

リハビリテーションにおける患者支援メソッド

頸椎損傷不全麻痺者・車いす散歩の会 代表 山添 清

1：はじめに

長らく提唱されてきた「患者が主体的で医療者は支援者」という概念が、臨床の場で定着するようになってきたが、その支援メソッドに苦慮する療法士は少なくない。特に臨床経験の少ない若い療法士にこの傾向がみられる。

そもそも患者の後遺障害に対するリハビリテーションに期待する目標には、療法士と患者のあいだに大きな意識の違いがある。患者は障害が残った初期の段階から、発症前の状態に戻ることを切実に願望し期待している。ところが、療法士はカルテや指示書による障害の評価から回復の程度や限界は最初からある程度予知できている。そういった二者の意識の格差をどのように埋め、リハビリテーションの方向性を一致させてゆくかがリハビリテーションを遂行する上で最も重要なことであろう。

2：患者の後遺障害の理解と意識転換の啓蒙

先に述べたように、患者は発症前の状態に戻ることを念頭にリハビリに臨む。したがって、たとえ療法士の立場からは的確な見立てであっても、患者の意識の方向に反するリハビリテーションプログラムや施術には患者は疑念を持ったり反発したりする。

近年、ヨーロッパを中心に重視されている理念に「Patient Health Engagement (PHE)」がある。「患者が自らの健康に主体的に関わる」という意味だ。患者が自分の病気を理解し、前向きに立ち向かうことが、病気の改善や治療成績の向上につながるという考え方である。これまで、患者の病気や障害に対する「受容」がリハビリテーションの前提であり出発点であったが、まずは患者が自分の病気や後遺障害に関する理解度を深めることから始めなければならない。つまり、患者の教育を先行させ理解してもらったうえで、残像機能でいかに生活を充実させていくか、そのためのリハビリテーションをどういうプログラムで遂行していくかを、患者とともに計画し(方向性の一致)、共通理解とすることが重要であろう。

3：患者の心理事例 1：脳出血による左片麻痺患者の場合

救急車で脳外科(急性期病院)へ運ばれ、血腫除去手術で頭の中の霧が晴れたが、片麻痺の現実に直面した。この急性期病院では1日40分のPT(理学療法)のみのリハビリだったが、入院1ヶ月半ほどで、PT、OT(作業療法)、ST(言語聴覚療法)が揃い、十分なリハビリが受けられる専門病院へ転院した。

ところが、急性期病院では手動型車いすでトイレに行くのも自立出来ていたのに、いきなり「車いす移乗から見守り」に扱いが変更された。これは、「評価が確定するまでの一時的な安全上の配慮」(病院の説明)であるとはいえ、「自由を奪われた」という印象だった。この時から「リハビリで機能回復する」「自立度を上げること」は、自分の中では「自由への闘争」という感じになった。また、担当 OT から退院後の移動手段として電動車いす

を勧められた。その後の経過を考えると「的確な見立て」だったのだが、退院時には杖で歩行できるようになると思っていた当時は、「この人は何を言っているのだろう？」とショックだった。

たとえ、適切なアドバイスであっても患者との信頼関係の構築と「患者自身の考え」が不明なうちは慎重にした方がいいのではと思った。

患者の心理事例 2：交通事故による頸椎損傷の不全麻痺者

救急搬送された大学病院で身動き一つできず半年間を過ごしたが、そんな状況でも半年後には元の状態に戻らるだろうと楽観的であった。半年後リハビリテーション病院に転院し、本格的なリハビリを開始した。その際、担当する理学療法士(当時山梨県の理学療法士会の会長)は、残存機能を5段階評価し、1と2は捨て、3を4に、4を5にすべく機能訓練に集中するとの方針が示された。この評価と方針は、私の障害の程度を知るきっかけになったし、限られた期間にある程度の成果を出すにはそうせざるを得ないことも素人ながら理解できたので、その方針に同意しハードなリハビリに耐えた。その結果、10か月後にはロフトランドクラッチと補助で3メートルほど歩けるようになったことで、更に楽観的になり、障害者として生きていくという現実的意識はまったくなかった。

ところが、現実を突きつけられたのは1年半の入院生活を終えて自宅に帰ってからのことだった。自宅での日常生活にまったく対応できず、仕事もできない状態に、それまで築いてきた人生がカラガラと音を立てて崩れていった。健常時の価値観からすれば「みじめ」な状態で、自分を受け入れられない思いと、どのように生きていけばいいのか分からなかったことが「死にたい」という気持ちにつながり、5年ほど絶望の淵をさまよった。

4：患者の回復目標は発症前復帰

この2つの事例のように、発症の原因はどうあれ患者は発症前の状態に戻ることを切望し、リハビリテーションにもそうなることを期待している。これは、患者自身が後遺障害そのものの知識不足により理解ができないことに加え、それまで築いてきた自身の社会的、経済的、家庭的実績を喪失したくないといった心理によるものと考えられる。しかも、自分の症状に無知なので、リハビリを受ければ回復できると、リハビリを療法士に丸投げする。そこに患者と療法士との間に大きな意識のギャップが生ずる。

特に経験の浅い療法士は、患者の「障害受容」をリハビリテーションの前提条件と考えがちだが、「障害受容」とは「障害が存在するという事実を受け容れる」ことだけではなく、「障害に対する価値観の転換」を行い、「積極的な生活態度・生き方に転ずる」ことで「自己再生」を果たすことである。しかし、「障害が存在するという事実を受け容れる」前段階においても事例のような療法士の想像を超えた苦悩と葛藤の長い期間が存在する。

したがって、リハビリテーションの初期段階(急性期・回復期)で「障害受容」していることはあり得ない。患者が後遺症の程度や回復限度など知らず、原状復帰への強い期待と執着心でリハビリに臨んでいる状態で、療法士側の概念で患者を型にはめようとするれば、それは単なる押し付けで、双方のリハビリテーションに対する意識や取り組みは乖離してしまう。患者のありのままを受け止め、現状に対する主体的回復意欲を育み、寄り添いながら、

自分たちがどのようなかたちで支援できるのかを熟考する姿勢が重要だろう。患者の疾病を基準に対応するのではなく、患者の個性と障害の理解度及び回復意欲に対応するリハビリテーションが必要だ。単なる医療的処方だけでは患者は救えない。だから、患者が自身の病気の理解や障害の回復程度が見通せない内は、現状の状態やリハビリのプロセスと方向性及び目標を丁寧に説明し、各リハビリの経過段階において、目標に向かって「今できることをする」という姿勢と意識を共有したリハビリテーションを行うことが重要であろう。患者と療法士が一体となって定めた目標に向かって、一步一步前進する訓練の積み重ねの中で、患者は次第に障害受容し、障害者として生きていくための自分なりの模索をするようになる。

5：その人らしい「生きる」を支援する

健常時の第1トラック(走路)から、人生の途中で障害者となった第2トラックでは、自分で役割を考え、自分らしい生き方を決めないと、社会に居場所はなく、満足のいく人生は送りにくい。第1トラックでは、社会(会社や地域)が役割を与えてくれたが、この第2トラックでは、自分の行動を自分の立てた規律に従う「自律」が求められる。そのために心掛けるべきことは「自分らしさ」と「生きがい」だ。そして、自分で自分の身体を感じ、知り、保つ必要がある。そういった意欲と主体性が生きる力を生み、身体の意識を高めて障害者としての人生に立ち向かっていける。そのために療法士に求められるのは、単に「現在の生きる」を支援するだけではなく、その先の「将来」を予想した訓練や作業による支援だろう。

では、その「生きる」を支援するためには何が必要だろうか。そのためにはまず、患者が過ごした社会的時代背景と社会的経歴を知り、それによって形成された個性や生活様態、衣食住を始めとする暮らし、それと興味や関心事を知ることだ。その中から患者の「人間」と「人生」を学び取り、リハビリテーションのプログラムと方向性を見極める。ただし、こういった事項は個人情報に関することなので、豊かなコミュニケーション能力が欠かせない。

こういった療法士のサポートがあれば、患者は自分の障害と向き合い、新たな人生を再構築するヒントや努力目標を設定できるようになる。リハビリテーションには、こういったサポートをする環境づくりやシステムも求められる。リハビリテーションの基本は、障害があっても患者の「本人目線」に寄り添い、その生活の質(QOL)をいかに高めるかにあるからだ。

6：生きていくための支援

とはいえ、このようにリハビリテーションにより障害を受容し障害者として生きる主体性を確保したとしても、生活期においては地域社会との関わりの中で生きていくことになる。「すべての人が共に暮らせる差別のない社会」が叫ばれて久しいが、支援が必要な人は社会にとって「負担」で、負担を軽くしないと社会資源が持たない、そういう風潮が今なおあって、地域社会に出ていことが迷惑という考えに転んでしまう患者も少なくない。こういった要因には、▽共生社会を啓蒙する公共的情報不足　▽社会的インフラのバリアフ

リー情報不足 ▽患者の生活の工夫や生き方に関する情報不足 ▽患者が楽しみを共有する場や機会の提供情報の不足等があげられる。

これらによって、外に出ることを躊躇したり不安な状況にある患者も多くいるということで、大切なのはこれらの人をどう支えるかだ。

私自身、どのように生きていいか分からなかったことが「死にたい」という気持ちになった。しかし、障害とともに生きる生活を知っていればそうならなかった。私が生きようとするようになったのは、同じ障害を持つ人たちとの交流と担当してくれた作業療法士たちの支援がきっかけだった。私と同じ障害の人たちの生活や生き様を知ることによって障害に対する負の意識の転換と主体性が獲得できたし、そういった生活や体験をフォーラム等で語る機会を作ってくれた作業療法士のお陰で、「僕にもやれることがある」と思えるようになったからだ。

こうした患者個々の性格や生活スタイルに応じた支援が受けられれば、自分らしく生活し、社会的な活動や仕事もできるようになる。人は誰しも生きていくには何かの支えを必要としている。生きる支えを増やしていくことが、患者の生活の質(QOL)の向上に欠かせない。

7：終わりに

私は、こういう経緯を経て「車いす散歩の会」という主に車いす使用者の自主グループを立ち上げ、定期的な交流会やイベントを通して当事者の主体性や生活の質の向上を目指している。特に会主催のイベント(花見や BBQ 会)には、療法士にも協力や支援をいただき、共に楽しい時間を共有しつつ、臨床では見られない患者の日常の動作・行動を垣間見ることができる。

このように、療法士が支援者として臨床の場だけではなく、生活者としての患者と関りを持てるようになると、療法士にとっても生活に対応したりハビリテーションの構築にフィードバックできるようになるのではないだろうか。こうした療法士に限らず医療者と患者の協働は今後ますます重要になると思われる。

以上