

植物症からのリハビリテーション

人間らしく生きる権利の回復を

人の子は、失われた人を捜して
救うために来たのです。

新約聖書 ルカの福音書19章10節



長野県厚生連佐久総合病院 リハビリテーション科 医師
若年脳損傷者ネットワーク

太田 正

忘れられた存在

2010年、今年の正月に佐久総合病院（以下「佐久」と略）では、長野県内初の脳死下臓器摘出が行われた。その一方で、脳死にまで至らず、いわゆる植物状態となって安定する患者さんもある。しかし、一度植物症といわれた方々がその後どうなっていくのか、時々テレビで「アンビリーバボー」などと取り上げられる例外を除けば、ほとんど知られていない。一般の方々はもちろん、医療従事者のほとんどからさえ「忘れられた存在」といってよい。

今、佐久の回復期リハビリテーション病棟に、一時植物状態となった中年の女性が入院している。植物症は遷延性意識障害といわれることもあり、意識が失われて意思の疎通が困難なことが大きな特徴である。名前を呼び体をたたくなどの刺激を与えたり、言葉やジェスチュアを交えて行為を促すことに対して、ほとんど反応が無く、たとえ多少の反応があっても、同じ反応が2回続かないと、「偶然だな」で片付けられてきた。

カ月以上経って私どもの病棟に移ってきたとき、目は開いているが、その視線は下の方に向いているだけで、動くものを追うことは全くなかった。右半身はほとんど動かず、左半身をただ目的もなく動かすのみであった。気管切開がされ、膀胱にはカテーテルが挿入されていた。無論、声を出そうとする様子もない。

ベッドサイドに好きな音楽をかけて聴いてもらったりするのは施設などでもよく試されることだが、この方には「愛犬の声を録音して聴かせてあげたい」というご家族からの希望があった。それならいっそのことと、愛犬を直接連れてきてもらうことになった。受傷から3カ月半後、一般の犬が簡単には入れない病院の片隅で、目立たない形で愛犬との再会が実現した。

すると、驚くべきことが起こった。ふだん目の無く動いているように見えた左手が、愛犬の方へ伸び、その首を抱こうという動作をしたのだ。口元が心持ちゆるんだように見えた。偶然とは思えなかった。

植物症からのリハビリテーションは、こうして始まった。

植物症からのリハビリ?

この方も、事故で脳に大きな損傷を受けて2

リハビリテーションの常識

「植物症」と「リハビリテーション」は、今



退院直後に訪問看護で食事をとる宮下千春さん

まで一緒に論じられることがなかったように思う。それは、「植物症」回復しない」が一種の常識となってきたからではないだろうか。リハビリテーションは、急性期から回復期に光が当てられている。より早期から、より濃厚な訓練を提供することに、診療報酬は高い評価を与える。それは、とても大切なことだ。訓練開始が1日遅れるごとに、入院期間が5日延びるというデータもある^①。そして、そのような入院リハビリテーションの期間には制限がある。

早期ほど効果が上がるが、徐々に回復は頭打ちとなるからだ。限られた医療費を適切に配分するには、以前一部の医療機関で行われていたような「漫然としたリハビリ」はもはや許されない。今、彼女が入院している「回復期リハビリテーション病棟」には、病気や事故から2カ月以内でないと入れないが、最長でも6カ月までしか入れない。植物症になるほどに重症な人は、全身状態がなかなか安定せず、そもそも入れない人が多い。この方も、事故後2カ月以上経過していたが、ある種の手術を受けた関係で、そのための「廃用症候群」という名目で入れた。しかし、「廃用症候群」での入院期間の上限は3カ月であり、彼女は現時点で既に過ぎている。未だに回復途上にあると思われる彼女は、一体どこでリハビリテーションを続けることができるのだろうか。「植物症からの回復」は例外的に起こることであり、「植物症からのリハビリテーション」は「漫然としたリハビリ」であるとして全て切り捨てられてしまっただろうか。

「若年脳損傷者」

「若年脳損傷(者)」という言葉がある。インターネットで検索すると、そのほとんど

は、「若年脳損傷者ネットワーク(あいねっと)」か「若年脳損傷者を支える会しなの」に関連したサイトがヒットする。この言葉は、「あいねっと」代表の宮下静香さんが、今から6年ほど前に「しなの」を立ち上げる際に、私と相談して使い始めた言葉である。ここには、「介護保険が適用にならない(若年)」「回復期間が長い(若年)」「事故や病気といった原因を問わない(脳損傷)」という意味が込められている。しかし、この時点では「植物症からのリハビリテーション」という言葉は、二人の間でも思い浮かばなかった。

宮下さんと私は十年以上前、私の以前の勤務先である鹿教湯三才山病院(現鹿教湯三才山リハビリテーションセンター)三才山病院、以下「三才山」と略)に、妹の千春さんが転院してきた時からの付き合いである。千春さんは、帝王切開で出産した翌日に肺塞栓症を起こし、心肺停止状態から何とか蘇生したものの、脳に重大な損傷をきたしてしまった。急性期病院から病院を転々とすることを余儀なくされ、三才山にきたのは発病して5年後で、実に七番目の病院であった。

初めて見た千春さんは、目は開けているものの、意味のある発語はなく、こちらからの呼びかけにオウム返しのように言葉が返ってくるだ

けであった。口を開けることも難しく、食事は胃瘻、尿便はもちろん失禁である。体は反り返りやすく、車椅子に座ることもできなかった。1972年に提唱された日本脳神経外科学会による植物状態の定義^②に当てはまっていた。

その後2年近く入院して在宅療養の準備をし、今日に至るまでの自宅生活が始まったのだが、退院時(2001年7月)に書いた私のサマリーには、「発症後5年経過した若年無酸素脳症後遺症。基本的にはプラトーに達していたが、家族の熱意もあり経管栄養から経口摂取へとほぼ全面的に移行し得た」とある。前年には介護保険がスタートしていたが、無論その恩恵に浴することはない。当時の私の中には「植物症からの回復」という認識はあまりなく、キーワードは「若年」と「脳」。そして回復は、あくまでも「家族の熱意」による例外というところであつたようだ。

三才山での若年脳損傷者

当時の三才山は、良くも悪くも、「どんな患者さんも断らない」リハ専門病院であつた。私が赴任した1996年頃には、まだ、夏場の避暑に来る常連の患者や、「越冬隊」と呼ばれ

る寒冷地の患者が多かった。しかし、その中に、数は少ないが長期に入院しているらしい若い重症患者もいた。私はそれまで、千葉県内の救急病院で脳卒中の早期リハビリテーションを中心に診療しており、比較的若年で長期のリハが必要な方は、温泉地に多いリハ専門病院に送る側であつたが、三才山の実状には少なからず疑問を持つていた^③。

1998年6月に小林俊夫院長(現鹿教湯三才山リハビリテーションセンター名誉センター長)が三才山に赴任したが、その翌月に20代前半の男性が三才山に転院してきた。彼は、東京の大学生で、信州にある地元では神童と呼ばれていた。重症のくも膜下出血を起こした彼は、運び込まれた救急病院で動脈瘤のクリッピングをし、水頭症に対してシャントを入れた。脳膿瘍を合併してしまい、リハ科の病棟に移った時は既に5カ月を経過していた。

しかし、これから本格的にリハビリをという時から、今度は頻繁に痙攣を起すようになる。1年後に漸く外してあつた頭蓋骨を戻し、地元のリハ専門病院にも入院し、もうだめだから家に帰りなさいと勧められた。両親は、こんな状態ではとても諦めきれないということで、それらと、(どんな患者も断らない)三才山を勧め

られた。発症から1年8カ月が経過していた。

転院してきた彼を診て、私も困つた。昼間は自発性が無く、指示をしないと動かないが、夜になると騒ぎ出して、尿便を失禁した状態で部屋の中を這い回っている。失見当識・記憶障害が重度で、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)で8点(30点満点)、ADLの指標であるバーセル指数は50点程度。入院してしばらく経つと、身体機能はやや改善して階段昇降もできるようになったが、記憶障害はあまり変わらず。診察室で、「○○君、一人くらいはスタッフの名前を覚えたんじゃない？」と尋ねると、「先生覚えたんですよ、太田さんという人なんですけど、先生知ってます？」と答える。この彼は、2年近く三才山に入院した。バーセル指数は百点満点になり、記憶力もぐんぐん上がり(HDS-R23点)、前医で「絶対入れない」と言われた県のリハセンターに入所でき、職業訓練を受けた。その後、県内のある医療機関に臨時職員として採用された。発症から5年9カ月が経過していた。既にそこから8年経過しているが、今も自分で車を運転して通勤している。

彼の後、同じような20代、30代の若い方々が三才山に転院し、その主治医となつた。大体「あきらめの悪い患者だ」と紹介されてくる。その

中に、妊娠中に特殊な病気になって胎内の子供を流産し、本人も脳に重篤な損傷を負った方がいた。車椅子生活になったが、「車椅子はイヤだ」と作らせない。家へ帰れといっても帰らないということ、三才山に送られてきた。この方も、その後回復し、車椅子どころか、杖も要らない状態になって退院した。その後、次の子供を宿して出産し、私に会いに来てくれるというサブライズも経験させてくれた。

宮下千春さんが入院してきたのは、その後である。「若い人の中には驚くほど回復する人がいる」という感覚はこうして身に付いた。

2000年から介護保険制度が導入されることとなった。三才山も否応なしに機能分化を必要に迫られた。入院患者の病状などから、240ベッドの4分の3は介護保険病棟とせざるを得なかった。残りの4分の1は、今でいう回復期リハに相当する患者と、上記の「若年脳損傷者」に割り当てられた。当時の小林俊夫院長は、「若年障害者機能回復センター」と命名した。この時点で、中身としては「植物症からのリハビリテーション」も含んでいたはずだが、意識の上では、若年者における重度の身体障害者に対するリハが中心だったように思う。

長野県による脳損傷後遺症実態調査

千春さんが退院してから数年後、三才山出身の同志たちが中心になって活動を開始した「しなの」がもたらした大きな成果に、長野県が2006年に全国に先駆けて行なった「脳損傷による後遺障害実態調査」がある。ちなみに田中康夫県政時代のことである。長野県下の全病院訪問を初めとして、市町村・地方事務所・保健所・福祉施設・介護保険指定居宅介護支援事業所・障害者自立支援法指定介護事業所などあらゆるところに県が調査への協力を依頼した（その中で、長野厚生連の果たした役割も決して小さくはなかった^④）。

半年にわたる調査期間の中で約700名の脳損傷者が探し出され、急性期に植物状態と診断された129人のうち3割近くの方が、コミュニケーションに問題を感ぜないレベルにまで回復していたことがわかった。誰も知らなかったことが、ある程度の数字で表れたことになる^⑤。発症後数カ月の時点では、一人一人の脳損傷者がどこまで良くなるのかは、恐らく誰にも予測がつかない。そして急性期の病院では、その後のフォローアップまではほとんどできていない。宮下さんの妹さんは、自宅復帰までに七つの医療機関を転々とした。急性期から在宅まで

一貫してみている医療機関など（少なくとも一度植物症レベルまで重症化すると）ありえないのが今の制度だ。ただ家族だけが、初めから最後までを一貫してみているといえる。本人家族を対象にしたこの調査は、脳損傷者の全体像に少し近づいた初めての調査かも知れない。私は、調査に先立つ県の説明会で講師まで務めさせていただいたが、当時の私はここまでの結果を予想していなかった。

植物症からの回復

2006年の春、県の実態調査がスタートする丁度1週間前、佐久から三才山に30代の男性が転院してきた。この方は、転落事故で植物状態となつて3カ月経過していたが、その後私の予想をもはるかに超えて、長期間に渡る回復を見せることになる。3年後に三才山での入院リハビリテーションを終えた彼は、歩行・排泄が自立して自宅に退院し、現在、高次脳機能障害のリハビリテーションを、佐久の外来で続けているのだ。2007年9月まで三才山にいた私は、その驚くべき回復の前半を見たが、現在その退院後をも直接見ることができ、実態調査の結果を実感している。

植物症患者にも意識はある

今年2月の米国医学雑誌に、植物状態（またはそれに近い「最小意識状態」）の54人を対象に、機能的MRI検査を用いて試験が行われ、そのうちの5人に自分の意思による脳活動の変化を認めた、との報告が掲載された。5人のうち3人には、その後追加したベッドサイドでの検査でも意識の片鱗がうかがわれたが、残りの2人には確認できなかったという⁶⁾。

京都大学の美馬達哉氏は、この手法を「植物状態」には意識はないはず、という切り捨ての論理の呪縛から解放されて、種々の方法によってミニマルな意識を検知しようとするアプローチ」と評価し、「遷延性植物状態や最小意識状態の患者たちを、どのような存在として見るかという私たち自身のまなざしのあり方」を問うている。障害されているのは患者の意識ではなくて、私たちの意識であると言わんば可なりだ。

植物症患者と家族

私が千葉にいた頃、一人の中年の少し神経質な男性がいた。脳幹出血で緊急入院し、集中治療室で吐物を嘔出させる彼のベッドサイドには、

おいおいと泣く20代の息子がいた。病状が安定しても目を開けることはなく、気管切開・胃瘻・膀胱カテーテルのまま、自宅へ退院していった。この方にとって、生きている意味はあるのだろうか、と、20年ほど前の私は単純に思った。

しかし、退院後初めての訪問診療の時、その疑問は一気に氷解した。ごく一般的な和式の玄関を開けて、本人の寝ている和室に上がり込むと、その長押には、ご本人を中心に家族全員で撮った写真が、大きく引き伸ばされて額に飾ってあったのだ。皆笑顔の一枚の写真は、彼の命の価値を無言で語り尽くしていた。

医者から見て、彼の意識は全く失われており無価値に見えたが、奥様は、「お父さんが生きていてくれるだけで私たちは幸せなんです」と涙ぐんだ。

今から思い起こしても、私は、彼から意識の片鱗を引き出そうとした記憶はない。しかし、少なくとも、植物症の方に対する私の見方は、この時から変わった。

リハビリテーション前置主義、その理想と現実

『リハビリテーション前置主義』という耳慣れない言葉がある。それは、①病気の発症や事

故後、救命救急治療と並行し、できるだけ早期から体を起こして不要な機能低下（廃用症候群）を防ぎ、最大限の回復を促す集中的な訓練を行うことで自立度が向上する、②その上で、残った後遺障害に対して福祉サービスを利用する、という「介護の前にリハビリテーションを置く」原則である。それは、患者にも家族にも大切なことであり、社会負担の軽減にもつながる。ドイツの介護保険制度では、このリハビリテーション前置が義務づけられているが、日本でも介護保険制度導入時よりこの原則が明記され、さらにこの考え方を発展させた「介護予防」まで導入されている。

しかし、はじめに述べたとおり、脳に重度の損傷を受け、植物症と診断された青壮年の人たちは、「回復の可能性無し」と見なされて、積極的なリハビリテーションの対象から外されてしまうことが珍しくない。急性期の治療が終われば、自宅退院や施設入所を余儀なくされ、前置すべき十分な訓練を受けることなく、（障害固定を前提とした）福祉サービスの場に放り込まれてしまう。運良く多少の入院リハビリを受けられたとしても、「日数制限」や「回数制限」の壁が立ちふさがる。回復期の次の入院先になることの多い（回復期リハビリ棟以外の）医療療養病棟には、十分な訓練スタッフが配置されて

いないことが多く、回復の芽が十分育つ環境とは言いづらい。

長期回復の科学的根拠

植物状態からの回復に、科学的根拠はあるのだろうか。

恐らく日本で最も多く植物症患者を診てきている施設は、自動車事故対策機構であろう。同機構の運営する療護センターは、交通事故の被害者に限定して重度の脳損傷者を受け入れ、最長3年間の入院リハを提供している。ホームページによると、この5年間、毎年60〜87人の入院を受け入れている⁽⁸⁾。全国に点在する施設の中で、最も歴史のある千葉療護センターからの文献（症例数100）によると、「事故から入院までの平均が2・83年」、「事故から入院までの平均が2・83年」、「退院した患者の入院期間は平均で3・2年」、「多くの症例で右肩上がり改善が見られているが、その改善の大部分は治療開始後2年以内におこっている」とある⁽⁹⁾。また、千葉療護センター独自のスコア（100点満点）で20点以下の最重症から、スコアが25点以上改善した6例の検討から、検討する価値のある方法として抗痙攣剤の減量とシヤント庄の調整を挙げている⁽¹⁰⁾。抗痙攣剤の減量については、私自身も、今回紹介している

症例のほとんど（冒頭の彼女を除く）で経験したことであり、深く同意する。

同センター長の岡信男氏は文献の中で、「重症脳外傷患者は急性期の治療が落ち着いた後の数年間は脳神経外科医の下でリハビリテーションを中心とした治療が行われるべき」と述べている⁽¹⁰⁾。これこそ、十分な「リハビリテーション前置」である。

彼女のその後

冒頭の彼女は受傷後半年を過ぎた。未だにわずかずつだが確実な回復を見せ、冗談には笑い、指相撲では反則までできる。辛うじて書いた名前には落款が押され、色紙としてベッドサイドを飾っている。また、アプローチする相手によって、その反応はかなり違う。今でも最大限の反応を引き出すのは愛犬であり、ほとんど相手にされないのは私である。宮下千春さんも、「これは、馴染みの人か、毎度お馴染みの手順か、いつもの馴染み環境か、……等を基準に、反応の仕方を決めている」とのことだから、こんな反応の違いは当然だ。一人一人を見事に区別して対応しているのだ。

もはや、彼女を植物状態と呼ぶ人は少ないだろう。前述の脳神経外科学会の定義からも外れ

つつある。ここまでの回復でさえ誰も予想できなかったが、それが必ずしも例外とは言えないことは、長野県の調査が示した。

しかし、回復期病棟入院が3カ月を過ぎて、入院基本料が1日1770点↓785点へと急落した彼女は、次の行き先を捜さざるを得ない。私たちの視界から外れたあとは、どこへ行くのか。「植物症からのリハビリテーション」は、まだその緒についたに過ぎないのに。

今言えること、言いたいこと

植物症患者。たとえ意識が無いように見えても、そこには家族が支え、また家族を支えているのちがある。

失われていたのは、私たちの意識の方であり、回復の芽を見つけ出そうという私たちの姿勢が、今問われている。

回復の芽は、〃馴染みの〃環境の中でこそ、最大限に生かされる。長期間（3年程度）の専門的リハビリテーションを地元で受けられる体制作りが急務と考える⁽¹¹⁾。

人間らしく生きる権利の回復を

ここまできて、一つのこと気づかされる。

冒頭に、植物症に陥った人たちを、「忘れられた存在」と呼んだが、それは単に人々の目から忘れられているだけではなかった。現在の医療・福祉制度の中からも忘れられていたのだ。存在している意識が無いものとされ、長期間に渡って回復する可能性のあるものとして認められていない。必要な訓練の機会は奪われ、放り込まれた福祉の現場は、障害固定が前提（＝現状維持）だ。

リハビリテーションとはそもそも「人間らしく生きる権利の回復」（＝復権）である。「回復しつつある、人格を持った存在として認められ、それにふさわしい扱いを受ける」という、本来の意味での「植物症からのリハビリテーション」が、今こそ求められている。

今回の小論は無論、植物症に関するすべてを網羅するものではない。回復・リハビリテーションに関しても、退院後のことにはほとんど触れていない。尊厳死との関わりなども大きな問題である。

若年脳損傷は、いつでもだれでも遭遇しうるものである。「植物症からのリハビリテーション」を自分自身の問題として受け止めて欲しい。

文

【文献・注】

- (1) 寺岡史人・急性期病院でのリハストラテジー
- (2) 市中病院では、臨床リハ17：1149-1154,2008.
- (2) 「Useful lifeを送っていた人が脳損傷を受けた後で以下に述べる6項目を満たす状態に陥り、ほとんど改善が見られないまま満3カ月以上経過したもの

 1. 自力移動不可能
 2. 自力摂食不可能
 3. 尿尿失禁状態にある
 4. たとえ声は出しても意味のある発語は不可能
 5. “目を開け” “手を握れ” などの簡単な命令にかろうじて応じることもあるが、それ以上の意思の疎通は不可能
 6. 眼球はかろうじて物を追っても認識はできない

- (3) 実際には、野溝孝平院長（現三才山病院名誉院長）をはじめ、黒岩靖副院長（現同院長）や伊澤妙子先生による丁寧な診療による成果があったのだが、当時の私はまだよく知らなかった。そして、そのことは『月刊現代』1999年3月号に「奇跡の病院」（重症患者を受け入れるリハビリ病院26）として紹介された。
- (4) 2003年4月に三才山病院長に就任し、小林前院長（当時鹿教湯三才山リハビリテーションセンター長）とともに県内の各病院をまわって調査への協力を訴えた藤井忠重先生（現三才山病院名誉院長）は、長年の経験から、リハビリテーションを川に譬えて、「リハビリテーションの流れは、広く、深く、長い」との名言をのこされた。
- (5) 長野県若年脳損傷支援チーム・脳損傷による後遺障害実態調査 調査結果、平成19年9月、他
- (6) M.M.Monti et al.: Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness. *Neurology* 73:579-589, 2010.
- (7) 美馬達哉：脳のエシックス第六章「植物状態」とシニマルな意識。人文書院コラム連載 2009/12/7更新 (<http://www.jimbunshoin.co.jp/rmj/ethicstop.htm>)
- (8) 独立行政法人自動車事故対策機構ホームページ <http://www.nasvago.jp/>
- (9) 岡信男・他：遷延性意識障害患者への社会的対応 4つの療護センターと自動車事故対策機構。臨床神経科学26:680-683, 2008.
- (10) 岡信男・他：自動車事故による慢性期重症後遺症患者の改善例の検討。日本交通科学協議会誌 54:50, 2009.
- (11) 自動車事故対策機構の療護センターは交通事故被害者に限定され、全国で4カ所230ベッド。委託を含めても6カ所262ベッドに過ぎない。