

博士論文

認知症ケアのアセスメントプロセスに 内在する実践感覚の記述的研究

A Descriptive Study of Practical Sense in
the Assessment Process of Dementia Care

2017 年度

日本福祉大学大学院
福祉社会開発研究科
社会福祉学専攻博士課程

学籍番号: 15DA0054

氏名: 鈴木俊文

論文要旨

◆論文題目

認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚の記述的研究

◆要 旨

1. 本論文の目的

本研究は、介護職員が認知症者との関わり合いを通して経験している、感覚的な認識としての様々な諸感覚に着眼し、それらを「実践感覚」と定義したうえで、記述的研究によって接近した。これにより、介護職員が認知症ケアにおいて経験している実践感覚の意味をみだし、この結果を用いて「アセスメントプロセスに内在する感覚的認識の働き」について考察する。併せて、「これらの存在をチームで共有し、ケアに活かすための方法」について検討する。

本研究の視点と課題

本研究では、これまで殆ど明らかにされてこなかった介護職員の感覚的な認識経験に着眼した。認知症者に向き合う介護職員の感覚的な認識経験を表出・言語化し、それらを共有することが出来れば、個人のケア経験に内在する不確かな感覚やケアのアセスメント・評価視点等を得られるほか、組織として、他者・チームでの共有によるケアプランへの反映やケアカンファレンスの質向上に役立てられると考えたためである。

認知症ケアは認知症者の不確かな発語やしぐさ等を手がかりに、それらを実際に知覚した介護職員の解釈に基づいて、ケアが展開される側面が強い。つまり、客観的な事実だけでなく、ケア経験で知覚された情報を、介護職員の主観的な感覚をとおして認識した解釈から、必要なケアを判断し実践する側面が強い領域である。本研究ではこうした主観的な感覚から認識されたケア経験を実践感覚と定義し、介護職員にとっての感覚的な認識経験の意味について考察している。

本研究ではこのような経験を開示する方法として、記述的研究を手がかりに検討することから開始した。記述的研究は、ほとんど研究が蓄積されていない分野において、経験的観点から現象や実態を理解し、研究テーマについて新鮮な視点を獲得するために用いられる方法である（高原ら：2011）。記述的研究はインタビューや観察等を通じた記述的アプローチからなる実践であり、ケアを扱う研究領域では質的方法（例：現象学やグラウンデッドセオリーアプローチ、エスノグラフィー等）が利用されている。これらのアプローチは、いずれのプロセスも観察やインタビュー、それらの記述から現象を捉えることが重視

される。さらにそのうえで、現象の内実を捉えるための概念分析や構造化を目指す点でも共通している。本研究では、認知症ケアにおける実践感覚の意味をみいだすべく、介護職員のケアへの同行やケア経験の振り返りを促す対話を軸に、実践感覚を探索し、その内容を詳細に捉えた記述から、その意味を概念分析や構造化をとおして考察することを目指した。

3. 各章の概要

第1章では、認知症ケアの実践特性と課題について、認知症の行動・心理症状（Behavioral Psychological Symptoms of Dementia：以下 BPSD）の構造と要因を取り上げ、それらに対応する介護職員の感覚的な認識経験の働きについて検討している。

認知症は現在 80 を超える疾患が存在すると言われているが、これらの疾患が引き起こす主症状は、記憶障害、見当識障害、判断力障害が中心である。本章では、これらの主症状に付随する形でさらに広範な症状を現す認知症の BPSD とは何かを検討したうえで、それに対応する介護職員の課題として「非言語的コミュニケーションを主とする関わり合い」の特性を論じる。次に、こうした認知症者と介護職員の関わり合いによって生じる認知症への影響を、弁証法的な枠組みによって検討した。

第2章では、感覚的な認識経験を扱う研究動向をレビューし、本研究で扱う実践感覚について定義している。概念整理には、感覚的な認識経験を扱う諸概念として、Michael Polanyi による暗黙知、野中郁次郎の暗黙知、Maurice Merleau-Ponty による身体論、Pierre Bourdieu による実践感覚、Dorothy Leonard, Walter Swap による DEEP Smarts、横山登志子のソーシャルワーク感覚、奥川幸子の身体知等を手がかりとした。この結果により、本研究で探求する実践感覚を、「介護職員個々が経験しているケアの目安となる感覚的な認識であり、介護過程における情報やアセスメント内容としては具体的に明示しにくい身体に埋め込まれた感覚」と定義した。

次に、このような実践感覚を扱う方法論の検討を進めた。ここでは実践感覚の表出と共有に有用な方法論として、野中・竹内らが提示したナレッジ・マネジメントのフレームワークである SECI プロセスを参考に調査設計を検討した。SECI プロセスは、【共同化】Socialization, 【表出化】Externalization, 【連結化】Combination, 【内面化】Internalization による4つのフェーズによる知識変換活動である。

第3章からは、SECI プロセスにそって、介護職員の実践感覚の獲得・活用契機を捉えるための調査を実施し、その結果を論じた。3章では、研究対象である介護福祉士が実務をとおして経験している能力開発のプロセスを明らかにすべく、それらを介護事業所に務める当事者インタビューから分析し、その結果を用いて介護福祉士の実践感覚の獲得と活用契機について考察した。分析の結果、介護福祉士の能力開発は初任期の【介護技術・基本業務習得経験】、中堅期の【新人指導経験】、ベテラン期の【業務管理・事業運営経験】

という3つの経験的要素をとおして育まれていることが明らかになり、ここでは能力開発において、感覚的な認識経験の自覚を促す関わりと、それらを言語化し、活用するための関わりが課題であることが明らかになった。

第4・5章では、3章の結果を受け、実践感覚の自覚を促すアプローチ（4章）と実践感覚の言語化・活用へのアプローチ（5章）を4つの質的方法を用いて展開し、その結果を記述している。具体的には、認知症ケアの特性である非言語的コミュニケーションによる不確かな感覚について、ケアの誘導場面における「嫌がる感じ」という「だいたいの目安」の自覚を促すアプローチから、それらのケア経験の記述とケアプロセスの構造化を試みた。その結果、認知症者の「嫌がる感じ」は、介護職員自身の「過去のケア経験」と、「今の認知症者の状況」を非言語の反応から「意思」として意味づける2つの情報の結合によって生みだされている点で共通した実践であり、これが「不確かな感覚」を生み出す経験的根拠であることが明らかになった。

次に、実践感覚の言語化・活用へのアプローチとして、「嫌がる感じ」という「だいたいの目安」の共有をはかるべく、4章研究で得た実践感覚の自覚をベースに、同様に「嫌がる感じ」を非言語領域で察知し、それをケアの同意や評価として捉えている複数事例の「だいたいの目安」をケアプランへ反映させることを目指した。また、チームでのケア経験の共有という点においては、ケアプロセスの構造をチームで共有することにより、「尊厳を支えるケア・損なうケア」の意味について考察することも試みた。

第6章では、3・4・5章の結果から、記述的研究の軸であるインタビューや概念分析等の効果として導かれる弁証法的な作用と、そこに働く「省察」について論じ、「否定」として自覚される葛藤に求められる支持的な関わりへの示唆について触れた。また、分析結果で示した図解・ストーリーラインが見出す効果には、実践感覚の共有によって組織活動に与える課題の発見や認識について論じ、本研究の実践的活用に向けた教育・管理的な関わりへの示唆について、スーパービジョンへの応用を提案している。

終章では、以上の内容を総括し、本研究が対象とした認知症ケアにおける実践感覚の意味について論じたうえで、本研究の限界と今後の課題について述べている。

4. 本論文の到達点と課題

本論文の到達点と課題は次の4点である。

第一に、本研究が見出した実践感覚の意味は、①画一的な指標を超えた介護過程のアセスメントプロセス、②尊厳を支えるケアの実現に向けた当事者理解の主観的認識の更新、③介護職員の成長過程及びキャリアプロセスとしての発達段階的な素材である。これらは、「過去のケア経験」と「今のケア実践」を結ぶ弁証法的な働きによる「否定」と「修正」によって絶えず更新されている。このような更新は、本研究における記述的研究のプロセスによって生み出される点で、教育上有用な方法であることを示唆した。

第二に、こうした実践感覚への接近には、ケア経験を振り返るという機会、方法から感覚的認識の自覚を促すアプローチが重要であり、記述的研究が用いる観察やインタビューはこれを促す方法として極めて有効であり、スーパービジョンに類似する機能を生み出していることを明らかにした。

第三に、感覚的な認識経験は、何らかの形式的なかたちに変換することが共有化には求められ、この点において結果図やストーリーラインとしての記述的研究の結果が有効であることを明らかにした。とりわけ、実践感覚の言語化が果たす効果はケアプランやケアカンファレンスへの活用に結びつくことが示唆された。

第四に、こうした経験を生み出すためには、ケア現場における研究的かつスーパービジョン的な展開が必要であるが、このような手法は介護福祉士養成科目に指定されていないほか、介護福祉士のキャリア形成のプロセス上も生涯研修として学ぶ機会が極めて少ない実態にある課題が明らかになった。

このような実態と本研究の示唆をふまえると、養成カリキュラムや生涯研修制度の内容に踏み込みと共に、キャリア形成という観点で本研究の位置づけを検討することも必要(今後の課題)であることが示唆された。

Abstract of Doctoral Dissertation

Student NO. : 15DA0054

Surname, First name : SUZUKI,Toshifumi

【Title】

A Descriptive Study of Practical Sense in the Assessment Process of Dementia Care

【Abstract】

1. Aim of This Paper

This study focuses on various sense perceptions of long-term care workers through their involvement with patients with dementia and defines these as “practical sense” utilizing a descriptive research approach. Through this approach, this study aims to elucidate the meaning of practical sense that long-term care workers experience in dementia care and utilize these results to investigate the “sensory awareness function inherent in the assessment process.” We also examined “methods for sharing these within teams and utilizing them in care.”

2. Viewpoints and Challenges of This Research

In this study, we focused on the sensory perceptions of care workers, which have not been examined in prior research. If we can express and describe the sensory perceptions of the care workers who work with dementia patients and share these experiences, we believe that it will be helpful in creating assessments and evaluations for care and the uncertain senses inherent in individual care experiences. It will also help organizations improve the quality of their care conferences and reflect on care plans shared by other providers and teams.

In dementia care, care development is centrally founded on the interpretations of care workers who create them using the uncertain speech and gestures of dementia patients. In other words, this is a field in which there is a strong aspect of determination and practice of necessary care based not only on objective facts but also on information perceived through care experiences and interpretations confirmed through the subjective sense of care workers. In this study, we define care experiences confirmed from these subjective experiences as practical senses, and we consider the meaning of sensory perception experiences for care workers.

In this research begin by examining clues from descriptive research as a method for disclosing such experiences. Descriptive research understands phenomena and reality from an empirical perspective in fields where hardly any research has accumulated; it is used to acquire fresh perspectives on research themes. Descriptive research is a practice consisting of descriptive approaches through interviews, observations, and other methods. In research areas dealing with care, qualitative methods are used (i.e., phenomenology and the grounded theory approach, ethnography, and others). These approaches not only capture phenomena through observations, interviews, and their descriptions of either process but also share the aim of providing conceptual analysis and structure to the apparent experiences. In this study, in order to find meaning for the practical sense experiences in dementia care, we search for practical sense based on dialog-promoting care workers to reflect on care experiences and other accompanying experiences, considering the meaning of these through conceptual analysis and structuring and detailed descriptions of content.

3. Outline of Each Section

Section 1, on the practical characteristics and issues in dementia care, addresses the structure and causes of the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and indicates the sensory perception experiences of the care workers who respond to them. There are at least 80 diseases causing dementia; however, the main symptoms caused by most of them are memory impairment, disorientation disorder, and judgment disorder. In this chapter, after studying what BPSD is in terms of broader symptoms accompanying these main symptoms, we discuss the characteristics of “involvement with nonverbal communication” as a challenge for care workers responding to these symptoms. Next, we examine the influence on dementia of the involvement of dementia patients and care workers through a dialectical framework.

Section 2 reviews research trends dealing with sensory perception experiences, and therein we define practical sense as addressed in this research. In concept arrangement, as concepts dealing with sensory experiences, we include Michael Polanyi’s tacit knowledge, Ikujiro Nonaka’s tacit knowledge, Maurice Merleau-Ponty’s theory of the body, Pierre Bourdieu’s practical sense, Dorothy Leonard and Walter Swap’s deep smarts, Toshiko Yokoyama’s social work sense, and Sachiko Okukawa’s physical knowledge, among others. Based on these preceding works, practical sense, as used in this study, is defined as follows:

“Sensory awareness is a sensory perception for measuring the care that long-term care workers experience daily, as well as a physically ingrained sensation that cannot be easily and concretely displayed as information and assessment details in the care process.”

Next, we proceed with an examination of the methodology for dealing with such practical senses. Here, as methodology useful for expressing and sharing practical senses, we examine a study design that uses the SECI model (SECI process), which is a framework for knowledge management presented by Ikujiro Nonaka, Hirotaka Takeuchi, and their colleagues. The SECI model (SECI process) provides a process of knowledge conversion activities made up of four phases: (Empathizing) Socialization, (Articulating) Externalization, (Connecting) Combination, and (Embodying) Internalization.

Section 3 examines the results of a survey conducted to understand the opportunities of care workers to acquire and utilize practical senses according to the SECI process. To understand the process of skill development undergone by the care workers who were the research subjects, we interviewed staff working in care work facilities (Section 1). Using the results of this investigation, we examined the acquisition opportunities and practical opportunities for the practical sense of care workers. The results of this analysis showed that healthcare workers' skill development is nurtured through three experiential elements: the initial period (care skill/basic work skill acquisition experiences), the intermediate period (experience recruiting new hires), and the veteran period (business management/project management experience). It became clear that in skill development, the challenges are involvement that encourages the awareness of sensory experiences and involvement that describes and utilizes these.

Using the results of Section 3, in Sections 4 and 5, we use four qualitative methods to develop approaches that encourage the awareness of practical senses (Section 4) and approaches to describe and utilize practical senses (Section 5), and we describe these results. Specifically, regarding the uncertain senses from nonverbal communication, which is a characteristic of dementia care, we attempt to describe the care experience and structure the care process based on approaches that encourage the awareness of "approximate guidelines" for "unpleasant feelings" in care induction settings. Examination of the results show that dementia patients' unpleasant feelings are caused by the combination of two pieces of information understood as expressions of their "will," based on nonverbal reactions, "past care experience" with the care workers, and the "current state of the dementia care patient." This is shown to be an empirical basis for producing the uncertain sense.

Next, as an approach for describing and utilizing practical senses, to share approximate guidelines for unpleasant feelings, we similarly detect unpleasant feelings in nonverbal areas and work to reflect approximate guidelines for care plans for multiple cases, understood as care consent or evaluation. We also discuss the meaning of care that supports dignity and damaging care, sharing the care process structure with the team.

In Section 6, using the results from Sections 3, 4, and 5, we discuss the interviews, which are

the center of descriptive research, the dialectical action that follows as an effect of concept analysis, and then the introduction at work there. We also briefly mention suggestions for supportive involvement required for conflict perceived as denial. With the illustrations shown in the analysis results and the effects discovered using storylines, we discuss the discovery and perception challenges for organizational activities through the sharing of practical senses, and we propose using supervision for educational and administrative involvement for the practical use of this study.

In the last section, we summarize the previous content, and after discussing the meaning of practical sense in dementia care, which is the target of this research, we describe this study's limitations and future challenges.

4. This Study's Achievements and Challenges

This study's achievements and challenges include the following four points.

First, the meaning of practical sense determined in this study was as follows: (1) the assessment of the long-term care process beyond uniform indicators; (2) renewal of subjective awareness of understanding toward realizing care that supports dignity; and (3) developmental stage material for growth and career processes of long-term care workers. These meanings are continually being updated by "denial" and "revision" through the dialectical linking of "past care experience" and "current care practice." This study suggests that such updating is a useful educational method as it is generated by the process of descriptive research in this study.

Second, approaches that encourage the awareness of sensory perception through methods and opportunities, such as reflecting on care experiences, are important for accessing these practical senses. It is clear that the observations and interviews used in descriptive research are extremely effective for promoting this and produce functions similar to supervision.

Third, sharing is required to convert sensory perception experiences into a formal format; it is clear that certain results of descriptive studies, such as result diagrams and storylines, are effective. In particular, it is suggested that the effect of describing the practical sense leads to application in care plans and care conferences.

Fourth, to create these experiences, research development is necessary within the care site; however, such research methods are not covered in healthcare worker training courses, and a real challenge is that learning opportunities, such as lifelong learning trainings, are extremely rare in healthcare workers' career development. Based on the facts and implications of this study, it is necessary (future challenge) to examine the results of this study and also approach the content of training curricula and lifelong training systems from a career development viewpoint.

序章	13
1 研究目的	13
2 本研究の視点と課題設定の背景	13
3 研究方法	17
4 本研究の意義	18
1) 認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚の意味を見出す	18
2) 実践感覚の表出・共有に有用なアプローチモデルの提示	19
3) 記述的研究がもたらす介護職員個人や組織への影響についての言及	20
第1章 認知症ケアの実践特性と課題 -BPSDの弁証法的枠組みによる理解と研究課題の設定-	22
第1節 認知症の主症状とBPSD	23
1 認知症の主疾患と症状特性	23
2 Behavioral Psychological Symptoms of Dementia : BPSD「認知症の行動・心理症状」	26
3 事例にみる心理的影響と環境要因	27
第2節 認知症の弁証法	31
1 相互作用としての認知症症状	31
2 認知症の弁証法—ケアプロセスを記述するための枠組み—	34
第3節 介護過程における弁証法的視点の意義	36
1 介護過程の展開における実践感覚の課題	36
2 尊厳を支えるケアにおける実践感覚の弁証法的作用	38
第2章 感覚的な認識経験を扱う研究動向と調査設計	42
第1節 ケアにおける感覚的な認識経験	43
1 実践感覚の能動的・段階的獲得という視点	44
2 複雑性と変動性の中にある感覚を捉える記述的な方法	45
第2節 実践感覚の定義	47
1 Pierre Bourdieuの実践感覚	47
2 Michael Polanyiの暗黙知	48
3 経験の能動的な形成と統合による実践感覚	49
第3節 本研究における調査設計	50
1 SECIプロセス	51
2 知識変換活動を生み出す記述的研究	56
第3章 実践感覚の獲得・活用契機を捉える記述的研究(Level1)	58
第1節 対象と方法	59

1 対象者	59
2 調査・分析方法	59
第2節 実務経験における実践感覚の獲得と活用のプロセス	63
1 初任期における「実践感覚の芽生え」のプロセス	63
2 中堅期において「実践感覚の言語化」を目指すプロセス	65
3 ベテラン期において「実践感覚の活用」を意識するプロセス	68
第4章 実践感覚の芽生えから言語化へのアプローチ(Level2)	77
第1節 感覚的な経験経験の自覚を促す関わり	78
一非言語的コミュニケーションによる「不確かな感覚」への接近 一	78
1 対象と方法	78
2 現象学的記述と「厚みのある記述」	79
第2節 「不確かな感覚」を生み出す経験的根拠の自覚	81
1 健康状態の指標となる「大体の目安」	82
2 「うまい距離」で行われる「サインによる意思伝達」	83
3 良い状態と悪い状態を見極めた「引き際」	85
4 コミュニケーション過程における「不確かな感覚」の構造	87
第5章 実践感覚の言語化・活用へのアプローチ(Level3)	94
第1節 「嫌がる感じ」という「だいたいの目安」の共有	95
1 対象と方法	95
2 実践感覚の分析と共有	97
3 「だいたいの目安」が生み出される根拠の共有とケアプランへの反映	102
第2節 「尊厳を支えるケア・損なうケア」の弁証法的プロセス	104
1 尊厳の保持に関わる実践活動	105
2 対象と方法	106
3 分析結果	111
4 「尊厳を支えるケア・損なうケア」として共有された内容	115
第6章 実践感覚の体得に有用な経験と記述的研究(Level4)	120
第1節 記述的研究がもたらす弁証法的作用	121
1 省察による意味づけの更新	121
2 「否定」と「修正」に求められる支持	125
第2節 実践感覚の共有によって生み出される組織活動	127
1 「知る」から「育む」への組織的活動	128
2 実践感覚の体得に必要な教育・管理的機能	130
終章	137
第1節 探求プロセスの振り返り	137

1	認知症の弁証法的枠組みによる経験の記述と知識変換活動	137
2	実践感覚の存在確認	139
3	実践感覚の言語化・活用へのアプローチ	140
4	記述的研究が見出す効果	140
第2節 実践感覚の意味と介護過程への課題提示		141
1	画一的な指標を超えた介護過程のアセスメントプロセス	142
2	尊厳を支えるケアの実現に向けた当事者理解の主観的認識の更新	143
3	介護職員の成長過程及びキャリアプロセスとしての発達段階的な素材	145
4	本研究の実践的活用に向けた課題	147
文献一覧		149
謝辞		158

序章

1 研究目的

本研究は、介護職員が認知症者との関わり合いを通して経験している感覚的な認識に着眼し、それらを「実践感覚」と定義したうえで、記述的研究によって接近する。これにより、介護職員が認知症ケアにおいて経験している実践感覚の意味をみだし、この結果を用いて「アセスメントプロセスに内在する感覚的認識の働き」と「これらの存在をチームで共有し、ケアに活かすための方法」について検討する。

2 本研究の視点と課題設定の背景

本研究では、認知症ケアにおいて直接援助にかかわる主要な専門職者のうち、24時間365日体制でケアを行っている、介護施設に務める介護職員の実践を対象とした。日々変わりゆく認知症者の症状等に直接的な関わりをもつ介護職員の経験を表出・言語化し、それらをチームで共有することが出来れば、認知症ケアにおけるアセスメントの確かさやケアの評価視点を得られるほか、ケアプランへの活用やケアカンファレンスの質向上につながる考えたためである。

内閣府の報告書¹によれば、国内における認知症者数は、平成24（2012）年に462万人であったことに対し、平成37（2025）年には約700万人になると見込まれ、認知症ケアは介護において極めて重要な対応課題となっている。地域包括ケアシステムの構築・推進が進められる現在においても、認知症を患った後の生活は、進行に応じて24時間365日体制でのケアが必要となることが多く、住み慣れた在宅から介護施設へと生活の拠点をえざるを得ないケースは少なくない。

介護施設はケアサービスを提供するための介護職員が常駐していることから日常生活上のケアが保証される一方で、馴染みの無い環境により認知症者には混乱を与えやすく、それが逆に不穏状態を招く場合もある²。筆者が介護職員やケアマネジャーとしての実務経験を重ね、現在、研究者及び教員として身を置き、博士論文のテーマとした場合は、このような介護施設における認知症ケア現場である。

ここでは認知症ケアにあたる介護職員が、日々手探りの奮闘を重ねている。認知症ケアにおける環境要因には、介護職員が提供するケア、すなわち介護職員の存在そのものも重

¹内閣府「平成28年版高齢社会白書」第1章高齢化の状況（第2節3）

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html29年9月閲覧

²これをリロケーションダメージと呼ぶ。リロケーションダメージとは、「生活環境の変化によって、認知症の人の心理面に悪影響を及ぼすこと」を意味する。

要な因子である。筆者自身も良かれと思って提供したケアが、認知症者の混乱につながる結果を招いたことは数知れない。こうした失敗の多くは、認知症という病気によって引き起こされる障害の理解が不足しているということではなく、環境等によって生じる認知症症状への影響を正しくアセスメントできなかった場合が多い。認知症ケアで行われるアセスメントは、「その時」「その人」「その場」という関わりのなかで、必要なケアを瞬時に判断することが求められる。こうした瞬時の判断は、認知症者の不確かな発語やしぐさ等の情報を手がかりにアセスメントするために、明確なケアの根拠をもてない場合が多く、言語化することも難しい感覚的な認識によって経験されている場合が多い。筆者は、このような介護職員が行うアセスメントプロセスにおいて、言語化しにくい感覚的な認識経験の存在に関心をよせ、認知症ケアに向き合う介護職員個々の経験を開示する調査を重ねてきた。

認知症の症状は、障害と環境との密接な関係から多様な症状を生み出している。具体的に述べると、認知症の症状は、記憶障害や見当識障害、判断力の低下等からなる中核症状と、徘徊や妄想、介護拒否等の周辺症状に大別される。近年、周辺症状に代わる用語として定着しているのが「認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia:以下 BPSD)」である。BPSD は、認知症が及ぼす心理的影響と行動障害が大きく関係していることを表した用語であり、認知症のある利用者への対応を考える場合、この BPSD という理解に立って「心理的影響」や「行動障害」をアセスメントしていくことが前提となる。

BPSD の代表的な症状には、徘徊や介護拒否（攻撃的行為等）等があげられる。これらの症状は、認知症の程度に限らず、心理的な不安感や状況理解がうまく出来ない場合に示されることが知られており、介護施設に務める職員にとって BPSD の対応は昼夜を問わず避けて通ることが出来ないケアの対象となっている。こうしたケアの対象は、徘徊や介護拒否等、その場での対応に限定されるものではなく、心理状況の悪化やさらなる行動症状の増加を招く場合もあるために、単発的なケアではなく、連続性をもって認知症者の症状を捉えケアにあたる必要がある。

しかし、こうした BPSD は予測が難しい面や、統一した対応でも成果が見込めないケースが数多く実在するために、介護職員からは「ケアの方法を見出せない」「コミュニケーションがうまくはかれず困っている」「必要と判断して提供したケアが、逆に不安を増大させてしまったようだ」等の声が少なくない。特に、施設入所というケアサービスにおいては、夜間等、認知症者の BPSD の出現・悪化にうまく対応出来ない場合に、すぐに上司や他職員等に相談したり、一緒に対応出来る職員がいないことから、解決方法が見出せない状況であっても、「その時」「その人」「その場」という即断的な状況下で個々の判断と技術によって進めていかざるを得ない現実にも立たされている。

このように考えると、認知症ケアは、チームワークを基盤にケアを展開すること以上に、

先ずはケアにあたる介護職員個々が、認知症の BPSD を適切にアセスメントできる力量を備え、それらの対応を積み重ねていくケア経験が重要である。そして、チームでケアを展開していくためには、介護職員個々がアセスメントした内容を言語化し、チームで共有していくことが求められる。

本研究が主眼とするアセスメントは、ケアマネジメントプロセスにおけるアセスメントと類似する点が多いものの、あくまで介護職員のケア実践に必要な、介護過程の段階としてのアセスメントプロセスを想定している。石野は、これらの違いを、介護保険制度におけるケアマネジメントのアセスメントは介護支援専門員が行うものであり、介護分野だけでなく生活全般のニーズに対して、多様な社会資源の活用を盛り込んだケアプラン作成を行うものであること、一方で、介護過程は介護を直接提供する介護職員等が行うものであり、ここでは、生活支援に必要な課題を捉え、具体的なケア内容を明確にするプロセス等として区別している。³

このように、介護過程は「対象者の生活を支えるための多様な介護ニーズを理解すること」においてケアマネジメントと同様であるものの、それに対応するうえで、日常生活上の直接的な支援に必要なケアの専門的知識及び技術をもって、それらの知識や技術を活用し、サービス利用者等に対してどのようなケアを提供するべきかを検討する点に違いがある。

介護過程は、こうした一連の実践活動を表す「用語」としても定着しており、介護福祉士養成課程においては科目名称としても採用されている。介護福祉士養成課程における介護過程教育は、2009年より主要な教育内容（150時間）に位置付けられ、基礎的知識と介護実習とを関連させた教育方法が展開されていることが特徴である。

学習内容は、介護サービス利用者に対し情報収集を行うことを出発点に、アセスメントをとおして解決すべき課題の把握とケア内容を具体化し、それに基づくケアの実施と評価を行う一連の活動にかかわる方法の理解である。

このプロセスは「知ること」「考えること」「実践すること」「評価すること」が一体的かつ連続性をもって行われるところに特徴があり、そのため、介護過程はこのプロセスが感覚的なものではなく、根拠をもった科学的な介護であることを示すために、介護に必要な様々な基礎的・専門的知識をあわせて学習すると共に、それを根拠にしたアセスメントから個別援助計画を作成し、実務や教育活動の科学性を高めることを目指している。

アセスメントは、基礎的・専門的知識の獲得だけでなく、サービス利用者を「知る力」や、ケアを「考える力」、「関係性を構築する力」や「実践する力」「評価する力」など多様な力量が求められる。そして、こうしたアセスメント内容を明確に記述することで、ケアの根拠を示すことが求められている。

一方で、介護過程の対象者には、本研究が対象とする認知症ケアをはじめ、言語での明

³ 石野育子（2012）「介護過程」メヂカルフレンド社 p122-124.

確な関わりを得ることが困難な対象者へのケアも数多く存在する。こうしたケアは、養成教育で獲得した基礎的知識をベースにしたアセスメントを超えて、ある種の「感覚的な認識」を手がかりに、日々のケア経験の中から必要なケアを判断し、展開せざるを得ない場面が少なくない。

言いかえれば、介護過程においてはアセスメントが十分でなく、ケアの根拠が不明確であると指摘される内容である。具体的にあげると、このようなケアにおいて手がかりにしている情報は、介護職員が実際に認知症者と触れあう中で目や手から知覚する感覚的な情報を認識することが中心である。これらの情報からの認識は、不確かであるものの、ケアにおいては唯一の手がかりであり、介護職員はそれらを指標にもっとも確からしいアセスメントを探りながら、日々その変化を追いつつ、ケア内容の修正を繰り返している。

本研究では介護職員のこうした感覚的な認識経験を「実践感覚」と定義し、認知症ケアのアセスメントプロセスにおける実践感覚の働きについて考察したいと考えた。

つまり、BPSDの対応等、介護計画に一律に表記できるようなものではない領域におけるケア実践は、基礎的知識を根拠にしたアセスメントプロセスとは異なる実践であり、このようなアセスメントプロセスは、数多くの実践感覚を伴うために、ケアにおける情報やアセスメント内容としては採用されず、介護過程の記録にも残りにくいという課題がある。

さらに、このような実践感覚を手がかりにした介護過程は、感覚的であるがゆえに、介護職員自身も意識し、自覚していない場合が少なくない。つまり、実践感覚は、アセスメントプロセスに存在しながらも「介護職員個々が経験しているケアの目安となる感覚的な認識であり、介護過程における情報やアセスメント内容としては具体的に明示しにくい身体に埋め込まれた感覚」として、介護職員個々に内在し、他者と共有されることなく暗黙知化されやすいのである。

このような介護職員個々の実践感覚を開示し、それらをアセスメントにかかわる言語として記録に残すことが出来れば、不確かな情報を扱いながらも、柔軟で即断的な状況に対応した認知症ケアのアセスメントプロセスの内実を捉え、実践感覚の確かさを他者と共有することができるのではないだろうか。そのためには、まずもって介護職員個々が経験している実践感覚を意識化できるような何らかの関わりをもつことが重要ではないだろうか。

こうした問題意識から、本研究が着眼した方法は、筆者が介護職員個々のケアに同行し、そこで経験している実践感覚の振り返りを促す対話を展開することである。これは、認知症ケアの方法を捉え考察するということよりも、その前提として経験されている、認知症者の表情や不確かな発語、しぐさ等の感覚的な情報を、介護職員がどのように認識し、それらを手がかりにケアを展開しているかというアセスメントプロセスを開示するというものである。

言い換えれば、認知症者が生活上抱えている不安や意向、支援ニーズを介護職員個々が

どのようなアセスメントによって捉えているのかを、筆者がケアに同行し、対話を展開することで、介護職員のケア経験の内側から探求しようとする試みである。これらの内容を厚く記述することによって、こうした実践感覚の獲得契機や活用場面をチームで共有することが出来れば、それらはアセスメントプロセスの共有に留まらず、ケアプランやケアカンファレンスへの反映等、実践的にも活用できる手がかりが得られるのではないかと考えた。

このような研究活動は、介護職員個々のアセスメントプロセスの内実に調査者である筆者自身が、ケアへの同行や経験的な根拠をインタビューをとおして確認したり記述したりする点において、研究結果だけでなく、筆者が関わる研究プロセスそのものが、認知症ケアにおけるアセスメントプロセスの評価活動や教育活動に位置づけることも出来るのではないかと期待している。この点において、本研究の成果をまとめるうえでは、調査活動がもたらす個人や組織への教育的な影響等についても触れたいと考える。

3 研究方法

本研究は、文献研究と記述的研究を主とした以下の6研究で構成している。

1) 認知症ケアの実践特性を検討するための文献研究 (1章)

認知症の行動・心理症状 (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) の構造と要因について書かれた国内外の文献 46 本をレビューし、それらに対応する介護職員の感覚的な認識経験と、認知症者と介護職員の関わり合いによって生じる認知症への影響を、弁証法的な枠組みによって検討し、これらの結果から認知症ケアの実践特性における課題への対応に向けて、介護職員の感覚的な経験に内在する様々な諸感覚を表出・共有することの意義について考察する。

2) 感覚的な認識経験を扱う研究動向を捉える文献研究 (2章)

ケア経験において感覚的な認識経験を扱った 16 本の研究論文及び、国内外の文献 29 本をレビューする。

本研究では感覚的な認識経験を扱う諸概念として、先行研究において数多く活用されている Michael Polanyi による暗黙知、Pierre Bourdieu による実践感の諸概念を手がかりに、本研究で扱う実践感覚の定義づけを試みる。

3) 実践感覚の存在確認のための調査研究 (3章)

介護職員の中核である介護福祉士 27 名を対象に、実務の実態を捉える調査から、そこ

で獲得・活用されている実践感覚の存在を確認するべく、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行う。実践感覚は認知症ケアのみで獲得・活用されるものではないと考えられるため、ここでは認知症ケアのみに焦点化せず「介護福祉士が実務をとおして経験している能力開発のプロセス」を分析テーマにすることで、実践感覚の獲得や活用契機をひろく捉えることを目指す。

4) 実践感覚の言語化・共有化を目指した調査研究1 (4章)

認知症者の「嫌がる感じ」を非言語領域で察知し、それをケアの同意や評価として捉える介護職員の実践感覚の言語化と共有を目指す。ここでは、介護職員3名（及び認知症患者3名）の参与観察及び個別インタビュー、グループカンファレンスを実施し、事例コードマトリックスを用いた分析から、3事例の「だいたいの目安」の共有とケアプランへの反映を目指した結果を記述する。

5) 実践感覚の言語化・共有化を目指した調査研究2 (5章)

認知症ケアにおいて、介護職員が経験している「尊厳の保持」に関わる実践活動や行為を言語化・共有すべく、介護職員8名の参与観察及び個別インタビューを実施する。ここでは、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析し、そこで経験されている実践感覚のチームでの共有（連結）を目指したカンファレンスの結果を記述する。

6) 実践感覚の意味及び体得に有用な経験の考察 (6章)

3・4・5章の結果から、実践感覚の言語化・共有化がもたらす個人・組織活動への影響について整理し、実践感覚の体得に有用な経験について考察する。ここでは、記述的研究の効果として導かれる弁証法的な作用と、そこに働く「省察」について取り上げ、これらが生み出す教育的な影響等について、スーパービジョン機能を手がかりに考察する。

4 本研究の意義

本研究の意義は、認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚を探求することにより、①認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚の意味を見出し、②こうした実践感覚の表出・共有に有用なアプローチモデルの提示から、③こうした活動による介護職員個人や組織への影響について言及できることの3点である。

1) 認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚の意味を見出す

介護職員個々が認知症ケアのアセスメントにおいて経験している感覚的な認識は、非言語的な関わりや行為等を材料に、数多く経験しているものの、こうしたアセスメントは個別かつ主観的な要素を数多く含むために、科学的ではないアセスメント（根拠不十分なもの）として扱われることが多い。本研究ではこうしたアセスメントプロセスで働いている、感覚的な認識経験を実践感覚と定義し、この意味について考察している。

実践感覚は、アセスメントプロセスに影響を与えながらも、言語での説明が難しいために、その意味やその確かさを、他者と共有したり、評価視点を検討する機会を得にくいという課題がある。

本研究では、こうした実践感覚にこそ、「その時」「その人」「その場」という即断的な状況下におけるケア判断の根拠が存在すると考え、実践感覚の獲得と活用の内実を捉える事を目指している。

これを目的に取り組む記述的研究は、記述結果とその分析により、積極的に認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚の意味を見出すことにつながると考える。見出される意味のひとつとして、本研究が着眼していることは、実践感覚が及ぼすケアプロセスへの影響の考察から、尊厳を支えるケアへの貢献である。

認知症ケアは長らく尊厳を支えるケアが重要であると指摘され続けている。高齢者ケアにおいて尊厳という言葉が活用されはじめた背景には、高齢者介護研究会が示した「2015年の高齢者介護」の報告書において、「尊厳を支えるケア」が重点課題として掲げられたことによる（本間：2004）。これを皮切りに、尊厳を支えるケアの確立に向けた方策は、新しいケアモデルの確立やサービスの質の確保に向けて、様々な取り組みがなされてきた。尊厳は援助（支援）という仕事の根本であるにもかかわらず、自分なりの解釈をして日常に使用している現状にあることが懸念されており（佐藤：2015）、介護職員が尊厳の保持についてどのような意味づけをもって関わっているのかを探求することは極めて重要である。

また、介護職員の解釈（意味づけ）は、介護職員自身が意識していないことも数多く存在するために、認知症ケアにおいては特に介護職員の意味解釈の過程を振り返ることの重要性が指摘されている（認知症ケア事例ジャーナル：2010）。

この点において、本研究で認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚を捉え、その意味を見出すことは、認知症ケア実践における意味解釈の過程を構造化することや、こうした意味解釈が、認知症ケアにおける尊厳を支えるケアを阻害する要因や促進する要因として、どのような影響を与えているのかを考察する手がかりになると考える。

2) 実践感覚の表出・共有に有用なアプローチモデルの提示

本研究は介護職員の感覚的な認識経験を実践感覚と定義し、実践感覚の表出（言語化）を目指した記述的研究から、それらを知識変換活動によって共有することを試みている。

ここでの表出・共有は、調査研究としての結果のみを重視するものではなく、調査プロセスを詳細に提示する事により、認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚の表出と共有のためのアプローチモデルを提示することにつながるものとする。

本研究が着目する実践感覚は、感覚的な情報を扱うケア実践をとおして、介護職員個々のアセスメントプロセスに存在しているために、アセスメントプロセスにおける情報の意味そのものの価値判断が、個人によって左右されていることも想像される。つまり、普遍化されたアセスメントに従って支援内容を選択・決定する介護過程とは異なる実践、経験である。

このようなケアは、心身の状態や場の特性、これまでの関わりから得られた情報、さらには曖昧で不確かな表情の変化やしぐさ等、ケアを展開するためにあらゆる要素を個人レベルで瞬時に見極めてケアを展開する側面を強く持つ経験である。さらには、絶えずその変化を追いながら、最も有効な方法を選択し実践してくという連続的な経験の更新を持つものと考えられる。

このような経験を具体的な記述によって開示することが出来れば、場面毎のケアも、その現象を生み出すケア経験の過去・現在・未来を時間軸で結びながら捉えなおすことが可能となるであろう。

本研究ではこうした一連のケアプロセスにおいて更新されてゆく実践感覚を記述することに力点を置いた。言い換えれば、個別性が高く共有されにくかった実践感覚を概念としての言語や、プロセス図によって、その関係性や構造を時間軸の流れのなかで捉え直すことをとおし、「その時」「その人」「その場」という場面毎に展開される瞬時の介護過程の存在と構造を捉える活動である。

本研究におけるこのような活動は、探求プロセスを詳細に記述することで、実践感覚の言語化と共有の方法を、ひとつのアプローチモデルとして提示し、認知症ケアの介護過程教育としてのアセスメント訓練やケアカンファレンス等チームケアへの反映につながる示唆を得られるものとする。

3) 記述的研究がもたらす介護職員個人や組織への影響についての言及

第三に、本研究は先述したように、アセスメントプロセスに内在する実践感覚を記述的研究を用いて探求するものであり、これによる効果を、介護職員個人のみならずチームへの影響について言及できる点が挙げられる。

本研究が採用した記述的研究は、いくつかの質的方法によって具現化されている。これ

らはいずれも現象や事象を詳細に記述し解釈的に分析をすすめる手法である。分析では概念化や構造化の分析を加えながら、より立体的に実践感覚の意味を捉えることも目指した。記述的な研究手法としての質的方法には様々な方法論が存在し、それぞれに理論的立場や方法論の厳密さも存在している。しかしながら、いずれも研究の問いに対して、観察やインタビューを行う調査方法や、分析としてのコード化やプロセスの構造化からの結果図やストーリーラインの説明を行う点では共通する点が多い。本研究では、介護職員個人の「違和感」や「不確かな感覚」等、様々な「気づき」をインタビューや観察をとおして探求し、それらの記述による分析から調査者である筆者と調査協力者としての介護職員が相互に確認しあう活動を繰り返し行っている。

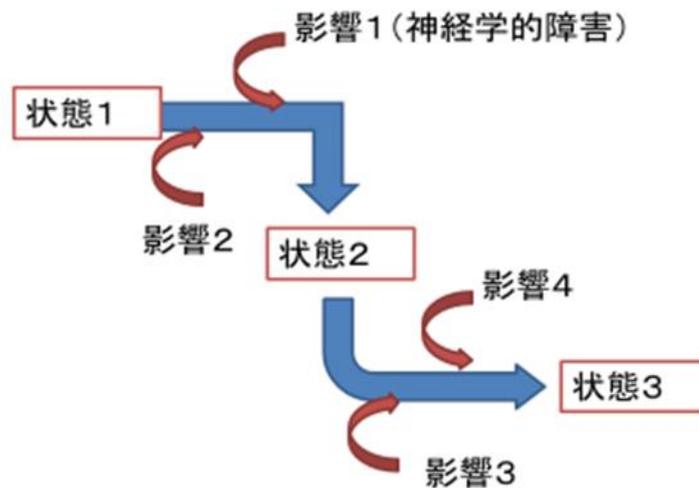
こうした行為はスーパーバイザーとスーパーバイジーの関係からなるコミュニケーションや、個人とグループ間に発生するスーパービジョン機能に通ずる効果があるのではないかと考えている。また、結果図やストーリーラインの提示は組織でのケア経験の共有から、ケアプランへの応用、課題の発見をとおした業務改善等にも役立つのではないかと期待している。

この点において、本研究のプロセスを一つのアプローチモデルとして示すことは、記述的研究という調査活動がもたらす効果を、研究結果のみならず、調査活動の過程に生じる様々な機能（ここではスーパービジョン機能を想定している）として言及できるものと考えられる。

第1章

認知症ケアの実践特性と課題

-BPSD の弁証法的枠組みによる理解と研究課題の設定-



TomKitwood:「DEMENTIARECONSIDERED the person first P51をもとに筆者作成

本章では、認知症ケアの実践特性と課題について、認知症の主症状に付随する形でさらに広範な症状をあらわす「認知症の行動・心理症状：Behavioral Psychological Symptoms of Dementia（以下 BPSD）」に着眼し、BPSDの構造を取り上げる。次に、これらにかかわる認知症者と介護職員の相互作用的な働きによる認知症への影響について Tom KitWood による弁証法的枠組みにそって論じ、これらの結果から認知症ケアの実践特性における課題への対応に向けたケアプロセスの考え方及び、このケアプロセスに内在する介護職員の感覚的な認識経験を表出・共有することの意義について述べる。

第1節 認知症の主症状とBPSD

内閣府の報告書⁴によれば、国内における認知症者数は、平成 24（2012）年に 462 万人であったことに対し、37（2025）年には約 700 万人になると見込まれている。これらの数値は医療機関を受診し、認知症と診断された人の数を表しているため、認知症状がありながら未受診である人も含めると、実際の患者数はもっと多いことが予測される。認知症の原因疾患を詳しくあげれば 100 近くの疾患が存在し、近年では、認知症の前段階である軽度認知障害の診断についても注目されている。本章でこれら全ての疾患を取り上げることとは不可能であるが、認知症を発症する代表的ないくつかの疾患から、認知症の医学的特徴と心理的・社会的特徴による BPSD の発症要因と構造についてみていく。

1 認知症の主疾患と症状特性

現在、認知症や軽度認知障害の診断に最も活用されていていると考えられるのは DSM（精神障害の診断と統計マニュアル）に基づく基準である⁵。DSM とは、精神障害の分類のための共通言語と標準的な基準を提示するものであり、アメリカ精神医学会によって出版された書籍である。これによると認知症の定義は、認知機能障害が記憶障害ともうひとつ別の認知機能障害（失語・失行・失認・実行機能の障害）が 1 つ以上あることとされている⁶。この基準は認知機能障害の種類に注意するというだけでなく、認知領域の機能低下を表す症状の具体的な状態を捉えることが診断の大きな指標となることを説明している。例えば、複数の外的刺激があるなかでの注意力の維持（複雑性注意）や、複雑な手続きを混乱せずに行えることが出来るか等（実行機能障害）の視点がある。

つまり、これらの視点は認知症による障害を、日常生活上の症状の程度を指標としながら、複数の外的刺激があるなかでの注意力の維持（複雑性注意）や、複雑な手続きを混乱せずに行えるかどうかを視点に、そこでの注意力や混乱等の精神・心理症状の出現を診断

⁴内閣府「平成 28 年版高齢社会白書」第 1 章高齢化の状況（第 2 節 3）

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html29 年 9 月閲覧

⁵ 精神障害の診断と統計マニュアル（英名: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM）は、精神障害の分類を主とする共通言語と基準を提示したものであり、アメリカ精神医学会によって出版されている。

⁶ 1994 年に発表された DSM-IV では、記憶障害ともうひとつ別の認知機能障害（失語・失行・失認・実行機能の障害）の 2 つ以上の障害がある状態をさすとしていたことに対し、DSM-V では、認知領域として「複雑性注意・実行機能・学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知」を挙げている。P596

における重要な視点としているのである。これらの症状を生み出す代表的な認知症の疾患にはアルツハイマー型認知症⁷、脳血管性認知症⁸、レビー小体型認知症⁹、前頭側頭型認知症¹⁰、慢性硬膜化血腫¹¹等が挙げられ、うつ病等の影響による仮性認知症なども存在する。これらの疾患の主症状は、記憶障害、見当識障害、判断力障害が中心である。このような障害は疾患に起因する直接的な障害として精神医学の分野では「中核症状」という呼び方をしている。そして、この中核症状に付随する形でさらに広範な症状を現す認知症の症状を周辺症状と呼んでいる。周辺症状は、「徘徊」や「廊下に放尿する」「ものが盗られたと過剰に訴える」「ドアを過剰にたたく」等々の行動レベルで現れる症状である。

つまり、認知症の症状は単に記憶障害、見当識障害、判断力障害という中核症状のみで出現するのではなく、中核症状に、周囲の外的刺激によって受ける影響が加わって、認識が混乱したり、情緒が不安定になって生じる行動レベルの症状が周辺症状として出現すると

⁷ アルツハイマー病（以下 ATD）は、脳の神経細胞が多数脱落していると同時に特殊な染色法で染め出されたシミ状の斑点（老人斑）がいたるところに確認され、この特徴的な脳の変化をもった初老期の認知症が ATD と呼ばれている。ATD は脳の神経細胞が死滅・減退することにより脳の萎縮が進むことで認知症が発症する。こうした病変のみられる慢性進行性の認知症が一括して ATD、あるいはアルツハイマー型認知症と呼ばれている。高齢者を中心にみられる認知症であるが若年性の ATD も多数見つかっている。

⁸ 脳血管障害は、主に脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の3疾患に大別されている。発病初期から認知症の症状を認めることは稀であり、脳血管障害の再発を繰り返す事で症状の発症や進行をすることが多い。脳血管性認知症は極めて重篤な症状をもたらす危険性がある反面、軽度な症状でおさまる場合もあり脳血管障害を繰り返さない限り認知症の状態は固定し、進行することは少なく脳の血流の改善などにより認知症の状態が軽快する可能性がある。

⁹ 脳内にレビー小体という異常な細胞内蓄積物が点々とみつかり ATD を合併していることも稀ではない。幻視や幻聴、パーキンソン様の症状がみられることが特徴である。病気は発病初期からの体の動きが緩慢になるパーキンソン症状と、幻視・幻覚を訴えることが特徴的である。

¹⁰ 10年以上と経過が長くゆっくり進行することが多い特徴を持つ。意欲障害や性格変化、抑制の効かない反社会的な行動障害が目立ち初期の段階から言葉の理解が障害されるケースがある。前頭葉から側頭葉にかけて集中して脳萎縮が進行していく病気であり、これによって性格変化などの特異な病状も出現する。

¹¹ 高齢者はわずかな頭部外傷でも頭蓋骨の下の脳を包む硬膜に小さな出血を生じる場合がある。通常、この出血自体は吸収されるがそのまま止血せずに何週間も経過すると出血がたまり脳を圧迫し、これによって認知症が生じる場合がある。

いう構造である。このような意味から、周辺症状は中核症状とは別の随伴する精神症状として扱われ「周辺症状」と呼ばれているのである。

こうした「中核症状」「周辺症状」という2分類の構造説明は一般的に広く行き渡っており、医学や治療上の指針を決める場合のみに限定されるものではなく、社会福祉士養成や介護福祉士養成教育で用いられる教育書をはじめ、主要な認知症ケアの専門書等でも一般的にひろく説明されている。しかし、実際の介護現場では中核症状の見当識障害ひとつをとってもその複雑さ故に先述した2分類の構造説明のみでは理解し難い事例が少なくない。

例えば、認知症の見当識障害には、時間、場所、人物が分からなくなるという特徴があるが、「朝ごはんはまだですか」と真夜中に認知症者が目を覚ました場合、「まだ夜中ですよ」という介護職員の説明では、認知症者は自分の間違いを正すことは出来ない。これは時間の見当識の問題だけで、時間を伝えれば納得するような問題ではないのである。

また別の例として、認知症者が外出時に道に迷った場合、場所がわからないという問題があてはまるが、たとえそこへ誰かが声をかけたとしても、自分がどういう目的で、なぜこの場にいるのか、これからどこへ向かうのかといった混乱が生じ、どのように助けを求めればよいのかはわからず更なる混乱を招く場合がある。小澤は、このような認知症者の状態を「状況と自分との関係をうまくつかむことが出来ない」と述べ、自分の置かれた状況を把握して、自分のとるべき行為を選択することの難しさが、見当識障害を認知症の不適応に変えると指摘する（小澤：2005）。

以上をまとめると、認知症症状の発症要因と構造は次のように整理できる（表1-1）。

表1-1 認知症症状の発症要因と構造

- | |
|--|
| <p>① 認知症症状の発症要因は単に記憶障害、見当識障害、判断力障害という中核症状のみで説明することは不可能であり、中核症状に加えて外的刺激による影響が要因になって、認識の混乱や情緒不安につながって生じる行動レベルの症状の出現を生み出している。</p> <p>② 認知症症状の構造は中核症状を背景に、外的刺激による影響の加わりによって生じる周辺症状を伴うが、周辺症状は、状況に適応するうえで生じる不安や不快等の心理的要因が行動レベルの症状として作用し出現するという構造である。</p> |
|--|

2 Behavioral Psychological Symptoms of Dementia : BPSD 「認知症の行動・心理症状」

認知症者の示す症状は、中核症状と周辺症状に大別され、この構造は中核症状を背景に、外的刺激による影響の加わりによって生じる周辺症状を伴うという構造にあるものの、実際の症状説明においては、中核症状、周辺症状という2分類の構造説明では十分ではないことをみてきた。

認知症者は、記憶障害や見当識障害を抱えつつ、こうした障害を受けて尚「今」という状況を理解しようとしているのである。そして、その反応として日常生活に伴う心理症状は行動レベルの周辺症状となって出現される。このような周辺症状に関する研究について、長田・佐藤らは「従来、認知症の周辺症状に関する研究は、その定義や用語の使い方、個々の症状になが含まれるのか、どのように評価しているのかがあいまいであった」と指摘し、これらの症状を表す用語として欧米諸国で用いられる Behavioral Psychological Symptoms of Dementia : BPSD 「認知症の行動・心理症状」について説明している（日本認知症ケア学会：2011）。

BPSD は、中核症状と周辺症状の関係を、中核症状と外的な影響によって受ける刺激をとおして生まれる反応としての行動・心理症状と捉えた概念である。BPSD は認知症者の70～90%に出現するとされ、認知症者本人のみならず介護者の負担感を増大させることから患者と介護者双方の生活の質を損なう重大な課題であることが指摘されている（王ら：2008）。

欧米諸国や日本において BPSD は中核症状にもまして重要な治療対象と認識されており（工藤ら：2005，三好：2003），国内における様々な論文や報告書では BPSD の出現原因や発生の要因、これにかかわる認知症者の心理状態等が明らかにされてきた。BPSD の発症は介護負担を増大させることから、一見認知症の中核症状が悪化したようにも感じられるが、BPSD は単に中核症状が悪化しているのではない。

BPSD への対応には中核症状との区別が重要であり、そのためには、先述してきたように疾患としての特性と、認知症者が日常生活に伴う心理症状をふまえて対応していくことが重要であろう。下仲は、認知症者の心理状態を理解する上で、まずは記憶障害の存在という原点から出発する必要があると述べ、記憶障害に伴う不安等の混乱した状態は環境や状況の変化によって心身のバランスを崩しやすくなることを明らかにしている（下仲：1992）。また、こうした認知症者の心理症状は認知症のタイプによって特徴に違いがみられることも明らかになっており、脳血管性認知症の場合、強い不安状態を招きやすいことや、アルツハイマー型については、現実世界とかけ離れた世界に入っており、介護職員が認知症者の世界を認めることによって精神的安定が得られるという記述等もみられる（日本認知症ケア学会：2011，長谷川ら：1992 等）。

これらの研究は認知症の疾患によって出現する症状の特性を説明したものであるが、い

ずれも外的刺激により心理症状としての不安状態を伴いやすいこと、その不安を軽減するための関わりがケアにおいて求められる視点であることを認める点で共通している。

また、このような心理症状の出現は、先に触れた BPSD による理解をふまえると、単純に中核症状として説明できるものではなく、外的刺激としてのなじみの薄い環境や居心地の悪い環境等の環境面によって誘発されやすいことも示唆される。例えば、徘徊や介護拒否（攻撃的行為等）などの症状は、認知症の程度に限らず、心理的な不安感や状況理解がうまく出来ない場合に示されることが知られており、介護職員にとって、BPSD の対応は昼夜を問わず避けて通ることが出来ない課題である。

特に、こうした BPSD は、それらをきっかけに転倒事故等に結びつく事も多いため、BPSD に適切に対応できることは、認知症ケアにおけるリスクマネジメントにもつながる重要なケアの対象である。しかしながら、これまでにみてきたとおり、BPSD は予測が難しい面や、統一した対応でも成果が見込めないケースも少なくない。そのため、介護職員からは「ケアの方法を見出せない」「コミュニケーションがうまくはかれず困っている」「必要と判断して提供したケアが、逆に不安を増大させてしまったようだ」等々、困難事例として取り上げられることが多いのである。

このように多様な BPSD への対応は決して容易ではなく、認知症ケア現場において BPSD への対応は、常に介護職員個々が抱える課題となっている。特に、施設入所というケアサービスの場合、夜勤等では、認知症者の BPSD の出現・悪化にうまく対応出来ないことがあっても、すぐに上司や他職員等に相談したり、一緒に対応出来る職員がいないことから、解決方法が見出せない状況においても、「その時」「その人」「その場」という状況で介護職員個々の判断と技術によって、一人でケアを進めていかざるを得ない現実立たされている。

このように考えると、認知症ケアは、チームワークを基盤にケアを整備すること以上に、ケアにあたる介護職員個々が、認知症の BPSD のしくみを正しく理解し、それらに予防的な視点で関われるアセスメントをとおして、認知症を患った後の生活を、いかに「安全」「快適」なものとして維持・保証していくことができる環境を整えられるかが重要であると言える。

3 事例にみる心理的影響と環境要因

次に先述した BPSD の具体的な要因と関係性を整理すべく、ここではこれらの症状を表すいくつかの事例を取り上げ、「認知症が及ぼす心理的影響」と「行動障害」、それらに影響を及ぼす「環境要因等」から、これらの関係性についてみていく。

認知症の原因疾患として、最も多いと言われているアルツハイマー型認知症では、記憶

障害等のほか、末期には運動や感覚中枢の変化が強まり、歩行にも大きな影響を及ぼすことが明らかになっている。

また、第二の認知症とも言われるレビー小体病は、パーキンソン症状と幻視が主要な症状である。次いで多いと言われている脳血管性認知症の場合も、初期症状から四肢のしびれ感やめまいがみられ、身体症状の代表的なものには片麻痺等が挙げられる。

このように、認知症は疾病そのものから受ける障害が記憶や見当識等の障害以外にも存在するため、これを例にとっても、認知症によって受ける行動障害をアセスメントする視点は、実に多様であることがわかる。さらに、BPSDをふまえたケアを検討するにあたっては、これらの行動障害に環境や心理的影響が絡み合っていることを重視したアセスメントが必要である。

○夜間、廊下を歩行中（徘徊中）に転倒した事例

Aさん、85歳、女性、アルツハイマー型認知症、HDS-R6点。ADLはほぼ自立。特別養護老人ホーム（ユニット型）に入所中。

自力での歩行が可能なAさんは、夜間0時頃に目を覚ますと、辺りが暗い事に不安になり居室を出て、自分の状況を確認しようと、起きている人を探して歩き始めた。

長い廊下をひたすら歩き続けていると、中央にある介護職員室の明かりを発見する。「あそこに行けば何か分かるはず」と期待を抱き足を速めたAさんは、足を滑らせて転倒してしまった。この時、Aさんは靴をはき忘れており、靴下も上下が戻れ、既に半分脱げている状態であった。

上記の事例は、ADLがほぼ自立しているため、運動機能として自力での歩行が可能であることがわかる。また、認知症の記憶障害、見当識障害によって、状況がうまく理解出来ず、その不安を解消するための手がかりを求めて歩きはじめていると考えられる。

認知症の代表的な障害には、記憶障害や見当識障害、判断力の低下等からなる中核症状が存在するため、短期記憶や見当識に障害を受けた認知症者は、「自分のいる場所」や「その場所にいる意味」を理解することが困難になり、「家に帰る」「こんなよくわからない所にいてはいけない」「知っている人を探さなくては」等々、状況を理解し解決するための行動に移ることが予測される。これが「徘徊」となって現象するのである。

以前までは、このような徘徊は意味もなく歩き続ける行為と捉えられる場合が多かった。しかし、近年ではBPSDで説明されるように、認知機能の障害によって、引き起こされる「ここはどこだ」「誰かに相談しなくては（心理的影響）」等により、行く場所がわからないままに歩き、解決を求める姿（行動障害）として理解されるようになった。

つまり、この事例をBPSDという視点で理解する場合、徘徊が生み出されている「不安要素」を捉え、その解消に努めること、徘徊という活動が転倒等の事故につながる大きな

要因であることを理解したうえで、心理面での影響を環境との関連で捉えるアセスメントが重要になる。以下に、①不安感が生じた背景とそれらを助長させる環境要因、②滑りやすい床材とそこを靴下で歩いていることに対するアセスメントを例示する。

1) 不安感（増大させる要因を含む）の背景

不安感が生じた背景は、夜間に限らず日中からの不安感等の継続も考えられるが、特に夜間帯には暗さを伴う環境が心理面に影響し、「早く家にかえらなくては」「知らない場所で寝ている」等の不安を増大させやすいと考えられる。

また、夜間帯は介護職員が限られているために、個別対応には限界がある。そのため、環境整備を工夫することによって、不安感を助長させる要因の排除となじみの空間作りを進めることが鍵と考えられる。例えば、居室の設えや装飾を本来の家庭環境に近づけるような工夫も効果的である。特に、これまで就寝時に活用していた枕やベッド周りの小物、掛け時計等は、肌や目に触れやすく、「感覚的」に安心感を得やすいものと考えられる。

2) 滑りやすい床材と夜間の歩行

施設環境によっては、必ずしも滑りやすい床材ばかりではないものの、そもそも認知機能の低下だけでなく、加齢による身体機能の低下が、歩行機能にも大きく影響を与えていることは明らかである。特に、夜間帯は寝起きであることから、ふらつきやすい状態であることはもちろんのこと、暗い廊下での移動は、隅に置いてあったゴミ箱や、床材のコントラストを段差と勘違いする場合もあり、夜間という環境によって生じる色覚や視野等への影響もBPSDを招く要因である。

こうした視点に立つと、施設では居室外のトイレを利用する利用者や、不安で介護職員室を頻繁に訪れることが予測される場合には、廊下での移動を極力少なく出来るような居室配置や、安全に移動出来る環境整備をはかることも重要であることがわかる。

特に、今回とりあげた事例は、靴の履き忘れや、靴下の振れの修正は、例え利用者自身がそのことに気づいた場合にも、うまく修正出来ず、無理な姿勢から転倒を招く危険性も潜んでいることがわかる。

そのため、就寝前に靴下を脱いでおくような事前対応や、靴を履く行為（活動）を想定して、ベッドサイドや部屋の出入り口に椅子と明かりを用意しておく、センサーマット等の活用により、夜間の行動にいち早く対応できるよう工夫することも効果的であるだろう。

○入浴拒否から介護者に殴り掛かった事例

Bさん、66歳、女性、若年性アルツハイマー型認知症、HDS-R8点。ADLはほぼ自立。認知症高齢者グループホームに入所中。

このグループホームでは、家庭的な生活習慣を維持出来るよう、夕食後の入浴が可能であり、一日のスケジュールや勤務体系も、夜間の入浴が可能になるよう調整されている。

しかし、Bさんは以前から入浴拒否が強く、介護職員は様々な手段を講じて入浴の誘導を行ってきた。この日も、一週間入浴をしていないBさんに対し、「Bさん、もう一週間も入浴していないですよ」「布団に入るのですから、その前に体を拭くだけでもいいので行きましょう」と、嫌がるBさんの手を強引に引き、何とか脱衣場まで誘導していった。早速衣類を脱いでもらおうと介護職員は説明を始めたが、Bさんはますます興奮し、「いやー！わたしはここには泊らんからいい！」と奇声をあげている。見兼ねた介護職員は「Bさん、さあ脱ぎますよ！」と衣類に手をかけたとき、Bさんはさらに声を荒げて「やめてー！」と介護職員の顔をめがけて殴りかかった。

上記の事例Bは、ADLがほぼ自立しているため、運動機能として自力での移動や脱衣、洗身等は可能であることがわかる。しかし、認知症の記憶障害、見当識障害によって、状況がうまく理解出来ず、その不安と抵抗から入浴を拒否していることが考えられる。

ここで問題にすべきは、①入浴を拒む背景とそれらを助長させる環境要因、②結果的に暴力行為につながった経過に対するアセスメントが十分であったかという点であろう。

1) 入浴拒否の背景とそれらを助長させる環境要因

この事例をアセスメントするうえで、まず必要な内容は、入浴拒否がこれまでも幾度となく繰り返されてきたことを、どのようにアセスメントできるかという点であろう。

これは入浴拒否が、一時的な要因によるものではないという視点が重要である。つまり、入浴だけでなく、そもそも自分のいる場所を認識出来ていないことが考えられる。夕食後に自宅に帰ることなく、「泊る」「入浴する」ことの必要性や、なぜ他人に「入浴をすすめられるのか」という介護職員の声かけ等に対する不信感も考えられる。

これらが積み重なり、より一層強固な入浴の拒否感につながっていることが予測できる事例である。特に、女性の場合には、服を脱ぐ事への心理的な抵抗がより強く影響することは言うまでもなく、また、「裸を見せたくない」という抵抗感や羞恥心だけでなく、「服を盗まれるに違いない」等、不安感（妄想）を伴っていることも想像される。

こうした事例には、まずは、入浴をすすめることを前提とせず、一日の予定を一緒に確認しながら、外出の準備や身だしなみへの気配り等を促すなど、入浴することの必要性を利用者自身が自覚出来るような「きっかけづくり」を、日頃の関わりや会話の中から見出していけるよう、見直していくことが大切であろう。特に、肌の露出を伴う入浴においては、プライバシー配慮がどのようになされているかを感覚的に得やすい(利用者が理解し、

安心しやすい) 環境の工夫も必要になる。

また、このようなケースは、まだ年齢的に若い女性である為、同性で年代の近い職員からの声かけや介助も効果的と考えられる。「今は誰も使用しない時間ですから」といった「配慮を加えた説明」等によっても、心理的な抵抗感を減らす事が期待出来るかも知れない。いずれにせよ、攻撃的行為がみられる利用者への対応は、その場限りの会話や対応で解決されるものではなく、日頃からの関わり方を振り返り、より丁寧なコミュニケーションを継続していくことがアセスメントには極めて重要になる。

2) 介護者の声かけ・説明による心理面への影響

認知症を患えば、必ずしも暴力行為が出現するとは限らないが、BPSDは認知機能の低下だけでなく、もともとの性格等もかかわって、それらが行動症状の引き金となっていることも考えなくてはならない。特に、入浴等プライバシーに関わる行為は、心理的な抵抗が他の行為以上に伴いやすいため、介護拒否は強く発生しがちである。またこれらへの対応に四苦八苦するうちに、強引さを増した介護職員の説明が、葛藤や混乱を生み出し、怒りを伴って衝動的に暴力行為が出現するような場合も存在する。

このような視点に立つと、介護職員の説明や声かけが、利用者の心理面にどのように影響を与えているのか、表情や言動を丁寧に観察・確認しながらアセスメントするべく、まずはそれらを傾聴、共感、受容していくかかわりが、いかに大切であるかがわかる。

また、これらの姿勢によって、言語では届かなかったものが、非言語で伝わる可能性があることも推察される。介護職員の関わりが、心理的な安寧を生み出し、そこでは言語に限るものではなく、態度等をふまえた非言語的な関わりから、心理面へ働きかけることが重要であり、無理のない姿勢と態度を維持していける適切な距離感を検討していくことも重要な視点であろう。

第2節 認知症の弁証法

1 相互作用としての認知症症状

前節では、認知症の BPSD を考えるうえで、環境因子の存在を重視すると共に、人を含めた環境因子から受ける影響が、認知症者に対し、何らかの意味関係を持って存在し、それが BPSD の誘発や悪化、軽減等にも大きな影響を与えていること、それらは相互作用的なプロセスによる影響をアセスメントすることが重要であることを述べた。

このような視点に立つと、認知症ケアを対象に、その様相を研究対象とする場合、認知症症状は、様々な要因が関連しあう相互作用として、またこのような症状は、様々なケア

を受ける関わりの連続性の中で絶えずアセスメント内容も変動していることが予測される。

このような相互作用を捉えるアセスメントの枠組み、視点として現在介護過程で注目されているのが国際生活機能分類（ICF:International Classification of Functioning, Disability and Health 以下 ICF）の活用である(図 1-1)。

ICF は 1980 年に発表された国際障害分類（ICIDH:International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps 以下 ICIDH）の改定版であり 2001 年に WHO（世界保健機関）総会で採択されたものである。ICIDH とは障害を「病気・変調」→「機能障害」→「能力低下」→「社会的不利」という図式で構成したものであり、この概念は障害を持つ人の状態のマイナス面を強調し、障害を持つ人の問題を論じる際の根拠とされていた（石野：2008）。これに対し ICF は障害というマイナス面を中心に捉えるのではなく、「生活機能」というプラス面を中心に見ようとするところに根本的な視点の転換がある（大川：2005）。

つまり ICIDH が障害を疾病の結果（帰結）として分類していたのに対し、ICF では障害は健康の構成要素の一つとして分類しているのである（図表 1 章-1）。これは人が生きることの全体像を「健康状態」「心身機能」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」という構成要素として相互に作用する関係にあることを示し、個々の状態をバラバラに見るものではなく相互作用として見ることによって、全体像としての生活機能を捉えようとする。このような ICF の視点は、介護過程のアセスメント教育や実践上のアセスメントツールに応用される等、幅広く扱われている。ICF は、本研究においても、認知症が原因疾患との単線的な見方ではなく、環境因子にも注意を向けることによって、物的環境、人的環境や制度的環境等の影響が認知症者の生活機能に大きく影響し、それが症状となって出現していることを説明することに大いに役立つ視点と考える。さらに、この相互作用に働くプラス面とマイナス面の因子は認知症による障害への悪影響のみならず解決にも役立つ因子の存在を捉えるうえで極めて重要な視点と考えられる。

以上から、本研究においては、ここで指摘するプラス面とマイナス面の因子として、「介護職員の関わり方が環境因子として強く働いていること」に着眼すると共に、「こうした介護職員の関わりが、BPSD への対応の過程で相互作用的に絶えず変化する」様相を捉えることとした。とりわけ介護拒否等、興奮状態にある利用者の言葉を傾聴していく関わりは、介護職員にとっても決して容易ではなく、心理的な負担感が強く伴うものである。このような心理的な負担感は、認知症者と介護職員双方に相互作用的にかかわってくる要因であろう。

認知症者にとっての環境には「人」や「物」といった多様な要素が含まれるが、介護施設等に入所している認知症者の場合、環境因子には、住まいや設備に加え、日常的にケアを受ける「人（介護職員）」の存在が極めて大きなものであろう。この点をふまえると、本章で例示した事例の数々は、介護職員と認知症者の関わりあいにも生じる相互作用

に着目することの意味を示唆している。

永田は、こうしたケア関係において、ケアする側とされる側という垂直の関係ではなく、一緒に暮らす水平の関係によって生活のパートナーとしての意識を共有することが重要であると指摘している（永田：2005）。また、竹内は、「人」と「人」の意味関係は多彩な要素から作られるため、「人」と「物」の単純な意味関係とは大きく異なると指摘する（竹内：2005）。こうした指摘は、認知症のBPSDを考えるうえで、環境因子としての人の存在を重視することの意味を強調しているといえよう。

環境因子としての人の存在は、認知症者に対し、何らかの意味関係を持って存在しているために、その意味関係によっては、BPSDの出現や誘発、良い意味では軽減にもつながるものである。そのため、こうした環境としての人の影響が、認知症者の心理面にどのような影響をもたらすのかをアセスメントすることは、極めて重要であるが、こうしたアセスメントを経て対策を講じても尚、BPSDが発生・悪化する場合もある。

認知症ケアはその都度のケアを、無理強いせずに時間を空ける、人を変えて対応する等、様子を見ながら関わりを継続したり、変化させることも重要である。この点において認知症ケアは、プロセスの支援であるという理解が必要である。

このような視点に立つと、ケアの成功や失敗は、その場面のみに関わりによって生み出されるものではなく、そうした結果へのプロセスに何らかの影響が働いていることがわかる。この点において、認知症ケアを捉えるうえでは、その場の状態のみに着眼せず、プロセスという視点で、ケアで行われる声かけ等の内容や具体的なかかわりを捉えることが必要である。

これらのプロセスを記述することができれば、ケアの共有化に大いに役立つと考えられる。また、この記述によって、認知症症状を相互作用的な影響として捉えることが出来れば、認知症ケアのBPSDの発症やケアの効果を考察するうえで、極めて有効な基礎資料になり得ると考える。

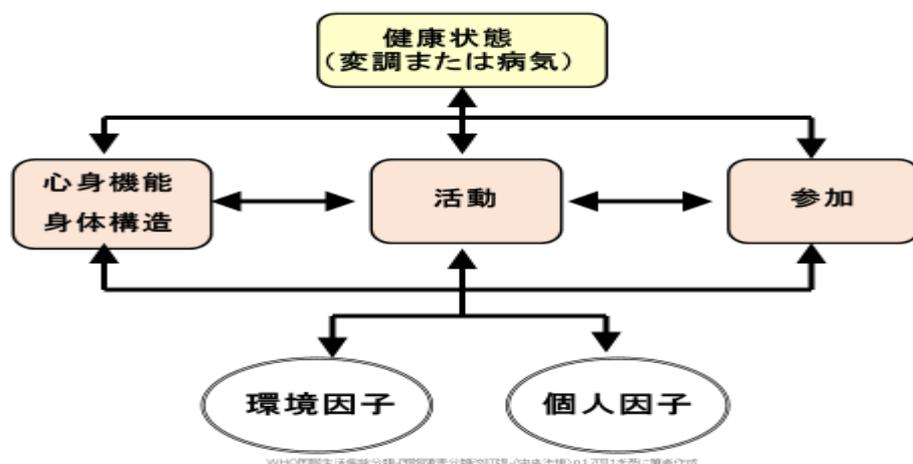


図1-1 ICFモデル図

2 認知症の弁証法—ケアプロセスを記述するための枠組み—

以上にみてきた認知症という疾患とケアに存在する相互作用的な影響は、介護職員のケアという関わりが、BPSDの悪化や改善に影響を与える重要な環境因子であることをみてきた。

本節ではケアプロセスの相互作用を捉える（記述する）ための調査の枠組みについて検討をすすめる。ここでは、T. Kitwood¹²による「認知症の弁証法 (dialectics of DEMENTIA)」を手がかりに検討することとしたい。

T. Kitwoodによれば、認知症は進行性神経病理の物語と社会心理の物語をひとつの枠組みに入れることにより、このあいだにおける継続的な相互作用が必然的に伴うものとして、この相互作用の性質が弁証法的であると説明する (T. Kitwood : 1997)。

弁証法 (dialectic) は、哲学の用語であり、現象や事象の変化、発展の過程を本質的に理解するための方法、法則とされる。T. Kitwoodは、「認知症を進行性神経病理による要因と、社会心理に関する要因とのあいだにおける継続的な相互作用が必然的に伴うものとして、認知症をみることができる」と述べる (T. Kitwood : 1997)。

そして、次のように加える。「最初の命題、すなわちテーゼが提出される。それは次の命題、アンテーゼによって反駁される。この対話の中から新しい命題（同号）が生まれるが、その新しい命題に含まれる要素には、両方の命題がもともともっていた要素が寄与している (T. Kitwood = 2005)。

つまり、新しい命題は、新しい命題に含まれる双方の要素が、もともと持っていた命題を寄与するという相互作用のプロセスをもつとした指摘である。

そして、この相互作用のプロセスが、命題の再生成を生み出す「否定」を通じて、新たな・より高次の命題へと再生成されることを意味している。このような弁証法的な働きは、認知症の疾患自身と、それを扱う認知症患者本人の心理状態、そしてそのケアに関わる介護者の対応等の要素が新しい認知症の症状を生んでいると説明できるものである。

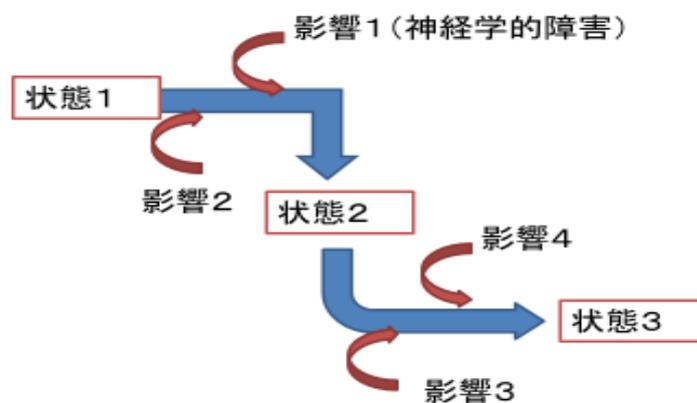
この説明で用いられる「テーゼ」や「アンチテーゼ」の関係について、栗原はヘーゲルの弁証法的枠組を植物に例えて説明する。それは植物が芽から蕾へ、そして花へと「移ろい行く」ことを例にとって、これらは蕾から花へ等の段階的な認識もあるが、これまでつぼみだったものが花になった、花であったのが果実となったというように、「移ろう」だけでなく、否定された結果に新たな成果を捉える見方もできると説明する¹³。植物は同じ

¹² Tom Kitwood イギリスの社会心理学者であり、認知症に対し医学的な対応を中心としたケアから脱却し、パーソンフッド (personhood=その人らしさ) を大切にすケアという新しい概念を提唱した。これをパーソンセンタードケア (person-centered care) として、認知症ケアの理念や認知症ケアマッピング (DCM) 等の評価ツールとしても応用されている。

¹³ 栗原隆 (2004) 「ヘーゲル-生きてゆく力としての弁証法-」より。

姿を保ち続けることはできず、花を咲かせ或いは枯れるという変化を見せる。このような現象は否定形の状態になるということを、ヘーゲルは一つの事物・命題には必ずそれ自身の否定が含まれるということを指摘したのである。

これを認知症の症状にあてはめると、認知症の疾患自身と、それを扱う認知症者本人の心理状態、そしてそのケアに関わる介護者の対応等の要素が新しい認知症の症状を生んでいると説明できる。T,kitwood の弁証法的説明を図で表すと次のようになる（図1-2）。



TomKitwood:「DEMENTIARECONSIDERED the person first P51をもとに筆者作成

図1-2: 認知症の弁証法

先の BPSD の事例でみてきたように、認知症の症状は常に複数の要素が関連し、その結果生まれる状態に新たに認知症者、介護職員が向かい合うという連続によって構成されている。

否定を通じて新たな現象を生み出し、より高次の状態へと導かれることが弁証法的プロセスであるとするれば、認知症の弁証法が意味することは、ケアの「正しさ」や「誤り」を対話等により確認し合い、それを認め、それらをふまえて修正していくという過程である。このようなプロセスを調査の枠組みとして意図的に生み出すことが出来れば、ここでの記述により、認知症の弁証法的なプロセスを明らかにすると同時に、こうした調査活動そのものが、より良いケアを生み出す（認知症の症状緩和）重要なかわりになるのではないかと考える。

さらに、このような視点に立つと、本研究がテーマとした介護職員の実践感覚は、相互作用だけでなく、弁証法的に生み出され意味づけられている経験であることも示唆される。特に弁証法による否定と修正というプロセスの働きは、認知症ケアのアセスメントプロセ

スに内在する実践感覚の意味を見出すうえでも、非常に役立つ視点と考える。

以上から、本研究では、このような弁証法的な視点を調査に組み入れることにより、介護職員の実践感覚の「否定」や、それを通じた「修正」という経験を生み出し、それにより実践感覚の意味を見出すことを目指す。

第3節 介護過程における弁証法的視点の意義

前節では、認知症という疾患とケアという関わりあいによる相互作用的な影響による、認知症の症状悪化や改善の様相についてみてきた。

さらに、それらはケアの相互作用という働きだけでなく、連続性のある弁証法的な働きによる否定や修正によって、介護職員の実践感覚を「更新」していることも示唆された。

本節では、こうした弁証法的な働きによって更新される実践感覚感を捉える意義について、介護職員の実践活動の中核である介護過程との関連で検討する。

1 介護過程の展開における実践感覚の課題

介護福祉士が誕生し四半世紀が経過した現在、介護の対象や内容は大きく拡がりを見せている。日本介護福祉士会では、これからの介護福祉士には、国民の福祉サービスの充実・向上の中心的役割を担っている資格者として、「豊かな感性」「洞察力・情報分析能力」「介護目標・計画の立案能力等」が厳しく求められ、チームケアの一員として高い評価が得られるよう努力することが必要であると指摘する。¹⁴

介護福祉士養成教育課程では、介護福祉士の定義変更「専門的知識及び技術をもって、身体上又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者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びに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を業とする」を受け、¹⁵身体介護にとどまらない「心身の状況に応じた介護」を行うべく新たなサービスへの対応を教育する目的と内容が重視された。

その柱に、認知症患者への対応を重視するべく、新たに「認知症の理解」科目が創設されたこともひとつであるが、これに加えてもうひとつの特徴的な変更が、生活支援における科学的根拠やケアの質向上を目指した「介護過程」教育の時間数の増加である。

「認知症の理解」「介護過程」は、それぞれ独立した科目ではあるものの、特に「介護

¹⁴ 公益社団法人日本介護福祉士会ホームページより <http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/2017年11月30日閲覧>。

¹⁵ 社会福祉士及び介護福祉士法（1987年5月26日制定、2007年12月5日改正）

過程」においては、介護に必要な様々な知識と生活支援技術に関連づけていくための思考と実践のプロセスを学ぶことが期待されており、この点で「介護過程」は「認知症の理解」科目のみならず、様々な科目を横断的に結びつける教科的位置づけがあるといえよう。

ここで介護過程とはなにか、これについて教科としての科目特性と実践としての活動を交えて改めて説明したい。

序章でも触れたように、介護過程とは、利用者一人ひとりが望む生活を実現するために、多角的な情報収集を行い、生活上のニーズや解決すべき課題を明確にし、介護計画を立案、実施、評価する一連の思考と実践の過程を表す用語である（石野：2012）。

このプロセスは「知ること」「考えること」「関係性を構築すること」「実践すること」「評価すること」等が一体的かつ利用者との関係が続く限り連続性をもって行われるところに特徴があり、介護過程はこのプロセスが感覚的なものではなく、根拠をもった科学的な介護であることを示すために、介護計画（サービス計画）の作成をとおして、実務や教育活動の科学性を高めることを目指している。

介護過程の概念規定自体は論者によって相違がみられ、テキストにおいても介護過程の定義、実践との関係性の論述等には様々な違いがあるが、教科的特性としては、いずれも学内での講義と学外実習を関連づけながら、介護過程の展開に必要な知識や技術（介護計画の立案を含む）の獲得を目指す点において共通した学習目標が指定されている。

一方で、介護過程の教授法や、教育で用いる介護計画様式等においては指定されておらず、各養成機関に委ねられている実態にある（社会福祉士・介護福祉士・社会福祉主事制度研究会：2012）。

このような介護過程の多様性は、養成課程の教育内容だけでなく、介護現場で介護職員が行う介護過程の実践の多様性にもつながっている。特に、認知症ケアにおいては、言語での明確な関わりを得ることが困難なサービス利用者が数多く存在するために、介護過程は養成教育で獲得した認知症に関する基礎的知識や介護計画の作成を前提とした理論的枠組みを超えて、ある種の「感覚的な情報」や「過去のケア経験」を手がかりにした即断的な状況下での手探りの展開を進めざるを得ない側面が強い。つまり、認知症ケアの介護過程は、認知症者との直接的な関わりをとおしてでしか、アセスメントを行うことが難しい領域であるといえよう。

筆者は、このような認知症者との直接的なかわりが「その時」「その人」「その場」という場面毎に瞬時に展開されるケア経験が、認知症ケアのアセスメント力の獲得につながっていること及び、ここでは即断的なアセスメント力が求められ、このアセスメントプロセスに本研究が主眼とする実践感覚の活用と、ケア経験の積み重ねによる弁証法的な意味付けの更新が存在しているのではないかと考えている。

ここでの実践感覚の弁証法的な働きによる意味付けの更新は、養成課程で獲得した基礎的知識をベースにしたものではなく、実務をとおして得られる経験ベースのものから新さ

れていると考える。

しかし、こうした経験ベースの要因は、先述したとおり感覚的な認識を数多く含むために、明確に説明することが困難な場合が多く、介護過程における情報やアセスメント内容としては採用されない場合が多い。それゆえ、実践感覚を伴うアセスメントは、介護過程を方向づける重要な手掛かりとして働きつつも、これをアセスメント内容として明記したり、ケアの手がかりとして他者と共有したりするなどには活用されず、介護職員個々の経験の内に、不確かさをもったままで内在化されているのではないかと考えられる。

このような介護過程における実践感覚の働きと、アセスメント内容としては採用されにくいという課題は、アセスメントプロセスに内在する介護職員個々の実践感覚の表出により言語化をはかり、それをチームで共有することが出来れば、介護過程のアセスメント内容のほか、ケアカンファレンスやケアプランへの反映等更なる効果が期待できると考える。

具体的には、①実践感覚に依存したケアの根拠や実践上の確かさ・不確かさを確認できること、②表出化された介護職員個々の実践感覚を組織・チームレベルで共有することにより、ケアプランへの反映やカンファレンスでの活用等、チームケアの活性化につながることを期待出来ることの2点である。

2 尊厳を支えるケアにおける実践感覚の弁証法的作用

認知症ケアは、長らくのあいだ「尊厳支えるケア」が重要であると指摘され続けている。これは、認知症の症状である徘徊や妄想、ケアに対する拒否行動としての暴力行為等を「問題行動」として捉え、それに対処するためのケアが「認知症ケア」と意味付けられてきた時代を経験してきたためであろう。

国内において認知症ケアの問題が浮上したのは1970年代頃からである。国内における高齢者ケアは1963年に老人福祉法が制定されて以降、人口の急速な高齢化が進む中で、その時代の要請に応えながら発展してきた。認知症については器質性、非器質性を問わず精神活動全体の崩壊や人格の荒廃状態に陥るという見方から「痴呆」という名称で呼ばれていた時代がある。

永田は国内における認知症ケアの歴史の変遷を整理するうえで「認知症ケアの進化の歴史は、さまざまなケアの失敗の歴史である」と述べ、認知症ケアの歴史の変遷を8つのステップで説明している（永田：2008）。ここでは永田がまとめた8つのステップの内、認知症者のBPSDへのとらえ方の変化がみてとれる「問題対処型ケア」から「集団ケア」、そして「個別ケア」への変容を説明した記述を抜粋¹⁶し、認知症ケアの歴史の変遷を概観す

¹⁶認知症介護研究・研修東京センター「認知症の人のためのケアマネジメントセンター

る。

1) 1970年代に生まれた問題対処型ケア

1970年代は、認知症者の著しい増加に伴い社会問題が生じるようになった時代である。当時、認知症者は中核症状や周辺症状を周囲の人々に問題と捉えられ、問題を引き起こす老人とみなされていた。その為問題が起こったら対処するという問題対処がケアとされ、おむつを外してしまう場合はつなぎ服と呼ばれる自力では脱ぐことの出来ない鍵つきの衣服を着用させたり、外出して混乱を招く場合には居室から出られないように施錠するという行動制限をケアの中心としていた。永田はこれらの行動制限を魔の3ロックと呼んでいる。

魔の3ロックとは、①一方的な指示や禁止などの言葉で本人の動きを制限するスピーチロック、②ひもや抑制帯、錠などで身体や行動を抑制するフィジカルロック、③薬剤で過鎮静をはかるドラッグロックの3つの制限を指し、認知症者の心身機能に著しいダメージを与えていたと指摘している。

2) 1980年代に生まれた集団ケア

1980年代は老人病院を含めた大規模な入所施設が急増し始めた頃であり、認知症ケアは大規模の施設において集団で処遇するケアからスタートしたと言える。1980年代中盤には一部の施設において、認知症の機能改善を目的とした各種の療法が注目され、認知症者をグループにして音楽療法や見当識訓練が取り込まれるようになった。

また、施錠された空間での対応から解放する形で、回廊式の建物が普及し、認知症者の徘徊により良い対応として注目された。永田は、これらの取り組みを「画期的なものとして脚光を浴びていたが認知症者を一律に扱う介護者側本位の対応であることに変わりはない」と指摘している。

3) 1990年代に生まれた個別ケア

1990年代に入ると大規模入所施設での集団でのケアが認知症者の混乱を招くと指摘され、小規模の託老所やグループホーム等が開設し、個別でのケアが組み込まれた。

永田は、この時代は衣食住をはじめとした生活全体が普通であることが大切にされ、「馴染みの暮らし」や「その人らしさ」といった言葉がケア現場で広がりを見せたと述べている。

こうした認知症者の個別の特性や人となりに沿ったケアは、個別でのケアが重視されると共に、認知症の周辺症状を軽減する効果があると期待され、認知症高齢者グループホームの制度化をはじめ、少人数を対象にした実践や家族や地域とのつながりを重要視するケアが注目されはじめた。

方式の使い方・活かし方」

4) 2000年代は特殊から一般へ

2000年度は介護保険制度が開始された年である。グループホームは認知症者専用のサービスとして位置づけられ、ユニットケアが制度化されるなど施設全体のケアの改革が本格化されるようになった時代と言える。

2003年には先に述べた「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～」が高齢者介護研究会より出され、認知症ケアは「尊厳の保持」をケアの基本とすることが明示化された。こうした方針のもとに国は痴呆という名称を認知症に改めることや、2006年度には介護保険制度が改定され、地域密着型サービスが創設される等、現在に至るまで認知症者の自分なりの暮らしの継続性が重視されていると言える。

このように永田による認知症ケアの歴史的変遷の整理は、認知症ケアの歴史は社会保障制度としての制度的基盤やケアの質を大きく変化させながら発展してきたというだけでなく、認知症者の捉え方を介護者側の見方から認知症者本位の見方に変える流れとして見ることの出来る変化である。

また、このような認知症者の捉え方（見方）の変化は、同時に介護職員（介護者）と認知症者の関係も変化させていると考えられる。具体的には、認知症ケアが介護する側と介護を受ける側のパターンリズム的な介護や大規模集団生活の中での施設の規律や日課にとらわれたケアによって質を大きく低下させてきた時代背景から、これらの失敗を含め尊厳を支えるケアの確立に向けて認知症者と介護職員の関係を水平にし、生活のパートナーとしての意識を共有していくという新たな関係形成が生まれつつあることを指摘している。

筆者はこのようなケアの変化にも弁証法的な作用が生じていると考えている。尊厳を支えるケアの確立に向けた方策は、新しいケアモデルの確立やサービスの質の確保に向けて、様々な取り組みが重ねられてきた。先にみてきたように、「尊厳の保持」をケアの基本とし、認知症の特性に応じた個別のかつ本人主体のアプローチの追及を認知症ケアの普遍化につなげようと様々な取り組みがなされてきたのである。

例えば、平成13年度からは認知症介護の段階的研修（認知症介護実践者研修）が本格化するなどの取り組みが行われ、またパーソンセンタード・ケア（Person Centred Care）をはじめ、認知症ケア実践の理念教育や実践の評価ツールの開発、普及活動等も活発に行われている。

これらの成果は各種の専門学会に留まらず、ケア現場においても非常に注目されている一方で、これに係る専門職の養成は喫緊の課題であり、国は「2025年に向けた介護人材の確保」として、認知症ケアに限らず介護人材の量と質の好循環を目指した方策を打ち出している。

岡田は認知症ケアの専門職者が、質の高いサービスを提供するために意識しなくてはな

らないことについて「実践における経験の重視」を指摘する。これは実践経験に基づく技術の向上を指し、「単に経験を重ねていくということではなく、成功体験や失敗体験についてさまざまな角度から分析を行い、その分析や反省を生かし、実践技術を向上させていこうとする努力が重要である」と指摘したものである（岡田：2008）。また、「科学的根拠に基づく実践の重視」や「専門職が倫理感をもつことの必要性」についても併せて指摘している。

実践による経験は、実践技術に役立つものの、これらの経験は普遍的なものより、極めて個別的な経験であるがゆえに実践経験を補う科学的根拠が重要という指摘であろう。さらに3つ目として取り上げている、専門職が倫理感をもつことの必要性には、先述したとおり、認知症ケアが複雑かつ変動性のある実践過程という特性から説明の証拠が乏しい状況にある為、ケアの実践過程で発揮されている介護職員の判断や技術が十分に言語化されることが難しい点が課題であることを表しているように感じられる。

このように、介護職員が行うケア実践は、介護過程という一連のプロセスをとおして、科学性を高め取り組む実践であるものの、認知症ケアのように、「その時」「その人」「その場」といった瞬時の個別性の高い、柔軟な判断や関わりが求められる実践においては、ある種の感覚的な認識経験を手がかりに進められるケアが数多く存在し、ここに尊厳にかかわる様々な要素が含まれていることが示唆される。

とりわけ、尊厳の保持にかかわる判断や技術の場合、尊厳そのものが個人の価値判断を含む概念であるため、普遍化されたアセスメントに従って支援内容を選択するプロセスとは異なる実践である。このような介護過程は、認知症者の尊厳を保持するために、心身の状態や場の特性、これまでの関わりから得られた情報、さらには曖昧で不確かな表情の変化やしぐさ等、ケアを展開するためにあらゆる要素を見極め、絶えずその変化を追いながら、否定や修正を行う弁証法的プロセスにより、最も有効な方法を選択し実践していくプロセスである。

つまり、尊厳を支えるケアのプロセスは介護職員の実践感覚に導かれる要素を数多く含む弁証法的な働きをもつ介護過程と考えられ、その点で、一律のケアの方法や、明確な根拠をもってケアにあたるのが困難な連続性と柔軟性を特徴とするのではないだろうか。そして、これにより、臨機応変で柔軟性の高いケアを展開できる一方で、ケアの正しさを評価する視点を明確化しにくいほか、意図しない結果を招く失敗例も少なくないのではないだろうか。

この点において、介護職員の実践感覚及びそれらの弁証法的な相互作用について捉える本研究は、実践感覚によって導かれるケアとはなにか、それらが尊厳の保持や阻害するケアのプロセスとしてどのように否定や修正を重ね更新されているのかということをも明らかにすると共に、連続性と柔軟性のある介護過程の展開を捉えるための方法としての枠組みを示す手がかりにもなるのではないかと考える。

第 2 章

感覚的な認識経験を扱う研究動向と調査設計

本研究における実践感覚とは、「介護職員個々が経験しているケアの目安となる感覚的な認識であり、介護過程における情報やアセスメント内容としては具体的に明示しにくい身体に埋め込まれた感覚」である。

本章では、感覚的な認識経験を扱った研究論文をレビューする。

文献は日本認知症ケア学会誌（日本認知症ケア学会）、介護福祉学（日本介護福祉学会）、社会福祉学（日本社会福祉学会）、介護福祉教育（日本介護福祉教育学会）、介護福祉士（日本介護福祉士会）を対象とした。

過去 10 年間におけるこれらの研究論文をレビューした結果、本研究に関連のある論文は 16 本であった。次に、感覚的な認識経験を扱う主要な概念について検討すべく国内外の専門書 29 冊を概観した。

以上の結果を受け、本研究では経験的な知を扱う諸概念として、先行研究において数多く活用されている Michael Polanyi による暗黙知、Pierre Bourdieu による実践感覚の諸概念を手がかりに、本研究で扱う実践感覚の定義づけを試みた。

第1節 ケアにおける感覚的な認識経験

本研究では、介護職員の実践を「感覚的な認識経験」という言葉を用いて接近することとした。感覚は生理学的視点に代表される五感や、カントを代表とする哲学的な考え方においては「時間と空間の形式」において表れるとされる。このように、感覚は人体における物理的な接触からなる知覚を超えた広い意味づけをもつ概念である。また、認識においては先の感覚から得られる意味付けや判断を表し、そこには直感や悟性などの主観的な精神機能が働くものとされている。

本研究で扱う感覚的な認識経験は、認識には何らかの感覚がベースにあり、感覚をとおして認識される経験に、主観的要素を伴う対象の理解があることを前提にしている。つまり、認知症ケアにおいては、介護職員が認知症者の不確かな発語やしぐさ等の感覚的な情報収集から、それらが意味するもの・ことを介護職員個々が、それぞれのケア実践における文脈のなかで個別に意味づけているものであり、こうした感覚的な認識経験がアセスメントプロセスを形成しているという前提である。また、このアセスメントプロセスを経て意味付けられるものは、固定されることなく、ケアを繰り返す中でその意味を修正したり更新したりすることも予測される。つまり、認知症者の明確な言語として表出されない発語や断片的なしぐさ等は、不確かであるがゆえに、その意味はケア経験を重ねる介護職員の中で、より鮮明に、時には不鮮明に認識されていく過程があることを意味している。

この点において本研究では、動きゆく介護職員の認識経験を重視し、外的・内的な要因の接触関係からなる認知症ケアのアセスメントプロセスの様相を「感覚的な認識経験」として捉えようと考えたのである。

こうした感覚的な認識経験を扱う先行研究には、BPSD等の心理症状への対応を扱ったものや、感情を捉える視点についての研究（池内・堀内：2012，村田・内藤：2015），介護職員の負担感情が認知症者のケアに悪影響をもたらすことの関係性等に言及したもの（大庭・佐藤：2014）等がある。

いずれの研究も認知症者とのコミュニケーションを中心に、かかわりの背後にある意図を推論を含めて解釈的に捉え、これらの行為がケアのアセスメントや、認知症症状の緩和や悪化につながる要素であることを示唆する点で有用な知見である。しかし、本研究で扱う介護職員の実践感覚のように、感覚的な認識経験の概念化や定義付けについて深く考察したものはみあたらなかった。

他方、類似研究として、介護職員を対象にしたものではないが、ソーシャルワーカーが当事者性と向き合う際に生じる専門職の戸惑いや感覚について実存的に考察した研究（田島：2013）や、認知症者と看護師との相互作用場面におけるタッチの意味に着眼し、看護におけるタッチという行為の概念化やカテゴリー化から、それらの行為にあるケア経験としての意味づけについて考察したもの（浅井・沼本・小野・原：2008）も確認された。

ケア実践は、ソーシャルワーク理論のほか、看護理論などからもその知見を学び、取り込んできた学際的な経緯がある。それをふまえると、介護職員のケア実践に限定せず、ソーシャルワーカーの実践や看護師の看護実践を扱う先行研究を捉え、実践感覚の概念化や定義付けに関する有用な知見を得ることも可能と考えられる。また、こうした概念考察等に関する文献は、論文よりも専門書等の文献にあたることの方が効果的である場合も予測される。以上から次に、ソーシャルワーク実践や看護実践において実践感覚に関する概念や、それらの経験を扱う方法論について示した文献をみていく。

1 実践感覚の能動的・段階的獲得という視点

ソーシャルワークにおいて実践感覚（及びこれに類似する概念）を扱った研究は、実践的側面と教育的側面の2つの関係性をもつことが特徴である。

実践的側面においては、奥川が「身体知と言語」において、ソーシャルワーク実践を「クライアントと援助者がお互いの存在を関与させながら交和されるコミュニケーションの循環を媒介とした相互作用を基盤として行われるもの」と指摘している（奥川：2008）。この奥川の指摘は「その作業は双方のあいだで行き交うダイナミクス・関係の動きの中で「形」に表しにくく目に見えない世界にあるものと、クライアントに生じている現実的な問題を感情の手当て・カタルシスを伴った整理」として身体知を捉えた。奥川の述べる身体知は、「知的・分析的、援助的身体」の情報処理過程」として次のように説明されている(表2-1)。

表2-1 身体知の働き

- | |
|--|
| <p>① クライアントから発信された情報としての〈全身の表情とことば〉を援助者の身体に入れる過程で、援助者はクライアントから語られた内容を瞬時に腑分けしている。</p> <p>② 援助者の身体を通過させる過程で〈濾過機能〉を働かせている。</p> <p>③ そのときのクライアントの身的状況やインタビューの全体構造のなかで、流れを考慮しながらその場で必要な働きかけをしているが、ここで、援助者の身体は〈情報解析装置〉から〈援助的身体〉へと劇的なギアチェンジが行われている。</p> |
|--|

(奥川幸子 (2008) 身体知と言語 p428-437 抜粋)

奥川は、これらの過程を「その場その場の状況にチャンネルを合わせる」と表現し、全

での過程がアドリブかのようなのだが、そこにあるアセスメント力や対人援助の基本的な視点や枠組みの組み立てが自動的に身体に入っているからこそそのアドリブであると指摘する。このような身体を通じた受けとめと働きかけは、思考の基盤が身体化されていることを重視している点で極めて興味深い。

同様に、横山は「ソーシャルワーク感覚」という著書において、「ソーシャルワーカーは、現場に存在するさまざまな矛盾や葛藤のなかで、どのようにソーシャルワーカーであり続けるのだろうか？」という問いに答えるべく、「ソーシャルワーク概念」という言葉で、ソーシャルワーカーの経験をあらわそうとした。この研究において横山はソーシャルワーク感覚を「ソーシャルワークという理論的枠組みをもったソーシャルワーカーが、自らの実践経験のなかで身体感覚を含めてあらためてソーシャルワークとはなにか、ソーシャルワーカーとはどのような人かを納得していくこと」としている。

こうしたソーシャルワーク実践における身体知やソーシャルワーク感覚は、個人的な活動として育むことには限界があり、いかにそれに必要な教育的機会を成長過程に応じて得ていくかも重要な問題である。

この点においては福山・田中らの知見が参考になる。福山・田中らは、「介護・福祉の支援人材育成開発論」において、①実習生とボランティア、②新人スタッフ、③新任やベテランスタッフに分けて課題を分析し、人材開発体制を稼働させるための方法について解説している。ここでは新任及びベテランスタッフの専門職養成の過程を「同化体験・活用レベルに始まり、分化体験・養成レベルを経て、統合体験・育成レベルに達すること」と整理している（福山・田中：2016）。

これらの知見は、ソーシャルワーク実践には感覚的経験が身体化された思考の中で成り立ち、それらは自然と身につくものではなく、能動的かつ発達段階的な経験をとおして育まれていることを示唆している。

2 複雑性と変動性の中にある感覚を捉える記述的な方法

感覚的な認識経験を、方法論的観点から探求した研究は看護実践の分野で数多く確認された。看護学では、看護師の力量形成において、暗黙知獲得の重要性を示唆し、臨床の知の獲得戦略を模索する先行研究が数多く存在している。看護実践は介護実践と同様に、援助の実践過程において常にどの援助を選択するべきかの判断が求められる。

ヘンダーソンは、人間のニーズに対する看護師の応答の殆どは即時の決断を要求するものであり、看護師の経験や価値体系、主観、先入観等による看護の応答は臨床判断と呼ばれると述べる（Marriner:1991）。

しかし、岡本は、このヘンダーソンの述べる看護の臨床判断を臨床判断の考察を停止さ

せる危険性があると指摘する（岡本：1985）。岡本の主張は、臨床判断は直感的であり、看護師の経験や価値体系、主観、先入観から逃れられないものではないというものである。また、岡本は、乳がんの手術を控える患者と看護学生の会話の記述を通し、看護の状況を話し手と聞き手の相互関係が臨床判断そのものであると考察している（岡本：1985）。

看護過程は、看護師と患者の相互関係によって形成され、医療現場の特性である生命の危険を阻止するための注意深い観察や、どんな処置を施すかという判断力とその場の状況に相応しい技能が行使される。この過程からわかることは、臨床判断とは直感的という不可思議なものではなく、ある行為がどのような状況で生じているかを読み取ることによって考察が進められるというアセスメントプロセスが存在している。このような考えを基にし、臨床判断の研究を行う先駆者としてベナー(P.Benner)を挙げることができる。

ベナーは、予期せぬ事態に対処する看護実践について、状況を認識する力を得る唯一の方法は経験的学習であると指摘する（=P.Benner:2006）。さらに、看護実践の力量は、置かれている状況を認識する力に依存しており、状況の認識方法は経験的学習に依存していると説明している。

また、西村はこのようなベナーの指摘をケアの考察を停止させる危険性があると指摘する。そして、看護師の看護経験を探求する過程で個別事例に基づく看護師の個人的経験は、常に今の状況によって更新されていくと述べ、これに接近する方法として、現象学的アプローチの意義について述べている（西村：2001）。西村が扱った現象学的アプローチは、看護師と患者の目には見えないいとなみを看護師の経験の内側から言語化することで、看護師の実践感覚を開示している点で極めて興味深い方法である。

このように、看護研究においては、看護における臨床状況が複雑性と変動性により説明の証拠が乏しい状況にあることに注目し、臨床判断という実践上の知を身につける必要性と、それらの臨床の知を獲得する経験を開示するための方法について数多く検討が重ねられていることが明らかになった。そこで、次にこうした方法論に注目し検討をすすめていきたい。

渡辺は、インタビューデータをもとに看護師が状態の変化を事前に何か変と察知する構成要素として、「現実の患者」の中に「今までと違う患者」を比較し、その違いを察知していると報告している（渡辺:2002）。杉浦らの研究では、ディスカッションを用いることで異常を察知した看護師の臨床判断には「今までと違う感覚」「通常とは違う感覚」「情報に矛盾がある感覚」という3つの感覚があることを明らかにしている（杉浦ら：2005）。

三好らの研究では、看護師に必要な臨床判断能力に関する研究を、半構成的面接法と、看護行為のVTR撮影、自記式質問紙を用いて分析し、看護師の体位変換時の意志決定プロセスには、「患者の主観的な訴えを重視して看護行為を選定している」「身体状況に焦点をあてた観察を重要視している」「症状などの現象を問題と認知し、身体内部の変化に着眼しており、心理的側面までを読み取っていない」という3点の意志決定プロセスを明

らかにしている（三好ら：2003）。

また、西村においては、看護経験を看護師と個別事例の文脈に沿った現象学的記述を行うことで、看護師の実践感覚を考察している。

以上の先行研究は、看護行為の観察と面接を合わせ、これらの結果を具体的に記述することによって、看護師の経験を具体化するアプローチを基本としている。本節における先行研究の検討結果から、本研究で採用すべき調査視点は次の2つである(表2-2)。

表2-2 文献研究から本研究が採用した視点

- | |
|--|
| <p>① ソーシャルワーク実践は感覚的な認識経験が身体化された思考の中で成り立つものであり、それらは自然と身につくものではなく、能動的かつ発達段階的な経験をとおして育まれている。</p> <p>② 看護経験における看護師の状況の解釈は、常に経験かつ状況に依存的であり、変わりゆく状況に対処するために看護経験は常に今の状況によって更新されていく。このような更新されゆくものを開示する方法として、観察やインタビュー、それらの記述が効果的である。</p> |
|--|

第2節 実践感覚の定義

本節では、先行研究の検討結果をふまえ、実践感覚に関わる学際的な主要概念である Pierre Bourdieu の実践感覚及び、Michael Polanyi による暗黙知を整理し、本研究で用いる実践感覚の概念定義を行う。

1 Pierre Bourdieu の実践感覚

先に奥川の指摘を取り上げたように、ケアとしての実践は、ソーシャルワークであれ、看護であれ支援の過程がアドリブかのようにみえても、そこにあるアセスメント力や対人援助の基本的な視点や枠組みの組み立ては、支援者の身体に入っているからこそそのアドリブである。

このように考えると、理論的な知と実践はつながりがあることは言うまでもないが、ここにあるアドリブは、実践的な知と理論的な知による融合が、柔軟な構造によって成り立っているかのように思える。このような明確な枠組みをもたない構造を言語で説明することは極めて難解な課題であるが、ここに Pierre Bourdieu (以下、P.Bourdieu) による実践感覚の知見が参考になる。

P.Bourdieu はフランスの社会学者である。社会学のほか哲学や、人類学までを研究分野に活躍し Habitus (ハビトゥス) の概念で知られる。P.Bourdieu によれば, habitus とは「持続性を持ち移調が可能な心的諸傾向のシステムであり, 構造化する構造として, つまり実践と表象の産出・組織の原理として機能する素性をもった構造化された構造である。」と述べる (P.Bourdieu : 1988) 。そして, ここで述べる実践の表象とは「それらが向かう目標に客観的に適応させられうるが, ただし目的の意識的な志向や, 当の目的に達するために必要な操作を明白な形で会得していることは前提としていない」とし, 実践と表象は客観的に「調整を受け」「規則的で」ありながらも「規則への従属の産物ではない」と述べる。

つまり, 人々の日常経験において蓄積されている習慣的行為は, 個人にそれと自覚されない知覚・思考・行為を諸個人に内在化されている性質をもち, それらは単なる繰り返しによる行動ではなく, 産み出された実践としての弁証法的なプロセスをもつ性質であることを指摘している。このような P.Bourdieu による「慣習的行動としての実践」の意味は, 第 1 章で検討した T.Kiwood による弁証法的プロセスと極めて類似する構造をもつ説明である。いわば, ケアという実践も, 慣習的な刺激を受けて繰り返される認識行為であり, これらは絶えず更新される弁証法的プロセスと類似する構造をもって説明できることを示唆している。

2 Michael Polanyi の暗黙知

暗黙知という言葉は, もともと科学哲学者 Michael Polanyi (以下 M.Polanyi) が提唱した言葉である。

M.Polanyi は, 人間の「知」に関する考えから, 思考と存在の相調和する姿を捉えようとし, その出発点として「私達は言葉にできるより多くのことを知ることができる」と述べた (=M.Polanyi:2003) 。M.Polanyi は, 「知る」というのは, 実践的知識と理論的な知識の両方が働く認識的な段階であると考え, 人間の知識について「知っていること (暗黙知)」と「語ることができること (形式知)」との乖離を問題としている。具体的な例として, M.Polanyi は「我々は多数の人の顔のある一人の人の顔と区別して認知することができるが, その一人の人の顔をどのように認知したかを言葉で語るができない (=M.Polanyi:2003) 」と説明する。

この説明は, 知識の大部分は言葉におきかえることができないということを指摘していると同時に, 人間の知識の背後には必ず暗黙の次元の「知る」という作動があるということを示した概念である。M.Polanyi は暗黙知の所在を示すにあたり, 次のような心理実験の成果を紹介している。

その心理実験とは、多数の無意味な文字の綴りを被験者に示し、特定の綴りを提示した場合には被験者に電気ショックを与えるようにすることを繰り返すというものである。実験を繰り返す内に、被験者はショックを与えられる特定の綴りが示されるとショックを予想するようになる。ところが、被験者はその特定の綴りが何であるのかを明確に答えることが出来ない。つまり、被験者の目はショックを与える文字の綴りを確実に感知しているはずであるのに、文字の綴りを認識してはいないのである。また、M.Polanyi は、もうひとつの心理実験も紹介している。それは、被験者に自由に発言してもらい、ある特定の単語に関連する言葉を被験者が口にした際、電気ショックを与えるようにするというものである。この実験を繰り返すうちに、被験者はそのような言葉を避けて発言するようになったものの、避けた言葉はどのような言葉であるかを訪ねても答えることが出来なかったというものである (=M.Polanyi : 2003) 。

以上の2つの実験は、被験者が電気ショックを避けようとする意図は自覚し、結果的に避けられるようになったものの、被験者はどうすれば電気ショックを避けることが出来るのかという「判断」や「方法」を他者に明確に説明できないことを明らかにしたものである。M.Polanyi はこの結果を引用し、「我われが出来ること、あるいは語ることが出来ることの背後には、自覚できない暗黙の世界が存在している」と指摘した (=M.Polanyi:2003) 。

以上、暗黙知は経験的学習によって身につけられるものであるものの、言語化が困難な部分を問題にする。これは本研究のテーマである実践感覚には数多くの暗黙知が含まれていることを示唆する知見である。

3 経験の能動的な形成と統合による実践感覚

本節では、先行研究の検討結果をふまえ、実践感覚に関わる学際的な主要概念である P.Bourdieu の実践感覚及び、M.Polanyi による暗黙知概念をみてきた。

本研究がテーマとする認知症ケアの実践感覚は、完璧な型にはまった実践（形式）ではなく、対象者の状態や、状況、場に応じて、個別的に柔軟に変化させていくことに特徴がある。本章ではこれを弁証法的な枠組みによって検討し、認知症ケアの相互作用的な働きについて整理してきた。

また、こうした相互作用のかつ弁証法的なプロセスが、介護過程にも存在しうることとその意義についても触れた。ケアは当然基礎となる一定の枠組みや実践的な展開を行ううえで必要となるケア技術を習得することが必須であるが、実践経験を通しその基本的な型から離れていく（発展する）という過程を通し、対象者の状況や場に応じた柔軟なケアや介護過程が実践されていく。本研究において扱う実践感覚は、このように基礎教育（養成教育）をとおして獲得する、介護技術の基本的な型や、介護過程のプロセスに必要な思考

と実践の方法ではなく、形式的な枠組みから離れ、より柔軟な状況判断や行動を支える感覚的な認識経験としての存在を意味付けるものである。

本節でとりあげた P.Bourdieu は「慣習的行動としての実践」の意味について、日常経験において蓄積されている習慣的行為が、個人にそれと自覚されない知覚・思考・行為を個人に内在化されている性質をもっていること、それらは単なる繰り返しによる行動ではなく、産み出された実践としての弁証法的なプロセスをもつ性質であることを示唆するものであった。

また、M.Polanyi は、「知る」ことにおいて、実践的知識と理論的な知識の両方が働く認識的な段階であると考え、「知っていること（暗黙知）」と「語ることができること（形式知）」との乖離を問題に、暗黙知は経験的学習によって身につけられるものであるものの、言語化が困難な部分を数多く含むことを示唆する内容であった。

これらの指摘は、言わばケア経験に内在する「直感的」な行為を特徴づけるものと考えられる。つまり「その時」「その人」「その場」という特性の中で行われている認知症ケアにおいて、介護職員の柔軟で直観的な判断や行動が生み出される背景には、その経験自体が、認知症の弁証法で説明される「否定」と「修正」における経験の更新を伴い、その過程に存在する感覚的な認識経験が身体化された思考の中でアセスメントプロセスとして、成り立っていることが示唆される。

それらは様々な文献で取り上げられていたように、自然と身につくものではなく、能動的かつ発達段階的な経験をとおして育まれているものであり、看護経験における看護師の状況判断のように、常に経験かつ状況に依存的な行為に直面し、変わりゆく状況に対処するために自身の経験が常に今の状況によって更新されていくという特性である。

以上の知見から、本研究で扱う実践感覚を次のように定義する(表 2-3)。

表2-3 本研究で扱う実践感覚の定義

「介護職員個々が経験しているケアの目安となる感覚的な認識であり、介護過程における情報やアセスメント内容としては具体的に明示しにくい身体に埋め込まれた感覚」

第3節 本研究における調査設計

前節では本研究で扱う主要概念に実践感覚を位置付けることの意義をふまえ、先行研究の結果によりこれを定義した。本節では、このような実践感覚を探求するための調査設計について検討する。

前節で触れた M. Polanyi の暗黙知による問題提起を利用した理論に、ナレッジ・マネジメントの分野で使用される野中郁次郎の「暗黙知」がある。野中は「暗黙知」(Tacit Knowing)という言葉の意味を「暗黙の知識」と読みかえた上で、「経験や勘に基づく知識のことで、言葉などで表現が難しいもの」と定義し、それを「形式知」と対立させて知識経営論を構築した。これは暗黙知の知識変換に有用なモデルとして幅広く利用されている。この点において暗黙知を含む実践感覚を表出・共有することを目指す本研究に有用な知見であると考えられる。そこで本節では、野中らによる知識変換活動を手がかりに本研究の調査設計について検討をすすめる。

1 SECIプロセス

図2-1は、野中らが提唱する SECI プロセスと呼ばれる知識変換活動のモデル図である。

野中らによれば、知識は「暗黙知」と「形式知」のあいだの絶え間ない変換によって創造されるものであり、個人の知が経験によって身体知として蓄積された言語化されていない暗黙知である場合、その知はそのままでは他者と共有できず、暗黙知を言語化して形式知に変換する必要があると説明している(遠山：2012)。この点において SECI プロセスは、本研究が目指す実践感覚の共有と表出に極めて有用なモデル図であると考えられる。

SECI プロセスは暗黙知を含む経験を知識変換プロセスによって移転する方法論をモデル化したものであり、具体的には、第一に暗黙知から暗黙知をつくる「共同化(Socialization)」、第二に暗黙知を言語化するための「表出化(Externalization)」、第三に表出化された形式知をグループレベル、組織レベルの形式知に変換する活動である「連結化(Combination)」、そして第四に連結された知が個人の身体知までに高められる「内面化(Internalization)」という4つの知識変換活動を示している。

本研究が対象とする実践感覚の共有や表出をこの SECI プロセスにあてはめると、自覚の薄い言語化されていない実践感覚である暗黙知(A)と、自覚化されている実践感覚が、言語として表出化されたレベルである形式知(B)、言語化された実践感覚を他者と共有できるレベルである形式知(C)、自身の中で形式知を内面化(身体知レベル)した状態である暗黙知(D)と説明することになる。



SECIプロセス

共同化 (Socialization)

共同体験などによって、暗黙知を獲得・伝達するプロセス

表出化 (Externalization)

得られた暗黙知を共有できるよう形式知に変換するプロセス

連結化 (Combination)

形式知同士を組み合わせる新たな形式知を創造するプロセス

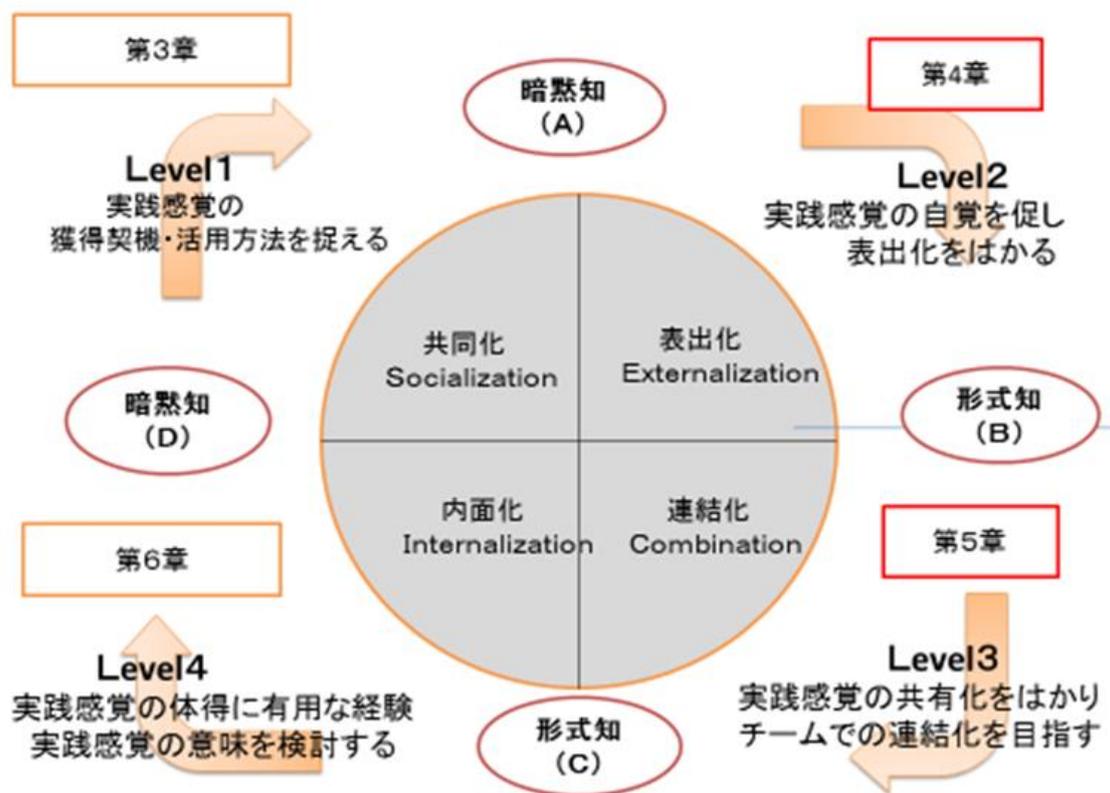
内面化 (Internalization)

利用可能となった形式知を基に、個人が実践を行い、その知識を体得するプロセス

野中・竹内 (2006) 「知識創造企業」 p106 知識スパイラル図を基に筆者一部修正

図 2-1:SECIプロセス(SECI モデル)

本研究では、このSECIプロセスによる知識変換活動を実践感覚の経験共有と表出を目指す研究枠組みとして援用し、図2-2のとおり4つのレベルで設計した。



野中・竹内（2006）「知識創造企業」p106 知識スパイラル図を基に筆者加筆

図 2—2: 実践感覚の経験共有と表出を目指す研究枠組み

Level 1 調査対象は実践感覚を体得したレベルにある介護福祉士

第一に実践感覚の獲得・活用レベルの探求である。

本研究は認知症ケアにおいて、どのように実践感覚が機能しているのかを捉えるものであり、調査対象の前提は、実践感覚を獲得し、それを活用できるレベルにある介護職員である。

ここでは介護職員の中核である介護福祉士を対象に、認知症ケアに限定しない介護福祉士の実務の実態を捉えることから開始し、そこで獲得される職業能力と実践感覚の関係について考察することを試みる。

その理由は、先行研究の検討結果から明らかになったように、実践感覚は能動的かつ段階的に育まれるものであり、それをふまえると介護職員の実務と能力開発の契機や、それらの活用場面を捉えることは、認知症ケアのみで育まれるものではなく、実践感覚がどのように獲得され活用されているのかを探求することが必要と考えたためである。

また、介護職員自身が、実践感覚の獲得や活用の自覚をしていない場合も考えると、実

実践感覚の自覚がある無しの基準を材料にすることよりも、経験を重ねた介護福祉士の実践を材料に、経験豊富な介護福祉士を本研究の調査対象として選出し、実務経験とそれによる能力開発の内実を捉えることが重要かつ有効と考える。

Level 2 実践感覚の言語化を目指す調査研究

レベル2においては、介護職員の実践感覚の言語化を目指す調査活動を展開する。ここでは実践感覚の存在確認を行うことが前提となるため、これらの自覚を促すアプローチと言語化することを目的とした調査方法の検討が必要である。本研究では、この活動において記述的研究を採用し、ケアへの同行をとおして行う観察や対話の内容を記述することに重きをおく。

記述的研究は、ほとんど研究が蓄積されていない分野において、経験的観点から現象や実態を理解し、研究テーマについて新鮮な視点を獲得するために用いられる方法である。記述的研究はインタビューや観察等を通じた記述的アプローチからなる実践であり、ケアを扱う研究領域では質的方法（例：現象学やグラウンデッドセオリーアプローチ、エスノグラフィー等）が利用されている。これらの調査は、実践の参与観察やインタビューによって、言語化されたデータを用いて概念生成や概念間の関係性を表す結果図等を用いることが特徴である。この点において、経験の記述のみならず、それらの概念化を目指す方法は、実践感覚の表出と言語化に有効な手法と考える。

Level 3 実践感覚の共有・獲得を促す調査研究

レベル3においては、レベル2で言語化された実践感覚を介護職員個人はもちろんのこと、チームや組織等で共有できる活動の展開を目指す。本研究では、レベル2で用いる記述的研究の結果を、他事例や、複数の職員による実践の共有から、ケアプランへの応用や、実践感覚の働きについてチームで共有することを目指す。

この点においては、記述的研究による実践の概念化（言語）から、生成した概念を用いて、概念間の関係性を図式化する分析結果の提示も必要であり、本研究においては、レベル2において、個別事例から実践感覚の表出を行い、それをレベル3において、複数事例やチームでの共有によって、その意味を更新していくことを共有化の切り口とした。具体的には、介護職員のケアへの同行やケア経験の振り返りを促す対話を軸に、介護職員個々の実践感覚を探索し、その内容を詳細に捉えた記述から、その意味を比較分析やカテゴリー化による分類と構造化をとおして、チームで共有し、カンファレンス等の議論をとおし

て見出される意味の更新について考察することを目指した。これにより、実践感覚の共有が、ケアカンファレンスやケアプランへの応用的な活用につながることを期待している。

Level 4 実践感覚の体得（身体知化）に有用な経験、実践感覚の意味の考察

レベル4においては、共有した実践感覚の活用をあらためて自身の身体知レベルで体得するために必要な経験について考察することである。本研究では、レベル1～3の結果を中心に記述するものであり、レベル4においては、実践感覚の体得に向けて、今後必要となる経験を教育・管理的な視点を交えて考察することに留める。

つまり、実践感覚を体得するためには、実践感覚を言語やモデル図として、その機能や意味を理解するだけでなく、それらをケア実践において、身体知化されたレベルで感覚的な働きをもって実用的に取り入れることが重要である。そのためには今後、より長い期間をかけて、意図的に経験を積むことや振り返る活動が必要となる。そのため、本研究の期間では十分に成果が見込めないと考え、本研究ではSECIプロセスの結果から、これに有用な「経験」について考察することとする。

以上、本研究はSECIプロセスを用いた4段階の知識変換活動を枠組みに、介護職員がケア実践をとおして獲得している「実践感覚」の表出や共有を目指す。

そのためには、研究者である筆者自身も、調査協力者と共にケア現場に身を置いたり、当事者のケアに同行しケアカンファレンスの場に参加することなど、経験を共有することも求められる。ここでの経験の共有は、介護福祉士等の養成課程で獲得した知識を超えて、ケア現場で積み上げられた経験によって生み出されるある種の「感覚的」な情報等である。これらを手がかりにした調査は、ある意味研究者である筆者自身も調査の道具となるといえよう。

その意味では、筆者自身も認知症ケア経験を通して培ってきた感覚を持ってケアに同行することが必要と考えられる。すなわち、認知症者の不確かな発語やしぐさ等から柔軟かつ即断的な状況判断をとる介護職員の経験を共有するために、同様のケア経験を共有するだけでなく、筆者自身もそこで体感した感覚の確認をしていくことが求められる。本研究の調査設計である実践感覚の言語化（レベル2）と共有（レベル3）では、特にそれらの過程が重要である。

以上の視点に立ち、本研究においては、対話を軸に筆者自身の質問内容を含めた対話も詳細に記述することに努める。これを通して、ここで働いている実践感覚とはなにか、それらを明らかにし認知症ケアにおける実践感覚の意味を見出すことをねらう。

2 知識変換活動を生み出す記述的研究

次に本研究の調査で用いる記述の方法について検討をすすめる。

先述したように、野中らによれば「暗黙知」と「形式知」は、双方の絶え間ない変換によって創造されるものであり、「共同化 (Socialization)」「表出化 (Externalization)」「連結化 (Combination)」「内面化 (Internalization)」という4つの知識変換によって、暗黙知化と形式知化を繰り返すものである。この SECI モデルを主軸とし、暗黙知を準拠枠とする研究は、国内において経営学・人類学の分野で数多くみられ、とりわけ経営学の分野では組織において知識を移転・共有する仕組みを職業行動の暗黙知を手がかりとし、認知科学を援用した「コモン・ナレッジ」「ナレッジ・マネジメント」と呼ばれる戦略方法として探求が進められている。

福島はコモン・ナレッジを社員が組織の仕事をする中で学び取る知識であると定義し、認知科学研究の枠組みから、企業における技能の発展モデルを明らかにしている (福島: 2008)。これは「Know What」というより「Know how」を捉えるものである。福島は、初心者から熟達者になるまでの技能獲得プロセスには、初期のマニュアルに従った形式的で硬直した対応から、だんだんと経験を積むことによって、マニュアルの拘束から離れ、状況の判断がより柔軟になると同時に直感的になることを明らかにしている (福島: 2008)。また、このようなマニュアルから離れた直感的な判断の共有と再利用について、M.Dixon は米国陸軍の「行為の後の反省 (以下 AAR)」を取り上げ説明している (=M.Dixon: 2003)。AAR とは、チームあるいは部隊の行為が終わったあとに、学んだことを次の戦闘やプロジェクトで再利用することを目的に開かれるミーティングである。このミーティングには作戦に加わった全員が段階 (ランク) を問わず参加している。陸軍が AAR を行うときの指針は非常に単純である。以下にその5つの原則を紹介する (表2-4)。

表2-4 AARの原則

- | | | |
|--------------|---------------|-------------|
| 1. よく見せようとしな | 2. 経験的心理を発見する | 3. 批判へのずぶとさ |
| 4. ノートをとる | 5. 見たままに言う | |

AAR では、以上に述べた5つの原則をもとに「何が起こるはずだったか」「何が起こったか」「その違いはなぜ生じたか」という3つを中心に議論し、この内容を兵士が職務を遂行する上で有益な判断の材料となることを明らかにしている。

この AAR は課題解決のための「知」の共有であることが最も重要な目的である、このように何が起こったかをミーティングで話し合うことを介護福祉の場面で考えてみると、ミーティングをもつこと自体は目新しい方法とは言えない。しかし、チームやメンバーが自分達の経験から知識を構築する目的でミーティングを持つという目的と考えると極めて

新しい発想であると言える。そして、自己の経験を「何が起こるはずだったか」「何が起こったか」「その違いはなぜ生じたか」といった、予測と事実、矛盾の分析とも言うべき経験者の語りや、対話によって暗黙知である判断材料を言語として形式知化させることを示す本研究に極めて有用な知見である。

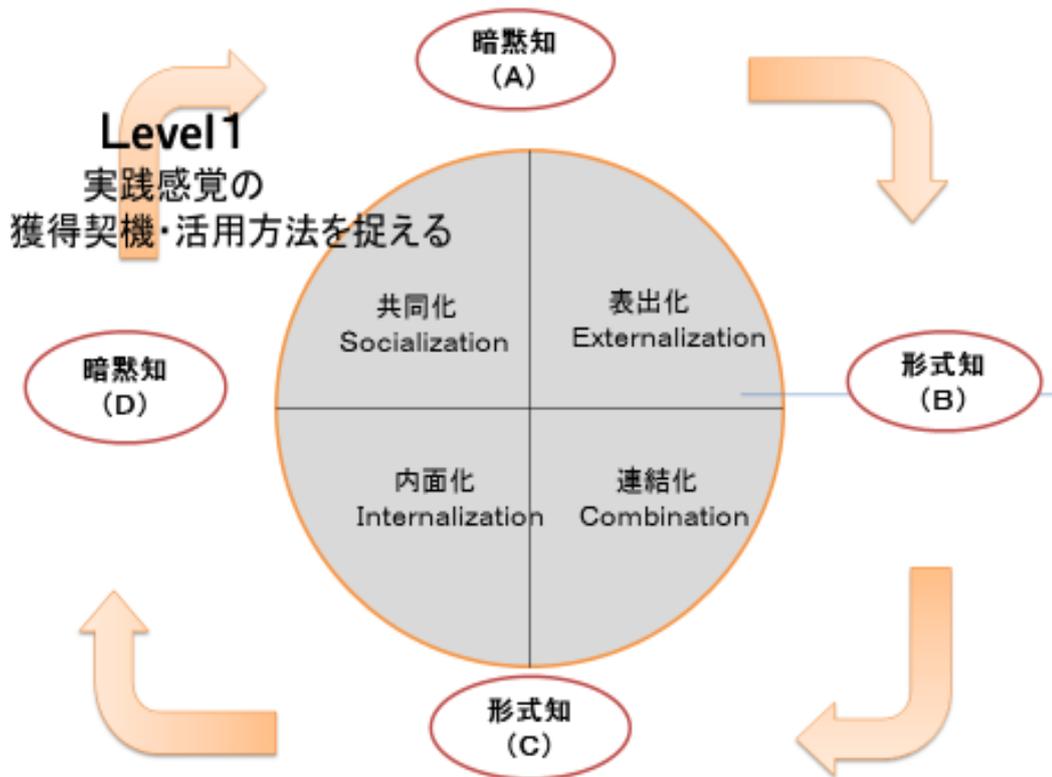
そのほか、言語学等の研究領域では、暗黙知との関連が深い知見が数多く確認された。特に言語表現としてのメタファーへの着目については興味深い知見が多い。楠見によれば、メタファーは、日常言語の概念体系、知覚・記憶・連想・思考・推論・判断等の知の根源に関わる重要な認知能力であり、人間の知のメカニズムの解明に関わる重要な研究テーマとして、言語学のみならず脳科学や心理学等の関連分野においても注目されてきた背景がある（楠見：2007）。メタファーは、言語という記号（シンボル）で、身体化された現象を含む伝達方法であり、メタファーの持つ機能を教育的な側面で研究したものも多い。中でも栗山らは、人間がメタファーをどのようなプロセスで理解しているのかを問題視し、メタファーのもつ機能として「伝達」「概念変化」「知識獲得」「想像・鑑賞」的機能があることを明らかにしている点で興味深い（楠見：2001）。さらに栗山らは、熟達者と初心者の会話に注目し、熟達者は初心者にとって未知の対象物に固有名詞を与え、積極的に共有知識を形成することによって、新たな概念をコミュニケーションによって理解していることを示唆している（栗山ら：2007）。

SECI プロセスを提唱する野中らも、暗黙知はメタファー、アナロジー、コンセプト、モデルなどの形をとりながら存在するものであり、このような言語としての存在が暗黙知を明示的にするプロセスの真髄となると指摘している（野中、竹内：1996）。本研究が目指す実践感覚は、まさに実践に内在する感覚を言語に置き換えるために、言語と言語主体との関係に焦点をあてるものであり、これらを観察やインタビューを切り口にし、記述的研究をすすめることを計画している。この点において、SECIモデルを枠組みとした知識変換活動に記述的研究を調査方法として組み合わせることは、実践感覚を含むメタファー等を扱い、それを言語と言語主体との関係から考察し、知識変換活動に有機的に結びつけられる効果的な調査設計であると考えられる。

以上の知見をまとめると、実践感覚を伴う経験の記述には、対話を中心にケア経験を意図的に振り返ることが有用であること及び、ここにおいて実践感覚を捉えるうえでは、介護職員が活用するメタファーに注視し、その言葉の意味を探求していくことが記述において重要な視点・方法になると考える。

第3章

実践感覚の獲得・活用契機を捉える記述的研究(Level1)



野中・竹内 (2006) 「知識創造企業」 p106 知識スパイラル図を基に筆者加筆

本章では、介護職員の中核である介護福祉士 27 名を対象に、実務の実態を捉える調査から、そこで獲得・活用されている実践感覚の存在を確認するべく、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行う。実践感覚は認知症ケアのみで獲得・活用されるものではないと考えられるため、ここでは認知症ケアのみに焦点化せず「介護福祉士が実務をとおして経験している能力開発のプロセス」を分析テーマにすることで、実践感覚の獲得や活用契機を広く捉えることを目指す。

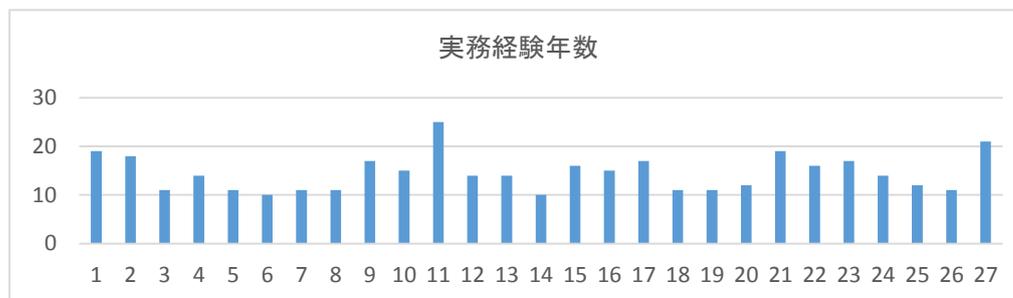
第1節 対象と方法

ここでは、介護事業所に勤務し、様々な実務の変容を経験した介護福祉士27名を対象に、実務経験の実態把握から、そこで獲得・活用されている実践感覚の存在を探求すべく半構造化インタビューを実施し、その結果を用いて修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）で分析を行った。

1 対象者

A県において介護福祉士として勤務している8種別の介護事業所計27名（特別養護老人ホーム5名、介護老人保健施設3名、有料老人ホーム3名、障害者支援施設3名、通所介護4名、訪問介護3名、認知症グループホーム3名、小規模多機能型居宅介護支援3名）を対象とした。対象者の選出にあたっては、①介護事業所に務める介護福祉士であること、②介護現場での介護実践経験が10年以上であること、③研修等の積極的な参加や講師経験がある等能力開発に前向きであること、以上の3要件を満たす対象者について、A県社会福祉協議会社会福祉人材センター、同県介護福祉士会を通じて推薦を受け協力を得た（表3-1）。

表3-1:対象者経験年数分布



2 調査・分析方法

実践感覚は認知症ケアのみで獲得・活用されるものではないと考えられるため、ここでは認知症ケアのみに焦点化せず「介護職員が実務をとおして経験している能力開発のプロセス」を分析テーマにすることで、実践感覚の獲得や活用契機を広く捉えることを目指す。

能力開発に関する文献を概観すると、能力開発は一般的に知識や判断力のみを指すので

はなく、業務の円滑な遂行に貢献する行動様式を表す場合が多い。この点において国内におけるキャリア研究の動向から業務上の行動様式を捉える調査・分析方法を検討した。

金井（金井，鈴木：2014）は「キャリア論の一つの特徴は時間軸」であると述べ、キャリア研究のためのインタビューにおいては、自分の来し方を時間軸でなぞっていきながら、その時点ごとのキャリア上の出来事を把握することが必要であると述べている。

また、この点において、キャリア上の出来事は「ある場所でだれかと共になされていること」を重視し、時間軸だけでなく空間軸と関係軸も重要な視点であると指摘する。

本研究ではこうした金井らの知見を参考に、介護職員の実務経験を時間軸・空間軸・関係軸から構造的に捉えることを目指した調査方法を検討した。

時間軸を捉える視点については保正（保正：2013）の研究が参考になる。保正は医療ソーシャルワーカーを対象にした実践能力の変容過程を捉えるうえで、L. Dreyfus（=L. Dreyfus:1987）が提示する技能獲得の5段階モデルや、Benner（=P. Benner：2005）による技能習得の段階論を扱っている。

これらはいずれも熟達した状態に至るまでのビギナーからエキスパートまでの段階を表す理論として提唱されており、ここで扱われている時間の概念は、一定の経験年数という長さではなく、質を伴う経験と考えられていることが特徴である。本研究では、これらの知見を参考にインタビューガイドを作成した（表3—2）。

表 3—2: インタビューガイド

- ①介護福祉士としての自己の実践経験を「初任期」「中堅期」「ベテラン期」の3期に分けると、各段階はどれくらいの年月でどのような実践(実務)を行ってききましたか？
 - ②3つの段階で、役割を担うために必要だと感じていた「能力」はどのようなものでしたか？
 - ③②において必要と感じていた「能力」は、3つの成長段階をとおして、どのように変化していますか？
 - ④3つの成長段階を辿る過程で意識していた(自覚していた)キャリアニーズ(研修ニーズ)はありますか？
 - ⑤④を達成させるために取り組んできた行動や、それらを促進、阻害していたと考えられる内容を自由にお話ください。
- (特にお聞かせいただきたいこと)
- ①では、ご自身が主観的に捉えている時期区分でお話をお聞かせください。ただし、「初任期」「中堅期」「ベテラン期」の業務内容や役割、意識の違い等を教えてください。
 - ②では、①に関連して、自身の立場で必要と自覚していた「知識」や「技術」についてお聞かせください。
 - ③では、②に関連して、自身の立場に必要と自覚していた「知識」や「技術」が、「初任期」「中堅期」「ベテラン期」の段階を通してどのような関係性をもって、どのように変化していると感じられるかお聞かせください。
 - ④では、上記に関連して、各成長段階で目指していた未来の姿、「こうなりたい」「こうなるであろう」「こうなるべき」等、将来イメージをどのように描いていたかをお聞かせください。
 - ⑤では、④に向かうために取り組んできた行動や、その過程で生かされた、足を引いた等のエピソードについてお聞かせください。

インタビューガイドは、A 県介護福祉士会会員（3 名）の協力を得て内容の応えやすさ等を確認した結果、詳細な年数による習熟区分を提示することは避け、初任期・中堅期・ベテラン期の 3 期を各々の経験のステージとして便宜的に分類し語ってもらうことで、インタビュー上、経験を時間軸で構造化するための手がかりを得ることとした。

空間軸、関係軸においては、各期における実務の内容だけでなく、活動の場や対象、方法、その時に関わった人々等の詳細について質問を加えることで行動様式的具体像を捉えることを目指した。インタビューは各 2 時間行い、ここで語られた各々の経験を逐語化し分析データとした。分析は、実務の実態や特性を表す経験的要素として概念化するだけでなく、関係軸としての時間軸や外的・内的要因としての経験の接触関係から、どのような職業能力を獲得しているか、そのプロセスを構造的に捉えることが重要である。またこの結果を用いて実務経験を通じた能力開発と、そこで働く実践感覚について考察するためには、予測可能な説明モデルとして捉えることも重要である。この点から本研究ではデータに密着した分析から人間行動に関する説明モデルを示すことを目指すグラウンデッド・セオリー・アプローチを採用することとした。

3 グラウンデッドセオリー・アプローチ

グラウンデッド・セオリー・アプローチは、社会学者の Anselm L. Strauss と Barney G. Glaser によって生み出され、1967 年に出版された *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* で初めて紹介された研究方法である。

その後、二人の立場や考え方の変化と共に、方法は 2 分化し、異なった研究方法となっている（戈木クレイグヒル：2006）。また国内においては木下による修正版グラウンデッド・セオリーアプローチ（以下 M-GTA）や戈木クレイグヒルによるストラウス&コービン版等も存在している。

これらグラウンデッド・セオリー・アプローチは異なる手法であるものの、データに基づいて分析を進め、データから概念を抽出し、概念同士の関係づけによって理論を生成するという一定の共通した流れを持っている。しかし、分析を例にとっても大きな違いが見られている。

グレーザーは細かい切片化を基にした分析であるのに比べ、ストラウスは切片を大きくし、一つ一つのデータに厚みを持たせている。木下においては切片化そのものが不要と考えている。本研究では、ケアの実践過程の概念化を試みる上で、データの細かい切片化によって構造化を目指すものではなく、記述的研究としての厚みをもった解釈が重要と考える。

そこで木下による M-GTA を採用した。M-GTA は現象の意味的要素をなるべく崩さないようにするために、文脈単位で意味のまとまり毎に概念生成を進める点に特長があり、記述的研究として有効な手法であると考えた。

ここで、M-GTA の分析の進め方を説明する。M-GTA は、まず最初に分析テーマと分析焦点者を決定したうえで、調査と分析を並行して進めていく。分析テーマとは、データと密着した分析を進めるために研究テーマから導き出されたものであり、本研究では介護福祉士（以下、介護職員）が実務をとおして経験している能力開発のプロセスを分析テーマとした。分析焦点者とは分析結果の中心に位置する人間で、分析焦点者の設定とは特定の人間に焦点を置いたデータの解釈を意味している。本研究の目的は、介護職員の实務と能力開発の实践感覚の獲得や活用契機のプロセスを明らかにするものである為、分析焦点者を「实践感覚を経験している介護職員」とした。

次に収集したデータからどのように概念を生成するかを述べる。M-GTA では分析ワークシートを活用する。グラウンデッド・セオリーは最初から概念生成を目指すのであるが、M-GTA では質的分析で用いられるコード（理論的コード）などデータから直接得られる解釈内容は全て「概念」と呼び分析の最小単位としている。そして、概念間の関係から構成されるものが「カテゴリー」であり、その構成要素がプロパティである。さらにカテゴリー間の関係からひとつのコアカテゴリーを選定し、それを中心にカテゴリー間の関係を統合したものがグラウンデッド・セオリーとなる（木下：1999）。

しかし、M-GTA では独自のコーディング方式として、コードという用語は一切使わず他のグラウンデッド・セオリーで用いているプロパティも使用していない。データを解釈した結果は全て「概念」であり、その他はカテゴリーのみである。

これについて木下は「データと概念間の距離は一定かつ直接的である」と延べ、その解釈は当然研究する人間の判断に拠るものと説明している（木下：2003）。つまり、M-GTA はデータと概念の側は同じ距離に保ちつつ、具体的な作業は「研究する人間」がデータのある箇所を解釈しそれを説明できる概念を生成するという方式である。

これにはシンボリック相互作用論の影響が大きく関連している。シンボリック相互作用論とは、人は社会的相互作用の中で対象（他者、出来事など）を意味づけて行動し、その意味は相互作用の過程の中で修正されるものであると考えられており、グラウンデッド・セオリー・アプローチを開発したストラウスにおいてはシンボリック相互作用論の影響が一際大きく見られる（戈木クレイグヒル：2006）。

このようなシンボリック相互作用論の考え方は、M-GTA においては、話し手の考え方や行動を分析者がどう解釈するのかという相互作用を重要視している点に影響が見られる。

第2節 実務経験における実践感覚の獲得と活用のプロセス

本節では、M-GTA の手続きに則り、分析結果をストーリーラインとして記述する。

尚、M-GTA で用いるストーリーラインは、分析テーマとの関連で解釈された結果を〈概念〉や【カテゴリー】《コアカテゴリー》を用いて記述するものであり、これが分析結果とされている。本研究では「介護職員が実務をとおして経験している能力開発のプロセス」を分析テーマにした。尚、M-GTA の分析結果はデータの解釈を記述する特性から、この点において考察内容がふまえられる場合がある。以上から、本稿では結果と考察をわけずに記述する。

1 初任期における「実践感覚の芽生え」のプロセス

介護職員の初任期は【介護技術・基本業務習得経験】を主とし、〈介護福祉専門職の入り口としてのヘルパー資格取得〉と〈介護福祉専門職の入り口としての介護福祉士資格取得〉の2つの経験からスタートされる。この経験は〈資格取得によって高まる自信〉を生み出すものであり、中堅期に向かう主要なエネルギーとなっている。

【介護技術・基本業務習得経験】は介護に関わる知識や技術に対して、無知の状態から仕事を始める者も少なくない。これについてある介護職員は次のように語る。

周りの職員は、今は若い職員多いですけど、当時あまりいなかったんで、本当に自分の親くらい離れている人だったり、同じくらいの年の職員の方が少ないくらいなのでとにかくベテラン職員の後を付いてやることを覚えるみたいな感じで、迷惑をかけちゃいけないじゃないけどとにかく仕事は早く確実にできるようにっていう時だったので一緒についてオムツ交換して、「こうやってやるんだよ」って手取り足とり教えてもらいましたね。（特別養護老人ホーム職員H）

ここでは、養成校ルートで資格取得した介護職員が〈実践に役立つ養成校での勉強と経験〉を蓄積していることに対し、実務経験ルートでし資格取得をする介護職員は〈先輩をモデルに見よう見真似で業務・技術を覚える〉という経験の特性がある。

一方で、養成校ルートで介護福祉士資格を取得した者は、自身の年齢も若く、生活体験が乏しいことを自覚し、実務上高齢者との触れ合いをとおして〈介護に必要な生活体験を教わる〉という経験の特性もあるという。

本当に一からいろんなことを教えてくれたのはここを利用する方々で、職員から何を教わるとかっていうものよりも、本当に大きかったと思います。それこそ自分の人生の中でもこのデイサービスに来て自分の暮らしているのを利用者さんたちに教わって、結婚して家庭を築いて子どもを産んでっていう自分が

嫁に感じていることみたいなのを利用者さん達が教えてくれるんですね。

で、「あなたも嫁に行ったらこういう風に仕えなさいよとか、そういう人生観みたいなものを教わりながら、確かにここに来てから結婚も出産もしましたので本当にこのデイサービスに来なかったらそういう人生にはならなかったかもしれないですね。（デイサービス職員 G）

このように【スタートとしての資格取得経験】は【介護技術・基本業務習得経験】と同時に〈介護に必要な生活体験を教わる〉という経験の特性が、実践感覚を育むうえで密接なつながりをもって経験されている。

一方で、ここでの資格取得と業務習得にかかわる経験は、学習した内容を根拠に方法として理解できることばかりではなく、言語での明確な説明が難しい様々な不確かさを抱える実践感覚も伴っている。例えば、認知症ケアにおいて〈自分に置き換えて接し方を考える〉感覚的な経験が代表的であり、この経験では実践上〈失敗から学ぼうとする〉姿勢で、自身の経験の積み重ねで芽生える、感覚的な認識経験を手がかりに能力獲得していくことを目指している。このことについて、ある介護職員は次のように語る。

説明しにくいというか、不確かというか、もちろん学校で学んできてますけれども、学校で学んでる内容と実際の現場で働いてみるとまた違うことも多いです。

まず、仕事自体慣れるのに時間がかかりましたので。それが最初の一年、二年とかは、目の前の業務をこなすことで精一杯なところがありましたね。

だいぶ周りが見えてくると、もう少し違っては来たんですけど。でもそれをうまく説明できないというか、理解が足りないのか。何なんでしょうね。例えば認知症のある利用者とかかわっていくことなんて失敗ばかりで、でもその失敗があって次はうまくいくみたいな。こういう経験ができるようになってくるとまたちょっと違うというか。（デイサービス職員 O）

最初に入ったグループホームで症状の激しい利用者さんがいらっしゃったのですが、その利用者さんとの関わりで何度も泣いたし、辞めようと思ったし、すごく辛い部分がありました。

でも、それは私の関わり方がいけなかったって気づいたんです。結局は、それこそ1年くらいかかったと思います。それを気付くのに。はじめはたくさんの利用者をケアするのに、あっちで呼ばれこっちで呼ばれ、気付いたら利用者を流れ作業のように移乗したりとか食事介助したりとか。

そういう経験があって、ただ単純にコミュニケーションが足りなかったんだって。そんなふうに思いました。けれど、利用者さんが本当にすごくて、怒って杖で叩かれたりとか、その時泣いて何度もくじけそうになりました。けれど介護するなかで、介護技術で大事なことってなんだろうなって、そういうことを考えるきっかけにもなって。コミュニケーションを大事にすることで逆に利用者から励まされたり、助けられたりすることってたくさんあります。（グループホーム職員 T）

技術って手を出し過ぎちゃんです。できることとできないことをわかってないと、なんでも手を出しち

やう。それがいけないって、その時は思ってなかったんじゃないかな。

というか、まわりに迷惑をかけないようにとか早くできることが大事みたいな。これだけのトイレ介助が残っていると夜勤さんが困るなどか、そういう気持ちに引っ張られていたんだと思います。(特別養護老人ホーム W)

このような経験は、【介護実践を通じて得た介護技術の考え方】を育む大きな経験ともなっており、〈ケアにはコミュニケーションが重要〉という理解や、〈介護技術はスピードが求められる〉こと、〈力任せの介護技術はだめ〉であること、〈過剰に手を出し過ぎる介護技術はだめ〉であること等、〈介護技術を通して自立を支える視点〉が漠然と自覚されていく。

このような実践感覚は〈言葉にできないなんとなくの違和感〉を交えて《実践感覚の芽生え》として経験されている。こうした《実践感覚の芽生え》は〈机上の勉強と実践現場のギャップに躓く〉経験や、〈介護事故経験による心理的・技術的不安〉等として、実践上の不安要素としても存在している。一方で〈業務をこなすことで「仕事をしている」感が得られる〉感覚が強く働き、このような内省的な《実践感覚の芽生え》が得られにくい場合も存在している。

2 中堅期において「実践感覚の言語化」を目指すプロセス

中堅期は【新人指導経験】と【リーダーシップ経験】をとおして、初任期中に芽生えた《実践感覚の言語化を目指す》活動が特徴である。そのための方法としての主要な経験が、後輩指導である。このことについて、ある介護職員は次のように語る。

指導する立場になるとすごく自覚が湧く。もう新人じゃいられないみたいな。それで指導を始めるといろいろ湧いてくるのが違和感。なんか自分達のやっていることってこれでいいのかなって。じゃあそれを自分で具体的にとか、じゃあ言葉にして説明してって言われるとまだできないんだけど。

それで、新人さんに教えてはいるんだけど、そういう違和感は解消されないというのが実態。教えてるわりには思ったほど自分ができていなくて、すっきりしないというか、教えてるうちに異和感がたまるとか。でもそれがきっかけで一から学び直せるというか、本当の業務や自分の力量がようやくわかるというか。結局、正社員として務めていれば、次に新しい後輩が必ず入ってくる。それはこの時だけじゃなくて、今もずっとあって、そういう教えてくとか、育てていって、すごいやり甲斐があるというか、自分の仕事のモチベーションにも絶対なっていると思う。(介護老人保健施設職員 S)

このように、【新人指導経験】は、多くの介護職員が〈後輩が入ることで芽生える初任期中からの脱却意識〉を自覚しており、〈職員教育という役割〉は〈正社員としての責任の

芽生え)を生み出すことにもつながり、このような責任感が実践感覚の言語化への活動を加速させていく。

また、指導経験をとおした実践感覚の言語化という活動は、感覚的な認識経験を、より明確な〈ケアプランを意識した行動の高まり〉にもつながっていく等、初任期中で芽生えた実践感覚の意味は、〈教えることによる学び直し〉をとおして、より確かな知識や行動として変容されていく。

こうした指導経験で自覚される〈後輩を育てる事の喜びとやりがい〉は、仕事の継続につながるモチベーションの向上にも表れており、【職員教育をとおして獲得する能力】は、単に〈新人指導ができるようになる〉だけではなく、〈介護に必要な情報を得る技術〉や、教えるという行為をとおして、自身が学び直す経験として強く印象付けられていく。このような行為の積み重ねにより、実践感覚の言語化は活発化されていく。

一方で、事業所の規模や人材不足等の影響により、就職後3～5年程度でリーダー職に就く者も少なくない。このことから、早期に経験される【リーダーシップ経験】は、十分な実践感覚も備わっていない中で行われる活動が多く、介護職員らは、これを〈名ばかりのリーダー〉と意味づけ、経験不足を補うために〈先輩リーダーの模倣〉を中心にしつつ、後輩指導においては、〈自分の体験を材料にした部下との会話〉を積み重ねている。

このような経験について介護職員は次のように語る。

介護の仕事って、意外にリーダーになるのが早いと思うんです。例えば職場に介護福祉士をもっているひとが少なかったりとか。

リーダーになっても、自分もまだまだ3年目ですとか、それでリーダーって名前ばかりで。でも笑えない。それってすごい葛藤なんです。どうやってみなをまとめるんだらうとか、勤務調整ってどうするかとか、はじめは先輩の見よう見まねで真似るんですけどね。それでうまくいくはずなくて、キャリアが違うし。それで、一生懸命自分の過去の経験をひっぱって、こういうことって辛いよねとか、下のひととはなしてみるとか。同じユニットリーダーの子と話したりもするんですけど、同じユニットリーダーなのに、となりのユニットは介護主任クラスのベテランさんだったり。もっと上の役職の方もいたりして。

(特別養護老人ホームH)

私のことを皆、すごく信頼してくれるんです。期待とか、もう20年もこの仕事してれば、大ベテランみたいな。でも、このユニットにきてからまだ1年目ですよって。正直いって、場所が変わるとまた初任者に戻るみたいなどころもあるじゃないですか。ひとが全く違うんだもの。

でも、まわりは大ベテランと私を見てる。経験年数でこのひとはできるって。それで、こうしちゃいられないって研修に出るんですよ。(特別養護老人ホームW)

このように、リーダーは時に〈経験年数のみで出来ると思われる事のプレッシャー〉や

〈責任を与えられる事のプレッシャー〉も加わり、これに対応すべく、リーダー就任を契機に職務遂行に必要な能力開発の手段として研修参加の機会が増える時期でもある。

この時期にでた研修の中ですごく印象的なのが職員教育というか、伝え方の講義。

そういう部分でひとつ講義があって、そこで皆でグループワークしながらやって講義が多いんですよね。その時にやっぱり自分の課題を言って周りからアドバイスをもらうっていうそういう形のスタイルだったと思うんですけど、まあ私が言った事に対するアドバイスとしては、こう私がどうしたいのかってちゃんと職員に伝えられていたのかな？っていうところのアドバイスをもらったりして。

あとは他のその時に一緒に受けていた人達がすごく職員とコミュニケーションをいろいろ工夫していることも知ったので、本当に普通の雑談から入りながらケアのこともちよつと絡めて話すとかそういうコミュニケーションの取り方とかがすごく勉強になった。これ役立てようっていうところは思ってた持ち帰ってきたところでしたね。（グループホーム職員 I）

研修を受けることで、自分の中でそういう疑問とかもやもやが解消される感じはある。リーダーとかなると、自分の思いを言葉にすることが大事ですし、それでいろんな研修にでると、自分が言いたかったこととかがつながるという感覚。それでまた別の研修に出てみるわけです。

それでも、言葉にならなくてもやもやが残ったり、逆に違う視点に気づいてまたもやもやしたり。経験とかを言葉にするって、リーダーになるとすごい意識すると思うんです。自分で思ったものを企画したりとかするわけですけど、知識として講義の中であだよこうだよって言われたことを現場の中で実践しようとはしても、うまく伝わらなかったり。なかなかそれが言葉にならない。だから定着もしない。

（介護老人保健施設職員 S）

この時期での研修受講はリーダーシップを扱うものが多いことから、〈相手に気づかせる指導法〉の重要性を強く自覚することが特徴である。この経験において、中堅期における実践感覚の言語化は、とりわけ〈経験や思いを言葉で伝える難しさ〉を痛感し、この葛藤が《実践感覚の言語化を目指す》意識やそのための努力を重ねる経験に強く結びついている。

一方で、ある介護職員はリーダー育成にかかわる研修受講について、次のように語る。

副主任になってからですね。研修に行くようになったのは。上司がリーダー研修あるから行って来いって。それで課題がでるわけですよ。現場の課題とか調べて、それをどう解決するかみたいな。この研修がすごくよくて、それで私が介護主任になってから、役職者には必ず、リーダー研修にでてもらうようにしてるんです。

でも、こんなに大変な研修とは思わなかったとか、仕事も忙しいのになって愚痴ばかり。そのための研修でしょって思うんだけど、伝わってないってことですよ。きっと。（グループホーム職員 K）

この時期での研修受講は〈上司の指示による受け身的な研修受講〉も少なくない。その場合、《実践感覚の言語化を目指す》意識は低く〈現場とのつながりを生み出せない学び〉に留まっている経験も存在している。

3 ベテラン期において「実践感覚の活用」を意識するプロセス

ベテラン期は【業務管理・事業運営経験】を主に、〈管理者に必要な経営感覚〉等、《実践感覚の活用を意識する》時期である。

例えば、職場内外での【講師経験】が実践感覚を活用した代表的な経験であり、ここでは中堅期における《実践感覚の言語化を目指す》活動から得たものを【講師経験】のなかで意識的に説明言語として、取り入れていることが特徴である。

今は講師経験が自分のすごいやり甲斐だし、良い経験になっていて。

私が初めてやった内容は介護過程とかで。それは学生の時に習ってはいたんですけど、まあ卒業してからだいぶ経っていて、それを勉強しなおしたら、すごい自分の経験でわかることが多いってうか。ああこれはあの利用者さんのこと。これはすごい介助が大変だったあの利用者さんのことって。

そういう風に、自分が経験した介護を、介護過程の説明で意識して使ったりとか。それって、あの時に葛藤できたからだよねとか、講師をやるとすごく良かったなって思うんです。いい経験してきたんだって思える。

あと、講師の仕事でちょっと自分の中で知識として薄れていたことに気づいたりとか、「あ、そうだった」って思い出したというか。それを改めて実践しようとする、あれ？どうしてうまくいかないんだろうって思って。であれば、研修に出ればいいじゃんって、この時期（管理職者）になって、すごく研修の意義がわかるし、自分がほしい研修がわかるってうか。研修の受け方が、昔と全然違う。

（有料老人ホーム 0）

研修にでて言葉を得るでしょ、それが何って、ミーティングとか、いろいろ提案できるようになるわけよ。みんなの納得も得やすいし。何より自分が納得して使っている言葉だから、こっちも力が入るし。よく講師の先生が、実践の言語化が大事っていいですよ。それすごくよくわかるようになってきたんです。それは業務をしているだけでは気づかなくて、管理するから気付くんだよね。まわりに言わなきゃいけないし、納得してもらわなきゃいけないし。

最近だと、そういうことが地域の会議の場とかでもできるようになってきて、丁度最近も、言語化できるとコミュニケーションが増えるよねって話を職員としていたところですよ。（小規模多機能職員 S）

このように、【講師経験】のために、自らも【能動的な研修受講経験】を重ねることが活発化し、〈研修受講を通して経験や思いを言語化できる手応え〉や、【業務管理・事業運営経験】において〈言語化できることにより活性化する職員間のコミュニケーション〉を同時に生み出す等、《実践感覚の活用を意識する》行動は、自身だけでなく、チームとしての相乗効果を生み出している。

例えば、こうした相乗効果は〈会議参加で得られる視野の広がり〉や〈認知症ケアの実践力を身につけたい〉というさらなる意欲・向上心にも表れており、このような動機付けが〈現場の課題に応じた研修受講〉に再びつながっている。このようなベテラン期での研修受講経験は〈現場経験によって理解が進む学習〉が特徴であり、活発な〈研修でのグループワーク体験〉も加わって《実践感覚の言語化を目指す》活動がより加速され、〈知識を得ることで評価する実践の正しさ〉等、〈日々変化する認知症ケアの実践〉をくりかえす評価する活動を生み出している。

この立場（管理職者）になると、誰も私を叱ってくれない。何がこわいって、これであってるのかってところだと思うの。

それは利用者のケアの細々したことも、施設の運営についても、そういうことを解消してくれるっていうの、研修を受けると、これでいいんだって思える。

でも、それは自分の手ごたえではあるんだけど、じゃあ職員全員がそういう気持ちでいるかっていうところが違うかったりするのよね。

この前も、ケアの内容を家族に知ってもらうために、家族会をひらいて、そこで今施設で使っているケアプランの紹介とかもしたんだけど、はっきりいってきついで。だから職員にとっては、そういう業務が増えると思えないみたいなのところがある。だから、一方的ではだめで、職員の負担感とかどういう目的でやるのよって。それであなたはどう思う？って。結局、ケアがうまくいってるってのは、利用者も職員も家族もみんなってところが重要で。そういうところでは、本当にコミュニケーションが重要になる。（小規模多機能職員 Y）

この介護職員は〈チームで協働できる力が必要〉という言葉を使って上記の語りを締めくくった。このように《実践感覚の活用を意識する》うえでは、チームで協働できるという課題の自覚が強く働いていることも特徴であり、この課題は事業所内の職員に限定しない〈家族や地域との連携〉を含めた活動のなかで自覚されている。

ベテラン期は、こうした課題に対応すべく、職員とのコミュニケーションに力が注がれる経験が多く、特に〈職員の負担感を把握する〉ことに重きが置かれることが特徴である。この背景には、ケアに対する〈職員間の温度差〉の存在があり、これらが研修で得た新たな取り組みの普及等の動きを大きく左右させる接触関係にもある。

なんでそんなことをしなきゃいけないの？それってあなたの研修でしょ？って、はっきり言われました。

確かにリーダー研修にでている私の宿題ではあるんですけど、自分のユニットの課題を扱う内容だから、それを職員全員に周知して一緒に取り組んでいかなきゃいけないんです。

リーダー研修って、すごく刺激になって、こういう考え方を出来ればもっといいケアができるって、すごくモチベーションがあがってたんです。その矢先のことで、すごく落ち込んだというか、もともと現場の雰囲気温度差はあったけど、それがすごくはつきり出て、結局一部の職員に協力してもらってことが進んだって感じです。

今ですか?定着してないです。それはそれって感じ。あのときの宿題として終わった感じです。それではいけないって私はわかっているんですけど。(特別養護老人ホーム職員 Y)

このような実態から、《実践感覚の活用を意識する》行動は、〈職員間の温度差〉への対応等、さらなる〈マネジメント業務によって増える残業〉を生み出していく。この経験において活動の行き詰まりとして《成長や実践活動の伸び悩み》を自覚することも少くない。

実習指導者の研修って、今までとは違ってすごく面白かったです。スーパービジョンとか、どう関われば良かった。でも演習では、私は指導経験がなくて、実習生ではない職場の指導事例をもっていったんですよね。結局今も実習生が来ないから、活かされてはいないんですけどね(介護老人保健施設 S)

《成長や実践活動の伸び悩み》の自覚は、〈職員間の温度差〉に限定されるものではなく、〈人員不足で得られない研修機会〉や、実習指導者研修の受講後に〈実習生がこない〉等、様々な環境的な悪化要因も影響している。

これで4つ目です。結局上にあがるたびに部署が変わるっていうか、いい経験なんですけどね、でも私はデイにき1年目でも、あのパートさんはもう12年ですからね。

そんなひとたちの上になつなんて、申し訳ないっていうか、そんな資格私にあるの?って。結局入所にいた私がデイにきても、これまでの経験で何かって言われると、そこもあっても、それよりも新しいことが要求されるっていうか、ここ(デイサービス)の経験が必要。そう思います。(デイサービス職員 W)

介護事業所の多くは法人内で複数のサービスを展開している場合が多い。そのため、管理職に就く時期に様々な事業への勤務配置異動を経験することも少なくない。この経験において〈ベテランと呼ばれることに対する嫌悪感〉は、《実践感覚の活用を意識する》自身の行動が、勤務部署やケアの対象者が変わることによって通用しないという、実践感覚の否定感情を見出す経験である。これを介護職員らは〈部署が変わると通用しないスキル〉という自覚によって説明し、この自覚をもとにベテラン期は、《実践感覚の活用を意識す

る》行動を重ねながら〈ベテランと認めてはいけない感覚〉も同時に生み出されていく。

表3—3 カテゴリー・概念一覧

初任期

カテゴリー	概念名	定義
介護実践を通じて得た介護技術の考え方	ケアにはコミュニケーションが重要	傾聴や共感等，ケアに必要なコミュニケーション能力と方法の知識．それがケアの質にかかわることの実践的理解．
	介護技術はスピードが求められる	おむつ交換や入浴介助等，業務の遅れからチームに迷惑をかけないようにしようとする意識とコントロール．また利用者の負担感を軽減するために効率性を含めた技術のスピードに対する実践的知識．
	力任せの介護技術はだめ	介護技術の理論を無視し、力任せの方法・技術として一方的で強引な技術として展開されることを悪しとする実践感覚．
	過剰に手を出し過ぎる介護技術はだめ	利用者の保有能力に対する意識の欠如であり、個別性や自立の視点を欠くことを悪しとする実践感覚．
	介護技術を通して自立を支える視点	利用者の状態に限らず，状況や場に応じた個別的な介護技術．また，このような技術が利用者の自立を支援し，ケアの質を高めるという実践感覚．
	言葉にできないなんとなくの違和感	初任期において，言われたことをやるという状況の中で，違和感を抱きながらもその違和感を明確に言葉にできない実践感覚．
スタートとしての資格取得経験	介護福祉専門職の入口としてのヘルパー資格取得	初任期において，介護職員としてスタートするために取得した資格であり，介護福祉士資格の前段と捉えられた経験．
	介護福祉専門職の入口としての介護福祉士資格取得	初任期において，介護職員としてスタートするために取得した国家資格．
	実践に役立つ養成校での勉強と経験	ケア実践を支える必要知識・技術であり，就職前に介護福祉士養成校で勉強した経験．
	資格取得によって高まる自信	ヘルパー，介護福祉士，実習指導者等資格等の資格取得によって高まる自信．
介護技	先輩をモデルに見よう見真	初任期において，技術習得のために身近な先輩の技術を

術・基本業務 習得経験	似て業務・技術を覚える	モデルに見よう見まねで覚えようとする行動.
	失敗から学ぼうとする	介護事故等による自身の失敗経験から、ケアの注意点を見出し、今後役に立てようとする向上心と行動.
	介護に必要な生活体験を教わる	初任期において、社会人として必要なマナーやケアに係る生活体験の少なさを、自らの実践上の失敗によって気づき、それらを先輩等から学んだ経験.
	自分に置き換えて、接し方を考える	必要なケアの判断やケアの方法、コミュニケーションのほかり方等、自分に置き換えて良いこと・悪いことを判断する経験・行動.
実践感覚 の芽生え	机上の勉強と実践現場のギャップに躓く	初任期において、介護福祉士養成校等、資格取得にかかわる机上の学習とケア実践とのギャップに躓く経験であり、教科書通りにはいかないという葛藤的な実践感覚.
	介護事故経験による心理的・技術的不安	介護をとおして、利用者へのけがを負わせてしまった体験とそれによって生じる心理的な不安と介護技術に対する不安.
	業務をこなすことで「仕事をしている」感が得られる	ケアというよりも、業務という意識が強い実践であり、業務をこなすことで、仕事をしているという満足感を伴う実践感覚.

中堅期

カテゴリー	概念名	定義
職員教育をと おして獲得 する能力	新人指導ができるようになる	新人指導をとおして、指導ができるレベルの知識や技術が身についたと感じる中堅期における実践感覚.
	介護に必要な情報を得る技術	中堅期においてケア(介護過程)に必要な情報を見極め、それを収集するために必要な実践的な知識や技術.
	相手に気づかせる指導法	中堅～ベテラン期における職員指導のポイントとして意識されている指導方法であり、相手に気づきを与え、良いところを伸ばそうとする教育的関わり.
新人指導経験	後輩が入ることで芽生える初任期からの脱却意識	後輩が入ることによって生まれるプレッシャーであり、これをとおして芽生える「初任期」からの脱却意識.
	ケアプランを意識した行動の高まり	ケアとプランのつながりを意識した行動の高まり.
	教えることによる学び直し	職員指導や研修指導をとおして、獲得した知識や技術を学び直す機会・経験.
	正社員としての責任の芽生え	正社員になる.あるいは正社員であることの意識の芽生えと責任の自覚.

	後輩を育てる事の喜びとやりがい	中堅からベテラン期における後輩指導に対する意欲とやりがい.
	職員教育という役割	チームリーダーとして、新人に限らず部下の教育を担うことを役割として自覚した意識とその行動.
受け身的な研修受講経験	上司の指示による受け身的な研修受講	研修受講にあたり、上司の指示による受け身的な受講であり、動機が曖昧な状態での受講経験.
リーダーシップ経験	先輩リーダーの模倣	リーダー職位に就任後、リーダーの役割や振る舞い等、上司である先輩リーダーの姿から真似ていく経験・行動.
	自分の体験を材料にした会話	新人職員等、部下との会話で自身の実体験を材料にして関わる関わり、行動.
実践感覚の言語化を目指す	現場とのつながりを生み出せない学び	外部研修等の受講によって得た情報や学習を、自身が所属する現場とのつながりを見出せず実践に活かしていない学び.
	経験や思いを言葉で伝える難しさ	ケア実践や研修受講後の伝達講習等、言葉で伝える事の難しさと自信の不足を伴う実践感覚.
	名ばかりのリーダー	リーダーに就任したものの、明確な役割や業務がわからず、これまでと同様の役割・仕事を担っていると思える実践感覚.
	経験年数のみで出来ると思われる事のプレッシャー	経験年数のみで「出来る人」と捉えられることの自覚とプレッシャー.
	責任を与えられる事のプレッシャー	中堅期における周囲からの期待と役割の自覚によるプレッシャー.

ベテラン期

カテゴリー	概念名	定義
講師経験	講師をやる	研修講師を担当することで芽生えるベテラン期であることの自覚と覚悟.
業務管理・事業運営経験	職員の負担感を把握する	心理的な負担感がケアに大きく影響することを自覚したうえで、管理職として職員の負担感等を把握し、業務調整や必要な支援を行うという役割.
	チームで協働できる力が必要	管理職に芽生えるチーム意識と、チームで協働するために必要な連携の重要性の自覚.
	家族や地域との連携	事業所の開設や運営、ケアに必要な家族や自治会等との連携等、チームで協働することを目的にした行動や考え方.

	日々変化する認知症ケアの実践	認知症者の状態は日々変化するものであり、一定のケアでは通用しないという自覚と、それを実践することの難しさの自覚.
	言語化できることにより活性化する職員間のコミュニケーション	曖昧な違和感や、言葉にできなかったことを言語化することによって、職員間のコミュニケーションが活性化する行動・手ごたえ.
	会議参加で得られる視野の広がり	会議参加とおして、他職種や他部署との関わり、これをとおした情報量の増加によって得られる視野の広がり.
伸び悩みからの脱却	研修でのグループワーク体験	外部研修受講でのグループワーク経験の蓄積.
	現場経験によって理解が進む学習	研修内容を学習するにあたって、実務経験により、理解の深まりが良い学習.
	認知症ケアの実践力を身につけたい	認知症ケアに活かすために必要な知識や実践力を向上したいという意識であり、ベテラン期において改めて自覚された課題.
	研修受講を通して、経験や思いを言語化できる手応え	曖昧な違和感や、言葉にできなかった実践感覚を言葉によって得られる手ごたえ. 腑に落ちる感覚.
	知識を得ることで評価する実践の正しさ	自己の実践を確認したり評価する方法・機会として、研修を受講したり、専門書を読む等の行動.
	現場や自分自身の課題に応じた研修受講	自己課題や現場の特性課題に応じて、計画的に研修を受講する行動.
成長や実践活動の伸び悩み	職員間の温度差	研修受講等によって知識を獲得後、それを共有できていない職員のあいだで起こる知識やモチベーションの差.
	人員不足で得られない研修機会	行きたい研修があるにも関わらず、人員不足により研修に出られない状態. 環境的要因.
	実習生がこない	実習指導者の資格取得後、実習生が来ないことによる指導機会に恵まれない環境的要因.
	マネジメント業務によって増える残業	管理職として、ケア業務と管理業務を両立させなくてはいけないという自覚とそれが出来ずに残業が増える状態.
	受講後のとりあえずの実践	研修で学んだことや新しく知った方法等を、理解や準備が十分な状態にない場合においてもとりあえず実践しようとする行動.
実践感覚の活用を意識す	管理職に必要な経営感覚	管理職を担ううえで必要となる業務マネジメントの意識と、組織のなかでのリーダーとしてもっていかなくては

る		けないという経営の実践感覚.
	ベテランと呼ばれること に対する嫌悪感	ベテランという表現には能力の評価を伴わないとする 実践感覚.
	ベテランと認めてはいけ ない感覚	リーダー等の職位にあっても、ベテランと認めてはいけ ない実践感覚.
	部署が変わると通用しな いスキル	入所から通所等、サービス種別や利用者の特性が変わる ことによってこれまでに培ったスキルが通用しなくなる という実践感覚.
	世の中の動きで生まれる 意識の変化	制度変更やケアに対する新しい考え方の普及等に影響 を受けて芽生えるケアに対する意識の変化.

以上、本章では、これまでほとんど明らかにされてこなかった介護職員の実務をとおした実践感覚の獲得と活用プロセスを「介護職員が実務経験をとおして獲得している職業能力とはなにか」を分析テーマに、それらを介護事業所に務める介護福祉士を分析焦点者としてM-GTAの手法に沿って探求した。

本研究の結果では、介護事業所における介護職員の職業能力は、初任期の【介護技術・基本業務習得経験】をとおして《実践感覚の芽生え》が生まれ、中堅期の【新人指導経験】における《実践感覚の言語化を目指す》活動によって実践感覚は具体化され、より意識化されていくことが明らかになった。さらに、意識化された実践感覚は、ベテラン期の【業務管理・事業運営経験】において《実践感覚の活用を意識する》行動へと変容を生み出し、ここでの行動は介護職員個人の経験のみならず、チームに影響を与える相乗効果を生み出していることが明らかになった。

一方で、自覚される実践感覚の多くは、後輩指導等、自身の実践経験を他者に伝えようとする行為の中に数多く存在するものの、このような実践感覚は、具体的な言語として明示することが難しい経験を数多く含んでいることも明らかになった。さらに、言語化された実践感覚を意識的に活用するうえでは、配属部署やケアの対象者が変わることによって通用しないという実践感覚も自覚されており、この意味では、実践感覚は絶えず更新されていることも示唆された。

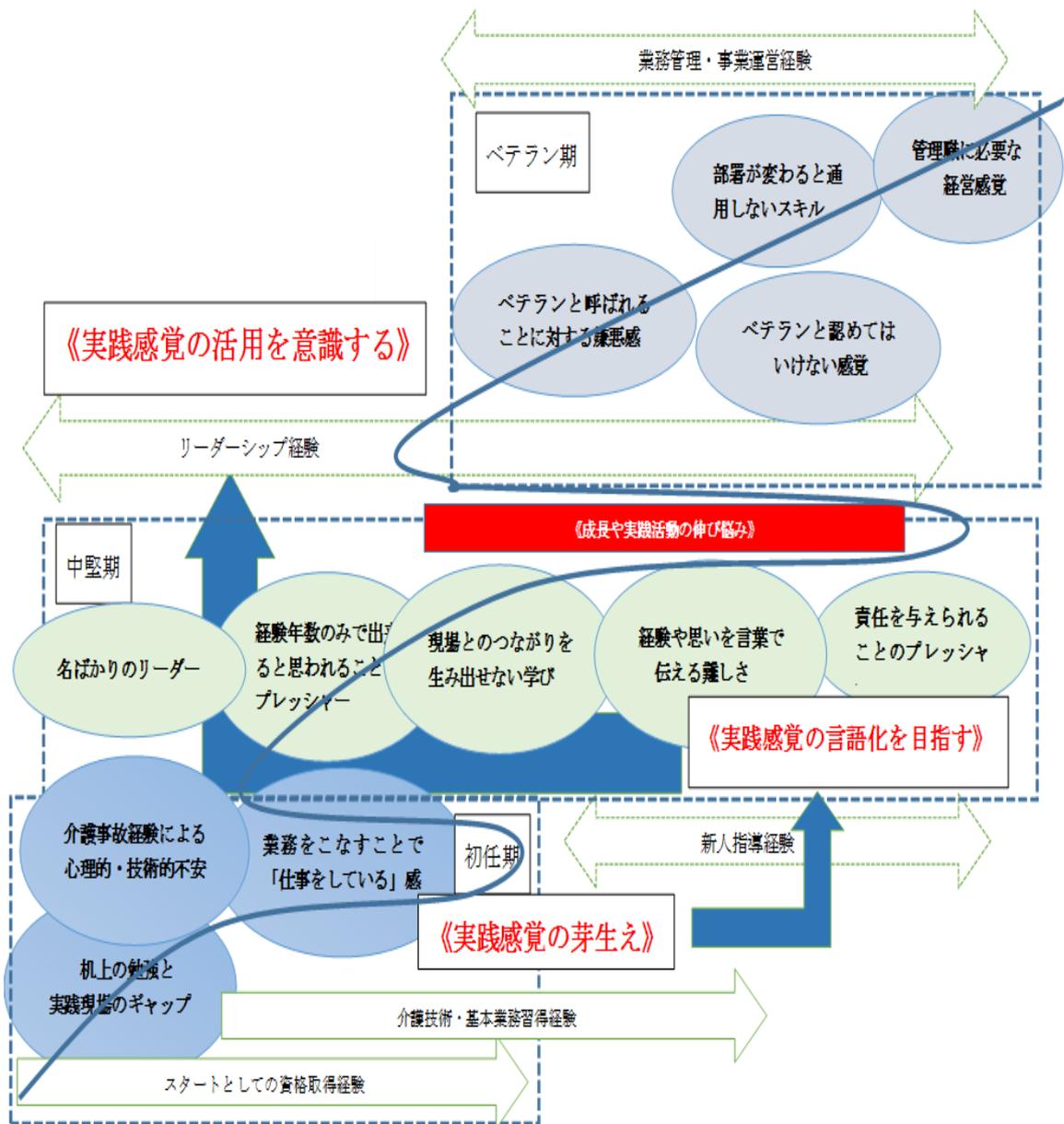
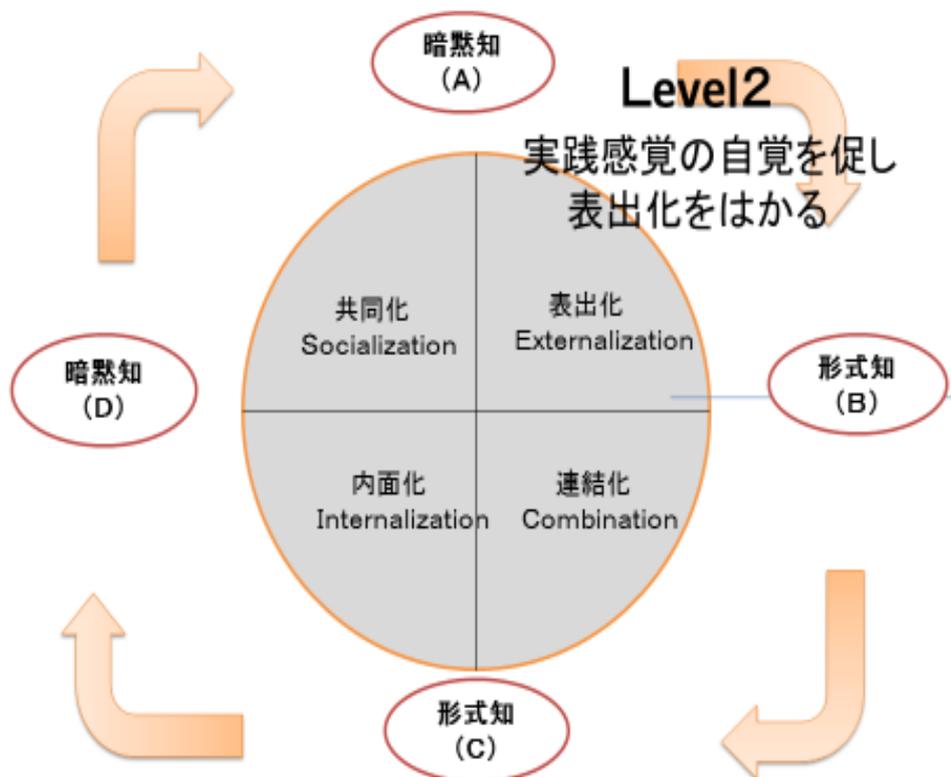


図3—1 各期における実践感覚の変容プロセス

第4章

実践感覚の芽生えから言語化へのアプローチ(Level2)



野中・竹内 (2006) 「知識創造企業」 p106 知識スパイラル図を基に筆者加筆

本章では、3章の結果を受け、実践感覚の存在は自覚しつつも、それらを表出（言語化）し、他者との共有が困難とされている事例を対象に、言語でのコミュニケーションが難しい、認知症者との関わり合いで生じる不確かな感覚に接近する。

方法は、現象学的アプローチを手がかりに、認知症ケアへの同行と、そこでの対話を軸に、介護職員に対する「感覚的な認識経験の自覚を促す関わり（1節）」と、「介護過程に内在する「不確かな感覚」を生み出す経験的根拠の自覚（2節）」に対する取り組み内容を記述する。

第1節 感覚的な経験経験の自覚を促す関わり

—非言語的コミュニケーションによる「不確かな感覚」への接近—

本節では、実践感覚の芽生えとして、認知症者とのコミュニケーション過程において、介護職員が経験している「不確かな感覚」に着目し、現象学的記述を用いて感覚的な認識経験の自覚を促す関わりから、言語化を目指したアプローチのプロセスと結果を記述する。

認知症者とのコミュニケーション過程は、記憶障害や見当識障害等の中核症状によって言語でのコミュニケーションを困難とさせる為に、介護職員は認知症者の発語やしぐさ等から、その背景を読み取りながら意味解釈を進める過程が必要不可欠となる。

野村は、コミュニケーション過程の諸要素には「情報の伝達」、「人と人の共同世界の構築」の2つの機能があると述べ、これらは適切な情報を正確に伝え把握し、それと共に心を通え合わせ共感を生み出す機能であると指摘する(野村:2005)。一方で、認知症の行動障害は、介護職員との関係性によっても出現するとされ、これらは介護職員と認知症者とのコミュニケーションの悪循環が要因である等の指摘も少なくない。これらは、認知症高齢者の発語やしぐさ等が不確かである場合に、受け手である介護職員がその意味を正しく解釈出来ない場合に、「情報の伝達」を不正確にすると共に「人と人の共同世界の構築」を阻害する悪循環を生み出していることを示唆するものである。

このようなコミュニケーション過程における不確かな感覚は、ケアの根拠を明確に持たず介護職員の不安感を増大させる要因とも考えられ、これらを明らかにし共有することは認知症ケアにおける質向上の為に極めて重要な点であると考えられる。

1 対象と方法

1) 介護職員 C

介護老人福祉施設 D 園に勤務する介護福祉士資格取得者。実務経験 9 年の男性介護職員であり、D 園を含め計 4 か所の介護保険事業所で認知症ケアに従事してきた。D 園は特別養護老人ホームを母体にケアハウス、デイサービスセンター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を併設する複合施設である。予備調査時には従来型フロアに配属されていた C 氏であるが、本調査時にはユニットリーダーとして配属となった。

2) 認知症者 E

E 氏は長年和裁を仕事とし、退職後も孫の世話をしながら在宅生活を継続していた。しかし、平成 4 年にアルツハイマー型認知症を発症し、在宅生活が困難になった為に平成 11 年より入所サービスの利用を開始した。認知症の発症は孫の世話を終えた頃より

出現し、現在まで徘徊と言われる周辺症状が 10 年以上もの間続いている。また、過去に 2 度のでんかん発作が確認されている。身体上の疾患はなく、日常生活動作に必要な運動制限等は見られない。発語は不明瞭であり言語でのコミュニケーションを困難としている。また、会話に対する反応も不確かである為、会話にどの程度の理解があるのか不明である。現在、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅳ。要介護度 3。このような E さんのケアプランには「穏やかに生活したい」「健康面での不安を解消したい」というニーズが示され、その達成のための援助内容として①日中 1 時間に 1 度所在を確認する。②〇〇棟（従来型フロア）へ行かれることもあるので、必要があれば〇〇棟（従来型フロア）の職員にも協力して頂く。③徘徊されている場合はいっしょに歩き穏やかになった時点で〇〇家（ユニットフロア）に誘導する」という徘徊に関する援助内容が記載されている。

3) 方法

介護老人福祉施設 D 園の認知症フロア（従来型フロア，ユニットフロア）にて介護職員 C と認知症者 E の日中 10 時から 16 時の様子を参与観察にて収集した。参与観察では、コミュニケーションに困難が生じ、不確かな感覚を覚える事例を選定することを目的に、ケア場面をフィールドメモにて収集し、参与観察終了後フィールドメモを質問材料に介護職員 C に計 90 分のインタビュー調査を実施した。ここではこの予備調査にて介護職員 C が「不確かな感覚」を覚えるとした事例を取り上げる。また、本研究は介護職員のケア経験の語りをデータの中核とすることから、介護職員の選定にあたり予備調査にて筆者との対話のしやすさ、ケア経験・実践感覚の説明言語の豊富さも確認した。

次に、介護職員 C 及び予備調査にて選定した認知症者 E に対する参与観察を実施した。参与観察では、ケアに同行し、その都度インタビュー調査を実施した。インタビュー調査は介護職員 C の語る比喻の意味に着目しながら、その比喻に込められた意味を質問していくことを中心に対話を試みた。尚、後述する概念「うまい距離」は、物理的な距離感を正確に記述することを目的に一部写真撮影を行った。

記述的研究として、現象学的記述を採用する。

2 現象学的記述と「厚みのある記述」

現象学的記述は現象学的アプローチという記述的研究の方法論であり、個人の経験を詳細に記述し、その意味解釈を進めることを目指す。分析では、個人の経験を言語と言語主体との関係に焦点をあて意識構造を明らかにすることを原則としている。Marlene らによれば、現象学的記述の分析は「研究されている情報提供者の生きられた経験の意味を正確

に捉え、それをひとつの厚みのある記述にする」ことである。Marleneらの言う「厚みのある記述」とは、現象学で一般的に活用される用語であり、調査対象者の視点からその経験を捉えたものを詳細に記したものを指す。

このような現象学的記述を用いた事例研究は数多いが、本研究では、西村の研究を参考にした。西村は看護師のケア実践を対象に、看護師個人の看護経験をその語りから分析し、その語りに込められた意味を経験の内側から抽出する方法として「厚みのある記述」を試みている。西村は、これについて現象学者のメルロポンティの言葉を引用し「現象学は記述することが問題であって、主体の経験を主体の意識の側でも対象の側でもない、あるいは主体でも客体でもいずれにもなり得る両義的な性格をもつ次元から言語化することを目指す」と述べている（西村：2001）。

本研究では、西村の研究を参考に、介護職員の経験をそれ自体として存在するものではなく、認知症高齢者の発語やしぐさ等に対し、それらを介護職員がどのように感じとり意味づけでいるのかを具体場面を取り上げ記述することによって、介護職員の経験を忠実かつ詳細に再現することを目指す。同時にその意味解釈を、西村が用いた語りを主軸に、ひとつの「厚みのある記述」として作成する。

木下は、厚みのある記述について、それは解釈の厚み、深さであると指摘する（木下：2009）。本研究が採用する記述的研究というアプローチは、前章で採用したM-GTA等、複数の質的調査法で方法論として具現化されているが、いずれも記述の厚みが分析を大きく左右することにつながる。木下はこのことについて「質的分析もぼいては分析作業が完了し書くべき内容が確認されたとしても、最終的に書くこと自体も実は分析作業のひとつである（木下：2003）」述べる。ここでは、厚みのある記述を目指し木下による著書「質的研究と記述の厚み」¹⁷から、いくつかの主要な指摘を抜粋する。

1) 書くべき内容の明確化を促す能動的な作業

木下によれば、質的研究は結果を記述によって表現することに特徴があるが、それは「単に文章で書けばよいということでもなければ表現力のあるなしでもなく、記述する人間に対して書くべき内容の明確化を促していく能動的な作業」と説明される。

ここには対象を書くという行為に、研究者自身の（自分との）対話によって新しい解釈が生み出されるダイナミックな相互作用があることを意味し、それらは記述を進める過程で関連性がより明確になり、新しい着想が得られることにつながると述べられている。

2) 結果がどうなるかは最初はわからない

¹⁷ 木下康仁（2008）「質的研究と記述の厚み・M-GTA・事例・エスノグラフィー」弘文堂。

これは質的研究が仮説検証型ではないことを意味する表現である。仮説が設定されていない状態で進められる研究は多くの不安を伴う。木下はこの不安であることこそ、記述に重要な要素であると指摘する。木下はこれに対し「自分の立てた問いの意義の確認、採用した質的研究法で結果まで至れるであろうという方法への信頼、まだみえない結果へのオープンさがあれば大丈夫である」と述べる。

これは未知なる部分や不確かな部分へのオープンな姿勢があれば、記述報告すべき独自の視点が得られるという指摘である。

3) データの解釈の重要性

記述の厚みは、文化人類学者の Clifford Geertz が「厚い記述」として表現したことに起源する。木下の説明によれば、この C,Geertz の主張は、「記録や資料、データの解釈の重要性であり、意味の世界を解読しそれを説得的に表現すること」である。つまり、記述はデータの解釈によって成り立つ行為であり、ここでの深い解釈が結果の記述として表現されることを意味する。

以上、木下による説明から明らかな点は、厚みのある記述とは、解釈の深さをもとに、それらを厚みをもって記述することであり、そのためにはデータの深みも極めて重要である。この点において、本章で扱う非言語的コミュニケーションによる「不確かな感覚」への接近は、それ自体を「まだみえない結果へのオープンさ」という姿勢で調査に臨む必要があり、また調査をとおして記述されるものは、生み出される解釈の深さを厚みをもって記述するという行為である。本調査では、筆者と調査者がとりかわす対話を軸に、それをデータに解釈の深みを厚みをもって記述することを目指す。

第2節 「不確かな感覚」を生み出す経験的根拠の自覚

本節では、介護職員 C と認知症者 E との関わり合いを現象学的記述を用いて接近する。記述にあたっては先に述べた厚みのある記述を目指し、本調査で用いた対話を個別事例の文脈に沿って記述する。

ここでの現象学的記述にあたり、介護職員 C の語りを出来る限り語られた言葉で忠実に再現すると共に、対話の際に筆者が注意をはらったメタファーを含むと考えられる言語表現を太字で示す。

1 健康状態の指標となる「大体の目安」

D園ではユニットフロアと従来型フロアが連結され、介護職員が双方のフロアに関与する業務体制であると共に入所者も一定のフロアにて行動が制限されることなく過ごすことが可能となっている。認知症者Eは徘徊と言われる周辺症状が日常的に見られており、施設内を長く続く廊下は認知症者Eの毎日の活動スペースとなっている。E氏は日常生活上、常時誘導が必要となることから、介護職員らはE氏の居場所を探しては声をかけ誘導するといったケア場面が頻繁に見られる。

今回ケアに同行した介護職員C氏においては、認知症者E氏の肩に手を触れたり、視線を合わせて微笑む程度のかかわりを頻繁に行う様子が観察された。このようなB氏の働きかけは誘導を目的とせずとも、E氏が近くを通り過ぎる度に必ず行われる。この事について質問するとC氏は次のように語った（以下、介護職員Cを職員C、認知症者EをEさんと記述する）。

筆者：今の声かけは何か意味が？

職員C：Eさんとの会話ってすごく難しいじゃんね。会話としてのキャッチボールってのは無いんだけど・・・あの人、てんかん発作もちょくちょくある人だから、日頃の会話でちょこちょこ様子を試すっていうのかな。

筆者：それで今の状態はどうなんです？

職員C：あれはいい感じだね。

筆者：どこがですか？

職員C：まずね。表情、こっちの声かけに「にこっ」てしたでしょ。まずあれひとつ。これが無口でこっちからの声かけに何もないと「なんかまずいぞ」って感じ。そのあたりが「大体の目安」かな。

筆者：まずいというのは具体的に？

職員C：体がえらいかなっていうのをまず疑うね。

筆者：健康状態の指標なんですね。共有スペースの座布団を持ってましたよね？あれはいんですか？

職員C：あれをとっちゃうといたちごっこ。常にね靴とか、なんか持っててね。持つてると落ち着かれてるよ。ハンドバックみたいな感じかな。

職員Cは「Eさんの徘徊は日課。あれがいつものEさん。逆に歩いていない方が調子が悪いんじゃないかって感じ」と、Eさんの徘徊についての印象を説明する。Eさんの徘徊はそれほど日々の生活に定着しており、職員Cから見るこのようなEさんの姿はBPSDという理解ではなく、健康状態の指標となる「大体の目安」となっている。このような理

解には、いつものEさんと今のEさんという比較から認識されるものを数多く含み、ここでの関わり合いにおいては、健康的なEさんという解釈で意味づけられているのである。

このような意味づけは、Eさんの徘徊を止めようとする等のケアではなく、むしろその様子を見守り、調子が良いというだいたいの目安として意味づけられ、より確からしさを求めて観察を繰り返す行動に結びついていた。

このようにEさんの徘徊については、今の状況に限定されず、今を意味づける過去の様子と、これからの様子を確認するための材料となっているのである。このことについて、介護職員は次のように言葉を加えた。

筆者：このだいたいの目安は変わらないんですか？

職員C：んー。難しいな。そこは変わらないような変わっているような。

筆者：変わっているという自覚もありますか？

職員C：あるのかな。ないのかな。。。。

筆者：微妙ですか？

職員C：ごめん。難しい。と言うか、その自覚が足らなかったかも知れん。

言ってみれば、「**大体の目安**」だっていうのも、こうしてあらためて話してみると、そうだよなって確認する感じ。。

筆者：あらためて？

職員C：そう。あらためて。普段こんな風に確認する機会なんてなかったからね。

こうしてSさん（筆者）が同行するようになって、いろいろ一緒に確認するでしょ。これね、自覚してたのか、今気付いたのか、どっちなんだろう？って思うことあるだよ。

筆者：立ち止まって振り返る機会っていうんですかね？

職員C：そうそうそう。立ち止まって振り返る機会。これね、新感覚だわ（笑）。

このように介護職員は、こうした「だいたいの目安」の自覚がこれまでにあったものなのか、今回の関わりをとおして自覚されたのかが曖昧であったと言う。ここには、本研究が課題とする実践感覚が意識化されているものばかりでなく、立ち止まって振り返る機会を得ることで、認識される経験を数多く含んでいることを示唆している。

2 「うまい距離」で行われる「サインによる意思伝達」

Eさんは日常的に誘導を必要とするものの、コミュニケーションにおいて会話のキャッ

チボールが観察できない為に、誘導の介助を成立させることは容易ではない。調査期間、Eさんが誘導にすんなりと応じることは極めて数少ないものであった。そのような中、職員Cにある昼食時のEさんの誘導の様子について次のとおり語ってもらった。

筆者：Eさんは介護職員が手を引くことに抵抗する時もありますね。この事はどのように理解されているのでしょうか？言葉で理解しているとは思えないんですが・・・

職員C：あれね、スタッフの声かけや表情の「感じ」で、これはいいことかどうかを理解してるんじゃないかな。結構ね、機嫌が悪くなる時があって、誘導するときなんかすごい手をだして払いのけたりする。

筆者：ではそれを知った上で、いつもどんな風にタイミングをはかっていくんですか？

職員C：タイミングは、はっきりいつてわからんね。わからんで言っちゃう時もある。でもね最初の一言で「あ！いかん」って気づく。うまく進むコツはあんまり大きな声で近付かないということと、こんな風に（低い姿勢をまねる）「あ。こんにちは」みたいに「**うまい距離**」で行くと比較的いいね。それで、そのままこっちもその勢いで誘導してくみたいな

筆者：「**うまい距離**」っていうのは不信感や威圧感のかからない距離みたいな感じなのかな？

職員C：間合いじゃないけど、自分たちも自分のスペースみたいな距離ってあるでしょ。あそこはどう入るかみたいな。ドカドカ土足でいくか、失礼しますみたいにいくか（笑）

筆者：なるほど。それで相手のスペースに入ってみてから、相手の反応をあくまで関わりの中で「**手探りの解釈**」を進めて、次の手を考えていくみたいな感じですか？

職員C：そうそう。なんて言うのかな。「これはいい」「今はだめ」みたいな「**暗黙のサイン**」があるだよ。うまく言えんけど・・・

筆者：じゃあBさんの誘導は「**サインによる意思伝達**」がうまく出来るように「**うまい距離**」に入って、その中で「**対話の舵とり**」をしてるような感じですかね。

職員C：それで必ずうまくいくとは限らんだけどね。特にEさんは。

上記の対話は、その後も幾度となく職員Cと交わす機会を得た。それほど言葉として表現することが困難な経験であったのである。

職員Cはその度に「無理じいをしないこと」「Eさんの気分が良い状態を保つことが自立につながる」と繰り返した。この言葉の意味は排泄時の誘導場面に立ち合った際に、より深く解釈可能となった。Eさんは排泄が自立しておらず、尿失禁が日常的に見られる為、定時で介護職員の誘導を必要としている。

介護計画には先に述べた徘徊に続き「排泄環境を整える」という目標が挙げられ、具体的な援助内容には「落ち着かれていない時や、服の端をもってみえる行為があればトイレ

誘導を行う」と介護職員が日常生活の中で発見した E さんの「サインによる意思伝達」が排泄の前兆であるとして明記されていた。

職員 C を含め D 園の介護職員はこのような日常的なしぐさから排泄ケアの判断をとっているのである。E さんの日常生活は介護職員の声かけと誘導によって支えられ、調査期間内、多い日には 6 時間で 12 回もの誘導が観察された。このように E さんの誘導場面には「うまい距離」が重要視されている。予備調査時、職員 C は E さんの誘導は「言葉ではないやり取りが双方向にある」と説明してくれた為に、筆者は本調査では、誘導場面に同行し、その様子を特に注意をはらって観察した。

誘導の際、職員 C は、いつも通り低い姿勢で E さんに近づくと、「あ、E さんこんにちは」と軽く会釈する。これが「うまい距離」に入ったケアの始まりと職員 C は言う。

ここでは E さんの右手は上着の裾をしぼりつけるように強く握り、筆者にもこれが排泄の前兆である「サインによる意思伝達」としてすぐに観察された。職員 C もそのサインを即座に発見した為に声をかけた事を教えてくれた。職員 C は E さんの腰に手をまわすと「あちらですよ」とトイレを指さす。職員 C ははっきりと聞き取れない言葉を並べながら、E さんが指し示すトイレとは別の方向へ視線を向けている。

そわそわと落ち着かない E さんの様子は、次第に力が入るようになり、少しずつ職員 C の声かけや差し伸べる手に抵抗を示すようになった。これを確認した職員 C は E さんの左手を両手でにぎり、その場で中腰になり一度視線を合わせた。職員 C は小声で「トイレにいきましょうか」と E さんの耳元で語りかける。

これに E さんは「ふふ」とほほ笑むとそのまま職員 C の握った手をすりと抜け、トイレとはちがう方向へ歩いていった。

3 良い状態と悪い状態を見極めた「引き際」

上記の関わりにおいて、職員 C はこれ以上の関わりは持たず、E さんのトイレ誘導はその 20 分後に再度行われ、無事にケアが行われていた。この事について職員 C は「E さんの誘導は引き際が結構大事だと思ってる」と話す。これについて詳しく尋ねると職員 C は次のように語った

筆者：うまい距離について具体的に教えてもらいたんですけど、引き際とうまい距離は同じ意味ですか？

職員 C：E さんの誘導はね。どうしてもうまくいかなくて「自分の中で諦めちゃう場面」がある。いつもどおり出来ないとか、こっちの「思いが伝わらない」って時がそうかな・・・。

そういうときはこれ以上やったら自分の自己満足で終わるなって思ってね。引

き際っていうのが大事だと思う。このバランスが「うまい距離」じゃないかな。

こっちの期待と相手の反応をどこで、どう区切って見ていくかみたいなの。それってさ、表情とかしぐさとか見とらんと絶対わからんだよ。「スキンシップ」の中でこれじゃないなって。

スタッフの対応で変わる部分も勿論あるけど、やっぱり本人の気持ちがのらんとね、「気分が関係する」だよ。こういうところを大事にしないと絶対自立にはつながっていかない。介護職員の都合に合わせるだけになっちゃうと思ってる。

このように職員 C の語る「引き際」の説明は、先に述べた「無理強いしないことが自立につながる」という意味であったと解釈できるものであった。

また、これについて介護計画には「排泄誘導時に拒否があった場合は時間を置いたり、少しの時間いっしょに歩いたりして気分が落ち着いた時点で行う」と記載されていた。介護計画に記載されているこのような一文は職員 n C が実践したように極めて複雑なやりとりと判断を必要とするのである。そこには、職員 C の語る「うまい距離」と「スキンシップ」をバランスよく織り交ぜ「引き際」を見極める判断が不可欠である。これについて職員 C は次のように言葉を加えた。

筆者：さきほど E さんのケアプランを拝見しました。「排泄誘導時に拒否があった場合は時間を置いたり、少しの時間いっしょに歩いたりして気分が落ち着いた時点で行う」ですね。

職員 C：そうそう。難しいでしょ。言葉にしたらそうなんだけど、それをどうやるかってね。自分でやるのも難しいんだから、教えるなんてもっと難しい。ケアプランって、利用者のためなんだけど、結局それをみて介護するのは僕たちだから、それを僕たちが理解できないと意味ないんだけどね。そこ、すごく難しいと思う。施設ケアマネも困ってると思う。なんて書いたら、皆が同じ理解するかとか。

筆者：そういう課題をミーティングとかで話し合われたこととかありますか？

職員 C：ないね。ミーティングで議論するのも難しいんじゃないかな。だって、なんて説明する？(笑)

筆者：ミーティングよりも、経験とか感覚を共有することの方が大事なんじゃないかな？

職員 C：そうなんだけど、でも言葉にできたらいいよね。そうしたら、ケアプランがもっと具体的でわかりやすくなるもんね。「あれできてる？」とか、言葉で確認できるようにもなると思う。

上記の語りは、実践感覚をケアプランに言語として明確に記載することが難しい事、そのことはケアプランだけでなく、ケアカンファレンス等においても扱いにくい課題があることを明らかにしている。

4 コミュニケーション過程における「不確かな感覚」の構造

認知症者とのコミュニケーション過程で得られる介護職員の不確かな感覚は、科学的根拠を持った具体的な説明を述べる事が出来ないもどかしさがあった。

本研究に協力してくれた介護職員は、実際に認知症ケアに携わる中で、このようなもどかしさを、筆者と対話を重ねることによって現実世界にフィットする言葉の模索を進める取り組みであった。同時に、この語りは筆者が質問することによって無意識であった感覚的な認識経験を振り返る試みでもあったとも言えるのではないだろうか。ここでは現象学的記述によって意識化され、かつ言語化された感覚的な認識経験を、ひとつのコミュニケーション過程として構造化することを試みる。本事例で明らかとなった感覚的な認識経験としてのコミュニケーション過程は、以下のとおり、7つの段階と3つのカテゴリーで構成される(図4-1)。

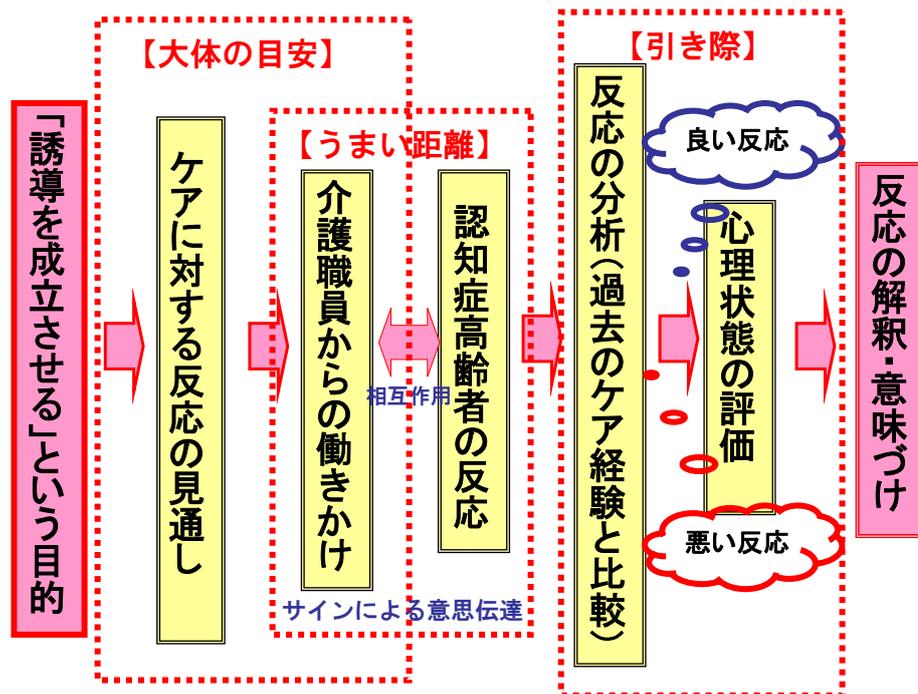


図4-1 コミュニケーション過程における不確かな感覚の構造

介護職員の語りには、実に多様な比喩的なメタファーが取り入れられ、それらの意味を具体的に捉えることも対話のねらいであった。

語りで用いられたこうしたメタファーは、コミュニケーション過程にまとまりをつける

上で極めて重要であると考え（太字を参照）。以上から図1に示したメタファー（大体の目安，うまい距離，引き際）を In Vivo コード¹⁸としてカテゴリー名に採用し，次のとおりコミュニケーション過程を7つの段階で整理出来ると分析した。

1) 誘導を成立させるという目的

本調査ではあらゆる誘導場面における関わり合いに注目し，そこでの感覚的な認識経験としてのコミュニケーション過程を構造化した。

このかわりにおいては，何気ないかわりではなく，「誘導を成立させる」というケアの目的をもって行われているものである。この点において，「誘導を成立する」ための関わりを開始するタイミングもはかられていることは明らかであった。

これについて介護職員は次のように説明していた。

職員 C: タイミングは，はっきりいってわからんね。わからんで言っちゃう時もある。でもね最初の一言で「あ！いかん」って気づく。うまく進むコツはあんまり大きな声で近付かないということと，こんな風に（低い姿勢をまねる）「あ。こんにちは」みたいに「**うまい距離**」で行くと比較的いいね。それで，そのままこっちもその勢いで誘導してくみたいな

つまり，ここでの見極めは「関わりを開始してみないとわかならい」という状況の中で開始されていることが特徴である。そのため「この段階で失敗することもある」と介護職員は言葉を加える。誘導を成立させるという前提をもって行われている関わり合いは，その目的と心構えによってコミュニケーションの持ち方について，柔軟に変化させる必要があり，ここでの感覚的な認識経験はケアの目的を持ちつつも，その結果は開始してみないとわからないという感覚を働かせていることは明らかである。

2) ケアに対する反応の見通し

上記の関わりは，Eさんが「誘導を拒否するかもしれない」という「大体の目安」となる反応の見通しが事前にあることも特徴である。この見通しによって声をかけるタイミングをはかっているのである。このことについて，再度職員Cに確認すると，次のように振り返った。

¹⁸ In Vivo コードは選択した単語やフレーズをそのまま分析上のコード名やラベル名、カテゴリー名として使う方法。本研究の場合は対話時（インタビュー）に介護職員が使用した表現をそのまま採用した。

職員 C: タイミングは、今でもやっぱりわからんね。でも、わからんからこそできることもあるっていうかね。だから、こちらが思うようにはいかないってこと。

筆者：そういう心構えが大事ってということですか？

職員 C: それもそうなんだけど、結局ケアの説明と同意がちゃんとできるわけではないわけですよ。そうすると、ここでする反応の見通しがケアの同意としてみるかどうかにかかわってくると思った。

筆者：なるほど。誘導の同意。了解。ですね。

職員 C: それを怠ると無理強いすることになるわけだもんね。そういつて、それがちゃんとできてるかも自問自答だね。

このように、ケアに対する反応の見通しは、後に認識・判断されるケアの同意という意味づけにもつながる行為である。ここでの不確かさがあるからこそ、このコミュニケーション過程の段階は、あくまで「だいたいの目安」であり、まだ不確かさを残す状態であることを意味している。

3) 介護職員からの働きかけ

声をかけるタイミングは、職員 C が何らかの行動を働きかけ、それに対する E さんの反応から「解釈」する事で、反応の見通しをたててタイミングを合わせていくというものである。

ここでは、介護職員の働きかけと、それに対する認知症者の反応をプロセスにおける相互作用的な意味づけによって生み出される行為であり、ここでの意味づけは「ここでのケア場面」のみで生み出されているものではなく、様々なケアの連続の中で生み出されていることを意味する。これについて介護職員は次のような自覚が芽生えたことを振り返った。

職員 C: スタッフの声かけや表情の「感じ」で、これはいいことかどうかを理解してるんじゃないかって話をしたでしょ。あの後、意識的に他の介護職員のかかわりを観たら、結構強引な場合もあるんだよね。それで思ったんだけど、B さんは「また何か嫌なことされる！」とか、そういう抵抗をもっているんじゃないかって思った。

筆者：つまり？

職員 C: E さんの誘導をしているのは僕だけではないってこと。僕が声かけした時に、拒否する時って、もしかしたらその前にも誰かが声かけをしていて、そこで例えば強引な誘導だったりしたら、すごい警戒してるよね。そういうふうにと考えると、自分の関わりだけの反応として見てはだめというかね。

筆者：なるほど。C さんがいっていた「うまい距離」を皆ができていないわけではないし、誰かの失敗のあ

とでの関わりもあると考えると、かかわるタイミングがすごく難しいですね。

職員 C: そう。だから必ずうまくいくとは限らないって思ったんだなって自覚した。

上記の相互作用は、単にその場での関わり合いで生じる一対一の相互作用を表すものではなく、他の介護職員の関わり合いを受けての結果が、次の関わり合いの反応にもつながるといふ弁証法的なプロセスであることを意味している。

このような理解に立つと「介護職員からの働きかけ」は、次の結果を因果関係で生み出すものではなく、連続的な関わり合いの相互作用の中で影響を与えるひとつの要因・段階に過ぎないものであることも示唆される。

4) 認知症者の反応

「タイミングが合う」は「うまい距離」という E さんの反応が読み取れる距離が重要視され、職員 C の場合、言語の代わりに触れた手の感覚を意思の情報として根拠づけているために、身体に触れる距離で行われる「サインの意思伝達」が重視されている。

認知症ケアにおいて触れるという行為は、実に多く伴う。この触れるという行為は、言葉にならない反応を、誘導時の触れた手から感じとられる拒絶反応や肯定的な握り返りという意味づけによって、ケア現場では経験されている。

一方で、嫌がる手を押さえる、着替えるために強引に動かす等の触れ方が存在することも事実である。この点において近年ではユマニチュード等のケア方法によって、触れ合いのなかでの尊重についても注目が集まっている。

ユマニチュード (Humanitude)¹⁹は、知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションにもとづいたケアの技法であり、150を超える実践技術から成り立っている。一方でここには手技としての関わり方だけでなく「人とは何か」「ケアをする人とは何か」を問う哲学も重視されている (YR. Marescorti:2016)。

ケアにおける触れ合いは手当てという言葉の意味にもあるように、痛みの緩和や緊張を解きほぐすといった行為としても用いられる。これらの触れ合いについて研究する堀内は、触れるケアという著種において次のように述べている。

「わたしの場合、アルツハイマー病などによって、認知症の現れ方、初老期・更年期を迎え、心身のバランスが崩れた方看護や介護のストレスを感じている方へのケアにおいて、「触れー触れられる」のもつ力を感じています。「物覚えが悪くなった」「なんとなくやる気が出ない」「イライラする」「疲れが抜けない」など心身が思うように任せない状態

¹⁹ Yves Gineste, Rosette Marescorti が考案したユマニチュードという認知症ケアの手法。「見る・話す・触れる・立つ」というコミュニケーションを基本に、150を超える技術から成る。認知症者への効果が注目され、日本には2011年から介護施設や医療機関等で導入されはじめている。

にあると、本人も傍らにいるわたしも、その不安定でモヤモヤした感じについて、言葉だけで共有するのはとても難しいのです（堀内：2014）」

堀内は、こうした行為が互いの関係性によって成り立っていると述べ、これをとおしてここらとからだのバランスの一体感を生み出すこと等にも触れている。

認知症者にとっては、明確な言語で伝えることが難しいことは明らかであるが、そのような課題を抱えているのは介護職員野立場も同様である。言葉で伝えきれないものを、手で伝えようとする介護職員の関わりをふまえると、ここでの身体に触れる距離で行われる「サインの意思伝達」は、堀内の述べる「触れる-触れられる」という関係によって成り立つ経験といえる。

5) 反応の分析

「サインの意思伝達」は手から伝わる感覚等の反応を分析する為に、職員Cは過去のケア経験と現在のEさんの状態とを比較している。

このような比較についての経験は、M. Polanyi による暗黙知によって説明される「知る」という暗黙的な行為にある言語化できない部分を示唆する経験である。M. Polanyi はこうした経験の内にある「知ること」（知識）と「在ること」（存在）のあいだをつなぐ働きについても言及している。M. Polanyi によれば、暗黙知は常に 2 つのもの（2 種類）を含み、これらの 2 種類をつなぎ合わせる「結合」が暗黙的であると説明する（M. Polanyi = 佐藤：1980）。この 2 種類の統合は、人間が「ある行動」を起こす際に、A と B という現象が存在し、これらの A と B との間には必ず「結合」という機能的関係があるという指摘である。つまり、このコミュニケーション過程における反応の分析という段階は、「過去のケア経験」と「現在の状態」の比較をとおしてなされる結合の関係であると考えられる。

このことについて、介護職員は次のように振り返っている。

職員 C: Eさんのケアって、振り返るとうまくいっていることより失敗してる事の方が多いと思う。その失敗の理由はいつも同じではきっとないと思うんだけど、無理に関わるのだけは絶対にダメなんだよね。

無理に関わらなければ、時間をおくことでもう一回かかわれるみたいな。

筆者: 時間をあけてって言ってましたね。

職員 C: そう。その時間をあけるっていう対応ができるようにするために、無理をしないことが大事になっていると思う。だから無理しないために、Aさんの嫌がる感じを読みとれることがとっても大事で。それって過去の嫌がられた失敗が唯一の手がかりになっていると思うんだよね。それは僕だけじゃなくて、みんな（他の介護職員）それぞれの失敗経験があって、そこが手がかりになっているのかな。

筆者: 過去の経験を材料に判断するんですね。

職員 C：うん。過去のことが手掛かり。

筆者：それは E さんとの関わりとしての過去ですよね？他の人のケア経験も含まれてます？

職員 C：そこは E さんだけだよ。E さんの嫌がり方だもんね。

このように、反応の分析は「過去のケア経験」と「現在の状態」の比較と結合によって行われているものの、この経験は極めて個別的な経験に依存したものであることを示唆している、

6) 心理状態の評価

「反応の分析」によって E さんの心理状態が介護職員のケアの目的に沿って評価され、これらは「良い状態」「悪い状態」との解釈で、ケアの介入と「引き際」を見極めている。

ここでの引き際は、先の職員 C が語る「無理をしない」「時間をあける」といった対応を選択するための極めて重要な判断材料である。

ここでは、E さんの嫌がる感じを読みとり、ケアの同意や拒否を意味づける心理状態の評価が職員 C の解釈によって行われているのだが、介護職員はこれらの評価もまた、暗黙的なものを数多く含むと振り返った。

筆者：ここでの評価っていうのは基準があるんですか？

職員 C：基準？基準かどうかわからないけど、はっきりしてるのはケアの結果としてうまくいってるのかどうかで、そこに利用者の機嫌がいいとか悪いとかそういうみてとれるような反応の様子っていうのが、必要になってくる。

職員 C：やっぱり認知症ケアって、身体的なケアとしての結果よりも、それが心理面にどういいか悪いかみたいなのが重要で、そのためには今は良い状態なのか？悪い状態なのか？っていう評価が常に必要になってるんだと思う。それを意識的にどれだけやっていたかっていうのは、今回のことで（調査）改めて気付いたようなものなんだけど、それでもそこが本当に重要だと思う。でも、良い悪いの判断もひと（他の介護職員）によって違うかも知れないよね。そういう基準を比較したことってないなって思った。

このように、心理状態の評価は認知症ケアにおいて常に必要な行為であり、それは他の段階同様に、意識的にも無意識的にも行われていることが示唆された。また、良い悪いといふ評価基準の明確さがいないために、それを根拠に他者との確認をしていくことの難しさを表す語りでもある。

この点においてはサインによる意思伝達等と類似する感覚的な認識によるものであり、そこには過去のケア経験による意味づけも働いていることが示唆される。このように解釈するとこの段階における心理状態の評価もまた、極めて個別経験に依存した個人的な認識

経験であるといえる。

7) 反応の解釈・意味づけ

以上、感覚的な認識経験としてのコミュニケーション過程は、3つのカテゴリーで構成された過程を経て、「反応の解釈・意味づけ」が行われている。

これまでの段階でみてきたように、コミュニケーション過程は言語説明が困難な個人的経験を数多く含み、それらが過去のケア経験による比較等を交えながら、段階的に構成されたものである。

本研究は、実践感覚の自覚を促す関わりを目的に、介護職員が不確かさを抱える事例に密着し、そこでの関わり合いを対話を交え、記述することを行った。この過程は、無意識であった職員Cの経験を意識的に振り返る関わりであったと考える。認知症ケアは本事例に限らず、不確かさを抱える関わりが実に多い。

しかしながらその不確かさを確かなものとして認識するまでの緩やかな時間はなく、認知症者のケアを展開するために「その時、その人、その場」での判断をせざるをえない実態にある。こうした状況を重ねる中、本研究の結果が意味することは意図的にケアを振り返る機会さえも失いかけていた実態がそこにあったのではないかと感じられる。

認知症ケアにおける不確かさは、介護職員がケアにあたるうえでの不安材料にもなり得るものである。そのためこうした不確かな感覚の自覚を促し、それを共有し言語化していくことは介護職員が自信をもってケアにあたるための支援につながる行為であるとも感じられた。

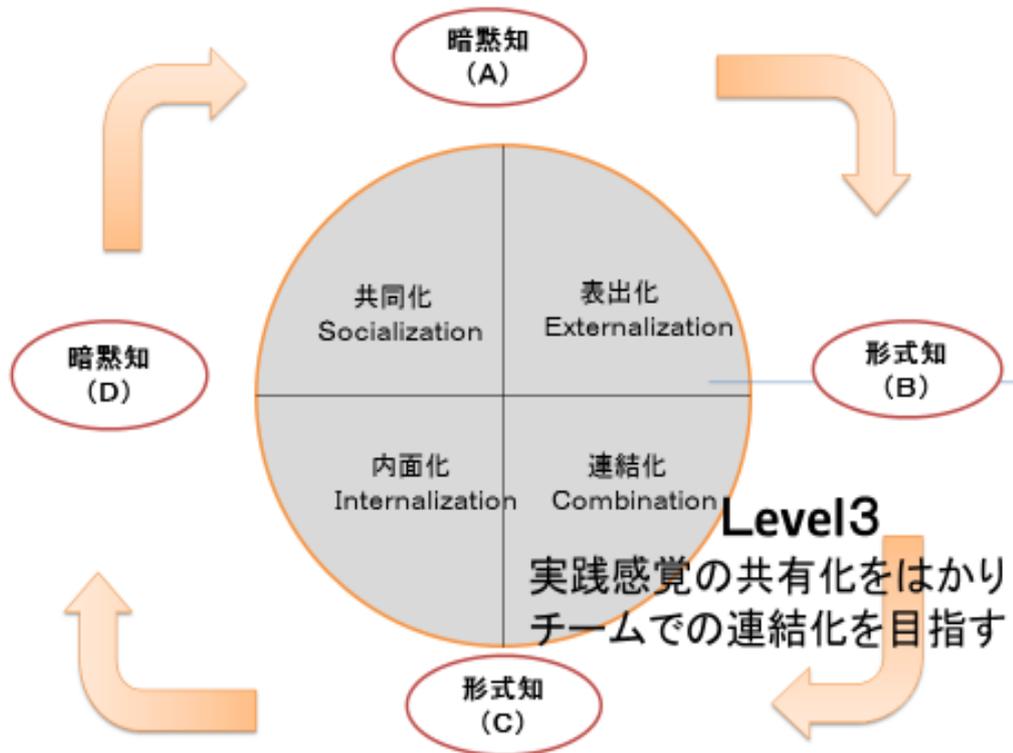
本節では、このようなコミュニケーション過程の結果として、反応の解釈・意味づけが行われていることが明らかになった。意味づけはそれ自体が介護職員の認識の中に存在するため、それを言語化し共有しない限り、その正しさを他者と確認したり評価する機会も得にくいものである。また、個別経験に依存した関わりあいによって生み出される意味づけは、この点において、介護職員個々によって異なる意味づけをもっていることも示唆される。

このように考えると、こうした介護職員の意味づけを他者と確認することは極めて重要であり、それによってこうした意味づけの根拠が確認され承認されることが出来れば、それはより具体的なケアの目的や方法の説明言語となり、ケアプラン等への反映にもつながることが示唆される。

以上の結果から次節では、本節の結果による構造化された「嫌がる感じ」という「だいたい目安」を複数事例かつチームとしての認識共有により、言語化と活用へのアプローチとして発展させることを目指す。

第5章

実践感覚の言語化・活用へのアプローチ(Level3)



野中・竹内 (2006) 「知識創造企業」 p106 知識スパイラル図を基に筆者加筆

本章では、実践感覚の連結化を目指すべく、前章で探求した「嫌がる感じ」という「だいたいの目安」の共有をはかり、それらをチームで連結することを目指した取り組みを記述する。

ここでは、前章の結果を受け、実践感覚の自覚をベースに「嫌がる感じ」を非言語領域で察知し、それをケアの同意や評価として捉えている複数事例の「だいたいの目安」に着眼し、これらをチームで共有したうえで、ケアプランへ反映させることを目指した。

また、チームでの共有という点においては、ケアプロセスの構造をチームで共有することによって自覚化された「尊厳を支えるケア・損なうケア」の意味についても考察し、これらの実践感覚をチームで連結させることも試みた。

第1節 「嫌がる感じ」という「だいたいの目安」の共有

前章では介護職員の「不確かな感覚」を探求すべく、認知症者と介護職員の手引き歩行による誘導場面の事例から、非言語コミュニケーションによる意味解釈の過程を現象学的記述を用いて探求した。その結果、介護職員の「不確かな感覚」は非言語的コミュニケーションにおける相互作用を通して介護職員によって何らかの意味づけが段階的に行われ、子の意味づけが、ケア実践の判断基準となる「だいたいの目安」として存在していることを明らかにした。

ここで概念化された「だいたいの目安」は、漠然とした介護職員の感覚的な認識経験であったものの、ケアへの抵抗を表す「嫌がる感じ」や、ケアの同意と意味づけられたしぐさを根拠に、ケアが実践されていることを裏付けるものであった。この意味では、こうした感覚的な認識経験は、誘導場面以外の様々なケア場面においても、意味づけの過程を振り返る多数の「不確かな感覚」が存在していることが示唆される。

そこで本節では、介護職員が認知症者の「嫌がる感じ」を非言語領域で察知し、それをケアの同意や評価として捉えている3事例の「だいたいの目安」を取り上げ、その共有とケアプランへの反映を目指した結果を記述する。

1 対象と方法

1) 介護職員(以下, 職員 F, G, H)

F: 介護老人福祉施設 a に勤務する介護福祉士資格取得者。実務経験 9 年の男性介護職員

G: デイサービスセンター b に勤務する介護福祉士資格取得者。実務経験 13 年の男性介護職員

H: デイサービスセンター b に勤務する介護福祉士資格取得者。実務経験 11 年の女性介護職員及び管理者

2) 認知症者(以下, 利用者 I, J, K)

I: アルツハイマー型認知症。要介護度 3。身体上の疾患はなく、日常生活動作に必要な運動制限等は見られない。発語が不明瞭。会話に対する反応が不確かで、会話にどの程度の理解があるか不明。職員 c がトイレ誘導場面で対応した利用者であり、職員 F によれば、利用者 I の誘導には「無理強い」をしないためのタイミングが必要であり、そこに「嫌がる感じを察知する何らかの感覚」があるという。

J: アルツハイマー型認知症。要介護度 5。麻痺は見られないが立位・座位・歩行いずれも不安定。会話上の発語や反応は殆どないが、自分の名前の呼びかけには反応がみら

れる。職員 G が食事介助で対応した利用者であり。職員 G によれば、利用者 J の食事介助には、嫌がる感じだけでなく、日々の介助を重ねることによってなんとなく掴める「ケアの同意を表す感覚」があると言う。

K:脳血管性認知症。要介護度 4。立位・座位共に不可能で日常生活の殆どが全介助。会話に対する反応はあるものの発語不明瞭。職員 H が入浴介助で対応した利用者であり、職員 H によれば、利用者 K の介助には、身体の動きに伴う痛みへの抵抗にどのように対応できるかが重要であり、「抵抗する動作の中にもケアを受け入れる微妙な感覚がある」と言う。

3) 方法

調査は前章同様に、介護職員個々の感覚的な認識経験を意図的に振り返るための対話を重視し、その結果を厚みのある記述によって分析していく。分析の対象は、4 章で明らかになったコミュニケーション過程における不確かな感覚の構造の内、「大体の目安」を構成する「ケアに対する反応の見通し」と「介護職員からの働きかけ」におけるチーム間での共有と実践感覚としての連結である。

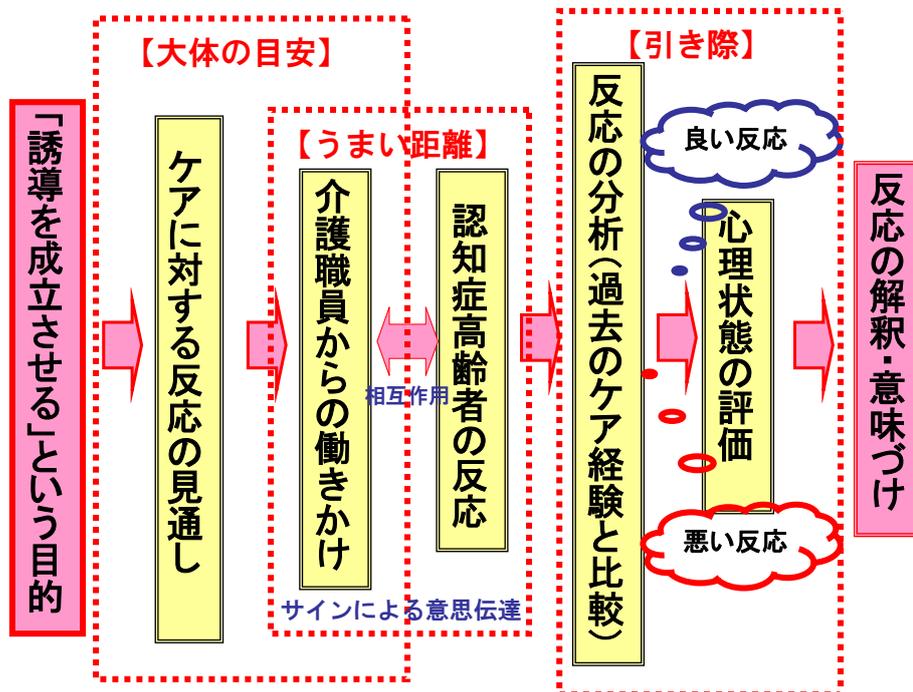


図5—1 コミュニケーション過程における不確かな感覚の構造(図4—1再掲)

本節の分析においては、「だいたいの目安(嫌がる感じ)」を他事例との比較を交えながら分析することを重視している。この点において、本研究では、佐藤の質的データ分析

法（事例・コード・マトリックス）を採用した。

質的データ分析法は実践の記述や語りを「文字テキスト」にし、事例を横軸、コードを縦軸にした分析及び事例の比較検討によって概念モデルの構築を目指すものである。

概念モデルとは、質的研究法によって生成された「概念」や「概念間の関連」等を表すためのモデルとして一般的に活用される用語であり、佐藤は、この概念モデルの作成に必要なことを「文字テキストに対して一種の小見出しとして割り当てた無数のコードのなかでも、特に研究対象となっている現象について理解する上で重要なカギとなるような中核的な概念カテゴリーをいくつか選びだしていく必要がある」と指摘する（佐藤：2008）。

そこで分析は、介護職員3事例を横軸に、経験や勘に基づく実践の文字テキストを配列した。「文字テキスト」は質的調査全般において一般的に活用されるデータであり、調査対象者の視点からその経験を捉えた記述や語りを詳細に示したものを指す。

本研究では、文字テキストにインタビュー調査で得られた介護職員の実践感覚の語りを活用した。また、分析視点となる縦の比較軸は、対話の柱であるだいたいの目安を構成する「ケアに対する反応の見通し」と「介護職員の働きかけ」の2つを選定した。

2 実践感覚の分析と共有

下表はここでの分析過程を例示したものであり、介護職員のインタビューデータから縦の比較軸に該当する文脈を抜き取り、文字テキストとして当てはめたものである。本研究ではこの分析手順をふみ、文字テキストから「だいたいの目安（嫌がる感じ）」の根拠を説明できる概念モデルの作成を目指した（表5-1）。

尚、本研究で扱う概念モデルは、あくまで調査対象である3事例の経験を概念化した結果をまとめたものであり、本研究の分析結果に用いる説明言語（概念）及び、これをチームで共有するためのカンファレンス資料として整理することを目的に、下表のとおり示した。

以下、介護職員3名が認知症者との関わりあいの中で「だいたいの目安（嫌がる感じ）」とする感覚を、①ケアに対する反応の見通し、②介護職員の働きかけの2つを軸に分析し、その内容をチームカンファレンスにて共有を目指した対話のプロセスを記述する。

表 5-1 事例コード・マトリックス分析の一例

職員	ケア場面	だいたい の目安	①ケアに対する反応の見通し		②介護職員からの働きかけ	
			経験に基づく見通しは 何によるものか	勘に基づく見通しは 何によるものか	経験に基づく働きかけは どのようなものか	勘に基づく働きかけ はどのようなものか
F	トイレ誘導	嫌がる 感じ	そうそう。なんて言うのかな。「これはいい」「今はだめ」みたいな「暗黙のサイン」があるだよ。うまく言えんけど・・・あれね、スタッフの声かけや表情の「感じ」で、これはいいことかどうかを理解してるんじゃないかな。結構ね、機嫌が悪くなる時があって、誘導するときなんかすごい手をだして払いのけたりする。	まずね。表情、こっちの声かけに「にこっ」してたでしょ。まずあれひとつ。これが無口でこっちからの声かけに何もないと「なんかまずいぞ」って感じ。そのあたりが「大体の目安」かな。	どうしてもうまくいなくて「自分の中で諦めちゃう場面」がある。いつもどおり出来ないとか、こっちの「思いが伝わらない」って時がそうかな・・・そういうときはこれ以上やったら自分の自己満足で終わるなって思ってね。引き際ってというのが大事だと思う。	こっちの期待と相手の反応をどこと、どう区切って見ていくかみたいなの。それってさ、表情とかしぐさとか見とらんと絶対わからんだよ。「スキンシップ」の中でこれじゃないなって。スタッフの対応で変わる部分も勿論あるけど、やっぱり本人の気持ちのがのらんとね。「気分が関係する」だよ。こういうところを大事にしないと絶対自立にはつなげていけない。介護職員の都合に合わせるだけになっちゃうと思う。
G	食事介助	嫌がる 感じ	やっぱり毎日見とらんと変ったちゅうもんはね、でもね。暗黙のサインって言うのかな、「いいよ」っていうサインなのか「ちょっとやだな」っていうサインは、ちょっと入れた時にわかるんだよね。まずは、やってみるとね。それで、大体3回くらいでわかるでしょ。ほいで、最後まで口を開けてくれるとああ、ありがとのサインなんだなって思ってね。	そうそう。いつもは、いつもね。大体半分ぐらいを目安にしてね、食べてもらってる。今日はね、お昼の時に目が開いとったもんで、もう少しいけるんじゃないかってご飯食べてもらったんだけどね。	無理やり入れると絶対口開けないから。三回くらいかな、こっちがくっくって入れるとね、やってもいいよっていう時は嫌がらんしね。いいんだよ。本当に嫌だったら絶対口を開けない。それを三回くらいやるとわかるね。さきみたいに。	あのね。目がね、かすかに開くんですよ。やりたいときは目が開くんです。だからね、良いつて時はバツておくね。うん。ようするに、目の表情でね。ぼちぼちって。僕たちはバチバチって時に、ああ確認したんだなって思うとだね。何もしたくない時はぎゅって目をつむつとるもんね。声をかけていいつて時は、いいよってかすかに開ける。意思表示だよ。これで僕たちはいい悪いの確認をしとるわけだね。僕もね、ここに移動してきてまだそんなにたってるわけじゃないし、半信半疑でやとるしね。
H	入浴介助	嫌がる 感じ	Aさん本当はお風呂好きじゃない。だけど、嫌な顔するのは体がえらいもんで、疲れちゃうんだよ。だけど、入った時は絶対にいい顔して「気持ちよかった」って言ってくれるだよ。それが自分の中ではわかるし。お風呂は好きなんだよ。すごい好きなんだよ。だけど、体がついてこないじゃんね。Aさんは2か月前までは歩いてたんだけど、今は立つだけで膝がこっくんってなっちゃう。座位も保てなくて流れていっちゃうじゃんね。体がえらいのよ。だけど、あの人は結構ね、いろんな場面ではじめはやだっというだけ・・・入ったあとはいいじゃんね(笑)。	お風呂にはいりましようって言ったって、その行程は長いじゃん。まず起きないかん。車いすに移動しないかん。一生懸命立たないかんって。そういうのっておくうになっちゃうじゃん。Aさんみてるとそう思う。だからね。目先のことをひとつづつ解決していくことで、Aさんは気持ちよくお風呂に入れるんだと思うじゃんね。たとえばさ、あんまりこら体がえらくなってきてる人や精神的にえらくなってる人に、ちょっといいこうかみたいな感じ。何ていうの、ただ本当に目の前のこと。動作を区切っていくとね。「起きよっか」だとひとつじゃん。だけど、「お風呂にいく」っていうと面倒くさいって思うよね。辛いよね。細かく声をかけてあげること、10のことができるんじゃないかな。って思う。	やってみたらリフトでちゃんと入れたじゃんね。で、すごい喜んでくれて・・・で、これならってリフト浴を自宅でもやったりとかになってね。でもね、この時にスタッフが腰を痛めちゃっただよ。で、またどうするってなるよね。結局、平行移動の仕方を工夫することで良かったけど、スタッフの事情で変わることでとてすごい多いだわ。ちょっと一回怖いことがあると、まあ責任感と言え責任感なのかな。そういうのがあると、すぐにひいちゃうんだよね。きつと。なんか今話したらそう思えてきたよ。	あの、私が来てから2・3年の間、何故だか寝浴でした。だけど、Sさんが普段座位が保てるんだから、入浴も入れてあげたいなって思って・・・それ私が言ったのよ。やってみたら、ちゃんと入れたじゃんね。で、すごい喜んでくれて、2週間くらいお風呂入るたびに「ホホホ ホホホ」ってずーっと笑って口にしてたんだよ(笑)。「いやだ」って言ったらず嫌なんだなって。そこから「まず」を理解して、それから、この人どう思ってるのかなとか、どういったらいいいかなって自分の中で想像して、その人の世界っていうかその人の立場にたつていくということかな。そうすると次にいいじゃん。

1) 声かけに対する「嫌がる感じ」から引き際を見極める事例

職員 F の実践するトイレ誘導場面は、認知症者 I のケアに対する反応の見通しとして、今は「良い」「だめ」のサインがあることを前提に実践されている。このサインは誘導時に職員 F が行う声かけの反応に認知症者 I が笑顔を見せるというケア経験を根拠に、これがケアの同意と意味づけられていたことが語られた。認知症者 I の「嫌がる感じ」は、声かけに対する認知症者 I の表情である。したがって、誘導開始段階でその反応を読み取るためには、笑顔の認知症者 I に対し、ケアを実践した経験が必要不可欠である。

この共有において、チーム間では次のような対話が展開された。

職員 F: あくまで僕の場合は感覚になっちゃうんかも知れんけど、基本的には表情をみとればわかる気がする。

職員 a: ああ。それは私も同感。でも、笑いながら手を払いのけるってこともあるもんね。それはどうなんだろう。

職員 bc: あるよね。それ。ある。ある (笑)。

筆者: そこは皆さん「今は良い」「今はダメ」のサインとしているという点では同じですか？

職員 bc: 頷く

職員 F: だから、大事なのは表情をみるところもそうなんだけど、それだけじゃないことを意識することだよ。例えば C さんが言ったことだと、無理しないようになっていくところ？

職員 b: そう。まあ。そう。でも、結局笑顔の状態をいかにキープできるかみたいな、そこを大事にしてというか、目安の線にしてかかわっていつてるところあるなあ。

職員 c: 笑顔でいる時に、誘導するのがまずね。そこね。

筆者: その内容はケアプランに載ってましたっけ？

職員 F: いやいやないよ。笑顔の時に誘導する。その笑顔がどう変化していくかを関わりの目安？指標？にしていく？そんな感じ？

以上のようなやりとりを重ね、認知症者 I のトイレ誘導については、誘導時の声かけによる反応が「笑顔」であることが評価の材料となること。また、不確かなケアの同意から無理強いをしないためには、誘導中もスキンシップを重ね「笑顔」の反応を確認し、気分を害さない関わりを継続していくことが重要であり、そこでうまくいった内容といかなかった内容を記録していくことがチームとして共有され、ケアプランに加筆された。

2) 3回のかかわりによって「ケアに対する反応の見通し」をたてる事例

職員 G の実践する食事介助場面では、職員 F 同様に、ケアに対する反応の見通しとして「いいよ」「ちょっとやだな」等のサインがあることを前提に実践されている。

このサインは、一度の関わりでは見極めることが出来ず、概ね 3 回の関わりを必要とす

るとのことである。

観察では、食事介助時、スプーンを唇に触れる様子が3度ほど確認された。この時、うっすらと開ける目の表情から職員Gはケアの同意と意味づけている。このようなケアの同意は、「口が開かない」、「目を開けない」場合を「ちょっとやだな」と意味づける等「嫌がる感じ」が意味付けられているからこそ確認できる「ケアの同意を示す指標」である。さらに職員Gは、日頃の利用者Jのケア実践を振り返る過程で、食事摂取量を基に「大体半分ぐらい」は摂取できる等介助量を加減する別の判断についても語っている。このことから職員Gの「だいたいの目安」は、日頃の利用者Jの状況と、今とを照らし合わせケアの工夫を重ねた経験によって生み出されたものと考えられる。

この経験について、カンファレンスでは次のような対話が行われた。

職員G：Oさん（筆者）にも言ったけど僕もね、ここに移動してきてまだそんなにたってるわけじゃないし、半信半疑でやとることだよね。

でもねえ、うん。うん。わかるんだよ。今から寝て良いよってこっちが言うと目もつむるしね。だから、僕たちが何やとるとか、言ってるかって本人は確認しとると思うんだよね。

あと、こうやって口のなかとかもぐちゅぐちゅってこっちが手を入れて洗うでしょ。こんなんでって普通いやだなんて思うだよ。あれね、無理やり入れ取るわけじゃないだよ。無理やり入れると絶対口開けないから。あれも三回くらいかな、こっちがくっくって入れるとね、やってもいいよっていう時は嫌がらんしね。いいんだよ。本当に痛かったら絶対口を開けない。それを三回くらいやるとわかるね。さっきみたいに、あんな大きいものが出てくるだもんね。

あれでも一応口腔ケアだもんで、寝たときに誤嚥されるとダメだもんね。本当はぐちゅぐちゅってうがいしてくれるといいけどね、やっぱりそこまではえらいわ。とりあえず大きなものをもって、ほいで、ああやって口を開けて寝とるでしょ。だから、その時にもう一回口の中を覗いて確認するんだよ。取れとるかなって。

職員a：Iさんそんなに言わんでも大丈夫だよ。私たちもみんなそう感じとるよ。ねえ？

職員b：うん。確かに。でもさあ、これってすごい難しいことじゃない？もうさ、やってる（食事介助）時じゃないとわからんって言うか、その時の感覚の話しだもんね。今、あの感覚がさって、言えない？

職員a：そうなんだけどさあ。目じゃない？

筆者：Iさんも、何度もそのことをお話しましたね。僕も傍らで観ていて、ぎゅっつつむる感じはわかりました。その時に手で払うときもあったけど、払わないこともありましたし、そこに感情と言うか、意思が表れているようには思います。どうですか？

職員G：そういうこと。僕なんかね、やっぱりね、目の感じ。あれほどの介助でも目安にしとると思うよ。かも知れんよ。

職員a：ふーん。うん。それさ、手の感触よりは間違いなく目安になるよね。

職員b：わかりやすい・・・

職員 d: でもさ、そこで嫌がられたとして、食事量の問題もあるじゃん。看護師の立場から言わせても
らっちゃうみたいで、申し訳ないけどさ。Iさんの食事量だいぶ波があるからね。そこは皆、意
識はしてるでしょ？ケアプランも食事量のこと載ってるもんね。

職員 b: その問題もあるかあ

表情からケアの同意を読み取ることは極めて困難である。しかし、日頃の食事摂取量を
目安にして、スプーンを口に運ぶことから開始することによって、嫌がる素振りや、目を
開けてケアに同意する等の様子が確認できる。ここでの共有は、こうした反応に対するケ
アの見通し(手がかり)を共有すると共に、ケアプランには、食事量に関する内容は残し、
そこに食事摂取に対する意欲をはかる指標として、食事時の嫌がる様子を各自がどのよう
に受けとめたかを記録することが追加された。

3) 「嫌がる感じ」が介護内容の変化を生み出す事例

職員 H の実践する入浴介助は、認知症者 K が見せる嫌な表情を「その先には笑顔があ
る」という期待を前提にしている。認知症者 K は、拘縮の強い四肢麻痺があり、車いすや
入浴リフトへの移乗時に特に嫌な表情をみせる。この表情に対し、職員 H は認知症者 K
が入浴そのものを嫌っているのではなく、浴槽に浸かるまでの一連の動作に伴う身体の負
担を嫌っていると意味づけている。

この意味づけには、過去のケア経験から浴槽に浸かった際、利用者 K の喜ぶ姿を目撃し
ていることや、現在の立位状態が極めて悪く、身体的な負担感が増していると予測される
ことの2つが根拠になっていることが語られた。このことから、職員 H は過去のケア経験
と現在の心身の状況を重ねてアセスメントしていることがわかる。これは先の職員 G 同様
に、日頃の利用者 K の状況と今とを照らし合わせ、ケアの工夫を重ねた経験によって「嫌
がる感じ」の意味づけが更新されていることを表している。

一方で、職員 H の語りは、「スタッフの事情で変わる」という言葉を用いて、介護職員
の「負担や不安」がケア内容に大きく影響していることも示唆している。このことに付い
て、カンファレンスでは次のような対話が行われた。

職員 H: Kさんは2か月前までは歩いてたよね。今は立つだけでああいかん！みたな顔して、膝がか
つくんって。

座位も保てなくて体がえらいのはみんなわかるとるよね。だけど、あの人は結構ね、拒否しな
がらも、自分でやるとるよね。かなり。

職員 a: はじめはやだっというよね。でも、そのあとやること多いね(笑)。

職員 H: 食事のときも見たでしょ？〇〇さんが介助してて、「いやいや」って口をあげなくなっちゃっ
て(Kさんが)。〇〇さんは、あの時あれで「ダメでした」って終わっちゃったじゃんね(食事
介助を)。お風呂だっというしょだよ。脱衣場いきます。説明します。まず上着を脱ぎましよう

ね。つぎは靴脱ぎましようね。今度は頑張って一度立ちましようね。そういうことでしょ。

だってね、お風呂にはいりましようだけだとその行程、すごい長いじゃん。車いすに移動するとき、痛いなあとか、立つとまた膝がかっくんってなるかなあとか。そういう不安をもって一生懸命立たないかんって。それって、私らでもおっくうになるよ。

職員 a: さっき、Hさんとこの話をしててね。結局目先のことをさ、ひとつずつやっついていってき、Kさんの気分が関係するでしょ？ 仮にも入浴介助の話しじゃんね。これ。そう思うと気持ちよくお風呂に入るって、こういうところからだよって改めて気付いたところあるよ。私。

筆者: 僕が観る限り、皆さん随分と動作を区切って説明されていたし、ひとつずつ丁寧にゆっくりとかかわっているように見えましたよ。

職員 H: そう。そこでしょ。それを全員ができなきゃいかんってことだと思う。新人さんだと、まだよくその加減がわからんってところあるんじゃない？ 失敗したらこわいなとか、痛そうとか。それをもっと知ってあげて教えてあげたいんだけど、そこは経験してわかってもらうしかないところもあるもんね。冷たいとかじゃなくて、そういう工夫を重ねて、改善するところをみんなで確認していくしかないよね。

以上の対話をとおし、ここでの共有は K さんの反応だけでなく、新人職員が関わる中で感じている不安や難しさを共有することも必要であることも確認された。

これをふまえ K さんが入浴で嫌がる素振りとは、入浴そのものではなく、一連の動作に伴う身体の負担が大きいのではないかという視点が共有された。また、その痛みがどのような行為の中にあるのかを捉えるための観察と記録が必要であることも確認され、それらが入浴介助に限定せず、様々な活動や行為をとおして確認・共有していくことが決定した。併せて、ケアの改善点としては、特に座位、移乗、脱衣等、動作を分割しゆっくりと段階的にケアを進めることで負担軽減をはかること。その過程では、認知症者 K さんの反応だけでなく、職員自身の経験として恐怖心や不安感等の内容も積極的に記録し、それをふまえて改善策をはかっていくことに決定した。

3 「だいたいの目安」が生み出される根拠の共有とケアプランへの反映

以上、本節では介護職員の「だいたいの目安（嫌がる感じ）」を複数事例との比較を交えて分析し、その内容をチームカンファレンスをとおして共有することを試みた。

今回の調査内容は、不確かで漠然とした感覚的な認識経験を数多く含め、このような機会がなければ、こうした経験は他者と共有されることなく、介護職員個々の経験に内在化されたままになっていたであろう。一方で、この感覚はケアを実践するうえで介護職員にとっては確信的な手ごたえをもつ判断材料が数多く存在しており、これらはチーム間にお

いて共有可能なものであることも明らかになった。

本節では、事例・コード・マトリックスの手順に従って、3事例の「だいたいの目安（嫌がる感じ）」が生み出された過程を、①ケアに対する反応の見通し、②介護職員からの働きかけの2つを軸に概念を整理したうえで（表5—2）、ここから見出されたチームでの共有内容としての結論を述べる。

表5—2 「だいたいの目安(嫌がる感じ)」が獲得される経験的概念

職員	ケア場面	だいたいの目安	①ケアに対する反応の見通し		②介護職員からの働きかけ	
			経験に基づく見通しはどのようなものか	勘に基づく見通しはどのようなものか	経験に基づく働きかけはどのようなものか	勘に基づく働きかけはどのようなものか
F	トイレ誘導	嫌がる感じ	今は「良い」「だめ」のサインがある	笑顔なら「良い」。無口なら「まずい」	引き際を見極めた関わり	スキンシップの中から反応を読み取る
G	食事介助	嫌がる感じ	「いいよ」「ちょっとやだな」のサインがある	いつもなら半分摂取できる	無理強いをしない「3回」の関わり	目の表情でケアの同意を読み取る
H	入浴介助	嫌がる感じ	嫌な表情の先に笑顔がある	動作を区切れば負担が軽くなる	スタッフの恐怖心で変わる関わり	利用者の立場に立って「まず」を理解する

1) ケアにおいて働く「勘」は過去のケア経験を手がかりとした「反応の見通し」

だいたいの目安は、介護職員自身が過去に経験したケア実践から生み出されたケアの見通しである。介護職員は認知症者の非言語の反応を「今は良い・だめのサインがある」「いいよ・ちょっとやだなのサインがある」等認知症者の意思、ケアの同意を意味づける重要な手がかりになっている。

したがって、この目安は認知症者の断片的な発語やしぐさを利用者の立場にたって「意思」として意味づけようとする介護職員の姿勢が不可欠である。このようなケア経験の積み重ねは、「いつもなら半分摂取できる」「動作を区切れば負担が軽くなる」等ケアの同意だけでなく、介助内容の工夫を重ねることによって生まれる「勘」としても経験されていることが共有された。しかし、このような「勘」は、認知症者の日常のようすと今とを比較する分析過程によって存在するものであり、こうした分析過程は、無意識の内に行われていることが多い事も共有された。

2) 「介護職員からの働きかけ」は「ケアに対する反応の見通し」の妥当性を確認する行為

ケアに対する反応の見通しは不確かである為、介護職員はその妥当性を探るかのよう

に、「引き際を見極めた関わり」や「無理強いをしない『3回』の関わり」を通して手探りでケアを進めていることが共有された。

このような介護職員からの働きかけは、「スキンシップの中から反応を読み取る」「目の表情で反応を読み取る」等非言語の行為であるため、一度の関わりでは読み取れず、複数回の関わりと過去のケア経験を織り交ぜて比較する複雑な分析過程を必要とする。ここでは、「利用者の立場になって不安・負担を理解する」ことを目指しながらも、一方で「職員の恐怖心によって変わる関わり」であることも認識されていた。これは、過去のケア経験において、恐怖心や負担感が強く印象付けられた場合に、「だいたいの目安（嫌がる感じ）」が抑制され、ケアの意味づけやその内容が変化していることも示唆されるものである。つまり、介護職員個々によるケアの成功体験と失敗体験によって、それぞれ異なる意味づけがされていることが共有された。

3) 「だいたいの目安」の共有は自己覚知と他者承認

介護職員が経験している「だいたいの目安（嫌がる感じ）」は、介護職員自身による過去のケア経験と、今の認知症者の状況（反応）から予測できる勘という2つの情報を結合することによって意味づけられた過程であることが共有された。

この結果は、介護職員が経験している「だいたいの目安（嫌がる感じ）」が、ケアの根拠として確かなものとして存在している一方で、この根拠は、介護職員の過去のケア経験に依存しやすい特性があるという点である。

この点において本研究で明らかになった3事例の「だいたいの目安（嫌がる感じ）」は、個別のケア経験をチームで共有することにより、その意味づけの根拠や、自身の見方・考え方・捉え方の自覚を促す働きを生み出した。こうした自己覚知に加え、それらのチームでの共有は、他者の考えや関わりをチームで認め合う対話として展開され、介護職員個々のケア経験は、チームでの対話によって、ケアの方向性を確認するだけでなく、自身のケアの評価ともいうべき振り返りの機会を生み出したともいえる。

以上をとおして、「だいたいの目安」の共有は、ケアの根拠、留意点として言語化されるだけでなく、それらを自己覚知と他者承認によってチームでの改善内容を見出していくというカンファレンスによる効果を生み出した。

第2節 「尊厳を支えるケア・損なうケア」の弁証法的プロセス

認知症ケアは、記憶障害や見当識障害等の中核症状によって言語でのコミュニケーションを困難とさせる為に、介護職員は認知症者の発語やしぐさ等から、その意味を読み取るア

セスメントが必要不可欠である。

前節までで明らかになったことは、言語でのコミュニケーションに依らないアセスメントの多くは、認知症者の断片的な会話やしぐさ等の非言語情報を手がかりとしていることである。その為、介護職員の主観的な判断を数多く含む実態にあり、アセスメントは不確かで曖昧な感覚を残しやすい。前節ではこのような介護職員の「感覚的な認識経験」にこそ重要なケアの根拠が含まれていると考え、ここでの意味解釈の様相を現象学的記述を用いて探求した。そして、その結果から得られた「だいたいの目安」という「嫌がる感じ」を複数の事例による比較を交えた分析と、チームによるカンファレンスをとおして、それらの共有化とケアプランへの反映という連結化を実現した。

こうして共有・連結された介護職員の「感覚的な認識経験」は、非言語コミュニケーションにおける相互作用を通して介護職員によって何らかの根拠をもった意味づけが段階的に行われる「だいたいの目安」等、これまでは漠然とした介護職員個々の感覚的な認識経験であったものの、これはケアへの抵抗を表す「嫌がる感じ」や、ケアの同意と意味づけられたしぐさを根拠にした判断等であることが共有された。さらには、これをとおしてチームが強く認識したことは、こうした介護職員の感覚的な認識は、認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚として、認知症者の尊厳の保持や阻害に大きく影響しているのではないかということである。

そこで、本節では、こうした介護職員の実践感覚がもたらす尊厳の保持・阻害への影響について考察を進める。アセスメントプロセスに内在する実践感覚は、これまでの調査で明らかになったように、それ自体を言語で説明することが難しいものを数多く含むために、これをとおした尊厳への意味づけは、より言語として説明することが困難な場合が多いことが予測される。さらに、これまでに明らかになった実践感覚の存在は、それ自体を介護職員自身が意識していないことも想定されるということである。

以上を前提に、本節では、アセスメントプロセスに内在する実践感覚がもつ働きを、尊厳を支えるケア・阻害するケア等として、介護職員はケアプロセスをとおしてどのように意味づけていくのか、ここではそれらの経験プロセスの概念化と構造化をとおして、考察する。

1 尊厳の保持に関わる実践活動

本節では、認知症ケアにおいて、介護職員が経験している「尊厳の保持」に関わる実践活動や行為に着目することから開始する。これを調査の手がかりとし、そこで経験されている実践感覚を概念化・構造化し、その結果を尊厳の保持や阻害への影響との関連で、チームで共有した結果を記述していく。

これまでの調査研究で明らかになったように、認知症ケアの介護過程は、「その時、そ

の人、その場」といった瞬時の個別性の高い実践であり、そこでは柔軟な判断や関わりが求められる。

この点において、認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚は、前節で見出した「だいたいの目安」等感覚的な認識経験として、手探りのケアに数多く存在している。こうした実践感覚は、意識的とも無意識的とも言い難いものの、複雑な状況判断の中でケアを瞬時に展開する根拠として機能されており、とりわけ、尊厳の保持にかかわる判断や技術の場合、尊厳そのものが個人の価値判断を含む概念であるため、普遍化されたアセスメントに従って支援内容を選択するプロセスとは異なり、こうした実践感覚が唯一の手掛かりとなっている場合も多いことであろう。

このような実践感覚は、認知症者の尊厳を保持するために、心身の状態や場の特性、これまでの関わりから得られた情報、さらには曖昧で不確かな表情の変化やしぐさ等、ケアを展開するためにあらゆる要素をアセスメントし、絶えずその変化を追いながら、最も有効な方法を選択し実践していくプロセスを生み出している。つまり、実践感覚は認知症ケアにおいて、介護職員の過去のケア経験に導かれる要素を数多く含む感覚であり、介護過程のアセスメントにおいては唯一の手掛かりとして存在している場合もあるということである。

そして、こうした実践感覚を伴うアセスメントプロセスは、段階的で明確な説明をもつことが困難な場合が多く、臨機応変で柔軟性の高いケアを展開するための手がかりとなる一方で、ケアの正しさを評価する視点を明確化しにくいほか、意図しない結果を招く失敗例も少なくないのである。

以上を問題意識に、ここでは、介護職員の実践感覚によって導かれるケアを、それらが尊厳の保持や阻害するケアのプロセスとしてどのように経験されているのか、これを探求し共有することによって、認知症ケアのアセスメントプロセスに内在する実践感覚の意味についてのチームでの共有内容をみていく。

2 対象と方法

1) 対象

認知症ケアを主務とする介護職員 8 名（表 5—3）

表 5—3:対象者内訳

No	年齢	性別	実務経験年数	事業種別
A	40代	男	9年	特別養護老人ホーム
B	20代	男	4年	特別養護老人ホーム
C	20代	女	5年	特別養護老人ホーム

D	20代	男	5年	特別養護老人ホーム
E	30代	女	12年	通所介護
F	50代	男	15年	通所介護
G	30代	女	10年	介護老人保健施設
H	30代	男	10年	認知症高齢者グループホーム

2) 方法

① 調査方法

介護老人福祉施設を利用する認知症者と同施設に勤務する介護福祉士6名を対象に参与観察（参加者としての観察者）を実施した。

調査手法は、参与観察及びインタビュー調査である。参与観察は、認知症ケア現場に参与観察者として参加し、ケア場面の観察内容を記録した。インタビューでは観察によって得られたケア場面の記録を質問材料に、ケアの実践過程に含まれた「状況の解釈」「判断」「気づき」等に焦点をあてた半構造化インタビュー（表5-4）を各60分から90分実施した。インタビューにあたっては、許可の得られた範囲で勤務後や休憩時間の他、ケアに同行しその都度の対話を中心に全てICレコーダーで録音した。分析は、3章研究同様にプロセスを捉える観点からM-GTAを採用した。

表5-4 インタビューガイド

1	先ほどのケアは、どのような目的で行われたのですか？
2	そのケアは、何を材料（根拠）にして必要と判断されたのか教えてください
3	そのケアを実施することで、どのような結果・効果を予測していましたか？
4	そのケアは、他にどのような状況で行われることが多いですか？
5	そのケアを実践するために求められること、必要なことはありますか？
6	そのようなケアと真逆にあるような関わり方は存在していますか？
7	そのようなケアでは、うまくいかない場合もありますか？
8	そのようなケア以外に、日頃行っている方法はありますか？
9	今行われたケアは、どのように習得されたのですか？また以前に別の関わり方を実践されていたことはありましたか？
10	今行われていたケアは、どのような視点で評価しているのですか？
11	ケア場面や内容で、なにか尊厳について課題に感じていることはありますか？
12	ケア場面や内容で、なにか尊厳について望ましくないと感じていることはありますか？

② 分析と共有方法

M-GTA の分析結果は、概念一覧、結果図とストーリーラインとしてまとめ、それらを調査対象者 8 名で共有した。ここでの共有内容は「尊厳を支えるケア・損なうケア」のプロセス図から強い影響があるとして認識された、下記の概念で構成された内容について議論を行った(表 5-5)。

表5-5 議論のテーマ

i 「ケアの調和」に内在する生活環境の構築とはなにか
ii ケアの調和を生み出す【援助関係の促進】と【ニーズを把握するための援助展開の促進】とはなにか
iii 《引き出した結論》という意味づけによる評価的課題はなにか

3) 概念生成の例示

概念名〈折り合いをつけるためのごまかし〉は、筆者が参与観察に入った初日に目にした観察内容から生成が開始された概念である。

介護職員と認知症者の対応を注意深く観察すると、認知症者の示す周辺症状に対し、介護職員は尊厳を支えるとも損なうとも区別し難いコミュニケーションをはかっていることが確認された。具体的には「私、家に帰りたいの」と訴える認知症者に対し、介護職員が認知症者の心理を理解しつつも、家に帰ろうとする気持ちを反らすかのようなコミュニケーションを繰り返すことがそれである。

この実践は、当初、【不安を解消するための共感的な嘘】という概念名によって生成していったが、他概念【対話の舵取り】や、【能力を引き出し、自己表現できるようにするための援助】との継続的な比較分析をすすめた結果、尊厳の保持を目指した他概念としては異なる行為、つまりは尊厳の保持とは対極にある阻害に結びつく行為と意味づけられた経験であることが明らかになった。

具体的には、認知症者の動作(しぐさ)や表情の意味するところを読みつつ、その意味を一緒に探り創りだしていくような相互行為とは異なり、認知症者自身の自己表現よりも、介護職員が意図するところの「落ち着き」を目指す為の援助展開であることや、十分に時間をとって対応出来ない場合の苦しまぎれのケアとして存在していることが確認された。

これにより【不安を解消するための共感的な嘘】概念は、【折り合いをつけるためのごまかし】という概念名に変更され、尊厳の阻害を招く要素と意味づけられた概念としてまとまった。

このように、本研究における概念生成は、類似概念や比較概念との検討を繰り返すこと

によって、尊厳の保持と阻害、いずれに意味づけられた経験であるかを分析し、生成を進めた（表 5—6）

表 5—6 概念・カテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義
自己感覚の 拡大	専門職としての 自覚	介護福祉士としての自覚	介護福祉専門職としてすべきこととすべきでないことを弁えた自覚と自信をもった介護職員の意識・態度。
		施設の理念・方針	施設内で行うべき介護の理想であり、ケアを行う上で、論理的に考え判断する指標が言語として明示されたもの。
		余裕のある介護福祉士の態度	認知症者との関わりに集中し、先行きを見通しながら落ち着いた様子で対応する介護福祉士の態度。
	脱専門家・素人性	認知症という病気にと らわれない意識	認知症という病気ではなく、人のかかわりであることを根底に据えた介護福祉士の意識・態度。
		相手に対する好意的な 印象	仕事上の関係のみならず、介護福祉士が認知症者に対し好意的な気持ちを持つこと。
		身だしなみへの気配り	身体的な清潔を確保するだけでなく、認知症者の趣味や嗜好に配慮した装いや整容に気を配る介護職員の行為。
感情の受容 とコントロ ール力	認知症ケアの姿 勢づくり	共感的態度への意識転 換	認知症者の内面に意識を向け、認知症者が主観的に感じていることを理解し受けとめようと意識を変える介護者の態度。
		寄り添う姿勢	物理的に身体を近づけるだけでなく、認知症者の内面にも意識を向け話をしたり聴こうとする介護福祉士の傾聴的な姿勢・態度。
	閉ざされた援助 姿勢	冷たい敬語	思いやりや温かさを感じない言動や、ぶしつけな態度。
		思い通りにいかないイ ラつき	介護職員の意図することが認知症者に思うように伝わらないことによる介護職員の精神的なストレス。
	緊張感抜け	太平楽な空間	施設内において、自分以外の介護職員や施設訪問者がおらず、他人からの視線を感じず、周囲の様子や危機感を気につけない介護職員の気楽な意識。
		軽蔑視	認知症によって低下した機能や、病気による症状を非難したり、嫌味を言うこと。
ケアの調和	生活環境の構築	気楽な空間づくり	認知症者のみならず、介護職員を含めて休むこと・休むことができる場所及び環境の雰囲気づくり。
		プライバシーの確保	排泄時や入浴時等の不必要な露出を避けられる物理的な配慮。 <u>個人</u> の私生活に関する事柄（私事）が他から隠されており干渉

			されない状態.
	援助関係の促進	利用者さんという立場	認知症者の地位や境遇を示す上で「高齢者福祉施設を利用する利用者」や「サービス利用者」であるという見方を根底に、介護職員と対等な立場にいないという自覚や意識を持って表現される認知症者の立場.
		自然発生的な人間関係	介護福祉士の直接的な援助を中心とせず、認知症者自らが周囲の人に関心を持ち何かをしてあげる等、自然な形で人との関わりが生まれる様子.
		施設内での馴染みの関係	自宅にいるような和やかな雰囲気の中で一緒に暮らしているという共同生活感覚にあって、親しみのある者同士という関係や付き合い.
	ニーズを把握するための援助展開の促進	対話の舵取り	お互いに（認知症者・介護者）相手の意見を聞いて物事を決定し進めていけるように配慮しながら、介護職員が会話の方向性やまとまりをつけていくこと
		手探りの解釈	認知症者の発する言葉や仕草の意味を不確かな情報であると感じ、表象される言葉やしぐさの背景を読み取り解釈しようとする介護福祉士の態度. その結果生まれる介護福祉士の意味づけ.
		サインによる意思伝達	認知症者と介護福祉士の間による意図的な合図. 認知症者に対し言語ではなく「手をつなぐ」「足をさする」といった介護職員の身体的な接触を含んだ意思や感情の伝え方.
	コミュニケーションによる共同効果	時間を空けない対応	認知症者の訴えや声かけに対し迅速な対応が出来ること. また介護福祉士の一方的な都合で認知症者を待たせないこと.
ひきだした結論	自己表現の導き	能力を引き出し、自己表現できるようにするための援助	認知症者の動作（しぐさ）や表情の意味するところを読み、その意味を一緒に探り創りだしていき、自己表現出来るようにすること.
	行動の活性化	意欲の喚起	介護福祉士から認知症者へ一方的に提供されるケアによって認知症者が常に受身になっているのではなく、認知症者の行動や意欲が伴うような働きかけを行うこと.
		個人のペースに合わせた援助	認知症者の好みや希望に応じた一日の過ごし方、時間配分. 個々の日常生活動作の能力や意欲に見合った介護福祉士による個別的な援助.

	うまくいったりするし	喜びの表出	介護職員の働きかけに対する認知症者の反応であり、言語に限定しない喜びや安心を表す行為・表現。
実践感覚としてのあやつり	強引な専門的判断	レッテル貼り	認知症者の行動の特徴や能力の程度によって種類分けした判断や行動。「この人は重度で何も出来ない」といった介護福祉士の一方的な決め付け。
	生活環境の悪化	プライバシーが守られない空間	常に他人から干渉された状態にあることや、不必要な露出が放置された状態。また生活上、個人の秘密が保持されていない状態。
	ニーズを無視した援助展開の促進	介護職福祉士の都合に合わせたペース	認知症者の要望や負担感に配慮しない（もしくは介護職員を優先させた）、介護福祉士の都合や負担感に合わせた介護の展開。
		折り合いをつけるためのごまかし	認知症者の興奮や不安を軽減する目的として、ごまかしや嘘が用いられる行為。
		能力を使わせない介護	ゆっくりであったり、たどたどしい場合であっても、認知症者が何とか自分で出来ることを、介護職員がしてしまうこと。
		強引にけりをつける	認知症者が何かしようとしている時に、その行為を止めさせたり、集中を急にとぎらせ、気を他に向けようとする事。
		本質を捉えていない介護	認知症者の要望や思いに寄り添い、本質を探ろうとする姿勢や気持ちを持たないで行われる介護職員の援助。
		勤務時間との葛藤	本心とは反対に、業務時間を気にすることによって食事を急がせたり、着替えを急がせたりする介護職員の行動。
		後回し後回し	認知症者の訴えや要望にすぐに対応せず、後回しにすること。「ちょっと待っててね」等の言葉でごまかす行為。及びこれらが繰り返される対応。
		見て見ぬふりをする	本人の訴えや要望に気づきながらも対応しない介護福祉士の行為。また、認知症者のいる前で、他人のプライベートな話題をしたり、職員を大声で呼び止めたりするといった行為。

3 分析結果

分析の結果、35個の概念が生成され、実践感覚を包摂する5つのカテゴリー及びそれらの下位カテゴリーである15個のサブカテゴリーで収束した。

以下、分析結果であるストーリーラインを述べるにあたり、《カテゴリー名》【サブカテゴリー名】〈概念名〉、「概念生成の根拠となった語り」で表記する。

尊厳の保持は、認知症者と介護職員との〈施設内での馴染みの関係〉や【コミュニケーションによる共同効果】によって生み出される相互作用的なプロセスである。

これらは、〈利用さんという立場〉や、援助関係では表現されない「人づきあい」等、【援助関係の促進】によって、なじみの関係性が形成されている。この形成された関係が〈気楽な空間づくり〉という【生活環境の構築】を生み出し、これらの環境因子が認知症者の【行動の活性化】や【自己表現の導き】を生み出す大きなケアの要素となっていることが明らかになった。

一方で認知症ケアは、中核症状である記憶障害や見当識障害、判断力の低下等の影響により「その時、その人、その場」という即断的な状況の中でケアを実践することが求められる。このような実践は、介護過程における意味づけが極めて重要になっている。具体的には、認知症者の断片的な発語やしぐさ等、不確かで細やか情報を、何らかの〈サインによる意思伝達〉ではないかという疑問を抱きながら、〈手探りの解釈〉による分析や、必要なケアの判断をすすめる介護過程である。

こうした介護過程で得られる介護職員の意味づけは、ケアによって《ひき出した結論》という経験知として、特に【うまくいっているしるし】として、ケアプロセスの評価視点となっている。また、このようなケアプロセスは〈時間を空けない対応〉が重視されることによって、認知症者との【コミュニケーションによる共同効果が高められること、これにより【ニーズを把握する為の援助展開の促進】が生み出され、尊厳を保持したケアが実現されていくと意味づけられていることが明らかになった。

このような意味づけには、いくつかの介護職員の姿勢的要素が求められていることも明らかになった。認知症ケアに限らず、ケアは介護職員の援助姿勢を形成することから開始される。援助姿勢は【専門職としての自覚】を持つことが前提であるが、それだけでなく、認知症者を単に認知症という疾病の視点のみで捉えない人間的感覚を【脱専門化・素人性】として持ち合わせ《自己感覚の拡大》に努めることが求められているのである。

このような【認知症ケアの姿勢づくり】は介護職員自身の《感情の受容とコントロール力》を生み出していることも特徴的であり、これは援助指標を見定める上で重要な要素と意味づけられている。

一方で、業務に追われ慌ただしい状況にある場合や、認知症ケアの困難事例に遭遇した場合に、〈思い通りにならないイラツキ〉を覚え、知らぬ間にコントロール力を失い、流れ作業的な対応や声かけに陥りやすいことも明らかになった。

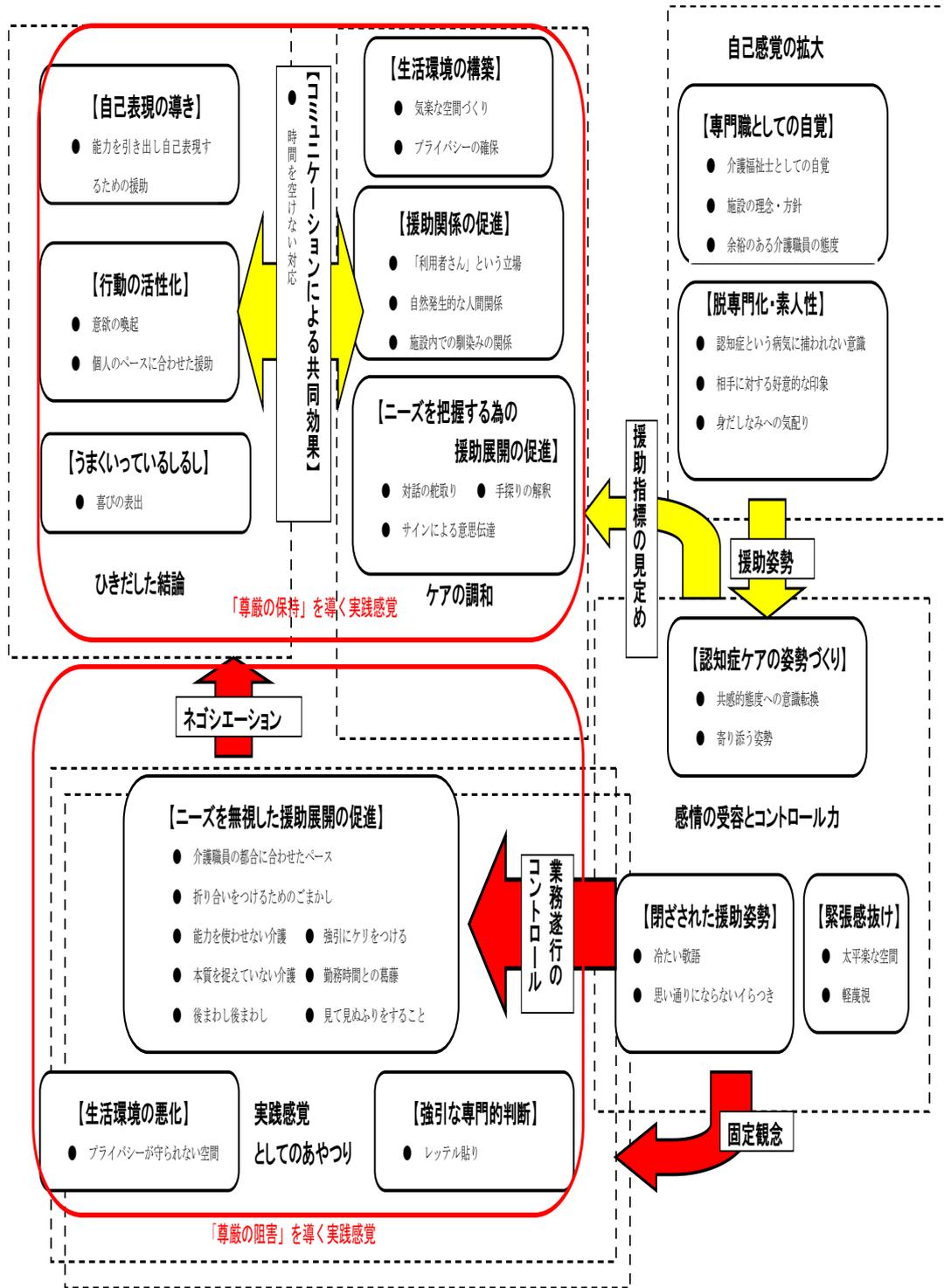
こうした場合には、認知症者に対する〈冷たい敬語〉が出現されやすく、これは介護職員が【閉ざされた援助姿勢】になっている場合を意味づけた実践であることも明らかになった。加えて、これらが業務遂行に意識が向きはじめる兆候でもあり、具体的には、認知症者の【ニーズを無視した援助展開の促進】要因として、〈介護職員の都合に合わせたペース〉や、認知症者の周辺症状の対応に〈強引にケリをつける〉為に〈折り合いをつけ

るためのごまかし)がケアとして経験されている。このようなケアは《実践感覚としてのあやつり》という意味づけによって存在し、認知症という疾患の医学的特徴を重視するあまり固定観念が生じるなど、【強引な専門的判断】につながる場合も存在している。

同時に、このような《実践感覚としてのあやつり》から導かれるケア実践は、認知症者との関わりに対し、日課にあてはめようとする交渉的な話しかけ（ネゴシエーション）が中心となっている側面がある。これは、常に会話の方向性や相手の変化を介護福祉士側の話しかけによって操作しようとする点で、【コミュニケーションによる共同効果】とは異なる援助展開であり、介護職員からの交渉的な関わり方が強く表れている。

そのため、このようなネゴシエーションは、認知症者の【自己表現の導き】や【行動の活性化】を生み出しにくく、【ニーズを無視した援助展開の促進】を生み出す尊厳の阻害要因として意味づけられている（図表 5 章—7）。

図 5—1 尊厳を支えるケア・損なうケアの実践における意味づけ



● 概念名 【カテゴリー名】 □ 影響や変化の方向性

4 「尊厳を支えるケア・損なうケア」として共有された内容

本節では、尊厳を保持したケアの実践は、《ケアの調和》がとれた安定した基盤と、ケアによって《ひきだした結論》が肯定的なものである場合に意味づけられた経験であることが明らかになった。あわせて、これらの相互作用を生み出す【コミュニケーションによる共同効果】が、《ケアの調和》と《ひきだした結論》に伴う実践感覚を生み出していることも示唆された。

介護職員が行う認知症ケアは、認知症者が他者と関わりを持って社会生活を送ることが出来ると同時に、認知症者自身が主体的に生活に関わることが出来るように意識したケアを展開している。ここで展開されているケアを表す実践概念が【生活環境の構築】【援助関係の促進】【ニーズを把握するための援助展開の促進】であり、これら3つの要素が《ケアの調和》としてバランスの良い状態で保たれていることが、尊厳の保持を導く実践感覚として経験されているのである。

ここでは、明らかになったこれらを構成する主要な概念と概念間の関係性を考察した結果を、介護職員の実践感覚が及ぼす尊厳の保持と阻害への影響及び、今後の課題として共有された内容を記述する。

1) 「ケアの調和」に内在する生活環境の構築とはなにか

【生活環境の構築】は〈気楽な空間づくり〉と〈プライバシーの確保〉で構成されている。これらの概念は、自然発生的に生まれているものではなく、介護福祉職員の意図的な働きかけによるケアとしての一形態であることが共有された。

特に、介護職員が認知症者に寄り沿う身近な人として存在していることは、安全を守る専門職者としての存在のほか、馴染みのひとという関係で表す存在など、様々な役割や関係性を多重に担っていることを意味している。ここで担う介護職員の役割の多重性は、「生活環境」という言葉で表現されるように、認知症者にとっての心地よさを生み出す【生活環境の構築】の大きな要素である。

ある介護職員はこれについて次のように語る。

「やっぱついててあげる寄り添いが一番大事になってくるんだろうね」

ここで語られた「寄り沿い」とは、単に認知症者に物理的に身体を寄せることを指すのではなく、ケアの援助姿勢を表す寄り添いについて、自身の行為や活動を振り返ることで語られたものである。つまり、介護職員の〈寄り添う姿勢〉が安全や安心、安楽を生み出す【生活環境の構築】を生み出していることに気付いた語りである。この〈寄り添う姿勢〉は、ケアの援助姿勢であることから、【生活環境の構築】だけでなく、援助指標を見定め

る為の重要な介護職員の実践感覚と考えられる。

また、介護職員が、認知症者に対し〈共感的態度への意識転換〉をはかることによって援助姿勢を整えていることも確認された。このことについて介護職員は次のように表現する。

「認知症者の世界に入ることが大事になってくる」

この語りは、認知症者にとっての現実世界を受容し、その心理状態を共感していくことを指す援助姿勢を意味したものであり、これが【認知症ケアの姿勢づくり】を整える基盤となっていることが共有された。【生活環境の構築】は、こうした援助姿勢を基盤にしつつも、同時に自宅にいるような和やかな雰囲気の中で一緒に暮らしているという共同生活感覚を介護福祉士及び認知症者が共に抱いていることが必要であり、この感覚が〈気楽な空間づくり〉を伴った【生活環境の構築】を相互作用的に生み出しているのである。

2) ケアの調和を生み出す【援助関係の促進】と【ニーズを把握するための援助展開の促進】とはなにか

2章でもふれたように認知症ケアは馴染みの関係の継続が重要といわれる(永田 2005)。本節の結果では、馴染みの関係の継続が【援助関係の促進】につながっていることが共有された。

しかし、【援助関係の促進】はあくまで関係性を表す概念であるため、ケアの方法を含んではないということも確認された。それらを表す概念は、本研究の結果では【援助関係の促進】と共に機能的な関係性をもって存在する【ニーズを把握するための援助展開の促進】が該当することが共有された。これは、〈対話の舵取り〉〈手探りの解釈〉〈サインによる意思伝達〉の3つで構成された介護職員によるケアの実践概念である。介護職員は、これらをケア実践に取り入れることで【ニーズを把握するための援助展開の促進】を生み出しているのである。また、これは先に共有された【援助関係の促進】を生み出す要素ともつながる点で、援助関係と援助展開という概念間の強い関係性をもったものである。

認知症者のニーズを把握することは、援助指標を見定め、ケアの方向性を生み出すケアプロセスの重要な一手である。このことについて介護職員は次のように語る、

「それはそれ、これはこれって介護者じゃなくて、利用者が言えるようにしないとね。だから挨拶ひとつにしても、忙しいけど、全員の目を見ながらおはようございますって言うようにしとるよ。」

ケアはニーズを達成させる為の具体的な実践として行動されていることをふまえると、【ニーズを把握するための援助展開の促進】は、【援助関係の促進】と共に、ケア内容や

質の確保につながっていることは明らかである。しかし、認知症ケアは認知症者自身の口からニーズが表出されることが少なく、介護福祉士は日常的な会話や活動（しぐさ）等の中から断片的かつ手探りでニーズの把握に努めていることを重視せねばならない。ここでは、本研究で生成された〈対話の舵取り〉という概念で表されるように、介護職員のコミュニケーション技術に相当する実践を数多く含んでいるのであろう。

ある介護職員からは調査時に次のような発言があった。

「目がね、かすかに開くんですよ。いいよっていうときにはね。パッと開く。それを僕らは確認しとるわけだね」

認知症ケアにおいて認知症者の意思確認をとっていくことは容易なことではなく、ケアの中で意識的にコミュニケーションをはからなければ、知らぬ間に認知症者の意思を無視したケアや対応につながりかねない。この点においては5章でふれたとおりである。その為にも、介護職員は何気ない日常的な会話の中から援助指標を見定めていくことが必要なのである。

以上、〈対話の舵取り〉は、こうした援助指標の見定めに機能しながら、認知症者の意思確認や自己決定に努める関わりをも生み出している概念であることが示唆されるものであった。一方で〈対話の舵取り〉は、常に介護職員の〈手探りの解釈〉が伴っていることも軽視できない。

認知症者の意思や要望は、中核症状等によって明確な言語では表出されず、はっきりとは見てとれない変化の中から観察、推察することが重要となる。これは、介護職員による日ごろの経験や勘とも言うべき気づきを頼りにした解釈が繰り返される実践であり、まさに本研究が主軸とする実践感覚の存在を意味している。

このことから、ケアの調和を生み出す【援助関係の促進】と【ニーズを把握するための援助展開の促進】の関係性は、状況把握と状態を意味づける目的で繰り返される実践感覚に大きな影響を与えていることが共有された。

合わせて、ここで働く実践感覚が、介護職員個々のアセスメントや評価等の実践を構成する主要な経験である点で意見が一致し、介護職員個々が生み出す意味づけの正しさを、どのように評価すべきか、それらの根拠材料となる情報、経験をいかに言語化し共有しながら議論することができるかが、尊厳の保持を評価するうえで極めて重要な課題として共有された。

3) 《引き出した結論》という意味づけによる評価的課題

《引き出した結論》は【自己表現の導き】【行動の活性化】【うまくいっているしるし】の3つの概念で構成される認知症者の行動や反応として共有された。また、これらは自然

発生的な要素を含むものの、介護職員による何らかのケアによって引き出されていると考えられている点で、能動的な働きかけとしてのケアによって、その結果による《ひきだした結論》と意味づけられていることが確認された。

認知症ケアは認知症によって受けた能力低下を、ケアによって補うだけでなく、認知症者が持っている能力を最大限に引き出す関わりが重要である。この視点を表した概念が本節の結果では【自己表現の導き】であった。これは認知症者の活動向上を目的として行われるケアを表す実践概念であるが、単に身体能力に働きかけることのみを意味していない。つまり、活動が生じる為の動機付けとして〈意欲の喚起〉が重視されているのである。

〈意欲の喚起〉は、認知症者の生活意欲を高めるしかけとして、介護福祉士の直接的な活動時の声かけや、物的、人的なケア環境の調整に表れている。このことにより、認知症者が常に受身になっているのではなく、認知症者の行動や意欲が伴うような働きかけを行うことが重視されている。これについて介護職員は次のように語る。

「利用者さんの好みとか、生活暦を知るとね、新しい発見がある」

〈意欲の喚起〉は、認知症者の嗜好を含めた個人の能力を理解することが前提であり、これをとおして生み出されるケアが認知症者の【行動の活性化】につながっている。つまり、ここで展開されているケアは、介護職員が備える能力によって生み出されたケアというより、介護職員が〈意欲の喚起〉につながる新しい発見を得ることによって導かれるケアプロセスという側面が強いものであることが共有された。また、このプロセスにおいて《個人のペースに合わせた援助》が重視されている点も強く認識された。介護職員はあくまで全介助ではなく部分的な介助によって認知症者が主体的に行動できるように【行動の活性化】をはかっている。しかし、時に介護職員が目指す心身機能の向上・自立支援の視点が、認知症者に過剰な負担感を与えてしまう場合もある。

このような負担感に配慮していく為には、介護職員が常に認知症者の反応を伺うこと、つまり表情や行動、しぐさ等の日常的な反応に注意をはらいながら、アセスメントを繰り返すプロセスが重要である。

このように、ここで共有された内容は、認知症ケア実践が【ケアがうまくいっているしるし】という認知症者の行動やしぐさ等の反応を評価する材料になっていることである。この【ケアがうまくいっているしるし】は《ケアによってひきだした結論》のひとつであるものの、介護職員の解釈によって意味づけられた、言語に限定しない喜びや安心を表す〈喜びの表出〉が根拠材料の中心となっている。このことについて、介護職員は次のように語った。

「あの人ね。うれしいといい顔するし、こうやって抱きしめてきたりするしね。(中略)『ま』とか言うんだよ。なんていうのかな。『ま』ってまぶたをぺちゃぺちゃやってやるの。」

このように不確かな発語を交えながら、介護職員は、それらが意味する感覚を捉え解釈する意味づけを繰り返しているのである。

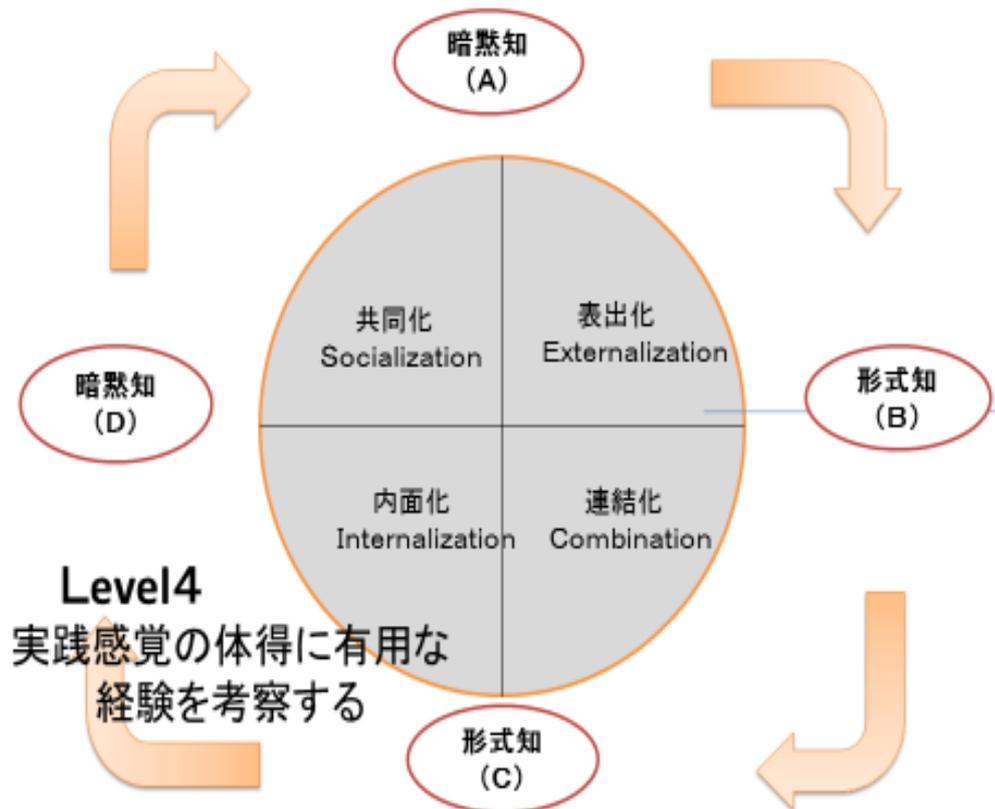
一方でこうした情報は、受け手である介護職員の解釈によって、別の意味づけが生まれることも共有された。そのため、このような意味づけの根拠となる情報の正しさを捉える観察力や記述力を高める必要があるだけでなく、むしろこれらの経験の言語化・共有化を目的に行う取り組みが不可欠であり、この点において本節の研究プロセスは、介護職員個々の意味づけをチームで共有し、評価材料を得るうえでは重要なアプローチとなり得ることが共有された。

具体的には、《引き出した結論》は【自己表現の導き】【行動の活性化】【うまくいっているしるし】の3つの概念で構成される。これらは自然発生的な要素を含むものの、介護職員による何らかのケアによって引き出されていると考えられている点で、ここで《引き出した結論》が介護職員の感覚的な認識経験として、個別に異なっていることが確認されたのである。

今後はこうした介護職員個々の感覚的な認識経験を共有することが、ケアの評価視点を見出すうえで重要であり、そのうえでは構成概念である【自己表現の導き】をケアの行為として、【行動の活性化】を結果として、【うまくいっているしるし】を評価視点として捉え共有することが必要と考えられるが、そのためには、ケアカンファレンスだけでなく、ケアへの同行等ケア経験の共有が、感覚的な認識経験を捉えるうえでは必要不可欠であり、この共有のうえにある対話がカンファレンスにおいて重要な要素となると考える。

第6章

実践感覚の体得に有用な経験と記述的研究(Level4)



野中・竹内 (2006) 「知識創造企業」 p106 知識スパイラル図を基に筆者加筆

本章では、本研究で取り組んだ「記述的研究の効果」について考察するべく、3・4・5章の結果をもとに「弁証法的な作用」とそこに働く「省察」を軸に検討する。

ここでは、組織活動に与える課題の発見や認識について論じ、認知症ケアのアセスメントに必要な実践感覚の体得に有用な経験として、とりわけ人材育成を目標にした教育・管理的な関わりへの示唆について、スーパービジョン機能を交えて検討する。

第1節 記述的研究がもたらす弁証法的作用

本研究がテーマとした実践感覚は、介護職員ひとりひとりが実践上の経験によって獲得してきたものであり、そこには知識を構成する、信念やものの見方、価値観等、言語で表現できない要素を数多く含んでいた。こうした実践感覚の存在は、言語表現等によるメッセージで他者に容易に伝達することが難しかったものの、本研究が採用した記述的研究のプロセスをとおして、その意味を見出し、さらには更新するという弁証法的作用を生み出した。

本節では、これまでの取り組みを総括すべく実践感覚の表出や共有等を目指した記述的研究の結果から、これらの研究プロセスがもたらした効果について考察する。

1 省察による意味づけの更新

本研究では、これまで殆ど明らかにされてこなかった介護職員の感覚的な認識経験に着眼してきた。認知症者に向き合う介護職員の感覚的な認識経験は個人のケア経験に内在する不確かな感覚を数多く含んだアセスメントプロセスである。このアセスメントプロセスにおいて、介護職員は自身の過去のケア経験を手がかりにしながら、反応の見通しを立てつつ、その結果によって得られる意味づけを「その時」「その人」「その場」という瞬時のケア実践の中で絶えず繰り返し更新していることが明らかになった。

このような実践感覚をとおして為される意味づけは、意図的にケア経験を省みる行為によって、ケアプロセスとその結果に対する是非を自己覚知する作用を生み出していたと考える。つまり、本研究のプロセスは、介護職員の実践感覚を意識的に省みるという行為によって、実践感覚の経験的根拠を確認する取り組みであったといえよう。

一方で、ここで省察される内容すべてを言葉にすることは難しく、多くの「暗黙知」を含んでいたことも事実である。本研究においては、こうした暗黙知を含めて共有する手段として、ケアの同行とメタファーを通じた対話を重ねることで、その共有を試みた。

こうして表出・共有された暗黙知を含む実践感覚は、個別経験に依存した不確かな感覚から、組織として他者・チームでの共有によるケアプランへの反映やケアカンファレンスへの結び付きを見出し、より確からしさを見出すことにも成功した。

一方で、このような実践感覚はあくまで個別の認識経験に依るものであるという点に変わりはなく、言語化された実践感覚をもってしても、認知症ケアは認知症者の不確かな発語やしぐさ等を手がかりに、それらを実際に知覚した介護職員の解釈に基づいて、ケアが展開される側面をもつことにも変わりはない。

つまり、実践感覚は客観的な事実を根拠に生み出され、働くものではなく、介護職員自

身の個別経験をとおして知覚された情報を、認知症ケアのアセスメントプロセスにおいて「その時」「その人」「その場」という、瞬時の個別の判断により認識され意味づけられていくものである。それ故、このような実践感覚はケア経験を重ねることで修正され更新されていくという特徴をもつ。言わば移りゆく状況において省察しながら行動することが、認知症ケアのアセスメントプロセスである。

D, Schon は、ソーシャルワーカー、介護福祉士、看護師、教師等の実践を「反省的实践家」と名づけ、反省的实践家は、思考と活動、理論と実践という2項対立を克服した専門家モデルであると述べている。D, Schon は著書「The Reflective Practitioner」において、「技術的合理性」「行為の中の省察」という2つの概念を用いて、「これらの2項対立した状況を、専門家が省察しながら行動していることに注目し、反省的实践と名づけた (D. Schon=佐藤・秋田：2005)²⁰。そして、反省的实践は、行為の中の知、状況との省察、状況との対話の3つから形成されていることを明らかにしている (D. Schon：2005)。

このような知見をもとに本研究で探求してきた介護職員の実践感覚を考察すると、認知症ケアのアセスメントプロセスは、技術が思考と活動を一体的に機能させる働きを、実践感覚によって生み出し、その意味づけは省察という実践における否定と修正という弁証法的なプロセスを通して、最も確からしい認識を追求する営みであったと考えられる。

D. Schon による反省的实践思考の特徴は、専門職としての倫理や利用者、患者等とのコミュニケーションの持ち方など、技能の獲得に焦点が移行しているが、このような技能の獲得は、専門職個々の経験を通し、状況の省察や実践の反省等から生まれていることを明らかにしている。この点において、本研究が採用した記述的研究のプロセスは、観察や対話、それらの記述によって身体知化に必要な経験に繋がるものであったとも考えられるのではないだろうか。

つまり、言葉として説明することは難しい暗黙的な領域を実践感覚を伴う経験として扱いつつ、それを観察や対話等による省察を通して、記述によって表出・共有化を目指すというプロセスそのものが、技能獲得につながる経験であったと考える。このような働きは、SECI プロセスのレベル4である身体知化するレベルへと押し進める経験へと促してい

²⁰佐藤 (2005) は、技術的合理性を基本原理とする近代のプロフェッショナルは、実証主義における厳密性と基礎と応用との階層性があると指摘する。これは学問にも階層性として成立していると述べ、医療を例に、「もっとも基礎的権威をもっているのが基礎医学であり、それに従属して応用医学が専門分化し、それに従属するかたちで各領域の臨床医学が位置付けられる」と説明する。

この指摘は、プロフェッショナルの間にも階層関係が形成され、基礎科学と応用技術の知的体型が最も整備されたプロフェッショナルが権威を持ち、基礎科学や応用技術を厳密化することが困難な複雑な実践を伴うプロフェッショナル (本研究の対象で言えば介護職員) は地位も待遇も低く扱われてきたことを指摘している。

ることも示唆される。このような理解に立つと、本研究のプロセスそのものが身体知化するために必要な経験と言えるのではないだろうか。

認知症ケアのプロセスは、認知症という疾患と対人関係を含めた、社会環境に関する要因との間にある相互作用的な影響に向かい合うプロセスである。ここにおける介護職員の関わりそのものが、認知症の症状悪化や改善に影響を与える重要な因子であることは、T.kitwood が述べる「認知症の弁証法」²¹が意味するように、本研究の結果では、現象や事象の変化に向かい合う介護職員の実践感覚が、ケアの発展の過程を生み出すという方法、法則をもった運動となっていることが明らかになった。

これらは、記述的研究による観察や対話の中から新しい命題（同号）が生まれ、その新しい命題に含まれる要素には、過去のケア経験や認知症者の今の状況という命題という要素が寄与している。とりわけ、新しい命題は、新しい命題に含まれる双方の要素が、もともと持っていた命題を寄与するという相互作用的なプロセスとして考えると、この命題の再生成が、記述的研究の結果と言う事ができるのではないだろうか。振り返れば、こうした命題の再生成は本研究の開始当初から生み出されていたことにも気付く。以下は、筆者が4章研究を開始した初日の介護職員Cとの対話を中心にした現象学的記述である。

職員C: 従来型だとね。大勢の人を多数の介護職員で対応してくでしょ。そうするとやっぱり今はトイレ誘導、次に食事介助みたいに、あの3大介助じゃないけどね。日常生活の柱になってる食事・トイレ・入浴を中心にして動くよね。これって流れ作業みたいになるしまずいなっていつも思ってたんだけどね、ユニットに来てから（従来型からユニットケアへの配属移動）気づいたんだけど、業務が決まってないことは融通が利くからいいことなんだけど、介護職員によってね、すごい「スタッフに左右される」よ。気がきくかきかないかって言ったらいいのかな。

筆者: 「気を配る」とはまた違う意味ですか？

職員C: えーと。「気を配る」より「気付く」って言ったほうがいいのかな。よく気づく人だとケアも業務もパパンパってスムーズにいくじゃんね。こんなにケア内容が「スタッフに左右されちゃう」くらいなら、別に業務とか担当を決めてもいいかなって。でもそうすると結局スケジュール的になっちゃうとかね。こう利用者さんを「業務の流れ」にはめるようになっちゃうんだよね。

職員Cが語る「業務の流れ」とは、入所者の生活を時間的な枠で区切り、その内容に合わせて介護職員の配置と業務内容を決めて対応するという管理的なケア方法のことである。

この施設では従来型で行われてきたこのようなケア方法は、介護職員主体の一方的なケアであると問題視し、入所者主体の生活を支える為の方法として、ユニットケアでは業務を決めずにケアを行うという試みを試験的に行っていたことを説明した語りでもある。

ある朝職員Cはベッドのまま共有フロアに運ばれた認知症者Bさんを紹介してくれた。

²¹ 第1章参照

この日職員Cは食事を済ませた認知症者B（以下Bさん）の介助にあたっていた。

職員Cはベッドで横たわるBさんの肩をひと撫ですると、ベッドをギャッジアップさせBさんの上体を起こした。Bさんの上体が少しずつ起こされると共に、Bさんは目をうっすらと開けて筆者や職員Cに顔を向ける。職員CはBさんに「ここは人がようけ（大勢）おるで目が覚めるねえ」「今日は若い兄さん（筆者）もきてくれたよ」と笑いかけ、準備していたブラシでBさんの髪をとかしはじめた。Bさんのように長時間ベッド臥床を余儀なくされる入所者は寝癖のように髪がモヒカン上に逆立ってしまう傾向にある為、朝晩限らず整容というケアが必要となる。

これについて筆者は「この整容も日常業務として決まってないんですか？」と質問すると職員Cは次のように語ってくれた。

職員C：記録として残さなきゃいけないものはね（日誌やカルテの記入）そういうのは誰がやるっていうのは明確にしてるよ。でも現場のケアは自由。特に身だしなみに関することとかは基本的に業務が決まってないから、介護職員が気付かないとやらないものになっちゃうね。

筆者：では整容はあくまで業務ではなく、介護職員の「身だしなみの気配り」なんですね。今朝がた実施していた爪切りもそうなんですか？

職員A：そうだね。早番は爪切りましょう、遅番は髪とかしましょうってのは無いもんね。それに認知症の人は自分で切ってくださいとかいう訴えはないもんでね。こっち（介護職員）が気付かんと。

認知症者はニーズや要望をうまく言語で表現出来ない為に、介護職員の気づきが不可欠である。さらにこの気づきについて筆者が「爪切りはCさん（職員C）の今日の気づきなんですね。」と確認すると職員Cは次のように言葉を加えた。

職員C：「今日の」ってこともないんだよ。たしかに今日やってたBさんの爪切りは、今日たまたまのケアなんだけど。いつも切ろう切ろうと思ってても、Bさんの機嫌が悪かったりとかね。それで今日は機嫌がいいから今しかない！みたいな（笑）。

筆者：では、今日のケアは過去からの続き？実施できた、成功したのがたまたま今日だったみたいな感じ？身だしなみひとつとっても相手の「気分が関係する」んですね？

職員C：そうそう。「時間を空けて」ね。そういうケアはよくある。今駄目でも30分後にいったら大丈夫とか、それくらいの間隔でもね。そういうことは本当によくあるよ。

筆者：「時間を空けない対応」の他にも「時間を空ける対応」が尊厳につながったりするわけですね？

職員C：ああ。そうだね。タイミングが合う・・・そこを意識しとかんといかんかなあ・・・。

このような職員 C との対話は、日頃のケア経験が、過去のケア経験との連続性をもち、それを手がかりに実践するうえで生じるケアの気づき実践感覚を更新していること、さらにはこの施設が取り組んできたケア方針やケアの取り組みの修正が、新たなケアへと移行していくという弁証法的作用を含んでいることを色濃く表している。

こうした弁証法的作用を記述によって表出・共有することは、D. Schon が指摘する反省的实践としての、行為の中の知、状況との省察、状況との対話という 3 つから形成を生み出していることを示唆する結果（プロセス）である。

2 「否定」と「修正」に求められる支持

本章ではこれまでの検討をとおして、記述的研究が生み出す弁証法的作用についてみてきた。弁証法的作用は、認知症の症状は常に複数の要素が関連し、その結果生まれる状態に新たに認知症者、介護職員が向かい合うという連続によって構成されている。

1 章で触れたように、否定を通じて新たな現象を生み出し、より高次の状態へと導かれる弁証法のプロセスは、記述的研究をとおしてケアの「正しさ」や「誤り」を確認し、それを認め、それらをふまえて修正していくという過程を伴う。このプロセスは前章（5 章）の結果からも明らかである。

一方でここで働く「否定」や「修正」は介護職員にどのような経験として意味づけられるのか、この点について触れるべく、先に示した職員 C の語りを中心にした現象学的記述を下記に記す。

B さんは、この施設に入所し 8 年が経つ。入所当時は自力で歩行が出来ていたと言うが、現在の B さんは自力歩行どころか座位保持もままならない状態である。

要介護度は介護保険で一番重度とされる要介護度 5 である。B さんは 48 歳より精神疾患を患い、眠剤を服用し、若い頃から排尿コントロールが出来なくなったと言う。55 歳では既にオムツを着用していた B さんはケアを受けることにも馴れている様子で、この施設に入所当初からケアに抵抗を示さなかったそうである。入所当時の B さんは、毎日施設での食事を楽しみにし、毎食かきこむように食べていたことが印象的と語る。

しかし、次第に嚥下機能が低下し、3 年程前から食事も取れなくなってきた B さんは、一昨年肺炎で入院したことを契機に、体力は激減し退院後より寝たきり状態となった。現在はベッドより離床するのは入浴時のみであり、最近は食事が摂れないことが課題とされ、介護計画には「食事を楽しみたい」というニーズが挙げられていた。

ここ数カ月のケア記録には毎日の食事摂取状況が詳細に記録されている。このような B さんにとって、食事の意味は大きい。

ある昼食時、いつものように共有スペースにベッドのまま運ばれてきた B さんは、介護

職員に上体をギャッジアップにて起こしてもらおうと目を丸々と開け、しっかりと配膳された食事に視線を向けていた。この様子を見た介護職員は B さんのベッドにオーバーテーブルを設置すると、食事が用意されたトレーを置きその場を離れた。

いつもならば介護職員が一人必ず B さんにつき食事介助が行われる。しかし、今日の B さんは、介護職員が介助に入ることなく自らスプーンを手にとり食事を進めた。B さんの手は小刻みに震えながらも口元に向かってゆっくりとスプーンが運ばれる。誤嚥防止の為に用意されたミキサー状の食事が首に巻いたタオルにポトポト、時にはごっそりと落ちる。介護職員はその様子を確認しつつも食事介助をすることはせず、時折 B さんのもとへ行って口元を拭き「おいしいですか？」と声をかけ再びその場を離れた。

食事が始まり 30 分程経過した時、別の介護職員が B さんのもとへ来て食事介助を始めた。この施設では、日々状態の変化する認知症ケアは、食事介助を例にとっても、どこまでを見守り、どこから介助するのかはその日の認知症者の様子と介護職員の判断に任せられている。介護職員は認知症者の状態や気分を考慮しながら、ケア内容を判断する為に、ケアプランには厳密で詳細なケア内容ではなく大よその援助方法が示されているのみである。この時の B さんの食事介助について職員 C は次のように語ってくれた。

職員 C: そんなに急がなくてもいいんだけどね。一緒にお茶のみながらさ、おいしいねって。今日だったらそういう会話してたらあのまま全部食べれちゃう (自力で) と思うよ。

筆者: 一緒に喋ってるだけでもケアにつながるんですね。そう言えば、午前中のティータイムの時も入所者と一緒にコーヒー飲んで喋ってましたね？

職員 C: うん。でもね昔ね、仕事にお茶飲んでいいの？って問題になったことがある。家庭的な雰囲気を目指すなら、のんびりともう少し利用者 (認知症者) 介護職員がと一緒にお茶飲んだりすることって大事だなんて。でもなかなか定着しなくてね。忙しい所だと、「おむつ交換とかすることが仕事だ」って、年寄りと一緒にお茶をのむなんて仕事じゃないっていう人もいるよ。今でも。だからさ、さっきの食事介助みたいに、自分で仕事をふやしてくっていうの。一緒に喋ってるくらいなら、バンバン介助して、介護職員が介助量をどんどん増やしちゃうだよ。

筆者: なるほど。これは「能力を使わせない介護」のひとつですか？それに「スタッフの事情で変わる事」や「スタッフに左右される」ことにも当てはまる気がします？

職員 C: うん。そうだね。こういうことってなんかしてないといけないっていう介護職員の意識が働いているのかな？それが原因かも・・・。

筆者: そういうこと A さんにもありますか？職員さんによって傾向とか？

職員 C: 傾向ね。そう言われると、これは新人さんには絶対無いよ。ベテランになればなるほど見られるね。自分も含めて。新人さんだったら逆に「手が出せん」でしょ。

筆者: 「手が出せん」・・・「すぐに引く」ってやつですか？

職員 C: そうそう「すぐに引く」ね。諦めちゃうというか、どう介助したらいいかわからんっていうか。

以上の対話を通し、職員 C は「自分で仕事をつくってしまう」という自分の発言を何度も噛みしめるように言い直した後に話を締めくくった。

上記の対話の後、職員 C は、本研究における調査活動の参加をとおして「自己のケアが身勝手な振る舞いを含んでいるのではないか?」「職員の能力不足は自己の関わり方の責任ではないか?」「B さんは本当は嫌がっていたんじゃないか?」等、これまでの関わり方に対する「否定」感情を数多く口にした。これは、本研究における調査活動や分析結果の共有等、あらゆる場面で表出する現象であった。

記述的研究はその場のケア経験を表出するのではなく、過去のケア経験とのつながりや、そこでのケアが与える結果を交えて記述する。また、この経験の意味を概念や概念間の考察をとおして検討するプロセスは、さまざまな自己覚知や、他の介護職員の認識共有による意味づけの変化を生み出す。

本研究が生み出す弁証法的な働きは、このような「否定」や「修正」ともいえる働きにより、ケアを高次のものへと発展していくが、ここには自己の実践や経験に対する多くの「否定感情」を生み出していたことは明らかである。このような否定感情はモチベーションの低下やバーンアウトの要因にもつながりかねないと考えられるため、支持的にサポートすることは「修正」に向かうためにも極めて重要な視点と考えられる。

つまり、このような実践感覚の体得（身体知化）を目指す過程においては、よりそれらの葛藤が生み出されることも予測され、これに対する支持的なサポートの有無が実践感覚の表出・共同だけでなく、獲得に重要な視点となることが示唆される。

この点においては、3章研究で取り組んだ実践感覚の獲得・活用契機のプロセスでも、《成長や実践活動の伸び悩み》の自覚として存在している²²。

以上の視点に立つと、記述的研究が生み出す弁証法的作用は、「否定」から「修正」に向かう過程での「支持的な関わり」が極めて重要であると考えられる。

第2節 実践感覚の共有によって生み出される組織活動

前節では、記述的研究が生み出す弁証法的作用と、そこに生じる「否定」感情に対する支持的な関わり必要性について論じた。先に触れたように記述的研究の結果は、概念や概念考察を含め、現象を図解やストーリーラインとして「言語化」「見える化」できることをとおして共有化が生み出される。

本研究の結果では、ここで自覚された実践感覚の自己覚知や共有は、個人レベルだけでな

²² 3章参照

く、ケアプランへの反映やケアカンファレンスにおける共通認識等、組織活動への影響を生み出すことも明らかにした。

本節では、このような組織活動への影響を生み出す経験の言語化や構造化について論じ、本研究の実践的活用に向けた教育・管理的な関わりへの示唆について、スーパービジョンへの応用を提案する。

1 「知る」から「育む」への組織的活動

記述的研究は、ほとんど研究が蓄積されていない分野において、経験的観点から現象や実態を理解し、研究テーマについて新鮮な視点を獲得するために用いられる方法である。

記述的研究は、インタビューや観察等を通じた記述的アプローチからなる実践であり、ケアを扱う研究領域では質的方法（本研究では、現象学やグラウンデッドセオリーアプローチ、事例コード・マトリックスを採用した）が利用されている。これらのアプローチは、いずれのプロセスも観察やインタビュー、それらの記述から現象を捉えるだけでなく、種々の経験の概念分析や構造化を目指す点でも共通するものであった。本研究では、SECIプロセスによって実践感覚の表出や共有を目指すだけでなく、これをとおして認知症ケアにおける実践感覚の意味をみいだすことも目指した、これをとおして実践感覚の表出と共有をはかることを目指した点においては、経験の言語化とその意味の探求は中核的な分析視点であったといえる。

本研究では、介護職員のケアへの同行やケア経験の振り返りを促す対話を軸に、実践感覚を探索し、その内容を詳細に捉えた記述から、その意味を概念分析や構造化をとおして考察することを試みてきた。このケア経験の語りに含まれた意味の探求は、本研究では多様な比喩表現を扱い分析しなおしてきたことも特徴と言えよう。

現象学的記述やM-GTAにて抽出されたメタファーを含む言語表現は、実に数多く存在し、その言葉の意味は対話やインタビューで語られる個々の発話の文字通りの意味と全く無関係ではないものの、多様な解釈を可能とってしまうことも数多く存在した。例えば、5章研究においてチームでの共有を試みた尊厳への関わりも代表的な例である。

「尊厳」を「支える」。「尊厳」が「ない」。「尊厳」を「大事にしていない」。「尊厳」に「つながっている」。これらはいずれも尊厳に関わる行為を表すメタファー (metaphor) である。

メタファーとは、「尊厳」のように直接触知出来ない抽象物を「支える」ものや「失われる」ものに見立てて、感覚的に理解しやすい表現を用いる方法である（瀬戸：1997）。山梨によればメタファーは、日常言語の概念体系、知覚・記憶・連想・思考・推論・判断等の知の根源に関わる重要な認知能力であり、人間の知のメカニズムの解明に関わる重要

な研究テーマとして、言語学のみならず脳科学や心理学等の関連分野においても注目されてきた背景がある（山梨：2007）²³。

また、日常言語には、外部世界と相互作用しながら対象を理解し、意味付けしている人間の身体化された経験が、さまざまな形で反映されるものであり、身体化された経験の中には、触覚、味覚、嗅覚、視覚、聴覚に代表される五感、体感、運動感覚等が含まれていると指摘する。

つまり、メタファーは、言語という記号（シンボル）で、身体化された現象を含む伝達方法であることがわかる。この点において本研究を促進させた主要なものは、このメタファーの持つ機能であったとも言えるのではないだろうか。

メタファーに関する機能を研究したものは数多く存在するが、中でも栗山（栗山：2007）²⁴は、人間がメタファーをどのようなプロセスで理解しているのかを問題視し、メタファーのもつ機能として「伝達」「概念変化」「知識獲得」「想像・鑑賞」的機能があることを明らかにしている。

これは、本研究のプロセスが生み出す効果を検討するうえで極めて重要な知見である。さらに栗山らは、熟達者と初心者の会話に注目し、熟達者は初心者にとって未知の対象物に固有名詞を与え、積極的に共有知識を形成することによって、新たな概念をコミュニケーションによって理解していることを示唆している点で、実践感覚の体得（身体知化）にこのようなメタファーを交えた対話と経験の獲得が効果的であることを示唆している。

これらの知見は介護職員が語るメタファーが、ケア実践の状況を他者に示す伝達機能のみならず、メタファーを用いたコミュニケーションによって知識獲得していることを明らかにしている。このことから、本研究がこうしたメタファーを用いて概念化し、そのプロセスをストーリーラインや図解としての構造化を行ったことは、実践感覚の体得（身体知化）に向けての様々なイメージを得ることに役立つものと考えられる。

そして、以上の効果は、個人への影響に限定されるものではなく、ケアプランで扱われる実践言語の意味の確認や、それらの意味づけをチームでのカンファレンスをとおして、より確からしいものにするための共有をはかることにもつながることが期待できる。

ここでは、メタファーを扱った概念やそれらを構造的に説明するストーリーライン・図解を、積極的に組織内での対話に活用することがポイントである。これにより、未知の事項を既知の例えで理解を促進するという働きを生み出すだけでなく、新たな概念の表出が、メタファーを用いた対話によって形成されていくという効果が期待できるためである。

この点において、記述的研究によって生成された概念を積極的に組織で議論することは、これもまた、弁証法的作用を生み出すひとつのプロセスであり、ここでの「否定」と「修正」によって実践感覚の更新が成されることは、組織としての課題認識や、その改善に向

²³ 楠見孝編（2007）「メタファー研究の最前線」ひつじ書房。第1章

²⁴脚注 21 同書第 21 章

けた対応を明示化する手がかりにつながっていくとも考える。

2 実践感覚の体得に必要な教育・管理的機能

前項では記述的研究がもたらす効果において、実践感覚の表出化をはかる為には、コミュニケーションが必須であり、ここで生み出される新たな概念変化がメタファーを通じて行われていること、それらの組織による共有が課題発見（認識）や対応への手がかりを生み出すことが期待できることを述べた。

一方で、こうした言語を用いた情報伝達について、土屋は、言語を用いて情報を伝達する場合、情報という概念は、言語や記号とは独立したものであることを明らかにした上で、情報という概念から意味という概念に行きつくことは困難であると指摘する（大森ら：1986）。つまり、情報は伝達され、処理されるものであるが、意味は理解、教授、学習されるものであるという指摘である。

この視点に立つと、本章がねらう実践感覚の体得に必要な経験は、情報伝達だけでは実現されず、意味の理解、教授、学習という機能が必要となることも明らかである。

このことから、前節でみてきた記述的研究の結果は送り手が、情報を伝達する手段として既知の言語による情報として「伝える（ようにする）」ことはできるものの、体得という点においては、その意味を受け手が、即座に得ることは困難であることを意味する。

つまり、実践感覚を用いた情報は感覚を介して他者に伝達出来るものの、その意味は常にその意味を担う各個人の経験の認知的行為と切り離せない関係にあるということである。

この事は、実践感覚はメタファー等を用いた概念化によって部分的に表出・共有できるものの、その獲得（身体知化）は個人の経験における認知的行為と合わせて意味の理解、教授、学習する機会を意図的に得ていくことが必要であることを意味する。

L.Dorothy はこのような知識創造や移転について、著書「経験知（DeepSmarts）を伝える技術」の中で、①指導のもとでの練習、②指導のもとでの観察、③指導のもとでの問題解決、④指導のもとでの実験が重要であると指摘する²⁵。ここでは L.Dorothy によるこれらの指摘を紹介し、本研究の結果を交え実践感覚の体得に必要な経験を、とりわけ人材育成を目標にしたスーパーバイザー（以下、バイザー）とスーパーバイジーというスーパービジョン関係²⁶における関わり方に引き寄せて検討していきたい。

²⁵ Dorothy Leonard & Walter Swap (2005) Deep Smarts How to Cultivate and Transfer Enduring Business Wisdom. HBS Publishing Corp.(=2013,池村千秋訳『【新装版】「経験知」を伝える技術』ダイヤモンド社。)

²⁶ ここでは、継続的な訓練を通じて専門的スキルを向上させることを目的とした関係としてスーパービジョン関係として、指導を受ける介護職員（スーパーバイジー）と、指導を担う先輩職員等（スーパーバ

1) アセスメント訓練としての「指導のもとでの練習」

L.Dorothy は経験知を伝える最も効果的な方法の一つ目に「指導のもとでの練習」を取り上げている。これは、「指導のもとでの練習」を可能にするプロセスが重要であることを指摘したものであり、バイザー側の指導重視のものではない。

つまり、バイザーが学習の道りを設計したうえで、バイジー自身に本人の経験からあらゆる教訓を引き出せるような、「バイジー自身の経験知を創造するプロセス」を導く関わりが重要であることを指摘している。この点において、認知症ケアの介護過程指導に必要なことは、バイザーとバイジー同行型のアセスメント訓練であると考えられる。

つまり、認知症者の症状の理解や、それをとおして為されるアセスメントを、ケアに同行しながらバイザーによる確認をとおして行うという方法である。

L.Dorothy は、このことについて「このプロセスを成功させるカギは、コーチ（バイザー）が知識を移転させることを意識しすぎず、初心者（バイジー）が自分自身の経験知を創造するプロセスを導くつもりで」と述べる。そして、指導のもとでおこなう行動とコーチ（バイザー）からのフィードバックの組み合わせについて、認知心理学でいう「周到的な練習」にほかならず、その過程で、教え子（バイジー）は自分の経験を振りかえることになり、このふりかえりという経験が学習のプロセスに欠かせないと述べる。

このような機能は、スーパービジョンに極めて類似するものと考えられる。スーパービジョンは一般的に「教育」「管理」「支持」の3機能が重要と言われており、A.Kadushinによれば、ソーシャルワークについての先行研究では、スーパービジョンについてはまず管理機能と教育機能を強調した定義付けがされていると述べられている。こうしたA.Kadushinが述べる管理的機能を下表（表6-1）に示した。

これによれば、学習の設計と能動的な活動は、スーパービジョンでは「管理」機能に位置付けられていることがわかる²⁷、

指導のもとでの練習は、実践感覚の体得を目的に、それに必要な経験を自ら設計し、その経験への能動的な参加と、スーパーバイザーによる振り返りの機会を得ることによって成立すると考えられる。介護福祉士養成課程や、介護現場における人材育成の方法では、これらを実習課題（研修課題）の設定や、その達成状況を確認するうえでのカンファレンスをとおした面談型のスーパービジョンが中心である。

ここで提案する「指導のもとでの練習」は、アセスメント訓練の効果をより効果的に機能させるための前提として、バイザーとバイジーがケアに同行しながら、そのとき、そのひと、その場といった、瞬時の個別の経験を、両者で共に経験し、そこで必要なア

イザー）と仮定する。

²⁷ Alfred Kadushin, Daniel (2009) Harkness: Supervision in Social Work fifth edition (=2016, 福山和女監修, 田中千枝子責任編集『スーパービジョンインソーシャルワーク第5版』中央法規.)

セスメントを、メタファーを介した対話によって繰り返すこと、実践言語を意識的に活用していき、実践感覚を同時に育むような関わりである。

このような「指導のもとでの練習」が、実践感覚の体得と、それらをアセスメントプロセスに効果的に結びつける力量形成につながっていくものと考えられる。

表 6-1: 管理的機能

- ① スタッフの募集と選考
- ② スタッフの就任と部署配属
- ③ スーパービジョンの説明
- ④ 業務のプランニング
- ⑤ 業務配分
- ⑥ 業務の委託
- ⑦ モニタリング、振り返りと評価の作業
- ⑧ 調整作業
- ⑨ コミュニケーション機能
- ⑩ 擁護者としてのスーパーバイザー
- ⑪ 運営管理の緩衝としてのスーパーバイザー
- ⑫ 変化をもたらす主体であり、地域リエゾンとしてのスーパーバイザー

Alfred Kadushin, Daniel (2009) Harkness: Supervision in Social Work fifth edition (=2016, 福山和女監修, 田中千枝子責任編集『スーパービジョンインソーシャルワーク第5版』中央法規. p 48 より筆者下線追記

2) 過去のアセスメントに疑問視を見出すための「指導のもとでの観察」

L. Dorothy によれば、観察は最も初歩的な学習形態のひとつであり、言わば経験知を育むうえでのロールモデルが重要であることを意味している。

ここでは、これまでになかった疑問視をもつことが重要とされ、これを持ってない限り例え経験知をもつエキスパートの実践を観察しても、そこから経験知獲得の手がかりをえることは困難とされている。それゆえ、L. Dorothy はこの点においては、コーチとしてのスーパーバイザーが有用な観察の対象を選定し、暗黙知を反映した行動も含めて、重

要な行動に初心者（バイジー）の関心が向くように促すことが重要であると指摘する。

本研究では、認知症者のケア誘導場面等で介護職員が活用している「だいたいの目安」の共有を調査活動のひとつに位置付け、それをとおして実践感覚の共有とチームでの連結化を試みた。ここでの取り組みは、介護職員個々のアセスメントプロセスで生じていたものを、意図的に調査として設計し、他事例との比較を交えた分析や、ここでの意味づけをカンファレンスによって、チームで共有することを試みた。つまり、単に研究結果をカンファレンスで活用したのではなく、その前提として、職員全員に対し、議論のテーマである「だいたいの目安」の意識化をはかり、職員らは、実際のケア場面において「だいたいの目安」を意識的に観察することを行った。

つまり、アセスメントプロセスに内在する観察視点を、意図的に意識化できるように働きかけたうえで、この経験によって生じた意味づけをチームで確認するという取り組みであった。

言いかえれば、これらは過去のアセスメント結果や、無意識であった観察視点を意識的にふりかえるような活動である。本研究では、この活動によって、これまでの観察視点にはない疑問視を見出すことを可能とした。

このような調査活動そのものが、ここで述べる「指導のもとでの観察」につながる教育・管理的かかわりであると筆者は考える。

つまり、本研究で取り組んだ調査活動は、意図的に自身の経験に疑問を投げかける機会を設定し、その共有を筆者が同行しながら行っていた点で、指導のもとでの観察に極めて近い取り組みであると考ええる。

このような関わりは、指導としての教育機能を高めるうえでは、観察結果を事例検討やケアカンファレンス、指導を目的にした面談等に結びつけることも重要であろう。

バイザーのもとで、立ち止まり振り返るという機会は、バイジーの思いこみや迷いの自覚をふまえ、多様な気づきから、これまでになかった疑問視をもつことにつながることを期待できる。この点においては前節でも触れた「否定」と「修正」という弁証法的作用と同様の経験が伴うことも重視する必要がある。本章一節でも論じたように、ここで生じるものは、否定感情を数多く含む経験と考えられるため、これによるモチベーションの低下やバーンアウト要因を、支持的にサポートすることは、事例検討やケアカンファレンス、指導を前提とした面談等においては、極めて重要な関わりのポイントであり、こうしたバイザーの支持的な支援が、弁証法的にバイジーの意味づけの「修正」を促すプロセスへとつなげていくものと考ええる。

3) 事例検討をとおした「指導のもとでの問題解決」

先に述べたとおり、指導のもとでの観察は、教育的機能を働かせるために、事例検討やカンファレンス等に結びつけることが重要である。この点において L.Dorothy は「指導の

ものとでの問題解決」の意義を指摘している。

ここでの問題解決は、先の「指導のもとでの観察」を含む場合もあるが、両者の目的は異なり、観察より指導者の積極的な参加が必要になると指摘している。つまり、バイザーの指導のもとでの問題解決は、言わばバイザーの問題解決の方法を、バイジーが直近で学ぶことに加えて、ここではバイザー自身も、バイジーから学ぶことが出来ることを重視している。つまり、解決へのプロセスに、バイザーとバイジー双方が能動的に参加することで、どちらにも相手の質問等から学ぶことが出来るという意味であり、ここで主体的に経験にかかわることによって、経験のレパートリーを、バイザー、バイジー双方が増やせるということが L.Dorothy の主張である。

A.Kadushin によれば、こうした機能はスーパービジョンにおける教育的機能に位置付けられるという。A.Kadushin は、直接サービスを担当する修士号をもつソーシャルワーカー90人への質問紙調査の結果から、教育的スーパービジョンは、実践で用いられる知識の主な源として、使用頻度の点でも実践での重要性という点においても、その必要性や有用性が最も高いものと述べる。つまり、「指導のもとでの問題解決」をスーパービジョンにおける教育的機能をふまえて整理すると、バイザーがバイジーの業務上の課題に必要なものを特定し、その全体的な知識を役立つように解釈する機会を意図的に提供することが効果的と考えられる²⁸。

このように考えると、「指導のもとでの問題解決」は、事例検討をとおして、アセスメントに必要な経験を整理したり、それらの経験から得られる知識の活用方法等についてバイザーがバイジーに説明する機会として、極めて有用な手段になると考えられる。一方で、このような効果を見出すためには、「指導のもとでの問題解決」において、バイザー自身が事例検討のスキルを獲得することが極めて重要となる。

4) 記述的研究としての「指導のもとでの実験」

L.Dorothy は、経験知を育むためには、以上に述べた①指導のもとでの練習、②指導のもとでの観察、③指導のもとでの問題解決、の3つがとりわけ重要と指摘する。

そのうえで、経験知が思うように生まれず確信がもてないような状況では「指導のもとでの実験」が必要となるという。

ここでは、仮説の検証を目的とするものと、探索を目的とするものの2つが存在し、前者では仮説と検証の結果から情報の吸収と、その過程から考える能力を高めることができ、

²⁸Alfred Kadushin, Daniel(2009) Harkness: Supervision in Social Work fifth edition(=2016, 福山和女監修, 田中千枝子責任編集『スーパービジョンインソーシャルワーク第5版』中央法規 p 156 の記述内容を、「指導のもとでの問題解決」を交えて考察した内容として筆者加筆。

後者では、知識を引き出す手立てに成り得ると述べる。²⁹

このような活動とその効果は、本研究が取り組んだ様々な記述的研究に該当するものが多いのではないだろうか。記述的研究は、これまでにほとんど研究成果が蓄積されていない領域において、新鮮な知見を得ることを目指す研究活動である。この活動の過程で行われる記述や対話は、考える能力を高めることに有用な経験であると考えられる。さらに記述的研究の結果を共有するうえでは、知識を引き出す手立てに成り得ることも期待できる。この点において、本研究が取り組んだ記述的研究という活動は、「指導のうえでの実験」に類似する活動とも考えられる。

以上、本章での考察をもとに、実践感覚の体得に必要な教育・管理的機能を表6-2のとおり整理する。いずれも、本研究が採用した記述的研究という方法が有効であることを示す点で共通している。

表6-2 実践感覚の体得に必要な教育・管理機能

- | |
|---|
| <p>① 実践感覚の体得に有用な経験は、情報伝達だけでは実現されず、意味の理解、教授、学習という機能が必要である。これは実践感覚が何を「意味する」かを「情報」と「経験」をつなぎ合わせる必要があるとあり、この点においてアセスメント訓練としてのケア同行型の「指導のもとでの練習」が効果的である。</p> <p>② 「情報」と「経験」をつなぐことによって育まれる経験知は、実践感覚を生み出す。しかし、その意味は常にその意味を担う各個人の経験の認知的行為と切り離せない関係にある。この点においては、これまでのアセスメントに疑問視をもつための「指導のもとでの観察」が重要であり、これを持ってない限り実践感覚の獲得や意味の修正につながる手がかりを得ることは困難である。</p> <p>③ 各個人に内在する実践感覚は意味の理解、教授、学習によって、その体得に必要な経験に促すことができる。これらを実践的かつ教育的機能を高めて結びつけるためには、事例検討をとおした「指導のもとでの問題解決」が効果的と考えられる。事例検討をとおして、アセスメントに必要な経験を整理したり、それらの経験から得られる知識の活用方法等についてバイザーがバイジーに説明する機会は、バイジーのみならず、バイザー自身の実践感覚の獲得や活用にも極めて効果的である。</p> <p>④ とりわけ実践感覚の体得に重要なかわりには、①指導のもとでの練習、②指導のもとでの観察、③指導のもとでの問題解決、の3つである。そのうえで、実践感覚が思うように育まれず確信がもてないような状況では、4つ目に「指導のもとでの実験」が必要であり、本研究で取り組んだ記述的研究はこれに該当する働きをもち、研究プロセスでの経験が、考える能力を高めることや、知識を引き出す手立てになることが期待できる。</p> |
|---|

²⁹ Dorothy Leonard はここでの探索を「試作品」として例えている p 285

以上、ここでは、L.Dorothy による経験知を伝える技術としての記述と、A.Kadushin によるソーシャルワークスーパービジョンの記述を引用し、これらを本研究のプロセスや結果とを紐づけながら、実践感覚の獲得（身体知化）に有用な経験と効果的な方法について検討してきた。

いずれも、本研究の活動そのものが「指導のもとでの経験」として有用であることが示唆されるものであり、実践的な活用のための考察においては、バイザーのフィードバックという方法や事例検討等の力量が極めて重要である点も明らかになったと言えよう。ここで述べる留意点は、先述した L,Dorothy の「このプロセスを成功させるカギは、コーチ（バイザー）が知識を移転させることを意識しすぎず、初心者（バイジー）が自分自身の経験知を創造するプロセスを導くつもりで」という指摘に通ずるものがあると考えられる。

つまり、実践的な応用のためには、記述的研究の方法はもちろんのこと、スーパービジョンや事例検討等の教育方法をバイザーが習得することが大前提となる。この点においては、3章の結果では、介護職員のキャリア形成上、こうしたスーパービジョンや事例検討の定期的な機会の中堅期における外部研修に一部存在するものの、³⁰キャリア形成全体の経験においては、極めて少ない実情にあること、記述的研究等の研究方法を学習したり、事例検討を経験する機会は、介護福祉士の養成課程にも必須科目として位置づけられていないほか、初任、中堅、ベテラン期等の研修機会や経験としても極めて少ないという課題も明らかになった。

このような課題をふまえると、本研究の実践的な応用のためには、介護職員のキャリア形成を支えるためのスーパービジョンや事例検討の方法等を、養成カリキュラムや研修体系にふみこんで検討していくことが必要と考える。

³⁰ 本研究の結果では、認知症実践者研修や実践リーダー研修がこれに該当する研修である。

終章

本研究は、介護職員が認知症者との関わり合いを通して経験している様々な諸感覚に着眼し、それらの感覚的な認識経験を実践感覚と定義したうえで、実践感覚によって展開されるケアの内実を、記述的研究によって探求してきた。

経験の言語化・共有化においては、知識変換活動の枠組みであるSECIプロセスを援用し、そこで扱う実践感覚を記述的研究をとおして明らかにし、認知症ケアにおける実践感覚の意味を見出すことを目指した。

終章では、本研究の探求プロセスとしての知識変換活動を振り返ると共に、見出した実践感覚の意味と今後の課題について述べる。

第1節 探求プロセスの振り返り

1 認知症の弁証法的枠組みによる経験の記述と知識変換活動

第1章では、認知症ケアの実践特性と課題について、認知症の行動・心理症状（BPSD）の構造と要因を取り上げ、それらに対応する介護職員の感覚的な認識経験の指摘と、これを記述する方法について検討した。

認知症が引き起こす主症状は、記憶障害、見当識障害、判断力障害が中心である。ここでは、これらの主症状に付随する形でさらに広範な症状を現す認知症のBPSDとは何かを検討したうえで、それに対応する介護職員の課題として「非言語的コミュニケーションを主とする関わり合い」の特性と、こうした認知症者と介護職員の関わり合いによって生じる認知症への影響を、弁証法的な枠組みによって検討した。その結果、認知症という疾患と対人関係を含めた社会環境に関する要因との間にある相互作用的な影響が認知症の症状悪化や改善に影響を与える重要な因子であることは明らかであった。さらに、それらがケアの連続性のある中に相互的な作用としての否定や修正という経験による実践感覚の「更新」によって弁証法的に展開されていることも示唆された。

こうした認知症ケアの実践特性と課題は、臨機応変で柔軟性の高いケアを展開できる一方で、ケアの正しさを評価する視点を明確化しにくいほか、意図しない結果を招く失敗例も少なくない。そして、この点において介護職員の実践感覚及びそれらの弁証法的な相互作用を記述することは、実践感覚によって導かれるケアとはなにか、それらが尊厳の保持や阻害するケアのプロセスとしてどのように否定や修正を重ね更新されているのかという実践上の機能的な関係について言及できる材料に成り得るという結論に至った。

第2章では、感覚的な認識経験を扱う研究動向をレビューし、本研究で扱う実践感覚に

ついて定義した。概念整理には、感覚的な認識経験を扱う諸概念として、Michael Polanyi による暗黙知、野中郁次郎の暗黙知、Maurice Merleau-Ponty による身体論、Pierre Bourdieu による実践感、Dorothy Leonard, Walter Swap による DEEP Smarts、横山登志子のソーシャルワーク感覚、奥川幸子の身体知等を手がかりとした。

ここでとりあげた P. Bourdieu は「慣習的行動としての実践」の意味について、日常経験において蓄積されている習慣的行為が、個人にそれと自覚されない知覚・思考・行為を個人に内在化されている性質をもっていること、それらは単なる繰り返しによる行動ではなく、産み出された実践としての弁証法的なプロセスをもつ性質であることを示唆するものであった。

また、M. Polanyi は、「知る」ことにおいて、実践的知識と理論的な知識の両方が働く認識的な段階であると考え、「知っていること（暗黙知）」と「語ることができること（形式知）」との乖離を問題に、暗黙知は経験的学習によって身につけられるものであるものの、言語化が困難な部分を数多く含むことを示唆する内容であった。

これらの指摘は、本研究で扱う実践感覚の概念検討に極めて有用な知見であり、言わばケア経験に内在する「直感的」な行為を特徴づけるものと考えられた。認知症ケアは「その時、その人、その場」という特性の中で行われている。こうした中、介護職員の柔軟で直観的な判断や行動が存在する意味は、その経験自体が、認知症の弁証法で説明される「否定」と「修正」における経験の更新であり、その過程に存在する感覚的経験が身体化された思考の中で成り立つものであることが示唆された。

これらは文献検討で明らかになったように、自然と身につくものではなく、能動的かつ発達段階的な経験をとおして育まれているものである。実践感覚は常に経験かつ状況に依存的な行為と共にある。そして変わりゆく状況に対処するために自身の経験が常に今の状況によって更新されていくという特性も持つ。このような検討結果により、本研究で扱う実践感覚を「介護職員個々が経験している感覚的な認識から意味づけられたケアの根拠であり、介護過程における情報やアセスメント内容としては具体的に明示しにくい身体に埋め込まれた感覚」と定義した。

また、これらの実践感覚を探求するプロセスとして S E C I プロセスを枠組みに調査設計について検討した。その結果、S E C I プロセスは、本研究が目指す実践感覚の共有と表出に極めて有用なモデルであると考えた。S E C I プロセスは暗黙知を含む経験を知識変換プロセスによって移転する方法論をモデル化したものであり、具体的には、第一に暗黙知から暗黙知をつくる「共同化 (Socialization)」、第二に暗黙知を言語化するための「表出化 (Externalization)」、第三に表出化された形式知をグループレベル、組織レベルの形式知に変換する活動である「連結化 (Combination)」、そして第四に連結された知が個人の身体知までに高められる「内面化 (Internalization)」という4つの知識変換活動を示している。本研究が対象とする実践感覚の共有と表出をこの S E C I プロセスにあ

ではめると、自覚の薄い言語化されていない実践感覚である暗黙知（A）と、自覚化されている実践感覚が、言語として表出化されたレベルである形式知（B）、言語化された実践感覚を他者と共有したレベルである形式知（C）、自身の中で形式知を内面化（身体知レベル）した状態である暗黙知（D）として説明可能であると考えた。

以上の検討により、本研究はSECIプロセスを用いた4段階の知識変換活動を枠組みに、介護職員がケア実践をとおして獲得している「実践感覚」の表出・共有を目指すこととした。そのためには、研究者である筆者自身も、調査協力者と共にケア現場に身を置いたり、当事者のケアに同行しケアカンファレンスの場に参加することなど、経験を共有することも求められた。

ここでの経験の共有は、介護福祉士等の養成課程で獲得した知識を超えて、ケア現場で積み上げられた経験によって生み出されるある種の「感覚的」な情報等である。これらを手がかりにした調査は、ある意味研究者である筆者自身も調査の道具となるといえる。その意味では、筆者自身も認知症ケア経験を通して培ってきた感覚を持ってケアに同行することが必要となった。

すなわち、認知症者の不確かな発語やしぐさ等から柔軟かつ即断的な状況判断をとる介護職員の経験を共有するために、同様のケア経験を共有するだけでなく、筆者自身もそこで体感した感覚の確認をしていくことが求められるということである。本研究の調査設計である実践感覚の言語化（レベル2）と共有（レベル3）では、特にそれらの過程が重要であるという研究的態度についても触れた。

2 実践感覚の存在確認

第3章では、SECIプロセスにそって、介護職員の実践感覚の獲得・活用契機を捉えるための調査を実施し、その結果を論じた。ここでは、実践感覚が認知症ケアという経験のみで獲得・活用されているものではないと仮定し、研究対象である介護職員が実務をとおして経験している能力開発のプロセスを広く捉えることを目指し、それらを介護事業所に務める当事者インタビューから分析し、その結果を用いて介護職員の実践感覚の獲得と活用契機について考察した。

分析の結果、介護職員的能力開発は初任期の【介護技術・基本業務習得経験】、中堅期の【新人指導経験】、ベテラン期の【業務管理・事業運営経験】という3つの経験的要素をとおして育まれていることが明らかになり、ここでは能力開発において、ケア場面における感覚的な認識経験の自覚を促す関わりと、それらを言語化するための関わりが得にくい現状にあるという課題が明らかになった。

第4・5章では、3章の結果を受け、実践感覚の自覚を促すアプローチ（4章）と実践感覚の言語化・活用へのアプローチ（5章）を4つの質的方法を用いて展開し、その結果

を論じた。

第4章では、認知症ケアの特性である非言語的コミュニケーションによる不確かな感覚について、ケアの誘導場面における「嫌がる感じ」という「だいたいの目安」の自覚を促すアプローチから、それらのケア経験の記述とケアプロセスの構造化による言語化を試みた。その結果、認知症者の「嫌がる感じ」は、介護職員自身の「過去のケア経験」と、「今の認知症者の状況」を非言語の反応から「意思」として意味づける2つの情報の結合によって生みだされている点で共通した実践であり、これが「不確かな感覚」を生み出す経験的根拠であったことが確認された。

3 実践感覚の言語化・活用へのアプローチ

次に、5章では実践感覚の言語化・活用へのアプローチとして、「嫌がる感じ」という「だいたいの目安」の共有をはかるべく、4章研究で得た実践感覚の自覚をベースに、同様に「嫌がる感じ」を非言語領域で察知し、それをケアの同意や評価として捉えている複数事例の「だいたいの目安」をケアプランへ反映させることを目指した。ここでは研究結果をチームで共有することにより、ケアカンファレンスとしての機能を生み出し、ここでの検討結果をケアプランの加筆・修正に結びつけることを可能とした。

また、チームでのケア経験の共有という点においては、ケアプロセスの構造をチームで共有することにより、「尊厳を支えるケア・損なうケア」の意味について考察することにもつながった。ここで共有された内容は、介護職員が行う認知症ケアは、認知症者が他者と関わりを持って社会生活を送ることが出来ると同時に、認知症者自身が主体的に生活に関わることが出来るように支援することを重視している点である。

こうした支援を表す実践概念が【生活環境の構築】【援助関係の促進】【ニーズを把握するための援助展開の促進】であった。これら3つの実践概念は、尊厳を保持するうえで《ケアの調和》としてバランスの良い状態で保たれていることが必要であり、とりわけ【ニーズを把握するための援助展開の促進】においては、介護職員の実践感覚が強く働き、尊厳の保持だけでなく、阻害への影響としても作用していることが共有された。

4 記述的研究が見出す効果

第6章では、3・4・5章の結果から、記述的研究の軸であるインタビューや概念分析等の効果として導かれる弁証法的な作用と、そこに働く内省について、「省察」という概念を手がかりに論じ、「否定」として自覚される葛藤に求められる支持的な関わりへの示

唆について触れた。

これらの効果は個人への影響に限定されるものではなく、本研究ではそれらによって、実践言語の意味の確認を行い、それらの意味づけをより確からしいものにすると同時に、ケアプランへの反映も実現した。こうした成果は、記述的研究においてメタファーを扱った概念やそれらを構造的に説明するストーリーラインが役立ったほか、図解を用いた組織のコミュニケーションが実践感覚の表出・共有だけでなく、組織における課題の発見に極めて有用な方法であることを明らかにした。

記述的研究がもたらす弁証法的作用は、コミュニケーションにおいて、未知の事項を既知の例えで理解を促進するという対話によって実現し、ここでは新たな概念の表出が、メタファーを用いた対話によって形成されるというしくみを持っている。この点において記述的研究によって生成された概念を積極的に組織で議論することは、これもまた弁証法的作用を生み出すひとつのプロセスであり、ここでの「否定」と「修正」によって実践感覚の更新が成されることは、組織としての課題認識やその改善に向けた対応を明示化する手がかりにつながっていることが示唆された。

そして、最後に本章では実践感覚の体得に必要な教育・管理的機能について検討した。ここでは、L. Dorothy の著書「経験知 (DeepSmarts) を伝える技術」を手がかりに、本研究のプロセスと結果とを紐づけながら、実践感覚の体得に必要な経験を、とりわけ人材育成を目標にしたスーパーバイザー（以下、バイザー）とスーパーバイジーというスーパービジョン関係における関わり方に引き寄せて検討した。これにより、①実践感覚が何を「意味する」かを「情報」と「経験」をつなぎ合わせるが必要であり、この点においてアセスメント訓練としてのケア同行型の「指導のもとでの練習」が効果的であること、②「情報」と「経験」をつなぐことによって育まれる実践感覚は、常にその意味を担う各個人の経験の認知的行為と切り離せない関係にあるため、これまでのアセスメントに疑問視をもつための「指導のもとでの観察」が重要であること、③各個人に内在する実践感覚は意味の理解、教授、学習によって、その体得に必要な経験に促すことができるため、事例検討をとおした「指導のもとでの問題解決」が効果的と考えられること、④これらのかかわりをとおしても実践感覚が思うように育まれず確信がもてないような状況では、「指導のもとでの実験」が必要であり、本研究で取り組んだ記述的研究はこれに該当する働きをもち、研究プロセスでの経験が、考える能力を高めることや、知識を引き出す手立てに成り得ることが期待できることを述べた。

第2節 実践感覚の意味と介護過程への課題提示

本研究は、以上の知識変換活動のプロセスを辿り、介護職員が認知症ケアを通して経験

している様々な諸感覚に着眼し、それらの感覚的な認識経験を実践感覚と定義したうえで、これによって展開されるケアの内実を探求した。

そして、これによって言語化・共有化された実践感覚は、介護過程の展開においては取り上げにくかったものを表出・共有し、ケアプランへ反映させることも可能にした。

一方で、こうした実践感覚は介護職員個々の経験の積み重ねによって更新されゆくものとして、弁証法的に繰り返される意味づけをもつことも明らかになり、この点において本研究が見出した実践感覚の意味は、①画一的な指標を超えた介護過程のアセスメントプロセス、②尊厳を支えるケアの実現に向けた当事者理解の主観的認識の更新、③介護職員の成長過程及びキャリアプロセスとしての発達段階的な素材、という3つの意味をもっていることを示唆した。

1 画一的な指標を超えた介護過程のアセスメントプロセス

介護過程は、介護サービス利用者に対し情報収集を行うことを出発点に、アセスメントをとおして解決すべき課題の把握とケア内容を具体化し、それに基づくケアの実施と評価を行う一連の活動を展開するものである。

しかし、本研究が対象とした認知症ケアは、言語での明確な関わりを得ることが困難な対象者に向き合う経験において、介護職員は養成教育で獲得した基礎的知識をベースにしたアセスメントを超えて、ケア経験において知覚された「感覚的な認識経験」を手がかりに、それらをケアの根拠や目安として意味づけて様々なケアを展開していることを明らかにした。

これらは、いずれも従来の介護過程におけるアセスメントプロセスにおいては、不確かな情報や主観的な情報として活用されにくいものばかりであった。

一方で、認知症ケアに向き合う介護職員らは、このような言語化しにくい感覚的な認識経験を唯一のアセスメントの手掛かりとし、それらを指標にもっとも確からしいものを探りながら、日々その変化を追いつつケアを修正するという経験を重ねていた。本研究ではこのような感覚的な認識経験の働きが、アセスメントプロセスにおいて弁証法的に機能していると仮定し、それをチームで共有することを試みてきた。

弁証法的に繰り返されるアセスメントプロセスは、認知症者の不確かな発語を交えながら、それらが意味する感覚を捉えなおす（解釈する意味づけを繰り返す）実践である。ここで共有されたことは、受け手である介護職員の解釈によって、別の意味づけが生まれることも明らかになった。

こうした特性を見出した本研究の結果は、画一的な指標を超えた介護過程のアセスメントプロセスの意義と、それを共有し評価するうえでは、感覚的な認識経験の言語化・共有

化を目的に行う取り組みが、介護過程の展開に必要不可欠であるということである。

この点において本研究のプロセスは、画一的な指標を超えた介護過程の内実を明らかにするためのアプローチとして、介護職員個々の意味づけをチームで共有し、評価材料を得るうえで有用な方法であることを示唆した。

アセスメントプロセスにおいて、認知症者のニーズを把握することは、援助指標を見定め、ケアの方向性を生み出すケアプロセスの重要な一手である。この点において、本研究で取り組んだ記述的研究の方法を、介護過程の活動のひとつに取り入れることが出来れば、①実践感覚に依存したケアの根拠や実践上の確かさ・不確かさを確認できる機会を得られ、②表出化された介護職員個々の実践感覚を組織・チームレベルで共有することができ、ケアプランへの反映やカンファレンスでの活用等にもつながることが期待出来る。

2 尊厳を支えるケアの実現に向けた当事者理解の主観的認識の更新

前述したとおり、認知症ケアの介護過程は「その時、その人、その場」といった瞬時の個別性の高い、柔軟な判断や関わりが求められる。

この点において、本研究ではこうしたアセスメントプロセスに内在する実践感覚を手がかりに進められるケア経験に接近し、そこにおける実践感覚の存在を確認したうえで、調査活動をとおしてそれらの表出・共有を試みてきた。

その結果、実践感覚は、意識的とも無意識的とも言い難いものの、複雑な状況判断の中でケアを瞬時に展開する介護過程におけるアセスメントプロセスにおいて強く働いていることが明らかになった。一方で、こうした実践感覚は個人の感覚的な認識経験として存在するものであり、尊厳の保持にかかわる判断を例にとっても、尊厳そのものが個人の価値判断を含む概念であるため、普遍化されたアセスメントに従って支援内容を選択するプロセスとは異なる経験である。

つまり、このようなアセスメントプロセスは介護職員の実践感覚に導かれる要素を数多く含む経験であり、段階的で明確な説明をもって行うことが困難な場合が多い。そのため、臨機応変で柔軟性の高いケアを展開できる一方で、ケアの正しさを評価する視点を明確化しにくく、意図しない結果を招く失敗例も少なくないことが明らかになった。

本研究では、これらの実態をチームで共有することを目指して、介護職員の実践感覚によって導かれるケアとはなにか、それらが尊厳の保持や阻害するケアのプロセスとしてどのように経験されているのかを探求した。

この結果によって共有された内容は、認知症ケアにおいて認知症者の意思確認をとっていくための介護職員の「だいたいの目安」という感覚的な認識経験の存在である。この認

識経験は当初「だいたい」という不確かさと仮定していたが、本研究をとおして明らかに
なったことは「だいたい」としていることによる曖昧さによって、認知症者の意思を無視
したケアや対応とならないようにするという、尊厳を支えるべく配慮的な目安であるとい
う点である。

認知症者の意思や要望は、中核症状等によって明確な言語では表出されず、はっきりと
は見てとれない変化の中から感覚をとおして観察、推察することが重要となる。これは、
介護職員の実践感覚を頼りにした解釈が繰り返される実践であり、介護職員は何気ない日
常的な会話の中から「だいたいの目安」を指標に、「その時、その人、その場」で必要と
なるケアを見定めるアセスメントプロセスを繰り返す。これが尊厳を支えるケアの実現に
必要な実践感覚を伴うアセスメントプロセスである。

この点において、認知症ケアは、チームワークを基盤にケアを整備すること以上に、ケ
アにあたる介護職員個々の「その時、その人、その場」という瞬時のアセスメントプロセ
スの力量が必要であり、ここでのプロセスが尊厳の保持・阻害双方に働いていることもみ
てきた。

また、このような実践感覚は、感覚的な認識経験であるゆえに、介護職員個々が生みだ
す意味づけの正しさを確認する機会を得にくいという課題もある、この点において本研究
が見出したことは、実践感覚の評価的活動として本研究のプロセスが役立つという示唆で
ある。とりわけ、記述的研究というプロセスが、実践感覚による意味づけの否定と更新か
らなる弁証法的プロセスを生み出し、ここでの評価的活動は、個人に限定せず、記述的研
究の結果を組織のカンファレンス等で用いることによって、チームでの共有と連結化につ
ながることを示唆した。

認知症の症状は常に複数の要素が関連し、その結果生まれる状態に新たに認知症者、介
護職員が向かい合うという連続によって構成されている。

否定を通じて新たな現象を生み出し、より高次の状態へと導かれる弁証法的プロセスは、
「だいたいの目安」の「正しさ」や「誤り」を確認し、それを個人・チームで認め、それ
らをふまえて修正していくという過程である。このようなアセスメントプロセスが、尊厳
を支えるケアの実現に向けた要素として、当事者理解の主観的認識の更新として機能し続
けているのである。

一方で、本研究が対象とした認知症ケア現場は、いずれも特別養護老人ホーム等介護サ
ービス事業所内に限定されたものであった点も触れておきたい。尊厳を支えるケアを考え
る場合、日常生活の場をどのように捉えるかという視点は欠かせない。

この点においては、本研究の調査対象とした介護事業所は、施設サービスを担う特別養
護老人ホームを中心とし、ここでは従来型のほかユニットケア等、形態の異なる場を区別
せずに扱ってきた点において、本研究の限界と残された課題があると考えられる。

実践感覚を伴うアセスメントプロセスは、介護職員個々の経験に依存した経験であるた

め、施設ケアにおいては、形態の特性が介護職員個々の経験に大きな影響を与えていることも予測される。つまり、提供されるケアの場の特性を考慮することは、今後本研究が得た示唆を、同行型のアセスメント訓練や、記述的研究のケアカンファレンスへの応用等、より具体的な方法論として精査していくうえでは、重要な視点である。

また、認知症ケアは入所施設という場でのみで展開されるものではない点も触れておく必要がある。太田は介護現場での日常生活における時間と空間の意味を問い、「利用者の生活が地域社会に融合していく過程」の意義とそこにおける課題について、はやくから指摘してきた(太田:2006)。太田の指摘は、現在構築が目指される地域包括ケアを見据え、言わば本研究が対象とした施設での日常生活を施設だけでなく、地域社会の日常生活とを融合させていくことの意義を述べたものである。

この点において本研究では、「生活環境の構築」とはなにかについて5章で検討した。本研究の結果として概念化された「生活環境の構築」は、施設内で行われるケア環境としての、認知症者と介護職員の関係性を捉えた概念であり、これらは自然発生的に生まれているものではなく、介護職員の意図的な働きかけによるケアとしての一形態であることが共有された。ここでは、介護職員が認知症者に寄り沿う身近な人として存在していることの意義を示し、安全を守る専門職者としての存在のほか、馴染みのひとという関係で表す存在など、認知症者を取り巻く環境において、様々な役割や関係性を介護職員が多重に担っていることを意味するものであった。こうした介護職員の役割の多重性を、介護職員は「生活環境の構築」という言葉で表現していたのである。

つまり、本研究の結果では認知症者にとっての心地よさを生み出す「生活環境の構築」の大きな要素に、介護職員の存在としての「人の寄り添い」が強調されたのである。

一方で、本研究の結果は施設ケアに限定されたものであり、今後はこうした寄り添いのかたちを、地域生活における「生活環境の構築」の展開として捉え直していくことが、尊厳を支えるケアの実現と、これを支える地域包括ケアシステムにおける認知症ケアのあり方を検討するうえでの重要な課題(残された課題)である。

3 介護職員の成長過程及びキャリアプロセスとしての発達段階的な素材

本研究では、実践感覚の獲得・活用契機を捉える調査研究によって、これまでほとんど明らかにされてこなかった介護職員の実務をとおした能力開発のプロセスも探求した。

この結果において、実践感覚の獲得と活用は、認知症ケアに限定されるものではないことも明らかになった。具体的な特徴は、初任期の【介護技術・基本業務習得経験】、中堅期の【新人指導経験】、ベテラン期の【業務管理・事業運営経験】という3つの経験的要素をとおして育まれているというものである。ここで自覚される職業能力は具体的な言語

として明示することが難しい様々な「実践感覚」を伴っている。各期における様々な実践感覚は、実務をとおして獲得し、それらを教育機会をとおして言語化した後に、業務管理・事業運営に活用するという変容プロセスがあることをふまえると、実務に伴う「実践感覚」は、介護職員の能力開発に有用な素材であり、実践感覚と実務を有機的に結びつけるためには次の点が重要であることが明らかになった。

1) 初任期中に介護技術・基本業務習得経験から実践感覚の自覚を生み出すこと

介護職員の初任期は【介護技術・基本業務習得経験】が中心である。これをとおして獲得する〈言葉にできないなんとなくの違和感〉は、中堅期の能力開発に重要な《実践感覚の芽生え》につながっていく。

これらは、〈机上の勉強と実践現場のギャップに躓く〉経験や、〈介護事故の経験とトラウマ〉等として表れている場合が多く、これらの経験を得るためには、基礎的な学習がベースにあること、それらを積極的に活用し意図的に振り返る機会があること、そしてケアの根拠を確認すること等の教育的機会の確保が必要である。

一方で、初任期は〈業務をこなすことで「仕事をしている」感が得られる〉感覚が強く働く時期でもあるため、業務としての効率性を重視した流れ作業的なケアに陥らないよう、その自覚を促す関わりも必要である。

2) 新人指導経験・リーダーシップ経験から実践感覚の言語化をはかること

中堅期は【新人指導経験】と【リーダーシップ経験】をとおして、《実践感覚の言語化を目指す》時期である。この時期は介護技術等の経験よりも職員間のチームアプローチによる経験に意識が強く働く特徴があり、この過程で自覚する〈経験や思いを言葉で伝える難しさ〉が、成長の種でもあり、自身の成長の伸び悩みを引き起こす大きな要因ともなっている。

そのため、これを成長にうまくつなげていくためには、本研究で取り組んだように、実践感覚を自覚する取り組みから、それらを言語化しその意味をチームで共有する経験が必要である。これらは個人ひとりの取り組みでは限界があるため、スーパーバイザーによる教育機会の確保は極めて重要である。特に実践の言語化を目指した経験を支援するスーパービジョンや研修活用等が有効となろう。

一方で、こうした教育機会を得ても明確な目的や動機付けをはかることが出来ていない場合もあり、その結果〈現場とのつながりを生み出せない学び〉に留まってしまいう危険性も考えられる。

3) 業務管理・事業運営経験に実践感覚を活用できる環境を整えること

ベテラン期は【業務管理・事業運営経験】を主とし、〈職員間の温度差〉の存在や、〈受講後のとりあえずの実践〉等に対応すべく、個人の問題のみならずチームとしての内外的な《成長や実践活動の伸び悩み》に対応するための《実践感覚の活用を意識する》時期である。

これに対応するための能力は、中堅期における【新人指導経験】と【リーダーシップ経験】で獲得される場合が多く、これらの実践感覚が〈管理職に必要な経営感覚〉と自覚され、意識的に活用されている。一方で、〈職員間の温度差〉や、〈人員不足で得られない研修機会〉、実習指導者研修の受講後に〈実習生がこない〉等の環境的要因が影響し、実践感覚の活用を阻害している場合も少なくない。これに対応するためには、業務管理・事業運営経験に実践感覚を活用できる環境を整えていくことが極めて重要である。

今後は、以上の示唆を介護福祉士養成カリキュラムや生涯研修等との関連で検討していくことが必要である。このうえでは、これについても残された課題が明確である。

本研究は、実務経験10年以上の介護福祉士27名を対象に行ったインタビュー結果の分析によって明らかになったものであり、こうしたキャリア形成を支える具体的な教育方法を検討するうえでは、今まさに直面している経験を拾い上げていくことも重要である。

つまり、この点においては、本研究が採用した実務経験10年以上の対象者が、自身の実務経験を振り返るという方法を採用したが、調査対象者を予め初任期、中堅期、ベテラン期等と分け、属性毎の調査や分析を「今まさに経験していること」を取り上げて検討していくことも重要である。

4 本研究の実践的活用に向けた課題

以上、ここでは、本研究が見出した実践感覚の意味を、①画一的な指標を超えた介護過程のアセスメントプロセス、②尊厳を支えるケアの実現に向けた当事者理解の主観的認識の更新、③介護職員の成長過程及びキャリアプロセスとしての発達段階的な素材、として検討した。

いずれもこうした実践感覚の意味を見出す手掛かりとして、介護職員個々のケア経験を振り返るという機会、方法から感覚的な認識経験の自覚を促すアプローチが重要であり、記述的研究が用いる観察やインタビューはこれを促す方法として極めて有効であったことを明らかにした。さらに、ここで生み出され実践感覚の存在確認や共有による効果は、スーパービジョンに類似する機能を生み出していることも示唆された。

実践感覚という感覚的な認識経験は、何らかの形式的なかたちに変換することが共有化には求められる。この点において、記述的研究の結果としての「結果図やストーリーライン」は、組織における共有の材料として、特に有効であったといえよう。とりわけ、実践

感覚の言語化が果たす効果はケアプランやケアカンファレンスへの活用に結びつくことは、本研究の実践的活用に向けた重要な成果であると考えている。

一方で、介護職員の実践感覚を養うためには、ケア現場における段階的な経験の蓄積が必要となることも示唆された。具体的には、①初任期に介護技術・基本業務習得経験から実践感覚の自覚を生み出すこと、②新人指導経験・リーダーシップ経験から実践感覚の言語化をはかること、③業務管理・事業運営経験に実践感覚を活用できる環境を整えることが重要であることの3点である。

このような実態と本研究の示唆をふまえると、実践感覚の獲得・活用のためには、キャリア形成という視点での研究を継続し、養成カリキュラムや生涯研修制度の内容に踏み込むと共に、能力開発の観点で本研究の位置づけをより深くかつ多角的に検討し直すことも必要（今後の課題）である。

介護職員を取り巻く状況は、介護福祉士養成課程におけるカリキュラム改正の変遷にみられるように、認知症や医療的ケア等のケアの対象者領域の拡がりだけでなく、判断力や応用力を育む観点から介護過程教育の時間数の増加をはかるなど、能力開発という観点で様々な見直しが繰り返されている。こうした能力開発は養成課程のみに限定されるものではなく、近年では資格取得後の生涯研修の整備も様々な見直しが重ねられている。

日本介護福祉士会では、介護福祉士基本研修、ファーストステップ研修に加え、認定介護福祉士養成研修を創設した。特に、認定介護福祉士は、介護福祉士資格取得後の継続的な教育機会の提供という観点において、介護福祉士の資質向上を「利用者のQOLの向上」のほか、「介護と医療の連携強化と適切な役割分担の促進」や「地域包括ケアの推進等の介護サービスの高度化に対する社会的要請に応じていくこと」を目的に据えている。こうした点をふまえ、マネジメントに関する領域等、これまででない介護職員の能力開発の視点を位置づけている。

また、全国社会福祉協議会では2009年度に整備した福祉・介護サービス従事者の5段階の職務階層を「キャリアパス対応生涯研修課程」として見直し、介護職員等の職務や獲得すべき職業能力に応じた研修内容を再整備している。

このように、介護職員に求められる能力は、介護福祉士の定義変更のように、従来の食事や排せつ、入浴等の介護技術に限定しない幅広い領域を扱うと共に、これらを生涯教育という観点から実務経験と連動させて獲得していくことが期待されている。

こうした点をふまえ、今後は、本研究で得られた示唆を、介護職員のキャリア形成やキャリア開発という観点で多角的に捉えなおし、それらを生涯研修やスーパービジョンという実践的な方法によって、実践感覚を育むための支援として発展させていきたい。

文献一覧

- A,Kadushin(2009) SuoperVision In Social Work fifth edition(=2016, 福山和女監修, 田中千枝子責任編集『スーパービジョン イン ソーシャルワーク第5版』中央法規.)
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic And Statistical Manyual Of Mental Disorders Fifth Edition. (=2014, 高橋三郎・大野裕監訳『DSM - 5 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院.)
- B.G.グレイザー・A.L.ストラウス (2015) 『テータ対話型理論の発見—調査からいかに理論をうみだすか』新曜社.
- BK.,Haight,B S, Haight, (2007) The Handbook of Structured Life Review, (=2016,野村豊子監訳『MINERVA 福祉ブック①ライフレビュー入門-治療的な聞き手になるために-』ミネルヴァ書房.)
- D,Leonard & W,Swap (2005) Deep Smarts(=2013,池村千秋訳『【新装版】「経験知」を伝える技術』ダイヤモンド社.)
- D.Schön (1983) The Reflective Practitioner (=2005,佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵 反省的実践家は行為しながら考える』ゆみる出版.)
- G.E.M.Anscombe (1963) Intention (Oxford,Basil Blackwell,1957) 第2版. (=2000,菅豊彦訳『インテンション—実践知の考察—』産業図書.)
- HL. Dreyfus,SE, Dreyfus (1986) Mind Over Machine The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer (=1987,椋田直子訳『純粹人工知能批判』アスキー出版局.)
- JJ,Fitzpatric and M,Wallace (2006)Encyclopedia Of Nursing Research, 2nd Edition (=2009, 岡谷恵子訳『看護研究百科』照林社.)
- KU,Maurer(2004)Alzheimer (=2004, 新井公人監訳『アルツハイマー』保健同人社) .
- M Z ,Cohen,DL.Kahn,R H. Steeves (2007) : (=大久保功子訳解釈学的現象学による看護研究 - インタビュー事例を用いた実践ガイド - . 第1版, 日本看護協会出版会.
- M, Polanyi The Tacit Dimension (=2007,高橋勇夫訳『暗黙知の次元』ちくま学芸文庫.)
- M,Polanyi (1966) The Tacit Dimension (=2003, 橋勇夫訳『暗黙知の次元』ちくま書房) .
- M. Dixon (2000) Common Knowledge (=2003,梅本勝博・遠藤温・末永聡訳『ナレッジ・マネジメント 5つの方法』生産性出版.)
- P,Benner(2001)From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. (=2012,井部俊子監訳『ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ』医学書院.)
- P,Benner(2010)Educating Nurses A Call for Radical Transformation published by jossey-Bass.(=2013,早野 ZITO 真佐子訳『ベナーナースを育てる』医学書院.)

- P,Benner,HK,Stannard(1999)Clinical Wisdom and interventions in Critical Care A Thinking-In-Action Approach(=2005,井上智子監訳『ベナー 看護ケアの臨床知-行動しつつ考えること』医学書院.)
- P,Bourdieu (1980) Le Sens Pratique, Les Éditions de Minuit (＝2012,今村仁司・港道隆訳『実践感覚1』みすず書房.)
- P,Bourdieu (1980)Le Sens Pratique, Les Éditions de Minuit. Livre2 Logiques pratiques. (＝2012,今村仁司・福井憲彦・塚原史・港道隆訳『実践感覚2』みすず書房.)
- RA,Nisbet(1969) Social Change And History (＝1987, 堅田剛訳『歴史とメタファー』三水社) .
- S,Benson T,Kitwood B,woods(2000)Person-Centred Care(=2005,稲谷ふみ枝, 石崎淳一訳『パーソンセンタード・ケア』クリエイツかもがわ) .
- T,Kitwood(1997)Dementia Reconsidered - The person Comes First - (＝2005, 高橋誠一訳『認知症のパーソンセンタード・ケア』筒井書房).
- T,Kitwood,K,Bredin(1992)Person to Person(=2005, 高橋誠一・寺田真理子訳『認知症介護のために知っておきたい大切なこと-パーソンセンタード・ケア入門-』,筒井書房).
- T,Kitwood (1997) Dementia reconsidered : the person comes first, RETHINKING AGEING.
- 浅井さおり・沼本教子・小野光美・原祥子 (2008) 「認知障害のある高齢者と看護師との相互作用場面における看護師のタッチの意味-機能的側面からの検討-」 『日本認知症ケア学会誌』 7(1),51-58.
- 浅野正嗣 (2011) 『ソーシャルワーク・スーパービジョン実践入門-職場外スーパービジョンの取り組みから-』 みらい.
- 池内彰子・堀内ふき (2012) 「ケア提供者が重要認知症高齢者の感情をとらえる視点とその解釈」 『日本認知症ケア学会誌』 11(3),709-714.
- 一番ヶ瀬康子・黒澤貞夫編 (2006) 『介護福祉思想の探求-介護の心のあり方を考える-』 ミネルヴァ書房.
- 石川昭義・小原敏郎 編著 (2015) 『保育者のためのキャリア形成論』 建帛社.
- 石野育子 編著 (2010) 『最新介護福祉全書 第7巻 介護過程』 メヂカルフレンド社.
- 出江紳一, 坪田康佑 (2014) 『看護管理者のためのコーチング実践ガイド-臨床を動かす・リーダーシップ』 医歯薬出版株式会社.
- 伊藤大介・近藤克則・伊藤美智予 (2014) 「介護者の認知症者に対する接し方の変化に関する研究」 『社会福祉学』 54(4),41-56.
- 稲田弘子・渡邊一平・栗栖照雄 (2010) 「認知症高齢者施設における生活歴把握と介護職員の利用者への感情・思いの現状と両者の関連」 『介護福祉学』 17(1),66-75.
- 岩田正美・小林良二・中谷陽明・因幡昭英 (2006) 『社会福祉研究法-現実正解に迫る

14のレッスン』有斐閣アルマ.

岩間伸之 2014「認知症ケアにおける事例検討の意義と特質」『認知症ケア事例ジャーナル』7(3),pp.281-290.

ウヴェ・フリック (2007) QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG (=2013, 小田博志 山本則子・春日常・宮地尚子訳『質的研究入門—<人間科学>のための方法論』春秋社.

上之園佳子・谷口敏代・鈴木聖子 編著 (2015) 『「地域ケアを拓く介護福祉学」シリーズ 生活支援の基礎理論 I』光生館.

内田千恵子 2015「介護福祉士の専門性と倫理」『ふれあいケア』,pp.16-19.

王淑娟, 品川俊一郎, 中村紫織, 鄭洪新, 繁田雅弘 (2008) 「日中両国の認知症高齢者のBPSDに関する比較検討」『日本保健科学学会誌』11(1), 12-19.

太田貞司・諏訪徹・本名靖・上之園佳子・鈴木聖子・谷口敏代 (2014) 『「地域ケアを拓く介護福祉学」シリーズ 生活支援総論』光生館.

太田貞司 (2017) 「介護職の職能集団の形成とチームリーダー」『京都女子大学生生活福祉学科紀要』12,15-27.

太田貞司 (2013) 「「介護福祉学」の構築に向けて」『介護福祉学』20(2),166-171.

大川弥生 (2000) 『目標指向的介護の理論と実際』中央法規.

大川弥生 (2005) 『介護保険サービスとリハビリテーション』中央法規.

大塚俊男,本間昭監修 (2006) 『高齢者のための知的機能検査の手引き』ワールドプランニング.

大友栄一 (1986) 『実地医家のための老年期地方の診断と治療』臨床医薬研究会.

大庭輝・高宏・佐藤眞一 (2014) 「認知症の利用者に対する介護職員の感傷的負担感に及ぼす有能感の影響」『日本認知症ケア学会誌』13(2),482-489.

大森荘蔵編 (1986) 「記号・倫理・メタファー」岩波書店.

大森荘蔵編 (1986) 「経験・言語・認識」岩波書店.

大森荘蔵編 (1986) 「身体・感覚・精神」岩波書店.

大谷京子 (2013) 「ソーシャルワークにおけるアセスメント—研修プログラム開発の枠組み—」『日本福祉大学社会福祉論集』第129号.

岡田進一 (2008) 『認知症ケアにおける倫理』ワールドプランニング.

岡田進一編 (2008) 『認知症ケアにおける倫理』日本認知症ケア学会.

小澤勲 (2005) 『認知症とは何か』岩波書店.

小澤勲 (2005) 『認知症とは何か』岩波新書.

小木曾加奈子 (2011) 「認知症高齢者の“よくない状態 (ill-being)” の指標に基づいた分析—生活全体に配慮が必要な認知症高齢者に着目をして—」『介護福祉学』18(2),155-161.

奥川幸子 (2008) 『身体知と言語—対人援助技術を鍛える』中央法規.

- 介護福祉教育研究会（2012）『改訂第2版 楽しく学ぶ介護過程 ©介護福祉教育研究会 2012』kumi.
- 介護福祉士養成講座編集委員会 編（2016）『新・介護福祉士養成講座 3 介護の基礎 I 第3版』中央法規.
- 介護福祉士養成講座編集委員会編（2006）『形態別介護技術第3版』中央法規.
- 介護福祉士養成講座編集委員会編（2015）『新・介護福祉士養成講座 9 介護過程 第3版』中央法規.
- 勝原裕美子（2014）『看護師のキャリア論 [新装版]』ライフサポート社.
- 加藤伸司：認知症ケアの基礎. 第1版, 61-72, ワールドプランニング, 東京（2005）.
- 加藤伸司（2005）『認知症ケアの基礎第1版』ワールドプランニング.
- 加藤由衣（2007）「ソーシャルワーク教育におけるスーパービジョンの位置」『福祉社会研究』第8号.
- 金井壽宏・楠見孝編（2012）『実践知—エキスパートの知性 Practical Intelligence of Professional Experts』有斐閣.
- 金井壽宏・鈴木竜太 編著（2014）『日本のキャリア研究—組織人のキャリア・ダイナミクス』白桃書房.
- 河野和彦（2004）『認知症の介護・リハビリテーション予防—合理的な介護と廃用症候群の阻止—』フジメディカル出版.
- 河野和彦監修（2016）『ぜんぶわかる認知症の事典』成美堂出版.
- 川畑信也（2005）『認知症疾患の診断と治療の実際—すべての臨床医の為の実践的アドバイス—』ワールドプランニング.
- 北川清一, 相澤譲治・久保美紀 監（2008）『ソーシャルワーク・スキルシリーズ スーパービジョンの方法』相川書房.
- 木下康仁（1999）『グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的研究の再生-』弘文堂.
- 木下康仁（2003）『グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的研究への誘い-』弘文堂.
- 木下康二（2009）『質的研究と記述の厚み—M-GTA・事例・エスノグラフィー』弘文堂.
- 木下康二（2014）『グラウンデッド・セオリー論』弘文堂.
- 鯨岡峻（2007）『エピソード記述入門—実践と質的研究のために』東京大学出版会.
- 楠見孝（2001）『比喩の理解：なぜわかるのか？ どうして使うのか？』森敏昭編認知心理・学を語る第2巻 おもしろ言語のラボラトリー 北大路書房.
- 楠見孝編（2007）『メタファー研究の最前線』ひつじ書房.
- 工藤喬, 武田雅俊（2005）「BPSD の総論（特集 BPSD の生物学）」老年精神医学雑誌 16(1), 9-15.
- 工藤喬, 武田雅俊（2008）「BPSD 総論」『老年精神医学雑誌』16（1）, 9-25.
- 汲田千賀子（2016）『認知症ケアのデリバリー—スーパービジョン—デンマークにおける導

入と展開から』中央法規.

栗原隆 (2004) 「ヘーゲル-生きてゆく力としての弁証法-」NHK 出版.

栗原隆 (2004) 『シリーズ・哲学エッセンス ヘーゲル-生きてゆく力としての弁証法』NHK 出版.

高齢者介護研究会 (2003) 『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～』高齢者介護研究会報告書.

高齢者介護研究会 (2003) 『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～』高齢者介護研究会報告書.

戈木クレイグヒル (2006) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ-理論を生み出すまで』新曜社.

佐藤郁哉 (2002) 『フィールドワークの技法』新曜社.

佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法 - 原理・方法・実践』新曜社.

佐藤紀子 (2009) 『看護師の臨床の『知』看護職障害発達学の視点から』医学書院.

佐藤信人 (2015) 「高齢者の尊厳と自立」『ふれあいケア』,pp. 12-15.

佐藤光 (2010) 『マイケル・ポランニー「暗黙知」と自由の哲学』講談社.

坂本智代枝 (2008) 「エビデンス・ベースド・ソーシャルワークの特質 (3) - 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた質的研究の試み-」『ソーシャルワーク研究』34 (1) , 47 - 54.

柴田庄一, 遠山仁美 (2007) 「『暗黙知』の体得と『階層構造』の意義-『創発』の機制と熟達の諸条件をめぐって-」『言語文化論集』14 (1) , 19-38.

島田千穂・伊東美緒・平山亮・高橋龍太郎 (2015) 「看取りケア経験の共働的内省が特別養護老人ホーム職員の認識に及ぼす影響」『社会福祉学』56(1),87-100.

志村健一 (2008) 「グラウンデッド・セオリー-アクションリサーチの理論と実際-No.1」『ソーシャルワーク研究』34 (1) , 71 - 75.

志村健一 (2008) 「グラウンデッド・セオリー-アクションリサーチの理論と実際-No.2」『ソーシャルワーク研究』34 (2) , 51 - 55.

志村健一 (2008) 「グラウンデッド・セオリー-アクションリサーチの理論と実際-No.3」『ソーシャルワーク研究』34 (3) , 52 - 55.

下仲順子編 (1997) 『老年心理学』培風館.

白石句子・大塚武則・影山優子・藤井賢一郎・今井幸充 (2010) 「介護老人福祉施設の介護職員の「介護観」に関する研究-経験年数, 教育・資格による相違-」『介護福祉学』17(2),164-175.

杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 齋藤やよい (2005) 「異常を察知した看護師の臨床判断の分析」『The Kitakanto medical journal』55(2), 123-131.

鈴木みずえ・水野祐・DawnBrooker・住垣千恵子・坂本涼子・内田敦子・グライナー智恵

- 子・大城一・金森雅夫(2008)「Qualityoflife 評価手法としての日本語版認知症ケアマッピング (DementiaCareMapping－DCM－) の検討－Well-beingValue (WIB 値) に関する信頼性・妥当性－」『日本老年精神医学会雑誌』45 (1) , 68-76.
- 諏訪さゆり 編(2006)『ICF の視点に基づく施設・居宅ケアプラン事例展開集』日総研.
- 諏訪徹・坂本洋一 編著 (2015) 『「地域ケアを拓く介護福祉学」シリーズ介護福祉の組織・制度論』光生館.
- 世界保健機関 (WHO) 『ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改定版－』中央法規.
- 瀬戸賢一 (2001) 『認識のレトリック』海鳴社.
- 瀬戸賢一 (2008) 『メタファー思考』講談社.
- 高橋順一・渡辺文夫・大淵憲一 (2011) 『人間科学研究法ハンドブック』ナカニシヤ出版
- 谷口敏代・上之園佳子・鈴木聖子 編著 (2015) 『「地域ケアを拓く介護福祉学」シリーズ 生活支援の基礎理論Ⅱ』光生館.
- 竹中星朗 (2004) 『明解痴呆学－高齢者の理解とケアの実際－』日本看護協会出版会.
- 竹内孝仁 (2005) 『認知症のケア－認知症を治す理論と実際－』年友企画.
- 田坂広志 (2008) 『未来を予見する「5つの法則」 弁証法的思考で読む「次なる変化」』光文社.
- 田嶋英行 (2013) 「当事者の“当事者性”と専門職の“当事者性”」『社会福祉学』54(3),79-82.
- 田中元 (2015) 『認知症ケアができる人材の育て方』ばる出版.
- 辻泰代・渡辺裕美 (2011) 「その人らしさを継続するための認知症高齢者グループホーム入居支援－入居前アセスメントと入居時ケアに焦点をあてて－」『介護福祉学』18(2),48-56.
- 鄭尚海・岡田信一・白澤政和 (2011) 「認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) を改善するための支援の方法－特別養護老人ホームの介護職員による改善事例に対する質的分析をもとに－」『介護福祉学』18(1),38-47.
- 鄭尚海・岡田信一 (2013) 「認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)を改善するための支援における介護職員の自己効力感の因子構造」『日本認知症ケア学会誌』11(4),805-816.
- 外山義 (1999) 「痴呆性高齢者グループホーム」『老年精神医学雑誌』10(5),542-48.
- 内閣府「平成 28 年版高齢社会白書」第 1 章高齢化の状況 (第 2 節 3)
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html.
- 中島眞由美 (2012) 「認知症高齢者の家族の介護負担軽減とケアマネジメントのプロセス評価との関係」『社会福祉学』52(4),66-79.
- 中村重信編 (2003) 『痴呆疾患の治療ガイドライン』ワールドプランニング.
- 中村雄二郎 (2007) 『臨床の知とは何か』岩波新書.
- 中村雄二郎 (2009) 『共通感覚論』岩波書店.
- 永田久美子 (2002) 「利用者主体の暮らしとケアの実現に向けて：痴呆性高齢者グループホームの挑戦」『老年社会科学』24(1),23-29.

- 中埜肇（1973）『弁証法-自由な思考のために-』中公新書.
- 西村ユミ（2007）『交流する身体〈ケアを捉えなおす〉』日本放送出版協会.
- 西村ユミ（2008）『語りかける身体-看護ケアの現像学』ゆみる出版.
- 西村洋子・太田貞司（2008）『介護福祉教育の展望—カリキュラム改正に臨み—』光生堂.
- 日本介護福祉士養成施設協会編（2014）『介護福祉士養成テキスト第2巻 介護の基本／介護過程』法律文化社.
- 日本認知症ケア学会（2010）「Comment NO.1 認知症ケアは、意味解釈の過程そのもの」『認知症ケア事例ジャーナル』3(3),pp.232.
- 日本認知症ケア学会 編（2004）『認知症ケアの基礎』ワールドプランニング.
- 日本認知症ケア学会編（2010）『認知症ケアの基礎』ワールドプランニング.
- 日本認知症ケア学会編（2014）『認知症ケア基本テキスト BPSD の理解と対応』ワールドプランニング.
- 認知症介護研究・研修センター編（2005）「認知症の人のケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方」, p 19.
- 認知症介護研究・研修仙台センター『認知症介護実践研修、指導者養成研修のあり方およびその育成に関する調査研究事業報告書』
<https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/list.html?center=3>.
- 野村豊子 編（2013）『介護福祉士養成テキストブック②人間関係とコミュニケーション』ミネルヴァ書房.
- 野村豊子（2005）『認知症ケアの実際 I 総論第1版』ワールドプランニング.
- 野村豊子 編（2013）『介護福祉士養成テキストブック⑤コミュニケーション技法』ミネルヴァ書房.
- 野村豊子（2014）『高齢者とのコミュニケーション』中央法規.
- 野中郁次郎・竹内弘高（2006）『知識創造企業』東洋経済新報社.
- 長谷川和夫（2008）『認知症の理解-介護の視点からみる支援の概要-』, pp.89.
- 長谷川和夫 監修（1988）『高齢期の痴呆』同朋舎出版.
- 長谷川和夫 監修（1992）『痴呆性老人の心理学』中央法規出版.
- 長谷川和夫 編（2008）『認知症の理解—介護の視点からみる支援の概要—』建帛社.
- ハロルド・ガーフィンケル（2008）『エスノメソドロジー—社会学的思考の解体』せりか書房.
- 林泰史 編（2005）『形態別介護技術 I - 老人編—』建帛社.
- 朴美蘭・渡辺裕美（2011）「認知症高齢者の主体性を引き出し促すケアの考察—グループホームにおける食事支援の類型から—」『介護福祉学』18(2),93-102.
- 久松信夫（2017）「認知症高齢者支援におけるソーシャルワーカーの代弁プロセス—地域包括支援センターの社会福祉士に焦点をあてて—」『社会福祉学』57(4),71-84.

- 広井良典（2000）『ケア学—越境するケアへ—』医学書院.
- 広井良典（2005）『ケアのゆくえ科学のゆくえ』岩波書店.
- 福島真人（2008）『【身体とシステム】暗黙知の解剖 認知と社会のインターフェイス』金子書房.
- 福山和女編（2008）『MINERVA 福祉専門職セミナー⑭ ソーシャルワークのスーパービジョン 人の理解の探究』ミネルヴァ書房.
- 福山和女・田中千枝子 編（2016）『介護・福祉の支援人材養成開発論』勁草書房.
- 北陸先端化学技術大学院大学 監修（2002）『ナレッジサイエンス - 知を再編する 64 のキーワード』紀伊国屋書店.
- 保正友子「医療ソーシャルワーカーの実践能力変容過程—新人期から中堅期に至る 3 段階—」（2011）『社会福祉学』52(1),96-108.
- 保正友子（2013）『医療ソーシャルワーカーの成長への道のり 実践能力変容過程に関する質的研究』相川書房.
- 堀内園子（2013）『認知症看護入門—誠実さと笑いと確かな技術で包む世界』ライフサポート社.
- 堀内園子（2014）『見て、試して、覚える触れるケア—看護技術としてのタッチング』ライフサポート社.
- 本田美和子・Yzes Gineste・Rosette marescotti（2016）『ユマニチュード入門』医学書本間昭 2004「2015 年の高齢者介護における痴呆ケア」『老年医学雑誌』15(23),pp. 1349-1352.
- 松鷹栄（1993）『アルツハイマーの夜明け—解けた老人性痴呆の謎—』山手書房新社.
- 松田純・堂園俊彦・青田安史・天野ゆかり・宮下修一編（2017）『ケースで学ぶ認知症ケアの倫理と法』南山堂.
- 松永澄夫（2015）『経験のエレメント—体の感覚と物象の知覚・質と空間規定』東信堂.
- 三浦和夫, 加藤伸司（2009）「認知症の行動・心理症状に対する介護職員のとらえ方と研修との関係について—在職年数別にみる内部研修の有効性—」『日本認知症ケア学会誌』8（1）, 51-59.
- 水野裕(2008)「DementiaCareMapping の臨床的有用性と今後の課題」『老年精神医学雑誌』19(6),657-663.
- 水野裕（2008）『実践パーソンセンタード・ケア—認知症をもつ人たちのために—』ワールドプランニング.
- 三好功峰（2000）「BPSD とは」『老年精神医学雑誌』29(10), 1209-1215.
- 室伏君士, 平井俊策(1989)『老年期痴呆ハンドブック』メディカルレビュー社.
- 村田久之（1994）『ケアの思想と対人援助』川島書店.
- 村田麻起子・内藤佳津雄（2015）「介護における行動とコミュニケーション—事例から認

知症ケアにおけるコミュニケーションを再考する」『日本認知症ケア学会誌』
14(2),451-456.

森繁樹編著（2015）『事例で読み解く 介護過程の展開 根拠に基づく「生活支援」を
実践するために』中央法規.

山田義教（2008）『価値獲得に賭ける製造カー弁証法思考による総合化イノベーション』
白桃書房.

横山登志子（2008）『ソーシャルワーク感覚』弘文堂.

渡辺かづみ（2002）「患者の様子が「何か変」という看護師の感覚から始まる臨床判断の
プロセス」兵庫県立看護大学博士論文.

渡辺裕美（2013）「「介護福祉学」の構築に向けて」『介護福祉学』20(1),89-95.

謝辞

博士論文の作成にあたり、ご指導とご教示をいただいた田中千枝子教授に、深く感謝の意を表したい。田中千枝子教授は、筆者が修士課程に在籍した 2008 年から、研究生を含め、10 年にわたってご指導いただいた。

驚異的なスケジュールの中、筆者の作成する不十分な分厚い記述に全て目を通し、筆者の関心と解釈の双方に注意をはらいながら、常にタイミングの合う指導と助言をくださった。介護福祉という領域において、社会福祉学に立脚しつつ、ケアという概念を扱うために、近接する学問の文献やアプローチを視野に様々なご指導をいただいた。これらの指導は、筆者にとって新しい知見を得る機会と同時に「目から鱗」という経験ばかりであった。

一方で、こうした知的好奇心に駆られ、時に社会福祉学研究から逸脱する危険性や研究方法への関心に意識が向き過ぎてしまうことも多く、その度に自己覚知を促してくださった。

何よりも記述的研究という方法を活用するために多大なご指導をいただいたことは、筆者の今後の研究者人生において、大きな根をはり幹を育くむ時間となった。ここに改めて深く御礼を申し上げたい。

そして、副指導教員としてご指導とご教示を頂いた後藤澄江教授、平野隆之教授にも深く感謝の意を表したい。後藤澄江教授には、論文執筆を進める上で筆者に生じている迷いや、揺らぎのある主張を的確に指摘していただき、客観性を持った視点と冷静な判断に立ち返る事の重要性を丁寧にご指導して頂いた。

後藤教授の温かく時に厳しい眼差しがなければ、筆者のこだわりを論文としてまとめあげていくことはまず不可能であったと感じている。

そして同じく副指導教員としてご指導いただいた平野隆之教授には、現象を捉えるうえでの抽象度について、構造図を用いた俯瞰的視点による様々な考え方をご指導いただいた。研究を立体的かつ構造的に組み立てる上で、平野教授の指導なくしては、博士論文の構成を成り立たせることはまず出来なかったと感じている。さらには、平野教授には博士論文の執筆をとおして、研究者としての立場や考え方についても厳しくご指導いただいた。実践研究という学問的、実務的な意義だけでなく、それに関わる研究者の存在について、これほど深く考える機会をいただけたことは、今後の研究者人生においてまちがいなく自己のアイデンティティの形成につながっている。ここに深く感謝の意を表したい。

また、本研究で採用した修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにおいてスーパービジョンを頂いた立教大学木下康仁教授にも深く感謝を申しあげたい。木下教授のスーパービジョンは、筆者の問題意識とデータの解釈について常に注意を払い、分析視点や概念同士の関係性についての的確にご指導をいただいた。また、本研究の結果がもたらす実践への応用的な示唆についても、常に重視してご指導いただいた。これらの指導は本研究が

だれのための研究なのかという原点に立ち返る機会となり、研究目的の達成に導いてくださった。何よりも、これをとおして研究者である筆者自身のデータへの向き合い方について深く洞察し、自己覚知を促してくださったことに心より感謝を申し上げたい。

そして、本研究は弁証法等、哲学の視点や知見を手がかりに調査方法の検討や概念考察を重ねた。本研究で用いる哲学的な視点や用語についてご指導いただいた日本福祉大学片山善博教授にも深く感謝を申し上げたい。難解な哲学を理解することに力点を置いていた筆者に対し、片山教授は実践を捉えるために「弁証法的に哲学する」ことに導いてくださった。片山教授のスーパービジョンがなければ、筆者が用いる研究は、哲学視点や哲学用語による借り物の考察に留まってしまったと感じている。

最後に、本研究は介護職員の参与観察やインタビュー調査を中心とし、事業所に務める介護職員をはじめ、福祉関係者の皆様の協力なくして成り立つことはなかった。特に静岡県社会福祉協議会研修課の曾根氏、静岡県介護福祉士会前会長前田氏、同会員中西氏、増田氏、吉田氏には筆者の問題意識に共感し4年という長期間の調査活動や研究会に同行して頂いた。勤務時間のみならず休憩時間、休日も返上し、手厚く協力を頂いたことに記して感謝したい。

おわりに、この博士論文は、専門学校、大学、大学院と9年もの進学を支えてくれた両親の存在なくして生まれることはなかった。献身的なサポートをし続けてくれた両親には、感謝してもし尽くせない思いでいる。心から御礼を述べたい。

そして、田中千枝子教授のもと、共に励ましあい、力を与え続けてくれた日本福祉大学大学院質的研究会の仲間にも心から感謝したい。これほど多くの方々に支えられて博士論文が執筆できたことに改めて感謝すると共に、今後も質的研究をとおして福祉社会の開発に貢献していくことをここに誓う。