

# 2016年度 第2回よりそいセミナー開催報告

第2回よりそいセミナーは、10月14日、大阪国際交流センターにおいて100名近い参加者を得て開催されました。今回は、「塀の中の高齢者」をテーマに、現職の刑務所法務技官で看護師の方を招聘し、お話をお伺いする機会となりました。

テーマ「塀の中の高齢者」

講演 「塀の中の高齢者」

講師：船山 健二 氏（新潟刑務所 法務技官 看護師）

## ■梶本よりそいネットおおさか代表理事会挨拶

本日はお忙しい中、第2回よりそいセミナーにご参加頂き有り難うございます。本日まで参加の方の中には、第1回のよりそいセミナーにもご参加頂いた方がおられると思いますが、今回初めてご参加の方もおられると思いますので、よりそいネットのご紹介を若干させていただきます。

よりそいネットおおさかは、2009年に設立をしまして、刑務所を出所した方々の支援を目的に結成しました。2010年に国の事業（厚生労働省）である地域生活定着支援センター事業が開始され、2013年からよりそいネットおおさかが、大阪府地域生活定着支援センターの事業を受託しております。そこでは、高齢者、障がい者の方々の特別調整を中心にやっておりますが、よりそいネットおおさかは、特別調整に限らず、一般相談や、フォローアップの仕事も行っています。司会者が申しあげましたように会員加盟の方もよろしくお願ひします。

本日のセミナーは、私たち多くの方が知らない“塀の中”、刑務所の中の高齢者の生活実態について、新潟刑務所の船山様からお話をお伺いすることにしています。大変興味深いお話が聞けるものと期待をしております。また、後ほど質問の時間も取っておりますので、遠慮なくご質問頂ければと思います。本日はご参加、誠に有り難うございました。



## ■講演「塀の中の高齢者」…船山 健二 氏（新潟刑務所 法務技官 看護師）

新潟刑務所で看護師をしております船山と申します。本日は、このような機会を頂き有り難うございます。刑務所の中で、一般に病院の中で行われている“看護”を、塀の中で看護師として行っています。また、後ほどスライドで見て頂きますが、塀の中には知的な障がいを持っている方や高齢者、当所の最高齢は88歳ですが、受刑者が中で生活をしている状況、そのような実態をお話できればと思います。

塀の中で、私が問題だな、課題だなと思っていることは、毎回毎回、受刑者が入所して来ると、プロフィールシートのようなものが我々のところに届きます。例えば、罪名で言えば、「覚醒剤取締法違反、20歳の女性」、「常習累犯窃盗、知的障がいのある43歳の男性」、「占有離脱物横領で認知症の疑いのある

82歳男性」と言ったようなシートが手元に届きます。これで罪名から見てしまうと、何をやった人だろうかと、怖い印象を持ってしまうかもしれませんが、実際問題は、「20歳の覚醒剤違反の若い女性が入ってきた」と言っても、“犯罪者”という匂いはあまりなくて、どういうことで覚醒剤に手を染めることになったのかを見ていくと、今、“神待ち女子”という言葉をご存知の方はいらっしゃるでしょうか？…今日一晩宿を提供してくれる男の人を「神」と言う例えをしていて、その神を待っている女子ということ言われております。東京の新宿や原宿を歩いていると、家出をして来たと思しき少女にフリーペーパーを配って、「面接を受けるだけで2万円あげますよ」と、アニメキャラクターのような可愛いキャラクターが描かれたフリーペーパーを配っている。それで性風俗の道に入って行って、覚醒剤に繋がるというのが実態です。それで何が問題かということ、神待ちの女性を支援する人たちの「力」の方が、福祉の人たちよりも余程積極的なアウトリーチをしていて、性風俗で働く女の子たちを獲得するリクルーターの技術で声かけをしています。では、スクールソーシャルワーク事業では、勤務体系が8-5時であったりして、保護者と面談したいと思ってもできない。神待ち女子を対象にしているリクルーターは、神待ち女子が現れる深夜の時間にアウトリーチしていて、対象者を探してリクルートする手法を持っている。「可愛いね」と、今まで褒められたことのないような子どもたちに声をかけて、「住むところも、食事も大丈夫、心配しなくていいよ」ということで性風俗の道に入ってしまう。「もっと可愛くなれるいい薬があるよ」と、それが覚醒剤だった。1回使う、2回使う、と回数を重ねていくうちに逮捕されて、いま居るのは刑務所です…というような女子のあり様が問題の一つとしてあるのではないかと思います。



2点目にあげている「常習累犯窃盗」ということで、例えば43歳の男性。知的障がいがあるけれど、療育手帳は持っていません…というような方々が、刑務所の中には多くいます。法務省が行った調査でも、4人に一人くらいは知的障がいがあるというデータが出ています。「常習累犯窃盗」と聞くと、“ルパン三世”みたいなものを想像する方もおられるかもしれませんが、「常習累犯窃盗」は、何度も何度も窃盗を繰り返すことで、1回でも懲りない、2回でも懲りない、であれば刑務所の中で懲らしめる期間を長くしよう…と、

執行される刑期も長くなる特徴があります。こういう人たちが、どういう理由で、どういうモノを盗っているかということ、概ね一人で、地域社会で自立して生活することが難しく、食べるのも困っておにぎりを盗りました〜とかで刑務所に居る。最初、108円のおにぎりを盗って、刑務所に入ることはないが、これが何度も何度もとなると、一度刑務所に入ってしまうと2回目、3回目は容易になります。

最後に認知症の82歳男性の例をあげています。「占有離脱物横領」、横領と聞くと悪いイメージが付きまといますが、例えば、私がモノを置き忘れて、平たく言えば、それを置き引きしてしまった〜ということが「占有離脱物横領」の犯罪名になります。認知症の方が置き引きをしてしまったケースです。

塀の中から現代社会を見てみる、いろいろな福祉的な視点で見ると、問題点や課題がありますが、本日頂いている「塀の中の高齢者」というテーマから“認知症の高齢者と”ということに焦点を当てお話をしたいと思います。私も話下手で、みなさんに十分お伝えできないところもあり、DVDを見て頂きたいと思い、どのようなDVDが良いか考えましたが、刑務所の中の高齢者については、夕方のニュース番組とか

で、関東、関西問わず放送される機会が多くなっていて、今後も目に触れる機会もあるのかと思います。そのような中で、あまり知られていないのが女子刑務所の問題で、DVDやテレビで流れることはないのので、あえて女子刑務所のDVDを用意させていただきました。男子の刑務所は犯罪傾向や執行刑期だとかで、あちこち分散収容できますが、日本の女子刑務所は数が少なく、無期懲役から半年くらいで出所するような懲役受刑者まで、いろいろな罪名、執行刑期の人を一色単に処遇しており、かなり難しい施設でもあり、今回は女子刑務所のDVDを見て頂きます。

外山ひとみさんというのは、写真家で、作家で、「ニッポンの刑務所」という新書で出ている本をご欄になった方がおられるかもしれませんが、この方が2014年に白血病でお亡くなりになりました。長く刑務所を写真家の立場から取材を続けられた方で、この方が作られた「女子刑務所知られざる世界」とうDVDがあります。今回、よりそいセミナーでは是非使わせて欲しいと相談しましたら、福祉関係の方にも是非知って頂きたいということで、ご遺族様や、これを制作された小学館の集英社プロダクションの方からもご了解を得られ、上映させていただきます。



### << 外山ひとみ「女子刑務所—知られざる世界」DVDの上映 >>

今視聴いただいたDVD、男子刑務所では過剰収容というのは平成21年以降なくなってきていますが、女子刑務所は過剰収容が続いています。今回持ってきました「ヘルスコミュニケーション」という本は、今までコミュニケーションと言え、方法論、向き合い方だとか、姿勢をどうするかというものでしかなかったが、薬物依存とか、塀の中の実態だとか、今まであまり光が当てられて来なかった場所の問題、背景をを考えてもらうようなテキストを作りたいということで、編集発刊した本で、私も「刑務所における医療と看護」ということで執筆しています。

一見、罪名だけ聞くと、とんでもないという思いもあるかもしれませんが、実際一人ひとりを塀の中で見てみると、逆に外の病院で看護師として3人で夜勤することを考えると、塀の中で看護師をしている方が「安全だな」と感じながら看護をしています。次に、刑務所の医療についてお話をし、DVDを見てのご感想だとか、刑務所の医療について質問等があればお聞きしたいと思います。刑務所の中の医療は、全額公費で賄われている医療になります。

難病の病気に受刑者がなっても、厚労省管轄の特定疾患医療費が支給されることはなく、全額を法務省予算で執行しなければならない。それでは、どこまで、どういう医療が行われ、行わなければならないかという法律的な規定ですが、先ほど運動時間が一日30分以上与えられるということがありました

が、そういう細かな処遇の規定まで、「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」の第56条に医療の規定があり、そこで「一般社会の医療水準に鑑みて、適切な医療を行わなければならない」ということが謳われています。その考え方の基本には、日本国憲法の第25条で生存権の保障の中で、「全て」と謳われており、受刑者も医療を受ける受療権は定められていると考えられ、先の法律の中でも当然保障されているというのが基本的な考え方です。実際行われる医療や環境は、医療行政の立ち入り調査は刑務所の中でもあるので、当然、医療法や医療法施行規則に縛られる医療の提供を行っています。

一般社会では健康保険証は非常に大事なものですが、被収容者については保険診療の概念はありません。刑事施設の医師が診察を行って、診断を行い、治療を行うこととなります。本人に費用負担が発生することはありません。結核の場合は、一般の人口と比べ、刑務所に入っている人の結核罹患率は13倍高いと言われています。治療としては、刑事施設ですから時間、時間に刑務官が間違いなく薬を渡してくれるので、治療はやりやすい。治療が終わった後も感染症に係る2年間の追跡調査は塙の中でもしますし、出所の時には所管する保健所への引継ぎも行います。これについては平成26年3月に保健所の保健師宛に「刑事施設との連携のために」というような文書が発出され、公衆衛生にも係わる問題であり、保健行政とも緊密に連携し対応しています。

受刑者の目線で見ると、塙の中で病気や体調が悪くなったら、どうやって医療を受けるのか？—医療の申出を受ける受付があるところや、週1回の受付を行うところとか、刑務所により様々ですが、お腹が痛い、腰が痛いとかの訴えを行います。水虫であるとか、手を傷つけカット版を張るとか、我々がドラッグストアで買って対処するレベルであれば、刑務官が対応します。夜眠れないとか、お腹が痛いとか、診察が必要な場合は、診察を受け、必要な血液検査等を行うような流れになっています。入ってきたときには、健康診断をすることが法律で規定されているので、入ってきた時点で「通院していた」ということであれば、採血をして、1ヶ月後、3ヶ月後にまた受診する、とかいうやり方になっています。当所で持っている医療設備は、胸のレントゲン、超音波、救急病院に運ばれた時にあるモニターといった限られたものしかないので、例えば、心筋梗塞だとか発症した場合は、近隣の救命センターや医療機関にお世話になっている状況です。やはり高齢化しているので、疾病の種類も多様多岐にわたって、整形外科、泌尿器科、女性であれば婦人科の領域、内科でも所内の内科では対応できないレベルとか、概ね一日2~3件、外の病院でCT検査や画像診断、専門診療などにお世話になっているのが実情です。

いま足早にDVDを見て頂き、刑務所の中の医療についてご説明しましたが、今までのところでご質問等があれば教えて頂きたいのですが、如何でしょうか。(質疑応答省略)



「高齢受刑者の増加」ということで、平成7年から平成26年の最近20年間の動向を見ますと、単純に約4.6倍に増加しています。女子に関しては、先ほどのDVDにもありましたが、約16倍になっています。当然、高齢の受刑者が増えてくると、中で生活している全体の受刑者に占める高齢者受刑者の割合も、ほぼ一貫して上昇しています。それでは、「なぜ高齢受刑者が増加しているのか」ということです。“入る不安よりも出る不安”ということで、私はこれまで、刑務所に入ることで「心配だ」という高齢者には一度もお目にかかったことはありません。逆に「出る」ことになって、急に眠れなくなったり、外で生活していく方が「心配だ」という高齢受刑者の訴えをよく耳にします。刑務所は、「自由を奪う」という面をもっていますが、逆に最低限の「生きる保障」はしてくれる「二面性を持っている」ところかなと思います。着るもの、食べるもの、住むところもありますし、介護や医療が必要になってもちゃんとケアします。また、亡くなってご家族に連絡しても来てくれない場合は葬儀もしますし、遺骨についても引き取り手がなければ、お墓まで準備されているのが、この頃の刑務所です。お墓掃除もやって、お盆には所長がお墓参りもしています。

それから、窃盗や強盗、殺人といった古典的犯罪の根本原因は何だろうか、ということで、龍谷大学の浜井先生は、「生活困窮や社会的孤立によって、生活上の問題が解決できなくなるというところに原因の一つとしてありますよ」ということを指摘されています。こうした問題について、なぜ私がこのセミナーで喋ったり、夕方のTVで報道されたりしているかということ、衆議院議員であった山本譲司さんという方が、2003年に「獄窓記」という本の中で、自らが受刑生活を送った体験だとか、刑務所の中には知的障がい者が多い、介護が必要な高齢者がたくさんいる、というようなことをこの本の中で紹介され、また「累犯障害者」という出版物の中で露わにされています。それを受けて、2006年から科研費による研究が進み、2009年からは地域生活定着支援事業というものが始まったという経緯があります。

「認知症高齢者と犯罪」ということで見ていきますと、福祉や看護の教科書の中には、認知症の行動・心理症状ということで、BPSDとの関係で、窃盗だとかの症状が出てきますよ…くらいの書き方がされています。このBPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) というのは、イギリスの認知行動療法の考え方では、周囲に訴えかけている“チャレンジング行動”ということで、BPSDという言い方をしないような風潮もありますが、そのような位置づけで論じられています。

日本にある専門的な認知症ケアの雑誌だとか見ると、「認知症ケアジャーナル」(2013年)の特集の中に“高齢者(認知症の人)の犯罪について考える”という特集を組まれた記事がありましたが、“高齢者”のところにフォーカスが当たっていて、山本譲司さんの本の中で言われているような「高齢受刑者が多い」とか、「福祉支援が必要な」とか、あまり認知症の関連の犯罪は露わになっていない状況です。国内はそういうことで、海外ではどういうふうに使われているのか見ると、昨年のJAMA(ジャマ)という医学界ではかなり有力な雑誌ですが、その神経学バージョンのところ、スウェーデンのグルノ大学の研究グループが行った2,397人というかなり大規模な被験者をおいた研究の中で、認知症だとか、病気になってからの犯罪が起きる率が8.5%という報告がなされています。それぞれの認知症の症状によって、「アルツハイマー病」型で7.7%、「前頭側頭型認知症」で37.4%、「意味性認知症」で27%、「ハンチントン病」で20%というような表現がされています。「犯罪と認知症」というところを見ていくときに大事だなと思うことが、フェイス・ゲージ(Phineas P. Gage)という方です。作業中に本人が持っている矢が頭を突き抜けてしまった事故から生還された方です。アメリカの学者が症例を紹介していますが、この事故を受けて生還はしたが、前頭葉にダメージを受けているので人格が変わったということ報告しています。今までは、温厚で、リーダーシップのあるゲージ氏だったが、脱抑制というのでし

ようか、逸脱行動や暴力的な行動をするようになったと紹介しています。このパネル（矢が刺さった写真）は、ハーバード大学の図書館に設置されているということです。「認知症と犯罪」を捉えていくときに、一つは、前頭葉や側頭葉に障害を受けて認知症を発症してしまった方が、罪を犯してしまうのではないかと思います。マンチェスターのグループが、1996年に「前頭側頭葉変性症」(FTLD)ということで発表し、以降病態解明が進んで、2011年に「行動変異型の前頭側頭型認知症」(bvFTD)という言われ方がされています。4大認知症と言え、アルツハイマー、血管性、レビー小体型、前頭側頭型の認知症で、認知症の病型で、このような名称が付くものがあります。血管性認知症は、脳梗塞などで惹起されるものですが、それ以外の認知症は「神経変性性疾患」というカテゴリーがなされる認知症で、神経細胞が徐々に死んでいってしまい、脳が委縮するとい形態です。アルツハイマーとピック病が、とくに有名な病気でしたが、アルツハイマーは脳が全体に委縮し、ピック病は前頭葉、側頭葉が委縮する病気で、ピック病の全体解明が進んで、前頭側頭型認知症が判ってきたという流れになるかと思っています。日本の認知症の中で、この「行動変異型の前頭側頭型認知症」がどれくらいいるかという、認知症全体の5~10%程度という報告が一般的です。50%以上を占めるアルツハイマー型認知症と比べると、まれな症状と位置付けられています。ただ、65歳未満の若年型認知症においては、頻度が高く、アルツハイマー型に次ぐ頻度という報告もあります。

症状の特徴として、①病識の欠如、②脱抑制、③自発性の低下、無気力、無関心、④感情や情動の変化、同情・共感の欠如、⑤常同行動、⑥食行動異常、⑦言語障害、の他に、「徘徊」と言われる行動にも、徘徊で行方が判らなくなったということではなくて、毎日同じコースを歩かれるので、迷子になることはなく、ただ無目的に歩き回る特徴があります。逆に、支援者がそうした行動を制止すると、それに対して興奮や暴力に発展してくるというのが特徴です。ただ、馴染みの関係は、どの病型でも構築することができるという報告があって、早い段階からデイサービスで入浴することを習慣化してしまえば、病状が進んでいっても“入浴拒否”は起こらないといった報告もなされています。特に、この犯罪行為と係わってくるのが、脱抑制や同情・共感の欠如です。「脱抑制」とは、会社でセクハラに該当するようなことをしてしまうとか、我が道をいく…みたいな行動を取ったり、急に笑いや怒鳴り声をあげたり、礼節を失うような行動から確認されます。「同情・共感の欠如」は、他人が困っている深刻な事態やニュースを見ても、理解は示すが態度が一致しないとかいう状況を示します。これに対する薬物療法として、症例に応じた薬物が使われますが、薬物で行けるところもあるが、なかなか対処が難しいのが現状です。

もう1点、軽度の認知障害(MCI=Mild Cognitive Impairment)が犯罪と係わっているのではないかということが言われています。マスコミでは「認知症予備軍」と称し報道されています。2012年に筑波大学の朝田先生のグループが行った研究で、認知症の患者は462万人いて、その他にMCIといわれる軽度認知障害患者が400万人いるという推計値が発表されています。朝田先生の研究は、2025年のこれからの進展とかを見据えたもので、正常な状態と認知症の間にある状態ということで出されています。

扉の中で、「認知症と言われる人がどれくらいいるのか」という概数調査が28年の1月に公表され、平成26年度末時点で、60歳以上の受刑者のうち、層別無作為抽出法により選定した451人に対して、刑事施設職員が改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)を実施したという報告です。認知症傾向のある受刑者は、HDS-Rで20点以下、医師による診断や他の疾病・障害による認知機能の低下による区別は行っていない…という、だいぶ荒っぽい調査報告ですが、その結果によれば14%、全国の刑事施設では1,300人という推計値が出されています。問題点は、「高齢者」を60歳以上としています、

法務省の統計が10歳刻みとるということがあり、社会一般であれば65歳以上を高齢者としています。また、データの信ぴょう性如何はどうかというところはありますが、このような数値が出ていますということでお示しました。

「認知症ケアの変遷」ということでまとめて見ました。1906年にアロイス・アルツハイマーという人が、こういう状態の老人斑の出現やアルツハイマー病のメカニズムについて、1911年に再度学会に発表されています。社会的な認知症者に対する見方は、1972年に有吉佐和子さんの「恍惚の人」で知られるようになった。この時の時代背景を見てみると、ベッドへの拘束と、薬剤の過剰投与、例えば失禁してしまっていると、「何やっているんだ！」といった言葉による押さえつけなどが行われていた時代になります。1980年に入ると、京都の方で家族会ができて、看護学の分野で言えば、北海道にいらした看護学の大家の中島紀恵子先生が教員をしながら、毎週金曜日に家族との面談をされたり、地域で徘徊老人の見守りを構築されたりというのが、この時代かと思います。岡山の方で認知症の専門病院ができたりもします。その後、老人保健法（1982年）とかが施行され、80年代にはデイサービスとか、デイケアとか受け皿ができ、90年代にはグループホームが立ち上がってきて、2000年には介護保険法が動き始めて、それとリンクする形で成年後見も始まりましたが、成年後見は着いていかなかった感じがします。2004年のクリスマスに「痴呆症」の呼称から「認知症」への変更を厚労省が発表するという流れです。

認知症ケアについて、私が看護師として考えていることは、認知症の方は何もわからないという言い方がされた時代もありましたが、早期のアルツハイマー病の患者へのインタビュー調査で、アリソンという看護学の研究者の方が、1998年に、「揺れながら行き来しているものを当事者は自覚している」ということを発表しています。2000年に入ると、クリスティーン・ボーデン著の「私は誰になっていくの？」が日本でも刊行され、本の中では、「強い怯えを感じ、小刻みな死である」という表現がされています。そうした意味では、生活がしづらくなってしま病なんだろうなということと、自己存在が脅かされていく病なんだという受け止めをしています。

最近の認知症のトピックスをまとめました。前頭側頭型認知症の場合でも、本当にそう診断して良いのかどうか。一部は特定疾病に指定されているものもあり、各種のバイオマーカー、例えば異常な蛋白が出現するとかいうものを血液検査で捉え、認知症の病気の方はコレだという、確定的な診断をしようという流れが、最近多いかと思います。また、アメリカ精神医学会のDSM-5の中でも、従来は、「認知症」という括りが一つでしたが、いわゆるメジャーな認知症と、マイナーな認知症（MCI＝軽度認知障害）が診断基準の中にも置かれている。それでは、認知症か否かを看るのに、従来は長谷川式の改訂版が用いられていましたが、どちらかということ、記憶障害に重きを置いたアセスメントツールになるので、いま国際的に通じるものは、「MMSE」という評価スケールになります。ただ、MMSEに関しては権利関係がややこしく、ここで触れることは止めておきます。その他、「MoCA-J」と言われるアセスメントツールや、「ICIS」を“イシシ”と呼ばせたいらしいですが、広島の方が作られたスクリーニングテストです。資料の中の星印が付いている二つは、検索ワードで検索して頂ければ、アセスメントツールがダウンロードでき、これは広く普及させたいという意向のようです。いま、刑事施設の中で地域社会の福祉の方にお話しするとき、「ICISのスケールで何点」と言われても、知らない方が殆どだと思いますので、長谷川式のスケールも優れたものですからそれを使って、ただ先方に繋ぐとき20/30と言われてもその人をイメージすることができないので、この人が特に引っ掛かった困難な点は、この項目でしたとか、面接シーンの状況はこうでしたとか、地域定着の方などに丁寧に伝えてあげることが大事だなと思います。

「対象理解」ということで、今の福祉制度の中で退所者を支援するとき考えるのが、どうしても疾病の

分類で DC10 だとか、DSM-5 だとか記載されている病名で書かなければ通じないとか、この人が本当に知的障がいがあるのであれば、療育手帳持っていないければ知的障がい者でないような空気感がある中ですが、受刑者を見ていると、70 歳のおじいちゃんに認知症なのかなあと思うような、カテゴリーが当てはまらないような人が多いというのが、私の心象です。戦後の混乱期に、戦災孤児として児童養護施設みたいところで育ちました。靴下や下着は、集団生活だから洗濯されているものを自分で奪ってやらないと衣服を保てないという生活習慣の人で、戦後そういう児童養護施設が出来て、集団生活だから衛生管理ということが言われて、食事は給食室みたいところで作られ、例えばみんなでカレーライスとか食べるという生活習慣しかなく、実はちょっと知的な遅れがあったけれど、教育的な支援や福祉的な支援は受けられなくて、今日に至りました。景気がよい時には日雇いで働き、何とか食べてきましたが、労働者も派遣で雇用環境が大きく変わって、自分で生計を立てることができなくなりました。食べるに困ったときは、教育も受けていないので、困ったときには生活保護制度があるとか、福祉の窓口に行けば相談を聞いてもらえるとかの知識もなくて、でも「お腹空いた」という現実には自分に降りかかって来て、万引きをして捕まって、いま刑務所にいます…というような高齢者を見た時に、「DSM-5 だとかに該当しているから認知症だ」というよりかは、生活の経験不足によって症状が出ていて、診断名のラベルを貼ることはできないけれど、生活上の障害は十分に観察されるというものを、安易にカテゴリーに嵌めるのはどうかなあ！という思いはあります。簡単に、この人はこの病気だということで、カテゴリーを見てラベル貼りをするような、わかったというようなことでなくて、また安易に、この人は意味不明のことを言って、診断のカテゴリーにも載っていないし、わかりたいということも、困っている対象を目の前にして、放っておくことはできないという思いがあります。関わりの中で、わかろうとすることを試みるほかない。その上で事例を通して、当事者と支援者の関係性に基づく支援のあり方を考え続けるということしかできることはないのかなあと思っています。

## << 休憩 >>

今まで認知症の診断を、ああだ、こうだと話してきましたが、ここからは対象者理解をどのようにしていけばいいのか、認知症の症状を抱えている人と、どのように向き合っていればいいのか、考えていきたいと思います。「認知症の症状を抱えている人を理解する」と言ったときに、枠で囲ったところは、認知症を抱えたご本人のことですが、DSM-5 や診断基準だとか、社会が認知症の方をどう理解しているか、ということで大きく変わってきます。1970 年代のように、家族が、認知症を発症した高齢者を、“家族の恥”と捉えていた時代から、介護保険や、もろもろの制度が出来てきて、“介護は社会で支えるものだ”というコンセンサスが得られてきつつある今日では、認知症に対する理解もだいぶ違ってきていると思います。認知症の理解と言ったときに、分子生物学のゲノム解析のレベルで研究されている先生方もおられます。また、MRI や CT といった画像診断とか、バイオマーカーといった認知症で作られる特殊な蛋白を同定するような各種検査もあります。あと日常向き合うときに、一番は、その人の行動観察と本人の語られている内容かなと思います。「表層」の一つ下のレベルには「意思」があって、現に日常やっていること、出来ていることだけではなくて、高齢者や認知症の方であっても、本人がやりたいと思っていることを引き出すことが大事かなと思います。刑務所の中では、無駄な講談は交わさない…ということがあって、受刑者に指示命令すること以外、言葉は交わさないという規定があるようです。私の職場の医務官や准看護師は、それを破ってくれる人ばかりで、「判決が不服だ」と言って、ご飯食べない人に食



事介助したり、認知症の高齢者と一緒に佇んで窓の外を見ていたり、面白い人たちがいます。

「対象理解」の続きになりますが、対象者から見て支援者として係わってよい人か問われ、自分がやった声掛けやケアは、これでよかったのかなと問い続けることを繰り返す営みが、「対象理解かな」と思っています。いま受刑生活を送っている認知症高齢者を見た時に、壮絶な過去があったり、時代背景や文化的なことも含めて、自分が対象を知ることは難しいし、判らないことだらけで、だから教えてくださいという姿勢がなければ難しいのではないかと。対象者のことを知ろうとすることは、イクオール、関心を寄せることであり、その対極にあるのは、マザーテレサが「愛の反対は憎しみではなく、無関心です。世界で一番恐ろしい病気は、孤独です。この世の最大の不幸は、貧しさや病ではありません。誰からも自分は必要とされていないと感じることです」と述べています。「認知症は、治りますか？治りませんか？」と言われたら、当然「治る」認知症とは正常圧水頭症とか、見逃してはいけない疾患のことで、「認知症」と診断されるもので「治る」認知症は、現代の医療ではありません。そういう意味で、精神科医の中井久夫先生は、「医師が治せる患者は少ない。しかし、看護できない患者はいない。」と著書の中で述べていて、京都の方で自閉症の子どもとかを長いこと診療されている小澤勲先生は、1980年くらいに出ている「痴呆老人から見た世界」という本の最後の章の中から引用させていただきますが、「日常生活への援助を続ける。そこから“ただ共にある”という感覚が生まれる。共に過ごしてきた時間の重なりが理解を超えるのである」と書いています。（小澤先生は）精神病理学の先生ですから、この症状が出ている原因は何か、と追及される形で思考されるわけですが、重度の催奇の認知症の方は理解できない。ただ、日々のケアで共に過ごしてきた時間の重なりが、精神病理学的な理解を超える、ということを書いておられます。



「対象への接近」ということで、介入するためには近づかなければならないが、その時に、“傍らに居ることを許された者”として心掛けていることは、「エポケー」という現象学の言葉で、フッサールという哲学者が言っています。「エポケー」というのは、自分の頭の中にある先入観や、アセスメントツールの枠組みとか一度振り払ってしまい、対象者が言っていることを受け入れるということで、自分が持っている偏見や先入見から自由を意味する言葉です。そうしたあり様で、対象者が訴えかけていることを聞く姿勢が大事です。現在、いろいろなアセスメントツールが出ていますが、ツールの背景や、そのツールの得意なところ、カバーできないところの限界を知った上で使っているのか、逆にアセスメントツールに振り回され、対象を見失っていないか、を自問自答しながら訴えを聞くことが大事だと思います。「対象者と同じ立場に立って…」と書いてある教科書とかありますが、私は「同じ立場に立つ」ことは絶対無理で、同じ立場には立てないが、「側に立つことは可能」と思います。側に立つことは、“Advocacy”の概念に通じることで、「対象者との距離」ということでは、他者との間合いということ、精神分析のフロイトとかが“山嵐のジレンマ”とい

例え話で、山嵐は体にトゲトゲがいっぱいで、二匹の山嵐がいたときに、近づき過ぎるとトゲが体に刺さって、離れすぎると寒いという話で、そういう距離感を意識しながら、基本的には「側に立つ」というポジションが大事ななと思っています。

「パンダになろう」ということで、ナース服を着たパンダのカットを描いていますが、“プロテクション(Protection)”ということ、守る、防除するという意味の「P」と、“アドボカシー(Advocacy)”、権利を擁護する、弁護するとか、特に受刑中の医療を受ける権利は保障しなければならないこと、社会復帰に当たって必要な医療情報や、健康に過ごすための受療権の保障とかは、アドボカシーの概念に端を発して、具体的なピアとなります。プロテクション&アドボカシー、パンダ(PandA)というあり方が、看護師が医師の代わりができるともてはやされている特定看護師とかの制度もありますが、このまま進んでいけば、ミニドクターも賛成するだけで、医師の裁量権に踏み込むような看護師制度になってしまうわけで、看護が看護であることは、プロテクションすることと、アドボカシーの二点だと私は思っています。看護の本質はここにあり、看護の「基礎」であるというのは、いま看護の領域は、「がん看護」や「精神看護」、「地域看護」だとか、幅広い分野に及んでいますが、それは対象者が赤ちゃんであっても、高齢者であっても、どのような対象者であっても、看護師として係わる本質と基礎は、この二点にあると私は考えています。

「アドボカシー(Advocacy)」という言葉は、ラテン語から出てきていますが、ラテン語の「アドボカス(advocatus)」が語源で、「(傍らへと)呼び出された者」の意味で、それを解釈すると「傍らに居ることを許された者」というふうに、石垣先生が今年(2016年)の看護倫理学会で講演されていました。病院の管理者は、医師でなければならないという規定があり、看護師が院長になることはありませんが、大きい病院の運営形態では、概ね看護師が副院長に就かれており、石垣先生は日本で初めて副院長に就かれた方です。これはつまり、「寄り添う」というケアのあり様を端的に現しているわけで、看護というのは、対象者と向き合うときに、科学的なもの、芸術的なものということで、「サイエンス&アート」と看護大学を表現したりします。諸外国の看護理論、がん看護の領域で使われる看護理論で、「寄り添う」ということがナースとして最高位の姿であるとマーガレット・ニューマンが、日本語訳に訳す前書きのところで書いています。ジーン・ワトソンは、「ケアリングの原点は倫理観である」と言っています。

次は、ホスピスケアに従事されている細井先生が、医学哲学倫理学会で「キュアとケア」の違いということでまとめられていたスライドをお借りしたものです。「キュア(Cure)」、治癒を目指すもののあり様は、EBM(Evidence Based Medicine)の世界なわけですが、「ケア」といった時に目指すものは、その人のComfort、安楽性なわけ、そのあり様は“Narrative”、その方が語られる内容に基づく医療(Medicine)です。「治療」といった時には、何かをする、点滴をする、手術をするというような、「Doing」をするものであるが、「安楽」なものにあっては、「Being」、側にいるというような意味で、そこに存在するというようなケアのあり様かなと思います。私が言いたかったことは、「Being」としてのケア、人として寄り添うあり様ということ。対象者と支援者と対等な関係を築いているのか見ていきます。

「注意！専門職支配」ということで、エドガー・H・シャインという社会心理学の方が言われていることで、「ワンダウン」という姿勢が大事で、いくらカウンセリングのテキストブックにテクニカルなことが書かれているものがあるが、そもそも論で、例えば社会福祉事務所の窓口で生活保護の申請に、どういう気持ちや思い(想い)で来られるか考えるとき、「人に頼る」という時点で、低い位置に置かれているということをエドガー・シャインは指摘している、そういう意味で、支援する人達は、ワンダウン、一つ下がった姿勢でなければならないと指摘している。これは「パターナリスティックな言説を通して行使さ

れる支配」ということで、1990年代の後半くらいから指摘され始めるようになって、1997年にハリスは、「(ソーシャル) ワーカーが行使する権力作用に関心を向けるべき」であるとし、「ワーカーが援助関係において、権力を独占していることを指摘し、そのような状況を変革する戦略としてエンパワーメントを位置付ける」ということを、北野先生やハンセンフィールドが指摘しています。そして、「支配される側の自発的な服従によって成立」し、何も高圧的にワーカーが接しているということだけでなく、支援を受ける対象者の側に自発的に従う—というようなことがあると野村先生や大沢先生は指摘されています。

このことを意識しながら、どういうふうに係わっていくかということ、次に「介入の視点」としてまとめると、「人を人として遇する」ことが、一番大事なかなと思います。歴史的に見れば、ユニットやマニチュードとか、技法論のことは言われています。その技法の根底にあるもの、例えば、世界でバリバリの認知行動療法で振る舞っている心理療法家であっても、必ずねちっこさは持っていて、生い立ちとか、深く、深く追及するスタンスを持っている人が多い。臨床心理士会会長の村瀬先生は、司法領域でもやられている女性の先生ですが、コンセプトとして「人を人として遇することが根底です」と講演されたりしています。それは、社会福祉や臨床心理、看護の世界、どの世界であっても基本的に変わらないし、普遍のものであります。私は、受刑者を捉えるときにどうしているかと言いますと、罪を犯した人、加害者性を持っている人を目の前でケアの対象にしています。対象者にとって、自分のライフコースの中で、「受刑生活中」という「点」に過ぎない、と思っていますが、その人の過去・現在・未来という「線」で捉えたときは、かなり被害体験を持った方が多いのです。例えば、虐待と犯罪の関係性は既に立証されていて、圧倒的に虐待を受けている人が受刑者に多いというのは、データや大規模な比較試験で明らかにされている知見で、トラウマティックなものが多い。軽度発達障害で生きづらさを抱えている人は、100人いたら、100人が虐められ経験があると見て間違いない—と発達障害を専門とする先生方は言われています。被害経験を引きずりながら今を生きている人たちで、自尊心が低くて、「何をしたい？」と問いかけても、返ってくる答えはない。従って、いろいろなことで未来を志向することが大事なかなと思います。次に、「球(たま)」ですが、一人の人間を捉えるときに、テニスボールやバレーボールでも何でもいいのですが、球体のものを思い浮かべて、私は看護師としてこちらから関わります、臨床心理士はこちらから、社会福祉士はこちらからと多種職種が一人の人に係わることで、その人を立体的に理解できるのではないかなあとと思います。今回、認知症高齢者ということで、多職種に係わる意味は、FINGER 研究という大規模な研究で、昨年(2015年)ランセ(Lancet)という医学界の研究でインパクトファクターの強い医学誌ですが、そちらに掲載されていて、食事については管理栄養士が、運動については専門のトレーナーが、認知トレーニングについてはクリニカルサポジストということで臨床心理士が、血管リスク管理—糖尿病の血糖コントロール、脂質異常のコントロール、血圧のコントロールとかすることが、認知症の進行や予防に重要であることはわかりきっており、それにドクターやナースに係わるのが大事で、こうした重層的な関わりが重要であると FINGER 研究で指摘されています。それを 100人いて 100人全部にやっていたら、支援者の持っているエネルギーも枯渇してしまうので、「面」に係わる、広く係わるということで、例えば、私は看護師ですから受診介助しかしません、ということでは全面的な支援にはならないわけで、多職種でネットワークを築いて、その対象者の生活全体を見た「面」に係わる支援が大事であるし、専売特許的な重要な局面に係わる、その局面だけは逃したらいけないと思います。例えば、チームで係わっていて、発熱した場合、そこに医療職は私だけしかいなかったら、それは俺の役割だろうということで頑張るわけです。「網」、ネットワークでケアしていくことで、「点・線・球・面・網」ということで係わろうと思っています。これは、私が大学病院とかで看護師として注意していた点です。認知症高齢

者は、何処に行っても、診療所や大学病院に行っても会うし、塀の中でも会うという状況です。

「看護師として留意していること」ということでまとめますと、看護の目標としては、「生きがい」ということをコンセプトに置いていた方がよいと思います。「生きがい」という言葉は、なかなか英語とかでもなくて、聞くとところによると、日本独特の表現、言い回しで、適切な英語訳がない。受刑者の再犯予防とかで、「生きがいが大事だね」というようなことを他の臨床心理の先生方と話していて、生きがいについて何か尺度で測れば見えてくるものがあるのではと、先行研究を調べたところが、諸外国には「生きがい」という概念がないということで頓挫してしまったことがありました。その方が、何を生きがいに行っているかを押さえて、ただ表面的な身体的なADL (activities of daily living) だけ見るのではなくて、生きがいも含めた、「Advanced ADL」に着目した目標設定が大事だと思います。

アセスメントの視点で言えば、絶対見逃していけないことは、「高齢者の3D」と言われていることで、「認知症っぽいなあ」という対象者を見た時に、本当に認知症なのか、抑うつ、デプレッションが隠れているのではないかと、せん妄と言われるデリュウムみたいな状態ではないか、というこの3つをしっかりと鑑別しなければいけない。「認知症」というところで言えば、身体疾患、例えば血液透析を受けている患者がボーとしていて、認知症になったのでは



ないか、という時には、効果的な透析ができていないのか、尿窒素値が高くなっていけば抑うつ状態で活気のない状態を呈するので、まず必ず身体機能が適正にコントロールされているか、糖尿病の患者が高血糖状態、低血糖状態、どちらになっても、意識に混濁状態が生じてくるので、そういう状態がないのかしっかり押さえる。そのためには、私は看護師ですから、ヘルスアセスメント、例えば、聴診器1本で、この人の脱水状態をどこまで診断できるか、という技術は常に高めておかなければ、捉えることができない。二点目の「抑うつ状態」というのは、リトルブレインと言われていて、甲状腺亢進症になると興奮状態になったり、逆に低下症になるとうつ状態を呈することがある。日常の診療場面で甲状腺機能を血液検査で見ることは、一般の先生方は少ないのが実情なので、何か変だなあと思うときは、甲状腺機能がチェックされているか、アセスメントのポイントとして見た方がよい。甲状腺機能低下症であれば、甲状腺ホルモン補充療法の内服で活気が戻ってくることがある。副腎は、ステロイドを分泌する臓器ですから、内服プレドニンというステロイドを飲むと、多幸状態、興奮状態になる、夜眠れなくなる、といった副作用があったりしますが、副腎の病気だとか隠れていないか、また腸管ということで、腸にはリンパにパイエル板がありますが、それと精神症状とリンクし、統合失調症の急性期にあるような患者の身体疾患を発症した時には、嘘のように静かになったりとかありますので、そうした視点で見ていく。心臓は、脳と直接神経が繋がっている唯一の機構で、脳出血を起こし心電図を取ると、心電図に脳性変化が現れたり、ストレス環境に暴露されていると、不整脈が誘発されたり、特異な臓器です。ですから、そういったものは

大丈夫かなという視点、これが高齢者の本当の抑うつであれば、症状としては生きがいや興味の喪失、漠然とした不安や、便が出なくて何か病気ではないかと捉われてしまう心気症等を呈することがあり、主だった症状として着目しなければならない。それから、「せん妄」ということで、夜になると不安になるとか、意識の質的な変容を現す言葉です。こうした状態は、例えば、上手く言葉で伝えることが難しい高齢者であれば、何かの不快感を言い表されなくて、せん妄状態になっているとの指摘をなされることがあります。薬剤で、高齢者であれば血圧を下げたり、心不全の改善に商品名で言えば、フロセミドという利尿剤などは、意外とせん妄を引き起こしやすい。福祉職の方で、よくわからないということであれば、掛かりつけ薬局の薬剤師に聞くと、いま薬剤師も薬とにらめっこしているのではなく、対象者と係わりながら情報を取って施薬していこうとしているので、「よくぞ聞いてくれた」と親切に教えてくれるかもしれない。塩やカリウムなど、体の中にあるミネラル分が狂う電解質異常になると、かなりの頻度でせん妄が起きることが判っています。どういう状況で電解質異常が起きるかと言えば、心不全の患者とかで、たくさんオシッコを出して、浮腫みとか取る薬を飲んでいて患者は、カリウム喪失が起きやすい状況になっています。心臓を力強く打たせるようなジギタリスやジゴシンなどの処方を受けている患者は、ラシックスという利尿薬と併薬されているので、そうした患者は電解質異常を起こしやすいとかあるので、そうした病態の人が、ある日突然夜に浮浪人になっているということであれば、そうした視点があると、見方が変わってくると思います。

また、日常のケア場面では、“何となく変…”ということに気づく、故意にできないことをこちらが察知して、そこに応答することがケアの倫理、倫理学の体系の中では、応用倫理学と言われている、その本質は何ですかと言われたら、他者の要請に対して応答することがケアの倫理の本質だと言われています。場を変えて、刑務所の看護師として認知症高齢者とどう接するか、その留意点については、先ほどから言いましたように、知的な障がいがある人が、ただ高齢者になっただけ、一度獲得した知能が落ちてゆく認知症ではなくて、もともと低かったものが高齢者になってそのまま引きずっているのか、どうなのかを捉えるのが大事だと思います。それを捉えたところで、福祉に繋ぐときに70歳を過ぎた人が「療育手帳を障がい分野で取って」と言っても、取ってくれないので、介護保険に落とせるように、診断名は、何とか認知症と付けてもらった方が、本人にとっては利があるかな、というのも一つの捉え方です。病態的な理解としては、それも一つです。一般の認知症では、早々みることはないですが、薬物、シンナーを吸っていた人は脳萎縮が起きている場合もあり、そこは一般の認知症とは少し違います。

受刑者は、「証拠番号」が一人ひとりにつけられていて、自分の名前をいう、名前と呼ばれることは少なく、診察室に入る時も、例えば「608番入ります」というような様態で過ごしています。名前を呼ぶことの意味はかなり大きく、家族の中でも、子どもに合わせて「パパ」や「ママ」と呼んだりしますが、固有の名前で呼ぶことは、文化的な意味があると思います。私の刑務所の医務の方では、知的機能が低かったり、認知症がある高齢者とかには、名字で「〇〇さん」とか、語り掛けるようにしています。触れることの意味では、ケアの場面で体を拭くとかで係わると、「自分は汚れている」とかの表現や、物言いをする人が高齢受刑者には多いというのが心象です。「汚れている自分」ということで、自尊感情や自分の価値の低さを言動から、肌でも感じる状況です。動けない患者を清拭することは、看護が看護である所以かなと思います。そういう場面であれば、普段言わないことを、言ったりすることもあり、貴重な場面であり、大事にしています。いじめられ体験から拒否する場面がありますが、これは誤学習の結果と捉えています。「誤学習」は何かといいますと、何かいいことがあった後には悪いことが起きる、だから絶対にいいことには話に乗らない、というような図式が彼らの頭には巡っているのではないかという思いがあ

ります。どういうことかと言うと、例えば、「若い頃に働きに出ました、初めて給料を貰いました、嬉しいな。そこにたまたま友達に来て、今日は給料日だし、皆で飲みに行こう。楽しくワイワイ飲んで、最後に会計の時は自分一人だけしか残っていない。給料袋から支払いをしたら全部なくなりました」というような、知的に低い故に、自分の権利を守ることができなくて、職場の同僚からいじめられて、学校ではできなかったけれど、社会人になって楽しい飲み会の場には参加したが、待ち受けていた結末は搾取であった—という経験を積み重ねている、という言い方はおかしいが、そのような体験が根底にあるので、利になる、プラスになることを提案しても、ブロックしてしまうということが、一般の臨床ではないことかなあと思います。そうした人たちに、あなた達一人ひとりが大事だよ、医療を受ける権利は憲法で保障されていることだよ、ということが実感できて初めて、「自分が大事な存在なんだ」ということが、自分で判ってからでないと、他人に及ぶ被害や他人がどう捉えるかとか、自分の犯罪行為の内省とか難しい。あなた自身が大切ですよ、だから他の第三者の一人ひとりも大切ですよ、という理解がなければ、自分の価値がなければ、他人を傷つけてもいいというリンクになってしまう。自分が困っているのであれば、お腹空いたから人のものを盗っていいというのではなく、困っていれば福祉の人に相談にのってもらいましょうとか、援助要請行動とか、自分には「援助が必要なんだ」という援助希求性を高める支援が必要です。

その重荷を背負う福祉支援者は大変だということで、法的な解決が必要な場合、これは新潟での取り組みです。新潟県弁護士会と法テラス新潟の方で、福祉支援者を支援するプロジェクトみたいなものです。本気度の高い弁護士で、この人の権利を守るために福祉職の人たちだけでは…、「何かいい知恵が、弁護士さんないですか」というような時に相談できるようになっています。

今回、大阪に呼ばれました理由は、以前新潟でやった司法福祉研究会に山田所長に大阪での取り組みのお話をさせていただき、その縁があってお声掛けいただきました。「よりそいネット」という言葉がいいなあと思いましたし、パンフレットのタコ焼きのイラストがあって、面白そうだなと思いました。

ネットワークの構築とかの意味において、課題と思うところを5つあげています。一つが、“折り合い”ということで、刑余者が社会に出てからの支援や、触法領域には付きまとうものかなと思います。医療機関でも福祉でも、「連携」ということが言われますが、「連携の本当の意味」は何だろうか、ということです。過去の教訓から連携についてどういうことを学ばなければならないか、自分が今いる立ち位置から少しはみ出す勇気を持ったら、新しいケアのグランドデザインが創出できるのかなという視点でまとめています。もともと受刑者というと、司法的な判断、裁判によって判決を受けて懲役受刑者になり、あと福祉の視点では、司法は白か黒かですが、福祉は白と黒があっても、相手のグレーゾーンの人たちも1回インテークで来れば、受容しますよ、いうスタンスの違い、イメージや基本原理、機能とか目的とか職務とかでカテゴライズされていますが、司法福祉の本の一部から引用しています。機能・性質の異なるものが、そこで一緒に仕事をしていかなければならない。私が大学院のときにやった研究が、触法者の福祉支援における支援者のエキスパート性を研究テーマとしました。そういうものに携わるエキスパートの人たちが持っている資質にどういうものがあるか出していったときに、「折り合い」という概念が一つ出てきました。この「折り合い」というものを上手く説明するものがなくて、この司法福祉の本からのスライドに使わせてもらっています。基本的には役割が違う者の中で、「妥協」とは違う、ちょうど中間点みたいなところを創出して、見つけて折り合いを付けている人がエキスパートの中の特徴として抽出されているということがあります。

「連携とは」と考えたときに、「意味と感情を深く共有する、魂がこすれ合うような関係である」と、日本司法・共生社会学会副会長で毎日新聞社論絶委員の野沢先生などは言われています。今、例えば3ヶ

月ルールだとか、保険診療の縛りで、私は大学病院では絶対働けないと思ったのは、患者にご飯を配ったときに、ご飯の蓋を取っておくと、セティングしたということで、看護とか増して何か加算の対象になるということで、働いている看護師の労働時間の1/3とかが、記録とかに費やされていると聞き、普通の一般的な病院の看護師はできないなと思いました。例えば、ICUとか、こういう病気でこういう状態になったら、あと何時間で死ぬという予測式ができていて、それでベッド管理しているという生々しい実情です。新潟の場合、弁護士の方、看護の方、福祉の方であっても、指向性、目指すところが同じであれば、細かいところを言わなくても何とかなる、みたいな感覚でコラボレーションできます。新潟は、定着支援センターが全国47都道府県の中で一番最後にできたところです。そんなこんなで、大阪は進んでいるから新潟の勉強会で講師をお願いしたら、引き受けていただき、他の都道府県からやさしくしていただいているのかなと思います。中の実態からすると、何かしたいというときに、職種問わずできるところが本当の連携ではないかと思います。

イギリスの方で2000年に出ているもので、この連携というものが、例えばいま、福祉や医療関係で、特に、埼玉県立大学が中心にIPE（専門職連携教育）とか、IPW（多職種連携協働）という言葉が出ていますが、これはイギリスで「Victoria Climbié 事件」と言われる事件が起きて、2000年以後に急速に普及して、日本に入ってきた概念です。要は、叔母らから虐待を受けていた8歳の女児が凍死した虐待事例から生まれてきたもので、同時期に子ども病院で麻酔事故とかもあってできたものですが、この「Victoria Climbié 事件」では延べ13人も専門職が関わっていたが、救うことが出来なかった。地域のソーシャルワーカーには有罪判決がでました。2002年にブレア政権は、このIPE推進に予算をつけ、現在、イギリスの医療福祉系大学ではIPEが必須科目にあがっているという歴史があります。医療福祉の歴史は、法の上に成り立っている歴史がありますから、歴史から学ぶという意味は、過去の負のものから何を学ぶかということが大事です。

各々のいまの立ち位置で、この人を地域で生活させてあげたいから、あそこの事業所に相談したが断られたということで、お互いを攻撃していても生産性は生まれないので、顔の見える関係を構築することが大事です。新潟は日本酒が美味しいので、日本酒をツールに飲コミュニケーションでやっていて、するとお互いがどういう機能があって、今うちはどういうケースを抱え大変だということが判れば、この人を見てもらいたいと思っている側も、あそこは今大変だと言ったよね、ということで話し合いができて、あそが取ってくれなかったということにはならなくて、ここは出来ないが、日中活動のこのサービスはうちのを使ったらどうかということで、プラスの連携を常に意識したほうが良いのではないかと。最初観ていただいたDVDの中で、地域で触法の方を受け入れてもらうとか、最後のセフティネットが刑務所だということが言われていますが、医療の方は、精神障害の人が典型的だと思いますが、それは福祉の仕事であって、措置の要件を満たさなければ精神科救急はとらない。福祉は、「こ



れ医療が必要です、攻撃性があるので福祉では看れません…」と、それでたらい回しになって、行くところがなくて刑務所か、地域の中で福祉法人ではなくて、NPO や財源がなくて志だけでやっているようなところが慎ましく触法者を看てくれているのが日本の現状です。「こうあるべき」という規範概念からもこうなっているのです。ノーマライゼーションや共生社会というのは、この地域ではこうなっていますよと言えるくらいの事実概念の内実が果たされたときはじめて、社会の諸制度がいいものと言える。2025年には5人に一人が認知症になる推計が出されていて、ただ高齢化の問題は、首都圏や地方の大きな都市に高齢者の6割が集まると言われているので、それぞれの地域でグランドデザインを描くことが大事だと思います。

その中に一つ入れていただきたいのが、「塀の中」という言説を超えることも一つ置いていただきたい。受刑生活を送っている高齢者の中には、どこかの市町村に属することが取り払われていて、住所不定で不在期間が多くて、人生の大半を刑務所の中で送り、市町村から職権消除ということで、住民票が抹消されていて、どこの住民かわからない。生活保護を受給したいが、援護の実施者は何処になるのかわからない、といったことがよく出てきます。グランドデザインをそれぞれの地域で描くときに、刑務所の受刑者で住民票を持っていない人はどうするか、ちょっと頭の片隅において欲しい。いま生活保護の法律が少し変わって、逮捕地が援護の実施市町村になる規定ができました。そうなれば、塀の中とか、塀の外とかいう言葉がなくなって、本当にノーマライゼーションだとか、ソーシャルインクルージョンというものができるのではないかと思います。

今回お話をさせていただくに当たって参考にした文献です。「認知症ケアガイドブック」は、大学病院でも地域でも福祉施設でも、どこでも認知症を看護職は看なければならぬと、日本看護協会が肝いりで編集し、照林社から発刊されているもので、アセスメントツールとか充実していて、いい本です。老年看護学の分野では中島紀恵子先生の責任編集になる「認知症高齢者の看護」で医歯薬出版から出ているものと、聖路加を卒業されて看護学博士でNPOとかで認知症高齢者を支える活動など認知症に特化した先生ですが、堀内園子先生著の「認知症看護入門 誠実さと笑いと確かな技術で包む世界」(ライフサポート社)、あと小澤勲先生が書かれた「痴呆老人からみた世界」(岩崎学術出版社)、それと資料に朝日新聞社会部著の「いのち長き時代に」(勁草書房)を上げていますが、これは、私が看護学として老年看護を学んだときに恩師が提示してくれた本で、日常生活の中にある認知症者と家族、みたいなのが描かれていて、読み物として好きなのであげました。

まとまりのない話になってしまいましたが、ご清聴有り難うございました。(質疑応答省略)

## ■山田定着支援センター所長閉会挨拶

みなさん、今日もどうも有り難うございました。そして、船山さん、どうも有り難うございました。先ほどお話がありましたが、船山さんと私が出会ったのが新潟でした。私たち特別調整で、高齢者を社会に繋ぐときに、社会福祉士さんが窓口になりますが、実施に医療情報を戴いたり、介護保険や療育手帳の申請、治療を受けておられる方は、医療情報—どう治療を受けておられるかとか、いろいろ聞く場面があります。船山さんの話にあったように、受刑者であるが、人としてその人に寄り添うことを、実際そこまでされている方は、刑務所の看護師さんの中ではいらっしゃらないなあということで、私は感銘を受けて今日来ていただくことになった経過があります。

私たちは、社会で高齢者や支援する方をお名前と呼ぶことは当たり前ですが、私が一番驚いたのは呼称で呼ぶ場合もありますし、名字で、例えば「山田」と呼ばれている高齢者を見て、凄く戸惑いを感じまし



たし、司法の現場と福祉の現場の違いということに違和感を覚えることもあるかもしれませんが、私は日々感じています。最後に、「折り合い」という言葉も出ていましたが、常に折り合いを付けながらやっ



ているところかなと思っています。

今日、みなさんをお願いしたいことは、資料の中に「よりそい勉強会 高齢者支援編」という用紙が1枚入れさせてもらっています。私たちよりそいの方では、事例検討会を2ヶ月に1回行っていますが、前回と今回のよりそいセミナーに多くの高齢者を支える機関の方々が集まっていますので、これを機会に勉強会を一緒にさせていただきたいと考えています。まだ日にちは決めていませんが、来年の1月くらいか

ら2ヶ月に1回くらい、テーマを決めて、実際には刑務所を出てこられた方の支援をされている施設さんであったり、ケアマネージャーさんなど、いろいろな方が大阪府内にはおられますから、そうした方をゲストスピーカーにお招きして、一緒に勉強したいとか、あるいは地域で支援している人の中で、「罪を犯し、警察に逮捕された人がいるがどうしましょう！」といったことをテーマにあげていただき、一緒に勉強会ができればと思っています。高齢の関係機関の方の限定で勉強会をしていきたいと思っていますので、興味ある方がおられましたら、こちらにお名前書いていただき、最後受付に渡して頂くか、FAXしていただいても結構ですので、是非皆さんと一緒に考えていきたいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

もう一つアナウンスですが、よりそいセミナーは、今年はこれで終わります。ただ、府民・市民研修を2月9日に予定しておりますので、またみなさんにご案内させていただきます。是非多くの方々、例えば、今回は専門職の方々が多く来ていただいています。ご家族、ご近所の方々、民生員の方、福祉の方、いろんな方にご参加いただき、一緒に考えていく機会を作りたいと思いますので、是非よろしくお願いいたします。それでは、お時間がまいりましたので、本日はこれで終了したいと思います。どうも有り難うございました。