世界の幸せをカタチにする。
Creating Peace & Happiness for the World
Musashino University
武蔵野大学 学術機関リポジトリ
Musashino University Academic Institutional Repository

# リハビリテーション医療における人間性の考察



| メタデータ | 言語: jpn<br>出版者:<br>公開日: 2018-04-25<br>キーワード (Ja):<br>キーワード (En):<br>作成者: 小野, 真理子<br>メールアドレス:<br>所属: |
|---|---|
| URL | https://mu.repo.nii.ac.jp/records/784 |

# リハビリテーション医療における人間性の考察

小　野　真理子

## 1. はじめに

「障害」に関わる社会的な環境や認識のあり方は、ここ 2･30 年の間に大きく変化し、障害学の領域では、「障害の個人モデル」から「障害の社会モデル」へのパラダイムシフトの意義が強調されるようになった[1)]。（英国障害学の）「障害の個人モデル」とは、いわゆる「医学モデル」とも呼ばれ、「障害」を身体的･知的･精神的な機能損失から生じるインペアメント（impairment）に由来すると規定し、「障害」を「障害者」個人の問題と捉えるものである[2)]。一方、「障害の社会モデル」とは、「障害者」を「社会的障害物によって能力を発揮する機会を奪われた人々」[2)]とし、「障害」が社会によって生み出されているとするものである。

リハビリテーション医療においても、「医学モデル」から「社会モデル」への視点の転換がされつつあり、「医学モデル」に則る個人の機能回復に対するアプローチだけでなく、「社会モデル」を手掛かりに、社会での活動・参加や心理的問題へのアプローチの重要性も認識されるようになってきた。例えば、アメリカの言語聴覚士協会（ASHA:America-Speech-Language-Hearing Association）が 2000 年に提言した「失語症に対する生活参加アプローチ」（LPAA 宣言 :Life Participation Approach to Aphasia）は、失語症とともに生きる環境を整えるという支援の必要性が見出される契機となった[3)]。

しかしながら、このモデルに登場する個人や社会は、そもそも、どのような人間観を前提に成り立っているだろうか。オリバーは、資本主義体制により「障害者は一人の賃労働者として働くことができず、排除を通じて統制を受けることとなった」[4)]と述べた。また、星加は、「社会モデル」の社会性について、「できなくさせる社会（disabling society）」に加え、「できるように強いる社会（ableism society）」の存在を明らかにすることの重要性を主張した[5)]。一方、田島は、リハビリテーションにおいて、様々な手段で「できないこと」＝「障害」を無化し、「できること」を目指す指向性は、同時に「障害」によって「できないこと」の否定を含むといえ、その人の「存在の価値」よりも上位に「能力主義」を肯定する社会の価値が内在化されていると批判した[6)]。

「障害」は資本主義や「できるように強いる社会」、「能力主義」の肯定のように、人間に対し一種の機械のような価値を求める人間観を個人や社会がもつことによって生まれているといえ、その根源には科学的思考への傾倒があるといえよう。高月は次のように述べている。

「現代社会は、科学技術の発展による恩恵を多大に受けてきた一方で、その行き過ぎや傲慢さにより、人間性が疎外され、尚且つそれに無自覚である」[7)]。

本研究では、「障害」が生まれる根幹に科学の知とそれが引き起こす「人間性の疎外」があるとし、その関係を示すこと、加えて、筆者が言語聴覚士として従事した経験から、「障害」の具体例と

して、中年期[8]失語症者への心理社会的支援を検討することを目的とする。突然の病や怪我によって、生活が一変したような非日常の折には、そこに立ち会う専門職の価値観や倫理観が当事者家族へ大きく影響する。特に、失語症においては、医学的治療終了後のリハビリテーションが当事者にとって大きな関心事であり、密接に関わる立場にいるのが、言語聴覚士である。ゆえに、言語聴覚士、あるいはリハビリテーション従事者がどのような人間観をもって対象者に接するべきかという点を主に述べたい。

## 2. 現代社会における人間性の危機とリハビリテーション

### 2.1.「科学の知」による人間性の疎外

「人間性の疎外」の発端は、中世キリスト教思想における人間中心主義にある。小松は、中世キリスト教の「人間は神の似姿である」という思想を基礎に、「①存在者の序列を認め、②人間の卓越性を動植物との比較・差異に求め、③その根拠を精神（理性）とし、精神（理性）を身体より上位のものとみる」という大前提が、近代思想家から現代にも綿々と受け継がれてきたことの弊害を強く主張し[9]、身体の上位に位置する精神（理性）をもつか否かという基準で、「生きるに値するか / 値しないか」という弁別がなされていると指摘した[10]。平たく言えば、精神（理性）をもち、生産的な価値を生み出せるものには人間の尊厳がある＝生きるに値するが、精神（理性）を失い、そのような価値を生み出せないものは人間の尊厳を奪われた状態＝生きるに値しない存在であり、さらに、人間の理性を司るのは脳であるから、脳死は理性を失った状態ゆえに死であるというのである。そこには生命の価値、言いかえれば、唯一無二の人間として、“ただ存在している価値”の忘失がある。“状態（在り方）の価値”の有無によって、人間に、生命に、優劣をつけ弁別・排除することを正当化しているのである。

加えて、中世キリスト教では、神の絶対性や超越性を明らかにするために、人間の死が強く意識され、人間の有限性や死んでしまっては何もならないという、裏を返せば生への執着が強調された[11]。生命の有限性を人間が引き受けることによって、その生命に意味が与えられ、独自性が生まれるのであって、死は人間の生命を無意味にするものではない[12]。つまり、たとえ死が訪れても周囲との関係性の中で生まれた、その人がある人にとってかけがえのない存在であるという価値は変わらないといえる。それにも拘らず、これが否定され得たのである。

以上のような人間中心主義の思想は、科学と科学技術中心主義として進展する方向性を示したが、産業革命以降の西洋近代には、資本主義社会という新たな社会形態が科学技術と結びつき、さらには、第一次世界大戦も契機となって、多くの思想家が科学技術の人間性への侵入を批判したのである[13]。例えば、マルクスは、資本制生産様式は労働者の労働力を一つの商品として買い入れ、利益追求のための長時間労働や合理化による労働力の価値低下が二重に人間を疎外したと指摘した[14]。人間を機械のように扱い、さらには機械が人間の労働力に取って代わり、人間の価値を押し下げる。すなわち“状態の価値”を“存在の価値”の上位とみなす人間観が、人や社会に深く侵入したのである。人間性の疎外は労働の機械化によるだけではない。ヤスパースは科学技術と深く結びついた社会秩序を「技術的集団秩序」ということばで特徴付け批判した[15]。科学技術は、生産様式の巨大化をもたらし、その結果、巨大な人間の集団、「大衆」を創り出し

た[15]。ここで問題なのは「大衆」においては、人間の“量”が重視され、それぞれがもつ個性が埋没されるという点である。人間の唯一性や独自性が無視され、誰もが取って代わることのできる存在として扱われ、人間性が疎外されたのである。

最後に、中村の「科学の知」を引用し、科学的思考の特徴と問題点を述べる。「科学の知」は、次の３つの原理で構成される。１つ目は①普遍主義で、「事物や自然を基本的に等質的なものとみなす立場」であり、量的なものに還元される[16]。共通項で括り、そこから逸脱するものは切り捨てるため、それぞれの人間がもつ独自性に意味や価値を見出さない。２つ目は②論理主義で、「事物や自然のうちに生ずる出来事をすべて論理的な一義的因果関係によって成り立っているとする立場」であり[16]、人間がもつような多義性や一回性を重視しない。３つ目は③客観主義で、「事物や自然を扱う際に、扱う者の主観性を全く排除し、それらを対象化して捉える立場」であり[16]、関係するものの間に生まれる相互性を排除する。そして、科学は数値化できるものだけを扱うため、無理に数値化することがあるし、数値化できないものを扱わない。対象の構造の中核を取り出し抽象化し、それ以外の部分を完全に切り捨て、曖昧な点や例外を容認するということはない[17]。ゆえに、それにうまく合致しない領域、事柄の性質上、曖昧さを残さざるを得ない領域、一般的には＜経験がものをいう＞領域や＜ことばが大きな働き＞をする領域を正当に扱えない[16]。すなわち、科学は人間の本質を扱えず、むしろ扱うことで人間性を疎外してきたのである。その結果として、“状態の価値”を“存在の価値”の上位とみなす人間観を社会に生み、画一的な「健常者」像と、そこから逸脱したものを「障害者」とみなし否定する価値観をも社会に生じさせているといえよう。科学的根拠に基づいた治療が標準的であるリハビリテーションにおいても、この傾向が色濃く表われていると考えられる。

## 2.2.「科学の知」と対置する「臨床の知」

「科学の知」へ対抗する、あるいはそれを補完する策は何であろうか。中村は「科学の知」と対置させた「臨床の知」を示し、有用性を重視する科学的、機械的な人間観を克服する方策を提言している。

「臨床の知」の基本原理は次の３つである。普遍主義に対抗するのは①コスモロジーで[16]、例えば、同じ場所でも各々の過去の経験によって、それに対する認識は異なるとする。全てが等質ではないとする立場であり、その人にとっての大事な場所や世界観を重視する。論理主義に対するのは②シンボリズムであり、各々がもつ事物への意味づけや価値観などの多様性や一回性を重視する[16]。客観主義に対しては③パフォーマンスを挙げ、各々の主観や周囲との相互性を重視する立場であるとした[16]。

さらに中村は、西田の「個人があって経験があるのではなく、経験があって個人があるのである」や森の「経験というものがその人の人間を定義する（経験を重ねるなかでそれを通じ、自己が自己として明確化する）」を援用しながら、経験を「活動する身体」を備えた主体が行う他者との相互行為と定義し、「臨床の知」において殊の外、重要であるとした[18]。V.E. フランクルも「近親の愛に取り囲まれている人間は他の者によってとって代わられることのできないこの愛の対象なのであり、その点での彼の生命は（たとえ全く受動的であれ）一つの意味をもっていることを何人も認めざるを得ない…」[19]と述べている。家族や友人、恋人など、親しい他者との関係性の

中で生まれる愛という感情は、誰に対しても同等に向けられるものではない。愛するその人からかけられた「言葉」だから喜びがあり、愛してくれるその人のためだと思うから生まれる原動力があるという感覚は誰もがもち得るだろう。他者との相互行為という経験には、それを経験した者同士のみに生まれる関係性や感情があり、代替できない独自の存在としての価値を生む。つまり、どのような状態にあっても、その人が存在する価値が必ずあり、とって代わることのできない他者との関係性の中で、排除できないものがその人の生命なのである。

そして、「苦悩」という経験ですら、人間らしく生きることには不可欠であるとフランクルは言う。「苦悩する限り心理的に生き生きとし、苦悩において成熟し、苦悩において成長し、苦悩はわれわれをより豊かにかつ強力にしてくれる」[20]のであって、苦悩を無理に取り除けば、人間らしさを失いかねない。フランクルは「人間は活動において創造価値を、体験において体験価値を、苦悩において態度価値を実現する」[20]と述べた。「障害」の問題を考えるにあたり、とりわけ重要なのは、体験価値と態度価値であろう。創造価値を実現する能力や機会が失われても、体験価値や態度価値を実現することは可能であり続ける。「健常者」の体験だけが素晴らしいとは限らない。「障害」によって得た「苦悩」という体験や、それに対する態度においても価値実現はしうるのである。

## 2.3. リハビリテーションと「人間性の疎外」

以上のことを踏まえ、リハビリテーション現場における「人間性の疎外」の問題について考察してみよう。リハビリテーション従事者とは本来､「障害者」を支援する立場にある。しかしながら､リハビリテーション医療のもつ方向性がかえって、対象者を「障害者」に押し込め、問題を引き起こしている可能性はないだろうか。以下は「脳性まひ」当事者の言葉である。

「「脳性まひ」だとか「障害」という言葉を使った説明は、なんだかわかったような気にさせる力を持っているが、体験としての内実が伝わっているわけではない。もっと、私が体験していることをありありと再現してくれるような、そして読者がそれを読んだときに、うっすらとでも転倒する私を追体験してもらえるような、そんな説明が欲しいのだ。つまり、あなたを道連れに転倒したいのである。」[21]

これは、科学的根拠を盾に、個々の体験から生まれる主観や個別性を無視して「健常者の動き」を強要するリハビリテーションへの強い批判が込められたメッセージである。

日本では、1969 年に上田が、リハビリテーションとは、「全人間的復権」を目指すものであると述べ[22]、これが現在も、多くのリハビリテーション従事者にとってのいわば常識となっている。「QOL（Quality Of Life）の向上」を合言葉に、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）という概念モデルを用いて、専門家が客観的な指標で当事者の「生活機能」を分析し、個人、社会双方に「できること」を増やすよう「目的指向的アプローチ」を行うのが標準的であり、アプローチ方法は専ら科学的根拠が重要視される傾向が強い[23]。

田島は ICF 活用において「できること」と「できないこと」を明らかにし、「できないこと」をできるように「回復アプローチ」を行い、回復を見込めない場合には「代償アプローチ」を推し進めるという当事者本位ではないアプローチのパターン化があると非難している[24]。加えて、

「回復アプローチ」から「代償アプローチ」への価値転換の間に仮定される「回復が見込めない」ことの受容（障害受容）という過程は、社会適応を志向する概念であり、「能力主義」的価値観の押し付けがあるとした。能力主義にもとづき、「できないこと」は否定的価値を付与され、そのような障害観が外在することで、「障害者」の中にも同様の価値が生まれてしまうのである[25]。「障害」によって「できないこと」があるために、家族に迷惑をかけると自身の価値を非常に低く見積もる患者は、筆者が現場で極めてよく遭遇する例である。このようなとき、対象者が今まさに経験している「障害」を含めた、その人の存在の価値を肯定するという視点に、リハビリテーション従事者が立ち直す必要があるのだと考える。

## 3. リハビリテーション従事者がもつべき人間観

### 3.1. 当事者研究の例から

次に、当事者研究の先駆けである、統合失調症を抱えた当事者の地域活動拠点「浦河べてるの家」の取り組みを示す。筆者の経験と対象は異なるが、逆転の発想からうまれたこの取り組みは「障害者」支援の素晴らしい成功例であると筆者は考える。なぜなら、その根拠が「臨床の知」で説明付けられ、リハビリテーション従事者が立ち返るべき人間観を示していると考えられるからである。ある女性は「べてるの家」に入居して初めて“生きやすさ”を感じたという[24]。以下に、「べてるの家」の取り組みを簡単に紹介しよう[26]。

べてるの家では、例えば、「3分しか働けない」という人がいれば、「3分のままでいい」とする。これは、上述したリハビリテーション医療における「目的指向アプローチ」とは全く逆の指向性をもつ価値観であるといえよう。リハビリテーションでは、「3分しか働けない」と「できないこと」に着目し、なんとか3分が5分となるように個人に社会に働きかけ試行錯誤する。あるいは、一般的な会社であれば、「3分しか働けない」のであれば、就労は難しいだろう。これらはいずれも「能力主義」的価値で対象者を測る、その人の独自性を無視した価値観である。一方、「べてる」の場合は、それがその人にとっての就労であるとするし、足りない分は他の人と分業し補えばよいという常識の転換がある。弱さの情報公開をし、皆で補い合い、弱さを絆に変えるという視点や[26]病気を含めた個々の違いを肯定する考えがある。

あるいは、幻聴を投薬で治療したり、隠したりせず、「幻聴さん」と名前をつけて、その存在を否定しない。むしろ「大切な経験」として公開し、その意味や価値を問うのである。ここで重要視されているのは、問題を改善する志向のアプローチではなく、「あらゆる経験は有用である」という立場に立ち、その意味や価値を志向するアプローチだという[27]。「どのような悲惨な体験でも、その体験が人に開かれた瞬間、新しい意味と価値をまとい、他者の中に有用な体験として受け継がれ、育まれ、人を生かすからである」[27]。医療によって勝手に病気を治すのではなく、当事者自身が病気を語り、きちんと「悩む」ことを大切にしているのである。「統合失調症」患者と一括りにせずに、一人一人異なる症状やそれに対する意味付けの違い（シンボリズム）を見出し、他者と相互にやりとりしながら（パフォーマンス）、病気を解消していく。「障害」による「苦悩」も含めた経験がその人を形作り、代替不可能なかけがえのない存在としての価値を生むとする。従来の専門家による客観的指標を上位とせず、当事者の主観や「障害」を生きる経験

を重視し肯定する「当事者研究」は、まさに「臨床の知」の視点が生かされた好例といえ、私たちリハビリテーション従事者が見倣うべき視点であると考える。

## 3.2. 中年期失語症者への支援

### 3.2.1. 事例紹介

次に、筆者が経験した事例を挙げよう。対象者は 60 代男性 ·A氏[28)] とその妻である。脳梗塞を発症し中等度の失語症が後遺したが、発症から約 6 年経った現在、本人、妻ともに心理的な満足感を得られている。筆者は発症約 2 ヶ月後から継続して言語聴覚療法を担当した。対象者とその妻からの聴取内容と筆者が行った支援を振り返りながら、失語症者の心理的な充足が何によって得られるのか、そして言語聴覚士による支援について「臨床の知」の視点から考察する。

この事例は、失語症状は中等度ながらも生産的な活動を行う能力が残っていたために復職ができた。それゆえ心理的な充足を得られているとも考えられる。言語機能に対する主観も「やや満足」で「困っていない」と述べており、機能的な回復が認められたことが心理的満足感に繋がっているとも考えられる。しかしながら、家庭、地域、職場のいずれにおいても失語症により困難となった役割がもちろんあり、それに対する心理的負担は、他者との比較では表せない。例えば、就労においては、元来、得意としていた言語・コミュニケーション能力を生かした業務を行っていたがそれが難しくなった。あるいは伝わらない経験が、対人行動を消極的にさせ、家族や友人、同僚との会話量減少にも影響していると推測された。「できないこと」は往々にしてあり、機能回復への強い希望も持ち合わせているにも関わらず「適応的」な状態であるのは、「できること」を増やすだけの支援では説明できないと考える。また、約 6 年間、同じ言語聴覚士が継続している点も特徴的である。

### 3.2.2. 他者との相互作用と存在価値

失語症の多くは、急性発症である脳卒中により引き起こされるため、ある日突然、言葉を失う。特に発症直後は言語機能の低下も顕著で、脳が混乱している状態といえ、本人の自覚は乏しい。数ヶ月経って初めて自身の状況に気がつき、動揺するということも珍しくない。家族は命が助かったことに安堵しつつも、先が見えない状況に強い不安感を抱く。この突然に中途障害を負うという状況は、単なる機能障害という問題だけでなく、時間的な連続性に支えられ形作られてきた“自分”が途切れるという大きな意味をもち得る。中村が主張するように、経験が「活動する身体」を備えた主体が行う他者との相互行為と定義され、「臨床の知」において重要であるならば[18)]、「言葉の障害」は能動的な他者との相互行為を行う手立ても制限されることから、新たな経験をも積み難い状況に陥ると考えられる。その変化を否定的に捉え、自身が存在することの価値さえも不確かになるであろう。そのような時、途切れた“自分”を緩やかにつなぎ合わせ、その存在を、存在する価値を確証するのは、やはり他者との相互行為という経験であるだろう。お互いの存在を認め相互に作用しあう、分かち合える世界があること（パフォーマンス）が心理的な充足を生むのではないだろうか。

本例の妻は、発症初期は、ショックや不安を抱き、身体的にも辛い中、「なんでうちなの？」と否定的感情が強かった。しかしながら、他の患者家族と関わる中で、「いろいろな状態にある

こと」は何ら否定されるべきではないという気づきが得られ、失語症を含めた本例をそのまま肯定する考えに変化したと考えられる発言があった。コミュニケーションへの配慮も苦にならなくなったという。本人も妻との会話は決して円滑ではないものの、関係性や居心地は病前と変わらないとの主観がある。妻という親しい他者、すなわち、本例にとって重要な意味づけ（シンボリズム）がなされた他者との相互行為という経験が、お互いの存在はとって変わることのできない唯一無二であるという価値を生み、精神的な支えとなったと考えられた。

加えて、職場での行事に意気揚々と参加し、親しげに職場の同僚の話をする様子からも職場との良好な関係性が推測される。職場における本例の捉え方は、「失語症者」と捉え否定するのではなく、失語症を発症する以前からの連続した存在として、肯定する考えがあるといえる。また、職場においては、A氏の「能力」との付き合い方にも工夫がされていることも重要な点として挙げておきたい。これは「能力主義の否定」と相反するように考えられるが、「能力」が存在を支えている[29]ことも確かである。生産的な活動を行う役割を得ること、フランクルの言説で言えば「創造価値」の実現が、その人の存在を支える。むしろ、役割が担えるにも関わらずそれを与えないことは、価値実現を妨げ、心理的負担を負わせる行為である。「障害者」を弱者とみなす「できなくさせる社会」[5]といえ、差別的だといえるだろう。役割をもとうとする内的欲求は誰もがもち得る当たり前の欲求であり、その実現を望むことは「障害者」であれ否定されてはいけないであろう。本例の職場は病院側からの情報提供に従い、自ら工夫もして、例えば言葉を用いない作業から仕事を再開させ、段階的に事務的な業務を担えるよう職場全体で対応している。

以上より、たとえ機能がすべて回復しなくとも、それを含めて自分であり「存在する価値は変わらない」という確証を得られることが、精神的支えとなるのだと考えられる。その確証は、自分一人から生まれるのではない。親しい他者、すなわち、その人にとって重要な意味づけ（シンボリズム）がなされた他者との相互行為という経験から生まれると考える。

さらに、失語症者は「言葉」が失われるだけでない。突然の入院生活という生活環境の変化も困難さを生むであろう。病院という異空間、医療者たちという新たな他者との関わり等、非日常とも言える場での生活は、それまで生活してきた“その人にとっての居心地良い場所”ではない。また、身体面の症状が合併すれば、朝起きてから夜寝るまで、異なる自分の身体に直面しながら、更衣、排泄、入浴等、これまで当たり前に行うことのできた日常生活全般の動作も“勝手が違う”状況で、新たな方法の習得を（強制的に）試みながら、あるいは、他者の介入を受け入れながら、毎日を送ることとなる。病院側が提供する予定通りの受身的な生活である。たとえ在宅復帰や社会復帰を果たしても症状は後遺するため、元通りの場や方法での生活というわけにはいかない。失語症は、人との関係性だけでなく、それまで慣れ親しんできた物や場所、習慣等（コスモロジー）からも引き離される体験である。そのように考えると医療機関に入院している状況であっても、施設側の都合に合わせた生活を強いず可能な範囲でその人の本来の生活に近づける工夫が必要であろう。退院後も安全や便利さだけを優先し、安易に居場所を決定してはいけないと考える。

### 3.2.3. 言語聴覚士の支援

次に、言語聴覚士における支援について検討したい。一般的な失語症者へのリハビリテーショ

ンは、科学的根拠に基づく機能訓練である。客観的視点に基づき、失語症によって「できないこと」を発見し、個人に社会に働きかけ「できること」を目指す「目的指向的アプローチ」である。だが、客観的な評価法では、例えば、その場面においてその人との関係性において立ち上がる「言葉が意味するもの」は十分に評価できないと考える。中村は、次のような言語観を示している。「ことば（自然言語）のもつ多義性やイメージ性を曖昧で非本質的なものとして退け、ことばを一義的な概念の記号に還元しようとする言語観に反対し、これをこえて、ことばの持つ多義性とイメージ性を積極的に見なおそうとするものである」[30)]。これは、言語の特性を理論化し普遍化する方向をもつ言語観、すなわち科学的思考に基づく言語観に疑問を抱いているといえよう。言語聴覚士の多くも、科学的な視点をもって患者と接するとともに、それによって切り捨てられてしまう部分にも目を向けなければ、失語症者との関係性を構築できず、適切な評価・診断が困難であることを経験的に知っているのではないだろうか。

例えば、失語症者が表出した発話の言語的な誤りを指摘し、症状名をつけ障害メカニズムを推測する。これは科学的、客観的評価であり、機能訓練や診療記録には必要である。だが、その一方で、その言葉が誰に対して、どのような場で、どのような状況で、どのような非言語的な表出（表情や身振り）を伴って表出されたのか、さらにはその人の過去を巡り、どのような人生を送ってきた人が、どのような心理状況で発したか等、可能な限り推測し、意味をくみ取るということを行う。もしくは、失語症状が重度で、言葉でのやりとりが全く困難であれば、表情や身振りから伝え合い、さらには、身体介助や食事介助といった身体の接触や日常生活上の作業を通して、場を共有することを通して、コミュニケーションを図り、関係性を築いていく。その方法は画一的では上手くいかず、その人との相互行為を繰り返すなかで、試行錯誤し、自ずとオーダーメイドのものが出来上がっていくのである。

そして、患者の主観的な捉え方は、カルテ等から医学的情報を得た時点では、「片麻痺患者」、「失語症患者」などとカテゴリー化し、個人を無視した捉え方である。特に医療従事者は、失語症者になった後のその人に出会うために、失語症ありきでその人を捉えやすいため、そこに当事者家族との認識のギャップが往々にしてある。だが、日々、繰り返し同じ空間を共有し、コミュニケーションを図るという相互行為の経験が、その人への感情を抱かせ、○○さん、あるいは「あなた」という二人称での捉え方へと変化させることがあるだろう。自分にとって、取って代わることのできない存在への変化、つまりその人の“存在の価値”が浮上するという感覚である。そのようになった時、失語症者が発する客観的には「不完全な」言葉も、その人が誰かに対して投げかけたという相互性のある、価値ある「言葉」だと感じられる。そして、情報伝達手段として上手く機能するか否かだけが、人が発する言葉の価値の判断基準にはなり得ないと気づかされるのである。

筆者が担当した当初、本例は殆ど有意味な言葉がない状況であったが、妻から、病前の生活や興味をもっていることを伺って、機能訓練の前には必ずそれらを話題にした会話を行っていた。それは現在も継続している。妻より、同じ担当者が継続していることの有効性が述べられたことから、筆者の長期間の関わりは、少なくとも本例にとっての馴染みの場所を作り、一つの精神的支えになっていると考えられる。筆者との相互行為の経験が、繰り返されることで、オーダーメイドのやり取りの方法が生まれ、たとえ誤っても、あるいは全て機能が回復せず、「不完全な言葉」

であっても、「存在する価値」に変わりはないという確証が生まれつつあるのではないかと推測する。言語聴覚士は、当事者とそれを囲む人たちの関係性を下支えするために、その人の存在価値を肯定すべきなのだということを伝え、体現していく役割があるのだと考える。

以上、失語症者への支援は、機能回復や生活の円滑化に留まらず、周囲との相互作用（パフォーマンス）、人や物、出来事に対する意味付けの多義性（シンボリズム）、それぞれが持ちうる世界観（コスモロジー）を尊重し、能力主義的価値の上位に「存在の価値」を位置付けたものでなければならないと考える。

## 4. まとめ

以上の所論により、現代社会は科学的思考への一方的な傾倒によって「人間性の疎外」が生じ、「障害」が生まれていることを指摘した。そして、「科学の知」へ対抗する策として、「臨床の知」の視点を挙げ、人間観の転換を提案した。「科学の知」のリハビリテーションへの影響と問題点を指摘し、「臨床の知」の実践例として「当事者研究」を示した。最後に中年期失語症者の支援の具体例を取り挙げ、「臨床の知」の視点の重要性を再度確認し、言語聴覚士、あるいはリハビリテーション従事者がもつべき人間観を示した。

加齢や病気により失われた機能がある状態を「障害」と呼び、「病老死」も一種の「障害」状態であるが、それは人間らしさの一つであり、否定すべきではない。「障害」は、当事者自身の内にあるのではなく、その周囲、つまり社会全体がもつ科学的思考に基づく人間観と、それを起点に生まれた社会の仕組みによって作られる観念なのである。ゆえに、「科学の知」とは対置する「臨床の知」の視点から物事を考え、人間らしさを肯定し、お互いを前向きに支え合う仕組みが実現できれば、誰にとっても生きやすい、障害という観念に振り回されない社会になると考える。

## 5. 今後の研究課題

本研究では、問題解決のための大まかな「考え方」や「考えの方向性」を述べたに過ぎない。今後は、実践における有効性の検討を積み重ねて、リハビリテーションにおける人間疎外克服の方途を探っていくつもりである。

**引用文献と注釈**

1）星加良司（2013）．川越敏司，川島聡，星加良司（編）『障害学のリハビリテーション―障害の社会モデルとその射程と限界』生活書院 p20
2）杉野昭博（2007）．『障害学―理論形成と射程』東京大学出版会 p53
3）安保直子（2014）．「失語症をもつ人への意志疎通支援の制度化に向けての課題―失語症パートナーに関する先行研究のレビューから―」『社会福祉学』第 55 巻 3 号 p53－65
4）Michael Oliver（1990）． 三島亜紀子，山岸倫子，山森亮，横須賀俊司（訳）（2006）．『障害の政治―イギリス障害学の原点』p94
5）星加　前掲書 p36－37
「できなくさせる社会（disabling society）」の存在を明らかにするとは、「障害が価値ある社会的活動に

アクセスできないという事実を問題として捉え、そうした排除を生み出すメカニズムの探求とそれを解消する方法の提示が目指される」。
「できるように強いる社会（ableistic society）」の存在を明らかにすることとは、障害者が価値ある活動にアクセスできない自分を否定的に意味づけてしまうことに伴う「生きがたさ」を問題と捉え、「できるように」なることの望ましさを自明視・絶対視する規範を相対化させ、動揺させることによって緩和を目指すことである。

6）田島明子（2005）.「ひとの価値と作業療法 - 障害者の就労の３つの位相をめぐる―考察―」『作業療法』24 巻 4 号 p340－48
7）高月義照（1994）.『人間学―こころの地動説―増補版』北樹出版 p103－104
8）本研究における中年期とは、Erikson（1982）が成人期と呼んだ、40～65 歳の成人後期を指すこととする。
9）小松美彦（2012）.『生権力の歴史―脳死・尊厳死・人間の尊厳をめぐって』青土社 p341－342
10）同上 p201－202
11）高月　前掲書 p29－30
12）Viktor Emil Frankl（1957）.　霧山徳爾（訳）『死と愛』みすず書房 p75
13）高月　前掲書 p104，113
14）同上 p114－115
15）同上 p117－118
16）中村雄二郎（1992）.『臨床の知とは何か』岩波新書 p129－136
17）高月　前掲書 p96
18）中村　前掲書 p 66－67
19）Viktor Emil Frankl（1957）. 前掲書 p58
20）Viktor Emil Frankl（1957）. 前掲書 p122－123
21）熊谷晋一郎（2013）.『リハビリの夜』医学書院 p22
22）上田敏夫（2013）.『リハビリテーションの歩み―その源流とこれから』医学書院 p270－274
23）同上 p308
24）田島朋子（2009）.『障害受容再考「障害受容」から「障害と自由」へ』三輪書店 p 31－32
25）同上 p126
26）池松麻穂，秋山里子（2013）. 向谷地生良，小林茂（編）.『コミュニティ支援、べてる式』金剛出版 p88
27）向谷地生良（2008）. 上野千鶴子，大熊由紀子，大沢真理，神野直彦，副田義也（編）『ケアその思想と実践 1 ケアという思想』岩波書店 p 115
28）明らかな身体麻痺や高次脳機能障害はなく、発症約 1 年後より復職した。言語機能の低下は発症後数ヶ月は重度であった。現在も喚語の困難さや理解面の低下は残存し、複雑な内容のやりとりに配慮を要する状況である。
29）田島明子（2013）.『日本における作業療法の現代史 - 対象者の「存在を肯定する」作業療法の構築に向けて』生活書院 p286－287
30）中村雄二郎（2016）.『共通感覚論』岩波書店 p152