

国際医療福祉大学課題研究（修士）
大学院医療福祉学研究科修士課程

認知症当事者の主権回復に挑んだ3人の看護師
～ライフヒストリーから新しい道を切り開いた要因を考える～

2020年度

医療福祉経営専攻 医療福祉ジャーナリズム分野

学籍番号：19S2046 氏名：平岩千代子

研究指導教員：大熊由紀子教授

副研究指導教員：埴岡健一教授

目次

はじめに	1
序章 認知症の当事者を取り巻く環境	2
1章 田中とも江さん	6
～縛らない看護、尊厳ある暮らし回復への挑戦～	
2章 小藤幹恵さん	29
～「患者さんにとっての最善」を最上位価値にする挑戦～	
3章 永田久美子さん	47
～「認知症本人の意思」を最重視する社会づくりへの挑戦～	
終章 最期まで身も心も縛られない暮らしを求めて	75
おわりに	82
謝辞	83

はじめに

“魔の3ロック”という言葉があります。身体を縛るフィジカルロック、言葉で制するスピーチロック、向精神薬の大量投与で動きをおさえるドラッグロック。日本の医療や介護現場で、少なからず行われている現実です。

こうした現実のおかしさに真正面から向き合い、たとえ認知症になっても、患者という弱い立場におかれても、人としての尊厳が守られるべきであるとの当たり前に挑んできた3人の看護師がいます。

田中とも江さん。

中学校卒業と同時に故郷を離れ、診療所で女中あつかいされながら働きはじめました。准看護師の資格を得た後も、医療職の底辺として虐げられました。その辛く情けない思いを、精神病院で最下層に位置づけられ虐げられる患者さんの姿に重ね合わせました。身体拘束を肯定する業界内からの大バッシングにあいながら、ひるむことなく縛らない看護の方法を提案しました。それは介護保険の身体拘束禁止規定に反映されました。1980年代後半のことです。70歳を過ぎたいまも高齢者ホームの施設長として、要介護5の人も、認知症が重い人も最期まで口から食べてトイレで排泄できる生活環境を整え、尊厳ある暮らしのために全力を注いでいます。

小藤幹恵さん。

大学院を卒業した大学病院の副院長兼看護部長という田中さんとは対照的な立場にありました。第一線で働く看護師から、「現場で嬉しいことがあったときには真っ先に報告し、ともに喜びを分かち合ってもらえる存在」と言われるほどの親しみと信頼を寄せられました。患者にとっての最善を追求。第一線で働く現場看護師の後方支援を徹底し、一般病棟だけでなく、精神科病棟、ICUを含め、縛らない看護を実現しました。看護管理で大事なことは「明るいこと」。千葉大学大学院で学んだ最も大切にしている価値観です。

永田久美子さん。

認知症のある本人よりも家族や支援者の意思が優先される。本人の思いや声がないがしろにされる、そのような理不尽さや無念さに立ち向かっています。認知症のある本人（当事者）の意思を尊重する社会づくりをするために、2つのアプローチをしています。ひとつは認知症当事者の声を社会に発信すること。「認知症とともに生きる希望宣言」はその1例です。もうひとつは、認知症本人を直接支援するサービス事業者や認知症施策をつくる行政を支援し、認知症本人が暮らしやすい環境づくりをしていることです。

本稿は、3人の看護師とその関係者にインタビューを重ねた結果です。たとえ認知症になっても、最期まで身も心も縛られない暮らしを実現するための要件は何か。超高齢社会で期待される看護師および一般の人の意識と行動について、3人の看護師の挑戦をライフヒストリーからひもとき、考察しました。

なお、本稿では敬称をすべて「さん」に統一させていただきました。

序章 認知症の当事者を取り巻く環境

認知症の当事者を取り巻く環境を、2つの側面から概観します。ひとつは、認知症のある人たちの生活環境や暮らし、もうひとつは、本人たちの意思の尊重という観点です。

1. 認知症のある人たちの暮らし

(1) 認知症の人が歩まされた悲惨な歴史

認知症の人は多くの国で精神に障害のある人として扱われてきました。日本ではこれに特殊な政策が追い打ちをかけたのです。

戦前まで精神障害者は、「私宅監置」され、医療や生活の支援もなく放置され、とても悲惨な状況におかれていました。その状況を調査した当時の東京帝国大学医科大学精神病学講座の呉秀三教授は、「わが邦十何万の精神病者は実にこの病を受けたるの不幸の他に、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」との言葉を残しています。

戦後になり、1954年に行われた全国精神実態調査では、「精神障害者が全国に130万人、そのうち35万人は入院治療が必要である」と記しています。当時の精神科入院ベッドは約3万床でしたから、多くの人たちがまだ私宅監禁されている可能性が示唆されました。そこで厚生省は入院治療できる精神病院の整備が急務と考えました。先進諸国では精神病院は公立でした。けれど、日本の厚生省は財源不足を理由に国公立病院をつくらせようとせず、民間に精神病院をつくらせる政策をとりました。

病院建設への参入のハードルを下げるために、1958年厚生省事務次官通知により、精神病院では一般病院と比較して、医師数3分の1、看護婦数は3分の2の少ないスタッフでよしとする「精神科特例」が出されました。加えて、病院建設への低利融資制度が出来たことにより、「精神科病院ブーム」と呼ばれるほど、民間の精神科病院が急速に増えました。

1964年には、当時のライシャワー駐日米国大使が、アメリカ大使館前で精神障害のある日本人の少年に刃物で刺される「ライシャワー事件」がおきました。マスコミも世論も、「障害者は危険である」とのレッテルをはり、厚生省は、精神障害者の隔離・収容政策に大きく舵を切ったのです。

その結果、欧米各国では1970年代以降、精神病床数を激減させているのに対し、日本は、90年代まで増床し、その後も高止まりを維持。2019年度もなお32.7万床¹が存在しています。

日本の精神病床数は国際的にみて桁違いに多いのですが、それは「2つの2割」という言葉で語られています。ひとつは、世界全体の精神病床のおよそ2割。もう一つは、日本全国に存在するすべての病床を合わせた約164万床のおよそ2割に相当します。

精神科病院における身体拘束率の高さも群を抜いています。杏林大学教授の長谷川利夫さん(精神医療)たちの国際共同研究チームは、日本の身体拘束率はオーストラリアの約580倍、米国の

¹ 令和元(2019)年 医療施設(動態)調査・病院報告の概況

約 270 倍との衝撃的なデータ²を公表しました。日本の特殊事情があるため、このデータには精神科に入院している認知症患者が除外されています。つまり認知症患者を含めると、さらに多くの人が拘束されているのが実態です。

(2) 認知症のある人たちは、いまどこで暮らしているのか。1 位居宅、2 位医療機関

現在、認知症のある人たちは、どこで暮らしているのでしょうか。

東京都の場合、最も多いのが、居宅で 63%、次に多いのは、医療機関（療養型+療養型以外）で 11%です³。

また、平成 29 年度厚生労働省患者調査によると、「認知症」⁴の入院患者の総数は 77,100 人です。入院している病床の種類の内訳をみると、最も多いのは精神病床で 68%。認知症で入院している人のおよそ 7 割が精神科病棟に入院しているのです。続いて療養病床（医療保険適用+介護保険適用）27%、一般病床 4%、一般診療所 2%の順です。

(3) 精神科病院では、認知症のある人の 63%が強制入院

精神科病院へ入院している人のうち、認知症の人について次のようなデータがあります。2019 年の入院患者数⁵は、「アルツハイマー型認知症」39,274 人、「血管性認知症」7,844 人の計 47,118 人です。2013 年をピークに一時減少しましたが、2015 年以降再び増加しています。年齢は、65 歳以上の高齢者が 97%を占めています。入院の形態では、本人の同意に基づく「任意入院」が 37%であるのに対し、本人の同意を必要としない強制入院の「医療保護入院」が 63%にもものぼり、権利擁護の点で国際的にも大きな問題となっています。

東京都医学総合研究所の西田淳志さん⁶は、日本では、精神科入院全体に占める強制入院の割合が、2012 年時点で 45%と、国際的にみて割合が高いことが特徴であるとしています。「自由権規約や拷問等禁止条約の国際条約の委員会から繰り返し制度の改善を求める勧告が出されており、権利擁護の大きな問題となっています。認知症による医療保護入院は、自傷他害要件を厳密に満たす場合に限るべきですが、日本独特の社会的入院、社会的強制入院が発生しています。認知症政策の国際動向と逆行しており今後の精神医療改革に深刻な影響を与えることから、政策方針を早急に転換する必要がある」と述べています⁷。

(4) 一般病院では、認知症のある人たちの 45%が縛られている

「認知症の人がさまざまな病気やけがの治療で病院に入院した際、45%の人が身体拘束を受けていたことが分かった」とのニュースが、2018 年 11 月 19 日複数の新聞で報道されました⁸。認

² 2020 年 12 月 2 日、国際精神医学雑誌に掲載された論文がオンラインに掲載²。G.newton-howers, M.K.Savage, R.Arnold, T.Hasegawa, V.Staggs and S.Kisely “The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study” *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e190, <https://doi.org/10.1017/S2045796020001031>

³ 東京都福祉保健局高齢社会対策部「東京の高齢者と介護保険データ集」（令和 2 年 6 月）

⁴ 「アルツハイマー病」と「血管性及び詳細不明の認知症」の合計

⁵ 厚生労働省が精神保健福祉資料として公表している 630 調査をもとに、主診断が「F00 アルツハイマー型認知症」と「F01 血管性認知症」の人のデータ。2019 年 6 月 30 日の発表

⁶ 2015 年 8 月 31 日の内閣府の障害者政策委員会での発言から

⁷ 議事録参照。 https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/k_23/pdf/gijiroku.pdf （2021 年 3 月 1 日確認）

⁸ 東京都医学総合研究所と国立がん研究センターが、2017 年 2 月～3 月にかけて行った調査。わが国で初めての一般急性期病

知症かその疑いのある入院患者 23,539 人のうち、44.5%の 10,480 人が身体拘束を受けていることが分かったのです。あわせて、身体拘束の実施の有無とスタッフの配置数には関係がないこともわかりました。

本研究の責任者をつとめた国立がん研究センターの小川朝生さんは、「一般急性期病院における身体拘束を考える会」⁹で次のように話しました。身体拘束の問題の背景には、医学的問題と法的・倫理的な問題がある。前者には、せん妄、認知症、高齢者の転倒等、後者には、訴訟への恐怖や医療安全へのおびえ等に加え「これまで本人目線で検討されてこなかったこと」をあげました。

2. ようやく尊重されはじめた認知症当事者の思い

(1) 認知症の人たちの介護に困った家族による発信

一般の人たちが痴呆について知るきっかけとなったのは、1972 年に出版された有吉佐和子さんの小説『恍惚の人』です。痴呆になった舅の茂造の言動に振り回され、介護負担に苦しむ嫁昭子の姿が描かれました。家族介護の苦勞を明るみにしたと同時に、痴呆になると「何もわからない人」「周囲を困らせる人」との偏見を社会に植えつけることにもなりました。わが国における認知症の問題は、まず家族の介護負担の問題としてとらえられることになったのです。

1980 年には、「呆け老人をかかえる家族の会」（現、認知症の人と家族の会）が草の根助け合いグループとして発足しました。介護者家族の電話相談や集いでの情報交換を行うとともに、社会の認知症に対する無理解や、認知症施策がほとんどないことについて、社会に発信をしました。

会の千葉支部を立ち上げた中島紀恵子さんは、この会の特徴はスティグマ（烙印）に対するアドボケートだと述べています。家族の会では、「呆けたら何も分からなくなる」のではなく、本人には思いがあることも発信しました。

(2) クリスティーン・ブライデンさんが日本の認知症当事者にもたらした影響

日本における認知症当事者発信のきっかけとなったのは、クリスティーン・ブライデンさんの来日講演です。クリスティーンさんは、オーストラリアの元政府高官で、1995 年に 46 歳でアルツハイマー病と診断されました。2003 年に日本に初来日した際は、NHK のクローズアップ現代で放映されました。認知症と診断された後、多くの偏見の中で戦ってきた状況をしっかり話す姿に、一般の人たちから認知症の見方がかわったとの大きな反響を呼びました。

「クリスティーンのように自分たちがカミングアウトしないと、認知症のことを理解してもらえない」。認知症当事者たちが、全国各地で公の場でカミングアウトするきっかけとなりました。

その後の当事者による活発な発信活動については、3 章で詳しく述べます。

当事者による発信活動は、一般の人たちだけではありません。

2017 年 10 月、認知症専門医の長谷川和夫さんは、88 歳のときに認知症であることを公表しました。長谷川さんは、日本中で認知症の機能検査に使われている「長谷川式簡易知能スケール」（長谷川式スケール）を開発した認知症研究の第一人者です。『ボクはやっと認知症のことがわか

院を対象に身体拘束の実施状況。全国の一般病院 3466 箇所調査票を送り、937 カ所から有効回答を得た結果。

⁹ 2020 年 8 月 30 日 Zoom 開催

った 自らも認知症になった専門医が、日本人に伝えたい遺言』¹⁰『認知症でも心は豊かに生きている』¹¹『認知症専門医の父・長谷川和夫が教えてくれたこと 父と娘の認知症日記』¹²を上梓しています。その中で、「実際に認知症になってみて実感したことは、認知症は、いったんなったら固定したもののよう思われがちですが、そうではないということです」など、認知症になってはじめて分かったことが数多く語られています。

(3) 認知症のある人の意思決定支援

認知症が進行し、自らの声を発することが難しくなっている人についても、当事者の意思を尊重する支援体制が整いつつあります。

厚生労働省は、2018年6月「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を公表しました。日本が2014年に批准した国連の「障害者の権利に関する条約」に則ったものです。この条約では「私たちのことを私たち抜きに決めないで！Nothing about us without us!」をスローガンとして掲げています。

ガイドラインでは、認知症の人の意思を尊重するためのプロセスを示しています。

本人の意思決定能力が低下し、本人の意思や好みを確認することが難しい場合も、本人の価値観、健康観や生活歴を踏まえて、本人が望むであろうことや、好むであろうことを、関係者で“推定する”ことが重要であるとしているのが特徴です。意思決定支援者は、認知症の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うこと。本人の意思決定能力は、本人の個別能力だけでなく、意思決定支援者の支援力によって変化することに注意すべきであることも指摘しています。

従来の「代理代行決定のプロセス」とは異なります。

①たとえ認知症が重度でも本人の意思があることを前提にする。②本人が自ら意思決定できるよう、意思決定支援チームによる話し合いを行う。③意思を形成することの支援（意思形成支援）、④表明することの支援（意思表明支援）、⑤実現するための支援（意思実現支援）。

こうしたプロセスにより意思決定支援を行う「支援付き意思決定のプロセス」です。

また、医療的側面からのガイドラインに、厚生労働省が2007年に発表し2018年に改定した「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」があります。

ガイドラインでは、本人の意思を尊重することを基本とする。本人の意思は変化しうる。医療・ケアの方針やどのような生き方を望むかを、早目に関係者が集まりアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）を開く。そのうえで、繰り返し話し合うことが重要だとしています。

以上、認知症のある人を取り巻く環境について、認知症のある人たちの生活環境や暮らしや、本人たちの意思の尊重という側面を歴史的視点から見てきました。

ここから分かるのは、時代と共に進化している状況と、従来から全く変わらない、もしくは悪化している状況とが混在していることです。

¹⁰ KADOKAWA, 2019

¹¹ 中央法規出版、2020

¹² 長谷川和夫・南高まり著、中央法規出版、2021

1章 田中とも江さん

～縛らない看護、尊厳ある暮らし回復への挑戦～



患者さんを「縛らない看護」・・・いまから 35 年前の 1986 年。精神病院老人病棟の主任になった田中とも江さんは、「人が人を縛るなんて人間として許されるはずがない」「私が見ていないと患者さんが縛られちゃう」と、病院に泊まりこみ患者さんを見守り続けて、抑制しない看護への挑戦を始めました。

当時、「老人なら儲かる」と乱脈経営の老人病院が雨後のたけのこのように登場していました。新病棟オープン時に、転院患者さんを紹介するのは「ご祝儀」。一人の患者さんを、高価な「マグロー一本」とか「丸太一本」と隠語で呼んでいた時代です。

田中さんは、「いまになって考えてみると、当時の私は、縛らない看護をやりたかったわけではなく、長期入院を強いられた患者さんに、普通の生活をつくりたいだけだったんです」

1. 介護保険創設時に身体拘束禁止規定を盛り込んだ立役者

(1) 縛らないために、病院内のすべての紐を捨てた

東京都八王子市の人里離れた山奥にたたずむ上川病院。精神病院に併設する内科病棟、いわゆる老人病棟での身体拘束廃止への取り組みは、「抑制」を「縛る」と表現することから始まりました。

最初にやったのは、病院内にあったあらゆる紐、寝間着の紐から包帯まで、一本残らず捨てたことです。長い包帯だと縛ることができるので「ガーゼを切って使ってください」と指示しました。「今後この病院では患者さんを縛ることは一切許されません」とはっきり宣言しました。「あなたは縛られたいか」「あなたの親や子どもたちであればどうか」。徹底してスタッフに問い続けました。

それまでは、ベッドからの転落を防ぐなどの理由のもとに、抑制することが正義でした。だから「工夫して抑制すること」はよく考えられていましたが、「抑制しないための工夫」はほとんど考えられていませんでした。縛らなくていい看護をスタッフと一緒に現場で考え、チャレンジを後押ししました。

カギのひとつは固定観念から脱却することでした。点滴をベッドに寝たまの姿勢ではなく、椅子や車いすに座った姿勢で行うなどです。それ以上に重要なことは、良いケアをして、抑制が必要な状態を回避すること。試行錯誤を重ねるなかで、5つの基本的ケア、①起きる、②食べる、

③排泄、④清潔、⑤アクティビティが重要であることに気づきました。

田中さんは、医師の指示した治療を行うにあたり、「抑制を必要とするか否かの判断は看護師に任せてください」と言いきりました。一步でも引けば、また「後ろめたい看護」に逆戻りすることを危惧したからです。「絶えず患者さんの傍らにいる私たちが妥協したら、一体だれが患者さんを守れるのか。いまこの現場で患者さんを守るのは医師でもなければ、役所でも、家族でもない。私たち看護師なのだ」と、抑制することを断固拒否しました。

患者さんも医師も看護師も「患者さんにとっての最善」という同じ土俵に立って話し合う。看護師は患者さんに触れ、観察し感じたことを医師に伝える。医療の陥りがちな治療優先主義、独善主義をなんとか改善したかったといいます。

患者さんの抑制を解くことは大きな挑戦でした。看護師自身が自らに鞭をうち、それまでの習癖や固定観念から必死に這い出すこと。それは大きな苦しみを伴いましたが、看護師として人間として目覚めることにほかなりませんでした。反対に、抑制をすることは、その弊害に目をつむり、看護師としての専門性を捨てるに等しいことを自覚すべきと考えました。

「抑制という行為に『医療行為』という隠れ蓑を与えては絶対にいけない」。

(2) 10 病院による身体抑制廃止福岡宣言

福岡介護力強化病院研究会は、介護保険制度の発足を目前にひかえ、患者さんが病院を選ぶ時代が来るとの危機感をもっていました。老人病院に対する世間の厳しい目を感じていたからです。生き残るには選ばれる病院にならないといけない。

そこで、介護力強化病院や療養型病床群の病院スタッフ向けに、講演会「抑制廃止のために」を企画。上川病院院長の吉岡充さんと田中とも江さんを招きました。1997年6月のことです。

抑制廃止に向けて、吉岡さんと田中さんの福岡通いが始まりました。仲間同士の相互の病院見学会や、抑制をやめる工夫についての議論をかわしまました。3ヶ月後の9月に開いた福岡グループの定例症例検討会では、手ごたえを感じるまでになりました。

福岡での旗振り役だった有吉病院の院長有吉通泰さんは次のように振り返ります。

上川病院では身体抑制をしていないとの話をはじめて聞いたときには「ほんとにやっとなるの？軽い人が対象なのは」と半信半疑でした。

でも話を聞いたら「できるじゃないか」との感触をもちました。抑制をしないためには、どうすればいいか、具体的な方法や工夫の仕方がわかったからです。

たとえば、ベッドの四方を囲むサークルベッドに患者さんを寝かせておけば、柵を乗り越えられないと思っていました。けれど、低床ベッドにかえ、マットレスを敷いたり部屋に畳を敷けばいい。弄便にはつなぎ服で対応していました。それは、排尿と排便のパターンをチェックし、緩下剤を投与する時間を工夫すればいい。

このときから、考えるケア、考える看護の実践が始まりました。それまでは、惰性に流されたケアだったのです。

翌1998年10月30日には、福岡市で開催された第6回介護療養型医療施設全国研究会で、福岡県内の10病院¹³が「福岡抑制廃止宣言」を発表しました。

¹³ 宣言に参加したのは、南小倉病院、北九州湯川病院、遠賀いそべ病院、有吉病院、北九州古賀病院、正信会水戸病院、原土

宣言は、「老人に、自由と誇りと安らぎを」をスローガンに5項目を掲げています。

- ① 縛る、抑制をやめることを決意し、実行する。
- ② 抑制とは何かを考える。
- ③ 継続するために、院内を公開する。
- ④ 抑制を限りなくゼロに近づける。
- ⑤ 抑制廃止運動を、全国に広げていく。

抑制廃止福岡宣言は、公表の前日、西日本新聞の一面トップで『『縛らぬ医療』福岡から宣言』と報道されました。その後、抑制廃止運動の波は急速に全国に広まっていきます。

1999年5月、熊本抑制廃止宣言。6月、福岡抑制廃止継続のためのオンブズマン制度発足、九州、山口、沖縄抑制廃止宣言。7月、北海道における抑制廃止宣言。12月、特別養護老人ホームによる抑制廃止宣言（大阪）。次々と発表されました。

有吉さんは、短期間で「福岡抑制廃止宣言」ができた要因のひとつとして、当時福岡のグループでMDS（Minimum Data Set）の取り組みを進めていたことをあげています。MDSは、アメリカ発のアセスメントツールです。MDS方式は利用者の課題を抽出するために、300程度の選択項目をチェックすることでケアプラン作成に生かすというもの。そのため利用者の状態を客観的・体系的に情報収集する下地があったことが大きいと考えています。

最初の講演会から2年後に再び講演会を開いたときには、福岡宣言に参加した病院では、おおむね抑制の85%がなくなっていました。

（3）介護保険制度創設時に身体拘束禁止規定が入った

現場で広がる抑制廃止運動は、介護保険制度の施行に向けて高齢者ケアのあり方を検討していた



た国を動かしました。介護保険施設の運営基準に入ったのです。「サービスの提供にあたっては、当該入居者（利用者）又は他の入所者等の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者等の行動を制限する行為を行ってはならない」。

身体拘束規定が、1999年3月31日付の厚生省令として交付されました。この規定に違反する施設は、指定取り消しを含む処分の対象となりうるものでした。

さらに、施行通知で「緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない」と規定しています。

当時の厚生省で、身体拘束禁止の通達を作成担当した山崎史郎さんは「とにかく反対が多かった。反対の多くは現場の看護師や介護職から。厚生省内部でも無理だと

言われていた」と語っています¹⁴。「拘束をしてはいけない」ことが、わが国においてはじめて社会的合意となった歴史に残る画期的な規定となりました。

介護保険制度施行後の2000年6月、厚生労働省は、有識者21人からなる「身体拘束ゼロ作戦推進会議（座長：井形昭弘愛知県健康科学総合センター長）」を設置しました。田中さんも名前を連ねるマニュアル分科会メンバーは、「身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わるすべての人に～」¹⁵を作成。普及の推進を図りました。いまでも、裁判所の判決で用いられるなど、社会的に大きな意味をもつ冊子と評価されています。

コラム：身体拘束廃止に向けた故見藤隆子看護協会会長の強い思い

1999年2月8日に開かれた医療福祉審議会老人保健福祉部会（部会長：井形昭弘さん）では、身体拘束禁止に関する審議が行われました。

その席に看護協会会長として参加していた故見藤隆子さんは、「（痴呆老人の身体拘束禁止について）生命または身体を保護するために緊急やむをえない場合を除き、というのはとっていただきたい。高齢の痴呆患者というのはそれほど力がなく、看護の対応でこれはできる、というのが看護の方の理解。生命または身体を保護するため、というのは何を指すのか。……老人保健施設、老人病院等で働いている方たちの意見として聞いているのは、それは、看護の対応のまずさであると。だから何より重要なのは、拘束をしないということを決めることだ。それを決めれば、みんながどうやったら対応できるかということを工夫するので、まずそこを決めることが最も重要なことだ」と発言します*。

「見藤隆子さんが、審議会の席で右手を真上にずっと伸ばし、力強く発言した姿が、いまでも脳裏に焼き付いています」。

当時日本看護協会政策企画室長をつとめ、現在参議院議員の石田昌宏さんが語る思い出です。

「それからが大変でした」。日本看護協会の役員会で見藤さんが審議会での発言を報告すると、全員から総スカンをあびたのです。しかし「看護師として身体拘束は絶対やってはいけないことだと思う」と一歩も引きません。会議の直後に私は見藤さんに呼ばれて、役員全員を説得するよう言い渡されました。命令ですよ。でも私自身、臨床経験があり、縛ったこともあるので、身体拘束をなくするのは難しいと思っていました。自分が納得できないことについて人を説得することはできないと悩みました。そんなとき、上川病院では身体拘束ゼロを実現していると聞き、「見ないとわからない」と早速見学に行きました。

院内を案内してもらい、驚きましたね。木漏れ陽が差し込む廊下をお年寄りがゆっくり歩いているんです。ここでは時間がゆったりと流れ、お年寄りのペースで気持ちよかったです。病院の時間の流れって3つあると思います。1つは、急性期病院のカチカチという速いテンポ。医療者側のペースです。2つめは、精神科の閉鎖病棟にいる寝たきり老人。時間が止まっています。そして3つめ。上川病院は、時間の流れがゆったりしている。拘束しなければ、時間はお年寄りのペースで流れるのだと、ストンと体に落ちました。

* 医療保健福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会第5階合同部会議事要旨より
https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s9902/s0208-2_17.html（2021年3月1日確認）

¹⁴ 宮崎和加子『認知症の人の歴史を学びませんか』（中央法規、2011）

¹⁵ 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」著、平成13年3月

(4) 日の目をみない「身体拘束ゼロへの手引き」改訂版

2018年4月の介護保険制度改正では、身体拘束廃止に関する規制の強化及び身体拘束廃止未実施の強化が図られました。

10月には、有識者16人による『「身体拘束ゼロ」推進研究会(座長:大森彌東京大学名誉教授)』が設置されました。目的は、2001年3月に発行された『身体拘束ゼロへの手引き』の改訂版を作成すること。田中とも江さんはワーキンググループメンバーとして、厚生労働省老健局高齢者支援課はオブザーバーとして参加しています。

この研究会の方針は、「身体拘束ゼロへの手引き」の思想・理念部分は残し、細部を直すこと。会議では、修正すべき内容が詳細に検討されました。“将来的な改訂まで耐えうる”報告書¹⁶は、2019年3月、厚生労働省に提出されました。

さらに報告書の内容を踏まえ、『ケアに関わるすべての人へ 身体拘束禁止の取り組みのために』



¹⁷が作成・発行されています。「手引き」の改訂版に相当するものです。しかし、「身体拘束ゼロへの手引き」のときは全く異なる扱いです。事務局をつとめた団体のホームページで販売するにとどまり、ほとんど知られていません。

本冊子(2019.3版)の構成は次の通りです。一人でも多くの人に読んでほしい内容です。

- 1 身体拘束とは人としての尊厳も犯され命も縮める虐待行為です
- 2 身体拘束は「やむを得ない」のだろうか 改めて考えます
- 3 身体拘束禁止への取り組み
- 4 身体拘束をしないケア
- 5 不適切ケアの改善で身体拘束を防ぐ
- 6 利用者の行為・行動の理由と原因から考える拘束しないケア

拘束廃止の取り組みは、いまだに何らかの政治的判断が働いているのではないかという疑念がきえませんが

2. 快適さを追求するケアと安心できる暮らし

(1) 身体拘束廃止に不可欠な「5つの基本的ケア」の発見

身体拘束廃止に取り組む中で、田中さんは、「快適さ」を感じる生活ケアが重要であると気づきました。快適さを増やし、不快を減らす。身体拘束は、不快の最たるものにほかなりません。ケアの本質は、「気持ちよく目覚め、おいしくごはんを食べてもらい、気持ちよくおしっこやうんち

¹⁶ 特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク「平成30年度老人保健事業推進費等補助金 介護施設等における介護の透明化と質の適正化についての調査研究事業報告書」(平成31年3月)

¹⁷https://jichitai-unit.ne.jp/dcms_media/other/pdf_publish_03.pdf (2021年3月1日確認)

をしてもらう。ひとりひとりの生活を重視して『ここなら安心して、生活していける』という気持ちをもってもらい、生きる力を引き出すこと」というのが田中さんの持論です。

現場でかなえるためには、起きる、食べる、排泄する、清潔、アクティビティという5つの基本的ケアを、人それぞれの状態に合わせて考えながら実践することです。

①起きる：人は朝、目をさますと身体をおこし立ち上がることで一日が始まります。日中を通して起きている時間を増やすようにするのがケアの基本です。座っていると上から重力がかかり覚醒します。起きるのを助けることは、人間らしさを追求する第一歩です。

②食べる：食べることは生きる楽しみのひとつです。食べることができれば脱水予防や感染予防になり、点滴や経管栄養の必要もなくなります。食べることは生きることそのもののケアです。

③排泄：排泄は人間の尊厳にかかわる問題です。座位のとれる人はトイレでの排泄を促し支援します。オムツは随時交換が基本です。オムツに排泄物がついたままになっていけば気持ちが悪く、「おむついじり」などの不潔行為につながります。つまり、ケアの不足が問題行動を引き起こしているのです。

④清潔：「お風呂に入りさっぱりした」という爽快感をもたらします。皮膚が不潔な状態だとかゆみが出たり湿疹ができたりします。そのため大声を出したり、夜眠れなくなり不穏になることもあります。清潔を保つケアを実践することでQOLの向上につながります。

⑤アクティビティ：介護を受けている人としてではなく、1人の人間としてそれまでの生活史をひもとき、その人らしさを表現する機会をつくります。

この5つの基本的ケアは、「身体拘束ゼロへの手引き」や「身体拘束予防ガイドライン」（日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会 2015年8月）の中にも明記されています。「身体拘束をせずにケアを行う3原則」の2つめの原則は「5つの基本的ケアを徹底する」。

それまでは縛る以外、看護やケアの方法を誰も分かりませんでした。ひたすら試行錯誤を繰り返し、縛らない方策を探りました。その結果たどり着いたのが、「身体拘束を廃止するには5つの基本的ケアの実践こそが重要である」。

具体的方法を見出したことは画期的で、後世に引き継がれている大きな功績です。

（2）“問題行動”の原因となるオムツに頼らないケアの推進

田中さんは、高齢者の生活を「快・不快」の観点からとらえています。

身体拘束をする理由となる“問題行動”の少なからぬ原因が、オムツ使用であることに気づきました。誰にとっても不快なオムツが安易に使われている。

不本意なオムツの使用が、どれほど高齢者の尊厳を傷つけ、辱め、その人の生きる意欲を喪失させてきたことか。その状態を自分の身におきかえてみれば容易に想像がつかます。

オムツは、行動を制限する拘束になる場合も少なくありません。

看護・介護現場では、高齢者が一度排泄の失敗をすると、オムツが必要と判断しがちです。オムツへの排泄を強いる。認知症のある人の“問題行動”として扱われる弄便やオムツ外しは、不快さを伝えるメッセージにほかなりません。

不快なオムツをはずしたり、バルーンカテーテル（尿管）を触ると、安易に拘束が行われます。いったんオムツやバルーンカテーテルが使われると、見直しはほとんどされません。多くの

場合一生使い続けることになります。

こうした負のスパイラルを転げ落ちる結末が待っているのです。

実は、ベッドに寝たままの状態での排便は、腹圧がかかりにくいいため、想像以上に困難を伴います。オムツをつけると歩行のバランスが崩れて歩きにくく転倒の危険性も高まります。本人にとって、いいことはほとんどありません。

排泄は自尊心にからむ、きわめてプライベートな問題です。排泄の仕方、リズムは人それぞれ違います。個人の生活史や排泄史を理解し尊重しようとの姿勢がないと、ケアはなりたちません。

「医師は医療の専門家ですが、ケアの専門家は看護師であり介護スタッフです。オムツを使うかどうかを考える看護師や介護スタッフが育たなければ、質の高いケアなどできようはずがありません。

最後のところで患者さんを支えて治すのは、看護と介護の力です。にもかかわらず、多くの現場では、看護師は自分で考えて方針を出したり、決定しません。すべてを医師の指示に委ねるといった体質がしみこんでいることが問題です」。

他方、大人用オムツの商品開発と改良が日進月歩で進んでいます。吸収がよく、漏れが少ない長時間対応型も登場しています。「夜はオムツを使って寝てもらおう」という考え方が主流になりつつあります。

けれど、オムツに排泄すると、尿や便が皮膚についた不潔な状態です。オムツが汚れていることに気づき夜中に目が覚めたら、オムツを交換してほしいと思うのが普通感覚です。

オムツは、座位が保てない人や座れない人に必要な福祉用具です。オムツに頼って人を寝かせようというのでは本末転倒です。

「私なら這ってでもトイレに行きたいわよ。自分の力で出したいんだから。摘便や浣腸、下剤は必要ない」。

「定期的にトイレにお連れして、座ると、体幹もしっかりしてくる。なかなか出ないからとすぐにあきらめてはダメ。20分も待てば大体の方が排泄されます。トイレで気持ちよく排泄することで、生理的にも精神的にもよい影響があります。」

「要介護5の人でもトイレで排泄することが可能な人はいますよ」と田中さんは話しています。

(3) ケアの哲学と技法をもつ「ユマニチュード」に惹かれて

田中さんがユマニチュードに出会ったのは、現在施設長をつとめる「ケアホーム西大井こうほうえん」に着任して5年目の夏でした。ユマニチュードは、知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションにもとづいたケアの技法。認知症の人や高齢などにも有効といわれています。

田中さんは、ユマニチュードについて創案者であるイブ・ジネストさんの講演をはじめて聞いたとき感動したといいます。ケアの理念と哲学をもち、実践的な技法と一体化したメソッドだったからです。同時に「私がこれまでやってきた、ケアの考え方やケアの技法は間違っていない」との確信をもちました。

ユマニチュードでは、ケアを行うにあたって、「自由・平等・友愛」を価値あるものととらえ、「人とは何か」「ケアする人とは何か」を考えさせます。

人間は本来「動く」ことによって生きる存在である。医療職は「ベッド上でじっとしているこ

と」を過剰に求める。

ユマニチュードでは強制ケアをしないため、おのずと薬や抑制が減るといいます。

ところが、田中さんが身体拘束廃止の講座をやってもやっても、身体拘束がなくなる。なぜか。イブさんの講演があると聞けば“追っかけ”のように各地へ何度も足を運ぶうちに、ついに答えがみつかりました。

「私に足りなかったのは、哲学」

「あなたは大切な人ですよ、愛情を届けたいと思っています」と自分の脳の中に刻み込む。それを全身で表現して相手に伝える。

哲学をもっていないと、「自分自身の気分がよいと優しくなれる。けれど、気分がよくないと、やってられない」。となってしまう。

「イブさんは、すべては愛だという。その哲学を実践するための技法を 450 見出し、その中から 150 の技法を抽出。包括的コミュニケーション技法として集約したのがすごい」。

田中さんは、ユマニチュード・インストラクター養成講座に第 1 期生として通いました。

研修をうけるまで、手、胸、陰部、足が敏感なところであるのに配慮が足りず、相手の腕を上からつかむことがクセになっていました。

「痛くないように下から支えて、安心してもらうことが大事」と言われ、目が開かれる思いがしました。でも「言われたからってすぐに治るものじゃない。無意識につかんでしまうんですよ。イブさんに『トモエ』と、相手の腕をつかむ私の手を何度指されたことか。これは意識しなきゃ治らなかったし、ずいぶん時間がかかりました」。

10 週間にわたる研修を受講後、試験に合格し、認定エグゼクティブ・インストラクター資格を取得しました。

田中さんは 2019 年から、東京エリアに所在する「こうほうえん」グループの事業所 5 か所のスタッフ 10 人を毎月 2 回、それぞれの職場でのユマニチュード推進者とするべく人財育成を行っています。

「ケアの現場が良くなるかどうかは、すべては人。だから一緒に働く人を応援する。自分たちが大切にされていると思えば、入居者を大切にようになりますから」。

コラム：「縛らない看護」と相性がいいユマニチュード

ユマニチュードは、体育学の教師だったイブ・ジネストとロゼット・マレスコッティのフランス人2人が考案した、知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションにもとづいたケアの技法です。

植民地に住む黒人が自らの「ネグリチュード（黒人らしさ、黒人性）」を取り戻す活動という言葉に起源をもっています。そして「人間らしくあること、人間性」を表現する言葉として「ユマニチュード」と命名しました。

ユマニチュードは人々の関係（絆）を結ぶ哲学。患者さん自身を中心におくのではなく、人と人との絆、人と人との関係性を中核に置いた思想哲学です。ユマニチュードの価値観は人間の尊厳を大切にすることで、すべての人間を人間として扱い、社会性や尊厳を一度失った高齢者の人間らしさを回復するケアです。したがって「害になることをしない」ということを常に念頭に、ケアの内容を選択します。

「私は自由を尊重する。けれども、患者さんを拘束する」。ここに倫理上の大きな問題が発生します。宣言していることと行っていることが一貫しているかどうか、そこに倫理観が問われるのです。「私は自由を尊重する」と宣言するからには、「患者さんを拘束する」ことは許されません。

さらに、拘束をされている状態は、人間がユマニチュードの状態に置かれなくなってしまった結果だととらえています。自分が人間として認められなくなったと感じた場合、本人には2つの選択肢が残されます。1つは、噛む、引っかく、叫ぶ、抵抗するなど「攻撃的な患者」になること。もうひとつは、あきらめることです。

医療・看護の伝統的な文化において「よい患者さん」というのは動かない人、フラフラどこかへ行ってしまわない人、ケアをされるがままに受け入れる人です。それに対し、イブさんは体育教師なので、「止まらないで！動き続けなさい！」と言います。動く＝生きること、不動＝死であるからです。

聖路加国際大学名誉教授の授井部俊子さんは、「いま日本にある看護基礎教育の教材、特に基礎看護技術の教材は、ベッド上安静が前提でつくられているものが多い。ジネストさんの実践を通し、ベッド上安静が大切という考え方や、高齢者の不活発はどうしようもないという通説が覆されたと思いが思った」と述べています。

ユマニチュードには具体的ケアの技法として、見る、話す、触れる、立つという4つの柱があります。そして患者さんを害することになる強制ケアは絶対にしない。なのに、なぜ強制ケアをやめられないのか。それをしないで済むような「知恵」と「技術」を知らないだけです。

日本赤十字看護大学名誉教授の川嶋みどりさんは、「イブさんの言ったなかでいちばん印象的だったのは、『ケアは暴力だ』という言葉。最初は「えっ!？」と思いましたけどね。だけど考えてみたら、ナースも介護職も本人の思いを全然無視して『さあ、身体拭きましょう』『さあ、頭洗いましょう』『ごはんですよ』と言ってますよね。だからちゃんとノックをして、相手の心を開いてから『〇〇をしてもいいですか?』って聞いてから行うべきだって彼は言ったのね。それはいままでの私たちの看護には全く抜けていたことだと思う。・・・とにかくケアってというのは、目の前の人に対して『時間をいかに提供するか』ということだなんて思ったの。『時間をあげること』だって。みんな『忙しい、忙しい』って言うけど、じゃあ1日15分とか10分とか時間を生み出せないかという、そんなことはないはずなの。・・・ユマニチュードは、そこに流れているフィロソフィー（哲学）がいちばん重要なんだって私は思いました。だから哲学を抜かしていきなりやり方だけを真似しないでください。」と語っています。

ユマニチュードは、「文化性」に根差したメソッドではなく、「人間形成（発達）」のプロセスに根差したメソッドなのです。

資料：本田美和子、伊東美緒編集『ユマニチュードと看護』（医学書院、2019）

3. 看護師としての誇りをもちたい

(1) 女中のように働いた准看護学生の時代

田中とも江さんは、終戦後まもない1948年、炭鉱の町福岡県飯塚市(旧嘉穂郡)で生まれました。5人兄弟の末っ子で、母が身を粉にして働く姿を見て育ちました。

1948年は奇しくも「保健婦助産婦看護婦法」が交付された年です。看護婦が医業に付随した看護を行うのではなく、医業の一端を担う専門職と位置付けられました。「日本の看護師上の一大革命」「看護の夜明け」と言われました¹⁸。

看護婦になれば一生生活には困らない。15歳で中学校を卒業すると同時に集団就職列車に乗って博多を出ました。愛知県一宮の診療所、野村内科外科医院に向い、住み込みで働きながら愛知県医師会一宮准看護学校に通いました。

診療所内の掃除、洗濯からスタートして一日が始まり、昼まで働く。午後から准看護学校に行き、夕方診療所に戻り、夜9時まで診療の手伝い。内気で気弱な少女は女中のように働きました。いまとは違い、当時は免許がなくても「見習い看護婦」の名のもとに現場での点滴、注射が黙認されていました。何でもこなし、体得しました。手術の手伝い、器材の消毒、薬づくり、ときにレセプトづくりまで。准看護婦の資格を取得したあと2年間、お礼奉公をしました。

准看護学校の授業で忘れられないのは、精神病の男性患者さんを教室に連れてきて幻聴の様子を学生に見せたり、「何の薬を飲んでいるの?」と質問したりしたこと。「見世物のようでひどいなあ」と思ったことをいまでもはっきりと覚えています。人権意識のかけらもない。精神病患者は精神の病を患ったことと日本に生まれたことの「二重の不幸」。日本の精神医学と精神医療の創始者として知られる呉秀三精神科医が、明治時代に嘆いた光景を目の当たりにしたのです。

(2) 精神病院勤務時代に体験した「地獄の縮図」

田中さんが身体拘束廃止や自律的な排泄ケアに並々ならぬ情熱を傾ける原点。それは、東京都八王子市にある精神病院、西八王子病院での「地獄の縮図」体験です。20歳になってまもなく、故郷の福岡県飯塚から夜行列車で上京し、16年間働きました。

当時の精神病院は、家族や社会にとって都合の悪い人、隠したい人たちの収容所でした。患者さんを飼育殺しにして社会性を奪い、退院できない状態にして家族を安心させる。偽物の“良心”がはびこっていました。武見太郎日本医師会会長は、精神病院経営者を“牧畜産業”と言い放ちました。

病気だから入院しているというのが建前。実態は、薬漬け点滴漬けの“医療”で、入院中に病気が悪くなっていく。オムツをはずす人は、保護衣をつけられ抑制され、尿路感染をおこす。

患者が熱いみそ汁を運ぶときに、階段でつまずき寸胴鍋をひっくり返し、手におおやけどをしたときのこと。

「おまえ、なにやっているんだ!」そばにいた看護師は手当をするどころか患者を怒鳴りつけました。

医療的な看護の視点は全くなく、看護職による患者への暴力やレイプなど、ありとあらゆる理不尽が日常的に起きていました。

¹⁸ 川嶋みどり『看護の力』(岩波新書、2012年)

「刑務所はいいよなあ。刑期があるから。私はここから、ずっと出られない」。患者さんがポツリと漏らした言葉、あ那时的無念な表情を田中さんはいまも忘れられません。

患者さんを「飼っている」と平気で言い、人としての価値を認めない。「ちょっとおかしいんじゃないですか」と言おうものなら全員からシカトされる。声をあげることができなかった。患者さんにとって「私も加害者だった」。いま思い出しても胸がしめつけられるといいます。

オムツ交換を「オムツさらい」と蔑み、「自分がこんな病院で働いているなんて恥ずかしくて人には言えない」「看護婦は誰にでもできて汚い仕事」という先輩や同僚たち。夜になると早々に仕事を片づけ、詰所で煙草をふかしながら麻雀に興じる面々。

看護職としての誇りはみじんもありません。ただ、看護婦たちも劣悪な労働環境におかれていました。女であることによる差別、医師の権威や医療の中の因習。そうした中で、賃金とわずかなやすらぎを得ているようにもみえました。

自分の価値を見つけられない人が、患者さんの価値を見出すことはできない。患者さんを唯一無二の存在と思えるわけがない。働きづめに働いたひどい精神病院。看護婦であることに誇りをもたなかったら、自分というものが何もかもなくなってしまう。

「患者さんの扱われ方のひどさが、自分を惨めにしました。私が生きていくには、どうしても看護婦としての誇りが必要でした。いま思えば、そこが私の出発点であり転換点だったと思います」。

患者さんだけでなく、田中さん自身も精神病院の被害者だったのです。

「おかしいことをおかしいといえる知識を得たい」。

32歳のとき、どうしても看護婦（正看護師）の資格をとりたいと一大決心をしました。病院に相談すると「勉強するのはいいことだから、時間と給料を上げる」と言われました。

コラム：東京郊外の精神科病院巡り

2020年夏、東京の郊外にある精神科病院13か所を2日間巡りました。

目的は、高齢者ホームに入居する認知症のある91歳の叔父が、夕方になると騒ぎだし退去を迫られているための入院先探しです。

突然の訪問であるにもかかわらず、事情を説明すると、ほとんどの病院で相談員が対応してくださり、多くの発見がありました。

- ・認知症の人を、医療保護による閉鎖病棟への入院を前提としている病院が多い
- ・任意入院のみという病院は1件
- ・現在の主治医の診療情報提供書を必要とする
- ・ほぼすべての病院で入院相談・手続きについては、高齢者ホームの相談員、もしくはケアマネジャーから連絡がほしいと言われた
- ・親族が病院に入院相談することを全く想定していない
- ・原則として地域の人が入院の対象で、入院期間は3ヶ月が目途であるとの説明が多い
- ・入院に際し、身体拘束同意書への署名を条件としているところがある

ほとんどの病院がコロナ禍で病棟見学はできないと言われましたが、1件、事前に予約すると見学させていただきました。

病棟入り口には、二重の扉が設置され、中に入ったとたん、男性のうめき声がきこえました。午後の時間帯で、多くの患者さんが、デイルームに集められてじっと座っています。一人の女性が、騒いでいる男性がうるさいと怒っています。デイルームのカウンター越しに見えるナースステーションには3-4人のスタッフがいますが、皆無関心です。案内してくださった相談員は、患者さんは全員おそろいの着衣であること、部屋にはベッド以外何もないこと、紐類は事故リスクになるとの理由で、ナースコールは設置していないこと、私物は一切持ち込めないこと、個室は保護室のみで厚い鉄の扉であること、などを手短かに説明してくれました。

精神病院に入院した人を知らない場合、入院してはじめて、親族がその療養環境を知ることになります。すると、驚いて「こんなところではかわいそう」とすぐ連れて帰る人もいることから、事前に案内していただいたのです。

(3) 看護師としての誇りを求めて専門学校へ

日中は東京高尾看護専門学校に通い、下校したあと夜勤に入るとい生活を送るなかで、同僚から陰惨ないじめにあいます。日勤帯の人からは引き継ぎをしてもらえません。カルテには「異常なし」「特変なし」との記載しかない。申し送りもない。けれど、微熱があったり、転倒しても「特変なし」が当たり前。

夜になると畳敷き9人部屋の患者さんの布団にもぐりこみ、日中病棟でおきたことを教えてもらいました。50歳代の女性患者さんは、退院できる心身状態であるものの、退院先がなく長期入院を続けていました。日中は私服にエプロンをつけ、病院内の掃除や洗濯を当時は「使役」と呼び、作業療法の名のもと無償の“仕事”をしていたので、病棟の様子をよく知っていました。

「なぜ患者さんの布団に？」と尋ねると、「“親和性”があったんでしょね」。その日の出来事を

話してくれる患者さんの声に、孤独感が癒され、精神的な安らぎを感じました。

「私はあなたたちとは別とか、患者さんを汚いと思うことはなかったです」。

「患者さんが汚いとは？」と問うと、「強い入浴拒否で長い間入浴できずにいた患者さんが、ご臨終近くになり、久しぶりに顔を見せた子どもが抱きついたときのこと。同僚の看護師が『よくあんな汚い体を抱けるわね』と言ったんですよ。自分たちにケアの技術がなく入浴してもらえなかったのを棚に上げたその発言に、いま思い出しても憤りを感じます。人間として絶対に許せない」。

一方、看護専門学校で学んだ3年間は、人生の中で一番濃い時間でした。新しく学ぶことすべてが、目から鱗の連続でした。それまで現場で積み上げた13年間の経験と教科書から学ぶ知識がいくつも符号する。あ那时的患者さんは助けられたかもしれない。医師も看護師も、患者さんを治療せず、単に“放置していた”ということがよく分かりました。

「だから、ちゃんとした看護ができるよう『病院を変えなきゃいけない』と勝手に思っちゃったわけね」。卒業を前に理事長に直訴しました。けれど、「看護師資格をとって、主任になりたいの？」と、意図を誤解され、退職届を出しました。

「同じ人間なのに、扱われ方や死に方がこんなんでもいいのか？と本当に思ったの。地獄だよ、あれは。生き地獄を自分たちがつくっている。経営者に人間としての良心のかけらもないから」。

(4) 「良い看護をしたい」一心で上川病院へ

目の前にいる患者さんに「良い看護をしたい」。その願いをかなえる現場が、精神病院の上川病院に新規オープンした48床の内科病棟でした。吉岡充さんが副院長をつとめる、いわゆる老人病棟です。患者さんは、寝たきりや認知症の人たちでした。

患者さんは、一日中ベッドに寝たきりでオムツをしているので臭う。自宅に帰ると、福岡から上京して子どもの面倒を見てくれている母から「下着まで臭い」といわれる始末でした。新築の病院であるにもかかわらず、病院中に臭いがしみ込んでいたのです。

そこで、寝たきりだった患者さんをベッドから起こすことから始めました。ベッドから起こして車いすに移すと、患者さんは足を床につけて動けるのでトイレやお風呂に行ける。車いすに座って食事ができる。トイレに行けるとオムツをはずせる。起きて、食べて、排泄し、清潔を保ち、アクティビティをやると、患者さんが歩きだす。歩くと認知症の人が怒らなくなる---人間として“当たり前”の姿を取り戻せることがわかりました。

勤務しはじめたころは、病院内でまだ身体拘束がありました。患者さんに嫌がることを押しつけければ暴れるだけ。嫌なことをやめるしかない。

1986年、主任になったのを機に、吉岡さんに相談し、抑制廃止に取り組みはじめました。縛られる人を見たときに、その人たちが感じている「縛られる怖さ」を、どうにかしたいと思えるかどうかです。いくつもの壁にぶち当たりながらも、専門学校で勉強したことをすべて生かそうと、あらゆる工夫を考えました。

ケアの基本となる考え方は、自分が受けたくないケアはしないこと。「自分が年をとったときに制約を受けるのは嫌ですからね。患者さんの“問題行動”の背景を一生懸命考えると、目くじらをたてるほどのことではないことがわかります。誰でも腹が立つこともあるし、むしゃくしゃして

言うてはいけないことを言うてしまうこともある。認知症のある人も自尊心だけは最後まで残るので、自分より若い看護師や介護職から指示されると屈辱を感じるんですよ。

徐々に身体拘束をしていた理由がみえてくるようになり、一つひとつ対応策を考えました。

車いすに座っている人の身体が傾き、ずり落ちそうになる。作業療法士に提案してもらい、車いす用のテーブルを作りました。車いすにはめると、姿勢が安定し、食事もできるし、本も読める。とてもいいものだと思っていました。

ところが、取材に来た朝日新聞の記者生井久美子さんに「これって車いすに拘束しているんじゃないですか」と言われたのです。そのとき田中さんは「トイレに行きたいっていえば、テーブルをはずせるんですよ。だから抑制じゃないです」と答えました。しかしそれから3日間、眠れずにずっと考え続けました。

「自分でテーブルをはずせないのは拘束だ!」。拘束をしていると気づいたら、恥ずかしくていてもたってもいられません。翌朝、車いすにつけた全てのテーブルをはずし、焼却しました。これが、上川病院で最後まで残っていた身体拘束でした。取り組みを始めてから1年半が経ったときでした。

(5) 患者さんを治療を受ける人ではなく、人間として見ることができるか

身体拘束廃止は人権の問題です。言い訳からはじまったら進歩しません。できない理由をいうのは誰でもできます。それでは前にすすみません。

患者さんに同じ人間としての価値を見出し、その人の気持ちになれるかどうかです。患者さんの目線や話し方などから、患者さんにとって快か不快かを感じとることができるか。患者さんを、治療を受ける人としてではなく、人間として見ることができるか、スタッフの質が問われます。

だから現場に人権意識を定着させることが大事です。特に経営者は理念をしっかりとつことが必要です。入居者を受け入れるなら、その人の人権、尊厳をまもれる態勢をつくらないといけない。何かあったらすべて現場の責任にするようなことがあってはダメです。

身体拘束がなくなると、病院の中が活気づきます。認知症の人のケアを人の手によって行うと患者さんがおちつく。リハビリに力を入れると患者さんが良くなる。本当の意味での“治療効果”を実感し、手ごたえを感じました。

口コミで紹介患者さんが増え、いつも満床でした。たとえば、東京都老人医療センターで医療ソーシャルワーカーをつとめていた故奥川幸子さんは、同センターのケアが気に入らない家族に「上川病院がいい」と紹介してくれました。上川病院に転院すると患者さんの状態が良くなる。24時間いつでも面会可能なので、家族は患者さん本人の状態変化にすぐに気づき、喜んで奥川さんにお礼のあいさつに行く。「対応に困っていた状態が酷い患者さんが、上川病院に行くとよくなる」。そこから口コミが広がっていきました。

スタッフとともに、学会発表や講演のために侃侃諤諤の議論をしながら準備をする。病院中に熱気があふれている時期がありました。1997年から1999年くらいのことです。訪ねてきた歯科医師からは、「まるで不夜城のようですね。活気があります」。と言われたこともあります。

(6) 応援団が背中を押してくれた

病院外の人たちからも注目され、見学や取材が増えました。現場は、自分たちがやっていることが間違っていない。ちゃんと評価されることだとわかり、背中を押してもらいました。外部の人たちに応援してもらったことが、ものすごく大きな力となりました。

生井さんは、当時から今日にいたるまで26年もの長きにわたり、機会あるごとに取材を重ねて記事¹⁹を書き、応援し続けています。

当時朝日新聞の論説委員だった大熊由紀子さん（現在、国際医療福祉大学大学院教授）は、夕刊のコラム「窓」²⁰で「ポアと抑制」というタイトルで上川病院の挑戦を紹介しました。

コラム：ポアと抑制（窓・論説委員室から）

言葉は魔物だ。

「人殺し」を、「ポア」と言い換えれば、罪の意識は薄くなる。殺人を「人助け」と錯覚させることさえできる。

言葉の魔法はオウムの専売特許ではない。たとえば、日本の医療界ではベットに縛りつけることを「抑制」と呼び、人手不足ゆえの「やむをえない行為」として日常的におこなっている。

東京・八王子にある上川病院の吉岡充理事長は、「もし抑制するなら、その本質をはっきりさせるために『縛る』と表現するべきだ」と病院の中でも、外でも主張してきた。

効果はてきめんで、同病院の看護師たちは、縛らない看護技術を蓄積していった。だから、よその病院でも縛られていた人もここでは縛られない。

「抑制」か「縛る」か、言葉によって人の気持ちはまるで変わるのだが、こんな指示を出す医師はごくまれだ。わけを尋ねたら「おやじを見て育ったから」という答えが返ってきた。

父の眞二院長は、患者思いの精神科医として知る人ぞ知る存在だ。都立松沢病院医長だった1960年代、海外の開放的な精神医療を紹介する冊子を全国の医師、看護者に送り続けて病院改革のきっかけを作った。当時はコピー機もない。文献を写真に撮り、暗室にこもって焼き付け、同僚に翻訳の分担を頼み、印刷は患者と共同作業した。

「患者さんと医師は対等」という信念から敬語で接した。多くの精神病院が無断退院を「脱院」と呼び、厳しいみせしめの罰を与えていた時代に、それを「お出かけ」と呼び、戻ってくれば玄関で笑顔で迎えた。

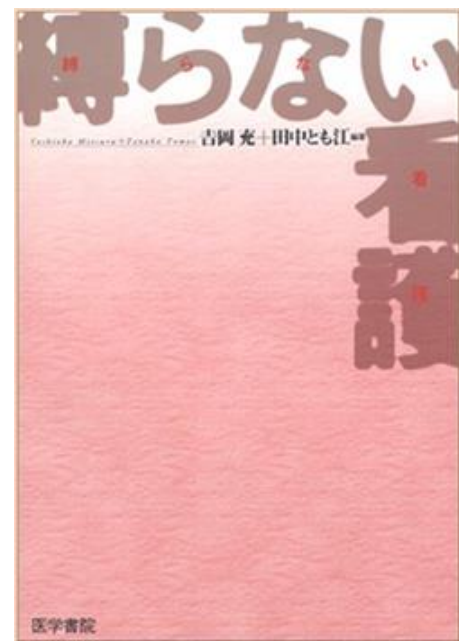
その眞二さんが20日、自宅で息をひきとった。人柄を慕う人々がまくら元で見守った。「父と師を一度に失いました」と充さんは肩を落とした。葬儀は24日午後3時、東京・中野の宝仙寺で。<雪>

¹⁹ 「患者縛らない『看護革命』現役半世紀、71歳の看護師（2020年8月16日、朝日新聞デジタル）

²⁰ 1995年6月23日



厚生省の広報室長だった山崎史郎さん（現在、駐リトアニア日本国特命全権大使）は、厚生省の機関誌『厚生』²¹で、田中とも江さんのインタビュー記事を大きな写真つきで3ページにわたってとりあげ、「自分が年をとったときには良いケアを受けたい。だからいまの高齢者にもよいケアをしたいと考えれば、いろいろなアイデアや発想が出てきます」との見出しで紹介しました。



1999年に、医学書院に転職したばかりの編集者白石正明さんの手により出版された吉岡充、田中とも江編著『縛らない看護』は、大きな反響を呼びました。

本稿2章の主人公、小藤幹恵さんは、病院の図書委員をつとめていた時期。スタッフから『縛らない看護』の購入リクエストがあったこと、自らも手に取って読んだことを覚えています。

(7) おまえの親をなんとかできないのか

一方、逆風も吹き荒れました。

身体拘束廃止の運動は、社会的な注目を浴び勢いがあったように見えるものの、賛同して推進する人はごく一部でした。業界内の風当たりは厳しく、数多くの陰湿な嫌がらせやいじめを受けました。

田中さんは、精神病院と老人病棟で、数多くの認知症のある人のケアをしてきました。その経験から、認知症の人のケアでは、医療モデルでは限界があり解決できないと確信していました。「痴呆専門病棟では『治療—回復モデル』からの決別が求められる。寝かせきりによってつくられた症状に振り回され安易に抑制に走るような看護では、痴呆老人に向き合うことはできない」²²。論文を執筆したり、講演したりするので、医師から強烈な反発を受けました。

身体拘束廃止に取り組む病院のビデオを作成するため、田中さんがクルーと一緒に動画撮影に訪れた時のこと。いきなり会議室に連れ込まれ、「撮影を中止にしないと関係者が納得しない。す

²¹ 「人と社会インタビュー上川病院総婦長田中とも江さん」厚生問題研究会『厚生』52(11)、1997年11月

²² 田中とも江「精神科看護と痴呆性老人の看護は別物だ」『精神看護』Jan.1998

ぐに引き上げろ。そうでないと命が危ない」と脅されたという、嘘のような本当の話。身体拘束廃止についての講演中に、客席にいた患者家族がいきなり立ち上がり「ばかやろー」とどなったなど、枚挙にいとまがありません。

現在理学療法士として活躍中の長男田中義行さんは、「あの頃はわからなかったけど、業界のことがわかるようになればなるほど、(母のしたことは) すごすぎるなって思います。『殺されるんじゃないか』って言ってたことがあるんですけど、その感覚がわかりますよ。批判とか憎悪とか、『おまえは馬鹿か』みたいな」。ある学会会場で、田中とも江さんの発表が終わった後、母子と知った関係者に呼び出され、すごまれました。「おまえの親をなんとかできないのか」。

作業療法士の長女鈴木(旧姓田中)織江さんは、多摩地域にある有名老人専門病院に実習先が決まったあと、学校から連絡が入りました。「田中とも江さんと母娘だとわかったので、実習生として受け入れられない」。理事長兼院長の一声で取り消しになりました。

それでも田中さんは、「怖いもの知らずだったかなあ。私はいろんな会議に出かけて、抑制しないって話を一生懸命したときに、反応がなくても、ふーんって思ってたね。私は間違ったことを何もしていないから。八王子の田舎だったから、出かけてもすぐ帰ってくるので、ほかの人と交わるってことがないのよ。病院と自宅と発表する場とその間を行き来するだけ。社会の批判だとかがわからないのよ。いまのように SNS だとかがあるわけでもないし。だから私は全然怖くなかった」。

(8) 独立後、身体拘束廃止と排泄ケアとの普及を目指し全国行脚

2002 年に上川病院を退職しフリーになった田中さんは、「拘束廃止研究所」をたちあげ、縛らないケアの普及活動を始めました。

時を同じくして、オムツに頼らない排泄ケアを推進するため「市民の立場からのオムツ減らし研究学会」を設立。全国を行脚しました。「市民の立場からの」としたのは、自分たちの看護者目線ではダメ。排泄は、市民の目線で考えないと意味がない。立ち上げメンバーとして、当時東京医科歯科大学の助教授で、現在衆議院議員の阿部俊子さんが応援してくれました。

2002 年、学会ではオムツだけに頼らない排泄ケアを推進するため、調査を実施しました。「施設および在宅で暮らす高齢者のおむつ使用に関する実態と関係者の意識を明らかにするための調査」です。自由記述欄から、排泄についての市民の生の声がみえてきました。

「おむつはいやだ。這ってでもトイレに行きたい」「おむつに頼らずポータブルに座らせて！」小さな切ない望みです。それさえかなわぬ状況では「看護師は大丈夫というが気持ち悪い・しみる・死んだほうがまし」。絶望の声もたくさんあることが分かりました。

ちなみにこのアンケートの集計・分析には、本稿 3 章の主人公である、高齢者認知症介護研究・研修東京センターの永田久美子さんが協力しています²³。

田中さんは、こうした取り組みが高く評価され、2004 年、第 13 回若月賞を受賞しました。授賞理由は次の通りです。「看護の実践の中から身体拘束の廃止に取り組んだ。『市民の立場からのオムツ減らし研究会』を立ち上げ、縛らないケアの普及と排泄ケアの啓発活動を展開。痴呆性高齢者の尊厳を守るカギとなる排泄ケアを見直す動きの広がり原動力としての業績は大きい」。

²³ 田中とも江「排泄に関する緊急アンケート速報 おむつ使用はそのままでもいいのか」『看護学雑誌 67/4 2003-4』

現在は、東京工科大学医療保健学部看護学科臨床教授として、毎年 200 人あまりの看護学生を対象に、認知症と高齢者の介護についての講義をしたり、実習生の受け入れをしています。

4. 最期まで尊厳ある暮らしの場づくり

(1) 施設は入居者の暮らす家

2009 年、鳥取県に本部がある社会福祉法人こうほうえんが、東京都品川区に「ケアホーム西大井こうほうえん」(介護付きのサービス付き高齢者向け住宅)を新規オープン。田中さんは施設長として迎えられました。

このホームは、元品川区立原小学校を改修してつくった複合施設の 2、3 階にあります。1 階は介護予防拠点の「いきいきセンター」(老人福祉センター)と「キッズタウンにしおおい」(認可保育園)です。

建物が新築ではなく、小学校の改築であるため、物理的な制約が多いことは否めません。施設ではなく「生活の場、暮らしの場」にしたい。田中さんは、家具調度品やインテリアに格別の配慮をしています。中を案内していただくと、リビングだけでなく、広い一直線の廊下にもアンティーク家具や植物が配置され、温かみのある落ち着いた空気が漂います。

「この家具はほとんどが頂き物や掘り出し物で買ったので、お金はあまりかかってないんですよ」。茶目っ気たっぷりに話します。

施設は管理型になりがちなので、建物に魂を吹き込んできました。たとえば、ウェルカムの気持を表現すること。入居者がはじめて入居する日や、病院から退院してくる日には、居室の玄関に花を生けるのを習慣にしています。

施設というと、さまざまなルールをつくり、それに従わなくてはならないのが一般的です。すると、暮らしの場にもかかわらず、ルールに縛られ、自分らしく過ごすことが難しくなる。それでは、尊厳を保てない。

田中さんは「ケアホーム西大井こうほうえん」での生活は一切タブーなしとしました。外出、外食、外泊は自由。面会は 24 時間 OK をモットーにしてきました。コロナ禍でも、感染対策をしたうえで散歩や外出は原則自由とし、外で飲み食いすることだけ控えてもらっています。

(2) 寝たきりになるのは、旅立つ前の 1~2 日くらい

ホーム内の生活で重視しているのは食事です。食べることは、生きるうえでの基本。好きなものを見つけることが大事だと考えています。いくら栄養士が計算して体に良いものを出しても、食べられなかったら意味がありません。

「具合が悪く食欲がないときには、食べたいものを聞くのが一番なんですよ。うちでは、毎食冷凍食品を食べている人が 2 人います。たこ焼き、焼きそば、チャーハン、煮魚、ハンバーグなどいろいろなものを家族から送ってもらっていますよ」。

ほかに、差し入れを持ってくる家族もいます。コロナ禍で家族が面会できないときは、スタッフが事務所で品物を預かり、家族には待ってもらいます。すぐ本人に、差し入れの品と家族の気持ちを一緒に届けます。そのときの本人の様子を家族に伝えるなど、本人と家族の橋渡しをきめ細かくしています。

もうひとつ大事にしているのは、排泄ケアです。“寝かせきり”を作らないために、下着は布パンツとパットか、リハビリパンツを使い、排泄はトイレで。便をトイレに落とすことが目的であるためオムツは使っていません。

膀胱内に溜まる尿量を測定する機器でデータを集めると、夜中でも、膀胱に尿がたまると目が覚めることが分かりました。だから、その時間帯に気配を感じたら部屋を訪ね、トイレに行っていただく。「夜は寝かせるために、夜中じゅうオムツをつけっぱなしにする」という見解には賛成できません。

ケアホーム西大井こうほうえんでは、亡くなる前の日までトイレに行けます。最期までお尻がとてもきれい。褥瘡もないし皮膚剥離もない。

「寝たきりになるのは1~2日くらい。これってすごいでしょ」。

この知見を社会に広く伝えたいと、2010年、国際医療福祉大学大学院の医療福祉ジャーナリズム分野に入学。修士論文として「さらばオムツ ノム・ダス・ハカル大作戦」をまとめました。

看取りは最後まで生き続けること。首が座る間は椅子に座ることができる。あとはベッドで安楽にさせていただき、お看取りをします。スタッフは、つききりにはなれませんが、こまめに部屋を訪問しお声がけをして、淋しくないようにします

「人の気配を感じることで安心していただけたと思います」。

コラム：ケアホーム西大井こうほうえんと静岡大学の共同研究

静岡大学情報学部情報学科准教授をつとめる桐山伸也さん。桐山研究室では、高齢者ケアのエキスパートである田中とも江さんがもっている「知」を、人工知能により見える化。よいケアとは何かを客観化する研究をしています。

これまで現場では、ケアのノウハウやスキルの極意は、ほとんど口伝による伝承。すなわち暗黙知が多いため、共有することが難しいとの問題意識からです。

桐山さんは、「田中とも江さんは、入居者一人ひとりの生き立ち、背景、家族関係などすべてを把握したうえで、どう接したらいいのかを考えていらっしゃる。その場その場で、何を手掛かりに特徴をとらえ、ケアにつなげていらっしゃるのか。田中さんの知の部分や技を、データにできないかが大きな関心です」と話しています。

田中さんが、ケアのエキスパートである秘密はどこにあるのか。田中さんが行っているケアのすべてを、丸裸にしようとの試みにもみえます。

たとえば口腔ケア。エキスパートの田中さん、ケア中級者、初任者の3人が、それぞれケアをしている場で、入居者の顔の表情をモニタリングし、心の状態を把握しました。その結果、田中さんがケアしている時は、何度もうなずき、感謝の気持ちがみられる。それに対し、他の2人の時には、心配や不安、不快、拒否の表情が現れる。田中さんは、ひとつひとつの動作をするとき、まるで口腔ケアの実況中継をするように、細かく説明しながらケアを行っていたのです。

桐山さんは、こうした映像やデータをスタッフ学習会で共有。ケアスタッフに、自らのケアの良いところ、足りないところへの気づきを与えるような、学習環境づくりもしています。

「田中さんのすごいところは、どうしたらスタッフのスキルアップができるかを常に意識されていること。スタッフが、理想と思われる本質的なところに目を向けるケアができるように、工夫しているところが素晴らしい。ケアホーム西大井こうほうえんには、学習する機会や環境が整っています」と絶賛。

桐山さんは、ケアだけでなく、田中さんの生活環境へのこだわりにも注目しています。カーテンや窓の開閉をこまめに行う。こうした気遣いが、入居者の心地良さにつながっているのではないかと考えています。

「田中さんは技術的な関心が高く、新しいセンサーや機器を積極的に導入したいと思われている。開発者としては、技術の可能性を探っていくときに、いろいろな提案を受け入れてくださるので、共同研究者として相性がいいのです。入居者のプライバシーの確保を担保した上で、私たちのもっている技術のすべてを活用し、コラボレーションできる施設は他にないですね」と語っています。

田中さんは、「若い学生たちは、たぶん認知症のこともケアのことも知らなかったと思います。けれど、スタッフと高齢者とのかわり方を見たり、自分たちも体験するなかで、一見困ったように見える人も、かわりかた次第だということが分かり、慈しみの気持ちが出てきて、学生さんたちもかわったと思いますよ」と、嬉しそうに話しています。

現在はコロナ禍で、共同研究は中断を余儀なくされていますが、桐山さんは、事態が収束すれば再開したいとのこと。映像データ、支援計画書、ケア記録、温度、湿度、照度など、さまざまなデータを用い、田中さんのケアの暗黙知を、実践知として解明するという、今後の研究の行方が楽しみです。

5. 長きにわたり挑戦し続けるエネルギーの源泉

(1) 日本の精神科医療・高齢者医療の歴史を歩む

波乱万丈の田中とも江さんの人生。超高齢社会における医療とケアのあるべき姿を追い続けたライフヒストリーです。

一貫しているのは、尊厳ある暮らしを営むことは、すべての人に共通する当たり前の権利という強い信念です。誰もその権利を奪うことはできない。尊厳を冒す行為は、権利を奪うこと。相手を人として認めていないのと同じ。だから許せない。ケアをする相手を、患者さんや利用者としてみるのではない。自分と同じ一人の人間として接する。

田中さんが中学校卒業後診療所に住み込みで働き始めたのは1964年のこと。1951年に登場した准看護婦養成制度によるものでした。この制度について、川嶋みどりさんは、「医師会の強い要望で発足した制度。安上がりな人件費と、高くない教育水準による使い勝手の良さが見え隠れする。中学卒業後、2年間の教育の後、お礼奉公をさせられるといったエピソードは珍しくなく、人権問題と論じられる向きもあった」と、著書『看護の力』で述べています。

その後、精神病院に転職したのは1968年です。たまさかWHOから派遣され、日本を視察した精神科医が「クラーク勧告」を出した年です。「日本の精神病院は、過剰収容による利益追求が大きな人権蹂躪につながる恐れがある」と指摘しています。

当時の精神病院は、医療法の精神科特例により、一般病院に比べて医師は3分の1、看護師は3分の2でOK。安かろう、悪かろうの精神病院が乱立しました。リンチ殺人、婦女暴行、診療費の水増し請求などの事件が次々と明るみに出た時代です。

「当時、精神病院で追い詰められた気持ちをもったのは、患者の扱われ方のひどさ。それが一層自分を惨めにしました」。こうした心の痛みは、自らの存在意義を問わざるをえないスピリチュアルペインといわれるものでしょう。

田中さんは、精神科医療の現場と高齢者医療の現場は似ているといいます。弱肉強食。患者さんが差別を受け、見捨てられやすい。看護師の扱われ方も、患者さんたちと同様、利用され、差別され、見捨てられていました。だからこそ、患者さんの惨めさや悲しみに“親和性”を感じ、その扱われ方に強い憤りをおぼえたのでしょう。

田中さんのライフヒストリーは、日本が歩んできた酷い精神科医療、高齢者医療の歴史と軌を一にしているのです。

(2) 患者さんのためにどういう看護師になりたいか

認知症のある人の“問題行動”について、「問題がなかったら入院する必要はないでしょう。問題に対応できないのは、スタッフ側の知識や技術の不足。それを“患者さんの異常”と判断することこそ、認知症の人の人権無視につながる」。と田中さんはいいます。

まずスタッフの意識を変えることが重要です。

患者さんを、疾患や臓器別にみることから脱しきれず、医療を優先し、ケアは二の次。こうした考えの医師はいまでも少なからずいます。看護は、急性期に対応する看護技術や、治療的な行為。そんなふうに思っている看護師たちも、まだまだ多いのが現状です。

日本の医療機関では、看護師が必要以上に沈黙し、単に医師の出したオーダーに黙々と従うと

いう図式が強すぎました。裏を返せば、医療至上主義的なあり方に看護師は甘えて、自らの役割を放棄してきたのです。

高齢者医療は決してケアだけで終始できるものではありません。認知症の人が多い病院や施設に、医療モデルをあてはめるのは無理があります。

ある場面では、ケアそのものが治療と同等の意義をもつ。ある場面では、ケアを医学的治療に優先すべきこともある。そのケアを行う主体は看護師です。認知症の人が、何も訴えず元気がない顔をしていたら、見過ごしてはいけません。頻回に様子を見て、医療・看護的な情報をもとに、患者さんの状況を想像する力が必要です。

「認知症が重度の人は適切に訴えられない。だから状態を把握するよう看護師の側が配慮する。それができないのは差別のひとつです」と田中さんはきっぱりと話しています。

認知症の人の苦痛に対し、鈍感になっていたのではないか。

「モノ言えぬ状態に近い人への対応は、同じ人間として、わが身におきかえて考えることが本当に大切です」。

ケア、あるいはその人の人生観といった視点が大切になります。

いまでこそ、高齢者ケアではよく言われることですが、田中さんはこれを30年以上前から指摘していました。

患者さんのためにどういう看護師になりたいかを常に考え続ける。看護師として恥ずかしくない看護師になりたい。専門職としてあるべき姿を一貫して追求する。そんな崇高なプライドが田中さんを支えています。

(3) 徹底した現場第一主義

田中さんには「私はずっと地べたを這ってやってきた」という強い自負心があります。現場主義を徹底し、過ちに気づけばそれを認める。過去を否定して新たな道を歩む。こうした勇気をもつのが専門職としてのプロフェッショナリズムだといいます。

間違った行動をかえるための具体的方策を探り、考え抜く飽くなき探求心。そこから、縛らない看護の工夫や、人としての尊厳を守る5つの基本ケアが生まれました。

自らに足りないものは習得したいという謙虚さと向上心。専門学校への進学、正看護師の資格取得、ユマニチュード・エグゼクティブインストラクター資格の取得を果たしました。

問題点の解決方法が見つかると、粘り強く実践する根気強さ。たとえ批判を浴びても「正しいこと」であれば最後までやり抜く遂行力は人並外れています。

「私は、社会をかえることはできない。できることは、目の前の人々が安心して暮らしを営むための支援をすること。いいかえれば、私自身が、自分らしく生きていたいためです。これって尊厳のことですよ。」

(4) 市民としての当事者性「自分がされたくないケアをしない」

田中さんが考えるケアの基本は、「自分がされたくないケアはしない」。

身体拘束廃止に取り組む際も、オムツに頼らないケアを実践する時も、常に「自分だったらどう思うか」と自らやスタッフに問い続けています。

そして「おかしいものはおかしい」ということが当たり前。「おかしい」と思ったときに腹を立てないのは他人ごとで、それは差別だとまで言いきります。

医療・介護の現場では、弱い立場におかれた患者さんや利用者の尊厳を奪う行為が横行していることに憤りを感じているからです。

「看護師という以前に、一人の血の通った人間であれ」。田中さんのモットーです。

「私は72歳になり、後期高齢者が目前です。私の身体も不調になってきています。だから、90歳のおばあちゃんたちがいう痛みが実感としてわかるんです」。

2章 小藤幹恵さん

～「患者さんにとっての最善」を最上位価値にする挑戦～



病院の理念の一番目に「人間性を重視した質の高い医療提供」を掲げている金沢大学附属病院。2016年2月、一般病棟および精神科病棟で身体抑制²⁴がなくなりました。

陣頭指揮をとったのは、当時副病院長兼看護部長だった小藤幹恵さんです。「人として大切に思うこと」を根源におき、2015年度の看護部目標を「身体抑制という手段を用いることを激減させる」と強い意志を掲げました。目標を達成できたのは、全員一丸となって取り組んだ結果です。

「手放して喜んでいるのは私ぐらいで、みんなは毎日毎日チャレンジ中。でも、ほんとに病院の中は変わって、空から金の粉が降ってくるみたい。みんながキラキラしていて、患者さんも元気で、ナースたちもうれしそう。病院中に輝いているような空気が流れて、それはなんかいいなあって、ほんとに」。

1. 患者さんを苦しめる身体抑制を激減したい

(1) 耳から離れない「抑制帯を借りてきました」

小藤さんは看護部長になってまもなく一般病棟をラウンドしているときのこと。「抑制帯を借りてきました」という看護師の声が聞こえ、一瞬耳を疑いました。ここは精神科病棟ではないはず。

小藤さんは学生時代の実習を含めて、身体拘束をした経験がありません。身体抑制が一般的には大きな問題になっていることを知ってはいました。けれど、金沢大学病院の一般病棟では身体抑制は行われていないと信じていました。

早速、副看護部長を集め、抑制があるかをヒアリングしました。どうも抑制をしている実態があるらしい。「なんで患者さんは病気で辛いうえにベッドに固定されるのか。看護という仕事は、人を回復の方向に向けなきゃいけないのに、足をひっぱるようなことをしているなんて。不思議なことばかりでしたね」

2005年、47歳で看護部長になった小藤さん。“抑制しない看護”しか知らない自分の在任期間中に、身体抑制廃止に取り組むと心に強く誓ったのでしょう。その時のために、着々と準備を整えていたように思われます。

(2) いま取り組み始めなければ未来永劫できない

2014年、いよいよその時が訪れます。

2006年度の診療報酬改定では、従来より手厚い患者7人に対して看護職員1人という「7対

²⁴ 金沢大学附属病院では、「抑制帯」「マグネット式抑制帯」「紐」を用いて縛る方法を「身体抑制」ととらえています。また、「ミトン」その他、患者の動作に抑制的に機能する用具と抑制帯を使用することを併せて「抑制」としています。

1」の看護配置基準が設けられました。制度に合わせ、金沢大学病院では、2007年度に新人看護師を大量に採用しました。それから7年の時を経た2014年、当時の新人看護師たちが中堅看護師として活躍し始めていました。

ところが、看護師の人数が増えるにつれ、抑制が増加する兆し。「行動制限ガイドライン」に沿っているとはいえ、日に日に危機感が募っていきました。抑制激減に取り組むタイムリミット。いま取り組みを始めなければ未来永劫出来ない。「時はいま」と大英断をくださったのです。

(3) スピード感ある目標設定と話し合いを原動力に、目標達成

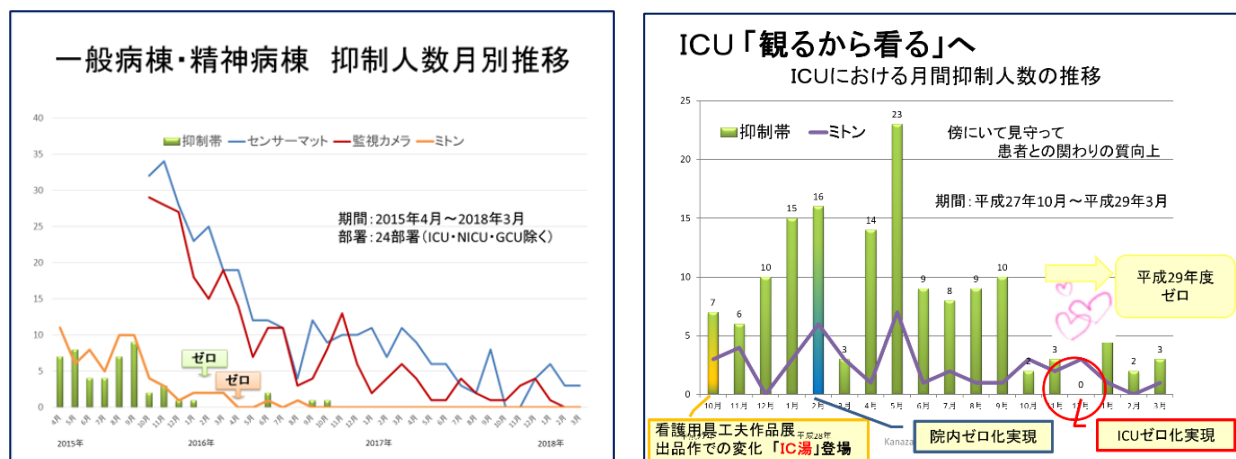
看護部の2014年度の目標を「抑制・束縛・禁止を減少させ、(患者さん自身が主体的に) 選べることを増加・支える実践をする」。翌2015年度の目標は、「せん妄予防ケアと痛みを緩和させるケアを増やす」「臨床倫理カンファレンスを実施し、抑制という手段を用いることを激減させる」と明言しました。

初年度は、「身体抑制減少」を目標設定したことで看護師への動機づけができました。年度末報告会では、努力が認められる事例発表がありました。適切なトイレ誘導により離床センサーマットを使わずにすむようになったなどです。

しかし「身体抑制激減」を目標にした2年度目前半の中間報告会は、違いました。抑制を減らしたいという意識はあるものの「激減できそうにない」との空気が漂っていました。

そこで活用したのは、看護部長が全部署の看護師長と年3回行っている面接です。2015年10月のテーマに、「やむを得ない」という障壁をとりあげました。話し合いをもとに課題を抽出。具体的な対応策を検討し、共有したことが大きな突破口となりました。

その結果、開始からわずか1年10か月後の2016年2月。一般病棟と精神病棟の身体抑制件数がゼロとなっていたことが分かりました。目標を達成した後もおおむね継続しています。さらにICUでも2016年12月身体拘束ゼロ化を実現しました。



(4) 臨床倫理を起点とする組織開発の歩み

金沢大学病院での抑制に頼らない看護への取り組みは、看護部の組織開発の歩みだったと小藤さんは振り返っています。

ひとつめの柱は、臨床倫理を起点とする組織づくりです。

看護部における臨床倫理に関する取り組みは、「看護倫理検討委員会」を設置した2008年に始まりました。2009年に「倫理カンファレンス」を開始。2010年は、日常の看護ケアから学ぶ機会として「臨床事例検討会」。抑制の背景になりやすいことから「せん妄予防委員会」もつくりました。

抑制激減を目標に掲げた2015年10月には、院内に「臨床倫理コンサルティングチーム」を設置。コアメンバーはリーダーの医師、副看護部長、専従職員の3人としました。臨床倫理担当専従の副看護部長を任命したことが特徴です。そのほかのメンバーは、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務の多職種で構成されています。掲げた目標は、実際の医療・ケアについての倫理的な側面をチームで検討すること。患者さんにとっての最善を判断するチーム力を高めること。

2015年度後半には、「看護倫理検討委員会」を「臨床倫理看護部会」へと改組しました。

2016年には、「高度急性期ケア開発委員会」を設置しました。抑制には頼らない、患者さんの回復力をサポートする看護方法の開発を目指すためです。

2つ目は、院内の教育体制づくりです。

2010年に設置した「臨床事例検討会」では、年度ごとに看護部目標に沿った課題を設定しました。毎回200名程度が参加し、実際の看護実践について意見交換をしています。

2011年には、KINDという、患者さんへの手厚い看護を提供するための、金沢大学病院式看護チーム相互支援・成長体制をつくりました。一人の患者さんの看護を二人の協働で行うためです。KINDとは、金沢大学病院式パートナーシップ(Kanazawa University Hospital Interactive Nursing Development: KIND)です。KINDの実践は、その時その場で患者さんの最善を判断し速やかに対応するために、精神的、業務的効率的観点から看護の質を高めるもの。難しい事例に直面した場合にも、挑戦し続ける原動力となっています。

急性期病院にも高齢の患者さんが増え、認知症のある人も多くなっていることを踏まえた研修も行っています。北陸認知症プロフェッショナル「認知症メディカルスタッフ e-learning 講座」。DVD「ユマニチュードー 優しさを伝えるケア技術ー認知症の人を理解するために」。これらの教材を視聴することは、全看護職員の必修研修です。

ほかに、自由参加の講演会や報告会など、自己啓発学習の機会を数多くつくっています。

2. 患者さんにとって良い看護がしたい

(1) 患者さんの回復のために療養生活全般を整える

小藤さんには、理想とする看護の姿があります。一人ひとりの患者さんを「人として大切」に思う。抑制に頼らない。患者さんの自己回復力を引き出すような、療養生活全般を整えること。

「抑制は脳の奥深くに刻まれ、心に大きな傷跡を残す恐ろしさがある。研究会などの場で、抑制された体験をもつ患者さんやその家族の話を聞いたときに知ったことです。多くの体験者はつらすぎて思い出したくもない。だから口にできないのではないか。

一方、大学病院で身体抑制を行っている現場のスタッフたちは、抑制された体験者の悲惨な思いを聞く機会がない。そのため、抑制のもたらす深刻さを知ることが少ない環境にあることにも気づきました。

患者さんは、健康的な暮らしを回復するために入院し、つらい思いをしながら治療を受けている。その患者さんが一番嫌がり、元気をなくす抑制に依存する看護をしてはいけない。

もともとの目標は、チューブ類を抜いたり、転倒により『患者さんが不利益を受けないこと』でした。それがいつのまにか、『チューブ類の抜去がないこと』『転倒しないこと』という目標にかわってしまいました。体動を抑えるために抑制帯を用いる。監視・制限的な業務が増加していました。アセスメントすることが、皮肉にも抑制をする理由につながっている状況でした。

身体抑制をすれば、身体についての経管栄養や点滴類のチューブの自己抜去や、ベッドや車いすからの転倒・転落を防げる。「抑制＝ケアの実施」という錯覚にも陥っていました。しかし実際は、看護師の手と目、心を患者から遠ざける結果を招いています。

看護の専門性は、身体の限局的な部分を見るのではなく、患者さんというその人を取り巻く、医療を含めた生活環境全体を見ることにあります。人と接することの中に、大事な看護が宿る。医学のことも患者さんのこともわかる看護師だからこそ、療養環境全体を整えることができる。看護師の足は、一本は患者さんのところにあり、もう一本は看護のところにあります。

(2) 看護の中に抑制という方法を思い浮かべないために

小藤さんの願いは「看護の中に抑制という方法を思い浮かべることがない」状況になることでした。

「『抑制は必要なこと』。頭の中に楔でも打ち込まれていると思うくらい、ごく当たり前になっていました。何の根拠も理由もないのに」。

ところが、多くの看護師が「抑制を減らすなんてできない」と思い込んでいました。インシデントレポートの今後の対応策の項目に、「もっと抑制をしっかりと行う」と記載する看護師もいました。

そこで、倫理カンファレンスをみなおしました。「抑制するか、しないか、継続するか」を吟味するときの内容です。「抑制する理由」を考えることをやめ、「抑制しないための方法」を考え、実践することにしました。

とはいえ、大きな意識変革が必要でした。最初は良いと思われるケアをローラー作戦で、全ての患者さんに必死に展開しました。すると、目の前にいる患者さんの回復が早くなり、患者さんが喜ぶ。こんな分かりやすいことはない。それがすごく大きな力になりました。

抑制以外の方法を見出すための努力ができる体制もつくりました。抑制を激減することができない部署との話し合いや、抑制が発生した場合の振り返りをしました。

抑制に関する実態の可視化に取り組むなかで、センサーマットを使うときのほうが使わないときよりも転倒が多いことがわかりました。患者はセンサーマットが鳴らないよう、またぐからです。

抑制用具については、マグネット式抑制帯を使用するときの法的根拠や留意点を熟知すること。使用する前に、患者さんが動こうとする理由を知り、その理由に対応するケアを実践すること。

2016年度に設置した「高度急性期ケア開発委員会」では、「高度急性期看護で抑制を行うことが、本当に患者のためになるのか」と投げかけました。「患者の回復力に役立つことを、抑制という手段を用いずにすること」を明確にしました。

(3) 抑制帯はお守り!? 回復の妨げになることは、看護の本質とは合わない

「抑制は、患者さんにとって嫌なことで、回復の妨げになる。それは看護の本質とは合わない」。これが抑制廃止に向けた原点です。

『『良くないことだからやめましょう』では現場は動きません。

現場の看護師は、不安を抱えて仕事はできない。抑制をしないように頑張るけど、もしかしたらというときには、それまでの方法に頼りたいと思うのが人間です。

当初みんなは、リムホルダー（抑制帯）は、お守りだと言っていました。使わないけど、お守り代わりにもっていたいと。いままだ多くの現場で、抑制帯が緊急時のお守り、心の支えになってしまっているのです。そういう意味をもつほどの価値を持ってしまっています。抑制することが緊急時の心の支えになっているのだから、明日からやめますといっても不安になるだけ。抑制することの意味を理解して、少しずつ減らしていきましょうと。

だから、抑制帯がなくては困るほど大変な事態があるんだなあというところから始めるんですね。抑制することがどんなに私たちの価値に反することなのかということを経験する。でも現場は、抑制帯を使いたくなるほど大変なのだから、本当にそれ以外の方法がないか、仲間として一緒に考えようという相談にのるのです」。

こうした取り組みを通し、看護師長たちに「人を大切に思う」をベースに、「抑制を減らしたい」という強い思いが芽生えてきたことが何よりの収穫でした。「できれば抑制をしたくない」「どんなケアが必要だろうか」「やってみよう」と真剣に考える雰囲気が醸成されていったのです。



(4) 「患者さんのために」は病院全体で共有できる目標

「大学病院で抑制ゼロなんてとんでもない」との根強い反対意見や、「何かあったら誰が責任をとるのだ」とすごむ医師もいました。

そんな声にもひるむことなく「私たちは抑制ゼロなんて一回も目標にしていません。患者さんを縛らないでよいケアをしたいだけです。ドクターが目指す治療がうまくいくよう、療養中の生活を整えるのだから、目標は一緒です」。

ただドクターとナースはそれぞれ大事だと考えるポイントが違う。お互いに理解しあい、患者さんにとって一番良いことを見つけられるよう、こちらの方から飛び込んでいく。「苦手意識があるのは修業が足らん」くらいに考えればいい。

看護職だけで解決できないときは、教えてもらえばいい。病院は専門職の大集団なので院内に必ず分かる人がいる。ただ、それぞれ業務量が多く忙しい。専門性が異なる他職種に対して遠慮があり、あまりコミュニケーションをとらないのが一般的です。

金沢大学病院では、「患者さんのために」となると、医療従事者はみな燃えるという特性に注目。患者さんのことを話す「臨時の倫理カンファレンス」という機会を正式につくりました。病

院中の担当者を集めると、みな「われ先に」とマイクをとって話すようになりました。

「患者さんのことから出発して教えを乞えば、へんな遠慮もないし垣根もない。何でも教えてもらえます」。

臨床倫理コンサルティングチームのリーダーだった医師、山崎宏人さんは、「時に強い衝突があったかもしれませんが、『患者さんのために』という思いだけは同じだと気づけたことが、身体抑制しないケアの実現につながったものと思います」と振り返り、「身体抑制ゼロという結果ではなく、それを達成させたプロセスを評価していただきたい」²⁵と述べています。



(5) 後始末ではない、先回りの看護

抑制ゼロを達成してから、他の病院からの見学者が増えています。院内を案内すると「ナースコールがちっともならないですね。今日は特別な日ですか」とよく質問されます。でもそれが日常です。病棟のセンサーマットはほぼなくなっていますが、センサーマットがあるだけでナースコールは4倍鳴ります。行ってみると患者さんが転倒していることも多い。すると転倒した人へのケアという後始末の看護にならざるをえません。

抑制しない看護をするには、患者さんがなぜチューブを抜くのか、なぜベッドから転落するのか、その原因を知ることがカギです。

一人ひとりの患者さんをよく見る。本人や家族と普通の会話をする。患者さんが考えていることや喜ばれるかを分かると、困ったときに立ち返ることができる。患者さんと話すこと、入院前の生活を知ることが何よりも大事だということが分かる。患者さんのところへ行く時間をなんとか作り出す。患者さんがふと漏らした一言が気になって仕方がない。という風にかわっていきました。

患者さんをよく観察し、患者さんの行動パターンがわかると、先回りのケアができるようになりました。たとえば、トイレ介助も、切羽詰まらないうちに、事前に自尊心を傷つけないよう誘導する。コツをわきまえるとナースコールが鳴らない。「トイレに行きたくなったらナースコールを押してください」というのは、かなり未熟な看護なのです。

せん妄状態で苦しんでいる認知症の人には、看護師が患者さんに寄り添い徹底的に親切にする。その看護師の仕事は他の看護師で分担する。すると騒いでいた患者さんがとても穏やかになる。それにつられるかのように周りの患者さんも静かになる。という好循環が生まれる。

大変な人がいるときには、そのとき持てる力を全力で投入することが大事だということも分かりました。

(6) 念願だった精神科の抑制激減

小藤さんには、精神科で行われている抑制を最小限に抑えたいという長年の夢がありました。

²⁵ 小藤幹恵編『急性期病院で実現した 身体抑制のない看護』（日本看護協会出版会、2018年）

「精神科には精神保健福祉法という法律がある。そのため精神科の治療法として抑制が“正しい”、“効果がある”との誤解を与えているのではないか。縛ることが法律で守られているというように受け止められているとしたら、全く本末転倒である」と、険しい表情で語ります。

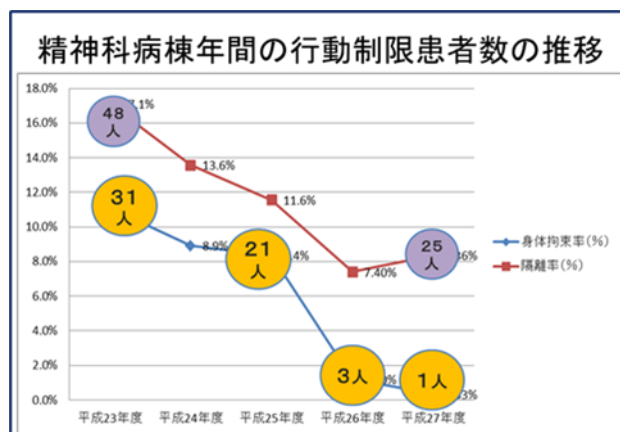
抑制をしたいと思っている人はいません。けれど、「せざるをえない」が、「してもよい」「することがより良い」と変化してしまいました。法律的には、切迫性・非代替性・一時性などの条件があります。でもすべて読み飛ばされて「してもよい」だけが残ってしまったのです。

「金沢大学病院では、唯一精神科だけが縛ることを“仕方なく”認められていましたが、そこだって少なくできるんじゃないか。精神科で縛ることをなくしたいと、心の底から願っていました」。

金沢大学病院の精神科しか知らないと前置きをしたらうえて、「精神科の看護をしている人たちは、精神疾患をもつ人たちがもつ痛みや人間としての善良性、純粋さをよくわかっている。社会の中に溶け込んで、苦しまないで生きられるようケアし、よくなってほしいと願っている。と言いながら、縛るっていうのは、言っていることとやっていることが180度違う。看護師はこのジレンマに苦しんでいます」

褥瘡予防対策チームの取り組みのなかで、精神科で褥瘡が多いのは抑制が原因であることが分かりました。病院で、本来の病気以外の病気を創ってはいけません。2013年度、精神科に「行動制限最少化委員会」ができ、身体抑制は、2015年度年間を通し1件にまで減少しました。

「私がいたころの精神科の大半の人は、抑制をやめたいと願っていたんですよ」。



(7) 医療安全という神話

「医療安全を確保するために身体抑制を行う。医療安全という言葉が流行しすぎて口実になりやすいです。が、本質的には関係ないと思っています。そもそも抑制は安全ではありません。

身体抑制には弊害があるという文献を読んだとき、退院した後も大きな影響が残る。真綿で首を絞めるように、じわじわと人を殺していくのだと実感しました。

でも、『命か尊厳かっていったら命でしょ』みたいな人が多い。尊厳は体に宿っているもので2つに分けられない。どうして命か尊厳かみたいな言い方をするのか。まして医療従事者が命か尊厳かを定めることができるのか。簡単な手続きで人を縛ってもよいとできることに、私自身が全く納得できません。

医療事故がおこるのは、組織としての穴が見つかったことを意味します。徹底検証をして、しくみを変える良い機会です。事故現場にいた看護師は、たまたま居合わせただけで、個人の責任ではありません。そのような仕事のさせ方をした体制の問題だからです。トカゲの尻尾切りをしても解決しません。看護師が悪いのではなく、みんながしかけた落とし穴に看護師ははまっただけです。現場にいたことの責任は、そのときの状況をできるだけ詳しく責任者に伝えることです。

病院にお任せしさえすれば完璧に良くなる。人間のすることに対して神様のように思っている。そういう患者さんのほうにも、ちょっと無理があるような気がしています」。

3. なぜ達成できたのか

(1) 臨床倫理を学ぶと人は優しくなれる

小藤さんは、人が人に優しい理想的な姿を考え続けていました。

「倫理を勉強している病院の看護師は優しくなる」との話聞いたとき、すぐピンとききました。倫理は方法論としてよい看護を作るらしいという感覚をもったのです。倫理と優しさはどう結びつくのか。

倫理の定義を学問的に勉強するよりもまず体験したい。大阪大学では、臨床倫理のパイオニアで北海道医療大学名誉教授の石垣靖子さんを招いて勉強会をおこなっている。早速スタッフと一緒に訪ねました。翌年の2009年には、石垣さんを金沢大学病院の看護倫理検討委員会に招きました。講演会と模擬事例による公開倫理カンファレンス研修を実施。

院内に「倫理事例カンファレンス」を立ち上げ、2014年にはその名称を「分岐点カンファレンス」に変更しています。

「分岐点」とは、複数の選択肢や可能性の中から、患者・家族にとって何が最善なのかを検討すべき「分かれ道」に該当する時点です。多職種の視点から検討する機会を逃すことがないように、会議の名称に用いました。臨床倫理学が専門の清水哲郎さんや会田薫子さんが開発した「臨床倫理検討シート」で使われている言葉です。「分岐点カンファレンス」が組織文化として定着し、各病棟で日常的に必要時に開催するようになったこと。これが、身体抑制を激減するうえで大きな力になりました。

2015年にたちあげた、臨床倫理コンサルティングチーム(CECT)に、臨床倫理担当専従の副看護部長を任命しました。

石垣さんは、「たぶん日本でただ一か所しかないと思うのですがけれど、倫理担当の副看護部長を置いたことは現場をサポートする大きな力になりました。担当になった副看護部長の中西悦子さんは、現場でしっかり相談にのり一緒にやる。それを全体に集約するしくみも作った。小藤さんは、こんなこと当たり前だと思っているかもしれないけど、外から見ればすごいことです」。

小藤さんは、院内の多職種を横断的に本気で調整するには、副看護部長職のポストが必要だと考え、病院長に直訴しました。任命された中西さんは、「あなたが臨床倫理担当になったら具体的に何をやりたいか書いてほしい」と小藤さんに言われ、提案書をまとめました。それをそのまま病院長にもっていき、説明して下さったと語っています。

中西さんは当初大きな戸惑いを感じました。現場ラウンドをしているときのこと。スタッフが中西さんの顔をみつけると、何も聞いていないのに「抑制してません」と言われてしまう。現場の悩みを知るために「病棟カンファレンスに出てもいい?」と尋ねると黙ってしまう。とても悲しい思いをしたと当時を振り返ります。「現場をチェックし、できていないことを非難する人」と思われていたのです。そのためカンファレンスでは、分からないことを質問し一緒に考えるという姿勢を貫きました。上から目線にならないよう、発言にも注意しました。現場のやっていることを否定せず「こういうことはどうだろう?」と問いかけ、一緒に考える。こうした姿勢が伝わ

りはじめると、ようやく“敵じゃない”とわかってくれました。

コラム: 為せば成る

石垣靖子さんは、身体抑制がゼロになったというプレゼンテーションを聞いたとき、感動して鳥肌が立ったことを覚えていると話します。決して大きさに言わず、事例を淡々と発表する。どうしてこんなすごいことができたんですか?と質問したら、「為せば成るんですよ」って、1人のスタッフが普通の顔しているのです。

上杉鷹山の言葉に「為せば成る 為さねばならぬ何事も 為らぬは人の 為さぬなりけり」があるでしょう。やろうとしなければ何も始まらない。「普通のことをやっているだけで、やろうと思えばできるんです」って、スタッフがそういうのです。

あそこに行くと、ほかにも加賀の女性の自負のような生き方を感じるエピソードがたくさんあります。たとえば、倫理研修の時に、前日夜勤だった看護師長さんから聞いた話。

ICUに行くときスタッフが走ってきて「悔しいから聞いてください。今日は大きな手術がたくさんあって、おひとりだけ、もうどうしようもなく15分だけ抑制したんです。もし私たちにもっと力があつたら、15分も抑制しないですんだのにな」って言ってきたんです。その師長さんも、普通の顔して言うのよ。

その時私は、もう少しで涙が出そうになったのだけれど。「もし私たちに力があつたら、15分。15時間でも15日間でもないのよ。15分抑制しなくてすんだのにな」って。ここに看護の力の原点があるような気がするの。すごいなあと思いました。

(2) 看護管理によるポジティブ・マネジメント

「ポジティブ・マネジメント」とは、ポジティブな感情を育み、ポジティブな行動に結びつける。それを通して、環境変化に柔軟に対応できる自己組織化能力の高い組織をつくる方法です。メンバーの一人ひとりが自ら考えて行動し、メンバー同士が助け合う風土を醸成することが特徴。ポジティブ心理学を基盤としています。

千葉大学大学院病院看護システム管理学教授の手島恵さんは、「金沢大学病院が達成した身体抑制のない看護を、対話型の組織開発である」と、『看護のためのポジティブ・マネジメント第2版』²⁶で高く評価し紹介しています。

身体抑制のない看護を目標とすることに反対派もいるなかで、対話の場と時間、経験を共有することにより、病院全体での取り組みにしたこと。「身体抑制しないこと」をマニュアル化するのではなく、一人ひとりの患者に寄り添う真のケアに注力したことが重要であったとしています。

石垣靖子さんは、身体抑制ゼロを達成した金沢大学病院看護部を「奇跡のチーム」と絶賛しています。「小藤さんたちは、実にすごいことをやったのに、当たり前のことをやっただけと淡々としている。でも、看護を知っている人ならだれでも、どれだけ大変なことかよくわかります。ミ

²⁶ 手島恵編集、医学書院、2018年

ラクルをおこしたのです」。

ミラクルをおこせた要因は、まず「身体抑制を激減させよう」とのスローガンを掲げるだけでなかったこと。実現するには、現場の看護師がどんな力をつければいいかを考え、戦略的に全面的にサポートしたこと。たとえば、認知症ケアのユマニチュードや、認知症のある人が突然怒りだすようなときのアンガーマネジメント研修の工夫。理論を勉強するだけでなく、必ずワークショップを開いて体得するまで繰り返し続けました。

さらに、ひとつできると、みんなで「すごいね～」と分かち合い、承認し続けた。承認されると、これでよかったんだ。またやろうという気になる。同じ志をもつ他部門の人も、診療科が違っても特徴も違うため同じようにはできない。でも、自分たちの科ではどうしたらいいかを考えるようになる。こうしたひとつひとつが積み重なり、病院全体に広がったのです。しかし、この好循環は一朝一夕にできるものではありません。

中西悦子さんも同様の指摘をしています。現場の人にとって、看護部長という存在がかわったといいます。「困ったことがおきたときに、暗い顔をして相談に行かなくてはならない人」から、「うれしいことがあったら報告に行く人」へ。

患者さんが心を開いてくれて感動したことを、小藤さんに報告に行く。すると経過も覚えていて、ほめて一緒に喜んでくれる。うれしいことがあると、みんな部長のところへ話に行くようになりました。

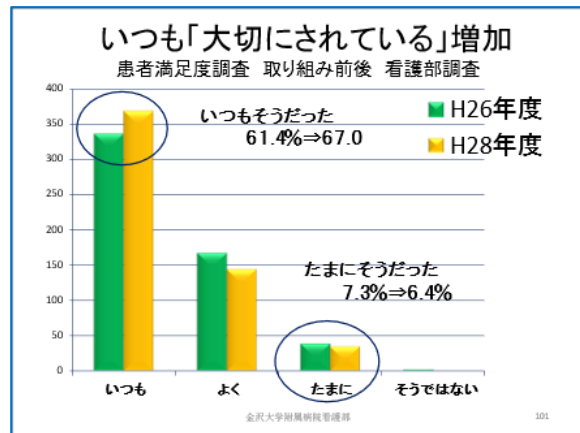
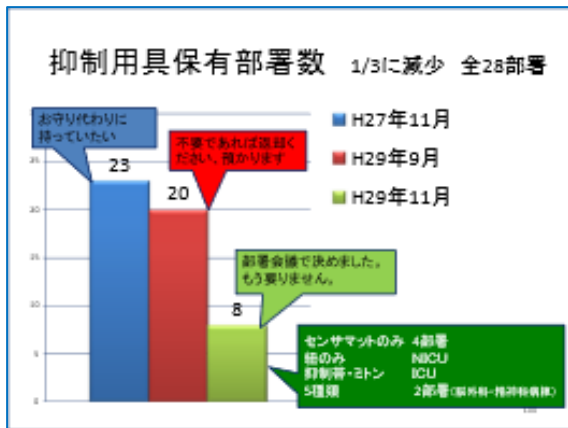
抑制がゼロとなった半年後の2016年9月には、研修の一環としてチャレンジ報告会を開催。実際の看護事例と看護部全体の様子が語られ、200名を超える参加者と成果と喜びを共有しました。



(3) データによる見える化

小藤さんは身体抑制激減に取り組むにあたり、スタッフに対し、できるだけ数字でわかる目標をあげようと働きかけ、次のようなデータを継続的に収集しています。

- ・抑制帯、離床センサーマット、監視モニタ、ミトンの使用件数
- ・院内物流管理(SPD)をされていた抑制帯・ミトンの配置・供給の件数
- ・チューブ類自己抜去のインシデントレベル件数と内容(インシデントの統計的状況の把握)
- ・看護師と医師に対する「ジレンマ調査」における「抑制に関するジレンマ」の順位と「抑制に関するジレンマはまったくない」との回答比率。
- ・取り組み前後の患者満足度調査の比較
- ・患者に対するかつての抑制実施期間と比べた、看守りケアの実施期間の比較



こうした地道なデータ収集を積み重ねた結果、次のような身体抑制激減によるアウトカム効果が明らかになりました。

1つめが、せん妄の発生率が減少したこと。一般病棟・精神病棟では、2015年度2.3%、2016年度1.7%、2017年度1.2%、また、ICUでも2016年度12.4%から2017年度は7.9%に低下しました。

2つめは、驚くことに、身体抑制をやめてもインシデントが増えるわけではないこと。たとえば、2015年度のチューブの自己抜去件数は、年度後半に減少。特に高度な一過性の障害(インシデント影響度分類レベル3b27)は2017年度ゼロとなりました。経管栄養や点滴などのために身体に着けたチューブ類を自分で抜いてしまう自己抜去。そのリスクが、身体抑制をしなくても増えないことを検証しました。身体抑制をする大きな理由の根拠が、失われたのです。



(4) 身体抑制激減は医療者の自己満足!?

身体抑制激減に向けて取り組み始めたころ、「抑制しないからって何かいいことあるんですか。医療者の自己満足じゃないですか」と、よく聞かれました。

せん妄が減った。回復が早い。退院までの期間が短くなった。転倒が減った。確かに、現場では数多くの良いことがおきていました。けれど、抑制する群と抑制しない群をつくらせて比較していない。量的研究をして証明しなければならないことでもない、と考えあぐねていました。

「取り組みをはじめて2か月たったころから、患者さんから、『前向きな気持ちで退院できる』との声を聞くようになりました。私たちが支援したいことにつながったと手ごたえを感じました。

患者さんが、人生のある時期ここに入院したことが、その後生きていく上で何らかの力になる。

²⁷ 国立大学付属病院医療安全管理協議会が定めているインシデント影響度分類。レベル0～5までの8段階に分けられている。レベル3aまでをインシデント、3b以上をアクシデントとすることが多い。

そう実感できるようになったのです。私たちはその時の患者さんの踏み石になれた。それが一番の収穫でした。

抑制をしないことより、抑制に頼らない良い看護をすると、患者さんの力になる。これこそが私たちが望んでいた看護でした」。



これを伝えるために、患者さんからいただいたお手紙を紹介するようになりました。「いま、私は絶望から希望を持って退院します」「心の折れそうなときも支え、横で寄り添って言葉を掛けていただき、生涯忘れません。」「病院生活の中で新しい発見がありました。それは人間の持つ心のやさしさの一面です。」「看護の姿を通して命の大切さをより一層強く感じました。残りの人生を精一杯生きていきたいと思います。

コラム:抑制ゼロは、特定機能病院でやらなきゃいけないこと！？

手島恵さんは、「実は本当にひどいことを小藤さんに言ったんです」と話し始めました。

私は臨床のスタートが脳外科病棟でした。術後のせん妄は、血腫によるのかどうかを見極めるため、薬を使うことは禁じられ、縛るしか方法がないという環境で育ちました。

だから、小藤さんから「うちの病院では抑制している人がゼロなんですよ」と聞いたとき、「何言ってるの、小藤さん。小藤さんのところみたいな特定機能病院で、抑制しなきゃいけない人がいても当たり前じゃない。そんな抑制ゼロなんて、最優先でやらなきゃいけないことなんだろうか」と言ったんです、と打ち明けます。

それでも小藤さんは全く動じることなく、どうやって抑制ゼロにしたかをずっと話し続けるので、ついに私が根負けしました。ストーリーとして話すのではなく、研究として発表したり書籍にまとめ、他の病院の参考になるように取り組むことをすすめました。忘れもしない横浜パシフィコで。

でもそれからずっと、私は小藤さんから身体拘束について投げかけられている気がして、心の中にいつも身体拘束のことが住んでいるんです。

小藤さんたちのすごいところは、身体拘束をしない方法を知っていること。縛るとか縛らないというのを越えて。人間は緊張したり不安だったりすると落ち着かなくてモジモジ動くから、安心しほっこりした気持ちになることを大事にする。『急性期病院で実現した身体抑制のない看護』の事例を読むと、暴れたり、ベッドの上に立ち上がっておしっこしたりする人に対しても、清拭をしたり優しく声をかけて、人として大切にしていることが書かれていますね。でも、いままで病院の中では忙しさのあまり、そういうことを大事にしてこなかったのです。

小藤さんが本を出版したのに触発されて、私も「身体拘束はケアでしょうか」という DVD をつくり、いまでは大学院の授業などで使っています。

ある授業で DVD を見せたあと感想を聞きました。急性期病院に勤める若手看護師が、「うちの病院も5年位前まではこんな感じでしたけど、いまは抑制がファーストチョイスではありません。認知症ケアの研修を受けたナースたちがいて、ケアの仕方がわかるようになったので。患者さんを縛ったり抵抗するような方法ではなく、患者さんに寄り添ったり、落ち着くようなサポートをするようになりました。そうすると、ひどいせん妄はなくなりました」って言いきったので、びっくりしました。だから、知識と技術の問題なのです。

だけど忙しい看護師は、人間ってというのはどういふものかを考えられないから、いままでみんながやっていた通りにしかやらない。それで何かあったら誰が責任取るのみみたいになって。

でも、日本看護管理学会の会員の意識も変わってきました。以前は、命に直結するようなチューブが、頭や心臓に入っている人は危ない。だから抑制はしなきゃいけない、との意見がありました。でも年ごとに進歩しています。最近では、なぜ触ったり抜いたりするかが問題。痒かったり気になるから触ったり引っ張ったりするので、どんな工夫ができるかを考えて質問するようになっています。

シンガポールや人権意識の高い欧米諸国ではもう縛るなんてしないですね。人が人を見守るということを当たり前のようにやっています。まだ安易に縛っているのは、日本だけです。どうしたら縛らない看護が出来るようになるのか考えて、行動しなければなりません。

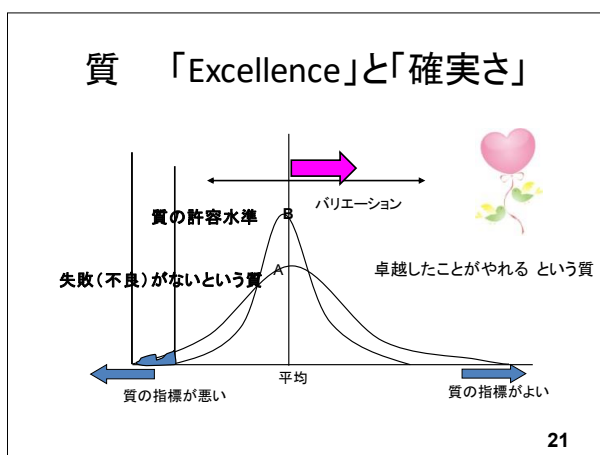
(5) 国立大学病院の誇り

金沢大学病院看護部が抑制ゼロに成功した背景を探ると、国立大学としての誇りがみえてきます。

最先端医療を行う金沢大学病院に来る必要がある、患者さんの特徴を忘れてはいけない。一般の病院では治せないような難しい疾患をもち、多くの侵襲がある治療を受け、先が見えない状況に強い不安を感じている。

一方、国立大学病院で取り組むことは、周辺の医療機関の皆さんに、良いことも悪いこともモデルになってしまう。そのことを十分自覚して、質の高い医療を提供するために学び続ける姿勢が必要であると、新しく人職した看護師には伝えていきます。

小藤さんは、現場で働く人たちには、正規分布のグラフを示してよく話をしたといいます。



グラフの一番下の方には許せない水準がある。抑制は、やむにやまれず、やっているのかもしれない。けれど、それは、社会の中で普通の人が、許せないという気持ちになることで、一番悪いことをしている水準。「それが大学病院の水準なのですか？」と問い続けました。抑制は、患者さんにとってつらいこと、身体にとって悪いこと、人生の汚点になることが理解できれば、許されないという気持ちになれる。「それはみんなわかるんじゃないですか？」

(6) 看護部の伝統と病院内におけるステイタス

金沢大学病院の看護部は、他部門との連携がとてつもないのも特徴です。大学法人として単独運営する前は、国立大学病院のひとつでした。当時事務部門の課長以上のポストは全国のあちこちの大学病院を転々と勤務していました。

元看護部長の和田出静子さんは、「新任の人がくると、『薬剤部や栄養管理部をはじめ他部門との連携がこんなにいい大学病院はみたことがない』と驚かれた」と語っています。

石垣靖子さんは、「金沢大学病院には歴代、哲学をもった素晴らしい看護部長たちがいます。人は文化の中で育ちます。金沢大学病院で看護師として育てられた人には、看護の伝統みたいな一本筋が通ったものがあると感じます」。

手島恵さんは、新病棟を訪問した時に看護部の文化を感じたエピソードを語りました。

「なによりも霊安室の設計に、人を大切に、ご遺体の尊厳を尊重するとの精神が隅々までいきわたっていることに心を打たれました。旧病棟のときは、ご遺体が解剖される間、ご遺族は暗くて寒いところで待ち、辛い気持ちをさらに増幅させるような環境だった。新病棟建設にあたり看護部の念願のひとつが、霊安室の環境に配慮すること。ご家族がくつろげる畳のスペースを確保。石川県は降雨量が多いので、ご遺体を搬出するときに雨にあたらない工夫。細部まで配慮がいきわたっている。だから抑制廃止を小手先でやっているわけではない。一事が万事、筋が通っている」と敬意の念を払っています。

さらに、病院内で看護部は一目置かれ、リスペクトされていることがわかると続きます。

「端的な例として、看護師の更衣室が院内の目抜き通りにあり、革張りのマッサージチェアが二台も置いてあったのには本当に驚きました。聞けば、年度末にお金が余り、何か欲しいものはないか、事務が看護部の希望をきいて買ってくれたって。看護師の更衣室は地下の暗いところにあるのが普通ですけど、相当リスペクトされていると思いました」。

4. たぐいまれなリーダーシップの源泉

(1) 看護師を志した理由

石川県金沢市で育った小藤さんが最初に看護教育を受けたのは、金沢大学医療技術短期大学看護学科です。意外なことに受験する前は、看護師についてあまり知識がなく、病院でお医者さんと一緒に働く人というくらいの認識しかなかったとか。「看護学科に進学したのは、卒業後、就職できることと、一人っ子なので地元から離れなくてすむっていうこと。なってみたら仕事は面白かった」と振り返ります。

「入学して教科書を開くと、1 ページの中に『看護』という文字ばかりが山のように出てくるので、目新しい。看護の仕事は、治療を受ける人が、心地よく過ごせるよう、食べることや生活動作など生活の側面全部を含めて回復への支援をすること。注射をしたり薬を飲んだりするのは、病気を治すことを促進する要素。けれど、病気になった患者さんが回復するには、療養生活全般を整えることが大事。非常に面白い側面だと思いました」。

学生時代で印象に残ってことを尋ねると、「いまは業者から購入している、綿球の球子を作るって教わったこと」。学生がワイワイ言いながらつくる光景が目には浮かびます。ほかに、青年海外協力隊で活動していた人の帰国講演会を聞いていろいろな働く場があると思ったこと。ドキドキして実習に行き、昼食のときにお友達と「こんなの難しいけど、どうしたらいい」と話し合ったりするのが楽しかったと。いずれも親しい仲間と過ごす情景があることに気づかされます。

実は、小藤さんにはいつも仲間と楽しいこと、面白いことをしたいという思いがあるようです。小学校で学級委員、中学校では学級委員と生徒会を、高等学校では、面白いことがやりたくて仲よし 3 人娘が生徒会に立候補。早朝から学校に行き、生徒会室の窓からロミオとジュリエットのまねごと。どこの教室が一番きれいかを競い合う、美化競争を企画。懐かしく楽しそうに思い出を語りました。

(2) 就職初日に感じた恐れ

就職後忘れられないのは、看護師としてはじめて現場にたった日のことです。

ある患者さんのところに湯たんぽを届けるよう、先輩ナースに言われました。病室の入口で中の様子をうかがうと、肌の色が黒っぽく痩せた男性患者さんが、おびえたような目で私のほうをご覧になる。私もひるんでしまい、どうやって入り、話しかけたらいいのか。その時のすくんだような気持ちはいまだに忘れられないです。あとになって思うと、その患者さんは、再生不良性貧血で、何年も輸血を繰り返し、鉄分が肌に沈着して真っ黒。感染症にもかかりやすく、熱があってブルブル震えているような状態だったのでしょうか。でもその時の私は、湯たんぽを届けるだけではダメなことはわかる。でも何も情報をもっていなくて、頭の中は空っぽになり、何をした

かも覚えていないですね。

それくらい現場というのは、大きな病に苦しむ人間が、必死に戦い対峙している場に、自分が入っていく恐れ多いところ。私はその場の空気におののいたのです。患者さんも一人の人間。でも、見たことがない異次元の空間に入った時、自分はなにもできない存在。

「あのふがいなさを実感したのは衝撃でしたね」。

(3) 臨床と教育の交流をはかる人材

小藤さんは、さまざまな診療科が入る第三内科の病棟で9年働いた後、教壇に立つことになりました。臨床と教育の交流をはかる人材として、母校の短期大学の助手。教育の仕事をするからには教育の勉強をしなくては。明星大学人文学部心理・教育学部心理・教育学科通信教育課程に入学し、教育学と心理学について学びました。文献を読んでレポートを書き、スクーリングの期間だけ東京へ通いました。

教育に3年携わった後、33歳で副看護師長として現場に戻り、翌年には歴代最年少で看護師長に就任。6年ほどで副看護部長に大抜擢され、総務、教育、業務のすべての職務を経験しています。副看護部長に就任したのは1998年、まだ40歳のときです。

そのころ、大学病院はさまざまな体制が急速に整備されていく時期でした。感染対策室の創設、病院機能評価の受審開始、電子カルテやオーダーリングシステムなどの情報システム導入、7対1看護配置基準への対応、周産期や母子医療、産休育休、夜間保育室の整備、化学療法室の創設、看護師のクリニカルラダーの整備……。さらに金沢大学病院では、1996年から病院の再開発事業に着手し、2001年には新病棟をオープン。患者のことは看護部が一番よく知っているのも、病棟は看護師の意見を聞くという施設管理部門の方針で、新病棟建設にあたり看護部は中核的な役割を担っていました。

(4) 土曜日ごとに金沢から千葉まで大学院に通学

病院が新しい時代に入る。看護管理についてもこれまでの経験だけに頼るのではなく、勉強する必要がある。しかし超多忙な業務に毎日夜遅くまで働き、土曜日出勤も少なくない。平日通学することは現実的に不可能だと、小藤さんは考えていました。

そのような中、2002年4月千葉大学が新しく大学院に看護学研究科看護システム管理学の講座を土曜日のみ開くと知りました。

「いまこの激動の時代に、本当に大事な価値観を身につけるために学びたい。土曜日だけなら職場にかける迷惑は最小限におさえられる」。受験を決意しました。まだ北陸新幹線がない時代のこと。「本当に金沢から千葉まで通学できますか」と聞かれました。

金曜日の業務を終えて寝台特急に乗り、翌朝6時ごろ上野駅到着。土曜日一日勉強して帰途につき、金沢駅に到着するのは24時過ぎ。片道7-8時間という過酷な通学を3年間ほぼ毎週末続けました。指導教官となった手島恵さんは、「3年間金沢から通って修了した小藤さん自身はもちろんのこと、小藤さんを将来の部長として見抜いて送り出した和田出静子さんが素晴らしい」と称賛します。

小藤さんが副看護部長になってから7年ほど一緒に働いた和田出さんは、当時を次のように振

り返っています。「私は3年後に定年退職を迎えることが決まっていたので、願ってもないタイミングでした。私の前任者は任期を1年残し、私に看護部長の席を譲ってくれました。だから、私は人材をつながなくてはいけない。私の後を引き継いでいく人は長期で頑張ってくれる人がいい。体を壊したら困るとの心配はありましたが、小藤さんは業務・教育・総務のすべての分野に精通し能力が高くやる気もある。大学院で管理者教育を学んでほしい。他の年配の副看護部長たちにも話し、小藤さんの大学院通学についての承諾と協力をとりつけました。大学院卒業後、歴代最年少の看護部長に就任したのは私の計画通りです」。

(5) 「明るいこと」が大事

「大事な価値観を見出したい」と考えて大学院に進学した小藤さんです。学んだことの中で一番大切なことを尋ねると、「明るいこと」との意外な答えが返ってきました。

「看護管理過程の評価では、やったことを振り返り改善する。でも悪かったことを反省して明日以降は失敗しないようにやろう、というのはダメだとわかりました。最初からうまくいくことはない。多くのことは、うまくいくまでに時間がかかるのが当然。うまくいかないことを修正するのが管理だと分かり、少しでも良くしていくという考え方を持てるようになりました。

だから何々すべき、何々せねばならない、という考え方はほぼなくなりました。自分が看護師としてこうすることがいいんじゃないか、と思えることが大事。目指していることがあったら、道のりはジグザクでも、明るく前向きに開放感のある心の持ちようがとても大事だと思います。

一緒に仕事をする人たちと良い仕事をするためには、どんな環境だったらいいか。あまり暗くならないこと。まずかったなあと思ったら、次からどうしようかと考えればいい。だからといって満足って思ったら終わり。終わりが無い道なのだから、満足しないことが大事。先を見つづけるのが私たちの仕事。これはいつも共有していました」。

(6) 大学院で学んだ目標管理を生かして

小藤さんは、身体抑制を行う理由のひとつに、看護師の無力感があるのではないかと考えています。抑制はやめたいとの理想はあっても、他のことで忙しいからできない。自分たちにはとてもできないと、看護師自身が自分たちの力量を過小評価しあきらめている部分がある。だからカラ自信ではなくて、本当の実力のある自信をつけてほしい。そういう力が眠っていることを自覚してほしいとの強い思いがあります。

そこで使っているのが目標管理です。

「目標は、相当に頑張らないとできないが、頑張ればできる可能性があることを挙げてもらいます。だから絶対に途中であきらめさせない。みんながあきらめかけた顔をしているときに山場でした」と小藤さんは振り返り、

「責任をもって言ったからには、やり遂げる努力をする覚悟が目標の中に入っている。療養の世話をする看護師が、私たちはできませんと言ったら、だれが代わりにしてくれるの。看護師以外にしようとする人は誰もいない。悲劇のヒロインはあなたたちじゃなくて、一番つらいのは患者さん。その患者さんに手を差し伸べられるのは看護チームしかない。だから考えてほしいの。本当にできないんですかって。そんなに私たちは無力なんですか。この弱い人に、もっとつらい

目にあわせるようなことを、平気でできるはずがないでしょう。看護師は誰のために仕事をしているのか。患者さんの回復のためでしょう。患者さんの喜びと、自分のやりがいと喜びをもたらせる仕事は他にない。と熱心に話し続けるわけです」。

小藤さんが熱く語る、「看護のもつ潜在能力と看護師の使命」に深い感動をおぼえました。

*本章で使用している図表は、小藤幹恵さんたちが作成されたものを、ご本人のご許可を得て掲載させていただきました。

3章 永田久美子さん

～「認知症本人の意思」を最重視する社会づくりへの挑戦～

たとえ認知症が重度の人でも、当事者一人ひとりには思いがある。認知症になった本人は、いままでの暮らしを大事にしながら、これからどのように生活していきたいのか。永田久美子さんは、認知症の人、自らが発信すること。その声をもとに良い人生を生きることができる地域社会づくりを1980年代に始めました。当事者、当事者を支援する現場の人たち、そして、行政関係者と一緒に活動しているのが特徴です。



1. 認知症のある本人がもつ思いや言葉

(1) 私だったらいたたまれない

永田さんが、本人の切なさに胸がしめつけられる思いをしたのは大学院時代のことです。恩師の中島紀恵子さんが立ち上げた「呆け老人を抱える家族の会千葉支部」での体験でした。2-3ヶ月に1度開かれる“集い”は、家族同士が問題を語り合う場となっていました。

家族は、日頃の悩みを堰を切るように打ち明けます。「かつてはかっこよかったお父さんが、おしっこポタポタたらしで・・・」その横で、連れてこられた本人はうつむて黙ったままです。

「本人は針の筵に座っている思いだろう。私だったらいたたまれない」。

永田さんは、本人にそっと声をかけ一緒に外に出ました。すると家族の前では一言も話さない人が、「コーヒー飲まない？僕のおごり」。それからは“集い”のたびに本人たちと散歩にでかけたがり、コーヒーを飲みに行くようになりました。

「本人の声をもっと聴きたい」。

学生たちに呼びかけて勉強会サークルをつくり、本人に会いに行く活動をはじめました。中島さんが独自に始めた電話相談に藁をもつかむ思いで電話をしてきた家庭の自宅訪問です。

家族が語る困りごとや悩みを聴いていると、日々の暮らしのさまざまな問題が浮かび上がってきます。鋭い視線を感じ振り返ると、隣の部屋から本人がじっとみつめています。

「本人のそばにそっといると、その人らしさの片りんがたくさん見えてきました。本人なりのつぶやき、言葉は出なくても表情や全身の所作、身に着けておられるもの、部屋にあるもの。口出し、手出しはせず、それらを大事に見つめていました。すると本人が自分から話し始めたり、年長者らしく若造の私たちをねぎらうような動きがみられます。

本人がもっている力の豊富さにおどろかされました。まずは、本人と直に会うこと、本人の傍らでともにいることの大切さを学びました。

家族が良かれと思っておこなう、口出し手出しが、本人を追い込んでいる。追い込まれた本人は不安や混乱を強め、家族もますます辛くなり、悪循環に陥っていく。

本人が安心して自分の力を自然に出せる環境を創ること。それがいかに大事であるかも実感しました。

本人がわかるようにモノをおく。本人の視点にたってやりたいことを探る。本人が混乱しないですむ配慮した環境をつくる。

それができれば、本人は一人でやれることがたくさんある。本人のやりたい思いをくじいたり、もっている力を奪ってはいけない。それらを引き出したり、生み出す関わりこそが重要であることを本人たちから教わりました」。

(2) 施設とは違う、「自宅でない在宅」²⁸のような場所が欲しい

いまでは、認知症の本質が「暮らしの障害である」と言われています。けれど当時はまだ痴呆とよばれ、呆けたらどうしようもないと思われていました。

認知症は暮らしの障害。本人は、食べることひとつとっても、不自由を感じるようになります。自分で献立を考えたり、食材選び、買い物、調理の手順や調理時間などがわからなくなる。食べることについても、適切な所作を選ぶことが難しい。とはいえ本人は、本質的な部分では“それまでと変わらない自分”という思いがある。

現実との乖離に苦しみ、しばしばそばにいる家族にあたるようになります。

認知症の人がいる家族で、自宅ではもう限界という声を出す人たちがたくさんいました。家族にも家族なりの暮らしがある。しかし介護に振り回される毎日。家族としては本人が住み慣れた場所で暮らし続けられるようにしたい。でも、自分と自分たちの家族の「当たり前の日常」を取り戻したい。

預け先の選択肢は病院か施設しかなく、自宅ともものすごい開きがありました。しかし、ほかにどこにも行き場がない。拘束したり薬を使って抑えこむひどい例がたくさんありました。

80年代半ば過ぎから、本当に行き場のない、預けるところがない人たちが増えました。

自宅では限界。自宅に変わるようなケアつきの家庭的な場所、施設とは違う、「自宅でない在宅」と呼べるようなケアの場所が欲しい。居場所が必要。素朴な願いをもつ人たちが各地で登場し始めました。

永田さんは、小規模で家庭のような場をつくろうという人たちと一緒に、勉強会を開きました。

「制度があるわけでもないし、資金があるわけでもない。でも、目の前のこの人はもっとよく生きれるはずだって。そうじゃないとおかしい。そばにいるからこそ、おかしいということをほっとかないで、なんとかしようというアクションを生み出した人たちがいっぱいおられたのです。関わったその一人が暮らせる居場所をつくりたい。グループホームってみんなそれが出発点です」。

当時のグループホームは自由度が高く、いまでいうグループホームと小規模多機能型居宅介護を合体したようなものでした。

永田さんは、「ほんとに無名のケア現場の人たちで、特に1990年前後にグループホームをたちあげようとしていた人たち」の姿から一番影響を受けたといい、その後の活動につながったと思われます。

²⁸ 外山義『自宅でない在宅』（医学書院、2003年）

(3) わたしたちのこころを聴いてください。

永田さんは、認知症の本人による発信のあり方が徐々に変化しているととらえています。

「本人たちが、長い時間をかけて手探りしながら、懸命に生み出してきた軌跡です。

第一ステージは、本人の発信を大切にすする支援者が始まった夜明けの段階。2000年から2010年くらいです。本人の自主的な発信というよりも、認知症の人たち本人の声を聴こうという動きでした」。

2004年に京都で、国際アルツハイマー協会の大会が開かれました。その中に、本人が体験を語るプログラムがあり、実名で登壇して思いを語り、大きな反響を呼びました。

2006年に京都で開かれた、日本で初めての「本人会議」。全国から7人の本人が集まり、「何があったらいいか」一泊二日で話し合いをしました。厚生労働省の研究事業で、実施主体は、認知症介護研究・研修東京センター。「認知症の人と家族の会」と共同での取り組みでした。筆記役をつとめた永田さんは、本人たちと一緒に、話し合いの内容を整理しました。

本人たちが発言した17のメッセージを6つの柱にまとめ「本人会議アピール」として発表しました。

1. 本人同士で話し合う場を作りたい
2. 認知症であることをわかってください
3. わたしたちのこころを聴いてください
4. 自分たちの意向を施策に反映してほしい
5. 家族へ
6. 仲間たちへ

3つめの柱「わたしたちのこころを聴いてください」は、最終段階で「声」から「こころ」に変更されました。70代の女性が、「私たちの声を聴いてくださいだと、声の上面だけで聴いてますよといわれちゃうことがある。声の表面だけ聴けばいいんじゃないなくて、私たちが声を通じて、何を思っているのか、こころ、そこを知ってほしい」と発言。参加者みんなから大拍手が起こり、「声」を「こころ」に変更したのです。

とはいえ当時は、本人の思いの重要性に気づいた人たちが本人を招き、その機会に本人たちが集まり、自分の思いを語るというスタイルでした。

(4) 「一緒によりよい世の中をつくりませんか？」

一方で、本人自身の中から動き始める人も現れはじめました。

永田さんは、佐藤雅彦さんに初めて会ったときの衝撃を忘れられないといいます。佐藤さんが、51歳のときに若年性アルツハイマー認知症の診断を受けて間もないころのことです。

2007年、永田さんは、都内でひらかれたシンポジウムに登壇しました。「人が人として生きることが地域で支えよう」。

すると、帰り際、佐藤さんが近づいて来て「一緒に、認知症になっても暮らしやすい世の中をつくりませんか」と声をかけました。

「支援してほしい」ではない。永田さんは、「本人が、一緒につくりだそうとしている！」ととてもうれしく、その日のうちに佐藤さんと何をしたいか話合いました。佐藤さんが携帯電

話を使ってみたいといい、佐藤さんがその後活躍する大きなきっかけとなりました。

佐藤さんの著書『認知症になった私が伝えたいこと』²⁹は、永田さんとの協働作業で作りました。佐藤さんが日々思いついたことを書き留めておいた膨大なメモなどをもとにしています。言葉のピースをつなぐ作業を二人で繰り返しました。まるでジグソーパズルのピースをつなぎあわせるように。

永田さんは本書の最後に、解説を21ページにわたり執筆しています。

全編は佐藤さん自身が考え、表現してきた「ありのまま」を大切にしました。だから佐藤さんが生きてきた「絵」としての一冊であるとしています。当時、認知症に関する出版物が増えていました。けれど当事者の「生の声」がブラックボックスでした。この本を通じて、永田さんは、当事者にとっての真実を知り、当事者に会ってほしい。認知症を理解するためには、「本人に聴くこと」が一番の近道と訴えています。

システムエンジニアだった佐藤さんは、発症後に携帯電話のメールやタブレット端末の操作を覚えて「暮らしの記憶」を記録。発症から20年たったいまも、臨床美術を楽しんだり、自分史を発行するなど、生きがいのある生活を求めて前向きに過ごしています。



(5) 私たちは人寄せパンダ？

「第二ステージは、2010年から2015年ごろです。佐藤さんのように認知症当事者たち自らが声をあげ、積極的に活動しはじめました」と永田さん。

京都で開かれた「本人会議」の後、講演会等が各地で開催されるようになり、本人たちが話す機会が増えました。それにつれ、本人たちがしきりということがありました。

呼ばれて話をすると、「認知症の人がこんなふうに考えて話すのに感動した。勉強になった」。と言われるのは嬉しい。だけど、自分たちが話した後、その地域は何か変わったのだろうか。自分たちは人寄せパンダのように使われているのではないか。

売名行為と批判され傷つく人もいました。大勢の前で話をしているだけではもうだめ。地域社会が変わっていくためには、真剣にどうしたらいいかを話し合う場をつくろう。

2012年3月、当事者活動を推進するNPO法人「認知症当事者の会」が発足。佐藤雅彦さんは、医師の戸谷修二さんとともに初代の共同代表理事につきました。理事は永田久美子さんと通訳・翻訳者の馬籠久美子さんの二人。事務局は木之下徹さんが院長をつとめる三鷹市のメモリークリニックにおき、看護師の水谷佳子さんがつとめました。

佐藤さんはほかに、ネット上でつながる「3つの会@web」も開設しました。3つは、「つたえる」「つくる」「つながる」の「つ」です。ウェブサイトのチャットで本人同士がやりとりするようになりました。

同年10月には、「日本認知症当事者研究勉強会」がはじまりました。9人の呼びかけ人は、当

²⁹ (大月書店、2014年)

事者3人を含め、医師、ケア関係者、メディア関係者、通訳・翻訳者、看護師、家族などさまざま。永田さんもそのうちの一人でした。

この研究勉強会をベースに、2014年、「日本認知症ワーキンググループ（J DWG）」を立ち上げました。共同代表に、佐藤雅彦さん、中村成信さん、藤田和子さんの当事者3人が就任しました。

中村成信さんは前頭側頭葉認知症です。自治体職員だった56歳のとき、スーパーからチョコレートを万引きした疑いで逮捕されましたが、その後診断を受けて病気によるものとして汚名が晴らされました。藤田さんは、45歳のときに「アルツハイマー病」と診断された看護師で、現在J DWGの代表です。

J DWGは、発足後まもなく、認知症施策の推進に向けた提言を当時の塩崎恭久厚生労働大臣に手渡しました。「認知症本人からの提案～希望と尊厳をもって暮らせる社会の実現に向けて～」です。その後今日にいたるまで、施策に意見を述べたり、提案を続けています。

（6）当事者が動かないと何も変わらない

永田さんは、「第三ステージは、2015年くらいから2019年頃の動きです。

発信するだけではダメ。社会を変える活動をしよう。行政の動きやサービスができるのを待っているのではない。当事者が動かないと何も変わらない。

そのことに気づいた本人たち自身が、より主体的に動き出しました」と話します。

2016年には厚生労働省の研究助成事業等にも取り組みました。本人同士が出会い・語り合い・思いや意見を地域社会（自治体）に発信する。各地で「本人ミーティング」に取り組み、国の施策に盛り込まれるようになりました。

2017年、J DWGは、本人がより主体になって活動する組織に生まれ変わりました。名称に「本人」をいれた「日本認知症本人ワーキンググループ」に改称しました。一般社団法人格を取得し、藤田和子さんが代表をつとめる法人となりました。

本人たちの中から、診断後に自分たちに役立つ情報がない。前向きに暮らしていくための情報が必要との声がたくさん上がりました。

『本人にとってのよりよい暮らしガイド～一足先に認知症になったわたしからあなたへ（通称：本人ガイド）』³⁰をつくり、普及活動を続けています。

2018年は、認知症に関する基本法案の検討が進んでいました。

本人たちの中から、一朝一夕には変わらない、自分たち自身がどう認知症とともに生きようとしているかを言葉にして社会に発信しよう、目指していることへの理解者・仲間を増やしながら息長く活動をしていく礎としての宣言をしようという声が高まりました。それが、「認知症とともに生きる希望宣言」に繋がりました。副題は、「一足先に認知症になった私たちすべての人たちへ」です。これは、2019年に政府が初の本格的な国家戦略としてまとめた「認知症施策推進大綱」の中にも盛り込まれ、全自治体での普及が推進されるようになりました。

³⁰ <https://www.mhlw.go.jp/content/000521131.pdf>（2021年3月1日確認）

コラム：地域の当事者団体から国際機関への発信

認知症の人が日本社会でおかれている状況について、国際機関へ発信する動きも出ています。

J DWGのメンバーの一人、丹野智文さんは、39歳のとき、若年性アルツハイマー型認知症と診断されました。

現在は認知症当事者を笑顔にするために、全国で講演をするほか、地元仙台では、「おれんじドア」という相談窓口、認知症当事者によるピアサポート、認知症当事者だけの勉強会としてリカバリーカレッジなど活発に活動しています。

丹野さんは、地域で多くの仲間と一緒に活動しているのですが、ある日突然、認知症当事者が施設や精神科病院に連れていかれてしまうことに何度も遭遇し、深く心を痛めています。

2020年、日本障害フォーラム（JDF）が障害者権利条約に対するパラレルレポートを作成していると知り、そこで、地元の仲間と相談し、意見表明することにしたのです。

「現在、認知症当事者を取り巻く環境は、本人の意思とは関係なく家族と支援者のみで物事が決められています。…当事者が諦めなくてもよい環境や社会ができるように私は願っています」

(7) うちのおじいちゃんやおばあちゃんは、人前で話せない。チャンスがあれば一人ひとりが「そして現在、2020年から第四のステージに入ってきています」と永田さん。

国は2020年1月、認知症施策推進大綱の一環として厚生労働大臣が認知症の本人5人を「希望大使」として任命しました。新しい認知症観を示す狙いもありました。これまでの、周囲の人たちによる認知症の人に“やさしい社会づくり”から、認知症のある本人が希望をもって日常生活を過ごせる地域共生社会づくりへ。「希望大使」には、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿を積極的に発信することが期待されています。

2020年度からは各都道府県で「希望大使」を任命することになりました。ですが、当該地域にいる認知症当事者や当事者活動についての情報をもっていません。J DWGの事務局には、全国の自治体から問い合わせがきています。こうした動きを背景に、全国各地で発信する本人が確実に増えています。

一方、「うちのおじいちゃんやおばあちゃんは、あんな風に人前で話せない。あの人たちは特別の人」、「うちの地域には、発信できる本人はいない」という声が多数あるのも実態です。

自分の思いを語るができるのは、“特別な”認知症の人と思われてしまっているのです。こうした社会の声に一番心を痛めているのは発信を始めた本人たちです。

「私たちは決して特殊な存在ではありません」、「無理と決めつけないで、本人が思いを語るチャンスを」。

「いま、本人たちは、自分が暮らす地域で、地元言葉での発信を繰り返し広げるようになりました。次に続く人が、少しでも暮らしやすいまちになることを心から願っているからです。

自分だけが発信できればいいのではない。他の当事者たちにも声をあげてほしい。1人ずつでもいい。

けれど身近な地域の中で、認知症であることを公表し活動していくこと。それは、想像以上に

(2) あなたはどこから来たの？

横浜のグループホーム「オリーブの家」管理運営者である櫻井正子さん、センター方式の開発に委員として参画しました。看護師で、認知症介護指導者でもあります。

櫻井さんはセンター方式について次のように語ります。

「認知症の人は、わからない、できない、暴力をふるうといったレッテルを貼られがちですが、本人こそが貼られたレッテルに困っています。

いまではそれがわかるのですが、当時は、認知症の人が言葉を話すとは思っていなかった現実があり、介護者の思い込みで介護していました。ですから、認知症の人の本当の日常の姿と介護者の思い込みとの乖離を埋める手段として、シート中央に、写真ではなく絵を描く必要があったのです。描いてみると、介護者は自分の見落としに気づきます。認知症の人を見る視点が変わるきっかけになりました。

このようにセンター方式を使ってみると、認知症の人を人間として理解できるようになる。視点を変えると、認知症の人の生き生きとする姿が出てくる。ここに認知症ケアの面白さを感じるようになりました。

センター方式に夢中になり、認知症の人の気持ちがわかる成功体験を味わった現場の介護者たちが全国にでてきて、「永田組」というあだ名で呼ばれるようになりました。2006-2007年ごろの話です。

当時、グループホームの合言葉は『困ったときのセンター方式』。センター方式の面白さは専門用語を並べるのではなく、本人や家族の生の言葉を拾って記録し、そこから意向や思いをくみとっていきます。いまでも、入居する前には、いくつかのシートをご家族に渡して記入していただいています。本人のそれまでの生活を理解するのに役立ちます」。

櫻井記子さんは、長野県にある特別養護老人ホーム「ローマン上田」の前施設長で、現教育顧問です。ここでも、入居前の本人の暮らしを把握するために、センター方式のシートを活用しています。

「本人は話ができない、という家族は少なくありません。でも私たちがこのシートを使って、ご本人と接すると、一言二言発することができる方がいます。言葉のない方も、表情や笑顔、ちょっとした仕草に小さなヒントがあります。職員が本人の声を聴こうという姿勢で、チームでそれを読み解き、お気持ちを探っていきます。

睡眠中は脳が休まっているのでしょう。とても重度の方でも目覚めてすぐの朝一番には「あなたはどこから来たの？」「今日は寄ってお茶でも飲んでって」と鮮明に話をする方もいらっしゃる。こうしたわずかな変化を感じ取れるか、置き去りにされるか。その人の人生はきっと変わってくるのでしょうね」。

コラム：全国に先駆けて先例をつくった「全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会」

永田久美子さんが関与した活動の中に、全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会があります。

GH 連絡協議会について、センター方式開発メンバーの一人だった櫻井正子さんは、当時の忘れられない思い出を語りました。「当時首相だった小渕恵三さんが、さわやか福祉財団理事長の堀田力さんのご案内で、横浜市内のグループホームを見学したあと、港北区役所で開かれた現場職員との懇談会にいらしたんですよ。『認知症の方のケアは大変だけれど、どうですか？』と質問されたことは覚えています、何と答えたのか思い出せないのですけれど。介護保険制度スタート直前、グループホームが介護保険のサービスとして盛り込まれようとしていた 1999 年 10 月 15 日のこと。

横浜市は全国に先駆け、1996 年に市独自のグループホームモデル委託事業を開始。櫻井さんが運営する「オーブの家」は 7 か所目のグループホームとして 1998 年に開設しました。とはいえ、ケアや運営のノウハウはまだ何も確立されていない時期。グループホームに関心を持ち、認知症の人を理解しようとする人たちが、月 1 回横浜市役所に集まり、勉強会を重ねました。勉強会には、当時、東京都老人研究所に勤めていた永田久美子さんも参加していました。帰りの電車の中で、永田さんから「ご本人は何か言っている？ 表情は？」とよく聞かれるので、通勤帰りの電車の中で、その日に聴いた本人の言葉をメモするようになりました。表情は 5 つくらいのカテゴリー感情にわけたマークで、笑顔、怒っている、無表情、泣いているなどをチェックし、聴いた通りの言葉を記入しました。こうした経験がアセスメントシートを作成するときに役立ちました。

1998 年には、全国各地のグループホームの先駆者たちや、「グループホームケア研究会」の関係者が集まって、「高齢者グループホーム連絡協議会」を設立しました。代表理事には、横浜市のグループホーム第 1 号「オクセン」の理事長福島弘毅さんが就任。GH 連絡協議会は、事業として 2 つの人材育成研修を立ち上げました。ひとつは、グループホームの実務経験 1 年以上の人を対象とする「実践者研修」、もうひとつは「計画作成担当者研修」です。

研修の講師を、当初は、永田久美子さん、札幌の武田純子さん、浜松の生座本磯美さん、仙台の蓬田隆子さんの 4 人が担当。櫻井さんは、1999 年からの参加です。講師をしながら認知症介護についての研修の体系化を模索しました。

介護保険制度発足に伴い、こうした人材育成の事業に厚生省が本格的に乗り出すようになりました。

制度発足時にはグループホームの開設基準として、研修修了者がいることが必須条件として入りました。研修は、認知症介護実務者研修、認知症介護実践者研修、認知症介護指導者研修と体系化され、後に、管理者研修、認知症介護開設者研修も加わり、一部名称や内容を変えながらいまも続いています。現場の人材や管理者の研修は、全国の各都道府県が開催し、指導にあたるのは、認知症介護研究・研修センター（東京、仙台、大府）が実施する認知症介護指導者研修を修了した人です。

横浜市や GH 連絡協議会では、良いサービスに出会うための評価と情報公開のあり方も検討しました。評価項目づくりに永田さんも参加していました。自分の施設を評価する「自己評価」と、ホーム長や職員が他のグループホームを訪問して確認し育て合う「相互評価」、利用者である本人・家族が評価する「利用者評価」のしくみを、介護保険制度施行前からつくっていたのです。厚生労働省は 2001 年、グループホームの適性の普及について、サービス評価・研修・情報公開などを義務付ける通知を出しました。これまで評価員研修の受講者がサービス評価を行うしくみとして続いてきましたが、すでに評価制度が始まって 20 年。現在、見直しが進められています。

(3) 行政職員が現場に遊びに行くしかけ

現場をよく知る最前線の人たちがセンター方式を開発する委員会メンバーになったことで、副次的な効果もありました。

まず、厚生労働省の人たちや自治体職員の視察先の変化です。それまで視察先というとネームバリューのある法人や大型施設等が主でしたが、委員が運営する小さい事業所を訪問するようになりました。

認知症があっても、しかも重度になってからも、一人ひとりが思い思いに、そして生き生きとした暮らしを実現できている。担当官の人たちは驚き、現場の人たちの話に真剣に耳を傾けました。ケアの現場には、従来の医療や介護を変革していく可能性があると感じたのです。

永田さんは、センター方式を普及するために認知症地域支援する人材育成研修を工夫しました。地域に根をはるチームづくりを目指したのです。

同じ自治体で働くさまざまな職種の職員や行政職員が一堂に会す機会とする。センター方式を用いて、その人たちが実際に支援している「ひとりの本人」についてのグループワーク。ともに学びあい、気づきやアイデアを具体化していく。年間3、4回のシリーズ研修を基本に、会場での研修と現場での実践を繰り返す。現場では学びを生かし、センター方式のシートを使いながら本人たちの声を聴きながら支援を試みる。その結果を持ち寄り再び会場で学びあう。

行政職員が、顔なじみになった介護職員の現場に、遊びにいつてくれるよう背中を押しました。視察や実地指導などの仕事としてではありません。

現場の職員たちは、実は本人に日々接していながらその声をあまり聴いていなかったことに研修を通じて気づきます。市の担当者は、それまで、本人たちの声を聴いたことがないまま施策を作り運営していたことに気づきます。本人たちはこれだけのことを話したり、思いがある。それなら、施策をつくる時に本人の声を聴くことが大事である、と考えるようになりました。

「顔の見える連携会議をとても言われます。けれど、本人抜きに会議だけを重ねるのではなく、できるだけ本人のいる現場に足を運び、短時間でも本人と共に過ごし、苦楽を共有すること。行政職員としてではなく、一人の人間として付き合い、共感し、現場を応援する。そこに価値があります」と、永田さんは言葉に力が入ります。

(4) ビジョンと個別事業を結ぶ中間段階のメカニズムがない

現場の人たちからは、「本人と家族がどの地域で暮らすかで、天国と地獄のような差が出てしまう」という切実な声も聞こえてきました。市町村により、認知症の人のとらえ方や現場のサポート体制に大きな温度差があったのです。

どの自治体もビジョンを掲げ、講座を開いたり、ネットワークをつくる事業を考える。しかし、ビジョンと個別事業を結ぶ中間段階のメカニズムがない。そのため担当者に力量や思いがあるとどんどん進むが、いなくなったとたん、振り出しに戻ってしまう。こうしたことが全国各地で繰り返しておきていました。

そこで、「認知症地域支援体制構築事業（モデル事業）」を活用しました。国に提案し、2007年から始まった事業における「認知症連携担当者」の人材育成です。本人の視点に立ち、医療、介護、生活支援等の分野横断的に支援をつなぐ機能をもつ人材。これが後に「認知症地域支援推進

員」と呼ばれ、2018年度からは、国が全市町村に配置を義務づけています。

中間メカニズムとは、認知症のある本人が声を出しやすくする。その声をキャッチしやすい環境をつくる。その声を行政に届け実現するために、現場や地域で必要なものを作り出す。

本人の声を起点に、現場と行政が連動する仕組みづくり。本人や現場と、地域包括支援センターや行政とつなぐ重層構造です。各層がバトンタッチしやすい重層構造の具体的なあり方は、人口規模や地域特性により全く異なります。

永田さんは、地域の自治体が、実情に合わせたしくみづくりをするよう、働きかけました。しくみが形骸化しないように常に点検するという点に留意が必要です。本人の意向を叶えるためです。

永田さんは、これまで一貫して「さまざまな出会いの場づくり」を行ってきました。

「現在一番多い仕事は、行政と行政を結びつけることです。行政は、新しい取り組みをするとき、前例がないと動きません。そこで、常識的には無理だと思われる先進事例をつくった人を紹介しています」。

たとえば「コロナ禍の中で、何もかもダメダメと言われて何もできない。何かいい他の地域の参考例はないですか」との相談電話が入る。まず自治体の人口規模を聞く。同じようなサイズの自治体で工夫している事例を紹介し、連絡してみたらどうですかとつなぐ。「私が説明するより直にきいてもらったほうがいいので」。

認知症介護研究・研修東京センターでは、47都道府県の認知症地域推進委員研修を受託しています。そのネットワークを使って、コロナ禍でどのような取り組みをしているかを収集。現場と行政の人をつなぐ認知症地域推進委員に、収集した情報を提供しています。センターは情報のハブ機能を果たしており、そのカナメ役が永田さんです。

(5) 見えない拘束

「認知症があっても、行きたいところに行ける。会いたい人に会って、無事に家に帰ってこられる。行動に制約がない。人として当たり前のできる地域社会をつくりたい」。

永田さんは、毎年6月に警察庁が発表する「前年度の行方不明者数」に注目しました。2019年度は、認知症の人の行方不明者が17,340人で年々増加しています。そのうち当日所在が確認される人はおよそ7割、1週間以内に保護される人が99%。一方、死亡者は460人。毎日1人以上の人が亡くなっていることに深く心を痛めています。

「行方不明者が増えた、減ったという問題ではない。

行方不明になったとき、警察に届け出てみんなで探すことは、命を守る大切なことです。けれど、十分な配慮がないと本人にとって大きなダメージになります。多くの場合、一度行方不明になると、本人の行動に大きな制約がかかるからです。

身体拘束とは別のレベルで、見えない拘束です。

家族なりに心配したり、周りの目を気にして、『外に出ちゃダメ。出るなら家族がいる日にして』といった閉じ込め状態にしまったり、まだ自宅で普通に暮らせる人が、いつの間にか有料老人ホームや、病院に連れていかれてしまっています。

確かに、行方不明をなくすことは大きな課題ですが、それが目標になってしまうと、本人の自

由や力が周囲によって管理され損なわれてしまいます。行方不明をなくすことがゴールではありません。認知症になっても、行きたいところに堂々と自由に行ける。それが守られる地域をつくることこそが大事なのです」。

「行方不明者問題は、認知症の本人への社会の偏見や不備の縮図のような、ひとつの象徴的な出来事」と永田さんは考えています。

コラム：道に迷っても教えてもらえる、認知症の人が一人で出かけられるやさしい町に

丹野智文さんは、地元仙台で、認知症の当事者勉強会（リカバリーカレッジ）を開いています。

「当事者勉強会に、支援者も入ってもらうんだけど、アドバイザーで、発言権は何もないオブザーバーであることが特徴。本人たちが延々としゃべっていて、分からないことがあると、アドバイザーに教えてもらう。

この会には、毎回10人以上集まる。40代が俺で、あとは60代から80代まで。この間は80代も3人いたけど、ほとんどの当事者が、地下鉄やバスを使って一人で来るの。だから俺も含めて、全員道に迷う。でも何の問題もないの。遅れてくる人もいるけど、迎えには行かない。

みんなが集まったとき、「道に迷ったときどうした？」って聞くと、たいてい人に聞いている。おじさんに聞いた人は、反対方向に教えられた。学生に聞いた人は、スマホで調べて教えてくれたと。じゃあ、次来るときはみんな学生に聞こうということになったの。そしたらおばあちゃんが「これって冒険みたいで面白いね」って言うから、面白いでしょって話をしてるの（笑）。

いま、認知症の人はほぼ一人で出かけさせてもらえないでしょ。だからみんな成功体験がない。道に迷う失敗体験をするから、人に聞いて教えてもらうという成功体験ができるんだよ。

世の中は認知症フレンドリーっていうけど、認知症にやさしい駅とか空港とか言ってるけど、そんなのは二次。まず一人で出かけさせるっていうやさしさ、認知症の人が1人で出かけられる町をつくらうって言うの。人に聞いていい経験すると、みんな普通に人に道を聞くようになるから。失敗する前に、「私がついていくわ」っていうから、成功体験がないんだよ。

（6）行方不明＝「徘徊老人」というラベリングを変えなければならない

北海道の釧路地域では、全国に先駆けて1994年に「釧路地域SOSネットワーク」が立ち上がりました。1市7町村と3警察署が連携。行方不明になった認知症の人を、家族だけで探すのではなく地域ぐるみで早期発見・保護。その後の生活を支える。このネットワーク活動は、現在も続いています。

永田さんはこの取り組みに当初から注目し、釧路の人たちと連絡を取りあってきました。活動が10年目を迎えた2003年、釧路から永田さんに一本の電話が入りました。

「保存期間を超えた10年間の資料を破棄しなければならない。なんとかできないか」。

永田さんは、すぐ釧路に飛びました。行方不明になった1人ひとりに、どういう状況だったかを丁寧に聴き取った記録が残っていました。二度と調査できないような貴重な記録。それらが破棄されようとしていたのです。

「いてもたってもいられませんでした」。

現地では書類のコピーがかなわず、1枚1枚書きおこしました。

それを読み解くと、「行方不明＝『徘徊老人』というラベリングされたイメージを変えなければならぬ。こんな重要な事実が浮かび上がってきました。「徘徊して訳もわからずウロウロして行方不明になる」と言われていました。

発見された時の本人の言葉が記録として残されており、そこからみえてきた事実は、決してそうではなかった。

買い物に行ったら、そのまま帰れなくなってしまった。お墓参りに行ったのだけれど、わからなくなってしまった。家で怒られて嫌になり友達のところに行こうとしているうちに迷ったなど、必ず何らかの理由がありました。

「行方不明は、認知症の重度の人の対策ではない。まだ自分で歩け一人で出かけられる元気な人たちが7割を占めていた。元気そうな頃からの備えこそが必要。自分も行方不明になるかもしれない。自分事としてとらえないと、行方不明は絶対になくならないことが分かりました」。

コラム：「認知症に対する偏見を増幅した認知症鉄道事故裁判」

2007年12月7日の夕方、認知症の高井良雄さん（当時91）が電車にはねられ死亡する事故がおきました。JR東海は、高井さんの家族に、名鉄線への振り替え乗車費用534万円などを償う、約720万円の損害賠償を請求。認知症鉄道事故裁判が始まりました。一番は、家族に全額の支払いを命じる判決。二審も妻に請求額の3分の2、360万円の支払いを命じました。しかし、最高裁判所は、2016年年3月1日、被告である妻・長男のいずれにも損害賠償義務がないと逆転判決を出しました。

永田さんは、一審判決がでたときの心境について、事故は尊い一人の生（命、生活、人生）を断ち切り、多くの乗客に支障をもたらした。再発防止策を、社会全体で作出すべきなのに、その使命をもつ鉄道会社のみならず、裁判所が、自らの立ち位置を見失い、追求すべき本質をすり替えたと言っています。

良雄さんの長男、隆一さんが「名古屋高裁に出す意見書を書いてほしい」と重い資料をもって訪ねていらしたときのこと。「親父が犯人扱いとか、事故を起こす悪人扱いをされたまま成仏するのが許せない。親父はそんな悪いことをするような人間ではなかった」と話されました。家族の人たちに責任をおわせるような形にしては絶対にいけない。社会の目は、家族の賠償責任や賠償金を払うことについてしまっている。しかし、問題の本質は、認知症になった本人の人権問題であると、あらためて思いました。

事件の一番の問題点は、ホームから線路に降りるところにある、“閉まっているはず”のフェンスを本人が開けることができたこと。事故が起きたのは、あたかも認知症のせいだ、みたいに置き換えられているのはおかしい。それで意見書を書くことを快諾したのです。はからずもこの事件を通じて、認知症は危ない。事故を起こすとの誤解が社会に広がりました。家族は介護で大変なのに、社会的責任まで負われ、損害賠償を請求される。いままで以上に偏見が植えつけられてしまったとの憤りを隠しません。良雄さんを「人」としてみなしていない訴状や、一審の判決文を読みながら、家族はどんなにか心を痛めダメージを受けたかを思うと、震えがとまらなかった。永田さんは、事故当時の良雄さんについて、①当時の詳細な記録から事実確認をすると、本人には行方不明が危惧される状態は確認されなくなっていた、②「他者に危害を及ぼしかねない」行動ではなく人として当たり前の行動をとっていた、③自宅前空間に出る行動は、状態の安定維持に重要であったことなどを述べたのです。

最高裁の逆転判決の一報を耳にし、隆一さんの長年の労が報われたと心底嬉しかった。家族が、理不尽な大企業や司法に屈せず、声を上げ続けその声を最高裁が認めた。この経緯が重要だと思いました。

今後は、家族や支援関係者、そして認知症の本人自身が、自らの体験や苦悩、希望についてありのまま素朴に声をあげていくこと。その後押しや、声をあげられる環境づくりが必要です。




この事故と裁判以降、認知症施策の一環として、自治体が保険料を制度でカバーする損害賠償・救済制度の整備が進みつつあります。が、永田さんは安易にこうした制度に走ることに警鐘を鳴らしています。事故が起きた後の対応に備える（川下対応）よりも、事故防止・再発防止の体制を整える（川上対応）ほうが施策として重要であり、優先順位が高い。事故が起こりうるのは、認知症の診断後よりも、一人での外出頻度が高い認知症の疑い段階の人や診断未確定の人にこそ多い。行政がやるべきは、安易に部分的な制度をつくるのではない。各自治体は、本人視点、自分事としてのビジョンをしっかりと練ること。何が必要かを検討するために、必要なデータ（行方不明の発生状況やその詳細）や情報を集め、市民と共有する。そのうえで、本人を含めた多様な人たちと、どんな施策をつくるべきか、十分な対話や検討を重ねるべきです。現在は、行方不明の発生状況さえ把握できていない自治体が圧倒的に多い。つまり、川下対策の前にやるべきこと、もっと効果的に命と暮らしを守るためにできることが積み残しなのです。

3. 認知症当事者の声をあつめた「認知症とともに生きる希望宣言」

(1) いくつもの希望の種が集まり、ひとつの大きな実を結んだ「希望宣言」

2018年11月1日。日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）は「認知症とともに生きる希望宣言」を表明しました。認知症とともに暮らす本人たちの声です。一人ひとりの体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で生まれました。

1. 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
2. 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
3. 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気にくらしていきます。
4. 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩いていきます。
5. 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

 <p>「認知症とともに生きる希望宣言」は、わたしたち認知症とともに暮らす本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で、生まれたものです。</p> <p>今とこれから生きていくために、一人でも多くの人に一緒に宣言をしてほしいと思っています。</p> <p>この希望宣言が、さざなみのように広がり、希望の日々に向けた大きなうねりになっていくことをここから願っています。</p> <p>それぞれが暮らすまちで、そして全国で、あなたも、どうぞいっしょに。</p> <p>日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事 ◆ 藤田和子</p> <p>わたしたちは、「認知症とともに生きる希望宣言」をもとに、全国で「希望のリレー」プロジェクトを展開していきます。</p> <p>一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ hope@jdwg.org ◆ http://www.jdwg.org</p>  	<p>一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ</p> <h2>認知症とともに生きる希望宣言</h2> <ol style="list-style-type: none">1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩いていきます。5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。
--	---

永田さんは、長年呼びかけ続けてきました。「当事者の声を聴くことがすべての出発点」。一人の「ひと言」に耳を澄ませ、希望の種を見つけ、本人と一緒に「いい一日一日をつくっていきましょう」。

希望宣言は、本人たち自身が発したいくつもの希望の種が集まり、ひとつの大きな実を結んだ結果です。ワーキンググループで話し合ってきたことや、本人たちの言葉をもとにつくられました。内容について本人たちが考え、まとめるまでにはたくさんの言葉がありました。

永田さんは、「本人たちが希望宣言について語り合う中で、家族がすごく大事だからこそ、5つの中心のものには、家族という言葉をあえて入れないようにしようということになりました。みんなから出てきた言葉の中に、家族も安心して暮らせるような社会にしたい、っていうようなものがたくさんありました。でも、宣言文に家族といれてしまうと、家族が介護すべき人たちとか、家族がいてあたりまえにされかねない。家族がいない一人暮らしの本人だってたくさんいる。私たちが家族にだけ頼らなくても暮らせるようになれば、家族が解放されて、家族も家族なりの時間をとれるようになる。だから、希望宣言には、家族を支えるとか、家族のことを出すのはあえてやめよう。自分たちが希望をもっていきられるような社会にすることが大事。それがあれば、本当の意味で家族も解放されて楽になるはず。これは本人たちが自分たちの覚悟としての宣言にしようって、かなり早い段階で話し合われたことです」と語りました。

(2) 日常の中で出された声を集約

希望宣言ができるまでの経緯について、永田さんは、「認知症本人ワーキンググループ(JDWG)の設立準備の時から、本人たちから、人としてどう生きていのかがいっぱい出ていたんです。

特別に声を集めるのではなくて、日常の中で声ができるようにしていくことが大切。落下傘のように声を集めようとしたって、声は出てこない。JDWG が、何のために声を出そうと言ったり、声を集めるか。

本人の日常の暮らしが良くなり、日常をよりよく生きることが重要な価値です。

日常の中で気づいたことをもとに、声を寄せ合い、みんながこれが大事と実感できるものをまとめて発信しようというのが、本人たちがずっと願っていたことです。自分たちだけでなく、次に続く人、自分の地域や地域以外の人たちにも、もっとこういうことがあるといいねという声を集めて出していこうと。

JDWG のメンバーは全国各地に住んでいて、お互いメールでやり取りしたり、電話をかけあったり、時には講演会等で一緒に会ったり、東京や地方で集まったりしながら、つながりや意見を深めあっていました。

丹野智文さんは、「希望宣言についてみんなで話そうということがあったけど、俺は仙台だから行けなかった。そしたら、わざわざ永田さんが来て、意見を聴いてくれた。『希望宣言』を見たとき、俺はもっと小学生でもわかる文章にしてほしいって言ったの。こんなの難しいって。小学生が分かれば、誰にでもわかるんじゃないのって思ったの。でも他の人たちがそうじゃないって言ったから。自分たちの宣言として社会に出すためには、これくらいが必要なんだって言われたの。じゃあ、この文章でいいけど、その内容を詳しく書いて欲しいっていう話をして、それでこうなったんじゃないかな」。

1 自分が自身向とらわれている高論の殻を破り、能を向いて生きていきます。
◆「認知症になつたらおしまい」では決してなく、よりよく生きていける可能性を私たちは無数に持っています。
◆起きている変化から目をそらす、認知症に向き合え、自分なりに考え、いいひと時、いい一日、いい人生を生きていきます。

2 眼力や力加減を、大切にしたり、暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながら生きていきます。
◆できなくなつたことよりできること、やりたいことを大切に生きていきます。
◆自分が大切にしたいことを自分なりに進め、自分らしく暮らしていきます。
◆新しいことを覚えたり、初めてのこともやってみます。
◆行きたいところに出かけ、自然やまちの中で心豊かに暮らしていきます。
◆働いて稼いだり、地域や次世代の人のために役立つことにもトライします。

3 私たちが本人同士が、出会い、つながり、生きる力を互いに支え合っていきます。
◆落ち込むこともありますが、仲間に出会って勇気と自信を蘇らせます。
◆仲間と本音で語り合い、知恵を出し合い、暮らしの工夫を続けていきます。

私たちは、認知症とともに暮らしています。日々いろいろなことが起き、不安や心配はつきませんが、いろいろな可能性があることも見えてきました。一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、希望を持って自分らしく暮らし続けたい。次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、いい人生を送ってほしい。私たちは、自分たちの体験と意志をもとに「認知症とともに生きる希望宣言」をします。この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、そしてよりよい社会を一緒につくっていかようという人の輪が広がることを願っています。



4 眼力や力加減を、大切にしたり、暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながら生きていきます。
◆自分なりに生きてきて、これからも、最後まで、自分が人生の主人公です。
◆自分でしかわからないこと、暮らしにくさや必要なことは何か、どう生きていきたいかを、自分なりに伝えていきます。
◆私たちが伝えたいことの真意を聞き、一緒に考えながら、未来に向けてともに歩んでくれる人たち（知り合いや地域にいる人、医療や介護、福祉やいろいろな専門の人）を身近なまちの中で見つけます。
◆仲間や味方とともに私が前向きに元気になることで、家族の心配や負担を小さくし、お互いの生活を守りながらよりよく暮らしていきます。

5 認知症とともに暮らしているからこそ気づけたことや日々工夫していること、他の人や社会に役立ててもらうために、伝えていきます。
◆自分が暮らすまちが暮らしやすいか、人としてあたり前のことが守られているか、私たち本人が確かめ、よりよくなるための提案や活動を一緒にしていきます。
◆どこで暮らしていても、わがまちが年々よりよくなることを確かめながら、安心して、希望を持って暮らし続けていきます。

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

永田さんは、「本人が声をしっかりと出してくる人も結構います。でも、メールや電話ではうまく伝えられず、本人の近くにいる、本人が声を出しやすい日常の暮らしの中で、本人の声をちゃんと聴いているパートナーが伝えてくる場合もあります。

出にくい言葉を、きれいなまとまった文章ではなくても、いまこういう声が出ているとか、出た言葉をもとに、それをパートナーの人から伝えてもらう。パートナーはあくまで伝え役で、日常の中で出た本人の声の集約です。

認知症が進むと、確かに分からなくなることもあるけれど、それよりも、考えたり、言うチャンスをどんどん回りが奪っている。だから本人たちが自分で決めたり、言葉を発することをしなくなっているから、あたかも言えないような状態が早く作られている。認知症の最重度っていうのも相当作られた面があると思う」。

(3) 取りまとめは、本人たちから出た言葉を大切に

藤田和子さんは、取りまとめについて、「あんまりいっぱいあってもみんな読まないよね。難しいけどこれは大事だね。ここはどうだ、ああだといいながら、まとめていった。永田さんがつくった言葉ではありません。けれど、みんなの言葉を整理していく作業は、永田さんがみんなの意見を聞きながら、整えてくださったような気がします」。

「中身は本人さんたちの実体験や感じたことが詰まっているので、これは本当にたくさんの人たちに知っていただきたい。認知症の状態にあることを知った時、ほとんどの人が一旦は落ち込んだり絶望状態になります。でもそこから立ち上がっていまは活発な活動をしている経験者たちの言葉です。だから絶望するかもしれないけど、終わりではない。どう早く自分を取り戻すかで

す。どんどん悪くなるという情報しかないと立ち上がれない。だから、プラスの情報、自分らしく生きている人たちと話したり、仲間に出会ったりすることがとても大事なのです」と、藤田さん。

永田さんは、「本人たちから出た言葉を大事にしました。自分の考えをおりませたり、思想を潜り込ませることがないよう、本人たちが語った表現をそのままにと、気をつけました。」と語っています。

希望宣言を発表した当時は、国会議員の間で認知症基本法案が熱心に検討されていました。認知症の人たちを対策の対象とする法律になると困る。認知症の当事者を含めた関係者は、そう考えていました。認知症当事者は自ら基本法を策定できない。自分たちの思いを希望宣言として出そう。宣言の内容を踏まえた法律を作ってほしい。関係者が基本法に寄せている期待です。

コラム：権利ベースのアプローチの視点

近年国際的には、認知症と権利の議論が活発化しており、権利や権利ベースのアプローチ（RBA：Rights Based Approach）を基盤におく認知症政策や実践が確立されています。RBAとは、「国際的な人権基準をもとに、認知症の人が自らの権利を知り、要求することをエンパワーし、権利を尊重し、守る責任のある責任履行者、例えば個人や機関、企業、専門職の説明責任と履行能力を高めるアプローチ」と定義されます。（林真由美さん、英国エディンバラ大学「認知症の体験研究エディンバラセンターECRED」）

4. 当事者が社会を変えるソーシャル・アクション支援

（1）認知症施策推進大綱の今後の展開への期待と展望

当事者による活動は、「本人発信の時代」から「ソーシャル・アクションを起こす時代」へと変化しはじめています。

政府は2019年6月18日、2025年までの認知症施策の指針となる「認知症施策推進大綱」を決定しました。認知症になっても住み慣れた地域で、尊厳と希望をもって自分らしく暮らし続けられる「共生」を目指し、「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大など「予防」の取組を政府一丸となって進めていくというものです。

この推進大綱の発表後2ヶ月あまりの8月末、J DWGは、「認知症施策推進大綱の今後の展開への期待と展望」を発表しました。認知症とともに生きる私たち本人が考える大綱の4つの焦点についてA4版4ページにわたり解説しました。

- 1 何をを目指すのか：「希望をもって日々を暮らせる社会」を合言葉に、力を結集しよう
- 2 「共生」を主軸に：「共生」を我が事として、私たち本人と一緒に実現していこう
- 3 本人発信の支援に注力を：本人が声を発する機会を作り、声を全ての取組の出発点にしよう
- 4 全自治体が取組の着実な推進を：企画・実施・進捗確認を本人とともに進め、どこで暮らしていても、あたりまえに暮らせる地域に

藤田さんは「大綱」について、「誰のための施策なのかなあ」との根本的な疑問をぬぐいきれません。「大綱の中で本人発信支援を打ち出し、希望宣言、希望大使の任命、本人ミーティングを普

及する。ワーキンググループがやってきた活動を後押しすることが盛り込まれているのはいい」と評価しています。一方、「全体的には共生と予防と書いてあるけど、認知症にならないための予防の方に視点がってしまうのではないか」との不安を感じています。

永田さんは、予防の研究を推進するという政府の方針は評価しています。

一方、「予防を強調しすぎて認知症とともに生きる「共生」の精神をないがしろにはしてはいけません。ならないための予防ではなく、認知症になっていない人も、なった人も健やかに自分らしく生きていくための備えとしての予防は必要。でも、予防はあくまでも手段です。施策で目指すべきは、地域の中でともにによりよく暮らしていく共生の輪を広げること。誰にとっても生きていくために大切なこと」と話しています。

(2) 認知症基本法案に関する「認知症の私たちからの期待と要望」

J DWGは2019年10月、「認知症基本法案に関する認知症の私たちからの期待と要望」として3項目の要望を発表。翌2020年9月には超党派議員に渡しました。「認知症とともに生きる希望宣言」を踏まえたものです。

期待と要望の1番目の項目は、「目的、理念の筆頭に『人権』の明記を」。2番目は「『予防』を『備え』に変え、全国民が認知症に希望をもって向き合うための法に」、3番目は「都道府県及び市町村の推進計画策定の『努力義務』を『義務』に」となっています。

藤田さんに、当事者として「認知症基本法」について大事にしたい、譲れないと思っているポイントを訊ねました。「主語が“認知症の人が”になるものを作ってほしい。認知症の対策法ではなく、認知症の人が暮らしやすい社会にするための取組みが進めやすいために。一番懸念していることは、議員立法なので、議員さんたちが関心を失ってしまうことが怖い。また、継続審議するなかで、私たちが知らないうちに基本法が出来てしまいましたとならないよう、議員さんたちと意見交換し、本人とともに作った法律となるよう、つくる過程を大事にする基本法にして欲しいです」。

永田さんは、超高齢化が進む日本の社会は、いま、重要な分水嶺にあると考えています。認知症の人を社会の負担としてとらえる考え方が、今後強まってしまうのか。逆に、人が認知症になってからも、一人の市民として、社会をともにつくる大切な一員として、自然体でとらえられる社会になるか。それが、超高齢者社会では、世代を超えて、人間関係や経済発展の面でも、真に豊かで活力ある世の中を生み出すカギになると考えているのです。

「基本法は認知症の人の目線に立った人権を守る羅針盤です。認知症になっても国民一人一人が自分事として希望の持てる法案にすることが必要。外出の自由や健康で文化的な生活の確保など、当たり前の人権を守ることが重要です」。

(3) 「認知症になっても、人間としてかわらない」希望大使

永田さんは、地元で顔見知りをつくり、語り合うこと。苦楽を共にできる関係性をつくることの重要性を唱え、積極的に応援しています。

2020年1月、厚生労働省は、40代から70代までの認知症の本人5人を「希望大使」として任命しました。認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿を積極的に発

信していくためです。

長野県上田市に住む元小学校教師の春原治子さんも希望大使のひとりです。表舞台に立つと同時に、地元の自主活動の一員として地域の人たちと一緒にさまざまな活動をしています。春原さんが暮らす宝殿地区は、住民活動が活発です。医療福祉関連施設を誘致し、2002年に特別養護老人ホームの開設に導きました。

春原さんは、地域住民から会の会長就任を乞われていましたが、認知症との診断をうけ固辞しました。しかし前会長から説得されます。自分たちは、認知症になっても安心な地域をつくろうと「安心の会」を立ちあげた。勉強会やボランティア活動もしてきた。「認知症になったから会長ができない」というのでは、これまでの活動の意味がない。しっかり活動できるように皆でサポートする。春原さんは、「皆さんが助けてくださるなら私も頑張ります」と応じたのでした。

春原さんは、「最初のころ認知症サポーター養成講座で、認知症とは何か、病気や治療について勉強をした。でも、そんなのは何も思い出さない。何の役にもたっていない。いまの自分の力になっているのは、認知症になっても大丈夫。皆でディスカッションをしたり学んだこと」と話しているそうです。

「安心の会」のメンバーは、特養でのボランティアをはじめ、多彩なサークル活動しています。さまざまなレベルの認知症の人たちとは、日常生活の中で同じ仲間。認知症の人がゆっくりと変化していく姿を目の当たりしています。

「認知症になっても、人間としてはかわらない」。

春原さんが希望大使に任命されたことで、認知症になっても堂々と普通にしていればいいのだ。これからの地域づくりは、認知症のことを理解し、本人と一緒にやっていく。それを国も後押しをしていることが分かり、自信がついてきています。

（４） パートナーは、味方になってくれる人たち

「日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）の本人たちが皆、口をそろえていうのは、『家族は家族、私は私』。若い年代の本人も、70代の本人も同じです。『家族にも幸せになってほしい。だから私は私』なのだ。お互いにそれぞれの個性を大事にし、家族を解放したいということ強く望んでいます」と語る永田さん。

そこで大事なのが、本当に生きていくうえでのパートナーです。血のつながりのある親類縁者だけにとらわれない。お互いに必要とするパートナー関係を丁寧に増やしていけることが望ましい。

こうしたパートナーの存在を藤田和子さんは“味方”と呼びたいと考えました。「希望宣言の4つめ『自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩いていきます』の文言を検討するときのこと。味方より仲間のほうがいいのではないかとの意見もありました。でも調べてみると、味方には同じ目的に向かって実現していく人という意味がある。目的に賛同し一緒に考え歩いていく人のこと。応援してくれる人も大事だけれど、一緒に歩いてくれる人が身近な地域にいることが大事なのです」と話します。

藤田さんにとって、永田さんは大事なパートナーです。「パートナーは交代していくんですが、永田さんが一番長いかな」。藤田さんが国際会議で話をしたときのこと。時間が限られた中で、英

訳してもらおう原稿を書かなくてはならない。永田さんが下書きをつくりました。

見たとき、「私がいつも言っていることや経験してきたことを踏まえて、原稿をつくってください。安心してまかせられる。私の考えがちゃんと出てるっていうかね。私が作ったんじゃないのに、私が作ったみたいなかんじ。もちろん、私らしくないところは私らしく変えますよ。違うところは違う。こう変えたいとか言ったんだけど。私がしゃべっていることを、ちゃんと私の気持ちになって整えてくださった。それがすごい嬉しくって。なんか分かってくたさるなって。一緒に思いがあるからだなっていう気がしたんです」。

「永田さんから影響を受けて、私が変わったことはないですね。私は私の考え方。永田さんは私の考えを代弁するというよりも、後押ししてくれる。後押しをしてくださるから自信をもって発信できる。そんなところはあるかもしれません」

藤田さんの発言から、永田さんは、当事者発信を黒子的なスタンスで支援しているようにみえます。希望と尊厳をもっていきいける社会づくりへの挑戦を、一緒につづけているのです。

（５） 認知症当事者の声で条例の名称を変更

近年全国の自治体では、独自の認知症条例づくりに取り組み始めています。

そのひとつに、和歌山県御坊市で「御坊市認知症の人とともに築く総活躍のまち条例」があります。2019年4月に施行されました。

永田さんは、和歌山県御坊市の認知症施策におけるトータルアドバイザーです。

「市の人たちとざっくばらんにつきあい、話し合いを重ねながら、御坊市のこれからを一緒に考えてきています。上下関係や偉い先生が指導するといった関係ではありません」。

4年ほど前から市の施策担当者の人たちと、認知症の人の視点に立った条例制定の必要性を話し合っていました。国が認知症の人の基本法を検討している動きもあり、これからは市町村でこそ条例が必要になるのではないかと。以前から認知症条例づくりへの当事者参加を強く望んでいたからです。

全市的に、総活躍のまちづくりの取り組みをしていた市は、「本人とともにより良い暮らしを実現するため、本人の声、視点を重視した独自の条例をつくりたい」と検討を始めました³¹。

「とことんまで認知症の当事者目線にこだわった」³²という条例の特徴は3つあります。

ひとつは、条例作成過程への当事者参加です。条例をつくるにあたり13人からなるワーキングチームを発足しました。そのなかに、当初から2人の認知症当事者に参加しています。当事者の「失敗しても、そんなことを気にしないでいいまちになってほしい」「私たちからできること、リスクを奪わないでほしい」との声がありました。そこで、条例名を「御坊市認知症の人とともに築く総活躍のまち条例」としました。当初案だった「認知症にやさしいまちづくり条例」からの変更です。

2つめは、条文のどこにも「家族」という単語がないことです。これまでの認知症施策は、特に支援者側や家族の立場に立った施策になってしまいがちでした。御坊市では、「家族」を「全て

³¹ 2018年5月10日「認知症支援で御坊発『本人視点』条例制定へ」紀州新聞 THE KISHU SHIMBUN ONLINE

³² 末並俊司「認知症当事者の思いを込めた御坊市の条例」

<https://project.nikkeibp.co.jp/behealth/atcl/feature/00032/092800005/>

の市民」に含めました。認知症施策から家族を締め出したわけでは決してありません。そのコロは、本人と家族、双方の自らの暮らしが大切にされ、家族も楽になっていくことです。本人が、地域の人たちとともに、よりよく暮らしていくことに重心をおくことが必要です。検討会に加わった家族からも賛同の声があがりました。

3つめは、理念条例になっていること。認知症の人の役割を条例に盛り込んだことが、理念の柱です。認知症の人の役割とは、日常の暮らしの中で感じていることを積極的に発信することです。

<p>市民の役割</p> <p>市民は、認知症及び認知症とともに生きていくことの理解を深め、認知症になっても自分らしくより良い暮らしができるための「備え」をしておくように努めます。</p> <p>また、市民は、認知症の人が様々な場面や場所において、日常的に社会参加及び社会参加ができるよう、配慮することに努めます。</p> <p>事業者の役割</p> <p>市内の事業者（企業や商店等）は、認知症の人が安心して自らの意思や力に応じて働くことができるよう、その人の特性に応じた配慮を行うよう努めます。そのために、認知症とともに暮らしていくことに関する知識や対応力を深めます。</p> <p>また、事業者は、認知症の人が暮らしにかかわる必要なサービスや支援を安心して利用できるように環境づくりに努めます。</p> <p>関係機関の役割</p> <p>医療、介護、福祉、保健、教育、法律、生活関連等において認知症の人の支援に携わる機関は、認知症の人が安心して暮らすことができるよう、それぞれの機関が連携し、協働して必要な支援を行うように努めます。</p>	<p>認知症の人が本人たちの言葉でつくった条例</p> <p>「やさしい」だけじゃない</p> <p>条例作成ワーキングチーム結成当初は「認知症にやさしいまちづくり条例（仮）」という名前でしたが、本人たちから「やさしいという言葉は、守ってもらえないイメージ。私たちは支えられる、守られるだけの立場ではない。これからも一緒に地域をつくっていく仲間なんだ」との声から「御坊市認知症の人とともに築く総活躍のまち条例」となりました。</p> <p>すべての会議に認知症の人が出席し、また地域で暮らす認知症の人たちにも様々な意見を聞きました。それらのプロセスをまとめましたので、以下のQRコードからダウンロードしてください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>作成プロセス</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>条例本文</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">この条例とともに 総活躍のまちを築いていこう！</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>御坊市市民福祉部介護福祉課 〒644-8686 和歌山県御坊市鷹350番地 電話 0738-23-5851（直通） Fax 0738-23-2550</p> </div>	<p>御坊市認知症の人とともに 築く総活躍のまち条例</p> <p style="color: red;">認知症の人が支援される一方ではなく より良く暮らし活躍できる御坊の実現を</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">スターチスの花言葉</p> <p style="text-align: center;">「変わらぬ心」 「途絶えぬ記憶」 「永久不変」</p> <p style="text-align: center;">スターチスは御坊市が出荷量日本一の花です</p> <p style="text-align: center;">御坊市 ～ごぼう総活躍のまちづくりプロジェクト～ 2019年4月</p>
---	--	--

永田さんは、東京都世田谷区の認知症施策推進条例検討委員会の有識者メンバーとしても貢献しました。2020年10月、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」が施行されています。

5. 学生時代から老年看護に取り組むパイオニアとしての歩み

(1) 朝市を開くお年寄りの顔、険しい表情の祖父

永田さんは、「認知症になっても幸せに面白く生きていける」とのゆるぎない信念をもっています。故郷新潟県三条市で、2-3歳のころから入りびたりだった、朝市の原体験。ゆったりした空気が流れる門前市。生き生きとうれしそうにしているお年寄りのおじいちゃん、おばあちゃんたち。一緒に過ごしたその時間が忘れられないのです。

自宅近くの大きな神社の門前に1か月に5-6回立つ市。夜明け前から集まってくる農家のおじいちゃんやおばあちゃんたちの話声で目が覚めました。サービスを受けるために1か所に集められたわけではありません。自分がつくったものを誰かに食べてもらうために、遠くから集まってくる。足腰が痛いのに重い荷物を背負って。

「このあいだのトマトおいしかった」という一言に満面の笑み。野菜を売った小銭を大事そうにしまう姿。お互い名前も知らないのに、「おおまた来たか。ここに座って、きゅうりでも食べていけ」といわれた懐かしいあのころ。

「認知症が相当すすんだ人もいたと思います。だってお客さんと、それは高いとか安すぎるとかの言いあい。ちびっこだった私から見ても計算が合わないことなんてしょっちゅうありましたから」。「今日はまけとくよ～」とおおらか。計算を間違たって大したことではないんだ。生き生きとして幸せな空間を作っているという感覚を、あの時体験していたと思います。

一方、しょっちゅう膝の上ののせてもらっていた優しい祖父が、脳卒中で認知症になったとき。同居していた長男の嫁である母親が、介護に孤軍奮闘。やさしい母親なのに怖い顔になって、おじいちゃんに厳しく当たるようになる。

祖父は、母が入れ歯を洗おうとすると嫌がって手をパチンと叩いたりする。孫の私が「おじいちゃん、あ～ん」というと、何の抵抗もなく口をぽかんとあける。入れ歯を出して、洗うのを待っててくれる。

入れ歯を洗うためじゃない。おじいちゃんとまた内緒でお菓子を食べよう。そういう関係の孫がやればどうってことない。でも介護を一生懸命やっている母だとぶつかってうまくいかない。お互いピリピリして、問題がどんどん膨らんでいく。子どもながらに感じていました。

本人と家族が互いを大切にしたい、ともによりよく生きるには、本人と家族との距離感や関係性をゆるやかに開放的にする必要がある。こう訴える永田さんの原点が、家庭内介護の体験にあるように思われます。

(2) 魂の抜け殻をつくる急性期病棟への疑問

本人も家族も、ともに幸せに生きることができないか。

永田さんは、新設の千葉大学看護学部へ進学しました。実習で経験する現場。加えて、週末になると病院や施設に足を運び、高齢者と一緒にすごしました。

そこで目にしたのは辛すぎる光景でした。「魔の3ロック」と呼ばれる、言葉で制すること（スピーチロック）、薬をたくさん使って行動を抑えること（ドラッグロック）、身体を縛ること（フィジカルロック）。急性期病棟でも慢性期病棟でも、日常的に当たり前のように行われていました。医療処置はしているがケアがない。魂の抜け殻になっていく姿をみて、いたたまれない気持ちになったのです。

「本当の看護って違うのではないか。本人の生命力を蝕みたくない。部分的な医療があっても本人が壊れてしまうのではないか」と悶々とする日々を過ごしました。

退院する本人や家族をみていると、退院後の生活が心配になります。入院中の看護がいくら良くても、退院後の生活を考えて引き継がないと、その先本人は生きていけない。個々の看護やケアよりも、むしろ本人の生きている流れを支え続けられないといけないのではないか。先輩の看護師に疑問をぶつけると、「病棟はそういうところではない」と言われる。「いまでこそ、退院支援や生活の継続的ケアの重要性が謳われています。当時はそうした発想自体がなく、ことごとく否定される経験をしました」。

(3) 個別の大事な情報が振り落とされてしまう。

大学院生の頃、「呆け老人を抱える家族の会」の全国調査を手伝いました。3,000人くらいの回答をまとめて分析したときのこと。自由記述を読むと大事なことが書いてある。統計処理をして数値データにすればするほど、回答した本人や家族の実態が見えなくなっていく。社会に伝えたり、本当に変えなくてはいけないこと。それが分かる個別の大事な情報が、振り落とされてしまう。本人や家族たちが必要とする、痒いところに手が届く本当に必要な新しい支援を作り出しにくい。そのための新しい研究方法が必要。しかし当時は、自由記述の分析では論文にならないというジレンマに陥りました。

コラム：「認知症の人と家族の会・千葉支部」と中島紀恵子さん

1980年10月に発足した「認知症の人と家族の会・千葉支部」の30周年誌に寄せた中島紀恵子さんのメッセージの中に次のような主旨のことが書かれています。

会を発足するにあたり自らに課したことは、①この活動を理解する後継者を育てる、②電話相談にとどまらず、ネットワークとして行動する自分づくり。介護家族同士のネットワーク、援助者間、医療・福祉施設、介護用品を提供する業者、行政、マスコミなどをつなぐ役割を担う、③認知症に対する偏見や烙印（スティグマ）、介護家族への無責任な同情を打ち砕くための学習のあり方・進め方を検討する、④この会を介護家族の自助組織ならではの運動体組織に自らも関わり続けること。

いま私の前には、この病気への嘆きや怒りに打ちめられて、発揮できないでいる人ですが、すでにこの問題と戦い、主張し、考えている人という意味では、この知恵を聞いてくれる人と「場」があれば、いずれは自分力（人間力）を回復できる。これを信条として、語るという学び、聴くという学び、この2つのダイナミックな交流の「場所」になる例会づくりに努力してきました。

「会・千葉支部」のもうひとつの柱にしたいと考えたデイケア「稲毛ホワイエ」は、介護されるものとして被る認知症の人ならではのストレスを解消する場、認知症の人を介護する者ならではの心身の疲労を回復できる“留まり場”となる活動にしたかったのでした。

これらの文章には、永田さんのこれまでの取り組みの根底に流れる考え方の共通するものを感じます。

現在北海道医療大学名誉教授/新潟県立看護大学名誉教授の中島紀恵子さんは、老年看護、認知症看護という研究ジャンルのパイオニアです。その中島さんが、「永田さんは、私に、老人の中でも認知症でいくという覚悟を決めさせた一人。本当の意味でパートナーであり、あの当時とても力強い仲間でした。だから一番弟子ではあるけれど、最初に老人看護をやった学生だったということも含めて、彼女もパイオニアですよ。当時が老年看護、認知症看護の始まりだったのですから。」と語っています。

資料：中島紀恵子、北川公子編『ライブ中島紀恵子と教え子たち 老年看護の縦横な語り』（クオリティケア、2011年）

当事者の声をいかした研究を模索していたときに出会ったのが、文化人類学でした。文化人類学では、100万人分のデータよりも、1人の良いインフォーマントの話の中に真実がみえる。

「私はこれがやりたい」。

お茶の水女子大学女性文化研究所の原ひろ子さんを訪ねました。文献に埋もれるな。たくさん

の本を読むよりもきちんと話を聴くこと。3年間、フィールドワークの基礎を叩き込まれました。

女性が差別や偏見の中で人権を踏みにじられながら、どう生きていくかを学ぶ機会にもなりました。女性や黒人、障害者もひどい差別を受け、苦しんでいることを知ったのです。

「人としての生きにくさや、人権を無視された理不尽なことを変えていけたらいいなあ。視野を広げて大事なことを愚直にしっかりやっていくこと。それが、本当に認知症の人の暮らしやすさにつながる。認知症はひとつの立脚点である」と考えるようになりました。

「認知症だからではなくて、人としてどう生きていくか。そのために何があったらいいか」。そういう視点を、もっと大事にする必要があることに気づきました。それはその時代を生きる人たちの文化にも影響を受ける。「その生活文化の中にこそ、本当は大事にし続けなくてはいけないことがあるのではないか」ということも感じました。

(4) 「当事者の声を聴くのは趣味でやってほしい」

東京都老人総合研究所に勤務していた1990年時代のこと。

「認知症本人の話をしっかり聞きながら、暮らしに必要なことを組み立てたい」と上司に話すと、「趣味でやってほしい」とはっきりと言われました。本人の声を聴くことは研究としては認めてもらえませんでした。

「本人の声を聴きたい」。

新しいサービスの創出を目的とする暮らしの実態調査。研究仕立ての企画書をつくり、承認を得て、本人のいるグループホームの現場に足を運びました。

「いまは当事者発信支援をしています。はじめのころは、当事者の日常生活を良く知る現場のケア関係者の発信支援に力を注ぎました」と語っています。

2000年からはじまる介護保険制度に備え、グループホーム創設の流れを応援しました。「人間らしい暮らし」を実践している現場の声を社会に届けたいと考えたのです。

当時認知症の人は、在宅での介護が限界に達すると、多くの人が精神病院に閉じ込められていました。行き場のないことに危機感を持つ人たちは、グループホームをつくりはじめていました。家庭にかわる第二のわが家です。

永田さんは、日本ではじめて「痴呆性老人グループホーム」を開設した「函館あいの里」に泊まり込みました。朝から深夜まで、本人の暮らしの流れに沿った本人とケアスタッフとの関わり、そこで起きることを、見続け、聴き続けました。

その記録から生まれたのが、『痴呆性老人グループホームケアの理念と技術—その人らしく最期まで—』³³です。

横浜市の痴呆性高齢者グループホームでは、入居者に聞き取り調査を繰り返しました。

報告書³⁴の中で「大方の予想に反し入居者が個々の内面を多く語ったように思われる。職員が普段聞くことができないような本音に近い言葉も出てきた。外部の人間が入居者自身から話を聴きそれをケアに生かすことの重要性を認識した。今後グループホームにおいて職員と職員以外の少

³³ 林崎光弘、末安民生、永田久美子編著、バオバブ社、1996年

³⁴ 横浜高齢者グループホーム連絡会『横浜市高齢者グループホーム事業報告書（平成10年度） 痴呆性高齢者の新しい暮らし方～横浜の産声～』

し距離をおいた外部の人間が協力して入居者へ関わることも大切ではないか」と永田さんは記述しています。

当時から、機会がありさえすれば、入居者は自らの思いを発信すること、ホーム側はそれを受け止め、ケアに生かすことの重要性を説いていました。

(5) 忘れられない民生委員のぼやき「こちらは身がもたないですよ」

長野県の草津温泉の近くの田舎町のできごとが忘れられません。認知症についての話をした帰りの駅のホームで電車を待っていた時のこと。80代くらいの男性が「さっき話をしてくれた人ですよ」と声をかけてきました。自分は民生委員で1ヶ月に20回くらい役所に呼ばれてさまざまな会議に参加している。行政は縦割りなので、今日は認知症の人の話、明日は子どもの話、その次は貧困の話。担当部局と担当者は変わるものの、みな「地域で一緒に」と言うことは同じ。「こちらは身がもたないですよ」ってポロリと言ったその辛そうな顔が忘れられないのです。本当にそうだなあと思ったので。

認知症の人が暮らしやすい社会という。でもそこに住んでいる人たちから見たら、認知症、子ども、貧困、シングルマザー、どれも解決しなければならないことは同じ。最前線で頑張っている人たちに大きな負荷をかけている。地域で無駄や無理をなくしながら地域全体としての問題に取り組まなくてはいけない。

「地域づくりに力を入れる原点になっているかもしれません」。

(6) 家族支援というおかしな構図

介護保険が始まった当初は、介護の社会化が強く打ち出されていました。最近では“介護は家族”という風潮に後戻りしています。特に認知症の人の場合、本人のことを一番よく分かっているのは家族。家族でないと良い介護ができないと考える傾向が強くなっています。家族が介護役割を担うことが当たり前というムード。こうした傾向に永田さんは大きな危機感を募らせています。

本人のことを一番よく分かっているのは本人で、家族ではありません。

認知症の本人と介護する家族の関係には2つのタイプがあります。

ひとつは、自分は自分、家族は家族という家庭。

もうひとつは、自分も家族も大事という家庭。家族イコール介護者というステレオタイプの役割認識をもち、かつ介護者家族も大事。すると、家族の介護負担を軽くすることが目的になり、“家族支援”というおかしな構図が生じる。これが問題です。

本来大事にすべきことは、本人も家族もそれぞれの暮らしを尊重し合えること。家族が大切だからこそ、お互いに距離をおき解放しあう。それができてこそ、先の見えない長期間にわたり、良い関係性を保つことができる。本当の意味での、双方の人権を守るという視点にたたないといけません。

最近、働いている親の代わりに孫がケアをしているケースが増えてきています。介護は家族がやるべきこと。介護をしないと罪悪感をもつ。大昔の価値観に戻り、そこに疑いをもたない。

国民全体が、自分と家族の関係を突き詰めて考える力が弱くなっているのではないかと懸念しています。

特に夫が妻の面倒をみている場合、抱え込みが起りがちです。他人からの支援を受けようとせず、完璧な介護を目指す人たち。介護が大変でしょうとよく言われるが、自分が選んだ洋服、食事、髪型などすべてが自分の思い通りになる。だから、可愛く、いままで一番幸せだという人も少なくありません。

しかし本人にとってはどうなのか。夫の言いなりで依存的。夫がいると、顔をうかがい話さなくなってしまう。本当は夫以外の人と会いたいと思っても、ブロックされてしまう。夫のいないところで本人に話を聴いてみると、よく話をする。

客観的にみると、夫が妻を自分の管理下におき支配しているのですが、表面化しにくい。認知症になったのが妻ではなく、夫の場合も、親の場合も、同じような構図が見られます。

あれだけ一生懸命やっている献身的な家族をそんな風に言うのかと、家族や社会の人からバッシングを受けてしまうこともあります。

(7) 当たり前のことかなわらない、理不尽さ、悔しさ、無念さ

周囲の人たちが、本人には思いがあることを理解し、本人の声に耳を傾け、その意思を尊重する環境を整える。それができれば、たとえ認知症が重くなっても、幸せに生きていける。

永田さんは、これを立証し続けてきました。そして、本人とともに、誰もが最期まで穏やかに自分らしい暮らしを過ごせる社会を目指し、活動を続けています。

なぜ、本人の声にこだわりつづけるのか。その原動力は「理不尽さ、悔しさ、無念さですね」

なんで一人ひとりがこんな目にあわないといけないのか。その人なりに頑張ってきたのに、認知症になると、なんで当たり前のことかなわなくなるのか。当たり前のことも言えず、無念な暮らしになってしまうのか。

医療やケアの専門職はたくさんいる。ケアをしているなかで、本人が感じているであろう無念さや口惜しさを、なぜ一緒に口惜しがれないのか。その地域に無いことを、本気で話し合い、少しでも良くしたいと思わないのか。やりたいベクトルを本人と一緒に合わせながら、あきらめずに一緒にやろうという流れがもっと広がらないのか。

人手不足で時間がないという。そうだとすると、専門職がエネルギーを使い心身をすり減らしてやっていることが、本人のよりよい状態、少しでも幸せと感じられる時間、そのためのより良いものを作り出す力になっていない。それがもったいない。口惜しい思いをしている人や、無念な思いをしている人を「再生産」してしまっている。専門職や行政のあり方を変革していこうという意識が、もっと芽生えてほしい。最初はそういう芽がある。それをつぶしたり、感じなくしてしまう専門職集団や地域。そうした文化そのものをかえなくてはいけないと思う。

(8) ようやく考えていた社会が実現しつつある

恩師の中島紀恵子さんは、永田さんが大学院在学中から卒業後にかけて6年、多くの時間をともにしています。「永田さんはエレガントだけれど、決して譲らない芯の強さがある。さまざまな批判を受けても、現場の人や、自分たちにとって現場が欠かせないと考えている行政の人たちから信頼され、絶大な支持を受けていることが強みです。それは現場の目線をもち現場をみる力があるから。永田さんの特徴は3点セットをもっていること」。

ひとつは当事者の視点、2つめは行政にコメントしたり、行政を動かす力があること。3つめは、地域で先駆的な活動をする運動体とのかかわりをもっていること。種をまいてから実るまで10年くらいの時間がかかります。

「最近、これまで永田さんがやってきた活動がようやく施策として、みなさんの目に届くようになってきました。たとえば御坊市や世田谷区の認知症条例。永田さんもメンバーになって、これまでやってきたこととのバランスが、いまとれているのではないですか。永田さんは自分が考えていた社会が実現しつつあるわけだから、うれしいと思いまよ」。と目を細めました。

(9) パーソナルアドボカシーとシステムアドボカシー

アドボカシー（権利擁護活動）には、個々の利用者の権利を関係者から守るパーソナルアドボカシーと、制度改革を目標とする組織が行うシステムアドボカシーがあります。

永田さんのこれまでの研究と実践をみると、認知症当事者の権利擁護を、この2つの側面から行っています。

本人の小さな声やなにげない仕草に心をとめ、それを暮らしの環境やケアに生かす。認知症に対する社会の誤解や偏見から認知症当事者の権利を守る。本人が最後まで生き生きと暮らせるように本人とともに活動するパーソナルアドボカシー。

認知症当事者の声が施策に反映されるよう本人とともに活動するシステムアドボカシー。認知症の人たちの人権が守られ、最期まで安心して自分らしく生きられる社会を構築するためです。

この2つのバランス。

認知症になっても希望と尊厳をもって生き生きと暮らせる社会づくりを目指し歩みが続けているといえるでしょう。

終章 最期まで身も心も縛られない暮らしを求めて

3人の看護師が切り開いた道は三者三様。それぞれが卓越した特性を生かし、独自の道を、独自の方法で突き進みました。一方、3人の歩みをひもとくと、新しい道を切り開く5つの共通するカギがあることがわかりました。

本稿のまとめでは、3人の看護師の実践をヒントに最期まで身も心も縛られない暮らしに向けて求められる、「最初に人ありき」へのパラダイム転換について考えました。

1. 新たな道を切り開いた3人の卓越した特性、ユニークでオリジナルな方法

(1) 現場第一主義でやりとげた田中とも江さん

精神病院や老人病棟に入院している人が、日常的に身体拘束を受けている姿は「おかしい」と田中とも江さんが感じたのは1980年代後半。医療関係者が身体拘束に疑問をもっていなかった時代です。「縛らない看護」を目指し、5つの基本的ケアを徹底すればできることを発見し、厚生省を動かしました。

「縛らない」と宣言してから8年もの間、老人病棟に2日連続泊まりこみ、3日目の夜自宅に戻り、翌朝出勤する日々。“縛る芽”を摘み取りました。

「おばさんは、どうして病院にずっと泊まっているの？」長女の中学校の同級生の問いかけに、「私が見ていないと患者さんが縛られちゃうから」と応えたようです。長女の友人が当時の会話をはつきりと覚えていることに田中さんは驚きました。「私はすっかり忘れていたのに」。

「私は地べたをはって、何でもやってきた」という強い自負心。

現在の高齢者ホームの職場では9年間、365日夜間のオンコールを一人でとり続けました。いまも、夜間や休日を含め携帯電話はいつでもつながるようにしています。現場スタッフが安心して仕事をするためです。

「私に世の中を変える力はない。だから社会を変えたいと思ったことは一度もない。ただ、目の前にいる人に安心した暮らしをしてほしただけ」。その思いで、いま、高齢者ホームの施設長として、要介護5でも認知症が重度でも、最期まで口から食べてトイレで排泄する暮らしを支援しています。

(2) たぐいまれなリーダーシップを発揮した小藤幹恵さん

小藤幹恵さんは、医療界のトップの国立大学病院で、一般病棟だけでなく、精神科病棟、ICUを含め838床全体で、「抑制のない看護」を実現しました。2016年のことです。

小藤さんは、たぐいまれなリーダーシップにより、明るいことをモットーに、徹底して現場を後方支援しました。

たとえば、一人ひとりが「縛らない看護」を考えて行動できるよう、研修ではワークショップを重視しました。頭で理解しても体得しないと実践できないと考えたからです。

事故が発生したときには、現場に居合わせた看護師の責任を問うことはしません。「しくみの落

とし穴」にはまったとの大前提にたち、原因の徹底究明と再発防止策を考えました。スタッフは、インシデントレポートや事故報告書を書いて上司に謝るのは避けたいと思っている。そのことが、「安全のために身体拘束する」という現場の実情であることを熟知していたからです。

(3) パーソナルアドボカシーとシステムアドボカシーの両刀使い、永田久美子さん

永田久美子さんは、現在、認知症介護研究・研修東京センターの研究部長という職責をいかし、パーソナルアドボカシーとシステムアドボカシーの2つのアプローチをしていることが特徴です。

永田さんは確信しています。家族の前では言葉を発しない人にも、思いや言葉がある。たとえ声を発することができなくても、聴く耳を持つ人に対してはメッセージを発する。本人の意思を尊重する社会をつくるには、本人が声を出す機会をつくるパーソナルアドボカシーを行い、それを社会に伝えています。

他方、認知症のある人の支援者であるケア提供者や行政職員が、認知症本人の声に耳を傾けるよう背中を押します。認知症当事者、認知症支援者、認知症支援者の後方支援というトライアングルをつくりました。

「本人の声をきいているつもりだったが、実はあまり聞いていなかった」「本人たちに思いがあるなら、それを施策に生かさない手はない」

こうした気づきを導きだすことに成功しています。その結果、近年、認知症当事者の声の施策に反映される「システムアドボカシー」が成果をあげています。

2. 新たな道を切り開いた、5つの共通するカギ

(1) 大義ある明確なゴール

3人に共通するカギの第一は、大義ある明確なゴール設定。しかも、そのゴールが共通しています。

「弱い立場に立った人たちも、一人の人間として、豊かな人生を送る権利があり、その生活環境を整えること」。

富士登山にたとえるなら、目指す山頂は同じですが、登山口が異なる、別々の登山ルートを選んだということができるとは思いませんか。



(2) 市民としての当事者性から生まれる基本的人権に対する倫理観

第二は、患者さんや認知症の人の姿に「自分だったら」と想像し、そのときの自らの姿を重ね合わせてみるという当事者の視点。相手の置かれている立場や気持ちに共振・共感する力をもっています。だから、それぞれがおかれた環境の中では「当たり前」になっていることにも、「おかしい」と気づき、真正面から向き合い、「本来あるべき姿」に戻しました。

本来あるべき姿とは、どんな人も基本的人権を尊重されること。病気や認知機能の低下という苦しみをもつ人たちが、基本的な人権を奪われ、理不尽な扱いを受ける。弱い立場にある人たちが、人間らしい姿でいる道を探りました。「人としてみな同じ」という強い信念です。

田中さんは、病院や施設で行われている人の尊厳を奪うケアは、おかしい。精神病院の老人病棟で「縛らない看護」を、高齢者ホームでは、「認知症が重度になっても最期まで口から食べてトイレで排泄暮らし」への挑戦です。

身体拘束をするスタッフには、「あなたは縛られたいか」と繰り返し問い、縛られる人の立場になって考えることを求めました。病院を辞した後は、「市民の立場からのオムツ減らし研究学会」と、会の名称に「市民の立場」と入れました。専門職としてケアを提供する立場でありながら、市民目線を徹底的に追求する、田中さんの一貫した姿勢が表れています。

基本的人権に対する意識は、人権侵害を受けた当事者としての辛い体験により、強い人権意識が芽生え育まれたと考えられます。クリニックに住み込んで女中のように働かされた時代から、准看護婦として精神病院に勤めた20年余りの間、劣悪な職場環境の中で自らが虐げられ、そこで虐げられている患者さんに“親和性”をもったといいます。

身体拘束ゼロを達成した転職先の上川病院では、吉岡眞治院長が、脱走した患者さんが病院に戻ってきたとき、両手を一杯に広げ、「おかえりなさい。おなかすいたでしょ」と抱きしめる姿から、患者さんへの接し方を学んだといいます。

小藤さんは、身体に害を及ぼす身体拘束が、医療安全の名のもとに正々堂々で行われていることがおかしい。医療安全は誰のための安全かと疑問を呈し、病院全体で「患者さんにとっての最善」を最上位の価値にする挑戦をしました。

永田さんは、認知症当事者の意思や声が無視されること、本人の思いに寄り添う専門職が少ないことへの口惜しさと憤りから、認知症当事者の意思を最重視する社会づくりに挑戦しました。

ただ、田中さんとちがひ、小藤さんと永田さんには、人権を侵害された当事者としての経験はないように思われます。身体拘束を受けて人権侵害されている人の姿を、自分ごととしてとらえる。1人の人間としてもつ倫理観に立脚しています。

小藤さんが、身体拘束激減に取り組むにあたり、金沢大学病院全体に臨床倫理を基盤とする文化を浸透させたことは、特筆すべきことです。

(3) 看護師の業務「療養上の世話」に対する価値と誇り

第三の共通点は、看護師の業務「療養上の世話」に価値をおき、誇りをもっていることです。療養上の世話とは、生活の営みを整えること。

とくに現場でケアを提供する田中さんと小藤さんは、疾患や臓器をみて治療し健康な状態に戻すことを目指す医師と、看護師の専門性の違いを明確に意識しています。

田中さんは、「医師は医療の専門家ですが、ケアの専門家は看護師と介護スタッフ。拘束をするかどうか、オムツをするかどうかの判断は看護師がすべきこと。患者さんの傍らにいる私たちが妥協したら誰が患者さんを守るのだ」。

小藤さんは、「ドクターとナースでは、大事だと考えるポイントが違う。看護師が患者さんのことを考えなくて誰がやるのか」と全く同様の発言をしています。

患者さんがどんなに大変な治療を受けているときでも、にっこり微笑み返してくださるような、そんな生活を支える。目立たない、地味なこの価値を大切にすることこそ、患者さんにとって回復への一番の近道であると、看護師としての矜持をもっています。

永田さんは、認知症のある人の「問題行動」「BPSD」「周辺症状」は、「作られた障害」、誤ったレッテルはりだと述べています。一人ひとりの状況に応じた適切な生活環境があれば、穏やかに暮らすことができることを強調し、そうした地域づくりに力を入れています。

ケアするにあたっては、「生きる意欲を引き出すケア」（田中さん）、「自己回復力を引き出す療養生活全般を整える看護」（小藤さん）、「人とのかかわりで、まずすべきは環境を整えること。看護は本人が生きる力、生命力を消耗させないこと」（永田さん）と、いずれも看護師の業務である「療養上の世話」の重要性を指摘している点も3人に共通しています。

（４）「医療安全のための身体拘束」は詭弁、という信念

第四は、身体拘束は、生命力を蝕み、医療が本来目指す治療、回復、看護が目指す患者さんにとっての最善とは正反対のベクトルであることを強調している点です。

田中さんは、身体拘束は事故防止につながる安全どころか、身体的・心理的虐待にあたると思います。残存能力を奪い廃用症候群をもたらし、心理的にも苦痛を与えるからです。

「抑制死」という言葉があります。身体拘束を受けた人は、受けていない人に比べて早死にします。身体拘束は事故防止になるどころか死期を早めてしまいます。

「家族の希望で身体拘束がやめられない」と堂々という施設があります。実態は、ほかに行き場がないため、家族は、心ならずも「縛って」と言わされているにすぎません。施設長や理事長が「もしも事故があって家族に何か言われたら困るから身体拘束をするように」と職員に指示する施設さえあります。トップが責任逃れをすると、身体拘束は永久になくなりません。

小藤さんは、「医療安全という言葉が流行しすぎて口実になりやすいですが、身体拘束は安全ではありません」「尊厳は体に宿っているもので、命か尊厳かといったら命でしょ、という人たちがいますが、命と尊厳は2つに分けられるものではない。ましてそれを医療者が決めることが許されるはずもない」「身体拘束は、真綿で首をしめるようにじわじわと人を殺していくもの」と述べています。医療事故がおこるのは、現場スタッフの過失ではなく、組織としての体制、しくみに問題があるためであるといいきっています。

永田さんは、「医療の安全は何のためかって言ったら、本人の生命力を守り高めるためですよ。そしたら拘束って、全く本人の安心安全のためではない。そこがはき違えられていることをそのままにしている。「医療の安全」対「本人の人権」なんて言ったら絶対に変わらない。誰にとっての医療の安全のためなのか」。との疑問を投げかけています。

（５）人を育てる

第五は、人を育てることに注力していることです。

小藤さんは、「縛るという方法を思い浮かべることがない看護師」を育てました。そのために、時間をかけて、人を大切にすることを基盤とした院内の現任教育体制を次のように整備しました。

①臨床事例検討会、②患者さんへ手厚い看護を提供するための金沢式看護チーム相互支援・成長体制（KIND）、③看護師長研修、④「認知症メディカルスタッフ e-learning 講座」「ユマニチュード」を全員の必修研修、⑤自己啓発研修、⑥事例報告・発表機会など、多岐にわたる重層的な取り組みがみられます。

さらに小藤さんは、超高齢社会が進む日本では、高度医療を提供する特定機能病院でも患者さんに高齢者が増加し、認知症ケアの知識や技術が不可欠であるとの認識から、看護師全員に認知症ケアの研修を必修としました。このことも注目に値します。

田中さんは、ユマニチュードと出会ったことにより、人を育てるにはケア技術を伝授するだけでなく、「人とは何か」「ケアする人とは何か」について考えること、つまり哲学が重要であることに気づきました。「ケアの現場が良くなるかどうかは、すべて人」であるとし、人材育成に注力しています。

小藤さんと田中さんの現場は、急性期病院と精神病院・高齢者ホームという違いがあります。ですが、2人ともケアの現場でユマニチュードを積極的に取り入れているという共通性があることは興味深い点です。

永田さんの職場は、認知症介護研究・研修東京センターです。認知症に特化した研究と研修を事業として取り組むことができるこの組織の機能特性を活用した人材育成を行っています。認知症の人とともに生きる社会づくりを担う人材、ソーシャルアドボカシーに寄与する人材育成研修を全国で展開しています。こうした研修の機会は、永田さんにとっては現場の声を拾い上げる機会にもなっており、政策提言に生かすという好循環を生み出しているようにみえます。

3. 「最初に人ありき」へのパラダイム転換

(1) パラダイム転換が求められている

故トム・キッドウッドは、パーソンフッドの概念やパーソンセンタード・ケアを提唱したイギリスの牧師で、心理学者です。認知症は脳の器質的な知的障害という医学モデルの標準パラダイムから、最初に人ありきという新しいパラダイムに変換しなければならないと1980年代に主張しました³⁵。

「認知症の人を理解するにあたり、天秤ばかりの片方の皿に人間の存在という側面をおき、もう一方の皿に病状と障害という側面をおいたとき、従来の慣習的考えでは秤は後者の方に傾く。しかし理論的な根拠はない。一般に流布している価値観、アセスメント、実際のケアや研究において慣習的に決定された優先順位の反映でしかない」と批判しました。

認知症の人を理解する時、「認知症の人」ではなく、「認知症の人」へ意識を転換する。認知症の人との関係性に注目し、医学的解決よりもっと人間に目を向けたパーソンフッド（その人らしさ）を尊重するケア、すなわちパーソンセンタードケアの実践を理論的に明らかにしました。認知症の本質を理解するには、全く新しい観点から認知症の特徴を見直すことであるとし、古い文化から新しい文化への大きなパラダイム転換が必要であると述べています。

(2) 3人が挑戦したパラダイム転換

本稿でとりあげた3人の看護師が感じた「おかしさ」。それは、それぞれがおかれた環境の中で、医療や看護、ケア、社会の環境が、「最初に人ありき」になっていない状況でした。そこで、「認知症や患者本人にとっての最善」を考え、「最初に人ありき」にする状況を作り出す挑戦だったとい

³⁵ トム・キッドウッド著、高橋誠一訳『認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ』（クリエイツかもがわ、2017）

えましよう。

田中さんと小藤さんは、身体拘束廃止に向けた取り組みをしたという点で共通していますが、本人のおかれた時代背景や社会的環境が大きく異なります。

田中さんが診療所に住み込んで働いたのは1964年から1968年の4年間。“地獄の縮図”という精神病院で働いたのは1968年から1984年の16年間。身体拘束廃止に取り組んだ上川病院勤務は、1984年から2002年です。

60年代から70年代は、精神病院や老人病院が乱立し、倫理なき乱脈経営により、患者は点滴・検査・投薬漬けで、ケアがない悲惨な事件が相次いで明るみに出た時期です。精神病院や老人病院は、医療界における最下位に位置づけられていました。そのような中で、前例がまったくない果敢な挑戦でした。

他方、小藤さんが勤務した金沢大学医学部付属病院は大学病院で、医療業界のトップに位置します。“白い巨塔”といわれる医学部教授が力をもつ中での挑戦でした。身体拘束廃止の取り組みに向けた準備を始めたのは、看護部長になった2005年です。このときは、すでに日本看護協会から「身体拘束予防ガイドライン」(2003年)が出されていました。けれど、「身体拘束はないのが望ましいが、現実には難しい」と考えられている状況の中での挑戦でした。

永田さんは、現在は新旧の支援の在り方が混在している時代だと語っています。これまでの支援は、支援者の視点で問題対処型であるため、本人は諦めや絶望に追い込まれる。これからの支援は、本人の視点で、可能性や生活を重視し、共生や希望をキーワードとしてあげています。

(3) 最期まで身も心も縛られない暮らしに必要なパラダイム転換 ～5つの視点～

最期まで身も心も縛られない暮らしを希望するなら、「最初に人ありき」へのパラダイム転換が必要です。3人の取り組みから、超高齢社会に求められるパラダイム転換について5つの視点から考えました。

1つめは、価値観です。高齢者や認知症の人を、「依存的で保護されるべき客体」ではなく「自律を求める能動的な権利の主体」ととらえる。基本的人権を尊重する倫理観を基盤に、どんなに認知症が重い人でも「本人だったらどう考えるか」という推定意思を尊重します。自分だったらという、市民としての当事者性の発揮ともいうことができるでしょう。

2つめは、いのちについてです。岩手保健医療大学学長の清水哲郎さんは、いのちには「生物学的生命」と「物語られるいのち」があるといいます³⁶。人生は、生物学的生命が土台となり、物語られるいのちを展開する。命が長く続くことに価値があるのは、物語られるいのちが続いた方がいいからです。3人の看護師は、医療職としての生物学的生命に対する深い理解を基盤に、物語られるいのち、ひいては当事者自身がかたる“物語るいのち”を豊かにする取り組みをしました。

3つめは、生活環境です。身も心も縛られない暮らしを求める生活の場。それは、安全・安心を過度に求める管理型の施設や病院ではありません。自分らしさを感じられる環境。金沢大学病院の病室では、患者のみえるところに時計、カレンダー、手書きポスターをはりました。本人の

³⁶ 平成24年度山梨大学附属図書館医学分館地域貢献事業 生と死のコーナー関連行事 「講演会 生物学的生命と物語られるいのち ―医療現場の意思決定プロセスをめぐって」

<https://lib.yamanashi.ac.jp/igaku/seitosi/h24monogatari/h24monogatariyoushi.pdf> (2021年3月1日確認)

尊厳を重視した温かみのある生活空間です。

4つめは、ケア。問題点に注目し解決を目指すのではなく、本人のやりたいことや、できることに注目して尊重し、働きかける。行動制限や身体拘束を、安全確保のためにはやむをえないと考えるのではなく、行動制限や身体拘束をしない方法やケアを追求します。それは、本人がなぜ動くのか、何をしたいのか、という本人が起点となるケアです。

5つめは医療です。「死は敗北」ではなく、「病は治し癒す。老いは支える」。「医師が考える最善の医療」を提供するのではなく、「患者にとっての最善」を患者にかかわる多職種が、平等・対等な立場で考えます。「医療安全」は医療提供者を訴訟から守ることだけでなく、患者を医療事故から守るとの視点を重視します。看護師の「療養上の世話」が大きく寄与するところです。

(4) 市民にも求められる意識改革と行動変容

「最初に人ありき」へのパラダイム転換は、医療やケアを提供する専門職だけに求められるものではありません。いのちの主人公である当事者にも、市民としての意識改革や行動変容が必要です。

ゼロリスクの暮らしなどありません。尊厳が重視された自分らしい自由度のある暮らしを求めるなら、事故が発生することもあります。事故が生じた場合の責任を、医療やケアを提供する側に一方的におしつけるのではなく、場合により自らも責任をとる覚悟が必要です。

「最期まで人間らしく生きたい」。これは万人の願いでしょう。

三人の看護師は、認知症のある人や患者さんという弱い立場にある人の尊厳を回復するために、さまざまな困難に挑みました。

最期まで身も心も縛られない暮らしを望むなら、看護師のみならず、最期まで人生の主人公でありたいと願う市民（当事者）を含めて、「おかしい」と思うことに自ら挑み、「最初に人ありき」の文化を創り、担う勇気と行動力が必要です。

おわりに

3人の看護師による果敢な挑戦は、それぞれの分野で確実に波紋を広げています。

田中とも江さんと小藤幹恵さんが「実現不可能」と思われていた時代に取り組んだ「身体拘束ゼロ」は、大きなうねりとなりつつあります。

2020年は、身体拘束廃止に向けた出版が相次ぎました。

大誠会認知症サポートチーム著『これならできる！身体拘束ゼロの認知症医療・ケア～大誠会スタイルの理念と技術～』（照林社）は、慢性期病院での取り組み。鈴木みずえ、黒川美知代編『認知症 plus 身体拘束予防 ケアをみつめ直し、抑制に頼らない看護の実現へ』（日本看護協会出版会）は、21機関25人の執筆者による著作。東京都立松沢病院編集『「身体拘束最少化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開』（医学書院）は、精神科病院での実践。雑誌『看護管理 特集一般病院における身体拘束をしない看護の実現 入院患者552名の実態調査と質の高いケア事例から考える』（医学書院）、『看護 特集2「身体拘束をしない看護」をめざすための工夫』（日本看護協会）では実践例が紹介されています。

厚生労働省も補助金事業により、身体拘束に関する実態調査などを後押ししています。

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金では、精神病床における隔離・身体拘束の増加要因を探索し、現場の実情に合わせた行動制限最少化のための方策の検討に資する基礎資料作成に取り組みました。

一般急性期病院における認知症のある人の身体拘束実態を調査した、国立がん研究センターの小川朝生さんは、ZOOMセミナー「一般急性期病院における身体拘束を考える会」を開催しました。これは、令和2年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）によるものです。

永田久美子さんが進めている、認知症当事者による発信も進展しています。

雑誌『看護』（日本看護協会）は、2020年11月の臨時増刊号で「希望を共に創る時代に認知症の本人の声を活かそう」の総特集を組みました。

丹野智文さんは仙台で仲間と行っている活動について、「認知症でもできること」ではなく、「認知症になったからこそできること」「認知症当事者でなければできないこと」と語っています。

一般の人だけではありません。認知症研究の第一人者だった長谷川和夫さんは、2017年に自身が認知症であることを公表し、活発に発信しています。認知症になったあと、これまでに3冊の本を出版。2020年1月には、NHKスペシャル「認知症第一人者が認知症になった」に登場して、私生活をテレビカメラの前に公開しました。

世田谷区で2020年10月に施行された「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の策定過程には、認知症当事者3人が参画し意見が反映されました。

歩みは決して速いとはいえませんが、着実にパラダイム転換がおきているといえるでしょう。3人の看護師の挑戦は着実に広がり、深まっています。

なお、本研究は国際医療福祉大学倫理審査会の承認を得て実施しました。（承認番号 20-Ig-3）

謝辞

本稿の3人の主人公である看護師の田中とも江さん、小藤幹恵さん、永田久美子さんは、複数回にわたるインタビューに快く応じ、ライフヒストリーを丁寧にお話下さいました。深く感謝申し上げますとともに、改めて3人の真摯なお取り組みと功績に心からの敬意を表します。

また、3人の主人公について、多くの方にインタビューにご協力を賜り、教えをいただきました。田中とも江さんについて、田中義行さん、有吉通泰さん、石田昌弘さん、桐山伸也さん。小藤幹恵さんについて、石垣靖子さん、手島恵さん、和田出静子さん、中西悦子さん。永田久美子さんについて、中島紀恵子さん、藤田和子さん、丹野智文さん、櫻井記子さん、櫻井正子さん、武田純子さん。本当にありがとうございました。たくさんのお話をお聞かせいただきましたのに、私の非力ゆえ論文に反映できないこともあり、感謝と申し訳なさが混在しております。

研究指導教員の大熊由紀子教授には、ジャーナリズムの基本である主人公の選びかたから言葉の使いかたまで、多岐にわたりご教授いただきました。またこれまでに培われた貴重なネットワークをおしげもなくご紹介くださいました。論文を完成し、本にできるかもしれないとの夢をもつことができますのは、大熊教授の親身なご指導の賜物です。敬愛と感謝の念を捧げます。

副指導教員である埴岡健一教授には、さまざまな気づきの視点をいただき、私の頭の中のカオスを整理し考察をまとめることができました。水卷中正教授には貴重なご助言を、丸木教授には、同期3人の論文作品集作成の機会をいただきました。医療福祉ジャーナリズム分野の先生方に厚くお礼申し上げます。

先輩の藤原瑠美さん、村上紀美子さん、生井久美子さん、月崎時央さん、鈴木隆子さん、時宜をえた貴重なアドバイスや励ましをいただき、本当にありがとうございました。

ともに学んだ同期の永野富美子さん、藤村忍さん、たくさんのお話をありがとうございました。

最後に、私の論文執筆をずっと見守り応援し続けてくれた夫西海徹雄にも、心からありがとうございますの言葉を送ります。