

脊髄損傷者の 社会参加マニュアル

住田 幹男 徳弘 昭博
真柄 彰 古澤 一成 編著

NPO法人 日本せきずい基金

[独立行政法人福祉医療機構(高齢者障害者福祉基金)助成事業]

■ 脊髄損傷者の社会参加マニュアル

発行：2008年2月25日 第1版第1刷

発行者：NPO法人 日本せきずい基金

〒183-0034 東京都府中市住吉町4-17-16

電話 042-366-5153 FAX 042-314-2753

E-mail Jscf@jscf.org URL <http://www.jscf.org/jscf/>

© Japan Spinal Cord Foundation, 2008 非売品

はじめに

労働者健康福祉機構 関西労災病院
リハビリテーション診療科部長
住田 幹男

脊髄損傷者の社会進出には、近年めざましいものがある。その象徴的なものが、就労であり、復学である。しかしながらそこに到るまでの道程は、未だに十分整備されているとは言えず、多くの紆余曲折を経て、中には驚くようなものも少なくなく、時間的にも人材の面でも多くを費やしているのが現状である。

そのような窮状の基本には、日本では急性期治療から社会復帰まで一貫したシステムを備えた総合せき損センターが福岡県に一ヶ所しか存在していないことに尽きるであろう。

しかしながら年間約5000名近くの新たな脊損者が生まれており、就労や復学にまで至らなくとも多くの人々が家庭復帰し、いかに社会参加の歩みを求めていくべきかそのスキルが強く求められている。リハビリ現場で活用できる成書となっているものも数少ない。

そこで日本せきずい基金の呼びかけに応じて、脊髄損傷当事者が社会参加していくに当たっての必要な知識やノウハウを集約し、実際の成功事例を提示していただいて、実践的なツールとしてここに上梓することができたことは、大きな喜びである。

特に実際に社会に進出されて活躍されている脊髄損傷者の生の声を、そしてその歩みを医療従事者からも提示していただいたことは、大変参考になることであろうと確信する。また社会参加への一歩として障害者スポーツの大きな役割にも言及されており、パラリンピックを頂点とする世界的な障害者同士の交流が、体力づくりのみならず、地域などでも仲間づくりや人脈づくりなどへと波及して、復学や就労のきっかけにもなっていることが提言されている。

このテキストが、脊髄損傷者にとって、試行錯誤を繰り返さずに、より効率よく、より確かな歩みを始めて、社会参加を推進して行くよい手助けになることを祈るものである。

平成20年2月吉日

「脊髄損傷者の社会参加マニュアル」

編集委員会

住田 幹男	独法) 労働者健康福祉機構	関西労災病院 リハビリテーション診療部長	◎委員長
徳弘 昭博	独法) 労働者健康福祉機構	吉備高原医療リハビリテーションセンター 院長	
真柄 彰	新潟医療福祉大学医療技術学部	義肢装具自立支援学科教授	
古澤 一成	独法) 労働者健康福祉機構	吉備高原医療リハビリテーションセンター リハビリテーション科部長	

[順不同]

【執筆者一覧】

- 第1章 1-1: 徳弘 昭博 (吉備高原医療リハビリテーションセンター)
1-2: 古澤 一成 (吉備高原医療リハビリテーションセンター)
1-3: 伊藤 良介・生方 克之 (神奈川リハビリテーション病院)
コラム: 小坂橋恵美子・福島 智 (東京大学先端科学技術研究センター)

第2章

- | | |
|----------------------------------|---|
| 事例1. 田中 晃 (アガペセンター) | 事例11. 渡邊 貴志 (吉備高原医療リハビリテーションセンター) |
| 事例2. 小滝みや子 (千葉リハビリテーションセンター) | 事例12. 賀好 真紀 (総合せき損センター) |
| 事例3. 田中 晃 (アガペセンター) | 事例13. 小滝みや子 (千葉リハビリテーションセンター) |
| 事例4. 小宮 雅美 (総合せき損センター) | 事例14. 三沢 幸代・富岡 佳代
(国立身体障害者リハビリテーションセンター病院) |
| 事例5. 田中 晃 (アガペセンター) | 事例15. 須堯 敦史 (総合せき損センター) |
| 事例6. 成沢 一之 (アガペセンター) | 事例16. 田中 渉 (吉備高原医療リハビリテーションセンター) |
| 事例7. 田中 真弓 (兵庫リハビリテーションセンター病院) | 事例17. 田中 真弓 (兵庫リハビリテーションセンター病院) |
| 事例8. 田中 真弓 (兵庫リハビリテーションセンター病院) | 事例18. 出田 良輔 (総合せき損センター) |
| 事例9. 三好 克彦 (吉備高原医療リハビリテーションセンター) | 事例19. 小滝みや子 (千葉リハビリテーションセンター) |
| 事例10. 戸渡富民宏 (総合せき損センター) | 事例20. 大塚 文 (九州労災病院) |

- 第3章 3-1: 長田 博行 (ソニー・太陽)
3-2: 迫 里深 (カーブス平佐)
3-3: 長江 亮 (早稲田大学高等研究所)

第4章 松尾 清美 (佐賀大学医学部付属地域医療科学教育研究センター)

- 第5章 5-1: 陶山 哲夫 (埼玉医科大学総合医療センター)
5-2: <座談会> 上村 千佳・土田 和歌子
南 浩一+陶山 哲夫 (司会)

*

組版制作: 日本せきざい基金事務局
ボランティアスタッフ: 菱谷 久仁子

はじめに [住田幹男] …… iii

第1章 脊髄損傷者の社会復帰に関する総論…………… 1

1-1. 脊髄損傷者の社会復帰<総論 1> [徳弘昭博] …… 2

- I. 脊髄損傷者の社会復帰の現状 : 2
- II. 脊髄損傷者の受傷から社会復帰までの道筋 : 6
- III. 障害のレベルとゴールの設定 : 11

1-2. 脊髄損傷者の社会復帰 <総論 2> [古澤一成] …… 17

- IV. 社会復帰に向けた医療での取り組み : 17
- V. 職業リハビリテーション : 23

1-3. 脊髄損傷者の復学、進学 [伊藤良介・生方克之] …… 32

- 1. 復学を目標としたプログラムの作成 : 32
- 2. 本人の準備 : 33
- 3. 学校との調整 : 35
- 4. 校内の環境整備 (ハード) : 36
- 5. 校内の環境整備 (ソフト) 他 : 37
- 6. 義務教育以降 : 37
- 7. 復学後 : 37

[コラム] 脊髄損傷者が住まいを確保するとき

——アンケート調査から [小坂橋恵美子・福島 智] …… 39

第2章 社会復帰事例集…………… 41

◇ 社会復帰の事例を読んで [真柄 彰] …… 42

- 事例1. 高位頸損で復学、在宅就労へ [田中 晃] …… 43
- 事例2. 福祉機器の積極活用で在宅生活、そしてピアサポート [小滝みや子] …… 44
- 事例3. パソコン技能で社会との接点を見出す [田中 晃] …… 47
- 事例4. 資格取得を重ね、社会参加へステップアップ [小宮雅美] …… 48
- 事例5. 「一生懸命、自力で生きる」を信念に [田中 晃] …… 50
- 事例6. ADL自立からシステムエンジニアとして復職 [成沢一之] …… 52
- 事例7. 全国規模の患者会を立ち上げ、積極的に活動 [田中真弓] …… 53
- 事例8. 介護ショップで働きながらケアマネジャー資格を取得 [田中真弓] …… 55
- 事例9. 関係機関との連携による職業自立 [三好克彦] …… 57
- 事例10. 歯学部で復学後、専門を活かして [戸渡富民宏] …… 59
- 事例11. 職業訓練を活かした新たな就労 [渡邊貴志] …… 61
- 事例12. 頸髄不全で4年後に自動車運転自立へ [賀好真紀] …… 63
- 事例13. ひとり暮らし、就労、社会活動を実現 [小滝みや子] …… 65
- 事例14. 復職への意欲を支えた看護 [三沢幸代・富岡佳代] …… 68
- 事例15. 頸髄損傷者(C6)の教職復帰への過程と支援手段 [須堯敦史] …… 71
- 事例16. 復学の困難を乗り越えて——トップアスリートへの道 [田中 渉] …… 73
- 事例17. 仕事(公務員)と趣味(車いすマラソン)を両立 [田中真弓] …… 75
- 事例18. 高学歴の不全麻痺者の復学から新規就労まで [出田良輔] …… 77
- 事例19. スポーツ活動から生まれた自己実現のはじまり [小滝みや子] …… 79
- 事例20. 社会福祉学を専攻し、就職直後に受傷、
車いすで営業職へ復帰 [大塚 文] …… 81

第3章 私の選択..... 87

3-1. 働く障がい者の見本として [長田博行] 88

1. 受傷から社会復帰へ：88
2. 二人の偉大な指導者との出会い：89
3. 「自律」：90

3-2. 呼吸器をつけてスポーツジム経営へ [迫 里深] 93

- 新たな自分探しの旅：93 スポーツジムを始めたい！：94 夢を現実に：94
シビアな現実を超えて：95 テレビ取材を受けて：95 まさかの日々：96
明石での講演会へ：97 健康であることの喜びを：97

3-3. 大学への復学そして研究者の世界へ [長江 亮] 99

- 受傷からリハビリへ：99 リハビリで得たこと：100 仲間との接触：100
目標の設定：101 帰宅から復学まで：101 復学後及び国リハでの入院：102
学ぶことと目標と、そして決意：103 進むべき道：104 現在に至る道：105
これからは社会復帰？：107

第4章 社会復帰のための工学的支援 [松尾清美] 109

[筆者の経歴と工学的支援の思い]：109

1. 福祉機器による工学的支援からアシスティブテクノロジーへ：110
2. 障害受容の状況が工学的支援などの受け入れに影響する：112
3. 自立（律）生活のための環境要素の考え方：112
4. 福祉機器と住宅改造による工学的支援について：114
5. 住環境改善事例：115
6. 社会環境：117 まとめ：119

第5章 障害者スポーツへの招待..... 121

5-1. 障害者スポーツが世界を広げる [陶山哲夫] 122

- I. 障害者スポーツの概論.....122
- II. 障害者スポーツの歴史.....123
- III. 障害者がスポーツをする意義.....123
- IV. 障害者スポーツの分類と特徴.....124
- V. 国際障害者スポーツ競技およびパラリンピック.....125
- VI. 世界へ羽ばたく国際的に活躍する主な選手と団体競技.....128
- VII. 結語.....130

5-2 <座談会> 車いすのアスリートとして 131

上村 知佳 土田 和歌子
南 浩一 陶山 哲夫（司会）

◆ 参考資料

- I. 職業リハビリテーション.....141
- II. 福祉就労(付訓練施設と生活施設).....147
- III. 障害者スポーツ関係団体・施設.....148
- IV. 相談窓口.....152
- V. リハビリテーション工学関係機関.....153
- VI. 脊髄損傷の評価尺度(1).....86 (2).....108

索引.....154

第1章

脊髄損傷者の社会復帰に関する 総論



1-1.

脊髄損傷者の社会復帰 〈総論 1〉

徳弘 昭博

吉備高原医療リハビリテーションセンター
院長

(とくひろ あきひろ)

◆ 1. 脊髄損傷者の社会復帰の現状

脊髄損傷は受傷した方も、そのご家族・関係者もふくめて以降の人生に重大な影響を及ぼす障害で、急性期から回復期のリハビリテーションを含む医療、社会復帰後の障害の管理まで高い専門性が必要な分野である。ここでの医療の目標はQOLの高い社会生活を目指すことである。医療施設からの社会復帰は、その社会生活の第一歩である。ここでは、初回のリハ治療を終了した脊髄損傷者がどのような形で退院したかを見てみたい。

1. 脊髄損傷の医療の現状

最近の医療制度では、医療施設は急性期・回復期・慢性期とそれぞれの時期を担当するように区分されるようになってきている。以前は各地の労災病院のように脊髄損傷の治療に専門性を持っていて、初期の治療から社会復帰までを受け持つということがされてきたが、今日では「総合せき損センター」〔福岡県飯塚市〕のような専門施設をのぞいては、病院は急性期・回復期・慢性期というような、それぞれの時期を担当するようになった。単一の病院で救急医療からリハビリテーション治療が終了する、というような状況ではなくなっている。

また、リハビリテーション治療の診療報酬の関係から、長期間を要し、また高度の専門性が必要な脊髄損傷はリハビリテーションの流れがうまく作れない、ということも現実の問題となってきた。

2. 「全国脊髄損傷データベース」からの 社会復帰の現状

ここでは、こうした医療改革が進行しつつある

時期の脊髄損傷治療の状況を、「全国脊髄損傷データベース」（旧・全国労災病院脊髄損傷データベース、以下「脊髄損傷DB」と略す）の1997-2004（平成9-16）年度の分析からみて、社会復帰の現状を認識しておきたい。この期間は、医療情勢からいって病院の機能分担・特に急性期病院の入院期間の短縮が図られた期間であるが、大幅なリハビリテーション医療診療報酬の改定はまだ行われていない。2000年度には介護保険制度が運用を開始している。

i. 対象（図1-1）

脊髄損傷DBは、総合せき損センター、吉備高原医療リハビリテーションセンターを含む全国29の労災病院グループが参加している。これらの施設で、重症度*AからDの、初回のリハビリテーション治療を終了した脊髄損傷者が対象で、これらの人々のリハビリテーション治療を終了し退院するときのデータである。

総登録者数は2,230名、平均年齢は48.3歳、男女比は約5：1である。各年度における登録数や麻痺レベルの内訳には、年ごとの変動がある。また麻痺レベルや重症度別の構成などは、ほぼこれまでの疫学調査報告と同じであった（図1-1）。

年度ごとの脊髄損傷者の年齢は高くなる傾向があり、1997年度は平均年齢46.2±17.9歳であったのが、2004年度には51.2±19.0歳となっている。

麻痺のレベルではC1-8*の頸髄損傷が、重症度*ではDの不完全損傷が多いことが判る。

〔*：Ⅲ. 「障害のレベルとゴールの設定」参照〕

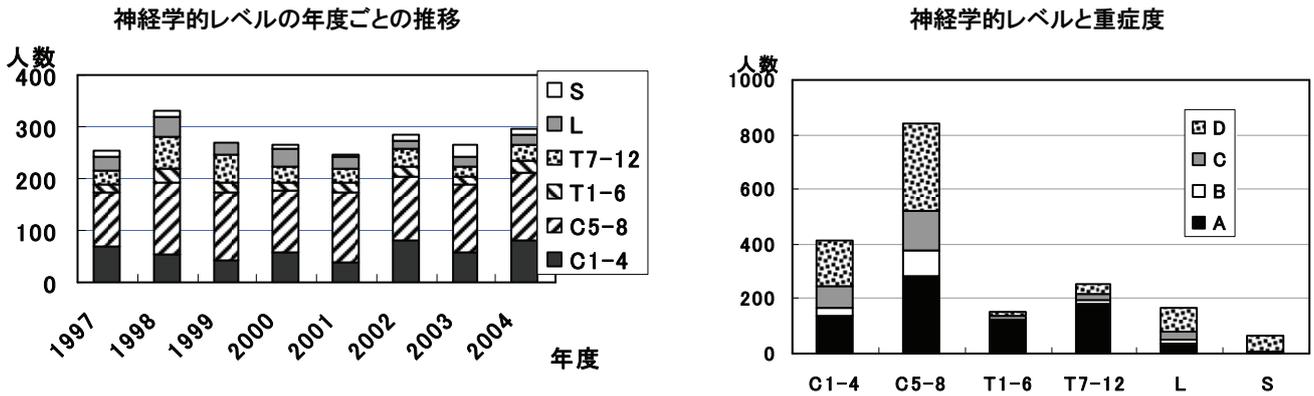


図1-1 脊髄損傷DBの対象
2,230名 男性：1871, 女性：359 年齢：6~96歳 平均：48.3±18.7歳

ii. 社会的アウトカム(図1-2)とその推移

(図1-3、図1-4)

これらの2,230名の人々が、リハビリテーション治療を終了したとき、どこに退院したか(転帰)、つまりリハビリテーション治療の社会的帰結を「社会的アウトカム」という。

結果は覚え易い数字になっている。職業復帰は7%、復学2%、職業リハビリテーション移行1%で、これらを合計するとちょうど10%である。

家庭復帰は約半数の49%、転科・転院が約3分の1の34%、社会福祉施設は4%であった。

年度別に社会復帰の状況を見てみると、確実なことは1997年度と2004年度の比較では、職業復帰(復学・職業リハビリテーション移行を含む)が減少していることである。高齢化と病院の機能分化が原因かもしれない。2000年度は介護保険制度が導入された年である。この年度は家庭復帰が増加して、転科・転院が低下する傾向を見せている。一時的に、介護保険導入がこの保険が適応となる脊髄損傷者の家庭復帰を促進した可能性はあるが、以降は増減をくり返している。

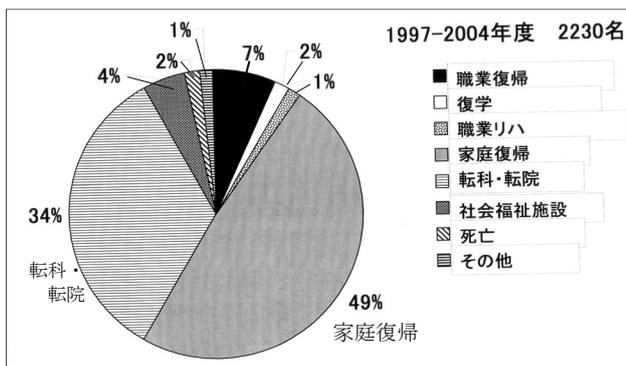


図1-2. リハビリテーション治療の結果

最近では転科・転院が増加しており、これは労災病院群の在院日数短縮の動きと関係がありそうである。つまり、早期に専門施設、後方病院への転院がなされ、社会復帰の形の決定は先送りされているという可能性がある。

iii. 在院日数の推移(図1-5)

社会福祉施設へ移行したものが極端な変化を見せている。この群はもともと人数が少なく、変化が強調され易い。介護保険制度導入以前から在院日数低下の傾向を見せていたが、これといくらかの関係はあるかもしれない。増減を繰り返しながら、他の群とそれほど変わらない在院日数まで短縮されてきている。

職業復帰は、1997年度と2004年度を比べた場合には在院日数は平均で183日から206日と増加している。これはこうした長期間を要する社会的アプローチが労災病院ではできにくくなり、総合せき損センターや吉備高原医療リハビリテーションセンターのような特定の施設で行われることが多くなったこととも関係があるかもしれない。

家庭復帰や転科・転院は、在院日数の減少が起きているのが判る。家庭復帰群は1997年に比べて介護保険導入の2000年以降は在院日数低下の傾向にある。平均で1997年度248日から2004年度176日への低下である。これは介護保険制度がこの制度の適応となる65歳以上の人々の家庭復帰を促進した可能性はあるだろう。

転科・転院も1997年度は200日を越して216日であったのが2004年度は平均で159日となっている。

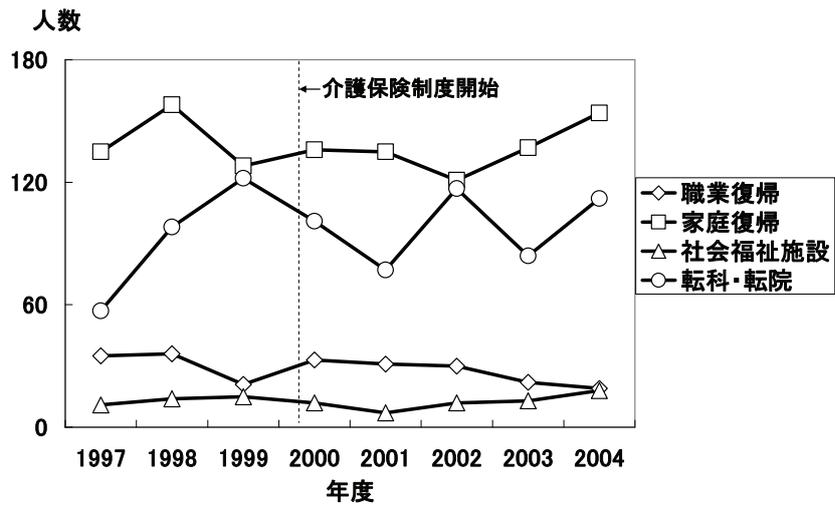


図1-3 社会的アウトカム 実数

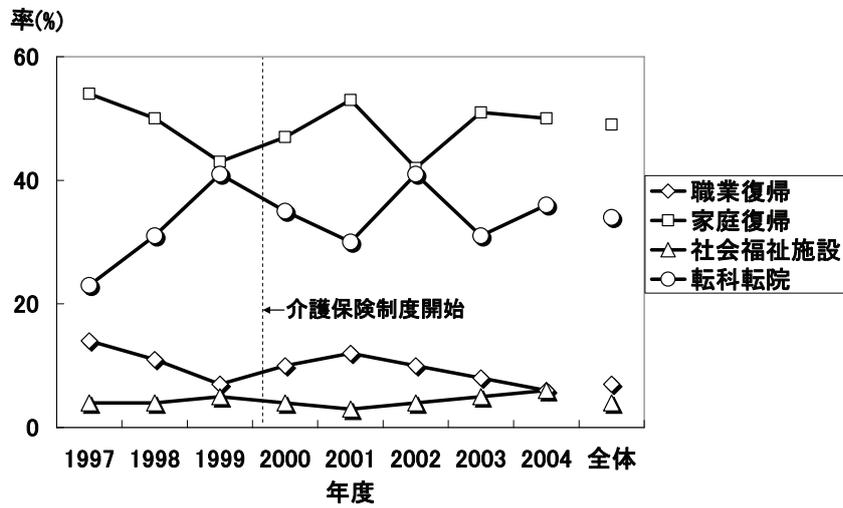


図1-4 社会的アウトカム 率

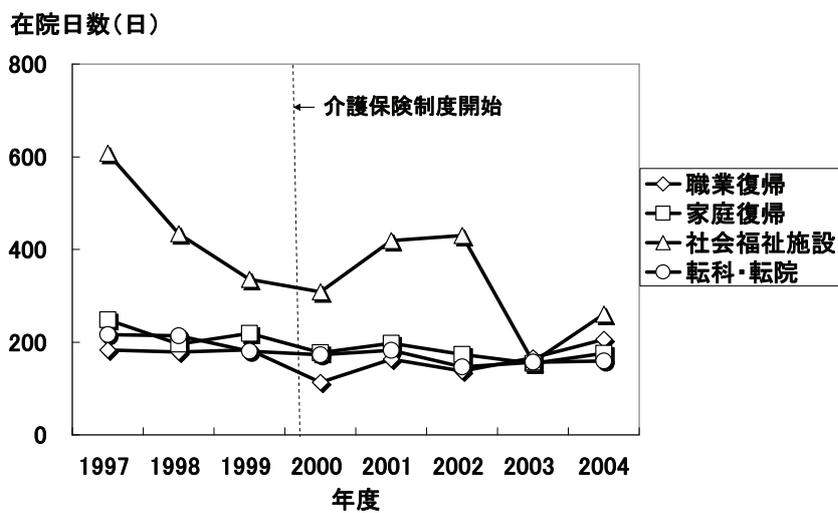


図1-5 在院日数の推移

病院機能分化が促進されている過程とみる
ことができるだろう。

**iv. 麻痺の高位（神経学的レベル*）と社会
復帰（社会的アウトカム）（図1-6、1-7）**

〔*：Ⅲ。「障害のレベルとゴールの設定」参照〕

図1-6は、麻痺の高位別に、重症度A-C群*
の社会的アウトカムを、実数でなく率で見た
ものである。職業復帰は胸髄以下（T, L, S）の
上肢に麻痺のないレベルに多くなっている。

家庭復帰も同様に胸髄レベル（T）に多い。逆に転
科・転院は頸髄レベル（C）に多くなっている。頸
髄レベルでは生活の場の設定に時間がかかること
があって、そのための転院が多くなっていると思
われる。

図1-7は、麻痺の高位別に、重症度D*の社会的
アウトカムを率で見たものである。重症度D*は
不完全麻痺のうち、歩行移動が可能になることが
多い群である。このグループには中・高齢者が多
く、職業復帰の率はA-C*群よりも高いが、それ
ほどは多くない。生活の場の設定もA-C*群に比
べるとADLの自立度が高いため容易である。その
ため家庭復帰の率が高く、転科・転院の率は低い。

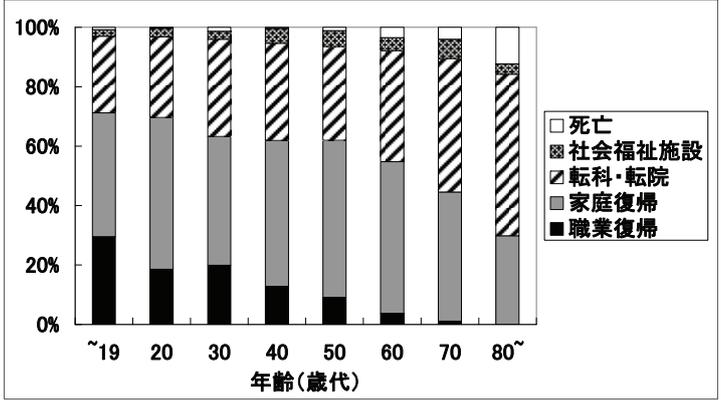


図1-8 年齢と社会的アウトカム

v. 年齢と社会復帰（社会的アウトカム）（図1-8）

図1-8は全対象を年齢階層別に分けて、社会的
アウトカムを率で示したものである。職業復帰
が年齢層が高くなるとともに低下、逆に家庭復帰
が50・60歳代まで増加ないしほぼ一定、転科・転
院は年齢とともに増加という傾向を見せている。
職業復帰への意欲や必然性、親族などによる家庭
の介護力、継続的な医療の必要性などの要因が
あって、このような傾向になっていることが考え
られる。

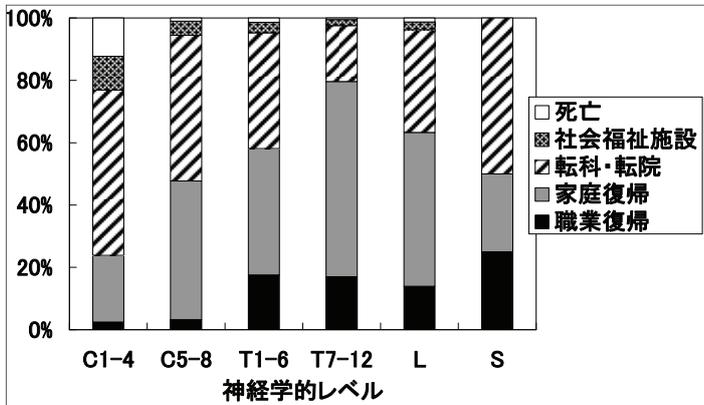


図1-6 神経学的レベルと社会的アウトカム

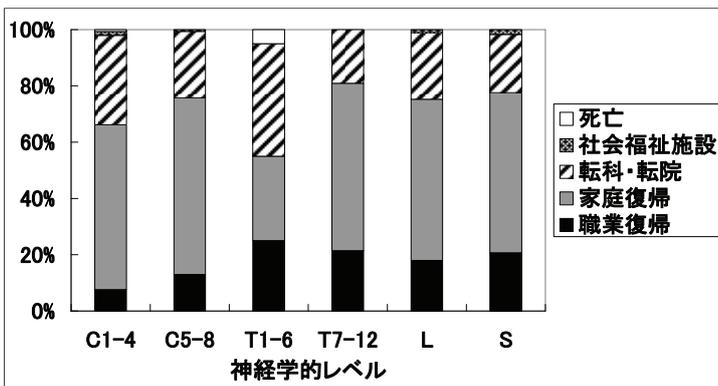


図1-7 神経学的レベルと社会的アウトカム 重症度D

3. 脊髄損傷者から見た社会的アウトカム

現在は医療の変革時期にあたっており、
これまで脊髄損傷のリハビリテーション治
療の社会的システムが確立されているとは
いいがたい。

ここに示した脊髄損傷DBのデータから
は、約半数の脊髄損傷者が家庭復帰して
いるが、当然麻痺の神経学的レベルが高位で
重度の人も入っている。介護保険制度の充
実があったとしても、ある程度の住宅環境
整備は必要になる。こうしたことが、初期
治療の入院200日前後で可能とは思われない。

また、転院先もそんなに脊髄損傷のリハ
ビリテーション治療に専門性をもっている
リハビリテーション病院、後方病院が多い
とは考えられない。これらから脊髄損傷の
方々がそのままでは残存能力を十分発揮し
て社会参加する方向性が十分に提供でき
ているとはいいがたい状況にある。多くの脊
髄損傷者の方々は受身的にこうした道を進
むことになる。

現在のところ、脊髄損傷者自身、またご家族・関係者が、受傷後早くからある程度知識を身につけて、意欲をもってご自身の活動性・社会的状況に応じた社会参加への道を進むことが必要な状況にあると言わざるを得ない。

◆ II. 脊髄損傷者の受傷から 社会復帰までの道筋

脊髄損傷の社会復帰への経路は、おおまかに図2-1のようになる。麻痺という障害が残る場合、リハビリテーション治療は必須であるので、各時期でのリハビリテーション治療の役割を示してある。これを詳しく見てゆくことにする。

1. 救急救命からリハビリテーション医療へ

(図2-1、2-2)

i. 脊椎の外傷

脊椎に外傷を受け、骨折や脱臼がある場合は、まず受傷直後の救急医療を受ける。脳や胸部、腹部の内臓、また脊椎以外にも骨折があるなどの多

発性外傷があることも珍しくなく、まず全身管理が優先されて、呼吸・循環に対する救命の処置がおこなわれる。救命が達成され、全身状態が当面の危機を脱すれば、脊椎を始めとする手術が適応になるかの検討が行われる。手術療法が選択されれば、骨折・脱臼を元の位置関係に戻して脊髄への圧迫をとり、脊椎を安定させる目的で、金属の固定具を体の中に埋め込んで固定(内固定)する手術が行われる。手術をせずに、脊椎の安定性が得られるまで頸椎カラーやコルセットなどの装具を用いるような保存的治療が選択されることもある。

ii. 脊髄損傷

脊椎の骨折や脱臼にともなって、あるいは骨折や脱臼はなくても脊椎の異常な運動によって、脳で起こる信号を手や足に伝え、また手や足の感覚を脳に伝える中枢神経である脊髄が損傷した場合が脊髄損傷である。損傷した部位や損傷の程度によって、様々な程度の運動と知覚の麻痺、さらに排尿・排便の障害をはじめとする自律神経の障害が発生し、これらは日常生活上や社会生活の上で

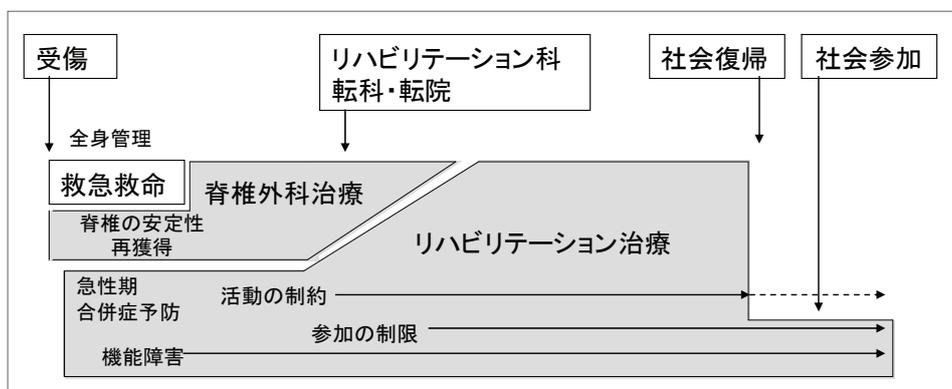


図2-1 脊髄損傷受傷から社会生活まで <1>
—治療の流れ—

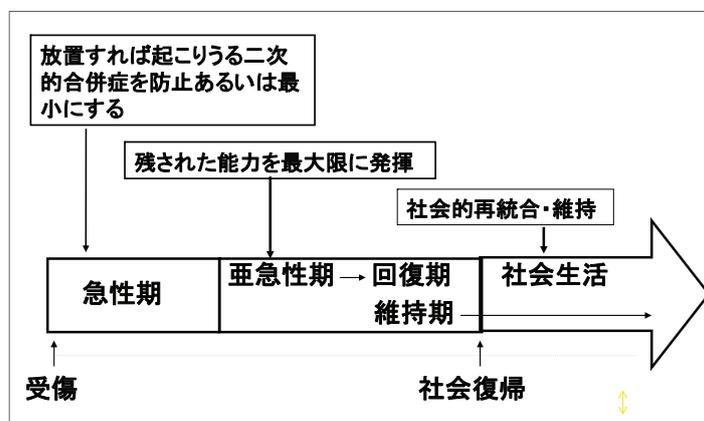


図2-2 脊髄損傷受傷から社会生活まで <2>
—リハビリテーション治療の目的—

のさまざまな障害となる。

脊髄の障害がなく、脊椎の安定性が回復した場合には、脊椎の運動制限や痛みが残ることはあるが、麻痺を残さず、それほどの困難なく社会復帰ができる。

しかし麻痺を残した場合には、そのままでは社会復帰は難しく、リハビリテーション治療によって、麻痺による障害を代償し軽減する方法・知識を習得した上で社会復帰を果たすことになる。

2. リハビリテーション治療

リハビリテーション治療は社会復帰・社会参加への重要な要素である。読者に理解していただきたいので、リハビリテーションについて、すこし説明をしておきたい。

リハビリテーションの定義はいくつかあるが、筆者らは

「障害を負った人に対して、精神的・身体的かつ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り、各個人が自らの人生を変革するための手段を提供してゆくことを目指す、目的指向的かつ時間を限定した過程を意味する。」

(国連 障害者に関する世界行動計画 1982) としている。

したがって、リハビリテーションとは、決して「訓練」だけをいうものではなく、チームアプローチによって多面的な障害（以下の3つの障害レベルそれぞれ）に、目的指向的・時間限定的しかも統一的・効率的に対応してゆく医療の過程をいう。

この考え方に沿う身体的機能的障害と慢性疾患を対象とし、QOL (Quality of life: 生活の質) 向上を目的とする医学がリハビリテーション医学で、この実践がリハビリテーション医療であると理解していただきたい。

i. 疾病と障害

障害とは、「医学的疾患 (疾病) の結果起こった、生活上の困難、不自由、不利益」と定義されている。脊髄損傷は医学的疾患であって、その結果起こる運動・知覚麻痺や膀胱直腸障害、さらにその結果である歩行障害や排尿排便の障害、そうしたことがあるための家庭復帰や職業復帰上の時間まで、これらを含めて広く「障害」という。

ii. 障害

障害は、3段階に分類されている(表1. 国際障害分類 ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health 2001.)。

表1. 障害のレベル

- | | |
|------------------------------------|---|
| • 機能障害 impairments | 身体の機能や構造の異常 |
| • 活動の制約 activity limitations | 個人のレベルにおける機能の種類と程度が制約されること |
| • 参加の制限 participation restrictions | 機能障害・能力低下を持つ個人が、環境因子との関連で社会生活への参加が制限されること |

国際障害分類 ICF 2001

a. 機能障害 impairments

「機能障害 impairments」は身体レベル、つまり身体の機能や構造の障害とされ、脊髄損傷でいえば、対麻痺や四肢麻痺、また膀胱直腸障害などがこれに相当する。

b. 活動の制約 activity limitations

「活動の制約 activity limitations」は個人のレベルでの障害で、個人の生活で個人の持っている機能の種類と程度が制約されることで、歩行障害や日常生活動作 (ADL) の障害などが相当する。以前の国際障害分類 (ICIDH: International Classification of Impairment, Disability and Handicap 1980年) では「能力障害 disability」といわれていたが、このレベルがリハビリテーション医療の主な対象である。つまり、「リハビリテーション」としてイメージされる機能回復訓練やADL訓練は、この「活動の制約」に対して行われているものである。

c. 参加の制限 participation restriction

「参加の制限 participation restriction」は機能障害、活動の制約を持つ個人が、環境因子との関連で社会生活への参加が制限されることとされる。一例をとれば、社会環境が車いすの生活に適合していないために、家庭生活・職業生活が車いすで移動する脊髄損傷者には不可能である、というような障害のレベルである。職業復帰・職業リ

ハビリテーションなどもこの障害のレベルに含まれる。

iii. 脊髄損傷の場合

表2は、脊髄損傷の場合の疾病と障害の説明である。脊椎の脱臼・骨折を受け脊髄が損傷した場合は、外傷に対する医学的アプローチとして脊椎固定術があるが、脊髄に対しては直接の介入はない。

脊髄に対しては、脊椎固定術は、①脊椎を安定化させて損傷した脊髄がさらに不安定な脊椎によって二次的に損傷するのを防ぎ、②損傷の回復により環境を提供する、という目的で行われるものなのである。

一方、臨床的なりハビリテーション治療は、障害を主対象とするものである。脊椎の治療中から合併症予防を重点にかかわり、脊椎に対する治療の密度が薄くなるにしたがって、リハビリテーション治療が主体となる。脊椎の安定性が再獲得されると、社会復帰という目標達成に向かって本格的にアプローチが始まる（図2-2）。

a. 障害の各レベルとリハビリテーション治療

ア. 機能障害のレベル

表2をご覧ください。機能障害のレベルでは、運動・知覚麻痺と膀胱直腸障害が例として挙げられている。

運動麻痺では、車いす生活の自立や自立度の向上を目的として麻痺のない部分の筋力の強化や、

麻痺による筋力のアンバランス、また痙性のために生じる関節の可動域の制限を予防し、可動域を維持するための自動・他動の運動が行われる。

知覚麻痺に関しては、残念ながら代償の方法しなく、皮膚の知覚がないことによる褥瘡予防などに対しては、除圧器具、除圧方法の習得、褥瘡好発部位の皮膚の観察習慣の指導などが行われる。

膀胱直腸障害に対しては、泌尿器科と共同で排尿方法をはじめとする膀胱管理が、また排便方法に関しては緩下剤の使用や排便方法を含む直腸管理が行われる。しかし排尿排便の自立はADL、つまり活動の制約と密接な関係にあり、膀胱直腸管理方法に基づいたADL訓練と組み合わせられることが必要である。

イ. 活動の制約のレベル

活動の制約のレベルでは、機能障害を前提として、いわゆるADLに含まれる身のまわりの動作の自立/自立度を高めるための治療が行われる。

リハビリテーション医療ではADLの自立度を、機能的自立度評価法FIM (Functional Independence Measure) などを使って点数化して判断するのが一般的である(表3)。脳損傷のない脊髄損傷の場合には、この6大項目のうち、セルフケア、排泄コントロール、移乗、移動について自立度を上げるための訓練が、理学療法 (PT : physical therapy)、作業療法 (OT : occupational therapy) を組み合わせられて実施される。

表2 脊髄損傷の障害と治療

医学的アプローチ

疾病		脊椎脱臼・骨折 脊髄損傷	⇒ 脊椎固定術
障害			
機能障害	身体レベル	運動知覚麻痺 膀胱直腸障害 (排尿・排便障害)	⇒ 機能訓練 ⇒ 導尿法 緩下剤の調節
活動の制約	個人レベル	歩行障害 ADL障害	⇒ 車いす・ADL訓練
参加の制限	社会レベル	家庭復帰 職業復帰	⇒ バリアフリー住宅 職業リハ

リハビリテーション治療

また、広い意味でのADLである日常生活関連動作 APDL (activity parallel to daily living) (表4) も社会復帰・社会参加を目指して実施される。

しかし、自立度には麻痺の高位と重症度によってある程度限界がある。また、麻痺の高位と重症度が同じ程度であっても、年齢やその他の身体心理的な要因によって、個人差がどうしても出てくるのも事実である。頸髄損傷の四肢麻痺では、ADLは部分自立にとどまることがあり、この場合は介助機器の使用や介助を前提として社会復帰を考えることになる。

表3. ADL

ADL Activity of Daily Living 日常生活動作
生活のための基本的・共通に毎日繰り返される一連の身体動作群のことで、家庭における身の回りの動作、食事、排泄などの身体的運動機能、精神活動やコミュニケーション能力が含まれる。具体的には以下の項目で評価される。
セルフケア
食事 整容 入浴 更衣 排便 排尿
モビリティ
トランスファー トイレ移動 歩行 階段
コミュニケーション・社会的認知
理解・表出・社会的交流・問題解決・記憶

表4. APDL 生活関連動作

APDL activity parallel to daily living 生活関連動作
広義のADL 応用動作
電話の使用 買い物 食事の支度 家事
洗濯 外出時の移動 服薬 家計管理 など

ウ. 参加の制限のレベル

参加の制限に対するアプローチは社会復帰・社会参加のためにはきわめて重要であるにもかかわらず、実施できるリハビリテーション施設は極めて少ないのが現実である。いくらリハビリテーション施設内でADL、APDLが自立しても、この「詰め」の社会生活に軟着陸できるような体制、具体的なアプローチがないと、急性期から社会生活への流れはとぎれてしまう。つまり、医療の効率が悪くなるのである。

社会参加には、生活の場が必要で、しかもQOLの維持を考慮する必要がある。社会復帰してから

社会参加を考えて取り組むのではなく、社会参加が可能な状態で社会復帰するという考え方が重要だと思われる。

現在の医療制度では社会復帰へのアプローチ、たとえばMSW (Medical Social Worker、医療ソーシャルワーカー) による相談や指導、医師による自己管理の教育を始めとする社会復帰への「詰め」の段階のアプローチは、医療報酬として評価されない。したがって、こうしたアプローチは一般化しないという事情がある。

したがって、リハビリテーション治療をこういうことが可能な体制にある施設で受けるのと、そうでないのでは、社会復帰への期間と質が違ってくるし、社会参加の可否にもかかわってくると思われる。

具体的には、家屋環境整備、復学・職業復帰のための指導・アプローチ、社会福祉制度の利用、介助/介護者の教育など生活の場の設定に関することが多い。

2. 受傷から社会復帰までの流れ：現在の医療

制度からみた社会復帰への道筋 (図2-3)

我が国の社会環境では脊髄損傷の社会復帰には一定の期間が必要である。ADLの獲得と、車いすでの生活が可能な環境を整備するのに、時間と専門のリハビリテーションを要するからである。

また、現在は医療施設の機能分化のため、救急から社会復帰までを単一の病院で受け持つことは、我が国では総合せき損センターをのぞいては極めて少ない。

したがって、脊髄損傷の程度にしたがい、受傷後の期間によって、それぞれの機能を持った施設でリハビリテーション治療を受け社会復帰する流れに乗ることが必要になるが、ここではこの流れについてのべる。

脊髄損傷者自身、あるいは家族・関係者がこうした医療制度上のしくみを理解しておくことは重要である。

i. 医療機関の機能

a. 急性期病院

多くの脊髄損傷を受けた人々は、最初から救急治療のために救急医療を行っている脊髄損傷急性期治療が可能な総合病院に、あるいは受傷地の近

隣りの病院を経由して全身管理・脊髄損傷治療が可能なこうした病院に転院という形をとる。このような機能を持つ病院は、ほとんどが急性期病院である。

こうした病院は、制度上で在院日数のしほりを受けていて、多くの急性期病院は平均在院日数21日以下#となっている。したがって、脊髄損傷でいえば、急性期を脱した状態、つまり全身状態が安定し、手術がおこなわれた場合には術後の状態が安定した（骨癒合は得られているということではない）状態で、その病院の機能は終わり、次の段階に引き継がれることになる。

ここではクリニカル・パスと呼ばれる平均的な過程が設定されていることが多く、何日目には車いす、何日目には退院というような計画が入院時から立てられることが多い。

〔注#：計算方法が決められていて、個々の患者が入院している日数をあらわすものではない。〕

b. 亜急性期病床

亜急性期病床は急性期医療の後、社会復帰までの間の医療を担うとされていて、入院から90日までの間に社会復帰することが原則となる。急性期病院の一部にこの機能を持つ病室が設定されていることが多い。ここでは社会復帰プログラムが立てられ実施されるが、脊髄損傷では障害が軽い場合以外はこれでも訓練・家屋改造などの環境調整の日数が不足することが普通である。

c. 回復期リハビリテーション病棟

主として急性期のみではリハビリテーション治療が十分でない疾患を主対象として、発症後あるいは手術後1～2ヵ月以内で、疾患により異なるが60日から最長180日を限度にリハビリテーション治療をおこなって、社会復帰を目指す目的の病棟である。対象疾患は、脊髄損傷をはじめ、脳血管障害（脳出血・脳梗塞・クモ膜下出血など）、脊椎・骨盤・下肢の骨折や神経・筋・靭帯損傷後、手術後の安静臥床などによる廃用症候群などである。

条件を整えば、この段階で社会復帰は可能である。

d. リハビリテーション専門医療施設

脊髄損傷をはじめとする重大な障害の場合には、リハビリテーション治療の専門性が要求され、さきに述べたように機能障害や活動の制約のレベルの対応だけでは社会復帰、復学、職業復帰のアプローチが不十分であることも多い。また頸髄損傷では、回復期リハビリテーション病棟の180日ではADLの帰結も得られないことがある。

リハビリテーション専門医療施設は、障害のすべてのレベルで、総合的・包括的なリハビリテーションが可能な施設ということが出来る。現実にはリハビリテーションの分野に関して得意不得意は施設ごとにあるようだ。

e. 療養型病床群（医療保険適用）

主として長期にわたり療養を必要とする患者を

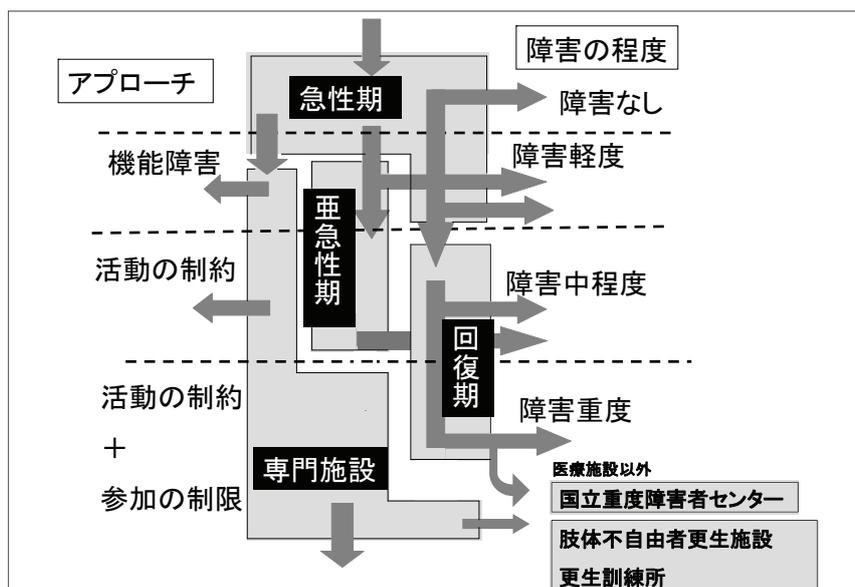


図2-3 医療保険制度から見た社会復帰への道筋

収容する医療施設である。つまり長期にわたり入院のうえ密度の高い医学的治療・管理を要する患者のための病床である。

f. 医療と社会をつなぐ社会復帰への

リハビリテーションを目的とした施設

ア. 国立身体障害者リハビリテーションセンター

更生訓練所、国立重度障害者センター

国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所（所沢市）、国立伊東重度障害者センター、国立別府重度障害者センターは、国立の施設として設置された社会復帰のための通過施設である。

医療施設ではないが、ADLの獲得に時間がかかる場合に医学的なりハビリテーションを継続し、同時に就労支援を含む社会的取り組みを行って脊髄損傷者、特に頸髄損傷者を社会復帰へとつなげる役割がある。つまり医療と社会をつなぐ位置にある施設である。

入所には身体障害者手帳が条件になっており、また障害者自立支援法に規定する障害者支援施設であるから、自立支援法による認定（自立支援法に基づき市町村から「障害福祉サービス受給者証」の発行を受ける）が必要である。したがって発症後ある程度時間がたってからの利用になる。一通りの基本的なりハビリテーション治療ののち入所する。国立重度センターは脊髄損傷、特に頸髄損傷が対象であるが、更生訓練所は広く身体障害が対象である点が異なる。

イ. 肢体不自由者更生施設

身体障害者福祉法に基づく、やはり通過施設である。入所の条件に身体障害者手帳と自立支援法による認定（市町村から自立支援法に基づく「障害福祉サービス受給者証」の発行）が必要である。医療施設での基本的なりハビリテーション治療ののち入所する。医学的なりハビリテーション訓練や職業訓練などをおこなって、社会復帰を支援する位置にある施設である。国立重度障害者センターとは異なって、脳血管障害やその他の障害も対象である。各都道府県単位で設置されている。したがって、施設によって脊髄損傷、特に頸髄損傷に対応できるかどうか差があると思われる。

以上が急性期から社会復帰への流れの中で機能している医学的リハビリテーションを行う施設の

概要である。

なお、社会福祉制度・医療制度は変革のさなかにあって、変わってゆくものである。これを前提にそれぞれが最新の情報を集める、またその都度専門家に指導を受けるなどの、制度を最大限に利用する姿勢を保っておくことが必要であろう。

◆ III. 障害のレベルとゴールの設定

1. 障害のレベル

i. 麻痺の程度

ADLがどこまで自立できるかは、麻痺の高さ（高位という）・程度と関係する。麻痺の高位は運動がどこまで可能か、知覚がどこまでわかるか（どの脊髄節まで残存しているか）で左右それぞれの側で運動・知覚について決定される。ここで少しこれに関して述べる。

現在、障害のレベルはASIA分類（ASIA：American Spinal Injury Association、米国脊髄損傷協会）によるのが一般的になっている（図3-1）。麻痺の高位（神経学的レベル）について頸髄レベルはC、胸髄レベルはT、腰髄レベルはL、仙髄レベルはSで示される。

したがって、両側の手首（手関節）を手の甲側にそらせることができるが、両側の肘関節を重力に抗して伸ばすことができない場合は運動麻痺はC6レベルということになる。同様に両手の親指の先端の知覚は残っているが、両中指・薬指・小指の感覚、腕の内側以下体幹・下肢までの感覚に障害があれば、知覚麻痺はC6レベルと呼ばれる。これが神経学的レベルである。

数字は小さいほど麻痺のレベルが高いということになり、C4とC7ではC7のほうがADLの自立度は高くなる。この神経学的レベルは脊髄の機能であって、脊椎の骨折や脱臼のレベルとは必ずしも一致しない。

麻痺の重症度はA～Eに分けられる。Aは完全損傷、B～Dは不完全損傷、Eは正常である。

不完全損傷とは神経学的レベル以下また最遠位（尾側、つまり足側）の脊髄の機能があるもの、具体的には肛門括約筋が動かせる、あるいは肛門周囲の知覚が残っているものと定義されている。逆に完全損傷とは、これらのないものである。

不完全損傷B～Dは運動機能によって決められ、

Bは知覚は麻痺レベル以下不完全だが運動機能が残っていないもの、C（頸髄を表すCとは異なる）は運動機能は残っているが、麻痺域の検査の対象となる筋（key muscleという。上肢、下肢でそれぞれ5、合計10の筋が決められている）の半数以上が筋力3（重力にさからって全可動域にわたって運動が可能なレベルが筋力3）以下のもの、Dは麻痺域の検査対象筋の半数以上が筋力3以上のもの、と定義されている。

この分類のもとになった、フランケル (Frankel) 分類も使用される。Aは完全麻痺、B~Dは不全麻痺で、Bは損傷レベル以下に知覚がいくらか残っているもので、運動は完全麻痺、Cは運動機能は残存しているが、実用性のないもの、Dは実用的運動が可能なもの、Eは運動知覚、膀胱直腸障害などの神経学的症状がないものとされる。

このほかに、臨床的症候群として、中心性脊髄損傷、ブラウン・セカール (Brown-Séquard) 症候群、前脊髄症候群、脊髄円錐症候群、馬尾症候群などがあるが、ADLはほぼ麻痺の神経学的レベルと重症度で規定される。したがって、通常は神経学的レベルと重症度を麻痺の評価に用いて、ADLの予測やリハビリテーション治療効果の判定をする。

脊髄損傷を負った本人、ご家族は、自分や家族の麻痺の神経学的レベル、重症度分類などは知識として持つておくことが必要だと思われる。

ii. 麻痺の程度とADL

完全麻痺の場合、麻痺の神経学的レベル（麻痺のレベル）によって最終的なADL（表3）はほぼ決

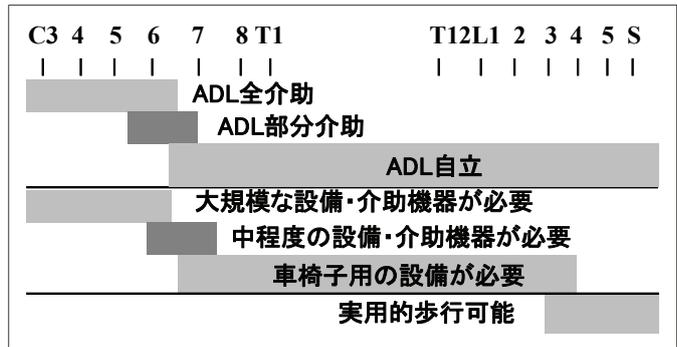


図3-2 完全麻痺のレベル（ASIAによる）とゴールの設定

定される(図3-2)。たとえば、C8やそれ以下のレベルであれば、ほとんどの脊損者はADLが自立するが、C6レベルでは、ADLは全介助にとどまるものから、部分的に自立可能なもの、場合によってはほとんど自立するものがあるというように、違いがでる。

図3-3は脊髄損傷DBに登録された脊髄損傷者重症度A-C群の退院時のFIM点数を示したものだが、このように個人差は大きい。

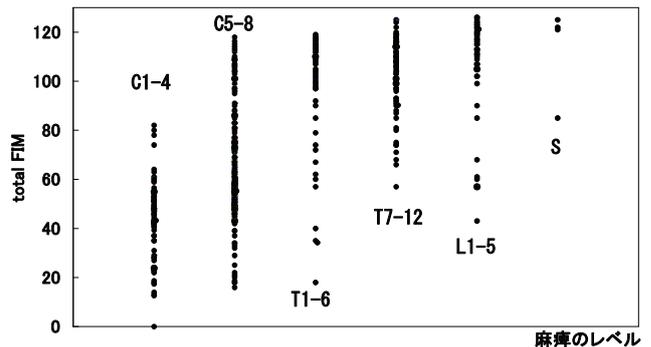


図3-3 麻痺のレベルとリハ終了時のFIM（重症度A-C 脊髄損傷DBから）

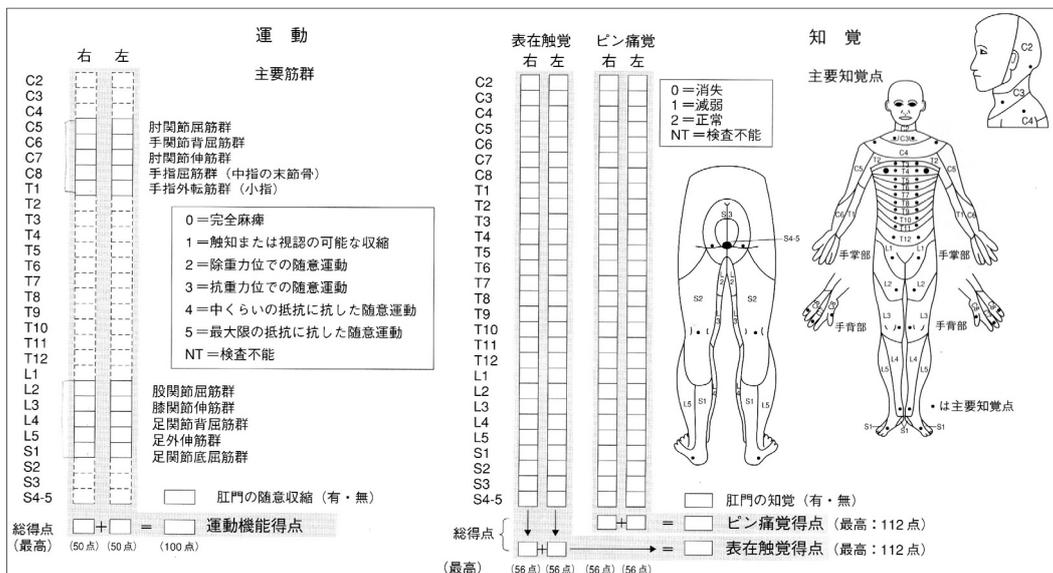


図3-1 脊髄損傷の神経学的および機能的国際評価法（ASIA）

表5 ADLゴールに影響する要因

- 麻痺の神経学的レベル、重症度
- 年齢
- 体型
- 心理的状況

- 脊椎の柔軟性、四肢関節の可動性・拘縮
- 痙性
- 合併損傷

- リハ施設の特性、能力
- 時間的経過
- その他

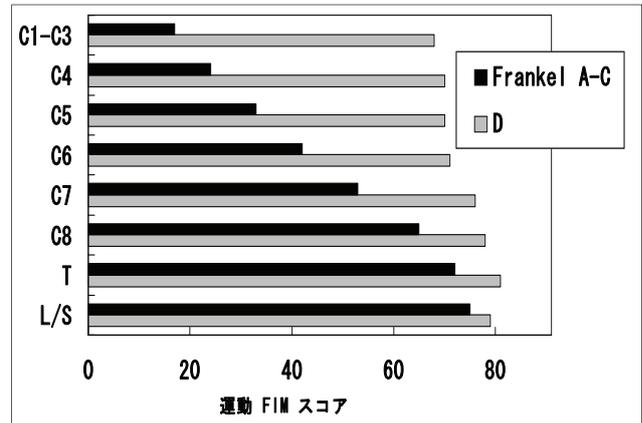


図3-4 神経学的レベルと退院時 運動FIM
Ditunno, JFら., 1995

この違いは、個人的な要因とそれ以外の要因に分けられる(表5)。脊損者側の要因を例にとると、若い人は神経学的レベルが同じでも中高齢者よりもADLは良いことが多い。また、痙性や合併損傷のような脊髄損傷自体の障害もADLを規定することがあるし、リハビリテーション治療を受ける施設が脊髄損傷に知識・経験を有するか否かでも結果が異なることがある。

したがって、参加の制限のレベルでも生活環境に要求されるバリアフリー化の程度も違ってくる。

a. 頸髄損傷とADL

神経学的レベルによるADLの到達度の差は頸髄レベルでは大きなものになる。図3-4は米国でリハビリテーション医療を終了して退院する時点での、各神経学的レベルと重症度A-C群、D群別に運動FIM(認知に関する項目をのぞいた13項目)の得点点数を示したものである。

A-C群では麻痺のレベルが下がるにしたがって、FIM点数つまりADLは高くなっている。自分でできることが増えているのである。逆にいえばA-C群では麻痺のレベルが高いと、どうしても生活上の介助が必要な場面が増えてくるということである。

これを重症度Aの完全麻痺についてADLの項目別に模式的に示したものが、図3-5である。C5レベルでは部分介助の項目があり、C6レベルで自立する項目が出てくる。C7レベルになるとすべての項目で自立する可能性が高くなり、介助の必要な項目が少なくなる。C8レベルでは車いすでのADLはほぼ自立可能となる。

b. C5・C6レベルのADL

図3-6はC5レベルの頸髄損傷の重症度A-C群とD群について脊髄損傷DB参加病院でのリハビリテーション治療終了時のFIM点数を見たものである。

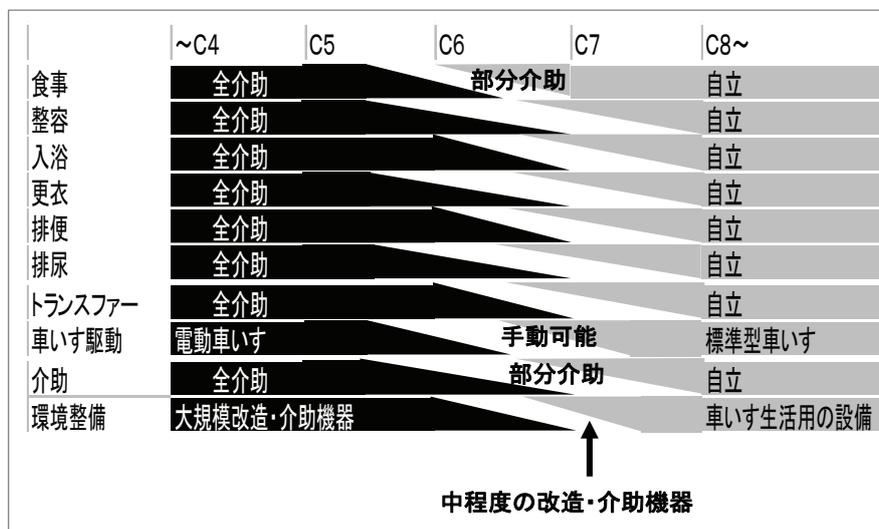


図3-5 頸髄損傷の神経学的レベル(完全麻痺)とADL

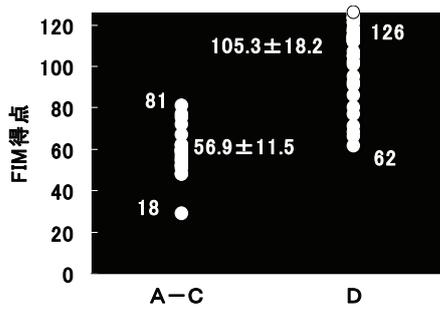


図3-6 C5レベルの退院時FIM
(脊髄損傷DBから)

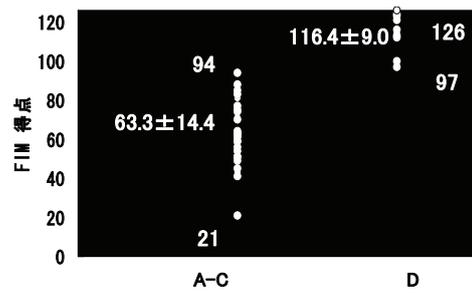


図3-7 C6レベルの退院時FIM
(脊髄損傷DBから)

A-C群ではFIM点数が81から18にわたり、平均は56.9である。不完全麻痺のD群でも平均は105.3であるが、満点の126から62とA-C群ほどではないが分散している。

図3-7はC6レベルのFIM点数である。A-C群では94から21、平均は63.3である。不完全麻痺のD群でも平均は116.4と高いが、満点の126から97と分散している。これらは認知まで含めたトータルのFIM点数で、これを差し引くとほぼ図3-4の運動FIM点数と整合性のあるFIM点数となる。

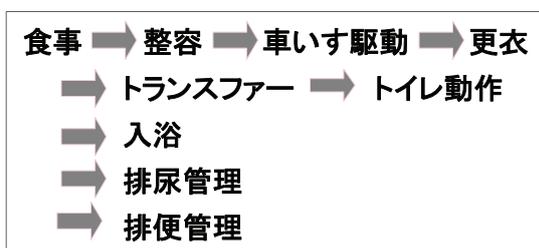
同じ麻痺レベルといってもこのように個人差があり、麻痺のレベルだけでADLのゴールや社会的ゴールを設定することは困難である。逆にいえば、リハビリテーション治療の内容によって達成されるADLが左右される可能性があることになる。

また、より高いADLを目指してリハビリテーション治療を積極的に行うべきであるともいえるが、それでも麻痺という超えられない壁はあり、このレベルの多くの人にはADL要介助（部分的自立、部分的介助）をゴールとして設定しなければならない。

c. ADL獲得の経過

脊髄損傷によって失ったADLの再獲得の経過には一定の順序がある（表6）。入浴までは運動機能であるが、排尿コントロール（尿失禁の防止・対処まで含める）さらに排便コントロール（排便や便失禁

表6 ADL獲得の過程（対麻痺・完全麻痺）



の防止・対処まで含める）は自律神経が関係する膀胱管理・直腸管理が対象となるため、自立への困難度は増す。頸髄損傷ではこれらのADLは上肢機能に依存しているため、麻痺のレベル・重症度によって異なり部分介助・要介助となり、自立可能な項目は限られてくる。

ADLの獲得の時間的経過は、図3-8のようになる。ここではADLはバーサル・インデックス（Barthel Index、広く使われているADLの評価方法）で表されている。車いすでの自立は80点である。

これを見るとL1レベルの対麻痺では、リハビリテーション治療開始後3カ月ではほぼ運動に関することは習得されている。あと6カ月までわずかの上昇があつて自立に至っているが、これはわれわれの経験上は上に述べた排尿・排便コントロールが達成されるためということが多い。

一方、C6レベルの頸髄損傷四肢麻痺では、ADLは3カ月くらいまでの上昇は急であるが、それからはゆるやかに2年にわたって上昇が見られている。それでもADLは介助が必要なレベルにある。

したがって、頸髄損傷者が最高の機能に達する前に社会復帰し、その後最適な機能に応じた生活

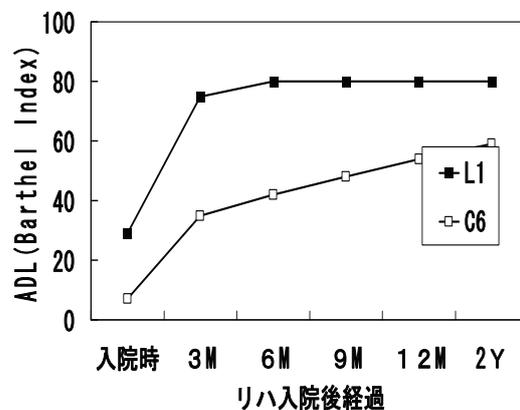


図3-8. 神経学的レベルとADLの向上
(完全麻痺の場合)

を目指すならば、経過によって効率的かつ柔軟にゴールを設定し社会復帰後もフォローする専門性、また経験と知識を持った施設とスタッフが必要とされることが理解されるだろう。

2. ADLのゴールと社会的ゴール

リハビリテーションの定義にあるように、リハビリテーション治療も時間限定的かつ目的指向的でなくてはならない。したがって先に述べたようにADLのゴールが厳密には設定できなくてもおおよその目途をつけて、それに適合する社会的ゴールを設定し、これを医療者と本人・家族・関係者が共通の目標とした上でリハビリテーション治療を進めてゆくことが必要となる(図3-9)。

ここでは実際の吉備高原医療リハビリテーションセンターの方法に即して、ADLのゴールと社会的ゴールの決定について触れる。

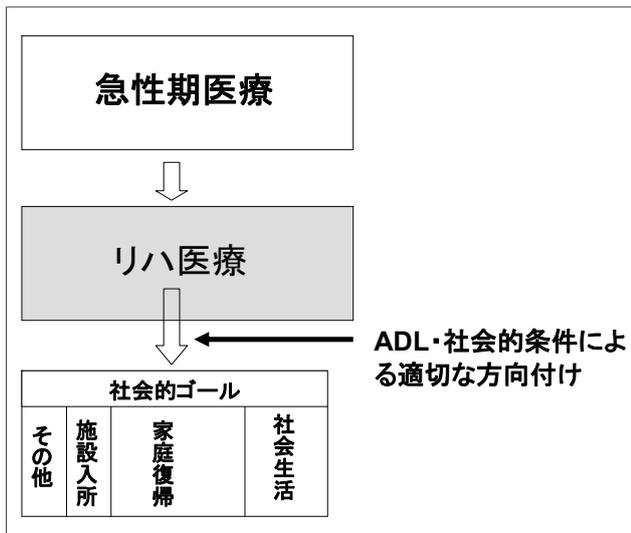


図3-9 急性期医療・リハビリテーションと社会的ゴール

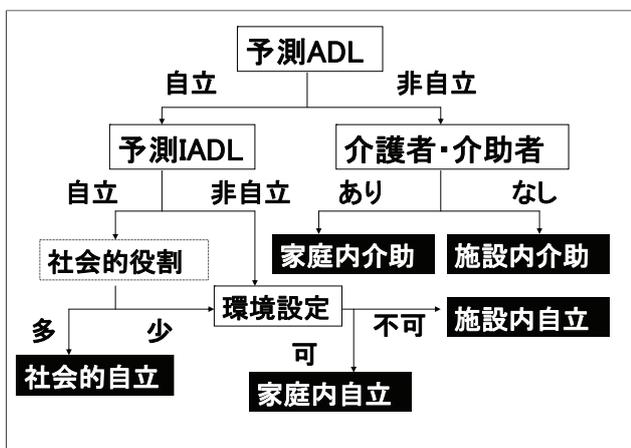


図3-10. ADLのゴールの予測

i. ADLのゴール

ADLのゴールは個人差が大きく、リハビリテーション治療開始の時点からその項目の個々に至るまで達成度を予測しておくことは不可能である。そこでわれわれは想定する入院期間のリハビリテーション治療終了後の状態について大まかな予測を行う。これと社会的アプローチを初期から平行して行うために社会的要素などを加えて、5段階に分けている(図3-10)。

- ① 社会的自立——ADLおよびAPDLが自立することが見込まれる。
- ② 家庭内自立——ADLは自立するがAPDL自立は困難、家庭復帰可能。
- ③ 家庭内介助——ADLの自立が困難で家庭復帰が可能。
- ④ 施設内自立——ADLは自立するがAPDL自立は困難、家庭復帰は困難。
- ⑤ 施設内介助——ADLの自立が困難で帰が困難。

もちろんこれらは大まかな「目途」であり、リハビリテーション治療開始時に決定不可能なこともあり、また状況の変化による経過途上での変更もある。

ii. 社会的ゴール

脊髄損傷者は初期のリハビリテーション治療が終わると生活の場に復帰しなくてはならない。これが社会復帰である。単身の方が脊髄損傷になり介護が必要だけれど介護の家族が得られない、というような社会的問題はリハビリテーション治療で克服できることではない。医療者は、この場合でも社会的アプローチを通して、よりQOLの高い生活の場に復帰していただくよう支援する。しかし、社会福祉制度を利用する場合は、ADLに応じた道があるし、しかも生活施設は限られる。

a. 生活の場所

これをさきほどのADLのゴールと組み合わせて社会的ゴールを示したものが図3-11である。一般的図式であり、もちろん個別の例外は存在するが、おおまかな社会的ゴールは理解できると思う。

社会的自立が可能なレベルではバリアフリー化

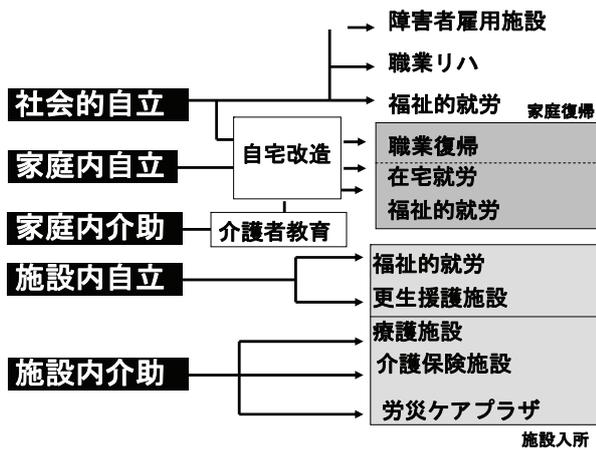


図3-11 ADLのと社会的ゴール

された、障害者雇用施設、職業リハビリテーション施設、場合によっては福祉的就労の職場などがゴールとなる。また家庭復帰すれば原職をふくむ職業復帰、在宅就労が可能となり、また福祉的就労も可能である。

家庭内自立レベルで家庭復帰すれば同様に在宅就労、福祉的就労が可能となる。

家庭内介助レベルでも家庭復帰すれば在宅就労、福祉的就労も視野に入る。

施設内自立レベルでは身体障害者授産施設などで福祉的就労の可能性があり、中期の通過施設として更生援護施設である重度身体障害者更生援護施設も選択される。

施設内介助レベルでは療護施設、介護保健施設、労災特別介護施設である労災ケアプラザなど生活施設・長期の通過施設などが対象となる。

b. リハビリテーション治療の継続

リハビリテーション治療で一定の期間内にADLと社会的ゴールを達成し、リハビリテーション医療の結論が得られて生活の場にもどっても、広い意味でのリハビリテーションとは関係（フォローアップ）が続くことになる。

それは、機能障害（膀胱直腸障害や合併症など）の管理をはじめ、活動の制約、参加の制限のレベルである。活動の制約のレベルであるADLでいえば、さらにADLが向上しないかという点と、達成したADLのメンテナンスである。

頸髄損傷の場合によく経験されるが、事情によって麻痺のレベルにふさわしいADLに達していないと医学的に評価された時には、医療以外のリハビリテーション治療機能のある通過施設が選択される。具体的には国立身体障害者リハビリテーションセンターの更生訓練所、国立（伊東・別府）重度障害者センターや自治体の肢体不自由者更生施設、などである（図2-3）。

また、頸髄損傷では、社会復帰して介助を受けながらの実生活でADLが改善していくことがよく経験される。

両者の選択は地域性を含む個別の事情によるところが大きいので、リハビリテーション医療のスタッフとよく話し合うことが大切だと思われる。

医療の継続として65歳以下で介護保険の適応外の状態では、慢性期病床の医療療養病床が選択されることがあるがこれは普通、一般的医療の継続が目的の病床であって脊髄損傷のリハビリテーション治療の専門性は薄くなるといわざるを得ない。

1-2.

脊髄損傷者の社会復帰 〈総論 2〉

古澤 一成

吉備高原医療リハビリテーションセンター
リハビリテーション科

(ふるさわ かずなり)

◆IV. 社会復帰に向けた医療での取り組み

1. リハビリテーション治療

① 一般病院の場合

脊髄損傷を受傷後は一般病院へ搬送され、いわゆる「急性期医療」を受けることとなります。ここでは、早期からのリハビリテーションが導入され、「褥瘡」(じょくそう。とこずれのこと)、手足の「拘縮」(こうしゆく。関節が固まって可動域が制限されてしまうこと)などの合併症や「廃用」(ベッド上に寝たままが続き、心肺機能が低下したり、麻痺のない筋肉までも筋力が低下したりすること)の予防が行われます。ここで褥瘡などのトラブルを生じると、社会復帰が数ヶ月遅れることすらあります。

また、脊髄損傷の方にとっては初期からの尿路の管理も非常に重要です。この時期の尿路の管理が、後々の管理に影響を及ぼすことも少なくありません。全身の状態にもよりますが、それが安定していれば、訓練室でリハビリテーションを行います。リハビリテーション医療においては、その患者さんの最終目標を「長期ゴール」、目先の目標を「短期ゴール」といいますが、この時期から、それぞれの長期ゴールを目指した医療は始まっているのです。

ただ、現在の医療システム上、長期の入院は難しい状況にあります。すなわち、リハビリテーション医療に時間を要するような怪我や病気においては、急性期から慢性期、そして社会復帰までの医療を単一の医療機関で受けるのは困難です^{1, 2, 3)}。したがって、一般病院での急性期医療が終了した後に、個々の患者さんに適したリハビリテーション医療が受けられるような医療機関に移る(「転院」といいます)必要があります。

脊髄の損傷による麻痺が残存し、日常生活の訓練や生活環境の整備が必要な場合、あるいは、患者さんが生産年齢(仕事のできる年齢)にあつて、後に述べる職業リハビリテーションを必要とする場合は、リハビリテーション専門病院でその後の医療を継続するのがよいでしょう。さらに、脊髄損傷は発生頻度からみて、脳血管障害などに比べると稀な疾患です。したがって、多少、遠方であっても、その医療のノウハウをしっかりと持っている医療機関へ転院することをお奨めします。

② リハビリテーション専門病院の場合

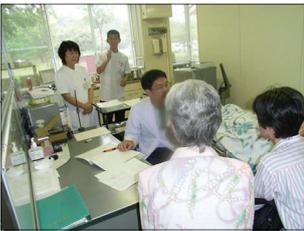
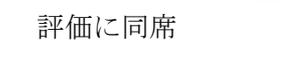
先に述べたような理由で、リハビリテーション専門病院の場合、多くは急性期医療を終えた亜急性期～慢性期の患者さんが対象となります。ここではリハビリテーション専門病院の1例として、我々の吉備高原医療リハビリテーションセンター(岡山県)における治療の流れを示します(図1)⁴⁾。

一般病院から紹介されると外来受診をしていただきます。その際にはリハビリテーション医学の観点から診察(評価)を行って、「機能的なゴール」(麻痺の経過や獲得可能な日常生活の動作)と「社会的なゴール」(生活や仕事の場所のことで「長期ゴール」になります)、社会復帰までのおおよその期間について決めておきます。もちろん、患者さんや家族の方に相談し、医療従事者との意見を一致させた上での話です。

評価は、医師だけではなく、理学療法士(physical therapist: PT)と作業療法士(occupational therapist: OT)が訓練室で行い、他に医療ソーシャルワーカー(medical social worker: MSW)や看護師もそれぞれの情報を収集した後、皆の意見をまとめます。

リハビリテーション医療では、病気や怪我その

図1 実際のリハビリテーションプログラム例4)

	外来受診		入院
医師	本人・家族外来診察 入院前評価 ゴール・入院期間の設定 インフォームドコンセント 		入院時診察 リハビリテーション 処方 障害の管理・リハビリテーション 進行度の把握・調整・カンファレンス
看護師	 評価に同席	入院調整	看護診断 計画の立案  看護計画に沿って 排尿管理・排便管理・皮膚管理(褥瘡予防)・呼吸管理・体温調節・清潔保持・栄養管理を実施 生活の援助を通して 心理的サポートの実施
リハビリ	評価 		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">リハビリテーション開始</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">体力に応じて応用訓練に移行</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 100px;">まず基本的な訓練から</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 床上動作訓練 (寝返り・起き上がり 移乗動作など) 車いす操作訓練 </div> 初期評価 治療プログラムの計画 関節可動域訓練 筋力維持強化訓練 ・座位・立位訓練 など
MSW (相談室)	評価に同席	入院調整	インテーク面接 各種相談
栄養管理室 薬剤部			必要に応じ栄養・薬剤指導
医用工学 研究室	 パソコン教室		<ul style="list-style-type: none"> ・ プレッシャークリニック (褥瘡予防のためにベッドのマットレスや車いすクッションを適合させる) ・ パソコン入力デバイスの選定、パソコン教室、 住宅改造のための3DCG



床上動作訓練



車いすによる体力強化訓練



関節可動域訓練



関節可動域訓練



上肢可動域・筋力強化訓練



上肢筋力強化訓練



座位バランス訓練

退 院



ものだけでなく、患者さんがもつ障害や患者さんが社会復帰に向けて障壁となるすべてにアプローチを行います（「全人的アプローチ」といいます）。

具体的には、合併症や既存の疾病に対する医学的な管理の他、いわゆるリハビリテーション訓練はもちろんのこと、自宅の家屋改造等の環境整備、職業復帰のための職場との調整などが行われます。このため、患者さんが社会復帰するためのリハビリテーション医療は、医師や看護師だけで行うのは不可能で、他の医療に比べて非常に多くの職種が関わります（「チーム医療」といいます）。これらがリハビリテーション医療の特徴です。

入院後は、そこで設定した目標に向かってリハビリテーション治療を開始します。外来の初診時に評価した内容を基本として、さらに詳細な評価とそれに対する治療プログラムをそれぞれの職種が立てます。それをスタッフ全体的話し合いで情報を交換しながらすすめます。

脊髄損傷には、手足の麻痺に加えて、皮膚の感覚障害、排尿・排便の障害、血圧の調節の障害、体温調節の障害などを伴います。

感覚障害があると、皮膚の血行が悪くなるような力がそこに加わっていても痛みとして認識されません。そのような機序でできる傷のことを褥瘡といいます。前にも述べたような理由でその予防は大変重要です。

また、排尿障害に関しては、尿失禁（尿の漏れ）や尿路感染を防ぎ、腎臓の機能を守ることが大切です。そのための適切な排尿方法（排尿管理）を早期に選択し、身につける必要があります。当センターに転院して来る患者さんをみても、残念ながら、尿道にカテーテルを留置したままの方が少なくありません。排便障害に対しては、便失禁と過度の宿便を生じないような管理をしていかなければなりません。

入院当初は、これらの管理を医療従事者が患者さんにお教えしながら行っていますが、社会復帰後の医療従事者なしの生活を想定して、最終的には患者さんあるいはご家族などの介護者が自分で出来るように、その準備をすすめます。社会復帰後の生活が無事に維持できるかどうかのキーワードは「自己管理」です。

リハビリテーションの訓練は、多くの患者さん

が理学療法と作業療法を受けます。「嚥下」（*エグ*。飲み込みのこと）の障害や発声の障害があるような重度の頸髄損傷者には、言語聴覚の治療も受けて頂くこともあります。

リハビリテーションの訓練は、基本的な動作の訓練から始めます。図1左下にあります、「関節可動域訓練」（各関節の動く範囲を改善・維持する訓練）、筋力強化訓練、座位バランス訓練などがそれに当たります。四肢（両方の手足）だけでなく体幹（胴体のこと）にも麻痺の影響が及びますので、訓練開始当初は、座位を保つことにも苦勞をします。

また、頸髄損傷や胸髄損傷の一部では、呼吸に関与する胸部の筋肉にも麻痺を生じ呼吸機能が低下するために、呼吸にかかわる訓練も初期から必要です。これは「肺理学療法」といい、胸郭を広がりやすくしたり、痰を出しやすくしたりする訓練を行います。麻痺が重度な脊髄損傷、特に頸髄損傷の方は、呼吸器系の感染が生命に危険を及ぼすこともありますので、この訓練は非常に重要です。

患者さんの体力等が向上していくとともに、マットやベッド上での寝返り・起き上がりの動作や「移乗動作」（車いすからベッドやトイレの便器などに乗り移る動作）、車いす操作の訓練が追加されます。また、日常生活動作の訓練も食事などの比較的しやすい動作から始め、更衣や排泄、入浴の動作の訓練へとすすめられます。これらの動作は、訓練室だけでなく病棟での日頃の生活で生かせるように行っています。つまり、常にご自宅での生活を想定しているわけです。また、吉備高原医療リハビリテーションセンターでは、後で述べるようなパソコンの訓練も作業療法の一環として行っています。

訓練での日常生活動作獲得の進行状況、病棟での生活の状況などを参考にして、生活の場所の環境整備を具体的にすすめます。医療従事者は、患者さんの現状と受傷前の住環境についての情報（多くの方は、外来受診時～入院当初に情報を頂きます）、患者さんやご家族の希望を参考にして、どのような環境整備が必要か説明します。受傷前の住環境について、紙面を基にしたお話では分かりにくい場合は、患者さんやご家族の許可を得て、自宅を訪問させて頂くことがあります。中国、四国地方においては、必要ならば、可能な限り訪問するよう

にしています。家屋の改造に関する当センターの取組みは後ほど紹介します。また、受傷前の住居が持ち家でない場合や、持ち家でも資金の面などで改造が困難な場合は、社会福祉施設や身体障害者のための住宅などを医療従事者と一緒に探すこととなります。

さらに、社会復帰後に備えて整備する必要があるのは、家屋だけではなく、ベッドやそのマットレス、福祉機器等、そして退院後に受ける医療や福祉のサービスも準備しておく必要があります。これらについて、どのようなものを選択すべきかは、医師や看護師、作業療法士、理学療法士、医療ソーシャル・ワーカーなどが情報を提供します。援助を受けるにあたって、その制度については、医療ソーシャル・ワーカーに尋ねるのが良いでしょう。医療ソーシャル・ワーカーは地域のサービス提供者との橋渡しもしています。

前に述べましたように、脊髄損傷のリハビリテーション医療におけるテーマは「自己管理」です。当センターでは、そのために必要な知識を習得していただけるような入院生活を目指しています。入院中は日常生活もリハビリテーション治療の一環になります。さらに、日常生活において学んだ知識を整理するために、当センターでは、脊髄損傷の患者さんに集まっていただき、医師が定期的に講義をしています（「脊損教育」といいます）

（図2）。脊髄損傷の一般的な知識や合併症の管理方法、そして、日頃は聞く機会が少ない障害者スポーツの話などです。

社会復帰の準備が整った時点で、可能ならば試験的に自宅に外泊をして頂きます。社会復帰後の生活のなかで、問題点がないかどうかをチェックするためです。新たに問題点が見つければ、それを補った後に退院（家庭復帰）となります。



図2 脊損教育の風景

2. 特殊な取り組み

ここでは、吉備高原医療リハビリテーションセンターにおいて、脊髄損傷のリハビリテーション医療の一環として行っている特殊な取り組みを紹介します。1つめは住宅環境の整備のためのシステム、2つめは褥瘡予防のためのシステム、3つめは頸髄損傷者の在宅での就労を支援するためのシステムです。いずれも、脊髄損傷の方が社会復帰するために非常に重要な分野で、リハビリテーション専門病院ならば、どの医療機関でも多かれ少なかれ関わるべきものです。したがって、ここで述べさせていただくことにしました。

当センターにおける「特殊」というのは、それらをただ経験的に行うのではなく、医学的判断のもと客観的な指標をもって示し、それをシステム化しているという点です。これらは当センターの工学部門（医用工学研究室）と連携して行っています。

3次元コンピュータグラフィックス（3DCG）を用いた住宅改造支援のシステム⁵⁾

リハビリテーション医療を受け家庭復帰を目指す際には、住宅環境の整備が必要です。その中でも車いすでの生活が想定される場合は、比較的規模が大きなものになります。住宅環境の整備は、医療スタッフのアドバイスのもと行われますが、規模が大きくなればなるほど、改造後の不備が生じるリスクは高くなります。また、患者さんやそのご家族も改造後の家屋空間をイメージすることが難しくなります。

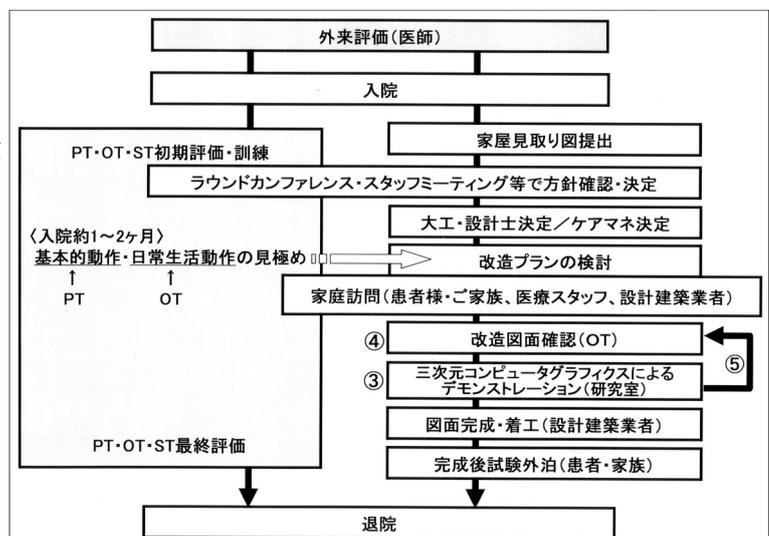


図3. 吉備高原医療リハビリテーションセンターにおける住宅改造支援の流れ



図4 3DCGによる鳥瞰図

当センターにおける3DCGを用いた住宅改造支援の流れを図3に示します。住宅改造に先駆けて必要な情報を収集し、実際に設置されるであろう家具や福祉機器なども含めた改造後の家屋空間を3DCGを用いて立体画像化しています(図4)。

さらに、患者様の移動空間を把握するために、家屋内を車いす等で移動する様子をアニメーション化したもの(図5)を作成するなど、改造後の生活をコンピュータ画面上でシミュレーションしています。これらを患者様やご家族、建築業者の方に提示することで、より良い住宅環境の整備に努めています。



図5 3DCGによるアニメーション



図6 座面圧力値の測定装置

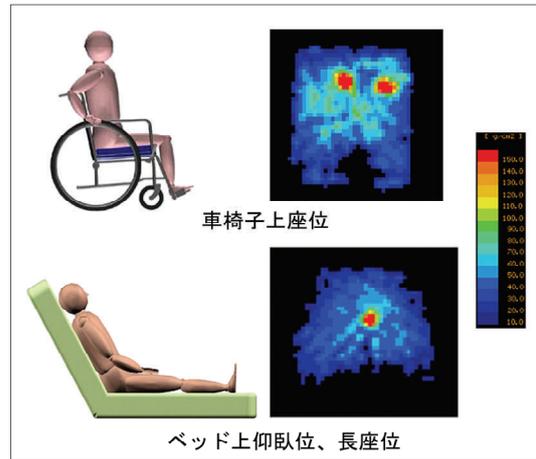


図7 実際の座面圧力

プレッシャー・クリニック (図6, 7) ⁶⁾

脊髄損傷などにより皮膚の感覚障害があると、褥瘡を生じやすくなります。いったん、それを生じると治療のために日常生活やリハビリテーション訓練が長期に渡って妨げられ、それまでに得たリハビリテーション訓練の効果が失われることもあります。

褥瘡の治療において、最も重要なことはそれを作らないこと、すなわち予防です。「プレッシャー・クリニック」は、褥瘡の予防に関する知識の習得を目的としています。「自己管理」のために必要な基本的事項を知っていただくことに加え、それぞれの患者さんの「座位」(座った状態)や「臥位」(がい。寝た状態)での仙骨部、「坐骨部」(臀部の骨が突出した部分)にかかる圧力を測定し、車いすのクッションの選択やその圧の調整、ベッドのマットレスの選択のお手伝いなどを行っています。

頸髄損傷者の在宅就労支援システム

(図8, 9, 10) ⁷⁾

近年のインターネットやパソコンの発展・普及は目覚ましいものがあります。リハビリテーション医療において注目すべきことは、それらの普及によってSOHO*という就労形態が出現し、重度の障害をもった方にも在宅就労の可能性が生まれたことです。当センターでは「頸髄損傷者の在宅就労支援システム」を構築し、それに対応しています。

* : Small Office Home Office. 情報通信技術を利用し場所・時間にとらわれないスタイルの就労をテレワーク、あるいは就労場所の意味も含めてSOHOといえます。

医療においては、仕事そのものを直接、お世話

することはできません。このシステムは、重度の障害をもった方々がそのチャンスを逃さないための準備をお手伝いするものです。

① 従来、経験的に行われていたコンピュータ操作の訓練、ハードウェア（キーボード、マウス、トラックボール、自助具など）の選択を医学的な判断に基づいて行うこと、

② それらのデータをもって職業リハビリテーションへのスムーズな移行を計ること、

③ 情報処理機器や通信ネットワークを在宅で活用するための環境を整えること、を主な内容とします。

これらはリハ医療期間内に通常のリハビリテーション訓練と平行して行われます。医用工学研究室は、コンピュータ操作の評価プログラムや重度の障害をもった方々のためのポインティングデバイスを開発したり、「パソコン教室」（図11）として



図10 ポインティングデバイス各種



図11 パソコン教室

インターネットや電子メールの扱いをアドバイスすることで、このシステムに大きく関わっています。

◆ V. 職業リハビリテーション

1. 職業リハビリテーションの概要

職業リハビリテーションは、原則的にはリハビリテーション医療を修了した方が対象となります。したがって、医療において行われる「職業復帰のための行為」とは区別しておかなければなりません。我々は、医療におけるそれを「職業的アプローチ」と呼んでいます。

職業リハビリテーションは、国際労働機関（ILO）

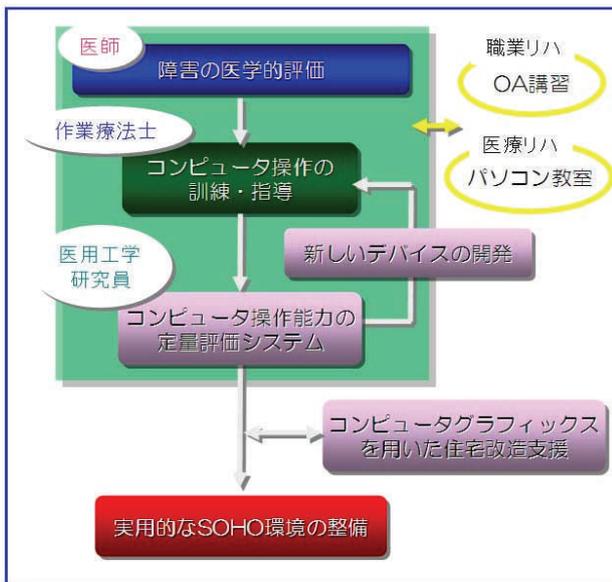


図8 在宅就労支援システムの流れ

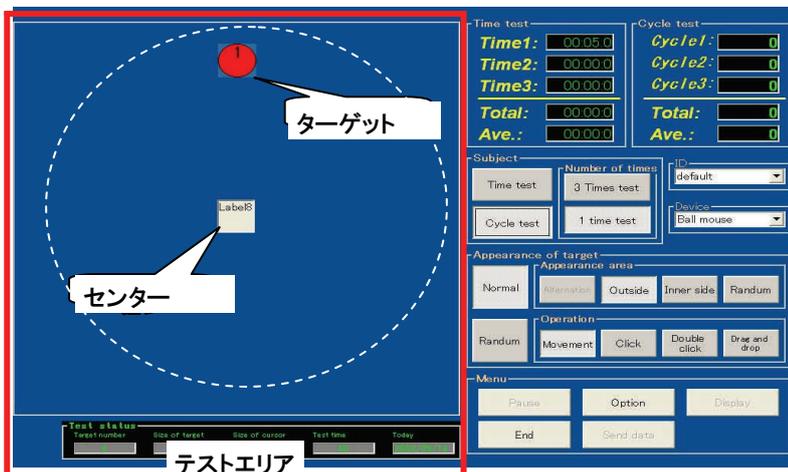


図9 評価プログラム

テストエリア内の円周上に表示されるターゲットをクリック（または、ダブルクリック）し、それを遂行するのに要した時間やマウスカーソルの移動距離を測定することで、ポインティングデバイスの操作効率を評価するプログラムです。

において「すべての障害をもつ人々が適当な雇用に就き、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、それにより障害をもつ人々の社会への統合または再統合を促進すること」と定義されています（1983年の第159条約）。

実際には雇用の継続とその向上だけに焦点を当てただけでは、十分にその内容を捉えることは出来ません。社会人として必要な知識や態度が備わっているかというレベルから始まり、最終的には目指す職種に必要な専門的な知識、技術の獲得まで、リハビリテーション医療と同様に全人的なものの見方が必要になります。

2. 国立吉備高原職業リハビリテーションセンター⁸⁾

ここでは、職業リハビリテーションを受けるための施設を紹介します。

① 設立・設置の目的

国立吉備高原職業リハビリテーションセンターは、障害のある方の職業的自立を促進し、その職業の安定と地位の向上に寄与するために1987年、当時の厚生省が設置しました。現在、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構が運営しています。

主に職業能力等の評価部門として機能する「吉備高原広域障害者職業センター」と、実際に職業訓練を行う「吉備高原障害者職業能力開発校」から構成されます。吉備高原医療リハビリテーションセンターに隣接して立地しており、両者をあわせて「吉備高原総合リハビリテーションセンター」として機能しています（図12）。

平成14年度～平成18年度の過去5年間で、吉備高原医療リハビリテーションセンターにおいて初回のリハビリテーション治療を受け退院した方は720



図12 吉備高原総合リハビリテーションセンター

例です。このうち職業復帰および復学に至った方は33例（4.6%）、国立吉備高原職業リハビリテーションセンターへ移行した方は10例（1.4%）です。

この結果からも明らかなように、吉備高原医療リハビリテーションセンターでリハビリテーション治療を受けた方に対して、特別な入所ルートがあるわけではありません。当センターと国立吉備高原職業リハビリテーションセンターとの連携は、職業リハビリテーションの適応となる方を見逃すことなく適切な時期にそちらに移行することと、その方を含めた訓練生の健康管理に携わることで成り立っています。

② 就労に至るまでの職業リハビリテーションの位置づけ（身体障害者について）

日常生活動作が自立となった方の中で、離職（事業主との雇用関係が終了すること）し身体障害者の認定を受けている場合は、職業リハビリテーション（普通課程）を経由しての職業復帰を目指すことができます。

全国のアロワーク（公共職業安定所）を入所の申請窓口とし、各都道府県にある「地域障害者職業センター」または国立吉備高原職業リハビリテーションセンター（吉備高原広域障害者職業センター）にて職業能力等の評価を行い、入所の適応を判断します。全国各地にある地域障害者職業センターは、主にこの評価を行い職業訓練の機能はありません。（国立吉備高原職業リハビリテーションセンターのような性質をもった施設は全国に2つしかありません。）

入所後は3週間の職業評価が行われ訓練科を決定し職業訓練が開始されます。1年（コースによっては2年）の職業訓練を行った後は、再びアロワークを通じて就労に至ります。

一方、雇用が継続している場合、通常、職業リハビリテーションのサービスを受けることはできず、職業復帰のアプローチは医療の中で行わなければなりません。ただ、例外として在職者も雇用者側の依頼によって職業リハビリテーションを受講できるシステムがあります（短期課程）。雇用者側が直接、国立吉備高原職業リハビリテーションセンターに申請した後、受講の適応を判断され、希望する訓練科にて職業訓練を行います。職業リハビリテーション修了後は依頼先に職業復帰しますが、これ

が受講の条件でもあります(図13、14)。

③ 業務内容

a. 職業評価

この評価には、希望する訓練科に適性があるかを本人が把握し、自ら訓練科の選択を行うという目的があります。「初期評価」と「作業評価」から成り、前者は学力検査、職業適性検査などから各訓練科に必要とされる基礎的な職業能力・志向を把握するためのものです。その結果をふまえて職業カウンセラーとの面接後、希望する訓練科を2つに絞り込みます。

後者は、希望する2つの訓練科に関して実際の訓練場面で機器や教材を使って作業を行い、その遂行状況などから職業適性を把握するためのものです。それによって、最終的に訓練科1つを選択します。ただし、訓練科の正式決定は訓練科目決定会議を経て行われます。

b. 職業訓練

b-1. 普通課程

一般的に、「国立吉備高原職業リハビリテーションセンターに入所し職業リハビリテーションを受講する」というのは、この「普通課程」の履修を指します。身体障害者を対象とした普通課程は7つの訓練科に分けられています(表1)。いずれの科においても、標準カリキュラムをベースに個人の障害の特性、職業能力に対応した個別のカリキュラムが作成され職業訓練が行われます。また、採用が内定した際には、内定先の職務に合わせた訓練も行われます。

b-2. 短期課程

身体障害者に該当する在職者が原職場復帰するために、既得の技能・知識に追加・補完が必要な場合の職業訓練で、雇用者側の依頼によって行われます。通常は6ヶ月以内の期間です。

c. 職業指導

職業に対する心構えなどについての指導・援助(就職前指導)、職業訓練・職業適応課程の修了見込みの方を対象とした個別の就職指導(職業相談)、ハローワークをはじめとする関係機関との連携を活用した職業選択の援助などが行われます。

d. 生活指導

生活における様々な悩みに対するカウンセリング、家庭との連携、健康管理、余暇・スポーツ活動の支援などが主な内容です。

④ スタッフ

正職員は30名で(その他、常勤嘱託6名、非常勤32名)、管理課5名、職業評価指導部7名、訓練部18名から成ります。管理課は施設の運営・管理一般、事務を、職業評価指導部は職業評価、訓練科の選択の援助、生活指導、職業相談などを、訓練部は職業訓練そのものを担当します。

⑤ 利用者

a. 職業リハビリテーションの適応

身体障害の普通課程について、国立吉備高原職業リハビリテーションセンターが募集対象としてあげているのは、身体障害者手帳の交付を受けている以外に、

- ① 就職意欲があり職業訓練を受講することに熱意を有する方。
- ② 原則として高等学校卒業、又はこれと同程度の学力を有すると認められる方。
- ③ 職業訓練を受講することにより、職業的自立が可能であると認められる方です。

我々としては、まず第1に社会人になるためのソーシャルスキルがしっかり身に付いていること、そして、上記の学力があること、国立吉備高原職業リハビリセンター宿舎で自立した生活ができること、年齢が比較的若いこと(40歳前後までが一応の目安)などが入所のために必要であると理解しています。

ただ、条件を満たさない項目があっても、他にそれを補うだけの要素があれば入所の適応とされる場合もあります(図15)。

b. 利用者の結果

平成14年度～平成18年度までの年度別就職率を示します(図16)。ここ4年間は80%以上の就職率です(表2)。

入所申し込みから修了、就職まで

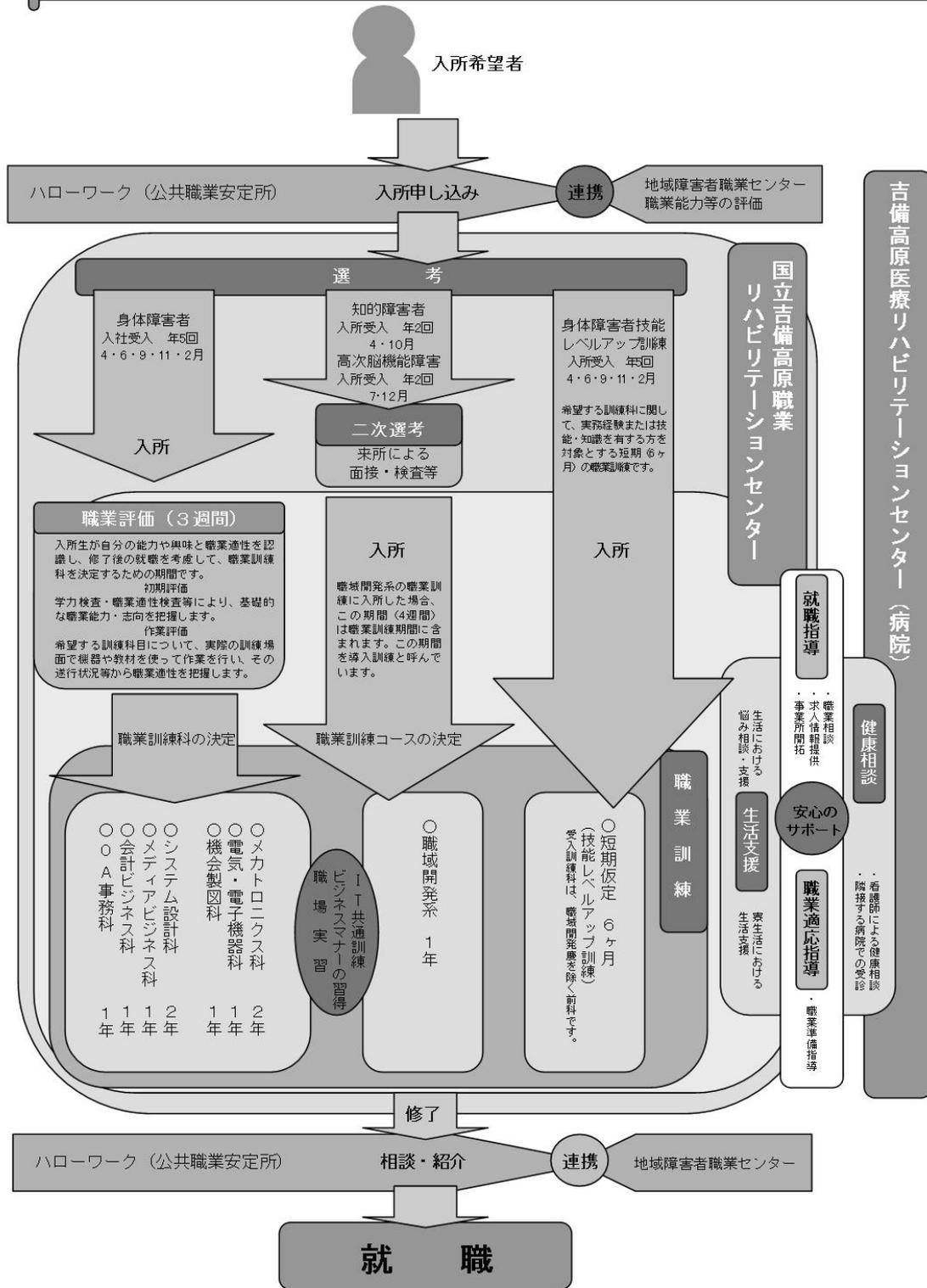


図13 職業リハビリテーションを経由した職業復帰の流れ
 (国立吉備高原職業リハビリテーションセンターパンフレット
 「平成19年度 ご案内」より引用、一部改変)

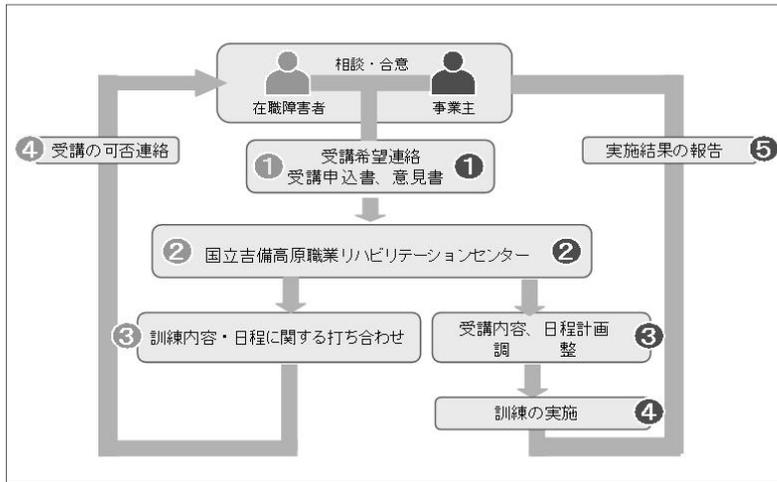


図14 短期課程の流れ

(国立吉備高原職業リハビリテーションセンターパンフレット
「在職者へのオーダーメイド型訓練受講生募集」より引用、一部改変)

⑥ 利用にともなう費用、給付

a. 利用にともなう費用

職業訓練の受講料は無料です。ただし、参考書、作業衣などについては年間2万円程度の自己負担があります。また、多くの方が宿舎を利用してい

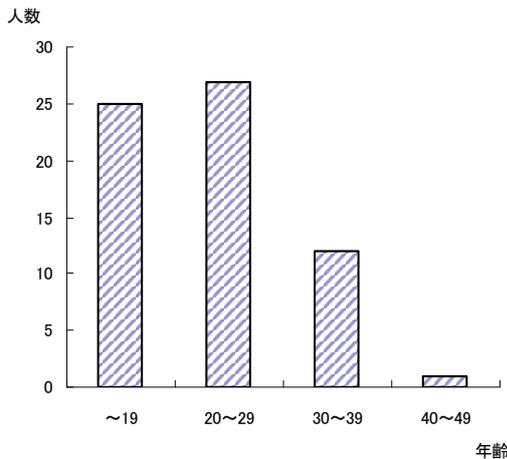


図15 訓練生の年齢分布

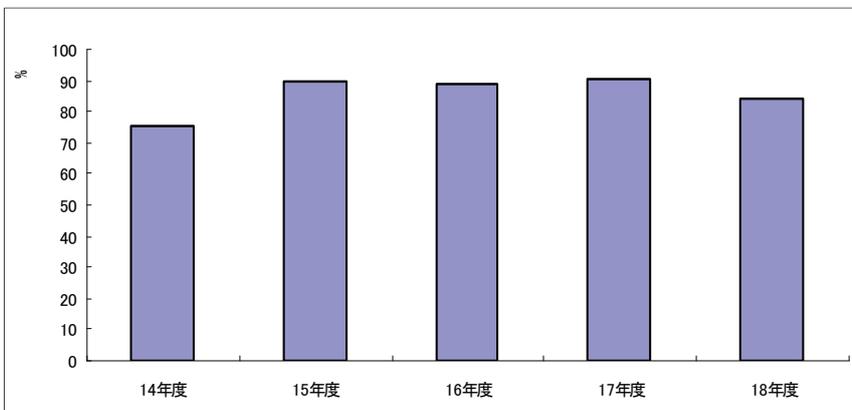


図16 年度別就職率 (国立吉備高原職業リハビリテーションセンターパンフレット「平成19年度 ご案内」より引用)

ますが、そちらの費用は食費の他、水道光熱費として月45,000円(平成19年度の額)が必要になります。

b. 給付

訓練生は、公共職業安定所長の「受講指示」または「受講推薦」を受けて職業訓練を行うこととなりますが、「受講指示」の場合のみ訓練期間中に訓練手当が支給されます(非課税)。ただし、両者において職業訓練やその他の内容について違いはありません。どちらになるのかは、財源の予算の状況で判断されているようですが明確な基準は示されていません。

雇用保険の受給資格のある方や受給中の方の場合、訓練手当の財源は雇用保険であり、国立吉備高原職業リハビリテーションセンターでの職業リハビリテーションの受講に関して「受講推薦」となることは極めて稀です。

一方、新卒者のように雇用保険の受給資格を持っていない方の場合、訓練手当の財源は県費であり「受講推薦」となることもあります。訓練手当は基本手当と受講手当からなり、通所している場合にはそれに通所手当が加わります。

b-1. 基本手当

訓練期間中は、訓練のない日(土曜、日曜、祭日、冬休み、夏休み等)や、遅刻・早退をした日も基本手当が支給されます。ただし、「やむを得ない理由と認められない欠席の日」は支給さ

表1 普通課程、訓練科とその概要

(国立吉備高原職業リハビリテーションセンターパンフレット
「平成19年度 ご案内」より改変)

訓練系・訓練科	訓練期間	定員(名)	訓練の概要
メカトロニクス系 (メカトロニクス科)	2年	10名	メカトロニクス技術全般に関する基礎的な技能、及びこれに関する知識を習得し、メカトロニクス機器の設計製図、部品の製作、組立及び操作、保守点検作業ができる技能・知識を習得する。
メカトロニクス系 (機械製図科)	1年	5名	機械加工、機械製図の基礎的な技能、およびこれに関する知識を習得し、機械の部品図と組立図の2次元CADによる設計製図、3次元CAD/CAEによる機械部品データ作成に関する技能・知識を習得する。
メカトロニクス系 (電気・電子機器科)	2年	5名	シーケンス制御などに必要な知識・技能、及びパソコンの基礎的な使用方法と、制御盤CAD、屋内配線CADに関する訓練、電子機器組立・検査に必要な知識・技能、及びパソコンの基本的な使用方法と、プリント基板設計CADに関する訓練を実施する。
ビジネス情報処理系 (システム設計科)	2年	10名	ソフトウェア開発やネットワーク技術等実技を通して学習し、IT産業に従事するエンジニアを養成するための訓練を実施する。
ビジネス情報処理系 (メディアビジネス科)	1年	10名	コンピューター・グラフィックスシステムを活用した商業印刷物のプレゼンテーション制作、Webデザイン、映像デザイン等、プランニングからマルチメディアに対応できる企画デザイナーを養成するための訓練を実施する。
ビジネス情報処理系 (会計ビジネス科)	1年	5名	簿記、税務、財務、販売管理、給与計算等の知識を習得するとともに、表計算、データベース等のオフィス向けソフト及び財務会計、販売管理等のビジネスソフトを活用して、経営管理資料が作成できる技能・知識を習得する。
ビジネス情報処理系 (OA科)	1年	15名	一般的な事務の知識を習得するとともに、ワープロ、表計算等のオフィス向けソフトによる各種資料の作成及び正確かつ迅速なデータ入力を行うための技能・知識を習得する。

れません。

雇用保険の受給資格のある方や受給中の方の場合、受給できる1日当たりの基本手当の金額を「基本手当日額」といいます。「基本手当日額」は原則として離職した日の直前の6ヶ月に毎月決まって支払われた賃金（つまり、賞与は除く）の合計を180で割って算出した金額（賃金日額）のおよそ50～80%で、賃金の低い方ほど高い率になっています。基本手当日額は年齢区分ごとにその上限額が定められており、平成19年10月現在では表3のごとくです。また、下限額は一律1,664円とされています。

一方、雇用保険の受給資格を持っていない方の基本手当は、雇用対策法に基づき、雇用保険の受給資格のある方における基本手当日額の下限額（1,664円）で支給されます。

表3 基本手当日額の上限

年齢区分	上限額(円)
30歳未満	6,395
30歳以上45歳未満	7,100
45歳以上60歳未満	7,810
60歳以上65歳未満	6,808
65歳以上	6,395

b-2. 受講手当

受講手当は、「雇用保険法」（雇用保険の受給資格のある方や受給中の方）あるいは「雇用対策法」（雇用保険の受給資格を持っていない方）により1日当たり500円と定められています。

b-3. 通所手当

国立吉備高原職業リハビリテーションセンターは県外の訓練生もおり、多くは宿舎で生活していますが、通所での訓練の受講も可能です。その際は、通所手当として通学にかかる交通費が支給されます（月額42,500円を上限とする実費）。

3. 日常生活動作（ADL：activities of daily living）

が自立でない症例の紹介

車いすでADLも自立した脊髄損傷対麻痺の方は、

比較的スムーズに職業リハビリテーションに移行できるようになってきました。一方、頸髄損傷四肢麻痺の方は、ADLの自立が困難な方も多く、スムーズに職業リハビリテーションへ進むことが出来ていません。

ただ、我が国の脊髄損傷の63～75%が頸髄損傷の方であること^{9, 10)}を考えると、脊髄損傷者の職業復帰を考える上で頸髄損傷の方の問題を抜きにして論じる事は出来ません。

しかし、SOHOという就労形態が出現したことや、我々医療側からの再三にわたるアプローチによって、ようやく頸髄損傷の方にも門戸が開きつつはあります。

最近では重度の障害者、すなわちADLが自立していない方に対しても、それ以外の部分で適応があれば職業リハビリテーション（普通課程）を提供してくれるケースがあります（症例1）。

また、在職者のための職業訓練（短期課程）は、吉備高原医療リハビリテーションセンターへの入院という形でも受けることが出来ますので、必ずしもADLの自立を必要としません（症例2）。いずれも、コンピュータなどの情報機器を利用した職業訓練の形態が主です。

ここでは、リハビリテーション医療からの流れを把握して頂くために実際の例を提示します。頸髄損傷の方も、これを参考にして、ぜひ、職業リハビリテーションや職業復帰を目指して下さい。

① 家庭復帰後4年を経て職業リハビリテーション（普通課程）へ移行（表4）

【症例1】 29歳、男性

【障害名】 頸髄損傷不全四肢麻痺（C7レベル、ASIA impairment scale B）、膀胱直腸障害（膀胱瘻造設）

【社会的背景】 受傷時：某国立大学大学院在学、身体障害者手帳1級、未婚（両親、祖母と4人暮らし）、持ち家一戸建て。

【経過】 2000年7月、海水浴での飛び込みにて受傷しました。某労災病院でのリハビリテーション治療後、2001年8月に家庭復帰し、その後は同院に通院していました。

表2 訓練系別就職状況（平成14～18年度の類型）

	機械系	電気・電子系	メカトロニクス系	デザイン系	オフィスビジネス系	情報処理	職域開発系
修了者数	30	38	25	58	90	28	43
就職者数	28	37	11	44	79	24	39

ADLは、そのほとんどが車いすにて自立してありますが、入浴と排便に介助を必要とします。また、排尿は自己導尿が困難なために膀胱瘻*を造り管理しています。

*注：ホウロウ。腹壁から膀胱までの孔をあけ、カテーテルを通した状態にして尿を排出します。

2004年7月、同院と当センターとで行っているリハビリテーションのカンファレンス**にて職業復帰の可能性が検討されました。

**注：医師、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャル・ワーカーが参加して一般病院でリハビリテーションを行っている患者さんの今後の治療方針について話し合います。

同年8月に約1ヶ月間当センターに入院し、医学的側面から職業に関する評価を、国立吉備高原職業リハビリテーションセンターにて職業リハビリテーションのための適応を評価されました。

本症例では、社会人としての態度・心構えを含めた職業能力、知的能力が高く評価されたため、排便については、当センターからもサポートすることを条件に、国立吉備高原職業リハビリテーションセンター入所の許可を得ました。

先にも述べましたが、職業リハビリテーション（普通課程）の適応と判断された背景には、情報技術（IT）の発展・普及により重度障害者にも就労の機会が増えているという現状があります。

表4 経過（症例1）

年 月	出来事
2000.7	島根県で海難事故により受傷 頸髄損傷（C7）と診断される 地域の総合病院に入院
2000.8	地元の労災病院に転入院・手術
2001.8	家庭復帰 以降、外来通院
2004	吉備リハと同労災病院とのリハカンファレンスで吉備リハを紹介される
2004.8	吉備リハ入院
2004.11	ADLほぼ自立 吉備リハに入院したまま、 国立吉備高原職業リハビリセンターの OA講習を受講 その結果、国立吉備高原職業リハビリ センターの普通課程入所が決定
2004.11	吉備リハ退院 いったん家庭復帰
2005.4	職業リハセンター一般入所（職リハ入所 初 寮生活／一部介助の部分は吉備リハで）
2006.6	職業リハビリセンター終了 就職先決定
2006.7	就職

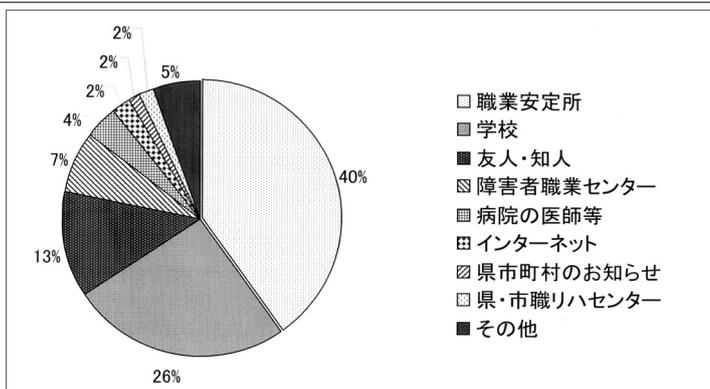


図17 職業リハビリテーションセンターを知った経緯¹¹⁾

一度、家庭生活に戻った後、2005年4月、国立吉備高原職業リハビリテーションセンターへ入所し、情報処理系、システム設計科にて職業訓練を行いました。約1年3ヶ月後、某会社に就職し、現在、コンピュータのプログラマーとして活躍しています。

【コメント】 頸髄損傷の方は、家庭復帰後も年単位でADLが変化する症例があります。また、本症例のようにご本人には変化がなくとも、社会の変化に伴って職業リハビリテーションの適応が拡大し入所可能となる方もいます。

この方の場合、リハビリテーション専門病院から適切な情報を得られたために、そこにたどり着くことが出来ました。

多少、古いデータですが、国立吉備高原職業リハビリテーションセンターの入所申請者に対して、それを知った経緯について調査したものがあります¹¹⁾。平成2002年4月～平成2003年9月における同センターの入所申請者189人に調査をお願いし183人の方から回答がありました（回収率97%）。

国立吉備高原職業リハビリテーションセンターを知った経緯として最も多いのは職業安定所で73例（40%）、学校47例（26%）、知人・友人23例（13%）がみつきました。病院でというのは7例（4%）に過ぎませんでした（図17）。

この結果から、一般的には医療従事者も職業リハビリテーションに対する知識は決して豊富ではないことが分かります。今回、これを読まれた皆さんが、その存在を知ることによって今後、社会復帰をする際の参考にして頂ければ幸いです。

② 初回のリハビリテーション医療の後、在職者のための職業訓練（短期課程）へ移行（表5）

【症例2】 27歳、男性

【障害名】 頸髄損傷不全四肢麻痺（C6レベル ASIA impairment scale B）、膀胱直腸障害

【社会的背景】 身体障害者手帳1級、既婚（妻、子供2人と4人暮らし）、技術者（現場の仕事）

【経過】 2005年10月、オートバイの交通事故にて受傷しました。地域の総合病院で初期の治療（手術等）を受けた後、2006年2月より九州にあるリハビリテーション専門病院へ転院しました。

表5 経過（症例2）

年 月	出来事
2005.10	オートバイの事故により受傷 頸髄損傷（C6）と診断される 地域の総合病院に入院
2006.2	リハ専門病院に転入院
2007.1	家庭復帰（身障者住宅へ） 退院前に吉備リハを紹介される 短期課程を受ける準備をする
2007.11	吉備リハ入院 吉備リハに入院し、国立吉備高原職業 リハビリセンターの短期課程を受講
2007.4	元の会社に職業復帰予定

排便に介助を必要としますが、その他は車いすを使用し自立した状態になり、2007年1月に退院、地元の身障者住宅で家族との生活を始めました。排尿は自己間歇導尿*で管理しています。

*注：ジコネクッド*カニューレ。本人が1日数回、カテーテルを尿道から挿入し尿を排出します。排出後はカテーテルを抜きます。

この方は、症例1の方と異なり、受傷前の会社に所属した状態です。入院中に本人と会社側とで話し合い、九州にある広域障害者職業センターで評価を受けた後、国立吉備高原職業リハビリテーションセンターでの在職者のための職業訓練（短期課程）を受ける準備をしていました。2007年11月、吉備高原医療リハビリテーションセンターへ入院し、国立吉備高原職業リハビリテーションセ

ンターでの職業訓練を受けています。会社からはCAD（Computer Assisted Drafting, Computer Assisted Drawing）の技術の習得が依頼されており、2008年春には職業復帰（設計等の仕事）予定です。

【コメント】

人生の途中で病気や怪我をして障害が残った場合、まずは、離職せず受傷前の会社への原職復帰あるいは配置転換、職種変更を目指して下さい。

特に中高年の方は、一度離職してしまうと再就職や職業リハビリテーション（普通課程）への移行は非常に厳しいので、なおさらです。

国立吉備高原職業リハビリテーションセンターの短期課程は、このような職業復帰へのプロセスを支援してくれます。

◆ 参考文献

1. 古澤一成, 徳弘昭博: 頸髄損傷者におけるリハビリテーション医療の戦略. 日本職業・災害医学学会誌; 第52巻第4号P204-208. 2004.
2. 古澤一成, 徳弘昭博: 職業復帰の現状と問題点. 総合リハ; 第30巻第3号P225-230. 2002.
3. 古澤一成: 頸髄損傷者に対する就労にむけたリハビリテーション医学. リハ医学; 第41巻第3号P155-161. 2004.
4. 徳弘昭博, 古澤一成, 中山博之, 古好裕子, 出口貴行, 渡邊貴志, 廣瀬和範: 吉備高原医療リハビリテーションセンター設立20周年記念誌, P 9-10. 2007.
5. 古澤一成, 徳弘昭博, 平井正才, 濱浪一則, 大野重雄, 大野素子, 武智秀夫, 難波邦治: 3次元コンピュータグラフィックスを用いた住宅改造支援. 臨床リハ; 第9巻第8号P828-831. 2000.
6. 平井正才, 徳弘昭博, 古澤一成, 濱浪一則, 大野重雄: 当センターにおけるプレッシャークリニック. 日本パラプレジア医学会雑誌13巻1号P254-255. 2000.
7. 古澤一成, 徳弘昭博, 六名泰彦, 濱岡憲二: 頸髄損傷者のコンピュータ操作効率の評価. 臨床リハ; 第12巻第1号P87-91. 2003.
8. 古澤一成: 在宅障害者の地域社会資源. 国立吉備高原職業リハビリテーションセンター. 臨床リハ; 第15巻第3号P272-278. 2006.
9. 豊永敏宏: 第3章 発生の現状. 脊髄損傷のoutcome-日米のデータベースより. (住田幹男・他編), 医歯薬出版, 2001. P 27-42.
10. 新宮彦助, 木村功, 那須吉郎, 塩谷彰秀, 村田雅明, 米井徹: 脊髄損傷の疫学と予防. 日本災害医学学会誌; 第46巻第7号P404-409. 1998.
11. 古澤一成, 徳弘昭博: 医学的リハビリテーションと職業リハビリテーションとの連携上の問題点. リハ医学; 第42巻第1号P24-29. 2005.

1-3.

脊髄損傷者の復学、進学

伊藤 良介¹⁾・生方 克之²⁾

神奈川リハビリテーション病院

1)リハビリテーション科部長、2)総合相談室長

(いとう りょうすけ・
うぶかた かつゆき)

はじめに

脊髄損傷の学生にとって、復学は社会復帰の第一歩であるとともに、就労など将来の可能性を広げるものである。

神奈川リハビリテーション病院では、開院以来積極的に復学、進学の支援を行ってきた。前例が少なかった頃には相当な困難があり、個人的努力を必要としたが、最近は受け入れに積極的な学校が増え、本人と家族がしっかりした意思を持っていれば大きな問題なく復学できることが多くなっている。

ただ、神奈川リハ病院では学齢期の脊損者、つまり若年の外傷性脊髄損傷は減少傾向が続き、かわりに中高年の脊髄損傷、非外傷性脊髄障害が増加している(図1)。それに伴い復学を目指す学生は、以前は1年間に10人以上であったが、最近では年間3~4人程度にとどまっている。

ここでは、病院の立場からみた復学・進学への支援として、最近の神奈川リハ病院の復学、進学支援プログラムとその進め方を紹介する。対象は最近数年間に入院した学生で(図2)、ほとんど神奈

川県内に住み、退院後まもなく県内の学校へ復学、進学している。

1. 復学を目標としたプログラムの作成

神奈川リハ病院では、入院申し込みを受けると書類だけの判断ではなく、まず本人、それが難しければ家族と面接し、症状と希望などを確認し、一方で病院の概要と提供できるサービスを説明し、入院治療の同意を得ている。リハビリテーションは当事者と支援者の共同作業なので、双方の考え方に違いがあるとプログラムの作成が難しい。

① 復学の意思を確認

外来での面接で、復学・進学を目標としていくかどうか、本人・家族と確認する。麻痺の治療をすべてに優先させる考え方もあるが、現状では医学的に麻痺の回復には大きな限界があるため、社会参加を目標に考えると、まず当面の復学、進学を目指すことが適切だと考えている。

復学し通学しつつ、外来での治療の継続や、必要に応じて再入院、訓練も可能である。また復学は受傷後の最初の明確な目標となり得るので、努力してそれを達成することはその後の生活において貴重な経験、自信になるはずである。

しかし受傷後間もないため、本人・家族には復学をはじめ数ヶ月先のイメージも湧かないことも少なくない。そのため、今後の可能性や病院での支援プランを早期から提示することが必要であり、復学の意思等が本人・家族の間で明確になっていない場合にはリハ医やソーシャルワーカーから具体的な提案を行っている。

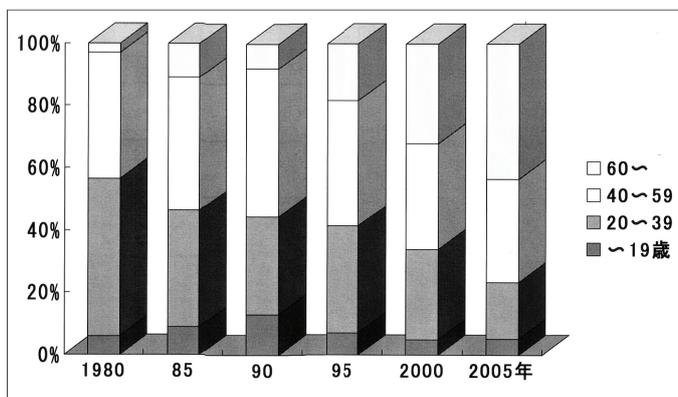


図1 脊損者の年齢分布
(リハビリテーション目的の入院患者)

図2 学齢期の脊髄損傷者一覧

学年	原因	レベル	完全・不全	受傷から退院
小4	交通事故	T5	完全	7ヶ月
中1	スポーツ	C5	完全	7
中1	交通事故	C5	不全	5
中3	スポーツ	C8	完全	7
中3	スポーツ	C6	完全	5
中3	交通事故	T5	完全	9
中3	交通事故	T11	完全	6
高2	バイク	T12	完全	4
高3	バイク	C6	完全	5
高3	バイク	L1	完全	4
大2	バイク	C4,5	完全	8
大2	バイク	T5	完全	7
大3	バイク	T11	完全	7

最終的には本人の意思により、復学を目標にするとの共通認識が得られれば、入院日の調整とともに情報の収集など準備を始める。

② 復学の時期

復学にはタイミングが重要である。学校生活への円滑な復帰を考えると、できるだけ元の学年で慣れた先生、友人のもとへ戻ることが望ましい。年度が変わった場合に担任の教師、校長など転勤になってしまい、引継ぎが不十分となる恐れもある。留年しないで済むためには出席日数、留年しないタイムリミット、出席が足りない場合はレポート提出で良いかなど、進級のための確認が必要となる。

復学の時期が決まれば、それに向けて期間を明示した治療計画を作成する。脊損に対する通常のリハビリテーションに加えて、復学の準備を同時に行っていくので忙しいプログラムとなり、神奈川リハ病院ではスケジュール表（クリニカルパス）を用いて効率的な進行を心がけている（図3）。

設定した退院時期が迫っても準備が完全には整わない、訓練が終了しないこともあるが、思い切って復学しその後でさらに必要なことを追加して行っていくようにしないと、折角のタイミングを逃してしまうことになりかねない。

退院後の計画を示し、退院後も病院からの援助を行えることを説明し、本人・家族に安心感をもって貰い、できるだけ予定通りの退院、復学を目指す。

③ はじめの手続き

復学の意向はできるだけ早めに学校側に伝え、受け入れ協力を依頼しておく。義務教育では、窓口は在籍の学校だが決定は教育委員会になるので、復学希望の時期、障害の程度などできるだけ具体的に伝え、後はリハビリの進み具合によって調整していく。車いすなどの福祉機器、自動車、住宅改造の公的援助などを受けるには身体障害者手帳が必要なため、再認定となるにしても、できるだけ早期に手帳の申請をしておく。

④ ピアサポート

復学経験者やその家族との情報交換は、復学、学校生活のイメージ作りや不安の解消に役立つ。また勉学の意味や卒後の可能性を再認識する絶好の機会となる。経験者の協力を要請しサポートを受けられる機会を持てるよう配慮する。

2. 本人の準備

通常のリハビリテーションプログラムと大きく変わることはないが、期間が限られるため、復学時の状態を考えて優先順位をつけ、効率的に行う。

① 日常生活の練習

障害レベルによって重点をおく動作は異なり、対麻痺者（胸腰髄損傷）については車いすを使った移動能力の向上、自己導尿や排便を含めた日常生活の自立が課題となる。

四肢麻痺者（頸髄損傷）では、自助具なども用いた食事動作、書字など学習動作、コンピュータ操作が課題となる。四肢麻痺者の場合には、介助者の訓練も重要となる。

学校生活では排尿・排便が大きな問題となるので、基礎的なトレーニングの後、排尿は学校の環境にあわせて排尿動作を工夫する。排尿場所にあわせて便器への移乗、ズボンの形状、手洗いの方法など、実用的に行える方法を考える。排便については、学校ではできるだけ排便せずに済むように、復学日が迫ったら排便時間を徐々に夜間にずらすなどの対応を考える。

	1週目	2週目	3週目	4週目	5週目	6週目	8週目	10週目	12週目
目標	車椅子乗車時間の拡大 ができる。 自分の体について知る。	ベッド上で身の回りの事が 自分でできる。(更衣・体位変換ほか)	移乗に慣れる。 (ベッド、椅子、車) 車椅子操作方法(介助方法)がわかる。	日中自力	夜間自力		在宅生活に慣れる。 院外の移動、生活に慣れる。 移乗(応用)に慣れる。		退院
体位変換	4時間毎・一部介助	6時間毎・一部介助					退院後の生活に合わせて自己管理		
坐位	ギャッジ・アツプ	後方プッシュアップ							
車椅子乗車	訓練時	11時～16時				7時～16時	7時～19時	フリー	
移乗(トランス)	直角トランス等(介助)		直角トランス・自立	横トランス・介助		横トランス・自立	車への乗り移り・関連動作	自立	
排便	ベッド上ビニール排便・介助		ベッド上自力排便(失禁対処自力にて行う)						
排尿	カテーテル留置、飲水調節 (CIC=間歇的導尿)	泌尿器の検査、バルン除去・排尿方法選択					飲水・尿量の自己管理		
更衣	上衣自力更衣、下衣介助	更衣訓練開始		更衣自立					
清潔	シャワーチェア使用し 1回/週			シャワー台使用し 2回/週			入浴槽使用 2回/週		
外出・外泊				自宅外泊又は家族指導室利用			週末外出、外泊		
その他				家屋、環境の調査(写真・ビデオなど)			車椅子検討、家屋改造検討		

図3 神奈川リハビリテーション病院 脊髄損傷病棟 入院スケジュール
両下肢・自立 Ver.2

② 健康管理の習得

自分の体は自分で管理できるよう、脊損者の一般的な健康維持方法について知っておく。学校では長時間座っていることになるので、褥瘡の予防のため定期的なプッシュアップの習慣が必要である。自力での除圧が難しければ、一定の時間ごとに臥位をとる、介助によりキャスターをあげて休息するなどの対応が必要になる。学校と相談し可能な方法を考える。

自律神経過反射、うつ熱なども起こりやすいため、体の変調に早く気づくこと、対処の方法を適切に伝えることができるようにする。尿失禁、便失禁も起きにくいように調整するが、もし失禁した場合の対処も習得する。

③ 体力、耐久力の向上

高齢の脊損者では、麻痺が軽度でも臥床に伴う廃用症状で寝たきりになりやすい。同様に若年者といっても受傷後の臥床に伴い、体力・耐久力はかなり低下している。

復学のためには少なくとも午前・午後、授業を受けられる耐久力が必要である。入院早期から坐位時間を増やしていき、退院時には1日中車いす上で過ごせる程度の耐久性があることが望ましい。起立性低血圧の症状があっても、積極的に坐位訓練を続けることで改善が望める。

④ 授業の受け方の工夫

特に四肢麻痺者では、筆記方法について検討し、書く練習が必要である。コンピュータの利用も有効で、その場合には使用できる場面について学校との相談が必要になる。学校には試験がつきものであるから、試験時間の延長や口述での受験、別室での受験など配慮してもらう必要があるかどうか検討する。たまたま高校入試時期と入院が重なってしまった場合に、病院での受験が認められたこともあった。

⑤ 学力の維持

復学した後には、ただ学校に行けば良いだけではなく、授業についていけるよう努力しなければならない。入院により長期間にわたり学校を離れることになるので、その間の学力の維持が必要で

ある。級友から授業の内容を聞く、先生から資料を貰うなどして自分で勉強する必要がある。

幸い神奈川リハ病院では院内学級があるため、学籍を移すことにより院内学級への参加が可能となっており、大変有難い状況となっている。

⑥ 通学手段の確保

どのように学校まで行くのか、自宅の出入りも含めて検討する。改造が間に合わなければ、当面はすべて人力での介助を行う。通学は、18歳未満の児童では親が送迎することが多い。入院中に母親が自動車免許を取得する場合もあるため、通学方法は入院早期から念頭において準備を進める。本人が運転できれば、自動車の改造と運転練習を行う。

大学などで通学時間が長い場合には、学校の近くに一時的に転居する方法もある。大学の近くに介助する家族と一緒に転居し、電動車いすで通学していた学生もいた。

車いすは身体と環境に合ったものが必要で、クッションも含め早めに準備して慣れておくことが望ましい。車いすの構造によっては、段差昇降機やエレベーターとの適合が問題になることがあるので、他の機器を併用する予定のときはそのマッチングに注意が必要である。

3. 学校との調整

復学の実現とその後の学校生活の継続には、学校側の協力によるところが大きい。直接かかわる教師ははじめ学校側のメンバーと緊密に連絡し、良好な関係を保ち、リハビリテーションチームの一員のようにしてもらえればスムーズである。

① 本人、病院からの情報提供

病院からは医学的な情報をわかりやすく伝える。担当の教師、できれば教頭、校長、教育委員会の担当者にも、実際の病院での生活場面、訓練場面を見てもらう機会をつくれれば理解されやすい。本人ができることとできないこと、介助が必要な部分、学校生活上の注意を伝える。

復学時期が近くなったら、病院スタッフが介助方法などの紹介、伝達を行っており、図のようなパンフレットを作成することもある(図4)。

②学校からの情報収集

校内の構造に関する図面、写真などを提供してもらい検討する。実際には直接見なければわかりにくい部分も多いので、神奈川リハ病院ではほとんどの場合、本人と病院スタッフが学校を訪問し、実際の動線に沿って環境をチェックしている。校内移動については特に段差、階段の昇降をどうするか検討する。排泄についても予定場所が実際に使用できるかどうか、試して検討する。施設の面とともに、養護教諭、補助教諭、介助員などについても相談しておく。訪問は1回だけでなく、複数回行って綿密に調整を行わなければならないこともある。

③ 試験登校、行事への参加

色々な問題の対策を行った後で、実際の復学の前に試験的に登校して問題点の最終チェック、見直しができれば望ましい。また入院中でも卒業式や卒業式など特別な行事があるときはできるだけ参加させて貰うと本人の一層の動機づけになる。

4. 校内の環境整備(ハード)

一般的に考慮を要する部分は次のとおりである。問題を解決するためには施設の構造を変えるか、人力によって解決するか、補助機器を使うか、違う

場所を使うかなど、個別に検討する。

① 移動

- i) 車の乗降場所：雨の場合も考え屋根があることが望ましい。
- ii) 校舎内への出入り：段差があればスロープを用いる。
- iii) エレベーターの有無：車イスで使用できるか。
- iv) 階段：段数、高さ、幅。階段を通らない経路があるか。スロープを設置できるか。階段昇降機を使うか。昇降機を使う場合は車いすとの適合と操作する人を確認。階段を使わないような教室に変更できないか。
- v) 各教室の出入り口：幅、ドアノブ、扉の構造。

② 学習環境

- i) 使用予定の各教室内部：図書室、音楽室、美術室、体育館、食堂など、使用予定の教室すべて。室内の段差、通路の幅。使用予定の机の位置。
- ii) 学習用具：机の高さ、構造。コンピュータ用電源の確保。
- iii)ロッカーなど個人物品の収納場所。
- iv) 空調設備：エアコンの有無、うつ熱対策。
- v) 休息場所：失禁時の処置・更衣場所、体調不良時の休息場所、部屋があるか。保健室で



図4

対応可能か。

③ トイレ

- i) 使用可能なトイレ：場所と数。トイレ以外の使用可能場所。
- ii) 各トイレの構造：出入り口、便器の高さと構造、広さ。
- iii) 便器への移乗：自立の場合、介助の場合。
- iv) 後始末：排泄物の処理、カテーテル等衛生材料の保管場所、廃棄方法。手洗い設備。

5. 校内の環境整備(ソフト)、他

① 介助者の確保

まず担任はじめ数人の教師に介助方法を習得してもらう必要がある。学校によっては友人や生徒による介助が受けられるところもあるが、危険のないように介助の方法を十分に習ってもらう。学習や日常生活の介助のため、介助員の派遣が得られる場合もある。

しかし排泄に関係する介助、特に導尿の介助はそのような形では実施できず、家族あるいは看護師の資格を持つ養護教諭などによらざるを得ない。失禁時の処置は着替えを含め家族の役割となることも多い。

なお、災害、停電によりエレベーターが動かない事態も起こりうるので、通常は機械を利用するとしても人力による移動介助も習得している必要がある。

② 級友の理解

生徒たちは脊髄損傷に対する知識を持っていないことがほとんどである。例えば膀胱直腸障害の存在を理解していないと、失禁のときに誤解される恐れがある。自分で適切に説明できない児童には、教師だけでなく級友にも障害のあらましを理解してもらうような機会をつくる。また高校生の場合には、友人が階段昇降の介助を行うことが多いため、学校訪問時に車いすの介助方法の実習を行う。

③ 体調不良時の対応

養護教諭、医務室との連携が必要である。体調不良時に一時休息できる場所を確保する。保健室が使用できないときは、空き教室などを利用して

休息場所を確保することが望ましい。

④ 授業への参加

体育への参加はほとんど見学になる場合があるが、身体機能上で可能なことはできるだけ工夫して参加できる方法を考えてもらう。どの程度の運動が可能か、医学的な情報を十分提供する。学校により、体育の授業の際にマンツーマンで教師がついてくれることもあるため、車いすでできる体育についての情報や実技の伝達が大切である。

⑤ 修学旅行など行事への参加

一定の配慮によりほとんど参加可能なので、積極的に勧める。本人にとって大きな良い目標、経験となりうるし、級友にとっても障害者を理解する良い機会になる。

6. 義務教育以降について

大学は講義スケジュール、内容に差が大きく、より個別の対応が必要となる。また本人が主体的に判断できる年齢になっているので、本人が主体的に大学と交渉することを勧める。

調査資料によると、エレベーターなど施設面での大学のバリアフリー化は小中学校より進んでいるようであるが、講義や実習に対する配慮はまだ経験が少なく未定のところが多い。障害者の受け入れ体制は確立しておらず、その時々個人の対応にとどまっている状況のようである。より多くの障害者が入学することで理解が進み、経験が増え、充実した受け入れ体制の必要性が広く認識されていくことを期待したい。

なお海外では充実した障害者学生支援プログラムを持ち、学生と教職員の双方を支援している大学があり、我が国でも障害者を積極的に受け入れ、障害を持つ学生の支援体制作りを行っている大学もある。

7. 復学後

退院して復学した時点で病院の関与が終了するわけではない。色々な配慮を行っても、実際に復学すると想定外の問題が起こる。新しい問題が生じて当事者間で解決できることがリハビリター

ションのひとつの目標であるが、要請によっては退院後も学校を訪問してアドバイス等を行っている。

また復学までの時間が短く十分な訓練が行えなかった場合、復学後に課題がはっきりしてきた場合には、学校の長期休業を利用して再入院、リハビリテーションを行って、より円滑に生活が送れるよう支援を行っている。

以上、神奈川リハ病院での経験を基に、実際に行っていることをまとめた。復学の実現には、身体の機能でなく社会的な要因、地域による差が大きいため、その地域の実情に合わせて、学校と病院が連絡を取り合いながら支援していくことが必要である。

脊髄損傷者の復学は特別なことではないので、普通の学生として自然に勉学に励めるよう、支援体制の一層の充実を望みたい。

参考資料

- 1) 大学車いすバリアフリー一覧：全国脊髄損傷者連合会
- 2) 国立大学における身体に障害を有する者への支援等に関する実態調査報告書：国立大学協会
- 3) 小学生の脊髄障害：横山修、日本脊髄障害医学会雑誌18巻1号
- 4) 脊損学生の復学と就労について：伊藤良介、日本パラプレジア医学会雑誌9巻1号
- 5) 脊髄損傷マニュアル：神奈川リハビリテーション病院脊髄損傷マニュアル編集委員会、医学書院

脊髄損傷者が 住まいを確保するとき

アンケート調査から

小坂橋 恵美子・福島 智

東京大学先端科学技術研究センター
バリアフリー分野

はじめに

現在、我が国では、バリアフリー化住宅に対する割増融資や、高齢者が居住する住宅の設計に係る指針、公営住宅等における身体機能低下に対応した仕様の標準化などにより、住宅のバリアフリー化が進められています。このほか、賃貸住宅の入居に関しては、高齢者や障害者をはじめ住宅を借りにくい状況にある世帯等を対象に、その入居を拒まない物件の情報提供や、債務保証をする自治体も登場してきています。しかし、全体からみればバリアフリー化された住宅は依然少なく、障害のある人が住まいを確保するのは容易なこととはいえません。

そこで、本稿では主として脊髄損傷者を対象とした住まいに関するアンケート調査の結果（784人から回答）^{注1)}をみながら、住まいを確保する方策を考えてみたいと思います。

住まいの確保とその方策

（1）持ち家に住む人は8割

障害者世帯の持ち家率は高い^{注2)}といわれています。今回の調査でも持ち家率は83.3%（653人）であり、賃貸住宅に居住する人は14.5%（114人）にとどまっています。そして病院・施設に居住する人は1.4%（11人）、社宅や寮となると2人に過ぎません。

しかし、この持ち家率の高さは自然な選択の結果なのでしょうか。無理をしてでも持ち家にせざるをえなかった事情が背景にあるのではないのでしょうか。

（2）住宅のバリアフリー化

今回の調査では、79.5%（623人）の人が住宅改善（改造、改修）を行ったり、身体状況に合わせて新

築・改築して生活しています。住宅改善をしない人（18.1%、142人）でも、その半数以上が「もともとバリアフリーだったので改善の必要がなかった」としています。バリアフリー化をあきらめたり、介助で補っている人は58人（7.4%）にすぎず、脊髄損傷者にとって住宅改善やバリアフリー住宅は欠かせません。

従来、住宅とはきわめて私的な空間であり、間取りや設備など住宅計画における多くの部分が、その所有者の自由にゆだねられてきました。そのため、持ち家であれば、住宅構造上の制約があるなどの場合を除いて、自由に手すりを付けたり、段差を解消することができます。一方の借家については、バリアフリー化住宅は従来の住宅よりも建築コストがかかることもあり、バリアフリー化された借家は少ないのが実状です。そして住宅改善をする場合は、持ち主（家主）の許可が必要であり、入居前に住宅改善をしておこうとすれば、工事期間を見越して賃貸借契約をする必要があります。

持ち家を選択する人が多いのは、こうした住宅改善に対する自由度なども関係していると思われる。

（3）住宅を探す

住宅を探すときには不動産業者を利用することがあります。今回の調査では29.2%（229人）が不動産業者と関わったことがあるとしています。多くの人が問題なく話を進めています。残念なことに、民間賃貸住宅のあっせんや入居時に不動産業者から「住宅改善をしないでほしい」などといわれた人もいます。民間賃貸住宅のバリアフリー化を社会全体で考えていく必要があるでしょう。

住宅の入居に関するサービスをみてみますと、現在、国はモデル自治体において、高齢者や障害のある人を対象に民間賃貸住宅の情報提供や居住支援を行う「あんしん賃貸支援事業」をすすめています。また、高齢者住宅財団のwebサイト^{注3)}では、高齢者の入居を拒まない賃貸住宅（「高齢者円滑入居賃貸住宅」）の情報が閲覧できるようになっています。

民間の取り組みとしては、バリアフリーマンション、ユニバーサルデザインマンションという名で住宅のバリアフリー化を図り、障害のある人等の入居を積極的に受け入れる賃貸住宅も供給され始めています^{注4)}。このほか地域によっては、「熟年者

に親切な店」というネットワークを構築している不動産業者団体や、「高齢者可」の物件を案内する不動産店もあります。高齢者や熟年者を対象とした物件紹介でも、障害のある人にあっせんしてくれる場合があります。

（４）住宅に関する支援

脊髄損傷者の多くが、受傷により生活の仕方を大きく変える必要に迫られます。そのため住宅に関しては、物理的バリアを除去するための住宅改善の方法や、住宅改善費用の助成について知りたい、というのが第一次的なニーズであると思われます。今回の調査でも、受傷後、住宅に関する支援やアドバイスを受けた人（481人、61.3%）のうちの85.9%（413人）が「住宅改善」に関する支援を受けています。

住宅のバリアフリー化に対して、住宅金融支援機構（旧住宅金融公庫）ではバリアフリー性能を有する住宅を建設・購入する場合、その融資金利を優遇しています。また、「住宅建設資金の貸し付け」を行う自治体もありますので、自治体に相談する時には、福祉担当課だけでなく住宅担当課にも問い合わせてみると良いでしょう。

自治体による住宅改善費用の助成制度は、新築時に行った住宅改善に対しては適用されないことがほとんどです。脊髄損傷者とすれば、新築、既存に限らず、入居時にはバリアフリーな環境を整えておきたい、というのがニーズでしょう。しかし、自治体による住宅改善費用の助成は、個人の資産である住宅への税金の投入になるため、その適用には慎重にならざるを得ないという事情もあるようです。そのため、「住んでみて不都合があった部分の住宅改善について助成します」ということになり、脊髄損傷者のニーズに合っていないと感じる人もいます。自治体のほかにも、障害のある人や高齢者を対象として、住宅整備資金の貸し付けを行っている社会福祉協議会もあります。これらのサービスを受けようとする場合には、工事に着手する前に各担当窓口相談することが大切です。なお、住宅に関するサービスの内容や条件は自治体によって異なります。

住宅に関する支援やアドバイスを受けた相手（相談先）として、今回の調査では、複数の人や機関をあげた人が多く、半数以上の人々が理学療法士やケースワーカーをはじめとする病院職員に相談

しています。友人や知人をあげる人も3割おり、とりわけ実際に地域生活をしている脊髄損傷者のアドバイスは、具体的かつ生活実感を伴うものとして参考になるようです。なかには建築系の大学や研究機関に相談した人もいます。

入院中から退院後の住宅を準備しなければならない場合、地域での生活や住宅をイメージしにくいこともあります。近年、住宅改善をシミュレーションすることができるソフトの開発も進められています。多くの情報に接することで、退院後の生活をイメージしやすくなります。

なお、家族と一緒に住む場合や、介助を受ける場合は、家族の生活や介助のしやすさといった点からも、住宅改善の範囲や内容を検討する必要があります。

おわりに

障害があっても地域で生活していける住宅は、障害のある人の社会参加を保障し、いっそう推進するための基盤となります。今回の調査からは、多くの脊髄損傷者が持ち家に住んでいますが、住宅改善や民間賃貸住宅での交渉の手間や負担などを勘案した結果、持ち家を選択することがうかがえました。自由度の高い持ち家ではありますが、大きな経済的負担を伴う場合もあります。その時々のニーズに合う住宅を選択できるよう、持ち家、借家にかかわらずバリアフリーな住宅およびストレスフリーな住宅を求めていきたいと思います。

最後に、調査に協力くださった皆様、日本せきずい基金に心より感謝申し上げます。

注1) 2007年9月、日本せきずい基金が、主として脊髄損傷当事者および家族と把握している人2901名を対象に、郵送によるアンケート調査を行った。脊髄損傷者733名（環軸椎を含む頸髄損傷397名、胸髄損傷242名、仙尾骨を含む腰髄損傷69名、損傷部位無回答25名）、その他の疾患による者12名、肢体不自由はあるものの傷病状況無回答の者39名の協力を得ており、本稿はこの合計784名の結果を元としている

注2) 家族あるいは自身の持ち家に住む18歳以上の障害者は82.9%（平成13年身体障害者実態調査）である。なお、平成17年の国勢調査の全国の持ち家率は64.3%である

注3) <http://www.senpis-koujuuzai.jp/>

注4) たとえば、大分県別府市「ユニバーサルマンション」

〔こいたばしえみこ／ふくしまさとし〕

第2章

社会復帰事例集



社会復帰の事例を読んで

真柄 彰

新潟医療福祉大学

今から8年前に私たちが編集した『職業復帰のためのリハビリテーションマニュアル』（労働福祉事業団職業復帰問題研究会著、労働調査会出版2000年）と比較し、社会の変化を感じながら事例報告を読んだので感想を述べさせて頂く。

いまだに急性期リハの遅れが随所でおこっている。脊髄損傷リハにおいては、発症後初期の段階で褥瘡を作らないことが最重要で、適切な早期リハで拘縮や異所性骨化を作らないことも必要である。

前回とくらべて、福祉機器が発達したことも見てとれる。例えばPCの普及や進歩で、障害者がシステムエンジニアとして活躍したり、ホームページ管理の仕事をしたりできる環境がととのってきた。介護の面では体位交換ベッドやリクライニングティルト車いす、段差解消器の発達などの良い面があることがわかる。また福祉車両が進歩し、自動車関連動作という言葉がでてきているが、これからこの言葉が普及していくのではないだろうか。

障害者の生きていくコツが本人により述べられているのが印象的である。その中では自力での行動が大切であり、本人の努力と家族を含めた周囲の協力があってはじめて社会参加が可能であることがわかる。またピアサポートの充実も感じられ、重度な障害をもちながらもピアサポート活動をおこない、生き甲斐のある充実した生活をしている人もいる。

「障害を生かす」とか、「専門職と対等な立場で協働する」という事例がみられ、障害の心理的受容がなされると障害をポジティブにとらえることができるようになることがわかる。

障害者スポーツの効果が、身体的健康のみならず心理的健康にも有用であることが再認識される。

多職種間連携(Inter Professional Work : IPW)の重要性を痛感する事例が多く見られた。とくにMSW(医療ソーシャルワーカー)の重要性がまずあげられる。全国の医療機関の中にはMSWが配置されていない医療機関がまだあることがわかる。これはその医療機関がIPWの重要性を認識していないということを意味しており、その医療機関のリハビリテーション効率の低さを象徴しているものと考ええる。

障害者の復職を目標とする場合は、まず復職の強い意志を持つことを本人に指導する。スタッフ側としては障害者と同行して職場訪問を復職前後に行うことが大切であることがわかる。それができない場合にも、職場への紹介状の例が示されているので、参考として他の医療施設でも使わせて頂きたい。

医療福祉制度の変化を感じさせる事例が多く見られた。特に病院リハ訓練の早期中止が一般化してしまった。診療報酬改訂による入院期間短縮が深刻である。これに付随してリハ病院の減少、入院待ち期間の延長、緊急入院の困難などが発生していることが理解できる。

また障害者職業訓練センターの充実があるように感じた。この中では医療リハセンターとの連携例や同時進行の例などがあった。医用工学研究センターの必要性も感じられる。

いずれもすばらしいチームアプローチの事例ばかりで感動した。しかしながら脊髄損傷センターの充実と数の増加は実現していない。すべての脊髄損傷者が例えばオーストラリアのように急性期から脊損センターで加療される時代が来ることを望む。また多職種間連携の教育と現場での多職種間協働の努力がさらになされることを願う。

[まがら あきら]

事例 1.

高位頸損で復学、在宅就労へ

田中 晃（日本キリスト教奉仕団アガベセンター総合相談室長
前神奈川リハビリテーション病院医療福祉相談室長）

概況

現在25歳、C4、全介助、大学2年で受傷、呼吸スイッチでPC・電動車いす操作。卒業を機に首都圏にのこり、居宅設定し自立生活となった。介護ビジネスに就職、その後、転職し、現在は特例子会社の在宅勤務。

障害の種類

頸椎4番・5番損傷の完全麻痺、25歳(受傷時年齢20歳) 男性。四肢全廃のため、全介助である。

家族・家庭評価

受傷前は、高校卒業までG県にて家族と暮らしていた。大学進学とともに首都圏に移り、一人暮らしを始める。

経緯

受傷からリハビリテーション開始までの経過

大学2年生の5月に、バイクで部活に向かう途中事故に遭い受傷した。救急病院に搬送された後、1ヶ月足らずで神奈川リハビリ病院に転院し、頸椎の4、5番目の前方固定術を受けた。手術等の状態が落ち着いた後、リハビリテーションが開始された。

病院でのリハビリテーションの内容は、PT、OTともに当初は関節可動域訓練。急性期を過ぎたあたりから、PTでは長座位など大きな動きを追加し、OTでは食事訓練やパソコンなどの機器の操作訓練を追加していった。

退院近くでは、PTでは電動車いすの評価、OTでは環境制御装置の整備。病院でのリハビリテーションの目標(ゴール)は、残存機能の維持と欠損機能の覚醒(拘縮の予防と改善など)であった。

在宅生活に戻ってからは、訪問でのリハビリテーションを自宅で受けるとともに、3~4週に1度、通院によるPT、OTを受けている。介護は、母親の介助と公的サービスを併用した。訪問ヘルパー(毎日の起床、週3回のシャワー、母がいないときのもろもろの介助)、訪問看護、訪問リハ、訪問入浴である。

リハビリテーションについて感じていることは、第1に、技術・知識の向上である。C4レベルになると自分の身体のケアを全て任せなければならない。そこで、この障害が引き起こす合併症や他の二次的障害の知識を深め、本人に分からない身体の信号や二次的障害の予防——例えば、拘縮しやすい部

位、それに伴う弊害と予防法。PT、OTの分野にとどまらない医療的知識である。

第2に、欠損機能覚醒への積極的アプローチである。これは難しいが、一般に回復不可能と言われているところへのアプローチや先端のリハビリの勉強会や施術を積極的に行って欲しいと希望する。

社会参加・職業復帰の過程

復学については、本人自身は受傷した当初から復学するつもりであり、母親も復学させるつもりだったようだが、父親や親戚は地元につれて帰ると思っていた。大学とのやり取り、復学の意思の表明や手続きなど母親が行った。大学も、学務や教授陣が面会や訓練の状況を見学等に来るなど、受け入れ姿勢を示してくれた。

リハビリテーション病院のケースワーカーの助言や手助けもあり、また、病院のPT、OTが学校に同行し、バリアフリーやインフラ整備の助言をしてくれた。さらに、退院後の生活の場となるマンションの環境整備についても同様な支援を受けた。

復学後の生活に向けて、上記した医学的なリハビリテーション訓練と、電動車いす、住環境等インフラの整備のためのリハプログラムが必要だった。

具体的には、電動車いすは電動リクライニングと電動ティルト機構のあるものを準備した。車いすの走行は右手で操作し、リクライニング・ティルトは頭で操作した。住環境の整備は、玄関と浴室のスロープ設置、特殊ベッドと移動リフターの設置。パソコン操作のための環境整備を行った。

学校の環境は、もともとバリアフリーであり、復学した後も、気づいたところはそのつど改善・改修を依頼した。建物以外の面では、図書室に専用のパソコンを設置した個室を作ってくれた。レポートなどはパソコンで作成し、試験は代筆・口答・レポートで行った。ノートは友人に取ってもらい、教科書などは机に並べてもらって指サックを手につけてページをめくった。

復学後・就職・社会参加について特に計画を立てたわけではない。自分自身のモチベーションの向上とインフラ整備、また理解ある周囲の助けが得られるかがポイントであった。「学務の方や教授の対応、リハビリテーション病院の方、役所の方、友人すべての助けがあった。もう少しというところはあったとしても、こちらから理解してもら

よう周りにアプローチしていくことが大切である」と述べる。

大学卒業から就労への経過

卒業後の進路について考えていた頃、通院中のリハビリテーション病院の相談室の仲介で、まず訪問介護の事業所に就職した。まず自立生活の相談をしたことが始まりで、実際に障害を持ち生活している自宅を訪問など案内してくれた。介護事業所の代表の知り合いの不動産屋に住宅を探してもらい、ケアの体制も協力をえて整えた。事務所の近所に家を借り一人暮らしを始めると同時に通勤を始めた。介護事業所では週5日通勤し、訪問看護を受ける日や、体調の悪い時などには休暇をとるなどの配慮を受けた。

その後、職業紹介の会社を通じて、現在の会社(特例子会社)に転職し、在宅就労を行っている。現在の勤務時間は、9:00~17:30まで在宅勤務で、月1回池袋まで通勤している。訪問看護を受ける時間は遅刻扱いとなっている。出勤・退勤はメールで届け出ている。

抱えている問題点、ポイント

在宅就労について、在宅での仕事なので外に出

る機会が減り、人とのコミュニケーション不足になりやすい。社会参加という意味では疑問符も残るといのが実感である。また、仕事を通じて自分自身がスキルアップしていくという実感がもてる仕事に関わっていききたいとの感想を持っている。

現在の生活スケジュール

8:00~9:30 朝ヘルパー
(9:15~10:30 ナース)
※()はナース時;月・水・土曜
(10:30~11:30 シャワー)
(11:30~12:30 PT
※水・隔週土曜のみ)
12:00~13:30 昼ヘルパー
15:30~16:00 お手洗い介助
(17:30~18:00 マッサージ
※月・金のみ)
18:00~19:30 夕ヘルパー
0:00~1:00 就寝

○ 病院は月1度、9:00~14:00
通勤月1度、10:00~20:00

[たなか あきら]

事例 2.

福祉機器の積極活用で在宅生活、 そしてピアサポート

小滝 みや子(千葉県千葉リハビリテーションセンター更生園)

概況

四肢麻痺、全介助レベルの重度障害が後遺したが、家屋環境を整えて在宅、自分でも工夫しながらQOLを高め15年が経過している。外来で知り合った脊髄損傷者やその他の患者同士で積極的に交流を図り、地域の小学校やリハビリテーションセンター公開講座で講演や発言を行うようになり、その存在感を増している。

就労することは困難であったが、全国脊髄損傷者連合会千葉県支部会員として、組織的な立場でも相談支援活動を行うようになった。ピアサポートのみならず、専門スタッフ教育などの場面にも惜しみなく協力している。

プロフィール

頸髄損傷C4レベル完全四肢麻痺、膀胱直腸障害、57歳、男性。家族は妻と一男一女の4人暮らし。草野球と魚釣りが特に好きで、草野球チームの監

督就任6年目に受傷。受傷時の年齢は42歳。

経緯

1992(平成4)年9月末日深夜、妻の実家から帰宅途中、高速道路走行中の交通事故で受傷し、D大学病院へ救急搬送され入院した。ハローベスト装着し牽引の処置を受け、11月5日に後方固定術、翌年1月25日に前方固定術を受けた。

手術までの間に呼吸困難に陥り、気管切開を受け、ベッド上で安静臥床が続いていた。付き添っていた親族が看護師より手足を動かすよう指導されていたが、すでに四肢の関節が拘縮し、左踵には褥瘡ができた。

1月下旬に千葉リハビリテーションセンターに紹介されたが、入院には待機が必要であった。2月になりハローベストがはずれ、カラー装着。このころからストレッチャーで訓練室に移動し、起立台訓練、関節可動域訓練が始まった。経管栄養

が続き、3月には尾骨部に、4月には左膝外側にそれぞれ褥瘡が出来た。

この状態で4月12日、自宅に退院。この時はまだ車いすに乗っておらず、起立性低血圧あり、ベッドアップ、背もたれ坐位が15分くらい可能なレベルであった。

退院した翌日の4月13日、当リハビリテーションセンター外来を受診したが、すでに受傷から6ヶ月半が経過していた。受診時の症状は次の通りであった。

頸部・四肢関節拘縮（右肘強直）、運動機能はMMT僧帽筋両側2～3レベル、三角筋わずかに収縮あり。感覚は痛覚でC6以下、触覚L7以下脱失。排尿はバルーンカテーテルが留置され、排便は摘便にて行っていた。

ベッドの空きを待つ間、外来通院が開始され、呼吸機能低下に対する家庭での呼吸訓練指導、理学療法にて関節可動域訓練、車いす坐位訓練、妻への介護指導が行われた。

リハビリテーションゴールは車いす坐位、拘縮改善の状況によっては車いす駆動、全介助レベルで入院期間6ヶ月と設定された。

褥瘡がかなり悪化していたために、在宅で入院を待機している間、近医から毎日往診を受けていた。しかし、在宅1週間めくらいで熱発、往診してくれた近医に入院。リハ外来通院は継続し2回ほど理学療法を受け、5月10日、ようやく当センターに入院することが出来た。受傷から7ヶ月半が経過していた。

入院後は医師、看護師、理学療法士、作業療法士による関節可動域訓練、呼吸訓練、車いす坐位耐性訓練、排泄訓練、妻への介護指導、家屋改修評価・指導、外泊訓練などが行われた。入院相談の段階からソーシャルワーカーが関わり、自宅退院のための環境調整、家屋改修指導、身体障害者手帳取得などの支援を行い、当センター入院時にはすでに家屋内のおおまかな段差解消、スロープ設置が済んでいた。入院後に昇降機の設置、浴室にリフターと段差解消のための簀の子設置などを進めた。

長期臥床が続いたために起立性低血圧や呼吸機能低下、関節拘縮、異所性骨化、褥瘡などがリハビリの阻害因子となっていた。入院1ヶ月めから作業療法で筆ペンを口にくわえて文字を書く、スティックをくわえてワープロのキーを打つなどの訓練を行った。しかし起立性低血圧がひどく、90度に起こした車いすに座ることが出来ず、8月頃になってようやく80度くらいのリクライニング車いすに座ることが出来るようになった。それでも天井ばかり見ていた世界が変わって、大きな感動を覚えたようである。

10月にチンコントロールの電動車いすで移動できるようになり、当初目指した車いす自力駆動はかなわなかったものの、リクライニングの車いすを作成し、1993（平成5）年12月1日、自宅へ退院となった。

2時間おきの体位交換など、全介助レベルで退院、外来通院が始まった。すでに車いすごと乗車出来る車を取得しており、通院も妻の運転で可能な状況だった。当時は医療ニーズを抱えている方の短期入所は行っているところがなく、在宅福祉サービスは入浴介助のためのヘルパー派遣のみ受けていた。ヘルパー派遣と言っても、ヘルパー自体が重度障害者の介助経験がなく、妻が行う入浴介助を手伝うところから徐々にその方法に慣れていったという状況であった。それ以外は家事と介護を妻一人で担う生活であった。

妻の疲労は募るばかりで、介護軽減を図るために「国際福祉機器展」へ出かけた。電動の寝返り支援ベッドが発売になるとの情報を入手、早速に購入するなど、積極的に環境整備を図っていった。このころは専門職が助言するより先に、自ら情報収集を行い、工夫し、環境制御装置や介護リフターなどを導入して、マンパワー不足を福祉機器で補う生活を送っていった。

携帯電話が普及していないこの時期、呼吸スイッチで通話出来る電話機、ポケットベルなどをうまく使いこなし、受傷後3～4年くらいの時点で、ようやく妻が安心して外出できる環境が整った。入院中から在宅での不安を漠然と抱えていたが、実際の生活を体験する中で不安が現実のものとなり、それに合わせて環境を整備していったのが実情である。

外来通院になると、チームで関わっているとはいえ、なかなか全体が把握しにくくなり、振り返ってみると、ご本人がチームリーダーのような存在になっていたといっても過言ではない。妻も福祉機器を上手に使いこなし、車を運転して通院、2人で前向きに生きている姿は、我々スタッフにとっても多くを学ばせていただく機会となった。

当時の千葉リハビリテーションセンターは脊髄損傷の患者さんがあまり多くなかったものの、長期に外来通院している方がいて交流が広がっていた。引きこもっていた若い頸損の方を外出に誘ったり、Eメールが普及するとパソコンの利用を勧めて、メール交換をしたり、徐々に本人の存在が重要と言えるほどに、周りの患者同士をつなぎ、支え合う関係が広まっていき、スタッフからピアサポートの依頼を受けるようになっていった。

職業復帰の過程

受傷前の仕事は機械製造販売の会社員で機械開発課に所属していた。このような元々の機械の知識技術が基盤となり、実際の生活に福祉機器を難なく取り入れていくことが出来たのだと思われる。スタッフよりも先に色々な工夫に気づき、それに周囲が動かされてやってきたような状況である。復職はかなわなかったものの、このような経験が周囲の重度障害者の支援に役立てられているのである。

現在は初めから重度障害者の生活を中心に据え

た設計のエレベーター付新居を設け、ますます環境が整った生活を送っている。

現在の電動車いすは簡易型で、スイッチはこれも本人の工夫で大きなスイッチに替え、ジョイスティックで操作し、1人で屋内を移動出来るようになっている。

またヘッドマスターを使い呼気でパソコン操作出来るようになり、環境制御装置によって半日くらいは1人で留守番しても不安なく過ごせるようになった。座席が電動車いすになる新しい車を購入、外来通院やちょっとした移動ですむ外出は、重い電動車いすの持ち運びが不要となり、ますます介護負担が軽減されている。

そうはいっても24時間365日、健康で安心した生活を支えるには妻ひとりでは限界がある。2003（H15）年からスタートした支援費制度は、住まいの圏域に短期入所やデイサービスを提供する施設がなくても、他の圏域のサービスを活用することが可能となり、現在は家族が送迎することを条件に週1回のデイサービスと短期入所を利用している。

また、当センターで地道に続けてきたピアサポートは、全国脊髄損傷者連合会千葉県支部に所属したことで、組織的な活動となり、他の医療機関からの相談も受けその活動を拡げている。

ポイント

振り返ってみると、この時期の千葉リハビリテーションセンターは、入院までの待機期間が長く、今となっては考えられないほどであった。しかし、効率よく進めるためにも待機期間中から支援を開始し、出来ることは入院前から進めていくやり方で、その後の期間を無駄なく進めることが出来ていたように思う。

ただ、訓練に大きく期待している本人や家族の気持ちにより添うことよりも、無理矢理ともいえる在宅に向けての調整は、あまり社会資源が充実していなかった頃を思うと、家族に多大な負担をかけていたに違いない。また、脊髄損傷の方が少なかったために、色々な情報提供も後手に回っていて、我々の力不足を痛感するところである。しかし、本例のような利用者の方から学び、協力していただくことで補って行くことができ、心から感謝している。

現在の当センターは医療福祉の改革の波に打たれながら、その期待に応えるために変革していこうとしている。そのひとつに、積極的に脊髄損傷の方を受け入れるための整備を進めているところである。そして、専門スタッフと障害当事者の方々が協働で支援するシステムを、全国脊髄損傷者連合会千葉県支部の方々の力を借りてピアサポートシステムとして確立すべく取り組んでいる。色々な課題はあるが、このような取り組みに発展できたのも、本例のような力ある当事者の方々の存在があつてこそである。

終わりに

本人が色々な高価な福祉機器を導入してきたことについて、メッセージを自らの言葉で寄せているので、以下に紹介させていただく。

寝返り支援ベッド（100万円ほど）を購入したおかげで夜間数回の体位交換がなくなり、妻の介助負担を大きく軽減することができました。助成金は電動ベッドの助成金しか出ませんが、私の障害レベルには寝返り支援ベッドのような福祉ベッドは生活必需品です。金額が高価だからと贅沢なベッドと思われては困ります。

電動ベッドの助成金等が一律では、私のような障害レベルの悪い人には負担増になるので、段階割（所得に応じて）での助成金を国や県市町村は考慮して欲しいものです。長い目で見れば、コストは安いものになるのではないのでしょうか。

また、現在では千葉リハビリテーションセンターでの訓練は終了しています。その代わりに町で行っている保健センターに週1回通い、理学療法士による関節可動域訓練等を受けています。わずかな時間ですが、理学療法士に関わっていただき、さらに自主訓練の場を提供していただき、現状維持することが出来ています。

我々のような重度の障害者にとって、リハビリの継続は身体機能を維持するには非常に重要なことです。千葉リハビリテーションセンターのリハビリを生涯受け続けることが難しい状況の中で、フォローしてくれる施設が身近な市町村単位で提供されるよう、国や県は考慮して欲しいです。

[おだき みやこ]

事例 3.

パソコン技能で社会との接点を見出す

田中 晃（日本キリスト教奉仕団アガベセンター総合相談室長
前神奈川県リハビリテーション病院医療福祉相談室長）

概況

現在59歳、受傷時年齢40歳、C5。駅ホームからの転落事故で受傷。中年期の受傷事例である。復職は困難で退職、労災その他の賠償は該当せず、所得は障害厚生年金のみ。このような経済的課題がある中で、リハセンターでのパソコンとの出会いをきっかけに在宅ベースで活動を始め、障害者団体、社会福祉協議会の仕事に従事、現在は県の障害者向けのIT相談室でピアサポーターとして活動している。

障害の種類

頸椎5番の脱臼骨折、C5レベル完全麻痺
現在59歳の男性、受傷時は40歳

家族・家庭評価

受傷前は、夫婦と子ども3人（長男15歳、長女12歳、次男9歳）と夫の両親との7人世帯。自宅は持ち家。両親は年金、本人の収入で暮らす。一般的なごく普通の生活であった。

経緯

暮れの12月深夜、会社の忘年会帰りに駅のプラットフォームから転落、入ってきた電車に接触し受傷、大病院の救命救急センター搬送となった。受傷10日目には、神奈川県リハビリテーション病院へ転院。転院当初は、集中治療室に入院。その後、頸椎の固定、牽引を行った。年明けには脱臼骨折の手術が予定されていたが、手術はせずに2週間後には一般病棟へ移った。当初は病室のベッドサイドでの訓練が主で、作業療法、理学療法士による関節可動域訓練を受けた。作業療法はプリントを作成し手の変形予防するなど集中治療室から開始した。

上肢は作業療法によって肩・肘などの動きが少しずつ出てきたものの、下肢の動きは難しかった。1ヶ月半くらいで車いすに乗車可能となったが、起立性低血圧に苦しんだ。急に目の前が真っ白になったこともあり、本当に慣れるまでには3年もかかった。

神奈川県リハビリテーション病院でのゴールは、車いすに乗れて平地操作できること。デバイス〔自助具〕を使用して食事動作ができることが目標となった。入院中に自宅の浴室や出入り口の改修を行い、シャワー浴や車いすでの生活が最低限可能なように整備し、リハ病院への入院から7ヶ月後に自宅に退院した。

退院後も通院によるリハビリテーションを継続し、作業療法、理学療法を受けるため車いすのまま乗車できるワゴン車を購入して、毎週片道約30キロの道のりを妻の運転により通院した。

通院期間中の作業療法では、ユニバーサルカフを装着してパソコンの操作も可能となった。神奈川県と神奈川県総合リハビリテーションセンターがすすめる「ヒューマンテクノロジー応用研究」に参加する機会をえて、情報収集やメール交換にパソコンを活用できるようになった。

在宅7年を経過したところ自宅を改築した。改築工事期間に、神奈川県リハビリテーション病院に併設されている身体障害者更生施設に入所した。入所中は、理学療法、作業療法など通院でのリハビリテーションに加えて、体育訓練や社会生活訓練などを受けることができた。半年程度の期間ではあるが、腕の力や体力が大幅に改善した。車いすとベッド間の移動や、ズボンや靴下の脱衣が自力で可能となった。車いすも1日乗っていられるようになり、広いリハセンター内も、手動車いすで自由に移動できるようになった。

また「ヒューマンテクノロジー応用研究」をきっかけに、同じ障害のある仲間や支援者との出会いや情報交換も活発となった。障害者の団体にも参加するようになり、実際に出かけていく機会も増えていった。

玄関に段差解消器を設置、寝室ベッドからサニタリールーム（バス・トイレ）までの移動用リフトが設置されたバリアフリー新築工事が完成した。寝室にはパソコンコーナーを設置して環境を整え、自宅へ戻った。

現在もリハビリテーションは継続しているが、診療報酬改正による日数制限により、理学療法（起立台・関節のストレッチ等）は月1回のみとなった。診療報酬外である週1回の体育訓練（集団でバドミントン）を加え、機能を維持するために通院を継続している。

生活面では、妻と息子夫婦の4人世帯。朝夕のケアは妻、週2回の午前中は訪問看護による排便と清拭、水曜日はリハビリテーションセンターでの訓練である。年に4週間ほどショートステイを利用する。

職業復帰への過程

復職の話はあったが、第1に自動車整備士という仕

事の問題、第2に車いすでの移動という建物構造の制約、第3に通勤の問題があった。上司からの投げかけはあったが、会社としての取り組みには至らなかった。デスクワークだけでは行かず、現場に出る必要もあって現実的に難しい。1年半の休職期間が終了した時点で正式に退職を届けた。退院後の日常生活をどう維持するかで精一杯で、復職まで気が回らないというのが正直なところである。

収入は障害厚生年金のみである。受傷当時は学齢期の子どももあり、収入の問題は意識しないわけにはいかなかった。受傷をきっかけとして社会参加のツールとして獲得したパソコンの技能をどうにか収入に結びつける方策はないかと考えた。

通院先のリハビリテーションセンターの職能科の支援を受けたのは平成10年頃(受傷から11年経過)であった。「ヒューマンテクノロジー応用研究」を通じてエクセル・ワード・描画ソフト、インターネットやメールなどが可能となっていたが、職業能力としては未知数であった。また自力移動が困難なことでも大きな障害要因であった。

職業評価の一環として、アンケート集計など、データ入力の在宅業務の紹介を受けた。事業所に出向いて紙ベースのデータを受け取り入力する仕事であった。その後、建築事務所のCAD業務、障害者団体での障害者向け交通アクセスのコンテンツ作成業務などに従事した。

在宅で職業的スキルを身につける場はなく、市町村の障害者向けのIT講習会は初歩的内容がほとんどであった。県リハセンター職業カウンセラーから、事業所や仕事の紹介を請けながら、その業務について現場で学び、独学でスキルをアップしていくというプロセスをとった。

就業への経過

これまでの活動を通じて出会った人々が、仕事の声をかけてくれるようになった。現在は、自宅で障害者団体や民間団体など複数のホームページの更新・管理業務を受託。4年ほど前から県社会福祉協議会のITサロンのピアサポーターとして週1回勤務している。

問題点・成功へのポイント

障害要因としては、移動困難な重度障害者のための職能開発の社会資源がないということ。外出時の移動サービスの費用が高いという(自宅からITサロンまでは往復6,000円を出費してしまう)。

促進要因は、少しでも収入を得たいという気持ち、独学で学んでいくというひたむきな意欲、人間関係を広めていく気持ちであるが、これが参加の機会の提供につながっていると思われる。

介護にあたる妻や身近なパソコンの支援者である息子の友人など、家族の支援力も重要な環境要因である。
[たなか あきら]

事例4.

資格取得を重ね、社会参加へステップアップ

小宮 雅美(総合せき損センター・リハビリテーション科OT)

概況

高校3年生で受傷した女性。現在は在宅就業しながら大学生を送り、講演活動など多彩な活動をしている(写真1)。

障害の状況

C4前方脱臼 完全四肢麻痺
フランケルA

頸髄損傷高位C5B

受傷時17歳、高校3年生。
体操部所属、国体選手。



写真1 外來にて

経緯

1991(H3)年4月17日、体操部の跳馬の練習中に、誤って頭部から転落し受傷。直後より四肢麻痺。総合病院に搬送され、翌日に当センターへ入院。C4/5の前方脱臼が認められ、入院当日に整復および固定術が施行された(写真2)。



写真2

左: 術前、C4前方脱臼
右: 整復固定術後

翌日から、ベッドサイドリハ開始。C4/C5Aレベルであった。5月2日、ベッドでの出棟リハを開始。車いす乗車訓練と起立訓練を開始。6月には食事訓練を導入した。

翌年9月14日に退院。退院時は両側C5Bレベルであった。この時点でのADLは食事や歯磨き、書字等が自助具使用で自立、車いす駆動は平地のみ可能、ベッドなどへの移乗動作、更衣動作等は全介助であった。

更なる自立を希望し、重度障害者センターへ入所。1997(H9)年3月、ベッドへの移乗動作などを獲得し、退所。自宅復帰した。

社会復帰過程

重度障害者センター退所後の進路としては、障害者職業訓練校等は「ADL自立が可能なレベルではない」との理由で、就職については、公務員や一般企業での求人は「公共の交通機関を使用して通勤し身の回り動作が可能なこと」が前提なものしかなく、外で就業することを選択肢から外すしかなかった。

以上のことから、母親がノウハウをもつ不動産業を自宅で起業し、在宅就業することにした。しかし、不動産業に必要となる「宅地建物取引主任者資格」、いわゆる宅建の資格を持っておらず自宅復帰した年に独学で取得し、在宅就業を可能としたのである。

また、宅建の取得のための勉強がきっかけとなり、法律（民法）にふれて興味を持ち、さらに勉強したいという気持ちと、大学とはどんなところか興味もわき、市立大学のコミュニティコース（聴講生）に2年程、通学している。

その他、不動産の仕事に役立つかと思い、福祉住環境コーディネーターの2級を取得した。1級についても1次は合格したが、2次の筆記試験では、残念ながら不合格となった。「コックアップ式自助具」（掌側子間接固定装具）使用でのチャレンジであり、今後は時間の配慮など主催者側との交渉が必要と思われる。

現在は社会福祉士の資格取得のため、通信制大学の大学生である。その合間には年2～3回程度、高校や小学校などの依頼に応じて、これまでの経験を通じての考え方や人との関わりについて、またバリアフリーなどといった内容で講演活動を行っている。当センターでも講演をして頂き、多くの入院患者、職員が講演に聴き入り、好評であった。

また勉強や仕事だけではなく他の活動も多彩で、2000年には車いすでモデルをこなし、2007年にはスキューバダイビングに挑戦し、沖縄の海に潜った（写真3、4）。



写真3
母親と沖縄県座間味村へ

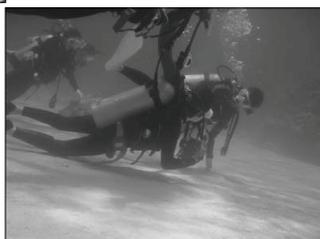


写真4
スキューバダイビング中

本人のコメント

ケガをして、左右もわからない特殊な世界に突然放り込まれ、
生きていけるのか……
車いすに乗れるのか……
家に帰れるのか……
仕事はできるのか……
どのような仕事をしたいのか……
どのようにしたら一社会人として社会と関わ
れるのか……
というように、日を重ねるごとに、年齢を重ねる
ごとに視点が変わっていった。

時とともに視野も広がって、現在は自宅での仕事だけではなく、外の社会で働いてみたいと思うようになった。そのステップとして、社会福祉士の資格を取るため通信制大学にて勉強中。外で働くというのは、ここ数年の目標で、そのために今勉強しています。最初は、現在に至るような時系列の出来事を期待していなかったというか、出来なくてもともとみたいな感じで、逆にこれが出来てよかったという考え方をしていた。

「障害を持っていても、一人の人間として社会と関わる」というのが、基本理念・概念・目標みたいなものかな。

社会資源の活用

社会資源の活用としては、ベッドなどの機器購入の助成の利用と、自宅復帰後しばらくは入浴介助のみ、ヘルパーと訪問看護を依頼していた。しかし、親の高齢化や2004年の自立支援法以降、毎朝の着替えと移乗動作についてもヘルパー利用を追加している。その他は主に母親が主体で介助しており、外出も母親が運転する、車いすのまま乗り込む福祉車両にて行っている。

ポイント

問題点としては、C5高位であり身体機能的にADLが自立するレベルではなかった点であると思われる。しかし、体操の国体選手であったように元来の身体能力の高さもあるが、残存レベルがC5Bレベルでありながらベッドへの移乗動作を獲得するなど、その前向きな努力と、失ったものを見つめるのではなく、自分が出来ることを良かったと考え、今あるものを最大限に生かす能力の高さは社会復帰の過程をみても伺えるところである。

またこれまでの経緯をみても、可能な部分から取り組み実践していく行動力と自分のスキルもステップアップして可能性を広げている。その行動に気負いが無い点もポイントなのであろう。そして、本人の考えを尊重し行動を積極的にサポートする母親の存在は極めて大きい。

[こみや まさみ]

事例 5.

「一生懸命、自力で生きる」 を信念に

田中 晃（日本キリスト教奉仕団アガペセンター総合相談室長
前神奈川リハビリテーション病院医療福祉相談室長）

概況

現在44歳、受傷は高校の体育の際。妻と3つ子の5人世帯。現在は会社員でシステムエンジニア。車いす自走可能。車の運転不可にて、移動はサービス利用。授産施設でプログラムを学び、妻の実家の仕事などに従事していたが、7年前、面接会で現在の職場を獲得する。

障害の種類

第5頸椎損傷 残存機能:右C6B1、左C6B2、
年齢44歳 男性

家族・家庭評価

受傷前の生活は、高校生で、両親と姉同居の生活である。

経緯

受傷は18歳、高校の部活動中の受傷で、F市民病院に3週間入院後、頭蓋牽引など受ける。受傷5日目位からPTが開始された。神奈川リハビリテーション病院へ転院し、PT、OTを受ける。その後、体育等のメニューが追加された。

ADL能力の程度については、環境を整えば、着替え、車いす移乗など自力で可能である。トイレ、入浴は介助が必要。環境が整っていなければ寝たきり状態となる。

病院でのリハビリテーションでは、起立性低血圧の克服、車いすへの移乗動作の自立が課題であった。病院でのリハビリテーションの目標(ゴール)は、高校復学であり、そのため学校内の自力移動を獲得することが求められた。

リハビリテーションについては、入院中のリハビリテーションだけでは、社会参加へのリハビリは難しい。また、重度の障害の患者に対するリハビリテーションの時間が少なく、自宅復帰レベルで終わってしまうという感想をもっている。

社会参加・職業復帰の過程

復学については、部活動での受傷ゆえに、学校側が協力的だった。学校側は、本人が3年生でもあり登校せずとも卒業を認める方向だったが、拒否。本人自身の意思による留年を選択し、1年間通学した。

学校は、スロープの設置、本人の専用机を特注で用意し、保健室の活用、移動経路の確保など、車いすでの学校生活環境を整え、万全な受け入れ態勢を用意してくれた。

通学は姉またはタクシーを利用、帰宅は担任の先生であった。学校での介助もクラスメイトや部活動の後輩が担ってくれた。

卒業後の就職計画・社会参加計画について、高校の進路指導で、アガペセンターでの職業リハビリテーション施設を勧められた。しかし、ADLが不完全自立のため、いったん、神奈川県総合リハビリテーションセンターに併設された身体障害者更生施設にて生活動作訓練を目的に1年間入所した。

更生施設では、本人の希望を基に、施設のスタッフのサポートを得ながら、アガペセンターへの入所を目指した。

アガペ作業センターにて、就労訓練(コンピュータ技術習得)をし、自力で仕事をみつけていった。現在の就職先は、ハローワーク主催の会社面接会に自作のプログラムを持ち込み、アピールして見つけたものである。職種はシステムエンジニア、勤務形態は在宅勤務である。

会社は出勤時の配慮として車いす用のトイレを設置した。その後、結婚し3つ子が生まれ、現在に至っている。

職業復帰や社会参加にむけて行ったリハビリプログラムの内容は、生活動作訓練と就労訓練(コンピュータ技術習得)である。活用した社会資源としては、神奈川リハビリテーション病院、更生ホーム(生活動作訓練)、アガペ作業センター(就労訓練)、社会福祉協議会ボランティアセンターなどである。

職業(復学)復帰・社会参加までの経過における問題点について、本人は次のように述べている。

「当時を振り返ると、前例がないことばかりで、誰も情報が少なく、乗り越える壁が多かった気がする。その時は「壁」とは感じず、目の前の「問題をどうすれば解決できるか」を考えて、リハセンター、行政、社協などに協力を求めた。結論として、自分が動かねば、誰も解決してくれない。己が動けば、問題点も軽減する。」

現在の生活の様子

「順調である」と語る。妻、子ども3人の4人世帯。父親として一家を養っている。自宅をたて、マンション2軒とテナント所有している。父親として、子どもの通院、子どもの小学校の行事、子どものサッカー、バスケットへの送迎や試合観戦などで地域、子どもの親たちと交流している。

また、近所の子を集めて、サッカー指導をしたり、地域のイベントなどへの引率など引き受けている。さらに母親や病弱の姉や姪への援助もしている。

本人は基本的にはサラリーマンとして勤務している。副業として、コンピュータ管理、不動産の賃貸経営等を行い、年収1000万円以上である。住宅併用の雑居ビルを建て、母親や姪の住居を確保した、その他テナント（数件）賃貸や所有マンション（数件）等を賃貸経営している。実質、1人で3、4の事業をこなしながらも毎月1回のボランティア活動をしている。

また、行政への提案も積極的にし、多方面で社会参加をしている。

1日のスケジュール

〔月～金〕

- 5：20 起床・着替え
- 6：20 着替えを終え、車いすへ移乗、尿器洗いなど
- 7：00 在宅時は仕事開始（毎週水曜日は出勤、出社準備、7：50 出社）
- 12：00 昼食
- 12：45 午後の作業開始
- 17：00 終了
- 21：00 ヘルパーにて就寝準備
- 22：00 頃に就寝する

土・日・祝日は、テナント管理の仕事に時間をさき、また地方で講演活動なども年に50回程度は行っている。

基本的にはサラリーマンだが、1年間の休日の7～8割は副業に使用する。残りの2、3割は家族に対する役割である。

抱えている問題点・ポイント

仕事をもち、家庭をもち、問題点や悩みは健常者と同じ（家のローン、教育費、子どものしつけ、親の老後の世話など）であるという。

しかし、しいて言えば、生活面である。緊急時の移手段、訪問看護やヘルパーの充実を求めたい。特に訪問看護・ヘルパーのお盆や年末年始、長期連休の人材確保が困難。社会的に訪問看護師・ヘルパーが不足していることを実感している。

本人のコメント

最後に、ご本人が思いを寄せてくれた。

■今後の目標

親に恵まれない姪2人、わが子3人の計5人に1軒ずつ家を与えること。途方もない夢のようで「人には鼻で笑われる」が、現実に残り1軒を確保できれば良い。2008年にも達成可能。

昨年までは、上記が目標であったが、今年は新たに目標を追加する。姪に車（新車）を与えたように、子どもたちが20歳になったら、3人に車（新車）もプレゼントする。

■障害者が生きていくコツ（行政との関わり方）

被害者意識で相手を責める交渉をしても反感をかうだけ。「一生懸命自力で生きる」ことを主張し、その手助けを求めることがポイント。それでもうまく行かない時は、憲法第25条〔生存権規定〕を用いて市区町村長に手紙を出せばよい。

また、交渉の中身に、相手を自分の立場に立たせること。そして、相手の立場になり、相手をねぎらうこと。車いすだけが使いやすくなるのではなく、地域住民全体にメリットがあるように主張すること。

■生きるポイント

口先だけで、行動を起こさないと何も変わらない。目の前のチャンスを掴む勇気と決断力が必要。躊躇していたら、チャンスは目の前から逃げていく。タイミングを逃すな。すべて己である。

目の前の問題を解決するには、中学生レベルの数学の考え方が必要。特に世の中、方程式と証明の考え方が必要ではないだろうか。

■最後に……

私自身、命ある限り、精一杯前に向かって生き抜くつもりでいます。そして、困難があろうとも前向きに生きる姿を子どもたちに見せたい。そして、私が死ぬ時、「お父さんは頑張ったよ」と言われたい。そして、私の子どもに子どもが生まれたら、「お父さんは頑張ったよ、お母さんは頑張ったよ」——そう言われる親になって欲しいと願っています。

[たなか あきら]

事例 6.

ADL自立からシステムエンジニアとして復職

成沢 一之（日本キリスト教奉仕団アガペセンター
就労支援課、事業開拓担当課長）

概況

頸髄損傷（スポーツ障害）1種1級、大学卒業後、商社に勤務。ラグビーの試合中に首の骨を骨折。医学的リハビリテーション終了後、復職を目標に、身体障害者授産施設（アガペセンター）において職業的リハビリテーションを受けた。情報処理の技術（特にプログラミング）とADLを含めた生活面での安定を目的とした。

アガペでは、MRDBというリレーショナルデータベース言語を使ってプログラムを多数作成するなど職業生活の力をつけ、会社側の全面的支援により、復職、現在は特例子会社の設立に向けて日々努力している。

障害の種類

C5、C6 完全・不全麻痺、年齢42歳 性別 男

家族・家庭評価

受傷前の生活は、両親と兄と同居。私立K高校からK大学経済学部へ進学。昭和63年4月にT株式会社に入社した。

経緯

受傷からリハビリテーション開始までの経過

平成2年3月にラグビーの試合中に頸髄を損傷。M赤十字病院に入院。リハビリのために国立療養所M病院に転院。その後、東京都立リハビリテーションセンターにて日常生活動作の訓練を受け、復職の希望があることから身体障害者授産施設アガペ作業所に入所し、職業的リハビリテーションを受けることとなった。

アガペ第2作業所での訓練目的は、「復職に向けて情報処理の技術（特にプログラミング）と、精神面での自立を目指す」とした。

職業リハビリテーションのゴールは復職である。ADL面では、基本的に未自立であるが、トイレは平床の形式であれば可能で、入浴に関してもシャワー浴であれば可能であった。本人も復職を希望しており、T会社側も一人暮らしが出来るように社宅を改造するなど、環境整備で協力した。復職に関しての問題は比較的なかった。自家用車を購入し外出には主に自家用車で出かけていた。

職リハ的には全くと言っていいほど問題はなく、リレーショナルデータベースの言語で作成したプログラムの製作の打ち合わせや、完成後の操作説明などを完璧

にこなす能力を持っていた。リハビリテーションの問題点は少なかった。

職業復帰過程

復職には、ADL面の課題が主にあった。アガペ作業所の施設内では平床形式のトイレを使用していたが、排便に時間がかかり、摘便という手段をとることになってしまった。

また、本人が市役所障害福祉課向けシステムの納品・仕様説明のために車両で外出した際も、渋滞に巻き込まれ、車の中で便失禁になってしまった。この場合、どうしようもないことではあったが、復職に際して職業的な能力よりも、ADL面の自立が必要だということになった。

職場では、人事部採用の在宅就労が認められることになり、通勤の問題や通院などの問題もないことなどが復職の判断となった。アガペ作業所の担当者が職場訪問や職務の把握を行った。

職業復帰前の職業能力評価では、この方の持っている能力は高く、プログラミング技術、ニーズに合ったシステム設計など、システムエンジニアとしての資質も持ち合わせていた。客先でのプレゼンテーションでは、聞く人すべてを納得させる技術や話法を持っており、職業能力的には申し分なかった。

職場環境改善の面では、独身寮の改良は多岐にわたり、入口付近の段差の解消、トイレおよび浴室の改造をした。在宅就労のため、1室を作業室として使えるようにL字型に広く取られた机を配置して、パソコンなどの操作がしやすいように改造に工夫した。在宅就労の場としては、会社側として申し分ない環境を整えていただいた。

復職後の経過

復職後は、人事部付けで配属された。2005年に愛知県で開催された「愛・地球博」では、身体障害者専用駐車場に「ITS自動決済システム実証実験」としてETC車載器を活用した駐車管理システムを出展し、自らモニターとして活躍してきた。

また、復職して10年を期に、障害者雇用のための特例子会社を作ろうと活動を始めた。所属が人事部ということもあって、社員教育のための「社会人としてのマナー」などの一般社員向けのeラーニングを企画。次に自社の社員のみならず、授産施設のような障害を持つ訓練施設にもWEB等の知識を身につけるための教材も企画した。これ

は能力開発施設のような、情報処理訓練を遠隔地で行おうとする企画である。

実際、携帯電話もさることながら、いち早くパソコンにビデオカメラを設置しSkypeを使いテレビ電話を実施している。

特例子会社としての収入面の確保も検討し、在宅就労である利点を存分に生かせるWEBの技術を使った、ホームページの作成を開始した。

アガペの卒業生数名をメンバーとしてホームページの作成を行い、クオリティーの高いホームページが出来上がっており、着実に実績を上げている。

特筆すべきは、視覚障害者にも対応できるように、完璧な形でのアクセシビリティを追求したホーム

ページを作成しているところにある。

ケースの問題点・成功に至ったポイント

このケースに限らず、頸髄損傷の方々は、ADLの自立が一番の課題であり、ましてや就労になると通勤の問題、勤務先の設備の改造がどうしても必要になってくる。

このケースに関しては、会社が独身寮を使いやすいように改修していただいたことが大きい。そして在宅就労を認めたことにある。優秀な人材の能力を存分に引き出すためには、やはり会社の協力がなくてはなし得ないことだと痛感している。

[なるさわ かずゆき]

事例7.

全国規模の患者会を立ち上げ、積極的に活動

田中 真弓(兵庫県立総合リハビリテーションセンター
リハビリテーション中央病院MSW)

障害の種類・年齢

頸髄損傷 C6B1 完全麻痺 現在57歳 男性

生育歴

中学卒業後、電機会社に就職する。24歳で結婚し一男一女をもうけた。受傷後に別居状態となり、1994 (H6) 年離婚 (44歳)。現在は一人暮らし。

受傷経過

1979年 (S54) 年9月 (29歳)、社会人ラグビー試合中に受傷し、T病院にて頸髄損傷 (C6B1) と診断され頸椎固定術を受けた。看護師による食事、書字、排尿訓練を行ったが、ADLはほぼ全介助状態であった。

1981 (S56) 年11月～1982 (S57) 年9月、身体障害者療護施設に入所。

1982 (S57) 年9月～1984 (S59) 年3月、O病院にリハビリテーション目的にて入院。

退院から約11年間はヘルパーやボランティアの協力を得て、施設のショートステイを利用しながら、母が介護者となり実家で生活していた。1995 (H7) 年2月、母の死亡後は父が介護者となっていた。

1992 (H4) 年1月～1995 (H7) 年3月、S町社会福祉協議会に勤務。社会福祉主事任用資格は通信教育で所得。電動車いすで約1時間かけて通勤していた。

当センター入院中・および入所中の経過

1995 (H7) 年8月 (45歳)～1996 (H8) 年4月、当センター中央病院にADL改善目的にて入院。

入院時ADL:

食事：自助具使用にて自立

排尿：留置カテーテル (膀胱洗浄週1回)

排便：ベッド上全介助 (週2回) 緩下剤と浣腸使用

移動：リフター全介助 電動車いすの操作自立

体位交換全介助（エアマット使用）

入浴：特殊浴槽（全介助）

入院中にセルフカテーテルを使用しての排尿訓練や、シャワー兼用車いすを使用しての排便訓練、入浴訓練、車いす上での動作全般訓練（駆動動作、スピード、座位バランス）を行った。

退院時所見：ザンコリ分類C6B1

退院時ADL：

食事：居室にてオーバーテーブル使用し改良スプーンで食事摂取可能、汁碗の蓋開けは要介助

排尿：自己導尿（延長チューブ付きセルフカテーテル使用1日6～7回、チューブ部分の消毒介助覚醒介助にて自己導尿指導するが尿漏れが多いためパッド使用）自立

排便：シャワー兼用車いす使用にて全介助（週2回）、摘便介助

入浴：シャワー兼用車いす使用し洗体全介助

移動：車いすからベッドへはリフター使用にてほぼ自立、ベッドから車いすは練習中

更衣：靴下履きとTシャツ着脱、ズボンは大腿部までは時間をかけて可能。

洗面：歯磨きは自助具使用にてベッド上で可能、洗顔は洗面所で自立

H8年4月～H14年4月ADL拡大と社会参加を目指して当センター自立生活訓練課（身体障害者更生施設・以下訓練課）に入所。

訓練課退所時ADL

食事：自助具使用にて自立、配下膳は要介助

排尿：自己導尿自立、腹圧にて尿漏れあるため紙おむつ使用、外出時に間歇式バルーンカテーテル使用、装脱着要介助

* 尿漏れ多くコラーゲン治療〔コラーゲンを尿道の括約筋部に注射〕のため中央病院泌尿器科に5回入院歴あり

排便：シャワー兼用車いすにてトイレで行う、浣腸挿入は自助具使用にて自立

トイレでのセッティングや移動、摘便は要介助

入浴：シャワー兼用車いすにてシャワー浴で洗体一部介助

更衣：一部介助

移動：リフター使用要介助

社会活動状況

実家で生活をしてきた1985(S60)年、全国頸髄損傷者連絡会に入会し、1987(S62)年に大阪頸髄損傷者連絡会を設立し、会長に就任。

訓練課に入所当初は実家への家庭復帰を目標にしていたが、1998(H10)年11月頃より自らグループホームを作り、共同生活を行うことを考えるようになり、訓練課職員の協力を得て準備を進めた。

1999年(H11)年2月、「コレクティブハウスを考える会」（集合住宅を造り生活を考える会）を発足し、当センター近辺にグループホームを作るという実現に向け、人集めや土地探しを始め、他施設の見学も積極的に行った。訓練課内では職員との話し合いや住宅に関する勉強会を積極的に行った。しかしながら結果的にグループホーム建設は実現せず、2001(H13)年1月にマンションを購入し、退所後は一人暮らしとなった。

社会活動の経緯

2001(H13)年、兵庫頸髄損傷者連絡会設立準備室を立ち上げ、代表に就任

2003(H15)年4月 兵庫頸髄損傷者連絡会発足し初代代表に就任

2004(H16)年6月、全国頸髄損傷者連絡会副会長に就任（次期全国総会担当）

2005(H17)年3月、大会開催企画で韓国の頸髄損傷者を招へいのため渡韓

2005(H17)年5月、全国頸髄損傷者連絡会総会兵庫大会開催

2006(H18)年6月、全国頸髄損傷者連絡会会長に就任

2006(H18)年10月、人工呼吸器使用者との交流と現状を視察のためにカナダ（バンクーバー）を訪問

2007(H19)年6月、市民公開講座「人工呼吸器使用者の在宅生活について」を開催

2007(H19)年9月、DPI世界会議「韓国大会」参加のため渡韓

現在まで在宅生活で活用したサービス

2002(H14)年5月、訓練課を退所し、A市内のマンションで一人暮らしが始まった。退所当初はA市の全身性介護人派遣制度を利用していた。

2003(H15)年4月、支援費制度が開始され利用。2006(H18)年4月より障害者自立支援法が施行され、現在障害程度区分5にて重度訪問介護サービスとボランティアの協力を得て在宅生活を送っている。

現在のADL状況

食事：フォーク、スプーンをホルダーにつけて自分で摂取

排泄：排尿…セルフカテーテルにて自己導尿

排便…シャワーチェア上で自助具を使用して自己浣腸

整容：電気髭剃りを両手で支えて自分で剃る、歯ブラシをホルダーにつけて自分で行う

更衣：全介助

入浴：全介助

（シャワーチェア⇄浴槽 リフターを使用）

移乗：全介助（ベッド⇄車いす リフターを使用）

移動：車いす（全介助）

当事者会を発足したきっかけ

頸髄損傷者連絡会の設立は、34年前に東京に住む頸髄損傷者3名からスタートした。当初は障害を持つ、また障害者になるということは「人生はそこまで」という考えが当たり前のようになっていた。医療、福祉などが整備されていない状況での日常生活は悲惨なものであった。

仲良しグループの集まりが社会復帰の足掛かりとなり、問題意識に目覚めた当事者が全国でも生まれてきた。東京から地方、地域へと広がりを見せて現在11支部が全国で設立された。兵庫頸髄損傷者連絡会も11番目の支部として設立された。

現在の活動状況

(1) 頸髄損傷者の生活条件整備のための広範な活動、(2) 会報の発行、情報・必要文献の提供、(3) 親睦交流を深めるための集い、レクリエーション、(4) 他団体との交流を行いながら、同じ障害を持つ人、また障害で悩み困っている人たちにセルフヘルプを行い、社会参加を促している。

現在困っていることと要望 (本人より)

障害者自立支援法が施行され、応益負担が義務付けられた。頸髄損傷者の多くは重度障害者であり、法が定めている就労支援などは到底達しえない環境

である。

重度であればあるほど自己負担が増える仕組みになっている障害者自立支援法を、もっと当事者が利用しやすい法律に改めなければ自立生活は送れなくなる。そのため(1) 障害者自立支援法の廃止、

(2) ヘルパーに対する給与保障、(3) 自立生活を不安なく過ごせるように、①最重度の頸髄損傷者(人工呼吸器使用者)が緊急時に入院ができる病院の確保、②24時間生活を支援できる制度の充実、を要望する。

社会復帰に至るまでのポイント

受傷直後から、家族介護に加えて公的なサービスやボランティア等さまざまな社会資源を活用することで、障害者自身が自分たちの生活を自分たちの力で守らなければとの強い信念を社会活動を通して実現している事例である。

まず自分たちで行動を起こし、必要な時点で関係者に協力を求めるといったスタンスが現在も根付いている。

当センターでは、社会リハビリテーションを提供している施設の職員が本人の思いを受け止め、本人の社会活動に協力していった経緯があった。現在はその活動にセンターとして側面的援助を行っている状況である。

[たなか まゆみ]

事例 8**介護ショップで働きながらケアマネジャー資格を取得**

田中 真弓(兵庫県立総合リハビリテーションセンター
リハビリテーション中央病院MSW)

障害の種類・年齢

頸髄損傷 C6B3完全麻痺 43歳 女性

家族構成 (受傷時と現在)

受傷時：両親、本人、弟の4人家族。

現在：両親と本人の3人家族。弟は結婚し他県で暮らしている。

受傷前の生活

高校卒業後、コンピュータ専門学校(2年制)へ進学し、卒業後は民間企業でプログラマーとして働いていた。

受傷経過

就職して半年後の1984(S59)年10月(20歳)、交通事故(乗用車の後部座席に乗っていて壁に衝突)にて頸髄損傷となった。T病院に救急入院し、第6頸椎粉碎骨折との診断にて同日、前方固定術を受けた。

1985(S60)年1月、H病院に入院し1年間リハビリテーション(以下、リハ)を受けたが、ADLはほぼ全介助状態で、1986(S61)年1月に自宅へ退院した。

この後1986(S61)年～1994(H6)年までT病院に定期的に受診しながら、母の介護を受け在宅生活を送っていた。この間、1992(H4)年から2年間、在宅オペレーター(給与計算や書類作成)として働いていた。

当センター入院中及び入所中の経過

ADL全介助で9年間母の介助を受けていたが、母の年齢や体力面を考えるとその生活を維持することは困難であるし、また自分自身も自立しなければとの思いから、30歳を契機に再度リハにチャレンジしようと決意した。

1994(H6)年9月、日常生活の自立と社会復帰を目標に、当センター自立生活訓練課(身体障害者

更生施設・以下、訓練課)に入所。入所2週間後に、体重および排尿コントロール目的にて、当センター中央病院に約7ヶ月間入院となった。入院中は食事療法・尿路管理と身辺自立に向けてPT・OT訓練を受けた。ザンコリ分類C6B3。

入院時ADL:

食事：柄付き自助具を使用し、フォークにて自立
更衣：ベッド上フラットな状態で上衣のみ可能であるが、ズボンに着脱不可にて要介助
移動：リフター介助
入浴：シャワー浴で洗体ほぼ全介助
排尿：介助導尿（ベッド上1日8～9回）、夜間はオムツ使用
排便：便座兼用シャワー用車いすに移動介助し、座薬挿入から後始末まで全介助（週2回）

退院時ADL:

食事：柄付き自助具使用し、フォークにて自立
更衣：上下衣とも自立
移動：リフター自立
入浴：シャワー用車イスへリフター介助にて移動し洗体一部介助
排尿：自己導尿（ベッド上1日8～9回）自立、夜間はオムツ使用
排便：週2回トイレにて便座兼用シャワー用車いす使用し自立（座薬挿入は自助具にて自立）しているが、コントロール不十分

現在のADL状況

基本的には全て自立し、介助は受けていない。ベッドから車いすへの移乗は天井走行式リフターを使用している。

排尿は留置カテーテル(バルン交換自立)。排便は自助具を使い自立していたが、ここ数年排便時の困難が多々あるため、2007(H19)年2月にストマ手術(人工肛門)を受けた(パウチの交換等自立)。本人はもっと早くストマにすれば良かったと思っている。

職業復帰過程

1996(H8)年秋には訓練課にてADLが自立し、12月から自動車運転教習が開始となり、1997(H9)年1月に運転免許を取得した。

この頃、当センターで日々雇用職員の募集があり、訓練課職員から応募してみないかとの誘いを受け、受験して合格した。3ヵ月間は訓練課に在籍し実習期間とし、その後日々雇用職員として採用するとの方向で1997(H9)年4月に辞令を受け、実習開始となった。

仕事内容は、総合案内所でセンター利用者に対する一般見学者の案内および来訪者案内、事務補助(週3回9:00～16:00)であった。実習開始当初は生活パターンの変化から疲労感が強かったが徐々に慣れ、1997(H9)年6月末に訓練課を退所し、7月から約50km離れた自宅から通勤することにな

った。

当センターで働き始めて2年が経過した1999(H11)年、訓練課職員が仲介となりハローワークを通じて現在の勤務先への転職の話があり、採用され現在に至る。勤続年数は9年となる。

現在の職場は一般企業ではあるものの、介護関係の仕事で理解もあったため、所長以下社員全員が車いす使用者に対して特別視することはなかった。就労条件に関しても本人の希望を受け入れてくれ、トイレ、駐車場、カウンターの高さ、社内の段差等の改修も入社までに終了し、特に大きな問題はなかった。

職場環境、仕事の内容

会社は本人の身体機能に合わせて改修工事を行い、社内は問題なく車いすで動き回ることができる。棚の高いところにある書類や重い物などは取れないが、同僚が気付いてすぐに助けてくれるので困っていることはない。

社内には介護用品ショップと事務所があり、男性8名と女性4名の計12名の社員が働いている。

仕事の内容は、介護用品の販売とレンタルが中心であり、介護保険等の手続きや商品の手配も行っている。

店内での接客業務が中心であるが、福祉住環境コーディネータ2級の資格はすでに取得しており、2年前には訪問介護員養成研修2級過程を修了し受験資格を得て、介護支援専門員(ケアマネジャー)の資格を取得し、現在利用者のケアプランを立てている。

現在困っていること

一番の問題点は、ほとんどの家には段差があり家の中に上がることが出来ないため、利用者宅へ一人で行けないことである。職場の上司や同僚は障害者に対して理解があり、困ったことや嫌な思いをしたことは今まで全くなく、人間関係は良好である。

介護保険に関する事務処理業務が増え、残業する日が多いので体力的には少しハードだが、かなり恵まれた職場であると本人は痛感している。

本人からのメッセージ

復職に向けての取り組みで感じたことや、これから就職しようと考えている方々への、本人からのメッセージ。

雇用者側に、自分のできることでできないことをしっかり伝えること。そしてまず自分を知り、アピールをすることである。資格は頑張って取得し、活用する。わからないことは、入社するまでに確認すること。直属の上司になる社員と入社前にゆっくり話す時間をつくり、自分の障害について理解を深めてもらう。ハローワークを通しての就労

の場合、担当者にまず障害について理解してもらおう。

職場に入ってしまうと、何とかできるので自分のできることを最大限に出して、頑張りたい。「出来る無理はやりきる」を信条に、出来ない無理は絶対にしないこと。自分がどこまで頑張れるのかを把握し、頑張りたい。職場で信頼できる人間関係を築きたい。きっとわかってくれると思う。

社会復帰に至るまでのポイント

受傷後、在宅にて介護を受ける生活が10年近く続いたが、本人のモチベーション、友好的な人柄、前向きな思考が大きく影響し、ADLが自立し就職が可能となった事例である。

入院中に医療ソーシャルワーカーとして社会復帰のプロセスに関わったわけではないが、医学リハから社会リハへと当センターのもつ機能が有効に活用され、患者自身のエンパワメントを引き出し、積極的に就労に結びつけられた事例であったと考える。

[たなか まゆみ]

事例9.

関係機関との連携による職業自立

三好 克彦（吉備高原医療リハビリテーションセンターMSW）

障害の種類・年齢

頸髄損傷 C6レベル 完全麻痺 年齢29歳 男性

経緯

大学生であった2000（H12）年8月、茨城県にてプールに飛び込んだ際に受傷。水戸赤十字病院に救急搬送され、前方固定術を施行。

同年11月、郷里の愛媛労災病院へ転院し、リハビリ終了後の2001（H13）年8月に家庭復帰した。

自宅へ戻ってからは、両親と兄弟の4人暮らしである。

住環境整備については、生活する上で最低限の住宅改修のみであったため、ほとんど家に閉じこもった状態であった。

1年後、家を新築マンションに転居したが、住宅改修は行っていない。屋内の段差はないものの、風呂とトイレは通常のままだったため、身体

機能に合ったものにはなっていなかった。そのため、入浴、トイレ動作等は訪問看護やヘルパーなどのサービスを利用していた。

受診状況については、月に1回、愛媛労災病院外来にてリハビリテーション科と泌尿器科のフォローを受けていた。

2004（H16）年6月、当センターと愛媛労災病院との合同カンファレンスにて紹介を受け、本人と面談を行った。当センターでは、家庭復帰・職業復帰を目指す方のために、疾患の特性に合わせたリハビリテーションが適切な時期に行えるよう、中・四国の労災病院と定期的なカンファレンスを開いている。双方の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー等が参加して行われる。

対象者は、リハビリテーションの継続を必要とする急性期患者、及び職業的アプローチを中心としたリハ

ビリテーションを必要とする慢性期患者である。

本人との面談の中で、ADL（日常生活動作）の面では、排便の自立が困難なものの、就労への強い意欲を確認できた。職業適性能力を評価する必要があったので、当センターに隣接する国立吉備高原職業リハビリテーションセンターについての説明を行い、そこで実施している職業講習（OA講習）の受講を勧めた。

後日、当センター及び職業リハビリセンター見学のため来院し、職業講習の受講、及び職業リハビリセンター入所要件となるADL自立について更なる向上を目指し、同年8月、当センターに入院した。

入院時のADLは、次のとおりである。

食事（グローブにフォークを挟んで）や移乗（トランスファボードを使用する場合あり）、洗面、体位変換、内服は自立しており、入浴（いざり浴にて見守り）、排尿（夜間のみ自己導尿後の片付け）、排便（座薬挿入・残便チェック）に介助が必要な状態だった。

リハビリテーションプログラムは次のとおりである。理学療法ではロードランナーを使った車いす持続駆動訓練、床・車いす間の移乗動作訓練、上肢筋力の増強訓練、四肢関節に対しての関節可動域訓練、作業療法ではパソコン操作の支援等を行った。リハビリテーションプログラムを3ヶ月間実行する間、職業講習（OA講習）を受講した。

職業講習は、当センター入院中で、就職・復職または職業リハビリセンターにおける職業訓練受講の意志を有している方が対象となる。

職業講習受講希望者には、事前にWAIS-R（成人知能検査）、GAT-B（職業適性検査）などの職業評価を実施し、職業リハビリセンター担当者との面接を経て、受講講座を決定する。

職業講習には、IT基礎講座とOA基礎講座があり、前者はパソコンの基本操作、ワープロ、表計算ソフト、インターネットの基礎等を職業リハビリセンターの訓練生と一緒に受講する。後者は、IT基礎講座の内容から受講者の状況に合わせて、科目を選択し、レベルに応じた課題設定をして個別に指導を行っている。受講時間は、それぞれ1日6時限または8時限×12日間（72時限）と1日2時限×12日間（24時限）である。

講習終了後に、普通過程（一般入所）や短期過程（在職者訓練）への適性が見込めるかどうかの評価が行われる。

本人はOA基礎講座を受講し、Windows、Word、Excelを使って、基本操作・入力・編集・表作成・作成ツール使用・入力技能を学んだ。

受講時には、キーボード打鍵用の補助スティックと文鎮を自助具として使用し、ポインティング・デバイスはトラックボールを使用した。

受講開始当初より、終始明るく積極的に取り組

む姿勢が見られ、他の訓練生を気遣う余裕も見られた。難しい課題にも意欲的に取り組み、また、一般入所者の訓練を見学するなど、社会的自立に向けての準備も着実に進めていった。

最終的には、指導員の助言やテキストがなくても正確な操作ができるようになり、応用力や場面に応じた柔軟な考えも持ち合わせているなど、高い職業適性能力が評価された。

当センターにおけるリハビリの結果は次の通りである。

入浴は当初、移乗動作が不安定であったため見守りが必要であったが、当センターの脊髄損傷者専用の浴室で自立するに至った。自分で坐薬挿入器を用いて便出しができるようになったが、残便確認が自力でできなかったことなど、完全な自立には至らなかった。排尿は、入院中は最後まで夜間の自己導尿後の片付けなどの介助を必要としたが、便についても退院後は自立見込みとなった。

職業復帰課程

職業リハビリセンター入所については、すべてのADL自立が前提となる。この点からすると入所は困難な状況であったが、本人の高い労働意欲や技術を習得するための知的レベルの高さが評価され、当センターと職業リハビリセンターとで対応策を検討することになった。

その結果、職業リハビリセンター入所までの期間、いったん自宅へ退院し、引き続き自宅にて排便訓練を行うことにした。自宅で自力で訓練し、それでも自立できない場合は、職業リハビリセンター入所中の排便については当センターの看護師が支援する方向が打ち出された。

ADLの一部が未自立であっても、高い職業適性能力が評価され、未自立の部分を当センターが支援する形で、職業リハビリセンターへの入所可能と判断されるに至った数少ない症例である。

2004（H16）年11月、職業リハビリセンターの入所までいったん退院し、排便訓練を続けながらハローワークを通して職業リハビリセンターへ入所申し込みを行い、2005（H17）年4月に正式入所した。結局、排便は当センターの看護師による支援を受ける形となったが、入所後の生活に支障をきたすことはなかった。

訓練期間は2年あったが、訓練開始から約1年でハローワークを通じて就職活動を始めたところ、すぐに就職先が決まった。訓練の成果も就職先での担当業務内容に適応するレベルだったため、約1年3ヶ月の訓練を受けた後の2006（H18）年8月、地元の病院へ就職した。

復職後の経過

現在も病院で事務の仕事が続いている。休日には、6年間続けている車いすツインバスケットボール

の練習に参加するなど、体力づくりにも気を配りながら充実した毎日を送っている。

ポイント

就労意欲と就労に活かせる能力を持ちながらも、職業訓練の機会に恵まれず、仕事に就けない在宅障害者は少なくない。

今回紹介した症例は、ADL自立困難でありながらも、強い就労意欲と高い職業適性能力が評価され、職業訓練から就労まで果たすことができた症例だが、医

療機関・職業リハビリセンターとの連携がなければ職業自立は困難だったと思われる。

我々は、一人でも多くの障害者が職業自立できるよう更に医療機関間の連携を深め、互いの機能に応じた役割分担を果たし、リハビリテーションを適切な時期に行える支援をしていく必要がある。

またその上で、障害者の雇用を支援するための様々な制度の利用、関係機関との連携が必要であったと強く感じさせられた症例であった。

[みよし かつひこ]

事例10.

歯学部で復学後、専門を活かして

戸渡 富民宏（総合せき損センター・リハビリテーション科PT）

概況

歯学部で復学後、歯科医として就職。その後、医療経営・管理学修士となり2007年4月より医療経営コンサルティング会社勤務。2001年4月より一人暮らしである。

障害の種類・年齢

第5頸椎前方脱臼による頸髄損傷完全麻痺で、脊髄麻痺レベルはC6Aである。

1965（S40）年生まれの男性で、受傷は26歳、歯学部4年生の時である。

家族・家庭評価

両親と姉の4人家族で、受傷時は東京の家族から離れ、九州で一人暮らしであった。



写真1 MRI画像 C6Bの完全麻痺

経緯

1992（H4）年、柔道の試合中、相手に大外刈りをおかされて、床に頭から突っ込んだ。直後から手足が動かなかったため、すぐに救急車で病院に搬送された。頸椎脱臼骨折の診断にて、受傷翌日に総合せき損センターに入院となった。入院当日に脱臼整復と固定術を施行した。翌日から頸椎カラーが装着され、体位変換、起坐を開始し、経口摂取も可能となった。ベッドサイドでの関節可動域訓練、残存筋力増強、肺理学療法も同時に開始された。術後1週でリハ棟へ出棟となり、マット上訓練、座位訓練、起立訓練が開始された。

初期は軽度の起立性低血圧症状が見られたが、受傷後2ヶ月を過ぎ、車いす乗車も長時間可能となった。一方、重度四肢麻痺の現実に対する精神的葛藤があるようで、精神的落ち込みが明らかであった。

受傷後4ヶ月ごろに、自律神経過緊張反射が出現、

増強したが、集尿器装着による失禁性排尿にてバランス膀胱となってから症状は改善し、リハビリテーションも進んだ。

受傷後9ヶ月の翌年に退院となった。麻痺はフランク分類Aのままであったが、高位はC6Aと改善していた。日常生活動作は、自助具での食事、書字、パソコン操作、車いすの平地駆動までであった。ベッドと車いす間の移乗、排尿、排便、衣服着脱、入浴には介助を要した。

復学・就職過程と経過

復学のためには、家族の介助が必要であり、この後、2001年の大学院を卒業するまでの8年間は母親が九州に移り住み、ベッドと車いす間の移乗、入浴などの介助を一人で行った。住居は学校近くのアパートを借り、母親一人の介助で入浴可能となるように、浴室内にやぐらを組んで工業用のリフトを設置した。

退院翌月から歯学部4年生へ復学した。復学に関しては大学側が協力的で、スロープと講義室のリフト等の準備を要望通り行ってくれ、クラスメートも非常に協力的であった。また、歯科の実習は見学やレポート提出によって代替することを認められた。

復学後は留年することなく、3年後に卒業。これと前後して厚生省(当時)より国家試験受験を許可され、平成7(1995)年度歯科医師国家試験に合格した。1年間のインターン(歯科放射線科)を終了後、同大学の大学院(歯科理工学)へ進学、歯学博士の学位を取得した。

卒業と共に、郷里の歯科医院に勤務した。郷里と言っても実家からはかなり遠く、現地の障害者団体の世話で職場近くの賃貸マンションに入居した。

今まで母親に介助してもらっていたが、今後のことも考えて、この機会にすべてを自分一人で行う決意を固め、市の派遣ホームヘルパー制度の活用により、就業時間に合わせた介護支援体制を構築した。特に、排便には時間を要するため、週2日を排便日とし、1日は公休日をあて、もう1日は午後出勤とし、他の日の勤務時間延長で対処した。

仕事内容は、患者を対象としたカウンセリングにより疾患や治療などについての相談を受け円滑な治療に結びつけることや、インターネットを利



写真2 歯科医として勤務

用した歯科相談を主な仕事としていた。

新たな進学・就職過程と経過

歯科医院に3年間勤めた後に、新たな人生指針を立て、2005(H17)年4月、地方の大学の大学院・医学系学府・医療経営管理学専攻専門職学位課程に入学した。ここでも東京と同様に、市の派遣ホームヘルパー制度の活用による介護支援体制を利用し、一人で勉学と生活をおこなった。2年後、無事に医療経営・管理学修士となり、同大学院を修了と同時に医療コンサルティング会社に入社した。現在、東京で一人暮らしである。

本人の言葉

仕事、勉学と生活で常に時間に追われている。睡眠時間は平均5、6時間で、頸髄損傷者にとっては体力的に厳しいものがある。

しかし、厳しいながらも自立し、仕事と生活を両立させ、ここまで来られたことに満足しています。

ポイント

大学側の協力と母親の介助のおかげで、頸髄損傷完全麻痺で高位がC6Aという重度麻痺にもかかわらず、受傷後9ヶ月という早期で、スムーズに復学できた。

歯科医院への就職においては、職場の理解と介護支援体制の構築が大きかった。新たな進学・就職では、一人で生活してきたという自信と本人の向上心と努力が最大のポイントであった。

[とわり とみひろ]

事例11.

職業訓練を活かした新たな就労

渡邊 貴志(吉備高原医療リハビリテーションセンターMSW)

障害の種類・年齢

頸髄損傷(業務労災)
損傷高位 C7 完全麻痺
受傷時26歳、現在31歳 男性

家族・家庭評価

受傷時は、県北の賃貸住宅で一人暮らし。現在は、頸髄損傷の人が以前建てて住んでいた一戸建てを賃貸で借りて、一人暮らしをしている。遠方に母親、妹がいた。本人の受傷後は、妹が当面の間、付添をし、母も仕事の休みの時には遠方から面会に頻繁にくるなど家族関係は入院当初より良好で、入院中に必要な手続き等においても非常に協力的であった。

経緯

2002(H14)年3月18日、建設現場で作業中、2階の屋根(6mの高さ)より転落し受傷。近医を受診した後、脊髄損傷が認められたため、ドクターヘリにて県南にある総合病院へ搬送され入院となる。

MRI上ではC6-7に脊椎圧迫所見があり、両上肢のしびれ、両下肢の完全麻痺がみられた。同日、脊椎の前方固定術(C6-7)を行った。握手は両手とも弱いが可能。両肘の屈曲、伸展は可能であった。フィラデルフィアカラーを装着しICUへ入室となる。

翌3月19日より、ベッドサイドでリハビリテーション開始。4月24日にADLの拡大目的で、リハビリテーション科へ転科となる。

5月になってから電話にて家族(妹)より当センターへの転院の相談あり。5月17日に本人・家族で外来受診し、入院予約となる。そして、ベッドの準備が出来た6月24日に当センターへ転入院となる。

レベルとしては右C8、左C7機能残存であったが、前病院にて仙骨部に大きな褥瘡ができていた状態であった。そのため褥瘡の治療が優先され、リハビリテーションは当面ベッドサイドで行われた(約6ヶ月)。

入院中に労災申請も行き、12月に正式に労災認定された。2003(H15)年1月になって褥瘡治癒の目処がついたため、ショートゴールとして車すを用いてのADLの自立、ロングゴールとして生活の場所の確保、復職等と目標を設定した。

リフター介助が外せて、ベッド・車いす間の乗動作の目途がたった2月に車いすの作成に入り、4

月になってからは、隣接する「吉備高原職業リハビリテーションセンター」(以下、職リハとする)の見学・打合せ等を行い、5月からは病院においてADL自立を目指した訓練を受けながら職業訓練も同時進行していくこととなった。

職業復帰過程

身体障害者手帳については、早くから手続きを進めていたため、当センターへ転院の段階ですぐに交付済み(将来再認定)であった。

転院時は褥瘡治療が主たる目的であったため、実際に具体的なアプローチを開始したのは治癒の見込みがたった翌年初めからであった。

以前から簡単な情報提供はしていたが、より具体的に就労について話し合いを持った。その結果、現場作業という業務形態では現職復帰は困難なため、配置転換による内勤としての復職を目指すこととなった。

そこで職リハへ依頼し、「普通職業訓練短期課程」(在職)受講が決定する。しかし、本人のパソコン操作経験が全くないこともあり、OA基本操作の取得が必要となり、事前に職業講習を受講することとなった。この職業講習は当センター入院中の方が対象で、今後訓練校への入校を目指す方が対象となる訓練であるため、今回のような在職者訓練が見込まれるがパソコンの操作能力が未熟な場合に、事前に受講して基礎を固めるという点で活用しやすいものである。

この職業訓練は5月に開始され、月末までの約4週間行われた。訓練内容としては、文章入力的基础ということで大半をワードに費やした。この訓練によってパソコン操作への興味は増大し、積極的に学習する意欲も十分に整ったと評価された。そして翌月から「普通職業訓練短期課程」へ移行した。

本人自身が事業主ということもあって、本人の希望に添って訓練も受けられるという利点も生かし、最長の6ヶ月間を訓練期間として設定して開始された。訓練内容としては、ワープロソフト、表計算ソフト、インターネット、簿記会計を計188時間受講し、その結果、ホームページの作成が出来るレベルにまで達した。

一方、生活の場の確保という点では、従来場所は賃貸であり、生活するには困難であったため、

新たな生活場所を確保するのに戸惑った。最初は、県営住宅や市営住宅を検討したが、頸髄損傷の方が生活するには厳しい住環境の住宅が多く、抽選に当たったものの辞退することとなった。

ちょうど同じくして、当センターに入っている福祉用具や住宅改修に関わる業者の方より、障害者住宅を紹介してもらった。その住宅は、幸いにも以前本人より重度な頸髄損傷の人が建てて生活していたものであったため、現状のまま使用することが可能であった。

ゴールが見えてきた頃に車の運転免許の更新手続きが必要であったため、県内の運転免許センターへ連絡し運転免許の適性相談、更新の手続きに同行して無事に完了する。そして、住宅を借りることができるようになったタイミングと職業訓練の修了のタイミングに合わせて自宅退院となった。

復職後の経過

名目的には復職という目的を達成することはできた。しかし、現場作業の自営業であり、下請けで一人親方に近い業務形態であったため、実際には新たな仕事を検討する必要があった。

職リハでの訓練中の段階から既に本人の中にはプランが出来上がっていた。実際、本人の急な思いつきではなく、入院当初大きな褥瘡があったため長い間ベッド上で生活を余儀なくされていたところから、「退院した後は今までの仕事とは異なり、自分と同じ脊髄損傷によって重度の障害が残ってしまった人たちのために、福祉用具等の相談にもり、安心して購入できるような仕事をしたい」と考えていたようである。

そのため、退院してからはしばらくは新しい分野での仕事の開拓に時間を費やし、一方では職業訓練で習った技術を生かしてホームページも立ち上げた。そして、現在では福祉機器を取り扱い、当センターへ入る業者の一人として、また入院患者の支えの一部にもなるなど職業人として立派に活躍している。

ポイント

受傷してからわずか1ヶ月程度で障害の告知を受けていたため、当センターへ入院したときにはすでに麻痺のみの改善をではなく、後遺症が残った先のことまで考えていたように思う。そのため本人のリハビリテーション、就労に対しての意欲は通常の人に比べ高かった。

本人の意欲が高いことはリハビリテーションにおいて重要であるが、それに加えて経済的な補償の部分も重要であったと思われる。

当センターへ入院当初は国民健康保険で治療を受けており、出て行く医療費も大きい上に入ってくる傷病手当金の制度もないため、非常に不安を感じていた。急性期の病院での治療ということもあっただろうが、当センター転院前の総合病院には当時MSWも配置されておらず、相談に乗ってくれる職員も皆無だったようである。そのうえ大きな褥瘡が出来たこともあってかなり不信感を持っていたようである。

当センターに転院してから、本人に色々と話を聞かせてもらううちに受傷の経緯にも及び、これは労災になるかもしれないと思い申請をするよう勧めた。そして申請の結果、受傷から約7ヶ月後によりやくではあるが労災であると認められた。本人の経済的な不安の払拭がなされた点は大きく、将来に対しての具体的な展望を考えられるようになったものと思われる。

また、復職のアプローチにおいても、実質的には本人が事業主と同様の状況であったため、職リハでの訓練内容・訓練時期等、本人の希望に確実に沿って進められたのは大きな点である。

そして、退院後にスムーズに就労へ向かうことが出来るようにするため、病院での医学的リハビリテーションと同時に並行して職業訓練を受けたことが、退院後のスムーズな就労につながったことと思われる。

[わたなべ たかし]

事例12.

頸髄不全で4年後に自動車運転自立へ

賀好 真紀(総合せき損センター・リハビリテーション科OT)

概況

受傷直後より経時的に麻痺の回復が見られ、4年の経過の後、当初は困難と思われた自動車運転を獲得するに至った。現在は復職を目標にリハビリを継続している。

障害の種類・年齢

C3椎体骨折、不全四肢麻痺の受傷時21歳、男性である。

家族構成・受傷前職業

両親・兄との4人暮らしである。受傷前職業は自動車整備士であった。

経緯

受傷機転及び初期評価

平成〇年12月下旬、250ccバイクで走行中、前方を走行していた車がスピンしそれに巻き込まれるような形で受傷した。同日A病院へ搬送、翌々に手術を施行(C2～4前方固定術)し、翌年1月中旬、リハビリ強化目的で当センター入院となった。

入院時の神経学的所見は、触覚がC4～S3レベル脱失で、S4レベル以下が鈍麻、痛覚はC5レベル以下脱失であった。筋力は、下肢MMT〔徒手筋力テスト〕：右0～1/左0～2(以下、右/左を略)、上肢MMT：三角筋2-/1、上腕二頭筋1/1、それ以下の筋群が0で、上下肢の自動運動がほとんど見られない状態であり、(当センター)改良フランケル分類でC1/C1と判定された〔C1は、運動不全で歩行が出来ず、仰臥位で膝立てができない〕。仙骨部にポケット形成を伴う褥瘡が見られた。

また、ADLは全介助であった。

入院時の経過

第1期：合併症の改善を目的とした全身調整訓練及び機能訓練を重点的に行った時期

(受傷から受傷後1ヶ月まで)

(受傷後)翌年の1月中旬(入院翌日)から、頸椎カラーを装着し、訓練室でのリハビリを開始した。まず、ベッド上及び車いす上での座位訓練を実施し、翌週から車いすにて訓練室に来ることが可能となった。

その後、四肢・体幹のROM〔関節可動域〕訓練、上下肢の筋力増強訓練など、機能訓練を中心にリハビリを進めた。

仙骨部の褥瘡のため、リハビリ実施中の車いす乗車時以外は除圧のための側臥位を余儀なくされたため、起立性低血圧が改善せず、座位の耐久性

も低下していた。

同年2月下旬から、起立性低血圧の改善及び全身調整を目的に起立訓練を開始した。初めはティルトテーブル〔斜面台〕を利用し、徐々に起立角度を上げていくとともに起立時間を延長していった。2月中旬からは、起立台を使用し起立訓練を継続した。

第2期：電動車いすでの移動及び食事動作等の机上動作の自立を目標に介入した時期

(受傷後1ヶ月から受傷後3ヶ月まで)

3月上旬の時点で筋力は、下肢MMT：1～2/2～3、上肢MMT：三角筋2/1、上腕二頭筋3/2-、上腕三頭筋0/1、指伸筋0/1、以下0であり、改良フランケル分類C1/C2であった。

この頃から起立台での30分の起立が可能となり、起立性低血圧も改善、座位耐久性も向上した。また、簡易型電動車いすを用いて、院内走行練習を開始した。右上肢で操作しやすいようジョイスティック部の形状を工夫し、同月中旬からは病室から訓練室までの自力走行が可能となった。

3月下旬から右手部に車いす駆動用グローブと万能カフを装着し、食事訓練を開始した。

4月上旬には、自助具の装着などのセッティングは介助を要するものの、食事の自力摂取が可能となった。また、歯磨き動作も1部介助で開始した。

4月下旬からは、自助具などを用いてパソコン操作が可能となった。また、3時間ごとの体位変換と保存療法により仙骨部の褥瘡は完治し、自力で排尿可能となった。

第3期：歩行訓練及び移乗動作訓練、及び洋式トイレ上排便を開始した時期

(受傷後3ヶ月から受傷後8ヶ月まで)

5月初旬、PT訓練にて介助歩行練習を開始した。また、院内ケースカンファレンスを実施し、今後の方針及び治療ゴールを検討した。その結果、最終的には自宅復帰や復職を視野に入れ、歩行の自立を目標に訓練を継続することを決定した。

5月下旬から車いす駆動訓練を開始した。

また、6月初旬から、車いすとベッド間の移乗を前方からの起立介助にて実施。電動ベッド機能を用いて起居動作もわずかな介助で可能となった。

6月中旬から、車いすと洋式トイレ間の移乗動作は少介助、下衣の着脱や座薬挿入、後始末は全介助で洋式トイレ上での排便を開始した。

この時点で、筋力は、下肢MMT：2～3/3～4、上肢MMT：三角筋3/2、上腕二頭筋4/3、手根

伸筋 2 / 3、上腕三頭筋 2 / 3、手根屈筋 2 - / 3、手指屈伸 0 / 2、以下 0 であり、改良フランケル分類は C2 であった。

8 月中旬には、サドル付歩行器を使用し、院内歩行が自立した。

10 月初旬、本人の希望で施設内の「せき髄損傷職業センター」にてパソコン指導を開始した。また、同時期にベッドと車いす間の移乗動作が自立、トイレと車いす間の移乗動作も自立した。この時点で改良フランケル分類は D1 [車いす併用の歩行] であった。

第4期：自宅復帰をみすえ介入を始めた時期

(受傷 8 ヶ月後から当センター退院、受傷後

1 年 2 ヶ月まで)

11 月中旬、当センターの医用工学研究部にて住宅改修相談を実施した。

11 月下旬からは、入浴動作訓練を開始した。自宅の浴室を考慮して環境設定し、更衣、洗体、洗髪などは部分介助で行い、車いすから洗体台への移乗動作や、浴槽の出入りの練習を中心に週 1 回のペースで実施した。

12 月下旬には、歩行器を使用するの院内歩行を獲得するに至った。

1 月下旬、立ち小便器を使用し、一連の排尿動作が自立した。また、同時期に左片ロフトランド杖での歩行練習を開始した。さらに、必要に応じて医用工学研究部のスタッフが介入し、トイレ、浴室内の手すりの設置位置などを検討した。

2 月中旬、OT から同レベル (同骨傷部位、改良フランケル分類 C2) の元入院患者が自動車運転を行っている、という情報を提供した。後日、その患者が実際に運転している様子を見学したのを契機とし、本人自身の強い希望から、運転席への移乗練習や、ハンドル旋回練習など、自動車運転自立に向けた介入を開始した。

3 月下旬、福祉用具についての相談を実施した。車いすは屋外用の電動車いすと、室内用の手動車いすを購入し、転院となった。

転院時の神経学的所見は、触覚が右 C4 レベル以下が鈍麻から脱失、左 C4 レベル以下が鈍麻、痛覚は左 C4 - T1 レベル鈍麻、T2 レベル以下脱失、深部感覚は左右下肢ともに鈍麻であった。

また、筋力は、下肢 MMT : 2 - 3 / 3 - 5、上肢 MMT : 三角筋 3 / 2 +、上腕二頭筋 4 / 3、手根伸筋 3 / 3、上腕三頭筋 2 / 3、手根屈筋 2 / 3、手指 0 - 2 / 2 - 4 であった。

ADL は、移乗動作及び起居動作が自立、食事及び整容動作が自助具を使用し自立、車いす駆動が平地にて自立、更衣動作が上着脱は全介助、下着脱が部分介助、入浴動作が洗体及び洗髪が部分介助、浴槽の出入りが少介助、排泄動作が部分介助 (排尿動作は立ち小便器使用にて自立) であった。

左片ロフトランド杖にて平地 10m 以上の歩行

が可能であったが、下肢の高度な痙縮と深部感覚の低下が障害となり実用レベルには至らず、日常的には車いすを使用しており、改良フランケル分類 D1 であった。

自宅復帰～現在

自動車運転自立に至るまでのプロセス

(受傷後 1 年 3 ヶ月から現在まで)

B 病院での 1 ヶ月の入院の後、4 月下旬に自宅復帰となった。

自宅復帰後、B 病院と当センターにて週 1 回ずつの外来リハビリを継続した。PT 訓練にて歩行訓練を継続するとともに、OT 訓練では当人の自家用車のハンドルに、手関節背屈固定型のハンドル旋回装置を装着し、すえぎりでハンドル旋回の練習を実施した。

装着した時の前腕回内角度、及び手関節の背屈角度の異なる、種々のハンドル旋回装置を装着して旋回を行い、当人に適した各角度を検討した。

また、当人は右手指の屈曲痙縮が強く、ハンドル旋回装置の自力での脱着が困難であった。そこで、

(株) 有菌製作所で採型と仮合わせを繰り返して形状等を検討し、最終的に手掌横型のハンドル旋回装置を作成して、それを市販の着脱式基台に取り付けた。

その後、運転免許試験場にて適性検査を受けた後、自家用車の改造を行った。改造内容は、アクセルブレーキの左下肢操作への変更、シフトチェンジレバーの改造、エンジンスイッチの改良等であった。改造後、当センター敷地内及び自宅近くの空き地にて運転練習を重ねた。

自宅復帰後、1 年を経たからは B 病院にて週 1 回のペースで歩行訓練を中心とした外来リハビリを継続した。1 台目の改造車が、車体が大きく運転がしづらかったこと、シフトチェンジレバーの



図1 購入した車両への移乗時の様子

設置位置が遠く使用困難であったこと、すえぎりでハンドル旋回に労力を要したことから、障害者用福祉車両 (TOYOTA、フレンドマチック取り付け専用車) を新たに購入した (図1)。購入した福祉車両にはハンドル操作がベース車両の 50% の力で操作可能な、専用パワーステアリングが標準装備されていた。

また、車種の選択時には、小回りのきく小型車であること、リーチが容易な位置にゲート式のシフトチェンジレバーが搭載されていることを考慮した。エンジンスイッチとドアロックの on / off は、スイッチ操作で可能であった。さらにオプションとして、バックビューモニターを装備した。

改造内容は、アクセルブレーキの左下肢操作への変更、手動装置の設置、エンジンスイッチなど各ス

イチの改良、オートライト及びフットライトの装備である。ハンドル旋回装置は、前車で使用していたものをそのまま設置した。

新車の購入により、ハンドル旋回は問題なく可能となったが、左下肢の感覚低下により、踏み加減の微調整が困難であった。そこで、アクセルペダルの左側面、ブレーキペダルの右側面、両ペダルの下端から数10cm後方にストッパーを取り付け、ペダル操作時に足下を頻回に目で確認しなくても踏み替えが可能のように工夫した(図2)。

また、ブレーキランプの点灯が室内でも確認できる



図2 アクセル、ペダル
及びブレーキペダルの工夫



図3 運転時の様子

ように改造すると共に、運転時は左手部を手動装置上に置き、左下肢で困難なペダル操作を補えるようリスク管理を行った。そして、運転練習を繰り返した結果、片道1時間程度の距離なら問題なく運転が可能となるに至った(図3)。

現在、自宅では車いすを使用してはいるものの、片ロフトランド杖で1km程度の屋外歩行も可能となった。更衣動作や排泄動作及び入浴動作(シャワー浴)もほぼ自立しており、改良フランケル分類D2〔屋外杖独歩可能〕まで回復した。自動車運転が可能となり行動範囲が広がったため、今後は復職を目標に障害者職業能力開発校への入校を考えている。

ポイント

受傷直後から麻痺が回復し、現在に至るまでの継続したリハビリの効果もあってADLがほぼ自立し、実用歩行を獲得するまでとなった。また入院中に自動車運転という目標を得たことが新たなモチベーションの向上へとつながった。当センターで自動車運転へ向けてアプローチを開始した当初は、下肢の深部感覚低下、上肢の筋力不足など阻害因子も多く、実用レベルに到達するかは不明であった。しかし、本人の受傷前職業が自動車整備士であったことから、自動車の改造点など、試行錯誤を繰り返して工夫した結果、自立に至った。

本人にとって、自動車運転の自立は今後の可能性を広げると同時に、社会参加への大きな一歩となりうると考える。なお、受傷からこれまで、彼女や家族など周囲の支えが得られたことも重要な点である。

[かこう まき]

事例13.

ひとり暮らし、就労、社会活動を実現

小滝 みや子 (千葉県千葉リハビリテーションセンター更生園)

はじめに

ハングライダーより転落して受傷し、退院後は在宅で家族の介護を受けて生活。会社から在宅勤務を勧められ、文書作成や資料作成などの仕事を行っていた。その後ボランティア活動に目覚め、会社を退職し、積極的に地域の社会活動に参加する中で自立生活センターの活動を知り、受傷13年目に一人暮らしを始めた。

自立生活センターの事務局長を経て、現在はヘルパー派遣事業所に勤務するかたわら、ピアカウンセリングや地域福祉活動、講演活動に忙しい毎日を送っている。

長い経過の中で、本人を取り巻く社会の大きな変化とともに、生き方を模索し自己実現を果たしていった事例である。そして現在もその進化を続けている。自ら開拓していった経緯は、ご本人にインタビューさせていただき、まとめたものである。

プロフィール

頸髄損傷C4レベル不全四肢麻痺、49歳、男性。受傷前は会社の寮で暮らしていたが、家を購入し他県に住んでいる両親を呼び寄せ同居する準備をしていた。家の購入は予定通り進め、退院時は新居で両親、妹と共に生活をするようになった。

経緯

① 受傷からリハビリテーションセンター転院まで (約7ヶ月間)

ハングライダー歴10年、地元のクラブに所属。1990(H2)年1月2日、年始の休暇を利用して仲間と共にハングライダー初飛行に出かけた(他県)。そして風にあおられ着陸に失敗し、小学校の石垣に激突。受傷した地域のA大学付属病院に搬送され救命救急センターで治療を受け、入院となった。

2日後、ハローベストを装着。6日後、頸椎後方固定術を受け、手術の2週間後からベッドサイ

ドにて理学療法が開始された。開始時の症状は次の通り。

意識レベル：傾眠状態、運動機能：僧帽筋収縮あり、その他なし。

感覚：C6以下脱失、全身状態：気管切開、酸素吸入、経管栄養、頸部固定（ハローベスト装着）。長期目標は電動車いすレベルであった。

約1週間後、集中治療室から一般病棟に移り、スピーチカニューレに変わり、会話が可能となった。ベッドアップは30度までとの指示、2週間後にはカニューレが取れ、その4ヶ月後にはハローベストがはずされ、オルソカラー装着となった。

手術後約3ヶ月で、車いすに乗って訓練室に移動し理学療法、作業療法が受けられるようになった。約5ヶ月後には電動車いすに乗車開始、左手肘受け操作にて走行可能となった。

当リハビリテーションセンター転院時は、書見台とマウススティック使用してのページめくり、右手スプリントを使用しての食事動作訓練を開始し、スプーンを口まで運ぶことが何とか可能となり、書字練習を開始するところまで進んでいた。しかし前医ではADL訓練は行われず、全介助レベルであり、家族への介助方法指導を含めたADL訓練は当センターに委ねられた。

A大学付属病院では、1日1時間程度の訓練時間以外はほとんどベッドに臥床していた。病棟は一般病棟であったため、同じ障害の患者が少なく、訓練室で女性の頸損の方がボールペンを口にくわえて絵を描いている姿を眼にし「すごいな」という印象を持った。しかしこれ以外はあまり情報を得る機会がなく、このころは漠然と「訓練すれば良くなる」と思っていた。

また、転院先の当センターがリハ専門病院であったため、全身症状が安定するまでは受け入れられなかったこと、ベッドの空きを待機していただく必要があったことなどから、転院するまでにかなりの時間がかかっている。待機期間中から、リハビリテーションゴールの説明や環境調整、家屋改修の指導などに関するアプローチ、身体障害者手帳の取得などを、A大学付属病院との連携で行った。また転院に際し、本人への障害の告知も行っていただけをお願いし、受傷3ヶ月後、A大学付属病院の担当医から告知された。

② リハビリテーションセンター入院から退院まで (約6ヶ月間)

当センターへの紹介は受傷後1ヶ月でなされ、約6ヶ月後の1990(H2)年7月31日に転院。

医師、看護師、理学療法士、作業療法士、リハビリテーション体育士、心理職らによる残存機能強化および基本動作訓練、坐位訓練、ADL指導(主に食事)、排泄訓練、関節可動域訓練、家族への介護指導、家屋改修指導、電動車いす操作、スタンダード車いす平地走行(ノブ付)、外泊訓練などが実施された。

転院時に示されたリハビリテーションゴールはADL全介助、電動車いすレベル。入院期間は6ヶ月であった。またソーシャルワーカーが、自宅退院のための環境調整、福祉用具、福祉制度活用等の情報提供・導入のための支援を行った。

リハビリテーションゴールが達成され、自宅の出入口までにスロープ設置、リビングへ直接出入りするための昇降機設置、ベッド、シャワーキャリー、本人用の車いすを取得して1991(H3)年2月1日、受傷後13ヶ月で自宅へ退院した。

退院後は家族がすべて介助に関わり、週2回外来通院にて訓練を継続、平行して在宅勤務という形で復職がなかった。本人の希望は一人で食事が出来るようになることであったが、退院時は介助レベルであった。介護者は母親が中心、1日6回の導尿、毎日の排便、体位交換2時間おき、週2回のシャワー浴、父親の運転による自家用車にて通院という生活がスタートした。このころの在宅福祉サービスはあまり整っていなかったこともあり、まずは家族が指導されたとおりの日課で介護を行い、本人・家族にとって介護中心の日常生活であったように思われる。

外来訓練は理学療法、作業療法、リハビリテーション体育を受けていた。2年目で作業療法が終了したが、3年くらい経過したあたりで、自助具を使って食事が一人で出来るようになり、外来通院ペースが月1回のリハビリテーション体育のみとなり、2006(H10)年12月でリハビリテーションセンターへの通院を終了して、自宅近くの病院に移り、機能維持のための理学療法を受けている。

このころは社会情勢が大きく変化し、福祉の分野では介護保険の導入や地域福祉への転換が図られつつある時期で、障害者福祉も在宅を支える社会資源が整い始めていた。そして、2000(H12)年からヘルパーを活用するようになり、モーニングケア、散歩などの支援を受け、デイサービスを週2回(隣接の市)利用するようになっていった。また入浴サービス週1回、他に家族の介助により週2回のシャワー浴、排便週3回、マットをエアマットレスに替えるなどして、夜間の体位交換は21時にベッドに入り、24時と翌朝6時の2回のペースとなり、介護負担もかなり軽減された。

日常生活のリズムが介助に合わせるのではなく、仕事や社会参加のペースに合わせて変わっていった。車いすに関しても理学療法士やリハビリテーション体育士から情報を得ていたが、外来通院する中で患者同士の情報交換や、PC通信、インターネットが普及することにより自ら積極的に情報収集を行い、自分の身体にあった車いすにたどり着くことが出来た。このことと、理学療法やリハビリテーション体育を外来で継続していたことから、坐位の時間を飛躍的に延ばすことができ、ますます社会参加が広がっていった。

職業復帰の過程

仕事は電気・情報通信設備・コンピュータシステムの設計・施工、および整備会社で電気設備の設計・施工の監督業務に従事していた。大手の関連会社で服務規程などきちんとしており、受傷時すでに13年間勤務した経歴と、その勤務実績が会社から評価されていた。当センターに転院した時から、退院したら引き続き在宅勤務の形で雇用していくことが本人に伝えられていた。退院の準備と平行して、パソコンやワープロなど在宅就労の環境を整え、パソコン入力のための自助具作製も行われた。

1991（H3）年3月末でいったん会社を退職し、4月から嘱託社員として在宅就労を開始した。仕事内容は文書や資料作成が中心で、1日3時間程度から始め、最終的には1日6時間、月100時間の就労で、12～13万円程度の給与を得ていた。会社は障害者雇用率のカウントになるからと、双方の利害が一致していたようである。

雇用契約は9年間継続されたが、2000（H12）年4月に会社の事情が変化し、勧めにより退社した。この間、情報処理の資格取得に独学でチャレンジしたが、試験は時間内に終わることが出来ず、資格取得には至らなかった。しかしその時学んだパソコンの知識や技術は現在に生かされている。

会社との良好な関係から、在宅就労がなかったために、職業リハビリテーションを受けたり、専門職が会社との関係に介入したりすることはなかった。復職後、仕事内容や会社との関係に発展的なものがなかった反面、社会参加やボランティア活動に目覚めて、働きながら積極的に活動していたこともあって、本人は、雇用契約解除に対してすんなり受け入れられたようである。

社会参加は、パソコン通信がきっかけで、頸髄損傷の人たちと電子メールのやり取りなどの交流から始まっていった。

社会参加とボランティア

本格的な社会参加は、1995（H7）年11月、地域の社会福祉協議会「ふれあい福祉マップづくり」の委員になったことからスタートする。仕事のかたわら、1998（H10）年7月には「地域のやさしいまちづくりの会」会長に就任。公的な建物や公園などの社会資源をメンバー10名と一つひとつ巡り、誰にでも住みやすく優しいバリアフリーのまちづくりを目指す活動を行い、市長に要望書としてまとめ提言した。

これが認められ、公共的な場所にスロープが設置されたり、公園の花や植え込みの高さが工夫されたり、池の周辺が車いすでも移動出来るよう整備された。自分たちの活動が実り実現していくことを体験し、ボランティア活動に目覚め、夢中になって活動していった。市の「福祉のまちづくり推進計画」検討委員や福祉のまちづくりに係る交

通バリアフリー等検討委員になるなど、行政にも積極的に関わっていった。

自立生活

社会活動の機会が増え、外に出ることが増えると、さらに外出したくなり、重度の障害者でも一人暮らしをしていることを知り「他の世界がある、一人でやってみたい……」という気持ちが芽生えていった。

そんなころ、隣接する市に自立生活センターが出来、2003（H15）年3月、T自立生活センターのメンバーになり、一人暮らしを決断、4月に自立生活センターのある市へ移り住んだ。

折しも支援費制度がスタートし、一人暮らしを支える在宅福祉サービスが充実しつつあった。このような背景が本人の決断を後押しして一人暮らしがなかったといえる。とはいえ、転居先は県内では行政の理解が良く対応が早い地域であったものの、決して福祉先進地域とは言えず、四肢麻痺の重度障害者が一人暮らしする例はなく、行政への交渉はスムーズとはいえなかったようである。しかし、粘り強い交渉と本人の固い一人暮らしへの意欲が行政を動かし、日常生活支援240時間/月、デイサービス23日/月、訪問介護（医療）週1回を獲得し、一人暮らしがスタートしたのである。不十分な点は一部家族の協力も得ている。当初一人暮らしに反対していた家族であるが、現在も協力している。移転先の市でも社会活動に積極的に関わり、ピアカウンセリングの講座にも参加、徐々に講演を頼まれるようになり、自身の体験を語るようになっていった。

ふたたび働く

自立生活センターの活動や、脊髄損傷者連合会の活動を通して知り合った方がヘルパー派遣事業所を開設、2005（H17）年5月、障害者スタッフとして働くことになった。このころになると、日常生活支援の給付が増え、デイサービス利用は止めて、日常生活支援を月403時間受けての生活に変わった。

2006（H18）年10月に改正された障害者自立支援法下では、重度訪問介護が月434時間が認められ、仕事と社会活動がさらに広がっていった。そして、千葉リハビリテーションセンターと全国脊髄損傷者連合会千葉県支部が協働で始めた、ピアサポートの取り組みに参加するようになった。現在は、受傷して間もない頸髄損傷の方の個別の支援に、当センター心理スタッフのもと、月1回程度活動している。

この事例が一人暮らし、就労、社会活動を実現出来た背景には、それを可能にする障害年金を含めた経済基盤があり、パソコン通信から始まった社会参加によってさらに新しい世界を知り、人との出会いがあったことが挙げられる。そして年々変化する社会情勢と福祉基礎構造改革による地域福祉への変換等に敏感に反応し、取り入れていったことなども重要な要素である。

ポイント

特徴的なのは、この自己実現の過程にあまり専門職が関わっておらず、真の生活の中から、自ら考え選択し、今を勝ち得ていったということである。当初は会社の理解から在宅就労がかなったものの、その仕事内容や置かれた立場は、本人の誇りを満足させるものではなかった。また就労（復職）が人生のゴールではないことも教えられた例である。

時間はかかっても、自らの意志で自ら人生を選択し、十分でないながらも自分らしい生活を送るまでに至った心の経緯こそが、何よりも生きている証と言えるのではないだろうか。

国は障害者自立支援法について「障害者が地域で安心して暮らせる社会の実現を目指す」とその目的を説明している。

しかしその中身は、福祉サービスにかかる費用の1割を障害者自身が負担することになった。また、本例の重度障害者が利用する重度訪問介護サービスの事業所報酬単価はきわめて低く押えられたために、人材確保ができず、利用者にとって事業所が見つからないという厳しい状況である。

このように障害者、事業者双方にとって経済的な負担は厳しくのしかかり、このことが本例のような重度障害者の生活や社会参加を妨げているのが現状である。千葉リハビリテーションセンターでのピアサポート活動も、事実上、活動範囲を狭めざるを得ない。自ら出かけて行く行動を妨げてしまうのである。

本例のような人材の活動範囲を、狭い地域に限らせてしまうことは、限られた地域には数少ない重度障害者福祉にとって、大きなマイナスの要因と言っても過言ではないと思う。

誰もが自分らしく社会で生き生きと暮らすことが叶えられるよう、きめ細かい制度が布かれることを望むものである。

終わりに

彼の夢・・・

立って歩く！ そして再び飛ぶこと。

社会的に経済的に人間的に、

誰でも普通に暮らせるまちづくり。

[おだき みやこ]

事例14.

復職への意欲を支えた看護

三沢 幸代¹⁾・富岡 佳代²⁾ (国立身体障害者リハビリテーションセンター病院 1:看護師・2:看護師長)

はじめに

突然の事故で障害をもち、さまざまな葛藤を体験しながら生活の再構築に取り組むAさんの潜在化した能力を引き出し、自信をもって自分らしい自己決定が出来るよう支援したことによって、職場復帰への意欲を継続することができた事例について述べる。

I. 事例紹介

Aさん 57歳 男性 中心性頸髄損傷
障害名：四肢不全麻痺
(ザンコリ分類C7B)

家族構成・家庭評価：54歳の専業主婦の妻と次男(22歳大学生)の3人暮らしで、キーパーソンは妻であった。長男(23歳)は地方大学の医学部に学んでいる。

II. 経緯

急性期病院での経過

Aさんは交通事故にあって搬送された急性期病院では椎弓形成術を勧められたが「今以上辛い思いはしたくない」と手術は希望せず、保存的な治療を選択した。

その後「今は何もしたくない」「手の腫れは一生とれない」「手が動かない」という発言が聞かれ、今後の生活の心配と不安で夜間眠れない状態が続いたが、精神科を受診し内服治療を受けた後は眠ることが出来るようになった。

また、「指が少し動いた」「上肢が少し挙がった」など、身体機能に変化したことに伴う発言が聞かれるようになると表情も明るくなっていった。両上肢の腫れと痛みが強くなり、手指の力が入らないためできなかった食事などの動作も、スプーンの装着を介助することで可能になっていった。

腰を支えれば立位が保持でき、車いすに乗って両足で漕ぐと約20mは移動できるようになった。

入院時のアセスメント

受傷後、40日目にリハビリテーションを目的に当院に入院した。この時のAさんの身体機能は、装具の介助をすれば自分で食事を摂ることはできた。立位は支えれば保持が可能な状態で、バーセルインデックスでは25点であった。受傷後まもなくであり、体力が低下している時期で不全麻痺であることを考えると、機能の回復の可能性があった。精神面では「手がしびれる」「手指が曲がっている」「この痛

みが良くなるのだろうか」と不安を訴えていた。

主治医から「自宅復帰を目標にリハビリをしましょう」と説明を受けたが、Aさんは「自宅復帰は当然だと思っている。それだけでなく、職場に戻りたい」という発言があり職場復帰に対する強い意思が感じられた。家族に、混乱した様子は見られずAさんの状況を受け止め支えている様子が感じられた。

看護の実際

職場復帰への意欲を持ち続けた事例を、次の4項目に視点をあて、行なった支援について述べる。

1. Aさんが気持ちを整理でき潜在能力を引き出すための支援

突然の事故により障害を負い、精神的にも大きな衝撃を受けている。クラインマンは「苦悩の極にある患者とでも、実際におこっている病の経験について語り合うことは可能であるということであり、その経験を整理するのに立会い助けることが治療的意味をもちうることである」¹⁾と述べている。

Aさんの場合は、主体性を尊重し育む援助が必要であると考えた。それはAさんが何を望み、そのことに看護師として何が出来るか、また支援すべきケアについて見極めることでもあった。

そこでAさんとの会話する時間を意図的に持った。会話の中で「復職したい」という言葉が聞かれた。Aさんは「指先が動くようになるか」「痛みは改善するか」「このような状態で復職できるか」などの不安も訴えていた。

復職への意欲を尊重しつつ、日常生活に必要な動作の出来ることを一つひとつ増やそうとしていく目標は立てたが、上肢のしびれや痛みが強く、手を触れるだけでも痛がる状況では無理はできないと判断した。

Aさんは「両手は指先が温まっていると触れられても痛くないが、冷たくなると触られるだけで針をさすように痛い」と訴えていた。上肢は両肘関節から90度に曲げ手指を伸展させた状態になっていたため、レッグウォーマーを使って肘から先をすっぽり包み保温したところ、「痛みが少しよくなった」という言葉が聞かれた。

Aさんの毎日の痛みの状態を観察し、Aさんと何ができるのか相談した。そして毎日繰り返される入院生活の自然な動作の中から、その日にできることを選んだ。

できるようになった動作はAさんが自分でできたことを実感できるように「こんなにできるようになった」と声に出して伝えた。Aさんが「できない」と言ったことに対しては決して無理はしないようにした。

日常生活動作のできるが増えていくに従って、Aさんからは「痛みが少し良くなった」という言葉が聞かれるようになった。

痛みやしびれに対する苦痛が和らぐと、さまざまリハビリプログラムに意欲的に取り組むよう

になった。受傷3ヶ月目に日常生活は自立し、自宅へ外泊の計画を立てた。

また、同じ頃に復職には自動車の運転は不可欠であると考え、自動車訓練を勧めた。2週間で7時間の実車訓練を行った結果、ハンドルを両手で操作し、アクセルとブレーキのペダルは右足で操作でき、車の改造も必要なく運転もできるようになった。

2. 「痛み・しびれ」に対する援助

シシリー・ソンドースは「痛みは身体の痛みだけでなく、様々な要素が絡み合い複雑な苦痛を表現している」²⁾と述べている。痛みが強いと否定的な心情に陥りやすいため、日常生活が楽に遂行できるための援助として痛みを軽減することは、Aさんの生活の質を高めるために最も重要であると考えた。

まず、Aさんの痛みの訴えを受けとめるため痛みの状態を聞き、内服薬の効果などの観察を行い医師と連携した。また、痛みについて話しやすい雰囲気を持てるように配慮した。Aさんが話した内容により、レッグウォーマーを使用し保温する工夫もした。痛みを我慢していないかなどを確認しながら、コメディカルと連携してリハビリテーションを進めた。

食堂などで同じ仲間と交流し、経験を聞くことにより、知恵を育むように支援をした。自ら工夫している姿がみられ、他の患者との会話を楽しむとともに、仲間から学ぶことが多かったようだ。その後指先の痛みが強いため介助していた入浴では、受傷3ヶ月目にはAさん自身が自分で入浴したいと希望したので方法を指導して自立にむすびついた。

3. 患者の身体状況に合わせた日常生活動作獲得への援助

酒井は「リハビリテーションにおいて看護師独自の重要な役割は、当事者の意欲を引き出し、自己肯定感を損なうことなく、日常生活の遂行をより安楽に介助し、やり方をアドバイスしながら、その人なりの方法を作り出していくという主体性に関わるものである」³⁾と述べている。

Aさんが自分の方法で日常生活動作を楽に獲得できるようにするために、食事は自助具を使用して自力で摂取するよう試みた。肩の痛みやしびれ、また疲労感の訴え、スプーンの角度の調整不良が重なって40分以上時間を費やしていた。そこで食べやすくする工夫として、スプーンをスポーク型に変え角度を調整した結果、食事時間は20分ほどになった。

また、万能カフもAさんが装着することが可能と評価したので、他の患者が口を使って自分で着脱している実際の場面を見る機会を設けた。その後実践を勧めたところ、Aさんは万能カフをテーブルの上に置き、手先を万能カフにスムーズに通すような工夫ができ、自分でできるようになった。受傷

2ヶ月半後には、指先の巧緻性が向上したと評価した。箸を使って食べることを勧めるとはじめは少し時間がかかったが、Aさんの「箸を使って食事をするほうがいい」という希望に沿って練習を重ね、徐々に箸を使って食事ができるようになった。さらにはさみを使い、内服薬の開封ができるまでになった。

トイレ動作は、始めに便座に座ってズボンの上げ下げを練習した。立位が安定してきた時期には、動作が出来る拇指と人差し指を使って立位のままズボンの上げ下げができるようになった。排便を誘発する座薬の挿入では座薬挿入器を使用した。伸展している上肢では挿入の方向がつかめず繰り返し指導を行った結果、自分でできるようになった。

職場復帰を考えると警察官であるAさんは、Yシャツを着る生活になるため、受傷2ヶ月後からYシャツの着脱練習を開始した。袖口や胸のボタン掛けは難しいが、自助具のボタンエイドを使用することで可能になった。

訓練室では、初期から歩行器による歩行訓練を行っていたが、膝折れやふらつきがあるため病棟内での歩行訓練は難しいと考えた。そこで、病棟内の移動は車いす足漕ぎとし、足を使うことにより筋力や持久力の向上を図った。足漕は短い距離から200m位まで距離を延長していった。そして受傷2ヶ月を過ぎたころには、歩行訓練での足の運びもよく膝折れもなくなったため他部門と協力し病棟内でも歩行器歩行を開始した。その後受傷3ヵ月目には約200mの距離をロフトランド杖で移動できるようになった。

4. 家族との連携

Aさんの受傷によって、家族も生活の再構築が必要になる。家族もまた意思決定を迫られるが阻害する事柄も多く、不安や揺れ動く気持ちを抱えていることが考えられた。

そこで毎日面会に来る妻には、Aさんが行えるようになった動作を必ず伝えて、妻に対してねぎらいの言葉をもって会話をもつようにしていたところ、家族もAさんの職場復帰を願いそのことを大切に支えて生活していこうとしていることがわかった。

Aさんの家族を見てみると「核家族では、夫の力が大きい、他の家族員の意見や反応も影響力を持つ。夫と妻の役割は区別されているが、二人の結びつきは固い。夫は安定した主収入の稼ぎ手であることが期待される。家庭のこと、子供のこと、家族の社会活動は、主として妻や母の手にゆだねられている」⁴⁾と野嶋がいう中流家庭の家族機能が維持できていると評価できた。

そこで家族とAさんが一緒に過ごす時間を大切にし、十分なコミュニケーションがとれ、家族がAさんを支えて職場復帰に向かい共に協力し合うことが重要であると考えた。まず、妻がAさんの身体状況を理解する必要があるため、歩行訓練と

手の機能訓練の見学をすすめた。病棟では、歩行訓練を妻と共にやり転倒の予防について説明した。またAさんの肩の痛み、しびれに対して家族ができるストレッチ方法について指導した。しだいに妻のAさんに対する身体状況の理解が深まり、自宅に外泊することができた。

そこで退院に向けての準備としてAさんと妻には、入院中に身体障害者手帳の取得は困難であるが、退院後取得できるという説明や、活用できる社会資源について情報提供をしていった。

受傷3ヶ月後に自宅に退院した。身体障害者手帳2種2級を取得し、通院に向けて車の運転を練習した。受傷から10ヶ月で職場復帰をしたいと希望したが、職場の担当者から「以前、中途半端な状態で職場復帰して仕事が続かなかった例があるので無理はしないほうが良い」とアドバイスを受けた。Aさんは「まだ残っている肩から腕にかけての痛みを温泉で直したい」と笑顔で話し、職場復帰を半年間延長することに納得した。現在は、自宅で自動車の運転練習をしながら職場復帰に備えている。

おわりに

突然の事故で障害を負い、今までの生活が大きく変化してしまった。Aさんに4つの視点で看護展開をしてきたが、Aさんにとってはこれら以外にも多くの苦悩があったと推測される。看護師は、社会生活を営む生活者として患者の生活観や価値観などを傾聴し、情報を見極めて患者の自己決定を尊重し、その達成に向けて意欲を支える役割を担っている。

Ⅲ. ポイント

今回の事例では、患者の意欲を支えるために下記の4項目に視点をあてた。

1. 患者が気持ちを整理でき、潜在能力を引き出す援助をする。
2. 身体的な苦痛を緩和させる援助をする。
3. 身体状況に合わせて日常生活動作が獲得できるよう援助する。
4. 家族と連携した支援をする

【引用・参考文献】

- 1) アーサー・クライマン著 江口重幸他訳：病の語り、誠信書房、2003
- 2) 神田清子：がん患者の症状緩和ケア 看護技術、Vol 52, No12, 2006
- 3) 酒井郁子：リハビリテーションと看護をめぐってクオリティナースィング、文光堂、Vol10, No7, 2004
- 4) 野嶋佐由美：家族看護学、ヘルス出版、2000
- 5) 石鍋圭子他：リハビリテーション看護とセルフケア、医歯薬出版株式会社、2002
- 6) 石鍋圭子他：リハビリテーション専門看護、医歯薬出版株式会社、2001

[みさわ さちよ・とみおか かよ]

事例15.

頸髄損傷者(C6)の教職復帰 への過程と支援手段

須堯 敦史(総合せき損センターリハビリテーション科PT)

事例要約

柔道の試合中に頸髄損傷受傷。柔道は国体に出場するほどの実力者であった。受傷時は中学校の講師という立場であった。社会復帰に向けてのモチベーションは非常に高く、意欲的にリハビリに打ち込んだ。

当センター退院後は、教壇への現場復帰のみならず、本採用に向けて教員採用試験に挑戦し、結果的に県職員(高校の実習助手)への採用に至った。現場復帰への強い意欲と意見交換により、教育委員会への理解が得られ、職業復帰が認められた事例である。

事例紹介・現病歴

受傷時年齢28歳、C5脱臼骨折、頸髄損傷完全四肢麻痺(ASIA分類A、ザンコリ分類C6BIIレベル)。

1999(H11)年10月下旬、国体での柔道の試合中に、頭部から畳に落ち頸髄損傷(C5脱臼骨折)を受傷。某整形外科病院へ搬送され、C5/6の脱臼整復・前方固定術を施行される。11月初旬、某大学病院へ転院し、5ヶ月間の入院を経て、翌年の4月下旬、リハビリテーションと自己導尿獲得を目的に当センターへ入院される。

経緯

当センター入院時は両上肢の三角筋5、上腕二頭筋5、手根伸筋5、円回内筋3、上腕三頭筋0であり、ザンコリ分類でC6BIIレベルであった。C6BIIレベルのADL動作獲得には、長いリハ期間とかなりの努力が必要である。

リハに取り組む前の問題点として、入院時の体重が88kg(受傷時は120kg)であり、大幅な減量が必要と考えられた。また、受傷後7ヶ月を経過していたものの、獲得した動作は簡単な床上動作と電動車いすでの移動程度であり、リハの遅れが明らかであった。さらに、受傷後の経過から、今後の麻痺の回復は考えにくい状況であった。

当センター入院翌日からリハ室での訓練を開始し、すぐに電動車いすが駆動可能となった。本人のモチベーションや基礎体力は非常に高いものがあり、その後、順調にリハをこなしていった。自己導尿は早い段階で可能となった。

この患者の受傷時の職業は中学校の常勤講師(社会科)である。出来る動作が増えるに従って、職業復帰への期待と願望が出てきた。職業復帰のためには、自宅から学校への通勤手段の獲得とパソコン

技能の習得が最低限必要であると考えられた。

車いすを使用している脊髄損傷者全てに言えることだが、社会参加・生活範囲の拡大のためには、自動車関連動作(運転席への移乗、車いすの積み下ろし、自動車の運転)の自立が不可欠である。この患者も職業復帰を視野に入れ、ADL動作がほぼ自立した入院半年後から、自動車関連動作の訓練を重点的におこなった。また、週3回、当センター内の職業センターでパソコン指導を受けた。当然、手指機能は使用が不可能なため、トラックボールを購入し、キーボードを押すための自助具をOTで作製した。入院7ヶ月後から、自宅復帰に向けた家屋改造の話し合いを、PT・OT、当センターの医用工学研究室(建築士在籍)を交え何度もおこなった。入院11ヶ月後、自宅の新築工事が着工された。

また、職業センターの提案により、院内において、当センターの職員を対象にPowerPointでのプレゼンをおこなう形式で、模擬授業の機会を作った。これにより、職業復帰に向けて、実際に授業をおこなう際のイメージを掴むことが出来たと本人が述べている。

新築の家が完成し、当センターでの約1年3ヶ月の入院期間を経て、自宅復帰となる。退院時には体重68kgとなり、食事(自助具とフォークにて)・更衣(上衣・下衣・靴下の着脱可能)・入浴(シャワー浴にて自立)・排泄(自己導尿・座薬挿入可能)・整容(歯磨き・髭剃り可能)のほとんどのADL動作が自立した。パソコン技能も、ホームページを作成するほどに上達した。

自宅復帰を果たしてまもなく、当センターで習得した自動車関連動作をさらに実用的にするため、自動車を購入した(トヨタbB)。

上肢でアクセル・ブレーキを操作する手動運転装置と、ハンドルに手関節を固定する旋回装置、またトランスファーボード付きバケットシートを自動車に設置した。それに加えドアの開閉幅・車高・トランスファーボードの加工・手関節固定装置の作製などに検討が必要であった。これは自動車ディーラーやかかりつけの病院と当センターが連絡を取り合い、最適な環境を設定していった。それにより購入した自動車においても、自動車関連動作が自立した。同時に路上での運転練習を同乗者がいる状況で積み重ね、同乗者なしでも運転が問題なくおこなえるようになった。

職業復帰過程

職業復帰するためには、教育委員会に身体の状態と教員として働く身体的能力を報告する必要があった。本人の復帰に向けての熱意、パソコンでの授業方法の説明など、教育委員会との話し合いにより、職業復帰は認められた。

2002（H14）年4月（自宅復帰8ヶ月後）、高校の時間講師（社会科）として職業復帰を果たした。初めは勤務に慣れるため、週に4～6時間の授業をチーム・ティーチング（複数の教員がチームをつくり、生徒の指導に当たる）という形態でおこなった。その後、それだけには留まらず、講師の立場から教員への本採用という目標をたてた。

本人は、受傷前も本採用を目指し、毎年の教員採用試験を受験していた。教員採用試験は少子化などの影響で、各教科で1名程度の採用という非常に狭き門であった。教育委員会から「車いすでの受験は可能」という判断を受け、健常者と対等な条件での受験が認められた。パソコンでの解答入力と試験時間延長などの配慮を受け、教員採用試験に臨んだ。しかし、なかなか合格には至らなかった。

高校の時間講師として3年間（2002／H14～2004／H16年）勤務したが、教員採用試験の年齢制限により本採用への道は閉ざされてしまった。しかし、2005（H17）年2月、県職員（実習助手）の採用試験に合格し、同年4月、県立高校の実習助手として採用となった。職務内容は、実験または実習について教諭の職務を助けることである。本人は、当センター内で習得したパソコン技能を生かし、パソコンの実習授業で生徒に直接指導をおこなっている。実習授業の時間割を考慮することで時間的な余裕ができ、体力面からも本人に適していると思われる。

復職後の経過

現在、本人が勤務している高校には、赴任後に車いすで学校内を移動可能なように、段差解消機・スロープが設置された。駐車場は屋根付きで、ドアの

開閉が大きくおこなえるように、広いスペースが確保されている。また、車いすのままで使用可能なデスクやトイレ、教室には体温の変化に対応できるようエアコンも設備された。費用は教育委員会が負担した。

本人は実習助手として勤務する傍ら、自らの受傷から職場復帰までの経験を基にした講演活動を、年十数回おこなっている。対象は小・中・高校生や保護者などであり、テーマは「流した汗は嘘をつかない」といった前向きな内容である。また、柔道の審判を務めるなど精力的な活動をおこなっている。

家庭内介護状況

週3回の訪問看護に加え、家族の負担を減らすため毎日、起床後から出勤までの準備・仕事から帰宅後の入浴等・就寝準備と、1日のうち3回、ヘルパーの介護を受けている。

ポイント

この患者が職業復帰を果たしたのは、本人の努力と熱意は言うまでもないが、職業復帰を受け入れる側の理解も重要な要素であった。過去に前例のないことであり、頸髄損傷の病態を正しく理解してもらうことと、車いすでも職業復帰が可能と判断されるための十分な意見交換が実を結んだものと思われる。

また、本人が高校で教育活動をおこなうことによって、高校生が身障者と接する機会を持つことにもなり、勉学だけでは伝えられないものを得られるといったメリットもある。

1人の前例を作ることによって、今後、その地域での車いす使用者の様々な場面での受け入れが、よりおこないやすくなる。1人でも多くの方が車いすで社会復帰することは、一般の方と身障者の接する機会が増え、それによって社会全体がより身障者を理解していくという意味でも非常に重要だと思われる。

〔すぎょう あつし〕

事例16.

復学の困難を乗り越えて —— トップアスリートへの道

田中 渉(吉備高原医療リハビリテーションセンター・MSW)

障害の種類・年齢

脊髄損傷(交通事故)、損傷高位:T3完全麻痺
受傷時17歳、現在35歳 男性

家族・家庭評価

受傷時は、両親、兄弟3人の5人家族。現在は結婚し独立している。

経緯

1989(H元)年9月10日、交通事故にて受傷。市内の総合病院に搬送され入院する。両側の血気胸[胸壁と肺との癒着などが切れて出血する状況]が落ち着いた同21日、ハリントン固定術(Th1-9)を行った。ICU室を出た10月8日より本格的なリハビリテーション開始。受傷時に在籍中であった県立工業高校への復学を目標に、翌1990(H2)年1月8日に当センターへ転院となる。

当センター入院当初よりショートゴールとして、復学のための自己管理を含めたADLの完全自立、ロングゴールとして1990(H2)年4月以降に家庭復帰・復学を目標として設定した。

本人の自立心は強く、リハビリテーションに対しても意欲的であった。しかし、何事にも前向きな姿勢ではあったが、将来に対するビジョンは不明確であったため、リハビリテーション以外の時間には勉強の習慣をつけさせるべく課題を与え、日々決まった時間の学習習慣を身につけさせた。また復学が目標であったが、将来の選択肢として隣接する国立吉備高原職業リハビリテーションセンター(以下、職リハセンター)及び、近隣の(株)吉備NC能力開発センター(金属製造業。以下、吉備NCセンター)の見学も実施した。

復学については、学校側の設備面での受け入れ体制の調整、車いすでは履修困難な実習の単位取得など多くの課題があった。それに対しては、担任教師に提案を検討してもらい、学校側と交渉して頂いた。しかし、2階以上の教室の移動に同級生の手伝いが必要であり安全性に問題があること、車いすでの実習は不可能(旋盤等)であり、レポートに換える措置はできないとの結論であった。その結果、卒業認定されないのであれば復学する意味がないと、在籍していた県立工業高校への復学断念を決心した。

その他の選択肢として養護学校高等部、普通科高校の通信制課程への編入、障害者職業訓練校への入所など検討したが、本人は高等学校卒業資格にこだ

わらず、退院後は障害者職業訓練校への入所を希望した。しかし、再度見学した第一希望であった吉備NCセンター職員より、「高校卒業資格は得ておく方が就職で有利」との勧めにより、養護学校高等部へ進むことを決心する。その後、家屋改造が完成し、ADLがほぼ自立した1990(H2)年4月16日退院した。

復学・就職後の経過

高校卒業後、入院中に見学し受講を希望していた吉備NCセンターに入所。また吉備NCセンター入所時より「吉備高原車いすふれあいロードレース大会」に参加し、車いす陸上競技と出会い、その才能を大きく開花させた。2年間の職業訓練の後、岡山市の金型製造会社へ就職。

2002(H14)年に陸上競技者として専属アスリート契約を結び、さらに競技に専念したいとの理由で、2004(H16)年10月に退職し、プロアスリートとして競技中心の生活となる。

現在は、職リハセンターにて講師として職業指導する傍ら、競技者として後輩の指導をしつつ、自らもパラリンピック代表を目指しトレーニングを続けている。主な成績として、

2002(H14)年のプサンフェスピックアジア大会
800m:4位入賞。

2003(H15)年のスイスチャンピオンシップ
200m:1位。

2003(H15)年のユーロチャンピオンシップ
200m:金メダル、400m:銀メダル。

2006(H18)年の日本選手権大阪マラソン2位、と活躍中である。

ポイント

在籍していた県立工業高校への復学断念を決心した学校側からの回答を要約すると以下の通りである。

「実習室の一部には1階から4階まで階段の昇降に友人等の手を借りなければならない。その移動時の安全性が確保できないばかりか、万一の場合の責任問題が明確になっていない。

移動が困難であれば実習室に移動しないで、教室での自己学習という方法も考えられるが、実習である以上、実習体験なしのレポートで単位認定は困難という判断になる。

また、移動が可能な実習室であっても、車いすで実習が行えるような設備になっていないた

め実際には実習が行えない。

実習を行わずに見学しているだけではレポートが書けないであろうし、書けたとしても見学だけで書くレポートでは単位は与えられない。」というものであった。

この判断は学校長からなされたもので、最終決定であった。その上で、高校側より、「学校生活を送るという名目上の目的であれば復学は可能であるが、卒業認定はできないので、一般教養を身につけるためであれば養護学校への編入が良い」と両親への説得があった。この結果に本人は相当失望し、一時的に意欲を失った。

特殊学級か普通学級かを判断した義務教育現場の判例としては、平成5年に出された旭川地裁判決がある。概略を紹介すると、当時脊髄損傷であった小学生とその父兄が、中学校では普通学級に進みたいと希望し、それに反し市教委、中学校側の判断で特殊学級入級措置となったことに対する取消訴訟である。裁判では、「憲法26条などは、児童あるいは親に対し、普通学級と特殊学級のいずれに所属するかを選択する権利を保障しているとはいえない。権限は校長にある」として、原告の訴えを退けている。以後、この種の訴訟や判例を目にしていなが、現在でも教育現場ではこの判例の通り、復学の最終判断は学校長や教育委員会に権限が与えられているようである。

当センターでは、義務教育年齢の復学において普通学級へ戻せたケースが何例かあるが、いずれも学校長が熱心な方であったと記憶している。しかし、普通学級へ戻ったケースはまれで、数では養護学校等への復帰ケースのほうが多い。普通学級への復学にはクリアしなければならない多くのハードルがあり、保護者を含めた関係者の多大な労力とエネルギーが必要とされる。脊髄損傷の生徒が学校生活を送ることについて、学校側は

「大変なことだ」と判断しがちであるということ、そしてそこには何かがあった時の責任問題も加えられて判断されるということ。このような考え方が教育現場では一般的であるということ、復学を希望する父兄やそれを援助する医療機関スタッフは理解する必要があると思われる。

このケースでも保護者や関係者の多大な努力にもかかわらず、最終的には在籍していた県立工業高校への復学を断念し他の進路を選択せざるを得なかった。その結果、本人は学校側に対する不信感と失望で一時的に落ち込んだが、その後には主治医、リハビリテーション部長、担任教師、MSW、本人、母親とで話し合いを持ち、リハビリテーション部長の「復学については、どれほどの意義があるのかを考え直す必要がある。現段階では復学ばかりに的を絞らず、色々と情報を集めて選択肢を拡げることが重要」とのアドバイスで吹っ切れ、養護学校高等部、普通科高校の通信制課程への編入、障害者職業訓練校への入所など前向きに考えられるようになった。

しかも、障害受容面で微妙な時期であったため養護学校高等部への編入には難色を示したが、第一希望であった吉備NCセンター職員より、「高校卒業資格を得ておくほうが就職は有利であるし、今は基礎学力を身につけたほうが良い」との勧めにより養護学校高等部へ進む決心に至っている。

彼の良い所は、自分の将来に対して常に前向きであり、そして何よりも周囲の人の助言に耳を貸す姿勢であったことである。とかく17歳という若い年齢時は感情に流されやすく、自らの目標を見失ったり簡単に挫折しがちであるが、彼にはそういったところが全くなかった。こうした彼の姿勢が、35歳になった現在でもトップアスリートとして、常に目標を持ち続けられている原動力であるように思える。

[たなか わたる]

事例17.

仕事(公務員)と趣味(車イスマラソン)を両立

田中 真弓(兵庫県立総合リハビリテーションセンター
リハビリテーション中央病院MSW)

障害名・年齢など

胸髄損傷 Th4完全麻痺

受傷時19歳、現在31歳 男性

受傷時は、両親と兄、妹の5人家族。高校卒業後に地元の設計会社に就職していた。

1999(H11)年にK市に単身転居し、現在まで一人暮らし。

受傷経過

1995(H7)年8月、オートバイで走行中に車と正面衝突し、転倒して受傷(19歳)。H病院へ救急入院し、胸髄損傷と診断され椎弓切除術(Th3~7)、固定術(Th3~7)、骨移植術(Th4~7)を受けた。

10月よりコルセット装着してリハビリテーションが開始されたが、仙骨部に褥瘡形成したため外科的治療を受け、治癒した。

1996(H8)年2月に当院へ転院となった。

当院転院時ADL:

- 食事：自立(セッティング介助)
- 排尿：自己導尿1日6回
- 排便：全介助
- 更衣：要介助(下衣に対して)
- 入浴：特殊浴槽(全介助)
- 移乗：車いす移乗は2人介助

入院中・入所中経過

当センター入院中および入所中の経過

1996(H8)年2月の当院への転院直後、内固定の脱転が認められたが骨癒合状態は良く、安静の制限もなくそのままリハビリは継続となった。コルセット除去以後は移動、排便、更衣、入浴に対して指導が行なわれた。

内固定の脱転による背部痛は軽度あったが、リハビリテーションによる増強などは特に認めなかった。

3月より、サイドトランスファーがフリーとなった。同時期に下衣の更衣訓練や排便コントロールと動作訓練を行い、4月下旬にはトイレにて排便が自立した。

理学療法所見

【入院時】

感覚：Th4以下鈍麻、Th7以下脱失

MMT〔徒手筋力テスト〕：上肢4レベル、下肢0

ROM〔関節可動域訓練〕：股関節に軽度の可動域

制限を認める

ADL：床上動作自立、移乗動作要介助、車いす自走可、キャスターアップ不可

【退院時】

ROM：制限なし

MMT：上肢5レベル

ADL：自立、車いすキャスターアップ・スロープなど応用動作可能

退院時ADL：泌尿器科薬を自己管理にて服用し、排尿は自己導尿で自立、排便は3日に1回、緩下剤と当日レシカルボン座薬を使用しトイレにて自立した。その他ADLも自立した。

1996(H8)年6月、当院にて身辺動作が自立したため、社会リハビリテーションを目標に、当センター自立生活訓練課(身体障害者更生施設・以下、訓練課)に入所した。入所目標は、

- 1) 復職に向けてのアプローチ、
- 2) 車いすの操作能力の向上、
- 3) 自動車運転の習熟訓練、

であった。1997(H9)年5月、入所目標をすべて達成し退所となった。

復職の経過と仕事内容

訓練課を退所後の1997(H9)年に地元に戻り、受傷前から働いていた設計会社に復職した。本人は当初辞めるつもりだったが、社長が熱心に復帰を勧め、センターにも頻りに足を運んで本人を説得したのが復職の理由とのこと。社長から仕事の内容を提示され(パソコンによるネットワーク管理)、Kリハビリテーションセンターにて短期間の職業訓練を受けたのち復職した。

1999(H11)年、本人の希望にて単身K市へ転居し、同年、知人の紹介にて車いす関連会社に就職した。将来の生活保障を視野に入れ公務員試験に挑戦し、2002年(H14)年にK市の職員として採用され、現在は水道局で働いている。

仕事の内容は、設計会社では道路設計に係る図面のトレースなど助手的な業務と、ネットワークの管理を担当していた。車いす関連会社では福祉機器の販売(車いす、自動車の補助動作装置等の販売)を担当した。K市水道局では、口座担当(水道料金の口座振替登録、還付処理、ハガキの不着調査)と統計担当(料金収納等の処理、営業所の決算等)に従事している。

事務職(デスクワーク中心)のため外回りが無い

ので、現在まで仕事上で不自由を感じたことはない。車いす関連会社に勤務中は営業を担当していたが、車いすの販売などについては知識があったので、特に問題はなかった。

復職への取組み・心構え

1) 復職する前に自分自身の生活のリズムを確立すること：リハビリテーションは継続して受けていたものの、病院や施設生活が2年近く続いたため、在宅生活への不安があったのがその理由である。

2) 雇用者側との話し合いの機会を多くもつこと：障害をもたない同僚や上司に脊髄損傷者の身体機能や特性について理解を深めてもらわないと、お互いの負担になる可能性が生じる。定期的な受診の必要性や排泄関係、褥瘡など、障害に伴うさまざまな問題点を理解してもらうため、何度も話し合いの機会を作ることが必要である。

3) 自分に自信をもつこと：受傷後のベッド臥床の時期やリハビリテーションのつらさほど、仕事は難しくない。それを乗り越えられた自分自身に自信をもつことが、一番の力になる。

4) 諦めずに仕事を見つける努力をする：仕事を探すのを決して諦めないで欲しい。必ず就職先が見つかると思う。諦めないことが大切だ。自信をもっていると自然に周りが変わる。

車いすマラソン

訓練課入所中の1996（H8）年8月頃から車いすマラソンを始めた。車いす生活となった時には運動ができるとは思っていなかったが、知人に勧められたのがきっかけで興味をもち、徐々に全国レベルの大会に出場するようになった。

【出場した主な大会】

- 日本身体障害者陸上競技大会
- 大分実業団招待ナイター陸上
- 大分国際車椅子マラソン大会

- ソウルマラソン
- 全国車いすマラソン大会（篠山市）
- ロサンゼルスマラソン
- ホノルルマラソン

【記録（自己最高）】

- 800m：1分53秒34
- 1500m：3分25秒59
- 5000m：11分52秒63
- ハーフマラソン：49分26秒
- フルマラソン：1時間44分19秒

困っていること

現在は特に困っていることはないが、将来（60歳以降）の自分が今と同じモチベーションを持続し、スポーツや仕事ができるだろうかという不安がある。特に体力面においての不安が強い。年を重ね、体力的に低下した時に、仕事をしながらスポーツができるだろうか、といった心配が最も大きい。

社会復帰へのポイント

胸髄損傷者は入院中にADLがほぼ自立するので、訓練課では社会復帰に向けての具体的なプログラムが組まれた。この事例では受傷前の職場の受け入れが良かったため、目標は元職への復帰とした。また車いすマラソンをやりたいとの希望も強く、当センター体育指導員の協力を得ながら体力作りを行い、全国大会に出場するまでになった。

いったん地元に戻ったものの、自分の居場所を見つけるため単身転居し、現在は趣味と仕事を両立させている。

本人が、自身の明確な目標実現に向けて努力し、積極的に就職活動を行ったことで、その成果が得られた。

この事例も、当センターがもつそれぞれの機能を有効に活用することで、社会復帰を実現した事例であるといえる。

〔たなか まゆみ〕

事例18.

高学歴の不全麻痺者の 復学から新規就労まで

出田 良輔(総合せき損センターリハビリテーション科PT)

はじめに

今回、大学院(修士課程)卒のいわゆる高学歴の不全対麻痺者に対し、受傷から就職に至るまでの経過をここに報告する。

障害の種類・年齢

第12胸椎前方脱臼骨折による不全対麻痺
受傷時年齢24歳・男性

家族・住居・職業環境

受傷時は某大学大学院の工学系修士課程に在籍しており、大学院近郊のアパートにて単身生活中であった。

実家は2階建て(持ち家)、家族構成は祖母、両親と兄弟の5人暮らしであった。大学院修了間近であった受傷時は、就職先が内定しており、就職後に婚約者と結婚予定であった。

経緯

現病歴(図1参照)

200X年12月中旬に、バイク運転中に自動車と衝突し受傷した。某救急病院へ搬送され、翌日当院へ入院となった。入院当日にT12-L1、後方固定術を施行された。入院2日目よりベッドサイドにてリハビリテーション開始となり、約9ヶ月間の入院生

活ののち実家を改修し自宅復帰に至った。

入院中の身体所見とADLの経過(表記 右/左)

入院時所見は、下肢筋力0(ASIA motor score=50)、L1レベル以下は感覚脱失状態(仙髄領域含む)であり、改良フランケル分類Aであった。

退院時は、腸腰筋5/3、股関節内転筋4/2、大腿四頭筋5/0、下腿屈筋群4/0、前頸骨筋1/0(ASIA motor score=64)、正常触覚レベルL5/L3、正常痛覚レベルL4/L1であり、改良フランケル分類D1であった。

ADLの経過は、受傷後2週間:ベッド~車いす間の移乗自立(側方移乗)、1ヵ月:自動車関連動作が自立、2ヵ月:更衣(上衣・下衣)自立、3ヵ月:入浴自立、6ヵ月頃より住宅改修にむけた話し合い開始、9ヵ月:自宅改修施行され自宅復帰、歩行は両下肢に装具装着(右SLB、左LLB)と両ロフトランド杖にて屋内歩行が自立した。退院後は外来にてリハビリテーション加療された。

※ 当院では、若年男性の胸腰髄損傷後の完全麻痺者に対し、約6ヵ月をめどに自宅復帰までのクリニカルパス[スケジュール表]を作成している。阻害因子がなく、体幹筋が正常に機能する下位の胸腰髄損傷者は3ヵ月ほどでADLが完全自立するが、その後の住環境整備のための自宅改修期間を要するため期間を6ヵ月に設定している。逆に言えば、受傷直後でも3ヵ月後には車いすにてADLが自立し、半年後には住宅改修での自宅復帰とする長期的ゴール設定が可能である。

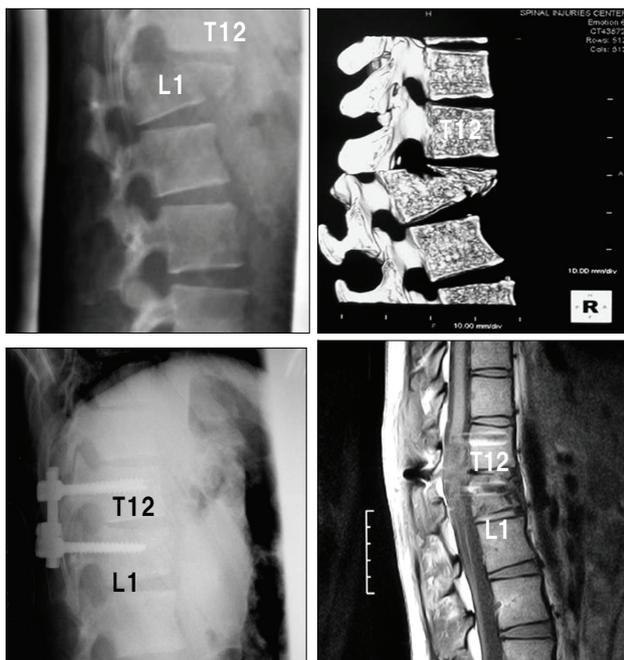
本症例は阻害因子がなく、順調にリハビリテーション治療が行われ、ADL獲得が行われていった。それに加え、受傷後の半年間は下肢機能の回復が認められた。

復学・復職に関しては、就職に対する本症例の強い願望があり、入院中の卒業論文作成やリクルート活動に対する意欲が認められたため、リハビリテーションのゴール設定を新規就職とした。

職業復帰過程

本症例は、入院中より企業説明会などへの出席や、インターネットなどを用いて希望する企業の採用情報などを収集しており、積極的にリクルート活動を行っていた。約半年間のリクルート活動の後、エンジニアリング企業への採用が決定した。

当人の受傷前は大学院生(工学系)であり、修了間近であった。修士論文作成においては、工学系



c. 術後

d. 術後MRI (T1画像)

図1 症例画像

ということもあり実験室（クリーンルーム）での実験データ収集を要するところではあったが、幸い受傷時には実験データは取り終えており、パソコンでの論文作成という段階にあった。

このため、当院の居室にて論文作成を終えることが出来、無事に卒業することが可能となった。また、本人は受傷して間もない急性期の段階より、リハビリテーション治療以外の時間は昼夜を問わず論文作成に費やしていたことから、修了への強い意志が当初より伺っていたことは言うまでもない。

また、脊髄損傷者が職業復帰する際の就業形態としては、事務職が最も多いと考えられる。その際を仮定すると、パソコン操作などの技能習得が職業復帰するための必須条件とも言えるが、本人はパソコンの知識・技能は十分に有していたため、特段の職業訓練などは必要ではなかった。

車いすを使用している脊髄損傷者にとって、社会参加・生活範囲の拡大のためには、自動車関連動作（運転席への移乗、車いすの積み下ろし、ハンドル操作）の自立が不可欠である。本人は、受傷後1ヵ月にて自動車への移乗は自立し、大学院への通学をタクシーにて頻回に行うことが可能となり、受傷後2ヵ月には自動車関連動作が自立している。

就業する際のリハビリテーション医学的指導として、一般的な身体管理指導（尿路感染の防止と対応、拘縮予防など）に加え、パソコン操作による長時間の坐位姿勢が予想され、褥瘡防止の指導を重点的に行った。また、本人自身が脊髄損傷という病態を熟知しており、上記指導に時間を要することはなかった。

復職後の経過

退院後約半年間の外来リハビリテーションを受けた後、婚約者と結婚した。その後、自動車の購入、賃貸マンション住居の確保を経て新規就労となった。現在、特段の体調不良等なく毎日出社している。また、

子供がほしいということもあり顕微受精による出産を予定している。



図2 自動車移乗



図3 勤務時風景



図4 結婚式風景

ポイント

本症例は、高学歴であったこと、病態に対する理解の早さ、車いすでの就労意欲が高かったこと、これらの因子が相乗的に働くことで急性期の段階より就労を目標としたリハビリテーションをスムーズに行うことが可能であった。

脊髄損傷者が社会復帰する際の因子として、学歴が最も相関性が高いとする報告が多い。本症例は、文献的知見からもよい参考症例と考えられた。

【いでた りょうすけ】

事例19.

スポーツ活動から生まれた 自己実現のはじまり

小滝 みや子(千葉県立千葉リハビリテーションセンター更生園)

はじめに

「退院したら、何もしないで引きこもっている……」
「このままでいいの？」——ひとりの若いソーシャルワーカーが、脊髄損傷者に対して抱いた苛立ちとも言える感情。そして当事者のおかれている事情と向き合い、社会へその一歩を踏み出すことの困難さを知った。

これらに突き動かされて、リハビリテーション体育士とともに始めた、スポーツの機会を提供するボランティア。この活動に参加した本事例の彼女は、スポーツ後の食事会でメンバーと話すうちに、この集まりが単に運動不足を解消するだけでなく、集まってみんなに会い、そこに自分の居場所を求めている、分かり合える関係を求めていることに気づいた。

元々姉御肌だったこともあり、この会を組織化し活動を始めた。縁あって嘱託ではあるが就職。平行してグループの代表に就き、活動を続けている。そしてさらに社会福祉士の資格取得のために学びながら、迷いながら自身の生き方を模索している。

プロフィール

脊髄円錐部の髄内血管腫によるL1完全損傷、対麻痺、女性、42歳。発症時28歳、対麻痺となって5年。元々は独立してマンションに一人で暮らしていたが、発症後は実家に戻り、両親との3人暮らし、他に別居の弟がいる。

経緯

1991(H3)年12月、左下肢にしびれが出現したことに始まり、翌年5月、地元のA大学付属病院にて「脊髄円錐部髄内血管腫」と診断された。B病院に1~2ヶ月入院し軽快、外来通院にて経過フォローを受けていた。

2002(H14)年11月18日、診断されてから11年目に髄内出血発症し、A大学付属病院に入院。手術を勧められたがそのリスクを聞いて希望せず、12月20日ころの再出血によりほぼ完全な対麻痺となった。リハビリテーションは11月22日より、ベッドサイドにて理学療法士による関節可動域訓練が始まり、訓練室にて12月3日より理学療法、12月9日より作業療法が開始された。

2003(H15)年1月20日、紹介されて千葉リハビリテーションセンターを受診。1ヶ月ほど待機して2月24日転院となった。

転院時のADLは次の通り。

移乗：座面の高さが同じ環境であれば自立、
更衣：ベッド上で自立、
入浴：移動は介助、洗体自立、
食事：セッティングしてあれば自立、
排泄：自己導尿・排便コントロール訓練中で一部介助、

リハビリテーションゴールは、環境整備し車いすレベルでADL自立、復職や趣味の旅行なども可能と説明された。

本人は下肢機能の回復に期待しながらも、車いすの生活であることを受け入れつつあった。家族も同様で、早々に家屋改修など、自宅での生活の準備に着手。当センター退院前には改修が終了し、外泊訓練などにも協力的であった。

訓練は医師、看護師、理学療法士、作業療法士、リハビリテーション体育士、心理職、ソーシャルワーカーらにより、基本動作、上肢・体幹筋力増強、持久力増大、移乗動作、ADL評価・訓練、排泄コントロール、車いす操作などの訓練、心理評価、家屋改修評価・指導、身体障害者手帳の取得、車いす作製、社会資源・就労・年金を始めとする社会保障などに関する情報提供が行われた。

夜間の体位交換やセルフケア全般について、必要性を理解すれば前向きに取り組むことが出来た。車の運転については、入院中に外来利用者の手動式運転装置の車を見せてもらい、実際の乗り降り、車いす積み込みなどの動作も訓練し、退院後は車の運転をしたいとの意欲が持てるようになっていった。

尿意は自排尿が見られるようになったが、夜間の睡眠を確保するため自己導尿も併用とし、日常生活に合わせた排泄コントロールの指導を受けた。しびれや疼痛などが持続していたが、医師と相談しながら精神的には安定した入院生活を送っていたように思われる。そして基本動作やADLは入浴以外は自立するに至った。退院後は外来で理学療法を週1回継続することにして、6月26日、自宅へ退院した。

職業復帰の過程

発症前は、人材派遣会社に登録し不動産関係の会社で働いていた。それ以前は銀行員で、個人融資を担当。自分自身が希望していた仕事であっただけに、かなり積極的に取り組み、多忙な職業生活を送っていた。宅健や簿記なども働きながら資格を取っていた。税理士の勉強にもチャレンジし

ていた。発症時は派遣という立場上、入院と同時に派遣契約が終了となり、無職であった。

当センターの担当医からは、将来働くことは可能との説明がなされていた。しかし、本人は病気になったのは多忙な毎日で生活が不規則となり、食事も乱れ、健康面に配慮した生活を送ってこなかったことが原因していると理解しており、当分は仕事をせずゆとりを持って生活していきたいと思っていた。車に乗れるようになり生活のリズムが整ってから、その時点で自分にできることがあれば考えたいと話していた。当センター入院当初は、せいぜい自宅でパソコンを使っての仕事ができれば良いと思っていたようである。

外来にて週1回の理学療法を継続する内に、尿意に変化が見られ、筋収縮も活発になるなど変化が現れ、歩行器にて歩行訓練が始まった。しかし、8月には外来訓練が3週間に1度に減ることになり、持ち前の開拓精神から、市内にある障害者福祉センターのプールで訓練を受けたい、マッサージ療法を受けたいなどと希望し、しばらくは訓練が中心の日常生活を送っていた。

退院後5ヶ月ほどで温泉に出かけ、車を購入し一人で外出できるようになると、月1回リハビリテーションセンターのソーシャルワーカーとリハ体育士がボランティアで行っていたスポーツのサークルに参加するようになっていった。また、自宅へ退院して約1年後には車いすテニスを始めて、体力も向上し、車いす操作にも習熟して機敏に動けるようになり、自信をとりもどしていった。

このころ、退屈し始めていた様子がうかがえ、医師が仕事につくことを勧めるが、あまり積極的ではなかった。しかし、雇用保険の関係で職安には求職登録を行っていた。

スポーツサークルは参加者が増え、メンバーが固定しつつあり、交流が深まっていき、徐々に当事者が中心になって運動の場所を確保するなど、サークル自体が主体的になっていった。

本人のこれまでのキャリアと、サークル活動におけるリーダーシップを取る様子などが関係者の目にとまり、働いてみないかと声をかけられた。本人も日常生活が安定して自信が深まっていった時期でもあり、職場の環境が車いすで問題ないことがわかり、嘱託で週32時間の勤務を決心し、2005（H17）年1月、就労が実現した。十分にキャリアを積んでいたのも、特に職業リハビリテーションを受けることの必要はなかった。障害者には理解のある職場であり、週1回の通院も確保出来、フルタイムの就労を目指すための一歩としては適当と判断したようである。

就労先には、所属する部署の机を車いすで動きやすい状態に配置替えする程度の配慮をもらい、現在も働き続けている。

復職後の経過

週4日、32時間、1日8時間勤務の嘱託とはいえ、

仕事内容はパソコンを使ってのデータ入力、統計業務、編集業務で、これまでのキャリアとは違った新しい内容もあったが、積極的に取り組む姿勢が評価され、なくてはならない存在となっている。

ゆくゆくフルタイムでの就労を目指そうと考えていたが、このごろは、一般就労をゴールとするのではない、新しい自分探しの旅に踏み出したようである。

それは、サークル活動を通して、多くの仲間が、リハビリテーションは終了しても、障害を負った新しい自分として生きていくために、いかに不安を抱え、迷い、苦しんでいるかを知ったから。

情報が欲しい、誰に相談すればいいのかわからないという現状。自分が入院しているときに抱っていた気持ちを、多くの脊髄損傷者がかかえている。退院がゴールではない、退院してからが始まりで、そこから障害と向き合い、多くの問題が現実となる。

障害のある自分を生かして出来ることをしたい——それは何か。きちんとした相談の知識と技術を身につけたい。そこで社会福祉士の資格をとるべく勉強を始めた。目指す自分の将来像が、確かな形として結び始めているようである。

入院中から何かをやりそうな雰囲気を持っている人だった。そう遠くないうちに自分らしい生き方をつかんでいくのではないかと思う。そんな彼女は周囲にとって刺激的なのである。

ポイント

働きながら訓練を継続し、運動や感覚の変化は続いており、2005（H17）年2月、対麻痺になってから2年3ヶ月で短下肢装具をつけ、両側4点杖で訓練室を1周出来るようになり、7月からT字杖、支えなしの歩行訓練を始めている。

外来通院での理学療法は月1回程度になっていたが、スポーツを継続して体力を維持向上させ、引きこもりにならずに外に出て行った。外に出ることは、躓きもあるが乗り越えることによって自信を深める機会である。精神的にも健康を維持していく大切な要素だと思われる。ひとりのソーシャルワーカーが始めたスポーツサークルを見事に発展させ、自己実現につなげていった彼女。持ち前の性格と機会がうまくマッチした結果といえる。また当センターとの関係が途切れることなく続き、退院してから孤立することがなかったのも良かったのではないか。

これまでには、決して順調とはいえないアクシデントもあったが、対麻痺となってから就労まで約2年2ヶ月、最近では沖縄旅行も果たしている。仕事、スポーツ、レジャー、さらには社会福祉士資格取得を目指し学び始めるなど、充実してバランスの取れた、豊かな毎日を送っているように思われる。

終わりに

忙しく身を削りながらも、満足して送っていた職業生活は、病気という大きな出来事に襲われ一

変した。しかしそれを生き方を見つめ直す機会としてとらえ、けっして希望を失わず地道な努力を続け、仲間の支えとなって及ぼしている影響力は、専門スタッフにはない力であると確信する。

彼女は障害を持ってからのほうが、以前よりも幅広くいろいろな人と出会い、忙しく活動してい

ると言う。そこから生まれる相乗効果が彼女自身の自己実現を確かなものになっている。

この力を生かして、専門職と対等な立場で協働できるような機会をシステムとして確立することが出来たなら、多くの脊髄損傷者の社会復帰に、今までにない支援の形を提供出来るに違いない。

〔おだき みやこ〕

事例20.

社会福祉学を専攻し、就職直後に受傷 車いすで営業職へ復帰

大塚 文（九州労災病院地域連携室医療福祉相談部門MSW）

はじめに

大学で社会福祉を専攻した女性が、就職直後の労災事故で脊髄損傷を負った。大学で学んだ医療のあるべき姿（患者の尊厳を守り、十分な説明と同意・拒否を認める医療）と医療の現状との隔たりに苦しみながらも、前向きに障害を克服、本来持っていた力を発揮し、車いすで営業職に復帰した事例である。

急性期病院の抱える問題点

当労災病院でも、脊髄損傷患者の在院日数は短縮している。労災患者も例外ではない。そのため、入院ではADL獲得が中心で、障害の受け入れ・住宅準備・復職支援などに対して十分な時間が持てないのが現状である。

この事例では、前病院で発生した褥瘡治療に時間が必要で、その間リハの遅れを生じたが、障害者病棟が作られた後であったため、転院せずに何

とか復職まで当院で支援することができた。

脊損患者や頸損患者に対して医学的リハビリテーションや社会復帰のスキルを培ってきた病院が、病院の機能分化に伴う在院日数短縮化で、その機能を発揮できないことは損失である。当院は回復期病棟・障害者病棟を有していることで、急性期病棟のみの病院よりは入院期間を検討できる。しかし今後さらに急性期化がはかれると、脊損患者の社会復帰までの充分なリハビリテーションをどのような形で保証されるのかは大きな問題である。

事例概要

第3者行為の交通事故（労災）による、Th12前方脱臼、L1椎体骨折でTh12以下の完全対麻痺、左鎖骨骨折、仙骨部褥瘡。受傷時23歳の女性である。

受傷後、救急病院に搬入され、後方固定術を受けた。褥瘡を発生、治らないまま当院に転院。褥瘡の手術と治癒までの経過が長く、ベッド上生活

が長く続いた。その間ストレッチャーでMSW室にも訪れていた。褥瘡の治癒までに約6ヶ月かかり、受傷から退院までに約1年を要した。

家族は、同居家族が父・母・本人・弟・弟の5人で、同敷地内の別宅に祖母が住んでいる。弟の一人に障害があった。退院時は自動車保険の補償が決着しておらず、増築が間に合わなかったため、祖母宅に簡単な改修を行い退院した。後に自動車保険から増築費が出て、現在は自宅に本人の部屋を増築して生活している。

退院後6ヶ月して受傷前の会社に復帰して、現在に至る。

情報提供や活用した社会資源は、自賠責・任意保険・生命保険・労災・厚生年金(障害)・身体障害者手帳・補装具申請(車いす)・日常生活用具(歩行支援用具、入浴補助用具)・弁護士・設計士・脊損の会社社長(営業職の体験談)・他の脊損患者(自宅訪問)、ハローワークの障害者雇用面談会などである。

障害の受け入れ

一般的に患者が若年の場合、おおむね父親は母親に比して子供の障害については認めにくいようであるが、この事例においても父はなかなか患者の身体状況を認めることができなかった。

「障害を受け入れなければという思いは、本人が一番早かったのではないかと母親が語っている。次いで母も、かなり早い時期に障害を受け止めていたと推察する。ICUで「私の下半身はだめかもしれない」と彼女自身が母に語ったという。もちろん、具体的な障害の受け入れについてはさらに時間を要したが、一般病棟に移ってからも、病室に持込みを許可されたPCを利用して、インターネットやメール、同じ障害を持つ仲間との交流等々からも情報を得て、障害の受容は形成されていったと思われる。

しかし、彼女にとっては大切な情報源であるにも拘らずPC持ち込みが簡単には出来なかったこと、若い女性に対して男性看護師が導尿等を行うといった屈辱的な経験(医療者と患者の感じ方は大きく違う)、本人のアンビバレンツな心理状態を攻撃的だと誤解される等々、臨床現場の管理的土壌、受容的処遇の欠落、病院と患者の立場の違いによる行き違いなどが、日々の療養生活の中で患者本人や家族を苦しめたことは間違いない。その都度話し合いが持たれ、合意点を見出す努力がなされたことは大きかったと、本人が後日語っている。

医療者の提供する対応と患者側が求める安心・信頼ある対応との差は、このケースに限らず大きい。MSWとしては、このような患者・家族の気持ちを大切にしたいと考え、他のスタッフにフィードバックしていたつもりだが、充分にはその役割を果たせなかったと反省している。時間に追われながらもよりよき治療を提供する重責を持つ病院

側の態度と、医療を受ける側のこれだけは譲れないとする主張(時には叫び)との調和が求められるのだと思う。大変に難しい問題ではあるが、医療者として患者の権利と義務について常にバランスを持ちながら対応していきたいものであると、再認識させられた事例でもあった。

弟に障害があるため社会福祉に興味を持ち、大学で専攻、彼女なりに医療や福祉を理解していたが、実際の医療現場や療養生活は理想とは大きく異なり、現実の狭間で苦しいことが多かったと推測される。

4年制大学を卒業し就職活動を続けた後、就職を達成した。試用期間を終了して正式採用となった直後の第3者行為の労災事故で、本人側の過失は全くない状況での受傷だった。いかに無念であったかは想像に難くない。

職業復帰過程

復帰の可能性は充分にあり、年齢や能力的にも就労が可能と考えられた。労災事故でもあり、もとの職場に受け入れが可能かどうかの検討も必要だった。

しかし正式採用後間がないこと、営業職であり、エレベーターのない中小の企業への訪問も多かったこともあり、他の仕事の検討も考えた。しかし本人の強い希望で、もとの会社に復職検討を口頭及び文書でお願いした。このような文書は復職検討の際には必ずリハスタッフと患者・家族で作成し、会社側に病院からの依頼として提出している。以下にその内容を転載する。

(会社への申し入れ書)

以下、会社への申し入れ書

平成16年10月25日

株式会社 ○○○○
代表取締役 △△ △△様

九州労災病院

リハ科医師 河津 隆三
理学療法士 和田 茜
作業療法士 松村 豊子
MSW 大塚 文

秋も深まってまいりました。貴殿におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。貴社社員で、当院入院中のA氏につきまして、以下のとおりご報告申し上げます。

車いすでの生活にも慣れ、自立度も増してきました。退院の後は、復職をしたい旨の強い希望があります。ご検討いただけると幸いです。その一助となればと考え、A氏を担当した医療スタッフでこの報告書を作成いたしました。よろしくごお願い致します。

また、10月26日には当院へお運びいただけること、感謝申し上げます。

1. 身体状況

事故により胸椎12番の前方脱臼、腰椎1番の椎体骨折、左肩鎖関節脱臼骨折し、胸髄12番目以下の完全麻痺で両下肢は随意性、支持性がなく、立ち上がったり、歩いたりすることはできません。車いすが常時必要です。今後も症状が改善して歩けるようになる可能性はありません。

この脊髄の損傷により、膀胱と直腸の障害が出て、排尿・排便が自分の意志ではコントロールできません。排尿は現在、2～3時間ごとにトイレに行って、腹圧をかけて出しています。失禁した場合に備えて、パッドを使用しています。朝、排便して出かけますが、下痢などしていると思わぬときに便が出ることがありますのでパッドの使用で対応策を取っています。

両手は問題なく、字を書いたり、パソコンを打ったり等の動作はこれまでどおりです。ただし、常時車いすを必要としますので、その為に環境への配慮が必要です（この点については後述します）。

また下肢の感覚がなく、手で動かさない限り自分の意志で足は動きませんので、同じ姿勢でいる事が多くなります。そのため、特に臀部が圧迫され、血流が悪くなり、床ずれの原因になります。一般に感覚のある人は無意識に身体を動かしてこの圧迫を防いでいますが、彼女の場合は下肢が全く動きませんので、気をつけることが大切です。車椅子に座っていて、時々両手で腰を上げる動作をします。これは「プッシュアップ」といって、床ずれを防ぐ為に徐圧をする方法です。ご理解ください。可能なら昼休みなど横になれると床ずれ予防効果が期待できます。

排尿が通常のようにできず膀胱に尿が残ったりすることから、感染を起こす可能性があります。なるべく水分を取って、排尿を促しています。就業中にも水分摂取することがあります。ご理解ください。

2. 日常生活

障害の特徴からコントロールをしなければならぬこと（排便・床ずれ予防、水分補給など）はありますが、車いすを使用して通常の社会生活ができます。大変な事故でしたが、知的な障害をきたす怪我には至らなかったこと、本人に苦しい療養生活を乗り越える精神力や、重度の障害を受け入れる力があつたことが幸いしました。現在では家庭での生活はもとより、仕事に復帰する力は充分にあるものと判断しています。

車の運転に関しては、公安委員会で適性検査を受け、手動装置をつけた車であれば運転可能です。車いすを自分で車の中に入れ入れることもできます。自動車学校で、手動装置つき車両の運転も練習済みです。今後手動装置つきの車の購入

を予定しています。

ウィリーといって自力で車いすの前輪を持ち上げることができるため、7cm程度の段差は自分の力で乗り越えられます。勾配は12分の1までであれば上れます。階段昇降はできませんが、エスカレーターの利用はできます。ただし安全なのは、エレベーター利用です。

物を運ぶ時は自分の膝の上へのせられるものであれば可能です。また車いすの座面の下についているネットに入れられるものも運べます。

3. 復職について

貴社への復職を希望しておられます。本人の話によると、階段のある会社へ出かけることが多かったようですので、車いすでも営業可能な、病院や福祉施設といった場所への営業への転換といったご配慮がいただけるものか、営業職自体が不可能なのか等、ご検討いただければと思います。車いすで営業に出ている例はあります。その方たちの場合は、特別な配慮なく、車いす使用を自分にセールスポイントとして営業活動をされています。

営業職が不可能な場合、貴社で車いすでも可能な仕事をお示しいただければ幸いです。病院側でもきうる限りの協力をさせていただきますので、職種の選択や、動作上・環境上の問題などありましたら、ご遠慮なくお声をおかけください。貴社に出向くことも可能です。

4. 環境面への配慮

車いす使用のため、復職を受け入れていただける場合には以下のようなご配慮をいただけましたら助かります。

- ・車いすが通れるスペースを確保してください。（直線であれば最低でも85cm位）
- ・駐車場の確保をお願いできますでしょうか。（更にお願ひできれば、雨の日に傘がさせないため屋根があるととってもありがたいです。）
- ・階段昇降ができません。エレベーター使用が必要です。
- ・段差によっては簡単なスロープを設置させてください。
- ・トイレは洋式、車いすで入れるスペースが必要です。
- ・可能なら昼休みに（10分でも結構です）、車椅子から乗り移れて、床ずれ予防に横になれるスペースを用意していただければ助かります。（ソファなどでも可）
- ・仕事をするデスクは車いすが入るもの（足置き・肘掛が机の中に入って、安定して作業ができるもの）にしてください。

以上大変ぶしつけなお願ひですが、ご検討いただけますようお願い申し上げます。

上司との面談は文書を提出後、病院に来訪してもらう形で実現した。医師からの病状説明や患者の復職意志の確認などを行い、本人・会社・病院それぞれの立場で意見交換したが、大変に温かい面談となった。これまでに多くの勤務先の上司との話し合いを経験したが、最も好意的な対応の一つに数えられる。

また患者本人・PT・OT・MSWで職場訪問し、職場を確認した。その際、会社事務所で以下のような文書を、先に提出した文書の返答としていただいた。以下に転載する。

(会社の回答書)

平成16年11月10日

九州労災病院リハビリテーション科
各位様

株式会社 ○○○○
代表取締役 △△ △△

先日は当社社員・Aの現状と復職に向けての提案について、御丁寧なる報告、まことにありがとうございました。この問題は全従業員に関わる事柄と受け止めましたので役員だけでなく、全社員にもコピーを配布いたしまして意見を集約いたしました。

まずご報告いただきました「1.身体状況、及び2.日常生活」については了解いたしました。以下、御質問に関してお答えいたします。

3.「復職について」ですが、社員Aの場合、事故遭遇時は入社3ヶ月という見習い期間を終わったばかりでしたので、経験・実績とも乏しく当方といたしましても全く将来に対しての見通しも立てにくい状況ですが、御提案に対してお答えいたします。

病院や福祉施設への営業の転換につきましては、この業界は関連会社間の競争が特に激しい状況がありまして、予め会社として顧客を社員に振り分けるといった所謂ルートセールスの営業実態ではありません。社員各位が自由意志で営業活動をして、その獲得した顧客を各自が管理していく形態をとっております。従って病院や福祉施設関係を当てることは自由ですが数に限りがあり、既に他の社員が担当しているところを振り替えたとしても限度があると思われま。営業方法は訪問以外に電話、DM、FAXを使つての営業もありますが、経験不足のA社員には相当の訓練を要するものと考えられます。また、この仕事は時間的制限があり、せっかちな広告主も多く、すぐに対応しなければならない場合が多く、車いすを自分のセールスポイントに等は全く期待できないと思います。

配置転換につきましては、現在女性2名が経理補助と庶務の仕事をしており、充足しております。

仮にこの仕事につくとして、必ずしも戦力として期待されない立場では、本人の性格からして満足できるかどうか、危惧するところです。

4.「環境面への配慮」

- ① 車いすの通れるスペース・・・対応可能です。
 - ② 駐車場の確保・・・当社の駐車場は機械式立体となっており、対応は不可能です。隣接の公共ビルの駐車場には身体障害者枠がありますが、来客用のため月極めは無理と思われま。その他は不明です。
 - ③ エレベーター・・・身体障害者仕様となっており問題ありません
 - ④ 段差・・・段差はなく、問題ありません
 - ⑤ トイレ・・・身体障害者用設備があり、問題ありません
 - ⑥ 横になれるスペース・・・対応可能です
 - ⑦ 車いすが入るデスク・・・対応可能です
- 以上、ご質問・ご要望についてお答えさせていただきました。

総論

上記をふまえた上での当社としての考えを述べさせていただきます。

当社といたしましては、小規模の会社であります。これを機会に会社としても社員個人としても障害者を受け入れる事により、社会的意義を自覚し、より成熟した組織へと脱皮すべく、試行錯誤はあると思いますが、以下のような条件の下でA社員の希望を受け入れたいと思います。

条件

とりあえず1年間(17年4月から18年3月まで)の期限付きで復職をしていただきその間本人自身も営業社員として職務を全うできるか、健康面(肉体的・精神的)に不都合がないかなどを実践して確認判断していただき、その間会社としても経営面から勤務可能の方策を考えます。

一年経過後に正式に復帰できるか否かを話し合い、不可能であればそれから配転・転職を考えるとどうでしょうか。

いずれを選択するにしても、当社として協力は惜しみません。

以上

事務所はエレベーター付のビルの6階で、ビルへの出入り口もバリアフリーであった。事務所のある階には車いす用のトイレがなく1階の身体障害者用トイレを使うことで解決した。また褥瘡で長いこと苦しんだこともあり、昼休みなど横になれるスペースについては同階の一室(休憩室)のソファを活用できた。事務所内はバリアフリーで机は車いすで使用可能であった。駐車場については、会社と同ビル内には求められなかったが近隣

に確保した。

復職後は、会社側の配慮で本来なら自分の顧客は他者に譲らないのが通常だが、病院など営業しやすい顧客を彼女の担当に変更してくれたと聞いた。その後、県外の遠方の顧客が増え、メールや電話でのやり取りで営業を行うことが増え、大きな仕事も取れ、就業も安定した。現在も就労を継続中である。

問題点・成功のポイント

筆頭に記すべきは、患者本人の能力の高さであろう。当然のことであるが、受傷で一時的に不安定になり、医療スタッフから誤解されたこともあるが、MSWは揺らぐことなくずっと彼女の能力を信じられた。本来、知的にも生活能力的にも、考え方にも、しっかりとしたものを持っている人物である。

MSWとしては、同じ社会福祉を専攻した者として、彼女の医療や福祉に対するいわば「失望」のようなものもよく理解できたし、またこれが現実なのだと思える過程もよく分かった。その上で彼女自身が受傷や入院期間を、人生の一経験として自分なりに越えて行ったことも理解できる。まさにこのようなことが、身体の障害に対してのみならず、真の意味での障害受容ではないかと考

える。現在の本人は明るく前向きに生きている。

また忘れてはならないのが、会社の誠意ある対応である。復職の話し合いさえ拒否されることが多い中で、多くの不安材料を抱える社員に対して、中小規模の会社が、1年間の検討期間を提案してくれ、さらに「会社としてより成熟していきたい」という姿勢を示していただけただけに、心からの感謝を申し上げる。

病院の考える職業復帰能力と、職業人として、その会社にとっての能力とは別物である。後日聞いた話では、当然であるが彼女の復職に反対する方もおられた。しかし最終的に受け入れを決め、見極めの期間を設け、患者と共に試行錯誤を繰り返していただけた会社の姿勢が、何にも増してありがたかった。

就労検討にあたって、営業職の脊損患者が社長で、車いす使用者が多くいる会社を紹介したこともあったが、その時の彼女の言葉が秀逸であった。

「せっかく車いす乗りになったのに、車いす乗りが山ほどいるところには目立ちません。それはいけません。面白くありません。」

この言葉を思い出すたび、彼女の生き方の力強さ、人生を謳歌しようとする姿勢を感じる。

【おおつか あや】

1. フランケル分類

A	Complete [完全麻痺]、損傷高位以下の運動知覚完全麻痺。
B	Sensory only [知覚のみ]、運動完全麻痺で、知覚のみある程度保存。
C	Motor useless [運動不全]、損傷高位以下の筋力は少しあるが、実用性がない。
D	Motor useful [運動あり]、損傷高位以下の筋力の実用性がある。 補助具の要否に関わらず歩行可能。
E	Recovery [回復]、筋力弱化なく、知覚障害なく、括約筋障害なし、 反射の異常はあってもよい

2. 改良フランケル分類

(「頸髄損傷横断面評価表」、総合せき損センター；平成6年1月開始,平成12年10月改訂)
上記フランケル分類のB, C, D 群を予後の違いから細分化している。

A	motor, sensory complete 完全麻痺 仙髄の知覚(肛門周辺)脱失と運動(肛門括約筋)完全麻痺
B	Motor complete, sensory only 運動完全(下肢自動運動なし), 感覚不全 B1 触覚残存(仙髄領域のみ) B2 触覚残存(仙髄だけでなく下肢にも残存) B3 痛覚残存(仙髄あるいは下肢)
C	Motor useless 運動不全で有用でない(歩行できない) C1 下肢筋力1, 2 (仰臥位で膝立てができない) C2 下肢筋力3程度 (仰臥位で膝立てができる)
D	Motor useful 運動不全で有用である(歩行できる) D0 急性期歩行テスト不能例 下肢筋力4,5あり歩行できそうだが,急性期のため正確な判定困難。 D1 車いす併用例 屋内の平地であれば10m以上歩ける(歩行器, 装具, 杖を利用してよい)が, 屋外、階段は困難で日常的には車いすを併用する。 * 10m以下の歩行であればC2と判定 D2 杖独歩例あるいは中心性損傷例 杖独歩例: 杖、下肢装具など必要であるが屋外歩行も安定し車いす不要。 中心性損傷例: 杖、下肢装具など不要で歩行は安定しているが、上肢機能が 悪いため、入浴や衣服着脱などに部分介助を必要とする。 D3 独歩自立例 筋力低下、感覚低下はあるが独歩で上肢機能も含めて日常生活に介助不要。
E	Normal 正常 神経学的脱落所見なし。(自覚的しびれ感, 反射亢進はあってよい)

【備考】

膀胱機能は包含せず。(通常D以上では自排尿である)左右差のある場合には、左右各々を評価する。(左B2, 右C1など)判定に迷う時には悪い方に入れる。D0群は実際はD1, D2, D3のいずれかであるので、予想できればD0(D1)やD0(D2)と記載する。

第3章

私の選択



3-1.

働く障がい者の 見本として

長田 博行

ソニー・太陽(株) 代表取締役

(ながた ひろゆき)

Th 8-10損傷、完全麻痺

1. 受傷から社会復帰へ

今年(2007年)5月、本社の社長が当社に見学に来られ、その夜懇親会があるお寿司屋さんで開かれました。トップの方と間近でお話できる機会もそうそうあるわけでもないのですが、美味しい食事とお酒を飲みながら様々な話題が出て有意義なひと時を過ごす中で、「人には運、不運というのがあり、私は本当に運のよい、恵まれた人生を送っています」とお話し申し上げました(私は今年ちょうど還暦の60歳になります)。社長は「それは運がよいのではなく、努力の結果そうなったことであり、必然性のあるもので、堂々と自信を持って今後も生きていけばよい」と励まされました。

突然の発症 障害を負った当時、私は未だ学生でした。21歳の時、ある部室で椅子から立ち上がった際、雷に打たれたように腰の部分から右足全体に急激な痺れ感と痛みを襲われました。そのまま病院に駆け込んだのですが、数日後に今度はさらに激しい痛みが左足を襲い、のた打ち回って目が覚めたときには、足に全く感覚がなく寝返りを打つことさえできない状態でした。

病名は「脊髄炎」。ところがその後判明した症状は、血管が破裂しやすい遺伝性の病気で日本でも珍しく、私の場合は脊髄周辺の動脈が破裂し、神経が癒着して脊損になったということでした。

受傷当時は脊損患者に対する医学も進んでおらず、私もご多分にもれず酷い褥瘡になり、治癒するまで1年半も要しました。この間、寝たきり状態で毎日38度前後の熱が続き、一時は死を覚悟したこともありました。褥瘡が治癒した後、北九州小倉

にあるリハビリ専門の病院に移り、さらに半年後、大分県別府市の授産所「太陽の家」に入所し、働く人生の一步を踏み出しました。

太陽の家へ 太陽の家に入所した経緯は、私は労災でもなく生活保障が全くありませんでしたし、地元の北九州では働く場所も見つからず、「生きていくためには何でもやるしかない」というリハビリの先生の指導で、全く知識がない太陽の家にある意味では強制的につれてこられたようなものでした。この先生は当時、東京の慈恵医大から研修にこられていて、お会いするたびに「いつまでも病院にいるのではなく、早く働きなさい」と諭されていて、きつい先生だと当時は思ったものですが、今では本当に感謝しています。

布団1枚を持って1971(S46)年1月30日、底冷えのする寒い日に、実家に帰らず病院からそのまま車に揺られ太陽の家に到着。部屋は3人部屋で、後で知らされたその部屋は以前の結核療養所の死体安置所——どうりで隙間風の強い寒い部屋でした。入所した当時の太陽の家は、170名近い様々な障害を持った方々がすごい活力で仕事をされており、暖房の効いた病院から来たばかりの青白くひ弱な私には信じられない光景でした。「これではいけない、何とか皆についていこう」と決意を新たにしました。

最初に就いた職場は、やぐら炬燵を製造している木工科でした。与えられた仕事は30センチほどの角材の角を削る面取りで、私の意気込みと違ってただ1日8時間、鉋(かた)でひたすら角を削ることだけです。まだどこか甘えた考えがあった私は、この単純作業を毎日続けることに不安をいだき、

悶々としていました。

私の憂鬱とは違い、当時の太陽の家は発展の一途をたどっていました。次から次に新しい建物が建ち、多くの仲間たちが入所し、今思うとそのころが一番活気に溢れていたのではないのでしょうか。

仕事の浮き沈み そんな折、将来に不安を抱いていた私に朗報が飛び込んできました。掲示板に私の異動命令の知らせが載っていたのです。次の職場はマネキン人形を生産するプラスチック科。

このころ太陽の家には日本で初めての福祉工場が設立され、優秀な授産生が次々と採用され自立の道が急激に開け、真面目に働けば社会復帰できるという機運に満ちております。

家内は私より先に社会人としてこの福祉工場に採用され、収入は家内のほうが断然多く、どちらが主人なのか分からない時期でもありました。

社会人として自立していく仲間たちを羨望の目でみながら、与えられたチャンスを逃がすまいとこのプラスチック科で必死に働き、そして2年後この会社で正式な社員となり、晴れて社会人になったのです。

ところが良いことはそんなに長続きしません。プラスチック科に仕事を出していた会社は当時のオイルショックの影響を受け、事業規模を縮小せざるを得なくなり、太陽の家から撤退していきました。この会社の社長は私に「ついてくるか、それとも太陽の家に残るか」判断を迫りました。しかし先輩から「新しい仕事があるから」との指示に従い太陽の家に残り、一から出直すことを決心しました。その後、半年間就職浪人として職安に通い、雇用保険をいただきながら時期を待っておりました。

1974 (S49) 年春、私の人生で一大転機になる機会がやってきました。太陽の家の事務局から呼び出しがかかり、ラジオを1台、作業標準書どおりに作ってみなさいという命令です。

これは、ハンダ付けなど全く経験のない私には、酷な注文です。案の定、ラジオのケースのあちこちをハンダこてで焼いてしまい、見るも無残な結末です。その時、組み立てに失敗したことより、なぜラジオなんかを私に作らさせたのだろうと不思議でした。

その年の5月、私は太陽の家の準職員として採用され、ソニーのラジオを組み立てる新設された授産科に配属され、責任者として新たな人生を歩み始めました。

2. 二人の偉大な指導者との出会い

サンインダストリー 1978 (S53) 年1月14日、会社が設立されました。社名は「サンインダストリー」で、日本語では太陽の家ですが、授産科から独立したれっきとした会社法人です。ただ社員は私を含め3名、あとは授産生の方で総勢20名ほど。

私は工場長という肩書きで、会社を経営する責任を負わされることになりました。まだ30歳の、管理者とは何なのか理解できていない若造が工場長ですから、今思うと冷や汗ものです。

会社の発起人は井深大さん(ソニー創業者)、中村裕先生(太陽の家の理事長・当社初代社長)、秋山ちえ子さん(評論家)、その他は私を含めた太陽の家の関係者です。こうした、そうそうたる方々に出資していただき会社ができ、障がい者が自立する道が開けました。出資者の皆さんは、障がい者が自立することに対してあらゆる面でサポートしてくださっており、そういう意味では失敗は許されない環境で、一日一日緊張した日々を送っておりました。



中村裕先生 中村先生は社長といっても医者であり、それ以外の業務で2足の草鞋(ワジ)どころか3足も4足も仕事を受け持っており、忙しい日々を送っておられました。この中村先生のご指導がなかったら、今の私はなかったといっても過言ではありません。

「世に心身障がい者(児)はあっても仕事に障害はありえない」——これは中村先生の理念であり、今でもあまりにも有名なお言葉です。「体に障害があっても、技術、医学の進歩で仕事はできる」と、中村先生は当時あらゆる場面で訴えられました。このお言葉を聴かされたとき私は、ある意味では突拍子もない話で、とてもそんなことは不可能だと思っていました。ところが、実際に物を造ってみますと、ちょっとした工夫をしたり、残存機能を有効に発揮させる適材適所の人員配置

で、健常者と同等とまではいかないにしても十分働けることが立証され、それが自信に繋がりました。さらに、仲間たちは忍耐強くこつこつと努力してくれましたので、生産性の面でも時折健常者を追い越す場面もありました。

中村先生との業務上での打ち合わせは、月1回、中村先生が経営する大分市の中心街にある病院内で行われました。報告というより私への指導が大半で、利益が出る会社にすること、そして夢を持つことを中村先生から叩き込まれました。

中村先生は経営者には厳しい指導をされましたが、非常に心配りが上手く、私たち障がい者には大変優しく対応してくださいました。

中村先生との出会いの中で忘れられないエピソードがあります。私が日本代表の1人としてオーストラリア・シドニーでの「フェスピック大会」（旧極東・南太平洋身体障害者スポーツ大会）に出場した際、卓球会場からフェンシング会場へ急いでいかなければならず、どうやって行けばよいか困っておりましたところ、中村先生がちょうど会場にいて「すぐに車を出すから」と、自らレンタカーを運転され次のフェンシング会場に連れて行ってくださいました。

初めての外国の道を、何の迷いもなく左ハンドルの車を運転されている姿は大変頼もしく映ったし、また不思議でもありました。

お陰さまで試合に間に合っただけでなく、日本人選手の中で一番最初に金メダルを獲得でき、少しは恩返しできたかなと思ったものです。こんな中村先生ですから、「人のやらないことをやる」という信念をお持ちだったソニーの井深さんと、下世話で言う「馬が合った」のではないのでしょうか。

井深大さん ただ、最初の中村先生と井深さんとの出会いは物別れだったそうですが、井深さんにしてみれば、中村先生の理念は胡散臭いと思われたとか。ところが中村先生の理念どおりに障がい者が生き生きと働いている姿をご覧になったとき、これは本物だと確信されたようです。

井深さんは太陽の家を訪問される際、著名な方々をお連れして、中村先生が理念としている障がい者が働く職場を紹介され、その結果新しい職場ができるという効果を生んでいます。

ホンダの創業者・本田宗一郎さんもそのお一人です。本田さんが大分から帰られてすぐに、ホンダの仕事が入ってきました。そして当社が辿った道筋と同じように会社ができ、障がい者が「ホンダ太陽」に採用され始めました。

井深さんは私たちに「障がい者だからという特権なしの厳しさで、健常者より優れたものを……」というメッセージを残されています。

余談ですが、井深さんはあえて「健常者」とは言わず、「健丈者」とおっしゃっています。常に健康な人間はいない、丈夫なだけだ……と。

井深さんはソニーの創業者ではありますが、私のような人間でも大事にしてくださいました。

井深さんとお会いできる機会が増える中、私にとって一生忘れられない経験があります。

会社が休日のある日、まだ寝ていた朝7時ごろ電話がありました。井深さんご夫婦が別府の旅館に泊まっているが、是非一緒に朝食をとりたいので今からすぐに来てください、というお話です。

さすがにソニーの創業者と朝食をとることにためらいはありましたが、折角のチャンスですから、お伺いすることにしました。朝食の献立までは覚えていないまでも、井深さんご夫婦、秘書の方お二人、そして私と家内の朝食は楽しく、親しみを持ってお話してください、緊張の中でも至極のひと時を過ごさせていただきました。

後で家内と話したことは、障がい者として働いてきたからこのような機会にめぐり合えたのであって、健常者として普通に働いていてもありえない出来事ではないかと。

中村裕先生、そして井深ファウンダー〔創業者〕は私の最高の指導者でありよき理解者でありましたが、残念ながらお二人ともすでに天国に旅立たれています。

3. 「自律」

音響機器の組立経験を重ねる 1981 (S56)年、私たちの会社は「ソニー・太陽」と改名しソニーの特例子会社として、ソニーの障がい者法定雇用率を支える責任を持つこととなります。これを期に、障がい者も多く採用され、職場は活気に溢れてきます。

当社はソニーの仕事をするに当たって、最初のラジオの時代から一貫して製品を組み立てる仕事を受け持っております。それは部品ではなく、半製品でもない、お客様と密着した完製品で、日常よく目にするものです。

ラジオ、マイク、トランスミッター、レコード針（カートリッジ）、ミキサー、VTR用タイマー、ウォークマン、ヘッドホーン等々。ほとんどが音響機器ですが、ソニー製として世に出回っています。

これらの製品の中で、当社の技術力を格段に進歩させた忘れられない製品があります。それはFMラジオつきのヘッドホーン「FM-7」です。非常に部品の密集度が高く、しかもFMですから高周波技術が必要となり、組み立てる技術も生半かなものではなく、丸3ヶ月来る日も来る日も作っては不良、作っては不良で悪戦苦闘の毎日でした。

フレキシブル基板、LSIのハンダ付け——どれをとっても経験したことのない難しさと、帰宅するのは次の日の午前2時ごろ。それでも仲間たちは一度も音を上げませんでした。

3ヵ月後にやっと製品として出荷され始めましたが、この時の要素作業技術の向上がなかったら今の発展はなかったかもしれません。

会社としてのひとり立ち 1987（S62）年8月、私は取締役工場長に就任しましたが、このとき常勤取締役は私一人ですから、すべての業務遂行について私が全責任を負うこととなります。

1988（S63）年7月、新たに大分県速見郡日出町に工場を建設。本社も別府から日出に移し、名実共に会社法人として独立し、また新たな一歩を踏み出しました。工場建設の理由は、別府の太陽の家の敷地内では障がい者をさらに雇用するには手狭でしたので、別な場所を探していたのです。

新築した日出工場は幅30メートル、長さ50メートルの小さな工場ですが2億円をかけて建設しました。私には気の遠くなるような金額で、1億円は助成金制度を利用して、残りの1億円は増資をしての自己資金と銀行からの借入れでまかない、私たちの未来を託す工場ができました。

日出工場でのモノ造りはほとんどがウォークマンの生産です。25メートルのベルトコンベアー3

本でフル稼働し、人事総務、品質管理、技術、生産計画の各部門がサポートするという体制です。

このころはちょうどバブル景気が崩壊する時期で、ウォークマンの生産も国内ではコスト的にやっていけない時期に来ていました。先行きが不安な状態で、何か安定した仕事はないものかと悩んでいました。また会社として、資材の自給化と、品質ISOの取得など、機能の拡大が要求されて、人材不足にも陥っておりました。

新ラインで悪戦苦闘 そんな折、ソニーグループ圏外で造られていたマイクロホンの生産をやってみないか、というお誘いを受けました。本来、テープレコーダーの開発など、音にこだわりを持っているソニーですから、マイクロホンが圏外で生産されていることなど全く知りませんでした。

このお話を受けて、まずは現状調査を開始。様々な課題はあるものの、製品の大きさといい、安定的な仕事が確保できるなど魅力が一杯で、ぜひ当社に取り込みたいと積極的な活動を展開しました。

ちょうどこのころ、障がい者をさらに雇用する目的で、日出工場の増築の話が持ち上がり、マイクの生産とあいまってとんとん拍子にこのお話が進んでいきます。

1991（H3）年、日出工場は長さ50メートルから139メートルに増築され、マイクロホンの生産に必要な設備も最初から組み入れられ、デバイスから製品にいたる仕事を受け持つ工場になっていきます。

マイクロホンの生産が本格的に始まった当初、仕掛かりの山を築くばかりで、バックオーダーを抱える始末。前加工の工程、組み立ての工程、梱包の工程と分かれており、それぞれがまた仕掛かりを持っていて、新しく採用された社員はろくに研修を受けずに作業に入ってしまったものから、ラインストップは日常茶飯事でした。工程の多さと未熟な作業能力では、仕掛かりができるのも当たり前前の状況です。

お客様の要求にはこたえなければならないし、問題が山積みの状況ではどうやって解決するのか、日々製造担当責任者と喧々諤々の対策会議を行っておりました。何とかスムーズに製品が出来始めたのは2年後の1993（H5）年でした。

こうした時、悪いことばかりあったわけではなく、

若い社員が立派に成長しています。彼らは苦難を乗り越えてきた貴重な経験、モノ造りの苦しみと楽しさを味わっています。

トヨタ式生産方式の導入 1999 (H11) 年4月より、トヨタ式生産方式である生産革新活動を導入しました。ムダを徹底的に排除し改善することがこの方式です。当社が導入した背景には、会社として確固たる方針を持たなかったがために、リーダーをはじめ管理職の社員までも意思疎通ができてなかったことがあります。

この現状を打破するために生産革新活動を開始したもので、会社としては画期的な時期に当たります。開始にあたりベンチマーク〔基準点〕としてある関連会社を見学させていただきましたが、工場に入るなり私はカルチャーショックを受けてしまいました。

ベルトコンベアーが撤去されているのはすでに知っていましたが、整理整頓、誰にでも理解できる指標、そしてシンプルな材料、製品の流れ、在庫はごくわずか——心の中で感嘆の声を発してしまい、今でもそのときの工場の姿を思い出します。

「やればできる」というお手本の現場を見学させていただいたので、我々もやればできるとそのとき決心し、生産革新活動をスタートさせたのです。

まずはよき指導者を探すことからはじめ、実践に取り掛かりました。社員はみな、文化の違いは感じたものの必死でついてきてくれます。生産革新のモットーは「やってみてから考える」で、考えるのは後で行動が先。

早速ベルトコンベアーの撤去。次に鉄製の頑丈な棚類の取り壊し。やるべきことは山ほどあります。日に日に工場は全く別の姿に生まれ変わりました。

作業に必要な机、部品入れそれぞれ、大半は手作りです。改善は一步一步ですが、1ヶ月、半年と時間がたつにつれ大きな変化となって姿を変えていきます。

「日本もの造り大賞」を受賞 2002 (H14) 年6月、代表取締役社長に就任いたしました。太陽の家グループの会社の中では、障がい者が社長になったのは私が初めてで、一番喜んでくださいましたのは中村裕先生の奥様です。それだけに責任

の重さをひしひしと感じての就任でした。

生産革新活動も軌道に乗り、「セル生産」はもちろんですが、当社独自の「カスタムセル」ができて上がりました。これはモノに人を合わせるのではなく、人にモノを合わせるセルで、一人で製品として組み立てる作業を全部受け持ちます。

マイクが生産開始された時期は、1機種を大勢の力で、ベルトコンベアーを使って流していましたが、カスタムセルでは一人でベルトコンベアー3本分の働きをします。いかに以前はムダだらけだったかよく分かります。そしてこれらのカスタムセルには多くの障がい者が就いています。

カスタムセルの利点は、自分のペースでモノが造れ、品質も自分でコントロールできます。自分で自分がやることを決められる画期的なセルです。正



カスタムセル



に自律したセルです。

従来、障がい者は社会人として自立することが夢だった時代から、自律できる時代に大きく変わってきたと思っております。

この生産システムは今年2007年の経済産業省が主催する「日本もの造り大賞」で優秀賞をいただきました。今まで冠には「障がい者云々」という条件の中でいくつかの賞をいただいていたのですが、条件なしのコンクールでは初めての賞です。

おわりに 当社は今年、30周年を迎えますが、私はこの30年で障がい者としてさまざまな経験を積むことができました。私たち仲間だけでなく、偉大な指導者、先輩にも恵まれました。

障がい者として20代から60歳の定年まで、働き続けてきたのは多分、私たちが最初の世代ではないでしょうか。私たちは次世代の見本となる、働く障がい者として実績を残せたかは疑問ですが、ここまでやってこれたのもやはり多くの方々に見守られていたからであり、運がよかったからではなかったかと思っています。

ただ、自信を持って言えるのは、普通に働き続けてこれたことです。■

3-2.

呼吸器をつけて スポーツジム経営へ

迫 里 深

カーブス平佐オーナー

(さこ さとみ)
頸髄C1-2損傷

新たな自分探しの旅 私は、首の骨が折れても生きている女です。2001年8月9日、その頃私は、鹿児島市内で一人暮らし。スポーツジムのインストラクターとして仕事を始めて半年足らずの21歳。

その日も、出張先での仕事を終えてバイクで会社にもどる途中、急に車が右折してきた。「危ない!」と、バイクのハンドルを強く握りしめ、走り抜けようと右側のハンドルを回した(バイクの場合、右のハンドルがアクセルとなる)。

……気がつく、私の大嫌いなピンクのカーテンに仕切られたベッドに居た。

「ここはどこ?」と思っていると、母の顔が見えた。実家は鹿児島市内から少し離れたところがあり、「なんで、ここにいるの」と不思議だった。よく見ると父もいる、親戚もいる。兵庫から遊びに来ていた友人もいる。後で聞いたが、私がいたICUに入れなかった方がたくさんいたそうだ。

「ここは?」と聞こうと思ったとき、自分の口に呼吸器のチューブが突っ込まれていることに気付いた。私が目を開けていることに気付いた母は私に、「ここは病院だ」と教えてくれ、そのときになって私はやっと、自分のバイクが右折車を逃げ切れずに車にぶつかってしまったことがわかった。

母があらためて今の私の状態を教えてくれた。右大腿部が骨折しているの引張った状態であること。骨盤には無数のヒビがあり、腰を吊り上げた状態にしていること。頭部はくも膜下出血で、首の状態はよくわからなかったが、からだの感覚は全くなかった。また、右足のスネが切れるほどの深い外傷があること。あとは、眼球が動か

せないせいか、視野がかなり狭かった。

ICUには1ヶ月半程度いた。その病院のICUにこんなに長くいた患者はこれまでになかったらしく、滞在記録を更新! 私って、スゴイ!

入院当初は痛みはなく、「仕事が休める! ラッキー」としか思っていなかった。だが、いつまでたっても声が出ない。感覚もなければ、動くことも出来ない。私はだんだん不安になってきた。

その後は、息苦しくなり、高熱が続き、めまいがひどくなった。人に触られると気分が悪くなり、栄養をいれることすら、身体が拒むようになった。「こんなに苦しい思いをするんなら、死んだほうがまし」と言ったり、めまいがひどく「助けて!」と言ったり……

「あなたは結局どちらなの?」と突っ込まれてしまった。

それから病院を転々として、自宅へもどって、車いすにも乗れるようになった。買い物にも行けるようになったが、私は何か物足りなかった。

私は、昔から人を喜ばすことが好き。ケガをした私ができなかったことができるようになると、回りの人は喜んでくれる。でも何か物足りない。ただ寝ているだけの日々。考える時間はいっぱいあった。

ヘルパーと、とりとめのないいろいろな話をされていて、「自閉症」という言葉を初めて知った。本の文字を読むことができない私に、ヘルパーが音読してくれた。インターネットで自閉症関係のホームページを見つけたときには、それを印刷してくれた。自閉症とは何かを知りたかった私は、何度も自閉症のビデオを見た。そして私は、自閉

症にも個性があり、言葉だけで、“障害がある”というだけで「何もできない」と決め付けてはいけない、と思った。才能を生かした仕事をする、とは誰にでも言えること。事故にあって、こんな身体になってしまったけど、私にも何かできるはず。何かをしたい——そういう想いのまま、1年がたった。

スポーツジムを始めたい! このまま「想い」だけで終わりにしたくない。自閉症の子どもたちが思いっきり遊べる場所……。 「無いなら作ってやる!」 そのための資金は、交通事故の賠償金として私の一生分がまとめて手に入る予定だったので、そのつもりで計画を立てていた。

私は、こうした自分の計画や考えを父のパソコンにメールで送っていった。そこで保存し、誰もがメールを見られるようにして、私が今何を考えているかをみんなに伝えたかったのだ。

それにしても、自閉症の子どもたちの場を作るにしても、経営を続けるためには資金が必要だ。そのためには、もう1つ仕事をしながら利益を上げなければ……

今のような障害をかかえた身体になる前には、スポーツジムの経営者になって、「たくさんの人に、身体を動かす楽しさ、運動の大切さを教えていきたい」という夢があったことを思い出した。そこで、サブビジネスとして、小さなトレーニングルームを作ろうと思った。

さてさて、“作る”となると、すべてが自分でシステムを作らなくては……。 「大変だけどやるしかない!」と思いながら、考えては父のパソコンに送る、という日々を過ごしていた。「トレーニングにもいろいろあるけれど、サーキット・トレーニング*は効率がいいし、短い時間でいろいろな動きをするから飽きない」「運動不足を感じるのは、50代前後かな?」などと考えていた。

*注：一連の種目(複数)を組合わせて次々に行い、再び最初の種目に戻ってトレーニングするもの。

そんなある日の朝、歯磨きをしてもらいながらテレビを見てみると、「コンビニフィットネス・カーブス」を紹介していたのだ。私と母は急いで

父を呼び、テレビに見入った。3人で「これだ!」「こういう会社があったんだ!」となった。

早速、インターネットで検索してみると、福岡でセミナー(説明会)があるとのこと。

「父さんだけだと不安だから、兄ちゃんも行ってきて!」と私は頼んだ。今思えば、私の人使いはかなり荒い(反省)。2人が帰ってくると、2人を質問責めにして聞き出した話は、なかなか好感触なものだった。

そこで次に、父と母にトレーニング・マシンを体験してもらうために、カーブスの本部のある東京に行ってもらった。

私は重度の障害者である。障害者になってから、私が母のいない夜を過ごすのは初めてのことで、私をおいて母が上京することには不安があった。しかし、訪問看護の看護師とヘルパーがきてくれたので安心した。



母は大の運動嫌い。疲れた顔で東京から帰ってくると思ったが、マシン体験の感想だけは、早く聞きたかった。

翌日、東京から帰ってきた母を見て驚いた。あの母が生き生きとしている。「運動するのが気持ちよかった」と言うのだ。私は動揺しながらも、父の感想を聞いた。「1台だけでは物足りないけど、マシン全部使うと身体全体を動かすから、いいと思う」と父は言った。“これはイケル!”と思った。

夢を現実に それから、カーブスの方と、カーブスマシンについてメールでやりとりした。メールで質問をしていくにつれ、私は何でもかんでも絶対、カーブスマシンを手に入れたくなったのだ。

「このマシンなら、運動が苦手な人でも運動が出来る」。カーブスマシンを手に入れるには、自分をオーナーと認めてもらい、契約を結ぶこと!

私は歳も若い、重度の障害者。不安だらけ……

まずは若者らしく、会社の方に必死で質問をして私の想いを伝え、その後、自分の身体のことを説明し、できないことに対しての対応策を伝えた。自分が「カーブス・ファミリー」の一員として認めてもらうために、とにかく必死だった。何とか私の思いが伝わり、私は25歳の12月に、カー

ブス (チェーン店) のオーナーとなった。

「契約して、半年以内にお店をオープンさせること」と契約書には書いてあるのを見て、私は啞然となった。カーブスマシンを置くところも、何もない状態だったからだ。

とりあえず、トレーニングルーム「カーブス平佐〔ヒナ〕」の建築を急いだ。父の経営する温泉旅館の一部を改築させてもらうことになっていたが、コンクリートを固めるためには、ある程度の時間が必要となる。天候にも左右されるのだが、天候も思わしくなく、あせる日々が続いた。

その間に、オープニングスタッフを募集し、東京でのほぼ1ヶ月の研修に行ってもらった。スタッフに同行できない私の代わりに、兄にはその後もオーナー代理としていろいろ出席してもらっている。それにしても、建築にはかなり無理なことを言って、急がせてしまった (本当に、お疲れ様でした)。

次に集客宣伝。スタッフがいろいろなお店に行くのだが、話もしないのにすぐに追い出された日は、かなり落ち込んでいた。スタッフもみんな初めての経験。

この頃、いちばん若いスタッフが妊娠したことを報告してくれたが、私がかかなり期待していたスタッフだったので、正直ショックだった。

「契約して半年以内のオープン」——この約束の6月6日火曜日、何とか間に合った。

スタッフのひとりの妊娠が分かっていたので、もうひとりスタッフを増やすことにした。それまでは3人一緒に研修などに行っていたが、今回は新しいスタッフがひとりで行く。「だいじょうぶかな？」と心配していたが、本人はケロッとしていて、私は気が抜けてしまった。

シビアな現実を超えて オープンして3ヶ月までは順調。しかし、9月末頃から退会する人が出てきて、10月になると妊娠していたスタッフも辞めることになり、さらに退会者が増えてしまった。

利用者の方々からは「3ヶ月頑張ったのに、何も変わらなかった」「身体を痛めてしまった」……などいろいろな意見を聞いた。“何故だ！”

しばらくしてから解ったことだが、まずは利用

者の方が焦らずに、正しい姿勢でマシンを使えるようになってから、頑張るように指導すること。トレーニングでなかなか成果が出ないと思っている方でも、4ヶ月、7ヶ月、8ヶ月、10ヶ月後にやっと成果が出る方もいるということ。しかしその当時は、そんな個人差があることも知らず、私はかなり落ち込んだ。「3ヶ月頑張ったのに、何も変わらないなんて……」。そんな利用者の声を耳にして、あの頃は本当に辛かった。

そんな中でも、「血圧を下げる薬を毎日飲んでいただけ、『もう飲まなくていい』って医者に言われた。ありがとう」とか、「こんなところが欲しかった。作ってくれてありがとう」と言われ、その言葉に励まされた。

テレビ取材を受けて

そんな頃、カーブスの本部から、私の写っている写真を送ってほしいとのこと。正直、初めは何のために写真が必要なのか、さっぱり解らなかった。まさか、テレビ取材をするかどうかを決めるためだったとは……

取材を受けるのは初めてで、どんなことをするのか、不安でいっぱいだった。でもディレクターの方を見て、不安になっていた自分がいなくなっていた。言っては悪いけど「極小!」。身体がかかなり小さい。私はバスケットボール関係の友人が多いせいか、とにかく、そのディレクターは小さく見えた。

後日、撮影することになり、あえて身体の一ばん小さいヘルパーに来てもらったが、明らかにディレクターのほうが小さい。そんなことばかり考えていたので、初めてのテレビ取材なのに、少しも緊張せずにすんだ。

放送終了後、いろいろな人から「感動した」と言われ、さまざまな感想を聞いた。高校からの友人に、オープニングスタッフとしてお店を手伝ってもらっているが、テレビに出た彼女を見た人からは「テレビでは、堂々と、ハキハキとしゃべっていた」という驚きの感想をもらった。高校時代、彼女はかなりおとなしい生徒だったのだから……



私は今、生きている。

身体を動かせない。声も出せない。呼吸もしていない。一人では何も出来ない。でもたくさんの人に支えられることで、いろいろな人たちに感動と勇気を伝えることができた。

皆さんに感謝！！

まさかの日々 年も明けた2007年元旦、車いすでも行くことができる神社に、初詣に行きお参りをしたのだが、とんでもない年になってしまった。

どうも、耳の調子が悪い。たまに、血の塊が取れる。耳鼻科の先生に診てもらふことになった。「痛いッ」と口が動いたとき、おぞましい量の血液が耳から吸引された。数日後、今度は口からの吸引で、血液が大量に出てしまった。その原因は未だに分からない。

そんな頃、以前、関西の病院でお世話になった先生から、「テレビ放映を見て迫さんに会いたいという人がいるので、行ってもいいですか」とのこと。その方は、車いすでわざわざ関西から鹿児島まで会いに来てくれたのだ。その場で、6月に兵庫県明石市で開催される障害者のための市民講座*への参加を依頼された。

*注：2007年6月9日、明石市市民会館にて開催された兵庫頸髄損傷者連絡会主催の市民公開講座「人工呼吸器使用者の自立生活を実現するために」。

結局、明石へ行くということになったのだが、私の中ではまだ迷いがあった。取りあえず、あの放送がきっかけで明石に行くことになったことをディレクターに報告した。

私のまわりでは、明石に行くつもりでスケジュールを組み始めた。飛行機を予約するには十分な時間もある。もともと、人が驚くようなことをすることが大好き。私がこの身体で関西まで行ったら、誰もが驚く。(面白そう！)

ということで、私の明石行きは決まった。

4月から、お店のスタッフのアシスタントとして親戚の方に、パートとして手伝ってもらふことになり、歓迎会を兼ねてお花見をすることにした。し

かし、寒くなったり暖冬で暖かかったりで、桜の開花時期がなかなかわからない。しかも咲いたと思えばすぐに葉桜。今年は葉桜の花見となった。

この頃から頭痛を感じるようになり、いつもは白いタンが黄色くなっていた。年明けに耳から血が出たから、頭が痛くなったのかなあ？ 最近は忙しく、疲れているから黄色いタンが出るのだろうと思い込んでいた。

その間にも、仕事での企画などもあり、「疲れた」とは、頑張っているスタッフにはとても言えない。でも、身体は正直。頭が割れるように痛くてしょうがなく、我慢できなくなってきたときに、耳鼻科の先生に「両耳の鼓膜の内側に水がある」と言われた。いわゆる「中耳炎」だ。普通は耳が痛くなるものだが私は頭が痛くなった。自分の身体は「普通ではない」と感じた出来事だった。



明石行きが6月8日。お店の「カーブス平佐オープン1周年」が6月6日。私にはどちらもたいせつな日だ。どちらの準備も、スタッフや家族、みんなで頑張ってきた。私は体温調節ができない身体で、気温が上がるとすぐに体温も上がってしまうので、体温管理には気をつけているつもりだった。

しかし、入浴介助を受けたあと、急に寒気を感じて布団をかぶり、熱を測ると37度7分。私はまだ寒くて、布団をかぶり続けていた。しばらくして寒気がなくなり熱を計ってみると39度5分。全身が黄色くなって、即入院。明石行き1週間前の出来事だった。

私は、とにかく「諦めが悪い」。何とか応急手術を無事終えて、オープン1周年の6月6日には意地でも退院するつもりだった。6日の朝には父に来てもらい、荷物をまとめて家に帰ろうとしていたとき、担当医に「すい臓の数値が上がっている。今日の退院は無理です」と言われてしまった。

結局、お店の1周年には顔も出すことができなかった……。次の日、何とかすい臓の数値も下がったので、やっと退院させてもらった(本当に、わがままな患者ですみません)。

ギリギリ、明石行きにセーフ！

明石での講演会へ いよいよ出発する6月8日に何とかこぎつけることができてホッとした。

鹿児島からテレビ取材でお世話になったディレクターが同行するというので、半年振りにお会いしたのだが……やはり小さい！

6月8日、鹿児島空港で、搭乗口に向かう途中でエレベーターに乗ったとき、急に息苦しくなった。エレベーターから降りるとすぐ、母や看護師に呼吸器を見てもらおうと、呼吸器の接続部分がはずれかかっている、空気がちゃんと送り込まれていなかったのだ。

やっと飛行機に乗り込んだが、離陸時や着陸時は呼吸器の電源を下ろして、手押しのアンビュー・バックを使わなければならない状態だった。

伊丹空港で飛行機から降りてから、私はだんだんまわりの声が聞こえなくなり、いつの間にか空港の会議室のような部屋の中にいた。その部屋にはなぜか京都で働いている弟もいて、正直なところ自分がいる場所もよくわからないままだった。とにかく、意識がなくならないように私は口を動かし続け、ようやく車いすで移動できるようになって、待機していた介護タクシーで新大阪駅まで行った。しかし、1時間遅れてしまったため予約していた新幹線には乗ることができず、みんなは立ちっぱなしになってしまった。

西明石駅で新幹線を降り、また介護タクシーでホテルへ向かおうとしていたとき、思いもかけず友人が待ち受けてくれた。「予定があるから、会えないかも」と言っていたのだが、「明日は無理だから、今日来たの」と言ってくれ、とても嬉しかった。嬉しかったけど、そのときの私の身体は疲れきってしまっていて、話もろくに聞けない状態だった。スマン！

この日は疲れているはずなのにほとんど眠れず、明日の講演会の前でも緊張していないはずなのに、なぜか眠れなかった。

6月9日、眠れないまま外が明るくなり、私はスーツに着替えた。会場の明石市民会館に着くと、何と車いすが走り回っている。ボランティアの人に、四肢麻痺の方がテキパキと指示をしている。会場はすごく生き生きとしていて、私はその場にいるだけで楽しくなってきた。

予定を越える数の人、人。一生懸命動き回って

いる障害者の方々を目にして、私は感動を覚えた。

そしてその会場には、かつてお世話になった先生がいた。私がまだ車いすにも乗れず、「もう何もできない、生きている意味もない、夢も何も考えられない」と落ち込んでいた頃、そしていろいろな医者から「生きているのが信じられない」「事例がないから、対応・治療ができない」と、いくつもの病院に入院を断られている頃、私を受け入れ、担当医となってくれた先生だ。

先生には運よく挨拶はできたけど、長く話をすることはできない。しかしディレクターから「先生と話をしているところを撮りたい」と言われ、そのときは正直、自分の中でパニックになってしまった。

講演会の第1部「知ってほしい私たちの暮らしと願い——人工呼吸器使用者からのメッセージ」には6人の呼吸器使用者が参加した。私は「チャンスは必ずめぐってきます。そのチャンスを見逃さないためにも、つねに情報が入るように、いろいろな人とコミュニケーションをとるようにして下さい。人生を楽しみましょう」とメッセージを送った。

講演会に参加して、私にはとても充実した一日となった。

ホテルに戻っても私の体調は良く、みんなも疲れなどなさそうに元気だった。お腹もすいていたので、つい、いつもより多めに栄養を入れてしまった。しばらくすると、看護師が「救急車を呼ばないと」と思うほどに苦しみ出した。そこで、みんなは思い出した——2日前まで私が入院していて、本来安静にしていけない身体ということに。

次の日は、関西の短大時代の友達と空港で会い、話も盛り上がった。あの頃と少しも変わらないのに、友達は「雨がふりだしたあ、洗濯物が気になるから帰る」と言って帰っていき、6年の歳月の永さを感じた。

健康であることの喜びを 今年〔2007年〕の鹿児島の夏は暑さが続く。私の体温も上がり、38度の日がほとんどだった。私はいつも、氷で体温を下けているが、今年の夏はなかなか体温が下がらない。とにかく昼間はうす暗くした部屋で何もせず、

ベッドに横たわっていた。

靴もあまり履くことはないのに、両足の親指が巻き爪で肉に食い込み、真っ赤に腫れていた。痛みを感じないから、カーブスのオーナー会議にも参加できた。感覚がない身体……それが良かったのか悪かったのか？



スタッフの間に妙な違和感を覚え、どうすればいいかわからなくなってしまったとき、母が「みんな集まって、話したほうがいい」と言ってくれた。私の部屋にスタッフを集めてくれ、自分の想いをそれぞれ話し合い、お互いの気持ちを理解することができた。このこ

とは、お互いに直接語り合うこと（コミュニケーション）がこんなにも大切なものと、改めて確認できた出来事だった。

みんなと本音ではなすことができて良かった。

ありがとう！

これからも、もっともっとたくさんの方に利用されるお店にしていこう。

そして、たくさんの方が健康な身体になって、健康な身体でいることの喜びを感じてもらいたいと思う。■

それにしても、お店の業績の伸びがイマイチ良くない。スタッフはメンバーさんに大切に接してくれている。お店の雰囲気もいい。勇気を出して運動に挑戦してくれる方もいる。でも人が思うように集まらない。いつも分岐点ストレスの状態。

私は、スタッフには「冷静な判断」を忘れないように伝えているつもりなのに、「お店をつぶしてはいけない」という思いが強すぎて、スタッフにきついメールを送ったりしてしまった。私とス

3-3.

大学への復学 そして研究者の世界へ

長江 亮

早稲田大学高等研究所

(ながえ あきら)
胸髄Th7 損傷

* 22歳時に交通事故でTh7損傷、左腕神経引き抜き損傷による三肢麻痺（C5～6レベル）。

受傷からリハビリへ 目が覚めたときは、夢だと思っていた。事故前後の記憶も全くないし、自分が誰かもわからなかった。「近くにいるのが家族なんだ……」と周りの会話を聞いて自分を納得させた。体の全てがまったく動かない、感覚もない。奇妙だった。「この夢はいつ覚めるのだろう……」とそんなことばかり考えていた。「しかし長い夢だな……」と。「夢であれば何らかのきっかけで、もとの自分に戻れるし、自分の名前もわかるだろう。熱があって混沌とした頭の中でも、眠りにつくときにはこれで覚めるはずだ……」と何回も考えた。「どうやら現実らしい」と気づいたのは、何度寝ても起きたとき同じように寝たきりだったことである。

記憶が全くないので、周りの話を聞いても半信半疑で、自分が事故をして運ばれたこと、生きているのがおかしいとまで言われたこと、東京での事故から名古屋まで運ばれたこと、MRSAに感染しており熱発を繰り返していたこと、MRSAのおかげで背骨を固定するための金具をつけてははずし、また固定するという手術を繰り返したこと。もうすぐリハビリ病棟に移ることを納得させた。奇妙なもので、何も感じなかった。感情がなくなっていたといっても良いかもしれない。

時間がたつにつれて、ようやく周りが見えるようになったころ、自分の体が動かないのは現実であり、このまま寝たきりとなる可能性が高いことも理解した。実際に体が動かないので「どうやれば死ねるのかな……」とずっと考えていた。「舌を噛み切ってみよう」——そう思って舌を噛んだが、とても痛かった。「舌を噛んで自殺できる人はス

ゲーナ……」と思った。

しかし、だとすれば「何のために生きるのか？」——ずっとそんなことを考えていた。幾度となく繰り返された手術のため、看護婦さんに体位を変えてもらう以外体は動かせない、当然自力でも動かせない。こうなると体は徐々に硬直していく。

リハビリの先生が来るようになり、主に足が硬直しないように関節のストレッチを行ってくれた。私はリハビリで自分の体が動かせるようになるものと思い込み、奇跡がおきるのを待った。しかし何も変わらなかった。「ああ……寝たきりか……」と思って何度も舌を噛もうとするが、痛いのでやめる。自殺をする人は本当にすごい。自殺をする勇気もない私は、ただ天井を眺めていた。

どのようなきっかけか確かな記憶ではないが、私のベッドの横で看護婦さんが転んだときがある。その光景がえらく面白かったので、つい笑った。その時、私の笑う顔を見て母親が泣いたのである。

「初めて笑った……」と。私はこの時、生きることを決意した。「少なくとも親が死ぬまでは生きよう」と。何らかのショックで、自分では動かさなかった右手が動くことを知りかけていた。「右手が動くじゃん……」そう思った。

脊髄損傷者にとって、リハビリテーションは動かない部分を動くようにするためのものではない。動く部分を使って、なるべく自分の力で日常生活を行うようにトレーニングするためのものである。

そのころから、自分が負った怪我やリハビリ、体のことを勉強するようになった。しかし、当事私に準備されていたリハビリメニューは、斜面台に載せてもらって少し斜度を上げるというだけであった。1年近く寝たきりだったのである。ほんの少し斜度をつけてもらうだけで、吐きそうにな

る。1日がそれだけで精一杯だった。

振り返ってみると、この時重要なことは「生きる」と決めたことであつたと思う。きっかけはなんであれ、前を向かなくては次には進めない。そして、現在の医学で不可能なことを求めても、まさに今「生きる」ことに対して直面している状況で、その気持ちは足かせにしかない。もちろん、医学の進歩を否定しているわけではない。私だって歩けるようになりたいし、普通に生きたいという願いはある。だが、この段階において最も重要なことは、障害を持って生きて行くという現実を受け入れることである。その先のことは、ある程度回復してから考えればよい。私の場合、もしそのような意志がなければリハビリの意味をろくに調べもしないで、ただ単に奇跡という妄想を信じ続けていただけかもしれない。

リハビリで得たこと 斜面台を何とか90度近くにまで持っていけるようになった後、排尿コントロールのトレーニングが始った。ずっと管をつけたままにしておく、体によくない。この時は、ひたすら失禁ばかりしていた。膀胱瘻（ポカカ）をつけることも1つの手段である。私は右手しか使用できなかったため、医師からは膀胱瘻を強く勧められた。だが、当時は自分の意志で何かが行えなくなることで、自分がどんどん人造人間のようになっていくように感じ、そのことに強い抵抗があつた。従って「何とかできないか……」とあらゆる手段を考えた。結果的に今は自己導尿をしているが、膀胱瘻をつけても良いのではないかと思っている。なぜなら、社会に出るとき我々が最も困るのが失禁だからである。働くようになると、時間との戦いが始まる。自己導尿を短時間で上手くこなせる人はそれがかまわないと思うが、私はトイレに行くに20分程度はかかる。これは大きなロスとなるからである。

ストレッチや斜面台の訓練がひと段落して、車いすを漕ぐことも出来るようになり、右手の筋トレも出来るようになった。訓練中私の頭の中にあつたのは、やじろベエである。右手しか使えない私にとって、いろいろな動き、特にバランスをとってキャスター上げをしたり、ベッドで1人で起き上がったり、トランスをしたりすることに対して全て要求されることは、バランス感覚と支点

の力である。右手が全ての行動における支点となつて体を動かすためには、右手で体を支えなくてはならない。その必要性を感じて、右手ばかり鍛えていた。トレーニングをやりすぎて熱を出し、ドクターストップがかかつたこともある。だが、このトレーニングは効果的であつた。

当時リハビリでは、原則3ヶ月入院とされていた。私の場合、介助なしでトランスや長座位になることは不可能だと判断されていたため、リハビリメニューが組まれていなかった。ある医師からは「早く出てよ」と言われることもあつたが、右手を鍛えていたため、その医師の目の前で、ベッドで起き上がって長座位になれることを見せて、メニューが組まれるようになった。対応の仕方はほめられたものではないが、当時その医師が言ったことを責めるべきではないと考えている。実生活で出来るようになることもあるし、病院でのリハビリ生活を長くしたところで得られるものは少ない。最終的に社会参加を果たすという、我々自身のためを思えば、早く日常に帰ることを優先すべきだと思う。

もちろんこの段階で、必要最低限のことは勉強しておくべきである。リハビリでできるようになるはずのことが、できないまま退院するとそのままずっと出来なくなってしまう可能性もあるからである。最低限、自分で出来るところはどこまでかを知ること、どのようにすれば自分の意志でどれだけ行動が出来るのかを知ることが重要である。

仲間との接触 リハビリがある程度進んでくると、同じ怪我を負った仲間と知り合う機会が増える。同じ障害を持って社会で頑張っている人たちは、多かれ少なかれみな同じような悩みを背負っている、または克服してきた人である。不思議なことだが、そのような人々はみな暖かい。

どのようなきっかけであれ、例えほんの小さなきっかけでも、とにかく勇気を出して話すべきである。誰もいずれば社会生活を営まなければいけないのである。私はそれほど外向的な人間ではないが、いろんな人と話す機会があつた。そして、話を聞かされた時に勇気付けられた記憶がある。「1人じゃないんだ……」とも思ったし、「自分も頑張ろう……」とも思った。また、受傷して障害を負い、まだ社会を知らないまともにリハビリを頑張る

仲間とも仲良くなる。彼らとは同じ不安や希望などを共有できるし、励ましあうこともできた。

仲間と接触することの最大のメリットは、情報をたくさん得られることである。中途障害者は、突然障害を負うため、「何をどうしていいかわからない」ということが一番の問題である。障害者手帳の取得、車いすの申請・作製、住宅改造などが必要とされる。我々には予算が限られているため、どのような助成があり、どのような助成の組み合わせが最も効率的であるか、そのために自分はどのように動けばよいか、これら全てのことに關して等しく重要なことは、情報を得ることである。これらの作業を最も効率的に、最低限の支出で済ませる必要がある。

目標の設定 リハビリを頑張ると、将来のことが気になってきた。私は大学在学中に怪我をし、入院してもう1年半近く経つが、ふと目標がないことに気づいた。当然のことだが「寝たきり」といわれていた状況から、「とにかく自分で何とかできるようになりたい！」という一念のみでリハビリを続けてきたのである。

「家に帰るのはいいが、どうやって生きていこう……」という考えがわいてきた。もう「学校にも席はないだろうな……」とあきらめていた。でも「車いすに乗れさえすれば、車いすでかつ片手しか動かなくでも、何かできることはあるだろう。パソコンだって使えるわけだし、仲間だっている」——そう考えていた。同じ怪我を持つ多くの仲間との出会いから、自分にも所得を得て何がしかの社会生活はできると確信していた。そんなとき、親から「学校に席は残してあるよ」という言葉を聞いた。先に書いたような決意をしたとはいえ、やはり不安が大きかった私は、その一言に感激した。このときほど親のありがたみを感じたことはない。「学校に戻ってやるべきことを見つけよう」——そう決意した。

もちろん私のケースは、運のよいケースだと思える。退院後の生活については決定していない人もいろいろいるだろうし、帰るところはあるものの、自分の家に帰れない人だっている。このような人が目標

を持つという場合、何を目標にすればよいのだろうか。確信が持てるわけではないが、仲間との出会いで「自分がこの人みたいになれたらいいな……」と思える人を目標にすればよいと思う。

同じ怪我の状態であっても、同じリハビリメニューをこなしても出来るようになることに個人差はある。当然ながら運動能力も強く影響するが、目標があるのとないのでは、回復のスピードや、最終的に出来るようになることに大きな差が出ると思う。私は復学という目標を持ったことで、「病院から出た後の生活で何が困りそうか……」という考えからさかのぼって、「では今どのような訓練をすべきか？」と考えながらリハビリをこなした。



早稲田の研究室にて

帰宅から復学まで 住宅改造などは全て家族がやってくれた。そのおかげで、リハビリや復学を考えることに専念できた。退院後、東京の大学に復学するために、名古屋の病院を一時外出して学校に出向いた。私は一人暮らしをするつもりであったが、借家で車いす

生活が出来るように住宅改造を認めてもらうのも一苦勞である。従って、学校に学生寮に入寮させてもらえないか相談にいった。ところがそのときの学校側の返事は冷たいものだった。

私が入寮をお願いしに行ったとき、もうひとり重度障害を持つ新生が入寮する予定があった。しかし学生寮には障害者向けの部屋は1室しかない。従って、その新生と私と比較して症状の重いほうを入寮させるといわれたのである。そのとき、「ではもし私が新生よりも症状が軽く入寮が認められなかったとき、私が借家を見つけることが出来ない場合はどうするのか？」と聞いたところ、「それは知りません」と言われたのである。

さすがにこの答えには、怒りを覚えた。私は大学2年次まで在学し、3年次の途中で事故にあった。そして、私の親は休学していた2年間、学校に学費をずっと払い続けてきたのである。もうひとり新生が来るなら、障害者用の部屋を2部屋にすればよいのではないか？ そのような配慮もなく、授業というサービスを受け続けている消費者に向かってやみくもに「知りません」はないだ

ろう。いくらなんでもひどすぎる。

この間、障害団体の方などの力を借りて必死で抗議したが、言われたことは覆らなかった。しかし、すばらしい仲間と理解のある神父さんのおかげで問題が解決したのである。

私の復学問題に対して、事故以前から仲の良かった大学のときの友人が学生寮の舎監である神父さんに直談判しに行ってくれた。そして、神父さんが母親つきという条件で、特別に入寮を許可してくださったのである。障害を負って、失ったことは沢山ある。しかし、障害を持たなければ家族や仲間、そして理解のある神父さんのような人間の暖かさを知ることは決してなかったように思う。

無事に復学が決定した後、私はどうしてもやっておきたいことがあった。それは1人暮らしである。怪我をする前は、1人で暮らしていた。そして、障害を負ったとしてもいずれは1人で暮らすことになるのである。実家が名古屋にある以上、大学が東京であることでちょうど1人暮らしをするのにはいいチャンスじゃないかと考えていたからである。すでに述べたように、学生寮では母親つきという制約があったので、1人暮らしは出来なかったが、それでもチャンスがあれば、どこかで家を探して1人で暮らそうと思っていた。

しかし、私には介護が必要である。車いすに座ってしまえば一人で動くことが出来るが、それ以外の動作には全て介助を必要とする。朝起きてから着替えて車いすに乗る、ご飯を食べて学校に行く。帰ってくるとご飯を食べて風呂に入り、寝る。これらの作業全てに介護が必要なのである。従って、なんらかのノウハウをどこかで身につける必要があると強く感じていた。

タイミングよく、入院していた病院で知り合った知人から「AJU自立の家」〔名古屋市昭和区〕という自立生活を支援する障害団体があることを知った。復学までの短い時間の制約があったため、2週間と言う短い間だったがそこで1人暮らしを体験した。ここでは介護者全てがボランティアさんである。本来ボランティアさんは自分で集めなければならないが、私の場合期間の制約があったため、ボランティアさんは団体に登録している方々をお借りして1人暮らしを行った。

ここでの体験は非常に貴重だったと思う。私は自分が最重度の身体障害者だと思いこんできた。

しかし、ここで見た障害者は私の想像をはるかに超えていた。上をみたらきりが無い。私などが健康に見えてしまうような重度障害者が、自立を目指して必死で頑張っていた。自分ひとりで生活することがごく当たり前のことだと考えていた私は「このような現実もあるんだ」ということを強く感じざるを得なかった。思えば、ここでの経験が今の私の進路を決定付けた気がする。障害を持たないときは平等だと感じていた日本が、どう考えても不平等に感じたのである。

復学後及び国リハでの入院 復学を果たした後、私の気持ちは決まっていた。「障害を持つという理由があるだけで悲惨な生活を送っている人を何とか支援するような仕事がしたい」、そう思った。従って、当時は「人の心に訴える、心を和ませるようなものを提供できる職業に就こう」と考えていた。私が「生きる」と決めたように、「AJU自立の家」で自立を目指していた子が、目標に向かって必死で頑張っていたように、人はいったん前を向けば何とかなると思ったからである。

では前を向かせるにはどうしたらよいか、そこで私が第一に考えたのは芸術の力であった。そして学芸員の資格の取得を目指したのである。私は経済学部にも所属していたが、経済学よりもむしろ、学芸員課程の講義に集中した。心理学の講義も受けた。人の心はどのように移り変わり、どのようなきっかけで強くなれるのか？それが学びたかったのである。

また、大学生のうちに車の免許を取得しておきたかった。車いすの人間にとって、車は必需品である。どうしても車の免許を取る必要があると考えていたからである。当時「Joy Project」という運動で国に許可された車は、電動車いすで車に乗り込み、ジョイ・スティック1本で運転できるという車である。これには私でも免許を得る可能性が高かった。ところがその車は私が買えるような値段ではなかった。車の免許取得をあきらめかけていたころ、私と全く同じような障害を持っている人で、動かないほうの手に装具をつけ、車の免許をとった人の話を聞いた。そこで早速情報を集めてみると、その人が国立身体障害者リハビリテーションセンターでリハビリを受け免許を取得したことを知り、私も大学の夏休みを利用して国リハ

に入院した。

この入院で得られたものも大きい。それまで私はベッドから車いすへのトランスファーを介助つきで行っていたが、自力で出来るようになった。ここでは車の免許取得が主目的だったので、その他のトレーニングは必要最低限のことしか行わなかったが、時間はともかく自分ひとりで行えることが格段に増えた。PTやOTのレベルに地域間格差があることは大きな問題である。今はどのようになっているのか知らないが、私が名古屋で国リハと同じ訓練を受けてさえいれば、この入院期間は必要なかったことになる。

この入院で、車の免許を取る運動能力があることまではわかったが、時間の都合でそれ以降のリハビリは行えていない。そして私は現在も無免許のままである。車を使用できれば、行動範囲が全く異なるだけに、これは今でも大きな足かせとなっている。実際、社会生活を始めると、長期入院などまず不可能である。リハビリテーションの体系化、PTやOTのレベルの地域間格差の解消、入院期間の長期化が課題となるだろう。これは国の医療費抑制問題と強く関係する問題である。私は、今後こういった問題を解消するにはどのようにすればいいのかを経済学的に考えていきたいと思っている。

学ぶことと目標と、そして決意 2ヶ月間の入院生活の後、再び大学生活が始まった。このころから進路を具体的に考えるようになっていた。国リハに入院する前は、必死になって学芸員資格を取ろうとしていたが、何か違う気がしてきたのもこのころである。落ち込んだ人に前を向かせることは大切である。しかし、相当落ち込んでいても、例え保護者となる家族がいなくても、何とかなっている人が多いのである。そして苦労しながら生きている。もちろん「生きる」ことへの意味をみな考えているだろう。中には嫌だと思っている人もいるだろう。でも結局生きているのである。どのような問題があっても、やっぱり生きている。

「大切なことは『生きる』ことを考えるのではなく、今を幸せに生きていることなんじゃないか？」とそう思うようになった。もしそれが正しければ、障害者が今を幸せに生きることを妨げている障壁を除去することが課題となる。我々が今

を精一杯生きるために必要なことは、障害を持っていても健常な人と同じように普通に暮らせることなんじゃないだろうか。もちろん芸術の力を否定しているのではない。少なくとも当時の私にとって「障害者がよりよい生活を過ごせる環境を整えることが重要なんだ」と考えるようになったのである。

経済学には「パレート最適性」という言葉がある。教科書では、

「パレート効率性（最適性と同じ）：消費のパレート効率性、生産のパレート効率性、そして消費も生産も含む経済全体でのパレート効率性がある。それぞれ他のいずれかの経済主体の効用（効用：消費者の満足度）（あるいは生産量）を減らさずにはどの経済主体の効用（あるいは生産量）も増加することの出来ない状態」

（西村和雄著『ミクロ経済学入門』第2版、1998年）と解説される。例えばここで経済主体を障害者と健常者としたらどうだろうか。私が体験してきた限りにおいて、経済全体（今の日本社会）でパレート最適になっているだろうか。全くなっていない。経済学はこのパレート効率性を基準にして、社会で非効率となっている部分を明らかにする。そして、パレート最適な社会になるにはどのようにすればよいのかを考察する学問である。もちろん経済学も多様化してきているし、日々進化もしている。従って、これが経済学だと定義できる人は、著名な経済学者でも難しいのではないと思う。しかし、依然としてこの考えが経済学の中で重要な考え方であることに異論を唱える経済学者はいない。私が経済学を学ぼうと考えたきっかけは、パレート最適性の概念を知ったからである。

もともと経済学部だった私は、決して出来のいい学生ではなかった。また、復学してからも心理学や芸術、社会福祉といった分野を勉強していたのである。障害を負い、現実を見て、パレート最適の概念を知ってようやく「経済学を学ぼう」という意識が生まれた。

当時私は大学4年になっていたが、新聞学科の授業も受けていた関係から、担当の先生からいくつか就職口のご紹介もあった。また、入院していたころに知り合った愛知県の中学校の校長先生から、愛知県の教育委員会への就職口もご紹介があっ

た。いずれも魅力的なものである。障害者の雇用に対して、前向きな企業が多いことも感じていた。しかし、私のような大学にいる人間だからこういったお話をいただけるのではないだろうか。「私よりも重度の人はどうなるのだろう。大学に行きたくても行けない人は？」……そのように強く感じた。

また、経済学を学ぼうと思い始めたころから、身の回りに障害者が少ないことに気づき始めていた。大学で障害者を見ないのである。街に出ても見ない。すごく不思議だった。病院にいき、薬をもらったりするときには確かにたくさんの障害者を見かける。つまり、世の中に障害者はたくさんいるのである。にもかかわらず実生活では病院でしか見かけない。明らかにおかしいと思った。パレート最適な社会を目指したくて、学校や街で普通に障害者を見かけるようになりたくて、大学院にいかうと決めた。

進むべき道 大学院に進学した後、私の通っていた大学では「コースワーク」と呼ばれる授業方法を採用しようとしていた。これは経済学の基礎となるミクロ経済学、マクロ経済学、計量経済学を大学院修士課程のうちに徹底的に教え込むという授業方法である。私もそれに参加したが、経済学部出身であったため学部で履修してしまっている科目は受講する必要がなかった。

修士課程のとき私が力を入れて取り組んだ講義は「経済史」と「経済学史」である。これには理由があった。私は障害を持った人の役に立つ学問がやりたかったのである。そのためには「経済学」なるものを知る必要があると思っていた。「経済学」とはどのように生まれ、どのような人に作られ、どのように進化してきたのかを知らなければ、経済学が本当に私の求めている学問なのかどうかはわからない。従って、「経済史」と「経済学史」を頑張って勉強した。大学院の授業は大学の授業とは異なって、予習復習が大変である。一日1つの講義があるだけでほかのことをやる時間などない。「経済史」と「経済学史」も頑張ったが、十分身に付いたとはとてもいえない状況であった。ましてやそれ以外の科目など言わずもがなである。そうこうしてる間に1年が過ぎようとしていた。

学生生活を送る合間に、さまざまな出会いがあった。学生寮の風呂は大浴場であり、障害者が風呂に入る設備は当然ついていない。舎監さんと学生寮の皆さんの配慮から、週に2回はシャワーを使用させてもらい、週1回は巡回入浴サービスを受けていた。しかし、夏場に週3回しか風呂に入れないのはかなりつらい。従って、日本テレビの横にある千代田区の障害者福祉センターに相談に行ったところ、同じ建物の中にあるプールのシャワーを使わせてもらえることになった。

その時に知り合った方の紹介で、ある中学で講演をする機会をいただいたことがある。内容は「道徳の時間に生徒に車いすの体験をさせたら、みな遊んで困った。車いすは障害を持つ人には大切な足だから、遊ばないように車いすの大切さを伝えてほしい」というものだった。この話をいただいたとき、私はむしろ先生方に勘違いがあるのではないかと感じた。確かに車いすは貴重な道具である。しかし中学生にしてみれば、車いすなんて所詮おもちゃである。それを頭ごなしに「大切なものだ」と教え込むのはいかなるものかな、と思ったのである。むしろ車いすに乗ってみたいとわからないことがたくさんある。ほんの少しの段差でもすぐにつかえるし、道路は雨水を吐かせるために真ん中が高く作ってある。微妙に傾斜がついているだけで、車いすですぐ進むことはかなりしんどい。こういったことは体験しないとわからないのである。

そのためには、むしろ遊んでもらったほうが良い。健全な人が「車いす」を神格化することで触らなくなったら、我々が直面している困難など実感としてわいてくるわけがないのである。正直、学校の先生をたしなめたいと思ったのと、障害者はみんなと同じ人間なんだよと伝えたいと思った。そこであえて何も準備せず、「私がみんなと同じようにドラマを見て、恋愛をして、遊んでいる。だから障害者は『障害』という眼鏡をつけているだけであって、みんなと同じなんだ。でも、眼鏡をかけている人が眼鏡をはずしたら日常生活が大変になるのと同じように、身体障害者が車いすがなくなったら日常生活が大変なんだよ」ということだけ伝えて帰ってきた。

そのときうれしかったのは、先生が「目からうるこが落ちました」と言ってくれたことである。

人生ではまだまだ未熟な私に対して、そのような言葉をおっしゃってくださる先生は人間としてすばらしい人だと思った。根っからの悪い人など存在しないのである。どのような人であれ、皆慈愛の心は持っている。「しっかり伝えればわかってもらえるんだな……」と思った。そして同時に「社会の考え方は、障害者の世界というものを全く知らない人が作っている虚像かもな……」と改めて思った。

当時は「私には何が出来るだろうか？」ということばかり考えていた。現状で大学院に行っており、経済学をかじった状態にいる私は「このまま経済学を学び続けて本当に満足できるのだろうか？」——そのような迷いがあった。

そんな中、一橋大学に日本経済学会の報告を聞きに行った。ここで私は、「医療経済学」のセッションに出た。私が感じていたリハビリの問題を経済学的に分析してみたかったからである。セッションに出てみると、何がなにやらさっぱりわからなかった。今思えば、「経済学」なるものを見ようなどと大きなことを

考えず、普通にミクロ経済学、マクロ経済学、計量経済学をきっちり学んでいれば決して難解な報告ではなかったはずである。自分の中でどこかに迷いがあったんだろうと思う。

報告が全く理解できなかったため「経済学を学び続けていいのだろうか？」という私の不安はますます大きなものとなっていた。そのとき休憩時間に車いすの方がお話をしにきてくださった。不思議なご縁で、話を聞いてみると、その方は金子能宏先生という方で、経済学博士（一橋大学）を取得されており、国立社会保障人口問題研究所で働かれていると言う。寮に帰って調べてみると、ご専門の分野は社会保障で、論文もたくさん書かれているし、本も書かれている。金子先生の研究は必ずしも障害者を扱ったものだけではないが、まずは社会保障、特に医療制度を経済学で分析したいと考えていた私には新鮮な驚きだった。「同じことを考えて取り組まれている人がいる」。これで私の経済学を学ぶための準備が整ったのである。

その後で当時の私の指導教授に、進路相談しに行った。そのとき先生からいただいたアドバイスは、「大阪大学、東京大学、一橋大学、慶応大学のいずれかに行け」と言うことだった。これらの大学は経済学では日本でトップクラスの大学である。経済学者として生計を立てていく、そしてかつ影響力のある研究を行うためには、この大学で学位をとるのが最低基準である。世の中には頭のいい人もたくさんいるわけだし、海外で学位を取ってくる人もいる。そのような競争社会の中で生き残るためには、最低限でも日本のトップクラスの大学で学位を取れなくてはだめで、それが出来なければこの道はすっぱりあきらめたほうが良い。当時の指導教授はそれを教えてくれたのである。

私の進路を決めたのは金子先生との出会い、指導教授の言葉だけではなかった。私が他大学の大学院受験を決めようとしていたところ、同じ学生寮で、ケンブリッジ大学に留学していた木村誠志さんと出会った。木村さんは私と同じ怪我を負っていたが、私よりも症状は軽く、杖を使って歩けるレベルだった。ちょうど博士論文の資料を集めるために日本に戻ってきていたところで、学生寮で知り合った。2人とも同じ怪我で、木村さんは経営を学んでいらっしやっただが、私は経済だったこともあり、よくお話をさせていただいた。底抜けに明るい人で、人間的にとっても大きな人だった。いくら症状が軽いとはいえ、車いすでケンブリッジに留学しているのである。とても大変なはずだ。しかし、彼は自分の苦労を笑い話に変えてしまう。健常者の学生が彼を慕って寄ってくるのである。すごい人だった。彼を目標に頑張る気になった。

(彼はその後、日本に帰国して福島大学で教鞭をとられた。しかし半年ほど前お亡くなりになった。彼は人間として、学問的な洞察の鋭さにおいて今も変わらず私の目標である。今後も変わることは決していない。)

現在に至る道 私は医療・労働経済学をやることにして、一橋大学と大阪大学の大学院を受験した。受験には車いすであることを事前に連絡しておいたため、滞りなく受験することができた。



大阪大学のゼミと先生（前列左端が筆者）

障害者にとって、転居は本当に大変である。東京では学生寮に入れてもらったから良かったが、大阪大学での入寮は断られた。そもそも障害者の住めるような設備がないのである。しかし一橋大学には学生寮があり、以前頸椎損傷の方が生活されていた。従って、一橋大学には障害者が生活できる施設が整備されていた。私は一橋大学に進学するか、大阪大学に進学するか迷った。結局実家が近いこと、大阪大学で労働経済学を研究されている大竹文雄先生に師事したかったこともあり、大阪大学に進学することを決めた。

大阪の宿探しは、障害者団体、大学生協、大阪の友人などあらゆる知り合いを通じて家を探した。ここでは偶然、障害者の宿探しをしたことのある不動産屋さんに出会うことができ、探し始めてから4～5ヶ月程度の短い間で宿を見つけることができた。しかし大阪大学は坂の多い場所にあつたため、送り迎えの車の購入が必要とされた。また、住宅改造に関しても結局お風呂には入れるまでは半年近くかかった。

大阪での生活は、勉強との両立がとにかく大変だった。

排尿はともかく排便に関しては時間がかかる。これに関しては、母親の協力なくしては実行不可能だった。だが、いつまでも親の協力を頼るわけにも行かない。そこで先々のために介護ヘルパー、訪問看護を利用して、徐々に母親の負担を減らすことを試みていった。日常生活の介護をヘルパーさんをお願いできれば、母親の負担は大幅に減ることになる。

当然ながら勉強と日常生活デザインの二重生活は大変だった。介護ヘルパー、訪問看護を徐々に取り入れて、徐々に慣れていき、自己負担がまかなえる範囲内でヘルパー生活にも慣れ、なんとか工夫していけば1人で暮らせるという目安が立つのに数年かかっている。

無事に学位もとり、就職が目下の課題となった。わかって選択した道とはいえ、学問の世界で「障害」という甘えは一切通用しない。しかし、他に活躍する健全な人との間には、時間という差がある。我々は何を行うにしても人の3倍の時間

がかかる。このような事情もある上に、健常者であっても大学への就職は大変厳しいのが現状である。自分の実力を示すためには良質な研究論文を書き、認められなければいけない。残念ながら私は、雑誌に掲載された論文が2つあるのみで、さらに良質な研究論文をそれ以上持ち合わせていなかった。

経済学で障害問題を研究している人はほとんどいない。通常、大学への就職だけに限って言えば、いわゆる普通の経済学を専門とする研究者が好まれる。ずいぶん迷ったが、初志貫徹を考えて障害問題を研究することを続けよう決め、若手研究者の研究支援を行う日本学術振興会の特別研究員に応募した。そこで私の研究を採択していただき、なんとか3年間の給料は確保できた。



障害の研究プロジェクトの勉強会講師の先生とプロジェクトメンバー

ちょうどそのころ、東京大学で「総合社会科学としての社会・経済における障害の研究會：研究代表者；松井彰彦教授（東京大学）」という障害問題に対する経済学の研究プロジェクトが立ち上がっていることを知った。

私の体験から明らかなように、障害問題を把握する上で一番の問題は、健常者が障害という世界を知らないことである。従って、よりよい社会を考察するときでも、障害当事者の視点は必要不可欠である。このプロジェクトは障害をもつ当事者も含めた研究者が、障害問題を主に社会学を中心に学際的に研究する「障害学」という分野に「経済学」の視点を融合させることにより、パレート最適な社会に改善していくにはどのようにすればよいのかを考えていくための、社会・経済における障害を研究する新しい学問領域を創設しようという試みである。

この領域には未来がある。私はその研究会で自分の研究を報告させていただく機会をいただき、報告させていただいたのだが、このような新規社会科学の学問創設プロジェクトというものが立ち上がったこと自体がうれしかった。そこで東京の就職口を探したのである。運よく早稲田大学で任期つき研究職の公募があり、応募した。そして採用していただいた。

任期つきとはいえ、これは研究職を志すものにとっては普通の雇用形態である。任期つきの職につき、そこで良質な研究成果を出す。その繰り返して最終的に終身雇用の教授職を得ることが可能となるのである。まだ駆け出しとはいえ、私はそのスタートラインに立つことができた。

東京への引越は、やはり大変だったが、なんとか引越しすることが出来た。今はまだヘルパーや、訪問看護、病院などを決めておらず、生活ペースもつかめていない状況だが、今後徐々に整備していくつもりである。

これからが社会復帰？ 現在、私は所得を得て自分の生活を自分で営んでいる。しかし、まだ家族の世話になっているのが現実である。これからのいろいろな困難があると思うが、焦らずじっくりと1つずつ整備していくつもりである。

私から社会復帰について何か言えることがあるとすれば、それは自分の意志を強く持つこと——それに尽きる。

すばらしい仲間や家族、親族に恵まれたこと、これが重要な要素であることは間違いない。しかし、自分のやりたいことに対する意志が強く、周りの人たちもそれに共感してくれたのだから、今の私があるのではないだろうか。■

3. ASIA機能評価尺度 (ASIA: アメリカ脊髄障害協会)

A = 完全 : S4~S5の知覚・運動ともに完全麻痺
B = 不全 : S4~S5を含む神経学的レベルより下位に知覚機能のみ残存
C = 不全 : 神経学的レベルより下位に運動機能は残存しているが、主要筋群の半分以上が筋力3未満
D = 不全 : 神経学的レベルより下位に運動機能は残存しており、主要筋群の少なくとも半分以上が筋力3以上
E = 正常 : 運動・知覚ともに正常

4. FIM (機能自立度の測定)

【段階】	
7. 完全自立(早く, 安全に)	介助不要
6. 修正自立(要補装具)	介助不要
<一部依存>	
5. 要監視	要介助
4. 最小介助(75%以上は可能)	〃
3. 中等度介助(50%以上75%未満は可能)	〃
<完全依存>	
2. 最大介助(25%以上50%未満は可能)	〃
1. 全介助(ほとんど不可能)	〃

5. ザンコリの上肢機能の分類

群	可能な動作	最下位機能髄節	残存運動機能	亜群
I	肘屈曲	C 5	上腕二頭筋 上腕筋	A 腕橈骨筋(-) B 腕橈骨筋(+)
II	手関節伸展	C 6	長・短橈側 手根伸筋	A 手関節伸展可能 B 強い手関節伸展 ① 円回内筋, 橈側手根伸筋, 上腕三頭筋(-) ② 円回内筋(+), 橈側手根伸筋, 上腕三頭筋(-) ③ 3筋(+)
III	指の外来伸筋	C 7	総指伸筋 小指伸筋 尺側手根伸筋	A 尺側指の完全伸展と橈側指と母指の麻痺 B 全指の完全伸展と弱い母指伸展
IV	指の外来筋による屈曲と母指伸筋	C 8	深指屈筋 固有指示伸筋 長母指伸筋 尺側手指屈曲	A 尺側指の完全屈曲と橈側指と母指の屈曲不全, 母指伸展可能 B 全手指の完全屈曲 ① 浅指屈筋(-) ② 浅指屈筋(+)

第4章

社会復帰のための工学的支援

松尾 清美

佐賀大学大学院医学系研究科
医学部附属地域医療科学教育研究センター

【筆者の経歴と工学的支援の思い】

筆者は、30数年前、大学3年のときに交通事故で第9胸髄を損傷しました。1年間の入院後、大学へ復学し、昭和54年に総合せき損センター〔福岡県飯塚市〕の開設と同時に、福祉機器の開発と住環境系の設計研究を主体とする医用工学研究室に就職し、工学的支援を行うリハビリテーション工学の研究を始めました。

そして24年間、脊髄損傷者の生活環境系の設計研究と工学的支援を通して、福祉機器の開発(特許14件)と住宅改造設計1050件を経験し、平成15年5月に佐賀大学医学部へ転職しました。

佐賀大学では、教育研究に加え高齢者や障害者の生活に即した福祉機器の開発と住環境の設計研究を継続しており、附属病院の患者さんの社会復帰や社会参加を福祉機器と住環境設計による工学的支援をリハビリテーション科や患者サービス科と協力して行っています。

また、平成19年4月より、「生活を行う上で障害を有する人々に対し、その生活を豊かに実現するための工学的支援技術を発展・普及させるとともに、この技術を通じて学術・文化・産業の振興に寄与する」ことを目的としている日本リハビリテーション工学協会の理事に立候補して、選挙で理事長に就任しました。900名ほどの協会員と協力して、工学的支援技術の発展・普及に努力し、リハ工学の確立と身体障害者の社会参加促進を目指しています。

最近の思いは、「身体に障害があることが悪いのではなく、障害があるために、あることができないとか、もうお終いと思う気持ちが悲しい。身体に障害があっても身の回りの道具と住環境を適合すれば、人生を楽しめるし、納税者にもなれる」ということです。それを障害者本人や家族、そして高齢者などへ伝達しています。

はじめに

交通事故や高所からの転落などの事故で脊髄を損傷すると損傷した部分から下の麻痺が生じ、胸・腰髄損傷者の完全麻痺では下肢や体幹に障害が現れ、立ち座りや移乗に加えて歩行や移動に何らかの障害が生じます。

頸髄損傷者では、下肢や体幹に加え上肢にも知覚麻痺と運動機能麻痺という障害が現れ、衣服の脱着や整容、食事、排泄、入浴などの日常生活動作や器具の操作などに支障が出てきます。

脊髄損傷は、再生医学の進歩と共に研究が進んでいるものの、未だ現在の医学では、元の麻痺のない身体へ完治させることができません。

しかし、リハビリテーションセンターや病院などで、急性期の治療を受け、回復期に渡って適切な治療とリハビリテーション訓練を受けることで、どんなに高位損傷でも、残存機能を活かして生活を楽しむための支援技術が進歩してきました。

その一つが工学的支援です。重度の身体機能になればなるほど、工学的支援は先進的な科学技術を駆使したものになり効力を発揮します。もちろん、適切な治療や指導を受けることができなかつた場合でも、本人が障害を受容し、その障害を乗り越えて人生の目的や楽しみを獲得したいと前向きな姿勢であれば、身体機能や生活方法に適した福祉機器や住宅改造などの工学的支援は、本人の能力障害を補うことができます。

その結果として、自立（律）生活や介助負担の少ない生活を獲得し、より安全で活動的な生活を獲得し、家庭復帰に留まらず社会参加の実現や生活の質を向上させるために大きな援助になることは間違いありません。

4-1. 福祉機器による工学的支援から

アシスティブ・テクノロジー(AT:支援技術)へ

(1) 福祉機器による工学的支援

精神や身体の障害のため、あるいは高齢となり身体機能の低下や認知症などのため、生活する上での不便や不利益を少なくする目的で使用する機器は「福祉機器」あるいは「福祉用具」と呼ばれます。また「リハビリテーション機器」とも呼

ばれ、医療機器、補装具、自助具、介護機器、バリアフリー用設備機器なども含んだものの総称として使われています。

日本における福祉機器の開発は、世界と同様に、身体欠損機能を補う義肢や装具の開発から始まりました。義肢や装具が生産され始めたのは、第2次世界大戦前からで、戦争によって身体に障害が出現した傷痍軍人への義肢の交付と修理が行われ始めたことがきっかけでした。

国家的な規模で研究開発が開始されたのは、1960年代におけるサリドマイド児を対象とした動力義肢のプロジェクトからとされています。サリドマイドの薬害で手足の一部を欠損して誕生した子どもたちが学齢期に達したことから、厚生省が大学や企業に呼びかけ、動力義肢の研究プロジェクトを組織して行ったのです。

1960年後半から1980年頃には、全国各地にリハビリテーションセンターやリハビリテーション工学関連研究機関が設立されました。この当時の研究開発は、肢体不自由者の日常生活動作の獲得や回復が目標だったようで、義手と義足および車いす、杖等の補装具などが中心でした。

この頃、省庁を中心に、ハイテク技術を利用した国家的な研究開発プロジェクトが数多く実施されましたが、その一部を除き実用化には到りませんでした。その原因の一つは、研究者や専門家が主導し、障害者が求めていることや実際の生活に適合しない研究開発が行われたことと考えています。

そのような状況の中、1977年に東京で米国商務省主催の福祉機器展が開催され、米国のリハビリテーション工学で開発された電動義手や電動車いす、環境制御装置などが、展示会後に評価を兼ねて日本に提供されました。それらは、日常生活動作だけでなく、自分の力では全く身体を動かさない重度障害者のためのものも含まれており、障害者の人権と福祉機器を使うことで生活の質が変わるという考え方も一緒に提供されたので、関係者に新たな衝撃的な影響を与えました¹⁾。

このような背景の中、1979年に脊髄と脊椎の専門病院でありリハセンターである労働福祉事業団総合せき損センターが開設しました。筆者は開設と同時に、リハビリテーション工学を専門とする医用工学研究室に就職し、身体障害者の生活環境系の設計研究と題し、脊髄損傷者の生活実態調査

から研究を開始しました。

(2) アシティブ・テクノロジー (AT: 支援技術)

1986年には、リハビリテーション関連機関で福祉機器の研究開発を行っていたエンジニアや大学の研究者が集まり、情報や意見交換の場として、「生活を行う上で障害を有する人々に対し、その生活を豊かに実現するための工学的支援技術を発展・普及させるとともに、この技術を通じて学術・文化・産業の振興に寄与することを目的とする」日本リハビリテーション工学協会 (RESJA: Rehabilitation Engineering Society of Japan) が設立されました。第1回カンファレンスがこの年の8月に神戸で開かれて以来現在も続いています。

この頃、欧米では、福祉機器や補助器具のことを「テクニカルエイド」と呼んでいましたが、近年では、福祉機器だけではなく、機器導入に係る支援方法や支援体制などの技術も重要であることに気付き、福祉機器とそれらを使った生活に係る支援技術の総称としての Assistive Technology (AT) の重要性が認知されています。

1998年に、米国で「障害者の機能的能力を増進し、維持し、あるいは改善するために使われる装置あるいはシステム」と定義されている「支援技術法」(ATA: Assistive Technology Act) が制定されました。この法律は、機器だけでなく本人の生活方法に適した処方や適合あるいは練習や訓練方法など、生活や制度全体から判断する必要性を示唆しています。

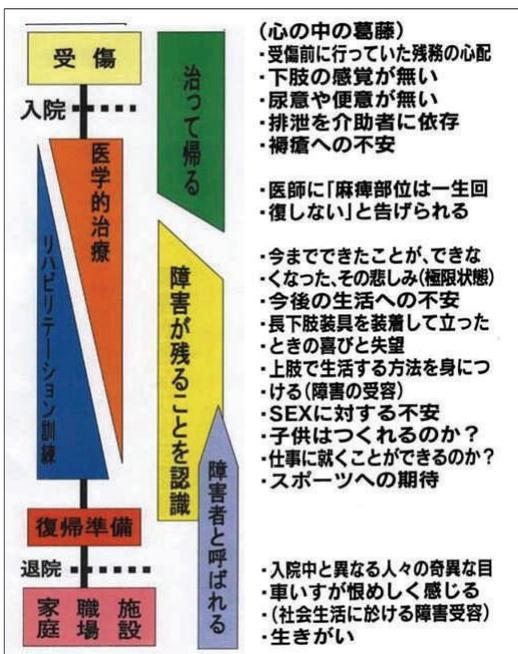


図1 障害の受容過程

この頃から、世界では、マイクロコンピュータやパーソナルコンピュータの発達も加わり、計測や制御、センサーやインターフェース、電子作図システムなどが飛躍的に発展していきました。

このことは、高位頸髄損傷者のように四肢や体幹に障害のある重度身体障害者の就業の自立や趣味の拡大を目指している方々への福音となり、支援技術と福祉機器の開発が活発になったことは言うまでもありません。

(3) リハ工学カンファレンスに見る

20年間の福祉機器開発の状況

2005年9月に筆者が実行委員長となって佐賀市で開催した第20回リハ工学カンファレンスまでの20年間の論文集を見ると、この間に研究・開発された福祉機器に関して、次のことが言えます。

- 1) 生活全般の様々な生活行為に拡大し、改善や改良が進んでいること、
- 2) 障害を持つ本人が参加した発表も増えてきたこと、
- 3) 会社や企業の開発発表が増えてきたこと、
- 4) 機械工学、電子工学、制御工学、建築工学、人間工学、社会学、心理学、教育学などの大学の先生や多くの専門家との協働や交流、共同研究が進んできたこと。

以上のことは、毎年秋に東京で開催されている国際福祉機器展で、年々裾野が広がるばかりでなく、進化して展示されていることから察知することができます。今後は、機器の身体機能別の適合方法の整備、あるいは住宅や社会環境を考慮した適合方法、選び方や使い方などについても準備し、その後の生活を追跡して分析し、より改善していかなければならないと考えています。

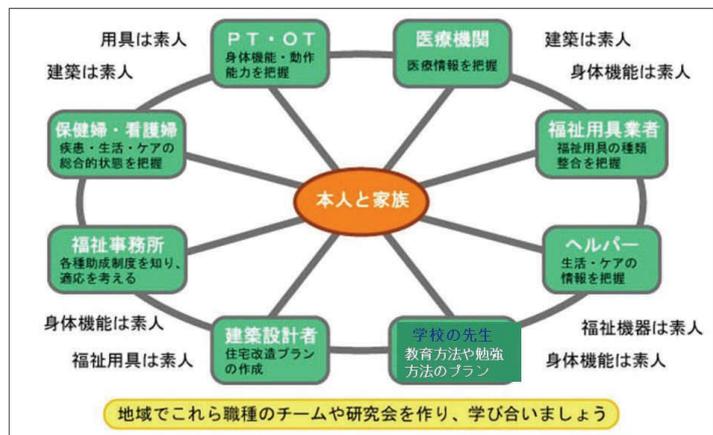


図2 支援に関する専門職

4-2. 障害受容の状況が工学的支援などの受け入れに影響する

受傷直後から医師による告知の前後にかけては、本人の障害の受容状況を観察しながら、家族や友人、そして関係する専門職や支援に係る人々が協力して、「障害が残っても人格は変わらないこと、身体に障害があっても人生は楽しめること」などの心の支援を行うことが大切です。

多くの場合、告知後一度は大きく落ち込みますが、人間は強いものです。皆、障害を受容して何とかしようと情報を求め始めますから、そんなタイミングを見逃すことなく、福祉機器や住宅改修の重要性や生活している先輩たちの自立（律）生活方法を伝達し、社会参加の方法に関していくつもの実現性のあるアイデアを提供しなければなりません。

図1に受傷後の身体の回復と心理的变化（障害の受容過程）、図2に本人と家族を支援する専門職の例を示します。

工学的支援は、本人と家族および様々な専門職の経験と協力体制によっても、生活行動支援の効果が異なります。

例えば、第3頸髄損傷で、首から下が完全に麻痺しているため、手足も体幹も自分では動かすことができないだけでなく、呼吸器も人工呼吸器を使用しないと呼吸ができない方からの生活行動支援の相談があったとしてみよう。支援の経験がない場合には「四肢麻痺では何もできないだろう」と考えていたら、寝かせきりになってしまう。しかし、重度の方の支援経験がある支援者であれば、本人が任意に動かすことのできる部分を身体の様々な部位で見つけ出すことができる。そこに工学的支援を行えば、コンピュータやスイッチ操作は可能であり、電動車いすでの自立移動を始めとして、様々な自立行為を増やすことができ、誇らしい生活を獲得する支援が可能となります。

その例としては、チンコントロール電動車いすを顎で操作して自立移動し、疲れたらヘッドスイッチなどでリクライニングやティルト動作を自立操作して休み、疲れが回復したら起き上がって移動するのです（図3）。また、電動車いす

はパワーがありますから、後方に介助者が乗れる台を付けるだけで介助者を乗せて動くことや、携帯電話やペットボトルをコントローラの側に固定して電話操作も水のみも自立する方法を知って支援して欲しいと考えています（図4）。

このような方法を獲得して、仕事を遂行し納税者になっている方も多いのです。もちろん、食事や排泄、衣服の脱着、入浴などの生活動作は、ヘルパーや介助者へ自分の行いたい生活方法や介助方法を伝達して介助してもらうのです。この方法を自分で自分の生活方法をコントロールして生きるという意味で「自律生活」と呼んでいます。このような理由から、人間は障害の有無に関係なく、全ての人が自立（律）生活を目指して生きていけるし、生きていかなければならないと考えています。

4-3. 自立（律）生活のための環境要素の考え方

住宅における生活環境の構成要素（本人、介助者、住宅と住宅設備、福祉機器や用具）は、図5に示すような関係にあります。この要素図を基にして自立（律）生活を考えて見ましょう。

4つの要素を見ると、人的要素と物理的要素に分けることができます。人的要素は、本人要素と家族や介助者要素で、人の心や思い、知識や工夫、人生観や障害者観などで、その後の生活内容に最も影響が現れます。



図3 車いすでのティルト & リクライニング



図4 後方に乗せてチンコントロールで移動

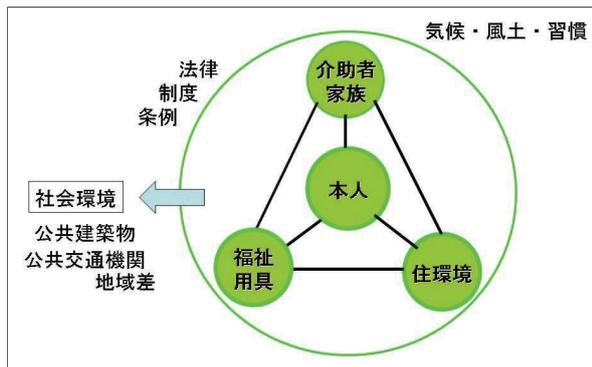


図5 生活環境要素

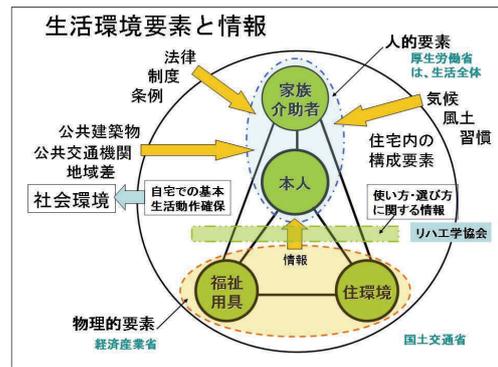


図6 生活環境要素と情報

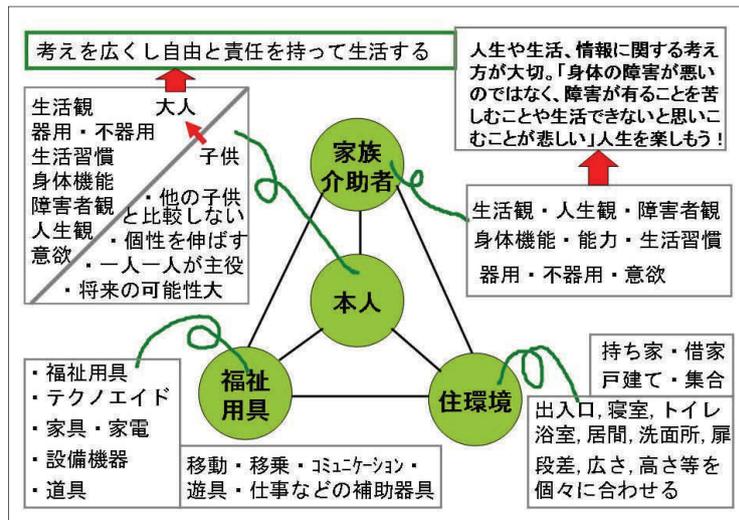


図7 要素の中身

残存レベル	日常生活機器具				住宅設備			
	介助機器の数	自助機器の数	一般の器具数	ベッド周りの機器具の例	出入口：①戸幅 ②スロープ角③段差	寝室：①機器 ②移乗具③収納	浴室：①浴槽 ②移乗具③洗浄	便所：①便器 ②広さ③移乗具
C 3				呼吸器吸引器, エアーマット, リフター, ECS, コール, ブザー, 舌動や呼吸SW, TV, オーディオ類, 電話 (ふれあい)	①電動車いすやベッドで出入できる広さを確保 ②スロープ角度は1/10~1/12 (介助もしくは電動車いす) ③床と踊り場の段差を少なくする	①電動ギャッジベッドなどECSで自立可 ②吊り上げ式リフトや介助リフトで介助負担の軽減 ③介助用具や生活用具を収納するスペースを確保	①全介助浴槽 or 巡回入浴車利用, 1.2~1.4m長, 幅80cm, 深60cm ②吊り上げ式リフトや介助リフトを使用 ③60cm高の台上で仰臥位, 臀部は側臥位もしくは椅子座位で洗浄, 全介助入浴	①ベッド上で排泄する機会が多いため, 処理用の便器もしくは汚物流しを設置 ②介助者用スペース ③便器上で排泄する場合はリフター等の移乗機具と背もたれを設置し介助負担を軽減する
C 4				ワープロ, リモコンSW, パソコン, 無線機, ベッドサイドテーブル, ライト, 収尿器, 棒座, 受話器のホルダー, 上肢の到達範囲に器具が増加, ヤグラ, スリング, リーチャー, 自助具, 頸損用自己導尿セット, 自己導尿用具, ベッドサイドテーブル, TV, オーディオ類	①電動や手動車いすの通過幅確保 ②手動車いすの場合は段差解消リフトで自立可能 ③床の段差解消	①②は同上 ③介助用具, 自助具, 生活用具の収納	①1.2~1.4m長, 幅80cm, 深60cm ②洗い場へは吊り上げ式リフト等の介助機具使用 or 移乗台で自立移乗 ③浴槽へは吊り上げ式リフト等を使用	①便器の周囲に45cmの台と背もたれを設置 ②幅1.1m, 長さ1.8mの広さの台
C 5 A				手芸用具, 自己導尿用具, ポータブル便器, TV, オーディオ類	①手動車いすでの通過幅を確保 ②スロープ角度は1/12以下 ③段差は2cm以内	①手動ギャッジベッド, スリングなどで自立可 ②移乗台で車いすとベッド間は自立可 ③上肢到達範囲に使用器具を収納	③45cm高の洗い台で半介助洗浄	①洋式便器に背もたれを付け, 手摺りを配置 ②1.2m×1.7m以上の広さ ③手摺りと移乗台
C 6 A				特殊な機器具は少なく, 一般の日常生活用具が増える	①と②は同上 ③段差は3cm以内で自立可	①手動ギャッジベッド, スリングなどで自立可 ②車いすとベッド間の移乗は自立可 ③使用器具収納	①同上 ②手摺り等で自立 ③45cm高, 120cm四方ほどの台上で長座位自立洗浄	①洋式便器 ②0.9m×1.7m以上の広さ ③下位は片方の手摺りで十分
C 7 A					①手動車いすでの通過幅を確保 ②1/12~1/10のスロープで自立可 ③段差は5cm内 ④玄関のあがりかまちを移乗台で解消	①一般の器具を使用して自立 ②特に必要なし ③上肢到達範囲にあると便利	①②同上 ③下位は高さ, 広さの適応能力が大きい (狭くても椅子座位や座位で自立可)	
C 8 A								
B								
B I								
B II								
B III								
C 7 B								
C 8 B								
T								
L								

図8 残存レベルと機器と住宅設備

物理的要素は、機器要素と住環境要素に分けられます(図6)。この物理的要素は人間が創ってきたものですから、時間はかかりますが、改善していくことができます。

また、現在の工学的支援技術は高度に発展しており、生活動作の支援からコンピュータの操作やスイッチ入力操作に関しては、しっかりした意思があり1箇所でも任意に動かすことができる筋や骨、呼吸、脳波などの一部があれば操作できるようにすることができます。

住宅の改善内容や方法は、これまた人間要素がその主導権を持つこととなりますから、本人や家族の身体機能だけでなく、障害者観や人生観、好みなどが大きく影響しますし、福祉用具の事業所の方や住宅改修に携わる方々の知識や考え方も影響が大きいのです。

したがって、本人や家族にとって必要なことは、障害の受容や福祉機器の選択方法や使い方の支援、そして身体機能に適した住宅の改造方法と各部屋での生活行動支援です。

住宅内での生活の基本動作(排泄や入浴、洗面、食事など)を確保して初めて、外出する勇気と希望が生まれてくると思われまます。自立にしても介助にしても確保しなければ、社会参加する気持ちにはならないことが多いのです。

福祉機器は、できなくなった動作や行為を補完する道具ですから、本人と福祉機器を適合すれば、できることを増やすことができます。そのために、生活状況に適した福祉機器の開発が重要なのです。

しかし、福祉機器だけではその目的を目指すことができない行為もあります。使用する福祉機器や生活方法に適した住環境について、生活動作を確認した後、住宅の環境整備(工夫や整理整頓、あるいは改造)計画などを検討し、移乗動作などの生活訓練をして初めて自立(律)できるのです。あるいは、介護負担の軽減につながるのです。つまり、生活の質を向上させるためには、図7に示す各要素を調査・掌握し、その後は各要素の関係を分析して福祉機器と住環境を整備することが重要なのです。図8に、脊髄損傷者の自立(律)生活を目指すための残存機能レベルによる機器と住環境についてまとめました。機器については、種類

も多くここには寝室周辺で使用するものの一部を表しています。

4-4. 福祉機器と住宅改造による 工学的支援について

福祉機器は住宅内で使用されるものが多く、これらの機器と住宅の間取りや住宅改造内容とを切り離して考えることはできません。使用する機器で住宅の間取りが制限される場合もあれば、逆に住宅の間取りや住宅改造の内容で使用できる福祉機器が制限をうける場合もあります。また、高齢化するに従って身体機能の低下が考えられますが、身体機能の経時変化に対応した機器や住宅改造内容を採用しなければなりません。

しかし、障害が重度あるいは高齢になるほど、自分の身体に関して現状あるいは過去を見つめることが多く、明日や将来の身体状況や自立(律)生活方法を考える方が少ないため、住宅改造に至らずに寝たきりとなっていきます。これらの点が、機器の適合や住宅改造に関する相談の難しさです。

一般家庭の住環境は、身体が五体満足に動くことを前提として造られていますから、脊髄損傷者のように事故などで突然身体に障害が生じた場合は、使用し辛くなるのは当然です。

各家庭の環境は千差万別ですが、基本的な日常生活動作で考慮すべき点は、出入り口、排泄、入浴、移乗、整容、衣服の着脱、就寝、食事などの動作をどこでどのように行うかということです。その他の日常生活動作、例えば連絡動作や書字動作、趣味など生活の質を向上させるために、個々の身体で操作あるいは使用できるように家具や道具の工夫、自助具の使用、介助方法などを検討することが大切です。

住宅を改善するためには、対象者の身体状況を十分に踏まえた上で、住環境の現状を詳しく調べ、情報を得る必要があります。これらの情報を収集するためには、セラピストと建築士とケースワーカーなどがチームを組んで、生活実態調査をすることが最も良い方法だと思います。しかし、各病院の状況を見てみると、その時間的ゆとりがなく、調査に係る費用の問題もあるようです。

そこで、住環境の情報を知る方法の一つとして、家族あるいは改造を行う建築士に写真をとってきてもらい、建築士と家族と共に改造内容、改造に要する時間や費用等について打ち合わせを行うことが現実的であると考えています。理想的には、**図9**のような流れで、専門職による作業の分担をして、福祉機器と住宅改造を進めることが大切です。

根底に流れている考え方は、

「本人の機能・形態障害は、医学の進歩を待つしかなく如何ともしがたい。しかし、能力障害は、残存機能を活用し、住宅を機能に合わせて整備し、機器具を活用することで、補うことができることも多い。

社会的不利は、時間をかけて社会環境を除々に改善していくことで、少なくしていくことができます。一度の人生、精一杯生きよう。」

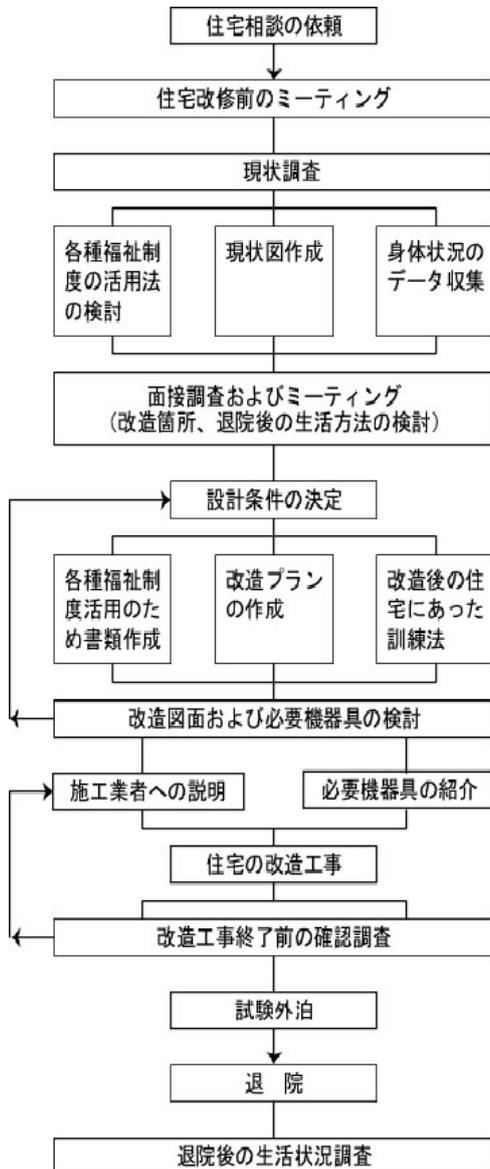


図9 住宅改造の流れ

とすることです。この考え方を理解し、気持ちを切り替えれば、工学的支援は大成功となり、生き活きと活動する高位頸髄損傷者を始めとする脊髄損傷者が増えてくると考えています。

次の項では、頸髄損傷者の住環境（住宅と機器）設計研究として行った住宅改造事例を記述します。

4-5. 住環境改善事例

<事例1> 定年退職直前に交通事故で第6頸髄を損傷、自立生活を行うための住宅改造

下肢機能と上肢の手指機能に障害がありますが、住宅への出入り、トイレや浴室、寝室での移乗動作や衣服の脱着動作などを考慮して話し合って住宅改造を行いました。家への出はいは、段差解消機を設置して自立できるようにイメージした（**図10-1**）。**図10-2**に段差解消機の使用状況を示します。

自動車への移乗は自立していますが、車いすの積み込みは、無理をしないということで、天井に電動で積み込むオートボックス（**図10-3**）を設置して操作を自立しました。その自動車の運転を行い再就職し通勤しています。

図10-4に浴室とトイレの改造イメージを記載しています。入浴動作は、リフトで介助入浴を行うことになりました（**図10-5**）。大便は、便器へ自立移乗できるように便器の周りに柔らかい台を設置し、正面移乗で移乗できるようにトイレタブル

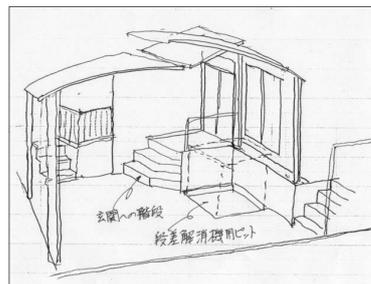


図10-1 車庫のイメージ



図10-2 事例1の段差解消機



図10-3 事例1のオートボックス



図10-2 事例1の段差解消機

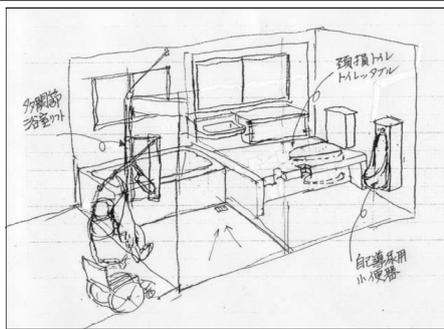


図10-4 浴室とトイレのイメージ



図10-5 事例1の風呂 図10-6 事例1のトイレ座 図10-8 起立補助具



図10-7 自己導尿用便器

を設置した(図10-6)。小便は、自己導尿を車いすに座ったまま清潔に放尿できるように膝の上に漏斗タイプの容器を乗せられるように(図10-7)工夫したことで、自立することができた。また、開発したスタンディングエイドを使って、スイッチ操作だけで起立している状況が分かる(図10-8)。自立生活を実践している。

＜事例2＞ 高校の体育祭で第2～3頸髄を損傷し、当初は呼吸器を必要とした高位頸髄損傷

高校の体育祭で第2～第3頸髄を損傷した。当初は呼吸器を必要とし、かつ四肢麻痺を呈する。当初の移動はチンコントロールの電動車いすを使っていましたが、現在は上肢でジョイスティックレバーを操作し移動を自立しています。また、室内は図11-1のような姿勢で手動車いすも駆動で

きるようになりました。

生活動作における自律度を向上し、かつ介護負担を軽減する目的で、福祉用具の適合と住宅改造を行いました。図11-2は、顎でのコンピュータの入力の状況である。もちろん、ゲームも自立して楽しむことができます。図11-3は、出入口の段差解消機で、リフトの肘の位置に大型押しボタンスイッチを設置したので、段差解消機のスイッチを肘や手関節で操作し、屋内外への移動を自立しました。

図11-4は、寝室内の天井走行式リフトやベッド、机、オーバークラッシュテーブルなどの配置が見て取れます。移乗介助の負担を軽減し、デスクまわりでの動作の自立度を向上させる工夫が分かります。

図11-5は、トイレの状況ですが、便器横にあるトイレキャリーにリフトで移乗介助し座らせ、座のまま便器の上に移動することができます。排便介助はトイレで行っています。

図11-6は、浴室に設置した水道圧を利用して人



図11-1 事例2の車いす駆動練習



段差解消機が降りた状況



段差解消機が上がった状況

図11-3 事例2の段差解消機



図11-2 事例2のTVゲームの顎での操作



図11-4 事例2の寝室



図11-5 事例2の浴室のリフトとシャワーキャリー



図11-6 事例2のトイレ

を吊り上げられるリフトです。排便後に、シャワーキャリーで浴室まで移動し、シャワーキャリー上で洗浄した後、シャワーキャリーの座の部分を外して本人を吊り上げ、浴槽へ入れることができます。また、学校の出入口も電動車いすに座った状態でドアの開閉ができるように電動化しました。

その他、学校内の段差の解消や休憩室の設置などの協力を得ることができました。多くの方々の協力もあって、復学が成功したことで、本人の勉学の意志や意欲は喚起され、高校卒業後、K国立大学の人工知能学科を受験し、見事に合格し大学生となっています。現在は大学院で研究しており、学者を目指しています。将来は、納税者となるのです。

4-6. 社会環境

社会環境では、公共のトイレ設備、道路と歩道の状況、街並み、建物のアプローチと階上への移動方法、公共交通機関、駐車場、市民の高齢者や身体障害者に対する考え方などが考えられます。

社会環境の現状は、地域社会によって様々ですが、行政や障害者団体、セラピストなどの中に熱心な担当者がある地域では、環境改善が早いように思われます。社会環境の中で公共交通機関は、一般市民にとって、仕事や買物、交流、社会活動などを行うために最も重要なものの一つです。

脊髄損傷者などの下肢障害者や高齢者にとっては、重要な交通手段であるはずですが、下肢に障害のある者に最も使用し辛いものとなっているのです。「公共」と言われる中に障害者が入っていない状況にさえ感じています。それは、バスや電車などの車輻と乗り場間の段差と隙間が大きいことや、ドア幅が狭いことなどが主な原因となっているのです。これらの段差と隙間を解消していくことで、脊髄損傷者だけでなく多くの下肢障害者や高齢者が利用できるようになることは明白です。公共交通機関と呼ばれるためには、これを押し進めなければならないと考えています。バリアフリー新法は、期待の大きい法律です。

以下に、車いす使用者である脊髄損傷者が公共交通機関を利用する場合を例にとって、バス、鉄道、飛行機、船舶について現状および今後の課題

を記述します。

(1) バス (路線バス) アメリカでは、障害を持つアメリカ人法 (ADA) が施行され、障害があることを理由に利用できない場合は営業停止を含めた罰則もあります。このような法律のおかげで、ほとんどの路線バスに昇降リフトが設置されており、乗車後は車内の座席を折り畳み、車いすを固定できるようにになっています。高齢者や身体障害者を含めた公共の重要な交通機関となっています。

一方、ヨーロッパでは、サスペンションが下がりスロープが出てくるタイプを採用している所が多いようです。健常者も車いす使用者も高齢者もみな同じ出入り口を使い、同程度の乗り降り時間で済むため公共用としては理想的です (図12-1)。

日本では、施設用などにリフト付きバスが使用されていますし、1992年にリフト付き公営路線バスが大阪市に登場し、その後少し増加しましたが、現在ではノンステップバスの効率の良さに気づいてかノンステップバスが増加しています。しかし、未だにほんの一部路線に配置されている程度です。私営を含め全ての路線バスを障害者や高齢者が利用できるようにするためには、次の点が課題です。

①乗降口の段差の問題を解消する、②車内に座るスペースを確保する、③急ブレーキ時などの安全性を確保する、④スロープやリフトなどの機具を付加した場合は操作方法と管理方法を徹底する、⑤バス停車位置と昇降スペースの確保。

(2) 鉄道 電車、地下鉄、モノレールの場合には、①改札口の広さ、②プラットホームへ行く階段、③車輻の出入口の広さ、④車輻の床とホームの段差と隙間 (図12-2)、⑤車輻内での車いすの固定方法 (図12-3)、⑥車輻内通路の広さ (図12-4)、⑦車輻内の洗面所とトイレ設備 (図12-5)、⑧駅舎の洗面所やトイレ設備および扉の広さの不備に関する問題が多く存在します。しかし、設備の新しい新幹線やJRや私鉄の新型車輻は、⑤⑥⑦の問題を一部解決しています。

また、②の問題の最善策であるエレベーターがない駅や④などの設備の不備な点は、駅職員の人的援助で対応しています。このため、利用する場合は、乗車する駅の事務室などへ事前に連絡をす



図12-1 ノンステップバス



図12-2 電車のスロープ



図12-3 モノレールの車いす席



図12-4 新幹線の座席が
はずしてある車いす席



図12-6 車輪を外して通路を通るまでの流れ



図12-5 新幹線のトイレ



図12-7 空港のリムジンバスでの搭乗



図12-8 フォークリフトでの搭乗



図12-9 JALのパッセンジャーリ



図12-10 機内用車いすの例



図12-11 フェリーのスロープ



図12-12 フェリーのトイレ

るようになっていきます。車いすや電動車いすでも旅行できるようになっていきますので、思い切って出かけることが大切です。人生を楽しみましょう！

(3) 旅客飛行機 航空券を予約するとき、車いすを使用していることを伝えることで、不便な点は空港職員が手伝ってくれますので、どのようにしたいのかしっかり伝えましょう。空港内での移動や座席に移るまでの移動には、後輪の大車輪を着脱できる車いすが準備されており、歩行障害のある人の搭乗を援助するサービスを受けられます。ただし、座面が固いため褥瘡の心配のある者はクッションを敷くなどの配慮が必要です。このとき、個人の車いすは、空港カウンターで他の荷物と一緒に預けることになります。

機内では大車輪を外すことで、通路を通れる程度の幅となるため、座席の横まで押して案内してくれますので安心です。図12-6は、筆者が開発した大車輪の脱着によって狭い通路を通っている状況です。座席に自力で移乗出来ない場合は、航空会社の職員やキャビンアテンダントの介助で移乗させてくれます。

タラップを使用した搭乗の場合には、空港スタッフの案内で、リフト付きのリムジンバスで飛行機横まで移動し、飛行機のドアの高さまでバスの客室が上昇して機内に入るように段差解消機やフォークリフトを改良したもので乗り降りできます(図12-7～図12-9)。

機内のトイレは狭いのですが、機内用車いす(図12-10 アイルチェア)がほとんどの旅客飛行機に準備されていますので、歩けない方でもトイレまで移動できます。安心して旅行しましょう。

国内での1時間から2時間の飛行時間にトイレに行かないで良いように、空港で排尿して搭乗する方が多いのも事実です。10年ほど前から飛んでいるボーイング777には車いす用トイレが付いており、常備される機内用車いすで中に入り、ドアまで閉められる広さがあります。海外線では、飛行時間が長いため、機内用車いすを要望することで準備してくれる会社もあります。

今後の課題は、楽しく旅行するための乗降システムや機内用車いすの改善、および機内の車いす用トイレ設備の開発と利用システムの構築があります。

(4) 船舶 大型フェリーには、船底の駐車場からキャビンまでエレベーターが設備されているものやドア部の段差にスロープが設置されていることが多いのですが、小型の船舶には一般的に階段が多く、水の侵入を防ぐためドアの所には段差がありました。最新のフェリーでは段差の解消(図12-11)、身障者用トイレ(図12-12)、車いすの収納場所など、多くの配慮が施されており、利用しやすくなりました。今後は、水の侵入を防ぎかつ段差の解消などのユニバーサルデザインを設計条件に加えた設計システムを構築する必要と考えています。

まとめ

脊髄損傷者の社会参加を促進するためには、残存機能を活かしあるいは失った機能を補完し、生活への自信を取り戻す支援が必要です。そこに工学的支援技術が必要であり、実際の生活の現場には、多くのニーズやデマンドが存在します。そのニーズやデマンドに対して、いかなる方法でアプローチして支援していくかが重要です。

工学的には、費用と時間を考えなければ、必要なものは何でも作れます。しかし、福祉機器の利用者には、何らかの身体障害があり生活方法も様々なのです。机の上で考えて、ものづくりを行って支援できるものではありません。現場をしっかりと見て、分析して、本人や家族から話を聞いて試作し、あるいは既存品を運び込み試用状況を分析して改造していきます。住宅改造では福祉住宅やモデルルームなどでシミュレーションして、本人が選択して決めていけるようにしなければなりません。これが、リハ工学的アプローチです。

このアプローチが上手くいき、福祉機器と住宅改造が本人の身体機能や生活方法が適合すれば、身体に障害があっても生き生きとした生活を送ることができます。そうすることで、買い物に行ったり、旅行したり、一般的にはすごく当たり前のことが、脊髄損傷者のような肢体不自由者も行えるのです。これは、すでに消費税を払っているのです。納税者なのです。そして、学校や仕事を継続することで、今度は所得税を払う納税者へと進歩していくのです。これは、誇らしい生活であり、誇らしい人生です。

脊髄損傷者は、その障害の程度には関係なく、自分の人生を楽しいものにするためでもあります。が、障害者の社会参加促進のために、誇らしい生活を獲得するために世界中で活躍しています。

最も大切なことは、「身体に障害があっても大丈夫、車いすや福祉用具を適合させ、住宅を改修すれば、自立（律）生活を目指して準備できる」ということと「身体の障害が悪いのではなく、車いすを使うことになったことを悔やんだり思い悩むことが悪い」ということを理解して、「歩けなくても大丈夫、生活は楽しめる」ということを知らしめて欲しいと願っています。

また、筆者やアクティブに生活している人は、1台の車いすではなく、TPOに合わせて数台を使い分けるなど、様々な支援機器を活用して、生活をエンジョイしているのです。

肝に銘じていて欲しいことは、本人や周囲の方々の車いすや人生に対する考え方しだいで、車いすも福祉機器などの支援機器も生活方法も変わるということです。それだけに、広い気持ちで、脊髄損傷者の現在と将来を考えて支援していかなければならないと考えています。

[参考文献]

- 1) バリアフリーのための福祉技術入門, (監修) 足立芳寛, (編著) 後藤芳一, 株式会社オーム社, 1999年9月.
- 2) 木村利和ほか: 頸髄損傷者の運動麻痺(完全型)に関する上肢残存機能分類について, 総合リハ, 第19巻8号, 813 ~821, 1991.
- 3) 松尾清美, 御手洗謙二, 井手将文ほか: 頸髄損傷者の自動車移乗動作の研究, 身体障害者の生活環境系の設計研究, 総合せき損センター医用工学研究室報告書, 21-64, 1992.
- 4) 土屋和夫, 斉場三十四: 福祉・介護機器, 中央法規出版, 1989.
- 5) 松尾清美: 移動関連機器, テクニカルエイド, 80-95, 三輪書店, 1994.
- 6) 松尾清美: 住宅・日常生活機器, 総合リハ, 20巻6号, 497-502, 1992.
- 7) 松尾清美: 高位頸髄損傷者の生活環境と住まい方, 脊椎脊髄ジャーナル, Vol. 8, No. 4, 280-292, 1995.

[まつお きよみ]

第5章

障害者スポーツへの招待



5-1.

障害者スポーツが 世界を広げる

陶山 哲夫

埼玉医科大学総合医療センター
リハビリテーション科教授

(すやま てつお)

1. 障害者スポーツの概論

I-1. 障害のもつ意味

1993年、「心身障害者対策基本法」から「障害者基本法」へ名称を改正し、障害者とは「身体障害・精神薄弱または精神障害があるため、長期に亘り日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」としている。

障害者福祉的な観点からみると、障害をもつことは個人の心身機能障害のみならず、個人と社会環境との関係に左右されることが多い。障害者が社会の構成員として健常者と同等の市民権を保証されなければならない、社会活動の主体となるべきであり、障害者個人が主体的に活動すると同時に社会の同一の権利を有しつつ社会生活・社会参加を行う必要がある。障害者スポーツはこの意味において正にその目的に合致しており、スポーツをとおして社会観・世界観を社会で共有し・共生するものである。

I-2. 「障害者スポーツ」で使用される

「障害者」の指す国際的意味

わが国で用いられる「障害者」は、15条指定医〔身体障害者福祉法〕の障害の程度を記載した診断書を各都道府県に提出して、認定されると障害者手帳が発行される。日本で毎年行われる全国障害者スポーツ大会は、障害者手帳を有することが必須条件である。しかし障害者手帳を有しなくとも、心身に障害のある者がスポーツ施設の利用を許可され楽しむ例もあり、国際的には障害者の定義が統一されていない。国際大会（パラリンピック等）で用いられる「障害者」とは「障害のある人のスポーツ」と解釈するのが適切であり、障害度を国際的な

参加基準に該当する者と限定している。このように国内大会と国際大会の参加基準が異なることがあり、国際大会に繋がる競技種目は国際基準に従って運営されている。

I-3. 障害者スポーツの参加する障害の種類

1) 日本国内の実際

(1) スポーツ施設を利用する障害者

A. 身体障害者：以下に分類される

- ① 肢体不自由（上肢、下肢および体幹の機能障害
上肢および下肢の切断：脊髄損傷はこの群に該当する）
- ② 視覚障害（視力、視野に障害を有する）
- ③ 聴覚・言語障害（聴力損失による障害、平衡機能の障害及び音声・言語・そしゃく機能の障害を有する）
- ④ 内部障害（心臓機能障害、呼吸機能障害、腎臓機能障害、膀胱・直腸機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害）

B. 知的障害者

C. 精神障害者

D. 重複障害者

(2) 全国障害者スポーツ大会への参加

：社会参加・社会的統合を目的とする

A. 身体障害者：肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害

B. 知的障害

なお内部障害の中の膀胱・直腸機能障害（人工膀胱・人工肛門）および精神障害は平成20年の大分大会より導入される予定。

2) 国際パラリンピック・各種国際競技大会

身体障害者（肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害）が主体である。

知的障害者はパラリンピック参加が現在認められておらず、「知的障害者競技連盟」で国際大会がおこなわれている。

I-4. 我が国における障害者スポーツの活動状況

障害者のスポーツ活動状況は、1年間に身体障害者の20～40%、知的障害者の40～50%がおこなっており、約半数の障害者（推定約80～150万人）がスポーツ活動を行っている。

II. 障害者スポーツの歴史

II-1. 世界における障害者スポーツの歴史

古代ギリシャでも障害のある人が行っていたようであるが、公式記録では1888年、ベルリンの「聴覚障害者スポーツクラブ」結成に始まる。

1924年、パリで「国際聴覚障害者スポーツ協会」(CISS)が設立され、9ヶ国による第1回国際スポーツ大会(CISS)が開催されたのが初めての国際大会である。

1952年、Guttmann博士が「国際ストーク・マンデビル競技大会」を開催し、同時に車いす使用者を対象とする「国際ストーク・マンデビル競技連盟」が設立された。1960年、ローマオリンピックの後にローマ法王の呼びかけで国際ストーク・マンデビル競技大会が同地で開催され、この大会を第1回パラリンピック大会とし、1964年東京オリンピックの後にパラリンピック大会を開催し第2回パラリンピック大会とした。

1976年、第1回冬季身体障害者スポーツ大会がスエーデンのエーンシェルドスピークで開催。以後、1978年：国際脳性麻痺者スポーツ・レクリエーション協会(CP-ISRA)、1980年：国際視覚障害者スポーツ協会(IBSA)、1982年：国際障害者スポーツ調整機構(ICC)、1986年：国際知的障害者スポーツ連盟(INAS-FMH)などが次々と設立されている。

1989年、国際パラリンピック委員会(IPC)が設立され、これらの競技連盟を統括して開催するに至った。1998年には長野において第8回冬季パラリンピックが開催された。

2000年、IOC(国際オリンピック委員会)とIPC(国際パラリンピック委員会)との協力関係が成立し、IOCとIPCの競技大会は同じ組織が主催することになり、パラリンピックの大きな転換点といえる。

1975年、大分の中村裕博士を中心に、リハビリテーションスポーツに競技性を加味した「極東アジア南太平洋障害者スポーツ大会」(FESPIC連盟)が開催され、この大会を通じて国際および世界へ羽ばたく多くの選手が育っていった。2006年11月にその役割を終え、新たに2006年11月「アジアパラリンピック委員会」(APC)が発足して引き継がれ、アジアの大会は国際的には競技性を強く求めるスポーツへと変質している。

II-2. 我が国の障害者スポーツの歴史

1951(S26)年、東京都で身体障害者によるスポーツ大会が開催され、1956(S31)年、神奈川県で精神病院間のソフトボール大会、1961(S36)年、大分県で精神薄弱者施設対抗のソフトボール大会が行われている。

1964(S39)年、東京パラリンピック大会が開催され、翌1965(S40)年、(財)日本障害者スポーツ協会が設立、また同年岐阜県において第1回全国身体障害者スポーツ大会が開催され、以後各県の持ち回りで開催され、身体に障害のある人のスポーツは地方自治体主導により徐々に広まっていった。

1991(H3)年、ジャパンパラリンピック陸上競技大会、水泳大会・アーチェリー大会が開催、1995(H7)年、ジャパンパラリンピック冬季競技大会が開催されたが、ジャパンパラリンピック競技大会はより競技性の高い身体障害者スポーツへの道が開かれ、世界で活躍する選手の登竜門となっている。1998(H10)、長野パラリンピックが開催され、社会の関心と啓蒙の促進に大いに役立つこととなった。2002年、日本アンチドーピング機構(JADA)に加入して、障害者スポーツの国際大会・ジャパンパラリンピック大会にも健常者と同様にアンチ・ドーピング・ムーブメントを大いに前進させることになった。

III. 障害者がスポーツをする意義

1943年、英国のStoke Mandeville Hospitalにおいて、Ludwig Guttmannが脊髄損傷者の障害者スポーツを導入して身体的機能への好影響を発見した。1945年、障害者がスポーツを行う意義についてSir, Ludwig Guttmannは、「障害者スポーツを行うと、身体の調子や心の動きを良い状態に保持することができ、これは社会への再適応を助け、ま

た働いている障害者にとってリクリエイトの理想的形式である」としている。障害者は身体に障害を持っているために、**健常者以上に自分の健康に配慮する必要があり、スポーツを日常の生活の中に取り入れるべきである。**

1978年、ユネスコ（国連、教育科学文化機構）条約の中における「体育、スポーツ国際憲章」の「体育・スポーツの実践はすべての人にとって基本的権利である」につながり、**2006年12月、国連で採択された「障害者の権利条約」を日本も批准し、その中の第30条に記載されている障害者のスポーツは、正に非障害者と同等の権利の下でノーマライゼーションの推進・実践にあるといえる。**

IV. 障害者スポーツの分類と特徴

障害のある人のスポーツは、リハビリテーションスポーツ（医療スポーツ）、生涯スポーツ、競技スポーツなどに分類される。

IV-1. リハビリテーションスポーツ（医療体育）

1943年、Guttmann博士が英国Stoke Mandeville病院において脊損者に対して初めて導入されリハビリテーション効果を強調したが、本邦では昭和30年代に脊損や切断者などに行なわれている。

（1） 目的：障害された運動器官の機能改善や機能的予備力を向上させ、日常における身体活動の拡大および自立、心理的な安定を得て社会生活への復帰を促進させることを目的とする。具体的にはADL動作の安定化、体力の維持・向上、筋の瞬発力・筋持久力、全身のバランス・協調性・巧緻性などを向上または改善させることにより、日常生活をより一層円滑に送れるようにスポーツを行う。

（2） 開始する時期：一般的には医学的治療が一応終了して基礎的リハ訓練を行い、応用動作や耐久性・協調性を必要とする慢性期の初期から病院退院直前、あるいは退院後数ヶ月前後の期間に行う。

（3） リハビリテーションスポーツの練習内容と目的

① 訓練初期：訓練の動機づけ、車いす操作の耐久性、車いす操作能力、良姿勢保持、ストレッチ体操、リラクゼーション、呼吸補助筋の強化、起立性低血圧の改善などがある。

② 訓練中期：筋力、持久力、瞬発力、バランス、調整力、スキル、社会的技能の習得などにより、体力を養成する。

③ 訓練後期：基礎体力の維持と強化、車いす習熟訓練（平地移動、踏み切りなど）、各種スポーツの導入とトレーニング、身体の自己管理の徹底、社会性の獲得を促進させる。

（4） リハビリテーションスポーツの医学的留意事項

① 障害の原因疾患となる症状を充分把握し、スポーツ練習中に何らかの症状が出現した場合に即座に対応できるようにする。

② 複合損傷や障害の有無のチェックを行い、原疾患との鑑別を行い対応できるようにする。

③ 褥瘡や膀胱炎・骨折・静脈炎・巻き爪・自律神経反射、てんかん発作・痙攣などの合併症の発生予防に努める。

④ スポーツ時の栄養や水分、電解質などの摂取法の指導を行う。

⑤ その他

以上、リハビリテーションスポーツは退院した後、生涯スポーツへつなげるものである。

IV-2. 生涯スポーツ（市民スポーツ）

（1） 目的：地域において行うスポーツであり、市民生活をしている障害のある人が、心身の健康の維持・増進、心理的安定、楽しみ作り、仲間作り、社会参加（ノーマライゼーションの確立）などを目的としており、近年・各地域において盛んに推奨されている。

（2） 地域における生涯スポーツ振興の歴史

1964年、第2回パラリンピック東京大会に続き、1965年（S40）年10月、（財）日本身体障害者スポーツ協会が発足し、1965年、岐阜県において第1回全国身体障害者スポーツ大会が開催され、障害のある人々のスポーツを地域への理解、啓蒙、協力を深める役を担っていた。1972年、「体育・スポーツの普及振興に関する基本方策について」が答申され、生涯スポーツの普及を勧めている。

2001年、日本障害者スポーツ協会主催における「21世紀の障害者スポーツへの提言」の中で、社会参加・活動の推進を推奨し、また2006年12月、国連で採決された「国連の障害

者の権利条約」の第30条の中で、障害者は非障害者のスポーツと同等の権利について言及されており、障害のある人のスポーツは健全者と同等な権利として国際的にも認知されている。これは正に障害のある人が生涯スポーツを行う支えともいえよう。

(3) 生涯スポーツの効果

車いすバスケット：

(脊髄損傷者のアンケート調査。N=53)

- ① ADL効果：自立度の向上41.5%、
低下3.8%、不変47.2%
- ② 健康度：健康になった64%、
低下3.8%、不変30.2%
- ③ 体力：自信が出てきた69.8%、
低下3.8%、不変24.5%
- ④ ストレス：コントロールできる45.3%、
出来ない5.7%、不変47.2%
- ⑤ 交際範囲：広がった90.6%、
不変9.4%、狭くなった0%

(4) 我が国における生涯スポーツの問題点

- ① 障害者スポーツへの理解が少ない(心のバリア)。
- ② 障害者スポーツ用の施設が少ない(物理的バリア)。
- ③ 障害者スポーツの指導者が少ない。
- ④ 従来は退院後しばらく経過した人が行っていたが、最近では体力的に未熟なレベルで退院した人がスポーツ訓練を希望する者が増加する一方、病院レベルから社会生活レベルのスポーツ訓練メニューや、設備・人員の面で対応できていない。

以上、日本各地域における生涯スポーツの促進を図り、興隆を深める必要がある。

IV-3. 競技スポーツ

：正しく世界のパラリンピックへ繋がる

障害のある人が医療スポーツを経て社会復帰した後、あるいは生涯スポーツを楽しんでいた者がさらに強さ、速さ、高さなどの記録への挑戦、プレイヤー同士で競い合うことに意義を求め、究極的には最高レベルを目指すパラリンピックにおけるメダル獲得を志向するものである。

V. 国際障害者スポーツ競技 およびパラリンピック

各種の国際競技は各々、国際競技連盟あるいは協会を設立して運営しており、国際競技大会はこの競技連盟・協会が主催している。

1989年国際パラリンピック委員会 (IPC)が発足し、以下のような国際機構を統率して国際パラリンピック大会を組織し、開催している。

◆国際パラリンピック委員会 (IPC) の加盟組織

- ① 国際車いす・切断者競技連盟 (IWAS・2004年設立): 脊髄損傷者が該当
- ② 国際脳性麻痺者スポーツ・レクリエーション協会 (CP-ISRA)
- ③ 国際視覚障害者スポーツ協会 (IBSA)
- ④ 国際知的障害者スポーツ連盟 (INAS-FID ; 北京大会は参加非承認)

V-1. パラリンピックの語源

パラリンピックとは、国際パラリンピック委員会 (1989年設立・IPC) が主催する障害者による世界最高峰の競技大会である。一般的に用いられる“パラリンピック”の語源は「Paraplegia [=対麻痺]とOlympic」を組み合わせ、1964年のパラリンピック東京大会において初めて使用されている。

また1988年パラリンピックソウル大会において「Parallel=平行した、もう一つの」を組み合わせ使用され、現在では後者の意味で使用することが多い。

V-2. パラリンピックの参加条件

以下の3項目に集約される。

1. クラス分け
2. ランキングの獲得
3. アンチドーピング

1) クラス分け

国際競技、特にパラリンピックではクラス分けは必須ではあり、**障害者スポーツの中でも競技スポーツの最大の特徴**であり、競技別にクラス分けを行う。

目的：選手の運動機能・能力を評価し、障害の程度をほぼ同一のグループに分けることにより、障害の程度を平等化して競うことを目的としている。

方法：医学的な運動機能評価と競技における技術的評価を総合して判定する。

クラス分けの評価は障害の原因となる疾患・損傷ごとに設立された競技連盟や協会で定めるクラス分け規則に則って行う。クラス分けに当たり認定された2～3人のチームで編成される国際クラスファイヤーが判定する。

◆【クラス分けの方法】

目的：運動能力を平等にする

＝競技スポーツの特徴

方法：各競技連盟の規約にそって、**医学的運動機能評価と技術的評価を総合して決定する。**

1. **脊髄損傷：**国際ストックマンデビル競技連盟 (ISMWSF)
2. **切断およびその他の機能障害：**国際身体障害者スポーツ組織 (ISDO)＝ISMWSFとISODが合体し**IWAS**
3. **脳性麻痺：**国際脳性麻痺スポーツレクリエーション協会 (CP-ISRA)
4. **視覚障害：**国際視覚障害者スポーツ協会 (IBSA)
5. **知的障害：**国際知的障害者スポーツ協会 (INAS-FID)

(1) クラス分けの実際

脊髄損傷・脊髄麻痺・二分脊椎・ポリオなどは、IWASのISMWSF規定に則るが、脊髄損傷のクラス分け・特に車いすバスケットボールの機能評価法を理解すると他の競技における四肢麻痺者、対麻痺者のクラス分けを理解できやすく、車いすバスケットボールのクラス分けは障害者スポーツの機軸をなすと言っても過言ではない。

医学的運動機能評価の原則は、体幹機能の回旋・前後屈・側方屈曲の3方向における運動機能性と安定性を基本として、骨盤の前傾度、上肢の機能などを加えて評価する。

技術的評価では、競技種目の運動技術能力（前後・左右・回旋の運動機能の可否・協調性）などを評価し、さらに医学・技術両者を総合して最終的なクラスを判定する。

脳性まひはCP - ISRA・視覚障害者はIBSA、聴覚障害は国際聴覚障害競技連盟の規約に従ってクラス分けを行うことになっている。

(2) 代表的競技種目のクラス分け

(A) 車いすバスケットボール競技

国際バスケットボール競技連盟の規約に従い判定される。基本的には医学的運動機能評価と、バスケット競技中のパス・シュウト・ドリブル・車いす駆動法・その他の動作評価を加味し、総合的にクラス分けを実施する。

各プレイヤーには1点から4点の持ち点があり、5人のプレイヤーの合計点が14点以内とする。麻痺が重度なほど持ち点が少ない。

チーム編成は通常1点と4点が各1人、2点と3点は各1～2人から編成される。

以下に、体幹の3次元的な医学的運動機能評価法を挙げる。

- 1) 胸髄損傷T7より高位の脊髄損傷：クラス1＝体幹の回旋不能（テスト1（－））、両手挙上でバランスがくずれ、手を用いて身体を起こす。
- 2) 胸髄損傷T8 - L1：クラス2＝体幹の回旋は可能、両手を使用した動作中でバランスがくずれ易い。体幹の前屈位より起き上がりテスト（－）（テスト2（－））。
- 3) 腰髄損傷L2 - 4：クラス3＝体幹の回旋と前、後屈が可能、リーチが広がる。体幹バランスは比較的良い。体幹の側方への屈曲・起き上がりテスト（－）（テスト3（－））。
- 4) 腰髄損傷L5以下：クラス4＝側屈も可能、上下左右へのリーチが拡大。体幹バランスは良好。

表1 車いすバスケットボール競技のクラス

クラス	障 害	テ ス ト		
		1	2	3
1	T7より高位の麻痺	(－)	(－)	(－)
2	T8-L1と両AK (小転子より近位)	(+)	(－)	(－)
3	L2-4と両AK (小転子より遠位)	(+)	(+)	(－)
4	L5以下と片股離断 両BK 両AK(小転子以下)	(+)	(+)	(+)

表2 陸上競技・トラックのクラス分け (IWAS)

クラス/機能	神経機能	身体機能	競技機能
T 1	頸髄損傷 / C6 (完全麻痺)	・肘屈曲、手首背屈力は機能的強さあり。	・手掌で車いすを駆動し肘屈曲で力を増す。
T 2	頸髄損傷 / C7-8 (完全麻痺)	・肘、手首、指の屈伸力が機能的力あり。 ・大胸筋が機能的強さ。	・肘伸展、手首背屈で車いすを駆動する。 スタートは肘の伸展力で行う。
T 3	胸髄損傷 / T1-8 (完全麻痺)	・上肢は正常。 ・腹筋は機能なし。 ・上部の背筋力あり。 (ときに弱い)	・車輪を押すさい体幹が屈曲する。 ・カーブでの方向転換や急ブレーキで手がプッシュの位置。
T 4	胸髄損傷 / T8-S2 (完全麻痺)	・上肢と腹筋は機能 ・脊柱は機能する。	・体幹の前屈、後屈、回旋が可能

(B) 陸上競技のクラス分け

- ① 脊髄損傷・脊髄麻痺・その他の機能障害・脳性まひ・切断・視覚障害などが行われる。
脊髄損傷・脊髄マヒ・二分脊椎の医学的評価は、バスケットボールにおける脊髄損傷の3次元体幹評価に、上肢の残存運動機能評価を行うが、ASIAのKey Muscleと照合すると理解しやすい。競技中の運動機能は車いすでのスタート・ストップ・コーナリングなどの操作能力で判定する。
- ② その他の機能障害は、車いす参加者は下肢の障害を基本として、体幹の安定性の有無に上肢の運動機能により評価する。立位での競技参加者は、下肢と体幹の運動機能・走行・立位バランスを基本として、上肢機能を加えてクラス分けする。
- ③ 切断はIWAS、脳性まひはCP - ISRAのクラス分けに従う。

(C) 水泳のクラス分け

脊髄損傷、切断、脳性麻痺、その他の機能障害は障害者別に分けるのではなく、全ての肢体障害者に対して統一のクラス分けを行う。SB (平泳ぎ)、S (自由形、背泳、バタフライ)、M (メドレー) の3種類ある。評価はベンチテストで関節可動域テスト、徒手筋力テスト、協調性テストを行い、さらにウォーターテストを行う。

(D) その他の機能障害 (神経麻痺、関節拘縮、筋力低下、側彎症、四肢短縮、その他) はIWASのクラ

ス分けに従って施行する。この評価は競技への参加資格である。

- ・上・下肢の麻痺：徒手筋力テストでの評価点数で判定する。上肢片側12筋 (60点満点) で両側20点以上の減点があるとき。
- ・下肢片側8筋 (40点満点) で両側10点以上の減点があるとき。
- ・関節可動域制限：可動域測定 (股関節60度以下、膝30度以下、肩135度以下、肘45度以下)、手と足関節は強直があるとき。
- ・下肢の短縮：下肢長測定 (7cm以上の短縮)
- ・体幹の障害：Cobb法角度測定 (60度以上)
- ・小人症：身長測定 (145cm以下)
- ・人工関節：参加種目の制限 (アーチェリー、ローンボール、射撃など) に限定する。

表4 切断のクラス分け (IWAS)

A 1	両側	A K	A 5	両側	A E
A 2	片側	A K	A 6	片側	A E
A 3	両側	B K	A 7	両側	B E
A 4	片側	B K	A 8	片側	B E
			A 9	上、下肢または三肢	
AK：膝関節離断を含む大腿切断					
AE：肘関節離断を含む上腕切断					
BK：足関節離断を含む下肢切断					
AE：手関節離断を含む前腕切断					

(E) 脳性麻痺のクラス分け：CP-ISRAの分類に従う。

(クラス) (機能状態)

1 : 電動車いす

- 2 : 車いす、重度麻痺
- 3 : 車いす、中等度麻痺
- 4 : 車いす、両麻痺（ときに下肢装具）
- 5 : 立位、両麻痺（長距離に杖使用）
- 6 : 立位、アテトーゼ、失調型麻痺
- 7 : 立位、片麻痺（歩行自立）
- 8 : 立位、軽い両麻痺、片麻痺、
- 9 : アテトーゼ、分類不能群

(F) 競技に当たっての義足の着脱

水泳は禁止されている。陸上競技、アーチェリー、卓球なども競技は本人の判断による。しかし義肢を利用することで明らかに競技上有利になると判断された場合は禁止される。

義足の着用義務

条件	種目
必ず着用する	陸上競技 (片側大腿切断、片側下腿切断)
個人の判断による	陸上競技、射撃、ウェイトリフティング、卓球、バドミントン
許可が必要	アーチェリー、セーリング、射撃
許可の必要・不必要	バレーボール、射撃
認められない	水泳、シッティングバレー

2) ランキングの獲得

パラリンピック大会への参加資格は、国際競技連盟の指定する競技大会でランキング獲得することが必須であり、障害のある人が全て参加できるわけではない。従ってパラリンピック出場を目指すアスリートは、各競技の国際大会に出場して上位入賞を果たす必要があり、リハビリテーションスポーツや生涯スポーツと異なる点である。

3) アンチドーピング・ムーブメント

(1) アンチ・ドーピングの目的：国際パラリンピック委員会は1999年、国際オリンピック委員会と契約を結び、規則をIOCに準ずることを決定しており、アンチ・ドーピング規則もIOCと同様に世界アンチ・ドーピング機構(WADA)の規則を遵守することになった。

目的は、①健康障害の防止、②フェアプレー精神の徹底、③社会道徳の啓蒙、である。国際選手権大会やパラリンピックなどのエリートスポーツ

では健常者と同様の規則で行うため障害者に対する医学的・薬物使用変更の指導などサポートが従来以上に極めて重要となってきている。

(2) 禁止薬物、方法の基準は以下の通りである。

- ① 競技能力の強化、または可能性のあるもの。
- ② 健康の危険性、または可能性のあるもの。
- ③ スポーツ精神に反するとWADAが判定したもの。

(3) 治療目的使用の適用措置 Therapeutic Use Exemptions (TUE)

障害に伴う合併症や随伴症状のために、薬物・方法を使用せざるを得ない場合には、事前にTUE委員会に許可願いを出し、認められたら禁止薬物・方法を使用できる救済措置がある。但し以下の条件を満たす必要がある。障害者は薬物を使用する者が多く、TUE申請の方法を知っておく必要がある。

1. 競技大会に参加する**21日前**までに申請していること。
2. 禁止物質や禁止方法を使用しないと、**深刻な障害を受ける**。
3. 禁止物質や禁止方法により、競技能力が病気や怪我が治ること以上に**強化されない**。
4. 禁止物質や禁止方法を使用する以外に**適正な治療法がない**。
5. 治療目的以外で全面的あるいは一部使用したことの**継続でない**。

VI. 世界へ羽ばたく国際的に活躍する 主な選手と団体競技

——脊髄損傷・脊髄麻痺者について——

1. 車いすテニス

齊田悟司選手と国枝慎吾選手は2003年ワールドカップで世界一となり、2004年のアテネパラリンピックでは金メダルに輝いている。また2007年6月のワールドカップでは再度世界一となった。また国枝慎吾選手は2007年1月オーストラリアオープン、5月のジャパンオープン、7月ブリティッシュオープン、9月USオープンの4大会において全て優勝して**グランドスラム**となり、正に世界に誇るプレイヤーである。今では両選手は北京のパラリンピック大会でシングルス・ダブルスの金メダル最短距離にいる。

2. 水泳

成田真由美選手は日本の誇れる特筆すべき選手である。脊髄炎による両下肢麻痺の選手だが、2000年のシドニーパラリンピック大会で金メダル4個を獲得し、2004年のアテネパラリンピック大会で出場した8種目中・7種目で金メダル、1種目で銅メダルを獲得、50m以外の全ての種目で新記録を出している。



水泳：成田真由美選手

他にアテネパラリンピック大会で大活躍した主な選手を挙げると、土田和歌子選手は5000mの車いすトラック競技で金メダル、女子車いすマラソンで銀メダル、畑中和選手は女子マラソンで金メダルを獲得、高田稔浩選手が車いす5000mで金メダル、高橋雄市選手は男子マラソンで金メダル、廣道純選手が800m車いす競技で銀メダル、大井利江



陸上競技・車いす：土田和歌子選手
〔株ヒューマントラスト提供〕

選手（頸髄損傷）は砲丸投げで銀メダル、他に永尾嘉章選手や多くの脊髄損傷者が活躍しており、アテネパラリンピック大会では他の競技を加え総計52個のメダルを獲得している。

3. アーチェリー

第一に南浩一選手（頸髄損傷）をあげるべきであろう。南選手は5大会パラリンピックに出場し、特にバルセロナパラリンピックでは金メダルを獲得し、日本の誇れるアーチャーである。



アーチェリー：
南浩一選手

4. バasketボール

1945年、英国のストーク・マンデビル病院で対



車いすバスケットボール

麻痺者に初めて導入され、1949年全米車いすバスケットボール協会が発足し、以後世界中に普及していった。本邦では1967年「東京スポーツ愛好クラブ」が結成され、1960（S45）年第1回車いすバスケットボール競技大会がわが国で初めて開催され、以後全国的なひろがりを見せており、障害者スポーツの花形へと発展しており、特にパラリンピックでは非常にエキサイティックである。アテネパラリンピック大会で日本男子は8位、女子はメダル獲得が有望であったが5位に終わった。

5. アイススレッジ・ホッケー

体当たりが許されるきわめて激しいスポーツであり、アテネパラリンピックでは5位に終わったが、今後有望視されている競技である。



チェアスキー

6. スキー滑降競技

東海将彦選手はトリノパラリンピック・大回転で銀メダルを獲得、森井大輝選手も大回転で銀メダルを獲得している。

7. クアドラグビー

頸髄損傷者用のラグビー競技であり、北米や北欧・オーストラリアが強豪であるが日本選手も頑張っている。

8. ツインバスケットボール

日本で開発した頸髄損傷者用バスケットボールである。バスケットが通常の高さに1ヶ所と上の

籠にシュート不能な選手用（C5、C6上位損傷者）に高さの低いバスケットをもう1ヶ所備えている。徐々に世界に浸透しパラリンピックではエキジビション競技として紹介されている。

9. その他の競技

国際的にはセーリングやボートなどがあり、日本選手も大会に参加し奮闘している。

【夏季パラリンピック年表】

				メダル	
●第1回	1960年	ローマ	23国	0個	
●第2回	1964年	東京	22国	10	
●第3回	1968年	テルアビブ	29国	13	
●第4回	1972年	ハイデルベルグ	44国	12	
●第5回	1976年	トロント	42国	25	
●第6回	1980年	アーヘン	42国	27	
●第7回	1984年	ニューヨーク	42国	24	
●第8回	1988年	ソウル	61国	45	
●第9回	1992年	バルセロナ	82国	30	
●第10回	1996年	アトランタ	103国	37	
●第11回	2000年	シドニー	123国	41	
●第12回	2004年	アテネ	136国	52	
●第13回	2008年	北京	?	?	

【冬季パラリンピック年表】

				メダル	
●第1回	1976年	エーゼルトスピーク	14国	0個	
●第2回	1980年	ヤイロ	18国	0	
●第3回	1984年	インスブルック	22国	0	
●第4回	1988年	インスブルック	22国	2	
●第5回	1992年	アルベールビル	24国	2	
●第6回	1994年	リレハンメル	31国	6	
●第7回	1998年	長野	32国	41	
●第8回	2002年	ソルトレーク	36国	3	
●第9回	2006年	トリノ	39国	9	
●第10回	2010年	バンクーバー	?	?	

Ⅶ. 結 語

障害者スポーツは脊髄損傷・脊髄麻痺の後期リハビリテーション期において、身体の運動機能の向上を図り在宅生活・社会生活を送るに当たりADLの獲得・向上を目指す（リハビリテーション・スポーツ）。

次に、社会生活において体力の維持・向上や友達・仲間作りの目的でスポーツセンターなどを楽しむ（生涯スポーツ）。

しかしこの中に、強さ・速さ・高さ・うまさを競う競技性の高いスポーツを希望する選手があり、競技として最高レベルのパラリンピックを目指す選手もいる。

近年では、パラリンピックに出場する選手は競技に出るいわゆるアスリートと呼び、プロ・アマの垣根が取り省かれている。日本の障害者の中には世界に羽ばたき高名なアスリートが幾人も輩出しており、今後ともなお一層社会的アピールを行い、社会的存在感を高めたいものである。

【引用文献】

1. 板山賢治：障害者のスポーツ参加に関する調査研究。総理府、平成元年
2. 財団法人日本身体障害者スポーツ協会：障害者スポーツの歴史と現状。平成14年2月
3. 財団法人日本身体障害者スポーツ協会：21世紀を見据えた障害者スポーツの在り方。平成16年1月7日、10年12月。
4. 陶山哲夫：障害者スポーツの最近の動向。理学療法科学 2006；21:99-106
5. 初山泰弘：身体障害者スポーツと運動処方。整形・災害外科1988；31:917-926
6. 陶山哲夫：障害者スポーツの発展と現状。日本生活支援工学学会誌 2007；7:8-16
7. 陶山哲夫：障害者スポーツの身体機能・クラス分けとインテグレーション。Japanese Journal of Rehabilitation Medicine：470-476, 2007

座談会

車いすのアスリートとして

上村 知佳

土田 和歌子

南 浩一

陶山 哲夫 (司会)

2007年12月13日

戸山サンライズにて

陶山：今回は障害者スポーツで、アスリートとして大変活躍していますお三方にお集まりいただきました。

上村知香さんは、車いすバスケットボールでパラリンピック・シドニー大会（2000年）で銅メダルを獲得されました。

土田和歌子さんは、いろいろなメダルを獲得されていらっしゃると思いますが、ごく最近ではアテネ大会（2004年）の5000mにて金メダル、フルマラソンで銀メダルを獲得されています。

南浩一さんは、バルセロナ大会（1992年）でアーチェリー部門の金メダルを獲得され、頸髄損傷として大変あこがれの的になっていらっしゃいます。

座談会でお話いただくことを以下の5項目ぐらいに絞りたいと思います。1つは麻痺に至った経路、病歴。2つ目が障害者スポーツとの出会い、特に身体機能及び心の変化についてどういう効用があったか。3番目にアスリートとしてパラリンピックに出て、出る前と出た後の自分の人生観などについて。4番目に、さらに日本から世界の発信についてお話を頂きたい。最後に、今後の抱負、及びこれからさらにアスリートとして今頑張ってもらっしゃる選手の方々へ、さらには社会で生活しているの方々へのコメントを1つ頂ければと思います。

それでは初めに土田和歌子さんからいかがでしょうか。まず麻痺に至った経路、病歴などから簡単にお話いただけますでしょうか。

麻痺に至った経過

土田：私はちょうど19歳の時に、知人とドライブをしている最中に交通事故にあいまして、脊髄損傷という障害を負いました。一応障害は腰椎の

1番の不全マヒという障害ですけれども、多少身体機能は残っているものの、やはり車いす生活になり今に至るといふかたちです。治療は、当時の国立療養所村山病院です〔現、国立病院機構村山医療センター〕。

陶山：大変いい病院であり、脊髄損傷の専門病院です。それでは、南さんはどういう経過ですか。

南：僕は24歳の時に、エンジン付きのハングライダーの試験飛行中に墜落しまして、それで頸椎6番を骨折して、土田さんとは年代は違いますが、同じく村山病院に入院して手術をしました。

陶山：ところで南さんは奥様との二人三脚でアスリートとしてご活躍されておられますが、奥様とはどこでお知り合いになりましたか。

南：それもその病院なのですけど。

陶山：奥様は村山病院のOTですか。大変けっこうですね。では上村さんはどうでしたか。

上村：私は高校を卒業して東京の栄養士の専門学校に行きました。そこで、ちょっと風邪をひいて熱があった時に、まだ18歳という遊びたい盛りで、翌日のお休みにどこに遊びに行くか友達の部屋に話しにいったんです。2階へ行って話をして、自分の部屋の1階に戻ろうとした際に階段から転落してしまったんです。1段目を下りた時に、「あ、忘れものをした」と思ったんです。その時にちゃんと階段を踏みしめて戻れば良かったのですが、足元がおぼつかないままに体をクッとひねってしまい、そのまま頭からダースと階段の下まで落ちたようです。気が付いたらベッドの上だった、という感じです。胸椎の10番の損傷です。

陶山：実は今、この上村さんのような損傷のタイプの中高齢者が非常に多くなってきています。

ちょっと酔っ払って階段を踏み外すとか。階段での転落・転倒、自転車での転落・転倒、こういう麻痺の人が非常に多いのですね。ちなみにどこの病院で治療をされたのでしょうか。

上村：最初は東京都の日赤に入ったのですが実家にある石川県の県立病院に転送されました。

障害者スポーツとの出会い

陶山：それでは土田さんは、足が不全麻痺になってからスポーツをやるようになったきっかけは？

土田：病院ではリハビリの一環として車いす操作の訓練があります。そこで陸上競技やバスケットボールなどを知り、そこで始めたことが私の競技スポーツへの道につながっていくわけです。その間、多くの友人であったり指導者の方であったり、やはり競技の道に導いてくれた方がおりまして、私は本当に恵まれていたと思っています。

陶山：初めはどういうスポーツを行いましたか。

土田：バスケットボールをやりました。

陶山：車いすバスケットで、しかし女性のバスケットって珍しくなかったですか、そのころは。

土田：いえ、もうすでに上村さんとか、本当に大先輩がたくさんおられて、女子の車いすバスケットボールも非常に魅力のある、あこがれのあるチームとして私の中では存在していました。

陶山：土田さんは冬季のスポーツと、夏季のスポーツであるマラソン、陸上、両方やられていますが、その両方に入ったきっかけは？

土田：ちょうど1993年に、アイススレッジ・スピードレース*競技が1998年に長野で開催される冬季パラリンピックの種目に入ることが決まりました。

*注：スケートの刃のついたそり（アイススレッジ）に乗り、両手に持ったスティックで氷をこいてスケートリンク（400m）を進むレース。下肢などに障害のある座位の選手のみが対象。

そこで長野県で選手と指導者の育成のための講習会が開かれました。私はそこに参加したことがきっかけで講師の方に見初められて、次のリレハンメル大会〔1994年〕に出てみないかとお誘いを受けたのが、アイススレッジと出合ったきっかけです。

それ以降、長野大会にも参加したのですが、どうしてもアイススレッジのスピードレースの選手人口が少ないために、競技が廃止されたのです。そこで、それ以降は2000年のシドニーの夏季大会のほうへ私は進んでいきました。今は夏季パリ

ンピックに合わせてやっております。

陶山：そうすると土田さんの能力を引き出したコーチの見方は、バスケットのような球技よりは走ったり滑ったりという個人プレーの能力が非常に高いとご覧になったのでしょうか。

土田：そうですかね。私は最初はバスケットボールという団体競技から入ったわけです。都大会などで陸上競技のほうを知ってトライするようになってからは、私は個人競技のほうに向いているように感じたことと、私自身がやはり個人競技をやりたかったということになります。

陶山：なるほど。土田さんの希望がそういうことでもあったということね。

陶山：では、南さんの障害者スポーツを行ったきっかけやアーチェリーとの出会いはどうでしょう。

南：僕が入っていた病院は、東京都のスポーツ大会に病院から参加するぐらい障害者スポーツが盛んで、院内にアーチェリー場もありました。ただ僕の場合、指が1本も動かないので、その時はアーチェリーができるとは思わず、見学が多かったのですが。そこで主にリハビリの中で、陸上の50m走や100m走とか、スラローム*などをやっていました。

*注：車いすスラローム競技は、全長84mのコースの旗門を、スキーの回転競技のように通過する。白旗は前進、赤旗は後退してくぐり抜ける。さらに2カ所の障害物があって山形、平板形のむづかしいコースを通り抜けるタイムレース。

陶山：頸髄損傷の人の障害者スポーツはなかなか種目がなくて、やはり南さんをアーチェリーに導いた方には大変眼力があつたと言いますか、大変良かったと思います。その前のスラロームというのはどうでしたか〔現在、競技としては廃止〕。

南：私は、そんなに筋力アップというか、一生懸命やりなさいというのが好きなタイプではなくて、どっちかというとなまけものタイプだったのです。でも一応やっている人が大勢いたので、スラロームもダッシュも皆と競争するというのがとても面白かったですね。

アーチェリーのほうは結局、入院中には装具が作れずにはできなかったんです。たまたま、東京オリンピックのマラソンで金メダルを取ったアベベ選手が国に帰って交通事故で私と同じ頸損になって、補装具を使ってアーチェリーをやっている映像を

目にしました。それでアーチェリーの競技には多少知識はあり、電気を使わなければどんな工夫をしてもいいので、ちょっと補装具を工夫してやり始めたのがアーチェリーのきっかけなのです。

陶山：上村さんはすぐバスケットを？

上村：県立病院から山梨県の石和に温泉病院があって、そこのリハビリ病院に1年間ほど入っていました。その時にも車いすバスケットとの接点があったのですが、私自身が断ったのです。

自分自身、障害は受け入れたつもりでしたが、車いすでスポーツをすること自体をすごく甘く見ていたというか、「たいしたことはできないだろう」という気持ちがすごく強かったんですね。やはり、歩いていた時のスポーツのほうが格段にすごいって思っていたので、リハビリ病院で誘われたときには一度断ったのです。

その後、所沢の国立リハビリテーションセンターに入って、ケースワーカーの先生から「1回来なさい」「とりあえず来なさい」と言われてしまって、行かないといけないなど。「とりあえず見るだけはいいだろう」と体育館に足を運んで見た瞬間に、「なんでもっと早く見にこなかったのだろう」という後悔をしてしまいました。

スポーツによる体への効果

陶山：スポーツをやってみて、体の具合に変化はありましたか。

上村：私は泌尿器関係がすごく弱くて、すぐに膀胱炎を起こしていました。スポーツをやり始めて汗をかくようになって、それが本当にどんどん少なくなって行って、今はほとんどないですね。

土田：私は、やはりスポーツをやっていることで、生活が非常に楽に過ごせると感じていますね。

陶山：例えば理学療法、作業療法のみでやって、「さあ、いろいろなADLができるから退院しなさい」と言われても、脊髄損傷の方は自宅で自立した生活することはなかなか難しいですよ。僕は手前味噌になりますけれども、「スポーツを必ずやりなさい」と、いつも皆さんに言ってきました。

ではスポーツを始めてみて、具体的に身体機能のどんなところが良かったのでしょうか。

土田：やはり筋力アップであるとか、普段使わないところを筋力アップすることによって体の保



土田和歌子さん

持力であったり、普段苦痛な動作がすんなりとできずね。私の場合は、下のものを拾う動作とか、伝い歩きも多少できるのですが、腕の筋力アップをしたことによって歩行がだいぶ楽になり、手にかかる比重が少なくなりました。

陶山：スポーツを始めてから、道路を車いすで動いている時に、人をうまく避けることができるようになるとか、坂道を長く続けられるとか、ありましたか。

土田：ありますね、ちょっとした段差をスムーズに越えられるようになったり、今まで苦勞していたちょっとしたスロープがもうすんなり上れるようになっていたりします。

陶山：土田さんは下肢の麻痺で、手のほうは健全なわけですよ。それだけ上肢と体幹にパワーとか柔軟性、敏捷性があれば養われると、そういう機能が一層引き出されたかもしませんね。

陶山：南さんは手先にも麻痺が残り、土田さんより麻痺が少し重度ですが、アーチェリーを導入してみて、何かいい点はありましたか。

南：入院中も、僕ぐらいの状態のような、指が全然動かなくて上腕三頭筋もないという人は、車いすに乗せられても食堂でテレビを見ているだけ、というのがほとんど毎日だったのです。それが皆に引っぱられたり、リハビリの先生にも無理矢理やらされました。スロープに登らされたり、普通は院内を動くのがやっとでしたが、それがかなり車いすでも動き回れるようになりました。

陶山：では走行距離はかなり伸びましたか。

南：すごく、格段に伸びました。

陶山：これがスポーツを始めて非常にいい点ですね。それから頸髄損傷の方は呼吸量が減り、すぐ息苦しくなったりします。南さんの肺活量がどれくらいあるか分かりませんが、普通の頸損の人では2000ccぐらいまで減りますね。そういう息苦しさとかはありましたか。

南：最初は本当にギャッチをもう10度も上げたら貧血で目の前が真っ白になっていたのが、だんだん体を動かしていくことによって、それがみ

るみる良くなっていきましたね。

陶山：なるほど。それからもう1つ、痙性が非常に強くてスポーツに導入できない人がけっこうおりますが、そういう点はどうですか。

南：それは受傷部位によって皆まちまちだと思います。でもクワドラグビー〔車いすラグビー〕やアーチェリーをやっている頸損の人たちでも、痙攣の強い人もいればダラダラと弛緩した人もいますが、それなりにやはり大変なようです。

陶山：痙性があるからといってスポーツはやれないことはない、ということですね。土田さんはそのへんはいかがですか。

土田：私は全くないので、ちょっと分からない世界なのですけど。

南：今は健康な人でも、運動しないと具合が悪くなるというので皆やっていますね。体の状態が悪いにせよ良いにせよ、体を動かすということは絶対マイナスにはならないです。

陶山：そうですね、だから脊髄損傷の人はなお一層運動しないとイケませんね。

スポーツは心持ちを変える

陶山：障害者スポーツをすることによって、心の変化がありますが、皆さんは何かありましたか。勇気付けられたとか、非常に意欲が出たとかね。

土田：やはりメンタル面への影響は非常に大きくて、スポーツをやることによって「勝負していく気持ち」が非常に強くなっていくので、そういう意味では意欲が向上したと思います。

陶山：つまり障害者スポーツをやることは、一生涯の障害に影響しますね。退院した後、仲間づくりなどを通して生きがいを見出すことがあるわけですが、スポーツをやることと人の輪が非常に広がりますね、友達ができて。そういう効用が非常にあったということがかなり聞かれます。お三方の場合、そんな友達が広がったとか何かありますか。

土田：やはり競技をしたことによって、同じ競技をする仲間が全国的にいますので、そういう意味では人の輪が広がったと思いますね。

陶山：土田さんは気合が入っているからね。上村さんはどうですか。

上村：もし自分が障害者になってなければ、友達が北海道から沖縄までいることはまずあり得なかっただろうし、海外に友達ができるということ

もまずあり得ない。外国人と接する機会はまずなかったのではないかと思いますね。競技をすることで海外の選手とも友達になってメール交換をしたりしていますので、そういった意味では、逆に障害者になったほうが友達の範囲が世界まで広がるので、すごく大きいかなというのは感じます。

陶山：南さんは今奥様になられた女性がおられたわけですが、それ以外に社会が広がったということは何かありますか。

南：でも結婚したのはかなり後になってからです。退院してスポーツなどをやりだしたので、知り合いとか友達ができたという流れですね。最初、けがをして入院していた時は人に会うのも嫌で、外泊で家に帰っても家の周りにも絶対嫌でした。もうこんな体になっちゃったから、車いすになっちゃったから、というのが当時の心境でした。もしも、障害者スポーツで知り合っていなかったら、出会いも当然なかったですね。

陶山：心理の先生がよく「障害の受容」ということを言います。しかし受容はそんなに簡単にできるものではなくて、いろいろな悩みを抱えるわけですね。スポーツをやる、「友達を通して自分の生きがいが見つかった」ということも非常にありますね。上村さんはどうですか。

上村：友達に会いたくないということはなかったですが、自分の体が受け入れられるまでちょっと時間がかかりました。私は障害者になる前からやっていたスポーツができなくなったことがかなりつらかったですね。

受傷以前のスポーツ体験は

陶山：障害者スポーツをやる前、麻痺になる前にスポーツをやられたかどうか、もう1つポイントと思うのですがどうですか。

土田：私は小さいころにミニバスケットボールをやっていましたが、それ以降は専門的なものはやっていません。

上村：私は高校の時はハンドボール、中学は陸上をやっていました。

陶山：そうすると、やはりスポーツのセンスはあったわけですね。

上村：センスというか、スポーツが大好きだったんですね。将来はスポーツ関係の教職に就きたかったのが全部断たれてしまったという思いが強

くて、それで障害の受容が遅かったですね。

陶山：もし障害者にならなければ、今どういうスポーツをやっていましたでしょうか。

上村：私はハンドボールをやっていたと思います。

南：私はハングライダーをやっていて「空飛ぶこじき」と言われていました。アルバイトでお金が貯まると箱根に籠って、空ばかり飛んでいましたね。結局けがをしなかったらハングライダーのインストラクターになって、もうずっと山に籠っていたと思います。

パラリンピックとの出会い

陶山：皆さん障害を負ってから一般的な障害者スポーツをやりだして、コーチの先生方がその能力・才能を見出して国際大会へというステップを踏まれたと思います。パラリンピックとの出会いについて語っていただきたいと思います。

土田さんは、長野の冬季パラリンピック以来、いろいろなメダルを獲得されています。1998年の長野パラリンピックでは1500mで金メダル。100m、500mで銀メダルと、大変輝かしい成績でこの冬季を制したわけですね。次は2000年のシドニーオリンピックの公開競技の800mでは銀メダルでした。この冬季と夏季の両方やるようになったわけですが、走るということが大変好きだったということですか。

土田：そうですね、あとはやはり負けた悔しさというのが残っていて、どうしても次につなげたい、次は勝ちたいというところから入っていると思います。

陶山：土田さんの勝負した後の顔というのは、近寄りたがたい顔をしているのですよ。すごい気合が入っていて、やはりそれなりの勝負師ですね。

南さんはどうですか。南さんはまたパラリンピックは5大会連続出場ですね。

南：1988年のソウル大会からです。

陶山：次の1992年のバルセロナが金メダルですよ。どうですか、個人競技、団体競技両方あるわけですが南さんは頸髄損傷者として出られまして世界的なアーチャーになったわけですが、その感想はいかがですか。今までの障害者スポーツの世界、いわゆる一生涯の障害の中での楽しみの世界から、今度はいわゆるアスリートとして、アーチャーとして名をはせるようになったわけですが、そ

のへんの感じはどうですか。

南：でも、最初に「東京都大会に陸上で出てみないか」と誘われて出たのが基本になっていて、大きな大会ではなくても同じ仲間と競争をして勝った・負けたということがとても面白くて。それで…

陶山：私はアーチェリーの国際クラスに出場し始めた頃から南さんのことは非常によく知っています。南さんが金メダルを取ると、次々と規約を改正したり、装具のあれが悪い・これが悪いといろいろ言われましたね。それは南さんを目標に、世界中で「南を越えろ」ということもあるわけですが、どうですかそのへんは、むしろ誇りですか。

南：僕がバルセロナで金メダルを取った頃は、手の効かない頸損という人が2割か3割ぐらいだったのです。それが、だんだんルールが改正されて、今では手の効かないのは僕1人で、国際大会ではほとんど全員が胸・腰髄の人よりも状態がいい人たちばかりです。出場する層が広がっていく時の流れは変えられないところがあり、その中でいかに勝てるかに挑戦したいと思っています。

陶山：世界中の人たちが自分を目標にやっているという姿を見て、南さんはどんな印象をお持ちですか。後から追いかけられてくる感じですか。

南：海外の大会に行くと、ほかの国の選手やコーチの人がまず、「私の装具の写真を撮らせてくれ」と言ってきます。僕は全部公開しています。その装具を使えば手の状態の悪い人でもアーチェリーを楽しめますから。

陶山：障害者スポーツでは個人の体の身体の機能はもちろんですが、機械・器具や装具の開発が非常に大事ですね。南さんは手の装具を開発されていますが、車いすやバックレストでも、さまざまなものが開発されていますね。

上村さんの場合はいかがでしたか。

上村：私も南さんと同じで、ソウル大会（1988年）からです。所沢の国リハにいたときに、たまたま私が昔ハンドボールをやっていたことと、身長が178cmあることで、国リハの担当のケースワーカーの先生が車いすバスケの全日本の合宿に「とり



南浩一さん

あえず勉強で参加させてくれ」とコンタクトをとってしまいました。私は何も知らないまま連れていかれて、ポツと放り込まれて、「じゃあ俺は帰るから頑張ってるな」と言われて。周りは誰も知らない人ばかりでした。

陶山：上村さんは車いすバスケですが、女性のほうが上位であり、男性よりもちょっと有名になり、シドニーでは銅メダルで今世界で5番以内に入りますね。ファーストインプレッション〔第一印象〕ではパラリンピックに出場する女性のクラブは世界的にも少ないと思いますが、日本がメダルに近づいたことにどんな印象をお持ちですか。

上村：日本はクラブ数が少なく、競技人口も100人を切るくらいでした。ところが、いざ海外の話聞いてみると、状況はさほど日本と変わらない。何が違うかという、年間の試合数が全然違います。日本ではマックスでも年間20試合くらいですが、海外となる7、8倍くらいで、私が留学したカナダでは年間では百数十試合となります。

練習方法でも、日本はスキルワークを主にしている、意外と試合を通しての練習が少ないですね。向こうはチェアスキルは飛ばしてしまってもう実践、実践、実践です。ずっと試合をして、いろいろ勉強していくことが中心でした。

海外留学について

陶山：上村さんが外国に行かれた理由もうかがってみたいのですが。

上村：車いすバスケットを始めてから、ずっと「海外でプレーしたい」と思うようになっていました。でも自分も仕事をしていまして、なかなかそういうきっかけがありませんでした。

シドニー大会（2000年）がちょうど終わりかけのころに、選手村でカナダ代表の選手に声を掛けられて「うちに来なさい」と言われました。最初は遊びに来いという感じかと思って、それこそ7泊8日ぐらいの感じで言っているのかなと思ってよく聞いたら、もう完全にカナダに来て彼女の家に泊まって、要は一緒にプレーしようという、留学の誘いでした。

陶山：それはすごいですね。カナダに実際に行くと今度はベンチウォーマーにもなって、選ばれなかった選手の気持ちも分かったということですね。

上村：日本にいますと、私はやはりスターティン

グメンバーでというかたちで常にコートの中にいる立場でした。ところがカナダに行くと、コーチも初めて私を見るわけで、どういった選手か分からないのでずっとベンチにいる時もありました。その中で少しずつ使っていて、ようやく信頼ができて長く使っていていただくことになっていきました。途中から試合に出るという経験がなかったのですが、ボンとコートに放り込まれると、100%の力をそこで出さなければならず、自分の体のコントロールがすごく難しいことが初めて分かりました。

陶山：野球でも中継ぎ役が非常に大事になっていきますね。もう1つ、上村さんのニックネームは「タイガー」だということですが、これは日本でのニックネームだったのですか。

上村：いえ、これはシドニーの時にボランティアとして付いてくださったオーストラリアの方が、試合中の私の目がトラみたいなのをしているというので、付けたようです。でもチームメイトからは「柴犬のような目だ」と言われたのですが。

陶山：ニックネームが付くことは、それほど友達になった証拠ですね。上村さんはそういう外国の経験もあるので、いずれ日本の指導層に入る方だと思いますね。ぜひそのへんのノウハウを日本の選手にも伝えていただければと思います。

海外での競技体験

陶山：土田さんどうですか、陸上でもヨーロッパやアメリカに転戦しなきゃいかんということがありますか。

土田：やはり海外の選手はバスケットのように、転戦をする選手が世界中多いですね。日本の選手はどうしても構えてしまって、パラリンピックに向けて逆算をしてこのレースとこのレースに出るという考え方ですが、海外の選手は世界を転戦してその先にパラリンピックがあるという考え方なので、本当に試合数が多いですね。

陶山：これが、いわゆる一生涯の障害のスポーツと、国際大会をみざすパラリンピックの差だと思います。アスリートとしてやるには、日本はあまりにも試合数が少ない。ヨーロッパやアメリカから距離的にも遠いということで、選手の体力、競技力を向上させる機会が非常に少ない。これは日本の決定的なダメージだと思いますね。ではそれらを克服するためにどんなことをやられましたか。

土田：私は、まず世界の同じ舞台に立つために同じ条件下に自分を置かなければいけない、というところから海外のレースに出ていくようにしています。当初はコーチも一緒でしたが、1人での試合も何戦か行っています。

上村：試合数をカバーするために、シドニーまでは男子の中に入ってやることを主体にして、シドニー以降は私もカナダとかアメリカに転戦をして年間約140試合ほどをこなしてやっていました。向こうは1つの都市から別の都市までの距離がめちゃくちゃ遠く、飛行機で6時間などという移動をみんな平気でやっていました。移動も全部自分でアレンジし



上村知佳さん

て、チケットから全部やりました。

南：ヨーロッパだと飛行機に10何時間ですから、もうへとへとになってしまいます。普段の練習の点数から本当に2割ぐらい落ちてしまうので、そこがいまだに課題ですね。

陶山：そうすると体力の維持管理というのが大事になりますね、それからもう1つ、車いす・器具・装具についてですが、土田さんどうですか、日本と世界を比べて日本の車いすはどうですか。

土田：遜色ないと思います。かなり技術的には上のレベルにあると思いますし、海外の選手も日本のメーカーを追い求めてきているケースもあります。

上村：バスケットでも、競技をする上では海外のメーカーとはそんなに差がないと思います。バスケットではどうしてもコンタクトプレーが多いので、そうすると多少強度の面で海外メーカーのほうが強いという点はありますね。

陶山：南さんは、ご自分で全部デバイスを考えたのですか。

南：装具はそうですが、車いすは一応自分の気に入ったものをいろいろ選んでいます。

栄養への配慮

陶山：もう1つ、ぜひ伺いたいのは体力の維持、向上に必要な栄養の点。外国をいろいろ転戦していて大変疲れると思いますが、栄養面で気をつけていることは何かありますか。

土田：そうですね、一時期栄養のものにはまっ

てカロリー計算なども考えていました。私はちょっと小食なので、バランスだけでなくなるべく体重を増やすために、食をそそるような調理法を自分でちょっと考えたりしたこともありました。

陶山：お米を持って行って、味噌汁に日本食で食べることもあるようですが、これはどうですか。

土田：でも「お米だけ」という考え方になってしまうと、もうお米なしでは戦えなくなってしまうので、やはりパンでも何でも食べられるような状態にはなっています。

上村：日本人ってどうしても「お米がないと戦えない」という意識がありますね。2年ほどカナダやアメリカで暮らしましたが、日本のお米は手に入らず中国米などになってしまい、どうしてもお米から離れざるを得なくなってしまいます。もうパンと肉で野菜の生活に慣れてしまおうと思っても、最初かなり苦痛でしたが、だんだんと体が慣れていって、逆に肉を食べないと闘志が湧かないじゃないけど、もう試合前は肉となっていました。

南：私はいまだに小食で困っています。一時はプロテインなどのサプリメントに凝ったこともありますが、見た目にはそんなに変化はないので、やはり食べるということが一番大事みたいですね。

陶山：もう1つ、これは特に土田さんに伺いたいのですが、マラソンでは野菜をよく食べなさいといわれますが、効き目はありますか。

土田：食物繊維の多いものはレースではあまり良くないので、レース前にはなるべく取らないようにしています。でもそれ以外の時は、もうたくさん取るようにして、お肉やお魚を取ったらその倍の野菜を食べるという意識はあります。

陶山：なるほど。それから水モノはどうですか。体力を上げるいろいろなサプリメントが入っている。

土田：走っている最中もそうですが、夢中になってしまうと取らないことが多くなります。でもなるべく摂取をしておかないと、体が欲しくなってからでは遅い状態になってしまうので、水分の補給をするような心掛けはしています。

チャレンジ精神で

陶山：皆さんはいろいろなところを転戦されて、またパラリンピックに出られて、輝かしい成果を挙げられました。メダルを獲得した後では社会の見る目もだいぶ違うと思いますがいかがでしたか。

土田：私はリハビリの一環から始まったスポーツから競技スポーツへの道に行ったことで、やはり自分の世界観というか、世界が非常に広がったと思っています。そこまでの道筋にはやはり指導者の方や仲間や、支援してくれる所属会社など本当に数知れずの手助けがありました。

その道筋で、自分の中で一番大事にしていることはいつも挑戦する気持ちですね。やはり、何でも進んでいきたい、やっていきたい——そういう気持ちを大事にしてきたからこそ今の自分がある、と思っていますし、これからもその気持ちを一番に考えて取り組んでいきたいな、いけたらいいなと思います。

陶山：大変いいお言葉を今頂きました、挑戦という言葉ですよ。

南：全く同感ですね。

陶山：皆さんには悪いのですが、脊髄障害になるとそんなに頑張らなくてもいいのじゃないかとか、かわいそうだよという人もいます。

それからもう1つ、メディアでよく取り上げるのは、麻痺になって大変なのにこういうふうにはメダルを取るようになったというのをキャンペーン的に取り上げていることについてです。私は、パラリンピックに出られる方はアスリートである、と捉えます。

アスリートとして、社会に何かこういうことをしたらいいとか見てほしいということはありませんか。「障害者という目で見ないでほしい」というアスリートもいっぱいいるわけですよ。今のお話で「挑戦者」という言葉を頂きましたが、上村さんはどうですか。

上村：日本ではどうしても障害者と健常者と分けるのですが、向こうでは例えば1年間のスポーツ大賞でも、障害者も健常者も同じ舞台の上で表彰されるということにすごい感動しましたね。日本はどうしても健常者だけのスポーツ大賞があって、例えば水泳の成田真由美さんは金メダルをお取りになりましたが、特別賞という別枠になってしまうというところで、日本はスポーツに対しての目がまだ低いかなと感じます。

陶山：以前、カナダ大使館で次の冬季オリンピックが開催されるバンクーバーのプレゼンテーションがありました。そこにはトリノで金メダルを取ったイナバウアーの荒川静香さんなど過去のオ

リンピックやパラリンピックの選手が来ていました。そこで、選手代表で挨拶したのが、パラリンピックのチェアスキー選手である大日方（ねひか）邦子さんでした。大日方さんはトリノでは3個のメダルを取りましたが、私にはとても感動的なことでした。カナダだからでなく、日本もそういう目を持たなければならないと思いました。例えば障害者がメダルを5個取ってもマスコミでは全く取り上げないということではなく、もう少しアスリートとして扱ってほしいですね。

今後の抱負について

陶山：それでは今後の抱負をまず聞かせていただきますでしょうか。

土田：北京パラリンピックが来年（2008年）に迫っていますが、まだその選考も終わっていません。北京への切符を手にしていない状況ではないので、本当に精一杯ここまで頑張らせていただくつもりです。

陶山：その後、北京のあとは？

土田：いつも4年くりりで、自分の中でそれ以上ないというぐらい競技に対しては集中的にやってきましたものから、やはりその先というのは、どうしてもその舞台を越えてからでないという目標が見つからないですね。アテネが終わった後は悔しさが残って、「次は北京を」と自然に思えたのですが、次の北京は終わってみたいと分からない状況です。

南：僕の場合も、僕のクラスでの出場枠は12名で、今世界ランキングでは12位なので、首の皮1枚でつながっているところです。2008年1月にタイで大会があるので、そこで少しでもランキングを上げておくことが今一番の目標です。

上村：車いすバスケットは、今までは切断や先天障害や脊髄損傷者が多かったのですが、最小障害の選手がどんどん出てきています。私は、車いすバスケの全日本を目指す選手の中でも最年長になってしまいました。土田さんがおっしゃった「挑戦」は、私の場合はいくつまでできるか、自分の年齢への挑戦ですね。どうしても40歳を越えてしまうと、やった練習量よりも疲労回復の速度がどんどん遅くなって疲労が蓄積していくことがやはり課題です。

陶山：脊髄損傷の方は、やはりそこが非常にこ

れからの問題点なのですよね。お三方はいわゆるアスリートですから、次回の北京に向けての体力づくりと、それからメダルを目標にされているわけですね。最後にほかにも一言言いたいこと、あるいは脊髄損傷の方々に対してのイメージはありますか。

土田：受傷されて間もない方や障害をお持ちの方が、次に進む意欲がどうしても途絶えてしまうことはたくさんあると思います。でも今の時代は10年前とはやはり変わりつつあると思います。代わりになるものもたくさん増えてきましたし、この社会でいろいろなことが反映されてきている状況にあると思います。ですから、ぜひいろいろなことに目を向けて自分のやりたいことをやっていただきたいな、それが1つのきっかけになっていくと思います。

陶山：やはり先ほど言われた「挑戦」ですかね、そういうのが1つ。今日は成功された方々にお話しいただいているわけですが、成功されていない人のほうが実は圧倒的に多いわけですよね。成功しなくとも挑戦する気持ち、自立する気持ち、社会で活躍するという意欲——そのような気持ちが必要なのではないかと思いますが。

南：僕は筋肉もりもりのアスリートというタイプではありませんが、でも何かに挑戦する気持ち、何か目標を見つけて一生懸命やると必ずいいことがあると思います。だから、何かため息ばかりついて暗くしていると、どんどん暗くなっていくということが絶対あると思います。

陶山：昔コマーシャルにありましたね、「ため息をつくると1つ幸せが逃げていく」と。

南：怪我をして大変な体になっているから、ほかの人に比べたら何でこんなに、とみな絶対に思うんです。でも、それが治るわけではないので、そこを何とかうまくあきらめて次の目標を見つけていくと、きっといいことがあると思います。

上村：現在は脊損の方の入院期間がすごく短くて、できるはずのレベルに回復するその途中で退院させられてしまう方が多いですね。胸椎の12番、11番のレベルでも、下手をすると胸椎上位損傷レベルぐらいのことしかできず、「自分はこれでもう限界だ」と思っている子がいっぱいいます。そう簡単に諦めてしまわないで、ほんの小さ

なことでも、トランスファー1つでもコツコツとチャレンジして、「自分の環境を自分で変えていく」ことをやっていったらいいなって思います。

陶山：これは、日本の保険医療の問題です。脊髄損傷、頸髄損傷にどういう運動、訓練をするか、それを教えるほうにどう伝えていくかは、もう1つの大きなテーマです。

スポーツとの出会いを

陶山：障害者スポーツは、病院を退院してから初めて友達づくりとなることが多いですね。

南：退院した障害者の人が行くところがあるかどうかでずいぶん変わってきますね。

陶山：障害者スポーツセンターは全国に23施設ありますが、障害者の方々になかなかそういうところに集まらない、そういうスポーツセンターを知っている人も少ないですね。

南：中途障害の車いすの人たちが行くところが何かすごく少ないように思います。僕らのころは病院を退院後も、院内の体育館にスポーツをしに行ったりしていました。今の病院では「退院おめでとう」と言われたら、もうそれからは具合が悪くならない限りそこには戻ってこないですね。

陶山：そうですね、実は障害のある人は退院以降の人生のほうが長いのですよね。病院への入院はわずか1、2ヶ月ぐらいでね。それは僕らも重重分かってはいますが、なかなか今の医療法では余計なものを建てられなくなっています。

南：無駄な場所のようで、けっこう無駄でない場所ではないでしょうか。

陶山：無駄ではないですよ。僕もニュージーランドやオーストラリアにちょっと留学してきましたけど。あちらの病院にはちゃんと退院後の人たちが集まれるような施設として、体育館や運動場があって、毎週のように集まってくる。だいたい2、3年かけて、そういう人たちの体力づくりを指導しています。それに全く健全な人も車いすスポーツをやったり、車いすラグビーをやったり。僕は20年ぐらい前に車いすラグビーを日本に紹介しましたが、10年ほど前からクワドラグビー



司会：陶山 哲夫さん

としてやっと思われるようになりました。

南：かなり昔にイギリスのストークマンデビル病院〔車いす競技大会の発祥地〕に行った時に、病院の施設内に車いすの退院した人たちがスポーツをやりに来るところやボウリング場があり、バーまであったのにはびっくりしました。

陶山：だからストークマンデビル病院の脊髄損傷センター所長のグッドマン医師は、サー（卿）という称号をもらったわけですよ。あの方が全世界に自分たちの考えを広めたわけですよ。日本では国リハの総長をやっていた津山直一先生や村山医療センターの柴崎啓一先生などは勉強しに行ったわけです。

「古き良き時代」といいますか、不幸にして障害に至った方々と一緒に生活できるような、また健常な人も一緒に遊べるような場があったんですね。ニュージーランドのオークランドホスピタルでは、もう車いすバスケットでも健常人と一緒にやっています。障害の枠を乗り越えていますね。

それでは、3人のアスリートの方々、大変ご苦労さまでした。今日のこの座談会の本を読まれた方々に、少しでもお役に立てばと考えております。では皆さま長時間どうもご苦労さまでした。■

〔アスリートのプロフィール〕

■上村 知佳（うえむら ちか）

金沢市出身。栄養士を目指していた18歳の時、東京の専門学校で階段から落ち、脊髄を損傷。リハビリ中に合った車いすバスケットに夢中になった。1メートル78の長身を生かし、センタープレーヤーとして1988年のソウルから4大会連続でパラリンピックに出場。シドニーではリバウンド王に輝いた。車いすバスケットの先進地・カナダへの2年間の留学も経験し、アテネパラリンピックに主将としてチームを率い、5位に入賞。

■土田 和歌子（つちだ わかこ）

株式会社ヒューマントラスト所属。高校2年の時、友人とドライブ中に事故に遭い、車いす生活に。1993年アイス1500mで金メダル。その後、車いすマラソンに転じて、大分国際車いすマラソンのフルマラソン（2001年）で世界最高記録を樹立。2004年アテネパラリンピック：5000mで念願の金メダル。2007年4月第111回ボストンマラソンにて日本人初の優勝（車いす女子の部）。スレッジの講習会に参加したことがきっかけで、日本で最初にアイススレッジスピードスケートを始める。

■南 浩一（みなみ こういち）

24歳のとき、エンジン付きハンググライダーの飛行中に墜落。首を骨折し四肢マヒとなった。車いす生活となり、両手の握力もなくなった。リハビリのため院内の絵画クラブに入り、指に布で絵筆を巻き付けて絵を描いた。パソコンが普及しだすとCGデザインを始めた。グラフィックデザイナー。パラリンピックではアーチェリーの選手として、ソウル大会から5大会連続出場。1992年のバルセロナ大会では金メダル。

司会 陶山 哲夫（すやま てつお）

埼玉医科大学総合医療センターリハビリテーション科教授。日本障害者スポーツ協会医学委員会委員長。