

障害者・高齢者のリハビリテーション：実践現場からみた課題

福屋, 靖子 / FUKUYA, Yasuko

(出版者 / Publisher)

法政大学現代福祉学部現代福祉研究編集委員会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

The bulletin of the Faculty of Social Policy and Administration : reviewing research and practice for human and social well-being / 現代福祉研究

(巻 / Volume)

1

(開始ページ / Start Page)

49

(終了ページ / End Page)

72

(発行年 / Year)

2001-03-31

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00008274>

障害者・高齢者のリハビリテーション

—実践現場からみた課題—

福屋靖子

I 障害者のリハビリテーションの概要

障害者のリハビリテーション支援は、世界的にみても 19 世紀に現れはじめたが、障害者を小規模な施設（ホーム）に收容し「世話をする」形態であった（ヘランダー、1996）⁽¹⁾。

第二次世界大戦後の戦傷者等による障害者の急増を契機にリハビリテーション・システムが発展し、先進国においては専門家の養成がなされ、技術的開発や、リハビリテーションに必要な資源・制度の整備が進められた。そして、世界保健機関（以下 WHO と略）の専門委員会は、リハビリテーションの理想的なチームはおよそ 30 の異なる専門家で構成されるべきである、と勧告した（1969）。しかしながら、この手法は、先進国の一部の人にしか活用できず、開発途上国にいる 2 億人もの障害者のリハビリテーションには適用できないばかりか、わが国のような先進国においても、一握りの国民しか活用できないことが判明してきた。WHO において、この課題を解決するために採択されるに至ったのが「地域社会に根ざしたリハビリテーション（community-based rehabilitation : CBR）」⁽²⁾ の戦略である。

「地域社会に根ざしたリハビリテーション」とは、《障害者の生活の質（QOL : Quality of Life, 以下 QOL と略）を、サービス提供の改善や、より公正な機会の提供を、彼らの人権の促進と保護によって高めようとするための方略であり（ヘランダー、1978）⁽³⁾、障害のある人々自身、その家族、そして地域住民、さらに個々の保健医療、教育、職業、社会サービスなどが、一体となって努力する中で履行されていく（ILO, UNESCO, WHO, 1994）》活動であることとして定義された。

小島（1981）⁽⁴⁾ は、リハビリテーションは、社会構成員として他のすべての人々と全く同等である障害者のもつべき権利や義務を本人のもとに帰属せしめる、個への物心両面からの社会的援護であると共に、社会制度や機構として認識できる社会の側を、障害者の生活条件を備えているか否かの視点で点検し改造に迫る社会そのものに対するリハビリテーション援助でもある、として、総合的リハビリテーションを進める上での社会リハビリテーション領域の重要性について述べると同時に、地域社会に根ざしたリハビリテーション（CBR）は《人間サービスを地域の中に生活する全

障害者に供給していく社会リハビリテーションの戦略である》として、この戦略は、発展途上国のみならず先進国においても採用すべきものである（小島、1990）⁴³⁾、としている。

上田（1994）⁴⁴⁾ は、リハビリテーションの4つの領域である、医学的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、職業的リハビリテーション、社会的リハビリテーションが統合化されたトータル・リハビリテーションを障害者は必要としているが、その構築が困難な状況があるとして、領域間の壁や溝のための連携不備の課題があることを示唆している。

II 医学的リハビリテーションの反省

1 先行研究からの考察

わが国における障害者のリハビリテーションは、その萌芽をさかのぼると長い歴史をもつが、近代的リハビリテーションとしては、高木憲次（1920）⁴⁵⁾ の「療育」の理念にはじまるとされている。第二次世界大戦後欧米に30～40年遅れながらも本格的な取り組みがなされるようになり、1963年の日本リハビリテーション医学会の創立および、1966年の日本理学療法士協会、日本作業療法士協会の創立に象徴されるように医学的リハビリテーションを中心に発展してきた（日本リハビリテーション医学会、1979）⁴⁶⁾。現在のわが国における障害者のリハビリテーションは、医学領域のトップレベルを見れば欧米先進国に肩を並べるまでに至ったと言われている（上田、1994）⁴⁷⁾。

筆者は、急性期の一般地域病院、大学病院、慢性期のリハビリテーション病院、小児療育施設等の医療の場で15年間リハビリテーション・サービスにたずさわった後、1978年より在宅で生活している障害者・高齢者に対するリハビリテーション支援を始めることになった。この支援は、いわゆる、‘寝たきり老人’を対象とした訪問指導ではじまり、後に40歳以上の障害をもつ成人・高齢者に拡大されたが、この在宅者との出会いが、それまで実践してきた自分自身を含む医学的リハビリテーションを反省するきっかけとなった。

家庭訪問した人の中には13年間も寝たきりになっていた人、全身の関節が拘縮で全く動かなくなっていた人、排泄物にまみれていた人、靴下を脱がせたら5ミリもの厚さの垢がぼろぼろとこぼれた人、介護者も倒れ2人共食事・排泄はもとより身動きもできない状態になっていた人など、さまざまな衝撃的な出会いがあった。また、寝たきり状態になった人の中には、リハビリテーション医療を受けて身の回りの世話が自立できていたが、退院後寝たきり状態になっていた人が少なくない、ということも判明し、リハビリテーション医療者の一方的な思い込みで自己満足していた自分に愕然たる思いになると同時に、生活の現場を知らない恐ろしさを痛感させられた。

表 1 横山による「脳卒中の医学的リハの追跡調査」⁽⁷⁾

退院後のADLの低下	
3ヶ月後	— 10.1%
1年後	— 13.4%
3年後	—
	65～69歳の男性：軽度の低下傾向
	70歳以上の男女：著しい低下

表 2 二木による 脳卒中「退院時自立度と調査時自立度」から —退院後平均2年5ヶ月—⁽⁸⁾

1. ベッド上生活自立すれば生命予後は比較的良好である
2. 自立度の維持・向上は、退院時ベッド上生活自立者と
屋内歩行患者：6割（低下：4割）
屋外歩行患者：8割（低下：2割）

学会レベルにおいても、当初先駆的モデルとされていた神奈川県立リハビリテーションセンターの横山（1970）⁽⁷⁾による「脳卒中の医学的リハビリテーションの追跡調査」の報告（表1）では、退院後の日常生活動作自立度は、3ヵ月後には10%の人に低下が見られ、3年後では、高齢者のほとんどが低下していたことが明らかにされた。また、脳卒中の‘早期リハビリテーション’の有効性について臨床的データを基に提言し学会に衝撃を与えた二木（1982）⁽⁸⁾による報告、「脳卒中の退院時自立度と退院後平均2年5ヶ月時自立度の比較」の結果（表2）では、退院時に屋外歩行が自立できていなかった人の4割に機能の低下が認められ、屋外歩行自立者でも2割の人が低下していたことが示されている。横山、二木の両者共、低下の誘因と考えられるものとして家族問題をあげており、また、二木は半数近くの人が明らかな低下の誘因がない、としていることから推測すると、寝たきり化を防ぐためには、身体機能や日常生活動作の自立度の改善に焦点を当てる医学的側面のみでは限界があり、個人の内面や家族・地域等にも踏み込んだ、個別のかかわりの必要性を示唆していると言えよう。つまり、これらの報告は、医学的リハビリテーションにおける退院プログラムを見直す必要があることを意味しており、真に生活者の視点にたって進めることの課題を提示している。

藤田（1985）⁽⁹⁾は、障害をもつ以前の生活方法のままでは不自由や困難が多くかつ残存している身体機能が必ずしも活かされておらず、そのために機能低下が生じるので、障害をもった状態では新たな生活に切り替える必要がある（福屋，1983）⁽¹⁰⁾とされていることから、退院後の機能低下は、“障害のある状態での新しい生活像が本人・家族に浸透しない状態で退院したためではない

か”という仮説を立てて調査した。その結果、退院時に職員が描いていた生活像と一致していない人の方に機能低下者が多かったことから、仮説は支持されたと考察した(表3)。つまり、この報告は、退院プログラムの中に障害をもった状態での望ましい新しい生活像を、職員と共に作成・確認する内容を組み入れる必要性を示唆している。

表3 藤田による「退院時生活像と望ましい実生活との関連」(9)

N=178			
	望ましい生活	望ましくない生活	計
生活像が一致	63	14	77 (43.3)
生活像が不一致	25	76	101 (56.7)
計	88 (49.4)	90 (50.6)	178 (100.0)

()は百分比

2 医学的リハビリテーションの課題

1) トータル・リハビリテーションとしての支援

医学的リハビリテーションの反省点として最も重要な課題は、医療関係者にトータル・リハビリテーションへの関与が曖昧であったことがあげられる。つまり、リハビリテーションの医学領域に関しては実践・研究共に進歩・発展がみられたとしても、他領域への橋渡しの段階に不備があるものと思われる。たとえば、リハビリテーションプロセスの中で、退院後に行く先の施設やサービス機関に報告書を送りバトンタッチしたつもりでも、それは一方通行でしかなく、それを連携がとれたと錯覚していたのではないかと推測される。その背景としては、社会リハビリテーション・サービスの不備・困難性に依拠するものが大であろうが、だからこそ尚更医学的リハビリテーションとしてもトータル・リハビリテーションに関与しているという自覚をもって、目標達成の最後までその責務を分担するという意識が必要であると考えられる。

2) QOLの向上につながる「生活モデル」開発の必要性

本来、リハビリテーションは、その生まれた背景からみても生活に焦点を当てた支援でなければならない。日常生活動作(活動)(ADL: Activities of Daily Living)の自立度に視点を置いた概念もそもそも障害者のリハビリテーションから生み出されたものであるし(Lawton, 1952)⁽¹¹⁾、また、リハビリテーション目標はQOLの向上にあるということが明確にされてから久しい(Kottke, 1982)⁽¹²⁾。したがって、リハビリテーション活動は、「生活モデル」の問題解決法としての支援でなければならない。医学領域が分担すべき支援の中の impairments (機能障害レベ

ル)への対応は、「医学モデル」としての手法が用いられるが、このレベルの改善に限界があるところからリハビリテーション支援の必要が始まり、disabilities（能力障害レベル）と、handicaps（社会的不利のレベル）は「生活モデル」としての手法で実施しなければならず、医学領域といえども生活者支援としての対応を免れることはできないのである。つまり、QOLの向上を支援することを目標とするリハビリテーション活動は、専門領域の如何を問わず「生活モデル」としての支援でなければならないのである。

3) リハビリテーション目標のパターンリズムからの脱却

佐鹿(2000)¹³⁾は、専門職は高い見識があるとして自分なりのイメージづくりからパターンリズムに陥る傾向があるとして、本来ケースカンファレンス等も本人・家族の生活者としてのニーズが基盤となるべきであり、リハビリテーション医療に依存しすぎる現状には問題がある、と述べている。入院時のリハビリテーション目標設定上の問題点は、短い入院期間中に設定することもあり、短期的目標としては、日常生活活動の基盤となる基本的動作が、開発可能な動作として設定されることになるが、長期目標の設定は、例えば、“現職復帰”とか“車椅子を用いての入浴動作は介助が必要だがその他の日常生活動作は自立で可能”などはまだましな方で、多くの例では、長期目標は“家庭復帰”、“職業復帰”程度の設定となっている。つまり、このリハビリテーション目標がパターン化され、パターンに当てはめることでよしとする傾向があることの問題と、専門家のカンファレンスにおいて設定されたという権威の傘の下に逃げ、リハビリテーション支援において無視できない個別性と生活者の視点が希薄化してしまうという本末転倒とも言える現状があることが危惧されている。リハビリテーション目標は、当人の希望、個別性、生活習慣、性格特性、人生観、家族関係などさまざまな要素を加味しながら設定されるべきものであり、専門家の役割としては、障害をもった状態で可能と思われる、複数の《新しい生活像》を提示し、本人・家族が選択・決定するために必要な相談にのり専門的立場から支援することにより設定されなければならない。

Ⅲ 「生活モデル」からみた高齢者の寝たきり化への影響

1 寝たきり老人の内的ニーズ

在宅における高齢者を寝たきり状態から脱却させることの命題を与えられた筆者は、当初単純に考え、とりあえず臥位から座位に起こすことを当面の目標として開始した。座位プログラムを進めるための技法として、当人の身体機能・体力や、介護者の状況・住宅環境等を調整し在宅者に合うようなプログラムとして作成した。プログラムはかかりつけ医、保健婦およびケースワーカーと協

力して進めようとしたが、病院で実施するように順調には進めることができなかった。

寝たきり状態になったAさんを訪問した時、妻と保健婦からのAさんについての情報としては、“周囲の人が起きるように言っても協力してくれず、最近では痴呆症状も見られるようになった”、“起こすためのリハビリテーションの指導をしてほしい”とのことであった。筆者が名前を呼びかけ挨拶をするとAさんは、もぐりこんだふとんの中で、返事をしてくれないばかりか視線も合わせてくれず、顔を筆者と反対側に背けてますますふとんに潜り込むようにさえ見えた。そこで筆者は思い切って“こんな状態になって死にたいと思うこともあるでしょうね”と声をかけてみたところ、Aさんは振り向いて筆者の顔をまじまじと見て、大きく首を縦に振って頷いた。Aさんは痴呆などではなく、“寝たきりになるのは生きる気力を無くしている状態である”ことを私に教えてくれた最初の人であった。つまり、動かないから廃用症候群で寝たきりになるというよりも、生きる気力を無くしてしまうので寝たきりになるといった方が適切な事も多いのではないかと推測された。このことから考えると、寝たきり老人数が増えつつあるわが国には、人生の最終段階で生きる意欲を失ってしまうような状況に置かれている高齢者が少なくない、ということの意味しているといえよう。

このような事例との出会いから、寝たきりを防止するためには、技術・技法に関する支援のみではなく、内面的な問題としても深く分析し支援する必要があることについて痛感させられた次第である。

2 在宅身体障害老人の「生活構成要素・環境要素」の分析

そこで、まず、障害をもって生活している在宅の高齢者がどのような生活状況におかれているのか、を知るための調査から始めた。寝たきりになる生活上の課題要因を探るために現在直面している生活に焦点を当てた問題の抽出を試みた。これは、生活支援モデルの手法としての、解決すべき生活上の問題を見出すことを目的として実施したものである。筆者が訪問指導開始後8年経過した時点で、233名を対象に生活上の問題点を抽出し、まとめた結果、8つの「本人の生活構成要素」と4つの本人の生活に影響を与えている「環境要素」が抽出できた(福屋, 1989)⁽⁴⁾。「本人の生活構成要素」としては、①日常生活動作の自立度：8つの基本的な動作群が全て自立して可能か否か、②総臥位時間：一日の臥位時間の総和を意味し、睡眠時間(夜間睡眠+昼寝)と日中の睡眠以外の臥位時間を合わせた時間が一日24時間のうち何時間あるか、③生活のリズム：日中覚醒し夜間睡眠をとるという1日の生活のリズムがあるか否か、④生活圏：生活行動範囲が1室に閉じこもりの状態にあるのではなく、普通の人のように屋外にまで及んでいるか否か、⑤余暇時間：日常の基本的な生活活動以外の時間を趣味活動や生活活動の拡大に使用しているか否か、⑥対人交流：同居

している家族以外の人との直接的な交流があるのか、どの程度あるのか、⑦障害の受容：失った機能を障害として受け止めた上で、かつ、前向きに生きられるようになっているか否か、⑧役割：職業やその他の社会的役割、あるいは、家庭における家族としての役割があるか、どの程度あるのか、からなっている。「環境要素」としては、⑨周囲の理解・協力：本人を取り巻く家族や地域社会の対応様式が、拒否的・差別的な状況があるのか、どの程度受容的・協力的なのか、⑩介護の充足度：必要な介護があるのか、量的にも質的にもどの程度充足されているのか、⑪物理的生活環境：本人を取り巻く物理的生活環境としての住居環境が家屋や福祉用具等を含めて、どの程度当人に適合したものとなっているか、⑫社会資源の充足度：上の項目以外で当人に必要な社会資源がどの程度充足されているか、からなっている。

この 12 の要素を項目とし、各項目の評価グレードを 5 ないし 6 段階に分けて各項目ごとの回答率を比較してみた結果、望ましくない状況にある人が多い項目は、本人の生活構成要素の中では、②総臥位時間（15 時間以上臥位：68.2%，10 時間以内：18.0%）、⑧役割（ほとんど無い：60.9%，十分にある：8.6%）と総臥位時間を除くと‘役割’が最も望ましくない状況にあり、④生活圏（屋内のみ：53.4%，近所までの外出はある：33.0%）、⑤余暇活動（テレビかぼんやり：49.4%，趣味や生活の拡大あり：18.0%）、⑦障害の受容（前向きに生きる気力が無い：45.2%，障害をほぼ受容：31.8%）、③生活のリズム（昼夜逆転に近い状態：39.0%，まあまあ良い：36.4%）⑥対人交流（週に 1 回も家族以外の人との交流がない：33.5%，2 回以上ある：34.3%）の順になっており、生活構成要素の中で生理的側面の強い生活圏および生活リズムを除くと、‘余暇活動’‘障害の受容’などの内面的な要素の問題が半数近くの人にあり、また、人とのかかわりに関する‘対人交流’の問題も 3 分の 1 の人がもっていた（表 4）。

この結果は、‘役割’が無くなり、家族にも、社会にも存在価値が認められなくなっている身体障害をもつ高齢者のおかれている状況が、‘寝たきり化’と最も強い関係があることを示唆するものであり、‘余暇活動’としての生活の拡大や、‘対人交流’の欠落している人が多いことからもうなずける結果である。つまり、人とのかかわりが極度に減少し‘孤立’した状態に追い込まれている姿であり、“孤独は人間にとっての最大の飢餓である”、というマザー・テレサ（1997）¹⁵⁾の言葉を引用するまでもなく、心の飢餓状態で生きる苦悩に耐えられなくなっている状態なのであろう。

環境要素でみると、⑪物理的環境（悪い：67.9%，屋内は良い：15.0%）の問題を 7 割もの人が抱えており、筆者の住宅改造指導の経験では、外出を可能にする玄関の問題も含めると 9 割以上の人が物理的環境の問題をもっていた。また、必要な介護の充足度は、生命を維持する最小限までしかない人は 71.2%、少なくとも基本的日常生活は維持できる程度の介護はある人が 12.9%、趣味や楽しみなどの生きる力を強化するような介護が少しでも得られている人は、散歩程度のもので

含めても 15.9%しかいなかった。

以上述べた 12 項目の結果から推測されることは、当人の内面にまでかかわるゆとりのない生活環境があり、リハビリテーションの原点である生きる力を強化するための主体性の回復、すなわち、エンパワーメントの支援がなされ難い状況にあるといえよう。

表 4 身体障害者老人の生活構成要素・環境要素 評価表⁽¹⁴⁾

要素	評価グレード						備考
	1	2	3	4	5	6	
本人の生活構成要素							
I 日常生活動作 n=233(100%)	自立 36名(15.5%)	介助少 48(20.6)	介助中 75(32.2)	介助大 49(21.0)	不可 25(10.7)		自立:8動作すべてが自立 不可:全面的に依存、不適用
II 総臥位時間 n=233(100%)	～10時間 42名(18.0%)	11～14 32(13.7)	15～18 38(16.3)	19～21 38(16.3)	22～24 83(35.6)		夜間睡眠+昼食+睡眠以外の臥位時間(1日の合計)
III 生活のリズム n=233(100%)	良 32名(13.7%)	まあまあ 53(22.7)	乱れ少し 57(24.5)	乱れ大し 49(21.0)	昼夜無し 42(18.0)		夜間排尿回数、不眠、昼寝のとりかた、日中うとうとなどからみる
IV 生活圏 n=233(100%)	遠出 7名(3.0%)	近所 70(30.0)	庭程度 32(13.7)	屋内 53(22.8)	自室 35(15.1)	ベッド 36(15.5)	遠出:旅行、外泊など 屋内:2部屋以上にわたる生活圏、自室:自室のみ、ベッド:含ふとん
V 余暇運動 n=233(100%)	趣味 14名(6.0%)	TV+2 28(12.0)	TV+1 76(32.6)	TV 57(24.5)	ぼんやり 58(24.9)		基本的な生活動作以外の活動で家事動作も余暇活動に入れてある
VI 対人交流 n=233(100%)	4回/週～ 50名(21.4%)	2～3/週 30(12.9)	1/週 75(32.2)	2～3/月 67(28.8)	1/月 10(4.3)	1/2月 1(0.4)	家族以外の人と会う頻度で訪問職員と会うのも含む
VII 生涯の受容度 n=233(100%)	受容 20名(8.6%)	前受容 54(23.2)	克服努力 54(23.2)	無気力 49(21.0)	怒り 52(22.4)	否認 4(1.8)	受容:病前より人間のすばらしさがわかるなどと答える、前受容:前向きで心理的に安定
VIII 役割 n=233(100%)	職業 5名(2.1%)	十分あり 15(6.5)	約1/2 71(30.5)	少しのみ 63(27.0)	無し 79(33.9)		職業:含非常勤、家庭内・社会的役割の意、障害者団体の役員、家事の分担、相談に応ず
環境要素							
IX 周囲理解強力 n=233(100%)	良 54名(22.3%)	まあまあ 94(40.3)	少しのみ 83(86.9)	悪い 1(0.4)			家族・地域社会の受け入れ:理性的受容(良)と情緒的受容でみる。悪い:排除、偏見
X 介護の充足度 n=233(100%)	QOL用 37名(15.9%)	ADL用 30(12.9)	最小限 84(36.1)	約1/2 37(15.9)	1/3以下 48(20.6)		QOL:公園や観劇に連れだすなど、ADL:望ましいADL用の介護が充足、最少限:必要最少限
XI 物理的環境 n=233(100%)	屋外良 12名(5.1%)	屋内良 23(9.9)	最小限 40(17.2)	約1/2 37(14.5)	1/3以下 94(40.4)	不適切 27(11.6)	屋外良:家の周り程度、屋内良:望ましい家屋環境、最少限:必要最少限
XII 社会資源 n=233(100%)	理想的 4名(1.7%)	まあまあ 44(18.9)	半分程度 67(28.8)	少しあり 96(41.2)	悪い 22(9.4)		その他の社会資源の意でその地域社会の医療保健福祉サービス、その人の必要なものの充足度

IV 身体障害老人の生活指導目標および生活指導の有効性

1 身体障害老人の生活指導目標⁽¹⁶⁾

身体障害老人の「生活構成要素・環境要素」の分析結果から抽出した課題を、12 項目の生活指導目標として定め(表5)、訪問指導を展開した。この12の指導目標のうち、理学療法士がかかわる

項目の多少をみるために、1978年から1988年までに2か月以上訪問指導が継続でき、かつ、前項で紹介した評価スケールを用いて評価が可能であった42名（平均70.8歳）を対象に調査した結果、指導目標として採用した第1位は「物理的生活環境の調整」（93%）、第2位は「日常生活動作の自立度」（78%）、第3位は「総臥位時間の調整」（69%）、第4位は「周囲の理解・協力にかかわる援助」（64%）と高率であり、4割台は「生活圏の拡大」（43%）、「生活リズムの調整」（41%）となっていた（表6）。この結果から推測すると、理学療法士は、疾病・障害や望ましい生活にかかわる理解・協力を周囲の人に求める援助を専門的立場から提供しているが、役割調整や対人交流の改善にかかわる援助は少ないことを表している。対人交流の拡大、役割調整、社会資源の活用、余暇活動の援助に関しては、いずれも社会リハビリテーションの専門領域であり、ソーシャルワーカーの活躍に求められる支援目標である（福屋，1993）⁽¹⁶⁾。

表5 生活指導目標（「廃用症候群の予防」及び「QOLの改善」のための）

1. 総臥位時間の管理	7. 障害の受容への援助
2. 生活のリズムの調整	8. 家庭・社会生活における役割
3. ADLの自立度	9. 家庭・地域社会の理解・協力
4. 生活圏の拡大	10. 介護力の獲得法
5. 余暇活動の活性化	11. 物理的環境の整備
6. 対人交流の拡大	12. その他の社会資源及び経済状況

表6 在宅身体障害者老人に対する生活指導目標；理学療法士の訪問指導による⁽¹⁷⁾

	人数（%）
1 物理的生活環境の調整	39 (93)
2 日常生活動作の自立度	33 (78)
3 総臥位時間の調整	29 (69)
4 周囲の理解・協力にかかわる援助	27 (64)
5 生活圏の拡大	18 (43)
6 生活のリズム調整	17 (41)
7 障害の受容の援助	14 (33)
8 介護力の調整	11 (26)
9 余暇活動の援助	10 (24)
10 社会資源の活用	6 (14)
11 役割調整	4 (10)
12 対人交流の改善	2 (5)
* 理学療法の治療的側面への援助	41 (98)

東京都N区で1978年から1988年までに2か月以上継続でき、評価が可能であった在宅障害老人42名（平均70.8歳）の調査による。

2 在宅身体障害老人に対する生活指導の有効性

効果判定のために各項目の評価グレードに対応させて、最も望ましい状態である、グレード1：5点、グレード2：4点、グレード3：3点、グレード4：2点、グレード5：1点、グレード6：0点と点数を付与し、各人の総得点を訪問指導開始時と3か月以上継続した時点とで比較した(図1)。東京都N区において訪問指導を受けた在宅の身体障害老人で、1978年から1988年までの1年間に3か月以上継続でき、所定の評価が2回以上可能であった65歳以上の30人が対象で、開始時平均年齢は74.7歳である。開始時の総得点は最低17点から最高45点で平均30.0点であったが、2回目の総得点は最低25点から最高54点で平均42.8点で、平均12.8点の改善がみられ、2名を除く28名が、2回目の総得点が高く、また、総得点60点の8割に相当する48点以上の方は、初回訪問時にはいなかったが、2回目では12名(4割)にみられ、より望ましい生活に改善した人が多くみられた。改善の程度は、1回目と2回目の得点の差が2点から30点と巾があり個人差が大きかった(福屋, 1993)⁽¹⁷⁾。

以上、在宅身体障害老人の生活構成要素・環境要素としてまとめられた12の項目を生活指導目標として設定した支援は、9割以上の対象者に有効であったことから、12項目の指導目標には一応の妥当性があるものと考えられるし、また、評価グレードに点数を付与し総点化することによって効果判定の一助になることが示された。尚、この12項目を数値化し分析してみた結果、満足度との関係が強かったことから、この12項目は、QOL(Quality of Life=生活の質)の程度を反映していると見ることもできよう(福屋, 1989)⁽¹⁴⁾。

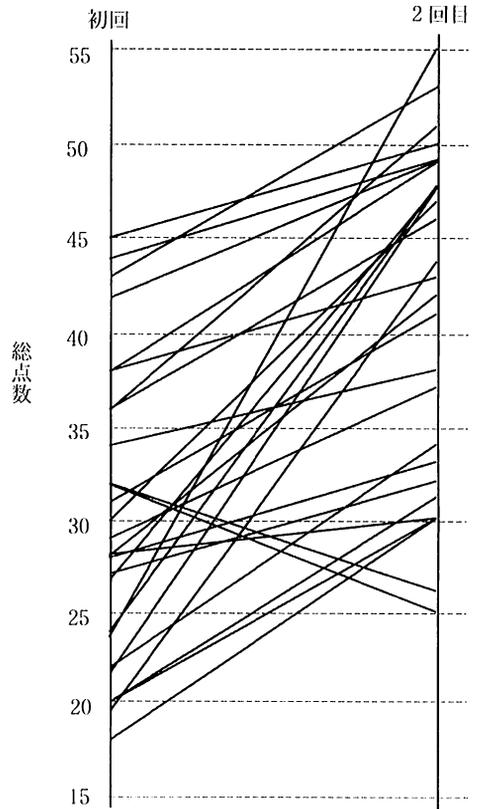


図1 生活構成要素総点数の推移⁽¹⁷⁾

東京都N区で1978年から1988年までに援助サービスが3か月以上継続でき、所定の評価が2回以上可能であった65歳以上(開始時平均74.7歳)の在宅障害老人30名の調査による。

V リハビリテーションに視点をおいた在宅ケアの進め方

1 リハビリテーションの視点にたったケア

在宅ケアは介護保険制度の目的ともなっている‘自立と QOL の向上’を目標とした支援であるべきで、これはリハビリテーション目標とも一致する。WHO では、QOL の尺度を6領域に分け、領域1：心理的側面、領域2：身体的側面、領域3：自立のレベル、領域4：社会的関係、領域5：生活環境、領域6：精神性・宗教・信念、となっている。わが国における在宅身体障害老人のケアニーズも、QOL の向上を目指す限りにおいては WHO の6領域と変わるものではないが、対象者が病弱であり、かつ、わが国特有の住宅環境にあるという特性から、ケアニーズもよりきめ細かに把握する必要があることが経験から判明し、‘身体的側面’を2項目に増やし、‘生活環境’を3項目に増やし、QOL の枠組みとしては8項目を設定する方がより適切であると考え（表7）。そして、前述の生活指導目標は、支援の具体化に際し特に重視すべきケアニーズとして位置づけられるものといえる。

表7 ケアマネジメントにおけるアセスメントと援助目標
－ケア目標の設定およびケア展開の視点から－

ケアニーズの領域 －ケア目標となる項目－	QOLの尺度 (WHOによる)
I 心理的苦悩、混迷、喪失・無能感	領域1 心理的側面
II 疾病・障害・老化・廃用症候群の理解	領域2 身体的側面
III 身体的苦痛、機能障害の程度	領域2 身体的側面
IV 生活障害の程度	領域3 自立のレベル 領域5 生活環境
V 福祉用具の適用評価	領域5 生活環境
VI 住宅環境の適否・改造の可否の評価	領域5 生活環境
VII 生活観・社会通念への拘り、偏見の程度	領域6 精神性/宗教/信念
VIII 孤立化・社会参加の程度	領域4 社会的関係

筆者は、リハビリテーションの視点に立ったケアとして6つの必要条件(表8)⁽¹⁸⁾を提案したい。この中の《リハビリテーション目標》の設定、民主的な《チームワーク》による活動、《リハビリテーションプロセス》を考えた活動、という3つの条件は、問題解決の手法として他の分野においても当然用いられるものである。ここで特に述べておきたい点は、リハビリテーションサービスの質を上げるためには、チームメンバーの中に当人の潜在機能・能力を評価できる専門家が含まれているということである。なぜならば、リハビリテーションは一般常識では不可能と思われることを何処まで可能にできるかへの挑戦ともいえる活動で、そのためには残存している機能・能力を評価により予測する手続きが重要であるからである。介護保険制度により爆発的に広がりを見せて

いる介護は、今後そのケアとしての質が問われるようになることは必須で、そのためにはリハビリテーションの視点が求められてくる。

表8 ケアがリハビリテーション活動であるための条件⁽¹⁸⁾

条件1 《リハビリテーションマインド》に立脚しているか
条件2 《リハビリテーション目標》が設定されたか
条件3 《チームワーク》が開拓され、成立しているか
条件4 《リハビリテーションプロセス》が考えられているか
条件5 当人の《生活維持・再建・QOLの向上》の支援となっているか
条件4 当人の《主体性の維持・回復》に焦点が当てられているか

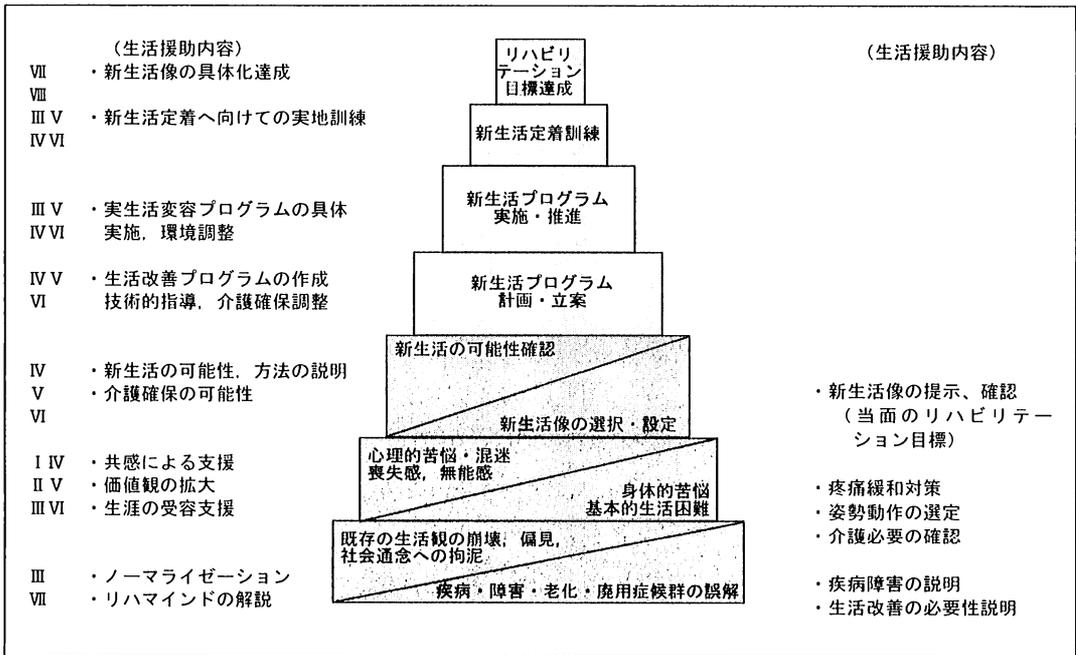
残りの3条件は、リハビリテーションとして不可欠で特徴的なもので、《リハビリテーションマインド》に立脚した活動であるか、当人の《生活の維持・再建、QOLの向上》を目指しているか、当人の《主体性の維持・回復》に焦点が当てられているか、についてである。リハビリテーションマインドとは、リハビリテーション理念（精神、思想）を意味し、人間としての尊厳と人権の平等および社会参加を保障するという人権思想を背景とする考えで、つまり、障害をもつ人々がその人なりに最適な社会的機能水準の生活が可能になる権利がある、ことを意味している（WHO, 1980）⁽¹⁹⁾。また、主体性の維持・回復とは、エンパワーメントとして高齢者や障害者に用いられ、無力（powerless）になった人の前向きに生きる力、自信を取り戻し、生活力を強化することを意味している。このリハビリテーションに特徴的な3つの条件は、いずれもその人の信念・価値観・生活観・人生観・障害観等に関わる内面的な課題である。ということは、リハビリテーション支援においては、多かれ少なかれ内面に立ち入る必要が生じ、そのためにはより深い信頼関係をもつことが重要になることを意味している。

2 生活支援モデルとしてのリハビリテーションケアの展開⁽²⁰⁾ (図2)

今まで紹介されているケアやリハビリテーション支援の進め方は、目標を設定し→ケア計画を立案し→実施・推進し→実生活への定着訓練により→目標としての生活への般化に到達する、という図式になっている。しかしながら、専門的支援を必要とする在宅の高齢者ケアにおいては、図2のピラミッドの上4段の図式通りに順調に上っていくことはほとんどないと言っても過言ではない。この図2に示した上の4段は一般的な手法であり、ただ‘新生活’と意図的に記入した点のみが「生活変革モデル」としてのリハビリテーションの特徴である。つまり、障害のない時と同じ方法で生活しようとしたら、不自由で動きが制限され、ひいては寝たきりになってしまう事から、リハビリテーションでは生活の変革が必須なものとされている。

図2に示した下の3段は、リハビリテーションとして不可欠な内面に関わるケアニーズを示している。各段の枠内を2分している斜線の左上は、生活上の不安、障害の受容、リハビリテーションマインド等の精神・心理的側面や、障害観・価値観・人生観に関わる内容であり、斜線の右下は、生活像の選定、基本的生活の困難、疾病・障害・生活の知識に関わる内容が記されている。斜線で分けたのは1つの段階に、心理・精神面と知識・生活面が表裏の関係にあるとも考えられるからである。本図はまた、支援の進め方として、通常の進め方でうまく進められない場合には一段下の段についてケアニーズの有無を確認することを奨励して作られている。例えば、プログラムが計画・立案されて同意したにもかかわらず、実施・推進に移行できない場合には、本人・家族が実施・推進に不安をもっていないか、また、再度新生活像選択の確認をする。そして、その段の問題がクリアできたにもかかわらず実施に進まない場合には、更にその下の段の課題について確認していく、という要領で活用可能なように作成したつもりである。勿論、人によっては、最初から最下段のケアニーズへの対応から始めることもあってよいが、その場合には、本人・家族のケアニーズとしてあるかを何らかの方法で確認する必要があることは言うまでもない。

砂原は(1983)⁽²¹⁾、リハビリテーションは障害者・高齢者の意識改革にも迫る活動であることを認識し、リハビリテーション支援にあたる専門家はそのことを心しておくべきであると述べている。



I～VIIIの数字は表7の在宅ケアの8つの援助目標を指し、それとの対応を示している。

図2 生活支援モデルとしてのリハビリテーションケアの展開構図(福屋による)⁽²²⁾

VI 障害者のリハビリテーションを阻む社会意識

現代社会には未だ、障害をもつ人があたりまえに生きていくことが困難な状況がある。

国際リハビリテーション協会第 14 回世界会議は「80 年憲章」に、「生活環境上の障壁を全て排除しなければならないと定め、その理由として、障害のある人を不必要に隔離したり、社会の中で積極的な役割を果たせなくさせることを防ぐためのものである。」と述べ、「障害者に関する世界行動計画」(国連, 1982)⁴¹⁾の重要な柱の 1 つとして《物理的、社会的障壁を除去し、機会均等化を推進する》を位置づけるに至った。わが国においても“障害者対策に関する新長期計画”(1993 年)の基本的な考え方として、〔物理的な障壁〕〔制度的な障壁〕〔文化・情報面の障壁〕〔意識上の障壁〕を除去し、障害者が各種の社会活動を自由にできるような社会づくりをめざす、としている。

これら 4 つの障壁を考えた場合に、前の 3 つは障害者への配慮なしに進められてきた社会のしくみの歴史的産物ともいえるものであろうが、今、ここでそれを除去しようと考えた場合には 4 つ目の〔意識上の障壁〕如何にかかってくるということになる。つまり、言い換えると、〔意識上の障壁〕すなわち障害者への社会意識によって他の 3 つの社会的障壁が何処まで除去できるかが決まってくるということになる。この社会意識の課題は、社会福祉士が専門とする社会的リハビリテーション領域の中核的関心事となろうが、リハビリテーション先進国と言われている国々においてさえも、未だ、最も困難な課題とされている。

生活上の困難は、もともと障害をもつ人の身体的、精神的機能障害に端を発しているが、その機能障害によってもたらされる日常の基本的生活上のさまざまな不自由や困難は、その人の生活観やその人固有の生活環境によって多大な影響を受けており、さらにまた、社会生活の困難は、その人の住む地域社会や国民の意識・国策によって大きな差が生じている。

国連人権委員会の経済社会理事会は、1984 年に「人権と障害との間の関係についての包括的研究」を行う特別調査担当官として指名された、レアンドロ・デスポイ(Leandro Despouy)による報告書を「人権と障害者」(1993)⁴²⁾として刊行した。国連で採択されたこの報告書には、20 か国を調査した結果と 10 の国際的関連団体の資料の他に、20 のリハビリテーション・インターナショナルなどの非営利組織からの情報を整理してある。その中の第 III 章 障害者に対する偏見と差別の中の、“文化的障壁”の項を引用(中野善達、1997「国際連合と障害者問題」(pp52 右側下から 38 行目~49 行目)⁴²⁾させて頂くと、「回答のほとんどが、少なくとも暗々裡に、障害者に対する偏見や差別が存在することを認識しているにもかかわらず、こうした実態の原因や形態について調べている政府は僅かしかない。しかしながら、原因に関し、いくつかの回答は、あるカテゴリーの障害者に関し、恥辱感、迷信的な恐れや拒否を示す従来からの態度を客観的に指摘していた。政府

からの回答にも、非政府組織からの回答にも、社会生活のあらゆる側面への障害者の統合と完全参加への主要な妨害物の一つとして、文化的障壁を挙げていることを特に指摘しておきたい。」と述べている。そして、教育へのアクセスに関しては、当局や教師および他の児童の両親による偏見のみではなく、障害児自身の両親による偏見のためにも差別を受けている状況があることや、私生活については、障害者と健常者の結婚が双方の両親や友人、親族から認められず引き離されたり、離婚させられたりする多くの例があり、この統合を妨げるのは、身体状況や機能障害だけではなく、障害者に対する社会の行動様式であるとし、ILO の報告では、障害者の失業率は、先進国においてさえ他の人々より2～3倍高く、開発途上国では雇用の見通しがきわめて低いか皆無の状況があり、また、現存する法的差別を解消するための活動にも、コミュニケーションや選挙権の制約等のために支障を来している、などをまとめている。WHO では、障害をもつ人の人権の尊重と機会均等を提唱し、知的発達障害をもつ人の権利宣言(1971)および、障害者権利宣言(1975)をし、現代社会の偏った発展の修正を呼びかけ、ノーマライゼーションとしての活動を展開している。つまり、これは、障害をもつ人、病人、こども・高齢者も健常な人と同じようにあたりまえに生活を営むことが困難な状況が、未解決な問題として全世界にあることを意味している。

わが国における障害者のリハビリテーションにおいても同様の状況があり、一般的には、地域社会における生活に戻るに際しての障壁は物理的環境が大きく、特に身体障害者の場合には物理的環境の改善によりかなりの問題が解決するかのようと思われるが、それは必ずしも正しくはなく、筆者は障害者、高齢者のリハビリテーション活動におけるかかわりから、対人環境が最も大きな障壁となっているものと考えている。

2 対人環境と障害者理解・偏見

対人環境とは生活環境の中で、人とのかかわりが直接的に生じる対人交流の側面を意味してここでは用いる。障害をもちながら退院した人が、退院後の在宅生活において家の中に閉じこもってしまうことがよくみられる。「こんな姿で人に会いたくない」、と言って退院後、外出を拒み続ける高齢の障害者は少なくない。これは、本人の気持ちであることは勿論あるが、介護している家族の方が本人よりも強く拒否していた事例に筆者は多く出会っている。この閉じこもりの背景要因としてはさまざまな誘因が絡み合っただけで単一なものではないと思われるが、障害のある現在の姿を周囲の人に見られたくない、という思いも含まれていたであろうことは想像に難くない。障害者のリハビリテーションの目標である社会参加を阻む最大の難関は障害者への社会の偏見・差別であるといっても過言ではない。

偏見とは、「ある対象、人、集団などに対して、十分な根拠なしに持たれている偏った判断意見

などをさす」(ブリタニカ国際大百科事典)。差別とは、「個人あるいは集団に対して、その人たちの望んでいる平等な待遇を拒否する行動である」(Allport, 1954)⁽²³⁾と定義されている。この差別と偏見の関係については、人は否定的偏見感情を抱き、差別行動をとるが、偏見をもっていても意識的に抑制して差別行動をとらないこともあるといわれている。

脳梗塞で右片麻痺と失語症があり、車椅子を使用している妻と暮らしていた定年退職後の夫が、妻の作品も展示されるとのことで妻を連れて展示会場に出かけた時のことを筆者に話してくれた。(妻はリハビリテーション活動の一貫として、左手を用いた編物の家庭教師の指導を受けていた。)その会場にはこどもから高齢者まで夫々の介助者や家族と共に来ていたが、夫が目からうろこが落ちるような驚きを覚えたこととして話してくれた内容は、『大きくなった重度の障害児を車椅子に乗せていたお母さん同士が、明るく、楽しそうに笑っておしゃべりしていた。』……生まれてからこれまでどれだけ大変なことがあったのか、今もどんなに大変かと気の毒に思っていたが……、ということであった。

この夫には、《障害者を抱えて暮らすことは暗く、楽しんだり笑ったりする生活ではない》、という先入観、すなわち、誤った理解、偏見があったのである。実はこの話は、リハビリテーション支援として住宅改造や生活様式・方法の相談のために訪問していた筆者が、妻に対する思いやりのある介護を1年以上も継続できている夫をみて、「どうしてそんなに思いやりのあるお世話が続けられるのですか」と質問したことに端を発していた。そして彼は、《あれを見てから自分の置かれている状況は、あの親子に比べたら大したことはない、と思えるようになった。》と話し、さらに、《もし、自分が妻の立場と置き換わっていたらと考えてみると、介護する立場にいる現在の自分の方がずっと幸せである、と思えるので。》とも語ってくれた。この事例は、障害者に対する偏見は変わり得ることと、体験者の具体例に出会うことの有効性を示唆していると同時に、それが障害者自身のリハビリテーションにも良い影響を与えるであろうことは推測に難くない。

障害者が社会参加を実現してあたりまえに生活できることを目指すリハビリテーション活動の推進のためには、障害者理解を深め、社会の障害者に対する偏見を是正していくことが求められている。

Ⅶ わが国における障害者への社会意識と反応様式の調査

障害者のリハビリテーションの最も困難な課題である障害者への社会意識と反応様式を明らかにすることは、障害者と共に暮らせる社会に変革するための足がかりとなるものと考え調査を実施した。

1 目的

本調査は、健常者が障害者についてどのような見方をしているか、また、健常者は障害者との関係においてどのようなかわりをもとうとするのか、についてその傾向を見る目的で実施した。つまり、障害者観（頭の中の画像としての信念）²⁰⁾と行動様式・態度の両面を含む内容となっている。偏見・差別を考える場合には、障害者という社会集団に対しての先入観が、態度・行動に影響を与えているであろうことは十分に推測される。しかしながら、態度・行動をみてもわからない内面に偏見が内在していることも考えられる。

本研究においては以下に述べる2つの目的で実施する。

目的1 障害者への社会意識と反応様式に関するスケールの作成

目的2 障害者への社会意識と反応様式の年齢層別特性について

2 方法

障害者への社会意識と反応様式に関するスケールを作成し、それを用いて調査を実施する方法である。

1) 対象【目的1の対象：リハビリテーション支援の専門家9名、目的2の対象：18歳以上50歳未満群808名、60歳以上群218名、計1026名】

2) 方法

手続き① 障害者への社会意識と反応様式に関するスケール（案）を、小島（図3）²¹⁾による“障害をもつ人々に対する態度の多様性を示す仮設的モデルを基本に「障害者への社会意識と反応様式」の測定項目を作成した。測定項目は、下記のA、B、C、D4つの領域に分け、各領域に該当すると思われる質問を4項目ずつ合計16項目定めた。

A 領域：理性に基づく障害者理解の前向きな関心や態度で、暖かく適確な理解、建設的接近、共働の態度

B 領域：理性に欠けた感情的な関心や態度で、盲目的愛情、過保護、憐憫、同情

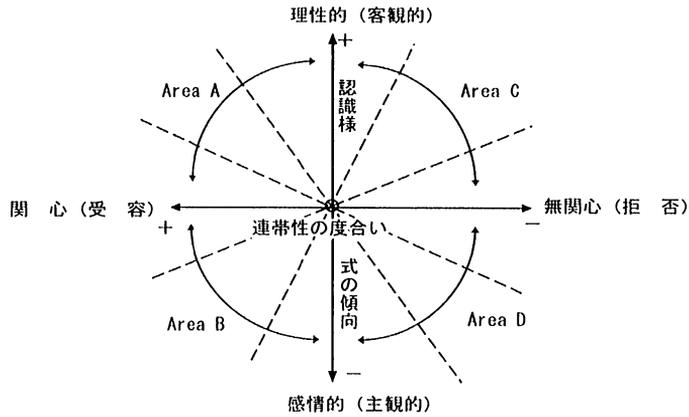
C 領域：障害者とかわることの利害を客観的に計算した上で、冷たく拒否する態度で、放任、無干渉主義、見て見ぬふり、消極的差別

D 領域：無関心・無責任と感情的な拒否反応の結合で、冷淡、抹殺、権利剥奪

手続き② 手続き①で作成した4つの大項目と16の小項目の内容的妥当性の検討を9名の専門家で実施した。

手続き③ 「障害者への社会意識と反応様式測定スケール」の作成。各小項目毎の回答は5段階評定とし基準を定めた（表9）。

手続き④ 調査の実施 (平成元年 4 月～11 年 3 月)。目的 2 の 1026 名を対象。



- A 領域…温かく適確な理解, 建設的接近, 共働の態度
- B 領域…盲目的愛情, 過保護, 同情
- C 領域…放任, 無干渉主義, 見て見ぬふり, 消極的差別
- D 領域…冷胆, 抹殺, 権利剥奪

図 3 障害者への社会意識と反応様式⁽²⁾

3 結果

- 1) 作成した「障害者への社会意識の反応様式測定スケール」(表 9) を用いて、健常者 1026 名を対象に調査した。対象者の内訳は健常 (高齢者群) : 218 名、(大学・大学院生群) : 808 名 ((一般大学生群) : 434 名、(リハ専門大学生群) : 316 名、(リハ専門大学院生群) : 58 名) である。
- 2) 「障害者への社会意識と反応様式測定スケール」の各項目の 5 段階評定に得点を付与し集計した結果を、A, B, C, D の 4 つの領域に分類した。全対象者 1026 名の【受容的反応】は 62.4% の得点率で、【拒否的反応】の 37.2% の得点率より高かった。【受容的反応】の [A 理性的受容] の得点率は 68.4% で、[B 感情的受容] の得点率 56.2% より高かった。【拒否的反応】の [C 理性的拒否] は 45.0% で、[D 感情的拒否] の得点率 29.4% より高かった (図 4)。
- 4 領域の比較では、[A 理性的受容]、[B 感情的受容]、[C 理性的拒否]、[D 感情的拒否] の順に得点率は低くなっていた。

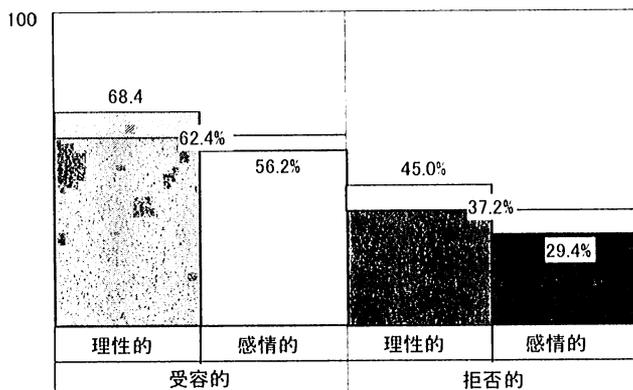
表9 社会の障害者対応様式に関する調査

「介助で外出している障害者を見かけた時に、あなたはどのように思いますか？」

* 以下の記述文の右欄の該当する数字のところに○印を付けて下さい

(5 : 全く当てはまる, 4 : 大体当てはまる, 3 : 当てはまる, 2 : あまり当てはまらない, 1 : 全く当てはまらない)

	5	4	3	2	1
例) 日本人は外国人に対して親切である		○			
1) 本人も家族も大変だろうが、自分とは関係がない					
2) 自分はあんな状態になりたくないし、なるなんて考えたくない					
3) かわいそうな気の毒な人だと思う					
4) 仲間に入れて一緒に頑張りたいと思う					
5) みんなにじろじろ見られていやだろうなと同情する					
6) 不自由で大変つらいだろうなと心が痛む					
7) 何かできることがあったら手を貸したいと思う					
8) 話かけて励ましてあげたいと思う					
9) 可愛そうな人だから助けてあげたいと思う					
10) あんな障害者になるとみっともないと思う					
11) かかわりたくないののでできるだけ見ないようにする					
12) 障害者は自分とは別世界の人なのでよく分からない					
13) 介助の必要なひとは他の人より遠慮や我慢すべきだと思う					
14) あんな状態になったのは自業自得だと思う					
15) 周りの人や社会に迷惑をかけて生きていると思う					
16) 介助してもらっても自分がしたいことはした方がよい					



N = 994

図4 社会の障害者対応意識

3) 対象者の群間の比較では

- ① [A 理性的受容] が最も高いのは〈リハ専門大学生群〉で、〈一般大学生群〉が一番低く有意の差がみられた。
- ② [B 感情的受容] が最も高かったのは〈高齢者群〉であり、〈一般大学生群〉と有意の差がみられた。
- ③ [C 理性的拒否] は、〈一般大学生群〉が一番高く、2番目が〈高齢者群〉、3番目が〈リハ専門大学生群〉4番目が〈リハ大学院生群〉の順になっていた。
- ④ [D 感情的拒否] は〈高齢者群〉が〈他のいずれの群〉よりも有意に高い、という結果であった(表10)。

表10 社会の障害者意識に関する調査

N=1026

	全体 1026人	高齢・健常 218人	大学・一般 434人	大学・専門 316人	大学院・専門 58人
受容的対応	62.4%	67.6	60.0	64.2	57.8
A 理性的	68.4	68.8	64.4	72.0	68.6
B 感情的	56.2	66.2	55.4	56.2	47.0
拒否的対応	37.2	42.4	40.4	37.4	28.8
C 理性的	45.0	48.0	51.6	47.0	33.6
D 感情的	29.4	36.8	29.2	27.8	23.8

A領域：温かく適確な理解、建設的接近、共働の態度

B領域：盲目的愛情、過保護、同情、憐憫

C領域：放任、無干渉、見て見ぬふり、消極的接近

D領域：冷淡、抹殺、権利剥奪

16項目5件法(5：全く当てはまる～1：当てはまらない)

4 考察およびまとめ

人は社会の中で、自分の所属する社会的集団の影響を受けて自己意識や社会意識が形成されていく。障害者への社会意識が、いわゆる福祉先進国と言われる国とわが国では差があることは十分に推測されるように、わが国の中においても地域や集団により違いがあるものと考えられる。偏見とは障害者へのマイナス意識であり、その集団の偏見の程度や特性を知る事は偏見の解消法を見出す糸口になるものと考え、本調査を実施した。

本調査は「障害者への社会意識と反応様式」を4つのパターンに分け、対象群による違いを見出すとしたものであるが、一定の枠内での限られた側面ではあるが、約30年に亘る筆者の病院・福祉施設・在宅における臨床実践の経験下において感じていたことを裏付ける結果が得られたものと考えている。

A, B, C, Dの4つの領域のうち望ましいのはA領域であるが、B領域の感情的受容が最も多いのではないかの予測に反してA理性的受容の方が多かったのは、意識の障壁が低くなる望ましい傾向とみられよう。しかしながら高齢者群に関してはA, Bの得点率に差がなく、高齢者は障害者を同情や憐れみの対象として見る人が若年者より多く、また、Dの冷淡・抹殺・権利剥奪にあたる感情的な拒否反応が36.8%もあり、かつ、Cの放任・無干渉主義・見て見ぬふりも48.0%であったことから、最も偏見の強い集団であると考えられる。この調査対象は老人大学等で社会参加している積極性のある高齢者であったことから高齢者全体の特性とはいえないが、障害者や寝たきりにならないで、ポックリ死にたいと念願している高齢者の偏見の意識構造とも解釈できる。特に高齢者にとって身近な課題であることから立場を置き換えて推測すると、同情や憐れみを受けて生きなければならないのであれば死ぬ方が増した、ということになるのかも知れない。

本調査結果から判明した対象群毎の特性は、対象群の中で、理想の意識と反応形態を示したのは、リハビリテーション専門大学院生群であろう。Dの感情的拒否が23.8%、Cの理性的拒否、Bの同情・憐れみのいずれも他の群との比較で最も低く、かつ、Aの理性的な受容意識は68.6%と高かった。この対象は臨床経験のある専門家であることから当然ともいえようが、対象者数が少ないことから今後更に検討する必要があるだろう。

大学生の2群の比較からも興味のある結果がみられた。リハ専門大学生群のA理性的受容が、72.0%と他群よりも高かったのは、実践経験がない分、理想としての意識が表明されているものと解釈した。他の領域の比較からも一般大学生群と専門大学生群では差があり、一般学生の偏見が強い傾向がみられ、障害者との接触経験との関係および環境・情報等との関係があることが仮説としても推測され、今後の課題となろう。

この質問紙の設定は“介助で外出している障害者を見かけた時にどう思うか”について質問したものである。この質問内容は回答し易いことを優先し、回答者が身近に出会う機会が多くイメージし易い状況を設定し作成した。したがって、回答者の障害者のイメージも人により差があるもののその枠内での回答ということになり、前述の結果は当然のことながら障害者全般に関するものではない。しかしながら、この作成したスケールにより個人あるいは集団の障害者への意識と反応がある程度把握できる事がわかった。今後、試用を重ね更に精度を高めていく必要があるものと思われる。

また、本調査では限られた対象となっており健常者全体を反映するものではないが、この質問紙は、当人や家族、ボランティア、専門学生等の相談や指導上に必要な個別的な意識をみる足がかりにも参考になるのではないかと考えている。リハビリテーションマインドの理解をどのように進めていくのかは今後全てのケアに関わる人達に更に求められてくるものと考えている。

Ⅷ 障害者・高齢者のリハビリテーションの課題

以上述べた障害者・高齢者のリハビリテーションの課題については、実践現場において現在直面している重要課題として、以下の3点にまとめられよう。

1 「生活モデル」による支援技法開発の課題

障害をもちながらも普通の生活ができることを目指し、QOLを目標とするリハビリテーション活動では、既存の「医学モデル」による技法のみでは問題の解決には至らず、前述したように、生活者の視点に立った「生活モデル」による支援技法が基盤となる。しかしながら、在宅者に対する支援技法の開発は未だほとんどなされていないのが現状である。人の生活は個性が強く、プライバシーとして尊重されるべきものであり、かつ、生きるための多面的ニーズで成り立っているため、それを他人が支援することの困難さは、問題の枠組みがある医学の比ではない。にもかかわらず、寝たきり老人や障害者家族の心中なども後を絶たない現代社会において、家族のみではなく社会としての支えが必要であるとして介護保険制度も誕生した。本稿の前半の報告は、在宅ケアの実践経験からまとめたものとして、活用できるものと考えている。このような、生活を支援するという限りなく複雑な命題には、既存的手法には無い新しい特殊な技法が必要で、例えば、'エンパワメント技法'、'生活支援におけるインフォームドコンセント'、'廃用症候群の起こらない生活様式の開発'等⁽²⁰⁾が課題として挙げられよう。今後これらを開発していくためには、今まで蓄積してきたリハビリテーション専門技術を実生活場面で活かすための応用的・実践的研究が必要であろうが、それを生活者の側面から組替えられたものとして開発することが求められている。これは、当人、家族はもとより、在宅ケアに関わる全ての人々のチームワークなしではできない課題である。

2 障害者への社会意識変革の課題

障害者に対する社会意識の変革すなわち偏見の解消について、山内(1998)⁽²⁵⁾は視覚障害者を対象とした研究で、相互作用のある対人接触により解消が可能であることを紹介している。また、上瀬(1998)⁽²⁶⁾は集団間接触による偏見の解消メカニズムについて述べている。

筆者は医学生セミナーで、障害学生と会って話をしてみる、という課題を与え、頸髄損傷や重度の脳性まひの学生を紹介したことがある。各自の経験を発表し合う場面での医学生の反応は、障害者は私たちと同じで特別なことはなかった、と期待が裏切られたような素振りが見られ大変興味深かった。偏った障害者観を是正する活動は今後積極的に展開していく必要がある。寝たきり老人の閉じこもりからの開放のためにも、本人・家族の内的偏見の解消が重要な課題となっている。このような家族では、他人介護も拒否し、デイケアサービス等への外出でさえ連れ出すことが難しいことが多い。社会意識の変革の課題は内なる偏見と外なる偏見の両方への対応が必要なのである。

3 ケアマネジメントおよび連携の課題

介護保険制度下ではケアマネジャーの質が問題になっている。

家族介護のみではやっていけないという前提ではじまった介護問題の解決のためにはケアマネジャーによる支援は不可欠である。ケアマネジャーは介護の質の鍵を握っているのみではなく、本人の人生を左右する役割を担っているとも言えるかもしれない。人権思想に立脚したリハビリテーションの視点・手法は、今後、ケアを必要としている人の QOL の向上に不可欠なものとなるであろう。

[参考文献]

- (1) E. ヘランダー著、佐藤秀雄監修、中野善達編訳：偏見と尊厳、地域社会に根ざしたリハビリテーション入門、pp.7-13、他見出版株式会社、1996
- (2) 小島蓉子：社会リハビリテーション、pp172-188、誠信書房、1981.
- (3) 小島蓉子：大都市の地域に根ざしたリハビリテーションー都市の福祉対応能力の強化のための CBR の視点と戦略ー、リハビリテーション研究、1990
- (4) 上田 敏：目で見えるリハビリテーション医学、東京大学出版会、1994
- (5) 社会福祉法人肢体不自由児協会：高木憲次 人と業績、社会福祉法人肢体不自由児協会、1967.
- (6) 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、pp24、医歯薬出版、1979
- (7) 横山巖他：脳卒中の医学的リハビリテーションの追跡調査（第3報）退院3年後の時点での調査、リハ医学 8、pp231、1971
- (8) 二木 立：脳卒中の予後測定；歩行自立度を中心に、理・作・療法 11、pp710-715、1987
- (9) 藤田佐和：肢体不自由者の退院後の在宅生活についての調査研究ー退院時に想定した在宅での生活像が退院後の生活に与える影響ー、筑波大学大学院修士論文、1985

- (10) 福屋靖子：東京都中野区における在宅身障老人訪問リハビリテーションの経験、総合リハビリテーション 11 (12)、1983
- (11) 土屋弘吉、今田拓、大川嗣雄編：日常生活動作 (ADL) - 評価と訓練の実際 -、医歯薬出版株式会社、1978
- (12) Kottke,F.J.:Philosophic considerations of Quality of Life for the disabled,Arch Phys Med Rehabil,pp.60-62, 1982.
- (13) 佐鹿博信：学齢期の障害児への支援：療育と教育の連携-横浜市地域療育センター長会の調査報告から、リハビリテーションにおける連携とケアマネジメント-サービス提供と実践的課題、リハビリテーション連携科学 1 (1)、メヂカルフレンド社、2000
- (14) 福屋靖子：在宅身体障害者の生活指導-リハビリテーション援助に必要な生活構成要素の分析-、理学療法ジャーナル、23 (6)、医学書院、1989
- (15) マザー・テレサ著、渡辺和子訳：マザー・テレサ 愛と祈りのことば、PHP 研究所、1997
- (16) 福屋靖子：在宅障害者の生活評価と生活指導の進め方、理学療法ジャーナル 27 (3) 1993
- (17) 福屋靖子、吉原裕美子：地域リハビリテーションサービス下での在宅障害老人の生活状況推移の分析、シルバーサイエンス研究平成元年度研究報告、pp352~354、厚生省厚生科学研究班、1990.
- (18) 福屋靖子・佐藤登美・石鍋圭子編著：人間性回復のためのケアマネジメント リハビリテーションの視点からの展開、pp7, メヂカルフレンド社、2000.
- (19) 中野善達：国際連合と障害者問題、第 1 巻、pp18, 筑波大学リハビリテーションコース中野研究室、1995.
- (20) 福屋靖子、佐藤登美、石鍋圭子編著：人間性回復のケアマネジメント リハビリテーションの視点からの展開、pp64~68、メヂカルフレンド社、2000.
- (21) 砂原茂一：医療の構造と医療者の倫理、理・作・療法、17 (3)、1983.
- (22) 中野善達：国際連合と障害者問題、pp23, 52, 53, 54, 筑波大学リハビリテーションコース中野研究室、1997.
- (23) Allport,G.W.The Nature of Prejudice.Cambridge,MA:Addison-Wesley,1954. (原谷昭夫訳 偏見の心理 培風館、1968)
- (24) 岡 隆：ステレオタイプ、偏見、差別の心理学、現代のエスプリ、pp5-14、1998.
- (25) 山内隆久：対人接触による障害者に対する偏見解消、現代のエスプリ、pp205-215. 1998.
- (26) 上瀬山美子：偏見・ステレオタイプのメカニズム-集団間接触、現代エスプリ、pp195-203, 1998.