

【退任記念講義】

アルツハイマー型認知症の人との治療的対話：  
自尊心の回復を願い絶望に寄り添う

繁 田 雅 弘

東京慈恵会医科大学精神医学講座

**THERAPEUTIC DIALOGUE WITH PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE:  
EMPATHIZING WITH DESPAIR TO RESTORE SELF-RESPECT**

Masahiro SHIGETA

*Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine*

In persons with Alzheimer's disease, difficulties at work and in household chores reduce their self-esteem and sense of self-efficacy, and this in turn contributes to further difficulties at work and in household chores, creating a vicious cycle. To alleviate, to some extent, the decline in self-esteem and self-efficacy, supportive psychotherapeutic dialogues have been performed. As a result, I have recognized that many people with Alzheimer's disease try to escape feelings of worthlessness (feelings that they are worthless because they can no longer be independent) and suicidal ideation in the midst of psychological isolation, and we have witnessed psychotherapeutic dialogue being effective in this regard.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2024;139:35-46)

Key words : self-efficacy, loneliness, worthlessness, suicidal ideation, supportive psychotherapy

I. 緒 言

アルツハイマー型認知症などの認知症疾患では、認知機能低下によって就労や家事に支障を生じ、それによって自尊心や自己効力感が著しく低下する結果、残存する能力さえ発揮できなくなり就労や家事をさらに困難にしている。認知機能低下そのものを改善できなくても、自尊心や自己効力感を部分的に回復させるだけで、就労や家事の失敗が減り多少なりとも意欲的に取り組めるようになるものと期待される。今回は、このような戦略のもとアルツハイマー型認知症の人に支持的精神療法を行ってきたので、その経験を紹介したい。

本稿は令和6年1月31日に東京慈恵会医科大学西新橋キャンパス1号館3階講堂において行った教授退任記念講義の内容から抜粋して整理したも

のである。

II. 支持的精神療法

支持的精神療法は、精神分析的精神療法や精神力動的な精神療法と違って患者への侵襲が少なく、精神障害に対してもっとも広く用いられている治療である。ライフスタイルや人格の修正を目指すものではなく、患者の心理構造の分析や解釈、あるいは指示・指導といったことも行わない（もちろん精神分析や精神力動的の知識が治療者の発言を助けることは多々あるが）。本人にとって無理のない自然な内省を繰り返してもらいながら残存機能を徐々に発揮できるようになることを目指すものである<sup>1)</sup>。

治療目標として次の4つを挙げることができる。すなわち、①精神症状（抑うつ気分・不安な

ど)の軽減, ②状況への適応力の回復(その場に相応しい行動がとれるようになること), ③自我機能の回復(よりその場に合った状況判断ができるようになること, 心理的な余裕を得て情緒が安定すること), ④自己評価の回復(自尊感情や自己効力感の回復, すなわち自信の回復)である。

しかし考えてみれば, ④自尊感情や自己効力感が回復して自信を取り戻すことで, ③自分が置かれた状況をより適切に把握できるようになり, また心理的にも余裕が出て情緒が安定する結果, ②自然とその場に相応しい行動(その人らしい行動)がとれるようになり, 結果として状況適応的となつてストレスも軽減し, ①精神症状が和らぐと期待できるのではないか。すなわち自尊感情と自己効力感の回復は結果として状況適応的な行動につながると考えられ, 介入すべきもっとも重要な認知症の人の側面と考えられる。

### III. 認知症の人の精神的苦悩とは

認知症の人に共通する精神的苦悩について検討した質的研究がある<sup>2)</sup>。そこで8つの苦悩が抽出された(表1)。その中で, 筆者が認知症の人の精神療法を行ってきた経験からとくに日常生活への影響が大きくかつ介入の標的としてきた苦悩は, 「自分は自立できず価値がありません」といった無価値感と, 「気持ちがうまく伝わりません」といった孤独感であった。どちらも自尊感情や自己効力感と密接に連動していると考えられた。

表1. 看護師・介護福祉士からみた認知症高齢者の感情的苦痛と精神的苦悩<sup>1)</sup>

-自分は自立できず価値がありません(無価値感)
-周りの人は訳もなく私を見下しています(劣等感)
-気持ちがうまく伝わりません(孤独感)
-自分の意思に反して治療を受けています(非自発的受療)
-やりたいことをさせてくれません(活動制限)
-自分がどこにいるか, 誰なのか分かりません
-自分の脳機能が低下したことに神経質になっています
-うんざりした気持ちがします

注:( )内の語句は筆者が追加した

41歳で若年認知症と診断され, 現在は当事者としても活動している山中しのぶさんは, 3人の息子たちにわがことのように心配してもらった。「子供たち, とくに長男はしっかりしていて, 頼りになりました。」と回想している。しかし「私は孤独でした」と言ったのである(山中しのぶ, 私信, 2023年12月13日)。なぜだろうか。子供たちに母の陰性感情を聴く力がなかったののだろうか? それとも, しょせん子供で頼りにならなかったのか? それとも子供に心配させたくないという気持ちが彼女を孤独にさせたのだろうか?

要因は患者によって様々に異なると思われるが, 孤独感とはアルツハイマー型認知症などの認知症疾患の人に共通する思いのようである。

症例を提示する。

#### 症例1

症例は, 70歳代の女性でアルツハイマー型認知症であった。本人は病気と感じてはいても, 認知症であることを認めることはなかなかできなかった。長女が顔を合わせるたびに失敗を逐一指摘するため, 本人は精神的に傷つきひどく自信を失っていた。この長女の行動は望ましいものではないが, 多くの認知症の人の家族にみられる態度で稀ではない。患者は本来の役割を奪われ, 患者として振る舞うことを強いられることが多いのが実情である。

この患者は夫と次女と同居していた。長女は結婚して別に暮らしていた。その日は娘2人の同伴で来院した。

**治療者:** お母さんとだけ, 話しをさせてもらっていいですか?

**長女:** はい, 私たちは(待合室に)出た方がいいですか?

**治療者:** お願いします  
(長女と次女が退席)

**治療者:** 今日は娘さんから勧められて受診されたんですかね?

**本人:** 私自身も, 受診した方がいいって思っていました

**治療者:** それはよかった。(間をおいて)しっかりした娘さんたちですね

本人：2人とも、もう一人前ですよ  
治療者：長女さんは家庭を切り盛りしてらっしゃるんですね。頼りになりますね  
本人：何でもやってくれます。病院の予約もやってくれました  
治療者：テキパキしていらっしゃる  
本人：小さい頃からやることは早かったわ。主婦としては、もうちょっとそこは丁寧にして、思うことも多いけど  
治療者：あまり細かいことにはこだわらないタイプ？  
本人：そういうところがありますね  
治療者：一緒に住んでいるのは次女さんですね。真面目で優しくそうですね。お母さんの気持ちをわかってくれそうな人  
本人：〇〇（次女）は気を使うばかりでね  
治療者：長女さんと違ってもの静かですね  
本人：いつも慎重ね  
治療者：じっくり考えるタイプなのですか  
本人：のろまだから、いつもチャンスを逃してばかりよ  
治療者：お母さん思いの娘さんですよ  
本人：……  
治療者：次女さんが、お母さんのつらさを一番わかっているかもしれませんね  
本人：さあ、どうかしら  
治療者：家では、次女さんとご主人と3人で暮らしていらっしゃるんですね  
治療者：次女さんには、母としてこれからこんなふうに暮らしてほしいとか、そういうのはあるんですか？  
本人：そうね。もっとずうずうしくしたらいいのになって思うわ  
治療者：ずうずうしくなれそうですか？（笑）  
本人：さあ、難しいかしらね  
治療者：お母様としては、次女さんは遠慮がちで歯がゆいですか？  
本人：そうね、でももう大人だから  
治療者：お母様が立派に育てたんですものね  
本人：さあ、どうかしら  
治療者：子供の頃は長女さんと次女さんとは、どっちが手がかからなかったのですか  
本人：長女ね。……次女は何を考えているかわか

らないところがあったから  
治療者：次女さんには、いろいろ思うところがあるのですね  
本人：……  
治療者：お母さんの思いが強い……  
本人：そうね  
治療者：今のお母さんとしては、娘さんたちに、いろいろと困っているところを理解してほしいのではないですか？  
本人：……  
治療者：どうでしょう  
本人：どうかな  
治療者：そう思いませんか  
本人：いいえ、〇〇（次女）はちゃんとわかっているわ

本人は気の進まない受診であったに違いない。しかし結果的に診断を受け入れ、自ら進んでとまでは言えないが、服薬の開始に同意した。

私は診療場面で、症状や生活上の困難ではなく娘のことばかりを話題にした。長女は本人を患者として扱ったが、本人が母としての気持ちを取り戻せば、自信が多少なりとも戻ると考えた。対話によって、その後も少しずつ自信を取り戻していった。自分が認知症であることを認めるには一定の心理的な強さが必要である。母の気持ちを取り戻すことが、強さを取り戻すきっかけになったと考えられた。

続けて症例を提示する。

## 症例2

70歳代の主婦でアルツハイマー型認知症であった。物忘れと家事をしなくなったことを主訴に、夫と息子が同伴して、もの忘れ外来を受診した。以前はてきぱきと家事をこなし、社会的で友人も多かった。最近では、すべての家事を夫が行っていた。散歩を勧めても行くこうとせず、テレビの前に座っているだけだった。何度も勧められてやっとデイケアに行ったが、プログラムには参加しなかった。診察でも口数は少なかった。治療者の私に視線を合わせようとしなかった。しかし、質問に対する返答は短いながらもその的確さから、周囲のやりとりを正確に理解していることが

わかった。

息子から次の話を聞いた。

「自分（息子）は事業で何度も失敗し、負債を抱えて何度も両親からお金を借りた。現在は商売も軌道に乗ったが、長い間、両親に心配をかけた。そのことが原因で母は認知症になったのだと思う」と語った（もちろん治療者である私はそのようには考えない）。私がこの話を本人にしたところ、何も言わずにじっと下を向いて聴いていた。

初診から数カ月たったある日の診察で、本人が堰を切ったように語った。「息子や夫にほんとうに申し訳ない。ただ料理や散歩をする気にどうしてもなれない」「でもみんながよくしてくれて、いくら感謝してもし足りない」「わたしは幸せ」と語った。

相変わらずデイケアには参加しなかったが、表情にみられる緊張感がやわらぎ、顔に生気が戻ってきたようにみえた。そしてある日、デイケアに出てもよいとつぶやいた。

本人が第三者（治療者である筆者）を前に、自分の葛藤を言語化したことが治療になったと。

私はそのことを夫や息子に伝えたいと本人に申し出たが答えはなかった。迷った末に私は夫と息子に話してしまった。息子は話しの途中から涙を流し続けた。息子の長年の葛藤がほぐれていくようであった。しかしながら、本人は元来「一切、言い訳をしない」人であったから、本人の了解なしに家族に話したことは倫理的に適切ではなかったと思われ、別の対応方法がなかったかあらためて検討しなければならない。

#### IV. 高齢者の精神療法とは

認知症疾患は高齢になってから発症することが多いため、それまでの適応がそれなりに良好であったなら、多くの場合本人の心理状態をその人となりから了解することが可能である。したがってより共感的な対話を行うことを可能にし、自然に洞察を促すことができ、治療効果を期待することができると思われる。

新藤は認知症の人の語りの振り返りから、「痴呆（原文のまま）の進行に伴った語りのニュアンスの変化と、……本人の語りが語り出されていっ

たプロセスとが見出される。こういうプロセス……を見ても、自己実現への歩みが痴呆患者の生命の底流にもあることが理解される。」<sup>3)</sup> さらに「衰退や死に向かうことを含めての自己実現の歩み」ともしている<sup>3)</sup>。しかし、死への意識というものは必ずしも好ましい形で現れるとは限らない。

次の症例を提示する。

#### 症例3

70歳代後半の女性でアルツハイマー型認知症であった。この5年間1人暮らしであった。5人の孫も高校や大学に進学してから、ほとんど会いに来なくなった。企業家として成功した夫を看取った後、何年も雇っていた家政婦も辞め、終日1人になった。受診時には、もの忘れと不眠と抑うつ気分を認めた。精神療法を5カ月ほど行ったところで、物忘れは依然として目立つものの、不眠や抑うつ気分が改善したため、かかりつけ医へ紹介状を書いた。

その半年後、突如コロナ陽性となり東京慈恵会医科大学附属病院に隔離入院となった。以前に主治医だった私に声がかかった。筆者は、手袋、帽子、マスク、ガウン、シューズカバーを付けて、ビニールカーテンの向こうの本人に会った。

本人：もう、もう、いいですよ

治療者：もう治療しなくてもいいという意味？

それとも、もう生きなくてもいいという意味？

本人：（うつむいたまま）……

治療者：こんな不自由してまで治療なんか受けたくないですかね

本人：こんな年寄りに、こんな大げさなことをして……。もう生きていても仕方がないですよ

治療者：ご家族は、何かおっしゃいますか？

本人：「そんなこと言っちゃいけない」って

治療者：……死ぬより生きる方がはるかに大変。家族を心配させないために、つらさや虚しさを口にしない人もいますが……

話すうちに、少しずつ不機嫌さが薄れ、前を向き遠くを見る目になった

治療者：楽しいというところまでいかななくても、

穏やかな気持ちになれるといいのですが……

本人：……

治療者：私は、命を粗末にはいけないとか、家族が心配しているとか、そんなことはあなたに言いたくないのです

本人：……

治療者：あなた自身の人生ですから

このあと、本人は表情を変えずに涙を流し続けた。

同席していた研修医が『そんなことを言っちゃいけない』は家族のための言葉で、つらい気持ちを誰にも話せなくて、一人で抱え込まなければならなかったことが悲しい』と言った。

彼女は今、何のために生きているのだろうか。そこには長年夫を支えた妻の人生があり、子供を育てた母の人生があり、孫の養育者であった祖母の人生があった。しかし認知症となった今、すでに何の役割も持つことができないと感じていたのだろう。認知症に伴う生活上の困難より役割を失くしてもなお生きなければならぬ過酷さを周囲が理解できないことが本人にとって苦痛だったのではないか。周囲がすべきことは、何年も続いている終わりのない彼女の孤独にまず想いを馳せることではなかったか。

## V. いのちの授業

筆者と一般社団法人栄樹庵『SHIGETAハウスプロジェクト』を通じて知り合った人々と東京都および神奈川県の公立中学校で「いのちの授業」を何度か行った。道徳または特別授業の枠で1年生から3年生までの全校生徒に体育館に集ってもらい、認知症の症例を提示してグループディスカッションをしてもらった。事例は50歳代の女性で中学生の子供がいた。診断は若年性アルツハイマー病で、顕著な認知機能の低下と困惑・混乱を呈していた。

現病歴の記載の中に、頑張って晩御飯の準備をしているが、しばしば行動が止まってしまって眉をひそめたまま考え込んでいたとの記述があった。もともと料理が好きだった彼女はテレビを観ながらでも家族と雑談をしながらでも料理の手を休めなかったが、発症してからはしばしば「頭の

中が真っ白」になり「自分が何をしているかわからない」と嘆いた。

生徒たちにグループに分かれてもらい、自分が家族や知人だったら、認知症になった彼女に何をしてあげるかについて話し合ってもらった。グループディスカッションの後に、何人かの生徒に意見を発表してもらった。

中学生たちは自分の母に重ねたようであった。ショックを受けて「(どうしたらいいか)考えられない」という生徒がいた。また「家事を一緒にやる」とか「自分が代わりにやる」という生徒が多かった。その他に、『大丈夫』だと言ってあげたい』という意見や、「母の心配な気持ちを聞いてあげたい」という意見、『お母さんは、お母さんだから』と言ってあげたい』という意見があった。

こうした意見を聞いて、多くの人は家族として至極当然の気持ちだと考えるかもしれない。しかし医療機関において認知症の人の家族からこうした声を聴くことはまれなのである。多くの家族は、なぜか「昼間、居眠りをしていると認知症が進むのではないか」「食事は2回しか食べないが、3回食べなければ栄養が不足するのではないか」「散歩をしないでずっと家にいるのは運動不足で認知症が進むのではないか」といった心配をする発言に終始するのである。

社会学者の井口は、認知症の人の家族は、従来の「正常な人間」像と現在の「衰えた相手」という狭間に立たされ、戸惑いや混乱を抱えていると指摘している<sup>4)</sup>。また心理学者の扇澤は、認知症の人の家族にとって本人がかけがえのない存在であるほど、現実を否認しやすく訓練的に関わってしまうと指摘している<sup>5)</sup>。精神医学者の竹中は、認知症の人の家族は、往々にして善意で認知症患者に自立を強いたり、住所や日付を言わせる訓練にはげむ。これは大きな精神的な負担で、異常行動を生じさせる原因になっているとした<sup>6)</sup>。

Bossは、「a loved one is present, but his or her mind is not. (愛する人は存在するが、その人の心は存在しない)」と家族の心情を記した<sup>7)</sup>。もし診療場面でこの発言が家族から聞かれたら、われわれ専門職は「行動や動作が変わってきたので、あなたの大切な人がいなくなったように見えるか

もしれない、しかしそんなことはなく、そこにちゃんと大切な人はいるんです」と本人を見失わないように支えるようにしている。しかし多くの場合、家族のそうした思いを払拭することはきわめて困難なのである。

家族にとっては変わりつつある本人が遠くに離れていくように感じられるのかもしれない。家族はそれを懸命に引き寄せようとしているのであろうか。一方で、本人の哀しみを汲むことができずに、本人に孤独を感じさせていることもまた事実なのである。

## VI. 希 死 念 慮

世界保健機関（WHO）は、希死念慮（自殺念慮）を、自分の人生を終わらせる可能性について考えたり、反芻する思考プロセスと定義している。（Suicidal ideation, or suicidal thoughts, is the thought process of having ideas, or ruminations about the possibility of ending one's own life.）<sup>8)</sup>

米国のデータであるが認知症の診断後1年以内の自殺率は人口10万あたり424.5人であった<sup>9)</sup>。1年以上2年未満では66.5人と減少し、2年以上は4.9人と低下するが、診断直後は極めて高いことがわかる。ちなみに2022年の日本の自殺率は10万あたり15.7人（米国は14.6人）であったことから<sup>10)</sup>、認知症診断後の自殺の危険は、他の要因による自殺率の二十数倍である。

### 症例 4

70歳代前半の女性でアルツハイマー型認知症であった

**本人：**早く死にたいと思います。もう、いいかげん。

**治療者：**生きるのが面倒になった感じ？ それとも、苦しくてつらくて……

**本人：**面倒なんですね。煩わしいと思いますね。

**治療者：**面倒くさいんですね。生きることが。

**本人：**早いとこあの世に逝ったらいいかなって。そこは何にも分かんなくなるから。考えるのはそういうことばかり。もう、どうでもいいんですよ。とにかく生きるのはたいへん。

**治療者：**それって自分自身だけのことですか？

それとも周りに迷惑かけて生きるくらいだったら死んだほうがまし……とか？

**本人：**いや自分だけのこと。周りは私が思っているほど迷惑だと思っていないかも。だってお世話したり、お食事やなんかをしてくださるところだから（デイサービスのことらしい）。食べたくないって言えば、今日はこれだけでも食べなさいって言われて（苦笑い）。

**治療者：**周りの人との関係の問題ではなくて、自分自身の問題として生きていくのが面倒だということ？

**本人：**だってもう、自分の周りはみんな亡くなっているんですよ。親兄弟は。

**治療者：**それって、ある種のさみしさみたいなものですか？

**本人：**さみしいっていうのはありません。

**治療者：**ないんですね。

**本人：**もう、いなくなっって、自分もここにいなくなったら、さっぱりするだろうと思います。

**治療者：**誰がさっぱりするの？

**本人：**私が……でも、なかなかね……、それが思うようにいかないんですよ。

複雑で込み入った自分の気持ちを説明することが面倒で、しかもそれを周囲に分かってもらう必要もないといった態度であった。高齢であれば、死を想うことは必ずしも不自然ではない。しかし起床から就寝まで、そして夜間に目覚めたときでさえ「死」以外のことが考えられなくなっていた。死を忘れなくてよいが、他にも関心が向かうことがあってほしかった。それは周囲が教えるものではなく、本人の中に自然に生じるものでなければならぬ。

そうなることを願って筆者はひたすら「死にたい」という声を聴き続けた。傾聴をはじめて数カ月経った頃から訴えが変化してきた。「まあ、それなりにやってますよ」と答えるようになったのである。絶望的な気持ちを聴き続け、共感を試みたことが改善につながったと考えられた。

## Ⅶ. 共感とは

成田によれば、共感とは自分が患者に身を重ね合わせるようにして気持ちをできるだけ汲みとり、それを言葉にして伝えること。「患者が『さびしい』と言えば『さびしいですね』と繰り返すことが共感だと言われるようだが、ほんとうにそれが共感なのか。共感とは『あーそうだったのか』という発見があって、はじめて可能になるものだという<sup>11)</sup>。

また神田橋は、患者が何らかの形で伝えようとするものが存在し、それを理解しようとするとき治療者に一定の思い込みが生じる。その思い込みと患者の想いとの間のズレを見い出すとき、「目から鱗が落ちる」とか「目の前の霧が晴れた」という体験になる。それが共感であるとしている<sup>12)</sup>。

## Ⅷ. 陰性感情を聴くということ

Biestekは、ケースワーカーがクライアントと良好な関係を築くために、知っておくべき基本的なニーズとともにケースワークの7つの原則を示している(表2)<sup>13)</sup>。ニーズの一つは「To express feeling (気持を表現すること)」であり、原則の一つは「Purposeful expression of feelings (目的をもって気持ちを表現すること)」すなわち「the client needs to express freely his feeling (クライアントは気持ちを自由に表現する必要がある)」であった。

表2. ケースワークの7つのニーズと原則<sup>13)</sup>

- |   |
|---|
| <p>(1) Individualization; the client needs to be recognized and treated as an individual, as a human being, not as a case.</p> <p>(2) Purposeful expression of feelings; the client needs to express freely his feeling.</p> <p>(3) Controlled emotional involvement; the client needs to be understood and to receive an appropriate response from the caseworker.</p> <p>(4) Acceptance; the client needs to be respected as a human being and accepted as a person who has worth regardless of his failures and weakness.</p> <p>(5) Nonjudgemental attitude; the client needs to be helped and not evaluated.</p> |
|---|

<p>(6) Client- Self- Determination; the client needs to make a decision by himself, as he wants to receive help but does not want to be ordered.</p>
--

<p>(7) Confidentiality; the client needs to be assured that the caseworker will keep his confidences to himself.</p>
--

『死ぬ瞬間』の著者であるキューブラー・ロスの後継者であるKesslerは死にゆく人の17のニーズをまとめた(表3)<sup>14)</sup>。これは対象が認知症ではないが、臨床経験からその多くは認知症の人に当てはまると考えられた。やはりその中に、「to express feelings and emotions about death in one's own way (死に関する感情や感覚を自分なりに表現すること)」と記されている<sup>15)</sup>。

表3. 死にゆく人のニーズ<sup>14)</sup>

<p>to be treated as a living human being (生きている人間として扱われること)/ to maintain a sense of hopefulness, however changing its focus may be (どんなに焦点が変わっても、希望に満ちた感覚を維持すること)/ to be cared for by those who can maintain a sense of hopefulness, however changing this may be (どんなに焦点が変わっても、希望に満ちた感覚を維持できる人々にケアされること) / to express feelings and emotions about death in one's own way (死に関する感情や感覚を自分なりに表現すること)/ to participate in all decisions concerning one's care (自分のケアに関するすべての決定に参加すること)/ to be cared for by compassionate, sensitive, knowledgeable people who will attempt to understand one's needs (自分のニーズを理解しようとする、思いやりがあり、繊細で、知識のある人々にケアされること)/ to expect continuing medical care, even though the goals may change from "cure" to "comfort" goals (目標が「治療」から「安楽」に変わっても、継続的な医療を期待すること)/ to have all questions answered honestly and fully (すべての質問に正直かつ十分に答えてもらうこと)/ to seek spirituality (スピリチュアリティを求めること)/ to be free of physical pain (身体的苦痛から解放されること)/ to express feelings and emotions about pain in one's own way (痛みに対する気持ちや感情を自分なりに表現すること)/ of children to participate in death (子どもたちが死に参加する)/ to understand the process</p>
--

of death (死のプロセスを理解する)/ to die (死ぬこと)/ to die in peace and dignity (平安と尊厳のうちに死ぬこと)/ not to die alone (一人で死なない)/ to expect that the sanctity of the body will be respected after death (死後も身体の尊厳が尊重されることを期待する)/

認知症の人が陰性感情を含めて感情を表現することは治療的に作用する。しかしそれを家族が受け止めることは容易でない。本人が「死にたい」と言おうとしても家族はそれに付き合えず、言いかけたところで本人を励まし元気づけてしまうに違いない。やはり聴くことは専門職が担うべき役割と考えられる。

#### 症例 5

症例は80歳代前半の女性でアルツハイマー型認知症であった。

最近になって兄と親友を続けて亡くした。兄は4人兄弟の中で一番の相談相手であった。親友とは最近も頻繁に会っていた。かけがえのない二人を喪失した悲しみは、さぞ深かったに違いない。その日は本人の代わりに娘が来院した。

娘：夜に「死にたい」「死にたい」ってずっと繰り返すんです

治療者：（それを聞くことは）こたえますね……

娘：……最近ずっと

治療者：お兄様のことがあってから

娘：親友だった〇〇さんも亡くなられて

治療者：たて続けに亡くなったんですものね

娘：本人はもうたいへんだったと

治療者：察するに余りあります

娘：私もなんと行ってあげたらよいか分からなくて……

治療者：……胸が痛みます

娘：それで、この前も夜中に目が覚めて「死にたい」「死にたい」ってずっとずっと繰り返して…… 私も本当に困ってしまったんです。それで、どうしようもなくなって、それでつい、「じゃあ一緒に死のう」って言ってしまったんです

治療者：……

娘：そしたら母は安心した顔で眠ったんです

治療者：あなたの一言がお母様を救った

娘：……孤独から救ったということ？

治療者：絶望的なほど寂しかったのではないのでしょうか

「一緒に死のう」という返答は他の家族に勧められるものではない。しかし娘が母の悲しみを何とか理解しようとし受け止めようとした時に凶らずも出てしまった言葉であった。母は誰にも分かってもらえなかった悲しみを、やっと娘が分かってくれたことで安堵したのだろう。一緒に死のうと言ってもらったことで彼女は孤独から救われたのである。

ここまで述べてきたように、筆者が多くの認知症の人と対話をして感じてきた本人とは、孤独の中で自らの無価値感や無力感から逃れようとしている姿であった。それはアルツハイマー型認知症が高度に進行していたとしても、その苦悩を持ち続けている人は少なくなかった。

最後の症例を提示する。

#### 症例 6

52歳の主婦でアルツハイマー型認知症であった。中等度の認知機能低下を認めた。夫と娘と3人暮らしであった。週3日のパートはずいぶんと前に仕事のミスが続いて辞めさせられていた。しばしば入浴や洗髪を億劫がるようになっていた。夫は仕事からの帰りが毎日遅く、娘（20歳）が専門学校の受験勉強とアルバイトをしながら母を支えていた。その娘との対話を示す。

治療者：お母さんは、どんなことを考えているのだろうね。

娘：……

治療者：診察でもあなたと一緒にときは、とてもいい顔をしておられるから、あなたと一緒に、安心なのでしょうね

娘：「ちゃんにご飯食べてるの」とか、「ちゃんと寝ているの」とか、「お友達とうまくやってるの」と言います

治療者：あなたのこと？

娘：そう

治療者：昔からあなたが言われていたこと？

娘：学生時代に寮に入っている時にいつも言われていたこと

治療者：なんで繰り返すのだろう？

娘：学校をとっくの昔に卒業したのを忘れているから？

治療者：それもないわけじゃないけど

娘：私のことを心配している

治療者：そう、そう。というより、あなたを心配するお母さんでいたいんじゃないかな

娘：もう私は大人だから、私のことなんかより病気になる自分のことを心配してほしいんだけど……

治療者：(あなたを心配することは) お母さんの役目を果たしていることになると思わない？

娘：ああ

治療者：いつまでもあなたのお母さんでいたいんじゃないかな

娘：……

治療者：いまでもあなたの力になりたいっていうお母さんの気持ちとか、感じられる？

娘：今までずっと家族の心配ばかりしてたから、今度は自分の心配をしてほしいんですよ、ホントはね

治療者：人は変わらないっていうことかもしれない

娘：でも何度も繰り返すんですよ。何回も、何十回も、場合によっては一晩中……

治療者：なんで繰り返すのかな？

娘：……

治療者：言ったことを忘れているから？

娘：家族の役に立ちたいとか、お母さんの役目を果たしたいって気持ちがあるのに、役に立ててる実感がないから？

治療者：そう。そう。私もそう思う

娘：役に立てなくなったって感じているのかな？

治療者：家族の心配をすることが、いまだにお母さんの生きがいだとしたら

娘：生きがいを失くしたら生きていけない

治療者：そう、そう

娘：そうなんです

治療者：あなたは、お母さんのかけがえのない娘

娘：お母さんが可哀そう

治療者：お母さんのおかげで元気でいられるって伝えたくないですか

娘：大丈夫って伝えたい

治療者：ちゃんと伝えなきゃ。娘の心配をちゃんとできるお母さんでいられることは、幸せなこと

娘：……

治療者：今お母さんにあなたが言えることは……

娘：……

治療者：えーっと、もし私があなただったらなんて言うかな……

娘：私は、お母さんがどうなってもお母さんだって言うかな、それは絶対変わらないって言うかな

何十年にもわたって母として生きた人が、家族の心配をする立場から突然心配されるだけの立場に変われと言われても、とてもできるものではないであろう。介護されることが増えても、母として子供の心配をしたいと考えるのは当然のことである。力を失いつつあるからこそ、そしていろいろなことがうまくいなくなっているからこそ、無理をしてでも母でいようとしているのではない。母は自らの尊厳を守ろうとしているのではない。

山中は、「ただ『聞く耳』をひたすら傾け、その相手一人ひとりの尊厳を大切にする、という基本的姿勢をもって接するだけで、必ずと言っていいほど、人生の中で、キラリと光るその人なりに垣間見た断面を、語ったり、示してくれたりする」としている<sup>16)</sup>。

稿を終えるにあたって筆者の考えるところの共感について述べることにする<sup>17)</sup>。それは、ある体験を話題にして共有するとき、本人が体験した時の気持ちを蘇らせ、同時に治療者もその気持ちを疑似体験し、かつ患者が自分の気持ちを理解してもらったと感じるときにはじめて共感したことになるのではない。すなわち患者の感情体験を本人が再体験すると同時に治療者が追体験したときに真の共感になるのではない。

## IX. おわりに

アルツハイマー型認知症では仕事や家事における困難さが自尊感情や自己効力感を低下させ、そ

のことがさらに仕事や家事における困難を助長し、悪循環に陥っていることから、自尊感情や自己効力感の低下を軽減するために支持的な精神的対話を行っている。対話を繰り返すうちに、アルツハイマー型認知症の多くの人は孤独の中で無価値感や無力感から逃れようとしていることが分かり、それに対して精神的対話が有効であることを経験している。対話の例を示しながら支持的な精神的対話の意義と効果について言及した。

#### 著者の利益相反 (conflict of interest : COI) 開示 :

本論文の研究内容に関連して特に申告なし

## 文 献

- 1) Winston A, Rosenthal RN, Pinsker H. Introduction to Supportive Psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004, p.1-12.
- 2) Hirakawa Y. Emotional and Spiritual Pain and Suffering of Older People with End-of-Life Dementia from the Perspective of Nurses and Care Workers: A Qualitative Study. *Journal of Nursing & Care*. 2014, 3(6): 1000212.
- 3) 進藤貴子. 老年期痴呆患者との対話精神療法 個人精神療法. *精神療法*. 1997; 23: 563-7.
- 4) 井口高志. 認知症家族を生きる. 東京: 東信堂; 2007, p.207.
- 5) 扇澤史子. 家族心理教育の視点からの説明. 繁田雅弘 編. 認知症の人と家族・介護者を支える説明. 大阪: 医業ジャーナル社; 2013. p.113-8.
- 6) 竹中星郎. 老年精神科の臨床—老いの心への理解とかわり—. 東京: 岩崎学術出版社; 1996. p.169-72.
- 7) Boss P. Goodbye without leaving. In: Boss P. Ambiguous loss. Learning to live with unresolved grief. Cambridge: Harvard University Press; 1999. p.45-60. (ポーリー・ボス. 南山浩二 訳. 「さよなら」のない別れ, 別れのない「さよなら」—あいまいな喪失—東京: 学文社; 2005. p.54-74)
- 8) World Health Organization, ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2020-09. MB26.A Suicidal ideation.
- 9) Annor FB, Bayakly RA, Morrison RA, Bryan MJ, Gilbert LK, Ivey-Stephenson AZ, et al. Suicide among persons with dementia, Georgia, 2013 to 2016. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2019; 32: 31-9.
- 10) 厚生労働省 [internet]. まもろうよこころ. <https://www.mhlw.go.jp/mamorouyokokoro/> [accessed 2024-02-07]
- 11) 成田善弘. 精神療法家の仕事—面接と面接者—. 東京: 金剛出版; 2003. p.79-96.
- 12) 神田橋條治. 精神科診断面接のコツ. 東京: 岩崎学術出版社; 1984, p.149-63.
- 13) Biestek FP. The essence of casework relationship. In: Biestek FP. *The Casework Relationship*. Chicago: Loyola University Press; 1957, p.3-20.
- 14) Kessler D. The rights of the dying. In: Kessler D. *The needs of the dying*. NY: Harper Collins Publishers; 1997. p.219.
- 15) Kessler D. Expressing emotions. In: Kessler D. *The needs of the dying*. NY: Harper Collins Publishers; 1997. p.18-37.
- 16) 山中康裕. 老いのソウロロジー(魂学). 東京: 有斐閣; 1991. p.44.
- 17) 繁田雅弘. 共感するということ. 繁田雅弘. 認知症の精神療法 アルツハイマー型認知症の人との対話. 東京: HOUSE 出版; 2020. p.56-8.

### 追補：認知症の人との共生社会および障害のある人への合理的配慮について

退任記念講義においては、精神療法の発表に続いて、認知症の人との共生社会や障害者への合理的配慮について論じた。その内容をここに付すことにした。

#### 1. 目指すべき共生社会とは

2023年6月14日11時すぎに国会で全会一致で認知症基本法案が可決した。法律の正式な名称は「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」であった。この名称にあるように共生（社会）という語が条文で繰り返し使われている。その共生とはどのような意味であろうか。また認知症を視野に入れたときの望ましい共生社会とはどのような社会を言うのであろうか。

もともと「共生」という用語は、生物の共生を意味する symbiose (symbiosis, HA de Bary 1879) に由来するとのことである。日本語としては、相利共生の意味で三好学という植物学者が『植物研究雑誌』第2巻第21号(1888年)に訳語として使用したのがはじまりとされている<sup>1)</sup>。1920年代に宗教学の分野で共生に関わる議論がなされているがその頃は他の領域まで広がらなかった。その後1970年代から流行り始め1980年代に爆発的に流行した。火付け役は黒川紀章の「共生の思想」であった。増補改訂版(1991)で示されている聖

域論と中間領域論が思想の鍵概念である。聖域論とは、対立する異質な文化の中に積極的に聖域、あるいは理解不可能な領域があることを認め、その聖域をお互いに尊敬し合うこととしている。中間領域論とは、対立するあるいは異質であるという“たてまえ”は残したままで、お互いに中間領域へ何かを差し出して共通の第三の領域を創り出そうという思想である<sup>2)</sup>。それにより世界がそれぞれの文化や個性のアイデンティティを尊重しながら共生することが可能になるとした。

三重野は、他者との関係について差異を差異として認め許容することが望まれ、同質性と異質性が錯綜したなかでの共存が共生の主要なテーマとした<sup>3)</sup>。高田は、共生の文化とは、自立的個性を尊重した関係の形成であり、単なる予定調和ではなく積極的に関係を築いていくものであるとした<sup>4)</sup>。福島は共生のスローガンには危険な落とし穴があると注意を喚起している<sup>5)</sup>。健常者と同等に生活することが障害を克服することではなく障害者の目標でもない。大切なことは障害者と健常者が同じように生きるのではなく、障害の有無に関係なく各人がいかに生きるかであると指摘している。そして「障害者と健常者が共に生きられる社会をめざそう」は、健常者の抱えるさまざまな差別や抑圧、対立といった深刻な諸問題を“不問に付す”危険があるとも指摘している。

また松田によれば、共生とは異質なものと共存するための概念であり、自由競争と共生は矛盾しないという<sup>6)</sup>。共生関係は互いに利害が対立することもある微妙な均衡の上に成り立つとする。さらに井上によれば、われわれの社会の不協和音やきしみを、社会的病理としてではなく健康な社会の生理として捉え直すことが必要という<sup>7)</sup>。利害と価値観を異にし、多様な生の諸形式を実践する人々が対立し論争し、気になる存在として誘惑しあうことによってこそ人々の知性と感性は拡大・深化され、人間関係は多面的で豊かになり、人生はもっと面白くなるというのである。そして、こうした共生は、「生じる」ものなのか「作る」ものなのかという点について、前述の三重野は、倫理的な要素というものを重視し積極的に「作り上げていく」ものとの立場をとっている<sup>8)</sup>。

欧米では、この「共生」という用語は福祉や医

療などでは使われないようである。そこでこの共生の意味に近い用語を福祉や教育の領域で探してみると、ノーマライゼーション（障害者も健常者と同じ普通（ノーマル）の生活や権利が保障されるべき）、インテグレーション（健常者と障害者の違いを認識した上で同じ場所で教育を受けられること）、メインストリーミング（主流（メインストリーム）とされる健常児の教育の場を障害児の教育の場ともすべき）、インクルーシブ（完全な包括教育を目指した教育方式）などといった用語を挙げることができる。

しかしこれらはいずれも障害者にも健常者と同じ権利を保障すべきとか、障害者も健常者の集団の中に包摂すべき、といった議論にとどまっている。日本で行なわれてきた議論は、障害者が強みを発揮して活躍し健常者と競争するという社会を目指すという議論である。欧米よりも成熟した議論と言ってよいのではないか。

われわれ医療福祉専門職は、障害のある人への治療やりハビリテーション、そして社会的支援を使命としている。もちろん認知症の人にも他の障害のある人と同様に合理的配慮がなされるべきである。しかしその合理的配慮は、認知症の人に認知症でない人と同じ暮らしや人生を提供するためになされるべきものではなく、その人らしい強みを発揮するためになされるべきと考える。もしかしたら障害を持つ人は、生活のしづらさや人生の不利はそのままでもよいので、自分の強みを発揮して自分らしく活躍することを望むのではないか。まさにそれは認知症の人の自律につながるのではないであろうか。

## 2. 望ましい道徳的配慮とは

障害者が活躍するには一定の合理的配慮が必要になる。では望ましい合理的配慮とは、どのような配慮であろうか。

岩手県のあるスーパーマーケット（株式会社マイヤ）<sup>9)</sup>では「認知症になっても住みよいまちづくりプロジェクト」の一環として、認知症の専門医である紺野敏昭医師を中心に市民、行政、企業、関係機関が共同し、認知症になっても買い物やゆっくり楽しめるというスローショッピングというプロジェクトを2019年3月より始めた。特定の

レジで特定の時間、認知症の人が急かされたりすることなく、必要に応じてサポートも受けながら、ゆっくりと買い物ができるという取り組みである。日本における先駆的な取り組みである。

一方で、オランダのスーパーマーケットのチェーン店が類似の取り組みを行っている。オランダは認知症の人や家族の居場所である「認知症カフェ（オランダではアルツハイマーカフェと呼ばれる）」やそれを発展させたミーティング・センターの発祥の地である。すなわちオランダは認知症の人の社会的支援で世界をリードしている国である。

そのオランダの食料品のスーパーマーケットチェーン（Jumbo）<sup>10)</sup>は、オランダ語でklets-kassa（おしゃべりレジ）と称する、一人暮らしの高齢者のためのレジ係とおしゃべりできるレジを設けている（Dorve）<sup>11)</sup>。ゆっくり急かされずに買い物ができるので、一人ぐらしの如何に関わらず認知症の人はそのレジを利用するものと思われる。ただし、そのレジの紹介には認知症という言葉が一切出てこないのである。

認知症の人を障害者として支援する社会と、認知症の有無を超越した配慮がなされた社会とでは、どちらが成熟した社会かは議論するまでもないと思う。

## 文 献

- 1) 堀内俊郎. 仏教における共生の基盤の可能性としての「捨 (upekṣā)」。国際哲学研究. 2012; 1: 129-35.
- 2) 黒川紀章. 共生の思想 増補改訂: 未来を生きるライフスタイル. 東京: 徳間書店; 1991.
- 3) 三重野卓. 「生活の質」と共生. 東京: 白桃書房; 2000. p.234.
- 4) 高田真治. 社会福祉の内発的発展の課題と展望—社会福祉思想: 二元論から関係論—. 関西学院大学社会学部紀要. 1995; 72: 101-12.
- 5) 福島智. 複合共生論—「障害」の有無を越えた「共生社会」へ向けて. 佐伯胖, 黒崎勲, 佐藤学, 田中孝彦, 浜田寿美男 編. 共生の教育. 東京: 岩波書店; 1998. p.208-26.
- 6) 松田裕之. 共生とは何か. 東京: 現代書館; 1997.
- 7) 井上達夫. 共生の作法 会話としての正義. 東京: 勁草書房; 1986.
- 8) 中田知生. 三重野卓著『「生活の質」と共生』. 現代社会学研究 2001; 14: 172-6.
- 9) 株式会社マイヤ [internet]. スローショッピング. <https://www.maiya.co.jp/support2/> [accessed 2024-02-06]
- 10) Jumbo [internet]. <https://www.jumbo.com/producten/?searchType=keyword&searchTerms=klets-kassa+> . [accessed 2024-02-06]
- 11) Dorve [internet]. Amazing CX: Jumbo creates slow checkout lanes. <https://dorve.com/blog/ux-news-articles-archive/cx-jumbo-slow-checkout/> [accessed 2024-02-06]