

介護福祉士の専門職化と養成の課題

成 清 美 治

Professionalization of Certified Care Worker and Problem of Training

Yoshiharu NARIKIYO

要 旨

1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定されて、30年近くなるが、社会的評価、経済的評価、専門職評価は相変わらず低評価のままである。近年では介護福祉士養成施設入学者数も激減し、多くの介護福祉士養成施設（専門学校・短大・大学等）において欠員状態を呈している。そのため、施設或いは在宅サービスに従事する介護福祉士は、慢性的人手不足状態を呈している。この拙論では、各低評価の一翼を担っている介護福祉士の専門職としての課題—専門性・専門職性・専門職制度—を明らかにすると同時に養成の課題を検討する。

キーワード：介護福祉士、専門性、専門職性、専門職制度、社会的評価、専門職化

はじめに

我が国の高齢化率は、2010年で23.0%、2015年以降も高齢化率は上昇し、2060年には65歳以上の人口が40%に達すると推計されており、世界で最も高齢化率が高水準の国となっている（総務省「国勢調査」）。

2013年10月1日現在、日本の総人口は、約1億2700万人（男約6200万人、女約6500万人）であるが、今後下降線を辿り、2048（平成60）年には、約9900万人になると推計されている（「国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」2012年1月推計」）。

ところで、高齢化の原因は、年少人口（0～14歳）と生産年齢人口（15～64歳）の減少に伴う、老年人口（65歳以上）の割合の増加であるが、主要因は合計特殊出生率の低下にある。この高齢化の傾向は1990（平成2）年以降顕著となったのであるが、少子化対策として、国（厚生労働省）は諸政策を講じてきたが、しかし、合計特殊出生率

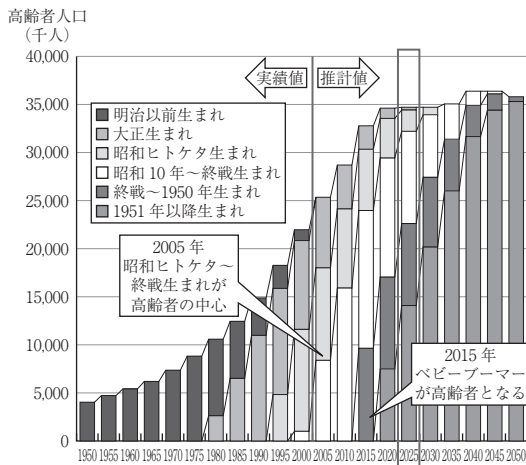
の低下に歯止めはかからず、効果的成果が上がっていないのが現状である。

今後、人口高齢化の進展に伴って、前期高齢者（65歳以上）或いは後期高齢者（75歳以上）の増加が見込まれているが、そこには要介護高齢者増加という深刻な諸問題が存在している。例えば、老々介護、高齢者虐待（施設・在宅）、男性介護者、認知症高齢者介護、介護職員の人材不足、介護保険制度の継続性・持続性等の問題である。

こうした諸問題を抱えて迫りくる深刻な問題は、「2025年問題」である。

2015（平成27）年に前期高齢者に到達した団塊の世代（1947～1947年生まれ）が10年後の2025（平成37）年には約3、500万人になると推計されていることからその深刻さを窺い知ることができる（図表－1参照）。

図表－1 世代別に見た高齢者人口の推移



資料：2000年までは総務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」

（出所：介護施設等の在り方委員会「今後の高齢化の進展—2025年の超高齢社会像—」2006年9月27日）

そのうち、認知症高齢者数は、約320万人になると予測されている。

このような状況下で、介護を担う介護職員（介護福祉士、初任者研修修了者等）は2025年で約237～297万人必要とされている。

しかし、現状では介護専門職である介護福祉士の人材不足は否めない状況となっている。介護人材確保に関しては、2008年5月に介護従事者の処遇改善（賃金・人材確保）に関する法律である「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」（通称、介護人材確保法）が制定された。その概要は2009年4月までに介護従事者の賃金や労働条件の改善を謳ったものであり、検討の結果必要と認めるときは結果に基づいて必要な措置を取るというものであった。⁽¹⁾

しかし、以降、介護保険制度の改正等により若干の賃金の上昇があったが、他業種と比較すると明らかに賃金体系に格差が見られる。その後、2013年6月に社会保障審議会介護保険部会が介護人材確保における当面の見通しとして、2012（平成24）年までに介護職員を149万人増員する。そのために1年当たり6.8万人～7.7万人増員する計画をたて2025年問題をクリアーする計画を立てた。

しかしながら、低賃金、社会的低評価、重労働（3k）、将来への展望の不確実性等から介護福祉士養成施設への進学率の低迷、卒業者数の減少もあって介護職員の人材不足の解消は前途多難である。

1. 社会福祉専門職確立への系譜

介護職の国家資格である介護福祉士が誕生したのは、1987（昭和62）年の「社会福祉士並びに介護福祉士法」の成立によってである。この法律の成立によって、介護職が国家資格として認定された。

ただ、当時の高齢化社会という状況から社会福祉士より、介護福祉士の誕生に力点が置かれたのは周知の通りである。

ところで、戦前の我が国の社会福祉関係の主たる専門職の系譜を辿ると、1908（明治41）年に内務省の第1回感化救済事業講習会が東京市にて開催されたのが専門職に関する社会事業教育の始まりである。その後1919（大正7）年に「感化救済事業職員養成規定」が公布され、武蔵野学院に感化救済事業職員養成所（後、社会事業職員養成所）が設置された。そして、1925（大正14）年に「地方社会事業職員制度」が交付され都道府県に社会事業主事61人以内、社会事業主事補253人以内の配置が規定された。また、1936（昭和11）年、方面委員令公布により、都道府県に方面委員が設置された。

戦後、最初の社会福祉専門職として登場したのが保母（現在の保育士である）である。同資格は、1948（昭和23）年の児童福祉法施行令により、保母を「児童福祉施設において児童の保育に従事する女子」と規定された。ただ、当時は保育に従事する者は女子と限られていたので、現在のように男性保育者は存在しなかった。しかし、1977（昭和52）年3月から男性にも門戸が開かれた。そして、1998（平成10）年の児童福祉法施行令の改正により、1999（平成11）年より、男女共通資格として、保育士が誕生したのである。

資格取得者は、厚生労働大臣の指定する保育士

養成学校を卒業した者、または、都道府県知事が行う保育士試験に合格した者である。その後、保育士は「幼保連携型認定こども園」の登場によって、同園に勤務する職員は、保育教諭（幼稚園教諭普通免許状＋保育士資格）を有することが条件となった。

このように社会福祉の専門職である保育士は児童を取り囲む社会的条件の変化（就労する女性の増加、核家族による家族形態の変化、家庭内保育力の低下、社会環境の変化等）により他職種のとのコラボレーション（連携・協働）の要として今後益々重要な職種となっている。また、2015年4月厚生労働省は、少子高齢化と人口減による介護・保育従事者の人材不足に対応する為、フィンランドのラヒホイタイヤ（lähivoitaja：社会・保健医療共通資格）を参考に介護福祉士と保育士の資格を統合した新たな資格を計画している。この資格創設の目的は子育てから介護まで幅広い分野で従事できる職員を養成することにある。しかしながらこの資格創設は、単に保育や介護分野での職員の人材不足を補うための、付け焼刃の観を免れないのである。両資格者の人材不足の主原因は、両資格者に対する処遇問題の存在である。

次に保育士につづいて登場したのが、3科目主事として揶揄されてきた社会福祉主事であった。同資格は、戦後の1950（昭和25）年に生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法の実施を担う専門職員として設置された。その後、社会福祉事業法（1951）の制定に伴い同法の第17条に規定された。現在は、社会福祉法（2000）第18条に規定され「都道府県、市及び福祉に関する事務所を設置する市町村に、社会福祉主事を置く」となっている。

その業務は都道府県においては、「生活保護法、児童福祉法及び母子及び父子並びに寡婦福祉法に定める援護又は育成の措置に関する事務を行う」（第18条の3）となっている。また、市及び福祉に関する事務所を設置する市町村は「生活保護法、児童福祉法、母子及び父子並びに寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法に定める援護、育成又は更生の措置に関する事務を行うこと」（第

18条の4）とある。ただ、同資格は任用資格であり、国家資格ではない。また、同資格取得においては大学等で主要科目（3科目）を取得するか或いは社会福祉主事資格認定講習を受講することによって、取得することができる。そのため長期間の現場実習や社会福祉主要科目の履修が欠損していることから、社会専門職としての社会的評価は未知数である。

保育士、社会福祉主事（任用資格）が戦後の社会的要請のもとで確立したが、その後高度経済成長期まで国の社会福祉専門職への取り組みはなかった。しかし、経済の成長に伴って社会福祉の専門職問題への取り組みとして1969（昭和44）年の中央社会福祉審議会による「社会福祉の向上のための総合方策について」の諮問、1971（昭和46）年の中央社会福祉審議会・職員問題専門分科会の「社会福祉法制定試案」がある。この試案の骨子は社会福祉士を第1種と第2種に分類した。すなわち、第1種は社会福祉系の大学院または大学で社会福祉を専攻した者。第2種は社会福祉系の短大或いは養成学校を卒業した者としたが社会福祉系の諸団体、地方の福祉行政或いは福祉労働界等から時期尚早論、労働条件改善論優先等反対があり、結果的に白紙撤回となった。

その後、1986（昭和61）年月東京で開催された「国際社会福祉学会」、同年大阪で開催された「国際社会福祉セミナー」の影響もあって、1987（昭和62）年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立し、わが国、最初の国家資格として社会福祉士並びに介護福祉士（共に名称独占）の両資格が誕生した。そして、10年後の1997（平成7）年に「精神保健福祉法」成立に伴って、精神保健福祉士（名称独占）が誕生した。

ただ、社会福祉資格問題で忘却してはならないのは、医療従事者の資格問題である。資格問題を運動として取り組んだのは日本医療社会事業協会（1953年設立）の第4回通常総会（1957）年以降である。その後、資格問題は紆余曲折しながら1967年には日本医療社会事業協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会、日本ソーシャルワーカー

カー協会の身分調査合同委員会が「医療社会福祉士法案」を作成し、翌年、医療社会事業定期総会（大宮）で承認されたが、法律として制定されるには至らなかった。また、「医療福祉士法」試案が1982年に作成されたが、医療ソーシャルワーカーの資格制度の確立には至らなかった。1989年には「医療ソーシャルワーカー業務指針」（2002年に改定）が出され医療ソーシャルワーカーの業務が提示された。

現在、医療ソーシャルワーカーの国家資格は存在しないが、社会福祉士の資格を取得することが病院等における医療ソーシャルワーカーの採用条件となっている。

2. 専門職と専門職化（専門的職業化）

「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項に「「介護福祉士」とは、専門的知識及び技術をもつて、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（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるもの）に限る。以下「喀痰吸引等という。）を含む。）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（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。」と定義している。この定義から介護福祉士を「専門的知識」と「専門的技術」を用いて、介護並びに介護に関する指導を行う者とする。しかしながら、専門的知識・技術の脆弱性から社会的評価は低いものとなり、介護福祉士が専門職か否かが問われているのである。

そこで、介護福祉士が専門職であるためには専門職化（専門職業化）が必要である。介護福祉士実践の本質的要素は、知識・技術・価値を援助過程において検証し、最終目標である利用者の自立（＝自己決定）を促すことである。そこに専門職としての存立意義がある。すなわち、知識、技術、価値は介護福祉援助活動における共通基盤であると同時にこれらの3要素を具備することが専門職

の条件となるのである。

専門職（specialist）の基本的職能について羽田新は「専門職の基本的職能は管理者によって専門職化された仕事そのもの（いわゆる特命業務）を自らの能力に基づいて処理することにある。」と定義している。⁽²⁾

すなわち、「専門職とは医師・弁護士・公認会計士等のように特殊な技能と知識を有し、社会的評価・承認を受け、倫理綱領に基づいて業務を遂行する専門的権威を有する者」と定義することができる。

専門職の条件として、ハーリーズ・ジェンキンス（Harris-Jenkins.G）、フレックスナー（Flexner.A）、グリーンウッド（Greenwood.E）、ミラーソン（Millerson.G）らは、図表－2のように専門職の条件をあげている。

図表－2 専門職の条件

G.Harris-Jenkins (1970)	A.Flexner (1915)	E.Greenwood (1957)	G.Millerson (1964)
構造的要因	高度の個人的責任を伴う知的操作	専門職的権威	
社会（構成）的要因	団結化	（組織化）	組織化
活動（目的）的要因	実際の公共の関心と福祉		公衆の福祉
教育的要因	伝達さん得る技術学習可能	体系的理論	理論と技術教育訓練
		社会的承認	テストによる能力証明
理念的要因		専門職的副次文化	
行動（基準）的要因		倫理綱領	倫理綱領

（出所：秋山智久『社会福祉実践論』ミネルヴァ書房2005 p234）

この図表からハーリーズ・ジェンキンスは専門職の条件として構造的要因、社会的（構成）的要因、活動（目的）要因、教育的要因、理念的要因、行動（基準的）要因をあげている。また、フレックスナーは高度の個人的責任を伴う知的操作、団結化、実際の・公共の関心と福祉、伝達され得る技術・学習可能をあげ、グリーンウッドは専門職的権威、（組織化）、体系的理論、社会的承認、専門的副次文化、倫理綱領を、そして、ミラーソンは組織化、公衆の福祉、理論と技術・教育訓練、テキストによる能力証明、倫理綱領等をあげている。これらから専門職の条件を要約すると社会の組織化、理論学習、倫理綱領、社会的要因等となる。

次に介護福祉士を専門職として確立するために専門職化を推進する必要がある。そのためにまず専門職化とは何かを理解することが重要である。

専門職化（＝専門的職業化：professional occupation）について、加藤譲治は「技術進歩、産業活動の世界化、高度化が顕著な今日では職業の専門化は一層進む。従来からの医師、法曹家の専門的職業に加えて、航空管制官、情報関連技術者など、新しい専門的・技術的職業就業者が量的にも順次増大し、かつそうした職業の社会的意義が高まっていることが指摘できる。こうした職業への需要増大に対応して労働力の高学歴化もいちだんと進み、また企業活動それ自体の高度化、複雑化とあいまって幹部職よりも専門職の養成が重視されるなど専門職化（専門的職業化）の導入・活用が図られるようになった。」としている。⁽³⁾

すなわち、経済のグローバル化、高度情報化社会において、高度化・重層化・複雑化した顧客のニーズに対処するため各領域・分野に適した専門職が必要となる。高齢社会ける地域包括ケアシステムの遂行において介護福祉士の果たす役割が重要となり、益々専門職化が求められている。

3. 専門性、専門職性、専門職制度の概念

秋山智久は専門性と専門職並びに専門職制度の3者の概念について次のように定義している。「『専門性』とは『学問・研究レベルでの専門性』いう概念と位置付ける。この専門性は職業レベルの専門職性の基礎となる。」⁽⁴⁾と定義している。また、「『専門職性』とは職業レベルの課題をもち、社会における職業としての社会福祉の要点となる。社会福祉が社会において職業として成立していくための、理論の実用性や有用性を探索していくレベルである。」と定義している。⁽⁵⁾そして、専門職制度については「専門職がさらに社会で機能するために必要な制度・システムのレベルの課題をもつ資格制度もしくは専門資格は専門職制度の中核になる」と定義している。⁽⁶⁾

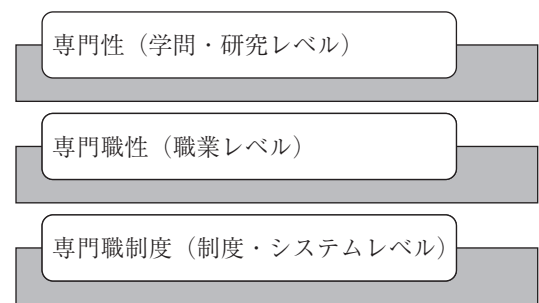
すなわち、専門性＝学問・研究レベル、専門職性＝職業レベル、専門職制度＝制度・システムレ

ベルとなり、3者は三位一体の関係にあり、専門職を構成しているのである。

専門職としての介護福祉士には、専門性、専門職性、専門職制度の3つの概念によって構成されていると考える。そこで、この節では、まず、秋山の提唱する3つの概念を明らかにすることによって、専門職の本質を明らかにする。

すなわち、専門性＝学問レベル、専門職性＝職業レベル、専門職制度＝制度レベルとなり、3者は専門職を構成している3つの概念である。

図表－3 専門職の3つの概念



（1）専門性

専門性の諸説（属性）について諸説を紹介すると次のようになる。京極高宣は専門性として①基礎知識（関連知識・一般教養）②専門知識及び技術（各種社会福祉制度・関連分野に関する知識並びに社会福祉援助技術）③倫理（人権の擁護・自立援助・守秘義務等）等をあげている。⁽⁷⁾

また、奥田いさよは、専門性を①外なる専門性：ソーシャルワークが対人援助職と明確に区別できるかどうかにかかわる専門性と②内なる専門性：ソーシャルワークにおける専門分野にかかわる専門性として分類している。⁽⁸⁾

そして、佐藤豊道は①創造性をともなう知的な過程②体系的理論③倫理基準④専門職の権威⑤専門職的下位文化⑥専門教育の組織化⑦専門職団体の組織化⑧教育的背景や専門職試験などによる社会的承認⑨公益性の志向⑩科学的、批判的、合理的視座⑪高い報酬と社会的評価⑫専門職者としての個人的責任等をあげている。⁽⁹⁾

介護福祉士の専門性に関して、著名な報告書

は、1987（昭和62）年の日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会に報告された「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について（意見）」である。このなかで、ケアワーカーの専門性について「ケアワーカーの専門性はまず、社会福祉に働く者としての倫理性やみずからの役割認識、さらに社会福祉制度への理解を前提として、現在の家政学などの成果を十分組み入れた家事援助、個々の高齢者の自立度や病状などの個別の事態に対応できるような介護、さらに医療関係者とのチームワークを組めるだけの教養を必要とするものである。しかも、それらが一人ひとりの個性に応じて統合化され、総合的に活用されるという点がもっとも問われる力量であり、その意味においてそれはいわば専門分化した専門性ではなく、諸科学を応用、総合するなかで、直接、生命と生活にかかわる専門性として、位置づけられなければならない性格のものである。」と規定している。

さて、専門性の開発に関してハリー・スペクト（Harry Specht）は3つの目的をあげている。それは「①知識開発②知識統合③知識適用である。これら3つが専門性開発の主要な目的であり、一つの連続体をなしている」と指摘し、「3つの目的すべてが専門性開発に欠かせないものである。学問的な修練からは、知識の適用は第二義的なこととみられるかもしれないが、専門性の開発にとって知識の適用が最も大切なことである。知識形成の目的が専門職教育や実践の中での適用の課題に密接に結びつけられている。なぜかという応用的な、基本的な調査研究の実践的な適用について、はっきり説明されなければならないからである。この過程で、統合が理論と実践の間を結びつけつつ、重要な働きを果たす。」と指摘している。⁽¹⁰⁾

つまり、専門性とは、独自の視点を持ち、新たな価値体系をもった理論を構築することである。その手段として文献研究或いは調査研究（質的・量的）を用いるのである。

（２）専門職性

この用語は秋山が指摘しているように専門性が「学問的・研究レベル」に関する課題を有しているのに対して、専門職性は「職業的」レベルに関する課題を有するのである。

ソーシャルワークの専門職業観に対して、一石を投じたのが「フレックスナー報告」である。それは1915年に開催された全米慈善・矯正会議の講演にて「ソーシャルワーカーは専門職業か」である。その理由について、彼は「ソーシャルワークが、独自の技術、専門教育のためのプログラム、専門職業に関する文献、そして、実践技能を有していない」と指摘した。⁽¹¹⁾

また、この報告において、彼は以下の6項目をクリアすることが専門職であるかどうかの評価基準とした。

- ① 広範な個人的責任性をともなった、優れて知的な活動に関与するものであること。
- ② それらは事実学に学ぶものであり、その構成員は生の事実から得た経験を実験や演習をとおしてたえず再検討すること。
- ③ 学問や知識だけにとどまらず、実践の応用を志向する者であること。
- ④ 伝授可能なものであり、高度に専門化された教育訓練を通して駆使展開できるものであること。
- ⑤ それらは仲間集団を結成し、そして集団意識をもつようになって、活動や義務そして責任を保持しつつ、専門化組織を構成すること。
- ⑥ 諸個人を組織から排除または隔離することなく公益に寄与すること。そして、社会的目的達成のために尽力すること、⁽¹²⁾等をあげている。

同報告書は1915年以降のソーシャルワークの技術尊重重視に影響を与えると同時にソーシャルワークの専門職化の途への学問研究の発端となったのである。

図表－４ 専門性開発の目的・組織的援助・教育方法

専門性開発の目的			
組織的援助	知識開発	知識統合	知識適用
単科大学・総合大学 継続教育 福祉施設・機関	個人指導	講義	1. 演習
	基礎研究		2. 演習科目
			3. 現場実習
			4. 卒後研修
	研究セミナー シンポジウム 専門職カンファレンス スーパービジョン シンポジウム	実習セミナー 専門職カンファレンス	ワークショップ 応用研究（プログラム評価） コンサルテーション

（出所：ハリスベクト著 京極高宣／高木邦明監訳『福祉実践の新方向』中央法規出版 1991 p322）

すなわち、社会福祉の専門職性の目的は、利用者の基本的人権と生活擁護を尊重し、自立・自己決定を促す知識・技術・価値を共通基盤とする援助技術を用いて、多職種との連携・協働を推進することである。

（３）専門職制度

専門職制度は、「専門職が社会で機能するために必要な制度・システムに対する具体的な課題をいう。専門職制度について羽田新は「部長―課長―係長というライン職位（管理職制度）とは別に専門職のための職位（例えば専門部長―専門課長―専門係長とか、主幹―主査―主任など）を作り、専門スタッフをそれぞれ当てはめていくシステムをいう。」と定義している。⁽¹³⁾具体的には、社会福祉の専門職制度とは、サービス利用者のための制度・システムである。その目的はサービス利用者のための、介護サービスを規定する介護保険制度や地域住民に対して、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なくサービスを提供する地域包括ケアシステムや介護職員の労働条件（労働時間・賃金体系等）、倫理綱領、業務指針、人材確保のための財源確保等について専門職が社会的機能・役割を果たすための制度やシステムに対する具体的な課題である。

４．介護福祉の専門性

（１）介護福祉実践の原理

本来、原理（principle）とは、哲学や教学を論

ずる場合の法則・原則である。

介護福祉実践の原理として、１）人権尊重の原理 ２）公的責任の原理 ３）自立・自己決定の原理 ４）全体性の原理 ５）ノーマライゼーションの５つをあげることができる。介護の対象である高齢者・障害児（者）は、身体的、精神的にも疲弊した弱者である。しかし、施設介護の現場において、頻度は少ないが介護職員による身体的虐待、精神的虐待等が散見される。また、在宅介護での家族介護者、とくに男性介護者による要介護者（老親）への虐待が新聞の社会面を賑やかしている。要介護者に対する虐待は、介護者の人権意識の欠如にある。そこで、５つの介護福祉における原理を解説する。

１）人権尊重の原理

人権擁護思想は「世界人権宣言」（1948）の成立以降、世界的潮流であり、日本国憲法第11条「国民は、全ての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。」とあり、「国民の基本的人権の永久不可侵性」が定められている。また、第97条「この憲法が日本国民に保障する基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であって、これらの権利は過去幾多の試練に堪へ、現在及び将来の国民に対し、侵すことのできない永久の権利として信託されてものである。」とし、「基本的人権の本質」を掲げている。そして、厚生労働省老健局長私的研究会である高齢者介護研究会は「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」(2003)の報告書を提出した。その中で、尊厳を支えるケアの確立の方策として、①介護予防・リハビリテーションの充実 ②生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系（ア、在宅で365日・24時間の安心を提供するイ、「新しい住まい」ウ、高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割エ、地域包括ケアシステムの確立）③新しいケアモデルの確立：認知症高齢者ケア④サービスの質の確保と向上等を提起している。この人権擁護の原理は、介護福

社の原理の中でも最も重要な原理である。

2) 公的責任の原理

介護福祉実践における公的責任の法的根拠は憲法第25条第1項「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」及び第2項「国は全ての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」にある。現在、同法の解釈は国民の法的権利説から国の努力目標であるプログラム説が有力になっている。1990年代の社会福祉基礎構造改革により、社会福祉サービスが基本的に「措置制度」から「利用者制度（契約制度）」に変化することによって、「やむを得ない事由」による措置以外公的責任の所在が軽視化された。また、介護サービス市場において民間事業者の参入も認められたことが公的責任希薄化に一層拍車をかけることになった。一方で、今日の経済のグローバル化のもとで、非正規雇用者の増大により、国民間の所得格差が顕著となり、「格差社会」が出現している。しかし、憲法25条が国民の生存権、最低生活の保障を掲げている以上、その福祉サービスの供給は、時の政治的社会的状況に左右されることなく、国家は、国民各層に対して、普遍的であらねばならないのである。ここに、公的責任原理の本質がある。

3) 自立・自己決定（主体性）の原理

近年、日本の社会福祉・社会保障制度に関する基本的方針は時代の推移とともに変化してきた。戦後、一貫して、社会福祉の目的は、憲法25条に基づく、「国民の最低限度の生活保障」であった。その後、高度経済成長期による国民生活の向上とともに国民皆保険・皆年金制度の体制の確立（1961）が達成された。そして、1973年の社会保障制度審議会の勧告により「福祉国家」宣言がなされた。しかし、その後、2度の石油ショックによる経済状況の悪化と少子・高齢化という人口構造の変化により、日本の社会保障・社会福祉の路線は、経済的逼迫の下、路線変更をせざるを得なくなった。こうしたなかで、今日では、社会保障費の抑制と国民の費用負担増（社会保険料率の負

担増）という「全世代対応負担型」の社会福祉・社会保障政策が論じられるようになった。

自立・自己決定が基本理念として提示されているものにデンマークの高齢者福祉3原則がある。このなかで、「自己決定の原則」が導入されている。その根拠として同国が伝統的に自由・平等・博愛（連帯）を国是とする民主主義国家であることに依拠する。同国において自由と自己責任は表裏一体の関係にある。幼児期から保育園・幼稚園等で自由を尊ぶ教育を受け、育った国民は自立・自己決定は社会生活において、きわめて自然的なものとして享受し、日常的慣習となっている。

ところで、「自立」とは、他者の援助や支配を受けることなく、物事の判断を決定する自己決定権或いは自己管理能力をいうが、利用者は自立・自己決定を享受することが困難な状況にある。社会福祉の目的は利用者の自立・自己決定を実現するための援助である。⁽¹⁴⁾すなわち、利用者の自立・自己決定を尊重することは、利用者の尊厳を支える介護にも通ずるのである。

4) 全体性の原理

全体性の原理は、介護サービスの利用者と家族・社会（制度）との間に介在する困難・障害を発見、除去することが目的である。その為に介護者はサービス利用者の「生活を全体として理解する」ことが必要である。⁽¹⁵⁾すなわち、利用者の生活上の困難を発見・除去するため個人・家族と社会との関係を調和・調整することである。そのためには、インフォーマルな支援として、家族・近隣住民による自立支援や地域社会の町内会・自治会の援助或いはボランティア等による支援、フォーマルな援助として、公私による各種の社会福祉サービス或いは社会福祉制度・政策の活用、社会保障制度関連施策の適用が必要となる。

5) ノーマライゼーションの原理

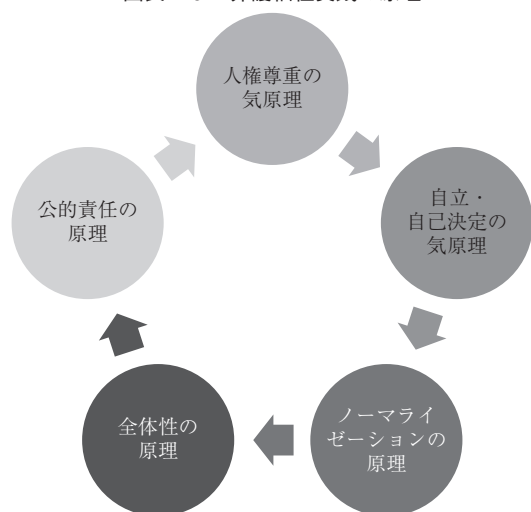
ノーマライゼーションの理念はデンマークのバンク＝ミケルセン（Bank-mikkelsen, Nelils Erik）が提唱した理念である。もともと同思想は知的障害者の全人的回復を目的としたものであるが、今日では全ての人々が共に生きる共生社会の実現に

向けての思想となっている。

このことは障害者のみならず、高齢者やその他のハンディを負った人々が地域社会で自立した生活を営むことができることを目的とするものである。我々は生活の基盤を従来から慣れ親しんだ地域社会で継続して営むことが理想である。そこには友人、知人等近隣社会での交友・友情関係が存在しており、心の「安堵」と生活の「安心」が確保されている。⁽¹⁶⁾

このことからノーマライゼーションの思想は障害児（者）或いは、高齢者が人間として生活を営むうえにおいて必要不可欠な条件が欠損した場合に発生するニーズを適切に把握するうえにおいて、介護福祉士にとって、欠くことができない思想であり、原理である。

図表－５ 介護福祉実践の原理



(出所：筆者作成)

(2) 介護福祉士の共通基盤

1) 専門的知識

介護福祉士にとって、必要な専門的知識は、①社会事象としての社会福祉問題に関する知識②人間に関する知識（医学・保健・リハビリテーション・心理学・精神分析学）③人文科学（哲学・文学・言語学等）、社会科学（政治・経済・社会・歴史学等）、自然科学（物理・生物・地学等）の基礎知識、等である。これらの知識は養成課程に

おいて取得すべきものであるが、現任訓練として再教育の場においても取得すべき事柄である。

2) 専門的技術

介護福祉士が取得すべき専門的技術は、

①身体介護・生活援助に関する技能

身体介護に関する技能とは、入浴、食事、排せつ・排尿等に関する介助・介護技能である。また、生活援助技能とは、食事援助の他、洗濯、炊事、掃除、金銭管理、移動、買い物等である。

②コミュニケーション技能

コミュニケーション技能とはソーシャルワーク、カウンセリング等の技術をいう。

③多職種との関係

ケアワークにおいて、医師、看護師、OT・PT、社会福祉士、栄養士等との連携・協働が必要である。以上が介護福祉士の取得すべき専門的知識であるが、特に医療・看護に関する知識が今後、多様化・多層化した介護ニーズに対処するためには必要となる。

3) 価値／倫理

一般的に価値とは「人間性」とであると理解されている。価値はサービス提供者が「善」を感得し、承認することによって成立する。すなわち、要介護者のニーズを充足する介護福祉士の人間性（態度・能力）によって、自立援助の程度が決定されるのである。尚、価値へのアプローチとして、①自立・自己決定のための支援（要介護者のニーズを明確にする）②人権の尊重（ケアワーカーの人間性に影響を受ける）③ノーマライゼーション、QOLの理念の遂行等がある。⁽¹⁷⁾

また、倫理とはサービス提供者の行動規範であり、道徳と同意語である。この倫理は行為の規範となる善をもとにふたつの立場に区分することができる。ひとつは善を行為の到達点である結果に求める倫理（結果主義）ともうひとつは善を行為の出発点である動機に求める倫理（動機主義）である。前者は倫理の究極の目標が行為の結果として生じる幸福であるとし、幸福と善とは同一視するものであり、幸福主義と呼ばれている。これに対して、後者は幸福を念頭に置くことなく、純粹

に義務にしたがって行為することが善であるとする。すなわち、善と幸福は切り離されるのであり、幸福を断念し、禁欲的に義務を実行するので禁欲主義と呼ばれている。⁽¹⁸⁾このように倫理を2種類に区別することができるが、倫理は人間が社会生活を送る上において遵守すべきものであり、社会福祉の専門職は利用者の基本的人権を遵守したサービス提供者でなければならない。価値／倫理は利用者の人権の尊厳と自立・自己決定並びにノーマライゼーションを前提としたサービスを実施する上において、専門職にとって欠くことのできない職業倫理観であり、専門的技術、専門的知識の在り方を左右し、サービス全体の評価を決定するものである。

(3) ソーシャルワークの必要性

介護福祉士の専門性として、ソーシャルワークをあげることができる。介護福祉の「福祉」の領域に該当するのがソーシャルワークである。この用語の意味は社会福祉の実践活動のことであり、イギリスにその萌芽を見ることができるが、その後、アメリカで理論化され、近代科学を導入して発展したのである。その構造は、①直接的援助技術として、介護福祉実践、ケースワーク、グループワーク②間接的援助技術として、コミュニティワーク、アドミニストレーション、リサーチ、ソーシャルアクション、コミュニティワーク等がある。介護福祉実践におけるソーシャルワークは、ソーシャルワークにおける意義・役割と異なる。前者の業務では身体的援助と生活援助が主でソーシャルワークが従であるが、後者では、ソーシャルワークの業務の全ての領域を占める。

ソーシャルワークのバイブル的存在である「バイスティックの7原則」がある。この原則は①個別化②意図的な感情の表出③統制された情緒的関与④受容⑤非審判的態度⑥クライアントの自己決定⑦秘密保持等として、ワーカーの取るべき態度を示唆している。このソーシャルワークの中で、注視すべきことは、介護サービスを利用するのは要介護者である。一般的に介護保険制度にお

いては、要介護者は高齢者で特定疾患者である。所謂、日常生活が困難な社会的弱者である。そのため身体的、精神的・心理的に弱体或いは衰弱状態に有と考えるのが普通である。

そこで重要となるのが、要介護者のワーカービリティ（利用者の問題解決能力）を如何に引き出せるかである。つまり、要介護者は、自分に直面する問題に対して、自ら適切なる機会を見つけ、適切な動機づけを行い、適切な能力を発揮することによって問題を解決していくのである。

結果として、本人の自立・自己決定に向けての援助となる。

このワーカービリティを介護福祉で介護者が要介護者から引き出すことが重要となる。ただし、ソーシャルワークの弱点は

可視化できないことである。今後、第3者にどう理解してもらうかがソーシャルワークの課題である

5. 介護福祉士の専門職性

(1) 介護福祉士の専門職性

1) 介護福祉の援助の展開

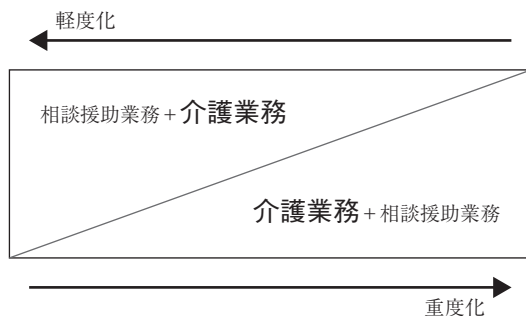
介護福祉の援助は①直接的・具体的サービス（ア、身体的援助=介護技術イ、生活援助=家事援助）と②ソーシャルワーク（ア、精神・心理的援助イ、地域・社会的援助）に体系化することができる。介護福祉の援助展開は圧倒的に①の業務が大半を占めている。そして、要介護者が重度化するにしたがって、介護福祉実践は、身体的介護に傾斜するため、一方の業務の柱であるソーシャルワークが自ずと業務量として少ないものとなっている（図表-7参照）。介護福祉業務は、状況によっては身体的介護より、精神的・心理的介護に焦点を合わせた援助が必要なケースがある。それは、認知症に対する介護である。

認知症高齢者の症状は、①中核障害としての記憶障害、実行機能障害、失認、失語、失行（衣服等の着脱衣が分からない）、そして②周辺症状としての徘徊、暴言・暴力・攻撃性、介護抵抗、不安・焦り、幻覚、妄想、抑うつ、睡眠・覚醒障害

等であるが、状況によって異なるが対人援助技術であるソーシャルワークや心理療法が効果の結果を促す方法として用いられている。

その代表的な方法が①ヴァリデーション・セラピー②パーソン・センタード・ケア③回想法等である。

図表－7 介護福祉実践の傾斜化



(出所：成清美治「ケアワーク」糸川嘉則総編集、交野好子・成清美治・西尾祐吾編集『看護・介護・福祉の百科事典』朝倉書店2008 p 359)

尚、ソーシャルワークにおいて重要なのは援助過程におけるエンパワーメントの視点の導入である。このエンパワーメントの導入に伴いパワーが脆弱化した高齢者・障害者の人権・搾取・権利・差別を除去することによって、利用者の自立・自己決定を促すことに繋がるのである。

2) 介護福祉士の職能団体

介護福祉士の職能団体として、1994（平成6）年2月12に設立された公益社団法人日本介護福祉士会がある。同団体の目的は「介護福祉士の職業倫理の向上、介護に関する専門的教育及び研究を通して、その専門性を高め、介護福祉士の資質向上と介護に関する知識、技術の普及を図り、国民の福祉の増進に寄与する。」とある。

事業内容は①制度・政策委員会②研修委員会③全国研究大会（年1回）④ブロック研修会⑤セミナー及びリーダー研修⑥国家試験対策及び介護支援専門員実務研修受講試験対策⑦広報・事業委員会⑧日本介護福祉士会ニュースの発行（隔月）⑨全国一斉介護相談（9月第2週）⑩専門誌「介護福祉士」の発行⑪調査・研究委員会⑫介護福祉士

の就労実態と専門性の意識に関する調査⑬組織強化委員会⑭各支部の会員拡大と組織の育成、強化の推進⑮その他の各種委員会等となっている。また、組織として日本介護福祉士会のもとに都道府県介護福祉士会（6ブロック：北海道・東北ブロック、関東・甲信越ブロック、東海・北陸ブロック、近畿ブロック、中国・四国ブロック、九州ブロック）がある。尚、介護福祉士資格登録者数は1,395,432人（平成27年6月末日現在、公益財団法人社会福祉振興・試験センター調べ）で、そのうち介護福祉士会への登録者数は、40,333人（平成19年12月末現在、社会福祉士会・介護福祉士会会員数都道府県別一覧）となっている。調査年度は異なるが、資格登録者数に対して、日本介護福祉士会への登録者数が圧倒的に少ない。この要因として、資格は取得したが介護関係職種に就労していない者或いは資格は取得したが何らかの理由で他の職種に就労している者、介護関係職種には就労はしているが会員登録をしていない者、また、資格は取得し登録をしたが、何らかの理由で介護関係職種に就労していない者、等を考えることができる。今後、有資格者が介護関係職種に就労することが、介護人材不足問題解消への手がかりとなるが、その前提条件として他職種に比較して給与水準の低さ、非正規雇用者（正規雇用者の6割程度の賃金）の不安定化、採用後の昇給率の低さ、重労働（3K）、社会的低評価等の問題改善が先決である。こうした深刻な問題解決に対して、国（厚生労働省、財務省、自治省）を挙げて対策を講ずる必要がある。

3) 介護福祉士の倫理綱領

ソーシャルワーカーの倫理に関する声明として著名なのは国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）の声明「ソーシャルワークにおける倫理—原理に関する声明（Ethics in Social Work—Statement of Principles）」（2000）である。

序文には、「倫理に関する認識は、全てのソーシャルワーカーの専門的実践に不可欠な要素である。」と規定している。

また、定義として「ソーシャルワーク専門職は、

人間の福祉の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは人間の行動と社会システムに関する原理を利用して、人々がその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理はソーシャルワークの拠り所とする基盤である。」(序文・定義ともに、訳：岩崎浩三・星野晴彦)とし、序文で「倫理」を、定義で「人権と社会正義」を謳っている。

介護福祉士会は倫理基準（行動規範）を次のように定めている。

- ① 利用者本位、自立支援
- ② 専門的サービスの提供
- ③ プライバシーの保護
- ④ 総合的サービスの提供と積極的な提携、協力
- ⑤ 利用者ニーズの代弁
- ⑥ 地域福祉の推進
- ⑦ 後継者の育成

この倫理綱領を要約すると、「個々人の意志を尊重し、高齢者・障害児（者）の自立を目的とした援助をすること。そして、介護福祉士は、専門的知識・技術・価値を具備した専門職で、職務上得た個人の情報を守り、業務において多職種との連携・協働を意図すること。また、利用者の暮らしを支える視点からニーズを受け止め、地域包括ケアを推進する立場から介護の専門職として積極的に地域住民との関わることを意図すると同時に後進の育成に努めなければならない。」となる。

倫理綱領は、介護福祉士の行動規範を定めたものであり、倫理規定を遵守することによって、介護サービス展開の中で、弱者である要介護者の尊厳を支える介護に繋がると同時に介護福祉士のサービスの質的向上にも繋がる。

4) 資格制度

1987（昭和62）年、福祉関係三審議会合同企画分科会より「福祉関係者の資格制度について」（意見具申）が報告された。

同報告書のなかで、介護福祉士の資格取得の条件として①高校卒業以上の者で、厚生労働大臣の

指定する養成施設（2年）等を卒業した者

②3年以上業務に従事した者等で、厚生労働大臣の指定する者の行う試験に合格した者という条件が整備された。その後、同年「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され介護福祉士が正式に国家資格となる。

現在、資格を得るための手段として、資格審査（国家試験）が存在する。介護福祉士の国家資格を取得するのには①実務経験養ルート②福祉系高校ルート③養成施設ルートがある。それぞれの試験について述べると下記ようになる。

① 実務経験ルート：原則、筆記試験と実技試験があるが、実務者研修（経過措置）を受けた者は実技試験免除となっている。

② 福祉系高校ルート：原則、筆記試験と実技試験がある。ただし、平成21年度以降に入学した者は新カリキュラムが適用されるため実技試験は免除となっている。

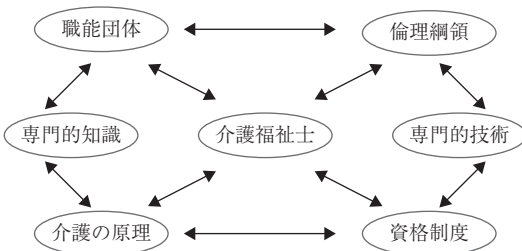
③ 養成施設ルート：原則、筆記試験と実技試験は免除となっている。このルートは高等学校卒業後、介護福祉士養成施設に2年以上在籍し、養成課程を修了した者となっている。その他、福祉系大学等卒、社会福祉士養成施設等卒の者が介護福祉士養成施設で1年以上の課程を修了した者、保育士養成施設卒の者が介護福祉士養成施設で1年以上の課程を修了した者は筆記試験或いは実技試験は免除となっている。

このように介護福祉士国家資格取得のルートは3種類ある。

ケア専門職として、わが国の介護福祉士と比較して、より専門性の高いと評価されているデンマークの①SSH（社会保健ヘルパー）②SSA（社会保健アシスタント）は、社会・健康スクール（SOSU）にて所定の課程を修了すれば有資格者となる。すなわち、同国では、国家試験ではなく、あくまでも理論と実践を秀でた保健・介護分野の専門職を養成することを目的とし、国家試験は課さず各自治体が運営するSOSU（社会・健康スクール）の内部試験合格者に資格が付与されている。尚、SSH、SSA共にカリキュラムには、介護

関係の科目だけでなく、医学・看護・リハビリテーション・心理学・労働学・社会学（社会福祉）・実習（家政学）・記録・コミュニケーション・薬学、病理学・人間工学・文化（哲学）・記録・語学・教育学等、自然科学、人文科学、社会科学等のあらゆる学問領域を網羅している。ここにケア専門職としてSSH、SSAの価値・評価を見出すことができる。

図表－8 介護福祉士の専門職性の属性と相互関係



（出所：筆者作成）

6. 介護福祉士の専門職制度

（1）介護職員人材確保

介護福祉士が国家資格の専門職として、登場して30年近くになるが、問題は山積している。その最大の課題は、介護職員の人材不足問題である。2025年は人口構造上、団塊の世代全てが後期高齢者になる年である。厚生労働省の同年に向けた介護人材の需給推計（確定値）によると①介護人材の需要見込み（2025年度）は、253.0万人、②現状維持シナリオによる介護人材の供給見込み（2025年度）は、215.2万人、③需給ギャップは、37.7万人となる。この数値はあくまでも推計であるが、今後、介護福祉士の養成施設入学年齢18歳人口の減少等を考えると、かなり厳しい数値となることが予測される。

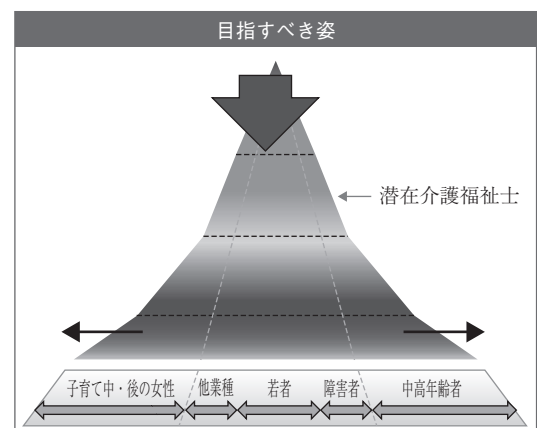
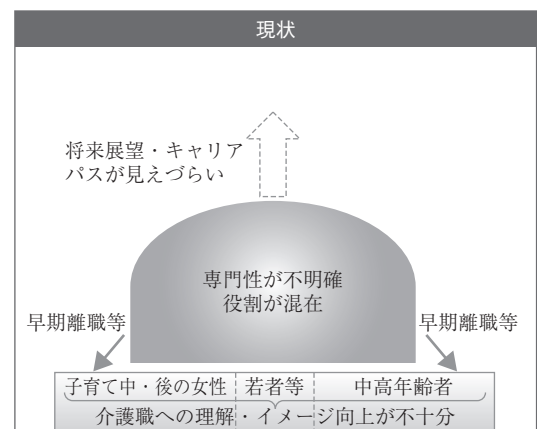
こうした介護職員人材の不足対策として、2015（平成27）年2月25日に社会保障審議会社会福祉部会・福祉人材確保専門委員会は「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」を発表した。

この報告書の介護人材に向けた4つの基本的な考え方は①持続的な人材確保サイクルの確立②介

護人材の構造転換（「まんじゅう型」から「富士山型」へ）（図表－9参照）③地域の全ての関係主体が連携し、介護人材を育む体制の整備④中長期的視点に立った計画の策定等となっており、介護人材確保に関する財源問題は具体的に提示されていない。周知の通り、介護職員の離職の原因は賃金問題、労働条件、社会的評価の低さ等である。そのなかで賃金問題が最も大きなウェイトを占めている。

この問題を解決せずして、介護人材確保対の実効性・有効性は困難である。

図表－9 2025年に向けた介護人材の構造転換（イメージ）



（出所：社会保障審議会福祉部会・福祉人材確保専門委員会「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて」2015年2月25日）

（２）介護職員確保のための財源確保

厚生労働省「平成25年度賃金構造基本統計調査」によると労働者の産業別・産業計の男女平均賃金（平均年齢42.0歳、勤続年数11.9年）32.4万円に対してホームヘルパー（平均年齢44.7歳、勤続年数5.6年）、21.8万円、福祉施設介護職員21.8万円（平均年齢38.7歳、勤続年数5.5年）となっている。3者を比較した場合、勤続年数が異なるので単純には比較できないが、それでも産業計と比較して、介護関係との賃金差は10万円以上の差がある。ここに介護職員の離職率の高さ、非就職希望者の原因がある。

介護職員の処遇改善策として、2009（平成21）年10月～2012（平成24）年3月の時限立法として「介護職員処遇改善交付金」により、介護職員の処遇改善に取り組む事業所に介護職員1人あたり平均1.5万円（月）が助成対象の事業所のうち約92%以上で実施された。尚、この事業対策費の予算総額は約3,975億円であった。この事業は2012年までの事業立法のため、以後の介護職員の処遇改善対策（賃金対策）が必要であるが、第4回社会保障審議会福祉部会・福祉人材確保専門委員会は2015（平成27）年2月23日に「介護人材確保の総合的・計画的な推進について（案）」を発表した。平成27年度予算案における介護人材確保方策（１）地域医療介護総合確保基金（介護分）724億円のうち、介護人材確保として90億円の予算（国2/3、都道府県1/3）を計上している。また、（２）平成27年度介護報酬改定における介護職員の処遇改善として等1,051億円の予算を計上している。具体的には1人あたり月額1万2千円相当の処遇改善となっている（784億円〈改定率換算で+0.65%〉）。このように僅かであるが介護職員の処遇改善（賃金）がようやく継続的に行われようとしているが、介護職員の男女別平均賃金は、産業別・産業計男女平均賃金の約70%という現実を踏まえた場合、できるだけ早急に賃金の改善が必要となるのである。

7. 介護福祉士の専門職化—養成上の課題

ここまで、介護福祉士の専門職化について介護福祉士の専門性、専門職性、専門職制度等について具体的に検討し、その課題を提示したが、①介護の業務はもともと児童・老人・障害同様家事労働（主として女性）であったこと②介護福祉士は、登録免許税法上、看護師同様登録免許料は9,000円で一般的に「準専門職」として位置付けられていること。③同資格が「名称独占」であり、非資格者でも同様の業務に就くことができる等が準専門職として理由であるが、今後、介護福祉士が社会的評価或いは業務水準の向上を図ることが介護福祉士の専門職化を推進することになる。そのためには専門性、専門職性、専門職制度の諸課題を明確化することが緊急課題である。

現在、介護福祉士の養成は①実務経験ルート②福祉系高校ルート③養成施設ルートの3系統で行われているが、専門職の質的内容を規定する養成カリキュラムを検証した結果、介護実践において、適切にニーズに対応できないのである。

要介護者に対する介護には、医療行為を必要とするケースが多々ある。医療行為に関しては、医師の指示にもとづく「喀痰吸引等」のみ認められている。医療行為は、「医業は、医師の独占的な業務とされており、医師以外の者に対しては罰則によって医業を行うことを禁止している」（「医師法」第17条）の通り、医師以外の者が医療行為を成すことは禁止されている。しかし、介護において、医療行為を要する場面が多々ある。例えば施設介護において介護福祉士等が、軟膏の塗布、排便、血圧測定、褥瘡の手当、経管栄養等の行為を行っている。つまり、介護において、医療行為は暗黙の了解のもと常態化しているといっても過言ではないであろう。

何故、介護福祉士の医療行為は禁止なのであろうか。これらの疑問に対して、フィンランド、デンマークの両国におけるケアの内容を検証し、如何にこれらの国々のケアワーカーが医療行為に関わっているかを見ることにする。

まず、フィンランドのケアの専門職であるラヒ

ホイタヤ（社会・保健医療共通基礎資格）について述べる。この資格1933年から始まった。この資格は10種類の専門職（准看護師、精神障害看護助手、歯科助手、保育士、ペディケア（足のケア）、リハビリ助手、救急救命士、知的障害者福祉士、ホームヘルパー、日中保育士）を統合化したもので、資格取得は、中学卒業後、3年間（120単位：4800時間）の養成期間を終了して取得することになる。ライホイタヤの資格取得を目指す学生は教科書と教材以外の教育費と資格取得費用は無料となっている。就労時には多くの卒業生は自治体職員となる。尚、施設ケアにおけるラヒホイタヤのメインの仕事は基礎的ケア（身体的ケア）であるが、その他の業務として利用者の観察、医療的行為がある。医療的行為においては、施設ケアの場合、傷の手当、浣腸、カテーテルの装着の補助、投薬、静脈以外の注射等の医療行為を行うことができる。⁽¹⁹⁾

次にデンマークのSSH・SSAの就業先は各自治体関係施設（医療機関も含む）であるが、業務内容はホームヘルパーとして基本的に在宅高齢者の身体介護、生活介護に従事するが、薬剤の調合・投薬等の基礎的医療行為は認められている。また、SSAの主な就業先は、総合病院、地方自治体の高齢者センター、精神病での障害者等のケアに従事するが共に公務員である。尚、SSAの資格取得者は、医療関係に就労する者が多いが、同課程を修了した者の進学先として、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、助産師（就学年限は各3年）等の上級学校がある。以上のようにラヒホイタヤ並びにSSH、SSA共に基礎的医療行為が認められている。この根拠として、両資格ともカリキュラムにおいて医学・看護系の科目があり、多数の講義・実習時間が設けられている。実習先施設においても医療施設（一般病院・精神科病院等）が設けられている。両資格とも介護福祉士養成に比較して、取得単位数・時間が多く介護福祉士（修学年限2年間、1800時間）に対して、ラヒホイタヤ（養成期間3年間：4800時間）、社会保健ヘルパー（養成期間1年2か月：

1680時間）、社会保健アシスタント（養成期間1年8か月：2310時間）となっており、いずれも介護福祉士の養成期間より長時間となっている。⁽²⁰⁾

尚、ラヒホイタヤ或いはSSHやSSAの就業先の多くは自治体職員となっている。特にSSHとSSAは入学と同時に年齢に応じて給与が支給され学生生活において経済的問題（授業料・生活費）で苦慮することがない。また、ライホイタヤも教育費・資格取得費は無料となっている。しかも両国において高学歴者（大学卒）と専門職者（専門学校卒）との給与にあまり格差が見られない。つまり、フィンランド並びにデンマークは、日本のように「学歴偏重社会」でなく、「資格」を重視する社会である。ここに日本と比較して介護職の人材が枯渇しない理由が潜んでいると思われる。結論として、介護福祉士は、喀痰吸引等以外法的に医療行為が禁止されているためカリキュラムにおいても医療・看護系科目が開講・履修されていないのである。しかし、実際のケア場面において、緊急性・慢性疾患に関わらず基礎的医療的行為は必要である。

2005（平成17）年の介護保険法の改正（正式法律名：「介護保険法の一部を改正する法律」）により、介護予防、総合相談・支援事業等を目的とした「地域包括支援センター」が創設された。さらに2011（平成23）年の介護保険の改正（正式法律名：「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」）が成立した。これにより、日常生活における医療・介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の推進が提唱された。

この地域包括ケアシステムのキーパーソンになるのが介護福祉士である。

本来、要支援者、要介護者にとって、サービス提供者はできるだけ同一人物が精神的・心理的に安心・安定し、望ましいのである。その為には、医療・看護的基礎知識・技術を具備した介護福祉士の誕生が急がれる（医療校に対しては医師の指示・指導が必要）。デンマークのSSHやSSA、フィンランドのラヒホイタヤは、或いはドイツの老人

介護士（Altenpfleger/in）等は基礎的医療知識・技術をマスターした専門職で、基礎的医療・介護を要する生活困難者のニーズに適切に対応している。

最後に今後の介護福祉士の養成上の課題であるが、看護＋介護の知識・技術をマスターした社会介護保健師を提案する。同資格取得は介護福祉士資格（高卒2年）にプラス准看護師（中卒3年）の資格を取得することを条件とする。また、准看護師が同資格を取得する場合、学歴3年分を加算して准看護師3年の現場経験を必要とする。

准看護師及び介護福祉士のカリキュラムは図表－10、11の通りである。

図表－10 准看護師養成カリキュラム

別表四（第五条関係）

教育内容		時間数		
		講義	実習	計
基礎科目	国語	35		35
	外国語	35		35
	その他	35		35
専門基礎科目	人体の仕組みと働き	105		105
	食生活と栄養	35		35
	薬物と看護	35		35
	疾病の成り立ち	70		70
	感染と予防	35		35
	看護と倫理	35		35
	患者の心理	35		35
	保健医療福祉の仕組み	35		35
	看護と法律			
専門科目	基礎看護学	315		315
	看護概論	35		35
	基礎看護技術	210		210
	臨床看護概論	70		70
	成人看護	210		210
	老年看護			
	母子看護	70		70
	精神看護	70		70
	臨地実習		735	735
	基礎看護		210	210
	成人看護		385	385
	老年看護			
	母子看護		70	70
	精神看護		70	70
合 計		1,155	735	1,890

備考 演習及び校内実習は講義に含まれる。

（出所：文部省・厚生労働省令第2号「保健師助産師看護師養成指定規則」）

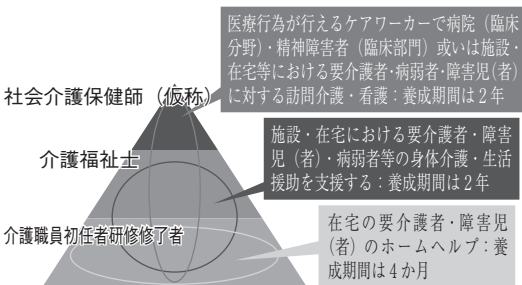
図表－11 介護福祉士養成カリキュラム（2年養成課程）

領域	教育内容	時間数	●
人間と社会	人間の尊敬と自立	30以上	●
	人間関係とコミュニケーション	30以上	●
	社会の理解	60以上	●
	※上記必修科目のほか、人間と社会に関する選択科目		●
	小 計	240	●
介護	介護の基本	180	●
	コミュニケーション技術	60	●
	生活支援技術	300	●
	介護過程	150	●
	介護総合演習	120	●
	介護実習	450	●
	小 計	1260	●
介護福祉士のしくみ	発達と老化の理解	60	●
	認知症の理解	60	●
	障害の理解	60	●
	こころとからだのしくみ	120	●
	小 計	300	●
合 計		1800	●

（出所：厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて（案）」）

介護福祉士（2年間：1800時間）並びに准看護師（3年間：1890時間）の合計カリキュラム時間は、5年間で3690時間となる。カリキュラムの内容については、改正の必要性があると思われるが、その都度論議して内容を適切に変更すればよい。今後、看護＋介護の両知識・技術を有する「社会介護保健師」は、今後、医療的ケアと社会的ケアの必要とする人々が増加する中で、地域包括ケアシステムのキーパーソンとして期待されるのである。

図表－12 社会介護保健師の職位



（出所：筆者作成）

引用文献

- (1) 成清美治・加納光子代表編集『現代社会福祉用語の基礎知識（第12版）』学文社2015 p46
- (2) 森岡清美、塩原勉、本間康平編集代表『新社会学辞典』有斐閣1993 p234
- (3) 同上（2） p902
- (4) (5) (6) 秋山智久『社会福祉専門職の研究』ミネルヴァ書房2007 pp115-116
- (7) 京極高宣「ソーシャルワーカーの職務の専門性とはなにか」『社会福祉研究』41号鉄道弘済会1987 p25
- (8) 奥田いさよ『社会福祉専門性の研究』川島書店1992 p102
- (9) 佐藤豊道「社会福祉専門職と専門援助技術」岡本民夫編著『社会福祉援助技術総論』川島書店pp20～23
- (10) ハリースペクト著／京極高宣／高木邦明監訳『福祉実践の新方向』中央法規出版社1991 p322
- (11) 仲村優一／一番ヶ瀬康子／右田紀久恵監修、岡本民夫／田端光夫／濱野一郎／古川孝順／宮田和明編集『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版2007 p614
- (12) 同上（8） p67
- (13) 同上（2） p901
- (14) 成清美治『ケアワーク入門』学文社2009 p60
- (15) 成清美治『私たちの社会福祉』学文社2012 p20
- (16) 同上（14） p62
- (17) 同上（14） pp33～34
- (18) 同上（15） pp28～29
- (19) 笹谷春美『フィンランドの高齢者ケア－介護者支援・人材養成の理念とスキル』明石書店2013 p215
- (20) 社会保健ヘルパー（SSH）、社会保健アシスタント（SSA）、ラヒホイタイヤの養成課程に関して拙論『地域包括ケアシステムと介護人材の養成－デンマークとフィランドを参考

にして』神戸親和女子大学大学院研究紀要第12巻2016年3月発刊に詳しく掲載している。

参考文献

- ・宮田和明・加藤幸雄・牧野忠康・柿本誠・小椋喜一郎編『社会福祉専門職論』中央法規出版2007
- ・池田敬正・土井洋一編『日本社会福祉総合年表』法律文化社2000