

原 著

高齢者虐待における介護福祉的アプローチとその課題

——臨床カウンセリング導入の検討——

大 辻 隆 夫* 上 川 貴 子**

A Study on the Approach of Care Working with an Abused Elder Person and its Issues

—— Toward an Introduction of Clinical Counseling in Elder Abuse ——

SUMMARY

Elder abuse is one of the most serious problems in human rights as well as child abuse, and also an urgent and important problem that sometimes threatens his and her lives. In this study, we considered the approach and its issues of care working with a female abused victim (T), age 95, in a day-service center who has a senile dementia and a heart trouble. She has lived with her granddaughter's family, and suffered from physical neglect, financial exploitation, psychological or emotional neglect and abuse, and direct physical abuse by her which are based on Sengstock and Barrett's classification definition of abuse.

The results of the approach are as follows ;

1. She has gradually gained her improvement of interpersonal relationships and reduced her symptoms due to physical and emotional neglects: delusion of persecution and obsessive behavior.
2. Only the decrease of abuser (A)'s burden of nursing care with T couldn't prevent her abuse.
3. To prevent abuse is needed an individual clinical counseling with an abuser and a victim.

I 目 的

近年、わが国の介護福祉に関する社会一般の関心の高まりとともに、福祉的課題としての高齢者の人権問題が認識されつつあることは論をまたないであろう。しかしながら、それに比して本研究で課題とする高齢者虐待 (elder abuse) についてのそれは、極めて低い認識次元

にあると言わざるを得ない。田中 (1998) の指摘によると、数年前まで在宅高齢者に対する人権面が社会的に問われることは全くなかったとあってよいと述べており、公的な保健福祉サービスが不十分な状況では、家族による献身的な介護によって高齢者の福祉が支えられているとの認識が一般的で、そこに人権上の問題が存在しているとは社会も行政当局も考えていなかったというのが実情であるとしている。例えば、長寿社会開発センターが実施した「高齢者虐待の全国実態調査」(1997) 報告において、高齢者福祉に従事する専門職の多くが高齢者虐待をこの調査で初めて認識したとする回答をしている。田中 (1998) および高崎ら (1998) の指摘を待

* 京都女子大学家政学部助教 (児童教育学)
Takao Otsuji

** 大阪市家庭児童相談室 (家庭相談員)
京都女子大学大学院研修者 (平成14年度)
Takako Uekawa

つまでもなく、現在のわが国の高齢者虐待に関する事の重大さについての専門職の認識度を端的に物語るものである。改めて言うまでもなく、高齢者虐待は児童虐待 (child abuse) と同様に重大な人権問題であり、時に生命に関わる緊急を要する問題でもある。

一方、現在介護福祉サービス会社が数万社あるとする米国においては、多々良 (1994) が言うように高齢者虐待のサービスやプログラムに対する資金や技術援助等が甚だ不十分であると言わざるを得ないとしつつも、わが国のそれに比して、とくに専門職の認識やその社会制度の整備は数段上と言わざるを得ない。例えば、Fulmer (1988) が紹介した BBIH (Boston's Beth Israel Hospital) のシステムでは、すでに1988年に救急部門 (emergency unit) の看護師に対する高齢者虐待のスクリーニングとディテクションの特別訓練が義務づけられており、実践的有効性が高いシステムが機能していることを示す。

わが国では、2000年4月より介護保険制度がスタートした。例えば神奈川県横須賀市では2001年度から「高齢者虐待防止ネットワーク事業」を開始しているが、同市の健康福祉センターが連絡窓口になり、ケースごとに関係者と支援策を検討するというものである。ネットワークには主治医、在宅介護支援センター、老人福祉施設、市長寿社会課がかかわるとしており、ケア・マネジメントの一環として虐待に対応するだけでなく、専門チームを発足する動向が生まれていると聞くがその成否は今後の展開にかかっていることは勿論のことである。平成12年11月「児童虐待の防止等に関する法律」の実施に伴う児童虐待対策の流れから鑑みても、高齢者虐待に関しても高齢者虐待専門の緊密なネットワークが構築されることが望ましいのは言うまでもない。

高齢者虐待は依存度が高い高齢者に対するミストリートメント (mistreatment) に起因するという立場から、ケア・マネジメントの重要性が強調される (Decalmer, 1993, Douglass, 1995)。しかしながら、高齢者虐待の背景のひとつに、虐待者との過去からの人間関係の悪さが

挙げられており (長寿社会開発センター, 1997, 高崎ら, 1998)、介入技術として介護福祉従事者のカウンセリング技術獲得 (Pritchard, 1996, 長寿社会開発センター, 1997) が不可欠となるであろう。さらには、米国の National Center on Elder Abuse における Brandl ら (2002a) による高齢者虐待研究プロジェクトでは、shelter 設備を充実させる必要性に加えて、被虐待高齢者のピアサポートグループや被虐待高齢者と虐待者の両者に対する個人カウンセリング等のサービスをより多く創設する必要があるとしている。

本研究では Sengstock と Barrett (1993) の虐待の分類定義にあるような、中心介護者である孫の痴呆高齢者の祖母に対して身体衛生上の介護の放棄 (physical neglect)、経済的搾取 (financial exploitation)、心理的ないしは情動的ネグレクトと虐待 (psychological or emotional neglect and abuse)、さらに身体的虐待 (direct physical abuse) に及んだケースを臨床資料として提示し、デイサービスセンターにおける介護福祉的アプローチとその効果について検討することで、現在の介護福祉的アプローチにおける課題と高齢者虐待における臨床的カウンセリング導入の必要性の意義についても示唆したい。

II 事例の概要

被虐待者：T, 95歳 (デイサービス利用開始当時)、女性。心筋梗塞の既往症や貧血があり、また、記憶障害、失認識の症状および「大雨、大風が吹いている」、「実家に帰らせてもらいます」等の非現実的な妄想を伴う発言から X0年2月医師より老人性痴呆症と診断される。Tは食事や薬などの健康管理や身辺自立が出来ない状態にあり、排泄の処理が出来ないことから痴呆性老人の日常生活自立度判定基準 (1994) においてランク IIIa に属すると考えられた。孫 (虐待者：A, 49歳、女性) 夫婦と曾孫2人と同居。しかし、住居の1階部分にTが、2階部分にA家族が生活しており、Aの介護以外はほとんど行き来がなく、Tは家庭内で孤立した状態にあった。Tが2階に上がってこようとするとA

はTを追い返すなど拒否的な態度を取った。Tは動悸を訴えて入浴を拒否し、X0年10月から6ヶ月間全く入浴していなかった。加えてAは、Tが体に触れるとかなり抵抗するという理由から着衣を全く交換していなかった。またAは、家庭経済の困窮を理由にTの手持ちの現金に強い所有欲求を示し、それを拒否するTと緊張関係にあった。

III 事例の経過

本例に対する介護福祉的アプローチはデイサービスセンターが関与してからも64週間の長期に渡るため、その経過を8期に区分して以下に記述する。なお、デイサービスセンターにおけるアプローチは記述中2期〔インテーク〕から7期〔入所〕に至るまでの64週間、計59回のセッションであった(表1)。

1期：デイサービス利用以前(～X1/4/6)

Tはデイケアに通所。大声で喋り続けるなどの独語が観察され、着衣の不衛生状態もあって他の利用者からは敬遠され孤立していた。Tは「年寄りはおはだけで結構です。」と米以外は口にしなかったが、食事指導により偏食傾向が改善される。しかし、自宅ではTの入浴拒否を理由にAは6ヶ月間入浴および着衣交換を行わなかった。そのためデイケア医師よりデイサービスでの入浴を奨励される。

2期：デイサービス利用開始(X1/4/6～10/8)

Tに対して、デイサービスセンターで週1回の入浴中心の短時間プログラムが開始される。Tは身体衛生上の介護が放棄(ネグレクト)されていたため、「入浴なし」、「着衣交換をしない」、「失禁臭」、「不適切な着衣」等の身体的に不衛生な状態にあった。そのため、センターではさらにTに対して介護士による身辺自立援助とAに対するTの介護に関する指導を行う。Tは家庭場面とは違ってデイサービスセンターにおいて入浴拒否をすることはなく、介護士の入浴介助を快く受け入れた。介護士のアプローチによって、Tの身辺自立が可能となり、さらにAは洗濯や介護用品の購入使用などの間接的な身辺介護を行うようになる。また、インテーク

面接時に、Aは、Tが近隣の家に上がり込みAの悪口を言うので家に引っ張り戻してTに暴力を加えたと発言したこと〔#1〕や、Aの暴力にまつわるTの訴え〔#16〕があり、Tに対するAの身体的虐待の存在が予測された。さらにAは、インテーク面接時にTの手持ちの現金を抜き取ったり〔#1〕、ショートステイ期間前後にもTの現金を抜き取り、遊戯用の紙幣と入れ替えること〔#5〕(経済的搾取)、及び「早く死んでほしい」等、Tも同席する場面で介護士に訴える(心理的あるいは情動的虐待)などの言動が観察される。Tには独語、人間関係の孤立という問題行動がある他、一方的な会話や持ち物に対する執着(持ち物を取られるという被害念慮)と帰宅時間や帰宅方法に関する執拗な問いかけが見られる。このようなTの強迫的行動から、介護士はAないしはAの暴力に対するTの恐れを推察し、Tの訴えをさらに深く傾聴し、暖かい気持ちで受容することを心がけた。

3期：身体的機能低下(X1/10/9～11/19)

Tは体調不良により入院する。このため、1ヶ月半、デイサービスを休止する。

4期：身体的虐待の顕在化(X1/11/20～X2/1/7)

Tに歩行困難等身体機能低下が観察される。しかし、Aは送迎時にコタツから動こうとしないTを怒鳴って強制的に引っぱり出し、肩を突くなどのAの暴力行為が目撃される〔#19〕。その後、次第に身体的虐待がエスカレートする。Tに腕部表皮剥離、顔面や手足のアザ〔#22〕及び左後頭部の外傷〔#23〕を確認する。介護士及び看護師はTの外傷治療や精神的なケアを心がける。その後、再びTは体調を回復し、独語が減少する。

5期：身体的虐待の明確化(X2/1/8～3/17)

Tはショートステイ期間中より物取られ妄想から問題行動を呈し、終了直後のデイサービスでも興奮状態にあり、入浴を拒否する。金銭や持ち物が盗まれたと訴え、介護士に強い怒りを表出する〔#24〕。Aはデイサービスセンターに手紙や電話でTへの怒りを執拗に訴える〔#24〕。これを契機に、Tに対する身体的虐待〔#25、#26〕についてAに質問を行い介入する。Aは虐待の事実を認めるが、介護の負担感やTと

表1 Tの虐待に対する介護福祉的アプローチとその効果

	虐待		介護福祉的アプローチ		効果	
	Tの被虐待及び問題行動	Aの虐待及び問題行動	Tに対するアプローチ	Aに対するアプローチ	Tの問題及び行動の改善	Aの問題及び行動の改善
1期	a. テイケア通所、診療所受診 b. 独語及び人間関係の孤立 c. 身体的不衛生 d. 偏食傾向	a. 身体的介護の放棄	a. 食事指導 (テイケア)	a. 医師よりデイサービスの入浴奨励	a. 偏食傾向改善	a. デイサービス利用申請
2期	a. 身辺自立が出来ない状態 b. 独語及び人間関係の孤立 c. 被害念慮からの執拗な訴え	a. 身体的介護放棄 b. 経済的搾取 c. 心理的虐待	a. 週1回入浴中心の短時間プログラム b. 受容と傾聴による対応 c. 経済的搾取の問題意識薄く介入なし	a. 介護指導(痴呆指導、介護方法指導) b. 経済的搾取の問題意識薄く介入なし c. 不満や介護負担感を傾聴	a. 身体の不衛生状態改善 b. 身辺自立	a. 間接的介護が可能となる b. 介護用紙おむつの使用 c. 自宅でも着衣交換を行う
3期	a. 体調不良のため入院		a. 入院先病院を訪問			
4期	a. 歩行困難等、身体機能低下 b. 腕部表皮剥離、顔面や手足のアザ c. 外傷、虐待の訴え d. 独語・対人関係の孤立 e. 被害念慮からの執拗な訴え	a. 送迎時に暴力行為、次第に身体的虐待がエスカレート	a. 週1回入浴中心短時間プログラム再開 b. 外傷治療 c. 外傷や虐待の訴えを共感的に傾聴 d. 傾聴と現実的対応	a. 送迎時のTへの対応を介護士が行う b. 文書による外傷の経過確認	a. 体調快復 b. 外傷治癒 c. 独語減少	
5期	a. ショートステイ中より、物取られ妄想による問題行動を示し、一時的に興奮状態が続く b. 入浴拒否、対人関係の孤立 c. 被害念慮からの執拗な訴え	a. Tへの怒りを執拗に訴える b. 虐待に対する問題意識の欠如 c. 身体的虐待	a. Tの激怒と被害妄想を根気よく傾聴 b. ホテルでの食事会 c. 傾聴と現実的対応に徹する	a. 傾聴と介護指導 b. 虐待への質問による介入 c. Tの介護援助拡大による介護負担軽減措置(週2回利用奨励)	a. 興奮状態の緩和 b. 入浴拒否の改善 c. 一方的な会話が減少 d. 友人関係の構築	a. Tに対する自らの虐待を認める b. Tに対する介護負担感を訴える c. Tとの関係の悪さを訴える
6期	a. 身体的虐待及び外傷消失		a. 入浴中心の短時間プログラムに加え、レクリエーションを含む正規プログラムを実施、週2回利用		a. Tはレクリエーション活動を楽しみ友人関係が発展 b. 集団への適応	a. 身体的虐待の改善
7期	a. ショートステイ利用後、身体的虐待が再発・悪化	a. (Tに帯揚げや腹帯を購入し、関係改善の意欲を見せるが)Tの反応がなく、逆に身体的虐待が深刻化	a. 虐待の程度が深刻化を受け、これ以上の在宅介護は困難と判断し早急な入所を働きかける	a. Aの自己申請により、身体的虐待の再発を確認 b. Aの悩みを傾聴	a. 特別養護老人ホーム入所決定	a. Tに帯揚げや腹帯を購入し、関係改善の意欲を見せる(が、Tの反応がなく、かえって身体的虐待が深刻化)
8期	a. 特別養護老人ホーム入所 b. 入所当初は混乱し、帰りのバスはいつかと訴え徘徊 c. 被害妄想 d. 入浴拒否		a. デイサービス利用中止		a. 入所から3ヶ月後時折入浴拒否や被害妄想が出現するものの、入所者に適応し入所生活を受け入れる	

関係を持ってないと訴える。これを受けて、介護士はデイサービス週2回の利用を奨励し、Aの介護負担軽減を図る。Tの問題行動が緩和し、Tに友人関係ができる。

6期：週2回利用の開始（X2/3/18～6/2）

Tに、入浴中心の短時間プログラムに加えて、レクリエーションを含む正規プログラムを実施する。身体的虐待及び外傷が消失。Tはレクリエーション活動を楽しみ、さらに友人関係が進展する。

7期：身体的虐待の再発・悪化（X2/6/3～7/2）

Tのショートステイ利用後に、Aから介護士に対して、Tへの身体的虐待を行っていた事実について自発的な告白がなされたが、このことにより介護士は虐待者本人からTへの虐待が再発していることを確認する。AはTの痴呆症状を受け入れられないと強く訴える〔#51〕。その後Aは、Tに帯揚げや腹帯を購入し〔#51、#52〕、関係改善の努力を見せるが、Tの反応なく、却ってAの身体的虐待が深刻化する。Tに頭部裂傷、右腕部表皮剥離、右足首の内出血が認められる〔#53〕。Aはこれらの外傷を自らの暴力によるものと認めるが、Aが作った食事を食べようとしなかったためカッと成り茶碗でTを殴ったと述べる。介護士はこれ以上の在宅介護は困難と判断し、早急な入所を働きかける。

8期：特別養護老人ホーム入所（X2/7/3～）

Tは特別養護老人ホームに入所した当初は混乱し、被害妄想や帰りのバスはいつ来るのかと訴えて徘徊する。3ヶ月後、時折入浴拒否や被害妄想が出現するが入所者と適応し、入所生活を受け入れる。その後、Tは特別養護老人ホームで健康に毎日を過ごし、他の入所者とコミュニケーションも良好となる。Tの入所後、Aは一度も面会に来ておらず、いかにTに対して介護負担と拒否感を感じていたかが容易に伺い知れる。

IV 考 察

本研究では95歳の被虐待高齢者Tに対する①介護福祉的アプローチとその効果について、虐待の改善という視点から、また②現在の介護福

祉的アプローチの課題と高齢者虐待における臨牀的カウンセリング導入の必要性という視点から考察するものである。

1. 介護福祉的アプローチによる効果

a. 身体的ネグレクトの改善による効果

Tの所有する最も現実的で緊急に対処すべき問題は、T自身が老人性痴呆症のために身辺管理ができないことと、Tに対するAの身体的介護放棄状態（ネグレクト）であった。これを解決すべく、デイサービスでは、Tの身体の不衛生状態改善のために、Tに対して入浴中心の短時間プログラムを実施して直接的な身辺自立援助を行ったが、あわせてAには老人性痴呆症に関する情報提供や着衣交換方法などの介護に関する指導を行った。デイサービスにおいては入浴拒否をすることなく、入浴介助等の援助を快く受け入れたことから、身体接触の拒否はAの虐待や搾取に対するTの防御行動であったことが理解できる。すなわちデイサービスにおけるTの入浴指導やAの介護指導が効を奏し、T自身の身辺自立、Aの身辺介護が可能となる。

他の利用者から語られたTに対する印象は第1期から2期の初期にかけては身体的ネグレクトに起因する不衛生な状態や季節に不適當な衣服、また、一方的な会話や被害念慮に起因する執拗な問いかけから「身なりがひどい状態で、大きな声でひとりでしゃべって浮いている」と異常視され集団から浮いた存在であり、コミュニケーションの対象は介護士が中心であった。しかし、Tは身体的ネグレクトが改善するにつれて、問題行動や症状が軽減され、その結果、家庭やデイサービスにおいて孤立していたTが、積極的に友人関係を築くことが出来るようになった。つまり、Tは現実的問題を抱えることで、自己実現が阻害されている状態であった。身体的ネグレクトが改善されたことにより、Tの本来の個性が発揮され、対人関係においても良好な関係を持つことが可能となったと考えられる。また、TにはAからの心理的あるいは情動的ネグレクトがあり、家庭内でTはA以外の家族成員との交流は全くなく家族から孤立していたが、さらにそれが身体的虐待と結びついて

おり、近隣の家にTが上がり込むと、Aは強制的に連れ戻し、罰として暴力を加えられていた。Herman (1992) は心的外傷の中核を無力化 (disempowerment) と他者からの離断 (disconnection) としているが、Tは家族成員からも近隣の人間関係からも離断されており、孤立した中で虐待の脅威にさらされていた。デイサービスの利用はTの離断を緩和し、入浴介助は身体的虐待の発見の契機となるであろう。したがってデイサービスの利用は被虐待高齢者の安全を確保する効果があると思われる。

b. 介護負担軽減の効果

Aは痴呆症状を呈するTに対する拒否感と介護負担をたびたび訴えていた。また、老人性痴呆症に対する知識や理解も乏しく、AはTが思い通りに動かない場面で身体的虐待を行う傾向にあったが、自らの虐待行為に対する問題意識が欠如していた。Tは3期に体調不良のため入院するが、介護士はTの心理的ケアを考慮して入院先を訪問する。退院後、センターへの送迎時に暴力を振るうなどAの身体的虐待が顕在化し、入院前よりもエスカレートする。事態は極めて深刻で継続的なものとなる。例えば、右腕部表皮剥離やアザなど〔#22〕の外傷が治癒しないうちに、左後頭部の外傷を負わせる。それは耳垂れが生じるほど凄惨なものであった〔#23〕。5期に入ってTの問題行動に動揺したAが、Tに対する怒りを執拗にデイサービスセンターに電話で訴えてきたこと〔#24〕を契機に、Aに質問を行い、虐待を明確化した。初めAは一連のTの外傷に対して黙して語らなかったが、話し合う内に心がほぐれてTに対する身体的虐待を認め、その内容の詳細を述べる。Aは介護士にTに対する介護負担と関係性の悪さを訴える。それに対して、センターではAの介護負担を最小限にし、Tとの摩擦を少なくすることで身体的虐待を防止する試みをおこなう。その結果、一時的にTに対する身体的虐待は改善される。ショートステイなどの介護休止期間後に再び暴力を振るい始める。Aはこのことをその後介護士に自発的に告白する〔#51〕が、結局、TがAの食事介護を拒否したという理由でAは茶

碗でTの頭を殴りつけるという深刻な虐待が発生する〔#53〕。つまり、痴呆症に関する情報を提供し、介護方法の指導を行い、介護負担の軽減を行っても、虐待は一向に消失せずむしろエスカレートするなど解決には至らなかったのである。

今回のように荒木（注：日本精神衛生学会第15回大会発表における座長発言）によれば、虐待防止のために介入したが、直接介入して却って虐待を悪化させた事例も現場では少なくなく、虐待者への現実的直接的働きかけには慎重な考慮が必要である。すなわち被虐待者と虐待者の両者の話を聞きながら、そこに介護負担を軽減するような方法、つまり虐待者へのねぎらいから入って虐待者の介護負担を軽減するための具体的な選択肢を提示していく形のほうが虐待は少なくなる傾向にあると助言する。しかし、さらに荒木も言うように、事例のAのように、虐待の波が見られるような場合、単純に介護負担を軽減するのみでは解決しきれない。例えば、A自身の虐待の背景、つまり、虐待動機にまで迫るようなアプローチが必要であろう。このことは虐待における、現実的な問題解決のための対応にとどまらず、個別的な臨床的カウンセリング等の虐待者の心のヒタに迫り、虐待の真の動機を見出すような心理療法的アプローチが必要であることを示唆するものであろう。

2. 介護福祉的アプローチにおける課題と臨床的カウンセリングの導入の必要性

a. 被虐待高齢者へのカウンセリング

Cantlay (1996) は、児童虐待において、被虐待児が行動化 (acting out) を行った場合、それが彼らが受けた虐待によって喚起される恐れや怒りに起因する行動だと理解されずに、いまだ反社会的な子どもとしか判断されないと指摘しているが、高齢者虐待においても同様のことがいえる。

Tは家庭生活における孤立と同様に、独語や被害念慮から生じる執拗な問いかけなどの問題行動のために当初デイサービスセンターにおいても不適応の状態にあり、他の利用者から孤立していた。

Tの精神的混乱は老人性痴呆症を起因とする非認知機能障害 (BPSD) である (APA, 1997)。しかし, Pritchard (1996)は虐待反応行動として精神的な混乱, 怒り, 攻撃行動, 暴言などを指摘している。このことからTの精神的混乱を厳密に解釈するならば, Tの非認知機能障害は, 単に老人性痴呆症の二次的障害として生じているだけではなく, 虐待に関連した行動化, つまり自己防衛行動によるものと理解する方が妥当と言えよう。心内葛藤や怒りなどの感情は, 老人性痴呆症により自我機能が脆弱な状態にあるがゆえに容易に行動化され, 増幅される。痴呆老人にロールシャッハ・テストを試みた眞砂 (1988) の研究では, 痴呆老人はなおも内的資質が保たれ, 自分中心に対象をとらえようとする態度を持ち, 刺激に反応するだけの感受性を持っているという結果が得られている。しかし認知障害が著しく外界に対応する能力が低下しているため, 痴呆老人は感情を刺激される場面では混乱が生じやすい(眞砂, 1988)。つまり, デイサービスでのTの一方向的で執拗な訴えは, 所以のない被害妄想ではなく, 経済的搾取にまつわるAとの緊張関係に端を発する被害念慮であり, 転移反応 (transference reaction) であった。また, 前述したように, ショートステイ中より生じた一時的な興奮状態, つまり物盗られ妄想, 激怒, 及び徘徊は, TのAの虐待に対する怒りが転移反応として表現されたものであると言えよう。それに対して介護士は現実場面も示しつつ, Tの怒りや不安を根気よく共感的に傾聴することで受容することを心がけた。Tは自己実現の阻害的要因である身体的ネグレクトが解決することに加えて, 介護士とのラポートないしは心理的治療関係の確立により, 心理的あるいは情動的ネグレクトが改善し, Tのコミュニケーションの対象が介護士のみから友人関係の構築へと発展した。心的外傷の回復の基礎として, Herman (1992)はエンパワメントと他者との新しい結びつきであると述べているが, Tの友人関係の構築は被虐待トラウマを回復へと導くものである。心理的あるいは情動的ネグレクトが改善した結果として, 問題行動である被害念慮や執拗な訴えが減少したもの

と思われる。この点で, 傾聴や共感を基盤としたカウンセリングの視点を用いた心理的アプローチが功を奏したものといえよう。

b. 虐待者へのカウンセリング

一方, Aは痴呆症に関する知識不足による介護困難や介護負担によるストレスを有していた。さらにTに対する拒否的対応や経済的搾取に端を発したTとの緊張関係から関係が悪く, Tに対する拒否感をさらに強くし, その怒りを介護士にたびたび訴えていた。デイサービスセンターでは, Aに対して介護指導を行いながら, Tへの援助拡大によりAの介護負担や摩擦を最小限に減少させた。また, Aに対して身体的虐待への問題意識の欠如に対する介入, 及びTへの怒りに対する傾聴という形でアプローチを行ってきた。その結果, 身体的ネグレクトは改善され, また身体的虐待も一時的に改善が見られたものの結局は再発した。そこには拒否感や怒りがあるにしても, 通常介護者が拒否感情を抑えることなく実際に虐待に持ち込む場合は少ない。しかし, さらに7期におけるTへの虐待の再発は, AのTに対する拒否感を虐待という行動化によって介護士へと伝えるものであった。これは, 結果的にTの特別養護老人ホームへの入所を早めるものであったとはいえ, AのTに対する根深い恨みとも言える報復感情の存在を十分に推察させるものである。このような虐待にまつわる問題意識をAに喚起し, その解決へと向しめるには, ある程度の構造化された治療的面接場面が必要となるであろう。

また, Aは経済的な困窮を訴えており (#1), Tが5期のショートステイ中に精神的不安定状態に陥り, 問題行動を呈した時に, Tに対する不満を綴った次のような手紙(原文のまま)を書いていた (#24)。

おばあちゃんはニセ物, コピーしたお金でももっとかな, きがすまない人です。
 もっとかな, あんしんできない人です。
 気がつよい, 気がきつい人です。
 なんでも私がとったて言って
 2階にあがってきてこまっています。

この手紙からAのパーソナリティの病理に対するいくつかの推察が可能と思えるが、少なくとも、A自身の金銭への執着をTに投影して、その憎悪や自己軽蔑をTに外在化していることが理解できる。つまり、A自身に都合のよい解釈を行い介護士に弁解している手紙と言えよう。なぜなら、現実のTは、手元にある数万円の現金を無駄遣いせずに保持していたに過ぎないからである。Aは、その現金でさえも自己の支配下におこうとし、それを拒否するTに対してあまりにも過剰な憎悪を向けたものと解釈できよう。この時点で介護士は、Aは両親を亡くした後、Tの養女となり、現在ではTの経営していた商店の後継者となっているとの情報を得たが、その詳細は依然不明のままである。

Brandlら(2002b)は、アダルトチルドレン特有の依存性(adult child's dependence)が虐待原因の赤信号であるとして、依存と虐待との関連性を指摘しているが、経済的な依存を焦点化する質問は、他の虐待が形成されているか否かを認識する手がかりとして有用であるとしている。つまり、AのTに対する虐待の背景には、Tに対する依存欲求と過去からの関係性が反映されていると容易に推察されるが、虐待動機の解明については、介護福祉的アプローチにおけるAの陳述だけでは不十分であると言わざるを得ない。すでに指摘したように、ここに介護福祉領域における虐待動機にせまる構造化された臨床的カウンセリングアプローチの必要性があると言えよう。

V 結 論

したがって、高齢者虐待事例において介護士が適切な介入援助を行うには、

- ①被虐待者のトラウマに関する理解、
- ②虐待の解決に資する多層的で力動的な心理学的な動機の理解(現実的な問題に対する援助、背後にある虐待動機の検討、転移抵抗の分析)、
- ③介護士との間に生じる転移・逆転移の理解を目標とした心理学的視点の獲得が必要である。さらには

④被虐待者のトラウマの回復、つまり新しい人間関係の獲得と再適応への援助、

⑤虐待者への介入援助のための、介護士におけるカウンセリング技術の獲得が必要である。

なお、筆者らは臨床心理士のみならず、教員、栄養士、保健士、弁護士等の専門職を対象にカウンセリングの訓練法であるイヌバラ法を用いてカウンセリング研修講座を行っているが(大辻, 1993, 2000)、介護士においても実践的な技法研修によるカウンセリング技術の獲得が早急に望まれる。さらに在宅介護において虐待を再発の防止も含めて解決するためには、被虐待者と虐待者の両者に対する臨床的カウンセリングアプローチが必要であろう。

文 献

- American Psychiatric Association (1997) Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementias of Late Life. APA, Washington D.C. 日本精神神経学会誌(1999)アルツハイマー病と老年期の痴呆. 医学書院
- Brandl, B., Cook-Daniels, L. (2002a) Domestic Abuse In Later Life—Services and Interventions—. National Center on Elder Abuse, Available at <http://www.elderabusecenter.org/research/review/services.pdf>
- Brandl, B., Cook-Daniels, L. (2002b) Domestic Abuse In Later Life—Abusers—. National Center on Elder Abuse, Available at <http://www.elderabusecenter.org/research/review/risks.pdf>
- Cantlay, L. (1996) Detecting Child Abuse: Recognizing Children at Risk through Drawings. Santa Barbara, CA, Holly Press
- Decalmer, P., Glendenning, F. (1993) Mistreatment of Elderly People. Sage Publications, London
- Douglass, R. L. (1995) Domestic Mistreatment of the Elderly—Towards Prevention—. AARP 大塩まゆみ(1997)文献紹介. ソーシャルワーク研究23(1): 85-86
- Fulmer, T. (1988) Elder Abuse., Abuse and Victimization across the Life Span edited by Matha B. Straus. The Johns hoplins University Press, Baltimore and London: 188-199
- Harman, J. L. (1992) Trauma and Recovery a revised edition. Basic Book New York 中井久夫訳(1999)心的外傷と回復 増補版. みすず書房
- 厚生省老人保健福祉局(1994)痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の手引き. 新企画出版社

- 眞砂美紀 (1988) ロールシャッハ・テストから見た痴呆老人の人格特性. 心理臨床学研究 6 号 1 巻
- 大辻隆夫 (1993) ロール・プレイングによるカウンセラーの基礎訓練—訓練法としてのイヌバラ法の紹介の試み—. 児童学研究第23号
- 大辻隆夫 (2000) イヌバラ法の訓練指標. 児童学研究第30号
- 大辻隆夫, 上川貴子 (1999) 被虐待高齢者に対する介護福祉的アプローチとその効果. 日本精神衛生学会第15回大会, 都立保健科学大学, 東京
- Pritchard, J. (1996) Working with Elder Abuse A Training Manual for Home Care, Residential and Day Care Staff Jessica Kingsley Publishers, London
- Sengstock, M C., Barrett, S A. (1993) Abuse and Neglect of Elderly in Family Settings Survivors of Family Violence edited by Jacquelyn Campbell Janice Humphreys Mosby-Yearbook . 173-207
- 高崎絹子, 谷口好美, 佐々木明子ら (1998) “老人虐待”の予防と支援. 日本看護協会出版会
- 多々良紀夫 (1994) 老人虐待 アメリカは老人の虐待にどう取り組んでいるか. 筒井書房
- 田中荘司 (1998) 高齢者の虐待とその対応. 野田愛子, 升田純編 高齢者社会と自治体—新たな成年後見人システムの模索と構築—. 日本加除出版 119-129
- 田端光美, 杉岡直人監訳 (1998) 高齢者虐待発見・予防のために. ミネルヴァ書房
- 長寿社会開発センター (1997) 高齢者虐待の全国実態調査—主として保健・福祉機関調査より—. 長寿社会開発センター