

ケアマネジメントにおける対人援助技術

長崎和則

社会福祉実践の中でケアマネジメントの重要性がますます強調されるようになってきている。ケアマネジメントをよりよく行うには、対人援助技術が必要不可欠であるが、介護保険制度の中ではさまざまな制約がある。本稿では、ケアマネジメントを行うにあたって求められる対人援助技術のあり方について考察した。

〔キーワード：ケアマネジメント，ケアマネジャー，介護保険，対人援助技術，面接〕

はじめに

高齢者を主な対象とした介護保険制度が 2000 年 4 月にスタートして、ほぼ 2 年が経とうとしている。制度そのものは次第に浸透し、制度の運用に関する問題に対する指摘もほぼ出そろった感がある。それらの指摘は、保険方式の是非に関する事、要介護認定に関する問題、受けられるサービスの量、サービス給付の上限などに関する問題が中心となっている。^{*1}

介護保険の中での援助技術としては、ケアマネジメントがその中心的な役割を担っている。そして、介護保険制度の創設に合わせて、介護支援専門員（以下、ケアマネジャーという）が資格化された。ケアマネジャーは、介護保険制度の中核的な業務であるケアマネジメントを担当する専門職員という位置づけである。

ケアマネジメントは、「当事者の意向を尊重する」という新しい理念を背景にした援助技術であり、その理念を実現するためには、専門的な対人援助技術が求められる。しかし、ケアマネジメントは、上記の理念とは異なる側面も持ち合わせている。そのため、介護保険制度の中では、先の理念が十分理解され実現されているわけではない。また、ケアマネジャー資格を取得している人たちの職業的背景は多岐にわたっており、ケアマネジメントに必要とされる対人援助技術を理解し、訓練を受けているわけではない。

そこで、本稿では、ケアマネジメントの 2 つの考え方を改めて整理し、その上でケアマネジメントに求められる対人援助技術とは何なのかについて考察する。

ケアマネジメントの 2 つのモデル

ケアマネジメントは、その成立に関して 2 つの異なる考えを背景に持っている。1 つは

利用者指向モデルであり，もう1つはシステム指向モデルである。^{*2} これら2つのモデルに関して，簡単に触れておく。

1 利用者指向モデル

利用者指向モデルは，利用者をその中心にした考え方である。その背景には，ノーマライゼーションや，その後のインテグレーション，インクルージョンなどの思想がある。また，それまでの考え方，すなわちクライアントは特別な人であり，社会生活を送っていくために必要な能力や方法を持たない（持てない）人であるという考え方に対する批判からでてきている。^{*3 *4}

利用者は，根本的に自分の問題を解決する「強さ」（ストレングズ：strengths）を持っている。しかし，社会・環境・文化・地位・役割などの影響を受けて，その強さを発揮できない状況にいる。そのため，社会的な状況では，発言力や影響力といった相手との関係での「力」（パワー：power）が発揮できないのである。このような状況を解消するために，利用者本人の意向を尊重し，利用者の「強さ」や「力」が発揮できるような取り組みが求められる。

このような視点を基礎にして，利用者本人を尊重し，利用者本人の意向を実現するための方法としてケアマネジメントは位置づけられる。

利用者指向モデルでは，次のような活動がケアマネジャーに求められるとされる。^{*5}

面接技術を用いる

その過程で得られた情報をもとにニーズをアセスメントする

サービス利用の条件を満たしているのかを確認する

サービス利用のプランを利用者とともに立てる

各種サービスの調整を行い，サービスが利用できるように仲介する

サービスが提供されないときには権利代弁・権利擁護を行う

一般的に，ケアマネジメントは，必要なサービスを利用者に結びつける技術として理解されている。そのため，以降の活動がケアマネジメントの中心的な活動として強調されることが多い。しかし，重要なことは，利用者を尊重するという視点を実現するための方法として，面接が位置づけられているということである。

2 システム指向モデル（資源配分モデル）

上記のモデルとは異なる考え方もケアマネジメントの背景には存在する。これは，対人サービスを実施する際に，費用対効果が問われるようになったことと関係が深い。

国の経済的な基盤が揺らぐと，それに伴って予算の見直しが行われる。特に，社会福祉の形態が施設福祉から地域福祉・在宅福祉に移行するに従って，サービスを集中的に管理

することが難しくなり、その結果としてサービス提供が非効率になった。さらに、日本においては、高齢者人口の増加とそれに伴う財政的な危機が非常に強調された。

その結果、費用効率を重視することが求められ、管理的な機能が重視され、費用を抑制することのためにケアマネジメントの必要性が言われるようになった。そして、効果的で効率的なサービスの調整が重要視され、一定の予算内で収まる範囲でケアプランを立てるという考え（ケアパッケージ）が強調されたのである。

このような指向性を持ったケアマネジメントのメリットとしては、次のようなことがあげられる。^{＊6}

ニーズが確認されれば、ケアマネジャーの力量に関係なくサービスが提供される。従って、ケアマネジャーによるケアプランの違いがでない。

一定の予算内であれば、作成されたケアプランは実行されることが保障されている。ケアマネジャーはサービスを利用したり中止したりする権限を持っているので、利用者に代わってサービスの質がコントロールできる。

既存のサービスにない問題は積極的にアセスメントされないため、ケアマネジャーによる必要以上の関与がない。

また、デメリットとしては、次のようなものがある。

利用者の希望は制限を受ける可能性がある。

既存の社会資源を活用するというサービス以外は受けられない。

つまり、利用できるサービスが標準化（マニュアル化）されることによって、給付の上限金額の範囲の中では、メニューとして用意されるサービスを受けることが保障されるということである。

日本の場合、高齢化のスピードが急激であるということが大きな影響を与えている。たとえば、厚生労働省が公表している統計によると、寝たきり高齢者（痴呆症を含む）・要介護の痴呆症高齢者（寝たきりではない）、虚弱高齢者の数は次のとおりである。

表1 年度別要介護高齢者の数（単位は万人）

| | 1993年 | 2000年 | 2010年 | 2025年 |
|------------|-------|-------|-------|-------|
| 寝たきり高齢者 | 90 | 120 | 170 | 203 |
| 要介護の痴呆症高齢者 | 10 | 20 | 30 | 60 |
| 虚弱高齢者 | 100 | 130 | 190 | 290 |
| 合計 | 200 | 270 | 390 | 520 |

このように、財政的な危機と併せて、医療技術の進歩が進むことにより要介護高齢者が増加し、さらに要介護状態である期間が延びるという現象が起こった。また、そのことに

よる介護者の負担増ということが大きな問題として取り上げられた。さらに、このような現象に対して、早急な対応が求められたということが重要である。

要介護高齢者の数が急激に増えることに伴い、求められるケアマネジャーも急激に増加した。その数は、第1回から第3回までの研修受講者数を見るとよくわかる。3年間で20万人以上ものケアマネジャーが誕生しているのである。同様に第4回目の数は、92,736名であり、現在では30万人を越えるケアマネジャーがいる。

表2 第1～3回 介護支援専門員実務研修受講試験・受験者数の合計

| 職 種 | 人 数 | 構成比率 |
|----------------------|----------|--------|
| 医師 | 13,274人 | 6.5% |
| 歯科医師 | 2,636人 | 1.3% |
| 薬剤師 | 13,853人 | 6.8% |
| 保健婦(士) | 16,744人 | 8.2% |
| 助産婦 | 861人 | 0.4% |
| 看護婦(士) 准看護婦(士) | 77,746人 | 38.1% |
| 理学療法士 | 4,959人 | 2.4% |
| 作業療法士 | 2,604人 | 1.3% |
| 社会福祉士 | 5,082人 | 2.5% |
| 介護福祉士 | 31,994人 | 15.6% |
| 視能訓練士 | 59人 | 0.0% |
| 義肢装具士 | 62人 | 0.0% |
| 歯科衛生士 | 3,441人 | 1.7% |
| 言語聴覚士 | 204人 | 0.1% |
| あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師 | 2,789人 | 1.4% |
| 柔道整復師 | 1,586人 | 0.8% |
| 栄養士(管理栄養士を含む) | 4,220人 | 2.1% |
| 精神保健福祉士 | 564人 | 0.3% |
| 相談援助業務従事者・介護等業務従事者 | 21,564人 | 10.5% |
| 合 計 | 204,242人 | 100.0% |

この表を見ればわかるが、ケアマネジャーの職種はさまざまであり、社会福祉の専門職は、社会福祉士 5082人・介護福祉士 31,994人・精神保健福祉士 564人・相談援助業務等従事者 21,564人であり、全体の28.9%にすぎない(表2参照)。

しかし、ケアマネジメントというプロセスが標準化されることにより、一定の専門知識

を持つことで良いということになる。事実、ケアマネジメントには高度な対人援助技術は求めていないということが言われている。^{*7}

表面化している問題

このように、ケアマネジメントに関しては、異なる2つのモデルが存在している。そして、日本の介護保険については、利用者指向モデルよりもシステム指向モデルの考え方が強く影響を与えている。

社会福祉分野の専門職は、このような状況の中で利用者指向を目指し、利用者の意向を尊重しようとする。そして、その際にさまざまな問題が表面化している。^{*8} いくつかを紹介しよう。

相談援助の形骸化

介護保険の給付管理業務のために、相談援助業務は形骸化しており、相談援助業務の質が低下している。また、業務を行うために行わなければならない「閉じられた質問」をすることにストレスを感じている。

自分の守備範囲のサービス情報しか提供できない

表2で紹介したとおり多様なケアマネジャーが存在するが、結局は自分の専門であり、自分に得意な分野のサービスしか提供できない。^{*9}

ケアマネジメントの理念を実現できるシステムと異なる介護保険

利用者指向モデルで目指そうとしている対人援助の理念である、「主体性の尊重」や「自己決定」を支援することは利用者とケアマネジャーとの関係の質が求められるのにそれができないシステムになっている。

ケアマネジャーを通さないとサービスを受け付けられない施設がある

ケアプランは本人の自主性を尊重して本人がサービス利用をしようとしてもそれができない。ケアマネジャーを通さないとサービスの利用を受け付けられないという施設がある。

介護保険においても求められる考え方

システム指向モデルの色彩が強い介護保険であるが、利用者指向モデルの考え方は非常に重要である。そして、利用者を指向するためには、改めてその理念や価値を明確にしておく必要がある。ここでは、理念・価値と基本的な視点について整理しておく。

1 理念・価値

ケアマネジメントには、最初に述べたように、利用者の主体性を認め、その主体性を尊重するという理念が基礎にある。これは、ソーシャルワークの目指す理念であり、価値で

ある。

ソーシャルワークの価値については、次の5点に集約できる。^{*10}

ソーシャルワークでは、人間は「すべてかけがえのない存在」とし、人間の存在そのものを尊重する。(人権の尊重)

ソーシャルワークでは、個人は自己実現の権利を持つ存在であるとする。(自己実現の権利)

ソーシャルワークでは、個人は自己実現の方法として自己決定の権利を持っている存在とする。(自己決定の権利)

ソーシャルワークでは、個人の問題は人と環境の相互作用の中で生まれるものであるとする。(問題の社会性)

ソーシャルワークでは、上記のことをふまえ、個人が所属する社会の中で尊重され、自己実現、自己決定ができるように援助する。(援助の価値)

このようなソーシャルワークの価値を実現するために、ケアマネジメントにおいては、次のような理念がある。^{*11}

本人のためにサービスを提供すること

本人に合わせたプログラムを作ること

本人の力を伸ばすことを中心にすること

本人のケアのために積極的に支援する方法を持っていること

選択ができること

自己決定ができること

受容的であること

新しいニーズに対応できること

2 基本的な視点

上記のようなケアマネジメントの理念・価値を具体的な場面で行うために、次のような基本的な視点があげられる。これらの視点は、ケアマネジメントにおける対人援助技術の中で必要とされるものである。

1) 相手との関係を形成するために技術がある

ケアマネジメントにおいては、利用者本人のニーズに適切なサービスを組み合わせることが強調される。しかし、それができるためには、利用者本人のニーズをキャッチするために行うアセスメントを行う際に、相手との信頼関係が要求される。相手との信頼関係がないと、利用者本人のニーズ(本音)はでてこないからである。

また、アセスメントにおいては、「相手を尊重していること」や「利用者の自己決定を尊重する」を面接を通して利用者に伝えなければならない。そして、そのために対人援助技術、特に面接技術が必要とされるのである。

2) パートナーシップの大切さ

信頼関係を作る際に求められる考えが、パートナーシップという考え方である。利用者自身は自己決定することができる能力を持っているという信念は、援助者が考える「利用者に良いこと」より、利用者自身の意向や思いを大切にすること。そして、援助者は利用者の意向を聞き出し、それが実現されるように支援するパートナーであるという考えである。

パートナーシップにおいては、ケアマネジャーと利用者との対等性が重要である。対等に話すことができる関係であり、ケアマネジャーの提案であっても利用者は拒否できる関係であり、交渉ができる関係である。また、利用者の意向を最優先し、さらに利用者による自己管理を支援することを目指すのである。

利用者の意向を尊重するというときには、利用者は無理難題を言うのではないかという疑問がよく出される。しかし、実際に利用者として接してわかるとは、利用者は無理難題を言うことはないということである。もし、無理難題を言ったり、ケアマネジャーを困らせるようなことになるときは、信頼関係がない場合がほとんどであるということである。

パートナーシップという考えをもとに、相手の意向を正しく理解し、その意向が実現できるように支援する人には無理難題を言うことはない。それは、自分を理解してくれている相手を困らせることはないからである。理解してくれない場合こそ、無理難題を言って本当の信頼を得ようとするからである。

3) 利用者や家族の選択（自己決定）を最大限尊重すること。

パートナーシップに基づいた関係の中では、利用者や家族の選択・自己決定を最大限尊重することが求められる。具体的には、希望しなければ無理強いしないことであり、利用者本人の希望を正しく受け止めることが必要である。

利用者はさまざまな理由から、自分自身の選択・自己決定を自ら抑制してしまうことがある。それは、利用できるサービスが十分でなく、家族の援助を受けなくてはならないために起こる。そこには、自分さえ我慢すれば良いという考えがあるからである。

このことは、利用者と家族の選択が違ふときに、どちらを尊重するのかという問題が起こったときにも大きな影響を与える。原則として、当然利用者の選択、意向を尊重すべきである。しかし、上記のように、家族の援助を受けなくてはならない場合、特に居宅においては当事者の意向を尊重することができないことが生じやすいという問題がある。

4) 本人の意思表示が難しいときに、どうするか

利用者の意向を尊重しようとしても、それが困難な場合もある。たとえば、利用者が痴呆症であったり、意志の確認が難しい場合である。そのようなときには、アドボカシーが必要になる。つまり、本人の意向を代弁し、擁護するのである。

アドボカシーにおいては、次のようなことが求められる。

本人の生活史を知り、どうすることが本人にとって一番良いのかを判断する。

そのために、本人の生活歴を知ることは重要である。

これは、成年後見制度における任意後見と同じ考えであり、意識がはっきりしており、意思表示が可能であったときの本人の行動等から判断するということである。

できれば、意思表示が可能なきにどうしてほしいかを明らかにしておくことが必要である。

例として、臓器移植の際の意思表示カードや尊厳死の際の意思表示がある。

5) キーパーソン

利用者本人の意向を尊重するときに、本人の意向を正しく理解することが重要であるということはすでに述べたとおりである。ケアマネジメントを行う際に、ケアマネジャーは本人の意向を受け取る必要性についても述べた。

本人の意向を明確にするために、本人との関係を作り、信頼関係を形成することが第一であるが、本人以外の人からの情報も非常に大切となる。本人以外の人から情報を得るときに、利用者本人の了解を得た上で情報を得ることが原則である。

本人以外の人から情報を得る場合に、大切な人は、介護をしている人、本人の本音を知っている人が第一である。このような人をキーパーソン (key person) というが、注意が必要である。それは、介護をしている人が本人の意向を正しく理解しているとは限らないことである。実際に介護をしている人は、当然キーパーソンであるが、利用者の意向を阻害する役割をとったりすることがあるということである。^{*12}

6) 必要なサービス・資源を作り出すことが重要

利用者のニーズを把握し、そのニーズを充足するためにさまざまなサービスを組み合わせるのであるが、用意されているサービスを利用することで本人のニーズが充足できるとは限らない。そのような場合には、サービスそのものをアレンジしたり、それでもニーズの充足が難しいときには、必要なサービス (社会資源) を作り出すことが非常に重要である。

7) 援助から支援へ

これまで整理してきたように、利用者の意向を尊重し、利用者の自己決定を尊重するという考えは、これまでの援助とはその性格が異なる。

援助では、利用者はさまざまな理由から問題解決をする能力に欠け、そのために援助者が本人に必要な援助を提供するという考えであった。つまり、援助の主体は援助を行う側にあったのである。

これに対し、ケアマネジメントにおいて求められるものは、利用者が主体である。これは、支援という用語で表現されるものである。そして、利用者を主体として、利用者とのパートナーシップに基づく関係を形成し、その関係の中で相手の主体を尊重した対人援助が求められている。

ケアマネジャーに求められる技術

これまでにケアマネジメントの背景とその理念・価値について整理してきたが、本章では、その上で求められる対人援助技術について考察する。

1 基本的な姿勢

基本的な姿勢については、すでに述べてきた理念・価値がそのまま当てはまる。これ以降で取り上げる内容は、理念・価値を実現するための方法である。そして、それは利用者伝えるために表現する方法でもある。

そのため、理念・価値がないままに表面的に真似をしても意味がないことになる。いくら表面的に振る舞っても、理念・価値がないことは利用者にはすぐにわかってしまう。また、利用者の意向が尊重されているかどうか、自己決定が尊重されるかどうかは相手に伝わってしまう。

基本的な姿勢については、次のようなものがある。

共感

誠実

無条件で肯定的な関心

これらは、利用者を尊重していくために必要不可欠な姿勢である。同様の姿勢であり、対人援助を行う際の原則としては、次にあげるバイスティックの示したケースワークの原則が有名である。

利用者を個人としてとらえる

利用者の感情表現を大切にす

援助者は自分の感情を自覚して吟味する

受け止める

利用者を一方的に非難しない
利用者の自己決定を促して尊重する
秘密を保持して信頼関係を醸成する

先にあげた3つの基本的姿勢と同様、これらの原則も対人援助技術の基礎であり、常に意識され、実行される必要がある。また、これらはケアマネジメントの成立に必要な利用者との信頼関係を形成するためにも求められる。バイスティックは、これらの原則を単なる原則としてではなく、援助者と対象者（ワーカー＝クライアント）との関係を成立させるために必要なこととして説明している。^{*13}

2 具体的な方法

これらの基本的な姿勢をケアマネジメントのプロセスの中で具体的にを行う方法としては、次のようなものがあげられる。

1) ケアマネジメントについてわかりやすく説明すること

まずは、利用者にこれから提供されるケアマネジメントとは何かについて説明する必要がある。その際には、利用者にわかりやすい言葉で説明することが求められる。

また、提供されるサービスについての情報を提供することも重要である。

もちろん、このときに必要なことは、利用者が正しく理解しているのか、きちんと納得しているのかということを確認することである。そのためには、根気強く説明し、納得してもらうことが重要となる。利用者からの情報を受け取りアセスメントするだけでは足りない。

2) ケアプランに対するケアマネジャーの考えを説明する

次に求められることは、ケアプランの内容だけでなく、ケアプランに対してケアマネジャー自身がどのように考えているのかを相手に伝えることである。サービスやケアプランの内容と共に、それらをどういう目的で利用するのか、何を重要と考えてそのようなプランにしがのかが等に対するケアマネジャーの考えを示すことが重要である。

これは、サービスやケアプランに関して専門家ではない利用者やその家族に対して、専門家としての理由を伝えることで利用者や家族の理解をすすめるために必要である。先に述べた理念・価値を利用者に伝えるチャンスでもある。

3) 利用者の考えを聞く

3つめは、説明等による情報提供を受けて、利用者本人がどのように思うのかについての考えを聞くことである。説明をただけでなく、相手の考えを聞くことによって、利用

者自身の意向を尊重することになる。また、考えを聞くことを通じて、ケアマネジャーに「すべてを任せる」ことを回避し、ケアマネジャーの提案するケアプランを自分の意向とつきあわせることにより、自己決定を促すことになる。

3 必要な技術

先にあげた具体的な方法を支えるものとして対人援助技術が求められる。ここでは、対人援助技術について説明するが、それに先立ち、対人援助技術を支える構造について触れておきたい。

1) 面接の構造

対人援助技術の中では、面接（interview）とそこで使われる傾聴は一番基本的な技術である。そして、面接をきちんとしようとするときに忘れてはならないこととして、面接の構造がある。

面接の構造とは、面接に関する枠組みのことである。その内容は、時間的要素、空間的要素、契約的要素に分けられる。時間的要素には、面接時間・面接の頻度・援助の期間がある。空間的要素には、面接場所・面接場所の構造、対面位置等がある。また、契約的要素には、時間および面接場所の契約・役割分担の契約・秘密保持の保証等が指摘されている。^{*14}

これらの面接の構造は、利用者が安心して面接を受けるために必要な枠組みであり、面接を行う際には構造が保証される必要がある。しかし、家庭訪問等を始めとして、面接の構造が保証できにくい状況があることも事実である。そのようなときにも、面接の構造に関する細心の配慮が必要である。^{*15}

2) 時間的要素

ケアマネジメントを行う際に、時間的要素に対してどの程度考慮されているのであろうか。実際に、ケアマネジャーが利用者と接して面接を行うことを想定して考えよう。

一般的に、ケアマネジメントを実施するときには、家庭訪問をしてアセスメントが行われる。そして、ほとんどの場合に、その場でサービスの紹介、説明、利用の勧め等が併せて行われる。そして、アセスメントをもとにケア計画（以下、ケアプランという）の作成がケアマネジャーにより行われる。次に、作成されたケアプランを利用者に提示した上で、その内容で良いかどうかを確認する必要がある。その後、ケアプランに従ってさまざまなサービスが提供されるが、ケアマネジャーはその内容や利用者の満足度を確認するモニタリングが行われる。

それぞれの面接に関して、どれぐらい時間を費やしているのかについては詳細にはわか

らないが、アセスメントの際には、概ね1時間30分程度かかるとされている。面接の時間としては、1時間半という時間は長すぎる。筆者がこれまでに行った面接では、対象者が異なるが、1時間を超えると利用者は疲れ、面接に対する集中力は大幅に消えてしまう。利用者の主体性を尊重するためには、利用者に余裕を持ってもらうことができる面接時間の設定が必要である。

3) 空間的要素

ケアマネジメントにおいて面接が適切に行われるためには、面接にふさわしい空間的要素がある。ここでは、面接を阻害する要因に焦点を当てて説明する。^{*16}

場所に関しては、まず、うるさくないこと、寒すぎたり暑すぎたりしないこと、人が多くないこと、狭すぎないこと、暗すぎないことなどの物理的な条件がある。また、面接中に電話がかかってきたり、他者（他の利用者、上司、同僚、家族など）の邪魔が入らないこと、外部の話し声などが聞こえないこと等が求められる。

先に述べたように、これらはすべて利用者が安心して面接を受けるために求められることである。

4) 契約的要素

介護保険の導入によって、とりわけ強調されたことは、「措置から契約へ」ということである。利用者の意向や主体性を尊重し、利用者の自己決定を尊重するためには、契約的な要素は重要な意味を持つ。

利用者に十分な説明を行い、利用者自身が説明を聞いた後に判断、決定することが特に大切である。このことについては、「2 具体的な方法」において説明しているので、ここでは省略する。

5) その他の要素

面接の構造の中には入らないが、重要な要素としてケアマネジャー自身についても含まれる。それは、面接を行うことが利用者との相互作用ということを考えると、当然のことであろう。いくつかを説明する。

1 つめは、ケアマネジャーの疲労感がないことである。ケアマネジャー自身に疲労感があったり、ケアマネジャーが何か問題を抱えていると、それは面接に大きな影響を与えることになる。

2 つめは、利用者を急がせたり、せき立てないことである。ケアマネジャーに余裕がないと、説明をきちんと行わなかったり、性急に利用者にはアドバイスしようとしてしまうことになる。これは、避けなければならない。しかし、多くの仕事を抱えていたり、仕事に

慣れてしまうと、ケアマネジメント業務がルーティーン化（単にこなす業務になること）してしまうことになる。業務に慣れることは必要であるが、慣れてしまうことによって利用者との初めての関係を、流してしまうということが起こる。相手にとっては初めてのことでありという意識が求められるところである。

3つめは、非言語的要素についての理解をして、その意味を適切にキャッチすることである。利用者とのコミュニケーションにおいては、言語的な内容より、非言語的な内容の方が強力であり、大きな影響力を持つ。利用者の表情、姿勢、体勢、行為、行動、語調などの意味を正しく理解することが求められる。

また、ケアマネジャー自身の偏見や利用者やその考え方への嫌悪なども重要である。これについては、自己覚知をはかり、自らの性格や考え方についての特徴を自覚することが必要となる。

6) 面接

面接については、以下のようなことがあるが、簡単に説明しておく。

傾聴

面接においては、相手のことを理解することが一番に求められる。そのための技術としては、傾聴が重要である。傾聴とは、単に相手の言うことを聞くだけでなく、相手の真意は何なのかを相手とのコミュニケーションを通じて行う必要がある。そのため、次にあげるさまざまな技術が必要である。

相手の話を聞いていて、わからないことや理解しにくいことがあれば、そのことについて積極的に聞くことが求められる。

フィードバック

積極的に聞く際に、必要な技術にフィードバックがある。これは、相手の言ったことを正しく理解するために、聞いた内容を相手に返すことである。フィードバックには、反射、明確化、要約などがある。

反射とは、相手の話を聞いていて感じ取ったことを、相手に返すことである。また、明確化とは、相手の話の内容で曖昧な表現であったりすることについて、たとえば、「あなたの言われることは　　ということですよ」と返すことである。そして、要約とは、相手の話の要点を返すことである。

なお、フィードバックの際には、できるだけわかりやすい言葉を使うことが大切である。できれば、相手の理解を確認しながら言葉を選ぶことが必要である。

質問

傾聴では、相手が自主的に話すことを尊重するが、ときには質問をすることもある。質問をするときには、質問の2つのタイプを十分理解した上で行うことが求められる。

1つは、「開かれた質問」であり、もう1つは「閉じた質問」である。開かれた質問とは、相手が自由に答えることができる質問で、たとえば「どうされましたか」「どう思いますか」などがある。これに対し、閉じた質問とは、相手が「はい」「いいえ」で答えないといけないような質問である。

「開かれた質問」は相手の意向を聞きたいときに適した質問であり、「閉じた質問」は正確な情報を得るときに有効な質問である。大切なことは、開かれた質問と閉じた質問の特徴を理解した上で、使い分けることである。また、質問をするときには、「なぜその質問をするのか」という理由を利用者に説明することが重要である。

質問項目に従って聞くことは、相手に話すことを限定してしまうという特徴がある。そのため、質問を行うこと自体には注意が必要である。こちらが質問するだけでなく、利用者からの質問を尊重することも心がけると良い。それは、相手の自主性を尊重することになるからであり、相手が質問したいことを質問するという意味では、相手の自己決定を尊重することにもなるからである。

さらに、相手の言ったことを問い返すという方法は、重要な問題を互いに確かめ合うときに役立つ。

非言語的コミュニケーションの理解

先にも説明したが、非言語的コミュニケーションについて理解することは相手を理解するときには有効である。非言語的コミュニケーションは、言葉では表現されないメッセージを表しており、相手の本心をキャッチするのに役立つからである。

たとえば相手との距離と位置は、関係の質を表すことが指摘されており、心理的に近いと距離が縮まる。

また、沈黙も重要である。沈黙が起こったときには、沈黙の意味を考えることが重要である。沈黙を無視してはいけない。沈黙には、意味があり、迷っているとき、考えているとき、不安を感じているときに起こることがわかっている。

話をするときの声の大きさや、イントネーションも重要である。これらには、利用者の心理状態が現れるからである。また、ケアマネジャーが質問してから答えが返ってくるまでの時間（問：ま）にも注意が必要である。その他、言いたいことを積極的に言うのか、質問すれば答えてもらえるのか、言葉を選んで答えてくれるのか、それとも質問しても答えてもらえないのかなどの違いは非常に重要である。さらに、視線を合わせるのかも重要である。

家族などとの関係も重要な意味を持っている。利用者本人と1対1で話を聞くこと

が困難なときには、家族などが同席することがある。そのようなときには、本人が家族の反応を見ているのかどうかについて注意をして、そのような行動に隠されている意味を考える必要がある。

利用者は、自分のことを尊重し、考えを本当に聞こうとしているかどうかをきちんと判断していることがほとんどである。そのため、尊重してもらえないことが明らかになると、適当な受け答えになったり、先に触れたような沈黙になったりする。そのようなときに、病気があるからとか、障害があるからという理由づけを安易にはいけない。

おわりに

これまでに述べてきたように、ケアマネジメントにける対人援助技術（特に面接技術）の問題について考察してきた。何度も強調するが、対人援助技術を支える理念や価値を抜きにして、単に技術を使っても、それだけではケアマネジメントはうまくいかない。大切なことは、技術は理念・価値を実現するための道具であるということである。そして、ケアマネジメントにおいては、このことが今後ますます重要となってくるであろう。

2004（平成 15）年からは障害者を対象としたケアマネジメントも制度として導入されようとしている。利用者を志向したケアマネジメントを行っていくためにも、ケアマネジメントにおける対人援助技術に関しては検討が必要である。

今後は、ここで述べてきたことを、実際のケアマネジャーの実践を通して調査・分析・検討することが求められる。実証的な研究を今後の課題としたい。

〔なお、この原稿は、第 23 回福山地区ケアマネジメント研究会（2001 年 12 月 25 日実施）の講演内容に加筆し、論文としたものである。〕

*1 梶本一三郎「介護保険制度創設の諸問題」『社会福祉研究』第 79 号、鉄道弘済会、2000 年 10 月、p.25

この中で、介護保険をめぐる議論に関して、「制度論」「財政論」「政策論」が中心となっていることを指摘している。そして、機能主義的な視点からの評価の必要性を述べている。

*2 この用語は、オースティン（Austin, C. D.）の用語を副田あけみ氏が紹介している。

副田あけみ『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規、1997 年、pp.13-50

*3 ケアマネジメントでは、（サービスの）「利用者」という用語が使われる。それは、社会福祉サービスを利用する人という、相手の主体性を尊重しているからである。従来の、

「対象者」や「クライアント」という用語が援助者からの視点で相手を呼んでいることと対照的である。

*4 利用者主導モデルという表現もある。

三品桂子「利用者主導モデルの精神障害者のケースマネジメントとソーシャルワーカーの役割」『ソーシャルワーク研究』Vol. 25 No. 3, 相川書房, 1999年, pp.25-27

*5 副田あけみ, 前掲書, p.16

同様の活動に関しては, ケアマネジメントの過程として説明されている。そのほとんどは, アセスメント(対象者を発見し, 対象者のニーズを把握する), ケアプランの作成(アセスメントに基づき, サービス利用に関する計画を作成する), 計画に基づきサービスが利用できるように調整する, モニタリング(サービスが計画通りに提供されているのかを確認する)というものである。

*6 副田あけみ, 前掲書, pp.40-41 の内容を筆者が簡単にまとめたものである。

*7 長期間の訓練を行うことは必要なく, むしろ, 短期間の研修を受けることで誰にでもできることだけを要求しているのである。

*8 山本みどり「ソーシャルワーカーからみた介護支援専門員の現状 - 変貌する相談援助業務 - 」『社会福祉研究』79号, 鉄道弘済会, 2000年10月, pp.69-73

ここで紹介するのは, 現任のソーシャルワーカーが感じている問題について書かれている上記文献を筆者がまとめたものである。

*9 これに加えて, ケアマネジャーは介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・介護老人保健施設・指定介護療養型施設・居宅介護支援センター等に所属している。このため, 自らが所属する施設のサービスを優先的にケアプランに組み入れるという現象が起きている。

*10 拙稿「第1章: 精神保健福祉士の専門性と課題」『精神保健福祉実践ハンドブック』日総研, 2002年

*11 公衆衛生精神保健研究会「ケアマネジメントと地域生活支援」中央法規, 1998年, pp.77-78

*12 阻害するだけではなく, 危害を加えることもある。介護者による虐待についての報告がいくつか出ている。

*13 F・バイスティック著 尾崎新他訳『ケースワークの原則』誠信書房, 1996年

バイスティックは次のように言う。「援助関係を構成するものは, ケースワーカーとクライアントの間に生まれる態度と情緒の相互関係である。」(p.19)そして, その中で重要なこととしてクライアントが共通して持っている基本的な欲求(7つのニーズ)をあげ, それに対応する援助者の適切な反応を示して原則としている。

*14 小嶋章吾「生活場面面接の構造・範囲・意義」『ソーシャルワーク研究』Vol. 24 No.3,

相川書房，1998年，p.167

*15 社会福祉の実践現場では生活場面面接という概念を用い，構造が作りにくい環境の中でどうすれば構造を保つことができるのかということに関する取り組みが始まっている。

『ソーシャルワーク研究』Vol. 24 No.3，相川書房，1998年では，特集として生活場面面接を取り上げている。

*16 西尾祐吾・清水隆則編著『社会福祉実践とアドボカシー』中央法規，2000年，p.74