

[講演録]

第22回淑徳大学社会福祉研究所企画

健やかに生きる  
——病い，老いとともに——

講師：木村 登紀子\*

はじめに

ご紹介にあずかりました木村登紀子でございます。本日は、悪天候が予想されるなか、よくお越しく下さいました。この講演では、途中でお手を拝借したりロールプレイが入ったりする予定がありますが、どうぞ、ご一緒によろしくお願いいたします。

ご案内のチラシには、おおよそ次のように記しました。「人間は、どんなに健康であっても、いつかは死ぬという運命を背負っている。その中で『健やかに』生きるとは、どういうことなのか。」それが大きな問いになる。そして、「思うに任せない事態に遭遇したときに、人はどのような心理的反応をするのだろうか。病者として、老人として、家族や友人として、あるいは支援者として、自分も相手も健やかに生きるには、どのような心の在り方、寄り添い方、支え方があるのだろうか」と、これが、今日のテーマになります。

「健やか」ということを、辞書的に見ますと、「丈夫なさま」「健康であるさま」「しっかりしているさま」などと書かれています。それから、WHOの健康の定義、本文は英語ですけれど、日本WHO協会では、最近、次のように訳し直してい

はじめに

人...いつかは死ぬという運命  
「病い」「老い」

- 思うに任せない事態に遭遇したとき、人は、どのような心理的反応をするのでしょうか。
- それをどのようにして理解したらよいのでしょうか。

病者として、老人として、  
家族や友人として、あるいは支援者として、  
自分も相手も健やかに生きるには、  
どのような心の在り方、寄り添い方、  
支え方があるのでしょうか。

\* 聖路加国際大学名誉教授、いちかわ野の花心理臨床研究所所長

この原稿は、平成30年7月7日に千葉市美浜文化ホール／メインホールで開催された第22回社会福祉研究所企画「健やかに生きる——病い，老いととともに——」にて行われた講演の録音による記録を書き起こし、講演者によって編集されたものである。

るようです。「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも精神的にも、そして社会的にもすべてが満たされた状態にあることをいいます」。ただ、この訳の中にある「全てが満たされた状態」というのはどういうことなのだろうかという疑問もあり、この点については、今日の私のお話しは、ちょっとズレが生じているのではないかと考えています。

本日お話しすることを組み立ててみました。3つの柱となります。

第一のテーマは、今日の副題でもあります「病い、老いとともに」です。「老いや病いとともにどういう風に生きるか」ということです。ここでは、「病者と家族の『ころ』へのアプローチ」「病いと老いの『ころ』の世界」についてお話しをさせていただきます。実は、病者の心理、家族の心理というテーマは、私がもともと取り組んでいることなのです。

第二のテーマは、「心理臨床的な理解の試み」

です。「自己理解、相手の理解、相互の理解」については、臨床心理学的にはどんなふうに説明されるのかということを考えてみましょう。「病者の心理、老いの心理、どう応答する？」というところでは、ちょっとロールプレイを予定しております。

第三のテーマ「『生きること』への問い」では、「『喪失』・『限界状況』をどう生きるか」、「『健やかな生』、つながりあう『いのち』」というようなこととお話できればと思います。

なお、私の経歴につきましては、先ほど松蘭先生からご紹介いただきましたが、淑徳大学では、2011年の3月まで専任の教員をさせていただき、主として臨床心理学関係のことを担当しておりました。その後今年の3月までは、大学院附属の心理臨床センターで、相談指導員・研究員（非常勤）として、主に、臨床心理士の養成に携わって参りました。他には1991年から現在まで精神科の診療所で、あるいは、総合病院の心理相談室などで、しばしば、「やっぱり生きていくのは難しい」というような方々にも臨床心理士として関わらせていただいています。そこでは、しみじみとこの「健やか」ということを考えさせられることが多いです。

## I 病い、老いととともに

### 1. 病者と家族の「ころ」へのアプローチ

東京のある大学の心理学の先生で、私の大先輩にあたる方が、当時、聖路加国際病院（私の勤務先のお隣り）に入院されました。そのときに、この方が「患者の心理っていうのは独特だね。今まであった世界が違う世界になる。変わっちゃうね。ひがむね。何でもないことだと思ふのに

### 本日のお話

はじめに

#### I 病い、老いとともに

- 1 病者と家族の「ころ」へのアプローチ
- 2 病いと老いの「ころ」の世界

#### II 心理臨床的な理解の試み

- 1 自己理解、相手の理解、相互の理解
- 2 病者の心理、老いの心理、どう応答する？

#### III 「生きること」への問い

- 1 「喪失」・「限界状況」をどう生きるか
- 2 「健やかな生」、つながりあう「いのち」

おわりに

そうはできない。……頭でわかっていても気持ちではどうにもならない。」ということをおっしゃいました。1980年代のことです。今まで普通に暮らしていた人が、風邪をひいたぐらいでは、たいしたことはないのですが、少し重い病気かなという状態になると、今までとは違う気持ちになって、そこから抜け出そうと思ってもなかなか抜け出せないということが起こりやすくなります。もともと心理臨床の場で、そういう患者さんを理解しケアをするにはどうすればよいかという仕事をしていたのですが、私としましては、この方との会話もきっかけとなり、その辺りの領域をもっと極めたいと思いました。

2004年に提出した博士論文の題名が「医療の場における患者と家族の心理学的研究」で、それをもとに、2008年度の淑徳大学研究叢書刊行の補助金をいただいて、「つながりあう『いのち』の心理臨床」という本を出版しました。表紙の装丁を替えて、一般書としても新曜社から刊行されています。今、お話しした患者さんになった先輩の例も、この中に入っています。いろいろなことがあってこの仕事をしていますが、「いのちってつながり合っている」のかな。そのつながり合ういのちの中でこそ成り立つ「人間としての健やかさなのかな」というようなことに思い至っています。

私の問いの出発点は、「医療の場において患者や家族はどのような体験をしているのだろうか。」「それは心理学的にはどのように理解されるのだろうか。そして、人がどんな状態にあっても、それぞれの人が十分に“その人らしく”生きられる医療の場というのは、どんなところなのだろうか。」「それはどのようにして実現可能となるのだろうか。」「心理学の立場からはどのような役割が果たせるのだろうか。」ということです。この中で、本日のお話に直接関係してくるのが、「人が、どんな状態にあっても、それぞれの人が十分にその人らしく生きられる」場をつくるには、どうすれば良いのかということです。この問いの答えを求めて、足掻いておりました。論文でしたので、問いが幾つかに分かれていました。

次のような7つの問いになります。

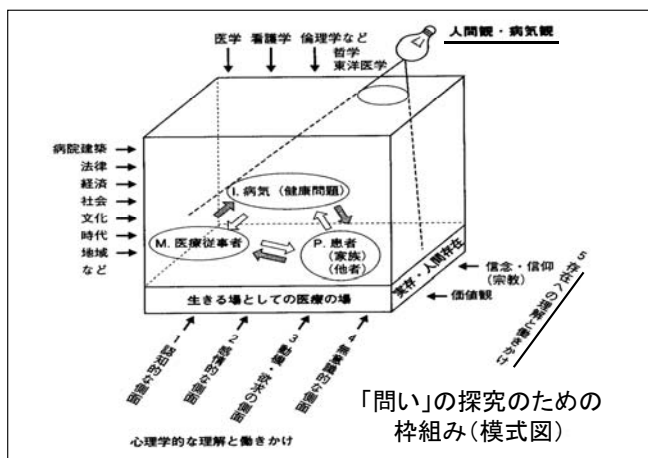
1. 医療の場において患者と家族はどのような体験をしているのだろうか。 2. 患者と家族はどのような理解とケアを必要としているのだろうか。これらが心理学のところになります。 3. 医療の場における大きささまざまな危機的な状態、あるいは限界状況において患者と家族は「人間として」どう生きようとしているのか。ここのところが、本日のお話の本筋のテーマになってきます。 4. 人間としてどう生きるかが問われる状況に直面している患者と家族を、心理学の立場からはどのように理解し、よりよいケアを提供できるのだろうか。そして、 5. 論文としての吟味などを経て、 6. 医療の場で生きるさまざまな人々を理解しケアするための概念枠組みあるいは理念のモデルを検出できるのだろうか。 7. 心

#### 問いの出発点

- ・医療の場において患者や家族は、どのような体験をしているのだろうか。
- ・それは、心理学的にはどのように理解され得るのだろうか。そして、人が、どんな状態にあっても、それぞれのひとが十分に“その人らしく”生きられる医療の場は、どんなところか。
- ・それはどのようにして実現可能となるのか。
- ・その際、心理学の立場からは、どのような役割が果たせるだろうか。

理学的な理解とケアの吟味だけで足りるのだろうか。という問いで成り立っています。

「問い」の探究のための枠組みについて、模式図を作成しました。透明のガラスでできた金魚鉢のようなものをイメージしてください。「生きる場としての医療の場」というのが、この金魚鉢の前面から見えるところです。これが心理学の方向からということですが、心理学的に見ると言っても多種多様な領域がありますので、心理学からのアプローチとして、3つほどの覗き窓を開けます。ひとつは「患者さんにはどういうふうに、ものが見えているのだろうか。家族はどうだろうか。どんなふうに世界を見ているのだろうか」という「1. 認知的な側面」。2つ目は、「感情的にはどんな気持ちがあるのだろうか」という「2. 感情的な側面」。そして3つ目は、「動機とか欲求」、「あれをしたい、これをしたい、なんでそれをしたのか」という「3. 動機・欲求の側面」のところから覗き窓を開けます。以上、3つは心理学からの覗き窓です。



さらに、もう一つ、これは、心理学の直接の領域ではないのですが、医療の場ではどうしても無意識的にいろいろなことが動きます。これを「4. 無意識的な側面」としました。例えば、「あなたはガンのステージ4ですよ」（これはガンがだいぶ進行しているということですが）と言われたら、みんながすぐに「ああ、進行したガンなのだ」と受け止めるのかというとそうではない。そこでよく起こってくるのが、お医者さんの前では「はい、はい、へー」とか言って軽い感じであらう診察室を出ていく。これは、一種の「否認」という機制が働いて、「そんなことあるわけない」と思うからなのです。それで、病院の会計辺りに行く頃になって、「えっ、何て言われたんだろう」と疑問が起り、だんだんと、「えっ、大変なこと言われたんだ」と気づいていくというようなことがあります。そういうときには、防衛機制と呼ばれている無意識のところがいろいろ絡むようです。実は今日、老いの心理の話もしようと思っていますが、そこにも無意識的にいろいろなものが絡んで、思うようにお互いに会話ができなくなることがあります。防衛機制の理解の仕方には、精神医学の見方も借りますが、それも一緒にして、金魚鉢の前面は、科学としてのアプローチ（覗き窓）と考えています。

ところが、医療の場の患者さんを理解しようと思うと、この4つとは違う方向からの視点も必要になってきます。例えば『あと3カ月の命です』と言われたときに、そこをどう生きるのか』とか、「腎臓病が重い患者さんが雨の日には外出しない方がいいとわかっているけど、どうしても会いたい人がいて外出したい」というようなことがあるわけです。そういうことを考えますと、「ただ健康である方がいい。そのために生きる。健康のために生きる。」って「変だよな。」というようになってきます。「生きるために健康である」というように逆転していかないといけない。このような価値包括的なところを扱わなければならない。その辺りが、私の足搔いたところです。どうしても価値の問題が入らないと、患者さんの理解はできないので、金魚鉢の横からの覗き窓、「存在への理解と働きかけ」というアプローチを入れてみました。

一方、病気のプロセスは7つの段階に整理しました。

例えば「何だか、おかしいな、変だな」と思って病気を意識するという段階は第1相。それから病院に行こうじゃないかと行動するのが第2相です。病院を選ぶのも大変ですし、どの先生の診察日に、誰と行くかということも結構大変になります。待合室で待っている間にもいろいろな気持ちが起こってきます。自分でも嫌になっちゃうよう

な、持て余すような気持ちになることもあります。そして、「病名がつく」のが第3相です。お医者さんに初めて会って、検査をして病名がついたら、安心かというところではない。また、病名がつくとは限らない。例えば「疑わしいけれども、半年後にまた来てください」と言われたとします。ある人は、「ああ、良かった、何でもなかった」というふうに反応します。またある人は「ああ、何か病気だったんだ、半年後に行くともっと進んでいるかもしれないんだ」というふうに思うかもしれません。同じ言葉でも人によって、受け取り方も反応も違ってきますので、病名を告げられる時の気持ちの理解というのにも必要になります。第4相では、手術を受けたり通院をして病気と闘います。第5相、慢性期になって「病気とつき合う」必要のある人も出てきます。その後、第6相「死を意識する」とか、「死に逝くとき」というように区切って整理し、最後には、「死別し、遺される人」というのを第7相としました。

病気のプロセスと覗き窓の関係を全体的に見てみましょう。縦軸に第1相、第2相などという病気のプロセスをもってきて、横軸に先ほどの前面のガラスの覗き窓の1. 認知・2. 感情・3. 動

### 心理学からのアプローチ

1. 意識的な側面(認知)
2. 感情
3. 動機と欲求
4. 無意識的な側面(防衛機制)

前提には人間観・患者観  
(明示的および暗黙の前提)

### 「病気のプロセス」における患者と家族の対処 —第1相から第7相の各段階—

病気を意識する	(第1相)
病院へ行く	(第2相)
病名がつく	(第3相)
病気と闘う	(第4相)
病気とつき合う	(第5相)
死を意識する、死に逝くとき	(第6相)
死別し、遺される人	(第7相・F)

2006.11.3 T.KIMURA

機・欲求・4. 無意識をもってきています。金魚鉢の右横の側面（実存・人間存在）のところは後でお話しをさせていただきます。右の図では、縦軸の病気のプロセスのそれぞれの相で「こんな気持ち都在这里では動くよね」というようなことを、横軸の覗き窓から見ながら具体的に書き出してみました。

これらをまとめてみると、4つの覗き窓のそれぞれについて、病気のプロセス全体を通して共通するものが出てきたのです。患者さんは病気のプロセスのどの相でも、不安を抱え、現実をありのままに認識することが結構難しいのだということがわかってきました。これも大体おわかりいただけるかと思います。さらに、どの相でも葛藤とフラストレーションにさらされていることも共通です。例えば病院に入院すれば、病院のスケジュールに沿って動かなければなりません。医療者から、いろいろとベッドサイドで聞かれるけれど、大部屋にしているとプライバシーも何もあったものではないというような辛い思いをします。あるいは、在宅で療養していたとしても、必要があっても外出ができないなど、病気の治療のために日常生活にさまざまな制限が加わります。いろいろなフラストレーションが起こってきます。

加えて、患者や家族は、防衛機制によって自分を守らざるを得ないことが多いのです。先ほど、「否認」について申し上げましたが、他には、例えば、お子さんが病気になるとお母さんというのは自分が悪いというふうに思いたくなるというか、思わざるを得ない気持ちになり易いです。ですから、何か言われると、すぐに「私が悪い、私が悪い」というふうに受け取りがちになります。子どものことを一所懸命心配する気持ちが、「私が悪いからこの子は病気になっちゃった」というようなことになってしまったり、他の人が普通にしゃべった言葉が「あなたが悪い」というふうに聞こえてしまうこともあります。これらは、無意識のうちにさまざまな心の動き、「防衛機制」が起こるからだと考えることができます。この防衛機制が働くことについては、私自身にも経験があります。うちの子どもが入院していて、病状が重くなったときに、知り合いの看護師さんが私をものすごく責めているという感じになったことがありました。そこで私は、そんなに責められたって、あなたの期待に答えて泣いたりするわけにはいかないのだからみたいに突っ張って、とても頑張っていました。後で考えてみると、相手は私を責めてはいなくて、私が自分を責めていたのです（投射という機制）。自分で自分を責めていて、私自身が耐えられなかった

		5つの覗き窓				
		A 認知的な側面	B 感情的な側面	C 動機・欲求の側面	D 無意識的な側面	E 「生きるとし」の側面 実存的な
病気のプロセス（一つ）	健康な日常生活					
	病気を意識する（第1相）	例 おかしいな、何だろう。大丈夫。……				
	病院へ行く（第2相）	病院へ行こう。悪い病気だろうか。……				
	病名がつく（第3相）	何でこの私が？ そんなはずはない。				
	病院と闘う（第4相）	この病気から早く逃れたい。闘いが真っ白でわからない。……				
	病院とつき合う（第5相）	病気を折り合いをつける。病気を個性。せめて人の役に立ちたい。				
	死を意識する 死に遠くとき（第6相）	死ぬのだろうか。まさか。誰とも会いたくない。でも会いたい。死ぬのが怖い。人生を振り返ると、悪かった。失敗だった。もう間に合わない。世話になった。感謝、送られる人・後からの人のために、……				
死別し、送られる人々（第7相）	死んだ方がまだ。あの人のやりたかったことをやろう。一緒に。……					

### 患者心理の陥穽

- ・患者は現実をありのままに認識することが  
難しい （意識的側面・認知）
- ・患者は不安に満ちている （感情）
- ・患者は葛藤とフラストレーションにさらされている  
（動機と欲求）
- ・患者や家族は防衛機制によって自分を守らざる  
を得ない （無意識的側面）

わけです。そこで、他の人が私を責めていると感じ、私はその人に対して、「私は私でなければいけないんだ」と一所懸命抵抗する形で、この急場をしのいで自分を支えていたのだと、後でわかりました。

この、自分を無意識のうちに守るということの裏側には、その人に「心の痛み」がある場合がとて多いのです。例えば、頑固者のおじいさまがなかなか言うこと聞いてくれない。ああ言えばこう言う、こう言えばああ言うとします。「何でかな」ということを、こちら側が、落ち着いてよく考えてみると、ご本人に「ああ、俺が悪かった」という心の痛みがあり、それをはねのけようとして頑固になっているということがあります。心に痛みがあっても、素直に「俺が悪かった」と思えるような人は、ちゃんと現実認識ができていますのでよいのです。でも、普通の人はやっぱり困ったことや重大なことが起こると、とっさに自分の身を守ってその場を生き延びようとしがちです。生き延びるためには、この無意識のうちに働く心の操作がいろいろ出てくるのです。そこで、ご本人もそれをわかっていないので、こじれちゃう。こじれた人間関係を見てみると、そこにはどこかで誰かが「心の痛み」を抱えている場合が多いように思います。その痛みが気がつくと、状況の理解ができるようになってきて、相手をわかることが少しできるようになる。相手を少しわかるようになると、こちらもつんけん怒っていた気持ちが和らいできて、相手に寄り添っていきことができるようになることもあるのかと思います。人は、とっさに自分を守る、防衛してしまいます。人に迷惑をかけても平気だと思っている人は、あまりややこしいことにはならないのですが、迷惑をかけて悪いなと思っている人たちほど、その状況で自分の身を守ってしまうということがあるのであるのです。

## 2. 病いと老いの「こころ」の世界

### 2-1 病いのプロセス

先ほどの病いのプロセスの7つの段階で、「こころ」はどう動くのでしょうか。第1相、「おかしいな、何だろう」と感じたとき、最初に不安になってきます。「何でもないと思おう」として患者さんが沢山います。この段階ではまだ病院に行っていません。病院に到着なさるまでの患者さんの心理って、ものすごくいろいろな過程があります。皆さま方も経験していらっしゃると思いますが、患者さんたちが、病院にたどり着いて最初に医療者に会うまでには、既に、かなり独り相撲もやるし、家族とももつれたりもしています。すごく重い病気だと思い込んでいたり、全く大丈夫だと思ってみたり、現実とはちょっと遠いところにいらしたりすることもあるかと思います。患者さんの中には、自分の病気を軽く扱ってほしい気持ちと重く取り上げてほしい気持ち、この両方の矛盾した気持ちがあったりすることもあります。

第2相の「病院に行く」という段階も大変です。どの病院へ行こうか、誰といつ行こうかと迷います。第3相は「病名がつく」ですが、病名がついても、ホッとする人もいれば落胆する人、大変だと周囲を巻き込む人もいます。

第4相、「病気と闘う」では、それぞれの患者さんが、いろいろな思いを持っておられます。ここでも、強がりやを言う、抵抗するというようなことが起こりやすくなってきます。第5相「病気とつきあう」になると、見通しがはっきりしないことへの苛立ちや日常生活の不自由さ、不確かさ、その日の身体の調子で、ドタキャンが必要になるとか、いろいろ辛い思いをしています。ご本人が「辛い」と言ってくれれば、わかりやすいのですが、そこで無駄な抵抗を、いろいろやるものですから、「何だか扱いにくい、うちの家族」というようなことが往々にして起こります。

第6相、「死を意識する」。生物は全て死を回避するようにできているそうです。ですから、誰しもが死の話題というのはどうしても避けたい、死の話になりそうだと思うと別の話に移って行ってしまふことが起こりやすいです。死の話は避けようとする傾向があるので、家族で、死について話をしようとするのは難しいものです。

第7相は「死別し、遺される人」です。遺された方々の悲嘆というのは、「ちょっと風が吹いたただけでも痛みがある」といわれるくらいに、さまざまな強い心の痛み、別れの痛みがあります。「どうしていなくなっちゃったのか」と繰り返し思うのも当たり前とされています。「今、いないのだ」ということが実感として出るのに時間がかかる方もいます。また、ちゃんと家族がいらっしゃっても「私はたった一人になってしまった」と嘆く方もいます。こちらの想いとして、「泣きたいだけ泣いてください」という感じになる方もいます。悲嘆というのは、その人によっていろいろな出方があります。非常に強がる人もいれば、死にたくなる人もいるし、鬱になる人もいます。こここのところが、どうケアをしたらいいのかという大きな問題になります。

## 2-2 老いのころ

「老いを意識する」時というのがあります。「あれ何だっけ?」とか、家の中で、何かを取りにきたのだけれど、わからなくなって、行ったり来たりする。身に覚えがある方がいらっしゃると思います。身体的な衰えを意識する時もあります。心理的な衰えもあります。例えば、仕事の中で、同僚に、「あれどうなりましたか」と聞かれたときに、「えー、何だっけ、あれって」と思い出せない。こんな経験のある方もいらっしゃるのではないですか。そういう時「あれって、何だっけ」と聞き返せたら、まだ大丈夫なのです。私は、わからなかったら聞くように意識的に努力しています。これをごまかすようになると危ないのです。

「部長、昨日も同じことを依頼なさいましたよ。もっと何かを変えなきゃいけないんですか」と部下に言われたとします。内心「えっ」と思います（昨日も言ったなんて思い出せない）。そこで、「そりゃあそうだろう、考えればわかるだろう」というようなことを言ったら危ないです。ごまかすようになったら、老いに抗っています。「老い」を自覚した方がいいということです。とはいえ「老いにつきあう」のはいろいろと辛い思いもあります。周囲に対して、申し訳ないと思うこともあります。それで、「申し訳ない」と表現することもあるでしょうが、一方では、威張ったりもします。それが老いの気持ちなのです。「娘心も微妙だけれど、老婆（老爺）の心も複雑



なんだよ、理解してね」というところです。

### ちょっとひといき「みんなで、ミニ・ワーク」

さてここで、皆さん、ちょっとお手を拝借しましょう。どちらの手が上でもいいのですが、片方の手の甲の上に、もう片方の掌を乗せてみてください。どんな感じがしますか。私はちょっと黙りますので、ご自身で自分の手の甲と掌が、どんな感じなのかを感じてみてください。……はい、何か感じてくださったかなと思います。もう少し狭いところでこのワークをやるときは、「どうでした？」とマイクを回すのですが……。 「柔らかかった」とか、「汗ばんでいた」とか、それから「温かかった」とか、そういうこと言ってください。皆さまは、いかがでしたか。そのような、ご自分の身体の、からだの感覚的なところを体験していただけたら幸いなのですが。「考える」ではなくて「感じる」ためのワークです。自分自身の感覚で「感じる」。そして、それを「言葉で表現する」、「相手に伝える」。これが今日のメインのテーマになります。つまり、自分をわかる、相手をわかる、お互いに健やかに生きる、というテーマに対しては、頭でわかってマニュアル通りに何かをやるということでは無いのです。そのようなやり方では、たいてい裏目に出てどうにもならない。そこで、「自分で感じ取ったところで、動く」ということが大切になります。

ところで、今、「お手を拝借」と申し上げたときに、皆さまがすぐに反応してくださったので、私はちょっと感動しています。「じゃ、やろうじゃないか」と乗ってくださっているのだなと思うからです。このワークのもう一つの目的には、人には行動型のタイプの人と、思考型のタイプの人、感情型のタイプの人がいるということを体験することが入っていました。今、「じゃあ……」とすぐに手を出してくださった方々は、何かのときに比較的、行動的に動かれる方かなと思います。1回だけでは決められませんけれど、人によっては、動きながら考えます。その方は、何だかわからないけれど、感じについてやるのかなと行動します。一方、「ん……？ 感じとは何だ」というふうに思う方々もいます。思考型の人です。また、「えー、嫌だな。何でこんなところでそんなことするんだろう。」とか「ちょっと戸惑っちゃうわ、面倒くさいわ」というように感情で反応する、感情型の方もいらっしゃいます。このことは、ご自身がどのタイプであるかを一応知っておくということもありますが、相手の方は、自分とは違う反応の仕方をするかもしれない、ということ意識することが大切だということでもあります。つまり私が、行動型で行動しながらものを考え、対処して行っても、私の目の前にいる人は思考型の人で、全体がわからないと動けない人かもしれません。ものごとを進めるには、相手をわかりそれに合わせるしかない場合も多いわけですね。心理学では、このように、人には大きく分けて少なくとも3つのタイプがあると想定する場合があります。たまたまふたりの人がいたとしても、このどの組み合わせかにあたるか、それによって対処が異なる、もしも、3人、4人がいればみんなタイプが違う、必要な対処もいろいろ異なる、ということです。

## II 心理臨床的な理解の試み

### 1. 自己理解、相手の理解、相互の理解

ここでの「自己理解」とは、「私は短気である」、「私は頑固だ」とか、「円満である」というようなわかり方ではなくて、「関係性の中での『私』」ということ。私たちは、関係の中で動いて、その時その場で相手との間でいろいろ感じる。「私はいつも同じではない」ということです。そのときどきで、今、「自分で自分の気持ちがわかる」ということがとても大事だと思います。健やかであるためには、今、「うれしいな」「楽しいな」「逃げたいな」、こういう自分の気持ちを自分でわかる。それを受けとめる。そして、「ああ、私、うれしいんだ」「あつ、私、今楽しいんだ」「私、この人嫌いなんだ」「あつ、もう私、逃げたいんだ」、そういうことを自分で自分をわかって、それを自分で受けとめるという作業ができると、いろいろなことが何とかなるのです。「自分を知る」ということは、一度立ち止まり「自分を認める、自分をいたわる」ということも含んでおり、そこから再び、一歩を踏み出すことができるのです。

「老いたな」という場合、「どうも腰が痛い」というときに、「ああ、私は老人になったんだな」と自分で思えるならば、大丈夫なのです。でも、老いを認めるのは辛いから「そんなことはない」と思ったり、他の人について「年寄りには嫌だよ」と言ったりします。そうすると、ご自身も年寄りの方に入らないのか、いや入っているのかとかいうような事態になってきやすいのです。「自分を知る」とは、「自分のありのままを知って、それを受けとめる」ことです。目の前の相手を嫌だなど思う時には、まず「この人、大嫌い」と思っかまわないのです。その人を嫌いだと自分が思っていることを知るの大切なことですから、言葉にするかどうかは別として、「嫌いだ」という自分の気持ちを認めると、かえって楽になります。

これは、ケアワーカーさんや看護師さんたちの研修の際に、よく言います。「私、この人嫌いなんだと思っちゃいけない」と思うから、一所懸命に努力しながらギクシャクギクシャクしてしまうのです。だけど、「私、この人嫌いなんだ」とわかって、その気持ちを認めてしまうと、「ああ、嫌いなんだ、嫌いなんだけど、一所懸命やっているのだ」とわかり、「自分も大変だよ」と自分を認め、そういう自分を抱きしめたい。自分

#### 自己理解、相手の理解、相互の理解

☆自分を知る...気持ちがわかる、受けとめる

- 自分で自分の気持ちがわかる  
うれしいな 楽しいな 逃げたいな 嫌だな  
寄り添えていない
- そういう気持ちの自分を自分で受けとめる  
ああ、私うれしいんだ ああ、私楽しいんだ  
ああ、私逃げたいんだ ああ、私嫌なんだ  
この人嫌いなんだ 寄り添いたいけど出来ない私

#### 自己理解、相手の理解、相互の理解

☆自分を知る...自分を認める、いたわる

- 自分で自分の気持ちを認めて、ああこうなんだと認める
- 自分を自分で抱きしめる
- 逃げてもいいんだ 嫌いでもいいんだよ



そこから再び一歩を踏み出す

を、「ああ、大変なことをやっているのだ、逃げてもいいのだ、嫌いでもいいのだ」と認めて、そこでひと呼吸おいて、病室や居室のドアを開けましょうと。そうしますと、嫌いだとわかったら、嫌いだという顔するかというと、そんなこともないのです。「嫌いなんだけど、じゃ、今から会おう」という感じになる。これでいいのです。どういう感情を持っていてもいいので、それを認めて、自分をちょっと可愛がってあげてね、ということです。

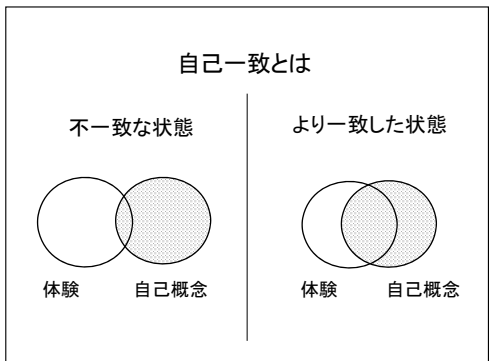
「相手の理解」というのは、ここでは、頭で考えて相手を理解することではありません。自分の身体・感覚を十分に用いて、感じとってください。目の前のその人も、また目の前のあなたを感じながら反応しています。ですから、「あの人、何だか冷たいんだよね、嫌なんだよね」というときは、実は私の方から冷たい視線を送っていたり、それに反応していたりという双方向のやりとりがあるのかもしれませんが、この双方向のやりとり、すなわち関係性の中で、お互いに「今、ここ」を生きているのです。

心理学では、Rogers, C.R.が「カウンセラーの態度に関する3条件」として、こんなことを言っています。いわゆる「受容」、「共感」、「自己一致」ということです。共感というのは、「目の前の相手を、あたかもその人が自分自身であるかのように理解する」ということですが、後ほど、ロールプレイで体験していただきます。

「自己一致」について、ちょっと説明をさせていただきます。先ほどの「嫌いなんだよね」という例でいうと、嫌いだという感情（有機体としての体験）を、「ああ、嫌いだ」と意識して、自分の体験としてそれを自覚的に自己概念の中に組み込むことができれば、より一致した状態になります。すなわち、有機体として自分が体験していることを、自己概念の中に取り込んでいるので、図の円が重なり合っている度合いが大きい、つまりより自己一致した状態ということになります。他

**Rogers, C. R. の唱える  
カウンセラーの態度に関する3条件**

- 自己一致\* congruence 純粋性 genuineness  
    <真実性・自己一致>
- 無条件の肯定的配慮(積極的関心)  
    unconditional positive regard      <受容>
- 感情移入的理解(共感的理解)\*\*  
    empathic understanding            <共感>



方で、この体験があるのに、それを「嫌いだと思っちゃいけない」と思うことによって、嫌いだということを自覚しないようにしてしまう。自分の自己概念の中に入れておくことになると、体験と自己概念の重なり部分が小さくなる、すなわち、不一致な状態になるということです。その場合、たとえば、イライラしたり、もぞもぞしたり、何かもやもやしたりしますが、なぜなのかが分からないという状態になりがちです。反対に「私は嫌いなんだ」という気持ちを認めると、図の右側の状態になります。このより一致した状態にある方が、不安が少なくなるし、脅か

されないで済むし、相手の話もちゃんと聴けるようになるということです。

「防衛機制」について検討してみます。私たちは、人や状況と関わる時に、無意識に「防衛機制」という方法をとって、自分を守っていることがあります。先ほど、「否認」の例を申し上げました。「抑圧」というのは、防衛機制の基本的な仕掛けとされていて、無意識のうちに発動します。自我が脅かされそうな事柄を、表面上は意識しないように、無意識の世界に落とし込んで、あまり揺さぶられずに済むようにすることです。その他、いろいろありますが、これらの機制が働く結果、自分にも他の人にもすごくわかりにくいような行動を平気でやったりすることがあります。たいていは抑圧されそこなったところでこれらの機制がいろいろな悪さをするので、対人関係で複雑で面倒くさいことが起こる原因になることもあります。

病気の場合、「私は全然病気じゃない」というふうに否認していると、脅かされません。しかし、対処行動もうまく機能しないので、治療も遅れるとか、周囲が自分を疎外すると思ってしまうとか、何かとややこしいことが起こりやすくなります。先ほどお話ししましたが、本当は自分で自分を責めているのに、相手が私を責めているように感じてしまうような「投影」という防衛機制もよく使われます。「合理化」は、「酸っぱい葡萄機制」とも呼ばれ、イソップ物語の「酸っぱいぶどう」の話から命名されています。キツネが歩いていたら、枝もたわわにブドウが実っていた。美味しそうなので採ろうとしたが、高い枝に手が届かず、飛びついても取れなかった。そこでキツネは「あれは酸っぱいのさ」と言った。キツネは、あっちに問題があるんだ（酸っぱくて美味しくない）と理屈をつけて、自分が情けないわけじゃないと気持ちを納め諦めたという話です。自分にうまくできなかったことを自分の自我が痛まないようにすり替えるという作業をしたのです。この類のことは、日常生活でしばしば起こっているでしょう。

### 防衛機制

・人が現実に対応するために無意識のうちに取る方法でありながら、表面的にはそれに成功しているように見えても、結果的には不適応行動に結びついてしまう矛盾がある。

否認	抑圧
投影	取り入れ
同一視	退行
合理化	反動形成
昇華	

## 2. 病者の心理、老いの心理、どう応答する？

病気のプロセス第1相は「おかしいな、何だろう」でした。そんな病者に、あなたなら何とおっしゃいますか。どのように応答したらよいのでしょうか。実際の応答を見て聞いてどんな感じがするか、ロールプレイで感じてみましょう。

Aさんとその妻の会話です、私がAさんの役です。松蘭先生に妻の役をお願いしました。

あなたなら、なんと言いますか？



この頃、何だか、疲れるなあ

- ① あら、疲れるの
- ② たいしたことないわよ。きつと。気にしない。気にしない。
- ③ あなたのお父さんも、叔父さんも胃がんだったわね。あなたも一度診てもらった方がいいんじゃない
- ④ 無言 A
- ⑤ 無言 B



1 番目はこんな感じです。

〈Aさん〉「この頃何だか疲れるなあ」

〈妻〉「あら、疲れるの？ 大丈夫かしら」

⇒（解説：うーん、どうでしょう。普通の応答で、何でもありませんね）

2 番目。

〈Aさん〉「この頃何だか疲れるなあ」

〈妻〉「たいしたことないわよ、気にしない、気にしない、」

⇒（Aさんの心の声 「けっ、言ってもしょうがない。」）

3 番目。

〈Aさん〉「この頃何だか疲れるなあ」

〈妻〉「あなたのお父さんも叔父さんも胃がんだったわね。あなたも一度診てもらった方がいいんじゃない？」

⇒（Aさんの心の声 「やだ、やだ、やだ、やだ。」）

Aさんのセリフ 「お前、あれまだやってないだろう、やっときゃいいのに。」

（解説：話題を変える。しかも、逆襲して相手を責める、これはすり替えです。）

4 番目。

〈Aさん〉「この頃何だか疲れるなあ」

〈妻〉無言A（心の中で「また言ってるわ、またね。いつもこんなことばかり」）

⇒（Aさんの心の声 「悪い女房もらっちゃったなあ」）

（解説：この程度ならまあまあ円満ですが、ムカムカして怒るかもしれません。）

5 番目。

〈Aさん〉「この頃何だか疲れるなあ」

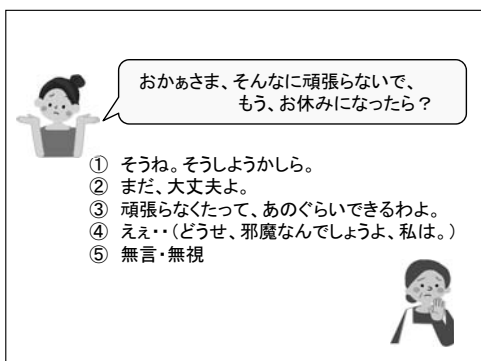
〈妻〉無言B（心の中で「そうね……（無言）」）。内心、Aさんに共感的で、そっと親身に見守っている感じ）

⇒（Aさんの心の声 「うん、お医者さんに行こうかな」）

松蘭先生が、5つのパターンについて、実感を込めて演じてくださいました。それぞれに応じて、Aさんの気持ちやどんなふう動いたか、私が反応しましたが、皆さまは、どのようにお感じになったのでしょうか。妻の答えて、ホッとしたり、怒ったり、受診につながったりします。なお、このワークでいろいろ演じてみますと、しばしば、大学生の娘さんに「お父さん心配だからお医者さんに行って」と言われると、お父さんは「病院に行こうかな」という気持ちになるようです。ここでの先ほどの応答では、無言のBのところで（5番目のロールプレイ）、Aさんの心が揺れました。松蘭先生と打ち合わせをしていたわけではないのですよ。ああいうふう共感的に振る舞われると、「やっぱり心配だな」と自分で思えて、「じゃ、行ってみようかな」という言

葉になりました。こういうことが、いろいろあるのです。

次の例は、若い人が若い人から「そんなに頑張らないで、もう、お休みにになったら」と言われたら、「うん」とか、「まだ頑張る」とか、「明日までにやんなきゃいけないから」で済むのですが、年の差や立場の違いがある場合は、同じセリフでも、そう簡単にはいかない場合もあります。お姑さんが、若いお嫁さんに言われたとします。「おかあさま、そんなに頑張らないで、もうお休みにになったら」と。素直に「そうね」と言うこともあるでしょうが、複雑な気持ちになることもあります。「頑張らなくなつてあのぐらいできるわよ」と剥きになる。内心で、「ええ、どうせ私は邪魔なんですよ」と思って、黙っているけど顔に出ているということもあるでしょう。そこで、「まずいこと言っちゃった」場合、どうしたらいいのでしょうか。対策はいろいろあると思いますが、とにかく、関係を悪くしないためには、



まず、ギクシャクしたということに（まずいことを言ったことに）気がつくことが必要です。では、気づくには、どうする、どうやって捉えるのか。感じ取るしかないのです。身体感覚的なものをこちらが感じ取って、「あれっ、変だな。あれっ、違和感があるな。ガサガサしたな」というようなことを認識するのです。それがないとその先の対処ができないと思っています。

老いの心理として、周囲は、何で、そんなふうになるのだろうかと理解し難いこともあるでしょう。心理学的にどのように対処するかというと、理解が難しい矛盾する気持ちや戸惑いをそのまま理解する必要があるとされています。では、身近な周囲の人は、具体的にどのようにしたらいいかという、その人がよくおしゃべりをする人ならば、聞いてあげてください。「あーすれば、こうすればよかったのに……」と後悔と愚痴を繰り返し何度も述べる方もいらっしゃると思いますが、それを繰り返し、繰り返し言うことによって、自分で納得されることもあります。同じ話を繰り返されるとイライラしますよね。プロはそういう仕事をしているので、繰り返し、繰り返し聞くということに慣れていますが、プロでも家に帰って、同じことを繰り返し言われると、「聞いたわよ」とか言って、イライラ、プリプリしたりするのが普通のことなのです。ですから、イライラしてくるのは当たり前なのですが、そこはちょっと我慢して相手が何か痛んでいる、何か困っている、だから愚痴っている、というふう理解して、話を聞いてください。実は、愚痴っている人の方が単純で問題にしていることが分かり易いのです。ねじ曲がってくると、すり替えが起こったりします。さき程のロールプレイで、私も思いがけず「あれはどうなったのか、やってないのか」みたいな逆襲をして、別なことで怒りをぶつけていました。あれは打ち合わせしてあったわけではないのです。そのとき、私の気持ちがそう動いていきました。ですから、その辺のところ、話を聴く、応答するということについて、もう少し考えてみましょう。

たとえば、「私、もう長く生きられないのかしら……」と聞かれたとします。お友だちだったらどう言いますか。家族だったら……。若い学生さんにこのワークをしてもらうと、「そんなことないわよ、私と一緒に頑張りましょう」と言ったりするのですが、緩和ケアの患者さんで、あと何週間の命かなというような状況ですと、そうはいきません。

あなたはどのように聴きますか。  
友人として、家族として、傾聴ボランティアとして

私…、もう長く  
生きられないのかしら…。

正解はないのですけれども、さっきロールプレイでご覧いただきましたように、ことばを使わずに無言で黙って会話するということが日本人はとて得意としているところがあります。非言語的に察し合って、疎通して、黙って、……「言わぬが花」という言葉もあるじゃないですか。その黙って相手に心を伝えるということが上手な方々が多いわけです。文化がそういうふうになっているのだと思います。ですから、ただ受け身に「無言（そうですね）……」という対応の仕方もあり得るのです。無言の背後にある気持ちこそが大事ですけど。

少し古いデータなのですが、柏木哲夫先生・岡安大仁先生という、ターミナルケアを専門にしているお医者さんたちが医療者にアンケート調査をしました。「『私はもうだめなのではないでしょうか』と聞かれたときに、あなたはどうか答えますか」というものです。1から5の選択肢があります。1.「そんなこと言わないでもっと頑張りなさいよ」と励ます。2.「そんなこと心配しないでいいんですよ」と答える。3.「どうしてそんな気持ちになるの」と聞き返す。4.「これだけ痛みがあるとそんな気にもなるね」と同情を示す。5.「もうだめなんだと、そんな気がするんですね」と返す。さあ皆さん、皆さんなら何とお答えになりますか。何番だと思われますか。看護学生や、看護師さんはどれだろう。そのデータで、この柏木先生たちが言っています。お医者さん（医学生と緩和ケア以外の内科、外科の医師）は1.が多かったそうです。今、少しは変わってはきていますけど、医療というのは患者さんの命を長らえるために一所懸命努力するわけですから、本音は、死は否定したいらしいという解釈をしています。そして、しかも一見「頑張りなさい」というふうに励ましているのですから、患者さんにとっていいこと言っているわけです。「そんなこと言わないでもっと頑張りなさいよ」と、こう言ってしまう。看護師さんや看護学生は「3. どうしてそんな気持ちになるの」が多いのだそうです。そして、精神科の先生たちは「5. もうだめなんだと、そんな気がするんですね」というふうに応えるのだそうです。私は、これらの背景にある非言語的なものがどのようになっているかによって、相手への伝わり方が異なるので、どれかひとつがとて良いと思っているわけではないのです。けれども、5の「もうだめなんだと、そんな気がするんですね」と言葉でこれを言うことの良い点は、あなたが自分でどう感じているかを、こちらが受け取ったよということ、「あたかもあなたであるかのように私が受け取ったよ（共感）」ということをまず示しているということです。そして、ご本人

が今、感じていることを共有してはっきりさせることになり、その人が、自分が今そういうふうな気持ちなのだと確認できることです。また、この背景には不安があるのです。不安だから「もうだめなのではないでしょうか」と聞くのですから、その不安のところを受け止めて、本人が不安があってそういうことを聞くのだということをはっきりさせます。ここからは私の注釈を付け加えますが、はっきりして来るとそこを共有して関わるができるようになります。ご本人が、「もうだめなんじゃないかと思っていて、死んだら私はどうなっちゃうのかと思って不安なんです」という気持ちならば、死後の世界のところに話題が行くことになると思いますし、そうではなく「だめなんだったら、うちの子どもはまだ高校生で学費もかかるし、これから大人になっていかなきゃならないから子どもが心配だ」と言うかもしれません。そうしたら話題はそちらの方にいくというふうに、気持ちをはっきり掴んで、お互いに共有するということになります。その意味で、精神科の先生は、基本的にこういう応え方をするのだと思います。

「こころ」のケアの場では、対話的關係を実践する際にいろいろなことが起こります。

「自分の感じていることを知りそれを伝える」のが大事だと申し上げましたが、「そのとき自分が感じていることを、どうやって捉えればいいのか？（問1）」。それから、「自分の感じたことをどう伝えればいいのか？（問2）」というような問いが生まれます。例えば「それが怖いとわかったとしても、怖いと言えない」「感じたことを相応しくどう発信したらいいか」という問いもあります。また、「私、あの人嫌いなんだよね」と言った

#### 対話的關係の実践で生まれる問い

- 問1. 「その時、自分が感じていること」をどのようにして捉えるか。  
 問2. 自分の感じたことをどのように相応しく発信するのか。  
 問3. 「自分の発した言葉・表現と、周囲との折り合い」をどう把握するか。  
 問4. 相手に「共感」しているだろうか。  
 問5. 相手とともに出口のないどうしようもない状況に陥った時、どうするか。

たはいいけど、周りがずっと引いちゃったというように「発した言葉、表現が周囲と折り合いがつかない場合には（問3）」、さあどうしましょう。また、先ほど、「相手に共感するのが大事だ」と申しましたが、「共感って何だろう」ということがあります（問4）。「相手とともに出口のないどうしようもない状況に陥ったときどうするか（問5）」という問題が起こることもあります。

ここでまず、問1、問4について申し上げたいことは、「共感というのは、全身をもってその場に身を置いて、あたかもその人であるかのように、その人の感じているままにこちらも感じるということが大事」ということです。これを、可能にするのは身体感覚的な「感じ」によります。心理学では、たとえばRogers, C.R.は、「有機体としての内臓的な感覚によって捉える」というようなことをいっています。感じていること……、それはさきほどの掌でのあの感じです。大切なのは、身体で感じるということになります。

問2と問3の「状況が変だな」ということもやはり感じ取るしかありません。相手の全身から発せられているメッセージを、こちらも感覚的に読み取っていくことになります。心理学では「自分自身の全身を使って、相手を、その事態を、必要な応答を、試行錯誤的に模索する」「対話



とは、人と人との全身とその感覚を使って交わされるものである」と言うことがあります。

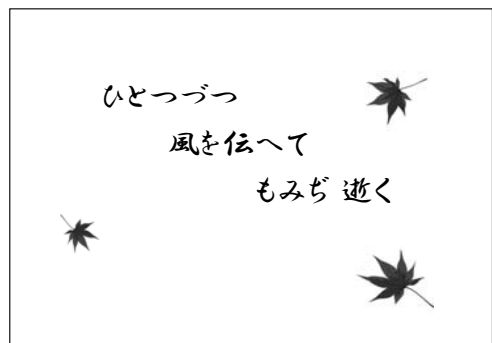
問5の「相手と共に出口のないようなどうしようもない状況に陥ったときどうするか」「どうにも光が見えないときにどうするか」については、われわれには、「どうしようもないということがあるのだ」ということを、是非、お伝えしておきたいと思います。相手のお話を聞いていて、親身になればなるほど、解決しようもないという思いになることがあります。もしも、相手との間でそういう思いになればたら、あなたがその人の話をちゃんと聴いているのだということの表れです。ですから、「ああ、私は聴いているからこうなったな」というところは褒めてあげてもいいぐらいのことなのです。ところが、何もできないということに直面するのを避けたがるので、助言をしたりして、話題を避けて、「何とかありますよ」とか言って、自分だけ逃げてしまうのです。「本当にどうしようもないよね」「ほんとに困ったね」ということが実感されて、それを言えたら、相手と一緒にそこで寄り添っていることになるのです。どうしようもない状況ということとは、解決できるなら実行しているし、やってもらいたいことがあるなら言っているし、どうにかなるなら、とっくにどうにかしているはずです。どうにもならない、どうしようもないからどん底にいるのです。そのような、どうしようもないときに、一番ほしいものは、そのとき、一緒にいてくれる人、ともにその気持ちを分かち合ってくれる人だということが、結構あるのです。

「何にもできない、できないというところにじっとしてる」のはとても大変なことですよ。やりたいのに、できないから、どうにもならないところにいるのは、辛いです。

私の場合の心のケアの実践を振り返りますと、役に立てるからではなくて、無力、非力ではあるのだけれど、あるいはそうであるからこそ、いわば魂の必然でもあるかのように、さまざまな人のお世話を受け、迷惑をかけながら、この道を辿ってきたのだと思います。言い方を変えると、無力・非力であるからこそ、呼ばれたら、そこへ行くしかないというところがあります。「どうしようもない」というところが、人間の本質のところにあるのではないかと思います。

「ひとつづつ 風を伝えて もみぢ逝く」……これは、2009年に刊行された私の著書の「はじめに」に、掲載されています。この句は、もともとは、1999年に出版した本を差し上げる方へのカードに記しました。

風に乗って紅葉が一枚、また一枚と散っていきます。風だけだったら見えないのですけれど、紅葉が風に揺られて舞いながら散っていくことによって、風がどういうふうにかいているのかを示し伝えることができます。この「風」というのを何に見立てるかということにもよるのですが、私の場合は、一人ずつは何もできないかもしれない、だけれども、そこに、生きて死んで、死んでいった人の想い、見えない心の世界がある。スピリチュアル、スピリチュアリティというのかな、そ

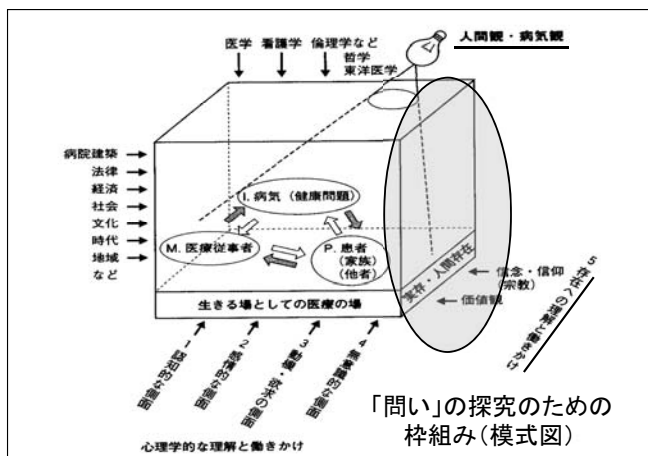


のようなものがあって、それをどう伝えられ、どう受け取っていくかというところを表現したいと思っています。これについては、後でまた触れます。

### Ⅲ 「生きること」への問い

#### 1. 「喪失」・「限界状況」をどう生きるか

先ほどお示ししました金魚鉢の図です。冒頭の方の「I 病い、老いとともに」のところで、「生きる場としての医療の場」として、病気のプロセスを、心理学的な覗き窓（1. 認知・2. 感情・3. 動機・欲求・4. 無意識）から見てみました。けれども、医療の場の人間理解には、これだけでは不十分でした。つまり、この金魚鉢の前面だけでは足りなくなって、右側の方の、「5. 存在への理解と働きかけ」を検討する必要が起きました。



金魚鉢の前面の、1から4の覗き窓から、病気のプロセス（7相）のさまざまな場面を見て、それらの共通性を探ってみると、病者とその家族というのは、いわば「喪失」を経験しています。健康の喪失、体の一部や機能の喪失、日常生活が普通にできないという喪失、趣味とか職業を失うこともあるし、友人、知人にも会いたいときに会えなくなってしまう、また、有能感・コントロール感を失いがちになる、生命の喪失、大切な人との死別もあります。これらに共通して抽出された「喪失」という概念をテーマにして、右側のガラス張りのところに移動して（図の右側の楕円で括ったところから）、金魚鉢を覗く作業をしました。

ここで、これら金魚鉢の全体の枠組みをちょっとご説明します。金魚鉢の図の右上に電球があり

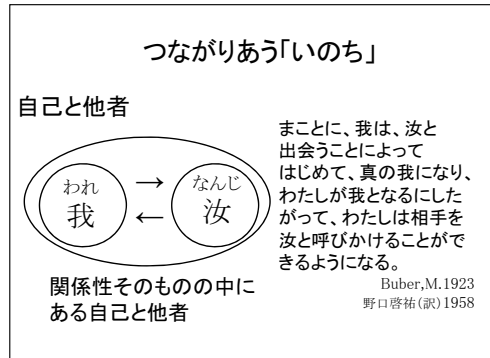
医療の場において患者や家族が遭遇する  
出来事と心理的な対処

#### 鍵概念としての喪失

- ・健康の喪失、身体の一部や機能の喪失
- ・日常生活における喪失
- ・趣味や職業、友人・知人
- ・有能感・コントロール感の喪失
- ・生命の喪失 大切な人との死別

ます。この電球は、その位置から光を当てる、「私がそこから見る」という意味です。電球の横に「人間観・病気観」と書いてあります。「ある人間観を持った私が、そこから見ていくとどのように見えるのか」ということを表しています。その「人間観」のところを下方に辿ると、下の枠のところに「実存、人間存在」と記されています。いわゆる実存心理学と言われるような西洋流の考え方です。

実存心理学の代表的なものとして、ブーバー、M. の説を示します。図で円く囲まれているが、ひとつの円は、1人ずつです。皮膚で区切られているところまでが私で、相手は、もうひとつ別の円の中の、皮膚で区切られた人なのです。「我は、汝と出会うことによって始めて、真の我になり」というのは、「人格が人格と出会うことによって」、つまり、わたしという人が、わたしをかけがえのない人格として遇してくれる人格（汝）と出会うことによって、わたしが「我」という人格としての自立したものになるという発想です。



「人間をどんな存在とみるか」ということについては、フランクル、V. という人もいます。この方は、アウシュヴィッツの収容所に収容されていた精神科医で、たとえば、最近では、『それでも人生にイエスと言う』というような本が、書店に並んでいるのをご覧になった方もあるかと思います。その方が「人間は意識性存在であって責任性存在である」と述べています。どういうことかという、「人間にはいろいろなものを認識する理性がある。それから、何かを選んでいくという意味がある。理性があって認識しそれを選ぶということには、責任が出てくるのだ」と。このことは、キリスト教的な考え方の背景にも似たようなものがあります。「神様というのは、理性を人間に与えて、それを使ってどう選択するかという意思を尊重している。人間が、意思をどのように働かせるかによって、神様が、喜んだり、悲しんだりする」というようなものです。

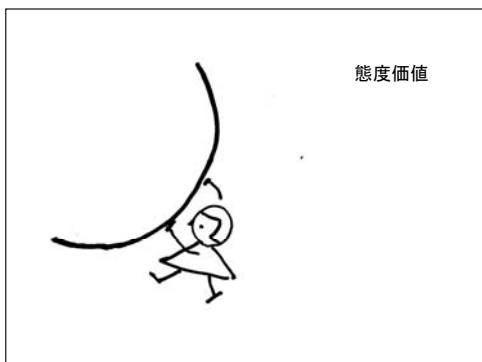
また、フランクルは「態度価値」ということも言っています。人間の行為における価値の領域には、「創造価値」「体験価値」「態度価値」があり、限界状況においてはこの「態度価値」が重要なのだと言うのです。フランクルの収容されていた、アウシュヴィッツの中では、真・善・美・聖というような「創造価値」、つまり真実や美を追求するための手段が奪われています。また、おいしいものを食べて、「おいしいね」とか、心地良い環境で、「気持ちいいね」などという体験としての価値、すなわち「体験価値」も無いです。お腹は空いたままですし、過酷な状況です。

そのような限界状況の中で、たった一つ実現することができるのは「態度価値」であると述べています。自分に与えられた酷い状況・環境を自分で引き受けて生きること、これが「態度価値」であり、限界状況でも、人は「態度価値」を実現することができるのだと言っています。そして、それには「主体性」、その人が何を選ぶか、どうしたいのかが重要になる、つまり主体性を尊重

することこそが大事だという考え方です。

ある時まで、私もその通りと思っていました。つまり、限界状況でも、「態度価値」なら実現できる。それには主体性を尊重することが大事だと考えていました。でも、「態度価値」の実現が、主体性とか自己決定に関係するのであれば、自己決定ができないときには「態度価値」は実現できないことになります。では、何の価値も実現できない人は、人間として生きる価値もないのだろうか。

そこから、私の足搔きは始まりました。いわば、価値包括的な扱いが必要になる金魚鉢の右側の側面について、どう理解するかということです。



## 2. 「健やかな生」、つながりあう「いのち」

ここで検討が必要になったのは、人間が生きる意味は「態度価値」の実現にあるというけれど、「態度価値」が実現できない時には、どうするの……ということです。

例えば、重い認知症の方が、状況を正しく認識して主体的に選ぶなどということができるのでしょうか。その方は「態度価値」の実現が可能なのでしょうか。それから、交通事故か何かで脳にダメージを受け、意識の状態が大変低くなっている方、そういう人たちはどうでしょう。あるいは、小さな赤ちゃんたち。赤ちゃんたちには、意志はあるでしょうが、状況がわかって主体的に選択するということはできないように思います。

私が追求していたのは、繰り返しになりますが、「人が、どんな状態にあっても、それぞれの人が、その人らしく生きられる医療の場」です。「どんな状態の人でも」それぞれの人が“その人らしく”生きられる」というのがテーマなのです。ですから、ここで頓挫してしまいます。

それで、次のように考えてみました。たしかに、健康は優れている方がいい、能力もある方がいい。能力がないとか、健康じゃないのはよくないことだ。今は、こういう価値観が普通になっている。しかし、この考え方をやめて、発想を変えてみよう。ある人が、与えられている能力とか環境

**人間としての健やかさ…つながりあう「いのち」**

人は必ず死ななければならない、また、人生には、思うに任せない事態への運命が待っているという事実。

↓

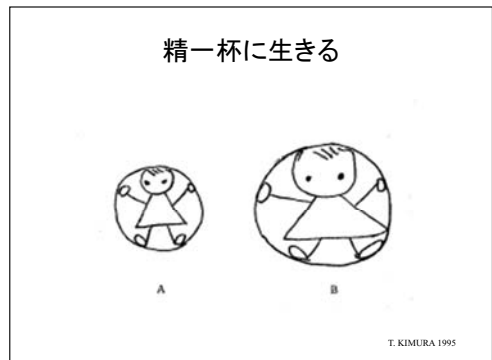
**限界状況において、人は、どう生きるのか。**

フランクフルは、限界状況において人がなお実現できる価値がある。それは「態度価値」であるという。運命づけられた状況の中で、それを主体的に引き受けて生きるという在り方。

しかしながら、乳児や重度の知的障害の人、意識レベルの極端に落ちた状態の人、そして、重度の認知症の人は、状況を認識して主体的に引き受けて生きることが難しい。すなわち、態度価値の実現が難しい。限界状況において最後に残された人間としての価値の実現ができないならば、生きていく価値が無いのか？



が十全であるならば、十分に持てる力を発揮するのがよい。しかし、その人が与えられている環境とか能力に限界があるならば、その環境や能力の中で、精一杯に生きればいいのではないか。人に与えられているものは、たやすく変えることができない場合が多い。自分に与えられた能力や環境を使って精一杯生きるというのが、その人にできる最大のことでないのか。そうであれば、円の大きさの大小には関係なく、精一杯に生きるという意味で、このふたつは同じなのではないか。そこで、行き詰まっていた態度価値の実現のテーマ、それを打破するにはこの概念で挑戦してみようということになって、今日に至っている次第です。



ここで、「古い」のテーマについても、例えば、認知症を抱えている人とその家族について、考えてみましょう。前の方で、「この頃、何だかしょっちゅう物忘れをするな」とか、「あれどうしました?」と言われて「何だっけ」となった例を挙げましたが、そういうところから始まって、時には、どんどん進んでいくことがあります。その人自身は一所懸命やるのだけれど、一所懸命やったことが他の人には受入れられないということが起こってきます。ご本人は、一所懸命に工夫をするけれど、工夫すればするほど何だか変なことになる。どうして良いのかよくわからない。周囲の人からは変な眼でみられるし、冷たい感じの対応をされるし、どうも変だ、どうしていいかわからないという時期が途中にありますね。自分と他の人の認識のずれ、何か違うと思うけれどそれさえもだんだんわからなくなってくる。一所懸命、精一杯に生きています。食べて、寝て、ちゃんと、精一杯いろいろなことやるけれど、他の人から理解してもらえない。これって、とても辛いじゃないですか。とんでもない迷惑な行動になって、どうも何かまずいんだというのがわかる。わかるけど、では、どうすればいいの、って困ってしまいます。やがては、自分自身で、自分のやっていることを認識できなくなる、顔を見ても誰だかわからない、という段階に至る方もおられます。

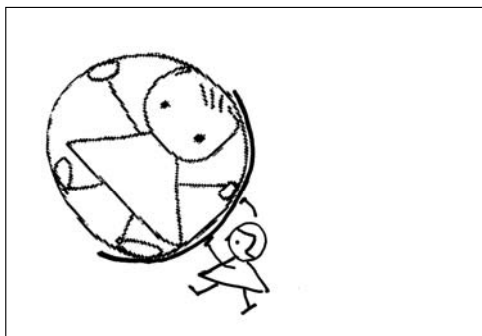
周囲の人は、軽度・中等度の認知症の人の場合、その人の中では精一杯やっているのだという部分を認めることが必要ではないかと思います。とは言っても、その人を抱えている当事者・家族にとっては、どの段階でも大変です。初期には、「なんか変だな」というところから「受診してもらいたいんだけど、嫌だと言っている。どうやったら受診してもらえるか」というのが悩みになることがあります。ご家族は、そのときに、ご本人にとっては、認知症などと診断をつけられたら大変、認知症だなんて絶対認めたくないという心の痛みが当人の中にあるのだということへの配慮が必要になります。その辺のところを上手に理解していく必要があります。心の痛みとか

不安を上手に支えてこそその受診への導入ということになるかと思います。

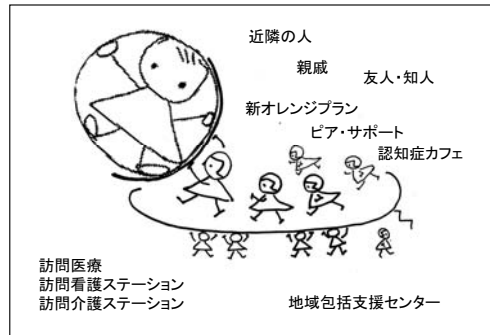
それから、もっと認知症が進むと、今までとは違う人になってしまうこともあります。頼りにしていた親の世代が、頼っていたはずなのに変なことになって、頼れなくなってしまった。おまけに何だかやることなすことが危ういし、こちらを頼ってくる。ないしは、突っ張って言うことを聞いてくれない。このようなことが起こると、対処に追われる大変さの他に、子ども世代にとって「喪失の苦しみ」を感じることもなります。自分自身の中に喪失と悲嘆が起こるわけです。親が変わってしまった。不憫でもあるし、腹も立つし、悲しいし、どうしようもない。運命への怒りとか、本人への怒りとかがごちゃ混ぜになってきやすいです。

そうこうしているうちに、どんどん介護の度合いが増えてきて、家族にとっては、ますます重圧が加わってきます。友人が言っていたのですが、「自分が世話になっていた人が、親でも他の人でも、どんどん赤ちゃんに帰っていくんだと自分に言い聞かせている、自分が赤ちゃんのときに世話になったのだから、今度は向こうが赤ちゃんなのだから、世話をするのはしょうがない」と。これは、一所懸命にそれを自分に言い聞かせているのです。結構、負担にもなり大変だからです。おおかたの場合、そう簡単なことではないので、葛藤状態になります。親どころか自分の生活を支えるだけでも、どうしていいかわからなくなってクタクタ状態になることもあります。世話になった親だから、家で看取りたいと思うけれども、看取れなくなってくることもよくあります。時どき、胸が痛むのですが、そのことで、ひどく自分を責める人たちがいます。自分は何とかやりたいのですが、できなくなります。できないと認めるのは辛いので、それを何とか回避しようとしてさらに頑張って一所懸命にやるけどできない。できないという自分への怒りと運命への怒りと認知症の人への怒りとかが、混り合ってその人を攻め立ててしまい、そういうものの先のところで、「虐待」ということが起こってくることもあります。親戚や友人など周囲としては、「頑張っているけど、自分にはできないのだ」ということを、当の家族介護者が認めることが出来るように、寄り添う支援の在り方を学びたいものです。

右の図は、先ほどの、「精一杯に生きる」という図をもとにしています。認知症のご本人は、精一杯に生きているとします。支える人は、その運命を引き受けるということで、これも前出の「態度価値」の図を組み合わせてみました。理念がどうであれ、実情としては、「そんなこと言っちゃってできませんよ」ということになるでしょう。家族だけでは無理なとき、近所の人、親戚の人に手伝いを頼んだとします。それだけでは無理でしょう。認知症の場合、今は、新オレンジプランとか認知症カフェとか、いろいろな工夫があります。でも、それだけでは足りなくて、地域包括支援センターの人々に助けてもらったり、訪問医療が入っていたり、いろいろな人が、一緒に支えてい



かないと、「健やか」になりません。支える人、支えられる人、どちらも皆が健やかであって欲しいのですが、その実現が難しいのです。現在、個人も周囲の支える人も、行政的な施策でも、ボランティア組織でも、いろいろな試行錯誤の状況にあると思います。それを、とりあえず、図示しました。



次に、少し前に述べたテーマに戻ります。人間存在の根底に「関係性」という在り方を置いている理念の中で、考えてみましょう。意識性存在でも責任性存在でもなく、創造価値も体験価値も態度価値も全部うまくいかない人の場合、例えば、乳児、重度の認知症高齢者、意識のない人、脳損傷とか精神的障害が重い場合に、「健やかに生きる」とは、どういうことなのかということです。

先ほどの、「ひとつづつ 風を伝えて もみぢ逝く」という句にも関連しているお話です。実は、我が家には5カ月足らずで亡くなった子どもがいます。誕生から死までの過程の中で、さんざん考えました。この子にとって何が良いのだろうか。病院にいるのがよいのだろうか、家に帰るのがよいのだろうか。赤ちゃんにとっては、25℃の室温に調整されたところにいる方が身体にとっては楽なのだそうです。だったら保育器の中にいる方が楽じゃないですか。それとも、少々リスクがあるけど、家に帰った方がよいのだろうか。夫と二人で、あれこれ考えて、「一体、人間って何なのだろう、何が幸せなのだろう」と思うようになりました。「この子にとっての幸せと、自分たちにとっての幸せとは同じなのだろうか、違うのだろうか」。この問いへの答えは、永遠にわからないのです。赤ちゃんで亡くなった人は、言い残してはくれませんので、その人にとって、何が良かったのかというのは、誰もわからないのです。答えがないのです。

次女が入院していたのは、都内にある、<sup>かいびやく</sup>開關以来100年が経っている病院でした。

NICUという新生児の集中治療室には、当時、親であろうとも外部の人は一切、入れませんでした。また、一旦、NICUを退院すると、二度とはそこへは入院できない仕組みでした。次女にとって、25℃に保たれた保育器の中は身体的に楽な環境です。しかも、生まれたときからいつも細やかに優しく世話をしてくれている看護師さんと別れて、家に帰ることが良いのだろうか。そして、おそらくすぐに必要になるであろう再入院では、NICUには戻れず小児科病棟の全く知らない医療者の中に入ることになるのです。それでも、一旦は自宅に戻るように計画しました。が、風邪を引いたのがきっかけで、退院が出来なくなってしまいました。当時、一生、家には帰れないであろう子が3人いました。その子たちのために、その100年の伝統がある病院が規則を変えてくれて、次女が生後4か月目の頃には、親に限り、一週間に一度10分間だけ、NICUへ入室し

での面会が許可されました。画期的なことが起こったわけです。それから後、4年ほど経ってそのNICUに、次女の受け持ちをしてくれた看護師さんを訪ねた折には、今度は、NICUの中に産後のお母さんが入って、赤ちゃんを抱いて、経管栄養ではありますが搾乳した母乳を直にあげていたのです。お母さんに限るのでしたけれども、NICUに、医療者以外が入れるようになっていました。そうだとしたら、この子たち3人は、やっぱり一つの使命に生きたのかもしれないと思います。開關以来100年開かなかったドアを開ける切っ掛けとなった存在ではなかったのかと。

また、NICUの赤ちゃんたちは、小さな身体で治療を受けながらも、一所懸命に生きていました。その姿に接することで、会う人が勇気づけられました。これは他の場面でも、同様であると思いますが、一所懸命生きている人を見ると、私たちは自分がとても生かされるのを感じます。次女も懸命に生きることを通して、周りの人を元気づけてくれました。

また、何にもできないから、価値がないのかということ、そんなことはありません。その子にとっての価値というのは永遠にわからないのですけれども、その子と私、その子と誰か、その人を取り巻く人々それぞれにとってのかけ替えのなさという面から捉えていくと、周囲の他者によって、その関係性の中で、その人が生きたことが「存在としての証」になっていくのではないのでしょうか。

そのように考えて行くと、死という境界を越えても、人と人との関係性を焦点にして捉えれば、他者を生かす存在であり得るし、自分で態度価値の実現ができなかったとしても、接する他者に勇気や希望を与えることができます。自分自身で、この運命をどう受け止めるかということができなくても、そのことを意識できない存在だとしても、関係性において生きる、他者を生かすという在り方が、その人と接した当該の他者によって実現されることになります。

ちょっと急いでお話をしたので、飛躍しているところが多いかもしれませんが、そんなふうに考えています。上に挙げました句は、短いのちを精いっぱい生きることによって、目には見えない風の在り処を人々に知らせ伝えて逝った紅葉への万感の想いを込めたものでもあります。

人間というのは、病気であってもなくても、自己決定ができてできなくても、他者との関係性の中で、価値を実現しながらつながって生きているのではないかと思います。よく考えたら生きていてもいなくても、死生を越えてつながりあって生きているのかもしれないですね。

もともと人間というのは限界を生きる存在なのだと思います。永遠に生きることはありませんし、与えられた環境もいろいろ、能力もいろいろであったりします。そこで問われて、……それを引き受けて、いろいろ問題にぶつかって、……精一杯やってみる。時には「これをどうするか」と問われたものに対して、自分で自分のために選択するのではなく、委ねていくということも大切かもしれません。何か、委ねるような大いなるものの存在を前提にした在り方というものも、視野の中に入れて行く必要もあるのかなというところで、今日に至っております。



## おわりに

人間ってどんな存在なのか。人は、それぞれの限界の中で生きています。関係において生きています。関係によって生かされています。そうすると、病気であっても障害があっても自己決定ができなくても重度の認知症であっても、意識がなくてさえ人間として健やかであるということが、一応は成り立つのかなという結論に至るのです。

阿弥陀経に「極楽の池」というのがあります。いくつかの訳がありますが、ここに載せましたのは大須賀発蔵という仏教カウンセリングをなさる方の『ひびきあう心：カウンセリングに生きる曼荼羅の知恵』から引用したものです。

簡単に申しますと、「池の中に蓮の花がある。色もいろいろなだけれど、青い蓮の花には青色と青い輝きと青い影がある……」。ちょっと飛ばして「白い蓮の花には白色と白い輝きと白い影がある。もろもろの斑色まだらいろの蓮の花には斑色の光と斑色の影がある。それらの何とも言えない、妙な微妙な香りが清らかにたち込めている。極楽ってそんなところかな」ということです。注目していただきたいのは「輝き」と「影」の両方が書かれているというところです。「いつも光っていないかならならない」ということではない。いろいろ迷惑もかけるよね。各々みんなそれぞれらしく生きているよね。どんな状態にあってもそれぞれの人がそれぞれらしく、光も影もみんなまらごと、そのままの色で、それぞれの命の色を、影も含めて受け入れてくれる世界があるんじゃないかな。そういう世界こそ、まさに極く楽な、究極の安らぎを与えてくれる世界なのだという一節をご紹介します。今日のお話を終わりとさせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

### 阿弥陀経 極楽の池(原典)

地中蓮華	池の中に蓮の華がある。
大如車輪	大きさは車輪の如し。
青色青光青陰	もろもろの青色の蓮の華には、青い色と青色の輝きと青色の陰がある。
黄色黄光黄陰	黄色の蓮の華には、黄色い色と黄色い輝きと黄色い陰がある。
赤色赤光赤陰	赤い蓮の華には、赤い色と赤い輝きと赤い陰がある。
白色白光白陰	白い蓮の華には、白い色と白い輝きと白い陰がある。
雑色雑光雑陰	もろもろの斑(まだら)色の蓮の華、斑色の蓮の華には、斑色の光と斑色の陰がある。
微妙香潔	それらの何ともいえない妙な微妙な香りが清らかにたちこめている

今まで思こんでいた  
「陰を受け入れちゃいけない、  
常に光ってなければいけない」  
ということではなかったのです。  
光も陰も、whole personなどというけれども、  
全人的にそのままの色で、  
みんな一人一人唯一絶対のいのちの色を、  
陰も含めて受け入れてくれる世界がある。  
そういう世界こそまさに、  
極楽な、究極の安らぎを与えてくれる世界なんだ  
というふうに感じとったのです。

大須賀発蔵  
「ひびきあう心 カウンセリングに生きる曼荼羅の知恵」 p11



## <講演者略歴>

木村 登紀子 (きむら ときこ)

聖路加国際大学名誉教授、いちかわ野の花心理臨床研究所所長。桜クリニック (臨床心理士)、千葉県健康福祉部健康づくり支援課 (嘱託・相談員)。臨床心理士、スピリチュアルケア師 (指導) 博士 (文学)。

1964年東北大学文学部（心理学）卒業。1966年東北大学大学院文学研究科修士課程（心理学専攻）修了。2005年東北大学より博士（文学）。2001年～2011年淑徳大学総合福祉学部実践心理学科教授。2012年～2018年淑徳大学大学院附属心理臨床センター（相談指導員・研究員）。