

ケアマネの出会った 家族たち

～家族理解と家族支援～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

介護保険制度とケアマネージャーに

求められる役割

日本で介護保険制度が開始し、早10年が経過しました。介護保険制度の要と言われ、介護を必要とする高齢者と、そのニーズに対応するサービスを調整していく、ケアマネージャーという資格名もようやく世間に浸透しつつある昨今です。とは言っても、まだまだ、「ケアマネージャーって何をしてくれる人なの。」という疑問を持っている人も少なくはありません。ケアマネージャーの役割が世間に浸透するには時間を要するようです。

しかし、超高齢社会の日本。年々、要介護高齢者や、介護保険サービスの利用者も増し、その制度は財政面で大きな問題を抱えています。国は、少しでも介護給付費を抑制するために、要介護化の歯止めを狙います。そして、今後続く超高齢社会を見据え、国がケアマネージャー（以下ケアマネ）に求めているのは、適切なアセスメントに基づく適切なサービスの調整。そして、介護予防です。

一方、介護保険サービスを利用する高齢者や、その家族は介護保険制度に何を望んでいるのでしょうか。

少しでも、自分らしく暮らしたい、と願うのは高齢者本人だけでなく、高齢者を取り巻く家族自身も同じ思いです。

親の介護は子供がするものだ、という時代を生き抜いて、当然に親を自宅で介護し、看取りを行っていた高齢者にすれば、自分だって、年をとり体が弱っても最後まで自宅で暮らしたい。病院になって入院しないで自宅で死にたい、という願いを持っている人は少なくありません。

では、高齢者を支える家族、つまり子世代は親の介護をどのように捉えているのでしょうか。その捉え方は実に様々です。個人の考え方だけではなく、社会の状況に大きく影響され、事情があることも多いのです。介護を担う家族の気持ちがどうであろうと、親の介護をするのは当然という考えの中で、介護をしている家族。できるだけ自宅で介護をしていきたい気持ちはあっても、共働きなど時間的都合により自宅介護が困難な家族。また、介護はするが、在宅看取りはできない、いざという時には病院に入院させたい、という家族や、傍からみれば、自宅介護は大変だろうな、と感じる状況であっても、サービスの利用も消極的で、あくまでも家族の中だけで介護をしていこうという家族。反対に、介護は大変そうに見えなくても、長年の関係性における確執から在宅介護の限界が早々に訪れる家族。本当に、介護を

担う子世代の考え方や、選択しなければならない状況は多種多様です。

そこで話しは少し戻りますが、今、高齢者や家族が望んでいる介護保険制度、ケアマネの役割は何でしょうか。それは、自分たちの思い描く人生脚本の完成のための援助、つまり、自己実現に向けての援助を求めているのではないのでしょうか。と、すると、「介護の必要性」のみに着目しニーズに対応するサービスを結び付け援助するケアマネジメントだけでは、高齢者や家族の求める自己実現に向けての援助には一致しないかもしれません。

誰もが、質の高い介護を受けたいと願っているのではなく、例え介護が必要な状態になったとしても、自分で考え、決定する。自分らしい人生を歩むことへの援助を期待しているのでしょう。そして、できることなら、人に頼らなくても、自分でなんとかしたい、と思う気持ちも人の心の中には備わっているのだらうと思います。

ケアマネには、介護保険制度という枠組みの中で出会った援助対象者と対象者をとりまく環境を含めて、援助を展開するソーシャルワークが求められているでしょう。

ケアマネになるには、一定の基礎資格と経験年数という条件に基づいて受験資格が与えられ、その条件をクリアし試験に合格すれば（実務講習受講、都道府県への登録などが必要ですが）、ケアマネ業務はできます。それは、ソーシャルワークを展開していくためには少々、いやかなり大雑把な、資格者の養成という印象をぬぐえません。ここに、ケアマネ資格のあり方や資質の向上を考える時に大きな疑問を感じますが、今そこをどうこう言っても即解決することにはなりません。

様々な課題を含みながらも、今、ケアマネ資格を持ち、その業務を展開する者として、援助対象者の役に立つ事ができるような実践力を身につけていくことが必要です。

私は、ケアマネとしての日々の業務実践の中で、具体的に役に立つ援助ができるようになるために、援助を「家族理解と家族支援」というキーワードを持って展開しています。

それは、立命館大大学院教授である、団士郎先生の家族療法ワークショップに参加したことが始まり

でした。今、目の前の援助対象が抱えている問題のすべては、家族という土台の上に成り立っている。問題（症状）は、社会や家族との関係性（環境性）の中で発揮され、個人に属する、原因と結果という直線的なことに解決を求めるよりも、家族のシステムに変化をもたらすことによって、事態は良循環へ向かいやすいということが納得できたからです。この、家族システムに対するアプローチについては、まだまだ私自身が学びの途中であります。学びながらにして、日々の業務を実践していく中で、家族が問題を抱えながらも元気になって、「今までよりは少しはマシ」という折り合いをつけながら、暮らし続けている事例にいくつも出会うのです。そして、そんな家族の物語を身近に感じることもできる、このケアマネという仕事が楽しくなっています。

問題を抱えながらも、元気になっていく家族の物語を紹介しながら、ケアマネとしての対人援助について考えていきたいと思います。

ケアマネの出会った家族たち ～自己決定、を支える。～

それは、春とは名ばかりの寒さの続く3月下旬のことでした。巖（いわお）さん（79歳）から、ケアマネに一本の電話が入りました。

「ちょっと、来てくれないか。これからの事を色々相談したいと思って。」と、耳の遠い巖さんが一方的に話、電話は切れました。

巖さんは、妻、カズさん（77歳）と、独身長男51歳との三人暮らしです。長男が仕事にでかけている日昼は、夫婦二人で支え合っている生活です。この2、3年持病の腰痛があり、外出や室内の歩行も苦痛が伴い、思うような動きができなくなっていました。時々、痛みが増すと専門医へ受診し入院することもありましたが、担当医の治療方針に従えず、医療機関とはトラブルになるような形で治療を中断し退院してくる、ということが多くありました。

巖さんは自宅の中では、これまで通り一家の大黒柱のような顔をしながら、動けなくなってきた体とは反対に、言葉数だけは増え、気に入らないと大声で怒鳴ることもありました。

傍で支えるカズさんは、幼いころから自家の手伝いをし、十分な教育に恵まれずに、文字を書いたり読んだりすることができません。けれども、それ以外のことはなんでもやりこなす働き者の妻です。自宅で食べる殆どの野菜は自分で作り、漬物など冬場に食べる保存食の準備も完璧です。こまかな家計の管理も行い、無駄のない質素な生活ぶりです。巖さんの、少しわがままな、大柄な態度にも上手に話を合わせながら、時には横を向いて舌を出しているあたりは、なかなかのユーモアがあります。カズさんは、巖さんを上手にあやしながら、自身もしっかりとした芯のある女性です。

人に弱みを見せることのないカズさんが、ある時緊急入院することになりました。誰にも話すことのなかった、数年前からの不調が癌という形で、末期の症状になっていました。原発巣からの転移もあり、見通しは厳しい状況です。それでも、持前の気丈さで予定の治療が終了すると、自宅退院することができました。自宅に戻ったカズさんは、弱った体にも関わらず、これまで通りの巖さんとの生活を続けます。退院して半年が経過しました。寒さの続く北海道の冬の終わり、カズさんは風邪をこじらせ肺炎になり、再び入院することになったのです。

同居する長男は病気の母親の心配はしていましたが、母親を労わる気持ちの少ない父巖さんに対しては、不満もあります。また、加齢や少なからず病気の影響もあって、頑固さに話しの伝わり難さも手伝って、意思疎通が難しくなっている現実もあります。カズさんの不在の家の中では、男所帯が気持ちの上でも殺伐としています。

巖さんが自分の思うように事が進まないと「母さんが入院したから、こんなことになった。あんな役に立たない奴は死んでしまえばいい。」とさえ言葉が飛び出します。これには、さすがの長男も黙ってはいられません。父親の発言をたしなめたところで、巖さんの身勝手な怒りは頂点に達します。

「口答えをするなら、お前が出て行け。」

長男も負けるわけにはいきません。

「ああ、出て行ってやるよ。」ついに我慢の限界でした。そして、どう考えても、誰かの手助けがなければ生活するには厳しい状況の巖さんを一人残し、長男は家を出て行きました。

巖さんには、長男の他に、54歳の長女と53歳の次女がいます。それぞれ、結婚はしていますが、近くに住んでいます。娘たちも、母親が入院した後は、何かと不便であろう父親を思って、忙しい合間を縫って様子を見に来ていましたが、その都度頑固親父の発言には閉口するものがあり、たしなめると怒鳴られ、「もう来るな」と吐き捨てられます。そんな経過から、今では娘たちの足さえ、巖さんのもとから遠のいているのです。

唯一の長男が家を出た事で、巖さんの生活状況は困難にぶつかりました。腰痛も悪化、自分で立ち上がってトイレに行くこともできず、室内は垂れ流しの状態と化していました。勿論、動けないのですから食事の支度に台所に立つこともできません。お腹だけは空きます。なんとか、電話に手を伸ばし知人に電話をかけSOSを発信です。電話を受け取った知人は、聴こえが悪くこちらの話を聞きとれない受話器の向こう側が誰なのかを推測し、辿り着いたのが巖さんです。慌てて巖さんの元へ訪ねたところ、室内の散らかりようと、身動きをとれないで腰痛を訴えているその状態に驚いています。巖さんとの話の中で、ケアマネが関わっていることを知り、電話番号を押したのは知人でした。

電話を受け取ったケアマネは、状況はわからずとも、何かがあったことだけは予測可能です。まずは巖さんの家に向かいます。巖さんの家に訪問した時に目にしたこの光景は、同居しているはずの長男との何かを物語っていることはすぐに理解できました。

「息子さんは、どうしたの。」

「あいつは駄目だ。家を出て行った。」

「え。なぜ。じゃあ、娘たちは。」立て続けに質問です。

「あいつらも駄目だ。皆、言う事を聞かんのだから家に出入りさせないようにした。」巖さんは淡々と語ります。巖さんは、腰痛が悪化しており、体を起こすことができず、汚れた衣服のまま、寝そべて話を続けます。

「この状況で、生活に困ると思うけれど、息子さんにも娘さんにも助けてもらえないなら、これから、どうしますか。どうしたいですか。」ケアマネは、巖さんが自身の生活に対してどのような見通しを持っ

ているのか確認します。「今は、腰が痛くてかなわん。入院させてくれる病院に行きたい。」と入院を希望されます。入院するのであれば、先立つ受診が必要であり、息子や娘たちの少なからずの協力が必要であることを伝え、あらかじめ連絡先をきいていた息子へ連絡しますが、仕事中也あって息子には連絡がつかありません。次に連絡したのは近所に住む次女です。次女は仕事でありながら連絡がつき、仕事が終わり次第父親の所へ向かうと言ってくれました。次女は仕事を終え父の所にやってきます。弟が家出をしたことは知らなかったと言います。慌てて、弟へ連絡すると「あんな親父は放っておけ。俺は何もしない。」と捨て台詞です。長女へ連絡しても「放っておくしかない。」と話し合いになりません。目の前の父親に対して兄弟が話し合いを持つこともできず、このまま置き去りにすることも忍びない状況に、次女目からは涙が溢れ出ます。

ケアマネはまず、訴えのある腰痛に対して受診の協力を得られるのか確認しますが、「今まで、色々な病院に行っては、治療方針に納得できず、病院とトラブルを起こして退院してきている。もう、どこの病院に連れていけばよいかわからないし、自分が探した病院に連れて行っても、そこが気に入らなければ、後から文句を言われるから自分は関わりたくない。」と言います。

ケアマネは巖さんに、現在の状況では誰かのお世話にならなければ、生活を続けるのが難しい状況だから、病院でなくても介護保険の施設に一時的に入って、食事や入浴など安定した生活ができるようにしてみてもどうかと提案してみました。

「そんなところには行かん。入院させてくれる病院がないのなら、家にいる。誰にも手伝ってもらわなくても、一人でやってやる。」と強気な発言です。

次女は、涙ながらにケアマネに話し始めました。巖さんは、子供たちが幼い頃から、仕事はするが、競馬などにお金をかけ、十分なお金も家庭にいれず、母親と自分（次女）がいつも家計を管理しながら生活していた。長女は得意なスポーツで進学したため、学費もかかり、年子の次女は家事手伝いをしながら、定時制の高校進学を選択。母と二人で家事や家計をやりくりし学校に通い、ひとつ年上の姉が無事に高

校に通えるように協力していた。母は、父親に横柄な態度や暴言を吐かれ、十分なお金も持たされず苦労もしたが、「後ろむいて舌を出しても、我慢して負けないでやっていくよ。」といつも次女を励ましていたそうです。次女は、自分と母親だけがいつも苦労を重ね、姉や弟たちはあまり苦労を感じていなかったのではないかと話します。自由に好きなことに向かって進路を選べた一つ違いの姉と、家の心配もしないで進学できた弟に挟まれ、誰にも聴いてもらうことのなかった、15歳の時の次女の胸のうちは今、明かされます。

「姉や、弟はそうやって、構うな、放っておけ、というけれど、私には放っておくこと、それも苦しいです。自分の親なのに、他人に心配してもらっているのに・・・でも、今の父に良かれと思って手を貸しても、受け入れられないし、気に入らなければ怒鳴れる。父が一人の生活に根をあげて自分の口から助けてほしいと言わない限り、私は何もしません。だから、私も放っておきます。たぶん、父はなんとかなると思います。」次女は、次女なりに、父親を放っておく、手は貸さない、という決断をしました。

さて、対人援助の場面において、対象者の自己決定を支えることはとても重要です。けれども、支援の必要な人が支援を拒み、また支援の必要な状況の人に、支援をしないという選択は対象者の生活上のリスクが伴います。同時に支援を提供しない周囲の人への責任や、場合によっては非難の声があがることもあるでしょう。「敢えて何もしない」という選択、決定は他の選択以上の勇気と責任がいます。

巖さんのこの場面での本人の自己決定と娘の選択は、もしかすると「ネグレクト（養護の放棄）」というラベルが貼られる可能性を秘めています。

巖さんの「だれの世話にもならないで、一人でなんとかやっていく。」という決断と、次女の「父が根をあげるまでは、子供として何もしない。手は貸さない。」という選択について、ケアマネは双方にその選択に基づくリスクを説明しました。

まず、巖さんへ。このままでは、室内も汚れ放題、食事でも不規則で健康を損ねる恐れがある。次女へは巖さんの生活が安全に送れるように、介護保険のサービス利用につながるよう働きかけはしていきま

す。そのやり取りに、ケアマネもたびたび訪問するので、平日は本人の安否を確認できるが、週末はケアマネが訪問することはできないので、その間に何かあったときには、次女をはじめ、子供たちが心にひっかかりを残さないでしょうか、と確認。次女は、「何かあっても仕方ない。なんとなく、外から様子はみにきます。」そんな言葉がありました。

ここで、本人、次女への自己決定に伴うリスクを確認できたので、「だれの世話にもならない。」という本人と、「あえて何もしない。」という次女の決定を支えることにしました。

とはいうものの、この決定はケアマネとしても、巖さんに万が一のことがあっては困るな、という心配や不安を抱えての支援になります。

その後の1週間は、巖さんの生活ぶりを心配したケアマネが週末を除き毎日訪問を続けました。訪問の都度、汚れた衣服の着替えを手伝い、簡単な室内の掃除をしました。食事は本人が自分で知っている商店へ電話で弁当を頼み配達してもらったものを食べています。

弁当を届けた商店の店員も、この状況で一人暮らしをしているらしい巖さんのことは心配です。毎日、約束の時間に弁当を届けますが、たまたま、寝坊をした巖さんが玄関からの呼びかけに応答がない時などは、何かあったのではないかととても心配になります。

訪問時に気になることがあれば、ケアマネに連絡をくれるように、商店の人とも連携をとります。

そんな中、なんとか生きている、命に別条はないということは確認できています。この1週間の中で、誰かの手助けがなければ自分の生活は成り立たない、という自覚が巖さんにも出てきました。訪問の度に、身の回りのことに少しだけ手を貸していたケアマネがヘルパーと共に訪問し、巖さんに言葉をかけます。

「巖さん、私は毎日訪問することはできませんし、こうやって巖さんのお手伝いをする役割の人間ではないです。今後もこの状況が続けるわけにはいきません。でも、介護保険のサービスでは、お金はかかりますが、室内の掃除や洗濯、食事作りや、必要なら入浴のお手伝いもできますよ。ヘルパーさんに、お願いしてみますか。」ケアマネの言葉に、1週間前の強がりの巖さんは姿を消しています。

「そうだな、掃除と洗濯、風呂にも入りたいな。お願いするかな。」あっさりとした返答です。ケアマネは早速ヘルパーサービス導入の調整を行いました。

「温まると腰の痛みがラクになるから。」と自宅での入浴を切望していた巖さんでしたが、古い自宅の風呂が故障し、自宅での入浴は困難です。そこで、1年近くも中断していた、ディサービスへ「お風呂に入りに行こう。」と声をかけ、再びディサービスに通うことになりました。

ヘルパー、ディサービスの利用は開始されましたが、予定通りにサービスが実施されないことも度々あり、サービスに関わる担当者は、いつも巖さんについて多くの心配を持ちながら援助を展開しています。

巖さんが、子供たちの手を借りずの生活が続いています。訪問してくれるヘルパーとも信頼関係ができ、「誰かの手を借りること」に少しずつ慣れてきたようです。持病の腰痛も落ち着いています。今では、ゆっくり立って歩くこともできるようになりました。家を出て行った長男と巖さんとの同居生活は途絶えたままです。けれども、一人暮らしに寂しさなのか、長男に帰ってきてくれるように、巖さんは少しずつ頼み込んでいるようです。そんな父親の変化を受けて長男も時折様子を見に来ています。けれども、長男の顔を見ると相変わらず大柄な巖さんと長男の同居が再開されるのはまだ先のことのようです。

援助過程において「見守る。様子をみていく。」という援助方針は珍しくありません。見守る、様子をみる、という言葉は対象者の気持ちを優先し保護的な印象を含んでいます。援助の場面でこの言葉を使っても違和感を覚えることは少ないでしょう。けれども、見守るという名の、単なる援助過程の放置が実在することは、多くの援助者たちは薄々気がついているのではないのでしょうか。

巖さんと次女は、手を借りない、手を貸さない、といことを意識下で決定しました。リスクも覚悟です。でも、その決定をケアマネは公的サービスへとつなげました。悪化している家族の関係性と家族の歴史も考慮しながら、それぞれの位置関係に境界線を引いたうえで、残された本人の底力を支えました。

けれども、この決定を支えるためには、巖さん自身の一人暮らしに対する不安や自暴自棄になる場面を支え、近隣（商店）の人の心配や万が一に対する懸念も調整しなければなりません。また、課題として残っている、子供たちとの関係調整、サービス提供機関の不安など、巖さんを取り巻いて、関係する人たちには実に多くのストレスが発生しています。

「万が一の時には、誰がどうやって責任をとるのか。それが福祉の仕事か。」そんな声さえ聞こえてきそうです。

人の一生の中で、万が一のことが起こったとき、その事に対する責任を担える人はいるのでしょうか。とにかく、責任の所在が問われる現代社会ですが、人生に起こる万が一に対して、責任が取れる人などいないのではないのでしょうか。多く問われている責任という言葉には、結果が起こるまでの経過の中で、十分に受け止められなかった気持ち（感情）が、その受け止めに求めて訴えられているのではないかと感じます。

経過の中で、一人ひとりの抱えている思いが吐き出され、考えられ、受け止められてさえいれば、結果がどうあれ、責任の追及に力が注がれることは少ないような気がします。

巖さんの事例を通して、人が人の中で生きていくということには、多くの面倒や、不安や、心配がついて回るのだなと思いました。暮らし易さや合理性が問われると、面倒を避け、人の気持ちが置き去りになってしまい、安全や責任ばかりが優先されます。でも、巖さんの周りに関わる人たちは、多くのストレスを抱えながらも、連携を取りながら巖さんや子供たちを支えているのは確かです。

やっかいなこと、不安や心配を持ちながらも支え合っている、そのことが、地域の力になって、互いに思いを向け合って生きていく力になっていくのではないのでしょうか。

巖さんの生活課題が解決されている訳ではありませんが、巖さんの周りでは、人のつながりができ、支える力もついてきているのは事実のようです。

プライバシー保護の為、事実を加工しています。



ケアマネの出会った 家族たち

2

～家族理解と家族支援～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

隣の家族の物語

近所付き合いも希薄になりがちな昨今、隣の人がどんな暮らしをしているのかさっぱりわからないうちに、大きな事件が起こったり、孤独な死があったりなどをニュースで聞くことがあります。最近では、所在不明の高齢者の問題が話題になったりしていました。個人情報の保護という名のもとに、地域への必要な介入が阻まれ、人の優しさや思いやりの届きにくい環境になっている現状も否めません。気になる人がいれば声をかける、事件が起こる前に何かできることはないのか、もう少し気軽に気楽に自分のできそうなことがないか、あるいは、多少の面倒を引き受けたとしてもそれが長い目でみれば、暮らしやすい環境作りであったり、人とのつながり作りだということを感じることができる世の中であればいいと思います。

市民としてできること、専門職としてできることを丁寧に考えながら、関わる支援対象者の環境への働きかけを通して、地域や専門職自身の力をつけていくことが大切だと感じます。個人情報の保護というところに逃げないで、地域につながる、地域につなげる援助の仕方を身につけていきたいと感じます。

集合住宅で

シズエさんが、妹を頼りに長年慣れ親しんだ都心の社宅を離れ現住地に転居してから、かれこれ10年が過ぎます。夫の仕事の転勤で各地を回りながら、定年間近の夫は東京での勤務でした。社宅暮らしから、退職後は自宅を購入して、親しい友人などとの交流を楽しみながら暮らすのだらうなと思っていた矢先、夫の突然の発病、急死でした。夫が元気であれば退職後も夫婦寄り添って暮らし続けたはずが、夫がいなくなるとは、一人身は不安です。遠く離れた北海道には妹が暮らしています。少しでも頼れる

人のそばで暮らしたい、という思いから、現住地への転居が決まりました。その決断に一人息子は一緒に北海道へ転居することにしました。息子自身もまた、勤めを辞め、新たな地での就職です。そうこうして、70を過ぎたシズエさんと45歳になっていた息子さんの暮らしが新たな地で展開されることになりました。

頼るべき人が妹しかいない土地での暮らしが始まりましたが、気品のいいシズエさんは少しずつ近所付き合いも始めました。田舎の人懐っこい住人たちです。玄関先の立ち話から、「ちょっと上がってお茶でも飲んで。」「おしゃべりに夢中になってお昼時を迎えると「一緒に御飯でも食べましょう。」そんな展開も珍しくありません。

シズエさんが引っ越してきてほどなく、隣に越してきた、一子さんとは、よく話をしたり、食事をしたりする間柄になりました。

シズエさんは料理を作るのが好きで面倒見も良い性格です。食事時には、家にある材料で手早く食事を作ったりしながら、もてなし上手です。そんなシズエさんの好意に素直に甘える一子さんとの付き合いは、毎日のようになりました。一子さんは、夫を亡くし20数年も一人暮らしをしていました。一人娘は隣町に住んでいますが、長年の確執が親子の交流を疎遠にしています。一子さんは、長年住み慣れた家を払って、この公営住宅に移り住んだのです。元々、商売をしていた一子さんの人なつっこい性格や話好きが二人の関係を結び付けました。シズエさんにとっても、親しい人がいない土地での友人です。楽しい付き合いの時でした。

そんな二人の関係がぎくしゃくし始めました。体調を崩したシズエさんが、一子さんと一緒に入っていた趣味サークルの旅行を欠席した時からでした。体調を回復したシズエさんが、近所の銭湯へ行った時のことです。銭湯で顔を合わせる人たちの様子がいつもと違います。「まさかね、シズエさんがね・・・」という声が聞こえます。不思議に思ったシズエさんが声をかけます。「どうしたの？」

そこで、言いにくそうに話始めた友人がいました。

シズエさんがこの間来なかった旅行の時に、一子さんがシズエさんのことを泥棒呼ばわりしていたと

聞かされます。

これには、シズエさんもびっくりです。何のことかさっぱりわかりません。キツネにつままれるとはまさに、この事でしょう。

それ以来、一子さんの話とはどめをしりません。シズエさんが物を盗んだ、シズエさんが一子さんの家の前にゴミを捨てていく、など根も葉もないことを噂します。

周囲の人たちは、シズエさんがそのようなことをする人ではないこと、一子さんの方が事実と違うことを言いふらしていることはよく理解しています。けれども、噂話の標的にされたシズエさんは心労がたまっていきます。ついには、体調を崩し入院です。今となっては、あの毎日行き来をしていた頃の事が嘘のようです。お隣同志は、今ではまったく接触がなくなりました。

一子さんへの支援開始

一子さんの事実ではない噂話とはどまることを知りませんでした。周囲の人と一子さんとの付き合いも遠のいていきます。

一子さんの一人暮らしはだんだんと難しくなっていました。曜日が理解できずに捨てられず溜まっていくゴミ。立て続けに体調を壊し入院。民生委員や一人暮らしを心配する周囲の人が、地域包括支援センター（介護保険制度において、地域高齢者の総合相談窓口）に連絡をします。センター職員が本人の元へ訪れ、自宅での生活を支えるための諸手続やサービスについて説明。介護認定を受けた一子さんの元へ担当ケアマネジャーが関わり、介護保険サービスが導入されました。

自宅での生活を整えるための訪問介護ヘルパー、定期的な入浴サービス利用などを目的にディサービスの利用などが開始され、それに伴って、一子さんの一人暮らしを支える関係者が増えました。ケアマネが中心となって、サービス担当者や民生委員、近隣住民とのやり取りの中、一子さんは生活できていきます。けれども、隣のシズエさんに対する被害妄想や、事実と違う噂話がなくなることはありません。根も葉もない話を続けられるシズエさんの心労は続きます。シズエさんを心配した妹が民生委員を通して一子さんの噂話の状況を訴えます。

訴えられた思い

訴えを受けた民生委員は、担当ケアマネや地域包括支援センター職員と連携をとります。担当ケアマネは一子さんの生活状況を再度アセスメントし、本人の妄想が助長される原因を考え、また精神疾患の可能性もないか受診の必要性を検討し、精神科への受診がなされました。一子さんの現在の状況は精神的疾患ではなく、極端に偏った性格によるものとの説明を受けます。生活上の困難さが、周囲への被害妄想や攻撃という形で自分を保っていると考えられ、生活上の困りごとを軽減することで、その症状も軽減できるのではないかと助言がありました。本人の生活が不安や不便なくできるようにサービス担当者とも連絡を取り合い、具体的な支援内容を検討していきます。

地域包括支援センターでは、シズエさんの心労を少しでも軽減できるように、介護予防の視点から、シズエさんを訪問しシズエさんの話を聞いたり、気分転換を勧めたりします。

そのような状況の中、一子さんへの介護保険サービスは増やされ、訪問ヘルパーのほか、ディサービス、訪問看護、と関わる担当者が増えていきます。サービスは増えましたが本人のシズエさんに対する妄想は軽減しません。

シズエさんの心労はいっこうに減りません。

シズエさんは、時に一子さんの元を訪れるサービス担当者と呼びとめ、サービスをしているなら、ゴミの始末などをきちんとしてほしいと訴えます。自分に向けられる被害妄想に対する抗議ともとれます。シズエさんのストレスや不満は解消される気配がなく、その思いは行政の窓口へ訴えられました。

隣の住人が自分に対して、根も葉もないことを言うこと。自分を泥棒扱いしているので、何かのはずみに自分への攻撃が増すのではないかと心配で生活もままならない。行政として何とかならないのか、と訴えます。

相談を受けた窓口も対応に苦慮します。この状況ではどうすることもできません。まさか、一子さんに住宅を出ていくように促す権限もありません。

どう応えることができるか？

さて、一端ここで状況を整理してみます。

この事例で最初にスポットが当たったのは、一人暮らしに支援が必要な状況である一子さんでした。一子さんへの支援が開始され、近隣住民の生活の安寧が得られていれば一件落着でした。けれども、一子さんへの支援が開始されても、近隣住民、特に隣家のシズエさんへの影響は改善されませんでした。一子さんへ関わる関係者が連携を取り、シズエさんへも配慮しながら、地域包括支援センターがシズエさんへ関わりを始めます。シズエさん以外の近隣住民は、一子さんの理不尽な行動に呆れる一方で「仕方のない人だ。」というあきらめも持ちながら、一子さんと距離をおきながら生活は続きます。そんな中シズエさんの気持ちだけはおさまりません。

シズエさんの心の中には、どのような気持ちが生じているのでしょうか。自分には非がないにも関わらず理不尽な攻撃にあうシズエさん。近隣住民は事実を理解し、シズエさんの気持ちもわかっています。「気にせず、放っておきなさい。皆、本当のことはわかっているのだから。」周囲がシズエさんにかかる言葉は間違っていない一般論です。

一方、勝手気ままに過ごす一子さんの元へは数々の公的サービスの支援があり、一子さんの気ままな生活は何食わぬ顔で継続されています。シズエさんの腑に落ちる訳がありません。そして、いつしか事実を理解してくれている周囲からも孤独を覚え始めているのではないのでしょうか。

不満や思いのたけを解き放つ時が必要なのです。

シズエさんの訴えを受けた行政窓口が地域包括支援センターへ連携をとります。支援センターでは、一子さんの担当ケアマネに連携をとります。

ケアマネは、この状況を受けて、本来であれば、シズエさんは、一子さんに言いたいことは山ほどあるだろうと想像します。けれども、理屈が通じず攻撃性の強い一子さんに面と向かってシズエさんが思いをぶつけることなどできる訳がありません。今こそ、シズエさんの不満や思いを受け止める役割が、一子さんを支援する側の自分（ケアマネ）にあることを察しました。

そこで、一子さんの事で困っているシズエさんの話を聞かせて欲しいと持ちかけ、シズエさんの元へ訪問することにしました。

あまり体調がすぐれない、と周囲へ話していたシズエさんではありましたが、ケアマネのこの申し出にはすぐに応じてくれたシズエさんです。早速、シズエさんの元へ訪ねたケアマネは、「今日は、シズエさんのお話を聞かせてください。今、一番シズエさんが困っていることなどあれば話をしていただけますか？」ケアマネが言葉をかけると、シズエさんの口からはこんな言葉が出ました。

「お隣のことはいいんです。最初は、色々な疑いを掛けられて、周りの人にも変な目で見られ、辛い時期もありました。でも、今は、もうお隣が、でたらめを言っているのは皆さんわかっています。息子も、構うな、放っておけ、と言います。私もできるだけ、お隣と顔を合わせることをないようにしているのです。私は、最近体の調子も思わしくなく、外出も減って家にばかりいるので、考え込むとそればかりになってしまっ。でも、お隣の事は構わないでいるしかないことも、私が気にし過ぎていることもわかっているのです。だから、お隣のことはいいのです。」

一子さんとのことは、シズエさんの中では十分に整理され理解している口ぶりです。周囲に言われることも、自分自身が少し気にしすぎること十分理解しているようです。

では、シズエさんの訴えは何だったのでしょうか。ケアマネは、これまでシズエさんが周囲へ訴えていたこと以外に抱えている思いがあると感じ、シズエさんの話に耳を傾けました。

「私は、東北の出身です。」と話を始めるシズエさんです。自身の生まれの話や、出身地を離れ、北海道に來たこと、そこで、見染められご主人と結婚したこと。結婚後しばらくの間は、同居していた義兄が離婚したこともあり、義兄の子供たちを育てながら自分の一人息子も育てていたこと。子育ての傍ら農家へ働きに出かけ、家計を支えていた矢先、事故にあい体に不自由を伴ってしまったこと。夫の転勤のため、北海道を離れ東京で暮らす頃には、夫も役職がつき安定した生活が得られ、職場のご婦人たちとの交流も楽しんでいた話、シズエさんの人生が

淡々と語られます。

自分の人生を振り返りながら、その時々起こった出来事に、苦労したこともあったけれど、自分の忍耐と夫の支えがあったことが、幸せだったと話します。思いがけないご主人の発病と急死は辛かったと涙ぐみます。

妹を頼ってやってきた北海道へは、一人息子が心配して一緒に来てくれたことはありがたいが、「主人になら相談できても、息子には相談できないこともあるし、息子の言葉は主人の言葉ではない。」と、さみしい思いを語ります。ケアマネが、シズエさんの語る長い人生の道のりをうなずきながら聴いていると、かれこれ2時間が過ぎていました。一子さんの話は出てきません。

話が一段落すると、シズエさんは、我に返り冷静に、「ごめんなさいね。私の話を聴いてもらって。主人がいたら主人に話すのでしょ。けれど、息子には話せませんから。私、ずっと自分さえ我慢すればいいと思って生きてきた人間だから・・・そして、私の我慢強さは主人がよく理解して支えてくれていました。お隣の事は、わかっています。でも、何かが起こってから誰かに言っても、しょうがないでしょ。だから、皆さんに知っておいて欲しかったのです。お隣さんのことは、皆さんが言うように気にしないようにします。私も、家にばかりいるものだから・・・」と話をまとめます。

シズエさんは、自身の生きてきた歴史を語る中で、我慢強い性格や、支えてくれたご主人の存在を思い出し、「自分」を感じていたのでしょうか。そして、そんな「自分」を受け止めて欲しいという気持ちがあったのでしょうか。一番の理解者が今は亡きご主人であり、仏壇に飾られた写真を眺めながら、ケアマネに対してではなく、いつしかご主人の写真に語りかけていました。それは、シズエさんが自身の抱えている問題にしっかりと対峙している姿にみえました。

「シズエさん、もし体の調子が良かったら、何をなさりたいですか？」ケアマネは、シズエさん自身の今後の希望を尋ねました。それは、残りの人生を歩むシズエさんへ希望の光を見つけて欲しかったからです。

シズエさんは、しばらく考えて「そうね、私旅行が好きでした。体の調子がよくないから、あまり遠

くには行けないけれど、近くでも・・・日帰りでも行けたら、どこか、行ってみようと思います。」そんな言葉と、その表情には微笑みが浮かんでいます。

「それは、素敵な夢ですね。お身体の調子がよければ、どちらか行かれるといいですね。」そんな、言葉をかけ、その日の2時間半にも及ぶシズエさんとの時間を終了しました。

「ありがとうございました。皆さんに気にかけてもらって・・・。〇〇さん（包括支援センターの担当職員）にも、お礼を伝えてください。私の事、心配してくださっていたのですね。」

そんなやりとりをしてシズエさんと別れました。

シズエさんが訴えた言葉（一子さんに対する苦情）と、受け止めて欲しかった気持は一致していませんでした。シズエさんが、一子さんの迷惑な言動や行動に悩んでいた裏側には、思いがけない人生の選択（ご主人の死や親しい環境を離れ転居したことなど）に伴う自身の葛藤や乗り越えてきた心情を誰かに理解してほしいという気持ちがあったのではないのでしょうか。

自分の人生の道りを語ることで、心の中にいつまでもご主人の存在があることを再確認して、元気になったように見えました。

そして、地域の関係者たちが、それぞれ（一子さんとシズエさん）のプライバシーに配慮しながらも連携をとり、必要なタイミングでの支援を提供したことで、シズエさんに笑顔が戻りました。シズエさんの心の中にも、「（一子さんは）仕様のない人だ。」というあきらめの気持ちが、マイナスにではなく、一子さんを受けとめる力にいくらかでもなったように思います。

シズエさんに対するケアマネのアプローチは、一子さんを取り巻く環境に対するソーシャルワークの一部分としての援助展開だと認識しています。こうやって、また一つ、地域住民や、関係機関がつながり合っていることを確認しながら、集合住宅のお隣同志が、壁を隔てて元気に暮らし続けることを見守っていかうと思います。

＊プライバシー保護の観点から、事例は事実情報を加工しています。

ケアマネの出会った 家族たち

3

～家族理解と 家族支援～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～独居老人と娘の物語～

三年間の歩み

「あの人は、本当に変わらない頑固な人ね。きっとあの性格は死ななきゃ治らないわね。」「いや、あの人のあの性格は死んでも治らないかもね。」などという会話をしたことはありませんか。私たちの日常の会話で、誰かとこんなやり取りをした経験を、一度や二度お持ちではないでしょうか。

本当に、人には変わらない、治らない性格や生き方というのはあるのでしょうか。私たちは、生きている間、個人の事情だけではなく、様々な社会情勢や、社会の仕組み、価値観などに影響されて生きている。「時代が変わった。」と、嘆きながらも世の中の変化に対応しようと、生きるスタイルや考え方に変化を受け入れ生活している人もいれば、「そんなわけのわからないことは、自分には関係ない。」と世の中の変化に背を

向け、自分の歩んできた歴史や価値観を必死に守って生きている人もいます。

変化を受け入れる、受け入れない、一見相対していますが、自分を取り巻く状況に、身の置き方を考え決定しているのだから、その人のこれまでの生き方にはない変化が、他人には見えない所で起こっているのではないのでしょうか。

私は日々の生活の中で、あるいは対人援助の場面を通して多くの人に出会い、人は日々変化を続けているのではないかと感じます。「あの人は変わらない」のではなく、変わったことに、周囲の人が気づいていないのだと思うのです。または、周囲の人は他者に対して大きな変化を求め過ぎているのではないかと思うのです。

人はそんなに簡単には変化しないかもしれませんが、生きているということは周りの様々な状況に対応している必要があり、必然的に変化を迫られている、だか

ら人は変わるのだということ、小さな変化を見逃さないこと、その小さな変化の意味をしっかりと捉えることが、対人援助の場面では大切だな、と感じます。

人は変わる

援助開始一年目・親子の葛藤

(＊以下に登場するのは、当マガジン2号の連載に登場する一子さんと同一人物です。ご覧になっていない方は、ぜひ2号もお読みください。)

一子さんは、30年前にご主人を亡くして以来一人暮らしです。一人娘が隣町にいますが、長年娘を頼ることなく生活しています。そんな一子さんが、最近、立て続けに体調を崩しました。近隣住民は、一子さんの暮らしを心配しています。介護保険サービスを利用すれば、もう少し安心な生活になるのでは、という周囲の心配の気持ちから、相談はケアマネへ繋がりました。支援開始にあたり、契約や今後のことも含め、娘の意向も確認したく初回訪問の前に、娘へ連絡をしました。娘は電話口で、「体調が悪く母親のところには行けない。契約やサービスのことはお任せします。」と言葉があります。体調が悪いという言葉に、無理強いしてもという思いもあって、初回訪問には娘の同席を強くは求めませんでした。ケアマネが一子さんを訪問しましたが、本人は独居生活への不便も不安も感じていません。室内の散らかりや、ため込んだゴミの不衛生な状況から、なんとか説得して介護保険サービスの利用を始めることになりました。

訪問後、本人と話し合った内容や、今後利用する予定のサービスなどの報告も兼ねて娘へ電話し内容を伝えました。「わかりました。宜しくお願いします。ご迷惑をおか

けします。本当は施設にでも入ってもらいたいのですが・・・」と言葉がありました。この時ケアマネは、一子さん自身の希望や、誰かの見守りがあれば在宅生活の継続も可能な時期だと判断していたこともあり、娘の言葉の奥にある気持ちを察することが不足していました。

それから一年ほど、一子さんは介護サービスの利用や、近隣住民の手助けにより生活が続きしました。けれども、一子さんの認知機能低下がもたらす、物忘れや近所の人に対する被害妄想などが周囲との不協和音となっていました。そして、母親の元を訪れることのない娘に対しても周囲の人は不満を覚えます。ケアマネは、娘へ連絡し最近の生活状況について伝え、可能であれば一子さんへの協力を要請しました。娘は、電話口で以前と同じように、自身の体調不良を訴えます。

支援開始二年目の壁

ここで、一子さんと娘への支援が難航します。一子さんの周囲では心配や不満の声が聞こえますが、状況を打開する変化がありません。ケアマネは、支援の困難さからスーパービジョンを受けました。その中で、援助者としてのケアマネがしていなかった事に気づきました。それは、援助を展開する上で非常に重要なことでした。

一子さんの娘にとって、ケアマネは何をする人なのでしょう。ケアマネの事を「母の生活を支援する人」という認識はあったかもしれません。でも自分(娘)にとって、ケアマネは何をしてくれる人と理解していたのでしょうか。ケアマネの役割をしっかりと娘に伝えていなかったのです。援助者として大失敗です。ケアマネが何をしてくれる人かも分からずに自身の抱える悩みや心を開けるわけがありません。言葉で相手が

理解できるように伝えることは重要です。

「私には、娘さんの思いや悩みも一緒に考えていく役割があります。」ケアマネが改めてこの言葉を伝えた時に、娘の対応に変化が見られました。その後娘宅に訪問した時、「離れて暮らす母の事は心配していたけれど、長年の母との関係性に葛藤があり、どうすることもできず悩んでいた。」という思いを聞きました。そして、直接的な関わりは無理でも陰ながらできることはします、と言葉があったのです。それから、一子さんの妹への連絡をとってくれることになりました。妹は、電話で頻繁に一子さんの様子を気に掛けるようになりました。娘、妹、ケアマネの三者間の連携が取れるようになったのです。一子さんを取り巻くシステムに変化が起きました。家族システム論では、家族のどこに変化が起ころてもいいのです。どこか（誰か）に変化があると結果も変化します。

その後、娘や妹の存在も確認しながら、一子さんへ今後どのように一人暮らしをしていきたいかを確認しました。一子さんは、「年寄りだから皆に心配されるけれど、なるべく迷惑をかけないで暮らしたい。近所の優子さんは、良くしてくれるから何でも相談できるし、優子さんの言うことは聞いて行きたい。」と答えました。

そして、一子さんは近所の優子さんや介護サービスに支えられ、生活できています。一子さんの気が付かないところで、母を心配する娘の存在もあります。長年、一子さんと娘には親子の葛藤がありました。多少の一人暮らしに困難が出てきたからと言って、急に娘に難題を押し付ける事は娘の生活にも悪影響です。世代間の境界を意識して、親世代、子世代のそれぞれの生活が守られるような援助が必要だったのです。

支援開始三年目の変化、新たな親子関係

さて、一子さんの生活も、近所の優子さんや隣町に住む妹の支援により継続できていました。しかし、一子さんのもの忘れや生活上の困難さは以前より悪化してきているようです。再び、周囲の人に対する被害妄想（物を盗まれた、ゴミを玄関に入れられる）が増してきます。そんな中、時折支援をしてくれていた妹の体調不良により、今後の支援が難しくなったという状況が発生。今後の本人への支援にはやはり娘の協力が必要となりました。

ケアマネは、娘と一子さんの今後の生活について話をしました。一子さんの今後の生活に対して、娘としては直接的な支援は難しいという主張は以前と変わりありません。では今後の一子さんの生活について、本人の権利が守られるようにしていくにはどうしたらよいか考えました。今後、一子さんの生活上の判断や決定が必要な場合のサポートとして、成年後見制度の利用について考えられました。重要な決定は後見人にサポートしてもらおう、ということです。そして娘は、できるだけ一子さんとは距離をおいていきたいという意向です。

成年後見制度の利用にあたっては、本人の了解を得る必要があります。そこで娘に、本人へ成年後見制度の手続きを進めることについて了解を得ることを課題としました。これまで、母親と直接的な関わりを絶っていた娘には、厄介な課題でもあります。一子さんが制度利用に同意するか、手続きに協力的になってくれるか、等々まだ始まっていない今後についての不安が次々に思い浮かんでは母親との関わりに躊躇します。考えあぐねて、状況を固定させてしまうか、まずは最初の一步を踏み出して次につなげるかの選択です。娘は迷いながらも、やはり最初の一步を踏み出す決意をします。早

速、母親の元を訪ねる日を決めケアマネも一緒に同行することとしました。娘が一子さんの元へ来るのは2年ぶりです。

「これから、行くから家で待っていてね。」そんな電話連絡の後、娘とケアマネは一子さんの元へ訪ねました。玄関でインターフォンを鳴らすと、「洋子（娘の名前）かい。ちょっと待ってね。」と、足早に玄関に迎えに出る一子さんの姿がありました。それは、久しぶりの娘の訪問を喜んでいる母親の姿です。一子さんが、玄関のドアから顔を出しました。普段見たこともないような、こざっぱりしたワンピース姿でした。きっと、娘の訪問が楽しみだったのでしょう。横にいるケアマネの姿を目にし、「あれ、一緒に来たのかい。何か用事があるのかい。」と声のトーンは少し低くなりました。玄関先でのあいさつを終え、部屋の中に入りました。

娘は、一子さんの今後の生活について、妹の支援が難しくなった現時点では、娘の支援も困難であることを伝えました。今後、財産管理や様々なサービス利用などの契約に関しては、成年後見制度の利用によって、娘の手助けがなくても生活できるようにしてほしいと訴えます。また、今後の生活についても、いつまでも一人暮らしは難しいのだから、入所施設のような所に入って安心した生活を送ってはどうか、と提案します。

久しぶりの対面の後、娘の口から出た言葉に一子さんは伏し目がちです。しかし、長年一人暮らしを続けてきた一子さんらしい毅然とした様子で話し始めます。「そうだね。洋子に迷惑かけるわけにもいかないし、年寄り一人で生活していたら、みんなに迷惑かけるからね。私なら、施設に入って生活したほうが、返って気楽だし、安心だね。そうしなさい、って言うなら、そうするよ。」あっさりした返答です。そして、成年後見

制度についても、「洋子に迷惑かけないようにできるなら、なんでも（制度の）お世話になるよ。手続きのことはよくわからないから、やってくれるのなら、私は構わないよ。」潔い言葉です。

そこで、今後について、成年後見制度の利用手続き、施設入所手続きの進行について本人の同意を確認しました。

なるべく、早くに母親のもとから離れたい娘は用件を確認すると「じゃあまたね。」と話を切り上げました。一子さんは、少しさみしげな表情もありましたが、玄関で娘の姿を見送りました。

本人の意思の確認が取れたところで、娘は、ケアマネや地域包括支援センターの社会福祉士の助言により、成年後見制度の手続きや施設入所に必要な手続きを進めます。これらの手続きが完了すると、娘と一子さんの関わりは少なくなることも予想できたので、手続きの段階ではできるだけ、娘と一子さんがやり取りしながら準備が進められるように、ケアマネの関与は必要最小限に努めました。

制度利用の申請に必要な書類が揃い、いよいよ申し立て、という段階に入った時のことです。娘からケアマネに一本の電話が入りました。

「必要な書類はだいたい揃いました。でも、今回の事で母とのやり取りをしているうちに、これまで私のことを信用してくれていなかったのが、お金の管理も私にさせるようになりました。施設入所の手続きも進められたことや、入所が決まるまでは、ショートステイ（短期間の施設入所利用）の利用に同意してくれたことなど考えると、成年後見制度の利用をしなくても良いかなと思えるようになりました。施設に入るまでは私が金銭管理を手伝えれば良いし、成年後見制度を利用しても、日常の支援は私が

しなければならないことも出てくるでしょうから、制度利用の申し立てはせずに様子をみようと思います。」そんな言葉が娘の口から出ました。

成年後見制度の手続きに必要なやり取りが、今まで疎遠だった二人の関係に変化をもたらし、双方の気持ちにも今までとは違う思いが湧いてきたのでしょうか。それは、それで結果オーライです。成年後見制度の申請はしないまま、手続きは中断しました。そして、施設入所できるまでの期間は、娘が一子さんの金銭管理をすることになり、これまで行き来の無かった二人に電話や訪問のやり取りが始まりました。

そして、施設入所が決まるまでの間、繰り返しショートステイの利用を始めました。初めて利用したショートステイでしたが、施設の中には、昔ながらの知人の姿があり、三食が提供され、なんの不安もなく過ごせる快適さに「こんな良いところはない。」とショートステイを楽しんでいます。

今、一子さんは施設入所が決まるのを待っています。認知機能低下は徐々に進んできており、金銭管理ができなくなり、物忘れも進んでいます。話す内容も首尾一貫できず、何度も同じ話を繰り返し、時には、近所の人や娘に対して泥棒呼ばわりすることもあります。それでも、そんな母親を娘は、「仕方のないこと。」と自分に言い聞かせながら娘としてできることをしています。そのことが、一子さんの口からは「洋子がしてくれるから、何も心配はない。」という言葉で表現されています。最も娘に対する感謝の言葉の直後に娘に対する被害妄想発言も出たりするのですが・・・

一子さんと娘には長年の親子の確執がありました。疎遠になってしまった親子関係の急な修復は難しいとの判断をし、それぞ

れの道を選択できるようにと支援をしていく中で、これまでにない一時的な変化（成年後見制度の利用に関する手続きのためのやり取り）が二人の関係に新たな絆を生みました。

人は変わる、長い年月という時が人を変化させる、そしてこれまでにない状況が人を変化させるのだと思いました。

長い間母親との関係に悩んでいた娘が、自分自身を少し変化させることができ、今後の母親に対する関わり方に背負っていた重たい荷物をほんの少し下ろすことができたようです。

そして、母親のことに対して動き始めた娘の支えになっていたのが、娘の夫でした。母親のことを考えると憂鬱な気分になってしまい、家庭内にも暗い雰囲気漂っていた娘の家庭でしたが、この件を通して（当初の夫婦の目的は、制度利用につなげ母親との関係に距離を置きたいというものだった）、娘夫婦が力を合わせて諸手続の進行をしました。その夫婦の協力関係が夫婦の絆を強くしたようです。当初の目的とは違う形で親子の関係も再開しましたが、今では母親の困った発言も、夫婦で話題にしながら対処していくことができています。

人は変わる。そして、変わった人の目に映る新しい景色が、それぞれの人生の未来への希望の光となっていくのではないのでしょうか。

＊プライバシー保護の観点から、事例は事実情報を加工しています。

ケアマネの出会った 家族たち

4

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～真剣勝負～

私には、この春中学を卒業する息子がいます。息子が保育所に通っている頃、将棋を覚えてきました。覚えてたの将棋がしたくてたまらない息子は主人に相手をしてもらって勝負をしていました。まだ、初心者、しかも保育所児童。主人は、「飛車」「角」抜きで、などとハンディをつけて勝負をしていました。それでも、息子は負けてしまいます。勝負が決まりそうになると、悔しくて泣いたりぐずったりする息子を励ましたり、叱ったりした記憶があります。ハンディがついているにも関わらず負けてしまうことに、悔しさ倍増だったのかもしれませんが。ある時、私の父と息子が将棋の勝負をしていました。何気なく見ていると、父は「飛車」も「角」も抜いていません。しかも、その指し手はとても保育所児童を相手にしているようではなく、言ってみれば

大人げない真剣勝負です。案の定、すぐに勝負は決まります。息子の負けです。ところが、息子は泣いたりぐずったりはしません。「もう一回」と催促して、何度も挑戦します。決して勝つことはできないのですが、真剣に相手をしてくれる父に、息子も泣くことも忘れ勝負に挑んでいたのでしょう。それもまた、懐かしい思い出です。今、父は病気で寝たきりになってしまったので、将棋を指すことはできませんが、息子は父の指し手を覚えているようです。今、息子と主人が勝負をする時には、ハンディなど付けていたら、主人の方が負けてしまいますから、ハンディなしの真剣勝負です。勿論、負けても泣くことはなくなりました。

人は、自分の力をディスカウントされずに、ちゃんと認めてもらうことで自分の力を出し切ることができるのかもしれませんが。

～夫婦の二人三脚～

子供のころ、仲の良い友達と二人三脚をした記憶があります。二人のリズムが合うと、弾むような歩調で顔もほころびながら進み、タイミングがずれてくると歩調も怪しくなっていて、前進しなくなります。どちらかが転んでしまうと、立ち上がる方も、立って支えている方も身動きがとりにくいものです。

二人の足を結んでいるからこそその制約があって、うまく進めると楽しいし、バランスを崩すとやりにくい、なんだか夫婦で歩む人生のようです。夫婦はやがて、その紐をほどき（別れが訪れ）一人で残りの人生を歩むことになります。その時に感じるのは、自由になった歩きやすさでしょうか。軽いけれども、もう片方の足がバランスを失って次の一步を踏み出すための戸惑いかもしれません。せめて、二人三脚をしている間だけは、悪戦苦闘しながらも、時にこぼれる笑いを堪能しながら進んでいけるのがいいなと思います。

88歳の礼子さんは、85歳の夫トメ吉さんとの二人暮らしです。10年ほど前から、徘徊や昼夜逆転などの認知症状がみられるようになりました。トメ吉さんは妻の変化を認知症ではなく、老いとして受け入れました。また、礼子さんが出来なくなったことを自然にカバーする形で、家事全般がトメ吉さんの役割となっていました。そんな夫婦を近隣に住む、娘や息子たちは付かず離れずの距離感で手助けしていました。礼子さんの認知症はゆっくりでしたが確かに進んでいました。最近、昼夜逆転、夜中の徘徊が毎日のように続くようになり、起きている間は常に幻視が伴うようになっていました。トメ吉さんも妻の状態を、もはや老いとして受け入れることが困難なまでに疲弊していました。

老親の生活の助けになれば、と娘は介護保険サービスの手続きを始めました。認定の申請、ケアマネとの調整、あっという間に礼子さんのディサービス利用が決定されました。ところが、礼子さんがディサービスに通うことはありませんでした。

娘は、母がディサービスに参加している間、父の介護負担を減らせるのではと考えていました。けれども実際には、礼子さんだけでなく、トメ吉さんも娘の提案には同意しませんでした。それどころが、娘が良かれと思って、老親の元へ頻繁に訪問し家事などの手助けをすればするほど、トメ吉さんは娘の協力を固辞するようになりました。

トメ吉さんは、前夫と死別し子供二人を抱えた礼子さんと20代の前半に結婚しています。まだ若いトメ吉さんと礼子さんに実子が授かっても不思議はない時期でした。けれども、二人に実子はいません。トメ吉さんは「自分は貧乏に生まれ、早い時期から奉公に出されていた。学校にも通えなかった。だから、子供たちにはきちんと教育を受けさせたかった。自分が頑張ることで、妻と子供たちが幸せになればいいと思っていたから、自分たちの子供が欲しいとは考えもしなかった。」と語ります。妻子のために必死に頑張ってきたトメ吉さんの人生が見えました。そして、「自分はどんなに苦しくてもいい。子供たちに少しの財産を残して、妻は自分ができるだけみてやりたいと思っている。」と続きます。

娘が良かれと思って手配した介護保険制度は、「他人に迷惑をかけるな。」という時代を生きてきたトメ吉さんにとっては、訳のわからない制度です。これまで、必死に妻を支えてきたトメ吉さんは、急に自分の役割を失ってしまったのでしょうか。二人三脚で転んでしまったのは、礼子さんではな

くトメ吉さんでした。礼子さんは、トメ吉さんの立ち上がりを待っていたのです。

ケアマネは、いずれ二人が紐をほどく日のことも想像しながら、少しずつ紐を緩めて歩く練習が必要だと思いました。そこで、トメ吉さんができること、娘に協力してもらいたことを話し合いました。また、老いと捉えていた認知症について、トメ吉さんにも理解できるように少しずつ情報と対応のコツを伝えました。間もなく、娘の協力や介護保険サービスを取り入れて、トメ吉さんは礼子さんとの新たな二人三脚を再開しました。「皆が勧めてくれるうちに（ディサービスに）行ってみた方が良いでしょう。」というトメ吉さんの言葉が後押しになって、礼子さんはディサービスに通うことになりました。今では、週4回もディサービスに楽しく通う事ができ、BPSDも落ち着いています。トメ吉さんも、一人の時間を、新たな気持で礼子さんを迎える時間に変化させることができました。

～山あり谷あり～

礼子さんとトメ吉さんの穏やかな生活が続いていました。けれども、人生は山あり谷ありです。トメ吉さんが体調を崩して入院してしまいます。近隣に住む娘や息子の協力のもと、礼子さんは自宅で生活を続けることができました。

体の不自由さが残りながらも、療養を終え自宅に戻ったトメ吉さんは、なんとなく以前よりも頑固になってしまいました。思うようにならない自分の体になのか、イライラした態度が妻の礼子さんや娘たちに向けられます。

心配した娘が頻繁に手伝いにやってきますが、トメ吉さんのイライラは落ち着かず、その怒りはいつも娘に向けられていました。そんな矢先、今度は娘も体調を崩してしま

います。娘の手助けも受けられない状況になってしまいました。

自分の思うような協力が、娘や息子から受けられないと感じたトメ吉さんは、子供を頼らず自分たちだけで生活していきたい、と考えました。不自由な体を駆使して家事をし、妻の介護を始めます。食事の支度、妻をディサービスに送りだす、帰宅後の妻の介護、一人で悪戦苦闘します。退院後は、トメ吉さん自身の身の回りの事にも手助け必要だった状態にも関わらず、今では、ほとんど自分の力で日常を送ることができるようになりました。時間がかかっても、負担があっても思った事をやり遂げる力がトメ吉さんにはあるのです。

体調を崩した娘が、夫婦の元へくることも少なくなりました。トメ吉さんに、今後どんな生活がしたいか、聴いてみました。すると、「母さん（妻礼子さん）の世話は自分がやっていく。時々変なことも言うけれど、母さんがディサービスに行ってしまうと一人になるとさみしい。ずっと、二人で一緒にやっていきたいと思っています。」そんな言葉が出ます。トメ吉さんの言葉に、礼子さんは「父さんが今まで一生懸命子供を育ててくれたことは本当に感謝している。子供たちも少し勝手気ままに自分たちの生活をしているところもあるから、父さんが怒ってしまうのも、私は理解できます。子供たちと行き来ができなくなるのは、さみしいです。でも、私は父さんと一緒にいたいから我慢します。」と話します。その口調はとても認知症の礼子さんとは思えないのです。礼子さんの認知症は進行していて、幻視があったり、今、話しをしている内容も忘れてしまう、そんな状況でした。けれども、トメ吉さんは、自分たちの生活についてケアマネに相談する時には、礼子さんのディサービスを欠席させ、自分の隣に礼

子さんを座らせ、「これからのことを話すから、一緒にちゃんと聞いていなさい。」と説明します。礼子さんのことをこれまでと変わりなく「母さん、母さん」と声をかけ自分の思いを話している時に、対応している礼子さんの言葉は至極道理が通っているのです。トメ吉さんも、礼子さんが認知症であることは忘れてしまっているかのように、夫婦としてふるまっています。

「母さん、お客さんなのだから、お茶を入れてきなさい。」そんな言葉もかけます。礼子さんは、お茶の入れ方などすっかり忘れていました。けれども、最近は電気ポットに水を入れそのスイッチを押すところまでできるようになっています。その後はお湯を沸かしていることは忘れ、お茶が出されることはありませんが、台所で考えながら動作している礼子さんは、トメ吉さんや娘に頼り切っていた以前の姿とは違います。

今、トメ吉さんのやや頑固な考えが、子供たちとの関係を疎遠にさせていますが、その事が礼子さんに妻としての姿を呼び戻しているようにさえ映ります。勿論、礼子さんの認知症が改善されているわけでもなく、日常生活動作が自立に向かっているというわけでもありません。ただ、トメ吉さんが、礼子さんを「認知症」というフィルターなしに、接しているほんの短い時間、礼子さんはトメ吉さんにとって欠け外のない「妻」の姿になっているのです。

認知症ケアのあれこれが色々なところで説かれます。勿論、ケアのポイントは否定しません。けれども、このご夫婦をみると、「認知症の妻」ではなく、「長く連れ添った妻」という気持ちで接することが、礼子さんに対する尊厳であり、礼子さんの力を最大限に発揮させているように感じます。

そして、同様に、体が思うようにならない父親の譲らない頑固さに、「父さんが、自分の力でやっていける、子供に頼りたくない、と思っているうちは、頑張りがきくのだと思います。父さんからのSOSが出るまでは、好きなようにさせます。」と言って遠くから様子をみている娘の対応も、トメ吉さんの力を引きだしているのでしょう。

ディスカウントされずに認められること、それがエンパワメントになるのだと感じます。

「きみに読む物語」という映画を観たことがあります。その映画の場面が、礼子さんとトメ吉さんと重なることがあります。

人生は山あり谷あり、それでも、少しずつ前に進んでいっている。愛する人と一緒に・・・

*プライバシー保護の観点から、事例は事実情報を加工しています。

ケアマネの出会った 家族たち

5

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

地域で支える認知症ケア

家族と地域をつなぐ

私たちの日常には殊更意識する必要もなく、地域とつながる機会というのは組み込まれています。町内会の役割や行事、子供を通しての学校活動などつながる場面があります。近年、町内会機能は脆弱化しているといわれることもあります。この田舎町ではまだその機能は比較的保たれています。それは時に煩わしさもあり、時に人とつながる温かみもあるでしょう。けれども、昔のそれとは違い各家庭のありようや抱える悩みごとなどが、そのようなコミュニティにおいて露呈されることは極めて少ないし「個人情報」という名の下においてはむしろ包み隠されることが近頃の傾向なのかもしれません。個人と地域とのつながりとは残念ながら表面的以上には形成されていないでしょう。

社会システムが変化し家族機能も変化している。人と人とのつながりの弱さを指摘される今だからこそ求められるのは、やはり自分の周りの出来事に対する興味関心、思いやり、そんなありきたりのことなのかもしれません。

本来、人は自分の生活は誰かにとにかく言われるのではなく、自分で考え決め行動していきたいと願っているはずです。例え他者の手助けが必要な状況であっても、誰かの助けを受けることへの遠慮も含め躊躇は持っているのではないのでしょうか。そんな時に上手なお節介があるとずいぶんと暮らしやすくなるのだと思います。最近は上手なお節介ができる人も少なく、何か手助けが必要な人を見つけても、それは地域の方のお節介よりも「専門機関」への通報となって、専門家たちが何気なく介入し、フォーマルサービスにつながり、個人の家庭では困りごとなどなかったかのように暮らしが続きます。周囲も何となく事情を知り

つつも知らないふりをして当たらず障らず関係が続いていることもあります。そんな関係からは地域の助け合いやつながりなどはできにくいだろうなと感じます。例えばフォーマルサービスにつながったとしても、専門家が介入しているからこそ、もう一度地域とのつながりを作っていきたいと思います。

二人暮らし

サキさんは90歳。50代の娘蝶子さんとの二人暮らしです。これまではお元気だったサキさんは70代の半ば過ぎまで農作業の手伝いにでかけるなど活動的に過ごしていました。住み慣れた住居も古くなり、立ち退きを迫られたのを機に、お二人は近くの一軒家に暮らしを移すことにしました。引っ越しを機に農家への手伝いをやめ自宅でのんびり過ごすことになりました。その頃からでしょうか、サキさんの物忘れがありました。年齢的なものだと思っていた蝶子さんは特に気にすることなく、仕事に出かけていました。けれども、3年ほど前から、近所へ散歩に出掛けたサキさんが自宅に戻れなくなり、警察に探してもらうことも出てきました。夕方になると「帰る」と言っては外へ出て行こうとするのです。もう目が離せません。蝶子さんは勤めを辞め、サキさんの介護に専念します。まだ若く家のこともサキさんの介護も難なくこなす蝶子さんの様子に近所の方が何か関わるという場面はありませんでした。けれども今、蝶子さんは片時もサキさんから目が離せない状況になっていました。蝶子さんは介護保険サービスの利用を考え相談は、蝶子さんからケアマネへとつながりました。

家族の外へつながっていく

初回面接のために、お二人の自宅にやっ

てきたケアマネです。新興住宅街ではお二人の年齢構成よりも若い世代の家族が居住しています。昼間は静かな住宅街です。ケアマネがインターフォンを鳴らすと元気な声の蝶子さんが対応してくれました。招き入れられた部屋の中には、歴史を感じる家具がシンプルに配置されています。長く大切に使いこまれたものでしょう。見渡すと部屋にはサキさんの姿はありません。尋ねると「話しがほとんど通じません。こちらの言っていることも意味が理解できずに、知らない人の顔を見るとストレスになるようです。」と蝶子さんから言葉がありました。ご挨拶だけでも、とお願いし、居間に続く和室に室内犬とともに座っているサキさんに声をかけました。「こんにちは。」サキさんは首をかしげ蝶子さんの方をみます。「ケアマネジャーさんだよ。これから色々相談にのってくれるから」そう言うと和室のふすまを静かに閉めました。

蝶子さんから、サキさんの様子を伺います。体の動きは良いが、全てに声かけや誘導、動作補助が必要な状況で、一日を通して蝶子さんがサキさんと離れることができる時間はほとんどないようです。運動不足だと夜になっても眠らないので、日中はなるべく散歩にでかけ体を疲れさせ良眠できるように工夫をしています。家事はできないけれど、家事をしたがるので、一緒にやります。時間がかかるので蝶子さんは自分一人でやりたいけれど、本人と一緒にした方が本人のためだと思うので、なるべく一緒にしています。それは認知症介護のお手本のような、とても丁寧に介護されている事が伝わってきました。

ケアマネは、介護の状態が重いサキさんをきちんと介護されている蝶子さんの様子に心配が走りました。それはあまりにもお一人で頑張り過ぎているように映ったから

です。蝶子さんからは、週1回でもディサービスに通ってもらいその間自分が家庭内の用事を足すことさえできればいいので、週1回のディサービスの利用をお願いします、という希望でした。

蝶子さんの意向を聞いた上で、一通りの介護保険サービスについての説明をしました。お一人での介護の負担を減らせるように介護サービスの利用の仕方の提案などもしてみました。けれども、蝶子さんは、数ある介護保険サービスについても、あまり必要性を感じていない。とりあえず、週1回だけディサービスに通う事が出来れば十分です、と介護についてははっきりとした意見を持っていました。

ケアマネの提案を受け入れる姿勢があまりないことや、ご自身の考えた事以外の選択肢についてはやや頑な姿勢が感じられます。これまでのお二人はどんな生活をされてきたのか気になりました。

サキさんは3人の子供を出産。末っ子である、蝶子さんを出産して間もなく御主人をなくしています。サキさんは三人の子供を女手一つで育てあげました。それぞれを社会人として巣立たせ、蝶子さんが高校を卒業し就職すると二人の生活が続きました。それぞれに、仕事に精を出し、自分たちのことは自分たちで何でもこなしてしまします。数年前の引っ越しの際も、引っ越し業者の利用などはせず、少しずつ自分たちで荷物を運び出し、引っ越しを完了したそうです。

これまでの生活はほとんどの事が、お二人で考えてお二人の手で事を成し遂げてきたようです。介護の手助けが必要となった今後についても、自分たちでデザインした生活をしていきたいのは当然でしょう。介護が必要だからといって急に何もかも介護サービスに頼っていかうとは思わないのが

自然です。

ケアマネは、蝶子さんの意向を尊重し、この二人だけの暮らしに介護サービスが導入されたことによる何らかの変化を見ながら今後の支援体制を考えていこうと思いました。支援体制を急いで作らないということです。ケアマネの見立てでは、恐らくサキさんの認知症はこれからも進む。その時に介護サービスだけで在宅生活を支えるのは難しいと判断したのです。少しずつ、地域の方に認知症であるサキさんを理解し、サキさんと蝶子さんお二人の生活を理解し関心を向けていただけること、そのような地域の方々の助けを受けながら在宅生活の支援体制を作っていくことが、お二人の暮らしには必要だと思ったのです。

蝶子さんが二人の生活に初めて他者の介入を求めたことに対して、その背後にある葛藤も含めた思いを理解しながら関わろうと考えました。

その後、まずは蝶子さんから希望のあったディサービスの利用について事業所の選定や見学を蝶子さん、サキさん、ケアマネの三者で行いました。いよいよ第一回目のディサービス利用です。サキさんはやや緊張した様子もありましたが、自宅以外の時間を過ごすことに大きな抵抗はありませんでした。2回ほどのサービス利用の後、蝶子さんからディサービスの利用回数を増やしたいとの意向が示されました。実際にサキさんがディサービスへの参加ができていること、そのことにより蝶子さん自身が時間を有意義に使えたという実感を得たのでしょう。ディサービスはわずかな期間で週3回の利用という形になりました。蝶子さん以外の人との交流機会が持てるようになったことで、サキさんの表情の豊かさが増えたことや、自発語がほとんどなかった最初の頃とは違いずいぶん言葉が出るよう

になりました。しかし、その一方で歩行機能は低下していて、歩いていると、段差でつまずいたり、転んだりすることもありました。外で転び膝を骨折してしまった事がありました。受診先ではギプス固定。ところが、ギプスで固定された自分の足をどうしても受け入れることができないサキさんは、なんとかしてギプスを壊そうとします。不穏状態は極まりなくなります。仕方なくギプスを外してもらうことにしました。骨折でギプスをはずす、言いかえると治療方針に応じないということです。これでは受診先の医師も手だてではありません。あとは自宅で経過をみるしかないのです。やや時間はかかりながらも、膝の状態は改善し歩けるようになりましたが、やはり転倒リスクは大きくある歩行状態です。蝶子さんが少しでもサキさんの前から姿をみえなくすると、サキさんの不安は増して蝶子さんを探し歩きます。室内での転倒も十分あり得る状況です。四六時中目を離せない蝶子さんの疲労を気にして、ケアマネはショートスティ（短期間の宿泊サービス）を提案します。けれども蝶子さんはショートスティの利用を躊躇します。施設では介護の必要性の高いサキさんはもてあまされてしまうのではないか、という不安や、宿泊から帰宅した後、環境変化でさらに認知症状が悪化してしまうのではないか、そんな不安がありました。まだ、ディサービス利用だけで頑張って自宅で介護していきたい、と蝶子さんの一人介護は続きました。

地域の応援者・認知症サポーター

それにしても、毎日の介護では、週3回のディサービス利用があったとしても、圧倒的に蝶子さんが一人で介護をする時間の方が長いのです。なんとか、蝶子さんの身体的精神的負担を軽減したいものです。こ

こで役に立つのは、教科書に書いてあるような、認知症介護のコツや、傾聴などということではないのです。必要なのは時間。蝶子さんだけの時間です。そして、介護を一人で担いきらなくても済むように信頼できる人に頼る状況を作り出していくことが必要なのです。

これまでの、ディサービス利用の他に、地域の認知症サポーター有志による訪問ボランティアの活用を提案しました。短時間、サキさんの元へ訪問し、蝶子さんが犬の散歩や買い物などの用事が足せるように、というのが狙いです。この地域で認知症サポーターが無償ボランティアで活動することはこれまでありませんでした。初の試みなのです。ですから、サキさんを一方的に支援する、ということではなく、サポーターさんの活動に協力していただくという側面も持ち合わせていました。蝶子さんへはその理解をしていただく必要がありました。一人でサキさんを支えるには無理があると感じ始めていた蝶子さんはサポーターさんの受け入れに協力してくれることになりました。

さっそく地域の認知症サポーター有志にボランティア協力を要請しました。初回では4名のサポーターがサキさんのサポートに入ってくれることになりました。30分から1時間。サキさんの自宅を訪問し蝶子さんが不在の間の見守りをするのです。始めはサキさんも蝶子さんの姿が見えなくなると不安そうに探し始めましたが、程なくサポーターさんとの時間には慣れていきました。サポーターさんの顔や名前などは覚えていません。けれども毎日誰かが自宅へきて優しい笑顔で微笑みかけてくれることに、いつしかサキさんは、人が訪ねてくることを楽しみに待つようになりました。

サポーターさんが蝶子さんやサキさんの

自宅に訪問することは、サキさんにだけ変化が起こったわけではありません。毎日の介護の大変さを、わずかな時間でもサポーターさんが共有することで、蝶子さんへのねぎらいの言葉がかけられます。蝶子さんにとっても、わずかな時間、自分が介護している母親を一人で見守ってくれるサポーターさんには同じ思いを抱けるのです。サポーターさんにその時々のお話を話すことができるようになっていました。この地域は雪が多く、冬になると道幅も狭まり車を止めるスペースもほとんどなくなってしまう状況です。そんなこともあって、サポーターさんは徒歩で通える距離の方が来てくれていました。頻繁に、介護サービスの送迎車が来たり、サポーターさんの出入りがあるサキさん、蝶子さんの家の様子をお隣の方は目にしていたのでしょう。雪かきをしていた時に、隣りの若いご一家の奥さんが蝶子さんに声をかけました。「もしお母さんの調子が悪いのであれば、何かお手伝いできることがあれば声をかけてください。必要な物があれば買い物などのお手伝いもできますよ。」車を運転しない蝶子さんを気遣っての声です。「ありがとうございます。でも、声をかけるために母から目を離すことさえできないんですよ」そんな会話のやりとりがありました。その後、郵便受けに隣の奥さんから、電話番号が書かれたメモが入っていました。「何かあれば電話してください。」実際には、蝶子さんがお隣の奥さんに頼ることはありませんが、隣の方が蝶子さんとサキさんの生活状況を知ってくれているというのは大きな支えです。そしてこんな声かけがあれば何かの時には頼りやすいものです。サキさんと蝶子さんはサポーターさんに慣れてくると、その後訪問看護やショートステイのサービス利用を開始することになりました。ディサービスも一

か所から二か所を利用することにしました。サキさんの表情の豊かさは一層増し、言葉がずいぶん出るようになりました。訪れる人に笑顔で対応し、蝶子さんの姿がなくても介護者と一緒に過ごせるようになっていきます。決して認知症が改善された訳ではないのです。夜間の不眠が続き、蝶子さんも憔悴しきってしまうこともあります。それでも、あと、一日、あと一時間頑張れば、サービスにつながる、サポーターさんが来てくれる、そんな少し先が見えるから今なお介護が頑張れるのでしょう。今、蝶子さんは、サキさんの老人ホーム入所の手続きを終えました。これから順番が回ってサキさんが入所できるその日まで、介護サービスや地域の人の手を借りながら自宅での介護を続けていく決意を持っています。

助けを受け入れるにも力があるのです。助けてもらうことに慣れていないと、助けられることに躊躇してしまいます。一步一步試しながら蝶子さんの手を離れた時間にもサキさんの笑顔があるのだということを、蝶子さん自身が理解できたことで、人の手を借りていくことが順次できていったのでしょう。そして、大きいのは、サービス事業者ではなく、地域の人々の休日問わずにサポートしてくれる、優しい気持ちと時間の提供がサキさんと蝶子の生活を大きく支えているのだと思います。

サポーターさんは、認知症で発語もままならないサキさんの見守りに戸惑いを持ちながらスタートしました。何を話したら、何をしてあげたら、そんな不安もつかの間、ただただ時間を共にすること、例えば言葉がなくても同じ時間を共有すること、その静かな時間が意味する人と人とのつながり。

サポーターさん自身がサキさんと時間を共にすることで、認知症の方への対応方法を具体的に学び、最初に持っていた不安は

減っていったのです。サキさんによって、サポーターさんの力も引き出されたのだと思います。

今、この地域では少しずつサポーターさんの活動が広がろうとしています。そこには、サポーターさん自身が蝶子さんやサキさんから学んだあれこれが大きな原動力となっているのです。

3・11の大きな震災の後、福祉関係者の集まりでは、「災害を意識した地域のネットワーク作り」というような話題が出ています。防災意識や、そのような状況に対する備えは必要です。その考えは否定すべくものでもないでしょう。けれども、どこことなく違和感があります。人は何かの時のため、という目的をもってつながっているのでしょうか。ありふれた日常の、ちょっとした気づかいや時にお節介、そんなやりとりが土台となって、何かあった時に地域の力が発揮されるのではないのでしょうか。意識するのは、災害ではないのです。私たちの日常生活なのです。

お互い様・・・って素敵な言葉です。誰かが誰かを一方向に助けるのではない。お互いに影響し合って、お互いが支え合っている、力を引き出し合っている、そう思うのです。こんなお互い様が少しずつ広がることで、何かあった時に大きく支え合える地域の力になるのではないのでしょうか。

サキさん蝶子さんを中心に地域の支え合いが広がっています。

＊プライバシー保護の観点から事例は事実情報を加工しています。

ケアマネの出会った 家族たち

6

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

予想外の人生の道のり

悲しみを乗り越え一歩踏み出す

私たちの歩む人生には、「こんなはずではなかった。」というような予想外の出来事があります。何かを失い深い悲しみにくれてしまうこともあるでしょう。そんな時、対人援助職としてどんなことが支援対象者にできるのでしょうか。ケアマネジャーであれば、介護の問題を抱えた人にあれこれと、サービスの情報提供や、サービス利用調整をスピーディに行うことでしょうか。それも間違いではないでしょう。けれども、私たちは予想もしなかった出来事に遭遇した時には、驚きや、不安や、悲しみや、苦しみ、そんな痛みを感じているのではないのでしょうか。その痛みや苦しみは誰が代わることもできません。当事者が乗り越えなければならないことです。けれども十分に悲しみくれ、その感情を自分自身で受け止められた時、悲しみの中から一歩足を踏み出すことができるようになると思うのです。悲しみが癒えるプロ

セスを理解しておくことは対人援助職として大切なことだと思います。

悲しみの中にいる人の状況に寄り添う事にも力が要ります。黙って寄り添う、そして時には悲しみに打ちひしがれて何も見えなくなっているその世界に一筋の光をもたらすことができたなら、それは大きな支えになるだろうと思います。情報の提供、サービス調整を淡々と行っていくだけでなく、悲しみにしっかりと寄り添う支援ができるようになりたいと思います。

予想外の出来事

広さん65歳は妻恵美子さん60歳との二人暮らしです。農業をしながら三人の子供を育てあげましたが、子供たちは家業を継ぐことなく都心へ出て働いています。三人とも家庭を持ち子供を育てながら幸せな暮らしをしています。

そんな子供たちの生活について、広さん夫婦は特別不満や心配ありません。「これからの農業は大変だから、勤め人の方が安心かもしれない。それぞれが元気にしていれば、後は自分たち

が二人で続けられるまで(農業を)続けるけれど、程よい頃に畑はやめるよ。まあ、70位までかな。その後は、母さんと二人でのんびり日本中を旅行して歩きたいな。」近所の人が来る度に広さんは笑顔で話をしていました。

米の収穫も終わり秋蒔き小麦も完了し北海道ではいよいよ冬を迎える11月初旬でした。畑の片づけも目途が立ち、本格的な冬を迎える前に、近くの温泉旅行の予定を立てていた広さんと恵美子さんでした。その日は広さんが「旅行前に用事を済ませて来る。」と言って作業用の軽トラックではなく、自家用車を運転して出かけました。

夕方になり広さんの帰宅を待っていた恵美子さんでした。11月の夕方はあっという間に真っ暗です。その日は雪が降ってくるような寒さでした。恵美子さんが夕飯の支度をしている時に救急車の音が遠くで聞こえていました。そして間もなく自宅の電話が鳴り響き、恵美子さんには嫌な予感が走りました。

介護という孤独との戦い

「温泉旅行に行こうなんて言わなければ良かった。父さんは旅行の前に、タイヤ交換や車の点検をしてもらうから、と出かけたのよ。そんな準備がなければ事故には合わなかったのに。」病院に駆けつけた子供たちの前で恵美子さんは泣き崩れました。広さんの運転する車は所用を終え自宅に向かう途中、やや凍った路面でスリップしてきた対向車が正面衝突してきたのでした。それから、一週間ほど広さんの容体は、危険な状態でした。峠を越えた広さんに恵美子さんも子供たちも一安心です。その後の経過は順調でした。体中の傷も徐々に回復し起き上がる事も、立って歩くこともできるようになったのです。

あの事故から一年がたちました。広さんはまだ入院していました。勿論、傷は全くありません。歩けます。見舞にやってくる恵美子さんとは普通に会話しているように見えるのです。「お元気そうですね。まだ退院はできないのですか。」そんな言

葉を、他の患者さんや家族の方からかけられることもありました。

恵美子さんはその度に心が重苦しくなりました。広さんの体の動きは全く問題ないのです。けれども事故の影響が脳に及んでいました。「高次脳機能障害です。」医師からはそう告げられました。広さんは、脳の極めて重要な部分が事故によって障害されました。日常生活を行うための様々な判断力や実行するための機能が失われてしまったのです。話すことはできていても、その話には妥当性がなく、衝動的に怒ったり泣いたり、突然立って歩き出し「仕事に行く」と言っでは、静止の声も手も振り切ってどこかへ行こうとします。病院内でも目が離せない状況です。それでも、医療的な治療や処置が必要ない段階になりいつまでも入院していることはできないのです。病院のソーシャルワーカーからは退院の話がありました。恵美子さんはワーカーさんの説明も十分には理解できませんでしたが、その勧めに従ってまずは『介護認定』の申請をすることにしました。その結果広さんには『要介護4』という認定がありました。ソーシャルワーカーは介護保険サービスの利用によって自宅生活が可能になるのではと説明しました。そして、退院後、介護保険サービスの利用がすぐにつながるようにと、地元のケアマネジャーへと連絡が取られました。

連絡を受けたケアマネジャーは、退院前に広さんの状況を確認する為に病院へやってきました。そして、恵美子さんへ介護保険サービスの説明を始めました。

「弘さんは、事故の影響で判断や理解力が障害されたようですね。奥さんが一人で介護されるのは大変だと思います。デイサービスや、ショートステイサービスもあるので、そのようなサービスを組み合わせて自宅で生活できるようにしましょう。」ケアマネジャーは、広さんや恵美子さんの意向を確認する前に、介護保険サービスについてスラスラと説明を並べました。これには、広さんも恵美子さんも訳がわかりません。それでも、1年前とは

全く状況が変わっています。どんな生活が始まるのかも予想がつかない中では、何やら詳しいこのケアマネジャーに頼るしかないのです。言われるがまま聞いていました。そして、ケアマネジャーは「自宅での介護は大変なこともあるでしょうが、頑張ってください。」そう言って病院を後にしました。恵美子さんには「頑張ってください。」という言葉がとても重く心の中に残りました。これからの自宅での生活は、大変だけれど、頑張らなくてはならないのか、そう思うと気持ちが重たくなったのです。

恵美子さんの心の準備が整う前に退院日が決まりました。病院のスタッフに見送られ、広さんと恵美子さんは仕事を休んで迎えにきてくれた長男の車に乗り一年ぶりの自宅へ帰りました。

自宅に入り居間のソファに座ると「父さん、懐かしいでしょ。」長男の一雄さんが弘さんに声をかけます。広さんは奇妙な表情をしています。そして急に立ち上がると玄関の方へ歩き出しました。

「父さん、どこへ行くの。」一雄さんが、広さんの腕を掴むと、それを強く振り払い険しい顔つきになりました。「うるさい。」そう言って外へ駆け出しました。広さんを追ってその手を掴まえると、広さんの口調は一段と強くなって「仕事だよ。仕事。」と言います。一雄さんが、なだめるよりは半ば、力づくで、広さんを家の中に連れて戻ります。一雄さんは自分の父親の様子にショックを受けてしまいました。この日から、広さんは自宅にいるという事が理解できない戸惑いに、昼夜を問わず家から出ていこうとしては、恵美子さんに止められ、すったもんだの挙句に家に連れ戻されるという状況です。恵美子さんは夜もゆっくり休めません。冬の北海道、外へ出て行って、家に戻れなくなればどこかで倒れ凍死することだってあり得ます。そんな心配に恵美子さんは心も体も休まる暇がありません。そんな中、初めて利用するショートスティの日がやってきました。ある程度恵美子さんに休養を、というケアマネジャーの計らいもあって、ショートスティの利用は1週間で組み

ていました。最初の2日間は恵美子さんも、疲れが出たのか、日中も夜もひたすら体を横にして休んでいました。3日目の事でした。利用中の施設から連絡が入りました。「広さんがすぐにどこかへ行ってしまおうとするので、施設でも安全に過ごしていただくのは難しい状況です。今回は初めての施設利用でもありますし、あまりご本人にも無理をかけるのもどうかと思うので、予定を切り上げお家で過ごしていただきたいと思うのです。」という内容でした。恵美子さんは、すぐにタクシーを呼び施設に行きました。

施設内では、広さんは車イスに座っていました。歩くことができる広さんが、何故車イスなのか、恵美子さんはしばらく不思議でした。施設の説明によると、広さんは昼も夜もどこかへ行こうとして歩きだす。本人の安全のためには車イスを利用していただく以外、方法はない、とのことでした。恵美子さんは、介護する人の疲労感痛いほど理解できました。施設職員の説明には反論できません。一方で、しっかりと歩くことができる広さんのことを思うと、車イスに座っている姿を見ていることは恵美子さんにとっては耐えがたいものでした。恵美子さんは、再び広さんと一緒にタクシーで自宅に戻りました。

施設の中で車イスに座ったままの広さんの姿を見ているのは辛かった恵美子さんですが、自宅に戻ると再び出歩く広さんを止めることには一日と身が持たない恵美子さんです。時には夜中に外へ出ていこうとする広さんを力いっぱい引っ張りベッドに連れ戻している途中に「何故わかってくれないの」という叫び声と共に手が挙がってしまうこともありました。妻に手を挙げられた広さんは肩を落とし泣き出すのです。そんな姿を見て恵美子さんも涙が出てきます。広さんに優しくできない自己嫌悪と、長く連れ添った広さんのこれまでとは違う姿に対する悲しみで押しつぶされそうになります。広さんがベッドに戻り再び眠りにつく朝方、恵美子さんは枕に顔をつけて声を押し殺して泣いていました。

朝は、ディサービスに送り出します。どんなに寝不足の朝でも恵美子さんは笑顔です。ディサービスの職員が「奥さん、大丈夫ですか。」と声をかけても「大丈夫です」と元気に答えます。ケアマネジャーが月に一度の訪問に来ても「大丈夫です。計画通りをお願いします。」そう言って、ケアマネジャーの立てる計画に同意をします。不満は全く表出されませんでした。けれども、恵美子さんには誰にも言えない深い悲しみが心の奥で溜まっています。ケアマネジャーに病院で言われた「自宅での介護を頑張ってください。」という言葉は恵美子さんが弱音を吐くことを許さなかったのです。介護という孤独との戦い。一人で過ごす時間には、涙が止めどなく流れてくることもありました。

恵美子さんが介護と戦っているある日のことでした。古くからの付き合いのある友人が恵美子さんのところにやってきて「自宅で介護をしている人が集まって、日頃の想いを自由に話し合える場所があるのだけれど、一緒に行ってみない」と誘ってくれたのです。恵美子さんは、その集まりがどんなところかよく理解できていませんでした。けれども、広さんとのこの二人の生活について誰かに話を聞いてもらいたい、という思いがありました。それは、ケアマネジャーや介護サービスを担当する人には言えない悩みでした。介護のことや、サービスに対する多少の愚痴めいたことを言ってしまうのではないかと、という不安があったのです。恵美子さんは友人と一緒に介護者の集うサロンに参加しました。

あなたの夢はなんですか。

その日、サロンに集まったのは6名の介護者でした。その中の一人が話を始めました。「ご家族の介護で日々頑張っておられる介護者の皆様、お疲れ様です。普段の想いを今日はここで思う存分、気がねなく話し合って明日が今日よりも身軽な日になりますように、限られた時間を大切にしましょう。」という言葉のあと、この集いのルールが説

明されました。恵美子さんはやや緊張しつつも、耳を傾けました。ルールは3つあります。一つ目は誰かが話を始めたら最後まで遮らずに聴く。二つ目は、発言者がアドバイスを求めた時以外はアドバイスをしない。三つ目は、この会で話したことは、今日この場限りのことであり他の場所や他の人に言いふらさない、という内容です。そして、説明していた人が自己紹介をしました。「私は、ケアマネジャーの〇〇です。皆様の日頃の想いを聴かせていただきたいと思いますのでよろしくお願いします。ケアマネジャーの立場ですので、もしも、介護保険サービスに対する疑問や質問は勿論、日頃お悩みになっていることがあれば一緒に考えさせていただきますと思います。」恵美子さんは、ケアマネジャーというその女性の顔をしみじみと眺めていました。「この人なら話をしても大丈夫かもしれない。」そんな気持ちになっていました。集いは、そのケアマネジャーの進行によって、参加している介護者が日頃の想いを話始めました。一人が話し終わると、誰が指図するわけでもなく話しが次の人へとつながれます。初めて参加した恵美子さんが話を始める時がきました。恵美子さんは、広さんが事故にあった話、一年間の入院生活の後、どんな生活がスタートするかもわからず、介護のサービスがどんなものかもわからず、ケアマネジャーが何をしてくれる人なのかもわからず、必死の介護を続けてようやく一年がたったと言います。まだまだ毎日が戦いです。ディサービスやショートステイに行ってくれると唯一自分の休息時間になります。毎日、外へ出ようとする広さんを止めては悲しくもなりイライラもするけれど、ショートステイでは、歩ける夫が車イスに座ったままでじっとしている姿を見ているとせつなくて仕方ない。それでも、介護のお世話にならなければ、自分一人では生活は続けられない。毎日が、悲しみの中です。仕方無いですが。そう話終わると、恵美子さんの目からは涙が溢れました。聴いていたその他の参加者も沈黙です。誰もが、恵美子さんの気持ちが自分のことのように理解できるから

こそ、安易な言葉など出ないのです。

「少し、お話してもよろしいでしょうか。」ケアマネジャーというその女性が話を始めようとしてしました。皆がケアマネジャーの方を向きました。「私は、ケアマネジャーです。皆さんの所にも、担当のケアマネジャーさんがいると思います。私たちの役割は、介護を必要としている方や、そのご家族の方が暮らし続けるために、生活上の困りごと、介護に関することを一緒に考えていく役割があります。困っている問題をどうやって乗り越えていくか、望む暮らしのためには何が必要か、一緒に考えていきます。介護が必要なご本人はもちろんのこと、その方を支えているご家族の方の悩みも一緒に考えていく役割があるのです。ケアマネジャーとして、皆さんがご自分たちの望む暮らしの実現のために、ご本人やご家族が最善の選択や決定ができるように、お役にたちたいと思っています。恵美子さん、ご主人が退院されてから、さまざまな戸惑いや苦しみの中これまで介護されて本当にお疲れ様でした。介護の大変さがわかるが故に施設での車イスに乗っているご主人のお姿を目にするのは苦しいことですね。そのお気持は、担当のケアマネジャーさんにお話したことはありますか。」恵美さんは、ケアマネジャーにはそのようなことは言えない。お世話になっている施設に何か気分を害しても、サービスを受けてもらえなくなると、自分も困るので今はまだ何も言いません。と答えました。そして「でも、今日はこうして今まで言えなかった想いを皆さんの前で話すことができるととても心がすっきりしました。また少し明日から頑張ろうと思います。皆さん、介護で毎日大変なのですね。私だけじゃない、と思えることができ安心しました。」そう話す恵美さんの表情は集いが始まった時より幾分明るい表情です。参加者はそれぞれに「またこうやってお話しましょうね。」と言葉を交わしていました。予定されていた集いの終了時間が近づいてきた頃、進行をしていたケアマネジャーが言いました。「今日は、日頃の想いを色々聴かせていただきましてありがた

うございました。最後に、皆さんの夢をお聞かせいただきたいと思います。介護があるから叶わない、ではない、もし叶うとしたらこんなことができたらいいな、という夢です。誰のためでもなく皆さん自身の夢です。」そう声をかけると、少しの間それぞれは考え込むようにしていました。その中で最初に表情が変わったのは恵美子さんでした。その表情を捉え、「恵美子さんの夢はなんですか」とケアマネジャーが尋ねました。「私は、主人が事故にあって入院していた一年。そして退院して介護を始めて一年。この間、受け入れ難い現実を前にしての悲しみと、それでも続けなくてはならない介護に無我夢中でした。自分のことなど考えることすらなかった。でも、今、思い出しました。あの日、主人が事故に合わなければ温泉旅行に行く予定でした。もし、叶うのなら、主人と温泉旅行に行きたいです。」そう話す恵美子さんの表情は生き生きしています。聴いていた人たちからも拍手が沸き起こりました。「きっと、その夢は実現できますよ。そのために、どうぞご主人の夢をケアマネジャーに伝えてみてください。温泉旅行ができるようにきっと良い知恵があると思いますよ。」そう言って集いは終了しました。

さて、その後広さんの担当ケアマネジャーが交代しました。新しいケアマネジャーは、じっくりと広さんと恵美子さんの話に耳を傾けてくれます。「広さんと奥さんの夢はなんですか。」あの時の女性ケアマネジャーと同じ質問をされました。恵美子さんはにっこり笑って言いました。「温泉旅行に行きたいです。今年はずは日帰り、来年は一泊で温泉旅行に行きたいです。」ケアマネジャーは、温泉旅行が可能になるように、何が必要か恵美子さんと一緒に考えました。時折「仕事」と言っただどこかへ歩き出そうとしてしまうため、恵美子さん一人の付き添いでは不安があるとの事です。そこで、恵美子さんに協力者を探すことにしました。協力者がいれば日帰り温泉旅行はそれ程難題ではないと考えました。あれこれ、話しをしながら広さん恵美子さんと古くから付き合いのある方

が協力を申し出てくれ、あっという間に、日帰り温泉旅行は実現されました。次は宿泊も兼ねた旅行が目標になっています。そして、二人が新婚旅行で訪れた観光地へ行く計画を立てました。駅の階段昇降や、舗装されていない観光地でもしっかりと歩けるように、広さんと恵美子さんは駅まで歩いたり、階段を上り下りしたり、時には畑の中を歩くなどして、体力作りをしていました。それが、広さんのケアプランなのです。

そして、今年の温泉旅行は・・・無事に楽しむことができました。そう、40年前、お二人が新婚旅行へ出かけたあの土地へ・・・

あなたの夢は、何ですか？

＊プライバシー保護の観点から事例は事実情報を加工しています。



＊長い冬が終わり、雪解けの頃、夫婦が汗水流して働いていた田んぼには、白鳥が飛来します。白鳥たちが羽を休めて再び飛び立っていく頃、広さんと恵美子さんも二人の夢に向かって活動開始です。

ケアマネの会った 家族たち

7

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～夫婦～

結婚記念日

「こんにちは。今日はいいお天気だね。」と病室に入ってきたのは、田村さんの奥さんです。田村さんは、入院生活7年目。奥さんは、週に2、3回、電車やバスを乗り継いで2時間以上かけて見舞いにやってきます。9月30日。肌寒い北海道の秋晴れの日でした。

田村さんは、寝たきり状態の体で、話しをすることも食べることもできません。できるのは、わずかに指先を動かすことと、まばたき位です。それでも、いつものように奥さんが病室に入ってくると、奥さんの方に目をむけます。奥さんが上着を脱ぎ手荷物を棚にしまうと何かを催促するようにじっと視線を送っています。

奥さんは、廊下に出て病棟の看護師に挨拶する

と車椅子に乗せて欲しいと頼みます。看護師と介護士が田村さんの元へやってくると、二人がかりでベッドからリクライニングの車いすへ移乗させてくれました。その後、奥さんは寒くないように、膝かけやマフラーを田村さんに巻きました。看護師が「田村さん、いいですね。奥さんが来るのを待っていましたもんね。お散歩行ってきました。」と言葉をかけます。

「今日はね、実は結婚記念日なの。忘れていたのだけれど、朝、娘が教えてくれてね。思い出したのよ。もう47年。いろいろあったけれど、結婚して47年もたつの。」奥さんはちょっと嬉しそうに看護師に話しました。「47年。すごい。あと3年で金婚式ですね。」看護師が言葉をかけると、「そうだね、あと3年頑張ってくれるかな。」とご主人の方を見た。田村さんは表情を変えずに車椅子に座って窓の外を見ていた。

その後、二人は広い病院内を車椅子で散歩し、屋上から見える札幌の景色を眺めた。言葉を発す

ることのできない田村さんの車椅子を押し、屋上では澄み渡る景色を眺めながら、奥さんは、田村さんに話しかけます。そして、持ってきたカセットから田村さんの好きな曲を流し、口ずさみます。入院生活7年目の田村さんご夫婦の今です。それは静かで穏やかな夫婦の時間です。「あと3年。どうかな、それまで一緒にいられるかな」奥さんは黙って景色を眺める田村さんの横顔をみつめた。

足跡

田村さんは、入院する前は奥さんとの二人暮らし。週2回のディケア利用は奥さんのレスパイトが目的でした。当時、咽頭癌の後遺症で嚥下機能が落ちていた田村さんは手術で気管切開をしていました。食事にも時間がかかり、食後の吸引などの処置も奥さんが行います。またパーキンソン病でもあり体の動きが思うようにならない田村さんの動作を一つ一つ介護していたのは奥さんです。それは、65歳近くなった奥さんにとっては疲れる毎日でもあります。60歳で定年退職した田村さんの自宅での介護を5年ほど奥さんが行っていました。時に壮絶でした。

時々訪れる娘たちが、発語不明瞭な田村さんの話に時間をかけて聴いていると、「本人、本人って、世話をしている者の言葉は誰も聴いてくれないの」と叫ぶこともありました。

今のお二人の姿からは想像ができませんが、田村さんご夫婦の歴史は決して楽しい思い出ばかりではないのです。長年の夫婦の葛藤が介護の中にも時には「対立」という形で現れることもありました。

田村さんは、高校の教員でした。そして同じ高校に代替教員としてやってきた奥さんと出会い結婚しました。やがて二人の娘が生まれ奥さんの教員生活も終了しましたが、小さな町では珍しく「バレエ」を子供たちに教えていた奥さんと、田村さ

んは意見のぶつかり合いが多くなりました。時代の先を行く奥さんと、古い考え方を持った田村さんとの戦いです。結婚後の生活を奥さんは語ります。

「あまりにも違い過ぎた。育った環境も、考え方も。考えの違いはとことんぶつかった。若かった勢いもあって、それは激しいぶつかり合いだった。子供が幼い時には離婚も考えたことがあったけれど、子どもが可哀想だという自分の価値観で離婚の選択はできなかった。でも、度々激しくぶつかっては、家を出たり入ったり繰り返しながら、生活は続いてきた。」と。夫婦が激しくぶつかりながらも、田村さんの家庭は続いた。そんな中、思ったより早くに次女が高校の途中から自宅を離れ生活することになったので、夫婦二人になる時期も想像よりは早くに迎えた。そして、次女が家を出た後は、夫婦のぶつかり合いも減っていったと言う。

激しさから静かな夫婦の時間

田村さんが、咽頭癌の宣告を受けたのは、50歳の頃だった。それから間もなく、パーキンソン病の診断もついた。まだ、教員をしながら通院が始まったが、パーキンソン病という診断を聞いて、いつかは寝たきりになってしまうのか、という思いも奥さんの中にはあった。けれども、今、ベッドの上で寝たきりで食べることも、話すこともできず、いつも何かを思い、涙を流している、こんな状態になるとはその時は勿論想像はできなかった。少しずつ介護の量が増えていった時にも、夫婦喧嘩もしながら、介護は自分が担うのは当然のことだと思っていた。どんなに激しくぶつかり合った相手でも、病気を前に無力になった状態では手を貸していくしかないと思った。それは昔、祖父母や親の代ではそうやって、老いたり弱ったりしていく家族を家で看たり、看とったりしていた

時代を見ていたからだと言います。最期の時を迎えるまで、残った者が看ていた時代の価値観なのでしょう。

今、奥さんが田村さんの元へ見舞いにやってきた時には、田村さんが長年教員生活をしてきた中での思い出話がされます。田村さんにとっての思い出は、教員時代、生徒や同僚教員との出来事です。古いアルバムを見せると、写真をじっと眺め、その時々エピソードを奥さんが話すと、田村さんの表情はふっと緩み、笑顔になります。夫婦が共有できる楽しかった思い出は、教員とその妻の思い出なのです。

奥さんはこう語ります。たくさんぶつかって戦ってきた相手が病気になってしまった。今、考えると言うべきことを言い合ったから、今は過去に抱いた相手への‘憎しみ’みたいな感情は一切なくなった。今は、面白かった、楽しかった昔話をして、にこりとした笑顔を見られることが大事だと思っています。

何も言葉を発しない夫に対し、切ないのだろうか、悲しいのだろうか、心の中で泣いているのだろうか、言いたいことが言えないのはどれほど辛いことだろうと胸が苦しくなるというのは、かつて互いの想いをさらけ出しぶつかりあって、わかりあった今があるからでしょう。

今は週に2、3回2時間以上もかけて見舞に通う奥さんだが、田村さんが入院して3年程たった頃です。「どんな状態でも、寝たきりでもいいから、一緒にいて欲しかった。一人になるのは嫌だ」と思ふ時期があった。」と話します。そう思った頃には病院への見舞いの足も遠のいてしまい、しばらく家で一人きりの時間を過ごしていたそうです。心配してくれたきょうだいが、旅行に誘ってくれました。けれども、「誰かと一緒になければ歩けなくなってしまうのは嫌だ。」と思った奥さんは、このままではダメだと思い一人で外国旅行に出かけました。その事で、気持ちが一転でき、「明るい気

持ちで病院に見舞いに行こう。自分が行けるうちは病院に行って笑顔の時間を作ろう。」そんな風に思えるようになったそうです。

今、田村さんの奥さんは、孫に教えてもらった携帯メールできょうだいや娘とのやりとりができるようになり、声をかけてくれる人の誘いに従って、フォークダンスや歌声サークルへの参加もしています。「私が元気なうちはこんな生き方だと思う。自分自身が元気でいなければ見舞いにも行けない。無理はしないで、できるうちは、今の形を続けていきたいと思う。」と奥さんは話します。

「夫婦」時々「両親」

奥さんから夫婦の思い出話を2時間ほど聞きながら、話される内容が夫婦の若いころの戦い(夫婦喧嘩)や、教員をしていた田村さんとそれに協力する奥さんの話が大半をしめていました。お二人には二人の娘がいるのです。娘たちの話はあまり出てきません。

「家族の思い出と言ったらどんなことが浮かびますか。」と質問してみました。すると、少し考えながら奥さんは話しました。

家族の思い出。それは、車の免許を遅くにとった田村さんが、車を購入してから、道内の温泉巡りに行ったこと。二人の娘が、その時々大きな問題にぶつかった時には、例え夫婦が冷戦状態に陥っていた時にも、休戦し娘のために力を合わせたこと、そんな思い出が家族の思い出としてあっさりと言られるのです。あまりにも、家族全体の思い出の薄さに、夫婦の壮絶バトルは娘たちにはどう映っていたのだろうか投げかけてみました。

「子供たちは、あんな家庭では嫌だったと思うけれど、今はどうしようもないし。子供には嫌な思いをさせてしまったけれど、生きるって大変な事で、それをありのままに見せてしまっていたと思う。憎しみをぶつけ合ったこともあったけれど、

今は全くその感情はないし、面白い人生だったと
感じています。」

「夫婦」とは何か、奥さんは話します。「自分の
考えを話し合い、ぶつかってもいいから納得する
まで話をして、十分納得できたら、最期まで共に
歩いていく。話合いを徹底的にできたからこれま
で一緒にいられたし、自分の人生には納得してい
ます。それが「夫婦」ということかな。」と。

田村さん夫婦は、結婚して子どもが生まれても、
「夫婦」という関係はずっと続いていて、そんな
二人に、娘たちが時々体を張って何かの行動を起
こしていたのだと思います。娘たちが何か問題を
発信した時、「夫婦」の関係を休戦し「親」として
共に力を合わせたのでしょう。配分としては「夫
婦時々親」だったような気がします。

ケアマネの卵として初めて出会った夫婦

田村さんは、私が介護支援専門員実務講習受講
試験に合格し、実務講習の際に、介護認定調査や
アセスメント、ケアプラン作成の演習のための‘モ
デル’としてお願いし協力してもらいました。当
時の田村さんは、少しずつ弱って体の自由も奪わ
れていく状態の中でした。かすれた声と筆談で会
話をしました。これから、ケアマネジャーになる
私には「利用者の話を、最後までゆっくり聴いて
やりなさい。はやとちりして解釈しないように、
話しが終わるまでしっかり聴くこと。」と言いま
した。その言葉は今でも私の心に残っています。

奥さんに今回の「夫婦」をテーマにインタビュ
ーした時には、実に多弁に語る夫婦の思い出と比
べ、娘たちの話題の少なさに寂しさを感じました。
話を聞きながら、「そうか、ずっと夫婦だったんだ。
親ではなく夫婦として歩んできた二人だったん
だ。」と感じました。

話を聞きながら、語られる思い出の中に自分た
ちが登場しないことに、幼かった頃、抱いていた

気持ちがもう一度蘇りました。「私は寂しかったよ。
仲のよい両親の下で育ちたかったよ。ずっと寂し
かったよ。」

田村さんと奥さんは、私の両親です。それでも、
私の言葉に「でも、仕方なかったよ。」という母。
そして、改めて、母と私は長いこと、がちゃがち
ゃしていた当時の家庭を思い起こしました。私の
記憶には、父と母はいつも戦争だった。一度だけ、
私の給食のメニューが、パンとお汁粉とハムだっ
たという話を私が寝ている枕もとで二人が話して
いて、「学校はずい分おかしいメニューを出すもの
だ」と笑っている会話を記憶している。幼い私が
記憶している両親の笑い声はそれだけだ。

今、父には言葉も、体を動かす自由はない。そ
の代わり、夫婦には穏やかな時間がある。

「あんなに、激しい人生を歩んだ二人が今は嘘
のような穏やかな時間を過ごせて、二人は幸せだ
ね。」とやや皮肉めいて母に言ってみた。すると、
間髪を入れず、「うん。幸せだったね。」とあっけ
らかんとした母の一言。

笑った。そして、今、この原稿を書きながら私
は大切なことを思い出した。私はその生い立ちゆ
えに苦しい思いをたくさんしてきた。今でも、悲
しさや寂しさを手放せずにいる内なる子供を抱え
ている。けれど、幼かった私の願いはただ一つ。

「両親に仲良くしてもらいたい。」今、あの頃の私
の願いは叶っているのだ。

寝たきりになってしまった父の残された時間が、
夫婦にとって穏やかで楽しくありますように、今、
娘として願っています。

ケアマネの卵として初めて出会った、田村さん
ご夫婦の物語でした。

ケアマネの会った 家族たち

8

～家族理解と家族支援～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～自分でデザインする～

私たちは、日々の暮らしの中で、小さなことから大きなことまで、選択と決定の繰り返しです。そして、自分で決めたことに、ある時は後悔をすることもあるでしょう。そんな悔しい思いも含めて人生という長い道のりを歩いていくことで「自分らしさ」というものが出来上がるのかもしれませんが。そして、人はどんな状態になっても、できる限り、自分のことは自分で考え、迷ったとしても自分で選択し決定していく力も備わっているのでしょう。そこには、できることなら、誰かに頼り遠慮しながらの生活ではなく、少しぐらい不便や不自由があっても、自分の力で生きていきたいという思いも当然ながらあるのだと思います。

自分の生き方を自分でデザインする。そこに生きている意味や価値が生まれるのでしょうか。そう

やって、自分で選び決定した生き方をほかの誰かに何か言われる必要もないのだろうと思います。

～福ちゃんと一緒に～

茂さんは87歳です。末期癌で予後は3か月程度。春までその命は続くかどうか、と医師から説明を受けたのは、雪が降り積もり始めた12月でした。そうであれば、残り時間は住み慣れた自宅に戻りたい、という強い気持ちで奥さんの待つ自宅へ退院しました。高齢夫婦の二人暮らし。今後の病状経過はどうなることか、心配なこともあろうかと、退院前に病院の医療ソーシャルワーカーから、茂さんの地域のケアマネジャーへ連絡が入っていました。

連絡を受けたケアマネジャーは、「退院前の調整など不要」と早急に自宅へ戻ってしまった茂さん

の自宅へ訪問しました。

茂さんの病状は落ち着いています。体の痛みもなく穏やかに過ごせているようです。けれども、また症状が悪化することは十分予測できることでした。ケアマネジャーは、茂さんと奥さんのチョさんに現在の生活で不安なことや困りごと、解消したいことなどを確認します。茂さんからは「特に困ることはない。強いて言えば、布団を敷いて寝ているけれど、起き上がるのも立ち上がるのもとても辛いから、病院のベッドのようなものがあるといいな。」と話されました。介護保険では、特殊寝台の利用が可能です。その説明をするとすぐに利用の希望がありました。そして、退院時に勧められていた、訪問看護の利用についても説明をしましたが、こちらについては「看護師さんに来てもらっても、特にしてもらえないから必要ないな。家のことも、ばあさん（チョさん）がいるから困らないし。ベッドだけ貸してもらえばそれでいいよ。」と話されました。ケアマネジャーは、いずれサービスの利用は増えるだろうけれど、現時点では、茂さんが考えイメージしている生活を送っていただこうと、サービス利用はベッドレンタルのみで支援計画をたてました。けれども、家事全般をこなしながら、茂さんの入浴の介助や通院の介助をチョさんが一人で行うことには、チョさんの負担も大きいのではないかということも、今後の要検討事項としていました。

さて、茂さんの生活は年越しを迎える前に急激な悪化を見せました。夜中に状態の悪化があつて救急搬送されては病院で一時的な治療をして自宅に戻る、ということが短期間に何度も繰り返されました。その度に、自宅での療養には訪問看護が望ましいことを医師から説明されても茂さんはそれを望みませんでした。「あのね、あんた達は、すぐにあのサービスを使え、このサービスを使えっていうけどね、人の世話になることがどれだけ辛いことかわかるかい？人の世話になるということ

は、ある面で自分を抑えなくちゃいけないんだ。もうこの年だからね、死んでもいいんだよ。どうせ死ぬなら、家で死にたいし、よそ様の世話になって、自分の家にも窮屈な思いで死んでいくのはごめんだよ。心配してくれるのはわかるけど、こんな風に調子悪くなることを繰り返しながら、死んでいくことにも覚悟はできているよ。」茂さんは静かに話しました。チョさんは黙って聴いています。特に茂さんの発言に反論することはありませんが、その表情は疲れが滲んでいます。

ケアマネジャーが、時々時間を変えて夫婦の元へ訪問を続けていたある日のことでした。珍しく夕方遅い時間に訪問してみたのです。丁度、チョさんが夕飯の支度を終える午後6時ころです。一日の疲れが出るころだろうと思って訪問しました。すると、既に食卓に座って食事をするところでした。そして、そこには夫婦の他に、初老と言ってもいいような男性が座って一緒に食事をしようとしていました。

「こんばんは。お食事時にすみません。お客様もいらしたのですね。タイミングが悪いようですので、また改めて伺いますね。」と言って玄関先で失礼しようとしたのですが、いつになく機嫌も体調も良い茂さんが言いました。「ろくなものはないが、ばあさんの漬物があるから、ちょっと食べていきなさい。旨いから。」と手招きしてくれました。ケアマネジャーは、この夕食時に親しげに食卓を囲む初老の男性のことや、食卓にどのようなものが並んでいるのかも気になって、勧められるまま同じテーブルにつきました。それは、野菜が中心の懐かしい和食が並んだ食卓です。

「お客様がいらしているのに、お邪魔してすみません。でも、野菜がたくさん並んでいるお食事ですね。とても美味しそうです。」と言うと、茂さんは言いました。

「これは、夏にうちの畑で作った野菜だよ。それからね、これは、福ちゃん。お客じゃなくて、

家にいるんだよ、一緒に。」と言った。ケアマネジャーは不思議でした。茂さんは夫婦二人暮らしと聞いていたし、今までこの福ちゃんという人には会ったこともありません。福ちゃんというその人は、食事を終えると、「ごちそうさま」と言ってその場を離れ二階へと階段を上っていった。チヨさんは、福ちゃんが二階へ上がったことを確認するとおもむろに話し出しました。

「あの子はね、まあ、あの子って言ってももう65になるんですけれどね。15の時から家で預かっているんですよ。あの子の家が子沢山でね。昔で言うと‘口減らし’に家へ預けたんです。だけど、あの子は学校へ行っても読み書きはできないし、言葉も話さないから友達もできないし、小学校は3年生くらいまでしか通っていなかったですよ。それでも、家は農家だから、なんだかんだと、父さんが一緒に動きながら働きましたよ。そしたらね、福ちゃんは自分で考えて仕事することはできないけれど、言われたことは実にきちんとできる子でね。教え方さえきちんとしていれば、見よう見まねで畑の仕事はすぐに覚えたのですよ。だから、あの15歳の時に家に来てから、そう10年くらい前かな？農家を辞める時まで、父さんと福ちゃんと一緒に仕事をしていましたよ。」と教えてくれました。

「では、今はどうなさっているのですか？」ケアマネジャーが尋ねました。今度は、茂さんが答えます。

「今はね、近所の私の知り合いの工場で、日中は雑用をさせてもらっているよ。夕方仕事を終えて帰ってくる。体が丈夫だから、何か仕事をさせておいた方がいいみたいだからね。」

ケアマネジャーは、夫婦が長年の時を、福ちゃんと過ごしてきたことを、今、初めて知りました。そして、なぜこれまで福ちゃん存在は知らされなかったのだろうと考えてみました。もしかすると、福ちゃんの個性は、当時の世の中に受け入れ

られるのは難しく、そんな世の中から福ちゃんを守るかのようにあまり知られないように過ごしてきたのかもしれませんが。

茂さんの状態は少しずつ良からぬ方へ変化していきました。ベッドから起き上がることも少なくなりました。入浴や、トイレへ移動することが随分と体の負担となり、また付き添う奥さんの負担にもなってきました。

ケアマネジャーは、サービスの提案をしますが、やはり最初の頃と同じように茂さんはサービス利用を受け入れませんでした。「このままでは、奥さんも体を壊してしまうかもしれません。茂さん、どなたに力を貸してもらうことが、茂さんにとって気持ちの負担が少ないでしょうか？」と確認しました。すると、茂さんは「福ちゃんだ。福ちゃんなら、力もあるし、気心が知れている。自分の子供のようなからね。」と言った。

ケアマネジャーは、福ちゃんにも茂さんの介護を担ってもらうことを提案しました。チヨさんとケアマネジャーとで、福ちゃんに入浴介助の方法や、移動介助の方法を伝えました。福ちゃんは、言われた通り手順を覚え、体の丈夫な男性としてすぐにチヨさんのしていた介護を担えるようになったのです。チヨさんは、そんな福ちゃんを心強く感じていました。茂さんも、ベッドサイドへ福ちゃんをよく呼び寄せるようになりました。

気がつけば春も過ぎ6月、初夏です。茂さんは、今では、歩くときには福ちゃんに片側をしっかりと支えられなければ歩けないほどに足も弱ってしまいました。けれども、部屋の窓から見える畑を眺めるのが楽しみです。日中は、窓から畑仕事をしている福ちゃんの姿を目で追いながら、自分が傍にいらなくても、畑仕事だけは福ちゃんが一人でできるようになったことを、自慢していました。

ある日のことでした。天気の良いその日、チヨさんは近所まで用事を足しに出かけました。茂さんは、福ちゃんを呼び寄せ、自分を畑に連れてい

くように言いました。福ちゃんは、茂さんをしっかりと支え畑に出ました。茂さんは、イチゴの植わっているところまで、福ちゃんとゆっくり歩きました。そして、地べたに腰を下ろすと、きれいに実のついたイチゴを一つづ一つづ丁寧に摘み取りました。

「福ちゃん、この、かごいっぱいイチゴをとるから、ばあさんに食べさせてやってくれな。ばあさんは、イチゴが好きだから。」そう言ってすぐに、かごはイチゴでいっぱいになりました。茂さんは、福ちゃんにイチゴの入ったかごを家の中に持っていくように言いつけました。それを家に置いてから自分の元へ戻ってきてくれるように頼むと、福ちゃんの姿が見えなくなりました。そして、ゆっくりと自分で立ちあがろうとしました。茂さんが、ようやく立ち上がると、2, 3歩足を踏み出したところで、倒れてしまいました。

福ちゃんが、畑に戻ってくると、倒れている茂さんを見つけ「おいちゃん、おいちゃん！」と大声で叫びます。けれども、茂さんは返事をしません。そこへ、帰宅したチヨさんが慌てて駆け寄りますが、応答のない茂さん。救急車が来ると、病院へ運ばれた茂さんは、もう戻らない人となってしまいました。茂さんは、転んだ際に頭を強く打ったことが原因だったようです。

余命は春まで、と言われた茂さんが、夏を迎えることができました。そして、その最期は、奥さんが大好きなイチゴを摘んで終わりました。奥さんは、「父さんは幸せでした。私も、父さんが摘んでくれたイチゴを食べることができました。あのね、福ちゃんは、家に来てからずっと、食卓と自分の二階の部屋の往復でね、私たちの居間や父さんの部屋に出入りすることはなかったんですよ。なんとなく、福ちゃんをよそ様に見られることを避けていたのかもしれませんが。今になっては、福ちゃんには申し訳ない思いもありますよ。それがね、最後はこうやって、本当の親子みたいに、一

緒にお風呂に入り、朝も晩も、父さんが歩くときには、福ちゃんが傍にいてくれた。本当の子供の世話になっているみたいで、気が楽だ、と何度も父さんは言っていました。福ちゃんを預かってよかったとも言っていました。ケアマネジャーさんは、心配してくれてよく相談に乗ってくれましたけどね、やっぱり、自分たちの生活は自分たちでできるって案外大事だと思うんですよ。よそ様のお世話になるのも、ゆるくない。周りの人はどう思ったかわかりませんが、私は、父さんは幸せに天国へ行ったと思っています。」チヨさんは、涙をこぼしながら満足げに語ってくれました。

茂さんの亡くなったあとの福ちゃんは、あの頃と同じように、茂さんの知人の工場を手伝いに毎朝でかけて夕方帰ってきます。そして、玄関から自分の二階の部屋へ直行する習慣はなくなり、帰宅すると、必ず茂さんの遺影に「ただいま」と声をかけて食卓に座るのでした。

茂さんが自宅で最期の時を迎えるまでの数カ月は、病状が不安定な日々でした。それでも、病院でもなくサービスを利用するのでもなく、長く時間を共にした家族と一緒に生活することを望んで、その願いが叶ったように思います。ケアマネジャーが介護保険サービスを使ってできることなど、高が知れている。長く続いている、共有する時間の持つ大きな力を感じた、茂さん家族の物語でした。

＊プライバシー保護の観点から、事例は事実情報を加工しています。

ケアマネの会った 家族たち

9

～家族理解と家族支援～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～「波風立てずに・・・」～

相談援助の場面では、利用者さんや家族の話はありのままに受容しなくてはなりません。けれども、利用者さんや家族の話を聞きながら、「どうも変だな。」と腑に落ちない時も正直なところあります。テレビのホームドラマを観ているような、なんとなく整いすぎている家族。本音が隠された展開になっている話の進み具合。そういう場面に出くわすと、少々対応の仕方に工夫がいるなど感じます。

特に、ケアマネジャーのところに相談に来られるのは、介護が必要となったご本人というより、介護をしているご家族や、独居高齢者を心配して相談機関に訪れる地域住民などの場合も珍しくありません。そうすると、実際にご本人にお会いする時に、どんな理由（目的）で面談するか、本人へどのように説明したら良いか考えます。相談に来た方々は、なるべく、穏便にことが進むといいな、余計な勘繰りをされずに、思うようなサービ

スにつながって、介護者や周囲の人が安心する方向に持っていけたらいいな、という本心もストレートにケアマネジャーに要求することもしばしばです。この「穏便に」というのがくせものです。

家族が介護を担う場合、あるいは、独居高齢者の周囲で見守る近隣住民。介護の度合い（要介護度）よりも、それまでの家族間や近隣住民との関係性が、介護負担や心配ごとに大きく影響しているなど感じます。これまで、それぞれの歴史の中で様々なやり取りがなされての「今」がある。と考えると、改めて意見の食い違いで人間関係の中に波風を立てたくないと思う気持ちもわからなくはないのですが、そんな事なかれ主義的な物事の進め方が、人間関係をさらに脆弱にしていくのではないかとも思うのです。

時には、本音で気持ちをさらけ出してみる。多少のぶつかり合いはあったとしても、それぞれの考えや思いをお互いの耳で、心で聴いておく、というのは後々悪いことではないように感じます。

むしろ、気持ちを明らかにしておくことで、「誰にもわかってもらえない。」などと意個地にならなくて済むかもしれません。

～向き合う～

90歳のトキさんの長男である、正夫さんから、介護のことで相談があるとの連絡を受け、ケアマネジャーが初めてトキさんの自宅へ訪問しました。トキさんは、長男夫婦と同居していますが、3年前にご主人を亡くし、今は自宅から外出することもなく、家で静かに過ごしているとのこと。正夫さんと妻里美さんが心配するには、トキさんが家にこもりきりなので、だんだんと物忘れも出始めており、このままどんどん体が悪くならないか、という事でした。近所の人の勧めもあって、ディサービスにトキさんを通わせることがいいのではないか、というサービス利用の希望です。一方、トキさんは、正夫さん夫婦と同居しながらも自室があり、好きなように一日を過ごしています。テレビを見たり、本を読んだり。時々庭に出て草花の手入れもするとのこと。90歳という年齢になり、今までのように機敏な動きはできないけれど、家事は里美さんに任せ、身の回りのことはなんとか自分でできている。改めて体調不良もなく、健康状態には満足しています。「もう90だから、それこそ、いつ病気になってもいいし、死んでもいいのですよ。」と話されます。そして、正夫さん夫婦が勧める、ディサービスについては、「今更どこかに出かけて行って、ワイワイ・ガヤガヤしなくても十分です。家にいて好きなように過ごしたいです。」とはっきりと意思表示されました。

ディサービス

ディサービスに通って欲しい長男夫婦と、どこへも行きたくない本人の意向は真っ向から対立します。初回の訪問でもあり、サービスだけを無理に勧めていくわけにはいきません。日ごろの生活状況のアセスメントをしてから、次回は1週間後に訪問させていただくこととしました。長男夫婦

には、家族内で、サービス利用について話してみてください、と声をかけます。そうは言っても、もしかすると、本人と長男夫婦の話し合いはされないのではないか、なんとなくそんな予感がありました。

初回訪問の2日後のことでした。朝早くに、里美さんから電話がありました。電話口では「もう、介護が大変で私の体がダメになってしまいます。なんとか、ディサービスに通わせてもらえませんか。」と涙ながらの訴えです。先日、ケアマネジャーが訪問した後に、家族内でディサービスの利用について何か話し合いはしましたか、と尋ねると「お義母さんは、私の言う事はきかないので、話をしても無駄なんです。」と返答がありました。ディサービスを利用するにしても、ご本人の気持ちも向かなければ、無理やり連れていくわけにもいかなないので、一度ご本人と、長男夫婦と、ケアマネジャーで話し合いをしましょうと伝え、予定されていた日から幾日か早めて訪問することにしました。

話し合い

ケアマネジャーの2回目の訪問です。まず、長男夫婦が日中を過ごす居間で、長男夫婦、トキさん、ケアマネジャーで話合いました。「正夫さんご夫婦は、トキさんにディサービスの利用を勧められています、トキさんは、ディサービスには通いたくないようです。それぞれのお気持ちをここで、お話していただけないですか？」と問いかけました。すると、間髪を入れずに、里美さんが言葉を発します。それは、最近家の中に閉じこもりがちになったトキさんの健康への心配ではありませんでした。里美さんが、この農家の家に嫁いできた時から現在に至るまで、農家の仕事や大舅、大姑などのお世話、そして子育てなど休む間もなく仕事をしてきたこと。トキさん夫婦は60歳を過ぎるとすぐに隠居生活を始め、好きなことをして過ごしてきた。今、自分たちが60歳を過ぎて体の疲れもある中で、トキさんのお世話があるから、

好きなこともできずに、毎日が過ぎていくことに、精神的にも肉体的にも本当につらい状況だと訴えます。夫である、正夫さんの表情は至って冷静です。これまでも、里美さんから何度も相談されていたのでしょう。特に妻の強い訴えに驚く事もなく、口を出すこともなく黙って聞いていました。すると、やや不満げな表情のトキさんが、強い口調で言いました。「あんた（里美さん）は、私のことが邪魔なのだね。私がどこかに行けばいいと思っているのだね。私が邪魔であれば、どこへでも好きなところへやってくれ。」吐き捨てるように言い放しました。里美さんは、トキさんの言葉を受けて「お義母さんは、私がすることはなんでも当たり前だと思っている。私はもう若くないから、疲れるし今までのようにはできない。少く休みの時間が欲しいです。お義母さんを邪魔にしているわけではありません。介護のサービスを使って少しでも協力してもらいたかったです。」と言いました。里美さんの目から涙がこぼれます。一通り、お二人（トキさんと里美さん）のやり取りが終わったので、ケアマネジャーは「では、どうしましょうか。」と二人の顔をみながら問いかけました。里美さんは、言いたいことは全部言った、という表情でトキさんを見つめています。トキさんはケアマネジャーに遠慮するように口を開きました。「すみませんね。家族の恥をさらしてしまって。私は、本当はどこへも行きたくないけれど、里美さんが行けというなら、仕方ないので、ディサービスというところに行ってみます。なんだかんだ言っても、今は里美さんのお世話になっているし、私がわがまま言うわけにもいけませんから。我慢します。」唇をかみしめ、湧きあがる涙をこらえながらの言葉でした。

別室で

「では、ディサービスのことも含めて、トキさんとお話したいので、今度は、トキさんと二人でお話させて欲しいと思いますので、トキさんのお部屋にお邪魔させてください。」そう言って、ケアマ

ネジャーとトキさんは、二人でトキさんの部屋に移りました。

トキさんは自分の部屋に入り、いつもの椅子に腰かけると、ハンカチで目頭を押さえました。こらえきれない涙がこぼれ落ちます。しばらく沈黙の時間が流れます。

「トキさん、本当はディサービスなどには行きたくない。でも、トキさんが折れなければ、ここでの生活は続かない、そんな風に思っている言葉だったのですか。」ケアマネジャーが問いかけると「里美さんには世話になっているからね。確かに、私は早くから隠居生活をさせてもらってラクをさせてもらっている。今は、返す言葉もないよ。でもね、息子は優しくしてくれるし、私はできることなら、この家にずっと居たいと思っています。だから、里美さんとは仲良くやっていかないとダメなこともわかっています。よく知らないところですけれど、ディサービスに行ってみます。」涙ながらにそう話しました。ケアマネジャーは「トキさんが、本当はディサービスには行きたくないということ。自宅ですべて暮らしたいと思っていること。里美さんとも仲良くやっていくために、自分の気持ちに折り合いをつけたこと。私は、そのことをはっきりと覚えておきます。無念な気持ちも、悔しい気持ちも、私には届いています。」そう声をかけると、トキさんは「よろしくお願いします。」と言って涙をぬぐいました。

利用

それから、ディサービスを利用するトキさんが少しでも楽しく過ごせるように、これまでの楽しみなどをお聞きしました。数か所あるディサービスで、トキさんの知っている方がいるところを選びました。ディサービスの職員が事前面接に来た時には、トキさんのお部屋で、これまでの家族とのやり取りも説明し、必ずしも、喜んでサービスに通う気持ちにはないことも伝えました。サービス利用のきっかけは、決して納得いく流れではありませんでした。でも、家族が仲良くして暮らし

続けられる為の方法をトキさんは自ら選びました。ケアマネジャーとケアチームスタッフは、そんなトキさんの気持ちを支えることにしました。

ディサービスに通い始めたトキさんに、職員も配慮を重ね、趣味や仲間たちとのおしゃべり、家での様子などを声かけしながら楽しんでサービスを利用してもらう時間を作りました。トキさんにとって、初めは抵抗があったディサービスも、人との触れ合いや、活動が楽しみに変わっていくことにそう時間はかかりませんでした。やがて、自分からディサービスに通う回数を増やしたい、という話になり、週に数回のディサービスははりきって参加できるようになりました。毎月のケアマネジャーの訪問では、長男夫婦とトキさんが別々に面談をしていましたが、いつの頃からか、同じ部屋で会話を交わすことができるようになりました。長男正夫さんが、「行きたくないと嫌がっていたけど、今は楽しく通えるし元気になった。無理矢理でも行かせて良かった」と恩着せがましく話すとトキさんは、「若いもの言う事を聞かないと、家を追い出されるからね。」と冗談交じりに言葉を返します。何事もないように、穏便にすませたかった、トキさんと長男夫婦の物事の決め方が変わったのはこの出来事の後からでした。何か新しい対応が必要となった時には、トキさんと長男夫婦が別々に考えをケアマネジャーに訴えるのではなく、それぞれが思いを明らかにして、互いの主張に折り合いをつけることができるようになっていきました。その都度、満足度60パーセントと言ったところでしょうか。不満の40パーセントは、ケアマネジャーやサービススタッフがしっかりと認識しておきました。

穏便に

初めの頃、長男夫婦は、出来るだけ、トキさんとのやり取りなしに、事を穏便に運びたい気持ちもありました。けれども、そう上手くはいきません。ストレスの多い場面ではありましたが、心を開いて思いを明らかにしておく。物事は全てが納

得の上で進んでいるわけではないということを、双方が理解しておくことが必要だったのでしょう。険悪なやり取りの場面では、ケアマネジャーとしては、同席することも辛くなり、しばしば、その状況を早めに切り上げてしまいたくなることもあります。けれども、ケアマネジャーが居心地の悪さに付き合うのは、ほんのわずかな時間です。大抵の家族は、そんな居心地の悪さを何度も繰り返していかなくてはならないのです。吐き出したい、伝えたい言葉さえ、呑み込んで心の中にストレスとして残していく。ケアマネジャーは、誰かの味方ではなく、誰もの味方でありたい。そう考えると、居心地の悪い場面であったとしても、しっかりその場に付き合っ、向き合っ、それぞれの思いをありのままに受け止めることが役割だと思います。長男夫婦がケアマネジャーに求めていたのは、ディサービスにつなげる事ではなかったと思います。自分たちの長年抱えてきた母親との関係における葛藤への理解です。トキさんもまた、自宅で過ごしたいという願いを継続できるための支援をケアマネジャーに期待していたのだと思います。最も、トキさんは自分の中でどうすれば長男夫婦とうまくやっていくことができるのか、長年の知恵で落とし所を知っていたようですが・・・

60%満足

人生は、なかなか思うようにはいかないものです。理不尽なことも背負いながら、生きていくしかない時もあります。そんな時、悲しみや悔しい気持ちと一緒に歩んでいることを、「誰にもわかってもらえない」ではなく、「あの人は私の気持ちを分かってくれている。」そう思えたら、その後の歩みは少しだけ、ほんの少しだけ軽くなるかもしれません。ケアマネジャーが「あの人」になれると、本人も家族も満足度60パーセント不満度40パーセントでも、なんとかやっていけるのかもしれない。

＊プライバシー保護の観点から、事例は事実情報を加工しています。

ケアマネの出会った 家族たち

1 0

～家族理解と家族支援～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～家族のかたち～

ケアマネの仕事を始めて、実に多くの高齢者とその家族に出会いました。担当した利用者はこれまで、100人ほどになります。当然それだけの家族にも出会いました。そして、ケアマネとして「介護」という課題を通して家族との関係作りも様々でした。

介護の問題さえ解決できればうまく生活が続く場合には、家族の事情に深く入り込むこともなく支援が進むケース。反対に、介護の問題というよりは、長年の家族関係が「介護」の問題を大きく重くしているケース。その状態をなんとかしたい、ということで、ケアマネが家族の关系到深く関わりや支援を展開していくケース。或いは、客観的に家族を捉えた時に、「大丈夫かな。もう少し何とかならないかな。」と思いつつも、家族が問題意識を持っていないので深い介入もできない事例などがありました。

家族の形は様々です。「これが、正解。これが、

家族のあるべき姿」と規定することはできません。まわりから、どのように映ろうとも、家族が自分たちの在り方をよしとしているならば、それでよし。第三者がごちゃごちゃいう必要はないのです。

今回は、もう少しなんとかならないかな、とケアマネが感じながら、なかなか介入の糸口がつかめず時間が経過してしまった家族の話です。当然よからぬ状況も発生してしまいましたが、時間経過の中で家族が「こうありたい」という生活像を思い描いた時、その家族の持っている力が発揮されました。

連絡が取れない？

87歳のタマヨさんは、10年前に夫を亡くし一人暮らしをしていましたが、最近は年のせいもあり、家事もままならなくなりました。隣町から、長男夫婦を頼って、夫婦と孫との5人暮らしが始まったのは、3年前でした。隣町、と言っても初めてきたこの土地には知り合いもいません。息子

夫婦は、日中はそれぞれ仕事にでかけています。孫たちも学校です。一人で家の中で過ごしていることを気にかけてくれた近所の方が、ディサービスの話をしてくれました。早速、要介護認定を受けると、どうやらディサービスに通うことができることになりました。タマヨさんは、週に1回ディサービスに通うこととなりました。84歳でした。年齢相応の物忘れはありましたが、自分の意思も伝えることができ、ケアマネはタマヨさんのやりとりに苦勞もなく、ケアプランの作成やサービス利用については、タマヨさんの意思を尊重する形で支援が続いていました。

息子夫婦は、仕事でいつも夜の7時過ぎに帰宅。朝食はそろって食べるが、昼食はタマヨさんは自分で冷蔵庫にあるものを出して食べます。夜は、夫婦が帰宅後、少し遅めの時間に一家がそろって食事をするとはいいます。タマヨさんの話を聞いていると、どうも、長男の妻との折り合いが悪いようです。それでも、息子や孫のことは、笑みを浮かべ話をしてくれます。ケアマネは、1年支援を続ける中で、息子夫婦に会うことはありませんでした。

ディサービスの利用にも慣れ、楽しく週1回のサービス利用ができるようになった頃、たて続けにサービスを休むことがありました。

心配して訪問してみると、タマヨさんは、一人で自分の部屋で寝込んでいます。「最近調子が悪くてね。起きているのもつらいから、もうディサービスには通えないと思う。」と話します。息子夫婦はいつものように仕事にでかけたといっています。ベッド横には、お昼の食事が用意されています。息子夫婦に様子を確認したいと、ケアマネは何度となく、遅い時間に訪問したり、電話をしてみました。けれども、対応してくれるのは、小学生の子供たちです。いずれも両親のことを「まだ帰っていない。」といっています。

ケアマネは、タマヨさんの家の近くを通るたび

に訪問し、顔を見て、息子夫婦あてに手紙を置いて連絡を待っていると伝えました。けれども、息子夫婦から連絡がくることはありませんでした。1か月ほどしたある日、ケアマネが訪問するとタマヨさんはいません。夕方、孫の帰宅している時間に再度訪問すると、「ばあちゃんは、入院した。」といっています。入院先の病院名を聞いて翌日病院へ連絡してみると、数日前に、自宅で転倒し骨折。手術をしたばかりだと言う。今後、術後の経過をみながリハビリを行う予定であることが説明され、退院の目途がたった時点で、病院からケアマネに連絡をもらうことを約束した。

面倒な課題設定

あれから、10か月。病院からようやく連絡が入りました。

「実は、手術後の経過は極めて順調でした。術後1か月の時点では、退院の許可も出ていました。ところが、息子さん夫婦と連絡が取れなかったのです。タマヨさんが自宅に戻ると、日中一人でいる時間が増えます。ご家族が仕事のために、介護が難しいのであれば、自宅に一人でいても、また転倒してしまう可能性があります。であれば、自宅ではなく施設入所がタマヨさんにとって適切な環境とも思うのですが、息子さんになかなか連絡がつかなかったのも、これまで話が進められませんでした。ようやく先日、息子さんとお会いすることができたので、退院許可がでたことをお伝えすると、自宅に連れて帰るというのです。どう考えても、介護できる状態にないと思うのです。ケアマネさんは、どう考えますか。」ソーシャルワーカーからの連絡内容はそのようなことでした。

ケアマネは、タマヨさんが自宅で生活していた時のことを振り返りました。共働きの夫婦。遅くに帰宅するために、日中は独居の状態。現在の状態では、歩行もできない。移動には介助が必要。この状態で、自宅に戻っても、タマヨさんの生活

の質が入院中以上に良いとは思えませんでした。

「タマヨさんの気持ちはどうでしょうか。お家に帰りたいのでしょうか。それとも病院のように、誰かと一緒に過ごせるほうがいいと思っているのでしょうか。」

ソーシャルワーカーの話では、タマヨさんは、現在療養病棟で、他の患者さんとも良い関係で一日を過ごしている。家に帰りたい、という言葉もタマヨさんの口からきくことはなく、「家に帰っても一人だからね。」としか、答えないとします。

ケアマネとソーシャルワーカーは、タマヨさんにとって最も良い生活環境は何か考えることにしました。

後日、ケアマネが病院を訪問し、ソーシャルワーカーとタマヨさんと三人で話し合いをしました。タマヨさんは家に帰ることについて「どっちでもいいよ。帰ってもいいし、帰らなくてもいいし。」その言葉は、本当に言葉通りのように聞こえました。

ケアマネとソーシャルワーカーは、タマヨさんにとって、介護の体制が整っている環境がベストだと判断しました。けれども、自宅に連れて帰りたいという息子の意向もあります。今後、タマヨさんが自宅で生活するためには、家族が介護できない日中の体制を整えなくてはなりません。今後、在宅サービスを利用しながら、在宅生活を継続するためには、これまで以上に息子夫婦の協力が必要です。いつでも連絡がとれること、タマヨさんの介護を具体的にどの程度できるか、息子自身が自覚をし、どんな対応策があるか考えることが求められます。

そこで、退院の日が正式に決まる前に、試験外泊を提案することにしました。それは、単に自宅に外泊する、ということではなく、①2泊3日の自宅外泊をする。②自宅で過ごしている間に、ケアマネに息子が連絡をし、ケアマネの自宅訪問を受ける。③自宅での生活を試した時に、介護上の

具体的課題をみつけ対応策をケアマネと一緒に考える。以上の3つを息子に提案し、それらがどの程度達成できるかをみることにしました。

今後、自宅生活が再開された時に、様々なサービスが必要になり、サービスを利用していくためには、タマヨさんについての連絡がすみやかにとれる必要があると考えたからです。仕事をしながら介護をする、というのは覚悟以上に負担も多い現実です。どの程度の現実を認識しているのか、その介護体制と介護力についてアセスメントが重要です。

息子は、自分の仕事の調整をして、外泊日程を決めました。予定通り外泊のため自宅に戻った当日、ケアマネに連絡をし、翌日、ケアマネが訪問をしました。

外泊を試してみて、自宅で過ごす際に、どんなことが課題になるか確認しました。まずは、歩行ができないので、自宅内でも車いすの使用が必要。そして、夜間に数回トイレに起きる際の介護が必要。それは、息子自身が対応できるという。ベッドから、車いすの移乗は見守りが必要。一人でいる時間が長いと、トイレなどの際、移乗の失敗の危険性もあるため、なるべく日中の一人で過ごす時間を減らしたい。そのためにできるだけサービスの利用をさせたい、と話します。

タマヨさん本人に自宅に戻ってきた感想を聞くと「やっぱり家がいいね。」と涙を浮かべて答えが返ってきました。

タマヨさん本人が自宅に帰りたいという意思があって、息子がそれを受け入れるという覚悟ができた。それを支えるのが、ケアマネの役割です。そこを支援していくのは勿論ではあるが、一つ気になることがありました。息子の奥さんはどう考えているのだろうか。今回は、奥さんは一度も話に顔を出さない。

「奥さんは、タマヨさんがご自宅に戻られることをどう考えていると思いますか。」息子さんへ問い

てみました。

「あ、いや・・・。今、いないので、私が母親の面倒さえ見ることができれば、大丈夫です。」

「あのう、いない、と仰いますと？」ケアマネは尋ねました。

「仕事の関係で、単身赴任です。」との答えです。そうか、奥さんは小学生の子ども二人を夫にまかせ、単身赴任をしたのか。そうすると、介護と子育てと仕事の3つのわらじは大変だろう、とケアマネは感じました。

「お仕事と、介護と、子育てでは負担も多そうですね。もしも、自宅での介護が難しい時には、短期入所の利用という方法もありますから、覚えておいてくださいね。」と息子さんと本人へ向かって情報提供をしました。

「大丈夫です。子供たちも大きくなったので、少しは家のことも協力してくれていますから。」と話がありました。

2泊3日の予定が、天候のため、3泊4日に延期となって病院へ戻りました。

次の課題は、息子が仕事の調整をして、退院日を決めること。退院前に、必要なディサービスの職員とケアマネと息子で話し合いを持つ日を確保することです。息子は、ソーシャルワーカーに言われたことをやや時間がかかりながらもこなし、ケアマネと退院にむけて調整を進めました。息子は、何度もソーシャルワーカーへ電話連絡をしたり、ケアマネからの電話連絡を受けたり、仕事の休みを整えたり、など今後の体制作りのために煩わしいと思うようなこともこなしていきました。

本当は、もう少し合理的なやり取りをする方が、息子の負担は減ったと思います。けれども、自宅介護という大きな決断をするためには、今後このように介護のために何度も時間が割かれていくことを実感しておく必要があります。そういうことが、タマヨさんにとっての、適切な生活環境作りにつながると考えていました。

この間のやりとりを見ながら、以前、10か月も連絡が滞っていたころの息子さんとは違う良い変化があると判断し、タマヨさんの退院は決まりました。

退院翌日から、介護サービスの利用が開始できるように準備もそろっていました。

家族の回復。新たな生活

予定通り退院したタマヨさんは、予定通りディサービスに通いました。自宅でも、息子や孫たちが協力し合って介護をしています。半年後、タマヨさんの心身の状態はとても改善しています。入院中使用していた車いすも不要になって、歩けるようになりました。毎日のディサービスも楽しく通うことができ、夜は、家族そろって食事と一杯の晩酌です。ケアマネが訪問するたびに、息子は「手を抜きながら、適当にやっていますよ。」と言いながら、タマヨさんの変化を詳しく教えてくれます。息子が話すタマヨさんの様子は、日ごろの家庭での関わりの深い様子の表れです。

この事例は、家族の介護力の弱さを感じさせる時を経ながら、家族の環境の中に何らかの変化が起きて（息子の妻が単身赴任）から、家族の物事に対応する姿勢が好転したことで本人の生活が良い循環の中に位置づいたと思います。

何かが変わると、その影響を受けて何かが変わっていく。元々あった家族の本来の力が、家族の手によって回復できたのだと思います。

けれども、この家族にとって、長男の妻の単身赴任とは、どのような、いきさつがあったのだろうか？疑問は残ります。

＊プライバシー保護の観点から、事例は事実情報を加工しています。

ケアマネだから できること

1 1

～地域とつなぐ～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

＊これまでは、ケアマネの出会った家族たちと題して執筆してきました。今回の11号からは、少し角度を変えて連載を続けようと思いました。ケアマネと家族、のみならず、地域、人、制度・・・等々、ケアマネだからできること、できたことをお伝えしていきます。

～「連携」という言葉の疑問～

ケアマネとして仕事をしていると、「連携」という言葉をよく聞きます。連携の名のもとに、専門職同志がつながりあうことは悪いことではないし、援助対象者を中心にケアチームが一丸となることは好ましいことに違いありません。けれども私は、この「連携」という言葉に少々疑問を持っています。

例えば、介護保険サービスの利用者が、ケアマネをはじめとして、サービスを提供する専門職との関係が深くなっていったとしても、その人の「生活者」の部分は、きちんと「生活の場」につなが

っていつているだろうか。「生活の場」、つまり「地域」のこと。

私は、介護を必要とする人の担当になると、それまであれこれ心配していた近隣住民が「ケアマネさんがいるから」という理由で、それ以後のつながりが希薄になっていく、という現象を幾度となく感じたことがあります。それは、本末転倒な話です。介護の社会化を謳った介護保険制度ではあるけれど、所詮、制度で賄えることなどしれている、と思うし、制度になったサービスのあれこれ、制約も多い。本当に私たちが暮らしの中に求めるような柔軟な対応は難しいのが現状です。例え、なんらかの公的サービスが必要となったとしても、地域住民同志のつながりが希薄にならないようにしていかなければならないと感じます。そして、ともすれば「もう自分などなんの役にもたたないから。」と、地域と疎遠になっていく高齢者自身にもエンパワメントしつつ、その人の持っている力を生かし続ける場所を見つけ出していく

ことも、ケアマネに求められる役割ではないかと思っています。

「連携」という言葉が、専門職同志や、専門職とサービス利用者だけにとどまらず、利用者と地域にも広げられるように意識して、日々の仕事を展開したいと思っています。そして、そのためには、個別ニーズが地域にとってどのような意味を持っているのか、地域で共有していけるような動きが必要です。

とは言っても、個人の問題を地域で共有することには、壁もあります。そんな壁をどんな風に乗り越えながら地域支援をしていけるのか、日々考えあぐねていることも含めながら、「ケアマネだからできること」をお伝えしたいと思います。

ある日の相談内容

80歳 女性Aさん 独居

この数カ月体調不良があつて、短期間の入院を幾度となく繰り返している。外出も減っているようだ。入院の際は救急車を呼んでいる。そろそろ一人暮らしも何かと大変ではないのか。「介護の人に相談したらいいよ。」と近所の人Bさんが本人へ話をし、近所の人から介護の相談の電話があつた。

ケアマネは、相談の電話を受け、この女性Aさん宅を訪問することにした。古い住宅街の中に公営住宅も交じっていた。Aさんは、この公営住宅に一人で住んでいるようだ。

訪問し呼び鈴を鳴らすと、かなり時間がかかって、Aさんが玄関ドアを開けてくれた。

「近所のBさんからのご紹介で伺いました。」と声をかけると、「ああ、聞いているよ。汚けれど、まずは、あがってください。」そう笑顔で部屋の中へ招き入れてくれた。

Aさんの部屋は手狭になっていた。散らかって

いる、というよりは、本来の部屋の大きさに対して荷物が多すぎるような印象だ。家具の合間にできたわずかばかりのスペースに「さあ座ってください。」と座布団を勧めてくれる。

「お一人暮らしは、いつ頃からですか？」ケアマネが尋ねると、「もう20年以上もたつね。町の中で店をしていたけれど、主人が亡くなってから、店も閉めてここに移り住んだのですよ。元は、大きな一軒家に住んでいたからね、荷物がね、収まらなくて。」と部屋の中を見渡しながら言う。「そうでしたか……。ところで、Aさんは、このところお体の調子が優れないとお聞きしました。いかがですか。」Aさんが話をする時には、常にここにこしている。「いやあ、もう年だから。80も過ぎていし、あっちこっちね。」話しぶりからは、深刻な様子はない。ケアマネは、Aさんの普段の暮らしの中で、何か介護サービスが役に立てることではないか、介護サービスの説明をしながら、あれこれとAさんの暮らしぶりを聞いた。Aさんは、「私は困ってないよ。今までの通り生活は続けて行けるから、大丈夫ですよ。この間は、近所のBさんが、心配して声をかけてくれたけれど、私は大丈夫だから、もう来てくれなくていいですよ。」そんな風に話は終わった。本人が困難を感じていず、サービスも希望しないとはっきりと意思表示されては、あまり無理にサービスの話をしても、と思い、初回の訪問はこのあたりでと終了した。けれども、台所に重ねられた食器の山や、テーブルに出し放しになった古くなった食べ物。玄関に置かれた幾つものゴミ袋。ケアマネは、ご本人の話とは別に、なんらかの支援の必要性を感じていた。きっと、この様子を近所の人も心配しているのだろう。

「今日のところは失礼します。時々、近くに寄った時にお声をかけさせていただいてもよいでしょうか。」とケアマネが声をかけると、Aさんは「散らかっていますけどね。こんなところで良かった

ら、どうぞ来てください。」話好きなAさんの好意とも感じられた。

Aさんの家の玄関を閉め、止めてあった車に乗り込もうとした時です。

「あの、Aさんのところに来てくれる介護の人ですか？」と声をかけてきた女性がいる。

ケアマネがちょっと会釈をすると、その女性は近づいてきて「最近ね、Aさんの様子がおかしいのですよ。もう一人暮らしは無理かもしれないね、とみんなで言っていたところですよ。」と話す。ここで、立ち話でAさんの話をするというのは、ケアマネとしての守秘義務に反する行為だ。ケアマネは、その女性に向かって「あの、どちらにお住まいでいらっしゃいますか。」と尋ねた。女性は、あそこだよ、と指さして自分の家を教えてくれた。何か聞いたら色々教えてくれそうだなとは思いつつ、「このあたりを時々回らせていただいておりますので、これからもよろしくお願いします。」そんな曖昧なあいさつで話を切り上げた。

さて、事務所に戻って今日のAさんとのやりとり、Aさんの生活状況、近隣住民の声を思い返してみた。Aさんは大丈夫、とは言っていたけれど、やはり何らかの支援を要する状況だろう、と感じる。もう少し、Aさんのことをしっかり理解しよう。そして、Aさんにとって必要な支援を考えていくこととした。

2度目の訪問

物忘れもあるようだというAさんのところには、翌週2度目の訪問をした。幸いAさんは、ケアマネのことを覚えていた。訪問すると、抵抗なくケアマネを家に招き入れてくれる。その日は、Aさんが日ごろどんな風に過ごしているか、日課を聞いてみた。Aさんの話だと、午前中に買い物へ行ったり、午後は散歩をしたりしているということだった。毎日何かしらの用事で外へ出るから、近所の人と顔を合わせるし挨拶もしているという。

特に、角の家の人には何かと世話になっていると話していた。角の家？前回、ケアマネが訪問した帰りに話しかけてきた女性の家だ。どんな付き合いなのだろう。聞くと、以前Aさんが飼っていた犬を、預けたという。Aさんは、ほぼ毎日犬の様子を見にその女性の家に行くという。ケアマネは「Aさんの犬を私に見せていただけませんか。」と聞いてみた。すると、Aさんは「いいよ。」と返事をしてくれ、その女性の家まで二人で行くことにした。

呼び鈴を鳴らすと、先日会ったその女性も気さくに玄関を開けてくれた。Aさんのことは「おばさん」と呼んでいる。ケアマネはその女性に「Aさんの犬を見せていただきたいなと思って一緒に来ました。」と挨拶すると、その女性は、どうぞ、どうぞと部屋に入れてくれた。小さな室内犬が元気にAさんのそばに寄ってくる。「もう、預かって4年になるね。・・・ところで、おばさん、介護の人に何か相談しているの？」女性がAさんに声をかけた。Aさんは「別にね、お世話になることもないと思っているのだけれどね。」

その女性は、今度はケアマネに向かって話始めた。Aさんが長く一人で暮らしてきたこと、最近は体調をよく崩すこと、傍からみていると心配がたくさんある。介護のサービスを受けてなんとか安心して暮らせないものか。Aさんは、その話が聞こえているのか聞こえていないのか、知らぬ顔で犬をなでている。Aさんに、この女性が心配してくれていることを、聞いてみた。Aさんは、「本当に心配してもらってありがたいけど、私は大丈夫だから。」考えは変わらないようだ。その言葉を聞いて女性はややあきれ顔をしていた。帰り際にケアマネはその女性に名刺を渡した。そして、Aさんにも犬を見せてくれたお礼を言って別れた。

ケアマネが事務所へ戻ると見ていたかのようなタイミングで、先ほどの女性から電話があった。やはりAさんのことだった。物忘れ、ゴミ捨てが

できない、時々訪ねると鍋を焦がしていることもある。物が見当たらないと、近所の人を疑ってしまふことが増えて、近所の人もAさんとの付き合いを徐々に遠のけてしまっている。なんとかならないだろうか、ということだった。

地域の中のAさん

3回目の訪問は、夕方の時間。この時間、この住宅の人は大抵庭に出ている。家庭菜園の手入れをしている人が多い。Aさんの自宅の呼び鈴を鳴らしても応答がない。庭に回ってみるとAさんが隣の人と話をしている。挨拶すると、隣の人はケアマネに向かって「どなたですか。」と聞く。ケアマネはAさんに「私のことを紹介してください。」と言うと、Aさんは「介護の人だよ。何も世話にはなっていないのだけれどね。」と言って紹介してくれた。隣の人は、ケアマネのそばに寄ってきて「ちょっと困ったことがありますね。」と言う。どうやら、Aさんは、自覚とは別に随分と近所の人に心配された生活となっていたようです。Aさんの行動が近所の人を遠ざけ、少しずつ孤立しているようでした。このままでは、一人暮らしの継続も心配になっていきます。

ケアマネがAさんのところへ足を運ぶたびに、角の女性が気にかけてくれていました。この3度目の訪問時にもケアマネの姿を見つけると、「ケアマネさん、おばさん、ちょっとお茶を飲みに来ない。」と声をかけて家に入れてくれました。女性は「おばさん、みんな心配しているよ。ゴミを捨てることは私も手伝えるけれど、買い物も大変そうだし、ご飯作ったり掃除したりも、手伝ってもらったらいけないじゃない。」と切り出してくれた。Aさんは、「そんなに言うなら、少し手伝ってもらおうか。」と渋々サービス利用を決めた。

その後、サービス利用が開始すると、近所の方は、サービスに入るスタッフを見つけては、Aさんの様子を気にかけて声をかけてくれた。時折の

不協和音はあるものの、近所の人も、Aさんに介護サービスが入ることで、何かあった時には、サービススタッフやケアマネに声をかければいいという「安心」が生まれたのでしょう。「Aさんのことで困ったことがあるのですよ。」そんな電話のやり取りが時々ありながら、それでもなんとかAさんの一人暮らしは続いています。

それぞれの「安心」

一人暮らしの高齢者は、近隣住民から心配されます。一人暮らしの本人はその心配を不要と言います。どちらにも言い分はあるだろうと思います。近隣の人に心配や気が向かないような世の中では少々寂しい気がします。一方自分でまだまだやれる、と思っている段階での周囲の心配は、鬱陶しいものでもあるでしょう。そんな互いの思いを共有するところから、助け合い、や、お互い様という気持ちが生まれるのではないのでしょうか。そして、一般地域住民は、自分の身近で「何か」起こった時にどうしたらよいのか、そんな不安があるものです。どんな人にも「何か」起こる可能性は等しくあります。何か起こった時の責任問題が心配で、ちょっと心配が多くなってきた人を排除する世の中は実に暮らしにくいものでしょう。私たち、専門職はそんな時に役割を発揮しなくてはならないと思います。「心配なことは連絡をください。」そう言って渡す一枚の名刺が、「お互い様」の時間を支えているのかもしれない。何かがあったら一緒に考えていく。その積み重ねが、地域の力になっていくと思います。

ケアマネは業務の中でよく地域を歩きまわります。支援を必要とする人の24時間が、どのような環境の中に置かれているのか、環境をアセスメントすること、その業務特性「足」を使った仕事成せる技だと感じます。

＊紹介する事例はプライバシーに配慮し、事実を一部加工しています。

ケアマネだから できること 1 2

～次世代に優しさの種を蒔く～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

ワークライフバランス？！

私には、三人の子どもがいます。家庭を持ち、子育てしながら仕事をしていると、「両立できてすごいですね。」などとお褒めの言葉をいただくことがあります。そんな時には、多少の照れ笑いを含めて「いえいえ。」とその場を通り過ぎますが、実際には、私は仕事と家庭、つまり、ワークライフバランスというのはあまりできていないと感じています。どちらかというと、仕事寄り。仕事が好きで楽しくてたまらない。この仕事は天職だ！とすら

感じているのです。だから、きっと家族は私に対して、不満も我慢もしているでしょう。やや小柄な次女などは、冗談混じりに「さみしすぎて成長できない。さみしさのかたまり。」などと自身を説明したりします。冗談と本音とが混じっているのだろうな、と思いながら、そんな家族には感謝しかありません。

私は自分の生活している町で、仕事をしています。当然ながら、ある時間帯はケアマネという専門職として、そして、ある時間帯は一人の生活者として、この町で過ごしています。それは、明確な時間の区切りもなく、重なっているのも当然の話です。これは、良いことだと思っています。当別町という町は、札幌に隣接しているので、札幌へ通勤する人のベッドタウンともなっていました。

（過去形なのは、一時、当別への移住者が増えた時期もありましたが、最近はそれも減少し、過疎傾向にあるからです。）毎日、札幌へ通勤していた人が、退職を迎えたあと、この田舎町の人とつながりがなくなることには愕然とした、という話もよく聞きます。そのような話と比べると、私は公私ともに、自分の暮らす地域で、人との出会いや関係を築けることはラッキーなことだと思っています。

ケアマネの仕事しながら、利用者や家族の物語に触れる。そして、私は自分の人生の物語も重ね合わせて考えることがよくあります。自分なら、

どうやって暮らすだろう。自分が年をとったらどんな問題が出るだろう。自分が認知症になったら、などなど。

仕事を通して、介護サービスを利用する利用者に出会い、利用者の課題を自分のことや、地域の問題として置き換えた時に、課題は他人事ではなくなります。そうすると、課題を乗り越えるための改善策にも自ずと力が入ります。地域を作っていくことや、地域につながっていくことが、このケアマネの仕事だからできること、なのかもしれません。

認知症の理解についての啓蒙活動。

認知症サポーター養成講座を小学生に！

数年前のこと。認知症を理解し、本人や家族を支える「認知症サポーター」を全国で100万人養成、という「認知症を知り地域を作るキャンペーン」という取り組みが全国で始まりました。この養成講座の講師役を「キャラバンメイト」と呼ぶのですが、私は周囲の人の勧めもあり、このキャラバンメイト養成研修に参加し、地域での養成講座を担当する「キャラバンメイト」となりました。

仕事柄、認知症のことは知っているつもりでしたが、認知症になった高齢者ご本人やご家族を支援してもしました。けれども、実際に地域の一般市民の方々に、もっと認知症のことを理解してもらおうという取り組みのことを考えた時に、それまでの仕事として出会った人だけではない対象者への啓蒙活動が必要だと感じました。そして、「子どもたちにこそ知ってほしい。」と強く思いました。

核家族化などの背景に、子ども達がおじいちゃん、おばあちゃんと接する機会が減っています。また、彼らのおじいちゃん、おばあちゃんがとても若くて、老いた人に生じる変化というものに触れる機会が少ない現実もあります。「誰かの為に、何かの役に立つこと」を教えられた子どもたちは、

思いやりにあふれているのですが、「ただ、その存在が尊い。」ということには、中々考え及ばないことでしょう。人は、どんな状態になっても、その存在は「かけがえない」ということを伝える必要が大人にはあるなと思いました。私たちのバトンを渡すべく若い世代へ伝える必要があったのです。

私の町では、当時（私がキャラバンメイトになった、平成18年ころ）キャラバンメイトが12、3人いました。そして、町内で養成講座を展開するために、「当別町認知症サポーター倶楽部」というチームを作って、講座の在り方を考え、地域に講座を展開していました。私は、キャラバンメイトとして、この倶楽部のメンバーになった時に真っ先に提案したことは、「小学生にこの講座をしたい。」ということでした。メンバー内で話し合った時には、どうやって学校の授業に取り入れてもらえばよいか、考えてみましたが、どうも具体的な方法が思い浮かばず、「教育委員会を通して、時間がかかり難しそう。」という声もあったように思います。その頃、私の二番目の子にあたる、長女が小学校4年生でした。一番目の長男の時のことを思い出すと、「確か福祉教育の始まりは4年生だったような気がする。」と頭をよぎりました。キャラバンメイトの仲間にも、長女と同じ4年生の母がいました。「そうか！ケアマネとか、キャラバンメイトとかではなく、子どもの母親として、なんとか授業に関われないだろうか？」そう考えました。そして、長女の担任の先生に相談し、ぜひとも福祉教育の授業に「認知症サポーター養成講座」を採用してほしいとお願いしました。この申し入れに、あっさりと良い返事がもらえ、早速授業の打ち合わせとなりました。小学生に、興味を持ってもらって、できることなら、認知症ということだけでなく、世の中には色々な人がいるということ、それぞれが違いを理解し、助け合い、暮らしていけるように、ということを伝えるための準備をしました。今、振り返ると、随分と欲張った内

容だったと思います。

小学生にわかりやすい授業とするために、寸劇を取り入れ、認知症を理解してもらいました。おじいちゃんや、おばあちゃんのこれまでの人生はどんなだったか、年をとったおじいちゃん、おばあちゃんが、ぼく、わたしたちにどんなことをしてくれているか、など、子どもたちと考えながら、授業を作り上げました。子どもたちは真剣なまなざしで話を聞き、発言してくれました。あるクラスでは、寸劇を一時中断し、再開の場面からは、子どもが役割を即興で演じてくれたこともあります。授業が終わったアンケートでは、子どもたちが思い思いに感じたことを素直に表現してくれていました。



小学生への伝え方の工夫。寸劇で認知症の説明

こうして、初めて小学生への授業が展開できた年から、今年（平成24年度）で5年目。小学生への授業は毎年続いています。相変わらず、認知症への理解のみならず、色々な人への理解（障がいを持つ人のことなど）や、自分にも他人にもある「きもち(感情)」ということ扱う大切さなど、「認知症」への理解を切り口に、幅広くメッセージを込めながら授業をしています。

ある時には、おじいちゃん、おばあちゃんに触れ合う機会が少ない子どもたちに、冬休みを利用した自由研究の企画をしました。冬休みの一日に、ディサービス訪問をして、お年寄りとおふれあい、その後まとめをするという体験学習です。写真は、当時小学3年生だった、私の次女がディサービス

に出向き、半日お年寄りとお過ごした時の様子です。まとめの時間では、違う時代を生きた大先輩の話を聞くことが面白かったことや、自分がお年寄りのそばにすわって話をきいているだけで、とても喜んでくれたことがうれしかったなどの言葉がありました。



冬休み自由研究として、ディサービスでの実習場面



当別町認知症サポーター倶楽部シンボル旗

これは本来業務？公か私か？

さて、こんな活動はとても楽しいことですが、これが本来業務なのか？と問われることがあります。それは、地域包括支援センターがするべきではないか、社協の仕事ではないか？などと。この手の間に私はいつも思います。「できる人がすればいい。しようと思った人がすればいい。そして、ケアマネには、社会資源開発への働きかけ。」という使命があることも。

何かする時に、「難しいよね。」という言葉はよくありがちです。難しいことの羅列で何もしないよりは、できることをまず一つしてみることです。その時に、一人でも賛同者がいると心強くもなります。実際に、私の地域で行っている画期的な取

り組みは、私が一人でしているわけではなく、地域の様々な仲間が力を合わせてできていることです。そこに、誰がすべきか、誰の仕事か、などという問答はありません。そして、職業としてしているのか、私人として、しているのかも明確には区分してはいません。小学校に授業を取り入れてもらう時には、「母親」という立場を使いました。実際に、授業へ出向いた時には、「ケアマネ」という職業人として授業をしました。

私はこのようなご縁をいただいて、長女が小学4年生だったころから5年も、毎年夏休み前に授業に行きます。その他の学年の福祉授業でもお邪魔することがあります。その時に、娘たちは密かに喜んでくれているような気がしています。私が学校へ入るころの休み時間に、玄関や開催する教室に顔を出してくれたりします。普段「母親」としては、落第点かもしれない私が、自分の得意な「ケアマネ」の部分をわが子に披露することができるのは嬉しいことです。「お母さんは、こういうことも仕事なんだね。」そんな会話が、帰宅した日にはあります。

ケアマネとして、介護サービスを利用する利用者や家族の相談に応じたり、サービスの調整をしたりするのが、本来業務でもあります。それに付帯して、こんな風に地域につながっていける仕事、そして、地域につながりながら、実は自分の私的な部分も充実できていることを感じます。ケアマネだからできること、だと思います。

当別町での認知症サポーター

当別町は、認知症サポーターの多い町です。道内では2位となる数のサポーターがいます。養成講座を受けたサポーターの中で、更に具体的に地域の高齢者や家族のサポーター活動をしてみたい、という方には、継続研修を企画しています。そして、実際に地域の高齢者や家族がサポートを希望している場合、居住地や活動内容のマッチングを

行い、活動が展開されています。「あったかサポーター」と呼ばれる住民サポーターは、個人宅や、介護保険施設へのサポート活動を行っています。この「あったかサポーター」が誕生するには、一人の認知症高齢者の方と一人で介護する家族の方の物語がありました。この一人の方のために始まった「あったかサポーター」は少しずつ活動が広がり、つながっています。第一号で、サポート利用をした方の家族は、現在、自身もサポーターとして地域の方のお宅でサポート活動をしています。こうして、住民同士の支えあいがりレーされていきます。これが、認知症サポーター養成講座を受けた、子どもたちにもつながり広がっていくように思います。

子ども達への「認知症」理解の伝達は、すぐに何かの結果に表れることではないと思います。けれども、ゆっくりとじっくりと、心の中で優しさの芽は育まれ、いつか花咲く時は来るはずです。

ケアマネとして、住民として

前段で、私はワークライフバランスがうまくできない、仕事寄りの人間であることを記しています。地域の福祉イベントなどでは、その「ケアマネ」の部分で声をかけていただくこともあるのですが、地域でのイベント参加には、私は娘も誘っていません。昨年は、娘と一緒に認知症をテーマにした町民劇に参加しました。仕事上の打ち合わせや練習に娘と一緒に参加し、地域の方々と協力しながら、一つのものを作り上げる喜びと楽しみ。娘にも「居場所」ができるのです。

公も私も明確には分けない、分けられない。でも、いいじゃない、自分の暮らしている町が良くなっていけば。これもケアマネ業務の醍醐味です。そんな風にして、今日も私は「**ケアマネだからできること。**」をやっていこうと思います。

ケアマネだから できること

番外編

～ピーコとあきちゃん～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

縁日で

あきちゃんは、お祭りの縁日で、カラーひよこを見つけました。箱の中には、赤や、青に色をつけられたひよこが、ぴよぴよと鳴きながら体を寄せあっています。しばらく、ひよこを眺めていると、友達が、100円玉と引き換えに2羽のひよこを手に使っています。「かわいい！」そう言いながら足早に帰っていく友達をみて、あきちゃんも、ひよこがほしくなりました。

「でも、買って帰ったら、お父さんにも、お母さんにも叱られるな。」そう思って、あきちゃんは、家に帰りました。

「あのね。ひよこが売られていたよ。赤いのと青いの、色がついていないのもいたよ。かわいかったよ。」台所で夕飯の支度をしているお母さんに縁日の様子を伝えました。

お母さんは、知っているかのような口調で「ああ、あんなひよこは、すぐに死んでしまうよ。だいたい、ああいうところで売られているのは、お肉にできないようなひよこが処分されているのだから。」

お母さんから聞く現実、あきちゃんの耳を右から左へ流れていきました。

次の日学校へ行くと、縁日でひよこを買った友達同士が、ひよこについて楽しそうに話をしています。あきちゃんの想いはつのるばかりです。学校が終わると、急いで縁日へ向かいました。もう迷いはありません。おじさんに、「一つ、色のついていないの、それ、それください。」と、箱のすみで鳴いているひよこを指さしました。あきちゃんは、ビニール袋に入れられたひよこを大事に受け取ると、家に急ぎました。

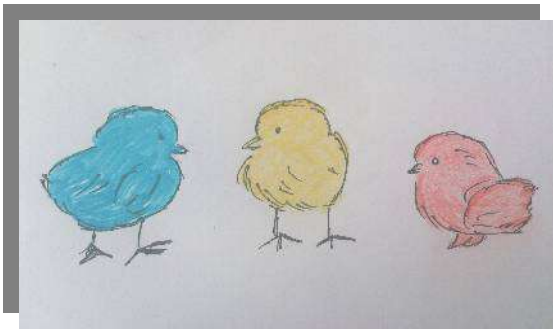
家の前で少し迷ったあきちゃんですが、ひよこをそっと両手に包むと、台所のお母さんのところへ行きました。「お帰り。」と言って振り返ったお母さんはびっくりしています。

「あら、ひよこ・・・。」お母さんの声に、早くに家に帰っていたお父さんが近寄ってきました。「どうした？買ってきたのか？だめだ。それは命だ。ちゃんと育てられもしないのに、かわいいだけではないんだぞ。今すぐ返してきなさい。」そう言っ

て、ひよこの話は聞いてもらえませんでした。

あきちゃんは、もう一度縁日の方へとぼとぼと歩きだしました。でも、あきちゃんの手の中で、小さく震えているひよこを見ると、とても返しに行く気持ちにはなれません。そして、そのまま家に戻りました。

「もう閉まっていて、縁日のおじさんもいなかったよ。返せなかった。」あきちゃんはウソをつきました。どうしても、どうしても、ひよこをそばに置いておきたかったのです。お父さんは仕方なさそうに、「あき、それは命だ。大事に世話をしないとダメだぞ。」と言いました。「わかった、わかっている。ちゃんと世話をするから。」あきちゃんは、よろこびました。



世話をする、と約束したあきちゃんですが、実際には世話の仕方もわかりません。小さなひよこは、寝るときには箱に入れられていましたが、さみしいのか、いつのまにか、あきちゃんの布団の首元へ入ってくるようになりました。

朝起きると、ひよこは、朝ご飯を作っているお母さんの足元でちょろちょろしています。あきちゃんが学校へ行った後も、お母さんの後をついて歩いていました。そして、いつの間にか、「ピーコ」と名前がつけました。

ピーコは、みるみる元気に大きくなっていきます。最初の頃は、乾燥トウモロコシを砕いた飼料を食べていましたが、庭にだすと、「はこべ」をついばんで食べたり、ミミズを見つけては食べ始めました。元気に動き回るピーコを見て、あきちゃんは怖くなることもありました。

同じように縁日でひよこを買った友達の家では、

少し大きくなりかけたひよこが死んでしまった、という話を次々に聞くようになりました。少し肌寒くなってきた頃でした。残念でたまりません。

その頃のピーコの体はどんどん大きくなって、もはやあきちゃんの布団どころか、家の中で飼うような大きさではありませんでした。お父さんは、ピーコが寒さに耐えられるように、物置とピーコの小屋を行き来できるようにしっかりと作りました。

ピーコはますます元気に大きくなります。あきちゃんの、家にきた時とは様子が変わっています。頭には、とさかが出てきました。そして、早朝に「コケコッコー！」と鳴くようになりました。あきちゃんの家は田舎といえども、住宅地です。朝早くからピーコの鳴き声が響き渡ることに、近所の人から苦情が来ています。「農家でもあるまいし、ペットにニワトリを飼うなんて非常識な話だ。朝から迷惑だ。」そんな声に、近所の長老が言いました。「ニワトリが朝早くに鳴くのは常識だ。常識がわからないのは誰だ。」そんなやりとりがあって、ピーコの鳴き声は許されるようになりました。

寒い冬も無事に越し、春になりました、ピーコは、ひよこではなく、立派な雄鶏になっていました。その頃は、一緒にひよこを買って育てていた友達の家には、もうひよこはいなくなっていました。あきちゃんは、ピーコが元気に育っていることを誇らしげに思いながら、自分が連れてきたあの小さくかわいい姿とはまるで変化した様子に戸惑いもありました。そして、事件が起こるのです。

あきちゃんやお父さんが、庭で仕事をしている時には、ピーコは小屋から出して遊ばせていました。ところが、そこに人が通ると、特に何か赤色のものが目に入ると、ピーコはとたんに飛びつくようになりました。人に激しく向っていくピーコの姿に、あきちゃんも恐怖を感じました。どうやらそれは、「発情期」というものらしいのです。お父さんはあきちゃんに言いました。「ピーコをそろ

そろ仲間のところに返してやらないといけない。ピーコはペットではない。ちゃんとニワトリの仲間に戻そう。」

あきちゃんの気持ちは複雑でしたが、大きくなったニワトリのピーコをどうすることもできないので、お父さんのいう通りにすることにしました。

お父さんが言うには、にわとりはにわとりのルールの中で、仲間と一緒に過ごすのがいいということです。

ちょうど、あきちゃんのクラスメイトには仲良くしている友達のじゅんこちゃんがいました。じゅんこちゃんの家は養鶏所です。そして、お肉やさんでもありました。ピーコはじゅんこちゃんの家で引き取ってもらうことにしました。「絶対にピーコを食べたりしないでね。」とじゅんこちゃんのお父さんと約束をして、晴れた夏の日、ピーコをじゅんこちゃんの家連れていきました。

あきちゃんは、学校でピーコの様子をじゅんこちゃんから聞きました。じゅんこちゃんの話では、「ピーコはとっても怖い。近くにいけないよ。」と言います。

学校帰りにピーコの様子を見に行きました。近くに行けない、というじゅんこちゃんが指さす方のニワトリ小屋にあきちゃんは近づきました。そこで目にしたピーコは、まるで様子が変わっていました。ピーコの体の羽がところどころちぎれているのです。傷だらけのピーコなのです。

じゅんこちゃんから、もう少し詳しい様子を聞きました。ピーコがじゅんこちゃんの家連れてこられて間もなくのことでした。たくさんのニワトリ小屋に入れられたピーコは、自由気ままに小屋の中を動き回っていました。じゅんこちゃんのお父さんが、朝に夕に、ニワトリ小屋に餌をまきに行った時のことです。ニワトリは、餌が来るとまずは、雄鶏が餌のそばに行き、くちばしで雌鶏の方へとばします。それを雌鶏が食べるのです。ニワトリの世界にはニワトリのルールがあるので。ピーコはひよこの時から、ニワトリの中では

育っていません。食べたい時に自分に与えられたものを、あるいは自分でみつけたものを好きに食べていました。ピーコにニワトリの世界のルールはわかりません。けれども、そんなピーコの勝手な行動は、ニワトリの仲間たちには許されないのです。たちまちピーコは、雄鶏達につつかれ、集団の中からはじかれたのです。

その様子をみた、じゅんこちゃんのお父さんは、ピーコをニワトリ小屋から連れ出しました。まずは、ピーコにはニワトリのルールを教えなくてはなりません。次にピーコが連れていかれたのは、「ちゃぼ」という体の小さなとり達の小屋です。ニワトリのルールが身についていないピーコも、その小屋の中では体が大きいので、ちゃぼ達からは、一目置かれています。自分よりも体の小さなちゃぼ達の中で、ピーコはニワトリの世界のルールを見につけていきました。

じゅんこちゃんのところの養鶏所に来て1年がたちました。ピーコはちゃぼ達の小屋から出て自分と同じ体の大きさのニワトリ小屋に移されました。もう大丈夫です。大きく広い小屋の中で、仲間にはじかれることもなく、ピーコは動いたり飛び回ったりしています。その姿は、あきちゃんが両手のなかに抱えて家に連れ帰ったきたあの時とは、全く姿を変えています。立派なとさかのある雄鶏です。

その春、あきちゃんはお父さんの仕事の都合で、その町を離れることになりました。ピーコのことは相変わらず「絶対食べたりしないでね。」とじゅんこちゃんと、じゅんこちゃんのお父さんをお願いして別れの日を迎えました。

お盆やお正月には、おばあちゃんの家があるその町へ遊びに来ていたあきちゃんは、ピーコの話も聞いていました。あきちゃんが町を離れた後、ピーコはじゅんこちゃんの家を離れ、別の養鶏所で世話をされている、と聞かされていました。年をとったピーコはやがて死んでしまった、ということも、そのしばらく後に聞きました。

あきちゃんは、ふわふわとした小さなひよこが可愛くて、自分の家に連れてきてしまったことを少しだけ後悔していました。「育つべきところで、育つこと。親や仲間の中でルールを見につけ育つことが人間も動物も大事なことのだな。」と感じていました。

あきちゃんが、ピーコから学んだことはたくさんありました。

番外編を書いたこと

1970年代に、祭りの出店には、カラーひよこなるものが売られていました。強烈な原色をつけられたそのひよこ達は、子ども達が喜んで買った翌日には死んでしまう、ということも珍しくありませんでした。あきちゃんの親世代は、にわとりを飼うのは卵をとるためでした。或いは、その肉を食べるというためでした。けれどもあきちゃんは、まるでペットを飼うようにピーコを家に連れてきてしまったのです。きっとすぐに死んでしまう、どこかでそんな風に命を安易に考えていたのかもしれない。思いの他長生きしたピーコは、その成長に伴って、不適切な環境がもたらす様々な時を経ました。

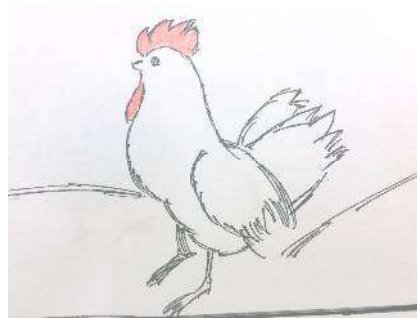
生きるべき環境。見につけるべきルール。人も動物も同じでしょう。発達段階に応じた適切な環境は必要です。それでも、ニワトリの世界に戻ったピーコは、段階を経て自分の世界のルールを見につけたのです。

先に記した話の中で、ニワトリがえさをもらう場面のことを書きました。これは、その当時私が父から聞いた話を、記憶をたどって書きました。その真実の是非はわかりません。でも、確かにピーコは、ちゃぼという体の小さなニワトリの中で、ニワトリとしてのルールを身につけたのです。

私自身は、小さな頃から、多くの子どもたちがとる行動とややかけ離れた行動をしていました。言ってみれば個性の強い子どもだったと思います。それは、成長に伴って更に個性を強くしていきま

した。社会に出てからも、なかなか自分の主張を曲げられなかったり、融通が聞かなかったり。それはややもすると、協調性の無さでもあり、周囲の人から距離をおかれることもしばしばありました。

この3月下旬まで、独立自営業を8年間続けてきました。その理由もそうだったかな、と自分で感じています。



4月からは、NPO法人の職員として、勤務しています。この法人の仲間は、私よりも一回りも若い世代が頑張っている、同じ地域の仲間です。ここ数年、同じ地域で、福祉関係機関として、活動を共にする機会がありました。彼らの一生懸命に働く姿や、仲間を大切にする姿勢はいつも尊敬していました。そして、私に対してもとても親切丁寧な対応をしてくれ、年齢を気にせず受け入れてくれていました。そんな新しい職場での毎日の時の流れの中で、私は、このピーコのことを思い出し、自分の今と重なる部分を感じたのです。私も、もしかすると、社会のルールを身につけていないピーコと同じだったのかもしれない。若い人達が受け入れてくれる環境の中で、私自身が育てられているのかもしれない、そう感じました。

マガジン連載番外編の「ピーコとあきちゃん」には、自分の今を重ねました。そして、私は20歳の頃にこの「ピーコとあきちゃん」という題名で、物語を書くつもりで当時持っていた、ワープロで書き始めたことがありました。その完成を待ち望んでいたのは、私の父です。もう20数年放置していたこの物語を、マガジンの連載の中で完成できたことを嬉しく思います。

ようやく書けたこの物語を、父の病床へ持っていこうと思います。

ケアマネだから できること

～学ぶということ 仲間との学びの場～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～「家族」というテーマとの出会い～

私は日頃から、それほど多くの研修に参加しているわけではありません。研修に参加することに意義がある！とは考えていません。知識は使えるようになり、どこかで、誰かの役に立てるようにということを意識しているからです。色々の研修の場に参加するだけでは、中々自分の実践に結びつかないと感じています。たくさんのことに手を出せば出すほど、知ったつもりで終わってしまうような懸念を持っています。一般論ではなく、私自身の力量の問題かもしれません。

そのような私は、学びの軸足を「家族」というテーマに置いています。生まれてから死ぬまで、家族を抜きに語られる人生はないからです。家族の問題を扱えるようになることは、特定の領域にとらわれずに済むと思うのです。つまり、家族の問題を扱える、ということは、実践としては、高齢者支援の領域で仕事をしている私が、そこで出会う家族（高齢者以外の世代）問題にも役に立っていくことができるという解釈です。けれども、以前はこのように考えることはできませんでした。家族の問題にどこまで立ち入ることができるのだろうか、といつも躊躇が伴っていました。それは、

家族を理解することや、家族問題に介入するための方法も知らなかったからだと思います。具体的な知識や技術を身につけることで、家族の問題に介入していくことを教えてくれたのが、このマガジンの編集長である、団士郎先生でした。

団先生の家族理解のワークショップ（札幌）へ初めて参加したのが、平成20年の春でした。先輩ケアマネジャーから、ワークショップの素晴らしさを伺っており、なんとかこの学びに参加できないかと調べた結果、札幌で行われていることがわかりました。そこで、期待に期待を重ね学びの日を待ちわびていました。札幌での、家族理解ワークショップは、土日の二日間、各6時間のプログラムになっています。軽快な先生のオープニングトークから、わかりやすく組み立てられたトレーニングプログラムは、衝撃的なものだったことを覚えています。何よりも話の初めに、「人の役に立たないような勉強はするな。」という言葉に、私の背筋がピンと伸びた記憶が今でも残っています。人は何のために学ぶのか、ここを突き付けられたような気がしました。この時のワークショップに出会ったことで、学びに向かう姿勢の持ち方は、私自身に大きな変化をもたらせたことは間違

いありませんでした。

～地域に還元する。～

初めて参加した二日間の家族理解ワークショップを終え、興奮冷めやらぬ自分にじっとしていませんでした。ジェノグラム面接という方法が対象者を理解する方法だということを学んだ私は、どうしてもこのことを周囲の人に伝えたくまりました。ジェノグラム面接を知っている、ということを示したかったわけではありません。二日間のワークショップで、対人援助職としての私自身が何やらとても背負いこんでいた肩の荷をすっと降ろせたような気分の良さがあったからです。仕事に熱心に取り組みすぎて、バーンアウトしてしまわないように、などと言われることはよくありましたが、ではどうしたらそれが防げるのか、ということの一つをみつけたような気がしたのです。

▶自分がラクな気持ちで仕事に向き合っていく方法を身につけること。▶難しい環境や悩みを抱えた人の相談に応じながら、自分も相談者と一緒になって暗く落ち込んでいる必要はない、ということがわかったのが、このジェノグラム面接でした。▶問題が問題ではなく、問題解決の方法が問題だ。▶人はやり慣れた方法で、問題に対処している。しばしそのやり方は、問題が解決に向かわなくても繰り返されている。▶家族のありようを理解したうえで、その人たちが自分たちで良い方向に向かえるように支援していく。このことの理解ができると援助者はとても肩の荷がおりるものだと思います。そして、まずは、このことを地域の仲間に伝えよう、と決意しました。自分が学び得たことを地域に還元しようと決意できたのは、「人の役に立たない勉強などするな。」と言った団先生の言葉に刺激されたからでした。

とにかく、自分の周辺のケアマネジャー仲間、「素晴らしい研修に参加してきた。知っている知らないでは、仕事の仕方は随分変わる。一緒に勉強しよう。」と持ちかけて、なんとか興味を持っ

てくれた仲間数名と自主的な学びが始まりました。私がワークショップで学んだことを伝達する形で、見よう見まねではありつつも、ジェノグラム面接や、ジェノグラムから展開する事例検討を取り入れながら学習会は続けました。平成20年6月に自主的学習会は始まり、今年6年目を迎える今は、下記のような状況で継続されています。

＊家族理解自主的学習会開催及び参加状況

(当別町:平日夜18時～20時半頃まで実施。内訳には記していないが、毎回初参加者がいる。)

年度	開催月	内容	町内参加者数	町外参加者数
H20	6月	学習会	22人	0
	7月	学習会	13人	0
	11月	親睦会	14人	0
H21	5月	学習会	17人	0
	7月	学習会	17人	0
	9月	学習会	11人	0
	11月	親睦会	15人	0
	1月	学習会	9人	0
	3月	学習会	14人	0
H22	5月	学習会	16人	1人
	7月	学習会	7人	2人
	9月	学習会	9人	1人
	11月	親睦会	11人	2人
	1月	学習会	6人	0
	3月	学習会	15人	5人
H23	5月	学習会	19人	5人
	7月	学習会	16人	1人
*台風 で日程 変更	9月	学習会	7人	1人
	11月	親睦会	9人	0
	1月	学習会	7人	2人
	3月	学習会	8人	7人
H24	5月	学習会	8人	2人
	7月	学習会	10人	6人

	9月	学習会	5人	3人
	11月	親睦会	16人	11人
	1月	学習会	7人	2人
	3月	学習会	10人	2人
H25	5月	学習会	10人	3人
	7月	学習会	15人	4人
	・			
	・			

ご覧いただきわかるのは、初年度である、平成20年は開催月にばらつきがあり、3回しか実施できていないにも関わらず、翌年以降の定期開催ができている点です。地域のケアマネジャー連絡協議会の付帯事業として認められ、事務局が機能したことです。地域の対人援助職及び機関に対しての学習会の案内をしてくれていたことが定期継続できていた大きな理由だったと思います。けれども、このバックアップは、平成24年度で学習会の定着を理由に終了されてしまいました。地域でこれだけ継続できている学習の場は他には見当たりません。継続できていることの意味と価値が、「継続定着できているのだから、自分たちで（学習会参加者）継続してってください。」という評価がなされたことに、大変残念な気持ちではありました。けれども、学びたい人がいる限り、この学習の場は守っていこうと6年目に突入の今年は決意いたしました。そして、引き続き学びの仲間が継続参加して、学習会が存続できていることに、「学ぶということを世間は どう捉えているのか。」とやや皮肉めいた問題提起もしたくなるころではありますが、人、様々な価値観があるのでしょうか、小さなことにはこだわらずに楽しく学び続けていこうとは思っています。

そして、毎年11月には、親睦会と称した内容になっています。この時は、学びは少しにして、飲食をしながらの交流をメインに会を開催しています。

基本的に、この会は学びに興味のある人が自由に

参加できる場であり、会費などはありません。職種の規定も設けていません。

この理由に関しては、このような学びの大先輩であり尊敬する当マガジン副編集長である千葉晃央さんが、『対人援助額を拓く』（村本邦子 土田宣明 徳田完二 春日井敏之 望月昭 [編] 晃洋書房）の中の、第9章―地域における学びの場づくりと専門職のつながり―（*立命館大学で12年目に学びが継続されている、家族をテーマにした事例検討会について書かれた内容）の中で記されています。（同書ページ108、参加費、参加要件）

千葉さんは、参加費の無料設定について、▶実際に学びの場にかかる経費がさほどかからない点（通信にかかる印刷費数百円）▶アドバイザーを引き受けてくれている先生も無報酬であること。▶援助職が研鑽しない理由に研修にかかる費用を理由にしていることが多いことによる経済的負担の軽減と、「お金がないから研鑽しない。」という学ばない理由を他者に責任転嫁していないか、という確認によるものと記しています。

また、参加要件に関しても、▶特定の領域以外の援助職の仕事を知る、その姿に触れる、などの後進育成にも触れられています。

私自身がこれまで、当別で継続的に学習会をリードしてきたことも、千葉さんのまとめられた内容に同感な理由です。ただし、京都立命館大学の事例検討会と大きく異なる点は、アドバイザーとなる先生の存在がないことです。家族を学んでいる途中の私が、覚えてたのことをレクチャーしている形です。けれども、参加者の職種の多様性により（ケアマネ、介護保険サービス関係者、障がい者支援関係者、行政保健師職、小学校教諭、大学教諭、医療ソーシャルワーカー、NPO職員など）ピアスーパービジョンの効果が発揮されているように感じています。

当別町は、大都市札幌に隣接してはいるものの、電車で45分程度の時間を要し、冬は豪雪地帯、

猛吹雪となることも珍しくなく、アクセスが必ずしも快適ではありません。人口も一万七千人と減少傾向であり、小さな農村地帯です。けれども、この町に、この隔月の学習会を目指して、札幌や隣町江別市などの専門職の参加があります。ここで、多職種の交流機会が持たれ、ネットワーク構築の一助になっていると密かに自負しているのは私です。援助職が、通常の業務の展開範囲の中で、公にも非公式にもつながれるネットワークをもっていることは仕事をするうえで、或いは生活していく上でも、大きな強みになります。単に何かの機会によく顔を見る、顔を合わせるということだけでないつながりがこの学びの場には生まれています。学び自体が「共通言語」となっていくのです。

～共通言語としての学び～

同じ学びを継続している仲間とは、学び自体が「共通言語」になっていく、と初期のころ、団先生が教えてくれました。それがどんなことを意味しているのかは、当初ははっきりと自覚していたわけではありません。

けれども、家族を学び始めてから、その意味を徐々に実感することは多くなりました。そして、昨年その意味が確信に変わった出来事がありました。

平成24年9月、マガジン連載でもおなじみの早樫一男先生、岡田隆介先生、そして団士郎先生を中心とした「家族造形法ざんまい」という研修が同志社大学を会場に開催されました。一度は京都へ足を運んで、同じような学びをしている方々と一緒に学んでみたい、と常々考えていたこともあり、この研修への参加に迷いはありませんでした。人生初京都が研修という機会であることに、自分のマジメさが表れているなと感じました。余談ですが、関西空港に入り、特急はるかに乗車し、京都駅へ向かい、何かに乗り継ぎ（確か地下鉄）、研修会場である、同志社大学に到着した時の安堵

感。そして、名前こそ拝見したことはあるものの、面識があるのは、団先生のみ、という会場で真っ先に先生を探し、見つけ一安心も二安心もしたところです。けれども、次の瞬間からは、名前を存じ上げていた方々に次々にご挨拶ができ、その後の研修でもアウェイ感が全くない形で、研修に楽しく参加することができました。それは、私の性格が図々しいということではなく（たぶん、そうではないと思っている。）、学びがもたらす「共通言語」というものが、その場の振る舞いや、学びから得られるシンパシーの高まりにつながったのだと思います。「これだ！初対面であって、初対面でないのかもしれない。同じ学びに基づく相手への振る舞いの似通っているところが安心感を生みだしているのではないか。」そう思いました。

二日間の研修は多くの学びと感動を得て終了することができました。台風の影響でやや早めに研修が終わったこともあって、駅の近くのカフェで、千葉さん（マガジン副編集長）や、同じく連載執筆者である坂口さんと、旧知の間柄のような弾んだおしゃべりの時間を持ったことも思い出されます。これは、単なる思い出話ではなく、このお二人とは年齢も近いこともあって、この後の私の人生に大きな影響を与えてくれた出会いでもあります。これは、単に馬の合う友人を得た、ということではないように感じます。同じことを学んでいるという信頼感もありますが、情緒的にだけではない、冷静な側面の関係でもあるような気がしています。言いたいことを、言える時に話す。無理に詮索しない。ただ受け止める。そのような関係でもあるかもしれません。何かに正義という決着をつけたり、不要なアドバイスを尚早に口走ったりしない関係は、同じ学びから得ている作法のような気がしました。

～変わること、変わらないこと。そして地域に根づくことを目指して～

平成20年に私自身が学びを開始した「家族」

というテーマについて、私自身と周辺環境がどのように変化したか、反対に何が変化せずに今に至っているかをまとめにしたいと思います。

変わったことと言えば、地元の学習会に継続参加している人との通常業務のしやすさというプラスの効果、町外の仲間とのつながりができたことです。また、開始当初は、福祉関係者だけの学びだったことに加え、学校の先生や大学の先生などとの参加もあることから、普段関わらない領域の仕事の内容についても知ることができるようになったと思います。継続的に開かれている会があることで、リアルタイムに遭遇した「どうしたら良いだろうか。」ということに集まった仲間での検討ができる場ともなっております。

そして、この当別の学習会に参加している仲間が、札幌で開かれる団先生のワークショップに参加すること増え、学びがもたらす「共通言語」の範囲が広がっています。

地域の仲間が、同じ学びを通して仕事や仕事以外の場面でつながりがあることは、支え、支えられるネットワーク資源を自分が持っていることです。それぞれの職場や部署で一人だという立場の人であっても、孤独な仕事をしないという形は、バーンアウトを防いだり、一人で悩むことも減らせるのではないかと思います。それは、地域の援助者がその場で継続した支援を展開できることであり、それが地域や支援対象者にとっての益になっていくことでしょう。

私自身の変わったことと言えば、地元の学習会だけでなく、家族をテーマにした研修会等に招いていただく機会が増えたことがあります。利用者支援をしていると、本人だけでなく、本人を取り巻く家族への支援についても悩まれ援助職の方の声はよく聞きます。私が家族を学ぶ前に躊躇していた、「どこまで家族に関わってよいのだろうか。」という戸惑いです。家族はいかようにも変化ができる力ある存在として、家族を理解する方法と、支援方法については、日々の私の実践を伝える機

会に恵まれました。そして、仲間が肩の力を抜いて、支援対象者の方にしっかり向き合うことができるようになったというお話も伺う事が増えました。

変わらないこと。それは、最初の頃と同じように「家族」をテーマに学びを続けていることです。私自身が「家族」を対象にしたケアマネであることや、当別町で「家族理解の学習会をしている」という認知も広がっている実感があります。そして、10年後も20年後も同じように家族を学んでいる確信があります。

「変化はいつも少しずつ」という言葉も、団先生からかけていただいた言葉でした。何も変わらないな、と感じながら始めていた学習会でしたが、5年の実績が随分と変化を遂げたと思います。日々の小さな変化は目立ちにくいのですが、続けている限り、少しずつ少しずつ変化と進化はしていくと思います。

ケアマネだからできること、として学びの場を作っていくことも、自分や仲間、そして地域に対してできることだと感じています。

人は、何のために学ぶのか。何かを学ぶことで、学びのアンクルから見えてくる世界が変わってきます。見える世界が変わると、自分の行動範囲も広がります。その行動範囲の広がり、さらなる出会いにつながっていきます。そして、行動が変わっていくという面白い循環が生まれるのだと思います。

職業人としての、専門性を磨くというミッションもありますが、何よりも自分が人生を楽しむことができるようになったのが、「家族」というテーマとの出会いでした。

引用文献：『対人援助額を拓く』（村本邦子 土田宣明 徳田完二 春日井敏之 望月昭 [編] 晃洋書房）

ケアマネだから できること

～学びへの関わり～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

ケアマネ 時々 講師のしごと

私の本業はケアマネです。高齢者支援の場で日々実践を展開しています。そんな私が、時々「講師」という仕事を引き受けることがあります。連載12でお伝えした認知症サポーター養成講座では、地域のあらゆる世代を対象にした、「認知症を理解し、認知症の人に手助けできるサポーターを養成する講座」です。年に数回、仲間と一緒に小学生や一般住民を対象に講座を行っています。この講座には、所定のテキストがあり、内容の雛形はだいたい決まっています。ただし、小学生を対象にした授業などでは、寸劇を入れるなどの工夫をしながら、小学生でも飽きずに授業に参加できるように工夫をしています。

その他には、前号（連載14）でお伝えした、「家族を理解し支援する」という内容での学習会、研修会での講師を担当しています。これは主にワークショップ形式です。面接や事例検討など、演習中心のスタイルです。このトレーニングは、年に2回、団士郎先生の家族理解ワークショップを受けている私が、先生の技を盗みながら、地域の仲間と行っていることです。

このように、純粋なケアマネ業務の他に、高齢

者支援の現場から、あるいは家族を支援するという切り口での「講師」という仕事も時々担っています。今回の連載では、先日初めて引き受けた、大学生への「地域福祉論」の授業の様子をお伝えしたいと思います。

興味がないだろう、という層へ教える

大学生への授業は私の人生では初めてのことでした。私の学歴は高卒ですから、もちろん大学の授業というのは想像もつきません。しかも、看護や福祉という、自分の経験にある学部ではありません。そこでの地域福祉の授業。特に私に任されたのは、高齢者支援の現場から、認知症高齢者の一般的理解と専門職としての理解、というのが学習の狙いでした。

最初に、大学での授業経験のある先輩へ、大学の授業とはどのようなものか情報収集を行いました。それによると、いわゆるテレビでみるような階段式の教室で、けっこうな人数の生徒がいるけれど、必ずしもこちらの話を聞いているとは限らない、ということでした。講義をしながら、話を聞いてもらえ時に、「心が折れそうになる。」とは講師の正直な気持ちでしょう。そのような事前情

報を元に、自分は与えられた役割をどのように果たそうかを考えました。私は、学生に何を伝えたら良いのだろうか。認知症のことを伝えるのか、高齢者の日常生活を伝えるのか。学生はそこに興味を持つのだろうか。あれこれ考えながら、そもそも地域福祉を学ぶ意味は何なのだろうか、などと私の頭の中では、授業の具体的内容ではなく、「学ぶとは」ということを考えていました。

私自身も日々研鑽のために、研修に参加することはあります。学びの多い研修というのは、その場で教わる新たな用語や新しい概念ではなく、聞いたことに興味をもて、研修が終わった後に、更に自ら知を深めるためたくなるものだと感じております。つまり、自分の知らなかったことが、自分の日々の暮らしと関係していることがわかった時です。一見、自分とは関係ないと思っていたことが、角度を変えてつながっていたり、関係していたり、それがわかると日常の見え方が変化します。見え方が変わることで行動の変化も起きるのです。良い研修、学びの豊かな研修と感ずるのは、その場の時間が終わったあとに何が起こるか、だと思っています。

人生は学びの連続であり、情報や知識を得ることだけが学びではないのです。という理屈を頭の中に成立させた時に、看護や福祉系ではない大学生に、私は何を伝えることができるのか。彼らの日常と高齢者や認知症や、地域福祉ということがどう関連して見えてくるだろうか、私に課せられたものは大きく感じました。そして、できることなら、授業を受けている学生が、興味なく内職しているのではなく、一つでも二つでも自分の今とこれからに関心を持つことができるといいなと思いました。

大学3年生の今と未来！

大学3年生と言ったら何に興味があるのだろうか？ 21歳前後の若者。私の狭い人生経験から真っ先に浮かぶのは、「恋愛」、というのは乏しい発

想かもしれません。でも、やはり、21歳の頃はよく遊び、恋をしていたのです。私の今の夫（今の、と言っても昔の夫がいるわけではなく、今も昔も夫は一人です。）との出会いも21歳の頃でした。たぶん、全員ではないにしても、多くの学生に「恋愛話」は通じるのではなかろうか、と考えました。高齢者や認知症への興味や理解の第一歩は「恋愛」という入口にしよう決めました。

授業は、薬学部の学生に80分を2回に分けて行うものです。1回目の授業では、高齢社会と認知症についての、一般レベルでの理解を目指しました。2回目は、薬学部として彼らが学んでいる今と将来に向けて、高齢者支援や地域福祉、薬剤師としてできることを学べるようにと考えました。その入口が「恋愛」です。これをどのように繋げていこうかと考えていました。その時に頭に浮かんだのが、当マガジンの執筆者でもある川崎二三彦先生の連載でした。川崎先生は、「映画の中の子どもたち」と題して、映画というツールを通して考える機会を発信されています。私はここにヒントを得、自分の授業でも映画というツールを使ってみようと思いました。

1回目の授業当日です。150名の学生が着席している教室は大きな教室でした。こちら側から、学生一人一人の様子がよく見えます。これは、なかなか厳しいなと感じます。学生の表情が見えるということは、もしも授業に興味を示してくれなければ、80分という時間、私のモチベーションが維持できないような気がしたからです。何とか、興味をもってもらわなければ、私自身が授業に集中できません。

最初に使った動画は、「ばあちゃんの世界」という動画です。これは、小野薬品工業（製薬会社）が制作した認知症のドラマです。（*youtubeで観ることができます。）8分程度の動画で、認知症の初期の様子や家族の揺れ動く気持ちなどが表されています。動画を流すと、学生の顔は一斉に画面の方を向いています。この日の授業後のアンケー

トでは、この動画により、認知症に対する理解が、本人の苦しみだけでなく、介護者家族の苦悩についても感じとることができたという記載がありました。百聞は一見にしかず、という諺がありますが、まさにそれです。認知症が起こる機序については、既に薬学部の授業で学んでいたようです。病態機序は理解していても、その病態がその人の生活や、周囲の人との関係にどのように影響していくのか、までは授業では触れていなかったとのことでしたので、この動画を利用したことは、認知症の人と介護する家族の人への現実的な理解につながったことと思っています。授業の間にずっと動画でというわけにもいかないのです。認知症についての一般的理解については、「認知症を理解するための8の法則と1原則」について伝えました。動画、そして知識としての学び。次につなげたいのは、21歳前後の学生の「今」です。ここで、登場するテーマが「恋愛」です。

「皆さんには、好きな人がいますか。大切に想う人がいますか。もしも、その大好きな、大切な人との今が、その人と自分の思い出にならなかったら、どうしましょう？」下を向いていた学生の顔がこちらに向きます。この時に用意しておいたのは、次の動画でした。

- ・私の頭の中の消しゴム
- ・君に読む物語
- ・明日の記憶

本当は、映画を一本鑑賞して感想をディスカッションできるといいのですが、なかなかそこまでの時間がないために、この場合には、それぞれの映画の予告動画を流しました。それぞれ、2、3分の映画紹介です。これもまた、食い入るように学生の視線が映像に向けられます。

このようにして、1回目の授業80分は流れ、学生たちに何がどのように伝わったのか授業後アンケートを記入してもらい回収しました。アンケートには、幾人かの学生が自分の祖父母に認知症の人がいることを明かしていました。そして、今

までの対応にまずい点があったという振り返りをしていたようです。また、認知症の人と身近に接したことのない学生は、授業で紹介した映画を早速観てみたいと記入してありました。また、認知症を取り上げた映画がこんなにもあることを始めて知った、という感想もありました。学ぶことで見え方が変わるひとつの成果だと思っています。認知症についての発生メカニズムを知ることも大切ではありますが、自分たちの普段選ばない映画の題材になっていることを知り、今まで選ばなかったものに興味を示し、それを手に取る、ここに行動変容があります。学びの成果だと感じます。その映画をじっくり鑑賞することで、私が80分では伝えられなかったことを、学生自身が自分の興味の向く方向へと知識と理解を広げていくと思います。

さて、2回目の授業です。2回目は、大学卒業後に薬剤師になる彼らに向けた、高齢者支援や地域福祉、薬剤師としての専門職としての役割理解につなげたいところでした。2回目の授業では私の普段の実践から具体的な地域の事例を伝えることにしました。「認知症フォーラムドットコム」というHPの動画の中に、「巡る季節～秋から冬～」という動画が公開されています。この動画は、2012年の夏の終わりから初冬にかけての約半年間、私が地域の高齢者の支援について取材を受けた動画です。認知症の高齢者が介護サービスを利用するだけではなく、長年続けてきた農作業を自宅ではなく、コミュニティ農園で行うという試みでした。農園では、介護サービスを受ける利用者ではなく、畑仕事を担う地域住民というスタンスです。この方の作った野菜が、地域レストランのメニューとして使われ、お客で来店した地域住民が食します。高齢期における喪失体験の連続の中、やや気持ちが沈みかけていた毎日に得意の畑仕事が再び生きがいとなり元気が取り戻せた実践です。18分ほどの動画ですが、学生は真剣に目を向けていました。動画の中で、どんどん表情が豊かに

なっていく高齢者の表情を逃さずに捉えていたことは、授業後のアンケートによく記載されていました。

そして認知症高齢者に限らずに、高齢者を支援しながら感じている現実を伝えました。例えば、高齢者と薬です。私はケアマネとして、30人前後の高齢者の担当をしています。その中で投薬を受けていない人は一人か二人です。あとは、定期的に受診し、なんらかの薬の処方されている方ばかりです。では、その処方された薬が指示とおり服薬できているのか、ということを考えてみます。家族と同居をしていて、家族が薬をしっかり管理している人や、自身の健康管理に注意を払っている人は、服薬順守ができています。けれども、なかなか服薬が指示とおりできていない人もいます。単に物忘れなどで薬の自己管理ができていないという問題ではなく、「飲まなくても大丈夫だから。」という理由の人もいます。処方された薬を飲まなくても本当に元気に暮らしている高齢者もいます。けれども、そのような方の多くは薬を服用していない事実を主治医に伝えることはしていません。その理由が「先生に悪いから。」ということも珍しくありません。医者がよかれと思って出してくれる薬を断るのは申し訳ないという理由です。医療は、命を守ろうとします。もちろんそれを望むからこそ、人は健康に不安があると医療機関へ足を運ぶのでしょう。けれども、命だけが優先されては、守られた命がどのように活かされるのか置き去りになってしまう場合があります。医療的な処置を受けることで、単に命が守られるだけでなく、その人にとっての暮らしの豊かさにどう反映させることができるのでしょうか。それを考えるにはどうすれば良いのでしょうか。そこが、医療の専門職や介護・福祉の専門職、そして専門家だけではなく、地域の生活者との手の取り合いが必要になってくるのです。

最後のまとめに使った動画は、映画「毎日がアルツハイマー」です。

この映画は、認知症の母を映画監督である関口氏が長編動画として記録したものでした。映画が出来る前に、youtube で公開されていた短編がたくさんあったので、その中からいくつかの動画を紹介しました。認知症の介護をとってもコミカルに描いたものです。介護する人が、関口監督のように、日常に起こるへんてこな事柄を笑い飛ばしながら介護していく、ということが出来るわけではありません。現実には、もっと壮絶な家族間の葛藤があることも多いでしょう。けれども、どんな状況の中にも、希望が見いだせるということを知っておくことも、生活者として或いは支援に携わる専門職としては大切だということを伝えました。

多くを語りすぎずに、高齢者実践の実際の動画と、認知症を取り上げた映画を使いながらの2回の授業は無事に終了しました。

2回目の授業後アンケートでは、認知症についてや、認知症の人、介護者の気持ちへの理解が進んだことがたくさん記入されていました。また、医療だけで、人を支えることはできないこと、薬剤師の関わり方の工夫や、医師と患者の橋渡しができる立場であること、地域住民の力を借りることの必要性も感想に書かれていました。

映画を使った授業が良かったという率直な感想や、離れた祖父母の顔を見に帰ろうと思いました、など学生の「今」と「これから」に、自分たちができることが十分に理解できていたことがわかりました。

「学ぶ」ということ。見え方が変わること。行動が変わること。「地域福祉論」という授業を受けた学生たちの行動が少し変化したことが伝わってきました。初めての大学での授業でしたが、情報の伝達で終わらずに行うことができたと思っています。

高齢者支援の現場にいるケアマネとして、できることが、また一つ増えました。

ケアマネだから できること

～ケアマネとジェノグラム～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

マガジン14号から早樫一男先生が、『日本のジェノグラム』と題してジェノグラムについての連載をされています。

ケアマネの仕事をしていると、「ジェノグラム」とは親密な付き合いになります。それは、初めて訪れる利用者訪問でのアセスメント面接場面や、幾度も訪問を繰り返している支援の経過が長い利用者との会話の場面ということもあります。机上で利用者について情報を整理する時、仲間と事例検討をする時にも「ジェノグラム」は登場し活躍します。目の前に置いた一枚の紙の上でも、そして、誰に見えるわけでもないけれど、頭の中に広げられる「ジェノグラム」をイメージしながらできることが随分とあるのです。今回は、ケアマネがどのようにして「ジェノグラム」を活用しているのかを具体的場面に添ってお伝えします。

～相談につながるまで・・・～

始めて介護の相談をしようと考えて、課題を抱えた本人がケアマネに直接相談にくるということはありませんが現状です。ケアマネに相談依頼があるのは、いくつかのパターンがあります。

- ① 高齢者の家族や、ひとり暮らしをしている人の周辺で心配している地域住民が、行政窓口や、高齢者の相談窓口である地域包括支援センターなどへ相談に行き、その結果、「居宅介護支援事業所」へ紹介される。
- ② 高齢者家族や、ひとり暮らしをしている人の周辺で心配している地域住民が、「居宅介護支援事業所」に相談にくる。(電話問い合わせも含む)
- ③ 以前関わりのあった、介護サービス利用者の家族や周辺の人の紹介で、本人以外から、直接「居宅介護支援事業所」へ相談にくる。(電話問い合わせも含む)
- ④ 高齢者本人が、行政窓口、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所などへ直接相談にくる。(電話問い合わせも含む)

以上のようなパターンがありますが、実際には①か③が多い状況です。私はこれまで、10年のケアマネ業務経験があり、100名以上の高齢者のケアマネジメントを担当してきましたが、その中で④のように、サービスを利用する本人から直接相談を受けたのは1名だけです。その一人は、若

い要介護者（2号被保険者）で、難病を抱えた人ではありましたが、意思決定や判断力は十分に満たされている方でした。つまり、自分で自分の課題を理解していた人です。

一方、多くの場合にみられる、高齢者本人以外（家族や地域住民）からの相談があるケースでは、相談窓口へ来所や問い合わせを自らできないという状態の人であることが大半です。

それは、加齢により自分の課題について、どう対処して良いかわからない、理解判断力にやや支援が必要な状態、などです。

このような幾つかのパターンをもちながら、ケアマネの事業所へ相談がつながったあとに、実際に課題を抱えている人と初回面接（インテーク）の機会を設定し、支援が始まります。インテークの多くは、ケアマネジメントを必要とするであろう人の自宅に「訪問して」行うということがとても多いです。

～初回面接から支援の方向性決定までに必要なこと。アセスメントとは何か？～

ケアマネが支援を開始するにあたり求められていることの当然として、「アセスメント」があります。つまり支援の「根拠」です。アセスメントとは、支援を必要とする人が、どのような課題を持ち、それについてどのように考え、どう対処していくことが望ましいのか、を考えるために、情報を収集し分析、判断していきます。専門職としての見解と本人や周辺（家族や地域で関わる人等）の人たちとの意見をすりあわせながら、最終的には本人が、自分で自分のことを「決定」していけるように支援していくための基礎となると言えるでしょう。

アセスメントは、支援対象者本人やとりまく環境について多角的視点で捉えることが重要です。どのような角度から、ということについては、介護保険制度の中では、厚生労働省から「標準課題

分析項目」という最低限これだけの視点からの情報収集と分析は必要であるという様式が設定されています。その他、「アセスメントツール」という様々な様式（視点）があるのは承知の通りですので、経験のあるケアマネにとっては、「耳にタコができる」ほど「知っている」ことだと思います。ここでは、すでに承知であろうことを割愛しながら、ともすると現場ではあまり優先されていないかもしれない大切なこと、と私が感じていることを伝えたいと思います。

家族の歴史を知ること

冒頭でお伝えしたように、高齢者本人からの相談が少ないという現状を考えると、ケアマネが初回訪問した際に、本人に会うと、本人は「なぜこの人が来たのだろうか？」という感覚を覚えることは珍しくありません。相談を決意した家族や周辺の人が、なんらかの支援を必要と自覚していても、当の本人は「べつに困っていないよ。」と平然としていることも多々あります。介護保険制度の性質上、「介護の困り事を、介護のサービスを利用しながら解決していく。」という認識を持っている人は少なくありません。相談の内容も「最近、おばあちゃん（おじいちゃん）が、家でじっとしてばかりいるから、少々ボケてきたように感じます。デイサービスなどに通えと良いと思っています。」「もう家族が介護をしていくことは限界なので、どこか施設にでも入れないものではないでしょうか。」という相談もあります。当の本人は「困っていないよ。デイサービス？そんなところ行きたくないよ。」などと平気な顔で話をしている為、本人と周辺の人との現状への認識を仕切り直ししていくことが必要になります。ここで、気をつけなければならないことは、介護のサービスを利用する、しないの話に焦点を絞ると意見の違う者同士に対立を生む恐れがあることです。

そこで一旦、話題を介護サービスに関すること

から離して場を作っていくことにします。ジェノグラムを描きながらの面接を展開していくのです。

「今日、伺ったのは、介護のことについてのご相談のためではあるのですが、その話は後ほどじっくりと聞かせていただきたいと思います。今日は、始めてお会いしたので、ご家族のことも含めて、これまでのことを少し伺いたいのですがよろしいでしょうか。」そのような説明から、面接の中で家族の情報をお聞きすることへの了解を得ます。ここで抵抗感を示される方は多くはありませんが、大抵の人は、何をどこから話始めれば良いかの戸惑いを見せることはあります。引き続き「まずは、一緒に住んでいるご家族メンバーや離れて暮らされているご家族について教えていただけますか？」というようなフレーズを加えます。すると、同居、別居家族の続柄やどこに住んでいるかなど一般的な紹介をしてくれるので、話している人のペースを優先しつつも、名前や年齢などの基本情報をタイミングよく確認していきます。単なる情報としてではなく、別居家族については、「いつから、なぜその土地への移ったのか、その時の家族メンバーの気持ち、」など、事実と感情についても確認していきます。ジェノグラムは単なる情報収集のツールではありませんので、家族が時間経過の中でどのような歩みをしてきたのか、その時の出来事と気持ちの両面を理解していくことが支援の対象者理解のためには重要です。人生の各ステージに起こる出来事、乗り越えなければならない課題に、家族はどのように対処し、家族メンバーの誰が、或いは全員が力を発揮していたか、など、その家族のありよう(家族の問題の対処パターン)について聞いていくことで見えてくる家族らしさがあります。

ジェノグラム面接を、一人の人から聞き取るだけでなく、家族メンバーが複数同席している場合などでは、ケアマネが尋ねたことに誰がどのようなタイミングで応えるかもアセスメントとして重要です。自分のことを理解して欲しい、自分の訴

えを聞いて欲しいという強い思いがあると、ケアマネの質問に積極的に答えようとする一方で、口を開くことのない家族メンバーが出てくることもあります。バランスよく家族の語りが聞けるように、時には答えてもらう人をこちらで指名してみると良いでしょう。「息子さんはこのようにお話になりましたが、お母さんはどのように感じていますか。」など、誰かの話を聞きながらどのような気持ちを感じているかを声に出してもらうことで、家族がその場で感情をシェアしていくことができます。このように、答えてもらう人を指名したとしても、他のメンバーが代わって答えてしまう場合もあります。家族内の力動やメンバーの個性を垣間見るところなので、これもアセスメントとしては大切な情報になってきます。20分から30分の時間で、相当量の家族の歴史物語を聞くことができますが、時には話がそれ以上の時間に及ぶこともあります。初回面接で、何もかも全てを聞くなどというつもりではなく、相手のペースで話を聴くということがポイントです。相手との時間の確認、健康状態(面接にどの程度耐えられるか)などを事前に確認しておき、私は初回では1時間を目処に面接を組み立てます。お互いの自己紹介を済ませ、ケアマネの役割を説明し、相談のきっかけの確認をしつつ、およそ残り40分程度でジェノグラムを描きながらの面接をします。

ジェノグラムは相手に見えるように、相手の語りに合わせて目の前の紙の上に家族の歴史が描かれていきます。ケアマネと家族が一緒に行う作業ですから、家族が「今」だけでなく「過去」を振り返り、自分たちの歩みの中で、乗り越えてきた出来事の再確認ができます。また、要介護高齢者の「今」だけでなく、「過去」をしっかりと捉えることができると、介護という課題を抱えた今をどう乗り越え、新しい「未来」に向けて何ができるか、何をどうしていくことが、その人や家族にとって、より収まりの良い状態になるのかを考える手立てになります。

私は相談を受け、初回面接の際にこのジェノグラム面接を実施していますが、サービス利用についての緊急性が高い場合を除いては、この面接を2、3回繰り返しながら家族のこれまでとこれからについて考えていく時間を持つようにしています。介護の相談を受けると、瞬時に頭の中に介護サービスが思い浮かび、サービスにつなげようとする傾向にあるケアマネが多いことは否めません。けれども、ケアマネの仕事はサービスにつなぐことだけではありません。課題を抱えた本人や家族が現状をどのように捉え、課題解決のために何に取り組んでいくのか、それを家族の問題として自分たちで決めていくことがスタートになるのです。

以前に独居生活をしている人を心配し、近所の人が地域包括支援センターへ介護サービス利用の相談に来たことをきっかけに、ケアマネが紹介され訪問したことがありました。しきりに介護サービスを利用することで、便利で安心な生活ができるという説明をしていると、当の本人は全くサービスの必要性を感じておらず、むしろ訪問販売を断るかのごとく「今は使いません。」と話を終わらせていました。ある時、現状について、心配してくれた近所の人の行動について、離れている子どもさんはお母さんの今をどう考えていると思うか、などを尋ねてみました。そして、子どもの話が出た時に、「もう少し伺っても良いですか。」と断りを入れつつ、ジェノグラム面接へと切り替えました。その方は実に2時間も、ご自分の生まれた時から結婚、子育て、子の巣立ちを経て、夫婦ふたりの生活、地域での活動、そして、今の状態についてお話をされました。年齢もあり、ところどころ辻褄の合わないところもありましたが、「認知・理解・判断力」をアセスメントする上でも、本人の語りに耳を傾けることは重要です。2時間ほどの話を終えると、目の前に描かれたジェノグラムを眺め、「そうそう、この子がね・・・」などと自身の現状について心配してくれていることなどが

話題にあがりました。すると、「今まで一人でやってきたけれど、子どもも近くにはいないし、心配しているから、少しでもサービスを使いたいと思う。」と話は結ばれました。

介護サービスにつなげることが目的ではありませんが、自分の現状を理解し、自分に必要な手助けが何かを知ることができたことは大きな一歩だと思いました。

このように、ジェノグラムは家族の事実と歴史が視覚化されていくので、今の捉え方を客観的にできる道具になると思います。

また、本人と家族の意向が違う場合にも、ジェノグラム面接をしつつも、それぞれの意向の違いについて確認していきます。「ご本人は今、話されたようなお気持ちですが、ご家族はどう思いますか。」「ご家族がこのようにお話されましたが、いかがですか。」などとやりとりを繰り返します。意向が違いすぎると、この場面で家族の対立に出くわすこともあります。家族が意見の違いを、第三者の前でどのように表現していくのかをアセスメントできる場面でもあり、家族内の力動をみることもできます。ケアマネが、家族メンバー内に入り込むことで、家族の空気がどのように変化するかを見極めて、できるだけそれが良い方向に作用するように、自分の役割を認識していくことが求められていると思います。家族内のぶつかりを避けたいと思っているのは、家族だけではなくケアマネ自身もそうかもしれません。けれども、家族の内側で起こっている問題については、家族のメンバーが共有していかなければ、乗り越えていくことは難しいのです。家族の話を聴く、受け止めることはケアマネ自身に覚悟がいることです。

家族の話を聞いても良いのか？

さて、私は支援の場面でジェノグラム面接を行うことがあり、それは対象者理解の方法としても良い方法だと思っています。僭越ながら研修

等では、このジェノグラム面接についての演習なども実施しています。そこでよく受ける質問の中には「ケアマネがそこまで家族のことを聞く必要があるのか。相手に嫌がられないか。」ということです。

まず、聞く必要があるかどうかは、各支援者の考えにもよると思います。情報がなくても良い支援ができるのであればそれにこしたことはありません。但し、支援対象者を理解していくために具体的にどのような方法を使っていくのでしょうか。その方法がジェノグラム面接だけではないと思うので、対象者理解の方法が他にもあればそれで良いと思っています。対象者理解の方法の一つとして「ジェノグラム面接」があります、というのが私のスタンスです。人が生きてきた長い道のりへの理解こそが、その人自身の大きな支えになると思っていますからです。支援者の都合よく、できるだけ情報を集めたい、ということではなく、その人の歩んできた人生の中に、課題解決の力や方法のヒントがあるのです。

ジェノグラム面接は、必ずしなければならないことではないと思いますが、私自身は対象者理解にとって有効な方法として活用しています。

また、家族のことを深く聞くことで、相手に嫌がられないか、ということについては、この面接を「情報収集のツール」のように思いながら行っていた時に、「事情聴取をされているようだな。」と不快感を訴えられた人がありました。ジェノグラムに描かれた情報をみながら、あれもこれも聞きたくなって、矢継ぎ早に質問を繰り返したことに起因すると思います。情報収集することにはばかり気をとられ、相手を理解するために面接が行われているという基本的姿勢に欠けるとこのようなことが起こってしまいます。

面接を進めていくと、多弁になったり沈黙になったり、質問して返事がくること、来ないことなどがあります。その様子こそが、「情報（アセスメント）」なのです。何に多弁になり、何に沈黙が起こ

るのか。そこに、それぞれの出来事に対する「想い」や「事情」が含まれていることがわかります。そのことへの「理解」が大切なことだと思います。

アセスメントとは

アセスメントとは、現在の身体状況や周辺との関係だけでなく、これまで本人や家族がどのように問題に対処してきたのか、本人や家族の有り様などを理解することも含まれると思います。命も暮らしも人生も継続の中の一部なのです。

ジェノグラム面接は、しなければならないものではなく、人を理解しようとするひとつの方法なのです。その人のやり慣れたスタイルを理解して、そのスタイルで現在の問題に対処できるのか、或いは、違ったスタイルを取り入れることが新たな取り組みとして適切なのか、そのようなことが見えてくるのが、ジェノグラムを使った面接です。

ケアマネだから できること

～制度の隙間を埋める家族という視点～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～制度とスキマ・ハザマ～

「家族」を学び始めて7年目に入ります。それほど、長く学んでいるという感覚ではなく、まだこれから先に積み重ねていく年月に期待が広がります。7年、学びの中で出会った（事例検討などで知る、実際には会ったことのない家族）様々な家族や、自分の実践現場で出会う家族など実にたくさんの家族の物語に触れています。学びがもたらせたのは、「高齢者」の家族を支援する知識、ではなく、どのような世代を含む家族でも、家族が抱える問題に、よくなる為の「ちょっとした変化」をどのように作り出せるのかという知恵です。僭越ながら、同業者からだけでなく、支援対象の異なる現場の専門職からの、ケースの相談を受ける機会も増えています。その機会がまた、たくさんの家族の暮らしぶりや問題対処の仕方のバリエーションとして私の記憶に蓄積されていきます。

さて、近頃考えていることは、スキマやハザマ

ということについてです。制度の財源は公のものが投入されています。誰のための、どのような制度なのか、ということを明確にして運営していくのが当然です。すると、どうしても、そこに当てはまらない人や状態が出てきます。制度設計ミスではなく、そういうものなのだと思います。ですから、利用している制度の中での問題解決ができない場合には、その他の方法を探りながら問題解決に向かうということが、しばしばあります。

私は介護保険制度の仕組みの中で仕事をしている、ケアマネジャーです。主たる対象は、65歳以上の高齢者ですが、場合によっては、40歳以上の人も支援の対象となることがあります。介護が必要になった背景や置かれている状況には大きく違いがあることも珍しくありません。時には、介護保険制度の中だけで対応していくことが困難な場合も多々あります。そのような時には、他に利用できる制度や仕組みがないかを調べ、例えば、障害サービスとの併用を申請していく、などという方法をとることもあります。これは妥当なこと

だと思っています。

今、そこにいる人が、今、そこにある人や資源（制度など）を使って、問題解決に向かうということは当然のことです。けれども、時々、おやつ？と首を傾けたくなることがあります。それは、支援を提供する側が、強く「専門」という領域を主張することによって、「自分の扱う対象者ではない。」という支援提供拒否（この表現はやや大げさかもしれませんが。）が見られることです。それより、少し親切？な場合には、どこかの何かの制度や仕組みにつなげられないか、と、対象者に「病名」や「障害」というラベルを張り付けるために、「診断のススメ」をしていることも見受けられます。援助職である、私たちは、何に出会っているのでしょうか、というのが近頃の考えごとの一つです。要介護者、障がい者、虐待者、被虐待者、病人・・・

私たちが出会っているのは、暮らしを持った「人」であることが置き去りにされてはいないでしょうか。ある時まで、暮らしを営んできた人、あるいは、ある日この世に生を受けた人が、いつの時点からか、なんらかの課題を抱え始めたのではないのでしょうか。最初から、要介護者、障がい者・・・ということではないのです。先天性の障害を持って生まれた赤ちゃんでさえ、障害児として生まれるわけではありません。お父さんとお母さんのもとに生まれてきた「赤ちゃん」なのです。目の前にいる人を見えていますか、ということが私たち援助者自身に繰り返し問わなければならないことだと思います。ここが、援助の原点です。

話を少し前に戻します。どのような、誰のための制度かを考えると、制度の支援対象からこぼれた、スキマやハザマにいる、なんらかの支援や関わりが必要な人を助けるためにはどうしたらよいのでしょうか。それらの人を対象とする新しい制度を創っていかなくてはならないのでしょうか。どんなに制度や仕組みができて、そこにはまた小さな「こぼれ」は生まれるのが現実です。

～「家族の問題」という万能薬～

人が生まれてから死ぬまでに、巻き起こる問題は、その年齢や時代、社会的な価値観などの影響を受けながら発生しています。問題が起きない年代などありません。そして、多くの人がその年齢に応じた問題にぶつかり、乗り越えてきた歴史があります。時には、まれな問題と言うものもあります。けれども、どれにも共通するのは、問題を抱えた人には「家族」というベースがあるということです。天涯孤独の身、という人もいるかもしれませんが、そのような人は「家族がいない。」ではなく、「家族がいないという家族物語を持っている。」ということなのだと思います。様々な問題にぶつかる個人が家族の中でどう対処し、家族はどうふるまうのか。或いは、家族として問題にぶつかり、家族として乗り越えていくということも当然あります。

問題と家族、家族と社会、という関係性に視点を当ててみると、問題が単独の中で発生しているわけではないことが理解できます。当然のことですが、問題が制度の縦割りに応じて発生することもあります。

こう考えると、家族に巻き起こる問題や対応の方法を知っておくことで、制度のハザマ・スキマという人への対応も可能になってくる場合があるかもしれません。

「ニーズ発見」

要介護認定調査のために、高齢者の自宅に訪問し、調査を終えて、その場を去ろうとした時に、同席していた家族がぼつりと、「私のような人間の相談も、聞いてもらえるのですか。」とつぶやきました。もう一度、姿勢を直して、「どのようなお話しか、聞かせていただけるのであれば、お伺いしますよ。」と答えると、家族は、ゆっくりと話し始めました。それは、要領を得ない、たどたどしさがあ

りながら、話している言葉をもう一度自問自答しているようでもありました。自身の体調のことから、何か対応策はないものか、という主訴でした。けれども、それは必ずしも健康の問題ではなく、何かまだ気持ちが十分に適切な言葉に置き換わっていない印象がありました。

半年間ほど、月に一度、定期的な訪問を繰り返し、その都度本人が訴える言葉を整理していきました。最初は、健康上の悩みであるかのように始まったのが、長い間介護のために社会とのつながりが途切れてしまったことで、自分の経済的不安が出てきた、という話へ変わりました。それは、数十年も介護をしてきて、いつしか自分も65歳を越してしまった。それでも、今からでも仕事がしたい、という表現になりました。

最初の3か月の主訴だけ注目していると、例えば精神科への受診の勧奨、職業安定所など就労相談への紹介、もしくは、経済状況を確認した上での、経済状況への支援の模索、などが考えられもしました。もちろん、本人への提案もしています。けれども本人はその方向に動こうとはしません。更に継続的な面接を進めていき、半年が過ぎた時、ようやく本人がすっかりしないモヤモヤとした事柄の正体がわかりました。

小さな頃から、思っていることを伝えることが苦手だった上に、誰かの話を一生懸命聞いていてもよく理解できないことが多々あったこと。いつだったか、きょうだいが集まり親の将来について話をしているうちに、自分ときょうだいの意見がぶつかり、きょうだい間の関係がぎくしゃくしていることなどが話されました。そして、最後に出てきた本人の懸念事項は、高齢の親が亡くなった時の、葬儀のとりしきりなどについてでした。長子であることの責任を感じながら、自分には何もできないだろう、という気持ち。その時がきたら、他のきょうだいに頼まなければ一人では、とりしきれないということへの不安でした。また、他のきょうだいの健康状態が思わしくないことも案じ

ていたのです。

「家族の問題だから、家族以外の人に間に入ってもらう話ではないと思うから、少し自分で向き合ってみます。また、何かあれば相談させてください。」と言って、それ以後の面接の予定は組みこまれることはありませんでした。しばらくして、地域の中で偶然お会いした時に、「お元気ですか。」と声をかけると、「まあまあやっています。」と言葉が返ってきました。何がどうなったのかは、わかりませんが、自分の中にある、モヤモヤとした気持ちの正体を自分の中に受け入れることができたのでしょう。

このケースは半年間、定期的に話を続けていただけです。事業所としては、報酬は発生しないケースでした。けれども、じっくりと本人と向き合うことで、「支援される人」を地域の中に作り出すのではなく、「自分の問題に向かう力を取り戻した人」として自身の生活に戻っていったのです。

長い間、介護と言う役割が社会との関係を遠ざけてしまっていました。困りごとや、ちょっとした話ができる相手がいませんでした。でも、これからは、相談できる機関がある、ということがわかったと思います。

時折見かける「まあまあやっています。」という姿に、問題や心配ごとを持ちながらも、まあまあと思えることも、その人の持つ力に思います。支援の道筋に乗っていただく必要もなかったのでしょうか。この半年は、どこが相談に応じる機関なのかではなく「出会った者の責任としての対応」だったのかもしれませんが。

「自覚者は責任者」という糸賀一雄さんの言葉が浮かびます。

「専門家は、一般を扱わないのか、扱えないのか？」

専門職の、専門性とは？などと議論展開されているのを耳にすると、少々うんざりします。専門、専門、専門……。まるで、他の誰にもできない

こと扱う職業、と誇張しすぎではないでしょうか。もちろん、専門家故に一般の人ができないことを担う役割があるのは確かです。では、専門家は一般的な事柄は扱わないのでしょうか。「そんな、誰にでもできることまで扱っていたら、仕事量が増えて大変。」それも一理あります。でも、どうでしょう。「私の扱う仕事ではない。」と言って、また別の専門職を探し、別の専門機関につなげるために、簡単に病人や障害というラベリングをしてしまうことは適切なのでしょうか。

専門というのは、一般的事柄の中に点在する一部だと考えます。当然、一般的事柄は誰にでも対応できる事柄です。専門家はその両方を扱うことができるのではないのでしょうか。専門のことだけしか扱わないのは、「センモンカ」ではなく、「センモン●●バカ」かもしれません。

私が考える専門家とは、一般的事柄を扱うと、ささっと解決できたり、一般社会の中に扱いをつなげることができる人だと思います。

専門家はいつでも、特別なことと、一般的なことの両方にセンサーがあり、そのどちらにつなげたり支援を展開できるかを皮膚感覚で知っている人なのではないのでしょうか。

＊プライバシー保護の観点から、事例は事実情報を加工しています。

ケアマネだから できること

18

～家族という幻想～

木村晃子

～普通の家族・複雑な家族？～

結婚・離婚・再婚・別居・内縁関係・・・様々な家族の形があります。課題を抱えている家族について、「複雑な家族関係」という説明を使う援助者は少なくありません。けれども、「複雑な家族関係」とは一体何を指しているのでしょうか。少々疑問を感じます。

また、家族間のコミュニケーションが円滑ではない場合の理由づけとしても、「血のつながりがいないから、本当のことを言い合える関係にない」と、わかったような説明がされています。

このような発言を悪気なくしている人は、「家族」のとらえ方が固定化しているのではないかと感じます。父がいて、母がいて、子どもがいる。時には祖父や祖母もいて、それぞれが血縁関係にある、というような場合に「家族」が成立し、これに当てはまらない場合には、「複雑な家族関係」という括りになってしまうのかと考えます。

お正月やお盆には、家族が集まって、ワイワイ・ガヤガヤ美味しい料理を囲みながら団欒をする。子どもに何かが起これば、親や祖父母もこぞって

あれこれ作戦会議を施し、親に何かあれば、今度は逆に子どもが親の元へかけつける。親は子どものため、子どもは親のために労を尽くすことが当たり前・・・これを家族の象徴だと思える人は、よほど幸せに家族を経験した人なのだろうと思います。そして一方で、家族などまるで無いようにして過ごしているその人にさえ、いや、その姿にさえ「家族」が存在している機微を感じ取れる人は、容易に家族を定義づけたりしないのだろうと思います。

～離れている家族、見えない家族～

お盆に久しぶりに自宅の母のところへ行きました。母に会うのは、お正月ぶりのような気がします。距離的には、それほど遠くのところにいるわけでもなく、車で1時間程度の距離にも関わらず、会うのはこんな頻度です。

母に会うにはとても覚悟とエネルギーが必要です。私の母は、大変多弁な人で、人の話を聞くことはなく、とにかく自分の言いたいことを話します。普段、一人で暮らしているから、誰か

が来たとき位しか話はしないよ、などと説明していますが、母のおしゃべりは昔からです。私が子どもの頃からそうでした。よほど、こちらの心に余裕がなければ、母の話を聞くことはできません。

このお盆に母のところに行ったのは、なんとなく気が向いたからです。午後から夕食前まで母とおしゃべりをして自宅に戻ってきました。

なぜ、なんとなく気が向いたのだろうか？とふと考えてみました。明確な答えはわかりません。本当に、なんとなく、だったのでしょう。おしゃべりな母の一方的な話を聞くのは大変だと最初から予測していたので、母よりも上の世代のジェノグラムを描きながら、家族の歴史的な話を聞きました。思わぬ語り方に、いつも感じる疲れや、エネルギーを吸い取られるようなこともなく、楽しい時間でした。長い間、おしゃべりな母に嫌気がさしたこともあったけれど、この母のルーツを知ること、過去の人たちの凛々しくたくましい姿を垣間見ることができました。

雪の多い土地に住んでいながら、冬の間たった一人で過ごしていた母のことを思いながら、まだまだ一人で元気に過ごしてほしいなと感じました。

もし、今、介護が必要な状態になったとしても、私はそれほど役にも立てないし、母のために割く時間もさほどないと思っています。それはもしかすると、「親の面倒もみない子ども」というレッテルがつくのかもしれません。それでも、いいとすら感じます。もともと、それほど仲の良い親子ではない、会うことにものすごくエネルギーが必要な親子、そんな関係なのに、介護のために急に仲睦まじくなるとも思えないからです。とはいえ、実際にそのような状況になれば、今の気持ちも変化するかもしれません。

ケアマネとして関わる高齢者やその家族の中には、私のように親子関係に葛藤を生じているケースもあります。無理に親子の関係を修復させようなどという気持ちもありません。また、親の面倒は子どもがみるのが当たり前、ということも首を

かしげたくなくなります。

家族とは何だろうと考えた時に、血縁や同居しているかどうか、などでは定義できない、幅広さがあると思います。

家族の形はたくさんある。血のつながりなどなくても家族になっていくことはできる。一緒に住んでいなくても家族になっている。そんなたくさんの家族の形を記憶しておきたいと強く思います。

家族がもっている不器用さを血縁関係がないから、だとか、内縁だからなどという意味のない説明をして、支援者として相手を理解することを怠る位なら、家族をどのように語り意味を持たせているかに、しっかりと耳を傾けるほうが相手の役に立てると思います。

スープの冷めない距離にいて、温かいスープが美味しいと確信している家族は、冷えたスープの旨みを知らないでしょう。冷製スープが、スーッと胃の中に入り込んでいくときの爽快さ。冷めたスープは冷ましきると、より味わい深くなると思います。

何となく行ってみようかな、そう思った気持ちこそが「家族」なのだと思います。絶対に会いたくない、そう思う気持ちもまた「家族」の表れかもしれません。

家族の距離感や家族の関係などに、「普通」はないように思います。

家族でなくてもできること。目の前の人の話に耳を傾けること。これは、家族でないからできること、なのかもしれません。

ケアマネだから できること

19

～専門職の質をあげるとは？～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

介護支援専門員の質は低いのか？

私の業界、高齢者支援や介護保険制度を扱う領域ですが、耳にたこができるほど言われているのが、「介護支援専門員の質の向上」ということです。このことが言われてずいぶんたちますが、それほどにも、介護支援専門員（ケアマネジャー）の質は低いものなのか、と残念に感じます。

私自身は日々精進の中に歩んでいるつもりですし、周りを見ても研修に参加し、専門書を片手に勉強する介護支援専門員の姿も目にします。一方で、介護支援専門員の各種研修など、後進育成の場面に微力ながら携わると、残念なことに、何か大切なことが置き去りにされたまま、日々の業務に忙殺され、実地指導対策のための「上手なケアプラン」や「書

類の作り方」に興味を示す人も散見されるものです。仕事をしていても、与えられた役割のそれ以下にはならないものの、決してそれ以上の仕事はしないというスタンスの人が多くなっていることも感じます。それほどに、介護支援専門員の業務量の多さは否めないのも事実です。

専門職の質の向上のために必要なことは何でしょうか。研修や日々の仕事の積み重ねによって、どんなに知識や技術が向上したとしても、それが質の向上にはつながっていない、「そもそも何をもって質の向上とみなされるのか」というところに非常に関心を持ちました。客観的に見て「仕事のできる、質の良い専門職」にあるものとは何なのか、改めて考えてみたいと思いました。

質とは何か？

辞書によると「質」とは、成り立つもと、実体、たち、もちまえ、よしあしから見た性質、備えている性格、能力、などと説明されています。「介護支援専門員の質の向上」という場合には、性質や能力といったところを指すのでしょうか。性質や能力を向上させるためには、どうすれば良いのでしょうか。

私は、専門職の「質」とは、その果たすべき役割に与えられている職業的価値にあると考えます。つまり職業を遂行する上での「倫理」ではないかと考えているのです。知識や技術の前に、「何故、その知識や技術が必要なのか。」ということを明確にしておかなければ、知識や技術を身に着けても、それを生かす場面を誤るのではないかと思います。

東京大学の清水哲郎先生（臨床倫理プロジェクト）は、倫理的な振る舞いについての行為分析を次のように説明しています。

状況に向かう姿勢＋状況把握 →行動

つまり、周囲の迷惑にならないようにしようという（状況に向かう姿勢）が、電車の中の携帯電話は迷惑と判断し（状況把握）、結果として、電車の中では携帯電話はかけないという結果（行動）につながっているということ。（※臨床倫理プロジェクト資料引用）

専門職として、どのように在ろうとしたか、という姿勢があって、状況判断する際に必要なのが、知識や理論であり、その結果とる手段（行動）には、技術が必要になってくると

考えるとしっくりいきます。最終的にとる行動が、支援対象者の利益に寄与できるかどうかは、知識や技術、といった状況把握や行動につながるのですが、そもそも、「専門職としてどのように在ろうとしたか。」というその姿勢こそが、知識や技術を支える、専門職として力を発揮するために重要な骨組みだと思います。

職業における倫理とは何でしょう。介護支援専門員においても、倫理綱領というものがあります。社会福祉士についても然りです。まずは、倫理綱領を知った上で職務を遂行するわけです。果たして、質が低いように言われて続けている、介護支援専門員は、どれだけこの倫理を意識しているのでしょうか。介護支援専門員だけではありません。全ての専門職についても言えることです。

強い使命感を持った専門職は、強く倫理を意識しているかもしれません。倫理を意識できるかどうか、そこが専門職としての「質のよしあしの分かれ目」かもしれません。

職業選択の動機

対人援助の専門職として、その職業選択の動機にはどのようなものがあるのでしょうか。私は現在ケアマネジャー（介護支援専門員）ですが、その土台となった職業は准看護師でした。准看護師になる土台は、障害者施設の介護員でした。介護員になった動機は、頭の片隅に「福祉の仕事」というイメージが

ありながら、高校卒業した当時通っていた予備校の授業に自分の未来が感じられず、予備校を中退し、仕事をしようと思った矢先に、求人広告でみつけたのが介護員という仕事でした。この時の採用試験に落ちたら、役者になるために上京しようと密かに心に決めていたのですが、結果として、介護員として採用されたのですから、私には最初から役者の道はなかったのでしょう。介護員の仕事は楽しかったのですが、自分のしている仕事の根拠がわからないことの疑問を感じていました。そんな折に父親が癌の宣告をされ、余命いくばくもないようなことを父と母が言っていたことにも刺激を受け、働きながら看護学校に通える道があることを教えてもらい、看護学校への進学を果たしました。看護の道を歩むことになったのは、父親への思いがあったのでしょう。その後、時代は、医療や看護から、介護と移っていくなかで、介護支援専門員(ケアマネジャー)という職業が日本の介護保険制度に位置付けられました。自宅で生活をする人の、その人らしさと暮らしの継続の実現を支援するケアマネジャーという職業に非常に大きな魅力を感じました。看護の仕事の経験の上、介護支援専門員の資格を取得し、すぐにケアマネジャーとしての仕事を始めました。

介護支援専門員がどのような社会的使命をもっているのか、当時はよくわかっていませんでした。けれども、自宅で自分らしく生き

ていく高齢者を支援する、ということは無言のうちに自分のケアマネジャーとしての在り方を形作っていたと思います。自分の意のままに生きていく。これは人間として最も尊いことだと感じます。そして、それは同時に私自身もっとも苦手なことだったかもしれません。自分が苦手なことだからこそ、自分の意のままに生きていくための支援がしたかったのかもしれません。

対人援助の専門職における職業選択と家族

対人援助の専門職の職業選択の動機には、少なからず自身の生活体験や経験が影響しているのではないのでしょうか。その職業を選択したきっかけになるエピソード、物語が誰にでもあるように思います。その動機こそ、専門職の使命感を喚起させたり、逆に、触れたくないものとして、自分の内面とは向き合わずに専門性を果たしていこうとする人もいるかもしれません。それが、それぞれの専門職としての「あり方」を表しているのではないのでしょうか。どちらが良いというものではなく、どちらも「自己と向き合う」必要があると思います。自分の思いが強すぎると、援助の場面において感情の逆転移を起こしてしまうかもしれません。自分の思いに無頓着だと、援助対象者の思いにも無頓着になってしまう恐れがあります。自分の価値観に気が付いていることは、援助者として、「どのようにあろうとしたか。」という姿勢そのものです。

私たちが生きていく上で身に着けていく価

価値観は、育ちの家族の中の影響が大きいのではないのでしょうか。家族の中で当たり前継承される価値観や、継承したくない価値観。それらが、自分の行動の動機になっていることは多々あるでしょう。自分の考え方、価値観はどのようなものか、自己覚知しておくことは、援助対象者を唯一無二の「個」として尊重するためには必要なことだと思います。

専門職に求められる役割をどのように果たしていこうとしているのか、自分自身の在り方を見つけると、原家族について今一度振り返ることで発見することもあるのではないのでしょうか。

転機

職業選択にさほどの動機、動機を呼び起こすエピソードなど思い当たらない、という場合もあるでしょう。深く考えずに、専門職として仕事を遂行していくなかで、仕事上の悩みにぶつかることがあるかもしれません。その時に、専門職としての在り方を考えるきっかけになるかもしれません。

対人援助の仕事をしていると、いつも対象者を「援助すること」ばかりに意識が向き、自分の立ち位置を見誤ることさえあるかもしれません。どんなに苦しい悩みや困難な状況を抱えた人にでも、問題を解決する力は備わっているのです。そして、援助者である自分自身も、生活者の一人として悩みや問題を抱えながら生きている一人の人間であることの自覚。ここに、専門職としての「どうありた

いか。どうあろうとしたか。」という姿勢が含まれていくのでしょうか。

専門職として、質の向上のために必要なことは、知識や技術を適切に行動できる、「あり方」そのものを自覚すること、だと考えます。

自分自身がどうありたいか。その自分自身を使った、専門職として、どうありたいか、どうあることが社会的使命なのか、原点はそこではないかと思います。

どうありたいか、どうあろうとしたか、は外見からはなかなか理解や評価しがたいところです。

それでも、尚、どうあろうとしたか・・・

*文中では、介護支援専門員とケアマネジャーを使い分けています。筆者のとらえの枠組みで、介護保険制度の中の介護支援専門員と、制度にとらわれずに、ケアマネジメントを実践する場合のケアマネジャーという使い分けをしました。

ケアマネだから できること

20

～どこで生まれ、どこで死ぬのか～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

1 どこで生まれるのか

1969年、私は両親と姉が暮らす隣の国保病院で生まれました。当時両親が暮らしていた小さな田舎町では、出産に適した病院がなかったからだと思います。厚生省の人口動態統計資料を眺めてみると、1970年の出生の場所別割合という資料によると、病院・診療所・助産所を出生の場所とする割合が90%を超えています。実際に、同じ頃の友人と話をしても、病院や診療所などで生まれたというのが大半で、自宅で助産師さんに取り上げられたという話はほとんど聞いたことがありません。つまり、私の年代では、病院や診療所で生まれることは普通のことだっ

たのでしょう。

さて、19年前、私は第1子である長男を、産科の病院で出産しました。当時は、札幌に住んでいて、出産場所の選択肢はあったと思いますが、産科病院を出産場所に決めることに特別な意識はありませんでした。妊娠・出産は病気ではないけれど、妊娠や出産に伴って「何か」予期せぬことが起こった時に対処してもらえる場所は病院だという当然という理解があったように思います。出産に伴うリスクは、母親と子という2者に属すると考えた時に、自分（母親）に何か起こるというよりは、新しい命（子）のリスクをできるだけ回避しつつ、対応も万全にという想いがあったのでしょう。恐らく、私だけではなく、多くの妊婦はそうように考えながら出産場所を

選択していたのではないかと思います。

妊娠・出産は病気ではないけれど、それが病院という場所で経過をみるということは、少なからず、医療行為も発生しているようにも思います。古い時代、自宅で出産が行われていた時代には、極めて人間が「動物的に」出産シーンを行っていたはずです。いわゆる「自然にまかせて」というところでしょうか。出産場所が、医療も提供できる所に移ると、私の場合では、計画出産などという方法も選択することができました。陣痛促進剤による、陣痛や分娩の誘発です。不自然な出産の経過になってしまいます。けれども、この不自然な出産によるメリットもありました。それは、夫の計画的な休暇取得ができることにより、産後育児を両親に協力してもらわずできたということです。第2子第3子を出産する際には、家で留守をする上の子どもたちの世話の面でも助かったのです。(そのことが、産後の母体の回復にとって良いかどうかは別の話になってしまいますが・・・)

このように、人が「生まれる」という場面においては、新しい命の方が一にも備え、病院という場所を選択することに違和感を覚えない時代になってきているのかもしれませんが。ちなみに、私の出産では、三人とも計画出産による、誘発分娩という不自然な出産の形をとりました。生まれてくる子供にとっては、親を選べないこと同様に、どこで生まれるかも選べないことというのは、当然の話です。

2 どこで死ぬか

超高齢社会の今、高齢者支援の現場では、しきりに「住み慣れた地域で暮らし続ける。」などというフレーズが世の中に回っています。住み慣れた地域で暮らし続けるというフレーズは、非常に当たり前のように感じる一方、非常に難しい現実を表しているのかもしれない。

寿命の延びは、必ずしも健康長寿を示してはおらず、加齢によって様々な病気を抱える高齢者も増えています。特に、認知症の有病率も上がり、自宅で住み続けることが困難になる要因としても、認知症による症状が上がってくることも少なくありません。自宅生活の継続が困難になった時に、介護体制の整った形態の施設(老人福祉施設、介護保険施設、その他民間の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅など)に移り住むというのも、今の時代の高齢期を迎えた人たちの選択肢でしょう。

家族形態の変化は言うまでもなく、従来、家族が担っていた家族の介護機能の低下をもたらせたと思います。良し悪しではなく現実です。その為に、介護の社会化などと謳いつつ介護保険制度が創設されたことも思い出されます。家族形態の変化に対応し、家族機能の代替となると思われた介護保険制度は、私たちの人生を豊かにしているのでしょうか。も

しかすると、それは、暮らしにおいて便利な一方、人や家族が持つ「覚悟」を脆弱化させてしまっているかもしれないと感じます。長い人生を歩んできた結果、老化や疾病により、誰かの手助けが必要になってくると、自分が暮らす場所さえも、自分で決めることが難しくなる場面も少なくありません。暮らし場所の決定権は、時に、家族や地域の人（独居の場合になどは、本人を心配する近隣住民などのことを示します。）の手に渡ってしまう現実もあります。

平成24年版高齢者白書によると、「治る見込みのない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」については、「自宅」が54,6%で最も多く、「病院などの医療施設」が26,4%となっています。また、国民の死亡場所の構成割合の推移を見ると、昭和26年時点では、「自宅」が82,5%を占めていたものの、平成22年には、「病院」が77,9%を占め、「自宅」は12,6%までに低下しています。

治る見込みがない場合にも、最期は「病院」という現実、生まれる場所を選べないように、最期を迎える場所を自分で決めることもできないことが重なります。

さて、2025年、団塊世代が75歳に到達することで、介護や医療、地域で暮らし続けるためのシステム構築が課題になっています。これまで、「何かあれば病院で・・・」という、病院依存をしてきた世の中の風潮とは

違った方向性になっていくものと思われます。今という時代、自分の意思で生き抜くことは、よほど自分が意識しなければ難しいのかもしれませんが。様々な事柄が、制度の側から押し付けられることに、少し抵抗することも必要かもしれません。

3 生きてきたように死んでいく

Aさんは、93歳。数年前より認知症と思われる症状がありました。同居の娘さんが介護をしていましたが、一人での介護も難しくなり、介護サービスの利用を開始しました。社会資源を上手に利用しながら、お母さんを大切に介護していましたが、やはり一人介護の限界はありました。申し込んでいた、特別養護老人ホームへの入所が決まり、Aさんは自宅を離れました。娘さんは、週に数回施設を訪問し、自宅にいた頃と同じようにお母さんと穏やかな時間を共有していました。

あれから3年半が経過し、97歳になりました。お元気だった体に少しずつ変化がみられました。最近は食事の量も減り、眠っている時間も多くなりました。いわゆる「老衰」の状態です。娘さんは、この状態のお母さんの時間を、再び自宅で過ごしたいと考えました。

自宅生活をしていた頃の担当ケアマネジャーに相談すると、ケアマネジャーは、施設のAさんを訪問し状態を確認しました。

「どうですか？帰れますか？」娘さんは、ケアマネジャーの方に視線を向けました。

「どうしたいですか？」ケアマネジャーは、娘さんに確認します。

「連れて帰りたいです。」娘さんの覚悟を伴った返答に、

「お手伝いしますよ。」とケアマネジャーの言葉に安堵した娘さんは、すぐに施設の職員に声をかけ、施設を出る手続きについて話し始めました。

娘さんが決めたのは「自宅介護」ではなく、「自宅での看取り」でした。人生の最期と思われるお母さんの状態をみて、「無理なく自然に死んでいきたい。」と話していた元気な頃のお母さんの意思を支えたいという覚悟です。その後、自宅に帰るための準備を進める上でネックになったのが、在宅医療を担う医師が地域にいないという現状です。Aさんは、元来健康な人でした。係つけ医を持たずに生活出来ていた人です。唯一、年に一度の健康診断を受けていた医療機関に相談し、この状況から担当医になっていただくことを相談しました。古いカルテから、Aさんの意向を支えることに同意してくれた医師が、在宅での担当をしてくれることになりました。

食事摂取がしばらくできていないことから、そう長い時間があるわけでないこと、この状態では自然にまかせて医療処置をしないことが、ご本人にとって安楽な経過になることが説明されました。その後、医師の指示の元、

訪問看護と連携し、ご本人の状態を確認し、介護する娘さんへのアドバイスが行われました。

無事に施設から自宅に戻った日は、移動の疲れが見えました。しかし、自宅に帰った翌日からは、状態が回復したように、周囲の状態に反応をみせてくれました。遠方からかけつけた子供さんとも無事に時間を共有することができました。

自宅に戻って5日目の夜から状態が変化しました。その時は近づいています。呼吸状態が変化してきました。訪問看護師から状態の説明をされ、娘さんは冷静に覚悟をしながら、お母さんの傍らで様子を見守っています。夜を越せるかの心配を持ちながら朝になりました。

少し早めの時間にケアマネジャーが訪問すると呼吸状態が前日より更に変化していました。朝の挨拶をすると、うっすらと目をあけましたが、意識は遠かったと思います。その数分後、ゆっくりと息を吸い込むと呼気はなく長い人生を終了しました。

息を引き取る、という言葉とおおり、静かに大きく、これまでの人生を自身の中に取り込んでの幕引きのようでした。なんの苦痛もなく、穏やかな最期でした。

Aさんは、戦後の引き上げを経験されています。その後、早くにご主人を亡くし、4人の子供を一人で育て上げ、巣立たせていました。優しく逞しく、苦勞もしながら生きてき

た人だと子供らはお母さんのことを語ります。70歳を超えた頃からは、自分はいつ死んでも困らないように、と子供たちに話をしていたようです。最期の時をどのように迎えたいかということに関して、子供らに意思を伝えていました。長い間、しっかりと自分の考えで歩んできたことが、それを伝えられた子供たちを一丸とさせたようです。「母さんの望んだ通りに・・・」というのが、子供たちの思いでした。

入所した施設を退所することは、本人や家族の自由な決断です。けれども、家に戻るためには段取りが必要です。様々な段取りがスムーズに運んだ不思議がありました。そこに、これまでAさんが、苦難を乗り越えながら切り開いてきた人生に対する力が発揮されたように感じました。人が関わるころのタイミングを良い方向に進めただけでなく、時期的に不安定な天候さえも味方につけたAさんでした。

生きてきたように、最期の時をも作り出すことができことを覚えます。

4 自宅で最期を迎える条件

自宅で最期を迎えるためには、本人の意思だけでなく、それを支える家族や、離れている家族や親戚、近隣、在宅での医療を担う医師、看護や介護などケアチームの意識など、たくさんの人たちの共通した認識が必要です。

自宅で最期を迎えるという覚悟は、時に揺らぎます。揺らぎを支え、希望変更もあるということを心得ておかねばなりません。

また、人が死に向かう際の変化を正しく理解し、必要のない医療を提供しないようにしていくことも大切です。食べられない、飲めない状態を見ている家族は辛くなります。その状態から「点滴くらいして欲しい。」という希望もあるのが現実です。けれども、その点滴は本人にとって安楽かどうか、ということです。

住み慣れた地域で暮らし続けるために必要なのは、医療や介護の体制整備ももちろんのことです。けれども、人が人を支えているということを考えると、生きること、死ぬことという価値観をどう共有していくのか、という本質の共有も重要であると思います。システムだけでは対応できない、人の心の部分です。それには、その人が「生きてきたさま」を理解していることが大前提になるでしょう。

人間とは、単なる動物ではなく、人の間で、自分らしさが育まれ、伝えられ、受け継がれていくことをしみじみと感じたケースでした。生まれる場所は自分では決めることができない。けれども、最期をどのようにしていきたいかは、必ずしも自分一人の考えでは決めることができないにしても、自分の生きてきた延長上に意思を反映させることは可能かもしれません。少なくとも、制度や世の中の風潮に流される必要もないと思います。

ケアマネだから できること

21

ケアマネ、あの眼、この眼 ～娘の不登校～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

今回は、ケアマネ仕事とは離れ、全くのプライベートな出来事を書いておこうと思います。これは、親としてなのか、ケアマネという対人援助の仕事をしている職業人という立場からなのかは、自分でもよくわかりません。ヒューマンサービスという括りで考えた時に、学校の先生も、ケアマネジャーも、共通する姿勢があるのではないかと考えました。私の中の母親の部分か、或いはケアマネジャーの部分なのかはわかりませんが、娘の不登校を通して、大きな怒りや悲しみを感じながら歩んだ3か月を、今の記録として残しておこうと思ったのです。「書いてもいいよ。」と言ったのは、不登校だった娘です。書くことで、誰かの目に留まる時、ほんの少しでも、誰かの元気の種になることを願いながら、書いて

みようと思います。

～その時～

1月下旬の寒い朝。飼い犬にエサを与える当番の長女が起きてきた。エサを与えた長女は、その後2階の自室に上がって行った。てっきり登校準備をしていると思っていると、そろそろという時間になっても、自室から降りてくる気配がない。何度か階下から、大きな声で「遅刻するよ。」と叫んでみても、私の声に反応もないため、同じく登校準備をしていた次女に、「声をかけてきて。遅刻してしまう。」と頼んだ。間もなく、一端は2階に上がって行った次女が、階段を下りて、私のもとへやってきた。「お母さん・・・」と、その声は小さいながらも、何か緊張を含んだ言い方

だ。「泣いていたよ。学校で、嫌なことがあったのだって。」次女は、ためらいながら私に教えてくれた。青天の霹靂などではない。ただ、クールで気丈な長女が、ここにきて（3学期が間もなく終わりに近くなっているこの時期に）、ストップしてしまうなどとは予想外だった。「言わないで・・・」、気を遣うように次女が私を見つめる。「大丈夫だよ。」と言いつつ、私はそのまま長女の部屋に向かった。

「どうしたの？嫌なことがあったの？」

「私は、クラスの子に嫌われていて、嫌なことをされている・・・」そう言った後は、涙で言葉にはならなかった。まずは、学校へ連絡して、この言葉を伝え、状況を確認するために、その日は休ませること、状況が分かり次第、学校の先生へも経過を報告することとした。

この出来事が、青天の霹靂でなかったことは、いくつか思い当たることがあったからだ。

～入学後まもなく～

中学を卒業して、期待を胸に希望する高校へ進学した娘は、兄の影響を受けてか、野球部のマネジャーになった。意外な選択にも感じたが、ちょうど同じ春に高校を卒業した兄が、3年間高校野球に没頭する姿を見ていたことが、高校野球の面白さを発見したのだとも理解した。高校野球のマネジャーの仕事も生易しくはない。休日も早朝から、遅い時間まで、部員と同じように活動している。「大丈夫

夫？楽しい？」と声をかけると、わずか1か月と少しの時点で、「・・・」沈黙の表情が返ってきた。部活を辞めたいと言いつ出したのも夏休み前のことだった。夏休み入り、担任教員と、娘と私の3者での懇談があった。その時に、クラス内での、多少の人間関係のゴタゴタがあったことを担任から聞かされた。今は、解決している、というのが担任の説明でもあり、娘もそれ以上のことは言わなかった。けれども、入学後一度も娘の口から、学校生活について「楽しい」という言葉を聞いたことがなかったのは、私の中の気がかりでもあった。何度となく「学校は楽しい？大丈夫？」と声をかけたことがあったが、一度も楽しいという言葉は返ってくることはなく、「楽しくなくても学校は行くものだから。」と、表情を変えずに言う長女を、クールな個性ととらえていたのは、その痛みに気が付くことが遅れた母親である私の失敗だったと思う。

夏休み中も、部活に通っていた娘は、休みが明け、秋の大会が始まる直前に、夜中に選手の一人一人に持たせるお守りを作っていた。

（このような仕事が、野球部のマネジャーには代々あるようだ。）そして、その大会が始まると娘は部活を辞めた。後で、知ったことだが、退部の意向がなかなか受け入れられず、最後は、黙って部活に行かなくなって辞めたという結果になった。そして、入学間もない頃、この部活の中でも、明らかな、嫌がらせ行為が娘に向けられていたこともわかった。

～タイミング～

雪深い毎日の中で、新年を迎えた。間もなく、私に「顔面神経麻痺」という奇病が取りついた。幸い、自分の異常を早期に感じることができ、すぐに病院にかかったことも功を奏し、発症から2週間ほどで、私の顔の麻痺は随分と快報に向かっていた。そして、私の回復を見計らったように娘が学校に行けなくなったのだ。子どもというのは、親のことをよく見ているものだ。きっと、病状の最悪な時には、私に遠慮していたのだろう。辛い中、頑張っ学校に通っていたことを思うと、私が元気になることで、娘の我慢が限界を迎えることができたのかもしれない。

とは言っても、親としてこの事態を冷静に対処できるほど容量も持ち得ていない。長い人生の中で、学校に行かない日があっても、どうということはないことを承知の上、早期に対処しておかなければならないこともあるのだろうと想像し、焦りと、どこに向けて良いかわからない怒りも感じていた。

～事実や気持ち～

いったい何が起こったのか。これからどうすれば良いのか。まず娘の話が聞きたかった。けれども、娘に、「可能な範囲で教えて欲しい。」と言っても、最初のうちは、思い出しては言葉にならないうちに泣き崩れてしまい、とてもその出来事を話題に扱う状況ではなか

った。

月曜日から登校できなくなった娘の学校に、土曜日に親が行き、担任を始め教員との面談を果たした。娘から、可能な範囲で、誰に、どんなことをされたか、を確認した上で、学校としては対処していく、とのことだった。

その後、娘も相当悩んだ挙句、自分の気持ちや自分が受けた事実を話すことで、状況が好転することを期待して、幾人かの男子生徒の名前と状況を確認することができ、学校側へ伝えた。すると担任は該当生徒へ確認し、事実としては、あっさりと認めた生徒だったが、

「そんなつもり(娘を傷つける)はなかった。」という説明だったようだ。その後、期末試験の時期が来て、それらの生徒への指導は保留されたまま、学校側は、娘に面談することができない状況では、何もできないと言わんばかりに、対応が宙に浮いてしまった。何が起こったか、事実を伝えることで、状況が変化し、学校へ戻れるかもしれない、少しだけ娘が持った可能性も、テストや、入試に対応が優先されていくうちに、ゼロになってしまった。早期対応の重要性を感じる時期であった。

学校の言い分としては、「本人に会えないから。」というものであったが、叶わない状況の中で、何ができるか、できることを探し問題のこう着を防ぐことが大切だと思うのが、事実がどうか拘る学校側としては、双方(被害・加害)の話を聞かなくては前に進めない、と言った印象だった。生徒が事実を認めたの

にも関わらず、「そんなことをしたら人は傷つくのだから。」という当たり前の説明言語が、該当生徒に対する指導だったと言われても、娘が安心して学校に復帰する光にはならなかった。

～節目、決断～

学校に戻る可能性が限りなくゼロになった時点で、次の目標は、4月という節目に新しくスタートできる環境を整えることだった。転校先の学校を調べ、公立の単位制高校に転校するための手続きを進め、転入試験を受け、4月の転入学が決まった。

転入学が決まった時点で、元の学校と娘の面談が叶う形となったのだが、あれだけ本人の話が聞きたいと言っていた学校側は、娘の気持ちを聞く前に、自分たちが確認した加害生徒の言い分を説明し始めた。それには、娘に非があるような説明であった。娘はひどく落胆をした。

問題が発覚した初動期の対応が雑で、既に次の再スタートが決まった時点での面談に、何の意味があったのだろうか、と思う。ましてや、加害側の主張だけが擁護されているような印象を強めてしまったことも、学校や教員に対する不信を募らせてしまった。

～多様な社会、多様な生徒～

設定目標の通り、娘は4月を新たなスタートとすることができた。定時制高校は、それ

まで通っていた全日制の学校とは、およそシステムが異なっていた。幸い、全日制高校にほぼ1年近く通い、習得した単位も認められ、新たな学校では、必修科目よりも、選択科目を選ぶことができる状況だった。それは、娘の興味関心の高い韓国語の授業や、異文化交流などという科目もあるようだ。さながら、大学のような雰囲気だ。それら、全ては先生らの丁寧な相談対応の元、自己決定することをサポートされているのだ。

この学校の生徒のほぼ半数近くが、小中学校の時に不登校を経験し、更に、12人に一人は発達障害という診断を受けている生徒もいるとのこと。3年または4年かかって卒業に必要な単位を修得すれば良い仕組みになっている。卒業後の進路も、大学や短大、専門学校、就職、自宅療養など多様な進路になっている。ここで、非常に驚いたのは、大学進学と言っても、難関国立大学に合格している生徒もいるということ。学校の授業だけでは不足するところを、先生方が授業とは別に、休み時間等にサポートしつつ、学ぶ意欲のある生徒を支えているということだ。一方で、小中学校の不登校で学べなかった学習についても、丁寧に再度学習できるような体制も整っているのだ。多種多様なレベルに対応することとは、手間も暇もかかることで、それが望ましいことであっても、なかなか実現されにくい社会になっている今、とても誠実な学校の対応を感じたものだった。

この学校では、学校に到着することで、まずよし、とされていたり、休んだり遅刻の連絡ができることでよしとされたりもする。それは、出来て当たり前、という価値ではなく、学校や先生は、生徒にできないことがあれば、できるようになって、社会に参加し、つながっていけるように、育む環境であるという前提があるようにも感じた。

授業の始まりや、終を知らせる合図もない。当然、時間の管理は各自に任されている。それもまた、何もかもが管理される多くの学校システムに対して珍しくも感じてしまうが、本当の意味での自律というのは、そういうもののなのだろう。

様々な道があることを娘は知った。成績が良くても、将来への夢が描きにくかったこれまでとは違い、娘が夢を描けるようになってきた。学校や、授業が楽しいと言っている。先生が声をかけ様子を心配してくれる。思い切って自分の悩みを打ち明ける。そのような体験の中から、「大人は・・・先生なんて何もしてくれない。」と、かつて抱いた絶望も色を薄めつついつている。今の娘が元気に学校へ通っていることが何よりも嬉しい。

～様々な状況の中で～

生きていくと、自分のことや、自分の周りで様々なことが起こる。いつでも冷静な対処などできるわけではない。私は、普段は、ケアマネジャーとして、多くの高齢者やその家

族の相談援助の仕事をしているが、いざ、我が身に起こった出来事に、冷静な思考などは持ち合わせていないことを実感した。

まず、私がしたことは、職場に自分の抱える状況を伝えたことだった。こんなことが起きました。何かと心配事を抱えています。そのようなことを、同じフロアーの仲間に伝えることで、私が時に怒ったり、落胆している様子を受け止めてもらうことができた。親として、心配事を抱えた状態であろうとも、ケアマネジャーとしては、誰かの相談に応じる必要がある。自分が安定していなければ、誰かの相談に応じるエネルギーなど保つことは難しい。その面では、職場の仲間にサポートされていることで、ケアマネジャーとしての相談業務を全うすることができたと思う。仲間には本当に感謝であった。

そして、このような仕事のつながりから、この道のプロ（カウンセラー）に個人的に相談をし、助言をもらうことができた。それは、とても大きな心の支えとなった。

～今をつくること～

娘が学校に行けなくなった時、家の中にじっとしていた訳ではなかった。その時にしていたアルバイトには通っていたし、好きな東方神起のコンサートにも行くことができた。友達と約束をして、ショッピングにもでかけていた。その時々を支えてくれた友達がいた。学校に行けなくても、どこかに行けたらいい

と思う。何かにつながっていたらいいと思う。
人は、いつ、どこで、どんなことに影響されるかわからない。時間という薬もあるようにも思う。ただそれは何もしないということではなく、何かを探し続けることなのかもしれない。

今、娘は元気に学校に通っている。どこからでも、道を拓いていけることを体験したのではないかと思う。これからも、きっと色々あるだろう。今を楽しむことができれば、少し先の未来も信じることができるはずだ。そして、自分の痛みを知ったら、誰かのそれにも想像が巡るだろう。

当たり障りのない、面倒をさける風潮。目の前で誰かが苦しんでいても、「知らなかった。」と言って通り過ぎていける無神経さ。弱さなのか、凶太さなのかわからない人間たちがこの世の中にうようよしている。

自分は、どのように生きているのだろうか。

どのように、生きていくのだろうか。

ケアマネだから できること

22

ケアマネ、あの眼、この眼 ～誰の困りごと？～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

ケアマネジメントの質の向上が言われるようになってから、しばらく経ちますが、相談事に対してすぐにサービスを繋げたがる相談援助職が少なくないのが気になります。

困り事を訴える人の話を十分に聞く前に、サービスの提案を強調しすぎるために、相談者は、どのサービスをどの程度使ったら良いか、ということに頭を悩ませていることも、しばしばあります。

聴く、というのは、主訴だけではなく、背景も含めて聴く、ということが重要です。

～一人暮らしのAさん～

Aさんは、一人暮らしです。ある時、自身の通院について疑問が生じ、相談機関に一本の電話を入れました。電話を受けた専門職は、Aさんの訴えを聞きながら、介護の必要性を

感じ、高齢者の担当に繋がりました。繋がった担当者は、早速、Aさんの自宅に、状況調査として訪問します。訪問し、受け入れの良いAさんから、日頃の話を聞きました。順不同に話題が飛ぶ様子から、認知症を疑いました。一人暮らしでもあり、何らかの見守りや支援が必要だと判断したようです。定期的にAさんに関わることができる担当者を固定するには、介護保険サービスの利用を勧めなくてはなりません。Aさんの話を聞きながら、健康状態の観察や管理、現在一人で行っている家事についてサービスを勧めました。

Aさんは、自分のペースでありながらも、日常生活は概ね自立していました。時々物忘れがあり、買い物に出かけても肝心の物を買って忘れることがありました。また、体調の悪い時には、家事もままならず、助けて欲しい

と思うこともあるようです。

この、A さんの話を聞きながら、相談を受けていた専門職は、介護サービスの利用をするためには、担当するケアマネジャーを決めなければならない、と説明します。そして、近所に事務所のある事業所のケアマネジャーへと相談は繋がりました。

～そのサービスは必要なのか？～

紹介した専門職と同行する形で、ケアマネジャーが A さん宅へ訪問しました。案内した専門職がケアマネジャーを紹介しますが、話は A さん主導で、話題が錯綜しながら時間が過ぎていきます。何が問題で、どうしたいのか、インテークすべき話にたどり着きません。小一時間ほど、A さんの話を聞きながら、初回訪問は終了することにしました。改めて、別の日に訪問させていただくことを約束しました。別日の約束について、**A さんが、約束を覚えていることができるのか、というアセスメント**でもありました。

約束した日に再度訪問すると、ケアマネジャーの顔も、約束の日時もしっかり覚え、出迎えてくれました。A さんの口からは、「ヘルパーさんに来てもらおうとしたら、頼みたいことは・・・」と、サービス利用の話から始まりました。室内の様子を見ても、ヘルパーが支援に入らなければならない緊急性を全く感じないケアマネは、「まだ、お会いしたばかりですから、今日は、少し A さんのこれまでの

ことについて、お話を聞きたいのですが・・・」と声をかけました。A さんは、「何から話したら良いですか。」と戸惑ったような顔をしました。「そうですね、まず、A さんが、どこで生まれて育ったのか、ご両親や、ごきょうだい、などご家族について教えていただきたいのですが。」とお願いすると、ご自分の生まれた年月日や出生地について教えてくれました。その情報は、引き継ぎを受けていた情報と一致しています。ここからは、ジェノグラムを描きながらの面接です。A さんの生まれや、育ち、結婚前や結婚後のこと、子育て、子の巣立ち、夫婦の暮らしと、夫の最期の時の話しなど一時間程度の中で、A さんの生きてきた様子を教えていただくことができました。忙しい子育てをしながら、趣味の教室に通ったり、自営業の夫を手伝ったり。地域の活動参加もしていた A さんには、今でも付き合いの続いている人たちがいます。ジェノグラム同様、A さんを中心に、エコマップも描いていきます。すると、独居ではありながら、たくさんさんの地域の人の目が行き届いている状況がわかりました。エコマップを眺めながら、こんな時は、この人に相談する、この人はよく訪ねてくれる・・・などと、自分の周辺の人と自分自身のことを教えてくれます。ひとり暮らしとは言っても、自宅の近所へ通勤する息子夫婦が毎日 A さんの様子も見ているようです。

紹介機関からは、息子の妻を信用していな

いような雰囲気があると引き継ぎされ、面談の際は、Aさんと息子夫婦は同席しないほうが良い、などと伝えられていました。

Aさんと、息子夫婦の關係に、葛藤があるようには見受けられません。「息子さんやお嫁さんには、今回のような、生活の中の困り事などを相談することはあるのですか。」と質問してみました。「そうね、時々、買い物を頼んだり、自分でできないことがある時には、ちょっとお願いすることもあるけれど、仕事をしているから、あまり頼るのも悪いと思ってね・・・」などと教えてくれました。

さほど、關係性が悪い様子は感じられないため、「一度、今後のことを息子さんか、ご夫婦と一緒に話をしたいと思うのですが、お嫁さんに連絡を取らせていただいても良いですか。」と確認してみました。すると、Aさんから、一つ返事で了解が返ってきました。なんだが、**引き継ぎの情報が呆気ないほど信憑性に欠けている感じがしました。**

その後、Aさんの息子の妻へ連絡し、Aさんの状況について確認すると、Aさんの説明通りの關係が保たれていることがわかりました。また、困りごとの訴えはできているけれど、「一人で話し相手がなくて寂しくなると、あちらこちらに電話をかけてしまうので、相手の方に迷惑をかけてしまっていることはあると思うのです。」と言葉を付け加えました。物寂しさから、人との会話や交流を求めているものの、サロンやディサービスなどへの

参加は、規則的過ぎて好まない、とのAさんの気持ちがありました。エコマップを見ても、Aさん宅に訪問してくれる人が幾人かいるのです。介護サービスに繋がなくても、当分の間、Aさんは、自分の力と周囲との關係の中で、現状維持していくことはできると判断しました。お嫁さんとの話の中でも、「今後、状況が変わった時に、相談させてもらいたい。今は、特に、介護サービスを利用しなくても良さそうなので、何かあれば、ご相談の連絡をします。」ということになり、Aさんについては、相談があった時に対応する、という方針になりました。

何よりも、Aさん自信が「今は、お世話にならなくても大丈夫だから。」と言っています。

～誰の困りごと？～

さて、一体Aさんには、何が必要だったのでしょうか。Aさんがかけた電話を受けた専門職が、Aさんの訴えを十分に受け止めることができなかったために、専門職の不安（一人暮らしのAさんに何かあっては大変だ。）が、高齢者担当に繋がれ、その担当者もまた、脈絡のない、首尾一貫しないAさんとの会話に、「認知症、一人暮らし」のラベルを貼り、「見守り」も含めて、介護サービスを利用したほうが良い、という見解で、ケアマネジャーに繋がった訳です。「何かあったら大変。」と感じたのは、専門職でした。

一人暮らしのAさんが、今、若干の支離滅裂

な相談電話をしてきたことのみ注目して、Aさんがどのような環境に、どのような周辺関係の人達と関わりを持ちながら生活してきたのか、生活しているのか、ということをアセスメントできていない段階での、「**転ばぬ先の杖**」的な、**サービス提案**となったのです。しきりに、介護サービスの利用を促されていた為か、ケアマネに会った時から、Aさんは、サービスを利用すること、ヘルパーに頼むことを一生懸命探していました。けれども、どれも、介護保険のサービスとして提供できる内容ではありませんでした。例え、提供できる内容だとしても、**ニーズではなく、それはデマンド、なのです。**

相談援助を担当する専門職は、相談をしてきた人の主訴ばかりに気を取られると、**どのような環境、関係性、システムの中に、その主訴が存在しているのか見失ってしまいます。**高齢者に限らず、何か相談したいと思った人が、自分の相談事を適切に表現できるとは限りません。また、寂しさを覚えた人が、誰かと繋がりをもちたいと考えた時、しばしば「相談事。困り事がある。」という形で、人との交流を持とうとすることもあります。そのような場合には、話題が「困り事」の羅列になる懸念があります。自分でできていること、自分の持っている資源（人との関係性も含む）について自覚することで、今までできてきたこと、今、できていることが理解できます。「まだ大丈夫。困った時には、自分で連

絡します。」というには、セルフマネジメントです。多少の認知理解力が低下していた場合でも、親しい人のサポートも含めながら、自己決定を支えていくことが本来の支援なのです。

Aさんの場合には、アウトリーチが必要な状況ではありませんでした。多数の目がAさんに向けられ、訪問者もあり、孤立してはいないからです。ただし、認知理解力、判断力の低下は否めない状況であることは確かです。このような場合には、定期的にAさんの状況を継続して観察できる人がいることが必要です。今よりも、更に、**介護や何らかの支援が必要な段階になるその変化の兆しをできるだけ逃さずに、適切なタイミングで介入していくことが、地域の関係機関の役割**になるでしょう。この場合には、誰が（どの機関）継続的に定点観測していくことができるのでしょうか。

何かあったら大変、という専門職の心配を解決するために、とりあえず、介護保険サービスの利用を勧め、担当ケアマネジャーに任せておけば安心、というのは、誰の困り事で、誰のための介護保険サービスなのでしょう？相談援助の力量が問われます。

*事例のプライバシー保護のため、事実を若干加工しています。

哀悼日記「そのときまで」

指定居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ
ケアマネジャー 木村 晃子

日記や手紙の類は、小説などの読み物より興味深いところがある。それは、日記や手紙は極めて個人的な領域だということと、それらを覗き見た瞬間に、時空を超えて、その個人的な領域に立ち入れることができるからだと思う。一方、個人的な領域でありながら、個人の置かれた環境を垣間見ることができる。それは、一つの歴史を知ることにもなるだろう。

この10月に、11年にも渡る療養生活を終え、76歳の父は天国へ旅立った。50歳の頃に、癌を発病。余命3か月の宣告を受けた。そこから四半世紀以上も与えられた命があった。当時、20歳だった私が今は46歳。父がいなくなってから、父の日記や父宛に届いていた古い手紙を通して、私の知らない父に出会った。あの時にはわからなかった父の想いが、今なら少しわかるような気がする。「置き土産」というものだろうか。父亡きあとに目にした、病床日記を振り返りながら、私の心に生じるあれこれを「哀悼日記」として記録しておきたい。今、声にして伝わらないことが、いつの日か、私の子どもたちに何かを残すことができるのではないかと考えながら・・・。

時空を超えて伝わる『そのときまで』

『そのときまで』

病床日記

いかならむ心さき行く夜長かな

癌ときき心静まる霜夜かな

寒月にいたしと一度言いてゐる

生徒来て黙したり虎落笛

支へられ力たしかな冬がこひ

大根を洗う手もとを見つめけり

平成元年10月。50歳だった父は、秋から続く治りの悪い咳を懸念して、係りつけ医から、地域の総合病院へと診察を変えた。その場で即入院。自宅にいた母に、病院から電話が鳴った。医師に呼ばれ、父の病室へ行く前に、母は病状説明を聞くことになった。「余命3か月です。咽頭がんです。すぐに治療を開始する必要がありますが、ここではできません。札幌の北大病院へ紹介します。」

母は、どのような気持ちでこの説明を聞いたのだろうか。札幌勤務をしていた私の職場に母から電話がかかってきて、先の内容を電話口で聞かされた。その後、直近の休日に実家に帰ったが、既に父には病名も予後も知らされていた。

癌の告知が当たり前の時代ではなかったと記憶する。けれども、自分のことについては、正しく真相を知っておきたい、というのは常日頃からの父の生きる姿勢だった。当然、母は父にそのことを知らせたのだと思う。

父や母がどのような不安を持っていたのか、その時、私は想像することすらなかった。

紹介先の大学病院は、生憎の満床で入院受け入れができない状況だったため、協力病院への入院が決まり、そこから放射線療法に通うようになった。諸々の父のスケジュールの調整があり、放射線治療の開始は、診断を受けた翌月11月からに決まった。

寡黙な父。痛みも口にすることはなかった。今、振り返ると、父の沈黙が、私たち家族の不安を大きく減らしていたのだと感じる。

放射線治療を開始する前に、甥の結婚式に参加するために、病院から外泊許可をもらい、結婚式に参加した。ふるまわれたホテルの料理の数々が、当時、喉の痛みで食が進まなかった父にとっては、久しぶりの味わいになったようで喜んでいて。その後は、病巣の痛みと、放射線治療でダメージを受けた皮膚の痛み（放射線の照射によって、皮膚がやけど状に荒れてしまっていた。）と闘っていた。

父の病床日記からは、これからの自分の余命について、冷静に立ち向かう様子が感じられる。いつでも、何事にも動じない落ち着きを持っていた父を思い出す。その父の立ち居振る舞いがあったからこそ、家族は不安もなく過ごせていたのだろう。

この日記の中の、「虎落笛（もがりぶえ）」は、病巣の痛みを表しているように思うが、我慢強さと、生徒の前に凛としている教員としての父の姿が浮かぶ。私の中では、父親像はほとんどなく、いつも映るのは教師の顔をした父だった。

親としての動じなさが子に与える影響は大きい。もし、あの時、父が不安の只中にいることを目の当たりにしたら、私には何ができたのだろう。きっと、何もできずにいたと思う。27年も経ってから、父の想いに触れた時、今なら親としての立ち居振る舞いを受け継ぐことができると思う。時空を超えてもらった置き土産は「動じなさ」だ。

病院へ妻子が守る霜の道

待つ宵や千々の思ひもとのまま
ふとさめし眼につれなくも冬の月
病めばベッドにすわる夜寒かな

兄弟叔父叔母もるる寒雀

肩や背に娘の手ある雪見かな
見舞花の色香も優し冬至かな

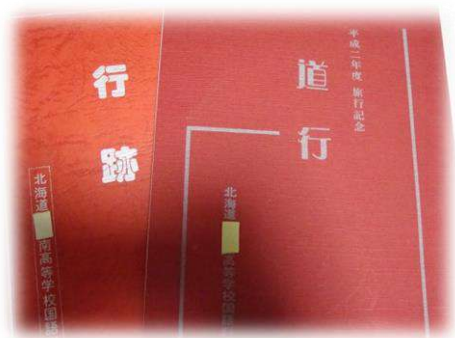
教え子の雪踏み分けて来たりけり

兄弟も願かけてみる煤払い
鶴渡る重ねて千羽ここにあり
折鶴にかけし心か明の空

病室に千羽鶴あり雪明かり

寛容な父のもとへは、いつも多くの人の心があった。木枯らしの吹く時期に入院した父の病床からの景色はすぐに銀色へと変わり、厳しい闘病生活と重なる景色の移り変わりだったと思う。大きな通りからひとつ中道に入ると、見舞中に降り積もった雪の小道は、先行く誰かが踏み固めた足跡に沿って歩を進めるしかない。病院を背に歩く私たちの後姿を案じてくれていたのもまた、父だった。その眼差しには気がつかなかったけれど。

千羽の鶴は、宝くじのはずれで折られたものだった。病気に当たりませんように・・・という意が込められていると教わった。父は、夏に冬に、毎度100枚の宝くじを買っていた。小さな当たりも、そしてはずれの中にも楽しみが宿っていたのだろうと思う。



←父が、勤めていた学校の国語科での旅行記。平成2年には、特別寄稿として、病床日記が収められている。

冬籠るひと時なれど我家かな
遠くから雪はねたるかブルの音
友の母願かけ黙す除夜の鐘
この余命何にかかげむ初御空
時来れば我を導く初日あり
ひとすじの光求めて明けの春
松の内元氣出せよと生徒言ふ
七草や秤の計をただ見つめ
ぼつぼつと姉の文あり露の臺
退院す福寿草吹く我家かな
見舞来し兄病みてあり暮れの春
灌仏会月に一度の觀察日
風光る学校にありときを待つ

放射線治療の途中の年末年始。外泊許可を得て、自宅に戻ってきた父。皮膚のやけどの状態が痛々しかった。人に触られるのも辛かったのだろう。軟膏を塗布したガーゼの交換を、毎朝自分で行っていた姿が今でも鮮明に浮かぶ。父の為に、願かけをしていていた教え子のお母さんの話がとても印象に残っていた。

庭に福寿草が顔を出すのは、雪解けのころ。早くて 4 月。はっきりとは記憶していないが、父が治療を終え退院したのは、2 月か 3 月だった。福寿草の芽吹きに自分の再生を願っていたのかと思う。

既に、余命 3 か月は過ぎていた。父の忍耐の治療が、私たち家族から「余命 3 か月」という説明の記憶はなくなっていた。

50 歳で、癌の告知を受け、余命 3 か月と宣告された父のその後。まもなくパーキンソン病の診断もつき、50 代は、仕事をしながら療養を続けた。放射線治療の後遺症で嗄声に悩み、早期退職も考えていたようだが、母の叱咤激励によって、60 歳の定年まで仕事を全うすることができた。

定年を迎えた 60 歳からの父は、入退院を繰り返す自宅での闘病生活を 5 年ほど送り、その後は自宅生活が困難になり、65 歳で長期療養のできる病院への入院となった。そこからの 11 年の療養生活。声を発することもできなくなり、使用していた文字盤での会話もなくなり、結局、沈黙の療養生活だった。その傍らで、母が一人おしゃべり上手になっていった。返答のない声掛けはどのようなものなのだろう。仕事と子育てに追われていた私には、母の気持ちを推し測る余裕もないまま一年一年が過ぎていった。

おめでとう
愛しき夫の ^{つま}よろこびと
深き歩みの 素晴らしきかな
木漏れ日に 窓辺のカフェ
香わしく
ほのかにゆれて 想いはめぐる
花園は 海辺の丘に咲きみだれ
白いスーツの そと手をひく

母がどのような想いで父のもとに通っていたのかはわからない。ふと出てきたメモ書きには、母の字で記された詩がいくつかあった。これは、平成 20 年の 9 月、父の誕生日の近い日に書かれたものだった。誕生日を祝っている様子。病床で迎える誕生日を祝っている中で、最後の二行は何を表しているのだろうと、母に尋ねた。花園は、道東にある網走原生花園。父と母が、結婚前に初めてデートをした場所だと言う。白いスーツを着ていたのは母。初デートの様子をこんなにも覚えているものだろうか、と感心した。なんだかんだと、仲睦まじい夫婦だったのだろう。(父と母のドタバタ夫婦は、当マガジン 7 号で取り上げている。)

母が病床に足を運んだ 11 年という歳月は、他の誰にも代わることのできない「夫婦」の時間だったことと思う。

極めて私的な事柄ではあるけれど、読んでくださる人に何を届けることができるのだろうか。内容はともかくとして、「伝える」ということが、声を通さなくてもできるということが伝わったら幸いだ。後になってわかること。時間が人の理解を深めてくれることもある。上手くはないけれど、書くことが好きな私に、書いたものを通して教えてくれた父と母。言葉は残る。時空を超えて伝えるために、言葉を残していきたいと思った。

今にして思えば、あの時の余命宣告から 27 年。長年の私の原家族の物語の傾向が大きく書き換えられたような気がする。にぎやかな父と母の夫婦の時間が、最後の 11 年で静かな夫婦の時間へと変化した。父も母も変わった。その変化の時間こそ、今は私にとっては、

ちょっと誇りだ。この両親のもとに育って良かった。これが、私のオルタナティブストーリーというものだ。



平成27年10月10日午後2時30分 父、天国へ。いつか会える、そのときまで・・・

ケアマネだから できること

23

「認知症の人への理解」を入口とした地域づくり

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

地域包括ケアシステム構築・推進に当たり、ケアマネには、個の支援(ケースワーク)だけでなく、個を支える地域づくりの実践(コミュニティソーシャルワーク)が、より強く求められるようになりました。個と地域の一体的支援を目指し、ケアマネとして認知症の人と家族を支えるために地域住民とつながり、社会資源開発につなげたプロセスを通して考えたいと思います。

～始まりは、一人ひとりの声～

「ディサービスではなく、好きな人とちょっとお茶を飲みに行けるようなところがあったらいいのに・・・」

「認知症と診断された人の家族は、どのように介護しているのでしょうか。同じ立場の人と話がしてみたいです」

こうした声が若年性認知症の人や、認知症の人を介護する家族から寄せられました。本人の声からは「認知症カフェ」、家族の声からは介護者と共に歩む会(家族会)が行っている「介護者の集い」が浮かびました。

地域で様々な活動をしている人からも、「これだけ認知症という言葉が出回って、テレビなどでも放送されるようになると、自分や家族も認知症ではないかなどという相談を受けることが増えました。どのように対応してあげたら良いのかと、考えることが多くなりました」

という声を聞く機会が増えています。

地域で暮らすさまざまな立場の人の想いと、既にある地域資源、地域の課題をつなぎ合わせることで、「共に生き、相互に支えあうことができる地域」(ケアリングコミュニティ=Caring Community)をつくることができないかと考えました。こうした地域づくりを推進する重要なポイントは、「タイミング」です。「今」という声をつかみ対応する時期を逃さないこと、ひらめきや思いつき以上の計画性や継続性を備えていることです。これらの素地は、一朝一夕ではない、地域とのネットワークが必要なことは言うまでもありません。ケアマネは、日頃から地域の資源や、地域活動をしている人たちとアクセスしている必要があります。

～立場、社会的役割を考えた連携～

前述した三者（認知症当事者、介護者家族、地域活動をしている住民）の声から、ケアリングコミュニティをつくる第一歩として、既存資源や、組織の役割などを整理し、具体的な手段として、「認知症カフェ」開催を検討しました。当時（2014年）、私が管理者を務めている居宅介護支援事業所の運営主体はNPO法人でした。同じグループには、社会福祉法人があり、ケアマネとして、ケースワークを超えて動くためには両法人の立ち位置と社会的役割を考えることが大切で、法人の理解とバックアップが活動を支える大きな柱となりました。居宅介護支援事業所として14年度事業計画に掲げたのは、法人内の他の事業所（共生型地域福祉ターミナル、共生型地域オープンサロン）との連携です。そして、「認知症カフェ」を法人の拠点（オープンサロン：就労継続支援B型事業所）で開催することで、高齢者や認知症の人の理解を進めるだけでなく、障がい者の理解、誰もが主役となって活動に参加できる地域を目的としました。

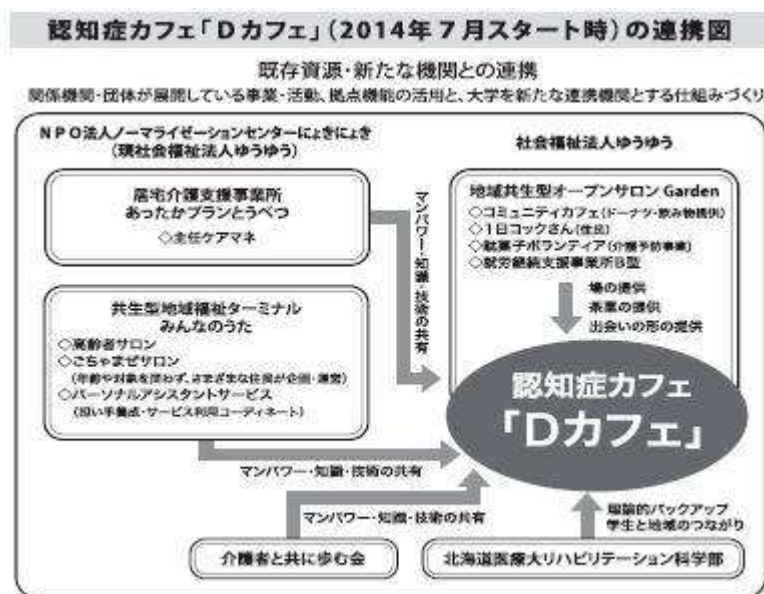
外部の連携先に考えたのは、認知症当事者や介護者を支える組織「介護者と共に歩む会」です。年数回の「介護者の集い」に取り組んでおり、介護者が気持ちを語り合える場を設けていましたが、これまでのケースワークや集いへの参加を通し、地域課題として介護者が相談や思いを吐露する場所に出てくる難しさを感じていました。「家族が認知症であることを知られたくない」という思いが強い地域性から、家族会役員らは「認知症の人や介護者が気軽に地域に出てきて気持ちを話し、遠慮なく周囲の手助けを受けてくれるといいのだけれど・・・」と考え、当事者や介護者、地域のための企画を検討していました。

新たに始めようとした「認知症カフェ」と、既存の「介護者の集い」は、開催頻度や場所

が異なっても、協力関係を築くことでケアリングコミュニティを目指すことができます。当別で展開する「認知症カフェ」はNPO法人が主催し、ケアマネが事務局機能を担当しながら、当事者と介護者を主役とする場を前提としました。14年7月にスタートした「認知症カフェ」は、家族会の役員や会員の協力のもと、毎月継続して開催できています。

「認知症カフェ」を運営する中で、新たに融合できる機関を模索しました。地元にある北海道医療大が13年度にリハビリテーション科学部を新設したため、同学部と連携できるとカフェの参加や活動が促進されるのではないかと考え、同学部教授に、相談、連携を依頼しました。15年度に「地域包括ケア演習」として授業に位置付けられ、学生と地域住民との新たな出会いの場を作り上げることにつながりました。

このように、ケースワークを担うケアマネが、コミュニティへと活動を広げていくためには、所属法人、地域団体・機関の理解と連携協力がかかせません。



「認知症カフェ」が、各地域に展開されつつあります。「認知症カフェ」は、どのような目的をもって展開されているのでしょうか。2014年7月から継続開催している当別の認知症カフェは、試行錯誤を重ねながら歩んでいます。

～「認知症」に特化はしない。けれど、本来の意味も忘れない～

認知症カフェ(通称Dカフェ)開始にあたっては、矛盾をもってスタートしました。「認知症カフェ」とうたいながらも、「だれでもどうぞ」のスタイルで、参加対象を必ずしも、認知

症の人や家族介護者に特化しないことでした。それは、私の所属する法人の理念でもある「共生型」を意識していたこと、何かに特化しない方が、出会いの幅も広がり、地域資源を生み出す効果も実績として得ていたからです。

では、「認知症カフェ」とうたう必要があるのか、という疑問もあります。認知症カフェを開催する意味は、認知症に対する偏見をなくすこと、認知症の当事者や家族の孤立感を解消することで、地域とのつながりの中で実現することにあります。

『社会脳からみた認知症』の中では、認知症の人に生じる「心の変化」について、「記憶の障害や知的能力の低下だけでは説明しきれず、他人の気持ちを理解し、周囲とうまく生活していく『社会的な能力の低下』と捉えなければ、十分のその原因を究明することはできない。」と書かれています。

私たち人間は、「関係性」の中で生きています。認知症になってしまった人は、その関係性を保つことに困難が生じてしまうことがあります。日々の介護に、介護者までが社会関係を弱めてしまう現状も否めません。介護保険制度のサービスは、「介護」は担えても、親しい人との関係性までは代わることはできないのです。「認知症カフェ」をうたうこと、存在することの意味は、社会的能力の低下する状態にあっても、「社会関係を持ち続ける場がある。」ことで、人として尊厳ある暮らしの継続が地域の中で成り立つことだと思います。

～カフェへの参加から、地域へつながる～

初回のカフェでは、若年性認知症と診断をされている当事者が参加し、ご自身の言葉で診断の話、現在の気持ちだけでなく、これから病気が進行しても「優しくしてほしい」「今の自分を忘れないでほしい」と話されました。参加者全員でそれぞれの私らしさを話し合い、もし認知症になっても、「私らしさ」を周囲に理解してもらいたい、という気持ちを共有しました。

介護サービスにつながっていない当事者と介護者は、何をどのように相談したら良いのかを、介護経験者から情報を得たことで、介護サービスの利用につながりました。

「認知症でも本人の意向や状態を考えると、介護サービスの利用は考えられない」。そうした介護者の声を受けて、カフェ参加者が自宅を訪問し、「友達」として当事者と交流するようになり、介護から離れた自由な時間を確保できるようになった人もいます。個の課題が地域の人たちの中で共有された時、新たな地域資源を生み出したり、既存の地域資源につながったりします。

毎月開催されるカフェは、知識を共有する「認知症ミニ講座」から始まり、身近にあったことを自由に語り合います。その中から、介護や対応のヒントを考えることもあります。時には、「活動」を通して体験を共有します。「お弁当作り」を行った時は、午後から集まって、お弁当をつくり、出来上がったお弁当をそれぞれが自宅で夕食にするというプログラムでした。カフェで企画するプログラムは、「集う」「語る」「聴く」「活動する」ことを意識しています。

本年度（2015年）の大学との連携で、学生がカフェに参加した時には、「若い人の話を聞いてヒントがもらえるとは期待していなかったけれど、話をしてみたら、若い方のお話からたくさん勉強させてもらいました。」と、参加した高齢者は嬉しそうに話してくれました。



10月に開催したカフェでは、さまざまな人たちがお弁当づくりを通して、「時間」「場」「体験」を共有



▲Dカフェの開催案内。裏面では前回の様子を紹介し、参加できなくても内容や雰囲気が分かるよう工夫

「認知症の人が地域の人と出会う」「介護者が別の介護者や地域の人と出会う」「自宅以外の場と家族以外の人の中で、本人と介護者が『再会』する」など、出会いの形もさまざまです。大変でつらいことも、場が変わることで、リフレーミングされることもあります。これが、「社会関係」がもたらす変化です。このような場をつくり出すことや場につなげることが、ケースワークからのコミュニティソーシャルワークなのです。

カフェが、街中のサロンで開催されていることにも意味があります。認知症カフェの開催日でなくても、気が向いた時に立ち寄れる場になる可能性持っているからです。「お天気が良くて散歩をしていたら、認知症カフェの日だったので、寄ってみました」と、当事者と介護

者の方がふらっと立ち寄ってくれたことがありました。これは、理想的な展開だと考えています。カフェの開催を通して、なじみの場所、なじみの人をつくっていくことが、認知症になっても安心して暮らし続けられる地域づくりにつながると思います。

2014年7月から取り組みを始め、現在も継続している当別での「認知症カフェ（D カフェ）」は、今後どのように歩むことで、真のケアリングコミュニティとなっていくのか、現状と課題、展望を考えます。

～一人のニーズが生み出した地域資源～

地域（コミュニティ）とは、そこで暮らす方たちにとって、さまざまな機会を得られる場です。出会いを通して、参加・活動することで、自分が地域の一員であるという意識が生まれます。地域に対する帰属欲求が満たされ、孤独・孤立の解消にもつながります。

しかし、疾病や障害が地域に参加する機会を奪い、あるいは、参加へのハンディを生み、地域の一員であることすら感じるできない場合があります。地域には本来、「お互いさま」の意識から自然発生的に存在する関係性と場がありますが、ちょっとしたお節介が生まれづらい現代社会では、誰かがそのきっかけをつくることも必要になるでしょう。

ケアマネの仕事は、個別ケースの支援から始まります。個のニーズを地域で共有すること、困っている人も困っていない人も、「お互いを知る」ことができます。そうしたつながりから自主的な活動が生まれ、ケアマネや地域の関係機関は活動が継続されるよう、多面的に支えていかなければなりません。

多くの人に届く必要がある事柄は、ケアマネが地域ケア会議で個人や地域の状況を発信し、制度・政策に位置づけられ公共化していくような働きかけが求められるでしょう。大切なのは、一般論から地域ケア会議をスタートしないことだと思います。「認知症の人へのケア」といっても、あまりにも扱う幅が広すぎます。認知症になった人が地域で暮らす時、どのような課題が存在し、どのように解決してくことができたのか、個別事例の積み重ねこそが、地域課題を明確化していくでしょう。ここに、ケアマネの大きな役割があります。

今から数年前、認知症になった女性を担当しました。娘さんが1人で介護していましたが、片時も目を離すことができず、介護サービスだけで支えることは困難な状況でした。当時、地域で活発に行われていた認知症サポーター養成講座の受講者アンケートには、「できることがあれば地域の人役に立ちたい」という言葉が書かれており、認知症サポーターを具体的

な活動へ展開することで認知症の人と家族を支える体制を構築できないか、と考へ「あったかサポーター」が地域に誕生しました。

あったかサポーターは、そのご本人にとっても介護する娘さんにとっても大きな支えとなっただけでなく、在宅で暮らしている他の認知症高齢者や家族の支援、入所施設で行われる活動、グループホーム入居者の畑仕事など地域活動に参加する時のサポートと、さまざまなニーズに応えています。

～「出会い」が互を育み、ケアマネも支えてくれる資源に～

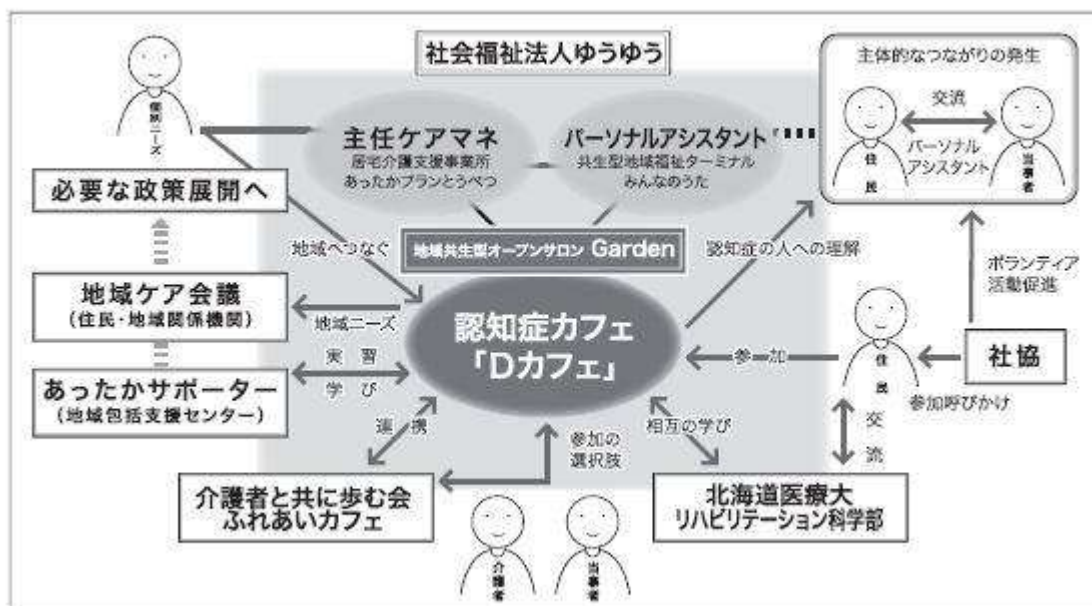
当別で開催している認知症カフェには、当事者の参加や介護をしている人の参加が多いわけではありません。本来の目的を達成するためには、より広くカフェを周知し、気軽に足を運べるようにしていくことが課題となっています。カフェの参加者同士で話し合ったところ、①開催日が決まっていると予定も立てやすく参加しやすい。②なじみの人から誘われると参加しやすい③保健師さんなどがいてくれると相談しやすい④認知症予防の話題があると参加しやすいーなどの意見が寄せられました。

こうした意見を形にしていくには、一法人の企画だけでは困難です。今後は、社協や地域包括支援センターなどと連携した活動が一層必要となります。個のニーズを地域につなぐ機能だけでなく、これまで以上に地域ニーズ・地域課題を把握する場、人材育成や活動・参加の機会としての役割も果たしていくことができればと考えています。

15年度後半は、あったかサポーターの継続実習の場として、認知症カフェを位置付けることになりました。あったかサポーターが、認知症カフェに参加することで、当事者が参加した時のサポートも可能になり、当事者から学ぶこともできます。出会いがお互いを育む機会になると感じています。

私は、地域住民とのさまざまな活動を共にすることで、住民の方々に力を貸していただく機会が増えました。「お互いさまの地域づくり」が、ケアマネをも支えてくれる資源になっていくと思います。

「Dカフェ」が目指す地域展開図



*参考文献：地域福祉援助をつかむ 有斐閣 岩間伸之・原田正樹一著、クリエイツかもがわ＝認知症カフェハンドブック 武地一編者・監訳、講談社＝社会脳からみた認知症 伊古田俊夫著

*『「認知症の人への理解」を入口とした地域づくり』は、北海道医療新聞社発行の週刊介護新聞に、2015年10月～11月に連載されたものを、一部改変したものです。

ケアマネ あの目 この目
ゴミ問題 ～ICFで考えるゴミ問題の解決方法と、そもそも論～
指定居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ
ケアマネジャー 木村 晃子

私の仕事の領域である、高齢者支援の現場では、「ゴミ問題」が身近にあります。世間を賑わす「ゴミ屋敷」などという大それた問題だけではなく、誰にでも起こりそうな、日常に潜むゴミにまつわる問題です。

介護サービスで解決できる「ゴミ問題」と、解決できそうにない「ゴミ問題」があります。今回は、いくつかの「ゴミ問題」の解決を、ICFで考えてみようと思います。



雪が多い地方では、ゴミステーションの除雪が大変です。また、雪道を歩いて、ゴミを捨てに行くことも、大変になることがあります。



1、「ゴミをなげる（捨てる）までのプロセス」

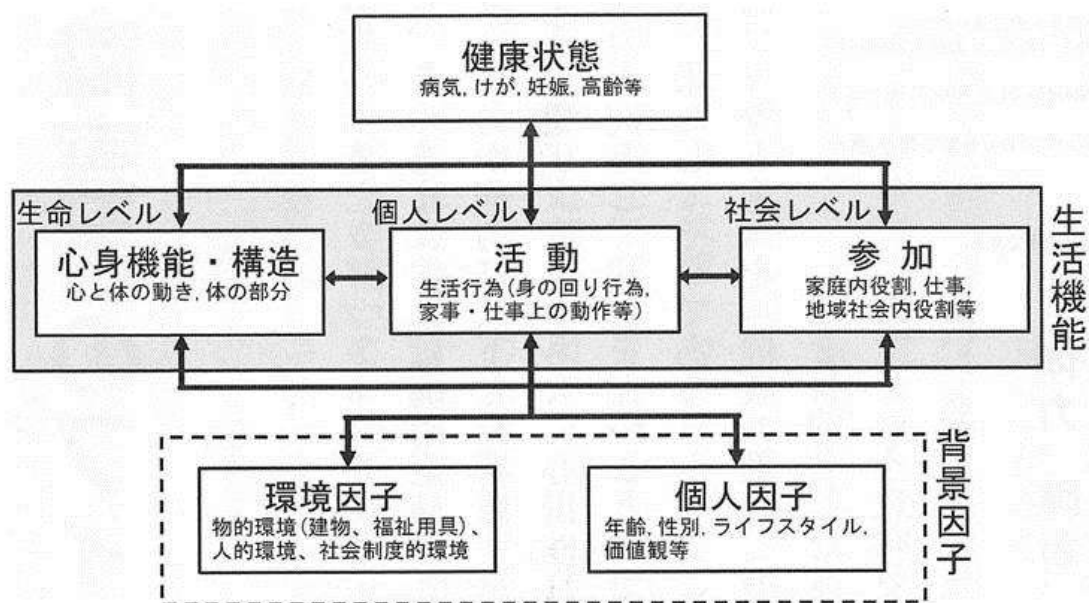
北海道では、ゴミを捨てることを、「ゴミ ナゲル」という言い方をします。よその地域の人が聞いたら、ゴミを野球ボールのように放り投げることをイメージしてしまうかもしれませんが、道産子は、ゴミを捨てることを言っています。

さて、家庭から出るゴミが、ゴミ捨て場まで運ばれ、ゴミ収集車が来て回収していくまでには、いくつかのプロセスを経なければなりません。

- ① ゴミと認識する。(要るもの、要らないものの区別がつく。)・・・認知機能
- ② 自治体の指示に従って分別ができる。・・・認知機能、運動機能
- ③ 所定の曜日に、所定の時間までにゴミを捨てに行く。・・・認知機能、運動機能

大きく分けると、以上のような3つのプロセスを経てゴミは家庭の外へ持ち出され、結果として、すっきりした暮らしとなります。

2、「ICF」と、「ゴミ ナゲル」



＊生活機能モデル

上記の、生活機能モデルにおいて、「ゴミを捨てる」という行為は、【活動】にあたります。「ゴミを捨てることに、なんらかの問題を抱えている」という状態は、【活動】部分の「制限」にあたります。【活動】に制限を与える影響は、他のどの項目になっているのか、そこをアセスメントしていくことで、解決策も変化していきます。以下、いくつかの事例で考えてみます。（＊事例は、個人情報に配慮して、事実情報から加工をしています。）

事例1 85才。独居。自宅玄関前から、50メートル先にある、ゴミステーションまで、ゴミを運ぶことが困難になった。隣の家も同じく50メートル離れている。

アセスメントでは、この男性は、①消化器疾患があり、食事摂取量が少なく、やや栄養状態が低下しており、体力も落ちていました。そのため、②自宅でじっとしている時間が多くなり、

歩く機会がほとんどなく、下肢の筋力が落ちていました。もともと、腰椎のヘルニアがあり、痛みのある方を、かばうように歩いており、今では、③歩行時にはバランスが非常に悪くなっていました。認知機能には支障はありません。

① に対しては、栄養状態の改善のために、**訪問介護**による調理の支援を導入しました。食べたいものを考え、買い物を頼み、ヘルパーと一緒に、消化吸収の良い食事の調理をする、というプランにより栄養改善を目指しました。

② と③ に対しては、運動機会を増やし、歩行機能の改善を図る為に、**リハビリ**での室内外での歩行練習、バランス動作などを行いました。また、ゴミステーションまで歩いて、ゴミを捨てに行けるように、**福祉用具**の利用を導入しました。物を載せて運べるタイプの歩行器をレンタルし、歩行器の操作の練習もリハビリで実施しました。

このケースでは、「ゴミ捨てができない」という**【活動制限】**に対しては、**心身機能回復**へのアプローチと、**環境因子**として、リハビリ（制度サービス）と福祉用具の導入で、解決しました。

補足ですが、隣の家が離れていることで、回覧板を届けることも大変ではありましたが、歩行器を利用し、回覧板を届ける前に隣の家へ電話すると、隣の人も、途中までこちらに向かって歩いてきてくれる、という約束ができたようです。「回覧板を隣に回す。」というのは、町内会（地域コミュニティ）の活動への**【参加】**ということになります。

事例2 80才独居。ゴミステーションが、道路を渡った向こう側にある。信号のない道路を横切るのは危険が多すぎる。なんとかしたい。

アセスメントでは、心身機能・構造には問題はみられませんでした。が、**環境因子**として、① 横断歩道のない道路の向こう側にゴミステーションが設置されている、というマイナスがありました。**個人因子**としては、80才という高齢です。この地域では、町内会の中の、班という単位の中で、数軒毎にゴミを捨てる場所を決めています。ゴミステーションの設置場所変更は、自治体に届け出ることで可能になります。その段階としては、班の人の合意と町内会の合意によります。ケアマネとしては、本人の希望により、本人の抱える課題を町内会長へ伝え、ゴミステーション設置場所の変更の検討をしてもらうように依頼しました。その後、ゴミステーションの設置場所は変更され、本人が安全にゴミを捨てられるようになりました。**環境因子へのアプローチを行うことで介護サービスを使わなくても解決しました。**その他に、この方がお元気な頃、町内会等において地域貢献の活動をしてきたことは、個人因子としての強みであり、

町内会の理解に繋がりがやすかったのかもしれません。町内会で、ゴミステーションの設置場所変更について検討してもらう、というアプローチは、ゴミ問題以外にも、元気に暮らしている高齢者でも、いつか日常生活に支障が出てくるという当たり前でありながら、見落としがちな課題を地域で意識するきっかけになりました。

事例3 60才。慢性疾患（筋・骨格系疾患）により、歩行困難。屋外への外出は一人ではできない。配偶者が、病気のため療養することになり、ゴミ捨てができなくなった。自宅内のことはなんとか自分でしているが、ゴミ捨てだけは外出を伴うためできない。

筋・骨格系の疾患があり、**心身機能・構造にマイナスの因子**があります。けれども、訓練して改善が見込める状態ではありません。このケースにおける心身機能の目標は、現状を維持することであり、転倒や骨折などのリスクを避けることでした。ゴミ捨て以外の日常生活動作や家事動作などは、不十分さもありながら、自分で管理できています。ゴミ捨てだけに、何らかのサービス導入とはならないのです。本人と話合った結果、週1回程度のごみ捨てを近所の人へお願いしてみる、ということになりました。自分で外出できず、相手先の電話番号もわからないため、一旦はケアマネが近所の人へ状況を伝えに行くことにしました。なかなかタイミングが合わずにいたところ、本人からケアマネのもとへ連絡があり、近所の人への依頼は取り下げるとのことでした。解決策としては、子どもが月のうち、何度か訪問してくれることになり、その時にゴミ捨ての協力をしてもらえることになったということです。**本人の環境因子（人的環境）がプラスに作用し、介護サービスを利用せずに解決しました。**ゴミ捨てだけではなく、子どもの来訪があることは、本人にとっても心強いことであり、また、ゴミ以外の生活課題への相談対応もできる可能性が広がりました。ケアマネのアプローチとは別に、本人が自分の課題を子どもに相談することが解決へのきっかけとなりました。

事例4 90才独居。認知症あり。ゴミの分別ができない、捨てる曜日の認識ができない。

心身機能に、認知症による、理解や判断能力の低下があります。**環境因子**としても独居であるのは、マイナス要因です。この方が、ゴミの分別ができないまま、指定される曜日とは違う日にゴミを捨てるため、近所の人が異変に気がつきました。幸い、昔から親しい付き合いをしてきている人だったため、それからは、こまめに訪問してくれるようになり、ゴミの分別や、指定の曜日にゴミを捨てに来てくれるようになりました。これは、**環境因子（近所に親しい付き合いのある人がいる。）**がプラスに作用した結果です。ゴミ捨ての支援は、近所の方が担うこ

とになりましたが、その他の生活にも支援が必要な状態だったため、他の部分に関しては、介護保険のサービスを計画することになりました。近所の目配りと、認知症ケアについては専門職の介入がありました。

「ゴミ捨て」にニーズがあった時に対応するのは、ゴミ捨てボランティア？でいいの？！

紹介した4事例では、結論として、ゴミ捨ては、自分で行う、システム変更（ゴミステーションの変更）、家族が代行、近所の人の支援などで解決し、介護サービスの利用にはなりませんでした。

ケアマネは、利用者に困り事が生じると、簡単にサービスを当てはめ対応している節はないでしょうか？ケアマネは、介護保険サービスのマッチングメーカーか？と揶揄したくなるようなケアマネジメントを展開しているケースも見受けられます。

また、「新しい総合事業」の名の基に、制度ではない地域資源の構築を検討している最中でもあります。（既に新しい総合事業を展開し、要支援1・2の認定者に対する保険給付外の資源をマネジメントしている自治体もあることでしょう。）地域の中に、困り事に対応するサービス資源を生み出すことはもちろん必要なことですが、困り事の背景をしっかり理解した上で、アプローチしていくことが大切です。本人自身の持っている力（内的資源も含む）を活用していくことを忘れてはいけないと思います。

「ゴミを捨てることができない。」という課題は同じでも、解決方法はひとりひとり違うのです。その違いを蓄積した上で、共通する地域の課題を集め、地域全体で取り組むことが【環境因子】としての環境整備なのだと思います。

ゴミの処理について 蛇足・・・分別は必要か？

燃えるゴミ、燃やせないゴミ、燃えないゴミ、資源ゴミ、危険ゴミ、私の暮らす町のゴミの分別方法です。燃やせないゴミ、というのは、ナイロン系のゴミです。お惣菜などがいれてあるパックなどはこれに該当します。燃えないゴミは、金属類など、燃えきらず残ってしまう質のものです。

ダンボールや新聞紙、ペットボトル、空き瓶や缶などが資源ゴミです。危険ゴミは、傾向管や電池などです。生ゴミは燃えるゴミです。もう数年前から、この方式になっています。これが「エコ」だと信じていたので、何の疑いも持ったことはありませんでした。けれども、今回ゴミの分別について書かれた本を読みました。すると、地域によってゴミの分別や処理に違



いがあることは知ってはいましたが、これほどまでの差があるとは知りませんでした。
分別が多いところでは、3 4種類もの分別、ゴミ収集車が来ない地域、などもあるようです。
その善し悪しについては、やはり地域の特徴などもあります。そして、私自身が暗黙のうちに
信じていた、「環境とコスト」について、分別が必ずしも、環境にとって良い結果、コストを減
らす結果にはなっていないということでした。

そもそも、消費に偏る暮らしでは、ゴミは増える一方です。物を大切にすることすら忘れて
しまっていないでしょうか。消費と浪費を繰り返し、私たちには何が残るのでしょうか？
ゴミをどのように処理していくか、ということも大切かもしれませんが、ゴミを出さないよう
な暮らし方を身に付けることが大切だと感じます。

ゴミを捨てるために、また新たなサービスがそこに生まれる懸念。サービスがあれば使う社
会。もし、そのサービスがなかったら出てきたであろう手だても、結局光を見ずになくなって
いきます。

生きることは、生産と消費だけなのでしょうか？

紡いだり、残したりしていくことも、考えないといけないと思いつつ、これは、蛇足・・・

*参考文献：ゴミ分別の異常な世界 リサイクル社会の幻想 杉本裕明 服部美佐子 幻冬舎新書

ケアマネ あの目 この目

暮らしのそばに・・・

指定居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

ケアマネジャー 木村 晃子

初夏の出来事 要介護者のいる家族の小旅行

初夏、家族の介護をしている人が、小旅行にでかけたいという話しをしていた。要介護の家族は一緒に行くことを望んでいないし、一緒に行くというのも難しいらしい。介護保険サービスは利用していない。要介護と言っても、一人で留守番はできる状態で、「たぶん（数日間の留守番は）できるはず。」というのも、家族の見立てだ。結果として、この話しを聞いていた地域の人が、留守中に留守宅を訪問し、留守番をしている要介護家族の安否を確認していた。安否の確認と言っても、そこには、地域で暮らす者同士の交流があった。

家族が帰宅するまで、無事に過ごすことができた。



地域包括ケア？

この家族の小旅行のお話を聞いた時に、現在しきりに叫ばれている「地域包括ケア」という言葉が実現しているような気がした。「地域包括ケア」や「地域包括ケアシステム」とは、住み慣れた地域で最期まで暮らし続けられること、という意味合いだ。もっと平たく言うと、「地域まるごと支え合いのしくみ」、地域に暮らす全ての人の、居場所と出番がある暮らしのこと、と言っていた方もある。では、現実には、いかがなものか？相変わらず、資源整備に躍起になって、連携・連携と言いながら、当事者が置き去りにされている風潮はないだろうか？と感ずることが多々ある。

話しを元に戻そう。前述した家族の初夏の数日間は、家族の希望が叶ったこと、本人が、介護サービスの利用も、家族との旅行も希望していず、自宅で留守番をしていたという意向を持ち、それが地域の人に支えられて実現したこと。これは、まさしく、本人も家族も、地域に「まるごと支えられた」と言っても良いのではないだろうか。

ソーシャルケアマネジメント

ソーシャルケアマネジメントとは、長期にわたり、さまざまなケアを必要としている人々が自分のコミュニティの中で、安全で安心して暮せるように援助していく、多角的なソーシャルワークサービスのことです。ⁱ

私のような、日本の介護保険制度における介護支援専門員（ケアマネジャー）は、ともすると、地域に暮らし、ケアを必要とする人のニーズを、介護保険サービスのみに繋ぐという手法に偏っている印象もある。それは、介護支援専門員にソーシャルワークの力量がないという技術的な側面の話ではなく、介護保険制度における仕組みにも起因しているのではないかな。介護支援専門員の報酬の発生は、介護保険サービス（給付が発生するサービス）を調整し、利用があった時にのみ算定することが可能なのだ。今、地域包括ケアの名のもとに、地域づくりや、介護を必要とする人のニーズに対応するのは、制度サービスのみならず、地域のインフォーマルな資源の活用が重要であると言いながら、インフォーマルサービスのみ調整した場合には、介護支援専門員の報酬は全く算定されないのだ。これは、一介護支援専門員が、どんなにやる気があっても、事業所（経営者）の理解がなければ、真のソーシャルケアマネジメントを実行することは難しい。

また、別の側面も考えてみよう。リスクマネジメントや、根拠というものが常に要求されている。誰からの要求なのか。それは、誰も責任をとりたくない社会からの要求ではないだろうか。私たちは、どのような状態においても、「絶対安全！」と言いきることができる状態の中で日々過ごしているわけではない。どんなに万全を期したつもりでも、予期せぬことが起こることもあるのだ。ある程度のリスクを覚悟しながら生きているのが人間だ。認知症患者が鉄道事故を起こした際に、責任の所在が追求されたことは記憶に新しい。結果として、同居の妻への責任は否定されたが、様々な条件下での課題は残されている。リスクマネジメントを徹底するとすれば、要介護高齢者のサポートを、制度サービスではないインフォーマル資源に結びつけることはかなりのハードルとなることは想像に難くない。しかし、何もかも、制度サービスに結びつけることをルーチンとしてしまうと、要介護者の意向は後回しにされ、その尊厳はどこへ行ってしまふのだろう。



互いを知る

冒頭で紹介した家族の話は、地域で3年目に突入した認知症カフェの場でのことだった。認知症の当事者や、介護者家族、認知症や、介護全般について興味関心のある地域の人たちが集まって、日頃の思いを語り合う場所である。カフェが始まった当初は、現役介護者の参加も少なかったが、やがて口コミで広がり、現在は、定期的に参加する方が増えている。その中で、参加者同士は、地域の中に、どのような困り事を持った人がいるのかを知ることができるようになった。また、それぞれの「ちょっとできること」も見つけられるようになってきた。自分の地域で、どのような人が、どのような暮らしをしているか、ということを知ることが、それぞれの活動が広がっていくきっかけに役立っている。地元で長く暮らす人は、私たち専門職よりもずっとネットワークを持っている。そのネットワークを紹介してもらうことで、地域の中の人と人とがつながっていくのだ。

私たちは、困り事が出来たとき、まずは身近なことから解決策を探すだろう。いきなり、あれこれ専門的資源の調達には走らないはずだ。まずは、自分のできること、自分たちのできること。そして、どこのだれに協力を求めるのか。常に、スタートは、本人のいるところから、と感じる。暮らしの主体者たちが、自分たちにできることを見つけられるようにというところを育んでいくことが、専門職に求められていることではないだろうか。

まずは、知り合うこと、ここが出発点である。

ⁱ 1 参考文献：ソーシャルケアマネジメントの基礎 ウィリアム G.ブルーグマン 著 発売
(株) 成美堂

ケアマネ あの目 この目 変化

指定居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

木村晃子

人は必ず変化する。どんなに変わらなさそうな人でも、時間の流れと共に必ず人は変化する。わかりやすいところでは、肉体が変化する。見た目が変化するし、体力や気力なども変化しているはずだ。その影響を受けて、内面も変化する人や、内面の変化に抗する人もいる。

高齢者支援の現場では、常に「変化」を意識して仕事をしている。高齢期は、喪失の連続でもある。体力も気力も周囲との関係も、喪失することが多い。その中で、今までのような自分を維持していくことは非常に難しく、日々変化を求められているようにさえ感じる。

人は変化に弱い生き物かもしれない。上手に変化を受け入れることができれば、少しは生きやすくなるのかも・・・

・・・引き際・・・

美千代さんは、農家に生まれ、農家に嫁いだ働き者だった。60半ばまで、現役として農家仕事をしていたが、夫の死去後は、農家もたたみ、一人静かな暮らしを送っている。自分や、時折訪ねてくる子どもたちにわかる程度の野菜は自分で作っていた。自分たちが食べる程度、と言っても、その畑は家庭菜園と呼ぶには広く立派だ。時期になると、朝から晩まで手入れに追われることになる。それを80半ばまで続けた。

変化が見られたのは、80歳を過ぎたころだった。家の中に「うっかり」が目立ってきた。食事の支度をしている途中に、外へ行ってしまい、ガスの火を消し忘れてしまったり、畑の肥料を間違って大量に使ってしまった。時々訪れる子どもたちも心配した。失火の心配はなくなり、と子どもたちや、配食サービスの手配がされ、美千代さんが食事の支度をすることはなくなった。これまでよりも、更に畑の仕事に打ち込めるようになった。けれども、その畑仕事にもミスが多く見られるようになってきた。やがて美千代さんは、認知症と診断された。

例え、認知症であったとしても、本人がやりがいや生きがいとしていることを取り上げることはケアとしては適切ではない。好きなことを好きなように続けられるように、と言われるのが本人を中心としたケアのあり方でもある。子どもたちの訪問は、美千代さんの畑仕事を支え

るために回数は増えていった。ところが、ある年の春、美千代さんは宣言したのだ。「もう、畑はしない。」まだ、手助けがあれば十分仕事はできるだけ、体は自由がきいていた。けれども、美千代さんは「もうやめたから。」と言って畑には一切関心を示さなかった。

それからの美千代さんは、友人の通うディサービスへ参加した。そして、これまでとは違う形で、友人らとの交流を楽しんだ。生活場面では、少しずつ物忘れによる不具合が増えていったが、子どもたちの協力もあり、しばらくの間ひとり暮らしは継続された。畑の野菜が元気に実ってくる時期、美千代さんを畑に促すことが何度かあったが、そこには一切関心を示すことはなかった。今思うと、美千代さんは、少しずつミスの増えた生活の中に、自分の変化を感じていたのだろう。農家に生まれ、農家に嫁ぎ、畑仕事は自分そのものだったのかもしれない。その自分の中に、度重なるミスを見つけることが辛かったのだろう。栄光は栄光のままに。引き際を自分で見つけたのかもしれない。

・・・なぜ、できないの？・・・

里子さんは、80を過ぎた義両親の衰えをなかなか受け入れることができない毎日だった。結婚当初から、義両親とは同居。教員をしていた里子さんにとって、義両親はとても心強い存在だった。子育ても協力してもらい、里子さんが定年まで勤め上げることができたのも、義両親のおかげだと感謝していた。60歳で定年を迎え、義両親と同じ時間を共にするようになってから、これまで知らなかった義両親の変化が目につくようになった。

電気やテレビの消し忘れが目にとまった。食事にかかる時間がとても長くなった割には、食べ残しも増えていた。定年を迎えたと言っても、里子さんは、まだまだ活動的にやりたいことが多々あった。義両親のスピードでは、自分のペースが狂ってしまう。そこで、何をするにも、義両親への声掛けは増えていった。初めは、里子さんの声掛けに合わせるように応えていた義両親も、毎日四六時中の声掛けにはうんざりしていた。そのうちに、義両親はそれぞれの部屋にこもるようになり、里子さんと顔を合わせる時間を減らしていった。

里子さんは、家事を担い、仕事とは別の活動に外出することも多かった。夕方には自宅に戻るが、里子さんが帰宅すると、そのタイミングで義両親は部屋に戻って行った。夕食は家族が揃っていたが、まるでお葬式のように静かな食卓だった。

里子さんは、日々老いていく義両親の変化を受け入れることができずにいた。なるべく見ないようにして生活は続いたが、そのことで、益々義両親との距離も離れていった。同じ家に住まいながら、それぞれに共にする時間は増えたはずなのに、今日もほとんど顔を合わせずに、

出かけていく里子さんだった。

・・・痛快！一人暮らし・・・

ヨシ子さんは、65歳の頃からひとり暮らしだった。夫が闘病のため入院したからだ。入院当初数年は、自宅と病院の往復で、夫の病室を見舞いに行く毎日だった。そんな生活が数年続いたある夜。ヨシ子さんは、ふと言い表すことが難しいほどの、空虚さに襲われた。それから、数週間、ヨシ子さんは家を出ることもできずに、毎日鬱々とした日々を重ねた。結婚して40年も生活を共にした夫がいない。退院して自宅に戻るという目処さえない。ヨシ子さんは、まさに夫との生活を喪失してしまったのだ。この鬱々とした状況は、数ヶ月続いた。

何をしていてもやる気がでないヨシ子さん。こんなことではいけない。なんとかしなくては。ヨシ子さんは思い立って、数十年ぶりの旅行に出来かけることにした。行ってみたかった海外旅行のツアーに申し込み、10日間ほどの旅に出た。旅を共にした人たちとの交流や、旅先で見る雄大な景色に、ヨシ子さんの心は元気づけられた。

旅行から戻ったヨシ子さんの生活は少しずつ変化した。誰にというわけではなく買ってきた旅行土産を、出会う人に渡すと、今度はその人から誘いを受けて、地域で行われているサークルへと参加するようになった。サークルへ参加すると、そこで出会う新たな人たちとの交流の輪が広がり、別のサークルへと誘われる。ヨシ子さんは、自宅と病院の往復だった毎日に、自分のためのスケジュールを入れていった。

やがて11年もの闘病生活を送った夫は天へと旅立った。けれども、ヨシ子さんの周りには、夫と離れた11年の間にできたたくさんの友達がいた。友達との交流を続けながら、ひとり暮らしを楽しんでいる。

・・・変わることの難しさ・・・

いつまでも、今のままが続くわけではないと知りながら、人は変化に躊躇する。高齢期を、あるいは高齢者と共に楽しそうに生きている人を見ると、上手に変化を受け入れて、変化をしている人が多いと気がつく。柔軟さは生きるコツだと感じる。

*事例は、プライバシーに配慮して、事実を加工しています。

ケアマネ あの目 この目

誌上 ひとりスーパービジョン！

指定居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

ケアマネジャー 木村 晃子

ある事例検討会から

ケアマネジャーが集まる事例検討の場面があった。事例そのものの検討というよりも、検討メンバーによる、ピアスーパービジョンを意識しての内容である。経験のあるケアマネジャーのグループであり、出される事例を検討する上でも、「その情報は持っている。」「そのアクションは既に済み済み。」などという感じだ。それぞれが、そのケースを担当することになったとしたら、それぞれに悩ましい状況を持ち合わせることへの想像と共感が高まった。ピアスーパービジョンの良さの一つでもある。

限りのある中の検討であったため、ディスカッションは終了時間を迎えた。その後、ひとりスーパービジョンのつもりで、検討内容を振り返りながら、もう一度事例を考察してみた。

ひとりスーパービジョン

事例のタイトル：ある家族への支援について、いつまでも課題解決しない事例

事例の選定理由：ケアマネジャーとして関わったある家族の事例。ケアマネジャーとして支援対象者の権利擁護の立場から、家族内のある課題を発見。課題解決機関への情報提供と支援について依頼したが、課題発見から、1年近く経つにも関わらず、支援が終結しない。ケアマネジャーが直接担当する利用者への権利擁護が守られていないことへの、ジレンマ、担当機関への不満と葛藤があったため。打開策を見つけないと考えた。

事例の概要：ケアマネジャーとして、高齢者の支援に関わっていた。家族内に、高齢者の権利擁護が守られない状況を発見。適切な権利擁護の為に、対応の主担当である機関へ情報提供、支援要請した。1年近くが経過するが、状況に変化が見られない。

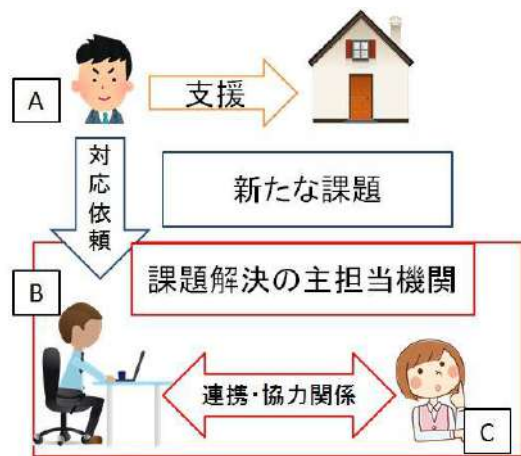


図 1

事例概要は、図1のようになる。ケアマネジャーが発見した、家族の新たな課題に対する主担当は、B機関となる。B機関はこの課題解決のため、C機関と連携・協力を行う必要がある。連携・協力はされているはずであるが、適切に課題解決に向かっていない。

ひとりスーパービジョン 考察ポイント1

- 1 課題解決の主担当機関は適切か
 - 2 主担当との連携・協力機関は適切か
- 以上の2点に関しては、法律上に照らしても相違ないことを確認した。

図1に登場する機関と担当者の役割は以下の通り。

A 機関担当者：この家族の中の契約をした高齢者に対する、ケアマネジメント支援。

B 機関担当者：この家族の新たな課題についての担当責任機関。

C 機関担当者：B機関に連携して、新たな課題が速やかに解決に向かう役割。

ひとりスーパービジョン考察ポイント2

ポイント1を踏まえ、現実的には、役割が十分に機能していないことを理解すると、各機関の担当者の置かれている状況をアセスメントしてみる。

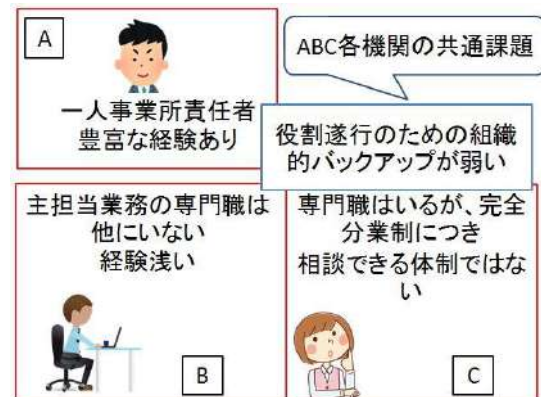


図 2

図2の通り、この家族の新たな課題を解決する担当者は、それぞれの機関において単独の業務となっている。

A 機関は、経験豊富な担当者ではあるが、そもそも、この新たな課題に対応する責任の機関ではない。→課題解決機能を担う役割ではない。

B 機関は、課題に対応する責任機関ではあるが、十分な経験値がなく、組織内にそのことについて経験のある者もいないため、組織内で相談できる人がいない。→対応策がわからず身動きがとれない。

C 機関は、この課題解決に対して担当者以外にも専門職がおり、知見を有すると思われるが、組織内での課題共有に難がある。担当者が組織内責任者やその他の担当者に相談でき

る状況にはない。→B 機関の決定に基づいて行動することしかできないため、B 機関のあり方に影響を受ける。

ひとりスーパービジョン 考察ポイント3

考察ポイント1、2を踏まえ、事例提供者の葛藤、ジレンマに戻ってみる。

事例提供者は、そもそも、B 機関及びC 機関の果たすべき機能が果たされていないことへの不満があったが、各機関の担当者の置かれている状況を俯瞰すると、それぞれの担当者が、所属組織内のバックアップ機能がないまま、役割を遂行しているということが理解できる。

家族の抱える新たな課題は、そもそも難しい課題である。課題解決に向かうためには、担当者だけでなく、担当者を支持する機能が十分果たされていることが必要不可欠である。援助場面におけるパラレルプロセスを考えてみると更に納得できるはずだ。

ひとりスーパービジョン 考察ゴール！

私たちの仕事は、その内容に関わらず、「私は誰で、誰に対して、何をする人間（役割）か。」ということを理解しておく必要がある。社会の側から求められる役割に基づく業務と、その業務を超える範疇であるかもしれないが、必要なこともあるだろう。いわゆる、業務の枠組みを超える範囲、グレーゾーンなどと言うこともある。グレーゾーンは誰でも手をつ

けられることではない。本来業務が十分に発揮されないままに、良心依存でグレーゾーンに手を出すことで、関係する人への不利益を生じる危険さもある。

支援においては、まず、自分の果たすべき役割、自分の所属機関の果たすべき役割を認識し、その上で、その範囲を超える部分が生じた際にどのように対応していくべきか、ということについても、組織的なバックアップを得る必要があるだろう。

この事例においては、担当する各機関の担当者が、自分の置かれている状況と自分の果たすべき役割を認識していることが出発点である。その上で、組織内バックアップを抜きに担当者だけで担える事案ではないことを、組織的に理解する必要がある。組織内に、課題に対応できる必要な知見を有する者がいない場合には、外部コンサル等の活用も視野にバックアップ体制を整えていくことが必要だと考える。

手始めに、自身の所属機関の長に上記を理解してもらいところから開始していくことができる。

以上、ひとりスーパービジョンの成果としてまとめを終了する。

ケアマネの、システム視考

～ひとりケアマネからの脱却～

その1 全体は部分の総和以上？！

北海道 当別町地域包括支援センター

主任介護支援専門員 木村 晃子

平成29年4月地域包括支援センターへの配属

平成29年4月1日、地域包括支援センターのセンター長兼、主任介護支援専門員として私の配属が変わった。

私は12年前、この当別町で、居宅介護支援事業所の一人ケアマネとして、事業を立ち上げた。一人で細々と続けていたケアマネの仕事であったが、現在所属している法人の理念と自分の目指していたところが一致したこともあり、事業開始8年目にして、自事業を廃止し、一サラリーマンとしての立場に転向したのが、平成25年春だった。事業を開始した時も、サラリーマンに戻った時も、自分が将来地域包括支援センターで業務を行うなど考えたこともなかった。と、同時に自分が複数のスタッフを管理するような立場になるなども想像したことはなかった。サラリーマンに戻ってからも、私のケアマネとしての働き方にあまり変化はなかった。所属する法人には、仲間はたくさんいたが、ケアマネとして働くのは私一人であったため、それまでとあまり変化のない働きであったのは事実だ。事業所の中でひとりケアマネとして働いていたから、立場上は「管理者」とはなっていたものの、実際には、「自己管理者」であり、自分の身と業務の管理をしていけば良いという状態で、多忙な日があったとしても、それなりに帳尻を合わせながら、大きな不具合もなく12年という歳月は流れたのだ。

4月から、地域包括支援センターへの配属転向となる、というのは、今年の1月下旬に正式に決まった。そして、そのセンター長となること、センターは5人体制で運営することになるということも同時期に知らされた。仕事の内容については、わからないでもなかったから、さほどの不安はなかった。けれども、一番気負いとなったのは、自分だけではない「チーム」ということを意識したことだった。これまでは、ひとりケアマネとして、事業所外の関係機関、関係職種との連携や「チーム」としての動きはあったが、それはあくまでも、チームの一員として協力関係を作っていくことに過ぎなかった。複数の職員のいる場の運営の難しさや課題はかつて、入所施設や病院などという大規模組織の中で経験したことだ。複数職員がいることで、うまくいくこと、いかないことはある。うまくいく時も、そうでない

時もあることも承知だ。それらをわきまえつつも、できる限り「気分の良い職場環境、チームワークのとれている職場」は目指したいと思った。地域包括支援センターというチームが、そのチームを構成するひとり一人の力を最大限発揮できるような職場にしていけることが、私の使命であるように感じた。本棚から、マネジメントやチーム作り、という類のものを取り出しては再読していたことに、私の気負いが表れていたように思う。

新体制3日目の苦悩

かくしてスタートした、地域包括支援センターの業務だった。5人体制の内訳の中で、介護保険制度の分野の経験を持つものは2名。地域の実情を知るものは3名。このような内訳は、それぞれの知る分野の経験値を結束させると、高齢者分野のみならずの、広い領域への理解と支援の展開ができる強みであった。一方、介護保険制度について不慣れなスタッフがいることは、その部分に関しては、慣れているものがカバーをするという必然も言うまでもなかった。介護保険制度も、地域の実情も、その両方を知っているのは、私であったから、センターをまとめる、という管理業務を含みつつ、実践展開の部分においても私が発揮しなくてはならないことは多々あるとは感じていた。飛んでくるボール（地域からの日々の相談）については、できるだけ私が打ち返そうと考えた。

しかし、その戦法は、センター業務が開始して3日目にして限界を知ることになった。次々に容赦なく飛んでくるボールを、私一人で打ち返すことができないことを痛感したのだ。かと言って、もしも慣れていないスタッフを打席に立たせても、けがをすることにはならないか、ミスをすることにはならないか、そのような「負け試合」が地域の人からの評判低下を引き起こすのではないか・・・頭の中は、ぐるぐると、もやもやとしてきた。

割と夜の遅い時間に、離れて暮らす息子に電話をしてみた。

「あのさ、野球の監督と、キャッチャー。プレイングマネジャーとの違いって何だろう？」
長く野球を続けている息子に聞いたのは、こんな内容だった。

「監督とキャッチャーは、立ち位置が違うから、見ているもの、見えている世界が違うよね。プレイングマネジャーもそうだと思う。見ているもの、見えている世界の違いの中から、役割の違いがあると思う。」そんなような答えが返ってきた。

なんとなく、わかるような、わからないような・・・

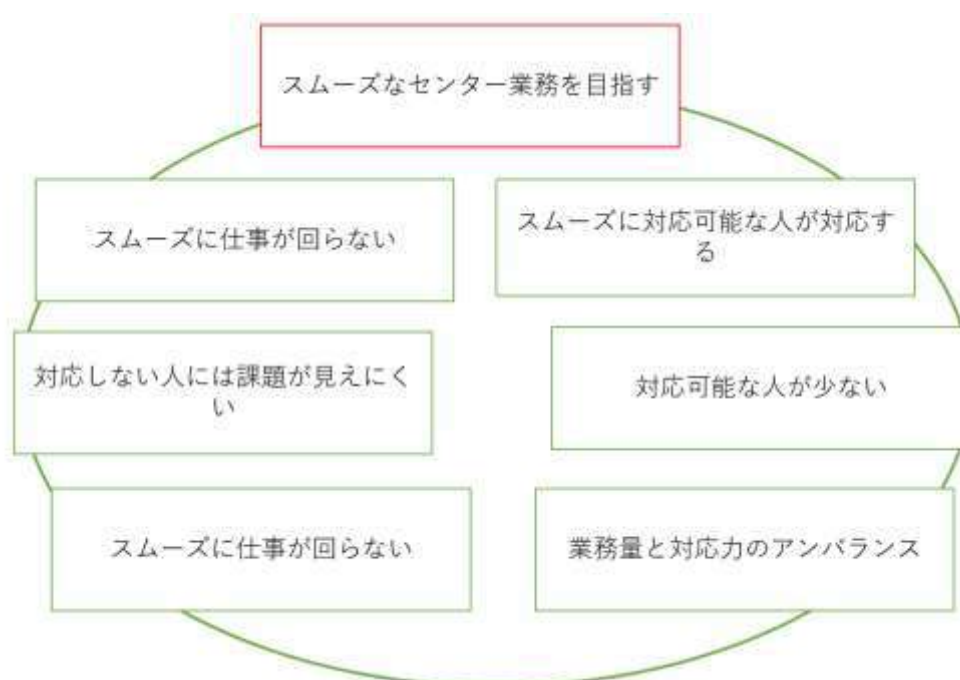
「じゃあさ、もしも、負けられない試合にたち向かうとして・・・エースが一人しかいないとすればどうする？どんな采配をするかな？」

「絶対に負けられない試合・・・だとすればそれは高校野球モデルかな。高校野球は、試合に負ければ甲子園の夢は途絶えるから、絶対に勝たないといけない。そういう時、今はつらくても、エースに投げぬいてもらうかな・・・でも、それでは、エースが故障してしまう可能性もあるし、長く続かない。それから・・・高校野球モデルなら、試合に出ていない人も、裏方の立派なチーム員である意識が必要かな。試合に出られない応援メンバーも、それぞれの立ち位置でできることがあるし、そういう役割があつてこそ、試合に出ているメンバーの

力になっているのだから、立派なチーム員、エースと同様だよね。・・・あ、そうだ。こんなことを言っていた人がいたよ。『もし、チームが世界の中心にいとすれば、チームの端っこにいたとしても、それは世界の中心にいとということ』納得できる言葉だよね。」それは、かつて大所帯の高校野球部に所属していた息子の実感のこもった言葉だった。わかるような、わからないような野球の例え話だったが、ふと「負けることのできない試合って何だろう」と思った。野球に高校野球モデルがあったとすれば、プロ野球モデルとは、どのように解釈をするだろう。プロ野球モデルは、シーズン全体で考えていくのかもしれない。トータルで勝ち越せばいいのだ。そこには、負けもあれば勝ちも混在しているのだ。

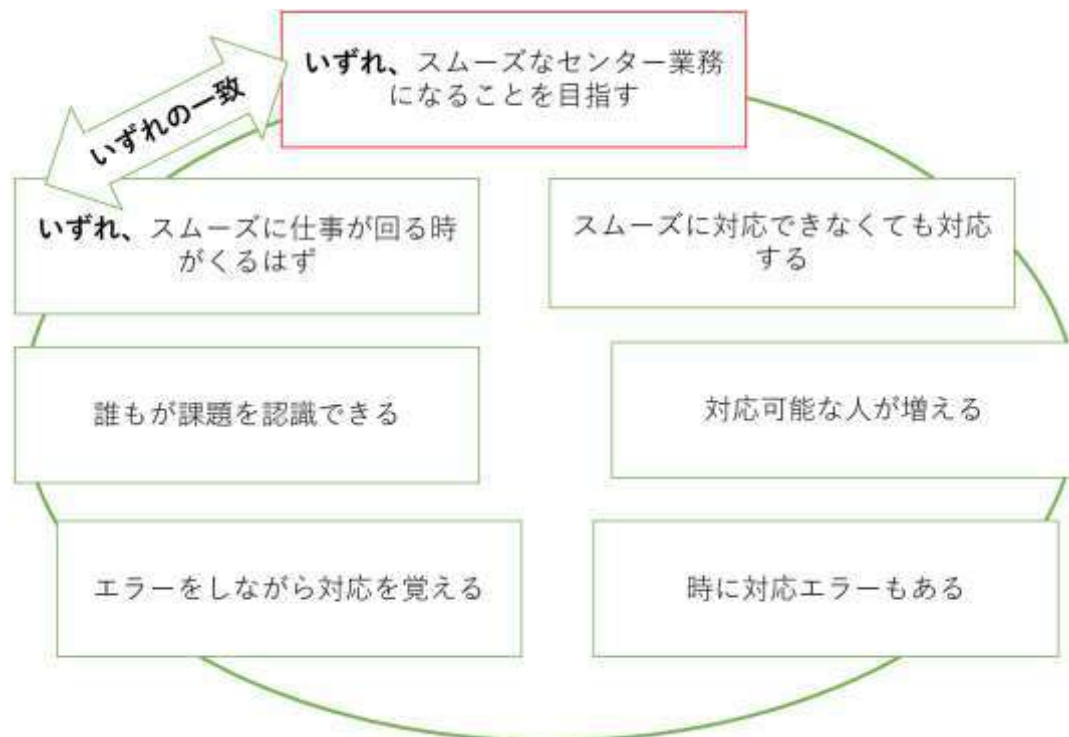
息子との野球話から、新体制で稼働し始めた、包括支援センターの業務は、「プロ野球方式」で立ち向かってみようと考えた。それは、チーム員全員で、ある程度のスパンをもって勝ち越していくこと。時に負け試合があったとしても、ゆっくり勝ちに向かっていけば良いのかもしれないと考えることができるようになったのだ。

この話をした翌日の朝礼で、全員で飛んできたボールに向かっていくことをお願いした。エラーや三振が出たとしても、それも含めて私が責任を持つことを伝えた。とにかく全員が打席に立つ、ということを意識してもらうこととした。



当初目指した思考は上記。スムーズなセンター業務を目指しつつ、スムーズに回らない現状を起こしていた。

以下、視考を変更した。



非常に単純なことであり、至極当然であるようだが、何かの渦中にいると、置かれている状況がどのようなかを冷静、客観視することができなくなることがある。目標を少し変化させ（スムーズな業務を目標としていたことから、いずれスムーズになることへの目標変更）、方法を変える。それによって、全体が少しずつ変化していくことへ、希望と可能性が見えるようになった。

システムを説明する時、「システムとは、システムを構成する部分の総和以上である。」というような言い回しがある。部分の総和以上？！なんじゃそりゃ？と感ずることもしばしばある。上記図のように、システムを構成している各要素は、それぞれが足し算ではなく、マイナスも含みつつ、掛け算であったり、割り算であったりもしている。つまり、システム内要素は、相互に影響を与えあっているということだ。当然、システム内のどこが変化しても、それぞれに影響を与え、全体が変化していく。だとすれば、あまり各要素にこだわりすぎずに、全体が希望に向かうような構成に変化させていくことが、何かに取り組む時の得策ではないだろうか。

新体制が始まって2か月が過ぎようとしている。いずれスムーズに回るであろうセンター業務の今後を見ていきたい。

ケアマネの、システム視考

～自分で決める～

北海道で働くケアマネジャー

木村 晃子

路線変更の、ちょっとした事情

4月から配属先が変わり、この一年を通して、本連載の中で、自分とその周辺の成長を記録してみようと思ったのが、前回の29号。当然、今回はその続きを書こうと思っていた。けれども、思いの他、様々な事情が書く手を阻むことになった。連載そのものを休止しようかとも頭をよぎった。それも悔しい。長いものに巻かれるのも嫌だし、圧力に屈することも本意ではない。何とか、自分の居場所を自分の手で残しておきたいと思った。まさに、システムとはこういうことなのではないだろうか。個人が成している今は、個人の意思だけによらない。様々な事情があつての今なのだ。世の中は、こうして出来上がっているように思う。

読み手にとっては、何を言っているのか、意味不明な感はあると思うが、当初書こうと思った予定を変更した、ということだけ断っておくことにする。そして、個人ではどうしようもない状況だとしても、そこから現状打開の方策を探っていくこともできるのではないか、という淡い希望も信じていきたい。

当たり障りのない雑感

「超高齢社会」の言葉が浸透して久しい。私の関わる高齢者の領域では、ひたすら「介護予防」なる言葉が叫ばれている。私は、「介護予防」という言葉の強調には、抵抗感がある。余談であるが、私が中学生（今から30年以上も前）の頃使用していた辞書が手元にあるのだが、「かいご」のページを開くと、「悔悟」「改悟」だけが載っている。一方、現役高校生の娘の手持ち辞書では、「介護」「改悟」「悔悟」の順で載っている。時代を感じる。

話を元に戻すとして、「介護予防」という言葉は少々おかしいと思う。辞書では、「介護：病人や高齢者などの介抱や看護をすること。」と説明されている。また、「予防：悪い事態の起こらないように前もって防ぐこと。」と記されている。つまり、「介護予防」というのは、病人や高齢者の介抱や看護については、「悪い事態」と解釈し、それらを未然に防ぐこと、という意味なのか、とも考えてしまう。いわゆる介護をする側の言葉なのか、という疑問がある。ややひねくれた指摘であることは承知であるが……。本当は、「要介護予防」とい

うのが、意味合いなのだろう。つまり、要介護状態（他者からの介護を必要とする状態）を予防する、ということだ。しかし、更にひねくれた意見をすると、「他者の介護を必要とする状態」は、果たして「悪い事態」なのだろうか。人は、オギャッと生まれた時から、死ぬまでの間に、他者からの介護や看護を受けながら生きているのではないだろうか。ましてや、生老病死の最終段階では、自分以外の誰かのお世話になりながら、生を終えるのだろうと思う。そのことは忌み嫌われることではない現実なのだ。

PPK（ピンピンコロリ）という言葉も世に流行った時があった。もちろん、死ぬ直前まで、ピンピンしていて、ある朝、生を終えていた、というのは本人にとっては苦痛のない最期かもしれない。けれど、ある日突然、なんの前触れもなく、大切な人との別れを受け入れなくてはならない周辺の人、果たして苦痛ではないのだろうか。少くくは、「別れの予感」や「心の準備」があってもよさそうなものだ。

「要介護予防」も「PPK」も、否定されるものではない。むしろ、人が生きている間、できるだけ、自分の意のままに活動や行動ができる方が、生活の質は高く保たれるのだと思う。

例えば、「食事介助」を挙げたとしても、他者の介護によって食べることをしなければならぬのは、非常にもどかしいと想像できる。自分で好きなものを好きな量で、好きなペースで食べられることと、他者がそれらを考えて口元に運んでくれることでは、食べることへの満足度に違いは出てくるだろう。だからこそ、自分自身で「要介護状態の予防」をしていくことは望ましいことではある。しかし、それが他者から強要されるものではないと思う。

冒頭、私は、「介護予防」なる言葉に抵抗感を覚えていることを記しているが、その言葉が、どのような文脈で強調されているかによると思っている。いわゆる、高齢者にかかる費用の抑制という文脈で語られる時、要介護状態の予防や改善は、相当推奨されている。要支援者や、要介護者が、利用していた介護サービスの利用を卒業できる状態になった際にインセンティブをつける、などという提案もされているほどだ。自分の生活や体を自己コントロールできることの意義は前述しているが、その一方で、他者の介護を受けることが、あたかも「悪い事態」と捉えかねない風潮を生みだしてはいけないと危機を覚える。

生老病死・・・人は老いて、病気になり、やがて死んでいく。この過程においては、誰かの介入は当然だ。それは、怠けがもたらす結果ではなく、人間の生命そのものの自然現象であるのだ。

日々の業務の中に寄せられる、介護関係の相談の中には、「手助けが必要な状態（要介護状態）であるにも関わらず、他者の介入を拒み、本人や周囲の生活の安寧が損なわれている。」というものも多い。介護を受けることを「悪い事態」と捉えれば、容易に他者の介入を受けつけるわけにもいかないのだろう。

先日、「孤独のすすめ 人生後半の生き方」（五木寛之著 中公新書ラクレ）という題名に惹かれ、購入した本の中に、共感できることが書かれていた。それは、「前向きに」という呪縛を捨てるということ。人生の摂理では、青春、朱夏、白秋、玄冬という四つの季節が巡ってくる。玄冬なのに、青春のような生き方をするのは無理がある、というようなことが書

かれてあった。人によって、人生の玄冬期がいつやってくるのかは、差があるだろう。場合によっては、最後まで、青春のような生き方が採用される人もあるのだと思う。いずれにしても、世の中の風潮や、意図して語られる文脈の流れに巻き込まれ、他者から自分の生きている期や、その時々をコントロールされてしまわないことは大切だと思う。

世の中の風潮は、何か意図した力が働いている場合が多い。だからこそ、風潮に流されてしまわないことが大切だと感じる。生活や、人生の自己コントロールができ、意のままに生きていけるためには、「要介護状態の予防」は意義がある。しかし、人は一人では生きていないし、死んでもいけない。他者の介入がありつつ生きていくことも、悪ではない。私の関係する「介護」領域における「風潮」に注意していきたいと日々感じている。

*北海道でケアマネジャーの仕事をしています。