



# 「介護・看護・助産」特集号に寄せて

理事長  
飯田 國彦

今号は「介護・看護・助産特集号」をお送りします。

日本に「交流分析(TA)」が紹介された当初から、医療分野、中でも介護・看護・助産分野は人間関係能力が重要視される業界であるだけに、「看護に活かす交流分析」などの本も出版され、講演会・研修会も盛んに行われて浸透していき、こぞって活用されました。交流分析を日本に紹介し、国内初の心療内科を創設され、後にハンス・セリエ賞を受賞された九州大学・故池見西次郎教授は、「心身一如」を唱えられ、心と体の双方向からの健康づくり、快復支援の大切さを強調されました。神奈川大学の江花昭一教授(医博)は、「人間関係がよくなければ医療効果は半減する」と講演の中で述べられ、「交流分析」の自他の自我状態の理解、ストローク授受、「見える化」した対話分析、ゲーム分析の活用など、知見と技法を活かした保護的関わりの重要性を述べられました。

「介護・看護・助産」分野に於ける交流分析の活用は、それぞれの職場での自他理解、人間関係の改善から、心身両面に亘る健康づくりに関わり、統合的ケアを担っています。「介護・看護・助産」は関係各位の日々のご努力により、革新的な進化を遂げています。それぞれが課題を認識し、要求事項、目標を掲げその改善・獲得に懸命です。そのような状況下での交流分析の活用は、単なる教養としてではなく、弱い立場にある患者さんや利用者さんのパーソナ

リティと心の状態を読んでそれに相応しい対応をする能力の向上へ資することから始まり、あらゆる業務過程での接遇(傾聴・受容的共感・言語表現・感情表現)の改善が生きがいの探求、回復力の向上に役立つことを認識した関わりとなり、更に支援者自身の人間関係能力・ストレス・コントロール能力向上、メンタルヘルスへと繋がって行きます。各分野の状況を見てみましょう。

## 介護分野

「人生の受容に繋がる支援」が目標です。次頁に紹介する「富山型デイサービス」は、「養老宅所」として国会でも取り上げられ長野県、兵庫県を始め全国に増加の一途ですが、それは人間性心理学に共通するTAの哲学(人は誰でもOKである。人は誰でも考える力を持っている。誰でも人生が変えられる)とその目標(自律性=相互信頼・相互依存)が、画期的なデイサービスの形となって具現化されたものであると思います。老若男女を問わず、「あるがままの人生」を受け容れ、それぞれの役割を活かした相互支援が行われています。

## 看護分野

統合医療(チーム医療)の一環として、免疫力を引き出す関わりが要求されます。傾聴・共感的関わり、肯定的ストロークを贈ることはもちろん、医師および患者とのコミュニケーション(相互理解)、自身のストレス・コントロール、やりがいの追求、自ら改善に向かう目標管理などへの取り組みも求められて

います。専門的な知識と技術を持つ認定看護師・専門看護師さんによる一層の統合医療的関わりが期待されています。保健師さんは、検診・介護・メンタルヘルス・心理相談の専門家として、人手不足の中、心と体の健康づくりへのご活躍には頭が下がります。薬剤師さんのご活躍については今回は触れておりませんが、患者さんの性格をよく観察し認識した上での適切な服薬指導やカウンセリング的関わりが行われるようになってきました。

## 助産分野

今号では事例としては取り上げていませんが、マザーリング・マザー(Doulaドゥーラ)としての関わりの重視(母親になる人に母親のように、マタニティブルーや育児ストレスに共感し対応)、育児指導から子孫繁栄のための家族計画など生涯に亘る幸せづくりの関わりの必要性を認識され努力されています。

これらの分野の支援者に共通して希求される不可欠な要素は、「すべてを受け容れて不安を和らげ、癒しと安らぎの場を提供し、自然治癒力の向上にも繋げる」ことです。それには受容的共感による「人間関係形成能力」が欠かせません。それを相手だけではなく、周りの人々、支援者自身の心身の健康づくり、やりがいの獲得にも活かしていただきたいものです。

次頁から、このような状況認識を踏まえた交流分析活用の支援活動例を紹介します。



# 富山型デイサービスと交流分析

交流分析士インストラクター  
 炭谷 靖子(北陸支部)  
 [富山福祉短期大学看護学科長・教授(在宅看護学)]



「ありがたや」のパンフレット

## はじめに

平成20年4月に開設した看護学校には、開設に際しこれからの高齢社会を支え療養者の生活の質を高めるケアのできる看護職を育成したいという願いがありました。そして住み慣れた地域で暮らし続けることのできる社会をつくり支えていくために在宅療養を支える看護職の育成を目指しています。

このように考えて構築した本学の在宅看護学実習の特徴として「富山型デイサービス」での実習があります。今回はこの富山型デイサービスについて交流分析の視点を交えてご紹介いたします。

## 1. 富山型デイサービスのはじまり

介護保険が施行されて以来、デイサービスという言葉をよく目にしたり耳にしたりするようになりました。しかしそのためデイサービスといえば高齢者のための介護保険のサービスであると思いがちです。また、福祉サービスは、障がい者や障がい児、高齢者、乳幼児などその管轄する制度や法律によってよく言われる縦割りに進められてきました。

今回ご紹介する富山型デイサービスとは、その縦割りの制度に一石を投じた試みです。富山型デイサービスは平成5年に富山赤十字病院で看護師をしていた惣万佳代子さん、西村和美さん、梅原けい子さんの3人が富山県においてははじめたことから富山型と呼ばれるようになったものです。彼女たちは高齢者、子ども、障がい者がひとつ屋根の下で目配りの利いた福祉サービスを行いたいという思いで「このゆびとーまれ」を創業しました。制度の隙間の中で行く場を失っていたり、行き詰まりをきたしている人へ手を差し伸べたいということであったと思います。

彼女たちがなぜこのように考え行動したのか、それは看護師として彼女たちが働くなかで、病院でいくらお年寄

りの命を助けても、最後の場面で「家に帰りたい」「畳の上で死にたい」とお年寄りが泣いている場面をたくさん見てきたからです。そして惣万さんは「高齢者だけを集めた施設、障がい者だけがいる施設…なんだか変じゃありませんか?」と語ります。「いろんな人がいろんな姿で共に自然にいることのできる場所をつくりたい。」そんな思いが形となって「このゆびとーまれ」が誕生しました。



「このゆびとーまれ」の外観

このように赤ちゃんからお年寄りまで、障がいがあってもなくても一緒にケアする活動方式と、行政の柔軟な補助金の出し方を併せて「富山型」と呼びます。現在、「富山型デイサービス」が誕生して18年になります。富山型デイサービスのありかたは徐々に広がり2010年現在では県内に80カ所、全国には600カ所に増えています。それぞれに特徴があり大きな家族や親せきがあちこちに誕生しているかのようです。

## 2. 交流分析の視点で富山型デイサービスを見ると・・・

### 1) 富山型デイサービスの場の特徴

さて、交流分析が目指すのは自身を肯定し、他者も肯定する「I am OK. You are OK」のあり方です。今回この富山型デイサービスを紹介するに当たって最初に私の頭に浮かんだのは「I am OK. You are OK」という言葉でした。私は、人々のありのままを肯定するあり方の一つの姿が富山型デイサービスの中に存在していると感じています。私も時々「このゆびとーまれ」や他の富山型デイサービスの施設にお邪魔します。そこには何とも言えない暖かな空気が流れています。気を張らずそのままでもいいよという空気が流れているのです。まさしく職員も利用者も自然な姿がそこにあります。

富山型デイサービスにお邪魔してまず戸惑うのは、利用者はどの人?、スタッフは?...ということです。その時々それぞれの人各自にできることやその場での役割を果たしているようです。そしてそこに安心できる場がつくられているのも確かです。

### 2) 富山型デイサービスでの時間の特徴

次に時間の構造化の視点で富山型デイサービスの場を見てみたいと思います。

時間の構造化には①閉鎖・ひきこもり、②儀式・儀礼、③雑談・気晴らし、④活動・仕事、⑤心理ゲーム、⑥親交・親密という6つのカテゴリがあります。これらの時間の使い方の違いにより受けるストロークの種類と量が決まっています。

富山型デイサービスの場を観察しているとそこでの時間の過ごし方は、形式的なものではなく、自由に過ごすことでより親密なものとなっています。

また、一般のデイサービスと違う大きな特徴として子どもたちの存在があります。たとえばそこで高齢の利用者が折り紙をしたとします。一般のデイサービスで同じ折り紙をしたとしても単なる作業療法という色合いが濃くなります。つまり、②儀式・儀礼や③雑談・気晴らしという段階にとどまることが多くなります。しかし、それを喜んでくれる子どもたちがいる場では、遊んであげる役割を持つことになり、それは④活動・仕事や⑥親交・親密となります。つまり同じことをしても、同じことがあっても、状況が違えば行動や存在の意味合いが違ってきます。そこではケアされる存在から、ケアする存在への転換がなされています。そして、プラスのストロークが互いに交わされる時間が生まれます。そして、子どもたちの中にもいつも遊んでくれる大好きな高齢者への思いやりの気持ちや役割が育まれています。



おてつだい

### 3) 富山型デイサービスの建物の特徴

富山型デイサービスのもう一つの特徴として建物があります。「富山型デイサービス」のほとんどは、民家を改装して作った小さい普通の家です。まるで我が家か、親戚の家、または友達の家といったような感じですが、小さな家なので、ちょこちょこ歩きでも何かにつかまり、何とか移動が可能だったりします。大きな施設や病院だとちょっとした移動にも車いすが登場したりします。しかし、富山型デイサービスでは、畳の部屋でズリズリっと移動したり、ハイハイしたりといったことも違和感なく行えます。自分の家にいるような感覚で過ごすことができます。職員もすぐ見えてるところや手の出せるところにいますので、ぎりぎりまでみまもることや行動を禁止するのではなくサポートする姿勢でかわることが可能になります。

つまり、気配り、目配りが自然に行われているのです。よって、収容人数が少ないからこそ、スタッフや他の利用者の方々とも親密になることができ、自分らしく過ごすこともできていると感じます。必要なときに必要なだけ、ちょっと遊びに行ってみようかな・・・という具合に自分の家の近くの地域と密着した「もうひとつの家」に気軽に立ち寄れるといった感覚です。そしてこのような場での在りようは限りなく自由と自立を支えていると考えられます。



いっしょに体操

### 4) 交流分析の視点による富山型デイサービスのまとめ

富山型デイサービスについて、交流分析の視点で場の特徴、時間の特徴、建物の特徴から検討を試みました。その結果、富山型デイサービスは、小規模で我が家に近い環境をつくり、そこでさまざまな年代や障がいのある人、そしてケア提供者も含めて家族のような関係を作り出すことによりプラスのストロークが多く交わされる時間の構造化が行われていると考えられました。

また、その環境が暖かな雰囲気と自立へ向かう意欲を引き出し、交流分析が目指す「I am OK. You are OK」のあり方へ向かっていると考えられました。さらに、私はこのような場が存在することにより、家族や子どもたちの中に肯定的な人生脚本が書き込まれていくのではないかという可能性を感じています。

#### おわりに

富山型デイサービスの開始は画期的と言われてはいます。しかし、本当は人間が求める当り前の姿を求めたものであろうと考えます。当り前とは何なのだろう。生きるとは何なのだろう。人が生き生きするためには何が必要なのだろう。それをひとつずつ実現していく過程で富山型デイサービスは構築され、進化していています。誰も地域から排除されず、自分自身が地域で暮らし続けることのできるシステムとして活動しています。今後も、安心を地域に提供するためのシステムとして発展し続けてほしいと願っています。そしてケアをお手伝いしている幼い子どもたちの中にあたたかな地域の未来を期待したいと思います。

(写真提供：うちら富山型デイサービスやちゃ)  
<http://toyamagata.com/what/index.html>



# 介護のこころは「<sup>かい</sup>隗より始めよ」

交流分析士准教授  
田中 朋子(四国支部)

## 1. 認知症高齢者と向き合う

現在、認知症高齢者は200万人を超えているといわれています。そして認知症には「中核症状」と「周辺症状」があります。記憶や判断力、問題解決能力、実行機能の障害、失語など、認知症の人の多くに現れるのが中核症状です。また、幻覚、妄想、暴力、徘徊などの精神症状や行動障害を周辺症状と呼びます。この周辺症状が多いと地域での生活に困難が生じやすくなります。

東京、沖縄などで高齢者の認知度を調査したところ次のようなことがわかってきました。①周囲が年長者への敬意を常に示すこと、②ゆったりとした時間を共有すること、③彼らの認知機能を試したりしないこと、④好きなあるいはできる仕事をしてもらうこと、⑤言語的コミュニケーションではなく情動的コミュニケーションを活用すること、などによって周辺症状の出現に大きな差があり、認知能力の低下した人々も地域に適応していると報告されています。(['痴呆老人』は何をみているか』:大井玄著 新潮新書)

この事実から、「認知症高齢者とのつながり」に交流分析の活用を考えていきます。「過去と他人は変えられない。変えられるのは、今ここの自分だけ」であるなら、彼らと向き合う私たちの心の中を覗いてみましょう。

老親の異変に最初に気づくのは嫁が多いようです。実の子どもたちは「まさか、自分の親が」という気持ちから「小

さなサイン」を見逃してしまいがちです。日常生活での物のしまい忘れや置き忘れが増える、人と会う約束を忘れる、鍋を火にかけたことを忘れる、同じものを何度も買って来る、道に迷う、調理方法を忘れる、花の世話の仕方がわからなくなる、などがサインになります。ご本人も不安な気持ちでいっぱい、家族の不安によってますます混乱してきます。

このとき子ども達の「成人A」がしっかり機能していれば、「そろそろ脳の機能が衰え始めたか」と専門家に相談しながら、暖かく見守ることができます。でも、親の衰えを認めることは肉親にとって悲しく辛いことなので、「親P」から「A」を汚染して「私の親は健康で在るはず」と信じ込んだり、「子どもC」から「A」を汚染して「お母さんがポケたら私はどうしていいかわからない」と恐怖で竦んでしまったり、それが適切な対応を遅らせてしまいます。そして少しでも良くなって欲しい気持ちからではありますが、失敗を咎めたり、「さっきも言ったでしょ!同じこと何度も言わないで!」と声を荒げたりすることが多くなります。すると、老親は自分がした粗相は忘れるけれど咎められた、ということは心に残ります。言語的コミュニケーション(思考、認知)よりも、情動的コミュニケーション(感情)に敏感になっています。やさしかったあの子が最近には私に辛く当たる、あの子のそばにいても面白くない、むしろ不愉快だ、何かわからないけど一緒にいたくない、そして不機嫌になる、引きこもりが

ち、無気力、うつ傾向などの状態になってきます。

ところが、ここで老親の現実をあるがままに認め(「A」)て、楽しい一時を過ごそうとした関わりを息子(娘)がもつと、笑顔が甦ってきます。その上、簡単な作業(一緒に洗濯物をたたむ、まめの筋を取ってもらう、食膳に箸を配る、など)をしてもらい、「ありがとう」と言うなどの行為は、「あなたはOK」につながり安心感をもたらします。

認知症の残酷な点は、何かが壊れていくのを感じながらどうすることもできない恐怖、「何がなんか訳がわからん」、見覚えはあるが誰だか思い出せないもどかしさ、どこにいるのか、次に何をすればいいのかもわからない、周りの世界から隔絶され、自分が誰であるかさえわからなくなってしまいう孤独感、淋しさ、苛立ちを自らが感じていることでしょう。「ポケたら、何もわからなくなっていいね」と冗談のように言いますが、そこへ行くまでには長い淋しい道のりがあります。そこをどう付き合っていくか、敬意をもって、笑顔で、手を握ったり、肩をさすっただけの肯定的ストロークは、お互いに穏やかさを呼びます。さらに脳の機能が低下するにつれ、そうした苦しさは消えていくようですが…。最後まで情動的コミュニケーションは残っています。

認知症高齢者への介護で必要なのは、介護者自身の心のコントロールではないでしょうか。汚染を除き、値引きをしないで、高齢者にもできる環境を整え、

できることをしてもらい、あるがままを認め、新たな関係性をつくっていく。「あなた、私の姉さんやろ」といつの間にか年齢が逆転していることもあります、その人にとっての現実と一緒に体験すると、「あの木は私が植えたんよ」とか、「あそこのおばあさんとはよう話したもんよ」とか、周りの環境も馴染みのあるものに変わっていくようです。どうか最期まで心穏やかで、と願うなら、まず介護者が「隗より始めよ」。

## 2. 保健指導

職場での健康診断では、何らかの異常値を示す人が50%をこえるという状況です。近年、メタボリックシンドローム対策として、特定保健指導が行われています。3大死因といわれる悪性新生物、心臓疾患、脳血管疾患は、喫煙、飲酒、肥満、運動不足などの生活習慣を変えて予防できます。

とはいえ、習慣はなかなか変わりにくいもの。医療関係者(医師、保健師、栄養士、理学療法士など)はあの手この手で指導するのですが、この時も「ちっとも言うことを聞かない人」と決めつけるのではなく、指導者自身の心を見つめてみましょう。

指導を受ける人は行動変容に対しどう思っているのか、じっくり考え戦略を練っただろうか。ワンパターンの指導をし続けながら「やる気のない人」とレッテルをはっていないだろうか。

行動変容ステージは、①前熟考期、②熟考期、③準備期、④実行期、⑤維持期、⑥完了期、といわれていますが、逆戻りも起こりやすいものです。前熟考期にある人は、問題の存在を値引きし「おじいさんはタバコを吸いながら90歳まで元気だったよ」とか、代替案の重

要性を値引きをして「いまさら止めてもたいした違いはないさ」とか、異なった反応をする個人の能力を値引きして「酒が飲めなくなったらもう終わりだよ」など、ネガティブな「P」や「C」の自我状態で反応することもあります。

そこでは指導者は「じゃ、できるだけ長い間お酒を飲み続けられるといいね」と「飲みたい気持ち」を支持し、「FC」で「飲む楽しみ」を語り合うなど、ポジティブな自我状態になってもらいましょう。共感によって、自分を防衛しなくてもよいと思うようになると、やがて「最近、目が覚めたら昨夜のこと、さっぱり覚えてない、ちょっとまずいな」とか、「どうも弱くなって、酔いのまわりが早い」など、なんとかせねば…という気持ちが出てくるでしょう「熟考期」。禁酒を考え始めたら、「A」でしっかりと実行可能な計画作成の支援をすることが大切です。ここで急いで取り組むよりも、自分自身ときちんとコミットメントしていただくことです。そこに立ち会い(「A」)、計画の阻害要因(職場の暑気払い:ビアガーデン、友人の結婚式など)を予測した計画を立てることで(準備期)。値引きしないで、自分の行動には責任をもってもらいましょう。「わたしには無理だ、できっこない」と「C」から「A」の汚染状態(脚本に入っているかもしれません)にある人には、「はい、でも」の心理ゲームに乗ることなく、自らのパワーに気づき自分で考え行動することをサポートします。そうした体験を積み重ねるうちに「私はOKでない」という人生態度から自分を信頼する(「私はOKである」)ことも



できるようになります。

自己信頼が揺らいでいるうちは、実行できたりできなかったりで、ジェットコースターに乗っているようなものです。そして自己防衛のために「他人のせい」や「世間のせい」にしてしまいがちです。この時期に、「あなたはOKである」という態度で見守ってくれるサポータの存在は欠かせません。「維持期」で安定しているようでも、「輪ゴム」で引っ張られ早期の状況に引き戻されることがあります。意味のある関係を持つ相手に感情転移しているかもしれませんし、またいろいろな音や匂い、特定の環境など、子ども時代のストレスフルな状況を想起させるものに引っ張られていることもあるでしょう。「輪ゴムを切り離す」ことが、「完了期」となります。無条件の肯定的ストロークを与えてくれる他者の存在も重要です。

保健指導をするときにも「人はだれでもOKである」「だれでも考える能力をもつ」「人は自分の運命を決め、そしてその決定は変えることができる」のTAの哲学をこころして他者に関わっていきたいと思います。

以上、介護・看護の場面でも自らが律していくことでよりよい関わりができます。写真は「こころの豊かさへの旅」の勉強会のメンバーです。TAははじめ種々の心理学をヒントに自律へと向かっています。



## 介護・看護に活きているTA 患者の目線で・・・

交流分析士准教授  
向畑 忠夫(関西支部)

はじめに

私の身体には10回もメスが入っている。入院生活はまさに人間関係のルツボであった。そうしてよくよく見れば交流分析(TA)の理論が活発に展開している場でもあった。私はたまたま企業で人を扱う仕事をしてきた。そのために交流分析を学んだ。後には出身企業の健保が運営する看護専門学校で『交流分析』の教官を4年間務めた。さらに関西支部で『介護・看護サークル』のオブザーバーをさせてもらっている。今回はTAを患者の目線で思いつくまに記してみた。

### トンボめがねの天使

26年前のことである。企業の人事責任者としてかなりムリをしていた。そんなある日、左肩に一晩中だるさと痛みを感じ病院に収容された。医師が3人迎えてくれた。採血の後、舌下錠が2回にわたって投与されたが治らない。サッと緊張の空気がみなぎった。血液検査の結果が出たようだ。リーダーらしい医師が『心筋梗塞』と言った。こんな状況の中で私は「ゴルフできますか?」というトンチンカンな質問をした。『大平首相はこれで死んだ!』と大きな声が返ってきた。確かに当時の内閣総理大臣大平正芳氏は選挙の遊説中に心筋梗塞で急逝された。一瞬死ぬかもしれないという恐ろしさが頭をよぎった。大きなショックであった。するとすぐ近くにいた看護師が私の目を見ながら『ここに来た人は死なないの…』とささやいてニコッと笑ってくれた。当時流行りのトンボめがねが印象的だった。なんとなくホッとした。死の恐怖から解放されたようにすら思えた。約一ヶ月間、治療と精密検査などを受け無事退院となった。それにしても私にあの微笑みとささやきをくれた看護師は誰だろうか。院内を探し回ったが、ついに見つからなかった。私のために舞い降りてきてくれた天使なのか…生涯の謎として今で

も鮮明に記憶している。

### 鼻しらむ天使?

こんなこともあった。厳冬の2月、鼠けいヘルニアの発症で手術を受けた。深夜23時頃に点滴薬を換えに来てくれた看護師がいた。

私:『ありがとう!今日は準夜勤務ですか?』

看護:『はい』

私:『するとこれから帰るのですね』

看護:『そうです』

私:『どこまで帰るのですか?』

看護:『それは個人的なことだから言えません』

20歳代半ばの美人看護師だっただけにやるせない気持ちになった。私がストーカーでもすると思ったのだろうか。鼻しらむ思いがした。そのほかにもいろいろあった。例えば手術後にはしゃぎ過ぎて微熱が続く患者にやんわりと裏面交流で諭す医師や大声で怒鳴りつけ、罵詈雑言を浴びせかける患者にジット我慢して耐えた若い看護師など、これらは実際に見聞きした出来事である。

関西支部の介護・看護サークルは月1回開かれ勉強の後、意見交換や討論をする。ある企業の看護師で、以前病院勤めをしていたメンバーがこんな話をしてくれた。患者の世話をするために毎日のように通って来る家族に肉体的

にも精神的にもありありと疲労が見られた。その家族に「Aさんは幸せです。このようにしていつも家族が来てくださるから・・・帰りはお気をつけて!」と声をかけたことがあった。そうすると不思議なことに家族が元気になった。その上患者さんまでも・・・自分の一言がお互いの垣根を取り去ってOK—OKの関係ができたのです。看護師は患者だけに意識を集中させがちだが家族の労をねぎらうことも治療のうちです。ストロークの大切さを実感したと語っていた。さらに尊敬する先輩看護師が痛みを訴える患者への対応について紹介した。

患者:『傷口が焼けつくように痛みます』

看護:『チョット大きな傷口ですから痛いでしょうね』

患者:『うん、かなり痛いです』

看護:『痛み止めをもらいましょうか?』

患者:『いや、看護師さんに言っただけでちょっと楽になったように思います』

看護:『だといいいのですが・・・手術の痛みは治るための痛みと思えば軽くなります。明日はもっと楽になります。ほら「日にち葉」というでしょう』

患者:『ありがとうございます。明日を楽しみにして我慢します』

ある介護ヘルパーの方の事例である。一人暮らしの男性で中途障害者(強弱視)がいる。自分の病気が受け容れられなくて過度の飲酒や過食が続いている。そのため入退院を繰り返すばかりか、介護ヘルパーが気に入らなければ『帰れ!』とか『馬鹿にするなー!』と罵声を浴びせ、交代したヘルパーは複数にのぼる。人生態度は第4の典型的なタイプの患者である。「どうしたらよいか?」と問題が提示された。この時メンバーから「いいところ探しをしては?」という提案を受けて、早速始めた。例えば食事を全部食べたなら「食事、完食したのね?うれしい!」とか「○○○○はできるのネ?助かるわ!」という具合にいいところを徹底的に褒めた。だんだん患者の反応が変わってきた。今ではハラハラするようなことまで一人で出来るようになってきた。第4から第3への移行である。

#### 底流にTA

どのケースもTAの題材がうようよしている。トンボめがねの看護師は肯定的ストロークをごく自然に投げかけ、それは私に生きる希望をくれた。我慢した看護師は相手の(CP)を(AC)で受けてジット耐えた。見事にしかも効果的にTAを実践していた。鼻しらむ看護師は交差交流が相手に不快感を与えようということを実際に体験させてくれた。《車で10分くらいのところですよ。ご心配いただいて、ありがとうございます》と相補交流で返してくれていたなら、どれだけ気をよくしたのか。「痛みは日にち葉ですよ」と言ったベテラン看護師はさすがである。ルーテル学院大学の白井教授が言う《効果的なやりとり》の典型的な例を見たようだ。**介護や看護はTAを実際に活用できる。いや実態はイキイ**

**キと展開している打ってつけの仕事だ。**なおジット我慢の看護師には後日談がある。私はあの時の対応について大いに褒めた。そして自我状態と心理ゲームのさわりを話した。その後同僚とともに支部の講座に参加して資格を取るまでになった。

#### 患者の心理

白井幸子教授はその著書で《肉体や精神的な苦痛、苦悩は本来の(A)を抑圧し、(C)丸出しとなる。人は病気になる入院を強いられると、感情のコントロールが難しくなり、ありのままの自分がでてくる。そういう患者に対して、「自由なこども(C)」になれるよう援助することが望ましい。だれに気兼ねすることなく、自分の苦しみ、痛み、不安を表現することを許してもらえたなら、またそれを受け止めてもらえたなら患者には大きな慰めとなる。より良い介護・看護とは、患者がだれにも遠慮することなく、また恥ずかしいと思わず『こども(C)』でいられるようにしてあげることだ》と言っている。事実、私も心筋梗塞の診断がなされた時、トンチンカンな質問をして(C)丸出しにしてしまった。まさに(C)そのものの自我状態にいた。

#### 介護・看護師さんに望む

一言で言えば交流分析を自分のものにしていただきたいということだ。**特に自分自身の自我状態の特徴を正しく把握し、受容してもらいたい。**そのためにまず自我状態の機能とエゴグラムは力を入れて学んで欲しい。エゴグラムは質問紙法もあるが、気のおけない数人の同僚にあなたのエゴグラムを描いてもらうのがよい。他人はよく見ているものだ。そして自分の描いたものが他人の描いたものと違えば他人の描い

たエゴグラムを信じたほうがよい。案外正確にあなたを見ている。自分のエゴグラムが描ければ患者のエゴグラムも描ける。自分が判れば他人(患者)を正確に知ることができる。患者は(C)の自我状態ながら、それぞれに本来の自我状態をもっている。できれば一人の患者を数名の看護師が集中的に見て作り上げればベターだ。杉田峰康教授は、例えば(CP)が最も高く(NP)が最も低いタイプの患者の特徴は(NP)が低いので常に他人からの(NP)を要求する。そのため他の患者と看護師のストロークの量で競争関係に陥り、自分へのストローク不足に不満をもつようになる。このような患者には常にストロークを与えることが大事で具合を聞いたり、挨拶をしたり患者に合った対処法を考えると看護師も患者もうまくいく場合が多いと言っている。

#### 実践によって確信を!

TAでは『過去と他人は変えられないが、自分が変われば他人も変わる!』という。努力によっていつでも自分を変えることができる。なりたい自分になれるということだ。TAが他の理論と違う点は理論と実践の方途を兼ね備えているところにある。どうかTA理論の素晴らしは実践の裏打ちによって確信としてもらいたい。それは自信となり、やがて自己革新が実現することとなる。締めくくるにあたって、介護・看護師は常に(A)を高めつつ(NP)を高く維持して欲しい。そして微笑みの(FC)も…

#### 参考図書

◎『看護にいかす交流分析』

白井幸子 医学書院

◎『交流分析とエゴグラム』

杉田峰康 チーム医療