

終末期を迎えた高齢の親の死を受容することの困難さ

—成人期の子どもへの理解と支援—

The process and difficulties of accepting the death of elderly
parents at the end of life : Understanding and support for
grown-up children

2021年9月

北九州市立大学大学院社会システム研究科

博士(学術)学位請求論文

御手洗みどり

要旨

序章 問題の所在と本研究の目的

今日、高齢者の終末期の医療をめぐる、医療者と高齢者の家族(特に高齢者の子ども)との間でトラブルが生じることは少なくない。

高齢者の終末期において、老いの過程を共有してきた配偶者は比較的スムーズに死を受け入れるのに対して、子どもの中には激しい精神的混乱が生じる場合もあり、それが無理な延命治療の要求や医療者への苦情として表出される場合も少なくない。

高齢の親の死の受け入れを困難としている要因は様々であるが、病院臨床の場で困難事例を見ていくと、その背景に、成人期の子どもの「アタッチメントの問題」や「未解決の葛藤」、そして「自閉スペクトラム症(ASD)」の問題があるのではないかと考えた。

本研究では、この三つの要因に視点をあてて、親の死の受容が困難な成人期の子どもの事例の分析・検討を行い、そこから終末期医療における家族支援の課題と留意点を明らかにしていくことを試みた。

第一章 高齢の親の死の受容を困難にする諸要因について

第一章では、親の死の受容を困難とする諸要因として、成人期の子どもの「アタッチメントの問題」、「未解決の葛藤」、「自閉スペクトラム症(または傾向)の問題」について具体的に説明した。

アタッチメントとはある人物が特定の他者との間に結ぶ情緒的な絆であり、危機的な状況から保護してくれる安全基地としての機能を果たすものである。アタッチメント対象は最初は親(養育者)であるが、成長と共に変化し、一般的には成人期の子どもではパートナーや親友がアタッチメント対象となるが、何らかの原因でアタッチメント対象が親のままであり続けるケースもある。その場合、高齢の親の死は唯一のアタッチメント対象の喪失を意味するだけにその受け入れは困難であり、大きな精神的な混乱が生じてくると考えられる。

「未解決の葛藤」とは、過去の体験によって生じた傷つきや怒りの感情が適切に処理されず、現在も心の中に否定的な感情として存在している状態のことである。死にゆく高齢の親と身近に関わっていると、子ども時代の否定的な養育体験などで生じた傷つきや葛藤がフラッシュバックしてくるため、そのことが精神的な混乱につながるのである。

自閉スペクトラム症(以下 ASD)は、何らかの神経生理学的な問題によって生じる発達障害の一つであり、「社会的・情緒的な相互関係の障害」や「想像力の障害」などが主な特徴として見られる。

ASD の人は知的な障害がない場合でも、その特異な言動などから周囲の人とのトラブルになったり、社会的に孤立する場合は少なくない。また、そのために、アタッチメント対象が親から他の人に移行していく過程が困難となり、成人期になっても高齢の親がアタッチメント対象にとどまり続けている場合も少なくない。さらに、親の死は環境の変化を嫌う ASD の人

にとっては大きな精神的に混乱につながる危険性が高いことは容易に理解されることであろう。

この三つの視点を理解しておくことは、高齢者の終末期医療において、親の死の受容が困難であり、医療スタッフが対応に苦慮する家族の問題を理解していく手がかりとして、重要であると考えている。

第二章 高齢の親の死の受容が困難であった事例の調査研究

本章では、高齢の親の死の受容が困難な事例を、先に挙げた三つの要因から分析し、事例の要因別分類を試みた。調査対象は地域病院に入院していた高齢者の子どもで、親の死の受容が困難で医療者が対応に苦慮したケースを 10 か月間のカンファレンス議事録から 28 事例を抽出し、さらにその病棟の看護師 21 名よりその事例に関する聞き取り調査を行った。

そして、28 事例の内容を整理した後に、①「現在のアタッチメント対象者とその関係性」、②「未解決の葛藤」の有無とその内容、③「ASD または ASD 傾向」の有無とその内容について分析した。

その三つの要因からの分析結果に基づいて事例を分類したところ、「アタッチメントの問題」が 4 事例、「未解決の葛藤」が 11 事例、「ASD または ASD 傾向」が 4 事例、「アタッチメントの問題」と「ASD または ASD 傾向」の重複が 9 事例に分類された。

第三章 事例検討

この章では、第 2 章の各要因別分類で「アタッチメントの問題」に分類された事例、「未解決の葛藤」に分類された事例、そして、「ASD または ASD 傾向」に分類された事例から各 3 事例ずつを選び、より詳細な事例検討を行った。そして、家族支援の課題として、「アタッチメントの問題」を抱える事例では医療者が「一時的なアタッチメント対象」としての役割を担いつつ、親以外のアタッチメント対象となる人との関係につないでいく支援が、「未解決の葛藤」の事例では、成人期の子どもが自らの「未解決の葛藤」を丁寧に言語化して語り、整理できるように援助していくことが、そして、「ASD または ASD 傾向」では、医療スタッフが連携して、その子どもの発達特性を適切に理解に、支援していく取り組みを進めていくこと、の重要性が明らかになった。

終章 高齢の親の死を受容していく過程の支援方法とその課題

この章では、本研究での成果を踏まえて、親の死の受容が困難であり、医療現場が対応に苦慮する事例を、先にあげた三つの要因からアセスメントしていくことが、適切な家族支援を進めていく上でも重要になってくることを提起した。

さらに、本研究を通して明らかになった、成人期の子どもが高齢の親の死を受容していく過程を援助していくための家族支援の課題を要因別に整理して提起した。

今後の課題としては、今回は三つの要因で説明したが、今後、さらに事例検討を重ね、この三つの要因以外の要因の有無や重複の問題、そこでの理解と支援の課題についても検討していきたい。

多忙な終末期医療の現場で家族支援を行うことは難しい課題であるが、今回の知見が、終末期医療の現場で対応に苦慮する家族への理解と支援に活用されるものとなることを願っている。

Abstract

Preface

Identification of the problems and purpose of this study

Today, the challenges in end-of-life care for elderly patients faced by healthcare workers and the patients' families (in particular, grown-up children) are not uncommon.

At the end of life of elderly patients, their spouses, who have shared the aging process with them, readily accept their death. On the other hand, some children may experience severe mental confusion, which can lead them to claim an unreasonable life-prolonging treatment and register a strong complaint against the healthcare workers.

Various factors make it difficult for grown-up children to accept the death of their elderly parents. However, when considering the difficult cases in hospital clinical practice, several possible backgrounds can also be observed, such as "attachment problems" and "unresolved conflict issues" of grown-up children, and "autism spectrum disorder (ASD)."

Focusing on these three factors, this study analyzed and examined the cases of grown-up children who have trouble accepting the death of their elderly parents. In addition, this study also clarified the issues and key points about family support in end-of-life care.

Chapter 1

Factors that make it difficult for grown-up children to accept the death of their elderly parents

In Chapter 1, we specifically examine and clarify "attachment problems," "unresolved conflict issues," and the "ASD (tendency) problems" of grown-up children as the factors contributing to their inability to readily accept the death of their parents at the end of life.

An attachment is an emotional bond between two people, and it functions as a secure base that protects them from crisis situations.

The attachment target is initially a parent (caregiver), which changes with maturity. In general, the target of grown-up children is their partner or best friend. However, in some cases, their parents continue as their attachment target because of many reasons.

In that case, the death of an elderly parent means the loss of their sole attachment target, which would cause immense mental confusion.

"Unresolved conflict issues" indicate a condition in which the emotions of hurt and anger caused by past experiences are not properly processed and continue to exist as negative emotions in the mind.

Proximity to a dying elderly parent, would cause children to recollect the hurt and conflicts caused by negative childhood experiences, leading to mental confusion.

Autism spectrum disorder (ASD) is a developmental disorder caused by neurophysiological problems, and its main characteristics are "disorders of social and emotional interrelationships" and

"impairment of imagination."

Even if there is no intellectual disability, people with ASD often have trouble with other people around them or are socially isolated due to their peculiar behavior.

Therefore, people with ASD find it difficult to transfer their attachment from their parents to another person, and they continue to remain attached to their elderly parents even as adults (grown-up child).

Moreover, it can be easily inferred that parental death is highly likely to cause psychological confusion for people with ASD who are unwilling to accept environmental changes around them.

Understanding these three perspectives is important for a better insight into the family problems that medical staff struggle to cope with and difficulties in accepting the death of elderly parents in end-of-life care.

Chapter 2

Case study on the difficulty in accepting the death of elderly parents

In Chapter 2, the cases regarding the difficulties in accepting the death of elderly parents were analyzed and classified based on the three factors mentioned above.

The subjects in this study were children who had an elderly parent in a regional hospital, and 28 cases, in which medical workers had a hard time coping with the children's difficulties in accepting their parents' death, were extracted from a 10-month conference. In addition, 21 nurses in the ward were interviewed about these cases.

After organizing the contents of the 28 cases, we analyzed (1) "current attachment target persons and their relationships," (2) "unresolved conflict issues" and the contents, and (3) "ASD or ASD trends."

According to the classification of the cases based on the analysis of the three factors, "attachment problems" were classified into four cases, "unresolved conflict issues" were classified into eleven cases, "ASD or ASD trends" were classified into four cases, and nine cases had duplication of problems related to attachment and ASD.

Chapter 3

Case study

In Chapter 3, cases classified as "attachment problems," "unresolved conflict issues," and "ASD or ASD trends," in Chapter 2, were selected from each of the categories and were further examined.

The case examination results indicated the future importance of family support for these three factors. In the case of "attachment problem," healthcare workers play the role of a "temporary attachment target" and lead the children to create a new relationship with non-parental attachment targets. In the case of "unresolved conflict issues," grown-up children need to be supported so they

can verbalize and organize their "unresolved conflict issues" by themselves. The problems of "ASD or ASD trends" reveal that medical workers should share information to support the grown-up children and understand the ASD developmental characteristics accurately.

Final chapter

Support methods and challenges in the process of accepting the death of elderly parents

Chapter 4 presents the importance of creating appropriate family support and that of assessing the cases based on the three factors where the grown-up children had difficulties in accepting their parents' death, and medical workers had a hard time dealing with the situation.

Furthermore, this study clarified the issues of family support in the process of grown-up children accepting their elderly parents' death and organized the issues by factors.

Although this study has attempted to explain the three factors, for future research we would like to re-examine the case studies and consider the existence of factors other than the three factors and the issues of understanding and support.

It is a difficult task to provide family support in a busy medical setting for end-of-life care, however, we hope that this finding will be used to understand and support families facing difficulties in end-of-life care situations.

目次

序章 問題の所在と本研究の目的	1
第1章 高齢である親の死の受容を困難にする諸要因について	6
第1節 成人期に子どもの「アタッチメントの問題」	6
第2節 「未解決の葛藤」	14
第3節 「自閉スペクトラム症」の問題	19
第2章 高齢の親の死の受容が困難であった事例の調査研究	24
第1節 調査の概要	24
第2節 各要因に基づく分類に関する考察	33
第3章 事例検討	43
第1節 「アタッチメントの問題」を抱える子どもの事例検討	43
第2節 「未解決の葛藤」を抱える子どもの事例検討	56
第3節 「ASD（自閉スペクトラム症）またはASD傾向」の子どもの事例検討	69

終章 高齢の親の死を受容していく過程への支援の課題.....	91
--------------------------------	----

参考文献一覧.....	101
-------------	-----

資料目次

AAI、ASIの資料.....	I
研究協力依頼書（対象施設用）.....	III
研究協力依頼書（対象者用）.....	IV
研究対象施設ご家族様依頼書.....	V

序章 問題の所在と本研究の目的

今日の高齢者の終末期医療をめぐる問題状況

今日、75歳以上の入院受療率は人口10万人当たり3,997と年齢階級別にみて最も多く（厚生労働省, 2017）¹、病院に入院している患者の多くは後期高齢者である。後期高齢者が何らかの疾患やケガで入院した場合、身体的にも精神的にも受けるダメージは大きく、それまで比較的元気だった高齢者であっても一気に衰弱していく場合も少なくない。

高齢者の人生の最終段階における医療やケアに関しては、近年取り出されている Advance Care Planning の重要性が認識されるようになってきている。

木澤（2017）²は、「Advance Care Planning（以下 ACP）とは、患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセスのことである。その目的は、患者のエンド・オブ・ライフに関する希望が表現され、尊重されることである」と述べている

しかし、人生の最終段階において、高齢患者のエンド・オブ・ライフに関する希望を尊重しながら医療やケアを行っていくことは決して容易な課題ではないことも事実であろう。

高齢者の終末期医療では、「延命治療の選択」の是非などをめぐって、多くの家族が様々な葛藤に直面する。なぜなら終末期の高齢者の場合、約70%が自ら意思決定ができない状態（Silveria, M.J. Kim and Langa, K, M, 2010）³にあると言われており、しかも明確な事前指示はない場合がほとんどなためである。

ちなみに、厚生労働省の人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省, 2018）⁴では、以下のように述べられている。

「家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う」。

¹ 平成 29 年（2017）患者調査の概況, 受療率 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/d1/02.pdf> (2021 年 4 月アクセス)

² 木澤 義之：アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める(2017) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf>

³ Silveria, M.J., Kim and Langa, K, M. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death, *New Engl J Med*, 362(13): p, 1211-1218, 2010

⁴ 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（2018）<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-IseikyokuShidouka/0000197701.pdf> (2021 年 4 月アクセス)

しかし、高齢者の病状は一気に悪化することも多く、時間に迫られながらも、高齢の親の死を受け入れ、本人の意思を尊重しつつ最後の看取りをおこなっていくことは、家族、とりわけ成人期の子どもにとってもつらく困難な体験となる可能性があり、全ての患者や家族への適用は難しい (Jones L, 2011)⁵という指摘もなされている。

また、わが国では、お互いに自分の思いを言葉に出さずに「察する」ことによって理解するという「察しの文化」が根強く残っている (野嶋, 2006)⁶。「空気を読む」「察する」という固有の文化を持ち、言葉に出して自分の思いを表現することが少ない日本人が、親が元気な時に終末期の過ごし方や死の問題について表立って話し合いをもつことは少ない。また、そこには死に関わる話題を避けるという、日本および病院内の社会的・文化的風潮も強く影響している (坂本, 2013)⁷。

ところで、加藤 (2017)⁸は「高齢者の意思がわからないという不確実な状況や、その選択が高齢者にとって最善かどうか判断しにくい状況においては、家族の負う責任はより一層重いものになり、葛藤や揺らぎを大きくすると推察される。さらに、『高齢者の意思を代弁できたか』『最善の利益につながったか』など、その後続いていく生活のなかで問い続けることにつながり、自責の念にかられたり、後悔の可能性もある」と述べている。

このように、身近な家族であっても、高齢の親の代理意思決定は、決定の後もその内容の問い直しが生じる、心の揺れや葛藤を伴う体験であると考えられる。

もちろん、一般的には、高齢者の人生の最終段階は、小児や成人とは違う「老いの延長上の死」、つまり自然な過程と理解されている (大阪府看護協会, 2015)⁹ことから、高齢者の死は小児や若者の死に比べると受け入れやすいものであろう。

沖中 (2017)¹⁰は、高齢者の病状の変化や死に対して「配偶者は自分の身体的な変化や精神的な成熟から、終末期患者の老いや死に立ち向かわずに受け入れる」と述べている。

⁵ Jones L, Thuné-Boyle IC, Kukkastenvemas R, King M, Leurent B, Tookman A, Blanchard MR. The care planning discussion was well received, but few carers wrote an ACP, despite intensive support from an experienced nurse specialist. *Advance Care Palliat Med.* 2011 Apr;25(3)

⁶ 野嶋佐由美・中野綾美：家族エンパワーメントをもたらす看護実践, p, 30, へるす出版, 2006

⁷ 坂本佳鶴恵：現在日本の死生観—末期がん患者の死と「受容」と死生観をめぐって, お茶の水女子大学人文学研究 9 巻, p, 62, 2013

⁸ 加藤真紀・竹田恵子：高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー, 日本看護研究学会誌, 40 巻 4 号, pp, 685-694, 2017

⁹ 公益社団法人大阪府看護協会看護師職能委員会Ⅱ：看取りガイドライン 自然な死へのアプローチ
http://www.osaka-kangokyokai.or.jp/CMS/data/img/2015_shizennashihen.pdf

¹⁰ 沖中由美：ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方, 日本看護研究学会誌, 40 巻 4 号, pp, 649-656, 2017

厚生労働省の国民生活基礎調査（2014）¹¹によれば、高齢社会の中で中心的な介護者が後期高齢者同士の「超老々介護」が30%を占めており、配偶者が介護者になる割合も増えている。したがって配偶者の場合、老いを共有する過程での経験が死をあるがままに受け入れることにつながると推測される。

しかし、高齢の親をもつ成人期の子どものなかには、親の病気や終末期の状況を理解し、親の死をありのままに受容することが困難なケースも存在している。とりわけ核家族化の進行で高齢の親と同居しておらず、さらに遠方に住んでいる場合には、高齢の親の老化や病気の進行が理解できていないケースもあり、そのために、親の突然の病気や深刻な病状に子どもが大きな衝撃を受けて不安に圧倒されてしまい、適切な状況判断が困難になってしまう場合も少なくない。そして、そのことが終末期医療の「選択」の場面での著しい混乱や葛藤、また、医療関係者とのトラブルにつながっている現状がある。

高齢の親の死の受容を困難にする家族の要因

しかし、そのような多くの家族に共通する一般的な要因だけでなく、その成人期の子どもに固有の要因も高齢の親の死の受容の困難さや終末期における医療関係者とのトラブルに影響してくると考えられる。したがって、高齢の親の死を受容できずに混乱してしまい、それが無理な延命治療の要求や医療関係者とのトラブルとして表出されている成人期の子どもに対しては、何がその混乱の原因になっているのかを丁寧にアセスメントしながら援助の方針を検討していくことが重要であると考えられる。

ところで、楠は、学校や教職員に対する執拗な苦情や無理難題が激しく、学校が対応に苦慮する保護者の背後にある要因として、「自閉スペクトラム症などの発達障害や知的障害の問題」「未処理（未解決）の葛藤」「パーソナリティ障害」「うつ病や精神疾患」を挙げている（楠, 2013）¹²。

楠の研究は教育・保育現場への苦情を取り扱ったものであるが、このような激しい苦情や無理難題への対応に苦慮しているのは教育・保育現場だけでなく、様々なサービス業や医療・看護現場でも同様であり、楠の要因の提起は他の領域にも応用可能であると考えられる。ただし、「パーソナリティ障害」「うつ病や精神疾患」「知的障害」は多くの場合、日常生活にも支障が生じてくる問題であり、終末期の親の死の受容のプロセスで特に激しく問題が顕在化するわけではないので、今回の研究では、この4つの要因のうち、「自閉スペクトラム症」と「未処理（未解決）の葛藤」に絞って取り上げることにした。

¹¹ 厚生労働省（2014）平成25年度国民生活基礎調査の概要

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/16.pdf>（2021年4月アクセス）

¹² 楠凡之：「気になる保護者からのクレーム対応」「学校と保護者の関係づくりを目指すクレーム問題」第3章, p, 50, 教育出版, 東京, 2013

その理由として、「自閉スペクトラム症」は他者との社会的関係形成の困難さに加えて、環境の変化に対する脆弱性があり、親の死という大きな環境の変化が他の発達障害よりもより深刻な混乱をもたらす危険性が大きいと考えたためである。

また、「未解決の葛藤」とは、過去の葛藤や喪失体験のうち、現在も肯定的意味が見出せない、ネガティブな感情のことである(山口, 2004)¹³が、親の死という危機的な状況においては、それまで心の中に未解決のまま封印されていた親または養育者との否定的な体験と感情、あるいはパートナーなどの身近な人の死による喪失体験や葛藤がよみがえり、精神的な混乱を引き起こしやすいと考えたためである。

また、このような精神的な混乱が生じてくる要因には、実践・臨床現場による違いも存在していると考えられる。本稿では、終末期医療現場での家族支援を困難にする要因の一つとしてアタッチメントの問題を取り上げたい。以下にその理由について述べる。

通常の場合、アタッチメントの問題は乳幼児期の子どもと養育者との関係で最も重要な意味を持つものであり、アタッチメント行動は乳幼児期に最も活性化されることは乳幼児精神医学の中でも指摘されてきた(ボウルビィ, 1993)¹⁴。

しかし、アタッチメントの問題は決して乳幼児期や周産期の時期だけの問題ではなく、青年期以降にも関係する問題であり、アタッチメントの研究で有名な精神科医のボウルヴィも成人以降も不安があるときやストレスのもとではアタッチメント行動が活性化される(ボウルビィ, 1988)¹⁵ことを指摘していた。

また、楠(2020)¹⁶も次のように述べている。

「数井・遠藤¹⁷が編集した『アタッチメント』の本のサブタイトルは『生涯にわたる絆』である。すなわち、アタッチメントのニードは生涯にわたって続くものであり、対象が養育者から親友やパートナー、配偶者などに代わっていくとしても、アタッチメント対象は生涯にわたって求められ続ける。また、たとえ成人であっても、人生において恐れや心身の苦痛に襲われた時にはアタッチメントシステムは活性化する。東日本大震災のときに『絆』が強調されたのは、まさしく恐怖と心身の苦痛に襲われた事態におけるアタッチメントのニードの高まりと、そのニードに敏感に応答していける社会的なつながりが強く求められたためであったといえよう。」

¹³ 山口智子：人生の語りの発達心理, p, 48, ナカニシヤ出版, 京都, 2004

¹⁴ ボウルビィ著、二木武監訳：母と子のアタッチメント心の安全基地, pp, 33-37, 医歯薬出版株式会社, 1993

¹⁵ J ボウルビィ・黒田実郎訳：母子関係の理論Ⅱ第6刷 分離不安, p, 235, 岩崎学術出版社, 東京, 1992

¹⁶ 楠凡之：「アタッチメントと生活指導」 「～子どもたちの心に安心感を届け、探索と学びの世界に誘う～」, 生活指導, 751, pp, 38-47, 2020

¹⁷ 数井みゆき・遠藤利彦：「なぜ、今、アタッチメントなのか」 「アタッチメント理論の基本的枠組み」 「アタッチメント～生涯にわたる絆～」 はじめに, pp i-iii, 第1章, pp, 1-4, ミネルヴァ書房, 東京, 2005

このように成人の場合でも、恐怖や心身の苦痛に襲われた時にはアタッチメントシステムは活性化し、それが具体的な行動として現れてくるのである。そして、その意味では、親の死が間近に迫った状況は人生最初のアタッチメント対象の喪失を意味しているだけに、個人によっては、それに伴う恐れや心理的苦痛によってアタッチメントシステムが活性化し、成人期の子どもの行動にも大きな影響を与える可能性は十分に考えられるのである。

以上のような理由から、本研究では、楠の提起にあった「未解決の葛藤」「自閉スペクトラム症」に加えて、「アタッチメントの問題」を死の受容を困難にする要因の一つとして仮説的に取り上げることとした。

筆者はこれらの三つの要因は日常生活の中では特に大きな支障はなく過ごしていた成人の場合でも、親の死という危機の場面では一気に大きく問題を顕在化させる可能性を孕んだ要因であると考えている。

本研究では、この三つの要因に視点をあてて、親の死に直面した成人期の子どもの事例検討を行い、そこから終末期における適切な家族支援の在り方を検討していく手がかりとしたい。

第1章 高齢の親の死の受容を困難にする諸要因について

序章では、終末期医療の現場において、高齢の親の死の受容に困難さを抱える成人期の子どもの背景にある問題として、三つの要因を取り上げた。ここではそれぞれの要因の具体的な内容についてさらに詳しく説明していきたい。

第1節 成人期の子どもの「アタッチメントの問題」

ここでは高齢の親の死の受容と成人期の子どもの「アタッチメントの問題」との関連について、先行研究を参照しつつ整理していきたい。

1、アタッチメントについて

(1) アタッチメント（アタッチメント行動）とは

遠藤（2005）¹⁸は、アタッチメントとは、個体がある危機的な状況に接し、あるいはまたそうした危機を予知し、恐れや情動が強く喚起された時に、特定の他個体への接近を通して、習慣的な安全の感覚を回復・維持しようとする傾性と定義している。アタッチメントはある人物が特定の他者との間に結ぶ情緒的な絆であり、子ども時代は危機的な状況から保護してくれる安全基地としての役割を持つと同時に、発達や人格形成の土台となるものであるといえよう。

なお、初塚（2010）¹⁹が、アタッチメント行動とは「子どもが危機的な状況に直面し、あるいは潜在的な危機的な状況を察知して、不安・恐れを感じると、アタッチメントの要求が無意識にはたらき、子どもは養育者との接近を確保するための行動（である）」と述べていることから、本稿では、アタッチメントとアタッチメント行動は同一の意味でとらえることにしたい。

アタッチメントは、最初は主に母子関係における日常の具体的なやりとりを通して発達していくが、やがて成長とともに、母親という枠を超えた、特定の人物との間に築かれる情緒的な絆となるとされている（久保, 1998）²⁰。

¹⁸ 遠藤利彦：「アタッチメント理論の基本的枠組み」「アタッチメント～生涯にわたる絆～」第1章, pp, 1-4, ミネルヴァ書房, 東京, 2005

¹⁹ 初塚眞喜子：アタッチメント（愛着）理論から考える保育所保育のあり方, 相愛大学人間発達学研究, pp, 1-16, 2010

²⁰ 久保恵：愛着とワーキングモデル, 京都大学教育学部紀要, 第44号 pp, 313-324, 1998

(2) アタッチメント対象とそのプロセス

アタッチメント対象とは、安全を提供し、苦しみに対して、応答性、支持、理解、保護、世話を提供する人物のことである。(ビフィロコ/トーマス, 2017)²¹。

アタッチメント対象は思春期に入るまでは子どもを主に養育してくれる大人であり、具体的には両親、同居ないしは近隣に住んでいる祖父母、施設の養育スタッフ、保育園の先生などが児童期までの主要なアタッチメント対象であろう(林, 2010)²²。また、学童期に入ると学童保育の指導員、さらに教育関係者もアタッチメントの対象となると考えられる。

近藤(2016)²³は、「子どもは親から独立していくが、アタッチメント対象は、親友、恋愛から夫婦関係へと発展していく。老年期になると配偶者の死によって、喪失体験からアタッチメント関係の逆転が生じ、親が子を頼りにすることも生じ、一生を通じて誰かとのアタッチメント関係を形成している」と述べている。

図1は、これらの先行研究の知見を参考にして、ライフサイクルにおけるアタッチメント対象の変化をまとめたものである。

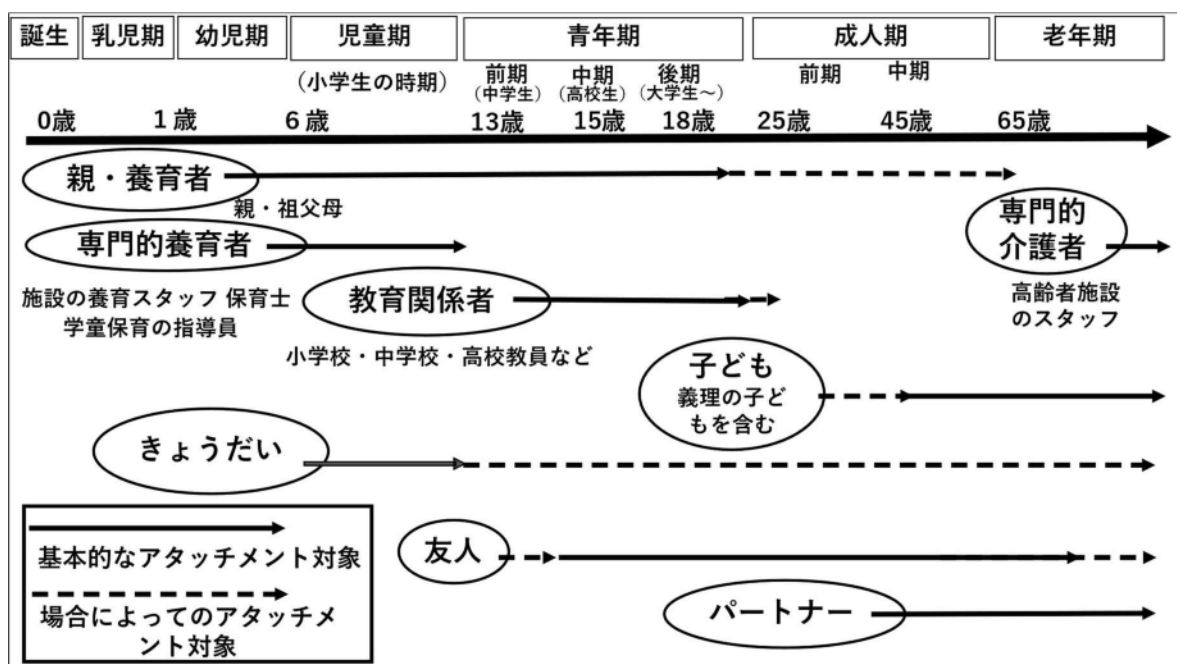


図1 アタッチメント対象の生涯にわたる変化

²¹ アントニア・ビフィロコ/ジェラルディン・トーマス著、吉田恵子ら監訳：アタッチメント・スタイル面接の理論と実践, pp, 23-75, 金剛出版, 東京, 2017

²² 林もも子：思春期とアタッチメント, pp, 9-69, みすず書房, 東京, , 2010

²³ 近藤清美：アタッチメント関係の生涯発達, 教育と医学 NO. 761, pp, 4-9, 慶応義塾大学出版会, 東京, 2016

図1に示すようにアタッチメント対象は、個人の生涯にわたって存在するものである。

このように成人にもアタッチメント対象は必要であり、そういう人がいない、もしくはいたとしても受けとめてもらえなかったり、拒絶されたりすると、安心感が得られない状態となり、精神的な混乱をきたすことは成人にも起こり得ることであろう。すなわち、子どもだけでなく、成人であっても、何らかの原因で恐れや心的苦痛を感じた際には、そのアタッチメントのニードに敏感に応答し、ケアしてくれるアタッチメント対象が必要になってくるのである。

(3) アタッチメントシステムの活性化

林 (2010)²⁴は「アタッチメントシステムは、生存あるいは遺伝子成功と適応という主要な機能の下に、個体の安全を維持し、探索システムの起動を可能にすることと、個体の保護システムを起動することという二つの機能をもつ」と述べている。

遠藤 (2020)²⁵は「アタッチメントは、多くの場合、恐れや感情によって活性化される訳ですから、そもそも、この恐れや感情は、基本的に、逃げるのに適した緊急反応を瞬間的に脳や身体の中に引き起こします」と述べており、アタッチメントシステムの活性化は安全または心理的安心を得るために活性化されるシステムであると言えよう。

ちなみに、ボウルビィ (1993)²⁶は「アタッチメント行動は明らかに子どもだけに限られたことではない。ふつうはそれほど強くないが、思春期の子どもや成人にも、不安があるときやストレスのもとではこのような行動が認められる」と指摘しているが、このようなアタッチメント行動が生じてくるのは幼少期だけでなく、思春期や成人期においてもアタッチメントシステムが活性化することを物語っていると考えられる。

工藤 (2020)²⁷は、アタッチメントシステム活性化の仕組みを図2のように示している。

²⁴ 林もも子：思春期とアタッチメント，みすず書房，東京，p, 10, 2010

²⁵ 遠藤利彦：アタッチメント研究の現在とこれからの行方，教育と医学 NO. 796, pp, 4-11, 慶応義塾大学出版会，東京，2020

²⁶ ボウルビィ著、二木武監訳：母と子のアタッチメント心の安全基地，p, 5, 医歯薬出版株式会社，1993

²⁷ 工藤晋平：支援のための臨床的アタッチメント論—安心感のケアに向けて—, p, 30, ミネルヴァ書房，東京，2020

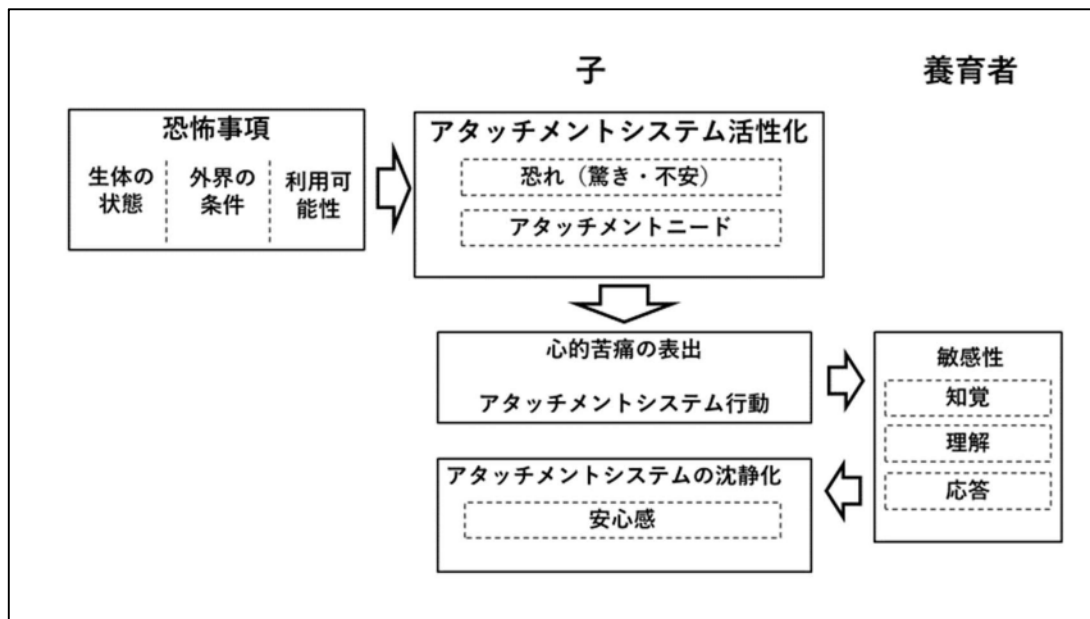


図2 アタッチメント相互作用 (工藤, 2020, p 30)

工藤 (2020) ²⁸は、「この仕組みと、それによってもたらされるアタッチメント行動—養育行動の連鎖ないし循環、養育者の敏感な応答、および利用可能性が、生きるうえで遭遇する危機や恐怖に安心性を与えるために、その成立を欠かすことはできない」と述べている。

養育者は、子のアタッチメント行動を敏感に知覚・理解し、正しく応答することでアタッチメントシステムの沈静化をはかり、安心感に結びつけるのである。

さらに言えば、これは幼少期の行動だけでなく、思春期の子どもや成人も危機的な状況の際にはアタッチメント行動を起こすのであり、思春期や成人期においてもアタッチメント対象の存在は重要な意味を持っていると考えられる。

2、アタッチメント・スタイルについて

アタッチメント・スタイルとは、アタッチメント対象との関係のあり方が内在化され、個人のパーソナリティ特徴となったものである (田附, 2017) ²⁹。要するに、人間が対人関係を形成する場面で見られる心理的な傾向のことである。

²⁸ 工藤晋平：支援のための臨床的アタッチメント論—安心感のケアに向けて—, p, 30, ミネルヴァ書房, 東京, 2020

²⁹ 田附紘平：アタッチメント・スタイルと親のイメージの関連—20 答法による検索的検討—, パーソナリティ研究, 第 25 卷, 第 3 号 p, 192, 2017

また、アタッチメント・スタイルは他者とつながり、相手からの慰めや支えを得ようとする行動的な面だけではなく、自分が助けや慰めを求めたときに、相手がどう応じるかについて、どんな期待を持ち、どれだけそれを当てにしているかという心理的な面にも関係するとされている。(岡田, 2011)³⁰。

今日、成人期のアタッチメント・スタイルを測定する方法としては、質問紙によるものと半構造化面接によるものの2種類がある。

質問紙によって成人アタッチメントの個人差を測定する方法としては、カテゴリ型記述選択スタイルでは、AAQ (Adult Attachment Questionnaire)、RQ(Relationships Questionnaire)、RQ-CV(RQ-Clinical Version)、次元尺では、RSQ (Relationship Style Questionnaire)、ECR(Experiences in Close Relationships)、Adult Attachment Scale、VASQ(Vulnerable Attachment Style Questionnaire)などがある。これらの自記式の測定法に共通する利点はあらゆる質問紙の利点と共通で簡素であり、実施するのに訓練を必要しないという点、欠点は回答者の自己報告に頼っているということである(ビフィルコ/トーマス, pp48-49, 2017)³¹。

次に半構造化面接としては、Adult Attachment Interview (成人アタッチメント面接、以下AAIとする)とAttachment Style Interview(アタッチメント・スタイル面接(以下ASIとする)の大きくは二種類が広く知られている。

AAIは、被面接者の成育歴や幼少期の養育者に対する感情やイメージについての回答からアタッチメント・スタイルを検討する方法であり、幼少期からの養育者とのアタッチメント関係の質とその中で築かれてきたアタッチメント・スタイルを測定していく上では有効な方法であると考えられる(林, 2010)³²。

それに対して、ASIは思春期以降の年代を対象として、パートナーや身近な他者との現在の対人関係について、被面接者の対人関係における態度や行動の叙述に基づいてアタッチメント・スタイルを決定する半構造化面接を用いた測定法である(林, 2009)³³。

ASIの全体構造には、現在のアタッチメント対象の有無やその関係における安心性の程度を測定するサポート尺度と、アタッチメント・スタイルを測定するアタッチメント態度尺度がある。

³⁰ 岡田 尊司：愛着障害 子ども時代を引きずる人々，p, 19, 光文社新書, 東京 , 2011

³¹ アントニア・ビフィルコ/ジェラルディン・トーマス著、吉田恵子ら監訳：アタッチメント・スタイル面接の理論と実践, pp, 48-49, 金剛出版, 東京, 2017

³² 林もも子：思春期とアタッチメント，p, 40, みすず書房, 東京 , 2010

³³ 林もも子：アタッチメントと適応ーアタッチメント・スタイルの個人差モデルー 立教臨床心理学研究, 3, pp, 1-11, 2009

ASI は評定者がマニュアルにより評定を行う半構造化面接で行うものである。面接は二部構成になっており、第一部は安心性の程度を測定するサポート尺度、第二部はアタッチメント・スタイルを測定するアタッチメント態度尺度である（ビフィルコ/トース, 2017）³⁴。AAI ではアタッチメント・スタイルは、自立型（Secure-autonomous）、アタッチメント軽視型（Dismissing/Detached）、とらわれ型（Enmeshed/Preoccupied）、未解決型（Unresolved）に分類される（上野, 2010）³⁵。それに対して、ASI の分類では、明らかな安定型、とらわれ型、恐れ型、怒り拒否型、引っ込み型に分類されている（林, 2010）³⁶。
*AAI と ASI の分類については巻末の資料を参照（資料 1, pp, I-II）。

3、成人期の子どものアタッチメントの問題が高齢の親の死の受容に与える影響

（1）成人期の子ども現在のアタッチメント関係

現段階において親以外の関係で安定したアタッチメント対象との関係を築けている成人期の子どもの場合には、比較のおだやかに高齢の親の死を受容していけると推測される。しかし、成人期になっても親以外のアタッチメント対象との関係を築けておらず、依然として高齢の親がアタッチメント対象になっている場合、その親の死を受容していくことには大きな困難が生じてくることは容易に想像される事態であろう。したがって高齢の親の死を受容する過程では、成人期の子ども現在のアタッチメント対象の有無やその対象は誰で、どの程度のサポートが得られているかが親の死を受容する過程では大きく影響してくると考えられる。

（2）成人の子どもアタッチメント・スタイル

Turan (2011)³⁷らは、アダルト・アタッチメント・スタイル尺度（ECR-RS）*を使用し、高齢者の終末期医療における延命治療などの希望を成人の子どもたちが正しく推測できるかどうかには、アタッチメント・スタイルが大きく影響しており、アタッチメントの不安

³⁴ アンTONIA・ビフィルコ/ジェラルディン・トーマス著、吉田恵子ら監訳：アタッチメント・スタイル面接の理論と実践, p, 54, 金剛出版, 東京, 2017

³⁵ 上野永子：Adult Attachment Interviewの臨床への適応とその展望, 関西学院大学リボトリ人文論究, 59 巻第 4 号 p, 169, 2010

³⁶ 林もも子：思春期とアタッチメント, p, 51, みすず書房, 東京, 2010

³⁷ Turan, B., Goldstein, M. K., Garber, A. M., and Carstensen, L. L. Knowing loved ones' end-of-life health care wishes: Attachment security predicts caregivers' accuracy. *Health Psychol*, 30 (6) ,pp, 814-818. 2011

定型（不安型、及び回避型）の場合、高齢親の終末期医療に関する希望を正確に推測することが困難であったと述べている。

*ECR-RS は母親，父親，配偶者，友人の 4 対象ごとに回避 6 項目，不安 3 項目への回答を求め、各対象のアタッチメント・スタイルを測定しようとするものである（古村, 2016）³⁸。

このように考えると、現実には高齢の親が終末期を迎え、しかも、自分で医療の選択ができないような場面であれば、アタッチメント・スタイルの不安定型の子どもの場合、さらに大きく混乱してしまい、高齢の親の希望を適切に理解して代理意思決定を行うことが一層困難になることは容易に想像される事態であろう。

このように、アタッチメント・スタイルが不安定型の場合、高齢の親の死に直面した時、その代理意思決定が著しく困難になる危険性があることには十分な留意が必要であると考えられる。

4、高齢の親と介護者する子どもとのアタッチメント関係について

近年、高齢者と介護者のアタッチメント関係の研究は海外では多く報告されている。

Karantzas ら(2018)³⁹は、アタッチメントと老人ケアの研究統計レビューを行った結論として、介護者と高齢者のアタッチメント関係が不安定な場合は、介護者のメンタルヘルスの低下または介護を抑制するとしている。

また幾つかの研究では、介護者とのアタッチメント関係が不安定な場合は認知症高齢者の安心感の低下を招くこと、したがって、高齢者を介護する上では、高齢者と介護者のアタッチメント関係の安定が必要であることが指摘されている。

図 1 にあるように、老年期になると、きょうだいや友人、パートナーも同じく高齢となり、安定したアタッチメント対象とはなりにくく、主として考えられるアタッチメント対象は専門的な介護者や子ども（義理の子どもを含む）となると推測される。

ちなみに、認知症の高齢者とその介護をする子ども（義理の子どもも含む）のアタッチメント関係の研究が最近多く報告されている。

³⁸ 古村 健太郎・村上 達也・戸田 弘二：アダルト・アタッチメント・スタイル尺度（ECR-RS）日本語版の妥当性評価 1，心理学研究，第 87 巻第 3 号，p, 305, 2016

³⁹ Gery C Karantzas, Daniel Romano, Juwon Lee, Attachment and aged care: a systematic review of current research. 25, pp, 37-46. 2018

Juwan Lee (2018)⁴⁰は、「認知症患者の介護負担に及ぼすアタッチメント・スタイルと親孝行の価値観の影響について」の論文の中で、アジア文化では親孝行という義務があり、それがアタッチメント・スタイルと介護者の負担にどのように関連しているかを韓国で調査している。その結果、介護者（子ども）と親とのアタッチメント関係が不安定な場合、介護負担感が高くなること、しかも、親孝行の義務が強いときは介護することを回避することができないことが大きな負担感になることを報告している。韓国は文化的には日本と近い考え方であると推測されるが、日本国内の親とのアタッチメント関係と介護負担感の研究は现阶段では報告されていない。しかし、高齢の親の老化や介護の段階は、親の死の受容の前段階と考えられるだけに、死の受容の問題を考えるうえでも貴重なデータであると考えられる。

5、本研究の仮説

以上の先行研究などを踏まえて、本研究では次のような仮説を立てた。親の死という危機的な状態においては、成人期の子どもであっても、アタッチメントのニードを敏感に読み取って応答してくれるアタッチメント対象が他に（親以外に）いなければ、高齢の親の死の受容の段階で激しい混乱が起こり、それが適切な終末期医療の選択の困難さ、医療関係者への苦情などのかたちで表出される可能性が生じてくる。すなわち、高齢の親の死を受容していく過程では、現在の親以外のアタッチメント対象との関係性が大きく影響してくるのではないかと。

⁴⁰ Lee, J., Sohn, B. K., Lee, H., Seong, S. J., Park, S., & Lee, J. Y. (2019). Corrigendum to "Attachment style and filial obligation in the burden of caregivers of dementia patients" [Arch. Gerontol. Geriatr. 75 (2018) pp, 104-111]

第2節 「未解決の葛藤」

1、「未解決の葛藤」とは何か

山口(2004)⁴¹が「未解決の葛藤」とは、過去の葛藤や喪失体験のうち、現在も肯定的意味が見出せない、ネガティブな感情のことであると述べていることは既に指摘した。

「未解決の葛藤」は、過去の体験によつての傷つきや怒りの感情が未解決のまま心の中に存在している状態であり、ゲシュタルトカウンセリング(ペトリューシカ・クラークソン, 1999)⁴²では積極的に用いられている概念である。ゲシュタルト心理学では、子ども時代の外傷体験が未解決な状態であると、大人になってからも心理的な影響が生じてくることが指摘されている。

ただし、「未解決の葛藤」のすべてが子ども時代の体験によるものではなく、成人してからの外傷体験による「未解決の葛藤」も存在している。

子ども時代の場合、否定的な被養育体験や心的外傷となる体験が「未解決の葛藤」を作り出すつくりだす原因となると考えられる。成人期以降の場合でも、兄弟や配偶者の死や重篤な病、事件・事故や災害、DVなどの被害体験(トラウマ)などの外傷体験が適切に心理的に処理されないと、「未解決の葛藤」としてその後の人生に影響を及ぼす危険性が生じてくると考えられる。

大河原(2019)⁴³は、恐怖や怒りや悲しみをともなうつらい体験(トラウマ体験)の場合、その記憶は、寝ている間のルーティンの処理作業の範囲では処理しきれない状態に陥ると述べている。その結果、つらい記憶の断片がリアルな恐怖や怒りや悲しみなどの感情や不快な身体感覚をともなったまま、突然フラッシュバック(再体験)するということが起こる。ここでいうフラッシュバックとは、過去の体験とそれに伴う情動や身体感覚の記憶のよみがえりである。

乳幼児精神医学では、乳幼児期の外傷体験の記憶が育児真っ最中の時期にフラッシュバックし、子育てを困難にすることが指摘されてきた(大河原 2019)⁴⁴。

大河原(2019)⁴⁵は、子育て困難が生じるメカニズムを以下のように述べている。「子育て困難が生じる背景にあるのは、妊娠・出産・子育てという刺激によって、封印されてきた子ども時代の自我状態が眠りから覚めてしまうという自然の「しくみ」です。子育て困難を引き起こしている過去の記憶は、眠りから覚めた子ども時代の自我状態なのです。おそらく、妊娠すると出産・子育ての準備として、自分がどう育てられてきたのかという

⁴¹ 山口智子：人生の語りの発達心理学, p, 48, ナカニシヤ出版, 東京, 2004

⁴² ペトリューシカ・クラークソン著 日保田裕子訳：ゲシュタルトカウンセリング, p, 9, 川島書店, 東京, 1999

⁴³ 大河原美似：子育てに苦しむ母との心理臨床, p, 78, 日本評論社東京, 2019

⁴⁴ 43) p, 106

⁴⁵ 43) pp, 84-85

過去の記憶を照合する回路が脳の中で自動的に起動するようにできているのでしょう。この自然の仕組みによって、本来は子育てがスムーズにできるようになっているのです。無意識に心の中で登場している「小さな私」は、子育てのさまざまな状況下で、さまざまな反応は生み出します。「小さな私」と認識される以前の潜在記憶に封印された胎児期・出産時・新生児期の感覚だけの記憶でさえ、その記憶の漏出（漏れ出る）という現象によって、母たちが困惑するような反応を引き起こすのです」と述べている(図3)。

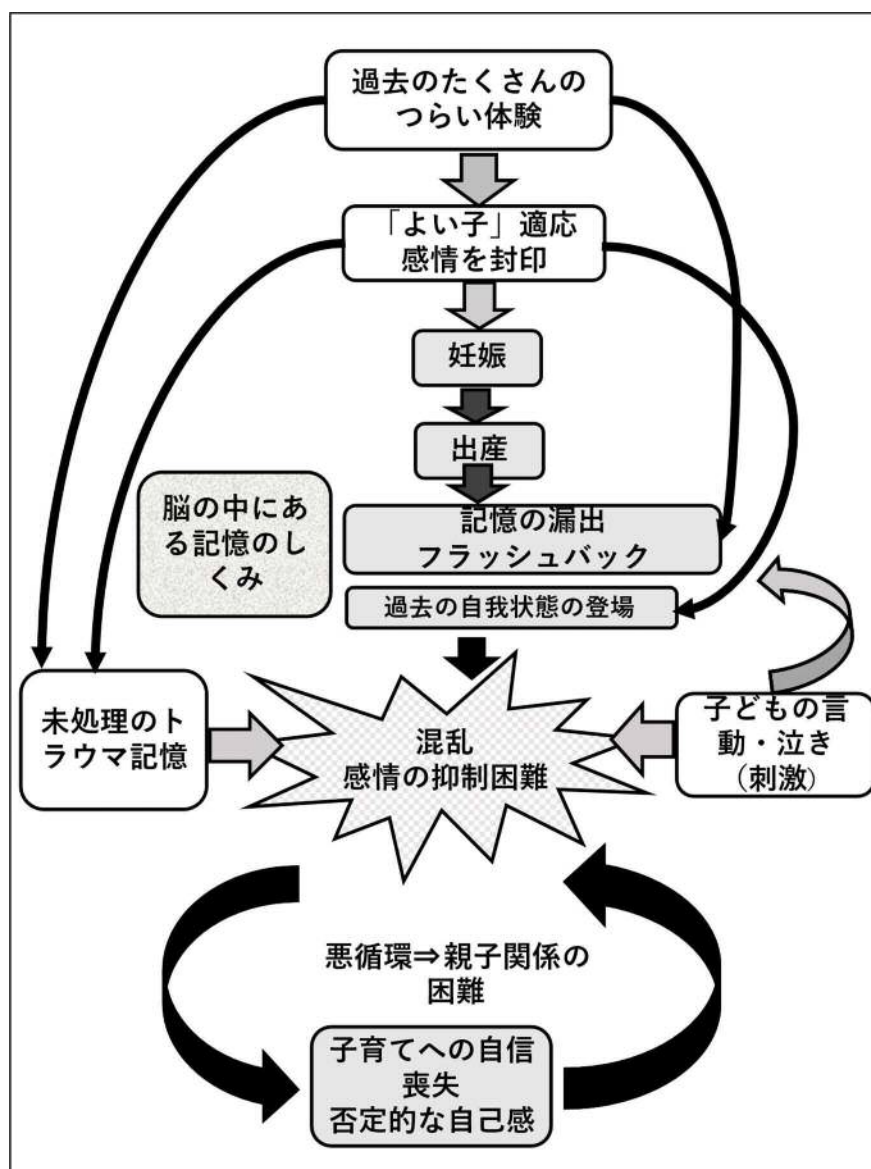


図3 子育て困難が生じるメカニズム (大河原, 2019, p 84)

このように、自分自身が親として乳幼児期の子どもと関わる時、自分自身の子ども時代の外傷体験の記憶がよみがえってきて、子育てに影響を与えてしまうこと決して少なく

ない。それゆえに、渡辺(2000)⁴⁶は「未解決の葛藤を抱える己が見えてくる時、我が子との関わりのなかで蘇ってきた、過去の傷つきの体験と感情をしみじみと語ることでその感情を整理することができる」とし、そのことを通して、過去の傷つきや葛藤を我が子との関係の中に投影することから自由になっていけるように援助していくことの重要性を指摘している。

ところで、育児支援の領域だけではなく、「未解決の葛藤」の問題は高齢者におけるライフレビューでも取り上げられてきた。Butler (1963)⁴⁷は、「ライフレビューとは高齢者が過去を振り返る過程であり、その過程で過去の葛藤が解決できれば、人生に新しい意味を見出すことができる」と述べており、未解決の葛藤を解決し過去を統合することの重要性を指摘している。

そして、このような過去の振り返りは高齢の親の死を間近にしたときに、成人期の子どもにも生じるものであると考えられる。

実際、筆者の看護師としての経験の中でも、高齢の親が亡くなる直前に、成人期の子どもが親との幼少期のエピソードを回想する場面にしばしば出会った。

例えば、「小学校の頃に友達と遊んでいて遅く家に帰った時、親に何度も叩かれたこともあったけど、自分が親になって自分を心配した気持ちがわかる。あの時は親を恨んで謝れなかったけど、今ならごめんなさいって素直に言える」や、「普段は真面目な親父だけどお酒を飲んでよく暴れて、酒を飲まないとか何もできないのかと親父を恨んだこともあった。でも、今、あの頃の親父と同じ年齢になって、何も言わずに堪えて仕事をしてきた親父のすごさもわかるし、今なら許せる。でも酒の飲みすぎでこんな病気になって、つらいだろうけど、好きな酒で病気になったから親父らしい」、「小さい頃は共稼ぎで保育園の迎えはいつも最後でつらかった。こんな家に生まれた自分を悔やんだし、母親を憎んでいた。しかし、自分が働きながらの育児真っ最中だった時、自分が仕事で遅くなると母が保育園に子どもの迎えに行ってくれたり、ご飯を作ってくれたりした姿をみて、今はこの母の子どもに生まれてよかったと思う」というような言葉を何度も聞いた。

このような語りは、子ども時代の負の体験を亡くなる親の前で自分から語り、今まで親に言えなかった辛い気持ちと怒りの気持ち、そして許す気持ちや感謝する気持ちを語ることで「未解決の葛藤」が整理され、子ども時代に自分を傷つけた親との関係を修復するワークでもあった。

しかし、子ども時代の否定的な養育体験が深刻であったり、そこでの否定的な感情をありのまま表現して整理する機会が保障されていない場合には、親子間での「未解決の葛

⁴⁶ 渡辺久子：母子臨床と世代間伝達, p, 45, 金剛出版, 東京, 2000

⁴⁷ Butler, R.N. : The life review : an interpretation of reminiscence in aged. *Psychiatry*, 26, pp, 65-75, 1963

藤」が強く存続し、親の終末期において、このようなしみじみとした語りではなく、より激しいかたちでその葛藤が表出されてくる事態も生じてくると考えられる。

2、高齢の親の終末期における「未解決の葛藤」の問題

渡辺（2000）⁴⁸は、「親子や夫婦で内面を語り合う習慣の乏しい日本では、多くの葛藤がまだ整理されないまま押し殺されている」と述べている。そのために、親の終末期を迎えるまで、その「未解決の葛藤」は解決されないまま心の奥にしまわれ続けた結果、いよいよ親の死に直面する事態になって、親子間の「未解決の葛藤」がよみがえり、成人期の子どもに精神的な混乱をもたらす事態も生じてくると推測される。

筆者は大河原の子育て困難が生じるメカニズム（大河原, 2019）⁴⁹を参考にして、図4を作成してみた。図4は高齢の親の死に直面した時に「未解決の葛藤」がよみがえってくるメカニズムについての説明を試みた図である。

親との関係の中での過去の否定的な体験（被養育体験など）による傷つきや葛藤の感情を封印したまま成人に成長した子どもは、普段はその葛藤が刺激されないように親との精神的な距離を保ちながら生活をしている場合が多い。しかし、高齢の親の死が間近に迫ると物理的、精神的な距離を保つことは困難にならざるを得ない。そして、身近なところで、親の病に苦しむ姿や衰弱していく姿を見ていると、そのことが刺激となって過去の否定的な体験と感情のフラッシュバックが起こる。そのために精神的な混乱と感情の抑制困難が起こり、医療者や親に対する攻撃的な態度が生じるというメカニズムが存在するのではないかと考えた。

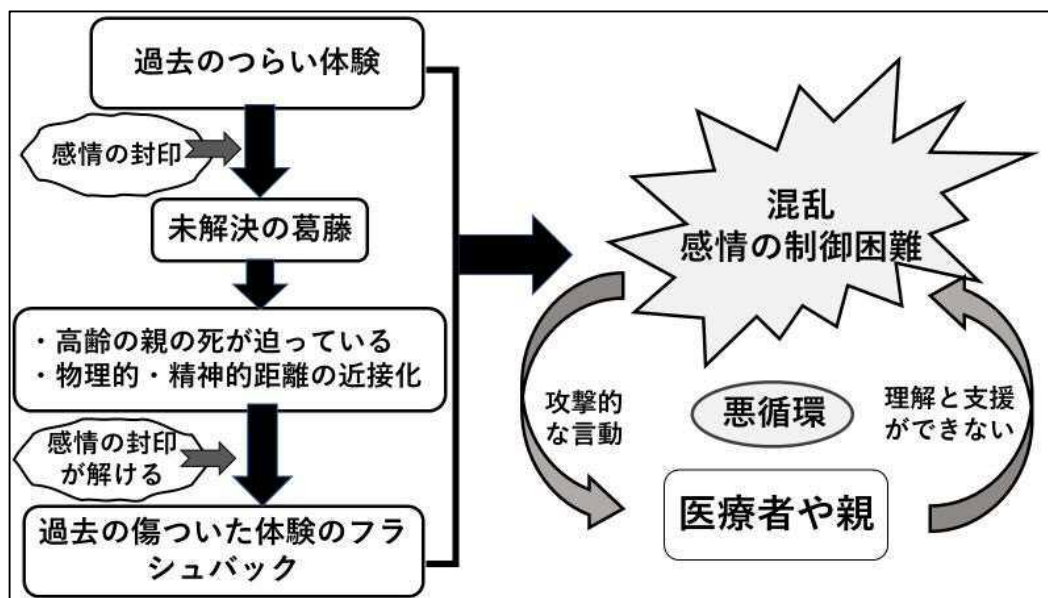


図4 高齢の親の死の受容過程で「未解決の葛藤」が生じるメカニズム

⁴⁸ 渡辺久子：母子臨床と世代間伝達，p，39，金剛出版，東京，2000

⁴⁹ 大河原美似：子育てに苦しむ母との心理臨床，p，84，日本評論社，東京，2019

親子間での「未解決の葛藤」を抱える成人期の子どもへの支援を提供することは容易な課題ではない。しかし、親に対する未解決の怒りや憎しみ、罪悪感などの感情を整理し、死にゆく親との関係を修復していくためには、これまでの親や養育者との関わりの中での傷つきや葛藤の体験とそこでの感情をありのままに振り返り、表現しつつ「内省的自己 (reflective self) 」(渡辺, 2011)⁵⁰を育めるように援助していくことが重要になってくると考えている。

3、本研究の仮説

以上の知見を踏まえて、次のような仮説を立てた。

子ども時代、あるいは成人期に築かれた「未解決の葛藤」があり、とりわけ親との関係で「未解決の葛藤」を抱えている場合、親の死が差し迫ってきた時期にその「未解決の葛藤」がフラッシュバックして精神的な混乱が生じ、冷静な状況判断ができなくなる危険性が生じてくる。そのような場合、成人期の子どもが、自らの「未解決の葛藤」をありのままに表現し、応答されていくなかで、親との関係で整理修復できるように援助していくことが重要である。

⁵⁰ 渡辺久子：母子臨床 と世代間伝達, p, 35, 金剛出版, 東京, 2000

第3節 自閉スペクトラム症の問題

1、自閉スペクトラム症 (ASD) について

自閉スペクトラム症とは、アメリカ精神医学会が2013年に公表した『精神疾患の診断・統計マニュアル』第5版DSM-5（高橋2017）における広汎性発達障害・自閉症・アスペルガー症候群の総称である。自閉スペクトラム症（以下、ASDとする）は、社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害、限定された反復する様式の行動、興味、活動が主としてみられるものである。

表1 DSM-5による自閉スペクトラム症の診断基準

<p>診断基準</p> <p>A. 複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥があり、現時点または病歴によって、以下により明らかになる（以下の例は一例であり、網羅したものではない）。</p> <p>(1) 相互の対人的・情緒的関係の欠落で、例えば、対人的に異常な近づき方や通常の会話のやりとりのできないことといったものから、興味、情動、または感情を共有することの少なさ、社会的相互反応を開始したり応じたりすることができないことに及ぶ。</p> <p>(2) 対人的相互反応で非言語コミュニケーション行動を用いることの欠陥、例えば、まとまりの悪い言語的・非言語的コミュニケーションから、視線を合わせることと身振りの異常、または身振りの理解やその使用の欠陥、顔の表情や非言語的コミュニケーションの完全な欠陥に及ぶ。</p> <p>(3) 人間関係を発展させ、維持し、それを理解することの欠陥で、例えば、様々な社会的状況に合った行動に調整することの困難さから、想像上の遊びを他人と一緒にしたり友人を作ることの困難さ、または仲間に対する興味の欠如に及ぶ。</p> <p>B. 行動、興味、または活動の限定された反復的な様式で、現在または病歴によって、以下の少なくとも2つにより明らかになる（以下の例は一例であり、網羅したものではない）。</p> <p>(1) 常同的または反復的な身体の運動、物の使用、または会話（例：おもちゃを一行に並べたり物を叩いたりするなどの単調な常同運動、反響言語、独特な言い回し）。</p> <p>(2) 同一性への固執、習慣へのかたくななこだわり、または言語的・非言語的な儀式的行動様式（例：小さな変化に対する極度の苦痛、移行することの困難さ、柔軟性に欠ける思考様式、儀式のようなあいさつの習慣、毎日同じ道順をたどったり、同じ食物を食べたりすることへの要求）。</p> <p>(3) 強度または対象において異常なほど、きわめて限定され執着する興味（例：一般的ではない対象への強い愛着または没頭、過度に限定・固執した興味）。</p> <p>(4) 感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さ、または環境の感覚的側面に対する並外れた興味（例：痛みや体温に無関心のように見える、特定の音、感覚に逆の反応をする、対象を過度に嗅いだり触れたりする、光または動きを見ることに熱中する）。</p> <p>C. 症状は発達早期に存在していなければならない（しかし社会的要求が能力の限界を超えるまで症状は明らかにならないかもしれないし、その後の生活で学んだ対応の仕方によって隠されている場合もある）</p> <p>D. その症状は、社会的、職業的、または他の重要な領域における現在の機能に臨床的に意味のある障害を引き起こしている。</p> <p>E. これらの障害は、知的能力障害（知的発達症）または全般的発達遅延ではうまく説明できない。知的能力障害と自閉スペクトラム症はしばしば同時に起こり、自閉スペクトラム症と知的能力障害の併存の診断を下すためには、社会的コミュニケーションが全般的な発達の水準から期待されるものより下回っていないなければならない。</p>

アメリカ精神医学会が 2013 年に公表した『精神疾患の診断・統計マニュアル』第 5 版 DSM-5 (高橋, 2017)⁵¹では、ASD(自閉スペクトラム症)の診断基準は以下の通りである。なお、ここでは簡略版を用いた(表 1)。

楠(2017)⁵²は、「ASD には、社会的・情緒的な相互関係の障害、想像力の障害とこだわりの強さの他、『心の理論』の障害(自分とは異なる他人の見方、感じ方を理解することの困難さ)、実行機能の障害(自分の計画を実行、修正する心理機能の脆弱さなど)、同時遂行機能の困難さ(複数の事柄に注意をうまく振り分けることができない)、全体知覚の困難さ(相手の話のポイントがつかめない。要点を整理して話すことができない)、タイムスリップ現象またはフラッシュバック(突然過去のことを思い出して、その時の感情に支配される)、二分的評価と独自の論理や推論などが多くみられる」と述べている。

神尾(2012)⁵³は、「成人期になって診断される ASD の患者の多くは児童期に学校生活で不適応があったとしても、学業成績が良かったため問題視されず、大学あるいは職場で初めて社会的な不適応が露呈し、ようやく精神科受診に至る経過を辿る」と述べていることから、成人期になって診断される ASD 者は幼少期から何らかの違和感を持ちながらも何とか学校生活に適応してきた人が多いと推測される。

また、近藤(2010)⁵⁴は、ASD 者の多くは協調運動障害や不器用さ、緘黙ないしは極端な言語表出の苦手さなど、運動・表出系の困難を持っており、その場合は周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、一定の作業能力を発揮できないなどの問題が生じやすく、学校や職場での不適応からひきこもりにつながるがあると指摘している。

青木(2015)⁵⁵は、発達障害の診断について、子どもの頃から発達障害の特徴があっても日常生活に大きな支障をきたさない程度の人の場合、診断はとても難しくなる、また、発達障害の特性はその人にかかるストレスによって強く現われたり逆に見えにくくなったりと述べている。

このように見ていくと、それまでは何とか社会に適応できていた人の場合でも、親の死という大きな環境の変化、あるいは大きなストレスがかかる場面では、ASD と診断されていない成人期の子どもの ASD の特性が一気に顕在化してくる事態も生じてくると推測される。

⁵¹ 高橋三郎・大野裕監訳：『精神疾患の診断・統計マニュアル』第 5 版(DSM-5) American Psychiatric Association, pp, 26-29, 医学書院, 東京, 2017

⁵² 楠凡之：自閉症スペクトラム障害の子どもへの理解と支援, pp, 15-26, 全障研出版部, 東京, 2017

⁵³ 神尾陽子：成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル, pp, 25-43, 医学書院, 東京, 2012

⁵⁴ 近藤直司：ライフステージに応じた自閉スペクトラム者に対する支援のための手引き, pp, 8-10, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2010

⁵⁵ 青木省三・村上伸治編集：大人の発達障害を診るということ, pp, 2-8, 医学書院, 東京, 2015

成人期の ASD 者のなかには、今まで同居して自分の生活を支えていた高齢の親が病気で入院した場合、一気に多くの環境の変化が生じるため、そのことが激しい混乱の引き金となる場合もあると考えられる。

しかも、「想像力の障害」を有する ASD 者にとって、医師から「親が終末期にあり、いつ亡くなってもおかしくない」という告知を受けても、「親がこの世からいなくなる」という事態を想像することが困難であり、親の死を容易には受けとめられないことは十分に理解される事態であろう。

また、親が死に直面しているような事態でさえ、自分のやり方や自分の関心へのこだわりを強く主張し、そのことが治療に支障をきたす場合もある。

さらに、ASD 者にはタイムスリップの問題もあり、かなり以前の出来事(例 以前入院していた病院での負の体験など)であっても、傷つきや不快な情動体験の記憶として存続しているため、その記憶が何らかの引き金によってフラッシュバックしてきて、その時の感情で行動してしまい、現在の状況に合わせた適切な行動の選択が困難になる事態も生じてくると推測される。

2、ASD とアタッチメントの問題について

ASD の成人期の子どもの中には、対人関係面での困難さとも相俟って、家族外の他者とのアタッチメント関係をうまく築くことができない場合は少なくない。そのため、幼少期からのアタッチメント対象である親が、成人期以降もアタッチメント対象であり続け、親が高齢化し、終末期を迎えた時点でさえ、依然として唯一のアタッチメント対象である事態も生じてくると考えられる。

その場合、親の死は唯一のアタッチメント対象の喪失を意味するだけに、極めて大きな心理的な苦痛をもたらしてしまうことは想像に難くない。

このように ASD の成人期の子どもの場合、その社会的関係形成の困難さとも相俟って、親以外とのアタッチメント対象が存在しないことがしばしばみられ、そのことも高齢の親の死の受容の困難さを生み出す大きな要因となってくると考えられる。

3、高齢の親の死と ASD の社会問題

成人期の他者とのコミュニケーションが苦手な ASD 者の中には、社会生活がうまく行えず、ひきこもりとなるケースも少なくない。実際、長期化したひきこもり者が中年になり、その生活を高齢になった親が支えている状況も広範にみられる。

また、近年、親の死に直面した成人期の子どもが、そのことを周囲に知らせないまま遺体を放置し、結果として死体遺棄罪の疑いで警察に逮捕される事件がメディアでも取り上げられるようになった。その中には親の死を隠して年金を受給し続けようとしたケースばかりではなく、精神疾患などの理由で連絡できなかった例も少なくない。実際、同居する

親の死をどう対処したらいいのかわからないまま、長期間、親の遺体と共に生活していた事件も報道されている。

以下は朝日新聞デジタル 2019 年 9 月 20 日より引用⁵⁶した記事である。

「小学生のころから 40 年以上にわたってひきこもり状態だった男性（50）が同居していた母（当時 76）の遺体を遺棄したとして逮捕された。たまたま実家を訪ねた男性の妹（46）が遺体を発見した。男性には、母の死をだれかに知らせたくても、知らせられない事情があった。神奈川県警に死体遺棄容疑で逮捕された兄は約 2 週間後に釈放され、不起訴処分となった。亡くなったのは病気が発端で、死後半月ほどたっていたと妹は聞いた。

母の死後、妹や近くの診療所へ発信した履歴が自宅の電話機に残っていた。兄が番号を押したものの、つながる前に切ってしまっていたらしい。連絡しようにもできなかった理由として、兄は幼少期から学校など特定の場所や状況で言葉を発せらなくなる場面緘黙であり、それが悪化した状態だったためとみられる。場面緘黙は精神疾患の不安症のひとつだが、症状が改善しないまま年月が経ち、家族とも話せない全緘黙になるケースもあるとされる。また、兄はその後、自閉症（ASD）と診断された」。

この事例のように、引きこもり状態が続き、無職の成人期の子と高齢の親が同居している家族が社会からも孤立し、経済的な困窮などさまざまな問題を抱え込んでしまう事例の中には、子どもに ASD の問題がある事例も少なくないと考えられる。

4、本研究の仮説

以上の知見を踏まえて、次のような仮説を立てた。

「ASD または ADS 傾向」がある成人期の子どもは、「想像力の障害」や「実行機能の障害」などの発達特性の問題から親の死という大きな環境の変化を受け入れて適切に対処することが困難になりがちである。

また、社会的関係形成の障害のため、親以外の他者との安定したアタッチメント関係を築くことが困難な場合が多く、そのことが成人期になっても親が唯一のアタッチメント対象にとどまり続けるため、親の死の受容が一層困難になっていく場合も少なくない。したがって、医療関係者はこのような成人期の子どもの発達特性やそれに伴う人間関係の困難さを十分に理解した上で家族支援を行っていく必要がある。

以上、高齢の親の死の受容を困難にする要因として、「アタッチメントの問題」「未解決の葛藤」「ASD または ASD 傾向」の三つを取り上げて仮説的に提起した。

⁵⁶朝日新聞デジタル 2019 年 9 月 20 日 <https://www.asahi.com/articles/ASM9M003MM9LUUPI00L.html> (2021 年 4 月アクセス)

もちろん、この三つの要因は完全に独立したものではなく、「ASD または ASD 傾向」と「アタッチメントの問題」の重複事例など、三つの要因が何らかのかたちで関わりあっている場合も少なくないと推測される。

次章では、高齢の親の死を受容するプロセスを困難にする成人期の子どもを抱える問題について、28 事例の分析をもとに検討していきたい。

第2章 高齢の親の死の受容が困難であった事例の調査研究

第1節 調査の概要

第一章では、高齢の親の死の受容を困難にする要因について、三つの要因から整理を試みた。本章では、高齢の親の死の受容に困難さがあり、医療現場が対応に苦慮した成人期の子どもの事例に関する調査研究の概要を報告する。

1、調査対象

本研究では、地域中核病院の急性期病棟において、終末期の高齢患者の家族である成人期の子どもで、病棟の看護師から家族支援の困難さが報告された事例を調査対象とした。なお、ここでの高齢者は後期高齢者に該当する75歳以上の患者とし、終末期は入院時、医師の診断で予命3か月以内とした。

(1) 研究期間：2018年2月から2019年12月

(2) 研究対象者：地域中核病院急性期病棟の看護師21名(男性2名、女性19名) 看護師平均年齢は38歳(SD±9.03) 看護師平均経験年数は13.66年(SD±8.23)であった。

(3) データの収集方法：終末期患者の家族で、高齢の親の死の受容が困難であり、「親の病状の受け入れができない」「医療関係者への要望や苦情が多い」など、医療関係者がその関わりに困難さを感じた成人の子ども事例について、ケースカンファレンス議事録をもとにその子どもに関わった看護師に個別に聴き取り調査を実施し、その内容を分析した。

ケースカンファレンス(以下カンファレンスとする)は、受け持ち看護師が看護記録や他の看護師から患者や家族の対応で相談を受けた事例について行うことになっている。一度カンファレンスに上がった事例はその後もし繰り返しカンファレンスを実施し、亡くなった際にも振り返りのカンファレンスを行う、というかたちで実施された。カンファレンス議事録は、病棟看護師全員がその内容を確認できるシステムになっており、カンファレンスに参加できなかった看護師もその内容に意見があるときは直接議事録に意見の書きこみが行なえるようになっている。

本研究では、その議事録の中から、成人期の子どもで、親の死の受容が困難であり、医療関係者が対応に苦慮した事例として、28事例を収集した。

2、倫理的配慮

研究依頼においては、研究者が研究対象施設の病院長、看護部長および研究対象者(看護師)に書面と口頭で研究の趣旨、個人情報保護の遵守、また、研究協力は自由意志であり、拒否した場合にも何の不利益も被らないことを約束し、口頭と書面にて同意書を得た。

また研究対象施設の倫理審査委員会での事例研究に関する承認を得た(承認番号：1901)。研究対象施設の倫理審査において、施設名の公表はしないこと、匿名化された既存

資料（患者カルテの閲覧はしない、ケースカンファレンス議事録は閲覧可）のみを用いるという条件で了承された。不足した情報に関しては必要に応じて担当の看護師にも追加のヒアリングを行ったうえで、事例の概要、親子関係、子どもの概要などを整理した。看護師の業務を優先し、精神的な苦痛を与えない配慮を行い、語られる範囲で内容を聴取し、データとして用いた。

なお、本対象事例の家族に対しては、研究対象施設のホームページで書面にて臨床研究へのご協力をお願いをした。また北九州市立大学倫理審査委員会にて承認された（承認番号 19-12）。

3. データの分析方法について

(1) 分析の方法の手順

はじめに 28 事例の内容を整理した後に、各事例を、・現在のアタッチメント対象者とその関係性である「アタッチメントの問題」、「未解決の葛藤」の有無とその内容、「ASD または ASD 傾向」の有無とその内容、の三つの要因から分析した。さらにその分析結果に基づき、要因別の分類を行った。（図 5）。

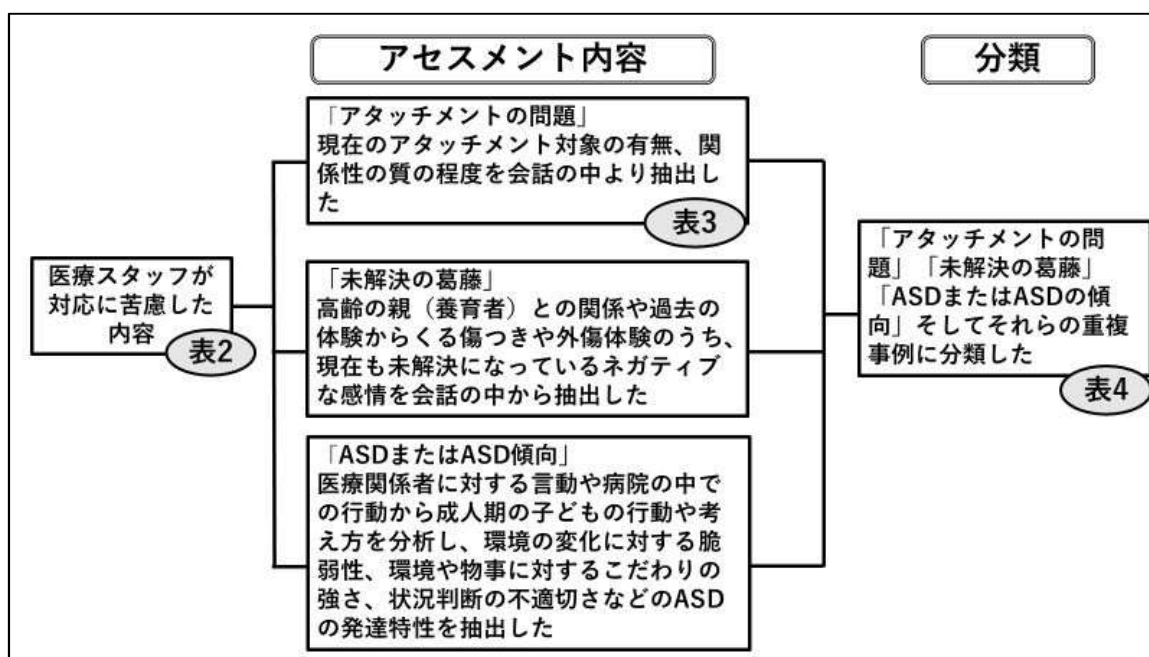


図 5 分析の方法の手順

(2) 28 事例の一覧表の作成

28 事例の内容を読み込み、必要に応じて担当の看護師にも追加のヒアリングを行ったうえで、医療スタッフが対応に苦慮した内容、親子の関係と年齢、子どもの職業と婚姻関係について、表 2 にまとめた。（表 2）。

表2 医療スタッフが対応に苦慮した成人期の子どもの事

事例番号	医療スタッフが対応に苦慮した内容	親子の関係と年齢	子どもの職業と婚姻の有無
事例1	がん末期である患者や他の家族の意思に反して、無理な延命治療やリハビリを強制する。医療者に対する批判的な言動や要望が多い。	母親（70歳代）と次女（50歳代）	医療職 既婚（子どもあり）
事例2	嚥下が困難な患者に長女が無理やり食事をさせる。食事摂取方法にもこだわりがあり、患者は語れない状態であるのに、「母はまだ生きたいと思っている」と強く主張する。	母親（90歳代）と長女（60歳代）	無職 離婚（子どもあり）
事例3	人工呼吸器を装着しても助からないと説明しても納得しない。最後は一言、「延命治療をお願いします」としか言わない。	母親（80歳代）と長男（50歳代）	自営業 離婚（子どもあり）
事例4	延命治療をしても助からないと何度説明しても「母親は永遠に生きたいと思っている」と一方的に主張し、現在の患者の病状を理解しようとしなない。	母親（90歳代）と次女（60歳代）	芸術関係 未婚
事例5	家庭を顧みなかった父親に対して、本人の意志に反して無理な治療やリハビリを希望する。医療者に対する批判的な言動や要望が多い。	父親（90歳代）と長女（60歳代）	主婦 既婚（子どもあり）
事例6	終末期の患者の病状が受け入れられず、今後の治療方針を決めることができない。「母のいない世界なんて考えられない」などの不安を訴える言動が多い。	母親（90歳代）と長女（60歳代）	芸術関係 離婚（子どもあり）
事例7	患者の病状の受け入れず、何度説明しても、「母はきっと元気になる」「母は認知症じゃない。点滴を抜いたりしない」と主張する。医療者に対する攻撃的な言動が多い。	母親（80歳代）と次女（50歳代）	会社員 未婚
事例8	父親の老化を受け入れようとせず、すっかり衰弱した患者を叱咤激励してリハビリを強制する。医療者に対する攻撃的な言動が激しく、感情の抑制ができない。	父親（90歳代）と長男（60歳代）	芸術関係 既婚（子どもなし）
事例9	医療や看護に対する苦言が多く、他者には了解困難な独自の考えを主張する。独特のこだわりがあり、自分が納得がいくまで医療者に対する攻撃的な言動が続く。	母親（90歳代）と長女（70歳代）	無職 未婚
事例10	治療や介護に関するインターネットの情報を信じ、その情報通りの医療行為や看護を強く要望する。独特のこだわった生活様式があり、インターネットの情報しか信じない。	父親（80歳代）と長男（40歳代）	会社員 未婚
事例11	自宅で介護していたやり方と全く同じ方法でケアすることを医療者に要求し、苦言を言う。自分がこだわった援助方法を医療者に指示し、その通りにならないと攻撃的になる。	母親（90歳代）と長女（60歳代）	芸術関係 離婚（子どもなし）
事例12	治療方針や看護行為に対して、他の病院と比較し、苦言や指示をする。自分のこだわった援助方法を指示し、治療や看護に要望が多い。	父親（80歳代）と次女（50歳代）	無職 未婚
事例13	医療の知識があるにもかかわらず、患者が終末期で、積極的治療には効果がないと説明しても病状を受け入れない。治療や看護に要望が多く、医療者が説明しても理解が得られない。	母親（90歳代）と次女（60歳代）	医療職 死別（子どもあり）
事例14	終末期であるが、親の治療や介護に積極的に参加しようとしなない。病状は理解しているが、面会には来ようとしなない。	父親（80歳代）と長男（40歳代）	医療職 既婚（子どもあり）
事例15	親の介護には熱心な一方で、看護師に好意を寄せてストーカー行為をしてしまう。物事へのこだわりや思い込みが強く、世間一般の常識では考えられない物事の解釈を行う。	母親（70歳代）と長男（50歳代）	フリーター 未婚
事例16	介護のため夫と別居し、24時間付き添いをする。治療や看護に関する要望が多く、「とにかく父親を元気にしてほしい」と積極的治療を希望し、患者の苦痛への配慮がない。	父親（90歳代）と次女（50歳代）	主婦 既婚（子どもなし）
事例17	日中に必ず面会に来ているにもかかわらず、19時になったら電話で病状を再度確認する。物事へのこだわりがあり、コミュニケーションが取れない。儀式的な行動をする。	母親（90歳代）と長男（60歳代）	農業 未婚
事例18	治療方針や父親の死後のことに強い不安を抱いており、毎日看護師に相談している。不安を訴える言動が強く、毎日同じ内容を看護師に相談する。	父親（80歳代）と長女（50歳代）	無職 未婚
事例19	経口摂取ができない状態にもかかわらず、「患者が亡くなってもいいから経口摂取してほしい」と要求する。経口摂取は誤嚥の危険が高いと説明しても受け入れようとしなない。	父親（80歳代）と長女（60歳代）	医療職 未婚
事例20	患者が入院中に突然、心停止を起こし、回復の見込みはないにもかかわらず、親戚に会わせたいので延命治療を希望する。延命治療は苦痛を伴うと説明しても納得しない。	母親（70歳代）と長女（40歳代）	会社員 既婚（子どもあり）
事例21	認知症の母親をしばしば怒鳴りつけるなど、感情のコントロールができない。しかし、母親に対する愛情は深く、「子思いのいい母親なんです」と母親を慕っている。	母親（80歳代）と長男（50歳代）	無職 未婚
事例22	神経難病で病状が進行しているが、病気の受け入れができない。医療関係者であり、病状への理解はあるが、積極的な治療を望み、ケアに対する要望が多い。	母親（70歳代）と長女（50歳代）	医療職 既婚（子どもあり）
事例23	誤嚥性肺炎で入院したにもかかわらず、経口摂取を強く希望し、治療方法への同意が得られない。歯の治療への強いこだわりがある。医療者とのコミュニケーションが取れない。	父親（80歳代）と長女（50歳代）	無職 未婚
事例24	自らも医療関係者であるが、病院の医療行為や看護行為に対する批判的な言動が非常に多い。	祖父（70歳代）と孫（女性 20歳代）	医療職 未婚
事例25	認知症末期の症状であるにもかかわらず、違う病気だと主張して検査を希望する。医療職で病状はわかっているはずだが、積極的な治療を望み、医療者への苦情が多い。	母親（80歳代）と長男（50歳代）	医療職 既婚（子どもあり）
事例26	患者が元気な頃、長生きしたいと言っていたと主張して延命治療を希望する。医療職であり、患者の病状はわかっているにもかかわらず、積極的な治療を要望する。	父親（80歳代）と長男（50歳代）	医療職 既婚（子どもあり）
事例27	患者は誤嚥性肺炎で何度も生死を彷徨っており、医療職なので患者の病状は理解しているにもかかわらず、延命治療を強く希望する。	父親（90歳代）と長男（50歳代）	医療職 既婚（子どもあり）
事例28	環境（室内温度、ベッドの位置など）に対してとても敏感で看護行為に対する苦言が多い。環境への強いこだわりがあり、感情的になると攻撃的になり、抑制が効かない。	母親（90歳代）と次男（50歳代）	会社員 未婚

(3) 「アタッチメントの問題」に関するアセスメント

表2の28事例について、まず、現在のアタッチメント対象者とその関係性である「アタッチメントの問題」をアセスメントした。なお、本研究で使用する用語の「アタッチメントの問題」とは、高齢の親以外にはアタッチメント対象がいない状態とした。

今回、「アタッチメントの問題」を取り上げた理由は、前章でも指摘したように、アタッチメント対象が存在しているか、また、存在している場合でも、アタッチメント対象として機能しているかどうか、親の死を受容する過程に大きな影響を与えると考えたからである。

本研究では、まず、現在のアタッチメント対象の有無やその関係における「安心性の程度」に関する確認を行った。すなわち、成人期の子どものVCO (Very Close Other 非常に親しい人) とその関係性について、ASI (Attachment Style Interview) のアタッチメントサポート尺度⁵⁷を参考にして調べ、分析を行った。

本研究でASIのアタッチメントサポート尺度を選択した理由は、ASIは現在のアタッチメント関係の内実を測定することが可能なためである。ASIは、安心性の程度を測定する「サポート尺度」とアタッチメント・スタイルを測定する「アタッチメント態度尺度」の2部で構成されている (ビフィルコ/トーマス, 2017)⁵⁸。

林(2010)⁵⁹はASIの安定的なアタッチメント関係を判断する基準は、「アタッチメント対象とほぼ1か月に一度以上、個人的な接触をしている。人生において危機的な状況、大きな問題がある時は必ずそのアタッチメント対象に自分の気持ちを含めて打ち明けて話している。アタッチメント対象はその話を聞き、積極的な心をこめた援助(情緒的なサポート)をしている。その人は危機的な状況においてアタッチメント対象が頼りになると感じており、アタッチメント対象の存在により安心感がもたらされている」ことであるとしている。

ちなみに、ASIは通常の場合、一時間あまりをかけて半構造化面接のかたちで行うものであるが、親の死を前にした成人期の子どもにこのかたちでの面接を実施することは現実には困難である。しかし、林(2007)⁶⁰が「ASIは現在の対人関係についての情報に基づいてアタッチメント・スタイルを判断するので、親面接の中で少し意識的に質問をするなどの工夫により、臨床的な応用が可能である」と述べていることから、病棟内での成人期の子どもとの日常的なやりとりの中で意識的に質問をすることで臨床的な応用は可能であると判断した。

⁵⁷ アントニア・ビフィルコ/ジェラルディン・トーマス著、吉田恵子ら監訳：アタッチメント・スタイル面接の理論と実践, pp, 55-56, 金剛出版, 東京, 2017

⁵⁸ 57) p, 54

⁵⁹ 林もも子：思春期とアタッチメント, みすず書房, p, 53, 2010

⁶⁰ 林もも子・数井みゆき・遠藤利彦(編)：不登校の長期化と母親のアタッチメント アタッチメントと臨床領域, p, 215, ミネルヴァ書房, 2007

具体的には、成人期の子どもが親のことを語る際の内容から、「原家族との親しさ」「VC01（一番のサポート対象者）」「VC01以外でサポート対象として考えられる人物とその機能の程度」「困った時に打ち明ける対象」「現在のアタッチメントの安心性」「現在のアタッチメントのサポートの質」を分析した。

分析は、ビフィルコ/トーマス（2017）⁶¹と林（2010）⁶²の安定したアタッチメント関係を作り出す能力とASIのサポート対象との関係の質に関する総合的な評価を参考にして、以下のような基準で行った。

- 1) 「原家族との親しさ」：
親（養育者）・きょうだい（祖父母が養育者の場合は原家族に入る）
- 2) 「VC01（一番のサポート対象）」：Very Close Other(以下VC0とする)のうち、非常に親しい一番のサポート対象であり、一般的にはパートナーやきょうだい、親、祖父母、友人などである。ちなみに、VC0は月に1回以上、個人的な接触（電話やメールなど）で連絡を取り、いつでも時間を問わず応答してくれる人であり、その個人の話に共感し、積極的に心をこめた援助、情緒的なサポートをしてくれる人とした。なお、今回のアセスメントでは実際には機能していない人、すなわち、応答性のない病気の親や亡くなった親などは除いた。
- 3) 「VC01以外でサポート対象として考えられる人物とその機能の程度」
- 4) 「困った時に打ち明ける対象」：困った時（危機的な状況・大きな問題）に打ち明ける人（応答性のある人）。なお、今回は病棟での日常的な会話で質問したときに出された人に限定した。
- 5) 「現在のアタッチメントの安心性」：
安心（①極めて高い：アタッチメント対象が3人以上 ②かなり高い：アタッチメント対象が2人以上）
非安心（③いくらか低い：アタッチメント対象が1人 ④全くない：アタッチメント対象がいない）
- 6) 「現在のアタッチメントのサポートの質」：
良いサポート（①非常に良い ②よいサポートだが不和^{*63}がある ③良いサポートで不和がない）
乏しいサポート（④不十分なサポートで不和がある ⑤不十分なサポートだが不和がない ⑥不適切なサポートで不和がある ⑦不適切なサポートで不和がない）

以上の内容で「アタッチメントの問題」のアセスメントを行った結果をまとめた（表3）。

⁶¹ 57) pp, 55-56

⁶² 59) pp, 52-53

⁶³ *不和：一緒に過ごす時間の緊張、言い争い、喧嘩などがある関係

表3 現在のアタッチメント対象との関係性

事例番号	原家族との親しさ	サポート対象 (VCO1)	VCO1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	困った時に打ち明ける対象	現在のアタッチメントの安心性	現在のアタッチメントのサポートの質
事例1	母親(患者)や父親とは低く、きょうだいとは高い	パートナー	きょうだいや子ども/機能している	パートナー	安心 (極めて高い)	良いサポート (良いサポートで不和はある)
事例2	母親(患者)とは高いが、きょうだいとは低い。父親は他界	母親(患者)	子ども(長男・次男)/機能していない	母親と次男であるが、共に病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不十分なサポートで不和がある)
事例3	母親(患者)とは高い。きょうだいはなし。父親は他界	母親(患者)	なし/機能していない	母親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不適切なサポートで不和はない)
事例4	母親(患者)とは高く、他のきょうだいとは低い。父親は他界	母親(患者)	兄や姉/機能していない	母親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不十分なサポートだが不和がない)
事例5	父親(患者)とは低いが、きょうだいとは高い。母親は他界	パートナー	きょうだいや子ども/機能している	パートナー・きょうだい・子ども	安心 (極めて高い)	良いサポート (良いサポートで不和はない)
事例6	母親(患者)とは高い。きょうだいはなし。父親は他界	母親(患者)	娘や従姉/機能していない	母親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不十分なサポートだが不和がない)
事例7	母親(患者)とは高い。きょうだいはなし。父親は他界	母親(患者)	きょうだい/機能していない	母親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不十分なサポートだが不和がない)
事例8	父親(患者)や母親とは高く、きょうだいとは低い	パートナー	きょうだいや職場の部下/職場の部下は機能している	パートナー・職場の部下	安心 (かなり高い)	良いサポート(良いサポートだが不和がある)
事例9	母親(患者)とは高い。きょうだいとは低い。父親は他界	母親(患者)	なし/機能していない	母親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不適切なサポートで不和がない)
事例10	父親(患者)とは高い。きょうだいはなし。母親は他界	父親(患者)	友人や職場の上司/機能している	友人・職場の上司	安心 (かなり高い)	良いサポート(良いサポートで不和がない)
事例11	母親(患者)とは高い。きょうだいとは低く、父親は他界	母親(患者)	友人や職場の上司/機能している	友人・職場の上司	安心 (かなり高い)	良いサポート(良いサポートで不和がある)
事例12	父親(患者)や母親、きょうだいとは低い。母親は他界	父親(患者)	パートナー/機能している	パートナーやその家族	安心 (かなり高い)	良いサポート(良いサポートで不和がある)
事例13	母親(患者)ときょうだいとは高い。父親は他界	子ども(長男)	きょうだいや長男以外の子ども/機能している	子ども・きょうだい・職場の友人	安心 (極めて高い)	良いサポート(非常に良い)
事例14	父親(患者)とは低い。きょうだいはなし。母親とは高い	パートナー	子どもや母親/機能している	パートナー	安心 (極めて高い)	良いサポート(良いサポートで不和がない)
事例15	母親(患者)とは高い。きょうだいはなし。父親は他界	母親(患者)	なし/機能していない	母親であるが病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不適切なサポートで不和がない)
事例16	父親(患者)や母親、きょうだいとは高い	父親(患者)	パートナーや母親やきょうだい/機能していない	父親であるが病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不十分なサポートで不和がある)
事例17	母親(患者)とは高く、きょうだいとは低い。父親は他界	母親(患者)	きょうだいや地域の人/地域の人には少し機能している	母親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない。地域の人にはできていない	非安心 (いくらか低い)	乏しいサポート(不適切なサポートで不和がない)
事例18	父親(患者)や母親とは高く、きょうだいとは低い	父親(患者)	きょうだいや母親/機能していない	父親や母親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない。ケアマネジャーには相談している	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不適切なサポートで不和がない)
事例19	父親(患者)や母親とも高い。きょうだいは他界	母親	友人/機能している	友人(本来は母親であったが、認知症の為、打ち明けが出来ていない)	安心 (かなり高い)	良いサポート(良いサポートで不和がない)
事例20	母親(患者)や父親ともに低く、きょうだいとは高い	パートナー	きょうだい/機能している	パートナー・きょうだい	安心 (かなり高い)	良いサポート(良いサポートで不和がない)
事例21	母親(患者)とは高い。きょうだいはなし。父親は他界	母親(患者)	従弟やその嫁/機能していない	ケアマネジャー(母親は病気の為、打ち明けが出来ていない)	非安心 (いくらか低い)	乏しいサポート(不適切なサポートで不和がある)
事例22	母親(患者)や父親、きょうだいとも高い	パートナー	きょうだいや父親/機能している	パートナー・きょうだい・父親	安心 (かなり高い)	良いサポート(非常に良い)
事例23	父親(患者)とは高く、きょうだいはなし。母親は他界	父親(患者)	なし/機能していない	父親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不適切なサポートで不和がない)
事例24	祖父(患者)祖母、父親、きょうだいとも高い。母親は離婚しているので不明	父親	祖母やきょうだい/機能している	父親・祖母、きょうだい・友人	安心 (極めて高い)	良いサポート(非常に良い)
事例25	母親(患者)とは高く、きょうだいとは低い。父親は他界	パートナー	子どもや叔母や従姉/機能している	パートナー	安心 (極めて高い)	良いサポート(非常に良い)
事例26	父親(患者)やきょうだいとは高い。母親は他界	パートナー	きょうだい/機能している	パートナー	安心 (極めて高い)	良いサポート(非常に良い)
事例27	父親(患者)や母親、きょうだいとも高い	パートナー	母親やきょうだい/機能している	パートナー	安心 (極めて高い)	良いサポート(非常に良い)
事例28	母親(患者)とは高いがきょうだいとは低い。父親は他界	母親(患者)	なし/機能していない	母親であるが、病気の為、打ち明けが出来ていない	非安心 (全くない)	乏しいサポート(不適切なサポートで不和がある)

また、以上のアセスメントを行う際には、すべての事例で情報を取るために、情報が不十分な場合には追加ヒアリングを担当看護師に行った。なお、以上のアセスメントを実施するにあたり、筆者はASI-J研究会のセミナーの初級・中級コースを受講し、ASI-Jに関する知識を修得した。

ちなみに、VCOが高齢の親以外にはなく、他の人物はVCOとして機能していないと判断した事例における具体例な語りの内容としては、たとえば以下のようなものがあげられる。

- ・「母のいない世界なんて考えられない」「母がいなくなったら私はどうやって生きていけばいいのですか？」と語る。
- ・「子を思いの母親なのです。自分をおいて死んだりしませんから」と語る。
- ・「生きていてだけでいい。とにかく延命治療を行ってください」と語る。

(4) 「未解決の葛藤」に関するアセスメント

次に「未解決の葛藤」についてのアセスメントを行った。

なお、今回の研究では、親に対する「未解決の葛藤」の内容が本人から語られた事例だけでなく、本人の行動や周囲の情報から「未解決の葛藤」があることは推測されたが、本人から直接には「未解決の葛藤」の内容が語られなかった事例も「未解決の葛藤」の事例として取りあげている。

「未解決の葛藤」に関するアセスメントでは、医療者や患者に対する言動から、高齢の親（養育者）との関係で過去の体験からくる「未解決の葛藤」が存在しているか、あるとすれば、それはどのようなものなのかの分析を行った。また、その葛藤やいら立ちが患者や医療者に向かってどのように表出されているかについても検討した。

「未解決の葛藤」にかかわる具体例な語りの内容としては、以下のようなものがあげられる。

- ・「父の借金で本当に苦勞して、母は父に苦しめられて死んだのも同然です」
- ・「クラスで1番を取っても『まだまだだ！』って言われて褒めてもらえなかった」など、過去のつらかった体験を強い口調や怒りの口調で語る。
- ・親が、経口摂取が困難な状態にあることを理解しているにもかかわらず、「無理やりでも口から食事を食べさせてください」と看護師に無理な要求をする。
- ・親が、がんの終末期であることを理解しているにもかかわらず、親に対して「寝てばかりじゃダメ。リハビリしないと寝たきりになる」と叱咤激励する。
- ・成人期の子ども自身は「お酒を飲んだら暴れるダメなオヤジでしたよ」という程度しか語らないが、病室で親と一緒にいることができず、終末期でも病棟の待合室で過ごす。この事例について、親戚からは「父親がお酒を飲んで妻や子どもにも手をあげていた」という情報が入っていた。

- ・がんで亡くなった夫について、「夫のきつそうな顔を見るのが辛いから痛み止めを使い、夫の死期を早めたのではないか」という後悔や罪悪感を抱えており、それが死を間近にした親との関係にも投影されていることが推測された。
- ・「きょうだいには最期まで好きなものを食べさせてあげられなかったことを今でも後悔している。だから、父には死んでもいいから好きなものを食べてさせてあげたい」と語る。

(5) 「ASD または ASD 傾向」 についてのアセスメント

最後に「ASD または ASD 傾向」 についてのアセスメントを行った。

病棟での医療関係者に対する言動や病院の中での行動から成人期の子どもの行動や考え方を分析し、環境の変化に対する脆弱性、環境や物事に対するこだわりの強さ、状況判断の不適切さから、ASD の特性の評価をおこなった。

具体例としては以下のような例が挙げられる。

- ・「歯の治療をしたら口から食べられるようになると本に書いていた」など本からの情報にこだわり続ける。
- ・毎日 15 時に面会にきて、19 時に再び電話で患者の病状を確認するというパターン化された行動する。
- ・「薬は蜂蜜に混ぜて飲ませてください」など特定の方法へのこだわりの強さがある。
- ・看護師が「お父さんは娘さんのこと目の中に入れても痛くなかったことでしょうね」という比喩的な表現で話しかけると「目の中に入れたら痛いに決まっているでしょ」と立腹する、などの字義通りの解釈をする。

(6) 三つの要因と重複事例への分類

以上の三つの要因に基づく 28 事例のアセスメントの後、それらの事例を「アタッチメントの問題」「未解決の葛藤」「ASD または ASD 傾向」、そしてそれらの要因が重複する事例に分類した(表 4)。今回の 28 事例に関しては、すべてこの三つの要因での分類が可能であると判断した。

分析にあたり、信頼性を高めるため心理学の知識を有する教員より意見を求め、確認を得た。

表4 三つの要因に基づく28事例の分析結果

事例番号	「アタッチメントの問題」			「未解決の葛藤」	「ASDまたはASD傾向」	分析結果
	VOC1	VOC1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	現在のアタッチメントの安心性	病気への理解はあるが、患者や医療者に対する攻撃的な言動がある。養育者に関する語りの中に、過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。	・社会的・情緒的な相互関係の障害 ・想像力の障害とこだわりの強さ	
事例1	パートナー	きょうだいや子ども/機能している	安心 (極めて高い)	終末期の患者に無理なりハビリを激しい口調で求め、叱咤激励する	なし	「未解決の葛藤」
事例2	患者	子ども(長男・次男)/機能していない	非安心 (全くない)	なし	・過去の患者の食習慣の継続を強く求める ・患者の苦痛を理解しないで食事を摂取させようとする	「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もある
事例3	患者	なし/機能していない	非安心 (全くない)	なし	・医療者との会話がほとんど成立しない ・患者の実際の意向と関係なく、患者が生きたいと願っていると主張する	「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もある
事例4	患者	兄や姉/機能していない	非安心 (全くない)	なし	なし	「アタッチメントの問題」
事例5	パートナー	きょうだいや子ども/機能している	安心 (極めて高い)	患者に無理なりハビリを希望する。上から目線で介護の方法を医療者に指導する。医療者に攻撃的な態度をとる→その後患者から受けたつらい体験を語る	なし	「未解決の葛藤」
事例6	患者	娘や従姉/機能していない	非安心 (全くない)	なし	なし	「アタッチメントの問題」
事例7	患者	きょうだい/機能していない	非安心 (全くない)	なし	なし	「アタッチメントの問題」
事例8	パートナー	きょうだい・職場の部下/職場の部下は機能している	安心 (かなり高い)	なし	・ケアやリハビリ方法に関する独自の考えを主張 ・自分の思い通りにいかないと激怒する。	「ASD傾向」
事例9	患者	なし/機能していない	非安心 (全くない)	なし	・使用する物品やケアの方法などに関する独自の考えを強く主張する	「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もある
事例10	患者	友人・職場の上司/機能している	安心 (かなり高い)	なし	・インターネットからの情報しか使用しない。	「ASD傾向」
事例11	患者	友人・職場の上司/機能している	安心 (かなり高い)	なし	・自宅で行っている介護の方法などを忠実に再現してほしいと強く主張する	「ASD傾向」
事例12	患者	パートナーやその家族/機能している	安心 (かなり高い)	なし	・患者への治療やケアを有名病院と同一の方法で行うことを医療者に強要する。	「ASD傾向」
事例13	子ども(長男)	きょうだいや長男以外の子ども/機能している	安心 (極めて高い)	患者の治療やケアに対して要望が多い→近親者の死に関するつらい体験を語る	なし	「未解決の葛藤」
事例14	パートナー	子ども・母親/機能している	安心 (極めて高い)	終末期の患者と病室に一緒にいることができない。親族より患者から子ども時代に受けた否定的な養育体験を聞く	なし	「未解決の葛藤」
事例15	患者	なし/機能していない	非安心 (全くない)	なし	・看護師の感情を理解せずにストーリーまがいの行為をする。	「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もある
事例16	患者	パートナー・母親・きょうだい/機能していない	非安心 (全くない)	なし	なし	「アタッチメントの問題」
事例17	患者	きょうだい・地域の人/地域の人はいくらか機能している	非安心 (いくらか低い)	なし	・内服の方法に独自の考え方を主張する。 ・決まった時間に行動をする。機械的な行動パターン	「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もある
事例18	患者	きょうだい・母親/機能していない	非安心 (全くない)	なし	・患者の病状の変化に対して混乱してしまっている。	「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もある
事例19	母親	友人/機能している	安心 (かなり高い)	患者に経口摂取させることを医療者に懇願する→近親者の死に対するつらい体験を語る	なし	「未解決の葛藤」
事例20	パートナー	きょうだい/機能している	安心 (かなり高い)	患者は延命治療しても1日に持たないとわかっているが、延命治療を希望する→患者と子どもの養育史(規律など)を親族が語る	なし	「未解決の葛藤」
事例21	患者	従弟やその嫁/機能していない	非安心 (いくらか低い)	なし	・自分の思い通りに母親が行動してくれないとキレて怒ります。	「アタッチメントの問題」が主だが、「ASD傾向」もある
事例22	パートナー	きょうだい・父親/機能している	安心 (かなり高い)	患者に無理なりハビリをさせる。遺伝疾患の高患者の病気を信じれないと医療者に攻撃的な態度をする	なし	「未解決の葛藤」
事例23	患者	なし/機能していない	非安心 (全くない)	なし	・「薬の治療をしたら病気が治る」と執拗に主張し、患者の病状に合わせた理解が困難	「ASD」が主だが、「アタッチメントの問題」もある
事例24	父親	祖母やきょうだい/機能している	安心 (極めて高い)	医療者に対して攻撃的な態度をとる→養育者との否定的な養育体験を語る	なし	「未解決の葛藤」
事例25	パートナー	子ども・叔母や従姉/機能している	安心 (極めて高い)	専門的な知識があるにもかかわらず、病名の受け入れを拒否し、患者の苦痛も考えずに多くの検査を自分が納得するまで受けさせる	なし	「未解決の葛藤」
事例26	パートナー	きょうだい/機能している	安心 (極めて高い)	医療の専門的な知識があるにもかかわらず、「延命治療をお願いします」と理由を語らずに懇願する	なし	「未解決の葛藤」
事例27	パートナー	母親・きょうだい/機能している	安心 (極めて高い)	専門的な知識があると認知度が進むと違って、延命治療を強く要求する	なし	「未解決の葛藤」
事例28	患者	なし/機能していない	非安心 (全くない)	なし	・療養環境や治療に関する融通の効かない執着とこだわりがある	「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もある

第2節 各要因に基づく分類に関する考察

1, 各要因の分類別割合と今回の調査対象の分布

(1) 各要因の分類別割合

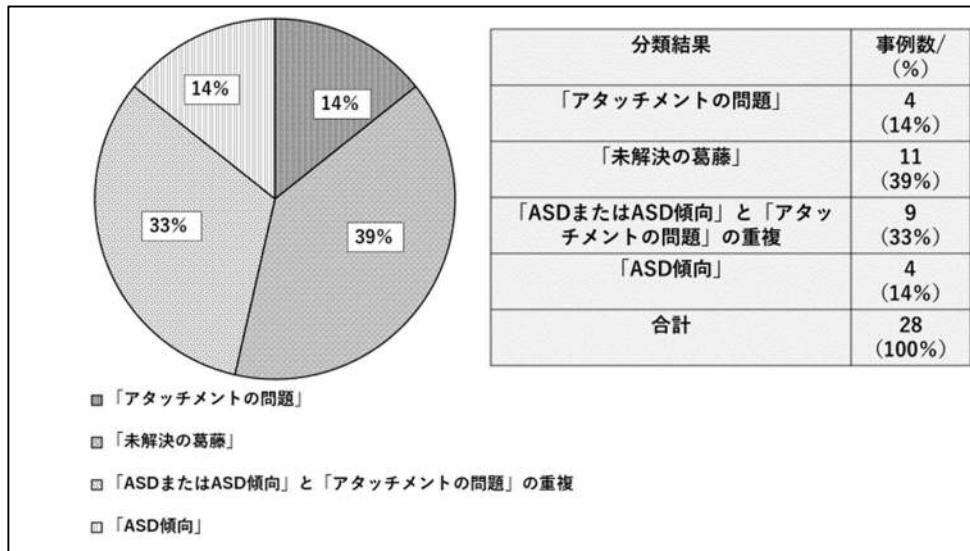


図6 各分類の割合

図6に各分類の割合を示した。「未解決の葛藤」が39%と最も多く、「ASDまたはASD傾向」と「アタッチメントの問題」の重複が33%、「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASD傾向」が14%という結果であった。

(2) 今回の調査対象事例の分布

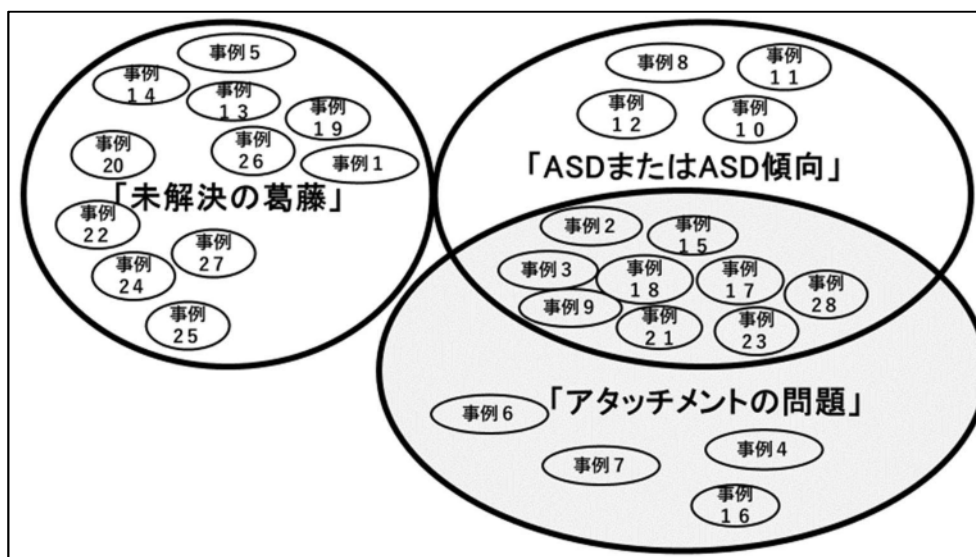


図7 各事例の要因別の分布

次に、28 事例の分布を図 7 にまとめた。

「未解決の葛藤」の事例が最も多かったが、「アタッチメントの問題」と「ASD または ASD 傾向」の重複事例もかなり多いことが明らかになった。やはり、ASD の特性である社会的関係形成の困難さのため、家族以外のアタッチメント対象をうまく築くことができず、結果として成人期以降も高齢の親がアタッチメントの対象であり続けるためであると考えられる。

2、「アタッチメントの問題」に分類された事例

まず、「アタッチメントの問題」があると分類した 4 事例について検討した。

表 5 「アタッチメントの問題」に分類された事例の概要

事例番号	医療スタッフが対応に苦慮した内容	親子の関係と年齢	子どもの職業と婚姻の有無
事例 4	延命治療をしても助からないと何度説明しても「母親は永遠に生きていたい」と一方的に主張し、現在の患者の病状を理解しようとしなない。	母親（90歳代）と次女（60歳代）	芸術関係 未婚
事例 6	終末期の患者の病状が受け入れられず、今後の治療方針を決めることができない。「母のいない世界なんて考えられない」などの不安を訴える言動が多い。	母親（90歳代）と長女（60歳代）	芸術関係 未婚
事例 7	患者の病状の受け入れず、何度説明しても、「母はきっと元気になる」「母は認知症じゃない。点滴を抜いたりしない」と主張する。医療者に対する攻撃的な言動が多い。	母親（80歳代）と次女（50歳代）	会社員 未婚
事例 16	介護のため夫と別居し、24時間付き添いをする。治療や看護に関する要望が多く、「とにかく父親を元気にしてほしい」と積極的治療を希望し、患者の苦痛への配慮がない。	父親（90歳代）と次女（50歳代）	主婦 既婚（子どもなし）

「アタッチメントの問題」に分類された事例を見ていくと、いずれの事例も親の死の受容が極めて困難であり、親がいなくなることへの激しい不安や親の死の受け入れを拒否する言動が多く見られた。4 例中 3 例は未婚であり、1 例のみ既婚であったが、子どもはなく、夫とは別居中であった。表 3 では親以外の VCO も存在しなかった事例である。4 事例とも表 3 では「原家族との親しさ」は親とは高いが、きょうだいはいない、または「低い」であった。

表 6 はこの 4 例に関するアセスメントの内容である。またサポート対象も患者である高齢の親のみであり、他のサポート対象はいても機能しておらず、困った時に打ちあける対象も高齢の親のみであった。そのことにより、現在のアタッチメントの安心性や現在のサポートの質は非安心（全くない）、乏しいサポートと判断した。これらの 4 例については「未解決の葛藤」と判断される言動や語りは特になく、「ASD または ASD 傾向」に特徴的な言動や行動も特には見られなかったため、「アタッチメントの問題」として分類した（表 6）。

表6 「アタッチメントの問題」に分類された事例の分析結果

事例番号	「アタッチメントの問題」			「未解決の葛藤」	「ASDまたはASD傾向」	分析結果
	VC01	VOC1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	現在のアタッチメントの安心性	病気への理解はあるが、患者や医療者に対する攻撃的な言動がある。養育者に関する語りの中に、過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。	・社会的・情緒的な相互関係の障害 ・想像力の障害とこだわりの強さ	
事例4	患者	兄や姉/機能していない	非安心 (全くない)	なし	なし	「アタッチメントの問題」
事例6	患者	娘や従姉/機能していない	非安心 (全くない)	なし	なし	「アタッチメントの問題」
事例7	患者	きょうだい/機能していない	非安心 (全くない)	なし	なし	「アタッチメントの問題」
事例16	患者	パートナーや母親やきょうだい/機能していない	非安心 (全くない)	なし	なし	「アタッチメントの問題」

3、「未解決の葛藤」に分類された事例

次に「未解決の葛藤」に分類された11事例について、検討した。

表7 「未解決の葛藤」に分類された事例の概要

事例番号	医療スタッフが対応に苦慮した内容	親子の関係と年齢	子どもの職業と婚姻の有無
事例1	がん末期である患者や他の家族の意思に反して、無理な延命治療やリハビリを強制する。医療者に対する批判的な言動や要望が多い。	母親(70歳)と次女(50歳代)	医療職 既婚(子どもあり)
事例5	家庭を顧みなかった父親に対して、本人の意志に反して無理な治療やリハビリを希望する。医療者に対する批判的な言動や要望が多い。	父親(90歳代)と長女(60歳代)	主婦 既婚(子どもあり)
事例13	医療の知識があるにもかかわらず、患者が終末期で、積極的治療には効果がないと説明しても病状を受け入れない。治療や看護に要望が多く医療者が説明しても理解が得られない。	母親(90歳代)と次女(60歳代)	医療職 死別(子どもあり)
事例14	終末期であるが、親の治療や介護に積極的に参加しようとしめない。病状は理解しているが、面会には来てくれない。	父親(80歳代)と長男(40歳代)	医療職 既婚(子どもあり)
事例19	経口摂取ができない状態にもかかわらず、「患者が亡くなってもいいから経口摂取してほしい」と要求する。経口摂取は誤嚥の危険が高いと説明しても、受け入れようとしめない	父親(80歳代)と長女(60歳代)	医療職 未婚
事例20	脳梗塞後遺症で入院中、突然の心停止があり、回復の見込みはないが、親戚に会わせたいので延命治療を希望する。延命治療は苦痛を伴うと説明するが、積極的な治療を望む。	母親(70歳代)と長女(40歳代)	会社員 既婚(子どもあり)
事例22	神経難病で病状が進行しているが、病気の受け入れができない。医療関係者であり、病状への理解はあるが、積極的な治療を望み、ケアに対する要望が多い。	母親(70歳代)と長女(50歳代)	医療職 既婚(子どもあり)
事例24	自らも医療関係者であるが、病院の医療行為や看護行為に対する批判的な言動が非常に多い。	祖父(70歳代)と孫(20歳代)	医療職 未婚
事例25	認知症末期の症状であるにもかかわらず、違う病気だと主張して検査を希望する。医療職で病状はわかっているはずだが、積極的な治療を望み、医療者への苦情が多い。	母親(80歳代)と長男(50歳代)	医療職 既婚(子どもあり)
事例26	患者が元気な頃、長生きしたいと言っていたと主張して延命治療を希望する。医療職であり、患者の病状はわかっているにもかかわらず、積極的な治療を要望する。	父親(80歳代)と長男(50歳代)	医療職 既婚(子どもあり)
事例27	患者は誤嚥性肺炎で何度も生死を彷徨っており、医療職なので患者の病状は理解しているにもかかわらず、延命治療を強く希望する。	父親(90歳代)と長男(50歳代)	医療職 既婚(子どもあり)

表7に各事例の概要を記載した。対応に苦慮した主な内容は、治療や看護への要望や批判の多さ、無理な延命治療の要求や患者に苦痛を与える行為を行う、などであった。事例5以外、子どもは専門職としての職業をもち、経済的には親（養育者）から自立していた。また、事例19と事例24以外の事例は結婚しており、それぞれの新しい家族を持っていた。

表8は「未解決の葛藤」に分類された事例のアセスメント内容である。11例とも、現在のアタッチメント対象との関係性については、VC01は親以外であり、かつ、VC01以外のサポートも機能しており、現在の「アタッチメントの安心性」は「安心」であった。

次に「未解決の葛藤」として語られる内容としては、親（療育者）の被養育体験における傷つきや、過去の近親者の死や病気に対する後悔や罪悪感などであった。

また、患者の行動や近親者の証言から、「未解決の葛藤」が推測される事例もあった。

事例1では、成人期の子どもは医療者であり、親が終末期にあることは理解しているにもかかわらず、患者に無理なりハビリをし、叱咤激励を繰り返していた

事例14では、患者との面会や患者と同室で過ごすことに対する拒否的な行動があり、その背景には幼少期に受けた否定的な養育体験があることが親族の証言から示唆された。

事例22、25では、医療の専門的な知識はあるにもかかわらず、病名の受け入れを拒否しており、診断した医療者を激しく非難し、患者に無理なりハビリや検査をさせていた。

事例26、27も医療者で専門的な知識があるが、理由を言わずに、ただただ頭を下げて無理な延命治療を希望するケースや、理解が困難な理由で延命を強く望む事例であった。

この11例については、高齢の親以外のアタッチメント対象が機能しており、「ASDまたはASD傾向」の特徴的な言動や行動も特に見られなかったことから、「未解決の葛藤」の事例に分類した（表8）。

表8 「未解決の葛藤」に分類された事例の分析結果

事例番号	「アタッチメントの問題」			「未解決の葛藤」	「ASDまたはASD傾向」	分析結果
	VCO1	VOC1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	現在のアタッチメントの安心性	病気への理解はあるが、患者や医療者に対する攻撃的な言動がある。養育者に関する語りの中に、過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。	・社会的・情緒的な相互関係の障害 ・想像力の障害とこだわりの強さ	
事例1	パートナー	きょうだいや子ども/機能している	安心 (極めて高い)	終末期の患者に対して、無理なりハビリを激しい口調で叱咤激励をする	なし	「未解決の葛藤」
事例5	パートナー	きょうだいや子ども/機能している	安心 (極めて高い)	患者に無理なりハビリを行い、それを指導する医療者に攻撃的な態度をとる→その後患者から受けた辛い養育史を語る	なし	「未解決の葛藤」
事例13	こども(長男)	きょうだいや長男以外の子ども/機能している	安心 (極めて高い)	患者の治療やケアに対して要望が多い→近親者の死に対してのつらい体験を語る	なし	「未解決の葛藤」
事例14	パートナー	子どもや母親/機能している	安心 (極めて高い)	終末期の患者と病室に一緒にいることができない。親族より患者から子どもが受けた被養育体験を聞く	なし	「未解決の葛藤」
事例19	母親	友人/機能している	安心 (かなり高い)	患者に経口摂取をさせたいと懇願する→近親者の死に対してのつらい体験を語る	なし	「未解決の葛藤」
事例20	パートナー	きょうだい/機能している	安心 (かなり高い)	患者は延命治療しても1日に持たないとわかっているが、延命治療を希望する。患者と子どもの養育史(規律など)を親族が語る	なし	「未解決の葛藤」
事例22	パートナー	きょうだいや父親/機能している	安心 (かなり高い)	患者に無理なりハビリをさせる。遺伝疾患の為患者の病気を信じれないと医療者に攻撃的な態度をする	なし	「未解決の葛藤」
事例24	父親	祖母やきょうだい/機能している	安心 (極めて高い)	医療者に対して攻撃的な態度をとる→養育者との否定的な被養育体験を語る	なし	「未解決の葛藤」
事例25	パートナー	こどもや叔母や従姉/機能している	安心 (極めて高い)	専門的な知識があるにもかかわらず、病名の受け入れを拒否し、患者の苦痛も考えずに多くの検査を自分の納得するまで受けさせる	なし	「未解決の葛藤」
事例26	パートナー	きょうだい/機能している	安心 (極めて高い)	医療の専門的な知識があるにもかかわらず、「延命治療をお願いします」と理由を語らずに懇願する	なし	「未解決の葛藤」
事例27	パートナー	母親やきょうだい/機能している	安心 (極めて高い)	専門的な知識があるにもかかわらず、患者の配偶者が一人になると認知症が進むと言って、延命治療を強く要求する	なし	「未解決の葛藤」

4、「ASD または ASD 傾向」に分類された事例

続いて「ASD または ASD 傾向」に分類された 4 事例について検討した。

表 9 「ASD または ASD 傾向」に分類された事例の概要

事例番号	医療スタッフが対応に苦慮した内容	親子の関係と年齢	子どもの職業と婚姻の有無
事例 8	父親の老化を受け入れようとせず、すっかり衰弱した患者を叱咤激励してリハビリを強制する。医療者に対する攻撃的な言動が激しく、感情の抑制ができない。	父親（90歳代）と長男（60歳代）	芸術関係 既婚（子どもなし）
事例 10	治療や介護に関するインターネットの情報を信じ、その情報通りの医療行為や看護を強く要望する。独特のこだわった生活様式があり、インターネットの情報しか信じない。	父親（80歳代）と長男（40歳代）	会社員 未婚
事例 11	自宅で介護していたやり方と全く同じ方法でケアすることを医療者に要求し、苦言を言う。自分がこだわった援助方法を医療者に指示し、その通りにならないと攻撃的になる。	母親（90歳代）と長女（60歳代）	芸術関係 離婚（子どもなし）
事例 12	治療方針や看護行為に対して、他の病院と比較し、苦言や指示をする。自分のこだわった援助方法を指示し、治療や看護に要望が多い。	父親（80歳代）と次女（50歳代）	無職 未婚

これらの事例では、高齢の親へのケアの方法に対する強いこだわりがあり、そのケアの方法に対して看護師が意見を出したり、その方法の情報源を確認しようとすると攻撃的な態度をとることがあった(表 9)。

表 10 「ASD または ASD 傾向」に分類された事例の分析結果

事例番号	「アタッチメントの問題」			「未解決の葛藤」	「ASD または ASD 傾向」	分析結果
	VC01	VOC1以外でサポート対象として次に考えられる人物/現在機能しているか	現在のアタッチメントの安心性	病気への理解はあるが、患者や医療者に対する攻撃的な言動がある。養育者に関する語りの中に、過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。	・社会的・情緒的な相互関係の障害 ・想像力の障害とこだわりの強さ	
事例 8	パートナー	きょうだいや職場の部下/職場の部下は機能している	安心 (かなり高い)	なし	・ケアやリハビリ方法に関する独自の考えを主張 ・自分の思い通りにいかないで激怒する。	「ASD傾向」あり
事例 10	患者	友人や職場の上司/機能している	安心 (かなり高い)	なし	・インターネットからの情報しか信用しない。	「ASD傾向」あり
事例 11	患者	友人や職場の上司/機能している	安心 (かなり高い)	なし	・自宅で行っている介護の方法などを忠実に再現してほしいと強く主張する	「ASD傾向」あり
事例 12	患者	パートナーやその家族/機能している	安心 (かなり高い)	なし	・患者への治療やケアを有名病院と同一の方法で行うことを医療者に強要する。	「ASD傾向」あり

表 10 は「ASD または ASD 傾向」に分類された事例の分析結果を示したものである。現在のアタッチメント対象との関係性については、事例 8 以外は VC01 が患者である高齢の親であった。しかし VC01 以外のサポート対象と考えられる人物は存在しており、また、機能もしていることからアタッチメントの安心性は「安心（かなり高

い) 」と判断した。すなわち、原家族以外にサポートできる人物がいることで、アタッチメントの安心性は確保されていると判断した。

5、「ASDまたはASD傾向」と「アタッチメントの問題」の重複に分類された事例

最後に「ASDまたはASD傾向」と「アタッチメントの問題」の重複と判断された9事例を検討する。

この9事例の概要を表11に記載した。医療スタッフが対応に苦慮した主な内容としては、こだわりの強さや感情コントロールの困難さがあげられる。また、9例中7例は未婚で、残りの2例も離婚しており、現段階でパートナーなどのVC01として機能している人物は確認できなかった。

表11 「ASDまたはASD傾向」と「アタッチメントの問題」の重複に分類された事例の概要

事例番号	医療スタッフが対応に苦慮した内容	親子の関係と年齢	子どもの職業と婚姻の有無
事例2	嚥下が困難な患者に長女が無理やり食事をさせる。食事摂取方法にもこだわりがあり、患者は語れない状態であるのに、「母はまだ生きていたいと思っている」と強く主張する。	母親(90歳代)と長女(60歳代)	無職 離婚(子どもあり)
事例3	人工呼吸器を装着しても助からないと説明し、こちらが話しかけても返答がない。何度説明しても最後は一言、「延命治療をお願いします」としか言わない。	母親(80歳代)と長男(50歳代)	自営業 離婚(子どもあり)
事例9	医療や看護に対する苦言が多く、他者には了解困難な独自の考えを主張する。独特のこだわりがあり、自分が納得がいくまで医療者に対する攻撃的な言動が続く。	母親(90歳代)と長女(70歳代)	無職 未婚
事例15	親の介護には熱心な一方で、看護師に好意を寄せてストーカー行為をしてしまう。物事にこだわりや思い込みが強く、世間一般の常識では考えられない物事の解釈を行う。	母親(70歳代後半)と長男(50歳代)	会社員 未婚
事例17	日中には必ず面会に来ているにもかかわらず、19時になったら電話で病状を再度確認する。物事へのこだわりがあり、コミュニケーションが取れない。儀式的な行動をする。	母親(90歳代)と長男(60歳代)	農業 未婚
事例18	治療方針や父親の死後に強い不安を抱いており、毎日看護師に相談している。不安を訴える言動が強く、毎日同じ内容を看護師に相談する。	父親(80歳代)と長女(50歳代)	無職 未婚
事例21	認知症の母親をしばしば怒鳴りつけるなど、感情のコントロールができない。しかし、母親に対する愛情は深く、「子思いのいい母親なんです」と母親を慕っている。	母親(80歳代)と長男(50歳代)	無職 未婚
事例23	誤嚥性肺炎で入院したにもかかわらず、経口摂取を強く希望し、治療方法への同意が得られない。歯の治療への強いこだわりがある。医療者とのコミュニケーションが取れない。	父親(80歳代)と長女(50歳代)	無職 未婚
事例28	環境(室内温度、ベッドの位置など)に対してとても敏感で看護行為に対する苦言が多い。環境への強いこだわりがあり、感情的になると攻撃的になり、抑制が効かない。	母親(90歳代)と次男(50歳代)	会社員 未婚

表12の9事例については、「アタッチメントの安心性」は「非安心」であり、かつASDに特徴的な言動や行動があることから重複事例に分類した。

現在のアタッチメント対象との関係性については、9例とも親以外とは低く、VC01は患者である高齢の親のままであり、VC01以外のサポート対象も事例17以外は機能していなかった。また、困った時に打ち明ける対象は「親以外いない」かケアマネージャーなどであり、現在のアタッチメントは「非安心」であり、「質の乏しいサポート」と判断された。

さらに、これらの重複事例について、「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASD傾向」のどちらが主要な問題となっているのかを検討した（表12）。そして、9事例のうち、事例21に関しては「アタッチメントの問題」が主であると分類した。その理由は、医療者が対応に苦慮した行為として、認知症の母親を激しく叱責する行為が見られたが、治療へのこだわりなどは特には見られなかったためである。それ以外的事例に関しては、医療者が対応に苦慮した行動や言動の中にASDの特性が強く感じられたため、「ASDまたはASD傾向」が主であると判断した。

表12 「ASDまたはASD傾向」と「アタッチメントの問題」の重複に分類された事例の分析結果

事例番号	「アタッチメントの問題」			「未解決の葛藤」	「ASDまたはASD傾向」	分析結果
	VCO1	VOC1以外でサポート対象として次に考えられる人物/現在機能しているか	現在のアタッチメントの安心性	病気への理解はあるが、患者や医療者に対する攻撃的な言動がある。養育者に関する語りの中に、過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。	・社会的・情緒的な相互関係の障害 ・想像力の障害とこだわりの強さ	
事例2	患者	子ども（長男・次男）/機能していない	非安心（全くない）	なし	・過去の患者の食習慣の継続を強く求める ・患者の苦痛を理解しないで食事を摂取させようとする	「ASD傾向」が主で「アタッチメントの問題」もある
事例3	患者	なし/機能していない	非安心（全くない）	なし	・医療者との会話がほとんど成立しない ・患者の実際の意向と関係なく、患者が生きたいと願っていると主張する	「ASD傾向」が主で「アタッチメントの問題」もある
事例9	患者	なし/機能していない	非安心（全くない）	なし	・使用する物品やケアの方法などに関する独自の考えを強く主張する	「ASD傾向」が主で「アタッチメントの問題」もある
事例15	患者	なし/機能していない	非安心（全くない）	なし	・看護師の感情を理解せずにストーリーまがいの行為をする。	「ASD傾向」が主で「アタッチメントの問題」もある
事例17	患者	きょうだいや地域の人/地域の方は少し機能している	非安心（いくらか低い）	なし	・内服の方法に独自の考え方を主張する。 ・決まった時間に行動をする、機械的な行動パターン	「ASD傾向」が主で「アタッチメントの問題」もある
事例18	患者	きょうだいや母親/機能していない	非安心（全くない）	なし	・患者の病状の変化に対して混乱してしまっている。	「ASD傾向」が主で「アタッチメントの問題」もある
事例21	患者	従弟やその嫁/機能していない	非安心（いくらか低い）	なし	・自分の思い通りに母親が行動してくれないとキレて怒りだす。	「アタッチメントの問題」が主で「ASD傾向」ありの重複
事例23	患者	なし/機能していない	非安心（全くない）	なし	・「歯の治療をしたら病気が治る」と執拗に主張し、患者の病状に合わせた理解が困難	「ASD問題」が主で「アタッチメントの問題」もある
事例28	患者	なし/機能していない	非安心（全くない）	なし	・療養環境や治療に関する融通の効かない執着とこだわりがある	「ASD傾向」が主で「アタッチメントの問題」もある

6、親子の関係性と婚姻と分析結果について

最後にこの28事例をさらに、親子関係、婚姻関係に基づいて分類した(図8、図9)。

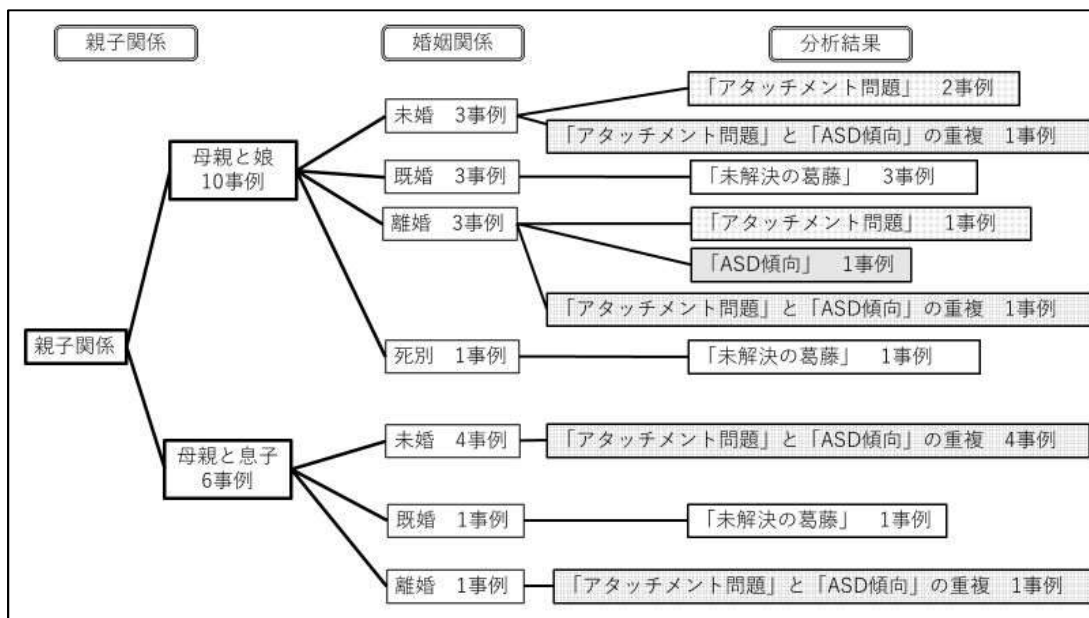


図8 母親と娘、母親と息子の親子関係と婚姻関係

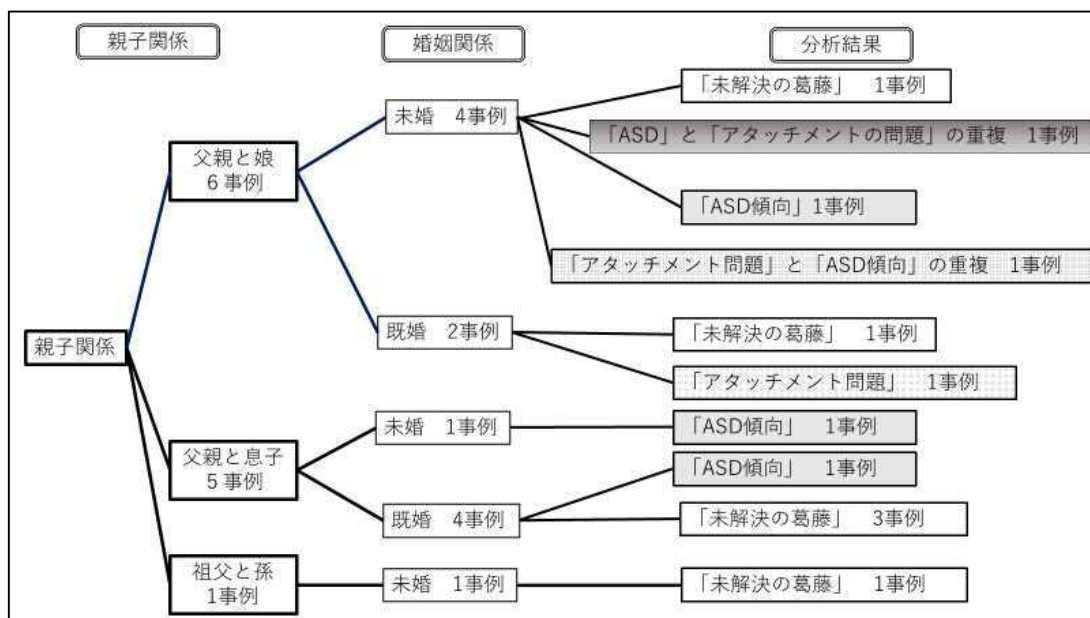


図9 父親と娘、父親と息子、祖父と孫の親子関係と婚姻関係

親子関係については、母子関係、父子関係に分けて検討した。両者の間にアタッチメント関係に違いがあるかどうかをみるためである。

また、婚姻関係については、既婚、未婚、離婚、死別に分けて考察した。その理由として、既婚の場合は配偶者が現在のアタッチメント対象として機能している可能性が高いこと、逆に未婚や離婚・死別の場合、現在のアタッチメント関係に不安定さを抱えており、親が唯一のアタッチメント対象となっている可能性も考えられるためである。

親子関係は、母親と娘、母親と息子、父親と娘の順であった。また、子どもの男女比は11対17で女性の方が多かった。中西(2007)⁶⁴は、母親と娘間には情緒的な絆が強いとされており、老親扶養に関しても娘に介護期待が寄せられることが多いと述べている。今回の結果でも女性の割合が多いことは情緒的な絆の強さや介護期待の高さなどの要因が影響していると推測された。

今回の結果からは、成人期の子どもでかつ既婚の事例の場合は、高齢の親との間の「未解決の葛藤」が親の死の受容を困難としている最も大きな要因になっていることが示唆された。それに対して、成人期の子どもが未婚ないしは離婚の場合には、「アタッチメントの問題」が関連している場合が多く、高齢の親の終末期においても、親が重要なアタッチメント対象として存続していることが親の死の受容を困難にしていることが推測された。

次章では、28事例のなかから、「アタッチメントの問題」と「未解決の葛藤」、そして「ASDまたはASD傾向」の各事例、合わせて9事例を詳しく取り上げてさらに考察を加えたい。そのことを通して、成人期の子どもが抱える問題がどのようなかたちで高齢の親の死の受容と援助の困難さにつながるのか、そして、どのような家族支援の取り組みが求められるのかをより詳細に検討できると考えている。

⁶⁴ 中西泰子：若者の老親扶養志向にみるジェンダー「娘」の意識に注目して、家族社会学研究, 19(2), p, 45, 2007

第3章 事例検討

第1節 「アタッチメントの問題」を抱える子どもの事例検討

1、事例紹介

本節では高齢の親以外のアタッチメント対象との関係が不安定あるいは脆弱であり、そのことが親の死の受容の困難さにつながっていると推測された事例について検討する。

本節で紹介するのは以下の3事例である。（事例の番号は第2章の表2の事例の番号にそれぞれ対応している。）

- (1) 「母親は永遠に生きていたいと思っている」と主張する次女の実例（第2章の表2の事例4）
- (2) 母親の病状を受け入れられない長女の実例（第2章の表2の事例6）
- (3) 母親を繰り返し怒鳴りつける長男の実例（第2章の表2の事例21 「アタッチメントの問題」が主だが、「ASD傾向」もあると判断した事例）

この3事例について、要因ごとの分析結果を表12に、現在のアタッチメント対象との関係性を表13にまとめた。

表12 要因ごとの分析

		事例4 次女	事例6 長女	事例21 長男
のア タ ッ チ メ ン ト の 問 題	VCO1	患者	患者	患者
	VOC1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	兄や姉/機能していない	娘や従姉/機能していない	従弟やその嫁/機能していない
	現在のアタッチメントの安心性	非安心 (全くない)	非安心 (全くない)	非安心 (いくらか低い)
未 解 決 の 葛 藤	病気への理解はあるが、患者や医療者に対する攻撃的な言動がある。養育者に関する語りの中に、過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。	なし	なし	なし
A S D の 問 題	・社会的・情緒的な相互関係の障害 ・想像力の障害とこだわりの強さ	なし	なし	・自分の思い通りに母親が行動してくれないとキレて怒りだす。
分析結果		「アタッチメントの問題」	「アタッチメントの問題」	「アタッチメントの問題」が主だが、「ASD傾向」もある

表 13 各事例の現在のアタッチメント対象との関係性

	事例4 次女	事例6 長女	事例21 長男
原家族との親しさ	母親(患者)とは高く、他のきょうだいとは低い。父親は他界	母親(患者)とは高い。きょうだいはなし。父親は他界	母親(患者)とは高い。きょうだいはなし。父親は他界
サポート対象(VCO1)	母親(患者)	母親(患者)	母親(患者)
VOC1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	兄や姉/機能していない	娘や従姉/機能していない	従弟やその嫁/機能していない
困った時に打ち明ける対象	母親であるが病気の為、打ち明けが出来ていない	母親であるが病気の為、打ち明けが出来ていない	ケアマネージャー(母親は病気の為、打ち明けが出来ていない)
現在のアタッチメントの安心性	非安心(全くない)	非安心(全くない)	非安心(いくらか低い)

以下にこの3事例の内容を詳しく紹介し、「アタッチメントの問題」との関連で考察していく。

(1) 「母親は永遠に生きていたいと思っている」と主張する次女の事例

①子ども紹介：次女60歳代。カルチャー教室の講師をしている。未婚であり、大学を卒業後、自宅でA氏とずっと生活していた。現在もパートナーはなし。会話の中から交友関係の話はなく、カルチャー教室の生徒さんなど、仕事の人間関係のことだけは語ることがあった。次女との会話からは、母親(以下A氏とする)と次女が友だち親子のようにいつも一緒にいたことが示唆された。次女にとって母は素敵でおしゃれな女性であり、尊敬する存在である。母との思い出は沢山あって話しきれない。母はいつも私のことを思ってくれていて私にとって必要な存在であり、母がいない世界なんて考えたことがないと語った。A氏の治療に関しては、長男も長女も遠方にいるとのことで、次女にA氏のすべてを託していた。

②患者紹介：A氏は90歳代。結婚してからずっと主婦をしていた。家族構成は夫が数十年前に他界。子どもは長男・長女70歳代、次女60歳代の3人であるが、長男長女は遠方に住んでおり、数年に一度帰省するのみ。A氏は発症前まで次女と二人で生活していた。A氏は数年前に脳梗塞のため寝たきりで意思疎通が図れない状態となり、急性期病院で胃瘻を造設し、気管切開を行い、在宅で次女が介護していた(図10)。

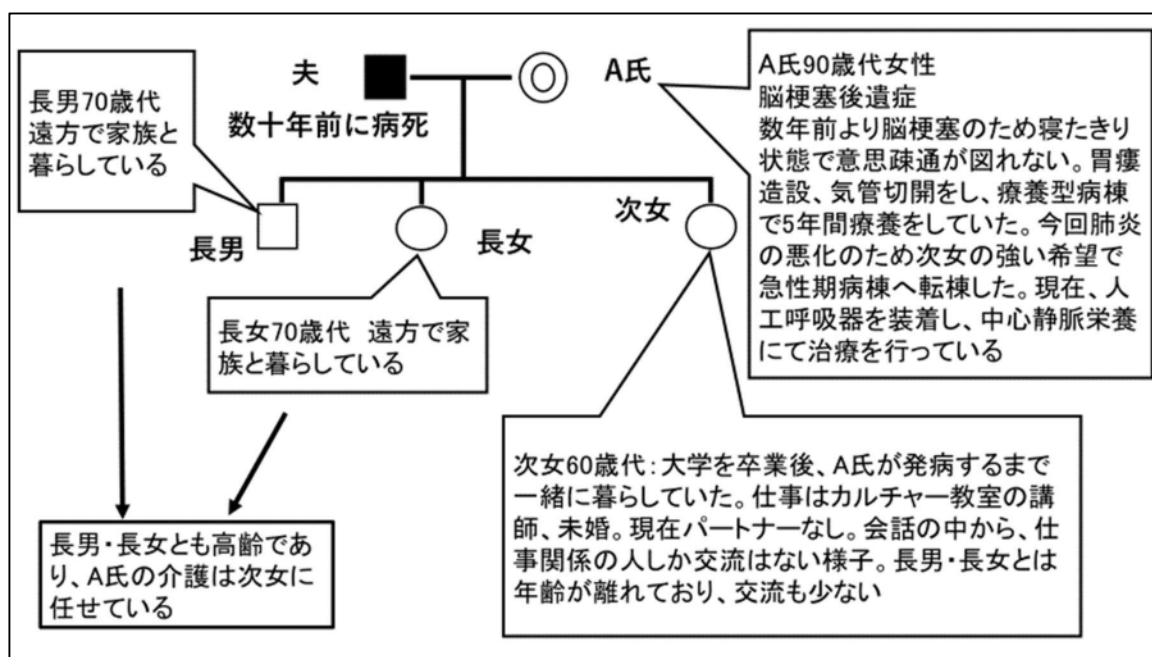


図10 事例4の家族・親族関係

③入院までの経過：次女が在宅で介護をしていたが、肺炎を発症して入院。それ以降、療養型病棟で5年間療養を行っていた。しかし、再度肺炎が悪化し、次女が延命治療を希望したため急性期病棟に転棟した。現在は中心静脈カテーテルを挿入して治療を行っている。

④入院中のエピソード：急性期病棟への転棟後、A氏の肺炎が悪化し、自力での呼吸が出来なくなった。主治医からは「高齢のため、人工呼吸器を付けることは本人にとってきついことだと思うし、助かる見込みもない」という説明がなされた。しかし、次女は「母は生きていたいと思っているから、先生、治療をあきらめないでください、お願いします」と強く主張し、次女の希望で人工呼吸器を装着した。しかし病状は悪化する一方であった。次女はケアを担当する看護師にも「こういった方法でケアしてほしい」「あの看護師さんは丁寧なケアをしてくれた。ケアを統一してほしい」と要望し、A氏のベッドの周囲にケア方法を記入した説明書を多数貼りつけ、担当看護師に直接の要望を伝えることも多くあった。「こういった姿になっても尊厳ある態度で母には接してほしい」と次女は日々、看護師に訴えていた。

次女との会話の中で、自分の不安や困った時に心の内を話せる相手について何うと、「姉や兄は遠くにいるし高齢。母の病状の変化は連絡するけど、何かしてくれることもない。相談したって私任せだし」「友人は家庭がありますし、母だけですかね。母はずっと一緒にいて、恋愛とか友人のことの悩みなど、何でもずっと打ち明けていた」「友達親子みたいな感じかな」「母は私の憧れの存在であり、小さいころから叱られたこと

はなかった」「母は相談したことには良いことも悪いことも助言してくれた。今は寝たきりだけど、私が話したらわかってきている」と言っていた。次女は毎日朝夕の面会を欠かさず、自分がいないときの状況を担当看護師に事細かく説明を求め続けた。

いよいよ生死を彷徨う状態になり、主治医が次女にその状況を説明しても、次女は「先生、治療をあきらめないでください」「母はミイラになっても生きていたいと思っています」と主張し、母親の死を受け入れる態度はまったく見せなかった。

A氏は人工呼吸器装着後、約2か月で永眠された。心停止の場面に次女は間に合わなかったが、取り乱すことはなく、退院した。退院後に挨拶に来た際には、「まだ、母が病室に行ったらいるようです。母はずっと生きていますから」と笑顔で会話をした。

(2) 母親の病状を受け入れられない長女の事例

①子ども紹介：長女60歳代 短大を卒業後、一度結婚（養子を迎え）したが、離婚。それ以降母親（以下B氏とする）と生活を共にしている。現在、パートナーはなし。長女の子どもは独立し、高校生の子孫もいる。現在はカルチャー教室の講師をしている。

②患者紹介：B氏 90歳代女性。夫は数十年前に他界している。もともと元気で、以前は自宅で日本伝統文化の教室をしていた。子どもは長女のみ。面会は長女と長女のひ孫、そして長女から連絡を受けたB氏の姪のみである（図11）

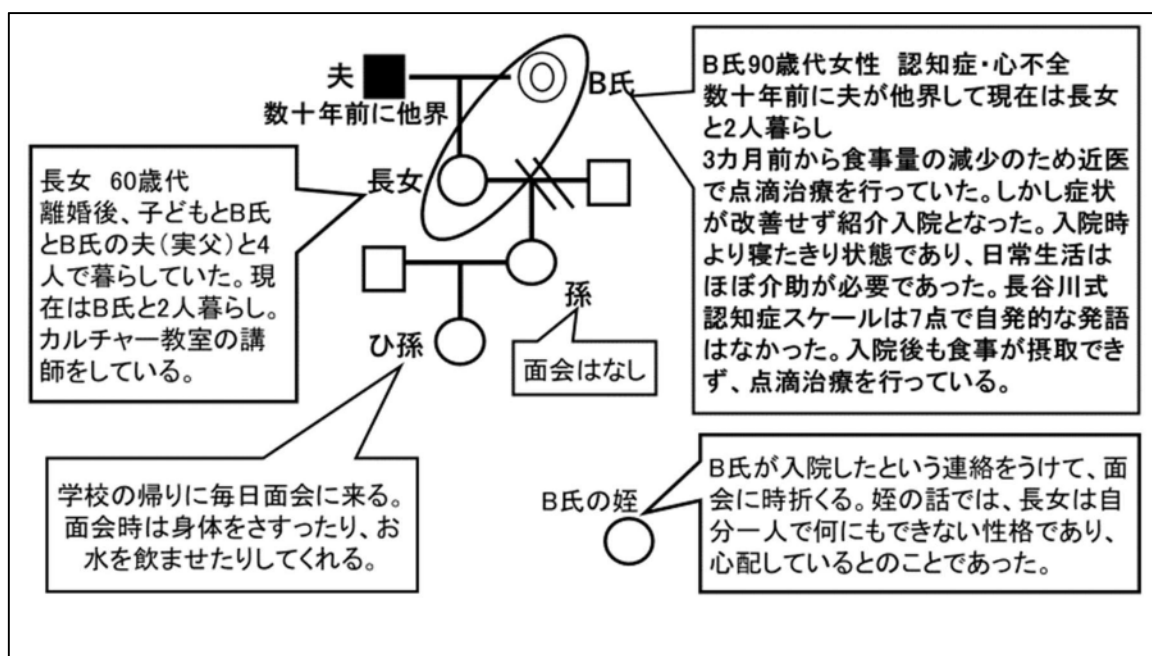


図11 事例6の家族・親族関係

③入院までの経過：3か月前から食事量が減少し、近医で点滴治療を行っていたが、改善せず、近医からの紹介で入院となる。入院時よりほぼ寝たきり状態であった。

④入院中のエピソード：B氏は入院時より食事は全く摂取せず。点滴治療を行っていた。検査の結果、心臓機能の低下はあるが、年齢相当の症状であり、認知症の症状による食事摂取困難であると診断された。長女は面会には来るが、B氏のベッドサイドの周囲の環境整備はできず、洗濯物を持ってきても「看護師さんがタンスの引き出しに入れてください」と言う。差し入れのジュースを持ってきても「私ではできないので看護師さんが飲ませてください」と発言するなど、他人任せの言動が頻繁に見られた。面会にきたB氏の姪は、「長女は毎日、面会にきていますか？ 長女はいろいろ一人でできない性格で、どうしたらいいかってうちに電話をかけてきたので面会に来てみたら、おばさん（B氏）は『家に帰りたい』としか言わないし、洗濯物が溜まっているし、心配になっています。おばさん（B氏）がしっかりした人で色々なことを一人で仕切っていましたから」と長女の今後に不安を抱いている言葉も聞かれた。

主治医からは「認知症の末期症状で食事が摂れない状態です。胃瘻を造設するのも倫理的な問題があります。今後どんな形で最期を看取るのかを家族で相談してください」という説明があった。長女は「私が病院に面会にくるといつ退院できるの？ 家に連れて帰ると母が言うのです。でも、こんな状態では家に連れて帰れないからと説明するけど、わかってもらえないのです。私はどうしたらいいのでしょうか？ 母の顔を見るのがつらいので病院には来たくないのです」と発言した。

長女に一度外出することを勧めてみるが、「つらくてできない」とのことだった。元気な頃のB氏の様子を伺うと、「教室（日本伝統文化）を自宅ですべて、何人もお弟子さんがいたのです。母は私にとって憧れでした。父が亡くなってから2人で暮らしていましたが、ほんの数か月前まで元気に自分で色々なことができました。それなのに急に悪くなってしまって。とにかく人に気を遣う性格で、看護師さんにも気を使っているのだと思います」と語る。

長女が自分の不安や困った時に心の内を話せる相手について伺うと、「きょうだいはいないし、いとこや子どもには母の病状の変化を聞かれるので連絡はする。でも母のことを相談しても責められている感じがするだけだし」「子どもは仕事をしているし、家庭があるから忙しい。話せる相手は母かな。母はずっと一緒に暮らしていたし、親子だから気兼ねもないし。母には何でも包み隠さずに話していましたし。母は私が話さなくても、私の顔色を見たらなんでもわかるって言うていましたから」と言っていた。

看護師が「Bさんは娘さんが面会に来ることを楽しみにしていますよ」と言っても、「あんな姿になった母を見るのが辛くて病院にくるのが嫌です」と言い、高校生のひ孫に毎日、面会に来させていた。看護師もB氏の「家に帰りたい」という希望を叶えることを目的に、長女に「気分転換をしたら食事が摂取できるかも」と説得し、外出を試みた。外出時にはB氏的笑顔も見られたが、長女は「外出中、母が家に上がりたいて車

の中で泣いたので、どうしていいのかわからなくなって怖くなって帰ってきた」と言って泣いた。

その後も「母の顔を見るのがつらい」と看護師に何度も泣きつき、時には「看護師さんの食事を摂取させる方法が悪いのでは」と苦言を言うてくることもあった。食事を無理やり摂取させるのはB氏にとっては苦痛なことであると何度も説明したが、長女は「とにかく食べさせてほしい」と言い、納得はしなかった。しかし、B氏の食事介助や身体的なケアを一緒にすることを長女に勧めても「怖くてできない」とただ見守るだけだった。

B氏の状態が悪化し、病状説明のたびに、「亡くなったらどこの葬儀社に頼んだらいいのかわからないのか。どういった方法で連れて帰ったらいいのかわからないのか」「私一人でどう生きていけばいいのかわからない」などと医療者に相談することもあった。その後、徐々に病状は悪化し、B氏は永眠した。長女は亡くなる数日前から長女の子どもや親戚の方に支えられるかたちで付き添いを行った。B氏が亡くなった時、長女は憔悴しきった様子であった。

(3) 母親を繰り返し怒鳴りつける長男の事例（「アタッチメントの問題」が主であるが、「ASD傾向」もあると判断した事例）

①子ども紹介：長男 50歳代男性（無職）未婚。若い頃から職を転々としていたが、両親を介護する数年前までは電気設備関係の仕事をしていた。きょうだいはなし。親戚とは仲が悪くて疎遠である。唯一、母親（以下C氏とする）の甥の嫁（C氏の教え子）が緊急連絡先として長男が連絡できる存在である。長男は昨年まで高齢の両親を一人で介護をしていたが、昨年父親が他界した。

長男がC氏を怒鳴ることは近所でも有名な話であり、スーパーで母親を怒鳴っているところをスーパーの店員が宥めたが、収まらなかったため、警察を呼ぶ騒ぎになったこともある（ケアマネージャーからの情報）。

ケアマネージャーも長男による自宅介護は大変だと感じ、施設への入所を勧めるが、「おふくろは家で過ごしたいって言うし、自分が見るしかない」と言って、施設入所は拒否していた。

②患者紹介：C氏 80歳代の女性 元教員であり、退職後も教育関連のボランティアを行っていた。夫は昨年他界している。間質性肺炎を患い、1年前から在宅酸素療法を行っている。1年前、腰椎圧迫骨折をしてからADLの低下と認知症のため介護が必要な状態となり、デイサービスと訪問看護を利用していた。前回の入院時、風邪気味で面会に来られないという連絡が長男からC氏の携帯電話にあり、C氏が心配して離院騒動を起こしたこともあった。また長男が家で食事を作れないことを心配して、病院で出された食事をティッシュに包み、引き出しに保存していたこともあった(図12)。

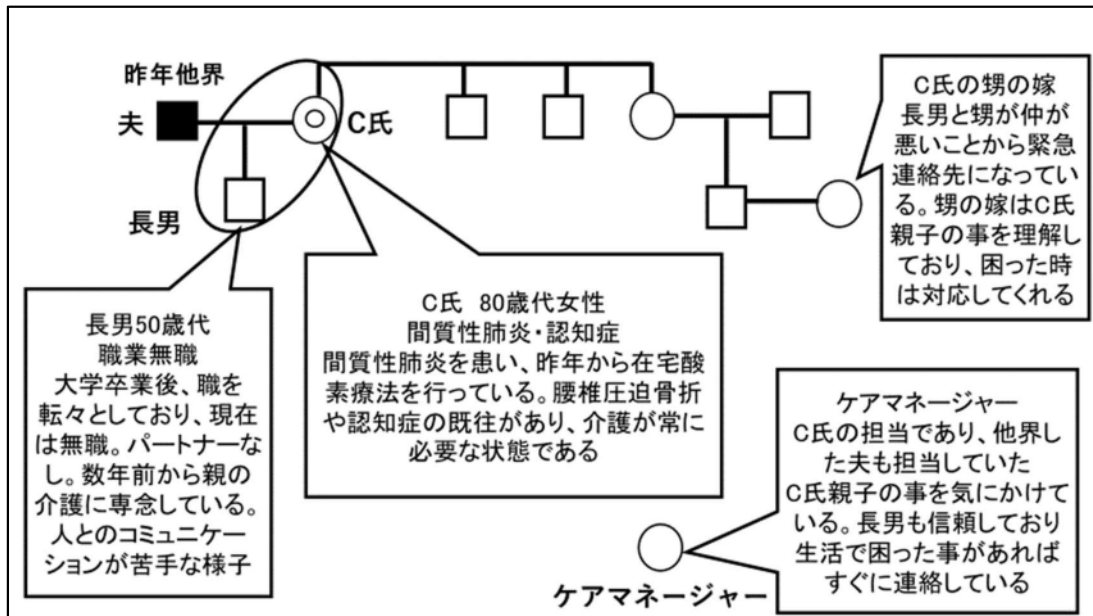


図 12 事例 21 の家族・親族関係

③入院までの経過：間質性肺炎のため、2 か月おきに緩解・悪化で入退院を繰り返している。今回も 2 週間前に退院したが、発熱のため再入院となる。

④入院中のエピソード：長男は入院時も大きな声で C 氏と会話していて、時に怒鳴ったりしていた。「どうしてわからないのか」「もうそれは持たなくていい」と物を取り上げるようなこともあり、同室者も長男の態度や言動が激しいことを心配していた。

入院して 2 日目、長男が面会時、ベッドサイドで「ドン」という大きな音がしたので病室に行くとき長男と C 氏が倒れていた。理由を聞くと、「おふくろがトイレに行きたいって言ったから、抱えてポータブルトイレに連れていこうとしたら、お袋の足が立たなくて一緒にこけた」と言っていた。その後、「おふくろがちゃんとしないから悪いのだろう」と母親を叱る場面もあった。C 氏は「私が悪いのよ」と長男をかばった。普段、C 氏は長男のことを「〇〇ちゃん」と幼い子どもに接するように関わっていた。面会から帰るときも「〇〇ちゃん、ちゃんとお飯はたべるのよ。家の戸締りはするのよ」と幼児に話しかけるような感じで会話していた。長男も「おふくろ、わかっているよ」とその時は小さな子どものように母を慕う雰囲気を出していた。スタッフもその二人のやりとりをみながら、母親を怒鳴りつける長男と C 氏の間を見守ることにするのか、何かしらの介入が必要なのかを検討していた。

入院中に下肢の静脈血栓症を発症し、他の病院で治療をすることになった。長男は「どうにかして直してあげたい」「おふくろ、頑張ってくれ」など治療に対して積極的

だった。その後、主治医より「血栓ができやすいため、急変することもあるので今後のことは考えておいてほしい」と説明があり、長男が落胆した場面もあった。

そこで、自分の不安や困った時に心の内を話せる相手について伺うと、「きょうだいはいない。従弟とは仲が悪いけど、従弟の嫁が母の教え子だったから心配していつも連絡をくれる」「今まではおふくろだけかな？ いやケアマネージャーの人が親身になってくれるからね」と言っていた。

しかし急変時の延命治療については答えを出しきれない状態だった。一時は治療の経過もよく、退院の準備をしていたが、次第に食事も摂取できなくなり、日中も傾眠傾向が続き、誤嚥するようになった。看護師が食事介助をしている場面でも、「おふくろ、目を開ける」「むせるじゃないか」と大声で怒鳴ったりすることもあった。看護師が徐々に元気がなくなっていることを説明しても、長男は「この人は何度もこんなことになっても元気になってくれた。母は不死身なのですよ」「俺を一人残すことなんてないですよ」「子ども思いのいい母親だから」と笑顔で話すこともあった。面会時、初めの頃は元気がなければ背中を叩いて「おふくろがんばらないといけない」と言っていたが、C氏が声かけにも反応しなくなってからは、面会に来ても声もかけず、洗濯物をもって帰るだけになった。C氏の状態が悪くなってからは、長男が銀行の通帳や印鑑がないと言ってケアマネージャーや看護師、社会福祉士に相談することがあった。その際は話を傾聴しながら対処の方法を説明した。

その数日後、C氏は夜間に急に心肺停止を起こし、永眠された。その際、長男は延命処置を希望することもできないほどに憔悴しきっており、病院スタッフが親戚の方を呼んで、退院された。

2、考察

(1) アタッチメント対象の不在がもたらす影響

事例4の次女については、アタッチメント対象がA氏以外には存在しないことが次女との関わりや会話の中からは示唆された。次女をずっとサポートしていたのはA氏であり、次女は母親に気に入られるように生きてきたことや、親の指導を忠実かつ正確に守ってきたことが話の内容から伺われた。通常の場合であれば、成人するにつれて、親から承認されたり認められることの重要性は減少していくが、次女にとっても成人後も高齢の母親が唯一のアタッチメント対象であり、母親から承認されたり、褒められたりすることが重要な事項であり続けていた。

また、母親のA氏の終末期においても、次女にとってはA氏が自分の思いをなんでも打ち明けられる対象、困ったときに助けを求める対象であり、次女にとって母親が亡くなることは受け入れがたい現実であったと考えられる。それと同時に、「母はミイラに

なっても生きていたいと思っている」という衝撃的な訴えからは、自分の思いと母親の思いを区別して考えることの困難さが推測され、母親の死という現実から逃避しようとする意識も感じられた。

このように、きょうだいとのつながりも希薄であった次女にとって、唯一のアタッチメント対象であるA氏の死は到底受容できないものであった。実際、A氏が亡くなった後も、「病室にいったら母がいるようです」「母はずっと私のそばで生きていますから」と次女は語っており、親の死の受け入れを拒んでいるようにも思われた。亡くなくても次女は、心の「安心の基地」（ビフィルコ p32, 2017）⁶⁵としてA氏を求め続けていると推測された（図13）。

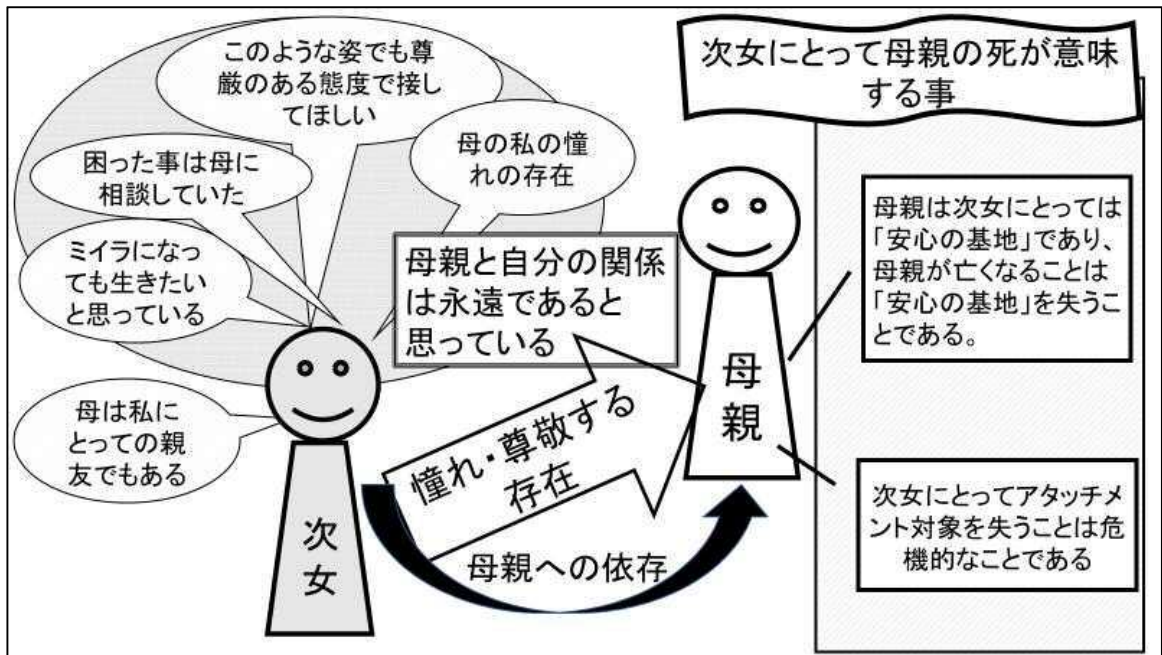


図13 事例4の全体構造

事例6の長女についても、長女にはVC01（非常に近い人）がB氏以外はいないことが示唆された。長女には娘がいたが、自分の娘に助けを求める行動は見られず、長女の孫を頼っており、長女と長女の娘との間には強い葛藤が存在する可能性も推測された。長女には高齢の母親に対する強い尊敬と離別への過度の不安があり、「私一人になったらどうして生きていけばいいのかわからない」と医療関係者に何度も訴えていた。

⁶⁵ 「安心の基地」とは、子どもを外的な脅威や危険から守ってくれる人（親または、養育者）である。ビフィルコによれば「親は子どもを保護する「安全な避難場所」を提供し、子どもは親が「安心の基地」であることを学ぶ。ストレスによってアタッチメントシステムが活性化すると子どもは（あるいは大人になっても）、自分の苦しみを調整するために「安心の基地」となってくれる他者を求めるのである」と述べている。アントニア・ビフィルコ/ジェラルディン・トーマス著、吉田恵子ら監訳：アタッチメント・スタイル面接の理論と実践，p, 32, 金剛出版, 東京, 2017

このように、長女は高齢の母親の死という危機に伴う不安や葛藤を自分自身の中ではまったく抱えられず、他者に不安を訴えてしがみついた場面がしばしば見られた。

親戚の話や本人の行動からも、長女の生活全体をB氏が支えていて、長女は自立した生活が行えていなかったことが示唆された。長女はアタッチメント対象を母親以外の人間関係の中に築くことがほとんどできず、母親が唯一のアタッチメント対象であり続けたことが、母の死の受容を著しく困難にしていたと推測された。長女にとっては、B氏の死は自分の心の「安心基地」を失うことであり、今後の自分自身の将来への不安は極めて大きかったと考えられる（図14）

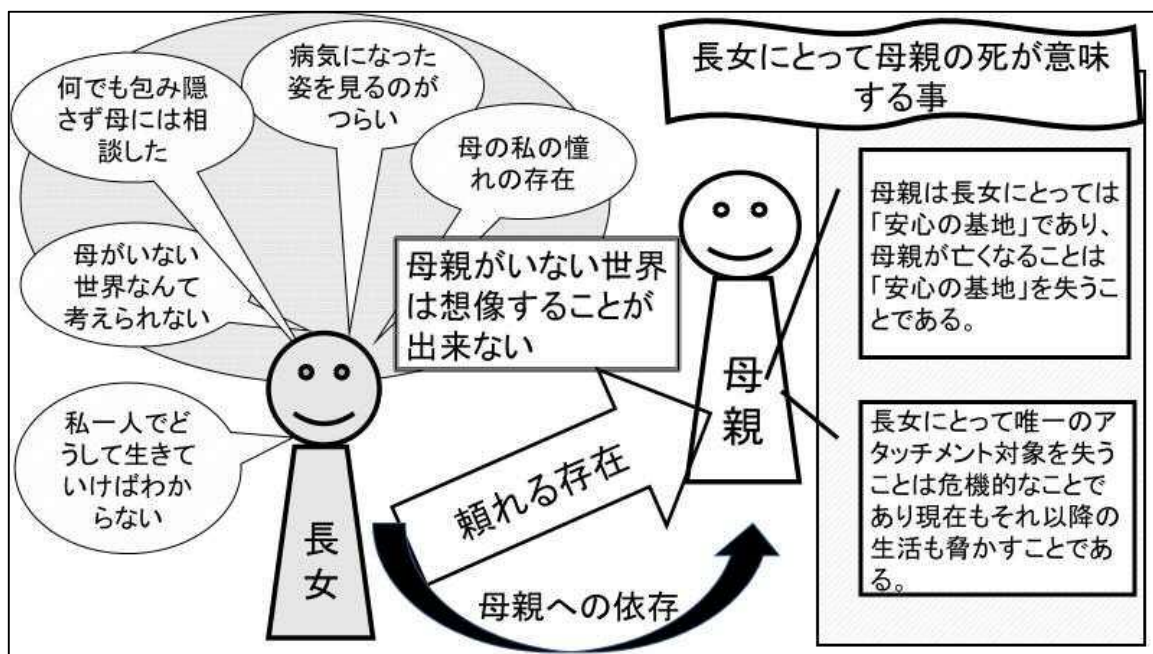


図14 事例6の全体構造

事例21についても、長男にはVC01（非常に近い人）がC氏以外にはいないことが長男との関わりや会話の中から推測された。長男は心を打ち明け、話す対象としてケアマネージャーを挙げているが、ケアマネージャーは、長期間、常に受け止めてくれるサポート対象としては機能できない存在である。また、親戚はいても長男とは不仲であり、長男も親戚をサポート対象とは思っていなかった。さらに、長男にはASD傾向があると推測され、それゆえに人との関わりがうまく持てず、若いころから転職を繰り返していた。そのために、長男にとって母親だけがアタッチメント対象であり、「安心の基地」であり続けていたと考えられる。それだけに、幼少期から世話をし続けてくれた母親が病気で長男の世話ができなくなり、また、認知症のため正常な判断ができなくなったことは、長男にとって唯一のアタッチメント対象を喪失することであり、この喪失への恐怖と傷つきが怒りに転化し、高齢者虐待を疑われるほどの母親への攻撃的な言動に

つながっていたと考えられた。しかし、母親との会話が成立している時や気分が安定している時には、親思いの息子としての役割を果たしており、高齢の母親も依然として親役割をとって長男のことを心配する行動を見せ、共依存状態でもあったといえる。このようにC氏と長男は最期まで強い共依存状態にあったといえよう。長男は「母親は自分を置いて死なない」と語っていたことから、唯一のアタッチメント対象であった母親の死を受容することは最期まで困難であったと考えられる（図15）。

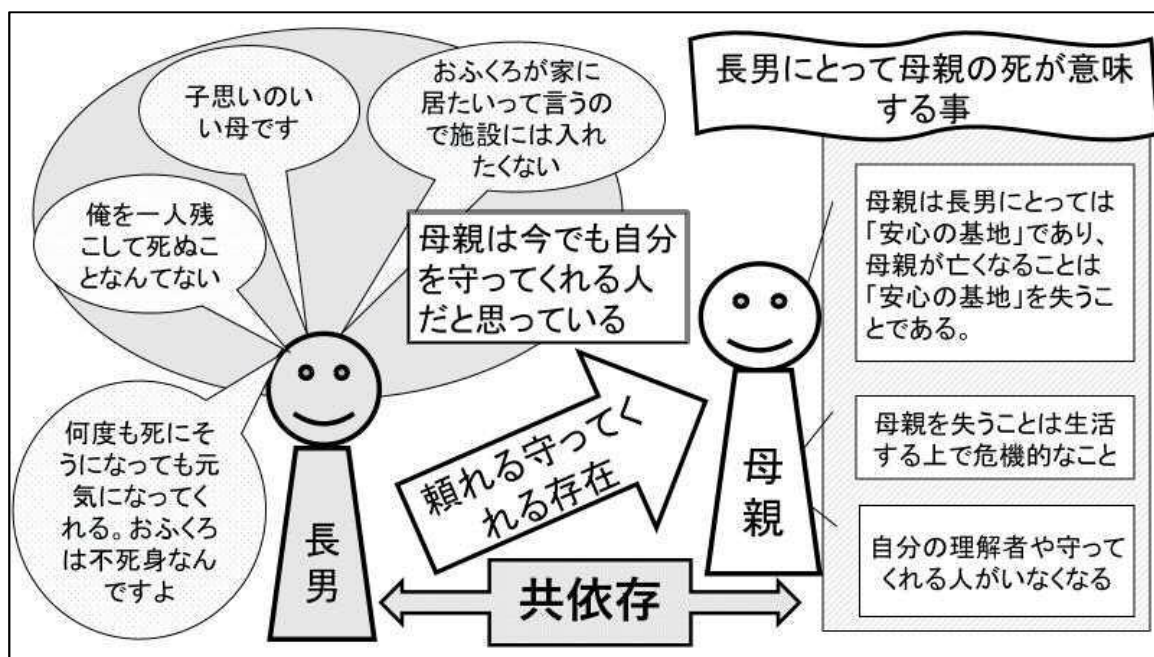


図15 事例21の全体構造

このように、いずれの事例の場合でも、母親以外の親しい関係性はなく、サポートを受けられる相手もいなかった。母親の死という危機的な状況下でアタッチメントシステムが活性化した状態であるにもかかわらず、死にゆく親以外にはアタッチメント対象がないという状況であったため、多くの精神的な混乱が生じてくることは半ば避けられない事態であった。このような事例の場合、母親以外の他者とのアタッチメント対象が築かれ、アタッチメント対象の移行が行われな限り、死の受容は極めて困難であったと考えられる。

(2) アタッチメント・スタイルとの関連性

ところで、Turan (2011)⁶⁶らによれば、高齢者の終末期医療における延命治療などの希望を、成人の子どもたちが正しく推測できるかどうかにはアタッチメント・スタイルが大きく影響しており、アタッチメントの不安定型（不安型、及び回避型）の場合、高齢の親の終末期医療に関する希望を正確に推測することが困難であったと指摘していることはすでに述べた。

Turan らの知見を踏まえると、今回紹介した 3 事例ともアタッチメントは不安定型であり、そのために終末期の親の希望する医療を正確に推測することは困難であり、生前の高齢の親の思いや生き方よりも、現在の自分自身の思いで親の思いを推測してしまっている場面が多くみられた。たとえば、代理意思決定を行う際にも、事例 4 の「母はミイラになっても生きていたいと思っている」という主張や、事例 21 の「母親は自分を置いて死んだりしない」という言葉は、親自身の思いや願いというよりも、自分自身の思いや願いをあたかも親の願いであるかのように恣意的に解釈してしまう傾向を強く感じさせるものであった。

また、現実から逃避したり、不快や苦痛の感情を回避することもあり、たとえば、事例 6 に関しては母親と面会をしないことで現実から逃避しようとしているように思われた。

(3) 事例を通して見えてきた家族支援の課題

この 3 事例に共通していた点として、医療者に助けを求める言動が多く聞かれた点である。

第一章で述べた工藤 (2020)⁶⁷のアタッチメント相互作用の図を参考に図 16 を作成した。

成人期の子どもの唯一のアタッチメント対象であった高齢の親の死という危機的な状況でアタッチメントシステムが活性化し、一番身近にいる医療者に支援を求めている場合には、その訴えの内容を知覚・理解・応答することで、成人期の子どもへの安心につながるケアの提供を行うことが支援の課題となってくると考えられる。もちろん、医療者が継続的なアタッチメント対象となることは不可能である。しかし、親以外のアタッチメント対象との関係を築くためには時間が必要であるだけに、一時的にしる、医療者がアタッチメント対象とならざるを得ない場合も存在しているのである。それゆえに、

⁶⁶ Turan, B., Goldstein, M.K., Garber, A.M., and Carstensen, L.L. Knowing loved ones' end-of-life health care wishes: Attachment security predicts caregivers' accuracy. *Health Psychol*, 30 (6), p, 814-818. 2011

⁶⁷ 工藤晋平：支援のための臨床的アタッチメント論—安心感のケアに向けて—, p, 30, ミネルヴァ書房, 東京, 2020

医療者が一時的な「安心の基地」として機能しつつ、成人期の子ども現在の人間関係を見極めながら、他の家族もしくは継続的に関わっていける信頼できる人との関係につないでいくことや社会福祉事業へとつなげていくことも家族支援の課題となってくると考えられる。

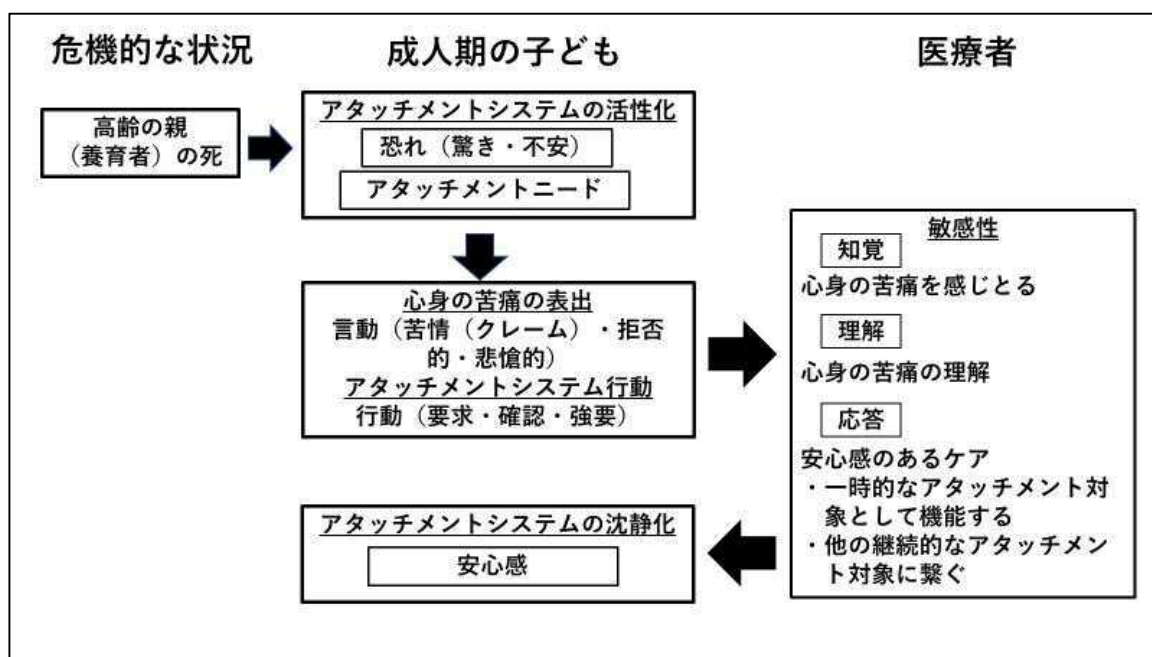


図 16 アタッチメントの活性化の過程と鎮静化に向けての支援

今回は看護師と成人期の子どもとの日常的な会話や関わりを通して、成人期の子どもの現在のアタッチメント対象との関係を分析し、高齢の親の死の受容の困難さとの関連を検討した。今後、さらに研究を発展させるためには、直接に家族への面接を行い、より丁寧に成人の子どものアタッチメント関係やアタッチメント・スタイルを分析することも課題となってくるであろう。しかし、現実的な問題として考えると、高齢の親が終末期を迎え、深刻なストレス状況にある成人期の子どもに直接に面接を実施し、アタッチメントの測定を行うことは困難であろう。そのような限界はありつつも、アタッチメント対象に関するアセスメントは、終末期の高齢患者の子どもへの支援の困難さの意味を理解し、適切な支援方法を検討していく際の参考になるものであろう。

今回得られた知見から、終末期患者の家族に対する支援のあり方を考える際にも、親の死の受容という課題に直面している成人期の子どもの「アタッチメントの問題」を視野に入れていくことの重要性があらためて示唆されたと考えている。

第2節 「未解決の葛藤」を抱える子どもの事例検討

1、事例紹介

本節では、高齢の親（養育者）の死を受容する過程の困難さを抱える成人期の子ども（及び孫）の事例で、「未解決の葛藤」が影響していると判断された事例について検討する。

本節で紹介するのは以下の3事例である。（事例の番号は第2章の表1の事例の番号にそれぞれ対応している）

- (1) 父親のケアを指示する長女の事例（第2章の表2の事例5）
- (2) 母親の治療や看護への要望が多い次女の事例（第2章の表2の事例13）
- (3) 祖父の治療方針に対して批判する孫の事例（第2章の表2の事例24）

この3事例について、要因ごとの分析の結果を表14に、現在のアタッチメント対象との関係性を表15にまとめた。

表14 要因ごとの分析

		事例5 長女	事例13 次女	事例24 孫
の ア 問 タ ツ チ メ ン ト	VCO1	パートナー	子ども(長男)	父親
	VCO1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	きょうだい子ども/機能している	きょうだいや長男以外の子ども/機能している	祖母やきょうだい/機能している
	現在のアタッチメントの安心性	安心 (極めて高い)	安心 (極めて高い)	安心 (極めて高い)
未 解 決 の 葛 藤	病気への理解はあるが、患者や医療者に対する攻撃的な言動がある。養育者に関する語りの中に、過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。	患者に無理なりハピリを希望する。上から目線で介護の方法を医療者に指導する。医療者に攻撃的な態度をとる→その後患者から受けたつらい体験を語る	患者の治療やケアに対して要望が多い→近親者の死に関するつらい体験を語る	医療者に対して攻撃的な態度をとる→養育者との否定的な養育体験を語る
A 問 題 D の	・社会的・情緒的な相互関係の障害 ・想像力の障害とこだわりの強さ	なし	なし	なし
分析結果		未解決の葛藤	未解決の葛藤	未解決の葛藤

表 15 3 事例の現在のアタッチメント対象との関係性

	事例5 長女	事例13 次女	事例24 孫
原家族との親しさ	父親(患者)とは低いが、きょうだいとは高い。母親は他界	母親(患者)ときょうだいとは高い。父親は他界	祖父(患者)、祖母、父親、きょうだいとは高い。母親は離婚しているので不明
サポート対象(VCO1)	パートナー	こども(長男)	父親
VOC1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	きょうだいや子ども/機能している	きょうだいや長男以外の子ども/機能している	祖母やきょうだい/機能している
困った時に打ち明ける対象	パートナー・きょうだい・子ども	子ども・きょうだい・職場の友人	父親・祖母・きょうだい・友人
現在のアタッチメントの安心性	安心(極めて高い)	安心(極めて高い)	安心(極めて高い)

以下、この3事例についてさらに詳しく紹介し、「未解決の葛藤」の観点から考察していきたい。

(1) 父親のケアを指示する長女の事例

①子ども紹介：長女60歳代。現在夫と2人暮らし。子どもは2人いるが、それぞれ独立している。長女は毎日、昼と夕に面会にきて、D氏の食事介助を行った。長女はD氏が施設の入所中に職員にケア方法を細かく指示する一方で、勝手に水分を摂取させて誤嚥させるというトラブルを起こしている。現在入所中の施設とは信頼関係を保っている様子。前回入院時に、前施設の看護師を罵倒する場面もあったと地域連携室からの情報にあった。

②患者紹介：D氏 90歳代男性 慢性閉塞性肺疾患(COPD)と認知症の既往歴がある。日常生活動作はほぼ全介助である。認知症があり、夜間に大声を出したり、勝手にベッドから降りたりする行為がみられた。D氏は若いころ衣料品店を営んでいて、長女の話ではかなりおしゃれであったとのこと。妻は数十年前に他界している。D氏の子どもは娘2人であり、同市に居住している長女がキーパーソンである。次女は他県に居住している。D氏と長女は世帯分離を行っており、生活保護で施設に入所していた(図17)。

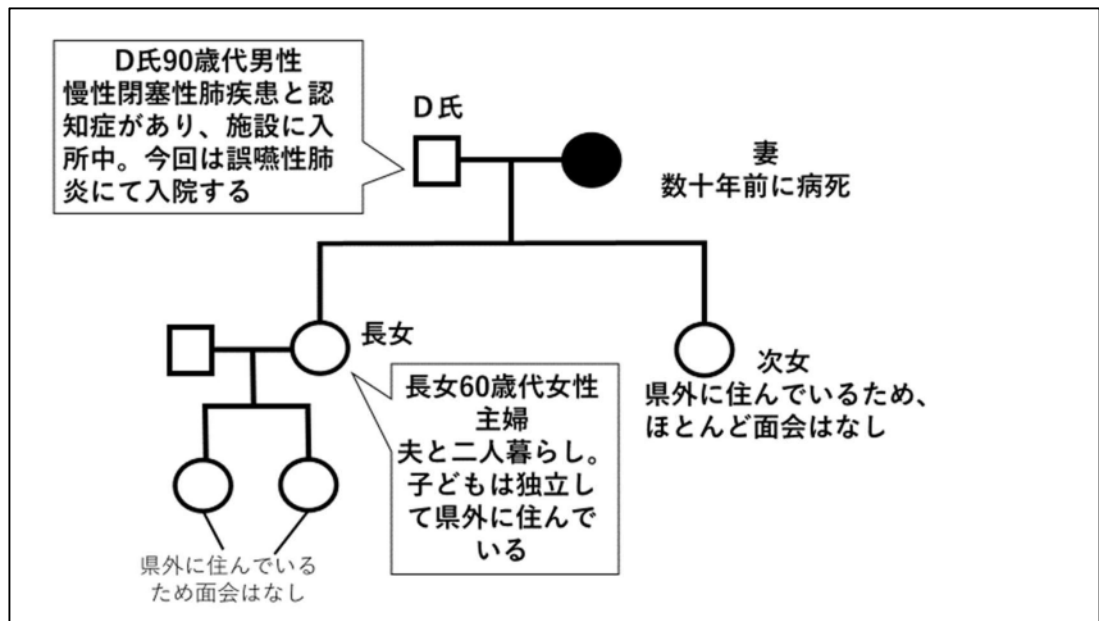


図 17 事例 5 家族・親族関係

③入院までの経過：施設入所中に発熱し、誤嚥性肺炎のため入院する。

④入院中のエピソード：入院時に、前回の入院中に長女が作成したD氏のケア方法の貼り紙やノートをベッドサイドに長女が表示していた。

入院2日目、長女が水分につけているトロミの緩さが悪いと看護助手に苦情を言ってきた。毎日同じ方法で作っているが（水に対してのとろみの粉の量も測定している）、長女はそれでも苦情を言ってくる。食事介助について、D氏は介助しなくても自分で水分を摂取することができるが、長女は介助を行っていた。看護師が長女に、A氏は自分で摂取できるから見守りだけでもいいという説明を行うが、「三角食べをしないと食事のバランスが悪くなる」と言い、父親の介助をしていた。看護師が三角食べについて質問すると、「父からそう言われて私達はしつけられてきましたから」と言っていた。長女の介護方法や介護用品の選択の良さを褒めると、得意げにどこの店で購入したか、購入金額なども教えてくれた。

長女との会話の中で、困った時に心の内を話せる相手を伺うと、「夫や子ども、そして妹ですかね。妹は遠くにいるけど、時々帰って来るし、電話は頻繁にしてくれます」「父は認知症が進んでいるから話はあまりしないけど。でも、父の性格上、昔から父には相談したことはなかったです」と家族の関係性なども話してくれた。

入院して1週間ほど経過すると、認知症状が進行して長女にも不明言動を言うようになった。亡くなった妻があたかも生きているかのように話をしたり、競艇に行くと主張して長女を困らせることもあった。長女にD氏の若いころの話を聞くと、「店をしていたが、毎晩お酒を飲みに出かけ、週末はギャンブルをしていた。しまいには友人の保証人

になってお店をたたんだ。母や私たち姉妹がどれだけ大変だったか、この人にはわからないのよ」「母さんはこの人に苦しめられて死んだのも同然」とD氏を前にして憤慨する場面もあった。

長女は「早く施設に連れて帰らないと認知症が進行する」と言い、治療も進まないまま、退院を希望することもあった。リハビリをしているが、トイレに座るのにも看護師2人の介助で行っていること、酸素吸入をしていて、それが取れないと退院できないことを長女に説明しても納得しようとしなかった。長女は「リハビリの先生は酸素の量もいいし、歩けるって言っていたのに、どうして看護師さんはできないって言うの」と自分にとって都合のいい情報のみを信じて看護師に苦言を言うこともあった。主治医より再度、日中の覚醒時はうまく呼吸ができていますが、寝ているときには無呼吸があり、体内の酸素の量が減ってしまうこと、リハビリに関しては、歩行動作と立ち上がり動作は違うことを説明した。一応、納得はしたようだが、自分が太刀打ちできない回答をするスタッフには何も言えない分、若いスタッフや看護助手などに苦言を吐くことが多かった。また、D氏がリハビリ後には疲れて寝てしまうので起こしてほしいという要望があった。また日中寝ると夜間に眠れなくなってせん妄を起こすとも言ってきた。前回入院時、夜間にD氏がタクシーで蕎麦を食べに行くで大暴れしたことがあり、それ以来、長女はD氏の夜間の睡眠状況に対して過敏になっていた。しかし、90歳代という高齢のD氏には休息も必要であり、今回は病気で入院しているのだから少しは休ませてあげてはどうですかと話しても、長女は「そういった配慮はいりません」とこちらの申し出を拒絶した。

その後、D氏に長女が何度もトロミのない水を飲ませて誤嚥させてしまい、発熱した患者は再び点滴治療を始めた。しかし長女は「私は水を飲ませてないです」と何度も言ってきた。対策として、ベッドの周囲には「さらさらの水を飲ませないでください」「水分にはとろみをつけて」と書いた貼り紙をし、コップとその蓋にも書いて表示した。リハビリスタッフや看護助手も「看護師や主治医の先生の指示なので私たちでは対応しかねます」と統一した返答をした結果、長女はやがて何も苦情は言わなくなった。

その後、D氏の全身状態はさらに悪化して下痢をするようになり、下着やバスタオルを便で汚すようになった。今まではそのことへの苦情はなかったが、やがて便がついた下着やバスタオルを捨てる行為が見られるようになった。ナースステーションに来て、「便がついた下着は捨ててください」と発言するようになり、看護師がどんなにきれいに洗っても、「便がついていたのでしょ。汚いから捨てました。あなたたちは何度私に捨てさせれば気がすむの」と看護師を非難する発言もあった。スタッフが便のついていたタオルを洗ってもっていき、「洗剤で綺麗に洗ったので大丈夫です。毎回綺麗に便を落として洗っているので汚くないです」と長女に持っていても、「これも捨てるからいいです。とにかく便が出るのは仕方がないけど、衣類を汚すのは辞めてもらいたい」と看護師の目の前でゴミ箱にタオルを捨てた。看護師が「残念ですね。あなたを育ててくれたお父

さんなのに」と発言すると、長女が「あんな人の便なんて汚いじゃない」と長女は吐き捨てるように発言した。

D氏は徐々に意識がなくなり、傾眠傾向が続くと、長女が医療者に訴えることもなくなった。面会には長女の夫やD氏の次女も来るようになった。反応がなくなり、寝ているだけのD氏を長女は毎日見つめるだけで、時には涙することもあった。主治医より、これ以上治療を続けてもD氏にとって意味がないことであり、苦しめるだけであると説明があり、長女も納得した様子だった。病状が悪化してからはD氏の次女や長女の夫も付き添いをおこなった。数日後にD氏は息を引き取った。

(2) 母親の治療や看護への要望が多い次女の事例

①子どもの紹介：60歳代女性。会社員。次女の夫は5年前にがんで他界。子どもは3人で、患者と次女の長男との3人暮らし。入院数日後に親戚の結婚式を控えていた。

②患者の紹介：E氏90歳代女性 認知症と子宮がんがあり、今回は心不全と腎不全のため入院する。入院時、病状が悪化しており、予後1か月と医師から説明があった。

入院前の自宅では日常生活は一部介助で行っていた。E氏の夫は数十年前に他界しており、娘が3人いる。E氏は若い頃、夫と林業や農業をしていたが、次女の家族との同居を機に主婦となり、次女の子育てを手伝っていた。孫たちも介護には協力的であり、面会も頻回である（図18）。

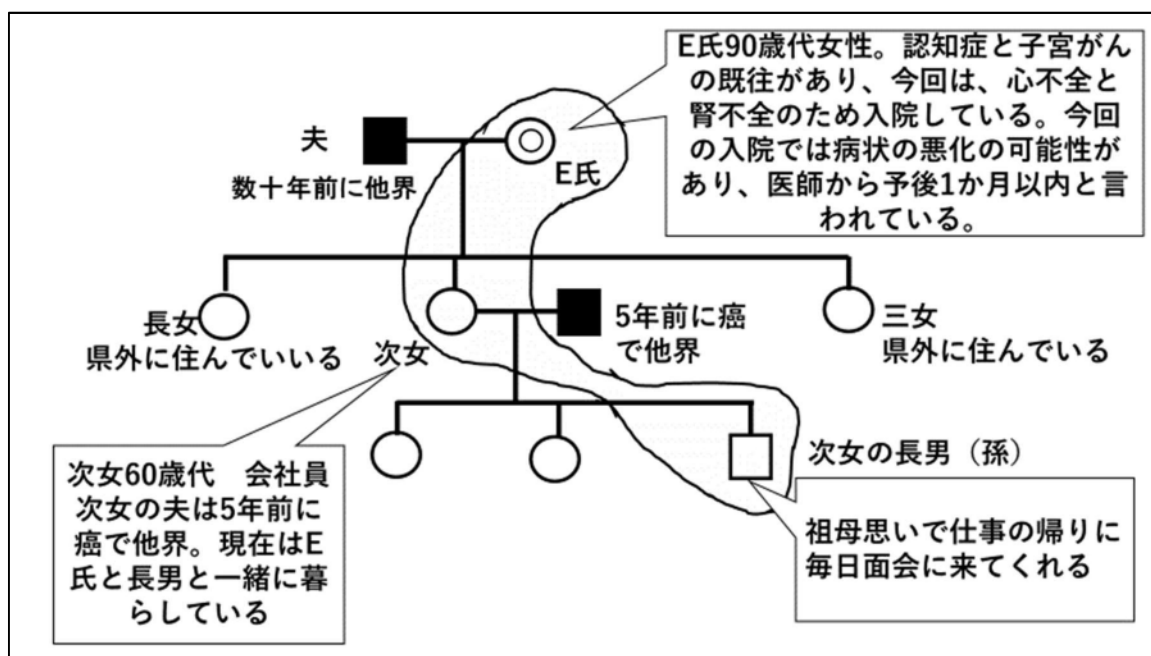


図18 事例13の家族・親族関係

③入院までの経過：自宅でディサービスなどを利用しながら生活していたが、数日前から食欲不振や下肢の浮腫などがみられ、病院を受診したところ、入院となる。子宮がんがあり、婦人科の病院に入院したが、高齢のため治療ができなかった。がんの影響による微熱や不正出血などの症状は自宅でもあった。

入院時より状態が悪く、急変する可能性があることを主治医から説明されていた。しかし、E氏の孫の結婚식을1週間後に控えており、そのことをE氏も楽しみにしていたことから、「病状が急変しても、結婚式が終わるまでは人工呼吸器をつけてでも延命してほしい」という希望が次女からは出されていた。

④入院中のエピソード：孫の結婚式の3日前、E氏の状態が急激に悪化した。次女は涙ぐみながら、「結婚式に行きたがっていたのに。お母さん頑張ってくださいよ」と声をかける一方で、「結婚式と葬式が一緒になったらいけないし、結婚式はキャンセルできないから、看護師さん、何とか頼みますよ」と看護師にプレッシャーをかけてくる場面もあった。その後、孫の結婚式も無事に終わり、主治医より「状態は徐々に悪くはなっているが、今はその中でも落ち着いている」と説明があった。次女は「延命は望まないが、母がきつそうだから何とかしてあげてください」と主治医に言った。しかし、主治医より「これ以上のことはもうできない」という説明があった。

次女は毎日面会に来て朝から夕方まで部屋にいたが、「母が苦しそうなのです。朝から看護師さんに何度言っても何もしてくれないのです」と訪室する看護師みんなに訴えることがあった。次女には「体の向きを変えたり、掛物で調節してあげたりしています。薬を使っても効果がないので」と説明するが、納得しなかった。

次女との会話の中で、困った時に心の内を話せる相手を伺うと「夫が亡くなってから、以前はお母さんだったけど、認知症が進んでしまって。今は一緒に住んでいる息子や嫁いだ娘たち、あときょうだいかな？ 職場にも介護をしている人もいて、みんな何でも相談に乗ってくれるから、介護で仕事を休むのも休みやすい」と話していた。

ある日、面会に来た次女の長男に、看護師が「今日はおばあちゃん、きつくなさそうでした。表情は穏やかだけど。お母さん（次女）さんもきつい姿を見るのが本当につらいって言って言っていました。きつさを一緒に共有するのって本当につらいですよ」と語りかけた。すると、「僕もそうなのですが、母が一番迷っているのです。結構看護師さんに母が強く言っていることがあるので心配しています。父が（次女の夫）5年前にがんが亡くなったんです。若かったこともあって緩和治療専門の病院に入院していました。そこでは痛みをとることが一番で、父が痛いって言ったら看護師さんが来て痛み止めの注射をするんです。そうしたらすぐに眠ってしまって楽そうな顔になるんです。でもそれって父の寿命を短くしているのと同じなんですよね。自分たち家族がきつそうな顔を見たくないために薬を使っているんじゃないかって、母が一番迷ってました。祖母のきつい姿を見て、痛み止めを使ってほしいって言うけど、本当は迷っているって言ってました。でも、祖母と痛みを共有しながら一緒にいると思うと今は間違っ

いと思えました。今日、家に帰って母と話し合ってみます」と言って帰られた。看護師間でこの出来事を看護記録に残し、情報の共有を行った。

すると次の日から次女の看護師への訴えはなくなり、表情も明るくなった。さらに、E氏とのエピソードを看護師に語るようになった。その内容は、次女が幼いころE氏が大けがをして大変だったこと、次女が仕事ばかりしていたので子育て中にE氏に怒られたこと、亡くなった次女の夫とのエピソード、次女の夫が亡くなった時、E氏が一番悲しみ、次女に泣きついたことなどで、次女は笑いながらも涙を流しながらE氏のベッドサイドで看護師に語る場面があった。

その3日後、E氏は他界した。E氏が亡くなった時、次女は「お母さんありがとう。よく頑張ったね」と涙ながらに声をかけていた。

(3) 祖父の治療方針に対して批判的な孫の事例

①孫の紹介：孫 20 歳代・女性。県外で医療職をしている。幼いころに両親が離婚したため、F氏夫婦と父親、弟と暮らしていた。現在は都会で一人暮らしをしている。F氏夫婦は、孫には母親がいないので授業参観や運動会、入学式、卒業式にはすべて参加し、自分たちが孫たちを育てあげたので親同然だと言っていた。

②患者紹介：F氏 70 歳代男性 がん（全身転移）元会社員。60 歳まで会社に勤務していた。子どもは3人で長男、長女、次男が近所に住んでいる。現在は長男と妻と3人暮らしであった（図19）。

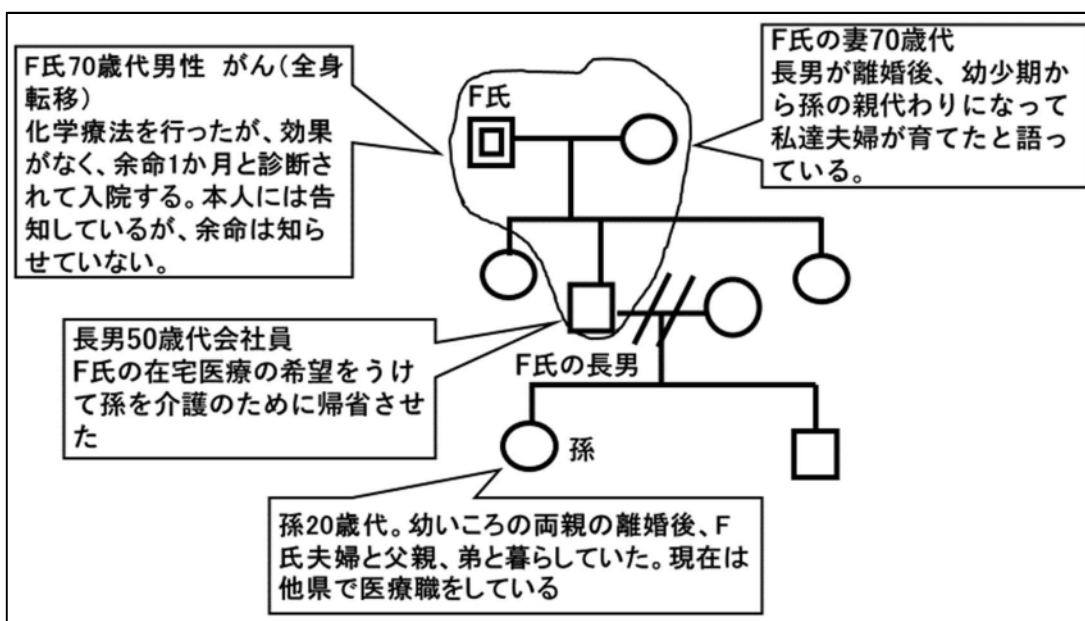


図19 事例24の家族・親族関係

③入院までの経過：3か月前に食欲不振で近医を受診し、消化器がんであったことから総合病院を紹介される。化学療法を行ったが、効果はなく、余命1か月と診断されて入院する。本人にはがんであることは告知しているが、余命のことは知らせていない。

④入院中のエピソード：入院時よりF氏は食欲不振が続き、食事には全く手を付けられない状況であった。食事の時間になると妻が面会にきて「食べなきゃいけない」と言って食事を無理やり食べさせることもあった。F氏は妻が帰った後に「食べられない食事を食べろと言われるのが今、一番つらい」と涙ながらに語った。週末になると妻とともにF氏の娘も来院して同じように食事を無理やり摂取させるため、F氏は「八方塞がりだ」と言っていた。

その後、F氏の状態はさらに悪化し、F氏の希望であった在宅医療へと話は進んでいった。

その段階ではトイレは介助で行えるが、ほとんどの日常生活には援助が必要であった。そこで、長男はF氏の介護のため長男の子ども（以下孫とする）を呼び寄せた。はじめて面会に来た孫からは病状説明の希望があり、その際には「どうしてこんなに悪いのに積極的な治療（例えば輸血など）をしないのか」と医師や看護師を批判する発言をすることがあった。

その後、孫が24時間病院に付き添うことになり、夜間も自分でバイタルを取る場面やおむつ交換をする場面もあった。F氏を介護する孫の精神的・身体的な疲労や焦りは強く、看護師や医師への攻撃的な態度は続いた。その際には看護師長がいつも孫との個別の面談を持ち、訴えを聞いていた。看護師長が、孫が困った時に心の内を話せる相手を伺うと、「父や祖母ですかね。以前は祖父にも話していましたが、今は病気なのでしてないです。弟にもしょっちゅう連絡をとっています。今職場を休んでいるけど、職場の先輩や友人も気にかけてくれて毎日メールをくれます」と言っていた。孫が帰ってきてからは、F氏は「このために育てたんだから」と孫の活躍を看護師に自慢していたが、F氏が孫に感謝の気持ちを伝えることはなかった。

その様子を見た看護師長が、孫に「夜間付き添っていて辛いよね。疲れたでしょ」と言葉をかけたところ、孫が嗚咽しながら自分の思いを語り始めた。

「自分が付き添っても、夜はおばあちゃんの名前を呼んで自分の事を全くあてにはしてくれない。昔からおじいちゃんには褒められたこともなかった。クラスで1番をとってもまだまだと言われるし、母親がいないからしつけはちゃんとしなないといけないって言われて厳しく育てられた。私が戻ってくると、みんなから『おじいちゃんを見るのが当たり前』のように言われて辛い」と発言した。その後スタッフ間でカンファレンスをし、孫の辛い胸中をスタッフ間で共有した。

次の日の朝、いつものように孫がC氏のそばで足をマッサージしたり、背中をさすったりする場面に出会った看護師が、「Fさんいいですね」と声をかけるとF氏は軽くうなずいた。看護師が「お孫さんがそばにいることが一番うれしんでしょ？」とF氏に問

いかけると、「そう、誰でもなくお前がそばにいて手を握ってくれることが一番うれしい。自慢の一番の孫だ」「こうしてよくしてもらってお礼もしないといけない」「だから頑張ってお正月に家に帰って、お年玉あげるから」と言って孫を抱き寄せた。孫はうなずきながら手を握って涙ぐんでいた。

その2日後の朝、F氏の容態が突然急変した。その時、孫はそばにいたが、延命処置は何も希望せず、死亡確認と同時にモニターを自ら外した。泣いてはいたが、最後まで気丈にふるまっていた。看護師長が「よく頑張ったね」と孫に声をかけると頷き、涙ぐんでいた。

しかし、退院の手続きに関して、看護師長に「退院するにあたって、自分たちがしていることで医療者の手を煩わせたり、誤ったことをしていないか」などの言葉が孫から聞かれた。孫は最後まで治療や手続きに関して気を抜くことはなかった。

2、考察

(1) 「未解決の葛藤」が及ぼす影響

事例5について、長女がD氏に苦痛を与えるような無理なケアを要求し、また、自らも実行した原因として、子ども時代のD氏との関わりの中での傷つきや葛藤、さらには、母の死にまつわる傷つきや怒りなどが「未解決の葛藤」として存在していることが推測された。長女は子ども時代にD氏に躰けられた通りのケアを、今度は自分がD氏に対して実践し、看護師にも要求することで、ある意味ではD氏に復讐していたとも言えるのではないだろうか。長女はすっかり弱ったD氏の姿を見るなかで蘇った「未解決の葛藤」を「無理なりハビリをさせる」「無理やり水を飲ませる」「便のついた下着を捨てる」などの行動で表出していたと推測される。

看護師は、長女の看護師やD氏への攻撃的な言動の背後にある、D氏に対する否定的な思いをある程度は聞くことはできていたものの、長女がD氏とのあいだで抱えてきた「未解決の葛藤」を表現し、受けとめられていくなかで、その「未解決の葛藤」を整理していくところまでには至らなかったといえよう（図20）。

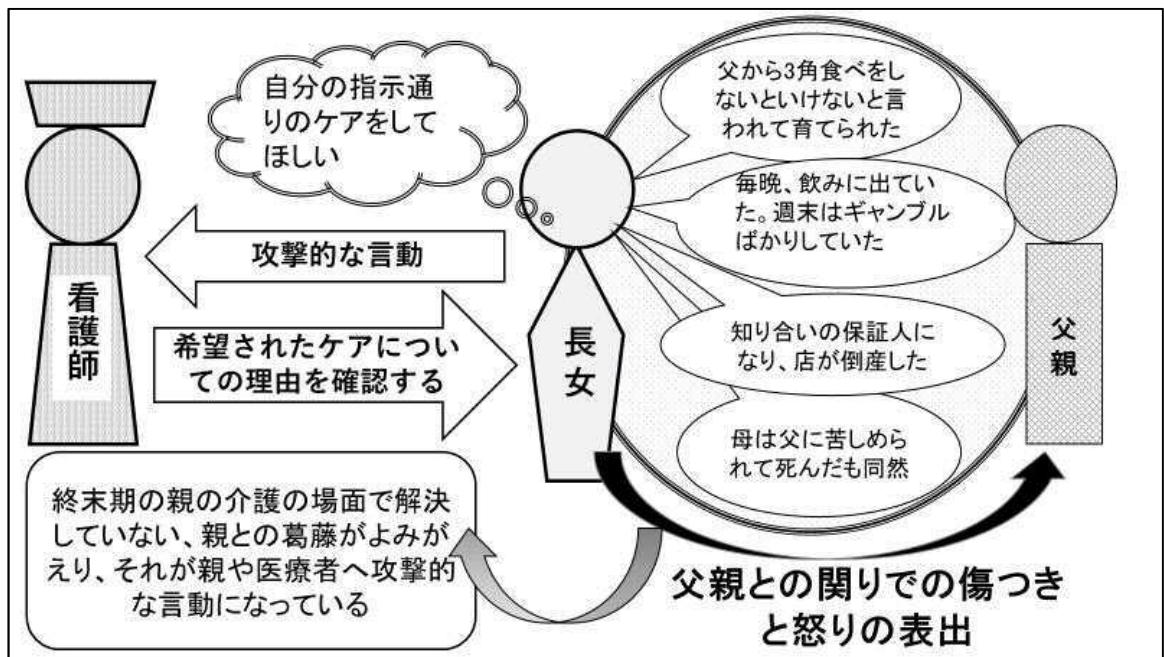


図 20 事例 5 の全体構造

しかし、D 氏の死が近づき、「反応がなくなって寝ているだけの D 氏を毎日見つめるだけで、時には涙することもあった」長女の様子からは、言葉には表現されなかったけれども、長女の内面では D 氏との「未解決の葛藤」が少しずつ整理され、死にゆく父親との和解のプロセスが進行していた可能性も感じられた。

ところで、都村（2014）⁶⁸は「バリテーションとは、認知症高齢者とのコミュニケーション法であり、感情に焦点をあてること」「最後まで失われない感情レベルにアプローチすることでどの段階の認知症の人ともコミュニケーションを可能にする」「バリテーションの真の共感を目指すことを通して、認知症高齢者の人生の未解決の課題の解決への奮闘も支援することである」と述べている。したがって、もしももっと早期の段階で、バリテーションによって D 氏を支援し、D 氏の未解決の課題を引き出すことができれば、もしかするとそれに合わせて長女の未解決の葛藤も解決に向かう可能性も考えられたのかもしれない。

事例 13 について、次女が E 氏の痛みに敏感に反応する原因として、5 年前に亡くなった自分の夫の死の看取りの体験で生じた「未解決の葛藤」が強く影響していたことが推測された。そのために、次女は母の痛みを取ることと母の死を受け入れることの狭間に立たされ、激しく葛藤している状況であった。このように、自分の夫の最期を看取る過程での「未解決の葛藤」が、母親の最期を看取る過程で激しく蘇り、そのことが看護師に対する攻撃的な言動として表出されていたと推測された。しかし、看護師からの働きかけもあり、次女の長男

⁶⁸ 都村尚子：バリテーションへの誘い～認知症と共に生きるお年寄りから学ぶこと～，p, 36 全国コミュニケーションライフサポートセンター，宮城，2014

(この段階では、次女にとって、この長男が重要なアタッチメント対象であったと推測される)が家族でE氏のきつさについて話す場面を設けたことで、家族で自分たちの抱える「未解決の葛藤」の共有がなされたことが、次女が「未解決の葛藤」を整理していくことにつながったと推測された。その家族での話し合いの翌日から次女の看護師への攻撃的な言動は消失し、それに代わって次女はE氏との様々なエピソードを思い出としてしみじみと語るように変化していった。このような「内省的な語り」は母親の死を受容していくプロセスの展開を示唆するものであったと考えられる(図21)。

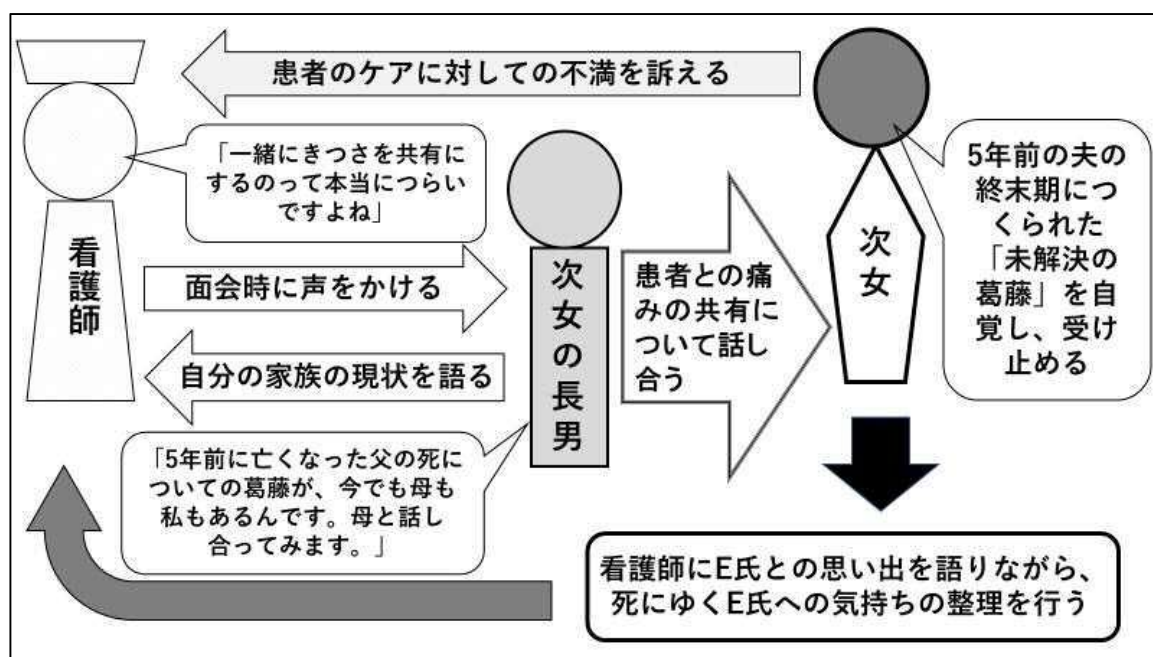


図21 事例13の全体構造

事例24について、孫は自分を熱心に育ててくれた祖父に対する感謝の気持ちはありつつも、大学進学後は地元には帰らずに県外で生活しており、F氏とは距離を保とうとしていたように思われる。その原因として、孫は祖父に対してかなり強い「未解決の葛藤」を抱えていることが、孫が看護師長に対して「今まで頑張っても褒められたことがない」「仕事を休んでまで介護をしているのに、祖母の名前しか呼ばない」という辛い感情の吐露からも推測された。

孫は祖父に認められたい一心で介護をしていたにもかかわらず、それでも認められない傷つきや葛藤を抱えていた。そして、これは子ども時代の傷つき体験の「再現」でもあったと考えられる。しかし、このような祖父に対する「未解決の葛藤」を終末期に

ある祖父にぶつけることは不可能であり、その葛藤は結局、医療者に対する不満として表出されていたのであろう。

しかし、自分の抱えていた祖父とのあいだでの「未解決の葛藤」を看護師長に涙ながらに語る事ができたこと、また看護師の働きかけによって、祖父の口から孫への感謝の気持ちが語られたことで、孫の中にあつた「未解決の葛藤」はかなりの程度まで整理されていったのではないだろうか。

祖父の死亡確認後、孫がモニターをいち早く外したことは、祖父の希望する自宅に帰ることを望む行動として理解された。しかし、退院の手続きの際の完璧さを求める言動からは、依然として孫がF氏のことでは家族の期待や要望を背負わされているようにも感じられ、すべての「未解決の葛藤」が解決されたわけではない可能性も示唆されていた。

この事例は、看護師長の働きかけによって、孫が自分の口から子ども時代の祖父母との関係で感じていた傷つきを語る機会が保障され、「未解決の葛藤」を整理するワークを援助できた事例であり、さらに、看護師からF氏に働きかけてF氏の孫への感謝の気持ちを引き出すことで、孫と祖父との関係を修復し、情緒的なつながりを強める援助も行うことができた事例であったと考えられる（図22）。

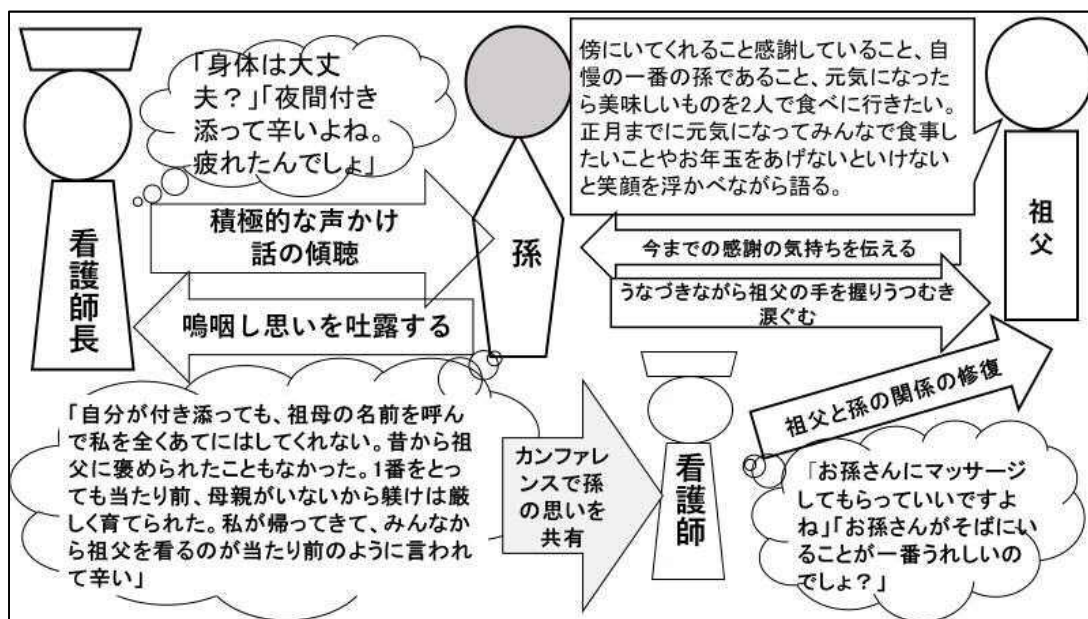


図22 事例24の全体構造

(2) 事例を通して見えてきた家族支援の課題

このように、死にゆく人との間での過去の体験と感情を等身大に語る機会を保障することは、親(事例24の孫の女性にとって、F氏は実質的には親であった)の死を受容していく過程では極めて重要な意味を有していると考えられる。

いずれにしても、このように、医療者に対する攻撃的な言動や態度の背後に、何かしらの「未解決の葛藤」が投げこまれている場合がしばしばあるだけに、成人期の子どもの表面的な言動に囚われるのではなく、その言動の背後にある「未解決の葛藤」を敏感に読み取り、その葛藤の整理に向けての援助につなげていくことが極めて重要であり、かつ困難な課題でもあると考えられる（図 23）。

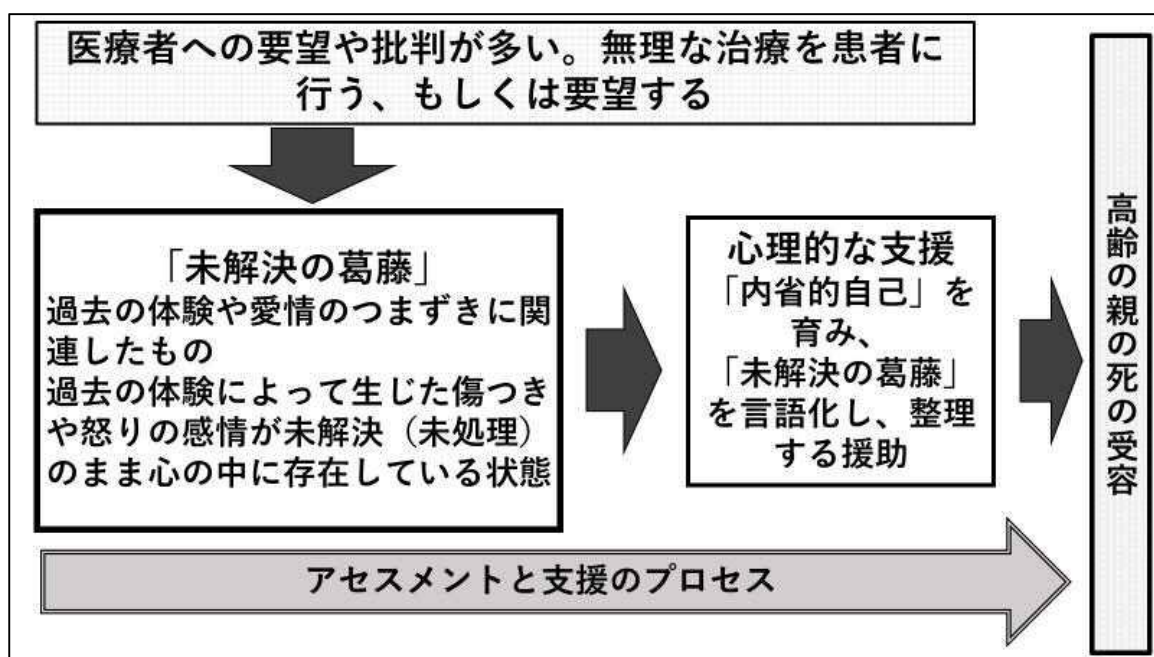


図 23 「未解決の葛藤」を抱える子どもへの支援のプロセス

第3節 「ASD（自閉スペクトラム症）またはASD傾向」を抱える

子どもの事例検討

1、事例紹介

本節では、終末期の高齢の患者の子どもで、その言動から自閉スペクトラム症（以下ASDとする）の傾向があると推測された事例について、看護師との関わりの内容をもとに、その発言、行動特性、認知や考え方の特徴などを分析した。そして、そこからASD傾向をもつ、終末期の高齢患者の子どもに対してどのような支援や対応をしていけばいいのかを検討した。

本節で取り上げたのは、以下の3事例である。

- (1) 父親の歯の治療をしたら病気が治ると訴え続けた長女の事例（第2章の表2の事例23）「ASD」が主だが、「アタッチメントの問題」もありと判断した事例。この事例に関しては、父親の死後、精神科を受診し「ASD」と診断されたため、「ASD」とした。
- (2) 父親の衰弱を受け入れない長男の事例（第2章の表2の事例8）「ASD傾向」ありと判断した事例
- (3) 母親の病状を繰り返し電話で確認する長男の事例（第2章の表2の事例17）「ASD傾向」が主だが「アタッチメントの問題」もありと判断した事例

第1章ではASDに関しては、DSM-5による自閉スペクトラム症(ASD)の診断基準と主な特徴を説明した。本節では楠（2008, 2017）⁶⁹⁾ ⁷⁰⁾の著書を参照しつつ、ASDの主要な特徴を表16にまとめ、それに基づいて三つの事例について、具体的な場面ごとにASDの特徴的な言動を記述した。

⁶⁹⁾ 楠凡之：自閉症スペクトラム障害の子どもへの理解と支援, pp, 5-26, 全障研出版部, 東京, 2017

⁷⁰⁾ 楠凡之他：発達障害といじめ・暴力～自己肯定感を育む子どもの集団づくり, pp, 14-30, かもがわ出版, 京都, 2008

表 16 ASD の主な特徴

ASDの主な特徴(楠 2008,2017)
<p>・ 社会的・情緒的な相互関係の障害 他者との相互的なコミュニケーションが苦手で一方向的なものになりがち 相手にわかるように自分の思いを伝えることが困難である。 非言語的情報の理解の困難さ</p> <p>・ 想像力の障害とこだわりの強さ いつも通りだと安心する、応用が効かない 新しいことには不安が強まり、手を出したまらない 自分なりの秩序を守ろうとし、他者にも守ることを要求する 特定の事柄への強い興味・関心 特定の人や物、順番、ルールへのこだわりが強い</p> <p>・ 感覚過敏（感覚鈍麻） 特定の音、光、身体接触、肌ざわりなどに対する敏感さあるいは鈍感さ</p> <p>・ 「心の理論」の障害 自分とは異なる他者の考え、気持ちを把握することの困難さ 字義通りの解釈</p> <p>・ 実行機能の障害 自分の計画を実行・監視・修正する能力の弱さ 状況の変化に対する適応の困難さ</p> <p>・ 同時遂行機能の困難さ 複数の事柄に注意をうまく振り分けることができない 一つの課題をしている時に他の課題を出されると混乱する。</p> <p>・ 全体知覚（まとまった知覚）の困難さ(部分へのこだわり) 相手の話のポイントがつかめない。逆に要点を整理して話すことができない。 いろいろな音が聞こえてくる環境で人の話を聞くことが困難である。</p> <p>・ タイムスリップ現象（フラッシュバック） 突然、過去のことを思い出して、その時の感情に支配されてしまう</p> <p>・ 二分的評価と独自の論理や推論 「好きか・嫌いかな」「敵か味方か」「上か下か」などの二分的評価の強さ</p>

事例の要因ごとの分析を表 17 に、現在のアタッチメント対象との関係性を表 18 にまとめた。

表 17 事例の要因ごとの分析

		事例23 長女	事例8 長男	事例17 長男
の ア タ ッ チ メ ン ト	VCO1	患者	パートナー	患者
	VOC1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	なし/機能していない	きょうだい・職場の部下/職場の部下は機能している	きょうだい・地域の人/地域の人はいくらか機能している
	現在のアタッチメントの安心性	非安心 (全くない)	安心 (かなり高い)	非安心 (いくらか低い)
未 解 決 の 葛 藤	病気への理解はあるが、患者や医療者に対する攻撃的な言動がある。養育者に関する語りの中に、過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。	なし	なし	なし
A S D の	・社会的・情緒的な相互関係の障害 ・想像力の障害とこだわりの強さ	・「歯の治療をしたら病気が治る」と執拗に主張し、患者の病状に合わせた理解が困難	・ケアやリハビリ方法に関する独自の考えを主張す ・自分の思い通りにいかないと激怒する。	・内服の方法に独自の考え方を主張する。 ・決まった時間に行動をする、機械的な行動パターン
分析結果		「ASD」が主だが、「アタッチメントの問題」もある	「ASD傾向」	「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もある

表 18 現在のアタッチメント対象との関係性

	事例23 長女	事例8 長男	事例17 長男
原家族との親しさ	父親(患者)とは高く、きょうだいは低い。母親は他界。	父親(患者)や母親とは高く、きょうだいとは低い	母親(患者)とは高く、きょうだいは低い。父親は他界
サポート対象(VCO1)	父親(患者)	パートナー	母親(患者)
VOC1以外でサポート対象として考えられる人物/現在機能しているか	なし/機能していない	きょうだいや職場の部下/職場の部下は機能している	きょうだいや地域の人/地域の人はいくらか機能している
困った時に打ち明ける対象	父親であるが病気の為、打ち明けが出来ていない	パートナー・職場の部下	母親であるが病気の為、打ち明けが出来ていない。地域の人にはできていない
現在のアタッチメントの安心性	非安心 (全くない)	安心 (かなり高い)	非安心 (いくらか低い)

(1) 父親の歯の治療をしたら病気が治ると訴え続けた長女の事例

①子どもの紹介：長女 50歳代無職。他者とのコミュニケーションを取るのが苦手
で、自発的な発言は少ない。患者の担当のケアマネージャー（以下ケアマネとする）が
患者の姪で、幼いころから患者の家族との交流があった。ケアマネの話では、長女は短
大を卒業後、一度就職したが、人間関係のつまずきで退職し、その後は両親と暮らし、
無職であった。交友関係もなく、行動する時はいつも親と一緒に、外出も限られた場所
のみだった。父親（以下G氏とする）が退職後は一緒に農業をし、近くの直売所に野菜
を出荷していた。長女は幼いころから内気で、G氏はそんな長女のことを心配し、「俺
が死んだら娘のことを頼む」と親戚内においていた。5年前に母親が死去した際
は、葬式後、遺体を焼かないでほしいと長女が母親の遺体から離れようとせず、遺体の
火葬の説得を受け入れるまで1週間近くかかった。

②患者紹介：G氏は80歳代男性、脳梗塞後遺症による誤嚥性肺炎で今回は入院してい
る。職業は元団体職員で、定年退職後は自宅で農業をしながら生活していた。妻は5年
前に死別。子どもは長女のみで、長女と二人暮らしだった。

脳梗塞の後遺症のため、会話は「はい」「いいえ」の意味疎通しかできず、ADLは全
介助で寝たきり状態であった。G氏の元気な頃は、趣味は健康づくりで、天気がいいと
きは近所の山に毎日登っており、比較的社会的であった。しかし、大の病院嫌いで、熱
が出たり体調が悪かったりしても病院受診はせず、自力での回復をはかっていた（図
24）

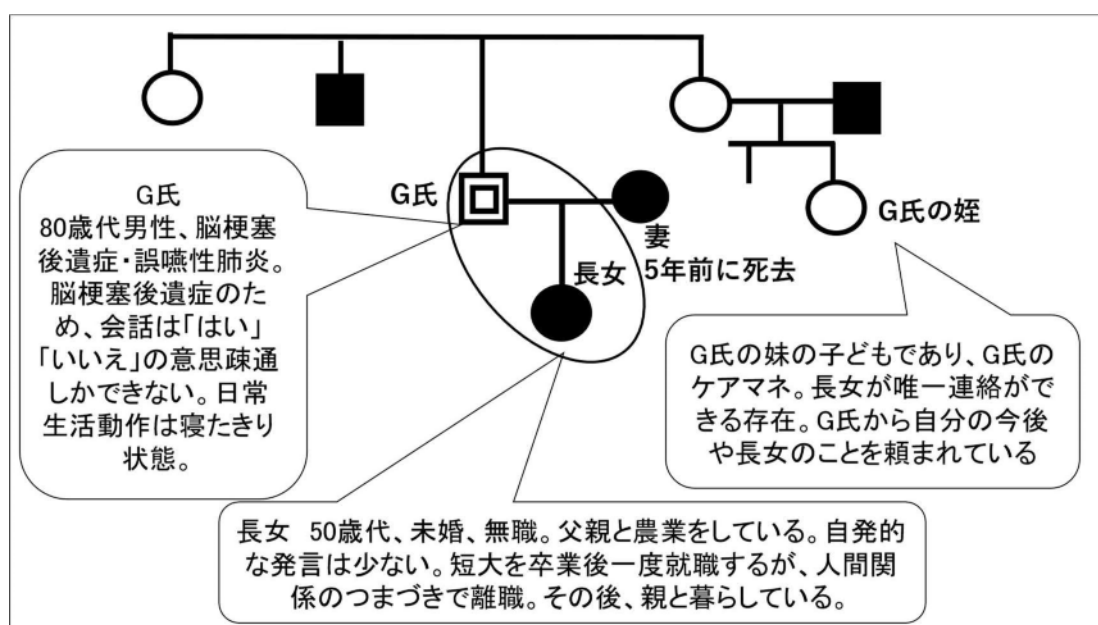


図 24 事例 23 の家族・親族関係

③入院までの経過：今回の入院の1か月前、G氏は脳梗塞でADLが全介助となり、リハビリを行いながら在宅療養を目標にして治療が行われた。治療が終わり、自宅に退院するとき、長女は介護サービスを一切使わず、自分で全ての介護をしたいと強く主張し、主治医やG氏の姪のケアマネや社会福祉士が説得してもまったく聞き入れずに自宅に退院した。

しかし、退院して5日目に朝から様子がおかしいと長女からケアマネに連絡があり、ケアマネが自宅を訪問したところ、G氏の病状が良くないため、救急搬送した。その際にも長女はG氏を病院に入院させたくないと強く抵抗していた。入院時、G氏の病状は非常に重篤であった。

④入院中のエピソード：

〈入院した直後の病状説明の場面〉 想像力の障害とこだわりの強さ

主治医からは今回、重症な肺炎に罹患していることが説明された。そして、「一人での介護は無理ってことがわかりましたか？ あなたもつらいかもしれないけど、お父さんは重篤な肺炎を起こしていて、もっときついのですよ」と指摘されたが、長女は終始無言でうつむき、主治医の説明を聞いていた。主治医からの話が終わり、「何か治療の事で不明な点はありますか？」という主治医の質問に対して、長女は「口から食事がとれるようになって自宅へ退院します」と発言した。

〈早朝に病院にくる場面〉 想像力の障害、状況判断の困難さ

入院3日目の早朝、慌ててG氏の病室に入る長女の姿があった。理由を聞くと、「夕方、面会から帰るときに、G氏の指に付けている酸素を測定するモニターの位置を変えなかったの痛いのではないかと心配になって夜も眠れなかった。病院の玄関が5時半に開くことを知っていたので早朝にきた」と話した。モニターの位置は時間ごとに看護師が場所を変えているので大丈夫であると説明し、もしも不安なことがあれば病院に電話連絡してもいいことを長女に伝えたが、やはり無言であった。

〈音楽を聞かせている場面〉 こだわりの強さ

長女は毎日G氏に音楽を聞かせており、看護師が長女に「何の音楽を聞かせているのですか？」と聞くと「α波がでる音楽を聞かせています。脳にいいって本に書いていました」と語っていた。

長女との会話の中で、自分の不安や困った時に心の内を話せる相手について伺ったが、返答はなかった。しかし、日常的に病床の父親には話しかけており、父親は何も言っていないにもかかわらず、父親の気持ちを代弁する場面もあった。

〈治療方針を説明する場面〉 こだわりの強さ

入院して1週間が過ぎ、G氏の嚥下訓練を行ったが、G氏は嚥下が全くできなかった。主治医が病状説明をし、胃瘻か胃管カテーテルまたは中心静脈栄養の選択を迫られたが、長女は返事ができず、「口からお願いします」の一点張りだった。

〈同室者の家族との関わりの場面〉 他者との情緒的なコミュニケーションの困難さ

同室者の付き添いの70歳代の女性Tさんと、入院から1週間を過ぎた頃から会話している姿が見られるようになった。毎日顔を合わせるのでTさんから声をかけたとのこと。Tさんの情報では、「あの娘さん、声をかけても頭を下げるだけで。でも、自分の娘と同じくらいの歳だから、『うちの娘とおなじくらいかあ。お父さんの介護してるの？偉いね。あんたの身体も心配やわ』って声をかけたら急に部屋から出て行ってしまった。けど、次の日から私のことを気にかけてくれて、朝来たら何も言わずにお菓子とかもってきてくれてね。最初は声をかけても頭を下げるだけだったけど、最近ではお話しをすることもあるのよ」と話していた。

〈同室者とのトラブルの場面〉 こだわりの強さ、「心の理論」の障害

ある朝、G氏の病室に訪室すると、冬にもかかわらず、病室のエアコンの設定温度が23℃になっていた。Tさんに理由を聞くと「Gさんの娘さんがエアコンの温度を23度に勝手に変更するの。いつも看護師さんが来て『23度だったら寒いのではないですか？』って聞いてくれて温度を上げてくれるでしょ。でも看護師さんが病室から出たらすぐに温度を23度に変えるんですよ。他の患者さんのこともあるし、この前、娘さんに理由を聞いたら、怖い顔して『23度がいいって本に書いていました』って言うからもう何も言えなくて」という返事であった。

〈治療が進まない場面〉 こだわりの強さ

その後も、長女の激しい経口摂取へのこだわりで治療が進まないことから、ケアマネ同伴で長女と一緒に病状説明の機会を作った。主治医よりセカンドオピニオンの打診もあったが、長女は関心を示さず、説明の後の長女の回答は相変わらず、「栄養は口からお願いします」というものだった。

入院10日後、病状も悪くなり、主治医の病状説明で、「経口から内服が飲めなくなり、胃管カテーテルを挿入しようと思います。どうお考えでしょうか？」と説明されるが、長女は終始無言で発言はなく、表情も変えなかった。主治医は今までの経過と今後予測される病状を説明し、今後の選択肢として、中心静脈栄養法、胃瘻、胃管カテーテル、延命治療なしの看取りを提案したが、長女はすべての選択肢に首を振らなかった。看護師長が「娘さん、治療をしないってことでいいですか？このままでいいのですか？」と伺うと、長女は「私ที่บ้านに連れて帰って父にご飯を食べさせます。本に歯が良くなったら口から食べられるって書いていました。だから歯科に連れて行ってほしいです」とヒステリックに発言した。

主治医は歯科に往診を依頼したが、歯科医師は長女に、1時間かけて歯を作っても嚥下が悪いので食べられないことを説明したが、長女は納得せず、「お願いします。父も歯を作ったら食べられると思っているはずですよ」と歯科医に訴えた。歯科医が往診を終えた後、長女は往診した医師の歯科医院まで出かけていき、再度歯科医師と話し合い、義歯の調整をすることで納得された。歯科医師はG氏が亡くなるまで何度も義歯の調整を行っていた。

<看護師とのコミュニケーションの場面> 字義通りの解釈

長女は朝7時から消灯までG氏に付き添い、身体をさするなどしていたが、「身体を一緒に拭いてみませんか？」と看護師が誘っても「いいです」と言って、看護師のケアの時は病室の外に出ていた。

また、看護師が検温時にG氏に「Gさん、娘さんはかわいいですね。目に入れても痛くないほどだったでしょうね」と話しかけると、長女が「目に入れたら痛いに決まっています」と急に立腹したことがあった。比喩的表現の通じにくさを痛感するエピソードだった。

<G氏の治療を決める場面> こだわりの強さ

まったく治療ができないまま、時間は経過し、G氏の病状はいよいよ悪化して生命の危機状態となった。主治医が長女とケアマネに病状説明をし、主治医が「これ以上できる治療はない。延命治療は本人にとって身体を傷つけることになる。もう延命治療をしなくてもいいですよ」と説明したが、長女は納得せず、「口から薬を入れることでよくなるんですか？」「歯があつたらよくなるんですよ」とあくまでも自分のこだわりに基づく発言を繰り返した。

主治医はG氏のベッドサイドに行き、長女がいる前で「Gさん、よく頑張ったね。これ以上治療することはきついですよ」と話しかけた。すると長女はG氏の耳元で医師の言葉を説明し、意識のない状態のG氏の口元に自分の耳を当てたかも会話をしているように何度も頷き「父はまだ頑張れると言っています」と発言した。こうして治療方針は決まらないまま時間のみが過ぎていった。

<看護師が長女を気遣う場面> 字義通りの解釈

毎日、父親に付き添っている長女に、看護師が「娘さん、付き添っていて、足がむくみませんか？」と声をかけても長女はうなずきもしなかった。そこで、看護師が、「娘さんがいつも読んでいる健康雑誌に、長時間イスに座っていたらエコノミークラス症候群になる」と書いてあったことを伝えた。また「時間ごとに歩いたり、着圧ソックスを履いたり、足を挙上したりしたらいいって本に書いてありましたよ」と伝えた。すると翌日から、時間ごとに病棟内を歩いたり、着圧ソックスを履いてきたり、足を挙上するために自宅からパイプ椅子を持ってくる行動が見られた。

<G氏が亡くなる場面> 「心の理論」の障害

入院21日後、G氏は息を引き取った。亡くなる際はケアマネが親戚に連絡をし、G氏の姉妹も駆けつけてくれた。看護師が今後の事や亡くなった際のことを心配してG氏の姉妹に話しかけると、G氏の姉妹からは「Aは自分が亡くなった時はこうしてほしいとお願いされていたので準備はできています」という返事があった。親戚がG氏に面会に来て、長女は「おばちゃんきてくれたよ」とG氏に向かって表情も変えずに声かけを行うだけで、面会者への挨拶や配慮の言葉はなかった。

G氏の呼吸が浅くなりはじめ、看護師が長女に「呼吸が浅くなって息が止まりそうな状態です」と声かけすると、G氏をとにかく早く自宅に連れて帰りたいという思いだったのか、長女はG氏に寄り添うのではなく、急に荷物をまとめ始め、いつでも退院できる状態になっていた。G氏が亡くなった時にも長女は泣くことはなく、エンゼルケアを一緒に行った際にも取り乱すこともなかった。退院の際は、G氏の傍を離れて荷物を自分で車に乗せ、手際よく帰宅していった。

<G氏が亡くなってからの場面> こだわりの強さ、想像力の障害

G氏が死亡退院した数日後にケアマネが来院した。ケアマネによると、G氏の死後、長女は食事も遺体のそばで行い、トイレ以外は遺体の傍を離れずにいた。遺体を火葬する際にも、長女が「もう一日待ってほしい」と激しく抗議し、説得するのに3日間を要した。ただし、親戚中でこのことは予想されていたので事前に葬儀社に話をつけており、大きなトラブルはなかったとのこと。

葬儀後、長女は憔悴しており、拒食や不眠もあったが、最初は病院への受診を拒んだ。しかし、父の遺灰と過ごすには病院受診の方法しかないと本人を説得し、親戚の勧めで精神科を受診。その後、ASDと診断された。

こうして長女は父親の死後、精神科への通院を始めた。ほとんど外に出ることがなかった長女だったが、元来の真面目な性格もあり、一度決めたことは守り続けるため、通院はその後も継続されている。現在、父親が亡くなった病院に通院しているが、受診日に病棟の看護師に話しかけられると言葉数は少ないが、笑顔で会話することもあることがその後の聴き取り調査でわかった。

(2) 父親の衰弱を受け入れられない長男の事例

①子ども紹介：長男 60歳代 結婚しており、妻と2人暮らしで子どもはいない（犬を飼っている）。芸術的な才能があり、芸術大学で教員をしていた。退職後も芸術家として活動を続けている。H氏にとっては自慢の息子であった。父親の入院を機に自宅から1時間かけて、ほぼ毎日面会にきている。

②患者紹介：H氏 90歳代男性 既往歴 胃がんのため胃を切除している。若い頃より食品会社を経営していた。子どもは4人（長男、長女、次男、次女）。食品会社は甥に譲り、妻の病気を機に1年ほど前から高齢者マンションに妻と入所している。高齢者マンション（以下施設とする）では他の入居者の生活の援助をしたり、近くの施設のリハビリ室で身体を鍛えたりしていた（図25）。

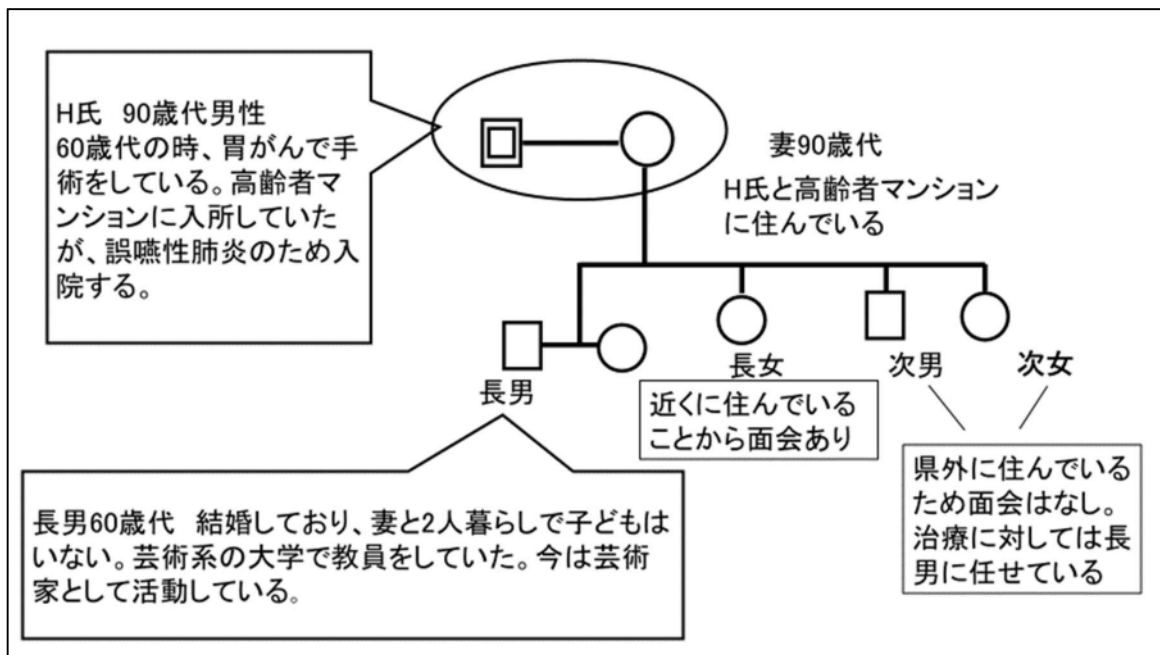


図 25 事例 8 の家族・親族関係

③入院までの経過：高齢者施設に入所中、誤嚥性肺炎で入院する。入院時はH氏の状態は安定していた。入院の手続きは近くに住んでいる長女がおこなった。しかし、長男と長女の連絡がうまくいっておらず、長女が長男に相談なく病院に入院させたことで、スタッフを巻き込んでの喧嘩に発展した。その内容は入院の連絡が長男に伝わっていなかったことや、入院に関する病状説明を長女にのみしていたことであった。高齢者施設の管理者は長男に連絡したが、留守であり、留守番電話には内容を入れておいたが、急を要するためH氏に確認し、長女に連絡を取ったとのことだった。長女によれば、長男は大学に勤務していた頃は両親のことにまったく関心はなかったが、最近になって急に両親の介護に口出しするようになったとのことだった。長男は幼少期より一度言い出したら考えを決して曲げず、自分の意見を押し通す性格で、きょうだいは兄（長男）には逆らうことが未だにできないとのことだった。

④入院中のエピソード：

〈長男の医療スタッフへの不満の場面〉 他者との情緒的なコミュニケーションの困難さ

H氏は入院後、急速に体力も気力も落ちていき、食事が摂取できなくなっていった。肺炎は改善し、嚥下訓練を開始したが、誤嚥することが多く、栄養は胃管カテーテルを挿入し、注入するようになった。さらに徐々に認知力の低下が現れ、夜間せん妄や物忘れ、被害妄想もあり、H氏が「夜、看護師が来て自分を縛った」「殴られた」などと長男に言うようになった。また、夜間に病棟内を徘徊して転倒したこともあり、翌日に長男に報告の連絡をすると、「父が看護師に知らせずに勝手に歩く訳はない。父が看護師

から縛られたことや殴られたと言っていた。どんな看護をしているのか」と言って看護師を怒鳴ることもあった。

〈長男が延命治療を望む場面〉 こだわりの強さと「心の理論」の障害

入院1週間後に、主治医より長男・長女に病状説明があり、「高齢である患者に今後どのような治療をしていくか」という質問があった。それに対して長男からは延命治療を望むこと、今後、胃瘻を造設してほしいという希望が出された。長男は「父は身体を鍛えていましたし、栄養が入れば元のように元気になります。そうなったら、私の自宅近くの施設に母と一緒に入所させます。あんな施設に入れたからこんなことになったのです」とH氏の回復への期待と、自分に相談なく施設に入所させたことへの批判が出された。しかし、長女はH氏が地元の施設への入所を希望していたこと、また、延命治療を望んでいなかったことを知っていたことから、治療方針をめぐって兄妹の意見は激しく対立した。しかし、H氏の妻やきょうだいも長男が子ども時代から一度言い始めたら決して自分の意見を変えないことはわかっており、最終的には長男の意見を受け入れるしかなかった。

長男との会話の中で、自分の不安や困った時に心の内を話せる相手について何うと、妻と答え、「妻は自分の事を理解してくれ、支えてくれる最愛の人」「また、部下もなんでも聞いてくれる」「きょうだいはダメだね」と言っていた。

〈H氏の状態が改善しない場面〉 こだわりの強さと想像力の障害

入院2週間後、胃瘻からの栄養注入は順調な経過を辿っていたが、嚥下力の低下は改善せず、食事を経口から摂取することは難しかった。H氏の嚥下力が改善しないことで長男が言語聴覚士の訓練に異議申し立てをしたり、H氏に勝手にプリンを食べさせてH氏が誤嚥してしまい、発熱することもあった。その後、長男の介護はさらにエスカレートし、音楽療法やアロママッサージなども自ら本やインターネットで調べてH氏に行うようになった。長男の妻はその姿を見てはしばしばため息をついていた。

また、発熱時は、発熱の経緯について看護師に説明を求め、看護師を怒鳴ることもあった。長男は自分が仕事で面会に来られないときは、長男の妻に朝から晩までH氏に付き添わせ、長男が考えたスケジュール通りの介護を妻に行わせていた。また、長男は毎日のH氏の様子や医療スタッフの対応などについてメモしていた。

〈H氏が急変した場面〉 想像力の障害

入院3週間目、H氏の状態は改善傾向にあったが、主治医不在の週末に突然病状が悪化し、生命の危機状態となった。そのときは当直医の救命処置で何とか危機を脱したが、長男の気持ちは収まらず、「自分の名前を言ったら大病院でもどこでも治療してくれる。こんな病院で治療はしない。今から救急車を呼べ」と言い、説明する看護師を突き飛ばす場面もあった。長男が看護師を突き飛ばした際には、長男の妻が悲鳴をあげて倒れる場面もあった。

それ以降、「病院を医療事故で訴える」というのが長男の口癖となり、威圧的な態度は続いた。また、H氏の急変時に主治医が対応しなかったことから、「治療ができない医者には用がない。主治医を変更してくれ」と主治医の変更を申し出た。

〈H氏の療養生活の場面〉 「心の理論」の障害

H氏の家族への対応はカンファレンスで取り上げられることも多く、長男から頼まれてH氏の介護をしている長男の妻にも精神的な疲労があることから、長男の妻に積極的に声をかけていくことになった。ある日、雨が降っていたので、長男の妻が帰宅する際に、看護師が「雨が降っているので帰りは気をつけて帰ってくださいね」と声をかけた。すると長男の妻は声を震わせて「ありがとうございます」と言い、帰宅した。その後も看護師は訪室のたびに長男の妻と言葉を交わすようになった。その中で、H氏夫婦も長男と同様、難しい性格だったことや、長男が医療者に対して苦情を言っているのによく対応してくれて本当に感謝しているという言葉もあった。看護師と長男の妻、H氏が病室で楽しく会話していても、長男が訪室すると妻は一言も話さなくなり、表情も硬くなっていた。

H氏は長男の希望で経口摂取訓練、筋力訓練を毎日続けていた。H氏が「辛い、きつい」と訴えて中止する日もあったが、長男は「そんな弱気ではだめ、寝たきりになる」「まだ親孝行できていないから頑張ってくれよ」とH氏を叱咤激励する場面もあった。

〈長男の思い通りにならない場面〉 こだわりの強さと「心の理論」の障害

その後H氏の病状も安定し、老人保健施設での療養も可能となったため、長男の自宅近くの施設に転院となった。しかし、長男の希望（リハビリ時間、スタッフの数、医療体制など）を実現できる転院先の施設はなかった。長男は再び経口から食事が取れて歩けるようになることを希望していたため、H氏の体力や年齢から、長男の期待に沿えるような転院先は見つからなかったのである。だが、長男はそのたびに社会福祉士を罵倒することもあった。やっと転院の日時が決まっても、長男が「その日は大切な仕事があるので変更してほしい」と要求してきて、そのために病院は3度も日程変更を余儀なくされた。

〈H氏の突然の死〉 想像力の障害

その後、H氏が転院した施設での食事が開始され、経口摂取ができるようになったと長男から病院に苦情の電話があった。しかしその3日後、転院先の施設で心肺停止状態で発見され、延命を試みたが、蘇生できずに亡くなった。しかし、長男はH氏の死の状況に納得せず、訴訟に訴えると転院先の施設を恫喝しているという連絡があった。

(3) 病状を電話で繰り返し確認する長男の事例

①子どもの紹介：長男 70歳代男性。未婚。職業は農業で、野菜を直売所に出荷している。長男は毎日、昼過ぎに面会にきてすぐに帰宅するが、夜 19時に電話または面会に来ている。

②患者紹介：I氏 90歳代女性 元の職業は農業。数年前に脳梗塞で寝たきり状態となり、自宅で療養していたが、3年前から施設に入所している。夫は数十年前に他界している。食事は経口で摂取しているが、日常生活は全介助であり、意思の疎通もほとんどはかれない。子どもは長女・次女・長男の3人で、長女・次女共に嫁いでおり、面会はない（図26）。

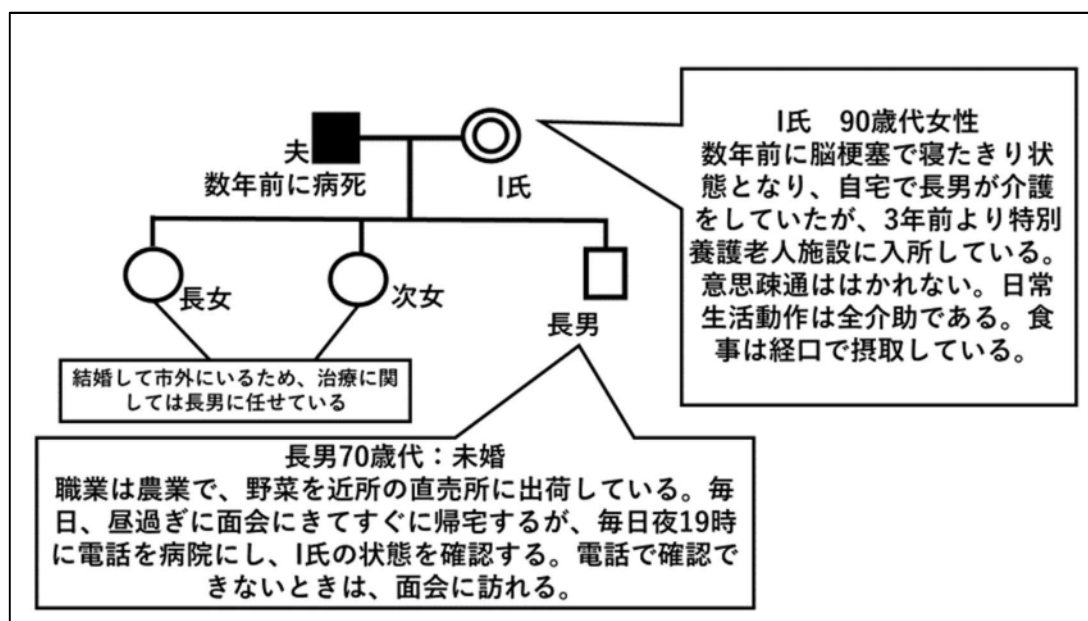


図26 事例17の家族・親族の関係性

③入院までの経過：I氏は特別養護老人施設に入所していたが、発熱のため、かかりつけ医を受診。肺炎のため入院となる。初回入院であり、家族情報などは施設からの情報しかなかった。施設からは「長男さんが持参している蜂蜜に薬を混ぜて飲ませないと薬は飲みません」という情報があった。

④入院中のエピソード：

〈長男からの夕方の電話の場面〉 こだわりの強さ

入院した日から長男の電話が始まった。日中面会に来ては体温を訊いたり、現在絶食のため、「いつから食事がとれるようになるのか」という質問を看護師にしてきた。その質問が終わると急いで帰り、また19時ごろになると、その後の病状を電話で攻撃的に訊いてきた。話の内容の最後には必ず、食事の料金のことや入院期間のめどについての質問があった。

19時に電話をかけてきた際に、2分以内に看護師が電話に出ない時には電話を切り、病院にわざわざ来て病状を確認するという行動が見られた。主治医からは週明けから食事を開始し、発熱がなければ退院という病状説明があったが、納得せず、今どうして食

事ができないのかと何度も同じ質問を繰り返した。嚥下の力が下がっているため、嚥下訓練が必要ということなどを説明するが、一時は納得しても、次の日はまた同じ質問を繰り返した。毎日、15時に面会に来て19時に確認の電話をするという、儀式的な行動パターンは入院後1週間続いた。

<長男への対応方法を改善した場面> 他者との情緒的なコミュニケーションの困難さ

本事例について看護師間でカンファレンスをした。こちらの質問に対しては返答がなく、長男が一方的に電話で話し続け、取りつく暇もないし、内容は毎日一緒であるという意見が出された。そこで、その対応として、耳で聴いて理解することが苦手なのかもしれないので、伝えたい内容を紙に書いて渡すこと、また、積極的にこちらから声をかけていき、家族の情報を得ることにした。また19時には必ず電話がかかってくるので、速やかに対応できるように、担当看護師の電話に外線がすぐにつながるようにした。

翌日より、長男の来院時にその日の体温や健康状態や伝えたい内容を書いたメモを渡した。そして、患者のことや以前自宅で介護していた時の様子などを伺うと、長男は看護師と目を合わさずに会話をし、洗濯物を片付ける行動がみられた。また、同室者の高齢の患者と会話することもあった。しかし、19時になると電話で病状を確認する行動は続き、電話になると、かなり多弁で攻撃的に会話を進める傾向は依然として見られた。

数日後、I氏の食事が開始され、治療経過もよく、退院が決まった。その際には、長男は「みんなによくしてもらったから良くなった」と嬉しそうに感謝の言葉を述べた。その頃になると看護師も長男への対応方法や電話での確認事項などをトラブルなく進めることもできていた。I氏は数日後に元の施設に退院した。

<長男の行動の変化の場面> 実行機能の障害とこだわりの強さ

しかし、3週間後、I氏は再び入院してきた。今回は前回よりも肺炎の状態が悪く、年齢的にいつ亡くなってもおかしくないと言われた。主治医から説明があった。長男は憔悴しきった様子でI氏を見つめていた。今回の入院では、退院や入院費用のことは一切訊くことはなかったが、I氏の病状に関しては、15時頃に面会に来て確認し、19時に電話で確認する行動は続いた。

長男の様子が以前と変わっていたので、施設で何かあったのではないかと考え、電話で情報を確認した。すると、I氏の担当看護師がI氏の入院中に退職しており、施設に帰った際にI氏への対応方法が変わったため、長男と施設との間でトラブルがあったとのことだった。

<I氏の病状が悪化していく場面> こだわりの強さ

入院1週間後、I氏は経口では食事が摂取できない状態となり、中心静脈栄養での治療を開始した。それでも長男は蜂蜜で薬を飲ませることを希望するので、ゼリー摂取と

内服のみは経口で行っていた。実際には蜂蜜なしで内服はできていたが、蜂蜜での摂取は可能な限り継続した。

〈長男と看護師がコミュニケーションを取れるようになる場面〉 二分的評価の強さ

長男が面会に来た時間にちょうど看護師が薬とゼリーを摂取させていた。長男が「おふくろ、いいな。看護師さんに食べさせてもらっているのか」とI氏にやさしく話しかけたが、I氏は無反応だった。看護師はI氏の嚥下のペースを見計らいながら介助を続けていた。

すると長男は、「ここでこんなに良くしてもらって、ご飯を食べられるまで回復したのに、施設に帰ったら担当の看護師が変わっていて、ご飯もろくに食べさせてもらえなかった。だからこんなことになった」と涙ながらに語り始めた。話の内容としては、施設では時間をかけて食事をさせてもらえなかったこと、I氏への関わり方やケアの方法について職員に色々聞いたらトラブルになったことなどを語った。看護師はその話を傾聴した。また、蜂蜜についても、自宅近くの養蜂場が作っているもので健康にいいと言って昔からI氏が好んでいた品であったことも話してくれた。

その後も、毎日15時に面会に来て19時に電話で確認する行動が続いたが、長男の口調も柔らかになり、攻撃的な態度もなくなった、長男が面会に3日間来なかったことがあったので、病院から心配して長男の安否確認の電話をかけたことがあった。最初は長男も驚き、そんなことで電話をかけないでほしいと怒っていた様子だったが、次回面会に来た際には、「自分のことも気にかけてくれてすみません」と笑うこともあった。それ以来、長男とのコミュニケーションも特定のスタッフとは取れるようになった。

長男が直売所に野菜を出していることから、それを知ったスタッフが、長男が出荷した野菜が美味しかったことなどを伝えると、嬉しそうに会話することもあった。長男との会話の中で、自分の不安や困った時に心の内を話せる相手について伺うと、「ねえちゃんには外に嫁いでいるし、歳もとっていてあてにはならん。でも近所の人がいつもおふくろの様子を心配してくれる。野菜をくれたり、渡したり、声かけてくれる。昔っからの付き合い」と言っていた。

〈長男がI氏の死を受容する場面〉 二分的評価の強さ

その後、I氏の状態は徐々に悪化し、今後、どう治療を進めていくかについて、主治医と長男との間で話し合いがあった。主治医より、これ以上治療をすることはI氏にとって苦痛を伴うことでしかないこと、今までI氏を施設の方や長男さんがよく介護してきたこと、今後は苦痛がなく、看取りを行える施設への転院を勧めた。長男より「面会に来た際や電話での対応で看護師さんや先生、そしてソーシャルワーカーの人が良くしてくれているのはわかった。こんなに良くしてもらっているのに、おふくろは良くはならないのはもう限界だと思った。病院の人が勧めてくれるところなら安心です。よろしくお願いします」と言った。

その1週間後、I氏は看取りが行なえる施設に入所し、3日後に施設で息を引き取った。施設からは、亡くなった際はトラブルなく退院したとのことだった。亡くなった日に、長男から病棟に亡くなったことやお礼の連絡があった。

長男は母親の死後も、野菜の直売所に野菜を出荷する仕事は続けており、長男自身が病院を受診した際には病棟にも挨拶に来てくれているという報告があった。

2、考察

ここでは入院前と入院中のエピソードをもとに、3事例の成人期の子どもの言動や行動について、ASDの発達特性との関連で分析し、その理解と支援の課題について検討していきたい。

(1) 事例23の長女について

①ASDの発達特性がもたらす影響

長女にとってG氏の入院はそれまでの生活を一変させる事態であり、大きな混乱をもたらす出来事であった。長女がG氏の病状が悪化しているにもかかわらず、病院に再入院させることに激しく抵抗したことも、やはり状況の変化への適応の困難さが影響していたと考えられる。また、退院する時に介護サービスを利用しようとしなかったのは、自宅での介護がどれほど大変なのか、介護技術のない自分にできることなのかを「想像」することができなかったのではないだろうか。

その他にも、酸素を測定するモニターの位置を変えないまま帰宅したことを思い出して夜も眠れない状態になるなど、自分の計画通りにできなかった時にはパニック状態になってしまい、病棟に電話して相談するなど、状況に合わせた臨機応変な対応はやはり困難であった。

ちなみに、G氏が亡くなる直前に、長女はG氏の最期に寄り添うのではなく、荷物を急に片付け始めたのは、もしかするとG氏が退院して自宅に戻ることで元の生活に戻ることを期待したためかもしれない。もちろん、それは現実ではない。G氏の葬儀の後、長女がG氏の遺体を火葬することへの激しい抵抗を示したのも、環境の変化に対する脆弱性がある長女には、遺体がなくなることは耐えがたいことであったと考えられる。

また、長女は本に書いてあることは正しいと信じきっており、そこに強く固執していた。たとえば、本で「脳にいい」と書かれていたα波の音楽をずっとG氏に聞かせたり、また「本に室温が23℃でないといけないと書いてあった」などのこだわりも強くみられ、結果として、同室者の家族を困らせていた。また、「歯が良くなったら口から食べられる」と本に書かれていたことにこだわり、G氏の病状を無視して歯科治療や経口摂取を強く主張し続けており、状況の変化に応じてプランを修正することの困難さ(実行機能の障害)が顕著に表れていた。

さらに、「心の理論」の障害も入院中の様々な場面で顕れていた。長女は、主治医がG氏に今後の治療についての確認を行った際、父親の口元に耳を当て、父親は現実には何も発言していないにもかかわらず、「父はまだ頑張れるって言っています」と答えていた。長女の場合、他者の視点と自分の視点の区別が困難であり、自分の思いから離れて父親であるG氏の視点に立って考えることは困難であったと推測される。また、G氏の姉妹が面会に来ても、遠方から高齢をおして会いに来たG氏の姉妹の思いを想像することは著しく困難であった。

また、「字義通りの解釈」も顕著に見られた。そのことは看護師が比喩的な表現として「目の中に入れても痛くないほどだったでしょうね」と声かけをすると「目の中に入れても痛いに決まっているでしょ」と立腹したことにも表れている。

ちなみに、この「字義通りの解釈」は「活字に書いてあることは信じる」ということにつながっており、「口から食べたら直ると本に書いてあった」という主張にも表れていた。しかし、看護師が本にエコノミー症候群や予防法が書いてあったことを知らせるとすぐに実践したことに見られるように、本に書いてあることは無条件に信じる様子もうかがえた（図27）。

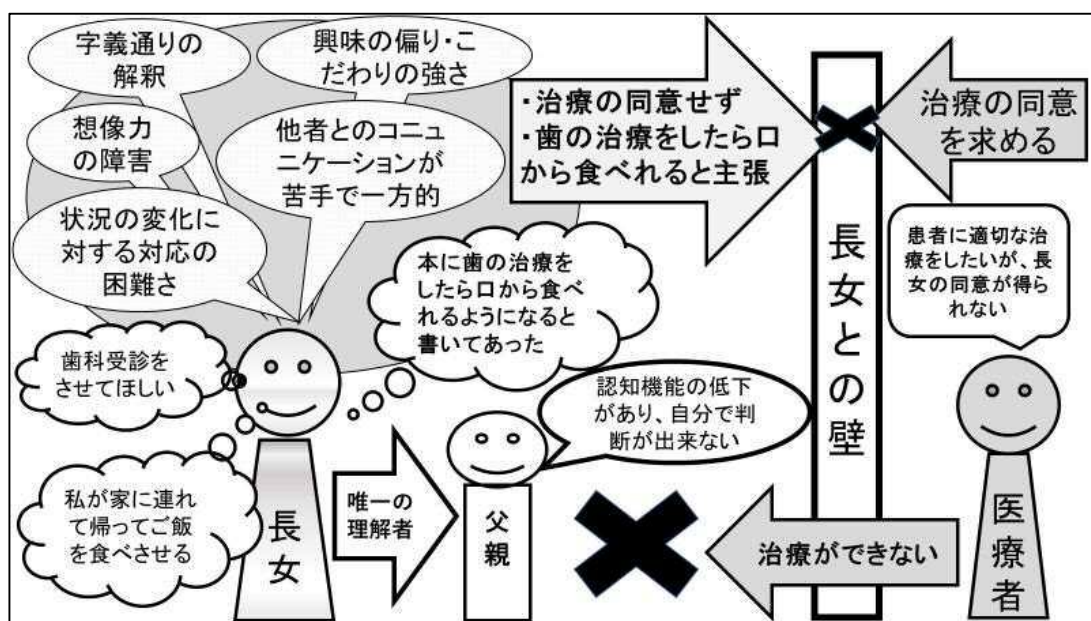


図 27 事例 23 の全体構造

②ASD（発達特性）を踏まえた家族支援の課題

長女の考え方と一般常識にはかなりの「ズレ」があり、そのために長女との話し合いがうまくいかず、医療者が感情的にいら立ってしまうこともしばしばであった。とりわけ今回の場合、G氏への治療方針を早急に決定しなければならない

という焦りもあって、ASD の特性をもつ長女の抱える強い不安への配慮ができないまま、何度も長女に口頭での説明を行ったことがかえって長女を混乱させた可能性も考えられる。

その一方で、長女の発達特性の強みを活用することが支援の手がかりにもなったと考えられる。長女は本を最大の情報源としており、「歯の治療をすると口から食べられるようになる」という本からの情報を字義通りに信じていた。したがって、栄養摂取の方法が歯の治療以外にもあることを本を使って伝えることが支援の方法となった可能性も考えられる。また、病状説明する際に、本の文章を用いて治療の方向性を一緒に考えたり、本に書いてあることに追加するかたちで治療方針の提案をすることで、思考の変化をもたらすことができたかもしれない。

ところで、今回、長女が歯科医師の診察を希望したため、病院側としては歯科医師が治療の説明することで長女が納得し、G 氏の置かれている現状を把握してくれることを期待した。しかし、結果的には、歯科医師は長女の希望を受け入れて最後まで入れ歯を何度も調節することになり、終末期の G 氏にさらに苦痛を与えるだけの結果になってしまっていた。そのことを考えると、家族の思いは受けとめつつも、患者にとっての「最善の利益」を常に視野においた支援を考えていく必要があったのではないだろうか。

看護師も日々の業務に追われつつ、長女をどう支援していけばいいのかを試行錯誤していたが、早い段階で長女の ASD 傾向を把握することができていれば、医療チームでカンファレンスを行い、長女の発達特性を踏まえた支援の方法を検討していくことは可能であったと考えられる。

③ ASD（発達特性）のアタッチメントの視点を踏まえた家族支援

このような発達特性を踏まえた支援に加えて、アタッチメントの視点を踏まえた支援も重要になってくると考えられる。

G 氏は長女の唯一のアタッチメント対象であり、G 氏が亡くなることは自分の唯一の心の安心基地を失うことになるだけに、長女にはその現実には到底受け入れ難いものであった。それだけに、長女が G 氏以外のアタッチメント対象を築けるように援助していくことも家族支援の課題として検討していく必要があったのではないだろうか。たとえば、この事例では長女を幼い頃から知っていた G 氏の姪などはその対象となる可能性があったと考えられる。

また、長女は父親の死後、周囲の説得を受け入れて精神科を受診して通院治療を開始している。家族支援の範疇は超えるが、この医療的ケアを手がかりにして、長女が困った時に助けを求められる社会的なつながりに発展させていくような支援も今後の検討課題であると考えられる。

(2) 事例 8 について

① 「ASD 傾向」の発達特性の問題がもたらす影響

事例8の長男には状況の変化への対応の困難さとこだわりの強さが顕著に見られ、自分が考えたスケジュール通りに行くことを相手に強く要求していた。また、「経口摂取が出来たら元気になる」という自分のこだわりに長男の妻や医療スタッフを巻き込み、支配していた。

さらに、「H氏が今まで元気だった」ことにこだわり、終末期のH氏がリハビリに対して「辛い、きつい」と訴えても叱咤激励するなど、H氏の苦しみに共感することができていない。ここには、他者の考え、気持ちを把握する能力である「心の理論」の障害が影響していたと推測される。

また、他者との相互的なコミュニケーションが困難であり、延命治療をめぐる他のきょうだいの意見を考量することはまったくできず、妻との関係も一方的な支配・服従の関係となっていた。このように、自分が選んだ治療方法や方針で周囲の人間を一方的に支配し、自分の思い通りに物事が運ばないと激しい攻撃性を表出するなど、社会的関係形成の障害はかなり重篤であった。さらに、感情調節機能が脆弱であり、父親の急な病状の悪化という変化を受け入れられず、看護師に暴力まで振るっているが、そのことが社会的には許されない行為であるという社会的常識も欠如していた。

これほどまでのASDの特性に伴う病理性がありながらも、芸術家という職業であったがゆえに、「その人の個性」として受け入れられていたため、その言動を厳しく批判される機会もなかったのではないかと推測される(図28)。

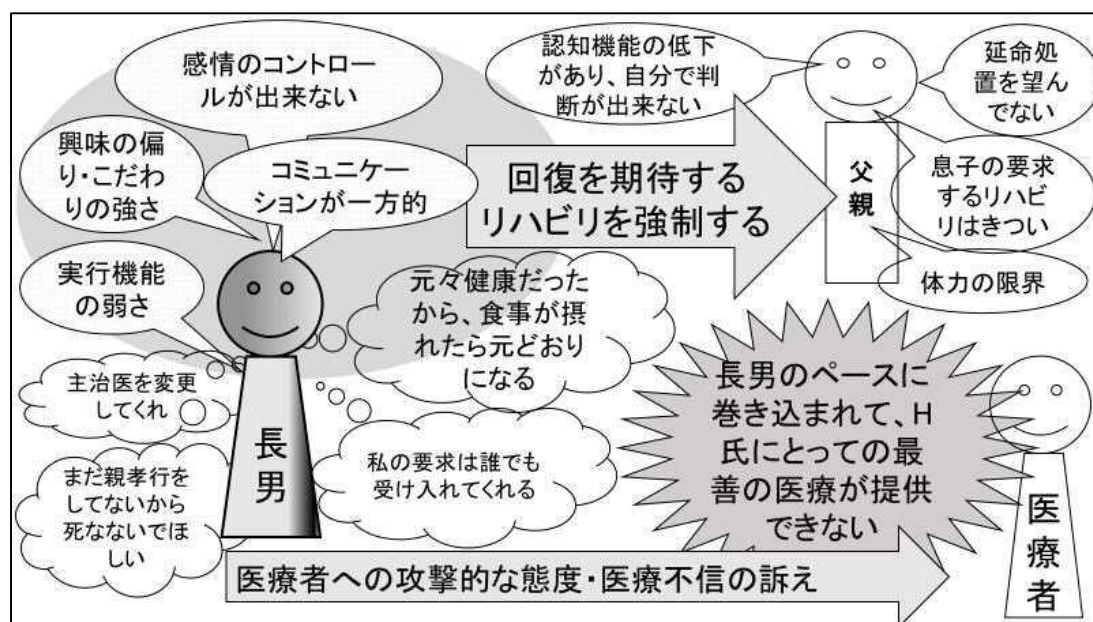


図 28 事例8の全体構造

②「ASD 傾向」（発達特性）を踏まえた家族支援の課題（限界設定の重要性）

医療者は長男の威圧的な態度、高い社会的な地位や脅しに振り回されて、終末期にあるH氏本人の希望に添う看取りを行うことがまったくできなかった。すなわち、長男が自分のこだわりでH氏や長男の妻、そして医療スタッフを巻き込み、支配したため、結果としてH氏の「最善の利益」に反する状況になっていたのである。このようにASDの特性を持つ子どもの主張を受け入れることが、患者の「最善の利益」に反してしまう事態はしばしば生じるものであるが、これは本来あってはならないものである。とりわけ、長男が感情のコントロールを失って看護師に暴力をふるう行為などは決して社会的に許容される行為ではない。それだけに、このような場合には警察に被害届を出すなどの法的措置をとり、長男の行動に対する毅然たる対応、「限界設定」を明確に行う必要があったのではないか。言い換えれば、長男に対しては、支援というよりも、明確な「限界設定」によって患者と医療スタッフの人権を守ることが必要不可欠であったと考えられる。

ちなみに、本事例の場合、長男の妻も夫のこだわりで巻き込まれ、支配される中で心身ともに極めて追い詰められていたと推測される。とりわけ、夫が看護師を突き飛ばした際に、その光景を見ていた妻が悲鳴をあげて倒れたことを考えると、夫からのDVを受けていた可能性も十分に考えられる事例であった。

病棟のスタッフも夫の命令に従属させられている長男の妻の苦労を慮り、妻に対する心のケアに取り組んでいた。この事例での家族支援としては、むしろ長男の妻に対する取り組みこそが求められていたと言えるのではないだろうか。

(3) 事例 17 について

①「ASD 傾向」（発達特性）の問題がもたらす影響

長男にとって、母親の入院という環境の急激な変化は激しい不安を喚起する事態であった。いつから食事を食べることができるのか、前にいた施設にいつ帰れるのか、入院費などを頻りに訊ねる行動も、長男の過度の不安感の表れであると同時に、早く元通りの環境に戻りたいという強迫的な思いからの行動であったと考えられる。先が見通せないことは誰にとっても不安なものではあるが、ASD傾向がある長男にとって、それは恐怖に近い不安であったと考えられる。また、長男は15時に面会に来て状態を確認し、19時に電話で再び状態を確認する行動を一貫して続けており、ここにもパターン化された行動が顕著に表れていた。また、蜂蜜で薬を飲ませることを求める行動も長男のこだわりの強さを表していた。また、長男は他者とのコミュニケーションが苦手で、入院当初はこちらが面と向かって話すと視線を合わせず、すぐに帰宅するなど、対面ではスムーズにコミュニケーションを行えなかったが、その反動からか、電話では相手に対する激しい言動が見られた。電話では自分の感情を出して訴えても相手から反撃されることは

少ないこともあり、一方的なコミュニケーションを行える手段として電話を利用していたと考えられる（図 29）。

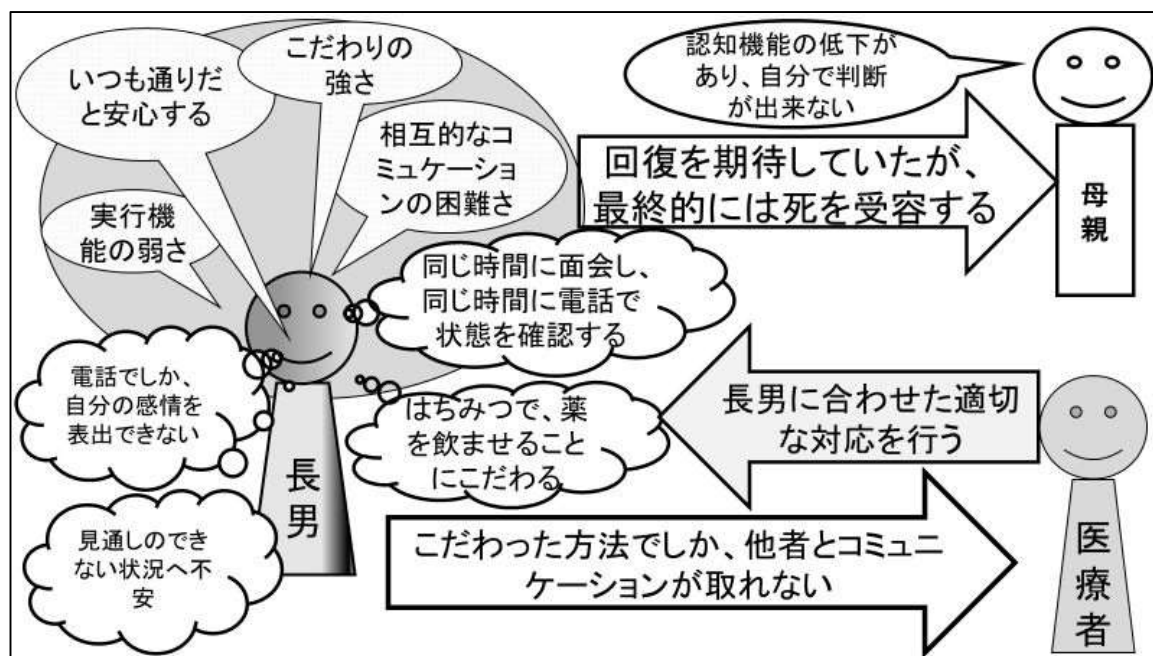


図 29 事例 17 の全体構造

②「ASD 傾向」（発達特性）を踏まえた家族支援の課題

事例 17 では長男の言動の背後にある発達特性を看護師側も比較的早く理解できたため、早期から発達特性に合わせた対応が可能であった。具体的には、本日の体温や健康状態をメモ書きした紙を渡したり、電話の対応方法などを統一したことで信頼関係ができていった。また、会話が一方的になりがちな長男の話の聞き役として傾聴したことも、長男が自分の苦しい思いを聴き取ってもらえる体験につながり、再入院の後は医療スタッフとの良好な関係を保つことにもつながった。ASD の特性として、「良いか」「悪いか」「敵か」「味方か」などの二分的評価が強いことが指摘されているが、看護師が特性を踏まえた適切な支援を行い、また、長男の話を受容する姿勢を示したことで、長男に「味方」(good な存在)として認知され、その結果、終末期で意思疎通が困難であった I 氏にとっての最善の治療を行うことができたと考えている。

③アタッチメント理論を踏まえた家族支援

長男は未婚であり、母親の死は唯一のアタッチメント対象を失うことであった。それだけに母親以外の他者とのアタッチメント関係の形成に向けての支援も必要であったかもしれない。しかし、農業という職を持ち、不器用な性格ながらも、地域の

人々からは愛されている様子は会話の中からも伺えた。アタッチメント対象は母親でも、困った時に助けてくれる人はおり、そのことが最終的には、アタッチメント対象である母親の死の受容にもつながったと推測される。

現在、長男が病院を受診した時には病棟にも顔を出すようになり、病棟の看護師への依存は今も続いている。しかし、病棟で受け止めることに限界があるだけに、地域の方とのさらなる関係づくりや見守り支援などにつなげていくことも今後の課題であるといえるのかもしれない。

(4) 事例検討を通して見えてきた家族支援の課題

本節では、高齢患者の成人期の子どもで、ASDの特性が強く感じられた事例について、その子どもの言動を時系列にそって記述し、ASDの発達特性と関連付けた分析を行った。

「ASD傾向」があったとしても、医療機関での診断は受けずに社会生活を普通に過ごしているケースは多くみられる。しかし、親の終末期という大きな環境の変化が生じる状況下では、それまでは目立たなかった発達特性が顕著に表れてくる場合が少なくないことは十分に了解しておく必要があると考えられる。

したがって、終末期医療の現場においても、ASDの発達特性についての知識を修得するとともに、特性を持つ家族への対応を時系列的に記述して振り替えることで問題解決の糸口が見えてくる場合もあると考えている。

また、「ASD傾向」だけでなく、「アタッチメントの問題」が重複している事例が少なくないことは第二章でも指摘した。その場合には発達特性を踏まえた支援と同時に、親以外のアタッチメント対象となる人へつなげていく取り組みも必要になってくると考えられる。

もちろん、これについては病院でできる支援には限界があり、社会福祉関係機関への協力を依頼することが必要な場合も少なくないと考えられる。

今回の事例検討を通して、高齢の親の死の受容に向けての支援として、成人期の子どもの発達特性を早い段階で理解し、統一した支援を行っていくこと、また成人期の子どものアタッチメント対象をアセスメントし、必要であれば、その成人期の子どもを支援していける関係ないしは社会資源につなげていくことの必要性が示唆されたといえよう(図30)。

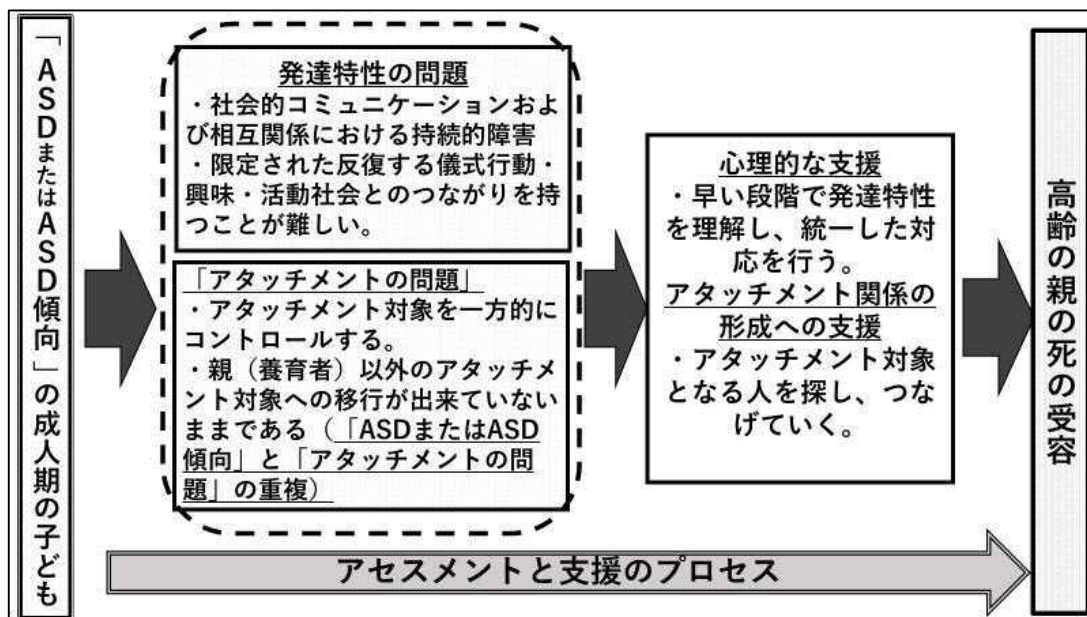


図 30 「ASD または ASD 傾向」がある成人期の子どもへの支援のプロセス

終章 高齢の親の死を受容していく過程の支援方法とその課題

本研究では、まず第1章で、高齢患者の終末期医療の現場で対応に苦慮する家族(成人期の子ども)の背後にある問題を、教育・保育現場における保護者トラブルの研究や周産期における養育者支援の研究なども参考にしつつ、「アタッチメントの問題」「未解決の葛藤」、そして、「ASD(自閉スペクトラム症)またはASD傾向」の三つの要因から仮説的に提起した。

ついで、第2章では終末期医療の現場で対応に苦慮した家族(成人期の子ども)の事例を、地域中核病院の急性期病棟でのケースカンファレンス議事録から、合わせて28事例を選択し、分析を行なった。その結果、上記の三つの要因及び「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASD傾向」の重複の、四つのグループに分類できることが明らかになった。

さらに第3章では、三つの要因ごとに三事例を選んで事例検討を行い、成人期の子どもの背後にある要因の違いによって問題の表れ方がどのように異なってくるのか、また、高齢の親の死の受容に向けてどのような家族援助が求められているのかについての考察を行ってきた。

終章では、ここまでの研究成果を踏まえて、終末期医療の現場における、高齢の親の死の受容が困難であり、医療現場が対応に苦慮する成人期の子どもに対する理解と支援の課題について整理しておきたい。

1、要因別の分類結果に基づく考察

すでに二章で指摘したように、今回とりあげた28事例のうち、「アタッチメントの問題」に分類された事例は4例、「未解決の葛藤」に分類された事例は11例、「ASDまたはASD傾向」あり（「アタッチメントの問題」の重複も含めて）に分類された事例は13例であり、半数近くの事例にASD傾向があることが明らかになった。

教育・保育現場で対応に苦慮する保護者の事例の中に、ASD傾向をもつ保護者が多く含まれていることは楠(2013)⁷¹の論文などでも指摘されていたが、医療現場においても、対応に苦慮する成人期の子ども事例の中に多くのASD傾向を持つ人が含まれていることが示唆されたと考えられる。

ただし、今回の13事例中、「ASDまたはASD傾向」のみと判断されたのはわずかに4例であり、他の9例は「アタッチメントの問題」との重複事例であった。やはり、ASD傾向がある子どもの場合、家族外に新たなアタッチメント対象を築くことは容易ではなく、成人後も高齢の親がアタッチメント対象であり続ける場合が非常に多いことが示唆されている。

⁷¹ 楠凡之：「気になる保護者からのクレーム対応」「学校と保護者の関係づくりを目指すクレーム問題」第3章、p, 50, 教育出版, 東京, 2013

次に多かったのが「未解決の葛藤」に分類された事例であり、今回の研究では28例中11例が「未解決の葛藤」に分類されている。

今回、「未解決の葛藤」に分類された事例は、普段は親と離れて暮らしているため、親との「未解決の葛藤」が顕在化してくることは少ない。しかし、高齢の親が終末期を迎え、否が応でも親と近い距離で関わらざるを得なくなった時に、今まで封印されていた「未解決の葛藤」が激しくよみがえってくることは十分に予想される事態であろう。しかし、終末期の親に対してその「未解決の葛藤」を直接ぶつけることは現実には困難であり、結果として医療者への攻撃的な言動や無理な延命治療の要求として表出されてくる結果になると推測される。

成人期の子どもが親との関係で抱えている「未解決の葛藤」の表出を適切に受けとめて整理していく援助を医療スタッフが行うことは現実には困難である場合が多いが、医療現場で対応に苦慮している家族の事例のなかに「未解決の葛藤」が背後にある場合が少なくないことを理解しておくことは、家族から出される苦情や無理難題を冷静に受け止めていくためにも重要になってくると考えられる。

最後に、「アタッチメントの問題」のみに分類された事例は4事例にとどまった。

これはいささか予想外の結果であった。しかし、それは今回の研究における「アタッチメントの問題」の分類基準が、「成人期になっても家族外にアタッチメント対象を築くことができず、終末期を迎えた高齢の親のみがアタッチメント対象であり続けていること」としたためであり、それゆえに社会的関係形成に生来的な困難さをもつ「ASDまたはASD傾向」を持つ子どもの事例を外すと、「アタッチメントの問題」に分類される事例は少数にとどまったと考えられる。

ただし、配偶者やパートナー、子どもなど、高齢の親以外のアタッチメント対象がいる場合であっても、その関係に不和があったり、不安定な場合はしばしばみられる。また、高齢の親以外のアタッチメント対象がいる成人期の子どもの場合でも、そのアタッチメント・スタイルが「非安心型」（あるいは「不安定型」）である場合も少なくないと考えられる。

そして、現在のアタッチメント対象との関係に不安定さがある事例であればあるほど、原家族の親との関わりで「未解決の葛藤」を抱えている可能性は高いだけに、終末期の親との密接な関わりの中かで「未解決の葛藤」がフラッシュバックしてくることは十分に想定される事態であろう。

今後の課題としては、「アタッチメントの問題」を、成人期の子どもの現在のアタッチメント対象との関係の質やアタッチメント・スタイルの問題も含めて検討し、「未解決の葛藤」の問題との関連性を検討していくことがあげられる。

2、要因・分類別の家族支援の課題の整理

第3章の事例検討では、医療現場で対応に苦慮する子どもの事例の背後にある要因によって、その理解と支援の課題も異なってくることを指摘したが、ここではあらためて要因・分類別の理解と支援の課題を整理しておきたい。

(1) 「アタッチメントの問題」について

今回の研究で「アタッチメントの問題」に分類された事例では、アタッチメント対象が終末期を迎えた高齢の親しか存在していないため、親の死という事態を想像することは恐怖でしかなく、今後の自分の人生の不安ばかりが募り、その抱え込みきれない葛藤が医療者に対する攻撃的な言動や無理な延命治療の要求、さらには親の死を否認する言動として表出されてくることは第3章でも指摘した。

したがって、根本的な問題解決のためには、成人期の子どもが終末期の親以外とのアタッチメントの関係を築き、主要なアタッチメント対象を親以外の他者に移行できるように支援していくことが重要になってくる。しかし、親が高齢になるまで家族の外にアタッチメント対象を築くことができなかつた子どもであるだけに、新たなアタッチメント対象につなげる援助は容易ではないと考えられる。

今回の研究では、看護師や社会福祉士が成人期の子どもとの会話の中で、「自分の不安や困った時に心の内を話せる相手」についての質問を行ったが、今後は「親以外に安心感を感じられる人は今までいたのか?」、「どういった環境だと安心感が得られるのか」の質問を加えながら、誰が新たなアタッチメント対象となり得るのかをアセスメントしていくことも必要ではないかと考えている。

ところで、今回の研究では、終末期の親が亡くなる前の段階であれば、病棟スタッフが成人期の子どものアタッチメント対象として一時的に機能することは可能であることは事例検討からも示唆されていた。しかし、当然のことながら親が亡くなった後のケアの継続は不可能である。しかし、なかには親が亡くなった後も医療者をアタッチメント対象としてしまい、ストーカー的な行為を続けて医療現場が対応に苦慮した事例(表2の事例15)⁷²もあり、特にそのような危険性はASD傾向のある成人男性の事例では高くなると考えられる。

ちなみに、「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASD傾向」との重複事例では、発達特性からくる社会的関係形成の困難さがあるだけに、さらにその支援が困難になることは明らかであろう。それだけに、あらゆる社会資源を活用し、地域で支えていくシステムを築いていくことが必要であろう。例えば、グリーンケアを行っている団体や町の保健所、病院の精神科サービス、さらには地域で行っている事業などにつながるように支援することなども検討される必要があると考えている。

⁷² 事例15：長男と母親の事例：親の介護には熱心な一方で、看護師に好意を寄せてストーカー行為をしてしまっていた。「ASD傾向」が主だが、「アタッチメントの問題」もあると分析した事例。

いずれにしても、「アタッチメントの問題」がある事例では、その家族支援の取り組みは病棟の中だけで完結するものにはならず、幅広い関係機関や地域とのつながりが求められると考えられる。

(2) 「未解決の葛藤」について

楠(2013)⁷³は学校と保護者とのトラブルにおいて、何らかの出来事によって保護者自身の「(未処理(未解決)の葛藤)(たとえば、わが子のいじめ問題によって、自分自身の子ども時代のいじめ被害体験とそこでの教師への不信感がフラッシュバックしてくる)が刺激され、それが学校に対する苦情や無理な要求として表出されてくる事例があることを指摘している。楠は、そのような事例では「未解決の葛藤」を生み出した体験が表現され、受けとめられていかない限り、子どもの「最善の利益」となる問題解決のあり方を保護者と一緒に考えていく段階に進むことは困難であるとしている。

今回の研究では、それと同様の問題が終末期医療の現場でも生じてくることが明らかになった。すなわち、成人期の子どもの「未解決の葛藤」が適切に言語化され、受けとめられて整理されていくことなしには、終末期の患者にとっての「最善の治療」や看取りを行うことも困難となる危険性が生じてくるのである。

3章の事例検討では、親(養育者)との体験をありのままに言語化して語れる場を持ち、「内省的自己」(reflective self)の育みを援助できた事例と、子どもの激しい言動から、終末期の親との「未解決の葛藤」の存在は十分に推測されたが、医療者との関係では十分な言語化への援助には至らなかった事例を取り上げた。

「未解決の葛藤」の事例に共通した特徴として、親が終末期であり、治療しても助かる見込みがないことを知識としては理解できているにもかかわらず、無理な延命治療やリハビリを要求したり、医療者や高齢の親に対する攻撃的な言動がみられたことが挙げられる。

「未解決の葛藤」に分類された事例では、主要なアタッチメント対象は親以外であるため、「アタッチメントの問題」に分類された事例と比較すると、高齢の親の死の受容は比較的容易であると考えられる。しかし、既に述べたように、親の死が迫ると否が応でも身近に接することになるため、親との否定的な養育体験がよみがえりやすい(第1章図4などを参照)。言い換えれば、かつての主要なアタッチメント対象であった親の看取りの時期が、親とのあいだでの「未解決の葛藤」が最も顕在化しやすい時期でもあると考えられる。

もちろん、「未解決の葛藤」の事例の場合、現在の人間関係にアタッチメント対象が存在し、その関わりのなかで安心感・安全感を確保できるため、親の死というストレス状況

⁷³ 楠凡之:「気になる保護者からのクレーム対応」『学校と保護者の関係づくりを目指すクレーム問題』第3章, p, 50, 教育出版, 東京, 2013

になったとしても、アタッチメントシステムの活性化はそれほどには起こらないと推測される。

しかし、終末期の親と間近に関わる中でよみがえってくる、過去の否定的な被養育体験をありのままに語れる環境がなければ、「未解決の葛藤」は適切に処理されず、医療者への無理な要求や攻撃的な言動などのかたちで最後まで表出され続けてしまう危険性は決して無視できないものであろう。それだけに、医療者はできるだけ、患者の生活史や患者の家族が語る内容から「未解決の葛藤」の内容をアセスメントし、その言語化に向けての援助を行っていくことが、終末期の患者にとっての「最善の治療」を行っていくためにも必要になってくると考えられる。

現実の医療現場では、第三章で紹介した事例のように家族の言動の背後にある「未解決の葛藤」を読み取っていくことは容易ではない。また、「未解決の葛藤」の存在が推測されたとしても、それを語ってもらえるように援助していくことはさらに困難な場合が多いと考えられる。しかし、たとえそうであったとしても、成人期の子どもの無理な延命治療の要求や攻撃的な言動の背後に、「未解決の葛藤」の存在の可能性を認識しておくことは、患者の家族との良好な関係を築いていくための一つの手がかりにはなると考えている。

(3) 「ASD または ASD 傾向」の問題

ASD の特徴的な行動として、「社会的・情緒的な相互関係の障害」「想像力の障害とこだわりの強さ」などがあることは既に指摘した。したがって、ASD 傾向を持つ成人期の子どもに対しては、その ASD の特性に関する理解を深め、適切で一貫した対応をチームで行っていくことで安定した支援を行うことができると考えられる。実際、事例 17 のように、早い段階で子どもの発達特性を理解し、医療スタッフでその理解を共有できた事例に関しては、成人期の子どもとの良好な関係を築くことができている。

しかし、事例 8 の考察でも指摘したように、成人期の子どもが抑制困難な暴力行為に出たときには警察への被害届の提出なども含めた「限界設定」を行わなければ、患者および医療者に危害を及ぼす危険性も生じてくる。また、そのような状況では、当然のことながら、患者にとって「最善の利益」となる治療的援助も困難になってしまうことは明らかであろう。患者の家族は治療が必要な病者ではない。社会人としての秩序とルールを守ってもらうためにも、暴力行為に対しては毅然たる法的措置をとることも必要であると考えられる。

また、今回は「ASD または ASD 傾向」と「未解決の葛藤」との重複事例と判断した事例はなかったが、ASD の特徴であるタイムスリップ現象（フラッシュバック）によって、定型発達の人以上に過去の外傷体験が現在に侵入してくる可能性も十分に考えられる。その意味では激しい「未解決の葛藤」と ASD の重複の事例が存在していた可能性も十分に視野に入れて今後分析をしていく必要があると考えられる。

(4) 「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASD傾向」の重複

「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASD傾向」の重複事例では、成人期の子どもの発達特性を踏まえた支援と、「アタッチメントの問題」への支援のいずれもが必要であるだけに、その意味でも援助の過程には大きな困難さが伴うことは否定できない。

またその際には、「アタッチメントの問題」が主なのか、「ASDまたはASD傾向」の問題が主なのかによっても、支援のあり方が変わってくると考えられる。

「アタッチメントの問題」が主の場合には、「ASDまたはASD傾向」がどのくらい、その個人の社会生活に影響を及ぼしているのかを確認しながら関わっていくこと、また、他のアタッチメント対象への移行（あるいは関係の修復）ができるレベルの人間関係形成の能力があるかどうかの見極めが必要であると考えられる。

それに対して「ASDまたはASD傾向」が主である場合は、生得的な社会的関係形成の困難さがあるため、親以外のアタッチメント対象への移行や関係の修復に向けての支援には非常に困難さを伴うと推測される。しかし、その個人の発達特性を活かした関わり方を工夫することで信頼関係を構築していくことは決して不可能ではないのではないかと考えられる。例えば、事例23のように、「本からの情報しか信じない」というこだわりを活用して、本からの情報を対象者に提供することで信頼関係の構築につなげていくことは十分可能であったと考えられる。





また、事例23や事例17のように、その後も病院に自身の病気で通院を続けている事例では、受診の際には病棟の看護師にあいさつに来るなど、その後の関わりも続いている。このような関わりを通して、少しずつではあるが、病棟スタッフから地域の人間関係へとアタッチメント対象を移行させていくような取り組みも重要であると考えている。

3、成人期の子どもの抱えていた課題の構造化の試み

以上、高齢の親の死の受容に困難さをもつ成人期の子どもへの理解と支援の課題を要因・分類別に整理することを試みた。このように、高齢の親の死を受容することの困難さは、背景にある要因によって相違があるだけに、まず、成人期の子どもの抱える課題を要因別にアセスメントしていくことが重要であると考えられる。

表19は、終末期の患者の成人期の子どもが抱えている問題を各要因別に整理したものである。問題の背景にある要因によって特徴的な言動が見られるので、その要因ごとの特徴的な言動を臨床の場で一般化できれば、対応の困難な成人期の子どものアセスメントをしていく手がかりになるのではないかと考えている。

表 19 終末期の患者の子どもが抱えている問題のアセスメント内容

<p>「アタッチメントの問題」</p> 	<p>「母のいない世界なんて考えられない」「母がいなくなったら私はどうやって生きていけばいいのですか?」「生きていだけでいい。とにかく延命治療を行ってください」などの言動から、アタッチメント対象が親以外になく、他の人物はアタッチメント対象として機能していないことが推測される。</p>
<p>「未解決の葛藤」</p> 	<p>「借金で本当に苦労して、母は父に苦しめられて死んだも同然」、終末期の親に対して「寝てばかりじゃダメ。リハビリしないと寝たきりになる」と叱咤激励するなどの言動から、親（または養育者）との間での過去の傷つきや葛藤の存在が推測される。または、「(がんだった)夫のきつそうな顔を見るのが辛いから痛み止めを使い、夫の死期を早めたのではないか」など、過去の近親者との死別体験で解決されていない葛藤の存在が推測される。</p>
<p>「ASDまたはASD傾向」</p> 	<p>看護師の「お父さんは娘さんを目の中に入れての痛くなかったでしょうね」という比喩的な表現に対して立腹する字義通りの解釈。「薬ははちみつに混ぜて飲ませてください」など特定の介護方法へのこだわり。自分の思う通りの治療を行わないと、看護師を怒鳴りつけ暴力をふるうなどの感情のコントロールができない。毎日15時に面会にきて、19時に再び電話で患者の情報を確認する、というようなパターン化した行動などから、ASDの診断基準である「社会的・情緒的な相互関係の障害」「想像力の障害とこだわりの強さ」が顕著にみられる。</p>
<p>「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASD傾向」の重複</p> 	<p>医療者に対する言動を通して、上記に述べた「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASDの傾向」の両方の問題の存在が推測される。</p>

次にアタッチメントシステムの活性化の程度を要因別に整理した。
 高齢の終末期において、親の死という危機的な状態から不安や恐怖が喚起してアタッチメントシステムの活性化も起こりやすくなる。しかし、そのアタッチメントシステムの活性化の程度は要因によって異なると考えられる。

「未解決の葛藤」「ASDまたはASD傾向」にある成人期の子どもの場合、高齢の親以外のアタッチメント対象は存在しているため、アタッチメントシステムが活性化したとしても、その程度は低いと考えられる。なぜなら、親以外のアタッチメント対象からの安心や安全は確保されているからである。

しかし、「アタッチメントの問題」や「アタッチメントの問題」と「ASDまたはASD傾向」の重複のある成人期の子どもの場合、アタッチメント対象が終末期にある親であるだけに、その喪失への恐怖や心理的な苦痛が高まり、アタッチメントシステムの活性化の程度は極めて大きくなると考えられる（図31）。

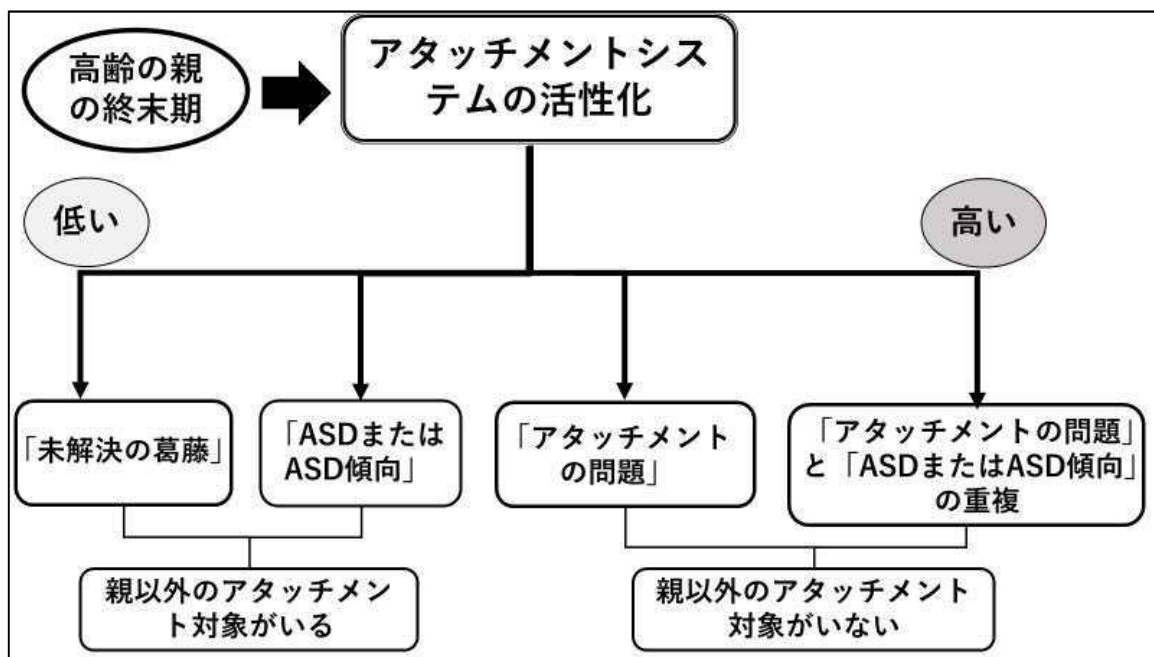


図31 要因別のアタッチメントシステムの活性化の程度

最後に、要因別の支援の方向性を図 32 に示した。

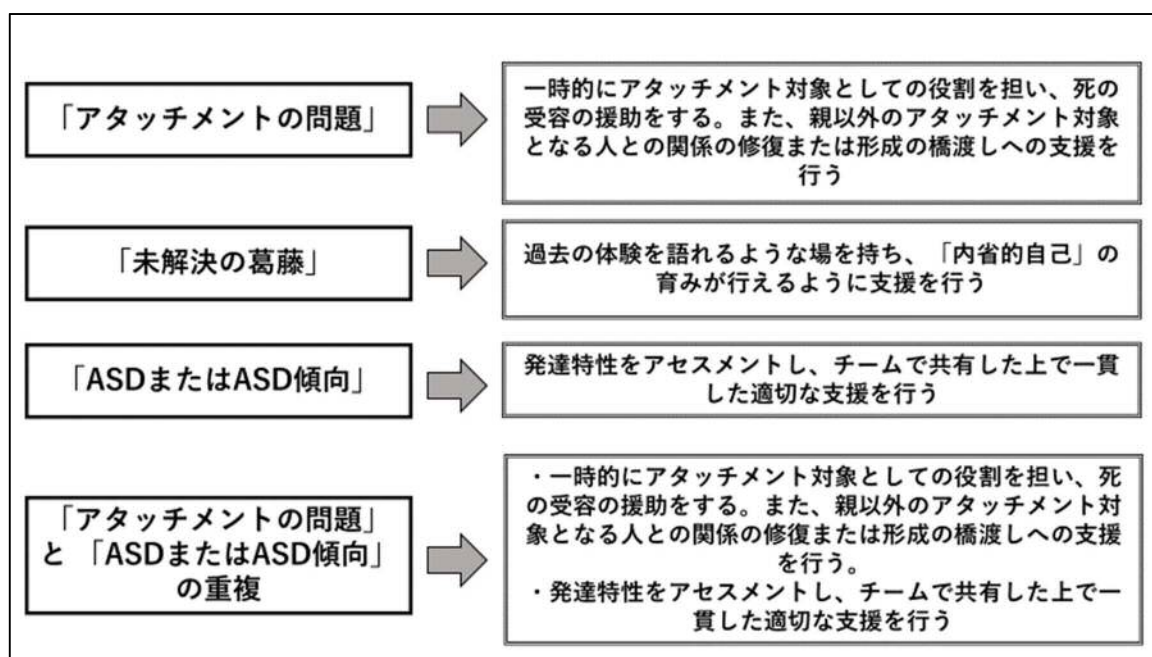


図 32 各要因別の支援の課題

どの要因の場合でも、援助は容易ではなく、そのための時間も必要であるが、患者にとっての「最善の医療」を行うためには、行っていかなければならない取り組みであると考えられる。今回の事例でも、多忙な医療現場の中でのちょっとした気づきや声かけなどで、家族への支援が行えた事例も存在していた。今回の研究では、要因・分類別の支援の課題を示すことができたが、今後はより多くの事例検討を重ねながら、実践的な支援を行っていくための方法や留意点を明らかにしていきたいと考える。

4、今後の課題

最後に、本研究での残された課題を整理しておきたい。

まず、第1に、今回得られた結果をどこまで一般化できるか、という問題である。今回の研究では一つの病院の急性期病棟で、高齢の親の終末期において医療スタッフが対応に苦慮した成人期の子ども、28事例を取り上げ、三つの要因からの分析を試みた。しかし、今回得られた結果(たとえば、要因別の分類の割合)が一般的なものなのか、今回の病棟に特有のものなのかは明確ではない。今後、他の病院でも事例を収集し、今回の結果と比較検討する必要があると考えられる。

第2に、今回は高齢の親の死の受容を特に困難にする要因として、三つの要因を仮説的に取り上げ、28事例をその三つの要因から分析した。今回の研究では、この三つの要因からの説明が困難だった事例は特になかったが、親の死の受容の困難さを今回の三つの要

因で過不足なく説明できるのか、それとも他の要因も加えて考える必要があるのかは今回の研究では明確ではなく、さらなる検討が必要である。

第3に「アタッチメントの問題」についてはさらに深めていく必要性があることである。今回は「アタッチメントの問題」を「終末期を迎えた親以外にアタッチメント対象がいないこと」と定義し、それに限定してアタッチメントの問題を検討した。

しかし、Turan(2010)⁷⁴らの研究でも、成人期の子どものアタッチメント・スタイルが、親の終末期医療において、親自身の意向を正確に理解した選択をしていく上で大きな影響を与えることが指摘されていた。今回の研究方法では、医療現場が対応に苦慮した成人期の子どものアタッチメント・スタイルのアセスメントは困難であったが、子どものアタッチメント・スタイルが親の終末期の治療の選択、さらには「死の受容」にどのような影響を及ぼすのかについても、さらに詳しく検討していく必要があると考えられる。

多忙な医療現場で、患者のみならず、患者家族への支援をすることは非常に困難を伴う課題である。しかし、終末期医療の場面で、家族である成人期の子どもとの信頼関係を築けないことは、結果として終末期患者の「最善の治療」を受ける権利を脅かすことにつながる。第3章の事例検討でも示唆されていたように、家族への支援を適切に行っていくことは患者の「最善の利益」を実現していくためにも重要である。

今回の研究で得られた知見が終末期医療の現場で対応に苦慮する家族への理解と支援に活用されるものとなることを願っている。

謝辞

本論文をまとめるにあたり、指導教授である楠凡之教授に心よりお礼を申し上げます。楠教授には論文指導をはじめ、心理学の面から多くの示唆をいただきました。専門分野が異なる中で、お互いの共通の言語を見つけ、理解を深めていく活動を通して、自分自身の研究者としての課題を見つけることもできました。今後の研究活動をさらに発展させて、多くの方々に手に取って読んでいただけるような論文を執筆できるように努力していきたいと考えております。また副指導教授をお引き受けいただいた田島司教授、大学院関係者の方々、いつも励まして頂いた楠ゼミのみなさま、同期生の椎葉彩さんに、この場をかりて厚くお礼を申し上げます。

また、本論文の調査に理解を示してくださり、調査を受け入れてくださった、研究対象施設と看護師の皆様には、心より感謝申し上げます。

⁷⁴ Turan, B., Goldstein, M. K., Garber, A. M., and Carstensen, L. L. Knowing loved ones' end-of-life health care wishes: Attachment security predicts caregivers' accuracy. *Health Psychol*, 30 (6), p.814-818. 2011

参考文献一覧（アルファベット順）

- ・青木省三・村上伸治（編集），大人の発達障害を診るということ，医学書院，東京，2015
- ・土井高德，青少年の治療・教育的援助と自立支援，福村出版，東京，2009
- ・E・キューブラー・ロス 鈴木晶訳，死ぬ瞬間～死とその過程について～，中央公論新社，東京，2001
- ・遠藤利彦，アタッチメント理論における基点と現代的展開，pp10-16，こころの科学 198，日本評論社，東京，2018
- ・江口瞳，終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発，pp603-612，日本看護研究学会雑誌，vol 40，2017
- ・Fraiberg, Selma, Adelson, Edna and Shapiro, Vivian. 1975. "Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships." *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 14(3): 387-421
- ・広沢正孝，成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群，医学書院，東京，2011
- ・東めぐみ，事例研究とリフレクションの関係，pp418-427，看護研究 Vol. 50. no5，医学書院，東京，2017
- ・平井啓・山村麻予・鈴木邦納実・小川朝生，高齢者のがん治療方針における意思決定困難に関する要因に関する検索的研究，pp27-34，*Palliat Care Res* 16(1)，2021
- ・平木典子・柏木恵子，家族を生きる，東京大学出版会，東京，2012
- ・本田秀夫，自閉症スペクトラム，SB新書，東京，2013
- ・林もも子，思春期、アタッチメントの危機，pp61-79，*Speak, Talk, and Think* no101，水曜社，東京，2014
- ・林もも子，思春期とアタッチメント，pp38-45，*教育と医学*，no761，慶応義塾大学出版会，東京，2016
- ・井上玲子，被養育体験により関係障害がひきおこされた母子への支援，pp13-23，*家族看護研究*，第11巻，第1号，2005
- ・市川玲子・村上達也，パーソナリティ障害傾向とアタッチメント・スタイルとの関連，pp112-122，*パーソナリティ研究*，第25巻第2号，2016
- ・金政裕司，青年・成人のアタッチメントスタイルの世代間伝達，pp398-406，*心理学研究*，第78巻第4号，2007
- ・金谷有子，喪失と悲観についての一考察，pp179-186，*埼玉学院大学紀要*，人間学部篇 15巻，2015
- ・鯨岡峻，エピソード記述入門，東京大学出版会，東京，2007
- ・児玉久仁子，家族・医療者間の相互作用に由来する問題にいかに関与するか，pp688-695，*精神療法*第40巻第5章，2014
- ・小林信一，配偶者との死別研究に関する性差の視座，pp247-256，*京都大学大学院教育学研究*

科紀要第 54 号, 2008

- ・ 小林隆児, 自閉症スペクトラムと母子臨床, pp26-31, 子育て支援と心理臨床 vol19, 福村出版, 2014
- ・ 数井みゆき, アタッチメントの実践と応用, 誠信書房, 2012
- ・ 楠 凡之, 気になる子ども 気になる保護者—理解と援助のために—, pp110-170, かもがわ出版, 京都, 2005
- ・ 楠凡之, 気になる保護者とつながる援助, かもがわ出版, 京都, 2008
- ・ 松下姫歌・岡林睦美, 青年期における愛着スタイルと母子イメージとの関連, pp191-206, 広島大学心理学研究第 9 号, 2009
- ・ 増永悦子・大谷尚, がん患者遺族ボランティアによる語りの分析, pp351-360, Palliative Care research, 8(2), 2013
- ・ 西川七菜, 青年期・成人期における愛着スタイルと心理的距離について, pp61-69, 京都先端科学大学人文学部学生論文集, 2012
- ・ 中野明德、ジョン・ボウルビイの愛着理論, pp49-67, 別府大学大学院紀要, 2017
- ・ 二宮克美・大野木裕明・宮沢秀次(編), 生涯発達心理学〔第 2 版〕, ナカニシヤ出版, 京都, 2015
- ・ 岡崎康子, 発達障害への支援におけるアタッチメントの意義, pp38-44, 教育と医学, no796, 慶応義塾大学出版会, 東京, 2020
- ・ 岡田尊司, 愛着アプローチ, 角川選書, 東京, 2020
- ・ 岡本あゆみ, 終末期にある高齢患者の意思の尊重について, pp54-67, 日本看護倫理学会誌, vol 7, 2015
- ・ 小野寺敦子, 家族・親子に関する基礎研究と実践活動とインターフェース, pp474-483, 発達心理学研究, 第 24 巻第 4 巻, 2013
- ・ 小野寺敦子, 親と子の生涯発達心理学, 勁草書房, 東京, 2014
- ・ 小野寺敦子, 中年女性の父親・母親への感情と幸福感との関連, pp1-14, 目白大学心理学研究第 7 号, 2011
- ・ 大河原美以, 子どもの感情コントロールと心理臨床, 日本評論社, 東京, 2015
- ・ 大竹文雄・平井啓, 医療現場の行動経済学, 東洋経済新報社, 東京, 2018
- ・ 菅沼真樹, 愛着理論から見た老年期, pp310-317, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 第 41 号, 2001
- ・ 清水康夫, 自閉症スペクトラムとは, pp-10-21, こころの科学 174, 日本評論社, 東京, 2014
- ・ 曾田理沙・大河原美以, 児童虐待の背景にある被害的認知と世代間連鎖, pp87-96, 東京学芸大学紀要, 総合教育科学系, 65(1), 2014
- ・ 繁田進, 愛着(アタッチメント)理論の基礎, pp6-12, 子育て支援と心理臨床 vol19, 福村出版, 東京, 2014
- ・ 鈴木和子・渡辺裕子(著), 家族看護学—理論と実践第 4 版, pp282-304, 日本看護協会出版

- 会, 東京, 2012
- ・戸畑祐子・小野寺敦子, Selma Fraiberg の理論・治療アプローチ, Pp7-79, 目白大学心理学研究第6号 2010
 - ・滝川一廣, アタッチメントを考える, pp2-7, そだちの科学 33, 日本評論社, 東京, 2019
 - ・辻河昌登, 世代間伝達に関する精神分析的考察, pp572-583, 京都大学大学院教育研究科紀要, 第54号, 2008
 - ・田中康雄・村上伸治, 自閉症とおとなの発達障害, pp46-57, そだちの科学 31, 日本評論社, 東京, 2018
 - ・W・スティーブン・ローズ+ジェフリー・A・シンプソン編 遠藤利彦他監訳, 成人のアタッチメント, 北大路書房, 京都, 2008
 - ・米澤好史, 愛着形成のための3つの基地機能, pp64-69, 月刊学校教育相談, 2019年4月号

資料

資料1

AAIとASIについて

AAI の分類は、自立型 (Secure-autonomous) 、愛着軽視型 (Dismissing/Detached)、とらわれ型 (Enmeshed/Preoccupied) 、未解決型 (Unresolved) に分類される。

上野 (p 169, 2010) ⁷⁵はMain, Goldwyo&Hesse (2002) の AAI 分類を以下のように翻訳している。

- ・愛着軽視型 (Ds) : 養育者を非常に肯定的に語ることに反して、それを裏付ける具体的エピソードが乏しい。もしくは怪我をして怒られた経験をもつことなどを語り、語りに矛盾がみられる。また、理想化とは逆に、養育者について侮蔑的に語ることがある。過去についても「覚えてない」という主張を繰り返すこともあり、自身の人格形成に養育者との関係は影響がないと語る。

- ・自律型 (F) : 養育者との肯定的・否定的な経験両方について首尾一貫して語り、語る内容に矛盾がほとんどない。養育者との関係が自分に影響を与えたことに気づいており、それらについてオープンに語る。

- ・とらわれ型 (E) : 語りの量、語りの関連性と語りの様式の公準に反する。養育者との過去の記憶についてたずねられているにも関わらず、現在の養育者との関係について語ったり、被養育者自身の子どもの関係について語ったりする。また、あいまいな表現で語ったり、養育者について、怒りに捉われ延々とその怒りを語る。親子の役割逆転もみられ、子どもが養育者を過度に喜ばせようと努めたり、養育者がそれを求めたりすることもある。

- ・未解決型 (U) : インタビュー全体を通して、一貫性に欠くというわけでもないが、喪失や虐待に関する語りについて、メタ認知機能が崩れる。死者について現在形で語り、まるで生きているかのような表現をしたり、根拠がないにも関わらず自分のせいで死んだのだと確信する魔術的思考を持っていたりする。虐待については、その存在が明らかであるにもかかわらず、虐待について否認したり、現在もその虐待者について恐れていたたり、自分の子どもにも同じようなことをしてしまうのではないかと恐れたりする。

⁷⁵ 上野永子 : Adult Attachment Interview の臨床への適応とその展望, 関西学院大学リボトリ人文論究, , 59 巻 第 4 号, p169, 2010

ASI の分類では、明らかな安定型、とらわれ型、恐れ型、怒り拒否型、引っ込み型に分類する（林, p 51, 2010）⁷⁶。それぞれの分類について、ビフィルコ/トーマス（pp60-61, 2017）⁷⁷は、以下のように述べている

- ・明らかな安心型（否定的な態度はなく、良い関係性）：不安や回避などの否定的な態度はなく、柔軟なスタイルである。親しいことを快適と感じ、常に良い人間関係を作り維持する能力が見られる。
- ・とらわれ型（分離への恐れが高い）：高い親密さへの欲求、低い自己信頼、高い分離への恐れが特徴である。表面的な関係を持ち社会的な接触の数は多いのに客観的に見て親しい関係は少ない。
- ・恐れ型（拒絶されることへの恐れが高い）：拒絶されることや他の人からがっかりされることへの恐れがある。誰かと親しくなりたい欲求があることも多いが同時に親しくなることへの恐れもあるため、孤独になることが多い。
- ・怒り拒否型（高い不信感と怒り）：高い不信感、高い自己信頼、低い親密さへの欲求という特徴を持つ。自分の人生に対して高い水準でコントロールする必要を感じており、極端に自信があり周囲の人との葛藤を持っている。
- ・引っ込み型（高い自己信頼） 高い信頼感、人に近づくことへの妨げの高さ、親密さへの欲求の低さが特徴で、人との関わりから身を引いた型である。プライバシーを守りたいとか他の人とは境界線を明確にしておきたいという表明が現れ、恐れや怒りは語られないと述べている。

⁷⁶ 林もも子：思春期とアタッチメント, p51, みすず書房, 2010

⁷⁷ アントニア・ビフィルコ/ジェラルディン・トーマス著、吉田恵子ら監訳：アタッチメント・スタイル面接の理論と実践, pp60-61, 金剛出版, 東京, 2017

資料 2

研究協力依頼書（対象施設用）

〇〇〇法人 〇〇〇〇〇〇病院	平成〇年度〇月〇日 北九州市立大学社会システム研究科 地域社会システム専攻博士後期課程 御手洗みどり
研究へのご協力をお願い	
時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。	
私は、北九州市立大学大学院で、「高齢者を看取る家族への支援」に関する研究に取り組んでおります。	
高齢者の終末期医療では、「 患者家族が望む治療の選択 」「 療養の場の選択 」「 延命治療の選択 」などをめぐって、多くの家族が様々な葛藤に直面しております。終末期にある高齢者の場合、約70%が自ら意思決定ができない状態であるといわれており、しかも、高齢者による事前指示はないことが調査結果が出されています。そういった病状の変化に対して、配偶者は自分の身体的な変化や精神的な成熟から、終末期患者の老いや死に立ち向かわずに受け入れるといわれていますが、その子どもは病気や障害の状況が理解できない、あるいは現実を受容できず、それが先にあげたような「選択」の場面での著しい混乱やトラブルにつながっている現状あります。本研究では、高齢者が自分の治療や延命について意思決定ができなくなった場合、家族（本研究では成人期の子ども）はどのように親の病気や障害と向き合い、親の死を理解、受容して「代理意思決定」を行うのか、また、その過程をどのように支援していくのかを心理学的に分析することを目的としております。	
調査の内容として急性期病棟の看護師が過去3年間に関わった患者家族（成人期の子ども）で終末期に「対応が困難な子ども」と感じた事例の聞き取り調査を行います。内容として家族像を形成するための情報収集内容をもとに患者や家族の概要、対応が難しい内容を聞き取り調査します。	
この研究への参加可否により、急性期病棟の看護師が不利益を被うことは全くありません。研究への参加は自由意思により行ってください。また、研究参加により不都合が生じた場合は研究途中であってもいつでも辞退できます。	
関わらせていただいた内容は文章にまとめ使用させていただき、その取り扱いには十分注意いたします。この研究で得た情報はプライバシーを守り、本研究のみに使用いたします。また、専門の学会や学術雑誌での公表につきましては個人、及び医療機関が特定できない事をお約束いたします。	
この研究結果は博士論文としてまとめるとともに、報告書を一部送付させていただく予定です。ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡ください。	
《連絡先》〒802-8577 北九州市小倉南区北方4丁目2番1号 北九州市立大学大学院 研究者：御手洗みどり（社会システム研究科 地域社会システム専攻博士課程） Tel:000-000-0000 E-mail:〇〇〇〇〇@doc.kitaky-u.ac.jp 研究指導者：楠 凡之（北九州市立大学教授） Tel:000-000-0000 E-mail:〇〇〇〇〇@doc.kitaky-u.ac.jp	

資料3 研究協力依頼書（対象者用）

〇〇〇〇 〇〇〇〇病院様

急性期病棟看護スタッフ 様

平成〇〇年〇〇月〇〇日

「高齢者を看取る家族への支援の研究」に関する調査協力の依頼

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は北九州市立大学社会システム研究科地域社会システム専攻博士課程に在籍し、臨床教育学(家族論)を研究しており、今回博士論文として「高齢者を看取る家族への支援の研究」を研究課題として取り組んでおります。貴院の看護師に対して調査研究を行いたいと考えておりますので、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

1、研究の目的

高齢者の終末期医療では、「患者家族が望む治療の選択」「療養の場の選択」「延命治療の選択」などをめぐって、多くの家族が様々な葛藤に直面しております。終末期にある高齢者の場合、約70%が自ら意思決定ができない状態であるといわれており、しかも、高齢者による事前指示はないことが多いと調査結果が出ております。そういった病状の変化に対して、配偶者は自分の身体的な変化や精神的な成熟から、終末期患者の老いや死に立ち向かわずに受け入れるといわれていますが、その子どもは病気や障害の状況が理解できない、あるいは現実を受容できず、それが先にあげたような「選択」の場面での著しい混乱やトラブルにつながっている現状あります。本研究では、高齢者が自分の治療や延命について意思決定ができなくなった場合、家族（本研究では成人期の子ども）はどのように親の病気や障害と向き合い、親の死を理解、受容して「代理意思決定」を行うのか、また、その過程をどのように支援していくのかを心理学的に分析することを目的としております。

2、研究の方法と予定調査期間・場所について

研究の方法は、急性期病棟の看護スタッフが過去に関わった患者家族（成人期の子ども）で終末期に「対応が難しい子ども」と感じた事例をカンファレンス議事録をもとに聞き取り調査を行います。内容として家族像を形成するための情報収集内容をもとに患者や家族の概要、対応が難しい内容。その時の対応方法を聞き取り調査をしたいと考えております。

3、研究への参加について

この研究への参加可否により、貴院および看護師の方に不利益が生じることは全くありませんので、研究への参加は自由意思により行ってください。また、研究への参加により不都合が生じた場合は、研究の途中でいつでも辞退する事ができます。

4、情報の取り扱いについて

本研究で得られたデータは、施設及び個人が特定できないように匿名化し、プライバシーを遵守いたします。またデータの保管は、大学研究室において厳重に管理いたします。研究結果は博士論文にまとめると共に、学会や学術雑誌に発表する予定ですが、研究以外の目的での使用はいたしません。また発表する際は、個人や施設が特定できないように配慮いたします。研究についてご不明な点がございましたら、いつでもご連絡ください。

《連絡先》〒802-8577 北九州市小倉南区北方4丁目2番1号 北九州市立大学大学院

研究者：御手洗みどり（社会システム研究科 地域社会システム専攻博士課程）

Tel：000-0000-0000 E-mail：〇〇〇〇〇〇@doc.kitaky-u.ac.jp

研究指導者：楠 凡之（北九州市立大学教授）

Tel：000-0000-0000 E-mail：〇〇〇〇〇〇@doc.kitaky-u.ac.jp

資料4

ご家族様依頼書（研究対象病院ホームページにて公開）

臨床研究へのご協力をお願い

私は、北九州市立大学社会システム研究科地域社会システム専攻にて、患者さん家族の支援の研究を行っています。以下の研究は患者さん家族からお一人ずつから直接の同意は頂かずに、この掲示等によるお知らせをもって、この研究の対象となる患者さんからの同意をいただいたものとして実施させていただきます。この研究の参加取りやめを希望される場合には各テーマの公示期間内に研究責任者にご連絡下さい。お断りになられても、不利益が生じることは一切ございません。ご連絡をいただかなかった場合、ご了承頂けたものとさせていただきます。

得られた情報は匿名化していますので、個人が特定されることはございません。また、情報は電子媒体に暗号化して保存し、厳重に管理を行います。この研究で得られた情報は、他の目的で用いることはありません。研究期間が過ぎましたら、データを完全に抹消し破棄します。

本研究は〇〇〇〇病院の倫理委員会の承認を得て実施します。この調査で得られた結果は、博士論文や専門の学会で発表する予定です。

患者さん家族におかれましては、研究の趣旨をご理解頂き、研究へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。

テーマ

高齢者を看取る家族への支援の研究

研究目的

高齢者の家族が高齢者を看取る際に、患者家族（成人期の子ども）はどのように患者の病気や障害と向き合い死の受容をしていくのかまた、その過程をどのように看護師が支援してくのかを心理学的に分析を行う

研究方法

急性期病棟の看護師に対して、患者家族との関わりの中で、患者家族が死の受容を受け入れが難しかった事例に対してカンファレンス議事録を元に聞き取り調査を行う（看護師からの聞き取り調査のみでカルテの閲覧はおこないません）。

研究対象者

2018年1月～2019年12月に〇〇〇病院に入院していた患者家族の方

公示期間

2020年3月1日～2020年7月31日まで

研究期間

2019年1月から2020年1月まで

研究責任者 御手洗みどり

《連絡先》〒802-8577 北九州市小倉南区北方4丁目2番1号 北九州市立大学大学院

研究者：御手洗みどり（社会システム研究科 地域社会システム専攻博士課程）

Tel：000-0000-0000 E-mail：〇〇〇〇〇〇@doc.kitaky-u.ac.jp

研究指導者：楠 凡之（北九州市立大学教授）