

特別養護老人ホームにおける ソーシャルワーク視点によるグループ活動の意義

--- 認知症高齢者を中心に ---

北 村 育 子

はじめに

特別養護老人ホーム（以下、「特養」という。）においては、介護保険制度からの要求によって利用者の要介護度は上がっている。筆者が定期的に訪問するある特養で、4人部屋に介護保険制度創設当初から暮らす利用者から聞いた話では、病気で長期入院や死亡などで親しくしていた利用者が退所すると、後の利用者は必ず認知症の人なので、これまでのように親しく語り合うことができないとのことであった。彼女は入所以来日記をつけており、今では職員の方が過去の出来事について不明なところを彼女に確認するほどであり、認知症ではない特養利用者のロールモデル的存在であるが、その一方で、年々特養に増えていく認知症の人々は、症状が進行するにしたがって人間にとって非常に重要な他者との相互作用の機会が少なくなっていくのが現状である。グループ活動はそのような認知症の利用者が社会的な交流を持つことのできる場であり、参加者の得る利益は大きい。特養ではグループを利用した様々な活動が行われているが、本稿では、ある特養で看護師が行っているグループ活動をもとに、高齢者、とりわけ見当識障害のある認知症の人々に対するグループ活動を実践することの意義と、専門職による視点の違いについて検討したい。まず先行文献で紹介されている活動について概観した後、実際に特養で行われているグループを利用した活動の一場面を紹介し、グループ活動を実践することの目的と必要な要件について検討する。そのうえで、特養における二つの代表的視点として看護とソーシャルワークの視点を取り上げ、その相違について述べ、ソーシャルワークとしてグループワークを実践することの意義について考える。

認知症高齢者を対象としたグループ実践

1 さまざまな方法にもとづくグループ実践の試み

これまで、さまざまな方法にもとづいて認知症高齢者を対象としたグループ活動が実施されて

きているが、報告されているものは多くない。主要なものは以下のとおりである。

回想法

回想とは、その人にとって重要な過去の出来事を思い起こして心の中で再体験することである。これに対してライフレビューは、過去を思い出し、現在に照らし合わせて評価し、再統合する過程 (Webster & Young 1988) であるとされる。回想法は、回想によって高齢者個人の内面や社会関係に何らかの効果をもたらすことを目的として行われる介入の方法であるが、回想法とライフレビューとの区別については、諸説があり定まっていない (野村 1990)。実践では、ライフレビューが回想法と関連づけることなく行われることも珍しくなく、回想とライフレビューを概念として明確に区別することが難しいため、介入方法としての回想法とライフレビューもその定義がしばしば重複する。

職種を問わず特養では、職員が四季折々の行事や生活用具、歌などを通して高齢者との関係を築くことを行っている。これらは誰にとっても手近で取り組みやすい手段であるとともに、回想法による実践でも頻繁に活用される。認知症高齢者を対象としたグループ活動における回想あるいは人生回顧の活用については、野村 (1995) が、回想法グループ実施の前後で HDS - R ならびに MMS の有意な変化はみられなかったが、語想起と場所の見当識が改善した利用者があり、個人差が大きいものの全体として改善の傾向がみられたと報告しており、黒川 (1994, 1995) も、回想法グループへの参加によって、認知的心理的機能の向上と利用者間の関係の深まりがみられたとしている。

リアリティ・オリエンテーション

回想とならんで認知症ケアの現場でよく用いられるのが、リアリティ・オリエンテーションを活用した方法である。リアリティ・オリエンテーションは、認知症の人々に現在の情報や合図・手がかりを提供することによって、時間・場所・人物などを思い出させたり、周囲の状態を意識させたりする。平崎・室伏 (1991) はリアリティ・オリエンテーションの要素を入れた歌や体操を行うプログラムを実施し、認知症高齢者が同じ目的をもって活動する場で自分自身の存在感や共感を得て他人との結びつきを強め、グループという小さな生活共同体が現実適応促進の過程となることを示唆している。下仲 (1995) もまた、リアリティ・オリエンテーションにより現実認識が改善されたことを報告し、残存機能を活性化するための早期治療の手段としてこれを活用することを提唱している。またグループ内での対人交流経験が、日常の対人交流を改善させたと分析している。

その他の方法

回想法とリアリティ・オリエンテーション以外の方法によるグループとして、音楽療法 (河合 1995) やセラピューティック・レクリエーション (小池 1995) などが紹介されており、藤本・

竹内（1997）は音楽療法を活用し、デイケアで実施されているグループへの参加によって自信の回復や情緒の安定が図られたと報告している。レクリエーションの要素が濃いものとして、白川・牛嶋・吉岡（2001）が、挨拶・自己紹介・体操・活動を行うグループワークを実施し、メンバーが楽しむことで感情機能を改善させたと報告しており、グループワークだけでなく、日常的なケアにおいて癒しの環境を整えることによっても情緒が安定し、逸脱行為が軽減すると述べている。横須賀第二老人ホームによる報告（1989）では、教室活動と称する認知症高齢者を対象としたグループワークの概要が説明されるとともに、職員に対してアンケート調査を実施し、職員がグループワークの必要性を認めるようになり、職員の価値や態度を変化させると報告している。

2 特養におけるグループ活動の一例

上記のようにその内容が報告されている実践は、明確な目的の下に方法を選択して実施されたものであるが、特養の現場においては、職員のちょっとした思いつきや善意によってグループを利用した活動が数多く試みられている。ゲームの要素を取り入れた簡単な体操、あるいは身体を動かすことを含むレクリエーションなどが一般的で、歌が多く盛り込まれているのが特徴である。このような状況は、高齢者介護に従事する人々の、利用者へのサービスの向上と自分たちの専門性の向上に対する意欲の現われであるが、その一方で計画性に乏しく、実施がルーティン化されておらず、評価が行われていない等の課題も抱えている。特養で行われる日常的な活動は、その多くが介護職によって行われているが、看護職によって行われている例（K会）を一つ紹介したい。

場所は特養にある約20名の認知症ユニットである。午前中、すべての利用者の朝食が済み、ユニット内の雰囲気も落ち着いた頃、看護師がやってきて食堂の中心部分にある大きなテーブルを囲んで座っている10名ほどの利用者を相手に簡単な体操を指導する。看護師によるとその目的は、昼食前に声を出して身体を動かすことによる嚥下機能の維持・促進とのものである。看護師は輪になって座っている利用者の外側に立ち「もしもし亀よ、亀さんよ……」と歌いながら自ら身体を動かし、同じ動作をするように利用者に声をかけるが、それに対する利用者の反応は、おおよそ次のようなものであった。A：懸命に手を動かす、B：歌と体操を楽しむ、C：テーブルを叩きながら歌を歌う、D：歌に合わせて手拍子をとってはいるが歌を楽しんでいる様子はなく周囲の雰囲気に誘導されて何となく手を動かす、E：時折手を動かすものの後は無視、F：無視、G：反応なし、H：その場の状況に誘導されるかたちで歌をくちずさむが動作はなく視線も看護師には向いていない、I：指示通りに体操。以上9名が、この場面で看護師をリーダーとした場合にメンバーと考えることができる人々である。この日、輪のすぐ外に立ってJが活動を傍観し、また少し離れた席に数人が座っていたものの、中央で進行する活動に関心を寄せる者はなかった。

参加者の状態とその日常はおおよそ以下のとおりである。

A：認知機能に障害がありことばを発することができないものの、家族を認識することがで

き、状況や他者による説明をかなりの程度理解することができる。

B：人・場所・時間に見当識障害があるものの、歌うことが好きで「知床旅情」が十八番である。簡単な話であれば内容を理解することができる。

C：人・場所・時間に見当識障害があり、家族の顔を識別できない。車椅子を自走して施設内を徘徊する姿がよくみられるが、歌は大好きでいろいろな歌の歌詞をよく覚えている。時と場所に関係なく机を叩いてリズムを取りながら歌いだす。

D：家族や家に対する思い入れが強く、いつも自分の居場所を求めている。人と時間の見当識がない。

E：認知機能に障害はあるものの人や時間の見当識はあり、その生活には自立している部分がある。自分の世界に生きているので、外からの働きかけに対する反応をひき出すためには、働きかける側の工夫が必要である。

F：見当識がなく、常に自分の世界に生きている。周囲の状況は、自分の欲求との関係でのみ把握。

G：認知症が徐々に進行して、人・場所・時間に見当識障害。最近では意欲が乏しくなって眠っていることが多い。

H：Gと同じく、認知症が徐々に進行して現在に至っている。人・場所・時間に見当識障害があり、人と場所の見当識がとりわけ乏しいが、Gのように眠っている時間は長くなく、日中は周囲の物や人を自分のなじみの環境に見立てて、隣人に話しかける。

I：早発性のアルツハイマー病だが、現在は徘徊も少なくなっている。人・場所・時間の見当識に乏しいが身体機能に障害がないため、雑巾がけや食器洗いなどを任せることができる。歌うことは好きで自分一人でもよく歌っている。

J：見当識に乏しいが、自然な会話が成立する。集団で行動することは得意ではないため、一人でいることが多い。歌にはほとんど関心がない。身体機能に障害はないので、指示が明確に伝わればそれに従うことができる。

活動中に、看護師の指示を理解することができていたのは、A・B・Iの3名である。その他のメンバーについては、看護師の意図する活動の意味、すなわち今何が起きているかを理解することができていなかった。言い換えれば、看護師のことばがそれらの利用者には届いておらず、リーダーが何らかの意図を持ってグループを率いているように見えながら、9名から成る輪がグループとしての凝集性を持ち得ていなかったのである。しかしながらこの活動では、嚥下機能を促進するために声を出すことと身体を動かすことが目的であり、看護師の指示を理解していなくても机を叩きながら大きな声で歌うCについては、結果的に目的が達成されている。嚥下訓練のために利用者一人ひとりに個別に対応するよりも、すべての人の参加は望めなくても複数の人に一定の効果を期待することは可能である。

3 グループ活動の目的

グループは、二人以上で構成される力動的な社会的統一体であり、構成員は個人として抱える課題と密接に関連する目的を共有し、それをグループの目的として達成するために、各人が相互作用を行う (Toseland 1995)。ソーシャルワークにおいてもグループワークは方法の一つとして位置づけられ、プログラムに従った構成員間の相互作用によって、個人の発達とグループや地域社会の成長をはかるものとして定義されている。特養の利用者にグループ活動を実践する場合の目的は、新しい環境への適応、孤立の解消と新たな社会関係の構築、老いの受容、などがその主なものとして考えられるが、一般的に高齢者がグループに参加することによって得る利益には、所属欲求の充足、共感・役割・情報の獲得、人生の統合などがある (Toseland 1995)。そして高齢者は、メンバーとの相互作用を通じて問題を解決したり、様々なことを学んだりする。

グループは人間関係を媒介する場であり、役割喪失に伴う孤立感や孤独感に対処することが、グループへの帰属感を持つことで可能になる。メンバーは、支持的な環境のなかで経験を共有し、新たな社会関係を構築する。グループで構築された関係は、グループ終結の後も高齢者を支える可能性がある。メンバーはまた、他のメンバーが自分と似た経験をしていること、同じような心配事を持っていることを知ることで癒される。さらに、互いの特技や才能、知識などを認め合うことで、自尊心を回復することもできる。グループのメンバーは家族とは異なり、強い感情のしがらみがないため、グループ活動を通じて話をすることが、家族に対するわだかまりを冷静に省察することを可能にする。これまでの人生を肯定的に振り返り、それを他のメンバーに話すことが、老年期の発達課題である統合を達成する機会となる。

特養で暮らす高齢者がグループに参加することの最も大きな利益の一つは、さまざまな障害に関係なく、各人のニーズに応じた新たな役割を得ることができることである。特定の少人数の人々が定期的集まることによって、日常的な施設の日課とは切り離された独立の場が成立する。施設では、多数の利用者に公平にサービスを提供するために、職員は個人的な関係を極力排除した基本的サービスの提供者とならざるを得ず、利用者はその消極的な受け手でしかない。しかしグループでは、活動を維持するために各人が自分の能力を活かすことで、有用感を獲得することができる。

認知症の人であっても、これらの利益を得られないわけではない。むしろ、認知機能が衰えることで、周囲の状況を把握することが難しくなっているために、社会関係が量的にも少なくなり、質的にも貧弱なものとなってしまうがちな認知症の高齢者にはなおさら、周到に計画されたグループでの経験が必要である。認知症ではない高齢者に比べると期待できる効果は限られるが、他者との相互作用によって利益を得ることのできるメンバーを選定し、それぞれのニーズを評価し、適切な活動内容を設定することができれば、その活動は良質のサービスとなる。

特養で認知症の人々に対する活動として報告されているものは、そのほとんどが心身機能の維持・回復と認知症に伴う周辺症状の緩和を目的としている。そして目的達成のための方法として、回想法、リアリティ・オリエンテーション、集団心理療法、再動機付け、音楽療法、レクリエー

ションなどが単独で、またいくつかを組み合わせて採用されている。それぞれの方法にはその方法に適した利用者の選定が必要となる。しかし実際に現場で日常的に取り組みされている活動は、確立された既存の方法を計画的に実施しているものよりも、上記の例のように個々の職員の専門性追及の意欲にもとづいて試行されているものや、単に人を集めることによる効率性を利用してのものが多いように思われる。

4 グループ実践に必要な諸要件の検討

グループを利用した活動を行うためには、いくつかの要件を整える必要がある。それらは、グループリーダー、活動の目的、グループメンバー、活動の内容、活動のための条件整備などである。

グループリーダー

グループ自体は、自然発生的に成立する場合もあるが、特養という場においては認知症ではない利用者であっても、自発的なグループを形成することは少ない。それぞれが何らかの身体的な障害を抱えており、また介護保険制度の利用要件によって重度の利用者が年々増えてきているため、かつてのように身体機能がかかなり自立している要介護1程度の人がリーダーとしてフロアをまとめていくというような光景は見られなくなってきている。認知症の利用者が生活するフロアで何かを意図的に行おうとすれば、職員がリーダーになることが必須である。

リーダーは、活動の計画者であり主催者である。そしてリーダーは、メンバーとの関係を構築しなければならない。そうでなければ、グループ自体の存在が危うくなる。K会においては、利用者の輪が形態としては成立しているものの、その輪は実質的なグループとなり得ていない。身体機能の向上という目的と、通常業務の合間の短時間の活動であることを考えると、参加者がグループとしての感覚を持つ必要はないのかもしれないが、グループとして成立させるためには、輪の中に「我々」感覚を創出すればよい。これはそう難しいことではなく、時間のかかるものでもない。せっかく利用者が1か所に集まっているのであるから、それを活用する利益は十分にある。

活動の目的と方法

施設の職員は、それぞれ決められた職務の範囲内で仕事をしている。グループ活動は、職員が自らの責任を果たす過程で何らかの必要性を感じ、それを解決する方法として採用するものであり、何の目的もなくグループを組織することは考え難い。そして先に述べたように、特養でグループを活用することになる課題と方法は多様である。

K会では、嚥下機能の促進のために昼食前に声を出すということにどれだけの効果があるかは別として、看護師はそのための方法として歌と座ってできる軽い体操を選択している。そして、それを個人に対して行うのではなく、複数の利用者に対して一度に実施することができるように

したことも理解できる。ただし、グループを活用することの最大の特徴であるメンバー間の相互作用については、ほとんど考慮されていない。

グループメンバー

グループはメンバーなしに成立せず、グループの目的に適合する利用者がメンバーとして選定される。ただし、グループの目的と利用者の抱える課題とが合致しても、利用者によってはグループという環境を好まなかったり、そのためにグループ活動から利益を得ることができなかつたりすることがある。

身体の老化にともなって食べ物を食道から胃へと運ぶ機能が低下することから、嚥下機能の促進という看護師の意図は、特養で暮らすすべての利用者にとって利益となるものである。しかしそうであれば、あらかじめ一つのテーブルを囲んで座っている利用者だけでなく、その場にいるすべての利用者を輪に引き入れることが試みられてもよい。

その他の条件

実際に活動を行うためには、活動の場所を確保し、具体的な活動内容が決定され、必要な小道具などが調達されなければならない。メンバーの数によってはコリダーが必須となる。また活動を支障なく実施するためには、グループ活動に直接関与しない職員の理解と協力を得ることも必要である。

看護師が通常の業務の合間を縫って行う活動であることと、メンバーを限定する必要がないことから、K会において特別の活動場所を設定する必要はないと思われる。この活動の意義を当該施設の介護職は好意をもって受けとめており、看護職の活動を手助けする場面も見受けられるが、実施前の介護職への明確な説明は行われていない。またこの活動は施設の看護職全体の総意で行われているものではなく、一人の看護師の自発的な試みを介護職である上司が了承して実施されているものであるため、少ない看護職のなかではコリダーを設定することができず、介護職との協力関係も形成されていないために、リーダーである看護師が多忙である場合には実施が困難となる。

特養における専門職領域とその視点

1 特養における専門職領域

本学の学生が特養を社会福祉援助技術現場実習の実習先として選択するにあたり、実習の内容が介護を中心としたものになるということが一つの課題として挙げられることがある。ここには、二つの意味が含まれているように感じられる。一つは、特養とは介護が提供される場であってサービスとしてのソーシャルワークはほとんど行われていないということ、そしてもう一つは、特養とは介護が提供される場であってサービスとしてのソーシャルワークはほとんど必要ないということ

とである。前者は特養でのサービスの実情を示したものであり、後者はそれにもとづいた率直な解釈であろう。

特養における主たるサービスの担い手は、言うまでもなく介護職である。利用者は量的・質的な差はあっても24時間切れ目なく何らかのケアを必要としているが、介護専門職によって提供されるケアのほとんどは、物理的な生活環境を整えることと、具体的な日常生活上の動作を介助することで占められている。これは特養の利用者にはそれ以外のニーズがないということではなく、人員配置のための予算の問題によるものと考えた方がよい。そのため、特養における介護職の仕事は、本来身体介護に限定されるものではないにもかかわらず、その業務は文字通り介護を中心としたものとなっている。

介護職の次に、特養のサービスにおいて大きな部分を担っているのが看護職である。看護職の利用者への関与のあり様は施設によって多少異なるものの、利用者の健康管理と疾病への対応が主である。

これら二つの専門職の他に、医師や栄養士、さらには理学療法士や作業療法士などが働いている場合もあるが、その活動は個々の専門性に限定された部分においてのみ行われる。そして、利用者が人生の最後の時期に特養という新たな環境でできる限り居心地よく生活することができるようにするため、複数の専門職によるサービスが過不足なく提供され、各人の多様なニーズが充足されるようにするのがソーシャルワーカーである。それと同時にソーシャルワーカーは、介護職が十分に担うことのできていない利用者の社会的側面におけるニーズの明確化とその充足を、自らの専門性にもとづく方法を用いて直接的に果たしていくことが期待される。特養において生活相談員と呼ばれる人たちがどのような役割を果たすことを期待されているのかということについては、施設によって差がある。しかし一般的に生活相談員は、入所・退所・入院などに関する事務を扱いながら、緊急時には必要に応じてフロアでの日常的な介護も行い、入所後の施設における生活についてはほとんど手付かずで、定期的なサービス計画の見直しやケース検討の際に間接的に介護職や看護職からの報告をもとにその援助に関与する程度にとどまらざるを得ない。そのことに生活相談員は、苦悩しているように見える。

本来ソーシャルワーカーの責任²⁾であると思われる部分を、介護職や看護職が担うことも可能である。とりわけ介護職は、この部分を担うことをその専門性の一部として予定している。また看護職にとってこの部分は、本来その職務の核を構成するものの一つであろう。医療専門職としての存在と地位を確立するための過程で、看護職はこの部分における責任を果たしたいと願いつつ十分にそれを実践することができないままとなり、現在介護職が専門的に担っている職務を看護助手や付添いというかたちで外部化してきた。しかし看護職が自らの固有性を医師に対して主張するためには、十分に担うことができずこなかった患者の生活支援を前面に出さざるを得ず、かといって高度化する医療に対応することのできる診療補助者としての看護技術を無視することもできず、看護職はジレンマに陥っている。高度な医療が必要とされない特養という場で看護職として働くことは、考えようによっては看護の固有性を最も追及することができる機会を得ること

でもある。

特養の現実には、生活相談員がソーシャルワーカーとして予定されているにもかかわらず、実際にはその期待に副えておらず、看護職は医療を担い、介護職は身体介護を担っている状況である。このような状況において、ソーシャルワークは手付かずのまま残されているが、誰かがこれを担わなければならない。

2 特養における看護職の視点

看護師の役割や位置づけはすべての施設で同じではないが、介護職が利用者の生活の場でそのほとんどの時間を費やすのに対して、看護職は施設内の診療所を拠点に必要に応じて利用者を訪問するという体制をとっているところが多い。そしてK会のような活動を定期的に看護師が行っている例がどれくらいあるのか、残念ながら資料を持ち合わせていない。しかしながら、このような活動の時間の持ち方は、看護師の特養での位置づけ、更には看護職の視点を反映しているように思われる。

看護職は、疾病という状況を抱える人を援助する専門職であり、そのような状況は多くの人にとって特殊で一時的な経験であり、疾病が治癒すれば元の生活に戻る。特養の利用者は、慢性的な疾病や疾病の後遺症を持ってはいるものの、常時医学的な管理や看護を必要としているわけではないため、看護職の利用者への関わりは、介護職による24時間ベースの関わりに比較すると一時的・部分的なものである。このことはK会の活動においてもよく現われている。利用者の嚥下機能を維持・促進することは、看護師によって担われるのが適切ではあるが、利用者の多くにとって重要ではあっても差し迫った課題ではない。またそれを実践するための方法として、グループを利用する必要は必ずしもない。グループが利用されるのは、その効率性による。嚥下機能を維持・促進することが目的であって、構成員の相互作用による効果など本来グループを活用することによる利益は、少なくとも直接的には追求されない。それ故に、K会のような嚥下機能促進のための指導がグループという形式によって実施されることになる。グループという形式を取ることに伴う効率性は、職員配置が十分ではない特養という実践の場において、介護職も含め、どの専門職にとっても利益が大きい。

看護職の視点が心身の機能維持に主として置かれているということ、そして看護職が医療専門職であるということは、利用者にも大きな影響を与えている。それは上記の活動において利用者Aの行動によく表現されていた。この日活動は、看護師から当日勤務についていた介護士によって途中で引き継がれたが、看護師がリーダーを勤めていた時は一所懸命に手を動かしていたAが、介護職には全く反応しなくなった。手を動かさない上に、看護師に向けられていた視線も介護士には向けられず、左右の利用者にゆっくりと注がれる。認知症によく似た状態を呈してしまうために中～重度の認知症の人々と同じユニットで暮らしているものの、かなりの判断力を有しているAにとって、看護師の背後には疾病を治療する医師の存在があり、看護師の支持に従うことで自分の現況が改善される可能性を感じることができるのではないだろうか。それに対して

介護職は、日常の不便や不自由さを補完するだけの存在である。A に対して活動の意図を説明しても、おそらく十分には理解することができない。しかし、彼女の年齢を考慮するとその行動に、医療に対するこの年代の人々の態度が反映されているように思われる。このグループ活動を観察することで感じられたことは、看護師自身がその職務を利用者の疾病の側面に限定して捉えていること、そして利用者もまた看護師との関係を疾病に関連させて捉えていることである。

3 ソーシャルワークの視点を特徴づけるもの

全米ソーシャルワーカー協会の倫理綱領はワーカーの遵守すべき項目をかなり詳細に定めている。現在の綱領はより細分化されたものとなっているが、1979年に採択された綱領をみると、ワーカーのクライアントに対する責任として、クライアントの優先、クライアントの自己決定の尊重、秘密保持とプライバシーの尊重が挙げられている。個人の本来持っている尊厳や価値を尊重し、自己決定を確保するためには、その人のプライバシーを尊重するとともに秘密を保持しなければならないことは当然である。また自己決定を実質的に保証するためには、ワーカーは適切な代弁機能を果たさなければならない。これら二つの基礎的価値とそれに基づく二つの義務をどのように実践するかが、ソーシャルワーク視点を特徴づけることになる。看護師もまたこれら二つの価値を尊重しており、我国の高齢者介護における拘束禁止の取組に果たした看護師の役割は大きい。とはいえ看護師の第一の責任は患者の身体的安全を確保することである。そのため、看護師にとってこれら二つの義務は、ソーシャルワーカーにとってのそれらとは異なる意味を持つ。看護師はソーシャルワーカーよりも積極的に患者の意思を代弁するであろうし、そのために秘密の保持をソーシャルワーカーよりも限定的に解釈することがあろう。たとえば表面化はしていないが、認知症の周辺症状への対処法としての投薬は、手がつけられていない大きな課題である。この課題を含め、認知症高齢者の利益を最大限に保証するためには、身体健康維持や身体的不自由への援助に必要な視点とは距離を置いた、ソーシャルワークの視点にもとづいて二つの価値を尊重し、それに伴う義務を履行しつつ援助することが必要である。

個人の尊厳と価値の尊重

K 会における A の行動を今一度検討すると、A の看護師に対する態度は、尊敬や畏敬の念の表明であるとともに依存的であり、介護士に対する態度は対等な立場に基づく自律性の高いものであると言える。ただし看護師はもちろんのこと、介護士にとっても A は自分たちと対等な人間であると同時に自分たちの援助がなければ一日も生活することのできない人である。このような状況において利用者個人の価値や尊厳は、基本的ニーズを充足することの背後に隠れてしまうことが多い。ソーシャルワーカーの職務には、心理的退行を引き起こすような身体的な援助が基本的に含まれないので、特養においてソーシャルワークの専従者として仕事をするのであれば、その人の価値をまず尊重することができる条件において介護職より恵まれることになる。しかしその場合でも、認知症の人を援助するにあたっては、ワーカーの側のコミュニケー

ション・スキルが十分でないと、クライアントの価値を十分に尊重できない。

秘密保持

個人情報の保護は、専門職による視点の違いを問わず、どの専門職者にとっても配慮すべき重要な事項である。これは現在ではどの施設においても施設全体で取り組まれており、施設や専門職によって対応が異なるということはあまりないと考えられる。ただし細部においては、利用者の何を最も尊重するかという点で判断が異なる場合があるかもしれない。グループワークを実施する場合は、グループ内で生じた出来事や話された内容はグループ内にとどめておくことが原則である。見当識障害のある認知症高齢者の場合は、その原則をメンバーが理解することはできないものの、記憶力に限界があるため、職員の側が施設のルールに従っていれば、問題が生じる可能性はほとんどないと思われる。

自己決定の尊重とアドボカシー

認知症の人がどの程度の自己決定能力を保持しているのか、また認知症の人の言動をどのように解釈するか、そして認知症の人の自己決定能力が十分ではないとどのように判断し、どのように代弁を行うか等は簡単に答えを出すことができない。特養では、利用者が入所するさいに施設の方針やサービスとして提供できることを説明したうえで家族の意向を聞き、その内容をファイルに保存しておくことが一般的であるが、施設の説明も家族の意向も極めて包括的であり、特養での実際の生活における利用者本人の自己決定については、個々のニーズについて判断せざるを得ない。そこでは、日常生活の身体介助と健康管理に責任を持つ介護職・看護職とは別の、利用者の心理社会的な側面を最大限に尊重する視点が必要である。特養では身体的な介助という最も私的な部分を担う介護職の仕事と、その生命の維持に責任を負う看護職の仕事が、常に安易なパターンリズムを生む可能性を孕んでいる。パターンリズムに関して、ソーシャルワークにおいても細心の注意が必要であり、認知症の人々に対してはいっそうの自覚がワーカーに求められる。認知機能の低下した人の自己決定能力をどう捉えるかは、個々のワーカーの力量に大きく左右され、それによって自己決定の尊重も代弁の範囲も異なったものとなる。看護や介護とは異なる視点を持っていても必要な技術を持っていなければ、利用者の能力を過小評価し、パターンリズムにもとづく援助を継続することになりかねない。ワーカーは自らの力量に責任を負い、その向上に努めなければならない。

ソーシャルワークの視点を活かしたグループ活動の意義

特養は介護の場であって、ソーシャルワークは特養における主要なサービスではない。その一方で介護の場である特養では、利用者は常に弱い立場に置かれている。「利用者を人生の先達として尊敬しましょう」というスローガンは、認知機能に障害のない利用者に対しては機能してい

るものの、認知症の利用者、とりわけ見当識障害のある利用者に対しては忘れ去られてしまっているように見えることも少なくない。看護職と利用者との関係は、怪我や疾病に対する対応をめぐるものに限定されていることがほとんどで、利用者の立場はやはり弱いものとなりがちである。利用者の支援にあたっては、その他の専門職をも含めた協力関係が必要であることは言うまでもなく、介護保険制度に沿ったサービス計画の見直しのため、ケース検討会が各利用者に対して定期的に関催される。そのさい、生活相談員がソーシャルワーカーとして機能することが望まれるが、何よりもまずソーシャルワークの視点で各利用者のアセスメントが行われている必要がある。

見当識障害のある認知症を、ソーシャルワークはこれまで直接の援助の対象としてこなかった。認知機能が低下し、現在の自分の状況を理解することのできない人は、ワーカーとクライアントという援助関係に入ることができないし、将来の人生を自分の意思で決定することのできない認知症高齢者自身のエンパワメントについてはほとんど語られてこなかった。認知症の人々の意思是家族の意向と生活歴に関する資料から類推され、必要なサービス利用に繋ぐことでニーズが充足されたものとされる。特養での生活が始まって、状況は変わらない。特養でのサービス計画は介護計画であって社会生活の側面は二次的なものである。特養では、認知症ではない利用者は自分の力で新しい社会ネットワークを構築するものとみなされ、認知症の利用者は「そのうちに」と放置される。日常生活支援に携わる介護士や看護師は、職務を通じて断片的に、そして徐々にその人を知っていくが、身体機能と介護技術に関連する情報は伝達されても、心理社会面に関する情報が総合されることは少ない。

特養にソーシャルワークはほとんど存在していないが、特養のサービスに欠けている最大のものがソーシャルワークである。これを看護師が担っても介護士が担っても構わないが、言うまでもなく看護でも介護でもない視点で実践されることが必要である。それが実現されれば、特養に実質的なソーシャルワークが存在することになる。そして、個人を対象とした方法とともに、小集団を対象とした方法が見当識障害のある認知症高齢者に対しては非常に有効であり、かつ効率的である。認知症は、「財布を盗られた」と言いながら見当識はまだ保持している段階から、見当識が障害されながらも言語的に意思表示ができる段階を経て、言語的表現が次第に困難になっていく。特養の認知症フロアにはこの最終段階の利用者が生活しており、これらの人々の心理社会的なニーズを知りそれを充足するために、グループが役立つ。見当識障害がすすんで言語表現が乏しくなっても社会性は容易には失われないために、グループという対等な関係で成り立つ場を創出することで、介助し介助される関係ではない人と人との交流が成立し、発話が促進される。そこでは、普段職員にはぐらかされてしまうような話も、仲間が聞いて理解を示してくれる。そしてその人もまた、仲間の話を聞いて理解を示すことで自尊心を回復する。認知症の人々がグループで話す内容は、その判断力や表現力が限られていることにより、自らの欲求に密接に関連したものとなり、リーダーは個人的な関係では表現されないニーズを把握することができるのである。

終わりに

人員配置に余裕のない特養において見当識障害のある認知症の人々の交流を促すようなグループを職員が自発的に組織することは、利用者への関心と自らの専門性への関心がなければ実現するものではない。実践する職員はかなりの負担を強いられるために、不十分な取組みとなってしまいう可能性も高いが、それぞれの現場では各専門職が自らの視点にもとづいてさまざまな取り組みを行っている。そこに異なる視点を加えることで利用者の得る利益は格段に増すが、残念ながらそのきっかけとなる活動内容の評価はほとんど実施されないままになっている。特養の生活相談員が実質的なソーシャルワークの実践者となることが期待されるが、本稿で述べたソーシャルワークの視点は、介護にも看護にも含まれているはずのものであり、現在行われている介護職や看護職の取組みが実践者自身の省察によって充実すれば、見当識障害のある認知症の利用者の生活の質が向上するであろう。そのためには、介護職や看護職にとっての周辺技術であるソーシャルワークへの関心を高める努力を我々が機会をとらえて行っていく必要がある。

注) 生活相談員は本来実質的なソーシャルワーカーであるべきであると筆者は考えているが、実際にその機能を果たしているわけではない。また特養において実質的なソーシャルワークを職務として実践している特定の職員がいることを期待することはほとんどできないのが現実である。本稿ではソーシャルワーカーの役割を論じているものの、それを特定の専門職に限定しているわけではない。

(引用文献)

- 藤本禮子・竹内由美 (1997) 「グループワーク参加をとらえて日常生活上の改善がみられた痴呆性高齢者の一夫婦について：音楽療法場面での経過と考察」『音楽療法研究』2号, 92-99頁。
- 平崎孝英・室伏君士 (1991) 「痴呆老人に対するケアとリハビリテーション：グループ・ワークの中での遊びとレクリエーション」『作業療法ジャーナル』25号, 561-566頁。
- 河合眞 (1995) 「音楽療法」『老年精神医学雑誌』6巻12号, 1492-1496頁。
- 小池和幸 (1995) 「セラピューティック・レクリエーション」『老年精神医学雑誌』6巻12号, 1497-1502頁。
- 黒川由紀子 (1994) 「痴呆老人に対する回想法グループ」『老年精神医学雑誌』5巻1号, 73-81頁。
- 黒川由紀子 (1995) 「痴呆老人に対する心理的アプローチ：老人病院における回想法グループ」『心理臨床学研究』13巻2号, 169-179頁。
- NASW (1979). The NASW code of ethics. NASW.
- 野村豊子 (1990) 「特別養護老人ホーム入居の痴呆老人を対象とした RO グループの試みと効果」『社会老年学』32号, 62-73頁。
- 野村豊子 (1995) 「回想法」『老年精神医学雑誌』6巻12号, 1476-1484頁。
- 下仲順子 (1995) 「リアリティ・オリエンテーション」『老年精神医学雑誌』6巻12号, 1485-1491頁。
- 白川道代・牛嶋益子・吉岡寛 (2001) 「逸脱行為のある痴呆患者に対するグループワークの効果」『日本精神科看護学会誌』44巻2号, 312-316頁。
- Toseland, R.W. (1995). Group work with the elderly and family caregivers. New York: Springer

Publishing.

Webster, J.D. & Young, R.A. (1988). Process variables of the life review: Counseling implications. *International Journal of Aging and Human Development*, 26 (4), 315-323.

横須賀第二老人ホーム教室活動担当共同研究会 (1989) 「痴呆性老人のグループワークの位置づけ」『季刊老人福祉』84号, 80-96頁.