

## 精神療法と医療福祉

### Psychotherapy in Medical Welfare

笹野友寿<sup>\*1</sup>

Tomohisa SASANO

#### 要約

医療福祉における精神療法とは、面接室の中で完結するものではなく、また精神科医が単独で行えるものでもない。当事者の生活の場に入り込み、チームで彼らを支えていくことが求められるのであって、その枠組みの中で精神療法としての味付けがなされるべきである。つまり、医療福祉における精神療法とは、生活支援という具体的な果実を伴ってこそ成り立つものである。

介護老人保健施設はコミュニティの拠点としての役割が求められており、そこでの活動を知ること、医療福祉における精神療法のあり方を考えるうえで役に立つであろう。そこではグループ回想法、生活リハビリ、ショートステイ、通所リハビリテーション、ターミナルケア、家族支援、地域への施設開放、地域共同体作りの活動などが実践されているが、それぞれに精神療法の視点からとらえることが可能である。

グループ回想法や生活リハビリは、当事者の心身の機能を改善するだけでなく、自尊心を回復させ、生活の質を向上させる。地域に施設を開放することは当事者にとって新鮮な体験であり、生きる希望をもたらす、心気症状や悲観的思考といった病的な症状まで改善させる効果がある。地域に出て共同体作りの活動を行うことは、当事者に生きる喜びを提供するだけでなく、彼らの家族関係を改善させ、さらには活動に参加する者すべてに新たな自己覚知をもたらす。ターミナルケアにおいてはその典型的な経過を紹介し、日本人特有の死生観について考える契機にしたい。当事者の家族に注目すると、彼らの感じる介護負担感は主観的なものである。したがって、家族が援助者との間に信頼関係を築くことができれば、彼らはさまざまな気付きを得て、介護負担感を喜びに転換させることが可能である。とりわけ内観療法は、家族に愛情発見や自己反省を促し大きな自己洞察に導くため、当事者を取り巻く環境は改善しその後の良好な治療的展開が期待できる。

#### はじめに

医療福祉における精神療法とは、面接室にこもって行えるものではない。当事者の生活の場に入り込んで、彼らの息づかいを肌で感じながら実践していくものである。目に見える形での具体的な支援を伴わなければ、いくら熱心に精神療法に取り組んだとしても、あまり意味をなさない。つまり、生活支援の視点を持って精神療法を実践していくことが求められている。また、医療福祉における精神療法とは、個人で行えるものではなく、チームで当事者を支え

る仕組みを築き上げる作業が大切である。そのようなプロセスをとおしてはじめて、援助する者と援助される者の間に精神療法的な治療関係が築かれていくのである。そういった視点で医療福祉の実践の場をくわしく観察していくと、精神療法の本来のあるべき姿のようなものが垣間見えてくる。

筆者の勤務する介護老人保健施設の地域状況について説明しておきたい。この地域は住民や行政の医療福祉に対する理解は深いものがあるが、中山間地域という地域特性からインフラ整備はなかなか追いつかない状況にある。週に2日運行される福祉バス

\*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科  
(連絡先) 笹野友寿 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学  
E-Mail: sasano@mw.kawasaki-m.ac.jp

が唯一の公共交通機関として維持されているものの、災害等によって道路が1カ所でも寸断されれば、瞬時に陸の孤島と化してしまう集落がいたるところに存在する。また、地域を支える人的資源には限界がみえている。高齢化率は42%を越え、高齢者世帯は20%を占めている。地域で雑草を刈ろうとすれば、90歳の老人が出ていかなければならないのである。このように、医療福祉の充実喫緊の課題であるが、当事者の生活の質を向上させるためには精神療法の視点が不可欠である。

筆者は精神科医であるが、介護保険制度がスタートした2000年から今日まで10年あまり、介護老人保健施設において診療を行ってきた。介護老人保健施設は地域におけるコミュニティの拠点としての役割が求められており、そこで行われているさまざまな支援を詳しく観察していくと、医療福祉における精神療法のあるべき姿がおぼろげながら見えてくる。本稿では、筆者がこれまで全国介護老人保健施設大会において発表した知見をもとに、精神療法と医療福祉という視点で論じてみたい。

## 1. 思い出につつまれて～グループ回想法～

### 1.1. 認知症専門棟

介護老人保健施設における認知症専門棟の役割は、重度の認知症者に対して効果的な回復プログラムを短期間で集中的に提供することにある。私たちは認知症専門棟の入所者全体を、柔軟でゆるやかな枠組みの集団としてとらえている。自由で束縛されない生活のなかで、個人の成長だけでなく集団としての成長も促すように心がけている。各自の主体性が発揮できる雰囲気作りや、個別の健康な側面を見い出してアプローチすることで、身体面や精神面の回復が促されるのである。

私たちが行った、認知症専門棟入所者のQOL調査の結果を紹介する<sup>1)</sup>。対象は4カ月間の調査期間に認知症専門棟に入所した、アルツハイマー型認知症者20名である。年齢は63～99歳(平均86.9歳)であった。ADLランクはA1～B2、認知症ランクはⅢa～M、要介護度は1～5であった。認知症高齢者QOL評価表<sup>†2)</sup>を用いて、QOL得点を入所時と3カ月後に採点した。なお、採点項目は、周囲への適応、社会的交流、意味のある時間使用、陽性感情および陰性感情である。

QOL得点の平均は、入所時の59.4点に比較して3カ月後が73.1点と、プラス23.1%の有意な上昇が認められ、明らかなQOL改善効果が認められた。要するに、3カ月間という極めて短期間で認知症者のQOLが改善しているのである。また、QOL得点が

低い者ほど改善度は有意に高かった。このことは、重度の認知症に対して早期の治療効果が求められる認知症専門棟の役割を実証するものであろう。ちなみに、個別の改善度をみると、改善11名、不変5名、悪化4名であった。認知症ランク別にみると、ランクMは不変1名。ランクⅣは改善1名、不変1名。ランクⅢbは改善8名、不変2名、悪化3名。ランクⅢaは改善2名、不変1名、悪化1名であった。

### 1.2. グループ回想法

このような治療的枠組みをさらに発展させる形で、私たちは夕方のお茶会にグループ回想法を取り入れている。この地域では、古くから農協婦人部の会合として「婦人常会」があった。婦人たちがおしゃべりをしたり交流を深める場であり、農作業に追われる生活のなかで数少ない楽しみのひとつであったという。そこで、私たちのグループ回想法を「常会」と名付けた。日頃から聞き慣れた言葉であることから、入所者からはすんなりと受け入れられ、毎晩定刻に食堂の一角で30分程度、スタッフ2名、入所者7～8名で行っている。テーマはおもに季節の話題とし、メンバーはあえて固定していない。

ところで、回想法とは本来は認知症のない高齢者を対象としているようであるが、はたして認知症者に対して適用があるのであろうか。私たちの経験からは、グループ回想法を導入することによって夜間せん妄や徘徊がなくなる、熟睡できるようになる、心気的訴えが減る、情緒が安定する、判断や行動にまとまりが生じるなど、重度の認知症でも相当の効果があると実感している。ゆったりと流れる時間の中で、本人の語る体験を受け止め共感することは、対象疾患が何であれ、精神療法として最も大切で基本的な要素のはずである。

私たちが行ったQOL調査の結果を紹介する。対象は前述と同じである。調査期間中にグループ回想法に参加した者は16名、参加しなかった者は4名であった。参加回数は0～78回(平均29.1回)であった。グループ回想法への参加回数とQOL改善度の関係について調べてみると、両者は有意に相関していた。つまり、グループ回想法は重度の認知症者のQOL改善にとって極めて有用であり、認知症専門棟における主要な支援プログラムとして位置付けてよいと思われる。なお、認知症ランクMで終日叫び続けコミュニケーションを取ることで困難なケースと、帰宅願望が極めて強く施設への不適応感が顕著なケースについては、回想法の適用外と考えられた。後述する生活リハビリなどの適用が考慮されるべきであろう。

### 1.3. 症例1

99歳、女性。グループ回想法著効例である。回想法への参加回数が66回と多く、QOL得点も59.4点から87.2点まで、プラス46.8%の顕著な上昇がみられた。彼女は4世代同居という大家族の中で、家族からかけがえのない存在として大切にされてきた。近所づきあいも豊富である。明朗活発で几帳面、新聞に毎朝目を通し、日記を毎晩つけ、いったん草取りを始めると止まらない。

2年前から新聞を読まなくなり、日記を書こうともしなくなる。最近になって物取られ妄想、昼夜逆転、夜間徘徊などがみられるようになり、農繁期に認知症専門棟に入所する。

入所時から帰宅願望が非常に強く、荷物をまとめて硬い表情で黙々と徘徊する状態であったため、さっそくグループ回想法に参加してもらった。メンバーの最長老ということで参加者からの推薦もあり、「会長」として開会の挨拶を毎回行うことになる。駄菓子とお茶を楽しみながら、気のあった仲間と自分たちの最も輝かしい頃の思い出を語ることで、しだいに情緒は安定し朗らかになる。人前で発言することは適度な緊張感を与え、自尊心の回復にもつながったようである。2カ月後には何事に対しても意欲的で、新聞を読み、日記をつけるようになる。

6カ月後に退所するが、自宅でも物取られ妄想や徘徊はみられず、穏やかに過ごせている。入所前の心理社会的環境の豊かさは、グループ回想法の適用において注目すべき点であろう。

### 1.4. 症例2

89歳、女性。グループ回想法無効例である。回想法への参加回数は48回と多いほうであったが、QOL得点は63.3点から35.5点まで、マイナス43.9%の顕著な低下がみられた。参加者の中でもっとも悪化したケースである。

彼女は自宅にこもり息子と二人きりの生活であった。活発な性格だが、短気なところがある。息子に対してはわがままを言いたい放題のようであったが、何でも聞き入れてもらっていたため、彼女にとっては気ままな日々が送れていた。物忘れが顕著であるため息子は火元の管理などに神経質になっていたが、彼女自身は日常生活に不自由さを感じていなかった。息子が急病のため、彼女は急遽認知症専門棟に入所することになる。

入所生活では、重度の健忘がみられるものの、社会的で笑顔もよく見られている。グループ回想法の場面でも、話題が豊富でメンバーと親しく交流できている。しかし、帰宅願望のスイッチがいったん入る

と全く落ち着きがなくなり、「はやく帰らせてくれ」「息子は今どこにいるのか」「何で私はここにいるのか」など、手当たり次第スタッフをつかまえては問い詰めてくる。行事や趣味活動などで気分転換を促しても落ち着いているのは束の間で、すぐに同じ訴えに戻ってしまい、情緒はきわめて不安定である。

入所前の心理社会的環境に注目すると、自宅にひきこもった居心地のよさは、息子の一方的な譲歩といういびつな関係で維持されており、そのような背景がグループ回想法無効の要因として考えられる。ちなみに、その後生活リハビリを導入することによって、在宅復帰につながっている。

## 2. 生きてきた記憶を呼び戻す～生活リハビリ～

生活リハビリとは、自宅と同じ環境に身を置き、スタッフに見守られながらも、自立して生活するものである。めざすところは、手段的日常生活動作(IADL)を訓練することによる在宅生活への復帰である。私たちの経験では、生活リハビリによって、認知症があろうがなかろうが、身体的介助が必要であろうがなかろうが、IADLはあきらかに改善するという実感がある。

生活リハビリで行われていることは、掃除、洗濯、調理、趣味活動といった内容であるが、それぞれの場面においてメンバーが入れ替わり立ち替わり主役を演じる。相互に人格を認め合うことによって、各自の自尊心は大きく回復する。また、対人交流が促されることにより、失いつつあった社会性や協調性をとりもどすことができる。症状レベルでも、焦燥感や心気症状を消失させ、活動性を回復させる。もちろん、記憶障害の改善がみられることはいうまでもない。

なお、生活リハビリの場面において、メンバーの意外な素顔が観察されることがあり、評価する場としても注目できる。施設内では日常生活動作(ADL)が自立していると思われていた者が、生活リハビリの場面では介助を要し驚かされることがある。反対に、調理などできないと思われていた認知症者が、生活リハビリではまことに上手に調理する姿が観察されるなど、意外な光景がくり広げられるのが生活リハビリである。

私たちの行っている生活リハビリでは、入所者をADLと認知症のレベルにより、5～6名からなる2組のグループに編成している。つまり、認知症がないかまたは軽度で身体的に自立しているグループ(Aグループ)と、認知症があつて身体的に一部介助を必要とするグループ(Bグループ)である。そして、近くの家朝出かけ夕方帰ってくるのである。

古い郵便局の建物であるが、和室と台所が付いており、生活リハビリの実践には好都合である。そこでは自宅にいるときと同じような時間を過ごしている。家に着くと皆で手分けして掃除をし、お昼ご飯を作る。ある者は野菜を切り、ある者は盛りつけをする。スタッフを交えて食卓を囲み楽しく食事をした後は、食器を洗ったり洗濯をしたり後かたづけをし、その後は各自さまざまに趣味活動をして過ごす。最後に部屋の掃除をして施設に戻ってくる。

私たちが行った、生活リハビリの IADL 改善効果に関する調査の結果を紹介する<sup>3)</sup>。対象は参加回数が 5 回以上の 10 名である。全員が女性で、年齢は 67~90 歳 (平均 80.5 歳) である。参加回数は 5~12 回 (平均 8.8 回) である。生活リハビリへの導入前後で IADL 得点<sup>4)</sup> を採点した。採点項目は、電話の使い方、買い物、食事の支度、家事、洗濯、移動・外出、服薬の管理および金銭の管理である (7 点満点)。その結果、IADL 得点は 10 人中 8 人が上昇していた。平均得点では、2.3 点から 3.8 点までプラス 65.2% の有意な上昇が認められた。グループ別に得点の変化をみると、A グループが 3.4 点から 4.2 点に有意に上昇し、B グループが 1.2 点から 3.4 点に有意に上昇していた。

特筆すべきことは、生活リハビリの導入後、参加者 10 名のうち在宅復帰できた者が 2 名、グループホームに入所できた者が 1 名あったことである。これは、施設からの在宅復帰が極めてむずかしいという現実からすれば、めざましい効果といえる。

### 2.1. 症例 3

89 歳、女性。前述の症例 2 の後日談である。重度の健忘があり、身体的にも一部介助が必要である。入所時から帰宅願望が強く、執拗な訴えと焦燥感が特徴的であった。グループ回想法がまったく無効であったため、生活リハビリを導入することになる。はじめは、少しでも帰宅願望が治まればという思いから発案したのである。

さて実際は、彼女は調理を体験することができ、とても喜んだ。もともと大の料理好きだったそうである。彼女は台所に立たなくなって久しかったが、その包丁使いや調理の手際のよさにはスタッフも大いに驚かされた。結局ここでの体験が彼女に自信を与え、精神的にゆとりを回復させることになる。IADL 得点も 2 点から 4 点に上昇し、在宅生活に復帰することができた。

自宅では息子と二人暮らしであるが、彼女も調理の一部を受け持つなど在宅生活に十分適応できている。思い出に働きかける回想法と、身体に働きかけ

る生活リハビリの適用の違いについて、考えさせられるケースである。

### 2.2. 症例 4

83 歳、女性。健忘はあまりみられず、身体的にもある程度自立しているが、パーソナリティの変化が目立ちピック病が疑われた。面会に来た家族を見たたん、急に怒鳴ったり攻撃的になるので、とうてい家族との同居生活に戻ることは困難であろうと思われた。私たちは症例 3 で奏効した経験があったため、彼女にも生活リハビリを導入した。案の定、彼女も役割意識を得て自尊心を回復することができた。IADL 得点も 2 点から 4 点に上昇する。

さて、外泊を試みたのであるが、やはり家族に対して悪態をつき興奮が収まらず自宅に適応できなかったため、グループホームに入所することになる。グループホームでは、生活リハビリで学習した社会性を発揮することができ、落ち着いて自立した生活を送ることができている。

症例 3 も含めて、精神運動興奮の強いケースには、身体に働きかける生活リハビリが適しているように思われる。

## 3. こどもたちに癒されて～福祉教育・交流会～

介護老人保健施設に求められている役割は、利用者への支援にとどまらない。私たちの施設においては、地域の学校と連携して福祉教育にも積極的に取り組んでいる。幼稚園から高等学校まで、幅広い年齢層を対象に福祉教育を実践してきた経験から得られたことは、若者とりわけ小学生は、弱者に対して素直なやさしさを抱き、老人に対してもネガティブな先入観を持っていないということである。小学生は素直に老人に関心を示し、心を開くようである。

初対面で多少戸惑いつつも、しかしお互い興味津々の状態で交流会が始まる。そのような緊張感は、見ているスタッフにもほほえましいものである。やがて場がなごみ、お互いに打ち解け心が通い合う。老人たちは子どもの手を握りしめ、ある者は涙を流し、ある者は声を震わせ、わざわざ訪問してくれたことに感謝の言葉を述べる。子どもたちが帰った後の静けさの中で、皆一様にすべてが満たされたかのように、あらゆる葛藤が解消されているのである。

地域に施設を開放することは利用者にとって新鮮な体験であり、生きる希望をもたらし、心気症状や悲観的思考といった病的な症状まで改善させる。そこに精神療法としての重要な要素を認めざるをえない。子どもたちが老人を訪れ、素直な気持ちで歌を歌い、肩をたたき、手を握る。これは面接室でくり

広げられている知的な作業とくらべれば、俗世間的可能性かもしれないが、そこに精神療法の原点を垣間見ることができる。医療福祉の領域においては、実質的な果実を伴わない精神療法など、全く意味をなさないのである。

私たちが行った、交流会の心身機能に及ぼす効果に関する調査結果を紹介する<sup>5)</sup>。対象は、4カ月間の調査期間に入所した、意志疎通が可能な入所者17名である。年齢は70~93歳(平均82.6歳)であった。ADLランクはA1~B2, 認知症ランクはI~IIIb, 要介護度は1~5であった。WHO・SUBIの精神的なコントロール感尺度(以後、精神面と呼ぶ)と身体的な不健康感尺度(以後、身体面と呼ぶ)を採点し、小学生26名と交流する前後の得点を比較した。交流会は5回行い、内容はコミュニケーションやスキップなどを基本に、スタッフの裁量で状況に応じたプログラムを採用した。

精神面については、改善5名、不変12名、悪化0名であり、平均点は15.3点から16.7点まで(21点満点)、プラス16.7%の有意な上昇がみられた。身体面については、改善3名、不変14名、悪化0名であり、平均点は13.0点から14.0点まで(18点満点)、プラス7.7%の有意な上昇がみられた。要するに、子どもたちとの交流によって、精神面も身体面も明らかに改善するのである。なお、精神面、身体面ともに、年齢、ADLランク、認知症ランク、要介護度との関連は認められなかった。

子どもと接する機会が少ない入所者にとって、小学生との交流でコミュニケーションやスキップをとる機会は、とても待ち遠しいものである。私たちが日頃見ることのないような嬉々とした彼らの姿がそこにあった。子どもと接することで、自分の幼い頃や子育てに没頭していた若い頃をふり返ることができ、そのことが精神面と身体面の安定をもたらすのであろうか。執拗で心情的な訴えも、氷が溶けるかのごとく消えてなくなっている。ほとんどの入所者が満たされた表情で「楽しかった」と語り、小学生との交流会は非常に有意義なものであった。

交流会の適用について検討してみると、改善が見られた者の特徴としては、他者との交流を好むタイプであった。いっぽう、改善が見られなかった者の特徴は、パーキンソン病、脊柱管狭窄症、頸椎症といった神経疾患を罹患していることが特徴的であった。痛みなどの身体的苦痛や病気の予後に対する不安から、子供との交流に関心を向ける余裕がないのであろうか。また、他者との交流を好まない者も改善がみられなかった。

### 3. 1. 症例5

92歳、男性。心不全と脳梗塞がある。ADLランクはA2, 認知症ランクはI, 要介護度は1である。彼は精神面においても身体面においても、参加者のなかで最も改善が見られている。性格は神経質で、病気に対する不安が非常に強く、機会があるごとにスタッフをつかまえては不定愁訴をくりかえしていた。いったん不機嫌になると、スタッフがいくらなだめてもまったく受け入れる余地がなく、施設ではお手上げの存在になっていた。ただし、彼は大変な読書家である。歴史小説が好きで、一方的な会話になりがちであるが話題は豊富である。また、正義感が強く他の入所者の起居動作を助けようとする一面も備えている。

交流中は、病気へのとらわれから解放されたように、積極的に子どもに話しかけコミュニケーションを楽しんだ。レクリエーションで行った玉入れでは、リーダーとしてゲームを盛り上げていた。楽しかった一日をふり返り、「孫のような子どもたちとお茶を飲むことができ、おいしかった。肩をたたいてくれるその気持ちありがたい。昔のいろんなことが思い出される。何度でも来てもらいたい」と、満ち足りた柔和な笑顔で感想を語る。また、「子どもたちと接することで、自分も早く元気になろうという前向きな気持ちになれた。身体のことはどう思っても仕方ない。あまり考えないようにしなければ」と、病気に対する神経症的な構えが大きく改善している。

子どもにしかできない受容や癒しが存在するのではないかと、考えさせられるケースである。

### 4. くり返すことから生じるもの~ショートステイ&通所リハビリテーション~

ショートステイや通所リハビリテーションに共通する要素は、くり返すということであり、そこに精神療法的な意味を見いだすことができる。私たちの経験からは、ショートステイをくり返すことによって、利用者のQOLは改善するという実感がある。また、通所リハビリテーションをくり返していくうちに、家族とスタッフとの間に信頼関係が生じ、そのような良好な関係性をもとに、家族自身の気持ちにも良い変化が生じる。

私たちは3年間かけて、認知症専門棟に複数回ショートステイしたアルツハイマー型認知症者12名を対象に調査した<sup>6)</sup>。年齢は79~94歳(平均86.0歳)である。認知症ランクはIIIa~IIIb, ADLランクはA1~B2, 要介護度は1~3である。ショートステイの回数は年間平均11.0回であった。

認知症高齢者QOL評価表<sup>2)</sup>を用いて得点の推移

を調査したところ、QOLについては改善10名、不変1名、悪化1名であった。認知症ランクⅢaの3名は全員改善していた。Ⅲbの9名は、改善7名、不変1名、悪化1名であった。全体の平均は57.9点から78.4点まで、プラス35.4%の有意な上昇が認められた。

このように、ショートステイをくり返し利用することで、QOLは明らかに改善するのである。当初は環境の変化に戸惑い、帰宅願望も強く、不穏な利用者もみられた。しかし、しだいに環境に慣れ、スタッフとの信頼関係ができることで、情緒や行動が安定していった。ショートステイをくり返すことでなじみの人間関係が築かれていき、施設が落ち着いて生活できる場所になり、環境の変化に対しても戸惑うことがなくなるようである。入所生活は在宅と異なり集団生活という環境にある。必然的に他者との人間関係が築かれていき、その中で自分の役割を自覚することができ、自尊心の回復につながり、新たな適応能力も獲得できたのであろう。新たな別の自分を演じる場がショートステイなのである。

さらに、利用者の家族においても大きな変化が生じることは注目に値する。ショートステイや通所リハビリテーションをくり返し利用することは、単に介護負担が軽減されるだけではない。スタッフとの濃厚な人間関係が築かれていくなかで、以下の事例に述べるような新たな気づきを得るのである。

#### 4.1. 症例6

80歳、女性。4年前より心気的な訴えが増え、話のつじつまが合わなくなる。1年前より認知症が悪化し、徘徊が見られ、排泄レベルも低下する。7月に行方不明になり、自宅近くの休耕地に転落しているところを発見され、緊急入所となる。

入所時は帰宅願望が強く、手提げバックを握りしめて徘徊していたが、まもなく環境になれて徘徊は減ってくる。自主的にコップを洗ったりタオルたたみに参加するなど積極的な行動が見られるようになり、他者との交流も増えてくる。8月からは生活リハビリに参加するが、そこでは自分から積極的に包丁を手にして調理をする。息子の妻は、「姑が料理を作れるとは想像もつかなかった」とたいそう驚く。9月には1泊2日の宿泊プログラムに参加するが、いたって朗らかに過ごし、帰宅願望、徘徊、昼夜逆転などはみられない。QOL得点は、入所時の71.6点から10月退所時の99.5点へ、プラス39.0%の上昇がみられる。

本人の改善ぶりをまのあたりにした息子は在宅介護を決心したのであるが、実質的な介護者である息

子の妻は入所の継続を望んでいた。彼女は、「夫が自宅でみてやればいいと言うんです。困ったらお願いしますので、なんとかがんばってみます」と、多少困惑気味ながらも姑を連れて帰った。

在宅生活においては、その後1年半で10回のショートステイをくり返した。並行して、通所リハビリテーションも利用しており、彼女にとっては私たちスタッフと様々な形で相当頻回な関わりを持つことになる。

彼女は、以前から嫁姑というデリケートな関係に困惑させられていた。しかし、姑の活動する様子や話した言葉を連絡ノートから知ることによって、少しずつ気持ちに変化が生じてきた。「ここは楽しいけど、家は嫁が良くしてくれるのもっと楽しい」と姑が語った報告などは、普段厳しい姑の言葉ではないような気がして、微笑ましく読んだ。スタッフが介護の合間に一生懸命書いた手書きの文字を見ているうちに、自分一人で介護しているのではないんだという安心感も湧いてきた。そして、なにより連絡ノートを待ち望んでいるのは、自分自身であることにも気付いた。スタッフに支えられていることで気持ちに余裕が生じ、姑に対する長年の確執から解放されていった。

そのような気持ちの変化の中から、一見すると何の変哲もないような象徴的なエピソードが生まれた。彼女は姑の耳が遠くなったように思えたので、耳鼻科に連れて行ったのである。以前の嫁姑関係であったら、その程度のことで姑を病院に連れて行くことなど頭に浮かばなかったはずである。そもそも姑のそのような変化にすら気付かなかったであろう。結局、耳鼻科では耳垢を取ってもらっただけなのだが、姑はたいそう喜び、「嫁がわざわざ私を耳鼻科に連れて行ってくれた」と周囲に自慢して回ったのである。それ以降とても素直になり、彼女を信頼するようになった。彼女は、「耳鼻科に連れて行っただけなのに、こちらが恥ずかしくなるほど感謝されて、なにかこそばゆいです」と語り、以後姑とは良好な関係が築けている。

#### 5. 新しい住み処を求めて～生活共同体～

介護保険制度が施行されて以降、その趣旨に反して施設への入所志向は年々高まり、入所期間の長期化が着実に進行しているのが実態である。高齢者世帯や独居老人が多い中山間地域においては、なおさら在宅復帰はむずかしい。

そこで、私たちはそれに代わり得る生活共同体を模索した。そして運良く、川上町老人共同住宅しあわせ荘への入居を実現することができた。そこは、

老人たちが住み慣れた地域で気のあった仲間たちとともに支え合い、自立した生活を送ることができる場所であった。また、離れた家族との絆を深める場所でもあった。実現までの経緯を顧みると、私たちの施設を拠点にして併設診療所、居宅サービス事業所、地域住民、行政などとの連携がうまくかみあったことが奏功要因としてあげられる。見落としはならないことは、この生活共同体構想を実現していくプロセスのなかで、利用者だけでなく、家族、スタッフ、地域社会など全員が一体感を感じることができ、参加者全員に新たな自己覚知をもたらしたことである。

### 5.1. 1年目の実践<sup>7)</sup>

しあわせ荘とは、虚弱な独居老人が共同生活するために1994年に旧川上町が建てたものである。木造平屋建て、中央にホールがあり、放射線状に各居室とトイレがある。居室は和室である。建物全体がバリアフリーとなっており、共同の台所が備わっている。

私たちの施設の入所者の中で、この地域への絆が深い4人（症例7～10）が入居を希望した。いずれも在宅復帰が諸事情により困難であった。年齢は82～94歳（平均88.5歳）であった。ADLランクは全員A1、認知症ランクはI～Ⅲb、要介護度は1～2であった。お互いの人間関係は良好である。

### 5.2. 症例7～10

症例7は82歳、女性。パーキンソン病のためADLは日内変動がある。スタッフに依存的にならず自分で身の回りをこなしている。住み慣れた自宅に近いということで入居を心待ちにしている。症例8は87歳、女性。三叉神経痛とアルツハイマー型認知症がある。日常生活においては多少の声かけが必要であるが、ADLはほぼ自立している。協調性があり朗らかで親切である。症例9は91歳、男性。心筋梗塞の既往がある。病気の再発に対して神経質な構えがみられるものの、元大工で職人気質の一本気な性格である。たった一人の男性という自覚があり、4人のメンバーの中で相談役になっている。症例10は94歳、女性。変形性膝関節症と高血圧症がある。人一倍感受性が高く、一人になると物事を悲観的に考えめそめそしやすいが、人前に出るとたくましく気丈に振る舞える。症例7のよき話し相手になっている。

### 5.3. 入居までの取り組み

入居予定の4人のメンバーで事前にしあわせ荘での生活リハビリを試みた。そのなかで気付いたことから、手すりやスロープを増設し、夜間における緊

急事態のために緊急通報装置を設置した。これらは、町役場の健康福祉課、在宅介護支援センター、および地域住民の理解と協力があつたため実現できた。家族に対し入居計画について説明すると、快く了解が得られた。「ここで暮らしたいけど夜間が心配」とメンバーから不安が述べられたため、泊まり込みで2度の合宿を試みた。合宿期間を利用して、ヘルパーやボランティアがケアマニュアルのシミュレーションを行うことができた。また、各事業所と入居を想定して必要なサービスについての調整会議を開き、細かい打ち合わせと責任の明確化をはかり、合宿での様子をもとにサービススケジュールを計画した。早朝と夜間に安否や火元確認のためのボランティア訪問、訪問介護による食事の支度と通所の準備、通所サービスでの入浴、併設の診療所からの往診などを組み込んだ。

6月に計画を立ち上げ、すでに8月になっていた。4人のメンバー間に一体感や信頼感が醸成されていくのが、スタッフにも伝わってきた。スタッフ、家族、関係者など、この計画に関わるすべての人たちの間にも、徐々に団結心が生じてきた。最初は計画そのものに懐疑的であった者も、人が変わったように夢中で自分に割り当てられた役割を遂行している。このような変化が、その後の計画実現への大きな原動力となるであろうことは、誰の目にも明らかであった。

9月になってようやく入居が実現する。たった1週間ではあったが、今後に希望をつなぐことができた貴重な1週間であり、翌年には2カ月間の実践を可能にした。入居の日はメンバーの家族が大勢出てきて手伝ってくれた。スタッフの心配をよそに、4人はお互いに助け合いつつ、かといって依存的になることもなく、穏やかにこの1週間で過ごすことができた。朝起きると自分たちでコーヒーを注ぎ、お互いの部屋を訪ね談笑し、また一人一人での余暇も楽しんだ。4人は自分たちだけの時間や場所を喜び満喫した。

「ここは個室もあるのでとてもいい。静かによく休める」「ここなら人の目を気にせず存分に話ができる。とても気が合うんじゃない」「今はとても楽しい。亡くなった夫が迎えに来たら断るつもりよ」「何も困っていないから安心して」と語る瞳は、子供のような純粋な輝きがあつた。なお、近隣の人たちに朝夕のボランティアをお願いしたところ、とても協力的であった。心配して差し入れまでしてくれるなどの熱の入れようで、涙を流して喜ぶ者もいた。

彼らは、住み慣れた土地に帰れたことで希望が芽生え、実際に生活できたことで自信を回復すること

ができた。お互いの障害をいたわり、お互いの苦手な部分を補い合って生活する体験が、自尊心を高めていった。彼らはなまじ激動の大正、昭和を生き抜いてきたわけではなかったのである。私たちは、老人は人格のもっとも成熟したレベルにあるという事実を、はっきりと目の前に見せつけられたのである。私が往診に訪れた際、彼らにさそわれていっしょに炊事をさせてもらい、食事をご馳走になったのであるが、私自身が彼らに支えられ生かされているような貴重な体験であった。しあわせ荘からの帰路は、目に映るものすべてが鮮やかで清々しかった。

#### 5.4. 2年目の実践<sup>8)</sup>

2年目は、1名の体験者(症例7)と3名の新メンバー(症例11~13)で入居を試みた。年齢は74~88歳(平均82.8歳)であった。3回に分けてそれぞれ1週間、3週間、1カ月間と、合計2カ月間の入居を実現することができた。

「毎日通所に行くのは疲れる。ここで一日ゆっくりと過ごしたい」という前年度のメンバーの意見を取り入れ、通所は2グループに分けて交互に行うことにした。自立度の高いグループは、昼食を自炊することにした。夕食は近隣の食堂に家庭的な弁当を届けてもらうように依頼した。ADLランクは全員A2、認知症ランクはI~IIb、要介護度は1~3であった。

#### 5.5. 症例7, 11~13

症例7は83歳、女性。昨年の体験者である。パーキンソン病の状態は特に変化はみられない。症例11は86歳、女性。高血圧と大動脈弁狭窄症がある。大腿骨頸部骨折後から歩行器を使用しているが、ADLはほぼ自立している。施設内では閉じこもりがちであり、みずから積極的に他者と交流をはかるタイプではない。症例12は88歳、女性。変形性膝関節症とアルツハイマー型認知症がある。起居動作や排泄に多少の介助を要す。寂しがり屋で涙もろい。症例13は74歳、女性。アルツハイマー型認知症があつて、見当識障害や短期記憶障害がある。ADLは声かけすれば自立できている。温厚で人一倍献身的である。なお、症例12と症例13は、ADLや認知症のレベルを考慮した結果、同室とした。

4人はお互いに気遣いあい、手を差し伸べあつて過ごした。家族が訪れたり、ひさしぶりに里帰りの娘がいっしょに宿泊したこともある。子供に連れられ畑の野菜を収穫するなど、この期間に家族との絆はむしろ深まっている。「ここは自分の思うようにできるから快適だ」「ここが自分の家だと思える。

施設には戻りたくない」「みんなと一緒になので寂しくない」などと語ってくれた。

#### 6. 別れの時~ターミナルケア~

私たちは、これまで11年間で82件のターミナルケアを経験した。それぞれのケースをあらためて思い出すことは、悲しみを呼び戻すような思いであるが、そのなかで印象深かったケースを以下に紹介する。このケースは、死の受容がスムーズであった80歳代の女性である。彼女は、住み慣れた地元で最後まで生活したいと希望し、亡くなる直前まで家族やスタッフと有意義な時間が持て、残されたかけがえのない時を感謝に包まれて過ごしたケースである<sup>9)</sup>。彼女は、自分が治る見込みのない癌であることを悟った時点で、それまでのあらゆる身体的苦痛や不平不満を氷解させ、人との繋がりや日常の営みをかけがえのないものとして大切に受け止めた。

このケースは決して特異な経過をたどったわけではない。私たちがごく一般的に経験する経過をたどったにすぎない。ターミナルケアにかかわるにあたっては、日本人固有の国民性や死生観について十分配慮すべきであり、欧米流の力動的な解釈に振り回されているは大きな禍根を残すことになる。

##### 6.1. 症例14

85歳、女性。要介護4。認知症はみられない。元々勝ち気な性格である。夫と二人でトマト作りなどの農業を営んできた。最近、慢性関節リウマチにより手指の変形が著しく、疼痛も強くなったため、身のまわりのことはすべて夫に頼っていた。

4月、元気であった夫が脳出血で急死する。気持ちの整理もままならないうちに、急遽私たちの施設に入所することになる。手指の痛みが強いため、鎮痛薬を増量したり外用薬を用いる必要があつた。11月には肩関節の強い痛みで襲われ、「リハビリしても痛みが強くなるばかり」と言い、リハビリをかたくなに拒否する。不満や訴えがエスカレートしていき、スタッフは関わり方に戸惑いを感じるようになる。カンファレンスでは、突然の夫との別れと突然の環境の変化を受け入れられていないのであろうと推察された。そして、私たちは、できる限りの真剣なケアを実践するという原則にもう一度立ち戻ってみようとして申し合わせた。

翌年1月、回盲部に腫瘍と腹水貯留がみられ、腹膜偽粘液種による癌性腹膜炎と診断される。家族は、「本人はここがいいと言うので、できるだけこちらでお願いしたい」と希望した。彼女は妹が癌で亡くなる経過を知っていたので、「腹水がたまるように



なったらもう長くない」と家族に語っており、自分の病気について気付いているようであった。3月の彼岸には自宅に外泊する。「手打ちうどんを食べた。みんなに会えてよかった」と朗らかに話す。この頃からリウマチによる痛みの訴えがなくなり、不満も減少し、表情も柔和になり素直な態度が見られるようになる。以後、家族に連れられて時々自宅に外出するようになる。

4月、腹水による腹満が強くなり寝返りが打てない。余命数カ月と判断され、病院への転院も可能であることを家族に伝えたが、「本人はどこにも行きたくない、ここがいいと言っている」と、やはりここでの療養を希望する。臨月のお腹かというくらいに大きくなり、見るからに苦しそうであったが、あいかわらず穏やかで訴えは少ない。「お風呂に入ると痛みが和らぐから」と入浴を希望する。彼女は自分の身体のことを忘れていたかのように、入浴、食事、レクリエーション、おやつなどの日課を楽しんだ。おしめ交換時に背中をマッサージすると、「ありがとう」と素直に喜び、スタッフに対して感謝の気持ちや喜びの気持ちを素直に表現する。長時間の座位が苦痛であるため食直前の離床としたが、「みんなと一緒にホールで食べたい」と言うため、彼女の希望に沿った。幼稚園児との交流会ではダンスを見て楽しみ、その中にひ孫がいるのを見つけて、一緒に記念写真を撮る。

6月、一過性のせん妄状態に陥る。怯えた形相で泣きながら、「子供がおる」「火が燃えている」「寂しい」「こんな体になってしまった」と、普段の様子からは想像できない発言がみられた。本当はこんな不安と苦痛にさいなまれていたのかと、はじめて本音を聞かされた思いであった。腹満が限界をはるかに超えてしまい、車椅子での食事が困難になったため、ベット上で食事介助を行う。食事介助をするスタッフは、「時間をかけて一対一で話をしてきて、ゆったりした気持ちでケアが行えた」と、感想を述べている。

11月、苦痛を和らげるために麻薬（コデイン）の投与を始める。食事が食べられなくなり維持輸液に切り換えたが、家族には今までどおり差し入れをお願いした。タール便、意識レベル低下、呼吸状態悪化、尿量減少、日ごとに病状が変化していく。このような状況にあっても、家族に付き添われ、手を握り優しく声をかけてもらい、彼女は安心して過ごしている様子であった。深夜、家族に見守られながら、眠るように静かに息を引き取る。家族からは、「よくみてもらって本当に感謝します。本人にとってもいい死に方でした」とお礼の言葉をいただく。

このケースは悪性腫瘍の診断が下された時点で、すでに9カ月間入所しており、その間にスタッフとの人間関係がある程度成立していた。カンファレンスを行うことで彼女に関する理解が深まり、関わり方も統一することができた。施設での生活は集団生活であるため、彼女の健康な側面、すなわち社交性、気丈さなどを引き出すこともスムーズに行えた。また、スタッフの戸惑いが少なく、生活の質に重点を置いたケアを考える余裕が生まれた。家族の協力があってたびたび外出や外泊ができ、有意義な時間を過ごすことができたことは幸運である。看取りの時も家族が付き添っており、慌てることなく静かに最期を迎えることができた。

## 7. 介護負担感という虚像と実像

在宅介護の家庭に往診に出向けば、否応なく介護に専念している家族の姿を目にする。かつて私は、「この人はこのまま年を重ねていくだけで、自分のかけがえのない人生を棒に振ってしまうのではないだろうか」と感じ、気がふさぐような思いに包まれた。時には罪悪感すら覚えた。しかし当の介護者は生き生きとしており、そのギャップに再度驚かされた。そこに、介護負担と介護負担“感”という、一見同じもののように見えて実は全く性質の異なる、奇妙な関係性が浮かび上がってくる。

それでは、介護負担感に関して、それをどう理解しどう関わっていくべきなのであろうか。それを取り扱うことの意味とは、いったい何なのであろうか。精神病の治療においては、家族を支えることが本人の症状改善につながることはよく知られた事実であるが、はたして介護領域でも同じ法則が成り立つのであろうか。

私たちの経験からは、介護負担感は認知症のレベルやADLのレベルとは全く無関係であると実感している。つまり、介護負担感とは極めて主観的なものであって、家族にある種の気付きを促すことができれば、介護負担感は大きく軽減するのである。また、私たちは、介護負担感を軽減させることによって、介護を受けている本人の認知症ランク、ADLランク、要介護度までもが改善すると実感している。

私たちは、1年間かけて利用者の自宅を訪問し、主たる介護者（以後、家族と呼ぶ）が介護する上で日頃抱いている思いを聞かせてもらった<sup>10)</sup>。そして、介護負担感スケール<sup>11)</sup>と高齢者用ソーシャルサポート尺度<sup>11)</sup>を採点した。調査対象は、通所リハビリテーションまたはショートステイ利用者の家族のうち、調査に同意した31名である。家族の年齢は47~82歳（平均66.8歳）であった。利用者の年齢

は47~98歳(平均81.0歳)で、要介護度は1~5(平均3.1)であった。

家族が感じている介護負担感や、彼らを取り巻く家族関係のあり方について、いくつかの事実が明らかになった。まず、家族の介護負担感、利用者の年齢、要介護度、ADL ランク、認知症ランク、家族の年齢、家族へのソーシャルサポートの程度など、どの要因とも無関係であった。この結果を、聞き取り調査からの印象も含めて断言するなら、家族の感じる介護負担感の主観的なものであり、個々の家庭内事情が大きく影響しているのである。

利用者が高齢になるにつれて、家族に対するネガティブサポートは有意に高くなっている。利用者が高齢であるということは、つまり介護期間の長期化を意味している。また、ソーシャルサポートの下位項目であるネガティブサポートの得点が高くなっており、家族が身近な人々から精神的苦痛を受けていることがわかった。要するに、介護期間が長期化するにつれて家族間に軋轢が生じているということである。したがって、長年介護をしているケースについては、積極的にショートステイを取り入れるなどして、家族の心理的負担を軽減させる支援が求められる。そして、家族が身近な人々の中で孤立しないように、日頃から彼らを取り巻く状況について気を配り、調整を図っていく必要があることがわかった。

さらに注目すべきは、家族へのソーシャルサポートが高いほど、利用者の要介護度が改善する傾向が認められた。特に認知症ランクについては有意に改善し、ADL ランクについても同様の傾向が認められた。要するに、家族を支えることにより利用者の状態は改善するのである。

### 7.1. 症例15

85歳、男性。介護負担の重さに反して介護負担感が軽いケースである。ADL ランクはB2、認知症ランクはⅢb、要介護は4である。アルツハイマー型認知症、腰部脊柱管狭窄症、うっ血性心不全がある。妻と二人暮らしであるが、かつて妻の都合で30歳代後半から20年間は別居生活であった。

このたびは、妻の体調不良により入所となる。自力で歩行できないうえに、認知症が重度で不潔行為などもみられる。妻自身も脊椎の強い変形による痛みと歩行障害に悩まされており、在宅復帰には限界を感じている。私たちも妻の様子を見て、自宅で介護することは到底不可能であろうと考えていた。

妻が面会に来た際に、夫との思い出を語ってもらった。雑談のつもりで話題を向けたのであったが、「実は私たちはあまり一緒に暮らしていなかったん

です・・・話を聞いてもらって少し楽になりました」と、意外な事実をうち明けられる。このまま夫婦で過ごすことなく施設入所を続けることに対して、罪悪感を抱いていることが伝わってきた。結局のところ、後悔だけはしたくないという思いにかられて、彼女は在宅介護を決心したのである。

夫を抱えて自宅の玄関をくぐった時、「二度と我が家の土を踏めるとは思わなかった」と涙ぐむ夫を見て、彼女は愕然とした。これまで夫に無関心であった自分自身の姿に気付かされたのである。スタッフに過去をうち明ける前の彼女であれば、そのような夫の何気ない言葉に、それほどまでに反応することはなかったかもしれない。

自宅での介護は思った以上に大変で、過去の感傷にひたる余裕はなかったが、前述の気付きは彼女の心の中に深く刻み込まれていたようである。在宅サービスの利用と支援相談員からの精神的なサポートにより、在宅介護を継続できている。その後、一時的に再入所することになったが、「また介護する自信はありますよ」と、体験に裏打ちされた余裕ある表情で彼女は語った。以前の弱々しかった彼女とは別人のようであった。

### 7.2. 症例16

86歳、女性。介護負担の軽さに反して介護負担感が重いケースである。ADL ランクはA1、認知症ランクはⅢa、要介護度は3である。週2回通所リハビリテーションを利用しており、農繁期には入所サービスも利用している。夫は40年前に他界している。子供がいないため、介護を要するようになってからは夫の弟夫婦と同居している。主たる介護者は夫の弟の妻、61歳である。介護負担感スケールは29点で、このたびの調査対象者の中では最も高い得点であった。

本人は大変温厚な性格で、若い頃から近所の人たちから慕われる存在であった。ADLはおおむね自立できている。ただ、変形性膝関節症のため下肢筋力が低下しており、家族はいつか大けがをするのではないかと不安を抱いている。認知症のレベルは、判断力に支障があるものの指示には従うことができるため、見守り程度で対処可能である。

要するに介護負担そのものはさほどではないのである。介護負担感スケールの高さは家族関係に起因していることはあきらかである。夫と二人きりで気ままに過ごしていた家庭の主婦が、義理の姉を引き取って仕方なく介護させられているのである。夫との間に軋轢が生じて不思議ではない。彼女は、「家事などに手が回らないのでとても困っている」「世

話を代わってくれる親族がいるのならすぐにでも代わってほしい」と、心情をうち明けてくれた。

このように血縁関係の薄い者が介護を行っている家庭はめずらしくなく、家族支援のあり方について悩まされるケースである。

## 8. 妻の気付き～内観療法～

私たちの施設では、家族の気付きを促すことを目指した家族支援を行っている<sup>12)</sup>。とりわけ家族面接に内観療法<sup>13)</sup>を取り入れることで、忘れかけていた利用者への愛情や感謝の気持ち呼び戻してもらっている。また、そのような気付きを家族会や介護者教室で発表してもらったり、広報誌に掲載することで、各自の在宅介護に対する意欲向上につながるよう工夫している。

### 8.1. 症例17

74歳、男性。要介護度5。地元で酪農を営んでいたが、左被殻出血のために入院し、その後私たちの施設に入所してきた。右片麻痺と失語症がある。情緒は不安定で興奮が持続しがちで、おしめはずしなどの行動もみられたが、しだいに病状が安定し、知人の頻繁な面会などで目に見えて表情が良くなる。

妻に夫婦で過ごした頃のことを語ってもらった。彼女は、自分が足腰を痛めて入院した時に、遠い病院まで一日おきに会いに来てくれたことを思い出す。さらには、体を気遣い通院や買い物に付き添ってくれたこと、今住んでいる家を夫と二人で大工仕事をして作ったことなどを語ってくれた。そして、そのような夫とのエピソードを思い出すことで、なんとか自宅で過ごさせてあげたいという気持ちが抑えきれなくなったのである。彼女は、介護をあきらめて見知らぬ施設に入れておくよりも、夫の思いを大切にしたいと決意し、在宅介護を始める。

以下、支援相談員によるインタビューの一部を紹介する<sup>14)</sup>。

#### ●在宅介護をされている今の気持ちは？

「家に連れて帰ってよかったという思いです。なにより夫の表情が良くなりました。私が話かけると少しは理解してくれます。脳卒中で言葉が出ない夫が、みなさんのおかげでここまで良くなったことを、本当に喜んでいます」

#### ●在宅介護を始めるときの気持ちは？

「入所して1年が過ぎ、ひだまり苑から退所の話を出されたときは、来るときが来たと思いました。重介護の夫を私が自宅で介護できるのだろうかとか、不安でたまりませんでした。私自身も膝が悪く要支援の認定を受けています。息子や周りの親戚も、家

での介護は無理だ無理だと反対意見ばかりでした。特別養護老人ホームへの入所を考えましたが、その気持ちを振り払ったのは、長年住み慣れた家で過ごせないかという思いでした。夫の気持ちを大切にしたいと、夫が昔いろいろしてくれたことを思い出して、心が動かされ、決心がついたんです。それに、とにかくやってみなくてはわからないという気持ちもありました」

#### ●在宅介護で一番大変だったことは？

「体力的に大変だとはあまり思わないのですが、帰ってからまもなくてんかん発作が起り、高熱が出たためにとても心配したことがありました。その時もひだまり苑に連絡したり、かかりつけのお医者さんにお世話になり落ち着きました。その後は、ケアマネジャーさんやひだまり苑から、変わったことはないかとたびたび電話をもらったり、訪問看護師さんやヘルパーさんに夫の体調管理をきめ細かくしてもらい、元気に過ごしています。介護者教室に参加して元気をもらったり、ショートステイや通所サービスを利用して、その間私の用事を済ませたり休養を取っています。なにかと行き届いているので、今は大変さを感じることなく介護ができています」

#### ●家に帰ってから夫が変わったと感じることは？

「一番に、表情が良くなったことです。通所サービスを利用していますが、帰ってくるたびに元気になるように思います。スタッフの皆さんが夫の様子を書いてくれた連絡ノートを見るのが、今の私の楽しみです。夫の笑顔を見ていると本当に嬉しくて、帰ってきて良かったという思いです」

#### ●自分自身に気持ちの変化や変わったことは？

「はじめは、倉敷の病院を退院して川上町に帰ってくるのも抵抗がありました。大きく変わってしまった夫を、知り合いに見せたくないという思いがあったのです。けれど本人はどう思っているだろうかとか考え、地元に戻ることにしました。今こうして家で夫と過ごしていることは、私にとって幸せなことだと感じています。食事作りも夫がいると張り合いが出ます」

#### ●何が支えになって在宅介護が頑張れていますか？

「夫が元気な時には、とても良くしてもらいました。その恩返しという気持ちからでしょうか。私が足腰の大怪我をして入院をしたときには、岡山まで1日おきに片道2時間以上かけてバスを乗り継いで、見舞いに来てくれました。私が退院してからも、早く元気になると言って私の好きな料理を作ってくれたり、一人で通院や買い物に行かせるのは心配だと言って付き添ってくれて、本当に助かりました。今住んでいる家も、若い頃二人でセメントを捏ねレン

ガを積んで作ったものなので、思い入れが深く、私たちにとっては居心地のいい場所です。夫の笑顔が見られるのも家で過ごしているからだと思うと、迷いながら始めた在宅介護ですが、本当によかったと実感しています」

## 8.2. 内観療法

彼女の行動を決めたものは、夫への愛情であった。内観療法<sup>13)</sup>とは、身近な人物に対して「してもらったこと」「して返したこと」「迷惑をかけたこと」の3つのテーマに沿って、過去を集中的に想起する精神療法である。一種の自己反省法であり愛情発見法である。内観療法によって家族関係が改善すれば、人格の成長が促され不平不満は解消する。そして心は自由になり、生かされる喜びを感じることができる。

内観療法の技法はいたってシンプルである。3つのテーマに沿った記憶想起を試みるだけで大きな気付きを得ることができ、生き方が楽になる。やり方

さえ知っていれば、自分一人で、いつでもどこでも容易に行うことができるものである。

## おわりに

医療福祉の現場は一見過酷に思われるかもしれないが、そこでは援助する者も援助される者も明るくのびのびとしている。当事者とともに生活をしていくなかで、自分自身も皆に生かされているという実感を感じることができる。この世界に足を踏み入れたことのない人にとっては異質の領域かもしれないが、面接室だけにこもっていることは社会的損失とってよいであろう。勇気を持って医療福祉の現場に飛び込む人材が求められる。

さて、筆者は介護老人保健施設に勤務する精神科医であるが、医療福祉における精神療法の役割を明快に語りきるだけの力量はない。本稿を読まれた方が、将来それを明らかにしてくださることを願うばかりである。

## 文 献

- 1) 松本留美, 小田上三起子, 笹野友寿, 菅原英次: 痴呆専門棟における QOL 調査 — グループ回想法 (常会) の QOL 改善効果について —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **14**, 44, 2003.
- 2) 江草安彦 (編): 平成10年度岡山県老人保健強化推進特別事業 — 要介護高齢者の QOL 評価に関する総合的研究 — 平成10年度研究報告書 —. 岡山県, 岡山, 1998.
- 3) 本田恵子, 松本留美, 寺村等子, 小田上三起子, 岡本澄江, 笹野友寿, 菅原英次: ひだまり苑における生活リハビリの実践 — IADL の向上を目指して —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **12**, 300, 2001.
- 4) Lawton MP and Brody EM: Assessment of older people, Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, **9**, 179-186, 1969.
- 5) 藤井奈穂, 宮本真理子, 笹野友寿, 菅原英次: 小学生との交流による高齢者の精神・身体面の改善効果 — WHO・SUBI を用いて —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **15**, 141, 2004.
- 6) 前崎有紀, 松本留美, 笹野友寿, 菅原英次: 認知症専門棟への短期入所の QOL 改善効果について — 在宅生活と短期入所のつながり —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **16**, 53, 2005.
- 7) 小田上三起子, 本田恵子, 笹野友寿, 菅原英次: 高齢者の新しい生活の場を求めて — コミュニティケアの視点から —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **14**, 99, 2003.
- 8) 小田上三起子, 黒木恵子, 笹野友寿, 菅原英次: 高齢者の新しい生活の場を求めて — 自立した在宅生活を可能にしたもの —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **15**, 131, 2004.
- 9) 宮本智子, 小田上三起子, 笹野友寿, 菅原英次: 介護老人保健施設でのターミナルケア — その人らしく過ごすこと —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **18**, 32, 2007.
- 10) 中井愛, 宮本真理子, 小田上三起子, 笹野友寿, 菅原英次: 家族の介護負担感とそれを支えることに意味について — 在宅で介護している家族への聞き取り調査から —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **13**, 10378, 2002.
- 11) 堀洋道 (編): 心理測定尺度集 III. サイエンス社, 東京, 2001.
- 12) 伊藤純子, 小田上三起子, 笹野友寿, 菅原英次: 在宅復帰を目指しての家族支援 — 家族の気持ちを引き出すアプローチ —. 全国介護老人保健施設大会抄録集, **19**, 58, 2008.
- 13) 笹野友寿: 内観療法 — 漂流する現代人への心の処方箋 —. 作品社, 東京, 2009.
- 14) 伊藤純子: 介護体験談 — 家で過ごすということ —. ひだまり苑, 高梁, 2008.