

# リハビリテーションの現状と問題点

博田節夫

はじめに

わが国の近代的なリハビリテーションは、日本リハビリテーション医学会が発足して15年を経過し、医療の中に定着してきたといえよう。しかしながら、まだ大学における講座もほとんどなく、医学教育も確立されたものはなく、専攻する医師はごく少数である。また、リハビリテーションが障害者の社会への再適応という究極の目標を持つことから、福祉、教育、職業など多方面の機関と関連性が深く、わが国の特徴である縦割り行政の犠牲を強いられ、その前途は多難で、すでにリハビリテーションに対する情熱を失っていく人たちもみられる。

リハビリテーション医学の歴史は、米国において第2次世界大戦時の戦傷病者の前線復帰に始まり、戦後は労働力の再生産の意味があったが、次第にその内容に変化をきたし、最近では広く障害者の権利の再獲得を目的とするようになった。厚生白書(昭和40年)によれば「リハビリテーションとは、心身に障害のある者が社会人としての生活ができるようにすることである。実際には、心身に障害のある人の社会復帰—職場への復帰、家庭への復帰、あるいは学校への復帰—を促進することにより身体的、精神的、社会的、職業的にその能力を最大限に発揮させ、最も充実した生活ができるようにすることを目的としている」と定義され、初期には障害者の社会復帰とリハビリテーションが同義に使用されていた。しかし、リハビリテーション治療技術の普及に伴って障害治療のみが強調されるようになり、現在では、障害を治療する手段のうち機能回復訓練を意味するものと誤解が、一般人にも医療スタッフの中にも広く存在するようになった。この時にあたり、日本リハビリテーション医学会はリハビリテーション白書を刊行し、その現状と課題を示した。したがって、リハビリテーション全般にわたる問題はこれに譲るとして、ここではリハビリテーションに携わる医師の立場から医療面を中心に述べてみたいと思う。

リハビリテーション医学について

リハビリテーション医学は予防医学、治療医学に次ぐ第3の医学といわれるが、現実には治療医学との相違が明確にされていない。それはリハビリテーション医学における障害治療が、治療医学の疾病治療の延長としてとらえられ、後療法との区別がなされていないことに起因すると考えられる。リハビリテーション医学は、障害者の社会復帰を目的とするリハビリテーションの理念を科学的基盤の上に立って実践する医学の領域であり、予防医学、治療医学と並立するもので、治療医学の一分科ではない。

定義によれば、リハビリテーションの対象は心身障害者であり、障害の種類は規定されていない。にもかかわらず、リハビリテーション医学において取り扱われる障害の種類は、肢体運動機能障害とその関連障害および一部の内部障害に限定されている。たとえば運動機能障害としては、脳卒中における片麻痺や脊髄損傷における四肢麻痺あるいは対麻痺であり、その関連障害として失語症および排尿障害があげられる。現状では視覚障害、聴覚障害、精神障害などは、リハビリテーション医学の対象外とされているところに大きな矛盾があり、批判の多いところでもある。この矛盾は、米国におけるリハビリテーション医学の発展の歴史をみれば理解される。すなわち、米国では第2次世界大戦後、ニューヨーク州を中心に Rehabilitation Medicine (リハビリテーション医学)のグループが発生しつつあったが、主流は

Physical Medicine (物理医学, 日本の物療内科に近い)であった。Physical Medicine は治療医学の一分科であり,その治療対象は種々の運動機能障害を主とするものであるが,これらの障害者の中には永久障害を残すものが多く,単なる治療では解決されない問題をもつことからリハビリテーションの必要性を感じ,1953年からPhysical Medicine and Rehabilitationという名称が使われるようになった。ここにおいては,Physical Medicine 領域のRehabilitationが行われることから,おのずからその対象が運動機能障害に限定されることになる。最近ではこの二つの流れが統一される傾向が現われ,Physical Medicine and RehabilitationからRehabilitation Medicineへと名称を変更する大学もみられるようになった。したがって歴史的にみれば,リハビリテーション医学の対象限定は肯定されるとしても,リハビリテーションが精神科などにおいても行われている現状からみて,何らかの名称変更が必要と考えられる。

リハビリテーションの対象となりうる障害は,少なくとも表-1に示すように多様である。現在は,内部障害,視覚障害,聴覚障害,排尿障害および精神障害は治療医学の各科において扱われている。運動機能障害に関しては,神経(内)科,脳神経外科,整形外科,小児科に属する疾患にみられ,小数の各科医師およびリハビリテーション医によって扱われている。

表-1 障害の種類

1. 肢体機能障害	3. 排泄障害
2. 内部障害	排尿障害
循環機能障害	排便障害
呼吸機能障害	4. 視覚障害
腎機能障害	5. コミュニケーション障害
肝機能障害	聴覚障害
	言語障害
	6. 精神障害

### 障害と障害医療

リハビリテーションは障害者を対象とする。したがって,障害および障害治療の概念の理解なくしてリハビリテーションはありえない。障害を表わす用語はいくつかあり,それらの用語の異同が不明のまま使用されていることもあり,定義づけが試みられている。それらの定義のうちの2つをここにあげることにする。

#### 1. 第9回修正国際疾病分類の障害分類(案)<sup>1)</sup>

ここでは障害を3つのレベルに分けている。

##### 1) impairment

身体または精神の正常な構造と機能の何らかの混乱(disturbance),またはそれらに対する干渉(interference)をいう。

##### 2) disability

impairmentによりもたらされた機能的な能力と活動性との喪失あるいは低下をいう。

##### 3) handicap

impairmentとdisabilityによりもたらされた不利益(disadvantage)をいう。

handicapは本質的に社会的なものであり,社会経済的および社会的な考慮の対象である。

1) 上田敏訳・第9回修正国際疾病分類の障害分類(案)総合リハ, 5 : 616-619, 1977.  
 2) Harlem, G. : Studies on the relation between impairment, disability and dependency. Scand. J. Rehabil. Med., Suppl. 4, 1976.

## 2. G. Harlem の定義<sup>2)</sup>

### 1) impairment

生理学的または解剖学的異常または喪失で、その個人、医師またはその両者が3カ月以上持続すると予期するもの。

### 2) disability

活動を遂行するための機能的能力の制限(年齢、性および社会的役割によって)で、生活の重要な要素と考えられる。

それゆえ disability は、次のように異なった活動および能力に関して考えられるべきである。

- a) 日常生活動作: 歩行, 衣服着脱, 食事, 整容を含む(身の回り動作)
- b) 親せきおよび家族に関係した社会的活動
- c) コミュニティーに関係した社会的活動
- d) レクリエーション活動
- e) 仕事(仕事の種類または量の制限)

これらの定義でも分かるように、Impairment に関しては解剖学的または生理学的な異常としてほぼ統一されているが、disability と handicap の区別は判然としないことが多く、海外の文献でもほとんど同意義に使われている。実際には、国際分類案に示されているように、disability と handicap とに分類するのがアプローチするうえにおいて有利になるであろう。

リハビリテーションにおいては、身体的な問題を社会的な問題と分離して考えることは不可能で、最終的な目標は社会的な handicap を最小限にすることと考えられる。それゆえ、医療段階においても常に家庭的あるいは社会的な種々の条件を考慮し、社会において利用され得る身体的能力の再獲得をめざすために、disability と handicap の区別がつけ難くなるであろう。

国際障害分類案を採用するとすれば、治療医学における治療とは、impairment を起こす原因に対するアプローチであるのに対し、リハビリテーションの治療は、impairment と disability に対する治療といえる。脳卒中を例にとると、片麻痺、知覚障害、失語症、失認・失行症、知能障害などが impairment であり、治療医学は薬剤や手術によって脳血流を改善し、血腫による圧迫を除き、脳の損傷を最小限にとどめることにより、上記の impairment を防ぐことを自的とするが、impairment が発生すると、これに対する治療手段はなく、ましてや能力障害(disability)には無力で、従来は寝たきりのまま放置されていた。リハビリテーション治療では impairment を軽減し、impairment によって起こる二次障害、例えば変形拘縮を防ぎ、残存する機能を利用して歩行能力や種々の日常生活動作での自立を図る。能力の獲得は訓練によるが、不必要な動きを制限して不十分な動きを助けるために装具・自助具などが用いられることもある。このようにして獲得した能力が実用的であるかどうか、現実には非常に重要となる。すなわち、装具と杖を用いて歩行できた場合には家庭内では自立に近いであろうが、満員電車での通勤には実用性がないし、他人の介助があれば短距離歩行が可能になっても、家庭内でのトイレにまで自力で行けなければこの歩行は実用性に乏しい。しかし、環境条件を整備することによって非実用的なものに実用性をもたせることも可能であることを忘れてはならない。実際、要介助者の実用性は非常に低く、筆者の経験からしても、介助歩行者が家庭で寝たきりになる可能性は大きいことからみれば、現在のリハビリテーション治療は、時間と労力を浪費する結果となっていることも多い。

能力の獲得には、障害に対する身体的適応と精神的適応とが必要となる。たとえ身体的に歩行能力をもっている、歩く意欲がなければ歩行不能に終る。精神的適応は障害を理解し、残存能力を知ることから始まる。適応するに至らなければ永久に治療を続けるか無能力者

になるであろう。わが国では現在でもなお、障害を知らせることを拒否する医療スタッフが多く、障害者の自立を妨げる結果となり、10年あるいは20年以上も入院生活を送っている障害者をみるのも稀ではない。これには2つの問題点が考えられる。第一は障害者およびその家族の問題で、日本人の非論理的、非科学的、感情的な性格が現代医学の限界を受け入れず、最後は神仏の力を借りて奇跡を希うことになる。第二は、医療者側の問題で、患者に障害を知らせることは精神的なショックが大きく、また、そのために自殺に至らしめることを恐れる。永久障害を初めて知らされて精神的ショックを受けるのは正常反応で、ショックを覚えないものは精神異常者か障害受容過程の進んだものであり、適切なアプローチを行ってなお自殺するものもまた精神異常者であることは専門家の認めるところである。新聞などでみる障害者の自殺は直接身体障害によるよりも、むしろ間接的な生活苦がその背景にあり、福祉の貧困を物語るものといえよう。精神的適応における宗教の問題も指摘されている。すなわち、欧米においては宗教が適応過程に利用されるというものがあるが、たとえそれが真実であるとしても日本人は全く逆で、神や仏に完全治療を願うことはあっても障害受容の手段とすることはありえない。脊髄損傷者の調査からみても分かるように、障害を克服する手段として宗教を必要としたものはほとんどいない<sup>3)</sup>。

## 保健医療とリハビリテーション

### 1. disability の治療

健康保険は本来、治療医学を対象とするもので、治療対象となるのは impairment までである。リハビリテーションの特徴の一つである disability の治療に関していえば、療法士によってなされる行為は認められているが、義肢・装具、自助具、車いすなどの補装具は、一部の治療用装具を除いて保険の給付外となり、身体障害者福祉法による現物支給となる。しかし、その手続きが煩雑で支給まで長時日を要することから医療保険を利用できるような手段を講じることも多く、健保財源を圧迫する一因となりうる。健康保険が利用できない場合には、いたずらに入院あるいは治療期間を長期化することになる。

1) 博田節夫 「脊髄損傷者の心理的社会的適応性」, 「手術」27 :1112-1116. 1973.

補装具に関するいま一つの問題はその処方と判定にある。現在、医学教育において補装具の教育がほとんどなされておらず、そのため、障害に適した処方および判定が少なく、作製後に修理を要するものや放棄されるものが稀ではない。

### 2. 理学療法と作業療法

理学療法と作業療法は、医師の指示のもとに行われるものと定められている。しかし、専門医の不足から障害診断がなされず、大多数の病院では適切な指示が与えられていない。むしろ療法士に対してリハビリテーションを依頼するところもある。

健康保険は医療内容を規定するが、その質をチェックする機構を持たない。理学療法と作業療法では、身体障害運動療法および作業療法の施設認定を受ければ、1日の治療患者数が制限される。しかし、点数があまりにも低いために一般病院は理学療法士を受け入れず、旧態依然としたマッサージを好む傾向も現われている。療法士の健康管理の上からも患者数制限は望ましいが、保険点数が改正されない限りリハビリテーション治療の質は向上しないであろう。治療患者数の制限はまた、実績主義をとる国公立病院では問題が大きく、患者数が増加しても隔日治療などの方法により月間の治療回数を減らして対処することとなり、療法士の増員を不可能にする。保険医療ではさらに、理学療法と作業療法とを同一患者に行うことを認めていない。理学療法士・作業療法士法によれば、理学療法の目的は基本動作訓練、作業療法の目的は応用動作訓練と区別していることからすれば矛盾が明らかである。実際はこの法律そのものにも誤りがあるが、それを論ずるのは他に譲るとして、本来リハビリテーション治療は日常生活での自立性を高めることを目的とし理学療法と作業療法とで

は治療手段が異なり、また役割分担もあって、両者を並行して行うのが普通である。したがって、医学的見地からすれば、現在の保険給付には疑問があることになる。

### 3. 医療ソーシャル・ワーク

リハビリテーション医療はチーム医療であり、そのゴールは身体能力と心理社会的要因によって決定されるのであるから、ソーシャル・ワークの存在価値は大きい。しかし、現実にはソーシャル・ワークが保険給付の対象外であることから、ほとんどの病院では不要のものであり、リハビリテーションの発展を阻害する因子となっている。

#### リハビリテーション病院および施設

リハビリテーション患者の流れをみると、まず発症と同時に救急病院あるいは地域の一般病院へ送られる。救急病院では障害に対する考慮は全くなされず、早期からリハビリテーション治療可能な病院へ移送することもほとんどなく、重度障害のままで収容施設や自宅に退院させられる患者さえいる。一般病院においてもほぼ同様のことがいえるが、一部には理学療法士による二次障害の予防および障害治療に積極的に取り組んでいるところもある。脳卒中や整形外科の疾患においては、理学療法のみで家庭復帰あるいは職業復帰に至るもののがかなりの数にのぼり、一般病院での理学診療科が充実すれば、包括的リハビリテーションを必要とする障害者のみがリハビリテーション専門病院に送られることになる。しかしながら、現状では一般病院にリハビリテーション治療を期待できる状態ではなく、専門職が最も集中している東京都においてすら、身体障害運動療法の承認施設は10%に満たない<sup>4)</sup>。作業療法の承認施設はさらに少なく、言語療法はごく少数のリハビリテーション専門病院でのみ行われているにすぎない。

#### 4) 日本リハビリテーション医学会 「リハビリテーション白書」. 医歯薬出版 1979

リハビリテーション病院の新設は、国立療養所の脳卒中リハビリテーション病院への転換をはじめ、現在なおきわめて活発に行われている。わが国のリハビリテーション医療は初期において温泉病院中心に発達してきたが、その傾向は現在でも持続し、温泉を利用した施設が多い。そもそも、リハビリテーションが障害者の社会適応を目的とするものであるから、復帰すべき地域社会から隔絶した病院の存在価値は低く、そこでは障害治療が行われるにすぎず、治療医学の領域にとどまるといっても過言ではない。その意味からすれば、国立療養所は位置的にはより適しているといえようが、総定員法の枠に縛られ、専門職スタッフの増員が期待できないので質的な充実は望むべくもなく、結核の減少による空床利用の手段にすぎないといえよう。

近年、身体障害者福祉センター、老人福祉センター、特別養護老人ホームを心身障害児通園施設などにおける機能訓練が盛んである。これらは本来、医療施設ではなく、ここで医療行為が行われることに問題があろうが、現実を黙認するとしても、専任の医療スタッフの獲得が困難で、地域の医療機関の協力なくしては機能しない状態にある。それにもかかわらず、福祉サービスの一環として、市または市町村グループ単位に新設され、施設数は年々増加しつつあり、内容の充実は期待されえない。真にリハビリテーション医療の充実を希うならば、このような福祉施設よりも地域の国公立病院を利用すべきであろう。

障害者医療における病院配置で考慮すべきものに診療圏の問題がある。国立大阪南病院の例でみると、昭和52年度のリハビリテーション患者の85.6%は半径30kmの診療圏に属し、そのほとんどは交通の便利な地域から来ている。このことと、リハビリテーションの地域社会との関連性を考慮すれば、リハビリテーション病院は1時間以内の通院圏に配置することが望ましい。

#### リハビリテーション医療スタッフ

## 1. 医師

スタッフの中でもリハビリテーション医の不足は最大である。病院におけるリハビリテーション医療の需要は増大の一途をたどっているとはいえ、大学医学部および医科大学に専門講座を置くものは私立の2校にすぎない。多くの大学病院においては、中央診療部門の一つとしてリハビリテーション部が存在するにすぎない。大学における講座開設を阻害するものとして、リハビリテーション医学の学問的基盤が薄弱なことがあげられるが、障害学および障害治療学は治療医学にない新しい分野といえよう。いずれにしても、リハビリテーションに対する需要は大で、医学教育の中にリハビリテーションの概念、チーム・アプローチ、障害学、障害診断および治療を導入しない限り、わが国のリハビリテーションの発展は期待できない。

## 2. 看護婦

看護婦のリハビリテーションにおける役割も理解され難いようである。一般に、看護婦の卒前および卒後教育において行われるものがリハビリテーション看護ではなく理学療法技術であることは、看護教育に携わる指導者の無知を反映しているといえよう。リハビリテーション看護に必要なものはリハビリテーションの概念、チーム・アプローチ、障害学および障害者看護であって理学療法技術ではない。

## 3. 保健婦

リハビリテーションの最も良き理解者である保健婦の地域リハビリテーションへの進出は、最近、めざましいものがある。在宅障害者と接しうる職種は、現在の医療制度のもとでは保健婦をおいてほかにない。保健婦におけるリハビリテーション教育は主に卒後教育として行われているが、ここでもまた理学療法が中心である。たとえ現実に理学療法士の訪問指導が得られないとしても、非専門家の理論的背景を持たない技術は危険が大きく、それが保健婦自身の悩みとなっているように思われる。在宅障害者においても、もちろん、多専門職のチーム・ワークなくして適切な指導は望めないが、とくに専門医の参加が切望されている。

## 4. 理学療法士, 作業療法士

理学療法士の教育機関は全国で16校あり、国家試験合格者数は昭和53年末現在2,301人にすぎない<sup>5)</sup>。昭和54年度の合格者を加えてもせいぜい2,500人で、これは全国必要推定数6)の約1/5にあたる。

作業療法士についていえば、教育機関は7校で、国家試験合格者は769人である<sup>7)</sup>。作業療法士の必要数が理学療法士と同数とすれば10%以下の充足率である。

理学療法士・作業療法士の養成校は毎年2~3校新設されつつあるが、専任教員および実習指導者は払底し、実習病院が不足する事態がすでに明らかになっている。

5), 6), 7) 前掲「リハビリテーション白書」

## 5. その他の職種

リハビリテーションに携わるその他の職種には言語治療士、義肢装具士および医療ソーシャル・ワーカーがある。そのいずれも医療スタッフとしての身分制度がなく、医療機関における地位もあいまいである。言語療法士の養成は少数の大学、国立聴力言語障害センターあるいは研修制度など不十分といえども制度的に存在するが、義肢装具士に関しては制度すらない現状である。

### 地域リハビリテーション活動

医療機関におけるリハビリテーションさえ不十分な現状において、地域リハビリテーション活動などありえないと考えても当然であろう。しかし、その必要性は古くから論ぜられ、すでに個人あるいはグループによる地域での活動は次第に高まりつつある。ここでは筆者ら大阪府美原町における在宅障害者の調査から地域における問題点を探ってみたい。

表一 2 美原町在宅障害者

		重症	軽症	計 (%)
リハ治療	あり	11	2	13 (16.9)
	なし	47	17	64 (83.1)
身障手帳	あり	17	1	18 (23.3)
	なし	18	15	33 (42.9)
訪問診断		23	3	26 (33.8)
意欲	あり	24	9	33 (42.9)
	なし	34	10	44 (57.1)
治療効果(予想)	あり	30	13	43 (55.8)
	なし	28	6	34 (44.2)

美原町において昭和 52 年 8 月から 2 年間に訪問した障害者 80 名のうち、肢体不自由児者は 78 名である。脳性麻痺乳児 1 名を除いた 77 名(表-2)のうちリハビリテーション治療を受けたことのない者は 64 名である。美原町は農村地区で住民のリハビリテーションに関する知識が乏しく、大病院に恵まれないこともあって、在宅障害者の 80 %強がリハビリテーション治療を受けてなく、早期治療により日常生活での自立度を高め得たと考えられる者も多い。身体障害者手帳所持者が少ないことも同様の理由によるであろうが、重度障害者は診断書のために病院を受診することが困難であり、巡回診断制度が必要であろう。訪問時、治療効果が期待できたものが半数以上を占めていることは、訪問指導の必要性を物語っている。現在のようにリハビリテーション病院の不足する状態では、退院後の機能維持などにも、とくに専門職チームによる訪問指導の価値は大きい。

#### おわりに

リハビリテーションはすでにわが国の福祉、医療に欠くことのできない存在にまで成長した。しかし、医療面だけを見ても、医師をはじめ多くの関連専門職の養成は遅々として進まず、その不採算性と相まって、医療機関の絶対数さえ不足する現状にある。人口の老齢化と障害像の重度化が進む中で、その需要は今後ますます増大するであろう。医療、福祉、教育、職業にわたる各方面の連携を密にし、抜本的な対策が講じられることを期待するものである。

(国立大阪南病院理学診療科医長)