

【 障がい受容再考からリハビリテーション再考へ 】

大阪府立大学大学院 人間社会学研究科 博士前期課程

人間科学専攻 現代人間社会分野

氏名 鈴木博子

2011年 1月 18日提出

目次

はじめに	1
第Ⅰ章 障害受容を再考する	6
第1節 障害の定義	7
a.用語	7
b.定義	8
1)障害とは	8
2)障害者とは	15
第2節 障害受容に関する論説の歴史的変遷	19
a.用語	19
b.障害受容論の歴史的変遷	20
第3節 価値転換説と段階論、そして社会受容論	22
a.価値転換説	22
b.段階論	23
c.自己受容と社会受容	25
第4節 臨床における障害受容という表現の使われ方について	28
第5節 障害受容の再考からリハビリテーションの再考へ	30
第Ⅱ章 リハビリテーションの実践例から考える	32
第1節 リハビリテーションの定義と理念	32
a.用語	32
b.定義	33
第2節 臨床事例からの考察	36
おわりに	49
参考文献	59

図表目次

図1 ICFの構成要素間の相互作用	13
図2 <死にゆく過程のチャート> “Stage of Dying”	24

障がい受容再考からリハビリテーション再考へ

博士前期課程

専攻 人間科学

氏名 鈴木博子

2011年1月19日

論文要旨

リハビリテーションは心身に障害のある者の人間的復権を理念とし、障害者の持てる能力を最大限に発揮させ、その自立を促すために行なわれる専門技術である、とされる。その人間的復権とは、障害を持った個人が人間としてふさわしい生き方を回復すること、すなわち社会復帰を含めた人間の尊厳を回復することである。

理学療法士は、リハビリテーション技術を用いて、心身機能における基本的動作能力の回復を目的とする職業である。理学療法の対象は障害者であるが、障害が表す症状は多様性に富む。同時に、性別、年齢、生活環境などの背景や、精神面、心理面は一人ひとり全く異なっている。

その多様性・個別性を併せ持つ障害者に対し、機能構造障害に視点を求めた医療モデルから、自己決定と主体性を視点に置いた恣意的な形の社会参加へのサポートに、現状のリハビリテーションは対応できているだろうか？ また重度の障害者や高齢者の社会参加を、どこまで保障できているだろうか？

本論文は、臨床における実例の考察からリハビリテーションの再考を試みるものである。

第Ⅰ章では、リハビリテーションの対象である障害と障害受容における研究を振り返り、障害受容について考察する。

第Ⅱ章では、リハビリテーションの実践例から、現状のリハビリテーションについて考察し、おわりに、筆者が臨床で得た経験からリハビリテーションに対しての提言を試みる。

はじめに

リハビリテーション(以降、リハビリあるいはリハと称することがある)が日本の医療に導入され、半世紀以上が経つ。もともと欧米(特に米国)での戦傷軍人の前線復帰あるいは社会復帰に向けた医療活動が、地位や名誉の再獲得や復権を意味する「リハビリテーション」ということばで呼ばれ広まったものをそのまま日本の更生医療に当てはめたものであるが、戦後の日本社会の目覚ましい復興とその後の急激な高度成長を背景に、リハビリテーションということばとその概念は、戦傷者にとどまらず障害を持った人の復権のための医療として徐々に日本社会に浸透していった。そして米国流の自由平等主義の導入や個人の権利意識の高まりが、リハビリテーション医療の進展を後押しすると同時に、障害者に対する社会の認識の改善や公的な福祉の向上を推し進め、また障害者自身の意識改革にも大きな影響を与えた。敗戦の傷跡を抱えた国家が新たな国興しに向かい、また戦渦の中、物心の窮乏に耐えてきた国民が本来の人権の獲得に向け、共にそれまでの価値観を大きく転換して戦後の復興から今日の発展まで歩んできた道のりは、まさにことばどおりリハビリテーションの体現と言えるであろう。リハビリテーションは「復帰」「復活」「再獲得」ということばで説明されるように、単に医学的な機能改善や身体能力の回復だけでなく、本来は社会復帰や職業復帰、権利の再獲得を意味するものである。しかしながら今日の日本で、専門家や研究者を除いて世間一般にリハビリテーションといえば、たいていの場合リハビリテーション医療あるいは医学的リハビリテーションを指しているように思われる。「リハビリする」は、「リハビリに向けて治療・訓練する」ということなのであるが、現実には「治療・訓練すること」そのものを指し、リハビリテーションは障害を持った人のための「医療もしくは医学的なアプローチ」として今の日本では一般化されているように見える。

一方、リハビリテーションの対象である「障害」については、その定義や概念に関して今日まで多くの専門家や研究者の課題であり続けている。リハビリテーションが取り除こうとし、あるいはリハビリテーションで克服しようとする「障害」とは一体何なのだろう。「障害とはどのような状態・状況をいうのか」「障害はどういう理由で生じるのか」といった問題には多方面からさまざまな意見が出され、行政施策も絡んで活発な論議が展開された。そして国際的に共通した認識として「障害」を定義するために、専門家たちによるいくつかの定義がなされたが、今もってそれに対する批判や見直し、また新たな提言などが繰り返されている。現在は、障害は個人に内在するだけではなく、個人と社会、環境や時代など、個人を取り囲む外部環境との関係にもその由来を求めるなど、障害を多元的に捉えるように変化してきている。また、驚異的な医療技術の進歩や医療工学系の開発の進展が、

それまでなら障害となったであろう状態をそうでなくし、逆に死に至る病から救いはしたものの、生きてはいけるが新たな障害を残す状況を作り出してきている。障害をどう捉えるか、は障害を持つ個人の身体的・精神的のみならず、その人の経済状態や家族構成、そしてその時代の社会情勢や流行などにも左右され違ってくるものなのだ。また個人においては、中途障害であるか、先天的な障害であるかによって、その捉え方に大きな差異がみられる。特に中途障害の人にとっては、障害をどう捉えるかということより、自分が障害者になってしまったという事態の方がより大きな問題であることの方が多いようである。なぜこのような状態になってしまったのか。どうすれば元通りになれるのか。リハビリテーションに励む患者同士の会話の中に、「願いはただひとつ、回復することのみ。」と語っているのをよく見聞きする。また、傍からみると明らかに障害があるように見えても、本人はそのように認識していない場合や、反対に障害とは思えない状態なのに本人にとっては障害以外何ものでもない、といったケースもみられる。障害の原因疾患の特性にも影響を受けるであろうし、年齢や性別でも変わってくる。障害として捉えるか否かは、客観的にそれが実際に障害となっているかどうかによるだけではないのである。また同じ人でも、ある時はそれを障害と感じたり、ある時は感じなかったりすることもある。ここに「障害受容」という問題が現れてくる。

「障害受容」については、障害の定義以上に数多く、さまざまな分野の人達から論じられてきた。特に臨床心理分野では、障害を持った人の心理過程を、ショックから否認、そしてさまざまな葛藤を経て最終段階の受容に至るとして段階ごとに分けて論じ、それがリハビリテーションにも適用され、リハビリテーションの臨床の場において、最終段階の「受容」に向けた一方向的な過程に患者をあてはめる傾向も見られた。実際に臨床において「障害受容」がリハビリテーションを進めるための重要なポイントとされ、また「受容」自体がリハビリテーションの最終目標であるとされることもある。それに対して当事者からの反論やリハビリテーションそのものに対する批判や拒否が起きたり、医療者側においてもさまざまに意見が交わされた。その中で、理学療法士(以降 PT:Physical Therapist の略. と表すこともある)として日々患者と接しながら、私は「障害受容」ということばやその使われ方に違和感や不快感を覚えていた。「受容なくしてリハビリテーションは成り立たないのか?」、「理想とされる障害受容などあるのか?」、「それは誰が決めるのか?」、「受容に向けて努力し自己の改善をはかっていくのがリハビリテーションなのか?」など、次々沸き起こる疑念と違和感を抱きながら、それらに対する答えを容易に見つけられず、また何故このような感情を覚えるのかについても深く追究できぬまま、患者の目の前の困難や障壁をひとつひとつクリアーすることのみ目を向け、その場をやり過ごしてきた。同じ職種同士で語り合っても悩みは深まるばかりで、そうこうしているうちに他職種との症例検討会議において、「障害受容できているか、いないか」を確認し

合うだけで済まされることが多くなり、「障害受容」は重要だとされながらも、その人の現状を表す共通言語として以外には次第に使われなくなっていった。そして気がつけば、今や殆どの臨床の場で障害の受容について語られることがなくなっている。教育の場においても、リハビリテーション概論などで、障害受容段階論や価値転換説が患者の心理過程を理解する上で必要な知識、として紹介されるだけである。そのような状況の中、臨床においては、脳卒中や切断、脊髄損傷などの後遺症や脳性まひといった従来の疾患から、高齢による全身性・慢性の機能障害や進行性の難病、心因性の疾患や癌などの終末期ケアを必要とするものまでリハビリテーションの対象が拡大されつつある。しかし、その臨床においては、「リハビリテーションは再生に向けての闘いである」として、「障害を受容できていない＝リハビリの失敗＝負け」あるいは「障害を受容できている＝リハビリの成功＝勝ち」という障害受容の可否を問う二元論でもって、患者を判定しようとする構造が見える。さらに国の医療制度・施策の変更も、リハビリテーションに期間を限定した結果を強く求める観点から推し進められ、実践におけるリハビリテーションの実態は、「リハビリテーションはプロセスである」という理念から逸れてきているように思える。また障害受容の研究分野においても、最近では臨床心理分野による、障害者となった人の受傷後の心理過程に関するものが大半を占めている。それらの、より個人的な奥深い心理反応への踏み込みに対し、リハビリテーション医療の実践での「障害受容」ということばの使い方やその捉え方を見ると、リハビリテーションの理論とその実践との間のギャップが拡大しつつあるように思える。

では、私と同じようにリハビリ医療職として臨床でさまざまな患者に接する他の療法士たちは、「障害を受容する」ということをどのように捉えているのだろうか。彼らは「障害受容」ということばをどんな時に、どのような意味で使っているのだろうか。また「障害受容」ということばを使わないとしたら、その理由はどこにあるのだろうか。できれば私が臨床で覚える違和感や不快感に、共感を抱く人がいて欲しい。その人が何を語っているかを知れば、そこからその理由も解き明かされるのではないかと考え調査にかかろうとした時、田島の著書¹⁾と出会った。作業療法士(以降 OT: Occupational Therapist の略、と表すこともある)として、臨床での「障害受容」ということばに私と同じように違和感を覚え、そこから障害受容研究に進んだ田島は、ちょうど私が調査しようとした内容について、臨床で働く OT へのアンケート調査や聴き取りを行っていた。詳細は本文で述べるが、田島はその結果を分析したまとめとして、従来の「障害受容」ということばから「障害との自由」という表現を提唱している。私はこのことばの意味を、次のように捉えた。障害である状態を、自分にとっ

1) 田島明子、『障害受容再考－障害の受容から障害との自由へ』、三輪書店、2009年

で害になる排除したい邪魔者と捉えるのではなく、それは扱いにくく時には不便ではあるが、自分自身の一部として自分と共存する存在として捉えること、そしてそれらの不具合を含めて自分自身を愛しく思うこと、である。

だとすれば、障害の状態を可能な限り軽くすることを目標に置くリハビリテーションは、「障害との自由」と矛盾することになる。「障害との自由」を受け入れると、リハビリテーションの実践でまたしても矛盾が生じてくる。リハビリテーションは障害を持つ人が、いかに楽に安全にかつ二次的三次的な障害を生むことなく、できる限りの自己の意思の発現を実行していけるように自己啓発していくことである。それを目標にさまざまに支援されつつ、患者自身が頑張るのがリハビリテーションの実践であるとされている。その実践のために医療職側も、診療技術や治療手技の開発や装具・道具の工夫など、技術的な向上に向け努力する。それで障害の状態が軽くなればそれに越したことはない。しかし、現行のリハビリテーションにおいて、それはどこまで求められ、叶えられるものなのだろうか。リハビリテーションに「ここまで」という線引きはあるのだろうか。予後予測や状態の変化の過程、それに要した時間などで推測できる部分はあるかも知れないが、リハビリテーションに「ここまで」という線引きはあるのだろうか。そしてその線引きは誰が決めるものなのだろうか。ここでまた「障害受容」で感じた違和感や不快感に近い感情が起こることに気がつく。

障害を持つ自分をそのまま受け入れながら、しかし少しでも楽に安全に、また二次三次の障害を生じることなく生きていくために、障害との関係において自由である自分とリハビリテーションは共存できないものなのだろうか。かつて障害者解放運動において医療における医学主義の威圧を拒否し、介護・介助や福祉の支援にのみ解決方法を求め、「強制的なリハビリは要らない」という主張がなされ、その成果としてバリアフリーや自立支援に向けた介護保険制度が導入された。しかしリハビリテーションが医学主義の押し付けではなく、真に「その人らしい生活の実現」を目指しているのであれば、受け入れられないものではないはずである。この食い違いはどこから生じるのだろうか。リハビリテーションに対する、医療者側とそれを受ける側の受け取り方の違いに由来するのだろうか。両者が障害をどのように捉えているか、で互いのリハビリテーションの目標に違いが出てくるだろうし、リハビリテーションの意義すら変わってくる。そこに原因があるとすれば、もし「障害である状態」の感覚を医療者側とそれを受ける側の両者が共有でき、両者の生きる方向や姿勢が同じになれば、目標に「ずれ」を生じることなく、両者が協力し合っリハビリテーションが遂行できるのではないだろうか。

しかし、そこにはそれぞれ別個の存在として、どうしても越えられない溝がある。当事者とそうでない者との間の「主体と客体」という溝である。その溝を挟んで両者が向かい合う。敵対する限り

は、溝は埋まらず両者が完全に一体化されることはない。だが、溝を埋めるという目的を両者が共有し、それに向けた作業を両者が協調して進めていくことができるとしたら、そのプロセスこそがリハビリテーションになるのではないだろうか。

障害は受容するものであってもなくても、障害者はその状態を抱えて毎日を生きていかねばならない。生きていくうちに老化も起ころうし、新たな障害の状態になる可能性もある。生きていくということは生活の実践の連続であり、それがその人の人生を作りあげていく。障害とはなにか、障害を受容するとはどういうことかを考えることは、障害を抱えてどう生きるかという実践への取り組みにつながっていかなければならない。その取り組みこそリハビリテーションであるのだ。「障害受容再考」は「リハビリテーション再考」がなされることによって、その意義がより深まると思われる。ここでは「障害受容再考」から「リハビリテーション再考」に論点を移し、障害者が障害を持ちながらも、その人にふさわしい生き方ができるためのリハビリテーションの実践への取り組みに向けた考察を行いたい。

論文構成として、まず第Ⅰ章では、「障害」と「障害者」の定義を示し、「障害受容論」における歴史の変遷といくつかの代表的な受容論を紹介する。次いで、それらの理論と臨床における現状から「障害受容の再考」について述べる。第Ⅱ章では、リハビリテーションの定義や理念を示した上で実例を紹介し、それらについて考察し、「おわりに」の章でいくつかの提言を試みる。

「障害」の表記については、第Ⅰ章の説明にあるように、現在は「障がい」が公的に定着しつつあるが、この論文では、参考にした文献や条例などの殆どが「障害」を使用しており、「障がい」と「障害」の表記が混在し読み辛くなることから「障害」で統一した。表題についてはポリティカル・コレクトネスの考えに基づき、「障がい」の表記を用いた。

研究方法は文献調査を主とし、自分の臨床経験とそれらを照合しながら考察した。

第 I 章 障害受容を再考する

リハビリテーションの対象は障害を持った人である。生まれつき、あるいは生まれてすぐに障害を持った人や、成人後に事故や病気の後遺症により障害者になった人などの、心身両面の機能的な回復を求めながら、日常生活や仕事上での困難や不都合を克服する方法を探るのがリハビリテーションの目的の一つである。医学的、社会的、職業的、教育的など多方面からのアプローチが提唱されているが、一般には医学的リハビリテーションの中核をなすリハビリテーション医療がリハビリと呼ばれており、主に日常的な生活動作能力を中心に評価・治療・訓練を指すことが多い。具体的には、その人のどの部分の、どのような機能的な変異が、身体的あるいは精神的な生活遂行能力に障害を引き起こしているのか、またそれがどの程度なのかなどを多くの検査や測定を通して把握し、その予後や回復の可能性を推測し、残存する能力を正確に評価することをまず第一に行なう。さらにその人に内在する能力の有効利用だけでなく、外的なもの(物的・人的・金銭的なもの)の活用方法も検討する。そして、職業復帰や家庭復帰あるいは学業復帰などの目標に沿ったプログラムを立てる。それらの一連の流れをひっくり返したものがリハビリテーションなのである。しかし、リハビリテーションの実践にあたっては、最終的な選択権・決定権は患者本人にある。そもそも患者が何を望んでいるか、リハビリテーションではこれをニーズと呼ぶが、それを把握することが重要な項目となる。患者が自身の病態や自身の置かれた現実を正しく認識しているか否か、そして「障害をもった自己」をどのように受け入れているかでニーズは変わってくる。リハビリテーションに必要なのは、「治りたい」「元に戻りたい」という単純な希望や願いではなく、内的・外的条件と折り合いをつけながらの、現実の生活に実現可能なしかも有用な希望、である。これを「真のニーズ」と呼ぶ。

真のニーズを考える時、患者は初めて現実に対面する。自身の病態を正確に理解し、現在の能力の範囲を身をもって体感し、回復の可能性の限界を認識し、そしてそこにどんな障害が待ち構えているか、を知っていく。リハビリをする、しないに関係なく、否が応でも自己の障害に直面していく。その上でこれからの人生をどう過ごしていくか、リハビリするならその目標をどこに置くかを自らが選択しなければならないのである。その最終地点、あるいはそこに至るまでの過程を「障害受容」と呼んで、これまで数多くの心理学者や社会学者、医療従事者、そして障害者自身がそれについて論じてきた。1980年代には、障害を受容することがリハビリテーションの最終目標とされたり、逆に障害を受容することからリハビリテーションが始まるとされるなど、障害受容の内容やその重要性について症例検討の場や教育の場でも盛んに論じられた。リハビリが進まないのは、障害受容

ができていないか、うまくいっていないからだ、と諸々の理由を障害受容に集約して説かれることも少なくなかった。

しかし「真のニーズ」は固定されたものではなく、患者自身の身体的あるいは精神的な変化や周囲・環境・社会状況の変化に伴って流動的に変わっていく。また、同じ状況であっても人それぞれに大きく異なる。「障害受容」のあり方は流動的で多様であるといえる。そもそも障害受容は第三者に代弁されるものではないのであろうが、リハビリテーションを考える時には障害受容について考えることは避けて通れるものではない。それらを理解するために、障害とはなにか、障害を受容するとはどういうことか、についての論述を整理してみた。それを次節で述べる。

第1節 障害の定義

「障害」を辞書で引くと、「さし障り」「邪魔」「故障」という言葉や、「妨げになるもの」とある。しかしこの説明では、「障害を持つ」ということを完璧に言い表せられない。障害の定義や概念は、そのことばを用いる領域によって異なるからである。行動遂行に邪魔な状況を作っている物をさすこともあれば、その妨げを取り除けない状態をさすこともあり、また、それを「邪魔」もしくは「さし障り」と捉える人の心理状態をいうこともある。障害ということばの意味は、行為の主体と目的とが示された場合に明らかになる。個人の意図実現にとって制限あるいは制約となる身体的状況だけではなく、その人自身やその人に関係する人のそれぞれの心理状態や、さらに物理的環境、時代背景や政策など、広い観点から見て制限や制約となっている社会的状況をも意味する。

a.用語

一般に障害物や電波障害、通行障害というのと、保健医療や福祉の領域で障害というのとでは意味合いが異なる。従来、保健医療や福祉の領域でも「障害」あるいは「障碍」という漢字を用いていたが、「害」「碍」という字がマイナスのイメージを与えるとして、昨今は「障がい」と表記することが多くなってきている。この論文においては、引用した文献や固有名詞の多くが「障害」を用いていることや、「害」を「がい」と変えることで差別の問題を表記の問題にすり替えようとしている、との当事者らの指摘もあることから、「障害」で統一することにした。また引用や参考にした文献においては、原著者の表記を尊重してオリジナルのまま表記する。

英語圏においても「障害」に対しては、obstacle や handicap など、さまざまなことばが使われてきたが、最近では1980年にWHOが「障害の定義」を提唱して以来 disability と表されることが一般的

になっている。

わが国で「障害」ということばが初めて登場するのは、1949年に制定された「身体障害者福祉法」である。それ以前は、1928年に整形外科医の高木憲次が「身体不自由」ということばを唱えたこともあったが、不具、廢疾ということばが慈恵救貧の対象を表すことばとして使われていた。また、戦争で負傷した軍人を戦傷者あるいは戦傷軍人と呼び、この人たちの職業復帰や社会復帰を目標に医療にリハビリテーションが応用されたことが、現在のリハビリテーション医療の始まりであった。ちなみにアメリカの障害者対策の法律として初めて制定されたのは1918年の「戦傷者リハビリテーション法」であるが、その対象は戦傷兵であり、「障害」ということばで国民すべてを対象に法整備されたのは1920年の「障害者職業リハビリテーション法」の成立による。

b. 定義

「障害の定義」は「障害者の定義」として説かれることも多いため、ここでは「障害、あるいは障害者の定義」として試みていくことにする。

障害の定義は、疾病を有する場合から、心身機能の不全状態を意味する狭義の障害と、日常生活や社会生活での支障を意味する広義の障害までの広い範囲を含むものであるが、通常は広義の障害を意味することが一般的となっている(内山 2009)。つまり障害者とは、心理的、物理的あるいは制度的な環境の障壁により負担を被っている人とみることができる。しかしその内容は、前述のように、用いられる領域によってあるいは研究者の考えによっても異なっている。

次に「障害」と「障害者」に分けて国内外で共通認識として提案・提唱されたものを紹介する。

(1) 障害とは;

障害の概念を説明する際によく使われるのが、日本のリハビリテーションの先駆者である砂原茂一による火事の例えである(砂原 1980)。脳に例えてみれば、大火が起こって赤い火がめらめらと燃え盛っている状態が脳に出血している「病気」の状態、火が治まって焼け跡が残り住むところや食べ物に不自由している状態が、意識は回復したが手足が動かなくて不自由を訴えている「障害」の状態と説明する。日常生活や社会生活が制約を受け、かつそれによる精神的な苦痛も含んだ状態を「障害」と述べている。障害に至る原因には、外傷、疾病(病気)、そして先天性異常があり、それらによって身体もしくは精神機能の低下が慢性的に生じる。西欧においてもわが国においても障害を持った人の記述は、紀元前や縄文時代にまで遡って見聞されるが、その長い歴史の中で障害は、障害をきたしている身体部位の状態をさすのではなくて、人そのものの状態として解釈さ

れてきたようである。

障害の概念を巡っては1960年代からいくつかのモデルが提唱されたが、おおよそ次の3つに分けられる。第一には障害判定の基準を社会問題からみたもので、その提案者の名をとり、「Nagi モデル」と呼ばれるものである。第二は国際疾病分類 ICD の拡張案として Wood が提案し、それに手を加え世界保健機構 WHO が国際障害分類 ICIDH として提唱した、「Wood モデル」あるいは「ICIDH モデル」といわれるものである。そして第三は、身体障害者連合 UPIAS や障害者インターナショナル DPI など障害者側から提起された「社会モデル」である。

その後、これらのモデルを統合して WHO が国際生活機能分類 ICF を発表し、現在に至っている。それらを簡単にまとめ年代順に紹介する。

<Nagi モデル²⁾ 1965> (中村 2007)

障害モデルを初めて提唱した。次の4つのレベルから成る。

①活動的病理過程(active pathology) :

正常状態を再獲得しようとする器官の正常な過程と努力への妨害や干渉

②機能障害(impairment) :

解剖学的、生理学的、知的あるいは情緒的な機能の異常及び欠損

③機能的制限(functional limitation) :

毎日の生活に使用される基本的な身体活動と精神活動の遂行の制約

(個人レベルにおける課題遂行の制限)

④障害あるいは能力低下(disability) :

社会において求められる役割遂行や社会文化的・物理的環境における課題遂行の制約

<世界保健機構(WHO)の国際障害分類(ICIDH)³⁾1980> (中村 2007)

1975年英国の Wood が国際疾病分類(ICD)の延長として考案したものをさらに拡張した障害モデル。「Wood モデル」あるいは「ICIDH」モデルと呼ばれる。

2) Nagi,S.(1965) Some conceptual issue in disability and rehabilitation. In *Sociology and Rehabilitation*. Sussman,M.(eds.)100-113 Washington,DC: American Sociological Association.

3) Internatinal Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.(1980) Geneva: World Health Organization.

①疾病・変調(disease)

組織の病理変化や外傷の過程(身体的・精神的障害)

②機能障害(impairment)

機能障害によって生じる心理的、生理的または解剖学的な構造や機能の欠損あるいは異常であり、臓器あるいは器官レベルの障害(一次レベル)

③能力障害(disability)

機能障害によって生じる、人間にとって普通とみなされる様式や範囲内での一般的な活動を遂行する能力の制限や欠如であり、個人レベルの障害(二次レベル)

④社会的不利(handicap)

機能障害や能力障害によって個人にもたらされる不利益であり、その個人の年齢や性別、社会文化的背景などによって決定される、個人の普通の役割を遂行することへの制限や妨げであり、社会的レベルの障害(三次レベル)

<NCMRR(National Center for Medical Rehabilitation and Research)モデル⁴⁾1992>(中村 2007)

Nagi モデルに、ICIDH の社会的不利(handicap)を社会的制約(societal limitation)という用語に置き換えて加えた5つのレベルを提唱。社会的制約とは、個人が社会における活動や役割へ自立して参加することを妨げる、社会からもたらされる制約、と定義している。

<アメリカ医学研究所(Institute of Medicine; IOM)モデル⁵⁾1997>(中村 2007)

それまでの定義にあった能力障害は、個人に固有のものではなく個人と環境の相互作用による結果であるとして障害に含まず、また各レベル間は双方向性であることと、障害予防を考慮した危険因子を加えたモデルを提唱。これらの危険因子は、リハビリテーションや環境を制御することによって軽減可能であり、障害を予防できるものとしてその可能性を強調している。障害過程論と呼ばれるものである。

危険因子として次の3つをあげている。

4) Bethesda,MD.(1992) National Advisory Board on Medical Rehabilitation Research, draft V: *Report and plan on medical rehabilitation research*. National Institute of Health.

5) Brandt,E.N.,(1997)*Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering*. Institute of Medicine. 62-80. Washington DC: National Academy Press.

1. 生物学的要因 = 性、加齢、合併症など
2. ライフスタイルと行動要因 = 喫煙、飲酒、食生活、運動など
3. 環境要因として、i) 物理的: 家屋や公共建造物の環境など
ii) 社会的/心理的: 社会の態度や偏見など

<アメリカ国立障害リハビリテーション研究所(NIDRR)モデル⁶⁾1999> (中村 2007)

1960年頃からアメリカで自立生活運動(IL運動)が、ヨーロッパではノーマライゼーションの原理に基づいた障害者運動が展開され始め、活発なアピールを通して障害の概念の捉え直しが要請された。障害は個人に内在する問題とする医学(医療)モデルから、社会が障害を作り出すとする社会(社会政治)モデルへの転換である。1999年に至って、アメリカ国立障害リハビリテーション研究所(National Institute on Disability and Rehabilitation Research; NIDRR)が提案した。

従来、障害は個人の機能障害の帰結であり、それが個人の日常生活の円滑な遂行を制限しているとする医学還元主義あるいは個人中心主義の概念であったが、環境と個人の生活全体に焦点を当て、個人の特性と物理的文化的及び社会的環境との動的な相互作用のうちに障害を位置づけた。これが障害の「社会モデル」と呼ばれるものであるが、後に次第に社会に対して人権を主張する「権利モデル」と呼ばれるものへと移っていく。NIDRRによる本文では以下のように定義づけている。

1. 障害は医療上の問題ではなく、社会や政治が生み出す現象である。
2. 障害者は、消費者、サービス受給者として、情報・支援・仕事や便宜手段を要求する意思決定の主体である。

<上記モデルの否定形>

以上のモデルとは別に、1980年代から障害の社会学的研究領域として障害学が展開され始め、Luhmann や Michailakis らが社会システム理論に基づいた新たな提言をした。機能障害と障害(社会的不利)の間に因果関係はなく、障害は人々が利用する概念やカテゴリーによりシステム化された差別の特殊型であり、人を障害化する社会的条件による、として、従来のモデルそのものを否定している。(中村 2007)

6) National Institute on Disability and Rehabilitation Research; NIDRR 1999

以上に紹介した複数の定義と、それらに対する専門家や障害者からのさまざまな批判や意見を集約し、医学(個人)モデルと社会モデルとの統合に基づいて、生物・心理・社会的アプローチに依拠した新たなモデルとして、2001年に世界保健機構(WHO)が国際生活機能分類(ICF)を発表した。

<世界保健機構(WHO)の国際生活機能分類(ICF)⁷⁾2001>(中村 2007)

障害を3つのレベルに分けて定義した ICIDH にさまざまな問題点が指摘され、それを受けて1990年から改訂作業を開始し、2001年 WHO 総会にて正式に承認され、名称も ICF(International Classification of Functioning Disability and Health 国際生活機能分類)に変更した。特徴を次に挙げる。(図1を参照)

a. 肯定的側面も分類されている。

心身機能・構造の否定的側面は機能障害であるが、肯定的側面は機能的・構造的統合性である。また、生活・人生領域の否定的側面は活動制限または参加制約であり、肯定的側面は活動または参加である。

b. 背景因子が分類に追加された。

第1部「生活機能と障害」:心身機能と構造、活動と参加で構成される。

第2部「背景因子」:環境因子と個人因子で構成される。

c. 活動と参加の評価には遂行能力(capacity)と実行状況(performance)をみる。

いわゆる「できるADL」と「しているADL」に対応する概念である。

d. 構成要素間の関係は双方向性である。

ICIDH の、機能障害 → 能力障害 → 社会不利という一方向的な関係から、生活機能と障害が、健康状態と背景因子を含む諸要素間の相互作用として概念化された。

以上のように、多くの領域から障害の定義や概念についての提案や提唱がなされたが、リハビリテーション医療の領域における定義としては、WHOによるICFが広く一般に適用され現在に至っている。しかしこれで終結した訳ではない。個人と社会の相互作用から障害を定義づける個人-社会モデルといえるICFに対し、個人の障害と社会が構成する障害との間には何の因果関係もないとする社会モデルや、権利や資格付与など人権に関する要求を主とする権利モデルを提唱す

7) 障害者福祉研究会編(2002)『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版』中央出版

る人達も多く、障害は今後も社会や時代背景の変化によって動的に捉えなければならない。

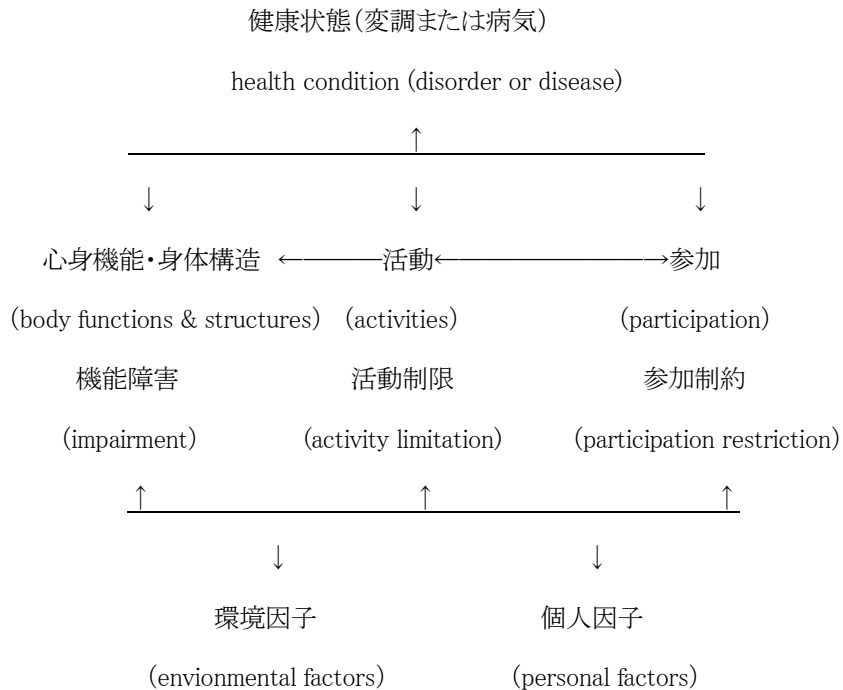


図1. ICFの構成要素間の相互作用 (中村 2007)

(障害者福祉研究会編:ICF 国際生活機能分類—国際機能分類改定版、P17, 中央法規出版、2002 より)

このように、障害の定義に対する多様な歴史的変遷は、障害を定義づけることの難しさを表しているといえるだろう。

その歴史をさらに遡れば、障害についての概念は、ある種の機能的な障害(impairment)によって生じる必要性和機能的な障害そのものに対する「社会の解釈」と、障害(disability)についての「政治的・経済的背景」によってさまざまに変遷してきたことがわかる。機能障害に対する科学的探究は、中世のヨーロッパにおいてそれまで主流であった超自然や悪霊が障害の原因とする観念から、解剖学や生理学に基づく医学的な診断や疾病分類の取り組みに始まる。19世紀末には優生学が勢力を得て、障害児への治療や救命の拒否あるいは放棄が見られ、社会ダーウィニズムがもたらされた。それが社会からの排除や隔離する為に施設ケアを促進したと言えなくもないし、同時に障

害の鑑別診断を通して医学的な見地からの障害の定義がなされるようになった。障害を疾病と同様に個人的、医学的に捉えようとする医学モデルの出現である。疾病を健康な状態からの逸脱あるいは変異と捉え、正常な状態に対する異常な状態として否定的に捉える観点を障害にも適用したのである。これが20世紀半ばにWHOがICIDHを定義するまでの、障害の概念構成の主流となった。そしてこの医学モデルに基づいたICIDHが国際的なレベルで採択、発表されたからこそ、それに対してさまざまな領域・分野からの批判や反論が表出され、2001年のWHOによるICFへの改革につながったといえるだろう。特に1970年以降の障害者運動の展開や、障害問題に対する社会的アプローチは、個人における機能障害と障害を明確に区別し、機能障害は障害の状態への必要条件ではあるが、障害そのものは物理的あるいは社会的バリアーによって社会から排除されることとして、個人モデル(個に内在する医学モデル)から社会モデルへの概念転換をもたらした。その背景には、アメリカにおける公民権運動や社会福祉領域のエンパワメントの概念がある。エンパワメントはそもそも能力開化あるいは能力強化という意味であるが、社会的に不利な状況に置かれた人の自己実現のために、その人が自身の長所や能力に自信を持って主体的に取り組むことをいう。自己選択を表現し、自己による決定を通して自己の生(人生)を管理することを目指すエンパワメントの理念が、それまでの障害を定義づけていた観点を医学モデルから社会モデルへと大きく転換させたと言える。

しかしより広い視野で定義を眺めると、まだまだ未整備な部分がいくつか残されている。例えば障害の定義における精神障害の位置づけがある。機能障害は生物学的な状態を意味し、個人における身体的事実と捉える概念にあてはまらないものはどう解釈されるのか。病理学的に説明困難な精神障害については、19世紀から20世紀にかけてクレペリンが精神障害分類を著わし、フロイトが科学的、客観的なアプローチとして心理療法を導入するが、いまだ明確な定義はなされていないようである。英語では精神障害を、器質的精神病 organic psychosis を除いて疾病 disease ではなく、mental disorder として区別しているところにも定義づけの難しさが見える。

日本においては、2004年になって、法的には精神障害は身体障害、知的障害とともに障害に含まれるようになった。法的な定義については次の項「障害者とは」で述べる。

また健康という概念に対する見地からの定義づけもさまざまになされているが、まず健康という概念をどう捉えるかということからしてあまりに大きなテーマであり、それぞれの意見に対しての批判や反論も多い。WHOによる健康の定義が一般的に用いられるが、そこでは次のように述べられている。

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”（昭和 26 年官報より）

(2) 障害者とは;

障害者の定義は、障害をどのように捉えるかで変わってくる。中村は次のように述べている(中村 2007)

障害者の定義においても、それを取りあげる観点や対応によって定義は相違している。いずれの定義でも、機能障害によって日常生活や社会生活に制限を受けていることを障害の特性としているが、その原因となっている身体的、精神的あるいは知的な状態は、医学的には多様であり、その解決法も異なっている。

障害については前項で検討したものを参照し、次に国内外の代表的な4つの定義をあげる。

i . 法律上及び行政上の定義

< 障害者福祉法:1949 年制定 >

(第 4 条) この法律において、身体障害者とは、別表に掲げる身体上の障害がある 18 歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けた者をいう。

この法律により、わが国で初めて福祉が制度化され、法律に「障害」ということばが初めて登場した。制定時では「身体障害者の更生を援助し、その為に必要な保護を行い、もつて身体障害者の生活の安定に寄与するなど、その福祉の増進を図ることを目的とする。」とあり、必ずしも障害者の社会経済的独立を意味するものではなかった。1990 年になり、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、および必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。」と改正された。

知的障害者福祉法では定義は示されておらず、保健及び精神障害者福祉に関する法律での定義に上記と同様のものがある。

<障害者基本法:1970年制定>

(第2条) この法律において「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。

わが国の障害者対策を、一貫した体系と有機的連携のもとに、障害に応じた施策を推し進める目的で、心身障害者対策基本法として制定された。1993年には障害者を取り巻く社会経済情勢の変化に対応し、障害者の自立と社会参加の一層の促進を図る為、障害者の為の施策に関する基本的理念を定めるとともに、施策の基本となる事項に関する規定等について改正がなされ障害者基本法と改めた。その後2004年には精神障害を含め、障害者差別を禁じることを重点に置いた改正がなされた。(第1章総則第2条)

<精神保健及び精神障害者福祉に関する法律:2006年>

精神障害者とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

ii. 国際機関の定義

<国際連合「障害者の権利宣言」1975年>(中村2007)

「障害者」ということばは、先天的か否かにかかわらず、身体的又は精神的能力の不全のために、通常の個人または社会生活に必要なことを確保することが、自分自身では完全に又は部分的にできない人のことを意味する。

<国際労働機関「障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する条約」1983年>(中村2007)

この条約の適用上、「障害者」とは、正当に認定された身体的又は精神的障害のため、適当な職業に就き、これを継続し及びその職業において向上する見通しが相当に減少している者をいう。(第159号第1部第1条)

このように法律上および行政上の定義と、国際的な宣言や条約あるいは勧告における定義があるが、これら以外にも身体障害者連合(Union of the Physically Impaired Against Segregation : UPIAS)は「身体的な機能障害のある人びとを障害化するのは社会である。(中略)したがって、障

害のある人びとは、社会の中で抑圧されている集団である。」と定義しているし、障害者インターナショナル(Disabled People's International : DPI)も、「物理的および社会的バリアーによって生じた、他者と同じレベルでコミュニティの平均的な生活に参加する機会を喪失したか又は制約された人」と障害者を定義している(中村 2007)。これらは障害の社会モデルの観点から定義されたもので、先述の IOM モデルや WHO の ICF と対応している。

障害者の定義は「障害を持つ人」ということでは共通であるが、何を障害と定義づけるかで障害者かそうでないかが分かれる。医学モデルの観点では、機能障害があり、それにより日常生活の遂行に支障をきたしておれば障害者であるといえるが、その原因が多数の平均的な状態から逸脱しているとして、社会により行動を制約されていることにあるとする社会モデルの観点では、それは障害者ではない、といえる。また、個人々々で障害をどう捉えているかが異なり、それぞれが置かれた状況も千差万別でありながら、例えば身体障害者福祉法では 15 種の障害に分け、程度を 1 級から 7 級に等級付けをしている(鶴見 2005)。

精神障害者保健福祉手帳も、精神障害者(知的障害者を除く)は、政令で定める精神障害の状態にあると認められた時に、申請により都道府県知事から交付される。つまり、それぞれの法や制度が目的に置く「障害者の自立と社会経済活動への参加の促進に向けた援助や保護、福祉の増進」は、「障害の程度に応じた」施策であり、その程度の判定が法や制度の対応における基準となっている。障害あるいは障害者を、国家がその程度や障害であるかないかを判定するのである。法的あるいは行政上の「障害者」と、障害心理学で捉えようとする「障害者」や、障害者自身が考えている「障害者」は違うものだということが見えてくる。社会保障制度の施策と個々の感じ方、捉え方にはさまざまな開きがある。この問題は、個々の障害観と障害者施策の溝を埋める、リハビリテーション医療の概念と大きく関わってくる。障害の原因疾患による差異や中途障害と先天的な障害の差異、発達障害の捉え方など、障害者支援やリハビリテーションの実践と QOL の捉え方との問題も、「障害と障害者とは何であるか」という問題と深いところでつながっている。

以上のように、障害あるいは障害者について理論上の定義や施策から考察してきたが、一般の社会においては障害はどのような概念として捉えられているのだろうか。障害を持つ人は「障害に苦しむ人」、もしくは「障害の犠牲者」という解釈がなされるかも知れない。そうなるとその人が持つ能力・技能・資質などは無視されやすくなり、障害を持つ人は人生の目標や選択権も無く、主張・表現することも不可能で、社会に貢献できない者といったステレオタイプの認知が生じる(M.G.イーセンバーグ 1997)。そこから差別や偏見が生まれるという(雨夜 2005)。その差別や偏見に対して

障害者たち自身から反論の声を出し始めたのが、次にあげる「ノーマライゼーション」や「自立生活運動」である。それらが、一般社会の障害や障害者に対する概念に変化をもたらし、さらに差別撤廃や人権擁護に向けた国家の施策の改革にまで導いたことは明記されなければならないだろう。その歴史を簡単に振り返る。

1941年全米リハビリテーション評議会でリハビリテーションの定義がなされ、1947年にWHOが発足して健康の定義が出された。これをきっかけに、先進国のあちこちで障害を正しく理解しようという動きが出てきた。1958年にはデンマークで施設収容の子どもたちを地域に帰そうという運動から始まり、1969年にスウェーデンのニルイェによって提唱された「ノーマライゼーション原理」が新しい動きを見せ始める。一方北米では1962年から学生たちを中心に自立生活支援運動(IL運動)が展開される。それが1978年のアメリカリハビリテーション法の改正につながっていった。このIL運動の基本思想は、「障害者の自立」という概念の確立であり、それが「生活の質 QOL」といった概念を生み出した。QOLとは精神的な満足感や幸福感の保障を意味する。内容は、①選択する権利 ②サービスを受ける権利 ③自己決定権の3つであり、このQOLの概念が後述の社会モデルや権利モデルの概念を構築していったのである。

日本においても1970年から1980年代に障害者、特に脳性麻痺の人たちによる障害者解放運動が盛んになる。障害者を家族や他者の“保護・管理”から切り離し、ボランティアや時には介護者を雇って、その人たちの支援を受けつつ身の自立と自活を模索する活動が展開された。「青い芝の会」は当時最も盛んに活動しており、障害者解放運動の中心的な団体であった。彼ら彼女らの、行政や一般社会やそして仲間内である障害者に対する働きかけは全国的な規模に拡大し、一般の人たちにも大きな衝撃を与えた。彼らの「生」の実践が障害者支援の目標とする理想形のひとつとなり、彼らが展開した運動が、その後のバリアフリー制度や介護保険導入を生む大きな力になったのである。また障害や障害受容を、環境や制度、偏見、差別といった社会受容論的な観点から考え直そうとする方向に導いたのも、彼らの運動や彼らを支援する人たちであったといってもよいのではないだろうか。彼らの、「障害を持つ人を障害者にするのは、障害者を否定し排除する社会なのだ。」とする主張は、障害の定義についての新たな提議をなした。

世界的な障害者運動の展開を背景に、ようやくわが国も社会全体が障害者との統一化に向けて、環境や制度・施策の整備を手始めに、障害者との共存の方向へ動き出し、バリアフリーということばは一時流行語にもなった。その結果、介護や支援を自己負担で「買う」という、「障害者や要介護者は利用者つまり消費者である。」という新しい福祉の概念を背景に介護保険法が制定され、2000年4月から施行された。また、同じように「自己決定と自己選択」および「利用者本位」の理念をもと

に、障害者自立支援法が 2005 年に制定され、福祉サービスの一元化をはかるとともに、障害者の就労支援など障害者の自立への援助の体系化がなされた。そして電動車椅子や道路の整備、駅や店のエレベーター設置など環境整備が進み、介護保険による介護保障が始まると、障害者解放運動は少しずつ縮小し始めていった。彼らの主張するところがわずかずつでも受け入れられ、現実の社会である程度具現化されたことが一因であろうと思われる。無論、彼らの真に主張するところが 100%理解され受け入れられたわけではないであろうが、このあたりから現在に至るまで、障害や障害受容についての論争や集団での抗議運動などは、表面的には沈静化の傾向にあるように見受けられる。

しかし障害者自身は自分の障害をどう捉えているか、という問題は解決されていない。この問題については、上記のバリアフリーや介護保険導入や障害論における、権利モデルや社会モデルの論議によっても、収束の方向にあるとは言い難いように思える。臨床心理学の研究の場においても、あるいはインターネット上での個人的な意見交換の場においても、いまだに障害受容の問題は大きなテーマであり続けているようである。

第 2 節 障害受容に関する論説の歴史的変遷

人が思いもかけず重度の病や障害を負ったとき、人はそれをどのような感じで受けとめるか、その状況から脱却するのにどのような行動をとるか、などについて古くから医学領域のみならず、臨床心理学、社会学、その他多くの領域から多大な関心が寄せられてきた。第二次大戦から 1940 年代にかけて Guttman や Michaels らが、戦傷者において受傷後のショックやうつ状態が出現しやすく、身体障害への反応だけでなく神経症的要因が大きいことを指摘した。この頃からリハビリテーションの心理的側面への関心が高まっていく。そして心理学で使われる「受容」ということばを障害に用いた論が出され、それを契機にさまざまな障害受容論や、またそれらに対する反論も噴出し、20 世紀後半は「受容」ということばをキーワードに活発な論争が展開された。まず用語についてみていく。

a.用語

英語で「受容」という意味を表すことばはいくつかあるが、「障害受容」を述べる論文では、acceptance, adaptation, adjustment が最も多く使われ、最近では coping も使用頻度が増えているようである。水島²⁾によれば、「適応」の方が「受容」よりもより広い概念を持ち、英語圏での障害受容

研究においては、acceptance から adjustment (adaptation)、そして coping へと少しずつ論点が移ってきている印象があるという(水島 2003)。

日本では「受容」の意味を表すことばとしては他になく、英語の訳を論文の内容に合わせて「適応」や「対処」の意味を含みながらも、「受容」ということばを用いているようである。

英語の訳;(水島 2003)

- ①acceptance; 受容の本来の意味は、障害を負った人が、その後の人生に意味を発見し発展させていく主観的な体験である。
- ②adaptation; i .個人が環境からの要請を受けることと、環境からの一般的な幸福を経験することの2つの基準をもとにした状態
ii .士気、人生の満足、幸福感などの概念によって操作的に定義される、一般的な生活の質に関する精神内界の評価
- ③adjustment; 心理的混乱の後に、均衡状態やホメオスタシスに達すること、人生の意味や質をもたらす同一性に到達する過程
- ④coping; 適応に至る過程で生じる種々の問題に対する、より効率的なこころの働き方

このように英語圏では「受容」といったり「適応」といったりで、まだ統一されていない。いかに適応していくか、の過程を「受容」ということばで説明しようとしているようにとれるが、障害の定義と共に今後も変遷が続きそうである。

b.障害受容論の歴史的変遷

1950年代に入りアメリカの精神科医 Grayson, M.が「障害受容」についての最初の論文を出した。その「Concept of “Acceptance” in Physical Rehabilitation:1951」の中で、「障害を受容するとは、身体的には患者が障害の性質や原因や合併症や予後をよく知ること、社会的には雇用や住宅や家族やその他の関係に対して現実的であること、心理的にはひどい情動的症状を示さないことである。」と述べ、初めて「障害受容」ということばを用いてその概念を論じている(水島 2003)。さらに障害受容には心理的に深い問題があり、個人の性質によるものと、社会が障害者に課す問題がある、とも語っており、その後活発に展開される障害研究のさきがけになった論文であった。彼の論文を端緒に、その後 Dembo, T. や Wright, B.A. が「価値転換論」を提唱し、1960年代になってリハビリテーションを障害者の学習過程とみなす観点から行動理論が導入され、Cohn, N. や Fink, S.L. らが

「段階論」を相次いで発表した。それらについては次節で詳しく述べることにする。それ以降、それらに対する批判や疑問を呈する論説が噴出し、精神医学や臨床心理の領域で多くの研究が発表されている。

わが国では 1956 年に高瀬安貞が「障害受容とは、障害によって変化した諸条件を心から受け入れること」として、Dembo らの障害受容論を初めて紹介し、1964 年には三沢義一が Wright の “Physical Disability - A Psychological Approach” を翻訳して「心理学とリハビリテーション」として紹介し、段階論を肯定的に論じた。

そして 1980 年代に入り、わが国でのリハビリテーション医療の牽引役を担っていた上田敏や国立障害者リハセンターのグループにより、価値転換説と段階論の両者を合わせた障害受容論が出されたが、その後も引き続き「受容」に関する心身医学的考察は続けられた。その中で三沢が中途障害者の心理面での典型的な障害受容過程のモデルを示し、それが幼少期からの障害者にとっても青年期に障害の受容という課題は軽くなく、重視すべき(三沢 1985)、としていることは注目値する。

その後 1980 年に Scofield らが “An ecological model for promoting acceptance of disability” で生態学モデルを、1993 年に Anthony が “Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s.” で回復モデルを提唱したが、「価値転換説」や「段階論」ほどの論議を呼ぶには至っていない。前者はそれまでの障害受容論を統合し、障害を引き起こしている疾患の様相と個人的因子や特性に加え、社会支援や偏見の有無、生活環境条件などの社会因子を合わせたものから研究されるべきとする指針を示したものである。後者は精神障害リハビリテーションで提唱されるもので、「絶望的な状況の中にも希望を見出し、破局的な出来事を、種々の体験を通して少しずつ困難を乗り越え、成長につれて生きる意味を発見し、さらにそれを発展させて成長していく。」という変化・成長の過程を重視し、かつそれは直線的なものではなく、ジグザグあるいは不連続なものである、としている。

日本では 2000 年に入り、本田や南雲らが、「障害は障害者本人に内在するだけではなく、環境や社会がそれをどう受容するかに影響される。」という社会受容論を唱え、それに賛同してリハビリや介護の領域での実践に取り組むグループや、専門誌上で批判的な見解を示す研究者などが登場し始め、「障害受容再考」の論争が起こる気配が出てきた。この論については次節で紹介する。

心理学領域ではリハビリテーション心理学という分野が提唱され、「障害受容」の問題を入り口に、リハビリテーションは身体の再建だけではなく心の再建を含むものである、として「身体と心」という二元論に立たない新たな概念をもとにした実践のアプローチを探り始めている(千野 2004)(石神・

石田 2005)。

上記の 3 つの論を次節でもう少し詳しく紹介する。

第 3 節 価値転換説と段階論、そして社会受容論

第 2 節で述べたように、日本における障害受容論は大きく 3 つの論に集約される。第一が 1950 年代の価値転換説、第二が 1960 年代の段階論、そして第三が 2000 年に入ってからのものである。前の二説は、障害の受容を個人の「こころ」に注目して論じたものであり、第三の説は障害の定義で述べた「障害の個人－社会モデル」に対応したもので、個人と社会環境との関わりを重視している。その変遷の背景には、障害をもたらす疾患のカテゴリーが、時代の流れに沿って医学の進歩とともに変化してきていることがあるであろう。

a. 価値転換説

Grayson と同時代、やや遅れてアメリカの心理学者 Dembo, T.; Leviton, G.L.; Wright, B.A. らが “Asjustment to Misfortune—A Problem Social Psychological Rehabilitation” を 1956 年に発表し、身体的障害は「misfortune = 不幸」であり、不幸とは「価値あるものの喪失または欠損」であるとし、その価値を転換することによって障害を克服できるという理論を展開した(本田・南雲 1994)。

喪失の受容とは主に次の 3 つの価値体系の変化過程で、第一は価値範囲を拡張して失った価値を本質的でないと感じることであり、次いで第二には、人は 2 つの価値—所有価値(所有しているだけとみなせる価値)と資産価値または絶対的価値(本人固有で他人との比較によらない価値)—を有しているとし、他人との比較ではなく自分の資産価値を重視することをあげた。そして第三は、喪失した価値を所有価値とみなす、としている。1960 年には Wright が Dembo の論をさらに進めて「Physical Disability—A Psychological Approach」で、次の 4 つの側面を持つ価値体系理論を展開した。

- ① 価値の範囲を拡大する
- ② 身体的外見を従属させる
- ③ 障害が与える影響を抑制する
- ④ 資産的価値を重視する

これを上田が日本のリハビリテーション医療に導入し、障害受容がリハビリテーションの中心にある、と位置付けるのが 1980 年初である。上田の論文から引用する(上田 1980:205)。

障害受容とは、諦めでも居直りでもなく、障害に対する価値観の転換であり、障害を持つことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずることである。

これには多くの異議が唱えられた。そのうちのいくつかを紹介すると、価値観は個人により違いがあること、価値転換についても個人の努力に力点が置かれ過ぎていること、またこの理論は価値転換の達成可能な身体障害の人が念頭に置かれており、今日に見るような頭部外傷や精神障害、また知的障害などを持つ人には困難と思われる課題を多々含んでいること、などである(水島 2003:116-120)。しかしこの説が発表された頃のリハビリ医療の対象が殆んど身体障害であったことを考えると、致し方ないのではないだろうか。障害の対象がいかなる程度や範囲であっても、その人自身の人間的価値の低下を意味するものではないという主張は今でも揺るぎないものである。障害者自身による存在の絶対的価値観による受容(立ち直り)は、周囲の人々の障害に対する偏見からの脱却を大きく促進し、また客観的QOLの向上にも向かう。そしてこの説がQOLの概念へと道を拓くものであったことは意義深いと思われる。

b.段階論

段階(stage)という用語は、本来は人間の正常発達過程の説明に用いられたが、これが危機状況や生存を妨害する状態からの回復に対しても用いられるようになったものである。よく知られているように、この段階は災害や病などのはじめはショック期、次いで生命や将来への不安、否認、抑うつ、怒りなどの葛藤期を経て適応(受容)に至るとするものである。これはフロイトの対象喪失による「喪あるいは悲哀 mourning」の作業を参考に、それを克服していく過程を障害受容に至るまでの心理過程に応用したものである。悲哀を身体障害者の心理過程に適用し、最初の段階論を提唱したのは Cohn である(Cohn1961)。

それは、ショック→回復への期待→悲哀→防衛→適応の5つの段階からなり、Cohn モデルと呼ばれる。次いで1967年にFinkが、ショック→防衛的退行→自認→適応と変化、の4段階(Finkモデル)を唱えた⁸⁾。南雲によれば、Finkモデルにおける自認はCohnモデルの悲哀に他ならず、身体障害者はそれまでの否認による現実回避の段階からこの自認段階に至ると、価値的自己像の喪失を経験せざるを得なくなり、この悲哀を経て適応的になるとし、防衛機制(多くは否認)を初期の

8) Fink,S.L.(1967) Crisis and Motivation : A Theoretical model. Arch Phys Med Rehabil 48

不安への対処に位置付けている Fink の方が一般的であるとしている(南雲・本田 1992:195-200)。当時、精神分析学による心理機制を応用した段階論は、精神医学や心理学の分野でいくつか発表されていた。中でも 1969 年に Kübler-Ross が発表した「死の瞬間—死にゆく人々との対話」⁹⁾ は、リハビリテーションにおける障害受容論争に大きな影響を与えた。致命的な病を抱え最後の入院生活を送っている患者に、「死を迎える心境」について自由に語って貰ったインタビュー記録をもとに医療側の対応についての提言を著したものであり、死そのものを探ろうとするものではなく、死にゆく人の心理の分析を通して医療行為に反映させようとする意図をもってなされた実証論文である。死が目前に迫った人が、その恐怖とどう向かい合い、どのように克服していくか。さまざまな反応を表し、多くの言葉を残して死んでいった人たちの心理に、彼女は共通の側面を見出し、それを最初のショックから最終段階の受容及び解脱に至る 5 段階に分けて論じている。(図2を参照)



《注意》 ※1、※2 は、原本(P.264)と訳本(P.290)では逆の位置づけになっている。

図2. <死にゆく過程のチャート> “Stage” of Dying

(「死の瞬間—死にゆく人々との対話」川口正吉訳. 読売新聞社 1971 より)

この中で彼女は、防衛心理機制の「適応 adjustment」に相当するステージを「受容 acceptance」とした。これが、Grayson や Dembo、Wright らが価値の面から用いた「障害受容」ということばと、障害の受容における段階論とが合わさって述べられるようになった端緒ではないだろうか。

9) Kübler-Ross E.(1969) *On Death and Dying*. New York, Macmillan Publishing Company

死の受容段階論は大きなセンセーションを巻き起こし、この段階を障害の受容やリハビリテーションに当てはめて論じられることが多くなり、「障害受容」ということばが頻用されるようになった一方で多くの疑問や批判が噴出した。例えば次のようなものである。

- ・ 適応に至るという直線的な図式は誤解を与える。多くはこの段階を行ったり来たりする (Yoshida 1993)。
- ・ 障害には人間としての価値、存在意義の侵害感が伴いがちで、これが、障害を持ったまま生きなければならないことが「死よりつらい」こととして感じられる (上田 1986)。
- ・ 段階説や慢性的悲哀の概念をすべての障害に適用することは、その説が適合しない場合には親の状態の理解を歪め、誤った援助の方法を採用する危険性がある。(中略)
このモデルは、受容を課題とみなす傾向や最終ゴールを設定するという段階説の特徴を採り入れてしまう結果となっている (中田 1995)。

これ以外にも、インターネット上には次のような意見が載せられている (水島 2003)。

- ・ 臨死状態にある人と生存が保障された身体障害のリハビリテーションとでは、段階論を同列で論じるには始めから無理がある。
- ・ 人間の心理回復過程を単純化し過ぎている。
- ・ 身体障害や慢性疾患では最終段階の受容に至ることは難しい。

このような批判がある反面、この段階論にみられる心理反応は喪失状態にある人の心理一般を学ぶという点では有益であり、最近では各段階で見られる情動の意味を検討することがより重要だといわれている。患者の感情状態は治療者に何を訴えようとしているのか、ということであって、治療者自身はそれをどのように受け止め、それにどのように対処すべきか、それこそが問われるべき重要な点ではないかというのである。すなわち、各心理反応は患者、治療者、社会の関連枠で捉えられるべきであり、障害受容の過程は治療との密接な関係の中で考えられるべきであるとする。この意見からみると段階論は捨て去られるべき理論でではなくなる、と水島は述べている (水島 2003)。

c. 自己受容と社会受容

リハビリテーション心理学者の南雲によれば、障害の実態は「自覚の病理」と「関係性の病理」という2つの不可分な病理で説明される (南雲 2008)。「自覚の病理」とは、障害を負った“からだ”の自

分に対するものいいであり、「関係性の病理」とは、“からだ”の他人に対してのものいいである。例えば、手足を切断したり麻痺になったりという重い障害を負うと、違和感という形でからだの存在を感じる。これが「自覚の病理」である。そして包帯でグルグル巻かれていたり痛々しげに歩けば、周囲の人の目を引き同情の目で見られたりする。これが「関係性の病理」であるとしている。障害者のからだはひとつであり、自覚の病理と関係性の病理はからだの二つの側面であり、この2つの病理は互いに影響し合うものなのである。その自覚の病理を回復させるための方法として障害の受容が提唱されてきた、とする。そして障害受容を受傷後のこころの苦しみを緩和する方法と定義して、次の2つに分けて論じている。ひとつは自分の中から生じる痛みへの対処であり、これを「自己受容」と呼ぶ。もうひとつは他者から負わせられる痛みへの対処であり、これを「社会受容」と呼ぶ。本来障害受容は自己受容と社会受容からなるが、いつのまにか障害受容を語るときに社会受容が抜け落ちてしまい、自己受容のみが障害受容として論じられている、と主張する。個人心理は社会システムとの相互作用の産物であり、障害受容は環境との相互作用である(南雲2003)。

以上、代表的な3つの論を紹介したが、障害受容についての論説は次の2つの系統に分けてまとめられる。ひとつは障害受容を論じる立場の違いによるもので、医療者側からの視点か障害者側からの視点か、で分けられる。もうひとつは障害を個人に内在するものとして捉えるか、個人と周囲の人々や環境との関係で捉えるか、というものである。前者は、歴史的には医療者側からの研究・考察・提唱で始まり、それに対して患者側からの反発が出現し、さらにそれを受けての医療者側の修正、という両者間の応酬の経緯である。後者は、障害を持った人が属する家庭や職場、社会、制度、時代背景といった外的環境が、その人の障害を如何に受容するか、ということを通しての社会的、職業的、経済的な観点からの見直し論である。これらが交差しつつ研究がなされてきた。リハビリテーションが医療に導入されて以降の60年間に、医学の進歩や社会の変化を背景に、障害受容研究においては20年毎に大きな波が3回起きており現在に至っている。

ここまで一般論として障害及び障害受容についての定義や概念について述べてきたが、実際のリハビリテーションの場で患者と接する医療職の人間は、それらをどのように理解し受け入れてきたのだろうか。ここで私自身が理学療法士としてリハビリテーション医療の現場で感じてきたことを少し述べる。

理学療法士としてリハビリテーション医療の臨床と、理学療法士養成教育に携わってきた経験の

中で、しばしば心に引っかかるものを感じたり疑問を抱いたりしてきたのは、「障害は受容するものか?」、「障害は受容できるものか?」ということと、障害受容とリハビリテーションの関係であった。リハビリテーションの世界では、障害を持った人は障害を受容し克服していくために、身体的にも心理的にもいろんな段階を踏み越え、自己における評価や価値を転換し変わっていかねばならないとされる。大げさに言えば、その人は障害者として生きていくためには、新しく生まれ変わり別人にならなくてはならないのである。それまでの自分とは違う、障害を背負った別の人として生き直しをはかることがリハビリテーションなのである。それを尊重するあまり理学療法士やリハビリのスタッフは、それぞれの医療行為を通して「そうしないとあなたの再生は、つまりリハビリテーションは叶わないのだよ。」と無意識のうちに迫る。それまでの自分の歴史を棄て、障害を前に「参りました。」と頭を垂れ、再生に向かうことを促す。そこには医学主義の威圧を背に、患者に諦めを強要する心理が見え隠れする。障害を受容するということは、機能の回復を諦めるということか。自分の身体の治癒能力を信じ、医学の進歩が元通りに戻してくれるのを信じ、毎日わずかずつの改善を試みる挑戦は障害の受容とは言えないのか。「治る」ことを諦めないのは障害受容ではなく、障害者の役割を放棄していることなのか。どこまでが闘病で、どこからがリハビリなのか。療法士は患者の苦悩や葛藤をできる限り理解し共感しようと焦りながら、状況を自分に置き換えて同じように葛藤を繰り返し、両者の合意点を探る努力をしながらも、実際はなかなか合意点に辿り着けないままりハビリのゴールを決めなくてはならない。障害受容など待つてはられないのである。だとすれば、受容できていない人にはリハビリはできない、ということになる。

障害を受容するとはどういうことか。障害は受容すべきものか。障害受容と医療行為としてのリハビリテーションは同次元で共存できるものなのか。医療者にとっても障害受容の問題は避けて通れないものでありながら、どうしようもない故に避けてしまいたくなる問題になっていく。私自身リハビリ医療職としての迷いや悩みが解決できない泥沼に陥っていた。他の療法士はどのように考え、自分の職責を果たそうとしているのか。障害の当事者は、障害をどのように捉え、リハビリに何を求めているのか、それを知りたく思っていた。そのヒントを与えてくれる本が、「障害受容再考」(田島 2009)であった。

次節で、私と同様に臨床で感じた違和感から、臨床での障害受容についてのアンケートやインタビュー調査をし、その結果から障害受容の再考を提起している作業療法士の田島の著書を引用しながら、臨床における障害受容について考えていく。

第4節 臨床における障害受容という表現の使われ方について

作業療法士である田島は、臨床の中で「障害受容」ということばに不快感や疑問を抱いてしまう自身への内省から、他の療法士はどのように感じどのように反応しているのかを探るために、「リハビリテーションの臨床実践における障害受容ということばの使用法」について7名の作業療法士にインタビュー調査を行った(田島 2009:95-129)。その結果、田島や私以外にもそのことばの使用に使いにくさや不快を感じていたセラピストが、少なからず存在することが示されている。調査結果は大まかに次の2点にまとめられた。①リハビリテーション医療職としての専門性が、リハビリの過程における予定調和的遂行への期待から、対象者に向けて能力主義的障害観を内在化させようとする圧力が含まれていること、②セラピスト自身に、自身が使おうとする「障害受容」ということばに対する違和や不快があったこと、である。結果をそのまま次に紹介する。

1. 使用頻度

- ・ ときどき用いる … 2名
- ・ 用いる時 … 患者が機能回復へ固執する時
能力評価に対する患者とOTの認識にズレがある時
- ・ 用いる場 … スタッフ間で情報交換する際に(本人に対しては用いない)
更生施設より病院での方が多い
- ・ 用いない … 4名

2. 使用状況(「障害受容していない、あるいは出来ていない」という表現で使用)

- ・ 患者や家族から拒否的な反応を受けた時
- ・ 患者や家族が「もうダメということ」と諦める時
- ・ スタッフ間で「能力を適正に理解していない」という話は「障害受容」の話だと感じている

3. 使わない理由

- ・ 「障害受容」というひとことにまとめられない細やかなものが、置き去りにされる
- ・ 便利に使うことへの疑問
- ・ 教科書では正解であったものが、現実とはそればかりではないと気づいた
- ・ ゴール先にありき、のアプローチが現実と適合しない
- ・ 障害受容は完璧過ぎ、障害/健常と二分化する危険性がある
- ・ 「受容しない=間違っている」とされることへの疑問
- ・ 「受容する」という意味が、患者に伝わりにくい

- ・ 現実には「受容する」と「受容しない」に間がある
- ・ どうしても「押し付け」を感じる
- ・ OTが「ここまで」と思うと患者もそう思ってしまう
- ・ 本心は決して他人にはわからない

4. 田島によるまとめ

要約すれば、専門性を出そうとする故に、暗に対象者に障害受容を迫る療法士としての行為に対し、療法士である私自身が「私の中の他性」に対する否定感を覚えるから不快や違和を感じ、それ故に自然にそのことばの使用を避けようとするのだと田島は分析している。そして「障害受容」ということばの使用には、専門性に由来する「肯定的イメージ」と「否定的イメージ」の混在がある、として、以下のように述べる。

{ 肯定的イメージ …… 支援の目的としては肯定する
 { 否定的イメージ …… 「あきらめ」の押し付け

「障害受容」は「社会適応」へと志向する概念であり、「社会適応」は「障害受容」によってはじめて到達できる目標となっている。そのためには患者に、現在の社会の中心的価値である「能力主義的障害観(感)」を内在化してもらわなくてはならない。一方で、障害価値の肯定のためには「障害からのとらわれから自由になること」「障害＝制御できないもの」のあらわれに対する自由をも目標とする。それは「セラピスト」としてではなく、「私」の感覚に拠っている。障害を「他性＝制御できないもの」と呼ぶなら、「私」は「他性」を否定することを不快に思う感覚を持っているようなのだ。セラピストは専門性という指針があるからこそ患者と対峙できるわけだが、その専門性は、セラピストである「私」の感覚(これもまた「私」に訪れる他性)を時に否定し、制御する。だから、セラピストの行為に対して「私」の感覚を判断の指針とすることは、「私」にある他性の自由を取り戻すことである。」(以上、第6章 p.114-129)

また、現在の「障害受容」教育がよくない理由として、医療を受ける側と医療を行う側の両側の視点から次のように分析し、そこに潜む「仕掛け」を述べている。

《患者にとって》

- 1) 理論の問題＝能力主義的障害観の前提と方法論の不明さの存在

2)アプローチの問題＝押し付け、方法論の不明さ、臨床での障害受容論の軽視の存在

《療法士にとって》

1)押し付けを含む使い方である

2)肯定的イメージが、矛盾を背景に療法士自身に不快感を生む

3)方法論が不明なまま都合よく用いてしまうことに対する不快感・違和感の存在

4)教育の現場での「障害受容」の軽視の存在

それらに対する答えあるいは対策として、療法士養成教育の中で、臨床における「障害受容」の使用法とそれから生じる「仕掛け」を伝達しておくことや、「障害受容」に関する批判的な研究の紹介も必要であることをあげている。(以上、第7章 p.132-145)

第5節 障害受容の再考からリハビリテーションの再考へ

前節で述べた田島の結論に従えば、私自身が臨床で障害受容ということばに感じてしまう違和や不快感の由来は、療法士としてリハビリ医療に従事する者としての職責と、自分の中の『『他者の声』がそれによって否定される感覚』とのずれから生じる不協和音に似たものから、とすることで納得がいった。そしてその不協和音に似たものは、リハビリテーションの理念とその実践との間で生じていたのであった。その理由は、田島のことばを借りると、『『内在的な障害(身体)観(感)』や『できないこと』を、リハビリテーションの世界が否定していること』にあるのである。「障害とは『できないこと』であるから否定すべきものである」というリハビリテーションの世界からの声に対し、私の中の他者は「障害は否定すべきものでない」と囁いてくる。「できない動作」を「できる動作」に変えるべく、患者に動作の反復練習を促したり、それでもできない不足部分を代償動作や補助具などで補う工夫をしたりする一方で、私の中のもう一人の私は「このままではいけないのか？」と問いかけてくる。リハビリテーションのプログラムを計画する時、あるいはそれを実行に移そうとする時に、私の中で必ずこの両者のせめぎ合いが始まる。改善の可能性があるなら、精一杯それに向けて頑張るように説得するのが療法士としての責務ではないか。しかし、それは障害を持つことを否定しているのではないのか。障害を否定しないリハビリテーションはあるか。それは何を目標に、どういうやり方で進めるものなのだろうか。そういう葛藤であったのだ。

ここまでで、障害と障害受容についての大まかな整理が付き、私が臨床で「障害受容」ということばを使う時に感じていた違和や不快感の理由は、田島の論により解決した。しかし今度は、療法

士としてリハビリテーションの現場にいる私に新たな障壁が立ち上がってきた。障害を否定しないリハビリテーションとはどういうものか、あるいは、それは現行のリハビリテーションで実現可能なものなのか、という問題である。前節で紹介したように、田島自身は作業療法士として、「障害受容」は他性による否定が不快である、というセラピストの「私」の感覚からは拒絶されるものの、「障害受容」自体は「楽でいられる」状態、すなわち「障害との自由」な状態であるとして肯定し支持すると述べている(第7章 p.139)。そして「障害受容－社会適応」から脱して、新たに「障害との楽な関係－障害との自由」という関係が受け入れられ、リハビリテーションが内在的な障害(身体)観(感)や「できないこと」を肯定し、かつ、患者にとっての便利さや快に役立つことができるなら、リハビリテーションは再生のためのエネルギーが動き出す一つの力になれるのではないかと結んでいる(同 p.159)。つまり、リハビリテーションが「障害受容－社会適応」を基調とする限りにおいては、リハビリテーションは患者が持っている再生へのエネルギーを削いでしまう、ということ述べて、そうではないリハビリテーションを実現するためのキーワードとして「障害との自由」を提唱しているのである。しかし、「障害との自由」を受け入れたリハビリテーションの実現は、現行のリハビリテーションにおいて可能だろうか。障害を否定しないリハビリテーションは、何を目標に、どういうやり方で進めるものなのだろうか。「障害との自由」をその人の再生の過程に活かす道を探るには、リハビリテーションについて言及しなくてはならない。

次章でリハビリテーションについて考察する。

第Ⅱ章 リハビリテーションの実践例から考える

第1節 リハビリテーションの定義と理念

「リハビリテーション」ということばは、本来、名誉回復や復権・復職という社会的用語であったのだが、20世紀に入り、戦傷軍人の職業復帰に伴う医療行為を表すことばと併せて使われるようになった。その始めは、1917年アメリカ陸軍病院の「身体再建およびリハビリテーション部門(Division of Reconstruction and Rehabilitation)」の設置からである、といわれている。注目すべきは、この部門における医療の目的が身体再建だけでなくリハビリテーションすなわち、社会復帰をも謳ったことである。従来は日常生活の範囲程度でしか関わっていなかった医療が、それまで切り離していた「人がいかに生きていくか」に目を向け手を出すようになったのである。医療にリハビリテーションを含むというより、医療がリハビリテーションの中に含まれる形になったと言える。

しかし「リハビリテーション」は世間一般には医療的なことばとして広がり始めた。普段の会話で「リハビリする」といえば、治療としての運動療法や物理療法の施術、起居動作や歩行訓練などがイメージされることが多い。そこで、リハビリテーションは人に関する広い領域にまたがる概念であることを言う為に、頭に医療的、教育的、福祉的、経済的あるいは社会的などと、関わる分野を示すことばをつけて表される。わが国のリハビリテーションの先駆者である上田は、リハビリテーションの解釈を、多くの意味合いを含む「全人的復権」として次のように述べている(上田 1983:115)。

リハビリテーションとは、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とらえ、その人が再び“人間らしく生きられる”ようになること、すなわち“全人的復権”を究極的な目標とすることである。

この上田の定義が現在のわが国においては最もポピュラーなものであり、リハビリ関連職の養成機関で使用するテキストなどで頻繁に紹介されるものである。この定義に対する疑問や批判、あるいは新たな定義づけへの提起が全くなかったわけではないが、これを超えてリハビリテーションの定義として汎用されるものはまだ出ていない。リハビリテーションの定義についてのこれまでの変遷を、次にあげる代表的なものを年代順に見ていくことで大まかに辿ってみる。

a.用語

1. 辞書によれば;

①ウェブスター辞書:

- i. 一度失った位階や特権あるいは財産を回復すること
- ii. 一度失った名誉を取り返すこと
- iii. 良好な状態に戻すこと
- iv. 治療や訓練によって、もとどおり身体的、精神的に健康な状態に回復すること

②ランダムハウス英語辞書:

- i. 社会復帰できるようにする
- ii. 再建する、修復する、再生する
- iii. 名誉を回復させる
- iv. 復権(復職、復位)させる

2. 英語表現およびリハビリテーションということばの使用について;

re は「再び」を意味し、habilis はラテン語で「適した」「ふさわしい」の意味である。第二次世界大戦以前には医学の領域ではまだ用語として確立しておらず、reconstruction（復興、再建）、reconditioning（回復、改良）や convalescent care（回復期ケア）ということばが混同して使われていた。1950年代前半に rehabilitation（リハビリテーション）ということばが現れ、戦後になってそれに統一されてから、1960年代後半に入り急速に広まっていった。

そもそもリハビリテーションということばは、第一次世界大戦後の身体障害者の職業リハビリテーション(vocational rehabilitation)に始まり、その後、医学的側面を含むように概念を拡大して医学的リハビリテーション(medical rehabilitation)と呼ぶようになった。さらに医師がリハビリテーションにおいて積極的に個人的な役割を果たすようになり、それを医学的リハビリテーション(rehabilitation medicine)と呼ぶようになったが、現在ではことばの前後に「医学」の語句なしに「リハビリテーション」といえば、医学的リハビリテーションあるいはリハビリテーション医学の意味で用いられる傾向が強くなっている。

b. 定義

1. 国際的な定義もしくは考察;(年代順)

①1941年全米リハビリテーション評議会:

障害者をして、身体的・心理的・社会的・職業的ならびに経済的に能う限りの有用性を発揮し得るように回復せしめること。

②1947年 WHO(発足時):

障害者が、身体的・心理的・社会的機能や役割を最大化させるために、知識や技術を獲得することを手助けするための、能動的でダイナミックな過程である。

③1955年 ILO「職業リハビリテーションの定義」:

身体に障害のある者を、身体的及び精神的能力を最大限に回復させ、これらの者をその果たすことができる社会的・職業的及び経済的役割に復帰させること。

④1968年 WHO:

- i. 障害がある場合、機能的能力が可能な限りの最高の水準に達するように、個人を訓練あるいは再訓練するため、医学的・社会的・教育的・職業的手段を併せ、かつ調整して用いること。
- ii. 医学的リハビリテーションとは、個体の機能的または心理的能力を、必要な場合は代償機能を活用することによって発達させる一連の医療であって、それによって障害者が自立し、活動的な生活を送ることができるようにすること。

⑤1982年国連の障害者世界行動計画における定義:

身体的・精神的・社会的に最も適した生活機能水準の達成を可能にすることによって、各人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ時間を限定した過程である。

⑥1988年 Delisa:

個人に彼らの機能障害(生理学的あるいは解剖学的な欠損や障害)および環境面の制約に対応して、身体、精神、社会、職業、趣味、教育の諸側面の潜在能力(可能性)を十分に発展させること。

⑦1993年 Haas:

個人の生理的、解剖学的あるいは心理的な機能障害、環境の制約、個人の希望および寿命と一致した、身体的、心理的、社会的、職業的、余暇的および教育的可能性が最大に達するまで個人を手助けする過程である。患者と家族、関与するリハチームは、たとえ機能障害をもたらした病理学的過程が不可逆であっても、現実的な目標を設定して、残存障害(機能的制限)があっても最適な生活機能を獲得するための計画を成し遂げるように協力する(以上①～⑦中村 1999)。

2. わが国における代表的な定義もしくは考察;(年代順)

①1970年上田敏:

障害を受けた者を、彼のなし得る最大の身体的・精神的・社会的・職業的・経済的な能力を有するまでに回復させること。

②1980年砂原茂一：

「人生に年月(物理的時間)を継ぎ足すだけでなく、(延長された)年月に生命をつぎ込むことである」というアメリカの内科医ラスクのことばを紹介。

③1985年三沢義一：

失われたものを数えるより残されたものを数えよ、というのがリハビリテーションの基本原則であり、自己の資産を正しく評価し、(再)適応モデルの追求の過程を意味するもの。

④1992年上田敏：

リハビリテーションは全人的復権であり、人間らしく生きる権利を行使しえている状態の回復を意味する。

⑤1994年本田哲三：

リハビリテーションの目的は、本人の適応と環境への介入による障害の社会統合であり、その中での心理的アプローチの目標のひとつが障害受容である。

⑥1999年中村隆一：

個人は自己の病理過程が現代医療によっては不可逆であり、能力低下が残存しても、最適な機能を獲得出来る。リハビリテーションはすべてのヘルスケア(health care、保健、医療、福祉)に浸透すべき概念である。

以上がリハビリテーションの定義や考察として提起された代表的なものである。国際的に共通のもととしては、いまだに1968年のWHOの定義と1982年の国連障害者行動計画の定義が使われ、わが国では1992年の上田による「全人的復権」の理念があげられることが多い。

最近の定義には目標は手段だけでなく、その過程も加えられている。しかし初期のWHOやILOの定義には、「最大限の有用性を発揮するように回復せしめる」あるいは「機能や役割を最大化させる」、「能力を最大限に回復させる」など、結果を重視した他動的な表現がみられる。日本語訳の表現にもよるが、これがリハビリテーションに訓練的なイメージを与えてしまった原因のひとつではないだろうか。機能や能力の回復ということばが、精神面より身体面の回復と受け取られ、「リハビリする=訓練に励んで、自分でできるようにさせる」という構図が作られる。また福祉面にも、障害者が自主的に自己実現に取り組むことができるような支援というより、「与える」ことを前提とした「受給-提供」の階層的な構造をなしてしまう。そこには現代社会の基本的な価値である、「選択

(choice)」「自立(independence)」、「自己決定(self-determination)」は入っていない。エンパワメントという概念が、他動的に「させるもの」をいうのではなく、「自身が自己を開化し強化する」という能動的なものとして解釈され、リハビリや福祉の領域に導入されるようになるのは 1990 年になってからのことである。この間に日本の社会、特に医療界において「リハビリ＝身体的訓練」という概念が広く一般化されてしまったと考えられる。さらに、人は有用でなければならないとする概念も、1982 年の障害者世界行動計画で「身体的、精神的、社会的にも適した機能水準の達成」という表現に改められたが、「自立＝社会において有用である」とする考え方は今でも力を持っているように思える。また、いまだに精神面の回復がWHOの定義に入っていないことに対して、各方面から新たな定義の見直しを訴える声が出されていると聞く。これに関しては、国際的な理念より一般社会の方が先を行っていると考えてよいだろう。

ではリハビリテーションの実践の場では、その理念を現実化できているのだろうか。個々の状況に則し、それぞれのニーズに基づいた目標を持って社会参加できるような支援の仕組みは整えられているだろうか。また、それを支援できるだけの技術や方法は、障害を持った人が納得できるレベルに達しているのだろうか。さらには第 I 章で考察したように、「障害との自由」を保障したりリハビリテーションはその中で現実化できるのであろうか。

次節では私が臨床で出会った事例を紹介し、それを通して、第 I 章の知見に基づき、かつそれを生かしながらリハビリテーションの現状について考察する。

第 2 節 臨床事例からの考察

1. 事例紹介

【症例①】A 氏、70 代、男性、

現病歴:

平成 9 年春、就寝中に本人が異変に気づき、妻を呼んで救急車で病院に搬送され入院となる。入院時は意識消失、CT 像では広範囲に脳梗塞が認められ、重篤な麻痺が予測された。数時間後に意識は回復したが、顔面を含む左半身に重度の運動麻痺が出現していた。症状安定後、ただちに PT、OT によるリハビリ治療が開始された。当初はベッド上座位保持を目標に、寝返りや起き上がり、そこから足を下して腰掛けるまでの動作訓練が病室内で行われた。座位の安定は比較的楽に得られたが、動作中に左手があるのを忘れて、自分の左側に注意を払わない左半側無視の傾向が強く出ていた。座位が安定するとリハビリ室での訓練になり、車椅子操作や平行棒を利用し

た立位や歩行を中心に進められた。歩行は、左足に短下肢装具を着け右手で廊下手すりを持って、20～30mの独歩が可能であったが、杖に持ち替えると左側には介助者の見守り、もしくは軽度の支えが必要な状態であった。左側に顔面麻痺を呈し、また嚥下障害もあり、食事中に左口角から食べ物や飲み物をこぼしたり、よだれが溜まってこぼれ出ているのに気づかなかった。左手は痛覚や触覚は鈍麻、位置覚や運動覚は完全脱失の重度の弛緩性麻痺で、肩の習慣性亜脱臼の恐れから左腕をスリング(三角巾)で胸の前に吊っていた。従って、日常生活は基本的には車椅子であり、右手のみで出来る整容動作や、右手でつかまり右足で立ち、座りなおす移乗動作などができるようになったが、在宅復帰には洗面台の高さ調節やトイレや浴室に適切な位置の手すり取り付けなどが必要条件であった。

病院内でのリハ目標がある程度達成されたとして同年9月に退院となったが、引き続き在宅でのリハビリが必要であるとの医師の判断から、週2回程度の訪問リハビリと週1回の訪問看護、そして月2回の医師の往診で在宅フォローする計画が立てられた。

既往歴及び背景:

不整脈は子どもの頃から常時みられたが、激しい運動にも支障をきたすことは一度もなかった。発症の数年前より高血圧を医師から指摘され、それによる緑内障の症状も両眼に出ており、薬を服用していた。50代にストレス性胃潰瘍で入院の既往がある。

職業は教育関係で、熱心で活発、快活な人柄から仕事関連の友人も多い。また、子供の学校のPTAの役員や地域の自治会の役を引き受けたり、絵画や音楽鑑賞、園芸など多方面に趣味を持ち、忙しく充実した毎日を送っていた。職場への復帰は、車椅子対応が困難で受け入れられず、当面は席を残すのみとなった。本人も車椅子での職場復帰は念頭になく、時間が掛かっても元通りに回復してからの復帰を考えていた。

退院時の状況:

在宅でのADL面は、洗面動作、食事動作及び車椅子での平地自走のみ自立しており、それらを除いては半介助もしくは全介助レベルであった。一日の大半を車椅子上で過ごし、妻との会話以外はテレビを観たり新聞を読むことで終わる。楽しみは、たまの友人の来訪や訪問看護・リハビリで、眼科や歯科の定期受診の他は自ら外出しようとはしなかった。特に、昔からの出入りの業者や近所の人目を避ける傾向が見られた。

経過:

当初は退院時の能力維持を目標に、起立・歩行訓練に加えて車椅子座位での右足の運動と、亜脱臼の左肩の痛みの治療を施行した。起立動作は左足への荷重が全く見られず、右膝への過度

の負担を避ける為に左方向への体重移動を促した。歩行も左右への体重移動ができるように上肢を誘導すると体幹が安定し、患側の足の振り出しもスムーズに行えるようになった。耐久性維持のために、屋内ではあるが廊下歩きや玄関の段差昇降も取り入れ、休憩を挟みながら1時間はみっちり歩き、入院中のリハビリの運動量との差ができる限り少なくなるようにした。また、長時間の車椅子座位による腰痛・背部痛を防ぐために、手すりを持つての起立訓練を宿題として、毎日わずかでもしてもらえるように妻にも指導した。

屋内での筋トレや立位バランス練習が済めば、天気が良ければできるだけ車椅子で外出するようにし、平らな道があれば杖を使つての歩行も組み入れた。ただ、歩く場所は近所からなるだけ離れた所を選んだ。車椅子で近所の人と出会うのには少しずつ拒否的でなくなつてはいたが、装具をつけた足をひきずりながら歩くのを見られるのをいつまでも厭がり、人が通り掛かると歩みを止めてしまう状況が続いた。

平成 12 年の介護保険導入からは、介護保険によるヘルパー派遣や訪問看護・リハビリを利用した。しかしデイ・サービスは「幼稚園児のようなことをやっている」と言つて利用を拒否した。この頃から昼夜逆転が始まり、目覚めや起床、食事も決まった時間にしなくなり、糖尿病症状も呈するようになる。そこでリハビリの目的を、機能・能力維持から生活リズムの修正と気分転換によるうつ傾向からの脱却に変更し、昼寝をさせないような時間帯にリハビリを組み、また運動の成果よりもむしろ楽しい時間を過ごす目的で、歩く散歩ではなく車椅子の自走介助による外出に替えたり、好きな音楽をかけてそれに合わせて室内を歩くなどの工夫をした。軽い認知症はみられたが、それよりはうつ傾向の方が強く出ていた。一向にはかどらない機能の回復に諦めと厭世観を抱き始め、「元気であればあれもこれもしたかったのに」と自分の現状を否定し、後ろを振り返ることが多くなつた。たまに友人の誘いで食事に出掛けても、トイレ介助を誰かに頼まねばならず、車椅子で利用できる店も限られ、「皆に迷惑をかける」とマイナス面ばかりを考えて心から楽しめなくなった。それでも週 2 回の訪問リハビリを楽しみにして、よほどのことがない限り休むことはなかつた。距離や時間は減つたが屋内歩行は必ず施行し、外出の機会もできるだけ作るようにした。

このような繰り返して次第に歩く距離や時間が減つていき、それに伴い下肢の筋力や持久力は衰えていったが、逆に気分は年々安定していった。「できない自分が今の自分」として今以上のことは望まず、若く元気な頃の自分を懐かしんでも今の自分を否定することはなくなつた。リハビリに目標があつてするのではなく、リハビリを介しての人間関係を楽しむ、そんな時間になつていった。

平成 22 年春から血糖値が急上昇し、肝機能障害と前立腺がんが見つかり、近くの病院に入院し治療を受けていたが、同年 7 月に脳内出血の発作を起こし急逝された。

(この事例については、個人が特定される情報に関して、今後の論述に関係のない内容を許せる範囲内で削除及び変更してある。また、事例として本論に載せるに際し、ご遺族の許可を事前に得ている。)

【症例②】 B 氏、60 代、男性、

限病歴:

車の運転が好きで運転手をしていた。平成 13 年 1 月自宅で食事中に意識を失い病院に救急搬送され、入院となる。意識を取り戻した時は左半身の不全麻痺を呈していた。随意運動の検査では、左腕の肘と手首の屈曲はできるが伸展は半分、指は力を入れると全部の指がわずかに握る方向に動くが、伸ばすことはできない。指を 1 本ずつ動かすことは全くできない。左足は膝を伸ばした状態でベッド床からわずかに持ち上げることができ、ぐらつきながらも膝をゆっくり曲げることができた。しかし足首は自力では動かせず、寝返りや過度の努力を要する動作時には足首が下に突っ張るという状態であった。寝返りは左手を右手で右方向に引っ張り、のけぞるようにしてなんとかできていた。起き上がりは、寝た状態で左足首を右足先ですくい高く持ち上げて一気に下す反動で身体を起こし、ベッド上の座位保持は安定していた。椅子上座位は背もたれも手による支持も共に必要なく安定し、起立や立位保持も手すりがあれば問題なく、短時間なら手の支えなしでも保持できたが、座位の安定性に比べ立位の安定性は、バランスと耐久性においてかなり劣っていた。歩行は右側に手すりや杖があれば独歩可能だが、左足を浮かした時に足首が下方向に伸びる為、左股関節から外方向に足全体を回しながらの「分回し歩行」となり、体幹が大きく右に傾いていた。

PT による床からの立ち上がりや歩行訓練と、OT による手指の巧緻性動作訓練が開始された。

既往歴と背景:

入院中に心臓の僧帽弁機能不全が発見され、ここからの血栓が脳に飛んで梗塞を引き起こしたことが判明し、症状が安定すれば弁の置換術をすることを医師から勧められた。また腰痛は発症以前からあり、痛み止めを常用していた。それ以外は自分の体力にはかなりの自信を持っていたそうである。

退院時の状況:

病院内 ADL はおおむね自立しており、リハビリの時間以外も自由に過ごし、介助の手は殆んど必要ないレベルであった。循環器系の状態観察と本人のリハビリ継続の強い要望から、その年の 10 月まで退院が延びた。

在宅での屋内移動は左足の装具だけで独歩、外出時は装具と右手杖支持で独歩、雨の日の外出・通院には車椅子を利用し、妻に押しってもらうことにした。爪切りなど左手が必要な動作は介助を要した。歩容は発症直後よりかなり改善されていたが、努力性歩行時には左手の肘が強く屈曲し胸まで届き、手指も強く握ってしまう典型的な痙直型麻痺症状を呈した。左下肢は依然分回し歩行であったが、足先の突っ張りがかなり抑えられ、リハビリ開始時のように体幹が大きく右側に傾くということは見られなくなっていた。熱心なリハビリの様子から、退院時に、関節の過用・誤用により将来両膝に支障をきたし、また左手の痙直麻痺も憎悪する危険性があることを医師から本人に伝えられた。手指の巧緻性はあまり改善がみられず、ハンドルを握ることはできてもすぐに離せないで車の運転は断念し、もとの仕事復帰は不可能になり、当面はリハビリ継続を理由に無職を続けることになった。

経過:

退院後のリハビリを近くの診療所で続けることになり、診療所のリハビリ室には殆んど毎日通い、筋トレや階段昇降など熱心に繰り返し、途中表に出てタバコを一服、その後またリハビリ室に戻り訓練を再開し、昼までリハビリ室にいるという日常であった。元来の口下手からか、他の患者とは殆んど会釈も交わさなかった。

リハビリの評価では、CT 像や発症からの経過および現在の様子から、回復はかなりのレベルに達していると判断し、今後は耐久性や正確性、スピードの向上を目標に PT を、指動作の巧緻性を出していく為の OT メニューが取り入れられた。医師や PT から長時間のハードな自己訓練による過用症候群についての説明を受け、膝への過負荷を避ける目的で訓練量を減らすよう指示されたが聞き入れず、逆にもっと違った方法がないか、とか長時間の一对一の徒手療法を望んだりした。理由は、「完全に治るには訓練しか道はない。」ということであった。そこで、立位や歩行・階段昇降などを減らし、膝への負担が少ない座位での筋トレを中心のメニューに変えたが、目を離すと状況は同じであった。

翌14年4月に先述の心臓僧帽弁置換術を受け、その治療の間はリハビリを休んだ。約3ヶ月で退院し、また診療所に通い始めたが、以前にも増してハードな訓練を繰り返すようになった。その後入院中の下肢筋力低下の影響からか、歩行中に右膝に痛みが感じられるようになり、X線検査により変形性膝関節症と診断された。それからは階段昇降や歩行訓練は若干減少したが、その代わりに腹筋運動を異常なスピードで多量に繰り返したり、寝返りやストレッチなどもマット全面を使ってするなど、周囲を驚かせた。今のところは、膝関節への定期的な薬注射と膝装具の使用で、関節症の進行はある程度防げていると本人は言っている。仕事への復帰については、「全く考えて

いない。」とのことである。

(この事例については、個人が特定できる情報に関して、今後の論述に関係ない内容を許される範囲内で削除及び変更してある。また、事例として本論に載せるに際し、ご本人の了承を事前に得ている。)

上記2例には、患者がリハビリテーションに何を求めるか、あるいはリハビリテーションにどう取り組むか、などに関してかなりの違いが見られる。患者の性格や背景を考えに入れず経過だけを見てみると、A氏はある時期から元の状態に回復するのは叶わぬ夢であることを承知し、リハビリに対して回復という希望を抱かなかつた。それは障害を受け入れたわけではなく、元通りへの回復や復帰を諦めた結果であり、適応への努力は時折見られても、それは新たな自分への再生に挑戦するというものではなかつた。諦めた上での現状維持が、リハビリの目的であつたようである。反対にB氏は、元通りへの回復だけを望み、それがなければ自分の人生における自己発現は果たせないと考えている。B氏にとってのリハビリの目的は、代償機能を得るものではなく、またそのままで適応できる道を探るのでもなく、元通りへの回復の為に、持てる機能を最高のレベルに引き上げ、かつそれを最大限に発揮することである。また、A氏は発症以前の自分と発症後の障害を持ってしまった自分とは全く別物と捉えており、その間には断絶が見られるのに対し、B氏は、発症前も後も同じ自分であり、ただ障害を持っていることが違うだけで、その差異を縮めるか消すことによって元通りになれるとして、そこに断絶はないように思われる。両者には障害のタイプやその原因疾患にも共通するところがあり、年齢もそう大きな開きがあるわけではない。しかしリハビリに求めるものは真逆なもののように思える。障害をもった自分をどう捉えるかの違いが、それぞれがリハビリに求めるものを異なるものにしていていると思われる。

A氏は重度の半身麻痺と共に左側の失認があつた。これは視覚や視野に問題はないが、それを処理する感覚野あるいはそこに映像を送る伝導路に障害があり、視野の左半分が、見えているのだが脳に反映されないで、その人にとっては見えていないのと同じ状態になる病態である。発症直後は発見しにくく、身の回り動作や食事動作などを本人がし始めるようになって、いつも左半分を見逃したり食べ物を残したりすることで周囲が気づく。本人にとってはちゃんと見えているのだが、画面の字幕スーパーを読むのが難しくテレビや映画を楽しめない。スポーツも観戦しにくい。読書も困難となる。顔を左に向けることが殆どない。もっと大変なのは、左側を無視することにより、動作遂行に支障が出てくることである。A氏も、リハビリ開始当初は、左手を肘のせから垂らしたままで車椅子を漕ぎ始め、指を巻き込みそうになったり、左足の位置を確認せず右足で立とうとし

て転倒しかけたことが度々あった。これに対処するには、常に左側に注意を払うように声かけを繰り返し、本人に習慣づけをしてもらわねばならない。これが本人には結構なストレスとなる。動かない手足に常に目をやり気を配り、手を添えねばならない。立って歩くときはこの状態にさらに感覚麻痺が加わる。左足にどのくらい体重をかけているのか、膝は伸びているのか、足全体が今どこにあるのか、などが全くわからないまま歩くのである。右半身の感覚にのみ頼って身体をまっすぐに起こし、伸び上がると左足が自然に前に振り出される。それを利用して歩くのである。だから膝には装具をつけて、足が地面についた時に曲がらないようにする。

脳卒中による半身麻痺でも、完全な麻痺は実はそんなに多くない。たいていは不全麻痺である。しかし発症時は殆どの場合弛緩性の運動麻痺を呈し、時間経過と共に変化していく。脳の損傷部位やリハビリを始めた時期にもよるが、軽い麻痺を残す程度にまで回復する人もいれば、発症から全く変化がない人もいる。A氏は脳の障害が広範囲であった為、発症直後は左側つまり麻痺側の上下肢は運動・感覚ともに脱失しており、意識が戻った時やリハビリを始めた頃のA氏の驚きや焦り、不安、苛立ちは察するに余りある。しかも常に半側無視に対して注意をしながら、慣れない動作でもって自分でできることはこなしていかなければならない。それを繰り返し練習し慣れていくことによって、麻痺が軽くなり回復に向かうのであればよいのだが、A氏の場合は当初の重度の麻痺と半側無視からの大きな回復はみられなかった。この時点でA氏の場合の回復とは元通りに治ることでなく、違うものになることになったのである。つまり、違うやり方を身につけることである。リハビリテーションの評価のひとつに、義足であろうが、装具をつけてであろうが、あるいは感覚がないままであろうが、「歩く」という動作ができれば同じである、という「能力」で測る見方がある。とにかく自分の足で立ち、それを動かして歩ければ「歩く」動作は遂行できている、とする。A氏の場合においては、リハビリ開始当初は「立てない」「歩けない」であったが、退院時は「立てる」「歩ける」であった。当然、膝装具と杖、そして軽度の人的介助を要し、スピードも遅く不安定という条件付きではあるが。これが「代償」というリハビリテーションにおけるひとつの概念である。筋力や関節の動きを違う物で代償する、あるいは違う筋肉や関節を動かして合目的な動きを出すことも代償である。また「歩く」をもっと広い概念で捉えれば「移動」になり、床をいざろうと、這っていこうと、車椅子で移動しようと、移動能力は「移動できる」として同じなのである。しかし実際には、そのやり方が危険でないか、実用的か、効率的であるか、社会に受け入れられるか、またその移動が可能な環境であるか、そしてその人がその方法を使いたいと望むか、などが問題になってくるのである。

A氏は歩くことを厭がりはしなかったが、しんどさを越えてまで頑張ろうという気持はなかった。その理由は、その先に何があるか、が見えていたからではないだろうか。20～30mばかりを杖と介助

で歩けても、山歩きができるわけでもない。ウインドウショッピングや景色を楽しみながらの散策もできない。数十歩を歩く、その動作を遂行することだけで必死なのである。彼が歩くのは、山歩きや散策ができるようになることを目的において、歩く練習をすることでそれに近づこうとするのでなく、「歩く」ことそのものが目的であった。それはたとえ膝装具で膝伸展筋の働きを代償し、左足への荷重を杖を持った右手での支持で補っていたとしても、「歩く」という動作であり、歩かずに「這う」または「いざる」や、車椅子での移動などの「代償動作」ではない。歩くことが手段ではなく目的であり、だから上手く歩けた時は、「ああ、今日のリハビリはよかった。」と笑顔になる。しかし遠出の時は車椅子を使用する。これは代償である。このときは、「楽だな。」と思う反面、「歩けたなら・・・」と悔しい思いが再燃する。

彼は決して障害を受容できていたわけではない。外出を嫌ったのも、デイ・サービスの利用を拒否したのも、自分の障害の表出をしたくないからである。発症以前の活動的な自分が、突然手足をもぎとられ身動きできない状態になってしまったことを恨めしく思っており、現状を嘆き自分を否定するような発言もしばしばみられた。今の自分を、かつての元気な頃の自分の残骸のように思っていたかも知れない。昔の友人に対しては「闘病中」ということば頻繁に使い、「いつかは治ってまたお付き合いを再開しましょう。」という意味合いを暗に表していた。だからといって現状を受け入れていないか、というと 100%そうとも言えないのである。先述のように、動かない感じない手足を使って必死に歩いた後は、満足感や充実感を表し笑顔になる。昔話をする時には自分の手や足をいとおしように眺め、自分にそのような過去を与えてくれた手と足に感謝の言葉を口にした。しかし、「今の僕の足は車椅子」とも言っていたのである。確かに人生の後半で障害者になったのは計算外であったろうし、それに対しては悔やみ恨むものの、過去は過去として決別していたように思える。障害を受容しているとは言えないが、自分なりに障害を持った状態で周囲に適応しようとする様子が、最期に近い頃には見受けられた。仕方無しに始まった障害を持った残りの人生を、「障害があっても上手く歩けないが歩く」、あるいは「障害があるから車椅子で移動する」、つまり代償であろうがなかろうがうまくやりこなそうとしていたように思えるのである。

リハビリは回復ではなく再生である、といわれるが、実は回復でもあり再生でもあり、またそのどちらでもない。あるときは回復も再生も望まず、受身のまま介助によって過ごす時があってもよい。またあるときは現状を受け入れ、その状態でできることに挑戦するのもよいだろう。中途障害の場合は特に、過去を過去として今の自分とは「別のもの」として捉え、それを「以前の自分」として懐かしむことは現状否定と同じとは言えないように思える。リハビリテーションには、現状否定も現状肯定も、あるいは現状無視も、その人が見せるすべてを受け入れる柔軟性が必要である、と A 氏のケ

ースから教えられた。

では B 氏についてはどうであろうか。彼はあくまでも障害を持つ前の自分に戻ろうと頑張っている。可能な限り元の状態に戻し、発症前の自分とを今の自分を切れ目なくつなぎたいと考えている。以前のように自分の思いのままに動かせる手足・身体を持つことが、彼の今の最大の望みである。それはゆっくりとではあるが、叶いつつあるように見える。リハビリで受ける治療や自主トレーニングで、ゆっくりだが回復が続いているからである。この2〜3年で彼の両大腿の周径は、あきらかに増えている。腕や脚の筋力も増した。また、左の手指は、努力すればゆっくりと、完全ではないが 160〜170° まで全指同時の伸展が可能になった。薬指と小指を他の指とは分離して、90° までゆっくりと曲げられるようになった。以前はできなかった随意的な運動が少しずつ可能になっているのである。現在の治療は、主に筋肉の過度の緊張を和らげる目的で、PT による他動的関節運動とストレッチ、温熱療法、低周波治療法、そして立位でのバランス訓練と手指の随意運動を誘発する神経促通手技である。治療後は身体全体の動きがスムーズになり、立位や歩行時のバランスも良好で、過度の筋緊張はみられない。普段なら歩行は筋緊張をもっとも亢進させる動作であるが、治療直後は脳卒中の典型的な姿勢(前述の痙直型麻痺に見られる特有の姿勢)を呈さずに歩けるのである。しかしその状態は長続きせず、治療後の自主トレーニングを済ませ帰宅する頃には元に戻っている。それが中枢神経系の運動麻痺の特徴なのである。治療が効を奏し心身共にリラックスできると、不要な緊張は解け随意的な動きが出やすくなる。しかし、無理に動かされたり、本人の過剰な努力で身体の一部を動かそうとすれば、一瞬にして筋緊張は高まり、次いで不随意的な余計な動きが出現し、それによって本来の運動が阻害されてしまうのである。

それでも彼にとって、治療後の楽な動きや安定した歩行が短時間でも得られることは、回復への大きな希望につながる。すぐ元に戻るとしても、その状態が得られる限り、リハビリを終わりにすることはない。その時間を少しでも長く、その状態を少しでも早く得られることを目標に、彼はリハビリを続けている。機能の回復の積み重ねが能力の回復になっていくのを、自分の身体で証明したいと考えているようにも見える。関節の動きを十分に確保し、筋肉を肥らせ、筋力を強め、耐久性を増し、その上に随意性が出てくれば、きっといつかは元に戻る。これらの機能回復が足し算されていき、いずれ合計点数がある点に到達すれば、動作能力の回復も得られるはずだ、と彼は考えている。しかし現在の医学では、末梢の足し算が脳や脊髄の中枢神経の回復につながる、とは考えられていない。

その一方で、彼の過剰な努力による誤用性・過用性劣化が、二次障害を生んでいるのも見過ごせない。膝への無理な荷重と過度の運動量による変形性関節症はその典型である。既に痛みが

出始め装具をつけるようになった。今後の加齢による増悪も考慮して、運動方法や生活様式を考え直す必要が出てくるだろう。また心臓疾患の合併や、発症以前からある腰痛への影響も、今後無視できなくなるかも知れない。そういう状況の彼にとって、リハビリの終了は何をもって決定されるか。一応の回復があるとしたら、どこにその到達点を置くのか。そして、もし運動機能・運動能力がすっかり回復したとしたら、「職業復帰は全く念頭にない。」という彼のリハビリ終了後には何が待っているのだろうか。

A 氏のリハビリテーションでは、麻痺の重さや年齢からも、当初から元の職業への復帰は難しいものがあつた。A 氏は、できるなら復帰して仕事に情熱を傾けたいと考えていたが、どのような状態での復帰を望んでいたか、は本当のところは不明である。そしてそれが叶わないと承知した時点で、現状に甘んじようとした。以前の自分とは切り離れたが、新たな自分を作り出そうとはしなかつた。リハビリは適応へのわずかな挑戦であつたようにも思えるが、リハビリすることがリハビリの目的であつた。その点では B 氏も同じだと言えるかも知れない。リハビリで身体機能が回復していくこと、それ自体が B 氏のリハビリの目的である。リハビリテーションの目的が再生であるなら、A 氏も B 氏も正しいリハビリをしているとは言い難い。自立を目指すという観点からは、B 氏はリハビリに取り組んでいると言えるが、A 氏はどうだろうか。

ここで、リハビリテーション医療に対し、対照的な意見を主張している二人を紹介する。一人は免疫学者の故多田富雄であり、もう一人は、脳性麻痺の障害者であり医師の熊谷晋一郎である。

免疫学者の多田富雄は 2001 年の脳梗塞により、重度の右半身麻痺と言語障害、嚥下障害を発症し、その後前立腺癌も併発しながらリハビリテーションを続けていた。しかし 2006 年 4 月からの診療報酬改定により、疾患群別にリハビリテーションの日数に上限が導入され、医療保険で受けられるリハビリは、発症から最も長くて 180 日までとなった。それにより、多田のような慢性期あるいは維持期の患者は、一様に病院でのリハビリを打ち切られることになった。多田は、医療費削減のためになされたこの改定は、社会復帰を求める人権の侵害だとして、「リハビリ診療報酬改定を考える会」を発足させ、その代表となって各方面に反対意見をアピールし署名運動も始めた。2010 年 4 月に亡くなるまでの 5 年余りの間抗議闘争を続けるが、その矛先は厚生労働省だけでなく、医療界の代表である日本医師会やリハビリ医学会にも向けられた。リハビリで社会復帰を目指している人たちが困っているのを横目で見ながら、なにひとつ反論の声を上げようとしない医師たちを、彼自身医療の世界に身を置きながら、障害を持つ当事者として厳しく糾弾した。彼の意見の一部を紹介する。

介護と医療は、目的も手段も違います。私たちは医療を求める患者です。患者が医療を求めるのは、当然の権利、療養権です。そういう患者を診て、医療を施すかどうかは医師の裁量権の問題です。拒否すれば医師法違反になります。こんな事態になっても、日本医師会はずっと押し黙ったままです。腰抜けといわれても仕方ありません(多田 2008:95-114)。

また彼は、「現代思想(青土社)特集=リハビリテーション」の巻頭に、『患者から見たリハビリテーション医学の理念』と題して次のように述べている(多田 2006: 14-34)。

専門家が黙っているのなら、広い意味で医学に携わった同業者である私も、発言する権利がある。今回の改定は、患者を苦しめるだけでなく、リハビリ医学に対する冒瀆でもあるからだ。(中略) 理念は理念として、実際には障害を持った患者の機能回復訓練が、現在のリハビリ医療の中心となっていることは否めない。欠損した身体の代償法、麻痺などで動かなくなった身体機能の改善、障害の二次的拡大の予防、残存機能の維持保全、生活への適応など、患者にとって必要な医療を施す専門科である。(中略) 失った機能はどんなことをしても、もとどおりになるわけではない。残存機能を強化維持し、いかにして生活環境に適応させるかが重要なミッションとなる。(中略) 厚労省は「専門家の意見を聞いて改定を行なった」というが、どんな専門家に意見を聞いたのであろうか。一律に、日数で打ち切るなど、乱暴で非科学的なことをいう専門リハビリ医の顔が見たいものである。そんなリハビリの専門家がいたら、不見識と非難されるほかあるまい。(中略) リハビリ医療こそ、数値だけの冷たい医療ではなく、個別性を大事にする暖かい、全人的、本来の医療であることを強調したいのだ。(中略) 脊髄損傷や脳血管障害による麻痺は、現在の医学ではどうしようもない。ポリオや難病による障害も完治するわけではない。そういう患者にも、リハビリ医療は対応し、希望を与え続けなければならない。(中略) リハビリを必要とするあらゆるカテゴリーの患者に、いま述べたミッションを施すのが専門家としての役割である。

多田は医学の専門家の目と、障害を持ってリハビリに励む患者の目の両方から、リハビリテーション医療の問題をみつめ、提言を続けた。保険でまかなう医療制度の限界とリハビリテーションの理念の食い違いを、医療に携わる専門家である医師たちに示し、声を上げよ、と檄する。しかし、税を頼りの社会保険制度の下では、改善の見込みが殆んど無い者に対するリハビリの継続は医療費

の無駄使い、という意見が理念を押し切った。医療の倫理か、国の財政か、あるいはビジネスとしての経済効率化か、いずれを優先すべきか。これは医師たちだけでなく、医療の世界に身を置き、それを生業としている者すべてが悩む、あるいは悩まされる問題である。

次に熊谷晋一郎の意見を紹介する。彼は、自身が脳性麻痺という「障害を持った当事者」であり、現役の小児科医として医療界に身を置く人物である。子供時代に受けた脳性麻痺児に対する「矯正」「促通あるいは抑制」という医療行為、すなわち小児の正常発達を軸にそれからの逸脱を抑え、正常な反応を導き、正常発達の諸段階に沿った成長を促す目的で強制されたリハビリに対して、次のように批判的な意見を述べている。

障害という体験は、ある社会の中で、多数派とは異なる身体的条件を持った少数派が、多数派向けに作られた社会の仕組み(ハード・ソフトの両方)に馴染めないことで生じる、生活上の困難のことである。それは少数派と社会の「あいだ」に生じる齟齬に起因するものであって、その発生原因を一方向的に少数派へと帰責できないものだ。(中略)
「回復アプローチ」によるリハビリの限界と、それによる患者の不満を「障害受容」ということばで抑圧しようとする現場の専制性が存在する(熊谷 2009:83-90)。

私自身も、CP(脳性麻痺)の身体を「矯正すべきもの」とみなして、本人の心身にずけずけと介入してくる医療者たちに不信感を持ってきた一人だ。だから、「障害者は病人ではない」というレトリックを用いて医療的な介入を拒み、「変わるべきは自分たちではなく社会の方だ」と訴える当事者運動の方向性に共感を覚えてきた。障害者であるかどうかかわからず、人は誰でも老いる。老いれば「自分でできること」が減る。その時に、無理に自分でできることを増やそうと自分に鞭打つのではなく、周囲を巻き込んで「できないまま」無理なく暮らす為の方法や考え方を打ち出してきたのが、他ならぬ障害者運動だったのだ(熊谷 2010:p79)。

熊谷は脳性麻痺者の自分の身体の反応や動きを細かく分析して、子供時代に受けたリハビリは「役に立たない」「苦痛をもたらすだけの」ものであったと述べ、自立あるいは正常を目指すリハビリには拒否を示す。そして、脳性麻痺者であってもそうでなくても、いずれ人は皆老いていくのであり、老いて障害を持って無理にリハビリに励むことはない、というのである。同じように障害の当

事者であり医療人であった多田とは、全く逆の論を展開している。多田はリハビリに励むことで機能の改善や維持が可能だとして、「できないまま」で放置する医療制度に反論を唱えてきたのであった。熊谷は脳性麻痺を正常(なにが正常であるかは別にして)発達からの逸脱あるいは異常として、正常発達の尺度やそのやり方を見本に、動き方の矯正や修正を繰り返すリハビリに対して批判的であるだけでなく、そもそもリハビリの目的が「自立」である限りは、それを拒否すると表明している。これは、「脳性麻痺のリハビリテーションの目標は、あくまで自立なのか」という、障害者運動の「青い芝の会」の主張と共通する。熊谷自身、医師としての医療行為を行なうのに自分一人では限界があることを承知しており、しかしながら自分以外の人に役割分担をして貰いながら遂行できれば問題ないとする。周囲を巻き込んで役割を遂行する。そのやり方を社会が受け入れるべきだ、というのである。リハビリテーションの目的が自立である限り、それは無用だ、という主張である。

リハビリテーションの理念に照らし合わせて見れば、その目的が「持てる最大限の可能性の発揮」であるなら多田の意見が妥当であろう。しかし、自己決定、自己選択や障害の社会統合が人間の本来の復権である、という観点からすれば熊谷の意見がふさわしい。可能な限りの自立を求めてリハビリに励むのか、無理な部分からはじめから介助に頼り、それで自分の意思の発現がなされるならそれでよし、とするのか。この意見の違いはどこから由来するのであろうか。中途障害と生まれつきの障害との違いからか。単なる個人の障害観の違いによるものなのか。A氏は「闘病中」ということばを使って自分の現況を友人に伝えていた。リハビリテーションの対象は「障害を持つ人」であり、障害と病とは違うものである、という概念は、果たして臨床の場でどのように実践に移されるべきなのであろうか。

おわりに

リハビリテーションにおいて目的や目標をどこに置くか、あるいは障害をどう捉えるかで、実践の内容が変わってくる。それは障害の種類によって変わるものなのだろうか。リハビリテーションの対象とされる障害の種類は多岐におよび、それ故に、個々の障害観は多様性に富んでいる。障害は、脳梗塞や脳出血の後遺症、事故・病気による切断や脊髄神経損傷などに代表される「中途障害」と、脳性麻痺や遺伝子疾患に代表される「先天性の障害」に大別される。これらはともに非進行性で固定されたものとされるが、人生の途中で突然障害を持ってしまったか、もしくは生まれた時からその状態であったかの違いが、その人の障害観を異なるものに形作るだろうということは容易に推測できる。できない動作は同じように見えても、昨日までできていたことができなくなり、昨日までと違う「変わってしまった自分」と向かい合う「中途障害」と、生まれた時、もしくはものごころついた時から自分をそのように受け入れ、自分なりのやり方で生きてきた「先天的な障害」とでは、リハビリテーションへの取り組みに大きな開きがあるのは当然であろう。前者は、専門職が指し示す指針を頼りにリハビリをすることによって、自分の状態を確認でき、自分だけでは思いつかなかった工夫や対処法を知っていくこともある。後者は逆に、自分が自身で開発し獲得してきたものを、別の尺度によって否定されたり排除されたりするとして、専門職が指し示すものに激しく抵抗するかも知れない。脳性麻痺の人たちが、自分がリハビリテーションで変わることをより他者が変わるべきだと主張するのも当然のことであろう。

この「中途障害」と「先天的な障害」という二大別だけでなく、障害の原因疾患によっても、それぞれに障害観は異なっている。脳卒中後の運動麻痺や不随意運動の病態は、脊髄損傷の損傷部位以下の運動・感覚両神経の麻痺とは異なる相を呈する。また切断・骨折による変形は、外観からもたらされる周囲からの偏見や差別に苦しむことが多いと言われ、これらの特性による障害観の違いや、それに応じた臨床での対応の方法についての研究結果が、学会や専門誌上でも発表されている(渡辺 1994)。また、進行性の疾患である筋ジストロフィーや ALS、そして実際にはなかなかリハビリテーションの対象とはなりにくい植物状態の人や精神障害においては、リハビリテーションの限界や介護との関係など、違った問題が提示されてきた(池淵 2005)(安野 2005)。癌や難病の場合には、その疾患を受け入れることに対する心理的な葛藤が、他の疾患に比べより長く、より強く続くといわれ、末期ケアにおけるリハビリテーションの問題も見過ごすことはできない。そしてさらに、現在の日本において高齢化は大きな社会問題になってきているが、加齢による老化も障害としてリハビリテーションの対象になるのか、という問題も出てきている。障害をどう捉えるか。どこ

までをリハビリテーションの対象とするか。自立か介護か、その線引きは誰が決めるのか。

また、リハビリテーションは医療と介護だけではなく、社会保障や福祉という領域が重なっている。それは、国家がその人の生活を保障する制度であり、医療行為を管轄する国家の制度や施策であり、医療や福祉をビジネスとする経済の仕組みである。わが国のリハビリテーション・サービスの大部分は、国の社会保障制度の枠組みの中にある。社会保障は国民の生存権を認めることに基づいて、その生活を保障するためにとられる国の政策、それによって実施される相互扶助の制度である。その方法は税と社会保険で成り立っている。1998年の厚生省障害者保健福祉部による「障害保健福祉施策の在り方について(中間報告)の概要」によれば、次の5つを基本的な施策の方向としてあげている(中村1999)。

①障害者の地域生活支援施策の充実

- ・障害者の需要に応じたサービス、在宅で介護する家族への支援を充実
- ・障害者施設の有する機能の有効活用

②障害保健福祉施策の総合化

- ・保健福祉サービスの決定権限の市町村への一元化、障害種別を超えた総合的施策の推進
- ・生涯を通じた適切なサービスの提供、保健・医療・福祉の連携強化

③障害特性に対応する専門性の確保

- ・専門的機関の支援体制の強化、総合的リハビリテーション体制の整備
- ・専門職の関係機関の配置、専門研修体制の整備

④障害者の重度・重複化、高齢化への対応

- ・重度・重複障害への適切な対応、介護保険と遜色ないサービスの提供

⑤障害者の権利擁護と参画

- ・障害者の権利擁護に迅速に対応できる仕組みの整備、障害者活動の推進

社会保険制度は、国民の生活を保障するため、疾病や負傷、死亡、分娩などの生活を脅かすような事由が発生したとき、一定の基準に従って保険給付を行う制度である。医療保険、年金保険、雇用保険および労働災害補償保険に、1997年に介護保険が導入されて、5制度となっている。現在のわが国の医療給付の大部分は社会保険診療である。診療報酬は、施した医療行為ごとにそれぞれの項目に対応した「出来高払い制」である。医療機関はそれによって職員を雇い、設備

を整えるための収入を得る。行った医療行為に対して割のいいものもあれば、そうでないものもあり、医療をビジネスと考えれば、少ない投資で多くの利益を得ることを目指すことになる。従って、高い報酬が見込まれる行為は増やし、見返りの少ない行為は減らす方向にもっていくことになる。そして医療機関にとって患者は客となり、来客数を増やすために医療機関はサービス業になっていく。

また、税金で賄われている保障制度である以上、税金を効率よく使わなければ制度は破綻する。故に行政は保険制度における医療行為を、社会の情勢に合わせて制限したり緩和したりする。どの疾患にも、どの障害にも、どの世代にも公平にバランスのとれた医療制度を実施する為に、法の改正はかなり頻繁に行われるのだが、大概是経済効率を医療に当てはめた行政指導がなされる。それ故に2006年4月の診療報酬改定に、多田は社会復帰を求める人権の侵害だとして激しく抗議し、それに反論しない医師たちを厳しく糾弾したのであった。

リハビリテーション医療における倫理感や使命感と、国やあるいはビジネスとしての経済効率、そのいずれを優先すべきか、という問題がここにはある。医師たちだけでなく、医療の世界に身を置き、それを生業にしている者が常に悩む問題である。

さらに現在のリハビリテーション医療が抱える問題として、依然として根強いパターナリズムの存在と、医療者と患者の間の主従関係がある。これについては第I章で、障害受容の強要という医学主義の威圧の存在のところにも現れている。あるいは、先述の熊谷の幼少時のリハビリの経験にも現れている。

このようにリハビリテーションの臨床においては、その理念とかけ離れた所での問題が数多く存在する。これらは大まかに次の3点に要約されるであろう。第一には個人の障害観によりリハビリテーションに対する取り組みが異なることや、リハビリテーションの意義さえも否定されるケースもあるという事実、第二には前述のように医療の制度や仕組みと、リハビリテーションの理念との乖離、そして第三には依然として根強いパターナリズムの存在と、医療者と患者の間の主従関係である。実は、これらの問題はリハビリ医療に限った問題ではなく、現在の医療が抱える問題と共通している。医療という人間の行為が始まって以来ずっと問われてきた問題もあれば、今の時代だからこそ問題になるものもある。これらを臨床に則して具体的な疑問としてあげてみると、次のようになる。

①回復期と維持期はどこで、誰が線を引くか？

「これ以上は無駄」、あるいは「まだまだ回復する」は誰がどのように判断するのか？

患者の意に反して、病棟あるいは病院そのものまで変えられてしまう場合や、退院になるケースが多い。

②リハビリテーションと介護の線引きはあるのか？

医療保険と介護保険の移行は、どの時期でなされるのか？

リハビリテーションの終了は何をもって決めるのか、あるいは終了できるものなのか？

③治療から終末期ケアへの移行はいつ、誰が決めるのか？

治療の限界・終了の決定がケアへの移行を促す。

自己決定はどこまで許されるか？ ①と同様の問題がある。

④リハビリテーションの効果を見極めるのは誰か？

重度障害者への対応は未だ不問のままである。

何を効果と判定するか。現状維持か、機能向上か、低下であっても、それを少しでも遅らせるのか、あるいは無駄と判定するか、などは誰が、何をもちて決めるのか？

⑤自己選択、自己決定の範囲はどこまで可能？

⑥エンパワメントあるいはエンハンスメントに対する医療倫理上の未整理の問題。

医療の対象か？

人間として根本的に誤っていないか？

⑦加齢による機能低下、あるいは美醜はどこまでが医療の対象となるか。

老化は病気でも障害でもないのか？

まだまだあるかも知れないが、これらの疑問に現状のリハビリテーションはどう応えていくのだろうか。

先にリハビリテーションの始まりは、第一次大戦中のアメリカ陸軍病院での「身体再建およびリハビリテーション部門」の設置からである、と紹介した。そのときから医療の目的が、それまでの身体再建だけでなく、社会復帰に置かれるようになった、とも述べた。ここに、医療が医療の分野で完結せず、他の分野に目標を置くという、新たな発想の画期的な素晴らしさと同時に、そのことがその後多くの問題を生み出すという矛盾が潜んでいる。

そもそも社会復帰の「社会」とは何か。家庭や地域あるいは職場が想定されるが、単に空間や人間関係の広がりではなく、人が毎日の生活を通してその人なりの人生を送る「場所と時間」といえるのではないだろうか。一人の人間がひとつの場所に居を構え、家族や仲間があり、近隣の人と交流し、仕事を持ち金を稼ぎ、それで税を納め、その見返りに公の恩恵を受け、決められた規則の中で生きる、という通常的生活を送る場所を一般に「社会」というのであろう。しかし山奥で人知れず自給自足の生活を送っていても、そこには社会があり、それは病院で寝たきりであっても同じだ、

と私は考える。その人がこの世に存在するということが、ひとつの社会を構成している。その人の存在のすべてに関わることが社会であるとするならば、社会ということばには多くの意味がある。それだけ複雑であるのだ。

次に、社会復帰ということばの後半部分「復帰する」には、「どこに」という相手がある。それには当事者の問題だけでなく、相手の体制や態勢が関係してくる。それは時代背景や社会情勢で常に変動するもので、相手の変化によって、復帰しようとする側がその都度変容を迫られるのは、医療行為における「治癒あるいは回復」という、目標を定めて治療を進めていくような、段階的に一方向に流れるものと同じではない。相手の条件に合わなければ復帰できないし、相手がこちらに合わせるくれない限り、相手の変化に翻弄される。

また社会復帰できない場合はどうなのか、という問題もある。復帰する条件があるとして、その条件を満たすことが叶わない場合はどうなのか、ということである。そして満たせない理由がどちら側に属するものか、がまた新たな問題になる。そしてそれが障害者側に属する条件であるなら、社会復帰の失敗は障害者に責があることになる。医療やリハビリテーションの不成功が患者の責任に転嫁される。それが予測されたら、医療そのものを実施しないこともある。その判断は専門家である医療職に任されているのが現状である。無駄を減らすために、回復の可能性が小さいもの、時間が多くかかるものは治療の対象外になる。役に立たない治療や訓練は実施しない。この考えから2006年の診療報酬改定が導き出されたのであろうし、実際、効果を日数で判定し、患者と医療の間に壁を立てるのが現在の医療制度なのであることは否めない。前節で紹介した多田は、これに対して死ぬまで抗議の矛を収めなかった。

別の観点からも、役に立たない治療や訓練は攻撃を受ける。脳性麻痺の患者によるリハビリ拒否論である。これに対し私は異論を少し唱えたい。

まず中途障害と先天的な障害の違いは、障害受容のところでも大きな違いがある。中途障害のリハビリテーションと先天的な障害のリハビリテーションを、同じ目線から論じることはできない。熊谷の言うようにCP(脳性麻痺)に対するPT(理学療法)は、その人を無理に正常・標準システムに取り込もうとするばかりではない。その人の持てる力、使える反射を上手く利用し、いかに本人の心身の疲労を少なくして、座位保持や移動ができるかなどを考慮した、非正常・非標準システムのアプローチも組み入れている。そして、無理な使い方では変形が進まないか、新たな障害(いわゆる二次障害)を生み出さないか、それらを最小限に食い止めるための医療的介入を常に目指している。熊谷がPTを受けた当時のリハビリテーションの施術者の意識に、相手への配慮、つまり相手がどう思っているかを理解しようとする気持ちに欠けていたところがあったかどうかは知り得ないが、

PT は一人ひとり皆上記のような内容を、常に胸の内で反芻しながら行っていると私は信じている。例えば、徒手による他動的ストレッチ法には次のような効用、特性がある。

1. 身体を動かした後の爽快感が得られる。
2. 軽い痛みのような引っ張られた感じはあるが、それを感じたところまでぎりぎり伸長するのがストレッチの効果を引き出すことになる。
3. 運動後の筋肉痛も(勿論出ないのが望ましいが)、最大限の伸長と収縮を反復する結果からであり、これによって筋力の維持や増強がなされるのである。

この手技を通して、伸ばす者が得る感覚と伸ばされる者が同時に覚える感覚との間には、独特のやりとりがある。これについては熊谷も「リハビリの夜」の中で述べているように、1)自分の感覚(内在するもの)と、2)外へ向いた動き(身体やところが勝手に働く反射が表出するもの、他者との関わりから生まれる何か)、そして3)その相手も同様に感じているだろう、という3つの認識の上に成り立っている。3)とは、自己と他者が普遍的に共有する部分、すなわち、同じ場所において、同じ時に同じ経験をしたとしたら、同じように感じる部分と個人が固有に感じる部分があるという前提においての前者である。その共通・共有部分だけでなく、感じたもの動こうとするもの、すべてが伸ばす者と伸ばされる者とのやりとりにおいて、両者同じ感覚がピッタリと合わさる瞬間があるのである。私の経験でも、スキンシップを介した治療手技の中で、ふと相手が力を抜き、こちらと一体感が生まれる瞬間がある。これこそが、徒手療法が、いわゆる一対一の手当てであった医療の始まりから今日まで、治療法として生き続けている理由である。起立訓練や歩行練習の最中でも同じことが言える。右、左と一歩ずつ刺激を入れ、反射を誘発し、一方で支えながら患者とPTが歩みを共に進める中で、両者のタイミングがぴったり合い、ふわりとした感じの中でごく自然にスムーズにできる瞬間(数秒から数分、うまくいけばもっと長く)が生まれることがある。この一体感はこの二人の間でしか分からないものだ。この瞬間を味わうために、リハビリをやっているとでもいいかも知れない。リハビリ終了後、患者が「よくやったね。」「うまくできたね。」と、自分の動かない手足にねぎらうように目をやり、療法士が「楽にできましたね。」と患者をねぎらう時に流れる共有の達成感、それが歩行の自立や、社会参加や職場復帰につながらなくても、そこには「その人らしく生きる瞬間」が存在する。それが点の散在であっても、線になっていなくても、そこにリハビリテーション医療の意味があるように思う。

確かに嫌がる、痛がるのを無理にさせる一面もあるし、そんな治療法がないとは言わない。だが熊谷自身が言うように、「安静」も痛みを増悪させる一因となり得るのである。

痛いストレッチや無理に座らされていた子ども時代のリハビリテーションに、疑問や拒否感を抱い

たまま、あるときは緊張を、あるときは開放感を、またあるときは悲しみを覚えていた熊谷を、私は一人の人間として、PTとして理解できている。熊谷に問うてみたい。医師としての知識を得、医療を行う立場にある今も、かつてと同様にリハビリテーションは「役に立たない」「拒否すべきもの」と考えているのだろうか。熊谷が、加齢あるいは過労による一過性の神経障害を発症し、医療機関を受診した際に会った医師の態度に、それまで彼自身が心の中に抱いていた、障害者としての医療に対する敵愾心や不信感が、少し違ったものになろうとしている描写がある。その、対立から理解への歩み寄りを感じさせる変化の兆しに、私は希望を抱いている。

現在の医療制度下では、リハビリテーション医療の理念と実際の臨床現状との乖離に対する疑問や批判、あるいは理念そのものへの反論が、障害者やその家族、また医療職からも少なからず出されている。実際、臨床でのリハビリテーションの実践に携わる療法士自身が、その問題に迷い悩むこともある。リハビリテーションの実践においてこそ、それらの問題が見えてくるのである。

リハビリテーションの理念は、人がその生を全うしかつ生きていく上で必要な、時には支えになるようなものであり、私はそれを否定しようと考えているのではない。しかし現在の医療制度下でのリハビリテーションの現状は、WHOのいうリハビリテーションの理念の実現からはかけ離れたものであるようだ。その定義や理念は決して間違っていないと思う。しかしそれをどう解釈し実践しているかというところで問題になってくるのだと思う。

理学療法士として、障害を持った人のリハビリテーションに、その専門性をどのように生かせばいいのか。医療的介入はその人のリハビリテーションに対して、どのようなスタンスで臨むべきなのか。その人にとってリハビリテーションの目的は何なのか、目標はどこなのか。多田の言うように、療法士は治療の対象となる障害、それをもつ患者の多様性、個別性に一つひとつ対応し、個別のオーダーメイド的治療を実施しなければならない。誰ひとりとして同じ症状の患者はいない。誰ひとりとして同じ目標を持つ患者はいない。さらに精神面、心理面の違いによって、同じ人であっても異なる対応が必要である。患者の苦しみをわずかでも減らし、楽に活動できる方法を一人ひとりに応じて考え実行していかねばならない。そのためにどうすればよいか。

次にいくつか提案する。

1. 医療職として、治療手技の開発と、その技術の修得・向上に取り組むことがまず肝心である。苦痛やリスクを生じることなく機能が修復でき、短期間で元通りになれるとしたら、障害受容やリハビリテーションの問題は存在しなくなる。

2. 医療を受ける側と行う側が敵対関係にならないようにはかるべきである。動かし動かされる関係の中で、互いに理解しようと歩み寄りながら、一体感を持てるような治療や訓練であることが理想である。医療職は常に相手の反応をキャッチしようと五感を駆使し、相手の快感や満足感あるいは苦痛や迷い・不安を感じとり、できる限り共感しようとする努力を怠らない。同時に、受ける側は、自分の反応や感じたものを、時には相手に対し全面的に身を委ね、時には反発し、そのままを表出する。両者一対一での一刻々々の変化を重視することがリハビリテーションにおける運動の基本である。専門的な治療法である神経促通手技や感覚認知療法の実践においても、療法士と患者が互いに相手を信頼しこころを通わせる、ということがなければ治療法として成り立たないのは自明の理である。両者ともそこにもっと目を向けるべきである。療法士は自分の意図を相手に理解して貰い協力を得ることに腐心すべきである。患者は療法士を信頼し、こころも身体も解放すべきである。

3. リハビリテーションの目標を「全人的復権」という長期目標にこだわらず、その場その時限りの完成度も大切にすることである。何のためのリハビリかという「線」も当然見据える必要があるものの、「点」も大切なのである。例えば、たった 10m、5m、いや 2 歩 3 歩の歩行であっても、それを獲得するためにリハビリで励むのは、それが実用歩行から程遠くても、その人にとってその一瞬が「生きている」ことになるのである。「歩く」が移動能力につながらなくても、「歩く」動作を自分が意図する行為としてできること、それが復権といえるのではないだろうか。

4. リハビリテーション・チームのリーダーは、医師である必要はないのではないかと。医師は医療の専門家ではあっても、患者の心理や置かれている環境、あるいは福祉関係などの広い視野での情報収集に疎い。また多くの患者を抱え、スタッフからの情報を得るにも時間的制約がある。医療の分野においては医師は全権を委ねられているが、リハビリテーションは医療だけではない。リハビリテーションの過程には、時期に応じて、携わる領域の関わり方のバランス調整が必要となる。そう考えると、調整役としてソーシャル・ワーカーがふさわしいように思える。患者側にも、何でも話せる調整役として受け入れて貰いやすいのではないだろうか。リハビリテーションのチーム・リーダーが医者でなくてはならない、ということはない。医師も、患者に関する医療的な実践メンバーや、医療に関する情報源として、チームの一員であってよいのではないだろうか。

5. 医療に従事する者は、それで報酬を得ている以上は、それに応じた義務を果たさねばならない。

受ける側となす側の間に医療保険や介護保険という社会制度が介在し、医療職やリハビリ職あるいは介護職は、それらの職域に関わる労力やそれに使われる時間に応じて、患者や利用者から報酬を得る。この関係は雇用主と被雇用者の関係である。なす側は時間と労力を売り、受ける側はその結果あるいは期待に対して報酬を払うのである。なす側はそれに値することを謙虚に努めねばならないし、受ける側もなす側に任せているだけでは対等の関係といえない。対等の関係にあつてこそ、目標の妥当性を問い、試行錯誤を共に重ねていくことができるのである。

要は、リハビリテーションの目標を、一人ひとりの目標にできるかぎり近づけるということなのである。私はリハビリテーションを、今の理念よりもっと多様性を持つものとして捉えたいと思う。100人には100のリハビリへの思いがあるように、それぞれが違っていい。それをできるかぎり支援できるような方法を考えていきたい。

例えば、疲れた顔を家族や友人に見せたくないように、老いを感じて現役を引退したり隠居して、社会参加を減らそうとするのもひとつの選択であろう。そのときのリハビリテーションは、疲れや軽い痛みを取り除く治療だけであってもいい。逆に、アンチエイジングで老いを遠ざけようと努力するのもひとつの選択である。そのためには、効果的な治療法を施し、運動に励むのもリハビリテーションである。老いて出来なくなったことの数をかぞえるのではなく、まだ出来ることを愉しむ。あるいはリハビリテーションに励めばまだ出来る、という可能性そのものを愉しむ。その両方共あってよいと思う。

しかしそれらが自己中心的で利己的なものであってはならない。どちらかの一方的な思いから設定された目標に、受ける側やなす側が振り回されるのではなく、両者が理解しあって合意点を見つけ、その上で周囲とどこまで折り合いをつけられるかを探ることがリハビリテーションなのではないだろうか。そのためには両者がもっと声を出して、本音で話し合わねばならない。当事者が不在のリハビリ・カンファレンスに意味は無い。なす側の押し付けでも、受ける側の人任せでもなく、可能な限り障害を共有でき、相手の思いを尊重できる策を共に探る作業がリハビリテーションであると言いたい。

私は理学療法士というリハビリ医療職を仕事として以来ずっと、「障害とは」、「障害受容とは」そして「リハビリテーションとは」を考えてきた。それは、「この人は今の状態をどう思っているのだろうか。」、「この人は何を求めているのだろうか。」、「この人はどう生きようとしているのだろうか。」などのように相手のことを推し量ることや、我が身に向けての「私は何を求めているのだろうか。」、「私はどう応えればよいのだろうか。」、「これで正しいのだろうか。」という問いかけの連続であった。

今回この論文を書くことにより、「障害」や「障害受容」そして「リハビリテーション」の定義や理念、それに対する患者側の思いや医療職側の考え、そして実践上の問題などを整理し、最終的にリハビリ医療職としての目を通して私なりの考えを述べたいと考えた。この作業は詰まるところ「生きる」意味や「よりよく生きる」とは、への思索の過程であった。

私と同じ医療職の人たちはどう考えているのだろうか。障害を持ってリハビリテーションに励む人はどう思っているのだろうか。中途障害と生まれつきの障害観の違いはどういうものだろうか。医療職はじめ介護職の人たち、障害を持つ人たち、そして障害やリハビリテーションを研究している人たちはそれらをどう考えているのだろうか。そんな思いで文献を探し、本を読んだ。そこに表れていたのは、リハビリテーションを受ける側と行う側との間にある溝であった。そして「障害」を挟んで両者が対立する図であった。しかしリハビリテーションをする側も同じように悩み葛藤し、迷いながらも納得できる策を探っているのである。溝を埋め、対立しない為には、両者共に相手をできる限り理解しようと努力し、同じ目線に進む先をみつめ、受け入れられるところは受け入れ、反論できるところには正直に反論する。この作業を通してはじめて、互いの歩み寄りがなされ、リハビリテーションがその理念を真に達成できるのである。これまではリハビリテーションに対する医療職側からの批判や疑問は、臨床でさまざまに語られているにもかかわらず、具体性を持って表出されたことは少ないように思える。逆に受ける側からは、批判的な拒否的なものを多く目にする。それに対する反論も医療側への擁護論も、公の場で表出されることは稀である。また多田の言うように、患者側に立った医療職側からの行政への批判や意見も、余りに少ないのではないだろうか。

「障害」を考えることは、生きることを考えることである。「老い」を考えることも、死ぬまでどう生きるかを考えることである。「障害」も「老い」も、共にできることが減って、できないことが増えることである。不自然に訪れるものか、自然な過程なのかの違いはあるが、状態は同じように思える。どちらも残された時間をいかに生きるかを考えていくことだ。自分自身これから老境に差し掛かり、できないことが増えていくであろう先を思うとき、「障害」も「老い」も人間の生きている姿のひとつ、と捉えて、自分の「死」を受け入れるまで自分はどんな生き方をしていくのか、を見てみたいと思う。

リハビリテーションは積極的に「生」を肯定し、支援するものである。その理念は間違っていないと思うが、実践にいる者として理念と実践の開きも実感している。それを埋めていくためには、理念と実践の双方が歩み寄りしかない。理念が実践の場に降りてくるには、実践の場にいる療法士たちが、日々の患者とのやりとりの中で本来のリハビリテーションを探ることを続けることである。それが声になり形になり、理念や定義を刺激し、それらが変わる必要性が認められれば必然的にその時が来るであろう。

参考文献

- 雨夜勇作(2005)「障害を持つ人々の社会復帰における障害受容の意義」『四条畷学園大学リハビリテーション学部紀要』創刊号:16-27
- イーゼンバーグ, M. G. (1997)『心理社会的リハビリテーションのキーワード』岩崎学術出版社
- 池淵恵美(2005)「精神障害が身体障害リハビリテーションに及ぼす影響」『リハビリテーション医学』42:369-387
- 石神重信・石田暉(2005)『最新リハビリテーション医学』医歯薬出版
- 上田敏(1980)「障害の受容—その本質と諸段階について」『総合リハビリテーション』8:205-228
- (1983)『リハビリテーションを考える』青木書店
- (1986)『標準リハビリテーション医学』医学書院
- (1992)『リハビリテーション医学の世界』三輪書店
- (2001)『リハビリテーションの思想—人間復権の医療を求めて』医学書院
- 内山靖(2009)『標準理学療法学—基礎理学療法学』医学書院
- 熊谷晋一郎(2009)『リハビリの夜』医学書院
- (2010)「痛みについての当事者研究」『現代思想 10』vol.38-12:78-87
- 障害者福祉研究会編(2002)『ICF 国際生活機能分類』中央出版
- 砂原茂一(1980)『リハビリテーション』岩波書店
- 田島明子(2009)『障害受容再考—障害の受容から障害との自由へ』三輪書店
- 多田富雄(2006)「患者から見たリハビリテーション医学の理念」『現代思想 11』vol.34-13:34-41
- (2010)『落葉隻語ことばのかたみ』青土社
- 千野直一(2004)『現代リハビリテーション医学』金原出版
- 鶴見隆正(2005)『標準理学療法学—日常生活活動学・生活環境学』医学書院
- 中田洋二郎(1995)「親の障害の認識と受容に関する考察」『早稲田大学心理学年報』27:83-92
- 中村隆一(2007)『入門リハビリテーション概論:第6版増補』医歯薬出版
- 南雲直二(2002)『社会受容』荘道社
- (2003)「障害受容の相互作用論—自己受容を促進する方法としての社会受容」『総合リハビリテーション』31:811-814
- (2008)『ものいからだ—身体障害の心理学』講談社
- 南雲直二・本田哲三(1992)「障害の受容過程について」『総合リハビリテーション』20:195-200

- 本田哲三・南雲直二ら(1994)「障害受容の概念をめぐって」『総合リハビリテーション』
22-10:819-823
- 三沢義一(1967)『身体障害と心理的適応』一粒社
———(1985)『障害と心理』医歯薬出版
- 水島繁美(2003)「障害受容再考」『日本リハビリテーション医学』40:116-120
- 安野みどり(2005)「精神と身体に二重の障害をもつ人のリハビリテーション」『Jpn J Rehabil Med』
vol.142:374-379
- 渡辺俊之(1994)「切断患者の障害受容」『総合リハビリテーション』vol.22-10:837-841
- Bethesda, M.D.(1992) National Advisory Board on Medical Rehabilitation Research, draft V: *Report
and plan on medical rehabilitation research*. National Institute of Health
- Brandt, E.N.(1997) *Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering*.
Institute of Medicine. 62-80 Washington DC: National Academy Press
- DemboT, Leviton, GL, Wright BA (1956) Adjustment to misfortune - A problem of social
psychological rehabilitation. *Artificial Limb* 4: 62
- Fink, S.L.(1967) *Crisis and Motivation.: A theoretical model*. Arch Phys Med Rehabil 48
- Kübler-Ross E. (1969) *On death and Dying*. New York Macmillan Publishing Company
『死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話』川口正吉訳(1971)読売新聞社
- Nagi, S. (1965) Some conceptual issue in disability and rehabilitation. *Sociology and Rehabilitation*.
Sussman, M. (eds.)100-113 Washington DC: American Sociological Association
- Wright, B.A. (1960) *Physical Disability - A Psychological Approach*:134-137 Harper & Row
NewYork
- World Health Organization (1980) *International Classification of Impairments, Disability and
Handicaps*. Geneva: WHO
- Yoshida, K.K.(1993) Reshaping of self: a pendular reconstruction of self and identity among adults
With traumatic spinal cord injury: Soc. Health Illness15:217-245