

“認知症と拘束” 尊厳回復に挑むナースたち

●目次

〈執筆〉平岩千代子

はじめに——最期まで身も心も縛られない暮らしを求めて—— 2

田中とも江「縛らない看護は私のライフワーク」—— 11

小藤幹恵「抑制することは看護の本質にそぐわない」—— 29

永田久美子「見えない拘束からの解放をめざして」—— 45

前例を超え、前例を創ったナースたち 〈寄稿〉大熊由紀子—— 58

はじめに——最期まで身も心も縛られない暮らしを求めて

平岩千代子

父が縛られることに同意はできない……。八三歳だった亡父が心筋梗塞のステント治療を終え一般病室へ移動した直後、看護師から署名するよう身体拘束同意書を手渡され、うろたえました。とっさに口をついて出たのは「同意書に代えて、万が一事故がおきても病院の責任は一切問いません」という直筆の念書を提出させていただきませんか」という言葉でした。

けれど、前例がないという理由で私の願いはあっさり断られました。父はその数年前に、初期のアルツハイマー型認知症との診断を受けていたので、夜間は拘束をするのだと。しかもその看護師からは、緊急でやむを得ず身体拘束を行うときに、すべてを満たすことが必要とされる三要件——
切迫性、非代替性、一時性についての説明はなく、目的はベッドからの転落や転倒リスクに備える医療安全対策とのこと。私と妹は、交代で病室に泊まり込むしかありませんでした。

身体拘束を受けたくないという切なる願い。わが国の医療現場では無理難題なのでしょうか。

三人の看護師の挑戦

「魔の三ロック」という言葉があります。身体を縛るフィジカルロック、言葉で制するスピーチロック、向精神薬で動きをおさえるドラッグロック。日本の医療や介護現場で少なからず行われている「見える拘束」の実態です。認知症のある人は、ほかに、一人で外出する機会や、周囲の人たちが口を出してしまうことで本人が話す機会を奪われる「見えない拘束」も受けています。

こうした現実の理不尽さに真正面から向き合い、たとえ認知症があるなど弱い立場におかれても、人としての尊厳が守られるべきであるとの「当たり前」に挑んできた三人の看護師がいます。

田中とも江さん。中学校卒業と同時に故郷を離れて診療所に住み込み、女中のように働きながら准看護師の資格を取得。医療職の底辺として虐げられた自らの体験に、精神病院で最下層に位置づけられ惨めな扱いを受ける患者の姿を重ねあわせ、一九八〇年代後半、精神病院の老人病棟で「縛らない看護」を実現。この実績が厚生省の人を動かし、介護保険制度発足時の身体拘束禁止規定につながりました。不適切なオムツ使用は身体拘束であると言い切り、排泄ケアにも情熱を注いでいます。

小藤幹恵さん。大学病院の副院長兼看護部長という田中さんとは対照的な立場にありました。「白い巨塔」といわれる医学部教授が力をもつ国立大学病院で、一般病棟だけでなく精神科病棟、ICUを含め「抑制のない看護」を達成しました。明るさをモットーにたぐいまれなるリーダーシップで、病院全体に臨床倫理を文化として浸透させ、「患者さんにとっての最善」を最上位の価値に位

置づける挑戦でした。

永田久美子さん。たとえ認知症が重く言葉を発することが難しい人にも、想いや言葉があるとの信念をもち「認知症本人の意思」を最重視する社会づくりを続けています。認知症のある当事者、当事者を支援する現場の人たち、そして行政関係者と一緒に活動しているのが特徴です。当事者たちの発信支援や、行政施策策定過程への当事者参加を推進しています。

たとえ認知症になっても、最期まで身も心も縛られない暮らしをしたい。これは万人の願いでしょう。それを叶える手がかりを探るために、当事者の尊厳回復という新しい道を切り開いた三人の看護師にインタビューを重ねました。本書ではその挑戦についての語りをお届けします。

認知症のある人の暮らしの場における身体拘束

超高齢社会では誰もが認知症になる可能性があります。東京都が公表しているデータ注2によると、認知症のある高齢者の暮らしの場は、自宅六三％、介護保険関係施設二二％、医療機関一一％です。介護保険関係施設には、身体拘束について原則禁止規定がありますが、一般病院には定められた規則がありません。ただ二〇一六年の診療報酬改定で新設された「認知症ケア加算」で、加算を取得する対象患者に身体拘束を実施した日は一〇〇分の六〇に減算される、という要件ができました。けれど二〇一八年に行われた調査で、一般急性期病院では、認知症の人の四四・五％が身体拘束を受

けていることが明らかになりました。^{注3}

認知症のある人が精神科病院に入院するケースは増えていきます。実際、入院している病床の中で最も多いのが精神病床で、およそ七割です。^{注4} また、精神科病院へ入院している認知症の人のうち、九七%が六五歳以上の高齢者^{注5}です。

問題は、精神保健福祉法に則る精神科病院や一般病院の精神科では、条件を満たせば身体拘束が容認されていることです。そのためか、日本の精神科病院における身体拘束率は、世界全体でも突出して高く、オーストラリアの約五八〇倍、米国の約二七〇倍^{注6}にのぼります。また入院患者の六割が、本人の同意を必要としない強制入院^{注7}で、権利擁護の観点から国際的に大きな問題となっています。

小藤幹恵さんは、こうした社会状況の中、高度な先進医療を提供する急性期病院である特定機能病院で、精神科を含め身体拘束ゼロを達成したのです。

認知症の当事者による国連への訴え

精神科病院の実態について、認知症当事者の丹野智文さんが代表理事をつとめる「一般社団法人認知症当事者ネットワークみやぎ」は、二〇二〇年三月、国連に対し次のように訴えました。^{注8}

「認知症の人達が施設に入所したり、精神科病院に入院する時、当事者の意思を確認しないまま

レントゲン技師の手伝い、盲腸や腸閉塞の手術立ち会い……。当時の見習い看護婦はなんでもできましたからね。初めて経験することはかりでおもしろく、夢中で働きました。

一二時になると自転車です学校へ行き、夕方には診療所に戻り夜の九時まで仕事。お風呂に入るのは最後で、「ありがとうございます」とお礼を言って部屋に戻る。まで女中のようなものでした。一つ年上の先輩と一か月交代の当直のときは、診療所内に布団を敷いて寝ました。給料四千元のうち二千元は強制的に貯金させられ、盆と暮に五〇〇円ずつボーナス支給があります。二年間で五万円を貯め、父にネクタイ二本、母には織物産業が盛んだった一宮産の反物を送りました。准看護婦の免許を取った後も二年間「お礼奉公」をしました。当時「搾取」という言葉など全く知りませんでしたから。

学校の授業で、医師の先生が精神病の男性患者さんを教室に連れてきたときのこと。目がきよきよとして落ち着かない患者さんを生徒たちの前に立たせて幻聴の様子を見せ、「薬は何を飲んでるの？」と質問したんです。まるで見世物のようでした。そこには人権意識のかけらもない。授業への協力を、ちゃんと本人に説明し了解を得ていたのか……。精神の病を患ったことと日本に生まれたことの「二重の不幸」を指摘された、精神科医の呉秀三先生*の言葉どおりの光景でしたね。

精神病院で体験した「地獄の縮図」

田中さんが身体拘束廃止に並々ならぬ情熱を傾けることになった一つの原点。それは、二〇歳になった

* 呉秀三（1865～1932）：精神科医。日本最初の精神衛生団体である精神病者慈善救済会を立ち上げる。日本神経学会創設者の一人。精神疾患のある人々が家の座敷牢に閉じ込められている実態を調査し「我が国十何万の精神病者は実にこの病を受けたるの不幸の外に、この国に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」と告発した。

ばかりの一九六八年に上京して働き始めたある精神病院での経験だ。日本では一九五〇年に精神衛生法が制定されて以降、精神病患者の精神病院への隔離収容政策が進み乱診乱療がはびこった。一九六八年は、たまさかWHOから派遣されて日本を視察した英国の精神科医D・H・クラークが「日本の精神病院は、過剰収容による利益追求が大きな人権蹂躪につながる恐れがある」と指摘(クラーク勧告)した年でもある。

当時、精神病院がたくさんできて、家族にとつて「家にいると困る人たち」が大勢収容されました。私が就職したその病院の患者さんも、ほとんどが生活保護の方でした。統合失調症、躁うつ病、てんかん、アルコール中毒などに苦しむ人々が皆同じ病棟にいました。病気を治すために入院するというのは建前で、実態は薬漬け、点滴漬けの医療です。オムツをあてがわれて、はずそうとすれば保護衣で抑制され、そのせいで尿路感染を起こし入院中に病気が悪化する。そうやって退院ができないようにしていたのではないのでしょうか。家族には喜ばれますから。偽物の良心ですよ。

患者さんを人と思わない言動も「治療」とされ、お仕置きのために保護室に入れることも「看護」であり、反抗的な患者さんを殴る蹴るの暴力で脅かすのは、患者さんをあしらうために必要な「看護技術」でした。立場の強い看護婦が弱い患者さんを支配する。腕力の強い患者さんが弱い患者さんを虐げる。まさに弱肉強食社会のヒエラルキーです。日本医師会長だった武見太郎先生が、「日本の精神病院は牧畜産業」と話しておられたようですね。病気の他にもさまざまな苦難を背負う患者さんたちがうごめく「地獄の縮図」でした。

自分の子どもや母親だったら……

「看護婦は誰にでもできる汚い仕事」、オムツ交換を「オムツさらい」と言い、「こんな病院で働いているなんて恥ずかしくて人には言えない」と口にする同僚の看護婦たち。専門職としての誇りかけらもありません。夜勤ではさつさと仕事を片付け医師の当直室で酒を飲み、煙草をふかしながら麻雀をしていました。労働環境は劣悪でした。毎月一五日間は二四時間連続労働。経営者に「せめて二交代制にしてほしい」と頼んでも、「そんなバカなことができるか」ととりあつてもらえない。医師の権威や医療の中の因習に加え、患者さんが暴れたときの用心棒的存在として男性職員が多く、女性差別がはびこっていました。さまざま問題に縛られる看護婦たちは、自身の誇りを捨てる代わりに、賃金とわずかなやすらぎを得ているようにも見えました。でも自分の価値を見つけられない人が、患者さんそれぞれの価値を見出し、唯一無二の存在と思えるはずがないですよ。

そんな環境でも私が働き続けられたのは、無知で幼かったからです。毎日病院と自宅を往復するだけで、他の社会というものを知らないのよ。おかしいと思っても何も言うことができない。生き延びるために黙々と仕事をするうちに、だんだんと感覚も麻痺する。自分のおかれた環境にただ身をまかせる。まさに水面の浮草のようでした。故郷が同じだった同僚との結婚を決め、院長先生に報告したときのこと。「君たちは、籠の中に閉じこめられてじゃれあうモルモットのようだね」と笑われたんです。そこ以外の社会を知らないと言いたかったんだと思いますよ。

自分に子どもができたときに、はっとしたんです。幼い子は食事をするとき食べこぼしをしますよね。でも親は決してどなり手をはいたりしたくない。ところが病院では患者さんがものをこぼせばその人を怒る。同じ人間なのにおかしいとつくづく感じたんです。また、出産の手伝いに来てくれていた母が将来認知症になったら……とも考えました。当時は認知症の症状が重い人の行き場は精神病院以外ほとんどありませんでした。でも母をこんな病院に入れることになったら、大変なことになる。親が死ぬ前にあんなみじめな思いをさせたくない。それからは、身近な家族と病院の患者さんの姿をしばしば重ね合わせて、扱われ方がひどい、おかしいと思うことが増えました。

生きていくには看護婦としての誇りが必要だった

ある日、患者さんが熱いみそ汁を運んでいるときに階段でつまずき、寸胴鍋をひっくり返して手に大やけどをしました。それを見ていた看護婦が、「おまえ、なにやっているんだよ!」と、患者さんを怒鳴りつけたんですよ。普通なら駆け寄って手当てをするでしょう。人間として絶対に許せません。でも私もそのとき、患者さんのそばには行かず医師を呼びに行ってしまったんです。思い出すといまだに胸がしめつけられます。

患者さんの扱われ方のひどさが、自分自身をみじめにしました。それまで仕事は何でも言われるがまま、まじめに一生懸命やっていました。けれど、この一件はどうしても黙っていられず、「ちよっ

とおかしいんじゃないですか？」と言ったんです。すると仲良かった同僚も含め全員から無視されるようになり、言語に絶するつらい思いをしました。頭と体がバラバラになり、患者さんを落とすようになったり、保護室の扉に指をはさんだり……。自分が死んでしまうのではないかと瞬間的に思ったこともありましたね。自殺願望とは違いますよ。でも夫に相談すると「仕事のことは家に持ち込まないでくれ」と言われ孤独でした。本当にぎりぎりのところまで追い詰められました。

私が生きていくには、看護婦としての誇りが必要でした。そうでないと自分自身が何もかもなくなってしまう。それは、私自身が患者さんの苦しみを体得したときでもありました。現場で起きているおかしなことを、「おかし」と堂々と伝えるための知識を身につけなければ、先輩や同僚を説き得できない。田舎出身で気弱な私でしたが、そこで意を決して「高等看護専門学校に行きたい」と申し出たのです。今思えば、ここが私の出発点であり転換点でした。

患者さんの姿と教科書の知識が符合する

東京高尾看護専門学校で学んだ三年間は、人生の中で一番濃い時間でした。それまで一三年間働いた精神病院の現場では、日々いろんなことが起きていました。けれど院内にカンファレンスはなく、院長に「なんでこうなったんですか？」と聞いても「わからん」と言われるだけ。何もかも見様見真似、その場のぎで働いていました。

でも学校で勉強していると、うごめく患者さんたちの姿と教科書に書いてある知識が符合するんですね。たとえば、下肢が黒く壊死して死んでいった患者さんは、糖尿病の足病変だったとわかる。目からうろこの連続でした。あの精神病院では医師も看護婦も治療や看護をせず、患者さんをただ放置していたために、病気が進行して死んでいったのです。助けられたかもしれないのに……。

そうして昼間は専門学校に通い、帰ったあと夜勤に入りました。でも、誰も日中の様子を教えてください、カルテには「異常なし」としか記録がない。以前から患者さんに熱があっても、転倒があっても「特変なし」と書くのが日常でしたから、そのときだって何も起きていないはずはない。そこでも私は夜になると、畳敷き九人部屋で寝ている患者さんの布団に潜り込み、日中の様子を教えてくださいました。その患者さんは五〇代の女性で、退院できる状態だったのですが、行き先がなかったため長期入院していました。昼間は私服にエプロンを着けて病院内の掃除や洗濯をしていて、当時は「使役」と言っていました。作業療法という名の無償の仕事でした。

「〇〇さんと△△さんが喧嘩をした」「□□さんはご飯をこぼして看護婦に殴られた」。話を聞いていると、ひどい扱いを受けている患者さんたちの姿が思い浮かぶんです。どんなに怖かっただろう。どんなに痛かっただろう。その方のつらさが自分ごとのように感じられました。自分にはきつと「親和性」*があつたんだと思いますよ。病院には小頭症などさまざまな容姿をした患者さんが入院していました。私は他の職員たちのようにからかったりはしなかった。「あなたたちは、私たちとは別」と思うことはありませんでしたから。

*親和性：しばしば田中さんの口から発せられる言葉である。それは看護職と患者という立場を超えて感じる人間としてのみじめさ、やるせなさ、どうすることもできないはがゆさ、つらさや痛みへの共感から育まれた当事者性のことではないだろうか。