

## 5 リハビリテーション

穂山富太郎, 井口 茂, 東 登志夫

### (1) リハビリテーションとは

rehabilitation という言葉は、中世ヨーロッパでは、領主や教会から破門された者が復権したり、犯罪者が市民権を回復したりすることを意味した。rehabilitation の re は「再び」、habilitation は「社会に適応できるように訓練する」を意味する。rehabilitation の日本語訳としては、更生、社会復帰などがあるが、その目標は社会的自立である。

脳性麻痺、精神遅滞など発達障害児や乳幼児期に発症する諸疾患による障害児に対しては rehabilitation の re を省いて「habilitation」と称し、訳語としては治療と教育を意味する「療育」が使用される。その目標とするところはリハビリテーション（以下リハと省略）と同様、社会的自立である。

伝統的なリハの定義は、「障害者をして、可能なかぎり、身体的、精神的、社会的および経済的に最高度の有用性を獲得するよう回復させることである（全米リハ審議会、1943）。」とされ、新しい定義としては、「身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能にすることによって、各個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、かつまた時間を限定したプロセスである（国連の障害者に関する世界行動計画、1982）。」とされている<sup>1)</sup>。後者の社会的背景には、障害者と健常者との社会的統合をはかるノーマライゼーション思想の台頭がある。

砂原<sup>2)</sup>によると、リハは医学的リハ、職業的リハ、社会(的)リハの3つに大きく分類でき、医学的リハと職業的リハは縦並びに、社会(的)リハは前二者と平行して横並びに位置づけられる。これら三者を包括した多元的チーム・アプローチを total rehabilitation (Wright, 1980) と呼ぶが、障害が重度であればあるほど、トータル・リハのアプローチが重要となる。

リハの対象は、知的障害、身体障害(肢体障害、内部障害、聴覚障害、視覚障害)、精神障害などあらゆる障害を含む。

### (2) 障害の三つの局面

WHOの国際障害分類<sup>3)</sup>(1980)は、障害の局面を impairment(機能障害、形態障害)、disability(能力障害)、handicap(社会的不利)の3つに分けて説明している。第1段階の impairment は解剖学的あるいは生理学的な病的状態をさし、第2段階の disability は impairment に基づく生活能力の低下を、handicap は disability のため社会的活動が困難になった状態を意味する。リハにおいて、医学的リハに加えて、handicap への対応が重要となる。

ある重度障害者を紹介すると、アトーゼ型脳性麻痺(impairment)で、言語障害、巧緻運動障害、歩行障害(disability)を伴う。不自由な話し言葉、書字困難、摂食困難、移動困難などにより通学できないという社会的不利(handicap)を背負った。14年間の施設生活を送ったが、自由な外の空気を吸いたいと、検定試験で中卒の資格を得、現在長崎県立西高等学校の通信教育3年生である。コミュニケーションはパソコン、ファックス、電話を、移動には電動車椅子を利用して、自ら設立したグループホームで自立生活を営んでいる。食事は介助を要するが、昼食はスーパーの一角ですませるほどの行動力の持ち主で、排泄は改造したトイレで自立している。長崎大学医療技術短期大学部の学生を対象に「自

立生活の体験」というテーマで毎年特別講義をお願いし、個性あふれる講義は学生に好評を得ている。勉学のかたわらパン屋に勤めている。これこそ社会的支援を得た、トータル・リハの典型的な見本ではなかろうか。

### (3) 医学的リハビリテーション

WHOは医学体系を第1相医学－保健医学，第2相医学－予防医学，第3相医学－治療医学，第4相医学－リハ医学に分類している。一つの理想的な医療体制として，これら保健医学，予防医学，治療医学，リハ医学に医療福祉を含めた地域包括医療がある。いくつかの先進的地域では保健医療計画のもと地域一丸となって癌，心疾患，脳卒中，糖尿病など成人病に対する包括医療が施行され，それらの成果が注目されてきた。しかし，急速に進む高齢化社会にあっては成人病対策に加えて，高齢者に対する保健，医療，福祉サービスの整備が社会的な緊急課題となってきた。さらに，高齢障害者，脳卒中や交通事故などの後遺症による中途障害者，脳性麻痺，精神遅滞，先天性諸疾患に基づく発達障害児・者，精神障害児・者および慢性疾患，進行性疾患患者にとっては医学的リハの対応が欠かせない。

リハを担う関連専門職種は，医師，看護婦（士），理学療法士，作業療法士，言語療法士，義肢装具士，臨床心理士，視能訓練士，スポーツ訓練士，職業カウンセラー，保健婦（士），教師，保母，社会福祉士，介護福祉士，リハ工学関係者など多岐にわたる。

医学的リハ手技は専門書にゆずるとして，ここでは早期リハのあり方についてふれる。

医学的リハのチーム・アプローチにおいて，社会（的）リハの導入として，障害者，家族を中心に，障害者の主体性を尊重したとりくみが当初から大切である。

医師，医療技術者に「お任せ型」のリハでは，社会的自立を果たせない場合が多い。たとえ，能力低下を残すような重度障害者の場合でも，主体性を生かしたアプローチは障害の受容を得やすくする。かくて，地域福祉の恩恵にあずかりながらも，自己決定権を行使し，己を律した生活を営むことが可能となり，障害を抱えたままであれ，社会復帰，家庭復帰を果たすことができる。

医学的リハの開始にあたり，どのような障害であれ，その本質と予後患者と家族に説明し，リハに対する患者の心構えを引き出すこと（インフォームド・コンセント<sup>4)</sup>）がトータル・リハの基本である。ゴールの設定にあたっては，スタッフミーティングに加えて，患者，家族を主役にしたリハ・カンファランスが目標到達の緒をつかむ絶好の機会となり，トータル・リハの推進役を果たす。以下，リハ・カンファランスの事例を示す。

事例 44歳，男性，開業医（内科）

診断 左側頭頭頂部脳内出血による右片麻痺，運動性失語症

既往歴 腎性高血圧症

血腫除去術後早期から医学的リハを開始したが，発症後1年，独歩不能，右廃用手，中等度の運動性失語症，腎不全などきびしい状況にあった。社会的自立に向けて本人，妻，家族を中心にリハ・カンファランスをもった。

本人は身体機能の回復に固執したが，実用歩行は困難と思われ，車の運転をすすめ，復職もできるのではないかと示唆した。失語症の治療，利き手交換，歩行訓練，ADL訓練などを継続しながら，言語療法の一環としてパソコン学習をすすめた。その1年後には，老健施設の医師として就職でき，発症後3年の現在，失語症も日常会話ができるまでに回復した。今や，障害を克服したといえるのではないだろうか。

進行性疾患や発達障害児に対しては告知が一つの課題となっている。筋萎縮性側索硬化症の歩行障害例で，予後を見越して車椅子使用によりQOLを高めようと試みたが，主治医からの告知がないため，患者は歩行訓練に固執していた。

思い切って告知した後は充実した日々を送っている。他の1例では告知のないまま人工呼吸となり不本意な終末を迎えた。また、デュシャンヌ型筋ジストロフィでは、患者が病気について知らないでいるものと、両親が思いこんでいる症例ほどみじめなものはない、と患者自ら述懐したと聞いている。

発達障害児においては、早期介入の段取りがあつてのことであるが、出生児診断が明らかであれば、率直に疾患について説明(告知)すべきである。Mackay<sup>5)</sup>によると、精神遅滞の事実は原則として出生後24時間以内に両親に説明するほうがよいとしている。その理由の1つに、「児の男女差、正常性を予想して新生児に対する期待は出生後48時間以内に凝集してくるようみえる。この期待がある段階で破壊されることは極めて重大である」と述べている。障害児をもつ母親は悲しみ反応(grief reaction)を経過したのち、はじめて児を1人の人格者としてみることができるようになるが、通常告知は早ければ早いほどよい。いたずらに時間が経過したあとの告知では、悲惨な事例を経験する。診断が困難な脳性麻痺の例でも、新生児検診、その後の発達検診で発達遅滞が明らかな児に対しては早期介入を実施し、診断が明らかとなれば告知すべきである。

自己主張できにくい知的障害者のリハにおいては、特に人格の尊重に心しなければならない。

医学的リハにおいて、リハ専門医がリーダーシップをとることになるが、個々の症例に対して、医師と医療技術者は等位的立場でチーム・アプローチをおこなう。なかでも看護婦、保健婦は患者に最も身近にあり、個々のリハ看護に加えて、医師や他職種との間に立って、チーム・アプローチのorganizerの役割を担うのにふさわしい。

#### (4) 職業的リハビリテーション

職業的リハの近代的概念が生まれたのは、第二次世界大戦の終わった1945年以降である。国際労働機関(ILO)の条約(第159条, 1983)では、「職業的リハの目的は、障害者が適当な雇用につき、それを継続し、かつ、それにおいて向上することができるようにすること、並びにそれにより障害者の社会への統合又は再統合を促進することにある」としている<sup>3)</sup>。

1990年、米国では「障害をもつアメリカ人法<sup>7)</sup>(Americans with Disabilities Act, ADA)」が制定された。ADA法律を支える四つの柱の一つに、「ADAは雇用において、有資格の障害者に対する差別禁止を保証します。」と謳っている。ノーマライゼーションの思想が世界的に普及するなか、わが国でも1993年、心身障害者対策基本法が障害者基本法に、1995年には精神保健法が精神保健福祉法に改正された。法律の目的とするところは、障害者の主体性を尊重し、障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野への参加を促進することにある。

このような社会的背景下にあっても、わが国における職業的リハの現状は、能力をもつ障害者がいても、職場の環境整備や就業条件が不十分なため、多くが就業できていない。社会(的)リハの推進が叫ばれるゆえんである。また、リハの目標を社会的自立においても、現実には身体的および精神的機能障害の回復には限界があり、重度の障害を残したまま生活を営まねばならない障害者も多い。職業的リハは通常の競争的雇用から保護的雇用、福祉的就労まで幅広い対応が求められている。

職業的リハは医学的リハ、社会(的)リハと連携したトータル・リハの一環としてアプローチされる。

労働の場は一般雇用、自営業、重度障害者多数雇用事業(第三セクター方式の会社、工場)、福祉工場、授産施設、小規模通所作業所などがある。障害者は、自らの意思で求職活動をすることができるが、障害者雇用促進の援護措置を活用するためには公共職業安定所の手続きを経ることが必要である。

職業評価は、通常、障害者職業センター(障害者雇用促進協会)、身体障害者更生相談所で実施され、就業は公共職業

安定所を通して斡旋される。各都道府県に1カ所の障害者重点公共職業安定所が指定されており、障害者の求職情報の集中管理や重度障害者に対する重点サービスを行っている。リハの過程で医療機関が直接実施し、私的な立場で紹介することもできる。

職業評価の後、職業訓練を必要とする障害者は、公共職業安定所を通して、障害者職業開発能力校に入校したり、職業適応訓練を受けることができる。前者は国立13校、県立6校があり、訓練手当を受けながら、雇用を前提に就業能力を身につけることができる。後者は自治体が事業主に委託し、障害者が能力に適した職種について6カ月間（重度障害者は1年間）手当を受けながら訓練できる制度である。委託期間終了後も、引き続き雇用されることが期待されている。この他、短期職場適応訓練（2週間以内、重度障害者は4週間以内）制度がある。職場適応訓練は身体障害者、知的障害者に限定されていたが、1986年の行政指導で精神障害者（精神分裂病、そううつ病又はてんかんにかかっている者で症状が安定し就労が可能な状態にあるもの）も対象となった。

就労が困難な障害者に対しては、身体障害者福祉法に基づく身体障害者更生援護施設として身体障害者授産施設、重度身体障害者授産施設、身体障害者更生施設、重度身体障害者更生援護施設などのほか、精神薄弱者福祉法に基づく精神薄弱者授産施設、精神保健法に基づく精神障害者授産施設などがあり、職業訓練を受けることができる。

保護的雇用としては、雇用関係を結ぶ福祉工場があり、身体障害者、精神障害者および知的障害者の就労の場となっている。近年、労働省は企業と自治体が資金を出し合う第3セクター方式の重度障害者多数雇用事業を推奨している。1997年4月、全国で34社、九州で6社、設立されている。長崎県には知的障害者雇用の1社がある。

就労の場ではないが、障害者地域活動助成事業として小規模通所作業所（共同作業所）が各地で開所されている。日本身体障害者連合会、全国手をつなぐ育成会、全国精神障害者家族会および地域の任意グループなどが率先して同助成事業を活用している。

障害者の一般雇用促進に関しては、法定雇用率が国、地方公共団体、民間企業別に定められているが、現状は、働く資格を持ちながらも、中～重度障害者の就労は困難である。社会（的）リハの推進を待たねばならない。一方では近年、パソコンの性能、操作性などが向上するとともに、ネットワーク化が発展してきた。パソコン技術の習得は、重度障害者にとっても社会参加を容易とし、在宅就労すら可能としている。

## （5）社会（的）リハビリテーション

リハの目標は社会的自立にあるが、大きなハンディキャップを負う高齢障害者、中～重の中途障害者、発達障害者あるいは精神障害者など、障害者自らの主体性に加えて、さまざまな社会的支援を得てはじめて社会参加が可能となる人々も多い。社会（的）リハとは障害者が地域社会の中で自己実現を果たすための社会的支援アプローチを意味する。社会的支援には、精神的支援、生活環境の整備、社会福祉、介護などが含まれる。小島<sup>8)</sup>は、「社会（的）リハの対象は、大きく分けると《障害（disability=能力障害）をもつ人と《障害（defect=欠陥）をもつ社会》である。」としている。

精神的支援は、医学的リハの項で触れたように、リハの開始にあたり、インフォームド・コンセントに加えて、障害者を主体にしたリハ・カンファランスを通してアプローチされる。

社会福祉は、従来、保護志向で、リハの施策も隔離的な施設リハ（各種の障害児・者収容施設、寄宿舎付きの養護学校、老人ホームなど）が支配的であった。施設では障害者はありとあらゆるサービスを受けることはできても、主体性は無視され、不本意な生涯を閉じていることが多かった。近年、社会（的）リハの思想が普及するにつれ、健常者と障害者の社会的統合をめざす地域リハが推進され、地域社会福祉が充実されつつある。

## I 地域医療と現代医学

地域リハの推進に関しては実例をあげると、一つはイタリア北部のフィレンツェで、私が訪問した1976年、小児から老人まで障害児・者と健常児・者との社会的統合 (social integration) にとりこんでいた。かつてフィレンツェも他の先進国同様、障害児・者に対する、いわば隔離的な収容施設の充実がはかられ、それがかれらに対する良策だとされてきた。今でこそ長年の施設リハの反省から、施設から地域へというノーマライゼーション思想が台頭し、脱施設化活動が盛んであるが、当時、Milani<sup>9)</sup> 教授が率いる療育チームは、障害児の統合教育を目標に、自分が働いている CENTRO DI EDUCAZIONE MOTORIA の収容部門、養護学校を廃止せんとしていた。1985年、10年ぶりに訪ねたとき、同センターに入所していた50名の障害児はすべて地域に戻り、家庭から最寄りの学校の普通クラスへ通っていた。私が見学した学校では、30人編成の一学級に1人の障害児を在籍させ、2人の教師が教育にあっていた。必要があれば、放課後地域の治療センター (Local Unit, フィレンツェ市に11のUnitがある) へ通う方法を取り、問題解決にあたっては療育チームによるミーティングが開かれていた。施設の収容部門 (50ベッド) は、母子のみでなく、父、兄弟、姉妹を含めた一週間の家族入所制度をとり入れ、そこでは社会 (的) 療育の指導にあっていた。

また、フィレンツェで特筆すべきは、一定期間老人のケアに奉仕活動をすれば兵役と同等にあつかわれることである。もう一つは、北イタリアのトリエステ県における精神医療の拘禁体制から地域化への変革である。イタリアの精神保健の歴史的背景は半田<sup>10)</sup> により示されている。トリエステにも他の地域同様に、精神病者を隔離収容する巨大病院が存在していた。

1960～1970年代、F. Basaglia が率いる民主精神科連合 (Psichiatria Democratica, 1973年設立) が中心となってトリエステ県で、精神科患者の解放を一つの社会改革として推進させた。精神病院閉鎖の対応策としては、7つの地区に精神保健センターを設け、各センターは8床の緊急用ベッドを用意して、地域精神医療体制と市民ぐるみのリハ支援体制をしいた。かくて、1978年には病院解体を完了、1978年以降、トリエステの強制治療は激減したと報告<sup>11)</sup> している。そして同年イタリアは、治療的視点からの強制による治療と、公立精神病院の段階的廃絶と地域医療化を謳った法律180号を成立させたのである。この法の実践には困難を伴うと思われるが、精神障害者のノーマライゼーションにとって革新的な進歩の踏み台となろう。ただし、麻薬中毒とアルコール中毒患者は法令180から除外されている<sup>12)</sup>。

地域社会福祉は少しずつ充実してきているが、社会 (的) リハの進展は障害者自らの社会への働きかけに負うところが多い。現今、重度障害者自らの社会活動意識が高まり、就労まではいかないが、自立生活 (independent living, I. L.) 運動が盛んである。たとえ、重度のハンディキャップを背負っていても自己主張し、自分の意志決定で生活を営む「自立生活概念」の台頭は、社会 (的) リハの器を大きくした。

身体障害者手帳1～2 (3) 級の人たちが自立生活を営むに際しては、障害基礎年金 (1級年額981,900円、2級年額785,500円) に加え、特別障害者手当 (月額26,230円) を受給でき、条件を満たせば生活保護手当を受給できる。さらに、生活保護の中には生活扶助、住宅扶助などの他に、障害者自らの交渉で設けられた他人介護費という制度があり、市の公認で6万円、県知事公認で10万円、厚生省公認で18万円の支給が認められる。

諫早市にある重度障害者グループホーム貧楽寮 (自立生活センター・ヒューマンライフ) は、設立して11年が経過した。多くの人たちが社会人として巣立つとともに、現在入寮者のうち4人は自治体との10回の交渉の末、昨年からの他人介護費を受け、社会的責任を果たしながら、自らを律した生活を営んでいる。そして自分たちの苦い経験を生かした介助者派遣事業をおこそうとしている。平成10年4月には、貧楽寮のメンバーの後押しで、超重度障害者グループがハウス・テンボス駅前に、身体障害者福祉ホームと身体障害者自立支援事業を活用したグループホーム (鐘の鳴る丘) を設立予定である。

障害児・者の社会的統合実現のための社会 (的) リハの推進は、生活環境を含め、いかにして社会環境を培うかにか

かっている。障害児・者自らの社会に対する働きかけおよび彼らに対する地域住民の理解と支援が不可欠である。

発達障害児の就学問題を取りあげても、フィレンツェの統合教育レベルに到達するには、地方自治体の計画的な取り組みが必要となる。

学校の生活環境整備はどうか対応できるとしても、学習条件整備には一層の困難を伴う。高等教育に関しては、文部省は大学入試センター試験において、視覚障害、聴覚障害、内部障害、肢体障害など各障害に応じた受験特別措置を実施、身体障害者の大学受験の動きも活発化してきている。しかし、センター試験は受験できても、大学側の学習条件が未整備という理由から、二次試験を受験できる大学は極めて少なく、その対応策が急がれる。

スポーツ、文化活動、レクリエーションなどを通じた社会参加も、社会（的）リハの展開に効果的であるが、紙面の都合で省略した。

以上、トータル・リハの視点からリハの概念を論じた。21世紀に向けたリハの発展は、医学的リハの進歩に加え、発達障害児・者、中途障害者、高齢障害者をわけへだてなく支援できる地域リハ・センター（保健センター）の整備にかかっている。

## 文 献

- 1) 砂原茂一：リハビリテーション。岩波新書，1980。
- 2) 竹内孝仁編：リハビリテーション概論。建帛社，1990。
- 3) 砂原茂一編：リハビリテーション概論。医歯薬出版，1984。
- 4) 国立がんセンター中央病院看護部編，清水喜美子：がん専門看護。31-35，日本看護協会出版会，1996。
- 5) Mackey, R. I. (新井清三郎訳)：精神薄弱の臨床。日本小児医事出版，1981。
- 6) 大貫稔監修：リハビリテーション看護の考え方と実際。ライフ・サイエンス・センター，1983。
- 7) 八代英太他編：A D Aの衝撃。学菌社，1991。
- 8) 小島蓉子編：社会リハビリテーション。誠信書房，1978。
- 9) 穂山富太郎：ミラニー教授を偲ぶ。日本医事新報，No3235，62-63，日本医事新報社，1986。
- 10) 半田文穂：精神保健法，外国の経験に学ぶ(IV)－イタリアにおける精神保健法－。臨床精神医学18(6)，968-972，1989。
- 11) 大熊一夫：生活丸ごと支えるバザッリアの実験。朝日ジャーナル，1990. 5. 4-11，54-60。
- 12) 山崎敏雄：イタリア精神医療制度の視察をおえて。日精協雑誌，7(1)，50-52，1998。