

介護支援専門員における職業倫理「自立支援」の理解度と実践度合い
—主任介護支援専門員のアンケート調査の分析から見る現状と課題

The Definition and the Degree of Practice of “Autonomy” among Japanese Care-managers: Quantitative and Qualitative Analysis¹

渡部 律子

Ritsuko Watanabe

This study aims to examine Japanese care-managers' practice of professional ethics. One of six ethical principles for care-manager training, “autonomy” was chosen for this study. Two analyses of 263 chief care-managers' questionnaires were conducted. The first analysis used content analysis to categorize how chief care-managers defined “autonomy”. The second analysis applied multiple regression to see if degree of ethical practice, relating to autonomy, achieved (self reported), was predicted by: definition of autonomy, gender, age, and license status. The first analysis showed that a little less than 30% of respondent defined autonomy as “physical independence”, and the rest as “psychological independence”. The second analysis showed that only definition of autonomy was a significant predictor of the degree of ethical practice. Those who defined autonomy as physical had higher self reported degree of ethical practice. This can be interpreted as achieving “ethical practice” by preferring the easier definition of its content. The implication for practice is that care-managers should be taught the multiple aspects of autonomy so they can respect both physical and psychological autonomy of clients. The implication for policy is that policy makers need to enable both physical and psychological autonomy of clients.

キーワード：職業倫理、公的介護保険、自立支援、ケアマネジャー

Key Words : Social Work Ethics, Long-Term-Care Pension, Client's Autonomy, Care-managers

I. はじめに

介護事業サービスの最大手である企業の不正発覚をきっかけとして、通称ケアマネジャーと呼ばれている介護支援専門員(このあと本論文では特別な場合を除いてケアマネジャーと呼ぶ)を含む介護事業従事者の資質が問題になっている。今回の事件で明らかになったことは、介護報酬の架空請求や職員の水増しといった事業所の問題とともに、その事業所で働いているケアマネジャーたち

が、職業倫理に反する利用者対応をさせられていたということである。その一例として2007年7月15日の毎日新聞はコムスの元ケアマネジャーであった50代の女性の「会社のためにがんばっているという高揚感で、自分がしていることがおかしいとは思いませんでした。」という談話を載せている。この女性によると、ケアマネジャーにはノルマが課せられ、利用者の必要性にかかわらず自社グループの福祉用具をどれだけ使わせるかが評価されていたということである(毎日新聞2007年7月

1 本研究の調査に協力して下さった介護支援専門員の方々とは本論文作成にあたりデータ整理、原稿作成に協力して下さった高塩弥生さんに謝意を表します。

15日12面)。このような福祉用具の使用にとどまらず、家事援助よりも利益率の高い身体介護を利用者に薦めるといったような「事業所にとってより利益が上がることを第一の目的とした」ケアプラン作成が推奨されていたということであった。このような問題が起こった背景には、本来公正中立の立場に立って利用者にとって最適な支援をするべきケアマネジャーが、利用者の使うサービスを提供する事業所によって雇用されているという介護保険制度の構造的な問題があげられる。しかし、このような構造的な問題とともに、ケアマネジャーが誰の利益を最優先して何を目的として仕事をすべきなのかというケアマネジャーの職業倫理教育の問題も存在する。

Linzer(1999)によれば、倫理とは、「システムあるいは要綱として定義された行動。倫理とは道徳実践の理論的な検証」である(p35)。世間で認知された「専門職」にはその専門職に期待される行動原則を記述した倫理要綱があり、専門職がなすべき行動、責務、行動が明記されるとHepworth & Larsen(1993)は述べている。彼らは、倫理要綱が果たす役割を「①専門職の評判を保つ安全弁。標準的な行動が明らかにされる。②専門職が能力・責任ある実践を高める。③消費者が悪質・資質の低い実践家によって搾取されることをふせぐ」の3点に要約している。ケアマネジメントという用語と同義語として使用されるケースマネジメント²は、脱施設化の流れに伴い複雑なサービスのコーディネーションを継続的に必要とする人々に対する地域での自立生活支援の必要性が高まったことを契機に登場し、ソーシャルワークの実践方法の一方法として早くから用いられてきていた。米国のソーシャルワークは、その中核が価値と倫理であると言っても過言でないとされるほど倫理的行動の重要性を強調し教育しており、米

国のソーシャルワーカー協会(NASW=National Association of Social Workers=全米ソーシャルワーカー協会)では、専門職倫理が実践でいかに行動化されるべきかまで踏み込み、ホームページ上で36ページに亘る倫理綱領の解説を行っている。さらにソーシャルワークでは、職業倫理の実践にはジレンマがつきまとうことを認識しており、職業倫理にのっとった実践に伴うジレンマに関する議論も数多くなされている(例:Ragg, 2001; Linzer, 1999)。

しかし、我が国のケアマネジメントが倫理教育に重点を置いてきたとは言い難い。公的介護保険は2000年4月施行であるにも関わらず、ケアマネジャーの全国組織である日本介護支援専門員協会が正式に倫理綱領を定めたのは2007年3月25日である³。又、研修においても、倫理教育に十分な時間が割かれているとは言い難い。平成18年6月15日に、厚生労働省老健局長から各都道府県知事にあてられた「介護支援専門員資質向上事業の実施について」の参考資料3(老発0615001号)では、資格試験に合格した直後の介護支援専門員から地域包括支援センターで「・・・他の介護支援専門員に適切な指導・助言を行う・・・」ことが期待されている主任介護支援専門員に及ぶ人々に対して、6種類の研修について実施要項と時間配分が提案されている。資格試験に合格した人々を対象とする実務研修では44時間の研修の中で2時間の講義が介護サービスの基本に当てられており、その一部として利用者の権利擁護の視点に立った介護支援専門員の倫理と基本姿勢が取り上げられているのみである。一定の実務を経験した後に受講する研修の実務従事者に対する基礎研修では、33時間の研修のうちの3時間が、就業後6カ月以上と就業後3年以上の人々に対して行われる専門研修のIとIIでは、専門研修Iにおいてのみ、33時間の

2 日本のケアマネジメント研究の第一人者である白澤(1997)は、ケースマネジメントとケアマネジメントを同義語として論じているので、ここでも従来ケースマネジメントとして論じられてきた内容をケアマネジメントと考え解説を加えていく。

3 ホームページ上での倫理綱領は2ページにわたるものである。

うち1時間が倫理の講義に当てられている。およそ実務経験が3年から5年以上の介護支援専門員を対象にした主任介護支援専門員研修でも、約64時間以上に渡る研修内容の中で、「利用者主体、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者ニーズの代弁など」という六つの項目を含む「ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理」に3時間の講義が割り当てられているのみである。「価値・倫理」というと、あまりにも当然のことが記述されており抽象的ともいえる表現が少なくないこともあってか、研修でも深い内容にまで踏み込めていないのが現実である。

介護支援専門員の倫理教育のひとつに指定されている「自立支援」に見られる自立という概念は、その定義が難しく、日本でも障害者の自立等を中心に多くの議論が戦わされてきた(例：北野・石田・大熊1999；定藤・岡本・北野1993)。谷口は、我が国で展開されている自立概念の議論に混乱があると指摘し、その理由として、自立と自立生活の概念の混同があるという。その上で、日本の国民性や風土性にあつた自立概念の構築を試み、自立を「身辺自立、精神的自立、経済的自立、住環境自立、社会的自立」の5種類に細分化している。身辺自立は、高いADLに象徴されるような身の回りの事を他人の助けを借りずに実行できることであり、精神的自立は、自己決定と自己選択を行いその結果に関する責任をとれること、経済的自立は仕事を持ち自分自身で生活費を稼ぎ出しているか、あるいは障害のために就労できなくても、年金や生活保護費を自主管理できること、住環境自立とは、自分に適切な生活形態の決定と生活の場の確保及びそれらの実践ができること、社会的自立とは社会秩序や道徳を習得し社会に貢献

できるものとして周囲から受け入れられること、と定義をしている(谷口 2005)。

全米ソーシャルワーカー協会倫理綱領では、倫理原則に自立という用語を使っていないが、Linzar (1999)は、「・・・自立の原則ということは、自己決定と同義語として取り扱われてきた(p136)」⁴と述べ、「自立」が、ソーシャルワークの中核とも言われる「自己決定の原則」を位置付けている。ホルト(2005)は、クライアントの自立性は、「ケースマネジメント⁵過程の基本となる価値」(p197)であると述べ、自立がケースマネジメントでいかに重要な概念かを強調している。コロピー(1988)は、「長期ケアにおいて個人の自立に関する問題ほど、倫理上の問題の中で問われている問題は無い。」(白澤・渡部・岡田、1997 p85)⁶として、自立という課題は、高齢者のようにケアが長期化する場合に特に大きな問題になりがちであると述べている。コロピーは自立の定義はあいまいであり様々な言い換えができるということを指摘した上で、自立の概念の多義性に関して、以下のように述べている。「・・・自立は概念的な領域あるいは自己決定に関連する多くのことを含む広義の概念と定義づけられる。従って自立は自己決定、自由、独立、選択や行動の自由を包含する概念の総和であると理解される。」(p86)このように、自立という言葉は簡単に定義することが困難であり、その言葉の中には広範な意味を内包しているということである。このような自立の概念上の多義性を理解すると、ケアマネジメント実践の中で「自立支援」をするということが広範な行為の総称として考えられるのが当然だということがわかる。さらに、その解釈の困難さはケアマネジャーの実践活動で、様々なジレンマを生み出す

4 翻訳は筆者による

5 前述したようにケースマネジメントとケアマネジメントという用語は我が国では同義語として用いられており、本論文ではケアマネジメントという呼び方で統一しているが、引用の場合は、著者の記述に従ってケースマネジメントという用語を用いる。

6 コロピーが1988年に著した論文の翻訳である。「ケースマネージメントと社会福祉」(1997)白澤政和・渡部律子・岡田進一 監訳 の中の第4章谷口明広訳を使用している。

であろうことも予測できる。コロピーは、「・・・、自立は、倫理的な混乱が生じる区別や両極性に分かれる点で、それ自体問題のある概念でもある」(p87)と述べ、自立という言葉の解釈に関してケアを提供するものが陥りがちな危険性を表1にまとめたような6種類に分類している。こうして見てくると、長期ケアの対象者である高齢者のどのような決定や行動を支えることが「自立支援」に当たるのかは容易に判断できないことが明らかである。2曲化された容易な判断をすることによって本来の自立の支援にならないという危険に陥ってしまうのである。このような危険を避けるためにケアマネジャーが心しておくべきことは、「自立は、その区別、両極性、解釈のそれぞれの多様さにおいて層が厚く、哲学的には複雑で、倫理的に問題のある価値をも含んでいる。・・・両極性を無くしていくために、長期ケアの理論、調査、実践は、自立が抱えている概念的かつ経験的な複雑さや価値としての相対的な優先順位、矛盾した可能性と広がり、といった特徴について可能な限りの説明を開発していかなければならない。」(p104)ということになる。

表1 コロピーによる6種類の自立の課題

(1) 決定の自立と実行の自立
決定の自立とは外からの影響を受けずに決定していける力と自由であり、実行の自立とは実際に何かを行う力と自由を持っているということになる。もし自立がこのような決定対実行という二者択一で考えられるのであれば、実行能力が低下した高齢者や何らかの障害を持った人にとっては、自立が存在しないことになる。コロピーは「・・・、自立の概念的な範囲が低下するに伴いその中心となる内的面決定は最後のそれゆえに最も重要な自己決定として残るのである」(p89)と述べ、身体的な自立の度合いが低くなっていく高齢者にとっ

て、概念的な自立のみを強調することの問題点を指摘している。

(2) 直接自立と委託された自立

直接自立というのは、ケアを受けている人自身が自分自身で決定を行ったり行動をとったりすることであり、委託された自立はケアを受ける人が他者に決定や行動の権限をゆだねることである。もし自立が直接自立のみに限定されてしまえば、機能の低下によって直接自立を保つことができない高齢者は自立性がないと理解されてしまう。

(3) 実行能力のある自立と実行能力の無い自立

実行能力のある自立と実行能力の無い自立との差は、当事者が望んでいる目的を達成するために選ばれた手段が論理的でかつ他者に理解できるものかどうかということである。このようなジレンマを引き起こす例として、専門職にとっては当然だと考えられる医学的治療の拒否があげられている。コロピーは、この2極化に関して高齢者の特異な決定によってその高齢者の判断能力が不十分であると考えられる危険性ととも、特異でかつ高齢者に危険をもたらすような決定を高齢者が下した場合、それを自立という名のもとに簡単に容認することの危険性も指摘している。

(4) 真正性に基づく自立と偽正性に基づく自立

専門職者が長期ケアの必要性のある高齢者に介入する時に重要視する個人の能力というものを、その個人の決定の合理性に基づいてのみ考えることは不十分であり、より広範な能力について考えなければならない。研究者たちは、真正性に基づく自立の判断には「・・・、高齢者が持つ現在の動機づけ、意見、状況だけでなく、個々の道徳歴、過去の趣向や信条そして、価値優先性などにも十分に注意を払わなければならない」(p95)とする。誇り高く

生きてきた過去を持つ高齢の男性がこどもたちに全財産を分与してナーシングホームに入所することを決定するというのは、真正性に基づく決定ではない可能性があり、介入の余地があるケースだと述べられている。

(5)即時自立と長期自立

今日の前にあることだけを考えて判断を下す場合と、より長期的な結果をも考慮に入れて判断を下す場合で、即時自立と長期自立との間にあるジレンマが引き起こされる。手術後専門家のアドバイスに反して、動き回るといった身体的な自由を得たいという思いを実行に移してしまったことで転倒した男性に、彼の長期的な自立を考慮して専門職者が行動を制限することは、彼の自立を阻むことになるのだろうか、といった問題の解決は、自立をどのような時間軸の中で考えるかによって異なってくるはずである。

(6)消極的自立と積極的自立

消極的自立の典型的な例としては、リハビリテーションの拒否があげられる。もう一度自分の足で歩くためには、リハビリテーションを継続しなければならないにもかかわらず、車いすの生活で良いという決定をするサービスの利用者は「個人の自己決定に対して干渉や介入を禁じる」ことによる消極的な自立であり「権利獲得を積極的に要求する」積極的自立との2極がある。

(コロピー(1988)の白澤・岡田・渡部監修(1997)の翻訳書をもとに筆者作成)

公的介護保険法の第1条(目的)では、「・・・その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう、・・・」と自立という言葉を使用し、さらに第2条(介護保険)の第四項では、自立という言葉が「・・・その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」という形

で使用されている。このような介護保険法における「自立」の記述を見て、佐藤(2004)は、介護保険制度では「自立」とは何かを直接示す定義はないと述べている。しかし、介護保険法の第一条或いは第二条の第四項から、自立ということを身体的自立に矮小化して理解する可能性が高いことは想像に難くない。とりわけ、2006年度の介護保険法の改訂で「介護予防ケアマネジメント」が始まり、これまで介護保険サービスの受給者であった人々が「要支援1, 2」という新たな認定を受け、筋力トレーニングなどを含むサービス利用に切り替えられることとなり、ますます「自立」が身体的自立に偏って理解される傾向が高まったと言えよう。

このような状況を見る限り、実践現場のケアマネジャーたちが、「自立支援」とは一体何を意味するのかに関して混乱しているだろうことが推測される。利用者の自立支援とは何を指しているのかをケアマネジャーたちが共有することがなければ、利用者に対して行われる支援は、ケアマネジャーの個々の理解差によって左右されることになってしまい、専門職の仕事とは言えなくなる。そのため、ケアマネジャーたちがこの自立支援をどのように理解して実践を行っているのかを知ることは緊急の課題である。自立支援といった職業倫理はその概念をめぐる議論や事例検討会での報告はあるものの、実証研究はほとんどない。そこで今後の研究の基礎研究として本研究を位置づけ、ケアマネジャーの職業倫理のひとつとして厚生労働省が研修に含めた「自立支援」をケアマネジャーたちがどのように理解しているのか、さらに、自立支援の理解の違いによって仕事の達成度合いの自己評価が影響を受けるのだろうか、という2点を2006年度から2007年度にかけて実施された主任介護支援専門員研修に出席した近畿地方A県のケアマネジャーたちを対象に実施したアンケート調査の量的・質的分析を通して明らかにしていくことを目的としている。

II. 研究方法

1. 調査対象者と調査方法・質問紙

調査対象者は、2007年度に実施されたA県の主任介護支援専門員研修に参加した281人で、その方法は集合調査である(回収率100%)。質問紙は、主任介護支援専門員⁷研修の中の倫理をテーマにした3時間研修が始まる前に配布された。回答者に対して、アンケートは無記名でありその結果は統計的に処理されること、回答しないことの自由などを含む倫理的配慮を伝達した。質問紙は、基本属性とともに、これまでの実践における倫理的問題の経験度、研修でカバーされることになっている6種類の倫理(利用者主体、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者ニーズの代弁)の定義、実践の達成度合いの主観的評価に関する質問でできている。さらに、これ6つの職業倫理の本来の定義や実践に関して講義が行われたのち、研修終了直前に再度6種類の倫理原則の実践達成度合いの主観的評価を行ってもらった(事前・事後評価)。本研究では、回収された質問紙281の中で、性別、年齢、資格、に欠損値がある回答、および実践経験を持たない回答を除外した263名分を分析の対象とした。

2. 分析の目的、方法、分析に用いられる変数

本研究では、以下に述べるような2つの分析を行っていく。

(1)分析1

1番目の分析は、「自立支援の定義」に関するものであり、分析を通じて「ケアマネジャーたちは、自立支援とは具体的にどのようなことを支援することだと定義しているのだろうか」を整理することを目的にしている。前述したように、自立支援は介護保険法の最も重要な目的でかつ6種類の倫理的行動の一つとされているにも関わらず、介

護保険法で明確にその定義がなされておらず、介護予防ケアマネジメントにおける強調点などから考えると、その定義が「身体的自立」に偏る可能性がある。本来多義的でその実践にジレンマがつきまとい、実践に際して十分な考慮が必要であるはずの自立支援を、現場で実践をしているケアマネジャーたちはどのように定義しているのか、はまだ明らかにされていない。

「自立支援の定義」の整理には、回答者が自由記述で答えた記述内容の質的分析を行い、カテゴリー化を実施する。本研究に用いられた質問紙の中で、厚生労働省が倫理の研修の際に含めるべきであるとしている六つの倫理に関して、「ケアマネジャーとして仕事を行う際に下の①から⑥までのことを実践するとは、具体的にどのようなことをするとお考えですか?現時点での貴方の考えを聞かせてください。」と問いかけ、自由に記述してもらった。分析に際しては、回答者の記述をそれぞれデータベース化し、その後、二人の評定者によって、カテゴリー化を実施した。カテゴリー化の準備段階では、質的データの分析ツールであるトラスティアを使って各回答の中に最もよく見られる用語や表現などの予備的理解をした。カテゴリー化のより詳細なプロセスに関しては、後述する。

(2)分析2

2番目の分析は、「自立支援実践の達成度合い」に関するものであり、ケアマネジャーの自立支援実践の達成度合いの主観的評価が自立支援の定義と関連があるかどうかを検討していくことが目的である。質問紙の中で6つの専門職倫理項目のそれぞれに関して、「ご自分のこれまでの実践を振り返って、どの程度の割合で、実践できていたかをお答えください。回答の仕方は、『5=9割以上、4=7割から8割、3=5割から6割、2=3割から

7 主任介護支援専門員とは、ケアマネジャーとしての経験がおよそ3~5年以上の人々である。

4割、1=2割以下』の5段階の中から最も適切なものに○をつけてください。」として5件法で答えてもらったものを「自立支援実践の達成度合い」と呼び、これが「自立支援の定義」と関連しているのかに関して、「自立支援実践の達成度合い」を従属変数にし、「自立支援の定義」を独立変数にした重回帰分析を行う。分析方法としては重回帰を実施するが、前述したように、この種の実証研究がまだ少なく本研究を基礎研究として位置づけしていることから、モデルの検証が目的ではなく、あくまでもケアマネジャーの自立支援実践の達成度合いの主観的評価と自立支援の定義との関連性を知ることが目的である。その際、「性別(男性=0、女性=1)」「年齢(1=30歳代、2=40歳代、3=50歳代、4=60歳代)」「資格(福祉系=0、医療系=1)」といった基本属性をコントロール変数として使用する。「自立支援の定義」については、分析1からでてきた複数のカテゴリーを最終的に2つのカテゴリーにまとめ上げ、そのカテゴリーを選択したグループとそうでないグループの二つのグループからなるダミー変数につくり直す。文献研究や経験知からはおそらく、この2つのカテゴリーが「身体自立」対「精神面での自立」の2つになることが予測される。「資格」をコントロール変数として入れる理由は、介護支援専門員という国家資格が、受験資格要件を満たせば、医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、保健士、看護師、社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー、柔道整復士、理学療法士、作業療法士、栄養士、などまさに広範な領域の教育や職業訓練を受けた人々が手がすることができるという背景を考慮したためである。医療と福祉では、最優先目的が異なり、そのことが倫理にも影響を与えていると考えられる⁸。そこで、質問紙では回答者の資格を、看護師、保健師、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー、その他、の6分類にしていたが、これを看護師、保健師から

なる「医療系」と、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパーからなる「福祉系」の2つに分類し直してできた変数を使用する。

Ⅲ 結果と考察

1. 調査対象者の基本属性

分析に使用された質問紙の回答者の基本属性等は、表2に示すとおりである。

表2 回答者の基本属性等 (N=263)

基本属性	平均あるいは度数分布	
性別	男性	13.3%
	女性	86.7%
年齢	30歳代	22.4%
	40歳代	35.0%
	50歳代	38.4%
	60歳代	4.2%
資格区分	看護師	28.9%
	保健師	3.0%
	社会福祉士	12.2%
	介護福祉士	33.5%
	ホームヘルパー	5.7%
	その他	16.7%
ケアマネジャーとしての経験年数	平均 5.41年 (S.D.=1.45)	
困難事例の原因として倫理に関する問題がある事例を経験している頻度 (n=257)	たくさんある	3.5%
	かなりある	16.0%
	ときどきある	52.9%
	あまりない	21.0%
	ほとんどない	6.6%
自立支援を実践できている程度 (n=260)	1 (2割以下)	0.8%
	2 (3~4割)	9.6%
	3 (5~6割)	55.8%
	4 (7割~8割)	32.3%
	5 (9割以上)	1.5%

8 参考のために論文の最後に資料として、日本の看護師と社会福祉士の協会が作成した倫理要綱のまとめを入れてある。

回答者の90%弱が女性で、40歳代と50歳代が60%以上を占めている。介護支援専門員の資格試験に先立ち保持していた資格で最も多かったのは介護福祉士であり、次が看護師であった。ケアマネジャーとしての経験年数は平均が5.41年である。

回答者に自分の考える「自立支援をする」の意味を自由に記述してもらいそこで記述したことを「どの程度実践できていますか」と5件法で訪ねた結果、最も度数の高かったのは3(5～6割)であり、約56%、続いて4(7割～8割)であり約32%の回答があった。平均は3.26(S.D.=0.67)であった。

倫理に関する問題をどの程度意識しているかを知るために「いわゆる『困難事例』の原因として『倫理に関する問題がある』と思われる事例はどれほど経験していらっしゃいますか?」と問いかけ「1=たくさんある、2=かなりある、3=ときどきある、4=あまりない、5=ほとんどない」の5件法で回答してもらった結果が、平均値は3.11(S.D=.87)で、もっとも回答の多かったのは「ときどきある」で、約53%の回答者であった。

2. 分析1の結果と考察—自立支援の定義のカテゴリー化

① カテゴリー化のプロセスと評定者間一致率

前述したような先行研究や実践知を考慮に入れ、全ての自由記述回答を読み込み、まず6つのカテゴリー化基準を作成した。そこから出てきた特徴的な回答は下の表3に示す6種類となった。①は「身体的自立」と命名されその記述内容の中心は利用者が「自分でできることを増やす」「自分でできることを支援しない」といったような内容を含むもので、主にADLの維持向上が中心となっている。できること、できないことという場合にも身体的な側面を指しているものである。②は「その人らしい生活をする」と命名され、利用者が固有の価値に基づいた生活をすることを支えていくという内容のものである。回答者が用いた言葉は「主体的、自分らしい」といったものであ

た。③は「生きがいを見つけること」と命名され、主に利用者が「前向き、希望を持って、楽しみをもって」生きるように支えていくというもので、利用者が何らかの形で生きがいを見出すことの支援をしていくというものである。②と③は時には弁別が困難な内容を含んでいるものもあったが、両者の大きな違いとして③ではどちらかと言えばケアマネジャーが主体となって利用者の生きがいを見つけるように支援する意味内容が記されているものである。一方②は利用者が主体となり、利用者の望む生活を実現していくことが中心となっているものである。④は「決定の自立」と命名され、「自分で決める」「意思決定」「自己実現」といったような内容が含まれているものである。利用者本人の精神的な側面での自立に焦点が当たっているものである。⑤は「利用者の力の引き出し」と命名され、エンパワメントやストレングスの視点が強く出ているものである。時に①の身体的自立と弁別が困難なものもあったが、⑤は単にできることを増やすという意味での「力の引き出し」を超えた表現が見られるものである。⑥は「その他」に分類されるもので、具体的に何をするのが示されず抽象的に書かれていたり、感想を述べていたり、文章が完結していないものが含まれる。例えば「利用者が自立した生活をできるようにしていく」といったようなものである。

この基準を元に二人の評定者がエクセルに入力された自由記述の文章を20問選択して別々にカテゴリー化を行った。その結果20件中の13件において合意が得られた(評定者間一致率65%)。そこで、合意しなかった7件に関して話し合いを行い全てで合意するまでカテゴリー化をやり直した。更に新たな20件の自由記述を第二ステップとして実施した結果、20件中14件の合意(評定者間一致率70%)であったため、更に第三ステップとして20件を別々にカテゴリー化した。その結果、15件で合意をした(評定者間一致率75%)。この後、第

四ステップで、残りの自由記述を二人の評定者がそれぞれ独自に読み、カテゴリー化したところ、85%の一致度となった。合意しなかった15%に関しては、二人の評定者で、前回と同様に話し合いをし、すべての記述のカテゴリー化を行った。

カテゴリー化はまず、表3の左の2欄の分類基準に沿って行われた。その際できる限り1カテゴリーに分類することを試みたが、どうしても絞り込み切れない時には複数回答とした。そのあと、第2の分析のため右の欄にあるような2分類に統合した。その結果、「身体的自立」と、「生きがいを見つける、その人らしい生活をする、決定の自立の支援、利用者の力の引き出し」といった身体的自立に比べてより判断に迷う可能性のある内容を自立支援と定義している「精神面での自立」に分類することになった。

② カテゴリー化の結果と考察

では、ここでカテゴリー化の結果を見てみたい。回答者が、自分の感想を述べたり、要求されたこととは異なったことを書いたりしたために「その他」に分類されたカテゴリーを除いて、残り5つのカテゴリーの出現頻度の割合を示したものが表4である。自立支援の定義の中で最も多かったのは「身体的自立」で全体の約28%であった。つまり、約4分の1以上の回答が身体的自立を自立と定義したのである。身体的自立にカテゴリー化された自由記述を紹介すると「あれもこれも使えますよ、と手助けの方法は言わず、たとえ90歳を過ぎていても、その人にできる部分をやらせてもらおうという方向で支援する」といったものがある。この結果は、公的介護保険が自立の定義をしないにもかかわらず、その運用面からみると身体的自立を重要視していると解釈できるという事実を反映しているといえよう。これに続いて多かったのが「決定の自立」であり、約23%の回答であった。決定の自立としてカテゴリー化さ

れた記述内容を見てみると、「どんな状態でも、自分の生き方を納得して自己決定できる。その人のしたいことを大切にしたい。」といったものがある。この回答者は、このように決定の自立を自立支援の定義として記述したあとで「相手の自立支援に迷えばなしである」と、自分の実践上の課題を記述している。自己決定を支援することは容易ではなく、そこには常にジレンマが付きまとう。ロスマン(Rothman, 1989)は、自己決定は必ずしも常にソーシャルワーク実践で守ることができないであろう、と述べ、カッセルとケイン(Kassel & Kane, 1980)を始めとする多くの研究者たちも、実践上の課題に言及している(Biestek, 1957; Hardman, 1975; Hollis, 1966; Levy, 1972; Parlman, 1967)。つまり、「自己決定」は、ソーシャルワーク実践のシンボルとも言える価値であるとともに、このシンボルは実践面でいくつもの課題を内包しているということが、この記述に象徴的に現れていると言えるだろう。その他にカテゴリー化された「その人らしい生活をする」「生きがいを見つけること」「利用者の力の利用」のそれぞれは、「自己決定」と同様に利用者主体、生活の質の向上、エンパワメント、といった、ソーシャルワークでこれまで重要視されてきた価値を内包するものであり、身体的自立という「目に見えて測定可能な結果」を追及する自立支援の定義に対して、これらのカテゴリーは「目に見えず測定がむずかしい結果」を追及する自立支援の定義として一つにまとめることができるであろう。カテゴリーを2分してみると、自立支援ということを経験年数をとらえた回答よりも、それ以外の回答の方が多く、主任ケアマネジャーたちの間で、自立支援の多義性が、理解されていると解釈できるだろう。この結果は、利用者の自立を多義的にとらえようとするケアマネジャーが少なくないことを示しているが、本調査の回答者が、主任ケアマネジャーという経験年数が長い実践家であったことも影響している可能性がある。

表3 「自立支援」の実践内容自由記述回答カテゴリ化基準（小カテゴリと大カテゴリ）

小カテゴリ	カテゴリに含めた記述内容	大カテゴリ
①身体的自立	自分でできることを増やしていく。自分でできることは自分でできるように支援していく。できない部分だけを助けていく、残存能力の活用、ADLの維持向上、できないことの改善をする、在宅生活の継続、セルフケア、他人の手を借りずに生活する、といった。その人が、身体的に、「できる」「できない」ということを強調し、かつ、できることを増やす。できないことは手伝わないといった表現がなされているもの。	(1)身体的自立
②その人らしい生活をする	主体的な生活、自分らしい生活、したい生活、望んでいる生活、本人の考えている生活の仕方、といった表現を使い、その人らしさを強調していること。これまで行ってきた生活を継続する、自信が持てる生活、という表現も、その表現の中に本人の本人らしさを生かしていくということが入っていればここにカテゴリ化される③との違いは、その個人に合わせた生活ということを強調していること。③は、前向きであるとか規模を持つとか幸せであるとか、明らかな方向性を意味している。	(2)精神面での自立
③生きがいを見つける	前向きになる。希望を持つ。幸せな人生を送る。目標を探す。楽しみを見つける。実現可能な目標を見つける、などといった言葉がでてくる。人生の目標や何らかの生きがいレベルのようなものを見つけること	
④決定の自立	①の身体的自立の内容を超え、自分で決めることができる、意思決定、自己決定できる、決定してもらうことを支援する、思いを自分で表現できるように支援する、自分の意志で何々をする、自分の力で生きていこうとする思いを支援する、自己実現に向けての支援、自己判断や自己決定の尊重、利用者の意志の確認、といった。本人が自分自身で考え、選び取っていく。ということ表現しているもの。意思決定の尊重といったことが強調されている場合にはそのほかのカテゴリに入る要因があっても、この精神的自立に含める。自ら問題解決をできるように自分の意思で資源を使っていけるように、といった内容が含まれているもの。	

⑤利用者の力の利用	利用者が持っている力を引き出していく。生かしていく、エンパワメントする、パワーを引き出す、本人の力を信頼する、現在ある能力を引き出す、潜在能力の発揮、ストレングスを引き出す、可能性を探す、意欲を引き出すということが表現されているもの。③の「自分でできることを増やしていく」と、境界線が引きにくい表現があるかもしれない。①との違いは、単にできることを増やすというのか、利用者が持っている潜在的な力を見つけ、それを生かしていこうというような、より高い目標を持っているのかどうかである。	
⑥その他	上のどれにも入らないもの。感想を述べていたり、実際に尋ねている内容に答えていなかったりした場合。抽象的な表現で分類ができないものも含む。	そのほか

表4 「自立支援」の小カテゴリー別度数分布とパーセンテージ (n=252)

カテゴリー名	度数	パーセンテージ
①身体的自立	71	28.2%
②自分らしく生きる	51	20.2%
③前向きに生きる	32	12.7%
④決定の自立	58	23.0%
⑤力の引き出し	40	1.9%
合計	252	100%

3 分析2の結果と考察—重回帰分析

表5は、自立支援の実践度合いを従属変数とし、ダミー変数に直した自立支援の定義(「身体的自立」=1「精神面での自立」=0)を独立変数にして、性別、年齢、資格をコントロール変数として、重回帰分析を行なった結果である。資格は保健師と看護師を「医療系」とし、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパーを「福祉系」とした。本分析では、自立支援のカテゴリー化で「その他」と分類された回答および資格で「その他」とされた回答を除いたため、最終的に分析で使用された回答数は226である。この結果から分かることは、自立支援の実践

度合いを予測することができたのは、自立支援の定義(身体的自立と定義した)のみであり、その他のコントロール変数はすべて統計的には有意でなかったということである。

モデル全体としてはR²乗が4%にとどまったのみであったが、自立支援を身体自立と定義したほうが、自分自身の「実践度合い」の評価が高いという結果が示された。「その人らしく生きること」「自己決定を支援すること」といった「精神面での自立」を含めた本来の多義的な定義をもとにすればジレンマがおこりがちなこの倫理にもとづいた専門職としての判断は、「自分でできることを増や

していく」といった「身体自立」と受け取れば確かに判断がより容易になることは想像に難くない。このことが示唆しているのは、ケアマネジャー本人の主観的な実践度合いの測定が、本来あるべき「自立支援の実践度合い」を示すものではないかもしれないということである。前述したように「自立支援」は多義的であり、その実践で様々なジレンマを感じて当然の職業倫理である。そのために、実践家たちは、常に自立という意味が持っているさまざまな側面を考慮しながら実践をしていかなければならない。しかし、自立支援を身体面での自立のみに限定すれば、ケアマネジャーたちの迷いは少なく、結果が目に見えるものであるゆえに、達成感も高いかもしれない。このような解釈が妥当かどうかを確認する目的で、研修後に再度回答してもらった「自立支援の実践度合い」を従属変数にして分析2と同様の重回帰分析を実施した結果、自立支援の定義は有意な予測変数にはならなかった($T=402$, $P=688$)。これは、研修で自立の持つ多義性を知ったことによる変化と考えることができるだろう。

もちろん、身体面での自立度が上がることによってサービス利用者の生活に質が高まり良い結果につながることも少なくない。しかし、公的介護保険が2000年に施行されて以来、制度改定のたびに経済効率がより強調され、利用者主体や真の意味での自立支援の実践を阻むようなシステムになってきており、ケアマネジャーたちも本来の援助職者としての使命や倫理より制度の要求にしたがうことを重視せねばなくなっているように見える。白澤(ホルト2005)⁹も、介護保険におけるケースマネジメントの持つ問題を「・・・介護保険のサービスを利用することがケースマネジメントのごとくに考えられるという制度的な矛盾を提示してしまった」(p236)とこの問題を指摘している。もしこのような傾向が今後も継続し続け

るのであれば、この7年間の間に徐々に起こってきているといわれている「モチベーションの高いケアマネジャーの離職」が加速する可能性がある。公的介護保険サービスの利用者の中には、身体的自立が不可能な人々も多くいる。このような人々の担当となるケアマネジャーが、身体的自立以外の側面での自立に目を向けることができなくなれば、一定の条件に適合する利用者だけが恩恵を得るケアマネジメントになってしまうかもしれない。

表5 自立支援の実践度合いを従属変数にした重回帰分析 (N=226)

モデル	非標準化係数	標準化係数	t	有意確率
	B	ベータ		
1 (定数)	3.044		16.292	.000
性別	-.117	-.057	-.781	.436
年齢	.065	.082	1.173	.242
資格(福祉系対医療系)	.128	.094	1.360	.175
自立支援=身体自立	.252	.168	2.542	.012

($R^2=.044$; $DF=4, 221$; $F=2.515$; $p=0.042$)

IV. おわりに—本研究の応用・限界と今後の課題

本論文は2つの目的を持っていた。第1は、ケアマネジャーが遵守すべき倫理の1つでありかつ公的介護保険の目的にキーワードとして用いられている「自立」がケアマネジャーによってどのように理解されているかという理解度と理解の幅を知ることであり、ケアマネジャーたちがアンケートで行った「自立支援」の定義をカテゴリー化し理解度の整理を行った。第2は、自立支援の定義が、「自立支援」を目指した実践がどれぐらいできているかというケアマネジャー自身による「実践度合い」の自己評価に影響を及ぼしているかどうかを知ることであり、重回帰分析による検定を

9 ホルトの著書の監訳者として、「監訳者あとがき」で述べられている。

行った。その結果、先行研究で指摘されていたように、「自立支援」が持つ多義的な側面をケアマネジャー達が指摘していることが明らかになった。その一方で身体的自立を「自立支援」と定義するケアマネジャー達の割合も少ないことも分かった。更に「自立支援」を「身体的自立」と定義しているケアマネジャー達は、それ以外の定義をしたケアマネジャー達に比べて自分たちの「実践達成度合い」をより高く評価していることもわかった。

本論文を終えるにあたり、このような結果が実践家教育および政策にどのような意味合いを持つのかという研究結果の応用の可能性と研究の限界および今後の課題を述べたい。実践家教育への応用として、「自立支援」が多義的な概念であり、その実践にはジレンマがあって当然であるということを研修においてケアマネジャー達に伝達することの必要性があげられるだろう。多くのケアマネジャーたちは、実践現場で利用者を目の前にして、一体その人の抱える様々な課題のどの部分を支援することが専門職として最も適切なことなのか、の判断をせまられる。そして、このような判断でジレンマを感じた時の解決に必要なものは、専門職として持っているべき価値・倫理や人間・環境の関連性を理解する理論・知識などである (Johnson & Yanca, 2004)。これまでその重要性や本来の定義が明確にされてこなかった「自立支援」という職業倫理をケアマネジャー達が個々に様々な解釈をしながら実践していたということは、研修を企画する人々が再認識しておくべきことであろう。本研究の対象者は、介護予防ケアマネジメントが始まる以前から現場で仕事をしてかつ研修も重ねてきた人々であったが、新たにケアマネジャーになっていく人々は「自立支援」を制度に合わせて解釈しようとするかもしれない。「自立支援」を「身体的自立」に限定すれば、ケアマネジャーにより達成感がもたらされるというこの背景にある危険性をも実践家教育で指摘

する必要があるだろう。政策に関しては、公的介護保険がますます「身体的自立」を強調するようになり、ケアマネジャー達にとってもそのことが実践に影響を与えていることを認識し、「身体的自立」が困難な利用者達を誰がどのようにしてケアしていくのか、ということ制度の中で考えていく必要性があげられる。介護予防ケアマネジメントの登場でますます自立支援を身体領域に限定していく危険性が指摘されているが、困難事例と呼ばれる事例の中には、ケアマネジャー自身が利用者にとって不可能なゴールを設定してしまったが故に困難になってしまった事例も少なくない (渡部 2006)。地域包括支援センターの創設によって困難事例と呼ばれるようなケースをセンターが責任を持つということが明記されているが、本当にそれが担保できているかを評価していく必要があるだろう (渡部 2007)。

最後に本研究の3つの限界と今後の研究課題を述べたい。第1に調査対象者の均一性が持つ課題がある。調査対象者が、主任ケアマネジャーであったため本研究結果をすべてのケアマネジャーに一般化することができない。これは、第2の分析結果のR²乗の値が低かったこととも関連しているかもしれない。本研究の目的は自立支援の定義とケアマネジャーの自立支援実践達成度合いとの関連性を見ることでありモデル検証ではなかったが、本来このような倫理に影響を与えると考えられる資格の種類などのコントロール変数である「資格の違い」が有意な予測要因とならなかったことなどは、調査対象者の経験年数の均一性によるかもしれないため、今後の研究では、広範囲の経験年数のケアマネジャーを対象にしていく必要があるだろう。第2に、自立支援のカテゴリー化に用いた自由記述がどこまで本来のケアマネジャーの理解や定義を表現していたかに疑問が残る。自分が実際にどのように「自立支援」を理解しているのか具体的に何をすることをもってして「自立支

援」と考えているのかが表現能力の影響を受けた可能性もある。今後の研究ではこのような表現能力の問題を最小限にするために、具体的な事例と共に、そのような事例を担当した際、「自立支援」を目指した実践としてどの実践が最も自分の行うことに近いかを尋ねていくことで言語表現能力の差によって起こる問題が解決できるだろう。第3に、回答者の自立の定義が、その人たちが担当している大多数の利用者の要介護度によって左右されてしまった可能性がある。本研究に用いた質問紙では、担当している利用者の要介護度を尋ねていなかった。今後の研究では担当している利用者の介護度を尋ね、その変数をコントロール変数として用いることで「自立支援」を「身体的自立」として定義し実践している人々が利用者の介護度に影響を受けているかどうかを考慮に入れることができるだろう。

参考文献

- Kassel S. D. & Kane, R. A. "Self - Determination Dissected", *Clinical Social Work Journal* 8(3): 161-178, 1980.
- 北野誠一・石田易司・大熊由紀子編(1999)『障害者の機会平等と自立生活-定藤丈弘 その福祉の世界』明石書店
- コロピー パート J. (1997)「長期ケアにおける自立-いくつかの重要な特徴」
- Johnson Louise C. and Yanka J. Stephen. (2004) "Social Work Practice : A Generalist Approach", Eighth Edition, Pearson.
- 白澤正和、渡部律子、岡田進一 監訳 (1997)『ケースマネジメントと社会福祉』85-113、(谷口明広 訳)ミネルヴァ書房
- 定藤丈弘・岡本栄一・北野誠一編(1993)『自立生活の思想と展望』ミネルヴァ書房
- 佐藤信人『介護サービス計画(ケアプラン)作成の基本的考え方-試論ノート-』平成16年8月25日全国介護支援専門員連絡協議会
- 白澤正和、渡部律子、岡田進一 監訳 (1997)『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房
- 白澤政和(1996)『ケアマネジャー養成テキストブック』中央法規
- 谷口明弘(2005)「障害を持つ人たちの自立生活とケアマネジメント : II概念と、エンパワメントの視点から」ミネルヴァ書房
- 毎日新聞(2007年7月15日)12面
- Biestek F. P.(1957), "The casework relationship", Chicago Loyal University Press.
- Hepworth H. Dean , Rooney H. Ronald & Larsen Joann (2002) "Direct Social Work Practice : Theory and Skills" Sixth Edition. Brooks/Cole.
- Hollis F. (1939), "Principles and Assumptions Underlying Casework Practice in Social Casework in Practice: Six Case Studies", ed. Eileen Younghasband, New York: Family Welfare Association of America.
- ホルト・J. パーバラ(著)白澤政和(監訳) (2005)「相談援助職のためのケースマネジメント入門」中央法規出版
- Linzar Norman (1999) "Resolving Ethical Dilemmas in Social Work Practice". Allyn & Bacon.
- Levy C.(1972), "Values and Planned Change", *Social Casework*, 53.
- Parlman H. H. (1975), "Self- Determination : Reality or Illusion?" in *Self- Determination in Social Work*, Ed. F. E.McDermott, London: Routledge & Kegau Paul.
- Ragg D. Mark (2001) "Building Effective Helping Skills : The Foundation of Generalist Practice". Allyn & Bacon.
- Rose M. S., & Moore L.V. (1995) "Case Management" In 19th *Encyclopedia of Social Work*. NASW, P335-340.
- Rothman-J. (1989) "Client Self-Determination: Untangling the Knot", *Social-Service-Review*, 63(4): 598-612, Dec. 1989.
- 渡部律子 (1999)『高齢者援助における相談面接の理論と実際』医歯薬出版
- 渡部律子 (2000)『ソーシャルワークとケアマネジメント』白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁 監修 『ケアマネジメント講座1 ケアマネジメント概論』中央法規出版 246-269.
- 渡部律子(2006)『新予防給付におけるケアマネジメントの現状・課題・対応策』『月刊総合ケア』第16巻第8号、12-17.
- 渡部律子(2007)「事例の質的分析を通してみる要支援高齢者に対するケアマネジメントの現状と課題-利用者特性と支援目標・支援計画の適合性、評価可能な達成課題の設定、困難事例支援に必要なシステムに焦点をあてて」主任研究員 川越雅弘 『介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの在り方に関する実証研究』厚生労働化学研究補助金長寿科学総合研究事業(H18-長寿-一般-019)平成18年度総括・分担研究報告書第2章第1節研究報告1、165-192.

表6 看護師・社会福祉士の資格別倫理綱領の比較

看護師	社会福祉士
<ol style="list-style-type: none"> 1. 人間の生命、人間としての尊厳および権利の尊重 2. 対象者に対する平等な看護の提供 3. 信頼関係の構築と信頼関係に基づいた看護の提供 4. 知る権利及び自己決定の権利の尊重と擁護 5. 守秘義務の遵守と個人情報の保護 6. 看護が阻害されたり、危機にさらされているときには、人々を保護し安全を確保する。 7. 自己の責任取る能力の的確な認識と、実施した看護についての個人としての責任を持つこと 8. 個人の責任として、継続学習による能力の維持・開発に努めること。 9. 他の看護師および保健医療福祉関係者とともに協同して、看護を提供すること。 10. より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し実施すること。 11. 研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与すること。 12. 看護師自身の心身の健康の保持増進に努めること。 13. 社会の人々の信頼を得るように、個人としての進歩を常に高く維持すること。 14. 人々がより良い健康を獲得していくために環境の問題について、社会と責任を共有すること。 15. 専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献すること。 	<p>(1) 利用者に対する倫理責任</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者との関係：利用者との専門的援助関係を最も大切にし、自己の利益のために利用しないこと。 2. 利用者の利益の最優先 3. 先入観や偏見を排して、利用者があるがままに受容すること。 4. 説明責任 5. 利用者の自己決定の尊重 6. 利用者の意思決定能力への対応：意思決定能力の不十分な利用者に対し、常に最善の方法を用いて、利益と権利を擁護すること 7. プライバシーの尊重 8. 秘密の保持 9. 記録の開始 10. 情報の共有：利用者援助のために、情報関係機関や関係職員と共有する場合、その秘密を保持するよう、最善の配慮を怠らないこと。 11. 性的差別、虐待の禁止 12. 権利侵害の防止：あらゆる権利侵害の発生を防ぐこと。 <p>(2) 実践現場における倫理責任</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 最良の実践を行う責務：自らの専門的知識・技術を惜しみなく発揮すること。 2. 他の専門職などとの連携・協同 3. 実践現場と、綱領の遵守：実践現場との間で、倫理上のジレンマが生じるような場合、実践現場が本綱領の原則を尊重し、その基本精神を遵守するように働きかけること。 4. 業務改善の推進 <p>(3) 社会に対する倫理責任</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ソーシャル・インクルージョン 2. 社会への働きかけ：社会に見られる。不正規の改善と、利用者の問題解決のため、利用者や他の専門職などと連帯し、効果的な方法により、社会に働きかけること。 3. 国際社会への働きかけ <p>(4) 専門職としての倫理責任</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 専門職の啓発：社会的信用を高めること 2. 信用を失墜行為の禁止 3. 社会的信用の保持：他の社会福祉士が専門職業の社会的信用を損なうような場合、本人にその事実を知らせ、必要な対応を促すこと。 4. 専門職の擁護：不当な批判を受けることがあれば、専門職として連帯し、その立場を擁護すること。 5. 専門性の向上：最良の実践を行うために、スーパービジョン、教育、研修に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図ること。 6. 教育・訓練・管理における責務 7. 調査・研究：すべての調査・研究過程で、利用者の人権を尊重し、倫理性を確保すること。

(出典: <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf> [看護師の倫理要綱]
http://www.jacsw.or.jp/contents/data/04_rinrikoryo.htm [社会福祉士倫理綱領])