

記念講演会

これからのPT・OTに望むこと～自己の体験を通じて～

関 啓 子

言語聴覚士、医学博士

関先生の御略歴

三鷹高次脳機能障害研究所所長。神戸大学大学院保健学研究科客員教授。

専門は神経心理学。WAB失語症検査、BIT行動性無視検査日本版の開発者。

主な著書：

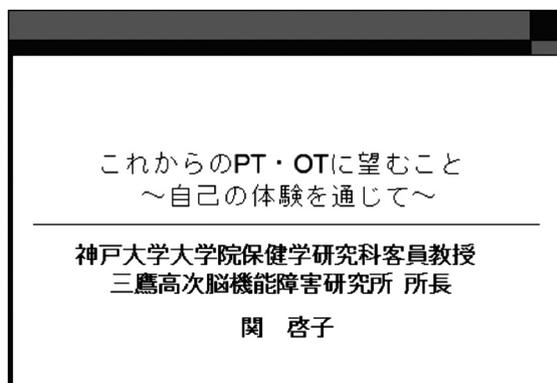
「失語症を解く 言語聴覚士が語ることばと脳の不思議」 人文書院

「『話せない』と言えるまで 言語聴覚士を襲った高次脳機能障害」 医学書院

「まさか、この私が 脳卒中からの生還」 教文館 など多数

関啓子先生は、神戸大学教授としてご活躍中だった2009年に脳梗塞を発症されました。左片麻痺と多彩な高次脳機能障害によりさまざまなリハビリを続けながら、現在は三鷹高次脳機能障害研究所を開設し、各地で講演活動をしておられます。今回は、貴重な当事者体験を踏まえ、専門職として理学療法士・作業療法士への提言をお話させていただきます。

今回の関先生の記念講演については、先生が伝えたい内容やニュアンスがより正確に伝わるように、お話された原稿をそのまま掲載させていただくことにした。



1. こんにちは。関啓子です。まずは大学創立10周年おめでとうございます。記念すべきこの節目に講演をさせていただけることを大変光栄に存じます。私に声をかけてくださったのは松下太先生で、以前先生が神戸大学の大学院生だったときに知り合いました。松下先生は最近「二本の傘」という大変優れた認知症のDVD製作に係われています。とてもよい内容ですので、まだ見ていない方はぜひともご覧になったらよいと思います。さて、本日いただいた講演タイトルは「これからのPTOTに望むこと～自己の体験を通じて～」です。高次脳機能障害のリハ

ビリを専門とするSTの眼を通して、私の当事者体験を通じて私のリハビリに関与したPTOTに対し、僭越ながら苦言・提言をさせていただこうと思います。但しこれは一人の脳卒中経験者としての私の意見ですから、一人一人病巣や症状が異なる当事者全体に共通するものではないことは当然です。皆さんのお考えで取捨選択してお聞きいただければ幸いです。当事者の体験とひとくちに言っても、心身相関や全人的治療という概念もあるほど、当人にとっては高次脳機能障害の影響力も決して小さくないものです。このため、本日は私の身体機能だけでなく、認知機能の回復にも焦点をあてて体験をお話するつもりです。

講演に際し、お断りがあります。私は右半球損傷の後遺症でひとまとまりの内容を簡潔明瞭に話せなくなったため事前に準備してきた原稿を音読する形で講演を進めさせていただきます。また、文字を目で追うと今読んでいる箇所を見失うという症状もあり少々もたつくかもしれませんが、ご了承ください。さらに、私はわかりやすい話を目指してアニメーション入りの楽しいスライドを準備しました。配布

資料を見るのはメモ程度にして、できるだけ前方のスクリーンにご注目ください。

では早速始めます。高次脳機能障害のリハビリ専門家が自分の障害について語るのには少々皮肉ですが、それが現実でした。私はSTとして失語症や半側空間無視をはじめとした高次脳機能障害のリハビリの臨床と教育・研究を30年以上続けてきました。神戸大学では医学部保健学科教員として神戸に単身で生活しながら将来医療職につく学生の教育に尽力してきましたが、着任11年目の夏に脳梗塞を発症し、一瞬にして左片麻痺と自分の専門領域である高次脳機能障害を抱える身になりました。それ以来約6年、私は当事者となった専門家として過ごしてきました。当事者としての生活は臨床活動していた時には想像もつかない厳しいものでしたが、得るものも大きかったと思います。長く身をおいた「病院」という環境の中でリハビリを「する側」から「される側」にまわったこの経験は、専門家の目を持ったまま脳損傷者の内側から過去の自分の活動や人生を見直す貴重な機会であったと思います。今日は少しでも皆様のお役に立てるよう具体的でわかりやすいお話しを目指しますので、これから約80分を予定していますが、どうぞよろしくお付き合いください。

本日の講演内容

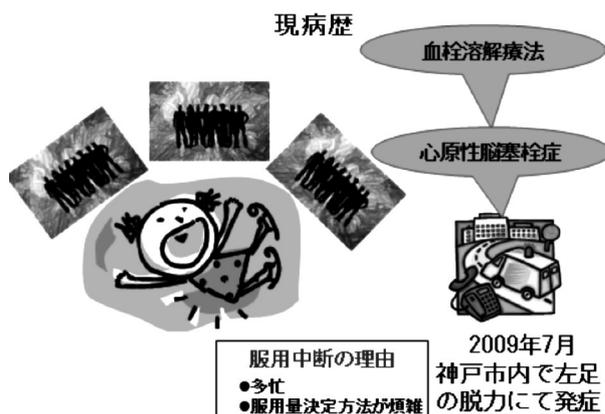
1. 私の脳梗塞概略
2. 身体機能の改善
3. PT・OTに望むこと

2. 本日はこれら3項目についてお話しします。まず私の脳梗塞概略です。

脳卒中発症後の私の気持ち

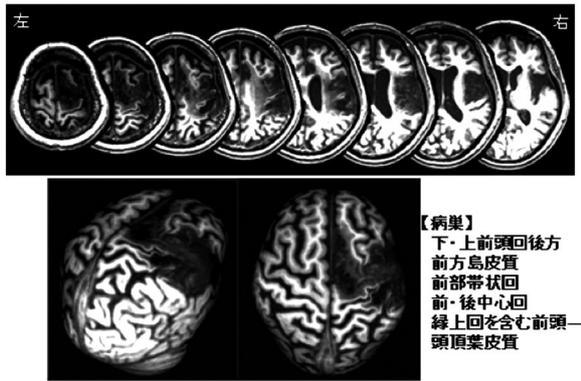


3. 突然私を襲った脳梗塞は心身の障害を私にもたらしました。否定的な面として、私だけが障害者となり周囲に取り残されたというような寂しさ、以前のように効率的で自由な言動をできなくなった自分への腹立たしさ、人ができることすらできないというやるせないさと劣等感、失意・絶望的な気持ちを持ちました。反面、なってしまったのだから仕方がないという現実肯定感、この領域の専門家のうち他の誰もが経験していないことをこれから経験できるという期待感、何年も研究してきて理解しきれなかった無視患者の世界を体験できるという知的好奇心などの肯定的な気持ちもありました。ですから、言語リハビリ専門家で当事者である私でなければできない「語り部」としての自分の役割を認識したのです。そして、自分の状態や話し方、その時の気持ちを発症直後から克明に記録してきました。それらをまとめたものがこの2冊です。



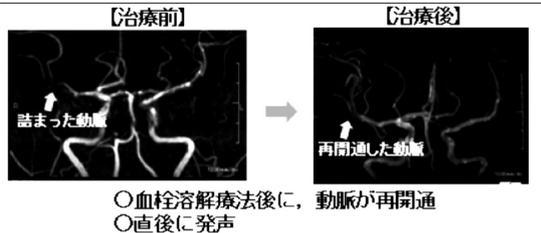
4. 2009年7月、神戸市内の映画館に行く途中で、突然左足の脱力にて発症。人目のある日中の街なかでの出来事でしたので、後ろを歩いていた人が救急通報してくれて、私は近くの市立病院に搬送されました。MRIで脳梗塞が確認され、心房細動の既往があるため心房性脳塞栓症と診断されました。幸い、この治療が効果をあげると言われる発症3時間以内に病院に到着したため、血栓溶解療法がおこなわれました。なお、その3年前に心房細動が見つかり通院していましたが、抗凝固剤の服用を中断していました。お互いの多忙と服用量を定める検査が煩雑だったからです。発症後、主治医も私もこれを後悔しました。

頭部MRI画像 (2010年1月21日撮影)



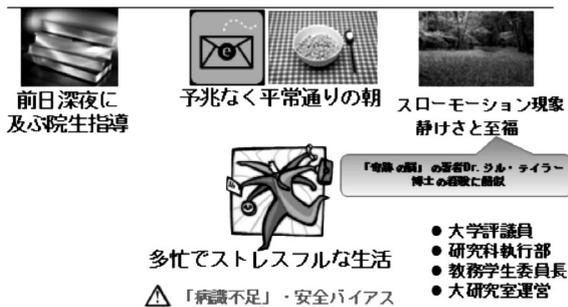
5. 発症半年後のMRI画像です。右半球の広い範囲に病巣が見られます。

血栓溶解療法前後の脳血管画像



6. 血栓溶解療法前後の頭部血管画像です。治療により詰まった動脈が再開通し、直後に声が出ました。

発症前後の様子

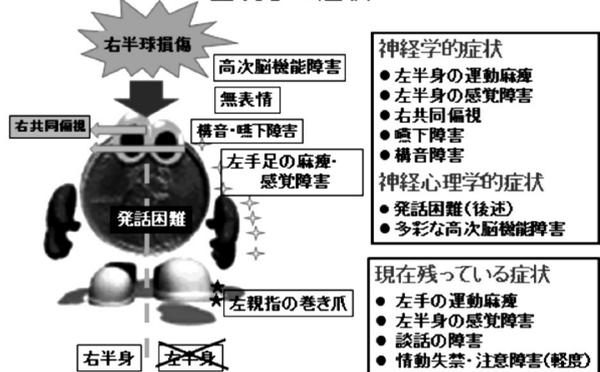


7. 当時、私は教務学生委員長として新カリキュラム作成の責任を担い、非常に多忙でストレスの多い生活をしていました。前夜は月末の国際学会で発表する院生の指導が深夜に及び、疲労困憊して帰宅しました。思い返すと、私は病気づけずの自分の健康を過信し、過労とストレスに気づかない病識不足の状態でした。また、自分と同様のリスクを抱えて発症した患者さんを診ていたのに自分だけは発症しないと

思い込んでいたことも反省点です。いわゆる安全バイアスです。つい先日の北関東・東北豪雨でも、近所の川の氾濫を予想せず自分たちは安全だと自宅にとどまった住民が被災したのは安全バイアスのためでした。人間はいつか必ず死ぬ存在です。私たちは毎朝普通に起きて普通に一日を始められるのが当然だと思っていますが、それはどんなに幸せなことかできません。脳卒中から生還した今の私は発症後死を強く意識するようになり、毎朝目覚めるたびに、夜中のうちに死んでしまわずまた新しい一日を与えられたことに、夫と「今日も起きられたね」と感謝しています。

ともかく、当日、私は平常通り早朝に目覚め、院生や家族への連絡と朝食を済ませて外出しました。明らかな予兆はありませんでした。発症時意識はあり、ほとんどの出来事を記憶していました。驚いて声をかける周囲の人に答えようにも声が出せませんでした。右共同偏視が現われ、足の脱力と併せて自分に脳卒中が起こったことを自覚しました。そして、視線の移動につれてスローモーションで目に入る静かな世界がまるで映画のワンシーンのようだと思いました。その時私はとても静かで平安な気持ちになりました。この平安で幸福な気持ちは8年間の失語状態を克服し「奇跡の脳」を書いた脳解剖学者Dr. ジル・テイラーが繰り返し述べた経験に酷似しています。

出現した症状



8. 右半球損傷のために左半身を中心にこうした多様な症状が出現しました。主な問題点を図に示しています。それらに対し懸命のリハビリをした結果、今残っている症状はわずかです。

病期とその概要



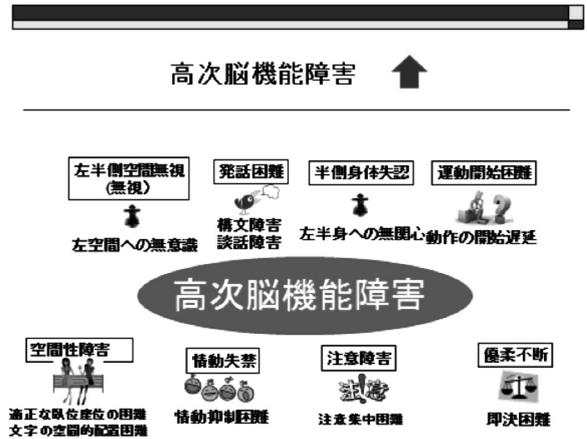
9. 各病期とその概要を示します。救急搬送先の神戸の病院で過ごした3週間の急性期には、キャンパス所在地名に因んで「チーム名谷」と名付けた大学の同僚・関係者の支援による理想的な急性期リハを受けました。転院先の回復期リハ病院では365日リハビリを行っており、そこで私は復職を目指して3か月半の間ひたすらリハビリしました。終盤に認知神経リハという技法に出会い、退院後も自宅にてこれを続けたおかげで左手の麻痺は少しずつよくなりました。自宅に戻ってからもリハビリに集中し発症後10か月という驚異的な準備期間で大学教員という現職に復帰し、当初からの目標だった復職を達成した私は、市内の自宅からサービス付き高齢者向け住宅に引っ越し、指導教員の病気で停滞した研究室の復興に成功しました。そして研究室に残っていた博士前期課程4人後期課程6人合計10人の大学院生の研究を支援し、同僚の先生の支援があつてのことで全員に学位を取得させることができたことは私の誇りです。しかし、利き手麻痺のため单身生活を継続できず、断腸の思いで翌年3月退職しました。神戸大学を退職し東京に戻ってからの退職後期の58か月には、様々な経験を積み視野も人脈も広がり、全病期中最も充実した時期となりました。

症状の劇的改善

	発症時	現在	変化
1. 表情	無表情	豊か	↑
2. 高次脳機能障害	多種多様	一部残存も大半は消失	↑
3. 発話	随意的発話困難	会話以外ほぼ回復	↑
4. 下肢の麻痺	歩行不可能	杖なしで独歩	↑
5. 上肢の麻痺	随意運動不可能	依然困難もつまみ握り可能	↑

↑ 「ほぼ完全回復」 ↑ 「大幅な改善」

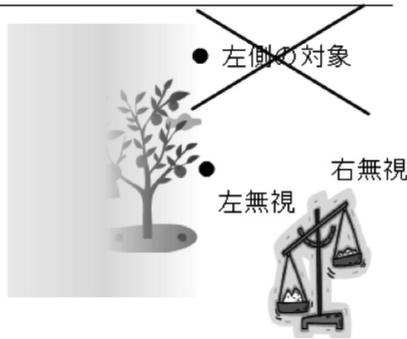
10. 緑色の上向き矢印は正常レベルまで「ほぼ完全回復」、斜めの矢印は正常レベルの半分以上に達する「大幅な改善」を示します。5項目中、手の麻痺を除く4項目に劇的な改善がありました。当人の心理状態や身体機能に影響すると思われる2と3に焦点を絞って経過を説明します。



11. 私が抱えた高次脳機能障害とその症状をまとめました。これほど多種多様な高次脳機能障害は急性期中にほとんど消え、今では軽い情動失禁と注意障害が残っています。これらの高次脳機能障害のうち、最大の問題であった左半側空間無視と発話の障害を取り上げ次以降のスライドで説明し、その後他の高次脳機能障害について述べようと思います。まず強調したいのは、日常生活に大きく影響しセラピストがリハビリに難渋する無視に関する劇的な改善です。ここで注意喚起したいのですが、私は左半球損傷後に出現する失語症の専門家言語聴覚士ですが右半球損傷後に出現する左半側空間無視を専門領域とし、発症前の10年弱、無視の世界的権威石合純夫先生とともに熱心に研究した結果、本領域では多少なりとも名の知れた存在でした。皮肉にも私はこの病気で自分の得意領域であった無視になり、これまでの研究結果を総動員して自分の無視症状に対峙したわけです。

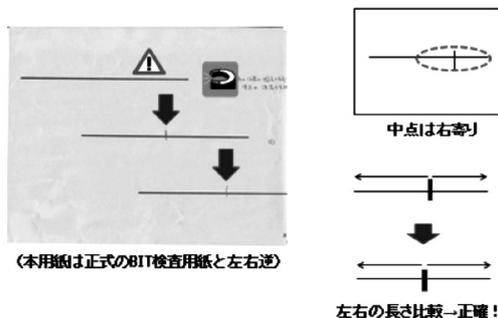
(1)半側空間無視(左無視)

- 一般的な無視検査
 1.線分二等分試験
 2.抹消試験
 3.模写試験



12. 無視は「損傷した大脳半球の反対側の対象に気づかず反応しない」症状で、失語症と並ぶ代表的な高次脳機能障害です。左無視の方が右無視より頻度も高く症状も重いと言われており、ここでは私の重度左無視について述べます。急性期、私は重度無視を示唆する右共同偏視を呈しており、左側に置いた持ち物を探し出せず、パソコンのキーボードの左側に目が向かないなど日常生活でも重い左無視が観察されました。当然のことながら、無視を専門としてきた私は無視を自覚しており、実施した机上の無視検査13項目中6項目で検出されたこの重度無視は、左の方に注意を向ける練習を続けた結果、1週間後の再検査時には得点上はすっかり消えたのです。これから3枚のスライドを連続してお見せします。当時受けた一般的な無視検査、すなわち線分二等分・抹消・模写試験の結果を解説することによって、この不思議な障害を浮き彫りにします。

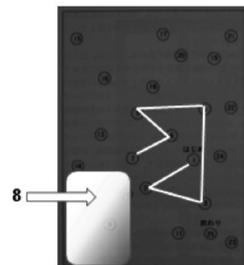
下位検査1：線分二等分試験



13. 線分二等分試験の結果です。このBITという無視検査はイギリスで作られたものですが、皮肉にも私の研究グループがその日本版を作って広まった検査です。一般に左無視患者はこのように線分二等分時に

正しい midpoint の位置の右側に印をつける傾向があります。無視患者にはこの線分の左側が意識されにくいいため、点線で囲んだ線を見ているからです。私は右下の線分から二等分を始め左上の線分に向かって、経験上有効性を実感した「ある方法」を使って midpoint をつけていきました。その方法とは、この図のように、鉛筆などで二等分点を仮決めし、つけた midpoint から線の左と右の端までの長さを見比べながらこれを動かして、最終的に左右がちょうど同じ長さになった位置を二等分点とするというものです。その時私は1本目をようやくの思いでほぼ正確に真真中に印をつけ、2本目も同様に二等分できました。ところが、左上にある最後の線分の二等分時になると、線の右端にマグネットでもあるかのように視線が惹きつけられ左端をしっかりと注視できず、その結果左右の長さを比較できないという現象が起きました。このマグネット現象は重度無視を示唆する現象として有名です。私は焦って何度もやり直しましたが、同じ現象が繰り返され、何をしても非常に疲労しやすい急性期患者だった私は集中が途切れて疲れ果て、とうとう線分二等分という行為自体を断念しました。左上の線分に印がないのは、そのためです。

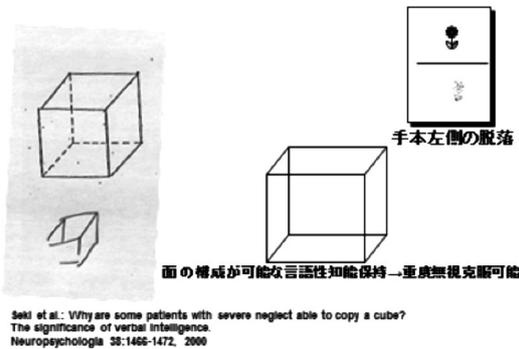
下位検査2：TMT-A（抹消検査の一種）



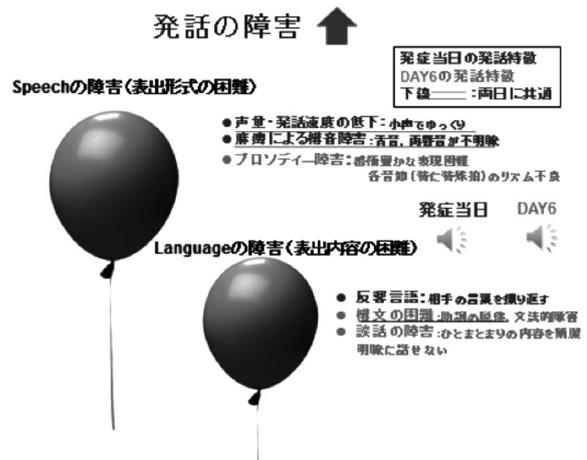
14. これは抹消試験に属する TMT-A という 1～25 まで数字を順に結ぶ検査です。無視患者は紙面の左側、特に左下にある対象、ここですね、を見落とす傾向があります。ここに1がありますので、私は2を見つけて結びました。次いで、3,4,5と順に結んで7にたどり着くと次の8を見つめることができませんでした。これは発症前、検者として使い慣れていた検査で、次の数字8は無視患者が見落としやすい左下にあることを知っていたにも拘らず、これを見つけれませんでした。焦って左下を探したのですが、

紙の端はわかるものの見えるのはただ白い紙だけでした。本検査は正確数と所要時間で評価することを知っており、確かに次の数字は左下だとわかっていたのに発見できないまま時間ばかり経ってしまうので、勝ち気な私は非常に焦りました。今なら簡単に見つけられるのですが、当時はうまくできずとても疲れて悔しい思いをしました。後述するように、このわかっているのに認識できないという現象が興味深いと思います。健常者の「健常な」ストラテジーを無視患者は使えない、つまり両者の思いはすれ違っていることを強調したいと思います。

下位検査3：立方体透視図の模写



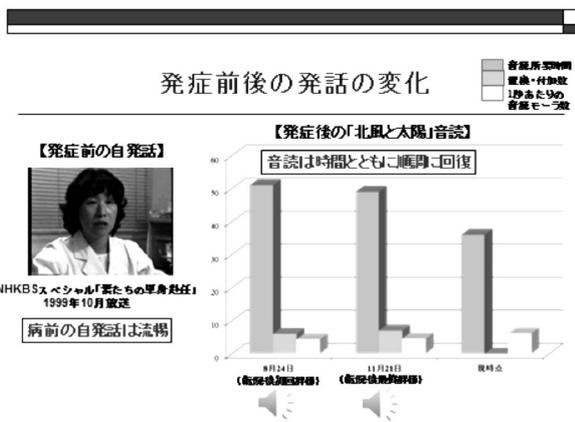
15. これは模写試験です。無視患者はどのように手本の左側を描き落としがちです。上は手本の立方体透視図、下は私の模写です。立体的に描けてはいるものの、このあたりの描き落としがあります。私はこれまでの経験から、立方体のベストな模写方法を会得していました。その方法は、スライドに注目してください。このように大きい正方形を2つ斜めにくずらして描き、それぞれの頂点同士を線で結ぶのです。私はかつて100人もの無視患者を対象にした研究をし、立方体の面を構成できる言語性の知的機能が保たれていれば、たとえ無視が重度でも正しく模写できることを報告しました。しかし、私は自分の無視の状態を知るために敢えて知っている方法を用いず、その模写結果は重度無視に阻まれ不良でした。当時、私は言語の問題を抱えていたので、あまりにも重度な無視に妨げられ面を作ることが困難だったと解釈できます。これがその論文詳細です。この他の高次脳機能障害は割愛します。



16. 次は発話の障害です。私の抱えた問題は Speech すなわち話し方の問題と、Language 即ち話す内容、つまり伝えたい内容を表す適切な単語を想起しそれに適切な助詞を加え文法的に妥当な順に並べて頭の中で文章の形に組み立てる問題の2つに大別できます。話し方 Speech の問題は舌・唇・頬や顎など発音に必要な器官—これを構音器官と言いますが—その麻痺のために正しい音が作れない、音節特に特殊拍の短縮、例としては「バッグ」を「ばぐ」、「トンネル」を「トネル」、「ジュース」を「ジュス」のようにリズムが日本語らしく聞こえず外国人のようになる—これを外国人様発話 FAS といいます—さらに単語を並べて作った文章が平板で抑揚豊かな話し方にならないということです。要するに、リズムや抑揚の障害、いわゆるプロソディー韻律の障害があったのです。表出内容 Language に関する問題は、相手の言葉を単に繰り返すだけの反響言語、普通は何も意識せずに話せるのに外国人との会話のように考え考えでないと言いたい内容の文章を話せず最後まで完結できない、これには本当に困りましたね。さらに、うまく話せるようになっても冗長で脱線しやすく、ひとまとまりの内容を簡潔明瞭にまとめられない、というものです。Speech の困難は単純な発音の問題で、Language の問題は文法的な問題を含む高次脳機能障害の可能性もあります。なお、多くの右手利き者では言語機能が左半球にあり左半球損傷後に失語症が出現するのですが、右半球損傷の私に Language の問題が出たのは、私が左手利きだからです。左利きの私の右半球に発話に関する機能が存在したことが推測されます。これから発症当日の貴重な音声をお聞かせします。声が小さく話すス

ピードがゆっくりで、相手の言った言葉、たとえば脳梗塞やMCAなどを繰り返すだけであることに注目して聞いてください。(音声が小さくて聞こえなかったので、私が説明します・・・声が小さく相手の言葉を繰り返す反響言語と言われる現象がありました)次は発症6日目の元同僚ご夫妻との会話です。わずか1週間足らずで伝えたい内容はよくわかるようになったものの、まだ小声でゆっくり話し、「先生のお誕生日,8月1日」のように助詞が抜け、文が最後まで完結していないことに注意して聞いてください。

うですが、想像してみてください)確かにすごい変化ですよ。よかったら拍手をお願いします。ありがとうございます。この間回復期病院での3か月の変化は目覚ましいものでした。順調な回復ぶりがわかります。



17. ただ発症前と比べると差は歴然ですね。16年前、神戸大学着任の年に放送された番組での話し方を聞いてください。(音が小さくて聞き取れなかったので、説明します。この場面は失語症患者さんのご夫妻の間で失語症があった時、互いに理解し合えず離婚に至ったことがあったという悲しい話をしているところです)大変流暢です。また、右はリハビリで練習した音読の評価に用いた「北風と太陽」初回と最終評価です。音読をリハ課題に取り入れたのは、当時私はLanguageの問題のため思っていることを自由に話せず、単語の想起が不要で手本がある音読の方が自発話よりはるかに良好だったためです。リハビリではエッセイや解説文を音読しながら、発音明瞭でイントネーション豊かに読むSpeechの練習を重ねました。各時点の音読をお聞きください。まず、麻痺のためにうまく発音できず、舌足らずの幼児のような読み方になっている初回評価時です。(聞き取れなかったようなので、説明します。舌足らずのまるで幼児のような読み方になっていました)次はさらに成長し大人のように流暢になった最終評価時です。(最初の読み方がうまく聞き取れなかったよ

言語の問題を抱えた私の気持ち



18. 順調に回復とは言え、思うように話せないことについてネガティブな気持ちを持つことも多く、その具体例を述べます。回復期終盤になって院外での社会生活に戻った時のことです。私は依然として外国語会話初級者のような状態でした。早口で会話している複数の人と話す時に同じテンポで話せないことを意識していた私は、仲間に入れないという疎外感と諦め、寂しさを感じました。また、二者択一式の質問に対して決断できず、理由を言葉で表現できないためモヤモヤとした気持ちになりました。これは重度失語症者への適切な質問方式として推奨されており、私もよいと考え用いてきました。しかし、実際に体験してみると即座に判断できない高次脳機能障害を持った当時の私のような人には必ずしもよいとは言えないことを実感したことは新しい発見でした。さらに、外国人との会話のように、伝えたい内容を予め頭の中で組み立てておいて必要な時まで繰り返し練習する方法には、言葉の通じない外国に一人で放り出されたような依る辺なさを感じました。おまけに、関西風のボケと突っ込みのような当意即妙な受け答えをしようとこちらがもたついているうちに話が先に進んでしまうなど、小さな失敗を繰り返すことがよくありました。そして以前持っていた自信を失い、消極的になりました。このため生じた「きちんと伝えられたか」という不安を発症3年後頃まで引きずり、特に会話相手が見えない電話が苦手になりました。



19. また、病院内外で辛い経験もしました。回復期終盤になって外泊した際に、道を尋ねようとして店員の方に向かっていったら、恐怖の表情で後ずさりやをされてしまい、強いショックを受けました。多くの失敗を重ねて自信喪失していた当時の私の表情と態度のせいだろうとは思いますが、明らかにいかにも怖いものに接したかのような表情をされたのです。また、電車内で空いた席に座ったら、私の曲がった左肘が隣の人に当たったのか左隣りの若者は降りる時に無言で私の腕を何度も強く押し返してきたのです。私は座るとき、「すみません」と言いはしましたが、一人で歩き言葉を発した私の外見から、私の故意と勘違いしたのだらうと思います。さらに、病棟で患者さんが別の失語症と思われる人について「あの人は挨拶もしないで失礼だ！しゃべらない人はノータリンだ！」と怒っている場面に出会いました。その方が話せないのは失語症のせいかもしれないこと、失語症者の知的機能は基本的に保たれることなどを説明し弁護したいと思いました。しかし、当時の私には、自分の話に納得してもらえる自信はなく、説得を諦めてしまいました。これらは外見から理解しづらい障害である「高次脳機能障害」の具体例とも言えるような事件です。残念ながら、本障害への認知度は未だ低い状態です。この障害を抱える人が安心して生活できる、「心のバリアフリー」社会が早く実現しますよう願っています。最近、東京都や大阪府などが、このようなヘルプマークを導入しています。これは糖尿病や心臓病などの内部障害を持つ人が満員電車の中で席を譲ってもらえるように作られたもので、私も自分のバッグにつけています。

発話障害回復に向けた私の工夫

1. Speechに対して

【構音障害】

「夜中の特訓」(昼夜を問わず構音器官の筋トレ)
ミラーフィードバック(鏡で口の動きを確認)
舌接触補助装置(舌の可動域縮小を目的とし歯科にて歯茎表に固定した突起物)



【ブロンディー(韻律)障害】

音読練習
NHKニュース復唱
聖歌隊合唱
ボイストレーニング

2. Languageに対して

【談話の障害】

音読原稿準備
話す内容の整理(骨子を箇条書きなど内容の論理化)

【反響言語・助詞の脱落】

意識的制御

20. 発話障害回復に向けた私の工夫です。まず Speech 話し方の障害に対してです。構音障害については反復運動の重要性を認識していた私は、急性期に「夜中の特訓」と名付けた昼夜を問わず構音器官の筋トレを繰り返しました。また、麻痺による構音障害や感覚障害で生じる嚥下障害の改善に鏡が役立つことを知っていたので、構音器官の動きを確認しながら発音や食事する、いわゆる「ミラーフィードバック」を使いました。さらに、復職期以降に授業や講演など長時間話す際に麻痺のため舌の動きが悪くなり発音が不明瞭になることに対して、歯科で前歯の歯茎部に入れ歯の要領で突起をつけてもらい口の中の舌の可動範囲を狭める工夫をしました。また、ブロンディー障害に対しては音読練習、NHK ニュースの復唱、特に「おはよう日本」のエンディングで必ずアナウンサーが言う「みなさん今日もお元気です！」の部分で、感情を込めて言えるよう繰り返し練習しました。音楽で右半球機能を促進し抑揚ある話し方を目指して参加した聖歌隊合唱、話すための筋肉や器官を鍛えるボイストレーニング—これは松下先生にお渡ししたNHKの番組をみていただくとわかるのですが—を行いました。

また、話す内容 Language の障害について、冗長になりやすく簡潔明瞭にまとまらない右半球損傷に特徴的な話し方の障害である「談話の障害」に対しては、音読原稿の事前準備や骨子を箇条書きにする、結論を先に言う、など話す内容を整理し論理化するなど様々な工夫をしました。発話障害の回復に向けた工夫の中でも特に強調したいのが意識的制御です。たとえば助詞を落としてしまったときは、正しい助詞を入れるよう意識し、相手の言葉を繰り返しそうになったときやある音たとえば「か」を言った後に思わず別の音「ら」を付け加えて「から」と言っ

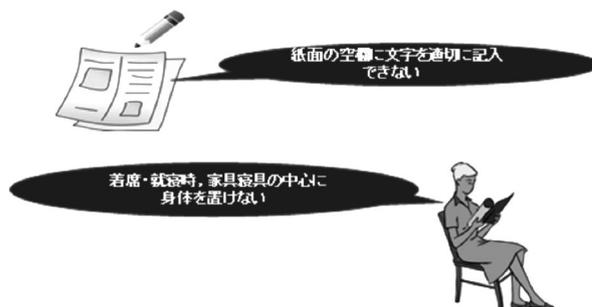
てしまいそうになるなどの場合に、意識して言わないようにしました。また、「先生のお誕生日8月1日」など助詞が落ち文末まで完成できない場合には、「先生のお誕生日は8月1日ですか?」「先生のお誕生日は8月1日でしたね」などのような最後まで完結した文を想起する練習を常に意識して行いました。また、音節のリズムが崩れる問題についてはどの拍も同じ長さになるよう意識的に調整し同じリズムで話そうとしました。さらに、複雑な内容や感情を表現するときは意識的にババーン、によるのようないわゆる「オノマトペ」を使うなどの技法を用いました。こうした工夫の結果、今お聞きのような話し方が実現したわけです。

半側身体失認↑



21. 次の症状は「半側身体失認」です。これは一方の身体-多くは左側ですが-に注意が向かない、無関心になる症状です。本症状の具体例として私は急性期に寝返り・起き上がり練習の際、よく左手を体の下に巻き込みました。より顕著な例は、転院時東京の回復期病院に向けて神戸から新幹線で移動したとき、次の予定が迫っている駅員さんが走って押す車椅子のタイヤに左手が巻き込まれそうになっていたことです。気付いて慌てて右手で左をつかんで引き上げましたが、もし巻き込まれていたらと思うと今でも冷や汗が出ます。これに対しては、転院先の回復期病院での洗体や洗髪など日常生活の中で、意識して左半身に注意を向けるよう行動したので、次第に目立たなくなりました。

空間性障害↑



22. 4番目の症状は空間性障害です。そもそも、人間の右半球は空間性機能を持っていますから、それが傷つくと空間性障害が出るのです。具体例は、書類の空欄に文字記入時に枠外にはみだす、文字配置がバランス不良になる、着席時や就寝時、背骨を家具寝具の中心に合わせられないことです。これらについても、私は意識して文字や体幹正中の適切な空間的配置を心がけました。

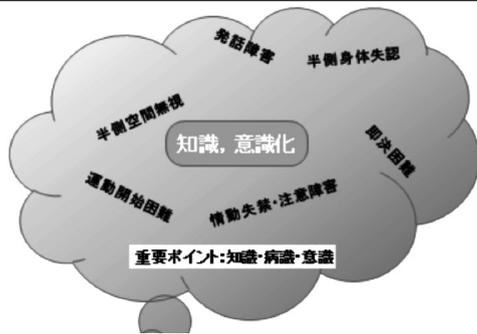
優柔不断(即決困難)↑



即座に決断できない

23. 最後は複数の選択肢のうちどれがよいか問われると、すぐに決断を下せない症状です。発症当初は2者択一式の間に即座に判断してどちらと答えられず、また構文の障害のために選択の理由をきちんと表現できず困りましたが、その後即決を意識して励行した結果、この症状は軽快しました。とりあえず一方を選んでおいて、もし不都合があれば他の選択肢にするという方法を発見したのも、見かけ上即決困難が消えた一因と思われます。

まとめ: 後遺症への対応



24. 以上をまとめると、私は知識と意識化によって後遺症を克服してきたと言えます。特に専門家ですらリハビリに難渋する無視に対する無視専門家の私の超早期の意識化自主練習は、それ以降の日常生活で残存しがちな無視症状を克服する上で役立ったと考えています。

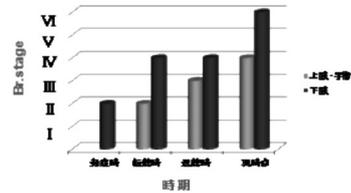
劇的な症状改善は、第1に私が持っていた症状に関する知識と病識、第2に望ましい状態に近づけ、困った状態を避けるよう意識して抑制する自主練習のおかげだと思います。知識がなければ自分の状態を客観的に把握できませんし、病識も出てきません。また、病識がなければリハビリの必要性も感じず意欲もわきません。さらに、意識的自主練習は、前述のように、発話困障害、半側空間無視その他の症状改善にも役立ちました。私の経験が一般化できるわけではありませんが、重要ポイントとして強調します。以上で第1部「私の脳梗塞概略」を終わります。

本日の講演内容

1. 私の脳梗塞概略
2. 身体機能の改善
3. PT・OTに望むこと

25. 第2部身体機能の改善です。ここでは、PT・OTの対象領域である上下肢の麻痺の経過を説明し、私が選択した上肢麻痺に対する治療法の効果の検討の試みについても言及します。

上下肢麻痺ステージの経時的変化



26. まず、多くのセラピストが指標に用いているブルンストロームステージの経時的変化を示します。当初は左下肢もステージIIの麻痺がありましたが、時間的経過につれ改善し最終的には完全回復しました。「発症時膝立てが可能なので、最終的には杖なしで独歩可能」と言う予後を担当セラピストから聞き、安堵しました。

下肢の麻痺 ↑

【発症時】

発症1週間後、車椅子に移乗

【現時点】

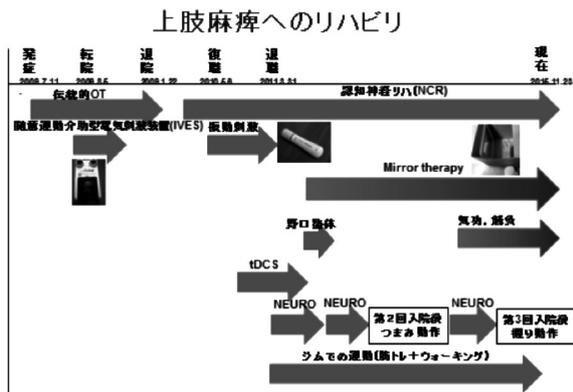
● ほとんど杖なし独歩

2014年9月、ウォーキング行事で15km完歩

15km!!

発症18日後、PTによる歩行練習

27. 左は発症1週間後、病棟で車椅子に移乗練習中のまだ歩けなかった時期の私の写真、その下は発症16日後歩行練習中の動画です。この日は杖なしで40m独歩可能となりました。同時に、左上肢が弛緩性を示し振りもみられないことにも注目して動画を見てください。(左腕の振りはみられませんね) それからほとんど杖なし独歩できるようになり、現時点では下肢の感覚障害を除き問題はなくなりました、昨年9月には所属フィットネスクラブのウォーキングイベントで15kmという長距離完歩の快挙を遂げました。15kmですよ、1.5kmではありません！



28. しかし、利き手である上肢の麻痺は回復期まで依然持続し、リハビリは困難を極めました。スライドは時間経過に従った上肢麻痺へのリハビリの概要です。回復期までは伝統的作業療法でしたが、回復期終盤に出会った認知神経リハを基本とし、「総合リハ」誌2013年4月号に特集が組まれた上肢麻痺治療法のうち、CI療法以外の大半のリハ技法を試みました。私が導入したりハ技法を順に説明します。IVESは随意運動介助の目的で電気刺激を入れる低周波肩こり治療器に類したもので、回復期に伝統的OTと併用しました。当時は随意運動が出ておらず、効果は否定的でした。振動刺激は促通反復療法、(いわゆる川平法ですね)、との併用が推奨されているマッサージャーで、復職後認知神経リハ実施時に併用しました。文献を参考に実施したので、ある程度緊張が取れたようにも感じました。また、ミラーセラピーは患肢を健肢と同時に動かしその動きを鏡に映してあたかも患肢が動いているかのように錯覚させ、いわば脳を騙すことによって運動を促進させる方法で、退職後期に導入しました。写真は夫作製のミラーボックスに健側の右手を入れて鏡に映している様子です。継続的に実施するうちに手応えを感じることもありました。野口整体、気功・鍼灸は気に関連した民間療法で、退職後に導入しました。いずれも効果を示した報告はありませんが、前二者には身近に回復した実例が存在し、鍼灸は脳卒中に特化した治療法としてテレビで大きく報道された治療院に通いました。また、tDCSとNEUROはいずれも頭部を外から刺激する非侵襲的方法ですが、刺激が電気と磁気であることが異なります。前者は復職期終盤から退職後にかけて計2回、後者は退職後に計3回リハ入院しました。屈筋の痙性を落としリハビリしやすくするボトックス注射もNEURO各入院

前の計3回を含め既に13回実施しました、以上に加え、ロコモ・サルコペニア対策のため、自宅マンション内のジムで筋トレ・ウォーキングを週1,2回程度継続しています。

NEUROリハプログラム退院後の上肢動作



第2回入院後つまみ動作



第3回入院後握り動作

29. 2回目3回目の入院後にそれぞれつまみ、握り動作が可能となった動画がありますので、ご覧ください。まず自宅練習用に工夫したつまみ動作です。(音が無いので、説明します。OTのペグ移動の代用として自宅にあった製氷皿と乾電池で課題を工夫して行いました)次に握り動作です。(私が「できた!」と喜んでいますが、このSTEFの課題を5回続けてできたのは私にとってこの時が初めてでした。回復期のセラピストのみなさんは、患者さんはこのように課題に成功して嬉しいものだということを憶えておいてください) ST領域では多種類介入時の効果測定法として多層ベースライン法が知られていますが、私が採用した方法はこのように効果測定デザインも不明確で実施時期も異なり対照群もないので、どれが最も効果的とは言えませんが、このうち、客観的なデータや画像のある4種類の方法を取り上げこのあと解説します。

1. 手指の外観の変遷

(≒認知神経リハの効果)

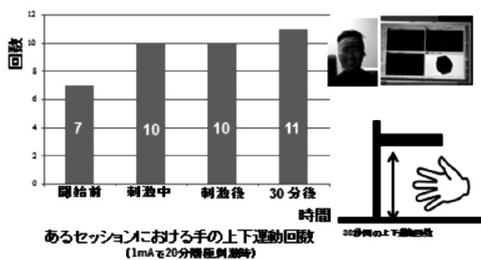


30. まず、手指の外観の変遷を示します。転院前日には全指は伸びていましたが、回復期病院でのリハ期間

で痙縮傾向が増し2か月後には全指を握りこんで努力しても開けられない状態になりました。それが、復職後も認知神経リハを継続したおかげで退職2か月前の時点には全指を机上に伸ばして置けるようになりました。要するに回復期までは弛緩性の状態であったのに回復期には筋緊張が充進したのですが、本技法開始後に痙性は徐々に落ちたとと言えます。その後の復職期間中にはこれ以外の方法での介入はほぼしなかったため、みられた改善は期間内に週合計2回外来・自宅にて単独介入した認知神経リハの効果と断定できそうです。なお、認知神経リハはイタリアの神経内科医カルロペルフェッティが考案し高知の宮本省三先生が導入した技法で、外界からの感覚情報を処理する認知過程を通して運動機能の回復を促進することを目指した技法の一つです。

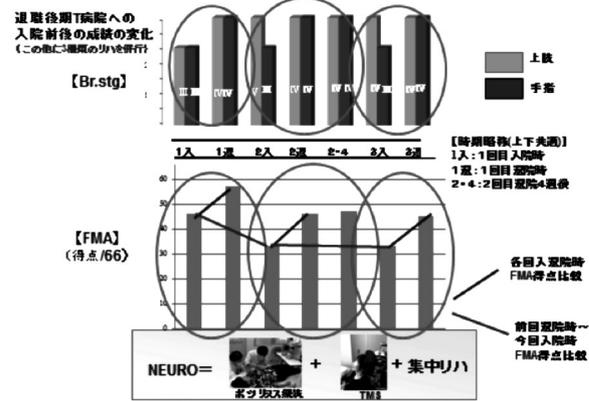
2. tDCS(経頭蓋直流電気刺激)

復職期国立精神神経研究所にて実施(認知神経リハと併行して実施のため回復効果の可能性を否定できず)



31. 次に脳を外から刺激する方法の一つ、tDCS 経頭蓋直流電気刺激の効果です。この図は復職期の冬、東京の国立精神神経センター研究所でのあるセッションにて机上から一定の高さにある指標までの往復回数をカウントした結果です。(ここですね、これを上下運動して回数をカウントしました) 通常背屈回数を指標としているのですが、その代用として重度麻痺のある当時の私でも実施可能な上下運動の回数を測定しました。開始前には7回だったのに、刺激中と刺激後は10回に増え、刺激30分後の時点では11回と after effect は30分間持続しました。一見効果があるように見えますが、この時期には認知神経リハを併行して実施していたので相乗効果の可能性は否定できません。

3. NEURO(反復性低頻度経頭蓋磁気刺激)



32. 同じく外部からの脳刺激方法 NEURO 反復性低頻度経頭蓋磁気刺激の効果です。NEURO は前段階として屈筋にボツリヌス注射して痙性を落とした状態にしておき、(ここですね)半球間抑制減弱のために健側半球に低頻度磁気刺激を入力しその後集中リハで機能改善を旨とす2週間の入院リハプログラムです。上は3回の入院における入退院時のステージ、下は各時点のフューゲルマイヤーアセスメント FMA 日本版の評価結果です。横軸は上下共通の各入院の時点で、わかりやすいように各時期の結果を○で囲みましたので、両方重ね合わせて見てください。ここで FMA 得点に注目すると、各回とも入院期間中に深緑色の線で示したように大きな改善を示し、同様に2回目入院時には退院4週間後まで効果が維持されていますが、(これです)次の入院時には紫色の線で示したように前回入院時の状態に戻ってしまっています。(この線です。)要するに入院期間中において短期的効果はあるものの、課題練習の頻度が減ると次の入院時には元の状態に戻ってしまう現象が生じているのです。この原状復帰現象は、TMS の効果というよりむしろ入院期間中に行った短期集中リハの効果と言えるように思われます。この結果について、NEURO 研究グループは集中リハの効果の可能性を否定し TMS の効果を立証する実験デザインに改訂し現在データ蓄積中とのことです。

4. 「気」に関連した民間療法(野口整体, 気功, 鍼灸)



33. 最後の方法です。野口整体は野口晴哉（はるちか）により確立された「「気」の流れを調整することで人間が潜在的に持つ自然治癒力を呼び覚ます」独自の整体法です。「気」とは万物の元なる生命エネルギーを意味します。また、気功は気の流れをコントロールし自然治癒力を高めることを目指した中国3000年以上の歴史を持つ健康法です。私は西洋医学をおさめた医師である中国人気功師から2年前に指導を受け、ほぼ毎日自宅練習するほか隔月に4日間練習会に通っています。「気」は目に見えないものですが、両手を合せる際など確かにその存在は実感できます。（ちょっと両手を合わせてやってみてください。何か変な感じがありませんか？）気功練習の過程で「気動」という、野口整体が強調する「活元運動」と類似の錐体外路症状様の不随意運動が出現します。気動に関する先生の「蓋をとる」という解説は、大脳基底核の運動制御から解放される状態になることと理解し、私はこれが回復への鍵となる可能性を感じました。鍼灸は長い伝統がある中医学で、脳卒中専門の「活脳鍼」という方法が全国的に評判になった治療院に2年前から週1回通院しています。これらの民間療法はいずれも退職後期、友人やリハ担当者から回復した実例をあげて紹介されました。上は手本の写真に示す気功のあるポーズの経時的変化です。気功開始時には回外が困難で下段左のような肢位でしたが、翌月同日には回外可能になり手本に近づいています。再右端は最新の状態です。撓屈傾向が徐々に是正され、母指の位置も改善傾向です。この他の技法同様、気功練習の他にいくつもの治療を重ねて行っており、写真が示す変化は気功自体の効果とは言えません。気功も鍼灸治療も長期的にみれば、多少効果的だったかなという程度でした。近年、気功を癌治療に取り入れている帯津良一

医師のように東洋医学に興味を持ち実際に治療に生かしている医師が増えており、私も東洋・中医学に魅力と可能性を感じます。少なくとも私は気功実践により精神的安定を得ました。客観的効果はなくても一定の効能はあったのではないかと思います。要するにアメリカの健康医学研究者アンドルーワイル博士の言う「絶対に効くという方法もないし、絶対に効かないという方法もない」のが結論かと思います。

逆境にあっても「折れない心」を意味する resilience という言葉があります。ホロコースト経験者多数例の追跡研究の結果、この逆境心を持つ人にはポジティブで柔軟な思考傾向、逆境の中でも楽しみやユーモアを発見する心のゆとり、周囲に支援者がいるなどの共通項を持つそうです。幸いにも、私は上肢麻痺に関する定番の予後予測を知らず、回復を目指してひたすらリハビリに専念しました。上肢麻痺ステージⅠからⅣまで改善した私の回復も自ら持っていた折れない心 resilience が寄与した可能性が推測できます。結論的に言えば、どの治療法が有効かを考える際に、当事者側の心理的環境的要素の検討が必要だと思います。以上で第2部身体機能の改善を終わります。

本日の講演内容

1. 私の脳梗塞概略
2. 身体機能の改善
3. PT・OTに望むこと

34. 第3部「PTOT に望むこと」に移ります。

メッセージ

1. 適切な予後予測と目標共有を！
2. 対象者の重症度に応じた適切な質・量の感覚入力を！
3. 対象者に適した評価法採用を！

35. 当事者となり周囲を観察して気づいたことは、まず、1) 突然の脳卒中により身体・認知機能障害が出現し、病前と同様に自力ではできなくなった自分の状態に、自信喪失し当然の帰結として意欲が低下することです。回復期では脳卒中後うつ症状 PSD と呼ばれるうつ症状を示す患者さんが 15-72% 存在するという報告もあり、落ち込む割合が非常に高率と予想されます。首都大学東京の大嶋伸雄先生のご近著を引用すると「現実を見ると、身体機能の障害を呈する患者さんを担当する回復期セラピストはそのような事実も知らず、きめ細かく対応している事例はごくまれ」だそうです。(厳しいですね。) 私も発話の障害のため思いが伝えられず、勝手に判断されたとき、「人の気も知らないで…」と腹立たしく思ったことや、せっかく課題をクリアしたのに「まだまだ」と否定的な発言をされて自己効力感が低下したこともありました。

2) 次に、自分の状態を理解し共感してほしいという医療サイドへの過剰な期待が裏切られる経験を何度もし、悲しみや怒りなどの負の感情や疎外感が鬱積しています。3) また、これほどの大病に立ち向かえるほどの精神的基盤が脆く、常に疲れやすく発症前には全く感じなかった違和感不快感を常時抱えています。自分が発症してみて気づいたことですが、外側から見て何も反応がない時でも、当人の中で心はあれこれ動いており、それゆえ疲れやすいのです。4) 最後に、健常者とは異なる見方感じ方ゆえに生じる双方のすれ違いがあります。無視の状態について説明したことの繰り返しですが、私は無視専門家として数々の検査を行ってきて答えを知っていましたが、適切に反応できませんでした。無視患者の示す反応たとえば「紙の端は見えるのにその領域にある数字を認識できないこと」や「もっと左を見ようともしさえすれば左にある対象を認識できるはずなのに、実際にはそのようにしないこと」は健常者にとっては不思議な現象ですが、無視になった私にとってはわかっていてもできない・わからない状態なのです。同様のことが、後述する感覚障害についても言えます。当事者として私は感覚障害の違和感・不快感を常時もっていますが、それは発症前の健常な時には一切感じなかったもので、感じている状態は説明しようと思っても適切な表現が見当たらないという事態なのです。このように、当事者と健常者は双

方に対し想像を超える異常事態を理解できずわかってもらえない行き違いの状況を呈しているのです。

メッセージ

1. 適切な予後予測と目標共有を！

2. 対象者の重症度に応じた適切な質・量の感覚入力を！

3. 対象者に適した評価法採用を！

36. そこで、私から PTOT に望むことを 3 項目にまとめました。まず、適切な予後予測と目標共有を！という点です。

1. 適切な現状説明・予後予測と目標共有



37. 突然の脳卒中で先行きを不安に思っている患者には、その気持ちを理解し現状を説明する配慮が特に回復期セラピストに必要です。たとえば「4-4-4 の法則」など時間経過と状態に応じて予後の良否が予測されている場合も、もし私がそうされたら立ち直れなかったかもしれませんが、率直に現状と予後予測を説明するべきです。私の担当セラピストがそれをしなかったのはおそらく私の上肢麻痺が非常に重く、セラピスト自身もどのようにリハビリしてよいか分からなかったためなのではないかと想像します。そして、現状の説明とともにこの状態を脱するためのようなりハビリの技法があるか、今後どうしたらよいかを解説して当人の納得を得ることが重要と思います。いわば対象者の抱える障害に対するリハビリの全体像を提示するのです。実際にはとても難しいことですが、インフォームドチョイスが理想的だと思います。また、対象者の希望する将来の状態が実現可能であればそれを共有してともに前進する

べきだと考えます。回復期のセラピストは家庭復帰を目標とするという固定観念があるようですが、私の場合は違いました。患者の目標が家庭復帰ではなく職場復帰である場合は、セラピストは安易なワンパターンのリハビリをするのではなくその目標を達成するために必要なオーダーメイドのリハビリを臨機応変に考案してほしいと思います。また、退院後長く続く患者の生活を想像して、障害を持ちつつも豊かな生活を実現できるよう対象者にとって何が必要かを考え、きめ細かく適切に対応してほしいと思います。患者に接する際には当人の状況を洞察し、その気持ちに沿った言葉がけや態度にも気をつけていただきたいものです。実際、私は更衣練習の際に、そんなことも知らないのかと言うような態度で手本を示されてプライドを傷つけられたり、課題をクリアした時褒めるところか不完全な点を指摘されて意欲を削がれたり、対象者の高次脳機能障害に関して配慮のない教示をするセラピストの態度に失望したりしました。特に重度の障害を持つ方は、鬱傾向を示しやすいものです。セラピストはそのことを十分意識し、日々のリハビリに臨んでほしいと思っています。

メッセージ

1. 適切な予後予測と目標共有を！
2. 対象者の重症度に応じた適切な質・量の感覚入力を！
3. 対象者に適した評価法採用を！

38. 次は、対象者の重症度に応じた適切な質・量の感覚入力を！という点です。

私の感覚障害



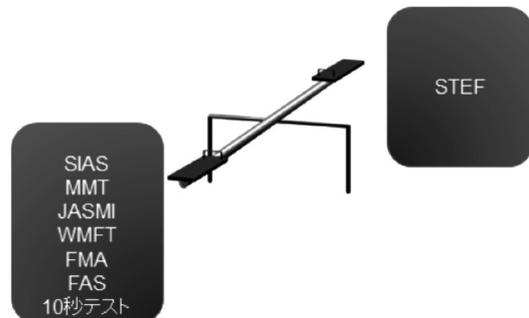
39. 私には麻痺に加え左半身、特に手掌に感覚障害もありました。発症当初から手掌に触れた強い刺激に過剰に反応し～セラピストが手掌に触れたコップ洗い用ブラシの刺激があまりにも強烈で思わず叫び声を上げそうになったことがあります～、また冷刺激を痛いと感じる、～つまりプールには痛くては入れないということです～そんな感覚異常も出現しました。さらに、回復期終盤には反射とむくみが出て、総合的に何とも表現できない不快な感覚がありました。セラピストにとっては何でもない普通の刺激が重度の感覚障害を持つ私にはあまりにも過剰な負担だったのです。セラピストが過剰な刺激を入力することで対象者は恐怖を感じ、その後、同様の状況下で拒否的になり、その後のリハビリに悪影響を及ぼすことになりかねません。対象者の重症度に応じた適正な質・量の感覚入力を励行してほしいと思います。

メッセージ

1. 適切な予後予測と目標共有を！
2. 対象者の重症度に応じた適切な質・量の感覚入力を！
3. 対象者に適した評価法採用を！

40. 最後に、対象者に適した評価法採用を！という点です。

対象者に適した評価法を！



41. 回復期を過ぎるまで私のような重度上肢麻痺の評価法はSTEF以外にないのだと思っていたら、NEURO入院先の病院でこのような複数の有益な評価法に出会いました。STの領域ではたとえば失語症の場合、

数は少ないものの重度失語の評価法や実用的コミュニケーションの評価があります。重度の麻痺者にも使え、どこがどう困難なのか把握でき、それを今後のリハに生かせる評価法を一貫して使うことは、セラピストと患者双方にとって利点だと思います。

発症後発表した著作



1. 「患者と治療者の間を生きる」第1回「患者と治療者の間で:当事者となった治療者」作業療法ジャーナル, 三輪書店, 46(4):400-401, 2012.4.15
2. 「患者と治療者の間を生きる」第2回「患者と治療者の間で:治療者としてどのように患者に向き合うか」作業療法ジャーナル, 三輪書店, 46(5):525-530, 2012.5.15
3. 「患者と治療者の間を生きる」最終回「患者と治療者の間で:治療者としてどのように成長するか」作業療法ジャーナル, 三輪書店, 46(6):633-636, 2012.6.15
4. 「STが脳卒中になってわかったこと」コミュニケーション障害学29(3):179-187, 2012
5. 「高次脳機能障害を体験して～科学的一考察～」言語聴覚研究, 11(2):106-117, 2014

42. 以上で第3部を終わります。提言は、既に発表した拙文および、連携して認知行動療法 CBT の普及活動中である OT で首都大学東京教授の大嶋伸雄先生のご近著『PTOTSTのための認知行動療法』の内容に基づいています。ご参照いただけましたら幸いです。最後にまとめに移ります。

リハビリ中気をつけていたこと

- 1.現在の自分の状態を発症前と比較しない
- 2.焦らない, 悔しがらない, あきらめない
- 3.不便を受け入れ, 工夫を楽しむ
- 4.失敗した理由を考え, 次に生かす
- 5.動作を具体的にイメージし, 鏡等で客観的にチェックする 
- 6.運動イメージを用いる 
- 7.育児のように大らかな気持ちで臨む
- 8.回復を信じ, 役立ちそうなあらゆる手段を講じる

43. 「リハビリは辛いでしょう？」とよく聞かれました。私には、リハビリは身体機能のセッション時などに痛い事はあっても決して辛くはなく、むしろよくなっていくのが実感できて楽しいものでした。スライドはリハビリ中私が気をつけていたことです。このうち、特に第1点は発症前の私がよく患者さんに言ったものです。1.現在の自分の状態を発症前と比較しない, 2.焦らない・悔しがらない・あきらめない, 3.不便を受け入れ, 工夫を楽しむ, 4.失敗した理由を考え, 次に生かす, 5.動作を具体的にイメージし, 鏡などで客観的にチェックする, これは、「鏡を使っ

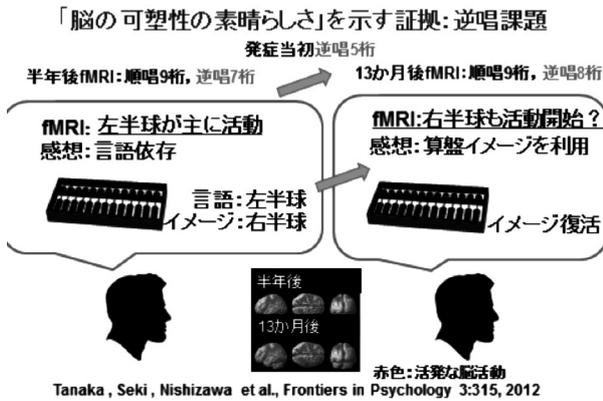
て動作を客観的にフィードバックするミラーフィードバック」のことです。6.運動イメージを用いる。これは認知神経リハで強調する「運動イメージ」のことです。事前に運動をイメージするとそれに対応した脳活動が見られるという報告もあり、アスリートのイメージトレーニングの効果からも納得できる事項です。イメージの実効性は歌や気功練習の際にも感じました。7.育児のようにおおらかな気持ちで臨む, 8.回復を信じ, 役立ちそうなあらゆる手段を講じる, です。

リハビリを促進したこと

- 「神様は試練とともにそれに耐えられるよう、逃れる道をも備えていてくださいます」という聖書の言葉 
- 家族の励まし 
- 脳の可塑性による着実な回復への確信 

44. そうは言っても、リハビリに忍耐はつきものです。発症後、私は何度も落ち込みましたが、その都度「神は試練とともにそれに耐えられるよう、逃れる道を備えていてくださいます」という聖書のことばを思い出して励まされ、前向きに進むことができました。前述の「精神的基盤」の重要性を示唆するものです。また、家族の励ましに関しては、「サッカー選手は動く手を使わずに足だけでゲームをしているのだから、「ゲームだ」と考えたらいいいんだよ。」という夫の前向きな言葉と物事を楽しもうという態度にも励まされました。おかげで、生真面目で完璧主義の私の気持ちが少しほぐれました。さらに、12年間の神戸大学単身・別居生活を終え再び自宅で同居するようになってから、夫は職を辞し収入も肩書きもない家事担当の「主夫」として私を支え、私が何か新しいことができるようになった時は必ずその進歩に驚き努力を褒め、回復とともに喜んでくれました。独立して都内に住む息子も時々帰っては、私の進歩を喜んでくれました。家族の支援が重要と言える所以です。これは家族の写真ですが、その支えの重要性を強調するために今日は大きく伸ばして貼りつけました。

最後に、私は臨床経験から前述のような脳の素晴らしい復元力すなわち可塑性を知っていましたから、自分の状態がいかに重度であってもあきらめずリハビリすれば少しずつでも進歩する可能性があることを確信していました。



45. 脳の可塑性の素晴らしさを示す証拠です。私は発症前、日本商工会議所主催全国珠算コンクールで2年連続入賞するほどの算盤の達人でした。頭の中に算盤が見え、数字を聞きながら珠が勝手に動くのを見ているだけで、つまり算盤のイメージによって、難なく暗算や数唱すなわち聞いた数字を正順逆順に繰り返すことができました。しかし、発症後に逆唱ができなくなりました。一般に数の操作は左半球機能、イメージは右半球機能とされ、先行研究では算盤熟達者は右半球で算盤のイメージを使いながら左半球で数字を処理するという「両半球の関与」が報告されています。そこでfMRIによる課題遂行中の私の脳機能と成績を2時点間で比較検討しました。実験結果を中央下の図に示します。上段は発症半年後、下段は13か月後の私の脳活動で、赤い部分が活発な活動の場所を示します。

私の逆唱成績は当初5桁でしたが時間が経つにつれてよくなり、脳活動も変化しました。発症半年後では左半球が主に活動していましたが、13か月後では脳活動を示す赤い部分が右半球の視覚野にも広がりました。これは半年後の実験では言語に頼ってしまっとうまく逆唱できなかったが、2回目の実験では算盤イメージが戻ってきてそのおかげで逆唱できたという私の感想と完全に一致する結果でした。この結果は数の操作を担う左半球頭頂葉の活動に加え視空間性機能を有する右半球の後頭葉視覚野が新たな回路として活動を始めたと解釈でき、これこそリハビリを支える脳の可塑性を説明する証拠だと思

ます。認知機能だけでなく身体機能に関する脳の可塑性の証拠も報告されています。



「失語症を解く 言語聴覚士が語る言葉と脳の不思議」人文書院、2003

46. 最後に拙著をもう1冊紹介します。「失語症を解く」です。麻痺がない失語症者は外見から障害を持っていることが理解されにくく、言葉に代わる手段も他になく、自分で自分の障害を言葉で説明することができません。誤解される事が多い失語症の知識を広め理解を得るために発症前の私が一般向けに書いた本です。失語症状やリハビリの方法を具体例とともに1章ずつまとめてあり、わかりやすいと好評です。私は病棟で文字の読み書きできない失語症者に対して五十音表を使っていたり、理解障害のある失語症者に大声で話したり、幼児語で話しかけたりする医療者を見かけた経験があります。これらは大きな誤解ですのでぜひ一度本書に目を通してください。今日は他の2冊とともに数冊持参し書籍コーナーに展示しています。本日は特別に消費税なしの本体価格でお分けします。ご希望があればサインもしますので、興味がおありの方はご覧ください。



終わりに

私は自分の障害を神に感謝しています。
障害があったからこそ自分に気づかせ、
自分のすべきことを見つけ、
神に出会うことができたからです

ヘレン・ケラー

目の前にある現実だけを見て
幸福だとか不幸だとか判断してはいけない。
その時は不幸だと思っていても、
後で考えてみるとより大きな幸福のために必要だった
ということがよくある。

フジコ・ヘミング

47. 発症後の私は人脈、活動範囲、視野すべてが病前より広がり、充実した毎日を過ごしています。何よりも対象としてきた脳卒中当事者としての生活を体験

できたことはとても貴重でした。障害を持って生きた先輩たちの言葉がまさにその通りであることを実感しています。確かに病気になったことは残念でしたが、その後の私は発症前の私には足りなかった叡智を得た気がします。私をこのように変えた病気に感謝しています。



以下の私のアドレスへ ご意見・ご感想をお寄せください

ksekitk@yahoo.co.jp

関啓子Facebook:<https://www.facebook.com/keiko.seki.180>



48. 私の連絡先です。Facebook も公開していますので、覗いてください。友達申請して下さったらなおいいです。

リハ支援者 (敬称略。職種，所属)

おかげさまでこんなに元気になりました。感謝！

- 石合純夫 (MD, 札幌医科大学)
- 樋村智美 (OT, 神戸大学)
- 三宅希子 (ST, 神戸中央市民病院(臨時))
- 岸田(菊古里) 麗 (OT, 神戸中央市民病院(臨時))
- 藤原(雅野) 加奈江 (ST, 東北文化学園大学)
- 阿部晶子 (ST, 国リハ学院(臨時), 国際医療福祉大学)
- 高野(麻田) 円 (ST, 永生病院)
- 妻(坂本) みづき (OT, 永生病院)
- 前崎伸一郎 (MD, 富山保健衛生大学)
- 大沢美子 (MD, 国立長寿医療研究センター)
- 江村優平 (ST, 永生クリニック)
- 伊東(金丸) 加絵 (OT, 永生クリニック(臨時))
- 高橋昭彦 (PT, 高知医療学院(臨時))
- 高永孝紀 (PT, 村田病院)
- 長谷川真一 (ST, 東北文化学園大学)
- 磯貝淑子 (ST, 広島県立保健福祉大学(臨時))
- 佐藤隆子 (ST, 総合東北病院)
- 鎌野香晶子 (ST, 金沢大学)
- 原夏美 (MD, 相模病院(臨時))
- 榎原彰夫 (MD, 国際医療福祉大学)
- 金森志 (PT, 永生クリニック)
- 都丸智也 (MD, 永生クリニック)
- 石合潤夫 (MD, 札幌医科大学)

氏名:急性期
氏名:回復期
氏名:復職準備期
氏名:復職期
氏名:退職後期

49. このように多くの先生方のご支援を受けて、ここまで元気になりました。改めて感謝します。



ご清聴ありがとうございました
皆様のご活躍をお祈りします

50. これで私の話を終わります。ご清聴ありがとうございました。