

高次脳機能障害支援モデル事業のリアリティ ～社会的立場からのアプローチ～

白山 靖彦*

The reality of model project for people with higher brain dysfunctions.
- Approach from a social position -

Yasuhiko Shirayama*

Abstract

In this paper, I have approached the reality of model project for people with higher brain dysfunctions from the social viewpoint. The support for people with higher brain dysfunctions was substantial by development of a model project for which the Ministry of Health, Labour and Welfare has promoted. Evaluation of a political project has two approaches from a microscopic position and a macroscopic position. As a factor for a success, "practical selection", "un-dominant organization", etc. are raised. From now on, the support for people with higher brain dysfunctions develops more and more by detailed evaluation from the social position of a model project.

Key words : higher brain dysfunction, reality, social position, practical selection,
un-dominant organization

2007年12月27日 受付

2008年2月26日 採択

はじめに

今日における高次脳機能障害者に対する行政的な取り組みは、諸課題を残しつつも一定の成果を挙げている^[1]。この起点となったのが、高次脳機能障害支援モデル事業(以下「モデル事業」)である。それまで制度の狭間に置かれていた「高次脳機能障害」に対して、診断基準の確立、訓練プログラムと社会復帰・生活・介護支援プログラムの作成を行い、医療と福祉の連携の重要性や早期リハビリテーション(以下「リハ」)の有用性、地域・社会生活支援のあり方を提示した^{[2][3][4]}。

こうしたモデル事業の評価を行う場合、ふたつの観点が必要である。ひとつは、直接的に恩恵を被る当事者や施策の中で活動する専門職という微視的な立場か

ら実践的な評価を行う方法である。たとえば、リハを行うことでどのような神経心理学的な効果があったのか、家族はどのように対応し、それを専門職はいかに支援するか、などである。今ひとつは、事業を遂行していく段階・過程に着目し、事業の機能・構造といった見えにくい部分に対して巨視的な立場から評価を行う方法である。たとえば、モデル事業における意思決定プロセスとはいかなるものであったか、モデル事業推進を構成する組織とはどのような内容であったのか、などである。前者はエビデンスに基づいたものであり、後者は社会的認識(意味づけ)に基づいたものである。両者とも実証的であることが前提となるが、特に社会的立場からモデル事業を概観した報告は少ない。

* 静岡英和学院大学 人間社会学部 准教授

* Associate Professor: Shizuoka Eiwa Gakuin University, Faculty of human society

本稿では、モデル事業のもたらした現実（リアリティ）について社会的立場から検討する。

1 リアリティの捉え方

リアリティとは、直訳すると「現実性」、「ありさま」といった現象そのものを意味する。しかし、「リアリティがある。」と表現する場合、対象に対して「生々しさ」や「実感」が必ず存在し、現象の捉え方によってリアリティの有無が決定される。たとえば、交通事故のニュースに関して、運転免許を所持しない人にとってはリアリティを感じないが、自ら運転する場面が多い人々にとってはリアリティを感じるといったことである。すなわち、実感のある現象がリアリティである。社会的には「社会事実」における意味的理解を論ずる場合に多く用いられる言葉であり、今田^[5]によれば、「リアリティとはあくまでも人間にとって関心を喚起する現象のことである。」としている。

冒頭、モデル事業の評価について微視的立場から行う方法と巨視的立場から行う方法を論じた。特に微視的立場からの方法(研究や取組み)は、人間としての関心が喚起されたリアリティのある方法であり、高次脳機能障害者に対するリハや地域・社会生活の支援などについて多くの成果を生んでいる。しかし、そういった立場からはモデル事業自体の再現性や、成果をあげる過程に内在する行為者の特性と行為した意味についての実感を見出すことはできない。このことを微視的な立場とは違うリアリティとして捉えた場合、巨視的な立場からの方法(社会的意味づけ)によって解明されることが求められる。すなわち、モデル事業を社会事実の観点から捉えることが重要である。

2 モデル事業の機序

政策が行われる前には、国政においてなんらかの決定がなされなければならない。たとえば衆参予算委員会などでの国会質疑をもとに、担当省において企画立案された政策は閣議などを経て承認される。モデル事業も予算総額約1億円を有する政策のひとつであり、当然こういった過程を踏まえている。

モデル事業の立脚において「高次脳機能障害」という用語が国政において最初に用いられたのは、1998年9月29日提出の衆議院議員井上義久氏による質問主意書である^[6]。この「脳外傷の実態と公的支援に関する質問主意書」では、脳外傷者・高次脳機能障害者の実態把握、適切なリハ・支援の必要性などが質問された。口頭質問としては、1999年3月15日国民福祉委員会における参議院議員西川きよし氏の発言である。

厚生労働省はいずれも「研究成果を踏まえて施策の運用を検討する」との回答にとどめており、具体的な例示はなかった。

高次脳機能障害者への支援について正式に言及されたのは、2000年2月25日衆議院予算委員会第4分科会においてである。井上義久議員による「医療と福祉の谷間にある高次脳機能障害者の実態究明やその対策について」の発言を受け、政府参考人今田寛陸氏が国立身体障害者リハビリテーションセンター(以下「国リハ」という名称をはじめて挙げた^[7])。その内容は「幸いに、私ども、所沢に国立身体障害者リハビリテーションセンターを持っております。そこでも高次脳機能障害の評価訓練室という施設を設けておまして、ここでも治療、研究をしてデータを出そう、このようにしております。いずれにいたしましても、そういった積み上げた実績というものを参考にし、あるいはそういったものに基づいたリハビリテーション施設のあり方というものをしっかりと構築して、今後の整備計画なりの対応の素材として検討していきたい…」というものであった。この答弁によりモデル事業が政策のひとつとして位置づけられたと考えられよう。

3 時代背景

モデル事業は、2001年4月から国リハを実施主体とし、全国都道府県の地方支援拠点機関12箇所(北海道、宮城県、千葉県、埼玉県、神奈川県、岐阜県、三重県、大阪府、福岡県、名古屋市、広島県・岡山県(広島県・岡山県は2003年度から参加)と連携して2006年3月までの5年間実施された^[2]。

こうしたモデル事業開始時期と並行して、行財政構造改革の進展を目的とする省庁再編によって2001年「厚生労働省」が誕生した。本省は、当時無年金障害者問題、薬害問題など多くの課題を抱えながらも、着実に社会福祉基礎構造改革を推し進め社会福祉におけるパラダイム転換を図っていた。同時期、強力に行政改革を推し進める内閣によって、「官から民へ」、「中央から地方へ」などのスローガンのもと、行政における効率化が急速に進められていた。これはバブル崩壊後の課題に対して、財政再建を果たす必要があった政府にとってあらゆる分野の統合化を示唆するものであった。

統合化は、特殊法人の解体、再編や地方への財源移譲などを生み、こうした渦中の特殊法人などは、組織防衛のための差別化が命題となっていた。国レベルでは独立行政法人化であり、地方レベルでは、指定管理者制度がこれにあたる。独立行政法人化は既定の組織

も対象とし、国立大学などが相当する。指定管理者制度とは、地方公共団体が外郭団体などにその運営を継続的に委託していたものを民間から一般公募し、より効率的で効果的運用を行うという制度である。社会福祉施設もこの範囲とされ、多くの外郭団体運営の社会福祉施設が競争にさらされることとなった。この問題を契機としてモデル事業に参画する外郭団体運営の地方支援拠点機関は、民間施設との差別化を図るためにより大きな原動力(動機付け)をもつようになったと考えられる。

また、経済産業においては急速なIT化による情報の統合化が図られた。ITとはInformation Technologyの略であり、コンピューターを中心とした情報技術の発展を指してIT化とされている。たとえば、インターネット回線を利用したEメールやデータベース化などによる情報の相互性によって、情報の質・量が格段に向上した。それまで、遠方との情報の交換は、「個」対「個」であったのが、IT化によって「個」対「全」または「全」対「全」を可能とした。今日まで「ネットワーク」や「連携」は実体化しにくいとされてきたものが、より具体的にその機能を発揮するようになった。こうしたIT化は、国リハと地方支援拠点機関との事務的連絡・調整、および高次脳機能障害者のデータベース構築などに寄与した。

2000年に介護保険法が制定されて以来、社会福祉分野では「措置」から「契約」の時代に移行した。これは、行政的関与を限りなく少なくし、利用者の自由な自己決定によってサービスを選択する仕組みである。高齢者分野だけでなく、障害者や児童といった社会福祉の対象となる分野すべてにその傾向は反映され、2006年に障害者自立支援法が制定された^[8]。この法律の第1の目的は、3障害の統合化である。今日まで障害者施策は、身体障害、知的障害、精神障害ごとに各障害規定に基づき、同領域のサービスしか使用することができなかった。本法律によって、高次脳機能障害者のサービス選択の幅が格段に広がった。

当事者団体については、日本脳外傷友の会が2004年4月に結成された。当時は、名古屋の「脳外傷友の会・みずほ」、神奈川の「脳外傷友の会・ナナの会」、札幌の「脳外傷友の会・コロボックル」の3つの連合組織であったが、2006年には全国に17の正会員団体、11の準正会員団体を有するに至っている。また、低酸素脳症の患者家族が中心となり、1998年に「サークルエコー」が発足し、全国に多くの支部展開を図っている。その他「高次脳機能障害と家族の会」、「高次脳機能障害若者の会」などがあり、活発な活動を行っている。

このように当事者団体の活動は、モデル事業の相互的な影響を受けながら拡大してきた。

4 実用的選択

実用的とは、「役に立つ」という語意であり肯定的なものである。実用的選択とは、「実を取る」ことと同意であり、妥協的要素が加味された選択行為といえる。モデル事業は、多くの成果を挙げてきたが、その背景にはこうした実用的選択が過程の中で数多く行われてきた。

第1は、「高次脳機能障害」という障害の定義である。学術的には、脳の局在的損傷に基づく失語・失行・失認だけでなく、記憶・注意・意欲の障害、動作の持続性など対象範囲を拡大し、認知症、意識障害などの脳機能の全般的な障害を含めるとされている^[9]。モデル事業における診断基準では、局在的な失語症と慢性の器質的病変に基づく認知症を除外し、認知系機能である記憶・注意・遂行機能障害、さらに社会行動障害を新たに包含して高次脳機能障害とした^[10]。この診断基準は、学術的な立場からモデル事業の実質的对象である高次脳機能障害（主に外傷性脳損傷を原因とする）を行政的な立場によって限定化したものである。当初、この診断基準が学術的意味と乖離することへの異論が多かったが、対象を限定化した上で支援する体制を整えるためと、高次脳機能障害という用語がより一般化し、学術的意味と差別化する認識が広まったことによってその声は弱まっていった。さらに、リハの対象であることが明確となり、日数制限に該当しないリハ診療報酬制度に反映したこと、障害者自立支援法における施設サービスの根拠となるなど、モデル事業において重要な実用的選択のひとつとなった。

第2は、障害認定の立場である。当初から当事者団体の見解は、「高次脳機能障害」は精神障害の領域ではなく、身体障害の領域でリハや支援をしてほしいと要望してきた^{[11][12]}。高次脳機能障害は、もともと器質性精神障害に分類されるため、受傷まで健常として生活してきた高次脳機能障害者にとって、精神障害としてのスティグマを受け入れることは困難とされてきた。これを受けた厚生労働省は、国リハを中心とする身体障害領域での事業実施を判断し、当事者の意向を考慮した形とした。しかし、今日においてこの問題は解消されていない。高次脳機能障害は器質性精神障害に分類され、麻痺や失語がないと身体障害者とは認定されず、高次脳機能障害単独では精神障害者保健福祉手帳の要件としかならない。

東川^[13]は、「... 障害者自立支援法にも高次脳機能

障害という文言が入りました。... 障害認定がきちんとされ、必要な支援が実施されるか否かは不透明な状況ですが、より良い支援が実施されるように今後も粘り強く活動していく」と述べている。これは、障害認定の解決よりも実質的なサービスの対象として位置づけられたことを優先するという、当事者にとっての実用的選択と捉えることができよう。

第3は、「専門的相談支援」の法定化である。従来の福祉施策は、対象を特定化し、それに対する給付をもって制度とした。たとえば精神障害者に対する通院公費助成などである。高次脳機能障害にあたっては給付制度ではなく、地域・社会生活への適応を優先し、その支援を行う相談窓口の充実を図った。これが、障害者自立支援法を根拠とする「高次脳機能障害支援普及事業」（以下「普及事業」）である。普及事業は、都道府県に1か所を拠点として位置づけ、そこに「支援コーディネーター」を配置し、福祉サービスのマネジメントや地域支援ネットワークの形成、高次脳機能障害の普及・啓発、情報提供などを行うものとされている^[14]。サービスの効率性からすると、給付よりも費用が抑制でき、なおかつ行政サービスにとって専門的機関の存在は心強い。特に市町村においては、相談窓口で専門職を配置しておらず、利用者側からも不安が強かった。こうした専門的相談支援体制の整備は、行政サービスの効率性を上げる実用的選択といえる。

以上代表的な実用的選択を紹介した。ほかに地域支援拠点機関が意図的でないにせよ症例紹介に関して多くの外傷性脳損傷の典型症状を呈する高次脳機能障害者を集積したこと、認知リハ効果の科学的根拠の解明にとらわれず、より実用的なプログラムを作成したことなども成果に直結した実用的選択である。

5 非支配的組織

モデル事業では、地方支援拠点機関等連絡協議会（以下「協議会」）が設置された。各支援拠点機関からの代表、学識経験者、国リハ・厚生労働省関係職員から構成される組織体である。医師が26名、PTなどのコメディカルが11名、医療ソーシャルワーカーなどの福祉系専門職が9名による構成である。2004年度からは協議会内に企画班、専門員班、支援コーディネーター班が設置された^[15]。議論の場所は2か所であり、ひとつは全体での協議会であり、もうひとつが班会議である。両者ともほとんどが公開されており、全体会では、当事者家族会が構成メンバーとなっていた。このふたつの会議の中で、活発な意見交換が行われたことは言うまでもないが、いわゆる「支配-被支配」、

「管理-従属」という関係性は見当たらなかった。

この要因として、委員会組織に階層性が形成されていなかったと考えられる。階層性とは、「ヒエラルヒー」のことであり、医師などの特殊性のある職業によってパターンリズム^{[16][17]}という優位関係が形成され、その関係性を基に階層的社会が成立することである。協議会委員の構成比は医師が半数以上を占める集団であり、階層的社会が成立する典型といえる。しかし、協議会、班会議において階層性が生まれなかったのは、各委員間において意図的な規律性が当初から存在していたと考えられる。高次脳機能障害者の支援は、包括的に行うことが求められている^[18]。その場合、職種間の階層性は極力避けることが望ましいという意図的な規律が生まれることは自然な経過である。規律とは、統制されたルールであり、「調整」が隆盛することに現れるとされている^[19]。調整行為の主体は、国リハであり厚生労働省であるが、地域支援拠点機関や当事者団体との間に対立構造を生成しなかった功績は大きい。

さらに非支配的組織は、さまざまな支援モデルを創設した。モデル事業開始当初に事業の主体者は、時系的計画を提示した。たとえば評価基準、標準的プログラム提示を2001年から2004の間に行うことなどである。一方、各都道府県の地方支援拠点機関に対して具体的な事業の方法について明示されなかった。この行為が操作的だったかどうかは検証されていないが、これによって独自性のある多くの地域支援モデルが生まれた意義は大きい。リハセンターが中核となる神奈川県・名古屋市の取組み、病院、施設の連携をシステムとする三重県などの取組みなどである^[20]。現在、普及事業の参照モデルとして多いに活用されており、これも被支配的組織による運営の成果といえよう。

まとめ

モデル事業は、激変する社会情勢に柔軟に対応し、多くの成果を挙げてきた。しかし、その成果の査定は、主に数値化された評価に限定され、実用的選択の多用や被支配的組織の背景などは論じられることはなかった。今後は事業に関与した人間の特性やその役割、そして地域の特色および文化といったリアリティにも目を向ける必要があるだろう。そうした社会的な立場から、モデル事業を総体的に検証することが今後の普及事業の発展に求められている。

謝辞

本稿の作成にあたり、国立身体障害者リハビリテーションセンター学院長 中島八十一先生のご指導に際し、深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 蜂須賀研二. 「高次脳機能障害支援モデル事業」の成果と今後の課題, 総合リハ, 35(9), 2007, p851-857.
- 2) 国立身体障害者リハビリテーションセンター. 高次脳機能障害支援モデル事業実施報告書ー平成13年～15年度のまとめー. 2004.
- 3) 高次脳機能障害支援コーディネート研究会. 高次脳機能障害支援コーディネートマニュアル. 中央法規, 2006.
- 4) 中野秀志郎. 社会学の発想. 有斐閣, 2006, p1-19.
- 5) 今田高俊:リアリティと格闘する. 今田高俊編. リアリティの捉え方. 有斐閣アルマ, 2006, p1-46.
- 6) 井上義久. 脳外傷者の実態と公的支援に関する質問主意書. 1998.
- 7) 第1類第18号予算委員会第4分科会議録. 2000.
- 8) 白山靖彦(監). 障がい者のホームヘルプサービス. 日総研, 2006, p9-13.
- 9) 上田敏, 大川弥生. リハビリテーション大辞典. 医歯薬出版, 1996, p177.
- 10) 橋本圭司. 高次脳機能障害. PHP新書, 2007, p25-40.
- 11) 中村健二. 高次脳機能障害支援モデル事業の目的と創設の経緯. リハビリテーション研究. 116, 2003, p2-6.
- 12) 東川悦子. 高次脳機能障害支援モデル事業の評価と今後の一般施策化への期待と懸念. ノーマライゼーション. 25(4), 2005, p24-25.
- 13) NPO法人日本脳外傷友の会. Q&A脳外傷. 2007, p128.
- 14) 大橋正洋. 脳外傷などによる高次脳機能障害. 総合リハ, 35(10), 2007, p1039-1045.
- 15) 国立身体障害者リハビリテーションセンター. 高次脳機能障害支援モデル事業中間報告. 2003.
- 16) 宮坂道夫. 医療倫理学の方法. 医学書院, 2006, p1-16.
- 17) 石川時子. パターナリズムの概念とその正当化基準. 社会福祉学(48)第1号. 2007, p5-29.
- 18) 白山靖彦. 高次脳機能障害者の地域・社会生活支援についてー三重モデルの観点からー. 高次脳機能

研究. 26(3), 2006, p290-298.

- 19) A.ハント,G.ウィッカム(久塚純一監訳,永井順子訳). フーコーと法. 早稲田大学出版, 2007, p3-56.
- 20) 高次脳機能障害マエストロシリーズ④リハビリテーション介入. 医歯薬出版, 2006, p104-141.