

解説

考えよう、伝えよう、 運動器の外傷後を支えるために！ ——「障害受容」の観点から——

Let's think about, publicize, and devise ways to assist patients
after musculoskeletal trauma!
From the viewpoint of "accepting a disability"

田島 明子¹

¹聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部

Akiko Tajima¹

¹School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University

要旨

本稿は、第19回日本運動器看護学会学術集会におけるシンポジウム「考えよう、伝えよう、運動器の外傷後を支えるために！」における講演内容を整理し、収録したものである。著者は作業療法士であり、「障害受容」の観点から研究を行ってきたことから、リハビリテーションにおける「障害受容」の使用に着目し、運動器の外傷後も含め、生きづらさを持つ人を支えるためにリハビリテーションに必要な視点について考察したことを述べた。

Abstract

The current author is an occupational therapist who has been studying assistance after trauma from the perspective of "accepting a disability." The current work focuses on the concept of "accepting a disability" in rehabilitation, and it discusses the viewpoints needed in rehabilitation to assist people with difficult lives, including those who have suffered musculoskeletal trauma.

キーワード >>> 障害受容、療法士、存在肯定、リハビリテーション、運動器外傷後

Key words >>> accepting a disability, therapist, affirmation, rehabilitation, after musculoskeletal trauma

1. はじめに

本稿は、第19回日本運動器看護学会学術集会におけるシンポジウム「考えよう、伝えよう、運動器の外傷後を支えるために！」における講演内容を整理し、収録したものである。著者は作業療法士であり、「障害受容」の観点から研究を行ってきたことから、リハビリテーションにおける「障害受容」の使用に着目し、運動器の外傷後も含め、生きづらさを持つ人を支え

るためにリハビリテーションに必要な視点について考察したことを述べる。

具体的には、脊髄損傷の著者による書籍からリハビリテーションの当事者経験について紹介を行い、リハビリテーションにおける「障害受容」の定義、「障害受容」をめぐる近年の批判や新たな知見、リハビリテーションの臨床場面における「障害受容」の使用法について自らの研究内容についての紹介を行いつつ、最後にリハビリテーションの在り方について考察する。

2. 書籍からの事例紹介

本講演内容は、より具体的な内容に即して、運動器外傷後のリハビリテーション経験について率直な語りを教材としたいと考え探したところ、池ノ上寛太著『リハビリの結果と責任—絶望につぐ絶望、そして再生へ—』（三輪書店）を見つけたので、まずは池ノ上氏の運動器外傷後のリハビリテーション経験について紹介をする。

本書は、企業人として第一線で働いてきた池ノ上氏が、家族旅行の途中に自動車事故に遭い、脊髄損傷による重い障害を得た後、5度の転院を経て新しい生活が動き出すまでのリハビリテーションの経験やご自身の心情について描かれた本である。著者にとって良かったリハビリテーションと悪かったリハビリテーションが明確に書かれているため、「運動器の外傷後」をどのように支えたら良いか考えやすいと思われた。

池ノ上氏の5か所の病院でのリハビリテーションの経験とその時の心情について、著書から抜粋してまとめたものが図1である。

2病院目から本格的なりハビリテーションが開始したが、激痛に堪える一方通行なりハビリテーションであり、強烈な疎外感を感じたり、健常時との比較をしたりし、「死にたい」と思っていたと書かれてあった。

3病院目では、関節可動域訓練の不十分さやままと遊びのような訓練内容を経験するなかでリハビリテーションに対して疑問を感じるようになる。それは自身の企業戦士としての経験に根差したのもであり、リハビリテーションの業種に「プロとしての意識」があるのかというものであった。

4病院目では、作業療法には一条の光を見出す。それはピンポン玉に手を乗せてボールペンで字を書くという池ノ上氏いわく「クリエイティブな提案」であり、リハビリテーションに対するわずかな信頼感が芽生えた。しかし、理学療法では関節可動域訓練しか行わず、「リハビリテーションの世界は結果に責任を持っていないのではないか？」という疑問を抱く。

5病院目は非常に良かったようであるが、その理由として「親身」であったと評価している。理学療法では進捗状況をチェックしながら歩行器での歩行訓練

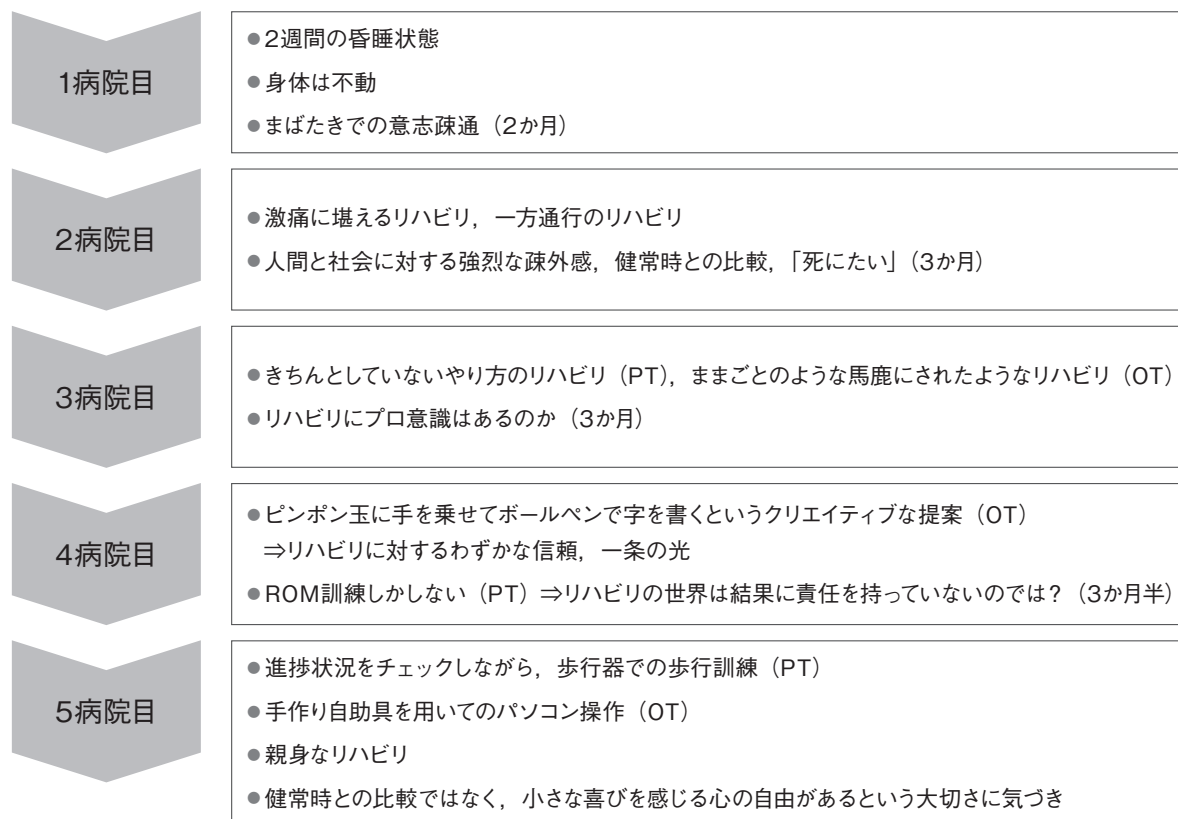


図1 池ノ上氏のリハビリテーションの経験と心情の変化

を行い、作業療法では手作り自助具を用いてPCの操作訓練などを行った。病棟の看護師から誕生日を祝ってもらったりしたこと「いまだ忘れられない大切な記憶」とある。この時期に家族との海外旅行に挑戦もしている。

そして、それに伴う心情の変化について次のように書かれてある。

「企業人として競争社会で生き抜いてきた自分の偏った考え方にも気づいて差別化をはかって孤立化に向かおうとしていたのは自分ではないか。」(p174)

「健常だった頃の私と比較して、決定的に違いを感じるのは、私は「物」でもあるが、「人間」でもあると思えるようになったことだ。健常だった頃の私はあまりにすべてが直線的で、確実にその部分は欠落していた。一番大切なものを忘れるところだった。花を見て、その花の美しさを感じ癒され、鳥たちが空中に向かって飛び立つあの震えがくるような勇気も、人のやさしさも、[略] だんだんと自分が「人間」になっているのを感じられるようになってきた。いまあるこの状況も、そんなに悪くはないと考え始められている自分が気に入っている」(pp176-177)

こうした池ノ上氏の心情の変化は、「運動器の外傷後」を支えた先にある1つのゴール地点のように見受けられる。リハビリテーションではそのような心情的な到達点を「障害受容(した・している)」と表現するが、しかし一方で、リハビリテーション臨床における「障害受容」という言葉の使用法は、池ノ上氏の経験した「悪いリハビリテーション」に呼応している感がある。以後は、著者の研究関心でもあるリハビリテーション臨床での「障害受容」の使用法について見ていきたい。

3. リハビリテーションにおける「障害受容」の定義

その前に、リハビリテーションにおける「障害受容」の定義を確認しよう。

「障害受容」については海外の研究者含め、様々な理論が生成されているが、なかでもリハビリテーションの業界において広く認識されている「障害受容」の定義を紹介したい。

「障害の受容とはあきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観(感)の転換であり、障害をもつことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずること」(1)

この「障害受容」の定義には2つの理論的なポイン

トがある。1つは、価値転換論、2つめが、段階理論、である。

1つめから説明する。Wrightの「価値の転換」を参考にしており、その価値の転換とは「障害が不便であり制約的なもの(inconveniencing and limiting)として認識しており、それを改善するための努力も続けているが、今や障害が自分の人間としての価値を低めるものではない(non devaluating)」(2)といったものである。そして、価値転換には4つの側面があるとされる。その4つとは、「価値の範囲の拡大」「障害の与える影響の制限」「身体の外観を従属的なものとする」「比較価値から資産価値への転換」である。雑にまとめてしまうが、自分の持っているユニークな価値に注目し、劣等意識を持たないようにしようといった内容になる。

2つめの段階理論は、障害受容に至るために5つの段階を経るという理論であり、その5段階は、①ショック期、②否認期、③混乱(怒り・うらみと悲嘆・抑鬱)期、④解決への努力期、⑤受容期である。各期の説明を簡単にしておこう。

①ショック期

- ・障害の発生(発病・受傷)の直後で集中的な医療とケアを受けている時の心理状況
- ・肉体的には苦痛はありうるとしても心理的には逆に平穏であり感情が鈍麻した無関心(apathetic)な状態にあることが多い
- ・しばしば現実が起こっていることが自分についてではないような離人症(depersonalization)的な状態にもなる

②否認期

- ・身体的状態が安定するとともに生物学的な保護反応は消え、障害がそう簡単には治らないらしいことが本人にもうつすらわかってくる時期
- ・心理的な防衛反応としての疾病・障害の否認(denial)が生じる。否認には顕在性(explicit)と潜在性(implicit)のものがあ、後者はよほど注意深く観察しないと見落とすが、患者の行動には大きな影響を及ぼす

③混乱期

- ・圧倒的な現実を到底有効に否認し切ることができず、障害が完治することの不可能性を否定しきれなくなった結果起こってくる時期
- ・この時期の患者は攻撃性(aggression)が高く、それが外向的・他罰的になって現れると、自分の障害が治らないのは治療が間違っているからだ、もっと

回数や時間を多くやってくれないからだ、そもそも発病の最初の時の治療が失敗したからこうなったのだ、等々とすべてを他人の責任にし、怒り (anger)、うらみ (resentment) の感情をぶつける。内向的・自罰的な形で現れると、今度は自分を責め、すべては自分が悪いのだと考え、悲嘆 (mourning) にくれ、また抑鬱的 (depressive) になり、時には自殺企図にはしる。

④解決への努力期

- ・前向きの建設的な努力が主になる時期
- ・外向的な攻撃では結局問題は解決しないことをさと、一方内向きの自責が内面化され、自己の責任の自覚として、結局他にたよらず自己で努力しなければならないことをさとする (依存からの脱却)。同時にその前提条件として、日常生活動作能力の向上 (能力障害—disability—の軽減)、復職の見込みその他、社会的不利 (handicap) の軽減の見通しが生まれるなど、現実的な明るい展望がある程度生まれることが不可欠。

⑤受容期

- ・価値の転換が完成し、患者は社会 (家庭) のなかで何らかの新しい役割や仕事を得て、活動をはじめ、その生活に生き甲斐を感じるようになる時期

「障害受容」の定義に照らすと、池ノ上氏は、池ノ上氏が「良いリハビリテーション」と感じたリハビリテーションを受けるなかで、徐々に「障害受容」に向かったと見ることができると思われる。

4. リハビリテーションにおける「障害受容」を

めぐる近年の批判

一方で、近年、「障害受容」に対して批判や新たな知見も出てきている。文献(3)においてそれらを整理したので、その紹介もしておこう。

1) 潜在化している場合もある

日本人は感情を抑える特性があるため、障害を持ったことによる心理問題が表面化せず、医療従事者が気づかない可能性があるため気を付ける必要があるという指摘である。

2) 「自己決定」が「QOL」につながる

筋萎縮性側索硬化症 (Amyotrophic Lateral Sclerosis: ALS) 患者の「障害受容」に関わる指摘がなされている。それは、患者本人の「QOL」 (日常生活の精神的な満足度) のためには、病気を受け入れるところから「QOL」が急に向上していることが明らかになっているので、患者本人に告知することが重要

であり、自分の生き方を自己決定している患者ほど、その後の生活を家族とともに強く生きているという指摘である。

3) コミュニティ (共同体) における援助の必要性

「障害受容」は個人でなされるものではなく、コミュニティ (共同体) に基づく援助 (community-based helpings) が重要であるという指摘である。

4) 「リカバリー」の紹介

精神障害分野で発展してきた「リカバリー」という考え方の中では、「障害受容」が「いつの間にか、障害をもつ者の義務になっていないか? リハビリテーションがうまく進展しない場合に、当事者が『障害を受容していない』と専門家は責めていないか?」と問い、「疾病や障害を受容する過程は当事者のものであり、専門家や社会が強いるものではない」と指摘している。

5) 段階理論、モデルへのあてはめへの批判

1990年代以降、強く言われるようになってきたこととして上述した「段階理論」への批判がある。実際の臨床場面では「段階理論」に沿わないことが多いこと、さらに「モデル先にありき」の思考法が、独断や偏見、幻想を生じさせるのではないかとそうした姿勢に警鐘を鳴らしている。

特に4)、5) に書かれてあることは、本講演において言及した点であり、著者が療法士による「障害受容」の使用法に疑問を抱いたきっかけでもあった。

次項では、著者が療法士による「障害受容」の使用法に疑問を抱いた理由やその使用法について述べる。

5. リハビリテーションの臨床場面における

「障害受容」の使用法

1) 療法士による「障害受容」の使用法に疑問を抱いた理由

著者は今から20年以上前、作業療法士の養成校でこの言葉を習った。養成校を卒業し、ある福祉施設で働きだした時、支援者の間で「〇〇さんは障害受容ができていない」という言葉が自然と使われていることに気づいた。その言葉は利用者本人に対しては使っておらず、会議や症例報告会などで支援者側だけで使用していた。その施設では障害を持つ人の就労支援も行っており、一般就労にするか、福祉的就労にするかの判断をしていた。ある時会議の中で「〇〇さんは障害受容ができておらず、一般就労にこだわっている」という発言があり、周囲も「それは困りましたね」と納得していた。「〇〇さんは、障がいがある

表1 「障害受容」の使用状況

	S氏	O氏
使われる場・人	・会議などで、同職種、あるいは、他職種と担当患者の情報交換を行う際に用いられる。 ・対象者本人には用いない。	
どのような事象に用いるか	「機能回復への固執」の強さを「障害受容」と表現するが、一方、「訓練がスムーズに進行しない」とき、あるいは（訓練がスムーズに進行しないがための）セラピスト側の主観的な苦労度を障害受容という言葉で表現している。	「機能回復への固執」に対して適用、「代償アプローチ」の受け入れはよくても「機能回復への固執」があればそれに対して用いる。
療法士の苦労と共感	「機能回復への固執」は、療法士のプランや意図を阻害するものという位置におかれる。そして、プランや意図するものへの到達へ向けての阻害感が苦労度と表現されるものである。また、会議などにおける「障害受容」の使用は、会議に居合わせた各人にその苦労が想起されやすく、了解や共感を得られやすい言葉である。	
障害受容できている人・状態	「機能回復への固執」があったとしても、生活に目を向けることができ、セラピストと目標を共有でき、フットワークが軽い。「障害受容」は長期的な経過を必要とするものである。たとえ生活ができていたとしても、その人の有する能力とかけ離れた目標を持っている場合には「障害受容」できているとは言えない。	対象者がたとえ生活に目を向けられたとしても「機能回復への固執」があれば「障害受容」という言葉を用いる。

のに一般就労をしたいと思っており、あきらめが悪い」というニュアンスに聞こえた著者は違和感を覚えた。つまり、「障害受容」という言葉を使い、自分たちの支援の限界を正当化しているように感じたからである。

また、能力の有無によって働ける、働けないが決まる社会のあり様（能力の高低で人の価値が定まる社会的価値観）にも違和感を覚えた。人は働くことで、自己実現をしたり、収入を得たりする。それはその人の人生に大きくかわる。障害を持つ人が働きたいと思うのに、支援者側から「障害受容ができていない」と言われるなら、それは、働けないのはあなたの能力が無いせいだと、原因と責任を、障害を持つ人へ押し付けているのと同じであるように思われ、それを支援というのだろうかと素朴に思われたのだった。そうした理由から、著者は「障害受容」のリハビリテーションの臨床場面での使用法を研究するに至った。

2) リハビリテーションの臨床場面における「障害受容」の使用法

古いデータであるが、著者が約10年前に聴取したリハビリテーションの臨床家への「障害受容」の使用状況についてのインタビュー調査の結果を紹介したい。なお現在、10年を経て、リハビリテーションの臨床場面における「障害受容」の使用状況について改めて調査中である。

インタビュー対象者は作業療法士7名であり、経験年数は2年から24年、平均が9年であった。仕事内容

は、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーション、精神疾患を持つ人へのリハビリテーション、神経難病を持つ人へのリハビリテーション、社会復帰のためのリハビリテーションを行うなど、様々であった。

「障害受容」の使用状況についてであるが、回復期リハビリテーションで働く2名以外は、「障害受容」という言葉を使用していないという結果であった。「使用している」という2名の「障害受容」の使用状況については表1のとおりである。

「どのような事象に用いるか」であるが、対象者が「機能回復へ固執」している状況に使用しており、また、使用する際の療法士側の主観に着目すると、そのために療法士としての治療プランの進行が邪魔され、苦労している感触を持っていることが明らかになった。それを図式化したものが図2である。

対象者と療法士との間に生じる対象者の能力に対する認識のズレ感がスタートラインであると言える。対象者はリハビリテーションを行い「もっと身体状況がよくなるはず、もっとよくなりたい」と思っているが、療法士は限界を感じている。そこで療法士は身体能力の向上を目指す「回復アプローチ」から残存能力を用いて生活自立を目指す「代償アプローチ」に移行したいと思っている。しかしそれが対象者の「機能回復への固執」によってうまく進行しない。その時に「障害受容（できていない）」という言葉が出現するのである。

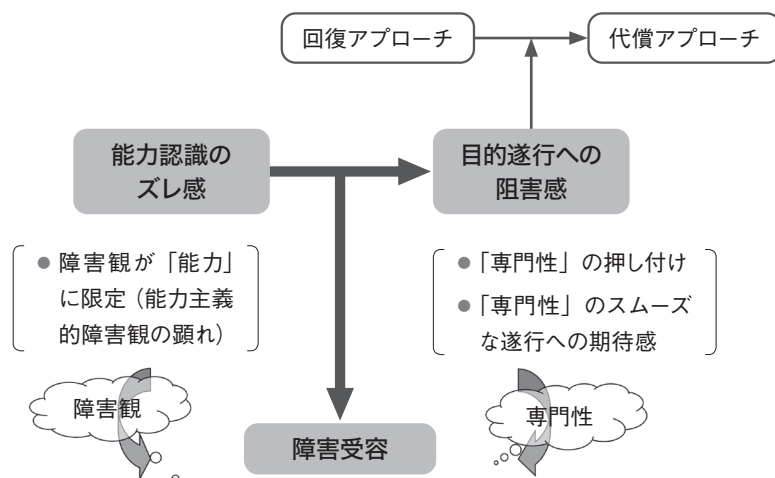


図2 療法士が「障害受容」の使用にいたる過程

したがってこの言葉の後景には、「能力主義的な障害観」や「専門性の押し付け」といった療法士側の障害観やパターンリズムが暗黙に含み持たれていると著者は考えた。療法士と対象者との関係性を鑑みると、療法士に強い権限があり、対象者は自身に対して希望を抱くことすら否定されているように感じられる。これは、著者が卒業後勤めた福祉施設で違和感を抱いた経験と同様の印象であった。

一方で、「障害受容」の使用を意識的に控えているという療法士もいたので、その紹介もしておく。上記の2名以外はそのような認識を持っていた。様々な意見が聞かれたが、まとめるなら、『「障害受容」は専門職にとって使いたくなる便利な言葉だが、専門職が持つ価値が唯一の価値ではない』といった見解や『「障害受容」は簡単にできるものではない、むしろ専門職が持つ対象者の理想像を押し付けることになってしまう、その事の方が問題である』といった見解によるものであった。

3) こうした「障害受容」の使用法の問題は何か

本項では「障害受容」の使用法の問題を考察する。まず対象者にとってはどうだろうか。2の事例を思い出してみよう。池ノ上さんが2病院目で本格的なリハビリテーションを受けていた頃、「社会からの強烈な疎外感を感じたり、健常時との比較をしたりし、「死にたい」と思った」とある。身体状況の変化による以前の自分との落差や社会とのつながりの喪失は、強烈な自己否定感を誘うものであることは容易に想像ができる。そうした状況下で「障害受容（できていない）」

という言葉や態度を支援者から受けたら、さらにその否定感を深めることになるのではないか。

しかし、障害受容の定義は「あきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観（感）の転換であり、障害をもつことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずること」としており、「存在の肯定性」の重要性を説いている。一体この理論のどこに矛盾があるのか。

著者が考える問題は3点ある。①「個人モデル」、②「方法論が未構築」、③「当事者にとっての困難さ」である。

①については、「能力主義的な障害観」を当たり前の事として前提しているという論理構造的弱点があるのではないかと。つまり、社会が持つ「能力主義的な障害観」（障害に対する否定観）を前提として、障害を持つ人が、障害に対する肯定的な価値を発見することを要請するため（価値転換論）、障害を持つ人にとって、相当な「困難さ」（③）のある理論となっているのではないかと。そのため、対象者に対して「障害の否定性（能力主義的な価値観）」を内在化する方へ仕向けようとする圧力が生じてしまうのではないかと。

②の「方法論が未構築」というのは、「障害受容」の理論には、「再起のための原動力」はどこから、どのように得られるかの記述がみられないことである。私たちは、傍から見れば不幸とか不運と見られる状況にいたり、どこから、どのようにエネルギーを得て、気持ちを上向かせ、不幸でも不運でもない世界観を

獲得できるのだろうか。この点は「困難さ」(③)に関わると思われる。

②については、5の2) で見たように、リハビリテーション臨床における介入方法(「回復アプローチ」「代償アプローチ」)のそれぞれが、対象者の身体への関与の仕方が異なるため、その移行が対象者に「価値の転換」を強いてしまうリスクも指摘できる。つまり、「回復アプローチ」から「代償アプローチ」への移行自体が対象者に「価値の転換」を迫るパターンリスティックな関与となっている可能性があるのではないかと考える。

また、療法士が何を介入目的とするかも関わってくる。療法士は、機能回復や日常生活動作自立、社会復帰等を目標に設定しており、「障害受容」は軽視されがちである。そのため5の2) で述べたように、「専門性の遂行」に力点が置かれると、対象者に対して「障害受容」を「押し付け」てしまうのではないかと考える。

6. 存在の肯定性に関わったリハビリテーションアプローチに向けて

障害を持つ人にとっての障害についての心情の到達地点は、自身の「障害・存在の肯定性」にあることは池ノ上氏の語りからも明らかと思われる。それは「障害受容」の最終ゴール地点でもある。そこで最後に、「存在の肯定」が可能となるリハビリテーションアプローチについて、本稿のまとめとして整理をしたい。

企業戦士として活躍してきた池ノ上氏は、重度の身体障害となり、社会との断絶を感じ、健常時とのギャップから「死にたい」と思っていた。しかし、4、

5病院目でのリハビリテーションは、結果的に「障害受容」を導くものであったと言える。そこには、障害があっても楽しい生活ができることの気づきや、信頼して頼れる関係や、できない自分を否定されない「親身」な関係があった。一方それまでのリハビリテーションは、「障害受容を押し付けるリハビリテーション」であったのではないか。その特徴として、①個人モデル(個人の変容を目指す)に基づいている、②能力主義的な人間観を持つ、③能力主義的な価値観を持つ社会を構成する一部になっている、の3つの特徴を有していると考える。それに対して「結果的に障害受容を導くリハビリテーション」は、①個人モデルの限界をわきまえ、障害の社会モデル(多様性に関わった価値や環境への変容)の観点も持つ、②能力主義にとらわれない人間観を持つ、の2つの特徴を有していると考える。

文献

1. 上田敏. 障害の受容—その本質と諸段階について—. 総合リハビリテーション. 1980; 8-7: 515-521.
2. 上田敏. 障害の受容—その本質と諸段階について—. 総合リハビリテーション. 1980; 8-7: 156.
3. 田島明子. 障害受容再考—「障害受容」から「障害との自由」へ—. 東京: 三輪書店; 2009.

謝辞: 貴重な講演機会、そして執筆機会を与えて下さいました吉田澄恵学会長に改めて心から感謝申し上げます。