

静岡県立大学短期大学部
研究紀要 17 - W 号 (2003 度) - 7

「慣れと諦め」の向こうへ
- 第 1 段階実習報告会講評 -

川村 邦彦

Beyond “Overconfidence and Resignation”: A Review for
the Students’ Reports on the First - stage Fieldwork

KAWAMURA Kunihiko

はじめに

介護福祉士の質と共に養成教育のあり方や内容が問われている。

本稿は静岡県立短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻（介護福祉士養成課程）1 年次生（14 年度入学）が介護実習第 1 段階（14 年 10 月）を終え、その後の実習報告会（11 月）で出された学生の質問・意見に対し筆者等が担当する「実習指導」の中で応えた講評の記録化である。2 週間の実習を終え、その記憶が鮮明に残るこうした時期の教員とのやりとりは学生に与える影響も大きく、それだけに教員の講評の具体的内容は社会化されなければならない。今後も機会をある毎に同様の作業を試みたいと考えているので、各方面から講評内容についてご教示いただけると幸いである。

1. 「書く」ことの内面化

各教員の講評にもあったように高いレベルの実習報告会でした。みなさんが報告原稿の作成に力を入れてくれたので、実習の中で真剣に悩み考えたこと、ぶち当たった壁、涙した姿が教員にも伝わってきました。私も襟を正してみなさんの報告を聞きました。以下、報告会の席上では伝えきれなかった私の考えを述べてみます。

私は介護福祉士の養成教育は「書くことを重視すべきだ」とずっと考えてきましたが、それが的外れでなかったことが今度の報告会で証明されたような気がしています。介護は、介護される人（以下、「利用者」）の気持ちを抜きにしては成り立たない営みなので、利用者が今どんな気持ちでいるか、悲しんでいるのか、喜んでいるのか、それを押し量り理解するためにも書くことは大切です。何度も何度も繰り返して書くことによって、これまでおぼろげだった利用者の気持ちや願いが少しずつはっきりしてくるのです。書くことに

はそうした効果があります。

しかし、効果はそれだけではありません。利用者の気持ちを押し量って書くことによって、利用者の気持が学生に内面化(言葉を変えれば「相手の立場に立つ」)されてくるのです。そうした作用があるから、みなさんのように自分のことではない出来事にも涙するのです。良い介護者になれるかどうかは、この「相手の立場に立つ」ことを大切に、何年たってもそれができる自分を持ち続けられるかどうかにかかっています。

この最初の出発点を見失ってしまうと、熟練が単なるテクニックの高度化や効率化に陥ってしまいます。そして人間性を欠いて専門用語をあれこれと駆使し、利用者の生活を勝手に解釈・処理して、時間と数をこなすことばかりを考える利用者の内面に目が向かない介護者になってしまうのです。

もちろん私たちがめざすのはそのような介護者ではありません。利用者としっかりと向き合う私たちがまずあって、その上に技術を備えた介護福祉士です。この原点を見失わないためにも、私は介護福祉士の養成教育では引き続き「書く」ことに重点を置きたいと考えています。

2. 当為としての「批判」

講評の際にも少し話しましたが、みなさんの報告はどうしても施設や職員批判という体裁を取りがちです。それがみなさんの目に写った「事実」なのですから、私は批判がいけないとは思いません。ただ、批判は難しい。その自覚だけはぜひみなさんには持って欲しいと思います。

今回の報告会の参加は学内者だけでしたが、本来であれば指導をしていただいた施設職員にも参加していただくべき性質の催しです。もちろんその際にもみなさんの報告は基本的に今回と同じでしょうが、果たしてそれを聞いた職員がどのような受け止め方をするか。それを考えると批判する側には必要な要件があると思います。その第一は、相手を尊重しつつ批判するという私たちの品位です。第二は、相手の状況を考慮しない短絡的で一方的な批判ではいけないということです。第三は、私たちの批判を聞いてもらいできれば納得してもらおう説得力です。

ちなみに「アサーション(assertion)」という言葉があります。一般的には行動療法的な議論訓練法として理解されていますが、狭義には相手を尊重しつつ自己表現すること。相手の状況を踏まえた自制ある批判・抵抗と解されています。それからするとみなさんの批判は、表現は十分に配慮されたものでしたが、相手の状況すなわち施設・職員を取り巻く客観情勢と、それから派生する諸々の状況を踏まえたものであったかどうか。私はその点についてはみなさんにはもっとアサーティブであってほしいと思いました。

私たちは一体何のために批判するのか。いろいろな種類の批判がありますが、この場合は、批判する私たちの考えを取り入れてもらい利用者支援の向上が図られるよう、あるいは自分の実習に何らかの形で役立てたい、というみなさんの願いがあるはずです。そうであるなら、余計みなさんの批判を職員に解ってもらう必要があるのではないか。その努力を欠いた批判は、この場合ほとんど意味がないように思います。

ある意味で批判はたやすいと思います。しかし、それを相手に解ってもらうのはとても難しいことです。その難しさの前にみなさんは今日から立ったことを自覚しなければなり

ません。

ところでみなさんは、今回の報告会で批判の対象とした職員の姿は、もしかしたら明日の自分の姿かもしれない、とは思いませんでしたか。誰しもが就職したての頃は新鮮な気持ちで利用者に向き合っていたと思うのですが、それがいつの間にか実習生から批判を浴びるような（ご本人は無自覚かもしれない）仕事への向き合い方になってしまっている。残念なことですがよくあるパターンです。なぜそうになってしまうのかは後述するつもりですが、ここではその原因を職員個人の資質に求めるのではなく、構造的な問題としてみなさんには考えてもらいたいのです。「バーンアウト」等の言葉をキーワードに、ぜひそれを探求してほしいと思います。

実際にはそう単純に割り切れないと思いますが、私は今度の報告会に参加して、教育現場は「理想論」に、臨床現場は「現実論」に流れやすいと言われてきた従来の説が裏付けられたような気がしています。しかし、両者は決して対立的に捉えてはいけません。教育現場では「現実」について、臨床現場では「理想（あるいは原則）」について、相互に学び合う取り組みがなんとしても必要なのです。そして現実が理想によってチェックされ、理想は現実によって強化される。教育現場と臨床現場はこうして互いに補完し合う関係を築かなければならないはずで、私はその関係構築の第一歩に、この報告会への施設職員への参加を実現したいと考えています。

そういう条件の基で、指導をいただいた職員の方々に、みなさんの真摯な批判に耳を傾けてほしいと思うのです。みなさんの流した涙の理由を受け止めてもらい、利用者支援の向上に活かしてほしいのです。そのゆとりと度量を持たずに、「県短の学生は職員批判ばかりする」、「ああいう学生はもう実習に来てもらいたくない」、あるいはみなさんの考えを「理想論だ」と一蹴してしまわないことを願っています。そうした施設にならないためにも、できれば施設側から率先して実習終了時に、施設の評価アンケートを実習生から取るなどの工夫をしてもらいたいと思います。『施設サービス評価』や『第三者評価』が実施されている今日です。それほど違和感はないと思うのですが。

3. ノーマルからの問いかけ「異性介護」

さて、話は変わります。性的羞恥心が喚起される場面における異性介護（注1）への疑問が数多く報告されました。私はかつて療護施設の現場にいましたが、それからするとこの点に関して特養は「遅れている」の感を否めません。数ある全国の療護施設のすべてで完全に異性介護が廃絶されていると言い切る自信は私にはありませんが、東京に3ヶ所ある療護施設では廃絶していますし、それ以外でも廃絶もしくは少なくとも男性介護者による女性利用者へのそれは廃絶されていると思えます。

この件では私は次のように考えます。すなわち私たちがお題目のように口にするノーマライゼーションの、その「ノーマル」とは一体何かを考えた場合、異性介護は弁解の余地なく明らかにそれに反します。だから廃絶すべきです。その理由は以下によります。

人々にとって性的羞恥心とは、いわば「人間としての誇りの核心」です。それを護ることはその人がその人であることの証し、擁護できなくなればその人のアイデンティティが危機に瀕する、そうしたものだとは私は考えているのです。ですから異性介護で利用者の

人間性のもっとも深い部分を傷つけておいて、その一方で表面的とも言える入浴や排泄や食事介護を行うというのであれば、それではまるで「ザルで水を掬う」かの如きです。種を播く傍からカラスがそれをついばんでしまうあの寓話が頭に浮かんで、どこか滑稽な感じすらしてしまいます。

私はやがて、異性介護は「セクシャルハラスメント」や「虐待」ということばで振り返られる日が必ずくると思っていますが、現在はマンパワーの点から止むを得ないこととして多くの特養で行われています。そこでどうしても現実的な対応を余儀なくされますが、結局それは実現可能なあらゆる工夫をして利用者の性的羞恥心を介護の中で擁護する取り組みになるのです。その際にもっとも必要とされるのは、介護者の利用者観・介護観といったレベルの深い認識ではないでしょうか。その認識の奥底に、ある実習生言うところの「他者の私的領域に深く関わることへの恐れ」といった気持ちが備わっていることが、利用者にはせめてもの救いになると私は思うのです。

ただし念のため付け加えておきますが、「ノーマル」は一般に“普通化”と解されていますので、その点特養では利用者も職員も圧倒的に女性が多いため、その物理的偶然から女性対女性の「同性介護」が多く行われてきましたし、現在も行われています。また何が「ノーマル」か、それは所属する文化によって規定されるのですから、その点では事の善し悪しは別にすると、私たちの国の文化では男が女から、すなわち妻や嫁や娘や女性職員から異性介護を受けるのは歴史的には「ノーマル」とされてきたのです。ですからこのパターンであれば、例え異性介護であってもアイデンティティーの問題はそれほど深刻化することはないのです。あるいは反対に強化されるケースがあるかもしれません。

従って、この国のこの時代の「異性介護」の問題点は、すぐれて女が男から介護を受けるパターンに限定して考えることもできます。具体的にはローテンションの谷間で、少ない男性職員が夜勤に入らざるを得ないケースや、女性利用者に対する男性職員の排泄や入浴や衣服の着脱介護等が問題になるのです。

ところで、私は先に特養は「遅れている」と記しましたが、それについて若干の説明が必要と思います。療護で異性介護を最初に俎上に挙げたのは、職員ではなく利用者でした。すでに20数年前でしょうか。当時、一部の職員や施設長もそれについて問題意識を持っていましたが、その不当性を告発し施設・職員の人権感覚の薄さを突いたのは利用者だったのです。そして利用者が自治会を作り運動し今日の状況を実現させたのです。それは当事者運動の成果であって、決して職員がもたらせたものではなかったのです。ところが特養ではその当事者運動ほとんど期待できません。ならばそれに代わる人がそれを行うしかありませんが、それは一体どのような人々なのでしょう？

ここでみなさんに「当事者性の序列」(注2)という言葉を提供したいと思います。例えばAさんが何を望んでいるか、どんな生き方をしたいか、何を食べたいか、どこに行くか、だれが好きか、今痛みがあるか、これ等についてもっともよく知っているのは言うまでもなくAさん自身です。こうした事柄への対応を、Aさんはいくつかの選択肢の中から選び出して決定し、その決定に基づいて介護はいわば「従」の立場で決定の実現を支えます。ところがもし、Aさんが前後不覚の意識不明に陥ったらその決定ができません。さて、その時どうするか(私は法的な問題を言っているのではありません)、それでも何時に起きる

か、今日は何色の靴下を履くか等の決定は日常ふんだんにあるわけですから、誰かが利用者に代わってそれを代理的に決定する必要があります。つまり当事者に次いで、次の人また次の人 そのまた次の人、というように利用者自身による決定から代理決定へと層をなしている必要があるということです。「序列」とはその順位を言います。

私が言わんとするのは、介護者はこの「当事者性の序列」が高位であることを自覚しておくべきだということです。時には利用者になり代わって利用者を代弁し願いを実現する、そして利用者の権益擁護（アドボカシー＝advocacy）に努める。介護福祉士の職務には、このような分野も含まれていることを忘れてはならないでしょう。異性介護についても、このアドボカシーの見地からみなさんには考えてほしいのです。

さて、異性介護の問題を考えていくと、私は関連して男性産科医や男性助産師の存在を思い浮かべてしまいます。特に助産師はその仕事柄、今までは女性に限られてきましたが、今日では男性にも門戸を開くべきではないかという意見が強まり、現在論議的になっているそうです。そこにおける男性助産師容認派の意見を要約すると、プロであれば性差を超越して利用者（患者）看護にあたるべきで、そこに世俗の観念、すなわち男女の性差とそこから生まれる感情などを持ち込んで考えるべきではない、とするものです。いわば職務内容の専門性を前面に押し出した意見と言えると思います。なるほどと思います。

異性介護もこの論理で行けば問題は解消することができますし、実際この論理を援用させて異性介護容認の論を唱える介護分野の研究者もいます。しかし、本当に介護はそれを容認していいのでしょうか。「介護者は生物学的には男であっても、職務遂行の際には性など超越しているのだから恥ずかしがらなくていいのです利用者さん」とは私はならないと思います。なぜならこの論は、介護者側のものではないからです。肝心なのは介護される側の患者・利用者のアイデンティティーであり、屈辱感であり、羞恥感情でなければなりません。

ただ無責任なようですが、私は男性助産師の問題はどうでもよいと思っています。それは自分に関係ないからではなく、もし産婦が男性助産師や産科医がイヤだったらそこで診てもらわない自由があり、かつそれに代わる医院を選べる自由があるからです。つまり「選択の自由」があるからです。だから私はどうでもよいと思うのです。ですから中には男にお産の介助をしてもらうなんて真っ平と、少し遠い産科医や助産師を選ぶ人もいるでしょうし、あるいは性差よりもこの場合やっぱりウデが大事と評判のよい男性の医師や助産師に診てもらおう人もいるでしょう。個人の自由意思に基づいてそれぞれの人生の重大事を決定しているこの現状に、私はほとんど問題を感じないのです。

果たして介護において利用者に、この「選択の自由」が保証されているのでしょうか。どの特養に入居するかを選ぶ自由と、それを検討する能力。男に介護してもらいたくないと言える自由と、それを表現する能力。これらを多くの特養利用者は持ち合わせていないと思います。こうした前提のない土壌に「専門性」という上辺だけを持ち出すのは一方的であり、噛み合わない議論になってしまうと私は思います。

大切なのは、何よりもまず、介護分野に利用者の「選択の自由」が保障されることなのです。それが整ってはじめて、例えば力があって安心だから男性介護者に入浴介護をやってもらいたいと、男性助産師を選ぶ産婦同様に利用者からの希望で異性介護が行われるよ

うになるのです。そうなった時はじめて、この問題が「ノーマライズ」されたとは私は考えます。ですが現状は、利用者が望まないのにやっている。施設や職員のその「暗黙の強制」が、実は利用者をスポイルしていることに私たちは気が付かなければならないのです。

注1) 異性介護については拙著【異性介護についての一考察】—性的羞恥心をその手がかりにして—『ソーシャルワーク研究』Vo1,22,No2 1996年で問題点を記した。

注2) 「当事者性の序列」という言葉は森岡正博編著『「ささえあい」の人間学』法蔵館の土屋貴志論文から借用した。

4. ファジーな境界「拘束」と「抑制」

拘束についての報告もいくつかありました。国語的に言えば「拘束」は、当事者の意思に関わらず勝手に強制的に押さえ付けてその自由を奪うことです。一方の「抑制」は、自分の感情や身体を自分でコントロールすることです。ですからここでみなさんが問題にするのは当然、職員が利用者の了解なく行う「拘束」ということになります。

報告によれば、一部の現場で拘束と抑制が混同されて用いられているとのことですが、それは国語的の意味を理解すれば解消するはずですが、しかし、ことによったら職員に拘束に対する後ろめたさがあって、それがために無意識にも拘束を抑制と言い換えているのかもしれない。それほどデリケートな問題として私たちは受け止めなければなりません、一方でCP者のように不随意に動いてしまう手足を自らの意思で車椅子に固定（この場合は「抑制」です）する場合もあるので、縛ってあれば何でもかんでも拘束と決め付けてしまうのは早計です。

さて、まず一般論として、拘束もまたノーマライゼーションに照らして廃絶すべき対象であることは明らかです。勤務中の労働者や犯罪者等の一部の例外を除いて、人がひとの自由を拘束するのは違法なのですから。その「違法行為」を介護の場から無くそうとする趣旨からでしょう、現在厚生労働省が全国の特養に向けて『拘束廃止キャンペーン』を大々的に展開しているのはご承知の通りです。

もちろん私も拘束廃止に異議はありません。ただその具体的方法になると、拘束と抑制の区別をつけかねるケースが容易に想定されて、事はそれほど単純ではないとの思いがありますし、少なくとも厚労省の廃止の方法論には大いに疑問を感じているのです。なぜなら、私は拘束の廃止には何よりもマンパワーの増強が必要と考えていますが、厚労省はそれを「幻想だ」と言ってはばからないのです。そしてそれへの取り組みをすべて職員の努力に求めるのです。これでは介護職員に「もっとたくさん働け」と言っているようにしか私には聞こえないのです。

労働の軽重はそう簡単には比較はできませんが、私は介護労働は他の職種に比べて、例えば机に向かってやる事務職に比べるとかなりヘビーな仕事だと思っています。それは労働の性質と内容が、

「おっしょこ！」等、即時対応を求められる待たなしの労働が多い反面、いざそれに臨めば神経性の尿閉で「出ない」等と、予定を組んでの仕事が成り立ちにくい。

忙しい時のためにあらかじめやっておく意味でのストックの効かない労働で、そのため

時間帯によって労働密度が異なって平均化できない。

基本的に利用者の意向とペースに添う労働で介護者に主導権がない。

「待つ」ことが多く、そのためこの労働特有の疲労がある。

反復労働が多くルーティンワークに陥りやすい。精神の澆刺さを失いやすい。

生身の人間を労働対象とする緊張感の持続。

多くが交替勤務であり、特に夜勤は人間の本態生理にそぐわない。

こうした介護労働の特有の性質が複合的に原因して職員のストレスや背腰痛症や頸肩腕症候群等の職業病を生むと私は思っているのですが、この厚労省のマンパワー増を前提としない『拘束廃止キャンペーン』には素直に賛同できないのです。キャンペーンにうかうかと乗ってしまえば、これ以上の労働強化を職員に強いることになってしまうと思うのです。

また、利用者支援の視点からも労働強化に反対する理由があります。

近年、痴呆者への介護法が少しずつ解明されてきましたが、その一つに利用者の「問題行動」は介護者の関わり方、例えば介護者が疲れてイライラしているとその精神不安が痴呆者に感知されて「問題行動」が誘発されるという説が注目されています。私たちからすればうなずける説ですが、そうであるなら尚更、そこに必要なのは肉体的にも精神的にも疲労困憊していない介護者ではありませんか。心身ともに澆刺とした介護者が余裕を持って利用者に接することができれば、おのずと痴呆者の「問題行動」は減少することになるのです。もちろん現実はその簡単ではないでしょうが、介護者が余裕をもって仕事を行えることが痴呆者の症状改善に資することは疑いないでしょう。この点からも介護者の労働強化のみを求める現行のキャンペーンに、私は素直に同調できないのです。

さて、みなさんは近い将来介護福祉士として現場に立つわけですから、実習現場でもし拘束が行われていたとしたら、それを止めようとして直ぐに止められるものであったか、それに変わる方法が直ぐにあるかどうか、こうした現実的な視点からも考える必要があるのではないのでしょうか。穏やかな表現ではありませんが、「泥棒にも三分の理」という諺があります。それと同じく拘束は否定されなければいけません、それでも拘束をする理由はなにか、私たち将来のプロの介護者はこの「三分の理」の方にもっと関心を向けなければならぬと思います。

みなさんも知っているように、先頃自動車のチャイルドシートの装着が法律で義務化されました。言うまでもなくそれは、幼児の安全を考えてのことですが、実態は身体をベルトでシートに固定することです。屁理屈をこねれば、固定されることの意味を理解しない幼児なのですから、それを「拘束」と呼ぶこともできるのです。すると、私にはこんな疑問が湧いてくるのです。一方は拘束の法律による義務化、他の一方はその廃絶。国家によるこの矛盾した対応をはたして合理的に説明することは可能なのでしょうか。私はできないと思います。私は幼児同様、痴呆症者などに対して安全のための万止むを得ない一時的・部分的な拘束は介護の場では現実にはあり得ると思っています。

次のような例もあります。頸髄損傷の人は車椅子上で姿勢保持のために大半の人が体幹をベルトで固定していますが、それらは自らの意思で行うのですから「抑制」です。ところが、その人が仮に知的障害を併発して判断能力に支障をきたしてしまうと、同じ行為であっても今度は「拘束」に名を変えることになってしまいます。安全のために長年行って

いた習慣が、ある時を境にして排除の対象になってしまうのです。これでは私たちの常識的な考えには馴染まないと思います。

ですから私は次のように考えようと思います。「拘束」を一般的・抽象的に取り上げるのではなく、利用者の人権を蔑ろにするような、職員の勝手な判断や都合で行われる拘束が問題なのだ、と。むろん安易な拘束は論外として、しかし痴呆者や知的障害者・精神障害者介護の分野では、「自傷他害のおそれ」などの拘束を必要とする止むを得ない場合も考えられる。そこに思いを致さずに、キャンペーンがあるからと教条的に拘束廃止を頭の中にインプットしてしまうと、こうした微妙なケースへの対応に逃げ腰になるおそれを私は持つのです。それではいざという時の利用者の安全は護れません。

私たちの立場は、キャンペーンがあるから拘束廃止に取り組むのではなく、利用者の利益に立った拘束廃止です。それを現実のさまざまな制約にもめげずに実現することです。多くの職員はそうした姿勢で拘束廃止に取り組んでいると思います。そうであるならせっかく実習してきたのですから、拘束していた、していないといった現象のみの報告に終らせずに、もし拘束が行われていたらなぜそうしなければならないのかを職員からていねいに説明してもらい、実習生自身が拘束を取り除く方向でさまざまに工夫をしてみることで、そこで職員のアドバイスをもらい語り合うことです。ことによったら実習生の新鮮な頭による工夫は大きな成果を生むかもしれません。そこまですることによってはじめて実習の成果が期待されると私は思います。二段階実習ではぜひそうした姿勢で取り組んでほしいと思います。

私は現行の多くの拘束の廃止論は、ある意味で形骸化した議論のように感じています。「異食」しようとする人の、その行為を止めるのも厳密に言えば拘束ですが、そんな空論に私たちは染まっているわけにはいきません。私たちがなすべきことは、利用者の人権尊重を基軸にして、介護にあたっては個別具体的に問題を拘束廃止の方向で粘り強く取り組むことです。ひたすら取り組んでも、それでも万止むを得ず拘束せざるを得ないことがあるかもしれませんが、その時には介護者としての自分の非力を責めながら、一方で拘束に携わるしか現実にはないのです。その前提として、法的意味での「当事者性の序列」の高い家族の理解を得ることや、施設内に「倫理規定」を設けることが求められます。また止むを得ず「拘束」したが、それが利用者の利益にこのようにつながった、という客観的で具体的説明が誰に対してもどのような場でもできることが前提となります。

5. 「自立」と「依存」の狭間で

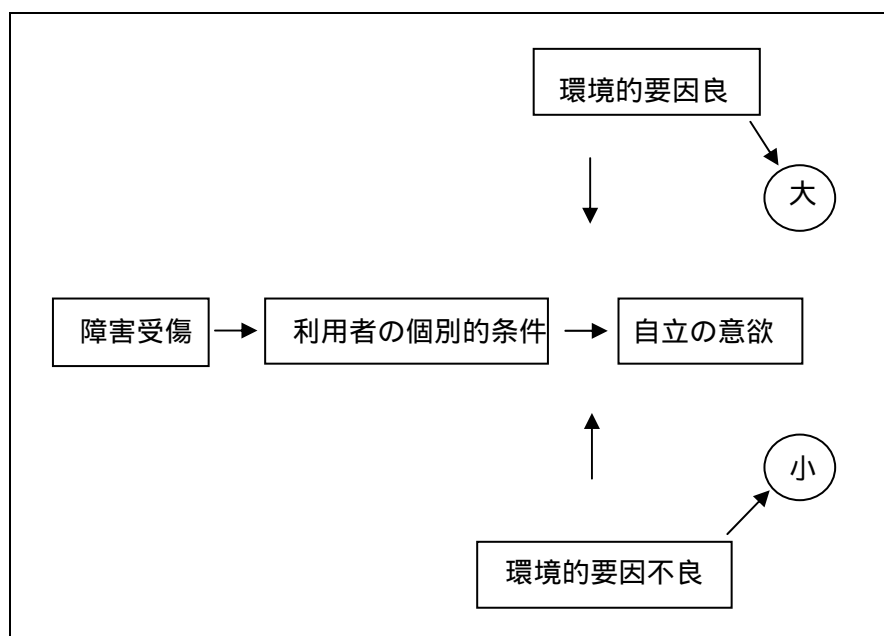
自立(注1)と依存について鋭い指摘がありました。どの教科書を見ても介護は利用者の自立を促す(その文脈はADLの自立を図ることが精神的な自立につながるというものです)方向で行わなければいけないと記されていますが、人の身体は放っておけばアツという間に廃用症候群になってしまうのですから、教科書で述べる点からの、つまり保有力を発揮してできることは最大限自分で行う意味の自立の大切さは理解できます。ですが、介護の視点からすればもっと大切なのは、自立的でなくなっている結果ではなく、なぜ自立的でなくなってしまったのか、その原因に思考を働かせることです。

私は自立の問題は環境(人間関係含む)との関係で捉えなければならないと考えてきま

した。障害の改善、つまり身体的機能回復に焦点を当てた自立であれば、それは主に整形外科医やOT・PTを中心とした医療職が担うべき分野です。介護における自立アプローチの基本は、明らかにそれとは違うと思います。非自立的状態、つまり依存的状态の改善を、年齢や障害・痴呆の程度などからアプローチするのではなく、利用者と環境との関係を中心に考える点に特徴があるのです。なぜ自立が阻害されているのか、どうすれば自立が促されるのか、その可能性や仮説を利用者の置かれている環境の中から拾い集め、現実の利用者像と照らし合わせながら自立阻害の原因を突き止めていく、それが自立問題における介護の独自性ではないでしょうか。

その私の考える利用者の自立意欲と環境との関係を、図式化すると次のように表すことができます。

【利用者の自立意欲に環境が与える影響図】(注2)



また、公式化すると次のように表すことができます。

【利用者の自立意欲と環境との関係】

$$(\text{障害受傷} + \text{利用者の個別的な条件}) \times \text{環境要因} = \text{自立的意欲}$$

目標や目的のない生活。家族もなく、愛する人も愛してくれる人もいない毎日。果たすべき義務も責任もなく、自分はもう存在価値がないと思っている、思われている（と思っている）。他人に迷惑ばかりかけていると思っている、思われている。家族から見捨てられたと思っている。生きることに希望が持てない。こんな身体で生きているのはみじめで仕方がない。経済的にお先真っ暗、等々。こうした観念や感情はみな当事者と環境との相互

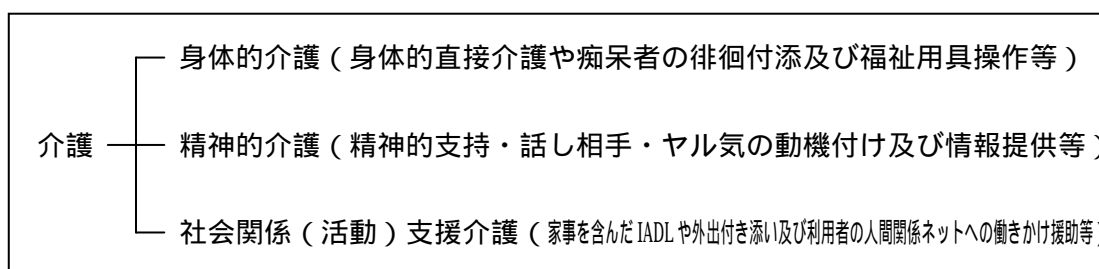
作用によって生じますが、このような状態にある人々が果たして保有力を最大限に使うって積極的にADLを行い得るでしょうか。多くは失意と諦め、従って外見的には無為と無気力に覆われた他人依存の生活を送ることになるのではないのでしょうか。

たいがいは本人の思い過ごしでしょう。しかしここでは本人がどう思っているか、その本人の心に映っている環境との関係が問題なのです。そういう状態にある利用者に向かって上記したような仮説を検討し、利用者がそう思わないよう、思わせないよう働きかけていくのは介護の仕事の大切な一部です。

片マヒの半身を引きずり痛みをこらえてそれでも訓練に励むのは、排泄が自立すれば家に帰れるという目的があるからです。そこには待っていてくれる人や安心できる環境があるからです。だから痛みをこらえて頑張れるのです。社会資源の活用と介護者の働きかけで、そうしたヤル気の出る環境を整え、利用者に生活の目標と希望を持ってもらうのが介護における自立支援アプローチの本筋と私は考えます。そういう視点を欠いた自立の促しは、利用者に対する単なる強制や場合によってはいじめと受けられてしまう危険すらあるのです。

述べてきたように、介護において利用者の環境改善は大切な仕事です。例えば他職種と連携し、家族の面会を頻繁にしてもらうよう働きかけることや、外出を積極的に計画しそれに付添うこともここで言う「環境改善」に入ります。もちろんその前提には、綿密なアセスメントや計画案作りが欠かせないことは言うまでもありません。私はこの種の介護を「社会関係（活動）支援介護」と呼ぶことにしていますが、次に私の考えている介護の概念を改めて整理してみます。

【介護概念】



従って、この項の最初に記した「ADL自立を図ることが精神的自立につながる」とする趣旨の各教科書の文脈は、以上のような私の自立アプローチの考え方とは異なります。私は、精神的自立（生活意欲や目標等のヤル気）への動機付けがまず最初にあって、その上ではじめてADL自立が促されると考えていますので、教科書の表現では介護手順のあと先が逆なのです。それではいけないと私は考えます。本来、「ADL自立を促すには、精神的介護（ヤル気の動機付け）が不可欠」の文脈で記さなければならないのではないのでしょうか。

私はこうした問題意識をもっていましたから、ある報告者による「自立を強調するあまり、それを利用者に脅迫的に求めているか」「利用者に自立を求めるにはその背後に安心

感がなければいけない」のことは少し驚きました。まさにその通りなのです。私は、人が常に自立的でなければいけないとは思ってはいませんし、時に依存することがあるのは当たり前と思っています。依存することが許されるような穏やかな人間関係の中で、自立することそれ自体が喜びであり、喜びの条件となるような環境設定作りをするのが何度も言いますが介護の仕事なのです。それだけでなく私たちの目の前にいる利用者は、「生成 発展 衰退 消滅」という避けられない自然界の摂理の中で、大半がすでに衰退期ある人々です。そこには自ずと陶冶性ある若者とは異なる自立の概念があって然るべきです。

ところで、現実の介護場面における自立の促しというのは、実際には利用者からの依頼を断る形を取ることが多くなるのではないのでしょうか。「それは出来るはずですからご自分でやって下さい」等々と。その際に私たちが理解しておくべきは、一般的に他人に物事を依頼するという事は、依頼する側はそれだけで強い負担を感じているということと、その負担を押しつけて依頼(ニーズ)が表出されてくるというプロセスの認識です。一方、今度は介護者側の問題ですが、これは私たち自身について考えれば分かることですが、依頼を断るということは、本来相当なエネルギーを必要とするはずで、時には相手との関係を犠牲にするかもしれないほど緊張する行為ではないのでしょうか。果たして介護場面で自立を促す際に、こうした利用者の負担感が理解され、介護者の緊張感が伴われてそれが行われているのでしょうか。もしそうであれば、少なくともはた目に「脅迫的」とも取れるような促しには映らないのではないのでしょうか。

私はこの件に関しては次のような対応が基本と考えます。

第一に、利用者の依存性を大らかに認められる介護者であること。それが可能な利用者観と介護観を持つこと。

第二に、利用者が「自分でやってみよう」という目的意識を動機付けられる介護者であること。こうした介護観や介護者観を持つこと。

第三に、その上で言動巧みに自力でやるように促す介護技術があること。

こういうところでベテラン介護者のスキルを学ばせてもらいたいと思います。

参考までに、私はかつて療護施設で障害者介護を行っていましたが、その経験から障害分野と老人分野の自立アプローチに大きな違いを感じています。それをここで詳細に述べる余裕はありませんが、障害分野では自分の生活を介護者を使ってコントロールすることももちろん自立あるいは自律(注3)です。また例えば、食堂まで車椅子を自力で漕いで行ってエネルギーを使い果たすことは、人によってはナンセンスと考えられ、だからそれは介護に頼り、それより自分にとって大事な仕事(必ずしも職業を意味しない)にエネルギーを温存する方がむしろ「自立的」と認識される傾向があります。それはADLの自立よりもQOLに価値を置いた生活とも言えますが、どちらを選ぶか、それを決める際にはもちろん利用者自身の意見が最大限尊重されなければなりません。

(注1)「自立」概念については多くの障害者・研究者が定義付けをしていますが、その中で脳性マヒ者集団『青い芝の会』による一連の発言が歴史的にもっともインパクトを持ち、わが国の福祉に影響を与えてきたと私は考えています。

(注2)『障害者の心理と援助』メヂカルフレンド社 2001年 8ページを参考にして作成。仮に複数の利用者の心理的・身体的特性が同じであっても、環境要因が異なることによって自立の意欲に「大」「小」の環境変異が生じることを示した。

(注3)「自律」は障害分野でよく用いられる文字です。その意味するところは、たとえ障害は重度で介護者の援助を必要としても、精神的には他から拘束されることなくみずからの判断で自分の生活と行動を管理して主体的に生きていく、という姿勢と理解できます。

6. 関係性の外在化としての「呼称」「敬称」問題

いつの報告会にも出てくる問題の一つに、特養等における利用者に対する呼称・敬称の問題があります。今回も出されました。職員が利用者を「ちゃん」、甚だしい時には呼び捨てにすることに学生が強い違和感を持って報告するのです。

まず、どうあるべきかを論じる前に呼称あるいは敬称(以下「敬称」とのみ記す)の効用について考えてみましょう。敬称というのは相手との関係性、特に質的關係性を外在化したものと考えられないでしょうか。さん、ちゃん、君、様、あるいは呼び捨て等、なんと呼ばれるか、それによって相手との親密度や上下関係といった人間関係の質までも周囲に理解させる効果があります。このように目に見えない人間同志の関係を、聴覚という感覚器官で物理的に捉えることができるという意味で、私は「外在化」ということばを使います。

一面それがうっとうしいとも思いますが、敬称が複雑であるという性質を日本語はかなり濃厚に持っている言語のようです。さて、そうした理解の上で、今や介護保険の時代です。実態はまったくそうっていないにしても、施設・職員は形の上では利用者介護サービスを買ってもらっている立場のはずです。保険制度のこの根幹が理解されていれば、このような敬称問題は起きないのではないのでしょうか。私は利用者の年齢に関係なく、原則として姓に「さん」を付けて、それにどうしても違和感がある場合は名に(ファーストネーム)に「さん」を付けて呼ぶのが相応しいと考えます。

しかし、現実には私たちが対象とする利用者にはさまざまな方がいます。たとえば子ども返りした痴呆老人には、子どもの頃に馴れ親しんだ呼び名の「ちゃん」と呼ぶ方が良い反応を引き出せることがあるかもしれません。実際その種の話はよく聞かれます。そうしたレアケースに限り、私たちは不本意ではあるけれど、仕方なく「ちゃん」と呼ぶのです。くれぐれも誤解してはいけないのは、利用者との「信頼関係」があるとかないとか判断基準ではなく、そう呼ぶことが利用者の利益につながるという確かなアセスメントがあるから、そうするのです。これは大きな違いです。

しかし、それでも私は次の理由で「ちゃん」には抵抗があるので。

痴呆は器質的疾患ですが、介護の分野では「関係障害」(注1)として捉えようという考え方が定着してきました。それは周囲の人々の関わり方を中心にした環境によって、病気そのものは治りませんが、症状は重くも軽くもなるという捉え方をする疾病観です。言い換えれば、介護者の関わり方いかんで症状の変化が期待できるということですから、この疾病観に立てば子ども返りしている利用者を「ちゃん」と呼んでしまっただけでは、その傾向に一層拍車がかかると思うのですが、どうでしょう。

私は先に敬称は「関係性の外在化」と述べましたが、ことばを換えればそれは「関係性の形」とも言えます。利用者が誇りと正気を取り戻す可能性のあるその「形」を使って、つまり「さん」を使って、私だったら根気強く呼び掛けると思うのです。

その「形」を今、医療がさかんに用いているのを感じます。患者をアナウンスする時の「患者様」(注2)がそれです。そう呼ばれることの不自然さはこの際別にすれば、かつての医療の、特に医師を中心とした医療者の、患者を見下したような権威主義からの脱却を自発的に図ろうとする自己努力はさすがだと思います。「様」という上位者に対する敬称を形にして設定し、その形を日常化することによって自分たちの悪しき体質である権威主義を打ち破ろうとしているのです。「形」を先に作って、そこに向かって全体を統合させようとする手法と、でも言えるでしょうか。

今や一部の篤志家が私財を投げ出して施設(注3)を作り介護を行っている時代ではなく、各施設は介護の社会化をめざして公的制度の下で公金によって運営されています。当然そこにおける利用者と職員の関係は私的関係ではなく、職員は利用者に対して義務と責任・社会的役割を負っているという関係で捉えられます。そのような関係にある利用者に対して、私的関係を連想させる「ちゃん」が果たして適当でしょうか。少し考えれば解ることです。それでもなお利用者を「ちゃん」呼ばわりするのであれば、それは呼ぶ職員の、そう呼びたいという衝動を何よりも優先させてしまっている結果なのです。衝動を抑えきれない自分を正当化するために、「信頼関係」などということばを持ち出す介護者は、私は相当にまずいと思います。

注1) 小澤 勲『痴呆を生きるということ』岩波新書、を読むとその意を強くします。

注2) 介護でも「様」と呼ぶべきではないかの意見もあると思いますが、個人的には生活の場で「様」と呼ばれるのは仰々しさがハナについて私には違和感があります。その違和感の出所は多分、医療は生活の中では「点」としての関わりであり、それに較べて介護は「面」としての関わりの違いからくると思うのです。生活場面では人は、仰々しさよりも自然であることを大事にしたいという願いがあると思います。こうした意味から、穏やかでそれでいて敬意を込めた敬称である「さん」を私は好みます。ちなみに私が知るある療護施設では、利用者表現する時に「ご利用者様」と表しています。私はやり過ぎだと思いますが、いかがですか。

注3) 私財を投げ出して施設を造るのですから、その時代の介護者と被介護者関係は私的関係が濃厚でした。ですから「ちゃん」や呼び捨ては頻繁でした。誰もがそれを当たり前と考え、抵抗感を持たなかったと思います。それはみなさんが親から呼び捨てされるのと同質と考えれば解りやすいと思います。

7. 「慣れと諦め」の向こうへ

「慣れと諦め」という言葉を用いて利用者・職員・施設を覆うやりきれない沈滞感を指摘する報告がありました。「現実の前で理想が敗北したのが諦め」という言葉は、悲しい名言でした。さらにそのことばに追い打ちをかけるかのような『らくらくゴックン』(注1)

の報告や、温かいお粥の上のにせた薬が溶けてお粥に染み出しても、もはや日常風景となってしまうとその異様さに気づかない職員のマヒした感性。また入浴介護の際に利用者に対して「流れ作業」やトランスファーの際に「腰を痛めたら生活費出してくれる」のこころない言葉を吐いてしまう職員の資質。そして「理想と現実は違う」と開き直ってしまう職員の厚顔。こうしたことに触れざるを得なかった数々の報告。そして、こうした報告をする際の学生の涙。

この一部職員と学生の構図はひどくおかしい。実習を指導するはずの職員が、介護者としての基本的在り方を学生に指摘されてしまっている。こんな場面に接したらだれだって思うでしょう。「経験って一体なんなんだ」と。ここでは経験が、職業的熟達ではなく反対に退歩の方向へ、俗に言えば「スれる」方向へ向かってしまっているかのようです。

私は職員みんながこの仕事に情熱を持っているとは思わないし、生活のためと割り切る人がいるのはむしろ当然と思っています。職員もまた私たち同様に、時には他人を無視したり傷つけたり、ある時には人に優しくしたくないという気持が湧きおこったり、できるだけ働かないで給料だけはしっかり貰いたい等と都合のいいことを考える普通の人々なのです。私はこうした「普通の人々」が持つ「無視したい」「優しくしたくない」、でも「給料だけはしっかり貰いたい」という、いわば人間の本性のネガティブな側面（注2）をみなさんにはもっと直視してほしいと一方で思っています。

しかし介護職員は、こと介護に限ってはもはや「普通の人」ではないのです。義務と責任を果たす対価として報酬を手にする職業人なのです。そこが「普通の人」とは決定的に違うと思うのです。私たちは職業では勝手気ままな恣意的ふるまいは許されないという一線を堅守しなければならないし、それが堅守されなければ社会は退廃するのですから。

それにしても一部職員のこの鈍感さはなんとしたことでしょう。おそらくそこには指摘された「慣れと諦め」に係わる問題が横たわっていると思いますが、何故そうになってしまうのか、その点について私が思いつく幾つかの理由を挙げてみます。

利用者・職員の双方に「劣等処遇」観が払拭できないでいる。その意識が介護関係に反映し、未だに「やってあげる：やってもらう」関係を成立させている。「やってあげる」側はそれだけで心理的優位性を与えられ、その結果人権意識を欠いた介護やサービス消費者としての利用者認識を欠いた介護がまかり通っている。やってもらう側もまた、権利意識や消費者としての自覚を欠いている。

職員の多くが介護を家事労働の延長として今なお捉えていて、専門職としての認識が薄い。つまり、この仕事に対する自己評価（それは社会的評価の反映だが）が低い。そのため好き嫌いレベルの感覚的な介護が行われ、感情的にじっくりこない利用者に対して介護者の言動がその方向で強化される。

交替勤務や一定時間に業務が集中するなど労働負担が高く、そのため介護者の身体疲労と精神的荒廃が介護場面で出現する。

利用者が一般に批判力と表現力に乏しく、さらに閉ざされた空間で一对一の関係で多くの介護が行われるため利用者からの批判、職員同志の相互批判が生まれにくい。

プロフィーらは教師の生徒への期待度とその人間関係の傾向を分析しているが、その中で教師は期待している生徒には好意的で、期待していない生徒には冷淡であることを実

証(注3)している。介護対象者は一般に生活行動上の障害が大きく、そのため介護者が要求する期待した行動を取ることが難しい。その結果、介護者は利用者に対して建設的な関わりを避けるようになる。

利用者と介護者という濃厚な関係が心理学で言う「転移」(この場合は陰性の逆転移)が介護者の中に引き起こされ、そのため自分を頼る利用者を子ども視したり嫌悪や非難等の感情を持ってしまう。

以上は推論ですが、私はこうした要因が複合して指摘される状況を作り出していると考えます。経験の蓄積による「熟達」の方向にではなく、これ等の要因が介護者に強く働き、職業者としてあるべき感性や倫理を減退させてしまっているのです。これはある意味で不思議な現象かもしれません。他の多くの職業は経験によって熟練度を増しますが、たとえば経験1年と10年の大工さんでは完成物に大きな違いがありますが、介護では往々にしてそれが逆転してしまうのです。私はここに単なる慣れやマンネリ化とは違う、介護職特有の仕事の難しさ(注3)があると思っています。介護の持つこうした仕事の難しさに私たちが気付き、それに歯止めをかけなければ、やがて私たちもまた「理想と現実は違う」と開き直ってしまう介護者になる可能性があるのではないのでしょうか。

次に「諦め」についてです。利用者が抱く諦めという感情は自然発生しないのですから、これもまた利用者と環境との相互作用、すなわち関係性の所産と考えられます。ですから報告にあった「諦めさせてしまったのは私たちかもしれない」という職員のことばはさすがと思いました。問題を「関係性」として捉えている点が「さすが」と思えたのです。自分たちの営みをそのように振り返るのは勇気のいることですが、施設・職員が利用者のもっとも身近にある社会資源という事実思い至れば「もっとも影響を与えている関係」という考えが導き出されねばならないのです。

もし私だったら、次のような仮説を持ちながら利用者情報の収集をしたいと思います。

介護する側の価値観が前面に出た一方的なサービス提供を、もう何を言ってもはじまらない構造的なものとして利用者が認識し、それが恒常的に繰り返されることによって利用者に諦めを生じさせたのではないか。あるいは施設は食生活をはじめとする日常生活の多くがお膳立てされていて、利用者の主体性や能動性を発揮できるチャンスが欠けている。そのため長年培ってきた生活技術力を生かすことができない。施設の毎日は何もすることがないか、あったとしても「お遊び」程度のものでしかなく、そうした日常が利用者の意欲減退や意気消沈を引き起こしているのではないか。あるいはまた前記したように、家族に見捨てられたと思い込んでいる等、利用者の持つ人間関係ネットワークとの関係の薄さが諦めを生んでいるのではないか等々と。もちろん実のところは解りませんが、とにかく利用者に諦めが存在することを私たちが把握することができれば、諦めの解消の、少なくともその端緒には付けるのです。

私は「慣れと諦め」について有効なアドバイスを持ちません。その代わりに2年生『第2段階実習』の次の実践を紹介します。

利用者Aさん、83歳、女性、軽度の痴呆と躁うつ病罹患、上肢に軽い廃用性運動障害あり、介護度2。このところうつ状態が常態化していつもベッドで横になっている。学生が

この方を介護計画の対象者にして、生活にメリハリを持っていただくよう働きかける。家族関係は複雑かつ疎遠らしく、学生にも最後まで把握できなかったが、曾孫が3人いることだけは判明。その曾孫に手作りの鉛筆立てをクリスマスプレゼントすることをAさんに提案する。押しつけない、無理強いしない、「頑張りましょう」を言わない、家族関係を詮索しない、これ等をモットーに「曾孫さんはこれから学校へ行くんですねー」や「プレゼント受け取った時の喜ぶ顔が見えるようですねー」と、将来を期待させる話題作りをこころがける。

こうした学生の働きかけにもはじめは反応を示さないAさんだったが、粘り強い関わりの中である時「勝手にやったら職員に叱られる」とAさんがもらした。学生はAさんがそのように施設の生活を捉えていたことに大きな衝撃を受けたと言う。その後も軽いうつ状態が出現したりのリネ余曲折があったが、徐々に学生持参の空の牛乳パックに不自由な手で折り紙をちぎって張り付け、実習終了間際についに鉛筆立てを完成させた。仕上げに、これまた学生が用意した手作りのクリスマスカードに、不自由な手で「ひいおばあちゃんより」と自筆で記したのでした。

私はこの実践を次のような点でスゴイと思っています。

ベッドに横になるばかりの無為・無気力な毎日は、Aさんの病気が原因と医者や職員のだれもが考えていたが、それを覆した。

関わりによって「職員に叱られる」という、Aさんの不安や心配、遠慮やためらいを引き出した。つまり、そうした気持ちを常に持ちながらAさんがこれまで施設で暮らしていたことに初めて介護する側に気付かせた。

プレゼントが届くことによって期待される家族との新たなつながり。

これを機にAさんが体操や朝会に出るようになった事実。それは「意欲」や「希望」といったことばで表現できる新たな気持ちがAさんに湧き出たからではないか。と言うことは、学生の関わりがAさんの内的世界を変化させたことを意味しないか。

意欲を掘り起こすために成果が毎日に見える具体的な方法と、AさんのADL保有力を考慮した提案内容の適切さ。

Aさんの家族関係や疾病等の諸条件を考慮した上で、意欲を動機付ける巧みな関わり。介護のパワーと方向性を示した。

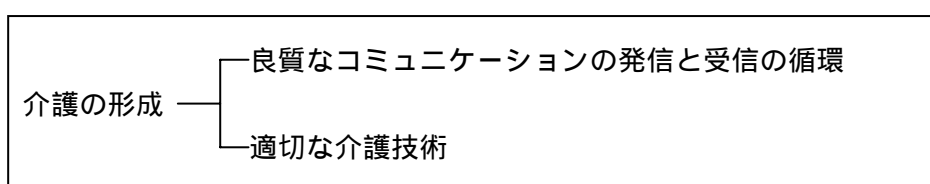
もちろん好条件が重なってのたまたまの好結果かもしれませんが、しかし、私が強調したいのは、うまくいったという結果ではなく、Aさんに対してきちんと向き合っていた学生の姿勢と、ベッドに横になっているばかりAさんに対して、学生からのこういう生活を送ってもらいたいという「謙虚な願い」の提示なのです。学生のこうした姿勢と働きかけなくしては決して得られない成果であったことだけは断言できるのではないのでしょうか。このような質の仕事は決して「慣れと諦め」では実現しない、他の専門職と並びうる高い専門性と創造性のある仕事だと私は思います。

報告会で「本当の介護とは」と問うた学生がいましたが、「本当」とはある種の人間関係の中で相関的に定義されるものですから、その答えは時と場・人によって異なってくると思います。ただ言えるのは、良い介護を行おうとする介護者の気持と、適切な介護技術、この二つが同時に提供されることによってはじめて利用者は心身両面の満足感を得られる

ということです。こうした気持ちを届けそして受けとめ合えるコミュニケーション、私はこれを「良質のコミュニケーション」と呼びたいと思いますが、介護にはこれが不可欠なのです。それを伴っていることが「本当の介護」を形成するための不可欠の条件です。

ですからみなさんの報告にあったように、利用者の前で入浴介護を「流れ作業」と表現してしまうこと、ましてや「腰を痛めたら生活費出してくれる」とコミュニケーションしてしまう介護者には、決定的にこの「良質」性が欠けてしまっていると思います。それでは介護形成の要件を満たしていないのですから、私たちはそれを「介護」と呼ぶべきではないと思います。

【介護の形成】



それでは「良質のコミュニケーション」とは何かについて触れてみますが、これはなにも介護関係だけにとどまるものではなく、人間関係一般に敷衍、拡大できるものです。まとめれば次のような表現になります。「複数の人の間で交わされる言語的あるいは非言語的コミュニケーションの基調が、次のようなことば群が持つニュアンスによって貫かれていること。すなわち、穏やかさ・温かさ・寛大さ・楽しさ・励まし・依存を包み込む大らかさ・好意的なまなざし・知的刺激・喚起される想像力・善意・同情・笑い・ユーモア・希望・元気・勇気・共感的態度、そして受け手が善意と感じ止める関係を前提にしたアドバイス・自立の促し・注意・苦言、等です。いずれも受け手の気持ちを基本的に上向きにさせるパワーを持ったことばです。介護者がこうしたことば群を基調にしたコミュニケーションを利用者に向けて発進することが、介護を介護として成り立たせるためには必要なのです。

ただ問題は、振り出しに戻るようですが、職員がこうした上向きで上質のコミュニケーションを利用者に発信するためには、その前提として「良質」(注5)が職員に確保されていなければなりません、その点をどうするかなのです。それについて私には次のような考えがあります。

そもそも「良質」のない人にそれを求めるのは無理な話です。そのような人には職業なのでから強制的に「良質」を注入(介護者としての再教育)するか、さもなければ辞めてもらうしかないでしょう。そういう類の、つまり根っからこの仕事に不向きな人は私の経験ではおよそ2パーセント程度です。その他の、前記した例のように利用者に対してこころないことばを不用意にコミュニケーションしてしまう人については、私は「良質」そのものがはじめから無いのではなく、あったけれど今は枯渇してしまった、蓄えが底をついてしまった、と考えたいのです。充電しないままバッテリーを使えば電気が無くなるように、「良質」もまた使うばかりでは漸減していくのです。

就職したての頃は良かったけれど、経験を重ね年数を積む毎に利用者から嫌われる職員になってしまった等の話はよく聞かれますが、同じ人物がどうしてそうになってしまうのか。私はそれを「良質」の枯渇に原因を求めます。もし私のこの論が的を射ているなら、それを回避する方法はただ一つです。介護者に「良質」が常時注入（供給）され、それを枯渇させないことです。

では、それはどうすれば可能なのでしょうか。

私は失恋の痛手は新しい恋をすることによって癒されると考えています。人から受けた心の傷の回復の基本は、再び人との関係によって修復されるということです。ペットや自然や酒や旅が一時的に癒しの手助けをしてくれることもあります。それはあくまでも一時的です。またある人はその痛手をバネに、心理学で言うところの「昇華」の力で社会的に価値あるものを創造することに没頭し、それによって癒しを得るような強い人もいるでしょうが、私たち普通の人にとって失恋の痛手の回復の基本は、やはり新しい恋をすることがもっとも手取り早くかつ効果的です。つまり、人間関係で消耗したエネルギーは、人間関係の中で再生産されるのが基本、と私は考えるのです。

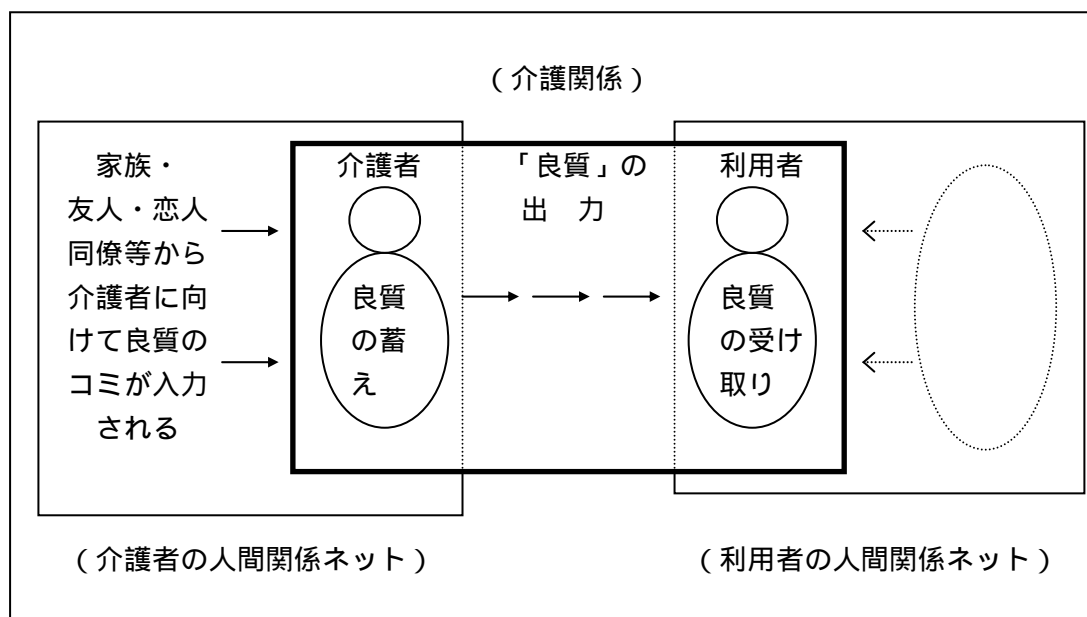
それとまったく同じ意味で、介護者の「良質」は、彼の所属する人間関係ネットワークから再生産されるのではないのでしょうか。家族・友人・知人・恋人・同僚等、こうした人々との間で前記した上向きなことばを基調にした良質のコミュニケーション（ポジティブ・コミュニケーション）が行われることによって、介護関係を含んだ人間関係で消耗した「良質」が再び介護者に蓄えられ、それが一定量に達すると外に向かって再び発信されるのです。当然、利用者を不快にさせるようなネガティブ・コミュニケーションの発信が無くなるのです。

理論的には、介護者と彼が所属する人間関係ネットワークとの間のこの循環が途絶えさせなければ、介護者の「良質」が枯渇することはないのですが、そのネットワークがポジティブなコミュニケーションを彼に向かって発信できる集団であるということが前提であることは言うまでもありません。

はじめは良かったのに最近はどうも、と利用者が嘆くような職員の多くはおそらくここに問題があると私は思います。これは特養に就職した卒業生の例ですが、実習巡回で再会した折、私に向かって傍にいた利用者を指差しながら「この人、昨日脱走して警察に捕まったんです」と冗談めかして言うのでした。こうした言葉の不適切さは言うまでもありませんが、もっと気になったのはその投げやりな態度でした。私はこの卒業生の三段階実習を担当しましたが、その時の彼女と較べるとそれは目を覆いたくなるような姿でした。もちろんこうした言葉や態度は非難されなければなりません。しかし、私にはその非難されるような言動が、一方で助けを求める卒業生の悲鳴のようにも聞こえたのでした。

彼女には「良質」が枯渇しているのです。決してはじめから無かったわけでないことを私は知っています。しかし今、それを求めようとしても彼女の人間関係ネットワークの中からは得ることができないのだと思います。だからぞんざいな介護になる。それを受けた利用者は介護者を嫌ってぞんざいな言動を投げ返す。さらにそれを受けた卒業生の言動がぞんざいさを増す。私には、こうした「負のスパイラル」の中に介護関係・卒業生がはまり込んでしまっているように思えるのです。本当は、こうしたところで現場主任が役割を果たさなければならないのです。もちろん母校の教員もですが。

【介護者の「良質」を枯渇させないためのコミュニケーション循環図】



(上図は介護者を中心に描かれているので表現も介護者中心です。)

介護関係で枯渇した「良質」は、現場主任や母校の教員も含めて介護者が所属するもう一回り外側にある、より大きな人間関係ネットワークから絶えず「良質」が供給されることによってはじめて担保されるのです。上図はその関係図です。もちろん利用者の背後にも人間関係ネットワークが存在していますが、ここでは説明を解りやすくするため省きました。しかし介護にとって、利用者とその背後にある人々とのつながりが重要な情報であることは言うまでもありません。なぜなら、利用者が他の利用者や介護者に良質のコミュニケーションを発信するには、これもまた介護者同様、そこから「良質」が供給される必要があるからです。

最後に、私がここで述べたいことの要点を記します。

介護者からの最初の良質のコミュニケーションの発信は、それを起点にして受信した利用者が今度は介護者に対して良質のコミュニケーションを送信する循環を形成する。こうした構造が介護関係の根底に横たわっていることが、介護を介護として成立させるための条件。一度この関係を作ってしまうと、あとはドミノ倒しのように次から次へと他の場面の介護にもこの関係は波及していく。だから「介護者発」の最初の良質のコミュニケーションの発信が重要になる、ということです。

さて、結論は常識的なところに落ち着きましたが、「慣れと諦め」が支配する現場のムードを一変させるには、結局、介護者に「良質」が維持されていること、それを自ら発していくこと、この二点を介護者が自覚することです。もし本当にそれができて実践されれば、現場は本当にガラリと変わると私は思います。

以上で私の講評を終わります。

- (注1) 『らくらくゴックン』は哺乳ビンに似た水分摂取器。利用者の口中にまだ食物があるのに、同器を使って水分と共に無理やり嚥下させようとする職員の姿に学生が憤りを覚え、涙ながらに報告。そのリアルな報告に会場は静まり返った。
- (注2) もちろん人間には、みなさんの報告の基調にあるような「人に優しくしよう」という反対のベクトルも同居していることは言うまでもありません。
- (注3) 安藤延男編『人間関係入門』ナカニシヤ出版、1988年
- (注4) 介護特有の仕事の困難さを山田明はかつて『坂道構造論』として著した。
- (注5) もちろん介護者が「良質」であるための主体的努力としての「自己覚知」や「自己研鑽」等の自己努力、そして「良質」を維持する客観条件として賃金をはじめ労働条件の改善も大きく寄与することは言うまでもありません。

(2004年2月27日受理)