

[研究ノート] 対人援助における自立支援の手法 主観的次元へのかかわりに関する考察

中澤秀一

(東京基督教大学教授)

1. はじめに

マスコミ報道やインターネットから流れてくる介護福祉業界に関する情報は、「サービス残業」「ストレス」「低賃金」「休みが少ない」「拘束時間が長い」「万年人員不足」など明らかなものはほとんど聞こえない。この傾向は、「平成 26 年度介護労働実態調査」による、介護保険サービス事業所の離職者中約 75%が勤務年数 3 年未満という結果からも感じ取ることができる。しかし、目立ちはしないが、同調査には労働者の半数 (53.5%) が仕事の内容ややりがいに満足しており、介護福祉業務が自分自身の学びや成長に貢献していることも明らかにされている。このように、介護福祉業界の良さややりがいが伝わらず、負の情報のみが大きくクローズアップされる現状を考えると、介護問題からこの国の将来は立ち行かなくなってしまうおそれが出てくるといえよう。

定義から述べると、介護福祉業務は肉体労働ではなく感情労働¹に該当するから、3K (きつい、きたない、危険) で離職したというのは表向きの言い訳といえる。しかし、それよりも問題なのは、このような情報以上に、やりがいや満足感を感じている事実スポットライトがあたらない点であろう。そこで、本小論では何が介護福祉業務におけるやりがいや満足感、学びや成長の鍵となるのかを明らかにしたい。特に、介護福祉の理念である個人の尊厳や自立支援を意識したかかわりが、福祉従事者個人にとってどのような影響を及ぼすのかについて検討していきたい。

このようなことから、本小論の構成は、2 節で介護を含む福祉サービスの基本的理念である「個人の尊厳の保持と自立した日常生活を営む」² 支援を検討するツールである ICF の問題点について論じていく。次に、3 節では ICF の問題点である主

1 アリー・R・ホックシールド『管理される心 ― 感情が商品になるとき』(石川准訳、世界思想社、2000 年) に詳しい。

2 社会福祉法第三条

観的次元への援助理論、4節では具体的なケア方法、そして5節では利用者への関わり（アセスメント、基本的ケア、段階別ケア）による効果について述べてゆく。

2. 個人の尊厳および自立した日常生活とICFの問題点

日本国憲法の目的は、第13条に「すべて国民は、個人として尊重される」と述べられているように、個人の尊厳を達成することにある。すなわち、人は生れながらにして平等で、国家権力をもってしても侵すことのできない固有の権利と価値を有していることを表している。したがって、この考えは当然ながら福祉サービス利用者（以下「利用者」）にも適用され、介護保険法第一章第一条では介護等を要する者の「尊厳の保持」を謳い、障害者総合支援法第一章第一条においても「基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活……」を達成することを法律の目的としている。このように、「個人の尊厳」は近代以降における立憲主義の基本原理であり、福祉関係法にも規定されていることから、福祉・介護サービスに携わる者はこれを尊重し、支えていくことが責務となる。

また、人間は社会的な存在でありひとりでは生きていけない存在である。そこでは、生涯を通じて社会の構成員となり、その社会に働きかけると同時に、その社会からも働きかけられながら生きていく。したがって、利用者に対しては、前述の介護保険法第一章第一条に「これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう……」と自立へ向けた支援の方向性を示している。さらに、障害者総合支援法には、「障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう……」と述べられていることから、専門職は個人の尊厳を守り、支えながら自立生活を目指す支援を行っていく必要がある。

このような、対人援助を考えるとときに用いられている枠組みが図1の国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health；ICF：以下「ICF」）である。

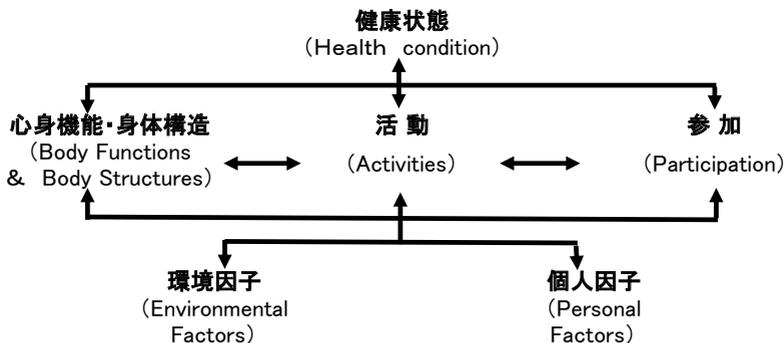


図1 「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版」(日本語版より筆者作成)

ICFは、その前身であるICIDH(図2の国際障害分類、International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980)が「疾病の帰結(結果)に関する分類」であったのに対し、「健康の構成要素に関する分類」となり、新しい健康観を提起するものとなった。したがって、特定の人々を援助するための分類ではなく、全ての人の健康に関する分類となっている。同様に、わが国でもICFを共通の考え方として、さまざまな専門分野や異なった立場の人々との間の共通理解に役立つことを目指している³。



図2 「ICIDH(国際障害分類)モデル(1980)」
(上田敏『ICFの理解と活用』より筆者作成)

ICFの「生活機能(Functioning: 心身機能・身体構造、活動、参加)」は、ICIDH(国際障害分類)の「機能障害」「能力低下」「社会的不利」というマイナスの包括概念に対応して「心身機能・構造」「活動」「参加」の3レベルを、人間が「生

3 厚生労働省「第1回社会保障審議会統計分科会資料3」2006年

きる」ことのプラス面の包括用語として加えられた。つまり、ICFは病者・障害者のマイナス面のみに注目するのではなく、プラス面（健常な機能・能力・参加状況、さらにはプラスの環境因子）に重点を置いて見ていくことを示しているのである⁴。

このようなことから、「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」⁵でも、ICFを踏まえた日常生活の自立度向上を重視した個別プログラムが提供されており、障害者自立支援法（現障害者総合支援法）⁶のケアマネジメントもICFを用いることをひとつの要素としている。

ただし、ICFは人の生きることを客観的に分類する重要なツールだが、利用者の主観的次元、すなわち、「障害のある人の心の中に存在する悩み・苦しみ・絶望感、利用者の想いや考えなどの要素が不十分」との指摘がある。たとえば、上田⁷は以前のICIDHでは障害のある人の「機能障害」「能力障害」「社会的不利」の部分にのみ注目していたが、これらの人の心のなかには「無用な人間」「社会の厄介もの」「生きる価値のない」「死んだほうがいい」という気持ちに悩まされ続け、客観的な障害の克服に向けた工夫や努力が困難になる場合が多いと述べている。つまり、客観的次元のみで判断してしまうと、そういう状態を、「意欲がない」と決めつけて、あたかも怠けているかのように非難してしまうことになるのだという。

換言すれば、主観的次元が欠けた客観的世界だけの障害の捉え方は一面的であるということになる。そして、このことはICF成立後においても残された緊急課題として、「生活機能と障害の主観的次元」「第三者の障害（家族、親族、友人、利害関係者などに及び、本人にもはね返る障害）」の視点が重要なことを挙げている⁸。したがって、対人援助者はICFにおける健康状態の分類とともに主観的部分をも念頭に置きながら支援することが重要となるのである。

4 上田敏「《特別講演》新しい障害概念と21世紀のリハビリテーション医学—ICIDHからICFへ」（『リハビリテーション医学会誌』社団法人日本リハビリテーション医学会、2002年、123頁）

5 厚生労働省・高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けてⅢ 尊厳を支えるケアの確立への方策」2003年

6 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「障害保健福祉関係主管課長会議・資料4-2 相談支援の手引き」2005年

7 上田敏「ICF：国際生活機能分類と21世紀のリハビリテーション—広島大学医学部保健学科創立10周年記念講演」（『広大保健ジャーナル』Vol.2、広島大学、2002年、8頁）

8 上田、前掲講演、127頁

3. 主観的次元の要素と援助理論

それでは、利用者にとっての主観的次元についてみていきたい。この鍵概念となるのが「喪失と分離、悲嘆」という心理学的概念である。これらの主な種類を表1に示す。

表1 喪失と分離、悲嘆

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①死別など重要な他者の喪失②母子分離など依存対象との一時的離別③引っ越しうつ病などを生起させるなじんだ生活環境の喪失④夢や希望、期待、生きがいなど内面的な支えの喪失⑤失明など身体機能の喪失⑥手術や自己による身体器官の喪失⑦成熟や加齢に伴う喪失⑧自己の死という全面的・究極的な喪失⑨その他 |
|---|

山本力「展望：欧米における『喪失と分離、悲嘆』理論の展開」⁹より筆者作成

筆者は、先行研究より「喪失と分離、悲嘆」に該当する死や障害、また終末期や離別、迫害など人生の危機に陥った時には、類似した苦痛の過程があることを明らかにした¹⁰。それは表2に示したとおりだが、キューブラー＝ロス（Kubler-Ross）の死の受容過程では、否認〔ショックから否認〕—怒り—取引—抑うつ—受容に分類され¹¹、スティーブン・フィンク（Fink SL）の障害のステージ理論では、ショッ

9 山本力「展望：欧米における『喪失と分離、悲嘆』理論の展開—保健福祉領域における心理学的貢献の可能性」（『岡山県立大学保健福祉学部紀要』第1巻1号、岡山県立大学、1994年、1頁）

10 中澤秀一「介護福祉の専門性とスピリチュアルケア」（『介護福祉教育』第19巻第2号・通巻37号、日本介護福祉教育学会、2014年、18-20頁）

11 詳細は、E・キューブラー＝ロス『死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話』（川口正吉訳、読売新聞社、1997年、65-169頁）を参照のこと。

ク—防御的退行—承認—適応¹²。また、上田敏の障害受容の諸段階は、ショック期—否認期—混乱期—解決への努力期—受容期となっている¹³。さらに、エリカ・シューハート (Erika Schuchardt)¹⁴では対象が広がり、病気や障害、終末期、離別や迫害を受けた人までもが同様の過程 (曖昧—確信—攻撃—交渉—うつ—受容—行動—連帯) を辿るとしている。

したがって、これらから上田のいう主観的次元とは、一時的なものでなく永続的に元に戻らない (不可逆的) 原因に対して絶望した苦痛の過程といえるのである。そこで、筆者はこれら過程の状況、援助者への注意点・対応の指標としてⅠ～Ⅳにステージ分類した。(表2)

まず、これらのステージ分類で特に重要なことを述べると、キューブラー＝ロス理論では受容や適応、受容期、連帯などの最終ステージまで到達している例は全体数からみるとほんの少数でしかないということである。また、エリカ・シューハートでは、それに加えステージⅡを経験しない事例は誰もステージⅣや最終ステージⅤに到達しておらず、ステージⅠ～ステージⅢをさまよいつづけるとしている。

ただし、いずれにしても、すべての事例がこの過程を一人で歩むことは考えられず、専門職などのケアを受けているはずだが、大多数が最終ステージまで到達しないということはケアする側の大多数も人生の危機に対する痛みへのケアの能力が欠けていることの表れといえる。

次に、各ステージにおける状況と注意点を述べていく。まずステージⅠ (ショック)～Ⅱ (感情の嵐) にかけては、ショックからパニックとなり、認知構造の崩壊や感情の鈍麻、離人症の状態にもなる。そして、障害者と同一視されることへの強い反発や、健常者への嫉妬・羨望をもつなど他者との関係性が崩れ、また、計画や思考能力、状況理解力の低下、退行的、依存症など自律性を狭めている。この段階での支援は、危機という極限状態で如何に精神的安定を保つかが課題となる。しかし、対象者が真実を理性的に受け入れるか、心情的に耐えられる状態かは不明なので、説得などにより現実と対決させることは破局に追い込んでしまうことになる。

12 山勢博彰「ICU・CCUにおけるメンタルケア—看護にいかす危機理論・第7回フィンクスの危機モデル」(『HEART nursing 2001』Vol.14, No.11 [1037], メディカ出版, 2001年, 13-16頁)

13 上田敏「障害の受容—その本質と諸段階について」(『総合リハビリテーション』8巻7号, 医学書院, 1980年, 517-520頁)

14 エリカ・シューハート『なぜわたしが?』山城順訳, 長崎ウエスレヤン大学, 2011年, 202頁

表2 ステージ分類と状況・注意点

研究者	ステージ		シヨック	感情の嵐 (ステージII)	喪失感 (ステージIII)	受容 (ステージIV)	構造改革 (ステージV)	
	ステージ I	ステージ II						
Fink SL	マズローの動機づけ理論が土台。外傷性脊髄損傷から機能不全、シヨック性危機のケースや喪失に関する文献研究より障害受容にいたるプロセスモデル。実証的研究や幅広い領域からの検証は受けていない。	シヨックは、心理的な警鐘として引き起こされるもので、現実の危険を察知し、自己保存への警異を体験する段階。現実は対処できないほど急激で、結果的に生ずる無気力と不安のためにパニックになる場合もある。認知構造の崩壊が起こり、計画の低下を示す。	シヨックに伴って経験している圧倒的な状況に耐えることができない段階。「私には変わっていない、これにはまよったとした一時のものだ」などと自分を安心させようとする。現実を避け否定し、希望の思いにふけるようになる。無関心や非現実的な多幸感を抱く場合もあり、ある意味では情緒的に安定しているようにみえる。逃避のメカニズムは実際に強化される。	防衛的退行	承認 もはや以前には戻れず、期待する身体的変化もなないことを知り、他者は非現実的な信念の支持をやめる。改めてストレスフルな状況にさらされ、好むと好まざるにかかわらず、現実から逃避できないことを知る。「もはや以前の私ではない」と感じ、今の自分自身を卑下するようになる。感情的には抑うつになり、喪失感を伴って悲痛的な感覚を覚える。無感動や動揺、苦しみ、悲哀、強い不安などの感情を示す。失ったものがあるが、なお残存する機能があることを認識し、変化した現実に対し再認識しながら再構築が促される。	適応 新しい自己イメージと価値観を築く段階。自分を試し、己の資源と可能性を対比させ新しい適応を企てる。満足感を経験し、不安や抑うつは徐々に減少。思考と計画の可能性により再構築され、未来に向けた展望を抱くようになる。危機を肯定的にとらえ、積極的に価値があることを認識する。危機が人生をより深く理解するためのイベントだと認識し、今後の危機に対処する準備だと思おうようになる。		
	注 意 点	障害が一時なのか永久的なのかはまだわからない状態にある。治療の焦点は障害へ向く。生体の正常な機能が冒されるかどうかはその人の生命力次第。	この段階でのバランスを崩すようなものは、脅威として認知され、怒りを伴った反応を示す。思考は固定し、自己の生活様式や価値、目標を変えようと抵抗する。このような防衛的な反応は、身体的に回復しているという実感があるために助長される。極度な動揺と無意味な感情にとらわれ、その状況に圧倒されると自殺を企てることもある。				この段階では、あえて冒険を冒すこともあるかもしれないが、これは、より満足のいく成長志向的な生活を脅かすという1つつの挑戦的手段かもしれない。	

<p>elisabeth Kubler-Ross</p> <p>200人もの末期癌患者へのインタビューを通して知られた人間の死に向き合っていく「死の受容プロセス」を提唱</p>	<p>状況</p>	<p>怒り</p> <p>怒り、憤り、義憤、恨みなど。「女は怒るのを好む」といわれる。怒り、憤り、義憤、恨みなど。「女は怒るのを好む」といわれる。</p>	<p>取引</p> <p>患者は過剰な怒り、悲しみの表現を求められ、報奨金を得る。一ヒズ(延命)の願望を知らず、何かがあつていないことを知ること、何を申し出てほしいのかを交渉する。何らかの約束を結ぶこと。</p>	<p>抑うつ</p> <p>① 身体の一部など、自分の大切なものを失くした悲しみ、喪失感、悲しみ、悲しみの世界に閉ざされていく。② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿</p>	<p>受容</p> <p>自分の運命について悔い、悲しみ、悲しみの感情を表現し、静かに受け止める。悲しみの感情を表現し、静かに受け止める。</p>	<p>状況</p>
<p>注 意 点</p>	<p>死についての対話は、患者の心の準備が出来た時に始めるべきだが、否認態度を取り始めたら直ちに止めるべきではない。</p>	<p>患者の立てた怒り、憤り、義憤、恨みなど。「女は怒るのを好む」といわれる。怒り、憤り、義憤、恨みなど。「女は怒るのを好む」といわれる。</p>	<p>取引は期を過ぎる。良い表現を求められ、報奨金を得る。一ヒズ(延命)の願望を知らず、何かがあつていないことを知ること、何を申し出てほしいのかを交渉する。何らかの約束を結ぶこと。</p>	<p>抑うつは、身体の一部など、自分の大切なものを失くした悲しみ、喪失感、悲しみ、悲しみの世界に閉ざされていく。② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿</p>	<p>受容は、自分の運命について悔い、悲しみ、悲しみの感情を表現し、静かに受け止める。悲しみの感情を表現し、静かに受け止める。</p>	<p>状況</p>

研究者 上田敏	ステージ 上田敏	シヨック期 シヨック(ステージI)	シヨック後(ステージII)	シヨック後(ステージIII)	シヨック後(ステージIV)	シヨック後(ステージV)
<p>リハビリテーションの場から身体障害者に対する臨床研究および文献的考察</p>	<p>シヨック期 障害の発生(発病・受傷)直後に集中的な医療とケアを受けている時の心理状態。非常に強い苦痛を感じるが、肉体的な苦痛はありうる。逆にも心理的には鈍昧した無関心な状態にあることが多い。これは一種の生物学的な保護反応であり、現実とは一枚皮膜を隔てて接した感じとなり、しばしば現実から自分についてではないような離人症の状況となる。</p>	<p>否認期 左片麻痺(右頭頂葉病変)には病態失認が多いが、否認は極端な例として失認を含みながらも、必ずしも脳病変を要しない患者も起こりうる普遍的な現象である。また、否認には顕在性および潜在性があり、後者はよほど注意深く観察しないと見落とす。患者の行動には大きな影響を及ぼす。潜在性の患者は、奇跡を待望し、ある朝目覚めると忽然と元の体には戻っているのでは?という夢のような期待にすがり、特に障害部位の治療でない残存機能開発の訓練には熱心でなく、しばしば拒否的であ</p>	<p>混乱期 圧倒的な現実を到底有効に否認しきることができず、障害が完治することの不可能性を否定しきれなくなる結果起こってくる時期である。若い未熟な障害者ほどなりやすいともいわれる。この時期の患者は攻撃性が高く、それが外向的・他罰的になって現れる。自分の障害が治らないのは多くやってくれないから、もつと回数や時間を多くやってくれないから、その時治療が失敗したからこうなったのだ、等々すべてをほかの責任に押し、怒り、うらみの感情をぶつける。逆にそれが内向的・自罰的なかたちで現れると、今度は自分を責め、すべては自分が悪いのだと考え悲嘆にくれる。また抑うつ傾向になり、時には自殺企図にはし</p>	<p>喪失感(ステージIII) 解決への努力期 前向きな建設的な努力が主になる時期。外向的な攻撃では問題が解決しないことを悟り、一方内面的自覚として、結局、自己の責任がないことを悟る。復讐の思い込み、社会的不利軽減の見通しがたつなど、現実的な必要と思われる。</p>	<p>受容期 受容期 やがて価値の転換が完成し、患者は社会(家庭)の中に何らかの新しい役割や仕事を待たせ、その生活に生きがいを感ずるようになる。</p>	<p>構造改革 (ステージV)</p>

	<p>リハビリティテーション・スタッフの責任は価値の転換の過程を援助し、促進していくことにある。そのためには現実的に能力障害と社会的不利を減らして、本人の「資産価値」を實質的に高めることが重要で、他方では援助(家族を含む)側が、積極的に本人の中に価値を発見することが必要となる。即ち、「価値の範囲の拡大」「内的な価値の発見」「資産価値の重視」を本人にだけ要求するのではなく、まず援助側が本人の価値(美点)を発見し、それを本人と家族に伝え確認させることである。本人が障害を受容するには、まず社会や援助側がその障がい者が受容しなければならぬ。</p>
<p>この外向・内向のどちらの形をとるかは、病前の性格によるところが大きい。本質的には表裏一体のものであり、1人の人の中でこの2つの傾向が共存し、交代して表面に現れることもある。また否認期とこの混乱期との関係も固定的ではなく、両者の間を往復することもある。たとえば、治療(訓練)により少しでも機能の回復がみられると、それを過大評価して完全回復への機能が再び明るく、平穏な状態となる。これは障害の受容ではなく、むしろ否認期への逆行、すなわち、現実否認(幻想による)の力が一時的に盛り返した状態に過ぎない。</p>	
<p>生活目標や欲求はまだ健全な時とは変わらなず、障害者と自分とを同一視されることに強い反発をもち、反面健常者に対し嫉妬・羨望をもつ。また退行的になりケアを与える人々に依存的にもなりやすい。</p>	<p>否認は弱い自我が圧倒的な現実面に直面してとる防御反応(抑制)であり、自我が弱い間はあがる程度必要である。したがって、シヨクク期も含めて、説得を通じて患者を否認の隠れ家から引き張り出し、現実に対峙させようとすることは無益であるばかりでなく、患者を破局反応に追い込むだけに終わりがちである。</p>
<p>注 意 点</p>	

次にステージⅡ（感情の嵐）は、現実を否認しきれず、荒れ狂う感情の嵐に翻弄される時である。それが外向的・他罰的になると、怒り、憤り、羨望、恨みなどが周囲環境へ投射され、内向的になると、悲嘆や抑うつ、時には自殺企図など自律性が崩壊する。また、医療機関を転々としたり奇跡の道を求めることなど、超越的他者との関係を求める行動がみられる。このステージの対応は特に重要で、対象者が怒りを表出し、鬱屈したものを放散できるかできないかが最終ステージ（ⅣやⅤ）に到達するための鍵になる。

ステージⅢ（喪失感）は、究極的自己へ向かう過程で現れる痛み、①喪失感（反応抑鬱）や②準備的悲嘆（準備抑鬱）を経て、あらゆる試みが最終的に放棄される段階である。一方、変化した現実に対し再認識しながら再構築が促され建設的な努力が主になる時期でもある。注意点としては、上記の①と②の抑鬱は性質が異なるということ覚えておかなければならない。

ステージⅣ（受容）は、嘆きや悲しみも終え、静かな期待を持ち自分を見つめることができる段階である。やがて価値の転換が完成し、対象者は社会（家庭）の中で何らかの新しい役割や仕事を不得生きがいを感じるようになる。ただし、受容は単なる諦めや同意された容認でもなく、幸福の段階ということではないということ覚えておかなければならない。

ステージⅤ（構造改革）は、何を持っているかが大切ではなく、持っているもので何をするかが重要なことを理解する時である。換言すれば、これまでの経験をもとに、自分のなかで直接的・間接的に、価値と規範の再編と構造改革が行われる段階である。この段階では、障害となるものは背後に退き、社会的な活動領域が意識され、共同での行動に目が向けられる。このような「連帯状態」は、たとえば、乳癌により38歳の若さで亡くなった女性ロック歌手、HIV訴訟（薬害エイズ事件）原告であった現参議院議員、さらには多くのパラリンピック選手などの姿にみることができる。

次に、表3を元に主観的次元の痛みに対する基本的な対応についてみてみたい。

表3 ステージ分類と基本的対応

研究者	ステージ		ステージI (ショック)	ステージII (感情の嵐)	ステージIII (喪失感)	ステージIV (受容)	ステージV (構造改革)	
	Fink	SL						
elisabeth Kubler - Ross	対 応	否認(ショックから否認)	患者や利用者を避けるとどうなるのかを知ること。彼らのそばに話しかけたいた気持ちは見せななくとも、訪問を繰り返していくならば、必ずやがて、彼らは、心配し諦めずに訪ねてくれる人がいるという信賴の感情をわかしてくるに相違ない。非審判的態度。	生体の存在が脅威にさらされているために、安全のニードに対してすべての資源を動員する。	心理的停滞期間であるため、安全のニードを志向した介入が重要。積極的な治療のサポートに再度抵触するものは、そこから逃げることで安全が保障されるわけではないと認識することから、成長のニードに合わせたサポートを志向する。	抑うつ	さらなる成長のニードを充足するように現実的な自己評価を促し、積極的な問題解決に向けた行動を強化することが必要。	
		取り引	(取り引を) あっさり無視する態度にできないことが望ましい。(たとえ) 神への罪責感や心の深層に無意識な敵対願望などがどうして表面に出てくるのか患者の心の極みを探り続け、患者の不合理な恐怖、(神に) 罰せられるという意識にアプローチする方法を検討する。	怒り 患者は怒りを表すことにより解放が得られ、鬱屈したものの放散により受容できようになる。患者を尊敬する、理不尽な怒りすら受け入れることが必要。そのためには援助者側も死の恐怖や破壊的願望を直視し、患者看護を妨げない援助者自身の自己防衛を自覚することが重要。	抑うつ ①沈み込む人に対し、気を引き立てて物事を絶望的に見えないように話す。②悲しむなといわず、ことばによらず手を握る等、ただ黙ってそばにいてくれることが望ましい。専門職が、患者と周囲の人々に負い違いと葛藤、矛盾をはつきりと認識し、それを家族に伝えて共感を得られるならば、患者のみならず家族の救いともなる。	承認	さらなる成長のニードを充足するように現実的な自己評価を促し、積極的な問題解決に向けた行動を強化することが必要。	受容 私たちのコミュニケーションは言葉ではない。傍にいてくれること、身近にいてくれると確信を持つ。沈黙の時間こそ、有意義なコミュニケーションとなる。こればや「かましい言葉」よりも雄弁である。訪問者は夕方が一番適している。それは訪問者、患者双方にとって一日の終わりの時だからである。

研究者	上田敏	ステージ I (ショック)	ステージ II (感情の嵐)	ステージ III (喪失感)	ステージ IV (受容)	ステージ V (備忘録)
		シヨック期	混乱期	解決への努力期	受容期	
		否認期				
		対応				
Erika Schuchardt		曖昧	攻撃	交渉	うつ	行動
		対応 (事例より)				

まずステージⅠでは、対象者が本当のことを話したい、聴きたいという合図を待つことが必要となる。したがって、受容的、非審判的態度で、支持的・保護的に依存のニーズを満たし、架空な幻想もあえて粉碎しないようにするべきである。ステージⅡでは、対象者の怒りに対してその原因を考える人は極めて少なく、同情による誤った対応から対象者より抗議を受けたり、また、その怒りが対象者へのしかかる感情への抵抗だと受けとめられないため、対象者が孤立に向かう場合が多い。そのため、安全のニーズを志向した介入を基本に、援助者側も死の恐怖や破壊の願望を直視し、援助者自身の自己防衛を自覚すること、また、対象者を理解しどんな理不尽な怒りすら受け入れなければならないのである、ステージⅢは、①の場合、抑鬱の原因を見出すと、しばしば伴う非現実的な罪責感や羞恥感を幾分軽くできるが、②では、過度の干渉や「明るく元気を出そう」等の言葉は対象者の情動的準備を妨げることが多くなる。そこで、援助者は悲しみの表現を許すこと、対象者と周囲の人々との食い違いや葛藤、矛盾を認識することが必要となる。また、同じ悲しみを知っている人の存在が対象者自身の魂の転換のはじまりの時にもなる。ステージⅣでは、死を回避するために闘い否認するほど、受容に達するのは困難となる。したがって、傍にいて、沈黙の時間が有意義なコミュニケーションの時となるのである。また、あえて冒険を冒すかもしれないが、対象者がさらに成長するためには現実的な自己評価や、積極的な問題解決に向けた行動を強化することが必要となる。このようなことから、ステージⅤの状態は障害者総合支援法でいう自立よりもより上位の「個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営む」段階といえよう。

先にも述べたように、この最終ステージに到達する人は限られてくるが、反対に、ここまで到達した人には必ず誰かの支援があるということであり、それはまさしく個人の尊厳を守り支えた（主観的次元の）支援といえよう。したがって、利用者がこの最終ステージに到達するにはICFの客観的次元と各ステージの状況を見据えながらアセスメントをしたうえで援助することが必要となるのである。

4. 主観的次元へのケア

ここでは主観的次元への具体的な支援について述べてみたい。前述したように、障害を持つ人の心の中にはさまざまな気持ちに悩まされ続け、客観的な障害の克服に向けた工夫や努力が困難になる場合が多いが、この点について参考になるのが

スピリチュアル（霊的）ケアの考え方である。窪寺によると、スピリチュアル（霊的）な痛みとは、人生を支えてきた生きる意味や目的が死や病気などにより脅かされて経験する全存在的苦痛である。この苦痛は必ずしも終末期医療の患者に限定されるものではないが、自分の死を意識する人ほど強く、激しく、深くなると述べている¹⁵。

したがって、既述したステージ分類はスピリチュアルな痛みの過程とも重なり合うといえる。このような、スピリチュアルな痛みに対する支援の指針と方法について各研究者の所見を表4に示す。

表4 スピリチュアルな痛みに対する支援の指針と方法

山口龍彦 (ホスピス医師の立場から)	指針	信頼と安心を得た援助者になるには、「スピリット（霊・魂）が存在する」「人間の本質は霊であり、魂である」「人間は身体的側面と同時に、精神的、社会的、スピリチュアルな面を併せ持つ存在である」「スピリットは輪廻転生を繰り返す中で偉大な仏にいたる可能性を有しているから尊い」という仮説をみずからのうちに取り入れることだという。この仮説を受け入れれば、意識のない患者（植物状態の人）や死んだ人にも尊敬ある存在として関わることができるとしている。
	方法	傾聴することにより、患者自身が自らを再評価し、心を軽くすることができる。このプロセスをスピリチュアルケアと呼んでいる。医療者が患者に関心を持たないことの対極に、霊的な人生観をもって、患者に尊敬を持って関わるといふスピリチュアルケアがあると捉え、その重要性を訴える。
大下大圓 (密教福祉の立場から)	指針	死が恐ろしいのは、痛み（苦痛）、親しいものとの別離、地位・財産・名誉などの喪失、罪責の4つの理由からという平山正実を紹介し、その不安や恐怖から生じる宗教的な関心やスピリチュアルペインに対応したかわり（スピリチュアルケア）が求められるとする。
	方法	聖職者による宗教的行為、死ぬことの意味を見つけられるような宗教的枠組みによる援助、自己のスピリチュアリティに気づかせ自己肯定にいたること、内面の自由を見つけて残された人生を（量でなく）質でみること（例：自分にもできることはあったという喜び）人生の価値を見出すこと、過去からの解放、死への準備、来世の存在を信じ、そこでの魂の永生を信じること、自己の生命を子どもに託すこと、十分によく生きたという自己受容などをあげる。
青木信雄 (ターミナルケアにおける医師の立場から)	指針	核になる発想は、対象者の「たましい性」を把握しながら働きかけることが重要。
	方法	具体的方法としては、ホスピスにおいて使われている傾聴などの方法が他の場合でも概ね適用できると考える

山下、大下、青木の所見から筆者作成、2013年¹⁶

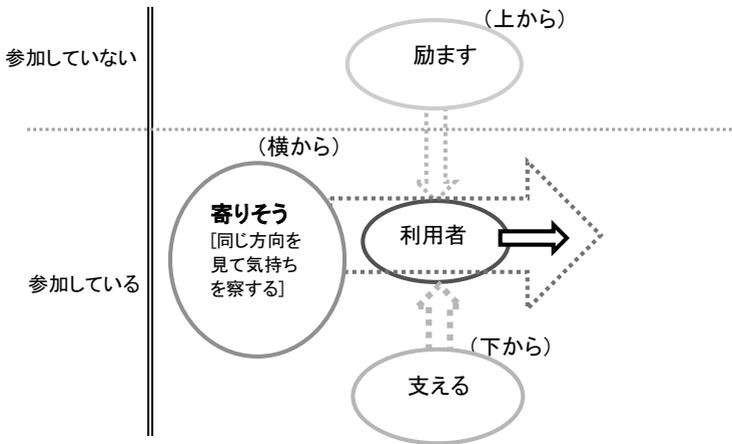
15 窪寺俊之「スピリチュアルケアへの宗教の貢献—宗教の復権に向けて」（『宗教研究』84巻2輯、日本宗教学会、2010年、84-85頁）

16 日本ホスピス・在宅ケア研究会『ホスピスと在宅ケア』Vol.11-No.1、2004年

これらは宗教、終末期医療領域などの立場から述べられているが、共通したテーマは、いのちの意味・苦痛の意味・死後のいのち・罪責感などであり、危機に陥った者自身が自己変容し生の主体となることを目指すことといえよう。また、方法としては傾聴や、宗教的な援助、価値を見出すこと、自己受容することなどが挙げられているが、本質的には、患者や家族のもつ人間観・価値観などをサポートし患者や家族がしっかりと自分の人生の現実と向き合い、自分のいのちの意味を見つけ出せるように支えることにある¹⁷。

このようなケアの中心となる考え方が柏木のいう「寄り添い型ケア」¹⁸である。

図3 寄り添う、励ます、支える、の関連—恵み・支えの双方向性



第15回人間力より筆者作成

一般に、「寄り添う」と混同される言葉には「励ます」や「支える」があるが、これらの違いは図3に示したように、「励ます」は外から動かす力とはいえ対象者にあまり関与しない状況といえる。次に、「支える」は、対象者を支えないと落ちてしまうから「仕方なく」「とにかく支えてあげないと」という気持ちである。これに対して、「寄り添う」とは対象者の悲しみの過程に参加することであり、そこ

17 同上

18 柏木哲夫『生きること、寄り添うこと』いのちのことば社、2015年、38-40頁

から逃げ出さずに、空間を共にするということになる¹⁹。したがって、図3のように「励ます」の上から、「支える」の下からに対して、「寄り添う」は横からといえ、患者や利用者自身の力や持ち味を信じることである。そして、人生の危機を歩む人の生活に参加し、同じ方向を見て気持ちを察することで、患者や利用者自身が自分の力を発揮して生きて行くことができるのである。ただし、専門職が利用者の苦痛の過程に参加し続けることはなかなか難しいことである。そこで、対象者の自主性を信じて寄り添うためには、専門職自身が持っている価値体系や、持ち味や、性格特性などに加えて、ある意味で支援者が耐えていく力が必要になる。柏木は、この力を「人間力」といい、表5に示した力を養うことが、「寄り添う力」に繋がっていくのだとしている。

表5 人間力を構成する力

①	聴く力	良いケアを提供するためにまず大切なことは、人の話をよく聴くこと。ただし、「聞く」には耳だけが「聴く」には耳だけでなく心もある。それは個人的な関心を持ってしっかりと聴くということであり、Active
②	共感する力	共感する力とは、「この人には自分のつらさが伝わった」と思わせる力である。ただし個人差があり、自然にできる人もいれば、とても難しい人もいる。利用者、援助者の立場を入れ替えることも、「共感力」を高める一方法。
③	受け入れる力	その人全体をそのまま受け入れるのはとても難しいが、自分がそのまま受け入れてもらえたと感じる事ができたときの嬉しさは特別である。それは助言や励ましよりも大きな慰めを与えてくれるものになる。
④	思いやる力	職場の中で、「あの人は思いやりのない、もう少し思いやりがあればいいのに、それがないのが一番つらいのです」ということがよく聞こえる。接する人の大変さを思いやる力は、人間力の中でも大切な力。
⑤	理解する力	悩みには、その人の責任外で起こったことに起因している場合があり、人はそれを引きずりながら生きていくものといえる。なぜこんなことでこれほど悩むのかと思える人がいるが、その人のこれまでの生活歴を知ると、その悩みを理解できることがある。
⑥	耐える力	ケアには忍耐力が必要である。なかなか好転しない状況を文字どおり耐え忍ぶ力が要求される。
⑦	引き受ける力	対象の抱えている問題がとても複雑であったり、その人自身が大変な人だったりすると、そこから逃げ出したいことがある。その場合、人間力としての「引き受ける力」が必要になる。
⑧	寛容な力	仕事において大変な状況の中で寛容な力を出すことは非常に難しいが、心が広い、赦せる力を持っていることは大切なこと。
⑨	存在する力	「存在する力」とは「逃げ出さない」という意味であり、「自分は逃げずに、このことに関して一緒に考える。何かあればいつでも呼んでください」ということ。この「存在する力」を英語で表現すると “I'm available”
⑩	ユーモアの力	「ユーモアの力」を人間力に加えるのは独特の考えかもしれないが、とても大切である。ドイツ語のユーモアの定義に、「～にもかかわらず笑うこと」「愛と思いやりの現実的な表現」とあるが、大変な状況にもかかわらず笑うことは難しいが、「愛と思いやりの現実的な表現」を実践することで、職場の雰囲気がとても良くなっていく。

柏木哲夫「人間力」(連載: 恵み・支えの双方向性 第15回)より筆者作成

19 柏木哲夫「人間力」(連載: 恵み・支えの双方向性 第15回) (『いのちのことは』2015年9月号、いのちのことは社、24-25頁)

また個人の尊厳や主観的次元は、柏木の述べる命（いのち：この世に存在している意味、生きている意味、大切にしてきた価値観）ということばに置換えることができる。したがって、各ステージでのこの世に存在している意味、生きている意味、大切にしてきた価値観をアセスメントし寄り添ってケアをすることは、まさしく個人の尊厳を守り支えることといえるのである。

5. 利用者への関わり（アセスメント、基本的ケア、段階別ケア）による効果

——『心あたたまる介護』より、介護の魅力に関するデータ分析

これまで述べたように、ICF や主観的次元を理解したうえで自立支援のためにアセスメントし、寄り添うことは専門職としての専門性といえるが、このことは専門職自身にとってどのような影響を及ぼすのだろうか。そこで、専門職が利用者の主観的次元を守り支えることの効果についてみていきたい。

たとえば、マザー・テレサが蛆だらけの臨終の女性をケアした場面で、ケアを受けた女性は「ありがとう」と感謝を一言述べて亡くなった。その出来事についてマザーは「彼女は、私がしたことよりもっとたくさんのことを与えてくれました」と述べている。さらに、社会福祉関係者なども「施設にいて、自分はたくさんものを利用者からいただいている」ということもよく聞く話である。このことについて、井上はケアには「かかわりのエネルギー」が流れているからだとして述べている²⁰。

私たち人間は、かかわりの中で生まれ・育ち・死んでいく。したがって、人間の「生の原点」は「かかわり」の中にあるといえる。介護業務は、このような「かかわり」、さらには「全人的かかわり」を行うことから「生の原点」に触れる業務といえる。すなわち、先のマザー・テレサや社会福祉関係者は、この生の原点に触れたからこそ利用者だけでなく自分たちさえも根底から支えられていることに気づいていったのだということである。

ただし、全人的なかかわりという捉えどころのない行為を一般的立場から証明することは非常に困難である。そこで、筆者はこのようなかかわりの過程が記載されている事例集『心あたたまる介護』²¹を手掛かりとして、訪問介護に関する33事例(表6)からそのメカニズムを検証した。

20 井上英治「かかわりとケア」（『人間学・紀要』第25号、上智人間学会、1995年、147-148頁）

21 名古屋市在宅介護サービス事業者連絡研究会「心あたたまる介護」選考委員会『心あたたまる介護 最良のケアとは何かを求めて』日経研出版、2001年

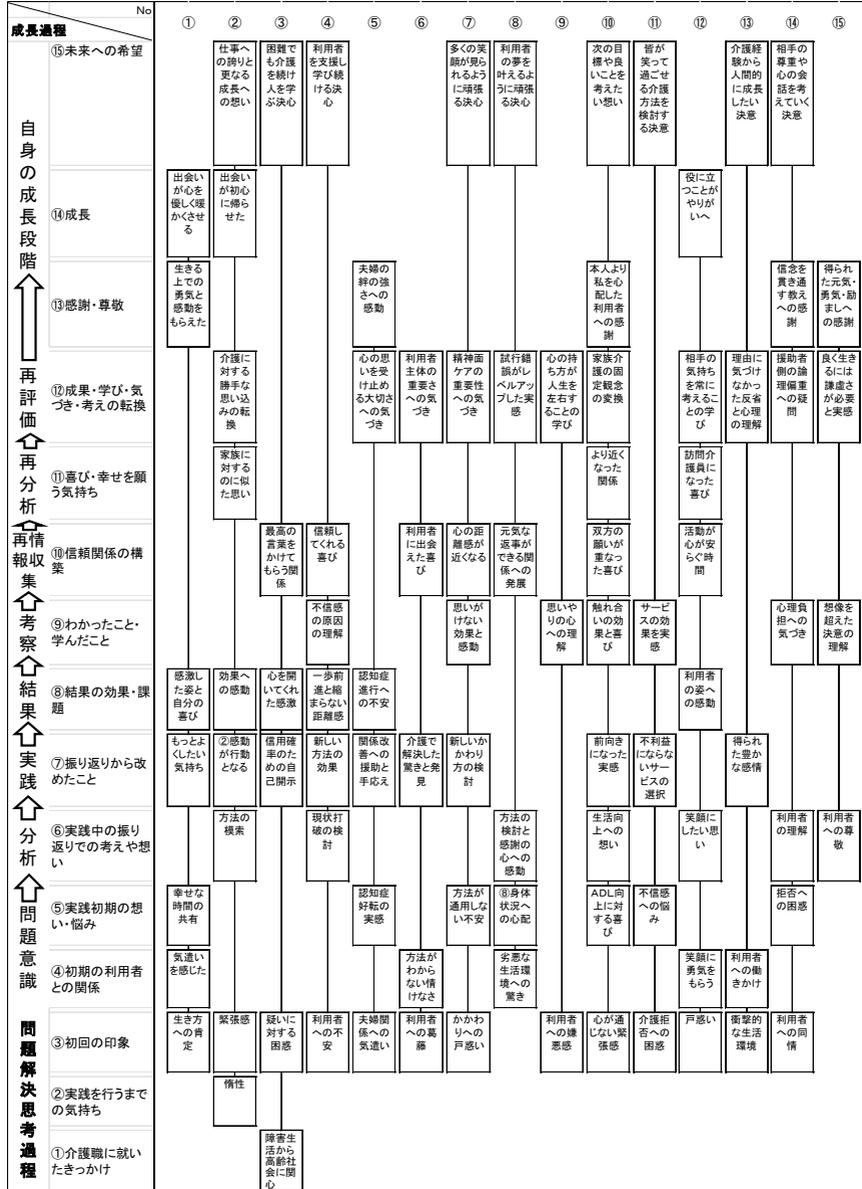
表6 事例の題名

①約束した手の温もり ②「趣味」というつながり ③与えられた時間を大切に生きる ④心の言葉 ⑤寄り添って ⑥あやのさんに学んだこと ⑦Iさんの笑顔～介護の喜び～ ⑧利用者と共に成長して ⑨すべては心の持ち方ひとつで～ある利用者から学んだこと～ ⑩散歩 ⑪介護する人される人 ⑫笑顔 ⑬Kさんが気づかせてくれたこと ⑭人間らしく生きたい ⑮ノーハンディキャップ ⑯笑顔に支えられて ⑰相手は自分の気持ちを映す鏡 ⑱寝たきりからの脱出 ⑲心ふるう介護に ⑳力になれてよかった ㉑私に誇りをくれた西山さん ㉒高齢者の一人暮らしを支えるために ㉓今、この現実を大切にする ㉔心の底から「ありがとう」～渡辺さんと出会って～ ㉕「工夫」でつかむいい関係 ㉖幸せをありがとうございます ㉗エゴ ㉘会遇・別離・希望 ㉙Mさんの努力に学ぶ ㉚先生と呼ばれて ㉛高齢者にとってのケアとは～ある一つのケースから～ ㉜明日に向かって発つ ㉝母の温もり

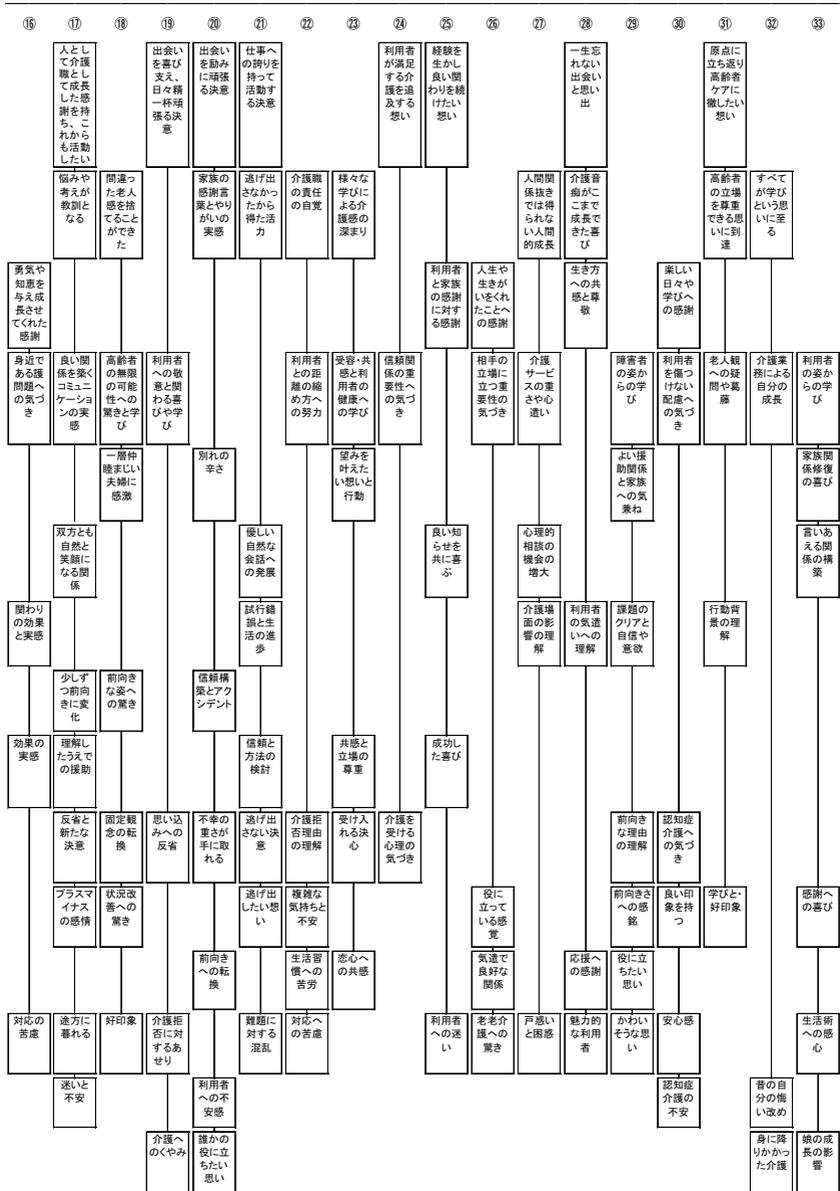
『こころあたたまる介護』より

なお、事例の分析はM-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ：以下 M-GTA-GTA）の手法を用いて行った。これは、データに密着した継続比較分析から独自の理論を生成する質的研究方法であり、人間の行動の何らかの変化と多様性を説明できる分析方法である。また、表6の事例内容からみられる想いや体験を概念化し、複数の概念間の関係を解釈的にまとめて最終的に結果を表7に示した。

表7 概念図による介護職員の成長過程



対人援助における自立支援の手法



筆者作成、2016年

表7（結果図）からは、15の成長段階が確認できた。そこで、これらの諸段階を追ってみたい。

[①介護職に就いたきっかけ]

介護に就いたきっかけは5事例しか示されていないが、やりがいを求めたり何かの役に立ちたいという思いからということがうかがえる。

[②実践を行うまでの気持ち—⑤実践初期の思い・悩み]

初期の活動では、不安や緊張、困惑等の好ましくない心理状態で仕事に臨んでいる者が多いとことがわかる。

[⑥実践中の振り返りでの考えや思い]

この段階では、利用者の状況を分析することで、思いや考えを理解できるようになり、消極的・否定的な気持ちも積極的・前向きに変化している。

[⑦振り返りから改めたこと—⑧結果の効果・課題]

すべての事例で、介護者自身の心の持ちようが変容しており、その過程で、利用者を意図的に良い方向へ導くように計画や実践を行っている。これらは、利用者との距離が縮まったからこそできることであるが、実践結果が良好になると、より援助者と利用者双方が親密な関わり方へと変化している。

[⑨わかったこと・学んだこと—⑩信頼関係の構築]

良好な結果が導かれる、援助していく上での大切な気づきが生まれたり、信頼関係を構築したり、やりがいを見いだしたりするなど、幸福な相互作用の時間につながっている。

[⑪喜び・幸せを願う気持ち]

事例の対象は高齢者なので、今後に対する不安や心配、また突然の死という別れや悲しみも訪れている。

[⑫成果・学び・気づき・考えの転換]

この段階に至るまでの関わりによって、介護スキルが向上し価値観も転換している。

[⑬感謝・尊敬—⑭成長]

感謝の気持ちが生まれ、自分自身が成長したと感じている。

[⑮未来への希望]

最終的には利他愛が生まれ、この段階は自己実現への契機にもなっている。

以上、分析結果から特に重要なことを挙げると、各人が意識的・無意識的に問題

解決の思考過程を繰り返しているということである。また、初期に困惑や緊張が続いた者（事例 2-7、9-13、16-17、19、21-22、25-27）の方が、最初から利用者の好印象を得た者や安堵感などのプラスイメージをもたれて比較的スムーズに介護業務に入ることができた者よりも最終ステージの〔⑮未来への希望〕へ到達した者の確率としては高いといえる。したがって、たとえ利用者との初期のかかわりが困惑や不安、緊張の中で行われたとしても、課題の解決やニーズを充足するための思考過程（介護過程）に基づく関わりを続けることは、〔成長過程：⑭成長〕や〔成長過程：⑮未来への希望〕へと到達する要素となるのである。したがって、介護業務を単純労働と捉える者は、自分の考えや価値観、意思の転換ができずこの思考過程に辿り着けないのでやりがいも生まれず離職へと向かい、反対に常に問題解決の思考過程を繰り返しながら介護を行うものは、やりがいや満足、自分自身の成長へと向かっており、問題解決の思考過程が分かれ目になるといえるのである。

6. おわりに

本小論では、介護業務の良さややりがいを示すため、個人の尊厳や自立支援を意識したかかわり方の影響について検討してきたが、その鍵は絶えず問題解決の思考過程を展開した利用者とのかかわりにあり、その相互作用が自分自身の学びや人間的成長へとつながることが示された。

前述したように、介護人材の不足や1年間に退職する介護職員の75%は勤務年数3年未満の者だといわれているが、勤務年数が3年未満の離職者が、専門的知識や技術の習得や問題解決の思考過程に習熟することは非常に難しく、その結果介護の魅力にも辿り着けず人間的成長ができなかった証明ともいえる。それに対して、マザー・テレサや社会福祉関係者、事例集『心あたままる介護』の筆者たちは、主観的次元へのかかわりや問題解決の思考過程を展開した利用者との相互作用を繰り返したからこそやりがいや満足などの結果をもたらしたといえるのである。

筆者には、介護の学びや業には社会生活や職業に就く上での基本的要素が満載していると思えることが多々ある。多くの誤った情報や行き過ぎた情報の氾濫により、この仕事への誤解や偏見が後を絶たないが、この研究により、介護福祉業務には人が生き成長する可能性があるということを明らかにしたつもりである。今後、日本社会が安定するためのいくつかの条件に、この業務の価値を高めることは一つの回答であるといえる。その方法については、今後の筆者の課題としたい。