

在宅リハビリテーションの「これまで」と「これから」 ～脳血管疾患に対するリハビリテーションの発展と 「存在の肯定」を基盤としたリハビリテーションの構築に向けて～

松本和久

明治国際医療大学

要旨：「これまで」のリハビリテーションとして1980年代、1990年代、2000年代のリハビリテーションを技術面と政策面から振り返り、その変遷から「これから」の脳血管疾患に対するリハビリテーションの発展と「存在の肯定」を基盤としたリハビリテーションの構築に向けた考えを述べた。

脳血管疾患に対するリハビリテーションは、悲観主義（治療上の虚無主義：therapeutic nihilism）に陥ることなく決して諦めずに患者の最良の利益のために闘い続けるという精神のもと、量的な科学観だけでなく質的な科学観に基づいて発展していく必要がある。そのためには、脳血管疾患を脳の損傷部位とその程度によって分類し、それぞれの経時的な機能回復状態を調査するとともに、その分類ごとに様々な治療法の効果検証を長期にわたって実施しなければならない。

「存在の肯定」を基盤としたリハビリテーションは、1978年に自立生活（IL）を正面に打ち出した法律に改正された米国のリハビリテーション関連法に倣い、行政が「存在価値」と「能力価値」の倒錯しない「存在の肯定」を基盤としたリハビリテーションを明文化し、リハビリテーションに携わる全ての人々がそれを後押しすることで構築されるものと考えられる。

Key words リハビリテーション、脳血管疾患、存在の肯定、介護保険、ICF

1. はじめに

日本の医療制度は戦前に骨格が形成され、1961年の国民皆保険の実現を経て、1973年の「福祉元年」と称される社会保障の拡大路線のピークを迎えるが、その年の秋に第一次オイルショックが起これり高度経済成長の終焉を迎えると、それ以降は見直しの助走期を経て1980年代に改革が本格的に始動し、老人保健制度の創設や健保法等の大改正が行われ、1990年代の被用者保険の一部負担の引き上げ、2000年の介護保険の導入など、様々な変遷を経て現在に至る¹⁾。

一方リハビリテーションにおいては、身体の不活動によって発生する様々な病態に対し動機づけによって運動機能の回復を図る「動機づけ理論」から始まり、解剖学や運動学を基礎科学として筋収縮の活性化と反復により運動機能の回復を図る「筋力増強理論」、古典的神経生理学を基礎科学として末梢からの感覚入力によって正常な運

動反応を誘発することで運動機能の回復を図る「神経運動学理論」、そして認知神経科学を基礎科学として学習による認知過程の組織化により運動機能の回復を図る「認知理論」へと、パラダイム変換が生じている²⁾。

京都在宅リハビリテーション研究会は昨年10周年の節目を迎え、今年11年目を歩み出すにあたり、「これまで」のリハビリテーションとして1980年代、1990年代、2000年代のリハビリテーションを技術面と政策面から振り返り、その変遷から「これから」の脳血管疾患に対するリハビリテーションの発展と「存在の肯定」を基盤としたリハビリテーションの構築に向けた考えを述べる。

2. 「これまで」のリハビリテーション

1) 1980年代

(1) 1980年代のリハビリテーション技術
リハビリテーション医学の方法論は、はじめは主とし

て整形外科的なものであったが、1940年代を境に神経学的アプローチの重要性が増して来た³⁾とされる。1940年代から1950年代半ばにかけて神経生理学的な諸法則を利用して、中枢性麻痺の治療に役立たせようとする訓練法の理論と技術が体系化されはじめ、様々な訓練法が発表され、これらは総じてファシリテーションテクニック (facilitation technique) といわれる⁴⁾。

以下に代表的なファシリテーションテクニックについて簡単に述べる^{3, 4)}。

①神経筋反射療法 (neuromuscular reflex therapy) :

神経外科医 Temple Fay によって考案された方法で、Sherrington の業績をその理論的基礎におき、ヒトの運動パターンは系統発生的に発展すること、適当な刺激を与えることにより原始反射が誘発されることを基盤にして、魚類、両棲類、爬虫類、哺乳類の運動パターンを導く方法である。

②固有受容性神経筋促通法 (proprioceptive neuromuscular facilitation: PNF) :

Sherrington の神経生理学的研究に加えて McGraw, Gesell らの運動行動発達に関する研究、さらに Pavlov の運動学習・条件反射に関する研究などを参考に医師 Herman Kabat と理学療法士 Margaret Knott が考案した方法で、全運動域にわたる最大抵抗、拮抗筋間の交互収縮、螺旋的・対角線の運動を活用する方法である。

③Rood の方法 (感覚運動的アプローチ) :

作業療法士であり理学療法士でもある Margaret Rood が考案した方法で、神経・筋肉系を運動性と安定性の2種類の生物学的要素に分類し、ブラッシング、アイシング、圧迫を用いた感覚入力と、筋腹をこする (rubbing pressure)、指で軽く叩く (tapping)、素早いストレッチ、筋収縮への交互抵抗 (alternating resistance)、振動 (vibration)、関節圧縮 (joint compression)、関節牽引 (joint traction)、転がし (rolling)、揺する (swinging) などの刺激を加える方法である。

④Brunnstrom の方法 :

成人の脳血管疾患による片麻痺の回復過程についての研究から、回復の初期の随意運動のない時期には対側連合運動やその他の反射的な現象を利用して運動を起こさせ、その運動を随意的な努力と組み合わせで共同運動とし、共同運動が確立してからは様々な方法でそれを抑制し、個々の動作の分離・独立を促す理学療法士 Signe Brunnstrom が考案した方法である。

⑤神経発達学的アプローチ (neurodevelopmental approach; NDA) :

精神神経科医 Karl Bobath と理学療法士 Berta Bobath が考案した方法で、Magnus (立ち直り反応)、Sherrington (相反神経支配)、Schaltenbrandt (立ち直り反応)、Walshe (非対称性緊張性頸反射) などの業績を基礎として、脳性麻痺患者と成人片麻痺患者を対象とした、反射の抑制と促通

を用いた神経発達学的な治療法である。

(2) 1980年代のリハビリテーション政策

1973年に実施された老人医療費無料化により1973年から1981年間の国民医療費は約3倍となり、そのうち老人医療費は6倍近く増加した。また日本経済も低成長基調に移行したことから、1983年に老人保健法が施行される。老人保健法は、①負担の公平、健康に対する自覚や適正な受診を促すという観点から老人にも一部負担を求めること、②老人医療費を国、地方公共団体、各医療保険者が共同で拠出することにより全国民で公平に負担すること、③疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健医療対策を推進すること等を内容とするものであった¹⁾。

(3) 1980年代のリハビリテーション

1980年代のリハビリテーションは、整形外科疾患に対するものに加えて、1940年代を境に始まった脳血管疾患に対するファシリテーションテクニックと呼ばれる神経学的治療が盛んに行われた。しかし1980年の理学療法士養成校は、短期大学2校、専門学校20校の計22校、入学定員は455名であり、2016年の理学療法士養成校258校、入学定員13860名と比較して明らかに少なく⁵⁾、リハビリテーションに必要な専門職員の数が不足していた。そのため脳血管疾患による機能障害だけでなくその他のリハビリテーションを必要とする対象に対して十分なリハビリテーションが提供できていたとはいえない。

また、ファシリテーションテクニックの効果や脳血管疾患による機能障害の回復の時間的経過を日常生活動作 (activities of daily living: ADL) の尺度で検証する研究が行われた時代でもあり、上肢機能の回復においてファシリテーションテクニックと伝統的な治療の間に統計的な有意差を認めることはできず⁶⁾、脳血管疾患による機能障害の回復は3～6ヶ月ではほぼ終了すると報告された^{7,8)}。

一方で脳血管疾患による機能障害は「寝たきり老人」の原因でもあり⁹⁾、先に述べたようにリハビリテーションに必要な専門職員の数が不足していたことから、脳血管疾患による機能障害やその他のリハビリテーションを必要とする対象に対して十分なリハビリテーションが提供できていなかったため、1978年の厚生行政基礎調査では、60歳以上の「寝たきり老人」は全国で約38万6000人と報告されていた。

このような状況のもと、高齢期の健康を保持するために1983年に老人保健法が施行され、疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健医療対策を推進することが提唱された時代であったと考えられる。

2) 1990年代

(1) 1990年代のリハビリテーション技術

1990年代のリハビリテーション技術は、整形外科疾患に対しては発展した時期といえる。

以下に代表的な治療法を述べる。

①関節運動学的アプローチ(AKA: Arthrokinematic

Approach) :

「関節運動学に基づく治療法で、関節面のすべり (slide)、回転 (roll)、軸回旋 (spin) などの関節包内運動を改善する手段である」と定義され、従来の運動療法において注意が払われていなかった関節面相互の運動に着目した運動療法である¹⁰⁾。

②筋・筋膜摩擦伸張法 :

J.G. Travell らや C.C. Gunn により提唱された筋・筋膜性疼痛症候群に代表される防御的な筋スパズムから硬直した筋硬結までの幅広い病態を示す可逆性の筋短縮である神経・筋機能不全を対象とする治療法で、筋や筋膜に対して経皮的に機械的な直接刺激を与える直接的伸張法と、関節運動を利用した間接的伸張法とからなる¹¹⁾。

③動的関節制動訓練 (Dynamic Joint Control Training: DYJOC Training) :

股、膝、足関節などの下肢関節の構成体の内部および周囲に存在する諸種の固有受容器からの関節の空間的位置覚や関節の動きの変化、加速度に対する運動覚と関節包、靭帯、筋、腱の緊張度合いなどの情報をすばやく高次中枢へ伝達し、その情報に対する関節周囲筋群による効果的な制御機能を改善する訓練であり、神経-運動器のより良い協調により関節の安定化と外力や状況変化に即座に対応させる訓練である¹²⁾。

(2) 1990年代のリハビリテーション政策

1989年に「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略(ゴールドプラン)」が定められ、特別養護老人ホームの大幅な定員数の拡大やホームヘルパーの大幅な増員をはじめ10ヵ年の保健福祉施策の具体的な整備目標が掲げられた。そして1994年には「新ゴールドプラン」が策定され、1999年度末までに総事業費9兆円を超す規模の事業が行われた。また1991年にバブル経済が崩壊したとはいえ、この当時はまだ好景気の余韻があったことに加え、1984年の健康保険法改正の影響で政管健保は黒字基調が続き、1991年度末の積立金は約1兆4千億円という規模に達していたこともあり、1992年に保険料および国保負担が引き下げられ、リハビリテーション承認施設のリハビリテーション料は大幅に引き上げられたことで、承認施設の理学・作業療法は医師以外の技術料として飛び抜けた高水準となった¹⁾。

(3) 1990年代のリハビリテーション

整形外科疾患に対する様々な治療法の出現と理学・作業療法の技術料の高騰により、リハビリテーション関連職種の人気が高まり、それを受けて1980年は計22校の理学療法士養成校、入学定員は455名であったものが、1990年には理学療法士養成校48校、入学定員1115名、1999年には理学療法士養成校107校、入学定員3625名、と10年間で約3倍の入学定員を養成する業界となり⁵⁾、“リハビリテーションバブル”と呼ばれる時代であったと考えられる。

3) 2000年代

(1) 2000年代のリハビリテーション技術

2000年代のリハビリテーション技術は、科学技術の進歩により脳科学が飛躍的に発展したことで、脳血管疾患による機能障害に対する新たな治療法が生まれた時期である。

以下に、代表的な治療法について述べる。

①認知運動療法(認知神経リハビリテーション)²⁾

先に述べた Sherrington をはじめとする神経生理学的研究を基盤とするファシリテーションテクニックを、脊髄の運動ニューロンを末梢からの感覚入力によって促通 (facilitation)、または抑制 (inhibition) する手技とすると、認知運動療法は「人間はある感覚入力に定性的に運動出力する機械ではなく、人間は主体的(意図)を有して身体を介して外界に能動的に働きかけ、環境との相互作用を認識し、学習することによって行動を変容させていく」ことを前提に、運動機能回復を病的状態からの学習とみなし、学習が認知過程(知覚、注意、記憶、判断、言語)の組織化によりもたらされると仮定する認知理論に基づいている。

認知運動療法は、イタリアの神経科学者 Carlo C Perfetti 氏により提唱された治療法であり、数値による確率論的な分析によるこれまでのリハビリテーション医学とは一線を画するもので、Karl R Popper 氏の「科学はデータではなく、問題から始まる、あるいは新しい仮説から始まる」という科学論に立脚し、臨床では「認知理論」—「病態の解釈」—「学習への介入方略」—「治療実践」の4つの思考過程に構造化し、個々の患者の機能回復を「予測」し、その「予測」が裏切られたら仮説を変更し新たな治療を考えるという、質的な科学観を選択している。

②CI療法(Constraint Induced movement therapy)¹³⁾

CI療法はTaubらのサルを対象にした実験を基に、Wolfらによって脳卒中後の麻痺側上肢に対する治療方法として臨床研究されている治療法で、脳卒中により麻痺をしていない側の上肢を三角巾などで“拘束”し、麻痺側上肢を強制的に使わざるをえない状況を作り出すことで、麻痺側上肢の機能回復を促すものである。

CI療法は、適応基準を満たした対象に対し、麻痺側上肢を強制的に使わざるをえない状況を作り、道免和久氏らが独自に作成した「粗大動作」、「巧緻動作」、「両手動作」の3種類からなる60項目のshaping項目のうち対象に応じた数種を1日4~5時間、約3週間継続して実施する。

③目標指向的アプローチ :

目標指向的アプローチは直接的な治療法ではないが、上田敏氏が提唱したリハビリテーション・プログラムを立案するための方法¹⁴⁾で、国際保健機関(World Health Organization: WHO)が2001年に提唱した国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)に基づく方法とされている^{15,16)}。しかし、こ

の方法が ICF に基づく方法であるか否かについては若干異論があるので、以下に述べる。

ICF (国際生活機能分類) とは、1980 年に同じく WHO が提唱した国際障害分類 (International Classification of Impairment, Disability and Handicap: ICIDH) を改定したものである。ICIDH (国際障害分類) は、障害の概念が曖昧だった 1980 年に、誰もが障害を共通して認識できるように作られた画期的な分類で、障害を機能障害 (impairment) ・能力低下 (disability) ・社会的不利 (handicap) という 3 つの要素を用いて表現したものである。例えば膝関節の屈曲の参考可動域は 130° だが、外傷により 120° までしか屈曲できなくなったもの (120° 屈曲) と、同様に 45° までしか屈曲できなくなったもの (45° 屈曲) では、120° 屈曲では歩行は障害されないが、45° 屈曲では歩行は障害される。また 120° 屈曲では歩行は障害されないが正座は不可能であるため、正座が必要な職業 (僧侶、華道・茶道の指導者など) では職業的障害が生じる。このように同じ膝関節の屈曲制限という障害であっても、障害される内容は同じではない。ICIDH が提唱される以前は障害の概念が曖昧で、これらを分類して共通認識を得ることが不可能であった。ICIDH は屈曲角度に関係なく屈曲角度が制限されていれば機能障害、機能障害により歩行などの日常生活動作が障害されると能力低下、能力低下によって社会生活が障害されると社会的不利として、その対象の状況に応じた障害の把握を可能にした。したがって機能障害、能力低下、社会的不利の関連性は、その因子数も含めて図 1 のようにピラミッド型の階層で表現すると理解しやすいが、実際には図 2 のように表記されたため¹⁷⁾治療の時間的順序と混同され、「段階論の方針として、深く考えずに惰性的にリハビリテーションを行っている場合には、いつの間にかこの方針に従っていることが多いものである。」¹⁴⁾との誤解を招き、それを修正するために生まれたのが目的指向的アプローチといえる。

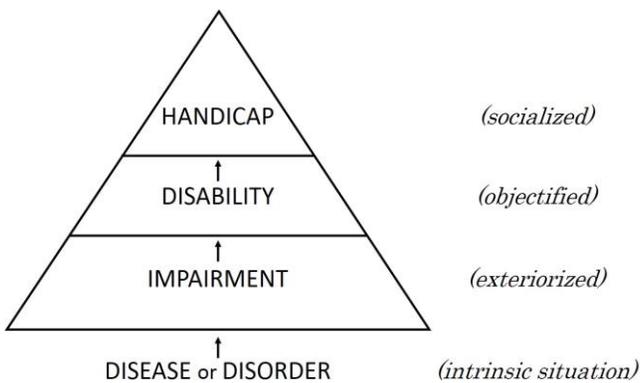


図 1. 国際障害分類 (ICIDH) による障害の分類

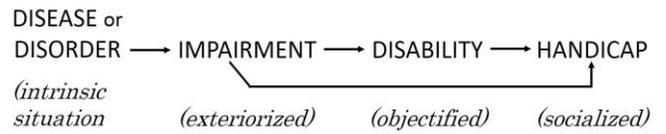


図 2. WHO が表した国際障害分類 (ICIDH) による障害の分類

ICIDH は障害を分類していることから、健常者と障害者を分類することから始まる。それは国際障害者年のスローガンである「完全参加と平等」の精神に反することである。そのため ICIDH は、健常者と障害者を区別することなく人間の普遍的な営みを分類するため ICF (ICIDH-2) に改定され、「機能 (functioning) と障害 (disability) は生物学的、個人的、社会的な視点から、機能の肯定的および否定的側面を示す包括的用語として理解され、多次元モデルに反映された多視点の生物心理社会的アプローチを提供し、分類を機能の肯定的側面と否定的側面の両方を記録するために使用することができる。」¹⁸⁾と記されることとなった。

目標指向的アプローチを推奨するものの中には、ICF の「Functioning and disability are understood as umbrella terms denoting the positive and negative aspects of functioning from a biological, individual and social perspective。」¹⁸⁾を「マイナスをプラスの中に位置づけてみる」、「プラス面を重視し、マイナス面をもプラス面の中に位置づけてとらえる」¹⁵⁾と解釈し、脳血管疾患による機能障害に対するリハビリテーションにおいては機能障害の回復を目標とするのではなく、残存機能を用いて ADL を自立させることこそが重要であると主張している。これに対して道免和久氏は、リハビリテーション医療の使命は ADL の自立とともに機能障害の改善も主要な治療目標であり最終目標は QOL の改善である¹³⁾として、このような主張によりリハビリテーションが“ADL 自立至上主義”に陥ってしまう危険性を危惧している。

目標指向的アプローチは、『「経験を積んだリハビリテーション医や広い視野を持ったセラピストならば、しばしば無意識のうちに実行してきたこと」を理論的にしたもの』¹⁴⁾であり、ICF の意味を純粋に理解するなら、ICF はこれまでの医学モデル (ICIDH) に社会モデルである背景因子を新たに加えていることから、ICF に基づく目標指向的アプローチとは、主目標を ADL の自立と決め付けるのではなく、医学モデルにおける肯定的側面と否定的側面、および社会モデルにおける環境因子と個人因子の多面的側面から、対象の QOL に合わせたリハビリテーション目標を設定するアプローチでなければならないと考えられる。

(2) 2000 年代のリハビリテーション政策

2000 年から介護保険が施行され、介護サービスが従来の措置制度から社会保険方式に変わり、低所得者を対象

とする施策から普遍的な施策に質的に変化した。それにより、施設・在宅いずれの面でも介護サービスの量的拡大が一挙に進んだ¹⁾。

それに対し医療保険制度においては、1990年代のリハビリテーションは「根拠に基づかないもの」として、2002年の診療報酬改定以降、施設基準適合施設の入院6ヶ月以内の「複雑なもの」の診療報酬は大幅な引き上げが行われたが、慢性期リハビリテーションに対する診療報酬は大幅に引き下げられた。さらに、「リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるもの」という規定がわざわざ盛り込まれ、その記録様式には前述したICFの分類が適用された。また、患者一人・一日あたりの単位数の上限が定められ、上限を超えるリハビリテーションは全額自費を認めるという、「公私混合医療化」の布石が打たれたが、2006年の診療報酬改定で1日最大6単位から最大9単位に引き上げられることで、リハビリテーション医療の「公私混合医療化」は消滅した¹⁹⁾。

(3) 2000年代のリハビリテーション

1990年代の“リハビリテーションバブル”の反動と、逼迫する医療費財政、およびICFの解釈により、リハビリテーションにおける「医療」の範疇が決定され、急性期・回復期のリハビリテーションは「医療」圏内に、維持期・慢性期のリハビリテーションは「医療」圏外である介護保険サービス下に位置づけられる。

一方で、脳科学が飛躍的に発展したことに加えて、医工連携によるBrain Machine Interface (BMI) と呼ばれる脳と機械を直接つなぐ技術などの脳科学研究戦略推進プログラムが発足し、発展する基礎科学の知見に基づく脳血管疾患による機能障害に対する治療法の開発と、実際の臨床で主体的に行われるようになったADLの自立を目標とするリハビリテーションとの間に乖離が生じ始めた時代であったと考える。

3. 「これから」のリハビリテーション

1980年代から2000年代までの「これまで」のリハビリテーションを振り返ってきたが、機能回復を目的とするリハビリテーションの対象として立ちはだかる最も大きな壁は、“脳血管疾患による機能障害”と考えられる。

厚生労働省の「人口動態統計」によると死因の第一位は、1954年に結核から脳血管疾患となるが、その数は1969年をピークに徐々に減少し、1979年に脳血管疾患から悪性新生物となる。その後脳血管疾患による死亡は減少し続け、現在は悪性新生物、心疾患、肺炎に次ぐ第4位となっている²⁰⁾。その一方で厚生労働省発表の「平成26年患者調査の概況」によると、脳血管疾患の総患者数(継続的な治療を受けていると推測される患者数)は3年前の調査よりも約6万人減少したものの117万9,000人であり

²¹⁾、2016年のがん罹患数予測の約101万200例(男性57万6千100例、女性43万4千100例)²²⁾よりも多く、脳血管疾患による死亡者数は減少したものの後遺症である機能障害に苦しむ人は依然として数多く存在することが推察される。

また“脳血管疾患による機能障害”に対するリハビリテーションは様々な論議を生み、脳血管疾患による機能障害の回復過程の調査結果から、発症から6ヶ月以内の急性期および回復期の機能回復を目的とするリハビリテーションは「医療保険」によるリハビリテーションと位置づけ、発症から6ヶ月を超えた維持期・生活期のリハビリテーションは「寝たきり」＝「機能低下」を予防するリハビリテーションとして「介護保険」のリハビリテーションと位置づける新たな基準が生まれた。

したがって「これから」のリハビリテーションでは、
1) 脳血管疾患に対するリハビリテーション、
2) 「寝たきり」＝「機能低下」を予防する介護保険制度におけるリハビリテーションについて述べることにする。

1) 脳血管疾患に対するリハビリテーション

1970年代から実施された脳血管疾患による機能障害の回復訓練は、論理的に、あるいは統計学的に未熟であったといえる。しかし経験的・試験的な様々な試みと、それを科学へと精錬していく過程との両方がなければ医学は発展しない。上田敏氏は、『facilitationは、「脳の損傷が治るわけがない」という悲観主義(治療上の虚無主義: therapeutic nihilism)に陥ることなく、患者のために最良の治療をしようとすることを試みたこと、そのことに意味があり、リハビリテーション医学の基本には常にこのような、決して諦めずに患者の最良の利益のために闘い続けるという精神が息づいていなければならない。』¹⁴⁾と述べており、依然として決定的な治療法の見つかっていない脳血管疾患による機能障害の回復を目的とするリハビリテーションでは、「これから」もこの精神が重要であると考える。

その上で、1980年から1990年にかけて実施された脳血管疾患による機能障害の回復調査を見直す必要があると考える。脳血管疾患による機能障害は、脳の損傷部位とその程度によって決定される部分が大きいにも拘らず、当時の調査は脳の損傷部位とその程度が十分に考慮されているとは言い難い。そこで脳血管疾患を脳の損傷部位とその程度によって分類し、それぞれの発症からの経時的な機能回復状態を調査する必要がある。またその分類ごとに様々な治療法を実施し、その効果検証を1年・3年・5年と長期にわたって実施する必要があると考える。

「脳血管疾患の臨床パス」が運用されている現状では、同一のセラピストが同一の対象を長期間追跡調査することは不可能に近い。したがって、急性期を担う病院一回復期を担う病院一維持期・生活期を担う施設、機関(在宅を含む)のそれぞれの構成員が連携してテーマを

決め、ADL といった大雑把な指標だけでなく、運動機能の細かな指標を作って、機能回復の過程を観察・調査する必要があると考える。また同時に、Popper の「反証主義」の原理に則った質的な科学観に基づく研究も重要であると考え。

2) 「寝たきり」＝「機能低下」を予防する介護保険制度におけるリハビリテーション

(1) 介護保険制度について

2000 年から実施された「介護保険制度」については、肯定的な意見もあれば否定的な意見もある。

荻島秀男氏は著書「運動器の機能解剖」の序文に、“2000 年より介護保険制度が我が国で発足したが、増大する老人医療費を削減するために介護保険に振り替えることが第一の目的であったことは明白で、長年準備した上で住宅状況をいち早く整備して始めたドイツの長期計画と基本的に異なっている。安易な試験で素人も含めた人々をケアマネージャーと認定してお墨付きを与え、彼らが不十分な知識でケアプラン等を作成して実施しようとしているのを見ると、肌寒さを覚える。PT・OT 等の専門職に開業権を与えて、訪問リハビリテーションのステーションを開設できる制度にしなかったことも問題である。(中略) 介護保険制度が機能するためには、まず住宅制度を刷新して自宅で介護できるような部屋の確保が先決である。老人医療費の節約のため、患者を病院の介護病棟に押し込んで、病院を老人ホーム、さらには特養化させて制度の改善などと思い込んでいる紙の上の計算しかししない議員や官僚は亡国徒である。”²³⁾と記している。

一方、池田省三氏は著書「介護保険論」において、“介護保険制度は「選別主義」から「普遍主義」への、「保護主義」から「自立支援」への、「公助」から「共助」への、三つの思想的転換である。”²⁴⁾として、介護保険制度は社会政策のあり方を「選別—保護—公助」主義から、「普遍—自立支援—共助」主義へ転換しようとする試みであると記している。

このように「介護保険制度」に対して、荻島秀男氏は否定的であり、池田省三氏は肯定的であり、お二人の意見は異なる。その違いは「介護」に対するお二人の考え方の違いが根底にあるように感じる。それは、荻島秀男氏は“家に残って親の面倒をみた家族が遺産相続をした昔の日本の美德が無くなり、変な平等だけを主張する民主主義がはびこる現在では、介護保険の基本理念である在宅介護がうまく運営できるはずがない。”²³⁾と記しているのに対し、池田省三氏は“わが国では、パターナリズム(家父長的温情主義)が支配的であった時代が永く続いた。「選別—保護—公助」主義もそこから生まれてきた。望まれるものは、パターナリズムからの脱却であり、市民自身の自己決定を回復し、市民自身が地域に責任を負うという試みである。”²⁴⁾と記しており、江戸時代までに形成された日本の伝統的な「介護」システムに対して、荻島秀男氏は肯

定的であり、池田省三氏は否定的であるところである。

筆者は学生時代に、「親になってはじめて親の苦勞が分かる。」という言葉に耳にしたことがあるが、実際に子供ができて「親」という立場になっても、責任は感じたが苦勞と感じたことはない。赤ちゃんと身体機能が低下した高齢者はともに介護を必要とするが、2者に同じ感覚でオムツ交換ができる人もいれば、異なった感情を抱く人もいる。このように「介護」に対する考えは千差万別であるにも拘らず、1つの固定されたシステムとして機能させることに難しさがあるように感じる。しかしそこに対象者がいる以上、最も基礎となる「生命(いのち)」に対する考え方は統一する必要があると考える。

(2) 「生命(いのち)」とリハビリテーション

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」²⁵⁾に、“長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われている場合がある”とされ、それに対する施策として2006年の診療報酬改定において、医療保険で受けられるリハビリテーションの日数に上限が設けられ、脳血管疾患のリハビリテーションの上限は発症から180日とされた。

鶴見和子氏は1995年に脳血管疾患で左片麻痺となり、その後10年以上リハビリテーションを行い著作活動も行ってきたが、2006年の診療報酬改定後、リハビリテーションの打ち切りの宣告を受け、まもなくベッドから起き上がることができなくなり、持病の大腸癌が悪化し、2006年7月に他界された。そのベッドから起き上がることができなくなった時に詠まれたのが以下の歌である²⁶⁾。

政人いざ事問わん老人われ
生きぬく道のありやなしやと
ねたきりの予兆なるかなベッドより
おきあがることできずなりたり

また世界的な免疫学者であり、2001年に脳血管疾患を患われた多田富雄氏も2006年の診療報酬改定に対して「リハビリは無限に機能回復を期待するものではない。障害を負った患者の残存機能を維持すること、それ以上の機能低下を予防し、寝たきりの廃人となることを防ぐことも重要な役割である。筋肉の拘縮や、廃用性症候群のような悲惨な転機を防ぐこと、障害の苦痛を少しでも軽減し、生活の質(QOL)を高めるのも、リハビリの大切な目的である。それを制限すると、障害者、患者の社会復帰を阻害し、ひいては寝たきりになり、命を縮めることになる。リハビリを奪うことは、患者の生存権まで侵害する行為となる」²⁷⁾と述べている。これは「機能や自立能力の復元を目的とするリハビリテーションは“医療”とされているが、現在持っている機能を維持するリハビリテーションは生存・生命を維持するリハビリテーションであり、機能維持を目的とするリハビリテーションも歴とした“医療”である」という主張である¹⁹⁾。

医療法(昭和二十三年七月三十日法律第二百五号)第一

章 総則 第一条の二には「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」とある。また、介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）第一条には「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」とある。このことから、対象者の“生命の尊重”の役割を担うのは「医療」である。したがって、“生命の尊重”の役割を担う「医療」であるリハビリテーションを介護保険制度において実施することには、矛盾が生じると考えられる。

そこで「医療」であるリハビリテーションを介護保険制度で実施するための考え方について、次に述べる。

(3)「医療」であるリハビリテーションを介護保険制度で実施するための考え方

前項で述べた鶴見和子氏と多田富雄氏は、『「寝たきり予防」とは、介護負担・医療財源負担の増大を予防するものではなく、生きることへの衝動に応答する「何か」を言葉にしたものである。』とも主張している¹⁹⁾。そこで、医療法における「生命の尊重」を「生物学的な生命」、生きることへの衝動に「何か」を「社会学的な生命」と置き換え、「介護保険制度におけるリハビリテーションは社会学的な生命を守るもの」と定義してはどうだろう。

今まで出来ていた動作が、低下した身体機能のために出来なくなった高齢者が、「あ～情けない。こんなことも出来なくなって。こんなやつたら死んだほうがましや。」と嘆く声を筆者は何度も聞いたことがある。この高齢者の嘆きのうち「こんなことも出来なくなって」には「能力価値」が表現されており、「死んだほうがましや」には「生存価値」が表現されており、「能力価値」のほうが「生存価値」よりも優位になり、「存在価値」と「能力価値」が倒錯した状態であると考えられる。

上田 敏氏が障害受容について記した文章の中に『障害者であることが「価値の低い」という価値観はこの社会に支配的な障害者に対する差別的な偏見に他ならない。ほとんどの人は以前から「障害者とは価値の低いもの」という偏見を持っており、「差別する側」にいた。それが突然障害者である自分、つまり「差別される側」にいる自分を見

出して、驚き慌て、悩み苦しんでいる。』¹⁴⁾とある。この文章の“障害”を“能力の低い”に置き換えると、『ほとんどの人は以前から「能力の低い者は価値の低いもの」という偏見を持っており、「差別する側」にいた。それが突然能力の低い者である自分、つまり「差別される側」にいる自分を見出して、驚き慌て、悩み苦しんでいる。』となり、その結果、「あ～情けない。こんなことも出来なくなって。こんなやつたら死んだほうがましや。」となってしまうものと考えられる。したがって、「死んだほうがまし」という嘆きは、生きることへの衝動に「何か」と真っ向から対立するものであり、「死んだほうがまし」と思わせた「何か」を払拭することが、「社会学的な生命を守るリハビリテーション」であると考えられる。

しかしそれは、単なる「能力の維持」ではない。

厚生労働省は「これからの介護予防」と題してこれまでの介護予防の問題点を、

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者の多くも、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかった。と記し²⁸⁾、「能力価値」に偏重した介護予防を戒めているが、十分とは言えない。田島明子氏は、「できること」が対象者の「価値」であると倒錯し、「できないこと」による対象者の価値や劣位や排除を正当化し、その地平から「できること」に向かうための支援であったなら、それこそ対象者にとっては悲劇である²⁹⁾としている。

人は必ず死を迎えるものであり、高水準の身体機能や身体能力が永続的に保たれることはない。介護予防事業の機能回復訓練により「活動」や「参加」が仮に可能となり、一時的な満足感を得たとしても、「存在価値」と「能力価値」を倒錯していれば、必ず訪れる能力低下によって可能であった「活動」や「参加」が不可能になれば、「あ～情けない。こんなことも出来なくなって。こんなやつたら死んだほうがましや。」となり、「社会学的な生命」を守ることはできない。

(4)「存在価値」と「能力価値」を倒錯しない「社会的な生命」を守る介護保険におけるリハビリテーションを実施するために

田島明子氏は、『維持期・慢性期のリハビリテーションは、「寝たきり予防」という政策的・(リハ) 医学的・経済学的な諸言説とその有用性が結びついたからこそ進展を始めたとも言える。言うなれば、医療費や人手のかからない安上がりな身体でいるためのリハビリテーションの拡張である。』¹⁹⁾としている。

半田一登氏は公益社団法人日本理学療法士協会会長として、同協会の2016年12月27日付けのホームページに

『今一度、理学療法士の「開業権」を考える』と題したメッセージを載せている³⁰⁾。そこには、

昨年立ち上がった「日本健康会議」では、以下の3つの目標を掲げています。

- ①健康寿命を延伸して社会保障費の抑制を図る
- ②労働者の健康を維持して経済の活性化を図る
- ③すべての国民が70歳まで働ける環境を作り経済の活性化を図る

このように、理学療法士が持つ運動療法に関する知識と技術が多様に活かせる時代となったのです。前述の厚生労働省医政局の通知にあるように、予防に関しては理学療法士の名称を使いつつ、医師の指示は不要となっています。堂々と予防理学療法を展開しようではありませんか。と記している。

この記述は、まさに先の田島明子氏が指摘した、「存在価値」と「能力価値」が倒錯した「寝たきり予防」という政策的・(リハ) 医学的・経済学的な諸言説が「予防理学療法」と名を変えて、“医療費や人手のかからない安上がりな身体でいるためのリハビリテーションの拡張”と、捉えることはできないだろうか。

現在の医学および医療においては、“evidence”すなわち効果があることを示す証拠や検証結果・臨床結果が常に求められる。しかし、生きることへの衝動に応答する「何か」=「社会的な生命」を守る介護保険におけるリハビリテーションは、対象者によって様々なものとなり、「存在価値」を“evidence”として示すことは容易ではない。それに対し「能力価値」は“evidence”を示すことは容易なため、現在の臨床現場は「存在価値」と「能力価値」の倒錯が生じやすい状況にあると考えられる。

「存在価値」と「能力価値」の倒錯しないリハビリテーションとは、「存在の肯定」を基盤としたリハビリテーションであり、1962年にリハビリテーションの先進国である米国で生まれた自立生活 (independent living : IL) に当てはめることができる。自立生活 (IL) は、「他人の助けを借りて15分で衣服を着て、1日の仕事に出かける障害者は、自分で衣服を着るのに2時間もかかるために家にいるほかない障害者よりも自立している」とする立場をとる。すなわち自立生活における“自立”とは、日常生活動作が自立することではなく、「障害者がたとえ日常生活で介助者のケアを必要とするとしても、自らの人生や生活のあり方を自らの責任において決定し、また自らの望む生活目標や生活様式を選択して生きる行為、すなわち“自己決定や自己選択の行為”をいう。砂原茂一氏は、『自立生活 (IL) 運動は「訓練による成功」に眩惑されがちであった障害者のリハビリテーションを出発点に引き戻して、訓練の軌道に乗らない重度障害者にも、そのままの状態ですべて参加する道を開こうとする。』とし、『リハビリテーションは障害者が「生きがい」をうるためのプロセスであるとしたら、それは必ずしも納税者となることで

もなく、社会活動に参加することでもないし、家庭内で何かの仕事をすることをも意味しないだろう。一日中ベッドを離れることのできない状態で、すべての日常生活動作を他人の厄介にならなくてはならなくても、「存在」することにそれとしての意味があるとする立場も可能であろう。そのような状態でありながら時間の経過とともに何らかの変化—進歩がありうるとすれば、一層生きる意味が深いということになるだろう。クルクホルンは「なすこと」(doing) から「あること」(being) に、「なることに於てあること」(being in becoming) というカテゴリーを提示している。』³¹⁾と記している。

1978年に米国のリハビリテーション関連法が、自立生活 (IL) を正面に打ち出した法律に改正される。日本においても、「存在価値」と「能力価値」を倒錯しない「社会的な生命」を守る介護保険制度におけるリハビリテーションを実施するために、先ず行政が「存在価値」と「能力価値」の倒錯しない「存在の肯定」を基盤としたリハビリテーションを明文化し、推進する必要があると考えられる。そして対象者一人ひとりと向き合う我々は、自立活動 (IL) の概念に基づき行動し、行政の後押しをすることが求められている。

4. おわりに

1980年代から現在までのリハビリテーションを振り返って思うことは、1964年頃の広がりや深まりをもった米国のリハビリテーションを体感された上田敏氏が、借り物でない「日本のリハビリテーション医学」を建設しようと努力されてきた¹⁴⁾ものの、自立活動 (IL) の概念1つをとってみても、日本の現状はその時代の米国にすら追いつけていない現実を真摯に受け止める必要があると考える。また医療財政の影響により「医療」の範疇が狭まり、発展しうる可能性を有するリハビリテーション医学が抑制されている現実も同様である。

日本には室町時代から江戸時代まで「当道座」呼ばれる視覚障害者の団体が存在し、視覚障害者が社会貢献できる基盤が整えられていた。当道座の統率者である惣録検校になるとその社会的地位はかなり高く、十五万石程度の大名と同等の権威と格式を持っていたとされる。そのような素晴らしいリハビリテーション制度が江戸時代までの日本には存在していたが、近代化と称してそれを破壊し、西洋を模倣して作られた現在の日本の医療とリハビリテーション制度は、その足元にも及ばないというのも実に皮肉なものである。

「これから」のリハビリテーションは、今、この場でリハビリテーションに携わる一人ひとりが考え、行動していく中で構築されていくものである。すなわち、今、何をやるかで「これから」は変わる。今、行っている行動の基盤である「これまで」を学ぶことで、より良い「これから」に向かう推進力の一助となれば幸いである。

【参考・引用文献】

- 1) 島崎謙治：日本の医療. p79-117, 東京大学出版会, 2011.
- 2) 宮本省三, 沖田一彦編集：認知運動療法入門. p67-165, 協同医書出版社, 2006.
- 3) 上田 敏著：目でみるリハビリテーション医学. p 2, p16-21, 東京大学出版会, 1979.
- 4) 奈良 勲編：理学療法概論. p103-118, 医歯薬出版, 1991.
- 5) 公益社団法人理学療法士協会：協会情報, 統計情報, 理学療法士国家試験合格者の推移, <http://www.japanpt.or.jp/about/data/> (accessed March 7).
- 6) A Sunderland, D J Tinson, E L Bradley et al. Enhanced physical therapy improves recovery of arm function after stroke. A randomized controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 55, 530-535, 1992.
- 7) Clive E Skilbeck, Derick T Wade, R Langton Hewer et al. Recovery after stroke. *Journal of Neurology, and Psychiatry*, 46, 5-8, 1983.
- 8) Michael Newman. The process of recovery after hemiplegia. *Stroke*, 3, 702-710, 1972.
- 9) 賀集竹子：寝たきり老人の問題点. *日本老年医学会雑誌*, 17 (4) p393-398, 1980.
- 10) 細田多穂, 柳澤 健編集：理学療法ハンドブック. 宇都宮初夫, 井端康人：p199-237, 1992.
- 11) 細田多穂, 柳澤 健編集：理学療法ハンドブック. 辻井洋一郎, 小林紘二, 倉田繁雄, 鈴木重行, p239-268, 1992.
- 12) 細田多穂, 柳澤 健編集：理学療法ハンドブック. 中山彰一, p269-292, 1992.
- 13) 道免和久編集：CI療法. 中山書店, 2008.
- 14) 上田 敏：リハビリテーション医学の世界. 三輪書店, 1995.
- 15) 大川弥生：ICF (国際生活機能分類) - 「生きることの全体像」についての「共通言語」 - . <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ksqi-att/2r9852000002kswb.pdf> (accessed March 7).
- 16) 大川弥生：ICF の活用 - 「生きることの全体像」についての「共通言語」として - <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ksqi-att/2r9852000002ktei.pdf> (accessed March 7).
- 17) International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf (accessed March 7).
- 18) How to use the ICF: <http://www.who.int/classifications/drafticfpacticalmanual.pdf> (accessed March 7).
- 19) 田島明子：「寝たきり老人」とのリハビリテーション. *生存学* 1, 308-347, 2009.
- 20) 厚生労働省「人口動態統計」: <http://kenko100.info/wp-content/uploads/431347b7b714e1d2559aabb64ef7953f.gif> (accessed March 7).
- 21) 一般社団法人 日本生活習慣病予防協会：脳梗塞の調査・統計. <http://www.seikatsusyukanbyo.com/statistics/2016/009093.php> (accessed March 7).
- 22) がん登録・統計: http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html (accessed March 7).
- 23) Rene Cailliet 著, 荻島秀男訳著：運動器の機能解剖. iii-v. 医歯薬出版. 2014.
- 24) 池田省三著：介護保険論. 中央法規出版. 2011.
- 25) 高齢者リハビリテーション研究会：高齢者リハビリテーションのあるべき方向 平成 16 年 1 月. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000059451.pdf> (accessed March 7).
- 26) 鶴見和子：鶴見和子の歌 予兆. 環, 26 巻, 2-3, 藤原書店, 2006.)
- 27) 多田富雄：わたしのリハビリ闘争. p115-116, 青土社, 2007.
- 28) これからの介護予防: <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf> (accessed March 7).
- 29) 田島明子：ひとの価値と作業療法—障害者の就労の3つの位相をめぐる考察—. *作業療法*, 24, 4, p340-348, 2005.
- 30) 半田一登：公益社団法人日本理学療法士協会会長メッセージ2016年12月27日 今一度, 理学療法士の「開業権」を考える, <http://www.japanpt.or.jp/members/message/> (accessed Feb 7).
- 31) 砂原茂一：リハビリテーション. 岩波新書, 1993.

