

主体性研究委員会報告

脳損傷後の「主体性」の回復をどう支援することができるか ～第3回 ピアとの関係を育てる～

主体性研究委員会 能智正博

第2回では、「回復期における対応」ということで、脳損傷を受けて急性期を過ぎ、回復期において「主体性」が認められない場合の背景とその対応についてまとめました。主体性が見られないとき、脳損傷当事者の視野に入っているのはもっぱら、脳損傷によって変化してしまった自分で、そのままなざしは自身の内側に向きがちです。そうした自分を受け入れることができない時、周囲の世界に戻りこれから的时间を生き始めたいという気持ちがもちにくくなるもので、その状態が続くと、周囲の人には「主体性が失われている」と受け止められがちです。医療専門職や家族にまず求められるのは、こうした脳損傷当事者の気持ちを受け止め、見守りながら、適切なときになつたら外の世界に目を向けたり、今後の人生を考えたりする姿勢を回復させることではないかと思います。

そのように脳損傷当事者の方のまなざしを内に向かうものから外に向かうものに変えていくための手段は、今回の研究のもととなった会合においても様々なアイデアが述べられてきました。この第3回では、その1つとして「ピアとの関係」を育てていく方向をまとめておきたいと思います。「ピア」とはもともと「仲間」を意味する語で、ここでは「自分以外の他の脳損傷当事者」という意味で使っています。脳損傷当事者にとって他の脳損傷者は自分と同じ「病い」、あるいはその原因としての脳損傷をもっている点で共通しており、自分に近い立場であると想像される存在です。私たちは近い立場の人と自分を比べて自分の立ち位置を確認し、それをもとに行動したりするものです。こうした意味で、「ピア」との関係は、脳損傷当事者の「主体性」にも影響を与える可能性がありますし、医療専門職がその支援の現場で意識しておくべきことの1つになるのではないでしょうか。

脳損傷者にとっての他の脳損傷者

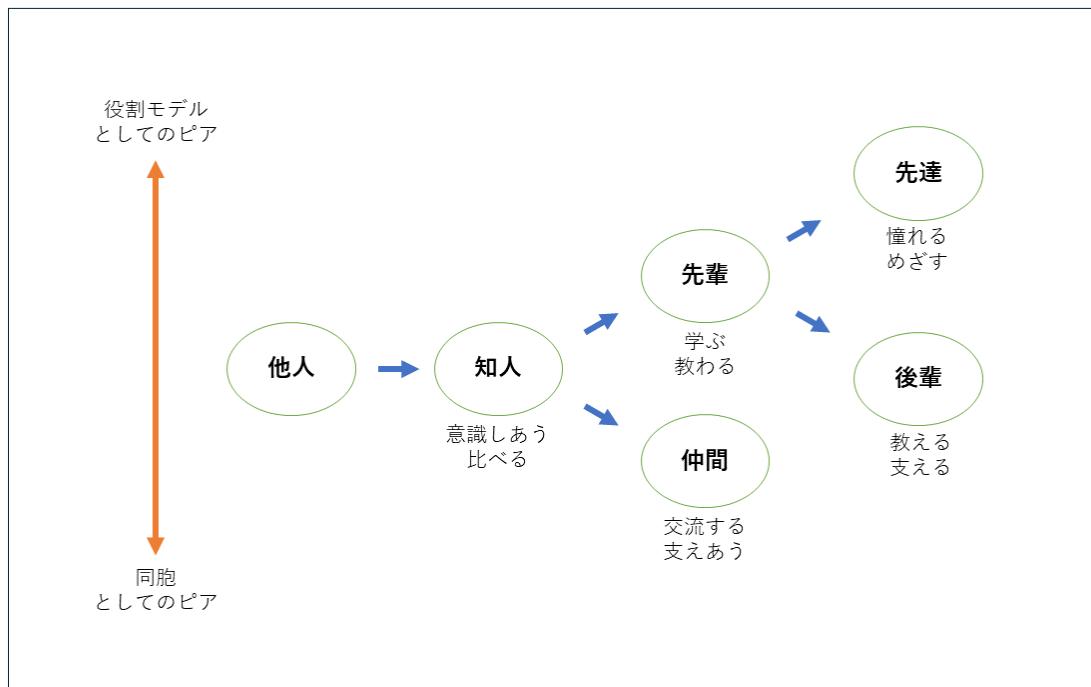
ご存じのように、脳外傷であれ脳卒中であれ、何らかの脳損傷が生じて障害をもつようになったとき、急性期の患者は病院に入院して治療を受けることが多いと思います。その後回復期になると、入院したままリハビリテーションを開始することもあれば、退院して自宅から通院しながらリハビリテーションを受けることになるでしょう。こうした期間を通じて脳損傷当事者は、自分が「脳損傷」をもつようになったことを程度の差こそあれ理解するよ

うになります。そして多くの場合、病院その他のリハビリの施設で、同じように「脳損傷」をもっていると思われる人に出会うことになります。

はじめは「ピア」のもともとの意味である「仲間」ではなく、たまたま同じ病院や施設に通っている赤の他人でしかないでしょう。しかし何度も顔を合わせるようになり、顔見知りになって何かのきっかけで挨拶するようになるかもしれません。リハビリ訓練などの活動に同じ時に参加するようになったりすると、さらにお互いを知人として意識するようになるでしょう。「ピア」の本来の意味に少しずつ近づいてくるわけです。それだけではなく、直接会ったことがなくとも、新聞やテレビラジオなど、メディアで「脳損傷者」が出てきたときにも、注意がそちらに向かったり親近感を覚えたりするようになるかもしれません。

今回の研究で、いろいろな専門職の方々や当事者の方々のお話に出てきた、他の脳損傷者のイメージの多様性とその変化をまとめたのが図3になります。「変化」と言っても、「AであったのがAでなくなってBになる」といった段階的な変化とは限りません。変化の前と後では現れ方の種類が増えてくるような変化だと考えてもらえばよいのではないかと思います。

図3 脳損傷者にとってのピア（他の脳損傷者）の現れ



どちらかと言えば上に行けば行くほど、ピアを「役割モデル」としてそれを手本や目標にして今の自分を変えて行こうとする志向が強く、「主体的」な行動の現れと関係が強いよう

に思われます。「役割モデル」はカタカナ語で「ロールモデル」とも呼ばれるのですが、簡単に言えば、自分の行動や考え方の模範となるような人物のことになります(バンデューラ, 2012)。逆に、図の下方向に行けばいくほど、ピアを「同胞」とか「友人」とかいった対等で親しい存在として意識することになります。こちらは、主体的な行動の土台として気持ちの安定を支えるようなピアの現れ方を示しています。以下ではそれぞれのピアの現れ方の特徴を説明していきたいと思います。

「他人」から「知人」へ

リハビリテーション病院等に入院したり通ったりすると、多くの脳損傷当事者はそれまでは接触する機会がなかった人に出会うことになるでしょう。他の脳損傷当事者がそれです。男性もいれば女性もいます。年が近いように見える人もいれば、ずいぶん違う人もいます。車いすで移動している人もいれば杖で移動している人もいます。愛想の良い人もいれば、ずっと黙っている人もいるでしょう。まだ障害を持たれてから時間が経っておらずもっぱら自分に注意が向いている方の場合、他の脳損傷当事者と言っても、最初は「赤の他人」に見えるだけかもしれません。しかしながらそんな人もリハビリの訓練やその組織での活動が同じ時間帯に重なったりすると、その人たちのやっている訓練や活動が目に入り、それに取り組んでいる人についても、「前に会ったな」とか「昨日もいたな」とかいった感覚をもつものです。付き添いのご家族がいたりする場合には、ご家族の方が気づいたり、ご家族同士で挨拶したりするようになるかもしれません。それがきっかけになり、「他人」が「知人」に変わっていきます。

「他人」ではない「知人」に対しては、いろいろな対人的な反応が生じます。グループインタビューに参加したセラピストの女性は、「グループで訓練をすることでお互いがよい刺激になる」というメリットを指摘していました。グループの中にいる人の行動を見るができるとき、脳損傷当事者の方に、「自分もそうすることができるのではないか」という気づきがもたらされたり、「自分ももう少し頑張ろう」といった励みになったりするからです。ここで他の脳損傷当事者は、自分と比較する対象であり、場合によっては上で述べた「役割モデル」的になるかもしれません。

もっとも、当然のことではありますが、すべての脳損傷者が周りの他の脳損傷者を見てそのように反応するとは限りません。当事者の男性はご自身の経験から、「(他の当事者と一緒に訓練を受けると) 競争心ではないが、そういうものが生まれてしまうかも。そこで無理に分かるふりをしてしまうかな」と述べています。競争意識が生じると、自分が負けたと思ったとたんに落ち込んだり、勝とうと思って無理をしたりすることもあります。ただ、そういう意識が生じるということ自体、自分と周りの人を比較可能な対象の「知人」として認識し始めた証拠です。

「知人」から「仲間」へ

そうした「知人」ですが、何度も顔を合わせていると、それなりに挨拶したり雑談したりするようになるかもしれません。本人が直接そうならぬても付き添いの家族が顔見知りとなり、その流れで脳損傷者同士も交流することになります。先ほどとは異なる別の当事者男性は、「リハ病棟も1つの社会なんですけど、そういう患者同士のピアっていうのは、心を開くハードルが低いんですね。」と述べています。入院中に脳損傷者の間で知り合いになり、仲間意識が生じるようになる可能性に言及しているのです。これは外国において同じ日本人同士が仲良くなりやすいのに似ているでしょう。同じ境遇にあるという認識や同じ集団に属しているという感覚があると、お互いの間に親近感が生じやすく、同じような課題に取り組んでいるのを見ると仲間意識も芽生えやすくなるものです。

ここで言う「仲間」は、ときに「戦友」という言葉に発展することがあります。「戦友」は同じ敵に向き合っているというイメージをもつ言葉で、しばしば生死をともにすることになる実際の戦争場面では「仲間」以上に強い絆が生まれます。脳損傷当事者にとっての戦いがあるとしたら、それは脳損傷に伴う障害、およびそれに関連する生活上の困難に対する戦いになるでしょう。ある心理学の研究者は、「同じ苦悩を経験することが人と人の間の結束力やつながりの感覚を高める」ことを実験的にも示しています (Bastian, et al., 2014)。もちろん一人一人の苦悩は全く同じではありませんが、同じだと思う、似ていると思うことによっても同様の影響は生じるでしょう。

「仲間」がいると思うことで生まれてくる「たいへんなのは自分だけではない」という意識は、発症後の不安や孤独感を緩和させ、多少なりとも気持ちを安定させる効果がありますし、さらにはその「たいへんさ」への対処への動機づけを高めるかもしれません。インタビューのなかでひとりの医師はこう述べています。

障害を持つ人たちに、「皆様が、今まで何があなたたちの人生の中でもうほんとに良かったと思ったのは何ですか」って聞いた時に、「仲間」って言いました。仲間を知ったから、だからそれが非常に自分自身がこれから頑張ろうと思うようになったって言ってるんですね。

つながりの意識は主体性を直接的に生み出すわけではないようにも見えるかもしれません、実際にはそれが主体性にもつながっていく土台を形成するのです。

「先輩」としてのピア

「知人・仲間」と言っても完全な対等な関係であるとは限りませんし、そうした関係に見えたとしてもそれがずっと続くわけでもありません。特に、自分より長く病院に入院していたり、発症からの経過が長かったりして、自分より回復が進んでいたりするように見える人の場合には、「仲間」というより「先輩」のような存在として意識されることが多いようです。もちろん、症状や障害に関する相手の病歴を詳しく知ることはできないかもしれません。しかしリハビリ訓練の場を共有したりする過程で、相手が自分よりもその場の状況をよく知っていたり、行われている課題をうまくこなしていたりすると、それを観察するだけでも

相手が「先輩」だという思いが生じるかもしれません。また、「仲間」でありかつ「先輩」というふうに現れることもあるでしょう。

そこでは、そばで「先輩」のしていることを観察し、その行動を模倣してみるなどしてそれを自分の生活にも取り入れようとすることがあります。今回の私たちのインタビューのなかでは、ある理学療法士が次のような例を報告してくれました。

お料理とかはすごく、今そういうようなところで、片手でやる料理だとか、それで、できないっていうか料理は難しいって思ってた方が、すごく片手で料理をしているっていう人の動きを見て挑戦してみることもありますね。

この言葉からは、「先輩」の行動を見ることが、「挑戦」という行動への意欲を生み出すことがわかります。

また、言葉のやりとりから、「教える—教えられる」、「質問する—答える」などの緩やかな役割関係が生じることもあるでしょう。例えば、片麻痺をもち財布からのお金の出し入れがうまくいかなかった当事者の方が、入院時を想起しながら次のような話をしてくださいました。

病院の中での買い物の時に、「不自由なんだけど、財布はどうやって使ったらいいの？」とか、長年入院している人に、何ヵ月も入院している人に、「どうしたらいいの？」とか聞いたりしました。

医療的なことは専門職に尋ねるとしても、生活上のコツみたいなことになると、同じような障害をもっている「知人・仲間」に尋ねた方がよい場合もあります。尋ねるという行為自体、主体的なものと言えますが、その結果ピアの体験を利用して生活スキルの獲得がなされれば、日常活動をよりスムースに行なうことが「できる」自分のイメージを、少しづつ積み上げていくことができるでしょう。

「後輩」としてのピア

上で書いた「先輩」の裏返しにもなるのがこちらですが、単純な裏返しではありません。「先輩」から何かを教えてもらったり学んだりした経験をもつ脳損傷当事者が、今度は自分が「先輩」になって、他の当事者にアドバイスしたり手本を示したり、さらには積極的に支援しようとしたりすることがあります。こうした状況において、「後輩」は立ち現れます。

「後輩」になるのは、病院などでは自分の後から入院してきてリハビリ訓練の様子がはかばかしくないように見えたり、それ以外の場の日常生活動作が自分よりもぎこちなく見えたりするような他の脳損傷当事者です。自分がすでに分かっている内容が質問され、その質問にうまく言葉で答えたり行動で示したりすることができた場合には、自分が「先輩」で相手が「後輩」という意識は強まるでしょう。脳損傷後の早い時期にはなかなか難しいかもしれません、同じ脳損傷者との交流が積み重なり、仲間意識や同胞意識が高まって、その上にこうした現れが生じてくるものと思われます。

こうした経験が積み重なり、「後輩」に支援することが自分の行為として意味あるものを感じられるようになると、時間的に後から脳損傷になったというような厳密な意味での「後輩」にあたるかどうかは別にして、同じ脳損傷当事者に対して支援したいという姿勢が出てくることがあります。例えば、失語症を体験しその後かなり回復した方は、かつて私とのインタビューのなかで、失語症を患っている人が多い施設にボランティアに行っていることを報告してくれました。そこで、「僕はやっぱりね、あの失語症の方でね、あのーやっぱり、病気の重い人にね、対してね、グループでもいいし、何か、与えたいんですね」と述べ、実際その後、失語症をもつ方々のためのサポートグループを組織しました(能智, 2003)。「後輩」という言葉こそ使いませんが、この方は他の脳損傷者を「支援対象」に想定し、同時にご自身に対して、先に回復した「支援者」という役割を与えていました。こうした役割を取ること自体主体的と言えますが、同時に、対人関係のなかで何らかの役割を果たし、必要とされていると感じることが、その人の自己効力感を支え主体的な行動への動機づけを高めることは言うまでもありません。

「先達」としてのピア

以上で述べた他の脳損傷者の現れは、「知人」にせよ「先輩」にせよ目の前にいる他者であり、主に日常生活をより容易に、また主体的に過ごせるようにするための土台を提供するものでした。しかしながら本稿で問題になっている〈主体性〉は、より長い人生の時間における意思決定の現場で、世界と自分の関係の今と将来を方向づけるために必要なものもあります。他の脳損傷者のいろいろな現れ方のなかで、もっとも後者の面に関連すると思われるものが、本節で述べる「先達」のイメージです。ここで言う「先達」は、特定の日常生活上で役立つスキルをもっている人というだけではなく、その人の人となりや生き方を含む全体が生き方の目標となるような人になります。

その「先達」は身近に会うことができる他の脳損傷者の場合もあります。これは先に述べました、「先輩」の発展形とも言えるかもしれません。例えば、インタビューに参加したひとりの研究者は、ご自身の行なった当事者からの聞き取りをもとに次のように述べていました。

入院中の時からもやはり同じ一緒にリハビリをしたりとか、ちょっと先に脳卒中になった方が、せいで歩くコツとか、そういうのを教えてたりですか、そういう中で、まさにそこでロールモデル的なところで、「こんなふうになりたいです」とかっていうものがありました。

ここで語られている方の場合、「歩くコツ」を「先輩」から学ぶところから出発して、そのような活動ができるようになりたい、その方のようになりたいというより広い欲求が生じているように思われます。

また、専門職の話に出てきたりマスコミなどで取り上げられたりする脳損傷者の場合もあります。例えば、ケアリング・コミュニティ学会の全国大会等ではいろいろな意味で社会的に活躍されている脳損傷当事者方が登壇され、ご自身の活動について報告されます。たと

えば、2025 年に開催された広島大会では、片麻痺の方のピアノ演奏もありましたし、職場復帰して活躍されている方の体験談や木工など趣味の作品制作を継続されている方のお話と作品展示もありました。こうした方々も、何らかの意味で「先達」となり得るでしょう。

いずれにしても、自分がそうなりたい状態を表していると思われる他の脳損傷者が目標や憧れとして意識されることで、そんなふうになろうとする動機と主体的な行動を用意することになる可能性があります。全く同じになるというのでなくとも、脳損傷後に生き生きと生活するに至ったその力を真似したいという場合もあり、それもまた、他の脳損傷者が「先達」になることの 1 つの形でしょう。

施設内でのピアとの関係づくり

脳損傷者の主体性の回復を促進させることを多かれ少なかれ念頭に置きながら、ピアとの関係の構築のために働きかけを行うことは、専門職の間でしばしば認められます。ここからはその際の働きかけの工夫についてまとめていきましょう。

まず本節では、脳損傷者が身近にいるピアと関係を深めるなかで「知人」を作り「仲間」意識を育てていくための働きかけを紹介します。この場合専門職は、ひとりひとりの脳損傷者の主体性を回復させることを直接的な目的にしているわけではないかもしれません。しかし前節も示唆しましたように、周囲との関係づくりは主体性の回復の第一歩になり得ます。その働きかけは、発症から比較的初期の段階におけるリハビリの病院の中でも、また、もう少し時間が経って通所リハビリが行われる場合でも認められます。医療専門職は患者と 1 対 1 で対応することが原則と言われているようですが、それでも現場においては、様々な工夫をしながら脳損傷者同士をつなぎ、関係づけていく工夫がなされています。

活動の場を共有する機会を増やす

急性期を過ぎた脳損傷者は、一定期間リハビリテーション関連の病院に入院してその病院の提供する回復訓練を受けることが少なくありません。訓練の形はその病院の規模や方針などによって様々であり、専門職が 1 対 1 で患者と個室で向き合うこともあるでしょう。しかし特に PT や OT では、比較的広い部屋で複数の専門職が複数の患者に対して訓練を行う形式が多いと考えられます。リハビリの訓練を受ける脳損傷当事者は、そうした場面で入院中の他の患者を目にしないわけにはいきません。無論全く周囲の人を無視してひたすら訓練に取り組む人もいるでしょうが、顔を合わせていれば、挨拶をしたり言葉を交わしたりするなどやりとりの機会も出てくるでしょう。そうしたリハビリテーション活動が同じ場所・同じ時間で行われ、脳損傷者同士が顔を合わすことができる状況は、脳損傷当事者同士が「知人」になるきっかけを提供します。1 対 1 が基本の訓練場面であったとしても、対応する時間の前後にある「余白」の時間を利用して、交流できるような雰囲気を作つておくことは、そこでできる支援の 1 つかもしれません。

脳損傷当事者同士の出会いの機会を増やすことは、慢性期においていっそう重要になるでしょう。病院から退院した脳損傷者の多くは、すぐに職場復帰など元の生活に戻れるわけではなく、しばしば自宅からリハビリテーション施設に通って訓練を続けたり、デイケア的な施設に通って日常生活での活動を整えたりすることになります。こうした施設においては回復期の病院以上に、利用者である脳損傷者同士の関わりを作ることに気をつけているようです。例えば、ある通所リハの施設を運営している専門職の方は、グループインタビューに先立つ事前のアンケートに答えて、次のように書いています。

スタッフはまずは、楽しんで通所しその間に目的が見いだせるように、利用者のコミュニケーションを促して集団に馴染みやすくしたり、活動内で役割を担ってもらい、通所で頭も体も使ってリハビリの場になるように図った。

通所リハの場合にはまず当事者の方に通っていただきたいといけないわけで、そのための手段のひとつが、その施設で活動している人に馴染んでもらうということです。そこにスタッフも含まれてもかまわないとは思いますが、この語り手が強調するのは他の脳損傷当事者の存在です。気の合う人を見つけてもらい、「あの人に会えるなら行ってみようかな」と言ってもらえることが、施設の継続的利用を後押しします。主体性は目的志向的な行動を伴うことが多いのですが、通所もまた目的的な行動になっていくことが望ましいのではないかと思われます。

グループでの活動を取り入れる

次の段階として考えられるのは、ピアと活動の場を単に共有するだけではなく、その活動のなかで協力したり協働したりする機会を作っていくことです。それぞれの施設では規定の活動がありますが、こうした訓練や活動のなかに、集団で行えるものがあったら積極的にそれを試みることができるでしょう。

もっとも、既存のプログラムにグループ活動をどう組み込んでいくかとか、具体的にどのように進めれば効果的かなどといった詳細については、まだ個々の施設や専門職が工夫していくべき課題なのかもしれません。OTの専門学校でも教えている専門職は、次のような指摘をしています。

集団の力を生かして、それで治療につなげていくっていうようなことは学ぶことはあるんですけども（…）、具体的な、こんなふうにしたらいいよっていうことは教育の中ではない。（…）作業療法だったらこういうアクティビティとか、こういったような内容を使って集団で取り組みましょう、みたいな感じでとどまってる感じですかね。

つまり、グループでの訓練の効果は理解されているものの、具体的な方法に関する知識やノウハウはまだ共有されておらず、実際の支援の場においても、それを教える教育の場においても十分に生かされていないということです。特に回復期のリハビリテーションの訓練はまだ一対一であることが多いため、制度的に難しいところがあるのかもしれません。

むしろグループ活動の組み込みがより容易になるのは、慢性期における支援の現場においてです。例えば、ある福祉作業所に関わって心理の支援を行っている専門職は、次のように報告しています。

私が関係している施設ではグループワークっていうのは結構頻繁にやっていて、
 (...) STさんが来ればSTのグループ、それから、OTさんが来ればOTのグループ、スポーツの指導員が来ると何人かでスポーツをやったりで。私も心理として入ってて (...)、心理の何かワークをつくってやってくれみたいに前に言われて、2週間に1回ぐらいやってたっていう時期もありました。

これらはあくまで専門職主導の小グループ活動ではありますが、グループのなかで脳損傷者同士の交流があり、お互いが知り合う機会も生まれていると思われます。また、そうした場でのやりとりのなかで学びあう関係が生じ、結果的に「先輩」「後輩」のような意識も醸成されていきます。

グループ活動に工夫を加える

主体性を育てる意味でもピアとのグループ活動は有意義であるという指摘がなされる一方で、単にグループを作るだけで主体的な活動が促進されるわけではないということも指摘されます。通所リハビリの施設を運営しているインタビュー参加者の方は、次のような経験を話して下さいました。

私のところでは、朝にミーティングをしています。 (...) 社会性を取り戻すとか、他者との交流や他者を理解するというところまではうまくいくのですが、主体的に取りまとめたり、自分で解決策を考えたりというところまでいくのはとても難しいですね。

この施設でのミーティングには、その日の活動を機械的に確認するだけではなく、活動のプランを考えたり、協力すべきところでは分担を工夫したりするなども含まれているようです。このインタビュー参加者の方は、通所者がそこで何をやりたいかを述べたり、やりたいことの実現の手段を工夫したりすることを期待していますが、実際にはなかなかこうした期待通りにはいきません。

脳損傷当事者の方々をより主体的な活動に方向づけていくためには、積極的な枠組みを作っていく工夫が必要かもしれません。たとえば、ある福祉施設に勤める専門職の方は、施設内のミーティングにおいて参加の脳損傷者が夢や目標を共有する仕掛けを紹介してくれました。

前向きな話が出るように私たちが工夫してたのは、利用の初めの時に1ヵ月後、3ヵ月後、半年後、1年後というところで「夢宣言」というものを必ず書いていただくようにしております。それを利用者さんのご許可の下に、室内の見えるところにいつも、お茶を飲むとこの場所の近くにずっと掲示をしていましたということがあります。「釣りができるようになりたい」とか、「もう一度バスを運転したい」とか(...)

そんなのを自然とみんなの目標や経験談を共有できるような場をつくっていきました。

これはミーティングの参加者が、目標をもつという主体的な姿勢をとるきっかけを用意する試みと考えられます。ミーティングに参加している他の脳損傷者が「夢」をもっていることを見て、自分のやりたいことに気づくこともあるでしょう。また、やりたいことを言葉にしてみるという行為を真似てみることで主体的な姿勢を体験してみることになります。さらに言えば、達成されていない目標に向かって歩んでいる「仲間」として、お互いを意識することになるかもしれません。ここでも「自分はひとりではない」という感覚が、主体性を生み出す1つの条件になっているように思われます。

あり得る姿をイメージしてもらう

主体的な姿勢や活動を後押しするためのもう1つの方法として、個々の脳損傷当事者に「こうなれたらよい」、「こうなりたい」と思ってもらえるような経験や生き方を伝える場を設けることです。そうした場は、よりよい状態をめざす際のガイドとなる、狭い意味での「役割モデル（ロールモデル）」を伝えるという意味をもちます。そうしたモデルを知ることにより脳損傷当事者は、今後の自分の可能性やあり得るかもしれない自分の姿をイメージすることができるようになるかもしれません。上でも述べたように、身近にいる当事者がそうしたモデルになることもあるのですが、専門職がモデルの存在を口頭で伝えたり、あるいはモデルになるような人を見聞きする機会を作ったりすることもできるでしょう。

そうしたモデルの提示は、リハビリの活動の比較的初期から意味をもっているように思われます。たとえば、失語症をもっている脳損傷当事者の奥様はグループインタビューのなかで、入院中の経験を想起しながら次のように語られました。

もし、あそこ（入院時の病院）で「ロールモデルでこういう人がいるんですよ」とか、あのー、ま、「こんなに重症でもこういうふうにしてる方もいらっしゃいますよ」というような、ちょっとした目標みたいなものを持たせていただけたら、もうちょっと、あのー、リハビリ病院に対してまだいい思いがあったかもしれないなと思いました。

急性期から回復期にかけてリハビリ病院に入院している脳損傷当事者は、ご自身の変化に混乱していて、まだ役割モデルを考える余裕はないように見えるかもしれません。しかし、個人差が非常に大きい脳損傷の特徴を考えると、提示されたモデルを受け取ることができる方もいらっしゃると思います。また、ご本人はまだ難しくても、ご家族はそのモデルを受け取って当事者の支援の支えにすることができるでしょう。

前節では、グループ活動のなかで自然にお互いがお互いを観察して学び合うというやり方が示されました。より長くリハビリテーションを経験されている「先輩」に、ご自身の体験を日常に近いセッティングで話していただく機会を設けるのも、専門職ができる工夫の1つでしょう。特に慢性期の福祉施設ではそうした場を柔軟に設けられるかもしれません。あ

る専門職の方は、あまりに大袈裟な場を用意するよりも、どちらかと言えばインフォーマルな形での出会いが望ましいのではないかとも述べられています。

支援するのに、あの、ちょっと、その、硬い話じゃなくていいので、「自分はこう、ここまでなりましたよ」っていうような、お話ができたりするようなものが、こう、タイムリーに、こう、組み合わさるような仕組みがあると、私はちょっとすごく皆さん変わってくんじゃないかなって。

インフォーマルな場では、モデルとなりうる人もまたリラックスしてご自分の体験を話すことができるでしょう。話の内容もさることながら、「先輩」にあたる方がご自身の体験を話しているという姿自体、「後輩」の方にとっては1つのモデルになると考えられます。また、話をする側もご自身の回復・改善を確認する機会にもなるでしょうし、「後輩」に対するピアサポートという御自身の役割も意識されるきっかけにもなると思います。

地域におけるグループづくりとピア同士のサポート

他の脳損傷者との関係を深めていくことができるは、医療・福祉施設における既存の活動を通じてだけではありません。様々な支援の工夫が模索されるなかで、新たなサポートグループや何らかの趣味活動に特化したグループを地域のなかに立ち上げることも試みられています。そうしたグループには当然、参加者個人がその場での活動によって日常的な楽しみを得たりリラックスしたりといった直接的な効能があります。また、そこで活動を持続・展開させることを目標にして、主体的に行動することになるかもしれません。同時に、そこで脳損傷当事者間の関係を拡げ、情報交換したり気持ち的な安定を得たりすることもあります。また、グループ内の他の参加者の主体的な行動を観察することで、自らも主体性を回復するきっかけにもなるでしょう。さらに言えば、そのようなグループで自主的に活動していくこと自体が、活動を主体的に行っていくことの自信にもつながります。

ただ、地域におけるグループ作りに専門職がどう関与できるかという課題は残っています。医療施設では新たな活動を地域のなかで行うだけの余力はあまりないかもしれません。また、最近は地域においては行政も含め認知症のケアに注力しており、脳損傷当事者のグループに対する公的支援は手薄、という声を聞くこともあります。

しかしそうした状況下でも地域で活動する専門職等は、脳損傷当事者のピアグループを作る努力を続けています。近年では、インターネットを用いたオンライン上のグループ作りも試みられ始めているのですが、本節では対面でのピアグループ作りの支援についてまとめておきましょう。

ピアグループ作り際の配慮

ピアグループにおいて参加者がそのグループに定着し、自然に仲間意識をもったり役割モデルを見出したりするためには、脳損傷者を単に集めればよいというものではありません。ご自身も脳損傷当事者であり、ピアグループを作り、運営した経験がある元看護師の方は、

グループに必要なのはメンバーがお互いを認めあうこと、尊重しあうことであると強調していますが、それは最初からあるわけではないとも述べています。

どこでも同じだろうけど、集団になっていった時に何が問題なのかって言ったならば、相手を認め合う気持ちって形はなかなか生まれてこないんということです。いわゆる「自分が自分が」の世界から始まっています。

第2回で述べたように、脳損傷を受けた初期には多くの当事者方が、ご自身にしか目が向かないような時期を体験されます。その時期の長さは人によって違うものですから、その時期をひきずったままでグループに参加される方が少くない場合には、それがグループの運営上の障害になるかもしれません。ただ、一人ひとりの脳損傷当事者がどういう時期にいるかを正確に判断することは困難ですし、グループに参加することがその人の行動にどんな影響を与えるかはさらに予想が難しいでしょう。

そこで、グループの参加者がお互いを認めあうことを容易にするために、属性が共通している人、あるいは類似している人を募ってグループを作ることが行われます。「脳損傷」「脳卒中」などのカテゴリー自体、親近感を醸し出す可能性はあるわけですが、それでも個人差が大きいことを忘れるべきではありません。ある作業療法士の女性はご自身の経験を次のように報告しています。

例えば同じ疾患だけ、脳卒中っていう枠組みをつくってしまうと、例えば年齢差ですよね。特に若い方が入ってしまうと、やっぱり世代間のことがあって、どうしても障害を自分のこととして受け止められずに、何か自分のことではないような、ちょっと孤立感みたいなのがどうもあるみたいなんですね。

「仲間」という感覚が培われるためには、相手の立場に立つという契機が必要と思われます。たとえ「脳卒中」等の病名が同一であっても、具体的な活動が進むと他の属性の違いの影響が大きくなるかもしれません。他人を尊重することの前提には相手の立場に立つことが必要ですが、同じ体験をしていると仮定できればそれが容易になります。逆に属性が違うと、相手の語りや体験を他人事のように感じ、理解したり共感したりするのが難しくなるでしょう。

ただ、「同じ属性」と言っても、グループをまとめていくのに役立つかどうかには違いがあるようです。同じ作業療法士の方のご経験ですが、世代のほかに性別なども考慮した方がよい属性だと言います。

特に女性はうまくピアがつくりやすいような感じを非常に受けて。もともと割と女性ってお話ししたりするのが好きだったりとか、そういったようなところで、例えば料理をするとか、共通の作業が見つけやすい人は病院の中ですごく短い期間でも、比較的ピア的なことが発生しやすかったなっていうような経験があります。確かに、女性のグループは一般的に、相互の関係を結びやすい傾向があるようです。他方、男性のグループは高齢の場合特に顕著なのですが、なかなか話が盛り上がりがないことが多いと言われています。日本の社会のなかでまだ残っている性役割が関係しているのかもしれません

せんが、性別だけではなく、職業や趣味などの属性が考慮できるようであれば、グループ内のやりとりはより円滑なものになり、当事者同士の関係も形成されやすくなるのではないでしようか。

ピアグループの運営

メンバーを募ってピアグループを作ることは、病院からの退院後、地域において当事者間の関係を築いていくための出発点になるのですが、それはあくまで出発点でしかありません。より重要なのはそのグループを維持し継続させていくことです。継続するなかで参加者の「仲間」意識はより強くなるし、その中の誰かを役割モデルとして意識する機会も多くなると考えられます。とは言え、ピアグループの継続はそれほど簡単なことではなく、その運営には細かな配慮と気遣いが必要とされます。例えばグループを継続的に運営していくためには、いろいろな事務的な作業が不可欠です。グループの会合をもつにしても、場所を探す必要がありますし、参加希望者に連絡もしなければなりません。脳損傷当事者の方でそれが可能な方がいればそれは素晴らしいですが、脳損傷を受けてない方でも大変な作業ですし、それを持続的に行うことはさらに困難でしょう。

事務的な作業がうまくいってないと、参加者もなかなか定着せず、しりすぼみになってしまふ危険性もあります。ある女性の当事者の方は、脳損傷当事者が中心となってグループを立ち上げようとしたのだが、うまくいかなかったというご自身の体験を次のように語っています。

そういうふうな形で2年間来て、3年、4年目の時に、みんな結局いろんな形の人たちが入っては辞め、入っては辞めって話になったので、困ってしまって。そして、私が今度委員長になってて。(…) でもそういった時に、障害者だけ入れて会を運営することは、非常に難しいんだっていう形が分かったから、ある程度普通の健常者の健康な人を入れて、グループを統制しないとやり切れないって形になりました。そうした難しさもありますので、少なくとも初期には、「普通の健常者の健康な人」としての専門職がグループを支援することが、安全装置として必要なのではないかと思います。当事者のご家族に関わっていただくのでもよいかもしれません。少なくとも一定期間は、グループを見守る健常者の目があった方が、リスク回避のためには必要でしょう。

とは言え、いつまでも専門職が手取り足取り運営に関わるのは、専門職にとっても負担でしょうし、また、医療施設のなかでのグループと変わらないものになるおそれもあります。そのためにも、専門職があまりに前に出すぎるのは慎んだ方がよいでしょう。先ほど「少なくとも初期には」健常者の支援が必要と書きましたが、軌道に乗ってきたら、少しづつ関与の程度を減らしていくことが望ましいかもしれません。当事者グループづくりに長年関わってきた医師は、次のように述べています。

ご本人たちにもちろん決定してもらうということについては、グループに付かず離れずでいたのが良かったかなと。例えば新年会だと顔を出すとか、ポイントポイント

トで顔を出すことはしてました。それが1つです。それから、旅行に一緒に行く時とか。毎月例えれば定例会の時は行くことはなかったです。

ここで語られている事例では、専門職は直接的にそのグループを支援するというのではなく、グループを外から見守るという役回りになっています。専門職が見守っているという実感をグループのメンバーの方々にもってもらうためには、ときどき「顔を出す」というような配慮が必要でしょう。また、困ったときには相談に乗るようなコンタクトの回路を常に開いておくことも求められるかもしれません。グループごとに、あるいは結成からの時間経過のなかでどの程度の関わりが適切なのか、推測しながら関わっていかなければならないと思われます。

おわりに

この第3回では、脳損傷当事者の「主体性」が他の脳損傷者（ピア）との関係のなかで、刺激されたり、その回復に向けた土台が作られたりするという面について、グループインタビューの結果をまとめました。第1回のときに、和田・長谷川（2018）をひきながら、「主体性」の3つの要素を「意欲、自信、自分次第という考え方」であるという仮説を紹介しました。考えてみれば、そのうち特に意欲は周囲の対人関係のなかで生じてくるものであることがわかります。意欲を導く目標は誰か他の人の目標を参考にして設定されるものですし、目標に向かっていこうとする力も周囲の誰かをみて「自分もやれるのではないか」という思いが沸き上がってくるからです。そこで「他の人」は自分と似た人でなければならぬわけですが、似ているとみなされる人としてもっとも影響力をもつのは、他の脳損傷者にほかなりません。「主体的」と考えられる言動は、そうした人との出会いにおいて生じる関係性のただ中から浮かび上がってくるものです。専門職は、そうした出会いを演出したり促進したりすることによっても、目の前の脳損傷者の「主体性」に刺激を与え、その回復や発展を支援できるのです。

引用文献

- Bastian, B., Jetten, J., & Ferris, L. J. (2014). Pain as social glue: Shared pain increases cooperation. *Psychological Science*, 25, 2079-2085.
- バンデューラ, A. 原野広太郎 (監訳) (2012). 社会的学習理論一人間理解と教育の基礎. 金子書房 (原著 1977)
- 能智正博 (2003). 「適応的」とされる失語症者の構築する失語の意味—その語りに見られる重層的構造. 質的心理学研究, 3, 89-107.
- 和田真一・長谷川幹 (2018). 障害のある在宅脳損傷患者の長期的な回復につながる主体性の概念. 対人援助学研究, 7, 71-78.