**介護の専門性新提案**

**NPO法人ホッとスペース中原　金山峰之**

# **Ⅰ．介護の専門性が未確立な背景**

　介護の専門性を言い表すことは非常に難解である。その原因は、介護が対象としている生活支援自体の領域の広範さにもあり、また、千差万別である介護に従事している人、介護を受ける人同士が織りなす生活支援が全般的に介護と呼ばれることにある。

　また、介護が専門性を未だ自他共に認められていないことの要因の一つに介護の職域の成り立ちが挙げられる。

　介護は看護の職域のひとつであった「患者の身の周りの世話」が分化してきたものである。他にも障害者の自立生活支援に対する社会保障の一環として訪問介護の前進的なものがあった。しかし、やはり介護の成り立ちの本流は“看護からの分化”が大きいと言える。

　医療の発達により、患者が在宅へとシフトしていった。一方で、慢性・長期の特徴をもつ在宅療養を支える看護師の絶対数の不足が懸念されていた。

　そのような状況の中、高齢化社会の到来、不況による医療財政対策、そして介護を受ける人の人権意識の高まり等を背景に介護が家庭内でのみで行われるものではなく、社会的労働の一つとして必要とされた。

　そして、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法という法的根拠の元に、介護という社会的労働が完成したのである。

　しかし、時代の必要に迫られて生まれた介護はその中身や役割、特に看護との差異等が十分に議論されないまま従事者の養成が進められてきた。しかも、その根拠が前述の社会福祉士及び介護福祉士法における定義であったため、介護とは「排泄・食事・入浴」を行うことが主な仕事であるとして世間にも業界内にも広がっていった。

　ノーマライゼーションや、福祉先進国の思想、他学問の科学的根拠に基づく具体的方法論の導入などによって、それらの介助技術に専門的アプローチ技法が導入されつつあるが、未だに他業種に比べると介護は専門性が乏しく、“誰にでもできる”というイメージが払拭できていない。

　その理由はいくつかあるが、一つ目に、専門職であるには、どの介護職が携わっても一定の支援ができるという普遍性と継続性を担保することが必要であるのにもかかわらず、介護職によって支援のレベルにばらつきがみられることである。

それは、介護のスキルが介護職の人間性と介助技術に偏っており、関連諸学における科学的根拠の取り入れ方が足りないことに起因する。

　介護している我々は専門性よりも人間性による介護こそ大事だと感じているが、介護を受ける側は「介護のプロに介護を頼んでいる」という意識にシフトが起きていると言われている。専門職として認められる職業になるためにも、これまで敬遠してきた科学性からも専門性を構築する必要があるのではないだろうか。

　もしかしたら介護とはこれまでの専門職に無いような、科学性と人間性の度合いが極めて半々な領域なのかもしれない。

　後に言及するが、介護とは人間に関する学際的支援分野で、関連諸学における科学的根拠や援助に関する技術・知識を基に、介護職一人一人の人間性によって展開されるものである。ここに、介護の専門性を探る手掛かりがあるように感じる。

　また、単に専門性といっても、専門性というものが何を指すのかも議論がないまま、これが介護独自の専門性だ、とただの言った者勝ちになっているようにも感じられる。まず、専門性とは何か定義づけた上で、介護の専門性について考察したい。

# **Ⅱ．専門性とは何か？**

　介護の専門性を論じる前に『専門性』とは何かを考える必要がある。

　私の知人で別々の場所に勤める看護師と作業療法士が自分の職種の専門性について言及してくれた。彼らの言葉から専門性に関する条件や特徴について見ていく。

【看護師】

　専門性とはその職種独自の手法を用いてその職種が持つミッションを達成することです。医師の手法は医療、弁護士の手法は法律、私たちは看護。

　看護のミッションというのは大きく言ってしまえば病気や障害を持っても、患者のあるがままの姿を支えて、本人が望む幸福と尊厳のある死に向かえるように支援することです。でも、現行制度ではそこまで看護師が関わることは難しいでしょう。看護師の活躍の場の多くはやはりまだ病院です。

　患者が望む幸福と尊厳ある死は近年在宅にシフトしています。だから介護が生まれたのではないでしょうか。

　本来であれば、私たち看護師も病気や障害を持っても患者の尊厳が守られ、その人らしく生きられるように支援することがミッションです。しかし、高度化・専門分化していく医療分野において私たち看護師の担うべき領域が拡大しています。本来のミッションよりも科学的比重が大きくなってきているのです。

　在宅看護等、本来のミッションにより近い看護業種も増えてきましたが、二極化した両方をいっぺんに担うことは難しいです。

　ですから、この広範な業務を特徴とする看護のミッションを一言で言い表すものを探すと「健康」というものにたどり着きます。私たちは看護という手法で人々の健康を達成することが専門性です。

【作業療法士】

　作業療法士は社会的認知度もイマイチで、業界内の人間もあまり分かっていない人が多いです。だから言ってみれば介護職と同じで自らのアイデンティティを確立して広げることに注力している段階です。しかし、医療に近い分野ゆえの科学的根拠がある分、専門領域としては介護職より確立しているかもしれませんね。

　専門領域として成立するには支援の具体的な対象と、アプローチ方法、結果の評価方法を明らかであることが重要です。　作業療法も介護も対象が人間なのは一緒ですが、作業療法士の支援の対象人の「作業レベル」に特化しています。例えば、医師だったら同じように人間が対象でも、支援の対象は臓器や筋肉の機能です。薬剤師が薬でアプローチしているのは遺伝子や細胞かもしれません。私たち医療福祉分野の専門職は、特化する対象に差はあれども、人間を対象としているという大枠は一緒です。だから、対象の人間の人格を尊重することを前提に、専門領域に特化することが心がけなければなりません。このことは、対象者の日常に接する時間が一番長い介護職が一番実感しているのではないでしょうか。

　看護師と作業療法士の話には、介護の専門性を考えるヒントが３点あった。看護師の話からは、①介護のミッション（以下、本文中では目標とします。）とは何か。作業療法士の話からは、②介護の支援の対象は何か。また、③対象へのアプローチ方法・結果の評価方法は何か。以上の３点である。

①～③を明らかにすることは、介護職が一般の人または他専門職種と比して、どんな領域で何をすることに特化しているのか、を明らかにすることであり、専門性が明らかになることである。

# **Ⅲ．介護の対象とは？**

## **１．誰を？**

　介護が対象とする人は、もちろん要介護者である。家族支援も対象に含まれているが、それはここでは方法としてであり、一番に対象とするのは要介護者本人である。

　直接本人が依頼してくるケースもあるが、基本的に現在では、介護職が出会う要介護者というのは役所のケースワーカーやケアマネージャー、民生委員や家族から紹介がほとんどである。

　ハイデガーの存在論等による哲学的見解や脳科学、進化論から人間とは何か、存在とは何か、何故人は助け合うか、を論じていくとそれだけでかなり深められることができるのでここでは割愛するが、いずれにせよ、要介護者というのは、要介護者である前に私たちと同じ一人の人間という価値ある存在であるということが大前提である。

　その一人の同じ人間が『喪失体験』を重ねることで日常生活に支障が出てきたときに要介護者と社会的に見られるようになり、介護の対象となる。介護保険制度でいえば、要介護（要支援）状態という保険事故（喪失体験による日常生活の支障）によって介護の対象となるのである。

　では喪失体験とは何か。失うものとは何か。次の４つが主なものである。

**・病気や障害、老いによる『身体的能力の喪失』**

**・ライフスタイル・ステージ変化による『役割の喪失』**

**・死別や疎遠、引越、入院、入所による『関係性の喪失』**

**・生きがいや生きる意味、楽しみ等の『目標の喪失』**

　そしてこの４つの喪失はどれかが別々に起きるわけではなく、どれかの喪失を引き金に喪失体験の連鎖として起こる。これは現役世代でも日常的に繰り返している体験である。あえて言うならばここに経済的喪失が含まれる。

　現役世代であれば独力、または他の力を借りて、その喪失を克服しようとするが、要介護者にあっては、それぞれの連鎖によって立ち直れないくらいの喪失に発展し、それが日常生活に支障をきたすほどの状態になる。

　この喪失体験によって一番失われるものが**『自尊心』**であると私は考える。つまり「自分が生きていること、存在していることを肯定的にとらえる気持ち」であり、人間の全ての諸活動の原動力になっているものである。

　さて、日常生活と言っても人それぞれである。また、四肢麻痺で明確な日常生活の支障がある人もいれば、家ですることもなく、ボーっとして一日を過ごすしかない人もそれまでの日常生活からすれば支障がある状態である。

　いずれにせよ、それぞれ異なった喪失体験と程度によって自尊心が傷つき、日常生活に支障をきたしている人が介護の対象者といえるだろう。

　この要介護者の自尊心の回復、維持、向上が介護の対象の一つと言える。自尊心が回復することで、喪失を取り戻す原動力が生まれ、日常生活を取り戻していくことができるのだ。

## **２．何を？**

　前項でも触れたが、喪失体験によって自尊心が傷つき、日常生活に支障が出た要介護者が介護の対象者である。

　もし、介護職が完全な支援をすることができる職種だとしたら、やるべきことは要介護者の日常生活を要介護者になる以前の状態に戻すことだ。

　しかし、喪失体験によって失ったものは容易に取り戻せないものがほとんどである。介護保険制度が損害保険で全く同じものが保障されないのと同じように、保険事故（要介護状態）によって失ったものと全く同じもの（元の日常生活）を保障するのは不可能だ。せいぜい代替品か類似品である。

　したがって、介護の対象は要介護者になる以前の日常生活ではなく、要介護者になった状態で過ごすこれからの“**その人の日常生活**”である。

　そして日常生活を送るための原動力として、自尊心の回復、維持、向上が介護の対象の一つと言える。自尊心が回復することで、喪失を取り戻す原動力が生まれ、日常生活を取り戻していくことができるのだ。

　ただし、自尊心の回復・維持・向上→喪失体験の克服→日常生活を取り戻していく、という構図ではなく、日常生活を取り戻そうとする過程（本人の努力や、介護のアプローチ）がすなわち喪失体験の克服（新たな役割や関係性、目標の獲得、身体能力を補うサービス利用等）や自尊心の回復・維持・向上につながっていると理解すべきである。

　では、日常生活とは何だろうか。

　日常（いつもの、常日頃の、日々の）生活（生きる活動）

　文字だけで見たらつまりは、日々の生きる諸活動ということである。

　つまりは、寝る、起きる、食べる、移動する等の生活に必須の活動に加え、無意識にしている呼吸や、心肺機能等も生きるために必須の活動一つ一つの総称であり、その一つ一つの集合体が日常生活と言える。

　しかし、私たち人間は生物である以上に社会的生き物である。それまで生きてきた過程で社会的生活を含む日常生活を送っているのだから、要介護状態になった途端に“日々を生きる活動だけを保障する”というのでは本当の意味での人間の日常生活を保障していることにはならない。喪失体験でいえば、身体的能力の喪失だけを保障しようということだ。他の喪失体験にもアプローチしない限り自尊心は低下し続ける。つまり、人間の日常生活には社会が必要なのである。

　人の数だけ存在する日常生活を定義することは難しい。更に社会までも必要となるとさらに難しい。

　人間の日常生活における社会とは何だろうか。

　広義に社会とは「人間と人間のあらゆる関係を指す」ものである。つまり関係によって成り立つわけだが、人間と人間が関係を構築するためには、それぞれに役割と場所が必要だ。そこから日常生活を見てく。

　『人間作業モデル～理論と応用～』によれば人間の日常生活とは**『遊び、日常生活活動、仕事』**の３つから成り立ち、その実行には本人の「意志、役割、能力、環境」が必要だという。

　この中で遊びとは「人生を通して維持される。探索すること、模倣すること、ゲームをすること、スポーツをすること、創造すること、祝うことはすべてが人間の経験の遊びという部分である」と言われている。（同３頁）

　また、日常生活活動とは「自己保存と自分の生活様式の維持を目的とした活動である。これには身辺処理や自分の生活空間の整理（たとえば、旅行することや買い物をすること等）などの様々な活動が含まれる」と言われている。（同３頁）

　そして、仕事とは「他人に対して（支払いを受けても、受けなくとも）サービスや商品を提供する活動（たとえば、アイディア、知識、援助、情報、実用的あるいは芸術的作品、保護の提供）をさす。勉強、練習、奉公、ボランティア、親、真剣な趣味人など」と言われている。（同３頁）

　これらの観点からみると、遊び、日常生活活動、仕事という３つは社会との接点、つまり人間が活動する先に関係する誰か他の人間がいて、その人と出会える場所やお互いの役割があるものだと見ることができる。

　つまり、人間としての日常生活とは人間の遊び、日常生活活動、仕事という３つの中にみることができると言える。

　介護は要介護者の遊び、日常生活活動、仕事という日常生活の３要素を本人の意志、役割、能力を発揮させたり、補ったりしながら、また環境を整えていくことで、その人の人間としての日常生活を支援することをその対象にしていると言える。

## **３．いつ？**

　介護が要介護者の日常生活を支援するのはその人の状態が生活者として存在している時である。そしてその人の人生の幕が下りるまでが介護の対象時期である。

　介護は医療の関わる時間から生活する時間に変化した時に始まる。もちろん急性期や回復期医療が必要な時は、介護よりも医療やリハビリテーションが優先される。

　しかし、医療的処置が必要ない状態であるにもかかわらず介護が必要な時である人もいる。

　現在のところ、前述の紹介以外では介護職は自ら介護が必要な人を開拓していくことはあまりない。それはソーシャルワーカーや行政の仕事かもしれない。

　しかし、介護を展開する中で、介護を必要とする潜在化した人を地域で気にかけて探し出し、結び付けてくれるようなネットワーク作りや地域との共同関係を構築することで、要介護状態として紹介される以前から介護の関わりを始めることができるかもしれない。

## **４．結論**

　介護とは喪失体験によって自尊心が低下し、日常生活に支障が出た人に対して、その人の遊び、日常生活活動、仕事という３つの要素からなる人間としての日常生活をその人の意志、役割、能力、を発揮させたり補ったりしながら、またそのための環境を整えていくことを支援の対象としている。

　そして、その日常生活を支援していくことで自尊心の回復や喪失体験の克服により、新たな日常生活を支援するという循環を構築していくものである。

# **Ⅳ．介護の目標とは？**

## **１．介護の定義**

　介護の対象については全章で述べてきたが、改めてここで介護とは何かについて考えてみたい。

　介護に関する定義は色々な人が言葉にしている。

　「要介護者を主体として、介護者の技術屋知識、ときには介護者という人間そのものが媒介になること、「自己媒介化」、それが介護が担う本来の役割」

　「生活を本来の生活にすること「生活活性化」」（三好春樹）

　「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、衣食住の便宜差に関心を向け、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上で支障があれば、「介護する」という独自の方法でそれを補うという形式を持って支援する活動である」（中島紀恵子）

　「介護とは、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」（一番ヵ瀬康子）

　「介護とは、身体上または精神上の障害によって、それまで他者の干渉を受けずに言わば“自分勝手”に自由にできていた食事、排泄、入浴、衣服の着脱、移動、外出などの「生活行為」が自らできなくなったことに対して、そのできなくなった部分をその当事者に代わって行うことである。そして、その介護の内容は当事者と援助者とが交流・コミュニケーションをはかりながら共に作り上げていくものである」（村田隆一）（代行・共同形成論）

「介護とは、障害が潜在的であると顕在的であるとに関わらず、日常の生活を送る上で何らかの援助（ケア）を必要とする人々に対して行われる補完的活動（行為）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」（田中安平）（代用・補完論）

　どの定義も介護の一側面にしか言及できていないが、どれも日常生活に支障がある要介護者の“日常生活”を“その人らしく”過ごせるようにすることを介護の基本に置いている。そしてその先にQOLや発達といった“成長・成熟”としての意味合いを目指しているように思える。

　それは、医療の治療とは異なる「日常生活」こそが介護の対象領域だとする見分からであろう。

　そして、看護の健康とは異なる「活性化」や「文化」を日常生活の中に求めることで、より高いその人らしさを目指しているのが介護と言えるだろう。

　また、日常生活とはそれぞれ千差万別のものであり、それぞれの個人固有のものである。したがって、日常生活を対象領域とする時点で、介護の目標は「その人らしさ（個別性）」であったり「尊厳の保持」、「自律・自立支援（主体者）」、「活性化・文化」と訴えられるのである。これらの視点を欠いた日常生活支援は支援とは呼べず、介護とも呼べないのではないか。

## **２．個別性**

　介護における個別性とは何か。

　日常生活が個別のものであることはすでに述べたが、介護はその日常生活を対象にしている。これはつまり、介護職が専門的に支援していく段階で常に基本に置いておかなければならないことだといえる。

　つまり、要介護者をカテゴリ化せずに、それぞれ個別のユニークな人間として接し、個別の支援を考えて実践していくことである。

　個別性をもって介護は日常生活支援ができるのである。

## **３．尊厳**

　尊厳とは何か。尊厳とは辞書では「尊く厳かで侵しがたいさま」とある。憲法の基本的人権でも保障されているように、尊厳とはその人が尊い価値ある存在として保障されることだ。

　しかし、人は自らの尊厳が保障されているかどうかという自覚があるだろうか。むしろ、侵されて初めて自分の尊厳が傷ついたと思うのではないだろうか。つまり、人としての扱いを受けない、自分が価値ある存在ではないという状態の時、尊厳が保持されていないと思うものなのではないか。

　つまり、尊厳の保持とは、その人の自尊心が高い状態で維持されていることと言い換えることができるのではないだろうか。

　前章でも言及したように、介護は要介護者の自尊心を高めることを対象にしている。従って介護行為がそのまま要介護者の尊厳の保持につながると言えるのである。

## **４．主体者**

　介護において要介護者を日常生活の主体として捉え、日常生活の一つ一つにおいてその人の主体性を引き出すことが介護と言われている。

　これはつまり日常生活がその要介護者固有のものであり、要介護者がその主体者であるということです。日常生活が主体者として送れなくなった時点でその日常生活は日常生活とは呼べなくなる。

　主体者とは自分の日常生活の小さな一つ一つの自己選択、自己決定の積み重ねを行うことである。

　それが喪失体験によって満足に出来ないからこそ要介護状態になっているのである。したがって、介護はその要介護者が再び主体者として自分の日常生活を送れるように支援することが大事である。

　そして、主体者として日常生活を送ることは言い換えると自律・自立支援である。自らの意思で自らの日常生活を生きること、これこそが介護の目標の一つである。

## **５．活性化・文化**

　前章でも述べたが、人は社会的な生き物である。ただ単に日々を生きながらえているだけでは人間らしい生き方とは呼べず、人間らしくない生き方をしていることで自尊心を低下させていく。

　これまでの社会保障の解釈では、生命や最低限の生活が保障されていることで十分だということであった。治療が終わって退院してからは主に独力、家族支援で日常生活の活性化を図るもので、そこまで制度保障されるものではないという考えであった。

　しかし、人々の豊かな人生、当たり前に保証されているはずの健康で文化的な最低限度の日常生活を営むためには、人間の活性化・文化の面まで支援しなくてはならない。そして、それを担うことが介護に求められているのではないだろうか。これが医療保健福祉分野において、介護職に求められている特徴の一つである。

## **６．結論**

　介護とは、人間の日常生活を支援の対象としている。しかし、日常生活自体がそれぞれの人間固有のものであり、一人ひとりの人間がそれぞれ主体者として自らのそれが保障されて初めて意味がある。その保障される過程はその人の尊厳を守るものであり、これまでの生きながらえる保障だけではなく、人間らしい日常生活の活性化・文化の創造が伴うことで、真の意味で人間らしい日常生活が支援されていると言え、介護が目指すべきはまさにここなのである。

# **Ⅴ．介護の方法・評価とは？**

## **１．介護の科学性**

　介護には科学性が乏しいために専門性が未確立であると冒頭で述べた。それは介護という職業が個別的なもので、提供する側にも個別性が強く反映され、相性やパーソナリティースキルや経験によって長らく担われてきた面が強いからであろう。これら人間性と言える要素は介護を展開する上で絶対に必要なものであり、人間性無くして良質な介護は展開できないと私も強く感じる。

　しかし、人間性に傾倒しすぎてきたことが介護の専門性確立の阻害因子であったならば、これからの介護は科学性も取り入れた上での実践が自他共に求められてくるのではないだろうか。

　科学性というと、実験やデータに裏付けられた理数的なイメージが浮かんでしまいがちだ。この科学の先行イメージが介護の人間性と相反するために、介護には科学性が乏しかったのであろう。

　科学とは簡単に言ってしまうと、様々な現象や事象を集めて、原因と結果を積み重ねていくことで、理論的、客観的に根拠付をして体系化されたものである。その結果の多くが数字という確かなもので表されていることが科学の強みだと言える。

　介護は日常生活という千差万別で多様なものを対象にしており、さらに、その目標の中でカテゴリ化するべきではないと私自身が先述した。故に介護に科学性を持たせることは困難だと思われてきた。

　私たち介護職が関わる介護行為（変化を促すためのアプローチ＝原因）そのものと、それによって変化した結果としての要介護者（結果）を数値やデータ化することは困難だが、その過程、つまり“働きかけ方”や“考え方”は実践事例と言う積み重ねで体系化できるのではないだろうか。

　現在の介護教育は介護に必要な技術や知識という力を教えることに集中している。例えばコミュニケーションの取り方、認知症の理解、介助技術等である。

　これは千差万別な個別的日常生活支援においては誤った方向ではないだろうか。大切なのは知識や技術そのものの力ではなく、力の使い方、考え方という、柔軟性、対応力、思考力という面である。介護ではこれらの面を体系化し、教育して実践で磨いて行くことが必要だと思われる。

　実践の積み重ねによる体系化は立派な科学である。

　しかし、体系化の過程でただ事例を積み重ねて類似性等で科学的根拠を求めるのではまだ専門的とは言い難い。

　そこで必要になってくるのが、他学問からの科学的根拠や方法を取り入れて、介護実践の科学性を強めることである。

　介護は人間の日常生活の活性化というあまりに抽象的かつ広範なものを対象としている。これは一つの学問や実践だけで体系化しようとするのは不可能である。

　現在、生理学を用いて人の生活動作に科学的根拠を持ちながら介護実践に反映し、業界の古い常識が変革しつつあるように、今後は様々な学問からの科学性が介護実践を専門的に確立してくれるだろう。

　それは、現在の介護福祉士受験の必須科目に様々な学問知識が取り入れられていることからもわかる。ただ、それが知識の詰め込みになっているだけで、介護実践の中で科学的根拠として応用されるまでに至っていないので、単に知識として入って抜けていっているのが現状なのである。

　私は少なくとも、介護は医学、生理学、生活科学（家政学）、心理学、脳科学、哲学の分野が今後の介護の専門性に科学的根拠を与えてくれるはずだと考えている。

　加えて、社会福祉援助技術、介助技術、それらに伴う知識も必要になってくるだろう。

　介護は学際的実践学である。今後は、介護の対象を目標とするところへ導く専門職として、他学問からの科学性を介護実践の中でそれを補完するものとして現場で応用、検証することが求められる。この積み重ねと体系化が介護の専門性確立に必須であろう。

## **２．アプローチする対象と支援のポイント**

**４つの支援**

　さて、介護は喪失したものの克服によって自尊心を回復、維持、向上させることによって人間らしい日常生活を支援することが目標である。

　したがって、介護がアプローチする対象は失った『身体能力』『役割』『関係性』『目標』の４つが主なものである。

　これをそれぞれ『生活支援』『役割支援』『関係性支援』『目標支援』と考える。そして、喪失体験連鎖が起きるように、これらの支援が良好にいけばそれぞれの支援に対してそれぞれが相互に好影響を与えて自尊心の回復・維持・向上につながる。以下、４つの支援を見ていく。

**【生活支援】**

　これまでの介護が重点的に行ってきた支援である。日常生活の実質的、物理的な面を支援することで、主に日常生活活動が該当する。

　今までは代行が多く、また介助技術としても未熟なことで、真の生活支援になっていなかったのではないだろうか。これは日本人特有の文化が影響しているとも言われる。

　今後の生活支援は、要介護者の主体性と個別性に応じた、その人の日常生活にとって必要不可欠な生活活動行為を代行、適切な見守り、声かけすることで支援することが求められる。

　制限が増してくる制度を介護の目標と照らし合わせて解釈して実践すること、適切な介助技術の応用、コミュニケーション、知識等が必要になる。

**【役割支援】**

　役割は人が社会で生きていく上で最後まで持ち続ける必要があるものである。これを持っている自覚が無いと自尊心はどんどん低下していく。

　役割は単にDo（する、やる、できる）役割だけではない。役割支援と言うとどうしても、Do役割にばかり目が行ってしまう。Do役割は重要であるし、これを持つことの支援は多くの介護現場で実践されている。

　特にDo役割は他者からの承認や称賛、評価を得られることで自尊心にとって有益である。ただ担ってもらうのではなく、その後のフィードバックが重要である。

　しかし、要介護者はDo役割が減っていく。担えることが無くなってくる。つまり新たな役割喪失を体験することが予想される。

　故にBe（存在する、いる）役割が重要になってくる。

　母であること、父であること、夫、妻、祖父母であること等、その人が存在することに意義を見出してもらう役割である。これは関係性支援にもつながるが、自分が誰かにとっての誰かになること、なにもできなくても誰かの心の支えに自分がなっていることの自覚は時にDo役割よりも強い効果を生みだす。

　役割支援は、その人の力や存在に気付くこと、他者との関係調整等の力が求められる。そして、一人では限界があるので、チームや家族、地域を巻き込んでの支援として展開する力が必要である。

**【関係性支援】**

　人は社会という中で何か、誰かとの関係性を求め、その中で生きている。人間が関係性を求めることはマズローの欲求階層の『安心と安全の欲求』から生まれるもので、ジョン・ボウルビィは人間が他者と強い愛情の絆を結ぶ傾向があると紹介した。

　関係性とはその人の存在を証明するもので、その人を認識している他者の存在があって初めて、自分という存在を自覚できるのである。

　関係性は無いよりもあったほうが良く、悪くても無いよりはましだが、悪いよりは良い方がよいものである。

　この関係性もその人の力や存在に気付くこと、他者との関係調整等の力が求められる。そして、介護職がチームや家族、地域を巻き込んでの支援として展開する力が必要である。

**【目標支援】**

　近い将来でも、生きる目標があることはその人の生きる意欲を向上させてくれる。ハイデッガーも『存在と時間』の中で将来を持つこと、時間の中で存在することこそが人間であると論じている。

　目標とは大それた偉業や、ビジネスの成功でなくてもよいのである。好きなものが食べたい、旅行に行きたい、孫の顔を見たい、等の小さい目標で良い。その積み重ねが継続できることに意義があるのだ。

　そして、その目標は達成によってその人にどんなメリットがあるのかが明確にされていなければならない。ご本人が認知できない状態でも、提供する側が達成の効果と目的を明確にしておかなければ目標を持っていただく支援も意味がない。

　ただひたすら歩くのでは、疲れるし、どこまで歩くのか不安にもなる。時にもう歩きたくないと思うものである。

　人にはどこまで歩いたら何があるという目標が必要なのである。

　目標の設定にはその人の日常生活や能力に即した現状分析から目標を創造する力と、それを的確にご本人と結び付けられる能力が求められる。

　これら４つの支援はその人の現状を把握し、適切なアプローチを組み立てて実践できることが必要である。介護過程の手法である。

　現状の単純にサービスを結びつける手法ではなく、その人の人間らしい日常生活の活性化にとって必要な支援を具体的にどのように行うかということを、計画できて、それを提示し、実践できることが求められる。

　日常生活に必要とされる医療や他業種の力を結びつけること、それも計画できる力が介護には必要である。日常生活支援のために様々な社会資源を結びつけ、計画することで介護は日常生活に関するイニシアティブを得ることができるであろう。

### **他学問からのエビデンス**

　さて、喪失体験によって自尊心が失われた状態、そして介護の支援によって回復、向上していると思われる段階にどのような効果が表れているか。その評価ができなくてはならない。

　医療でいえば、検査によって腫瘍が完全に無くなったことが医療的アプローチの評価として成立する。

　リハビリテーションでいえば、関節可動域がリハビリテーションアプローチによって○㎝広がったという数値が評価として成立する。

　ここが介護の一番の弱点である。介護による４つの支援で日常生活がどれだけ改善したかを評価する基軸が作り辛いのである。

　数値化も難しい上に、笑顔が増えたなどと言う主観論でも科学性が乏しいので専門性として弱いのである。

　現状では笑顔が増えたという見た人の主観を重ね合わせて客観性に近づける評価や、本人のセルフイメージを質問や見た目で評価するという程度しか存在しない。今後、この評価の領域で前述の他学問からの科学性が効果を発揮してくれると期待している。

　例えば、役割が少ない人に○○な役割を持っていただいたら脳のドーパミンが○○分泌された等。

　毎回介護職が、支援した結果をドーパミンの分泌量等として図らなくてもよいのである。一度科学的実証によって効果が示されたら、それはエビデンスになるので、今後はそのようなアプローチが専門性のあるアプローチだと証明されるだろう。

　例えば、『笑う門に福来る』が現代では科学的に証明された。免疫力が高まる、ストレス発散になる、美容効果が高まる、基礎代謝が上がる等である。こうした科学的エビデンスが示されたことで、人々は自信を持って、集団で笑う会等を結成して笑ったりする。エビデンスが無ければ、ただのおかしい集団である。

　介護も同じように、今までパーソナリティースキルや経験則で行ってきたものや、ある程度根拠があっても科学性が乏しかった方法について、他学問からによるエビデンスが示されていけば、自信を持って専門的方法である、と言えるようになるはずである。

### **４つの視点**

　さて、評価のエビデンスに関しては、現在の私では科学的に証明することはできない。

　従って、介護職でも現状でできる評価は、介護職その他、家族や他業種、本人からの言語・非言語による情報をチームで共有し、主観性をできるだけ排除して客観的にして評価をしていくことしかない。

　その際に見る視点として、私は４つの視点があると思う。

**【身体的（フィジカル）】**

　その人の身体的状態である。ICFで言うところの心身機能の評価である。これは医学的見地からの評価が得やすいので、一番客観性を持って評価できるところである。

**【心理的（メンタル）】**

　その人の心理的状態です。不安、心配、怒り、喜び、悲しみ等の感情や想いの評価である。現在、人間の心理的状態が身体に及ぼす影響、逆に身体の状態が心理に及ぼす影響について科学的解明が進んでいると言える。今後、心理学や脳科学の分野で客観的に心理的評価ができるようになるかもしれない。

**【社会的（ソーシャル）】**

　主にその人と他者との関係性や役割を評価するもので、その人の家庭、地域、広く社会での位置づけや、居場所、つながりを保持できているかをみることができる。単純にそういった関係性や役割があるかを数え上げることと、それがその人にとってどんな関係性や役割なのか、本人に与えている影響まで評価する必要がある。

**【魂的（スピリチュアル）】**

　近年WHOの「健康の定義」に加えられたもので、人が自分自身の存在や、生命、絶対的超越者（宗教的な神）とのつながり等に関して哲学的問いを持つ部分の評価である。「自分は何故こんな状態でも生きているのだろう」「早く死にたい」「何故苦しむのだ」「神も仏も無い」という想いである。

　まだまだ未開拓な部分だが、上記３つの評価の中央に位置していると考えられ、３つの評価が相対的にスピリチュアル評価に表れる。更に、３つの評価が低いほど、スピリチュアル評価も低くなる。

　例えば障害の受容過程に現れるものとしてこれが当たる。

　私個人の意見としては、スピリチュアル評価＝自尊心評価だと考えている。

　『４つの喪失体験』に対して私たちは『４つの支援』によってその人の人間らしい日常生活の活性化を支援する。その科学的評価は他学問と介護実践の進歩を待つしかない（もしかしたら知らないだけで、介護の科学性を証明してくれるエビデンスが多数存在しているかもしれません）が、現在できる方法で『４つの視点』から評価をすることで、介護の専門性を見ていくことができるはずである。

## **４．具体的方法**

　さて、ではここまで見てきたことを具体的に行う方法はどうするかというと、現在では介護過程が最もこの具体的支援方法として私は適切だと考えている。

　介護過程とは要介護者の一人ひとりの個別性に沿って人間らしい日常生活の活性化へと導くためのプロセスである。

　その一つ一つに目的と根拠のある介護展開が期待できる。

　その人の現状を把握し、具体的にどのような日常生活の活性化を目指すのかを共に考え（アセスメント）、具体的にどのように実践するかを計画し（プラン）、実施し（ドゥ）、その実際と目標までの進行や計画を見直し評価、修正（モニタリング）していくことである。

　この具体的計画性と実効性を科学的な根拠に基づく方法で展開し、必要な社会資源との結びつけ、アプローチすることは、異なるレベルの介護職の標準化（専門職としての力量の）を図ることもでき、専門的具体的方法と呼べるであろう。

　しかし、この介護過程はもともと看護過程から生まれたものであり、ここが注意点である。

　病院における看護過程は目に見えるゴールが存在している。それは退院である。したがって、いずれの最良の形であっても退院までの、在宅に戻れるレベルの回復を目指しているものが多いのである。つまり、病気や疾患という悪い問題・課題の克服を目指しており、課題解決型ということが多いのである。

　介護は、極端にいえば、課題というものが具体的にドンと存在しているのではなく、人間らしい日常生活の活性化に対する様々な阻害因子が存在している。それらを解決するだけではなく、時には付き合ったり、諦めたり、乗り越えながら進むものなのである。

　また、身体能力や関係性や役割、目標と言う変化しやすいものに支えられている自尊心は非常に不安定で、単純にplan,do,seeという過程で進められるものではなく、行ったり来たり、時には新しい劇的変化が本人以外の要因で発生することがある。

　そういった中で柔軟に目標を見据えながら共に歩み支援することが介護過程の難しさであり、難しいからこそ使いこなす力量が要求されるのである。この力量を持っていることが、専門性たる所以である。

## **５．結論**

　ここまで述べてきましたように、介護は喪失体験によって自尊心を低下させ、日常生活に支障がある要介護者に対して、『４つの支援』を行い、今後待たれる他学問のエビデンスと介護実践を融合させた科学性によって裏付けられたアプローチで実践し、『４つの視点』からそれらを評価することで専門性として確立できるのではないかと考えられる。

　そして具体的な方法としては、介護独特の不安定さの中で展開する介護過程を使いこなす力量が求められている。

# **Ⅵ．介護の人間性**

　介護の専門性確立のためには科学性からのアプローチが必要不可欠である。しかしながら、これまで介護を根底から支えてきた人間性も失ったり減らしたりしてはいけないものである。むしろ、増えてくる科学性に負けないように、ますます人間性も深めなければならないであろう。

　では人間性とは何か。

　介護は物を売る職業でも、決められたサービスを提供する職業でもない。一人ひとり異なる人間の日常生活の活性化という非常に複雑多様で、一つとして同じものが存在しないものを支援する究極の対人支援である。

　従って、介護を受ける側も千差万別なら、提供する介護職も千差万別なのである。

　時には相性が合わない相手もいるだろう。自分の常識の範疇外の生活を喜んでしている人もいるだろう。そんな相手に対して相手主体の日常生活を活性化させることは時に苦痛になるかもしれない。

　他には、単なるサービスを提供するだけの仕事と異なり、もっとフラットな関係性を求められることも多い職で、職業と私生活・私情の線引きが人によっては難しい職業である。

　また、ふと見たら、弱者になってしまう要介護者に対して、奉仕や慈愛の心を持ってしまうということも介護の難しいところである。奉仕や慈愛が悪いことではなく、必要なこともあるが、全てその想いに支配されては専門性ではなく、熱意のあるボランティアである。この辺も難しいところである。

　そんな職業であるからこそ、倫理規定や法的義務が課せられている。

　しかし、それ以上に、私たちは人間である。

　人間はその長い歴史において人間同士で争い、虐げてきた時代があった。現在も続いている。

　しかし、根本的には弱っているもの、困っているものを助けようとする精神や機能を持っている。これには様々な心理学的、哲学的、宗教的、脳科学的学説があるが割愛する。

　いずれにせよ、人間であるものが、人間を助けるということ、人の役に立ちたいという想い、一言でいえば人間に対する愛情、情熱が存在している。多くの介護職はこれを介護の動機にしていることが多い。

　したがって、介護職に求められることは自己覚知である。

　自分が介護という職を通じて何を求めているのか、自分はどういう人間か、何に価値を置いているか、何が嫌いか等である。

　愛情や情熱は倫理や義務だけでは抑えきれないものがある。時として、要介護者の言動が許せないこともあったり、許せない自分に嫌悪したりする。他の介護職の言動に怒りを覚えることもあるだろう。

　それらは、自分の人間性をしっかりと自覚していないことから起きることが多い。

　受け入れられない要介護者なら、なぜ受け入れられないか、自分はどういう介護を目指しているのか、等自分自身が自覚していないと、様々な衝突が起きるのである。

　そして、倫理と義務と、自分の中にある愛情と情熱をしっかり自己覚知し、その上で自分のパーソナリティースキルを最大限活用して、介護をするのである。

　その人間性が無ければ、もしくはうまく発揮できなければ、悩み苦しむことや相手に受け入れられないことが生じてくる。

　自分の人間性を専門性の中に内包し、自分らしさを十分に発揮するのである。それこそ、介護においての専門性なのである。

　また、介護者側の人間性だけでなく、要介護者側の人間性を深め、今まで以上に焦点を当てていかなければならない。ICFの個人因子のような極めて主観的で個人的な要素についての比重が高くなることは、これまでの機能や能力に傾倒していた考えに逆のアプローチを迫ることができるのではないだろうか。

# **おわりに：介護の専門性とは**

　介護の専門性は現在確立していない。その大きな理由は介護に科学性が乏しいこと、科学性を嫌うことが挙げられる。

　しかし、時代の求めに応じて、介護も科学性を取り入れて専門性として体系化すべき時に来ている。

　その科学性は他学問における実証を介護業界、現場において検証し、介護独自の科学性とし昇華する必要がある。その検証とは介護職一人ひとりの双肩にかかっている。そして、その動きは大きな流れを生み出してきていると言える。

　故に介護の専門性は未確立ではなく、確立過程にあると言えるだろう。

　介護とは、『４つの喪失体験』によって、自尊心を低下させ、日常生活に支障が出た要介護者という私たちと同じ唯一無二の人間が対象である。介護職は要介護者に対し、科学性に裏付けられた介護過程を『４つの支援』として行い、『４つの視点』での評価を行いながら継続的に展開し続けるための関連能力を要する。

　介護職はこれらの科学性に加えて、自分の中にある他者への愛情や情熱、自分らしさを自己覚知によって明確にし、自らの人間性も活用できることが求められる。

　これらの科学性と人間性を兼ね備え、要介護者の人間らしい日常生活の活性化を支援できることが介護の専門性である。

　このレポートでは介護の専門性確立に不可欠な科学性によるアプローチの必要性を提唱しているが、科学性と同じかそれ以上に、人間性のアプローチについても今以上に深める必要がある。ICFで言うところの個人因子や環境因子を深く見ていくことや、そもそも人間性とは何か。人が人を助けるという行為の哲学、人間論、この勉強会の切り口である『労働』等、介護の専門性には議論の余地がある領域がまだまだ山積みである。

# **参考文献**

『人間作業モデル～理論と応用～改定第２版』　山田孝　監訳　　共同医書出版社

『新　介護の本質』　田中安平　インデックス出版

『ケアの原形論　新装版』　金井一薫　現代社白鳳選書

『関係障害論』　三好春樹　雲母書房

『新しい介護』　三好春樹　太田仁史　講談社