

進行性神経疾患による中途障害者の 自己実現に関する臨床教育心理学的研究

藤澤 雅子

(2006年10月26日受理)

要約

不治の病や障害を負うことは、身体的・精神的苦痛を意味するだけではなく、時にはそれまでのその人らしさを完全に失ってしまうこともある。本稿で取り上げた事例もそのような患者の一人である。進行性神経疾患による中途障害者となったことで、自暴自棄に陥り、他者との交流や支援を拒否する中で、長期間にわたり孤立した生活を続けていた。しかし、筆者との間主観経験をもった関わり合いの中で、徐々に自分らしさを取り戻し、やがて自己実現へと志向していく著しい変容を確認することができた。そこで本稿は、間主観経験による筆者と患者の関わり合いを事例呈示した後、患者の内面世界の変容を理解するために、できるだけ患者の主観に筆者の主観を重ねあわせながら考察を行った。そして、臨床教育心理学にもとづく事例研究の方法により、患者が自己実現へと志向していくまでのその変容の過程を臨床実践を通して明らかにしていった。

キーワード 臨床教育心理学、間主観経験、ケア、態度価値、自己創造、自己実現

はじめに

本稿は、臨床教育心理学における間主観経験 (intersubjective experience) にもとづき、臨床実践を通して一人の患者の自己実現への志向過程を明らかにすることを目的としている。

訪問看護師が看護を行う場は、当然のことながらその患者が暮らしている家である。そのため、病気の状態も含め、患者が日々の生活をどのように送り、どのような気持ちで毎日を過ごしているのかという患者の日常生活状況は重要な事柄であり、患者がその人らしい生活や生き方ができるように支援していくことも、看護の中では大切な視点になる。

本来、自宅というのは自分にあつた時間の中で生活を形作ることのできる場であるが、病気や障害を負うことにより、それらが妨げられ、毎日の生活が辛く苦しいものへと変わってしまっている患者は決して少なくない。そして、本稿の事例でとりあげ

た患者もまた、このような患者の一人である。患者は、進行性神経疾患（難病）により身体の自由が奪われ、身体障害者としての認定を受ける中、自暴自棄におちいり数年間にわたって孤立した日々を送っていた。社会との交流を断ち、他者の支援や人との関わり合いを拒否し続ける状況であったが、筆者との5年11ヶ月の関わり合いの時間の中で、徐々に本来の自分らしさを取り戻し、やがて自己実現へと志向していく著しい変容を確認することができた。

彼が著しく変容したのはなぜだろうか、そして自己実現へと志向するその過程においてどのような心の変化をたどったのであろうか。彼のこのような内面世界の出来事や自己実現への志向過程をみつめ深く理解していくことは、患者の病気や障害、そして生活を幅広くみつめ支援していく訪問看護師にとっては必要なことであり、今後のケアにおいての多くの学びに結びついていくものと確信する。

研究方法

臨床教育心理学にもとづく事例研究

臨床教育心理学（clinical educational psychology）では、事例研究（case study）が重要な研究の一つとされており、クライアント一人ひとりが独自の、かつ一回限りの存在であるがゆえに、その一つ一つの研究が独自の、かつ一回限りのものであると了解されている¹⁾。そして、この研究に取り組むにあって留意すべきことを、伊藤は次の3点あげている²⁾。

- ① この学問は「よりよく生きること」が妨げられ苦悩するひと（以下、クライアント）と臨床心理学の研究者（臨床家）が臨床の場で間主観経験をすることではじめて成り立つ。
- ② この学問では、臨床家とクライアントとは共に主体であり、前者が後者を客体視することがない。
- ③ この学問では、臨床家がクライアントと同行（どうぎょう）しつつ、両者が共に共有しあった内容がそのまま「事例研究」の貴重な資料になる。

そこで本稿では、臨床教育心理学研究にもとづき、上記の点に留意しながら事例を呈示し、研究をすすめていった。

事例呈示

2

1 事例紹介

患者：Aさん、44歳男性、要介護3、身体障害者1級

診断名：脊髄小脳変性症、高血圧症

現病歴：30歳の時、歩行時のよろけ、言語障害にて発症。四肢・体幹と運動失調が急速に進行し、35歳でつかまり歩行、37歳から車椅子中心の生活となる。

現在、失調性言語、眼振、眼球運動障害あり、錐体路症状、小脳症状は極めて高度、体幹の動揺著明。室内移動は、つかまり歩行および四つ這い状態であり、度々転倒を繰り返している。

家族背景：3人兄弟の3男。母親（72歳）は、30歳頃、脊髄小脳変性症を発症し、現在、要介護5。長男（49歳）も30歳頃、同病を発症し、要介護2。

次男（46歳）も同病にて10年程前から施設に入所している。父親は5年前に再発癌にて死亡。

生活歴：高等学校卒業後、運送業や自動車整備士として勤務していた。発病後、31歳で勤務困難となり退職。母親の話によると、日常生活上必要な家事や介護は、父親が担っていたが、特にAさんは家族内最後の発病ということで、父親がすべての面で庇い、甘やかされた状況での療養生活になっていた。

老朽化の激しい平屋（2DK）に家族4人で暮らしていたが、父親の死後、家族とほとんど口をきかず攻撃的となったAさんは、物置として使用していた同じ敷地内の母屋より更に老朽化の激しい建物で一人生活を始めるようになる。6畳一間、トイレ付き。台所は無く、水道水を母屋からホースで引き、樽に溜めた水を使用している。ホームヘルパーに週1回、洗濯、掃除、買い物を依頼しているが、食事は毎日パン、カップ麺のみで一日2食の生活を続けている。1日1回午前中にカップ麺に必要なお湯をとりに母屋へ行き30分ほど滞在するが、仲の悪い長男とは顔をあわせることはなく、母親ともほとんど会話をしない状態が続いている。その他の時間は一人部屋にこもってテレビやラジオを聴いて過ごしているが、半年ほど前にパソコンを購入し、時々操作をしている。

性格：これまでAさんと関わりのあった保健医療福祉関係者および長男からは、自己中心的、変わり者、わがままとレイベリングされている。主治医からは、無口、内向性、繊細。母親によれば、「無口だが根は優しい子。しかし、最近のAのことはまったく理解できない」との事。Aさんに直接尋ねると、「そんなこと知りません」と言うが、数年後には「型にはめられたり、人から何か押し付けられることが大嫌い。自分のことは自分で決めないと納得できない堅物男だよ」と笑顔で言う。

2 Aさん担当までのいきさつ

脊髄小脳変性症を発症後、地域担当保健師が定期的に保健指導を開始。その後、病状の進行が早く身体障害者の認定を受けたため、障害者福祉課が介入を始める。行政側のスタッフから障害者の集い・友の会等の紹介や積極的な会への参加の促しがあり、時々Aさんも参加していた。

35歳の時点で歩行困難となり、Aさん宅の事情（75歳の父親が3人の介護を行うこ

との負担や住環境)やAさんの将来などを考え総合的に判断した福祉関係者が、障害者施設への入所を何度も勧めた。そのため一旦、Aさんも施設入所を決心し手続きが進んでいった。しかし、入所予定日の当日Aさんは入所を断わった。その後、福祉関係者との接触を拒否するため、接近困難事例として関係者から放置された状況が続いている。

主治医が月2回、訪問診療を行っているが、訪問してもほとんど口をきかず、診察を拒否することもある。また、1998年より訪問看護師が月に2回訪れているが、玄関先で断られたり、連絡なしに不在にしていることが多く、これまで何度も看護師が短期間で交代している。

2000年3月、介護保険制度のスタートに伴い主治医からAさん宅3人の介護支援専門員(ケアマネージャー)として関わって欲しいとの依頼を受け、筆者(以下、Sとする)とAさんの関わり合いが開始となる。

3 担当直前のAさんの様子(主治医より)

時々、車椅子で近所に出かけている様子であるが、ほとんど一日中家にこもっている。誰とも口をきこうとせず特に長男との仲が非常に悪い。最近は、「近所の人みんな自分の悪口を言っている。障害者だからと馬鹿にされている」等と被害妄想的なことを言い、精神的に不安定であり閉鎖的になっている。従って、上記の精神的状態および進行性の難病であることから、常に関わっている医療関係者の絶大なサポートが必要である、との事であった。

事例経過

1 第1期

電話連絡の上、約束の日時にAさん宅へ初回訪問に伺った。Sが自己紹介をした後、訪問の目的を伝えると、「はじめまして。Aです」と失調性言語のため、やや不明瞭ではあるが、ゆっくりとした口調でAさんは挨拶をして下さった。その後、介護保険制度の説明、Aさんの生活状況の調査と確認、今後の利用サービスについての話を進めていったが、「はい。そうですか。分かりません。そうして下さい」等の短い言葉で返事はするものの、その返事の仕方や口調があたかも他人事のような言い方であることがSは非常に気になった。とりあえずこれまで通り、家事援助目的で週1回のホームヘルプサービスと、月2回の訪問看護を利用することでAさんはサービスを決定された。帰り際再度内容を確認すると、「僕はあなたをケアマネージャーとして認めません。それに介護保険か何だか知りませんが、国が勝手に決めたことで僕には関係ありません」と、いきなり顔をそむけた状態で言われた。Sが驚き、戸惑って返す言葉を失ってしまうと、AさんはそんなSの様子を横目でチラッと見て、にやりとした表情をみせた。SはAさんのその表情に対して激しく怒りを覚えたが、気持ちを抑え、再

度手短に介護保険制度開始後のサービス利用方法を説明した。その後、介護支援専門員はAさんの意思で変更できることを伝え、どうされますか?とAさんに尋ねてみた。しばらく顔をそむけたまま黙っていたAさんであったが、「やはり先ほど決めた通りでよいです。ケアマネージャーのことは後で考えますので、とりあえずあなたがやってみたらどうですか」と再び他人事のように言われた。Sは一応了解の言葉を伝えてAさん宅を離れた。

帰宅途中、これまで多くの人を拒否し続けているという前情報から考えると、Aさんのこのような言動は予測範囲内のことであったが、Sは再度、怒りの気持ちが込み上げ今後Aさんと関わりあうことに対して憂鬱な気持ちや嫌悪感を覚えた。しかし、Aさんが何故あのような言動をとるのだろうか、長期間にわたり他者との交流を拒否したり攻撃的な態度を続けているのはなぜだろう、という疑問も同時に広がっていった。

介護保険制度におけるサービス開始後約1ヵ月目のモニタリングでは、ホームヘルプサービス利用により、これまでと同様な生活が維持されていた。しかしAさんは、訪問看護においては、血圧測定以外は一切を拒否し、看護師の問いかけに対しても無言の態度をとるため、5分以内の滞在となっていた。にもかかわらずAさんは、また翌月も同じ内容のサービスを希望された。

2週間後、Aさんから相談したいことがあるという電話があり、Aさん宅に伺ってみると、看護師を断るということであった。理由を尋ねても「あの看護師は駄目です」と短く答えるだけである。そこで、主治医の意見も含め、Aさんの病気の性質や状態からホームヘルプと訪問看護はAさんにとって必要なサービスと考えられること。しかし、サービスはあくまでも本人が必要なものを利用するものであり、Aさん自身がサービスの必要の有無を決定して良いこと。そして状況に応じてサービスの変更・中止・再開・新規サービスの開始はいつでも可能であることを伝え、Aさんの返事を待つことにした。4日目にAさんから再度電話があり「ホームヘルパーはそのままにします。訪問看護も必要ですが、とにかく看護師を変えてください。主治医にSさんも訪問看護師だと聞きましたので、あなたが訪問看護に来てください」ということであった。

Sは、Aさんの考え方が理解できないこと、どのような人であるのかが解らない事から生じる不安や緊張感を強く抱きながら、翌週約束の日時に伺ったがAさんは不在であった。約束をしたにもかかわらず何の連絡も無しに不在であることに対してSは不愉快な気持ちを抱く一方、Aさんに会えなかったことで訪問直前まで抱いていた不安や緊張から開放されている自分の心の変化に気がつき、自分自身を情けなく思った。

そこで、約束の日時に訪問したが不在のため帰宅すること、体の具合は大丈夫ですか?という問いかけ、次回の訪問予定日時と変更希望時には連絡して欲しい旨を記した紙を玄関先に置いて帰宅した。その後、Aさんからの連絡がないまま翌週の訪問日となったが、やはりAさんは不在であった。そして、その後もAさんの不在が続き、

それに対してSが毎回手紙を置き続けるという状況が7週間続いた。

Sはその間、Aさんが黙ったまま不在を続け、何も連絡をしてくれないということは、現時点においてのAさんの心の迷いの時間であり表現でもあると考えて、受け止め、待つことを続けた。そして、Aさんは自分のとる行動や態度に対して、Sがどのような態度や姿勢を示すのかを見ることで、Sという人間を判断しようとしているのではないかと考えた。このような時間の中でSは『待つ』『忍耐』という言葉は常に自分に言い聞かせていたが、2ヶ月が過ぎ何のきっかけも得られず、このままの状態が更に長期化することはむしろ悪影響になるのではないかと考えた。そこでAさんの意向をきちんと伺いたいので連絡をしていただきたいという内容を置手紙にして伝えた。

その日の夕方、Aさんから電話があり「僕が留守にしている間、Sさんが毎週来てくれていたことは解かっています。来週からは必ず家に居ますので訪問看護に来て欲しいです」と言われた。

もしかしたら、このままAさんはあらゆる事や人を拒否し続けていくのではないかと考え不安を抱いていたSであったが、Aさんの口から「来て欲しい」という意思表示の言葉をはじめ聞き、安堵感を感じ、待つことを続けて本当に良かったと思った。

そして同時に、前情報を基にAさんとの関わり合いにおいて、最初から先入観と構えの態度をもって接してしまっていた自分に気がつき、SはAさんに対して大変申し訳なかったと深く反省した。

2 第2期

Sはこれまで持っていたAさんに対する先入観を排除し、新たな気持ちでAさんの訪問看護に臨むことを決心した。

約束の日時に訪問すると、Aさんは布団に寄りかかった状態でラジオを聴いていた。Sはできるだけ明るくにこやかに「こんにちは。お久しぶりです。先週はお電話をいただき、どうも有り難うございました」と声をかけた。AさんはSのほうを見て気まずそうな表情で「あっ……どうも」と答えると直ぐに顔を下に向けて視線を逸らした。この一瞬のAさんの表情や言動の中に彼の気持ちの動揺と緊張を感じ取ったSは、やはりAさんはこの約2ヶ月間苦悩し、嫌な気持ちで日々を過ごされていたに違いない、と思えて同じ人間として何故か急に親近感を覚えた。

6 バイタルサイン測定後、Aさんに体の状態をいくつか尋ねてみたが、その都度「変わりありません」と答えるだけである。そのためSが「私は今日からAさんの担当看護師になったばかりなので、正直言ってAさんの日ごろの様子や状態が解からないの、だからAさんのことをきちんと知りたいので、もう少し詳しく教えて下さい」と言うと、硬い表情を僅かに和らげ「それもそうですね。僕もSさんのことは何もわからないのですから……」と言われ、その後は、少しずつ話をして下さるようになっていった。

主治医からの訪問看護指示書では、病状の観察、生活・療養上の指導・精神的サポート、外出介助があげられていたが、これらを行うにはAさんという人間をSが正しく理解することが不可欠であり、まずラポールの形成が必要条件になる。しかし、言葉で言うのは簡単であっても、人間（他者）を理解するということは決して容易なことではない。

SはAさんの気持ちに添うこととラポールの形成を第一に考え、次のことに留意した。①Aさんの話に傾聴し、受容、共感的態度で接する。②Aさんの言動の中でSが感じたこと、思ったこと、理解したことをS自身の言葉で表現しながらAさんに伝えていく。③不明な点、疑問に感じたことはその都度Aさんに尋ね、あやふやにしない。④AさんにS自身を理解してもらえよう、正直な気持ちと態度で接する。⑤常に温かい気持ちを持ちながら、同じ人間同士として対等に接していく。⑥意図的操作をしない。⑦Aさんのペース（時間の流れ）に合わせる。

約1ヵ月半が経過した頃より、Aさんに少しずつ変化が見られてきた。これまで血圧測定を行う際にもSとの間に身体距離をおいていたAさんであったが、Sの近くに座り自然な形で膝の上に手を置くようになり、また表情も穏やかになってきた。

「昔なつかしい曲を集めたテープを作ってみたので、時間まで今日は一緒に音楽を聴いていきませんか？」と、Aさんが時間をともに過ごす誘いのことばを初めて口にされた。20年程前に流行したSにとっても懐かしい曲と一緒に聴きながら、その当時の思い出話をSが始めると、Aさんも同様に当時の様子を語って下さった。同じ時間を共有でき、楽しかった気持ちをAさんに伝えると、「僕も今日は楽しかったです。また一緒に聴いてください」と笑顔で答えて下さった。

ある日、「今日はSさんに見てもらいたいものがあります」と、Aさんは数枚の写真を出してきた。それは、発病前の元気な頃の数枚の写真と、発病後の車椅子に座っている一枚の写真であった。車椅子生活となった頃、障害者福祉課の人に誘われて参加したという障害者の集いで撮ったその写真は、大勢の中でAさんただ一人だけがうつむいた姿で写っており、その写真を通して当時のAさんの辛い気持ちがSには伝わってきた。「みんなは楽しそうに笑っているけれど、Aさんは辛そう……とても楽しんだり笑える心境ではなかったのね……」と、Sの感じた気持ちをAさんに伝えた。すると「そう見えますか？」と尋ねられたためSがうなずくと、言葉に詰まりながらAさんは以下のことを話し始めた。

母親や兄の病気の姿を見ていて、いつか自分も同じ病気になるのではないかと思っていたが、そのことを認めたくなかった。こんなに早く歩けなくなるとは思っていなかった。車椅子生活になり、みんなに障害者として扱われるのが悔しくて嫌だった。施設入所を勧められ、一時は自分でもその方が良いのではないかと思ったが、入所したら自分の自由がなくなりそれで全てが終わりになる気がしたので断った。人は障害者としての安全な道を進ませようとするが、自分の話は聞いてもらえず、気持ちを理解してもらえなかった。自分の生き方は自分で納得して決めたい。そして、今日はS

さんに自分という人間を知ってもらいたかった、と言われた。

SはAさんの心の叫びを聞き、辛く苦しい気持ちでいっぱいになったが、同時に自分の気持ちを正直に語ってくださったAさんに感謝の念を強く抱いた。そして、病気や障害の有無にかかわらず、同じ一人の人間として尊重しあい、Aさんとこれから先、対等な気持ちで向き合っていきたいとあらためて思った。そこで「この先、AさんがAさんらしく生きていかれるように、必要なことを一緒に考えていきましょうね」と言い、Aさんが心を開示し、自ら語って下さったことに対してSは感謝の気持ちを言葉にして伝えた。

3 第3期

訪問時のAさんの表情は著しく穏やかとなり、笑顔も多く時々大声で笑うようにまで変化していった。Aさんの精神的安定はSひとりが主観的に感じるものだけではなく、主治医からの報告書類にもAさんの精神的安定状態が記されるようになっていく。

また、母親も「Aは変わった。以前は何で病気の子供ばかり生んだのか、早く老人施設に入所しろ、等と私を責めることばかり言うAだったが、最近はそのようなことは全く言わなくなり、私に優しくしてくれるようになった」と言われている。これらのことから、Aさんが精神的に安定したということは明らかである。

Aさんはパソコンが趣味で、これまで絵を描いては時々見せて下さっていたが、以前は建物や暗い表情の人物像が中心であった。しかし、この頃になると笑った動物の顔を描くようになり、色彩もモノクロのものから明るい色を使用した絵と変化している。「とても可愛い……Aさんの描いた動物はみんな楽しそうで、見ているだけで私も楽しく幸せな気持ちになれるわ」と言うSの言葉に、Aさんも「僕もそうです。楽しいです」と嬉しそうに言われた。そして、以前と比べてAさんの毎日の生活は外見的に大きく変化していないながらも「毎日が充実している」とAさんは自らの生活を高く評価する言葉を初めて口にされた。

その後、週に1回1時間のSの訪問時間を1時間半に延長して欲しいと言われ、理由を尋ねると、外出したいので車椅子介助をしてもらいたいということであった。他者との人間関係が上手く結ばず人との交流を拒否し続けていたAさんが、外に行きたいというのは大きな心の変化である。そこで主治医に報告の上、翌週から訪問時間を延長した。スーパーマーケットで買い物をしたいといわれ、散歩をしながら店に向かったが、数年間、買い物をヘルパーに依頼していたAさんにとって多くの品物の中から自分の欲しい商品を選び購入することがかなり困難な様子であった。しかし、Aさんは、自分の目で色々な物を実際に見て選ぶことの喜びや楽しさを口にされた。

外出を始めた頃は、近所の人と出会ってもうつむいて顔をあわせようとしないAさんであったが、Sが近所の人と挨拶や短い会話を重ねる中で、徐々にAさんも挨拶を交わすようになり、やがて自ら挨拶の言葉をかけるようになっていった。近所の人と出会うことや買い物に慣れたAさんにとって外出は大きな楽しみであり、一人家にこ

もった生活の中で気分転換の図れる大切な時間として位置づけられた。社会性の拡大、QOL (Quality of Life) の向上という観点からも、外出はAさんにとって必要不可欠なものであると考えられた。

Aさんは老朽化により段差の激しい建物に住んでおり、また、運動失調が強く身体バランスが不良なため、室内移動時の転倒が多く、一人で外出することが困難な状況になっていた。そのため、Aさんが一人でも外出できるようにと一緒に話し合いと検討を重ね、室内の段差解消、手すりの設置、玄関の拡大と扉の変更などの住宅改修を介護保険制度を活用して施行した。その結果、悪天候の日を除いて短時間ながらも一人で毎日外出するようになっていった。Aさんは毎日の外出を「これは僕のリハビリです」と言い、その頃から室内に設置した手すりにつかまり屈伸運動のほか、室内での体操を開始し、時間を決めて毎日続けていることを報告して下さった。Sは前向きな姿で日々努力を重ねているAさんに対して心より尊敬の念を抱き、Aさんの姿を高く評価する言葉とSが感じた喜びの言葉を素直に伝えると、「どうもありがとう。自分なりに頑張ってみます」と嬉しそうに言われた。

寝たきりになりたくない、少しでも病気の進行を遅らせた、と言われるAさんに、運動以外にも毎日の食事（一日2食、パンとカップ麺のみ）の改善が必要であることを説明し、相談の上、夕食の民間宅配サービスを利用することにした。精神的安定、毎日の運動、そして食生活の改善のためか、血圧が安定し、約4ヶ月後には長期間服用していた降圧剤と睡眠導入剤が中止でき、コレステロール値も半年後には著しく低下した。身体的にも精神的にも安定した状態がその後も続き、Aさんは趣味のパソコンや音楽、そして外出を楽しみながら日々を過ごされていった。

4 第4期

安定しているAさんを誰もが安心した気持ちで見守れる状態がその後、約2年間続いた。しかし、その間、家の老朽化が進み雨漏りとともに、再び室内の段差や傾斜が出現しはじめ、室内移動時の転倒回数が増加してきた。やがて、普通の人が住むような安全な家で暮らしたい、とAさんは引越しによる一人暮らしを希望される言葉を頻回に口にされるようになってきた。同じ敷地内にある母屋もまた老朽化が激しく、母親と長男がそれぞれ安定した生活を確保していることや家の間取りから判断しても、Aさんが母屋に移り住むのは困難なことは明らかである。しかし、病気や障害のため日常生活上困難の多いAさんが、新たな場所で一人暮らしをしたいということに対してSは大きな不安を抱いていた。そして、Aさんの気持ちや状況も理解できる一方、不安な気持ちを正直に伝えられず、SはAさんの引越し希望の話をできる限り回避してしまっていた。主治医もAさんの一人暮らしは絶対に無理だ、と言われ、必要な住宅改修を再度行うことにより、現状を維持することを強く勧めた。

AさんとSとの関わり合いは、表面上は何の変わりも無く良好であったが、SはAさんの気持ちに正面から向き合えない自分に嫌悪感を抱き、Aさんに対して申し訳な

い気持ちでいっぱいになっていた。しかし、このままではいけないと思い、ある日Aさんに引越しを希望されていることは解かっているが、それに対してSが心配な気持ちと不安を感じており、その為Aさんの話にどう返事をしたらよいか解からずあやふやな態度をとってしまっていたことを詫びた。しばらく黙っていたAさんは「Sさんが困っていることはわかっていました」と言われ、その後、何か思いつめながらも決心した表情と口調で、次のことを話し始めた。「家の老朽化が激しく、修理をしても一時的なもので、将来的に見てもこの場所に住み続けるのは不可能と考えた。傾斜による段差で転倒することが多く、それにより骨折や入院、寝たきりになりたくない。雨漏りや隙間風が入らない、少しでもいいから陽のあたる安全な家に住みたい。毎日それなりに今は過ごせているが、この先ずっと同じ毎日を長く続けたくはない。新しい場所で、近所の子供たちにパソコンで絵を教えるなど、自分にはまだ何かができそうな気がする。自分の夢をかなえたい。自分の可能性をためしてみたい。病気になる前は、いつも急いでバイクで道を通り過ぎるだけだったが、Sさんと車椅子でゆっくり外に行き話をしている中で、今まで見えなかったものが見えるようになってきた。道端に咲いている花にも気がつき、季節の変化が街の景色を通してわかるようになった。人にはそれぞれ違った時間があるのだと……だから自分のペースで時間を過ごしていけばいいのだと思うようになり、気持ちが変わった。だから安心してのんびり過ごせる場所に引っ越したいと思う」

SはAさんの話を聴く中で、今のAさんなら大丈夫、必ずできる、という気持ちが大きく広がり、いま目の前にいるAさんの自己実現に向けて心より応援したいと強く感じた。その後、Aさんの意志を主治医に伝えたところ、不安な言葉を残しながらも理解が得られた。そのため障害者向けの公団住宅を応募してみることになった。しかし、落選が続くとAさんは焦りだし、民間の住宅を探し始められた。近所の不動産屋を数件回られたが状況は厳しく、車椅子生活であることや保証人の適否を理由に半ば門前払いの状況が続くと「どうせ僕は障害者ですから」と暗い表情で自分を卑下する言葉を再び口にするようになってしまった。

健康な成人にとってはそれ程困難ではない住宅探しも、病気や障害を抱え定職がないということは、大きな障壁であり、Aさんの自己実現への道の妨げになっていることは明らかである。そこで、民間の住宅を一人で探すのは困難であると考え、障害者福祉課の担当者への相談と協力をAさんに勧めてみたが、頑なに拒否され、その後も住宅探しが進展しない状況のなかで、自らを卑下する言葉や社会への不満を多く言い続ける日々が続いた。

Sは訪問看護ステーションに所属する看護師の立場として、Aさんに必要な情報提供や助言、関連職種との連絡連携や調整は行っていたが、実際にAさんの新居を探し与えることはできないことである。また、Aさんにとって人生の大きな転機となり得る重大な事柄を他人が容易に決めることではないと考えた。そのため、SはAさんの自己実現を願いながら、温かい目で見守り、Aさんの苦しみや悔しさを共感的に受け

止め、傾聴に意を注いだ。

ある日の外出中、車椅子を押しているSにAさんが「僕が別の場所で一人暮らしをしたいということに対して、本当のところSさんはどう思っていますか？」と突然尋ねられた。突然の問いかけに一瞬戸惑いを覚えたが、直ぐにSは正直な気持ちとして以下のことをAさんに伝えた。

今の家の老朽化や構造から判断すると、Aさんが今後長く住み続けることは難しく、更に住宅内事故を引き起こしやすい状況であると思うこと。しっかりした考えのもと新しい場所での一人暮らしを決心されたAさんを立派に思い、今でもSなりに応援していること。進行性の難病という病気から考えると、今後も多くの困難が付き纏うと思うが、転居先で保健医療福祉関係者と良好な人間関係を結び、上手にサービスや制度を利用すれば、十分やっていけると信じていること。Aさんの年齢から考えると、やがて加齢による身体機能の低下も徐々に伴ってくるため、引越しをするなら体力や気力が十分ある今の時期が適当だと考えること。新居を探すにあたっては住宅構造だけではなく、周囲の環境、交通事情、医療機関や福祉サービスの充実している場所などを十分考慮した上で、焦らず上手に他者の力を借りながら慎重に動いたほうが良いと思っていること等を話した。

Sの話をも黙って聞いていたAさんは「話をしてくれてどうもありがとう。僕もまた自分にはできそうな気がしてきました。時間がかかってもやってみます」と力強い口調で言われた。

その後、必要に応じて住宅の探し方や探すために利用できるサービス情報の提供を行っていったところ、Aさんは近くの障害者センターに設置されているインターネットや資料の活用、私費のヘルパーやボランティアを上手に利用しながら探し続けていかれた。

約半年後、自宅から車で1時間弱の隣県に住宅が見つかったと嬉しそうにAさんは報告して下さった。そして、新居となる住宅の段差解消・手すりの設置などの必要な住宅改修が完了した1ヵ月後、「月に一度は母親に会いに戻って来ます。その際、現在の主治医のところにも通院します」と言われ、Aさんは自分自身で切り開いた新たな道に向かって力強く歩みだしていかれた。

事例の分析および考察

本事例の分析・考察方法としては、障害者の心理や病気の受容過程における患者の心理などの心理学的分析方法、心身の健康面のケアに焦点をおいての看護学的分析方法、接近困難事例への対応を中心とした地域福祉からの分析方法、その他、医療看護におけるカウンセリングや人間学的方法などさまざまなアプローチが可能であろう。

しかし、進行性疾患により中途障害者となってしまったAさんが、なぜ他者との交流や支援を拒否し、長期間孤立した生活を続けていたのか、筆者(S)との関わり合

いの中でAさんが自分らしさを取り戻していかれたのは何故だろうか、そして、自らの生き方を考え自己創造・自己実現へと向かっていかれたのは何故だろうか。このようなAさんの変化(変容)とその意味を理解するためには、人と人が真に出会い、同行し、アウェアネス(自己覚醒つまりは自分という存在に目覚め、どう生きるのかを自覚する作用であり、自己創造の中核をなすもの)³⁾に至る心理学、そして事例の一つ一つが独自のかつ1回限りのものであり、一つ一つのそれ自体が真理であると了解されている臨床教育心理学からのアプローチが最適であると考えた。

教育心理学と臨床教育心理学の違い、および臨床教育心理学の方法論については別稿⁴⁾で述べたため重複をさけるが、その方法論を持って、Aさんを客観的に捉えて分析するのではなく、可能な限り主観を重ね合わせることでAさんの内面世界をみつめ、理解を深めていくことを試みたい。

1 発病に関して

「母親や兄の病気の姿を見ていて、いつか自分も同じ病気になるのではないかと思っ
てはいたが、認めたくなかった」という言葉からも、脊髄小脳変性症の発症は、Aさんにとっては予測範囲内の出来事であったに違いない。しかし、自分だけはきっと大丈夫なのではないかという思い、いつまでも健康でいたいという願い、そして、共に暮らす家族の姿を通して病気の症状や進行状態、日常生活における不自由な状況を知っているがゆえに抱く不安や恐怖が重なり、Aさんにとって脊髄小脳変性症の発病は受け入れがたい事実であったと考えられる。

また、発病後、先に発症している家族の中の誰よりもAさんの病気の進行が早く、短期間で車椅子が必要な状態となり障害者としての認定を受けたことも受け入れ難い事実であり、そしてまた予想外のことでもあったと考えられる。

障害受容の過程は個々異なりをみせるが、身体的状況との関連において一般的に、ショック・回復への期待・混乱と苦悩・適応への努力・適応、にわけて考えられている⁵⁾。これにあてはめて判断すると、Aさんは長期間、ショック、混乱と苦悩の中にいたものといえる。

以上のことからAさんは、病気や障害を自らの現実問題として認め受け入れることがなかなか出来ず、不安や恐怖、苦しみや悲しみを抑えきれずにそれらを怒りの形として自己や他者に投げかけざるを得なかったのではないかと推測できる。

12

2 時間とところの関係について

人間にとって愛する人の病気や障害、そして死を受け入れることは容易なことではない。ましてやそれが家族であるならば、その悲しみや苦しみは絶大であり、受け入れるためには多くの時間を必要とするものである。Aさんの場合、母親をはじめに相次ぐ兄弟の発病、そしてそれに伴う障害を負った姿を家族の一員として受け止めなければならない状況における時間の中での自らの発病、そして父親の死。これらを現実

のものとして真に受け止めるには、こころの葛藤や多くの時間が必要であることは、誰の目から見ても明らかであろう。従って、そのような現実を受け止め、病気や障害を負った自らと融和するための時間がAさんにはまだまだ十分に与えられないまま、状況の激変が続いたものと考えられる。

父親の死後、障害者世帯となってしまった状況の中で、Aさんは自らの将来像を描くことができず、不安な日々を送っていたに違いない。そのような中、福祉関係者の勧めにより障害者の集いへの参加や一旦は施設入所を決められたが、周囲の動きの速さにAさんのこころの動きがついていけなかったものと考えられる。このことは後にAさんが語った「みんなに障害者として扱われるのが嫌だった。人は障害者としての安全な道を勧めるが、自分の生き方は自分で納得して決めたい」という言葉からも明らかである。このように物理的時間の流れと心の時間には密接な関係があり両者は結ばれているが、人には両者のそれぞれ異なる時間の流れがあることを我々は厳に受け止め、理解して関わっていくことが大切である。

3 怒りについて

自分ではどうすることもできない運命に対する怒り、病気により身体や生活の自由が奪われてしまったことに対する怒り、自らの苦悩が他者に理解してもらえないことへの怒り、自分の意思と無関係に周囲が動いてしまうことに対する戸惑いや怒り、障害者というフィルターを通して自分を受け止める周囲の人に対する怒りなどさまざまな怒りをAさんは抱いていた。しかし、このような多くの怒りを抱くAさんは決して特別な人間ではない。回復不可能、治療不可能な病気を抱える状況に置かれた患者は、当然、自分の運命を恨み、自暴自棄になってしまうといわれ⁶⁾、重ねて死や障害の受容過程における人間の心理状態から考えても、Aさんの抱く怒りの感情はすべて理解できるものである。

Aさんは怒りの感情を、母親への叱責や、保健医療福祉関係者に対しての拒否や拒絶、無視という形で表現していた。しかし、ここで注意して考えなければならないことは、母親に対する叱責は、親子関係という絶対安心感や信頼が基盤にあることに対して、保健医療福祉関係者には叱責という形をとらずに拒否的態度が中心であったということである。病気と障害を抱えたAさんは、無意識的ながらも保健や医療・福祉が自分にとって必要なことを感じており、彼らとのつながりの必要性を感じていたからこそ、あえて拒否するだけというレベルでの怒りの感情を表出していたのかもしれない。

Aさんがさまざまな形をもってあらゆる方向に向ける怒りは、一見身勝手のようにあり、怒りをぶつけられる人々にとっては受け入れがたいものである。しかし、拒否や無視という形での怒りの表現もAさんのコミュニケーションの一つの方法である。従って、たとえ受け入れがたいものであっても、Aさんの怒りを無視したり回避することなく、その感情を受け止め、感情の奥にある更に深いニーズや内的感情に目を向

け、コミュニケーションしていく必要が我々にあったのではないだろうか。

Aさんの怒りは決してある特定の個人に向けられていたものではない。しかし、その時々怒りをぶつけられた者にとっては、自分個人に向けられたものとして捉えてしまい、その結果、自己防衛的になり、まるで腫れ物を触るような態度でAさんに接したり、また遠ざかってしまっていたのではないだろうか。そして、Aさんは接近困難事例として取り扱われる中、人々が自分から離れていくことへの不安や恐れも加わり、更なる怒りの感情とともに孤立した状態の長期化に結びついてしまったものと推測する。

またAさんの怒りが長期化していたことに関しては、エリザベス・キューブラー・ロスをはじめ、一般的にもいわれるように、怒りは生きる力でもある。そのため怒りを表出することでそれまで封じ込められていた孤独の苦しみから一時的にしるAさんは解放されていたということも考えられる。更に怒りの感情の中には多くの場合、傷つけられた自尊心があるといわれることから、辛く苦しい状況の中、Aさんが自らを支え生きていく上でも、怒りはAさんにとって必要な感情であったと言える。

4 ケアの視点を通して

Aさんはこれまで主治医を除いて関わりあう全ての人々を短期間で断り、その後の接触や交流を一切もとうとしなかった。しかし、Aさんの転居により訪問看護が終結となるまでの5年11ヶ月という長期間、Aさんと筆者(S)との関わり合いが継続できたのは何故だろうか。そのことに関して以下、考察を深めてみたい。

出合いの初日、Sの話や説明に対してあたかも他人事の話であるかのような口調で返事を繰り返し無関心な態度を示していたと思えば、いきなり「僕はあなたを認めません」と言うAさんであった。その後も、Sに訪問看護を依頼しながらも黙って不在を続けるAさんでもあった。このようなAさんに戸惑いや不安、怒りの感情を含め不愉快な気持ちを抱き、少なからずAさんの担当から外れたいという一種のAさんを拒否する気持ちがSの中に生じていたことは事実である。しかし同時に、Aさんが何故そのような態度や行動をとるのかを考える中、S自身も自らの感情を振り返り、いたらなさを反省したことも事実である。

AさんとSとの間にラポールが形成されるその日まで、Sが心の葛藤を繰り返していたのと同じように、Aさんも心の葛藤を繰り返していたに違いない。それは、SがAさんの意向を求めたことに対して「Sさんが毎週来てくれていたことは知っています」という言葉からも、またSが毎週続けて来ていることを知りながら、しかしそれに対してどうしていいのかが決められず、断ることもせずに黙ったままでの不在を続けていたAさんの行動や気持ちからも、そして訪問看護開始日のAさんの気まずそうな表情や緊張した様子からも判断できる。

同じ緊張や不安を抱き、心の葛藤を繰り返していた者同士として、Aさんを身近な存在としてSが感じられたことは、S自身の大きな心の変化であり、また、Aさんとい

う人間に関心を抱き始めるきっかけになった。Aさんへの関心の広がり、別の言い方をすれば、Aさんを正しく理解したいという思いの広がりである。従ってそのようなことから、客観的な観察の目を通して一方的にAさんを捉えるのではなく、相互理解を通してAさんを深く知りたい、理解したいと考え、間主観経験をもちてSはAさんと関わりあっていった。

間主観経験を通して互いに了解しあうことは、双方の理解が深められ、その関係性において互いに安心感や信頼感を得ることができる。安心感をもって正直な気持ちでAさんに接することができるようになったSに対して、Aさんも自分を正しく知ってもらいたいと自らの苦悩や願望を語り始めている。Aさんの苦悩や願望、喜びなどをSなりに受け止めたことを言葉として伝えていくことで、更にAさんは自らが正しく受け止められていることを理解し、安心して前に進みだしていくことが可能になったと考えられる。

このことを伊藤は、臨床の場という限定された状況において以下のように述べている。「間主観性とは、臨床家としての私とクライアント、ないしはクライアントと臨床家としての私は相互に主体であることを前提に、願望、苦悩、意図、歓喜、意志などの主観の世界を共感的に了解しあうという間柄を共有する在り方を言うが、それは両者が対等に話し合いを重ねつつ相互に相手の経験内容を追経験しつつ思いを開示し、一つの世界を共有することに他ならない。(中略) 相互に主体として出会いつつ一つの世界を共有しているとき、つまりは相互に主観の世界を共感的に了解し合っているとき、クライアントは確実によく生きる方向へと志向しだす」⁷⁾

以上のことから言えるように、AさんとSとの関係は相互が主体であり共に共通理解のもとAさんの世界を共有していく中で、互いに成長できる間柄が間主観経験を通して形成されたことが、AさんとSの長期間の関わり合いを可能にしたものと考えられる。

人間のケアにおける相互性に関しては、既にE・H・エリクソンやM・メイヤロフも述べているが、ケアはどちらかが一方的に何かを相手に施すというのではなく、本質的に相互的であるということを、本事例を通して強調したい。

5 態度価値の実現に関して

Aさんの表情が明るく穏やかになったこと、会話が増え、声を出して笑うようになったこと、これまで叱責を繰り返していた母親に対する態度が優しくなったことなどからAさんの精神状態が安定してきたことは、Sの主観的判断だけではなく、客観的にも判断できることである。

精神的安定が得られたことで、Aさんは少しずつ本来の自分を取り戻すことができたのであろう。色彩豊かな明るい絵を嬉しそうに描くこと、好きな音楽を集めてオリジナルのテープを作成すること、外出や買い物に出かけることなど、生活の中で自分

の楽しめる時間をもてるようになり、「楽しい、おもしろい」という言葉を口にして
いる。しかし、外出を通して生活範囲の多少の拡大が得られたものの、これまでとそ
れほど外見的に変わらない日々を送っているAさんが、「毎日が充実している」と自
らの生活を評価するようになったのは、Aさんの受け止め方や考え方が明らかに変化
したからだと考えられる。

そして、自ら健康にも目を向け始め、積極的にリハビリを開始するなど、前向きに
進み始めたAさんの姿が確認できるようになっていった。やがてAさんは「自分の道、
自分の生き方、自分の人生、自分の可能性」等という言葉、つまり、自分の将来を見
つめ出せた故に発することのできる言葉を口にしていく。

Aさんにとっては、先に同病を発症している兄弟や、すでに要介護5の認定を受け
ている母親の姿を通して、容易に身体的困難の多い自己将来像を描くことができるは
ずである。しかし、それにもかかわらず、前向きな姿勢で将来をみつめはじめたのは、
やはりAさんの中で病気や障害、そして自分に対する考え方や受け止め方が変わった
からだと考えられる。

また、「いままで見えなかったものが見えるようになった。気がつくようになった。
わかるようになった」というAさんの言葉、そして何よりも「気持ちが変わった」と
表現したことからも、Aさんの中で明らかに考え方の変化が起きたことが実証される。

V・E・フランクは、生きるのは何のためか、という生きる意味、生きる目的の
追求を人間独自の実存的欲求であると考え、このことを「意味への意志」として提起
した。そして、人生においては、どんな時にでも実現されるべき意味があり、それは
「創造価値」「体験価値」「態度価値」の3つの価値にわけられるという。その中の態
度価値とは、「自分の可能性が制約されているということが、どうしようもない運命
であり、避けられず逃げられない事実であっても、その事実に対してどんな態度をと
るか、ということによって実現される価値であり、それらの事実をどのように受け止
め、解釈し、そこから自己の人生をどのように形づくっていくかは、現在の自己の態
度にかかっている⁹⁾」と述べている。

Aさんにとっては、進行性神経疾患である脊髄小脳変性症の発病と、そのことによ
って体の自由が奪われて、身体障害者となってしまったことは、避けられず逃げられ
ない事実であり、運命である。その事実に対して、これまで自暴自棄になっていたA
さんが、苦悩することの中から本来の自分を取り戻し、不可避な事実に向き合いなが
らも前に進んでいこうとする姿や、新たな気づきや発見の言葉、そしてAさんの表情な
どを通して、はっきりとAさんの変容を認めることができる。Aさんのこのような変
容は、V・E・フランクのいうところの態度価値の実現と考えることができ、そこ
からAさんは自らの人生に豊かな意味を見出していかれたものと考察する。

6 自己実現および自己創造について

V・E・フランクは更に「困難に対してどのような態度をとるかということのう

ちに、その人本来のものが現れ、また、意味のある人生が実現される。(中略)不幸に耐えて苦悩することそのことで、人間は高貴にされ、最高価値の領域へさえ高められる』⁹⁾と述べている。

フランクルのいうところの最高価値の領域とは、A・H・マズローの提唱する人間の欲求階層論における自己実現の欲求としてみることができであろう。A・H・マズローは、自己実現の欲求を「自分がこうありたいと思うこと、自分にもっとふさわしいこと、自分の力を最大限に発揮できることをやろうとする意欲が高まり、これらの欲求は、人間の可能性を実現するものであり、個人の個性や能力を発揮するもの」¹⁰⁾と述べている。

従って、これらの視点から考えると、Aさんは態度価値の実現を通して、自己実現へと自らを高めていったものと考察できる。このことは、「自分にはまだ何かできそうな気がする。自分の夢をかなえたい。自分の可能性をためしてみたい」というAさんの言葉からも明らかに言えることである。また、自らの病気や障害を受け止め、将来の生き方を考えた上で、自分の生きる道として新たな土地での一人暮らしを選び、そして困難を乗り越えながらも自らの目標を達成していったことから証明できる。

最終的にAさんは、自らの夢と目標を達成するという結果に至ったが、その結果の良否だけが重要ではなく、そこに至るまでのプロセスを筆者は大切に受け止めたい。

伊藤は、自ら主体的に自己を変えていくことを、自己実現ないしは自己創造と位置づけ、それは、その人としての可能性の実現であり、意味深い人生を歩むことを意味する¹¹⁾と述べている。以上のことから、長期間、自暴自棄となり社会との交流を断っていたAさんが、苦悩の中から自らの生き方を考え、創造していかれたそのプロセスが意味深い人生の歩みであり、可能性の実現としてとらえることができる。従って、このことを筆者はAさんの自己実現ないしは自己創造として位置づけた。

おわりに

我々は通常、平穏無事な毎日の生活の中で自らの人生を見つめ、生きる意味や目的を深く考えることはそれ程多くはないだろう。しかし、病気や障害を負ったとき、自らの老いや死を見つめたとき、人生の途上でさまざまな困難に出会ったとき等、多くの人は自らの人生を見つめ、その中で生きる意味や目的に関する問いを投げかけ苦悩する。

保健医療福祉関係者が臨床の場で関わる人のほとんどが何らかの困難を抱え苦悩しており、別の言い方をすれば、保健医療福祉関係者は常に困難を抱え苦悩している人々の傍らに立つ存在であるといえる。病気・障害・老い・そして死などを通して人間が抱える多くの苦悩は、一人一人その内容や程度、受け止め方は異なるが、ほとんど全ての人が一度は悩み苦しむものであり、そのような苦悩を抱く人々への適切な対応と支援が常に求められている。「眼前にそそり立つ壁を攀じ登るためには全てを

自力で、ということは殆ど不可能であり、正しい支援を必要とする。その支援が教育という営為に他ならない¹²⁾と伊藤が述べているように、困難を抱え苦悩している人に対する正しい支援や教育のあり方を、今後さらに深めていく必要がある。

今回、本事例の患者との関わり合いを通して、次の事をはじめとし、筆者は多くのことに気づき、そして学ぶことができた。①眼前の患者の姿をあるがままに受け入れることの大切さ、②患者の一部分を見るのではなく、全人的存在である一人の人間として受け止めていくことの大切さ、③相手の気持ちを考え、親身になって常に向き合っていくことの大切さ、④互いに同じ人間同士として尊重し合い、同じ方向に向かって進んでいくことの大切さ、⑤患者の持つ人間としての可能性を信じていくことの大切さ、⑥謙虚な気持ちで常に自己を見つめ、振り返っていくことの大切さ等。従って、今回の研究を通して学んだ多くの大切な事柄を真摯に受け止め、今後医療・福祉の場における教育や支援に対する考えを深めて行きたい。

引用文献

- 1) 伊藤隆二「臨床教育心理学と「事例研究」の研究 : 間主観経験を主題に」『東洋大学文学部紀要』第50集, 1997, p.152.
- 2) 伊藤隆二 前掲論文1) p.145.
- 3) 伊藤隆二「臨床心理学と「臨床教育心理学」 : 行動主義教育心理学を超えて」『東洋大学文学部紀要』第49集, 1996, p.26.
- 4) 藤澤雅子「終末期における人間の可能性 : 間主観経験を主軸とした臨床教育心理学的研究」『淑徳短期大学研究紀要』第42号, 2003, p.68-71.
- 5) 福祉士養成講座編集委員会『介護福祉士養成講座7/老人・障害者の心理』(新版) 中央法規出版, 2003, p.170-174.
- 6) 諸富祥彦『フランクフル心理学入門 : どんな時も人生には意味がある』(第4版) 星雲社, 1999, p.202.
- 7) 伊藤隆二 前掲論文1) p.151.
- 8) V・E・フランクフル 山田邦男, 松田美佳訳『それでも人生にイエスと言う』(第16版) 春秋社, 1996, p.196-198.
- 9) V・E・フランクフル 前掲書8) p.38-39.
- 10) 上田吉一『人間の完成 : マスロー心理学研究』(第3版) 誠信書房, 1991, p.46.
- 11) 伊藤隆二「臨床教育心理学の方法論的考察」『東洋大学文学部紀要』第48集, 1995, p.72.
- 12) 伊藤隆二『人間形成の臨床教育心理学研究「臨床教育心理学と範例中の典型」』風間書房, 1999, p.204.

18

参考文献

- 1) 山田邦男『生きる意味への問い : V・E・フランクフルをめぐって』佼成出版社, 1999.
- 2) V・E・フランクフル 山田邦男監訳『制約されざる人間』春秋社, 2000.
- 3) ミルトン・メイヤロフ 田村真, 向野宣之訳『ケアの本質 : 生きることの意味』ゆ

- るみ出版, 1998.
- 4) 畠瀬稔編『人間性心理学とは何か』大日本図書, 1996.
 - 5) S・Kay Toombs 永見勇訳『病の意味 : 看護と患者理解のための現象学』日本看護協会出版会, 2001.
 - 6) 小林司『「生きがい」とは何か : 自己実現へのみち』日本放送出版協会, 1994.
 - 7) ヴァン・デン・ベルク, 早坂泰次郎『現象学への招待 : 〈見ること〉をめぐる断章』川島書店, 1999.
 - 8) エリザベス・キューブラー・ロス, デーヴィッド・ケスラー 上野圭一訳『ライフ・レッスン』(第4版) 角川書店, 2005.