

基 調 講 演

「高齢者も障害のある人も“支援と環境”で変わる!!」



三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック 長谷川 幹
せたがや福社区民学会会長

「高齢者も障害のある人も“支援と環境”で変わる!!」の講演を行います。

本日のお話しは、以下のとおりです。

1. 40年間の世田谷での地域活動

40年間の世田谷での地域活動を述べたいと思います。1982年から40年、世田谷にいます。なんでこんなに長く世田谷にいたかといいますが、「脳損傷などの人が年単位でどのように変化をするかを学ぶため」とか、「地域の人たちと長い間、交流していくとどういふうなことが生まれていくか」とか、いろいろありました。

1980年代は勉強会、1990年代は実践的な活動、2000年代は自主グループ活動とか、区への政策提言を行いました。2010年代は日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会とか、世田谷区では「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の策定委員にも参加しています。

具体的には、1982年医療・保健・福祉関係者の勉強会、1984年にはあとで述べますが、自主グループの結成の応援、1990年には駅とか、銭湯などのバリアフリー度を調査しています。これは勉強会の延長です。1991年は「障害者とともに街へ出よう」と実践活動を始めています。1992年は山形・高島町との交流、1994年は玉川町会との交流をして「障害の模擬体験」を行ないました。1997年には玉川町会会長を団長として、フィジー旅行に行きました。1998年は「高次脳機能障害者と家族の会」「多摩川癒しの会」などの活動を行っています。2000年に入って「歌舞伎クラブ」とか「ゴルフクラブ」を応援し、「せたがやリハネット」は、福祉とか医療のいろいろな人たちのネットワークづくりをしています。2004年の「世田谷政策提言の会」に実は繋がっているわけです。その翌年に、その会から生まれた「世田谷高次脳機能障害連絡協議会」を立ち上げました。その延長に、2008年に障害のある人に舞台に立つていただく、「春の音コンサート」を行い、2010年代は「地域包括ケアステーション」の試みとか「地域まるごとケア」とか「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」策定などに関わっています。

私の疑問は「障害のない人」は支援の「支え手」、「障害のある人」は支援の「受け手」に固定されているのが問題ではないかと思っています。

もう1つは、行政とか我々の中にもあるんですが、「維持・向上」という言葉がよく出てきます。でも、「これは向上を考えているのか」というふうに思っています。向上を考えているならば、「向上・維持」ではないかと思います。それから連携が長く求められているのはなぜか。逆にいうと、「連携がいかに難しいか」ということが言われているのではないかと思います。

これは「地域における医療・保健・福祉をともに考える会」の報告集で、毎年出しています。地域で活動する場合は、活字化が非常に重要と思っています。

これは1984年、自主グループの発会式に呼ばれたときです。保健師さんたちが地域に退院された人を中心に組織化されて、私はそこに招かれたという形です。この立っている障害の人は、左片麻痺、左半側空間無視が非常に重かったのですが、この会の会長になっていわゆる「支え手」と「受け手」をされている状況です。入院中を考えれば非常に能力は改善しました。4年ぐらい経っていると思いますが、立つ姿勢もこのぐらい良くなっていますが、入院中は難しかったということです。退院して、こういう役割を持つことによって、歩行能力とかが向上したということです。



右はその2年後に、みなさんで伊豆旅行に行かれた写真です。介護保険の前というのは、こういう組織的な動きができたということが改めて感じられます。



これは玉川町会との交流で、上が障害のある人と子どもたちとの交流で、左下は障害のある人を含めてですけど、模擬体験を障害の人の講義を受けながらやっている場面でございます。

事例をお話します。脳梗塞、失語症、右片麻痺の方で、45歳で発症されています。これは、最後に載ります本のなかにも登場されている方です。6年後に、玉川町会長を団

長に、フィジー旅行に行って、そのあと自信がついて一人で外出ができるようになりました。

それから、「全国地域リハビリテーション研究会」、これは私たちが全国的に1,000名以上集まる大会ですが、そこで発表されました。そのあと、一生懸命に歩行練習をして、腰とか膝が痛くなったことがありますけど、2003年、約12年後に、電車やバスで二子玉川付近までは一人で外出が可能となりました。10年以上かかったという経過があります。

これが実際の場面です。上が成田空港です。右下が、フィジーのトタン屋根ですけど、現地の障害者センターです。失語症がありますが、ずっと現地の人に手を差し伸べられて、外



国に行っても日本にいても、失語症があるというのは大きな変わりはありません。実は私はこの後方において「なんと言おうか」と悩んでいたときに、彼はすっと手を出したという光景です。この上は歓迎の儀式カバで右下の中で歓迎の儀式カバを行なっています。今、盃を受けようとしているのが、玉川町会長です。右下は記念撮影です。

これは、あちらの厚生大臣と障害者の代表に車椅子の贈呈式を行うために伺った写

真です。こういうことができた時代でした。

これは左が観光省事務次官への表敬訪問した時のものです。下は障害者の国際シンポジウムです。向こうの方は、非常に糖尿病の人が多く、足を切断した人とかいらっしやいました。この時に、一緒に行った人の中に軽い失語症があった方ですが、英語が堪能な方でその人に通訳をしていただきました。私にやや皮肉っぽく、「あなたは外国に行くと失語症ですね」と言われたのを記憶しています。

これはその一連のいろいろな経過の中で、失語症の評価が黒い太字の実線が 1996 年で、赤が 2008 年の 12 年後ですけど、言語聴覚療法の訓練が日々なくても現実生活の中で改善したということを示しています。

このように重度の脳梗塞の人でも、あきらめないで年月をかけて旅行をきっかけに外出歩行ができるとか、失語症が向上するということが分かりました。

これは「多摩川癒しの会」の風景でございます。真ん中でお話しされている方が、野草博士という人で、1 時間も 2 時間も聞いていても飽きないという非常に濃い内容で、市民と、われわれ医療福祉関係者と障害の人が合体して活動している風景です。いろいろな活動の成果として、「世田谷政策提言の会」が 2004 年に発足しました。基本的には誰でも参加できる、区民、事業者、区の三者の協働



というのが、この当時は「新しい協働」という言い方をされていて、その中で、「どこかに頼るとか、批判だけで終わらなくて提言をしよう」ということになりました。障害のある人、市民もそうですけども、双方向の視点で関係を持っていく、これを原則としました。これが、2007 年発足の「せたがや福祉 100 人委員会」につながっていきます。

これは、高次脳機能障害のグループが政策提言を行った資料です。当事者・家族の声を 67 名聞いて、「制度の不備」、「リハビリをする場や社会資源が少ない」、「当事者・家族の心のケアがない」、「介護者なき後の受け皿の不安」で、家族の負担が大となることから、大提言

が「せたがやノーマライゼーションプラン」の中に「高次脳機能障害者の施策の充実」を盛り込もうと実現しました。3 障害だけでなく、高次脳機能障害の施策を謳うことを考えたということです。具体的な相談コーナーの設置ということで、東京都も含めて少しずつ相談コーナーができましたが、まだまだ不十分で、今、相談コーナーを含めた検討を区でもされています。あと高次脳機能障害ヘルパーの創設です。当時、「記憶障害活動プランナー」、「半側無視ガイドヘルパー」、「失語症会話パートナー」の提案もあり、失語症会話パートナーは皆さんご存知とは思いますが、高次脳機能障害のヘルパーの創設もできています。



その延長として、「世田谷高次脳機能障害連絡協議会」が2005年の5月に発足しました。高次脳機能障害連絡協議会では、左上の「春の音コンサート」、年1回2月ぐらいに開催し、障害の人に舞台に立ってもらっています。右は「輝水会」と「リハ・スポーツ」をここ数年やっています。下は「車椅子ダンス」で、これは成城の舞台での写真です。失語症で右片麻痺の方が、左手1本でクルッと回ったり、アス

リートのような胸です。写真は、了解をとっています。

2. 高齢者の特徴

次に高齢者の特徴を述べたいと思います。高齢者は年齢とともに垂直飛びとか、背筋力とか、握力とか落ちますが、筋力低下は背筋の方、背中側です。前側の筋力は低下しているとはいえある程度残っています。それ以上に、不活動への視点が重要です。すなわち、「高齢＋不活動」が、筋力低下とか体力低下につながっていきますので、年齢もある程度ありますが不活動の要素に視点を定めることが重要です。

例えば、大腿骨頸部骨折ですが、股関節の内側の骨折では人工骨頭手術を行います。関節の外側の骨折では丫ネイル型の髓内釘手術をします。手術後、翌日ないし数日以内には歩行練習が始まります。

具体的な例を示します。80歳代男性で、左大腿骨頸部骨折。1998年のときですからまだ十分には対応していない時期だったと思います。2年後に私たちが訪問することになり、室内はやっと伝い歩きで、外出は車椅子でした。この人は自主トレが熱心な方で3か月後に車椅子、電車で新宿に外出しました。その後、伊豆の旅行に行き、飛行機で長崎まで行けるようになり、活動範囲が広がりました。

8年後に前屈みになったときに背中が痛くなり、「圧迫骨折だろう」という疑いがありましたが、「入院したくない」と家にいっしょだったんです。当面、安静として痛みが軽くなって、簡易コルセットでトイレへ行けるようになったんです。3週間経つと、無理のない範囲で行動ができるようになりました。2か月後にレントゲンで圧迫骨折を確認し、「やっぱ

りそうでしたね」ということでしたが、3か月後には新宿に行くことができました。骨折でも寝たきりは防止できるという時代に入ってきています。

筋力を維持するには、一般的には最大筋力 20～30 パーセント、目途としては外出しているかどうかです。すなわち、外出しているときは維持ができていているということです。逆に外出しなくなると、ゆっくり低下していくということです。さらに、1週間臥床すると、約 10 パーセント、一気に落ちるんです。ですから 1つの目安は「外出できるかどうか」、あとは「寝込まないかどうか」です。2つのポイントを頭に入れながら、「3日寝込んだら要注意」と私は思っています。それからさっきも言いましたように、手術後も早く歩行訓練は始まりますので、だいたい 3、4週間後に退院です。高齢であっても自主トレができれば筋力は向上します。「ただし」がつくんです。自主トレが継続できるかどうかは、意外と難しいです。認知症で不応を起す場合があります、歩く練習もできないことがあります。そこは早期退院をお勧めします。「ただし」がつくんですが、整形外科医とか理学療法士の自宅の訪問をうまく準備する必要があります。

これは違う視点です。筋力が落ちると、「歩けばいい」という思いが強いかと思いますが、通常歩行では筋力をつかないということです。通常歩行では体力の維持にはなりません。体力は重要なので、歩行を全部否定するわけではないので誤解のないようにしてください。筋力をつけるためには、筋力トレーニングや階段昇降などが重要だということです。

また、80歳代女性のパーキンソン病の人の経過をお話しします。1989年に発症してから10年近くたって、入院をきっかけに立位不能、歩行不能となられた人です。訪問看護とかデイサービスが入ってますけども、その翌年、1990年、退院して10か月後、私たちが訪問しました。抗パーキンソン薬の服用、食事はほぼ全介助。80歳代で私たちが訪問した時は、いろいろな運動とか立つ練習をしますが、なかなか思うように改善しません。

デイサービスに行っても、休みながらという状況です。これは「多摩川癒しの会」にお誘いした時の写真です。左上が春の場面で右下が夏の場面ですが、約3時間座っている姿勢です。家に私たちが訪問したときは、15分～20分くらいするとお尻がズルッとずれるような感じで安定しませんが、「3時間座れる」ということがわかりました。興味があればという前提です。家族も「じゃあ半日くらいなら出かけられる」ということで、絵が好きだったので美術館巡りを始められました。

そうやって少し体力がついてきたので、82歳の時に山形旅行に誘ったのです。この左上が駅に到着したシーン、向こうの現地の人々の歓迎です。私たちが当然感動しますから障害がある人にとっても、何倍も感動があったのではないかと思います。この人は当時、体力はまだ半日ぐらいがやっとでしたので、お昼ご飯を食べたらホテルで休まれました。夜の宴会の場面です。満面の



笑みなんです。普段、私たちが行っているときはこういう豊かな表情はないです。この後、帰ってから、親戚に電話をかけたということです。普段、話すときは、「あ～あ～」このくらいの聞き取りにくい声で、耳元で聞いて、やっと半分くらい分かるくらいの発声の大きさだったんです。電話をかけたというのですが、「本当ですか～」と半信半疑でした。その年の冬の忘年会に来てもらったんです。この時、カラオケを私くらいの声で1曲歌われた。「こういうときは声が出るんだ」ということを認識しました。その1年後、今度は山形の方が東京へいらっしゃるということで、歓迎の言葉を述べてもらいました。普段はトイレとか食事の介助が親子関係の基本です。介助する介助される関係から、どういう話をしようかと親子の会話です。役割をもつということによって親子の関係性が変わっていくということが分かりました。

その翌年、最初の旅行から2年後です。真っ白は霧のお釜なんですね。非常にいい表情をされています。旅行から帰ってからは食事が自分で摂れるようになり、化粧もある程度できるようになったのです。



この左側が、7年ぶりの年賀状で、右が83歳でボートに乗っている「多摩川癒しの会 ポート乗り」という場面でございます。

一般的に、パーキンソン病というと、能力低下をする、進行性と教科書には書いてありますが、その進行性、高齢以外に不活動の要素が混在していると考えないと、こういうふうにも能力も向上したことが理解しにくいと思います。不活動がポイントです。あとは、「仮面様顔貌だと喜怒哀楽がないんじゃないか」

とか、動作が緩慢ですと意欲がないように見えますがこれは誤解です。頭の中では、いろいろと考えているわけです。大いなる興味ある活動で改善したことを私たちが分かって、そこを応援したという経過です。

3. 脳の可塑性と自己決定

次に脳の可塑性です。脳が損傷を受けると、初期は病巣およびその周囲が、年単位で反対側半球などが代償して、改善すると言われていました。「ただし」がつくんです。自分の能力の少し上のレベルに向けて努力をしないと、脳血流が増えたり、「新たな神経回路が形成できない」と言われています。これは障害の人というよりは人間の脳はこういうふうにかけているということです。ですから、私たちも自分の持っている能力のちょっと上の努力を続けていかないと、脳の活動性は上がらないということが言えます。ただ努力するとなると、なんとなくやらされているだけでは、努力しても小さいと思いますので意欲が必要です。そういう意味では私的には、「主体性」という言葉が重要になってきます。

もう1つ大事なのが自己決定です。自己決定には「内発的動機づけ」と「外発的動機づけ」があると聞いていると思いますけども、「内発的動機づけによる行動」は、自己決定感があ

ります。ですから、失敗を前向きに捉えるということが言われています。そうではなくて、人からやらざるを得ない状況に追い込まれて失敗すると、人のせいにするということが私だけではないのではないかと思います。

もう1つ報酬を得るための「外発的動機づけ」というのが、何度も何度も繰り返していくと自己決定の能力が低下すると言われてしています。ですから、障害のある人がうつ状態のようなときに、私たちがある程度、「外発的動機づけ」というか周りから動機づけを探していきますが、徐々に間をおいてご本人の「内発的動機づけ」のチャンスを、いかにそういう場面を私たちが設定していくのが重要になってきます。

もう1つ自己決定する条件ということで、脳性麻痺の熊谷さんがおっしゃっていますが、「体がこういうものである」というのは自分の状態がこうであるということの理解、信頼ということと、もう1つは、「この状態が今後どのように変わっていくのか」そういうことを理解していないと意思決定がなかなかできない、と言われてしています。ということは医療・福祉の人というのは、本人の今の状態とか、今後どのように変わっていくかということの説明し、理解してもらうことが非常に重要です。

4. 地域活動のキーワード

続いて地域活動のキーワードについてお話しします。先ほど来述べていますが、主体性が重要ということと、もう1つ、あるきっかけで変化するということです。一般的に「障害があるからできない」と思っている人が、圧倒的に多いと思います。ですから、障害が元通りになるというのは難しいので、「障害があってもできる体験」、これが重要で、このことによって変化していきます。医療・保健・福祉の人達は、「あせらず、あきらめず、実践から学ぶ」姿勢が重要だと思います。

事例として、50歳代の女性、圧迫骨折、関節リウマチでプレドニン服用。2001年に両下肢麻痺で入院されて、足がわずかに動くのに2か月かかりました。10か月入院後、退院して私たちが訪問しました。その当時、車椅子座位が30分できて、起き上がりとか、排泄の尿器介助が必要という状態でした。私たちが「そのうち外にいきましょう」とかいろいろなこととお話ししても、「絶望していて、人の言うことを聞く気になれなかったですよ。私の気持ちはわからないでしょうね」ということを考えていたと、後日おっしゃっていました。

そういう中で粘り強くやっていくことによって、受傷後1年半で、少し介助歩行ができるようになりました。これが非常に大きな転機となっています。日中はトイレに行くようになり、夜間は自分でおむつ交換をします。その翌年、車椅子で近所に外出しました。ただ車椅子の目線が不便とおっしゃっていました。「立っている目線と座っている目線が違いますから」といながら段ボールいっぱい帽子を見せてくれたことは、「外に行くのは好きでしたよ」ということを暗におっしゃっていたのかなと思います。そういっても、定期的に外出するのに、3年かかったのです。4年半近くたってやっと通所リハに行きました。このとき思ったのは、私たちが通所リハにお誘いしたのですが、私たちは、「通所リハがこういうものだ、こういう人が行っている」というのはわかっているのですが、ご本人にはまったくわ

からないわけですね。「どういう人がいるのか、どういう場所なのか、何をやっているのか」。だから、おそらく時間がかかったのだと思います。

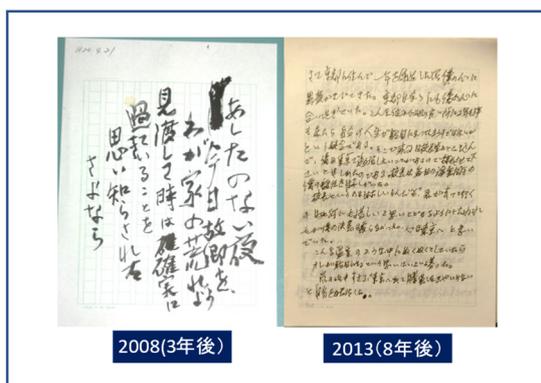
私たちの頭の中と本人の頭の中の違いを考えていく必要があると思っています。通所リハへ出てきて、「やっと世の中に出て行こうという気持ちになった」とおっしゃいました。幸いなことに、リウマチの人がいらっしゃって、「その人といろいろな話しをすることは非常によかった」とおっしゃっていました。5年ぶりにデパートへ行って、この人は元々おしゃれな人だったので、「世の中のおしゃれの変化をみるのが嫌だ」と中々、行くのに時間がかかったとおっしゃっていました。蔵王旅行へ誘ったときには、「素直に生きよう」とお



しゃいました。こういうところで転機が訪れています。その後、通所リハは修了になったのですが、「自分でしっかり自主トレしないと…」と言いながら、数年後には広島まで音楽会に行かれ、その後、長崎にも行かれ、あちこちに行かれたという話を伺っています。

受傷後歩けなく、2 か月間完全麻痺でした。1年半後やっと介助歩行、7年4か月後に一人で歩けるようになりました。実はその年に、「せたがや福祉区民学会」で体験を発表されました。2 か月間は完全麻痺でしたが、転機は「1年半後の介助歩行」、「2年9か月後の車椅子での外出」、「4年5か月後の通所リハ」、あとは「蔵王の旅行」、それから「せたがや福祉区民学会での発表」ということで、全国に旅行ができるまでになったという経過です。

続いての事例です。70歳代、男性、脳梗塞で、注意障害、左半側空間無視が重く、左大腿切断をされた人です。半年入院して退院後は落ち着かなくて、抗精神薬を出したくらいの人です。半年、1年単位で落ち着くのを待つという状況が続いたと思います。奥様が目の前から5分~10分いなくなると呼び出すとかで、買い物に行くのも30分がせいぜいだったと聞いています。



4年後、落ち着いて水墨画とか音楽会とか留守番ができ、論文を書くまでになったという経過です。これは6年後の音楽会、右の片手の演奏です。蔵王旅行に行かれたときの写真です。これが8年半後で左は水墨画です。右は論文を依頼されて、数百枚の下書きをした原稿です。これがその時の字です。左が発病3年後ぐらいの字、右が8年後ぐらいです。

いかに 80 代後半になって変わられたか、向上して良くなったという経過がお分かりいただけたと思います。3、4 年は我慢でしたけど、「高齢者でもしたいことが見つければ能力が発揮できる」ことを教わりました。ただ難しいのは高齢になると「したいことがなかなか見つからない」ということがありますので、簡単ではないですが「何かないかなあ」と日頃、考えていくことが重要です。

次の事例です。男性、60 歳代で小脳出血、そのとき脳挫傷にもなり、気管切開までなった人です。その後、胃瘻となり、5 か月後に気管のカニューレがとれ、6 か月後に経口摂取ができ、7 か月で退院されました。注意障害、記憶障害、運動失調、左不全麻痺などあって、食事はトロミです。トイレの失禁がほぼなかったということは大きかったと思っていますが座位も介助でした。

9 か月後に胃瘻が抜去できて、その 6 か月後、翌年の春に、娘さんが結婚式を挙げるので、そこで本人が「どうしてもバージンロードを歩きたい」という目標を設定しました。退院したときに座ることが介助で、「これは相当、時間がないな」と私は思いました。でもトイレの失禁はほぼなく、自分でできる力があるから、自分ですることを考えるように強く提案しました。私は普通強く提案することはないですが、この場面、私もまだ覚えてますが、本当に強く提案しました。そうしたら、家族の話によると数時間夜まで考えて、「夜の尿器操作をする」と宣言したというのです。

奥さんは、「夜中、数回は起きていて、もうふらふらだったので助かった」とおっしゃいました。一つの突破口が開けたことによってベッドから車椅子へ一人で移動できるようになって、発症 1 年 4 か月後に結婚式に出られて、バージンロードを歩かれた。それまでは食事のとき、しょっちゅうむせていて、「水分をどうしようか」、「トロミを入れるか」という状態だったのですが、結婚式では、そういうわけにはいきません。シャンパンもワインも、むせないで完食だったらしいです。「ただし」がつくんですが、「怖かった、周囲が見えていなかった」と。食事とかワインに集中したわけです。だから周りはずんぜん見えていなかったということをおっしゃっていました。写真は本人たちの了解を得ていますが、バージンロードは最初、車椅子で行って、最後の数歩、歩行器で歩かれたのです。奥様は後ろにいて腰を支えているのですが、非常に感動的な場面です。そのことをクリアすると、一気に自信がついたのか、次は、電動車椅子の練習。写真の下は 3 年 3 か月後で、「春の音コンサート」の司会をしていただき、電動車椅子で登場されました。



バージンロードは大きかったと思います。その後、仕事に向かうことになって、電車、渋谷などで、電動車椅子を練習し、発症 2 年後に復職をして、その 5 か月後に一人で通勤を始めています。さらに体験談も発表されました。前頭葉にダメージがあったため、論理的な会

話はちょっと苦手でしたが、徐々に3年後に良くなっていったという経過があります。このように、重度で気管切開、胃瘻をされた人でも、発症から1年4か月後の娘の結婚式の目標ができたとか、仕事の目標設定ができたことは、本人の「内発的動機づけのモチベーションになった」と思っています。

5. 中途障害者の心理、支援者の基本的視点

いろいろな例をご覧いただきましたが、中途障害者の人たちの心理で難しいのは、病前を基準に考えることです。医療、保健、福祉の人たちは、どちらかといえば、発症が基準です。ですから、「発症から見れば、良くなっている」、「病前からみれば良くなっていない」ということの乖離があるということを認識しておく必要があります。いつまでたっても「良くなってない」と思っていることを認識しながら話しをするかどうかです。ですから私は、「良くなっていますね」と言いにくいのはお分かりいただけると思います。「変化してきていますね」とか、「これから変化していきますよ」と、そういう表現を使っています。

あと「人に迷惑をかけてまで出かけたくない」とよく話されます。このことも事実だと思えますが、「人に見られたくない」という気持ちも裏にある人が少なからずいるように思えます。その結果「閉じこもる」傾向になります。家庭では、家族は「健常者」で自分だけが「障害者」と思い、孤独を味わっていることも頭に入れておく必要があります。いずれにしても「極めて自信がない」という状態です。

そうすると、障害の行動変化をどのように考えるかということです。「障害があるから何もできない」と思い、「いつまでも、よくなっていない」と思っていますから、障害者と医療者が「してもらおう」「してあげる」という一見「安定した」共依存関係に陥ることがあります。ここは注意が必要です。どこかで切り口を変えていく必要があります。一つは、「障害があってもできる体験」これは非常に大きいです。小さいことから大きいことがあり、大きいことには旅行がありますが、小さいことは例えばコンビニに買い物に行けた、郵便局に行けたということでも十分重要的な体験と思えます。

障害者の行動変化

- 障害があるから、何も出来ない
- ↓
- 障害者 - 医療者
「してもらおう」「してあげる」という
「安定した」共依存関係に陥る
- ↓
- 障害があってもできる体験

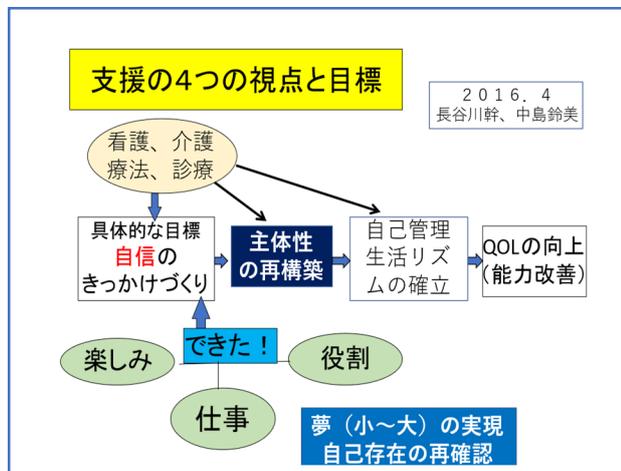
そういう中で私たちが支援者として重要なことは本人、家族は初めての体験ですから症状の理解とか対応には時間がかかります。私たちは長年、勉強していますので、「こうあったらいいな」と考えるんですけど、「時間軸が違います」ということです。

もう1つ重要なのは、価値観も違うわけです。私たちはこれをしていただくといいな、と思ったことを助言するわけです。ただ本人、家族は、いろいろなことをやっていますので、それをするのに何番にするのか2、3番にするのか、7、8番にするのか事情によって違います。ですから、私たちも許容していかなければならないです。そうでないと、「せっかく言ったのにやってくれない」と、心の中に思うのです。皆さんが心の中に思ったことをそのま

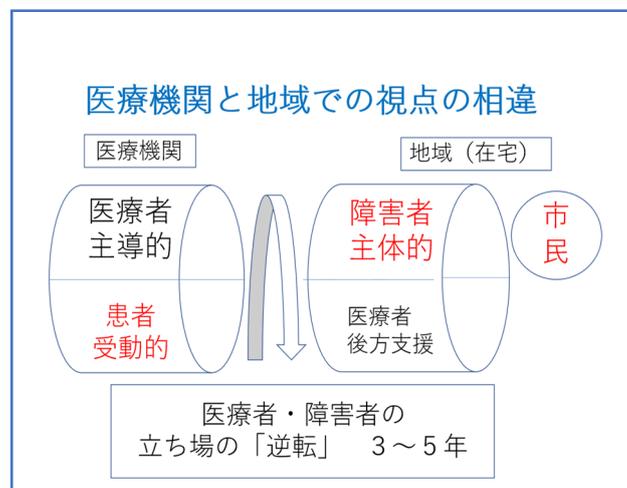
ま言葉に出さないということは私もわかっているのですが、言葉に出さなくても心で思うとつい言葉尻の強さとか態度とかに微妙に出ると思います。重要なのは、どう言うかではなくてどう思うかです。思うといろいろな形で出やすいので、この家族はいろいろなことがあって7、8番だと思えばいいわけです。そういうことが非常に重要と思っています。

あとは「楽しみ」や「役割（責任は伴う）」など、行動を通じて自信がつくと思います。あくまでも提案です。決めるのは本人です。本人に決めてもらう間を置くということが重要です。さらに提案しても「No」と言われるのを受け止めることも重要です。また、「始めの一步」は出にくくて根気がいらいますので、長いお付き合いになることがあります。これまでの経験則ですが、気持ちの整理に3年から5年かかることが多いので、年単位の個人のレベルでとどまらず、チームの支援を考えていく必要があります。

これは支援の4つの視点と目標です。上の看護、介護、療法、診療は、具体的な目標には重要ですが、「自信」のきっかけづくりは、「役割」とか「楽しみ」とか「仕事」の「できた！」を体験することによってでき、それを繰り返すことによって、「主体性が再構築される」と思っています。そうすると自己管理とか生活リズムの確立ができると思います。



別の視点からでは、医療機関ではどうしても、医療者主導で患者が受動的になります。地域ではこれが逆転して障害のある人が主体となって、医療者は、「後方支援に回れるような状況をどう作るか」、そういうことによって、「市民」になっていきます。そして、「主体性が発揮」されると自分の状態がわかり、何をしていけばいいのか、実践することにより時間が経ってから「能力が向上」ということとなります。



6. まとめ

まとめに入ります。高齢者の場合は不活動に注目です。「高齢者、障害のある人」はよく弱者といわれますが、私の中では「弱点がある」、逆にいうと「秘めた力がある」とみています。そのことにより「向上」を考えることになります。また、脳の活動の賦活には軽度では1、2か月くらい、中～重度では半年から数年かかる人がいます。全員ではなく、そういうことも含めて考えていく必要があります。あと本人の役割を提案して本人の自己決定で可能性に挑戦する。気持ちを整理するのに、3年から5年くらいかかります。そういう経過の中で本人の主体性を尊重することによって、私たちはいわゆる「支援者」から「伴歩者」、普通は「伴走者」といいますが、走るのは早すぎるので「伴歩者」という言葉を作ったんですが、そういう意識を持つことが、医療・保健・福祉の人には重要です。本人は自信がついてから主体性が現れ、自らを客観視して能力が向上するというのも考えていく必要があると思います。

また、いろいろと旅行などに行ったことで何が分かったという、「患者」との立場を超えた対話の重要性です。このことは医療機関の中での話や対応では、どうしても日常生活と違うところがあり、緊張関係もありますから中々、話しがしにくいと思います。旅行などに行っているいろいろなことを話しますと本音が出てきます。そういう意味では仕事以外でいろいろなお付き合いすると忙しいと周りに言われていますが、「7、8割は勉強の場」と私は考えています。やっとそこでお互いが双方向の交流ができるという実感があります。ぜひ、仕事の現場以外でお付き合いをするのを、時間の許す限りお勧めしたいと思います。こういう活動をすることにより障害のある人たちが、支援の「受け手」でありながら、「支え手」になります。これが非常に重要な視点だと思います。障害のある人が地域や後輩に発信、および会議等へ参加し意見を述べるとなれば、更に地域は支え手が増えるということです。私たち支援者といわれる人たちは忙しさと大変だと思いますけれども、苦勞する延長には「支え手」が増えるということも考えていく必要があると思います。

どうもご清聴ありがとうございました。ご興味があればこのような本をお読みいただければ、ありがたいです。どうもありがとうございました。



岩波新書「リハビリ
生きる力を引き出す」



日本医事新報社

