

# 人間中心で考える「介護福祉」の課題と展望

川 廷 宗 之

敬心学園職業教育研究開発センター・センター長  
大妻女子大学・名誉教授

## A Consideration of the Issues and Prospects of People-Centred “Activity Care Welfare”

Kawatei Motoyuki

Professor Emeritus, Otsuma Women’s University

Director of Research, Development and Innovation Center for Vocational Education and Training

**Abstract** : I considered the relationship between the feeling of hopelessness in regard to the future of modern people, and activity care, and observed the importance of supporting activity care by restoring the future prospects of modern people. Comprehensive activity care is created by aiming to achieve activities utilizing ICF. I summarized the differences between activity care and nursing care goals, from the viewpoint of ICF. This activity care covers not only ADL but also IADL. Accordingly, I pointed out the importance of the activity care process and the activity care diagnosis.

**Key Words** : activity care, ICF, ADL, IADL, active aging, innovation in care process, activity care diagnosis

**要旨**：現代人の未来への失望感と介護の関係を考えた。現代日本における介護福祉支援の重要性を、現代人の未来展望の回復という観点から考察した。そのうえで、豊かな介護は、ICFによる活動を目標とすることで生まれる。また、ICFの観点から、看護と介護の目標の違いを整理した。この介護はADLだけではなくIADLも対象とする。その為に介護過程と介護診断の重要性を指摘した。

**キーワード**：活動目標への介護、ICF、ADL、IADL、活躍する高齢者、介護過程改革、介護診断

### <はじめに>

介護の対象は言うまでもなく一人一人の人間である。生物としての「人」を介護するのではない（管である）。とすれば、人間の介護という意味での介護を考えるには、新たな視点を含め総合的に考える必要がある。それゆえ、本稿では、人間中心の「介護福祉」の全体像について論じるため、かなり内容が多岐に渡っている。一方で紙面の都合もあるため、一一の細かい論証は割愛せざるを得なかった。また、今後の課題の部分は仮説のまま提示している。

それぞれの部分に関しては、今後別途、小論として報告していくが、本総説では、骨子のみにとどまる点をご了解いただきたい。

### 1. 何故、高齢者介護が重要なのか

#### (1) 様々な社会的不適応

2001年6月に起きた大阪教育大学附属小学校における無差別殺人事件などを皮切りに、日本では多くの無差別殺人事件が起きている。多くの場合、犯人は捕らえられるのを承知で事件を引き起こし、自

ら死刑を望み、処刑された人もいる。一方では1998年から日本における自殺者が急増し年間30,000人を超えた。2010年頃から減り始め、2016年には、1997年の水準に戻ってはいる。

何故、こういうことが起きているのか、色々な分析があるが、基本は生きて行く希望や意思を喪失したということであろう。そうなる原因は多々考えられている。経済的に追い込まれてとか、人間関係が上手く行かないとか、色々ある。しかし、貧しいというだけなら、1940～1950年代は現代では考えられないくらい貧しい人々が沢山いた。では、人間関係が主な原因かとなるが、そうなのであろうか。1940～1950年代当時の方が人々の身分意識は遙かに強く、差別問題は日常的な課題だった。1940年代前半までは、最終的には兵隊として戦線で死ぬというのであるから、過酷な労働の強制などは当たり前だった。1950年代に入り新しい憲法のもとで人権が保障されたはずだったが、現実はその間に簡単には変わらない。相変わらず人身売買に近い現象すらあった<sup>1)</sup>（「舵子事件」）。この当ても自殺者は少ないとは言えないが、それでも2万人前後であった<sup>2)</sup>。まして、無差別殺人などという事件は極めてまれだった。

## （2）見えない人生の展望

では何が原因で、21世紀日本の社会ではこういう事件や自殺が多発するのであろうか。1940～1950年代と比較してみても考えられることはいくつかあるが、高齢者（介護）の問題に引き付けていえば、1940～1950年代の特徴としては、以下の点が指摘される。

- ①当時（1940～1950年代）の日本では、高齢者が極めて少数だった。1885年の日清戦争以後のほぼ10年おきでの度重なる戦争による戦死者も多く、健康保険制度などなかった医療システムや、医療技術も現代とは全く異なるため、乳幼児死亡率も高く、栄養もよくなく、過酷な肉体労働も多く、人々は現代に比べて一般に短命であった。当然、高齢者の自殺数は極めて少ない。
- ②それゆえ、少数の生き残った高齢者は、多くの場合、様々な状況を生き抜いていくだけの知恵と幸

運の持ち主であった。時代の変化がそれほど激しくはなかったので、高齢になるというのはそれだけで若い人が持っていない知恵を積み重ねるという事と同義であった。従って、周りからは尊敬され、大切にされている高齢者が多かった。

- ③いうまでもないが、その知恵の背景には、学歴等の背景もある。その学歴を支える経済力もあった。また、経済力は、病気になっても治療費を支払える経済力でもある。つまり、幸運にも生き残れた高齢者は、ある程度の経済力を有する恵まれた階層の高齢者でもあった。
- ④当然ながら、この経済力は「家族」全体の力量にもつながっているため、高齢になっても家族の中で孫の面倒を見たり、仕事（家業・家事）の指図をしたりという役割が存在していた。家事に関しても、当時は「おしゃもじ権<sup>3)</sup>」と言って支配権は高齢の女性にあった。つまり当時の高齢者は、一定の生きがい（役割）を持ち続けていたのである。
- ⑤高齢になっても、家族内等で役割があり、最後まで働き続けるので、要介護状態で長く生きるという事は極めて稀で、倒れるとすぐに亡くなるケースが多かった。従って、また、何らかの問題があっても介護する体制は、家族（人数が多い）内で比較的整っていたため、介護負担はあまり目立たなかった。認知症もあったはずであるが、周り的那个人を分かっているため、阿吽で済んでしまうことも多く、目立たなかった<sup>4)</sup>。
- ⑥一方で、定められた状況の中で生きるしか術のなかった、知恵もない金もない人は早く亡くなっていったので、高齢者を社会的に支援するシステムの必要性は薄かった。

つまり、当時の幸せそうに見える高齢者の大半は、若い人々にとって、「ああんりたい」と思う人生の成功モデルであった。また、頑張ればそうなれるかもしれないという教育（システム<sup>5)</sup>）もあった。言い換えれば、当時の物心ついてからの人々には、幸せな人生のモデルが見えていたと言えるのである。

いうまでもなく、21世紀の現代ではこうではない。21世紀初頭の高齢者の特徴としては、以下の点が指摘される。

- ①高齢者は人口対比で当時の5倍以上であり、極めて沢山いる。(若い人にとって当時はなかった年金制度の負担感も半端ではない。)
- ②当時と違って、みんなが生き残るので、かつてのような知恵のある高齢者ばかりではない。その知恵は重要な内容である場合も多いのだが、その知恵は現代社会では時代の流れとは合わない場合もあり、頑固にそれを通す高齢者は若い人にとってかえって邪魔であったりする。(認知症の方も多い。)
- ③栄養状態も医療も改善され、みんな高齢者になるのだから、貧しい教養レベルも低い(社会参加力も低い)高齢者も少なくない。しかし、それでも超高齢者(90歳以上<sup>6)</sup>)には豊かな階層の出身者が多い点には注目が必要である。
- ④大人数の家族に囲まれているのはまれだし、囲まれていてもそこに役割もなく、下手をすると精神的な居場所にもならない。(生きがいが持ちにくい)。
- ⑤定年等での役割喪失もあるし、阿吽が通じる家族や仲間も非常に限られているため、認知症などによる問題行動は顕在化しやすく、問題も起きやすい。心許せる家族や知人友人による介護体制もない。
- ⑥状況に流されるまましか生きられなかった<sup>7)</sup>高齢者も生き残るので、あまり考えることもなく、誰か(主に子ども)に頼りたい高齢者が多い。

21世紀初頭の現在、このような「人生の終末は、認知症になって要介護状態で施設に収容される」という、高齢者像ばかりがマスコミで流布されれば、若い人々にとってそれは「ああんりたい」と思える存在であろうか<sup>8)</sup>。必ずしも正確とは言えない、このような幸せには見えないという現実を見せつけられ、そこで描かれる高齢者像は、極めて消極的なイメージである。その結果、多くの人々は現在の平均寿命位<sup>9)</sup>まで生きれば十分で、それ以上に長生きしたいとは考えない人が多い。勿論、21世紀に生きる高齢者は、上記①～⑥のような人ばかりではない。80歳代になっても90歳代になっても元気で活躍している人も少なくない。しかし、マスコミ等での報道は、圧倒的に「高齢者は介護される人」という報

道であり、高齢者自身が生き生きと活躍する姿はほとんど報道されない。つまり若い人達はみんな、高齢者になると要介護になって大変なことになる、中には周りの人の迷惑をかけながら生きることになると考えがちである。

## 2. 介護福祉の目的、目標は何か

### (1)「ああんりたい」という高齢者への支援

#### ①「不幸せな高齢者像」は若い人に何を伝えるのか。

つまりは、余り幸せとは言えない高齢者像や、要介護状態になることは(社会から隔絶され)幸せとは言えなくなるということだというイメージが広がる限り、若い人にとって人生の展望は開けない。言い換えれば早く閉じたい人生にしかならない。人生100歳時代と喧伝されているが、現実的にそれを考えているのは、経済的社会的に恵まれた階層の人々の話である。多くの場合、そういうことを考える余裕のない人が多い。特段の目標に向かって走っているわけではなく、何かを成し遂げようとかでもなく、義務として取り敢えず生きているという感覚の人も多い。ある意味で、現実の流れに任せるしかない人生しか構築できない多くの人からは、その現実とのやり取りの中で精神的に病む人が増える。そこまでいかななくても、取り敢えず自分の世界に籠り、一人で楽しむだけの人生しか考えられない人も少なくない。

そんな状態では人生を豊かに楽しむこともできないので、結婚もしない。まして、前向きに頑張らないと裕福にはなれないし、子育ての経費負担には耐えられない<sup>10)</sup>。努力して頑張って結婚しても、幸せになれるかどうかわからない子どもを産むのは考え込んでしまうとなり、取り敢えず寂しいので、猫や犬を飼うとなる。敢えて類型化すれば、若い段階で無計画な出産をした場合は、虐待につながるケースも少なくない。

つまり、人生の最終段階が幸せではないというのであれば、何のために生きるのであろうか、という問いの答えを出せないのである。逆に言えば、幸せそうに生きている「人生のモデルとなりえる」高齢者が増えなければ、若い人の人生の目標が成立しにくいのである。そうなれば、人口は減少し、社会は衰退するしかない。



こういう中で、最初に述べた自殺者や無差別殺人などの事件が多発する。言い換えれば、「幸せではない高齢者像」は、若い人々が人生の展望を形成していくために、大きなマイナスになるという事である。とすれば、「介護」は「幸せな高齢者」を支援する仕事になる必要がある。それによって、「介護」は大きな社会的意味を持つことになる。

## ② 要介護でも、最後まで「人間として」生き続ける。

一方高齢者の身体的能力が衰えて介護が必要になるのは、21世紀初頭の現代社会では長命になれば必然的である。とすれば、高齢者は「介護をされていても幸せな高齢期の生活を創造（想像）できる」ことが必要であり、介護はそういう人を生み出すことに繋がらなければならない。

そのためには、生活の一部において介護が必要になっても「幸せに生きようとする高齢者の意識」も大切である。この意識が、人間を要介護状態になりにくくするし、いわゆる介護予防にもなる。そういう人生を生きようとする高齢者の幸せを支えることが「介護福祉」職の役割だという「介護」側の明確な目的意識も非常に重要である。残念ながら、世間に流布している「要介護」イメージも、「介護」イメージもそうなのはいいない。つまりは、「介護」がしっかりしないと、社会が成り立ちにくいまでに、「介護」は重要な仕事なのである。

### .....(事例1).....

私が、30年以上前（1980年代）に高齢者福祉について学び始めた頃、あるセミナーで見た当時のスウェーデンの福祉サービスのVTRが今でも強く印象に残っている。主人公は80歳くらいの全身に障害（麻痺）のある在宅で暮らす女性である。VTRの内容は、この女性の日々にどのような支援が入るのかを紹介したものであった。朝、まず介護職員が来て、ベッドから起きるところから着替え・整容・食事の介助・その女性の仕事をできる態勢に準備をする。それが終わると介護職員は帰ってしまいその女性一人になってしまう。そこで、その女性は、用意された棒を口にくわえて押し釦でダイヤルし電話をかける。この電話は、孤老の安否確認の電話であり、これがこの女性の仕事であり、当然、給料も出ているという説明があった。お昼になると、また介護職員がやってきて、仕事態勢を解き、食事の世話をし、仕事態勢にして帰ってしまう。午後はまた電話をかける仕事。そ

して夕方になるとまた介護職員がやってきて仕事態勢を解き、食事やシャワーを世話し、着替えてベッドに寝かせるまでの世話をし、帰る。この夕方のシーンで、家族らしき人が、介護職員が介護をしている側でテレビを見ているシーンがあった。当時の私は、よく解っていなかったもので、何故家族は介護職員を手伝わぬのか質問したところ、「家族に手伝わせると、家族に負担感が増えて、高齢者を大切にしくなる（何故、自分だけがそういう負担をしなければならないのかと、高齢者を邪魔者扱いしかねない）から、介護はすべて介護職員が行い、家族はその女性を愛する（長生きしてほしいと念じる）ことに専念してくればよい。」との答えだった。「高齢者にとって最も大切なのは、生きていて欲しいと家族などに思われていることを実感できることだ」とも解説された。

.....

この事例の女性は、幸せだなあと私は思った。つまり、口で棒を加えてダイヤルしたり、しゃべることしかできないのに、仕事をしていて（社会参加をして稼いで、そこにはそれなりの創造的行為もあり）、家族からも大切にされていた（同じ部屋で同じテレビを見ていれば、会話もあるであろう）からである。こういう「介護」をされている、全身がほとんど動かないのに幸せそうに生きる高齢者が、そこここにいるような状況であれば、若い人が「ああいう高齢者になるのなら、長生きしたい」と思うのではなからうか。そして安心して人生を楽しみ、子育てを行うのではなからうか。

## ③『介護』の目的と、社会的価値

つまり「介護」は、こういう社会に創造的な面も含めて参加する、仕事や家族内での会話などの「活動」を支えることが目的である。それが出来て初めて、「介護」の社会的「生産性」（社会貢献としての意義）が認められると言えるであろう。繰り返していえば、「介護」は最終的には要介護者が生きようとしている「人生」、行おうとしている様々な「活動」を支えることが目標である。

いささか短絡的な論理展開ではあるが、要介護状態になるということが、「早くお迎えに来て」状態を出現させるのだけであれば、それは投資効果のほとんどない社会的には「生産性が全く認められない」社会的消耗<sup>11)</sup>にしかならないともいえる。社会全体

の仕組みから言えば、そういう後ろ向きな高齢者介護という膨大な社会的消耗を片方で行いながら、片方で経済成長を図るのは、ほとんど不可能に近い。

## (2) 幸せな高齢者になりたい

### ① 幸せな高齢者になりたいと意識する

つまり、幸せな高齢者をたくさん生み出すということで、社会的な好循環を生み出すという「介護の生産性」をあげることは、要介護者にも社会的にも必須の課題である。そのためには当然、高齢者自身もまた、自分の幸せを意識的に追求し続ける意志をもって、介護を受けていかないと、そのせっきくの介護を消耗的な行為にさせてしまう点を自覚する必要がある。

この点において、現在までの主要介護者群が、それまでの人生の中で自分の人生を自分で決めてこなかった人々が多かったという点に着眼しておくことが必要であろう<sup>12)</sup>。この点は、認知症で判断力が衰えたとしても、基本的には変わらない。この受け身的な傾向は、1945～1946年以降の教育を受けた1930年代生まれ人々では徐々にではあるが減少してきて、団塊の世代と呼ばれる1947年生まれ（2017年で70歳）の段階でかなりはっきり変化してくる。その意味では、この世代の介護は、その目標をはっきり本人が望む活動の支援とし、その求めに応ずる役割が明確になってくる<sup>13)</sup>。

### ② 「幸せ」をどう考えるか — 介護との関係 —

では、幸せな高齢者とはどういう人であろうか。「幸せな高齢者」としての活動支援が介護の目標であるなら、そこでの「幸せ」の内容がどういう共通法則を持つのかは大きな課題である。

この点に関しては、色々な見解があり得るだろうが、此处では、図-1に見るように、A. マズローの欲求5段階説（ヒューマン・ニーズの構造）によることにする。何故ならば、5段階は（心理的）「欲求」であると同時に、それはすべて社会的なシステムと対応しているため、人間を特定の側面からだけでなく総合的に理解しようとする本稿の主旨に合う。また、多くの対人援助系の資料に紹介されていてわかりやすい。また、五段階の各段階の欲求は、すべてが欲求を満たす「活動」に繋がっており、従って「介護」ともリンクするからである。また、

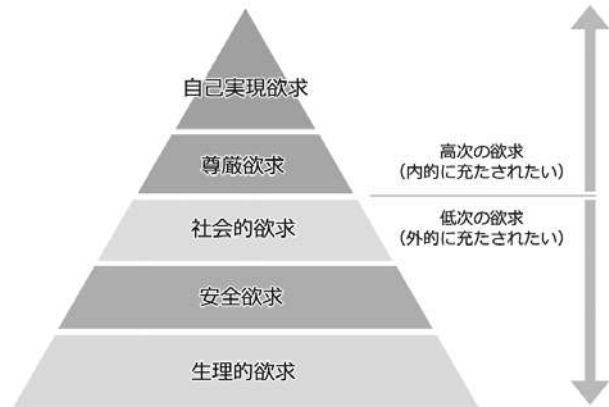


図-1 欲求五段階説

この図は米国の心理学者であったA. マズローの提唱によるもので、国際的な説明場面でもわかりやすいからである。

段階別に個別的に言えば、生理的欲求に伴う活動である摂食や排泄や就寝の支援はADL支援の根幹である。

安全欲求の基本は、住環境の整備であり、まさに介護の基本の一つである。衛生管理や、安全な環境整備としての清掃や入浴活動等も対応してくる。

社会的欲求を満たす活動となると、ADLの介護のレベルを超えて、I-ADLの介護レベルになり、対人関係を持つための行動やコミュニケーション活動の支援になる。

なお、これらの高次の段階の介護の場合も、ADLの介護がなくなるわけではない点に注目する必要がある。従って、より高次の活動欲求に対応する介護を行うために、基礎的ADLの介護をそれに合わせたやり方にしていく必要がある。たとえば、外出時の整容は自宅にいる場合とは異なる。

尊厳欲求の段階になると、精神的に満たされたいとなるので、最も基本的には他者からその存在を求められる（役割がある、役割行動を賞賛される）様になることであろう。この点での介護は、（事例1の、スウェーデンの事例で紹介したような）特定の仕事をしたり、趣味を生かした生産活動だったりする活動の支援としての介護などになるので、それぞれに分野での特徴的な介護になる。

自己実現欲求の段階になると、例えば芸術活動やスポーツ活動なども含まれてくる個別性が強い活動の支援という介護になる。A. マズローは、のちに

更に上位の段階として、「自己超越欲求（真善美などの目的の達成だけを純粹に求める）段階を提唱している。これらのより上位の段階の活動欲求に対応する介護を行うためには、その個々人のニーズに合わせていける幅広い受容能力と、ある程度その内容を理解していないと介護できないので、より高度な介護能力を必要とする。

### （3）人間としての「活動」とは

これらの欲求に対応する活動について、介護はそこまでするのかという考え方もあり得るだろう。そこで問われるのは、「人間とはどういう生物か」という問題である。ただ、ほとんど無目的に日々を生きていけば、それで人間として生きているということになるのかという問いでもある。本稿の冒頭の問いは、この部分にもかかわってくる。そして、言うまでもなく、それらの人間的活動（生活や人生そのもの）に関わらない「介護」はあり得ないし、まさに人生や生活に関わる「活動」の支援こそが、介護の独自の専門領域である。

#### ①. 人間と動物はどう違うのか（問い）

では、人間の人生や生活とは何なのであろうか。単なる生物の生存とどこが違うのであろうか。これに関する問いは、かなりしばしば聞く。いわく、「『死にたい』『早くお迎えが来てほしい』人や、ほとんど意識がないと思われる人の、介護をする意味はあるのか」、「一生懸命介護をしてもほとんど反応が返ってこない人を介護する意味は」とか、中には、生後数か月の赤ちゃんを養育しながら「この子の面倒を見るのは、生物を育てているとしか思えないのだが、人間を育てるのと、生物を育てるのはどう違うのか」とか、である。

言うまでもなく、単なる生物としてではなく、介護は「人間」（の人生や生活）を介護する。病気やケガといった肉体上の問題を解決するという意味では、医療の対象は「生物」としての人体（生命）であるとも言える。この治療という発想が、（標準的な状態に戻すという形で）精神科医療に持ち込まれると、かつてのナチス・ドイツで起きたように、一定の枠に嵌らない（戻せない）人は、「人間」ではないということになり、異端の発想なども、全部病気扱いになってしまいかねない。これでは、自己実現欲

求に基づく活動に対応する介護にはつながらない。

つまり、どういう状態であろうと、人間には意思（ヒューマン・ニーズの構造）があるというのが前提である。

では、人間にかかわる（介護を含む）ということはどういう事なのであろうか。

それは、かかわる相手が人間的に（ヒューマン・ニーズの構造をふまえた）変化していくことを、発見していくことなのであろう。赤ちゃんの日々の成長速度は速いので、その変化に気が付けば、これほど興味深い発見はない。高齢者は日々の変化の速さは赤ちゃんほどではないように見えるが、赤ちゃんと違って、それまでの人生の中で、大きな変化を蓄積してきている。要介護者として介護職員が出会った時、既に一人一人が大きく異なっている。とすれば、高齢者は人生の先達であるので、後輩である介護者は、その違いから多くのことを発見し、学ぶことができる。

この発見の面白さが、人と関わる仕事をする面白さなのだが、しかし、この面白さを体験するためには、極めて注意深い観察を含むコミュニケーションが必要である。

#### ②. 多様な人間存在 — 自分の持つ枠組みに相手をはめてしまわない—

しかし、このようなコミュニケーションを行うのは容易なことではない<sup>14)</sup>。筆者自身、その難しさを日々感じている。では、このようなコミュニケーションがなかなか行えないのはなぜなのであろうか。

教科書的用語でいえば『受容』が出来るかどうかである。現実的に言えば、相手があるがままに受け入れるという事である。ただ、これは、言葉でいうほど簡単ではない。

……(事例2)……

或る、脳性麻痺の障害者（女性）を育てたお母さんが、「食事だけはよく食べてくれた（反応があった）ので、そこから何かが変わってくれないかと、色々努力をしていた。その娘がある日突然、食事を食べさせても飲み込まないという行動にでた。命がけの反抗をする娘に対し、『彼女には彼女の意思があるのだ。』と、その時初めて気が付いて、気持ちが楽になりました。」という話を聞いたことがある。それまで、良かれと思って必死でやってきた（周りからも、よいお母さんだと思われよ



うと) 自分(母親)が、結局はいかに娘を自分が考えている枠にはめようとしてきたかに気が付いたという事である。障害のある娘さんは、枠にはめられるのは嫌だという表現を、食事を飲み込まないという彼女がなし得る唯一の表現手段で、「私は私である」という主張をしたのだ。それに気が付いたそのお母さんは、此処で初めて、脳性麻痺の障害を持っていてほぼ全部依存状態にある娘さんでも「娘は娘、私は私」だということ、娘を自分が考える枠にはめ込んではいけないのだということに気が付いて、解放された気持ちになったとの事であった。

この事例から読み取れることは、私たち(介護する側)がいかに、世話をする相手は自分と同様に考えていると思込みがちなのかということである。介護する側が、相手はお腹が空いているだろうなと思ったら、相手も同じことを思っているのだと、介護側が思込みがちであるという事である。また、その時介護する側は、決して自分が勝手にそうしたいと考えているとは思わず、相手のためにそうした方が良いのだと考えて、行動していることが多いということである。つまり、介護側が如何に一方的な思込みで、介護をしてしまう可能性が高いのかという事である。

この点、つまり相手は自分とは違うのだという事を、常に自覚していないと、相手の信号を読み取るのは、大変難しくなる。特に、相手に関して(情緒的な感情など)色々な思込みがあると、一層、相手との違いを正確に読み取りにくくなり、相手を自分の考える枠でとらえ、自分の考える枠で動かしてしまおうとする傾向が強くなる。事例2では、食べることを拒否するという、ある意味では命がけで自分の思いを伝えてきているのであった。しかし、専門職員であれば、こんなに極端な行動ではなくても、相手がどう望んでいるのかを察知する力量が求められる。

逆に言えば、対人援助の仕事では、この自分とは違う人が、どう変化(発展・成長)していくのかを察知し、ともに成長していけることが仕事としての魅力なのである。とすればいうまでもなく「介護」は、人間の人生を支えているのであり、動物的生命だけを支えているわけではない。

### ③. 人間としての「活動」とは何か

では、人間としての活動(人生や生活)とは、どのような内容を指すのであろうか。この参考となるのが、以下の表-1に示すように日本の国民生活白書(平成11年頃)で示されている、新国民生活指標の生活分析指標として占められている「八つの活動領域」である。

表-1 <新国民生活指標の8つの活動領域>

住む	…	住居、住環境、近隣社会の治安等の状況
費やす	…	収入、支出、資産、消費生活等の状況
働く	…	賃金、労働時間、就業機会、労働環境等の状況
育てる	…	(自分の子供のための)育児・教育支出、教育施設、進学率等の状況
癒す	…	医療、保健、福祉サービス等の状況
遊ぶ	…	休暇、余暇施設、余暇支出等の状況
学ぶ	…	(成人のための)大学、生涯学習施設、文化的施設、学習時間等の状況
交わる	…	婚姻、地域交流、社会的活動等の状況

※、新国民生活指標には、生活評価軸と言う指標もある。

この生活活動領域の中で、働く、学ぶ、といった側面は、日本の介護の中では、ほとんど考慮されない視点である。また、遊ぶ、交わる、などについても、あまり重視されない場合が少なくない。しかし、介護で一番課題となる、癒す、費やす、住む、といったいわばADL的な視点は、ある意味では、「人間としての」働く(社会貢献を含む)、学ぶ(何かをするには学ばないと始められないし、続けられない)、遊ぶ(何らかの創造的活動は人生の楽しみ)、交わる(人から大切にされる、人を大切にする)、などの活動を支える部分で、大きな有効性を持つ。従って、「癒す」「費やす」「住む」といったADL支援のみがその人の介護課題ではない。従って、IADL支援の前提となるこの、「働く」「学ぶ」「遊ぶ」「交わる」の4つのポイントを外した単なるADLの介護は、本人の「やる気」を引き出しにくいので、介護としての生産性も上がらない。また、要介護者の「育てる」生活に関してもI-ADLの介護と同様に考えておく必要があるだろう。

現代の社会は、生涯、周りの言う通り働き詰めに働いて短命で亡くなっていくという人は徐々に減っている。特に第4次産業革命が進みつつある日本等では、人々は、人生を自分の意思で楽しめる、いわ

ば、人間として生きることが出来るようになってきている。とすれば、「介護」もそれに対応した「介護」に変化していく必要もある。

**(4) 医療的対応の偏る介護の問題点**

この様に考えるとき、日本の「介護」が医療的対応に偏る傾向があるのは、危惧せざるを得ない。もとより、介護は、主に身体的理由などで何らかの普通の人と同じように「できない」状態を補完していく役割を担う。従って、その補完を行えば良いのだが、その補完の技法は医療の中で開発された技法が多いことや、その補完の前提となる状態（病気や障害）の状態の変化も医療的に見る必要もあるので、医療との関係は重要である。

しかし、「介護」の目標は、「医療」の目標である病気やけがをする前の状態に戻すことを目的とする「治療」ではない。「介護」の目標は、その方の人生や生活を支えるためにADLやI-ADLにかかわる「活動の支援」を行う事である。もちろん、医療にも慢性病の治療など、一定状態を保つための治療もあり、その場合は特に、患者の生活の支援は意識される必要がある。が、それは、生物学的生命の維持を目的としている行為であり、多くの場合は、治療は身体内部への物理的・化学的侵襲を伴うため、介護とは異なる。

**3. 介護福祉の目標と、隣接領域の目標**

**(1) 業務目標の整理（ニーズと目的）**

以上述べてきたような役割分担を図解すると、次の図-2 WHOの国際生活機能分類(ICF<sup>15)</sup>)に基づく役割分担図のように描くことができる。この図に見るように、医療関連領域と、介護福祉領域と、ソーシャルワーク領域は、様々な生活機能の状態に対応して、その目標に沿って、それぞれの専門的治療や支援のシステムが存在する事が分かる。

なお、わかり易くするために、表下部では、ICIDH<sup>16)</sup>で使われている解決すべき問題を示す、機能形態障害(impairment)、能力障害(disability)、社会的不利(handicap)としてあるが、ICFでは、この部分は、表の今後の支援の目標を示す目標部分で示している、心身機能(impairment)、活動(activity)、参加(participation)となっている。この変化を整理してみると、ICIDHでは「機能障害」となっていたものが「機能・形態障害」となり、能力障害(disability)となっていたものが活動(activity)となり、社会的不利(handicap)となっていたものが参加(participation)となるなど、問題点に着眼する視点から目的や目標に着眼する視点に変わっている。また、解決を要すべき課題という意味での問題点に関しても、それぞれ、機能構造障害、活動制限、参

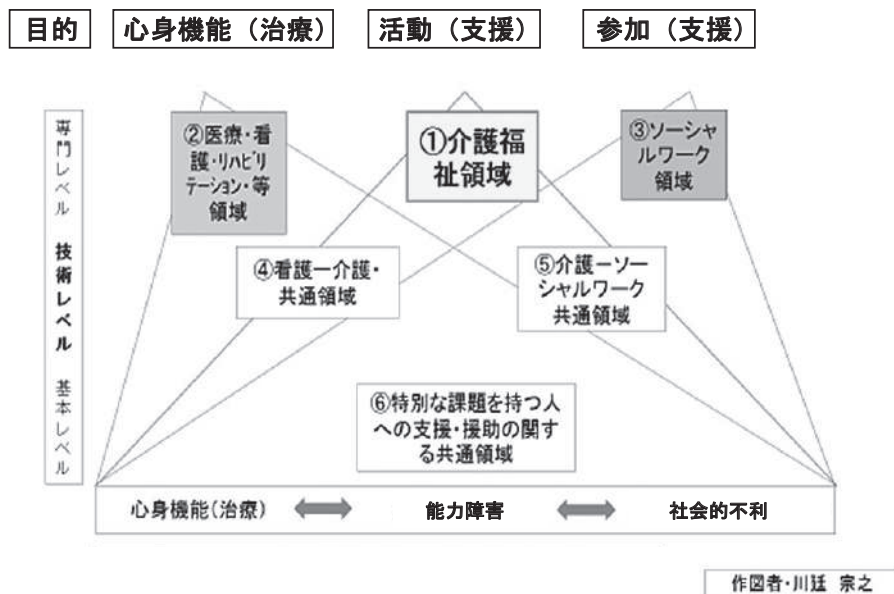


図-2 WHOの生活機能分類に基づく役割分担図



加制約、と改められている。

つまり、「介護」の領域では、かつては「能力障害」の能力を補完するという消極的な活動から、「活動制限」という状態から抜け出し「活動」していくという目標に向かい活動として展開する業務に変化したという言い方もできる。

いずれにせよ、この表で整理するならば、「介護」の目的目標は、活動を行えるように支援することであり、これは、機能・形態障害を治療する医療系の目標とも、社会参加を目標とするソーシャルワークとも異なる。つまり、この3つの業務は、それぞれの目標において明確な違いを持ちつつ、密接な連携を必要とする業務であると言える。

## (2) 他(多)職種連携の必要性と、業務内容の重なり

またこの表では、最上位の部分は、①介護福祉領域、②医療・看護・リハビリテーション等・領域、③ソーシャルワーク領域、となっているが、その下にそれぞれの専門に関してのレベルの低い部分での業務領域での重なりが示されている。この重なりは、どの領域がメインであるにせよ、色々な生活機能での課題を持つ総合的人間としての一人の利用者にかかわるのだから、他領域にかかわることもある程度は、理解している(専門用語を知っていて使える)必要がある。そうしないと、他職種連携がうまくいかない、という事である。

更に、④⑤の重なる部分は、それぞれの専門領域の専門職が業務として行えなければならない領域を指している。介護から見れば④は看護師でも対応できるし介護福祉士でも対応できる領域である、⑤は介護福祉士でも社会福祉士などのソーシャルワーカーでも対応できる領域である。(理論上も現実問題としても、看護師とソーシャルワーカーの共通領域も存在するのであるが、この図では表現されていない。) また⑥の領域はどの専門職であろうが業務として対応できなければならない領域を指している。しかし、それぞれの領域の初歩的な対応は普通の人でも行っている部分もあり、従って⑥の領域は一般の人が対応することもあり得ることを示している。

なお、介護福祉士制度発足当初は、この①と②の間に保助看法などによる縦の線を引いて、介護福祉

士の業務を制限しようという動きもあったが、家族や本人にも許される医行為もあるのだから、この図のように考える方が常識的であろう。

## 4. 介護支援活動の種類と段階 — 介護ニーズとの対応 —

### (1) 介護福祉へのニーズと業務の種類

ここまで、介護が必要である理由・社会的意義、介護の目標である活動の支援に関連して活動の目標や内容、関連領域との役割分担に関して整理を試みた。とすれば、取り敢えず、ICFの枠組みにそって、どのようなニーズがあるのか、「図-2 WHOの生活機能分類に基づく役割分担図」の①介護福祉領域、関連して④⑤⑥の領域に、どのような業務が発生しているのかを考えてみる必要がある。なお、ICFの分類では、「活動」と「参加」に関しては、共通の分類になっているため、このままの分類の内容では、「介護」領域とソーシャルワーク領域が重なっている。しかし、下記に見る様に、介護専門職としては③④⑤⑥を中心にしつつも、すべての領域に関わる支援専門職として考えられるべき<sup>17)</sup>であろう。但し、下記①②は教育領域における専門職、⑦⑧⑨についてはソーシャルワーク領域の専門職との密接な連携が必要な点も指摘しておく。

ICFの第1レベルまでの分類<sup>18)</sup>の中で、「活動と参加」領域の内容を紹介しておけば以下ようになる。(カッコ内は、第2レベルの分類項目。第2レベルの詳細分類は、省略。)

- ①学習と知識の応用 learning and applying knowledge  
(目的をもった感覚的経験・基礎的学習・知識の応用)
- ②一般的な課題と要求 general tasks and demands
- ③コミュニケーション communication (コミュニケーションの理解・コミュニケーションの表出・会話並びにコミュニケーション用具および技法の利用)
- ④運動・移動 mobility (姿勢の変換と保持・物の運搬・移動・操作・歩行と移動・交通機関や手段を利用しての移動)
- ⑤セルフケア self-care ※。この部分が主に、ADLの介護部分に相当する。

- ⑥家庭生活 domestic life (必需品の入手・家事・家庭用品の管理および他者への援助)
- ⑦対人関係 interpersonal interactions and relationships (一般的な対人関係・特別な対人関係)
- ⑧主要な生活領域 major life areas(教育・仕事と雇用・経済生活)
- ⑨コミュニティライフ・社会生活・市民生活 community, social and civic life

この内容には、「表-1 新国民生活指標の8つの活動領域」の内容も全部含まれている。日本では、この内容に関し、それぞれ実際に行われている専門業務との関係で、この表の内容を補完しつつ<sup>19)</sup>業務内容を整理する試みはあまり行われていない<sup>20)</sup>。が、今後、様々な介護ニーズを適確に分析し、適切な対応を効率的に行っていく、オーダーメイドの介護<sup>21)</sup>の必要が高まるであろう。また、「介護福祉」は国際的な概念規定や業務内容分析が必要になる可能性も高いので、その意味からも、細かい分析枠組みの整備と、それに対応する介護業務の整備が課題となる。

## (2) ニーズのレベル・何が求められているのか

前項の介護ニーズや介護業務に関する内容の種類も重要だが、その次の段階として必要なことはレベルの問題である。ICFのカテゴリーにはあるが触れられていない内容も色々あるので、このカテゴリーでよいかどうかは検討が必要であるとしても、現在の介護の種類としては、介護福祉士の養成課程で整理されている、居住環境の整備、身支度の介護、移動の介護、食事の介護、入浴清潔保持の介護、排泄の介護、家事の介護、睡眠の介護、等と考えるのが一般的理解である。

では、例えば「入浴清潔保持」に関しては、どのようなニーズがあるのだろうか。それぞれに回数も問題だが、①部分的清拭をして欲しい。(髪だけ洗ってほしいとか。) ②全身の清拭をして欲しい。③シャワー浴でシャワーを浴びたい(洗いたい)。④特殊浴槽でよいかから入浴したい。⑤普通浴槽で入浴したい。⑥自宅の使い慣れた浴槽で入浴したい。⑦温泉に行きたい。入りたい。等の様々な技術的難しさの段階がある。これに、入浴剤の選択、入浴温度の

選択、体を洗う順序や、身体の拭き方や、爪の切り方や、髪の毛の長さなどなどに関する習慣の尊重など、細かい要素が絡んでくる。また、個々人で身体的な特徴(障害の部位、火傷やけがの痕跡、等)も異なるし、羞恥心等への対応の仕方人も人によって異なる。

入浴だけでも、これだけの内容があり、十把一絡げに一齐に「入浴」サービス、というのはまともな介護として通じるのかどうか、考えてみる必要があるだろう。また、シャワーでよいという人に入浴介護しても非効率である。

この様に、現在は、ほかの介護に関しても、あまり丁寧なニーズ分析をしておらず、介護側の都合に要介護者を合わせてしまう介護が行われる傾向があり、介護人材が乏しい中で、一部のニーズに対しては求められていないのに過剰な介護が行われているといった、膨大なミスマッチングが起きていると考えられる。従って、既に一部では開発が進みつつある、こういうニーズに関する枠組みの開発を早急に行い、一般化していく必要がある。

## (3) 介護のレベル・どのレベルの介護ができるのか

ニーズの内容とレベルが整理出来たら、それに対してどういう介護ができるかということが問題となる。介護福祉士の養成課程では、ニーズ分析(アセスメント)から教えることになっている。しかし、現実的介護場面をすべて介護福祉士が担当する訳ではない。また、介護福祉士の資格を持っていても、様々な力量差があり得る。とすればそれはどのような力量差なのであろうか。そして、その力量差はその職員の処遇<sup>22)</sup>(給与など)にどう響いているのであろうか。ニーズの差があれば、ニーズの差とは違う意味で、対応も差があって当然であろう。

例えば、初歩的レベルから、技術レベルが高い段階まで、以下のように考えられる<sup>23)</sup>。

- ①初歩的段階(家族やボランティア)(緊急対応)レベル…\*衣服の脱着の補助ができる。\*適切に搾ったタオルで清拭ができる。\*清拭レベルでの衛生管理に配慮できる。\*衣服をそれなりにたたためる。分類できる。
- ②有給の業務として対応レベル…\*①段階はできた

うえて、(以下、前段階はできた上で) \* 介護施設における、特殊浴槽なども活用した入浴支援の分担業務には対応できる。\* 移動の介助ができる。

- ③初任者研修修了レベル… \* 入浴の可能性に関し、可能かどうかのアセスメントはできる。\* 在宅における入浴介護ができる。(訪問介護・訪問入浴) \* 総合的な安全性(設備、本人など)の確認ができる。
- ④介護福祉士資格取得レベル… \* 利用者の状態・状況を判断して介助できる。(施設介護等での) 個浴の支援ができる。\* 身体的問題点の発見ができる。\* 本人の羞恥心等に配慮できる。\* 入浴、衛生管理に関する介護過程を創り出せる。
- ⑤発展的段階1… \* 詳細な言語によるアセスメントを行うことで、本人の希望に沿った入浴(場所、入浴方法、等)支援ができる。(介護過程の展開ができる。)
- ⑥発展的段階2… \* 温泉へ行くなどのニーズに配慮した介護計画を創れる。\* 本人への観察などで表現されないニーズを発見し、対応した介護過程を作成できる。\* 他の介護者による介護状況をみて、改善点を具体的に指示する事ができる。

#### (4) 介護の種類とレベルを明確化する効果

前項のレベルも前々項の種類もまだ、様々な場面で共通の課題が形成される段階にはなっておらず、これらの整理が喫緊の課題となりつつある。

それは、いくつかの理由があるが、最も大きい問題は介護人材の逼迫である。介護人材が逼迫する理由は色々と上げられているが、その理由の一つは余り注目されていないが、介護業務の内容のあいまいさであろう。家事労働から発展している保育などと同様、その業務内容の専門化はあまり進んでいない。その結果、主観的な介護業務がまかり通ったり、主観がぶつかり合う結果、人間関係が悪くなったりしている。

その意味では、この様な種類とレベルを明確化することによって、業務内容を明確化し、対応職員とのマッチングを適切に行うことによって、業務の効率化を図ることができる。その効率化を介護職員の待遇の向上や、資質の向上につなげられれば、一層の成果を上げることができる。

特に、介護業務のレベルの整理は、従事する職員にとって成長目標の明確化にもなるし、また、スーパーヴィジョンも行いやすくなる。当然、業務実践の評価にもつながる。また、段階的な教育項目として整理されるので、外国人職員の養成等にも有益である。さらに注目すべきは、この様な項目化は、ロボットでも対応できる平易な介護部分と、人間でなければならぬ部分、更には介護福祉士資格など上位の資格を持っていないとできない部分が明らかになる事で、今後のICT機器の活用やロボットの開発といった面でも有効である。

## 5. 専門的介護とはどういう介護か

### (1) 介護目標設定の重要性

この様に介護する側の供給するサービス内容が整理されたら、同時に考えなければならないのは、介護ニーズの内容である。この場合の「活動 activity」に関する介護ニーズは単にADLの介護だけの問題ではない。『活動制限』を超える新たな活動を設定していく(人生を創っていくことにつながる)活動目標が、介護目標である。そして言うまでもなく、この介護目標に向けてそれに合うような、ADLの介護業務を考えなければならない。この部分の微妙な判断等を考えると、この介護目標に向けた介護過程を考えるのは、人間の専門的能力を持った介護福祉士である必要がある。今後は、この介護目標を決めたり、介護過程を考えるうえで、補助手段としてAIのちからを借りることはできるが、自分の活動目標を設定するのは、人間である要介護者自身であり、その支援は一緒に様々な知恵を創造しうる人間としての介護職員である必要がある。

この介護支援の前提となる「介護目標」の設定は、従来から行われていないわけではないが、あまり丁寧に行われてきているとは言い難い。その理由の一つは、従来の介護理論では、個別の介護に関しての介護過程を考えるうえで、アセスメント(事前調査)⇒プランニング(計画)という流れで整理してきたため、介護目標の設定という部分が、アセスメントに含まれていたり、計画に含まれていたりして、はなはだ曖昧になっているという点があげられるであろう。また、この背景には、「介護」のとらえ方を、医療や看護と同じように問題点の解決と考えてしま



うところにある。医療や看護は問題点が解決すれば評価を行って終結する。しかし、介護は要介護状態の改善ということはあり得るが、一般的にはADLの介護がなくなるというとはない。つまり、要介護者は問題の状態を基本的に受容（この部分が看護と違う。看護は受容しないで直すことが目標となる。）し、その上で新たな活動を行っていく目標設定を前提として、介護を受ける。介護専門職は、その活動目標を前提として、介護過程を考えるという部分が、看護とは異なるのである。

## （２）介護過程がなぜ実践されないのか。

介護過程が施設等の現場で介護職員によって実践されてないという話をよく聞く。ケアプランがあるからいらぬのだという話もある。しかし、ケアプランは数か月単位でしか作られないのだから、そこに介護目標（要介護者の活動目標）がきちんと書かれていれば、それを月単位や、週単位、日単位での活動目標を整理しなおして、そこから出てくる介護目標をベースとして介護過程を考える必要はある。

こうならないのは、一つは、「介護」業務の内容に関して、取り敢えず「世話」をすればよいのだという誤解がある点と、ケアプランの中で要介護者の活動ニーズに基づく介護目標をきちんと設定していない（記入項目としてはあるので形式的になっている。）事が理由であろう。このような流れを変えるためにも、介護過程の定義の中で、「介護目標の設定」という項を独立させるとともに、以下のような展開図として考えるべきである。

近年、色々な業務で、PDCAを廻すということがよく言われる。そのために色々な計画を考え実施されている。しかし、適切な評価が行えないため、その努力が報いられていない例を多々見かける。こう

なってしまう原因は、PDCAを廻すということ自体が目的化してしまっていて、何を目標にしていたのかが、曖昧になってしまうからである。目標がはっきりしていれば、それが達成できたかどうか、評価は明確に出る。介護はある意味では人間が活動していく（人生を創っていく）ことを支える手段である。とすれば、どういう介護過程にするのかは、その活動目標に合わせて考えなければならない。

今までの要介護者は、そういう活動目標を持たない、もてない人が多かったため、介護そのものが目的化していたともいえる。それゆえ、それなりに活動する高齢者との接点も少なく、余り学びにも刺激にもならないので、介護があまり面白い業務にはならなかったのかもしれない。が、今後、要介護者の活動目標を前提とした介護目標の設定を行い、それに基づく介護過程を考えることで、その介護過程の評価も明確になり、業務としての面白さも増加するであろう。

## 6. 残された課題・介護過程における「介護診断」の重要性

介護目標は要介護者の活動目標でもある。その活動目標を介護目標として介護過程の展開に結び付けていくためには、どうすればよいのだろうか。ここで必要になるのが、その活動の展開に必要な介護内容を介護過程として整理するための情報である。まずは、活動目標は千差万別で色々であり得るので、その活動目標についてできるだけ具体的な内容を把握する必要がある。その上で、いうまでもなく、当該要介護者の状態の把握も必要である。そして、この要介護者の状態を、当該活動目標に合わせて行っていく介護の目標が介護目標である。

この活動目標と要介護者の状態から、介護目標を

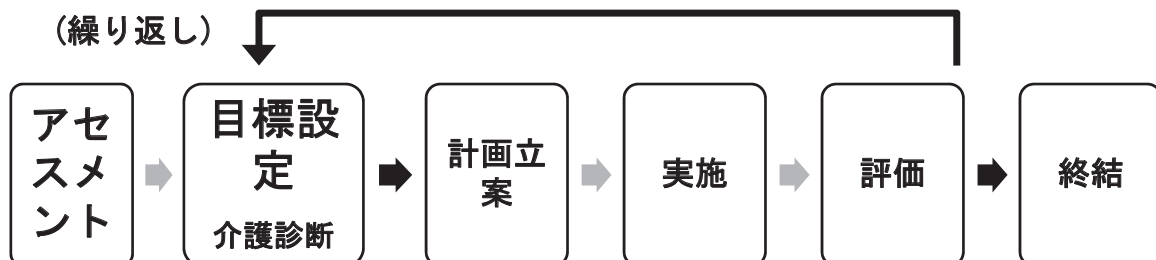


図-3 介護過程の展開図

設定し介護過程を創るという事を（本稿では）『介護診断』と呼ぶことにする。

とすれば、この『介護診断』を行うための情報収集や、判断基準を整理した「介護診断基準」の整理が急がれるであろう。まずは、どのような活動をどのレベルで望むのかが、基本情報となる。もう一つの基本情報は、要介護状態に関する情報である。これは従来からもあるのだが、より活動に即した内容として考え直さなければならない部分も多い。その上で、どのような介護過程を設定できるのか、二つの基本情報に対応して介護過程に展開し得る内容の候補を整理した基準表を作成する必要がある。

この介護目標の設定という考え方を今後の介護の基礎としていくという事と、そのために行う介護診断の基礎となる介護診断基準の開発が、今後の介護を考えるうえで、重要な課題となる。

#### < 註釈 >

- 1) 藤野 豊 著「戦後日本の人身売買」大月書店 2012年刊 等
- 2) 当時の人口は9,000万人前後であるので、出現率から言えば、21世紀初頭と比べ、単純に少ないとは言いがたい。
- 3) 「主婦権」ともいう。家長権が強大であったこの時代に、家政管理を中心とする主婦の権限を指す言葉。地方によって色々な呼称があった。
- 4) 人生の大半をあまり変化のない同じ地域、同じ家族・仲間でも過ごしてきているため、お互いに「阿吽」で分かりあってしまうことが多く、認知症になっても目立たなかったと推定される。
- 5) 学費無償で学べる師範学校（小学校の教員養成校）などの制度があり、貧しいが学習で頑張れば進学できる道などが用意されていた。
- 6) 日本老年学会・日本老年医学会の定義。65～74歳を準高齢者、75歳～89歳を高齢者、90歳以上を超高齢者と定義するよう提唱している。
- 7) 近年の高齢者にとって平均余命の急激な延伸は当人の予想外で、高齢期をどう生きるか全く準備が出来ていない。その為、せつかく介護を、本人が自分の人生に有効に生かしていないという例は多い。
- 8) この傾向は、65才以上人口が急激に増え始め、15歳未満人口が急激に減り始める1980年代半ばからの現象であり、もはや常識になったのが21世紀初頭と解される。
- 9) 70代後半から80代まで
- 10) 少子化の最大の原因はこの点にあるのは、多数の文献で証明されている。
- 11) 非常にリアルに言ってしまうと、要介護者の人間存在に否定的な見方を醸成してしまう。こういう傾向の結果として、相模原障害者施設殺傷事件を上げることが出来る。
- 12) 2015年の時点で要介護率の高い80歳代以上の人々は1935年以前の出生であり、この時代（戦前）の教育では、周りの言う通りにするのが当然という内容であった。特に女性にその傾向は強い。
- 13) デイサービスのプログラム内容などにも、麻雀など大人のゲームを取り入れるなど、その変化がはっきり見え始めてきている。
- 14) 2018年の現在、世界中のトップリーダー層を含めこのディス・コミュニケーション状態に気が付かない人が増えている。これらの言動は、世界の将来に大きな暗雲をもたらしていると言ってよいだろう。
- 15) 2001年にそれまでのICIDHの改訂版として、「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」という名称で採択された。
- 16) 1980年のWHOによって、「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」として刊行された資料。
- 17) 日本の介護福祉士に関する法令では、図-1の④の部分に関し、医療関係との連携が強調されている。
- 18) 厚生労働省ホームページの「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」（日本語版）から引用
- 19) 現実の生活行動には、整容やお化粧品、家屋内外の住環境の整備、など、どこに分類するのか分かりにくい内容もある。
- 20) 大川弥生著『『よくする介護』を実践するためのICFの理解と活用』中央法規 2009年や、丹羽国子・山田雅夏著「ICFに基づく介護概論」（有）アリスト 2003年刊や、石野郁子編著「介護過程」メザカルフレンド社 2008年刊や、澤田信子他編「介護過程」ミネルヴァ書房 2009年刊や、介護福祉士養成講座演習委員会編「介護の基本Ⅰ」中央法規 2009年刊などなど、いくつかの文献で、ICFに触れた記述があるが、分類項目まできちんと触れているのは石野郁子編著のみである。
- 21) 現在の介護の多くは、既製品の介護であり、要介護者が介護サービスに合わせるような内容になっている。こういう介護サービスは要介護者にも介護職員にとっても非効率的な面も少なくなく、今後少なくともイージーオーダーレベルには進むであろう。
- 22) 介護技術の段階に応じて、給料が上がっていく企業系の施設もある。民間企業では技術や成果（顧客満足度などを含む）で、給与が査定されていくのは普通の事である。
- 23) これらの項目は、敬心学園職業教育研究開発センターの第1研究班（介護過程研究）のメンバーによる共同制作である。

受付日：2018年5月31日

