

論文

介護現場および介護教育における
ケアカウンセリングの必要性についての一考察
－カウンセリングマインドを使用した困難事例より紐解く－

田中安平¹

The Necessity of Care Counseling in the Care Work Field
and Care Work Education:
Analyzing a Difficult Case by Using a Counseling Mind

Yasuhira TANAKA¹

ABSTRACT

Care work is a very busy field and it offers several ways for livelihood support. According to the manifold, even a care worker who has an appropriate care counseling mind will bring up the service theory when he or she provides care service. The reason for this is because, in the care work field, there are many support services that are appropriate in the morning, but become unsuitable in the afternoon. A care worker needs to have a counseling mind to live up to the expectations of pro-consumer services in this busy field. It is likely to be misunderstood that arranging in practice needs no philosophy and ethics for care work; however, in reality, this is not the case. This is care counseling, and it should be learned in the realm of "care" according to the circumstances of the care work field. It is appropriate for the counseling mind to learn genuinely in the areas of "human and society," but it is difficult in today's education system to realize both of them.

キーワード カウンセリングマインド, 介護福祉援助技術の体系, ケアカウンセリング, 感情労働, 実践学
Keywords: counseling mind, a system of care work helping skills, care counseling, emotional work, practical learning

1. はじめに

1987年に成立した「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項において、介護福祉士は次のように定義されていた。「この法律において『介護福祉士』とは、第42条第1項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上または精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障があるものにつき入浴、排泄、食事その他の介護を行い、その者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という）を業とする者をいう」

それが、2007（平成19）年12月の改正により下線部が「心身の状況に応じた介護」へと改められ、介護イコール三大介護というイメージが払拭されるものと期待されている。

ところで、釜谷（2007：81-82）が「一番ヶ瀬が『介護福祉学』というのは、優れて実践学でなければならない』と述べているように、介護福祉学は『実践の学』であり、その理論としての『ケアの倫理』に基づくことは容易ではないということである」と述べているように、このことは往々にして誤解されやすい内容である。つまり、実践学には実践に必要な学問（哲学・倫理他）が前提条件としてなければならないのは当たり前で、あえて実践というときには、「理論あって行動なし」というような論理優位性を戒めていっているものであり、理論を不要だとしているわけでもなく、理論を持っていないわけでもない。実践学は体験学でもある。

利用者の心身の状況に応じた介護がなされるためには、

¹ 891-0197 鹿児島市坂之上 8-34-1 鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科

Graduate School of Welfare Society, The International University of Kagoshima, 8-34-1 Sakanoue, Kagoshima 891-0197, Japan
2011年5月18日受付, 2011年9月1日採録

利用者の心身の状況を適切に把握する技術が求められることになる。それが非言語的コミュニケーションを含むコミュニケーション技術であり、カウンセリングのマインドだというのは衆目の一致するところであろう。ここでいう介護とは、介護福祉の意味でとらえられている。ケアを、介護もしくは介護福祉と名付ける概念整理については、別稿で詳細に論じることにする。

ところで、看護で用いられていた介助技術を取り入れ、介護技術が構築されてきたように、後発の学問である介護福祉においては、カウンセリングにおける基本的部分であるマインドも、介護のマインドとして再構築する必要がある。再構築の必要性を事例の中から読み取り、介護現場や介護教育に活かそうとするのが本研究の主題である。

ケアを実践する上で用いられるカウンセリングのマインドは、多忙さのなかで多様なケアを提供するなかで用いられる技術であり、あくまでもケアを提供するうえで実践可能なマインドでなければならない。

このケアを実践する上でのカウンセリングすなわちケアカウンセリングの語義を簡略に述べると、ケアワーカーの用いるマインドは、利用者の申し出を可能な限り受け入れようとして、多忙な業務のなかで援助者である自己の価値観に副ったマインドを徹底的に変容するために用いるものであり、利用者の変容を積極的に促そうとはしないという事である。この点についても事例の中から検証する。

とはいえ、「介護福祉の専門性とは？」との問いに、介護福祉士養成の現場においてさえ明確に答えられない状況が依然として続いている現実がある。田中(2011: 41-52)は、介護福祉の専門性について「介護福祉のコアである専門性の確立に関する研究」で図1のように介護福祉援助技術の体系を論じているが、ケアカウンセリングについて明確に論じている論文は、他には皆無である。

図1 介護福祉援助技術の体系

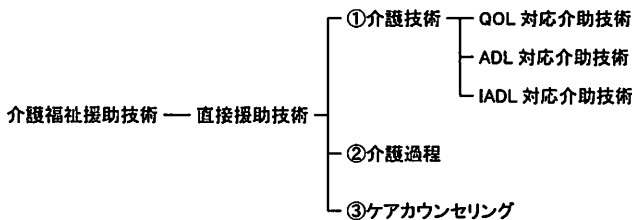


図1にみるように、介護福祉士に求められる直接的な専門性は、直接援助技術の中の①介護技術であり、②介護過程であり、③ケアカウンセリングであることは別稿「介護

福祉のコアである専門性の確立に関する研究」で詳細に論じられているので省略するが、本論では、ケアカウンセリングがどのように実際に用いられているのか検証するとともに、介護教育においてどのように行われるべきかについても検証していく。

2. 先行研究

(1) カウンセリングマインドを取り入れている教育現場

看護には看護カウンセリングが、教育には教育カウンセリングがあるが、介護福祉には介護カウンセリングといわれるものはない。つまり、介護福祉を実践する上で介護福祉士に求められるカウンセリングのマインドを教授する必要性について明確に論じている文章はなく、教育もおこなわれていない。

(2) 介護福祉教育におけるカウンセリングマインド

塩谷久子ら(2009: 178-181)は、「関連科学との関連性の分析に基づく介護福祉学構築に関する研究」で介護福祉にとってソーシャルワークが必要な理由として次のように論じている。両者は共通な基盤を持っており、ウェルビーイングの実現、利用者のエンパワメント、人権擁護と社会正義の実現を目指すのが専門職としての介護福祉士である。確かに、介護福祉士にもソーシャルワークの視点が求められるが、同じ相談ではあっても、介護福祉士の相談内容とソーシャルワーカーの相談業務では視点が異なるのは当然であるが、この点については塩谷らも論じていない。さらに、介護にカウンセリングのマインドがどのように用いられるかについても論じられていない。

また、工藤のり子ら(2010: 80)は、「高齢者施設での新人職員教育における成果と課題」で「ケアの伝承の仕方や新人の心身状態の落ち込みに共通して考えられたことは、施設側の指導体制と彼らの状態像があっっていなかったということである」と論じているが、介護福祉士が利用者に向き合うためのマインドと、職員間で向き合うためのマインドが異なるものであるという点に関して論じられているわけではない。

このように、利用者に向き合うために求められるマインドと、職員間で求められるマインドの両者を必要とするケアカウンセリングについて、論じられている文章はまだまだ見当たらないのが現状である。

3. 研究方法

(1)方法論の決定要因

ケアを実践する上で用いられるカウンセリングのマインドについての新規な研究である本論では、ケアカウンセリングの有効性を探るためには実践事例を分析する以外に方法はない。そこで、介護現場で実際に行われているケアワーカーの言動等を例示し、それがどのような現場状況からどのような意識性のもと出現したものであるか分析することで問題点を抽出することにした。そして、問題点の解決策を探る上で、よりベターな、ベストな言動はどうあるべきかを現場状況を考慮しながら導き出す方を論じ、この中にケアカウンセリングの本質があることを明らかにすることにした。

(2)調査内容と調査対象

①利用者の言動に対する職員の逐語録の言動を抽出する(介護保険制度におけるタイムスタディによる時間の積み上げから介護度を導き出す方策と類似している)ことで、介護福祉の現状と問題点を分析し、対応策を導き出す。

*このような研究方法を採択した背景には、ケアワーカーが己の価値観を白紙にして利用者に1対1でかわかることは、たやすいことではないが、離職につながるほどのストレスとはならない。しかし、それぞれのケアワーカーが1対1でかかわっていた内容が、全体として協同した言動を取らざるを得なくなったとき、それまでの利用者対1人のケアワーカーの対応であったものがケアワーカー間の価値観の差異となって浮き彫りになり、強いストレスを生じさせることになる。このストレスを解消し、チームケアが有効に推進できる実際的な方法を探る必要がある。そして、このケアワーカー間の価値観を同じくする必要性がケアカウンセリングであることを証明することにした。

②処遇順位のつけ方に介護福祉士個々人の価値観が反映されることを分析するとともに、現実的な対応策を探る。

*ケアワーカー間の価値観の相違を統一した中でチームワークがなされるのが理想であるが、日によって変化する職場環境の中で、場合によっては1日の中でも変化する介護現場において、職員間の価値観を同じくしたところでケアを実践するには非常に困難を伴うものであり、その軋轢がしてあげる的な職員主導のケアを生み出す要因になっていることを明らかにした。

(3)倫理的配慮

取り上げた事例は、筆者が35年前から15年前までに接し

た事例であり、対象者はすでに死去している。倫理的な配慮のため、事例に関しては年齢や家族関係などを明らかにすることなく、テーマ的な事実のみを例示することにした。(本事例は、今日でも日常的に遭遇する一般的な内容(課題)であり、事例として今日取り上げる有効性は変わらないと確信している)

4. カウンセリングマインド10の技法(杉谷2003:11-17)

より事例を分析することでの仮説の検証(検証1)

介護福祉士が介護現場で利用者に向き合うとき必要とされるカウンセリングのマインドには次のようなものがある。

- ①一人ひとりを大切にすること
- ②人の痛みを感じる心
- ③待つ心
- ④可能性を拓く心
- ⑤柔らかい心
- ⑥向きあう心
- ⑦葛藤を生きる心
- ⑧クライアントから学ぶ心
- ⑨生涯学び続ける心
- ⑩共に生きる心

ここで、次のような仮説をたて、事例を分析することにする。

ア)カウンセリングマインドの方向性を援助者自身に向けてことでのみ、利用者主体は実践できるということ

イ)ケアカウンセリングのなされる介護は「してあげる」介護になりやすいということ。別な言い方をすると、カウンセリングのマインドを持たない介護は援助者主体のサービスになるということ

事例を分析する中で仮説が成立することを検証することで、結果的に介護現場にケアカウンセリングが必要だということが逆説的に論拠付けられたことになる。(本稿では①と②・③のマインドについて論じ、他は別稿で論じる)。

(1)事例に見る検証1-1

施設入所のAさんが、数日前の買物の日に参加しなかったので、「今日連れて行ってくださいませんか」という申し出があった。このことに対するケアワーカーの対応

「ワーカーさん、すみませんが買物に連れて行っていただけませんか」と、施設利用者のAさん。「数日前に買物の日がありましたでしょう。どうして、そのとき行かなかったんですか。突然いわれてもね。私達は忙しいので、すぐに対応することは難しいのですよ」と、ケアワーカー。(これは、利用者の申し出に対してカウンセリングマインドの方向性を援助者自身に向けて対応しようとしているのではなく、自己都合を優先しているのである)

「この前は少しからだの調子が思わしくなかったものですから…。それに、実は今日がなくなった主人の命日で、主人の好きだったお菓子と花を買いに行きたいなと思いまして。忙しいのは承知しておりますが、少しの時間でよろしいですので、近くのお店まで連れて行っていただけませんか」とAさん。

「そういわれてもね、何時も言ってますでしょう。職員の手が足りないのです、決められた日課を守っていただくように。Aさんのいう事を聞いたら、もし、ほかの人が同じようなことを頼んできたときにも対応しなければならなくなりますでしょう。そうしたら、私たちだけでは対応できなくなるんですよ。Aさんの気持ちは分かるんですけど、私たちとしても、どうしようもないんです。悪いですけど、私たちの気持ちも理解してくださいね」と、ケアワーカー。(ここでもマインドは援助者自身に向けられていない。業務優先になっている)

「やっぱり無理ですよ。私のほうが無理を言いました。もうしわけありません」とAさん。

この事例は、「個別化」が「平等」と言う名のもとに、歪められたものである。専門的介護の実践者は、福祉における「平等」の本質を理解しなければならない。平等とは均一ではない。平等イコール均等ではないのである。「腹〇分」という「〇分」の状態をすべての人に同じくしようとすることが福祉における平等であり、個々の心身の状況を勘案することなく均一に接することが平等ではないことに気付かなければならない。

たとえば、1リッターで10km走る能力の車を持っている人が100km先の目的地まで必要なガソリンの量と、1リッターで20km走る能力の車を持っている人が100km先の目的地まで必要なガソリンの量は当然異なる。福祉的平等とは、前者に10リットル、後者に5リットル提供することをいい、このことで二人ともに100km先の目的地に到達することができ、このことで公平に接したことになる。

一方、存在する上でさらに求めたい欲求は人それぞれで、欲求度もそれぞれであり、欲求度の統一性を求めることは困難である。そのため、度合いが違う個々の欲求を平等という範疇に括ろうとして、共通するスケールを用意しようとする。そこで持ち出されたのが均一というスケールである。すべての人に均一的対応をすることで、個々の満足度について特段の考慮をすることなく、すべての人に同じように接することで、公平さを納得してもらおうとする。介護福祉士が専門性を発揮する上で困難な点がここ

にある。つまり、差異のあるサービスを平等として実践することの困難さである(田中2005:49-50)。

事例に戻って以上のことを考えてみると、Aさんの言うことを聞いたとして、「もし」ほかの人からも同じような申し出があったとしたら、その場合はそのときに考えればよいことであり、起こってもいない「もし」を考えて切実なAさんの申し出を断ることがあってはならない。またその場合、「もし」の内容もそれぞれに異なる内容となるはずである。

ケアカウンセリング的対応の一例としては、次のようになる。

Aさんの申し出に対して、すぐだめだといわない。「人の痛みを感じる心」でAさんの気持ちを察し、「柔らかい心」で気持ちを受け入れるのである。そして、自分ひとりの判断で結論を下すことが困難に思える場合は、「相談員に話してみますので」と即断できないことの断りを入れ、すぐに相談員へ取り次ぐ。その時、自分なりに対応可能だと思える時間帯が取れそうな場合には、いつ頃だったら可能だと思える旨、相談員へ情報の提供をしておくことはいまでもない。

ところで、介護福祉士から相談員へ状況を引き継ぐ。ここにケアワークとソーシャルワークの相補性、業務内容の差異による両者の連携が生まれることになる。これの意味するところは、介護福祉士は生活全般という枠組みを考えの基本においた上で個別的なかわりをするところに専門性をおくのであり、ソーシャルワーカーは個人を中心に置きながら生活全般を含めた社会全体を見るところに専門性があるということである。在宅ケアの場合は個人中心の援助ではあるが、介護福祉士(ヘルパー)はあくまでも社会資源の一人としての範囲内での援助活動を行うことになる。数多くの資源を考慮するのはソーシャルワーカーの仕事である。ケアワーカーの相談業務内容とソーシャルワーカーの相談業務内容の差異等については、別稿「介護福祉のコアである専門性の確立に関する研究」で論じてきたので省く。

申し出に対して結論が出された場合には、結果に対して、相談員が直接Aさんに伝えるか、ケアワーカーが聞いてきた内容を直接伝えるかのいずれかになると思われるが、いずれにしても待つ人の身になって、早急な対応をすることである。

①今すぐは無理だけど、何時ごろだったら可能です。それでよろしいでしょうか。

- ②どうしても今日はケアワーカーによる対応は困難です。相談員(若しくは事務員)が対応することになりますが、それでもよろしいでしょうか。
- ③昼食時間帯に私が買いにいきますので、購入する品物を教えていただけませんかでしょうか。
- ④申し訳ありません。今日はどうしても時間の都合がつきません。品物を教えていただけましたら、夜勤の職員に買って来てもらいますがそれではだめでしょうか。
- ⑤花屋さんやお菓子屋さんから電話で届けてもらうことでは、対応できませんでしょうか。

マインドは一つだが、対応の仕方は多数ある。介護は利用者からの申し出に対して即応することが使命であり、そこに専門性を持つものである。優先順位をつけた対応、この処遇順位のつけ方がカウンセリングマインドを活かしたケアカウンセリングである。

ケアカウンセリングでは、「今日がなくなった主人の命日で」、「主人の好きだったお菓子と花を買いに行きたい」というAさんの想いに共感でき(柔らかな心・共に生きる心)、「忙しいのは承知しておりますが」、「誠に申し訳ありません」、「少しの時間でよろしいですので、近くのお店まで連れて行っていただけませんか」というAさんの、忙しい職員に対して手を煩わせることへの申し訳なさ(=人の痛みを感じる心)を気づいた上で(=一人ひとりを大切にする心)勤務状況に照らした対応ができるということである。すぐ買い物に同行することが必ずしもよい介護ではない。グループワークにおけるメンバーの個別化と優先順位を了解した上での対応、これが専門的介護といわれるものである。

介護福祉士は生活の直接的な支援者である。ライブ的に用いられる技法が「一人一人を大切に作る心」であり、個性を認めることに通じる。違いがあっても当然だということ。同じものを読んでも面白さの受け取り方は人それぞれ違うように、同じ物を食べても「甘い」「辛い」の感じ方が異なるように、人はそれぞれに自分の・独自の判断をもつものである。

判断の基準は人それぞれの価値観の違いによるもので、それぞれが育ってきた場所、すなわち社会環境・地域環境・家庭環境に間接的に影響を受ける。と同時に、社会教育・学校教育・家庭教育によって直接的に重大な影響を受けるのである。また、これらの環境・教育も絶対的なものではなく、時間の影響を受ける。ちょうど、社会正義の定義が

歴史的に異なるように、「美」に対する基準が歴史によって異なるように、存在の在りように対する意識性は時間とともに変化する。『ねばならぬ』は文化人類学の教えるとおり、その大部分が相対的である。時代によって変遷し、地域によって変貌するものである。絶対の真理であるかのごとく固執するのはおかしいのである。価値観は絶えず変化のプロセスにあるのである」と國分(2003:88)が述べているように、介護福祉の援助者は「ねばならぬ」という発想を捨てる勇氣を持つことが大切である。

同じ両親のもとに生まれた兄弟であっても、感じ方や考え方、味覚や物の見方に違いが生じるように、人は違うのが当たり前である。違うからこそ、人は豊かに生きてゆけるとも言える。もし、世界に一種類の花しかなく、男も女も自分と同じ考えの人しかいなかったら、なんて人生は味気ないことか。今日と同じ明日を送ることに人は退屈すると同時に、めくらなくても了解された書物を毎日毎日読み続けなければならない苦痛なほどの時間の中で息苦しさを覚えるであろう。違いがあるから楽しいのである。

甘い・辛い・苦い・すっぱい等々の味の種類があるから、味わう楽しさがあるのである。もし、すべての食物が同じ味だったら、食べる楽しみは失われてしまうだろう。違って良いのである。違って当たり前である。介護福祉を実践する人は、特に違いを認めることである。そして、自分を好きになることである。「ほんとうの意味で自分を愛せないで、人を愛することは出来ない。自分を愛するということは、マイナス面をも含め、自分があるがままに受け入れ、認めることである。変なこだわりやプライドを捨てることである。そうすれば、相手を受け入れる包容力が自然に生まれてくる」(梅香2001:132)というように、あらゆる自分を好きになろうと努力し続けるとき、自分とは異なる第三者を価値ある存在として認めることができるようになる。ここに、介護福祉実践の醍醐味がある。

(2)事例に見る検証1-2

「この子ご飯食べないがよ」と、悲痛な声でケアワーカーに声かけるAさん。もとより口の開いていない人形であり、少しの量も流れていかない。このときのAさんの心の痛みが分かることである。

ところが、このAさんの心の痛みの感じられない対応のなんと多いことか。片手で人形をひょいと掴み、「私が見ているから早く食べてください」という。(この言葉は、下膳・食器洗浄をしなければならないという業務を意識の片隅に残した業務優先のなせる業である。利用者の申し出に副おうとし

て、カウンセリングマインドの方向性を援助者自身に向けているわけではない)

施設ケアでは、早出・日勤・遅出・夜勤等々、勤務形態が分かれている。職員は自分の勤務範囲を確実にこなすことが自分たちの大切な業務内容だと勘違いしてしまう。そのため、家事に相当する仕事内容を優先し、利用者の申し出(ニーズ)を後回しにしてしまう。原因として職員定数の低さが大きく影響しているが、それ以上に大きな要因は、職員の意識・視線が利用者のほうを向くのではなく、職員や経営者のほうを向いているせいである。家事に当たる部分は後回しが可能であるが、育児の部分はそうはいかない。ところが業務内容としては、家事にあたる部分は視覚的に対応状況の良否の判別が可能だが、育児にあたる部分は視覚化できないのが常であり、多忙さのなかで介護職員は、どうしても視覚的に判別可能な業務を優先しがちになる。自己保身の意味からすると、これは当然のことである。しかし、これを解決するためにも、職員間の意思統一を図り、後回し可能な内容を決めたり、ボランティアに依頼可能な内容を決めるなどしておくことが大切である(田中2006: 65-67)。この部分にもケアカウンセリングの必要性がある。

事例の場合、終戦時に大陸で子供をなくした思いが数十年経って認知症になった今、心の痛みとなって現れた言動ではなかろうか、もしかすると避難途上で中国人に子供を預けてきた思いが人形に対する食事介助につながっているのではなかろうかとか、何らかの事情で水子になったまだ見ぬわが子に対する悔恨の念であるとかの精神的背景に思い至らなくとも、母親としてのAさんの心の痛みが感じられたなら、次のような対応が可能になるはずである。

「子供さんがご飯食べないの、心配だねー。でもね、だからといってAさんが食事をしなくて病気になったとしたら、その子の面倒は誰が見るの? Aさんが入院でもするようになると子供の面倒を見る人は誰も居なくなりますよ。心配だろうけれどね、私が子供を抱えていますので、まず先にAさんが食事をしてくださいませんか。子供もそのほうが喜ぶと思いますよ」と、母親の情感に働きかけるのである。この言葉は、「人の痛みを感じる心」を持ったケアワーカーなら発することが出来る。(これこそ、カウンセリングマインドの方向性を援助者自身に向けた言動である)

ところで、認知症のAさんはなぜ人形に対して「この子ご飯食べないがよ」と心を痛めるのであろうか。私たちはこの言動のなかにAさんの抑圧という防衛機制(越智1999: 758-760)が働いていたことに気付く必要がある。つ

まり、懸命に日常生活を生きてくるなかで無意識という箱のなかに閉じ込めざるを得なかった情念のエネルギーが、認知症という病気のために抑える力をなくし、閉じ込められていた無意識の中から飛び出したのが、第三者から見ると特異な行動となって出現しているのだということである。今となっては、Aさん自身人形にご飯を食べさせようとしている行為の意味すら理解されていないかもしれないが、突き動かされる衝動的な思いが、行為となって現れてくる。これは認知症高齢者の特徴の一つである。認知症高齢者への対応の困難さがここにある。

人は何らかの行動をしようとして、数ある選択肢の中から一つの行動を選ぶときの判断基準に、「価値づけ」という物差しを用いる。そして、漠然とはあるが、自分に都合のよい選択をする。このときの都合のよさが「価値づけ」である。

一般的に、人は日常それほど自分の行動に関して深く考えることなく、刹那的な行動をとることがあるが、この行動も結局はそのときの行為者の意識性、つまり「価値づけ」によって選ばれている。「価値づけ」は好みと選択によって行われるものであり、基本的には比較することである。これを、ロバート・S・ドゥニーは「選好価値」としている。

「理想価値」は「選好価値」と違って「道徳性」という普遍的な特性を有しており、「人が理想価値を持つ場合には、自分自身と同様に、それによって他者をも審判する」(ドゥニー 1987: 16)ことになる。それゆえ、介護福祉士は常に自分の価値観を白紙にした状態で利用者にかかわろうとする意識性を持っていなければならない。なぜなら、人はすぐに自分の価値観・道徳性で他者の価値観に審判を下してしまうのだから(田中2006: 86)。認知症の利用者に対しては、ことさらに配慮する必要がある。(この配慮が、ケアカウンセリングである)

悩みは人に話すと半減し、喜びは人に話すと倍加するというが、それは話す側の論理であり、聞く側の論理ではない。そこで問題になるのが、聞く側の姿勢である。他者の悩みを一身に引き受けようとする、人は一般的に己の心身にストレスを感じることになる。そのため、人は他者の悩みを真剣に引き受けることなく、井戸端会議的な内容としてとらえることで己の心身の変調を防いでいるのである。

しかし、それを職業とする人々にとってそのようなことは許されるものではなく、親身になって聞き入れる必要が

ある。ストレスを感じることなく聞き入れることは困難であるが、介護福祉の専門家にとってそれ以上に困難なことは、利用者がそれと分かるように悩み・苦しみ・痛みを明確に訴えることのない内容に対して応えていかなければならない事にある。ワーカビリティの低い利用者がケアワーカーの援助の対象者だからこそ、援助者自らの変容が求められるのであるということを考えると、介護福祉の専門家である介護福祉士にとって、まず、他者の痛みが分かるかどうかということが、専門性の有無につながることになる。

どうすれば「人の痛みを感じる心」を育てることができるであろうか。そのカギが忘却である。人は、「喉もとすざれば熱さを忘れる」存在である。そのときは「これほど悲しいことはない」、「これほど苦しいことはない」等々思っているが、時の経過と共に、残念ながら、人は当時の心理状態を思い浮かべることさえ困難になる。

もっとも、この忘却があるからこそ人は悩み・悲しみ・苦しみから立ち直れるのであり、時が悲しみを癒す薬になるのも事実である。しかし専門家にとって、この忘却が、彼をして他者の悲しみ・痛みを感じる心を麻痺させることにつながっている事実を知る必要がある。ケアワーカーたるもの、いつでも「悲しみ」「苦しみ」「怒り」「絶望」等を思い出せるように訓練しておく必要がある。このことで、他者の痛みへ思いを遣ることができる(援助者は自己を律する中でケアを提供することができる)ようになるのである。

もっとも、事例1の「やっぱり無理ですね。私のほうが無理を言いました。申し訳ありません」というような内容に対しては、人は感性で痛みを感じるができるであろう。しかし、この感性は本来専門性とは関係ないものである。専門性は、感性の有無にかかわらず構築されるものであり、感性の上に構築しなければ築けないものではない。とはいえ、感性の有る無しが、優れた専門家というか、人間的な専門性を有した人物には必要不可欠なものであるのは事実である。

感性の上に専門性を構築するのはそれなりの努力が必要だとはいえ、比較的構築しやすいが、感性を身につけていないと思われる人が専門性を身につけるためには、両者を並行して身につける必要があり、困難を極めることは確かである。しかし、出来ないということではない。大変だというだけで。

感性を身につけるために必要な内容は、芸術・文化に興味をもつことであり、人生哲学を探求することである。単純に図式化すると、「なぜ、どうして」という、疑問を感

じる柔らかい思考性を持つことであり、己の認識・価値観を超えた出来事に対して、「ありえない」と思うのではなく、「あってもいいじゃないか」と肯定的に受け入れようとするのである。そこに[1]の技法「一人ひとりを大切に作る心」が芽生えてくることにもなる。

次に、専門家にとっての悩みは、ストレスを感じることなく利用者の痛み等を受け入れることは困難だということである。他者の悩み・悲しみ・苦しみという負の部分、援助者がストレスを感じることなく受け止めることができるようになるためにはどうしたらよいか。残念ながらそのようなことはありえない。

「傷つきやすい性格のために苦しむ人は、何事にも動かない強い心が欲しい、と願います。しかし、ゆらぎのない心は死んだ心にすぎないのです。豊かで健康な心とは、ストレスを感じなかつたり、人間関係で傷ついたりしない鉄のような心ではない」と根本(2001:127)がいうように、ストレスを感じるのが当然である。しかし、ストレスをいくらか減少・解消することは可能になる。この、解消方法を身につけることである。

ストレス＝ストレスラー(刺激・身体や精神に影響を与える要因)×性格因子(環境・身体的条件・時間・教育等に影響を受ける因子。ICFでいうところの背景因子、つまり環境因子または個人因子)

この公式から示されるように、同じ刺激に対してもストレスを感じるか感じないかの違いは、環境・教育等によって培われる当事者の性格因子によるところが大である。つまり、ストレス耐性を持った性格に自己変革しようと努力することでストレスを減少することは可能になるということである。またそれとは別に、自分なりのストレス解消法を探すことである。カラオケ・スポーツ・趣味・友人との会話等々、無心になることで精神的な悩みを減らすことが出来るようになる。

このように、「人の痛みを感じる心」が育つためには、他者の負の部分を受け止めても己に多大なストレスとならないような環境面・心身面の条件整備が整っていないと、実践上不可能になり、燃え尽きてしまうことになるということ認識することである。優しい心だけで対応できるわけではない。

(3)事例に見る検証1-3

「死にたい、早くお迎えが来ないかな」という老人に対するケアカウンセリング的対応。

まず、利用者の「死にたい」という気持ちがどこから出

ているのか理解しようとするのである。そのために利用者の日常生活を観察すること。すると、そこからいろいろなことが見えてくる。

- ①同室者には親族等の面会がよくあるのに自分にはない。
- ②他の人には贈り物等がよく来るのに自分には何もこない。
- ③職員も他の人にはよく話しかけているのに、自分とは誰も相手になってくれないと、本人はそう思っている。
- ④すべてから見放されている。自分には存在価値はないと、本人はそう思っている。
- ⑤このような状況が続く位なら、死んだほうがまだ、等々。

このようなときの対応としては、次のようなことが考えられる。

①～⑤の内容を振り返った上で為される介護福祉士の言動が、ケアカウンセリング的対応であり、「どうなさいましたか」と、「一人ひとりを大切に作る心」を持って話しかけるのである。仕事がどれほど忙しいからといって、「また死にたいといっている。本当は死にたくないくせに」などと考えることがあってはならない。利用者の寂しい気持ちに共感できる、「人の痛みを感じる心」を育む努力が、ケアワーカーには求められるのである。そして、「ご家族の方も、面会に来たいのに来れなくて寂しい思いをさせていらっしゃるのではないのでしょうか」と応えると同時に、家族に対しては「お忙しいこととは思いますが、『死にたい』という言葉の口にするほど寂しがっていらっしゃいますので、ご面会をよろしく願います(向きあう心)」と、利用者の寂しい思いを伝えることである。

この行動があつて初めて、利用者の寂しさに共感したことになる。相槌的な寂しさの容認では、利用者の気持ちに心から共感したことにはならない。アクションがあつて初めて介護福祉士としての受容につながるのである。家族の忙しさを理解したうえで、利用者の寂しさを伝える技術、ここにソーシャルワーカー的な援助技術が要求されることになる。しかし、介護福祉のプロである介護福祉士は、常に突発的・即応的な対応が求められる相談業務も担わなければならない、ここにケアカウンセリングの必要性がある。

私たちにとって日々の生活のなかで本当に必要なのは、苦しみの中から<人間の尊厳>を回復したいと願う人たちの声を聞く<人についての専門家>である。そして、人についての専門家は、本来、その人が<人>であるならば相

手を選ばず、誰でも同じように接することが出来るようになるなければならないのである。<スピリチュアルな苦しみ>をケアできるためには、<人の専門家>として「ケアの倫理」を含む「ケアの人間学」が必要となる(森村2003: 163)。ところが、介護現場は多忙である。利用者一人ひとりとじっくり時間をとって向き合うことは困難である。時間的に困難な中で、あれもこれも同時併行的に行動せざるを得ない介護福祉援助者にとって、どれほど素晴らしいカウンセリングマインドを持っていたとしても、実践可能な内容へと変更させざるをえない。ここに、敢えてケアカウンセリングと名付けてきた必要性和存在意義があるのである。

「ケアするとき私は、他者を種々の可能性と成長する欲求を持っているものとして身に感じとる」。そして、「他者が成長するのを援助するとき、私は自分の方針を他者に押しつけたりしない。私はむしろ、他者の成長の方向をみて、それが私のケアの中で何をするかを導き、どのように私が対応すべきか、そしてそのような対応には何が適切であるかを決めるのに役立つもらうように(メイヤロフ2006: 18-27)」考えながら接するのであるが、同時に多数の申し出に対応せざるをえない介護福祉援助者にとっては、残念ながら申し出に対して順位をつけざるをえない。そのとき、妥協というアレンジ能力が求められることになる。なぜなら、ひとりの援助者の対応できる能力には限界がある。限界の中でどのような援助をするのか。ここにケアカウンセリングという介護福祉士に直接的に求められる専門性がある。「可能性を拓く心」、これは人間に限らず、あらゆるものの存在の意義を認識することである。理由はともかく、存在しているものはすべて、何らかの意味があるということを理解することである。

たとえ、人間存在に害をもたらすと思えるような病原菌にしても、存在の理由があるのだということを理解することである。抗菌剤の多用により薬剤耐性菌が出現してきたように、人はすべてにおいて因果関係の網から逃れることは出来ない。このことを理解できると、人はどのような状態にあらうと可能性を秘めているということを信じる事が出来るようになる。

そもそも、人は何のために生きているのであろうか。福祉が生活支援であるからには、生活の根源であるところの「生」を念頭に置いた援助に心がけなければならない。と同時に、「生」の最後の瞬間であるところの「死」をも念頭に置いた生活支援に努める必要がある。「なんのために」・

「どのように」生きるのかという範囲でのかかわりが、社会福祉での利用者とかかわり方になる。

つまり、千差万別の利用者の生き方もしくは死に方を受容することが社会福祉の援助者には求められるのである。このときの生の倫理・生の哲学は、あくまでも「なんのために」・「どのように」生きるのかという範囲での内容であり、「なぜ生きるのか」という命題での思索ではないということである。

哲学者という精神的に鍛錬してきた人でなければ、市井の人々が「なぜ生きるのか」という命題での思索を継続しながら生きていこうとするとき、残念ながら精神的に何らかの変調をきたしてしまう。「厭世主義」「快樂主義」「無政府主義」「虚無主義」的思想があるように、負のスパイラルに陥りかねないのである。

もともと、哲学に限らず、エンカウンターにおいても、心的ダメージを受け、外面的に気が狂ったように見える状況を呈することがある。これは、レディネスができないうちに無理やり防衛機制を取り除かれるためである。それまで自分で気付いていなかった世界を急に全部意識させるのではなく、徐々に気付かせることが大切である。開眼のまま暗室から急に太陽の下に引き出さないのと同じである。それぞれが、明るさになれば、自ら目を開けるようになるのを待つ忍耐の必要性を言っている。

さらに、エンカウンター・グループに参加する人はある程度の自我(エゴ)の強さがなければならない。神経症傾向の強い人は不適格である。自我の強さとは、①フラストレーションに耐える力と、②柔軟性である。これは、仮にレディネス以上の刺激を与えられ一時的に混乱しても、あるいは「時間切れ」で混乱のまま散会したとしても、自力でバランスを回復できるからである(國分2002: 63-68)というように、介護福祉の実践においても、援助者にそれほど強いレディネスがなければならないのかというと、そういうわけではない。

なぜなら、ケアカウンセリングを実践するうえで心理的療法を伴うことはないのであり、その意味で積極的な心的ダメージを利用者に与えたり、援助者自身がダメージを与えられたりすることはない。不適切なケアサービスが提供されることで与えられる利用者の心理的な苦痛を軽減することを目指すのである。いま、利用者に心理的な苦痛を与えたのは介護の援助者であり、同僚の与えた苦痛を取り除くのも介護の援助者だというと、介護援助者が自らに壊し自らに建設するという、一見非合理的なことをしているよ

うに思えるかもしれないがそうではない。介護福祉士の力量の差異によって生じたサービス内容を比較検討し、より良い内容へと高めていく過程の在り様を論じているのである。介護現場においては他者の負の部分を受け止めるのが業であるから、援助者にとって多大なストレスとならないような環境面・心身面の条件整備を整えることが大切になる。そのために求められる技術が、ケアカウンセリングである。

以上のことより、介護現場におけるケアカウンセリングの必要性については検証された。次項では、ケアカウンセリングを身につける方策について教育的視点から検証する。

5. ケアカウンセリングマインドを身につける 方策としての介護教育のあり方(検証2)

実践学は体験学である。頭で理解していてもだめである。剣道や柔道を思い浮かべると良く理解できるであろう。頭では技のかけ方や打ち込みの方法を知っている。しかし、それだけで勝負に勝つことはできない。要因としては、①頭での技に体が行動としてついていけないためであり、②相手のある勝負である、という2つのことが解決されていなければならぬ。何度も何度も修練あるのみ。

これは、介護福祉における実践にも共通する内容である。前項の事例でも論じてきたように、先ず、自分の価値観と異なる価値観を前にしたとき、人はとまどいを感じる。そして、業務を実践する上で、介護福祉士に求められる援助内容はニーズへの対応だと頭では理解していても、業務の煩雑さの前に家事にあたる部分を優先してしまうことになる。その結果、してあげるサービスになる。

業務のなかで心身を鍛錬し技術を身につけることが介護福祉士には求められている。この鍛錬のあり方がケアカウンセリングである。

(1)ケアカウンセリングを身につける鍛錬の方法(検証2-1)

利用者の言動を前にしたとき、自分の価値観で判断しようとするのではなく、「なぜこの人はこのような言動を取るのだろうか」と考えること。そのためには利用者の生活史を知らなければならない。しかし、現場においては適切なアセスメントをする前に、現実的な即応が求められることが多々ある。目の前にサービスを必要とし、困っている人が現に居るのだから。このとき求められる内容が上述してきた10の技法の実践である。

ただし、鍛錬は道場のような安全性を配慮した中で行わ

れるのではない。介護現場という煩雑な業務の中で、いわゆる実践のなかで行われているのである。それゆえ、カウンセリングマインドを純粋にそのまま運用することはできない。アレンジせざるを得ないのである。職員の勤務体制はどうか、利用者全体の心身の状況はどうか等々考慮しながら、利用者に向き合うのである。この援助者の時々刻々と変化させざるを得ないマインドすなわち発想をケアカウンセリングマインドという。午前中には適切だった援助方法が、午後には不適切な援助内容となるのが介護現場である。そこでは、当然対応するマインドが変化することになる。この変化の論理がケアカウンセリングという言葉に秘められているのである。これは、「昨今の社会学・心理学・経済学など社会科学全般にわたる過度の数量的方法論の優勢は、人間的対象に対するアプローチにおいて、限りなく自然科学的といわざるをえない」、「しかし、私には人間の個別性や特殊性を捨象したあとに残った一般性のなかに、看護の本当の意味での科学性や本質があるとはどうしても考えられない」と池川(2008:23-24)がいうように、不自由な生活への援助・生活の自立を専門性発露の目的におく介護福祉にとって、マインドとしては正であるカウンセリングのマインドを、要援助者にとって善なるものとなるために変化させるのである。正しいことイコール善ではない、この不条理にも思える介護現場における、マインドの実践上の変化に対してケアカウンセリングという。煩雑な業務実践のなかでは、残念ながらケアカウンセリングマインドを用いようとしなければ、「感情労働」(武井2008:29-60)という業務のなかでバーンアウトしてしまうことになる。バーンアウトを防ぐために必要な専門性がケアカウンセリング技術である。

では、学校教育においてケアカウンセリングマインドはどのように教育されるべきか。学校教育においてなされる知識としてのマインドは純粋に学問としてのカウンセリングマインドであり、スーパービジョンであり、ソーシャルワーク的内容となるのは当然であり、「人間と社会」1)の領域のなかで教育されるべきである。ケアカウンセリングも、学問としてのこれらの基礎がなければ成立しえないことは当然である。ただし、介護現場という実践の場に行く学生に対しては、理想と現実の狭間における対応の仕方も伝える必要がある。つまり、純粋に学問的なマインドが何時も・あらゆる状況のなかで通用するのではないということ。これが、介護福祉援助技術におけるケアカウンセリング的対応であり、「介護」1)の領域のなかで教育され

る内容となるべきものである。カウンセリングマインドを学べばそれで事足りると思われるかもしれないが、「感情労働」のなかでバーンアウトしないためには、1人のワーカーが多数の利用者もしくは1人の利用者の多数のニーズへ対応せざるを得ないという介護福祉現場の構造的課題への対応を抜きにしては考えられないものである。しかし、このことの重要性について、これまで語られてきたことはなかった。さらにいえば、この構造的課題ゆえにケアワーカー間の異なる価値観を統一して実践することの困難性が生じるということである。

ケアカウンセリングとは自己催眠に似ている。つまり、催眠技術(カウンセリングマインド)を身につけた援助者が、利用者という他者ではなく、援助者である自己に催眠をかけるための技法である。催眠技術の基本を学ばなければ当然自己に催眠をかけることは出来ない。したがって、介護福祉士が学ぶ技術は(7)催眠をかける技術(カウンセリングマインド)であり、他者を変容させるための技術ではない。しかし、(4)自己を変容させるための自己催眠(ケアカウンセリングマインド)を可能にする程度の技術でなければならないということである。この両者の学びが、前者は上述した「人間と社会」の領域の学びであり、後者は「介護」の領域のなかでの学びになる。しかし、残念ながら、これらの両者がともに、現在の介護教育のなかで十分に体系づけられているとはいえない。

(2)ケアカウンセリングを身につけるための介護教育のあり方(検証2-2)

一般的な価値観からしたらマイナスに思える内容に対してもサービスを提供できる哲学を身につけなければならない。百害あって一利なしのタバコを人は吸う。「分かっちゃいるけど止められない」のが凡人の常であり、自分で対応出来るうちは自分の選択・決定に任されているところに人としての尊厳がある。

専門的技術の提供とは、「人は他者に影響を及ぼさない限り合法的な権利として不健康なままにいる権利(受容性の権利)もまた有しているから、強制することは法律によって禁じられているのである」(ドゥニー1987:288)というように、援助者から見たら心理的にも道義的にも認めることが出来ないような状況・行為に関しても、利用者が望むのであれば、望むだけのサービスを提供できるだけの強い意識性を持つことができるかどうか問われているのである。

いま、ある人が脳血管疾患により身体に障害を残し、自

由にタバコを吸うことができなくなり喫煙の援助を頼んだとき、介護福祉士はどのように対応するのか。糖尿病の合併症により視力を無くした高齢者から飲酒の依頼があったとき、介護福祉士はどのように対応するのか。また、両者に対して家族から、本人の申し出があっても絶対に聞き入れられないようにとの訴えがあったとき、どのような援助をするのか。このような事例は、介護現場では枚挙に遑がない。このような内容へ迅速適切に対応するよう鍛錬することをケアカウンセリングという。

学校教育におけるカウンセリングマインドの教育について、児玉(2007: 65-72)は「介護福祉士養成教育におけるグループワーク体験による学生の変化に関する研究」で「自己理解」「他者理解」「人とのつながり」については有意な増大が認められたが、「自然な自己表現」「出会い欲求」「自己拘束」については、有意な変化が認められなかったと述べているが、これらの内容が身につくような教育が今後もなされるべきものである。

しかし、自己の価値観からしたらマイナスと思える内容に対して向き合うことは、児玉の研究にみるように、今日の学生が身につけるには、「介護」の領域のなかでこそ可能になる。ガンの告知に対する方法とまでは言わないが、真実の実践イコール適切なケアであるかという点、必ずしもそうでないことを今日の学生に伝えるには、介護福祉の実践の中で伝えることがベターであり、ベストである。

これは、筆者の講義の次の一こまよりも明らかである。「普段からおどけている男子生徒の授業中の私語に対して『おい、こら。うるさいぞ』と注意をし、普段はおとなしい女子生徒のたまたまの授業中の私語に対しては近くに行き、『静かにね』と注意した。この先生の行為はえこひいきか平等か。これまでの君たちの価値観から判断して答えなさい」の質問に対して、ほとんどの学生がえこひいきだと応える。しかし、「私はこれで平等だと考える」と、ストレスとストレスとの関係で具体的に説明するが、なかなか理解してもらうことは困難である。このことが理解できなければ、これまでの事例への対応で介護福祉士としての意思の一致を見ることはできない。

6. 結論

介護福祉現場は多忙である。生活支援というとき、支援する内容は多岐に渡る。この多岐・多忙さゆえに、たとえ適切なカウンセリングマインドを身につけた援助者であっても、介護サービスを実践しようとするとき援助者の業務

論理を前面に打ち出すことになる。この介護福祉を取り巻く構造的な問題が、福祉における「してあげる」感覚を払拭できない主要因となっているのは論述してきた通りである。

利用者主体のサービスを提供しようとして、介護現場ではやむなく処遇順位なるものを考慮して対応しているのであるが、この順位をつけるとき、職員それぞれの価値観により、順位に差がつく。この差が場合によっては職員間の軋轢にもつながり、ときにはバーンアウトへ向かわせることにもなりかねない。この処遇順位のつけ方等への対応がケアカウンセリングと名付けた内容であり、カウンセリングやソーシャルワークとは異なる内容となっていることも見てきた。

最低人数の職員数確保という制度基盤のなかで、わが国の介護福祉実践において、このことは常に出現する内容である。このような混沌のなかで威力を発揮する技術がケアカウンセリングである。

ケアカウンセリングの有効性については検証1で事例の逐語録的言動を元に論じてきたように、介護状況を適切に判断する中でよりよいサービスを提供することのできる能力が求められることが明確になった。

さらに検証2において、純粹にカウンセリングマインドを学ぶべき領域と、ケアに特化したカウンセリングマインドの実践を学ぶべき領域の必要性についても明らかにした。

以上のことより、カウンセリングのマインドをケアワークに用いたケアカウンセリングマインドを、敢えてケアカウンセリングと名づけた理由が明確になるとともに、ケアカウンセリングが介護現場および介護教育に必要なということが検証された。

注

- (1)(省令) 社会福祉士介護福祉士学校指定規則 別表第4(第5条第一第7条関係)で、1800時間の教育内容を次のように領域わけしている。「人間と社会」では「人間の尊厳と自立」「人間関係とコミュニケーション」「社会の理解」「人間と社会に関する選択科目」などで240時間教育する。「介護」では「介護の基本」「コミュニケーション技術」「生活支援技術」「介護過程」「介護総合演習」「介護実習」などで1260時間。「こころとからだのしくみ」では「発達と老化の理解」「認知症の理解」「障害の理解」「こころとからだのしくみ」などで300時間である。

文献

- 池川清子(2008).『看護一生涯られる世界の実践知』東京：ゆみる出版.
- 梅香彰(2001).『生きるのが楽になる哲学の本』東京：光文社.
- 越智浩二郎(1998).『心理学辞典』東京：平凡社.
- 釜谷明生(2007).『ケアの倫理』研究の原状と課題『介護福祉学』, 14 : 81-82.
- 國分康孝(2003).『カウンセリングの理論』東京：誠信書房.
- 國分康孝(2002).『エンカウンター』東京：誠信書房.
- 児玉龍治(2007).「介護福祉士養成教育におけるグループワーク体験による学生の変化に関する研究」『介護福祉教育』, 23, 65-72.
- 塩谷久子・横山正博・中村敦子ほか(2009).「関連科学との関連性の分析に基づく介護福祉学構築に関する研究」『介護福祉学』, 16(2), 178-181.
- 杉谷一言(2003).『介護の本音ジャーナル』(対談「カウンセリングマインドの十か条」)東京：インデックス出版.
- 武井麻子(2008).『感情と看護』東京：医学書院.
- 田中安平(2005).『介護の本質』東京：インデックス出版.
- 田中安平(2006).「介護現場からの介護福祉思想」介護福祉思想研究会(編)『介護福祉思想の探求』, 86. 京都：ミネルヴァ書房.
- 田中安平(2006).「尊厳を支えるケア」『介護職員基礎研修テキスト』編集委員会(編)『生活支援の理念と介護における尊厳の理解』, pp. 65-67. 全国社会福祉協議会.
- 田中安平(2011).「介護福祉のコアである専門性の確立に関する研究—コアである専門性を明確にするために必要な介護福祉援助技術の体系化—」『九州社会福祉学』, 7 : 41-52.
- ドウニー, R. S. (雀部猛利訳)(1987).『介護と治療』大阪：関西大学出版部.
- 根本橋夫(2001).『人と接するのがつらい—人間関係の自我心理学—』東京：文藝春秋.
- メイヤロフ, M. (田村 真, 向野宣之監訳)(2006).『ケアの本質』東京：ゆみる出版.
- 森村修(2003).『ケアの倫理』東京：大修館書店.

(たなか やすひら：鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科
教授)