



実践報告 (Practical Report)

## 整形外科分野に於ける「自虐的世話役」に対する 援助とその問題点

本 間 毅

(猫山宮尾病院 リハビリテーション科)

The human services to “masochistic caretaker”  
and the problem, in orthopedic field

HONMA Takeshi

(Nekoyama Miyao Hosp. the Depart. of Rehabilitation)

**Key Words** : Masochistic caretaker, Nursing, Discharge support

In this current age when it is not out of the ordinary for the elderly and sick people to become the caregivers, self-sacrifice, which in the past was considered a fine and exemplary way of life, could trigger huge problems that involve those around one. Mrs. X, in the 10th year following the total knee arthroplasty surgery, fractured her femoral bone on the same side as her replaced knee while caring for her family. Following the surgery for the fracture, though she engaged in drug treatment and environmental enhancement to reduce risk of re-fracture, her injury ended up taking away her reason for living, which was caring for her family. Mrs. Y, who was starting to experience a physical and mental breakdown induced from caring for her parents, utilized a short-stay service for her father and respite care through short-term hospitalization for her mother, but the situation did not change for the better. The rigors of continuous caregiving produce a unique mental mechanism within the caregiver. Mr. Z continued both work and nursing for a long time without rest until attending both his spouse and child who had the same disease at their deathbeds, but did not wish to receive treatment when he himself suffered from vertebral fracture. The concept of “masochistic caretaker” was useful in understanding the behavioral patterns and problems of the above three people. We will present and further examine the discharge support that we conducted for the masochistic caretakers, which involved observing the reaction of the other party to determine how much confidence we place on the caregiver.

高齢者や有病者が介護する側にまわることが珍しくない現代では、かつては立派で模範的な生き方と考えられてきた自己犠牲は、周囲を巻き込む重大な問題の原因になりかねない。Xさんは、人工膝関節置換手術後10年目に家族の介護中、同側大腿骨を骨折した。骨折の手術後、再骨折リスクを減らす薬物療法や環境整備などの取り組みを行なったが、家族の介護という生き甲斐をXさんから奪う結果になった。Yさんは、両親の介護により心身の破綻を来し始めていたため、父親のショートステイと母親の短期入院でレスパイトケアを行なったが状況は好転しなかった。繰り返される介護の大変さは当事者に独特の心理機制をもたらす。Zさんは、配偶者と子を同じ疾病で看取るまで長期間不休で介護と仕事を続けたが、自身が脊椎骨折の患者になったときには治療を望まなかった。「自虐的世話役」という概念は、これら三者の行動様式と問題点を理解するうえで有用であった。相手の対応を見て治療者をどれくらい信頼するか判断する自虐的世話役に対し、我々が行なった退院支援を提示し考察を加える。

キーワード：自虐的世話役，介護，退院支援

## I. はじめに

精神科医の北山 (2010) は、民話「夕鶴」の女性主人公のように自らを傷つけてまで、他者の利益を優先するパーソナリティーを自虐的世話役 (masochistic caretaker) と呼んだ。

「夕鶴」にはいくつかのパターンがあるが代表的なものを紹介する。

『毘にかかった鶴を逃がした男のもとに、ある日美しい人間の女に身を変えた鶴が嫁入りする。女が織る布はたいそう素晴らしく、夫婦は裕福になった。しかし女がはたを織っている部屋の扉を決して開けてはならないという禁を破り男が見たのは、羽が抜け落ち、傷ついて血だらけになった鶴の姿だった。鶴は世話になった礼を述べ、男の家を去った。』

怪我をしても弱音を吐かず奮闘するアスリートに対して、心配するより先に賞賛を送る我々日本人にとって、自虐的世話役の生き方は崇高でさえある。「人の面倒をよく見るが、自分の面倒を見ないので適切に休めないことが自虐的世話役の特徴で、人の面倒を見ることができないと、抑うつや罪悪感さえも憶えてしまう生き方の美学が伴い、成熟した世界観として‘はかなさ’や‘もののあわれ’の体得があるために、適応し完成したケースではこの人生物語の反復を変更できない。この生き方は理想化され、自らの傷つきや醜さは恥の不安の中に隠され、この傾向がすすむと快感や満足を伴い、なかなか取り扱いきれない。傷つき易い愛の対象との自己愛的な同一化が自虐的世話役成立の要因と考えられる。」(北山 2010, 2012) 破壊的欲動として本来外部に向かうはずだった死の欲動の一部が、自己自身に向かうフロイトの「道徳的マゾヒズム」(川谷 2008) や、日本社会に特有な適応形式で相手との一体感を重んじる、小此木 (1991) の「日本的マゾヒズム」と類似する点もあるが、自虐的世話役では世話役としての大変さを周囲への配慮から「恥の意識」に隠してしまう傾向が目立つ。

## II. 研究の目的と方法

当院は JR 新潟駅の南 5km に位置し、3名の整形

外科医と1名の内科医、そしてリハビリテーション医である私と約120名のコメディカル達が運営する66床の整形外科単科病院である。病床は全て急性期、年間の入院患者1100名の大半が高齢者で、手術を受ける変形性膝関節症・股関節症が36.1%と最も多く、次いで大腿骨近位部・脊椎・手関節などの骨脆弱性骨折が25.6%にのぼる。

身体医学である整形外科の臨床や退院支援の場面で、他者の世話を焼き過ぎて患者になる人や、介護に関わる問題から抜け出せなくなる家族を目にすることがある。人はなぜそこまで他者の世話をしてしまうのか、あるいはそれに気づいた時に周囲はどう対処すべきなのだろう。倫理的な観点から個人情報を変更した3症例を提示し、整形外科分野に於ける「自虐的世話役」に関わる問題点について、若干の考察を加え検討する。提示した症例には、しかるべき場所で学術論文という形で公表を行なう事に対し口頭で同意を頂き、論文を作成する前に院内の倫理委員会の承認を得ている。しかし主治医として日常的にコーディネートしている担当者会議やインフォームド・コンセントの場で、患者・家族以外のケアマネ、訪問看護師、時には診療情報の返事という形をとり、かかりつけ医から私達が当院で行なった退院支援について予想外のご指導や批判を頂くことがある。論文作成のプロセスで、症例の生活背景や病棟で交わされた会話に思いを馳せるとき、症例への遠慮と、本当は誰のために論述しているのか、という自分自身の葛藤も生じる。同意の範囲を何処まで広げるのか、どうせ専門的な内容なのだから‘素人’である患者さんに完全な説明と同意を期待することは不可能だと執筆内容は筆者の思うに任せてよいのか、自分には症例とご家族だけでなく、将来、患者さんや介護者になる方達の幸福をも視野に入れて論文を作成することができるのかというジレンマを感じる。

## III. 症例の経過と考察

### 1) Xさん 80代 女性

Xさんは約10年前に変形性膝関節症の治療のため人工膝関節手術を受け、夫と二人で生活していた。

障害のある娘さんが施設から年末・年始定例の外泊をした際、娘さんの体を引き上げようとして人工膝関節の直上で大腿骨を骨折し当院へ搬送された。骨接合手術とリハビリを受け、Xさんは3ヶ月後に施設へ入所した。私は先行研究（本間・涌井・塚田2014）で、膝の加齢変化である変形性膝関節症に対して人工膝関節手術を受ける患者には、医師が患者満足度やQOL評価を行う際に注目する「趣味やスポーツなど、社会生活への復帰」とともに、手術を独居の継続や家族の介護など超高齢化社会に特有な逆境への打開策と考えるものが存在すると報告した。家庭の主婦と介護者の役割を続けるために人工膝関節手術を受けたXさんの、医療者側の術後評価は約10年間満点であった。外来ではXさん自身も澁刺としているように見え、「何不自由なく生活している」と述べていたが、入院して複数の抗うつ薬と睡眠導入剤を服用していることが判明した。整形外科疾患の患者満足度やQOL評価では、治療前後で気分が改善するとプラスに、落ち込むと加算なしやマイナスにカウントされることが多いが、自分が直面する問題に正面から取り組もうとする時に気分が高揚する人は少ないだろう。医療者側には、患者が良くなったことを確かめたいという期待や先入観も加わる。入院後、日中も朦朧として食事を取らない日が続いたため、処方薬を徐々に減らし覚醒状態は改善した。本人は一貫して否定していたが、老・老家庭の生活と、Xさんの生き甲斐である娘さんへの介護の負担は限界を超え、図らずも介護のさなかに大腿骨を骨折した。恥を畏れて隠し続けた生活と介護の大変さ、「見るなの禁」（河合2011）が露呈した時から、Xさんは自ら語ることを止め、外来での私との会話では、質問に答えるのは家族だけになった。「見るなの禁」に対し「見て見ないふり」をするのは、可能な範囲で専門的な観察を続け、新たな局面には対応の仕方を再検討するという前提が必要になるだろう。Xさんの退院前のサービス担当者会議で、私は骨癒合の促進と新たな骨折の予防を目的に副甲状腺ホルモン注射剤の使用と、バリアフリー改修が困難な自宅には退院せず介護施設へ入所することを提案した。Xさんの夫には独居を強いることになるので他の家族に協力を仰ぎ、娘さんの外泊体制

を見直すよう障害者施設にも依頼した。このことを、私は「最新のエビデンスに基づく徹底した二次骨折予防」などと自己肯定する気はない。1年半で骨折は癒合し、歩行能力は受傷前に近い状態まで改善したが、Xさんは自分の手で娘さんを介護するという生き甲斐をなくし、認知機能が低下して無気力状態に陥った。気丈だったご主人は、すっかり気弱になり、今後の生活様式を見直す必要が生じた。Xさんのように、骨折を契機とした生命の危機が予想される場合には、医療者には思い切った父性的な対応が求められることがあるが、患者の生き甲斐や生活信条が尊重できるような母性的環境を維持することも重要である。

## 2) Yさん 50代 女性

Yさんは慢性的な肩こり・腰痛・膝痛・倦怠感を主訴に当科を受診した女性である。医療と介護職に就いている方が主体になり、Yさん一家は数年前から、認知症のある要介護状態の両親を昼夜交替しながら介護していた。介護による疲れが症状を増強していると考え、お父さんをショートステイ、お母さんには運動器不安定症の精査と治療を目的に当院へ2週間入院してもらい、Yさんと家族のレスパイトケアを試みた。

適切な医療や介護サービスを受けていても、患者の体調や周囲の環境は刻々と変化し、介護の負担は増えることはあっても減ることはない。両親の介護を続けるYさん達は、体調を崩し医療機関を何度か受診していたが、医師に理由を尋ねられても「家庭の事情」と考え、両親の介護については伏せていたようだ。しかし認知機能が低下していても、介護をしてくれる家族が疲弊してくるのを目の当たりにすれば、患者とて安穏としてはいられず、さらなる家族の葛藤がうまれることは十分に考えられる。家族による手厚い介護を受けている患者から「もう十分に生かしてもらったので、早くお迎えに来て欲しい」と言う言葉を聞くことは決して珍しいことではない。私が、入院すればお母さんには普段できない医学検査もできるわけだから、入院させることに対し後ろめたい気持ちを持つ必要はないと言った時、Yさんは戸惑いの表情を見せ、即答を避けた。お母さ

んの入院中に、維持期スタッフとYさん家族が行なった介護プランの話し合いは、検査結果に合わせて介護サービスの見直しを行なう、という至極当たり前の結論に至った。Yさん達は仕事を通じケアマネとは顔見知りで、当院へお母さんが入院する前から定期的なショートステイの利用を提案されていたそうだ。「死んだほうがまし」と思うほど介護の大変さを実感しているのなら、Yさんは自分達の病理を理解しているはずなのに何をいまさら、と思うのは医療者の理屈なのだろう。

介護をする側と受ける側に生じるころの変化は、繰り返される心身の外傷に起因するものとして理解できないだろうか。中井(2011)は、「PTSDのような外傷による記憶は、薄らいで修正されることなく、時には強化されながら繰り返されるので、自己を防衛するためには解離と言う心理機制を選択せざるを得ないことがある」と述べている。Yさん達は、当院と施設に毎日のように両親を見舞いながら、「せっかく介護を休めるのに、どう休んでいいのか分からない」と言っていた。修正されることなく時には強化される(中井 同上)つらい記憶は、介護の現場で語られる、介護放棄や虐待をしてしまいそうな気分を駆り立てるのかもしれない。しかし、そう思うことや言葉にすることは周囲に恥ずかしいことである、という意識にその気分は隠蔽されてしまうのであろう。Yさん一家の行動様式は慢性化して、自分達の介護を客観的に観察する機会を得ても、まさにPTSDのように修正できないほど構造化し(カーディナー 2004)、レスパイトケアは軌道に乗らなかった。2週間後、家族が指先に怪我をしたので、しばらく母を預かって欲しいとYさんから連絡があったが、お母さんの体調に変化が無いのであれば、まずはケアマネに相談し、ショートステイで対応してもらったほうが良いと返答すると、以降の連絡は途絶えた。ようやく自分達の大変さを理解する医療者が現れたという安堵の気持ちと、ならばどこまで無理を聞いてもらえるのか確認したいという期待が相半ばする状況だったのかも知れない。

### 3) Zさん 80代 男性

Zさんは奥さんを乳癌で、お子さんを神経難病と

乳癌で看取るまでの30年間、働きながら介護を続けた。一般論に還元するにはあまりにも特殊な背景であるが、Zさんは「独り生き残った自分が恥ずかしい」と思う気持ちを抱えながら、昼間から酒でも飲まなければ過ごすことができず、その後1年以上、訪れるヘルパーやケアマネを門前払いにして自宅に引きこもり通所サービスも拒否していた。お子さんがご存命のころから3年以上、不定期に腰痛を訴え当院の外来を受診していたが、病院スタッフはZさんの生活背景を知ることができなかった。たまたま救急外来の当番だった私に、担当のケアマネが教えてくれたのが上記の情報である。強い腰痛を訴え救急車を自分で要請して来院したが、痛みの原因と思われる偽関節化(注:骨折の癒合の進行が停止して、待っていても癒合が得られない状態)(松下 2000)した脊椎圧迫骨折の治療や、念のためにと提案した内部臓器の精査を希望せず、家族の月命日などを理由に数日で自己退院し、また入退院することを1ヶ月繰り返した。整形外科的には骨形成を促進する薬物療法を行ないながら、3ヶ月以上硬性コルセットを装着するか、全身麻酔で4~5時間かかる手術が推奨されるが、いずれにしても患者自身の同意と、周囲の努力に近い協力が必須になる。それが難しければ、せめてオピオイドなど強めの鎮痛剤の使用を提案したいところであるが、痛み止めの効果があがるほど病状を進行させ、さらに痛み行動を強化してしまう可能性がある。死を望みながらも、ぎりぎりの瀬戸際で生き続けることを余儀無くされたZさんには、その矜持を保てる生活の場を模索する方が医療に優先すると私は判断した。前述のXさんとYさんの場合、周囲に対する恥の意識が自虐的な思考と行動を増強していたが、Zさんに関しては、「おめおめと生き残ってしまったが、これからは誰の世話にもならず迷惑もかけたくない」という言葉からも、恥の意識は自死に至る激しい破壊欲動に対する最後の砦になっていた可能性がある。私は伊藤論文(1991)を引用し、「高齢者が一生をかけて歩んできた人生の結果として存在する死生観は、その人の生活史を抜きにして理解できない」とする川島(2011)の見解に共感を憶える。患者が自らの意思で、治療を受けずに生きる権利を擁護するという選択は、十

分な情報提供と同意があれば生命倫理的にも許容できるだろう（鈴木 2014）。担当のケアマネは、Zさんの気持ちや周囲との関係性を重視していたが、もう少し医療的なアセスメントに基づく対応にウエイトを置いてはどうかとベテランの看護師である保健師に助言される場面があった。当院の診療機能の限界をZさんに示し、ケアマネへのさらなる協力と医者嫌いなZさんの内科かかりつけ医をさがすことを保健師に依頼、いつでも入院できるわけではないが必要な場合は治療の再開は可能であると伝え、私は4年間にわたる当院での整形外科治療を中止した。

#### IV. 総合考察

「病的な範疇（パーソナリティー障害、抑うつ状態、軽い性格神経症など）に入る方から普通のお母さんまで、さまざまな人が自虐的世話役という表現形をとる」と北山（2010）は述べている。整形外科疾患を有する患者、介護をする家族、自分の役割を全うするほど自己と他者からの評価が高まるため、時には医療者や介護職も自虐的世話役になる。骨折や入院をきっかけに明らかになるはずだった「自虐的な世話役劇」も、受け手側にその物語を読み取る力量（Charon 2012）が不足していると見過ごされ、単に「困った人」や「共依存関係」として切り捨てられてしまうことさえある。対人援助が、人に対する援助から解離してゆく理由はさまざまであるが、いま目の前にいる人が自分にとって対処し難い存在になっている原因は自分の側にあるかもしれないという、対象への距離感を保ちつつ優越感を抑制した適度に自虐的な視点がなければ、自虐的世話役の物語を読み取ることはできない。

今まで気づかなかった問題が判明し困惑させられたときに我々が陥り易いのは、自分の専門分野の手法や用語を駆使して、それが患者や家族の身体どこか心まで論理的かつ客観的に表現していると思込み、急ぎ解答を出してしまうことである。医療や介護の専門家達も、患者や家族に寄り添うように近づくと、自分達の言動の裏づけになる根拠を強迫的に求めようとする。介護をする家族は、本当の解答を知る自分と、解答を否認し介護に明け暮れる自

分がともに存在し、専門家から与えられた目に見える「解答のようなもの」に惑わされ袋小路に迷い込むのかも知れない。名取（2012）は、「物事を字義通りに解釈するリテラリズム（直訳・字義主義）を重視しすぎることは危険で、メタファーの知（間接的な意味の広がり、複数の説明原理、複数の対象、他を許容的に理解し、理解は一ヶ所に静止しない）を開くべきである」というユング派の心理学者ヒルマンの説から、近年の心理学が抱える、こころに耳を傾けるうえでの問題点を提起している。これは心理学の分野にとどまらず、整形外科などの身体医療においても重要な見解である。「他職種間の連携」や「ケアする人のケア」などの概念も、当事者の背景や心の動きを柔軟に想像する力（メタファーの知）が不足すると、単なる「落とし込み作業」に陥る危険性がある。既存の枠組みや理論に収まりきれない課題と対峙するときの道標になるのは、医療で言えば理学所見や検査データより、いま目の前で繰り返されている（聞く者に対し何らかの応答を求める）語りや言葉そのものである。提示したいずれの症例も、当事者から自分達が大変な思いをしている元凶といわれた人に私自身はあまり問題を感じず、私以外の医療者が「聞いていたこと」と私が「聞いたこと」に大きな隔たりを感じることもあり、語りや言葉が人間とそれを取り巻く環境を作り上げるための重要な要素であると同時に、それがもつ危うさを実感した。

#### V. 結語

生命予後を左右することが少ない整形外科疾患の臨床では、医療者に‘診療効率の向上’というバイアスもかかり、端から自分の役割に付随する周辺の問題は考慮しないと言う考えが定着しているのも現実である。医療者と患者という立場は絶対的なものではなく、たまたま演じることになった交代可能な役割に過ぎないと自覚し、無力感ややりきれなさに耐えながら、自虐的世話役と自分に生じている困惑は困惑のまま受け入れてゆくことで、問題解決への新たな一歩が踏み出されるのではないだろうか。

## 引用文献

- 北山 修 (2010) 「劇的な精神分析入門」. みすず書房, p280-281.
- 北山 修 (2012) 「幻滅論」. みすず書房, p179.
- 川谷大治 (2008) 「現代フロイト読本2」. みすず書房, p546-565.
- 小此木啓吾 (1991) 「日本人の阿閼世コンプレックス」. 中公文庫, p193-197.
- 本間 毅・涌井 元博・塚田 幸行 (2014) 「TKAの術後満足度向上を目指した包括的患者サポートシステムおよび退院支援におけるナラティブ・アプローチの紹介と考察」. 日本人工関節学会誌, vol45, p763-764.
- 河合隼雄 (2011) 「神話と日本人の心」. 岩波書店, p77-104
- 中井久夫 (2011) 「徴候・記憶・外傷」. みすず書房, p161-178.
- エイブラム・カーディナー 中井久夫・加藤 寛 共訳 (2004) 「戦争ストレスと神経症」. みすず書房, p282-308
- 松下 隆 (2000) 「遷延治癒骨折・偽関節 (今日の整形外科治療指針)」. ニノ宮節夫・富士川恭雄・越智隆弘ら編]. 医学書院, p70
- 伊藤孝治・永崎和美・一柳美稚子 (1991) 「老人の死生観の傾向」, 愛知県立看護短期大学誌. vol23, p101-111.
- 川島大輔 (2011) 「生涯発達における死の意味づけと宗教」. ナカニシヤ出版, p142.
- 鈴木恒夫 (2014) 「インフォームド・コンセント (バイオ・エシックス入門)」. 今井道夫・香川知晶 編]. 東信堂, p45-47
- 北山 修 (2010) 「覆いをとること・つくること」. 岩崎学術出版社, p110.
- Charon, R. (2012) ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える. 斎藤清二・岸本寛史・宮田靖志・山本和利 訳. Oxford University Press, 医学書院.
- 名取琢自 (2012) 「ここに耳を傾けるために—ジェイムズ・ヒルマンのリテラリズム批判を手がかりにして、『心理臨床の広がり」と深まり (山中康裕 編)』]. 遠見書房, p67-84.
- (2015. 9. 4 受稿) (2015. 12. 15 受理)  
(ホームページ掲載 2016年1月)