

博士学位論文

介護福祉のコアである専門性と
ケアカウンセリングの有効性に関する研究

A Study on the Specialty that is the Core of Care
Welfare and the validity of Care Counseling

鹿児島国際大学大学院
福祉社会学研究科社会福祉学専攻

田中安平

2015年3月

目 次

凡例 (iii)

図表一覧 (iv)

はじめに	1
序論 研究の目的・方法・構成	7
1 研究の意義・目的	7
2 研究の内容と方法	10
3 本論文の構成	12
第1章 介護福祉士に求められる専門性	14
第1節 介護福祉の専門性としての「介護福祉援助技術」	14
第2節 介護福祉援助技術における直接援助技術	16
1 直接援助技術としての介護福祉技術	18
2 直接援助技術としての介護過程	19
3 直接援助技術としてのケアカウンセリング	23
(1) ケアカウンセリングとカウンセリングの差異	23
(2) ケアカウンセリングとソーシャルケースワークとの差異	25
第2章 定義に見る介護福祉の専門性	28
第1節 メイヤロフの『On Caring』にみるケアの専門性	28
1 メイヤロフのケアにおける概念整理	28
2 メイヤロフのケアと日本語表記による分類	29
第2節 様々な定義に見るケアと介護・介護福祉	32
1 ケアの定義	32
2 介護の定義	34
3 介護福祉の定義	34
4 介護・介護福祉の定義から見てきたこと	35
第3章 介護福祉士と養成課程	38
第1節 テキストからみる養成教育における専門性	38
第2節 介護福祉士の専門性と専門介護福祉士に見る専門性	41
第3節 直接援助技術修得に必要な科目群と科目群を配置するために必要な時間数	44
第4節 専門性を保持した介護福祉士に求められる素養	46

第4章 介護福祉実践とケアカウンセリング	48
第1節 ケアカウンセリングの理論	48
1 ケアカウンセリングとは	49
2 ケアカウンセリングの必要性	53
3 ケアカウンセリングが求められる介護福祉現場	54
第2節 ケアカウンセリングに必須のカウンセリングマインド十の技法	56
第5章 事例を通じたケアカウンセリングの展開	60
第1節 ケアワーカーのルーティンワークにない利用者からの申し出に対する対応 (事例1)	63
第2節 認知症高齢者の特異な行為の了解と接し方(事例2)	67
第3節 家事と対人援助業務に関わる差異を認識した援助活動(事例3)	71
第4節 食事介助の場における不適切な介助が起きる要因(事例4)	73
第5節 「死にたい」という言葉に秘められた意味の理解(事例5)	75
第6節 夜間せん妄的な不穏行動への適切な対応(事例6)	77
第7節 身体に悪いと分かっている利用者の希望への対応	79
第8節 利用者の意思とは異なる、家族からの申し出に対する援助内容への応答 (事例8)	82
第9節 日常的な帰宅願望の訴えのある認知症高齢者への対応(事例9)	85
第10節 施設利用者が掲示板の職員の勤務表を確認に来る意味(事例10)	88
第11節 先天性の聴覚障害で、視力を失った高齢者への対応(事例11)	91
第12節 介護福祉の援助全般における対応	94
第6章 補論：特別養護老人ホームの施設運営の推移—措置から契約へ	100
特別養護老人ホームのあるべき姿—ケアワーカーの体験から提言する—	100
1 リハビリテーション	102
1-2 地域リハビリテーション	104
2 生理的処遇と精神的処遇	108
3 望ましい処遇確立のための職員定数と基本的処遇内容	112
おわりに	120
謝辞	125
引用文献	126
参考文献	132

凡例

本論文における資料の引用は以下によるものとし、脚注を同頁下に、主要引用・参考文献を巻末に示した。

1. 本論文においては、和書・洋書を問わず、本文の中で（編著者名、出版年、頁）の順で示した。
2. 雑誌掲載論文に関しても、和書・洋書を問わず、本文の中で（編著者名、出版年、頁）の順で示した。
3. 引用文中の省略は・・・で示した。

図表一覧

はじめに

図 1 介護の学術的位置づけ	1
図 2 利用者への多職種連携	4
図 3 利用者の主体性に対する専門職等のベクトル	4

序論

図 4 カウンセリング・ソーシャルワーク・ケアカウンセリングにおける カウンセリングマインドの方向性の差異	11
--	----

第 1 章

図 5 介護福祉の専門性	15
図 6 介護福祉援助技術の体系図	16
図 7 介護福祉士の関わる利用者の問題点と生活との関係	25
図 7-2 カウンセラーの関わるクライアントの問題点と生活との関係	25
図 7-3 ソーシャルワーカーの関わるクライアントの問題点と生活との関係	26

第 2 章

図 8 メイヤロフのケアと日本語表記による分類（介護・介護福祉）	30
図 9 ケアと介護・介護福祉	32
図 10 専門家による看護と素人看護	36
図 10-2 専門家による大工と素人大工	36
図 11 専門家による介護福祉と素人介護	37
図 12 専門家による介護と素人介護	37

第 3 章

図 13 新たな国家資格のありように対する養成目標	41
表 1 専門介護福祉士養成カリキュラム	42
図 14 認定専門介護福祉士のイメージ	43
表 2 直接援助技術修得に必要な科目群	45
表 3 介護福祉コース専攻生の卒業時進路状況	45
表 4 大学における介護福祉士養成に必要な科目群	47

第 4 章

表 5 カウンセラー・ソーシャルワーカー・ケアワーカーの対象者と 援助内容・方法の差異	52
--	----

第5章

表 6 事例の枠組みと分析の視点	62
図 15 行動認識と許容量	92

第6章

図 16 保健福祉支援システム構造図	107
図 16-2 ミクロシステムの構造	107
図 17 地域ケアを推進する施設の役割	114
表 7 基準日課表試案	116
図 18 特養における職種体系	119

おわりに

図 19 介護福祉援助技術の俯瞰図	122
表 8 事例にみるケアカウンセリングの有効性に関する評価の視点	124

はじめに

1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立し、社会福祉士・介護福祉士という国家資格をもつ専門職が誕生するまで、我が国の特別養護老人ホーム等の高齢者福祉はもとより、障害者福祉等においても、生活支援を中心とする援助は無資格者によって提供されていた。

1983年2月から施行された老人保健法により、病院から多くの痴呆性老人（今日の認知症高齢者）が退院したものの帰るところがなく、いきおい特別養護老人ホームに入所するという状況下、寮母と呼ばれていた介護福祉職員の質の向上が叫ばれるようになった。それが福祉寮母という研修システム形成の動きの中で、介護福祉士という国家資格誕生につながったのである。

介護福祉士養成課程においては、当初5年間は介護福祉に直接携わったことのない看護系の教員を中心とした養成教育体制の中、社会福祉系の教員が加わった教育課程の中で介護福祉士に求められる専門性が教育されてきた¹。一方、介護福祉現場の職員においては実務経験3年が介護福祉士国家試験受験の要件とされ、合格することで体系的な学習をすることなく介護福祉士国家資格が与えられてきた。この間、介護福祉士のコアである専門性については必ずしも論じられることはなかった。それが、国家資格誕生後25年余が過ぎた今日においても続いているのである。介護福祉士のコアである専門性とはどのような

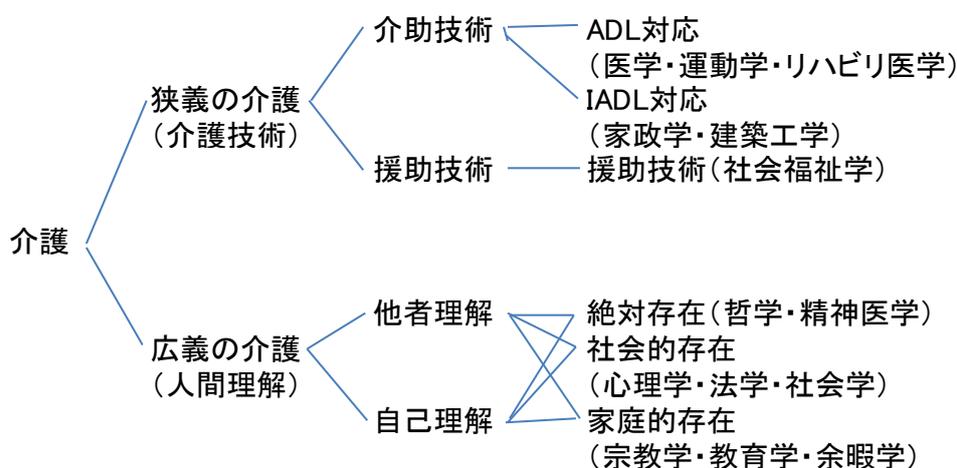


図1 介護の学術的位置づけ

¹ 介護福祉士養成校の介護系の教員の資格要件として、介護福祉士としての実務5年が必須要件とされている。

ものであるかという点、介護福祉士がサービスを実践するとき依って立つ倫理・哲学ともいうべき内容の中核に含むもので、介護福祉士の使命をいう。

図1に見るように、介護福祉の専門家を養成するためには学術的位置づけが大事であるが、これがコアの専門性だというわけではない。専門性を構築するためにこれらの学問が必要だということであり、これらが専門性のコアだというわけではないのである。これらの学問を総合的に練り合わせた中にコアの専門性は浮かび上がるのである。弁護士が基本的人権の擁護と社会正義の実現を使命として専門性を発揮するように、コアの専門性（使命）は、介護福祉士が専門性を持って真の利用者主体を実践するためになくてはならない土台である。

介護福祉士が適切に専門性を発揮できるように、コアである専門性（介護福祉士の使命）について具体的に論じるべき時に来ている。「日常用語として使われる介護と、専門用語としての介護とは何が共通で、何が違うのだろうか」と峯尾（2012：101）がいうように、専門家である介護福祉士の実践するケアは「介護」であるのか「介護福祉」であるのか用語を明確に統一すべき状況にある。これが本研究テーマを設定した理由の一つである。

さらにこのような中、介護福祉職員の離職の問題が浮上してきた。それ以上に介護福祉職への希望者が激減し、介護福祉現場の人材不足が顕在化するなど、大きな社会問題化してきている。看護職をはじめ対人援助職における離職は、多くの場合がバーンアウトによるものであるが、介護福祉職においてはバーンアウトする前に離職している現実がある。介護福祉援助者は利用者に対して1対1で向き合うことは少なく、複数の介護福祉職員で関わることを常とする。さらに、介護福祉職員対他の職員（専門職）との関わりも求められることになる。いわゆるチームケアが求められることになる。この中での離職であるが、その要因がどこにあるのか要因を分析し、解決策を提示することが二つ目の理由である。

研究の方法としては、多くの先行研究のレビューを試みた。それらを組み合わせることで、介護福祉士に求められるコアである専門性（使命）を抽出し、介護福祉直接援助技術として論じた。このことで、自らの実践すべき援助内容がぶれることなく、個別的な利用者の申し出に副うことが出来るようになるからである。

チームケアに関しては、介護福祉職員の価値観の差異による処遇順位の立て方の違いによる摩擦や、ベクトルの異なる専門職同士の意見の差異などについて分析することにした。燃え尽きる前に嫌気がして職を辞すという現象が介護福祉現場において多くみられるからである。

介護福祉サービスを必要とする人々は個性を持った存在である。この個別化への対応ゆえに、少ない介護福祉職員で介護福祉を実践しようとして、効率を優先させてしまう。これが我が国の介護福祉現場の現実である。必要は発明の母というように、効率化が必ずしも悪いというわけではない。効率化を優先しようとするとき問題になるのが、介護福祉職員間の価値観の相違である。サービスの受け手である利用者の多様な価値観。その多様な価値観に寄り添う介護福祉職員の価値観の多様さ。さらにいえば専門性ゆえに価値観の異なる他職種との共同作業。いわゆる他職種とのチームプレーであるが、これらすべての職員の一さらに言えば経営者を含めての一価値観の相違ゆえに、介護福祉現場で統一した介護福祉を実践することが困難になる。これは介護福祉を实践する上で常に出現する課題であり、構造的問題である。

同じチームプレーとはいっても、施設における他職種協働と、在宅における多職種協働では連携の仕方に差異が生じる。前者では、24時間何らかの専門職が利用者の生活・安全性等に対して配慮する中でチームプレーが実践されている。後者においては、利用者の生活・安全性等に対する多くの配慮は単独・もしくは家族等によってなされる中で多職種によるチームケアが実践されることになる。

多職種チームプレーの典型例としては、図2に見るような形で実践されているとみるのが一般的であろう（図上に記載していないが、このほかに保健師・ケアマネジャー・栄養士・薬剤師・歯科医等々多数の専門職者と家族がいる）。しかし利用者の主体性との関わりを考えると、図3に見るように、それぞれの専門職の専門性のベクトルが相違した中で、利用者への支援が実践されなければならないという現実があるのである。

つまり多職種連携で重要なのは、「それぞれの専門職者が、それぞれの専門的ベクトルを主張するのみではなく、利用者の主体的な生活の自立に向けてどのように自分の専門性をアレンジして関わるか」ということである。多職種がチームでケアする在宅での介護福祉現場の場合、職種間の関係性は、利用者の心身の状況によって、その時々に応じた専門家が求められる。つまり、急性期（医師・PT等）・回復期（PT・看護師等）・維持期（看護師・介護福祉士等）・平時（介護福祉士・社会福祉士等）等において利用者の様々な状況に対応して、ケアマネジャー等、コーディネーターとなる専門職を中心にしたチームケアが推進されることになる。その際に、固定的な関係性ではチームケアはうまく機能しない。利用者主体という意味を意識した各専門職の関わりが必要であり、多職種協働が成り立つカギはここにあるのである。このような多職種協働は、地域包括ケア等在宅ケアを中心に

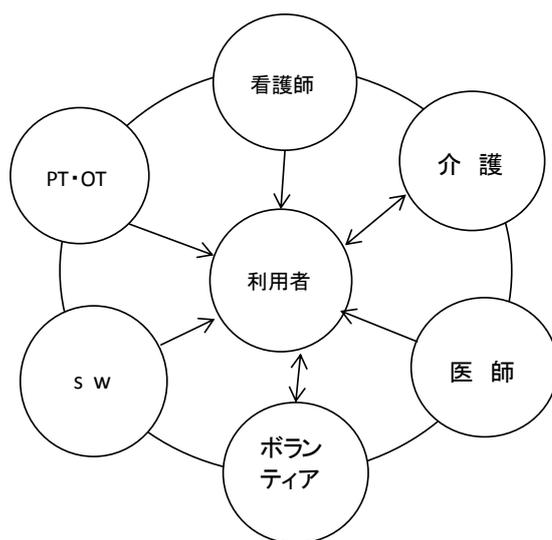


図2 利用者への多職種連携

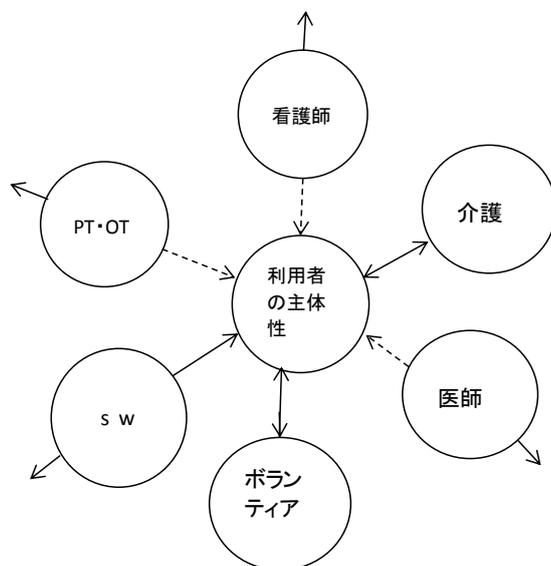


図3 利用者の主体性に対する専門職等のベクトル

した状況下で効果を発揮し、成果を上げることが出来る。施設における連携とは少し趣を異にする。施設においては、24時間介護福祉職によるケアの中で、利用者の心身の状況によって他職種との連携を模索することになる。体調不良の場合は看護師に相談・指示を仰ぎ、食思不振などの時は栄養士や看護師に相談・指示を受けることになる。この時に他職種との軋轢が生じることは少ない。介護職の多くはむしろ感謝の念さえ感じている。不満等が生じるのは、平時における日常生活への関わり方に対する価値観の差異においてである。この点に関して筆者は、「場の違いによる介護」・「発達段階における介護」で論じてい

るが、ここでは要点を指摘するにとどめておく（田中 2005：122-147）。

本論文において着目したいのは、他職種連携よりもむしろ、介護職員同士の連携である。施設でのケアの多くを占める介護福祉職が利用者の主体的な生活の自立に向けてどのように関わっているかについて、事例を挙げながら検証する。24時間途切れることなく利用者に接しているのは介護福祉職である。介護福祉職の離職につながる事案が発生するのは、他職種との関係性というより同職種間の価値観の差異によるストレスが大きい。介護福祉職の使命を明確にしたうえで、同職種間の価値観の差異を少なくしストレスを減少させる技法の開発、これが本論文の中心的テーマでもある。そして、その技法がケアカウンセリングだということを論述する。

介護福祉職員間では、常に優先順位を考慮したうえで専門サービスを提供しなければならない。我が国の施設においては、絶対数の少ない介護福祉職員によってケアが提供されているからである。平時のケアにおける優先順位に、それほどストレスを引き起こす問題が隠されているとは考えられないと思われるかもしれないが、そうではない。食事介助時、全介助者が3人、一部介助者（腕を支える等したら、自力で摂食可能）が1人のとき、いつもは3人いる職員が何らかの事情で2人になった。介助の順位・介助内容はどうすればよいのか。それには様々な可能性が考えられる。①時間を早めて1人もしくは2人を介助する方法。②一人で2人を介助する方法。③いつもより心持早めの摂食介助をする方法。④利用者に待ってもらう方法。⑤状況を把握することなく、いつもと同じように介助する方法等々。さらにこの時、歩けない認知症の人が車いすから立ち上がろうとするとき、もしくは歩ける認知症の人が部屋を出ていこうとするとき、2人の介護福祉職員はどのような対応・ケアをすればよいのであろうか。

利用者を取り巻く生活環境は常に変化する。出勤する職員の数も日によって変わり、一定ではない。その日のうちでも、午前と午後で変わりうる。職員の体調等も常に一定というわけでもない。サービスの受け手である利用者の心身状態も常に変化している。また、天候等の自然状況や生活環境は常に変化している。そのような中、午前中には素晴らしい適切なケアであったものが、突発的な職員の不在により、午後には不適切なケアになることさえある。これが生活支援の難しさ・複雑さである。

介護福祉士は、そのような生活環境の中で利用者自身の望む生活の自立を目指して介護福祉サービスを提供するのである。専門性を保持し、介護福祉の使命を理解した専門家が経験を積んで初めて適切な介護福祉サービスは実践可能になる。ただ単に専門性を発揮す

ればよいというわけではないのである。適切な処遇順位をつける技能が求められている。この技能がコアである専門性にあり、ケアカウンセリング技術を身につけることでプロの介護福祉士として成長していくことにつながるのである。ここに、コアである専門性とケアカウンセリングの有効性について研究する本論文の意義がある。

序 論 研究の目的・方法・構成

1 研究の意義・目的

本研究の意義は、介護福祉を学問たらしめる土台を確立し、介護福祉学を構築することにある。そのために、介護福祉の専門家が利用者に向き合う、①福祉ニーズ（デマンドでもなく、デザイアでもない）を明確にすることである。業務を独占しているわけではないが、介護福祉士が業として関わる領域は社会化されたケアの範囲内であることを認識することである。介護保険という、社会保険の一つとしてのケアのみならず、社会福祉という社会保障の枠組みの中で位置づけられている障害者や高齢者等に対するケアは、「ケアの社会化」の一つの方策としての「ケアの有償化」が前提にあるのは確かである。なぜなら、「家族の無償のケア負担を前提とした現在の状況では、しばしばケア提供者に過重な負担が課され、ケアを提供される側にとっても必要なニーズが満たされないからである。」（堀田 2007：1）

このような、社会化されたニーズの対応ゆえに、②介護福祉職員の提供するサービスには、「してあげる」感が必然的に出現する構造的問題を含んでいることに気付く必要がある。「ケアにおけるパターンリズム」（野中 2014：16）は、援助者が認識できれば解決できるというほど単純なものではない。システムの問題であるのだ。さらに、介護福祉士という国家資格保有者は介護福祉の専門家であるのか、介護の専門家であるのか、定義を明確にする必要がある。なぜなら、介護福祉学は専門家としての介護福祉士を養成するために必要な学問だということが自明になっているからである。ところが、ケアを日本語表記するとき、そのことを忘れてしまいがちである。

医学という言葉聞いて、家庭の医学・民間療法を思い浮かべる人はいないと思われる。医学は専門性が確立されており、長い歴史がある。それに対し、ケアという言葉日本語で表記するとき、専門性と関連の無い内容まで含めているところに混沌の要因がある。その意味からも、③介護福祉の定義（介護福祉と介護の差異もしくは同義であることの明確化）について、改めて論じるべきであり、論じなければならない。そうでなければ、介護福祉士に求められる④コアである専門性の確立（介護福祉直接援助技術の確立）は望むべくもないのである。

以上の点を明確にすることが介護福祉学の確立につながるのだが、さらに詳細に論じると次のようになる。

まず、個別化への対応という点に着目してみる。少ない介護福祉職員でケアを実践しよ

うとして効率化を優先させるとき問題になるのが、介護福祉職員の価値観の差異である。ケアを実践する際になぜ効率化が重要であるかという点、介護福祉現場は平時の中の戦場とでもいうべき状況と同じであり、常に優先順位が求められる職場だからである。どれほど優れた「介護福祉観」を持っている職員であっても、優先順位を間違えると、その接遇そのものが悪い接遇になり、同職種間の職員との軋轢にもなり得ることが、戦場に似た介護福祉現場ではあり得る。これは、囲碁における手順の重要さに酷似している。

囲碁において手順を間違えると、生きていた石が死に、死んでいた石が生きるなどして、勝敗に影響を与える。同様に、優先順位のつけ方は利用者の自立生活の善し悪しに影響を与えかねないほど重要な要因となるのであるが、これは介護福祉職員の価値観によって大いに影響を受けることになる。

理念的には素晴らしい上位の介護福祉観があるにしても、状況によっては下位の概念を提供しなければならない現実が介護福祉現場にはある。上位の介護福祉観に基づくケアを提供しさえすればよいというものでは決してない。ここでいう上位の概念とは、利用者1人に対して1人の職員が対応できるような状況下で実践される理想的援助内容をいい、下位の概念とは職員が1人で数人の利用者に対応しなければならない現実的援助内容をいう。

介護福祉学は生活を支援する実践学である。生活は理想通りいかないものであり、現実的である。時には援助者の価値観からしたら看過できない内容のサービスを提供せざるを得ない場合も出てくる。それでも利用者の価値観に寄り添おうとして援助するのが、臨床のプロとしての介護福祉士に求められている専門性である。理想は理想として、現実にサービスを展開するときは現実的対応とならざるを得ない。世界一の高齢社会の中で、適切な社会福祉の実践を世界に発信する、発信できる介護福祉学の構築こそ重要である。絵に描いた餅で満足できない事実について論じる中で、実際の援助活動にフィードバックできる内容となっているところに本研究の意義がある。

適切な「介護福祉観」を持った介護福祉士が、適切な優先順位をつけることができるために求められる技能（あえて下位の介護福祉観に副ってサービスを提供して良しとしなければならない現実を認識し、それに対応できる能力）を、系統的に構築する。これが介護福祉学である。先行学問の社会福祉学において、社会福祉援助技術の中の直接援助技術が体系的にも出来上がっているように、介護福祉援助技術の中の直接援助技術について、系統的に構築していこうとするのが本研究の目的であり、意義である。

介護福祉士に求められるコアである専門性という観点では、『介護福祉教育』の学会誌に

投稿された論文をみても、嶋田（2007）は「介護福祉士が問題を解決していく過程」として介護過程の重要性を、片山（2009）は社会福祉援助技術演習に利用者の生活全体を支える技術を教授すべきことを述べている。また住井（2006：27）は『介護福祉学』の論文で「介護目標に接近していく、その生活援助の特殊性に介護の専門性」が存在し、「自己実現されるその介護過程に、介護の専門性が求められている」と述べている。これらにおいても「介護福祉援助技術」が体系的に論じられているわけではない。このように、介護福祉士のコアである専門性（使命）について十分に体系的に具体的に論じている論文が見出されない中、「専門介護福祉士」なる資格の養成教育について論議がなされようとしている。屋上屋を重ねる愚を冒さないためにも、本研究は介護福祉士のコアである専門性について「介護福祉援助技術」を体系的に論じることを目的の一端とする。介護福祉に高度な専門性が要求される要因は次の点からも明らかである。

中福祉中負担を標榜しながら財政赤字が1,000兆円超もあるわが国において、介護福祉職員が最低人数の枠を超えることは考えにくい。この意味することは、介護福祉現場は常に職員体制的に異常事態に置かれたままにあるということである。そのような介護福祉現場の劣悪な接遇環境と、職員間の多様な価値観の差異が生み出す意思統一の困難さを解決するための手法として、本研究ではケアカウンセリングの技法について論じる。ケアカウンセリングの技法に関して実践事例をもとに分析するが、その理由は職員間の多様な価値観の差異・生み出す意思統一の困難性が、介護福祉実践の中で生じることを認識しているからである。多様な利用者の価値観に、統一した方法で介護福祉サービスを提供できるためには、介護福祉職員それぞれの価値観を統一する必要がある。介護福祉職員それぞれの価値観の統一に必要な技法がケアカウンセリングである。ケアカウンセリングなくして統一した介護福祉サービスが提供できないと筆者は考える。

筆者が実践事例を重視する理由は、池川（2008）が「方法論」の有効性について次のように論じている内容と重なる。「幸いなことに多くの看護の研究者は、同時に看護の実践家でもあるわけだから、実践においても学問においても、常に自分自身の方法論を意識することが可能である。われわれは日々の看護体験の中で常に看護とは何かを問い、看護体験を吟味していく過程において、看護そのものの構造を明らかにしていくことができる」（池川 2008：14-15）。介護福祉実践という森の中の生態は、介護福祉という森の中に入ったものでなければ正確に把握することはできないのである。

2 研究の内容と方法

介護福祉に専門性がないと言われ続けて久しいが、専門性がないといわれる原因はどこにあるのか。ひとつは、要介護高齢者の8割が在宅で介護福祉サービスを受けながら生活しており、多くの介護福祉（日常生活の補助）が素人（家族）によって行われているという事実にある。そこから、介護福祉に高度な専門性は必要ないという誤解が生じる²。誤解をなくすためには、だれ目から見ても明らかなコアである専門性の定義の確立が重要である。専門性が不明確な中で専門家を養成することは困難であるのみでなく、そのような中で教育を受けたものを専門家だと社会が認めることも難しく、その養成教育を受けようとする者も当然少なくなる。そこで、介護の専門性に関する先行研究を分析することとした。

①介護（ケア）の定義に関して一番ヶ瀬（1994）、中島（2000）、國定（2005）、西村（2006）らが様々に述べているがそれらの中で、専門性がどのように論じられているのか抽出した。

②ケアの倫理についての論文も、森村（2003）、御子柴（2006）、川本（2005）、瀧本（2006）等と多くの者がケアの哲学・倫理について論じているが、それらの中で介護福祉の専門性についてどのように論じられているのか、示唆が与えられているのか分析した。

③介護の専門性や養成教育に関する論文も、水上（2007）、本間・八巻・佐藤（2009）、鈴木（2011）、中嶋（2011）等によって著されているが、これら先行研究の中から、介護福祉のコアである専門性を抽出することを試みた。

④介護福祉士養成教育の中核的な科目である『介護概論』や『介護福祉』『介護福祉の基本Ⅰ』のテキストをつぶさに分析することで、介護福祉のコアである専門性を抽出することにした。なぜなら、養成しているのはあくまでも介護福祉現場で働く実務者としての介護福祉士であるはずだからである。ところが①～④をどのように分析しても専門性の一部・種類について論じられているだけで、具体的なコアである専門性の全体像・根幹に

2 田中ら（2012a）の行ったアンケート「介護職員の就労に関する調査」結果によると、介護職員には優しさが求められる。資格は必要ないという誤解。これらは、賃金との兼ね合い（有資格者に低賃金で就労してもらうことは出来ないのも、それならば優しい心の無資格者を低賃金で採用しようという思惑）から出されたものであり、専門性を保持した資格者が必要ないということとは発言の趣が異なるものである。しかし、措置時代に常勤8割であった介護職員が、今日では6割に過ぎない。さらにこの割合は、減る傾向にある。

ついて明示するまでにはいたっていなかった。そこで、本論文では介護福祉の専門家である介護福祉士に求められるコアである専門性を明らかにすることを試みた。具体的には次のア)～エ)の様な検討を行った。

ア)「介護福祉援助技術」の存在の必要性と、構造の図式化を行った。

今日、「専門介護福祉士」の養成教育について論議がなされようとしている。しかし、介護福祉士の専門性を明確にしないところで「専門介護福祉士」を養成しようとしても、専門性自体が不明確であるため、成果をあげることはできない。そのため、2年養成課程か4年養成課程か、専門性を教育する期間の妥当性を検討する必要がでてくる。この点については、筆者の勤務する大学での教育内容を分析しながら、次のイ)のような検討を行った。

イ)介護福祉の専門家を養成するには、4年間の養成期間が必要であることを論じた。

ケアカウンセリングを含む介護福祉の専門的技術・知識を習得するためには、4年間という教育期間が必要となる。介護福祉援助技術においてケアカウンセリングが直接援助技術に位置づけられていることは、ア)「介護福祉援助技術」の存在の必要性と構造の図式化で論じている。他方、社会福祉援助技術において、カウンセリング技法は関連援助技術に位置づけられている。両者の差異等を手がかりに、介護福祉におけるケアカウンセリングの重要性を明確化するため、図4に見るように、次のウ)のような検討を行った。

ウ) カウンセリングマインドのベクトルの方向性の違いに専門性の差異があることを論じた。

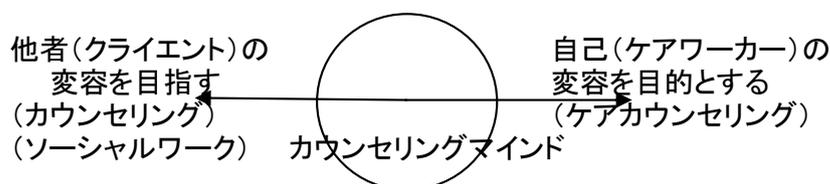


図4 カウンセリング・ソーシャルワーク・ケアカウンセリングにおける
カウンセリングマインドの方向性の差異

併せて、この差異がどこから生じるのか、またどのように生じるのかについて、筆者が20余年前に関わった（今日においても対応が求められる）事案を具体的に例示しながら、エ) カウンセリングマインドをケアワーカー自身に向けつつ展開される介護福祉の援助

により、真の意味での利用者主体が実践されることを、具体的事例に基づいて検討した。

カウンセリングマインドを利用者に対して用いるだけでは介護福祉の専門性は十分な形では成立しない。介護福祉はサービスの受け手である利用者が望むサービスを、利用者が望むように、利用者の望むところで、利用者が望むだけ提供するところに介護福祉を実践する使命がある。援助者の価値観で決定された尊厳・自立は真の意味での利用者主体にならない。それゆえ、カウンセリングマインドを向けるベクトルの方向性を明確にした上でなければ、介護福祉においてカウンセリングマインドは十分に活かされないことになる。このベクトルを利用者へ向けるだけではなく、援助者である自分自身へ向けることにより、カウンセリングマインドが十分に活かされる。

このことは、看護における介助技術と介護福祉における介助技術との次のような差異と、類似している。看護における介助技術では、他者である援助者による管理によって利用者の病が治癒という方向へ向かう。それに対し、介護福祉における介助技術では、自己、すなわち利用者自身による管理が可能になるよう生活の支援をするという方向へ向かう。

本論文の独自性は、以上のア)～エ)にある。

3 本論文の構成

本論文は、はじめに、序論・第6章の補論、おわりにを含め第1章から第5章を加えた9部構成となっている。はじめにで本研究を開始しようとした全体的な背景—介護福祉士を取り巻く専門性の未確立の状況と課題について論じるとともに、チームケアを実践するうえでの意思統一の困難さが構造上の問題であること等—を述べ、序論1において、本研究の意義・目的を論じ、2において研究の内容と方法を論じ、3において論文の構成を論じているが、本論文の構成を詳細に論じると次のようになる。

第1章第1・2節では、介護福祉士に求められる専門性について、コアである部分を明確化するために「介護福祉援助技術」について論じている。この点に関しては、すでに筆者が「介護福祉のコアである専門性の確立に関する研究」(田中 2011a)で論じてきたところである。ここで明確にしておかなければならないのは、介護福祉士に求められる専門性とコアである専門性の差異である。後述する「求められる介護福祉士像」の12の項目の中に専門性に関する議論はあるが、コアである専門性に関する十分な議論があるわけではない。そこでは介護福祉士の使命が明確に述べられているわけではないのである。プロの介護福祉士に求められる使命は、援助者である自分の価値観からするとマイナスと思える内容で

あっても、真に利用者が望むのであれば、対応することである。そのような、実践ができる元となる哲学・倫理に対してコアである専門性と呼ぶのである。「介護福祉士養成教育における介護福祉の専門性と専門教育のあり方に関する一考察」(田中 2012b)で概観してきたところを軸に、第2章では、ケアという用語に対する日本語表記として用いられている「介護」「介護福祉」について両者の定義を詳細に分析している。また、第3章では介護福祉士養成教育で用いられているテキストにおいて、専門性についてどのように記述されているかつぶさに分析することで、現状の教育体制のあり方や問題点等を論じている。あわせて、介護福祉士の養成には4年課程が必要だということを、養成教育2年課程に見る問題点を挙げながら論じている。この点に関しては、「介護福祉士養成教育の現状と課題」(田中 2007)、「介護福祉士養成教育における介護福祉の専門性と専門教育のあり方に関する一考察」(田中 2012b)がベースになっている。第4章では、いかに専門性を持った職員であろうと、多様な利用者の価値観に職員の意思を統一して関わるのが構造的に困難な理由と、それを解決するために必要な技法がケアカウンセリングであることを論じている。第5章では筆者の体験してきた実際の事例をもとにケアカウンセリングの効果的な活用方法について論じている。第4章の原型は、「解説ケアカウンセリング」(田中 2003a)に、第5章の原案は「介護現場及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」(田中 2011b)で論じてきたところである。

第6章では、補論として介護福祉士の職場の一つである特別養護老人ホームの施設運営の推移について、措置から契約へという制度変更の中で、筆者が当事者として介護福祉現場の中から提言(田中 1986)してきたことを論じている。20余年前の筆者の提言は今も妥当である。

おわりにでは、本論文が介護福祉援助技術の中の直接援助技術について論じることを主目的としており、介護福祉援助技術の全体像の中の間接援助技術や関連援助技術については概述しかできなかったこと。福祉サービスを提供する職場の有り様について、燃え尽きを感じる前に離職につながっているという現実や、疾病が治癒していない状況下で在宅生活が叫ばれている現状において、様々な角度から解決策を模索することの必要性について論じている。

第1章 介護福祉士に求められる専門性

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、排せつ、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年12月の法改正により下線部が「心身の状況に応じた介護」へと改められた³。この定義から見てきた専門性とは①専門的知識及び技術があり、日常生活を営むのに支障があるものに対して②その人の心身の状況に応じた介護が実践できることであり、③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ができること、ということができる。以下に、①～③に関して、具体的に論じる。

第1節 介護福祉の専門性としての「介護福祉援助技術」

水上によれば、「介護福祉士養成教育開始当初に指導者として『看護師』が中心的であり看護教育をもとに教育が開始され、『介護福祉士』養成の中には看護教育からの指導内容が多く取り入れられてきている。『介護』の対象として考えると、・・・『在宅介護』、・・・『施設介護』、・・・『看護からの介護』と、多角的な視点を要する『介護』が必要であり、・・・『介護福祉士』の教育に求められていた」（水上 2007：89）。また、松本は、「介護福祉学は、社会福祉、看護、家政などのクロス領域であるといわれ、学際的な分散知識の集合体を形成して総合的な研究の可能性を示してはいるが、やはり、その理論的裏づけがまだまだ十分とはいえない」としながらも、「介護職の専門性とは何かといえば、暮らし全般を支える知識と技術、そして精神性（心）を兼ね備えたものに他ならない」と述べている（松本 2011：6-7）。

³ 社会福祉士及び介護福祉士法の改正では、「定義規定の見直し」の他に「義務規定の見直し」がなされ、「個人の尊厳の保持」、「自立支援」、「認知症等の心身の状況に応じた介護」、「他のサービス関係者との連携」、「資格取得後の自己研鑽」などが新たに規定されている。併せて、2012年から、資質の向上を図るため、すべての者は一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するという形で、資格取得方法を一元化することが決められたのだが、この件は2015

介護福祉の独自の専門性について、誰が見ても理解できるように単純に図式化する必要がある。それを試みたのが図5である。この図5こそ介護福祉のコアである専門性であり、介護福祉を学んだ介護福祉士を専門家として社会に認知してもらうための介護福祉の援助技術なのである（「介護福祉の専門性」と「介護の専門性」の差異については、次項で詳細に論じるので、ここではとりあえず介護福祉の専門性と称する）。理由を以下に示す。

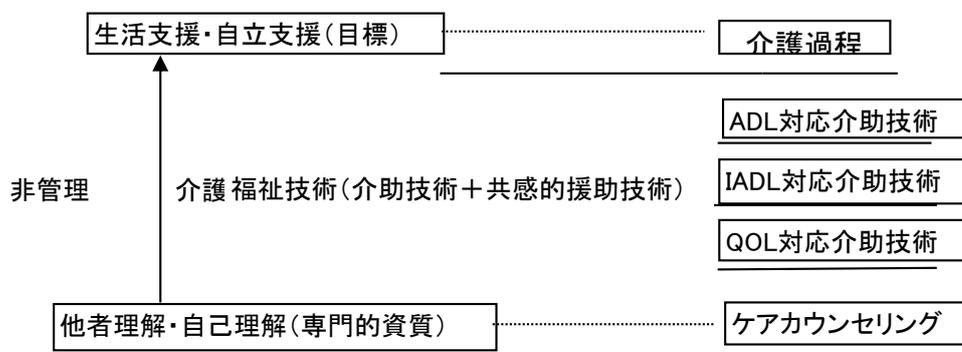


図5 介護福祉の専門性

- * 目標のない援助は専門的介護とはいえない。
- * 非管理・共感的援助の伴わない援助（介助）は、たとえ目標があっても専門的介護とはいえない。
- * 専門的資質のない人による援助（介助）は、当然専門的介護とはいえない。

暮らし全般を支える知識と技術とは、利用者の生活を、自立を支援する知識と技術である。利用者の生活・自立の支援は、適切な支援目標が設定されることによってはじめて可能になる。それゆえ、援助者の自己満足でない利用者主体の支援には、適切なアセスメントに基づく介護福祉目標が設定されることになる。ここに、介護過程という介護福祉独自の技能、専門性がある。なぜなら、意図的な援助活動である介護過程ゆえに科学的裏づけがなされることになり、これまでなんとなく経験的に実践されてきた介護福祉支援が、意味を持った援助へと高まることになるのである。

また、アセスメントによって求められた目標を実現するためには、利用者が求める支援（利用者はこれらのことができないゆえに援助を求めるのであり、そのことによって、介護福祉の関係性が生じることになる）を適切に提供できなければならない。

年度まで延期となった。それが、さらに1年間の延期となったのである。

生活への支援，自立への支援である介護福祉において，求められる具体的な技術は，直接的身体的な日常生活動作（ADL）に対応するところの介助技術である．また，日常生活を送るうえで手段的に求められる動作（IADL）に対する介助技術も求められる．さらに，人は生き永らえるために生活しているのではなく，夢の実現目指して，生き甲斐を持って生活することを望んでいるのであり，その利用者の自己実現に寄り添う（QOLに対する介助）技術を身につける必要がある．これが介護福祉技術という専門性である．

ところで，介護福祉士に求められる精神性（心）とはどのようなものをいうのであろうか．援助者である介護福祉士は，自分がどのような人間であるのか，自己について覚知している必要がある．と同時に，援助を求める利用者がどのような人生を送ってきたか，または送りたいのかを適切に把握できなければならない．ワーカビリティ⁴が低下している利用者に接して，利用者の望むであろう自立につながる生活を支援することは，心根の優しさだけでできるものではない．カウンセリングマインドが求められる．ここに介護福祉の専門性がある（田中 2012 b : 28）．

第2節 介護福祉援助技術における直接援助技術

介護福祉援助技術に直接援助技術があるが(図6)，介護福祉のコアである専門性は当然この直接援助技術の中にあることになる．直接援助技術として①介護福祉技術，②介護過程，③ケアカウンセリングの三つを挙げたが，これらは唐突に導入したのではなく，図5の内容に連動している．

つまり，介護福祉を行う上での他者理解・自己理解につながる技術がケアカウンセリン



図6 介護福祉援助技術の体系図

4 ヘレン・パールマンによって提唱された，クライアントが援助者の働きかけに応えられるような能力のことで，知的，情緒的，身体的3つの能力がある．基本的にワーカビリティが欠けている人と個別援助技術関係は成立しえず，クライアントとなりえないといわれている．

グであり、生活支援・自立支援という目標を設定し遂行するために必要とされる技術が介護過程であり、個々の生活支援を実践するために行われるサービスが介護福祉技術である。専門的介護福祉を実践するためには、目標としての生活のあり方を明確にするために他者理解が必要である。また、他者理解のもと行われる援助が適切な援助となるために、サービスを実践する当事者としての自己理解が求められる。このような援助者が、利用者の目標である生活支援を実践するために行われる行為すなわちサービスが、介護福祉技術である。したがって、当然そこには強制的な説得を中心とした援助行為は含まれず、また、残存能力を消失させるような過保護的援助も除外され、共感的で・要援助者に寄り添うような内容の橋渡しのもとで援助者と要援助者が結ばれる。このように、専門的資質を持った援助者による生活支援という目標に副い、非管理・共生的援助活動が実践されることが専門的介護福祉・専門的介護福祉行為というのであり（田中 2005：29-34）、専門性のコアとして認識できるものである。

以上のことを別の視点から論じると、つぎのようになる。つまり、①要支援レベルの人に一部介助技術を持って支援したとすると（たとえその技術が一部介助技術としては100%適切な介助技術ではあっても）、その技術提供は間違った援助内容となる。なぜなら、利用者の残存能力を消滅させ、自立とは反対に、介護量を増やすことになるからである。（このことは、100人100様の介助技術を教育することは不可能であることを意味している。逆に言えば、見守り技術と、一部介助技術、全介助技術から、すべての利用者の状態像へ如何にして対応できるか、機に臨んで応変させることのできる能力が求められていることを意味している。ここに、プロの介護福祉士に求められる専門性が含まれている。）

②たとえ適切な生活・自立支援に向けて、100%適した介助技術が展開できたとしても、利用者の意向をないがしろにした介助はいわゆる医学モデル的支援であり、生活モデルの支援とはいえない。なぜなら、利用者の意向に副わない援助から QOL の向上は望むべくもないのである。サービスの受け手は利用者であり、まさに生活は利用者のものであるのだから。

③このことは、援助者に強い自己抑制力を求めるのである。援助者の価値観とは異なる価値観に寄り添わなければならない、援助者の価値観からは許すことさえできないと思われる内容に対して、援助の手を差し伸べることのできる哲学的意志を持たなければならないことを意味しているのである。この姿勢がコアである専門性であり、単に専門的援助を持って良しとしないプロの介護福祉士の使命である。

1 直接援助技術としての介護福祉技術

生きるということに関していえば、「生活行為の束」は、人生目標・自己実現等を目指す「目的としての生活行為」と、目標を達成するために身体的・精神的に安定した状態を保つための「手段としての生活行為」に分けられるが、QOLへの対応は「目的としての生活行為」であり、ADL対応とIADL対応は「手段としての生活行為」への対応ということになる。つまり、介護福祉技術の目標は、要援助者が自己実現等を目指そうとして生きるための「目的としての生活行為」への援助と、「手段としての生活行為」への向上を目指したものであるということが出来る（田中 2009：58-61）。ここで、誤解を恐れずにいえば、この技術のうちADL対応介助技術とIADL対応介助技術に関しては、専門家にしかできない技術であってはならず、一般の人々に実践可能な技術でなければならない。なぜなら、介護保険制度における要介護者の8割が在宅⁵にいるという事実。そして家族介護プラス介護保険サービスで生活し続けているという事実がある。このことが一般社会の人々や他の専門家に対して、“介護福祉は素人にもできる仕事であり、専門性を必要としない”という錯覚を与えることに結びついてきたのだが、それはあくまでも錯覚に過ぎない。

一般的に、介護福祉サービスは障害児・者の身内や、高齢者の配偶者や親族が提供するものがほとんどである。その意味で、プライベートな場所で行われる技術が、専門的技法を学んだものには出来ない内容であってはならない。このことは当然である。では、専門家である介護福祉士のADL・IADL対応介助技術と家族等の介助技術に差異はないのか。素人も専門家も同列に論じてよいのかというと、そうでもない。差異は以下の点にある。

専門家である介護福祉士は家族介護者と異なり、要援助者がどのような心身状態の人であっても、どれほど気難しい人であっても、誰に対しても適切なケアを提供することができる。さらにいえば、自分がサービスを提供できるだけでなく、家庭における援助者と要援助者の身体的、年齢的、精神的状況等を理解した上で、両者に適した介助方法を指導できる技能を持ち合わせているということである。

ADL・IADL対応介助技術そのものは素人にも対応できるような内容へとアレンジしなければならず、それゆえ専門性はいらぬように思われがちだが、家族だけでなく、どの

⁵ 厚労省「平成24年度介護保険受給状況報告（年報）」の概要では、認定者561万人のうち370万人（81%）が在宅で介護を受けている。これは第1号被保険者（3094万人）のうちの12%に相当する。

ような利用者に対しても平準化した技術を提供できるか否かにこの点に関する専門性の必要性があるのである。あたかも、日曜大工とプロの大工による作品の出来ばえに違いが生じるように。

次いで QOL 対応介助技術の専門性について論じると、介護福祉をはじめ、社会福祉の目標とする生活支援はきわめて個別的なものであり、模範解答なるものはない。社会の規範を逸脱しない範囲において、個別的である支援の方法は千差万別である。そのために、援助者には利用者の生活歴を重視する視点が求められるのであり、他者理解できることが重要な前提条件となるのである。ここに QOL 対応介助技術の難しさが隠されている。

しかし、利用者が望む生活は千差万別であり定型化できない生活への援助技術であるゆえに、介護福祉技術（とくに QOL 対応介助技術）は非科学的であり、専門性が低いものであるという評価が他の学問からなされることがあるが、これは、介護福祉に対する認識不足を示している。

このことは、川喜多のいう、「現場の科学」に対する偏見と類似している。「科学イコール実験科学であるという一つの大きな錯覚が、現場の科学の発達を歪曲している……。『現場などを扱っても科学にはならない』とか、現場はただ単に科学の『応用』を受けただけであるとか、現場の観察などというのは素人くさい未発達な科学に役立つに過ぎないとか、こういう錯覚や偏見が充満している」（川喜多 2002：20）。誕生まもない介護福祉においては、もっと現場における活動を分析し、その中から介護福祉の骨組みを構成すべきである。これが、以下の介護過程である。

2 直接援助技術としての介護過程

介護過程は、援助者が利用者にとのように向き合い、意図的にどのような援助をするのか客観化することである。その意味で、介護過程は①の介護福祉技術が適切に要援助者の意向に添っている内容となっているのかを客観的に検証できる内容となっていなければならない。介護過程は在宅・施設の別を問わず展開されるものではあるが、サービスが提供される場によって、また要介護者の発達段階によって、援助過程に差異が生じることを認識していなければならない。サービスの提供される場や発達段階によって、目標の設定が異なってくるのである。（この発達段階の捉えかたや目標の設定の差異ゆえに、介護福祉士による援助実践の方法論において差異が生じることになる。この差異への対応に必要なのが後述するケアカウンセリングであるのだが、この点については第 4・5 章で詳細に論じ

る。)目標の設定が異なるゆえに、提供される介護サービス内容に差異が生じることになる。この点において、直接援助技術である介護過程と、社会福祉援助技術における関連援助技術であるケアマネジメントの方法論に差異があることが示唆される。しかしここでは、老人福祉施設における介護過程の専門性に焦点を合わせて論じることとし、ケアマネジメント⁶との差異については示唆するに留める。

①アセスメント：介護過程におけるアセスメントでは、情報を収集し、収集した情報を分析・解釈することで、浮かび上がった困りごとすなわちニーズは、介護福祉専門職が主体的にかかわる課題もしくは他の専門職と連携してかかわることになる内容である。これに対し、ケアマネジメントにおけるアセスメントでは、あらゆる社会資源を考慮した上で対応しようという点に力点が置かれる。介護過程においては、介護福祉を実践する上での根拠をアセスメントに求めている。提供されるケアが援助者の独りよがりでないことをアセスメントのなかに見出すのであり、ケアをマネジメントしようとしてアセスメントしているのではない。さらに言えば、人は「判ってはいるが止められない」といった行為をするものであり、利用者の主体性を尊重するということは、この点をも容認した上での援助になるということである。Downie のいうように、「人は他者に影響を及ぼさない限り、合法的な権利として、不健康なままでいる権利（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（Downie=1987：288）」⁷。したがって、

⁶ ケアマネジメントについて、白澤（2003）は次のように述べている。「ケアマネジメントの定義は多様であるが、基本的には、『利用者の生活課題（ニーズ）と社会資源とを調整（コーディネート）、あるいは結びつけることにより、地域での生活を継続的に支援していくこと』と定義づけることができる」白澤（2003：2）。また、ジョアン・オームら（=1999）は、「ケアマネジメントはソーシャルワークの一形態であると同時に、社会サービスの一形態でもある。つまり、それはクライアントとともに問題を解決し、クライアントと関係をつくる方法、クライアントの参加と選択、そしてサービスのプランニングと供給に関わっているからである」（Orme, Glastonbury=1999：20）と述べている。

⁷ このほかにドゥニーは、理想価値と選好価値について論じているが、「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」のだとして、他者の主体性に介入する危険性に気づく必要性を論じている（Downie=1987：16）。一般的に、人は日常生活において、善意のお節介で（多様な価値観を考慮することなく）他者を傷つけているのに気づかないものである。

利用者の意向に副うような目標を設定するためにアセスメントを適切に行うには高い能力・技術を必要とする。さらに言えば、援助者の価値観を白紙の状態にして利用者の価値観に寄り添うためには、介護福祉のコアである専門性を必要としている。

②介護計画の作成：アセスメントによって浮かび上がった利用者の生活を送る上での困りごとから引き起こされる内容を課題として抽出する。このとき、設定される目標（長期目標は最終ゴールという意味であり、短期目標は最終ゴールに到達するためにクリアすべき段階的内容という意味である）はアセスメントによって浮かび上がった困りごとの解決した状態である。目標が達成されるためには、誰が何時どのように対応し、ある段階をいつまでに解決し次の段階へ移行していくかという援助内容が明確になっている必要がある。

③介護計画の実行：提供される介護サービス内容は、計画に則ったものでなければならない。ただし、同じ利用者に対しても、援助者の身長や体力によってサービス提供の仕方には差異が生じるので、その点を考慮した介護福祉技術の実践でなければならない。（ここに、他の専門職にない介護福祉の独自性がある。援助者と利用者の関係性を無視して同一援助技術・方法を用いることは事故につながることもあり得る。課題に対する援助内容・方法が、一つに統一されないことが起こり得る。）

④評価：利用者の満足度の評価、生活改善の効果の評価という意味であり、提供されたサービスの反省に繋がる内容であり、発展的なアセスメントに繋がるための評価という意味である。（利用者の穏やかな生活という判断によって客観的な評価は可能である。）

以上見てきたように、介護過程はアセスメントで集めた情報・事実から要援助者の身体状況・精神状態を正確に把握し、さらにそれまでの生活歴等から、要援助者の「目的としての生活行為」の向上を目指して①の介護福祉技術を適切に結びつけることである。介護過程は、介護福祉士養成施設において新カリキュラムの中、講義・演習で150時間の枠組みが設定されたように、介護福祉士に必要な専門性だという位置づけが明確になっている。このことをみても、介護過程には直接援助技術として介護独自の専門性が含まれていることが了解できるものと思われる。

介護過程は、M. ゴードン（1988）が看護過程について述べている内容と類似している。ゴードンによれば、「看護過程は、問題を確認し解決する方法である。…人間の価値観が問題確認と問題解決の双方に影響して」（Gordon=1988：11）おり、看護過程は大きく分けると「問題確認」と「問題解決」の二つがあり、「問題確認」にはアセスメントと診断の二つの要素があり、「問題解決」には成果の立案・介入・成果の評価の三要素がある。またゴ

ードンは看護過程を臨床判断の視点から見る視点に、①診断についての推論と判断、②治療についての推論と判断、③倫理についての推論と判断が必要であるという（Gordon＝1988：12）。

これらを介護過程に当てはめてみると、次のようになるであろう。「問題確認」はニーズ発見もしくは利用者の訴えであり、「問題解決」は設定された目標に対するサービス提供となる。また、アセスメントはアセスメントに、診断はニーズ抽出（課題分析）に、成果の立案は介護計画作成に、介入は介護サービス提供もしくは介入に、成果の評価は利用者の満足度の評価・提供されたサービスの反省につながる。診断についての推論と判断はニーズ抽出の方法・ニーズ選定につながり、治療についての推論と判断は利用者の主体性・価値観の尊重、倫理についての判断は社会規範の逸脱の有無の確認につながる（田中 2006：78-79）。

福祉的ニーズとは何を指すのか。山崎（2013：352）は、「ニーズとは、一般的に人々が日々生命を維持し、社会生活を営むうえで充足されるべき基本的に必要なものを意味する」と述べ、「ニーズは生理的ニーズと社会的ニーズ、貨幣的ニーズと非貨幣的ニーズ、顕在的ニーズと潜在的ニーズ、物理的ニーズと情緒的ニーズなど、その性質を多面的にとらえることが出来る」としている。しかし、このような説明だけでは、ニーズの本質に関しては曖昧で十分に表現されていないと思われる。ニーズとは、要援助者側にとって、なければ困る程切実な問題であり、それゆえ援助者側には“してあげる”という感覚が生まれることになる。

ゴードンによれば、「看護診断が最初に臨床で用いられたのは、主に慢性疾患や障害をかかえたクライアントのケアの領域であった。この領域では医師処方への介入の余地は少ない」（Gordon＝1988：3）。まさに、介護福祉は生活支援を提供するケアの領域における実践学であり、他の専門職の介入する余地は比較的少ない。奈倉は、医療と介護福祉の違いについて次のように述べる。「医療が健康の回復・維持に価値を置くのに対し、介護福祉は自律的生活・人権尊重に価値を置く。方法においても、医療では、身体と精神に積極的に介入して、病態や機能の改善を目指す。それに対し、介護福祉では、できる限り心身に介入せず、利用者が生活しやすくなるよう一人一人の社会環境を整備すること、その整備をめざす介護者と利用者との交流を通して、自律的に生きる意欲が高まる支援をすることをめぐるむ」（奈倉 2013：2）。

専門家による介護福祉は医療等との違いを認識した、力量のある実践家による介護福祉

をいう。そうであれば、介護福祉士は、介護福祉の専門家としての社会的認知をより明確に得ることができるだろう。

3 直接援助技術としてのケアカウンセリング

ケアカウンセリングは、①の介護福祉技術を実践するときや、②の介護過程におけるアセスメントのときや介護計画を実践するときにも欠かすことのできない技術で、介護福祉の基底を流れている技術である。ケアカウンセリングは援助者が自己を客観的に眺めることができ、適切に介護福祉サービスが提供できるようになるための基本的技術である。

ケアカウンセリングにそのような目標があり、適切に介護福祉サービスが提供できるようになるための基本的技術であると仮定したとして、カウンセリングとの差異はどこにあるのか。この点が明確にならないうちは、直接援助技術そのものの体系図が成立しえないことになる。そこで、ケアカウンセリングとカウンセリングとの差異について検証する。

(1) ケアカウンセリングとカウンセリングの差異

Stewart は、人間について次のように述べる。「人は誰でも、重い脳障害を受けたときは別として、考える力を持っている。だからこそ、自分の人生に対して何を期待すべきか決定する能力を身につけているのである。人は決断の結果として、必然的に人生に対する最終的な責任を負っている」(Stewart 1989 : 2)。

しかしながら、介護福祉サービスを利用する人々には認知症高齢者をはじめ、ワーカビリティの低い人が多い。介護福祉サービスを必要とする利用者のそのような特性を考慮したとき、カウンセリング理論をそのまま介護福祉に用いることには無理がある。なぜなら、國分によれば、「カウンセリングとは、言語的および非言語的コミュニケーションを通して、相手の行動の変容を援助する人間関係である」(國分 2003 : 3-16) からである。

カウンセリングの本質はクライアントの自己変容を促すことである。つまり、自己変容が促されることを期待して利用者に接するところにカウンセリングの本質がある。しかし、介護福祉士の本質は利用者本人が望むような生活が出来るように環境を整えたり、利用者本人に直接的援助をするのが主目的であり、利用者の自己変容を促すことが主目的ではない。

概念的な言葉の意味の通じない知的レベルの低下した認知症高齢者ではあっても、生活の知恵的な情感の残っている利用者に接するのが業務である介護福祉士にとって求められ

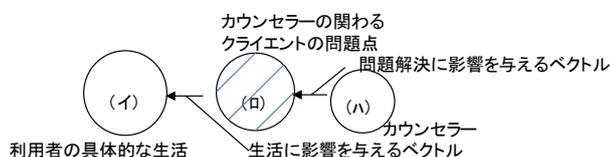
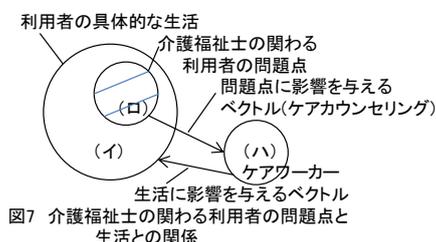
る技術は、カウンセリングではなくケアカウンセリングである。利用者の自己変容を直接的に促すことでない範囲で利用者の状況に対してかかわるのが介護福祉士であり、用いるマインドはカウンセリングのマインドであるが、カウンセリングマインドのベクトルを変える必要がある。それがケアカウンセリングである。

序論第3節の図4で示したように、カウンセリングとケアカウンセリングの差異は、同じマインドではあっても、ベクトルが前者は外向き、利用者へ問いかけることを主眼とする方向性であるのに対して、後者は内向き、援助者自身を変えようとして自分へ問いかける方向性というベクトルの差異である。これは、介助技術に関して看護と介護福祉に違いが生じていることと同様である。つまり、「看護における介助があり、介護における介助がある。前者は療養上の介助（排泄・食事・体位交換等）であり、後者は日常生活動作の介助（排泄・食事・体位交換等）である」（田中 2003b : 5）。同様に、カウンセリングにおけるマインドがあり、ケアカウンセリングにおけるマインドがある。前者は利用者の変容を促そうとして利用者にマインドを向けるが、後者は援助者である自己の変容を促そうとして援助者自身にマインドを向ける（もちろん利用者を知ろうとしてマインドを用いることがあるのは当然であるが、それはあくまでも他者理解を主目的としており、そこから一歩進めて利用者に何らかの変容を促す働きかけを目的とするのではない）。専門性を持った介護福祉士とはいえ多様な価値観を持っており、チームケアを有効におこなうために意思の統一を図る必要がある。多様な利用者の価値観に寄り添うために、多様な価値観を持った介護福祉士の援助方法を統一して利用者に向き合わなければならない。共通認識・共通理解するために、援助者自身にマインドを向けるのである。

しかし、一方で高齢者とはいえ、多くの対象者がワーカビリティの低い人とは限らないという側面もある。だが、ここで考えなければならないことは、介護福祉士の仕事の本質である。介護福祉士はカウンセラーではない。あくまでも生活支援者である。生活を支援することに第一義的な目標をおくのであり、利用者の自己変容を促すことを第一義として生活を支援するのではない。利用者の自己変容を促す必要があるのなら、その部分は専門家であるカウンセラーにお願いすることが妥当であると考えられる。「介護の発生するメカニズムを考えてみると、何らかの困窮があり、その困窮を困窮と感じる人（以下、『利用者』または『要介護者』という）がいてはじめて、介護が発生するのである。たとえ、第三者的には困難な状況にあるのではないかと思えても、当人がそれを困窮と感ぜない限りにおいて、介護は発生しない」（田中 2003b : 2）。ワーカビリティの低くない一般の高齢

者であっても、介護を求めてきたのである限り、介護福祉士のカウンセリングマインドは援助者自身に向けられたマインドでなければならない。

以上のことを図式化すると、図（図7、7-2）のようになる。



*利用者の具体的な生活（イ）に影響を及ぼす問題点（ロ）の解消もしくは縮小を目指してケアワーカー・カウンセラー（ハ）はそれぞれの専門性を発揮しているのであるが、両者が問題点に対して関わる関わり方に差異があるのが分かる。関わり方と、ベクトルの向きにより、両者の違いが明確になっている。

(2) ケアカウンセリングとソーシャルケースワークとの差異

リッチモンド（1922）は、その著『WHAT IS SOCIAL CASE WORK?』で、ソーシャルケースワークを「ソーシャルケースワークは人々と社会環境との間で、人それぞれの事案を、意識的に調整することを通して自我を発達させる諸過程から成り立っている。」（Richmond1922：98）と定義している。

また、Milnerらによれば、ソーシャルワークは様々な理論等を前提にしている。「ソーシャルワーカーは、社会学から心理学にいたるまで広い範囲にわたる理論を学び、それに精通している。人の発達の側面に関して、例えば、愛着と喪失、人間の発達段階、パーソナリティ発達理論、人間の欲求階層と、知的発達、道徳性の発達、などの心理学研究も含めて、有り余るほどの研究成果がある。社会学は社会の階層、権力と抑圧を理論的に洞察し、一方で社会心理学から、例えば、グループの意思決定、組織ダイナミックス、などがある。家族発達サイクルも、逸脱と犯罪や、精神的な疾患等と同様に研究されている。さらに法律と権利の知識がある」（Milner,O'Byrne=2001：49-50）。

ソーシャルケースワークにおいては、社会資源としての制度・専門知識を大いに活用した上でクライアントのパーソナリティを向上させ、クライアントが自力で社会生活を送ることが出来るようにすることに専門性をおくのであり、カウンセリングとは異なる内容にな

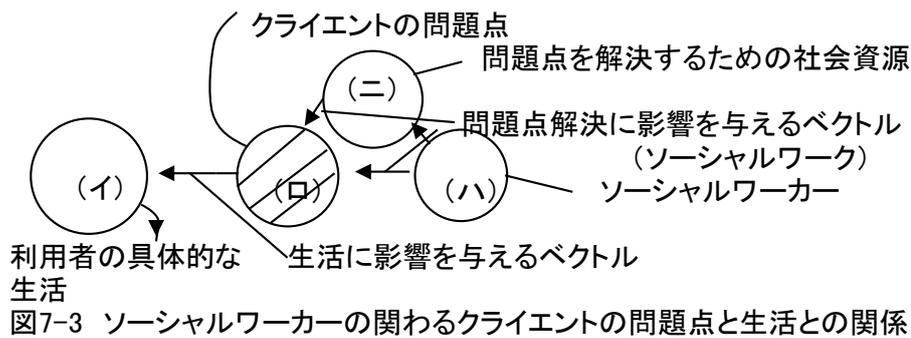
っている。

以上見てきたように、介護福祉の原則は、クライアントをあるがままに受け入れるのであり、カウンセリング技法・ソーシャルワーク理論をそのまま用いて要介護者に対応するのは困難である。

というのも、高齢者ケアにおいて、特に認知症に対するケアにおいては、BPSD⁸といわれる認知症の周辺症状から引き起こされる生活の困難さへのかかわりが中心となり、交流分析でいうところの行動様式の変化を促す働きかけを積極的に行うことはない。残された情感への働きかけをすることで、精神的な安寧をもたらすことを期待しているのである。もちろん、行動様式の変化として精神的な安寧が生まれることがあるというのも事実であるが、ただ介護福祉士は認知症の高齢者が自らに行動様式の変化を促すことを期待して生活支援するのではなく、認知症の中でも穏やかに生活できるように援助者が環境等に配慮することで、結果的に利用者に変化をもたらしたという形式を期待するのである。

要援助者の行動変容を一義的に期待するのではなく、介護福祉においては要援助者が望む場所で望む様な生活が送れるように直接・間接的に要援助者に接するのであり、行動変容がなされたとしたらそれは二義的になされたのであり、それが介護福祉の主目的ではない。ソーシャルワークに関して、以上のことを図式化すると図7-3のようになる。

⁸ 旧来から使われていた周辺症状の意味であるが、心理症状と行動障害を合わせた概念として表現されている。初期の不安や気分の落ち込みが中等度になると幻覚や妄想などを引き起こし、介護困難を生んでいる。



*利用者の具体的な生活（イ）に影響を及ぼす問題点（ロ）の解消もしくは縮小を目指してソーシャルワーカー（ハ）は専門性を発揮しているのであるが、そのとき、ケアワークやカウンセリングにはない社会資源（ニ）を準備しているのが分かる。ベクトルの向きとしてはカウンセリングと同様だが、援助方法において両者の違いが明確になっている。ケアワークとの違いは、ベクトルの向きの差異になって現れている。

第2章 定義に見る介護福祉の専門性

第1節 メイヤロフの『On Caring』にみるケアの専門性

メイヤロフ(1971)は「他者をケアしようとするとき、私はその人とその人の世界を、あたかも自分が当事者であるかのように理解出来なければならない」(Mayeroff1971:53)と述べている。それが介護福祉士に求められる専門性の一つ他者理解であり、共感力である。利用者の満足いくサービスを提供できるために、援助者には物言わぬ・物言えぬ利用者の望みを推察できる能力が求められる。しかし、メイヤロフが「私は、自分が理解できるようにしか他者を理解することはできないのである」(Mayeroff1971:54)と述べているように、自己理解すなわち自己を覚知する能力が必要となる。

では、自己覚知ができると適切な他者理解が可能になるのかというと、否である。「一般化された原則」が、すべての人に当てはまるとは限らない。「その人の体験によって、異なった考え方が作り上げられ」るのであり、「同じ行動の裏にも、時に全く逆の考え方、解釈」があり、「その考え方をもとにして、一人ひとりの表現と行動」(平木 2002:34-35)がとられるのである。ここに、介護福祉士に求められる専門性のなかでも身につけることの困難なケアカウンセリングの必要性が生まれるのである。

さらに、メイヤロフは「ケアするためには、ときに特別な資質や専門的訓練が要求される。つまり、一般的なケアが出来ただけでなく、ある特殊な対象に対してもケアできなければならない」(Mayeroff1971:43)として、ケアの専門家に求められる能力の必要性を論じている。これが筆者のいう、ケアカウンセリングである。

また、メイヤロフは「人が広範囲に及ぶ脳損傷をうけ、思慮分別を身につけた成長発達が出来なくなったとすると、その人を慰め、幸せになれるよう働きかけることはできるが、観念的な内容に対する成長を手助けするという意味でのケアは難しい」(Mayeroff1971:43-44)と述べている。このように、ケアの対象者本人が変容・成長するためには、ケアを受容できる能力が必要だということを論じるとともに、重度な障害のある利用者に対しては、当事者が慰めを得られ幸福になれるような努力をすべきであることを介護福祉の援助者に求めているのである。

1 メイヤロフのケアにおける概念整理

介護福祉は、職業として介護福祉の専門家がサービスを提供する場合と、家族介護もしくはボランティア等が無償で実施する場合がある。両者を区別して論じようとするとき、

職業としての介護福祉であるとか、家族介護もしくはボランティア等としての介護福祉であるとか、接頭語をつけて区別することは煩わしさを伴う。本項では、まず両者に適した名称の決定を試みる。

上述したように、「一般的なケア」以外に「特別な資質や専門的訓練」を必要とするケアがあるとして、メイヤロフはケアの内容を区別して用いている。そこで、この二つのケアに対して、前者を一般的なケアということから「広義の介護」と日本語表記する。後者は特別な資質や専門的訓練を必要とするケアという意味から、特別な介護もしくは専門的介護と日本語表記する方が言葉としては適しているが、前者を広義と捉えたことより、「狭義の介護」と表記する。これで、ケアの表記が一般化された。

しかし、メイヤロフは、さらに次のように論じている。「・・・一人の人物をケアすることと一つの観念をケアすることとの間にどれほど重要な相違があつたとしても、その相手が成長するのを援助するという共通の型があることを示したい」(Mayeroff1971:2)。一人の人物をケアしようとして「広義の介護」や「狭義の介護」が出現するのは確かである。では、一つの観念をケアするとはどういうことをいうのか。メイヤロフは、ある理想やある共同社会をケアすることで、人は自分の人生に秩序付けをし、広い範囲に及ぶ意義づけをすることが出来ると述べている。しかし、本章で筆者が論じようとしているのは専門性を持って「一人の人物をケア」することについてであり、「一つの観念をケア」することに対して関心を向けているわけではない。とはいえ、これは無意味だということではなく、この概念はケアカウンセリングの中に含まれるべきものであるから、日本語表記による分類では論じない。

2 メイヤロフのケアと日本語表記による分類

図8に見るように、「ケアすること」すなわち「どうなすべきか」は、ケアの概念を「介護」という日本語で表記することで、広義の介護という意味合いを持たせることが妥当である。それに対して、狭義の介護は福祉的・専門的色彩を色濃く持った援助内容となり、「介護福祉」と日本語表記することがより相応しいものになる。以下、概念的に「介護」と「介護福祉」は別物であるとして論じることにする。厳密な意味からすると、介護福祉は対象者の範囲という意味では介護のなかに含まれているが、技術の深さという点に関しては一般的な介護の範囲を超越している。

両者の明確な違いは、関係性の違いにある。つまり、前者における介護関係はすべての

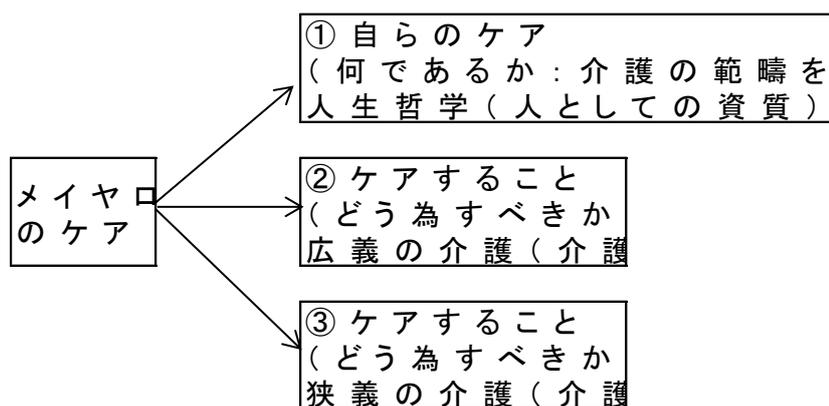


図 8 メイヤロフのケアと日本語表記による分類

関係性のなかで為される広い援助内容を指すのに対して、後者の介護関係は専門的關係性のなかで行われる限定された援助内容に対して用いられる。したがって、責任という意味合いにおいて、後者には高い専門性が要求されることになる。

広義の意味の介護すなわち一般的な「介護」は、援助者を含めすべての人が求めるべき生き方、関係性のなかでの介護への追及であり、特定の分野を意味するものではない。それに対し、「介護福祉」は福祉という制度を伴った分野で展開される介護内容に対して用いられることになり、あくまでも社会保障の枠組みのなかで用いられる介護内容である。

但し、注意しなければならないのは、広義と狭義の意味を取り違えないことである。狭義の介護は援助の対象者が限定されている分、広義の介護より専門性が要求されるという意味での狭義であり、狭義の介護を論じるとき、一般的な「お世話」を念頭においているわけではない。また、広義の介護は、専門家も含めたすべての人々の行う介護、対象者を限定しない介護を意味している。それは「看護」と「家庭看護」の違いに似ている。本来は「介護」と「家庭介護」のような語彙の差異になるべきであるが、残念ながら、専門性の明確に確立されていない介護福祉の現状においては、「介護」と「介護福祉」の差異から明確にしていかなければならない。「介護」と「家庭介護」という差異は、その後位置づけられる。

介護福祉は、広義の介護のうち、ボランティア（施設等フォーマルな内容へ関わるときはフォーマルサービスとして介護福祉に関わり、高齢者のゴミだし等を自主的に手伝うときはインフォーマルサービスとして広義の介護に位置づけられる。ボランティアは本質的に両者の位置づけを持っているのである）を含む、福祉的にかかわりを中心においた、ある

意味限定された内容となるべきであり、一般的に使用される思いやり、気遣いなどの心は範囲を広げた介護に含まれることになる。

ところで、介護福祉士は「広範囲に及ぶ脳損傷をうけ、思慮分別を身につけた成長発達が出来なくなった」利用者に関わることを求められる職場で勤務するのであるが、「観念的な内容に対する成長を手助けするという意味」で主体的に利用者に関わるのではなく、「その人を慰め、幸せになれるよう働きかける」ことに専門性をおくことになる。

これは、介護福祉士に求められるカウンセリングマインドが、「相手を慰め幸せになれるよう働きかける」方向で用いられているということである。つまり、第1章第2節3の(1)で論じたように、介護福祉士に求められるカウンセリングマインドは相手を幸福にするために援助者である自己に変容の努力を求めること、すなわちケアカウンセリングが必要だということを示唆している。

というのも、介護福祉は生活への支援であり、生活は喜怒哀楽へのかかわりであり、あくまでも個別的であり、これが生活だと明確に取り出せる、模範的な解答はないのである。そのような介護福祉現場でチームワークを発揮するためには、機に臨んで応変できる技量をもとめられる。これがケアカウンセリングである。

メイヤーロフのケアを日本語表記するときに忘れてならないのが、次の文章の内容である。「子供をケアする中で、私が彼に自分の能力と経験に合った決断をするように励ますのは、自分で決断し、決断したそのことに対して自分で責任を持つことが、彼の成長する力を伸ばす方法の一つだからである。しかし子供が幼く、・・・私が彼に代わって重要な決断を」することがあるのは、それが「彼の独立と成長を助けるのだと信じているからである」(Mayeroff2006:101)。これは介護・介護福祉というより、子育て若しくは教育に近いものであり、筆者の論じる専門性とは異なる内容となっている。

筆者が論じようとしているケアの内容は専門性が要求されるケアについてであり、その他のものについて論じようとしているのではない。鬼崎(2007)は社会福祉事業サービス提供に関する法制を「保護法制」と「救護法制」に分け、社会福祉事業の対象となる人々のニーズに応じて提供されるサービスの性質に照らし、保護法制の中を5通り(扶助・育成・更生・救助・援護)に類別している(鬼崎2007:78-79)。そのうちの一つである育成法制の対象者に接するプロの援助者に求められる専門性について論じているのである。

このような混乱は、田畑(2004)が「社会福祉という言葉は国民の間でごく普通に使われている。しかし、社会福祉という言葉の意味は必ずしも一定しておらず・・・いろいろ

な意味合いを持って使われる場合がある」(田畑 2004:9)と述べているのと同様である。また釜谷(2007)は、「ケア」と「介護」、「介護福祉」の差異について次のように論じている。『介護』という概念は、『ケア』と同じ本質を持っており、ほぼ同義語として取り扱うことが出来る概念である。しかし今日の『介護』は、高齢者や障害者を介助・支援するといった限定的・直接的な援助行動としてとらえられ・・・限定的で狭義な専門的概念として用いられていると考えるべきであろう。そして、『介護福祉』という概念は、介護の職業化・社会化によって介護を行う対象者・方法・場所等が明確にされてきたものであり、そのため介護福祉における『ケア』の概念はさらに限定的なものになる」(釜谷 2007:78)。これは分類の仕方については筆者と同様であるが、内容に関して差異がある(図12参照)。釜谷の論を図式化すると図9のようになる。

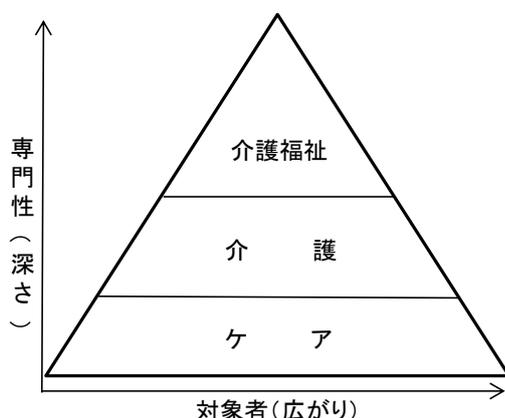


図9 ケアと介護・介護福祉

第2節 様々な定義に見るケアと介護・介護福祉

1 ケアの定義

メイヤロフの『On Caring』でみてきたように、ケアを一言の日本語で表記するには無理がある。川本は次のように述べている。「何よりも、ケアの定義(あるいは日本語での言い換え)が論者によってまちまちである。これを無理やり統一しようとすることは『プロクルテスの寝台』の愚を犯し、論集の生命を殺ぐことになる」と考えた。また対象そのものが多様な現われを示す以上、ケアの訳語も複数あって当然」(川本 2005:37)である。また、中山によれば、「介護者は、英語でケアギバー、すなわちケア提供者と表現する。その際のケアは、日本語の『介護』の語感よりも広いものを含んでいると考えられる。介護という言葉はどこまで広く考えるかによって、介護者の範囲も変わる」(中山 2011:3)。

本稿ではこれまで、ケアに関する日本語表記については広義の意味の介護に関しては「介

護」と記述し、その中でもケアを労働として捉える部分すなわちケアワークについて「介護福祉」として用いることが適切であることをこれまで論じてきた。その中で、両者の定義について考える必要が出てきた。これら両者の妥当性を論じる前に、『社会福祉用語辞典』におけるケアについての語義を見てみると、次のようになっている。

「ケアの用語を使って語られている諸現象は非常に多様である。しかし福祉分野においては、現在のところ『介護』とほぼ同義語であると考えて差しつかえない。『ケア』は本質的に、気遣うことをして、その人の願っているように助ける、愛を込めて注意して見守り必要あらば保護したり助けたりするという意味がある。介護における行為も、本質的に『ケア』という言葉に込められている意味によってなされている行為である」（中央法規出版編集部 2001 : 105）

ケアの語義について池辺（2004）は、英和辞典の多数の訳語から「ケアという語は第一義的には、心配や気がかり、悩みなどを意味している。自分が抱えている様々な心配や不安などと向き合うことが、ケアの出発点」であり、そのことを通して「同じような心配や不安などを抱えた他者に対しても、相手の苦悩や要求にこたえながら、世話や配慮をおこなっていくことができるようになる」（池辺 2004 : 9）と述べながら、「自分自身をよく知ることができたならば、自らの欲望を抑制することができ、他者との関係においても他者のために振る舞うことができる」（池辺 2004 : 10）と、自己理解と他者理解の重要性を述べている。

他方、山縣らによる『社会福祉用語辞典』（山縣・柏女ら 2001）にはケアの語義はないがケアワークの語義があり、『介護福祉学習辞典』（吉田 2003）にはケアもケアワークの語義もない。ところで、ここでいうケアとは倫理的ケアを意図しているわけではない。また、宮内のいうように、「正義の倫理」と対比しようとしているわけでもない。宮内は、「本稿で取り上げるケアの倫理は、正義の倫理との対比で登場した」（宮内 2008 : 102）として次のように論じている。

「ケアの倫理は人間関係の維持を重視し、傷つけることを避けようとするが、その根底にあるのは『安全への欲求』といえる。これに対し正義の倫理は、権利を主張し、他者の介入や他者への介入を避けようとする。ここで働いているのは『自由への欲求』である。そして、双方とも、自己中心性やエゴイズムを倫理的でないとする」（宮内 2008 : 102）。

しかし、筆者の論じるケアは、自己中心性ではないが、利用者の願い・価値観といういわば非倫理的な申し出に寄り添うことに専門性のコアがあるとするものであり、第5章で

例示している内容である。ここでいう非倫理的な申し出とは、あくまでも個人的な、主観的な申し出への対応という意味であり、倫理に反した内容への対応という意味ではない。

「判ってはいるが止められない」といった、百害あって一利なしとさえ評価されうる個人的な喫煙に類することに対しても、当人がそうと知ったうえで実行したいという意思に対して容認できることを意味している。生活の支援とは、理念的というよりまさに利用者個々人の生き甲斐・夢の実現への関わりを持つ内容である。

2 介護の定義

上記「1 ケアの定義」でも述べられているように、これまでわが国においてはケアを介護と捉えてきた感がある。その意味で、介護の定義は多数あるが、ここでは三つの定義を提示し、介護福祉の定義との差異を検討する際の基礎資料とする。

①介護とは「高齢や心身の障害による、日常生活を営む上で困難な状態にある個人を対象とする。専門的な対人援助を基盤に、身体的、精神的、社会的に健康な生活の確保と成長、発達を目指し、利用者が満足できる生活の自立を図ることを目的としている」(一番ヶ瀬 1994 : 6)。

②「介護とは、障害が潜在的であると顕在的であるとかかわらず、日常の生活を送る上で何らかの援助を必要とする人々に対して行われる補完的活動のすべてをいう。つまり、介護とは要援助者の ADL を高めるための援助（介助技術）と、QOL を高めるための援助（援助技術）の総称である」(田中 2005 : 23) (代用・補完論)。

③「介護とは、介護という『関係』のうえに成り立つ援助の行為表現をいう。健康や障害の程度を問わず、医・食・住の便宜さに関心を向け、その人が普通に獲得してきた生活の技法に注目し、もし身の回りを整えるうえで支障があれば、『介護する』という独自の方法でそれを補うという形式をもって支援する活動である」(中島 2000 : 33)。

3 介護福祉の定義

介護福祉の定義として明確に論じられているのは少ないが、介護の定義との比較検討資料として、二例を提示する。

①「介護福祉とは、高齢者および障害者（児）に対して、日常生活における自立支援の実践を通して、生きる意欲および尊厳を護り、自己実現を目指した包括的援助を行うことである。そのため介護福祉の援助実践は、専門的知識、技術、職業倫理を基盤に、生活援

助を主体として、身体的・心理的・社会的な側面から援助することである」(國定 2005 : 6).

②' 介護福祉は「高齢者及び障害者・児等で日常生活を営むのに支障がある人々が、自立した生活を営み、自己実現が図れるように、対人援助、身体的・社会的・文化的生活援助、生活環境の整備等を専門的知識と技術を用いて行うところの包括的(総合的)日常生活援助のことである」(西村 2006 : 46).

4 介護・介護福祉の定義から見えてきたこと

一番ヶ瀬の「介護」の定義①と、西村の「介護福祉」の定義②'の両者について比較してみると、次のようになる。援助対象者は、①では老齢や心身の障害による、日常生活を営む上で困難な状態にある個人となっており、②'では高齢者及び障害者・児等で日常生活を営むのに支障がある人々である。援助目的は、①では身体的、精神的、社会的に健康な生活の確保と成長、発達を目指し、利用者が満足できる生活の自立を図ることとし、②'では自立した生活を営み、自己実現が図れるように、対人援助、身体的・社会的・文化的生活援助、生活環境の整備等を行うところの包括的(総合的)日常生活援助のことだとしながら、援助者に対して、①では専門的な対人援助が基盤にあることとし、②'では専門的知識と技術を用いて援助ができることとしている。このように、介護・介護福祉の定義において、さほどの違いは見受けられない。つまり、多くの著者たちの間で、介護と介護福祉の概念区別は曖昧に用いられてきているということである。「2 メイヤロフのケアと日本語表記による分類」で論じてきたように、両者を明確に区別する場合、これまで見た何人かの著者たちの定義はすべて狭義の意味での介護、すなわち「介護福祉」についての定義だということがわかる。では、広義の意味での介護すなわちケアに合致する「介護」の定義はどのような内容になるか。広義の介護にあたる「介護」の定義を筆者なりに示すと、次のようになる。

介護とは、困難を伴っている、または困難な状況にある人や生き物に接したとき、対象のその困難さを解消する手助けをしようとして湧き上がる自然な情動をいう。ここで言う情動とは、手を差し伸べることであり、相手に対して思いを遣るということであり、気遣いなどの実際的な支援を含んだ目に見える動きのことである。

このように、専門性を求められる介護福祉をも含んだ広い意味での介護とは、対象者に対する気付き、心の動きであると同時に、世話する、手を差し伸べるという現実的実践を含む内容となっていることが肝要である。以上のように、ケアに対応する概念としての「介

「介護」と、介護のなかでも専門性が求められる「介護福祉」の違いを明確に区別することには意味がある。

当分、専門家の実践内容に対して「介護」・「介護福祉」の名称が混在して用いられるであろうが、最終的には（介護福祉士の養成課程が4年になった暁には）看護同様介護と称すべきである。

図10、図10-2に見るように、看護にしても大工にしても、専門家の実践する内容に対して看護・大工と呼び、一般的に素人のする内容に対しては接頭語をつけ家族看護・日曜大工などと称し、両者を区別している。

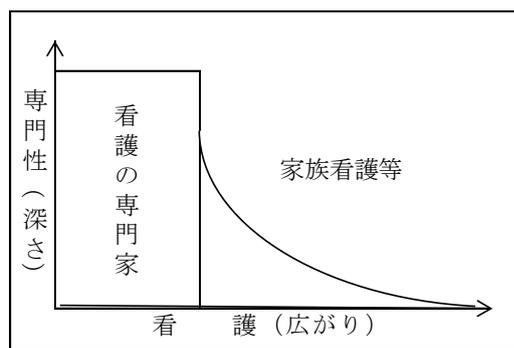


図10 専門家による看護と素人看護

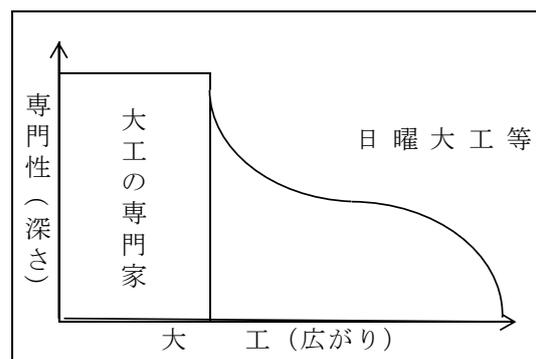


図10-2 専門家による大工と

ところが、図11に見るように、専門家の実践する介護を介護福祉と呼び、素人のする内容に対して家族介護・老老介護等介護に接頭語をつけて称するとなると、両者の実践する内容は共通の基盤を持たない別々の内容になってしまう。

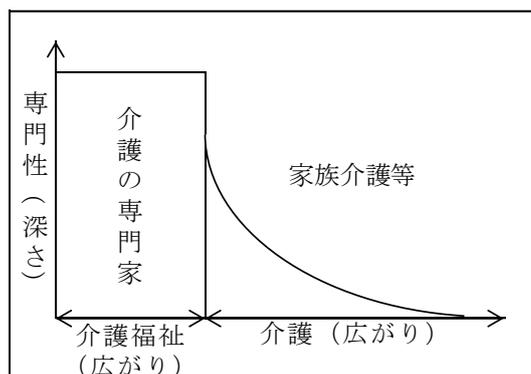


図11 専門家による介護福祉と素人介護

そのような不都合をなくす意味からも，図 12 に見るように，専門家の実践する介護に対して介護と呼び，素人のする内容に対して家族介護・老老介護等と接頭語をつけて称することで，両者ともに介護と呼ぶことになり混乱が生じることはない。それゆえ，最終的には介護福祉は介護と称するのが妥当である。だが，本論文では両者の区別を論じているのであるから，介護福祉と介護の両者を用いることにする。

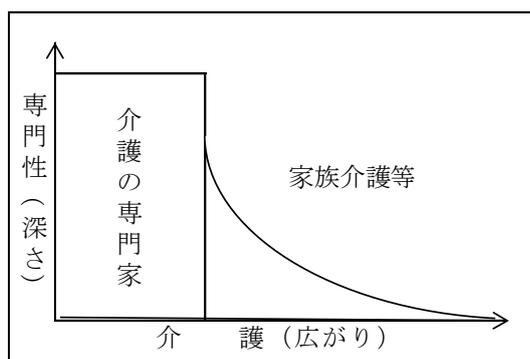


図12 専門家による介護と素人介護

第3章 介護福祉士と養成課程

第1節 テキストからみる養成教育における専門性

新版介護福祉士養成講座『介護概論』（2006）では、第2章介護の概念の第3節において、介護の専門性という枠組みでI～V項に分け次のように論じている。

「I 専門性とは何か」では、多様な利用者の介護ニーズに対応できるように専門的知識と高度な技術を学習、体得してそれらを活用できる実践能力を身につけなければならない。さらに、「専門家」とは特定の学問分野や領域あるいは特定の事柄などを専門に研究・担当し、それに深く精通している人の総称として用いられており、一般的に医師や弁護士が該当する。そして、これらの専門家には専門性が存在していることが認められている。専門性に求められる条件として①体系的理論、②社会的承認、③固有性・独自性の確立・専門性を深める、④倫理綱領をあげているが、これらの中から介護のコアである専門性はこれだ、と学生に明快に了解させる具体的な内容は見当たらない。

「II 介護福祉士養成教育にみられるもの」では、介護福祉士は福祉に関する理念および施策、対人援助の原理・原則及び技術に関する日常生活の援助、利用者の自己実現・QOLの確保または向上・ウェルビーイングを図ることを目的としており、ここに専門性が存在するとしているが、これから介護福祉援助技術の専門性をイメージすることは困難である。

「III 介護保険制度にみられるもの」ではケアマネジメントの展開方法の必要性を述べているが、介護福祉士はケアマネジャーとしての任務に就くことが期待されているとして述べられているのであり、専門性の有り様は明確でない。

「IV 利用者の求めているもの」では、介護福祉士が主として関与することになるのは「活動と参加」及び「環境因子」に関わる個人的生活のすべてであり、医療関係者やソーシャルワーカーなどとともに連携を取り援助するとなっているが、これが専門性だと了解することは困難である。

「V その他に関したもの」では、介護福祉士は利用者の人権を尊重しながら生活を支援する立場にあるので、保健医療におけるプライマリヘルスケアに求められる要件と同じものが当てはまると考えられると述べられているが、ここからも明確に専門性を読み取ることができない。とはいえ、介護福祉の専門性のひとつであると論じてこそいないが、第5章（170-193）で独立して介護過程を取り上げている事実は述べる必要がある。

三訂社会福祉士養成講座『介護概論』（2000）では、介護福祉の専門性について具体的に論じている箇所は見当たらない。次のように論じているだけである。

1987年に制定された「社会福祉士及び介護福祉士法」により介護福祉士の資格を法律で定めたのは、社会福祉の増進に寄与できる専門性（倫理性、知識に基づく技術の適用、他職とのチームワーク）を有する職能団体に育ってもらうことにある。その意味では、偶発的必然として介護をわが家庭の営みとしている家族介護者並びにその家族など（広義の介護）と異なり、目的的な介護を指向した職業的な活動集団であり、狭義の介護と名づけられるものである。

また、介護は独自の方法を探求する必要があるとして、次の3点を挙げている。「一つは、活動している身体において害のない限り、自身の生活の技法をより活動的に働くようにさせること、二つは楽な身体環境を作ること、三つは快適な生活条件を作ることである。」

さらに、「専門性を追求すること」として、介護従事者に次のようなことを期待している。介護従事者は、利用者にとって欠くことのできない人的資源であり、専門的職業として「在る」のである。人は生きていく、生きているという役割を持つことで周りの人を生かしているのだという人間観の追求を支援の根本におき、人々の生命力、生活力を実践の糧としてこたえていく能動的な専門的活動であることにプライドを持ってほしい。以上の議論から介護福祉士という国家資格保有者に対する期待は感じられるが、専門性に関する具体的な内容はここにも見えない。

『介護福祉学』（介護福祉学研究会監修 2002）では、日本学術会議による提案「ケアワーカー（介護職員）の専門性について」と題して、次のように論じられている。ケアワーカーの専門性は、社会福祉に働く者としての倫理性、役割認識、社会福祉制度の理解そして医療関係者などとのチームワークが組めるだけの教養の必要性が求められている。しかし、ここでいう倫理性、役割認識、教養は多くの専門性に共通な内容であり、介護独自の専門性だというわけではない。専門分化した介護の専門性とは、“どのような”倫理性・役割認識・教養を持つかという、“どのような”を明確にすることである。

第3章第2項「介護福祉業務の専門性の条件」では、専門性を確立するためには日常業務の中で次のような視点が必要だとして以下の7点をあげている。

(1) 人間と生活の理解：「全人介護」のために人間を理解し、要介護者の生活様式や価値観を大切にしながら関わる必要がある。人間には生理的欲求や社会的欲求があることを理解することである。(2) 介護理論と技術の継続的熟練：介護福祉士の専門性の中核は介護技術である。しかし、信頼関係を築き、介護効果を高めるためには①コミュニケーションの技法が必要である。また、「全人介護」するためには、要介護者の身体的状況だけでなく、

心の問題をも見て取る②観察力が必要である。安全で快適な生活を送ってもらうために、③生活環境の整備、④福祉用具の知識と活用、⑤移動・運動の技法、⑥日常生活における基本介護の技法が必要だとしている。(3) 介護過程の展開と評価力：介護を最善・効果的にするためには、①介護過程展開 (98-100) の基本が必要であり、②社会福祉援助技術を活用することにより相乗効果を上げることができる。(4) 相談・助言の能力、(5) 緊急及び終末期ケア、(6) 関連職種とのチームケア能力、(7) スーパービジョンとアドミニストレーション (指導能力と管理能力)

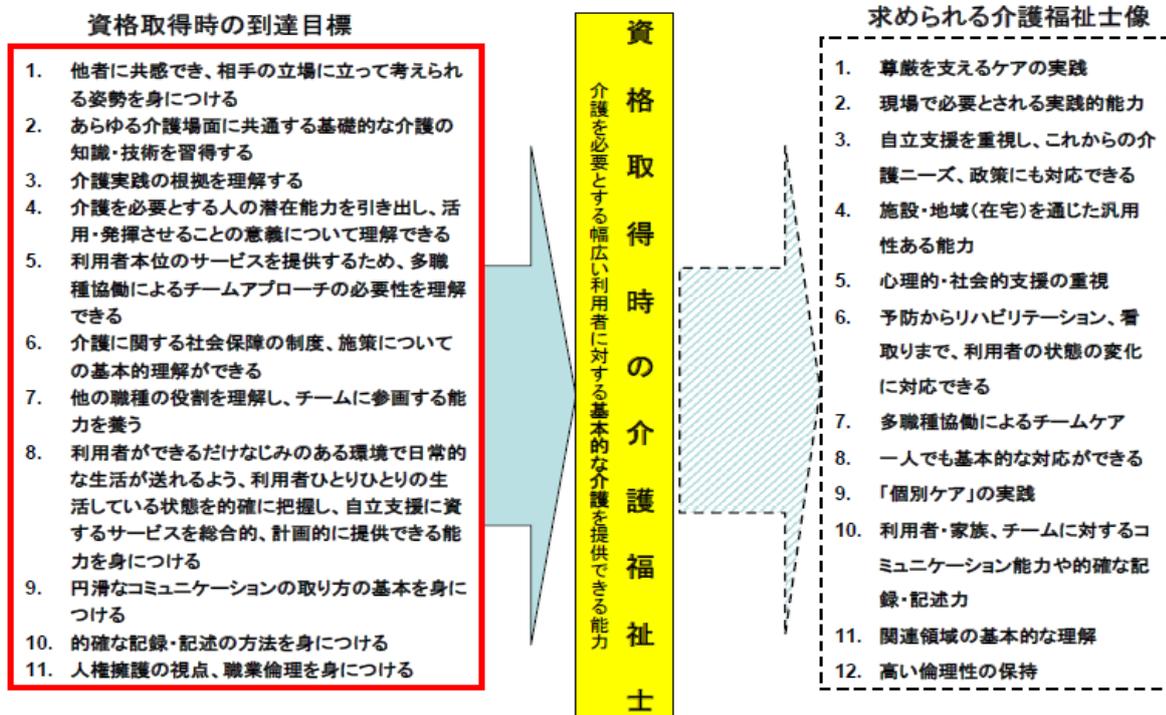
また、第7章第1節第2項(2)「専門職性についての諸見解」では「ケアワークの範疇には身体介護技術・家事援助技術及び IADL 中心の社会生活支援技術を位置付け」とあるが、これが介護独自の専門性だというわけではない。確かに、このテキストにおいては介護の専門性という曖昧模糊とした専門性を獲得するために必要な内容が論じられているにはいるのだが、「これがコアである専門性だ」と「専門性」について明快に論じられていないわけではない。

このように、介護の専門家である介護福祉士を養成する教育機関で使用されるテキストにおいてさえ、明快にコアである介護の専門性について論じているテキストは見当たらない。このような状況の中で、明確な専門性を保持した真の意味の専門家が育つとは到底思えない。

この点は、2015年度からの新たな国家資格のありように対する養成目標(図13)を見ても不明確さは変わらないままである。

『介護の基本 I』(介護福祉士養成講座編集委員会 2009)においても、これが介護福祉のコアである専門性だとして明確に論じている個所はない。「介護の専門性」の項で、「尊厳の保持」「生活の継続性」「高い倫理性」などの文言で専門性が論じられているが、ここに介護福祉の専門性があるのではなく、ここに介護福祉の専門性もあると言うべきである。これまで、介護福祉士の専門性である介護福祉援助技術の体系化や体系図の構築が十分に検討されてこなかったと考える。介護福祉という特定の領域における高度な知識と経験は、介護福祉援助技術の体系の下でなければ、明快に論ずることは困難である。

養成の目標



(資料：更生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei02.pdf>)

図 13 新たな国家資格のありように対する養成目標

第 2 節 介護福祉士の専門性と専門介護福祉士に見る専門性

専門介護福祉士認定に関する研究会より提出された『専門介護福祉士認定に関する研究 (2010 年度報告書)』では、現行 2 年課程の養成内容に 1650 時間追加教育することで認定専門介護福祉士誕生を期待しているが、果たしてこれで専門介護福祉士と認定することが妥当であるのかどうか。この点についての検証はこれまでなされてこなかったのはいか。つまり現行 2 年課程 (1800 時間) の養成内容で、介護福祉士に求められるジェネリックな専門性を教育する教科は網羅されており、それゆえ 1650 時間追加教育することで介護福祉士の中の更なる専門介護福祉士の誕生が可能になるという点について、論議されることはなかった。

というのも、すべての介護福祉士が専門介護福祉士になるわけではない。とすると、そ

のような介護福祉士であっても、スペシャリスト的対応とまではいかないにしても、認知症ケアやターミナルケア等において、専門性を持った介護福祉士として、国試の受験資格はないが実務3年プラスさまざまな研修を受講している一般の現場職員より専門的対応ができるということを意味していることになる。しかし、果たしてそうなのか。田中（2007）は、「介護福祉士養成の現状と課題」において、段階的な改正を伴いながらも、最終的には4年課程において介護福祉士の専門性は培われるべきことを論じた。しかし、『専門介護福祉士認定に関する研究（2010年度報告書）』では、その点が明確に検討されていない。

表1 専門介護福祉士養成カリキュラム

(1) 基礎領域の教育カリキュラム (150 時間)
・介護福祉論：30 時間 ・生活福祉論：30 時間 ・介護技術実習：30 時間 ・介護過程展開演習（事例研修）：60 時間
(2) 生活支援領域の教育カリキュラム (840 時間)
・生活支援学：30 時間 ・生活支援技術論（認知症を含む）：30 時間 ・家族関係論：15 時間 ・家族支援技術演習：15 時間 ・生活環境論：15 時間 ・生活環境調整技術演習：15 時間 ・家政学（介護に必要な家政）：30 時間 ・家政学実践演習：30 時間 ・生活支援技術論Ⅰ（内科・外科疾病）：30 時間 ・生活支援技術演習Ⅰ：30 時間 ・生活支援技術論Ⅱ（神経疾患・難病）：30 時間 ・生活支援技術演習Ⅱ：30 時間 ・生活支援技術論Ⅲ（認知症）：30 時間 ・生活支援技術演習Ⅲ：30 時間 ・生活支援技術論Ⅳ（知的・精神障害）：30 時間 ・生活支援技術演習Ⅳ：30 時間 ・生活支援技術論Ⅴ（高次脳機能障害）：30 時間 ・生活支援技術演習Ⅴ：30 時間 ・生活支援技術論Ⅵ（終末期・緊急時対応）：30 時間 ・生活支援技術演習Ⅵ：30 時間 ・生活支援技術指導法：30 時間 ・生活支援技術指導法演習：30 時間 ・生活支援技術研究法（観察・評価、研究計画立案、論文作成、研究発表）：30 時間 ・生活支援技術研究法演習：30 時間 ・生活支援の医学：30 時間 ・解剖生理学：30 時間 ・生活支援の医療技術Ⅰ（摂食関係）：30 時間 ・生活支援の医療技術Ⅱ（排泄関係）：30 時間 ・生活支援の医療技術Ⅲ（呼吸関係）：30 時間 ・生活支援の医療技術Ⅳ（服薬・傷の手当て関係）：30 時間
(3) 運営管理（マネジメント）領域の教育カリキュラム (660 時間)
・スーパービジョン概論：60 時間 ・スーパービジョン実践論（指導教育・技術指導・健康教育）・職場環境論：60 時間 ・スーパービジョンの実践演習：90 時間 ・ケアマネジメント論：30 時間 ・生活環境論：30 時間 ・運営管理機能論Ⅰ（技術演習を含む）：90 時間 ・運営管理機能論Ⅱ（技術演習を含む）：90 時間 ・福祉情報処理・統計学：60 時間 ・地域福祉論：60 時間 ・実習教育論：30 時間 ・実習教育演習：60 時間

表1は報告書に案として提示された内容である。1650時間追加教育のもと、これから認知症専門介護福祉士、ターミナルケア専門介護福祉士等様々に認定された専門介護福祉士

が誕生するとされている。しかし、これらの科目の多くは、次項2で論述するように、介護福祉援助技術の直接援助技術の中に含まれるものである。さらにいえば、田中の「介護福祉士養成の現状と課題」では、介護福祉士の専門性の意識に関して「さらに高めたいと考える専門的知識や技術」は何かという問いに対する次のような調査結果を提示している。

- ①認知症高齢者の介護知識・技術（48.1%）
- ②介護保険制度の理解と対応（30.2%）
- ③老人・障害者心理および自立支援の方法（29.6%）
- ④介護技術の実際（27.3%）
- ⑤ケアプランに関する知識・技術（26.3%）
- ⑥リハビリテーションの基礎知識（20.0%）。

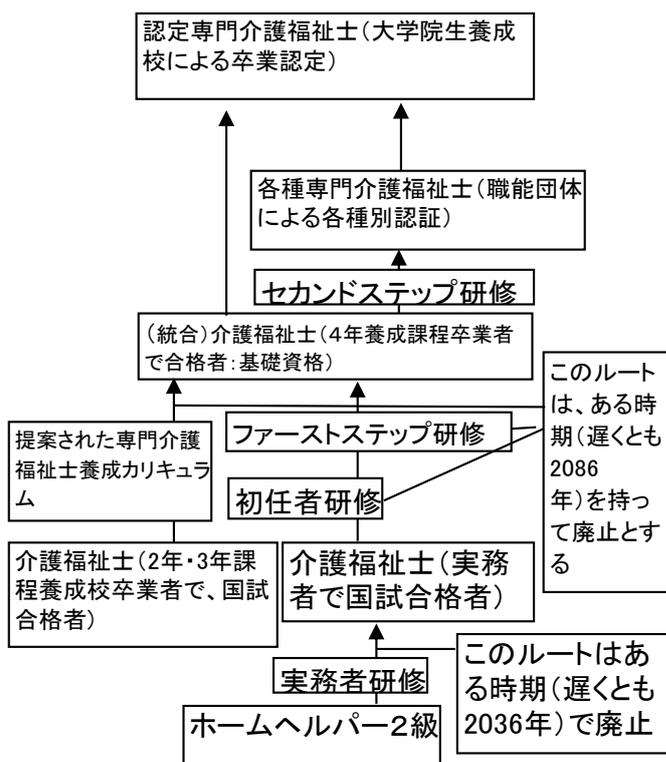


図14 認定専門介護福祉士のイメージ

*2036年、2086年は、「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立(1987年)して50年目と100年目である。遅くとも、法成立50年目で実務者の介護福祉士誕生はなく、100年目からは4年課程の介護福祉士誕生のみとなるという長期イメージである。

これらの回答を見てとれるのは、介護福祉現場の職員は、専門介護福祉士になるための知識や技術ではなく、介護福祉士の専門性の一部としてこれらの知識・技術を身につけたいと考えているということである。

以上のことを勘案すると、今回提出された専門介護福祉士認定基準の内容は、介護福祉

士の専門性に必要な内容であり、現行の2年課程の養成を早急に4年課程にすべきことを示唆しているように思える。その上で、スペシャリストとしての専門介護福祉士を認定すべきではないのか。筆者の考える、ありうべき教育システムのイメージは図14のようになる。つまり、4年課程の介護福祉士養成を基盤に、職能団体による専門介護福祉士の認証を位置づけ、専門介護福祉士というステップを踏んで認定専門介護福祉士に至る道と、ステップを踏むことなく直接認定介護福祉士に至る道を準備する(受験資格要件に実務経験3年以上を課すことでより充実した専門資格となる)のである。当然、専門介護福祉士で学んだ科目は読み替えを可能にすることで資格の向上が担保されることになる。

第3節 直接援助技術修得に必要な科目群と科目群を配置するために必要な時間数

介護福祉のコアである専門性、すなわち介護福祉援助技術における直接援助技術がどういものであるかが明確になってきたが、この直接援助技術を身につけるために必要な科目群と時間数はどのようにあるべきかを表示した。表2がそれである。

表2は筆者の大学における科目群と時間数をモデル的に示したものであるが、①に関しては介護福祉コースを選択した学生のみ受講。②は、大学の講座として他の社会福祉学科の学生と同様の科目をコース生のみで受講。この①と②の合計(1830時間:86単位)が2年課程の専門学校生と同様な科目群になるが、これらの科目群だけでは介護福祉士に求められる直接援助技術のケアカウンセリングを身につけることは難しい。③(615時間:34単位)が大学の講座として他の社会福祉学科の学生と同時受講科目であるが、この③の科目群のソーシャルワーク演習Ⅰ～Ⅲと演習(ゼミ)の中でケアカウンセリングに必要とされるソーシャルワーク・スーパービジョン・コミュニケーション技術・カウンセリング技法が教授されている。

表3は筆者の大学の介護福祉コース専攻生の卒業時進路状況であるが、86%の卒業生が介護福祉現場で就職し、90%以上が福祉関係の専門性を生かした職場に就職しているのが分かる。就職に関しては、実習やボランティアなどに係わった中で、学生の肌に会う施設に就職するよう伝えるだけで、教員が直接関わることはほとんどない。この状況は、筆者の大学の介護福祉士養成課程が有効性を保持していることの証左であると思われる。

表2 直接援助技術修得に必要な科目群

介護福祉コース受講科目群((2年課程と類似の科目:①+②))

<ul style="list-style-type: none"> ・生活援助技術Ⅰ・Ⅱ(60時間:2単位)・認知症の理解Ⅰ(30時間:2単位)・介護過程Ⅰ・Ⅱ(60時間:2単位) ・生活援助技術Ⅳ(栄養・調理)(30時間:2単位)・生活援助技術Ⅲ(30時間:1単位)・手話・点字(30時間:1単位) ・発達と老化の理解Ⅰ(30時間:2単位)・こころとからだのしくみⅠ(30時間:2単位)・介護過程Ⅲ(30時間:1単位) ・生きがい活動援助法Ⅰ(30時間:2単位)・実習指導Ⅰ・Ⅱ(60時間:2単位)・障害の理解Ⅰ(30時間:2単位) ・生きがい活動援助法Ⅱ(30時間:2単位)・リハビリテーション論(30時間:2単位)・実習指導Ⅲ(60時間:2単位) ・生活援助技術Ⅴ(被服・住居)(30時間:2単位)・生活援助技術Ⅳ(栄養・調理実習)(60時間:2単位)・生活援助技術Ⅴ(被服・住居実習)(30時間:1単位)・実習Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ(450時間:11単位) (合計① 1110時間:41単位)
<ul style="list-style-type: none"> ・ソーシャルワークⅠ(30時間:2単位)・ソーシャルワークⅡ(30時間:2単位)・介護福祉特講Ⅰ(30時間:2単位) ・社会福祉概論Ⅰ(30時間:2単位)・社会福祉概論Ⅱ(30時間:2単位)・介護福祉特講Ⅱ(30時間:2単位) ・心理学概論(30時間:2単位)・介護福祉論(30時間:2単位)・障害者福祉論(30時間:2単位) ・医学一般(30時間:2単位)・高齢者福祉論(30時間:2単位)・権利擁護と成年後見制度(30時間:2単位) ・障害の理解Ⅱ(30時間:2単位)・発達と老化の理解Ⅱ(30時間:2単位)・認知症の理解Ⅱ(30時間:2単位) ・社会福祉入門Ⅰ(30時間:2単位)・社会福祉入門Ⅱ(30時間:2単位)・介護福祉の基本Ⅱ(30時間:2単位) ・体育・健康科学実習(30時間:1単位) ・初修外国語Ⅰ(30時間:1単位)・初修外国語Ⅱ(30時間:1単位)・こころとからだのしくみⅡ(30時間:2単位) ・介護福祉の基本Ⅰ(30時間:2単位)・こころとからだのしくみⅢ(30時間:2単位) (合計② 720時間:45単位)
<ul style="list-style-type: none"> ・社会学概論(30時間:2単位)・ソーシャルワークⅢ(30時間:2単位)・公的扶助論(30時間:2単位) ・地域福祉論Ⅰ(30時間:2単位)・こども家庭福祉論(30時間:2単位)・ソーシャルワークⅣ(30時間:2単位) ・医療福祉論(30時間:2単位)・ソーシャルワークⅤ(30時間:2単位)・社会保障論Ⅰ(30時間:2単位) ・ソーシャルワークⅥ(30時間:2単位)・ソーシャルワーク実習(180時間:4単位) ・ソーシャルワーク実習指導Ⅰ(30時間:1単位)・ソーシャルワーク実習指導Ⅱ(60時間:2単位) ・ソーシャルワーク演習Ⅰ(60時間:3単位)・ソーシャルワーク演習Ⅱ(60時間:3単位) ・ソーシャルワーク演習Ⅲ(30時間:1単位) (合計③ 615時間:34単位)

2011年:鹿児島国際大学社会福祉学科における科目群

表3 介護福祉コース専攻生の卒業時進路状況

		人数	高齢者分野			障害児・者分野			児童分野	医療分野	民間福祉団体	行政	企業		進学	その他
			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	特定施設 その他等	障害者 支援施設	重症心身 障害児施設	知的障害児 施設					病院	社会福祉協 議会/社会 福祉事業団		
1	2005年度卒業	17	8	6		1			2							
2	2006年度卒業	24	8	8		4	1		1				1			1
3	2007年度卒業	28	18	4		2	1						3			
4	2008年度卒業	20	8	2		2		2		3			1			2
5	2009年度卒業	20	10	2		2	2		1				1		2	
6	2010年度卒業	24	15	7					1			1 (鹿児島県)				
7	2011年度卒業	12	4	1				1	1			3 県立2名、私立1名	2			
8	2012年度卒業	20	10	1	3	2		1	1			1	1			
9	2013年度卒業	13	6		2	2		1					2			
	小計	178	87	31	5	14	5	4	1	7	3	5	1	10	2	3
	合計	178	123			23			1	7	3	5	11		2	3
		100.0%	69.1%			12.9%			0.6%	3.9%	1.7%	2.8%	6.2%		1.1%	1.7%

①・②・③の科目群と時間数（2445時間：120単位）を修得することでのみ介護福祉士の専門性のコアである直接援助技術が身につくのだとしたら、このことは現行の養成の有り様（2年間での養成課程）を早急に変える必要があることを明確に示している。この点については次項で述べる。

第4節 専門性を保持した介護福祉士に求められる素養

利用者の人間性にかかわることになる生活支援は、援助者である介護福祉士の人間性によって直接・間接的に影響を受けることになる。前項2で論じた2年課程と4年課程の教育の差異は、単なる時間的な長短だけの問題ではない。調理において、旨味を増すために寝かしの時間が必要なように、熟成のためにはそれなりの成熟期間が必要である。林地肥培によってできた成木と、屋久杉のように長い年月を経てできた成木では、同じ太さではあっても、強度の差異において天地ほどの違いがある。

教育に携わるものが、期間の重要性を無視するようなことがあってはならない。4年課程と2年課程の差異は、学生の問題を論じているのではなく、介護福祉士養成における必然性を論じているのだということを認識する必要がある。

この点に関して、本間・八巻ら（2009）は、「介護福祉士の専門性は必要であるが、専門的段階は低いという意識であり、その結果として労働条件や待遇、社会的認知不足、介護福祉士の能力の不足や個人差、養成校における教育内容不足などが挙げられた。専門性向上への課題や要望としては・・・研修・教育体制の充実や継続に関する要望が多かった」（本間・八巻ら2009：99）としながらも、さらに次のように論じている点に注目する必要がある。「現状としての研修・教育体制に関しては、特に介護福祉士独自での施設内研修や自己研鑽は活発にできない傾向があり、施設外研修にゆだねる必要性も伺えた・・・専門性向上のために介護福祉士が自ら学ぶ必要性、それを支え可能にする外的環境の整備の必要性を確認し、そこで外的要因としてわれわれ介護福祉士養成校も介護福祉士会と一層連携を強化し、ともにそれを支えることを使命として確信した」（本間・八巻ら2009：99）。

表4は、筆者の大学における社会福祉学科介護福祉コース学生の卒業時の修得科目と時間・単位数であるが、表2の直接援助技術修得に必要な科目群と時間数に追加したものである。これを見ると、前項2の介護福祉士の専門性と専門介護福祉士に見る専門性で論じてきたように、介護福祉士に求められる専門性を教育するためには4年間の期間が必須であることが理解できる。

表4 大学における介護福祉士養成に必要な科目群

介護福祉コース受講科目群((2年課程と類似の科目):(1)+(2))

(1) = (合計① 1110時間:41単位)
(合計② 720時間:45単位) +
<ul style="list-style-type: none"> ・コンピュータと情報倫理(30時間:2単位) ・英語オーラルコミュニケーションⅡ(30時間:1単位) ・英語リーディング/ライティングⅡ(30時間:1単位) ・新入生ゼミナールⅡ(30時間:2単位) ・英語オーラルコミュニケーションⅠ(30時間:1単位) ・英語リーディング/ライティングⅠ(30時間:1単位) ・新入生ゼミナールⅠ(30時間:2単位) ・その他300時間:19単位
(2) = (合計 1230時間:74単位)
(合計③ 615時間:34単位)
<ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉論Ⅱ(30時間:2単位) ・福祉行財政と福祉計画(30時間:2単位) ・社会保障論Ⅱ(30時間:2単位) ・演習(ゼミ)Ⅱ(60時間:6単位) ・就労支援サービス(30時間:1単位) ・社会福祉運営管理(30時間:2単位) ・社会福祉調査(30時間:2単位) ・演習(ゼミ)Ⅰ(60時間:4単位) ・司法福祉(15時間:1単位)
(3) = (合計 930時間:56単位)

2011年:鹿児島国際大学社会福祉学科における科目群

4年制大学の学生に求められる教育内容と特徴

- * ①に関しては介護福祉コース学生のみ受講。
- ②は、大学の講座として他の社会福祉学科の学生と同様の科目をコース生のみで受講。
- ③は、大学の講座として他の社会福祉学科の学生と同時受講。
- * ①・②の科目(2340時間:115単位)が、2年課程の養成学校と同様な受講科目群。
- ②・③の科目(2160時間:130単位)が社会福祉学科の大学生と同様の受講科目群。
- * 2年課程の介護福祉士に比べ、大学の介護福祉士は③の科目以外に、2340時間と1800時間の差異の分(540時間)を特別に学んでいることになる。
- * 4年制大学の社会福祉学科の学生に比べ、介護福祉コースの学生は、①の科目を特別に学んでいることになる。(卒業時:3270時間:171単位)
- * ③の科目群と2年課程との差異の540時間に、介護現場の職員が求めている研修内容のスーパービジョン、コミュニケーション技術、カウンセリング技術等が含まれることになる。

第4章 介護福祉実践とケアカウンセリング

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、次のようになる。「ケアカウンセリングとは、利用者の変容を促そうとしてカウンセリングマインドを用いる技術ではなく、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を徹底的に変革させるためにカウンセリングマインドを用いる技術である。」

刻一刻と利用者を取り巻く環境が変化する多忙な介護福祉業務の中で、百人百様の利用者の価値観に寄り添うことを業とする介護福祉士にとって、援助者である自分の価値観と異なる利用者の価値観に寄り添うためには、強い自己抑制が求められる。援助者の価値観からしたら許すことさえできないと思われる内容に対して、援助の手を差し伸べることのできる哲学的意志を持たなければならない。この意志に対してケアカウンセリングという。またチームケアを有効に行うために、多様な価値観を持った介護福祉士の援助方法を統一して利用者に向き合うことが求められる。援助内容の異なる介護福祉士の援助方法を統一するために、共通認識をもち、共通理解したうえで介護福祉を実践するために、援助者自身にカウンセリングのマインドを向ける。これもケアカウンセリングという。さらに、緊急的対応を迫られる介護福祉現場において、リスクを回避するうえからも瞬時に優先順位をつけたケアの実践が行われなければならない。これもケアカウンセリングである。プロの介護福祉士と素人の介護者の差異はというと、この様な事に対して瞬時に決断することができ、その上で適切なケアを実践できるかどうかという点にある。

ケアを実践する上で用いられるケアカウンセリングについての研究である本稿では、ケアカウンセリングの有効性を探るために実践事例を分析する。そこで、本章ではケアカウンセリングの骨格を明示し、述べることにする。

第1節 ケアカウンセリングの理論

御子柴（2005）は論文「尊厳と連帯」で、「他人の尊厳を感得する人間はまた自己自身の尊厳をも感得する者である。ここから自尊感情こそが尊厳感得の唯一の手がかりであると結論づけることは無論できないが、自尊感情が毀損されているとき、その当人が他人との関係を『尊厳』の名において規制することが困難になることは予想されるのではないだろうか」（御子柴 2005：33）と介護者自身に対する尊厳の必要性を述べるとともに、「高齢者の尊厳を支えるような行為とは、高齢者介護に参加する人間が、自分の都合に合わせて

クライアントの存在を切り縮めることがないように行為」(御子柴 2005 : 32) すべきだと介護者に対する戒めを論じている。

また、彼はコンラディ (2001)が主張した「ケアに関する9つのテーゼ」の「相互行為としてのケアには、感じること、考えること、行動することが織り込まれている」ことを引き合いに出しながら、「コンラディは、先行研究者の見解に基づき、ケアを本質的に本能や情動に基づく非合理的なものとする見方に反対し、ケアには情動のみならず知性や行動の反省が織り込まれていることを指摘し、他方で、合理性だけを論理的決定の条件にする見方に反対し、合理性と感情的側面の結合を指摘」(御子柴 2005 : 37) していると述べている。この議論は、本稿におけるケアカウンセリングの理解と一致している。

1 ケアカウンセリングとは

介護福祉においてケアカウンセリングが必要である理由は、施設における利用者の援助がチームでのケアを必要とすることに求められる。

カウンセリングやソーシャルケースワークは、当初クライアントに向き合うとき、本質的に1人のカウンセラーもしくはソーシャルケースワーカーが関わることになる。したがって、方針を立てるとき、カウンセラーもしくはソーシャルケースワーカー自身の価値観や優先順位でプランを組み立てることが可能であり、この段階で他のカウンセラーやケースワーカーと意見の相違が発生することはない。しかし、施設介護においては、当初のかわりからチームにおける価値観や優先順位の中で行動を行わなければならない宿命を根源的に保持しているのであり、ワーカー自身の価値観や優先順位と異なる結果を要求されることが多々出現することになる。

施設におけるケアを実践しようとするとき、ケアはアドリブ的に突発的な援助を常に求めるのであり、あらかじめ決められていた計画・マニュアルを変更させなければならないことが多々起きる(介護過程の二極性がそれである。二極性については後述する)。このとき、それぞれのワーカーの価値観や力量によって優先順位のつけ方に差異が生じることになる。この差異をできるだけ無くす、もしくは少なくしてチームケアを友好的・効率的に実践するために求められる技術が、ケアカウンセリングである。

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、介護福祉
現場では枚挙にいとまがない。対応実例については、第5章で詳述する。このような内容
へ迅速適切にチームとして平準的に対応できる技術をケアカウンセリングという。

(1) カウンセラー、ソーシャルケースワーカーとケアワーカーにおける関わり方の違い
これまで第1章第2節3の(1)「ケアカウンセリングとカウンセリングの差異」、(2)
で「ケアカウンセリングとソーシャルケースワークの差異」について述べてきたが、ここ
では三者の関わり方における差異を概説し、次項の橋渡しにしたい。

カウンセラー(サイコロジスト)は、対象者が精神病や神経症の人たちであるか、それ
らの病気は持っていないが、人生の悩みを抱えている人たちであるかにかかわらず、クラ
イアントが生活を送る上で生活に間接的に影響を及ぼす問題に対応する。つまり生活を実
際に送ることに直接影響を与える問題に対応するのは異なっている。介護福祉士の対象
とする内容は、利用者に対して直接生活へ影響を及ぼす事柄へのかかわりであり、その点
に於いて、カウンセラーとケアワーカーの対応は異なる。

たとえば、強迫神経症のため、鍵を掛けたかどうか気になり仕事に出られない人の場合、
彼は生活行為が直接出来なくなったのではなく、「鍵を掛けたかどうか」という意識性によ
って間接的に生活が出来なくなっているのである。それゆえ、彼に対してはなんらかの生
活支援をすることは必ずしも意味をなさず、「鍵を掛けたかどうか」気になって会社にも行
けないそのことを解決する必要があるのである⁹。

これはソーシャルワーカーが、クライアントの生活に直接影響を及ぼす事柄へ対応する
ために社会資源をクライアントに結び付け、パーソナリティの向上を試みることも異な
るのである。というのも、ソーシャルワークに於けるクライアントの生活に直接影響を及
ぼす事柄は、クライアント自身が自分の生活を送る上で直接困難な内容というよりは、生

⁹ 確かに、強迫神経症によって普通の生活を送ることができなくなることはある。その場合の
直接的な影響は強迫神経症による。なぜなら、彼は普通の生活を送る潜在能力は依然として
持っている。普通の生活を送る能力が直接強迫神経症によって影響を受けているのではなく、
能力は保持しているのだが、能力を使う力が影響を受けているのである。一方、介護の関わ
る対象者は、潜在能力・残存能力を使用しようとしても使用する能力自体に障害があり、普

活に直接影響を及ぼす事柄自体はクライアントの行為もしくは周辺状況からもたらされたものであるという点である。

たとえば、父親（もしくは母親、以下父親という）による幼児虐待の場合、カウンセリングでは父親と面接することになる（この時点で虐待される幼児と積極的に係ることはない）が、父親がカウンセラーのもとへ訪室することがなければ、もしくは第三者とのつながりがなければ、関係性が生じることはない。一方、ソーシャルワークでは幼児の生命・尊厳を守るという観点から、幼児の一時保護という措置をとったり、そのなかで父親と面接をすることもありえる。しかし、その場合、ソーシャルワーカーはカウンセリングのみを行い直接治療するのではなく、関連援助技術としてのカウンセリング技法を用いながら、父親にとって適切な社会資源は何かを探り、必要な社会資源へ結びつけ、父親のパーソナリティをエンパワメントすることで新たな社会環境を構築し、幼児の生命・尊厳を守ろうとすることになるのである。

これら両者に対して（クライアントや父親に何らかの障害がある場合を除いて）、介護福祉士が直接係ることはない。なぜなら、両者とも生活を送る上で直接・具体的な困りごとがあるのではなく、ある要因・事象がもとで生活に対する困りごとが生じているのであり、その要因・事象を解決しない限り生活の困りごとはなくならないからである。

ケアワークにおいては、直接的な生活への困りごとにかかわるのが仕事であり、ある要因・事象がもとで生活に対する困りごとが生じていることに直接かかわることではない。

ここで、三者における対象者・援助内容・方法の差異について例示すると、表5のようになる。表中の○は強い関わりがある場合で、△は何らかの関わりがある場合、×は直接的な関わりがない場合を意味している。

ケアカウンセリングは、ケアワーカーが利用者とかかわるとき、ケアワーカーは利用者を変えようとするのではなく、援助者自身が変わるのだということを原則としている。ケアワークにおける事例がカウンセリングやソーシャルワークの直接的な対象となりえないことは、「第5章 事例を通じたケアカウンセリングの展開」のなかで論じることとする。

通の生活を送る上で具体的な援助を必要としている。この点で、カウンセリングとケアカウンセリングは本質的に異なるのである。

表5 カウンセラー・ソーシャルワーカー・ケアワーカーの対象者と援助内容・方法の差異

対象者・援助内容・方法		援助者		
		カウ ンセ ラー	ソー シャル ワー カー	ケア ワー カー
対象者	①身体障害（意識の障害はない）	×	○	○
	②重度の知的障害	×	○	○
	③その他の知的障害	△	○	○
	④認知症	×	○	○
	⑤身体に障害のない精神障害者など	○	○	△
①～⑤の 対象者 に対する 援助 内容	① 直接的な身体（対象者）へのかかわり	×	×	○
	第三者を介しての本人とのかかわり	△	○	○
	② 直接的な身体（対象者）へのかかわり	×	×	○
	第三者を介しての本人とのかかわり	△	○	○
	③ 直接的な身体（対象者）へのかかわり	×	×	○
第三者を介しての本人とのかかわり	△	○	○	
④ 直接的な身体（対象者）へのかかわり	×	×	○	
第三者を介しての本人とのかかわり	△	○	○	
⑤ 直接的な本人とのかかわり	○	△	×	
第三者を介しての本人とのかかわり	○	○	△	
援助 方法	要援助者の変容を目指して直接要援助者へ関わる方法	カウンセ リング （○）	ソーシャ ルワ ーク （△）	ケアカウ ンセ リング （×）
	要援助者の変容を目指して社会資源とのつながりの中で直接要援助者へ関わる方法	カウンセ リング （△）	ソーシャ ルワ ーク （○）	ケアカウ ンセ リング （×）
	要援助者の変容を目指して社会資源とのつながりの中で間接的に要援助者へ関わる方法	カウンセ リング （△）	ソーシャ ルワ ーク （○）	ケアカウ ンセ リング （△）
	要援助者の生活の不自由さへ直接関わる方法	カウンセ リング （×）	ソーシャ ルワ ーク （×）	ケアカウ ンセ リング （○）
	要援助者の生活の不自由さへ間接的に関わる方法	カウンセ リング （×）	ソーシャ ルワ ーク （△）	ケアカウ ンセ リング （○）

2 ケアカウンセリングの必要性

上述してきたように、ケアを提供する初期的段階からチームケアを求められている施設介護においては、ワーカー個々人の価値観や優先順位を前面に押し出すのではなく、チームとしての価値観や優先順位が早急に決定できる環境を準備しておく必要がある。ここにケアカウンセリングの必要性がある。

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。「判ってはいるけど止められない」のが人の常であり、自分で対応出来るうちは自分の選択・決定に生活のあり様が任されているところに人としての尊厳がある。

Downie によれば、「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でいる権利（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」（Downie=1987：288）。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、利用者が真に望むのであれば、望むだけのサービスを専門性に即して提供するという強い意識性を持つことができるかどうか介護福祉の専門的援助には問われている。このような専門性を実践できるところに介護福祉士の存在意義があるのであるが、実際は困難である。そこに、ケアカウンセリングの必要性が生じる。

ケアカウンセリングの必要性は、裁判における裁判官の判断に差異が生ずることを鑑みると、了解できるであろう。裁判においては、法律もしくは判例という明確な基準がある中で、法律の専門家・プロフェッショナルである裁判官をもってしても意見がいつも一致するとは限らない。

判決を下す段階において、ここには個人的な価値観が入り込む余地はないのだが、それでも意見が分かれてしまうのはなぜか。本稿では意見が分かれる要因を分析するのが目的でないで概略するにとどめるが、高度な専門性を持った裁判官であっても、ひとつの結論を下すとき判断に差異が生じるのは、事件・事故がおきた背景・環境が常に異なっているからである。この背景・環境のとらえ方の差異が、判断の差異につながっている。

個別性を伴う生活の支援であるケアを実践するワーカーにおいても、意見のまとまることの困難なほどの差異が生じたとしても不思議ではない。そのとき、介護福祉現場においてどのような結論がもたらされるのか。時として、声の大きさや、無神経的な意見が結論に影響したりする。そのとき、心ある少数の介護福祉職員は、その理不尽とも思える決定

を利用者に対して実践することにはいたたまれず、職場を去ることにもなる。残念ながら、このようなメカニズムは福祉施設において多々見受けられる事であり、筆者が 20 余年勤務してきた中で何度も見聞きしたことである。

この悪循環を断ち切り、良循環にしていくためには、ケアカウンセリングが必要である。次項で、ケアカウンセリングが求められる介護福祉現場について論じることで、ケアカウンセリングの必要性を更に明確化していく。

3 ケアカウンセリングが求められる介護福祉現場

介護福祉現場において重要なのは、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」と考えることである。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、現実的な即応を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ためである。これが介護過程の二極性のうちの第一極であるライブ介護過程である。そして、このとき求められる内容が後述するところのカウンセリングマインド 10 の技法の実践である。業務が適切に実践されるためには心身を鍛錬し、10 の技法をはじめ様々な理論を身につけることが求められている。

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。介護福祉現場という煩雑な業務の中で、いわゆる実戦のなかで行われているのである。それゆえ、一般的なカウンセリングマインドを純粹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。この時々刻々と変化させざるを得ない業務の実践において活用される援助者のマインドすなわち発想をケアカウンセリングマインド（ケアカウンセリング）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福祉現場である。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、池川（2008）が「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、人間的事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」（池川 2008：23）としながらも、「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」（池川

2008 : 24) という指摘を前提に理解できる。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、カウンセリングマインドを、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”という、不条理にも思える介護福祉現場における実践であるがゆえに、ケアカウンセリングが必要なのである。煩雑な業務実践のなかでは、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」という業務のなかでバーンアウトすることに結びついてしまう¹⁰。介護福祉現場はまさに実践の直中にあるのである。介護福祉は実践学である。実践学は体験学である。頭で理解していてもだめである。このことは、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頭で考えた技に体が行動としてついていかないこと、②相手のある勝負であるということ、という2つの要因があげられる。何度も何度も修練を繰り返すことでこれらを克服しうる。

これは、介護福祉における実践にも共通する内容である。人は、自分の価値観と異なる価値観を前にしたときとまどいを感じる。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。このことについては、第5章のケアカウンセリングの実際で事例をもとに論じる。

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ことは、これまで論じてきた通りである。

¹⁰ 武井は、その著『感情と看護 - 人のかかわりを職業とすることの意味-』の中で、次のように述べている。ルティーンとして医師の診察の場に同席しているように見える場合でも、看護師は診察の邪魔にならないように優先順位を考えて適切に対応している。こうした気働きの部分は傍目には分からないが、あつて当たり前で、欠けているときに「気が利かない看護師」という形で気づかれることになる。こうした気遣いとしてのケアが看護にとって第1義的なものであるとしても、煩雑な業務に追われていれば、思い遣りのしぐさを示すことさえ億劫になる。また、患者に関心を持ち、深く関わろうとすれば看護師の内面にさまざまな感情が引き起こされ、時にはバーンアウトにつながる、と論じている(武井2008 : 31-34)。介護において、このバーンアウトを防ぐ方策がケアカウンセリングだというのが筆者の論述である。

第2節 ケアカウンセリングに必須のカウンセリングマインド十の技法

杉溪（2003）は、介護福祉士が介護福祉現場で利用者に向き合うとき必須とされるカウンセリングのマインドとして、次の（1）～（10）の項目を挙げている（杉溪 2003a：11-17）。介護福祉の現場で、職員間の価値観を統一し、チームケアを推進するうえで、このような簡潔なキーワードを職員間で共有し、その意味の相互理解を図ることは、非常に有効であると考えられる（項目に関する説明文は筆者作成）。

（1）一人ひとりを大切にすること

人はみな個性を持った存在である。それぞれの個別性を尊重したところに、利用者主体は生まれるのである。そのためには、自分を好きになることである。自分のここは好きだがこの部分は嫌いだというのではなく、好きな部分も嫌いな部分も含めて、徹底的に自分を好きになることである。あらゆる自分を好きになろうと努力し続けるとき、人は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。

（2）人の痛みを感じる心

人の痛みは分からないけれど、痛みというものを感じる心。要介護者の状況を自分に置き換えて、痛いだろうなと思える心、思い遣りの心を持つことである。人は「喉元過ぎれば熱さを忘れる」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、時の経過とともに、残念ながら人は当時の心理状態を思い浮かべることが困難になる。この忘却が、我々をして他者の痛みを感じる心を麻痺させているのである。ケアワーカーたるもの、いつでも「悲しみ」「苦しみ」「怒り」「絶望」などを思い出させるように訓練しておく必要がある。そのことで、他者の痛みへ思いを遣ることが出来るようになるのである¹¹。

¹¹ N. Feil は、その著『Validation』（Feil1993：36-48）で次のように述べている。介護者は、見当識をなくした高齢者の行動に対して、自分自身の判断や予測をもって接するのではなく、行動の裏にある高齢者のやむにやまれぬ気持ちに、敏感に気づかなければならない。そのために必要なテクニックは、自分の心を開放して、批判的にならず、心を込めて耳を傾けることであるとして、次の14のテクニックを挙げている。

①センタリング：精神を集中するために呼気吸気に焦点を合わせる、②威嚇的でない言葉を

(3) 待つ心

援助者側から「あーだ、こうだ」とやらないで、利用者がその気になるのを待つということ。両親が、子供の育つのを「見守る」という姿勢に似ている。利用者が自分の残存能力を活用するように、活用できるように、援助者は時間がかかっても待つという姿勢が大切である。仕事の効率性のみに目を向けていると、利用者の能力を潰してしまうことになる。援助者は、利用者の縁の下の力持ち的存在であり、見守り、できるのを待つのである。日課表に流されないこと。「日課表は必要悪」(田中 2005 : 65) だということを知ることである。

(4) 可能性を拓く心

人は、誰も可能性を秘めているということを納得できること。障害のあるなしに関わらず、人間の可能性を信じる心を持つということ。あらゆるものの存在の意義を理解することである。つまり、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。抗菌剤の乱用により薬

使う：事実に基づいた言葉が信頼を築く，③言い換え：相手と同様のキーワードを用いながら要点を繰り返す，④対立の技法：高齢者が不満に感じていることに対して極端な言葉を使う，⑤逆の画像化：高齢者が感じている現状に対して反対のことを想像させる，⑥暗示：昔の記憶が現在の生活環境と共存するための能力を引き出す，⑦視線を合わせる：(介護者が)じっと見つめることで(高齢者は)混乱の状況から抜け出ることが出来る，⑧曖昧な表現を使う：高齢者の意味の分からない言葉に対して、曖昧な言葉を使うことでコミュニケーションをとることが出来る，⑨低い、情のこもった語調で話す：高い声は聞きづらく、荒々しい語調は高齢者を怒らせたり引きこもらせたりする，⑩動きや感情を観察し合わせる(ミラーリング)：共感しながら、鏡に映したように高齢者と同じ行動をすることは信頼を勝ち得る，⑪人間的欲求に結びつける：高齢者の行為を、愛情・有用感・純粋な感情の発露という3つの人間的欲求に結びつけること，⑫(高齢者が)好きな感覚を用いる：高齢者が好きな感覚を知ること、信頼を築くことが出来る，⑬タッチング：高齢者は、後ろや横から近づくと驚くので、正面から近づくと、⑭音楽を使う：言葉をなくしたとき、懐かしいメロディがよみがえり、高齢者を元気づける。バリレーションが見当識障害のあるお年寄りの行動に対して有効であるように、ケアカウンセリングはすべての利用者に対して有効な技術である。

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できない。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知ることができるようになる。

(5) 柔らかい心

柔軟性があると同時に、利用者の申し出に流されない、基礎的対応の枠組みをしっかりと身につけることである。ここまでは対応可能だが、ここからは受け容れられないということ。(6)の向きあう心を育てることにつながるのだが、ぎりぎりの線で受容できないときが来る。この向きあう心に至るまでの間は、利用者の申し出に対して柔軟に対応できること。これが柔らかい心であり、ケアワーカーに求められる受容の境界線である。つまり、境界線をもつことで、ワーカーは利用者の申し出に対して柔軟に対応できるようになるのである。

(6) 向きあう心

受け容れるだけではなく、時には対決するという場合もある。そのためにも、しっかりと向き合うことが大切である。きちんと向きあうことなく対決するのは、単なる他者否定につながりかねないのであり、注意を要する。これは徹底的に受容できるようになった援助者に求められる心であり、これまでの(1)～(5)の心が育った援助者のみが育てるべき心である。ところが残念なことに、この心は自己覚知のできていない、自分を客観的にみることの出来ない人ほど誤って身につけやすい技法であり、欺瞞につながりやすい。徹底的な受容の後に現れる心であり、これが「全き受容」である。

(7) 葛藤を生きる心

他者とのかかわりの中で、葛藤が生まれるのは当然である。その葛藤を解決しようとして、すぐにどちらかへ方向を決めるのではなく、葛藤しているときのエネルギーそのものを大事にしようとする。利用者を変えようとするのではなく、利用者が自分で変わるのを待とうとすることである。ケアワークの専門家は、常に葛藤を生きなければならない。

(1)～(6)の心を育てるには、葛藤を生きるという決心のない援助者にはできないことである。悩み続けることは大変なエネルギーを必要とする。悩み続けるというエネルギーを持たない人、つまり葛藤を生きることの出来ない人は、耐え切れなくなった時点で、右か左という答えを出すことで問題から逃げ出すのである。自分に厳しく、自己を律する努力をすることである。自分に都合よく考えるのではなく、他者の都合を考えようと努力することで、葛藤を生きる心は育つのである。

(8) クライアントから学ぶ心

対人援助は常に学習の場であるので、己に謙虚でなければならない。援助者は、利用者と謙虚に向き合うことによって、学ぶことになるのである。クライアントの言動から間接的に学ぶのである。利用者にとってケアワーカーは自分を映す鏡である。同じように、ケアワーカーにとって利用者は、ケアワーカーが自分を見つめ直すきっかけになるのである。つまり、利用者はケアワーカーに謙虚さと向上心をもたらす研鑽の場を提供することになる。学ばしていただくというのではなく、学びの場を提供してくれているのである。十人十色というように、利用者のニーズは同じように見えても、一人ひとり微妙に異なるものであり、範疇に収めることのできないものである。常に個別化を念頭においてかかわる必要がある。

(9) 生涯学び続ける心

生涯学習。専門家たるもの、つねに向上心を持たねばならない。己が努力せずして、他者に努力を求めても意味をなさないのである。援助者のひたむきに生きている姿が利用者の変化を生むのである。変えようとして変わるのではない。結果として変わっているのである。継続は力なり。持続する心のないケアワーカーは利用者のための援助を自己満足で片付けてしまうことになる。自分に厳しく、自己を律すること、プロ意識を持つことである。

(10) 共に生きる心

共に生きるためには、共に感じることができなければだめである。聞く耳だけではなく、一緒に生きていくというかわりのなかで、利用者の思いや・痛みを感じる心が育っていく。ケアワークはサービス業だと理解することである。と同時に、利用者主体だということである。利用者の望むことを利用者が望むようにケアを提供することは、自分の価値観を白紙にして利用者の望みを謙虚に聴くことである。

以上の(1)～(10)の技法は、抽象的な概念として理解するだけではなく、介護福祉の現場で日常的に活用できることが重要である。介護過程という全体的な設計図はできており、それに基づいて支援する生活をそれぞれに組み立てようとするとき、病気とまでは行かないが、バイオリズムの変化により計画通りに実践することが困難になる場合がある。そのようなときに威力を発揮するのがこの十の技法である。アドリブ的に変化する生活のなかでどのように技法を活用するのかを身につけるためには、事例を通して理解を深めることが有効である。

第5章 事例を通じたケアカウンセリングの展開

カウンセリングマインド 10 の技法が介護福祉の専門家においてどのように活用されるのか。本章では次のような仮説に基づき、事例を検討し考察をすすめる。

- 1) カウンセリングマインドを援助者自身に向けることによって、利用者主体の介護福祉がより効果的に実践できる。
- 2) ケアカウンセリングを伴わない介護福祉は「してあげる」介護に結びつきやすい。
カウンセリングマインドを援助者自身に向けることのない介護福祉は、利用者主体ではなく援助者主体のサービスになる。

第1節から第11節まで、事例に基づく考察をすすめる。その際、カウンセリングマインド 10 の技法が、介護福祉の現場で、援助者自身の態度や自己成長、利用者への援助にどう活用されるのか、という視点に基づいて考察する。

本章の研究方法を改めて提示すると次のようになる。

<本章の研究手法>

本稿は、ケアを実践する上で用いられるカウンセリングマインドについての研究である。チームケアに関わる職員が、ケアカウンセリングの活用法や有効性を理解するためには、実践事例を通じて理解を深めることが効果的である。そこで、介護福祉現場で実際に行なわれているケアワーカーの援助実践を例示し、それぞれの事例においてどのような現場状況からどのような意識のもとで問題点が出現したものであるか分析することとする。そして、問題点の解決方法を探る上で、職員の考え方や態度、言動はどうあるべきかを現場状況を考慮しながら考察する。

<具体的な検討手順>

①利用者の言動に対する職員の逐語録的言動を抽出することで事例を提示し、介護福祉の現状と問題点を分析し、対応策を導き出す。本事例は、筆者が1986年以降『老人生活研究』や『老人福祉』等に投稿した資料に基づいている。

*このような検討方法を採択した背景には、次のような事情がある。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でかかわることは、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で利用者にかかわっていた内容が、全体として協働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・他職種間の価値観の差異となって浮き彫りになり、バーンアウトにつながるほどの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。ケアワーカー間の価値観を同じくし、ケアカウンセリングを実践するためには、カウンセリングマインド10の技法を念頭に置きつつ、事例を通じて理解を深め合うことが効果的である。

②各事例の検討においては、処遇順位のつけ方に介護福祉士個々人の価値観がなぜ・どのように反映されるかを分析するとともに、現実的な対応策を探っている。分析の視点としては、当時の筆者がスーパーバイザー的な立場（寮母長）から当時の寮母（ケアワーカー）に対してスーパービジョンを展開していた内容をもとにしている。

*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、現実には困難を伴う。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福祉現場において、職員同士が同じ価値観のもとでケアを実践するには非常な困難を伴う。その困難性が「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。

<倫理的配慮>

取り上げた事例は、筆者が39年前から22年前までに接した事例であるが、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、今日でも同様の事例が介護福祉現場では多くみられ、今日取り上げる有効性は変わらないと考える。

<事例の枠組みと分析の視点>

第1節から第12節までの事例の枠組みと分析の視点は以下の表6のようになる。

表6 事例の枠組みと分析の視点			
節	事例(介護内容)の枠組み	分析の視点	
		一般的な対応	
		ケアカウンセリング的対応	
第1節事例1	ケアワーカーのルーティンワークにない利用者からの申し出に対する対応	「もし…ならば」という言葉で申し出を断る。職員の都合を優先する。	どうすれば申し出に回答できるかを考え、いくつかの可能な内容を提示できる。
第2節事例2	認知症高齢者の特異な行為の了解と接し方	説得しようとする言動。共感したつむりの説得になりがち。	利用者の言動に共感し、納得してもらえるような関わりに心がける
第3節事例3	家事と対人援助業務に関わる差異を認識した援助活動	手抜きをすることはいけない育児を手抜きして、家事を優先すること。	利用者主体の意味を理解でき、家事に対して後回しにする意思統一が図れる。
第4節事例4	食事介助の場における不適切な介助が起きる要因	目的的生活介助の意味を忘れ、手段的生活介助になっている。	目的的生活介助を重視し、食事という行為の意味を知ったうえで介助が出来る。
第5節事例5	「死にたい」という言葉に秘められた意味の理解	利用者の言動に引きずられた応答になりやすい。	適切な観察のもと、言葉の裏に秘められた本音を理解した対応ができる。
第6節事例6	夜間せん妄的な不穏行動への適切な対応	説得に終始しがちである。真の意味での共感が出来ない。	不穏行動を引き起こす原因を見極め、その要因を消失させる方向で関わる。
第7節事例7	身体に悪いと分かっている利用者の希望への対応	医療的価値観に引きずられた援助行為となり、利用者の申し出を断る。	たとえ体に悪いことであっても、利用者の価値観に寄り添うことが出来る。
第8節事例8	利用者の意思とは異なる、家族からの申し出に対する援助内容への応答	自力での対応が困難だと思える内容は、すぐに他の専門職へつなぐ。	ソーシャルワーク的視点を持っている。利用者の思いを家族へ伝えることが出来る。
第9節事例9	日常的な帰宅願望の訴えのある認知症高齢者への対応	「また叫んでいる」と思いながらも、気を紛らす対応はできる。	受容・共感に基づくアセスメントのもと、適切な介護計画の実践が出来る。
第10節事例10	施設利用者が掲示板の職員の勤務表を確認に来る意味	毎日よく来るよねと言いながら、理由を考えようとする。	利用者の行動に秘められた意味を理解しようと努力し、理解できる。
第11節事例11	先天性の視覚障害で、視力を失った高齢者への対応	伝達すべき内容についてのみ心配りし、他のことに配慮できない。	コミュニケーションをとるなかで、伝達すべき内容を伝えようと腐心できる。
第12節	介護福祉の援助全般における対応	自分の感情をクライアントに転嫁していることに気付かない。	自己覚知のもと、感情労働の中で適切なケアが追求できる。

介護福祉の実践においては、分かっている（カウンセリングマインドを抽象的に理解している）だけでは意味がない。たとえ不器用ではあっても、できる（ケアカウンセリングを実践できる）ということが大切である。それは、自転車の乗り方を頭では分かっているも実際には乗れなかったり、スケートの滑り方は分かっているも、実際には転んでしまっただけでなかなか滑れないようでは意味がないのと同じである。

介護福祉の現場において、職員間の価値観を統一し、チームケアを推進するためには、わかりやすいキーワードであるカウンセリングマインド 10 の技法を用いて、具体的な事例を通して理解を深めるという職員同士の学び合う機会を設けることが有効となる。本章での事例の検討は、実際の現場での相互教育のプログラム内容の提示という意味を持っている。考察をすすめる中で、分かりやすいたとえ話も多く用いているが、これは現場の職

員がケアカウンセリングの技法を理解するうえでも役立つものであると考える。

第1節 ケアワーカーのルーティンワークにない利用者からの申し出に対する対応

(事例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。

最初に、この事例に対する不適切な対応例を示す。「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」との施設利用者Aさんの申し出に対し、ケアワーカーが「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、回答した¹²。

それに対しAさんは、「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ひまして。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」と答えた。

ケアワーカーはAさんに次のように対応した。「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ですので、決められた日課を守っていただくようにして。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ね。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」¹³。

最後にAさんは「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」と話し、買い物をあきらめるにいった。

この事例は、「個別化」が「平等」という名のもとに、支援のあり方が歪められたもので

¹² 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。

¹³ 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。職員である自分のための都合にマインドを合わせようとしているのである。

ある。専門的介護福祉の実践者は、福祉における「平等」の本質を理解しなければならない。平等イコール均等ではないのである。いわば「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る。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は、必ずしも福祉における平等ではない。

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。(利用者の心身の状況に対するケアでも同じことがいえる。)

人々が持つ欲求は人それぞれで、欲求の統一性を求めることは困難である。そのため、度合いが違う個々人の欲求を平等という範疇に括ろうとして、援助者側は共通するスケールを用意しようとしがちである。そこで持ち出されるのが均一というスケールである。個々人の満足度について特段の考慮をすることなく、すべての人に均一に接することで、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、差異のある欲求に対するサービスを平等に配慮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さんのいうことに対応したとしても、「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さんの申し出を単純に断るべきではない。もしほかの人からの申し出があるにしても、その内容は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に基づく対応の一例としては、次のような対応が考えられる。

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Aさんの気持を受け入れる。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」と即答できないことを説明し、すぐに相談員へ取り次ぐ。その時、自分なりに対応可能な時間が取れそうな場合には、いつ頃だったら対応可能だと思える旨、相談員へ情報の提供をしておく。

ところで、介護福祉士から相談員へ状況を引き継ぐという行動により、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へる基本においた上で個別のなかかわりをするところに専門性をおくのに対し、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関係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。その際、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。

申し出に対して結論が出された場合には、相談員が直接 A さんにその結論を伝えるか、ケアワーカーが伝えるかのいずれかになると思われる。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が重要である。いくつかの対応例を次に示す。

- ①今すぐは無理ですが、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。
- 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れば、夜勤の職員に買ってき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。状況に応じて多様な援助内容を提示することがライブ介護過程であり、プロとしての力量である。介護福祉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作る心）、勤務状況に照らした対応ができるということである。すぐ買物に同行することが必ずしもよい介護福祉ではない。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に「一人一人を大切に作る心」があり、個性を認めることに通じる。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は時間とともに変化する。國分によれば、『ねばならぬ』は文化人類学の教えとおり、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」（國分 2003：88）。介護福祉の援助者は「ねばならぬ」という発想を括弧にいれる勇気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。人々の間に違いがあることは、人が豊かに生きていけることに結びつく。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。もし、すべての食物が同じ味であったら、食べる楽しみは失われてしまう。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の場合、特に違いを認めることが重要である。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）。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。この喜び・楽しさを知

ったとき、人は、わずかの給与の低さなどで介護福祉現場から去ることは少なくなるであろう。

第2節 認知症高齢者の特異な行為の了解と接し方

(事例2)

人形を自分の子供だと認識し「この子ご飯食べないがよ」と、悲痛な顔でケアワーカーに声をかける B 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 B さんの心の痛みが分かるかどうかで対応に違いが生じる。

この時の B さんの心の痛みを十分に感じられないまま対応する職員が現実には多い。たとえば、片手で人形をひょいと掴み、「私がみているから早く食べてください」というだけの対応がありうる¹⁴。

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。その原因としては、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（同僚）や経営者のほうを向いていることにある。家事に当たる部分は後回しが可能であるが、いわば対人援助的業務の部分はそうはいかない。子育てでいえば、家事とは別の育児の部分である。業務内容のうち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福祉職員は、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、専門性を保持したプロの介護福祉士はそうであるべきではない。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）。

¹⁴ 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。

この事例の場合、Bさんの人生の中での経験が背景にある可能性がある。たとえば、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かもしれない。あるいは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たり、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があったりなどの精神的背景がある可能性がある。そのような背景に思い至らなくとも、母親としてのB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となる。

「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B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？B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、私が子供を抱いていますので、まず先にB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」に基づく援助の典型例となる¹⁵。

ところで、認知症のB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Bさんの抑圧という「防衛機制」(越智 1999 : 758-760) が働いていたと理解することが出来る。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いわば心の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、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理解できる。Bさん自身は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にみられる特徴の一つである。

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、漠然とではあるが、自分に都合のよい選択をする。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、せつな的な行動をとることがあるが、この行動も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

¹⁵ 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（共感）であり、ケアカウンセリングの真髄である。

は比較することである。これを、ロバート・S・ドウニーは「選好価値」としている(Downie=1987:16)。

ところが、「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」(Downie=1987:16)。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。そうしなければ、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ことになりうるからである(田中2006:86)。認知症の利用者に対しては、なおさら配慮する必要がある¹⁶。

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、悩みを聞く側への影響はどうであろうか。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ようになる。そのため、場合によっては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ごうとするのである。しかし、介護福祉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が困難であり、そのことへの対処を考えなければならない。

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である。だからこそ、援助者自らの変容が求められる。介護福祉の専門家である介護福祉士にとって、口に出されることのない他者の痛みが分かるかどうか、重要となる。

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。そのカギの1つは忘却にある。人は、「これほど悲しいことはない」、「これほど苦しいことはない」等などと感じたとしても、時の経過と共に、当時の心理状態を思い浮かべることさえ困難になる。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・痛みを感じる心を弱めることにつながると考えるのではないか。ケアワークの専門家にとっては、「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ことに

¹⁶ この配慮をできるようになるために、ケアカウンセリング技術が必要となるのである。

意味があると考えられる。このことで、他者の痛みへ思いを遣ることができるようになる。

事例1のような内容に対しては、人は感性で痛みを感じることもできるであろう。しかし専門性は、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。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いえ、比較的構築しやすいと考えられる。

感性を身につけるために有効な方法の一つは、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、「あってもいいではないか」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。

次に検討すべき点の一つは、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問題である。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ならそれにこしたことはない。しかし、残念ながらそのようなことはありえない。

根本が、「傷つきやすい性格のために苦しむ人は、何事にも動じ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ったり、人間関係で傷ついたりしない鉄のような心ではない」（根本2001:127）と述べるように、ストレスを感じるのが当然である。しかし、ストレスを減少・解消することは可能である。この解消方法を身につけることをめざすべきである。

ストレスに関しては、次の公式に沿って考えてゆくことが出来る。

ストレス＝ストレッサー(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)

この公式が示すように、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きい。つまり、自己をストレス耐性を持った性格に変えていこ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。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も意味がある。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。

「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を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。悩みを共有出来る職員の存在も重要である。

第3節 家事と対人援助業務に関わる差異を認識した援助活動

介護福祉援助の実際において、利用者が自分の残存能力を活用するように、活用できるように、援助者は時間がかかっても待つという姿勢が大切である。仕事の効率性¹⁷のみに目を向けていると、利用者の能力の発揮を阻害してしまうことにもなりかねない。

援助者は、利用者の縁の下の力持ち的存在であり、見守り、利用者が自力でできるのを待つ存在だと認識しうる。この認識に沿って援助されるとしたら、日課表に流されず、日課表はあくまでも「必要悪」(田中 2005 : 65-66)だと考えることができる。

利用者が自力でできるのを待つ。利用者が納得いくまで待つという忍耐力を持つことは、言葉で言うのは簡単だが、実践には困難が伴う。子育てに例えると、朝、保育園に子供を連れて行こうとするとき、子供が自分で靴を履くのをじっと見守り続ける場面をあげることが出来る。履き終えたと思ったら「トイレ」と言って靴を脱ぐ。こうなると、トイレから出た後は親が靴をはかせることになってしまう。

施設における介護でも時間がなく、時間に追われることになる。食事介助にしても、入浴介助にしても、散歩の申し出に対しても、ゆったり対応することはできない。本来、施設における介護は生活支援であり、それほど時間に余裕のない生活を送っているというわけではないとも考えられる。そう考えると、時間に追われているのは利用者ではなく、職員ではないかという問いかけが意味を持つ。

つまり、職員は、自分たちの仕事の都合のため、利用者の主体性の重要性に気づかないふりをして、日課をそつなくこなそうと努力(瞬間的には専門性を発揮)しているという可能性が検討されうる。なぜ、本末転倒な援助が行われるのか。ここで、日課表の「必要悪」的な本質について考察することが出来る。

わが国の職員体制は、最低限の数字を掲げているのであり、この数字を満たさない場合、

¹⁷ この視点が援助者主体のサービスであり、利用者主体とは程遠いものになっている。忙しさを解消するために効率性を高めようとするのは大切であるが、自立支援という観点からすると、無駄な時間に思える「待つ」時間を忍耐強く持つことが大切である。

法律違反になるという職員定数である。職員数は少ないなかで、質の高いサービス内容が施設や職員に要求される。限られた職員数ゆえに事故を起こさない無難なケアを提供しようとする、勢い日課表の存在に頼らざるを得ない。

1975年当時、老人4.5人に対して介護担当の職員1人という時代において、大きな事故もなく施設運営ができていたのも必要悪的な日課表のおかげかもしれない。日課表に縛られた援助は何らかの不満足を利用者に感じさせることになるが、それでも放棄・廃棄するわけにもいかない状況がある。

とはいえ、日課表をできるだけスリムにすることはできる。従来家政学で「家事活動」と同義に使われてきたいわゆる「家事」と「育児（対人援助的要素）」を明確にすることである。つまり、「家事的業務は手抜きできるが対人援助的業務は手抜きできない」ということを施設ケアの基本、職員間のコンセンサスとするのである。

このことについて、私たちの日常生活にたとえて考えることは、理解のために役立つ。私たちはいくら散らかった部屋の中で生活していても気にも留めず、お客さんを迎えるときに急いで一部屋を整然ときれいにして（別の部屋に物品を押し込んで）良しとしている。これで毎日の生活は支障なく過ごすことが可能なのである。

施設においても、ある部分の家事活動はやむなく手抜きをするが、対人援助業務に関わる部分に関しては絶対に手抜きをしないということを職員間でコンセンサスを得るのである。このことが、ゆったりした日常生活を施設利用者に味わってもらうことにつながる。

事例1でいえば、利用者からの申し出が対人援助業務に関する部分である。そして事例において利用者の申し出を断る理由としていたケアワーカーの遣り終えなければならない義務的作業内容に、手抜き・後回しの可能な家事活動が含まれているのである。

早出勤務のケアワーカーは、自分の仕事内容を遅出の人に残さないようにすべての家事活動を終えなければならない。終えることが先決問題である。そのためには利用者からの申し出に対して十分対応できないことがあっても止むを得ない、と考えがちである。その考えにおいては、ケアワーカーは利用者というより職員のほうに意識を向けている。本末転倒の考え方になっているのである。

ではどうするか。早出が遣り残し、遅出に引き継がざるをえない家事活動がある。そのため遅出が遣り残し、翌日の早出に引き継がれることになる家事活動がある。このような遣り残した家事活動が積み積もって、ついには日常の生活に悪影響を及ぼしそうになる。もし、このような状況が出現しそうになったら、時には時間を取って全員で積み残されて

きた家事活動を終了させ元の状態に戻す。このことのコンセンサスを、施設長をはじめ職員間で得ることが重要である。そのことで、利用者の申し出に対しては絶対に手抜きをしないという職員間の意思統一が図られやすくなる。それが結果的に、職員が利用者の申し出る生活問題に応える時間的・心理的余裕につながり、待つ心が育つことになる。

いかに能力のある優秀な職員であっても、時間に追われるような職場環境では、利用者主体を実践しようとしても画餅である。時間を生み出す方策として、必要悪の日課表があるのであり、処遇順位が考えられるのである。この状況に対して、これまで示したようなコンセンサスを持つことが効果的な解決策となる。

(事例3)

夜勤明けの早朝、介護福祉職員のSさんは洗面介助をするために全介助の利用者のベッドに近づいた。すると、隣のCさんが「今日も生きていた」という言葉を小さく発した。何気ない言葉であったが、介護福祉職員のSさんはCさんに尋ねた。「どういうことですか？」と。

一般的に、私たちは明日が当然のごとく来るものと思いながら生活している。いや、思うことすらすることなく生きている。しかし、Cさんにとって明日は必ず来るものだとは思えないのである。眠ってしまったら、このまま朝を迎えることなく死んでいるのかもしれない。そんな思いで眠るのだ。その意味では、高齢者にとって今日という一日は単なる一日（時間の流れ）ではなく、全人生と同じ重みを持つ。時を刻む一針一針の重みが私たちとは異なる世界で生活しているのだということを、介護福祉に携わるものは認識する必要がある。待つことの重要性は、時の流れの重みを感じることのできる援助者によって、よりよく理解されると考えられる。

第4節 食事介助の場における不適切な介助が起きる要因

(事例4)

「ごくと飲み込んで！」「はい、口を開けて！」「よそ見しないで、ちゃんと噛んで食べて！」ロ一杯ほおぼっている利用者に対して容赦ない声が飛ぶ。何に対してケアワーカーは焦っているのだろうか？

この事例は、待つ心の重要性を理解するうえで役立つ事例だが、合わせて修学旅行のた

とえを用いることでさらに理解が深まりうる。

修学旅行等、団体での行動を取らねばならないとき、多くの人が食事を済ませ席を立ち、周りで食べている人が少なくなったとき、焦りを感じて不安になった体験をした人は多いであろう。自分だけ周りから取り残されたような、感覚である。食事介助のときのケアワーカーの焦りの気持ちの中には、自分の介助の方法が拙いので時間がかかったと回りから思われているのではないかという、自己防衛の気持ちが生じている。ケアワーカーの意識は、食事という「目的的生活行為」(田中 2005 : 91-94)を利用者に行っているという事よりも、他の職員から「何時までたっても食事介助が下手なんだから」と思われているのではないかという意識に支配されている¹⁸。

さらに、調理員が食器洗浄のために下膳されてくるのを待っている、という意識もありうる。早く下膳しないと、待っている調理員に対して申し訳ないという意識である。このことは、利用者に対する食事への介護ではなく、いわば「餌」的な摂食介助に結びついてしまう¹⁹。

待つ心の重要性を意識することは、それとは異なる食事援助につながる。利用者が美味しく・楽しく食事が出来るように、飲み込んだのを確認しながら、時にはお茶を進めながら、利用者のペースで、利用者なりの食べ方で食事が出来るような援助である。そのような援助者の行為が意味を持つという意識を職員同士で共有することが、尊厳を支えるケアに繋がる。

¹⁸ これは利用者へベクトルが向けられているのではない。援助者である自分の利害に対してベクトルを向けているのである。

¹⁹ この点でも、ベクトルが利用者の方ではなく、職員の方を向いているため、客観的に自分の行動を認識することができていない。いや、できているかもしれないが、仕方がないのだと自分の言動に対して言い訳をしているのである。

第5節 「死にたい」という言葉に秘められた意味の理解

(事例5)

「死にたい、早くお迎えが来ないかな」という高齢者に対してケアカウンセリング的対応ではどのような援助となるであろうか。

この事例に関しては、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が重要である。そのためには、利用者の日常生活を観察することで、そこからいろいろなことが見えてくる。たとえば本人には、次のような思いがあるかもしれない。

- 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。
- 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となりうる。第一に、「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ことが出来る。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。本当は死にたくなくせに」などと考えずに、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。そうすることで、たとえば次のような対応が可能となる。

「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れ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』という言葉をお口にすると寂しがっていらっしゃると思いますので、ご面会をよろしく願います」と、利用者の寂しい思いを伝えるといった対応である（家族へのこのような対応は、「向き合う心」とも重なる）。

この行動があつて初めて、利用者の寂しさへの共感が意味を持つ。相槌的な寂しさの容認だけでは、利用者の気持ちに心から共感したことにはならないと認識すべきである。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も要求される。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、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ら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、介護福祉現場は多忙である。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、実践可能な援助内容を形作っていくためにケアカウンセリングの必要性と存在意義を意識することが重要となる²⁰。

メイヤロフ（1971）は次のようにいう。「ケアするなかで、私は他者が多くの潜在能力や成長欲求を持っていることに気付く」。だから、「他者が成長するのを援助するとき、私は自分のやり方を他者に押しつけることはしない。むしろ私は、彼らが自分たちのやり方で成長することを任せるのである。私は、彼らの発達を促すために何をすべきか、彼らが決定を下すためにはどのように応じるべきか、そしてそのような反応が出来るためにはどうしたらよいのか」（Mayeroff1971 : 8-9）考えながら接する。しかし、多数の要求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、アレンジ能力が求められることになる。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。その際に、「待つ心」などに基づく対応が有効となるが、「早く死にたい」と口にする利用者に接するに当たっては、さらに「可能性を拓く心」に基づく対応が意味を持つ。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。

可能性を拓く心を理解するうえでは、次のようなたとえが理解の役に立つ。人間存在に

²⁰ 多忙な特別養護老人ホームにおける介護現場の実際については、補論として筆者が勤務していた 1980 年代後半のころの内容を掲載しているが、あえて掲載しているのにはわけがある。残念ながら、30 年近く経過した今日、当時訴えていた変革への状況と現在の状況に大きな差異がないからである。むしろ後退している感さえある。専門性とケアカウンセリングに関しても。

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。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知ることが出来るようになる。老いるという発達段階を容認できるようになるのである。

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わり方が、社会福祉での利用者とのかわり方になる。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。このときの生の倫理・生の哲学は、「なんのために」・「どのように」生きるのかという内容となる。

第6節 夜間せん妄的な不穏行動への適切な対応

柔軟性とはあらゆることを受け入れるだけの柔らかさだと思われるが、ここでいう柔らかい心とは、第7節の事例で検討する「向きあう心」につながるところの、ぎりぎりの線で受容できないときが来るまでは利用者の申し出に対して柔軟に対応できることという条件付の受容をいう。この受容の境界線を理解したケアワーカーに求められる柔軟性が「柔らかい心」に含まれる。

ここでいう条件付の受容は、場合によっては「初歩の許容段階を何時までも続けるのではなく」、「行ってはならないことは『いけない』と、はっきり禁止」（石井 1995：33 - 53）するという対応が考えられるが、誰に対してもその様な対応ができるわけではない。行動療法には、「誤った学習を排除するためには、患者（あるいは実験動物）のとる自発的行動に対して、望ましい行動には報酬を、望ましくない行動には処罰を与える」（石附 1999：98）という手法が含まれるが、誰に対してもあからさまにそのような手法が用いられるというわけにはいかない。

介護福祉士は、身体障害児（者）・知的障害児（者）・アスペルガススペクトラム・精神障害者・虚弱高齢者・認知症高齢者等々、乳幼児から高齢者までの幅広い利用者に接するのを業とする。利用者によっては、介護福祉士は利用者の行動をあからさまに禁止するのではなく、利用者の尊厳を守る方法で対応をすることが求められる。ここに、ケアカウンセリングにおける柔らかい心が重要となる。

重度の知的障害者をはじめ多くの認知症の利用者に接することを業とする介護福祉現場においては、利用者の行動が直接生命に影響を与える行動でない限り、禁止することを容易に考えるべきではない。これから社会で生活を営んでゆく存在である幼児への教育においては「行ってはならないことは『いけない』と、はっきり禁止」できることが大切であるが、高齢者への対応においては、それと同じ感覚だけでは不適切な対応を生じさせる。

(事例6)

「誰かー。そこから男の人が来て、私の頭を叩いて向こうへいった」と夜中に大声を出している高齢者に対して、「ここは壁でしょう。誰もここからは来れませんよ。安心して休みなさい」と必死で説得しようとしている。

このような事例は、老人福祉施設等では良く起こりえる事例である。しかし、この対応のまずさがどこにあるかという点、言外に秘められた利用者の感情を理解しようとする姿勢を持たないまま、援助者側の価値観に従って説得しようとしている点にある。援助者の価値観で利用者を強制的に納得させようとするのは、利用者の尊厳に配慮しない援助につながり、利用者の満足につながる自己決定には程遠いものとなる。

ケアカウンセリング的対応では次のような対応が考えられる。「そうですか、誰か知らない人がやってきて頭を叩いたのですか。びっくりしたでしょうね。私たちが気付かず怖い思いをさせてしまっごめんなさいね」と「柔らかい心」で謝るのである。見知らぬ人に突然頭を叩かれたとすると、どれほど恐ろしいことか。「人の痛みを感じる心」に基づいて、この利用者の怖さに共感できたなら、「ごめんなさいね」という言葉のあとに、「これからは、私たちがちゃんと見ていますので、どうぞごゆっくりお休みください」という言葉を発することもできるだろう。

尊厳に配慮した介護福祉は利用者の主体性を認めることであり、利用者の価値観を大切にすることである。利用者の主体性を認めることは利用者自身の選択・決定を認めることであり、利用者が自身の言動に対して責任を取れるように配慮することである。そのために、利用者の納得を待つことも重要である。

私たちは、自分の納得して行った言動に関しては、自分で責任を取るのにやぶさかでない。しかし、他者から説得されたことがうまくいかなかったことに対しては文句を言いたくなる。失敗の責任は説得した他人にあるのであり、自分にはないと責任を転嫁するのが常である。まして、内容が命を脅かすような危険なものだとすると、簡単に納得できるも

のではない。それのみか、説得しようとするに対して反発し、ついには感情を爆発させてしまうこともある。

「人の痛みを感じる心」にもとづかない対応例としては、「ほら、ここは壁でしょう」と利用者に触らせ、「透明人間でもここから出てくることはできないのですよ」と、余計なことを言って納得させよう、落ち着かせようとして、逆に興奮させてしまうという例が考えられる。この場合、自分の行動の拙さを棚に上げ、この人は問題老人だと決め付けることで自分の行動を正当化しようとさえするかもしれない²¹。

本事例の場合、壁から人が出てきたという点に焦点を当てた援助をしようとする、不適切な援助に結びついてしまう。言外に秘められた利用者の感情に焦点を当てることが、相手の身になって考えるということである。そのことで、「柔らかい心」にもとづく柔軟な対応を臨機応変に生み出すことができる。

初心者（スーパーバイザー）がこのような専門性を身につけることができるために助言者・指導者・教育者（スーパーバイザー）に求められることの1つは、「創造性といった技能を」伝授すること（スーパービジョン）である。「創造性は、夢中になって没頭し、工夫することの結果なのであり、内面的な探求と自己発見の結果」なのであり、「オペラント条件付けによって教えられるものでもないし、方法によって作られるものでもない。実際には、方法とは、創造的でない人々が創造するときに用いられる技術」（DeCarvalho＝1994：23）であり、単なる介助技術ではない。介護福祉のコアである専門性には、創造性という技能が含まれているのである。

第7節 身体に悪いと分かっている利用者の希望への対応

「向き合う心」は、クライアントと「対決」という側面が含まれるため、利用者の価値観や感情を十分に受容できるようになった援助者に求められる心として、これまでの(1)から(5)の心が育った援助者のみに育てられる心であると理解するべきである。受容の中の対決という矛盾するよう感じられる表現は、簡単に「だめ」などという言葉で

²¹ このような援助の仕方は、介護福祉士という国家資格が確立する前は日常的に行なわれていた。しかし、1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立して以降は、このような極端な支援は影を薄めた。とはいえ、専門的介護福祉が確立されてきているというほどの状況でもない。理由については、後述しているとおりである。

利用者の言動を否定するのではなく、また受容のままで終わるのではなく、援助者が専門性というフィルターを通して利用者の言動に関わることとして理解されうる。その援助行為は、利用者の言動に対する単なる分析に終わるだけで、解決策を持たないのでは意味がない。カウンセリングにおいては、徹底的に受容することでクライアントが自己変容することが可能になるが、介護福祉士の援助を必要とする人々はそれだけでは必ずしも解決に繋がらない。

ここで意識する必要があるのは、「向き合う心」は自己覚知のできていない、自分を客観的に見ることのできない場合は欺瞞的になりやすいという点である。治療的な意識性のもと利用者の申し出に対応する場合も、欺瞞的というよりもサイエンス的視点から、比較的安易に向きあう心に結びつきやすくなる。そこに生まれがちなのは、科学的・客観的データのもと、治療の効果をあげるという目的のために、利用者の主体性に対して何らかの制限を加えることがあってもやむをえないという考えである。

医学・看護学におけるサイエンスとアートという考え方では、科学は診断と治療キュアを提供し、アートは心身の安らぎを目指してのケアの提供をするとされ、看護が利用者の主体性に対して安易に制限を加えると主張しているわけではない。しかしキュアに比重がおかれすぎると、結果的に主体性の制限をやむなしという判断に偏りやすい。

サイエンスとアートの両方を重視する必要性に関して、日野原の次のような説明を参照することは理解に役立つだろう。

このことは、科学は病巣を持つ不健康な状態にある疾病を扱い、生命の長さに関係があり、アートでは身体の具合が悪いと感じる患者の意識、病気を扱い、生命の質に参与するのである。命の深みを測り、命の質をよくすることに関しては、定性や半定量はできても、正確に科学的に定量することは患者の主観が入るだけに困難である(日野原 1999:25-28)。

本来介護福祉はヒューマニティの視点を持った援助であり、提供される場・提供される利用者の年齢等によって援助内容に異なることがあったとしても、利用者の主体性を何より大切にする援助を目指すものである。そこにこそ介護福祉の本質があり、サイエンスとアートの融合を目指す介護福祉の哲学がある²³。新人教師が成長していくなかで熟練教師となるように、漫然と日々を過ごしていても経験が知識となるわけではない。この「反省的実

²³ この点に関しては、『介護の本質』（田中：2005：10-50）で詳細に論じられているので省くが、介護福祉の哲学は利用者の人生に、生活の充実・自立への支援という視点で直接関わる

実践家」(藤江 2007 : 41)としてのあり方のなかに介護福祉の本質があるのである。「向きあう心」は徹底的な受容のあとに効果的に用いられる心として位置づけられる。援助者に「全き受容」を問い続ける心でもあるとも理解しうる。

(事例7)

「すみません、漬物に醤油をかけて下さい」と、90余歳になる利用者(Dさん)からの申し出があった。ケアワーカーは「漬物がお好きですね」と言いながら、醤油をかけた。Dさんは、口の中でちゅるちゅると滋養分を吸い取ると、あとは飲み込まずに口から出し、ご飯を食べるといふ食事摂取だった。

これに対して、看護師から、「塩分制限をしているのだから、醤油はそれ以上かけないで、量を減らすように」との申し出があった。

利用者の年齢や身体状況等を考慮しない中での援助という点から見ると、ここでの看護師の申し出は正しい。細胞学的に、塩分制限という観点からしたら、正解である。しかし、90余年間このような生活をしてきた人に対して、正しいことだからと利用者の申し出を断るとするとどうか。その結果、利用者は拒食症におちいり、入院することにもなる。ケアカウンセリングに基づく援助では、次のような思考がなされうる。

人は単なる生物というより、思考する生物だということを認識することである。人は、動物として、単純に本能的に生きているわけではない。自分にとってよりよい生き方をしようとして生きている。一言でいえば、自分の価値観にそって生きている。そして、この価値観は百人百様である。ある人にとってはプラスと捉えられる事が、ある人にとってはマイナスと捉えられる。一般社会では、人は互いの価値観を認め合い、容認しあって生きている。介護サービスを必要とする状態になろうと、この原則を損なうことがあってはならない。これが人の尊厳を守ることにつながるものであり、介護福祉においては譲ることのできない介護の哲学となる。人は時として生物学的には否定的な行動さえとる。「百害あって一利なし」といわれる喫煙にしても止められず、適量では「百薬の長」だといわれる飲酒にしても二日酔いするまで飲んでしまう。「判ってはいるが止められない」といった喜怒哀楽の世界に生きているのが人間である。

のであり、人生の長さについて直接的に考慮することではない。サイエンスとアートの融合の中にこそ QOL の向上はあるという考えである。

福祉は人間へのかかわりであり、それまで自分でできていたことができなくなったとき、今までと同様の生活内容を実現できるような援助を求める。援助を必要とする以前の状態に比べれば、時間的・空間的・経済的にも不利な状況にあるが、できるだけ以前の生活状況に近づきたいという利用者の思いを現実化させるところに介護福祉の本質がある。

「向き合う心」は、以上のような思考を前提することにより、適切に活用されうる。「一人ひとりを大切に作る心」で利用者に向き合い、「人の痛みを感じる心」で利用者の思いを汲み取る努力をした上で、専門家の価値観のみにとらわれず利用者の必要とするサービスを提供することを検討することが出来る。

適切に利用者に向き合うために、援助者には他者理解が求められる。と同時に、利用者に向き合うのは他ならない援助者自身であり、自己理解も求められる。「人の心の中は見えない」ものであり、「ひとそれぞれ理解の枠組みが違う」。「コミュニケーションとは誤解やズレを調整していくこと」を目指して行われる相互交流のプロセスなのである。

平木の次の説明もまた、「向き合う心」の前提にあるべきものを示している。「お互いに関心の中は見えず、しかも自分の枠組みでしか理解できない人間のコミュニケーションの現実を瓦解するためには、自己表現はできるだけ正確に、そして他者理解も出来るだけ相手の準拠枠にそってやろうと努力することが必要だということです。相手の伝えようとすることを相手にそって理解するには、『相手に聴く』ことが大切です。『相手に聴く』とは、相手の準拠枠にそって理解しようと、相手に耳を傾けることをいいます」(平木 2002 : 68 - 84)。

第 8 節 利用者の意思とは異なる、家族からの申し出に対する援助内容への応答

(事例 8)

「たとえ父から頼まれても、絶対にタバコを吸わせないでください。身体に悪いのです」と、たまにしか来ない長男からの申し出があった。「お父様は若いころからタバコが好きで、『こんな身体になっても止められない』と、何時もおっしゃってますよ。あれほど楽しみにされていらっしゃるんですから、吸わせてあげる事は出来ませんか？」との申し出に対しても、「職員のくせに、不健康になると分かっていることを勧めるのですか！」と長男が主張する。

この事例の場合、本人から見ると 80 余歳になる今日まで愛煙してきた習慣を他者(息子)の意思によってやめさせられるという状況にある。このようなケースは、援助者にとって

対応が難しく、ともすれば相談員にすべてを任せ、介護者としては申し送られてきた内容にのみ応えることになる。相談員にバトンをつなぐことも時には大切だが、利用者や家族と日常的に接している介護福祉士にとって、直接依頼された内容に自ら対応しなければならないこともある。本事例の場合は、対応として次のような内容が考えられる。これは家族に対する「向き合う心」の活用例である。

①長男より頻繁に面会に来ていた家族がいる場合

・長男からの申し出と、父親の気持ちを頻繁に面会に来る家族に伝え、両者が了解できる妥協案を探ってもらう。もちろん、施設側としては、これまでのように父親の意向（本人の自己決定）に沿った援助をしていきたい旨を伝える。ただし親族会の決定は無視できないということを伝える。もちろんその場合でも、利用者の思いを無視して、一気に全面禁煙というのではなく、段階的に禁煙に持っていく方法を選択したい旨を伝える。

②長男より頻繁に面会に来ていた家族がいない場合。もしくは家族が長男だけの場合

・利用者の代弁者として、できるだけ長男に本人の思いを伝える。80余歳になった今日まで楽しみにしながら生きてきた利用者にとって、楽しみを奪われたなかで生活しなければならないことがいかに味気ないものか、という思いである。と同時に、施設としては安全と健康に配慮した対応に心がけるので、本人が美味しく喫える内は許可してほしいということ、長男と話すことのできる機会を何度となくとらえては働きかけをする。

・また、一気に全面禁煙とするのではなく、現在1日5本のところを、毎食後の1日3本は許してもらいたい旨粘り強く交渉し、了解をもらうという方法もある。

①にしても②にしても、「お父様には何とおっしゃったんですか?」と、長男に確認することが大切である。そして、長男の答えによって、ケアワーカーの利用者との接し方には違いがでる。以下のような対応が、本人に対する「向き合う心」の活用例である。

③「父さん、タバコはからだに悪いから、明日からは吸わないようにしてください。職員には吸わせないように伝えてあります」という内容が長男からの答えだった場合の利用者への働きかけとしては、次のような仕方が考えられる。

1) 「ワーカーさん、タバコをください」と、利用者からの申し出があった場合。

・「食後の一服の楽しみでしたのに、ごめんなさいね。長男さんと今交渉していますので、申し訳ありませんが、話し合いが終わるまで、もう少し待ってもらえませんか?せめ

て、食後の一服だけでもと長男さんをお願いしていますので」と伝える²³。

ロ)食後に何の申し出もなかった場合

- ・長男から禁止の要望が出る前にも利用者の体調によって本人から申し出のなされないことが何度かあり、その場合「タバコはどうかさいますか？」等の声かけをしていたとしても、今回は何も言わずにいることが重要となる。「せめて、食後の一服だけでも許してもらえたらいいのにね・・・」と、自己弁護的な言葉をかけることは控える²⁴。

④「父には何も言うておりません。皆さんから伝えてください」という長男からの答えの場合の利用者への働きかけとしては、次の様な仕方が考えられる。

- ・援助者はまず長男に対して次のように説明する。「私たちから伝えることは出来ません。私たちとしては、お父さんの好きなタバコを止めてくださいとはいえません。ご自分からおっしゃって下さい。もちろん、その間は、これまでどおりに差し上げるというわけにも行きませんので、申し出があった場合、ごめんなさい。長男さんから、『からだに悪いのでお父さんにタバコを吸わせないでください』ときつく言われているので差し上げることが出来ません。『食後のタバコだけは止められない』と何時もおっしゃってるんですから何とか許してくださいと今長男さんをお願いしていますので、もうしばらく待ってもらえませんか？ごめんなさいねといって我慢していただくしかありませんが」²⁵。その上で、利用者には次のように働きかける。

ハ)「ワーカーさん、タバコをください」と、利用者からの申し出があった場合

- ・「ごめんなさい。長男さんから、『からだに悪いのでお父さんにタバコを吸わせないでください』ときつく言われているのです。『食後のタバコだけは止められない』と何時もおっしゃってるんですから何とか吸わせていただけませんかでしょうか、と今長男さんをお願いしていますので、もうしばらく、待ってもらえませんか？ごめんなさいね」

²³ 交渉中であっても（交渉に関しては相談員が行なうが）、生活は切れ目なく続いている。その時々への対応がケアワーカーには常に求められることになる。このときの対応にケアカウンセリングが必要となる。

²⁴ 前者のときの声かけは親切な配慮につながるが、後者の場合は、「寝た子を起こす」的な言動（利用者と家族の関係性の悪化を招くだけの言動）になり、感心できない。何も言わないでいることがケアカウンセリング的対応となる。

²⁵ このときの直接的な交渉は相談員がすることになる。ところが、ケアワーカーに直接長男か

と伝える。

㉑)食後に何の申し出もなかった場合

- ・③㉑)と同様に、何もいわずにいることが重要となる。

この事例の場合、利用者が不本意のままタバコを吸わない生活に入ったとしたら、利用者が亡くなったあと、長男は棺に向って、「こんなことなら好きなタバコを吸わせてあげてらんだ」と、声を上げて悔やむことにもなりうる²⁶。徹底的な受容を前提にした「向き合う心」の活用で、「後の祭り」というべき状況が生じることを食い止めることが出来ると考えられる。

第9節 日常的な帰宅願望の訴えのある認知症高齢者への対応

他者とのかかわりの中で葛藤が生まれるのは当然である。その葛藤を解決しようとして、早急にどちらかへ方向を決めるのではなく、悩み続ける、葛藤を生きるという強い決意を援助者が持つことで、これまで検討してきたカウンセリングマインドを援助者の内部に育てることが可能となると考えられる。

悩み続けることは大変なエネルギーを必要とする。悩み続けるというエネルギーを持たない人、つまり葛藤を生きることの出来ない人は、その葛藤に耐え切れなくなった時点で、右か左かという解答を安易に、早急に出すことによってその葛藤を生じさせた問題から逃げ出す。

ここで出された解答は、問題の解決と同じではなく、単なる逃避に過ぎない場合が多いと理解しうる。真の解決は、自分に都合よく考えるのではなく、他者の都合を考え、他者の都合に合わせようと努力することで得られると考えることが出来る。ここに「葛藤を生きる心」が必要となる。

ら指示が（お願いという形で）出されることがある。その場合の応答としては、次のイ)のような内容になるであろう。

²⁶ 思い通りにならないから、生活は変化に富み、価値ある毎日につながるのである。明日のことは分からないがゆえに楽しいのであり、また逆に苦しさをも生み出すのである。介護福祉は、そのような、生活への支援であり、単純に1足す1は2になるような支援とは異なる。ここにサイエンス的視点だけでは解決できない介護福祉独自の専門性が求められることになるのである。

一般に「人は欲求不満や葛藤による破局を予感すると不安」(瀧本 2006 : 108)になる。そして、そのような状況を前もって避け、自己を防衛しようとして防衛機制という反応を示しがちである。介護福祉に携わるものは、利用者の葛藤を自分のもののようにとらえることで、もしくは利用者の葛藤を解決しようとして努力するなかで、解決への途が見えてこない中で、葛藤を生じせしめている。ところが、援助者の感じている葛藤は二次的に発生したものであり、フロイトの言う防衛機制とは異なる反応が可能 (Nye=2000 : 36-48) だとも言える。誤解を恐れず極論を言えば、援助者は、利用者にとって葛藤を生じさせた問題を前にして対応をどのようにとるか迷うことがあったにしても、直接自分がその葛藤に関係しているわけではなく、葛藤に対して無責任な位置に自分の立場を位置づけることも可能である。

それゆえにこそ、介護福祉士には自分に厳しく、自己を律する努力をする必要性が求められるのである。葛藤を生きる心を育てるために大切なことは、利用者と接する中で見えてきた「なぜか」への問いを問い続けることである。これらのことを考慮したうえで、ケアカウンセリングにおける「葛藤を生きる心」について考えるための事例としては、次の事例をあげることができる。

(事例9)

夕方になると、Eさん(男性)はいつも玄関口に来てガラス戸をたたきながら、「おーい、おーい」と大声を出す。「どうなさいましたか」と優しく声かけながら職員はEさんの傍に寄り添うと、「今、お茶の準備が出来て、Eさんを呼びにいこうとしていたところですよ」と、ステーションまで連れていく。

この援助者の行為にも専門性が発揮されてはいるが、この行為は対症療法であり根治療法とはなっていない。夜勤等の場合のように、緊急避難的にこのように利用者にかかわる事があるのはやむをえないことではある。しかし、昼間の対応では、夜勤等のことも考慮して、できるだけ根本的な対応をすべきであると考えられる。

Eさんが毎日のように玄関口でガラス戸をたたきながら、「おーい、おーい」と大声を出している場合、何時どのようなときにどのような状態で大声を出しているかを検討する必要がある。「よく、大声を出すよね」とか、「毎日だよ」とだけ観察するのではなく、「何時・どこで・どのような状況で・どのように」大声を出しているかを調べるべきである。それが福祉の専門家としての援助に必要な適切な観察となる。

Eさんの傍に寄り添いながら、「今、お茶の準備が出来て、Eさんと呼ばにいこうとしていたところですよ」と、ステーションまで連れていくことは、Eさんの興奮を一時的に解消することになるかもしれない。が、依然としてEさんの防衛機制は残されたままである。つまり、防御しなければならない何らかの不安が残されたままだということである。

ケアカウンセリングにおいて大切なことは、当事者自身が今では「それ」と声に出していえない不安等に対して、機制として現実化されている反応・言動から「それ」を読み取ろうとすることである。「なぜ、この人はこんな言動をするのだろうか」「何時、どのような状況の下にこのような言動がなされるのだろうか」と、注意深く観察し、「それ」を推測し、「それ」への対応を意識的に行うのである。

このような場合、一度や二度で成功することは多くないであろう。当事者自身が明確にそれと分からない、内容が錯綜している不安に対しては、明解な解決策が見出せない場合が多い。しかし、ケアカウンセリングに基づく援助活動でなければ、提示された介護過程は真に利用者にとって納得いくものとはならない。

この事例では、たとえば外に出たいのに玄関から出ることができないという不満が、閉じ込められているという不安に繋がり、大声になっている。Eさん自身、外に出たいという明確な意識があるわけではなくても、出ようとする欲求を妨げられているという感覚は体験されており、それへの反応として大声に繋がっているものと思われる。

その意味からすると、Eさんの外出したい気持ちに副いながら一緒に外出するということが考えられるが、それでも「なぜ外に出たいのか」という疑問に対応していない。Eさん自身でさえ明確でないところの外に出たいという衝動の背景にあるものを分析し、それに対応をすることがケアカウンセリング的対応といえる。このときEさんの口をついて出る言葉に注目する必要がある。

たとえば、「母さんが待っている」、「家に帰る」とか、「すぐそこだから」、「いいからほっといて」などの言葉が口をついて出る。ここに当事者にしか、あるいは当事者にも明確ではないが心を突き動かす欲求が秘められているのである。

見当識に障害を負った高齢者が家に帰るといっているので実際に家に連れて帰ったとしても、そこが自分の家だと気付くには困難なものがある。見当識を失くした人にとっては、たとえば以前は見慣れたところであっても、現実の自宅は浦島太郎的に見知らぬ場所となるのである。ちょうど、幼少時に過ごした場所に大人になって訪れたときに感じる違和感、広がった・遠かった世界が箱庭的に小さく感じられる違和感以上の差異を生じさせるのである。

そして、「ここじゃない」と踵を返して帰ろうとする際、「せっかくいらしたんですからお茶だけでも頂いて帰りましょう」と、家の中へ入り、仏壇の前にお連れする。すると、険しくしていた表情を解き、優しい顔に戻り、仏壇に手を合わせるようになる。このような場合、仏壇が、混乱していた高齢者の認識のもつれを解きほぐしたのである。それゆえ、今日では仏壇を部屋に持ち込むことを推奨している施設も増えてきている。仏壇という時の流れのなかでも変化しない環境が、見当識を失くした高齢者に心の平安をもたらすのである。

「すぐそこだから」、「いいからほっといて」という言葉は、Eさん自身がどこに行きたいのか明確な目的意識が分からなくなった状況のなかで、漠然とした衝動に感情が引きずられている結果である場合が多いと考えられる。これは次のようなたとえにより、理解しやすくなる。青年期の男性に起こりえる、暮れなずむ頃、得も言われぬ人恋しさに引きずられるように雑踏のネオン街へ出て行くような行動に似ている。この衝動は、禁止されると却っていや増すものである。しかし、出て行ってはみたものの何をしたいというわけもなく、暫らくして帰路につくことになる。同様に、先の事例では、徘徊の衝動を満たしたあと、「お疲れではないですか。家に帰りましょう」と声をかけると、「有難う。そうしてくれませんか」と迎えに来た車に乗るという結果が想定される。

第 10 節 施設利用者が掲示板の職員の勤務表を確認に来る意味

利用者にとって、ケアワーカーは自分を映す鏡である。同様に、ケアワーカーにとって利用者はケアワーカーが自分を見つめ直すきっかけになる。つまり、利用者はケアワーカーに謙虚さと向上心をもたらす研鑽の場を提供すると同時に、ケアワーカーが成長するのを援助していると理解することが出来る。

メイヤーロフよれば、「成長とは出来る限り学び続けることである。学ぶとはただ単に知識や技術を増やすことではなく、新しい経験や考えの統合化を通して自己の人格の再構築を図ること」(Mayeroff1971:13)である。「クライアントから学ぶ心」は、利用者と真摯に向き合うことによって援助者としての成長が可能になるという事に焦点を当てている。

利用者と援助者の両者の関係においては、学ばしていただくという謙虚さというよりは、学びの場を提供してくれているという対等な関係を思い描くことが適切で、利用者のニーズは同じように見えても一人ひとり微妙に異なるものであり、特定の範疇に収めることの出来ないものであり、常に個別化を念頭に置いて考える必要がある。そのようにニーズを

とらえて関わることが、結果的に援助者が利用者から学んでいることになる。目の前の利用者は、援助者の知らない歴史の体験者であり、援助者の経験したことのない人生の経験者である。利用者の来し方に向き合い、適切なケアを提供しようとする中で、援助者は書物から学ぶことの出来ない人生を学ぶことが出来る。利用者は何も言わず語らないとしても、援助者へ提供する学びの場となる。対等な関係ではあるが、先達としての敬意を念頭に置いた援助関係であるといえる。

(事例10)

今日も、自力で車椅子移動可能なFさんが掲示板の前にやってきて熱心に勤務表を見ている。朝方は献立表を、夕方は勤務表をとというのが日課みたいな行動になっている。

Fさんの行動を見て、「毎日毎日、同じものを見て飽きないもんだ。どこが楽しいのだろう」という職員がいるかもしれない。そのような不躰で思いやりに欠ける職員の場合、介助技術を身につけているとしても、納得した上でチームケアを遂行するには無資格で新人の職員よりも対応に困る存在となる。(このような職員の存在が心ある職員にとってストレスの源となり、利用者に対して燃え尽きるほどの関わりを持つ前に、離職を感じさせることにも結び付く.)

この事例においては、Fさんがなぜ日課のように掲示物を見に来ているのだろうか、と疑問の芽を蕾ませることが重要となる。この様な、「なぜ」という疑問の探究は、「クライアントから学ぶ心」を育むことにつながると考えられる。

Fさんの事例を理解する際、ストレスの解消、あるいは予防という観点に注目できる。クーパーとデューイは次のように述べている。「17世紀の終わりごろ、ロバート・フックの著作により…人工的な構造物(たとえば橋)がどのように壊れることなく重い負荷に耐えられるようにつくられているか」(Cooper・Dewe=2006:4)として「フックが『弾性の法則』をとおして私たちに伝えてくれたものは、構造物に加えられる力である『負荷』、加えられた力が作用している領域である『ストレス』、『負荷』と『ストレス』の相互作用から生じる、形の『ひずみ』である」(Cooper・Dewe=2006:4)。C.L.クーパーとP.デューイは「ストレスの心理学」で次のようにも述べている。「ニュートンは、ストレスの生物学的本質について2つの見解を示している(Newton1995)。1つは『ストレスの責任は自分自身にある』というもので、もう1つは本能的な適応を除いては『たぶんそれに対して私

たちが出来ることは何もない』(Cooper・Dewe=2006:22). このうちの前者への関わりに注目できる.

Fさんは、毎朝献立表を見ることでお茶の時間や間食の内容を自分なりに決め、一日の行動様式を主体的に計画立てている可能性がある. 自らの行動がストレスを引き起こさないようにしているのである. つまり、施設の食事を完食できるようにすることで、職員からとがめに似た声をもらわないようにという気遣い、あるいは生活の知恵と考えられる.

Fさんは自分自身にあるストレスの責任を回避するために毎朝献立表をみている可能性がある. ところが、このようなことの推測のつかない援助者の場合、利用者に対して己の判断基準で利用者へ接することに結びつく. つまり、サービス業でありながら、サービスの提供者側が「してあげる」という感覚に結びつく. その危険性を防ぐ方法の1つは、介護福祉士自身が「自己を知る」という姿勢を持つことである. 利用者の細やかな心配りに気付いた上での援助が出来るようになることである.

この事例の夕方の勤務表を見るという利用者の行動には、職員に対する皮肉がこめられている. このような利用者の行動の意味に多くの職員はそのことに気付き、利用者にそのような気遣いをさせなくて済むようなサービス提供に心がけようと努力するであろう. しかし、思いやりに欠けるほんの一握りの職員の場合、そのようなことに気付くことがない可能性がある.

Fさんは、勤務表からその日の夜勤者の名前を覚えると、部屋に帰って、同室者に夜勤者の名前を伝えている場合、同室者との会話として考えられるのは、次のような内容である.

「今日の夜勤は××さんがいるから、あまりブザーを鳴らさないようにしないとね」

「きつく叱られるからね」

「我慢できる範囲は我慢しないと、ネチネチうるさいからね」とか、

「今日の夜勤は〇〇さんだから、手紙の代筆を頼めるわね」

「今日は黙っていても寝返りをさせてもらえるわ」等である.

これは、「ニーズへの対応」の真の意味を職員が理解するための事例として役に立つ.

「ニーズへの対応」に関する理解として重要なのは、「ニーズとは・・・単に生活上必用という内容ではなく、生活を送る上での必需的内容に対していう」(田中 2005:30)という点である. 「必需的内容」は次のようなたとえによって、よりよく理解される.

雪の降る1月の夜. 乳飲み子を抱えた若い母親が古びたホテルにやってきた. 「すみま

せん、部屋が空いていませんか。小さな部屋でも結構です」と、受付に来ると頭を下げながら頼んだ。ところが、受付の人は「あいにくこの雪でねエ。いつもでしたら空いているんですが、今日は満室なんですよ」と応えた。受付の人は、乳飲み子を抱えた若い母親が、ほかのホテルが満員で断られてきているのを気付いている。なぜなら、普段はキャンペーンと称して1泊5000円のところを3500円にしてもほとんど宿泊客がないのだ。周辺のホテルが満室にならない限り自分のホテルに客がくることは滅多にない。今日もその状況であろうと、判断したのである。「何とか、一晩だけお願いします」と、母親は懇願した。「無理にでもといわれるのであれば、6,000円出してもらえれば準備しましょう」と、受付の人が言い、「それで結構です」と、若い母親は同意した。

このような状況に追い込まれた必要性をニーズ・必需的内容というのである。このたとえの場合、本来なら、「足元を見るのであれば結構です」といいたいのだが、それもいえない状況である。ニーズのこのような特質を理解することが「クライアントから学ぶ心」に結びつく。事例におけるFさんの行動を注意深く観察することで、Fさんの気持ちが分かりやすくなり、「人の痛みを感じる心」や「一人ひとりを大切に作る心」にもつながる。

第11節 先天性の聴覚障害で、視力を失った高齢者への対応

「継続は力なり」という言葉がある。継続や持続することの重要性の認識に結びつきうる「生涯学びつづける心」とは、自分に厳しく、自己を律する援助者の姿勢ともかかわるものとして位置づけられる。自分を愛することは、自己を律する姿勢を持ち続けることや、生涯学び続けることの支えともなる。自分を愛するためには、自分のよい点をたくさん探す訓練をすることが役立つ。そうすることで、他者のよい点も目につくようになる。自分で自分にご苦労さんといい、自分に褒美を与え、自分を見続けることは、自分を愛するとともに自分を客観的に見ることにもつながる。

自分を客観的に眺めることに関して、囲碁のたとえを用いることは理解を深めるのに役立つ。囲碁の世界に「岡目八目」という言葉がある。対局当事者だと気付かない・見落としていることも、傍から眺めると八目先の気付きがあるという意味である。プロの棋士は、対局が終わった後、考察のために最初から打ち直すことができるが、素人の場合はそれができない。前者の場合は、これが最善の一手だと熟慮した石を打っているため2時間たっても思い起こすことが可能であるが、後者の場合は直感で打っているため、どのような手を打ったか思い出せない。介護福祉士にとっても、自分の援助行為を客観的に眺めること

ができ、後で反省が出来るようになることが、自分を客観的に見ることの中核の内容である。

さらに考察を深めるために重要な概念は、自分の許容量という概念である。許容量を高めるためには、自分の短所も長所も理解した上で長所を伸ばし、短所を克服するよう努力することが有効だと考えられる。このことは、自動車の性能に関する次のようなたとえ話を用いることで理解しやすくなる。時速 50 キロメートルしか走れない車で時速 55 キロメートルを出すと、オーバーヒートしてしまうが、時速 100 キロメートルで走れる能力の車だと、時速 55 キロメートルでは安定走行が可能で快適なドライブを楽しむことが出来る。

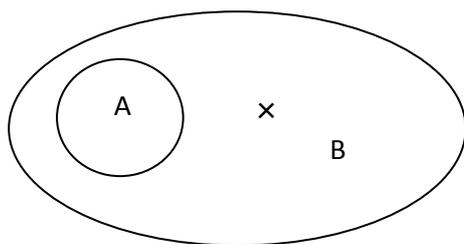


図 15 行動認識と許容量

図 15 にみるように、許容量 A の介護福祉士にとって問題だと思える利用者の行動×も、許容量が B の介護福祉士にとっては何の問題もない。利用者の行動を問題視するのは、このような許容量の低さに原因があると説明できる。その上で、介護福祉を必要とする人々から出された要求に対しては、頼まれた言葉が終わるか終わらないかのうちに、「それはできません」といった言葉を発しないことが重要である。

(事例 1 1)

G さん（女性）は、もともと耳も聞こえず声も出せなかったが、加齢とともに目も見えなくなった。3 畳分の畳を引いた部屋で生活している。時折、ぶつぶつと一人言ちているが、3～4 ヶ月に一度はちゃぶ台をひっくり返し、食事を台無しにしてしまうことがある。職員がなだめようとしてもこちらの話すことは伝わらず、目も見えない本人は状況がどうなっているのかも分からず、職員は対応に苦慮している。

この事例では、「うるさい！」といった言葉を発しながら食台をひっくり返す G さんが、イラついているのは確かだが、その原因が職員には分からない。ある日、何時ものように

介護福祉士の S さんが配膳し、G さんの肩を軽く 2~3 回たたきながらご飯ですよと声をかけた。すると、この日も機嫌が悪かったのか、「ワー！」というような大声を出すと、ちゃぶ台をお膳ごとひっくり返してしまった。

初めてこのような状況に接した S さんだが、大騒ぎをすることなく、「ごめんなさいね、いらいらしている内容を分かってあげられず。」と、G さんに謝りながら後片付けをする。片付けが終わり、調理場から代替食を持ってくると、お膳を入り口付近に置き、再び G さんの肩を右手で軽くたたきながらご飯ですよと声かけをする。すると、肩に当てた手をつかむと、親指と中指で爪を立てるようにつまんできた。千切れるような痛みにも耐えながらも、S さんは、つまんでいる G さんの手の甲を左手でさすりながら、「ごめんね、G さんの言いたいことが分からずに」と静かに言いながら、G さんのなすがままにまかせていた。

すると、暫らくして G さんはつまんでいた手を緩めてきた。そして、「馬鹿が…」みたいな言葉をぶつぶつ発しながらもおとなしくしていた。すかさず、S さんは G さんの左手の平を上向きに、右手を口まで運び、食事だという仕草をした。その後で、再びよろしいですかという感じで肩を軽く 2~3 回たたいた。今度は、うんうんと頷きながらちゃぶ台の前に座ると、食事をした。

S さんはこの昼の状況をつぶさに思い出しながら、対応策を考えた。食事ですよという意味で、肩を軽く 2~3 回たたいたときに、びくっと驚いたような G さんの反応を思い出した。しかし、そのことを気にも留めず、G さんをちゃぶ台の前に座らせようと手引きしたのではなかったか？そして、座らせようとしてちゃぶ台を触らせたのではなかったか？その結果が、ちゃぶ台をひっくり返すことに繋がったのかもしれない。このとき G さんの驚きを見ても無視したまま行動を強要していたのかもしれない。

S さんは自分の援助行為を振り返り、次のように分析することが出来るであろう。初めに肩をたたくのは名前を呼ぶことと同じ行為であり、次いで、これからすることを伝える必要がある。この当然の事を見ても無視して、ちゃぶ台の前に座らせようとしたところに問題があった。食事ですよと声かける代わりに、G さんの左手の平を上向きに、右手を口まで運び、食事の仕草を伝えることは重要なことである。そして、G さんが食事だということを了解した後で、場所を確認してもらうためにちゃぶ台に触ってもらおう。このことによつてしか、私たちは G さんと信頼関係を結ぶことはできないのではないか。

このような理解に基づき S さんの配膳の援助を続ける場合、たとえば次のような結果が生じうる。3ヶ月ほどの間に、G さんがちゃぶ台をひっくり返すことがなくなった。その

間、1～2度興奮し手をつまむことはあったが、相手がSさんとGさんにも理解できたのであろう、最後は手を触っただけで納得してくれるようになった。

千切れるような痛みを耐え、Gさんの手の甲をさすりながら、「ごめんね、Gさんの言いたいことが分からずに」と静かに言うだけでGさんのなすがままにまかせる。このような受容・忍耐を含む援助行為が、意思疎通の困難な人との信頼関係の樹立に結びつきうる。このことを理解するうえで、野生の鷹に自分の腕を止まり木だと認めてもらうための鷹匠の次のような行動をたとえとして用いることが役立つ。

鷹匠まず初めに自分の腕を差し出す。止まり木として安全だということを了解してもらうために。もちろん、野生の鷹に鷹匠の意図が理解できるはずもなく、鷹は鷹匠の腕深く爪を立てるのだ。

傷つき傷つけられながら耐えるこの間に、両者に信頼関係が芽生えてくる。「そうか、お前も簡単にはなびいてくれないのか。空の王者としての誇りのために。結構、それほどのプライドを持たなくっちゃね。我慢比べといこうか」みたいな声かけをしながら、鷹匠は痛みを耐えるのだそうである。

介護福祉における信頼関係も同様に、援助者がまず自分を相手にさらけ出すことが、排泄の介護や入浴時の裸の介護を恥じることなく要介護者が受けられるようになることに結びつきうる。自分をさらけ出すということは、実際に裸になるということではなく、本音で利用者に接するということである。おべっかを使っても利用者には見抜かれる。介護福祉の現場は本音と本音がぶつかりあう場、実践の場であると認識することには意味がある。

介護福祉のプロとしての誇りと自覚は、自分を厳しく律する強い意志と、絶え間ない努力によって身に付くと考えられる。介護福祉とは、他人の人生に直接関わる活動であるだけに、人間学であり、倫理学であり、哲学であると性格づけることが出来る。援助者が自分を愛し、自分を客観的に眺め、許容量を高めることが、「生涯学び続ける心」と結びついていると理解できる。

第12節 介護福祉の援助全般における対応

「ともに生きる心」には、共に感じるという要素が含まれているが、共感疲労などの問題に対処することも必要となってくる。ケアワークはサービス業であると同時に、利用者

主体で行われるべき業務である。利用者の望むことを利用者が望むようにケアを提供するためには、援助者が自分の価値観を白紙にして利用者の望みを謙虚に聞くことが重要である。しかし、自分の価値観を白紙にして利用者の望みに応えようとするところに、「感情労働」²⁸としての実践の困難さが生じることにもなる。（同じ感情労働ではあっても、ストレス発生の機序に看護と介護では差異がある。看護は障害の受容のできていない患者(病人)と関わる事が多く、介護は障害の受容が出来つつある人(利用者)と関わる事の多い労働であり、ストレス度に対して雲泥の差があるのも事実である。）

対人援助職は人対人のかかわりであり、利用者との間で感情と感情のかかわりがある。対人援助職にメンタルケアが必要とされる理由は、対人援助職は投影がおきやすい職業であり、共感を必要とされる職業だからである。さらにいえば、対人援助職は転移や逆転移が起こりやすい職場でもある。

投影が起きることがメンタルケアの必要性につながるのには、投影の持つ、心理的メカニズムに要因がある。Nyeによれば、投影とは、「自分が持っている受け入れられない特徴を他者に帰属させることによって、それを自分から追い出そうとする試みである。それは、あたかも『それらは彼（あるいは彼等）に属しているものであるので、私の感情、思考、あるいは衝動であるはずがない』と言っているようである。投影している人は、自分が相手を嫌っているとか、害を加えたいと願っているとか、利用したいと思っているとか、悪いことをするとか、敵意を持つなどの情動や考えを、実際には潔白である他者に（実際には、それらの情動や考えを持っているのは自分であるのに）帰属させてしまう」（Nye=2000:39）。そこで、このような心理的問題を生じやすい対人援助職である介護福祉士にとって、自己の精神的破綻をきたさないで職務を遂行できるようになるために必要となるのが、自己覚知である。

バイスティックによれば、「自己覚知は自己を受容する方向へ、そして、最後には他者を受容する方向へと導く。問題に対する自分の態度、感情および反応を理解することは、困

²⁸ 武井は、著書『感情と看護』のなかで、次のように述べている。感情労働とわざわざ呼ぶのは、労働者と顧客との間でやり取りされる感情に、商品価値があるからです。また、その感情には適切さに関して意識的・無意識的な基準があります。また、適切な感情であっても、表出の仕方や程度には職務上許された一定の範囲があるのです。しかも、それによって労働者としての能力が評価されます。そして、これを感情規則という論じている。

難に向き合っている他者の態度，感情および反応を受け容れる助けとなる」(Biestek1993 : 80) が，「この自己覚知がないと，ケースワーカーは，自分の感情をクライアントの所為にするという彼の自然の性向に従いがちになる」(Biestek1993 : 83) のであり，このことがクライアントの受容を阻止することに繋がる。

また，近藤によれば，「共感とは，1) ある人 (A) がある感情を体験し，それを表出しているときに，2) その表出を認知した他の人 (B) が A と同様な感情状態を体験し，3) しかも B は自分のなかに生じたその感情と同種の感情が A のなかに起こっている(だろう) と認知している状態，といえるだろう。2)の過程が生起するメカニズムとしては，無条件反射的な同一感情の誘発，情緒的な伝染，同一化，自分の中の同一体験の再生とその投影，想像力による同種の体験の意識的追体験など，さまざまな考え方がある」(近藤 1999 : 127) が，共感性は，クライアントと類似の感情体験があるときに生じやすくなる。それゆえ，國分によれば「カウンセラーは，日常生活でできるだけ多様な感情体験をしておくのがよい。多種多様な人とつきあう，多種多様な状況に身をおいてみる，多種多様な読書をするなどである。」(國分 2002a : 12)。

このように，カウンセリングにおいて共感は積極的に求めるべき内容であるが，共感・同一化によって共感疲労が生じやすい。ただし共感疲労は，バーンアウトとは必ずしも一致しない。確かに，心的外傷を負った人が同様な事象を客観的にではあれ再度見聞することによりフラッシュバックすることがある。しかしそれは意識的に追体験された共感によって疲労がもたらされたというより，共感しようとしてクライアントに相對した瞬間に，心的に外傷を与えた出来事がフラッシュバックとなって甦り，バーンアウトにつながりうる。これは，共感に伴う疲労とは異なるものである。混沌の状態にあるクライアントの困りごとをクライアント自身が気付くことができ，解決の方向へ自ら歩みを進めていけるよう手助けするために共感が必要なのである。

対人援助職にメンタルケアが必要とされる理由は，共感疲労が直接的に援助者のバーンアウトに結びつくというよりも，エンパワメントのセッションに，レディネスのできていない人が参加することで心的な傷を負うことがあるように，ある事象により PTSD を受けた人が同様な事象のクライアントを受け持たないですむ様に配慮すべきであるという意味であり，ワーカー自身が自らの心的外傷に打ち勝つように変容するようなスーパービジョンを身近で受ける環境が整っているかどうかという意味である。

対人援助は，確かにいわばマイナスエネルギーを受けうる職種である。ここに対人援助

職者の自己管理の難しさがある。しかしそうはいっても、対人援助職者と利用者はある一定の時間枠内でのかかわりであり、勤務時間を過ぎた後は、対人援助職者はそれ以後の時間を純粹に自分のプライベートな時間として使用可能であるが、要援助者の家族となると、そうはいかない。家族介護者は 365 日 24 時間、身内の要援助者のことを忘れるわけにはいかない。要援助者のことはもちろん、家族への支援も、介護福祉のプロである介護福祉士には求められることになる。家族の介護負担の軽減を考慮したとき、要援助者のストレスに対して、介護福祉士にはそのストレスのはけ口になることが求められる。要援助者が介護福祉士に対して発露する甘えや無理を言ったりする事にはそれなりの理由があるのである。

村澤は「愛情のエネルギー」について次のように述べている。「私たちは自分のエネルギーが枯渇してくると、身近な人から愛情をもらう、注意を向けてもらう、世話をしてもらう、という形でそれをもらおうとしますが、どうしても与えられない場合には、あらゆる手段でそれを手に入れようとするのです。虐待や家庭内暴力も、エネルギーをお互いに奪い合おうとするコントロールドラマのひとつの形だといわれています。でも、残念なことに、愛情のエネルギーに枯渇している人の近くには同じように枯渇している人がいることが多く、エネルギーの奪い合いがより深刻になってしまう」（村澤 2006 : 136）。施設の利用者にとって、愛情を求める身近な人は介護福祉士はじめ、職員になりがちである。

要援助者にとって、利用者であるお互い同士がぶつかり合うのでは施設生活を送る上で良好な展望が望めなくなる。職員が要援助者のストレスを受け止めてくれることによって、明日への生きる力になりえる。しかし、職員とはいえ、マイナスエネルギーにさらされると、自分のエネルギーも枯渇しかねない。そうならないためには、エネルギーの補充が大切になる。しかし職員はエネルギーを注いでくれる場所を捜し求めることが可能である。そのために、職能団体としての介護福祉士会もある。

以上見てきたように、ともに生きるということは、生半可な気持ちでできるものではない。ここに、専門職としての専門性と学びが要求されるゆえんが秘められているのである。

ところが、第 1 章第 2 節 1 「直接援助技術としての介護福祉技術」のところでも論じてきたように、介助技術（ADL・IADL 介助技術）に関していえば、この技術は専門家にしかできない技術であってはならない。一般の人にもできる内容でなければならないのである。このように主張すると、専門性を否定しているように聞こえるかもしれないが、そうではない。一般の人にもできる専門的技術という一見矛盾しているようにも思えるかも

しれないが、一般のドライバーと F1 レーサーとの運転の違いについて考えると理解できると思う。両者間に、運転免許という免許を媒介とする共通性はあるが、一般のドライバーにとっては、決められた道路法規のなかだけで運転可能な免許である。F1 レーサーのように、競技としてサーキットを疾走することを許してもらえないものではない。

F1 レーサーは、たとえ風雨の中であろうと、いかなる劣悪なドライブ環境のなかであっても、1分1秒でも早くゴールすることが目標であり、安全に走りきることが求められている。このなかで、使用されている免許は単なる運転免許であるが、高度な専門的技能を保持した者として社会から認知されているのである。

介助技術においても、同様のことがいえる。介護福祉サービスを展開するなかで用いられる介助技術そのものは、専門家でなければできないという内容であってはならず、誰にでも実践できる内容でなければならない。一般的に、介護福祉サービスは障害児・者の身内や、高齢者の配偶者や親族が提供するものがほとんどである。だとすると、プライベートな場所で行われる技術が、専門的技法を学んだものにしか出来ない内容であってはならないのは当然といえば当然である。

では専門家である介護福祉士の介助技術と家族等の介助技術の差異はどこにあるのか。この差異が、介護福祉援助技術の中の直接援助技術である介護福祉技術の専門性の保持の有無に繋がる。つまり、専門家である介護福祉士は、要援助者がどのような状態の人であっても、どれほど気難しい人であっても、適切なケアを提供することができる。さらに言えば、自分がサービスを提供できるだけでなく、家庭における援助者と要援助者の身体的、年齢的、精神的状況等を理解した上で、両者に適した介助方法を指導できる能力を持ち合わせている人だということである。

しかし、「まさに、誰にでもできるというこの民衆性のために、いま KJ 法はひとつの壁にぶつかっているのである」（川喜多 2002 : 217）と川喜多が経験してきたように、介助技術もまた誰にでもできる技術でなければならないという民衆性ゆえに、前後に大きな亀裂を生じさせ、介護福祉技術の専門性としての進歩を阻んでいるのである。

前方の亀裂は、民衆性を打破し専門的技術を身につけた介護福祉士を養成すべきだという介護福祉技術の二極化を推し進めようとする動きで、看護技術のように決まった手順で、決まったやり方で生活援助をすべきだという考え方である。しかし、この方法の欠点は、援助者と要援助者の身体的、年齢的、精神的状況等を考慮することなく、一律的なやり方を推し進めようとするところに、個別的な生活支援を無視した援助方法となる危険性をは

らむことになる。なぜなら、援助を必要としている人は全介助、一部介助若しくは見守り介助を必要とする者だけではない。全介助と一部介助、一部介助と見守り介助の間に多くの人々が存在する。これらの人々に対して全介助・一部介助で、若しくは見守り介助で対応したのでは、時には利用者の残存能力を消失させることになり、場合によっては利用者に怪我をさせることになりかねない。全介助・一部介助、若しくは見守り介助の技術が、たとえ 100%完璧にできたとしてもである。介護福祉技術は、利用者の状況に合わせて多様な援助法を工夫する必要があることを理解したところで「ともに生きる心」を育むべきである。

後方の亀裂は、民衆性ゆえに専門性は要らないという動きで、専門的技法を学ぶ必要はなく、見よう見まねで対応できるという考え方である。この考えの危険な点は、必要性に迫られたら、たとえ無免許であっても運転してかまわないという無謀さに似た危険性がある。介助技術は、確かに民衆性を持たねばならないが、かといってそこにはなんらの専門性もなく、見よう見まねで対応してよいというものでもない。当然、すべての援助者に対応した基礎的技術はある。つまり、それがボディメカニクスであり、物理学的技法が内在されている専門的技術である。

直接援助技術としての介護福祉技術の専門性は、基礎的技術としてのボディメカニクスを論理的にも実践的にも身につけておくという民衆的技術に他ならないが、介護福祉士に求められている専門性は、この民衆的技術に他ならない介助技術の専門性を、いかなる環境の下であっても、いかなる状態の人に対してであっても、適切に対応できるということである。

介護福祉技術はこのように、一方では民衆性を保持した専門的技術であり、他方ではあらゆる環境・状態の下であってもプロ的内容を求められる専門家的技術が要求されるところに誤解を招きやすい内容となっている。「ともに生きる」とは、このように誤解を招きやすい点をいかに克服するかにある。

第6章 補論：特別養護老人ホームの施設運営の推移—措置から契約へ

本章では、1986年10・11月、1987年1・2月号の『老人生活研究』に掲載された筆者の論文「特養の現状と問題点—寮母職の体験から提言する—」をもとに、筆者が1976年に特別養護老人ホームに入職し、2001年に老人福祉現場を離れるまでに体験してきた介護現場の実際と、制度の歴史・変遷を重ね合わせながら論を展開することにする²⁹。

なぜこのような古い文章を資料として提示したかという点、資格取得の一元化が2度にわたって延期（2014年、2017年）されたように、いまだ介護の本質性が社会に知られていないのみならず、誤解されているからである。併せて、専門性を有した職員が離職につながらない様な職場環境を整える必要があるためである。そのための、博論の前提となる資料として掲載する。（本文の内容は当時の原文を概ね使用しているが、下線部は、今回加筆した部分である）

特別養護老人ホームのあるべき姿 —ケアワーカーの体験から提言する—

施設が「収容の場」としてではなく「生活の場」としてあるべきだ、という方向性が示されてから久しく³⁰、また、「コミュニティケア」が叫ばれるようになって数年が経った。いま、現実的対応として施設の処遇というものを直視してみると、果たしてどれほどの

²⁹ 2000年の介護保険制度の導入に伴い、それまでの措置から契約へと移行したのであり、いわば措置時代の福祉を知る証言者として、以下具体的に論述している。

³⁰ この頃の歴史的な状況については、水上（2007：83-85）が論文「介護福祉士養成教育の課題～国家資格化を省みて～」で詳細に論じているので省略するが、水上も触れていない点が本文にはリアルタイムで述べられている。またこの時点で、「収容の場」から「生活の場」へとまだ移行できていない点に関しては、一番ヶ瀬・古林（1988）が『「老人福祉」とは何か』の中で、老人ホームの問題点として「①施設数の不足、②貧弱な土地政策の下、遠隔地での建設、③医療との関係の不十分さ、④生存のみを保障し、寝たきりのまま放置しているところ、食事とおしめ替えだけに終始しているホームが少なくない」と述べている（一番ヶ瀬1988：41-42）。しかし、大きな要因は職員定数の極端な少なさにあった。

成果が両者にあげられているのか疑問である。(と述べながら、田中は『老人生活研究』(1986~1987年)で次のように続けている。以下、痴呆等当時使用していた単語をそのまま使用する)

生活の場としての施設のありようを追及するあまり、施設本来の姿を忘れ、手のかかる老人(痴呆性老人など)の入所を拒んできた現実—特定の老人のために他の大多数の老人の処遇内容に低下をきたすおそれがあるという理由から—があるが、数少ない良心的な施設ではそれら特定の老人たちと共に泣き笑いの毎日を過ごしてきた歴史があることを忘れてはならない³¹。特別養護老人ホーム(以下、特養と略す)は非生産の職場であり、基本的処遇を明文化することの困難さは否めない。しかし、施設の働きかける相手が実体としての老人であるという点をかんがみれば、一面的に片寄った処遇内容が正常な処遇だとは決していえない³²。

特養の処遇はというと、 $\langle a \times b \times c \times d \times \dots = 1 \rangle$ の式で表されるもので、aの仕事に比重を置くと、他の仕事に対する働きかけは必然的に低下する。bに関して比重を置く場合でも、 $c \cdot d \cdot \dots$ に関する場合でもそうである。しかるに、現今の研修会等の意見発表を見るとき、aに関してはaの理想論を、bに関してはbの理想論をとというふうに、単独の処遇としては悪くないのだが、全体的処遇の中でながめたとき、他の処遇と遊離した、非現実的と思われる意見が多く見受けられる。

私たち職員の働きかける相手は多面性を持ち、また一人ひとり特性を持った実体であるがゆえに、早急に基本的処遇論なるものの位置づけがなされなければならない。1.で「リ

³¹ この頃特養では、歩ける認知症と身体的に障害はあるが知的レベルに問題のない入所者との対応として、「分離収容」「混合収容」なる言葉が使われ、どちらがよいかなどの論議が盛んになされていた。筆者は「混合収容」を主張していた。そのために、施設内の部屋替えが前提条件となっていたのだが、ユニットケアがユニット本来の特色を発揮するためにも、施設内の部屋替えは重要な意味合いを持つが、この点に関してはここでは省く。

³² 措置時代は入所1~2年待ちという状況から、それほど重度の身体状況でもない段階での申請がなされ、比較的軽度段階での入所が割とあった。しかし、介護保険制度の2002年の改正において、介護の必要の程度や家族介護力の状況などから、施設サービスを受ける必要性が高いと認められる人から、優先的に入所させるよう努めることが定められ(基準第7条第2項)、このような状況は現在幾分解消されている。

ハビリテーション」, 2. で「生理的処遇と精神的処遇について」, 3. で「望ましい処遇確立のための職員定数と基本的処遇内容」を論じ, 特養のあるべき姿への提言とする。

1 リハビリテーション

リハビリテーションという与生活リハが強調されるが, 特養において生活リハは当然のことで, なされていて当たり前のことである。では, なぜ多くの施設で理学療法が実施されていないのか。また, リハビリが実施されていたとしてもそれに参加する介護職員がいないのはなぜか考えると, 1つに PT の絶対数が不足していること, 2つに PT の職員定数化がなされていないこと, 3つに生理的介助に関わる介護職員の多忙さにあると思われる。したがって, PT の職員定数化を早急に明文化するよう働きかける一方, とりあえず地方自治体レベルで全施設に PT を派遣—自治体の職員の PT を, 各施設に週 1 回の割りで訓練に参加できるように—してもらうことを行政へ働きかけるべきである³³。

(1) ADL 評価の基準統一について

ADL の判定をするときに注意しなければならないことは, 対象となる相手が特養に入所している老人だということである³⁴。

つまり, これは単なる身体的能力の判定ではなく—特養におけるリハビリテーションはもとより社会復帰を前提としないのだから, 単なる身体的能力の評価は無意味に等しいと思われるのだが, アンケート調査表などを見る限りにおいて, 依然として身体的能力の程度差に重点がおかれている—特養における日常生活動作を判定するのであればならない³⁵。

次の 5 段階評価が妥当である。

³³ 介護保険制度では, 機能訓練指導員として, 日常生活機能を改善, または減退防止の訓練ができる能力のあるものとして 1 人以上置くことが可能になっているが, 他の職務との兼務可能となっており, いまだ筆者の言っていた内容にはなっていない。

³⁴ 施設監査用の資料として, 調査しなければならない内容であるのだが, 評価基準は, 1. でできない (全介助), 2. 一部介助, 3. 自力の 3 段階評価となっており, 特養入所者の適切な評価にはつながっていない。そこで, 新たな 5 段階の評価基準を作成した。

³⁵ この点は, 介護保険制度においても依然として改善されていない。つまり, 調査員による—

1度（不能・全介助）、2度（大分劣る）、3度（やや劣る）、4度（平均的動作）、5度（自力にて特養生活がほとんど可能な者）。これを食事・入浴・排せつに当てはめると次のようになる。

- ア) 食事：1度（全介助）、2度（半介助）、3度（一部介助：おにぎり）、4度（一部介助～スプーン自力）、5度（独力（刻み食者含む））
- イ) 入浴： 1度（特浴にて全介助）、2度（一般浴にて全介助）、3度（一部介助：座位のみ可～介助により体を洗う）、4度（一部介助：介助により浴槽に入る～自力にて体を洗う）、5度（独力）
- ウ) 排せつ：1度（常時オムツ使用）、2度（夜だけオムツ：昼間は尿便器を介助にて使用）、3度（終日尿便器を介助にて使用）、4度（尿器は自力、便器は介助）、5度（尿便器自力）

特養におけるリハビリテーションは、熟練した職員がマンツーマンで1人当たり30～40分の濃密な訓練を行って初めて効果が期待できる。というのも、対象者は特養入所老人という性質上、ゼロからの対応ではなく、マイナスの状態（拘縮が始まった後）からの対応であるのだから。

ところが、リハビリテーションというとすぐ独力歩行を、つまり杖歩行を考えてしまいがちだが、特養におけるリハビリテーションは、まず独力での寝返り可能な状態（褥創予防に重要）からオムツ外しのための動作―健側で腰の挙上運動ができる―へと移行し、ついでベッドサイドでの起座から車椅子への移乗可能な状態（ポータブルトイレ使用が可能）へと目標を漸次高めていくことが大切である。（今日では、リハビリテーションの概念も大きく変化している。地域リハビリテーションがそれであるが、この点については次項1-2地域リハビリテーションを加筆して概述する。）

(2) リハビリテーションの必要性

リハビリテーションの有効性は誰もが認めていると思われるが、理解されながら実行に移せないのはなぜか。①前述したように、PTの絶対数の不足と職員の技術的未熟さ、②

次判定項目の中に、移動・嚥下・食事摂取等において「見守り」という評価内容があるが、独居者にとって、「見守り」という評価に何の意味があるのか。認定区分が適切になされない要因が、この点にも現れている。

リハビリテーションに参加する何割かの老人のために、多くの時間と職員の努力を費やすことで他の老人が犠牲になるのではないかと危惧、これらが最大の原因ではないかと思われる。①は、現在県単位でいろいろと努力しているようなので成果を期待するとして、②について述べてみたい。

②の考えを持つ人は、個別的ニードという意味を十分に理解していないのではないか。つまり、処遇とはすべてに平等でなければならないという命題のもと、画一的に誤った処遇を押し付けてしまう危険性がある。(この点について、田中(2003:17)は別稿で次のように述べている。)

公平とは均一に対応するというのではなく、同じように接するという意味でもない。介護保険制度下での要介護度に違いがあるように、ニーズへの対応という意味からしたら、提供されるサービス量に違いを設けることが公平なのである。・・・存在するために求められる必要性とは腹何分的な要素であり、誰にとっても腹何分的内容となるようなサービス提供を言い、必要の度合いに関する限り均一だが、必要としている内容・量に関していえば異なるのが当然だということである。これが福祉的ニーズへの対応であり、・・・平等という意味なのである(田中 2003:17)。

1-2 地域リハビリテーション(この項は、すべて今回加筆部分である)

「医学がまずヒトを細分・分析化し、その先にヒトの全貌を捉えようとする努力も遠大であるが、その反対のベクトルにある生活者を統合的に捉えることもまた遠大な努力を必要とする。リハビリテーション医療のベクトルの先には地域リハビリテーションの思想が必要なゆえんである」と大田(2006:3)がいうように、病や障害に苦しむ生活者としての人間を見ようとするリハビリテーションにおいて、地域は重要なキーワードとなる。なぜなら、ヒトは一人では生きてゆけず、社会とのかかわりの中で生きているのだから。その地域リハビリテーションについて論じる前に、リハビリテーションの言葉の由来を簡略に振り返ってみる。

(1) リハビリテーションの言葉の由来と歴史

リハビリテーションはリ・ハビリテーションと表記できるように、以前持っていた能力(技能)を再び身につけるという意味である。疾病や外傷により、それまで保持していた心身機能が低下した人々を元の状態に戻そうとすることである。

古くは、法を犯し、社会から隔離されていた犯罪者が社会に戻る前に獲得される権利の復権（全人的復権）を意味していた。今日的なリハビリテーションは、第一次世界大戦による傷痍軍人が市民社会に復帰するのを支援しようとして行なわれた職業訓練や職業指導、いわゆる職業リハビリテーションから始まり、疾病からの回復を促進するための医療手段としての意義が認識されるようになり、医学的なリハビリテーションを重視する方向へと変容していった。

しかし、1981年決議された、国際障害者年の「完全参加と平等」に伴い、それまでの医学モデルから社会モデルへの軸足の移行がなされた。1990年になると、「障害のあるアメリカ人法」が制定され、あらゆる障害者に対して平等な機会を備える社会の構築に向けて努力することが表明された（中村 2012：1-27）。

今日では、健康とは疾病がないことだというだけでなく、社会の一員としての状態も含んだ概念として捉えられている。ここに、地域リハビリテーション概念の生まれる萌芽がある。つまり、「地域が自立しなければ国の自立」はなく、「国の自立がなければ国民の自立はない」とする広義の地域リハビリテーション理念の誕生である。

障害者の自立及び自由に関与するリハビリテーション専門職者にとって、エンパワメントは重要な理念である。そこで、まず地域リハビリテーションを論じる前に「コミュニティ・エンパワメント」について論じる。

(2) コミュニティ・エンパワメント

コミュニティとは、「目的、関心、価値、感情などを共有する社会的な空間に参加意欲を持ち、主体的に相互作用を行っている場または集団である」（安梅 2007：2）。

エンパワメントは、「能力開化、能力強化あるいは権限付与と訳され、個人が本来持っている能力を引き出し、社会的な権限を与えることを意味する。障害の有無を問わず、すべての人の潜在能力を引き出し、質の高い人生を送ることが出来るように、個人を力づけるという観点から、あらゆる社会資源を検討して、条件整備を行おうとする考え方である」（中村 2012：13）。

安梅（2008：9）は、「コミュニティ・エンパワメントは、当事者ひとりひとりの思いを活かしながら、まさに『共感に基づく自己実現』を育む仲間と場所、すなわちコミュニティを作り上げる技法である」として、エンパワメントの原則に次の8点を挙げている。

①目標を当事者が選択する ②主導権と決定権を当事者が持つ ③問題点と解決策を当事者が考える ④新たな学びと、より力をつける機会として当事者が失敗や成功を分析す

る ⑤行動変容のために内的な強化因子を当事者と専門職の両者で発見し、それを増強する ⑥問題解決の過程に当事者の参加を促し、個人の責任を高める ⑦問題解決の過程を支えるネットワークと資源を充実させる ⑧当事者のウェルビーイングに対する意欲を高める

(3) 地域リハビリテーション

国連三機関（WHO、ユネスコ、ILO）が 1994 年に協議して提出した指針では次のようになっている。「地域に根ざしたリハビリテーション（community based rehabilitation : CBR）は、障害を持つすべての人々のリハビリテーション、機会均等、社会統合のための地域社会開発における総合的な戦略の 1 つである。CBR は障害者自身とその家族、組織や地域社会、そして関連する政府機関・非政府組織の保健、教育、社会サービスの複合された努力を通して実施される」（上野 2009 : 623）。

一方、2001 年の日本リハ病院、施設協会における定義では、「地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう医療や保険、福祉および生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてをいう」（佐直 2009 : 37）となっている。

このように、両者は共通性といくらかの差異（後者は前者の発展的内容となっている）を持つものではあるが、異質なものであるとまでは言い難い。しかし、今日では地域リハビリテーションの概念を一步進めて、コミュニティ・エンパワメントを伴うリハビリテーションに対して地域リハビリテーションと名づけ、次のような新たな概念を生み出している。

「地域リハビリテーションの目的は機能的状態の維持、障害（社会的不利）の改善にあり、調整の対象は住宅、地域環境だけではなく、家族、さらに社会文化的制度などの広い範囲にわたっている」（中央法規出版編集部 2004 : 147）。

すなわち地域リハビリテーションとは、地域を人体と同様に見做し、地域が病んでいる状況の下では何らかの障害を持つすべての人々が自らの能力を最大限に発揮し、地域社会の一員としての『完全参加と平等』を実現することは不可能であり、地域自身を積極的にリハビリテートしなければ、様々な人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動は望むべくもないとして、地域そのものと地域に根ざしている社会資源（障害を持つ当事者も含む）の活性化を目指す新たな考えである。

この考えの前提となっているのは、高山（2000）が『保健福祉学』で論じているところの「保健福祉学は、単純に保健学と社会福祉学とを重ね合わせたものではない。保健と福祉の統合により、従来保健又は福祉単独では対応が困難であった複合的な領域においてもその力量を発揮するものである。すなわち、保健福祉学は保健と福祉の総和に、さらにプラス・アルファの部分の加わったものであるといえ」（高山 2000：18）とする内容である。具体的に過去と現在の比較で保健福祉支援の発展過程を見てみると、次のようになる。

「目標」については、「救貧・保護、伝染病の予防、環境衛生等」から「ウェルビーイング、エンパワメント、ノーマライゼーション」へ、「対象」は「特定対象」から「住民全体」へと推移し、ここに新たな地域リハビリテーションの考えの萌芽が見て取れる（高山 2000：13-18）。

安梅（2000）は、保健福祉学はシステム科学であり、保健福祉支援をシステムとして構造化を図ると次のようになると論じている（図 16）。マイクロシステムは対象者、支援、環境の直接的なインターフェースシステム（図 16-2）であり、メゾシステムはマイクロシステムに直接影響を与えるシステムであり、直接支援機関等が該当する。

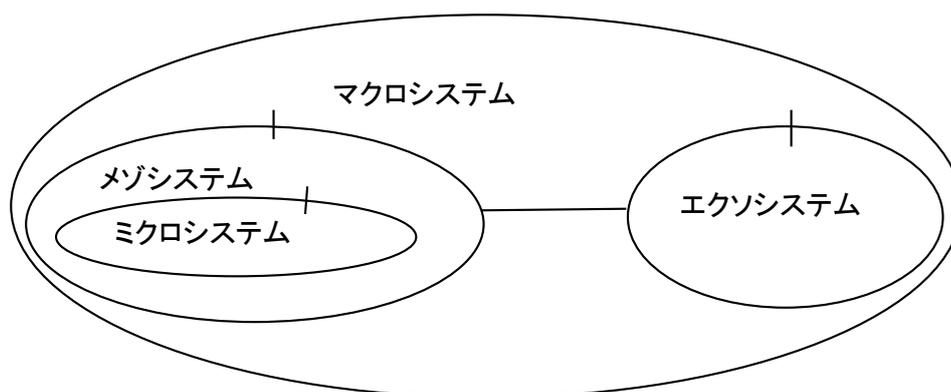


図 16 保健福祉支援システム構造図

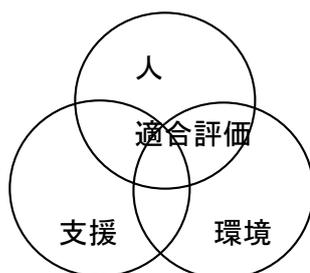


図 16-2 ミクロシステムの構造

エクソシステムは、直接支援システムであるメゾシステムに影響を与えるシステムではあるが、対象者とは直接的にかかわりを持たないシステムで、他機関等が該当する。またマクロシステムは、法律、自治体の保健福祉計画等、マクロな視点からの間接支援システムを意味している（安梅 2000 : 19-27）。

地域リハビリテーションの有効性について富永（2000）は、リハビリテーション支援のシステムのモデルとして三つのシステム（物理システム・生物システム・社会システム）をあげ、中でも社会のマクロ的全体を表示するモデルとしての社会システムについて次のように論じている。

個人レベルでの分析すなわちマイクロ社会理論は、それだけでマクロ社会理論に上昇することはできない。マイクロ社会理論が社会レベルでの分析、すなわちマクロ社会理論に上昇することができるためには、個人行為を複数結びつけた、より大きな社会的全体を表示する概念が必要であり、それが社会システムである。ここでシステムを、複数の諸部分がなんらかの有意義な関係によって結びつき、相互に作用しあうことでより全体として統合されたものだと定義している。その意味で、自動車は多数の部品によって組み立てられ、全体としてひとつに統合された働きをする機械、すなわち物理システムだとしている。

また人体は、多数の器官が組合されて、全体として1つの生命体を構成している有機体、すなわち生物システムだと論じている。さらに、家族・企業・国家などは、多数の行為者の行為が結合して、全体として1つの活動体を構成している社会集団や組織だととらえ、社会システムだと論じている（富永 2000 : 87-88）。

社会システムが有効に活用できるためには、システムをコーディネートできる人がいなければならないが、残念ながらコーディネーター養成カリキュラムはもちろん、リハビリテーションコーディネーターの存在意義に関してさえ、いまだ明確に確立されているわけではない。この点に関しては、福祉系でのリハビリテーションすなわち社会福祉的リハビリテーション（RSW）の新たな分野の確立が待たれるわけであるが、今後の課題である。

2 生理的処遇と精神的処遇

入所老人の生活状況は、自力にて特養での生活がほとんど可能な者から、すべてに介護を必要とする者までかなりの開きがある。この格差が、職員が処遇を実践する上で介助のポイントをどこに置くか、頭を悩ませる問題となっている。

ちょうど学校で先生が授業をしようとするとき、進度や授業内容の基準をどこにおくか

で悩む一成績上位者を中心に授業を進めるとおちこぼれを大勢だすし、かといって下位の者に基準を置くと全体的な学力低下をきたしてしまう—ように、いや、それ以上に個人のニーズを尊重した平均的処遇の実践となると、困難な点が多々ある。

(1) 浅く広くの処遇方針しか立案できない点についての苛立ち

おむつ交換に関していえば、定時の6回と意思表示のある者にしか随時の交換のできない現実を前にして、老人に対して申し訳ないという思いである。特養の処遇は $\langle a \times b \times c \times \dots = 1 \rangle$ の式で表されるもので、決まった時間(8時間勤務)と職員定数を1とおくと、個人のニーズを尊重した処遇 a を実践しようとするとき、必然的におむつ交換の回数 b が減少され、リハビリの一人当たりには要する訓練時間と内容 c も希薄にならざるを得ないのは、致し方ないことである。

だからといって、個々の処遇 $b \cdot c$ のために個人の様々な欲求が否定されて良いというのでは決してない。個々の処遇 $b \cdot c \dots$ が単独で実施されるのではなく、全人的な個としての老人を対象とした処遇であるためには、片寄った処遇論は廃止されるべきである。

そこで、処遇実践の限界を前にして職員が考えねばならないことは、有効性である。「これも」「あれも」「それも」したいと、欲を言えばきりがない。大切なことは、それが本当に実践可能かどうかである。つまり、多種の処遇内容に順位をつけ、高い順位から対処していくことになる。(この点が、今日の介護過程につながっている。また、利用者に対する職員の数が、つまり定数1が2にも3にもなれば、対応可能な範囲が広がる・深まるのは当然であるが、制度上は最低人数の確保しかできない状況になっている。この点を打破するのがボランティアの存在であるが、残念ながらわが国の施設において、ボランティア依頼・育成の重要性を訴える者は少ない。介護保険制度下において特に重要性が増しているのだが³⁶⁾)

³⁶ 措置時代は、利用者50人に対して介護職員は11人が法律上の定数であった。つまり利用者4.5人に対して職員1人という割合である。介護保険下では、利用者3人に対して直接処遇職員(介護プラス看護)1人という割合になっている。ユニットケアの中で、心ある施設は2.5対1の割合で職員を採用しているが、報酬費上優遇されているわけではない。これが、今日的な介護職離れにつながっているのだが、残念ながら施設経営者からこのような声を聴くことはない。この点に関しては、別稿「介護保険制度を持続可能にする施設経営の在り方に関する一考察」(田中2013)で詳細に論じている。

老人のニーズは同じでも、対応の仕方はその時々状況によって変化させなければならぬ。昨日は良かった処遇が、今日は良い処遇といえない場合が、いや、午前中良かった処遇が午後には悪い処遇とさえなる場合がある。

なぜなら、個人のニーズを尊重することと、思いやりに満ちた全体の統一性を実行することの間に排他性があるとはならないのである。処遇は、たとえそれが入所老人の家族に対するものであっても、第三者に見せるためのものであってはならない。処遇方針はあくまでも、入所者自身の生活向上のために立てられるべきものである。ところが、現状では個別的ニーズに対応する処遇には程遠い、浅く広い式の処遇内容になってしまう。ならざるを得ないのである。

(2) 結果が明確に現れない精神的処遇

精神的処遇を実践したとして、結果が因果関係的に明確に現れることはない。そのため、生理的処遇に比して怠けているように見られがちである。そのため、特に精神的処遇の苦手な介護職員に咎められたりして、ややもすると介護職員間で反目する結果にならないと限らないのである。いやそれ以上に、ある施設においては精神的処遇を遊びくらいにとらえる施設長がいるという悲しい事実がある。

イ) なぜ精神的処遇が重要視されないのか

従来、特養においても精神的処遇なるものはおろそかにされていた。というのも、寝たきり者のニーズに対して、「なぜ、そのような要望がだされたのか」という原因を探り、そこから「このような処遇をしてこそ、老人の全人格的な幸せにつながるのではないか」という考えに結びつくのではなく、「寝たきり」という状態像に対する対応策としての処遇を行うのが特養だ、という誤った考えが一般的だったのである。

特養は、身体上もしくは精神面における常時の介護を必要とする老人の生活する場所で、職員の手を煩わすことが当然な人々の起居する生活空間である。そこでは、知的能力のいかんはさほど重要ではない。かつての日本が、大半の文盲の人々の手によって成り立ってきたように、重要なのは、生活適応能力である。

いま、精神面に重点を置いた処遇を行おうとすると、一時的に生理的処遇の向上を望むことはできなくなる。しかし、これも一時的なことで、結果的には両者ともに向上を見るようになるのだが、グループワーク等の多様さ、つまり対外的な派手さに目を奪われた処遇方針を立てている施設では、目に見えて効果の表れない精神的処遇に力点を置いた処遇方針は考えられないのである。

ロ) 痴呆問題と精神的処遇

現在、特養において痴呆問題が重要な関心事になっているが、これほど騒がれるようになった背景を見ると、1つに、1983年2月より施行された老人保健法により、これまで症状は固定していたものの、家族の引取りがないという理由で退院できなかった老人が、大量に病院より放出されたことに起因する。病院は出されたものの帰るところがなく、いきおい特養への大量入所となったわけだが、この中に痴呆性老人が含まれていたのである。

2つに、流行とでもいうか、長谷川式簡易知的機能評価スケールの安易な使用により、特養が知的能力のいかんのみを重視するようになり、これまで問題老人として生活適応能力の不足に頭を悩ましながら処遇してきたことを忘れ、単に痴呆性老人の在園者に占める割合に注目し、結果として施設全体の処遇困難を打ち出すようになったからである。

特養の処遇は、対外的に見て明確に提示しえるものではない。ちょうど、身なりで人格が評価されないように。ところが、多くの施設では外部の目を気にするあまり、第一印象の善し悪しを重視する傾向にある。掃除などの処遇に重点が置かれ、不潔行為や大声を出すなどの対外的に見苦しい老人を静養室に閉じ込め、安閑としている状況が見受けられる。

特養が本当に老人の生活する場所であり、第三者に見てもらおうための施設（うがった言い方をすれば観光地）でないなら、少しぐらいの家の汚れを気にするより、老人の笑いを引き出す工夫が、努力が大事である。見栄えのよい、立派な建物の中でギスギスした毎日を送るより、見かけはそれほどでもないが、思いやりのある家庭で生活する方がどれほど精神衛生上すばらしいことか。日本には日本的処遇があるはずで、私たちは日本的処遇を確立するよう修練しなければならない。

痴呆性老人の問題がマスコミ等で喧伝されるようになり数年経つというのに³⁷、現実的対応に遅れている理由がどこにあるかという、1つは「対外的な目」への意識過剰であり、2つに、旧態依然とした老人4.5人に介護職員1人と言う職員定数である。ところが、施設長の中には老人の個別的ニーズに対する処遇論より、介護職員に対して精神論を説きたがる人がいるが（利用者を本当の自分の親と思えばオムツも素手で変えるはずだし、親身のケアができるはずだ等等³⁸）、実際問題として役に立たない。

³⁷ 本稿は1986年に記述されたものであり、痴呆性（今日の認知症）老人問題が顕在化したのは1983年以降のことである。

³⁸ 素手で排泄介助をしたとき、ズボンをあげ、掛け物をかけるとき汚れた手で対応せよという

本当に望まれていることは、日課という決められた時間的流れの中で、突然に発生した老人のニーズにどこまで、どのように応えるかという方策であり、技術である。やみくもに体を動かせばよいというわけではない。それゆえにこそ、処遇の有効性が求められるのである。もっとも、この有効性を認めるためには相応の学習を必要とする³⁹。

3 望ましい処遇確立のための職員定数と基本的処遇内容

これまで、施設は老人処遇に関する高度の知識と専門的道具を有していたにもかかわらず、施設の内部にのみ目を奪われ一介護職員の定数が最低限度しか認められていないことを思えば止むを得ないといえるのだが一社会から遊離した存在になっていたのは、否めない事実である。というのも、老人問題がこれほど叫ばれるようになって久しいというのに、「病身の妻を殺して介護者も自殺を図る」という事件が依然として後を絶たないところをみると、施設が真の意味で社会化をなしていないことの証左ではないか。

「在宅ケアとして、ショートステイ、給食サービス、入浴サービス、デイ・ケア⁴⁰などを実施しているではないか」と反駁があるかもしれないが、これらは枝葉の一つであり、根幹をなすものではない。というのも、これらのサービスは施設の積極的な働きかけによるというよりは、来るのを拒まず的な要素の強い、どこかよそ事みたいなこととして老人問題を考えている感を拭い去れないからである。真のコミュニティケアとは、単に施設の門戸を開くというだけでなく、施設が地域において、老人問題を解決すべき中核となり得るような位置づけまで地域に溶け込むことである。地域と施設の相互交流がなされない限り、前述のような悲惨な事件が後を絶たないで起こるのである。

いま、社会資源の一つとして施設を位置づけようと考えるとき、10年後、20年後を展望した施設処遇論なるものを論じる必要がある。もちろん、これは施設単独でできるわけ

のか。それとも、ズボン等を下げたままの状態の手を洗いに行けというのか。このような言葉が現場を知らない施設長等からよく発せられたものである。

³⁹ これがケアカウンセリングであり、本文第4章以下で詳述してきた内容である。

⁴⁰ この頃のデイ・ケアは今日の医療系の行うサービスではなく、「ナイト・ケア」に対応した特養の行うデイサービスのことを言っている。特養における「ナイト・ケア」の実践的結果として、通過施設（中間施設）の有効性が打ち出され、老人保健施設が建設されるようになったのである。

ではない。ビジョンとしての青写真を確立して、行政に働きかける問題である。昨今の中
間施設構想論等をもみても、確かにある時期に達したとき、それらの必要性は認められるか
もしれないが、現在、早急になされるべき問題は他にある。それを以下に述べる。

1) 地域における施設の役割 (提言 1)

老人福祉のみならず、福祉の基本は在宅ケアにある。ところが、老人が身体面もしくは
精神面に障害を持つようになると、家族にとって現実には、たちまち否定的な状況を呈する
ようになる。障害のある老人を家庭に抱えることは、介護者にとって自由がなくなること
を意味する。特にそれが老人世帯になると、介護者は心身ともに疲れ果て、ついには死を
も考えるようになる。

高度の核家族という今日的な社会情勢上、これから老人世帯が増えるのは必定である。
そのためにも施設は門戸を開くだけでなく、それら介護世帯の悩み・介護の負担を軽減す
るよう、積極的に地域に働きかける必要がある。ところが、現在の職員定数ではそれは
不可能である。そこで、行政の実施しているホームヘルパー制度 (社会福祉協議会等へ委
託している事業) を施設処遇に組み入れるよう要請するものである。

行政側でも現在いろいろな在宅サービスを実施しているが、残念ながら、それは濃厚な
サービスを必要とする家庭には及んでいない、というのが実情である。というのも、ヘル
パーは老人介護の専門家ではなく、家政婦的役割を果たしているに過ぎないのである。(中
にはすばらしいヘルパーがいるのも事実だが⁴¹⁾軽度のサービスを必要とする世帯にはそ
れでも確かに役立つが、早急に濃厚なサービスを受けなければならない世帯が地域には大
分うもれている。福祉従事者は、表面的な現象に惑わされることなく、図 17 に示すよう
な抜本的な問題に言及する必要がある。そのために、

①特養 (定員 50 人) は指導員 (ソーシャルワーカー) 2 人を定数とし、地域よりの苦情・
相談等を電話のみならず直接受け付け助言する。また指導員は各々が交互に、週に数回
地域に出向いて講習を行い、老人福祉の啓蒙を図ると共に、ボランティアの発掘・登録・
教育などにあたる。

41 「社会福祉士および介護福祉士法」が成立したのが 1987 年で、本原稿を書き上げた頃は、
まだ有資格者としての専門家はいなかったが、ヘルパーが、特養における介護職員のように
重度の身体的ケアを中心にサービス提供していたわけではない。その意味での専門家でない
という趣旨であり、家事援助に関していえば施設職員より専門家であることは確かである。

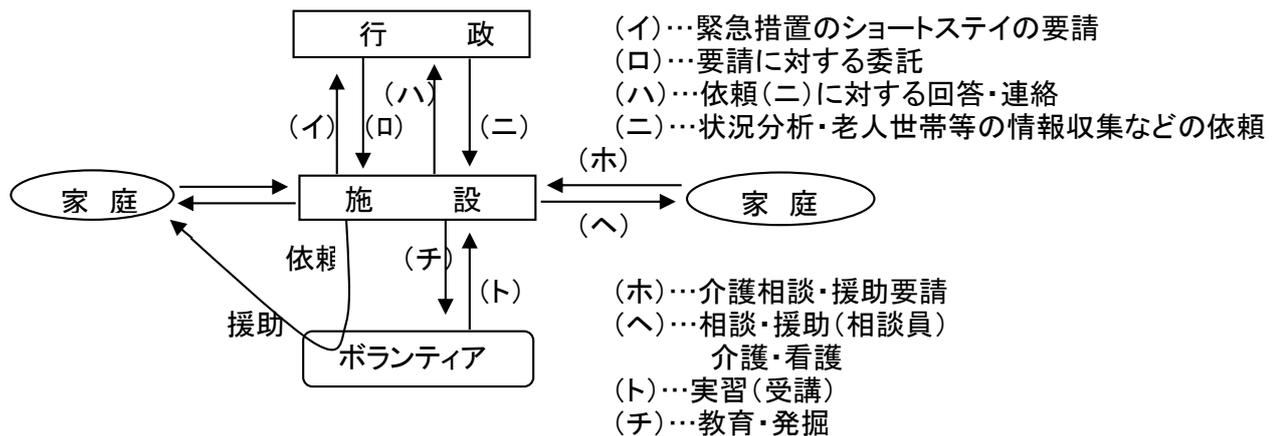


図17 地域ケアを推進する施設の役割

②これまでの家政婦的な役割をなすホームヘルパーではなく、図17に示されるような濃厚な援助（入浴介助・簡単なリハビリ等）をすることができるような位置づけが必要である。そのために担当範囲を学区制とし、学区毎に介護職員1名、運転手1名を増員し、また3学区毎に1人の割で看護師を配置し、高度な援助体制を組織化すべきである。と同時に、軽度のサービスに関しては、要援助家庭の生活状況により、有料とする⁴²。

③給食サービス等を実施するとなると、調理員2名の増員、配達にはボランティアの手助けを必要とする。そのためにも指導員のボランティア教育・発掘が重要な役割を占める。

④在宅ケアを推し進めるために、これからデイ・ケアが重視されてくるとされる。そのための職員として、指導員1名、介護職員2名の増員が必要である。

このような提言をすると、すぐ財政難を訴えると思うが、施設を新設しそこで介護する費用を考えると、まして在宅ケアがなされるとすると、既存の施設に十数人の職員増の負担は苦にならないはずである。

2) 施設処遇（提言2）

上述した提言内容を現在の職員定数で行うとなると、納得いく結果を得ることはできない。また、施設処遇の内容が数字で現れるものでない限り、たとえ職員定数が増えたにしても、望ましからぬ処遇を実施しながら、安閑としている施設が出てくるであろうことは、

⁴² ①と②の提言に類した制度として、在宅介護支援センターが高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）に基づき、1990年に創設された。

現状のままでは否定できない。施設色という大義名分で標準処遇がないがしろにされないためにも、最低限度の基準日課なるものが必要である。基準日課というキャンパスの上にも、各施設特有のカラーは塗られるべきである⁴³。

(イ) オムツ交換

上述したように、現在の職員定数では定時の6回と、意思表示のある人のみを対象とした随時交換しかできない。これを意思表示のない老人までへと随時交換の枠を広げるとなると、これだけに要する介護職員の増員が4人は必要である。

(ロ) 食事時間帯

7時半朝食・12時昼食・18時夕食開始の時刻に1時間の食事時間を設け、全介助・一部介助者に食事をしてもらう。また、独力で可能な老人には、昼・夕食の時間枠を各々1時間半増設し、本人の都合のよい時間に食事してもらう。もちろん、そのために保温可能なストッカーが必要だが、この計画を実行するために、介護職員が4人、調理員4人の増員を必要とする。

(ハ) リハビリテーション

訓練を行うことももちろん大事だが、目に見えない潜在能力を、老人の秘めた可能性を職員が把握し、不足する部分を補うためにも、正確な判定が必要である。そのためにも、特養にはPTの定数確保が必要である。

(ニ) その他

全般的な介護員の仕事の流れと老人との円滑な信頼関係を保持する上からも、介護長・副介護長の位置づけを制度化（指導員・栄養士等と同様）する必要がある。そのために2人の職員増が求められる。以上の処遇向上に必要な職員の最低増のもとで行われる基準日課表の試案は表7のようになる。

3) 施設職員に求められる資格（提言3）

特養入所老人は、介護の手を必要とするからこそ入園している。つまり、手がかかるのが当たり前だということである。ところが、特養に就職していながら、この当たりのこ

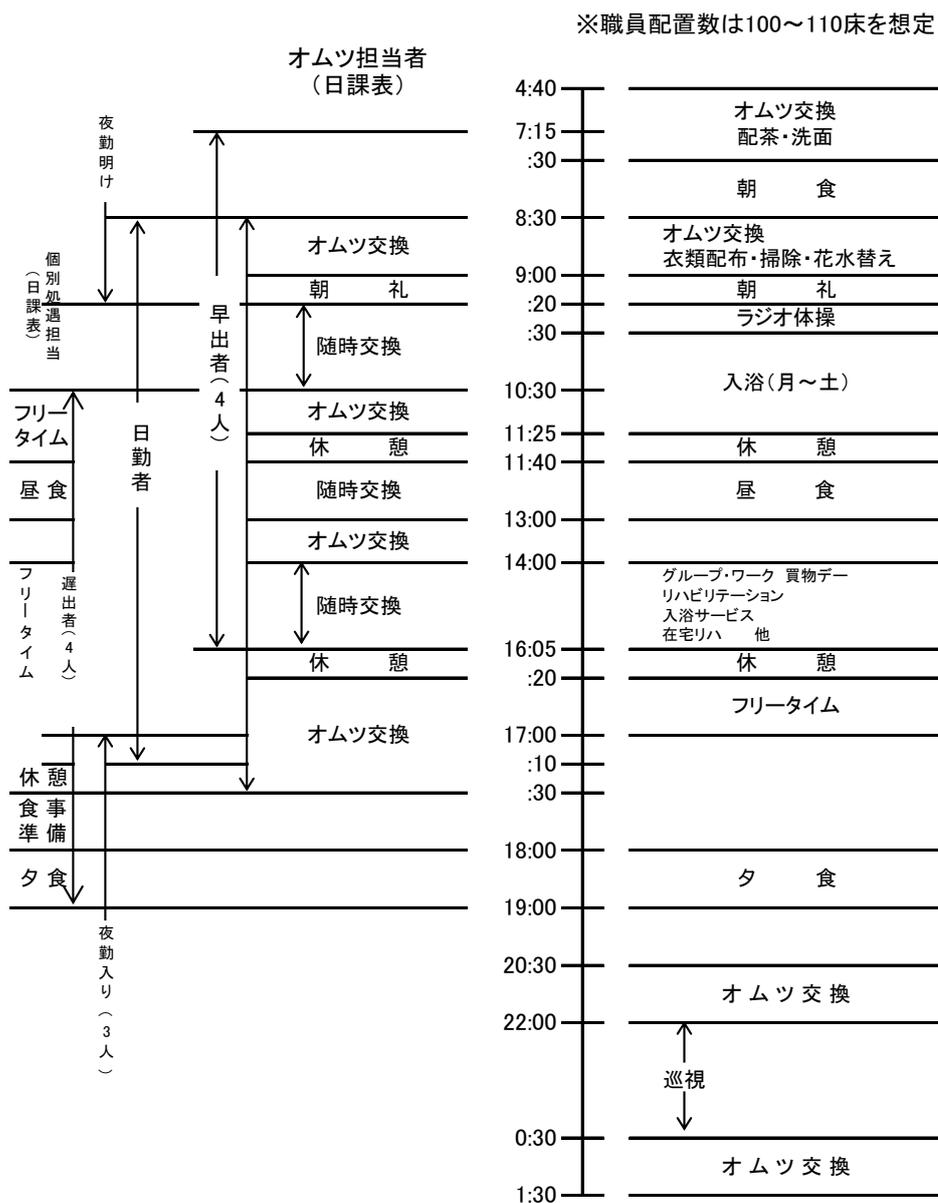
⁴³ 介護保険制度下では、施設の差異が介護報酬の中で複雑に変化している。つまり、施設開設年度に関係ない、一定報酬がそれである。開設年度に関係ない一定報酬制度が施設経営になぜ悪影響を与えているかについては、「介護労働者の現状と課題」（田中 2010）で論じている。

とを忘れ、「〇〇さんは本当に手がかかる」と、ぶつぶつこぼしながら処遇している職員がいる。

職員も生身の人間である以上、体調や精神状態により、普段なら何でもないと思える老人の言動、頻繁なナースコールに対して、立腹することや情けない思いを抱くことが時としてあると思う。あって当然である。それを、「福祉施設の職員たる者、そんなことを思っ

てはならない」というのは、詭弁である。介護職員は聖職者ではないのだから。

表7 基準日課表試案



しかし、それを顔や態度にあらわしてはいけない。表情や態度を変えずに対応できるようになる。それがプロとしての職業人である。例えば芸人が、片親が危篤と知りながらも高座に上がっているとき、心の中の不安や焦りを客に微塵も気づかれることなく、笑いを振りまくように。

施設に老人がおり、職員の手・足を必要としている限り、処遇内容を絵空事にしないためにも、職員は注意の眼を、意識の方向を老人に向けるよう努めなければならない。また、ややもすると机上の空論になりかねない議論を重ねないためにも、次のような資格論が必要である。

- ①短大や福祉専門コースを卒業した者に福祉主事補（仮称）を認定する。福祉主事補が施設に採用され、1年勤務すると福祉主事になる。
- ②無認定、つまり福祉主事補をもたない者でも、採用され、勤務につきながら1年間の研修を終えた段階で福祉主事補を認定し（もちろん、2年後、3年後に主事補を認定される者もいる）、さらに1年経つと福祉主事になる。これは資格ではない。あくまでも資格取得の条件といったところである。真の資格はどのようにして取得するのかというと、前述の福祉主事者で、
- ③3年以上の経験年数があり、中級程度の講習を終え（施設からの推薦で参加可能—人物を施設が認定した者）、テストに合格した者（この講習やテストは、全国的に共通した講座を設けて実施されるべきである）に1級福祉者（仮称）の免許を授与する。
- ④福祉大学卒業生は、卒業と同時に1級福祉者の免許を授与する。
- ⑤一般大学卒業生は、勤務に就きながら半年の福祉講座を終了後、1級福祉者の免許を授与する。
- ⑥さらにその上に、1級福祉者で5年以上の経験年数を有し、上級の講習（看護学・精神学・心理学・哲学等）を終え、テストに合格した者に上級福祉者（仮称）の免許を授与する。

以上のような制度を確立し、給与体系もこれまでのように一律に昇給する年功序列的ではなく、上級福祉者を指導員の位置と同等に置くような働きかけがなされなければならない。ところで、ただ単に経験年数だけで1級の免許が授与されるようなことがあってはならない。これは客観的なライセンスで、自己都合により退職した免許保持者が、再就職す

るときにも絶対有利になるような権威ある免許でなければならない⁴⁴。

ところで、「介護職は老人の命を預かる重要な職場である」と誰もがいうが（特に施設長や指導員はそういつて檄を飛ばすが）、それほど大事な職種に福祉大学を卒業したものが介護職員として職に就いているという声を聞かないのはなぜだろうか。これなど大学を卒業したら、すぐ指導員になれるところに問題がある。そして、現在の職種体系では、どれほど優れた人物であっても、たとえ以前はどこかの施設の指導員だったとしても、介護職員という職種で採用されたとすると、介護職員という枠を仕事上でも給与面でも出ることはない。そこで、指導員にも介護職を5年以上経験して初めて指導員になれるという資格要件が必要である。

- ⑦福祉大学卒業生は、卒業と同時に指導員補の免許を授与。
- ⑧指導員補（仮称）として就職し、介護職を5年以上経験し、上級の講習を終え、テストに合格して指導員の免許を授与されるか、1級福祉者として介護職に就職し、介護職を5年以上経験して上級福祉者になるか、2つの道を設けるべきである。また看護職では、
- ⑨准看護師が1年以上施設勤務を終えると看護主事（仮称）となり、さらには5年以上の経験年数と中級程度の講習を終えテストに合格すると、1級看護福祉者（仮称）の免許を授与。
- ⑩看護師は1年間施設勤務を経験すると、1級看護福祉者の免許を授与。
- ⑪1級看護福祉者が5年以上の経験年数と上級の講習を受けテストに合格すると、上級看護福祉者の免許を授与。

以上の資格論をもとに職員構成を作成すると、図18のようになる。

⁴⁴ これらの内容が介護福祉士という国家資格につながり、さらに今日の問題となっている専門介護福祉士などにつながっている。あわせて、キャリアパスの原型がここにあると思われる。しかし、能力給に対応するところの人事考課については、いまだ福祉施設において充分に開発されていない。この点に関しては「介護保険制度を持続可能にする施設経営の在り方に関する一考察」（田中 2013）で論じている。

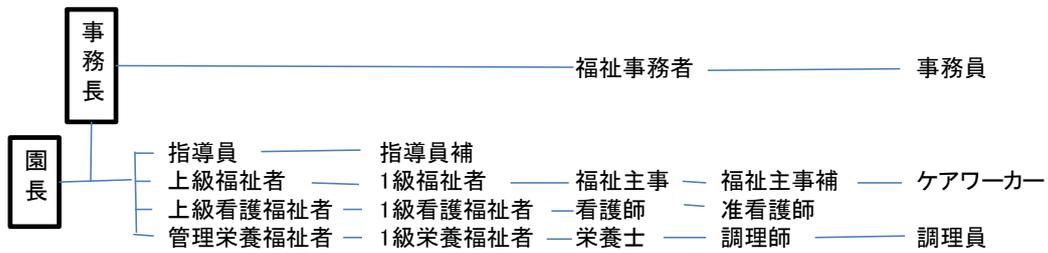


図18 特養における職種体系

「敵を知り己を知らば百戦危うからず」というように、指導員や上級福祉者が、施設の日常生活における様々な処遇の何たるかを身をもって知ったうえで学術的論議をつくしたならば、日本の施設運営はこれから先、大幅な進展を遂げるであろうと思われる。と同時に、学校教育において現実的な福祉施策等を教育するカリキュラムを早急に作成する必要があると思われる。

昭和44年、筆者がK大学の農学部に入学したころも、また卒業時も、福祉に関する体系づけられた教育を受けたことはなかった。たぶん今日においても、特別な学科でない限り、福祉教育はなされていないと思われる。学校教育における全般的な福祉教育が、すべての一般教養で実践され得ることを切に期待し、本稿の結びとしたい。

おわりに

11年後には国民の3人に一人が高齢者（2025年：30.3%予測）という社会がすぐ目の前に来ている今日、介護福祉を取り巻く状況は大きな社会問題となっている。今日の状況を予測して「社会福祉士及び介護福祉士法」において、介護福祉士という専門家を誕生させたのが1987年、27年前のことであった。この間、介護福祉士の専門性がどれほど向上したかという点、残念ながら目に見えて明らかにはなっていない。要因のひとつが、専門性の曖昧さである。

介護福祉のプロである介護福祉士を養成する教育機関においてさえ、これが介護福祉士に求められるコアである専門性だと教育する内容を持っていない（求められる介護福祉士像として12の項目を挙げてはいるが、これがコアである専門性だと論じているわけではない）ことは本論で述べてきた通りである。

そこで筆者は、介護福祉援助技術の中の直接援助技術を体系化することで介護福祉士のコアである専門性が視覚化できるよう試みた。この中で、介護福祉技術の専門性の中のADL対応介助技術とIADL対応介助技術は、素人ができる内容に改良しなければならないことを強調する中で、老々介護・家庭介護なる言葉があるように、介助技術は本来一般化されているべき技術であることを明らかにしてきた。

本論文においては、社会福祉という専門性と基調を合わせることで、混沌としている介護福祉と介護の専門性を区別したうえで両者の定義を比較検討しながら、最終的には両者が同義とすべきことを示した。将来の展望を見越したうえで専門性について論じると、専門家の行う援助に対して介護福祉と呼ぶのか介護と名付けるのかについても、「看護」「大工」「教育」「医学」等々、歴史のある職業に関しては専門家と非専門家の差異は接頭語をつけるかつかないかによって区別されているように、介護福祉（もしくは介護）の世界においても、専門家の行う援助は最終的に「介護」で統一されることが妥当であることを論じた。そのことで、専門家の介護と家族介護との差異化が明確に図れることになる。

その上で、物事が熟成するには、それ相応の熟成期間が必要であるように、プロの介護福祉士を養成するためには、多様な・複雑な利用者の価値観に適切に対応するためには、4年という養成教育の期間が必要だということを明らかにした。しかし、名称独占である介護福祉士教育が4年課程終了後、国試合格で資格取得となる資格取得の一元化に関して

は、残念ながらいまだ混沌の中にあり、今後の課題として残ったままである⁴⁵。

このような点が明確になったところで、施設ケア（介護福祉）について考えてみると、次のような点が残されたままであることを示した。つまり、多様な価値観を持った職員同士の統一した意志決定の難しさである。サービスを提供する過程に価値をおく職業すべてに通ずる内容であるが、同一職種に複数の職員が関わる職業では常に起こりえる問題、対応の差異である。

この差異を解決するために必須の技術がケアカウンセリングであることを、様々な事例をもとに分析解明してきた。ケアカウンセリングはケアワーカーに求められるコアな専門性であり、カウンセラーやソーシャルワーカーの専門性とは異なることを示した。

ケアカウンセリングを実践するためには自分の提供している援助内容が本当に利用者のためになっているのか、利用者の価値観に徹底的に寄り添っているのかという自己反省がなければならない。利用者の価値観に徹底的に寄り添う姿勢、介護福祉のコアである専門性の根底に流れているのがケアカウンセリングマインドである。

本論文では、介護福祉の専門性が機能するためには介護福祉のコアである専門性が必要であることを論じ、プロの介護福祉士には介護福祉直接援助技術が身につけていなければならないことを述べてきた。ケアカウンセリングの有効性についてである。有効性が確立された後には、ケアカウンセリング技法を身につけるべき方法論が必要となる。しかし、ケアカウンセリングの有効性を実証することが主目的である本論文において、介護福祉のコアである専門性（使命）の土台となるケアカウンセリングマインドをどのようにして身につけるかという点については詳細に論述することができなかった。また本論文は、介護福祉援助技術の中の直接援助技術について論じることを主目的としており、間接援助技術、関連援助技術については今後の課題とせざるを得なかった。

ケアカウンセリング技法を身につける方法として今後検討すべきなのは、①スーパーバイザーの養成と同時に、介護福祉士が②カウンセリング、③スーパービジョンを学び、④

⁴⁵ 2014年1月、突然国試の一元化が1年間延長されるとの情報が新聞に掲載され、2月に改正法案（「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」）が国会に提出された。介護人材対策の検討の一環として、介護福祉士の資格取得方法の見直しの施行時期を2015年度から2016年度に延期するというものである。2014年11月1日現在、一元化のめどは立っていない。

セルフスーパービジョン（自己スーパービジョンを行う事）の技法を修練・体得することである。これらは図 19 における介護福祉援助技術の中の関連援助技術とでもいべき内容であり、小嶋（2014：74）がケアワークとソーシャルワークの両者の共通基盤として面接技術・コミュニケーション技術を中心にケアマネジメント、カウンセリングなどを位置づけている内容と類似しているものである。

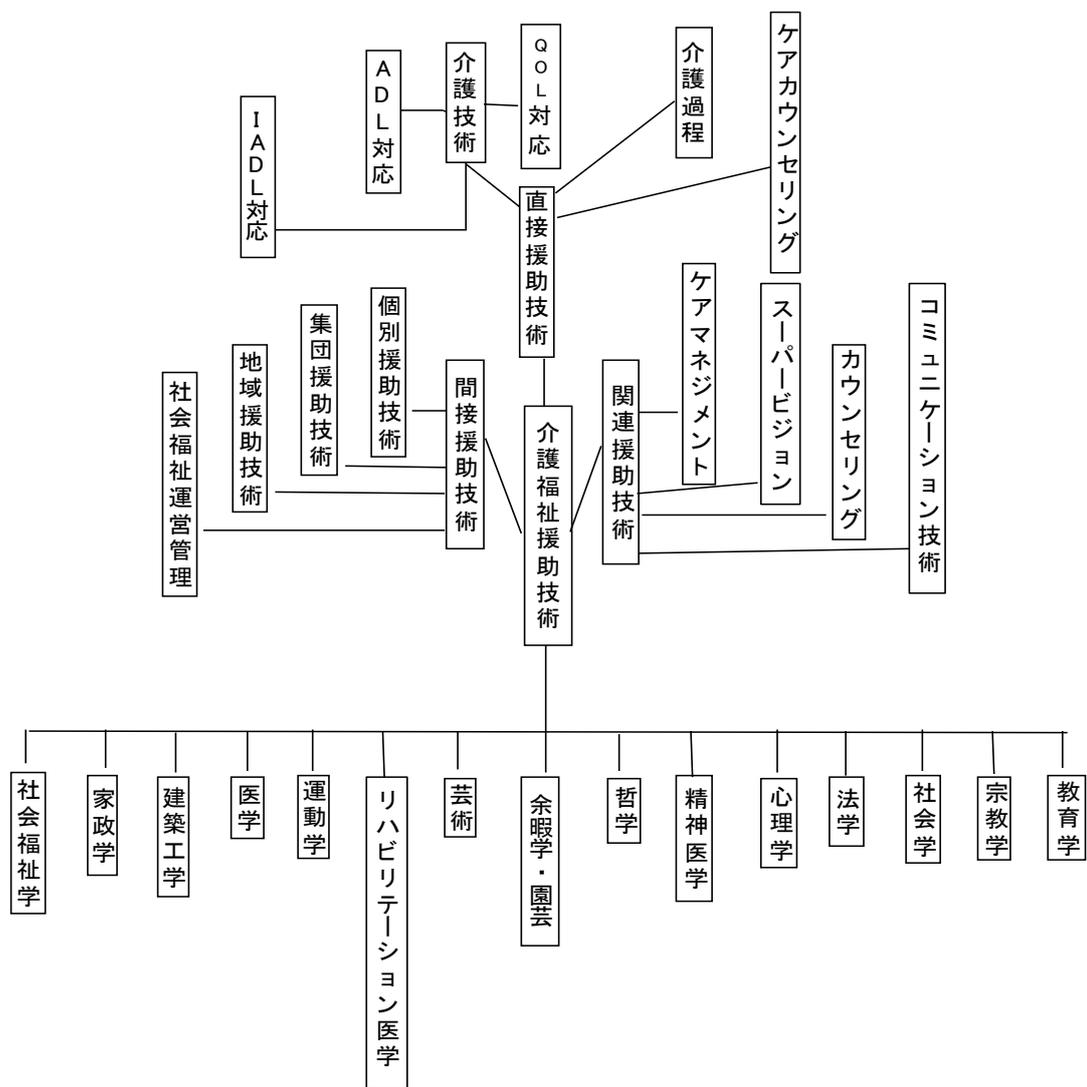


図 19 介護福祉援助技術の俯瞰図

また、ケアカウンセリングの有効性に関する指標についても、高齢者ケアに関しては利用者本人から直接アンケートを取ることも困難な場合が多く、本稿では必ずしも十分に提

示できていない。表8に見るように、①ポジティブな言葉（有難う・助かりました等々）とネガティブな言葉（すみません・申し訳ありません等々）の差異で評価する。②笑顔や楽しそうな態度と落ち込んだ、ふさいでいる態度との差異による評価。③自己主張のみならず、チームケアが適切に展開できているか等々から評価せざるを得ない点が本研究の限界である。

障害者ケアにおいては、利用者本人や家族からアンケートを作成することで指標を作成することが出来ると思われるが、この点に関しては今後さらに深める必要がある。障害者に対する指標が、高齢者に対しても使用可能になると思われるからである。

さらに言えば、医療ニーズの高い人々が地域包括ケアの対象者になるなど、医療・介護を取り巻く状況は大きく変化している。その中で、施設の介護職員にとって、夜勤時に医療的ケアを実践する必要性が増えてきたことは、大きなストレスの一つになっていると思われる。国家資格の一元化の延期や医療改正の動向とも相まって、介護福祉現場はより複雑化し、より専門化してきているのである。コアである専門性（使命）を身につけた介護福祉士の専門家の誕生が待たれる要因はそこにもある。

表8 事例にみるケアカウンセリングの有効性に関する評価の視点		
事例	事例の枠組み	有効性に関する評価の視点
第1節 事例1	ケアワーカーのルーティンワークになり利用者からの申し出に対する対応	利用者のポジティブな言葉(有難う・助かりました等)とネガティブな言葉(すみません・申し訳ありません等)の差異で客観的評価可能。優先順位との関係性のなかでの評価は難しい。
第2節 事例2	認知症高齢者の特異な行為の了解と接し方	不安な状況にある利用者に対し、適切なコミュニケーション(面接)技法により安心感を与えることが出来る。食事をするなどの言動で客観的評価可能。優先順位との関係性のなかでの評価は難しい。
第3節 事例3	家事と対人援助業務に関わる差異を認識した援助活動	日常業務の中で、どれが家事的業務であり対人援助業務であるかの区別がつけられるかテストで評価可能。コアである専門性(使命)の理解により客観的評価可能。
第4節 事例4	食事介助の場における不適切な介助が起きる要因	日常業務の中で、どれが家事的業務であり対人援助業務であるかの区別がつけられるかテストで評価可能。介護技術の観察により、客観的評価可能。
第5節 事例5	「死にたい」という言葉に秘められた意味の理解	適切なコミュニケーション(面接)技法により、利用者が安穏な生活を送ることで客観的評価可能。コアである専門性(使命)の理解により客観的評価可能。ソーシャルワーク的視点が求められる。
第6節 事例6	夜間せん妄的な不穏行動への適切な対応	適切なコミュニケーション(面接)技法により、利用者の言動が落ち着くことで客観的評価可能。
第7節 事例7	体に悪いと分かっている利用者の希望への対応	徹底した利用者主体(介護の使命)のケアができるかどうかで客観的評価可能。コミュニケーション(面接)技法のプロセスを観察することで客観的評価可能。
第8節 事例8	利用者の意志とは異なる、家族からの申し出に対する援助内容への応答	利用者中心ではあるが、家族との関係性も考慮した対応ができるか。コミュニケーション(面接)技法のプロセスを観察することで客観的評価可能。
第9節 事例9	日常的な帰宅願望の訴えのある認知症高齢者への対応	利用者の反応(怒りや落ち着き等)を観察することで客観的評価可能。コミュニケーション(面接)技法のプロセスを観察することで客観的評価可能。
第10節 事例10	施設利用者が掲示板の職員の勤務表を確認に来る意味	コアである専門性(使命)の理解により客観的評価可能。コミュニケーション(面接)技法のプロセスを観察することで客観的評価可能。
第11節 事例11	先天性の聴覚障害で、視力を失った高齢者への対応	適切なコミュニケーション(面接)技法により、利用者の言動が落ち着くことで客観的評価可能。介護技術の観察により、客観的評価可能。
第12節	介護福祉の援助全般における対応	コミュニケーション(面接)技法により、チームケアが適切に展開できるかどうかで客観的に評価可能。ソーシャルワーク的視点が求められる。

謝辞

介護職員の離職が問題になっているが、介護福祉士養成教育に携わり、介護現場に学生を送り出す立場の教員として、問題点を放置したまま教育を続けることは欺瞞であるという個人的な信念から、職能団体の活動はもとより、各種の社会福祉に関する委員会の委員を引き受け、研究時間の少ない中で、自らまいた種ではあるが、ややもすると気力の折れそうな私を叱咤激励し、完成まで見守っていただいた指導教員の田畑洋一先生（鹿児島国際大学福祉社会学前研究科長）をはじめ、同僚として介護福祉教育に熱意を持って取り組み、協力いただいた諸先生方に感謝申し上げます。

また、これまでのリハビリテーションに関するわたしの考えの古さを指摘した頂いたのみならず、研究に対する新たな方向性を暗示していただいた元鹿児島国際大学福祉社会学研究科長の高山忠雄先生に改めて感謝申し上げます。

引用文献

- 安梅勅江 (2000). 「第2章 システム科学と保健福祉学」高山忠雄編著『保健福祉学』東京：川島書房
- 安梅勅江 (2008). 「コミュニティ・エンパワメント—当事者主体のシステムづくり—」小児精神神経学研究会『小児の精神と神経』48 (1)
- 安梅勅江 (2007). 「第1章 健康長寿エンパワメントの理論」安梅勅江編著『健康長寿エンパワメント』東京：医歯薬出版, 2-11
- 池川清子 (2008). 『看護—生きられる世界の実践知』東京：ゆみる出版.
- 池辺 寧 (2004). 「ケアの倫理—相互依存と責任—」『奈良県立医科大学看護短期大学部紀要』Vol 8, 8-22
- 石井哲夫 (1995). 『自閉症と受容的交流療法』東京：中央法規.
- 石附知実 (1999). 「第13章 こころの理解—行動科学の世界—」島 悟編著『ストレスと心の健康』京都：ナカニシヤ出版, 95-99
- 一番ヶ瀬康子 (2001). 「老人ホームのあり方について」一番ヶ瀬康子・古林佐知子著 (2001、1988年第1刷). 『「老人福祉」とは何か』京都：ミネルヴァ書房, 39-44
- 一番ヶ瀬康子 (1994). 『介護福祉学とは何か』京都：ミネルヴァ書房
- 上野悦子 (2009) 「CBR (地域に根差したリハビリテーション)」伊藤利之、京極高宣、坂本洋一他編集幹事『リハビリテーション辞典』東京：中央法規, 623
- 梅香 彰 (2001). 『生きるのが楽になる哲学の本』東京：光文社
- 大田仁史 (2006). 『地域リハビリテーション原論』東京：医歯薬出版
- 岡由紀子・安德弥生 (2006). 「コミュニケーション能力を高めるための教授方法の開発」日本介護福祉教育学会『介護福祉教育』No. 22, 74-80
- 越智浩二郎 (1998). 「防衛機制」梅津八三・相良守次・宮城音弥・依田 新監修『心理学辞典』東京：平凡社, 758-760
- Orme, J. and Glastonbury, B. (1993) *Care Management, The Macmillan Press Ltd.*
(=1999. 杉本敏夫訳『ケアマネジメント』中央法規出版)
- 介護福祉学研究会監修 (2002). 『介護福祉学』東京：中央法規
- 介護福祉士養成講座編集委員会 (2009). 『介護の基本 I』東京：中央法規
- 片山徹 (2009). 「介護福祉士教育における社会福祉援助技術演習の授業の組み立て—『介護』に関連づけた演習のあり方に関する考察—」. 日本介護福祉教育学会『介護福

祉教育』No. 27, 41-47

- 釜谷明生 (2007). 『『ケアの倫理』研究の現状と課題—キャロル・ギリガンの『ケアの倫理』理論を通して—』日本介護福祉学会『介護福祉学』Vol. 14, 78-83
- 川喜多二郎 (2002). 『発想法』東京：中公新書
- 川本隆史 (2005). 『ケアの社会倫理学』東京：有斐閣
- 鬼崎信好 (2007). 「社会福祉事業の施策と法制」鬼崎信好編集『四訂社会福祉の理論と実
際』東京：中央法規, 74-81
- 工藤のり子・長根裕子・白取肇他 (2010). 「高齢者施設での新人職員教育における成果と
課題」日本介護福祉教育学会『介護福祉教育』No. 28, 78-86
- Cooper, C. and Dewe, P. (2004) *STRESS: A Brief History, First Edition, Blackwell
Publishing Ltd.*. (=2006. 大塚泰正・岩崎健二・高橋修・京谷美奈子・鈴木綾子
訳『ストレスの心理学』北大路書房. 4)
- 國定美香 (2005). 『介護福祉概論』京都：ミネルヴァ書房
- 倉田康路・滝口真監修 (2011). 『高齢者虐待を防げ—家庭・施設・地域での取り組み—』
京都：法律文化社
- Gordon, M. (1994) *NURSING DIAGNOSIS PROCESS AND APPLICATION,
Mosby-Year Book, Inc.* (= 1998. 松木光子、江本愛子、江川隆子、小笠原知枝、近
田敬子、草刈淳子訳, 『看護診断』医歯薬出版)
- 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 (2002a). 『カウンセリングの技法』東京：誠信書房
- 小嶋章吾 (2014). 「介護福祉学の構築に向けて—ケアワークにおけるソーシャルワークの
不可欠性—」日本介護福祉学会編『介護福祉学』Vol. 21 (1), 70-76
- 近藤邦夫 (1998). 「感情移入」梅津八三・相良守次・宮城音弥・依田 新監修『心理学辞
典』東京：平凡社, 126-127
- 佐藤 悠 (2010). 「見過ごされたケアの責任と平等—リベラルな依存の公共哲学—」『早
稲田大学文化構想学部現代人間論集 2011 卒業論集』, 1-21
- 佐直信彦 (2009) 「地域リハビリテーションの展開と展望」伊藤利之、京極高宣、坂
本洋一他編集幹事『リハビリテーション辞典』東京：中央法規, 37-40
- 嶋田芳男 (2007). 「高齢者福祉領域における社会福祉援助技術を援用した介護実践とその
教育法」日本介護福祉教育学会『介護福祉教育』No. 23, 49-56

- 白石旬子・大塚武則・影山優子・藤井賢一郎・今村幸充 (2010). 「介護老人福祉施設の介護職員の『介護観』に関する研究」日本介護福祉学会編『介護福祉学』Vol. 17 (2), 164-174
- 白澤政和 (2003). 「ケアマネジメント」白澤政和・渡辺裕美・福富昌城編著『[福祉キーワードシリーズ]ケアマネジメント』, 東京: 中央法規
- 杉溪一言 (2003). 「カウンセリング・マインドは、ケアの原点です」井上千津子・田中由紀子・釜土禮子・田中安平編『介護の本音ジャーナル』, 東京: インデックス出版
- 鈴木聖子 (2011). 「『介護福祉学』の構築に向けて—ケア論からの考察—」日本介護福祉学会編『介護福祉学』Vol. 18,
- Stewart, I. (1989) TRANSACTIONAL ANALYSIS COUNSELLING IN ACTION, Sage Publication.
- 住井広士 (2006). 「介護の理論と実践により福祉を実現する介護福祉学」日本介護福祉学会編『介護福祉学』Vol. 13, 24-34
- 専門介護福祉士認定に関する研究会 (2010). 『専門介護福祉士認定に関する研究報告書』日本介護福祉士養成施設協会
- 高山忠雄 (2000). 「第1章 保健福祉学の理念」高山忠雄編著『保健福祉学』東京: 川島書房, 13-18
- 瀧本孝雄 (2006). 『カウンセリングへの招待』東京: サイエンス社
- 武井麻子 (2008). 『感情と看護』東京: 医学書院
- 田中安平 (1986). 「特養のあるべき姿—寮母職の体験から提言する—」『老人生活研究』老人生活研究所 10・11月号
- 田中安平 (1987). 「特養のあるべき姿—寮母職の体験から提言する—」『老人生活研究』老人生活研究所 1・2月号
- 田中安平 (2003a). 「解説ケアカウンセリング」井上千津子・田中由紀子・釜土禮子・田中安平編『介護の本音ジャーナル』No. 11 東京: インデックス出版, 24-29
- 田中安平 (2003b). 「介護—その哲学と倫理(1)」鹿児島国際大学『福祉社会学部論集』第22巻第1号. 1-18
- 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』, 京都: ミネルヴァ書房, 73-86

- 田中安平 (2007). 「介護福祉士養成教育の現状と課題」. 日本介護福祉教育学会『介護福祉教育』No. 23, 33-40
- 田中安平 (2009). 『新・介護の本質』東京：インデックス出版
- 田中安平 (2011a). 「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化するために必要な介護福祉の援助技術の体系化—」日本社会福祉学会九州地域部会『九州社会福祉学』第7号, 41-52
- 田中安平 (2011b). 「介護現場及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」鹿児島国際大学『大学院学術論集』第3集, 13-24
- 田中安平 (2012a). 「介護職員の就労に関する調査」介護問題プロジェクトチーム田畑洋一主査『介護職員の就労改善と介護報酬に関する調査研究—介護問題プロジェクト報告書—』鹿児島県地方自治研究所, 1-61
- 田中安平 (2012b). 「介護福祉士養成教育における介護福祉の専門性と専門科目のあり方に関する一考察」日本介護福祉教育学会『介護福祉教育』No. 33, 27-36
- 田中安平 (2013). 「介護保険制度を持続可能にする施設経営の在り方に関する一考察」. 鹿児島県地方自治研究所『自治研かごしま』No. 103, 51-57
- 田畑洋一 (2004). 「社会福祉の定義」田畑洋一編集『現代社会福祉概説』東京：中央法規出版, 8-11
- 中央法規出版編集部編 (2001) : 『社会福祉用語辞典』, 東京：中央法規出版
- 中央法規出版編集部 (2004). 「社会的リハビリテーションと地域リハビリテーション」中村隆一・佐藤信彦編 (2012) 『入門リハビリテーション概論』東京：医歯薬出版
- DeCarvalho, R. J. (1991) *The Growth Hypothesis in Psychology, Mellen Research University Press.* (=1994. 伊藤博訳『ヒューマニスティック心理学入門』新水社. 23)
- Downie, R. S. and Elizabeth Telfer(1980)*Caring and Curing, Methuen & Co. Ltd.* (=1987. 雀部猛利訳『介護と治療』関西大学出版部.)
- 富永健一 (2000). 『行為と社会システムの理論』東京：東京大学出版会
- 中井康貴 (2012a). 「介護職員の勤務実体と労働環境」鹿児島県地方自治研究所『介護職員の就労改善と介護報酬に関する調査研究—介護問題プロジェクト報告書—』介護問題プロジェクトチーム田畑洋一主査 26-32
- 中島紀恵子 (2000). 『介護概論』東京：中央法規出版

- 中寫洋 (2011). 「介護福祉教育研究の動向と課題」 日本介護福祉教育学会編『介護福祉教育』東京：中央法規出版, 82-88
- 中村隆一 (2012). 「リハビリテーションとは」 中村隆一・佐藤信彦編『入門リハビリテーション概論』東京：医歯薬出版
- 中山慎吾 (2011). 『認知症高齢者と介護者支援』京都：法律文化社
- 奈倉道隆 (2013). 「介護福祉の独自性—ソーシャルワークの視点から」 聖隷クリストファー大学社会福祉学会『聖隷社会福祉研究』第6号, 1-5
- Nye, R. D. (1992) *THREE PSYCHOLOGIES, 4/E: Perspectives from Freud, Skinner and Rogers, Books/Cole, A Division of Wadsworth Ink.* (=2000. 河合伊六訳『臨床心理学の源流』二瓶社. 36-48)
- 西村洋子 (2006). 『介護概論』東京：中央法規出版
- 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
- 野中ますみ (2014) 「介護とケア」 日本介護福祉士養成施設協会編『介護の基本／介護過程』京都：法律文化社, 11-28
- Biestek, F. P. (1957) *The Casework Relationship : Loyola University Press.*
- 日野原重明 (1999). 『医のアート、看護のアート』東京：中央法規出版
- 平木典子 (2002). 『自己カウンセリングとアサーションのすすめ』東京：金子書房
- 福祉士養成講座編集委員会 (2006). 『新版介護福祉士養成講座 介護概論』東京：中央法規出版
- 福祉士養成講座編集委員会 (2000). 『三訂社会福祉士養成講座 介護概論』東京：中央法規出版
- 藤江康彦 (2007). 「第2章 授業をつくる」 秋田喜代美・佐藤学編著『新しい時代の教職入門』東京：有斐閣, 19 - 44
- Feil, N. (1993) *THE VALIDATION BREAKTHROUGH : Simple Techniques for Communicating with "Alzheimer's-Type Dementia", Health Professions Press.*
- 堀田義太郎 (2007). 「『ケアの社会化』を再考する——有償化＝分業化の可能性と限界」 『社会思想史学会』報告集 (<http://www.arsvi.com/2000/0710hy03.htm>, 2013.3.1), 1 - 4
- 本間美幸・八巻貴穂・佐藤郁子 (2009). 「介護福祉士の専門性に関する調査 (その2) ～福祉施設介護職責任者聞き取り調査結果から～」 北翔大学『人間福祉研究』No.

12, 99-111

- 松本好生 (2011). 「これからの介護現場に求められる介護福祉士の専門性とその教育のあり方」 日本介護福祉教育学会編『介護福祉教育』東京：中央法規出版, 2-11
- 御子柴善之 (2006). 「尊厳と連帯」『早稲田大学大学院文学研究科紀要』第1分冊, 29-41
- 水上幸代 (2007). 「介護福祉士養成教育の課題～国家資格化を省みて～」『社会関係研究』第13巻第1号, 75-104
- 峯尾武己 (2012). 「介護福祉学の構築に向けて—介護福祉学への研究ノート—」 日本介護福祉学会編『介護福祉学』Vol. 19 (1), 101-107
- 宮内寿子 (2008). 「ケアの倫理の可能性」『筑波学院大学紀要』第3集, 101-113
- Milner, J. and O'Byrne, P. (1998) *ASSESSMENT IN SOCIAL WORK*, Macmillan Press. (= 2001. 杉本敏夫・津田耕一監訳『ソーシャルワーク・アセスメント』ミネルヴァ書房, 49-50)
- 村澤孝子 (2006). 「エネルギー補充の方法」 多田ゆかり・村澤孝子著『対人援助職のメンタルケア』京都：ミネルヴァ書房, 131-148
- Mayeroff, M. (1971) *On Caring*, Harper & Row.
- 森村 修 (2003). 『ケアの倫理』東京：大修館書店
- 山縣文治・柏女霊峰編集委員代表 (2001). 『社会福祉用語辞典』京都：ミネルヴァ書房
- 山崎安則 (2013). 「ニーズ」九州社会福祉研究会編『21世紀の 現代社会福祉用語辞典』東京：学文社
- 吉田宏岳監修 (2003). 『介護福祉学習辞典』東京：医歯薬出版
- Richmond, M. E. (1922) *WHAT IS SOCIALWORK ? AN INTRODUCTORY DESCRIPTION*, Russell Sage Foundation.

参考文献

- 秋池さと子 (1999). 『ユングの性格分析』 東京：講談社現代新書.
- 足立紀子 (1998). 『怒れる保健婦足立紀子の看護・介護の仕事論』 東京：医歯薬出版
- 阿部志郎・河幹夫著 (2008). 『人と社会—福祉の心と哲学の丘』 東京：中央法規出版
- 石井哲夫 (2002). 『自閉症児の心を育てる』 東京：明石書店
- 一番ヶ瀬康子・黒澤貞夫監修 (2006). 『介護現場からの介護福祉思想』 京都：ミネルヴァ
書房,
- 石川道夫・田辺稔編集 (1998). 『ケアリングのかたち—こころ・からだ・いのち』 東京：
中央法規出版,
- 上田寿之 (2005). 『対人援助のスーパービジョン』 東京：中央法規
- 内山登紀夫・水野薫・吉田友子 (2003). 『高機能自閉症・アスペルガー症候群入門』 東京：
中央法規出版,
- 大竹榮監修 (2005). 『—福祉と医療に携わる人のために—コミュニケーションマナーの基
本』 東京：中央法規出版,
- 尾見康博・進藤聡彦編著 (2004). 『私たちを知る心理学の視点』 東京：勁草書房
- 加藤尚武 (2006). 『現代人の倫理学』 東京：丸善株式会社
- 金子 努 (2005). 『介護分野におけるリスクマネジメント』 東京：中央法規出版
- 金原俊輔 (2006). 『アメリカでカウンセリングを学ぶ』 東京：現代図書
- 鬼崎信好編著 (2004). 『世界の介護事情』 東京：中央法規出版
- Kirschenbaum , H. and Henderson , V. L. (1989). *THE CARL ROGERS READER*,
Howard Kirschenbaum. , (=2001. 伊藤 博・村山正治監訳『ロジャーズ選集
(上・下)』 東京：誠信書房)
- 熊谷高幸 (1999). 『自閉症の謎心の謎』 東京：ミネルヴァ書房
- Klein, A.(1989). *THE HEALING POWER OF HUMOR*, *Jeremy P. Tarcher Inc.* ,
(=1998. 片山陽子訳『笑いの治癒力』 大阪：創元社)
- Gage,N.L. (1978). *The Scientific Basis of the Art of Teaching*, *Tuttle-Mori Agency*
Inc.,(=1995. 山本芳孝訳『授業の実践力を高める方法』 東京：田研出版)
- 國分康孝 (2002b). 『エンカウンター』 東京：誠信書房
- 小林正幸編著 (1999). 『実践入門 教育カウンセリング』 東京：川島書店,
- 小松源助 (2000). 『ソーシャルワーク理論の歴史と展開』 東京：川島書房

- 坂口哲司 (2000). 『看護と保育のためのコミュニケーション』 京都：ナカニシヤ出版,
- 坂本真士・佐藤健二編 (2004). 『はじめての臨床社会心理学』 東京：有斐閣,
- 佐藤三千雄 (2006). 『生老病死の哲学』 京都：図書印刷
- 白仁田敏史・田中安平・野上薫子 (2007) 『第7回介護福祉士の就労実態と専門性の意識
に関する調査報告書』 社団法人日本介護福祉士会
- 関家新助 (2004). 『現代哲学思想と福祉』 東京：中央法規出版
- 副田あけみ (1998). 『在宅介護支援センターのケアマネジメント』 東京：中央法規出版
- 高山忠雄・安梅勅江 (1998). 『グループインタビュー法の理論と実際』：川島書房
- 高山忠雄 (2006). 『訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた在宅自
立生活支援プログラムの開発評価に関する研究』 厚生労働省長寿科学総合研究事業
報告書
- 高山忠雄 (2008). 『効果的な介護予防訪問・通所リハビリテーションの実態把握からみた
在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究』 厚生労働省長寿科学総合研
究事業報告書
- 武井麻子 (2005). 「感情労働としてのケア」 川本隆史編『ケアの社会倫理学』 東京，有斐
閣
- 田中安平 (1986). 「寮母の専門性と資格」『老人福祉』 東京：老人福祉施設協議会
- 田中安平 (1987a). 「心やさしきプロフェッショナル」『老人生活研究』 大阪：老人生活研
究所
- 田中安平 (1987b). 「社会死と施設の社会化」『老人生活研究』 大阪：老人生活研究所
- 田中安平 (1989). 「社会福祉と人間哲学」『老人生活研究』 大阪：老人生活研究所
- 田中安平 (1990). 「介護福祉制度の内包する矛盾点」『老人生活研究』 大阪：老人生活研
究所
- 田中安平 (1992). 「資格制度とマンパワー確保に関する提言」『老人生活研究』 大阪：老
人生活研究所
- 田中安平 (1993a). 「『老人ホームって何だろう』を読んで」『老人生活研究』 大阪：老人
生活研究所
- 田中安平 (1993b). 「専門職としての介護」『介護福祉研究』 長野：全国介護福祉士・介護
福祉研究
- 田中安平 (1994a). 「『サービス評価基準』の持つ意味と活用法」『老人生活研究』 大阪：

老人生活研究所

- 田中安平 (1994b). 「サービス評価基準が活かされるための共通基盤となるべき標準認識への提言」『介護福祉学』東京：日本介護福祉学会
- 田中安平 (1995a). 「施設における痴呆性老人の接遇について」『老人生活研究』大阪：老人生活研究所
- 田中安平 (1995b). 「自立の二面性」『介護福祉研究』長野：全国介護福祉士・介護福祉研究
- 田中安平 (1998). 「介護保険制度下における老人施設介護及び在宅介護の課題」『老人生活研究』大阪：老人生活研究所
- 田中安平 (2000). 「介護職から見た介護保険制度の問題点」井上千津子・田中由紀子・釜土禮子・田中安平編『介護の本音ジャーナル』東京：インデックス出版
- 田中安平 (2001). 「介護の二極性」鹿児島国際大学『福祉社会学部論集』
- 田中安平 (2004a). 「介護—その哲学と倫理 (2)」鹿児島国際大学『福祉社会学部論集』
- 田中安平 (2004b). 「介護教育の本質 (1)」鹿児島国際大学『福祉社会学部論集』
- 田中安平 (2004c). 「介護教育の本質 (2)」鹿児島国際大学『福祉社会学部論集』
- 田中安平 (2004d). 「ユニットケアへのあるべき姿への一考察」『介護の本音ジャーナル：ケア研究』東京：インデックス出版
- 田中安平 (2007). 「大学における介護福祉教育のあり方と方向性についての試案」鹿児島国際大学『福祉社会学部論集』
- 田中安平 (2009). 「魅力ある介護福祉士像の確立のために」鹿児島国際大学『福祉社会学部論集』
- 千葉喜久也・中里仁著 (2007) 『高齢者福祉論—利用者主体の支援を目指して』東京：中央法規出版
- 千葉直一・安藤徳彦編集主幹 (2001) 『介護保険とリハビリテーション』東京：金原出版
- 中島健一・中村考一著 (2005). 『ケアワーカーを育てる「生活支援実践法」生活プランの考え方』東京：中央法規出版
- 中西信男・葛西真記子・松山公一著 (2002). 『精神分析的カウンセリング』京都：ナカニシヤ出版
- 日本家政学会編 (社) (2004). 『家政学辞典』東京：朝倉書店
- 東山紘久 (2001). 『プロカウンセラーの聞く技術』大阪：創元社

- 日野原重明 (1999). 『死と、老いと、生と』 東京：中央法規出版
- 深田博巳編著 (2000). 『コミュニケーション心理学』 京都：北大路書房
- 深谷和子編著 (2005). 『遊戯療法』 東京：金子書房
- 藤本一司 (2012). 『老いから学ぶ哲学』 東京：北樹出版
- 松本百合美 (2005). 『介護福祉概論』 京都：ミネルヴァ書房
- 水島広子 (2004). 『自分でできる対人関係療法』 大阪：創元社
- 村瀬嘉代子・黒川由紀子編著 (2005). 『老いを生きる、老いに学ぶところ』 大阪：創元社
- 村田久行 (2002). 『ケアの思想と対人援助』 東京：川島書店
- 吉田新一郎 (2006). 『テストだけでは測れない』 東京：日本放送出版協会
- 吉田輝美 (2014). 『感情労働としての介護労働』 東京：旬報社
- 吉田友子 (2005). 『あなたがあなたであるために 自分らしく生きるためのアスペルガー症候群ガイド』 東京：中央法規出版
- Wlodkowski, R. J. (1978) *MOTIVATION AND TEACHING, Tuttle-Mori Agency Inc.*,
(=1991. 新井邦二郎・鳥塚秀子・丹羽洋子共訳『やる気を引き出す授業』東京：
田研出版)