

論文

脊髄損傷者の理学療法における起立・歩行訓練

——1960年代～1980年代の「歩行」言説分析から——

坂井 めぐみ*

1 はじめに

本論文の目的は、脊髄損傷者のリハビリテーション（以下、リハビリ）における起立・歩行訓練の位置づけの変遷を明らかにすることである。

現在日本には10万人に及ぶ脊髄損傷者がおり、毎年新たに約5000人が受傷していると推定される¹。脊髄損傷の根本的な治療法はまだ確立されておらず、急性期後の医療的対応はリハビリが中心となる。現在の標準的な脊髄損傷者のリハビリでは、起立・歩行機能の回復を目標とはせずに、残存機能を強化し、ADL (activities of daily living)すなわち日常生活動作を向上させ、受傷レベル別に設定された諸動作を獲得させることを主目的としている²。その一方で、1990年代後半から幹細胞研究が進展し中枢神経再生の可能性が出てきたことで、根本治療の研究対象として脊髄損傷が浮上した。2000年代に入ると脊髄損傷者に対する再生医療の臨床研究が始まり、再生医療後の機能回復にリハビリが寄与するとして、被験者に対する起立・歩行訓練が実施されている³。

このように脊髄損傷者のリハビリでは、現在、残存機能強化と再生医療の臨床研究の一環としての起立・歩行機能回復という、二つの異なる方向性が出現している。これは、リハビリ医療のいかなる変化を意味しているのだろうか。

現在、リハビリテーション医学は、2001年にWHO総会で採択された国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF) の障害概念に依拠している。ICFでは生活機能 (functioning) という概念を取り入れ、患者の疾患のみを対象にするのではなく、患者の生活の質も考慮するものとされている⁴。

日本のリハビリテーション医学の第一人者で医師の上田敏は、1980年代はじめにリハビリを「全人間的復権」⁵、同じく医師の砂原茂一は「全人間的な活動」⁶と定義し、医学的・職業的・社会的・心理的・教育的な働きかけとしてのリハビリ像を普及することを目指してきた。これと並行して、リハビリの専門家による訓練技術に注目した研究も精力的に行われてきた。たとえば理学療法士の武田正則は、再生医療後に想定されるリハビリを、1980年代以前の起立・歩行訓練からの技術的な発展の系譜に位置づけている⁷。確かに、過去の両下肢麻痺を伴う脊髄損傷者の起立・歩行訓練では、下肢を長下肢装具で固定し、上肢による支えと腰を振り出すという負担が大きい動きを患者は強いられてきた。しかし、現在では新たな装具の開発やトレッドミルのような歩行訓練装置の利用などにより、起立・歩行訓練に伴う転倒の危険が回避され痛みも軽減されてきたといえる。再生医療の臨床研究という限定的な条件のもとにあるとはいえ、標準的なリハビリの目標から除外されてきた起立・歩行訓練がリハビリ医療の文脈で再び注目を集めていることを、リハビリ医療史のなかでいかに理解すればよいのだろうか。

そのためには、リハビリの専門家による言説だけでなく、訓練を受ける患者の言説にも注目する必要がある。脊髄損傷者を対象としたリハビリ医療における訓練は、患者の能動性や主体性をなくしては成り立たず、患者の意思が

キーワード：脊髄損傷、リハビリテーション、起立・歩行、再生医療、医療史

*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2011年度入学 生命領域

リハビリの効果に影響を与えるためである。患者自身が、自分の経験したリハビリを批判的に回顧した記述は枚挙にいとまがない⁸。また、障害学では、リハビリに対して根本的な疑義が提示されてきた。杉野招博は、リハビリテーション学で語られているのは「『同化努力』が約束された『統合』に結びつく『物語』」であるとし⁹、後藤吉彦は、障害者が強制された起立訓練などを「異なる身体との遭遇によってかきたてられた存在論的不安に蓋をするべく反復実践される、健常者による〈正常化〉の努力」であるとみている¹⁰。これらのリハビリ批判は、障害をもつ当事者の独自の視点から専門家批判として展開されている。しかし、当初はリハビリの目標とされていた起立・歩行訓練を、患者との関係のなかでリハビリの専門家がどのように目標からはずし、残存機能の強化に重点を移していったのか、そうした専門家の主体的な変化についても注目する必要がある。

リハビリ医療における訓練内容の変化を捉えるには、リハビリ医療と、それを担う医療者と患者に注目しなくてはならない。そこで本論文では、脊髄損傷者のリハビリにおいて1960年代から1980年代に積極的に行われていた起立・歩行訓練を取り上げ、脊髄損傷の起立・歩行訓練に関するリハビリ医療の提供者と患者の言説を検討し、リハビリ医療において起立・歩行訓練の位置が、どのように変化していったのかを明らかにする。具体的には、脊髄損傷者と医療者の関係性や、起立・歩行訓練の意味が変化していくなかでリハビリの主体である脊髄損傷者が訓練とどのような距離感を持ちながら向き合ってきたのかを示す。同時に、「残存機能の強化」がリハビリの目的とされていった経緯を明らかにする。

本論文では、医学書や理学・作業療法士向けの雑誌、脊髄損傷者の手記などを用いて分析する。主に使用するのは、1967年に創刊し1988年まで続いた理学・作業療法士向けの代表的かつ唯一の雑誌である『理学療法と作業療法』¹¹と、1995年に全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会¹²が作成した計45人の脊髄損傷者の手記が社会背景、障害者運動の状況、脊髄損傷者の状況とともに把握できるように構成されている『車イス生活者の戦後50年史 われら市民 めざせ21世紀』¹³（以下、『50年史』）である。対象期間はリハビリという概念が日本に導入されリハビリをめぐる制度が整った1960年代から1980年代までとする。

2 訓練目標の相違 ——1960年代

2.1 医療者が目指す実用歩行

1950年代はじめ、日本にリハビリという思想と技術が米国から取り入れられ、その後制度化された¹⁴。1960年代の起立・歩行訓練は、脊髄損傷者に対するリハビリにおいてどのような位置にあり、いかなる理由で行われていたのか。

脊髄損傷を専門とする整形外科医である天見民和と中村裕が1960年に執筆した日本で初めてのリハビリ専門書である『リハビリテーション 医学的更生指導と理学的療法』¹⁵には、外傷、脊髄損傷、四肢切断者、脊髄性小児麻痺、脳性小児麻痺、リュウマチのリハビリについて詳述されている。

脊髄損傷の対麻痺に対するリハビリとして、ベッド上の訓練、車椅子上の訓練、松葉杖訓練が紹介されている¹⁶。「ベッド患者」、「車椅子患者」、「歩行患者」に分類されているため松葉杖訓練の対象になるのは「歩行患者」であろうが、「歩行患者」がどの髄節を損傷した対麻痺で、完全損傷なのか不完全損傷なのかについて具体的に記されていない。とはいえ「自立歩行せしめる」ために「麻痺筋と協同的に働く残存筋の訓練を強力に行い、その異常にまで強化をはかるべきである」とあり、完全損傷の対麻痺も対象に入っていたと推測できる。歩行用の装具は「必要があれば」用いてよいが「補助装具の交付は全ゆる努力後に始めて、行われるべきもので、運動能力の低下した患者に重い装具をつける事は危険であり、また、依頼心を起こし更生意欲をそぐ結果になる」とした¹⁷。歩行訓練は、ベッド上の訓練を終えてから行われる。歩行方法は、引摺り足歩行、小振り出し歩行、大振り出し歩行4点歩行、2点歩行が挙げられた。

同書は松葉杖歩行を習得することで、「凸凹道、滑りやすい路面を歩く事ができ、また自動車にも乗り移れるようになる事が望まし」く、将来的には「松葉杖を廃して歩けるように努力すべきである」と締めくくっている¹⁸。そこで歩行訓練は、社会復帰のために最も重要な要素としてリハビリの最終段階に位置づけられていた。

1963年の『日本災害医学会誌』に、中部労災病院の脊髄損傷者に対して4年間にわたって行われた歩行訓練を分

析した論文が掲載された¹⁹。その緒言は、当時の起立・歩行訓練についての考え方がよくあらわれている。それを以下に引用する。

麻痺肢によって歩行出来るという事実の患者に与える精神的、身体的影響の重大性を考え、又将来社会生活に復帰した時の日本家屋に於ける生活様式を考えると、車椅子等の使用が事実上困難であり、又、行動範囲を著しく制限するところから、頸髄損傷及び他に訓練の障害となる様な合併症を有しない全患者に松葉杖歩行訓練を行って来た。²⁰

脊髄損傷の対麻痺に対する歩行訓練は、心身に与える好影響に「実用性」を加味したものとしてすすめられてきた。つまり退院後、車椅子の利用が困難な日本家屋で自宅生活を送ることを考えたとき必要になると捉えられていたのである。

また、初期の『理学療法と作業療法』に脊髄損傷者のリハビリについて特集が組まれている。そのなかの論文のひとつ「社会復帰のための理学療法の実際」²¹に、脊髄損傷のADLは「坐る・立つ・歩く・車椅子操作など」とされている。「立つ・歩く」ことがADLに組み込まれており、「車椅子操作」の前にある。同特集の「治療に沿った作業プログラムと方法」²²では、対麻痺は「毎日短時間ずつでも何らかの方法で起立するか、松葉杖を用いて歩行することが必要とされて」いるとして、起立・歩行訓練は褥瘡や泌尿器疾患の合併症予防になり心理的にも価値が高いとされた。「リハビリテーションの手段とその成果」²³にも、対麻痺に対するベッドから松葉杖あるいは車椅子へ移行する訓練が「脊髄損傷リハビリテーションの基本をなす」、「本疾患を取り扱う場合の常識」と記されている。さらに、起立訓練は四肢麻痺も対象にされていた。三点を支持することで膝が折れることを防ぎ、下肢の装具がなくても起立が可能な「起立テーブル」を使った起立訓練は、四肢麻痺のなかでも「軽度障害および不全麻痺」に対する作業療法として、座位で行っていた作業を行うために実施されていた。

以上みてきたように、対麻痺のリハビリでは、起立・歩行訓練が自明のものとして行われており、さらに一部の四肢麻痺に対しても起立訓練が行われていたことがわかった。そして理学療法士は、起立・歩行訓練が心理的に良い影響を与え、合併症を予防することができるかと唱えていた。加えて退院後に日本家屋での生活を考慮したものであった。すなわち、日本家屋特有の段差や階段など、車椅子が使用できない箇所は松葉杖を使い個人の力で乗り越えるという医学モデル的発想にもとづく実用歩行である。

2.2 脊髄損傷者にとっての訓練

それでは、脊髄損傷者自身は、起立・歩行訓練をどのように捉えていたのだろうか。『50年史』を参照しながら検討する。

まず当時の脊髄損傷者の入院状況について、1961年、20歳のときに落盤事故に遭った対麻痺のAさんは「自宅に帰ったり、ましてや家族と共に暮らすということはなく、退院後も個人病院生活を長期にわたり続けるしかなかった」と述べている。多くの脊髄損傷者は退院できなかった。さらに続けて「リハビリといえば、その当時筑豊労災病院では、マッサージと歩行訓練ぐらいしかなく、現在のようなリハビリは確立されていませんでした」とAさんが語るように、起立・歩行訓練はリハビリの中心であった²⁴。

次に、起立・歩行訓練の内容についての語りを引用する。まず1962年40歳のときに落盤事故に遭った対麻痺のBさんの語りである。

当時、車椅子使用よりも歩行訓練が重視されていたので、最初は補助装具はないので、弾力包帯で足に板を付け、その上より包帯でぐるぐる巻き、立つことのみを1週間程繰り返し、装具が出来上がると着用させてもらい、まず松葉杖を持って立つこと。少々下腹を前の方向に向けて立っていなければ、少し腰を引くと即転倒、尻餅をつくこの時の痛さは、目がくらくらと真暗になる程です。²⁵

次に、1967年23歳のときにトレーニング中に転倒した対麻痺のCさんの語りである。

訓練担当の先生にも、リハビリで足が動くようになるわけではない！とはっきり言われた。受傷2ヶ月後に始まったリハビリは、マット上での這い這い、平行棒、歩行器を使っでの歩行。それぞれの“歩行”はすべて両膝を装具で固定しての行動であった。腰の筋力がまったくないため、バランスを崩してへっぴり腰になると必ず転倒した。膝が使えないためそのショックは、頭のとっぺんまで響く強烈なものであった。²⁶

では痛みを伴う起立・歩行訓練は、何によって動機づけられていたのか。1954年、20歳のときに受傷し、34年間入院生活を送ったDさんは「一週間すれば少しは動くようになりはしないか」と希望をつないだとい²⁷、1967年、31歳のときに受傷したEさんは「当時は歩けるようになると思っていた」という。各病院の医師の告知の仕方にもよるが、多くの脊髄損傷者は「再び歩けるようになる」と信じていた。Eさんは、再歩行を目指し「訓練をと望んだが医師からは必要ないと言われ自分で考えてやっていた」、「歩行器などを探して懸命に練習した」²⁸と述べている。このように、再び歩けるようになるとの脊髄損傷者の信念が起立・歩行訓練に対して意欲的に臨む動機となっていた。

しかし、脊髄損傷者が「再び歩けるようになること」を目標に起立・歩行訓練に励んだとしても、歩けるようになるわけではなかった。多くの脊髄損傷者が療養していた国立箱根療養所に勤務していた今井銀四郎によると、1960年当時、「立っても、松葉杖で歩いても、車椅子が使えても、結局は脊髄損傷の行方はそれまでであり、これ以上の進歩はないという絶望感が患者の間に次第次第に拡がり、理学療法から脱落していくという現象」が起こっていたとい²⁹。

このように、起立・歩行訓練の内実は転倒による痛みを伴う過酷なものであった。それでも脊髄損傷者が訓練に取り組んだ背景には、脊髄損傷者自身の再歩行への強い希望があったと考えられる。2.1でみた退院後の実用歩行という医療者の目論みは、少なくとも『50年史』をみる限り脊髄損傷者に浸透していなかった。

3 実用歩行の実態 ——1960年代後半から1970年代

3.1 実用歩行の限界と過剰な指導

しかし、起立・歩行訓練の限界を実感する脊髄損傷者もいた。以下の記述からは、起立・歩行訓練に取り組みながらも、訓練によって歩けるようにはならないという察しがついてきた様子が読み取れる。1972年に受傷したFさんは「長下肢装具をつけて頑張ったが、腰のきかない自分は実用にむかないと途中でやめた」³⁰と述べており、1974年に受傷したGさんは「松葉杖の歩行訓練は役に立たなかった」と記している³¹。一方で、1960年代後半になると、起立・歩行訓練が実用性を持つのかについて医療者の間でも疑問が呈されるようになった。「脊損患者の心理的・社会的問題をめぐって」³²と題した座談会で、脊髄損傷者の歩行について作業療法士の鈴木明子は次のように発言している。

基本としては当然、補装具をつけて家の中でも歩くべきということですがけれども、実際には家に帰られた障害者の方は、たぶん全部はすすんでないかと思いますね。(略) 畳の生活であるということが障害者の生活を暗くしてるんだらうと思いますね。

鈴木も畳のある日本家屋を脊髄損傷の弊害と認識し、それに対する指導として、松葉杖歩行を習慣づける必要性があることを説いた。これに対し医師の田川宏は、起立・歩行訓練が非実用的であることの見解を述べている。

実際、松葉杖歩行が可能だといっても、非常にスピードはおそいし、道具立てはたいへんですからね。ですから松葉杖歩行を無理に続けさせようという意味は私はあんまりないんじゃないかと思うんです。実用的な意味よりも、その気になれば歩くことだってできるんだという自信を持たせる、そういう精神的な意義が大きいと思って病院ではやっています。

このように専門家の間でも、起立・歩行訓練が実用には結び付かないことが理解されはじめたが、実用性よりも

心理的意義が優先され訓練は継続される方向にすすんだ。

ここで注目したいのは、四点歩行、大振り歩行、小振り歩行それぞれの動態分析を行った「対麻痺の歩行について」³³という論文である。論文の最後の部分では、指導上認識しなくてはならないこととして、理学療法士の「どこまでできるかを追求する興味」から「無理とも言える歩行を行わせることは、指導者の誤った自己満足」であり、「長くやっても、有益でも実用的でもない歩行に時間をかけすぎるとは損失であり、慎まねばならない」と述べ、「最も適切な、実用的でしかも能率のよい歩行をいかにして見出してやるか」が重要だと結論づけている。既出の座談会でも、理学療法士が脊髄損傷者に歩行訓練を「やらせるといやがった」というエピソードが紹介されており³⁴、医師と理学療法士は脊髄損傷者に起立・歩行訓練を強要する傾向があり、さらに訓練に過剰に熱をいれていたという側面があった。

また「日本の日常生活動作と身障者の家屋の改造について」という座談会では³⁵、米国から取り入れられたADL概念を「日本の日常動作」にするための家屋改造が主題であった。しかし議論の終盤で大川嗣雄が家屋改造を考えると自体を「逃げ道」と表現し訓練によって「解決できる問題がまだうんと残っているんじゃないだろうか」とし、最後に、司会の上田敏が大川の意見が「一番印象に残った」、「住宅改造に安易にいつてはいけない」と「反省させられた」と述べ議論は終結した。

このように理学療法士や医師は、車椅子が使用できない箇所は松葉杖を使うことを目指した実用歩行には限界があることに気づき始め、さらに過剰な指導に陥りやすくなるようになってきた。また、段差や階段を松葉杖によって乗り越えるのではなく、家屋を改造することに注目が集まり話題となった。しかし起立・歩行訓練は続けられた。

3. 2 退院後実態調査と理学療法士の問い直し

1973年の「脊損の歩行指導」³⁶では、起立・歩行訓練は合併症予防の「最も確実な方法」で、脊髄損傷者の「活動範囲の拡大を目指した歩行の自立は理学療法最終目標の1つ」とされている。ベッド上訓練、車椅子訓練を経て、起立・歩行訓練にすすみ、長下肢装具をつけ平行棒内起立、平行棒内歩行、そして松葉杖歩行、昇降動作、応用動作の訓練となる。昇降動作には階段、坂、縁石、バステップが想定された。2.1で取り上げた1960年に公刊された『リハビリテーション——医学的更生指導と理学的療法』には昇降動作について記述はなかった。13年経ち、より高度な動作、実用を目指した歩行が求められるようになったといえる。しかしながら一方で、結論では各自の将来の生活様式がどのようなものか、肉体的な限界によって獲得できる歩行能力に差があらわれるとした。脊髄損傷者それぞれの生活や個人個人で異なる体力の差などが考慮されており、受傷レベルでは測れない脊髄損傷者個人に目が向けられるようになったといえる。

脊髄損傷者が退院後、どのような生活をしているのかを把握する必要があった。こうして、脊髄損傷者の退院後の実態調査が行われるようになった。実態調査で明らかになったことのひとつは、退院後に歩行を続けている者が少ないという事実であった。1973年の実態調査では、68名中、歩行をしているものが36名、していない者が32名だった³⁷。歩行時間は、一番多いのが2時間で5名である。また1974年に、大阪労災病院に入院していた脊髄損傷者の退院後の追跡調査によれば、107名中、車椅子生活者が71.2%で、松葉杖生活者が10%程度であった³⁸。これに対し、松葉杖生活者が「予想に反して」意外と少なく、「実際、退院後は実用的に、あまり利用されていないとなれば、訓練内容を考え直さねばならない」とした。

1975年の「脊損患者に対する歩行訓練めぐって」³⁹では、起立・歩行訓練が、「社会復帰した脊損者から余り役に立たなかった」と評されたこと、実際に退院後も歩行を続けている者が低率であることから起立・歩行訓練の再検討が指摘されている現状を受け、脊髄損傷者における歩行の位置づけと実用化の捉え方が検討された。著者の鈴木は「歩行不能の脊損患者が治療訓練の結果、歩行可能になった喜びに酔い」、しかし「歩行を日常化してくれないとき不満を感じた」と語るが、鈴木自身、体調や時間などの都合によりタクシー、徒歩、バスというように移動方法を選択していることから、脊髄損傷者のみに「全面的歩行日常化」を求めるという「私の期待は明らかに誤り」と反省的に述べた。そのうえで、運転免許取得率の増加、住宅改造、車椅子の改良、公共の場の環境改善も徐々にすすむなかで、それでは「どの様な場面で歩行が必要になるのか」とあらためて問う。実際には、ある調査では車椅子と松葉杖を使い分けている者が半数に達していた。この数字を無視できないとし、理学療法士が「期待する結

果が得られなかった」として脊髄損傷者のリハビリから起立・歩行訓練を除外するのは「移動方法選択の範囲から歩行を抹消する」ことになるため、慎重でなくてはならないと述べた。

つまり、理学療法士は、退院後の脊髄損傷者に車椅子を使用せず松葉杖歩行で生活することを理想としていたといえる。しかし、退院後に松葉杖歩行をしている者が少なく、ましてや松葉杖歩行で日常生活のすべてを送る者はいないことが明らかとなり、脊髄損傷者のリハビリで中心に据えられていた起立・歩行訓練が見直される方向に傾いていた。とはいえ全面的に除外することに疑問を投げかけたのが鈴木論文だと考えられる。

以上のように、1970年代になると退院した脊髄損傷者の実態調査が実施され、自宅で歩行を続けている者が少ないことが明らかにされた。理学療法士は実用的ではない起立・歩行訓練を強いてきたことを問い直し、理学療法における起立・歩行訓練の対象が限定されていった。起立・歩行訓練の根拠として実用的か、そうでないかのみが判断基準となった。

4 捉え方の転換 ——1970年代後半から1980年代

4.1 就業のための松葉杖歩行

1978年の「脊髄損傷における起立・歩行訓練の意義」⁴⁰で、「自立歩行の可能性を全く断たれた脊損者に対する、最終的に歩くことを目的としない起立・歩行訓練」と言い切っているように、脊髄損傷者の起立・歩行訓練が実用的ではないという共通認識が医療者間で広がっていた。にもかかわらず、「依然、セラピストの多くは訓練プログラムの中に、起立、歩行をおいている」とする。また同年、医師や理学療法士、大学の工学部教授などによる「脊髄損傷者と社会環境」⁴¹という座談会で、琴の浦リハビリテーションセンターの理学療法士、杉本勲業は、「私たちは、いまほとんど車いす訓練を教えています」、「でもいま、また立ったり歩いたりするのが必要という説が出ているらしいです」と述べている⁴²。1970年代後半になると、脊髄損傷者のリハビリにおいて起立・歩行訓練は既に中心的なものではなくなっていた。それが再び起立・歩行訓練に注目されるようになったようである。座談会の議論をみていくことで、なぜ起立・歩行訓練に再注目されたのかを検討する。

座談会では、退院した脊髄損傷者の多くが歩行していないことがひとつの論点となった。歩行していない原因として挙げられたのは、①歩行のための広いスペースがないこと、②時間がかかること、③非常に疲労が激しいというエネルギー消費の問題、④パラリンピック以降車椅子が改良されたこと、⑤社会整備が整ってきたことなどである。座談会の参加者は歩行を推奨する立場であった。その理由は、骨折しやすいことや尿路感染改善があるが、医学的なメリットよりも自立に必要であることが共通の見解であった。兵庫県立身障者職業訓練校の辰巳成之は「職業的に見てね、断然、松葉杖の方がよろしいですね。移動ができますでしょう。職場で車いすがスムーズに入れるところは少ないということですね」、「松葉杖を使わなくなっているということは悲しいことですね」と述べ、松葉杖歩行を「自立への第一条件」と位置づけた。

同様に、『リハビリテーション医学』の「脊髄損傷者の歩行能力について」⁴³でも、職場の段差や階段を取り除くことは困難である場合が多いため、車椅子だけでなく歩行を併用する必要があり、起立・歩行訓練は「一般就労を含めたより高い社会的リハゴールを達成」するためには意義があるとした。また、既出の「脊髄損傷者の活動時エネルギー代謝——歩行訓練の意義」でも、長下肢装具をつけた松葉杖歩行は「重労働に属し、実用的な歩行とは言えない」と認めただけで、社会環境を整備するだけでは「車椅子を補いきれない面」があることから起立・歩行訓練が重要で、歩行は必要であると強調した。さらに歩行しないことでエネルギー代謝が低下し、合併症の発生につながる恐れが指摘された。

このように、脊髄損傷者の松葉杖歩行は「実用的」ではなく、理学療法から起立・歩行訓練が外されていくなかでもなお、起立・歩行訓練が合併症予防といった医学的な理由からだけでなく、社会復帰のために必要であるとの見解も根強く残っていた。起立・歩行訓練の目的のひとつであった退院後における日本家屋への適応が職場への適応に変わっていることが指摘できる。脊髄損傷者の社会復帰の課題が退院から就業に変化していったことが示唆できよう。

4. 2 心理的悪影響と介助者の負担という言説

前出の論文⁴⁴で石田が着目したのは起立・歩行訓練を「積極的とはいえないまでも、少なくともそれを拒絶することがない」脊髄損傷者の態度であった。石田は、突然歩く機能を失った脊髄損傷者は精神的ショックを受けるが、車椅子によって生活圏が拡大し、起立訓練、平行棒歩行、松葉杖歩行とすすむにつれ、歩行を日常生活に活かしたいと願う反面で、「車椅子生活に充足すればするほど起立・歩行はその必要性を失っていく」、あるいは「歩くことへの強い希求が冷厳な事実によって諦念に変わる」と分析した⁴⁵。実際のところ患者の受け止め方はどうだったのか。

現に、『50年史』からは、期待を持って訓練をするが現実と直面し、時に訓練が嫌になるがまた再開するというような葛藤が浮かび上がってくる。1974年に受傷し5年間病院でリハビリを行った対麻痺のHさんは、当時のリハビリを振り返り、身体が意思通りに動かないが「それでも、リハビリを続けて行けばいつかは歩けるようになると微かな期待を持っていました」という。平行棒内歩行が始まると「もう以前のように歩くのは無理ではないか」と自棄になり、それでも続け、「思うように歩行訓練は上達せず、訓練に嫌気がさすようになって、ちょっと訓練をして病室に帰る毎日」だったと語った⁴⁶。同様に、1977年に受傷した対麻痺のIさんは、「はりきってリハビリに行くけれど、下半身は身動きすらせず訓練にいやけがでて、ベッドにて泣きじゃくる日々が続く」と回想している⁴⁷。だが、続けてIさんは九州労災病院での入院を、「リハビリ訓練に明け暮れる2カ年半の歳月。病院での自治会にも入り、とても楽しく過ごしました」、転院先の病院でも「毎日諦めずリハビリ歩行に、補装具が顔負けするくらい訓練に務める毎日、2、3日雨でも降ったら、やはり足の動きがおかしくなる。行動第一である」と振り返っている⁴⁸。ここからは、脊髄損傷者にとって訓練は、辛いだけではなく、障害と向き合う手段として働いているということもでき、石田の「精神的ショック→歩くことへの強い希求→冷厳な事実によって諦念」という図式に単純に当てはめることはできない。

しかし1988年の『脊髄損傷ハンドブック（改訂版）』をみると、四肢麻痺や対麻痺のなかでも上位の髄節を損傷した者に無理に起立・歩行訓練を行うことに対し、「患者自身が歩行訓練の無意味さを悟ることによる心理的悪影響は大きい」、「車椅子での生活をリハのゴールとすべき」とある⁴⁹。心理的価値が高いとされてきた起立・歩行訓練が、反対に心理的悪影響のあるものと認識されるようになった。さらに同書には、「装具装着や立位補助のために多大の介助者の協力」が必要になるとある⁵⁰。また、『脊髄損傷 I 治療と管理（臨床リハビリテーション）』には起立・歩行訓練について「入院中にこれが熟達した者でも退院後もこれを実用的に行っている者はきわめて少数であるので、最近はこのリハ・プログラムの中から外す傾向が強い」とし、訓練を行うには「熟練した理学療法士、広い訓練室が必要」だとされている⁵¹。

このように脊髄損傷者の起立・歩行訓練における多面性が明らかにされる一方で、医療者は起立・歩行訓練の実用歩行の難しさを認識し、起立・歩行訓練が患者に対して心理的に悪影響を与えると考えるようになった。さらに訓練に伴う準備や場所が必要であることが医療者によってデメリットとして語られるようになった。

5 おわりに

本論文では、医療者と脊髄損傷者の言説を分析し、脊髄損傷者のリハビリにおける起立・歩行訓練の見方や扱われ方がどのように変化したのかについてみてきた。

1960年代、医療者は起立・歩行訓練によって脊髄損傷者が自力で歩行できるようにはならないと認識していたが、そのうえで対麻痺に対し松葉杖での歩行能力を獲得させるべく訓練を遂行した。その根拠は、心理的好影響、合併症予防、目標としての実用歩行であった。目標に掲げられた実用歩行は、その時点でごく一部の脊髄損傷者のみの退院後の生活を想定したものである。つまり起立・歩行訓練の対象にならない対麻痺と四肢麻痺の退院は検討対象からはずされている。1970年代になると、退院した脊髄損傷者の実態調査が実施され、自宅で歩行を続けている者が少ないことが明らかになり、起立・歩行訓練の対象が限定されていった結果、理学療法における起立・歩行訓練が減少した。心理的好影響があり、合併症予防になるという観点は後景に退き、実用歩行を実現できるか否かが基準となった。1970年代後半は、住環境の整備や車椅子が改良され松葉杖歩行を取り入れなくても車椅子生活が可能になりつつあった。それでもなお起立・歩行訓練が社会復帰のためには必要であるとの見解も根強く残っていたこ

とは社会整備が途上であったことを示している。同時に、増加する四肢麻痺の課題は残されたままであることを意味する⁹²。この頃になると、実用歩行が不可能であるにもかかわらず訓練を強行することが、脊髄損傷者の心理に悪影響を与え、訓練のための準備に人手が要り広い場所も必要であることがデメリットとして語られるようになった。心理的に好影響を与えると考えられてきた起立・歩行訓練が、反対に心理的に悪影響を与えると解されるようになったのである。

このように医療者の言説は大きく転換した。では、患者と医療者との関係性という観点から脊髄損傷者の起立・歩行訓練をみると何がいえるのか。対象となった対麻痺の患者にとって、訓練は転倒に付随する痛みが伴う厳しいものであった。それでも、脊髄損傷者が厳しい訓練に取り組む動機として浮かび上がってきたのが、再び歩けるようになることへの希望や信念であった。1960年代に医療者が目指していた実用歩行は、脊髄損傷者の現実的な目標になりえなかった。脊髄損傷者は、リハビリ医療の方針転換に翻弄されながらも、起立・歩行訓練と向き合い、その努力が成果に結びつかないなかで、「健常」な身体の回復という目標から次第に距離を置き、「障害」された身体との折り合いをつけていった側面があった。このように脊髄損傷者にとって、起立・歩行訓練は複雑性を孕んでいた。起立・歩行訓練が痛みを伴う側面を強調し、起立・歩行訓練が脊髄損傷者にとってネガティブな意味合いのみを持っていたとするのは、短絡的な解釈であろう。したがって、起立・歩行訓練が脊髄損傷者に対して心理的に悪い影響を与えるものと一概に断言することはできない。同時に、起立・歩行訓練が脊髄損傷者に対して心理的に良い影響を与えるという解釈も、医療者の想像によるものに過ぎず現実と合致したものではなかったといえる。

本論文での検討を通し、脊髄損傷者を対象とした起立・歩行訓練のリハビリ医療における位置づけが変化した背景に、医療者の思惑と脊髄損傷者の実態の乖離があったことが示された。

脊髄損傷者を対象とした痛みを伴い、上達しない起立・歩行訓練が減少したことは、脊髄損傷では起立・歩行という機能の回復が望めないという医療者の認識が反映されたといえる。ここからは、再び起立・歩行訓練が再開される可能性も示唆される。つまり、「痛みを伴わず、上達しうる訓練」ならば、起立・歩行訓練に意義が付与される。このように考えると、現在の再生医療とリハビリの接続は、ロボットが用いられることもあり転倒の可能性は低く、すなわち痛みを伴わず、細胞移植後であるため歩行機能の獲得を大きな目標としている点で「上達」が望めるリハビリといえる。しかし実験段階の再生医療の結果は、誰も推し量ることができないにもかかわらず、術後のリハビリが患者に強制される。1960年代の起立・歩行訓練と再生医療後のそれが大きく異なるのは、患者の自己選択や自己決定を前提に、再生医療研究のプロセスに患者の自発的参加を組み込み、再び歩きたいという患者の希望を臨床研究の大きなよりどころとしている点である。このような今日の医療状況を踏まえ、新たなリハビリが再生医療の効果を患者の努力や責任に帰し、患者のみに負担をかけるものになりえないか、今後の展開に留意する必要があるだろう。

注

- 1 新宮彦助「日本における脊損発生の疫学調査」『日本パラプレジア医学会雑誌』第6巻1号（1993年）、24-25頁。新宮彦助「日本における脊損発生の疫学調査 第2報 日本パラプレジア医学会脊損予防委員会」『日本パラプレジア医学会雑誌』第7巻1号（1994年）、18-19頁。新宮彦助「日本における脊髄損傷疫学調査 第3報（1990～1992）」『日本パラプレジア医学会雑誌』第8巻1号（1995年）、26-27頁。新宮彦助「脊髄損傷の予防」『日本パラプレジア医学会雑誌』第13巻1号（2000年）、48-49頁。柴崎啓一「全国脊髄損傷登録統計 2002年1月～12月」『日本脊髄障害医学会雑誌』第18巻1号（2005年）271-274頁。これらの調査から、脊髄損傷の発生率は年間に人口100万人当たり30-40人であることがわかった。
- 2 脊髄損傷とひとくちにいっても上肢にも麻痺が残る頸髄損傷か上肢には麻痺のない胸髄以下の損傷かによって身体状態が異なる。医学的には頸髄損傷を四肢麻痺（quadriplegia）、胸髄以下の損傷を対麻痺（paraplegia）という。また脊髄が完全に損傷されていると完全損傷、一部でも残っていると不完全損傷に分類される。どの髄節に損傷を負うかで残存機能が変化する（今井銀四郎編『脊髄損傷ハンドブック（改訂版）』新地書房、1988年）。四肢麻痺と対麻痺ではリハビリの方法や目標も大幅に異なる。
- 3 再生医療におけるリハビリの役割については以下を参照。山本美絵「神経の再生医療と理学療法の関わりを展望する」『理学療法』第22巻12号（2005年）、1578-1583頁。向野雅彦・里宇明元・岡野栄之「再生医学とリハビリテーション」『リハビリテーション医学』第42巻10号（2005年）、702-707頁。向野雅彦・里宇明元「再生医学へのリハビリテーションの貢献の可能性」『Journal of Clinical

- Rehabilitation』第17巻12号(2008年)、1183-1186頁など。臨床研究後のリハビリについては以下を参照。大阪大学医学部付属病院脳神経外科「『自家嗅粘膜移植による損傷脊髄機能再生法の研究』説明書」2006年。児嶋大介・東山理加・山本洋司・櫻井雄太・山城麻未・星合敬介・安岡良訓・橋崎孝賢・森木貴司・木下利喜生・中村健「完全脊髄損傷者に対する神経再生術後の理学療法経験(第1報)」『第47回日本理学療法学会大会抄録集』第39巻2号(2012年)。
- 4 安藤徳彦「生活機能分類(ICF)の概念」『リハビリテーション序説』医学書院、2009年、16-22頁。1980年以前は疾病及び関連保健問題の国際統計分類のICD(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)だったが、1980年には障害に関する国際的な分類であるWHO国際障害分類、ICIDH(International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps)に変わり、2001年にはICIDHの改訂版として作成されたICFが採用された。
 - 5 上田敏『リハビリテーションを考える——障害者の全人間的復権』青木書店、1983年。1964年に米国に留学した上田は1960年から1970年代に勃興したIL(Independent Living)運動から影響を受けた。
 - 6 砂原茂一『リハビリテーション』岩波書店、1980年。
 - 7 武田正則「脊髄損傷の理学療法」『理学療法ジャーナル』第50巻1号(2016年)、23-25頁。武田は「これまでの10年これからの10年理学療法の発展と課題と夢」という特集で脊髄損傷の項目を担当した。
 - 8 1970年代から一部の障害当事者はリハビリの意義を認めつつも、そのあり方に疑問を投げるようになり、それは現在も続いている。たとえば以下の文献がある。横塚晃一『母よ!殺すな』すずさわ書店、1975年。安積純子「〈私〉へ——三〇年について」安積純子・尾仲文哉・岡原正幸・立岩真也『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学(増補改訂版)』藤原書店、1996年、19-56頁。安積純子「医療・リハビリテーションのあり方」楠敏雄編『自立と共生を求めて——障害者からの提言』解放出版社、1998年、185-209頁。多田富雄『わたしのリハビリ闘争 最弱者の生存権は守られたか』青土社、2007年。池ノ上寛太『リハビリの結果と責任』三輪書店、2009年。熊谷晋一郎『リハビリの夜』医学書院、2009年など。
 - 9 杉野招博「インペアメントを語る契機——イギリス障害学理論の展開」石川准・倉本智明編『障害学の主張』明石書店、2002年、251-280頁。
 - 10 後藤吉彦『身体社会学のブレークスルー——差異の政治から普遍性の政治へ』生活書院、2007年、88-89頁。
 - 11 1989年からは『理学療法ジャーナル』『作業療法ジャーナル』に分割され現在に続く。
 - 12 1959年に全国脊髄損傷患者僚友会が発足、1974年には全国脊髄損傷患者僚友会から「患者」が外され、全国脊髄損傷者連合会に改称した。
 - 13 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編『車イス生活者の戦後50年史 われら市民 めざせ21世紀』身体障害者団体定期刊行物協会、1995年。
 - 14 戦時中から脊髄損傷を負った戦傷者に対する物理療法や歩行訓練は陸軍病院で行われていた。戦後、1963年に日本リハビリテーション医学会が創立、1965年に理学療法士及び作業療法士法が施行されリハビリを担う専門職の制度化が進み、日本におけるリハビリが体系化された。
 - 15 天児民和・中村裕『リハビリテーション——医学的更生指導と理学的療法』南江堂、1960年。
 - 16 同前、120-121頁。
 - 17 同前、122頁。同様に、装具だけでなく車椅子についても「かなりのスピードで走る車椅子」や「小型のガソリンエンジンを動力源」にしたものに乗る患者を病院外で見かけるが、「筋力増強の意味が全く無視されており、寒心にたえない」とし、手動式の車椅子を強く勧めている(同前、76-77頁)。また「手その他の機能が荒廃している患者」、おそらく四肢麻痺に対しても「まず道具なしで、熱心な訓練」を行ったうえで、それでも「どうしても不可能な状態」に対し、食事や更衣用の装具、特殊な食器を紹介している(同前、84頁)。
 - 18 同前、107頁。
 - 19 中島昭夫・鬼頭康雄・野呂寿直「脊髄損傷患者の歩行の研究(第1報)」『日本災害医学会誌』「脊髄損傷患者の歩行の研究(第1報)」第11巻4号(1963年)、349-358頁。
 - 20 同前、349頁。
 - 21 浜島良知「社会復帰のための理学療法の実践」『理学療法と作業療法』第1巻4号(1967年)、14-22頁。
 - 22 米倉豊子「治療に沿った作業プログラムと方法」『理学療法と作業療法』第1巻4号(1967年)、23-29頁。
 - 23 富田忠良「リハビリテーションの手段とその成果」『リハビリテーション医学』第6巻1号(1969年)、3-6頁。
 - 24 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注13、36頁。
 - 25 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注13、40頁。
 - 26 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注13、54頁。
 - 27 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注13、20頁。
 - 28 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注13、52頁。
 - 29 今井銀四郎編『脊髄損傷ハンドブック(改訂版)』新地書房、1988年、321頁。

- 30 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注 13、58 頁。
- 31 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注 13、64 頁。
- 32 田川宏・岡川裕子・宮腰正雄・鈴木明子・高瀬安貞・中川義宣・小島蓉子・上田敏「座談会 脊損患者の心理的・社会的問題をめぐって——チーム・ワークの立場から」『理学療法と作業療法』第 1 巻 4 号 (1967 年)、30-41 頁。
- 33 今村満・中村博久・山本公作・今西吉一「対麻痺の歩行について」『理学療法と作業療法』第 2 巻 5 号 (1968 年)、17-23 頁。
- 34 田川宏・岡川裕子・宮腰正雄・鈴木明子・高瀬安貞・中川義宣・小島蓉子・上田敏、前掲注 32、40 頁。また、3.2 で検討する「脊髄損傷患者の退院後の状況」に「我々は過酷なまでに入院中のリハビリテーションとして松葉杖の歩行訓練を強いた」とある (坂本隆弘・種田廉治「脊髄損傷患者の退院後の状況」『理学療法と作業療法』第 8 巻 9 号 (1974 年)、41 頁)。
- 35 原武郎・田原澄彦・石渡馨・大川嗣雄・福屋靖子・陳慧玉・上田敏「座談会 日本的日常生活動作と身障者の家屋の改造について 第 1 部 日本的日常動作について」『理学療法と作業療法』第 3 巻 4 号 (1969 年)、22-58 頁。
- 36 溝呂木絢子「脊損の歩行指導」『理学療法と作業療法』第 7 巻 11 号 (1973 年)、7-13 頁。
- 37 山上弘義「脊髄損傷者退院後の実態調査」『理学療法と作業療法』第 7 巻 5 号 (1973 年)、44-47 頁。
- 38 坂本隆弘・種田廉治「脊髄損傷患者の退院後の状況」『理学療法と作業療法』第 8 巻 9 号 (1974 年)、41-44 頁。
- 39 鈴木正彦「脊損患者に対する歩行訓練めぐって」『理学療法と作業療法』第 9 巻 7 号 (1975 年)、2-3 頁。
- 40 石田卓司「脊髄損傷における起立・歩行訓練の意義」『理学療法と作業療法』第 12 巻 12 号 (1978 年)、4-8 頁。
- 41 博田節夫・杉本勲業・辰巳成之・多胡進・大喜多潤「座談会 脊髄損傷者と社会環境」『理学療法と作業療法』第 12 巻 12 号 (1978 年)、28-42 頁。
- 42 ほかに、1979 年の論文では、一般的に行われてきた起立・歩行訓練が「近年、車椅子領域の拡大により、社会復帰後の日常生活動作に結びつかない歩行訓練について、とかく軽視されつつ」あることがいわれている。吉村理・長尾竜郎・橋元隆・田川義勝・丹羽義明・赤津隆・緒方甫「脊髄損傷者の活動時エネルギー代謝——歩行訓練の意義」『リハビリテーション医学』第 16 巻 5 号 (1979 年)、337-341 頁。
- 43 堀内静夫・安藤徳彦・大橋正洋・山口智・林輝明「脊髄損傷者の歩行能力について」『リハビリテーション医学』第 16 巻 4 号 (1979 年)、228-229 頁。
- 44 石田卓司、前掲注 40、4-8 頁。
- 45 当該論文の結論は、明確な根拠が見いだせない起立・歩行訓練をやめるべきかといえばそうでもなく、脊髄損傷者が「非現実的ともいえる」起立・歩行訓練に抵抗もせず、過去の訓練を無駄とも思わない態度は「よくわからない」が、そのような抵抗や拒否が明確に示されない限り起立・歩行訓練には「意義がある、とすべき」とした。石田卓司、前掲注 40。
- 46 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注 13、68-69 頁。
- 47 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注 13、78-79 頁。
- 48 全国脊髄損傷者連合会九州ブロック連絡協議会編、前掲注 13、78-79 頁。
- 49 今井銀四郎編、前掲注 29、183 頁。
- 50 今井銀四郎編、前掲注 29、183 頁。
- 51 大谷清・岩谷力・土肥信之編『脊髄損傷 I 治療と管理 (臨床リハビリテーション)』医歯薬出版、1990 年、50 頁。
- 52 1971 年を境に、対麻痺より四肢麻痺の割合が増加に転じた (以下を参照。赤津隆「脊髄損傷リハビリテーションの 20 年」『リハビリテーション医学』第 20 巻 4 号 (1983 年)、255-260 頁。武田功「脊髄損傷のリハビリテーション 20 年と今後の方向」『理学療法学』第 12 巻 6 号 (1985 年)、389-393 頁)。

Historical Change in Position of Training for Standing and Walking in Physical Therapy for People with Spinal Cord Injury: A Discourse Analysis of “Walk” in the 1960s-1980s

SAKAI Megumi

Abstract:

Today there are two different attitudes toward rehabilitation for people with spinal cord injury (SCI). One aims to enhance body functions still remained and the other aims to restore standing and walking ability in the clinical trials of regeneration medicine. This paper aims to reveal the change in positioning of training for standing and walking in rehabilitation for people with SCI in Japan. The paper analyzed the rehabilitation journals, specialized books and collection of notes written by people with SCI from the 1960s to 1980s. The result finds that at first medical staff thought training for standing and walking gave a positive effect on psychology of people with SCI. However, they began to notice it gave negative effect, because people with SCI could not stand and walk no matter how hard they work on the training. Then medical staff gradually accepted the reality and they stopped forcing such training to all people and reduced the importance of the training. The paper also finds that the significant gap existed between the intentions of medical staff and the realities of people with SCI. Their purpose of the training and the relation to the training were also different.

Keywords: spinal cord injury (SCI), rehabilitation, standing and walking, regenerative medicine, medical history

脊髄損傷者の理学療法における起立・歩行訓練 ——1960年代～1980年代の「歩行」言説分析から——

坂井 めぐみ

要旨：

現在、脊髄損傷者のリハビリテーション（以下、リハビリ）では、残存機能強化と再生医療の臨床研究の一環としての起立・歩行機能回復という、二つの異なる方向性が出現している。本論文の目的は、脊髄損傷者のリハビリにおける起立・歩行訓練の位置づけの変遷を明らかにすることである。研究対象は1960年代から1980年代のリハビリの専門誌および専門書、脊髄損傷患者の手記等である。検討の結果、起立・歩行訓練のリハビリ医療における位置づけは、脊髄損傷者の心理に良い影響を与えるものから悪影響を及ぼすものへと変化し、目標としての実用歩行の限界が認識され訓練対象が限定されていったことが明らかになった。またその背景に、医療者の思惑と脊髄損傷者の実態、すなわち訓練目標や訓練の捉え方において乖離があったことが示された。

