

高齢者の発達保障を考える(IV) —介護とかかわってと症例—

藤本 文朗

Considering the Security of the Aged People's Development (IV)

— Cases concerned with Care Work —

Bunro Fujimoto

要約

「高齢者の発達保障を考える」で他の雑誌に投稿したもののつづきとして(IV)とした。I, II, III, では症例や施設での取りくみを取り上げ発達保障の視点から討議した。本論文では、前半では介護の問題について理論的に発達保障の立場から論求した。後半では私自身のケースを症例研究として取り上げた。今回は研究ノートのレベルの論文となった。

キーワード：高齢者 発達保障 介護

2003年12月18日受理

I はじめに

筆者は、大学で障害児教育の教員養成に40年間かかわり、定年後介護福祉系の短期大学に勤めて4年弱になる。現在、68歳だが、64歳(1999年12月)時脳梗塞を発症した。幸い軽症で、後遺症としては右手足に軽いしびれをもっているが、健康の自己管理をしつつ大学教員として、教育研究生生活を続けている。

そんな中で、障害児教育の研究は主として発達保障論の視点からアプローチしてきた。そこで発達保障論では未開拓の分野といわれている高齢者問題や痴呆問題に、微力ながらアプローチしてみたると、この数年いくつかの論文を作成してきた。

①「老人性痴呆に関する研究①—予備的研究(自己分析と自己管理)—」『華頂短期大学 研究紀要』第45号 p124~138 2000年。

この論文では、自分自身の脳梗塞後遺症の体験と客観的な医学的、心理学的データを基礎に自己管理などに触れている。

②「老人性痴呆に関する研究②—症例、文献、発達保障に関する研究ノート」『華頂短期大学 研究紀要』第46号 p89~103 2001年。

この論文の5章で「高齢者と痴呆性の老人問題と発達保障」と題して、理論的接近の課題として(1)介護の主人公は、(2)高齢者・痴呆性老人にとって発達とは、(3)介護する人の発達、発達保障、(4)問題行動を発達への要求と捉えての介護、(5)集団の中でこそ発達する、(6)高齢者の発達保障、など触れている。

③「高齢者の発達保障を考える①—老人が老人を研究するとき」『福祉のひろば』2003年1月号p38~42。

④「高齢者の発達保障を考える②—ある痴呆老人の発達保障」『福祉のひろば』2003年2月号

p35～39.

⑤「高齢者の発達保障を考える③一施設での取り組みと今後の課題」『福祉のひろば』2003年3月号p40～45.

以上3本の論文は、発達保障論にひきつけての論文である。

⑥藤本文朗、津田正敏編『働きざかり 男が介護するとき』文理閣 2003年. 二部所収「老人が痴呆性老人も発達する一発達保障論の視点より」p205～240.

ここでは後半「痴呆性老人の介護を発達保障論から解きほぐす」「痴呆性老人の介護を発達論の視点で」「介護者の発達保障」などについて深めている。

本論文は、これらの上記論文の成果の上になつて、発達保障の視点になつて高齢者の介護、介護福祉、介護福祉労働者について理論的に深めることを目的とする。同時に後半では「老人が老人自身を研究する」という立場より症例研究とする。

II 介護、介護福祉労働

介護とは何かということ、その行動自体人類の発生以来あり、日本語で言えば、手当て、世話、英語で言えばcareとして日常的に使われてきた言葉であろう。

最近発行された『社会福祉辞典』(大月書店2002年)をひもとくと次のように論述されている。

「介護 心身の障害によって、日常生活行動の一部、または全般にわたって不自由な状態となった人に対して、その人に代わってその不自由になった部分に対して援助することであり、その援助過程そのものを指す。その援助の内容と過程は、生活全般にわたって提供されるサービスを必要とし、その展開するに必要な諸条件を含む包括的なものである。そのサービスの体系は、①生命維持にかかわるサービス、②保険・

医療にかかわるサービス、③介護・介助にかかわるサービス、④心理・社会的問題にかかわるサービスと広範囲である。その基本は生命を支える援助であり、具体的には日常生活を支える衣食住を本人要介護の程度に従って補完していくことであり、あくまでも本人の残存能力を生かすサービスでなければならない。」

そして病院などの施設では「医療・看護職の補助として介護職は日常生活行動の援助を行うことを求められる」とし、さらに居宅の場合は「洗濯、掃除など家事サービスも必要になってくる」と述べられている。

これらの概念定義は、介護保険法という実定法の概念によるものが大きい。

「介護」という言葉は、一般的にいわれるように古い辞書にはない言葉で、新しい造語で、おそらく「介助」の「介」と「看護」の「護」を組み合わせ、この十数年間に作られたと考えられる。和英辞典を引くと介護=long term careという訳が出たりする。

大きな流れをさかのぼるとその歴史的系は、

①看護の専門性による分野の確立にともなうて医療看護以外の生活全体への分野の専門職の必要性。

②老人福祉法などに基づく老人施設において、その量、質の増大にともなうて介護を専門とするスタッフの必要性の増大。

③1970年代までは、家族の傘の下で介護を受けていたが、核家族化などで介護が社会的問題となり、それを支える専門スタッフが必要との社会的認識(介護保険)となった。

そんな中で、介護福祉労働者の増大とその専門性を高める努力がきびしい労働条件の中で求められてきているといえよう。

いずれにせよ「介護」という専門分野、「介護福祉労働」という労働は、社会的にその実態があり、国民的要求でその職種の労働の専門性が求められるようになる。まず実態があり、ついで「介護保険法」や「介護福祉士法」などの

実定法があり、したがって介護の概念や理論についての研究は、どうしても実態や法律の説明になりがちで、研究的深化を妨げているともいえよう。

私は、その点で「1991年高齢者のための国連原則—人生を刻む年月に活力を加えるために—」の「ケア」の概念説明が一つの国際的理論的水準を示しているように思う。全体は18項目あり、「独立」「参加」「ケア」「自己実現」「尊厳」の項に分類されている。

そこでのケア(care)≡介護の原則の項目は以下の4項目となっている。

「ケア

- 10 高齢者は、文化的価値に関する社会の制度に従って、家族や地域社会のケアと保護から利益を得られなければならない。
- 11 高齢者は、身体的、精神的および情緒的に最高水準の状態を維持またはその状態を回復し、発病を予防または遅らせるように高齢者を援助する健康へのケアを受けられなければならない。
- 12 高齢者は、思いやりがあり、不安のない環境において、保護やリハビリテーションや社会的・精神的刺激を提供する適切な水準の施設ケアを利用できなければならない。
- 13 高齢者は、ケア施設や治療施設等いかなる所に住もうと、その尊厳と信念とニーズとプライバシー、そして自分の受けるケアと生活の質について決定する権利を最大限尊重されることを含む人権と基本的自由を享受できなければならない。」

この「1991年高齢者のための国連原則」を独自に訳した井上英夫氏は、ケア(care)について次のように述べている。「ケアは適切な日本語訳がないのでカタカナにしたが、『介護』に限定されるのではなく、広く、医療、保険、看護あるいは世話、手助け、相談等12のサービスを受けることという意見をもっている。特に11項は健康権の保障をうたっている。またケアを受

ける場合、施設か自宅かなどの場所と時間は問わない《選択の自由》が、ケアの中身は、サービスを受け入れる人自身が決める権利があるということである《自己決定—第13項》(井上英夫「障害者問題研究」Vol.27-3 p251~261 1991)。

要するにサービスを受ける立場ではケアは日本という医療+看護+保険+介護を含むサービスで、日本では介護職は分担して協力体制でケアをおこなうことになるわけである。また介護分野の中身やレベルが高く、「文化的価値」「家族や地域社会のケアと保護」「施設ケア」などについて述べ、第14項では「生活の質について決定する権利を最大限尊重されることを含む人権と基本的自由を享受できなければならない」と述べている。

以上の「1999年高齢者のための国連原則」は欧米の実態を反映した理論水準を示しているといえる。

すなわちサービスを受ける人の人権、自由、プライバシー、独立(Independent)を最大限尊重することになることである。

このことは、逆にいえば欧米でさえ介護される高齢者や障害者が差別されている実態と歴史があるが故に出てきた理念とも理解される。

このように考えると、日本の発達保障論とその出発点の根っ子の部分で共通点も多いといえよう。

III 消極的介護から積極的介護論へ

介護の対象は、高齢者、障害者であるが今後、高齢者、高齢障害者の比重が増大することは明らかである。その高齢者に対して社会の芽はどうであろう。

現実をリアリスティックにみる必要がある。1980年代から日本でも老人虐待が社会的問題となりつつある。社会的風土として高齢者はお荷物であり、「悪しきもの」「ないほうが良いもの」

という認識がある。さらにひどいのは、高齢者を喰い物にする悪徳商法、豊田商事まがいの訪問販売員もあとをたたない。そしてまたひとりぼっちの高齢障害者が社会からほとんど放置され、無視されている実態もまさに声なき声である。

同時に欧米でも日本でもエイジウェーブ(age wave)は少しずつ社会を変えつつある。

国連第二回高齢化問題世界会議で国連アナン事務総長の開会演説で「一人の高齢者が死ぬと一つの図書館がなくなる」という発言である。高齢者はお荷物ではなく、社会の財産であるという積極論に学ぶべきである。さらにアナン事務総長は高齢者を過去、現在、未来のライフラインを作り歴史を創る人として位置づけていることも重要である(2002年)。

つまり高齢化問題にみられる現実のきびしさと、弁証法的発展の目を正しく認識しつつ、その介護も消極論から積極論へと転換しなければならない。

これらを考えるいくつかの原則を考えてみたい。

(1) 介護の主体は当事者、利用者自身である。

これは介護の世界では常識である。介護保険制度自体が、措置制度から本人の選択制度に改革されたわけである。しかし一方リアリスティックに考えるならば、この数年「拘束なき介護」の宣言がなさねばならない実態があり(「身体拘束は特養ホームで70%」調査結果あり)、そのような実態の中で利用者の主体性、人間的な要求やねがいさえも出せない状態であるといえよう。発達保障論の立場でいえば、集団があり、一人一人が人間らしい要求が出ることが、発達の第一条件といえよう。

積極的にいうならば、介護は利用者が要求を出せる条件を作り出すことである。そのためには介護の実際場面での「共感と人間的理解」(石田一紀 2002年)であろう。

もう一つは、利用者、入居者の人間らしい要求は、実現の可能性を示す光が求められる。

その役割は、介護福祉労働者が担う場合が多い。見通しが出来てこそ、利用者の人間らしい要求が出てきて、発達の原動力となる。現実にはその要求を実現するには多くの矛盾があるが、その矛盾をエネルギーに、状況を改革する所に、利用者とともに介護者の発達保障があるといえよう。

その場合求められるのは、利用者の自治組織である。全国的に見て重症心身障害者施設びわこ学園などや、老人施設でもいくつかの所で自治組織が作られている。利用者の人間らしい要求は集団の中で生まれ、自治組織を通して実現可能になる。しかし一般的にはまだまだ少ない。痴呆の多い特別老人ホームでは現実的に自治組織など無理という声の現場が多い。

しかし介護福祉労働者が援助して、生活主体の要求、食事、レクリエーションなどの要求を組織しての自治組織を持つことが求められる。

大学や専門学校から介護実習を学生が行うため、施設にお願いに行くが、本来なら利用者の代表にお願いして契約交渉すべきことであるともいえよう。

(2) 共に学び発達する介護福祉労働者と利用者。

利用者は、何らかのハンディや困難性を持って、自分で何々が出来ない人が多い。この利用者を何々を出来ない人と一方的に介護者が認識するだけではコミュニケーションは生まれてこないし、介護者も発達しない、介護を一方的に行う関係以上には発達しえない。

逆に介護者が利用者から学ぶ視点を持つならば、介護者も利用者も発達するといえよう。

そのためには介護者は、とりわけプロの介護福祉労働者は、利用者の人格を認め、独立(自立というより)への要求を見逃さないで、それを引き出す支援が求められる。オムツ交換の場合も、利用者の協力体制が少しでもあればそれ

は独立心として評価して介護をせねばならない。また、利用者の人生の中で介護者が学ぶべき経験、体験など多くの財産を持っている。ここからも多くのことを学ぶことが出来るが、これが介護と結合することも多い。少なくともきらっと光る利用者の人格から、介護者は理解と共感が最低限度求められるといえよう。そして利用者のできない側面だけに目を向けるのではなく、利用者のできる部分、良い側面、高齢者の場合は前述したようにその人の人材に目を向けて、プロの介護福祉労働者は支援すべきである。そのようなコミュニケーションをすれば、両者が互いに発達する可能性が生じてくるといえよう。

(3)介護の中に労働を、仕事を引き出す。

高齢者にとっても生活の中心は労働である(賃金のないボランティア活動も含めて)。労働ができる人には、介護は必要ないのでないかという人もいよう。しかし、人間である以上、仕事を通して、自己実現したいと思うのが当然である。介護の中で利用者が自己実現できる仕事を生活の中で見出すことも、介護福祉労働者の重要な役割といえよう。

この点では、障害者のための共同作業所の実践を理論に学ぶ必要があるだろう。具体的に労働、仕事をひとり一人の利用者の中で求めるとすれば、まず利用者本人の生活史をじっくり聞き、本人の誇りとする仕事を引き出して、その場作りも考えねばならない。料理人、仕事人、農作業、先生、事務家と長い経験を持った利用者が障害を持ちながら生活をしている中から、その能力を引き出す可能性が十分あるといえよう。無論これら利用者の仕事は自己実現だけでなく、他の利用者に役立つことも多い。

いずれにせよ、介護の中に利用者の労働、仕事を位置づけることは、積極的介護論として重要といえよう。

(4)生活に文化と生涯教育を。

介護福祉労働者に求められる介護が文化であることは、今日、常識になりつつあるので、ここではあまり論じないが、積極的介護論として重要な柱である。

食事介護一つ取り上げてみても、単に食を生命維持のための介護でなく、食べ物季節感、生産者の努力、食の習慣など、文化とともに介護するとしないとでは質的に異なり、人間性に富む介護かどうか問われよう。逆に言えば、文化的な質をとまわらない介護は介護福祉労働者の介護といえないといえよう。文化とともに食べる食事は味わい深いものとなる。

食だけでなく"衣""住"についても同じで、生命維持のため着る、住むのではなく、文化をとまわ"衣""住"が求められる。

これらは、いずれも時空間の保障や経済的条件がともなわなくてはならないが、介護者がまずその必要性を感じなければならない。

更に求められるのは、老人施設で生涯教育が取りくまれることを強く望みたい。多くの施設ではレクリエーションは取りくまれているが、できれば〇〇教室、〇〇サークルなどが体系的に取りくまれることが望まれる。

更に言えば、老人施設には、教室、サークル室、スポーツ場、茶室、カラオケ室など高齢者の社会教育の設備が必要といえよう。これらは、文化施設とも言えようが、介護の質を高めるためにも、このような施設と人材が求められるといえよう。

無論、健康な高齢者が、一般の大学や老人大学で、勉学それ自身を目的で学習することもすばらしいことである。しかし、ハンディのある高齢者であっても、居宅であれ施設であれ、教育を受けたいというニーズは高い。これらのニーズにこたえるため、出前の教室があっても良いといえよう。

今後、学問的には、教育学の分野で「高齢者教育学」という分野が独立して発展することが求められる。

IV. 再発達保障論

高齢者になれば、高齢化にともない、いろいろの能力が低下する側面は否定できない。無論、高齢になってもヨコの発達、人格発達は無限に発達するともいえよう。

しかし、個人差が大きいとは思いますが、諸能力、知覚、認知能力が低下することは否定できない。とりわけ痴呆の状態になると、知的能力は諸テストでも明らかのように低下し、6歳、4歳レベルになるといわれる。人格面でも少年少女期に退行する場合が見られる。

しかし、一度退行した発達の力も、介護の支援によって再発達するケースが多く見られる。具体例については前述した著者の論文で紹介している。この場合は、脳の機能の回復とも関係するが、人格的な再発達から始まる。

また、認知分野の再発達もさまざまである。著者自身もこの分野への研究にはアプローチしていないが、重要な研究分野であり、フィールドワークでの研究が求められる。

ここではこれ以上触れられないのが残念であるが、高齢者の発達は多様であり、ひとまとめにして、「高齢者問題、高齢者対象」とするのは問題がある。

国連が、国際高齢者年をInternational Year of Older Personsと示すように、forからof、Elderly(老人)からOlder(高齢者)にかわり、高齢者の主体的参加を求めるような内容を含むものとなった。それが故に、当然、介護の分野も消極的介護から、積極的介護へと発展が求められるといえよう。

V 私の症例

1999年12月、私は脳梗塞を発病、1週間の入院治療の後、右手足に軽度の「しびれ」が後遺症で残ったものの、今日まで運動障害や痴呆もなく、大学の教員として3年余り仕事をしてきた。

無論、再発の心配、老化の進行などあったが、入院するような疾患なく、高血圧の治療(投薬)のため定期的に診療所に通院していた。

2003年4月下旬頃より淋しさ、無気力感、むなしさに襲われるようになり、新聞・雑誌の教養記事にも集中できなくなるなどの状態に陥り、食欲も低下、週4コマの授業がやっとという状態になった。

はじめは内科医、漢方医(針灸)に相談していたが状態が改善されないで神経科で受診、うつ病として定期的に投薬を受けた。セカンドオピニオンということで、他の神経科の専門医に受診を受け、同じく「うつ病」との診断である。初老性のうつ病か、脳梗塞後遺症としてのうつ病か、職場、住居の移動からくるストレスかの質問に対して、専門医からは「今はいずれにせよ、脳の神経伝達物質(セロトニン、ノルアドレナリン)のアンバランスからくる病気で投薬(トレドミン)が不可欠です」といわれた。投薬効果が出るのは最低2週間に始まり、2ヶ月~6ヶ月経過をみる必要ありといわれた。

発病後は、後述するように、苦痛ではあったが休みはとらず仕事を続けた。その際、医師から7割程度の仕事に制限するようにいわれ、非常勤講師などはやめることにした。投薬後、少いうつ状態は軽くなり、昼間に寝込む状態はなくなったが無気力感、淋しさなどは持続している。

ここで、うつ状態の最も苦しいときのことを主観的ではあるが思い出して(5月末)述べてみたい。

① 食欲がない。食べたいという要求が出てこず、出されると食べる、手をつけるということである。とりわけ朝食はそうである。ただ、夕食時のカンビール2本は楽しく、食欲も出た。入眠は、この3年間、薬(入眠剤)を服用することで可能となり、朝少し早くめざめる(6時)程度であった。

② ただ、昼間に少し仕事があくと眠たくな

り、横になりウトウト(といって寝るわけでない)して無気力になり、淋しく、身体的だるさが強かった。

③ 自然に恵まれた住宅に住んでいるが、春でもあり、新緑、花が美しい景色ではあったが、私には美しいと感じず、無感動で興味がわかない。

④ 生活の中で困るのは、自分への信頼感がなく、時には自殺のことが頭に浮かぶ。自殺企図までは行かなかったが、その直前のこともあって怖かった。世界が、自分も含めて否定的な見方になる。

うつ発症後、3ヶ月たった7月中旬、担当医は「60%の回復か」と言い、ひきつづき投薬をつづけている。

専門書を読むと初老性のうつ病と考えられるが、痴呆の初期ではないかとの不安もよぎる。

食欲不振、不眠と意欲減退は多少つづく。求められる仕事(授業、これまでのつづきの論文作成)はこなせるが、新しい研究へのトライへの意欲はもうひとつ出てこない。生活全体が「おっくう」である。しかし何も仕事をしないと眠くなり不安になる。ボーッと休養をとることが、性格上もできない。休みの日などTVを見るか、ゴロと横になり、不安で眠るところまで行かずウトウトしているときが多いので人とつきあう様にしている。

うつ病は「脳のかぜ」であるといわれているが本人には苦痛であり、薬の副作用(便秘)もある。

自分自身、68歳でうつ病になるとは予期しないことで、高齢期の発達保障を考えると、基礎疾患の対策めきには論じられないことに気づいた。うつ病に加えて難聴、少々の心臓肥大などなどである。

ところで、うつ病はなかなか理解しにくい病気である。2003年7月23日、WHOの発表によると、全世界で精神神経の障害を抱えている人は4億5千万人(4人に1人が一生のある時期にこ

れらの障害に苦しむ計算となる)、そのうちうつ病は1億2千万人で、最も多い(てんかんは5千万人、統合失調病2千4百万人)。

うつ病は、病気のなかでも人数が多い病気で、一生のうち5人に1人はうつ病にかかる可能性があり、日本では450~600万人がうつ病患者と推定される。だから、うつ病はごくありふれた病気で「脳のかぜ」のようなものといわれ、自動車のエンジンのオイルが不足したような空回りの状態で、休養と服薬(抗うつ剤)で治る。しかし、本人の苦しみは見かけより大きい。

うつ病の発病は体質面、心理面、社会文化面が相互に関連しあっているといわれるが、基本的にストレスによって脳の神経伝達物質が一時的にアンバランスが生じるもので私の場合転職、転居などがストレスになったと考えられる。

私の場合、治療は神経科外来での投薬治療と休養である。特に精神療法はうけてない。ただ、友人に相談することは多い。

抗うつ薬はSSRIの最新のを服薬しているが、便秘など副作用があり苦しむときもある。

休養と読書くらいで音楽、スポーツ、かけごとなどの芸がなく、その休養の時間は取れなくはないが何もしないと不安になり、ゴロンと横になりウトウトする状態で休養になっているか不安で、時としてイライラすることもある。

投薬後3ヶ月になるが、身体症状は多少の食欲不振(3食は食べるが)以外はないものの、興味関心の低下、気力減退は持続している。案外に文章をつづるときには知的活動は活発である。

といっても専門書の解説は困難である。また学生への授業は、一時苦痛であったが1学期を修了することができつつある。発病直後、一時は退職も考えたが、治療マニュアルによれば「治療が終了するまで、人生上の重大な決断(退職)をしないでください」と記されているのでこれに従った。と同時に仕事なくなることが、無芸の自分にとって不安でもあった。

私のうつ病は、最近急激に増えている軽症うつ病と考える。友人のアドバイスと本人の自覚で神経科外来を受診し、すぐ投薬を受けたことも幸いしている。

しかし、68歳という年齢、本文で述べたように1999年末に発症した脳梗塞後遺症としての右半側性の手足のしびれもあり、高血圧の治療や発作再発の予防のための投薬もおこなっているが、痴呆への心配もたえずある。

ここに1冊の本がある。『ボケてたまるか！痴呆は自分で防ぐ家族で治す』。著者は金子満雄氏(浜松医療センター)。2万7000人の治療実績に基づく研究から生まれた理論を提起しているが、一般的にはこの一連の研究は浜松方式といわれている。「痴呆の原因の大半は"心の生活習慣病"。生き方のツケがボケに出る」と述べる。一般的に痴呆学ではアルツハイマー型と脳血管性痴呆に分けるが、金子氏は臨床例から脳血管性痴呆はほとんど存在しないと述べる。即ち脳卒中の末路が血管性痴呆ではない。この点、従来の痴呆学の最大の誤りであると明言する。

しからば、大部分の痴呆の原因であると氏が述べる「心の生活習慣病」とは何かである。「感性の乏しい仕事一辺倒の生き方をしてきた人である。家の周りを散歩するくらいで、あとはTVを見るか新聞を読むしかやることがない。美しい音楽が流れてきても無関心だし、ゲームやスポーツを楽しむことも知らない、毎日惰眠を貪るようなグータラな生活」で、これを1、2年つづけると「早々と痴呆が起こってくる」と述べる。しかし、痴呆になっても脳のリハビリ(散歩、仲間つきあい、ゲーム、スポーツなどのプログラム)をおこなえば数ヶ月で容易に改善するとも明言する。

一般的に言えば、生活の豊かさをもたない人格発達の人、氏の言う「老化・廃用型痴呆」になりやすいということになる。さらに発達保障論の立場で言えば、「ヨコの発達」の人格発

達が豊かでないことは痴呆の原因になるといえないだろうか。

一般的に、老人精神医学、痴呆学では脳梗塞の発作が続けば痴呆が進行するというのも常識とされる。いわゆる脳血管性痴呆である。いずれにせよ、私に求められるのは第二発作が起こらないよう健康管理(深酒をしないなど)が求められているのだ。

だが、うつ状態がつづく中で、ヨコへの発達、人格発達が必要であろうが、その意欲が今のところ出てこず、「ゴロね」状態が多い。日常的な仕事は何とかこなしている状態である。

高齢者の発達に、二重、三重の疾患が重なってきて、私自身の悩みをここに報告しているのが現状である。ここでは、その現状の報告にとどめるしかない。

VI 今後の課題

今回の報告では「高齢者の発達保障を考える」課題には、深く切り込むところにまでいかず、あいかわらず、手探りで、この課題に触れる程度に終わってしまった。

しかし、その中で、石田一紀著『介護における共感と人間理解—その人らしさを大切に伸ばすこと』(萌文社)の文献にふれ、著者のアプローチと基本的に近いことを学んだ。

この著書では

- ① 発達の共感を重視している。
- ② 介護を生涯発達という視点でとらえている。
- ③ 利用者の要求を引き出すことを大切にしている。
- ④ 介護福祉労働者と利用者が共に学びあう視点を大切にしている。
- ⑤ 集団づくりの大切さ。

これらは基本的に発達保障論と同一といえよう。

もう一つ重要なことは、本論文でも触れたよ

うに国際動向が大きく進みつつあり、高齢者の人権保障を拡充する方向に大きく動いていることである。

2002年、マドリッド第二回高齢化世界会議での「政治宣言」及び「高齢化国際行動計画2002年」によると、発展途上国で急速に進む高齢化問題、女性高齢者などが問題となってきた。

19項目からなる「政治宣言」と132項目からなる「行動計画2002年」で高齢者の人権の保障と差別の禁止とを説いているが、具体的に国と国際レベルでの優先的方針として

- ① 高齢者の発展(発達)
- ② 高齢者にいたるまでの健康と福祉(well-being)の増進
- ③ 可能にし、支援するための環境の確保が上げられている。これらの方針も発達保障の立場より、十分討議すべきことである。

「自立」から「独立」への概念や家族のケアの有用性(発展途上国)などの指標も注目してよいと考えられる。

参考文献

- ・藤本文朗「老人性痴呆に関する研究①—予備的研究(自己分析と自己管理)—」『華頂短期大学 研究紀要』第45号 2000年。
- ・藤本文朗「老人性痴呆に関する研究②—症例、文献、発達保障に関する研究ノート」『華頂短期大学 研究紀要』第46号 2001年。
- ・藤本文朗「高齢者の発達保障を考える①—老人が老人を研究するとき」『福祉のひろば』総合福祉研究所 2003年1月号。
- ・藤本文朗「高齢者の発達保障を考える②—ある痴呆老人の発達保障」『福祉のひろば』総合福祉研究所 2003年2月号。
- ・藤本文朗「高齢者の発達保障を考える③—施設での取り組みと今後の課題」『福祉のひろば』総合福祉研究所 2003年3月号。
- ・藤本文朗、津田正敏編『働きざかり 男が介護するとき』

文理閣 2003年。

- ・『社会福祉辞典』大月書店 2002年。
- ・パンフレット「1991年高齢者のための国連原則—人生を刻む年月に活力を加えるために—」
- ・井上英夫「障害者問題研究」Vol.27-3 1991年。
- ・金子満雄『ボケてたまるか！痴呆は自分で防ぐ家族で治す』角川書店 2003年。
- ・石田一紀『介護における共感と人間理解—その人らしさを大切に伸ばすこと』萌文社 2002年。
- ・マドリッド第二回高齢化世界会議パンフレット「政治宣言」及び「高齢化国際行動計画2002年」 2003年。

(ふじもと ぶんろう 本学教授)