OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	失語症者の“声”を聴く : コミュニケーションに障害を持つ患者を支える視角
Author(s)	武田, 保江
Citation	臨床哲学. 1999, 1, p. 68-73
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/5047
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

失語症者の“声”を聴く
コミュニケーションに障害を持つ患者を支える視角

武田保江

過酷な環境、一変する生活

都内を横断するJR中央線から路線を２つ乗り継ぎ、バスで30分、歩くこと20分。大学病院を出てからすでに２時間。ちょっとした買いものができそうな商店や本屋などはみあたらない。人通りもなく、団地が整然と立ち並ぶ静けさだけが印象的な街であった。こんな遠距離を２日とあけず、家族は通っていたのだ、思わずそうつぶやいた。

高血圧性脳内出血による運動性失語症。あいさつはおうむ返し、自分の名前はいえるが家族の名前はいえない。うなずきで意思表示するが、自分の欲求は伝えられない。字は書けない。右腕は廃用上肢、歩行不可。これから訪問する60歳の女性Kさんの、転院時の看護記録である。

全国の言語聴覚障害者数、約160万人。そのうちのどれくらいを占めているか正確な数字はわからないが、脳卒中が多いわが国では、失語症は決してまれなものではない。（発生率は全脳血管障害患者の約３割といわれる）。1997年12月、ようやく治療の専門家である言語聴覚士（ST）が国家資格として認定された。できる限り早期に言語訓練を受けたほうが、言葉の回復ははるかに早い――臨床ではよく知られている法則である。にもかかわらず、患者数に比べると、言語聴覚士の数、訓練施設の数は絶対的に不足している。これまで失語症医療はほとんど手付かずといってもいいくらいの状態であった。

その要因はいくつかある。一つに失語症治療におけるのシステムの問題。失語症をきたす疾患、すなわち脳出血や脳梗塞では治療がまず優先され、可能な限り早い時期が望ましい言語治療はそのあとになる。たしかに急性期は命に直結する問題の解決が先決である。しかも、本格的な言語治療は一定時間座って、注意を集中できる状態でなければ難しいともいわれている。最近まで、大学病院ですら言語療法室をもっていないところも多く、結局、言語訓練はリハビリ専門病院で、ということになる。

その結果、いわゆる温泉保養地を兼ねた郊外の病院に転院となるのだが、入院治療費がかさむ一方で職を失ない、次第に経済的に困窮していく。不馴れな環境、見知らぬ人たちのなか、家族や友だちと隔離されての訓練。じぶんの要求や希望を適切に表現できない失語症者にとっては、過酷ともいうべき治療環境である。Kさんも同様の経過をた

どった一人である。

身体障害者の夫と娘の三人暮らし。発病前、Kさんはコンピューターのプログラムを作成していた。雄弁家といわれるほど話すことが得意で、来客も多かった。毎日夜１０時半ころまで働き、突然仕事中に倒れた。大学病院、リハビリ専門病院をへて、自宅にもどったのは一年後であった。

出迎えてくれたKさんに私は目を見張った。言語、リハビリ訓練をよほどがんばったのだろう。杖があればで一人で歩くこともできるし、日常の会話にはそんなに困らないほど言葉も話せた。身体にのみ目がいっていた私は、Kさんから明るい話題を期待していた。

「私が出ていくと邪魔になるという気がある。皆がどんどんきてくれなくちゃ嘘よね。周りにひとがいなくなったことが、病気をした一番大きなことみたい」

「仕事を辞めることになって悔しい。ありとあらゆることを喋べりたいのに出てこない。口が動かないことが一番悔しい。もう少し外に出たい」。

悔しさがいっぱいにつまった言葉。少しずつ、ゆっくりとKさんの口から流れ出す。

話し相手は家族だけ。唯一の外出は、保健婦のすすめではじめた週１回のリハビリ教室。社交家だったKさんの生活がこんなにも一変してしまう失語症。病院のなかでは知ることもなかった現実を、Kさんをとおして知ったのである。

失語症者自らが語る

Kさんのようにして私が出会った13名の失語症者のうち、もとの職場に復帰できたのはわずか３名。それも配置転換や業務内容の変更によりが可能となった。失語症と麻痺の重複が復職を難しくしていたのだが、ほかの病気に比べても復帰率が極端に低いのはなぜか。生活そのものがなぜこれほどまでに一変してしまうのか。失語症をもって生きていくこと、いい換えれば、言葉を失うことがどんなものであるかという問いは、「語る」という行為が本当はどんなものであるのかという根本的な問いにつながってくる。

「語る」という行為を、失語症者自らが語る。果たしてそんなことができるのか。「聴く」「話す」「読む」「書く」という言語にかかわる重要な要素が、程度の差はあっても全般的に障害されているというのに。しかし、自らが語りだされなければ、失語症者のための失語症医療が現実のものにはなかなかならないだろう。

失語症の研究や治療が本格的にすすんだのは、第ニ次世界大戦後であり、現在では、CTや各種検査の技術が向上し、病態や機能面の解明が飛躍的に進んでいる。

加えて、言語機能の回復に影響をおよぼす要因を統計学的手法で知ろうとする研究もさかんだ。それらの知見では、失語症の予後は究極的には失語症のタイプと重症度を知ることに集約されるといわれる。が、従来の「予後」の概念は言語機能の評価に重点が置かれ、実用的なコミュニケーション能力改善の見通しは含まれていない。すなわち、研究の分野では社会的な予後に関する研究がまだまだ立ち後れているといわざるを得ない。

一方、失語症者や家族にとっての最大の関心事は失語症や麻痺の回復である。失語症者は、地域で、家庭でいったいどのような困難を抱えているのか。それらについて立ち入った調査報告は残念ながらわずかである。

しかし、最近刊行された『失語症をもって生きる―イギリスの脳卒中体験者50人の証言』（スージー・パー他著、遠藤尚志訳）は、その副題のとおり、言語機能の回復に焦点をあてたこれまでの失語症研究とはまるっきり違っている。まさに言葉を紡ぎだして、失語症者自身が自らの体験を語っている。

――私の場合は、自分では話しており、ものごとの説明もしていたんです。でも皆は、ただつっ立って、ぽかんと見つめるだけ。変な感じですよ、話すのに音がどんなものかは知りませんが、でも言葉やすべてのあれが頭の中で音をたてていたんです――

――皆はわたしの言葉がまったく分からなかった・・・もし皆が話しかけて、助けてくれたら・・・主治医でさえ、入ってきて、妻に質問をするんだ・・・「今日はいかがですか？ご主人の調子はどうですか？」とたずねる。私は脇に座って、黙ってる・・・ずっと、彼に言おうとしてた、「私に聞け。私に聞けってね――

ここでは運動性、感覚性失語症といった臨床の分類枠では到底くくることのできない内面世界がありありと描きだされている。その根底には、失語症者も失語症医療の専門家の一人であるというイギリスでの考え方がある。アサーティブネス（assertiveness：自己主張／自己表現）の精神が得られれば、自分のもつ意見を必要なものとして、しかし攻撃的ではなく、声に出して表現できる、失語症者自らが医療に対して提言していく、そんな展望もしっかり込められている。

看護者としてできること

失語症はこれまでの知見から、機能回復をある程度予測できる。失語症の自然治癒は発症から２～３か月におこり、言語機能の回復が最大限に達したあとはほぼ固定する。麻

痺については解剖学的な修復が行われる２か月以内に急速に回復、上肢は４か月でほぼ固定する。個人差がかなりあり、個別に検討を要する要因も多くあるが、それらのことをふまえて麻痺や失語症がもたらす生活上の不利を、将来的な見通しのもとに判断できるのは、医師であり、看護婦である。つまり私たち医療者は、失語症者の近くにいて、そのひとの身になって考えることが期待されていると思う。

では、実際はどうだろう。病棟で、失語症者に「あとで来ますから」「ちょっと待っていてください」といい、背を向けて足早に立ち去る看護婦。忙しい事情はよくわかる。しかしそれでもなにかいいたげに、やがては諦めたように立ち尽くす患者。戻ってきた看護婦がたずねる。伝えたかったことは、もはや同じようには再現できない。それも失語症の特徴である。

それでもおおまかな内容はなんとか伝わるかもしれない。しかし、失語症者や家族は、看護婦の極端に子ども扱いした態度や、やっかいもの扱い、あきらめ顔の接し方、怖がって寄りつきたくない表情に傷ついたことを告白する。問題はそこにある。

また、ある時期、失語症者は興奮や錯乱傾向などの精神症状を来たすことも稀ではないし、動揺したり、抑うつ状態におちいったりするのも確かである。それらに対する看護婦の接し方のテクニックをもっと高めなければならない。長年臨床で看護していた私にも反省すべき点はいくつもある。

情報提供の大切さと限界

さらに、社会福祉制度や資源が実際にどれくらい役立っているか、利用者の立場から評価することも大切である。

現在、失語症や麻痺などの障害の程度に応じた身体障害者手帳の交付、医療費の給付、乗り物の乗車割引き、車いすの無料支給、保健婦の家庭訪問や電話相談、社会福祉協議会の訪問サービスなどが行われている。保健婦のすすめでＫさんが通い出したリハビリ訓練も、老人保健法に基づく保健所の機能訓練事業に位置づけられる。２時間以上かかる遠隔地のリハビリ施設ではなく、地域で訓練が受けられるこうしたシステムこそ、利用者の役に立つ。さらにいえば、機能訓練と同時に、独立した言語リハビリ事業が普及すればより好ましい。

また、「失語症友の会」など失語症者が主体となって運営されている会も作られている。しかし、医師や看護婦でもそれらについて知らないひとが結構いる。私が出会った失語症者13名のうち、失語症の患者会について「知っている」と答えたひとは４名、知らないひとで「あれば参加したい」というひともいた。また、上述の機能訓練事業や言語リ

ハビリを知っていたのは13名中たった１名。それも家族が社会福祉関係の広報で知ったというものだった。13名はいずれも、他の治療機関との連絡が比較的とれている大学病院にいた、にもかかわらず、このような状況である。失語症者が最初にかかる病院で、地域医療につながっていくような情報提供がなされることが大切である。それによって、失語症者のための医療はずいぶん変わっていくと思う。

ただ、公的な支援にも限界がある。地方自治体レベルでの取り組みの差が反映され、受けられるサービスに地域差が生じてくるといったあたりの不平等の是正は今後の課題でもあろう。

失語症者が問いかけるコミュニケーションの本質とは

失語症医療のあり方を根本的に見直すには、スージー・パーの著書を引用するなら、失語症の専門家である失語症者自身の声を聴くことに立ち戻らねばならない。そこには彼らがなにを欲しているか、なにをどう変えていかなければならないか、彼らの世界の言葉で表現されているはずだ。

病院のなかで看護婦に向かって、「あの、その、あの・・・・」とくり返される言葉は、地域では家族が受けとめる。重度の失語症では、本人に代わって夫や妻が代弁者となることが少なくない。伝えたいことや欲求が、最も身近とはいえ他のひとの口を借りて語られる。それで失語症者本人の気持ちが伝わるだろうか。こんな状況にあることは、失語症について知らないひとにはほとんど理解できないだろう。また、なかには、自分や家族が失語症であることを知られたくない、うまく話せない自分を人前にさらしたくないというひともいる。失語症者や家族が抱え込んでいる苦しみに、解決の手だてはないだろうか。

哲学者、メルロー＝ポンティーは、日常生活のなかにおいて特に意識もしないで会話がなり立っていることを次のように説明する。「われわれは、言葉が制度化している世界に生きている。すでに出来上がった意味を自分の中にもっているからだ」。つまり、相手の言葉を自分の体験に照らし合わせて把握し直しているのだ、と。そこで、言葉が制度化した以前に戻らなければ、「語る」という行為がどんなものであるのかわからないと彼はいうのだけれど、失語症者が語りかけてくるものは、そこに具体的な答えを与えてくれるかもしれないと思っている。

すなわち、コミュニケーションというものの考え方に、違った糸口を与えてくれる可能性を秘めている。そしてそれは、医療におけるコミュニケーションのあり方に新しい視座を与えてくれるはずである。

文献

（1）武田保江：失語症者のストレス因子に焦点をあてたシステムアプローチ，
1991 年度聖路加看護大学大学院修士論文.

（2）杉下守弘，関啓子：失語症の治療，失語症患者の看護，BRAINnursing 増刊号，29，
1989，メディカ出版.

（3）スージー・パーほか著、遠藤尚志訳：失語症をもって生きる―イギリスの脳卒中体
験者 50 人の証言，筒井書房，1989.

（『看護学雑誌』1999 年 Vol.63　No.2、医学書院より転載）