

クローズアップ「看護ケア」

— ヒューマン・ケア & バリデーション・ケア & グリーフ・ケア —

呉大学看護学部看護学科

山根節子

キーワード：ヒューマン・ケア，ケアリング，バリデーション・ケア，グリーフ・ケア

■ はじめに

最近では、精神障害者・認知症、悲嘆の「ケア」として、人が人を「ケア」することの意味や効果がようやく注目されるようになりました。もちろん昔から行われてきたことではあります。

本論は精神保健看護介護福祉の場で、効果を発揮している「ヒューマン・ケア (Human Care)」「バリデーション・ケア (Validation Care)」「グリーフ・ケア (Grief Care)」についての具体的な場面を紹介し、看護ケアの実践及び看護基礎教育の臨地実習において、より活用・実践されることを願って、読者対象を学生とした解説文としてまとめたものです。

尚、「バリデーション・ケア」は、文献や資料では「バリデーション療法 (Validation Therapy)」として紹介されていますが、筆者は「バリデーション・ケア」として紹介することをお断りしておきます。

「ヒューマン・ケア」,「バリデーション・ケア」,「グリーフ・ケア」の順で述べます。

■ 今何故、「ヒューマン・ケア (Human Care)」なのか

「ヒューマン・ケア」や「ヒューマン・ケアリング (Human Caring)」という概念が日本の看護系学会で取り上げられた最初は、昭和64 (1989) 年の日本看護科学学会が主催した第1回国際看護

学術セミナーです。メインテーマが「ヒューマン・ケアリングと看護」でした。ですから比較的最近のことといってもよいでしょう。この時「ワトソン看護論—人間科学とヒューマン・ケア—」の著者であるワトソン (M. Jean Watson) が来日、「ヒューマン・ケアリング理論の新次元」と題した講演が行われ、「ヒューマン・ケア」や「ヒューマン・ケアリング」について考えてみる機会が与えられたのです。

その後、「ヒューマン・ケア」という用語は、「看護学教育の在り方に関する検討会 (文部科学省, 平成14年度)」などの報告書でも用いられ、本も出版されるようになったわけですが、まだ「看護ケア」として、医療・看護の実践の場で充分意識されているとはいいがたいのです。

どうして意識されないのかといいますが、これまでは「ヒューマン」をつけないで「ケア (Care)」という用語が用いられていたからです。では「ヒューマン・ケア」と「ケア」はどう違うのか、次にこの点を考えてみたいと思います。その前に「キュア」から「ケア」への流れをみてみましょう。

1. 「キュア (Cure)」から「ケア (Care)」へ

医療の場で「ケア (Care)」という用語を最初に用いたペーパーは、ハーバード大学医学部教授の F. W. Peabody による “The Care of The Patient” (米国医師会雑誌, 「JAMA」1927 (昭和2) 年) と言われています。医師によって「キュア：治療」と「ケア」の違いが述べられたのです。

Peaboy 医師は、ナイチンゲールと同様に、治療だけでは患者さんを回復させることは無理だということを実践のなかで気づいたということになります。

「Care (名詞)」を、英語辞書で調べてみますと、「心配、注意、苦勞、関心、配慮、世話、保護、手当て、責任」といった人への関りの内容が述べられています。「看護 (Nursing)」と同じ内容がでできます。日本では「看護」としないで「看護ケア」とする理由は、人によって違いはあると思いますが、保健師助産師看護師法の「看護師」の定義(第5条)も関係しているように思われます。

「この法律において、看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくは、じょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする者をいう(第5条)」の「診療の補助」が「看護」として規定されていますので、診療の補助ではない内容について述べる時は用いる用語に注意するわけです。

2. 「ケア (Care)」から「ヒューマン・ケア (Human Care)」へ

ところが今日「ケア」という用語は、広く社会で用いられるようになり、「カー・ケア(自動車)」、「ウェア・ケア(服)」など用いられており、それらとの区別において「看護ケア」として用いている面もあったでしょう。

そこへ新たに「ヒューマン・ケア (Human Care)」という用語・概念が登場したのです。「Human Care」の直訳は「人間的なケア」ですが、ここには単に人が相手であるという程度の使い方ではない、深い思想・理念・哲学・人間学・看護学などの考えが存在しています。その考え方の特徴の共通した視点は、「人」や「ケア」をホーリスティック (Wholistic: 全体論的) な方向から考えようとする立場にあることです。

3. 「ヒューマン・ケア」は学際的・総称的である

「ヒューマン・ケア」の考え方は、ホーリスティック (全体論的) な方向から考えようとする立場で、看護学という1つの学問を超えて、保育、教育、福祉、医療、看護、介護など広く「人」に係わる学問と実践の場に共通した「学際的用語」であり「総称的用語」なのです。

4. 「ヒューマン・ケア」の考え方の特徴

「ヒューマン・ケア」の考え方の特徴としては、専門家が相手を観察の対象 (対象化) にするのではなく、かかわりながら理解しあい、ケアを受ける人とケアを提供する側は、相互に影響されつつ、共に成長する関係である、という考え方です。

もちろん「観察」も大切です。その「観察」を「ヒューマン・ケア」として行うということです。みえるるものが違ってきます。

その例は、母の温もりとベビーの温もりを、肌を通して伝え合いながら互いにケアし合っている「カンガルー・ケア」などがその実際例の典型です。母が子を育て、子が母を母として育てる関係にあるという考え方です。現在は、後で述べます認知症の人への「バリデーション・ケア」における効果が非常に注目されるようになってきています。「バリデーション」とは、否定しないで認めるという考え方を土台にしたものです。「カンガルー・ケア」や「バリデーション・ケア」の基礎としての、「タッチング (触れる)」の効果なども注目されるようになってきています。

「ヒューマン・ケア」の考え方の特徴を学問的に説明しますと、「対象化」から「間主観性 (相互主観性)」へということになります。これについては後で述べますが、「対象化」とは簡単にいいますと、相手 (対象) を自分 (主体) と切り離して観察の対象に置くということです。これはこれで必要です。観察という行為は様々な場で必要な行為であり誰でも日常的に行っています。そこへ「こころ」でみるということを意識することになります。

例えば、認知症の人を自分と切り離して観察の対象として眺めても、あまり意味がないということが明らかになってきたのです。

5. 「気づかれていない」看護実践の場にある「ヒューマン・ケア」

「ヒューマン・ケア」については、その概念や考え方が多く著されるようになってきました。「人間的なケア」という意味ですから、美辞麗句を並べた文献が目につくようになってきましたが、残念ながらその文献の中には「ヒューマン・ケア」はないのです。

どこに在るかといえば、実践のなかに在るのです。ですから筆者としては概念を検討するのは、まだ先でよいとさえ考えています。

実践し、実践のなかに在る「ヒューマン・ケア」は、多くの場合まだ気づかれていないのです。それに気づいてほしいが故に、今何故「ヒューマン・ケア」か、ということになるのです。おそらく優れた「ヒューマン・ケア」が、実践の場で意識されないで埋もれているのです。

それを掘り起こして社会に役立つ「看護ケア」の知識・技術に高めることが21世紀の看護職の責務なのです。

6. 「ヒューマン・ケア」の実際場面

「ヒューマン・ケア」の特徴のもうひとつの面は、ケアしている自分自身の存在が資本であるということに特徴があります。つまり、薬や物や材料なども、もちろん必要であります。人が人をケアしなければならない時があるという点が重要になります。もちろん人間には限界もありますし、合い性もあり、合う・合わない、ということもあります。人間でない方がいい時もあります。人間より花がこころを癒して（フラワーセラピー）くれることもありますし、イルカや猫・犬が人を癒して（アニマルセラピー）くれることもあります。人が関る必要のない時もあります。

しかし、人でなければならぬ時があるということが看護職の存在価値なのです。

1) 「ヒューマン・ケア」は「インフォームド Consent」から始まる

「インフォームド Consent (Informed Consent), 以下 IC とする」の訳は、「知られた上での同意」「説明と同意」などいろいろ解説がされていますが、基本的概念は、本人の自己決定権を尊重し、必要な情報提供に責任が伴うということとして今日医療の場、教育の場では当たり前のこととして行われるようになってきました。

この IC の場は、これらの基本概念を超えて、医師看護師にとって「ヒューマン・ケア」の第一歩になることを学ばされる場所です。すなわち「同意を得る」「同意が得られなかった」ではなく、その IC の場のプロセスは、相手との信頼関係をつくる第一歩を踏み場として、またそのプロセスで相手の気持ちを理解する場として、こちらが鍛えられる場になるのです。

特に口頭 IC は様々な看護ケア場面で活用することによって、口頭 IC それ自体が「ヒューマン・ケア」として機能していることに気づかされます。

医療などの場合はそれほど医療を受ける人に「がまん」を強いている場であるのでしょうか。

<場面1：看護学臨地実習における「口頭 IC」場面で本音が聞けた>

臨地実習において受け持ちすることの承諾を得た看護学生（以下、学生）は、次に手術後の処置の見学について口頭 IC を行った。ところが処置の見学は「イヤダ」という返事が返ってきたのです。学生は落ち込んだのですが勇気をもって、その理由尋ねたのです。女性である自分は回診や処置の時に大勢の医学生や看護学生そして若い医師など、上から眺められるのは「イヤ」なことであると話されたのです。

医学生には言いにくい看護学生には「感情表出」できたのです。そのことを知った学生は、その後いろいろな話を聞くことができ、見学ではなく、処置の介助として付かせてもらえるようになり「ヒューマン・ケア」の一步を歩み出していたのです。

2) 「ヒューマン・ケア」の質は「まなざし」から始まる

人から発信される視線（非言語的メッセージ）は、その人の「こころ」の反映であるな—と強く印象に残っている看護学臨地実習での場面を紹介します。

ここで大事なことは教えなくても「ヒューマン・ケア」に必要な質は、ひとりひとりがすでに持っているということです。教員の役割はそれを発掘し育てることが大事になります。

<場面2：臨地実習における看護学生の「まなざし」>

脳梗塞で入院となった S 氏80歳は、半座位でベッドに背をもたせ、うれしそうな表情をしながら口の端から御飯やおかずをこぼしながら、一生懸命に食べておられたのです。

口の端からポロポロと食べこぼしがあるわけです。シーツや寝衣が汚染しないようにと首の周りにはタオルやエプロンが使用されていました。

看護学生（以下、学生）は基礎実習1の初めての実習で、この場面で受け持ちになったことの挨拶をしながら、食事介助をすることになったのです。学生はしばらく口の端からポロポロと落ちてくる食べこぼしの様子を、特に手をかけるでもな

く、じつと気持ちよさそうに、うれしそうに表情で眺めていたのです。

この日の学生の実習記録アセスメントには、首のまわりのタオルやエプロンは、「S氏が食べこぼしを気にしないで安心して食べるために用いる」と書いてあったのです。通常はシーツや寝衣が汚染しないように考えてもおかしくないのですが、彼女のあの時の「まなざし」は、このことを思いつつの「こころ」の反映であったことを筆者は、学生から教えられたのです。学生は「ヒューマン・ケア」の第一歩である「こころ」でみることを実践していたのです。

3) 「ヒューマン・ケア」が判る「指導者」と「出会う」

ここで紹介する例は、指導者が優れている例です。精神科病棟保護室において、シュヴィング（ナース）と「引きこもりの彼女」との出会いとかかわり場面は、あまりにも有名でよく引用される場面です。前半分の描写が通常の保護室の看護状況の空気、後半分が「ヒューマン・ケア」が行われている時の空気です。

<場面3：精神科病棟保護室での「ヒューマン・ケア」>

……保護室4号室に入っていくと、不気味な静けさと凍結したものに私は直面した。毛布の下にくるまっている人間の形をしたものがまだ生きていたということを示すなんの物音も身動きもなかった。その病者の外界との関係のすべてはもう何ヵ月ものあいだ断たれたままで、その瞳は閉じられ、人工栄養によってのみ養われることが可能であり、最小限度の看護さえたいへんな骨折りを必要としていた。

ホロス先生の助言にしたがって、私は数日間いつも同じ時刻に30分ほどベッドのかたわらに静かに座ることにしていた。3～4日のあいだは部屋の中は静かなままだった。そしてある日のこと毛布がほんの少しもちあげられた。2つの暗い目が用心深く周りを見渡した。不安と深く傷つけられた人間のすがたがそのなかに在った。やがておもむろに顔全体が現れた……

そして、やがて彼女の口は開かれるのです。「あなたは、私のお姉さんなの?」「いいえ」「でも、毎日あなたは私に逢いに来てくれたじゃないの」とつぶいていったのです。

引きこもった彼女は、毎日行われたであろう機械的な看護をどんな気持ちで受けていたのでしょうか。そっと静かに座るシュヴィングから発せられる非言語的メッセージの「ヒューマン・ケア」を彼女はキャッチしていたということから、優れた指導者の存在について考えさせられる場面です。

このことが判る指導者の育成を日本も真剣に考えていかなければならないでしょう。

4) 「対象化」はケアする自分に向ける「ヒューマン・ケア」

専門家や教員あるいは上司などは、通常相手（患者、学生、部下）を観察の対象にします。ところが相手も専門家などをそれなりに観察の対象にしますので、この点の「気づき」が最近ではすすみ「ヒューマン・ケア」という用語を、使っている、使っていないにかかわらず「ヒューマン・ケア」を実践している時代に入っています。

看護ケアの場は、「ヒューマン・ケア」という考え方が取り入れられる前に、人間関係論が導入、その立場からプロセスレコードなどを活用してきましたので「ヒューマン・ケア」の方向に向かって歩みだしていたといってもよいでしょう。

ここでは、看護学生（以下、学生）が患者さんを観察の対象にしていた場面と対象化を学生が自分自身に向け直した例を紹介します。

<場面4：相手の立場に立つと効果がではじめる「ヒューマン・ケア」>

座骨神経痛で入院となったT君19歳は、安静療法、薬物療法、牽引療法で経過観察中でした。看護（以下、学生）学生が受け持ちとなった時、T君は安静にするどころか、一日中院内や他室をまわって歩き、牽引もほとんど施行していなかったのです。

受け持ちとなった学生は1週目、T君の行動の観察に目がいったのです。安静にしているか？牽引はしているか？などこれが観察の対象にする（監視）という典型例です。

T君の方は、もっと重症の人がいるのに俺を監視するために受け持ったな？（本人が後で語ったこと）と逃げていたわけです。

2週目に入り、学生はカンファレンスの後、T君の気持ちを聞いていこうとプランを変更し、自分の気持ちも切り替えて、T君の前に立ったとこ

る、T君の不安が語られたのです。「ベッドで寝たままでいると、暗い気持ちになり、同じ病気で手術をする隣のベッドのN君の話が耳に入り、怖くなってくる…」ことなど、思ってもみなかったことを沢山話したのです。

学生も部屋の様子などあらためて思いを寄せてみて、いろいろ気がついていったのです。こうなると、非言語的に伝わるお互いのメッセージにも変化がきますので、「ヒューマン・ケア」が成立することになります。T君はその後手術をせずに元気に退院となったのです。「ヒューマン・ケア」は自立（セルフケア）への近道なのです。

「ヒューマン・ケア」は、よいことばかりではなく、人（ケアする者）が害になることもありますので、このへんに難しさがあります。

5) 「ヒューマン・ケア」は「気づき」のプロセスである

認知症（痴呆症）のケアでは、これまで恥ずかしいことですが、専門家より専門家でない家族や派出婦さんなどの介護に係わられた方などが、多くの「気づき」をされていると思われまます。

今それがようやく「バリデーション（認める）・ケア」として専門家の技術に育てることができたのですが、まだ専門家が「共感」を土台にした「バリデーション・ケア」を積極的に意識して対応していなかった時代に、当時老人性痴呆（認知症）の母親について語られた介護例において、その実践が行われていたと考えられる場面がありますのでそれを紹介します。

<場面5：家族が語る派出婦さんの「気づき」>

語られた家族の方は、当時、慶應義塾大学教授であった小谷津孝明氏です。語られた場は日本看護研究学会のシンポジウム（1985年）です。

……私事で恐縮ですが、私は昨年母を亡くしました。寝たきり老人から老人性痴呆になっていた母は小火を起し相当な火傷を負い、入院致しておりましたが、治療の先生、ナースの方々に大変我儘（わがまま）をし、迷惑をかけました。そんなですからどの派出婦さんも長続きしません。ところが最後にきて下さった方は別でした。

母のどんな悪態にも「こんなにひどい仕打ちをしなければ、ご自分を落ち着かせられない、それほど、おつらいのでしょうかね」といつてくれるのです。母の若い頃の思い出を引き出し「熱海の海

岸散歩する……」の歌の好きなことをつきとめるや、火傷の痛みや創痛が増してじれてくると、「お婆ちゃん、歌おうか」といつて母の身体をさすりつつ自ら歌いだすのです。母も歌いました。私も心の中で歌わずにはいられませんでした。それが毎日毎日続くのであります。母が逝くとき、みえなくなった眼で追い求めたのは、実の子の私どもではなく、派出婦さんの姿であったことを、私は一生忘れないでしょう。

認知症（痴呆症）は、今ではかかわりによって、かなり回復すること、認知症でもかなりのことはわかっていることが認識されるようになりましたが、この話が語られた昭和60（1985）年前後は、まだ医療の場で認知症の方と真剣に向かい合う姿勢は欠けていた時代であったと思います。

この派出婦さんは、認知症は、認知症であつて、認知症でないことを介護実践の体験のなかで見抜き「気づいて」おられたのです。ですから専門家にできなかった「ヒューマン・ケア」としての、日に何回かの数分間づつ、認知症の人の生活世界に共感的に入り込む「バリデーション・ケア」に近いものを実践されていたのではないかと思うわけです。

6) 福祉の場で「ヒューマン・ケア」への「気づき」がすすむ

幸いなことに今では福祉の場で「ヒューマン・ケア」への「気づき」がすすむようになりました。ここに紹介する例は、介護福祉士が自らインターネットで紹介された抑制服としての「つなぎ服」を取りやめるまでの「ヒューマン・ケア」の実践例です。

福祉の場の身体拘束禁止は、介護保険法（平成9年制定、平成12年施行）によって原則禁止されたこともあり、「ヒューマン・ケア」への「気づき」がすすんだものと思われまます。

平成8（1996）年、S氏（女性）は脳出血で倒れ入院、その後、高齢者長期施設に入所し5年目（平成14年）を迎えていた。後遺症として右片麻痺と失語症があり、発語は「アーアー」としか言えず、意志の疎通は困難であり、オムツの中に手を入れパットを引き出したりされるので、「つなぎ服」が着用されていた。介護保険法の身体拘束禁止の理念を受けて、施設の方針として「つなぎ服」廃止の取り組みが行われたのです。

<場面6：介護福祉士（人）の「気づき」>

施設の方針として「つなぎ服」廃止の取り組みが行われても、そこでケアする者が何に「気づく」かが重要になります。介護福祉士（中嶋健児氏）は、S氏のさまざまな動作をS氏の意志表示（サイン）と前から気づいておられたということが、決め手になって「つなぎ服」廃止が成功した例です。

S氏は車椅子に乗るといつも決まった場所の窓側に行き、外の景色をじっと眺めておられる。そして「アーアー」と言いながら車椅子のフットレストを壁に打ちつける。このため板壁のその部分は壊れていた。オムツの中に手を入れパットを引き出したりされる。「アーアー」の声の強弱。食事は手づかみでこぼしながら全量摂取できる。入浴など集団での介護時は苛立ちの様子が見られるなどのなかに意志表示があると、介護福祉士の中嶋氏は考えたのです。

こうして食事内容や排便調節の工夫はもちろんですが、閉ざされた重症棟から集団での行動を最小にした車椅子での散歩を楽しむことへ生活世界を変え、嫁入り道具のタンスをベッドの横に置いたりなどの「ヒューマン・ケア」が行われることにより、S氏は笑顔をとりもどし、職員が手を差し出すと嬉しそうに差し出した手を軽く叩き返すなどの反応が見られるようになったということです。

「ヒューマン・ケア」は、本当にはまだこれからの課題であり、その実践的諸問題もいくつかあります。

次にそれについて簡単に述べておきます。

7. 「ヒューマン・ケア」の実践的諸問題

「ヒューマン・ケア」すなわち「人間的なケア」とは、どういう内容で、どう概念づけるかは、筆者自身は21世紀の課題と考えていますが、これまでの看護ケアの実践を通して、「ヒューマン・ケア」の実践的諸問題のなかで1つだけ明確に言える問題がありますのでそれについてと、それに派生する問題を述べておきます。

1) 問題の所在 — その人（個）の認識 —

人間である人（個）は、すばらしく尊厳存在であり、善行を行うよう努力することが可能ですが、さまざまな問題の発生源にもなるという点です。

ここに「ヒューマン・ケア」の「実践的諸問題」の「源」が在るということです。

それは、ヒューマン・ケアを提供する側もそれを受ける側も共に抱えているわけです。

特に直接的に関与する問題をもう少し具体的に別の言葉で表現するとしますと「認識」という問題になります。ある1つの物事に対して「どう考えるか」と言うときには、人によって、その物事に対しての「認識」は違うわけです。ですから「インフォームドコンセント（IC）」が重要になってきます。

ところが、ICは自己決定権を尊重するというで行うわけですが、自己決定を迫られても、それがどんな問題であっても、そのこと自体、なかなか難しい場合もあります。また判断できない人や判断がくるくる変わる問題にもぶつかります。「ヒューマン・ケア」は、「人」対「人」である以上、ここに難しさがあり、ケアする側が受けるストレスや疲労も無視できない問題となってきました。人に係わる職業に「燃えつき症候群」が多いのも、こうしたことも理由の1つになっています。

2) 人に派生する問題 — その二重拘束としてのメッセージ —

人に派生する問題として、メッセージ交換の問題があります。通常メッセージの交換は言語と非言語（言語以外で伝わってくるもの、雰囲気、様子、表情など）が在り、「ヒューマン・ケア」において問題となるのは、言語のメッセージを発しても、同時に非言語のメッセージが相手に伝わるといふ点にあります。言語と非言語のメッセージが一致している場合は問題の発生は少ないですが、違う場合は二重拘束（ダブルバインド）としてのメッセージとなり、「ヒューマン・ケア」は成立が難しくなります。ふたつのメッセージのどちらをメッセージとして選ぶか、迷いがでてきますので、信頼関係は形成されにくいのです。

通常の世界生活で、誰でも二重拘束としてのメッセージを発信し、受信していますが、相手の真意を読み取る際には、多くの場合、非言語の方を重視していると言われていました。「ヒューマン・ケア」の場としてはケアを行う者もケアを受ける者も、基本的には言語と非言語のメッセージが一致した上でのメッセージ交換が望まれますが、これがなかなか理想どおりにはいかないのです。

す。簡単な例を紹介します。

高齢の方への排泄介助で、「転ぶといけませんので、ベッド下のポータブル便器に移動する時は、必ずベルで、ナースを呼んでください。」と言語で伝えても、何度か頼んでいる内に、次第に頼みにくい雰囲気伝わったとしますと、高齢の方はベルを押さなかったり、水分を摂るのを減らしたりするようになります。これに通じる本質的類似問題はかなり在るのではないかと考えられます。

「ヒューマン・ケア」はこうした実践的諸問題を抱えてはいますが、ケアを受ける人と共に生きながら共に喜びも苦しみも乗り越えてこそ、看護職の存在価値が在ると言えますので、無理をしないで少しずつ解決していくことが求められているでしょう。

次はその解決に向かって歩み出した「バリデーション・ケア」と「グリーフ・ケア」について述べます。

■ 「バリデーション・ケア」の可能性

1. バリデーション療法 (validation therapy : VT)

1963 (昭和38) 年にアメリカのソーシャルワーカーをしているナオミ・フェイル (Naomi Feil) によって、認知症者の人への精神・行動療法的アプローチの1つとして「バリデーション療法」が提唱され、北欧において広まり日本へはスウェーデンを経由して導入されたものです。

現在、認知症の人に対する「介護術」「超コミュニケーション技術」としてマスコミでも取り上げられ、現在、福祉施設で関心がもたれ、すでに組織的に導入され、その効果が話題を呼んでいます。ただ、このバリデーション療法に対して、特別養護老人ホームの生活指導員であった三好春樹はその著書「ウンコ・シッコの介護学」「痴呆論」などで否定的な意見を述べておられ、その効果への見解は分かれています。

「バリデーション (validation)」とは、本来「確認」「承認」「強くする」といった意味で、認知症における問題行動や見当識障害などの「徘徊」「叫び」「騒ぐ」などの行動にも、何らかの意味があると考えると、認知症の人の主観的な現実を否定しないで、その人の歩んだ人生と照らし合わせ、そ

の時の気持ちに「共感」し、それを受け入れる、という対応をしていくことを指していますが、24時間常時行わなくても、1回数分、日に数回を続けていくうちに効果が出て来て、笑顔などが見られるようになり、認知症状が改善され、介護する側も心地よくなるとされています。

2. バリデーション療法開発の意義

日本でも、個々の家族の体験として、高齢者が骨折などで病院へ入院すると、認知症様の症状が出現し、自宅へ帰ると普通になるなどの体験は多く語られています。反面、臨床看護の場で、時々看護ケアにおいて、ナオミ・フェイルと同じように、認知症者などへの共感の有効性は体験されていたに違いないと思われま

す。一方、急性期病棟での認知症者の人への対応は、やっかい者扱いの傾向があり、真剣に対応してきたとは言いがたく、また家庭で認知症者を抱える家族の疲労・家族による認知症者殺害など多くの問題が未解決であります。なかでも最近の事件として、例えば平成17 (2005) 年2月におきた石川県の認知症グループホームでの介護員による入居者の殺害があります。認知症者の介護は困難を極め、なかなかその打開策が見出せなかった、そこへ、「介護術」としての「バリデーション療法」が注目を浴びるようになったことは、認知症状態の改善はもちろんであります。介護者側も介護を楽しみ豊かな気持ちで介護ができるように成長していく方向の1つが示されたことの意義は大きいと言えます。

ただ、介護する側は、この方法が合わない場合がありますので、この時は避けるべきです。

3. 認知症の特徴

「認知症 (dementia)」は、これまで [痴呆] と呼んでいましたが、軽蔑的な意味が含まれるとして、厚生労働省は平成16 (2004) 年4月より、呼び方を換え、特に一般国民へ向けて、呼び方の変更の普及を強力に図ったのです。

認知症は医学的分類としては、主に「アルツハイマー型認知症」と「脳血管性認知症」があります。「アルツハイマー型認知症」は脳神経細胞が広範囲に脱落し、中でも神経伝達物質のアセチルコリンをつくる細胞が障害を受け、記憶障害や見当識障害がおこり、人格も荒廃するとされています。もう一方の「脳血管性認知症」は、多発性梗

塞性認知症とも呼ばれ、小さい梗塞がたくさんできます。人格は保たれていますが、知能障害が起こります。この2つの認知症は区別が難しいという専門家もいます。

ナオミ・フェイルは、認知症の特徴は4つであるとしています。

- 1) 認知障害（認知の混乱）
認識力はあるが、人生に失望しており、他人に不安や怒りをぶつける。
- 2) 日時・場所・季節の混乱（見当識障害）
今がいつか、今どこにいるか、などがわからなくなる。
- 3) 繰り返し動作が見られる
同じ動作を繰り返す。
- 4) 植物状態
ほとんど動けず、しゃべれず、目を閉じている。

4. 認知症の人の行動における意味理解と対応方法

認知症の人によくみられる行動（症状）を次にいくつか紹介します。相手の行動や発言を否定しないで、それに合わせることをポイントになります。

- 1) 例：食事を終えた直後に「まだ、食べていない」と言う。
行動の背景：食べたい欲求がある。過去に食べることを制限された、制限した等に係わる何らかの感情抑制があったことが考えられます。
対応
× 「今、食べましたよ。」
○ 「そうでしたか、どうもすみません。すぐお持ちしますから、お茶でも飲んで待っていてください。」
- 2) 例：「この食事はまずい」と、文句をいいお膳をひっくりかえした。
行動の背景：過去に押し込めた感情を外に出して解決しようとしている。
対応
× 「アー、まずいですか」
○ 「今まで食べた中で最悪まずいですか？」
感情の発散を手助けする（発散の強化）。

他人を非難したり、盗んだと責めたりする、などに出会う場面は非常に多いので感情の発散（発散を強化させる）の手助けをします。

- 3) 例：カバンを持ってドアの前に立ったり、外へ出ようとする。
行動の背景：自宅にかえりたい、家のことが心配、お墓にお参りしなければ、などの心配事や何らかの不安がある。

対応

- × 「もう、かえる家はないですよ。」「ここがあなたのお家ですよ」
- 「どこかへ、おでかけですか？」「一緒にお供させてもらっていいですか？」
しばらく、一緒に歩く。最近は思い切って外出を一緒にすることが行われるようにさえなっています。

5. バリテーション療法のテクニック

バリテーション療法の「テクニック」については既に参考書が出版されていますので、ここでは、臨床看護の場でも適用可能であろうと思われる、いくつかの「テクニック」を紹介します。これは、特別のことではなく「看護ケア」としても同じことが言われ、実践してきた内容です。

- 1) 真心を込めたアイコンタクトをする。
時間の余裕のある時に、1日数回、1回数分間でよいから、こちらがかがんだり、すわったりしながら、認知症の人の目線に合う位置で、目を直接みつめて、話を聞いたり、共に時間を過ごすなどをする。
- 2) リフレージング（認知症の人が言ったことを繰り返す）する。
認知症の人は、自分が言ったことを繰り返して確認してもらおうと安心されます。この時、声の大きさや抑揚などもまねます。
- 3) 身体へのタッチング（触れる）を無理のない範囲で活用する。
握手、肩もみ、顔・手・足・背中などのマッサージを活用した気持ちの交流をして、気持ちを静めることをします。
- 4) その人の好む感覚的な表現を活用した話や

聞き方を用いる。

音楽、映画、マンガなどその人の好みを活用する。

5) 昔のことや思い出を話す。

6) 事実に基づいた言葉を使うようにする。

6. 映画「折り梅」

平成14(2002)年に公開された映画「折り梅(おりうめ)」は、2004年3月に観客動員数100万人を突破した。お嫁さんが認知症の義母を介護した小菅もと子さんの「介護日記」を元に映画化された物語です。インターネット上での鑑賞者の発言には、「あれは映画の中の奇麗事で、真実はあんな綺麗な話では終わらない」という意見、「自分もそうだー」といって感動の意見があったりですが、この映画では、「バリデーション療法」というより、家族による「バリデーション・ケア」が描かれたといっただいでしょう。

「折り梅」の監督をした松井久子は、その著書「ターニングポイント『折り梅』100万人をつむいだ出会い」のなかで、認知症介護の「本質」をつかむために、いくつかの福祉施設を何度も訪問しながら、認知症の人に寄り添って暮らす毎日に、本気で、よろこびや生きがいを感じている場面に会ったからできた映画であると言っています。

この監督は、「バリデーション療法」という言葉から、この映画をつくったのではなく、実際に行われている介護場面から、「バリデーション・ケア」の世界をつくりあげている。「事実は小説より奇なり」という言葉がありますが、いい意味で、実際に生きている場には宝が埋もれているのです。

「折り梅」という意味は、梅は枝を折って活けても、皮から養分を吸って咲きつづけるから「折り梅」ということらしいですが、それを認知症に重ね、認知症でも趣味の絵画など残されたその人の能力を咲かせつづけることができるという意味です。

話はそれますが、「梅の木」は枝を毎年剪定しないとよい花が咲かないと言われ、「桜の木」は枝を折るとそこから木が腐るといわれています。

7. 「バリデーション・ケア」としての可能性

これまで述べてきた認知症の人へのバリデー

ション療法は、「バリデーション」という言葉こそ用いてこなかったとはいえ、「看護ケア」上の「コミュニケーション技術」として、臨床看護の場で実践してきた内容であります。「コミュニケーション技術」を超えた「療法」としての威力として、その効果が注目されてきたことは「福祉」の場の貢献でしょう。今後、臨床看護の場、特に「精神保健看護」領域においても専門技術としての活用の可能性を示唆しているように思われます。

筆者は、精神看護学臨地実習の学生指導の場を活用して、「ヒューマンケア」としての「バリデーション・ケア」を内容的には導入しています。

■ グリーフ・ケアの真髄—そのグリーフ・ワーク—

ここでは、グリーフ・ケア (Grief Care) におけるグリーフ・ワーク (Grief Work: 悲嘆の仕事) について述べます。グリーフ・ワークの最たる例の1つは、フランクルのその著書「夜と霧」で語られている体験にそれを見ることが出来ます。アウシュヴィッツのユダヤ人収容所での悲惨な体験とそのプロセスとしてのグリーフ・ワークが教えてくれていることは、悲嘆を生き切るのは本人であり、悲嘆を生き切った時に、悲嘆を乗り越えられる、ということです。これがなかなか難しいことであり、現在は本人がグリーフ・ワークを生き切ることができていない問題が指摘されるようになってきています。それを簡単に言いますと、悲しい時には思い切り泣く、涙が枯れるまで泣く、悲しみに充分ひたるなどですが、これらを途中で回避しているということです。

ということは、グリーフ・ケアにおける真髄は、グリーフ・ワークにあるということになりますので、ケアする側はまず、この点を充分に心得ておく必要があります。本論ではグリーフ・ワークのプロセスをわかりやすい童話「安寿と厨子王」の世界でみていきます。

次に簡単にグリーフ・ケアについて述べます。

1. グリーフ・ケア (Grief Care) とは

グリーフ・ケア (Grief Care) とは、日本語では「悲嘆のケア」と訳して使うこともありますが、最近では、「グリーフ・ケア」として用いることも多くなってきました。「悲嘆」とは、「深い悲しみ」や「絶望」により極度の葛藤や心身の不均衡

状態を体験することを意味しています。

この「悲嘆」「悲しみ」「喪失」「危機」などに関する学問的研究は、学際的立場で理論開発などが非常にすすんでいる分野です。ですから「悲嘆」研究の歴史的流れを述べることは別の論文に譲り、ここでは次に、「悲嘆」研究の流れとして簡単にその流れを追ってみます。

2. 「悲嘆」研究の流れ

まず、精神分析学分野のフロイトの「悲哀とメラノリー」に始まり、ダーヴィンの「動物にも悲しみは見られる」の発言や、ローレンツなどの生物学分野の立場があります。

看護学領域で紹介されているものは、リンデマン、キャプラン、ポウルビー、エンゲル、シュナイドマン、ラマーズ、コーン、フィンク、ジョンツ、キューブラ・ロス、デーケン、ブラウン/スタウデマイヤー/ロバートパックマン、など多くあります。

これらは理論化がすすみ、特に「悲嘆・危機理論」として「グリーフ・ワーク」のプロセスに対して、見解が発表されています。

理論家	悲嘆・危機のプロセス
フィンク	4段階
	①<衝撃> ②<防衛的退行>
	③<承認> ④<適応>
ジョンツ	5段階
	①<衝撃> ②<現実認知>
	③<防衛的退行> ④<承認>
	⑤<適応>
キューブラ・ロス	5段階
	①<否認> ②<怒り>
	③<取り引き> ④<抑うつ>
	⑤<受容>
デーケン	12段階
	①<精神的打撃と麻痺状態> ②<否認>
	③<パニック> ④<怒りと不当感>
	⑤<敵意とうらみ> ⑥<罪意識>
	⑦<空想形成、幻想>
	⑧<孤独感と抑鬱>
	⑨<精神的混乱と無関心>
	⑩<あきらめ・受容>
	⑪<新しい希望－ユーモアと笑いの再発見>
	⑫<立ち直り－新しいアイデンティティの誕生>

「グリーフ・ケア」とは、これらのプロセス（グリーフ・ワーク）を生き切ることを「支え見守る」わけですが、これがそう容易なことではないのです。時には攻撃の対象の役を引き受けなければなりませんし、ワークの時間が長期におよびケアする側にも悲嘆が現れることもあります。

3. 童話「安寿と厨子王」における「グリーフ・ワーク」

童話「安寿と厨子王」の大人版は、森鷗外の「山椒大夫」で、この童話あるいは小説は短いなかに「グリーフ・ワーク（悲しみの仕事）」を見事に書き著しています。「グリーフ・ワーク」を検討するにあたって、既に藤野久美子が日本看護診断研究会の第1回学術集会の教育講演で、「看護診断：悲嘆＝正常に悲しむということ」のなかで取り上げています。この童話の物語の荒筋は次のように短いので筆者もこれを活用させていただきますが、ここでの童話の筋は円地文子訳の「山椒大夫」を参照して筆者が要約しましたので藤野久美子の紹介（「安寿姫と厨子王丸」）とは内容が少し異なるかもしれません。

1) 童話「安寿と厨子王」

わけあって筑紫（現在の福岡県）へ旅立たれた父を訪ねて、岩代（現在の福島県）を出てきた母と姉弟と女中4人の旅人は、旅の途中（現在の新潟県あたり）で、親切そうな山岡大夫という人身売買の男に騙され、姉弟と母・女中の2組に分かれて別々の舟の船頭に渡され、離れ離れになり、それぞれ売り飛ばされてしまいます。姉弟は宮崎が舟へ、母たちは佐渡が舟へ乗せられ、離れ離れになったのです。

姉弟は丹後の国（現在の京都府）の山椒大夫という男に売り渡され、姉は海で汐汲み、弟は山へ芝刈りという重労働につかされ、炭火の中の火ばしを額に当てられるなどのいじめにいじめられる毎日を送りますが、姉は弟をある日、「開ける運なら坊さんが必ずお前を隠してくれます」と言って、運試しだとして逃がすのです。

寺に着いた厨子王は住職によって、追ってから護られ、後に京に上がり、清水寺境内で高貴な人に巡り合い、大切に養育・教育され成人して、丹後の国の国守となり、山椒大夫などの悪人を取り締まり、善政を敷き、そして姉や母を捜し求めるのです。

姉は弟を逃がした後、入水（海に身を投げて死ぬ）したとされ、母は佐渡が島で目が見えない老婆になって農家の庭先で、藁藁に広げた粟にすずめが寄るので、葉のついた竹の枝を振りながら「安寿恋しや、ほうやれほ、厨子王恋しや、ほうやれほ」と歌いながら鳥を追っているのです。

ある日のこと、そこへ国守となった厨子王が母を探して訪ねるのです。老婆の歌に耳を傾けた厨子王には、それが母だとすぐわかり駆け寄って、親子は再会を果たし、安寿と厨子王を案じて悲しみに明け暮れ、目が見えなくなっていた母でしたが、再会の喜びで目がみえるようになったというお話です。

短い物語ですが、「悲嘆」と「喜び」を生きた3人の「グリーフ・ワーク」が描かれています。姉の喜びが弟を逃がすことで終わっていることがこころを痛めますが、助けてくれる援助者はあっても、それを生きる当事者が大事であることを語っているように思います。

筆者が関心を向ける点は、姉の運試しの考えです。弟の運にかけたあの考えを自分にもかけてほしかったと思ひながら、読み終えたのです。

2) 童話「安寿と厨子王」にみる「グリーフ・ワーク」の特徴

ここでは深くとりあげませんでした。フランクもあのアウシュヴィッツのユダヤ人収容所での悲惨な体験を乗り越えることができたのは、愛する人がいることが支えになったと言われていいます。愛する妻が亡くなっていることを彼は知らなかったのです。童話「安寿と厨子王」の母も愛する子を思いつづけ「グリーフ・ワーク」を生きたと言えます。

そのプロセスとしてのグリーフ・ワークが教えてくれていることは、悲嘆を生き切るのは本人であり、そこには何か支えになるもの或いは何か「かける」ことができるものが必要になるということを示しているように思います。

先にフィンク、シオンツ、キューブラ・ロス、デーケンの悲嘆のプロセスを見てきましたが、「安寿と厨子王」とどこに違いがあるかを考えて見ますと、やはり、姉の運試し（向かにかける）の考えです。これは筆者自身の個人的体験としても、おおいに頷ける点です。「グリーフ・ワーク」を支え見守る「グリーフ・ケア」は、本人の考えを熟成させる「ヒューマン・ケア」をより意識する時代を迎えています。

参考文献

1) 「ヒューマン・ケア」において参考とした資料

- ・ヒューマンケア共同出版研究会：実習・実践のためのヒューマンケア入門。金芳堂、京都、2003。
尚、実際の例は、本書に筆者が執筆したものを引用した。又、介護福祉士の実例は、本書（執筆者：倉鋪桂子）の紹介例を要約した。
- ・M. Jean Watson：ヒューマン・ケアリング理論の新次元。日本看護科学学会誌 9巻2号、29-37、1989。
- ・樋口康子：看護におけるヒューマン・ケアリング—多元論的研究方法を求めて—（日本看護科学学会・第1回国際看護学術集会を終えて）。看護研究 26巻1号、33-39、1993。
- ・筒井真優美：ケア／ケアリングの概念。看護研究 26巻1号、2-13、1993。
- ・稲岡文昭：看護の叡智—ヒューマンケアリングの実践に向けて—。日本看護科学学会誌17巻2号、1-10、1997。
- ・池川清子：看護—生きられる世界の実践知。ゆみる出版、東京、1991。
- ・M. Jean Watson（稲岡文昭ほか訳）：ワトソン看護論—人間科学とヒューマンケア。医学書院、東京、1992。
- ・G. シュピング（小川信男、船戸佐知子訳）：精神病者の魂への道。みすず書房、東京、11-12、1969。
- ・文部科学省「看護学教育の在り方に関する検討会（座長：平山朝子）」：大学における看護実践能力の充実に向けての報告書。2002。
- ・小谷津孝明：心理学における研究方法。日本看護研究学会雑誌 9巻1～2号合併号、49、1986。

2) 「バリデーション・ケア」において参考とした資料

- ・ナオミ・フェイル（藤沢嘉勝, 篠崎人里, 高橋誠一訳）：バリデーション－痴呆症の人との超コミュニケーション法－, 筒井書房, 東京, 2001.
- ・篠崎人里監修, 日本バリデーション研究会編：ケースワーカーが語るバリデーション－弱さを力に変えるコミュニケーション法, 筒井書房, 東京, 2005.
- ・松井久子：ターニングポイント－『折り梅』100万人をつむいだ出会い, 講談社, 東京, 2004.
- ・三好春樹：ウンコ・シッコの介護学, 雲母書房, 東京, 2005.
- ・三好春樹：痴呆論－介護からの見方と関わり学, 雲母書房, 東京, 2003.

3) 「グリーフ・ケア」において参考とした資料

- ・小島操子：危機理論発展の背景と危機モデル, 看護研究, 21巻5号, 1988.
- ・小島操子：喪失と悲嘆－危機のプロセスと看護の働きかけ, 看護学雑誌, 50巻10号, 1986.
- ・小島操子：喪失と悲嘆－危機のプロセスと看護の働きかけ, 看護学雑誌, 50巻10号, 1986.
- ・小島操子：看護における危機理論・危機介入－フィンク／コーン／アグイレラ／ムースの危機モデルから学ぶ, 金芳堂, 京都, 2004.
- ・Kubler-Ross, E. (川口正吉訳)：死ぬ瞬間, 読売新聞社, 東京, 1983.
- ・アルフォンス・デーケン, 柳田邦男編：＜突然の死＞とグリーフ・ケア (新装版), 春秋社, 東京, 2005.
- ・藤野久美子：看護診断－悲嘆＝正常に悲しむということ, 看護研究 25巻1号, 28-34, 1992.
- ・森鷗外：森鷗外全集 第三巻, 筑摩書房, 東京, 234-254, 1971.
- ・森鷗外 (円地文子訳)：山椒大夫 (少年少女日本文学館 第一巻に所収), 講談社, 東京, 1986.
- ・梅原猛, 上田正昭監修：安寿と厨子王, 「京の絵本」刊行委員会, 京都, 1999.
- ・小此木啓吾：対象喪失－悲しむということ, 中公新書, 東京, 1979.