

ソーシャルワークとしての側面からとらえた 介護福祉での援助技術

The Certified Care Worker (kaigo-fukushishi) as the Social Work Profession

須 加 美 明*

Yoshiaki Suga

1. ケアワークの意義と概念規定

1) 介護福祉での援助技術の意義

介護は、その行為を一つひとつそれ自体として取り出してしまえば、特別に難しいものではない。初心者には困難なオムツ介助も、施設職員として毎日行うようになれば、繰り返しの作業（ルーティンワーク）になる。訪問介護も「家庭の主婦なら誰でもできる」仕事と見なされ、公務員の家庭奉仕員が、現業職（地方公務員法57条）であったように、単純作業として扱われていた。歴史的にも無資格者によって担われてきた介護は、そのやり方次第によって、単純反復作業に過ぎなくなる。しかし、1970年代後半から、特別養護老人ホームでのオムツの随時交換からオムツはずし、寝食分離への取り組みや、難病の在宅ケアでの医療職と連携したホームヘルパーの実践などが積み重ねられ、介護は、単なる作業ではなく、障害者や高齢者の生きる意欲とその人らしい生活の回復への援助として注目されるようになった。このような現場実践と介護の国家資格の法制化をはじめとした介護政策との相互作用の結果、1980年代後半から対人援助としての介護福祉が発展してきた¹⁾。

1990年に佐藤豊道氏は、援助技術体系の直接援助の一つとして、介護福祉援助技術（ケアワーク）を位置づけている²⁾。ケースワークが、個別面接等を手段とした対人援助のアプローチであ

り、グループワークが、集団活動を媒介としたアプローチであるのと同じ様に、介護福祉は、家事・介護などの生活支援を手段としたアプローチ（援助方法）である。この意味においてケアワークは、ソーシャルワーク実践の一つの領域とみなすことができ、実践の共通基盤を考察する研究も始まっている。

2) ケアワークの概念規定

ケアワークの概念規定について根本博司氏は、「対象者の生活課題の遂行援助を、その個別性に留意し、その人とシステムとの関係を調整しながら行う」、また「ADL 援助をしながら日常生活場面で生起する問題を通じて自立・成長を助け」「心理・社会的ニーズへも対応していくところにケアワークの独自性と専門性がある」と定義している³⁾。

岡本民夫氏は、現状はいろいろな理解がなされ全貌が見えにくい、定義づけより対処できる知識技術はなんであるのかが大切という立場から、介護福祉を「自立生活を営めるようにする総体としての（身体的、精神的、社会的）生活支援」と規定している⁴⁾。

「ソーシャルワークの一方法としてのケアワーク」という見解を早くから提起している佐藤豊道氏は、介護福祉とケアワークの概念を詳しくレビューした上で、直接・間接・その他の援助技術の関係を図示し、そこに介護福祉援助技術を位置

*社会福祉学部助教授

づけている⁵⁾。

わが国で初めて介護概論を著した中島紀恵子氏は、介護を定義する目的を、いまだ未成熟な専門職能を確立していく基礎づくりに置き、概念の厳密性を強く求め、ケアワークの内部構造が明示されないうちは、介護＝ケアワークとはしないと述べている⁶⁾。感覚的な言葉の使い方は、確立途上の職種を混乱させるだけであり、概念規定の厳密性への中島氏の態度は、遵守されるべきであろう。とくに中央省庁を始め各種団体が政策的な意図と利害で、介護やケアワーカーという言葉を使っている現在、誰が何を目的としてその用語を使うのかを常に点検する必要がある。

本論では、介護を職業とするものが作業的な仕事の仕方を克服し、自立への目的意識的な努力を方法論として整理するために、介護福祉援助技術（ケアワーク）という用語を使う。介護職員の専門性は、身体介助の技能にあるのではなく⁷⁾、身体介護や家事援助と一体で提供される援助者としての態度、情報の収集分析と判断などの知識技術の全体性にある。したがって本論では、身体介護での技術のみでは、ケアワークの方法論には含まない。

また本論で介護福祉の援助技術を考察するにあたっては、効果的な実践に共通して見られる方法を抽出して分析する。介護福祉は、現場実践から生まれてきた援助の仕方であり、欧米や国内の研究者が主導してきた方法論ではない。従ってその援助の担い手である介護職員のなかには、効果的な援助を行う上で、必ずとらなければならない態度や原則、踏むべき手順などでは、見解の一致があるものの、自らの実践を概念化した用語上の統一はない。本論では、効果的な援助を行う介護職員が共通にもっている視点や方法を、抽出、概念化することによって方法論を整理する。

2. ケアワークのアセスメント

1) 基本的視点

ケアワークの基本的視点とは、日常の生活行為がもつ個人にとっての意味を重視し、生活を変えることで個人の身体・心理・社会の各面での好ましい変化をつくり出していく視点である。これは正確には、つぎの二つに分かれる。第一は、日

常の生活行為がもつ個人にとっての意味を重視する視点であり、第二は、からだ、こころ、社会（生活）の3側面のつながりを理解し、生活を変えることで、他の側面での変化をつくり、新たな局面を切り開く視点である。

人間のからだ、こころ、社会の3側面を統一的にとらえた援助方法は、バイオ・サイコソーシャル・アプローチ Bio-psycho-social approach と呼ばれ、今日のソーシャルワークの視点になっている⁸⁾。ソーシャルワークは、心理的な人間理解と社会的な人間理解を統一した二重の焦点をもつ心理・社会的アプローチを基本としてきたが、障害や慢性疾患をもつ利用者への援助では、生物医学的な側面からの人間理解も欠かせない。リハビリテーションなど包括ケアを目指す医療職もこの3側面のつながりに留意するが、3側面のどこから変化を起こそうとするのかによって職能の違いが出る。医療職は、身体的な部分を入りに、そこに影響している心理的側面と社会的要素を把握し、福祉職は、「社会とのつながり」から関わり、身体的（生物医学的）な要素と心理的要素がどう影響しているのかを把握して援助する。福祉職のなかでも介護福祉は、社会的側面のなかの「生活」を入りにして関わり、食事、排泄などの生活行為がどのように自己評価 self esteem に影響するのか、介護する・されるなかでの人間関係、家族内での役割の変化などに注目し、無気力になっている原因や生活を混乱させている要素を把握して援助する。問題は、介護福祉は、どのように身体、心理、社会の3側面を統一的にとらえるのかにある。それは、「生活の全体をとらえ、利用者の隠された力と可能性を発見する」視点である。

2) 隠された力を発見する「介護を通じたニーズ評価」

効果的なケアワークでは、障害や困難だけをニーズとは考えない。できないところを補うだけの消極的介護⁹⁾は、依存性を助長し、その人の持つ可能性を封じる。利用者のもつ隠れた可能性を活かすには、どのような条件を整備すべきかを把握することが、ニーズ（援助の必要性）の評価である。高齢者や障害者をケアの対象にするのでは

なく、生活を切り回す主人公と考え、その条件整備を考えるという効果的ケアワークの視点は、「欠陥・病理モデル」から、「ストレングスモデル」strengths model へというソーシャルワークでの枠組みの転換と軌を一にしている。

生活の全体をとらえ、利用者の隠された力を発見するためには、①「できない」部分より意欲と可能性に焦点をあてる、②利用者が「何をどう受けとめているのか」を重視する必要がある。いま介護でアセスメントとは、アセスメント用紙を埋めることであるかのような誤解がある。援助関係が成立して初めて、利用者が何をしたいのか、本当は何かできるのかが分かる。ソーシャルワークの基本であるこの思考法が、介護支援専門員のケアプランでは忘れられているのに対し、介護福祉の現場は、介護を行うことで利用者のもっている力が分かることを知っており、実践してきた。介護することを通じて、面接調査では把握できないような生活障害と心身機能を把握することができる。訪問介護では、鍋の焦がしを見て注意力の低下が分かり、洗濯物に付いた便尿から排泄の状況が分かる。家事介護を通じて、①ADL と心身機能、②意欲と受けとめ方、③生活実態を把握し、分析することを「介護を通じたニーズ評価」と筆者は命名してきた。①身体介護を通じて、つまり歩きや排泄などのADL（在宅なら浴場・トイレ等の改善の必要も）が分かり、②生活上のコミュニケーションを通じて、精神活動の状態、意欲と不安（在宅なら家族・近隣との関係、家族の介護負担も）が分かり、③家事援助を通じて、生活状態、経済状態、食欲・栄養バランス、金銭管理・家庭管理の力が分かる。

障害や困難だけに注目するのではなく、利用者の隠された力を発見するためには、生活の全体に参与しながら継続的に観察することが不可欠であり、介護を通じたニーズ評価は、ケアワーカーのみが発揮できる固有のアセスメント方法である¹⁰⁾。

3. 援助過程の技術

1) 介護を展開させる技術

人を援助する手段として集団を使うためには、グループワークの技術が必要であるのと同じよう

に、人の意欲や自立性を回復する手段として、家事・介護を活用するためには、援助過程の技術が必要となる。家事や介護をある方向に向けた目的意識を持って継続していく技術である。家事や介護は、一見、同じことの繰り返しのように見えるが、介護職員の考え方が一つの方向性をもっていれば、少しずつ生活を変化させ、利用者の意識を変えていくことができる。介護過程とは、生活を変えることで心と体での変化を生み出し、その変化が新たな局面を切り開いていくというダイナミックなイメージで理解するべきである。

介護の援助過程の技術は、① 利用者の受け入れられることから出発して、つぎの段階へと援助をすすめる技術と、② 望ましい生活に向けた見通しをたてて、戦略的に援助を組み立てる技術に分かれる。「利用者の受け入れることから出発する」姿勢が極めて重要である。介護では、着替えや清潔、離床など、本来必要なことを利用者が望まない場合が多い。このときに言われたことしかできない介護職員では何もできない。専門的な援助力をもつ介護職員は、まず相手が認めること、相手にとって必要なことから出発する。これを通じて利用者との信頼関係をつくるのが第一段階である。相手の求めることをしていくなかから、ある程度の信頼関係ができ、表面的でないコミュニケーションができるようになれば、「なぜ必要な援助をさせてくれないのか」「なぜ〇〇をしてくれと言うか」が分かってくる。相手の求めに従うことによって、その人のもつこだわりや意味のある大事なことが分かり、それが生活史、家庭の経歴を教えてもらうことにつながり、家族や近隣との関係も理解することができる。このように生活場面に表れる利用者のこころの内側を理解することによって始めて、必要な援助を受け入れてもらう変化への鍵を見つけていくことができる。川村佐和子氏は、「利用者の受け入れることから出発して、つぎの段階へと援助をすすめる技術」を「ヘルパー援助の確立過程」として6つのステップに示している¹¹⁾。

利用者の望むことから出発して、変化を生み出す技術は、「望ましい生活に向けて戦略的に援助を組み立てる」技術と一体で効果を発揮する。この援助計画の技術では、「戦略的な組み立てを考

え、展開の鍵となるケアを見つける」ことが核心となる。戦略的という意味は、(a)そのときには直接必要ないように見えることでも、次の局面を切り開くためには、大切なものがある、(b)根本の原因にいきなり着手せず、成果があがる所から変化を生み出すと言う2つの意味である。また「生活を変えることで新たな局面が切り開かれる」介護過程がもつダイナミズムを理解すれば、(c)問題・ニーズとケア項目を1対1で対応させるケアプランは誤りであることが分かる。要介護者の生活が回復していく過程は、生活のある部分に変化することによって、身体、心理、社会の各側面に好ましい変化が連動していくものであり、10個の問題に10分の1づつケアするような単純な過程ではない。このような個人のからだ・こころ・社会の各側面に変化を起こすような「展開の鍵となるケア」を見つけ出すことが核心となる。このような戦略的な計画を考えるためには、(d)正解はひとつという発想をやめ、複数の仮説をたてること、多様な介入レパートリーをもつことが重要になる。以上(a)から(d)の4つがケアワークにおける援助計画の方法である。

2) 利用者の要求と必要な援助を調整する技術

介護では(特に在宅では)、利用者に必要なサービス内容を合意することが欠かせない。これは、「利用者の要求と必要な援助を調整する技術」と言える。介護保険施行後、利用者からの要求を断れない事業者が増えて「家事の不適事例」が問題とされたが、「援助者からみて必要でないことを頼まれる」問題は、ホームヘルプの歴史の初めからあった問題であり、今まで各事業所が整理できないままにきた問題である¹²⁾。これは、サービスの場にはない管理者が規則などで縛ろうとしても矛盾が生じてしまい、利用者と直に接する介護職員が、援助計画を踏まえた上で、その場でのやり取りを判断し、適切な対応ができる力を身につけない限り解決できない。

「必要でないことを要求する」利用者に対して、社会サービスを理解していないという批判があるが、これはサービスする側の理屈であり、利用者から見ればある意味当然とも言える。利用者は、訪問介護とは何をすることなのか(本来どこ

で役立つのか、どのような援助効果があるのか)を利用する前には分からない。そのために掃除などの眼に見える作業しか思いつかないのかもしれない。アセスメントで見つけた問題を指摘して、そこをケアしたいと告げるのは、反発をかうだけである。事前に言葉で説明できない、眼に見えない援助効果を、実際のサービスを通じてどれだけ実感してもらえるかが「利用者との合意形成」の基本である。介護福祉はソフトであり、使ってもいない段階で利用者に「ソフトの良さ」を分からせようとするのは無理がある。

援助者から見て必要ないことを頼まれたとき、介護職員がその場でどのような態度をとるべきかを判断するためには、つぎの4つの要素を考える必要がある。

- ① いまの援助関係の評価(信頼関係がまだ薄いのか、援助者を試しているのか、指示することで自尊心を保とうとしているのか、我がままを受け入れてもらいたいのかなど関係の質)
 - ② 利用者にとってそのことが持つ意味(それをすれば、大切にされた実感が持てる、関心呼び起こす、世界を広げる、以前していたことや好きだったことを思い出すなどの可能性があるかどうか)
 - ③ 生活を成り立たせる基礎として、どの程度の必要性があるのかの判断
 - ④ 長期的な見通しと戦略的な組み立てのなかで、どう位置づけられるかの判断
- 援助関係の評価(①)と利用者のニーズ評価(②③)を踏まえて、援助計画(④)のなかに利用者の要求を位置づける必要がある。

利用者の要求と必要な援助を調整するには、(1)はじめに利用者が依頼した仕事よりも、より役に立つ援助を提供することによって、効果を実感してもらいやり方、(2)利用者の要求する内容と援助者が必要と考える内容との間で、共通する部分を見つけ出し、そこから取り組みを始める方法がある¹³⁾。

ここで述べた4つの判断要素や2つの調整の方法は、一定水準以上の援助技術をもつ職員向けである。「利用者から要求されたから断れない」とか、「やらないきまりだから断る」という水準の職員に対しては、援助者としての基礎を理解して

もらう必要がある。「ホームヘルプサービスの判断基準」の理解である。専門職としてある介護サービスをすべきか否かは、「要求」や「きまり」に従うのではなく、「目的のための手段としてそのサービス有効か、つぎの援助へとつながっていくかどうか」でのみ判断すべきである。サービスをするか、しないかはニーズ評価の結果による。自立への手段として家事介護を活用する専門職とは、「行わないサービス一覧」に機械的に従う作業員ではなく、個々の利用者の置かれた状況とその人の関心に即して、柔軟かつ臨機応変に判断できる職員である。

4. 介入技術

介護福祉に固有の介入技術を4つに整理する。

1) 利用者の望む生活を通じて培われる回復力を重視し、生活を徐々に変えていく

介護福祉は、高齢者や障害者の心身機能とADLの改善を働きかける点では医療職と同じであるが、機能障害自体を改善しようとするのではなく、利用者が関心や意欲をもてるような生活を通じて、培われる回復力に注目する。生活意欲の回復と心身機能改善のメカニズムを理解し、日常生活のなかで活用するのが介護福祉の固有性である。人は生活のリズムが整うなかで、排泄や睡眠も安定し、ADLも維持・向上できる。生活にリズムをつくるには、ただ食べて排泄しているだけではできない。朝起きて着替えをし、つぎの自分の活動に移ること、つまり着替をする意味があるような生活の内実をつくるのが、ノーマルな生活を回復する核心である。これができれば世界は広がり、無気力にならず、人との関係も生まれ残存能力を活かす場ができる。

2) 困難になった生活行為を利用者と共に考え、試みる

痴呆の女性高齢者と買い物に行き、何を買うかを共に考え、一緒に調理することによって、自己評価 self esteem を高め、日常の混乱も減らしていくことができる。この共に行う家事は、心身機能と生活力を回復する食生活アプローチと言える。

介護福祉は、利用者がポータブルトイレをうまく使えていない場合の工夫や、改造衣服の試みなど、利用者のもつ力にあわせて、日常の場面で工夫や試行を繰り返しながら、共に考えていくことができる。利用者と共に考える介護の工夫は、依存的にさせられがちな利用者意見表明や発案の機会を提供することによって、自分で自分の介護を考え、自立を促す機能をもつ。自分でトイレに行きたいと願っている高齢者に対し、共により良い方法を工夫するのではなく、決められたおむつ交換しかしない介護は、自尊心を破壊する。身体介護が自立支援なのではなく、困難になった排泄や食事などの生活行為を利用者と共に考え、あらたなやり方を日常のなかで共に試みるアプローチが自立を支援するのである。

3) 依存欲求を満たすケアによって自立を促す

自立を促進するとは、依存させないことだという一面的な理解があるが、「人間は、特定の基本的な依存の欲求が援助で充足されたとき初めて、責任をもって、また資源を活用して変化した生活状況に取り組むことができる」(C. Towel)¹⁴⁾。自立性だけを高めようとする訓練が挫折しやすいのに対し、介護福祉は、日常生活の援助を手段として接近するので、依存欲求が満たされると同時に自立欲求が誘発されやすくなる。この「依存と自立のケアワーク」の技術は、周囲の援助を拒み、満足な食事もせず不潔不衛生な状態が慢性化している自己放任 self neglect の高齢者に対して、極めて効果的である。

4) ケアを通じた共有化による態度の変容

食事、排泄など最も基本的な生活行為を支える介護職員は、利用者が抱えている負担と苦勞を日常生活のなかで共有化することができる。日常のケアを通じて、本人や家族の感じている大変さ、不安、日々の思いをあたかも自分自身の思いであるかのように感じ取り、喜怒哀楽を共にするような深い信頼関係をつくることができる。この「ケアを通じた共有化」がされるとき、利用者は、自分の置かれている状況に対し、従来とはことなる別の見方ができるように変化する。情緒の安定や現実の受け止め方が変わり、態度の変容が生じ

る。「ケアを通じた共有化」は、言語的に共感的理解を伝える相談援助と比べ、利用者に指導性を感じさせない介護福祉固有の技術である。この技術は、責任感が強く自分を犠牲にしてまで介護に打ち込んでいるような家族への援助で効果大きい。病院で指示された家庭での訓練を完全に実行しようと、一日の大半を訓練に費やしているような家族に対して、「自分の体のことも考えて」という指示的な助言は無効である。介護職員がその介護や訓練を共に担い、本人が示す変化に、家族と共に一喜一憂するような関係がつくられたとき、強迫的な責任感から身を離し、現状を受け入れていくような見方が家族に生まれる。ケアを通じた共有化によってつくられる深い情緒的関係は、介護職員にも影響を与え、そこに取り込まれてしまうと、同一化、一体化、公私混同が生じる。介護を通じて利用者との間で生まれる関係の情緒的側面を常に意識し、利用者との関係を援助の方法として活用することが、ケアを通じた共有化の技術である。

4つの介入技術のうち、1) 利用者の望む生活を通じて、生活を徐々に変えていくと、2) 困難になった生活行為を利用者と共に考えるの二つは、①食事、排泄など基本的な生活を支える介護業務の特性と②日常生活がもつ反復性という2つの性質から生じる介護福祉固有の介入技術であり、かつ中軸となる技術である。3) 依存欲求の充足を通じて自立を促すと、4) ケアを通じた共有化の二つは、ケアを通じる手法は固有であるが、人間理解の視点としては、ソーシャルワークと共通である。

5. ケアワークの方法論としての課題

1) ケアワークをひとつの方法論と見なせるか

「ソーシャルワークの一方法としてのケアワーク」という見解が定着しつつある一方で「介護がソーシャルワークなら、保育もソーシャルワークか」という反対意見も根強い。介護福祉について、援助として専門的と受けとめるか、判断を任せられない作業的レベルと感ずるかは、それぞれの論者が体験で把握した限りで述べているように思える。

本論では、ターナー F. J. Turner が「新しい実

践理論を認める判断基準」として示した8つの基準を使って、介護福祉の援助技術がソーシャルワークの一方法と呼べるか否かを検討する。ターナーの基準とは、つぎの8項目である¹⁵⁾。①考え方 ideas が、前の知識を新用語で言い換えたのではなく、本当に新しい。②その思考システムから生み出された考え方によって、人間の状態のある側面、または意味あるクライアント集団、または関連する社会と環境システムのある側面への新しい洞察が得られる。③専門職の重要な構成員が、論証的に demonstrably その思考システムの有用さを認めている。④その新しい考え方をサポートする、検証された知識の端緒的な体系 a beginning body of empirically tested knowledge がある。⑤その理論にもとづく介入法が倫理的。⑥専門職の重要な構成員が、その介入法と概念を学習、理解し、活用することが可能である。⑦その思考システムが、実践から方法論までの広い範囲を扱っている。⑧専門職がその理論を受け入れ始めている。以上のターナーの基準に該当するか否かを順に検討することによって、ケアワークがソーシャルワークのひとつの方法論と見なせるか、どうかを考える。

① 考えが新しい

ケアワークは、第2節で述べた視点を基本にすることによって、従来にはない新しい考え方を援助技術のなかに生み出してきている。ケアワークの第一の視点「日常の生活行為がもつ個人にとっての意味を重視する」は、従来の疾病や障害をもつ人びとへのケア（医療、看護、訓練など）が機能の改善を重視し、その科学性のなかに自らの存在価値を置いていたのに対し、科学の対象となりえない個人にとっての「意味」を重視し、一つひとつの日常生活の行為が果たす役割に注目することによって、生活そのものの中から「その人らしさ」の回復と自立をはかる新しい考え方を生み出した。

ケアワークの第二の視点「生活を変えることで個人の身体・心理・社会の各側面への好ましい変化をつくり出し、新たな局面を切り開いていく」は、身体・心理・社会を統一的にとらえる点では、ソーシャルワークと共通であるが、ソシヤ

ルワークが社会生活機能 social functioning を焦点にするのに対し、ケアワークは、衣食住や排泄などの生活行為と生活のリズムに焦点を当てる。これによって、利用者が望む生活を通じて培われる回復力を重視し、生活全体を根もとから徐々に変えていく新しい考え方を生み出した。

② その思考システムの考え方によって、人間の状態のある側面や関連する社会システムなどに新しい洞察が得られる

からだ・こころ・社会を一体でとらえるケアワークの思考法によって、人間のニーズのある側面とこれに対応する介護サービスのシステムについて洞察が得られることを例示する。ケアワークは、利用者の生活全体を支えるためには、家事と介護は分けられないこと、代替補完的ではない家事援助があることを提起してきた。痴呆の高齢女性と共に調理することは、生活力と心身機能の低下を防ぐ食生活アプローチである。中途障害女性の主婦感覚を回復するために、夫の衣類を点検し、必要な服を買いに共に車椅子で出かけることは、心身機能の向上と家庭での役割を回復する衣生活アプローチである。世間常識が家事・介護という外面的な形でサービスを分けようとするのに対し、ケアワークは、身体・心理・社会を総合した援助の効果を示し、家事も介護もサービスは、自立支援の機能で区分すべきことを主張してきた¹⁶⁾。この主張は、介護保険の訪問介護での家事・介護の定義に認められ、サービス行為ごとの区分の整理に活かされた¹⁷⁾。

介護保険での家事援助をめぐる混乱も、ケアワークの思考法（サービスの形態ではなく、援助機能で区別する）を使えば、同じ「家事」と呼ばれる仕事の内容を5類型に整理できる。①家事代行（行おうとすれば利用者が対処できるが、別のことに時間を使いたい等の私的理由で他の者に行わせる作業。私的消費であり、公的財源でまかなわれる社会サービスではない）。②家事補完（重いものを持ってない、歩行が不安定などのために家事の一部ができない場合にその部分を補完する。商店の配達や食料宅配など他の手段が得られる場合、必ずしも訪問介護で補完するとは限らない）。③生活基盤の回復（衣服の清潔や食事が不十分で

生活が崩れ、要介護者の心身機能に悪影響を及ぼす状態に対し、生活の基盤を安定させる）④心身機能の向上のために共に行う家事（家庭での役割回復や痴呆による有能感の低下を防ぐために共に行う調理、買い物など）⑤援助困難への家事アプローチ（サービス拒否、介護放棄など複合的な問題をもつ利用者に、家事を通じて信頼関係をつくり、問題解決に結びつける。ハンドサービスを伴うソーシャルワーク介入）。身体・心理・社会の側面を総合した効果に焦点をおくケアワークの思考法によって、いま家事で混同されている①代行、②補完、③生活基盤の回復を区別することができる。このようにケアワークの思考によって、人間のもつ衣食住のニーズとこれに対応する社会システム（介護保険の運用）への新しい理解を得ることができる。

③ 専門職の重要な構成員が、論証的にその思考システムの有用さを認めている

ケアワークの思考の有用さを分析、考察した研究が、近年増えつつある。援助拒否や自己放任の利用者に対して、精神的援助と家事介護を一体的に提供する訪問介護の有効性を検証した研究報告（小松啓、小川栄二1999）。ホームヘルパーによる生活場面面接（ながら面接）の有効性を検証した研究（小嶋章吾1999）。援助困難な利用者への家事アプローチの実態を分析した研究（賀戸一郎1999）。この他、ソーシャルワーク研究に関連させた考察のなかで、専門職や研究者が、ケアワークの方法がもつ有効性に言及している¹⁸⁾。

④ その新しい考え方をサポートする、検証された知識の端緒的な体系がある。

伊藤淑子氏は、日本で社会福祉援助技術を体系化する場合、施設実践を除外しては無意味であるという立場から、特別養護老人ホームの寮母と障害者施設の指導員などのケアワーカーを含めたソーシャルワークの方法的分類を提起している。ソーシャルワークの領域を施設、在宅、医療に分け、個人・家族・集団・地域の対象別に12の介入レパートリーを分類し、援助の方法、場所、時間、技法、形態の違いごとに、ソーシャルワークとケアワークの技術を整理している¹⁹⁾。この介護

福祉を含めた援助技術の共通基盤と違いを明確化した理論は、ケアワークの考え方をサポートする知識体系が成立しつつあることを示している。また現場職員と研究者によって、要介護者の行為の要素を身体面、心理面、環境面に3分類し、離床、食事、排泄などでの自立に向けた介護の方法を定式化した研究が刊行されている²⁰⁾。これもケアワークの総合的な援助の考え方をサポートする知識体系の一部と言える。

⑤ その理論にもとづく介入法が倫理的

介護福祉は、心理学や生理学などの科学理論を応用した介入法ではなく、かつての個々を尊重しない画一的な介護の仕方に対し、おむつの随時交換など人間性を尊重する取り組みとして形づくられてきた。いまも「拘束」せずに事故を防ぐ方法を模索している実践であり、ケアワークとは、その介入法が倫理的、人間的であることに存在価値を持つ方法論と言える。

⑥ 専門職の重要な構成員が、その介入法と概念を学習理解し、活用することが可能

ケアワークの介入法は、徒弟修業的でなく、学習によって伝達可能な技術になりつつある。訪問介護の援助計画における生活7領域アセスメント方式の提案と普及、訪問介護のサービス内容を10分刻みで明示し、利用者との合意に役立つ介護モジュール（サービス活動手順）の開発と活用、サービス内容を明確化し均質化する「ヘルパープラン」の開発などによって、学習で伝えられる技術としての客観性は増大してきている²¹⁾。

ケアワークでは、専門職の間で共通に使える用語の概念は、極めて未成熟である。いままでの実践の成果を反映した「共通に使える言語」は、声かけ、離床、寝食分離など個々のケアに即した範囲ではあるものの、利用者の特徴的状況や援助方法を表す用語としては、ほとんど形成されていない。個別化、受容、援助関係など社会福祉の概念で十分まかなえるという意見もあるかもしれないが、これらの用語は、ソーシャルワークとケアワークの実践の共通基盤を表現しているのであり、ケアワークに特有の現象を記述することではできない。例えば、不潔不衛生な状態が慢性化し、

周囲から孤立し食事も満足にとらない高齢者は、どの地域にもおり、介護職員は必ず関わっているのだが、この状況を表現する概念はなく、生活後退（小川）や自己放任（須加）という用語が使われている²²⁾。

⑦ その思考システムが、実践から方法論までの広い範囲を扱っている

ケアワークでは、実践のための知識技術は多く提起され、どれをその例とするかで意見が分かれるかもしれないが、ケアワークの思考が実践を扱っていることへの異論はないであろう。問題は方法論である。方法論をどのように規定するかによって、方法論ができているかどうかの評価が分かれる。ここでは、方法論を抽象化するレベルによって3段階に分け検討する。①モデルにまで抽象化された方法論はない。②過程論は、実践の共通基盤ともいえるが、介護福祉士養成校での実習と発表会などを見ても、ケアワークの方法論として確立していると言える。アセスメントと計画論については、ケアプランでの理論と現実の混乱に影響されて、さまざまな提案はあるもののケアワークのアイデンティティをもつ方法論としては一般化できていない。③介護福祉での援助技術に共通して見られる方法を抽象化したレベルでは、本論でも述べた、利用者と共に考え・試みる方法、ケアを通じた共感的理解（共有化）による態度変容、依存と自立のケアワーク、介護を通じたニーズ評価などの方法論を提示することができる。これらは、介護職員のなかで方法を示す用語として意識されてはいないが、効果的な実践者で関連知識を持っている者であれば、「ケアを通じた共感的理解」が意味する方法とその効果は、この用語を聞いただけで即通じる。つまり概念化が極めて未成熟であるものの、効果的実践の方法論は、一定以上の介護専門職の間でコミュニケーションできる程度には成立しているとも言える。

⑧ 専門職がその理論を受け入れ始めている

ケアワークがこの基準を満たしているか否かは、「理論」をどうとらえるかによる。ケアワークの有用さを論証している研究例（基準3）やケアワークの考え方を支援する知識体系（基準4）な

ど、一連の知識や文献を理論とすれば、専門職によるケアワーク理論の受け入れが始まっていると言える。しかし概念ができていない(基準6)ことを重視すれば、理論と呼べるものはないことになる。

2) ケアワークの方法論としての成熟段階

ケアワークがソーシャルワークの一方法と言えるかについて、ターナーの実践理論を認める8基準に照らした結果は、①「考え方が新しい」は、視点の固有性により該当する、②「人間のある側面や社会システムに新しい洞察が得られる」は、家事援助での混乱を整理する例証ではあるが、該当と言える、③「専門職が論証的に思考の有用さを認める」は、研究が蓄積されつつあり、不十分ながら該当する、④「考え方を支援する検証された知識の端緒的体系」は、検証を実証研究に限定すれば存在しないが、知識の端緒的かたまり a beginning body はできつつあり、不十分ながら該当する、⑤「介入法が倫理的」は該当する、⑥「介入法と概念が学習でき活用可能」は、介入法は学習可能になりつつあるが、概念が極めて未成熟であり、該当とは言えない、⑦「実践から方法論までを扱う」は、抽象化された方法用語は普及していないものの、効果的实践者の間では相互に理解できる事実上の方法論があることをもって、極めて不十分ではあるが該当すると言える、⑧「専門職による理論の受け入れ」は、概念が未成熟な現状で理論があるとは言えず該当しない。

まとめると、「考え方が新しい」「人間や社会に新しい洞察」「介入法が倫理的」の3つが該当し、「論証的に有用さを認める」「考え方を支援する知識の端緒的体系」「実践から方法論まで」の3つは、不十分な該当、「介入法と概念が学習可能」「理論の受容」は非該当となる。これらのなかでもケアワーカーの専門性確立のためには、フレックスナー Flexner A. が専門職の基準で重視した「教育によって伝達可能な技術体系」、ターナーの基準で言えば「学習で理解し活用できるような介入法と概念」を発展させることが、最優先させるべき課題であろう。

参考文献

- 1) 拙稿「介護福祉の歴史的展開」古川孝順、佐藤豊道、奥田いさよ編『介護福祉』有斐閣、1996、pp.45-62.
- 2) 佐藤豊道「援助技術の体系」根本博司編『社会福祉援助技術』健帛社、1990、p.6.
- 3) 根本博司「ケアワークの概念規定」『明治学院論叢 社会学・社会福祉学研究 86』No.476、1991、p.88. p.100. 根本氏は、保母(養護)と寮母(介護)の機能は連続体をなすとし、介護、保育、養護、療育を含む上位概念としてケアワークを規定する。本論は、介護福祉での援助技術の抽出、吟味を目的とするため、高齢者と障害者への援助に限定し考察する。
- 4) 岡本民夫「介護福祉とは何か」岡本民夫、井上千津子編『介護福祉入門』有斐閣、1999、p.14.
- 5) 佐藤豊道「介護福祉の概念と枠組み」古川孝順、佐藤豊道、奥田いさよ編『介護福祉』有斐閣、1996、pp.27-42.
- 6) 中島紀恵子「介護とは何か その理論的枠組」『社会福祉研究』第44号、1989、p.13.
- 7) 亀山幸吉「実践現場からみた介護福祉学の課題」一番ヶ瀬康子監修『介護福祉学とは何か』ミネルヴァ書房、1993、p.37.
- 8) Barbara Berkman, Patricia Volland., Health Care Practice Overview. *Encyclopedia of Social Work*, 19thed. 1997, Supplement. NASW Press. p.146. Susan Blumenfield., Care Coordination: Social Work Perspective. Ada Romaine-Davis, Jennifer Boondas, and Ayeliffer Lenihan., *Encyclopedia of Home Care for the Elderly*. 1995. pp.92-94.
伊藤淑子氏は、総合的アセスメントの3要素として、からだ・こころ・社会とのつながりの図を示し、Bio-psycho-social approach を簡潔に説明している。伊藤淑子『ケアカンファレンス実践ハンドブック』看護の科学社、1999、p.48.
- 9) 栃本一三郎『介護保険 福祉の市民化』家の光協会、1997、p.275.
- 10) 拙稿「介護専門職のアセスメントのあり方」川村佐和子編『在宅介護福祉論 第2版』誠信書房、1998、pp.41-43.
- 11) 川村佐和子「ヘルパー活動の分析を試みて」ホームヘルパー-難病ケア研究会『難病の地域ケアとホームヘルパー 介護実践援助のしかた』医療図書出版社、1984、p.129
- 12) 「老人家庭奉仕員事業のサービス内容について」(昭和41年1月28日社老5号)。
拙稿「ホームヘルプサービスの判断基準とニーズ評価の基本」『社会福祉研究所報』第24号、1996、熊本学園大学附属社会福祉研究所、p.2.

- 13) 田中典子「援助困難な世帯に対する援助計画書の作成の事例」と拙稿「講評」, 日本介護福祉士会編『介護福祉士のための事例研究テキスト97』1997、p.24、p.35.
- 14) C. Towel, *Common Human Needs*. The National Association of Social Workers Inc., 1987 (小松源助訳『コモン・ヒューマン・ニーズ』中央法規、1990、p.59.)
- 15) Francis J. Turner, *Social Work Treatment: interlocking theoretical approaches*. 4th. ed. The Free Press. 1996、p.4. (米本秀仁監訳『ソーシャルワーク・トリートメント』上、中央法規、1999、p.6.)
- 16) 石毛鏡子、大橋佳子、須加美明、田中典子『新・ホームヘルパーのためのガイドブック 援助計画の指針』誠信書房1999、pp.27-28.
- 17) 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日老計第10号)
- 18) 世田谷対人援助研究会編『ホームヘルプにおける援助「拒否」と援助展開を考える』(小川・小松他) 筒井書房1999.
小嶋章吾、蔦末憲子「ケアマネジメントにおけるケアワーカーの社会福祉援助技術の展開に関する一考察」社会福祉学会第47回大会1999.
- 福岡県社会福祉協議会『ホームヘルプサービス家事援助中心業務利用者背景調査報告書』(賀戸一郎他) 1999.
- 19) 伊藤淑子「医療ソーシャルワーカーのカリキュラムのあり方」『ソーシャルワーク研究』Vol.23. No.3、1997、p.45. 伊藤淑子『社会福祉援助技術とは何か』一橋出版、1996.
- 20) 『特別養護老人ホームにおける自立に向けた介護展開手順手引書』全国社会福祉協議会1996
- 21) 石毛、大橋、須加、田中前掲書(生活7領域アセスメント)。
大橋佳子「ホームヘルプ活動とケアマネジメント」竹内孝仁他監修『ケアマネジメントの実践と展開』中央法規、2000、p.193、p.200 (介護モジュール)。
渡辺裕美「ケアプラン立案に役立つヘルパープランを知っておこう」『トータルケアマネジメント』Vol.4. No.3、1999、pp.115-120.
- 22) 小川英二「家庭奉仕員派遣事業の実態と課題」河合克義編『これからの在宅福祉サービス』あけび書房、1990、p.21.
拙稿「ホームヘルプとソーシャルワークの共通性と固有性～ソーシャルワークとケアワークの共通基盤に向けて」『長野大学紀要』第21巻第1号、1999、p.40.