

SSKR  
「まねの

自立の家」

季刊



けんこう通信

No4



特定非営利活動法人

自立の家をつくる会

〒156-0043

世田谷区松原 6-39-12 カーサイズミダ101

TEL 03-3327-0971

FAX 03-3327-0972

E-mail [jiritsu@ma.kcom.ne.jp](mailto:jiritsu@ma.kcom.ne.jp)

URL <http://webclub.kcom.ne.jp/ma/jiritsu/>

# 目次

めげちゃいけない  
私の体験コーナー  
「闘病記」  
市瀬 幸子 … 2

講演「障害を知る」より

富樫和美さん(横リハPT) … 8

—医療について考えよう—

清瀬療護園での講演録 Part II  
…………… 17

報告！！ 第二回  
クアハウスとの交流会

…………… 18

リハビリ探検隊 Basecamp3  
リハビリの歴史 … 21

④ うちの👨🏻‍🔧情報 … 28

お詫び …… 29

各地から …… 31

インフォメーション… 32

編集後記 …… 32

## 「闘病記」

—病院生活を体験して—

市瀬 幸子

### ■痛みが始まって■

私が今回、腰の手術を体験するに当たって、まず、皆さんに私の病歴について理解していただくと思います。と言うのは、私の腰痛は、かれこれ三十年前から始

まっていたからです。

当時は、ただの神経痛に過ぎませんでした。骨の変形は既に有ったと思います。その理由は、二十歳の頃にPT（理学療法士）の先生から、「腰椎の部分の骨がいやに内臓側に入り込んでいるよ」と言われていたからです。「年齢が三十歳を過ぎたら、内臓を圧迫して内臓破裂を起こすかもしれない」とまで、言われていました。自分でも腰痛が出て来る度ごとに、何時骨がずれて外れてしまうので

はないかと心配をしていました。しかし、痛みは天気の良い日や、体調の優れない日しか出て来なかった。世田谷の障害者地域活動に、忙しくしていました。

私たちがCP者は、早い時期から、身体の高齢化現象が起こり、以前は早死病とまで言われていました。普通でいう所の老化現象のため、私の入院生活は四〇代後半の昨年二月十六日にはじまったのでした。私が入院して実際に感じた事は、全国各地で私と同じように二次障

# めげちゃいけない

# 私の体験コーナー

害で悩んでいる人が多くいると言  
うことでした。また、二次障害で  
悩んでいる脳性マヒの人の治療を  
適切に行って下さる病院が少ない  
ということも痛切に感じた事の一  
つでした。

## ■痛みが止まらなくなつて■

私が、腰から左足の先まで、消  
えることのない痛みと感覚麻痺を  
感じはじめたのは、十四年前から  
です。その頃の私は、障害者の地  
域の色々な会や運動に参加したり、  
通所施設に通いながら、福祉祭り  
的な「雑居まつり」という催しの  
事務局を遣っており、体に無理が  
重なつていたのでしよう。痛さが  
激しく取れなくなつたとき、私自

身の動揺は口で言えない程の  
ものがありました。この痛さから  
逃れられないという不安感、そし  
て生命さえも危うい恐怖感が足音  
高く、響いてくるような、迫つて  
くるような気さえたのです。

しかし、「痛い、痛い。」と言  
いながら、外出を辞める意思もなく  
地域活動から手を退くことも有り  
ませんでした。

## ■十三年間の痛みから入院へ■

我ながら、よく十三年間もこの痛  
みと付き合つてこれたと思います。  
そして、とうとう痛みや力の入り  
具合が悪くなり、ピークに達した  
ことを思い知らされたのは、おと  
としの春です。時々起こっていた

### 市瀬幸子 プロフィール

- 1952年 生まれ
- 1972年 光明養護学校(高等部)卒  
中学頃から動作によっては痛みが生じていた
- 1975年 梅丘福祉実習ホーム 入所  
紙を数えてまとめる作業をする
- 1978年 同級生(女)とアパートに住みだし、昼間の介助も入れる
- 1980年 父急死のため、実家へ戻る
- 1985年 痛みが激痛に変わる
- 1987年 腰痛の悪化に伴い実習ホーム退所
- 1997年 主たる介助者だった母が倒れたため、夜間にも介助者を入  
れる24時間体制へ
- 1999年 2月入院/3月手術/7月退院  
現在に至る

脳性麻痺による  
身体幹機能障害  
一種一級

痛さも激しく痛さによる呼吸困難が、月に一度だったものが、月に二、三度に成ってしまったり、一時間に一回二回とか、鎮痛剤を服用するようになりました。

私が所属している、「自立の家」をつくる会で二次障害の冊子の検討作成に参加させてもらったことから、横浜南共済病院の大成克弘先生の診察を受けることになったのです。

大成先生は、CPの人に慣れていらっしやって整形外科脊椎部長でもいらっしやるので、六年前より私も安心して診て頂いていたのです。

診て頂いた当初は、骨の変形は有ったものの手術をする程では無かったようです。しかし、先生としては、「痛みが酷くなり、どう仕様もなくなったら手術をする他に方法がないから、その様になったら手術をしてあげる」と仰って頂いていました。そして、おとしの暮れより昨年の始め当たりから

その痛みが我慢の限界を越えてしまったことが、今回の入院と手術の運びとなったのです。

### ■検査から手術まで■

そして、入院当初チームを組んで下さった先生方達からは、CPの人で頸椎の悪い人は多いが、腰椎の悪いCPの人は、全国で二人くらいしか診たことがなく、手術の実例も無い。相当珍しい人だと、言われた事が少し意外でした。

確かにCPの人で、腰から骨が悪くなる人はあまりいないようです。しかし、全国的にはもっと多くの障害者の人で腰椎の悪くなる人はいらっしやると思っています。唯、診て頂ける病院やお医者様がいらっしやらないから、例として少ないのかもしれない。

横浜南共済病院でも、二人目と言う事も有り、手術するのも慎重を期したようです。本来なら、一ヶ

## BEFORE



### ◆術前の様子◆

- ・歩けていた時期(6才~28才)もあったが、32歳からは常に車いすに
- ・左の腰から足首までの鈍痛が常時あり、動こうとすると激痛がはしる
- ・そのため、殆どベッド上で生活し、は笑うのも必死、不眠症にもなる

月も検査期間をおかずに、また、表と裏で（背中側とお腹側）切るので、背中側だけになったりと、先生方も色々と考えて下さったようです。

私としては、一週間置きに先生方の仰る事が違ってきたので、多少不安を感じない理由（わけ）ではありませんでした。けれど、その時点での私が味わっている痛さを考えてみると、手術が成功しよと、成功しまいと、この痛さが少しでも薄らいでくれれば、それだけで良かったのです。

### ■手術当日■

私の場合は、手術日は入院から一ヶ月以上の期間があり、三月十九日金曜日でした。それは、腰に造影剤を注入してレントゲン写真を撮ったり、CTスキャンを撮ったりで一ヶ月が費やされたのです。手術の当日は、手術室から戻って

くるときも意識がハッキリしていた事や、不思議なくらい左足腰の痛みが無かった事など鮮明に思い出されます。

手術自体は、腰椎四番と五番の詰まっていた間を開け、座骨神経根部の圧迫を無くしてやるもので、右側の良い方の骨を採骨し、骨の支えとして入れ、ボルトで固定をし、無くなった椎間板を補うというものでした。

不随意運動が激しいので、支えとして入れた骨がしっかりと固まるまで、ギブスなりコルセットなりに、固定をしなくては成りませんでした。

私は、結局ギブスを巻くことになり、慎重を期して普通の人ならば、四週間のところを、八週間とし、尚且つ一旦ギブスを切り、二週間包帯で継ぎ合わせてコルセットが出来上がるまで着けていました。

手術に掛かってからの時間としては、最初言われていた時間より

## AFTER

### ◆術後の様子◆

- ・痛みはないが多少の感覚麻痺は残っている
- ・手を持ってもらえば歩ける、32才頃の状態に戻る
- ・術後1年は元気だったが、現在は多少の麻酔の後遺症と更年期障害のため貧血気味



も大分延びたようで、約七時間半位だったと記憶しています。先生方の意志としては、最良の手当てをなさりたかったのでしょうし、前日にしても、手術台に上がって私がどれだけ俯ぶせる姿勢で居られるかの、リハールサルを実際に手術室で行なって、台の形をその儘変えずに、当日に備えたのでした。

## ■手術をして■

手術をした最大の収穫は、今まで痛みが有った腰下左半身の痛みが十分の二に還元されていた事です。

手術前はあんなに痛さに苦しめられて、動くこと自体辞めてしまいい、ベットの上で一日中過ごすという暮らし方だったのに、今から思うと雲泥の差です。

退院後の今は少しの時間でも車椅子に座っていることを心掛けています。それは、腰の筋肉や足の



筋肉が寝てばかりいると落ちてしまふからです。入院中も退院後もずっと整形の先生方に「なるべく身体を起こし、車椅子に乗り、動くこと」との注意を特に受けていました。それは、他の患者さんも皆同じでした。

## ■リハビリ■

私は、入院後二日目でリハビリ担当PTが決まり、三日目からリハビリ室に下りていきました。手術前は、身体の緊張を出来るだけほぐして痛みを和らげるリハビリ

をしてもらい、手術後は、腰やお尻や左足の筋肉を付けるトレーニングをして戴き、具体的には、腹筋の運動・両足の筋肉運動・両足首の運動・肋木掴まり立ち(三分間から始まって最終的に十五分間に及ぶ)・十メートル歩行等々で、五ヶ月間という思えば短いようであつたのは、リハビリの先生方だったと思います。

## ■入院中感じた事■

入院中特に思い感じた事と言えは、私は入院中も介助を二十四時間入って欲しかったので、先生方や看護婦さん達との兼ね合いが難しかった事です。

病院としては、術後三週間は付き添いとして家族や親戚の付き添いを認めています。入院中は基準看護と言うこともあり、介助者を入れることについては難色を示





していました。以前入院したことのある、友人のAさんの紹介で、川崎にお住まいのMさんを紹介して頂き、病院との間に入って戴いて、大成先生とC棟東病棟の婦長さんにお話して貰い介助者の人を入れさせて戴きました。その理由は、私が手を旨く使えずナースコールを押せなかつたので、呼吸困難が有った時に困ると言う事でした。お陰で心配する事も無く、五ヶ月間無事入院生活が出来、治療にリハビリにと専念する事が出来たのです。

唯、私としても介助に実際に入

った人も介助の役割を何処まで遣って良いのか、看護婦さんの仕事を侵してはいないか? と気になった事は確かです。

そして、術後間もない頃看護婦さんに、体交(体位を変えること)をさせてもらうため、看護婦さん呼びに行ってもらうのですが、来てくれるまでの時間がたつた三分ぐらいなのに、一時間にも二時間にも感じられたことが不思議でした。

一番嬉しかったことは、健常者や障害者の区別が無く、極自然で、他の患者さんと話が出来た事です。それは整形外科病棟では骨折されている方やリュウマチの方が入院されていて、あちらこちらと車椅子の人が多かつたからです。

### ■切なる願い■

極個人的な病院への要望であり、切実な問題でもあったのは、C棟

東病棟に車椅子用トイレが一つしか無かつたことです。順番待ちをしたり、用足しにトイレに入っても落ち着いて出来ずに、中途半端で出て来てしまう状態でした。せめて、もう一つ車椅子用トイレが欲しいと切実に思いました。

### ■最後に■

入院中医師から最後に、言われたのは、(特に大成先生に)「友人を紹介されて診察にこられるのなら、悪くなつたと思つた時直ぐに私の所に来る様に伝えなさい」との厳命でした。

入院中色々な事が有りましたが、多くの方々に本当にお世話戴きました。整形外科の先生を始め、看護婦さん・看護助手の方・リハビリの先生方(P.T.・O.T.)に深く心より感謝しています。

完

2000年度公開学習会  
第1回

## 障害を知る

7月15日(土)

講師：横浜市総合

リハビリテーションセンター

理学療法士 富樫和美氏

※見出しは13頁から掲載のレジюмеに対応して  
います。ご参照下さい。

### 1. はじめに

### 2. 脳性麻痺とは？

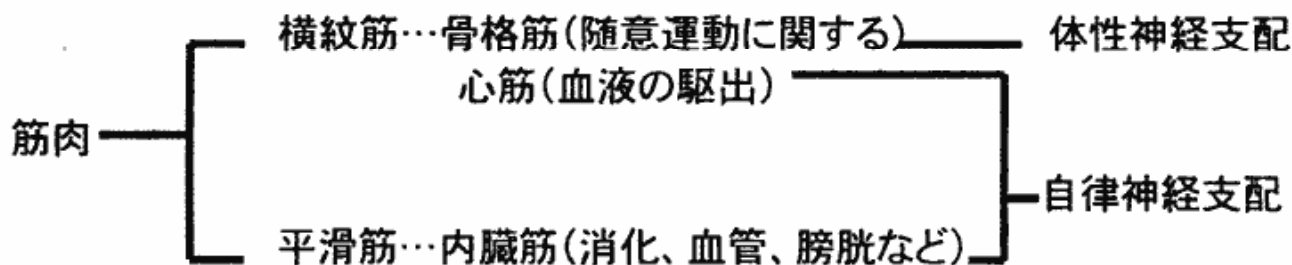
C.P. (Cerebral Palsy) と略や  
れるこの脳性麻痺ですが、まずは、  
1968年の厚生省脳性麻痺研究班  
による定義を見てみましょう。こ  
れには、「受胎から新生児生後4  
週以内までの間に生じた、脳の非  
進行性病変に基づく、永続的なし  
かし変化しうる、運動および姿勢

の異常である。その症状は満二歳  
までに発病する。進行性欠陥や一  
過性の運動障害、または将来正常  
化するであろうと思われる運動発  
達遅延は除外する」とあります。  
この定義はどんな事を意味し、実  
際にはどういうことが起きている  
と言うのでしょうか？

### ◆運動とは？◆

運動とは、人体の動きだけでは  
なく、より広い変化一般を含んだ  
概念です。しかし、ここでは運動  
の概念の一部である「目的を達成  
するために活動すること」という  
点に注目してみましょう。人体の  
運動はすべて筋肉が動くことで行  
なわれています。それには筋肉を  
動かす為の神経（図1参照）が必  
要で、その神経を含んだ障害が脳  
性麻痺の人たちには起きているの  
です。

運動をもっと細かくみていくと、  
姿勢が深く関わってくる事がわか



【図1】

りますが、この姿勢とい  
うのも細かく  
は二つに分け  
て考えること  
ができます。  
一つは体位  
で、これは身  
体全体が重力  
方向に対して  
取る位置関係  
を意味し、座  
る、立つ、あ  
お向け、さら  
に、あぐらを  
かいて座る、  
足を投げ出し  
て座る、など  
様々な体位が  
あります。も  
う一つは構  
えで、それは  
身体の各部位  
の相対的な位  
置関係を意味



します。例えば、斜め前の物を取ろうとする時、手を動かさなくてはいけませんね。その「手を斜め前に動かす」時に我々は手をその方向に出すだけではなく、目的を遂行する為に無意識のうちに構えをつくっています。「身体がそちらの方向を向き、上半身もその方向に動く。」それが構えであり、この構えがなければ運動は遂行できません。手を動かすだけで、身体他の部分が全く別の動きをしていたら、物を取るといふ運動の目的は達成されないのですから。【構え】というのはこのように、とても大切な運動の要素なのです。

姿勢についても少し説明しましょう。我々は無意識のうちに目的に応じた無理のない姿勢をとり、疲れば姿勢を変えていくことができます。しかし、脳性麻痺の方々はこれが非常に難しい。姿勢が崩れれば崩れっぱなしで元に戻せず、座位を保持することが難しかったり、物を取りたくても手が出ていかない、手を出そうとすると別の緊張が入る、あるいは姿勢が崩れてしまう、という障害が起きてくるのです。

さらに言うと、**ポジションング**ということが大切となってきました。それはただ良い姿勢にしておくということではありません。脳性麻痺の方々は姿勢の調節が学習できないという障害があるので、その時々によってこちら側が適切な姿勢を調整していくかなければなりません。適切な姿勢であっても、一定の姿勢に長時間固定してしまうことは決して良いことではないし、むしろ、悪い姿勢であっても一定時間おきに変えていくことが重要なのです。

### ◆非進行性?◆

人間の赤ちゃんは羊水の中では無重力状態なのに、突然重力下に出てくるわけですから、何もできない状態で生まれてきます。赤ちゃんは、その後一年ぐらいかけて中枢神経系(運動の命令を出すところ)を発達させます。その発達の段階は、脳性麻痺の方々も同様。神経系が発達の変化の過程で、単純な運動からより複雑で多様な運動の命令が出せるようになるのですが、発達に応じて障害の症状も複雑に変化してきます。つまり、本当は脳の病変自体は変化していないのに、目に見える現象としては悪化している、というか進行しているように思えるということが起こってくるのです。

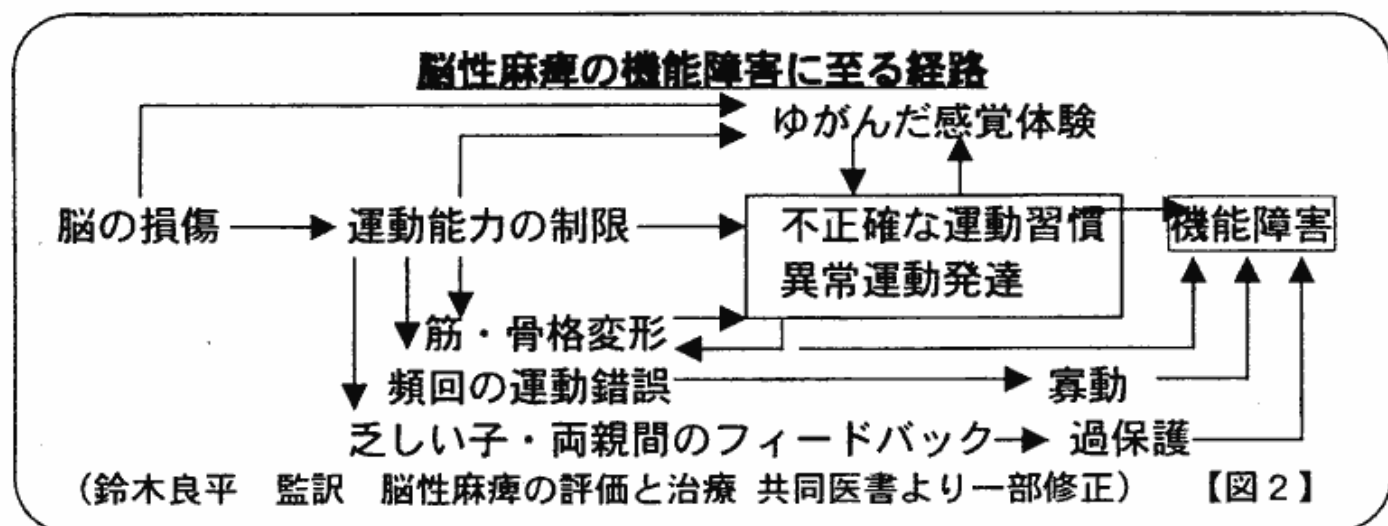
## 3. 脳性麻痺の病型

### ◆①麻痺の分布◆

脊髄損傷の場合は神経が切れてしまい、指令が完全に遮断されて行かなかつたりして筋肉が動かなくなるわけですが、脳性麻痺はそれとは違い、指令を出す部分自体に何らかの故障があったり、指令

が通過する道筋（神経系）に何らかの問題があったりします。指令は出ることには出て、指令自体が変質して出てきたり、届くまでに変質してしまったりする、それが脳性麻痺の障害なのです。

ここで麻痺の分布について見てみましょう。まず、**四肢麻痺**というのは全身に障害があり、下半身よりも上半身の障害が重度であるか、手と足が同じくらい障害を受けている状態を言います。このタイプの場合、食事の困難性や言語の障害がある場合が多い。**両麻痺**と言われるものは、全身の障害で、下半身の障害が上半身よりも重度で、手に全く障害がないという場合はこれには当てはまりません。次に**対麻痺**ですが、これは脳性麻痺の方にはほとんど見られません。脊椎損傷の方の場合に多いものです。**片麻痺**は、脳の損傷部位によって身体の右側か左側かどちらかの一側面だけに麻痺が出るもので、脳卒中や脳血管障害の方によくあ



ります。**重複片麻痺**は、片麻痺が両方に出てくるもの。**三肢麻痺**も脳性麻痺の方には稀にあります。**単麻痺**は、四肢の中のどれか一つに麻痺があるもので、脳性麻痺の方にはほとんどありません。

## ◆②タイプ◆

次に、脳性麻痺は筋の緊張状態でもいくつかのタイプに分けることができます。

**痙直型**は、永続的な筋緊張がおきていて、制止している時にも堅さがあるタイプ。

**アテトーゼ型**は、低緊張と緊張の強い状態が不安定に起こるタイプ。**失調型**は、ぐにゃつと柔らかい感じで、曲げる方の筋肉と伸ばす方の筋肉が同時に収縮することが難しいので、ピーンと張ってしまったり、ぐにゃつとなったりという感じ。

**強剛型**は、痙直型よりも更に緊張が強いタイプ。

**低緊張型**は、ぐにやぐにやという感じで、

**混合型**は痙直型とアテトーゼ型の混合。

これらのタイプははっきりと区別できるわけではなく、発達過程で変化もします。更に医学の進歩によって昔ではとても命が助からなかったような胎児の段階でも救えるようになってきているので、現在障害が複雑化している、タイプも区別しづらくなってきています。

#### 4. 脳性麻痺によく見られる

##### 合併症・問題点

#### 5. 脳性麻痺の

##### リハビリテーション

#### ◆早期発見、

#### 早期治療がなぜ大切か? ◆

早期にリハビリテーションを開始すれば、脳性麻痺が治ると誤解

されたことがあります。脳性麻痺自体は治りません。しかし、なるべく早い段階から、より良い運動体験、感覚体験をさせていくことは大切です。小児期の脳は非常に可塑性(かそせい)物体に作用する外力が除かれても、物体に変形が残る特性をいう。Plasticity、可塑性、柔軟性、適応性)が高いので、ある部分はその役割を果たせなくても、他の部分でその役割を果たせるようになるということが可能なのです。その為にも小児期からのリハビリで、良い感覚経験や運動経験をさせていくことが重要になってきます。さらに成長期にある学齢期の対応が非常に重要で、身体の急激な変化にきちんと対応しなければなりません。例えば、緊張した筋肉が伸びたくないと固まっていても骨は伸びてしまうので、曲がって成長してしまったりということがおき

年 国語大辞典(新装版) ©小学館 1988



てきます。女の子の場合、女性らしい体つきになって体重が急激に増えるということがありますが、重さがかかってくる関節に対しての障害が急激におこってきたり、腰痛などもおきてくるのです。それなのに、少し前までは、養護学校に入るとそれ以降は学校の方で対応するとされ、医療サイドの訓練が終了になってしまふことがありました。横浜市も当初、学齢期のケアというのは全く想定していなかったのです。しかし、それはダメで、幼児期から学齢期、成人期と一貫して、きちんと医療側が役割を担っていくことが、生活

を豊かにすることになるのではないかと思います。

## 6、二次障害について

脳性麻痺の方の場合、それぞれ非常に独特な障害の状態にありますが、生活様式や環境による影響の中で二次障害が起きてきます。

廃用症候群というものは、使わないことでおこり、例えば動かさないことで筋力が低下するなどを言います。それに対して、誤用症候群というのは、使いすぎによる過用症候や間違った使い方によりおこるものです。働くことは健康を維持し機能を保つ為に必要なことである反面、作業の姿勢や時間や休憩の取り方が適切でないと、逆に悪い影響となり、二次障害の発生を助長することにもなります。運動でも、一度にたくさん運動をするより、適度な回数を何回にも分けて行なうことが効果的であるように、なんでもやりすぎは良くあ

りません。良いことでも、延々と続けていてはやはり問題で、（24時間続けるような訓練法もありますが）、訓練は、もっとその人の生活全体を豊かにしていけるようなものでなくてはならないと思う。

二次障害の問題で、特に多いのは頸椎の問題。アテトーゼの方は首が比較的動くので、そこをコミユニケーションの手段として使うことが多かったり、あるいは何もなくても緊張が首に入ったりします。動かしすぎてしまうことで頸椎症がおきてくるのです。これは一つには、首の中の頸椎という神経を圧迫してしまうことで、痺れや手の麻痺が起きてきたりする症状があります。もう一つ、肺機能の問題。背中が曲がっていると、背骨についている肋骨が変形し、胸郭が曲がってきます。そうすると一番大切な肺と心臓が圧迫されてしまうこととなります。見た目が曲がっていることがどうこうではなく、呼吸や食事が難しくなる

などの問題につながるものが問題なのです。

### ◆補足一健康診断◆

尚、横浜市では障害のある方に対する定期的な健康診断を年一回無料で行なっています。二次的障害が固定しない、できるだけ早い時期に対応するのに有効です。（次号掲載予定）

今回の学習会は富樫さんの名演（アテトーゼマネが上手い！）もあって、楽しく、内容も深いものでした。感想を聞いてみると、スタッフでも、脳性麻痺についてきちんと分っているつもりでも違ったとか、良い姿勢でも時々変えた方がよいのではと思っていたがその裏づけが出来て良かったとかいうものが出てきました。残念なのが参加人数。広報活動の不足もあったのですが、もっといろいろな人に聞いてもらいたかった！会員であれば無料、（500円頂きますが）会員でなくてもかまいません。次回からの学習会にはぜひご参加ください。

# レジユメ No1

2000.7.15.

## 障害を知る

横浜市総合リハビリテーションセンター  
理学療法士 富樫 和美

### 1. はじめに

### 2. 脳性麻痺とは

Cerebral Palsy

未熟な脳の血管又は損傷による **運動や姿勢の障害** (Bax,1964)

脳病変は 非進行性、筋活動の 協調性の障害。

言語、視覚、聴覚、認知障害、精神発達遅滞、てんかん等を合併する事がある。

運動とは？

運動——姿勢が必要(Posture)

非進行性？

しかし、子供は 成長・成熟に伴って大きな変化が起きる。



簡単な運動からより多様で複雑な運動へ。

より細かい選択的な運動パターンや巧緻的、高度化し適応されていく。

異常運動の発達：つまり現象的には、進行？悪化？発達？

### 3. 脳性麻痺の病型

#### ①麻痺の分布状態

┌—四肢麻痺 (quadriplegia)

└—両麻痺 (diplegia)

┌—片麻痺 (hemiplegia)

\*対麻痺 (paraplegia), 単麻痺

(monoplegia) は、脳性麻痺に

おいては非常に稀

#### ②タイプ

┌—痙直型 (spastic)

└—アテトーゼ型 (athetoid)

└—失調型 (ataxic)

┌—強剛型 (rigid)

低緊張型、混合型など。



### 4. 脳性麻痺によく見られる合併症・問題点

- ・ 摂食障害(嚥下障害、嘔吐など)
- ・ 言語障害
- ・ 排泄の問題
- ・ 呼吸の問題
- ・ 知能障害
- ・ 眼科的異常
- ・ 自律神経障害
- ・ てんかん
- ・ 関節拘縮、脱臼、骨格変形
- ・ 骨折
- ・ 感染症
- ・ 口腔領域の障害
- ・ 知覚障害、身体像の障害
- ・ 性格、行動の問題

## 5. 脳性麻痺のリハビリテーション

障害を知るレジュメNo2

小児期からのリハビリテーションが大切

早期発見・早期治療——しかし、脳性麻痺は治らない!

発達する

中枢神経障害に対する可塑性が大

二次障害が出現しはじめる時期のリハビリテーション

= 学齡児のリハの重要性

## 6. 二次障害について

二次障害の主なもの: 頸椎脊髄症、股関節脱臼、脊柱変形、側弯、肺機能低下など

脳性麻痺では、障害の原因や時期、脳障害の部位によって症状は多彩であり、麻痺の程度、随伴症状、筋緊張の状態、原始反射の残存、異常姿勢などの重複障害を示し、発達成長の過程での複雑な問題が絡み合い、二次障害や症状進行が起きてくる。

廃用症候群 (disuse syndromes)

使用されないために生じる症候群

= 安静臥床、生活上の不活動の持続

予防・改善は、「スパルタ的」ではない。

⇔ 過用症候・誤用症候

廃用症候群を含む機能障害が重度なほど、また基礎疾患が重度なほど過用症候が起こりやすい。

廃用症候群のうちいくつかは誤用症候に注意すれば過用症候を起こさずに解決できる

ADL能力の低下

安静臥床 = 身体的廃用症候群

⇒ 働くことが健康を維持し機能を保つこと

しかし、働きすぎ(疲労)は悪影響 ⇔ 働くことが二次障害の発生を助長している?

就労環境や生活環境が二次障害の出現と関係する

作業姿勢、作業時間、休憩時間の過ごし方、昨日維持の具体的方法、健康管理など

## 7. リハビリテーション

加齢に伴う二次障害へのリハ目標

廃用症候群の予防

QOL (Quality of Life, 生活の質) 改善

具体的アプローチは?

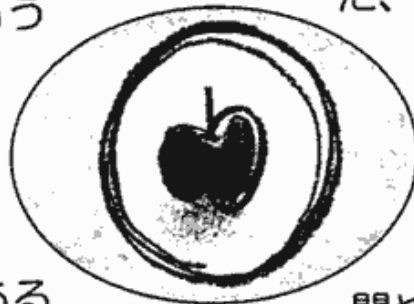
## 8. おわりに



この記事は17頁から始まっています。読むときはめくって下ろす。

**A** 頸椎からきている可能性があるかもしれません。ですから一度、レントゲンやMRIを受けることをお勧めします。先程触れたように、首の骨というのは7つあって、場所によって様々な神経をつかさどっています。先程は、特徴的な意味で頸椎の3番、4番の話をしてきましたが、もちろん視神経も含めてつながっています。とにかく本人があきらめないで、原因がわかるまで追求する姿勢を持って下さい。それから、年齢的には白内障や緑内障の可能性もあるので、そのことも忘れずに。

フローアから:(目が見えなくなって、頸椎の手術を施して視力が回復した例が、「しののめ」という本に掲載されている。)



**Q** 私は、多摩療護園の看護婦です。小佐野さんは先程緊張の中心点があると言われましたが、それは多くの脳性マヒ者に共通することですか？ また先程呼吸法に関して触れていましたが、あなた自身、二次障害の予防に関して日常的に取り組んでいることはなんですか？ さらに、あなたは、自分の体の緊張をほぐすために自分で精神的にコントロールができるのですか？

**A** まず1点目ですが、全ての脳性マヒ者の緊張の中心点が、ベルトのバックルの位置にあるわけではありません。脳性マヒ者の場合、症状が複合している方もいるのですが、

大別すると前に縮こまるタイプの人と、反り返る形で緊張が出るタイプの人があります。いずれにしても脳性マヒ者で、特にアテトーゼ型の場合は、必ず緊張の中心点があります。例えば、前に縮こまる人の場合は、ちょうどベルトのバックルの位置が目安になりますし、反り返る人の場合は、背中の腰のあたりか背骨の両側の中程あたりにやはり緊張の中心点があります。

2点目ですが、実は、私もたいしたことは取り組めていないので、今日は自戒を込めて皆さんにお話していますが、実際に行っていることとしては、まず、朝はお茶を飲んでから起き上がる様にしています。また、極力無理はしないこと、例えば休みの日は、誰が居ようが、どの様な評価を受けようが、絶対に午前中は起き上がりません。眠っていることもあるし、新聞や好きな本を読んでいること

もあります。できるだけ心身共に自分がリラックスできる時間として大切にしています。また、月1回程度は、友人の指圧師の治療を受けています。なるべく、普段自覚的に続けているのは、深い呼吸をすることです。気功による呼吸法も少し学びましたが、確かに実感として効果がある様です。

3点目についてですが、自己コントロールに関しては、できる時とできない時があります。体が心底疲労していたり、精神的に落ち込んでいる時は、全然駄目です

- 幼児期から病院や施設に入所し、専門医療を施されることによって本人や家族が医療に対する受け身の意識を持ってしまう。
- 医療の専門家は、自分の障害や体について教えてくれない。
- 養護学校等を卒業しても持続する受け身の医療と専門病院幻想。

### ③障害のある人を取りまく医療問題

- 定期健康診査をめぐる問題。
- 医療機関への通院をめぐる問題。
- 医療機関への入院と基準看護法をめぐる問題。

## 2. 脳性マヒ者等、全身性障害者における二次障害について

### ①二次障害とは何か？

- 脳性マヒは進行しない等→専門医療におけるこれまでの定説の嘘。
- 早ければ十代、遅くとも三十代後半には現れる変形性頸椎症や股関節変形症。
- 原因は姿勢の問題、無理な訓練や精神的なストレス！

### ②二次障害の予防と治療

- 日常生活における予防と治療。
- 障害を持つ市民として生きるための外科手術
- 二次障害は不治の病ではない！

## 3. 自分たちの手に医療を取り戻そう！

### ①二次障害を怖がらずに自分の人生を生きるために

- 自分を活かせることや好きなことを見つけよう！
- 定期検診を忘れずに。

### ②地域医療で問題を解決

- 定期健康診査から入院まで、問題解決に向けた取り組み。
- 地域に理解のある医療機関をつくろう！
- 医療に対する受け身の姿勢とさよならするために！

その後、質疑応答の機会が持たれました。その内容を「Q&A」として紹介します。

**Q**私は「居住者」の代理ですが、彼は現在67歳になり、車椅子を使用しています。年齢的なこともあるかと思うのですが、最近、目がかすみ、頭痛がほとんど毎日続いていま

す。何か本人に対してアドバイスをお願いします。

**A**本人として思い当たることがありますか？

**Q**頸椎ではないかと…。

メ  
ク  
ル  
→

## 医療について考えよう！Part II

——障害のある人の医療問題としての二次障害について——

文責 小佐野

### 東京都清瀬療護園<sup>1</sup>職員研修会報告

日時: 2000年2月12日(土)  
14時10分～16時30分

場所: 東京都清瀬療護園

参加人数: 「居住者」と職員を合わせて約40名  
くるめ園(救護施設)や東京都多摩療護園を含む外部参加者10名以上。

本会が発行した「脳性マヒ者の二次障害に関する報告集Ⅱ」と、同じく「二次障害情報誌(仮称)創刊号」を清瀬療護園の職員の方が読まれたのを契機に、小佐野が講師として招かれました。清瀬療護園では、現在「居住者」の高齢化による障害の重度化が進み、二次障害が多発しています。そのことに危機感を持った

職員側が、自分達の医療に関する科学的な知識を深め、二次障害の予防や治療に対する具体的な対応策を学ぶために、今回の研修会が設定されました。その内容を2回に分けて報告します。

以下、講演内容の骨子となります。(詳しい内容をお知りになりたい方は、ご連絡下さい)

#### 1. 障害のある人を取り巻く医療の現状

##### ①障害の除去、克服を目指した医療の歴史

- 病気としての障害の捉え方。
- 障害は「悪」であり、治療による除去、克服の対象  
→背景としての優性思想。
- 障害のある人は、新薬の投与や外科手術の試みの対象として扱われてきた。
- 障害のある人の側の強烈な医療不信。

##### ②幼少期からの医療に対する受け身的な意識の形成

<sup>1</sup>身体障害者の療護施設・職員98名 居住者60名(内CP34名)(平均年齢55歳)

報告書を作成するに当たって、個人の意見を列記するのではなく、各々の会の意見としてまとめた。便宜上、JOY障害者が使える温泉クアハウス推進検討会は「J」、特定非営利活動法人自立の家をつくる会は「自」と略す。

## 1. 各団体からの現状報告

**J** 自分たちの知り合いに、本人も自らの障害を意識できなないほどの軽い脳性麻痺者がいる。彼は小学校から大学までを通して、普通学校に通っていた。彼は若いころからレーサータイプのバイクが好きで、しょっちゅう乗り回していた。

周囲の者たちは、彼のバイクに乗る姿勢に無理があることを心配し、彼に対して二次障害として変形性頸椎症が現れる危険性を忠告し続けた。現在、彼は首の痛みを強く訴えるようになっていた。この交流会を通して、脳性麻痺者等の二次障害の問題を社会的に位置

## 第2回 JOY障害者が 使える温泉クアハウス 推進検討会との交流会報告

新宿区立障害者福祉センター  
2000年6月17日（土）  
14時～17時

（参加者）  
JOY障害者が  
使える温泉クア  
ハウス推進検討会

今西・駒村・松橋  
吉田夫妻・渡辺

特定非営利活動法人  
自立の家をつくる会

小佐野・佐山・森下  
藤村・杉村・早坂

づけさせるために、厚生省や各医療機関等に働きかける事を考えてきた。しかし、今は外部に働きかけることよりも、まず当事者に対する啓蒙・啓発活動の必要性を痛感している。二次障害について何も知らない当事者の現状こそ深刻だ。

## 自

「医療問題に関する情報誌」の第3号を発行した。内容は、二次障害で脊髄を手術した脳性麻痺者の体験記やこの交流会の報告、横浜南共済病院の大成先生の講演会の報告等が掲載されている。

本会として「情報提供・相談事業」を行っていているが、二次障害に関する相談が殺到している。最新の例では、身障手帳5級の脳性麻痺者が歩けなくなり、横浜南共済病院を紹介したケースがある。

現在、彼女は結婚しており、高校生と中学生の子供を二人育てている。これまで普通に走れる程度

の障害だったが、5年ほど前から首に痛みが走るようになり、両手も痺れ、冬になると歩けなくなるという状態を繰り返していた。かかりつけの整形外科医は、緊張緩和剤等6種類の薬を処方しているが、ほとんどお手上げ状態。本人は、「頸椎の問題ではなく、脳のなかに問題が有るのではないか？」と診断され、不安になって本会に相談してきた。私が見るところ変形性頸椎症の疑いがあったので、横浜南共済病院を紹介した。

地域で障害者に対応できる病院をつくるために、医療機関への働きかけを始めているが、残念ながら二次障害に関しては、横浜南共済病院にたよらざるを得ないのが現状である。

## 2. これから取り組むべき課題

### ◆脳性麻痺者等、

当事者が二次障害について

学ぶ機会をどうつくるのか？◆

例えば、全国誌である「ウイル」

に二次障害に関する原稿を掲載し、医療に関する相談窓口として、「どろんこ作業所」や「若駒の家」、特定非営利活動法人自立の家をつくる会があることを当事者に知らせる必要がある。

## 自

思いつきだが、二次障害も含めて障害のある人の医療問題としてシンポジウムを企画してはどうか。

それをホームページで宣伝しながら、シンポジウムを「ウイル」に取材してもらえば、こちら側の文章を載せるより、障害のある人たちに伝わりやすいと思う。JOY



障害者が使える温泉クアハウス推進検討会と特定非営利活動法人自立の家をつくる会だけで企画するのではなく、横浜の「ピアネット」や神戸の「二次障害を考える会」等にも協力してもらって、シンポジウムを企画することによって、医療問題に関する情報交換ができる緩やかなネットワークを形成することができのでは？

## J

自が挙げた諸団体だけではなく北海道や福島等を合わせれば、二次障害

問題に取り組んでいる団体は、全国に7、8団体はあるはずだ。それらの団体で全国組織を立ち上げることが、一番社会的に影響力を持つと思う。そして、その全国組織の事務局を、小佐野さんの団体が受け持つて頂ければかなりの力になっていく。全国組織としてマスコミや医療専門家、厚生省に対して働きかけていけば、相当の宣伝力を期待できる。全国



組織の立ち上げのための起爆剤としてシンポジウムの開催を位置づけたい。そのシンポジウムに、社会的に影響力を持っている北海道の小山内さんや福島の白石さんをパネラーとして呼びびすれば、社会的なインパクトを与えることができる。もちろん世田谷や大阪、神戸や横浜からも一人づつパネラーを出してもらい、医療専門家と厚生省の誰かに記念講演してもらおうような企画にして、その総括として全国組織を立ち上げることができれば、一番望ましいと思う。

全国組織を立ち上げた上で、取り組みたい課題がもう一つある。それは、脳性麻痺者等の二次障害の状況について、全国実態調査を実施することである。

例えば、脳性麻痺の型によってどのような二次障害になりやすいのかということや、脳性麻痺者の幼年期から老年期に至る成長過程を通じた障害状況の変化等、医学的なデータが無い。こうした課題

に根拠を提供できるような全国実態調査を実施したい。光明養護学校の卒業生を対象に、医学的データを集めるという方法もある。特定非営利活動法人自立の家をつくる会が、世田谷区で障害のある人や家族に対して、近々実態調査を行うと聞いている。自立の家の人達に、そこで蓄積したノウハウを今後発展的に生かしてほしい。これまで障害者運動は、世田谷から始まるが多かった。その実績を踏まえて自立の家の人達には、全国実態調査の件についても前向きに検討して頂きたい。

全国組織の立ち上げも重要だが、もう一つ取り組みたい課題がある。それは、二次障害対策として個々人の障害にあわせた車椅子を獲得するために、補装具の基準外交付の制度をどんどん認めさせていくことである。これまで何年にも渡って車椅子の構造が変わらないことについて、腹立たしい思いをし

てきた。個人的には、97年の福祉機器展に四輪にそれぞれスプリングを入れ、道路の凹凸のショックを和らげる工夫をした車椅子を出展した。その時、すぐに脳性麻痺の女性から欲しいと言われたが、車椅子は一台しかないので対応できなかつた。

以前は車椅子を交付する場合、厚生大臣の認可が必要だった。しかし、最近は地方自治の拡大の動きの中で、市区町村が認めれば、基準外交付の制度を活用できるようになっている。例えば、公共交通機関を利用するために、軽量化した電動車椅子を必要とした頸椎損傷の人に対して、約98万円が助成された例もある。お互いに電子メールで情報交換を行いながら、地域で基準外交付制度を活用した実態を集め、近い将来全国の自治体に資料をばらまくことによつて、基準外交付制度の適用に関する地方格差をなくす取り組みを行いたい。



◆結論として◆

次回までに、JOY障害者が使える温泉クアハウス推進検討会と特定非営利活動法人自立の家をつくる会の双方が、シンポジウムの企画内容と全国組織（または緩やかなネットワーク）の立ち上げのための準備に関して、たたき台の文章を持ち寄ることになった。その上で、次回双方が提出するのはあくまでも第1次案であり、今後何回か双方の案に対して検討を重ね、シンポジウムの開催に向けて、じっくりと準備していくことになった。

なお、車椅子の基準外交付制度の活用実態に関しては、お互いに情報提供を始めることになった。

3. 次回までに、

お互いに準備すること

- ① 実態調査の必要性を訴える文章 吉田
- ② 実態調査の素案作り J
- ③ 二次障害に取り組む全国連絡会立ち上げに向けた呼びかけ
- ④ 全国連絡会立ち上げのプロセスとシンポジウムの具体化を考える 自

駒村・今西

（文責 佐山）



【次回開催予定】

2000年

11月中

新宿区立障害者  
福祉センター

# リハビリ探検隊

## リハビリの歴史

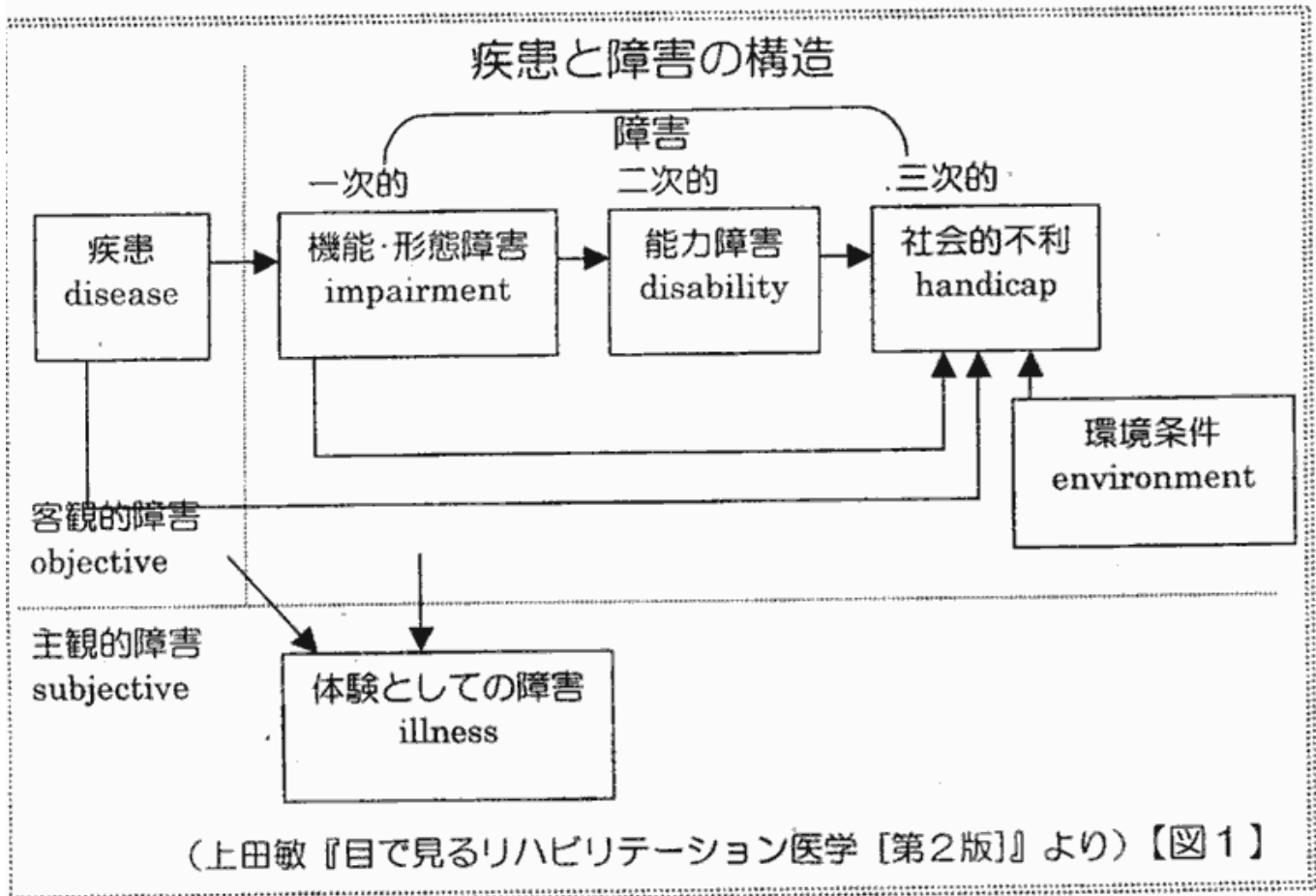
### ■こんなに広い！リハビリの範囲■

前回まで、最新のリハビリテーションテクニックとして、運動療法のポバース法・ポイタ法をご紹介してきました。この中でリハビリというものがただの機能訓練ではなくて、神経を含む身体全体を扱うものだって事がわかってもらえたかと思えます。

しかし、リハビリの扱う範囲というものはそれ所じゃなく広い！ちよつと難しいですが、WHO（世界保健機関）の定義を見てみましょう。WHO（1981年）によると、「リハビリテーションとは、能力障害あるいは社会的不利益を起す諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を目指すあらゆる措置を含むものである。」とあります。

「????って感じですね。そう、私たちはまず障害の構造がどうなっているかを知らなければならぬよう

です。普段私たちは障害の構造なんて考えてもみませんが、こんな構造があるようです。（図1参照）例えば脳卒中などの疾患によって右手、足が動かないという機能障



害が起こります。そのことによつて字が書けなくなつたりという能力障害も起こつてくることも有り、更には教職に復帰できないなどの社会的不利を受けることともなるのです。また、心の問題としては、障害の受容など、体験としての障害の問題もあります。

リハビリテーションとは、これら全ての面に対して行われるものであるということです。つまり、機能障害に対して再び手が動くようにすること、能力障害に対しても一方の手を使うなどして字を書けるようにすること、教職復帰のための交渉や障害の受容への援助等々、リハビリには、「障害者の社会統合を目指すあらゆる措置」が含まれるというわけです。

このリハビリテーションって一体どんな歴史を持っているのでしょうか???

### ■破門の取消しがリハビリ?■

リハビリテーションという言葉は、habiris(適した)というラテン語の動詞形、habitare「re(再び)がくつついて出来たそうです。つまり、「再び、適したものにする」という意味で、言い換えれば、「再び人間たるにふさわしい状態にする」となります。しかし、この言葉が今日のように障害に対して用いられるようになった歴史は意外と浅く、20世紀に入ってからだと言います。それまで、この言葉はどう使われていた

のでしょうか?

中世では「破門の取消し」等の意味で使われていたそうです。というのも、キリスト教の支配する中世ヨーロッパ社会で破門されるという事は、人間である事を否定されたも同然。それが解かれる事は、人間の仲間として、再び社会へ受け入れられる事を意味したからです。

近代においてはこの言葉は「無実の罪の取消し」を指すようになり、更に今世紀になってからは「犯罪者の社会復帰」も示すようになりました。この言葉は現在もその意でも使われているので、一口にリハビリテーションと言っても障害のある人のリハビリを指すとは限らないようです。

この言葉が障害のある人について用いられると、身体の各部位の機能回復だけを目的とするかのように思われがちですよね。しかし語源からいくとそうではなく、障害のある人間を全体として捉え、その人が「再び人間らしく生きられる」ようになることが究極的な目標となっているのです。

しかしちょっと考えると??が浮かんできます。生まれながらに障害のある人も再び人間らしく生きられるようになるのかと。この点を注意深く扱い、スウェーデンなどではリハビリの「リ」をとってしまつて「ハビリ」等と言つてゐるようです。

運動療法	水治療	マッサージ
・インドの『ヴェーダ』(前1000年頃) ・中国の華佗 ・ヒポクラテス(前500年頃) 乗馬やレスリング、適度な運動を奨励	・『黄帝内経』(前1c末)	
2c頃・ガレノス↓ 仕事をすることが自然の すぐれた医師であるとする	216・カラカラ帝 大浴場成る	・『黄帝内経素問』 14c・アンプロアス・パレが重要視する
18c以後・チソー脳卒中後の麻痺に対する運動療法	17.8c・チフスなどの高熱患者を冷水に入れる水治療(英)	
19c末・フレンケル神経病の運動療法	19c・ブリースニッツ水療法が有名(独)	19c・運動療法や整形外科の技術と結び 付いて、いろいろな手技が考案される
1945・固有受容性神経促進手技(カボット)		

【図2】  
物理療法へ  
(砂原茂一『リハビリテーション』より作成)

障害のある人と社会の関わりを見てゆかないわけには  
いきません。障害のある人の生活を社会全体で保  
障してゆこうとしない限り、障害のある人のリハ  
ビリテーションは成立しないのですから。  
障害は、ヨーロッパ社会でも古くから蔑視、無視  
され、「一」のものとして考えられてきたと言え  
るでしょう。アリストテレスは『政治学』の中で、  
「奇形児は生か

■リハビリの前提  
①障害のある人を社会が受け入れる下地  
②技術の統合

リハビリが障害のある人の社会統合を目指す以上、  
障害のある人と社会の関わりを見てゆかないわけには  
いきません。障害のある人の生活を社会全体で保  
障してゆこうとしない限り、障害のある人のリハ  
ビリテーションは成立しないのですから。

しておくべきではない」と言っているようです。しかし、同じ障害でも、戦争によって障害を負った場合は、無視できなかったようです。神のため、国のために戦った人々が放置されて良いわけではないのですから。早くも、1260年には十字軍帰還兵のための収容所ができ(図2参照)、1588年のイギリスでは、女王のために戦った兵士に対する補償と医療に関する法律も制定されたと言います。

悲しいことですが、人間は戦争によって様々なことを発展させてきました。障害のある人を社会的に受け入れる土壌。これもある意味戦争を契機に発展してきたのです。

一方、技術的な前提としては、古来より、各地にいろいろな運動療法、水治療法、マッサージ法等などが独自に発展していたようです。(図2参照)

■リハビリの幕開け—アメリカで—  
20世紀に入り、アメリカでは障害のあるなしにかかわらず、復員兵が適当な職業につけるような訓練の機会が与えられるようになり、また農村から都市に流入した青年に職業訓練を施す法律も出来ました。これが、一般の障害のある人をそのまま社会が受け入れる下地となったのです。米作業療法士(OT)協会や米理学療法士(PT)協会、米物理医学会(現米リハ医学学会)の成立もこの頃(1920年頃)です。(図3参

◆リハビリ前史◆

	障害者との関わり	障害児教育
紀元前		
紀元	1260・十字軍帰還兵のための収容所 中世・僧院等で障害者を収容 1588・英女王のために戦った兵士に対する補償と医療に関する法律	4.5c・シリアに盲人のための病院
後	1776・軍人援護法による年金 独立戦争の負債者に(米) 1793・ビネルによる精神障害者解放	17c~18c・スペイン、スイス、英、仏に盲学校 18c~19c・英、米に盲学校 1780・スイスに初の障害児施設(ベネル) 1816・独ウルツブルグに障害児施設 1833・ミュンヘンに初の肢体不自由者療育施設 1908・ベルギーのシャロアに障害児施設 19c・米で知的障害児のための学校

障害のある人を法的、行政的に受け入れる基盤へ

して行われるものが中心となったようです。リハビリにおける運動療法の基礎は、そのような中で出来てきたのです。しかし、様々に発展してきた各技術を物理療法として統合しつつある時期でもあったので、この頃のリハビリは静的、受身的なものであったようです。第二次世界大戦前後には、セントルイスのジェファソン兵営で内科医ラスクが空軍戦傷者の医学的リハビ

照)第一次世界大戦以降の20年代に入ると、復員軍人のため、また別途に一般市民障害者のためのリハビリに関する法が各地で出現しました。この頃のリハビリは、30年にポリオが大流行したこともあり、骨や関節、筋、腱、末梢神経に対

リテーション(運動療法を中心とし、チームワークによる総合的リハビリを目指した)を行って、目ざましい成果をあげました。この手法は次第に全米軍へ広まっていき、急速に市民医療の場へも浸透したと言います。また、この頃には脳卒中など、中枢神経からくる運動障害に対応する必要がでてきました。これには従来の局所的な方法論では対応できなかったため、新たに身体を中枢神経等をも含む全体として捉えた力バット、ボイタ、ポバース、ブルンストロームによる運動療法諸説が次々と生み出されていったのです。その後60年代に入ると、高次脳機能の障害(例えば失語症、失行症、失認症、痴呆、知的発達、言語発達等の遅れ)に対応する必要が出てきたため、より統合的なりハビリが行われるようになってきました。70年代には従来の「ADL(日常生活動作)の自立のない人に社会参加、自立はない」としたことに対し、IL運動側からの批判があがりました。そのことにより、1979年には新たにQOL(生活の質)という概念が打ち出され、リハビリの扱う範囲が身体全体だけではなく心理的な面も含むという、より大きく広がったものになってきたのです。80年代からは、心理的な側面も含むリハビリが必要とされ、現在にいたっています。

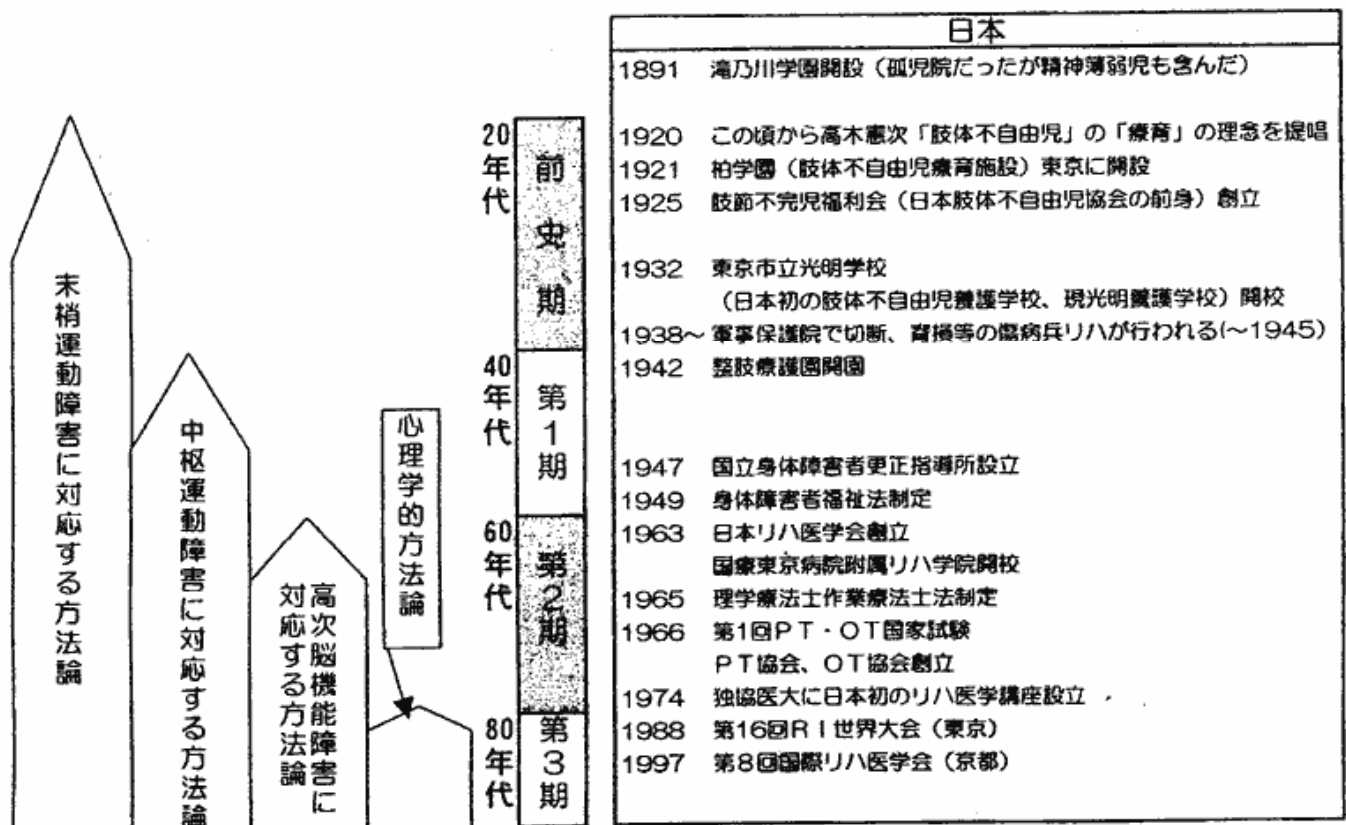
## ■ただの戦後の

### 輸入思想ではない!!

日本の学問というと、いつも西洋のものをそのまま取り入れるだけと思われがちですが、リハビリに関しては、西洋の流れとは別に、1920年頃から高木憲次(整形外科医?)が「肢体不自由児」の「療育」の理念を提唱していました。(図3参照)彼は、旧制一高に入学した際の頃、富士山を写そうと静岡に行き、たまたま一人の障害のある人にレンズを向けたようです。その非礼を父親に叱責され恥じ入ったことから、彼の関心は障害のある人々に向かっていったと言われます。彼はそれまで一般に奇形とか不具とか呼ばれ蔑視されていた障害のある人を「内臓の病気と同じで手足が悪いだけの話であるから特別の目で見えるべきではない」と言う意味で「肢体不自由」という言葉を造った人でもあったのです。そして、障害のある人の単なる医療に満足せず、教育の必要を強調したのでした。しかし、それが整肢療護園として形になるのは1942年まで待たなくてはなりませんでした。

その間、1932年には、東京市立光明学校(日本初の肢体不自由児養護学校、現光明養護学校)が開校されたり、1938年からは、軍事保護院で切断、脊損等の傷病兵リハが行われるようにもなりました。

第二次世界大戦後の1947年には、国立身体障害者更正指導所が設立されたりもしましたが、理学療法



【図3】

(上田敏『目で見えるリハビリテーション医学【第2版】』、砂原茂一『リハビリテーション』より転載 一部作成)



士・作業療法士法が制定されたのは、1965年となり米国とは45年の開きが生じてしまいました。中枢運動障害に対するアプローチ各種の導入も70年代と20年〜30年の開きが生じたようです。

### ■リハビリの今、

#### そしてこれからは？

現在、リハビリ学会の上層部は、諸外国と肩を並べる程度までになっているようですが、その底辺の広がりかどこまでかということが問題となってきたようです。運動療法に関する問題性としてはまた、70年代に導入されたボイタ、ボバース等各手法の群雄割拠状態が如何に統合されてゆくかも見守ってゆく必要があるでしょう。更には、古くからある東洋医学的試み(針、灸、あんまなどの身体を整える仕組み)と、リハビリとが如何にリンクして、障害のある人の生命、生活、人生を支えてゆくかも考えてゆけるようになれば、何てことも思ってしまう。

今回は、またまたちょっと難しく、だいぶ長くなってしまいました。それにもめげずにお付き合い頂きありがとうございます。横リハと総合福祉センターの方々には、この記事のための資料をお貸しいただきました。いつもながらありがとうございます。勉強不足のため、いささか不安が残る今回のリハ探でしたが、

### ◆リハビリの歴史◆

アメリカ等	
1917	米陸軍病院に「身体の再建及びリハビリテーション部門」創設 米作業療法士(O.T)協会創立
1920	米物理医学会(現米リハ医学会)創立 米理学療法士(P.T)協会創立 スミス・フェス法(職業リハ法)制定
1929	米最初の物理医学講座テンブル大学に設立(クルーゼン)
1930	この頃ポリオ大流行、運動療法、装具療法等の技術確立される
1936	メイヨークリニックに米初の物理医学レジデント研修制度発足
1941	英「障害者リハに関する各省合同委発足
1942	ラスク米陸軍航空隊で戦傷兵のリハ・プログラムを展開
1943	物理医学に関する、ハルトーク委発足、戦後のリハ振興策を検討
1945	ティーヴァーADLの概念・技術を確認
1947	米物理医学・リハ専門医制発足
1970	国際リハ医学会(IRMA)創立

いかがでしたか？ このコーナーに関する、ご意見ご要望(訂正でも)お待ちしております。Emailでも大丈夫ですよ！次回のこのコーナーは、……未定です。ではまた……！  
(文責 関根)

### ■参考文献

- 砂原茂一『リハビリテーション』岩波書店 1980年
- 上田敏『リハビリテーションを考える』青木書店 1983年
- 上田敏『目で見るリハビリテーション医学「第2版」』東京大学出版会 1994年
- 上田敏 基調講演『WHO新障害分類における障害概念と障害者地域生活支援』
- 於・世田谷区総合福祉センター 2000年2月23日

# あっちのあ情報

## 伊東温泉（静岡県）

熱海からJR伊東線の伊豆急の相互乗り入れ電車に乗り換えると、ちょっと南国風の空気が入り込んできます。晴れていると、青い空と青くキラキラと光る明るい海。その反対の山側は熱帯性の植物がチラホラと見られ、その緑が日に照らされて眩しいくらい。伊豆は半島だけど、なんか独立した島のような感じがします。



大きなビルや老舗風の豪華な和風旅館、ビジネスホテル、民宿等沢山の宿があり、多くは温泉を引いています。源泉数なんと800。単純泉でリューマチや神経痛によく効くと言われています。実際に入ってみると、体の緊張がほぐれ、蓄積された疲れが表面化するようで、グツタリ。これで宿でぐっすり寝れば、明日から、リフレッシュという感じです。また町中には温泉をひいている銭湯が7つくらいあり、宿にとまりながらこれらの施設を訪れてみるのもいいでしょう。

伊東についたら、先ずキヨスクかコンビニで「伊豆新聞」(50円)を買ってみましょう。全8ページの日刊紙で、東京や静岡のテレビ局、地元のケーブルテレビの番組表付きで、伊豆に関するかぎり、これ以上の詳しい情報を掲載している新聞はありません。滞在している間は、これを買って伊東市民になったつもりで、過ごしてみましょう。というのも伊東という町は、日本有数の温泉地でありながら、普通の都市の機能が全て揃っている町だからです。

さて、湯から出て街を散策しながら、あなたの「短期伊東市民」としての生活がスタートです。立ち並ぶ湯宿の一角からちょっとずれると、普通の民家が沢山あり、日常の人々の生活があります。古い民家を見ていると、この街の、温泉と共に歩んできた営みがなぜか伝わってくるようです。そんな無名の人々の歴史を感じながら歩いていると、住宅地の中の和風旅館の前で、乗用車のお客を見送る白髪の番頭さん風の人と若い二人の従業員の姿がありました。ずっと昔から続いているこの街の風景でしょう。「多くの人が温泉に携わりながらここで生をおくってきたんだね〜。」そんな光景を眺めているとちょっとセンチな気分にもなってきます。

駅周辺には喫茶店や食堂が軒を連ね、大きな総合スーパーもあります。でも、そんな街並も含めて温泉と共にある、温泉を中心に展開されている、そんな感じの街なのです。これらの店に入り、お茶をのみながら地元の人との交わすよもやま話に、耳を傾けるのも面白いかもしれません。また、市街を横断し海にそそぐ松川の魚影を眺めながらそのほとりの遊歩道を歩くと、この街を訪れた文豪達の詠んだ歌のモニュメント等が見られ、華やいた観光気分にしっとり感を添えるのです。海岸線は、海水浴場や初島や大島へ向かう連絡船や漁船の港があり、青く広がる海の沖には「夢の初島」がぼっかりと浮かんでいます。そして背景に広がる緑濃き山並み。温泉城下町・伊東は、昔も、今も、そしてこれからも、青い空と海と山の緑にかこまれながら、ここに住む人々とここを愛する人々と共に有りつつけることでしょう。

### けんこう通信No.4の掲載記事に関する謝罪

けんこう通信の記事の一部に、誤った内容を掲載してしまいました。そのことにより、ご購入頂いている皆様に大変ご迷惑をおかけしました。心からお詫び申し上げます。

尚、9月初めに発送させていただいたけんこう通信No.4は返送し、他誌への転載等のないよう、お願いいたします。

2000年9月4日  
けんこう通信編集部

## 東京から

社会福祉法人東京コロニーで  
二次障害に関する講演会開催！

社会福祉法人東京コロニーの看護婦の方より本会に依頼があり、本年9月末に脳性マヒ者の二次障害に関する講演会が開催されることとなりました。

社会福祉法人東京コロニーは、授産施設（社会就労センター）や福祉工場等、障害のある人の働く場の運営を通して、障害のある人の（完全参加と平等）の実現を目指しています。具体的に取り扱う職域は、印刷関連から最新情報処理、絵画を通じた障害のある人の人材開発まで多岐にわたり、障害等級1級から6級までの障害のある人が働いています。知的に障害のある人も含めた全体数は、378名にもなります。

社会福祉法人東京コロニー社会就

労センター印刷工場の看護婦の方から、本会に対して脳性マヒ者の二次障害に関する講師の依頼がありました。彼女は以前に本会の「障害のある人の医療に関する情報誌」を読んだ経験があり、最初の依頼内容は、障害当事者個人の二次障害に関する相談というものでした。しかし、話していく中で、障害を持つ従業員個人の問題から全体の問題へと内容が深まってきました。社会福祉法人東京コロニーでは、「障害を持つ従業員のうちに二次障害の方が沢山おり、しかも、外科手術を受けても回復しなかったという経験を持たれている方もいる。」ということが大きな問題となっていました。そこで、本会の代表理事である小佐野が講師として招かれることになり、以下の内容で講演会が開催されることになりました。

日時

9月末

内容：

講演「二次障害について学ぼう」

本誌の次号で詳しいご報告ができると思いますので、乞う御期待！

編集部

**当日の講演会は、あくまで  
社会福祉法人東京コロニーの職員と  
障害を持つ従業員を対象としたもので、  
公開ではありません。**

## 福島から

福島県福島市に一人暮らしをしています、アテトーゼ型脳性マヒのM・Hと申します。

先日は「(脳性マヒ者の二次障害...)をおくっていただきましてどうもありがとうございます。」

今までは自分のことは自分で何でも出来たので、あまり障害というものを考えたことがなかったんですが、現在の介助を必要とした障害状況と、これからの障害の進行をどうやって受け止めたらいいいのか(自分の障害を肯定して受け入れること)の難しさを今になって痛感しています。

## 各地から

情報誌3号やパンフを読んで、福島でも勉強会を開催したほうが良いと思われました。今まで、他人事のように思っていた二次障害について、他の脳性マヒの方にも知ってほしいので

みなさんからお便り募集しています。

◆ぜひ勉強会開いてください。資料その他できるだけだけの協力をします。で連絡してください。(志村)



## 大阪から

こんにちは。大阪に住むM・Tと申します。脳性マヒの二次障害に関する資料と医療情報を得たいと思っております。私も脳性マヒの二次障害で一昨年腰椎すべり症の手術を受けたばかりなのですが、今度は手に痺れと痛みが出てきて「頸椎だなあ、いよいよ来たか」と思っております。…中略…

なかなか充分に話し合える整形外科医がいけないことは歯がゆい事です。出来るだけ資料を集めて対応していこうと思います。そちらで手に入る参考資料がありましたら購入したいと思っておりますのでよろしくお願いします。

◆こちらで発行したパンフと情報誌を送ります。大阪の整形外科医を紹介することも可能かもしれませんが、しばらくお待ちください。(志村)

# インフォメーション

## ■購読料のお知らせ■

これまで、読者の方々から購読料のお問合せを受けましたが、購読料が正式に決定しました。

▼年間購読料 五〇〇円  
▼一部に付き 一五〇円

(送料込み)

今号分までは無料にてお届けしますが、次号分からは、右のように請求させていただきます。お手数ですが、同封の振込用紙にてお振込み下さい。宜しく願います。尚、カンパも随時募集しておりますので、ご協力頂ければ幸いです。



財団法人 太陽生命ひまわり厚生財団助成事業

## ■学習会のお知らせ■

きたる9月10日(日)、2000年度第二回公開学習会が開かれます。テーマは、「最新のリハビリ手法の紹介」で、順天堂医院リハビリテーションシヨンの理学療法士、新保松雄氏に来ていただきます。どうやらポバース法について実際に治療をしながらの講演が聴けるようです。減多にないチャンスですので皆さん、是非是非ご参加下さい。

9/10 (日) 14:00~17:00

「最新のリハビリ手法の紹介」

順天堂医院PT新保松雄氏  
世田谷区総合福祉センター

9/29 (金) 18:30~21:30

「障害を持つ方々の日常生活における工夫」

総合福祉センターOT 繁野玖美氏  
PT 大場 真氏  
世田谷区総合福祉センター

## 編集後記

◆あれこれ思考錯誤のうえ、時には脱線しながら、やっと「誌」の名前を決めました。「けんこう通信」です。これを同僚から聞いた常勤職員は開口一番「つまんねー」あまりに率直な感想に少々めげていますが、しばらくはこれでいくつもりです。

◆8月に入って、神奈川県厚木市の玉井さんから、障害者自立生活フォーラム「神奈川報告集」なる分厚い冊子が送られてきました。その中の分科会で「重度障害者の二次障害とは」がとりあげられていました。少しずつではありますが二次障害の理解の広がりを感じて、心強く思っています。

◆連日猛暑が続いています。読者のみなさん、くれぐれもお身体ご自愛ください。

発行人 障害者団体定期刊行物協会(定価百円)東京都世田谷区砦6の26の21