

地域福祉総論

—地域リハビリテーションの視点に立った展開—

大 貫 稔

I. はじめに

「地域福祉—現代の課題」という特集を組むに当たって、医学出身の著者がその総論を担当することになり、いささか畑違いの気もしたが、しかし高齢社会に向って今わが国の各自治体が一番望んでいるケア・システムは、それぞれの地域における福祉と保健・医療の分野が完全に渾然一体化した連携システムであり、保健・医療を切り離れた福祉のみの「地域福祉」は「現代の課題」ではないのだということを考えると、医学・医療の立場から「地域福祉」の総論をまとめてみることは十分に意義のあることと考えてお引き受けすることにした。

したがって、医学・医療の分野からみた「地域リハビリテーション」の視点を強調した「地域福祉」のあるべき姿について述べることにする。

II. リハビリテーションの定義と理念

今から2400年以上もの昔、ギリシャのヒポクラテス(460? B.C.~377? B.C.)は、それまでの呪術や占いの医術から脱皮して、病人の症状や形態学的変化を科学的に観察し、病気の診断や治療の体系化を試みた最初の先駆者として、「医学の父」(father of medicine)と呼ばれているが、そのヒポクラテスとその一派による著書に、治療の中心は、栄養(diet)と清浄な大気(fresh air)と治療用水剤(medical waters)および運動(gymnastics)の4つを重要視してあげている⁽¹⁾。

すなわち、この時代からすでに、筋肉の弱って

いる病人にそれを強化するための運動をさせることの重要性が強調されていた。

しかし現代のリハビリテーション医学の目標としている内容は、単に運動機能障害者に対して、その機能障害を少しでも回復させてやろうという理学療法的訓練のみを指しているのではない。

WHOがその憲章の中で定義した「健康」、すなわち、“Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity” (健康とは、肉体的、精神的および社会的に完全に良好な状態にあることであり、単に疾病または虚弱でないということではない)に示されている意味での「健康」を失った人に対して、その人が、身体的にも精神的にも「人間らしく」社会生活にとけ込んでいけるようなあらゆる手段、訓練、援助の多面的な領域を対象とし、これを総合的に体系づけて一つの独立した科学の分野にまとめ上げることが、現代リハビリテーション医学の目標である。

1942年にニューヨークで開かれたアメリカの全国リハビリテーション評議会(National Council of Rehabilitation)で次のような定義が決められた。すなわち、「リハビリテーションとは、障害を受けた者を、彼のなしうる最大の身体的、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である」(リハビリテーション白書⁽²⁾)というものである。

また、1968年のWHOの定義では、「障害の場合に機能的能力が可能なかぎりの最高のレベルに

達するように個体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⁽³⁾」となっており、前者の定義は到達目標を示したものであり、後者の定義はその手段を示しているといえる。

これらの定義は、文章としては短く簡単なものであるが、その中に含まれる意味は広くかつ深い味わいがあることをくみ取る必要がある。すなわち、単に「生物」としての人間を対象とするのではなく、社会の中に文化的に「生活」している人間に対して、その人権あるいは人格を元の状態に回復させることのすべてを「リハビリテーション」という言葉は包含しているのである。

上田⁽⁴⁾はこれを「全人間の復権の医学」と表現し、また竹内⁽⁵⁾は、「人間生活の医学」と説明している。

リハビリテーションをこのような立場でとらえてみると、理学療法士、作業療法士、言語治療士、視能訓練士、ソーシャルワーカーなどの専門職とは別に、看護婦や保健婦さらに福祉担当者にも、リハビリテーション医療の中で、独自の、しかもきわめて重要な分担領域があるはずだということに気づくであろう。

Ⅲ. 病気の治療と障害の医療、 地域リハビリテーション

たとえば、肉種とか外傷などの原因で四肢のいずれかを切断したとすれば、原疾患である「病気」の治療としてはほぼ完了したことになる。同じように巨大空洞をもった肺結核に対し、十分な抗結核剤で病巣を癥痕化させ、肺葉の萎縮や胸膜の肥厚や癒着を残しながらも病巣は安定化させたとすれば、結核という「病気」に対しては以後、経過観察のみで、とくに治療の要なしと判断される。

しかし前者の例では四肢の一部の欠損が残り、後者の例では呼吸機能の低下による日常生活の制

限や、気管支の変形による二次感染などを残すことになる。すなわち、患者の病気に対する治療と、その病気がその患者の「生活」、すなわち家庭も含めて「社会における活動」に制約を加えるようにさせる障害に対する対策、援助とを並行して考えていかなければならない。この障害に対する医療全般をリハビリテーション医療が受け持つことになる。ところで、リハビリテーション医学の領域では、障害を3つのレベルに分けている。

すなわち、以下の3段階の区別である。

- ①impairment (機能障害) : 解剖学的欠落や(精神面も含めて)生理的機能の病的状態が持続していること。
- ②disability (能力障害) : ①の結果として、日常生活を送るための機能的能力が低下していること。
- ③handicap (社会的不利) : ①や②の結果として、社会的活動において不利になった状態。

リハビリテーション医療は、障害に対する医療であるから、このimpairment, disability, handicapの3つのレベルの障害のそれぞれに対して、適切な医療と福祉対策が行われなければならない。

impairmentに対する薬物療法や外科的療法、あるいは義肢・装具などの対策、またdisabilityに対する理学療法(PT)、作業療法(OT)、日常生活動作(ADL)訓練、言語治療(ST)、視能訓練(orthoptics)、心理療法(psychotherapy)、あるいは職能訓練(vocational rehabilitation)など、そして、handicapに対するソーシャルワーカー(SW)や社会全体としての対策などのすべてが、リハビリテーション医療の体系として入ってくる。

最終的には、たとえ何らかのimpairmentがある障害者であっても、それによるdisabilityを少しでも減らし、そして、人間らしい、健全な人達

と区別されることのない (handicapのない) 社会生活を送れるようにすることが、リハビリテーション医療の目的である。

しかもそのすべての対策が、単に病院や医療・福祉関係の施設内でのみ行われるのではなく、在宅も含めて、地域全体で福祉と保健・医療のすべての面から包括的に体系化して実施できるようにすることが「地域リハビリテーション」のシステムである。

IV. 患者と家族の障害の受容

障害を「受容」しないと、障害者の生活は先へ進まないものである。障害を残すような病気になった時に、本人やその家族がたどる経過はほぼ次のようである。

①障害を残すような病気である筈がないと無理に思う時期

②障害に気づき始めたが、それを否定しようとする時期

そんな筈はない、一時的なものだと思い込もうとする。

③はっきりと障害だと知ってショックで落ち込む時期

この時期を早くのり越えないとそのままずっと抑鬱状態、無気力状態になってしまう。

④障害の受容

障害をもちながら、残っている自分の身体機能、精神機能を最大限に活用して、有意義な人生を送る努力をしよう、生活の内面的向上を図ろうというように、自分の心の中で障害を十分に納得し、受入れることがその後の人生の過ごし方の出発点として大切なことである。すなわち障害を受容した上での生活・人生の質 (Quality of Life, QOL) の向上の努力を自分自身でしようと気付くことが大

切であり、福祉や保健・医療の担当者も、このための支援を障害者に対する初期の対応としてまず考えるべきである。

V. QOLの概念の胎頭とIL運動

さて、ここまでの内容は1970年代半ばから胎頭した障害者運動の中から生まれた自立生活 (Independent Living, IL) 思想や、それに呼応するように障害者の「ライフ」(生命、生活、人生、人格) の質の向上と充実の重要性を強調するQOL (Quality of Life) の概念が普及し始める以前の一般的な「リハビリテーション医療」の考え方であり、これはニューヨーク大学のHoward A. RUSK教授らが先導的に活動して第2次世界大戦後約20年間で確立したものである。

ここで解るように、QOLとかIL運動が生まれる以前から、「リハビリテーション」とは障害をもった人の「人間らしく生きる権利の回復」すなわち「全人間的復権」を目指していたのであるから当然その障害者のQOLの向上・改善を最終目標としていたものであることは、現在と全く変わりはない。ただその最終目標を達成するための手段として、ADLの改善 (impairmentやdisabilityへの対策) に大きな比重を置きすぎていたかどうかが問題点 (障害者の立場からの批判) となってきたのである。このような概念の歴史的流れについては表1にまとめてみた。

QOL向上のためにはADLの自立が前提と考え、ADL自立の訓練に努力を集中しすぎた時代から、今では、いかに努力してもADL自立は望めない重度障害者でもQOLの向上・改善は可能であり、そのための自己努力、リハ関係職種 of 支援体制が図られるべきであると考えようになった。しかしADLの差はやはりQOLのレベルに大きな影響があることは当然であり、QOLの向上をめざしたADLのレベルアップの重要性は今

でも否定されているわけではない^(6, 7)。

障害者のリハビリテーション医療に当って、個々のケース毎に最終的QOLをどこに置くかという目標を設定して、それに向かったのimpairment（機能障害）への対策、disability（能力障害）の改善訓練等によるADLの向上、さらには個々のケースに見合った医工学技術の導入、そして又地域における人的資源による支援体制の総合力で、個々のケースの具体的QOL目標を満足できるようにリハ・プログラムが進行していくべきである^(8, 9)。その際に、「QOL」のレベルや内容としては万人に多種多様といってもよいであろう。患者の一人一人に見合ったQOLの向上のゴールを達成するための患者自身の努力（IL）と、それを支援するきめ細かな社会的対策（地域リハビリテーション・システム）が求められるところである。

VI. 地域リハビリテーションにおける 福祉と保健・医療の連携

1955年にClarkとLeavellが包括医療という考え方を提唱し、医療機関を訪れてきた患者だけを治療するのが医療の本来のあり方でなく、表2に示した疾病対策の5つのレベルのすべてについて、地域ぐるみの一貫した医療体制がとられるべきだということを強調した。今や世界の医療体系はほとんどこの方向に向かいつつあり、リハビリテーション医療に関与する職種の人々も、この包括医療・総合医療あるいは地域医療という体系の中で自らの位置づけを正しく見直す必要がある。

自分の働いている病院や診療所などに訪ねてくる人だけを対象として、しかもその患者と対している時間だけが医療の場であるという考え方はもう前時代的な古いものである。

自分が所属している地域において福祉も含めた包括医療体制がどのように組み立てられてゆくか、

そして自分はその中でとくにリハビリテーションという医療の立場において、どのような役割を担うべきであるかということ、じっくりと見つめる心がまえをもつべきである。

また逆に、自分がいる地域におけるリハビリテーション医療についての包括医療の体制を、どのように作りあげていったら良いのかということについても、各自の立場から考えてみるべきではなかろうか。

シカゴ・リハビリテーション研究所（Rehabilitation Institute of Chicago）は2,600万ドルの新しいビルを作ったが、そのうち、1,800万ドルは市民の実業家からの寄付金であり、その運営も市民の実業家による理事会や、地域の婦人委員会などを中心に行なわれ、126人のボランティアの参加を得て「包括リハビリテーション医療体制」をしいている。

すなわち、研究所附属病院内でのリハビリテーション医療はもちろんのこと、その後の職業的リハビリテーションをはじめ、社会的リハビリテーションや教育的リハビリテーションおよび医学的リハビリテーションの面倒を組織的に追跡支援してくれる地域ぐるみの体制である。

またニューヨーク郊外にあるアビリティズ社は「敗北を知らぬ人々」の著書で有名なヘンリー・ビスカルディ・ジュニアをはじめ、すべて身障者の人達だけで設立し運営もしているすばらしい設備をもった身障者再開発のためのセンターで、障害児のための小・中学校も併設され、各クラス数名の生徒にそれぞれ教師1名がついて特殊教育にあたっている。工場で、身障者400名がそれぞれの残存能力を最大限に活用して働いている姿には、創設者たちの血みどろの努力とともに、まことに胸を打つものを感じた。

地域医療の中におけるリハビリテーション医療体制を形づくる役割のもう一つの例としてミネア

ポリスのシスター・ケニー研究所があげられる。ここはポリオに対するケニーパック療法で有名なエリザベス・ケニーが始めた看護施設として開発されたものであるが、現在では年間500人ほどの入院患者がいる所である。ここではリハビリテーションの医療に携わる人々の再教育ということに重点を入れており、地域病院やナーシングホームの職員を対象に、年52回の継続的教育講習を開いて、年間10,000人が参加しているという。

ところで福祉と保健・医療担当者の連携不十分な例を一つだけ挙げてみよう。

肢体不自由で日中独りでふとんに寝かされていた高齢者を往診した医師が、肘と膝で這ってでもいいからふとんから少しでも離れて畳の上を動くように指導して、少しずつ移動できるようになっていたのに、或る日福祉担当者の好意的支援で貸出しベッドが搬入され、患者の家族はその方が介護し易いからというので、患者はベッド上に寝かされてしまった。その為その患者は自力で畳の上を這いずり廻ることが出来なくなって完全な寝たきりになってしまったという実例がある。

これは、平素から福祉関係者と医師の間に、全く連携をもつシステムがなかったことにより、善意ではあっても結果的に患者のQOL向上を阻害してしまった典型的な例である。

ところで、本誌の前号(32号)に紹介した⁽¹⁰⁾古河市「福祉の森」事業においては、このような福祉と保健・医療部門の完全な連携を図った地域総ぐるみのシステムづくりを目指したものであり、その全体構想を「地域リハビリテーション」の視点からまとめてみると図1のようになると思われるので参考までにここに示しておく。

Ⅶ. おわりに

自立生活 (Independent Living, IL) 運動が発展した米国では、重度の障害者が自己決定権を行

使し得るだけの社会的サポート・システムの確立が進められている一方で、障害者自身にとっても、自立生活を望む際には多くの努力が要求されている。

自立生活技術訓練プログラムのなかには身辺処理技術の他に、障害者本人が介助者を募集し、雇用し、訓練し、監督し、必要であれば解雇する介護者管理能力および自らの生活全体を維持管理する能力として金銭管理、セックス管理、時間管理、対人関係、健康管理および社会資源の利用能力などを習得することが含まれている⁽¹¹⁾。

介助者の供給を含め自立保障のための福祉サービスが並行して整備される必要がある。

その場合、地域として施設と人的資源が確保されたからといって、保健・医療・福祉の一体化がスムーズに成り立つものではない。それぞれの分担を担当する個人個人の役割分担の意識、各専門職種間の有効連携、異なる企業全体の相互協調、要介護者とその家族に対するキーパーソンの役割、ボランティア活動の育成など、運用面の方にこそむしろ極めて重要な問題がある。そのすべてを、患者が人間らしい生活を送ることができるよう官民一体となって地域全体で支援するという基本理念を常に見すえて、ケア・システムが円滑に活動する体制を組立なければならない。

文 献

- 1) Jones, W. H. S. : Hippocrates, Vol. 1-4, William Heinemann LTD. London, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass. 1972.
- 2) 日本リハビリテーション医学会編：リハビリテーション白書、P. 20、医師薬出版、1979.
- 3) 砂原茂一：リハビリテーション、P. 64、岩波新書、1980.
- 4) 上田敏：目でみるリハビリテーション医学、P. 2、東京大学出版会、1975.
- 5) 竹内孝仁：リハビリテーション看護の考え方

- と実際 (大貫稔監修) 第2章リハビリテーションと看護理念、P.14、ライフ・サイエンス・センター、1983.
- 6) 上田敏: QOLとADL、メディカル・ヒューマニティ、5(4):18-23、1991.
- 7) 上田敏: 日常生活動作を再考する—QOL向上のためのADLを目指して、総合リハ、19:69-74、1991.
- 8) 上田敏: ADLからQOLへ—リハビリテーションにおける目標の転換—、総合リハ、12(4):261-266、1984.
- 9) 小島蓉子: クオリティ・オブ・ライフ(QOL)と社会リハビリテーション、総合リハ、12(4):283-288、1984.
- 10) 大貫稔: 古河市における保健・医療・福祉を一体化したケア・システム“福祉の森”事業の育成について、社会福祉、32:33-39、1992.
- 11) 定藤文弘: 自立生活(IL)運動と社会リハビリテーション、総合リハ、18:507-511、1990.

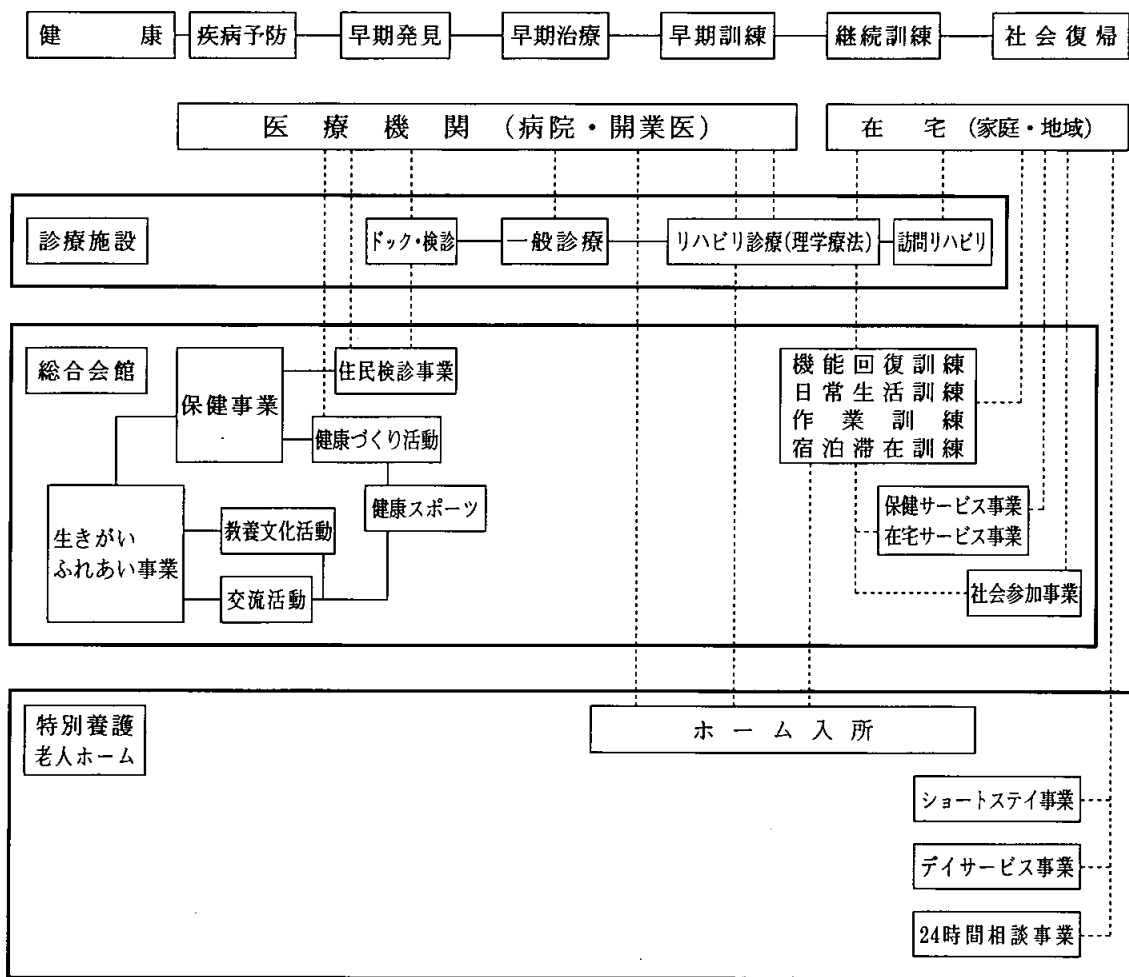
表1 リハビリテーション関連分野の理念の発展 (略年表)

(西 暦) 1917	「リハビリテーション」という言葉が医療の分野に始めて登場した。(アメリカ陸軍病院に身体機能再建およびリハビリテーション部)
1920 ～30年代	医学的リハビリテーションの確立。ポリオ対策が主。 (ただし、整形外科、物理医学の一分野として)
1942	アメリカ全国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・決定。
1947	アメリカで「リハビリテーション医学」が独立。 リハビリテーション専門医制発足。
1940 ～60年代	「近代リハビリテーション医学」の科学的学問分野の確立(ラスク教授らを中心に)。 とくにADLの訓練技術の確立と医工学技術のリハ部門への導入による進歩。
1960 年代末～	医学以外の分野では、高度経済成長の終る頃から、生活の量的向上から質的向上が求められるようになり、アメリカやスウェーデンで人間的生活をめざすQOL論議が始まった。
1968	WHOでリハビリテーションの定義・決定。
1970 年代半ば～	IL運動の胎頭(ADLの自立が、必ずしも社会的活動の絶対不可欠な条件ではなく、ADL介助をうけていても、重度障害者で全介助をうけていてさえも、社会的活動に有益に参加することはできるという考え方)。
同 じ 頃 ～	リハビリテーション医学の分野では、IL運動に呼応するように障害者のlife(生命、生活、人生、人格)の質的向上と充実の重要性を強調して「QOL」が急速に拡がった。
1979	第56回アメリカ・リハビリテーション医学会(ハワイ)
1980	第14回リハビリテーション・インターナショナル世界大会(カナダ) 両者ともQOLがメイン・テーマ。
1982	第4回国際リハビリテーション医学会(プエルトリコ)、QOLが重要テーマ。

表2 疾病対策の5レベルと包括医療

(1) 健康増進	health promotion
(2) 特殊予防	specific protection
(3) 早期発見・早期治療	early diagnosis and prompt treatment
(4) 障害の制限	disability limitation
(5) 社会復帰	rehabilitation

図1 地域リハビリテーションの展開と施設の役割 (古河市)



- * 診療施設の利用については保健診療報酬適用
- * 総合会館の利用については利用料及び国県補助事業
- * 特別養護老人ホーム在宅サービス関係は市委託事業 (国県補助)