

日本語テキスト Kaigo de Art 各課の目標

第1課 人間とは何か

我々は「人間とは何か」と深く考えることは普段あまりありません。しかし、介護士は人間である老人や障がい者に対して行為を行う以上、人間を深く理解する必要があります。この理解が浅いと具体的な介護行為も浅薄なものになってしまうからです。このことは外国人介護士にも当然言えることであります。彼らは単に介助士として働く者ではないはずだからです。

そこで、各セクションにおいて哲学的・心理学的・医学看護学的・介護学的に人間を理解していくことを目指します。

第1セクション 人間の意味

人間という言葉の意味を理解させ、介護士にとって人間関係が大切であることを教えます。また、人間と動物との違いという観点から人間性、人間の尊厳、人権といったことを考えさせます。

第2セクション 心

介護行為は身体介護だけではなく、心のケアが大切であることを理解させます。特に認知症ケアに必要であることも伝えます。そして、心というものがとらえづらく、心のケアが難しいからこそ介護の仕事が面白いことを強調します。

第3セクションで体を学習しますが、その時でもいいですし、このセクションでもいいのですが、心とは体のどこにあるのか、心と体は一体か別々かといった質問を投げかけても面白いでしょう。

第3セクション 体

介護士は人間の体そのものの理解が重要であることを再認識させます。もちろん、医者や看護師ほど深く学ぶ必要はありませんが、気持ちは看護師に負けないつもりで学ぶ姿勢が大切であることを伝えましょう。また、直接介護に必要な医学看護知識だけでなく、人間という生命体の神秘に感銘を覚えさせるような導きがあると良いですね。生命とは何か、という問題意識を持てれば、より深く人間理解が進むはずですよ。

第4セクション

生活介護は生活支援であることから、まず日常生活がどのようなもので構成されているかを認識させます。また、日常生活以外の生活にも関心を持つ必要があることを伝えます。さらに、社会生活の説明の中で、社会には、家族、地域、職場、県、国、国際社会など幅広い概念があることも伝えましょう。介護は家族、地域、国と深い関係があることも説明したいですね。

第2課 人は交流するのが本能

この課ではコミュニケーションを取り上げます。介護の現場はすべてコミュニケーションで成り立っていると言っても過言ではありません。だから、介護士は利用者だけではなく、他の介護職、医療職、外部の人とのコミュニケーションに関して深く理解をし、その技術を習得する必要があります。

第1セクション コミュニケーションとは何か

まずコミュニケーションの語源を説明することから始めます。Communicationの語源はラテン語のcommunis（共通の、公共の）+munitare（舗装する、通行可能にする）だそうです。すなわち、communicationの元々の意味は公共交通ということらしい。そこから発展して現在では人と人との交流の意味となっています。だから、日本語訳としては「交通」ではなくて、「交流」としたいのですが、カタカナ化が進行中の今はほとんどがコミュニケーションを使用していますので、本テキストでもしぶしぶ大体これに倣うことにします。

次に、生まれたばかりの赤ちゃんを例にして、コミュニケーションが本能であり、人間の欲求の手段でもあることを説明します。字数の制限上、生理的欲求の例しか取り上げませんが、（考えよう）で、どんな欲求があるか、またそれらのグループ分けを考えさせましょう。いつかコラムでマズローの欲求5段階理論を紹介しますが、その紹介の前にまず学生に考えさせましょう。初級テキスト全般を活用して、その中から欲求を拾う作業をさせてもいいでしょう。

そして、コミュニケーションの前提である主体の話に入り、主観と客観の説明をします。介護士の主観と相手の主観が同じか違うかをどうして証明するかといった話。それはそんなに簡単ではないだろうという気付き。

結論として、介護の現場とは介護士と利用者との主観的世界のぶつかり合いの場であり、介護士はコミュニケーションの達人になる必要があることを強調します。（考えよう）では、ペンを使って、平素疑うことがない客観のゆらぎを体験させましょう。まず、一本のペンを取り出して、「これは何ですか」と

質問します。まず、全員が「ペンです」と答えるでしょうが、次に「では、どうしてこれがペンに見えるのですか」と質問します。すると、「いや、それはペンではなく、おもちゃかもしれない」とかいろいろな意見が飛び出すかもしれません。こうやって、学生に対して、客観的な事実疑問を持つことの大切さを教えます。もちろん、これは客観的事実の存在を疑うことではありません。あくまでも自分の主観と相手の主観が違うかも知れないことを学ぶことが目的です。こうした相手の主観的世界を認める姿勢が第2セクションの受容と共感につながっていくのです。

第2セクション 傾聴、受容そして共感

介護士の心構えの基本中の基本がこれです。単なるコミュニケーション技術にとどまらない、介護のコアであります。特に、共感。介護士の適性は共感能力の高さに依存します。なぜなら、介護士とは単に身体的な世話をすることに非ず、利用者の主観的世界に共感しながら利用者の幸せを追求していく作業だからです。共感とは介護そのものを象徴する言葉です。このセクション（考えよう）では具体的に受容と共感、および共感と同情に関する事例を初級上巻テキストから取り上げて、学生に受容と共感を持つことの大切さを理解させましょう。

また、傾聴における具体的な技法（傾き、相づち、繰り返し）を自分なりに簡単な例を挙げながら説明しましょう。

第3セクション 目は口ほどにものを言う

ここでは実際のコミュニケーション技術の基本を学びます。まず、コミュニケーション内容であるメッセージ手段の分類を教えます。通常、言語と非言語コミュニケーションに2分類しますが、言語の中の音声メッセージを準言語として取り出し、三つに分類します。

- ① 言語コミュニケーション 言語メッセージ（話し言葉、書き言葉、点字、手話） 全体で約5%
 - ② 準言語コミュニケーション 音声メッセージ（声の大小、速さ、高さ、トーン、アクセントなど） 全体の約45%
 - ③ 非言語コミュニケーション ボディメッセージ（表情、視線、しぐさ、態度、身だしなみ、服装、匂い、タッチングなど） 全体の約55%
- それぞれの割合は過去心理学者が実験で証明した結果の平均値ですが、とくに

かく言語コミュニケーションの割合がとても低く、また逆に非言語コミュニケーションの割合がとても高いのには驚きですね。これでは言語を教える意味の

軽重が問われかねませんが、外国人介護士はとにかく言語のハンデを背負っている以上、日本人以上に非言語コミュニケーションを習得する必要があることを強調してください。授業ではそれぞれのメッセージを具体的に例示してください。尚、手話に関しては別のところで触れるつもりですし、表情筋トレーニングは実践の授業で行う予定ですが、簡単に「あ、お、い、う、え」の口元トレーニング（口輪筋を鍛える）は授業で行ってもらってもいいでしょう。

次に、メッセージを受け取る感覚について説明をします。人間には五つの感覚（視覚、聴覚、嗅覚、触覚、味覚）があり（この内視覚が8割の情報量を占める）、コミュニケーションでは味覚を除いた四つの感覚を主に使用すること、これらの感覚を使用する能力すなわち感性を磨く必要性を強調します。そして、感性とくれば理性となりますが、これは別の課で話が出てくると思いますが、これに触れなくてもいいですが、簡単に説明をしていただいても結構です。

第4セクション 介護現場のコミュニケーション 事例研究

ここでは介護現場に相応しい会話の例を挙げてみます。会話の中には、これまでにでてきた傾聴、受容、共感の場面があります。それぞれどこが該当するか学生に考えさせてください。また、新しくインフォームドコンセント（説明と同意）という考えが導入されています。これはご存知の通り、医者が患者に対して、詳しく説明を行い、患者の同意を得てから治療を始めるという考えで、介護でも取り入れられています。どんな小さな介護行為でも必ず利用者の同意を得る必要があります。ちょっと面倒だなと誰もが感じるでしょうが、これを習慣化させる必要があります。

また、インフォームド・コンセントの目的の一つである、知る権利に関して学生に問い、知る権利が侵されている場合の気持ちを考えさせてください。それは、介護場面での利用者の気持ちを知るのに役立つでしょう。

第3課 生と死、そして人生

この課では人生論や死生論に関して学びます。介護とは単なる介護サービスの提供にとどまるわけではありません。なぜなら、人生の幸福は人生最後の数年間で決まると言っていると思いますが、介護士が利用者の死ぬ前の数年間を一緒に生きるということから、介護士はその方の人生の幸福に大きな影響を与えるということになります。だから、介護士の仕事は単なるサービス提供だけではなく、人生そのものに関わる仕事だと言えます。また、介護士は利用者の様々な生き様を体験することにより、自分の人生についても深く考えるようになるはずで、これが介護という仕事の醍醐味であることを強調してください。

第1セクション 人生の目的と目標

人それぞれに価値観が違いますから、人生目的に関してもいろんな考えがあつて当然です。ニヒリズムでは、そんなことを考えることには意味はないと考えるでしょう。でも、ここでは、介護士自身が自らの人生目的に関心を持つことの大切さを述べます。自分の人生目的に関心がなければ、当然利用者の人生目的に関心を持たないようになります。そうすると、介護士は利用者の人生目的を間違つて解釈してしまう危険性があります。そして、その間違つた人生目的の解釈に基づき、見当違いの人生目標(すなわち、介護目標)を作ってしまう危険性があるのです。そうなれば、当然間違つた介護に走ることになり、その結果利用者さんは迷惑を被るというわけです。

ところで、以上の「目的」と「目標」という日本語は混乱を招きやすいので、冒頭に「目的」と「目標」の意味の違いを明確にしておきます。可能であれば、「抽象」と「具象」(具体)のことも説明できればいいのですが、無理であれば大丈夫です。

そして、「考えよう」では、初級テキストでのサダさんのケースや本文のケースを考えさせたりして、最後は学生自身のケースを考えるようにさせましょう。とは言つても、これまでに人生目的なんか考えたりしたことがない学生さんが多いかもしれませんが、中には強い宗教的な考えを持っている学生がいるかもしれません。そうなのです。このテーマはとても宗教と密接な関係を持っています。でも、宗教を前面にして授業を展開するのはとても困難です。だから、本テキストではあえて宗教を主題としたセクションを設定していません。でも、時々断片的に宗教的な要素が出てくるかもしれません。

第2セクション 自分らしく、ありのままに

ここでは、有名なエリクソンのライフサイクル論を中心に、自分らしく、ありのままに生き、そして死ぬことの意義を考えます。

エリクソンのライフサイクルをすべて紹介することは必要ないでしょう。彼は当初8段階を考えました。その最後が老年期で、発達課題は「統合と絶望」です。それまでの人生を自分のものとしてありのままに受容できれば、人生の統合ができ、幸福になれるが、もし失敗すれば自分の人生に絶望してしまい不幸になるという考えです。

「統合」(integration)という考え方はわかりにくいと思いますが、それまでの人生の肯定的な部分も否定的な部分も統合して受け入れるということです。ヘーゲルの弁証法だと思えばいいでしょうか。

(彼の妻はその後、人間の寿命が伸びたこともあり、9番目の超越性の段階を考えましたが、ここでは触れないでおきましょう)

一番重要なことは、「自分らしく、ありのままに」生き、そして死んでいくということを学生に強く認識させることです。わかりやすく説明するために、ビートルズやデズニーの歌を引用しましたが、他の例でも構いません。

尚、ライフサイクルによく似た言葉に、ライフスタイルとライフコースがあるので、冒頭にこれらを説明しました。

(考えよう)では、「自分らしさ」を深く理解するために、学生自身の「自分らしさ」や学生自身が死ぬ時にどう死にたいかを問うています。珍回答も出るかもしれませんが。もちろん、正解なんかありません。ただ、「死に様が人生だ」という言い方もあるように、いかに死ぬ時のありかたが大事であることを認識させてください。また、人は生きてきたようにしか死ねない、ということも話すといいでしょう。

最後に、これまでの話がちょっと重かったので、よく話題になる「ピンピンコロリ」や「ピンピンポックリ」ということも話してみましょ。でも、医学的にはそんな状況が起きるのは本当に稀であることも説明しましょ。単なる言葉遊びに近いです。

第3セクション 安楽死

ここでは安楽死あるいは尊厳死の問題を考えます。安楽死とは、ギリシャ語の euthanasia(よき死)の日本語訳です。原義がよき死だとは思いませんでした。さすがギリシャ文化だと思います。日本文化とはちょっと違う感覚ですね。

いずれにせよ、治る見込みがなく、かつとても大きな苦痛を伴う患者が安楽に死んでほしいという気持ちがこもっているのは事実でしょう。安楽死には、今回のケースのように、人工呼吸器や点滴を外すといった消極的安楽死と致死量の薬物を注射したりする積極的安楽死があります。現在日本ではどちらの安楽死も認められてはいませんが、オランダなどでは条件付きながら安楽死が認められています。

尚、安楽死は日本では尊厳死とも言われていますが、意味はほとんど同じです。安楽に死にたいのか、尊厳を持って死にたいか、の違いなのでしょうが、尊厳死の方は社会的にかっこつけている？

安楽死で気を付けなければならない点は以下の通りです。

- ① 患者が自発的・直接的に依頼しているかどうか。それをどう確認するか。
- ② 以来の段階で、患者の精神状態に問題がないかどうか。
- ③ 患者の死にたいという希望が長期間続いているかどうか。
- ④ 治る可能性はまったくないのかどうか。
- ⑤ 患者の生活の質(QOL)はどの程度低下しているのかどうか。
- ⑥ 患者の家族の気持ちはどうなのか。

安楽死は、憲法に保障されている自己決定権の行使なのか、あるいは安易な姥捨て山なのか、議論は簡単ではありませんね。

今回は、架空の話で以上のような問題を学生と一緒に考えてみましょう。正答はありません。また、学生の出身国の法律を聞いてみるのもいいでしょう。

介護初級テキスト下巻第25話にも同じ主題があります。それを学生に指摘させてもいいでしょう。

第4セクション 人生の物語

ここでは介護過程のアセスメント(評価)について少し学びます。利用者をアセスメントする場合、まず前提となるのが利用者の生活歴を知ることです。人は過去・現在・未来と生きていくわけですが、利用者の現在を知るためには、その方の過去を知る必要があるのは当然ですね。専門学校の勉強でも実際の介護現場でも必ず利用者の生活歴を調べるという作業がありますから、今の段階で生活歴という考えに馴染むのもいいと思います。

そこで、初級テキスト漫画の主人公の一人である佐藤サダさんのモデルである実在の人物の生活歴をかなりデフォルメして掲載しました。

本文に書きましたが、介護士は興味本位で利用者の過去を覗くのではなく、共感しながら、あたかも自分が利用者になったつもりで、その方の過去を想像するのです。そしてこれが大事なことです。介護士の行為は介護士側から利用者の人生に働きかけるだけではなくて、同時に、逆に言えば、利用者側から介護士への人生に働きかけているということなのです。すなわち、介護士と利用者の人生が共鳴しあっていると。これが介護の醍醐味なのです。

でも、人生の流れに関しては哲学的にもいろんな考え方があります。現在や未来はほとんどなくて過去だけだとか。時間は未来からやってきて現在そして過去へ流れるとか。また、過去に拘りすぎるのは問題で、現在だけに焦点をあてるべきだという考えもあります。だから、(考えよう)の1では、そのような哲学的な問題を学生に投げかけてください。ちょっと難しいですが、とにかく普段考えないようなことを考えることの魅力を感じ取ってもらうだけでも価値があると思います。

過去を重視する場合、回想法などがよく利用されていますが、これは結構難しい手法なのでここでは触れる必要はないでしょう。

(考えよう)の2では、プライバシー保護の問題を扱います。本文の様に、利用者の生活歴を公開する場合にプライバシー保護の観点から問題はないのか。また、問題がないにはどのような内容にすればどうすればいいかということです。

原則、利用者の情報は本人や家族の同意がない限り公開は厳禁です。公開する場合は必ず本人や家族の許可が必要です。今回のケースは、専門学校の実習時のケースであり、これは専門学校が施設から許可を得て卒業論文に掲載されたものだから、問題はありませぬ。そして、念のため卒業論文をさらにデフォルメしてあります。

第4課 老化の正体は何か

この課では「老化」についていろいろ学びます。まずは、「加齢」「老い」「老化」の言葉使いの説明から入ります。「加齢」とは aging の訳ですが、ここでは生まれてから死ぬまでの年齢の積み重ねという事実を指す言葉だと捉えています。そして、人生の盛りを過ぎてからを特に「老い」またはその学問用語の「老化」と定義しています。ここ

に、「人生の盛り」という表現に注意してください。ここにはすでに「老い」「老化」の否定的な捉え方が潜んでいます。もともと「老」という漢字は、髪の高い人が腰を曲げ、杖を突いている姿からできた象形文字だそうですが、「老師」「老中」「大老」などの言葉を見ると、否定的な意味だけだとは思えません。しかし、現在では「老」に否定的な意味が強いのは否定できません。これがいわゆるエイジズム ageism が発生する根源です。この課では、そんな「老化」を哲学的・心理学的・医学的に分析します。最後は、老年期で価値観を転換することの困難さを象徴するあるケースを紹介します。（架空の話）

第1セクション 老化は特権

まずは中国始皇帝の不老不死の薬探しの寓話を引用しながら、老いは病気とは違うこと、老いが直接死に結びつかないことを説明します。仏教の4苦(生老病死)も活用します。ついでに、人間の寿命の話もしましょう。

次に「老化とは何か」の話になりますが、結局それは究明できないことです。じゃ、次の質問は「なぜ人は老化する」ですが、これまでにいくつもの理論が発表されています。特に有名なのは、老化プログラム説と消耗説ですね。前者は、老化は死と同様、遺伝子でプログラミングされている宿命だという考えです。特に医学界が支持しているということです。後者は、体を酷使すれば消耗して老化するという考えで、日本に支持が多いそうです。他にもいくつかありますが、最近脚光を浴びているのは、「体の使い捨て」理論。進化論を取り入れた老化説で、生殖によりエネルギーを回すために、体の維持に必要なエネルギーを節約する、すなわち「体を使い捨てる」ため老化が起こるという考え。早死にする動物は人間より生殖に多くのエネルギーを使用する(子沢山)ため、老化の期間が短くなるというわけです。

もちろん、なぜ老化が起きるかについての結論はいまだできていませんが、私としては最後の進化論的老化説を支持したい。なぜなら、遺伝子がすべて支配するプログラム説では夢も希望もないではないですか。人間はこれからもどんどん進化する生き物だし、そうであれば、老化も進化するという考えが魅力的ではないでしょうか。

いずれにせよ、私が声を大にして言いたいのは、多くの学者が言っていることですが、人間は遺伝子が設計したプログラムを超えた、老化というほとんど人間だけの特権を持つように進化してきたことです。であれば、その老年期という「おまけの時間」をいかに楽しむかを考えるのが建設的でしょう。これまでの「老化＝老衰」といった否定的な考えを捨てて、「老化＝熟成」といった考えを持つべきなのではないでしょうか。特に、老人介護にあたる介護士には必要な考えでしょう。

(考えよう)

- 1) 動物の限界寿命の例: ハツカネズミ3年、犬20年、猫28年、鳩35年、馬50年、象81年だそうです。諺には、鶴は千年、亀は万年というのがあります。こ

のように動物によって寿命が違う理由を考えさせてみるのも面白いでしょう。一つの回答は、頭化指標論と言って、「体重に比べて脳が重いほど長生きする」というものです。

- 2) 平均寿命と健康寿命の違いを説明して、老年期を健康に生きることの大切さを述べてください。
- 3) とにかく「遺伝子」の理解は介護士にも必須です。でも理解するのはそう簡単ではありませんね。いろいろな遺伝子の例を挙げて、遺伝子が身近に感じることができるようになればいいでしょう。

第2セクション エイジズム

ここでは、老化にかかわる影の部分を考えます。エイジズム(ageism 老人差別)です。まず、具体的な例示をして言葉の理解をさせてください。姥捨て山信仰の話をするのも良いでしょう。

そして、そのエイジズムの心理機制を説明しましょう。防衛機制の一つである投影という心理です。人は自分の悪い面を認めたくないから、他人に向けてそのマイナス面を投影し、他人が悪いと考えることで、自分の心を防衛するという心のあり方です。これはエイジズムにも適用できると思います。人は老いを悪いと考えており、自分が老いるのを認めたくない。だから、その悪い老いを他人に見つけ、他人がいかに醜く老いていることを確認することで、自分が救われるという心理です。嫌ですね。

でも、エイジズムはあってはいけない介護施設でも散見されます。例えば、介護士が利用者に向かって発する幼児語または喃語です。介護士は無意識的にそうしているのでしょうか。京大の正高教授は「年を重ねるから老いるのではなく、年寄りとして扱われるから老け込んでしまう」と本に書いていますが、これこそエイジズムを端的に表していると言えるでしょう。

それでは、社会的なエイジズムの嵐の中で、老人は如何に生きるべきか。いろいろな議論があるでしょうが、興味深いカール・ユングの思想を紹介しましょう。彼は一応初めて無意識を発見したと言われる精神分析の祖ジークムント・フロイトの愛弟子でしたが、学説の乖離もあり、その後袂を分かち、分析心理学を打ち立てました。日本でも一時とても人気がありましたね。彼は無意識には個別と集合的なものがあり、その集合的無意識を魂(アニマ)とも呼びました。そして、自己は意識と無意識を統合したものであり、その自己を実現する過程が個性化、自己実現だと主張しました。彼はそれまでの心理学者とは違い、人生後半の価値を大きく認め、老年期になってようやく自己実現ができると言いました。実際、彼自身も湖畔の別荘に籠り、自己実現の日々を送ったのでした。

最後に、介護士は決してエイジズムを持って介護をしてはいけないことを強調します。

(考えよう)では、具体的なエイジズムの例を学生と一緒に考えましょう。MANGA 介護の日本語テキスト 番外編の〇5番 森さんがたけしさんをからかっている面。ここには少しエイジズムっぽい点がありませんか。また、エイジズムはステレオタイプ思考の一例ですので、他にも例を挙げさせ、この思考法の危険性を認識させましょう。

第3セクション 老化現象

ここでは老化の負の側面を学ぶ。身体機能、認知機能、精神機能に分けました。他にもたくさんあるでしょうが、代表的なものを選びました。

各項目の詳細説明は不要です。簡単に説明をすれば大丈夫です。尚、生活不活発病とは以前廃用症候群と言われていたものです。

尚、タイトルには「老化現象」というちょっと古く、差別的な言い方を採用しています。介護の教科書では「老化に伴う変化」というニュートラルな表現がありますが、ここでは老化の負の側面を取り上げますので、あえてそうしました。

(考えよう)では、学生の体験や初級テキストから具体例を挙げさせてください。また、3番目の質問は、老化はすべての面でマイナスではなく、プラスになることもあることを考えさせるためのものです。例えば、知能には流動性知能(新しいことを覚える、計算、暗記能力など)と結晶性知能(経験に基づく判断力など)があり、後者は老いるほど高くなる場合もあるとか。

第4セクション 価値転換 事例研究

ここでは、老年期における人生の価値観の転換の大切さや困難さを架空の話を通して考えてみます。

二人の仲良し姉妹がいました。二人とも家族に恵まれ幸せな生活を送っていましたが、突然ご主人がなくなるという不幸に見舞われました。配偶者を亡くすという典型的な喪失体験です。

妹の方は、姑の介護もあり大変日常生活が忙しく、喪失体験に苦しむ暇もありません。その後、生来の明るい性格もあってか、老人会で知り合った老人男性と懇意になり、見事に喪失体験を克服していきます。

一方、姉の方は、ご主人死後独居生活となり、喪失体験を深く味わる生活となってしまいました。本音は子供との同居でしたが、自尊心が高くて嫁との折り合いも悪く、結局同居は叶いません。しつしつ近くの老人ホームへの入居に同意しましたが、どうしてもそこでの生活に馴染めず、他の住人との交流もほとんどない状態です。と言って、何か生きがいを感じることもなく、ただ寂しく暮らしています。

(考えよう)では、以下の事柄を考えさせてください。

1)いろいろな喪失体験を挙げさせてください。

- 2) 日本の家族の在り方(嫁と姑関係)。母国との比較を交えて。
- 3) 老人ホームにいる、価値転換な困難な利用者に対する対応の仕方

第5課 神様以外みんな障害者だ

この課では障害論を取り上げます。最近パラリンピックなどの障害者スポーツの人氣が高くなっていることもあり、障害者に対する関心が高まっているように見えますが、一方、障害者施設での職員による殺人事件が起きるなど、まだまだ障害者に対する差別がなくなっていないのも事実です。

外国人介護士は障害者施設ではなく老人施設で働くことが想定されますが、老人施設にも多くの障害者がいます。半身マヒなどの身体障害者、認知障害者、精神障害者などです。だから、障害に関して深く理解する必要があるのは当然です。

第1セクション ノーマライゼーション

まず、障害の言葉の理解から始めます。辞書を引けばその意味がわかりますが、あらためてその意味の怖さを認識します。さまたげて災いをもたらすなんて、とても酷い言葉です。誰が考えたのでしょうか。特に、「害」の字は他人に災いをもたらすものだとの誤解を招くからという理由で、障がい者とひらがな表記にするのも理解できません。そんなに漢字に拘る必要もないでしょう、という意見はあるでしょうが、当事者目線で考えるとたまったものではないでしょう。ただし、本テキストでは、法律や国家試験には漢字が使用されている以上、日本語教育の観点から言って、漢字の使用が適切だと判断し、害の字をそのまま使用しています。

そして、障害者を差別する心理を汚名(ステイグマ)を使って説明し、社会が障害者を差別してきたことを述べます。

でも、その差別は不当であることを、「神様以外はみんな障害者だ」という発言を通じて見ていきます。ここに、皆平等であるという基本的な人権概念を挿入しました。

最後に、ノーマライゼーションとバリアフリーを持ってきて締めました。

第2セクション 障害の受容

ここでは障害の受容過程を学びます。介護士が障害者に共感するためといっても、自分が障害者になることはできません。だから、障害者の気持ちを理解するためには、障害者が体験する障害の受容の過程を学ぶのが有効だと考えます。介護の教科書には受容過程には5段階があると書いてあります。

① ショック期②回復への期待期③混乱と苦惱期④適応への努力期⑤適応期

この課程はとても複雑ですし、言葉だけでは本当に理解が難しいものです。だから、(考えよう)では、もし学生が自ら体験しているか、知人が体験している場合、その具体的な体験を話してもらって、より実感的に理解をすることができればいいでしょう。

また、初級上巻第7話には物盗られ妄想の場面が出てきますので、この時のサダさんの心理を適応機制(防衛機制)の実例として考えさせてみましょう。

第3セクション 国際生活機能分類(ICF)

この概念はもともとリハビリテーションの分野から出てきた考えです。WHOは1980年に国際障害分類(ICIDH)という障害の分類を考案しました。それは、医学モデルで、疾病または変調→機能障害→能力障害→社会的不利という流れでした。ところが、この考えは捉え方が否定的過ぎるとか、環境要因を考慮していないという批判が起きて、WHOは2001年に大幅に改定して、新たに国際生活機能分類(ICF)を考案しました。これには社会モデルが取り入れられ、肯定的な面も考慮されていますし、環境及び個人因子も考慮されています。

このICFは介護の教科書にも必ず取り入れられていますが、果たして現場のアセスメントでどれだけ取り入れられているかはわかりませんが、考え方自体は素晴らしいものだと考えます。ただ、参加のところに、人生観とかといった本人の価値観まで踏み込んでいないのが難点だとも言えます。

授業で扱うにはちょっと難しい主題だとは思いますが、専門学校では絶対出てきませんので、基本的な考え方だけでも理解できればと思います。

第4セクション 生活の質(QOL) 事例研究

ここでは架空の事例を通して、障害者の生活の質を考えてみます。会社の同僚が共通の趣味を持っていたが、障害を持つからは別々の生き方をしています。一人はあくまでも自立を目指す生き方、他方は自立よりも自律を重んじる生き方です。もちろん、小川さんだって自律していないということではなくて、自立を目指す自律的な生き方だと思います。他方、大山さんは自立を目指さない自律的な生き方でしょう。であれば、両社とも自律的な生き方をしていることになります。

ところで、自立と自律の違いは何か。英語では independence/autonomyです。自立とは他に依存していないことの状態を表します。他方、自律とは自らの意思に基づき自分を律する、すなわち物事を決めていくことです。精神的自立という場合もありますが、自律にはダイナミックな動きが表現されているので、当テキストでは自律を使いません。介護は自立支援と教科書には書かれていますが、これは表面的な言い方で、もっと突っ込んで、介護は自律支援だと私は考えています。

もっとも、生活の質(QOL=Quality of Life)といっても抽象的過ぎるという批判はあるでしょう。それはまったく主観的なことだから、客観的には対応できない。だから、客観的かつ科学的な介護を目指すには邪魔だというもっともらしい批判があるのは承知しています。ICFの参加の考えも生活の質までには突っ込んでいないくらいがあるのも事実です(だから、私はICFも不完全だという考えです)。

尚、QOL の訳には、生活の質の他にも人生の質、生命の質があることも説明しましょう。人生の質と訳したほうが私の主張には適切かなとは思いますが、テキストでは介護の教科書では生活の質と訳されていることが多いのでそれに倣いました。また、生命の質の生命は、生物学的な意味と霊的な意味とがあると思いますが、このセクションとは関係が薄いので取りあげないでもいいかもしれませんね。

これまでの課でもしてきました通り、介護の現場は主観と主観とのぶつかり合いです。主観を無視することは到底不可能です。もちろん、このことは客観的なものを否定することではありません。主観と客観とのバランス感覚。これを養っていくのも介護士の課題でしょう。いずれにせよ、介護士は自分の生活の質を考えることによって、利用者の生活の質にも目くばせができるようになるのです。

最後に本文に出てくる脳卒中と両膝関節炎について学ばせましょう。

第6課 人は動かなければ死ぬ

この課からいくつかの課において、実際の介助技術を取り上げます。まずこの課では起き上がる、座る、歩くなどに関する介助技術に焦点を当てて介護を理解していきます。これらを最初に取り上げる理由は、人間にとって、動くことは活動し、生きることの基本であり根本であるからです。これらはADLの中でも基本的な活動だからです。

尚、課の構成もこれまでのような哲学・心理学・医学・介護の順番ではありませんので、ご注意ください。

第1セクション 寝たきりは怖い！

移動の介助がなぜ必要なのかを考える場合、最悪のケース、すなわち寝たきりの場合を考慮するのがいいでしょう。寝たきりになった場合発生する廃用症候群を学べば、やっぱり寝たきりになってはいけないよね、と考えることができます。だから、寝たきりにならない方法、すなわち移動の介助の必要性が理解できるはずですよ。

尚、医学用語の「廃用症候群」の「廃」の字は「不要になる」という意味で好ましくないから、リハビリ分野では「生活不活発病」という呼び名もあります。リハビリ分野も医学の一部なのですが、主流派とは言えないため、内部闘争をしているのかな。介護は生活支援だから「生活」を応援しないといけないので、本テキストではリハビリチームに肩入れをします。(生活不活発病の予防は、はい「生活を活発にすることです」と簡単に答えることができるので便利だとも言えます)

さて、その生活不活発病の種類ですが、一応3つの分類が可能です。精神面、全身に起きるもの、そして一部の体に起きるものです。本文以外にもいろいろありますが、この段階では軽く理解すればいいと思うので、深追いは不要です。

そして、架空の話で生活不活発病の理解をしましょう。特に、悪いことが循環するサイクルをICFの図で理解することができればとても素晴らしいです。

第2セクション ボディメカニクス (Body Mechanism+Techniques)

ここでは、移動の介助技術の基本の基本であるボディメカニクスを取り上げます。身体の自然な動きはもちろん運動力学に従っています。また、体の各部が運動力学に従って連携している体系とそれを応用した技術のことをボディメカニクスと言います。英語の Body に Mechanism と Techniques を合わせた造語です。ややこしいので、ここではボディメカニクスとは技術のことだと簡単に言っています。専門学校の演習で必ず習う項目ですので、しっかりと学ばせましょう。教室で実際に体験させるのが大事です。

第3セクション 移動動作

この課では、ベッドに寝ている人が、ベッドから起き上がり、座り、立ち上がり、そして歩くまでの動作の概説を行います。

これら一連の動作に対する介助はボディメカニクスを応用した動きになりますが、利用者の障害の適度、ベッドの種類、部屋の環境などに応じて変わってきます。方法は一つではなく、介護士は創意工夫をしながら対応する必要があります。とても地味な仕事に見えますが、介護士のセンスが試される場面でもあります。

第4セクション 介助手順 「起き上がり」から「腰かけ座位(端坐位)」へ

ここでは実際の介助の手順を一つ紹介して、学生が介助の具体的な行動が理解できるようにします。もちろん、これらは実際に演習を行いながら学ぶのが一番効果的ですが、手順書という珍しい文体に慣れるためにも取り上げました。一応授業は普段通りで行いますが、介助指導ができる方がおられれば、実演するのがベストです。日本語教師は特に専門的に責任を持って教える必要はありません。以下の文章を理解させることで十分です。

第7課 人は食べないと死ぬ

この課では食事介助を取り上げます。食べることは人間のみならずすべての動物の生きる根本を支えています。まさしく、食べないと人は死にます。これは絶対の真理です。「霞を食って生きる」なんてできませんね。

介護では「3大介護」という言葉があります。「食事介護」「排泄介護」そして「入浴介護」です。介護保険法第一条(目的)には、「…要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、…」と書いてあります。(余談ですが、この条文では入浴、排せつ、食事の順番ですが、これは実態には合いません。食べて、出して、きれいにするという

実態からすると、食事、排せつ、入浴等とすべきでした。確かに、入浴中の排せつしてしまうということは起こりえますがね。役人の頭の回路は普通ではない？

尚、医学では食べることを「摂食」と言います。医学の本では「摂食介護」と書いてありますが、生活支援の介護では当然「食事介護」と呼ぶべきですね。

「食事」には、人の個性や文化が深くかかわっています。だから、アセスメントでは、障害の程度などの医学的な問題だけではなく、利用者の好き嫌い、こだわり、習慣、文化、宗教などの関係する問題も含めた多角的な視点から考える必要があります。

第1課 摂食について

ここでは摂食の科学を簡単に学びましょう。栄養素、必要カロリー、水、食事バランスガイドを取り上げました。最後に、1日における食事の回数を取り上げました。

第2セクション 人の体は1本の管 胃や腸は誰の物？

ここでは食べてから排泄されるまでの一連の過程を、食べ物を主人公とした物語仕立てで描きます。かなり長くなりましたが、学生が楽しく食べるプロセスを学んでくれれば嬉しいですね。

第3セクション 食事の介護 原因と対策

ここでは、食事介護が必要となる原因別の対応策を学びます。しかし、その原因探しは容易ではありません。介護でも高度な知識を必要とする場面です。食べることは生きることの中でとても重要な位置を占めるからです。マズローの欲求5段階説では生理的欲求である食欲は一番下の段階と見なされていますが、果たしてそうなのでしょう。中には、食べることが生きがいそのものである利用者がいても不思議ではありませんね。

第4セクション 介助手順 ベッド上での食事介助

ここでは全介助のケースの手順を取り上げました。誤嚥予防対策を考えるのが大切だからです。

第8課 人は出さなければ死ぬ

この課では排泄介護を取り上げます。排泄介護は介護の仕事が3K(汚い、きつい、危険)の一つだと言われる最も大きな要因です。利用者の排泄が1日何度もあるため排泄介護の仕事量はとて多くなり、介護士の負担が大きいためですが、それだけではなく、排泄そのものに対する偏見があるためです。

排泄は生命の維持のために必須であり、それ自体は何の問題もないはずなのに、人間はいつからか排泄にスティグマ(汚名)を被せてきました。臭いうんちのせいでしょうか。便が感染症の感染源だからでしょうか。

また、利用者も排泄介護を受けるのはとても嫌がります。羞恥心のためなのでしょうが、それはなぜなのでしょう。さらに、弄便をする利用者を見ると、周りの物は人間の尊厳を問いたくなるのはなぜなのでしょう。

このようなとても繊細な排泄介護を外国人学習者に興味を持ってもらうことができるかどうか、とても挑戦的な主題です。

第1セクション 尿と便のお話し

ここでは、簡単に尿と便についておさらいをします。便の生成過程は第7課第2セクションに出ていますので、ここでは触れません。便の種類は可愛い名前が付いていることもあり、学生は面白がるのではないのでしょうか。

また、尿と便とが健康のバロメーターであることから、介護士は利用者のみならず、自分自身の尿と便を観察することの重要性を学びます。

第2セクション 排泄動作の流れ

排泄が自立している場合の一連の流れを細かく切って考えてみます。介護ではこのように生活場面を細かく分断してアセスメントする態度が大切だからです。

実際に排泄介護を必要とする利用者はどこかの段階でつまづくわけですので、それぞれその原因と対策を考えていくことになります。特に、尿失禁が多いので、尿失禁の理解は大切です。

第3セクション 介助手順 トイレ介助のケース

排せつ介助はとても大切かつ難しい介助行為ですから、この課では介助手順を2回取り上げます。このセクションでは一部介助のケースを取り上げます。

尿意・便意があり、座れ、トイレまで車イスで移動できるが、移乗と衣服の着脱に一部介助が必要な、左マヒの利用者さんを介助する場合の手順です。

第4セクション 介助手順 ベッド上でおむつ交換のケース

次は、寝たきりで尿意・便意がない利用者さんのおむつ交換を全介助で行う場合の手順です。

第9課 人は清潔にしないと死ぬ

この課では入浴介助を取り上げます。食事、排泄に続く3大介護の一つです。介助手順の前に、皮膚、感染症を学びます。

第1セクション 皮膚(日常語は肌)について

皮膚は単なる体の表面にはあらず。普段考えることもないので、実は体で一番大きな器官だと言われると驚きです。よく考えてみると、皮膚は本当に大きな役割を果たしているのですね。

第2セクション 感染症について

衛生に気を付けるのは感染症を予防するためです。ですから、このセクションでは感染症について学びます。看護の知識が主になりますが、介護士も最低限守るべきことがらです。充実した介護をするためにも、感染予防に関する知識は必須です。

第3セクション 入浴動作の流れ

第4セクションで入浴介助を取り上げる前に、この課で入浴動作について学びます。特に、脱健着患は必須項目です。これは理屈より「体で覚える」方がいいので、片マヒを想定して実際に着脱をしながら考えさせてください。

第4セクション 介助手順 和式の普通浴槽での入浴介助

右マヒの利用者さんの入浴を一部介助する手順です。

第10課 人は寝ないと死ぬ

この課では睡眠について考える。人に限らずほとんどの動物は睡眠を取る。しかし、睡眠の理由は完全に科学的に解明されたとは言えないようだ。ただ、一番の理由は司令塔である脳を休めることにあるらしい。睡眠は利用者のみならず、介護士にとっても大きな課題である。睡眠の介助手順は、一連の流れと言うものがあまりないので、取り上げないことにする。

第1課 体内時計

ここでは、体内時計、概日リズム、睡眠の種類など、睡眠の科学を学びます。

第2セクション 夢

ここでは、夢について学ぶというより遊びます。たまにこういう遊び感覚も必要かなと思ひ、今回夢を選びました。夢って、考えれば考えるほどよくわからない現象です。夢を見ている最中は決して意識できてなくて、目が覚めてから初めて意識に上るという現象からして不思議。だから、無意識と夢とは相当な関係があるのがわかります。

本文の夢は全くの架空の夢なので、ひょっとして夢らしくないかもしれませんが、ま、そこは遊びとして許してください。

精神分析では夢分析は非常に重要ですが、他の心理学や脳科学ではそうでもないでしょう。でも、非科学的なものとおっさり切り捨てるのはもったいない気がします。特に、介護分野では利用者との交流の中で、夢分析をすることがあるのではないかと考えています。

第3セクション 高齢者の睡眠障害と介護

睡眠障害には多種多様なものがありますが、高齢者に関係があるものを列挙しました。なお、睡眠障害の分類ですが、以下の3つの他、熟眠障害と言って、目覚めた時に熟睡感がない障害があります。

第4セクション 快眠ベッド

ここでは、寝具の中で一番重要なベッドについて考えてみます。まず、快眠ベッドの条件を挙げ、学生自身のベッドや施設のベッドが該当するかどうかを考えます。また、ユニークなベッドとして「人類進化ベッド」を取り上げます。これは介護施設には使用できないのですが、柔軟発想の例として考えます。とにかく、ベッドは当たり前過ぎて、何も考えることがないようですが、介護現場でも柔軟に発想する必要があるのではないかという問題意識です。例えば、「考えよう」で取り上げました、ベッドと畳との比較はその一つであるでしょう。

第11課 笑いが世界を救う

この課ではレクリエーションを学びます。介護施設ではレクと称する活動が盛んに行われます。レクの一番の目的は利用者が楽しむことです。楽しむことで利用者のQOLを高めようとするのです。そして、この「楽しみ」を象徴するのが「笑い」です。ここでは、「笑い」を切り口にして、レクをいろんな角度から考察してみます。

第1セクション 笑いの哲学

まず、「笑い」を哲学的に分析します。プラトンから始まって、最近の脳科学の知識までを動員しました。学生は哲学者の名前を覚える必要はありませんが、哲学の臭いを少し嗅いでみるのも必要だと考えます。

「人はなぜ笑うのか」の答えはありません。もともと科学は how を探求する学問ですから言うに及ばないのですが、why を問う哲学でも正解が出ない難問なのです。しかし、よく考えてみると、人は笑うだけではなく、泣いたり、怒ったり、哀しんだりします。つまり、人は感情を表すいろいろな行為をしますが、じゃ「なぜ人は行為をするのか」なんていう質問に答える事はもともと不可能だからです。

だから、「人はなぜ笑うのか」という設問自体がナンセンスだったのかもしれない。でも、本文ではさすがにこの点は触れないでおきました。

とにかく、介護士を目指す方は哲学を嫌う人が多いかもしれません。なぜかはわかりませんが、それは決して褒められることではありません。哲学とは人生の本質を考えることで、これまで学んできたように、介護士は利用者の人生を考えなければいけませんから、当然介護士は哲学を学ばなければいけないのです。

第2セクション 笑いの医学

前のセクションで、「笑いの哲学」をやりましたので、このセクションでは、「笑いの医学」をやります。皆さんご存知の通り、吉本喜劇が大企業と組んで大々的に「笑い」の研究を開始したこともあり、「笑い」の健康効果の関心が急激に高まっています。そこで、ここでは具体的な健康効果について学ぶことにします。難しい医学用語も出てきますが、大まかな理解で結構です。

第3セクション レクリエーション活動

ここでは実際高齢者施設で行われていそうなレクからいくつか拾って、ジャンル別に整理しました。

そして、リクリエーションの原義を考えていきます。Recreation=Re+Creation だから再創造ということになりますが、高齢者福祉では失われた人間性を回復しながら、残された人生を豊かなものにしていくという意味となります。そこで、人間性が遊びの中で発揮されるという「ホモルーデンス」の考え方を紹介します。すなわち、遊ぶ→人間性→レクという流れです。だから、レクと言えば、余暇活動などの遊びが思い浮かぶということになります。

でも、余暇活動以外の生活の中でも遊びの要素は大切だから、生活全体が遊び→人間性の回復→レクと言えます。単に、レク活動を生活に導入するのではなく、生活そのものをレク化するということになります。

もちろん、レクという言葉にそれほどこだわる必要もないわけで、大事なことは、生活の隅々に遊びの要素が大切だということです。

第4セクション レク活動企画書

ここでは私が専門学校時代に実際に企画実施したレク活動を紹介します。氏名は仮名を使用していますが、他の項目はほぼ当時の内容と同じです。

実際の所、描画に対する高齢者の反応はあまり良くないので、描画レクはあまり効果的ではないかもしれませんが、失敗作の例としてあえて取り上げました。学生には自分のやりたいレクを考えさせてください。

尚、この企画の利用者を重度の認知症者と仮定しており、またそのタイプを以下の3種類に分類しています。認知症に関しては第12、13課で詳述しますので、今は簡単に触れる程度で結構です。

葛藤型:現在と過去の自分との間で葛藤するタイプ。ケアへの抵抗が強い。

回帰型:過去の自分に回帰するタイプ。徘徊することが多い。

遊離型:現実から遊離しているタイプ。無為自閉で何もしないことが多い。

第12課 認知症は社会のお荷物か

いよいよ「認知症」の登場です。中級テキストの肝です。だから、2課にわたって取り上げます。世の中には「認知症予防」という言葉もある通り、認知症は大変恐れられています。また、認知症ドライバーの交通事故や認知症行方不明者の鉄道事故が多発しており、いまや社会のお荷物になった観があります。しかし、私はそうは考えていません。認知症は決して社会のお荷物なんかではありません。この考えをどれほど説得的に書けるか自信はありませんが、精一杯頑張っ書きます。だって、私も近い将来、いわゆる「認知症」の仲間に入るような気がしてならないからです。自分の尊厳にも関わる大事な話です。

第1セクション 認知症とは何か

ここでは、まず認知症の定義問題を扱います。かなり込み入った話なので、外国人留学生には難しいのではないかと思われるかもしれません。しかし、世の中の認知症に対する認識がかなり間違っものになっていっているのではないかと私は危惧しており、その根本原因はこの定義がはっきりしていないからだと考えているので、これはやはり外国人留学生にも是非学んでほしいと思っています。

単純に言えば、「認知症は病気なのかどうか」ということです。詳細は本文参照。

第2セクション 中核症状と周辺症状

ここでは認知症をもっと詳しく解説します。中核症状と周辺症状とに分ける2分類です。脳の障害から直接起こるとされる中核症状と、それを背景として2次的に発生してくる周辺症状です。でも、この見方はとても医学ドメインな考えです。医学の見解が中核(コア)で、その他の心理行動的なものは周辺だというのは、私には偏見のように思えてきます。これは、脳の疾患が認知症の原因であることを絶対視する見方です。原因→結果を一方向的にしか捉えない考えでもあります。でも、原因→結果→原因の循環的連鎖を仮定するならば、そんなにかたくなに「コアと周辺」という考えを固定化する必要はないはずで。医学の立場としては、コアは周辺より重要だから、まず、それを治す医学的な処置が大切だということを主張したいのだと考えます。それは認知症薬の開発ですね。でも、いまだに効果的な薬は開発されていない現状もあり、ようやく周辺症状の方が大事だよ、という考えが広まり、BPSDという名称変更につながったのだと思います。ただ、このように呼称にこだわるのも問題だとも言えますので、これ以上の深追いは止めましょう。とにかく、介護はBPSDと取り組まなければい

けません。ただ、前課でも述べましたが、BPSDのD=Dementiaという言葉が将来使われなくなる可能性もあるので、また名称が変わることもありえますね。

第3セクション 認知症の原因疾患

かなり医学的な知識ですが、介護士にも最低限必要な知識なので取り上げます。

第4セクション 認知症の診断

ここでは、認知症であるかどうかのチェックと病院での診断を取り上げます。実際にチェックをしたり、テストを体験させたりして、学生の反応を見るのも面白いと思います。ひょっとして、認知症予備軍が続出？

第13課 認知症は社会のお荷物か その2

ここでは具体的なケースを通じて、認知症の症状と介護の在り方を段階別に学んでいきます。ただし、テキストには実例のように書いてありますが、まったく仮想の話です。著作権の問題上、他の本から事例を引用することができないからです。仮想の話なので、ところどころ単純化されているかもしれませんが、あらかじめご了承ください。また、「鬼嫁」など誤解を招く表現や、嫁を悪者扱いとしていると思われるかもしれませんが、筆者が男性であり、無意識的にそうってしまったのかもしれないことをご了解願いたく。今回の例はあくまでもあり得そうな一例にすぎず、すべてを代表しているわけではないのはもちろんです。

第4セクションでは、課の主題「認知症は社会のお荷物か」に対する私の回答を述べます。

尚、主題文第3行目に「アルツハイマー型認知症」と書いてありますが、これは「アルツハイマー病」を原因疾患とする「アルツハイマー型認知症」という意味です。本課では認知症という社会的病気の話をするので、「アルツハイマー病」ではなく、「アルツハイマー型認知症」という表現としました。第12課でも書きましたが、「アルツハイマー型認知症」というのは疾患名ではありません。まだまだ「アルツハイマー型認知症」を疾患として扱っている本が多いのが現状です。

第1セクション

まず、初期段階での状況を見てみましょう。初期は記憶障害が主なので健忘期と言われていますが、これは良性健忘との違いがはっきりしない時期という意味でもあります。

第2セクション 中期(混乱期)

引き続き、とめさんのケースです。中期又は混乱期と称されていますが、状況も期間も人それぞれに違います。認知症を理解するための便宜的な段階区分だと考えたほうが良いと思います。尚、冒頭部分の「時間の見当識障害」は通常初期に区分されますが、話の接続の関係上、こちらに登場しています。

第3セクション 終末期(寝たきり期)

引き続きとめさんのケースです。終末期は寝たきり期とも呼びます。しかし、終末期という名称は奇妙です。死亡した後から考えて終末に当たるということですから、いつ亡くなるかわからない段階、すなわち介護が続行している間は付けられない名称です。このように考えれば、初期→中期→終末期全部がおかしな区分でしょう。これは当事者目線ではなく、あくまでも外から見た冷たい感じのする名称ですね。一方、寝たきり期は事実を表しているから、そんなに悪い感じはしませんか。

とめさんは、80歳から認知症の症状が出て、4年後の84歳で亡くなったことにしましたが、実際はもっと長生きをする方も多いと聞いています。

最後に挙げたバリデーションは一時期日本でも流行したようですし、私はとても気に入っている技法です。また、最近流行しているのはユマニチュードです。これらを専門学校で深く学ぶことはないかもしれませんが、それらの技法はとても示唆的なので、ここで取り上げました。

第14課 お金が一番大事か

この課では「お金」にまつわる話をします。留学生が日本留学に関心を寄せる一番はやはり「お金」であることは否定できません。だから、日本で介護士を目指す留学生も「お金」に大きな関心を持っています。また、そもそも介護保険制度の根本も介護に必要なお金をどうするかということです。というわけで、この課では「お金」にまつわる本音トークをしてみます。

第1セクション

まず、「お金」そのものの歴史について話をします。みんなが関心のある「お金」ですが、それがどのように生まれてきたかを考えるのは、学生にとって「本質」を認識するいい訓練になると思います。また、実は「お金」は虚構(フィクション)なんだという問題意識を持ってもらいたいと思っています。虚構(フィクション)なものになぜそんなに執着するの?という問題意識です。更に、この虚構(フィクション)という発想は、最後の課でも出てきます。それは、「私」(アイデンティティ)も実は虚構(フィクション)ではないかという考えです。とても面白い発想だと思いますので、学生にも考えて欲しいです。

第2セクション 幸せはお金では買えない

ここでは「幸福」と「お金」との相関関係を考えます。ブータンとの比較を取り上げていますが、ネパールやベトナムなどとの比較をすることで、学生も身近にこの問題を考えることができるでしょう。福祉とは幸せという意味ですから、福祉の一部である介護も幸せに深く関係があります。ですから、介護とお金との関係はとても大切なテーマです。学生からどしどし本音を引き出しましょう。

第3セクション 介護保険

いよいよ介護保険の登場です。日本人学生にとっても学ぶのが難しい法律関係は、留学生にとっては最難関ではないでしょうか。だから、あえて介護保険はテキストの最後の方で登場させました。とにかく難しい漢字が多いし、理屈がややこしくて面倒です。専門学校では介護保険法以外にもたくさんの福祉関連法が出てきますが、本テキストでは介護保険法のみ扱います。ここでは、完全理解は無理としても、一応最低限の用語には触れてもらうという感覚でいいと思います。(考えよう)の最後で、前セクションの問いかけに答えます。

第4セクション 介護士の給料

ここでは具体的に介護士の給料を提示して、それが全産業平均と比べてどれほど低いのかを提示します。そして、給料の低さの構造的な問題と、介護の人材不足は給料の低さだけが問題なのかを考えさせます。そして、最後は、学生にとって、やはり「お金が一番大事か」という問題に対する認識を深化させます。

第15課 介護は芸術だ

いよいよ最終回です。ここでは持論の「介護芸術論」を展開します。そして、第4セクションでは、第1～15課を振り返りながら、学生へエールを送ります。

第1セクション 芸術とは何か

ここでは、芸術の定義について考えます。具体的な芸術に関しては学生も関心を持っていると思いますが、抽象的な議論になると学生も難渋すると思います。しかし、芸術とは、「表現+創造+楽しむ」ことだと理解して欲しいです。特に、「楽しむ」ことが必須であることを強調したいのです。すなわち、芸術行為とは、周囲の人との協働作業であり、関わる人すべてがそのコミュニケーションを楽しむことであると、私は考えています。それは、コミュニケーションアートと言ってもいいかもしれません。

尚、芸術の語源はややこしいので、敢えて触れませんでした。

第2セクション 介護と芸術 理論

ここでは、介護が芸術であるという理論を、サダとクマーリの交流を通じて明らかにしていきます。

第3セクション 介護と芸術 実践

世の中には、介護芸術論の実践と考えられる活動がいくつもあります。その中から、私が感銘を受けた例を二つ紹介します。ただ、これらの活動が私の理論とは多少違っていることも指摘します。

第4セクション Kaigo Artist を目指して

泣いても笑ってもこれが最後のセクションとなりました。まず、これまでの学びをおさらいしますが、実はこれは、これまでに漏らしていたものを取り込むための作業です。これはどうしても入れたいというのがいくつかの課にあります。

そして、締めは Kaigo Artist にしました。介護士も芸術家であると主張してきましたので、「介護芸術家」を英語にしようと考えました。当初 care artist という言葉を考えていましたが、どうも care という言葉は、「お世話」を連想するので、好きではありませんし、今後日本の介護を世界に広めようとするのであれば、柔道や空手のように、日本語をそのまま使った方がいいのではないかと思い、Kaigo Artist に落ち着きました。このテキストを学んだ学生が将来、Kaigo Artist になっていくのが非常に楽しみです。

尚、介護士の英語は通常 care giver ですが、give という英語は、介護士が利用者に一方向的にサービスを提供する印象を与えるので全く好みません。それよりも care workerの方が適切だと思います。でも、これも「労働者」という意味合いが強いので好みません。そこで、care artist となったわけです。介助には技術的な要素があり、artにはもともと技術という意味もありますから、介助士を care artist と呼んでもおかしくはありません。しかし、上に述べた理由で最終的に Kaigo Artist と呼びたいと思います。