポーツ～目的と効果～」
- 8) 4月22日「パラリンピックスポーツと理学療法士・作業療法士の関わり」
- 9) 4月23日「バイオメカニクス～入門編～」
- 10) 4月24日「正しい動作ってなんだろう？～立ち上がり動作とスクワットを例に～」
- 11) 4月27日「臨床における役割の違いから捉える理学・作業療法の魅力」
- 12) 4月28日「健康寿命の延伸に向けた知識を学ぼう」
- 13) 4月29日「体格の話」
- 14) 4月30日「筋肉とエネルギー供給機構」
- 15) 5月1日「日常生活動作に必要な三つの要素」

以上の、3週間、全15回の配信を行った。

また、一方的な動画配信だけではなく、学生からも何らかのレスポンスを得られるように、メール配信による自宅課題を、この期間の第1週、第2週の2回にわたり、入学後の本格的学習の前でも対応が可能なテーマで、かつ学生自身がネットなどで簡単に調べられるような内容の課題を提示し、学生からメール返信の形で課題提出、それに教員のコメントを付けて改めて返信する取り組みをした。このことは、オンラインミニ講座同様に、少しでも学生のモチベーションを維持させることを目的とした。配信した課題テーマとしては、第1回目課題（4月13日配信）は、「リハビリテーションの意味についてインターネットなどで調べてみよう！」、第2回目課題（4月20日配信）は、「理学療法士や作業療法士はどんな領域でどんな療法をしているのでしょうか？」であり、正解を探すのではなく、自分なりに調べてもらうことを主眼に促した課題を提示した。

### (3) 学修アドバイザー制度導入

自宅待機している学生は、新入生ということもあり4月の段階では大学教員や同級生との接点がない状態であったため、4月20日から、理学療法士や作業療法士の資格を持った教員

が、それぞれ数名の学生に対して学修アドバイザーとして担当、平日の毎日、定期的にメールでのやり取りをするなどの双方向型のコミュニケーションルートを作った。

理学療法学科では、1名の学修アドバイザーの教員に対して8～9名、作業療法学科では、同1名に対して2名の学生を担当し、学校からの連絡や、生活の状況などを確認する内容のメールを学修アドバイザーから投げかけ、学生からもいろいろな相談などを直接可能にすることができた。他の大学においても“学修アドバイザー”と銘打った制度は散見するが、本学の取り組みは、クラス担任のミニチュア版として、木目の細かい学生指導の取り組み方法として特徴的であったと考えられる。

この学修アドバイザー制の導入により、大学から全学生へ一斉メールを利用して連絡配信をする一方通行の状況から、担当教員、学生との双方向でのやり取りの中で、学生個別の確認ができるなど、学生の生活状況を伺うことが可能になった。また、学生からの視点でも、学校教員との接点ができることによって自宅待機期間中であっても教員から学校の情報を得ることや、学校の教員との接点があること自体で不安の軽減につながったという声も聞かれるなど、COVID-19 感染拡大にともなう緊急事態宣言下での自宅待機期間において学生指導上の効果的な手段であったと考えられる。

### (4) オンラインホームルーム

学修アドバイザー教員と学生との接点のみならず、自宅待機をしている学生同士の接点を作る方策として、4月30日から、オンラインホームルームを開催した。

これは、学修アドバイザーを担当している理学療法学科と作業療法学科の教員が、それぞれ1名ずつでチームを作り、それぞれが担当している学生をあわせた10～11名の規模で定期的な“オンラインホームルーム”を開催した。これは、web 会議ツールである Zoom を用いて、画面上ではあるものの、教員と学生が一同に対

面してのコミュニケーションをとる機会となり、自宅にいる学生にとっては、このオンラインホームルームを通して初めて同級生と対面することになった。

ホームルームの内容は、自己紹介から始まり、お互いの生活や日々の話題を自由に選択して話し合うものであったが、5月以降はオンライン授業も始まったため、勉強の方法や悩みなどを共有する場にもなった。また、そのホームルームを担当する教員以外の教員も不定期に参加し、少しずつ大学の教員と学生の接点を増やし、交流を深めることを試みた。

このオンラインホームルームへの参加は強制するものではなかったため、積極的に参加する学生がいる一方で、参加率がかなり低い学生がいるなど学生による温度差があった。このことは、教員側も4月に赴任したばかりであり、一方の学生も新入生ということもあり、双方に十分な信頼関係を作る前に自宅待機期間になってしまったことが影響していたと思われる。また、メールやオンラインのみのサポートには、学生のキャラクターを十分に把握することが難しく、特に積極的な関わりを望んでいないと思われる学生の支援には限界があることを示唆している。この点で、オンラインによる学生指導には一定の限界があることが示唆されたとともに、対面指導の重要性も改めて認識された。

### (5) オンライン授業の導入

5月からオンライン授業にて前学期科目の授業を開講した。開講科目は、当初予定していた科目のいくつかを次年度実施へ繰り下げるなどの調整を行い、急遽オンライン授業が導入しやすい科目を優先とし、改めて前期開講科目を編成し直した上で実施した。

授業開始に備え、5月6、7日に科目履修などに関わるオリエンテーションをオンラインで実施し、学修アドバイザーを通じて履修相談に応じながら前期科目の履修手続きを進めた。

オンライン授業は、事前に各科目教員が

Microsoft社のソフト、Office power-pointで作成した授業用スライドに音声を録音、ビデオ化したものを授業用動画(以下、授業用動画)として作成し、視聴限定版YouTubeとして学生へ配信、学生がそれを視聴するオンデマンド方式を採用した。

講義に使用するテキストは事前に学生居住地に郵送したが、4月に実施した調査で受講する学生のインターネット環境が脆弱な者や、自身のパソコンやプリンターなどが無く、スマートフォンでの視聴しかできない者や、自宅にインターネット回線が無い者など、受講するインターネット環境が脆弱である学生が含まれていることが確認できたので、事前に郵送した教科書など以外の追加資料をメールによる配信はしないこととし、科目担当教員がオンライン講義内で内容説明するなど、受講学生の負担をすくなくするように配慮した。

オンライン授業は、5月11日から開始したが、オンライン授業そのものに慣れていない学生も多いことが予想されたため、開始当初は1日1科目(週5科目)から開始し、一定期間において徐々に科目数を増やした。最終的には、前期オンライン授業開講科目は、理学療法学科では必修12科目、選択7科目、作業療法学科では、必修11科目、選択7科目を開講した。

オンライン授業の出席確認は、科目ごとに指定された課題の提出確認をもって出席とした。この指定課題は、ユニバーサルパスポートというインターネットを介した学生ポータルシステムを利用して提出された。

授業用動画は、一旦配信したら、基本的に前期限内のいつでも視聴可能できるように設定したが、配信のタイミングは、通常の授業時間帯に合わせた時間割を構成した上で、各科目の開講時間割に合わせた時間で配信した。すなわち、1限目設定の科目は9:00に、2限目設定の科目は10:40に配信するなど、通常の開講時間に合わせて配信した。

### (6) 感染予防講習会と学校施設開放

5月25日に非常事態宣言が解除されたことを受け、学内の感染予防対策の環境整備を進めると同時に、学生が学校施設を自由に利用できるようにする準備のため、6月22日から本学校医による感染予防講習会を対面方式で開始した。開催は、7月27日までの期間、毎週月曜日に開催し、学生が実際に本学に登校し、感染予防に関する講習と学内施設の使用説明を受けた上で、この講習会を受講した学生に対して大学施設利用を許可することとした。

このように、大学施設の利用が可能になることによって、前述したような、自宅においてインターネット環境が脆弱な学生が登校し、学内備品のパソコンを利用、もしくは自身のパソコンやタブレット、スマートフォンを学内Wi-Fiに接続し、オンライン授業を受講することが可能になった。

この感染予防講習会は、単に目の前の感染予防のみならず、医療職をめざす学生として、感染に対する正しい知識を理解し、自らの感染予防策の実践を促すことに加えて、医学を学ぶ者としての自覚を促すことも目的であり、その後も、対面授業の開始時のオリエンテーションの際を含めて繰り返し開催した。

#### (7) ハイブリッド型授業の開講

8月1日、入学後初めて学生全員が対面で集まり、簡易的な入学セレモニーと対面授業に向けてのオリエンテーションを実施、8月3日から、対面授業とオンライン授業を併用したハイブリッド型による授業を開始した。本学におけるハイブリッド型授業の形態は、月曜日と金曜日にはオンライン授業可能な科目を実施し、火曜日～木曜日の週3日間を対面授業とした。また、4月の自宅待機期間によって授業ができなかったスケジュールを補うために、通常夏季休暇を予定していた期間においても授業を実施し、試験期間を含めて9月18日までに前学期の過程を終了した。

オンライン授業科目については、7月末までと同様にオンデマンド方式にて配信した。また、

配信時間も通常の時間割同様に1限目配置科目は9:00に授業用動画を配信した。一方で、対面授業については、朝の通勤ラッシュ時に人混みによる感染のリスクが予測されたため、その日の最初の開講科目の開始時間を2限目に設定し、それ以降の時間帯で授業時間割を編成した。

9月23日から後学期を開始したが、当面は8月以降と同様のハイブリッド型授業を実施した。また、対面授業についても、同様に2限目から開始の時間帯で開講した。

2020年末から再びCOVID-19感染が拡大し、2021年1月7日に再び緊急事態宣言が首都圏の1都3県に発出された。(以下、日付は2021年である)これを受けて、授業時間帯を再検討し、1月9日以降の授業は、オンライン授業、対面授業ともに1限目の9:00から開始、その日の授業終了は原則4限目終了時(16:10)とした上で、学生は遅くとも18:00には下校するように指導した。これは緊急時事態宣言発出時の政府見解として、感染拡大の主な機会として、夕方以降の夜間帯における飲酒を伴う会食が最も感染拡大が著しいとされ、20:00以降の飲食店の営業自粛とともに、国民全体に20:00以降の不要不急の外出についての自粛要請が示されたことを受け、遠隔地から通学している学生においても、遅くとも20:00には帰宅できるようにするためである。また、朝の通勤時間帯の登校についても心配されるところではあったが、内閣官房新型コロナウイルス対策分科会の見解において、換気が十分にされている鉄道などの公共の交通機関での集団感染が報告されていないなど、朝の通勤時間帯の感染リスクは比較的低いであろうとの判断からであった。

1月末には、臨地実務実習以外の学内開講科目のスケジュールを終えることができたが、学内におけるCOVID-19感染が発生することはなかった。

## 【オンライン授業から見たもの】

### (1) 学生の出席状況と学生支援の在り方

今回、大学としても手探り状態の中でオンライン授業を導入したため、各科目の出席状況や学習成果について心配された。

出席状況についてみると、2020 年 5 月以降 7 月末までのオンライン授業のみの期間における各科目の出席状況は、一部の特定の学生を除いて、ほとんどの学生が皆出席であった。一方、8 月のハイブリッド型授業開始以降では欠席が多くみられた。この欠席状況はオンライン授業、対面授業との間には差が無く、全体として欠席者は 8 月以降のハイブリッド型授業を開始した期間に多い傾向になった。

8 月以降欠席者が増えた原因として、学生に対する教員の関わりの頻度が影響していることが一因と思われた。

7 月末までのオンライン授業のみの期間は、学修アドバイザー制を導入し、教務部において欠席（課題未提出）が確認された時点で、この情報が即刻学修アドバイザーに伝えられ、学修アドバイザーから該当学生へメールを発信し、欠席理由の確認が行われた。このため、学生の受講忘れを未然に防ぎ、授業用動画配信の不具合なども即時に確認することができた。配信の不具合などがあった場合には、科目担当教員に確認の上、対象学生には再度課題提出をさせるなどの措置をしていた。

一方、学修アドバイザー制は、7 月末をもって一旦終了し、担任制度にシフトした。8 月以降、週毎の欠席状況を教務部から担任へ報告したものの、7 月までと違って、毎度の欠席における学生への確認は行っていない。また、学生から発熱などの体調不良の連絡が入った場合には、本学保健衛生委員会の指導の下に公認欠席などの対応をおこなったが、無断欠席などに対しての即時対応は行っていない。その後、欠席数の累積が多い学生に対しての対応について、科目担当教員から注意喚起するなどの措置を行うなどをしたものの、科目担当教員や教

務委員会などで様々な意見があり、学生に対してそれらの連絡は実施していなかった。

上記のことを踏まえると、学生に対する教員の関わりの頻度が変化したことが影響したと推察され、学生指導上、何らかの形で学校（教員）からの連絡が頻繁に行われることにより、学生の出席に対する意欲の低下を防ぐことになると考えられ、今後の学生指導上、考慮すべき要素であろう。

COVID-19 感染拡大による自粛生活が長引き、また不慣れなオンライン授業の期間において、多くの大学では、大学在学意欲を低下させ、退学や休学に至った学生が少なくないとの報道がある中、8 月 1 日の対面オリエンテーションにおいて、自宅待機期間に一人の脱落者を出さずに全員登校に漕ぎつけたのは、学修アドバイザー制などの大学と学生の接点を保ち続けた積極的な学生支援の成果であったためと考えられ、本学の取り組みとして有益であった。しかし、8 月以降は欠席者が多くなったことは残念な結果であったといえる。また、学生の出席状況の変化は学習成果にも大きな影響があると考えられることから、今後、学習成果と合わせた分析が必要である。

以上に述べたの一連のことを踏まえると、担任制度や学修アドバイザー制度など含めて、大学としての学生支援の在り方などを再検討し、より木目の細かい学生指導をする体制を整える必要があるといえる。このことによって学生の学習モチベーションを維持し、単に出席率維持・向上につながるだけではなく、退学などを防ぐことにもつながるであろう。

さて、オンライン授業における学習成果については論議が分かれるところである。今年度の COVID-19 感染拡大による教育体制の変化については、急遽の事態であったため、実技・実習などの科目の制限、オンライン授業を提供する学校側の状況、オンライン授業を受ける側の学生のインターネット環境の学生間差の大きさなど、単にオンライン授業の良し悪しを評価す

るには困難な要素が多い。また、本学は新設大学ゆえに1学年のみの状態で、比較する過年度学生データがないため、来年度以降、慎重に分析する必要がある。

また、COVID-19 感染拡大に関わらず、今回のオンライン授業の導入をきっかけに、元来から広く導入を求められている“ICT（情報通信技術）を利用した教育”の充実を図る動きは全国的に加速すると考えられる。今回の COVID-19 感染に伴うオンライン授業の対応をめぐり、我が国の教育現場における ICT の整備は、他の先進国と比較してかなり遅れていることが明らかになった。本学においても同様であり、今後、学内の ICT の整備や、学生側のインターネット環境の改善を急がねばならない。その上で、オンライン授業と対面授業を客観的に比較し、それぞれの有効性を検証したうえで、本学の教育活動に反映させる必要がある。

## (2) 学生アンケートから

教務部では、後学期終了時、学生に対して、オンライン授業についての独自の意識調査を実施した。回答が任意のアンケートであったため、アンケート回収率が 37.8%と高くはないものの一つの参考になると考えられる。

まず、オンライン授業の1回の長さについて、41.7%の学生が今年度実施したオンライン授業の1回の時間は長く感じたと答え、ちょうど良かったの 25.0%に比べて多かった。また、66.7%が1回の授業時間の長さは 30～60 分が適当であると回答した。これらの結果に加え、学生からは各科目の課題の量などについても様々な意見が散見した。その中で、動画が長く、加えて課題が多すぎるために所定の時間内に完成させることができなかったという内容の意見が少なくなかった。Watanabe らは、短時間に区切った学習は 60 分以上続けた学習に比べて効果が高いと報告しているが<sup>1)</sup>、一般に人間が集中して学習できる時間は平均 45 分程度といわれているように、一方的に長い時間の動画を配信しても学習効果が上がるとは考え

にくい。一般の対面授業においては、教師が時々余談を入れる、また、ちょっとした実技を含めるなどの工夫で、受講する学生の集中を持続することが可能であるが、オンライン授業においては、更に様々な工夫をする必要があるといえる。前述したように、オンライン授業における学習効果についての分析は今後慎重に行うべきであるが、少なくとも、授業用動画を作成する際には、学生の興味を引き出せる内容構成や、時間配分など、教員側の工夫が必要である。今回、オンライン授業の準備については、教務部からは、学生のオンライン環境などを鑑み、画面の字の大きさや見やすさと同時に、1コマ 90 分の授業時間内に講義と課題作成が全て収まるように作成することを、各科目担当教員へ依頼した。しかし、科目によって時間、課題量などに大きな差が生じていたことは否めない。長い動画の授業や、結果的に時間がかかる課題になってしまう科目が少なからずあった。この結果、学生にはかなり負担になった科目があり、中には課題の提出が困難になってしまった学生もいた。実施される科目の内容については、科目毎のボリュームや学習目標が違うために一概に論ずることは難しいものの、次年度以降オンライン授業の作成基準を作成した上で、科目担当教員の共通した認識と、学生の状況に合わせた配慮を求める必要がある。

オンライン授業における画面の見やすさについては、見やすかったが 19.4%に対して、科目によって差があったが 80.6%であり、全く見にくいことはないが、科目間での差が示された。また、教員の声の大きさでは、69.4%が一部で聞き取りにくい科目があったと回答した、一方で喋る速さなどについては、61.1%が適切な早さであったと回答している。

今回、本学でオンライン授業を実施するにあたり、授業録画資料の作成は、多くの場合、各教員に一任していた。担当科目教員は、喋る速さなど日常の授業で慣れている事項は問題なかったと考えられるが、一方で、録画そのもの

を作成することには不慣れさもあり、字の大きさや配置などの画面の構成や、音声の録音の方法などに問題が生じていたことが示唆された。今回、授業用動画配信の事前には、教務部において画面や音声について確認作業をしていたが、教務部ですべての授業の修正をする業務は不可能である。このあたりを踏まえると、作成する教員側が受講する学生に合わせた配慮が求められるところである。

画面や音声については、受講する側の学生のインターネット環境にも影響される事項である。2020 年 4 月に実施したオンライン環境調査では、25%の学生が受講環境はスマートフォンのみであると回答した。2021 年 2 月の調査でも同様の結果であった。この傾向は、他大学の報告をみても同様のケースが少なくない。スマートフォンでの受講は、画面の大きさなどから考えると受講環境は劣悪であるといえる。このことから、学生自身のインターネット環境の改善を早急に促す必要がある。この点は、学生のみならず、保護者に対する啓蒙も必須事項である。

### (3) オンライン授業の長所と短所

インターネットを活用したオンライン授業についての検証については、すでに多くの報告がみられ、その長所や短所を念頭に適切な導入をしていく必要がある。

本学が今年度導入したオンデマンド方式は、視聴回数や視聴する時間は、受ける学生の裁量に任される。したがってモチベーションの高い学生にとっては、何回も視聴ができるために学習成果を高めることができると推察される。また、学生自身の自分の生活時間帯に合わせた受講が可能であるという受講時間の柔軟性がある。

一方で、オンデマンド方式は、一人での学習になるために、モチベーションの維持が難しいことや、人間関係が希薄になり、学習などの相談をする友人関係や教員とのつながりを構築することが困難になる。その点では、リアルタ

イムに学生の反応を確認し、他学生の様子を知ることができるライブ配信によるオンライン授業の方がより対面授業に近い授業を実施することができるであろうと推察される。

オンライン授業の最大の長所は、インターネット環境が適切に整備されていれば、どこからでも配信が可能で、どこにいても受講できる可能性を持っていることである。学生は自宅のみならず、自由な場所での受講が可能であり、教員側も、大学以外の場所から授業を実施することが可能である。このことは、例えば遠隔地に居住する非常勤講師がわざわざ大学に来ることなく授業を実施することができることや、何らかの事情などで帰省した学生が、実家で授業を受けることができることや、台風接近など従来であったら休講せざるを得ない天候であっても、オンライン授業であれば休講する必要がなくなる。これらのことを考えると、平常時からオンライン授業を様々な形で展開することにより学生の学習環境の改善につながり、学生支援の幅が広がる可能性がある。

### 【来年度にむけての本学の課題】

本学においては、まずはインターネット環境などのハード面でクリアすべき問題がある。2020 年度、COVID-19 感染拡大による緊急事態宣言の中で、早期にオンライン授業に対応可能であった大学は、以前より学部生全体にパソコンの必携化を進めてきた実績のある、ICT 環境に積極的だった大学であった。この例を考えると、本学も早急に学内インターネット環境の改善を図るとともに、前述したように学生や保護者に対しての啓蒙を進め、パソコンの必携化や、家庭など学生の学習環境におけるインターネット環境の向上を促す必要がある。

また、教職員の資質向上や意識共有も大切な課題である。今年度、オンライン授業導入に際し、教務部や学習環境部が主導的に準備などを行ったが、一方で、オンライン授業の授業用動画の作成方法や内容について、大学全体、教員

個々との意識共有が十分ではなかったことが否めない。今後、オンライン授業の実施に伴う講義資料の作成や、ライブ配信の際の技術面、内容面での検討、また全体を通しての学生支援の在り方など、単にインターネット環境や授業形態などのシステム面での整備にとどまらず、教職員の資質向上と意識共有のため、例えばオンライン授業研修会などの学内研修をするなど、積極的なFD (Faculty Development) の実施を行う必要がある。そして、教員一人一人が、教育システム変更に対する対応能力や、講義内容の質的向上に努め、学生支援や学習成果の向上のための方策に取り組まなくてはならない。

#### 【謝辞】

COVID-19 感染拡大による影響で、我が国の教育体制も大きな混乱に陥った。本学においても、開学早々、予期せぬ事態となり、新入生には多大な不安と、学習の機会の制限を強いてしまう状況にあった。しかしながら、教職員の理解と協力の下、試行錯誤しながらも初年度を過ごすことができたことに心から感謝するとともに、一刻も早い COVID-19 感染収束を祈るところである。

利益相反 (COI) : 本論文において開示すべき COI はない。

#### 【引用文献】

- 1) Yusuke Watanabe, Yuji Ikegaya: Effect of intermittent learning on task performance: a pilot study. J. Neuronet. 2017;38:1-5.

#### 【参考文献】

- 1) 厚生労働省: 新型コロナウイルス感染症情報 <https://www.mhlw.go.jp/index.html> (2021 年 2 月 10 日閲覧)

- 2) 尾崎拓郎: インターネットを活用した授業実施にむけた支援活動. 教育システム情報学会. 2020;37(4):297-307.
- 3) 村上正行, 佐藤浩章, 大山牧子・他: 大阪大学におけるメディア授業実施に関する全学的な支援体制の整備と新入生支援の取り組み. 教育システム情報学会. 2020;37(4):276-284.
- 4) 内山靖: COVID-19 とともに歩む理学療法学教育. 医学教育. 2020;51(5):570-572.
- 5) 広瀬環, 屋嘉比章紘, 小野田公・他: 新型コロナウイルス感染症による活動制限が理学療法学学部生における大学生活の不安感に及ぼす影響. 理学療法科学. 2020;35(6):911-915.
- 6) 桑田喜隆, 石坂徹, 早坂成人・他: 室蘭工業大学における新型コロナウイルス感染症対応のための ICT 環境整備. 人工知能学会第 27 回知識流通ネットワーク研究会. 2020:1-5.
- 7) 法政大学教育開発支援機構: オンライン授業に関する学生アンケート集計結果報告書. 法政大学. 2020.
- 8) 京都ノートルダム女子大学教務委員会: オンライン授業に関するアンケート (学生) 結果報告書. 京都ノートルダム女子大学. 2020.

## 一人暮らし高齢者における食行動の特徴 —文献的調査分析による構成要素のカテゴリ化—

猪股 英輔<sup>1)</sup>      小林 法一<sup>2)</sup>

**要旨：**本研究の目的は、文献検索により、一人暮らし高齢者に特徴的な食行動の構成要素をカテゴリ化し、作業療法介入の知見を得ることである。内容分析の結果、食行動の構成要素を【食事の準備行動】、【食べる行動】、【栄養マネジメント行動】、【社会参加の食行動】の4つのメインカテゴリと18のサブカテゴリに分類した。その特徴は、食品アクセスや食事関連の家事支援、食事動作と摂食・嚥下機能のアセスメント、栄養状態のセルフマネジメント、社会資源の活用や食事における社会関係などの社会参加に現れた。本研究の食行動の構成要素は、連続する食行動の生活行為を明らかにし、栄養状態に課題をもつ地域在住高齢者に対する作業療法介入の視点を提供するものとする。

**Key words：** 地域在住高齢者，一人暮らし，食行動，低栄養，文献研究

### Characteristic of the dietary behavior in the elderly people living alone:

### Categorization of constructs based on literature review analysis

EISUKE INOMATA      NORIKAZU KOBAYASHI

#### <Abstract>

A purpose of this study is to generate the components of the dietary behavior characteristic of the elderly people living alone and to get knowledge for occupational therapy intervention based on literature review analysis. As a result of content analysis, the components of the dietary behavior were classified into four main categories: “preparing meal behavior”, “eating behavior”, “managing nutrition behavior” and “dietary behavior of the social participation” and these were further classified into 18 subcategories. The characteristic appeared in food access and meal-related housework support, meal movement and eating, the assessment of eating and swallowing function, the self-management of nutritional condition, the society participation such as utilization of social resources and social relationship. We believe that the component of the dietary behavior of this study clarify the daily life performance of consecutive dietary behavior and provide a viewpoint of the occupational therapy interventions for the Community-dwelling elderly people with a nutritional status.

<Key words> Community-dwelling elderly, Living alone, Dietary behavior, Malnutrition,

Literature research

---

- 1) 東京保健医療専門職大学リハビリテーション学部【理学療法学科／作業療法学科】：  
Department of 【Physical／Occupational】 Therapy, School of Rehabilitation, Tokyo  
Professional University of Health Sciences 〒135-0043 東京都江東区塩浜 2-22-10
- 2) ○○○○大学○○○○学部：英語表記

## はじめに

高齢者の低栄養は、生活機能低下や介護度の重症化につながる危険因子である。日本の在宅療養高齢者を対象にした栄養状態のコホート研究では、低栄養者は16.7%、低栄養リスク者は55.4%存在することが報告されている<sup>1)</sup>。高齢者の低栄養の社会的な発生要因の一つには一人暮らし高齢者世帯があり<sup>2)</sup>、女性よりは男性、一人または夫婦二人の高齢者世帯で低栄養の割合が高い<sup>3)</sup>。国内の一人暮らし高齢者は増加しており<sup>4)</sup>、一般的なライフスタイルになりつつある。しかし、食生活がもとで健康状態の悪化や要介護度の重度化を招き、施設入所へ移行するケースが増えることも予測される。

新井ら<sup>5)</sup>の調査では、75歳以上の一人暮らし高齢者において低栄養と社会的孤立との相関が報告され、Taniら<sup>6)</sup>は、一人暮らし男性高齢者の孤食群に欠食や野菜・果物の摂取不足が多いことを指摘するなど、低栄養と不健康な食行動との関連が示唆されている。一人暮らし高齢者の特徴的な食行動は、孤食（ひとり寂しく食べる）、固食（同じものばかり食べる）、小食（食物摂取が少ない）、粉食（パンや麺ばかり食べる）、濃食（味が濃い）などにたとえられ<sup>7)</sup>、食行動は活動と参加に影響を及ぼすものと推察する。

これまでに地域在住高齢者を対象とした食行動の分類・定義が多分野で検討されてきた（表1）。武見<sup>8)</sup>は足立の分類<sup>9)</sup>に基づき、独居高齢者の別居子、親戚、友人等との共食の実態調査を基盤として、「食行動・食態度の積極性尺度」<sup>10)</sup>を開発した。中島の食行動の定義<sup>11)</sup>は、食物の入手から食べる時間、共食、健康、場所などに応じた調理方法、栄養価を考えて食べるまでの一連の過程を説明し、吉田ら<sup>12)</sup>の研究もこれに近似している。武見の評価尺度<sup>10)</sup>は、自立高齢者における栄養状態との関連<sup>13)</sup>や、要支援高齢者における食品摂取多様性との関連<sup>14)</sup>などの観察研究で食生活のQOL指標と

して有用性が確認されている。

一方、作業療法の実践は食事動作や摂食、買い物、調理といった行為ごとの介入が通例であり、食行動を一連の作業（生活行為）の過程として明らかにした研究はみられない。作業療法の栄養マネジメントでは対象者の栄養状態に応じた活動と参加の支援が求められており<sup>15)</sup>、食行動の生活行為に焦点を当てた介入には意義がある。作業療法に食行動の定義はないが、米国作業療法士協会（AOTA）がOccupational Therapy Practice Frameworkで定義する作業Occupations<sup>16)</sup>には食行動の関連用語（表2）があり、食行動を観察可能な遂行技能と遂行パターンから説明できる。

そこで、一人暮らし高齢者に特徴的な食行動を作業の関連用語から構成することにより、栄養状態に課題をもつ地域在住高齢者に対する作業療法介入の視点を提供できるものと考えた。本研究の目的は、文献検索により、一人暮らし高齢者に特徴的な食行動の構成要素を生成し、作業療法介入の知見を得ることである。

## 方 法

### 1. 検索方法

文献検索は、医中誌WebとCiNii Articlesを用いて、検索語は「高齢者」と「食」に「一人暮らし」、「独居」、「単身」を組み合わせた。さらに頻出する学術誌のハンドサーチを加えた。対象文献の採択基準は、原著論文、主たる対象者が一人暮らし高齢者の食行動の論考を含む論文とし、除外基準を総説、解説、会議録、医学的治療の論文、評価尺度開発の論文とした。本稿では食文化を統制するため国内論文を対象とした。

### 2. 分析方法

対象文献は、研究デザイン、研究目的、対象者の特徴、結果と結論の要約について作表した。分析にはBerelsonの内容分析<sup>17)</sup>を用いた。内

容分析は、記述内容を体系的に定量化し、データを帰納的にカテゴリ化する手法として文献研究に適切と考えた。分析の特徴は、コーディングの際に記述内容の出現を算出する最小形の「記録単位」と記録単位を性格づける最大形の「文脈単位」を抽出することである<sup>17)</sup>。本研究では、対象文献の結果と結論の要約を文脈単位とし、食行動を含む記述を記録単位とした。

分析の手順は、まず食行動に関連する作業 Occupations (表 2)<sup>16)</sup> を基準として、文脈単位から記録単位を抽出した。次に、意味内容が類似する記録単位を集約し、Occupations の表現型に従い「〇〇する行動」に置き換えられるカテゴリを命名、分類した。また、全記録単位数を分母、カテゴリごとの記録単位数を分子として記録単位の出現率を算出した。

さらにカテゴリの信頼性を確認するため、舟島<sup>17)</sup> が推奨する Scott の式<sup>18)</sup> を用いてカテゴリ判断の一致率を求めた。カテゴリ判断は、本研究に関与していない研究者に依頼し、在宅高齢者の栄養管理に精通している管理栄養士、老年看護学の看護教員、高齢期作業療法学を専門とする作業療法教員が個々に行い、その後も意見交換のうえ確実性の確保に努めた。カテゴリ判断の一致率は、70%以上を信頼性が確保されているものとした<sup>17)</sup>。

## 結 果

### 1. 検索結果

データベース検索は、期間を指定せず 2020 年 2 月 25 日 18 時に実施した。これにハンドサーチを加え、710 編の論文（医中誌 490 編、CiNii211 編、ハンドサーチ 9 編）が特定された。このうち、国内の原著論文を選抜し、重複論文を除外すると 251 編であった。さらに適格性を判定し、最終的に採用した対象文献は 49 編となった（表 3）。研究デザインは、非ランダム化比較試験 1 編、前後比較研究 2 編、コホート研究 1 編、横断研究 30 編、質的研究 7 編、ミクストメソッド 1 編、事例研究 7 編であっ

た。このうち介入研究は、非ランダム化比較試験、前後比較研究、事例研究を合わせると 10 編であった。対象者の特性は、健康高齢者、介護予防事業の参加者、糖尿病、脂質異常症、認知症、運動器障害、神経難病などであった。

### 2. 一人暮らし高齢者に特徴的な食行動の構成要素

対象文献の食行動に関する記述は、全記録単位数 206 が抽出され、【食事の準備行動】、【食べる行動】、【栄養マネジメント行動】、【社会参加の食行動】の 4 つのメインカテゴリと 18 のサブカテゴリに分類した（表 4）。カテゴリ判断の一致率は、管理栄養士 81. 5%、看護教員 70. 3%、作業療法教員 85. 2%であり、カテゴリの信頼性は確保されていると判断した。以下、メインカテゴリを【 】（記録単位数・割合）、サブカテゴリを〈 〉、記録単位を抽出した論文番号（太字ゴシックは介入研究）を〔 〕に示し、食行動の構成要素を説明する。

#### 1) 【食事の準備行動】(62・30. 1%)

〈食料品を購入する〉では、食料品店アクセスに困難さを感じる者は、食品摂取の多様性得点が低かった[34]。〈調理する〉では、一人分は作りにくく、一度に多く作った料理を温め直して食べる「繰り延べ食」は味が濃くなり、うま味も失われ、食欲減退につながることもある[1, 2]。〈外食・中食を利用する〉では、男性は食料品の買い物、調理の頻度が少なく、外食・中食の割合やコンビニ利用頻度が高く、購入品は弁当、パン、惣菜、飲料、菓子・デザートが多い[4, 12, 15, 18, 19, 44]。さらに男性は家族や友人とのつながりが弱く、家事支援がより必要な対象であった[16]。一方、女性は米などの重い物は身内と配達に頼り[15]、自分で調理する者が多かった[4]。認知症高齢者では、〈食料品を保存・備蓄する〉、〈ごみを捨てる〉、〈後片付けする〉は安全を保ちにくい、〈食卓づくり〉は安全が保たれやすい[6]。〈食費を管理する〉では、都市部は農村部に比べて食費が高くなる

傾向があり、経済格差が認められた[3]。作業療法では、要介護状態の対象者における家事の動作や技能の工夫[32]や屋外家事の障害の知見[41]、運動器障害と軽度認知障害を有する独居女性高齢者に対して、カナダ作業遂行測定（以下、COPM）によるニーズ把握から AMPS（Assessment of Motor and Process Skills）で料理や買い物の作業遂行を分析し、習得モデルと代償モデルの介入により、遂行度と満足度が向上した事例研究[37]が報告されていた。

#### 2) 【食べる行動】（8・3. 9%）

〈食事動作を改善する〉では、進行性疾患の食事動作に福祉機器のポータブルスプリングバランサーを導入した作業療法の介入効果が報告されていた[28]。〈口腔機能の運動を行う〉では、全身運動と咬合力を組み合わせた運動プログラムの非ランダム化試験が実施され、口腔機能の改善効果がみられた[24]。〈摂食・嚥下機能に注意する〉では、残存歯や義歯などの口腔状態は摂食機能に影響し[20]、認知症状が進行しても摂食の安全は比較的保たれる [6]。介護予防事業の調査では、独居群は同居群と比較して咀嚼力が低下しており、栄養摂取が不足していた[39]。

#### 3) 【栄養マネジメント行動】（78・37. 8%）

〈食生活の健康情報を入手する〉では、河野らが一人暮らし男性高齢者のセルフアの課題を整理し、自立支援プログラムの食生活と栄養の単元に取り入れ[18]、田高らはこの研究成果を基に自己決定理論を基盤とする介入研究を行い、自己効力感を高める効果を得た[25]。藤田らは健康教育プログラムに主食、主菜、副菜、果物、乳製品、嗜好品の料理区分ごとに Serving 単位を使う食事バランスガイド<sup>19)</sup>を用いて、対象者が適正な食事バランスを考える学習会を実施した[21]。〈栄養状態に注意する〉では、body mass index（以下、BMI）を栄養状態の指標とする研究が多くみられ、概ね BMI20kg/m<sup>2</sup>以下を低栄養の基準にしていた[9, 10, 39, 42, 47]。栄養バランスは食品群別の

摂取状況が指標になる[4, 5, 9, 10, 14, 17, 20, 21, 29, 34, 35, 38, 48]。汁物や煮物が多くなると食塩の過剰摂取に注意を要する[1]。また、糖尿病や脂質異常症に対する訪問型栄養指導プログラム[7, 8, 11, 46]や、健康講座に参加した健常高齢者への質問紙調査による事例研究[47]が報告されていた。

〈食生活を楽しむ〉では、食事を楽しみにしている者ほど、買い物や調理で献立を工夫し、健康状態の良好さと食欲との相関がみられ[14]、一人暮らし女性高齢者は食事を自分で作ることで QOL を高めていた[13]。一方、一人暮らし男性高齢者は、食事に対する自己評価や改善意欲が低かった[36]。〈食習慣を見直す〉では、一人暮らし高齢者は同居者に比べ、欠食の割合が高く、男性の 2 割で食事回数が 1 日 2 回という調査結果もあった[15, 38, 39]。〈サルコペニアを予防する〉では、サルコペニアは男性の食品摂取多様性の低さ、女性の咀嚼力低下と関連していた[29]。また、自分で食事の用意をしており、ボランティアや趣味活動ができる者であってもサルコペニアを疑う者がいるため、予防的な取り組みが必要となる[47]。

#### 4) 【社会参加の食行動】（58・28. 2%）

〈食の社会資源を活用する〉では、宅配・配食・会食サービスの利用、近所付き合い、集会への参加、地域サポート、給食会などが社会参加の文脈で該当した[14, 16, 27]。また、一人暮らし高齢者に対する栄養対策として、配食サービスと会食が推奨されていた[38]。〈親しい人と食べる〉では、共食は男女とも同居者より独居者で有意に少ない[38]。孤食頻度 7 日群では男女とも 6 割以上が独居であり、さらに男性では孤食頻度が高い群ほど BMI20kg/m<sup>2</sup>以下の者の割合が有意に多かった[43]。孤食は独居だけではなく同居世帯にもみられるが、1 日の孤食の割合は男性に比べ女性で多かった[48]。

## 考 察

本稿では、文献検索により、一人暮らし高

齢者に特徴的な食行動を抽出し、作業の関連用語に準じて構成要素を生成した。以下、食行動の構成要素を作業療法介入の観点から考察し、応用と課題を検討する。

## 1. 一人暮らし高齢者に特徴的な食行動の構成要素

【食事の準備行動】のサブカテゴリは〈食料品を購入する〉、〈調理する〉で記録単位数が多かった。〈食料品を購入する〉では、食品アクセスの利便性が栄養状態に影響を及ぼすことが示唆されていた [34]。一人暮らしの継続には、屋内家事は遂行するが、屋外家事関連動作としては近居の親族による手段的支援に頼る実態 [33] を踏まえ、食料品店への交通機関の利用や運転、購入品の運搬方法も含め、地域特性に合わせた移動支援が重要となる。〈調理する〉では、一人分は作りにくく、食べきれずに腐らせたり、調理済み食品に頼ることで献立がパターン化して栄養の偏りから低栄養のリスクが予測される。これには、1 食分を無駄なく作るような食品保存法や、簡単な調理で栄養価の高い缶詰や冷凍食品を取り入れる工夫<sup>20)</sup>などが考えられる。

対象者の特性として、性差では、男性ほど食料品の買い物、調理の頻度が少なく、外食・中食の割合やコンビニ利用頻度が高いため、男性にも受け入れられやすい食事の準備の支援は重要である。認知症をもつ対象者では、食料品の保存や廃棄、後片付けで安全性を保ちにくい特徴が示されており [6]、遂行能力に応じた認知機能の低下予防と代償的アプローチの検討が必要となる。

【食べる行動】のサブカテゴリは〈食事動作を改善する〉、〈口腔機能の運動を行う〉、〈摂食・嚥下機能に注意する〉であった。記録単位数の少なさから、一人暮らし高齢者において、食べる行動の課題の顕在化は少ないと言えるかもしれない。しかし、在宅療養高齢者では、摂食・嚥下機能に問題のある者が約 35%、さらに低栄

養状態または低栄養リスク者が約 70%存在し、スクリーニング評価の必要性<sup>21)</sup>が指摘されていることに留意したい。

【栄養マネジメント行動】のサブカテゴリは〈食生活の健康情報を入手する〉、〈栄養状態に注意する〉で記録単位数が最も多かった。栄養状態の指標には、エネルギー摂取量と消費量のバランス指標として BMI、食品の摂取量や多様性、生化学データなどが用いられていた。メタアナリシスによると、BMI20kg/m<sup>2</sup>以下の中高齢者において要介護状態や死亡リスクが高い<sup>22)</sup>。「日本人の食事摂取基準」<sup>23)</sup>では 65 歳以上の BMI 目標値を 21.5~24.9kg/m<sup>2</sup>に設定しており、多くの対象文献で BMI が採用されていた。とくに在宅高齢者に対する栄養評価で生化学データを得ることは容易ではないため、簡易栄養状態評価表 MNA（以下、MNA）<sup>24)</sup>のような栄養スクリーニングとウェアラブルデバイスにより、BMI、食事量、身体活動量、休息時間、精神的ストレス等を簡便に把握することが妥当と考える。

アジア圏の Hsieh ら<sup>25)</sup>による台湾の調査では、栄養と健康状態の関連を独居群と同居群で比較し、独居男性高齢者は MNA24 点未満の低栄養リスクのある者で ADL・IADL 得点が低く、うつ傾向が高かった。対象文献では、一人暮らし男性高齢者に対するセルフケアと栄養改善を支援する集団プログラムの効果が示されていたが [21, 25]、集団には適応しにくい対象者への個別プログラムの研究報告はみられなかった。作業療法では、集団活動に適応せず、栄養状態が悪化しても気づきにくい対象者に対して、管理栄養士や他の医療職との協働により、対象者自身が食習慣、栄養状態、食事バランスをセルフマネジメントできるような個別プログラムの開発が必要と考える。

【社会参加の食行動】は記録単位数が最も多いサブカテゴリ〈食の社会資源を活用する〉と〈親しい人と食べる〉であった。共食が月 1 回未満では、食品アクセスの不便さ、毎日の飲酒、

フレイル、低所得が関連する<sup>26)</sup>。孤食は家族と同居する高齢者にも存在するが、一人暮らし高齢者ではうつとの強い関連があり、要因として低栄養リスク、社会とのつながりの狭小化、口腔機能低下が指摘されている<sup>27)</sup>。共食と孤食に関する知見は多数報告されているが、介入研究は少なく、配食・会食サービスなどの社会資源の活用や、食事における社会関係を良好に築くための介入モデルの開発が重要となる。

## 2. 作業療法介入への応用と課題

在宅高齢者の栄養マネジメントにおける作業療法の役割には、食事内容の管理、生活習慣の見直し、買い物や調理の練習といったセルフマネジメントの支援がある<sup>15)</sup>。海外の作業療法で類似する評価尺度には、Plastow ら<sup>28)</sup>が地域在住高齢者を対象に開発した The Occupational Performance Measure of Food Activities (以下、OPMF) がある。OPMF は COPM を理論的基盤として Grocery shopping, Cooking, Eating, Eating out, Eating Healthily の5項目を重要度、遂行度、満足度で自己評価する。本研究の食行動の構成要素は、これらの項目と一致する内容に社会参加の要素を加え、栄養状態に課題をもつ地域在住高齢者に対する作業療法介入の視点を提供する。

対象文献の介入研究からは、【食事の準備行動】で家事の遂行分析からの介入モデル、【食べる行動】で食事動作への福祉機器の適用、口腔機能への運動プログラムの効果、【栄養マネジメント行動】で食生活の自立支援や栄養改善を目的とした集団プログラム、訪問型栄養指導プログラムなどの知見が応用できる。一方、集団に馴染まない一人暮らし高齢者への孤立予防を含めた個別プログラムや、食事を通じた社会参加を支援する介入モデルの開発は喫緊の課題として挙げられる。

## 3. 研究の限界

本研究は、文献検索が特定のデータベースと

ハンドサーチに限られ、他の有力な研究成果を検出できていない可能性がある。また、対象者の疾患特異性を反映できていない。

## 結 論

一人暮らし高齢者に特徴的な食行動について、【食事の準備行動】、【食べる行動】、【栄養マネジメント行動】、【社会参加の食行動】から成る構成要素をカテゴリ化した。その特徴は、食品アクセスや食事関連の家事支援、食事動作と摂食・嚥下機能のアセスメント、栄養状態のセルフマネジメント、社会資源の活用や食事における社会関係などの社会参加に現れた。本研究の食行動の構成要素は、連続する食行動の生活行為を明らかにし、栄養状態に課題をもつ地域在住高齢者に対する作業療法介入の視点を提供するものとする。今後の課題は、集団に馴染まない一人暮らし高齢者への孤立予防を含めた個別プログラムや、食事を通じた社会参加を支援する介入モデルの開発である。

**謝辞:**分析過程で貴重なご意見を賜りました西村政子様、山田艶子様、竹原 敦様、西野由希子様に深く感謝いたします。

**利益相反 (COI):**本研究において開示すべき COI はない。

## 文 献

- 1) 榎 裕美, 杉山みち子, 井澤幸子, 廣瀬貴久, 長谷川 潤, 他:在宅療養要介護高齢者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) Study より. 日本老年医学会雑誌. 2014;51(6):547-553.
- 2) 葛谷雅文:高齢者の栄養状態に関連する要因. 臨床栄養. 2019;135(4):398-403.
- 3) 権 珍嬉, 鈴木隆雄, 金 憲経, 吉田英世, 熊谷 修, 他:地域在宅高齢者における低栄養と健康状態および体力との関連. 体力科

- 学. 2005;54:99-106.
- 4) 内閣府：平成 30 年版高齢社会白書. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/index.html> (参照 2020-01-14).
  - 5) 新井清美, 榊原久孝: 都市公営住宅における高齢者の低栄養と社会的孤立状態との関連. 日本公衆衛生雑誌. 2015;62(8):379-389.
  - 6) Tani Y, Kondo N, Takagi D, Saito M, Hikichi H, et al: Combined effects of eating older Japanese adults: Results of the JAGES. *Appetite*. 2015;95:1-8.
  - 7) 山中克己: 独居高齢者の食生活と栄養. 公衆衛生. 2012;75(9):697-701.
  - 8) 武見ゆかり, 足立己幸: 独居高齢者の食事の共有状況と食行動・食態度の積極性との関連. 民族衛生. 1997;63(2):90-110.
  - 9) 足立己幸: 人間の食生活の成り立ち. 食生活論, 医歯薬出版. 1987;pp. 14-62.
  - 10) 武見ゆかり: 高齢者における食からみた QOL 指標としての食行動・食態度の積極性尺度の開発. 民族衛生. 2001;67(1):3-27.
  - 11) 中島紀恵子: 生活の場から看護を考える—看護概念の転換への提起. 医学書院. 1994.
  - 12) 吉田礼維子, 長谷部幸子, 白井英子: 農村部における在宅高齢女性の食生活および生活の満足に影響する食行動の要因. 日本公衆衛生雑誌. 2012;59(3):151-160.
  - 13) 山之井麻衣, 田高悦子, 田口理恵[袴田]: 地域在住自立高齢者の栄養状態の実態と関連要因の検討 口腔状態, 食行動・食態度, 食環境に着目して. 日本地域看護学会誌. 2013;16(2):15-22.
  - 14) 矢野朋子, 河野あゆみ, 福島奈緒美, 金谷志子: 要支援高齢者における食品摂取多様性と食行動・食態度の関連. 日本地域看護学会誌. 2017;20(2):87-94.
  - 15) 日本作業療法士協会・編著: 栄養マネジメントと作業療法, 作業療法マニュアル 64. 日本作業療法士協会. 2018;pp. 35-55.
  - 16) American Occupational Therapy Association: Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *Am J Occup Ther*. 2014;68:S1-S48.
  - 17) 舟島なをみ: 内容分析. 質的研究への挑戦, 第 2 版, 医学書院. 2007;pp. 40-80.
  - 18) Scott WA: Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *Public Opinion Quarterly*. 1955;19(3):321-325.
  - 19) Yoshiike N, Hayashi F, Takemi Y, et al: A New Food Guide in Japan—The Japanese Food Guide Spinning Top—. *Nutrition Reviews*. 2007;65(4):149-154.
  - 20) 木下かほり: 高齢者の食・栄養摂取の特徴. 臨床栄養. 2019;135(4):404-409.
  - 21) 榎 裕美: 在宅療養要介護高齢者における摂食嚥下障害と栄養障害に関する調査研究. 日本在宅ケア学会誌. 2018;22(1):7-12.
  - 22) Sasazuki S, Inoue M, Tsuji I, Sugawara Y, Tamakoshi A, et al: Body Mass Index and Mortality From All Causes and Major Causes in Japanese: Results of a Pooled Analysis of 7 Large-Scale Cohort Studies. *J Epidemiol*. 2011;21(6):417-430.
  - 23) 伊藤貞嘉, 佐々木 敏: 日本人の食事摂取基準 2020 年版. 第一出版. 2020.
  - 24) Kuzuya M, Kand S, Koike T, Suzuki Y, Satake S, et al: Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. *Nutrition*. 2005;21:498-503.
  - 25) Hsieh YM, Sung TS, Wan KS: A survey of nutrition and health status of solitary and non-solitary elders in taiwan. *J Nutr Health Aging*. 2010;

14(1):11-14.

- 26) Ishikawa M, Takemi Y, Yokoyama T, Kusama K, Fukuda Y, et al: "Eating together" is associated with food behaviors and demographic factors of older Japanese people who live alone. J Nutr Health Aging. 2017;21(6):662-672.
- 27) Kuroda A, Tanaka T, Hirano H, Ohara Y, Kikutani T, et al: Eating Alone as Social Disengagement is Strongly Associated With Depressive Symptoms in Japanese Community-Dwelling Older Adults. JAMDA. 2015;16:578-585.
- 28) Plastow NA, Spiliotopoulou G, Atwal A, Gilhooly M: The Occupational Performance Measure of Food Activities: item pool development and measurement properties. British J Occup Ther. 2014;77(2):111-120.

■ 総説

## 対人間接触における協調ダイナミクス

井川大樹

【要旨】

人の二足直立の立位姿勢は、骨格筋の収縮と感覚情報からのフィードバックにより制御されている。感覚情報には様々なモダリティが含まれているが、中でも、触覚に着目した二者の立位姿勢保持における軽い接触の効果を検討した研究がある。本稿は、二者がどのような揺らぎの調整をして、相互の協調関係を形成しているかについて総説する。

【キーワード】

静止立位姿勢, 対人間協調, フラクタル

## Dynamics of Interpersonal Touch Coordination

DAIJU IKAWA

【Abstract】

The human standing posture is controlled by the contraction of skeletal muscles and feedback from sensory information. Sensory information includes various modality, and there is a study that focuses on the sense of touch and examines the effect of light touch contact on maintaining the standing posture of an interpersonal person. This paper reviews how interpersonal light touch adjustments are made to form a cooperative relationship with humans.

【Key word】

Standing posture, Interpersonal coordination, Fractal

---

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Tokyo Professional University of Health Sciences

〒135-0043 東京都江東区塩浜 2-22-10

## 1. はじめに

人間は生まれながらにして動く生物である。動くことによって自分を表現し、生活を営み、文化を創造している。この「動く」ことを表す言葉として最も一般的と思われるのは「運動」である。「運動」を学術用語として使用する場合、生理学的な表現を用いると「安静でない状態、つまり、骨格筋が活動している状態」となり、物理学的な表現を用いると「人間の身体または身体の一部が、骨格筋の活動（もしくは物理的外力）によって、時間とともにその空間的位置を変えること」ということになる。「運動」は私たちの生活を根本から支えるものであり、人間の日常生活は全て「運動」によって成立しているとも言える<sup>1)</sup>。

上記の定義であれば、「運動」は身体各部位の時空間的な変位として表されるが、一見すると時空間的な変位が観察され難い、静止していると思われる状態であっても、厳密に捉えれば「運動」は絶えず行われている。例えば、横になり寝ている状態であっても呼吸筋が働くことで胸郭は上下運動を続けており、目を開けていれば瞬きをすることで眼輪筋は動き続けている。このように、静止していると思われる状態であっても、身体部位は微小な「運動」を続けているのである。

人間が抗重力姿勢で静止していると思われる状態、例えば、安静時の立位姿勢でも「運動」は絶えず行われている。人の二足直立の立位姿勢は支持基底面が狭く、身体骨格が多自由度なセグメント構造であるため不安定であり、抗重力方向へのオリエンテーションが潜在的に要求される<sup>2)</sup>。この時、立位姿勢を安定させるためには、身体の質量中心 (Center of mass, 以下 COM) を支持基底面上に保つ能動的な制御が必要である<sup>3)</sup>。そのため、人間は、安静時立位姿勢を保つための調整として、身体各部位を協応させながら「運動」し続ける必要がある。

床反力計 (フォースプレート) を用いて、静止立位姿勢を計測すると、足圧中心 (Center of Pressure, 以下 COP) を算出することができる。人間の COP を解析すると、前後左右、様々な方向へ揺らぎ続けていることが確認できる。この時の COP の時系列変位を一種の確率過程と見なすことで、COP はブラウン運動やランダムウォークと表現されることがある。静止立位姿勢の COP は、非整数ブラウン運動と非整数ガウスノイズの中間的な性質を有すると言われ、自己相似性の高い「フラクタル性」を持つことが知られている<sup>4)</sup>。「フラクタル性」とは、図形のどの部分を拡大や縮小して見ても、元の図形と同じ形に見えるような性質のことであり、心臓の鼓動や女性の月経周期など、人間の生体には様々なフラクタル性が存在しており、COP もフラクタル性を示す生体信号の一つである。この静止立位姿勢の「フラクタル性」を調べる手法として、主に二つの方法が用いられてきた。Stabilogram-Diffusion Analysis (以下, SDA) と Detrended Fluctuation Analysis (以下, DFA) である。

## 2. フラクタル性の解析手法

SDA は Collins & De Luca により発表された解析手法であり、COP の平均二乗変位と時間スケールの関係から、持続性相関と反持続性相関に変わるクロスオーバーポイントを推定することができる。クロスオーバーポイントを境にして、COP の時系列変位が、生体構造由来の揺らぎなのか、神経制御由来の揺らぎなのかを推測できると考えられている<sup>5)</sup>。

DFA は DNA シーケンスや株価の時系列の解析に用いられた手法であるが、比較的短い時系列データでも分析することができ、COP の分析には広く用いられている。DFA は過去の時系列がどれくらい未来に渡って持続し易いかを調べる手法であり、その持続性によって、未来の時

系列の予測が比較的容易か、それとも難しいかを評価することで、複雑性の指標としている。複雑性が推定されることで、病気や加齢による揺らぎの性質の評価など、さらに個人の特性を反映した評価にまで応用可能であることが示唆されている<sup>2)</sup>。

### 3. 対人間の立位姿勢動揺の協調

日常生活の中においては、物体に接触することなく静止立位姿勢を保つこと以外に、手や肩などの身体部位で壁や手すりに触れるといった、物に接触した状態で静止立位姿勢を保つことを経験することがある。物に接触して立つ際には、接触面に与える力と接触面から受ける物理的反力とのバランスをとることで、安定して立つことができるということを、経験的に実感している人が多いと思われる。

人が物に接触した状態での姿勢制御に関しては、目隠しをした被験者の四肢の一部分に触覚刺激を与えることで、身体の動きに錯覚が引き起こされる研究<sup>6)</sup>や、筒の中に被験者が入り、その筒に回転が加わると、人と筒との接触面における触覚や圧覚の手がかりが、身体オリエンテーションの向きを起因するという研究<sup>7)</sup>などが行われてきた。このような研究を通して、体性感覚の中でも、触覚や圧覚に着目した研究が行われるようになった。

Holden らは<sup>8)</sup>、物理的に十分な支持を受け取る程の力でなくとも、立位姿勢は安定するという仮説を立て、安定した物体面に、指先だけを物理的支持が十分に大きくない力で接触する研究を行い、立位姿勢の揺らぎが小さくなることを報告した。また、Jeka らは<sup>9)</sup>、Holden ら<sup>8)</sup>と同様な実験課題において、指先で接触する力を、軽い接触 ( $<0.98\text{N}$ ) と物理的安定性を提供するのに十分な力 (軽い接触の約 5 倍) での接触を比較し、立位姿勢の揺らぎは、軽い接触によって、物理的安定性を提供するのに十分な力と同等の効果が得られることを報告し、接

触による触覚や圧覚の感覚情報は、物理的な支持を受け取る程の力でなくとも、立位姿勢が安定することが明らかとなった。

物体への接触で得られていた効果は、接触する媒体が人である場合においても、物体との接触と同様の効果が得られるかも研究されてきた<sup>10, 11, 12)</sup>。Johannsen らは<sup>10)</sup>、静止立位姿勢において物と人との接触による立位姿勢を比較し、立位姿勢の揺らぎの変動は、接触しない条件と比較し、物体への接触条件では 31%減少、人への軽い接触の条件では 18%減少し、物体への接触程ではないが、人への軽い接触でも有意に揺らぎの変動が小さくなることを報告した。また、この研究では、相互相関関数により二者の揺らぎの同期性を定量化しているが、時間遅れ 0 秒から平均  $50.0 \pm 89.6\text{ms}$  程度の遅れで相関値のピークがみられるという結果となった。Reynolds & Osler は<sup>12)</sup>、二者が、軽く接触する条件、しっかり相手の肩を掴む条件、接触しない条件で静止立位保持の課題を行い、さらに、立位姿勢における倒立振子を使用したモデルを使って、二者を減衰バネで物理的に結合することによって、二者間の相互作用のシミュレーションを行った。また、この実験では、COP は非定常な信号であり周波数や相互相関分析には不適切であると考え、非定常な信号を微分することでそれらを定常にするため、COP の速度を変数として使用していた。結果は、立位姿勢の揺らぎは、しっかり肩を掴む条件では、37%減少、人への軽い接触条件では 18%の減少がみられ、Johannsen ら<sup>10, 11)</sup>の研究と概ね同様の結果であった。二者の結合を示す相互相関関数の結果は、軽い接触では、相関値の時間遅れは±約 380ms に双峰性のピークがみられ、しっかり肩を掴む条件では、時間遅れ 0 秒付近に単峰性のピークがみられていた。二者のどちらかが相手の揺らぎを先導していたかという可能性について、軽い接触では双峰性のピークがみられていたことから、leader-follower 関係

はみられなかったと報告している。

#### 4. 今後の展望

人と人が軽い接触を維持し続けるということに関して、二者が接触を介して一つのネットワークにより協調関係を形成していると考えられることもできる。個人内でみられたフラクタル性が二者間の協調関係においても観察されるかという研究が行われてきている。

二者間の協調構造のフラクタル性に関して着目した研究に関しては、二人でハンドベルを振る課題<sup>13)</sup>や二人が横並びで歩く課題<sup>14)</sup>において、二者のフラクタル性に強い正の相関がみられることを明らかにしており、二者間関係には、局所的 (local) だけではなく、広範囲 (global) な協調構造が存在していることを示唆した。さらに、West らは<sup>15)</sup>、2つの複雑なネットワーク間の情報交換が、その複雑さが似ている場合に最大化されるという、複雑性の一致 (complexity matching) という概念を提案した。Stephen & Dixon は<sup>16)</sup>、カオス的なメトロノームとの指タッピングとの同期を分析した実験において、カオス的なメトロノームは本質的には予測不可能なため、局所的な予測は難しいにも関わらず、カオス信号と指タップ間隔時系列との間に、フラクタル指数の一致を観察し、メトロノームと指タッピングの間における複雑性の一致を報告した。このような複雑性の一致は、二者間のハンドベルを振る課題<sup>13)</sup>や、二人の会話の分析<sup>17)</sup>においても明らかにされている。

複雑性の一致が生じる相互作用について、Almurad らは<sup>14)</sup>、生物 (organism) は環境内に埋め込まれていることを示唆し、この埋め込みは、生体の行動と、その行動に対する環境による影響の両方に制約を課して、生物環境システムの制約の強い予期 (Strong anticipation) として出現すると述べている。二者間の接触を伴う静止立位姿勢の課題では、相手との軽

い接触を維持し続ける (触覚) や相手の顔や身体が視野に入る (視覚) によって、お互いがダイナミカルに循環する環境に埋め込まれ、制約を受けることで、局所的な結合に留まらず、広範囲な結合による複雑性の一致にまで及ぶ可能性があるのではないかと考える。今後さらなる研究が期待される。

#### 5. おわりに

疾病や怪我により身体に後遺症が残った患者は、立位姿勢が不安定になることがあり、歩行や日常生活などのリハビリテーションが必要となる。その際、患者のリハビリテーションを療法士がサポートすることとなるが、療法士から患者に対して、一方向的に課題や練習を課すだけでなく、患者の意図する動きが達成されるために、療法士と患者は双方向的に探索し合い、課題や練習を行うことが重要であると考えられている。リハビリテーションの研究では、適切な環境の設定や、患者の症状に合わせた課題の難易度の調節の研究などは行われているが、療法士と患者が相互に探索し、協調し合うことを、定量的に評価した研究は少なく、現場指導においては、「患者の動きを感じる」「丁寧に触れる」といった、療法士自身や指導者の経験、直感に頼らざるを得ない部分が多い。経験、直感は熟練療法士の技術ではあるが、その技術を学術的に確立していくための、定量的な評価も今後求められていくのではないかと考える。

利益相反 (COI) : 本論文において開示すべき COI はない。

#### 【参考文献】

- 1) 東京大学身体運動科学研究室. 教養としての身体運動・健康科学. 電気診断学入門. 東京, 東京大学出版会. 2009.
- 2) Blaszczyk, J. W., & Klonowski, W.: Postural stability and fractal dynami

- cs. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*. 2001;61(2):105-112.
- 3) Blaszczyk, J. W., Lowe, D. L., & Hansen, P. D.: Ranges of postural stability and their changes in the elderly. *Gait & Posture*. 1994;2(1):11-17.
- 4) Delignieres, D., Torre, K. Bernard, P.: Transition from persistent to anti-persistent correlations in postural sway indicates velocity-based control. *PloS Computational Biology*. 2011;7(2):1-10.
- 5) Collins, J. J., & De Luca, C. J.: Open-loop and closed-loop control of posture: A random-walk analysis of center-of-pressure trajectories. *Experimental Brain Research*. 1993;95(2):308-318.
- 6) Lackner, J. R., & Taublieb, A. B.: Influence of vision on vibration-induced illusions of limb movement. *Experimental Neurology*. 1984;85(1):97-106.
- 7) Lackner, J. R.: Some contributions of touch, pressure and kinesthesia to human spatial orientation and oculomotor control. *Acta Astronautica*. 1981;8(8):825-830.
- 8) Holden, M., Ventura, J., & Lackner, J. R.: Stabilization of posture by precision contact of the index finger. *Journal of Vestibular Research*. 1994;4(4):285-301.
- 9) Jeka, J. J., & Lackner, J. R.: Fingertip contact influences human postural control. *Experimental Brain Research*. 1994;100(3):495-502.
- 10) Johannsen, L., Guzman-Garcia, A., & Wing, A. M.: Interpersonal light touch assists balance in the elderly. *Journal of Motor Behavior*. 2009;41(5):397-399.
- 11) Johannsen, L., Wing, A. M., & Hatzitaki, V.: Contrasting effects of finger and shoulder interpersonal light touch on standing balance. *Journal of Neurophysiology*. 2012;107(1):216-225.
- 12) Reynolds, R. F., & Osler, C. J.: Mechanisms of interpersonal sway synchrony and stability. *Journal of the royal society interface*. 2014;11(101):1-11.
- 13) Marmelat, V., & Delignieres, D.: Strong anticipation: complexity matching in interpersonal coordination. *Experimental Brain Research*. 2012;222(1-2):137-148.
- 14) Almurad, Zainy. M. H., Roume, C., & Delignieres, D.: Complexity matching in side-by-side walking. *Human Movement Science*. 2017;54:125-136.
- 15) West, B. J., Geneston, E. L., & Grigolini, P.: Maximizing information exchange between complex networks. *Physics Reports*. 2008;468(1-3):1-99.
- 16) Stephen, D. G., Stepp, N., Dixon, J. A., & Turvey, M. T.: Strong anticipation: Sensitivity to long-range correlations in synchronization behavior. *Physica A: Statistical Mechanics and Its Applications*. 2008;387(21):5271-5278.
- 17) Abney, D. H., Paxton, A., Dale, R., & Kello, C. T.: Complexity matching in dyadic conversation. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2014;143(6):2304-2315.

## 編集後記

紀要編集部会 部会長 田畑 稔

東京保健医療専門職大学紀要第1巻第1号（創刊号）の編集を全うするにあたり、とても貴重な論文を御投稿頂きました先生方ならびに原稿を御依頼させて頂きました先生方へ、紀要編集部会から心より感謝を申し上げます。2020年4月1日、東京保健医療専門職大学が開学した途端に、新型コロナウイルスによる世界的パンデミックに被り、日本中の大学が遠隔授業へ移行するとともに、全教員が(information and communication technology: ICT)教育のスキルを向上することに差し迫られ、研究活動の進捗にとっても難渋した年となりました。このため、紀要編集部会の活動開始も遅れに遅れ、2020年度末より編集作業が始まりましたが、無事に沢山の御寄稿を賜り、混沌とした状況の中でも研究活動へしっかり従事されておられる先生方を拝見するに、巻頭言で陶山学長よりリハビリテーションによる医学モデルへのアプローチと、社会的モデルや地域生活モデルの研究・教育を推進し、地域社会へ貢献する実践的人材を育成する東京保健医療専門職大学教職員の真骨頂を垣間見たような気がします。

### 紀要編集委員

田畑 稔, 草野修輔, 片岡幸彦, 猪俣英輔, 菊池みほ, 大矢暢久, 杉山真理, 富田義人

---

禁無断転載

### 東京保健医療専門職大学紀要 第1巻 第1号

|     |                                                                                                                                  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 発行日 | 令和3年3月31日                                                                                                                        |
| 発行  | 東京保健医療専門職大学<br>〒135-0043 東京都江東区塩浜 2-22-10<br>TEL 03-6272-5671 (代)<br>URL <a href="http://www.tpu.ac.jp">http://www.tpu.ac.jp</a> |
| 編集  | 東京保健医療専門職大学紀要編集部会                                                                                                                |
| 印刷  | 株式会社 平河工業社                                                                                                                       |

---