

〈焦点1〉

「治る」こと, 「立ち直る」こと

井合茂夫

亀田リハビリテーション病院

“Getting Cured” and / or “Putting Oneself Together”

Shigeo Iai

Kameda Rehabilitation Hospital

キーワード

治る	getting cured
立ち直る	putting oneself together
リハビリテーション	rehabilitation
障害受容	disability acceptance
エンパワーメント	empowerment

I. 背景

診療の現場で医師側と患者側の意思疎通が本質的に重要であることは常に強調されているが、その事実そのものが意思疎通の困難な現実をあぶり出しているとも考えられる。医師が患者との日常的な応対の場で使用する「治る」と言う表現に、ほぼ無意識に込められた含意を反省的に検証し、かつ患者が同様に日常的に即ち非省察的に使用する「治る」と言う言葉の含意を推測して、その差違に改めて注目し、その起因を考察して、どのようにすれば差違を解消しうるのであるのか、またどうすれば患者が自ら治ろうとする心の働き、立ち直り、を支援できるのかについて、医療看護介護担当者がより自覚的に接する事が重要と考えた。

II. 方法と結果

種々の生活状況で、それまでを順調に送ることが出来た人生の突然の蹉跎を経験した人が、どのようにして現状を認識し受け入れてゆくか、更には如何にして立ち直ってゆくかの自験例から、当人と家族の「語り」を収集観察して、これらの発言の根底にある言語化されない心の働きまでも推測考察し、一人一人の異なる環境や個性に応じた「立ち直り」の普

遍性を検証した。

事例 1

A.Y.さんは76歳の男性。福島県いわき市在住の農夫で発病の前は手広く農業を行い、高齢で持病を近医で管理されながら耕耘機なども扱う活動性の高いADLで妻と生活をしてきた。

2011年xx月xx日、自動車運転中に突然発症した対麻痺により近医入院し、胸部下行大動脈乖離と之に伴う血栓型脊髄梗塞と確定診断され、直ちにICU管理と成った。出血性胃潰瘍と肺炎の合併により重篤な状態が遷延化して、呼吸器管理からの離脱困難の為に気管切開術を予定していた。

2011年3月11日に東日本大震災発生。病院機能の維持も危ぶまれ、患者の病態も一過性無呼吸や血圧の不安定な変動で他院への搬送も困難な状況であった。

漸く、同月23日にドクターヘリの運行が可能となり、自動車なら通常4時間以上掛かる、千葉県鴨川市にある亀田総合病院への自衛隊機による空輸搬送が敢行された。

初診時の意識状態はJCS:I-2程度で、身振りでの簡単な意思疎通は可能であった。両上肢は殆ど麻痺を認めなかったが両下肢の対麻痺は痛刺激でも粗

大筋力は MMT1/5 を示さぬ弛緩性完全麻痺であった。排尿は尿道カテーテル留置で、排便は緩下剤併用での排便を要した。入院当日からベッドサイドで PT によるリハビリ介入を開始して ROM の維持と麻痺に対する促通など、廃用症候群を防止する最大限のプログラムを行った。

当初は Vital Signs も不安定で抜管困難から気管切開術を前提としていたが、倅に状態安定と共に覚醒度も向上し、無呼吸もなくなり呼吸器からの離脱、更には気管内挿管の抜管にも成功した。その後は ICU から離脱し約 1 ヶ月の急性期病院入院で車椅子座位の安定を確保する迄に回復した。

発症から約 3 ヶ月の時点で、Th7 髄節以下の随意筋麻痺が残存し、粗大筋力の回復は全く見られず、更に長期的に回復期病棟入院の適応が評価され亀田リハビリテーション病院に紹介転入院となった。予後予測として車椅子を基盤としての地域社会復帰を想定とする治療が開始されたが、帰るべき自宅は遠方であり、大地震で大きく倒壊の被害も受けており、更にこの時点では福島第 1 原子力発電所の事故の全容も明らかにはされていない状況であった。

本症例の場合には、患者さんは大きな健康障害に直面するのみではなく、後遺症の予測も明確にされず、障害者として復帰するべき自宅が半壊状態となっており、帰属するべき地域社会も寸断されて回復の可能性があるのか否かも判然としないと言う、幾重にも退院調整に困難を抱えた状態での「回復期リハビリテーション」介入が必要であった。

幸いに経済的には余裕があり、健康な妻が介護意欲を高く維持している環境で、患者さんのリハビリを激励しつつ、余震が落ち着いた時期を見計らって半壊状態の自宅をリフォームして、病院からの助言や支援を受けてのバリアフリー化を進める事が出来た。之により自分の最終的なゴールとしての退院後の社会復帰に対するイメージトレーニングを持つ事が出来て、リハビリに専念する事が可能と成った。

本症例の様な状況では「治る」事が当人にイメージされにくく、回復期病棟に転入院してきた直後には「立ち直る」気持ちを持つ事が非常に難しく、精神的に強く打ちのめされ、食欲も落ちており、リハビリに積極的に取り組む事が出来ずに看護師などに

頻りに繰り返す言を語る様子が見られた。本院では、後遺障害に対して強い情緒的な陰性反応を示す症例に対して、精神的な支援を提供するシステムとして「チャプレン」による面接が提供されている。本症例も、亜急性期でのチャプレンによる面談とカウンセリングが有効であった。

約 6 ヶ月間に及ぶ回復期病棟入院加療により、最終的に対麻痺は全く改善しなかったが、理学療法・作業療法により、車椅子を基盤とする自宅生活に必要なスキルを習得する事が出来た。「リフト」機器の導入により、妻一人によるベッドと車椅子の移動が可能と成るように練習し、更に電動車椅子を購入し麻痺のない上肢による運転に習熟する事により、病棟内を自由に「散歩する」ことが可能と成った。

遠方の自宅は改修されたが、実際に帰宅するには自動車で 4～5 時間掛かる距離があり、妻は車椅子で助手席に乗れる特別仕様の自動車を購入して、病院から自宅まで患者さんを送迎しての試験外泊にも挑戦した。このように安全に地域社会に復帰が可能と評価されて、発症から約 8 ヶ月で自宅退院に至った。

本症例の「立ち直り」には献身的な妻の存在が最も大きな要素であったが、亜急性期のチャプレンの介入と、退院後の患者さんの回想として聞かれた言葉として「(リハビリ療法士の)先生方が、(自分の為に)頑張ってくれているのをみると、自分も頑張らない訳にはいかなかったです」とのコメントがあり、自分の為と言うよりは、自分に尽くしてくれる人に対する感謝と誠意としての努力が大きな要素となった事が認められる。

事例 2

T.Y.さんは 41 歳の男性。重傷頭部外傷後遺症としての高次脳機能障害があり、四肢麻痺などの一見して判りやすい顕著な神経欠落症状を認めない。介護職に就業しているが、職場の無理解に苦しめられている。

199x 年 xx 月 xx 日、当時の職場からの帰宅途中で運転中に対向車と正面衝突。自車は大破し頭部全身打撲で入院となる。初診時の意識水準は JCS : III-200 で、除脳硬直姿勢も見られた為に気管内挿管で呼吸器管理を行う。更に緊急手術により頭蓋

内圧センサーを留置しICUでの長期間入院となり、低体温療法を主体とする急性期治療が行われた。倅に脳圧管理が卓効を示して、約3ヶ月の脳外科入院でリハビリ専門病院への転院と成った。更に2ヶ月の入院を経由して、片麻痺等の顕著な神経欠落症状を認めない状態で自宅へ退院する事が出来た。

退院時の状態は意識水準がJCS：I-2程度、簡単な会話は成立するが内容には相当の前頭葉機能障害が残存し、排便は自己管理だが排尿は襦袢管理であった。その後は千葉リハビリテーションセンターを受診。附属の障害者支援施設「更生園」に数年間在籍して、パソコン操作習得等の障害者就労支援プログラムを受けた。この間に自動車運転免許も復活させ、地域の職業訓練所やハローワークも利用してきた。

当人の就労復帰の努力と医療福祉の支援が相俟って、漸く受傷前と同じ職場の「ガソリンスタンド」に再就職する事が出来たが、以前と同様の勤務内容が出来ずに、最終的には中途退職となった。その後は数カ所の職業・職場を転々とする。最終職歴として数年前から精神科の病院に就職して補助的な業務を行い現在に至る。病棟や車椅子の掃除、患者さんの作業療法（畑仕事など）の支援、入浴介助などが日常具体的な業務内容である。しかしながら母親によると、職場の評価は、仕事の覚えが遅い、気が利かない、ぼんやりしている、直ぐに疲れて休憩する…等々であり、総じて「怠け癖がついている」と思われているらしく、患者さん当人も職場の中で人間関係に苦しんでいると母親は理解している。

201x年xx月xx日、母親に勧められ亀田クリニック・リハビリテーション科外来初診。主訴は現症評価希望で、特に自分が「高次脳機能障害」か否かを知りたいとのことであった。初診時現症としては、意識は清明で重篤な言語障害を認めず片麻痺等の顕著な神経欠落症状を認めない。失見当識はないが、記憶障害があり当日の朝食は解るが前日の夕食は思い出せない。注意障害としては、職場での「うっかりミス」が目立ち頻回に注意を受けているが、同じ失敗を繰り返してしまう。言われた仕事はまじめにやるが時間通りに終わらない事や作業の途中段階を飛ばしてしまう事がある等の遂行機能障害がある。

職場の人達（特に直属上司）とうまく人間関係が作れないことに苦しんでおり、之は社会的行動障害と考えられる。病像として厚生労働省の診断基準に合致しており、高次脳機能障害と診断できる。画像診断的には頭部MRIにて脳梁膨大部近傍が菲薄化して、瀰慢性軸索損傷の慢性期と診断される。また観念運動性失行の疑いがある。

上記の評価の結果で、本症例に対しては精神障害者福祉手帳を交付する事ができた。また患者と家族に生活上の注意事項を指導して、更に職場の上司に高次脳機能障害の患者の特性、得意な業務内容と苦手な業務の特徴を伝えて、「人間関係の作り方のヒント」など情報提供を行った。また患者さんには「日本脳外傷友の会」や「高次脳機能障害家族会」についての情報提供を行い参加を奨励した。

その後、数ヶ月後の外来経過観察にて、職場環境の改善と、家族会参加で自分が孤独でない事を確認出来た事の報告を得た。患者さん自身のコメントとして「一番嬉しいのは自分の病気の事が良く解ったこと」と話し、仕事で困難な事があっても、以前のようにむやみに焦る事がなくなった事と、職場の上司が自分の仕事が遅いのを「待ってくれる」ようになったのも、自分にとっては非常に有りがたい変化であると伝えてくれた。

本症例の場合には、受傷から20年以上が経過しており、医学的な意味合いで「治る」事は全く期待されない。また当院へ初診来院された時には、通常の日常生活動作は問題なく、当人にも周囲にも「病人らしく」は見えず、「見えない障害」に気がつくこともなくて何年も過ごしていたのである。一方、自覚的には患者さん当人としては「自分は（周囲の人々と比較して）普通ではない感じ」があったが、それを理解できず、説明も出来ずに辛い思いをしてきたと、後日になってから語ってくれた。職場でも「周囲から受け入れられていない感じ」に常に苦しめられていたとの事である。母親からの助言で、改めて受診して精査を受けて「高次脳機能障害」と診断が確定して、医師から正確な病状の説明と生活の助言を得ることが出来て、納得が行き「腑に落ちた」安心感が患者さんに大きな自信と自己効力感を与えたのである。また周囲の（職場の上司と同僚の）接

し方も変わって来て、それに反応する自分の態度も当人に取り居心地の良い方向に変化している実感を得ている。更には家族会に参加する事により、自身は孤立感から救われ、寧ろ自分の経験を他患や其の家族に伝える事で、他患を支援できる喜びも実感して、「治る」ことに拘らずに「立ち直り」が実現している事例である。

事例3

H.H.さんは73歳の男性。胃癌術後で数回の癒着性イレウスの入院手術歴はあるが、ADL自立で、海士として潜り漁もする現役の漁師。郵便局員の長男との二人暮らしだが、之までの関係性は親密ではなかった。近隣に嫁いだ娘が時折生活支援をしてくれるので息子よりも交流があった。

201x年xx月xx日、腹痛で救急入院。診断は小腸壊死で緊急手術となり、壊死部分の小腸切除術にて空腸単孔式人工肛門を造設した。しかし周術期に小腸壊死に続発するショックから代謝性イレウス、DIC、多臓器不全となり一時的血液透析も導入し、ICUで呼吸器管理を行い、生命の危機に瀕する状況もあった。

救命には成功したが、更に血行障害から両側上下肢遠位部の壊死を合併し、全て（両側の肘関節以遠と膝関節以遠）離断術の適応とされた。まずは全身状態の安定を優先しICUからの離脱に成功。発症3ヶ月で四肢遠位部切断術を施行した。その後1ヶ月で全身状態は安定したが、両手両脚を失った状態となる。急性期病院での治療は完了したとの評価でリハビリ病院へ転入院したが、此の時点では自宅退院の可否も義肢作成の問題（適応の有無も含めて）も検討中のままであった。

リハ病院転入院時の現症は、意識清明、認知機能正常で病識も正確であった。ADLは身辺動作は基本的に要介助となっている。車椅子への移乗は軽介助で可能だが自力駆動は不可能で、床での移動は四肢断端利用での匍匐前進のみ可能であった。また身体面での治療は行われていたが、精神面での十分な支援介入は未然であり、患者さんにとっては正確な現状理解も退院後生活設計についても曖昧なままで転入院してきたのが実態であった。

転入院時に本症例は未解決問題が山積しており、

まずは問題点の整理が必要であった。即ち、医学的、経済的、家族調整、退院後社会参加の可能性等の問題、Spiritual Careの側面等々である。基盤に位置するアプローチとして、まずは患者さんの「語り」を受け止めて、最良のQOL達成にどのような支援が必要かについては、多職種協働が不可欠であると考えられた。

患者さんの「語り」（退院後に再確認）を以下に示す。ICUで意識が戻った時は「何が起きたか、全く解らなかつた」「娘が（面会して）泣くので、大変な事になったんだなあと思った」「お金（医療費）が心配だった」などが挙げられた。その後の時期では「人工肛門は嫌だったが、また繋げて貰えると聞いて安心した」「手足を切ると聞いたが、その内に（手術の後でも）繋がるのじゃないか？と思った」「先生が（やれと）言うのだから、（切断を）やるしかないと思って手術を受け入れた」等と語っている。リハビリ病院への転入院の時点での思いを訪ねると、「（リハビリをやっても）どこまで良くなるのか判らなかつた」「一生車椅子で暮らすんだなあと覚悟した」「家に（帰りたいけれど）帰れるか判らなかつた。でも施設は嫌だった」とのコメントが得られた。

医学的問題は、多臓器不全から復活したが心筋虚血の徴候も指摘されており、今後も亜イレウス再発の危険が残る事が指摘されていた。経済的問題は、まずは離職（漁師には復活できない）は不可避で、年金は3万5千円と十分な金額とは言い難く、多額の医療費の支払いにも直面している。診療サイドで大きな懸念事項となったのは、高額な義肢代金の支払いの問題であった。即ち現行制度は、義肢装具は作成時に一度全額を「立て替え払い」の必要があり、後日「払戻金」を受け取る事になる。預貯金を持たない本症例の場合には、制度を考慮すると「両手両脚義肢を一挙に支払う」ことは不可能である事は明白であった。重度の後遺症で自宅復帰するには、之までの関係性が必ずしも良好と言い難い同居の長男の支援は期待できず、関係性の良い長女は嫁ぎ先への遠慮があり経済的側面も生活支援も限界があった。また地域のInformal Supportが重要と考えられたが、之は全く未知数の状態であった。

リハビリテーション医療は、患者さんの現症を評価して、予後予測下に問題を抽出して、患者さんのQOLを最善とする Final Outcome を追求するのが本旨である。本例でもまずは当面の問題の具体的な詳細な分析により、実効性のあるリハビリテーション・プログラムを調整した。

当初立てられた計画は「先ず義手を作り、之を使いこなすスキルを身につける」事に専念する治療戦略で、仮に退院先が施設入所でも車椅子基盤にて義手でADL自立が目指せると考え、更に能力向上と自宅の家屋環境整備次第では、車椅子での自宅退院も狙えると判断した。

経済的問題の解決として、医療費を分割払いの順延とし、その上で両側上肢の義手を作成したが「立て替え払い」を長女の婚家先や友人知人達の Informal Support に頼った。義手の装着法と使用法を習得する為のリハビリ病院入院加療の期間を利用して、支払いから3ヶ月経過すれば義手総額の7割が還付される。此の還付金を次に両下肢の義足を作成する際の「一時立替金」に充当することを戦略的に計画した。仮に回復が不良で義足装着が無理なら車椅子退院の可能性も検討した。

Spiritual Care の問題に対して患者さんの「想い」を多職種で共有する為に、専門家としての「チャプレン」の関与も組み込んで頻回に面接を行った。患者さんと家族との交流支援も積極的に企画された。家族に「弱音」を言える環境を整備し、リハビリ場面で「個別的に出来ること」が増えてゆくのを家族に確認して貰い、「退院後の生活」を話題にして、社会復帰のイメージトレーニングを支援した。最終的には障害を持ちつつ自宅・地域に戻る患者さんの「居場所」「生き甲斐」の模索に当人と家族が協働し得る様になった。

臨床経過としては、当初は「四ツ這い移動」のみ可能であり、車椅子座位の自走は出来ず、移乗は全介助で、この時点で自宅退院は想定しがたい状況であったが、経済的に施設入所も上下肢装具の費用捻出も困難であることから、退院先は全く未確定な状況であった。当面は両側上肢の義手を作成して之を「使いこなす」事を目標に練習を行った。当人の熱意も大きく、最終的には両義手を独りで装着し使用

可能となった。また両上肢の断端を使用して体を支えて (push-up 動作) ベッドから車椅子への移乗も可能となり、「自宅退院の可能性」の予後予測が得られた。

当初は長男の支援が余り期待できないと評価されたが、長男の持つ未来への過剰な不安 (特に介護負荷量) を軽減する為に、丁寧な面接を反復して行う事により徐々に具体的な介護の内容が理解して頂けて、退院後の支援 (特に下肢義足装着) を約束して貰う事が出来た。

既に想定入院日程を超えていたが、義手代金の7割還付金が戻った時点で義足を作成して、更なる入院継続で歩行練習を行った。最終的に義手のみならず義足の使用方法にも習熟する事が出来て、転入院当初は不可能と推定された自宅への退院に成功した。即ち当院入院224日 (総入院期間341日) にて両手義手と両脚義足装着の元に、無杖で連続500m歩行可能となり自宅へ独歩退院となったのである。

本症例は、医学的、経済的、社会的 (家族内外の人間関係)、医療制度的問題が多々有り、それらが相互に複雑に関連して、患者の尊厳の問題も含めて当人も医療従事者も手探りで対応する必要があった難症例であった。

また当院としても四肢切断術後に全ての義肢を作成して自宅復帰を支援するという前例のない症例で、当初はゴール設定が作成出来ず、或いは回復程度の進捗に合わせて、都度方針変更が必要で、なかなか予後予測が立てられなかった。

結果的に、最良の成果を得られた要因としては、(1) 患者自身の現状受容力と努力と身体能力の大きさがあったこと、(2) 当人も家族も病院スタッフも「(その都度) 今、出来ること」を真剣に考え議論し、回復に努力を傾注する事が患者に勇気を与えたこと、(3) 患者自身のリハビリに取り組む様子が他患に良い影響を与え、それが翻って当人に励みを齎したこと等が、本症例の「立ち直り」を大きく支えた事が指摘される。患者さん当人の語りとして「(リハビリ療法士の) 先生方が、(自分の為に) 頑張ってくれているのに、自分がさぼってしちゃ、申し訳ないですよ」との言葉が何回も聞かれた。

Ⅲ. 考察

「治る」と言う言葉は健康が話題とされる日常会話で自然に頻繁に使用される。しかしながら医療の現場では、医師の用法としての「治る」と患者さんの受け入れる「治る」とに齟齬を来している状況がしばしば見られている。

医師の用法は殆どの場合には「症状固定」として使用されている。即ち積極的な医学的介入が出来ない、若しくは不要である、若しくは予後に大きな影響を与える更なる介入が想定されない等々の状況が発生したときに「治る」と表現されているのが大部分であり、決して医師は「病気（症状）が消えて無くなる」と言う意味合いでは、此の言葉を使用していない。

一方では患者さんの方は、かなり曖昧に此の表現を使っており、深刻に考えていない時には「完全に病前の健康状態に復帰する」と言う意味合いで使われる事もある。しかし、病気について十分な情報が与えられれば、大多数の患者は其れが幻想であると言う事は基本的な理解を得ることができる。それでも屢々聞かれる表現法として「元通りにならない事は解りますよ。でも（私の病気は）治るんですよ？」と言う質問が患者さんから医師に投げかけられる実態がある。

悪性腫瘍の治療の場合には、比較的誤解が少なく、患者さんも医師も「診断確定時の腫瘍が全摘出されており、その後の一定の期間（通常は5年）は再発が認められない状態」をもってして「治る」と表現している。しかしリハビリテーション診療は医師にとっても患者サイドにとっても「治る」の見分けが曖昧になる事が避けがたい臨床状況がある。巷間に流布する「リハビリは裏切らない」や「リハビリは、やればやるほど良くなる」「リハの成果はやってみなくては判らない」などの言説は、此の事情を反映している。

従って、リハビリテーションは時折、患者さんにとっては永遠に終わらない診療過程と受け止められる事が、時に自己目的化してしまう事が発生して「リハビリ人生」と言う表現が批判的に使われる事もある。

患者さんが「（自分で）治す」ではなく「治る」

と語る時に「（誰かに）良くして貰う」か「（自然に）問題解決する」と言う connotation が感じ取られることが気になる。病棟では熱心にリハビリテーションに取り組んでいるとは言い難い患者さん達が「自分は、いつになったら、治るんでしょうかねえ」と医師に問いかける状況が散見される。

更に異なる視点から「治る」概念を見直すことが出来るのは、生得的に障害を有する人たちの健康観にある。生まれつき、もしくは幼少時に重度の障害を得て成人した人たちは少なからず居るが、多くの人は其の障害を「治る」対象とは捉えていない。重複障害で多分最も有名なヘレンケラーは「障害は不便だが不幸ではない」と言っただけで、「治る」事について語ってはいない。先天性四肢切断の Kyle Maynard 氏は運命を呪うことはあったが「治る」事を妄想したりはしなかった事が著書から読み取れ、障害に挑戦して高校生のアマチュア・レスリングでジョージア州チャンピオンになりキリマンジャロ登頂に成功している。即ち「持たない物は失いようが無い」と言う真理を示しているのである。

これらの疑問点が、今回もう一度「治る」と言う概念・用法を見直してみようと思案した契機である。提示した3事例を見ると、何れも何らかの形で其れまでの自分の人生において大きな蹉跌に直面し、「治る」事をそれぞれが各自の思いの中に想定していて、その中に「自ら立ち直る」と呼ぶべき対応が見られた。

事例1の場合には、病状として生死の境を彷徨うような段階があり、自宅は大地震で壊滅状態となり、放射能の影響が予測出来ないと言う、余りにも「想定外」の要素が重畳して、患者さんに取って「（対麻痺が）治る」事は単独の問題として剔出しにくい（回復イメージが具体化されにくい）状況が現出していた。先ずは大震災や原子力発電所被災は、「自分一人の問題ではない」と受け止められている。患者にとって実存的な苦しみは対麻痺が治らないことである筈だが、妻の献身的な支援と、チャブレンによる専門性のあるカウンセリングが相俟って、初期の強い落胆や鬱的な反応が克服されたと思われる。

事例2は、当科外来初診時には、約20年前の交通外傷の後遺症についての相談であり、その意味で

は「治る」概念は直接的には問題とされていない。しかし、患者にとっては、高次脳機能障害と正確に評価診断されるまでは、「終わらない苦しみ」が継続していたとも考えられる。一見して目に立つ後遺症はなく、職場や地域社会内での違和感を抱えながら、自分にも理解できず他人にも説明できない「普通ではない人」の扱いに無力に曝されて居たのであった。この場合は母親がテレビで得た知識を契機として、改めて病院を受診して精査を受けた事により、障害が「治る」事は無いにも拘わらず、患者は「地域で暮らす障害者」として、また同じ障害を有する仲間達との連帯を新たに獲得して「自ら立ち直る」ことの端緒についた劇的な事例であった。

事例3では、家庭内にも息子との軋轢を持ち、経済的にも裕福ではなく、地域社会内でのインフォーマルな支援も期待しがたい元漁師が、致命的な大病から生命の危機を克服して、しかし両手両脚の切断という、非常に重篤な後遺症に直面した時に、どのようにして自らの「治る」状態を想像し受け入れたか、如何にして「立ち直る」ことが出来たかを省察する事が出来る。現実的に、医療サイドでも当初は最終的な回復イメージを確定的に構築することは難しかった症例である。しかし、患者当人は、寧ろ「その時点で直接問題となったことを、その都度対応してゆく」態度で対応した。即ち、当初は両手の義手の装着と使用法の習熟に全力を注いでリハビリを行ったが、退院時にどのような生活になるかは全く想像していなかった。自宅に帰れるか否かも判然としていなかった。やがて義足も作成して、その装着と歩行練習が進められると、謂わば無心に歩行練習に取り組む姿が見られ、退院後の生活に強い不安を抱いているようには見えなかった。

治療の最後期に漸く具体的な退院のイメージが獲得され、「義足が出来たら家に帰れるのか？ 昼間は俺1人だし…大丈夫か？」とか、「(リハビリの)先生が一生懸命だから、(サボったら)悪いと思って頑張る。他の人も誉めてくれる」と語り、最終的に退院後の生活イメージとして「歩いて(自分の職場の)海を見に行きたい」と言う境地に至ったのである。患者を支えたものは自分に熱心に関わってくれる「療法士の為に」、自分がリハビリを頑張ると

言う表現に表れるような心のドラマであった。このように人は「自分の為に頑張る」事が困難でも、「他人のために頑張る」事が出来るという側面を示している。

これらの事例からは「治る」が自己目的化してしまいがちなリハビリテーション診療の場において、いくつもの「立ち直り」体験の重なるの果てに「治る」が遠くても確固たる目標として捉えられている成功モデルが認められるのである。

IV. 結語

自験例を通して「治る」と「立ち直る」の概念の相互作用を考察した。

「治る」の使用例を見ると、医師サイドと患者サイドに大きく懸隔があったりすれ違いがある事が指摘される。医師は「治る」を症状固定と概ね同義に使っているが、患者はより曖昧に「元通りになる」や「病気のことを心配しなくて良くなる」と言う connotation で使用している。また大きな問題として患者は「治る」を最終的な目的地点としての「静的な」「固定的な」「完成品」としての含意で使っているが、実は「治る」とは病から健康に向かう運動体としての「ベクトル」を示している事も多いのではないだろうか。

臨床現場で散見するのは「誰かに直して貰う」意識や態度がしばしば見られる事実がある。また、発症の初期の段階では現状に対する否認的な態度も大きく関与する。即ち、当初は「自分は一人きりではない」と言う感覚は非常に重要であり、患者さんはしばしば療法士の為に練習したりする事が見られる。「みずから」立ち直る為には、それが「他者にとり有意義である」という発見と喜びがエンパワーメントの源泉となると思われる。そして、其の先に「自ら立ち直る」段階があると考えられる。

「治る」を固定的な「終点」と捉えるべきではなく、「運動」と捉えるべきである。

まずは「蹉跌」を、それ自体として認める事から始めて「立ち直る」意識付けを持つ事が重要であるが、その最初期の段階に専門家が介入する意義がある。患者の持つ問題を個別具体的に、詳細に、実務的に評価把握して、実践的な方法論を患者に提示す

ること、そして期間を限定してどの程度の「治る」事が予測されるかを患者に伝えて、多職種協働で其の実現を支援するのがリハビリテーション医療である。「立ち直る」のは一回的な営為ではない。次々に現れる蹉跎に何回でも「立ち直る」事を通して「治るベクトル」を獲得するのを支援するのである。

では、それを「支援する」とは何か？患者との間に相互信頼的な人間関係を築いて、「この人のために頑張ってみよう」と思わせるような医療者として介入する事が、「自ら立ち直る」ことを支援することに当たると考えている。