

一橋大学審査学位論文

博士論文

介護職の職務範囲と専門職性に関する研究
－チームケアと多職種連携からの考察を中心として－

高橋 幸裕

一橋大学大学院社会学研究科博士後期課程
SD041017

STUDY ON THE PROFESSIONAL AND DUTIES OF THE RANGE OF
CARE WORKERS : AROUND THE DISCUSSION OF MULTIDISCIPLINARY
COLLABORATION AND TEAM CARE

TAKAHASHI, Yukihiro

Doctoral Dissertation
Graduate School of Social Sciences
Hitotsubashi University

目次

序章 研究課題と方法.....	1
第1節 問題の所在	1
第2節 研究課題（問い）と仮説	2
第3節 研究対象.....	2
第4節 本研究の視点.....	2
第5節 先行研究・先行調査研究	3
第6節 論文の構成	4
第7節 本研究の独自性	6
第8節 研究方法.....	6
第9節 論文における用語の定義	7
第1章 高齢社会における介護職への社会的要請と期待.....	10
第1節 介護職に対する社会的要請と期待.....	10
第2節 低い社会的評価の理由	13
第3節 社会的地位向上をするための課題.....	18
第4節 小括	20
第2章 看護師の地位向上の試み.....	22
第1節 日本における看護婦の誕生と看護教育.....	22
第1項 揺籃期における看護婦の教育と役割.....	22
第2項 揺籃期における看護婦の仕事と役割.....	24
第3項 揺籃期における行政による看護制度の整備.....	27
第2節 確立期.....	30
第1項 再構築される看護婦関連制度—進められる看護改革.....	30
第2項 職能団体の設立と行政への進出.....	31
第3項 政治活動の開始 - 政界への進出と政治団体の結成.....	33
第4項 高等教育制度の整備	36
第5項 医師と看護師の関係・雇用慣行・賃金水準.....	38
第6項 病院ストライキ・ニッパチ運動（闘争）	43
第7項 エスタブリッシュメントとの関わり	45
第3節 発展期.....	46
第1項 医療現場の高度化と看護職キャリアの伸張.....	46
第2項 高度化するニーズとキャリアアップへの対応	47
第3項 専門看護師制度	50
第4項 認定看護師制度	55

第5項 認定看護管理者制度	60
第4節 小括	65
第3章 介護職がこれまで歩んできた道のりと専門職化への課題	67
第1節 介護が職業として成立した経緯	67
第1項 長野県家庭養護婦派遣事業	68
第2項 全国へ広がる家庭奉仕員制度	70
第3項 国庫補助・老人福祉法・有料化	75
第4項 1970年代から社会福祉士及び介護福祉士法制定まで	79
第2節 介護職が社会的地位を高めるための要素とは何か	83
第1項 行政	84
第2項 政治活動・団体	84
第3項 ストライキ	85
第4項 業務独占	86
第3節 職業として成熟するための課題	86
第1項 職能団体	86
第2項 職業別労働組合	88
第3項 エスタブリッシュメントとの関わり	88
第4節 介護職の養成制度	89
第1項 ホームヘルパーの養成制度の概要	89
第2項 ホームヘルパー3級	90
第3項 ホームヘルパー2級	91
第4項 ホームヘルパー1級	92
第5項 介護職員基礎研修	92
第6項 介護職員初任者研修	94
第7項 介護福祉士の教育カリキュラムの概要 - 2012（平成24）年3月末までの介護福祉士の資格取得制度	96
第8項 介護福祉士のカリキュラム改訂	97
第9項 介護職の養成制度に関する課題	99
第5節 憧れる職業となるために	100
第1項 就業理由	101
第2項 仕事に対する満足度	102
第3項 賃金水準	105
第4項 仕事の継続意思	106
第6節 小括	107
第4章 介護職の専門性の確立	108
第1節 チームケアにおける課題と事例調査の視点	108

第2節 介護職における専門性と介護労働者の意識	112
第1項 介護職に求められるようになった専門性とチームケア	112
第2項 介護職の専門性に関する調査結果	114
第3項 介護職に対する高まる専門性志向	117
第3節 介護職の専門性はどこにあるのか	121
第1項 介護保険制度における介護職の役割	121
第2項 事例分析	123
第3項 介護職と各専門職における連携の構造	131
第4節 ヨーロッパにおけるケアワーカー	132
第1項 ヨーロッパを選んだ理由	133
第2項 スウェーデンの事例から	134
第3項 ドイツの事例から	139
第5節 小括	147
終章 本研究のまとめとして－介護職の社会的地位向上に関する課題	150
第1節 本研究で明らかとなったこと	150
第2節 専門性を確立するための課題	153
第3節 職業基盤・教育システムの確立	155
第4節 残された課題	156
まとめ	157
参考文献等一覧	158
巻末資料	167
・調査実施概要	
・量的調査質問紙（調査票）	

序章 研究課題と方法

本章では、介護職の職務範囲と専門職性に関する研究を行うに至った経緯や研究対象、研究方法等の概要を記しておく。

第1節 問題の所在

訪問介護員養成研修 2 級課程講習会に参加したことが本研究を着想するに至った契機である。講習会期間中に現役の介護職として働く女性講師が発した「介護の仕事は誰にでもできるものではありません。介護職は専門職です。」という発言に疑問が生じた。介護職は家政婦と隣接した職種であることから専門的職業としてのイメージが薄く、典型的な低賃金重労働の職業であり、社会的評価は高くなかったはずだということが頭をよぎった。すなわち、介護職の専門性は日常生活を職務範囲としていることから可視化されにくいいため、非専門的職業という評価を社会からなされているのではないか。ただ、2013（平成 25）年には我が国の人口における 65 歳以上の者の割合は 25%となり、4 人に 1 人が高齢者となる時代となった。高齢者が増加するということは要介護状態となる者が相対的に増加することであり、介護サービスに対する需要が高まることを意味している。言い換えれば、介護職は介護サービスを通じた形で高齢者（利用者）の自立した生活を支援するという社会的要請と期待を求められる時代となったのである。

高齢社会と介護サービスの需要の高まりを背景に介護職が社会的に求められるようになったが、労働条件は低い水準に処されている状態である。例えば、介護労働安定センターが行った調査結果¹によれば「通常月の税込み月収（正規職員）」では平均月収は訪問介護員が 190.6 千円、サービス提供責任者が 220.0 千円、介護職員が 202.3 千円であり、「通常月の税込み月収（非正規職員）」の平均月収は訪問介護員が 102.7 千円、サービス提供責任者が 172.8 千円、介護職員が 125.3 千円となっている。そのため、国（厚生労働省）は介護職員処遇改善交付金²や介護労働者設備等導入奨励金（現在は介護労働環境向上奨励金）³の整備に着手しており、介護職の労働環境・労働条件改善を進めていることから待遇改善は進む方向にあるとされている。

その一方で介護職は流動性が高い職業の一つであることは変わりなく⁴、介護市場での定着が悪いということは法人からすれば離職者が出るたびにそれまでに費やしたコストが無駄となり、かつ新規入職者に資源を投入しなければならない。同時に、介護労働者に

¹ 介護労働安定センター「平成 24 年版 介護労働の現状Ⅱ」p.27 参照。

² 厚生労働省は「『介護職員処遇改善交付金』は、介護職員の処遇改善に取り組む事業者に対して、平成 21 年 10 月から平成 23 年度末までの間、計約 3,975 億円（全国平均で介護職員（常勤換算）1 人当たり月 1.5 万円に相当する額）を交付する」としている。

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/12/03.html>

³ 「介護福祉機器等助成」と「雇用管理制度等助成」の 2 種類がある。

⁴ 厚生労働省「政策レポート介護職員処遇改善交付金について」によれば、介護職員全体の離職率は全産業の 14.6%に対して 18.7%である。

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/12/03.html>

も影響が及ぶことになりこれまで蓄積されてきた介護技術に関するノウハウが継承されずスキルの底上げがしにくくなっている。

では、介護職が社会的要請と期待に応えるためにはどうすればよいか。仕事に対する社会的地位と評価を高め魅力ある仕事とすることである。すなわち、専門性を高め、労働環境や労働条件の改善を目指すことである。現状では介護職にしかできない仕事という付加価値は先行研究や調査では明らかにされていない。そこで本研究では介護職が社会的要請や期待に応え、社会的責務を果たすには社会的地位と評価の向上が不可欠な要素であると考えた。そのための方法について検討を試みたい。

第2節 研究課題（問い）と仮説

・研究の問い

介護サービスの需要が高まる傾向にある中で介護職に対する社会的要請と期待は高まっている。それに対して介護職に対する労働環境・労働条件、社会的評価や地位は高くなく、マンパワーが不足している状況にある。介護職が社会的責務として質の高い介護サービスを安定的に提供し、要介護者を支援していくためにはどうすればよいのか。

・仮説

介護職に対する社会的要請と期待は高まっているが、現状では専門的職業として十分に応えられていないのではないかと考える。質の高い介護サービスを安定的に受けられる環境を構築するという意味で利用者の利益を考えるならば、介護職として社会的地位と評価を高めるためにも職業としての専門性の明確化と確立をする必要がある。そのためには介護職の職務範囲を検討することが重要だと考える。また介護職の職業的発展をするためにケア、女性が多い仕事、家庭内で担われてきた等の共通点がある看護師は現在では医師のパートナーとして発展してきた職業であることから、専門職制度、教育内容、職能団体など周辺事項の考察も併せて行うことでヒントを得ることができるのではないかと考える。また介護職の地位向上は看護職と比較することでモデルの作成が可能になるであろう。

第3節 研究対象

研究対象者は介護福祉士とホームヘルパー（主に2級取得者）である。本研究で行った調査対象者の中にはこれ以外に社会福祉士や介護支援専門員など関連する資格を持っている者がいる。

第4節 本研究の視点

高齢社会において介護職は要介護者自身の生活や高齢者を抱える家族にとって必要不可欠な存在として位置づけられる。しかしながら、介護職が社会的要請と期待に対して応えるためには現状では不十分ではないかという疑問が生じている。現在よりも介護職が社会貢献できる職業としてみなされるようになるには、専門性の明確化と向上が必要だと考える。

ている。そこで歴史的視点として隣接する職業である看護職の辿ってきた歩みを参考にしながら、介護職に必要な要素について検討を試みることにした。また、介護職の実態についても量的調査、質的調査の手法を用いて検討を加えることで介護労働者の職業に対する意識を確認した。他にも職業における行為のどのようなことが専門性であり、それをどうすれば向上させられるのかという職業分析の視点で検討を試みている。

第5節 先行研究・先行調査研究

高齢社会を背景とした介護問題に関する研究は多様なテーマに基づいて議論されてきた。特に介護職に関する問題は事例検討も含めた労働環境や労働条件、働き方、専門性とは何か、介護保険制度の課題等があり多種多様なものであった。

訪問介護に関する代表的論者である小川（2000）は自治体のケースワーカーとして働いた経験から高齢者の生活問題としてホームヘルパーの働き方や専門性について検討し、不安定な労働環境、低い労働条件にあることを指摘した。その結果、介護職は流動性が高い職種となり仕事に対する意欲の低下と介護サービスの質に影響を与えているとしている。

小川の指摘するように介護職の不安定さについて改善をすることは介護サービスの安定的提供をするためにも必要なことであるが、これに関連して介護労働に関する研究を行った佐々木（2005）は自ら訪問介護事業所やグループホームを開設し、その実践と営みを通じて理論化を試みた。佐々木はホームヘルパーの労働条件の向上を目的にその専門性である家事援助と、ペイドワークとしての専門職に引き上げるための考え方として、家事労働の標準化をモジュールという手法で試み根拠を持ったサービスの向上をさせていく方法を検討している。

これに関連して、専門性を引き上げることは質の高い介護サービスを提供するうえで必要なことである。介護職の専門性に関する議論は資格制度・専門職論として取り扱われており、京極（1998）は介護に関する資格制度は立ち遅れていると指摘し、厚生省社会局社会福祉専門官として任官していた際に社会福祉士及び介護福祉士法の整備に携わった。京極はこの法の制定過程について言及しており、資格制度を整備することで専門性が向上し、いずれ介護現場では無資格者が淘汰され有資格者によって実質的に占有されることになることを主張した。

介護職が名称独占の国家資格として整備され養成制度は近代化しつつあるのに対して、その職務範囲については職業の専門性を高めるうえで明確にすることはできていなかった。今日では2013（平成25）年の介護保険法の改正により医療ケア（たんの吸引、経管栄養）について行うことが認められたが、ここに至るまでは紆余曲折があった。医療と介護の範囲は明確な線引きが困難な状態であることから、篠崎（2002）は介護職が行えるケアの範囲について考察を加えていた。篠崎は厚生労働省に問い合わせを行うなどした結果、法律の解釈の問題により認められる範囲が変わるグレーゾーンがあることを指摘している。

このようなことから明らかなように介護職に関しては労働環境・労働条件は不安定か

つ専門性が明確化されておらず、また法制度により行える範囲が見直されるという状態であることから社会的要請と期待に対して十分に込えられるだけの素地が確立していないと言える。こういったことを裏付けるために先行調査研究を確認してみると、措置制度時代の1999（平成11）年に日本労働研究機構（現労働政策研究・研修機構）はホームヘルパーの就業意識調査を行った。そこで明らかになったことは社会的地位が低いということが介護労働者にとって最大の悩みであることであった。

介護労働者に関する問題点についてより詳細に行っているのが、財団法人介護労働安定センターが行った継続的かつ大規模調査である。ここでは介護事業所を対象にした調査（「介護労働の現状Ⅰ 介護事業所における介護労働の現状」と介護労働者の意識と実態に関する調査（「介護労働の現状Ⅱ 介護労働者の働く意識と実態」）の2本立てで行っている。前者は介護労働者を確保するための取り組み、現場の定着率、雇用条件（賃金以外に雇用保険の加入、健康保健、年金加入）、研修実施の有無など、介護労働者が働く上で取り巻く環境について調査している。後者は介護労働者が仕事をしていく上での悩みや不満・不安（いつまで働き続けられるのか、仕事にやりがいを持っているが賃金水準に不満を持っていることなど）、就労時間、仕事に対するやりがいについて調査を行っている。現状では介護サービスは介護労働者のやりがいや意欲によって支えられている傾向にある。

こういった先行研究、先行調査研究を踏まえるとこのままでは継続的かつ安定的に質の高い介護サービスを提供することは困難と予想され社会的要請と期待に込えるためにはより魅力的な仕事へと転換していく必要があるということが課題として明らかとなった。

第6節 論文の構成

本研究は序章、第1章から第4章、終章の構成となっている。以下、概要を記す。

第1章では、高齢社会を背景として介護職に寄せられる社会的要請と期待について検討した。国は高齢社会を背景に医療や福祉等の各領域において様々な制度を整備してきた。特に介護問題についてはゴールドプランの整備や介護保険制度の施行など力を入れてきた。その中核である介護職は社会的に必要な仕事とされながらも賃金水準は低く、離職率も高い職業である。介護職の社会的期待は高いにもかかわらず、その評価や地位は高くなくマンパワーの確保をする際の課題でもある。社会的評価や地位が低い理由は介護職が家庭から出発した職業であり、マンパワーの確保するために粗製乱造されたことも要因として挙げられる。介護職が社会的要請と期待に込えるためには職務範囲の拡大と専門性・技術の向上を目指すことがポイントとなる。

第2章では、介護職が社会的地位向上を実現するために隣接する職業である看護師が辿ってきた歴史について考察を試みた。看護師は介護職と同様にケアを提供する、家庭内で出発し女性が担う職業の一つとして出発したことに共通点がある。看護師の社会的地位向上と専門性が高められた転換点は、第二次世界大戦後にGHQによる看護制度改革である。そこでは前近代的な看護制度の在り方を見直し、当時最新の看護学に基づいて看護婦の養

成が行われた。すなわち、看護職は看護という専門性が初期には認められず、家政婦に近い扱いを受けていた時代もあったが、養成制度等の整備などによって看護の専門性が明確化された。現在、看護師は医師のパートナーとして評価されるほど専門性を高め、社会的地位の確立も果たしている。その要素とは職務団体の統一、労働運動の実施、行政・政治への進出、高等教育機関における養成の実現（看護の高等教育化）、エスタブリッシュメントとのかかわり、専門職制度の導入といった理由が挙げられる。

第 3 章は看護師が辿ってきた歩みを踏まえて、介護職が職業として発展し社会的地位と専門性が高められる要件について比較検討を行った。介護職が職業として成立した時期は 1950 年代半ばに長野県で行われた家庭養護婦派遣事業が始まりとされている。家庭養護婦を募集する際には仕事をするための講習も用意されていない等、専門的技術や知識については重視されていなかった。同様の制度は全国に広がりを見せることになる。その後、訪問介護員養成制度や国家資格である介護福祉士が整備され、養成制度面での発展をみることになるが、社会的評価や地位は低い傾向にあった。看護師との比較をすると様々な面で社会的影響力を与えるための要素が不足していることが明らかとなった。例えば、統一した職能団体が結成されていない、行政・政界へ進出することができていない、エスタブリッシュメントとのかかわりが小さい、高等教育機関での養成は実現しているが介護職（ホームヘルパー）として入職する際の教育制度が短時間である、専門職制度が導入されていない等がある。

第 4 章では、介護職の専門性の確立をするため実態調査に基づいて検討を行った。介護職の意識については量的調査（択一式 45 問、513 名配布 301 名回収）と質的調査（半構造化面接、1 対 1、60 分、18 名の監督職）を実施した。その他にも介護職の職務範囲については 15 年以上の勤務経験があるいわゆるベテラン介護労働者に半構造化面接法によりチームケアについての聞き取り調査を実施した。介護職の意識については自らの職業的評価や専門性志向について尋ねた。また、介護職の職務範囲については介護保険制度導入以降積極的に取り組まれてきたチームケアにスポットを当て、多職種との関係性について分析を行った。介護現場ではケアを提供する段階で介護職が中心となって多職種とかかわり、情報提供や引き継ぎを行っていた。すなわち、介護職は介護現場における司令塔の役割を担っていることが明らかとなった。そして、介護職の職務拡大を進めるために海外の事例を検討した。スウェーデンとドイツでは介護職の職務範囲として初期医療を含めていた。我が国ではたんの吸引や経管栄養が職務として認められるようになったが、今後、職務の拡大を検討するうえで介護における医療の在り方を踏まえて看護師との連携は課題となると考える。

終章では本研究の総括を行った。今後、介護サービスに対するニーズが高まることから、介護職は社会的要請と期待に応えるために専門性の確立・明確化と向上、職務範囲の拡大をすることが必要であることが明らかとなった。そのためには、介護職が専門的職業としてさらに発展できるよう第 2 章と第 3 章で検討した要素の充実と改善

を果たしていく必要がある。これが介護問題を解決するための道筋になると言える。

第7節 本研究の独自性

先行研究や先行調査研究の多くの前提は介護職に専門性とは何か、低賃金重労働で改善が必要であるという立場で職業の問題点を検討される傾向が強い。本研究では介護職の専門性は日常生活と職務範囲が重複していることから可視化されにくく直接介護を行うようなミクロな視点で見た狭義の介護だけでは専門性は確立できず、その他関連する職種も含めたうえでのマクロな視点で見た広義の介護も含めたところで議論しなければならないという点において諸研究とは異なっている。その上で、本研究の独自性は高齢社会を背景とした介護問題に対する社会的要請と期待に応えるために介護職は現状のままでは十分に対応することができず、何らかの方法でその解決策を提示しなければならないという視点に基づいている。

第8節 研究方法

本研究では、第1章では国等が公表した白書やこれまで行われた政策に関する数値から分析を行った。第2章と第3章では、歴史研究の視点から文献調査として先行研究や先行調査研究をサーベイする手法を採った。第4章では文献調査で得られない実態もあることから、より介護労働者の現実を知るために2つの実態調査を行った。1つ目は財団法人家計経済研究所から研究助成⁵を受け、量的調査と質的調査を実施したものである。2つ目は介護職の職務範囲を分析対象として質的調査を実施した。終章ではこれまでの分析を踏まえ総括を行っている。以下、具体的な研究方法について記す。

・研究方法

文献調査

(1)先行研究

介護労働問題、事例研究、専門職論、介護保険制度、介護職資格制度、日本以外の介護事情、看護学、看護史の領域を中心に文献のサーベイを行った。

(2)先行調査研究

厚生労働白書、高齢社会白書、介護白書、国民の福祉の動向⁶の各年度版以外に、独立行政法人労働政策研究・研修機構、財団法人介護労働安定センター、社団法人雇用問題研究会等が行った介護労働者を対象にした調査研究報告書を用いて、介護労働者の実態について把握することを行った。海外の事例を調査した調査研究報告書も利用した。

⁵ 本調査は、財団法人家計経済研究所（現公益財団法人家計経済研究所）2008年度研究振興助成事業採用として採用された。調査研究成果は調査研究報告書「介護労働者のキャリア形成に関する調査研究―家族の介護負担の軽減に向けて」として作成し同研究所に報告を行った。

⁶ 現在は「国民の福祉と介護の動向」に名称が変更されている。

実態調査

(1)介護職の意識

①量的調査

択一式の調査票を調査協力施設・事業所の代表者を通じて対象者に配布し、留め置き法を用いて調査票の回収を行った。調査協力先の選定方法は、関係者の紹介も含め主に東京都・埼玉県に設置している高齢者介護施設・訪問介護事業所で行った。回収された調査票は単純集計、クロス集計を行い全体的な傾向を把握した。調査票の配布時期、調査協力施設、回収率等の具体的な実施方法は巻末資料に記載した。

②質的調査

量的調査に協力を得た施設から、監督職にある介護労働者に聞き取り調査を行った。原則1対1、時間は60分以内で半構造化面接を行った。面接終了後、得られた証言を全て文字起こし作業を行った。文字化されたデータはデータスクリーニング後、半構造化面接で設定した6分野に整理した。6分野に整理されたデータは、さらにトップダウンコーディングを行い7分野に整理した。整理された発言からコアとなるものを抜き出し分析した。具体的な調査時期、対象者の属性等については巻末資料に記載した。

(2)介護職の職務範囲

介護職として働く際にどのような行動がなされているのかを質的調査として実施した。できるだけ多くの事例を聞くことができるよう、介護職として働いた経験年数が15年以上ある者から聞き取りを行った。実施方法は1対1、60分以内、半構造化面接法を用いて行った。調査で得られたデータはすべて文字起こし作業を行った。介護職としてチームケアに参加する多職種とのかかわりや情報共有の方法などを抽出した。

第9節 論文における用語の定義

本研究で用いた主な用語の意味・定義について説明する。

医療職：医師、看護師（婦）、准看護師（婦）を対象としている。

介護技術：利用者が求める個々に応じたサービスを提供しながら、身体介助では介護労働者自らの健康も守り、所与の動作を安全かつ的確に実行できること。生活援助では利用者の趣味思考を把握しつつ生きがいや自己実現をするための理解と、僅かな体調の変化も発見できるだけの観察力のこと。また、円滑に施設・事業所と介護労働者間で情報の共有が行えるように明確かつ簡潔な文章作成能力が求められる。

介護サービス⁷：大きく分けて身体介助と生活援助に区分できる。前者は利用者の身体に直接触れる行為である。例えば、トランスファー（車椅子の移譲、ベッドからの移譲、歩行介助等、利用者のボディタッチを含む行為等）、着衣の交換（おむつ交換も含む）、排泄介助（排泄誘導等）、体位変換、入浴介助（清

⁷ 単にケアともいう。

拭も含む)、食事介助、見守り(体調変化等の気づき)が挙げられる⁸。後者は、利用者の生活周辺に関する行為である。利用者宅での食事の調理・片付け、食材等の買い物、居室内の清掃、利用者の衣類の洗濯等。

介護現場：老人福祉法で定められている老人福祉施設とは、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター、老人介護支援センターがある。これを踏まえて本研究で行った調査協力施設は特別養護老人ホーム、老人保健施設、デイサービスセンター、グループホーム、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所であることから、特別な断りがない限りこれらの施設・在宅を指している。尚、有料老人ホームは調査対象に含んでいない。

介護職：介護労働者はヒトを指すが、介護職は介護サービスを提供する職業を指す。

介護福祉士：1987(昭和62)年に施行された社会福祉士及び介護福祉士法に基づき介護福祉士の資格(国家資格、名称独占)、或いは資格を取得した者を指す。

介護労働者：介護現場で高齢者に直接介護をすることを職務として介護現場で働いている者を指す。限定的に用いる場合はホームヘルパーや介護福祉士など有資格者であり、在宅施設のいずれかの介護現場で働く者。

看護職：看護を担う職業を指す。歴史的な文脈から保健師(婦)、助産師(婦)、看護師(婦)の総称として用いている。

狭義の介護：「痴呆性(原文ママ)や寝たきり高齢者、重度の身体障害者、虚弱者などが、日常生活を営むうえで生ずる、さまざまな困難に対する身体的な援助活動⁹」とされる。利用者の意向に出来る限り配慮した上でQOL(生活の質)を最大限に高めるため、家族もしくは介護労働者が直接行うケアとした¹⁰。

広義の介護：狭義の介護が対象とする範囲よりも広く、介護職がチームケアを行う際に多職種とかかわる際の行動、すなわちケアを行う際にとられる行動全般も含むものとした。

社会的期待と要請：人口の高齢化に伴って国の政策で必要とされること、介護保険制度の利用者数、利用者の平均要介護度、介護保険料の水準、介護サービスの需要、利用者のサービス内容に対するニーズ、介護労働者のマンパワーの需要、介護施設・事業所の需要、高齢者が安心して暮らせるために必要な制度(高齢者虐待問題対策、成年後見制度等)の必要性や活用度合いを総合化したもの。これらの需要が高くなれば、介護労働

⁸ 褥瘡・感染症対策、口腔ケア、就寝介助、服薬管理、レクリエーション活動等もある。

⁹ 社会福祉基本用語集五訂版 p.24

¹⁰ 「社会福祉士法及び介護福祉士法」第二条2項によると「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入浴、排泄、食事その他の介護を行い」と介護の領域については法的に定義されている。しかし、介護の明確な定義と言うものはまだないと言っても良い。

者が必要とされていることになる。

ホームヘルパー：訪問介護員ともいう。本研究では主たる対象として訪問介護員養成研修 2 級課程修了者のことをいう。現在は 2013（平成 25）年 4 月以降に開始された介護職員初任者研修修了者も含むが、本研究を行っていた期間の関係上調査等では含まれていない。

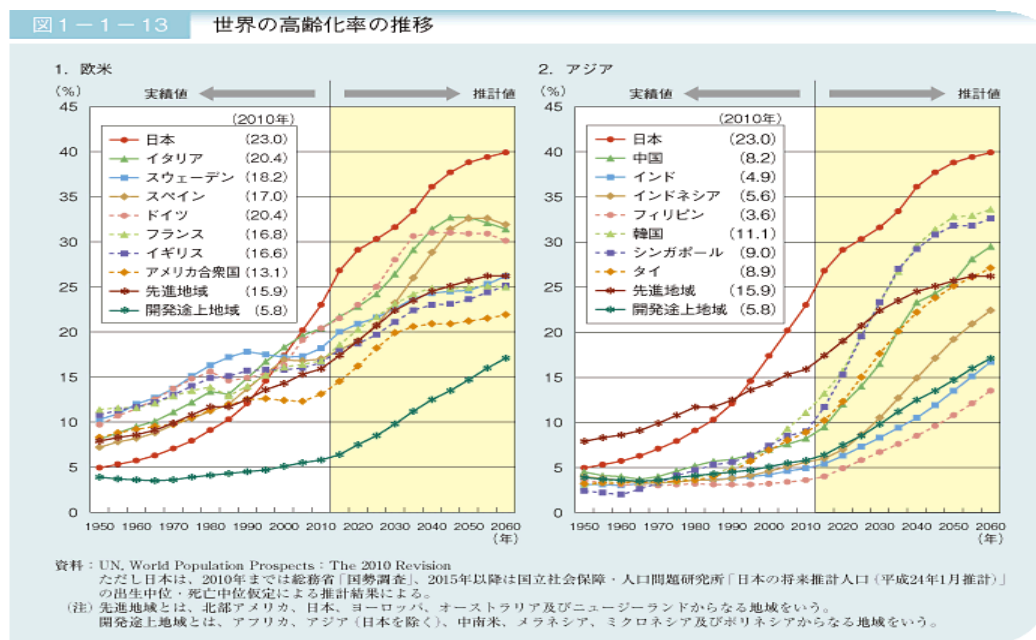
第1章 高齢社会における介護職への社会的要請と期待

我が国では進む人口の高齢化に対し、高齢社会対策が進められてきた。これまで家庭内で担われてきた介護は家族機能の低下もあり、要介護高齢者を抱える家族にとって肉体的にも精神的にも大きな負担となってきた。国は人口の高齢化に対応するために政策的展開を進めてきた。例えば社会福祉士及び介護福祉士法の整備、ゴールドプラン¹¹の実施や介護保険法の施行等である。介護職は介護サービスの需要の高まりとともに、社会的注目を浴びるようになった。介護職は第3章で検討するように職業として成立した経緯から低い社会的地位と評価を受けている。介護問題を支える介護職の社会的地位向上をするためにはどうすればよいかを検討する。第1章では、介護労働者の社会的地位向上をするために職務範囲の拡大と技術水準の向上を中心に確認をしたい。

第1節 介護職に対する社会的要請と期待

2013（平成25）年時点で我が国の65歳以上の人口割合は25%になった。4人に1人が高齢者の時代である。振り返ってみると、1970（昭和50）年に高齢化社会に突入して以降、我が国の人口の高齢化のスピードは先に高齢社会に突入したどの国よりも早かった。（表1）日本の推移をみてみると欧米、アジアともにその上昇率はどの国よりも高い。これにより世界のどの国よりも日本が急激に人口の高齢化が進んでいることが分かる。

（表1）世界の高齢化率の推移



（出所）「平成24年版高齢社会白書」p.13

¹¹ 1994（平成6）年「高齢者保健福祉5ヵ年計画（新ゴールドプラン）」や2000（平成12）年「今後5ヵ年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」もある。

国は人口の高齢化に対する対策のため、医療福祉等様々な分野で政策を打ち出した。主なものとして 1973（昭和 48）年に老人医療費の無料化、「1980 年頃から、通所介護（デイサービス）、短期入所生活介護（ショートステイ）が制定され、訪問介護の所得制限も引き上げられ¹²⁾」、「高齢者医療の負担の公平化と、壮年期からの総合的な保健対策の実施を目指して、老人保健法が 1982 年に制定¹³⁾」、1986（昭和 61）年には老人保健施設を創設、そして 2000（平成 12）年に介護保険制度の開始などである。

このような社会背景のなか、高齢者を抱える家庭の共通問題が介護問題である。介護は看護と同様に家庭内で対応するものとして位置づけられていた。しかし、65 歳以上の高齢者のいる世帯に限ってみると、1975（昭和 50）年の「三世帯世帯」は 54.4%であったが、2010（平成 23）年には 16.2%と減少傾向にある¹⁴⁾。他方、1975（昭和 50）年の「単独世帯」は 8.6%から 2010（平成 23）年には 24.2%となり、夫婦のみの世帯は前者が 13.1%、後者が 29.9%と増加傾向にある。つまり、家族規模の縮小により介護をする余裕が家庭になくなってきたのである。高齢者の増加に伴い要介護状態となる者が相対的に増えるということは、介護を誰かが担わなくてはならないことになる。家庭の介護力が低下傾向にある中で、誰が要介護者のケアをするのか。それは介護職に求められることになる。

（表2）市町村における在宅福祉対策の緊急整備－在宅福祉推進十か年事業

	ゴールドプラン	→ 新ゴールドプラン	→ ゴールドプラン21
ホームヘルパー	10万人	17万人	35万人
ショートステイ	5万床	6万人分	9万6000人分
デイ・サービスセンター	1万か所	1.7万か所	2万6000か所
在宅介護支援センター	1万か所	1万か所	1万か所
訪問看護ステーション	-	5000か所	9900か所
特別養護老人ホーム	24万人分	29万人分	36万人分
老人保健施設	28万人分	28万人分	29万7000人分
ケアハウス	10万人分	10万人分	10万5000人分
高齢者生活福祉センター	400か所	400か所	1800か所

（出所）『みんなが主役・新介護時代 老いを支える新しいシステムづくり』、『社会福祉小六法 2003』、『新版社会福祉学習双書2003老人福祉論』より筆者作成。

措置制度時代に掲げられたゴールドプラン等では、介護労働者のマンパワー確保とインフラの整備目標が掲げられた。

（（表 2）参照。）これをみると、例えばホームヘルパーの確保する人数はゴールドプランで 10 万人、新ゴールドプランで 17 万人、ゴールドプラン 21 で

は 35 万人（分）¹⁵⁾となっていることから分かるように、介護サービスに対する需要が高まってきた。最終的にその値はゴールドプランが定められた当初の予定の 3.5 倍まで増やされた。特別養護老人ホームの入所受入者数もゴールドプランでは 24 万人分であったが、新ゴールドプランでは 29 万人に増加し、そしてゴールドプラン 21 では 36 万人分まで上乗せされている。人口の高齢化に伴い介護サービスを必要とする者が増えており、政策上の課題として介護職に対する社会的要請が高まってきたことが分かる。

その後、社会福祉基礎構造改革を経て措置から契約へという掛け声の下、2000（平成 12）

¹²⁾ 厚生労働省ホームページ「平成 12 年度版厚生白書の概要」

http://www1.mhlw.go.jp/wp/wp00_4/chapt-a4.html （2013（平成 25）年 12 月 1 日閲覧）

¹³⁾ 同上

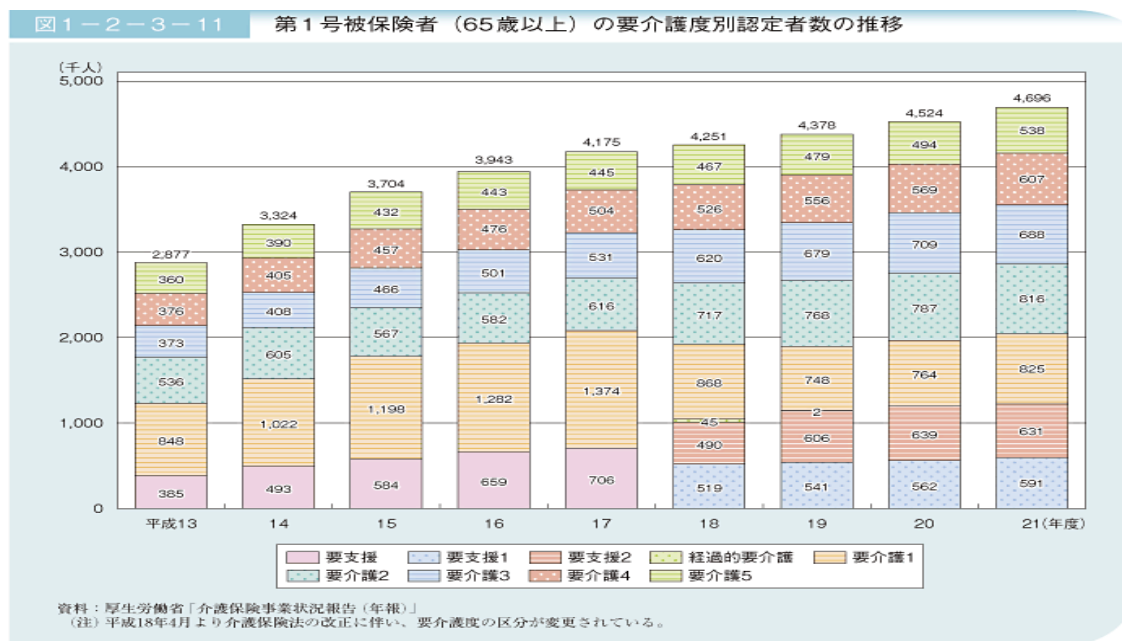
¹⁴⁾ 社会福祉士養成講座編集委員会「13 高齢者に対する支援と介護保険制度 第 3 版」p.38 参照。

¹⁵⁾ ゴールドプラン 21 では整備する目標の単位を変更している。

年 4 月に介護保険法が施行され要介護認定を受けた者が介護サービスを受けられるようになった。これによりこれまで措置として提供されていた福祉であったが、これ以降サービスを必要とする者が対象となった。尚、10 年計画で実施されていたゴールドプランは当初見込んだ量よりも福祉サービスが必要だということになり、1994（平成 6）年に新ゴールドプランとして整備すべき目標値の見直しを行っている。

また、介護保険制度の第 1 号被保険者（65 歳以上）要介護度別認定者数の推移を確認する。平成 24 年版高齢社会白書に示された「第 1 号被保険者（65 歳以上）の要介護度別認定者数の推移」（表 3）をみると、「介護保険制度における要介護者又は要支援者と認定された人（以下「要介護者等」という。）は、平成 21（2009）年度末で 484.6 万人となっており、13（2001）年度末から 186.3 万人増加している。そのうち、65 歳以上の人の数についてみると、21（2009）年度末で 469.6 万人となっており、13（2001）年度末から 181.9 万人増加しており、第 1 号被保険者の 16.2%を占めている（図 1-2-3-11）。^{16）}とあり、介護サービスを必要とする者の数が増加していることが分かる。

（表 3）第 1 号被保険者（65 歳以上）の要介護度別認定者数の推移



（出所）平成 24 年版 高齢社会白書 p.32

介護職が社会から寄せられた要請と期待は単に高齢化が進んできたから相対的に需要が高まっただけではなく、家族世帯規模の縮小に伴う機能の低下、女性の社会進出、福祉のあり方の転換（措置から契約へ）という理由が大きい。すなわち、高齢社会における介護問題は高齢化の進展とともに①家族規模の縮小に伴う家庭の介護力が低下してきたこと、

^{16）} 「平成 24 年版 高齢社会白書」 p.33 より引用。

②要介護者の増加により介護の外部化が促進されたことから、これに対応するために国は制度を整備してきた。その帰結として、介護職は社会から寄せられる要請と期待に対し、これまで家庭内で対応すべき事柄としてみなされてきた介護を社会問題の一端に取り組む形で引き受けている。

第2節 低い社会的評価の理由

介護は女性が主体となって家庭内で担われてきた行為であることであるが、介護職は職業としての社会的評価は低い。誰にでもできる、女性の仕事、家事の延長線上など様々な評価がなされている。介護職が社会的に低い評価を受けている理由とはいったいどこにあるのか。第3章で詳述するが、介護職が職業として成立した過程に求められる。我が国では長野県事業として行われた家庭養護婦派遣事業がホームヘルプ事業として最初に行われたものとされている。そこで採用された家庭養護婦は当時の社会背景が絶対的貧困から抜け出せていないこともあり、女性の生活支援の側面から10人中6人が未亡人であった。また、山田(2005)が取り上げた資料(「家庭養護事業(ホーム・ヘルプ・サービス)のしおり(その仕組のあらまし)(二)家庭養護婦とは」)¹⁷にもあるように介護は専門的な仕事ではないと記されていた。つまり、介護は身の回りの世話が職務だと考えられており、日常生活の中の一部である行為とされていた。とりわけ介護は技術や知識が不必要だとみなされていたことから社会的地位が低いものとして位置づけられる要因となっていた。

行政側も市民も職業としての出発点が介護は家庭内で担うものだという認識で出発したため、社会的地位と評価は低かったが他にも要因がある。介護職の専門性の問題である。既に述べたことと関連するが、主たる行為が身体介護と生活援助にある。例えば、食事介助、排せつ介助、入浴介助、着替え介助、掃除、洗濯などである¹⁸。これらの行為は家庭内で行われていることから誰にでもできるという認識がなされやすい。それゆえ、誰にでもできる仕事＝専門的でない行為であり、専門性がない職業とみなされてしまっている。介護職の専門領域は日常生活と重複しているため、可視化しにくい特徴がある。その結果、介護職の職務が評価されにくいものとして位置づけられている。

また介護職は急激に人口の高齢化が進んだことによってマンパワーの確保が優先されたことから粗製乱造された歴史があり、質よりも量が優先されたことで職業としての評価を下げることとなってしまった。上原(2000)は「【3】一九八九年一二月のゴールドプランでのホームヘルパー一〇万人計画のもとで、ホームヘルパー養成研修は一級課程三六〇時間(常勤的ヘルパー)、二級課程九〇時間(介護従事ヘルパー)、三級課程四〇時間(家事援助従事ヘルパー)」という段階別研修となり、さらにその量産体制に拍車をかけることに

¹⁷ 山田知子「わが国のホープヘルプ事業における女性職性に関する研究－1956年長野県上田市社協『家庭養護婦派遣事業』を中心として－」

¹⁸ 長寿社会開発センター「訪問介護員(ホームヘルパー)養成研修テキスト2級課程」参照。

なります。【4】その後、一九九四年の新ゴールドプランでホームヘルパーはさらに一七万人に増員されます。一量的・質的拡充という点でみると主任ヘルパーの即席養成研修となっています。【5】さらに、介護保険準備段階でホームヘルパーの不足が改めて指摘されたこともあって、介護保険実施直前の一九九九年一二月に急遽出されたゴールドプラン 21 では、ホームヘルパーを今後五年間でさらに三五万人に増員するという目標が示されました。そのために厚生省は、一方でホームヘルパー養成研修への国の補助金を廃止しつつ、民間事業者が容易にそれを実施できるよう、研修の基準を、その実施内容、講師資格、使用テキスト等について大幅に緩和しました。¹⁹⁾とあるように、マンパワーの確保を優先するあまり、養成研修時間²⁰⁾の変動もあってその質については重視されてこなかったと指摘している。

また、1997（平成 9）年 12 月の日本標準職業分類²¹⁾の改定まで介護職は職業の位置づけとして明確に分類されてこなかった。この改訂では新たに「[大分類 E サービス職業従事者]342 ホームヘルパー」が新設された。日本標準職業分類をみると、福祉に関する職業として「A 専門的・技術的職業従事者 12 社会福祉専門職業従事者」があり、「福祉事務所、児童相談所、更生相談所、婦人相談所、社会福祉施設及び福祉団体等において、専門的調査・判定、相談、保護、教護、援護、育成、更生、介護等の仕事に従事するものをいう。²²⁾とある。そこに分類されている職種は福祉相談指導専門員、福祉施設指導専門員、保母・保父、福祉施設寮母・寮父、その他の社会福祉専門職業従事者となっている。

介護に関する職業として「E サービス職業従事者 34 家庭生活支援サービス職業従事者」があり、「個人の家庭における家事・介護サービス、身の回り用務・調理・接客・娯楽など個人に対するサービス、及び他に分類されないサービスの仕事に従事するものをいう。²³⁾とある。そこに分類されている職種は家庭生活支援サービス職業従事者、家政婦（夫）・家事手伝い、ホームヘルパー、その他の家庭生活支援サービス職業従事者となっている。これを見て気が付くことは「E サービス職業従事者 34 家庭生活支援サービス職業従事者」では介護福祉士が職業として分類されていない。つまり、国家資格である介護福祉士は社

¹⁹⁾ 上原千寿子「ホームヘルパーの『資格』と『養成』－養成の現場で実感する問題と改善の方向」『福祉のひろば』2000 年、12 月号、pp.22-23 より引用。

²⁰⁾ ホームヘルパーの養成制度として 1987（昭和 62）年に研修時間 360 時間を学ぶものから、1991（平成 3）年に現在の段階的制度となり、1995（平成 7）年に 1 級 230 時間、2 級 130 時間、3 級 50 時間というように学習にかかる時間が短くなった。

²¹⁾ 総務省統計局 <http://www.stat.go.jp/index/seido/shokgyou/2gaiyou.htm> によると、日本標準職業分類とは「統計の正確性と客観性を保持し、また統計の相互比較性と利用度の向上を図るためには、標準的な統計基準が必要である。日本標準職業分類は、このような基準の一つとして、統計調査の結果を職業別に表示するために、個人が従事している仕事の類似性に着目して区分し、それを体系的に配列した形で設定されたもの」と説明している。

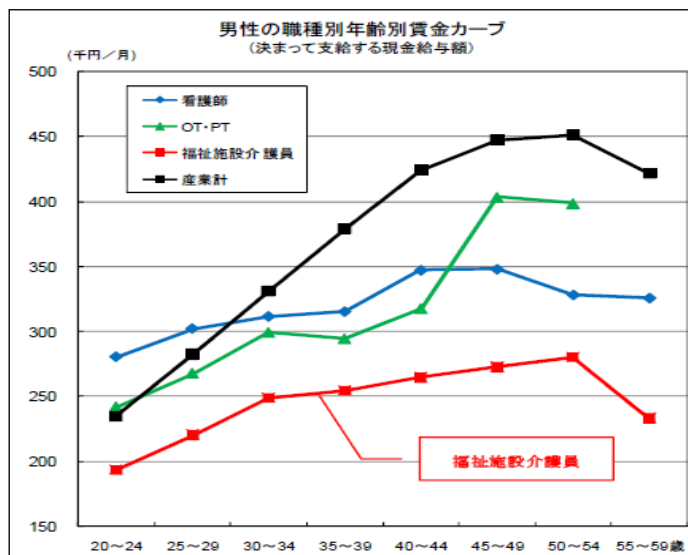
²²⁾ 総務省統計局日本職業標準分類「A 専門的・技術的職業従事者 12 社会福祉専門職業従事者」<http://www.stat.go.jp/index/seido/shokgyou/zuhyou/adv.xls>

²³⁾ 総務省統計局日本職業標準分類「E サービス職業従事者 34 家庭生活支援サービス職業従事者」<http://www.stat.go.jp/index/seido/shokgyou/zuhyou/ediv.xls>

会福祉専門職業従事者の「その他」に分類されている。一方で、それよりも低い位置づけの任用資格であるホームヘルパーは新たに分類されている。このことから職業的位置づけとしてホームヘルパーは明確に分類された位置付けとしてみなされている一方で、それよりも上位の資格である介護福祉士はそうされていなかった。改訂当時の 1997（平成 9）年に国家資格として整備されている介護福祉士が日本標準職業分類に分類されなかったのは、介護サービスを担う主力は国家資格レベルを持つ者でなくともよく、任用資格であるホームヘルパーで十分であったという評価がなされていたことが伺える。このことからホームヘルパーが職業分類として新設されたのが最近のことであることから、介護職の職業的評価はまだ十分になされていないとも言える。

そして、これらの要因があったことも踏まえ、介護職の賃金水準は低いものとなったことも低い社会的評価の一因となっている。厚生労働省「介護労働者の確保・定着等に関する研究会【中間とりまとめ】付属資料」では、介護労働者の賃金水準の特徴は 2 つ²⁴あると指摘している。それによると、平均時給は訪問介護員が介護職員より高いことと、約 4 割強の訪問介護員（非正社員）は年収 103 万円未満である。また、そこでは「正社員である者のうち、年収が 300 万円以上の者の割合」は訪問介護員で 15.9%、介護職員が 19.7%である。同じく「非正社員である者のうち、年収が 103 万円未満の者の割合」は訪問介護員が 45.1%、介護職員が 25.7%である。

（表 4）男性の職種別年齢別賃金カーブ



（出所）厚生労働省「介護職員のキャリアパスについて」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13b.pdf>

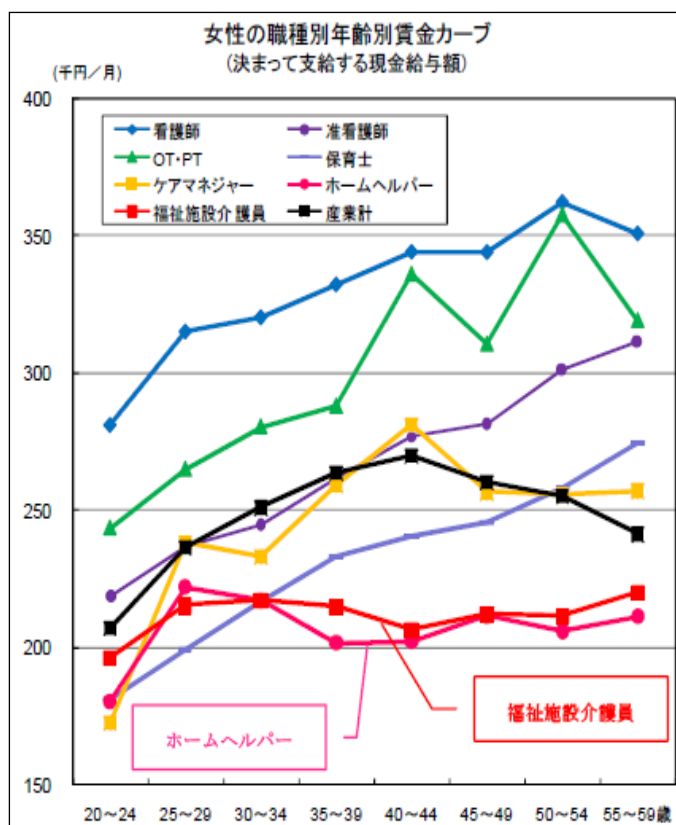
他にも賃金の上昇率が他の職種と比較して非常に低いことも特徴である。厚生労働省「介護職員のキャリアパスについて」によると、「勤続年数・就業形態・就業開始年齢等の違いがあるが、ホームヘルパー及び福祉施設介護員については、年齢に応じて、それほど賃金が上昇しない傾向にある。²⁵」と指摘している。まず、（表 4）「男性の職種別年齢別賃金カーブ」を見てみると「福祉施設介護員」は他の職種と比較してもスタートラインが低く、30 歳までは

²⁴ 厚生労働省「介護労働者の確保・定着等に関する研究会【中間とりまとめ】付属資料」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0718-8c.pdf> p.5 より抜粋。

²⁵ 厚生労働省「介護職員のキャリアパスについて」（3）職種別年齢別賃金カーブ（男女別）
p.9 より引用。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13b.pdf>

若干の賃金の上昇があるがそれ以降の上昇率はそれほど高くない。最も高い賃金水準が 50～54 歳であるが、それでも看護師や OT・PT と比較しても介護労働者の賃金水準も昇給幅も総じて低い状態であることが分かる。介護職は女性が中心となって発展してきた職種で現在も従事する男性の割合が少ないこともあり、関連する職種と比較しても介護労働者の賃金水準から見る社会的評価は高くないことが分かる。

(表 5) 女性の職種別年齢別賃金カーブ



(出所) 厚生労働省「介護職員のキャリアパスについて」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13b.pdf>

賃金水準に直結する介護報酬単価は公定価格としての側面があり、結婚や子育て等の適齢期に必要な賃金の上昇分は考慮されていないからだ。このように賃金の上昇率の幅が固定されていると働き続けることもキャリアを積んでいくことも難しい。

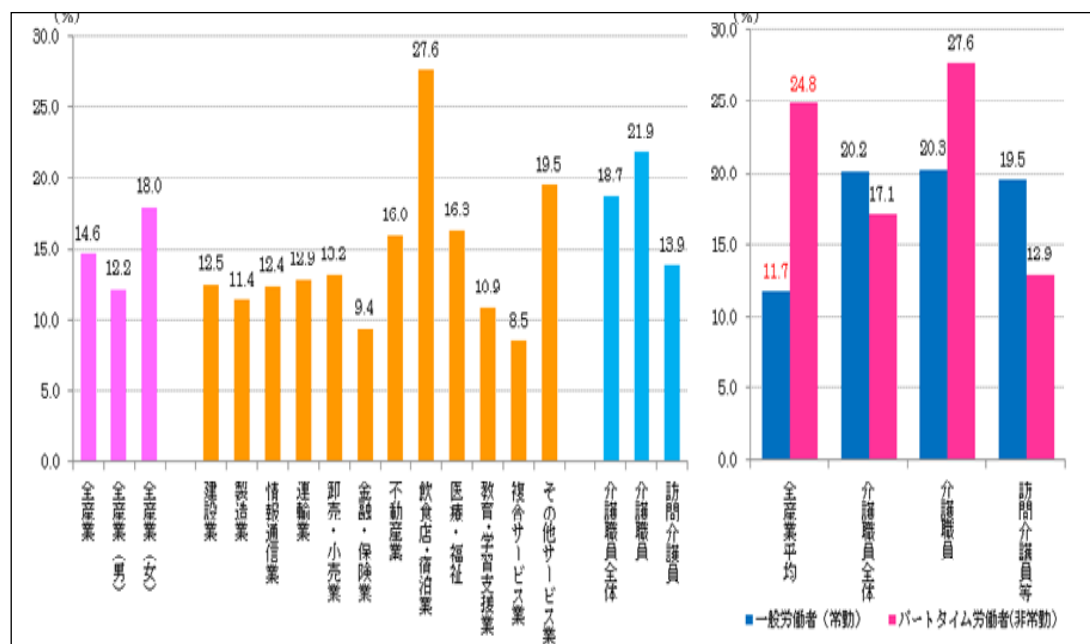
他にも不安定雇用も介護労働者が抱える問題である。特にホームヘルパーは非正社員である者が多く直行直帰で働いている。給与算定の対象となるのは、利用者宅でケアに入っている時間のみである。移動時間や介護記録を書く時間は対象となっていないことが多い。そのため、利用者が入院する等の都合によってホームヘルプサービスをキャンセルされるとそのまま給与が減ることになる。事業所によっては所得保障（埋め合わせ）として別の利用者へ派遣されるシステムもあるが、収入が安定しにくい側面がある。

続いて(表 5)「女性の職種別年齢別賃金カーブ」を見てみる。男性の職種別年齢別賃金カーブと同様に「福祉施設介護員」と「ホームヘルパー」は賃金水準が低く、かつ賃金の上昇率の幅が低いことが分かる。これら職種は 20～24 歳までのスタートこそ看護師や OT・PT を除く他の職種と大きな差はないがそれ以降の賃金の上昇率に大きな違いがある。介護職の特徴として、入職段階での賃金は他の職種とそれほど大きな差はないが、賃金の上昇率の幅がなく昇給する見込みが少なく、全体的に賃金は低い水準で推移していることが分かる。介護労働者の賃金カーブは介護保険制度の介護報酬単価の影響もあり、年功的な要素は

薄い。何故なら、介護労働者の賃金

そして、高い離職率も介護の特徴である。全産業の離職率の 14.6%と比較して介護職員全体の離職率は 18.7%と高い値である。介護職員は 21.9%と高く、訪問介護員は 13.9%である。また、常勤（正社員）と非常勤（非正社員）をみると全産業のパートタイム労働者を除き、介護職員と訪問介護員等の離職率は高い値を示している。いずれにしても介護職は離職率が高い職業の一つであることが分かる。

（表6）介護職員の離職率



（出所）：厚生労働省「平成20年雇用動向調査」 介護職員及び訪問介護員の離職率：（財）介護労働安定センター「平成20年度介護労働実態調査」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13b.pdf>

高齢社会の進行とともに介護労働者に対する社会的期待が高まり、需要がある職種であるにもかかわらず、日本標準職業分類では項目が設けられず、かつ介護労働者の雇用条件が他の職種と比較しても見劣りしていることが分かる。介護労働者への社会的期待が高いが、低い社会的評価となっている理由はどこにあるのか。考えられることは職業的にみて専門性の確立が出来ていないことや客観的能力を示せるだけの制度もないことから、職業的能力の適正であるとする評価を受ける根拠がないのである。

このようなことから介護職は第 3 章で述べるように①職業としての成立過程、②職業の対象領域が日常生活と重複していることから専門性が見出しにくく、③また上原（2000）が指摘するように国の政策で介護労働者の質よりもマンパワー確保が優先された粗製乱造、④1997（平成 9）年の日本標準職業分類で職業として位置づけられなかった、⑤そして賃金水準も関連する他の職種よりも低いことから、今日求められるような社会的要請と期待とは反対に低い評価として位置づけられてしまっている。

第3節 社会的地位向上をするための課題

介護問題に対して社会的要請と期待が寄せられている介護職であるが、低い社会的評価や労働条件、労働環境を理由に応えられない可能性が生じている。すでに見たように介護職の賃金水準や離職率の高さもあって、介護労働者が介護現場に定着しにくい状況にある。これを解決するためには、介護職が社会的要請と期待に応えられるように職業としての社会的評価と地位を高めていく必要がある。では、どのようなことが考えられるのか。

そのキーワードは2つある。1つが介護職の職務範囲の拡大を進めていくこと。もう1つが技術水準の向上である。前者においては、介護職の職務範囲は利用者の日常生活の支援²⁶であるが、その範囲は非常に曖昧かつ広範である。これは介護職の評価とも関連するが低い職業評価の理由は日常生活が対象としていることもあり、職務範囲が可視化しにくいことに原因があった。そのため、誰にでもできることを仕事としていると認識され、低い社会的地位の職業であるとみなされる傾向にあった。これに対して介護職と隣接する職業である看護師は専門性が確立されており、ケアを提供するという共通点があるにもかかわらず社会的地位や評価の上で大きな隔たりがある。例えば、国家資格制度の業務独占と名称独占、養成期間のカリキュラムと時間数、賃金水準の差²⁷で見られる。ケアの概念は成清（2009）が指摘するように、「ケアワーカーとナースの相違点は看護領域におけるケアは患者の治療・回復的視点からケアを実践するのに対して、福祉領域におけるケアはあくまでも生活者の視点から利用者の介護業務を遂行するのであり、業務上両者の関係は相互補完的關係にある。²⁸」とあるように、両者の関係性や結びつきは小さくないが、法的に与えられた根拠（業務独占と名称独占）、養成制度の内容や賃金水準といった差が大きな溝として横たわっている。

この課題に対しての解決策は介護職が社会的地位を高めるには看護師に近づくことである。そこで広井（2000）は医療と福祉におけるケアのあり方について興味深い示唆をしている。少々長いが引用する。

「そして、私自身は、対応の方向としては、次のようなステップで進めていくのが妥当ではないかと考えている。それは、まず医師に対する看護職の独立性を高め、したがって『医療行為』の世界の内部で看護職が（医師の指示なしに）おこなえる裁量の幅を広げ、それに続くかたちで、あるいはそれと並行しつつ、いわば第二ステップとして、医療行為の範囲そのものを緩和し、したがって、福祉・介護職がおこなえる行為の幅を拡大してい

²⁶ 介護福祉士の職務範囲は社会福祉士及び介護福祉士法第二条2を参照。訪問介護員については厚生労働省老健局から出された「老振発 0328 第9号 介護員養成研修取扱細則について（介護職員初任者研修関係）」にある「1.目的」を参照。

²⁷ 平成24年賃金構造基本統計調査によれば、企業規模（10人以上）の場合、看護師は326.9千円、ホームヘルパーは208.5千円、福祉施設介護員は218.4千円となっている。

²⁸ 成清美治「ケアワーク入門」p.45より引用。

く、という手順で改革を進めていくという方向である。

このように考える趣旨は、いきなり医療行為の範囲そのものを大きく緩和することは、（褥瘡手当の一部や吸引など簡単なものを除き）安全性などの面でやはり慎重であるべきであり、まずは医療行為の世界の内部で、医師から独立した看護職の独立性あるいは自由度を高め、その状況を踏まえながら、医療行為そのものの範囲を緩和していくことが、サービスの質や安全性の確保、また医師 - 看護職 - 福祉職の役割分担の姿として妥当と感ぜられるのではないかと、ということである。²⁹⁾

広井は医療と福祉のあり方、すなわち医療ケアのあり方について提起したものである。これは単に介護職に医療ケアを任せるためのステップだということでは終わらせてはいけない。これまで何度も繰り返しているように介護職が社会的要請と期待に応えるためには魅力ある仕事へと転換していく必要がある。介護職が行える範囲を拡大し、専門性を高めることは重要な課題である。現在の介護保険法³⁰⁾では、介護職がたんの吸引等を行うことが認められている。それは「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」（以下、検討会）で結論が出される前に国会で議決されたこともあり、介護職として無理にその職務を担うことを押し付けられてしまったところに問題がある。本来的には広井が指摘するように、それぞれの職務範囲を整理しながらどうやって対応をしていくかを考えていかなければならない。そうすることで職務範囲が明確化され、重複するところで連携を行いやすくなり、職務が確立されることになる。すなわち、介護職が行える範囲が拡大することになり、職業としての専門性も高められることにつながる。その結果、看護師と介護職に横たわる職業間の溝やヒエラルキーを縮小することが可能となり、質の高い介護サービスが提供されることによって介護は誰にでもできる仕事ではないということを経験的に認知する方向へ誘導することが可能となる。

後者については、介護職にとって評価されるものは介護サービスである。介護サービスは利用者にとっていかに安全で安寧なケアが受けられるかによって評価がなされる。介護職の歴史をみると養成制度は長野県家庭養護婦派遣事業において家庭養護婦からの要望によって開始された講習に始まり、その後全国各地で家庭奉仕員制度が広がりながら³¹⁾、社会福祉協議会などが独自に定めた基準で訪問介護員の養成研修が行われる程度であった。その後介護現場からは統一的な養成制度が求められるようになったことから、1982(昭和57)年に全国的に統一された70時間の入職時研修が導入された。職業として形式的に整えられていくのはこの時辺りからであるが、これは専門的知識を学ぶというよりは家事（料理、洗濯、掃除等）の基本を確認することが主たるものであった。1987(昭和62)年には同研

²⁹⁾ 広井良典「ケア学」pp.200-201 より引用。

³⁰⁾ 同時に介護福祉士にたんの吸引が認められたのは社会福祉士及び介護福祉士法が改正された。「平成23・6・22 法律 72号＝(施行＝平成24年4月1日)」である。

³¹⁾ 本論第3章(表1)参照。

修の研修時間は 360 時間となり、1991（平成 3）年に 2013（平成 25）年 3 月までの訪問介護員養成研修制度の前身である段階的研修制度となり、1995（平成 7）年にカリキュラム改訂（研修時間の延長と変更）がなされた。このことから分かるように、介護サービスは単に家庭内で行っていることを誰かが代行するのではなく、介護現場には知識と技術を持った者が求められるようになった。所定の資格を有していることはその者に対する知識と技術について品質を保証していると言ってもよい。

その一方で、前節でみたように介護職の離職率（仕事に対する定着率）は他の職業と比べても悪い状況であることから、介護現場で営まれてきた介護技術や経験は新たに入職してきた者が立ち代り入れ替わり介護現場（介護市場）に入ってくることで蓄積されてきたノウハウが引き継がれにくくなっている。そのため、介護技術の発展と深化をすることが妨げられてしまっている。例えば、介護事故に対するマネジメント方法やコミュニケーションとしての利用者理解、自らの肉体的負担を軽減するための介助方法等である。これらの事柄は養成段階では十分に学ぶことはできないため、実際の現場経験を通じて身につけていかなければならない。経験と工夫の積み重ねをしていくことで介護技術は磨きがかかれ、その水準も自ずと高くなってくる。介護職が持つ技術が利用者だけでなく社会から評価されるようになるためにも介護技術の向上は職業としての評価を高めるために必要不可欠である。

少なくとも介護職が低い社会的評価と地位から転換するには業務範囲の拡大をすることと、関連する職種との役割分担と連携のあり方について再検討をしていく必要がある。介護職が魅力ある職種への転換をすることは介護サービスを必要とする者への利益と介護問題を解決する道筋になるだけでなく、担い手側である介護労働者の利益へとつながっていくことになる。

第 4 節 小括

ゴールドプランや介護保険法の実施、介護福祉士制度の整備から分かるように介護職に寄せられる社会的要請と期待は高いものであった。現在もそうであるが、介護職にはこの社会的要請と期待に応えるために質量ともに高品質な介護サービスを安定的に利用者に届けることが求められる。ただ、現実として平成に入る頃にはゴールドプラン等で予定された供給量は既存のマンパワーだけでは必要量に追い付かず、介護職を養成する過程において制度の見直しや改訂が図られるなどして粗製乱造されたこともあった。これは介護職が低い社会的評価を受ける要因の一つになったと考える。

当時、国は介護職の養成に際して質よりも量を求めることを重視した結果、やむを得なかったのだろう。すなわち、国からすれば高齢化社会に突入した中で介護問題は喫緊の課題として認識されており、先送りすることができなかったため関連施策と共に対応していたことから、介護職に寄せる重要性が高いことがうかがい知れる事柄であった。その一方で、訪問介護員の養成制度内容を緩和するなどして制度を見直したことから国として介

介護職の専門性を十分に見出すことができていなかったとも言える。それはもちろん介護に関する研究の蓄積が十分でなかったことも遠因としてあるのかもしれないが、介護職の職務範囲の特徴として日常生活と重複して可視化しにくかったことや職業として成立した歴史的経緯も関係している。

翻って、我が国の人口の高齢化は（表 1）にあるように今後ますます高まっていくと予想される。人口の高齢化と比例して介護職に求められる社会的要請と期待はますます高まっていくだろう。しかし、現状では介護職の社会的地位や評価、労働環境、労働条件は高いものとは言えず、その担い手を確保することは課題である。担い手を確保するためには職業としての魅力を高める必要がある。それは介護職の専門性を高め、介護労働者自身が介護技術や知識に付加価値をつけて魅力を高める必要がある。つまり、誰にでもできそうでできない仕事をするのが高い専門性を有した人材であり、そこに職業としての価値は高まるのである。職業的価値を高めることは労働環境、労働条件を改善することにもなり、担い手を確保しやすくなる。担い手が確保することができれば、介護現場にも人手の余裕が生まれることとなり、ひいては介護サービスに対して相応の評価がなされることにもつながる。同時に、たんの吸引や経管栄養に対する対応といった医療ケアなど介護職として行えてこなかった行為の拡大を目指しながら技術の向上を目指すことも重要な課題であると言える。こういった職業発展をするための循環をつくることで社会的要請や期待に応えることが可能となると考える。

本研究の意図するところは、現状では介護職に寄せられた社会的要請と期待に十分に 대응することが難しいと考えており、その解決策は仕事を魅力あるものとして発展させ、社会的地位と評価を高めることこそが必要であると考えている。本章で述べた現状認識を踏まえて、次章からは隣接した職種である看護師が専門性を高め職業として発展してきた要素を歴史的視点から確認しつつ、それに基づいて介護職がどのように対応すべきか、職業的課題とは何かを検討し、そして職業として魅力あるものとするために職務内容について検討しながら介護職にしかできないこととは何かについて検討していきたい。

第2章 看護師の地位向上の試み

第1章では介護労働者の社会的地位向上のためには、職務範囲の拡大と技術水準の向上が必要であることを示した。本章ではこの課題を実践してきた先駆例として、看護師を取り上げる。看護師を取り上げる理由は、女性中心の職業であっただけでなく、介護職と同様に専門性を十分に評価されず社会的地位が低かった。現在はそのような社会的評価から、医療現場において医師の補助的役割からパートナーとなるまで高度化・専門化し発達した職業である。それは看護師が患者の身の回りの世話をを行う職業という社会的評価から決別したことを意味する。このようなことから、ここでは看護師はどのようにして現在の地位を達成したかを分析し、介護職もその道を歩むことができるかどうかを検討する足掛かりとする。

第1節 日本における看護婦³²の誕生と看護教育

第1項 揺籃期における看護婦の教育と役割

介護職の職業的發展等については第3章と第4章で述べるように、職業としての始まりは介護が家事の延長線上で見なされ介護職が研修制度を中心に養成され始めたのに対し、看護はナイチンゲールの思想に基づいて教育として看護学校の整備がなされ看護婦の養成が始まっているところに大きな違いがある。とはいえ、冒頭で述べたように女性が中心となり対人支援を職務として行う、低い社会的評価や位置づけであったことなど共通点は多い。ここでは専門職として発展した看護師の歴史に視点を当てて考察を行う。

2001（平成13）年に保健婦助産婦看護婦法が保健師助産師看護師法へと名称改正し、同時に看護婦（士）から看護師へと変更された。これは専門資格の名称が女性は「看護婦」、男性は「看護士」と異なっている現状を改める必要があるという理由で変更されたとされている。ではなぜ、性別によって名称を統一するのであれば「看護士」ではなく「看護師」が用いられたのか。これは「師」という漢字の意味が特定の領域の技術や技芸を持っていること、つまり専門の技術を身につけた者を表すことから「看護士」ではなく「看護師」となった。

このようなことから分かるように、看護師は専門の技術を身につけた職業であると考えられている。ただ、その歴史をみると看護師は現在のような専門職としてスタートしたわけではない。看護師の専門職としての歴史を大まかに言うならば、看護は現在でこそ看護「師」が用いられているように専門性は認められているが、明治初期に看護婦の養成が始まった揺籃期の専門性と教育水準は当初低く、家政婦との違いも明確ではなかった。第二次世界大戦後、連合国最高司令部公衆衛生福祉局看護課（Nursing Affair Division, Public Health and Welfare Section, GHQ, SCAP、以下、GHQ）による看護制度の改革により看護婦としての職務の確立がなされた。そして1980年代からは看護婦の業務は専門分化し

³² 看護婦＝看護師である。ただし、我が国では2001（平成13）年3月までは看護婦（看護士）と称されていたので、時代に応じて看護婦と看護師の両方を用いる。

始めることとなり、現在では医学の発展に伴い医師のパートナーとしての水準が求められるためこれらは非常に高いものとなった。では、専門職の地位を確立するまで歩んできた看護師が職業として成立した最初期とはどのようなものなのだろうか。

我が国において看護教育は看護学校³³で始まった。看護教育の歴史は1884（明治17）年の戊辰戦争のなかで新政府軍負傷兵士の看護に女性が採用されたときに誕生してからとされ、125年以上の歴史がある。看護学校以外に規模の大きな私立病院でも看護婦を養成するための講習所などを設置した。当時の看護学校や講習所の生徒の応募（受験）資格は、読み、書き、算数の基礎であった。看護婦志望者³⁴に求められた能力は高い水準ではなかったが、病院は生徒に労働力を提供してもらう代わりに学費を無料にして学ばせていた。現在の看護大学や看護専門学校で求められる水準よりも入学・入職のハードルははるかに低かった。介護職養成の初期でもそうであったが、看護も同様に「医療機関の数もふえてきたが、当時は必ずしも高いレベルの看護が必要とされず、むしろ量的な面での要求³⁵」が強かった。つまり、看護は介護が家事の延長線として職業化されたのとは異なり最低限の教養が求められた。従って、看護はヨーロッパですでに（ナイチンゲールの思想も踏まえて）学問として形作られてから我が国に導入され、基礎的な専門領域を持って看護婦の養成が始められたことに介護職との違いが認められる。

有志共立東京病院看護婦教育所等5校³⁶はナイチンゲール方式の看護を「わが国に導入することに重点をおき、それはかなりの程度に実現³⁷」された。このナイチンゲール方式とは次の5つの要素からなるものである。「①実践と理論を結びつけた訓練方法、②医師ではない看護婦みずからの手で看護教育を行う、③病院からの経済的独立（学生が労働力として使われない）、④宗教からの独立、⑤学生の寮を病院内におかないこと³⁸」と説明されている。これは「職業的自由、経済的独立、精神的自立の確立³⁹」を目指したことにある。この

³³ 日本で最初に創設された看護学校はイギリスのセント・トーマス病院医学校に留学した高木兼寛が1885（明治18）年に創設した「有志共立東京病院看護婦教育所」、同志社英学校を創設した新島襄によって1886（明治19）年に創設された「京都看病婦学校」、そして女子の職業教育に深い関心を持っていたツルーが1886（明治19）年に創設した「桜井女学校付属看護婦養成所」の3校であり、ナイチンゲール方式の流れを汲むものであった。幕末から明治初年にかけては多数の看護婦が病院に働いていたが、正規の看護教育を受けた者ではなかった。

³⁴ 看護史研究会「看護学生のための日本看護史」p.74によれば、近代看護教育が始まった当初、看護婦は知識・教養のある士族や商家の自立を望む婦人たちの選ぶ職業となった。このため、同ページでは「たしかに、これら各養成所の初期生徒には、人格、識見ともに衆を抜いた夫人が多く、近代的看護婦という職業婦人の出発は、かなりレベルの高いものであった」とされる。

³⁵ 石原明他「系統看護学講座 別巻9 看護史」p.122より引用。

³⁶ 有志共立東京病院看護婦教育所、京都看病婦学校、桜井女学校付属看護婦養成所、医科大学第一医院看護婦養成所、日本赤十字社看護婦養成所。

³⁷ 石原明他『系統看護学講座 別巻9 看護史』医学書院、1993年、p.114より引用。

³⁸ 看護史研究会「看護学生のための世界看護史」p.98より引用。

³⁹ 石原明他『系統看護学講座 別巻9 看護史』医学書院、1993年、p.95より引用。

ことから考えると、ナイチンゲール方式の考え方は看護教育が始まった当初から医師に従属しない姿勢を示すことや看護婦自らが教育に携わらなければならない等、独立的かつ専門的な職業としての要素をもちえた理念であることを意味している。

しかし、看護教育は制度化までにはつながらなかった。その理由はいくつか指摘できる。山根（2005）によれば、1890（明治 23）年に日本赤十字社看護婦養成所はナイチンゲール方式に反対していたようでドイツに指導者を求めたとされているが実現せず、陸軍の軍医による指導が開始されていく⁴⁰。他にも京都看病婦学校は指導者にはナイチンゲール教育をアメリカにおいて「初めて訓練を受けた有資格看護婦」であるリンダ・リチャードを 4 年間招いた。その後、京都看病婦学校は財政上の理由で 1906（明治 39）年に廃止されている。長崎（2004）はこの経緯を総括して「政策として取り上げられなかった背景には、看護が医師の補助的な立場として認識されていたことが最大の理由である。看護は医師の業務の一部であり、看護人はあくまでも医師の業務の一部を代行する人として捉えられていた。⁴¹」と述べている。続けて、長崎（2004）はナイチンゲール方式が続かなかった理由について社会状況、医学（医師）との関係、文化の側面から影響を受けていると指摘している⁴²。社会状況についてナイチンゲール式看護婦教育は、社会の需要を満たすだけのマンパワーが養成できなかったこと、医学（医師）との関係については、看護行為は医師の補助的なものであると認識されていたこと、文化の側面については男性尊重・男性優位の社会において、看護行為は女性の役割であると認識され、職業としての自立が阻まれたことである。この他にも学校（養成所）自体の問題がある。外国人教師の帰国後に教育レベルの維持ができなかったことや卒業生の数が少なかったことである。

このようなことから分かるように看護婦が養成され始めた当時、我が国では看護という専門性が十分に認められていなかった。ナイチンゲールの思想や理論、教育制度に基づいて導入されたが、それが浸透するには時間がかかった。

第 2 項 揺籃期における看護婦の仕事と役割

看護婦の養成が始まった年の 10 年前、明治政府は 1874（明治 7）年に医制 76 条という近代的な制度を整備した。これは衛生行政、医学教育、医師、薬舗と売薬に関する規定などで構成されている⁴³。近代的な医療が整備される中で看護労働の必要性も増してきた。そ

⁴⁰ 山根節子「近代日本における看護婦養成の変遷と現代への示唆：明治元(1868)年～終戦(1945)年」呉大学看護学部，看護学統合研究 7(1)，pp48-59，2005 年

⁴¹ 長崎雅子「明治期における看護婦教育についての歴史的考察 - なぜナイチンゲール式看護教育は制度化につながらなかったのか -」，島根県立看護短期大学，第 9 巻，pp.1-8，2004 年、p.6 より引用。

⁴² 長崎雅子「明治期における看護婦教育についての歴史的考察 - なぜナイチンゲール式看護教育は制度化につながらなかったのか -」，島根県立看護短期大学，第 9 巻，pp.1-8，2004 年、p.7 参照。

⁴³ 「医制」の第 50 条では、産婆の資格条件が定められており、それは年齢が 40 歳以上、婦人であること、小児の解剖生理、病理の大意に通じ、産科医のもとで 10 例の平常分娩と

れは患者の入院時に依頼を受けた付添看護婦や規模の大きな病院や開業医宅に住み込む形で家事・雑用を含め、診療の介助のために雇われる女性看病人として出現するようになる。当初、看護婦の役割とは病院に勤務する者は医師の補助を行う、患者に雇われる場合は身の回りの世話や付き添いをするといった場合が中心とされた。

日本赤十字社病院では、1890（明治 23）年 4 月に救護看護婦の養成を開始している。日本赤十字社看護婦養成規則（1889 年 6 月 14 日制定）の第 1 条によれば「本社看護婦養成所ヲ設ケ生徒ヲ置キ卒業戦時ニ於テ患者ヲ看護セシムル用ニ供ス」と書かれているように、戦時救護を目的としたもので「主たる目的を戦時における救護員の養成⁴⁴」においていた。また、派出看護婦の仕事は患者の家と雇用関係を結び、自宅療養中や入院中の病人に付き添うこと以外に「当時の漢方医のところでは見たこともない看護用具、すなわち検温器、浣腸器、イルリガートル、蒸気吸入器、氷枕、氷のう、差込便器などを巧みに使い、病人の苦痛をやわらげ⁴⁵」ることであった。そして、派出看護婦と類縁のものに家庭看護婦というものがあった。これは home nurse と呼ばれるもので、「初期の東京慈恵医院でよく行われたもので、原型は高木兼寛がイギリスで学んできたという。これは、上流家庭の求めに応じて病院が看護婦を派遣し、派遣された看護婦は家族の一員として生活を送り、とくに病人がない場合に育児などを担当し、また、家族に同道して外国に行くこともあった。いづれにせよ、上流社会に密着した特殊な看護形態であって、庶民には縁の遠い存在であった。⁴⁶」とされる。これは看護という職種が本来、医療的な部分と生活援助的な部分をともに含んでいることを示している。

看護教育を受けた看護婦たちは患者と雇用関係を結び、自宅療養中や入院中の病人に付き添って看護するようになった。「やがて看護婦を統率して患家に派出させる看護婦会が市井に現れるようになり、彼女たちは派出看護婦（または派遣看護婦）⁴⁷」と呼ばれるようになった。この時代の派出看護婦は専門的な仕事をするのではなく、経済的に余裕のある階層の身の回りの世話や看病をする家政婦のような位置づけであり、医師の業務を担う補助的立場であり主体的な行為を行う存在ではなかった。

日清戦争（1894（明治 27）年～1895（明治 28）年）後、看護婦に対する需要の高まりとともに急激にその数を増してきた。看護婦が急増した理由は以下のものが挙げられる。

2 例の難産を取り上げている証明が必要とされている。

⁴⁴ 石原明他「系統看護学講座 別巻 9 看護史」p.119 より引用。

⁴⁵ 看護史研究会「看護学生のための日本看護史」p.76 より引用。篤志看護婦の目的は、国民に看護事業のイメージアップをはかることでもあった。

⁴⁶ 石原明他「系統看護学講座 別巻 9 看護史」p.119 より引用。

⁴⁷ 「看護学生のための日本看護史」p.76 より引用。その後、桜井女学校付属看護婦養成所の 1 期生である大関和は 1899（明治 32）年に派出看護婦の手引書として「派出看護婦心得」を刊行した。この本の構成は「1.病室に就ての注意、2.病人に就て注意、3.医師に対する義務、4.家族に対する努、5.自身に就ての注意、6.患家に於ての終日勤むべき順序、7.赤痢病舎に聘せらしときの心得、8.隔離病舎に於て服務時間割、9.死体取扱ひ方⁴⁷」であった。この本は派出看護婦の手引書として大きな役割を果たした。

明治期以降、戦時の従軍看護婦の需要が高まったこと、急性伝染病の蔓延により派出看護婦⁴⁸の需要が高まったこと、病院の増加により看護婦が求められたこと、そして派出看護婦を雇う階層が増えたことである⁴⁹。また病院の増加による看護婦の需要の高まりも看護婦の増加を後押しした。「明治 30 年代から公立病院に比べて私立病院の増加が目立った。規模の大きい私立病院は、6～12 か月間働きながら学べる講習所を付設し、その病院で使う看護婦を養成した。またそれだけの余裕がない小さな病院や開業医は、見習い看護婦を雇い入れ、日々の診療で仕事を覚えさせた。こうした看護婦の供給源となったのは、疲弊した農村の、進取の気性に富んだ子女たちだった。労働力を供給する代りに、学費無料という養成所は彼女たちにとって大変魅力的であった。また見習いからの道も、貧しい家から離れて自立するために多くの子女たちに選ばれた⁵⁰」のである。

その一方で、この時代は看護婦と言っても目的や役割が異なっていた篤志看護婦は上述の日本赤十字社の看護婦養成よりも古く、「皇族や貴族の上流夫人が一時的に看護の仕事を補助したことをいい、もとより正規の看護婦ではない。一簡単な看護教育を受けたのち、看護婦と同じ服装をして看護の補助業務にあたり、また戦時には傷病軍人の慰安にも力を注い⁵¹」でいた。篤志看護婦が結成された理由は、看護の重要性が一般に理解されていなかったことや軽視される傾向があり優れた志願者を得ることが困難だという背景があったため、1887（明治 20）年に日本赤十字社が日本赤十字社篤志看護婦人会を結成した。皇族の有栖川宮妃の発議で有志の貴婦人 29 名がこれに参加した。婦人たちは簡単な看護教育を受け看護の補助業務、戦時には傷病軍人の慰安をしていた。つまり、これを行っていたのは簡単な看護教育を受け、看護の仕事を補助する正規の看護婦ではない篤志看護婦(volunteer nurse)と呼ばれる皇族や貴族の上流婦人によるものであった。上流階級の女性たちが看護に携わった理由は、看護それ自体の行為が社会貢献をする側面があり、かつ女性の地位向上をすることを目的としたためである。この活動は一種の福祉として社会に身を捧げることこそが社会貢献をなすものとして理解されていると言えよう。身分の高い女性たちが篤志看護婦としてこのような活動を行っていたということの意味は、女性の社会的地位の向上や社会貢献が目的であった。つまり、看護婦の仕事自体は崇高な理念に基づくものであるにもかかわらず、看護は女性が担う仕事であったことから社会的評価は非常に低く、専門的な職業ではないと見なされていたと言ってもよい。

こうしたことから看護婦が対象としていたのは、家庭養護婦が老人の話し相手や産後間もない家庭を対象にしていたのに対し、看護婦は病院内での傷病者と一部の富裕層のために看護が行われていた。求められた対象は異なるが、共通していたのはケアを必要とする

⁴⁸ 石原明他『系統看護学講座別巻 9 看護史』医学書院、1993 年 p.118 によると派出看護婦とは「家庭（あるいは病院）で療養している患者のところへ出向いて看護にあたるのが派出看護婦制度」で、この制度により派遣された看護婦のことである。

⁴⁹ 看護史研究会『看護学生のための日本看護史』医学書院、1991 年 p.86 参照。

⁵⁰ 看護史研究会『看護学生のための日本看護史』医学書院、1991 年 p.86 より引用。

⁵¹ 石原明他「系統看護学講座 別巻 9 看護史」p.118 より引用。

者の身の回りの世話をする点である点と時代を経るごとにニーズが大きくなっていったことである。このような状態を見ると広井良典（1997）によれば、『サイエンス』と『ケア』という、ふたつの異なる側面を持った営み⁵²であり、そのケアを医療現場で主に担ってきたのが看護婦であった。しかもケアには「医療モデル」と「生活モデル」の2つのアプローチがある。この揺籃期の看護婦の仕事の違いは、まさにこの医療モデルと生活モデルの差異に相当しているのである。ちなみに、介護士の仕事はやはりケアという意味では、看護師の仕事と本質的な区別はないと見られている。したがって看護師の仕事と介護士の仕事を厳密に区別することはできない。ただ、看護婦は看護教育という医療体制の下でこれらの職務を遂行した。それに対し、介護士はさしたる教育なしに職務を遂行できると想定されており、十分な理論的介護教育が構築されないまま寡婦を家庭養護婦として雇用していた介護職の揺籃期とは大きな違いがあることが分かる。

第3項 揺籃期における行政による看護制度の整備

看護婦に関する資格制度⁵³はそれまで特段整備されていなかったが、1915（大正4）年6月に「看護婦規則」が定められ、1947（昭和22）年まで継続した。これが制定された理由は4つある。「第1に、日露戦争や第一次世界大戦における活動などから看護婦に対する社会的評価が高まったこと、第2に伝染病の流行や病医院（原文ママ）の増加から、看護婦の需要が高まり数が増加したこと（今日では患者数に対して定められる看護婦数は、当時は医師の数に対して決められていた）、第3に派出看護婦会の社会問題化、第4に明治32年に産婆規則、明治39年に医師法が制定され、医療従事者の法律が進められてきたことなどがあげられる。さらにこれまでの府県免許では他府県に移動したときに不便であることなどの理由⁵⁴」もあった。こういった理由によって看護婦規則は全国的な看護婦資格や業務内容の統一を実現した規則である。看護婦の養成が始まって30年ほどかかったが、今の基準と比較すると十分ではないが看護婦の養成に関して全国で統一した制度が整備され、専門的な職業として一歩前進した。この看護婦規則は全十二条と付則からなるものである。看護婦規則では看護婦となるための条件は、第二条と第四条に記されている。

「第二条 看護婦タラムトスル者ハ十八年以上ニシテ左ノ資格ヲ有シ地方長官（東京府ニ於テハ警視総監以下之ニ倣フ）ノ免許ヲ受クルコトヲヨウス

- 一 看護婦試験ニ合格シタル者
- 二 地方長官ノ指定シタル学校又ハ講習所ヲ卒業シタルモノ

⁵² 広井良典「ケアを問いなおす」

⁵³ 1918（大正7）年に政府は高等教育機関（高等学校や専門学校の新設、官立医専の大学昇格）の拡充方針を打ち出す。一方、高等女学校卒業を入学資格とする専門学校レベルの最初の看護婦教育を行ったのは1920（大正9）年の聖路加病院附属高等看護婦学校である。

⁵⁴ 「資料に見る日本看護教育史」p.27より引用。

地方長官免許ヲ与フルトキハ看護婦免許ヲ下付ス⁵⁵⁾」

とされ、看護婦試験に合格した者は都道府県知事免許が与えられるようになった。第四条では試験科目について定められており、これによって統一的な試験科目が定められることとなった。

「第四条 看護婦試験ハ地方長官之ヲ施行ス
試験科目ハ左ノ如シ

- 一 人体ノ構造及主要器官ノ機能
- 二 看護法
- 三 衛生及伝染病大意
- 四 消毒法
- 五 繃帯術及治療器械取扱法大意
- 六 救急処置⁵⁶⁾」

この規則は「看護婦免許を取得するには年齢 18 歳以上（満 16～17 歳）で①地方長官の指定した看護婦学校又は講習所を卒業した人 ②地方長官の行う看護婦試験（所謂、検定試験）に合格した人の 2 通りのコースとなった。該当者に地方長官から看護婦免状が下付され、この看護婦免許を所持しなければ看護婦と称して業務をすることができなくなった。⁵⁷⁾ この規則によって、看護婦は業務独占の地位を与えられることになった。尚、この看護婦試験（認定試験）において学歴は関係なかった。「大正期の職業婦人の学歴は最低でも高等小学校卒、高等女学校卒であったのに比べ、看護婦の場合は尋常小学校卒で 1 年医師のもとで修業したという証明があれば、看護婦試験を受験すること⁵⁸⁾」ができた。

看護婦規則制定がなされた 2 か月後の 8 月 28 日、内務省訓令として「私立看護婦学校看護婦教習所指定標準ノ件」が定められた。これにより各都道府県別に定められていた看護婦学校・講習所における教育内容が全国的に標準化されることとなった。また「知事が指定する指定看護婦学校の入学資格として高等小学校卒業以上の学歴⁵⁹⁾」が定められた。具体的

⁵⁵⁾ 看護婦規則（大正 4 年 6 月 30 日 内務省令第九号）

⁵⁶⁾ 看護婦規則（大正 4 年 6 月 30 日 内務省令第九号）

⁵⁷⁾ 「日本の看護 120 年」 p.74 より引用。

⁵⁸⁾ 「資料に見る日本看護教育史」 p.28 より引用。

⁵⁹⁾ 「資料に見る日本看護教育史」 p.28 より引用。同資料 p.28 によれば「明治 40 年に義務教育として小学校 6 年が定められ、それ以後昭和 22 年に小学校 6 年と中学 3 年の 9 年間と義務教育が決められるまで国民の義務教育は小学校の 6 年間であった。この義務教育が 6 年制であったころ小学校尋常科を卒業したのち、高等小学校に任意で進学しさらに 2 年間の教育を受けようとする女子生徒が増えていった。進学率だけみても昭和 2 年に 47.4%、同 11 年が 53.6%、同 14 年には 60.2%で半数以上の小学生が義務教育以上の教育を受けるようになっていた。」とある。

には以下の内容となる。

「①必要な校舎・実習病院を有し、適当な設備・器具をそなえていること、②寄宿舎を設けること、③教育内容は、人体の構造及主要器官の機能、看護方法、衛生及伝染病大意、消毒方法、包帯術及治療器械取扱法大意、救急処置という看護婦試験科目に修身を加えた科目を享受すること、④生徒の入学資格は高等小学校または高等女学校 2 年以上の課程を終えた者、⑤就業期間は 2 年、⑥主要科目は医師が担当すること、⑦授業を 3 分の 1 以上欠席したものは卒業できず、という要件に該当する学校講習所が指定を受けることができた。⁶⁰⁾

さらにこの訓令の取扱いについて「看護婦規則並私立看護婦学校看護婦教習所指定標準」が通達されている。また「看護婦規則制定までに府県で看護婦に関する規定があつて府県の看護婦免許を得ていた人は、看護婦規則では地方長官による看護婦免許であるのでそれを適用し、それ以外でこれに類する看護の教育を受けて看護婦となった人も同じ既得権が適用されるものとするものである。官立・公立の看護婦学校講習所の指定にも、この指定基準が準用⁶¹⁾された。こういった制度の整備を通じて看護の専門性が明確化される作業が進められていった。教育と資格制度の整備により、看護婦は家政婦との区別化を図っていくことになった。

時代は昭和に入つて以降戦時体制が強化されるようになり、日中戦争もあつて 1941（昭和 16）年 10 月 3 日に看護婦規則が改正された。その内容は、免許取得年齢の 18 歳以上を 17 歳以上（満 15～16 歳）への引き下げであつた。これは少しでも多くの看護婦を養成するための措置であつた。1943（昭和 18）年には戦況も悪化し、政府は同年 12 月 18 日に看護婦の増員を目的として「女子中等学校卒業者に対する看護婦免許に関する件」を文部省・厚生省の共同で通達を行った。この通達は高等女学校において看護に関する科目を 600 時間授業として行えば看護学校の指定を行い、免状を与えとしたものである。これ以降も政府による看護婦養成のためのハードルの引き下げが行われ続けた。1944（昭和 19）年 3 月 14 日には免許取得年齢は 16 歳（満 14～15 歳）となった。また他の学校教育同様（例えば、高等女学校の修業年限が 5 年から 4 年となる）に看護婦学校講習所の教育年限は 2 年から 1 年半へと短縮された。同年 10 月 3 日の「看護婦規則改正で検定試験受験資格特例として、医師のもとでの経験は女子中等学校卒業者が 3 カ月以上、そのほかは 6 カ月以上⁶²⁾となった。

このように看護婦養成は教育水準や期間を短縮することが戦争中の社会背景を移すかの

⁶⁰⁾ 「日本の看護 120 年 歴史をつくるあなたへ」 p.74 より引用。尚、同ページには「この学校講習所の修了者には無試験で免状が与えられた」と記されている。

⁶¹⁾ 「日本の看護 120 年 歴史をつくるあなたへ」 p.74 より引用。

⁶²⁾ 「日本の看護 120 年 歴史をつくるあなたへ」 p.76 より引用。

ごとく相次いで行われた。看護婦規則が制定されて以降、戦時という特殊な状況の中で上述の通知等は看護婦となるための水準を低くする取り扱いであったことが分かる。すなわち戦争の遂行のため、看護婦の養成基準が次々と切り下げられてきたことから、看護は専門的な仕事であるという前提は崩れてしまうこととなった。これにより明治以降、制度が整備されて発展しつつあった看護婦養成制度は戦争の影響を受けたため未熟な看護婦を養成し続けたことでその立場と役割は後退し、医師の補助的な役割を推し進める形となってしまった。

第2節 確立期

第1項 再構築される看護婦関連制度—進められる看護改革

第二次世界大戦後、GHQは我が国の疲弊した看護体制の改革に着手し、看護婦の資格制度に大きな転機が訪れる。これにより看護職、特に看護師は専門職への発展に大きな影響を受けることになった。GHQによる改革の目的は「占領政策を円滑に行うことにあったのは当然であるが、看護の面では、とくに立ちおくれのあった看護教育のレベルアップと、看護婦の資質の向上—そして従来バラバラであった保健婦・助産婦・看護婦の教育を一元化し、法律も一本化するとともに、職能団体としても1つにまとめるべき方向⁶³⁾」にもっていくことであった。同時に、「従来、医師の下にあった看護婦の位置を医師と対等のものとし、看護婦の教育は看護婦により行われるべきであるとした。協会も医師などに関与させず、会場をはじめすべてのポストには看護婦がつくべきであるとし、さらに中央の監督官庁である厚生省に、看護に関するセクションをおくとともに、官吏に看護婦を登用⁶⁴⁾」した。

最初にGHQが行ったことは、教育制度と内容の見直しである。1946(昭和21)年6月に看護教育模範学院が設置されたことである⁶⁵⁾。この看護教育模範学院では教育のモデル校として新しい教育を試みている。その一つは戦前の専門学校レベルの聖路加女子専門学校と日本赤十字社中央病院看護婦養成所をGHQの指示の下合流させたものである。その名称は東京看護教育模範学院(Tokyo Demonstration School of Nursing)⁶⁶⁾と名付けられた。用いられた「テキストは『看護実習教本』で、GHQ看護課のスタッフによって編集された1940年代のアメリカの最新の看護書の知識⁶⁷⁾」を織り込んだものであった。日本の疲弊し立ち遅れた看護婦養成制度を立て直すため、最新の看護に関する知識が学べるようになった。その後も更なる看護教育改革が進められ、「陸海軍病院と傷痍軍人療養所は、国立病院、国立療養所となっていたが、そこに新しい看護学校17校が開設された。その後、東西の新制度看護学校のモデル校とされたのは国立東京第1病院附属高等看護学院と国立岡山

⁶³⁾ 石原明他「系統看護学講座 別巻9 看護史」p.152より引用。

⁶⁴⁾ 石原明他「系統看護学講座 別巻9 看護史」p.152より引用。

⁶⁵⁾ GHQは看護教育の向上のため、モデル学校(demonstration school)を看護教育模範学校以外にも国立岡山病院、国立東京第一病院にも開設した。

⁶⁶⁾ その後、東京看護教育模範学院は1953(昭和28)年に分離されている。

⁶⁷⁾ 「資料に見る日本看護教育史」p.100より引用。

病院附属高等看護学院である。新しい看護学校の入学資格は高校卒、教育期間は3年間⁶⁸であった。こうして、看護師養成のために最新の看護教育が施されるようになった。

看護婦の免許は1948（昭和23）年に「保健婦助産婦看護婦法（1948（昭和23）年7月30日法律第203号）」が公布されたことで都道府県知事免許から国家免許となった⁶⁹。保健婦助産婦看護婦法の制定の意図は、GHQの指導の下に勧められた看護改革の大きな柱は別個に位置付けられていた資格であった保健婦、助産婦、看護婦を組織的にも法的にも一本化することであった。その内容は看護婦に甲種、乙種を設けることであり、前者は「高卒3年以上の教育を受けて甲種看護師国家試験に合格すること、乙種看護師中卒後2年以上の教育を受けて都道府県知事の行う乙種試験に合格すること⁷⁰」などそれぞれの業務、国都道府県における登録、養成所の指定基準に関して規定したものであった。これにより国家資格を持った専門的職業としての看護婦が養成されることになった。

このように GHQ の指導の下によるこれら一連の看護改革は戦時中に粗製乱造ともいうべき看護婦の養成制度を解体し、最新の看護に関する知識を組み込んでその立て直しを図った。同時に、保健婦助産婦看護婦法の制定は看護婦に対して法的にも看護の専門性が認められていくだけでなく、身分の確立⁷¹をすることとなった。これまで職務の対象が家政婦とは病院と家庭という場所の違いがあったが、法的な整備が行われ、かつ身分の確立がなされたことは同じ身の回りの世話という非専門的な職種として決別することになった。

介護職については養成制度の見直しはなされているが、家政婦との役割の明確化といったところまでは進んでおらず、脱家政婦をするために専門性の明確化と強化という点では不十分な状態である。その理由は養成制度の見直しが時間数や国家試験を課すということにとどまっており、職業としての本質である専門性が何か、介護職にしかできないこととは何かを明確に議論していないことである。

第2項 職能団体の設立と行政への進出

後述するようにその職業が発展していくには様々な要素が必要である。例えば、社会情勢の変化、社会的要請、社会貢献、社会的認知といった社会背景に基づいたもの、また職業の専門職化のための技術革新、職業制度の整備、職業団体の設立、専門職としての倫理規定等といった技術的組織的成熟の結果によるものが考えられる。看護職が社会的影響力を持てるようになったのは、これまで助産婦、保健婦、看護婦が個別に有していた組織（日

⁶⁸ 「看護学生のための日本看護史」 p.122 より引用。

⁶⁹ このほかに助産婦は1899（明治32）年の「産婆規則」、保健婦は1941（昭和16）年の「保健婦規則」が定められ別々の制度として教育が行われていたが、1948（昭和23）年「保健婦助産婦看護婦法」に統合された。

⁷⁰ 「保健師助産師看護師法60年史」 p.3 より引用。

⁷¹ 2001（平成13）年に保健師助産師看護師法と改称。同法は総則、免許、試験、業務、雑則、罰則について規定している。『日本看護協会史第1巻』 p.45 では「『保健婦助産婦看護婦法』の公布により、会員の身分的基礎は確立」と記されている。

本産婆会、日本帝国看護婦協会、日本保健婦会の 3 つの職能団体) を統合する形で「日本産婆看護婦保健婦協会」として 1946 (昭和 21) 年に統一し設立したことである⁷²。

統一前はどのような体制で職能団体だったかと言えば、助産婦は明治期に組織された産婆組合が 1927 (昭和 2) 年に日本産婆会を組織し、看護婦は 1929 (昭和 4) 年に日本看護婦協会を、そして保健婦は 1941 (昭和 16) 年に保健婦協会を設立している。日本看護婦協会は 1932 (昭和 7) 年に朝鮮の看護婦を加えた日本帝国看護婦協会と改称し、1933 (昭和 8) 年に国際看護婦協会 (ICN : International Council of Nurses⁷³) へ加入している。第二次世界大戦後の 1946 (昭和 21) 年 11 月、それまで別個に活動していた保健婦、助産婦、看護婦は GHQ の指導の下、日本産婆看護婦保健婦協会が発足し、翌年 1947 (昭和 22) 年に日本助産婦看護婦保健婦協会と改称した。その後、1951 (昭和 26) 年に日本看護協会と改め今日に至っている⁷⁴。日本看護協会は各都道府県に支部として組織的な拡大と看護職 (日本看護協会が入会資格として定める保健師、助産師、看護師、准看護師) としての領域を網羅していることによって組織力が高められており、社会的な影響力が大きくなった。介護職と比較して違うことは何よりも組織基盤を持って、医師会と同様に圧力団体として機能していることである。結果的に職種の枠を超えた職能団体の結成により行政や政界への進出をするための土台となる社会的影響力を持つことができた。その一方で、介護職はホームヘルパー、介護福祉士、介護支援専門員などがあるが、それぞれ別の職能団体を有しており、日本看護協会のような統一した組織を結成することができておらず、組織基盤が看護職と比較して脆弱なところが課題である。

看護職が社会的影響力と社会的地位を高めたのは職能団体の結成 (組織力) ばかりではない。これと同時期、1948 (昭和 23) 年 7 月、厚生省医務局看護課が設置された。これは看護関係者の行政面への進出という意味での影響は小さくなかった。その一つが政策的影響力の確保である。また、都道府県庁の一部にも看護課が設けられる動きもあり、行政面での独立は看護行政を円滑にし、かつ看護婦の社会的地位向上をさせる効果と役割を果た

⁷² 同協会は 1937 (昭和 12) 年にロンドンで開催された ICN 第 8 回総会に代表者を送り込んで以降、第二次世界大戦により国際関係が遮断されていたが、1949 (昭和 24) 年に日本看護協会は正式に復帰している。1949 (昭和 24) 年に ICN (国際看護師協会 : International Council of Nurses) への再加入を果たし、1951 (昭和 26) 年に現在の名称である日本看護協会へ改称した。

⁷³ ICN 設立の歴史は、1899 年のイギリス人ベッド・フォード・フェニック夫人の提唱により数カ国の看護婦たちが、国際的姉妹愛を実現しようと協議したことが発端である。日本看護協会史第 1 巻 p.90 によると、「当時集ったリーダーたちは、看護が世界のすべての人類にとって必要欠くことのできない職業であり、その発展は人類の福祉に直結するもの」として、看護の重要性について述べられている。

⁷⁴ 保健婦助産婦看護婦法制定以前の助産婦は看護教育を受けていない者が多く、そのような助産婦たちの間では日本看護協会との合併当初から、協会に所属することに抵抗感もあった。1955 (昭和 30) 年、臨時総会において、190 対 2 で助産婦部会は看護協会からの脱会を決議する事態となった。日本看護協会には 100 人の助産婦が残り、約 6 万人の助産婦は脱会した。

した。行政面では厚生省に看護課の設置を行ったということで、看護行政の円滑化と看護婦の社会的地位の向上を果たすことにもつながった。そして、保健婦、助産婦、看護婦はそれぞれ歴史的に歩んできたが統一的な団体を組織化することができたこともあって組織と行政の両方から看護に関する情報発信力が高められるようになった。

だが、看護課は 1956（昭和 31）年に行政組織機構縮小政策の一環として廃止され、医事課の中に統合された過去がある。日本看護協会はこれを看護行政の後退とし、猛烈な復活運動を行った⁷⁵。当時日本看護連盟の会長だった林塩は厚生大臣であった中山マサに対して厚生省看護課の復活を要請している⁷⁶。その結果、日本看護協会の復活運動もあり 1963（昭和 38）年、医務局内に再発足することになる⁷⁷。いったん廃止された行政組織が当事者による社会運動によって復活させられたのは看護婦の問題意識の高さと行動力の高さを示すものである。1984（昭和 59）年には医務局看護課は健康政策局看護課へと改組され、現在は医政局看護課となった。看護職は組織的に大きな日本看護協会により政治的影響力を持ち、かつ行政面でも影響力を持っていると言える。その組織力の大きさにより、後述する政界への進出も可能になり、看護政策の実現を可能にすることができるようになった。介護職に関して言えば、厚生労働省には老健局に介護保険制度など高齢者の健康・福祉に係る事務を所管する介護保険計画課、高齢者支援課、老人保健課が設置されているが、「介護課」のような介護職が当事者として関わるような形での部課は存在していない。

第 3 項 政治活動の開始 - 政界への進出と政治団体の結成

GHQ の指導の下で始まった看護改革を皮切りに、看護師（看護職）は職能団体の統一や行政に進出し、その社会的地位や影響力など確立していく。看護師（看護職）は更なる社会的影響力と地位を更に高めるため、政界へ進出していくことを決断する。これが介護職と大きく異なる点である。介護職は看護職と比較して組織的基盤が弱く、国政に代表者を送り込める段階まで来ていない。介護職に関連する政治団体は 2000（平成 12）年に親団体として全国老人福祉施設協議会が設立した全国介護政治連盟がある。友好団体（支援団体）

⁷⁵ 日本看護協会編「日本看護協会史 1」p.88 より引用。

⁷⁶ 記録が残る限り調べると、日本看護協会が行った政府、行政等に対する「請願・陳情・要望・その他」は日本看護協会史にいくつか記されている。「同史 1」pp.233-240 によると 1948（昭和 23）年から 1956（昭和 31）年までに 7 回行われている。「同史 2」pp.358-396 によると 1958（昭和 33）年から 1967（昭和 42）年までで 103 回行われている。「同史 3」（1968（昭和 43）年から 1978（昭和 53）年）pp.744-806 によると、129 回行われている。「同史 4」によると、（1978（昭和 53）年から 1987（昭和 62）年）pp.719-756 によると、45 回行われている。「同史 5」pp.383-386 では「看護基礎教育（3 年課程）カリキュラム改善についての要望書」が 1988（昭和 63）年に出されている。「同史 7」では、pp.314-319 に 5 つの要望書等が記されている。

⁷⁷ 看護課の復活後、1960（昭和 35）年に医療制度調査会が発足した。1963（昭和 38）年に最終答申を発表し、そこで初めて「医療の概念」と「看護の概念」が明示されると同時に、これまで専門学校で看護婦の養成がなされていた看護教育の大学化（高等教育化）の方向も示された。

は自民党としている。無論、これ以外にも市町村レベルの議会ではこれまでに介護職の地域政党の創設・結党や代表を送りこめている事例があるかもしれないが、2012（平成 24）年 12 月の衆議院選挙によって自民党が政権与党となった時点で国会（衆議院、参議院）には介護職の代表者はいない。すなわち、介護職は国会で自ら政策実行をする手段を有することができていない。

一方、看護職は組織的支持基盤を活かして国会へ代表者を送り込み続けている。看護師は国会へ代表者を送り込み続けているが⁷⁸、政治的な組織的基盤を確立するまでの要望は国会へ請願・陳情活動、デモ活動の方法が中心であった。看護職、特に看護師が社会的地位を向上と社会的影響力が得られたのは国会へ代表を送り込み、かつ当時の政権与党であった自民党との関係を深めつつ看護政策を積極的に打ち出し、実現してきたことである。

看護職の代表として国会議員となった先駆けは、1946（昭和 21）年の衆議院議員選挙に立候補し当選した藤原（当選時は山崎）道子、第 1 回参議院議員選挙に立候補し当選した当時の日本助産婦看護婦保健婦協会会長の井上なつゑらである。衆議院議員となった藤原は「保健師助産師看護師法制定時の審議に加わり、准看護師制度導入時には参議院側の『保健婦助産婦看護婦法の改正に関する小委員会』委員長として、一保健師助産師看護師法を巡る重要な場面で活躍⁷⁹」してきた。1960（昭和 35）年、日本初の女性閣僚として第 1 次池田内閣の厚生大臣に中山マサ⁸⁰が入閣したことにより、看護系国会議員として強力な政治的発言力が得られた。

また、1970（昭和 45）年に日本看護協会執行部は看護政策を実現するために石本茂に自民党入党を勧め、自民党入党後、「党内に看護技術者対策議員連盟を立ち上げ、看護職員確保の実現に大きな成果を上げた。特に国家公務員看護師の給与表である医療職 3 表や夜間看護手当の大幅アップ、特定職種の女子育児休業法（看護師・保母・女子教員）の制定など、看護政策の充実に力を発揮⁸¹」等、看護系国会議員として専門分野からの発言を行ってきた。石本はこれ以外に社会労働委員長や厚生政務官、22 年ぶりの女性大臣として 1984（昭和 59）年に環境庁長官に就任する等、要職を歴任してきた。その後、石本の地盤を引き継ぐ形で清水嘉与子は参議院議員となる。清水は当選直後から「党政務調査会社会部会の中に看護問題小委員会を設置、委員長に就任し、石本議員から引継いだ看護技術者対策議員連盟の活動を活発化させ、『看護の日』創設や『看護職員人材確保法』の制定等について提言をし、政策の実施⁸²」につなげていく。

⁷⁸ これまでに国会議員として送り込まれた者のそれぞれの詳細な活動は、「保健師助産師看護師 60 年史」第 4 部「11 看護系国会議員の活動」pp.302～311 が詳しい。

⁷⁹ 日本看護協会編「保健師助産師看護師 60 年史」p.302 より引用。

⁸⁰ 1953（昭和 28）年に第 5 次吉田内閣の厚生政務次官。中山の大臣在任期間は 5 ヶ月と短かったが、母子家庭への児童扶助手当支給を実現している。支持団体は 1959（昭和 34）年設立の日本看護連盟。

⁸¹ 日本看護協会編「保健師助産師看護師 60 年史」p.306 より引用。

⁸² 日本看護協会編「保健師助産師看護師 60 年史」p.308 より引用。

このように看護系国会議員は自民党内での委員会の立ち上げ・委員長の就任に始まり、国会内での関連する委員会（厚生委員会や労働委員会など）に所属し法案等の審議に加わりながら、政権の一員として大臣職等の要職に就くなどして政界での影響力を高めてきた。そして政界での存在感を高めるだけでなく、政策実績を積むことで看護職の社会的発言力と影響力を高めると同時に社会的地位を高めてきた。こういったことから、介護職は代表者を国会へ送り込めるよう支持基盤（組織票の獲得）の強化をしていくことが求められる。それを実現するためにも政界進出を積極的に行っていくための組織的な基盤を作り、政策的な情報発信と環境整備を進めていく必要がある。

他方、看護職関係者による国政の進出に伴って、政治活動を行うためには政治団体が必要になった。看護職の統一的団体でもある日本看護協会は、政治団体として 1959（昭和 34）年に日本看護連盟⁸³を設立している⁸⁴。それに対して、介護職には看護職のような強固な支持基盤をもたないだけでなく、政界進出のために支援する関連団体もない。経営者団体による政治団体として存在するのは上述した全国老人福祉施設協議会が母体の全国介護政治連盟がある程度である。

日本看護連盟が求められたのは、1959（昭和 34）年に行われた第 5 回参議院選挙に当時の日本看護協会長の林塩と選挙直前に自民党に入党した井上なつゑが立候補したことにより共倒れとなったことだけでなく、日本医師会や日本歯科医師会のように圧力団体となるために日本看護協会の掲げる理念と政策を実現するために政治活動を行う政治組織が必要とされたからである。国会へ代表者を送り込む目的は、「われわれの目的は代表者を送ることではなく、代表議員を通じて山積する看護諸問題解決の突破口を見出すこと⁸⁵」であるとしている。これにより国会と協会とのパイプを作ること、政治的働きかけを作ることができるようになった。無論、支持基盤が強固で規模が大きければ大きいほど強力な活動を行うことができる側面もある。

日本看護連盟は長年自由民主党の支持団体として活動（例えば、大臣や政務次官の要職を歴任する以外に、文部科学行政や厚生労働行政での各種委員会で委員として活動を行う等）を行ってきた。日本看護連盟の政党支持のあり方は「※基本的には政権与党を支持する ※職能団体である看護協会は、看護問題の性質や時機等に鑑みて各党派をこえて政策提言していかなければならない場合もある⁸⁶」と述べているが、2009（平成 21）年の衆議院選挙により民主党政権が誕生したことで活動路線の変更を行ったこともあり、常に社会的影響力を行使できる立場の側に立つことを表明している。

これまで日本看護連盟が推薦（支援）した者で閣僚経験者となったのは、石本茂（1984（昭和 59）年、第 2 次中曽根内閣（第 1 次改造）において環境庁長官）、清水嘉与子（1999

⁸³ しばしば日本看護協会は政治活動を行っていると思われるが、社団法人格のため政治活動は行っておらず、政治活動は日本看護連盟が行っている。

⁸⁴ 日本看護協会は日本看護連盟との関係を表裏一体の関係であるとしている。

⁸⁵ 日本看護協会編「日本看護協会史 2」p.125 より引用。

⁸⁶ 日本看護協会編「日本看護協会史 6」p.223 より引用。

(平成 11) 年、小渕改造内閣において環境庁長官として初入閣。翌 2000 (平成 12) 年において第 1 次森内閣でも再任。)、南野知恵子 (2004 (平成 16) 年、第 2 次小泉内閣 (改造) 法務大臣・内閣府特命担当大臣 (青少年育成及び少子化対策担当として初入閣。2005 (平成 17) 年、第 3 次小泉内閣において法務大臣と内閣府特命担当大臣 (青少年育成及び少子化対策担当に再任。)) がある。看護職関係者が閣僚として就任する背景には組織票として無視できなくなった (圧力団体としても機能している) こと⁸⁷が大きい。これにより看護職は自らの看護政策の推進を進め、社会的影響力を高めることができるようになった。

この他にも看護系国会議員が数名いることから、労働条件の改善や准看護師養成の廃止、医療制度改革などより陳情と請願を行いやすいルートを得ることができた。また 2000 年代に入ってから看護系国会議員が携わった主な法律は、2001 (平成 13) 年に保健婦助産婦看護婦法の一部改正案の成立、2003 (平成 15) 年に性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律の成立、2006 (平成 18) 年の看護師等の人材確保の促進に関する法律、2009 (平成 21) 年の臓器の移植に関する法律の改正などがある。

このように看護職は行政、政治の両面で影響力を行使できるだけの環境を整え、とりわけ看護師は発言力のある存在として社会的地位の確立を着実に進めていくことに成功した。看護職は支持基盤を固めるだけでなく、政界で自らの政策を推し進めていながら社会的影響力を行使できる立場を確立していった。

第 4 項 高等教育制度の整備

上述したように GHQ の看護改革で先鞭をつけられた教育制度の整備であるが、その後看護教育は高等教育化を志向するようになる。ここでは看護婦が専門職となるための重要なファクターとして教育の高等化について検討する。教育の高等化が意味するところは、揺籃期から見てもこれまで看護婦に求められてきた教育水準は高いものではなかった。昭和期に入るまでは看護婦規則が定められるなど看護婦養成のための水準も高まりつつあったが、日中戦争以降引き下げられてきた。立ち遅れた看護婦制度の立て直しをするためには更なる高度な知識と技術を身につける必要がある。ここでは看護教育における高等教育化がどのように進められてきたのかを確認する。

看護に関する学科が大学に最初に設置されたのは、1952 (昭和 27) 年に高知女子大学家政学部看護学科である。次いで 1953 (昭和 28) 年に東京大学医学部衛生看護学科が設置された。以降、相次いで全国各地の大学で看護学部 (看護学科) が設置されていった⁸⁸。明治

⁸⁷ 日本看護協会編「日本看護協会史 5」p.317 では 1989 (平成元) 年時点で後援会員は 300 万人、同 p.320 に 1995 (平成 7) 年時点で 160 万人を超える会員数が所属していると記されている。

⁸⁸ 「日本の看護 120 年 歴史をつくるあなたへ」p.96 によると「そして看護界が望んでいた専門看護教育の大学化は、文部科学省 (原文ママ) の大学審議会 (昭和 62 年 9 月～平成 13 年 1 月) の答申により、容易に実現する機会を得たといえる。この答申および大学設置基準の大綱 (原文ママ) 化の弾力化により、看護系大学が急増し、大学院を増加させた原

期に看護婦の養成が始まった当初は読み書きそろばんができればよいとされていたが、高等教育機関である大学で看護学科が設置されたことで、学士が授与されることになった。看護婦となるには高等教育レベルの教育が必要な時代を迎えた。看護教育の大学化の理由は「①医療技術の発達と専門化への対応 ②人口の高齢化による住民ニーズと政策 ③疾病構造・医療の変化による在宅医療・看護の役割の増大 ④高学歴志望や専門技術取得希望の学生の増加 ⑤1995（平成 7）年の医学部入学定員削減による大学運営上の問題 ⑥少子化による大学の学生減少対策に看護の魅力 ⑦その他⁸⁹」が挙げられる。このような背景もあって、時代が進むにつれて看護教育は新たな制度での看護学校や大学での教育が始まり、1980 年代半ばまでには「看護界の永年の悲願でもあった大学教育による看護教育も実現し、卒業生が現場に一看護婦として就職するケースも、徐々にではあるが目につき始めた⁹⁰」というように大学で看護を学んだ者が増えつつあった。看護の高等教育化は看護婦の専門性を高めていった。また、大学において看護婦（看護師）の養成を行っているのは、2012（平成 24）年時点で 209 校（日本看護系大学協議会加盟校）と広がっており、高等教育機関による養成は一般的なものとなった。

他方、医学の発展や新たな医療技術・医療機器が開発、集中治療室の設置等医療技術が進歩すると歩調を合わせながら、看護も後述する専門看護師制度の創設のように対象とする領域の細分化と高度化がなされてきた。医療技術の進歩や生活環境（食生活の改善、住宅環境の向上、公衆衛生の改善等）の改善は日本人の寿命が長くなる要因になった。平均余命が長くなるにしたがって様々な慢性的持病⁹¹を抱える高齢者が増加していくことになり、看護婦が担う業務は複雑化、高度化する傾向にあった。その結果、看護婦の質的量的充実が社会的な課題となり、国としても更なる高等教育機関の整備の必要性が考えられるようになった。そこで「1987 年、厚生省『看護制度検討委員会』は、看護職の社会的評価や社会的地位向上を目指すという目標のもとに、大学・大学院の増設等を提言した。従来の病院附属専門学校中心の教育だけでは不十分となり、1990 年代以降、看護における大学教育が本格化し、修士課程教育、博士課程教育も発展⁹²」してきた。看護は大学院教育をする段階まで専門性が高くなったのである。我が国最初の看護学専攻として大学院修士課程を設置したのは 1979（昭和 54）年に「千葉大学大学院看護学研究科看護学専攻」であり、次に設置したのは 1980（昭和 55）年に「聖路加看護大学大学院看護学研究科看護学専攻」であった。大学院博士後期課程（博士課程）については、1988（昭和 63）年に聖路加看護

因ともなった。」と記されている。

⁸⁹ 「日本の看護 120 年 歴史をつくるあなたへ」 p.96 より引用。

⁹⁰ 東京看護学セミナー現代日本の看護研究班編著「いま看護婦は…その職業観と生活像」 p.5 より引用。

⁹¹ その一例として、高血圧・糖尿病・高脂血症・高コレステロール血症・肝炎・痛風・緑内障といったものが挙げられる。

⁹² 日本看護科学学会編「看護にかかわる主要な用語の解説 概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈」 p.11 より引用。

大学大学院に設置されたのが最初であり、1993（平成 5）年に千葉大学大学院が博士後期課程を設置した。看護は医師のように医療現場で職責を果たすだけの存在としてではなく、研究の領域まで活動の対象を広げることを実現した。これも看護婦が高等教育を受ける機会が確保されかつ専門性を高め、専門職としての地位を高める要因となっている。

こうしてみると、政策的にもそうだが看護師は社会の情勢の変化に合わせて看護界はより高い専門性を身につけようと高等教育化を志向した。その結果、大学院博士課程で教育が受けられるようにもなった。看護師は専門的な知識と技術を有するだけでなく、自らが看護研究を行うところまで専門性を高めるに至った。このことを考えると、社会的地位を高めるためには教育という手段を活用することが必要であることが分かる。従って、これらの大学化（高等教育化）は看護研究の発展や看護学の確立が進められるとともに、何よりも看護師の社会的位置づけを高めることに寄与した。

第 5 項 医師と看護師の関係・雇用慣行・賃金水準

ここまでは看護改革に関連する事柄について検討し、看護婦が社会的地位の確立をする要因について示した。ここからは看護婦が職業として社会的地位を確立したその他の要因（看護婦が直接的にかかわった事柄）について検討する。本項では確立期における医師との関係性を押さえつつ、看護婦が職業上どのような位置づけにあったのかを確認する。

看護師が歩んできた歴史は上述してきたように医療現場における医師の補助的な役割が多く、主体的な判断や行動をすることができるようになったのはここ数十年のことである。看護師は医療現場における医師のパートナーとして専門性を高め、専門職としてみなされるまで発展してきた。それまではどのような関係性にあったのか。

医療現場では、医師と看護師の関係はしばしば医師の権威と専門性により看護師は医師の指示の下にある。これは医師法で医療行為が業務独占として規定されていることによる。医療行為が制限されていることで全ての指揮権を医師が持ち、それに従う看護師という構図が生まれた。看護師の歴史を振り返ると「わが国特有の開業医制度が生まれた。そこで、医師の手助けをする職業としての看護婦が発生する。まだ、組織的な教育の始まる前である。そこでの仕事は、医師の診療の手伝いを中心としながら、身分的な保証もないままに、私的な雇用関係が、医師とのあいだにあるだけであった。⁹³」、「その後、組織的な看護婦養成が、さまざまな背景のもとに行われるが、第二次大戦の敗戦まで、その教育は医師が行ったという事実を見ても、“看護” そのものはあくまでも医師に都合のよい、医師の手伝いとして位置づけられていたことが明らかである。⁹⁴」とあるように、看護婦は医師の補助的な位置づけとして捉えられていた。

⁹³ 東京看護学セミナー現代日本の看護研究班編著「いま看護婦は…その職業観と生活像」p.1 より引用。

⁹⁴ 東京看護学セミナー現代日本の看護研究班編著「いま看護婦は…その職業観と生活像」p.1 より引用。

日本看護協会は医師との関係について歴史的な経緯を「日本における職業としての看護は、明治元年に横浜に開設された軍陣病院に女性が看護人として採用され、戊辰戦争による傷病兵の看病に当たったのが始まりといわれている。この頃から、病院が看護人（看病人）を雇用するようになるが、仕事の比重は医師の治療介助に移っていった。⁹⁵⁾」と述べている。「看護の発達 は医学の影響を受けており、我が国では戦前からの習慣として、医師の監督のもとに行う医療補助業務が中心となり、医師が行っていた業務が次々と看護業務に委譲され、看護はあたかも医療介助を中心とする医師の助手としての職能のように考えられ、高度な医療介助こそが高度な看護のように思われ、患者の世話を中核とすべき看護活動の本領が発揮できなかった。⁹⁶⁾」というように、その影響の大きさが現在の看護職の本来の職務である看護ではなく、医師の補助と職務を歪められてきたと考えている。

このように医師の持つ専門的知識と技能は病院内では絶対的なものに由来し、医師と看護婦の関係は従属的なものである。看護婦は白衣の天使、聖職者といったイメージにとられ、その結果として従属的な労働を強いられてきた。そのことを否定し自立した専門職とみなされることを願ってきた結果として、後述する専門看護師や認定看護師のように看護学をベースとしながら専門職として医学、薬学、病理学等を身につけ、また看護の領域を精査し専門領域、認定領域の認定を進め、単なる医療現場で医師を補助する関係から医師と連携しパートナーとなる関係に自ら変化させようとしている。現在は保健師助産師看護師法総則第 5 条に「この法律において『看護師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。」とされているが、看護師の専門性が確立したことにより医師との関係は指示する、指示されるという立場に変化が表れてきている。

介護職においてみると、介護保険法施行に伴う職務（業務）範囲の限定を進めている状態であり、かつ専門領域の構築をしている段階であることから看護師のように関連職種との関係の変化を持たせることができていない。しかも看護師が自ら職務範囲の限定を行って医師との関係を変化させようとしているのに対して、介護職は国の政策の下で定められた介護保険制度により業務範囲の限定もされているため、職務内容を高度化することが困難である。つまり、法制度の規定によって制限が課される前提のため、介護職が自ら行動して社会的地位と専門性を高める意識は十分に高まりにくい状況にあるようにも映る。

では、看護婦（看護師）の雇用慣行はどうであったのか。看護の専門性が確立された 1980 年代ごろまで以下のような労働慣行が看護業界の中で残っていたと言われる。松倉（1984）によると、例えば、聖職者として独身であるべきという考えが根強かったこと、自宅通勤を認めない、仕事か結婚かという二者択一を求めていたこと、軍隊式秩序が踏襲されていたこと等である。

まず、その職務に対するイメージが看護婦の社会的評価に大きく影響を与えることがあ

⁹⁵⁾ 日本看護協会編「日本看護協会史 5」p.232 より引用。

⁹⁶⁾ 日本看護協会編「日本看護協会史 3」p.115 より引用。

る。看護婦に求められている役割と業務は看護現場において医師の指示の下、診療の補助や患者の身の回りの世話である。しかし、看護婦は職業像というフィルターを通じて職種の持つ本質を歪められてしまい固定概念化されてしまう。聖職者や白衣の天使像である。そのイメージは極めて奉仕的で忍耐を強いられるような労働者性が薄いものである。看護婦はその職業的イメージがあり、「日本の場合は、一部を除けば経済的な事情で看護婦になったり、『白衣の天使』に憧れて、であった。したがって、いわゆる「良家の子女」は看護婦にならない。させないという風潮⁹⁷」があった。その原因は看護教育が始まった明治期までさかのぼり、「外国人看護婦の在日期間が比較的短く、初期の看護教育機関が十分にナイチンゲール方式の真価を発揮するにいたらなかったこと、また女子の職業教育に対する世間の認識が低かったこと⁹⁸」だと言われる。それにより、為政者・教育者にとって都合の良い点が強調された結果、看護婦（師）は低賃金で長時間自己主張をせず患者のために黙々と働き、聖職者のような職業であるような風潮を生みだすことになった。松倉によれば以下のような行為が慣行として行われていた⁹⁹。

①看護婦の全寮制や、勤務時間が明確に定められていないための長時間労働の強制、給与体系も昇給、昇格の規定もなく、どのような基準で定期昇給が行われるのかさえはっきりしない、不合理で前近代的な労使関係そのものだった。

②とりわけ看護婦の全寮制は、看護婦が自宅から通勤することを禁止するもので、寮生活は、親であっても男子禁制という厳しいもので、外出もままならなかった。

③この全寮制は、結婚しようとする看護婦に、仕事か結婚かの二者択一を迫るもので、看護婦については恋愛もタブーとされた。

④職場には戦前の軍隊式秩序が踏襲され、たとえば、食堂では婦長が食事中は、どんなに混雑していても同じテーブルに座ることは禁止された。

⑤寮では入浴について、「監督タイム」という婦長だけの入浴時間が定められていて、ヒラの看護婦は、他の時間にイモを洗うようにして入浴しなければならなかった。休暇については「賜暇」という言葉が使われ、休暇をとった者は婦長のもとに礼を述べに行かされた。

⑥ボーナスは、全員が並ばされ、一人一人がおいしただいて受け取るようになっていた。

このような古い労働慣行に対し看護婦は「結婚・通勤の自由さえない封建的な病院運営のもとで、『奉仕』を強要された看護婦たちは、自分たちの人権と医療を守るために組合を結成して活動をはじめ¹⁰⁰」、聖職者や白衣の天使像からの脱却を果たすため労働者としての権利を得ていった。この当時、1981（昭和 56）年の日本看護協会の会員実態調査によると、

⁹⁷ 松倉哲也「看護婦残酷物語」p.155 より引用。

⁹⁸ 医学書院「系統看護学講座 別巻 9 看護史」p.99 より引用。

⁹⁹ 松倉哲也「看護婦残酷物語」pp.140-141 より引用。

¹⁰⁰ 松倉哲也「看護婦残酷物語」p.144 より引用。

日本看護協会への参加率は 91.5%、労働組合の加入率は 63.8%、政治団体である看護連盟 55.9%あった¹⁰¹。このような雇用慣行が残っていた 1980 年代の組織加入率の高さが看護職としての基盤の強さを示している。

本項の最後に高い専門性を有した職業となった看護師であるが、その賃金（所得）水準についてみる。専門職は特定の領域における知識や技術を有していることで、付加価値を有した能力を有している。それゆえ、看護師の賃金水準は一般的な労働者よりも高い傾向にある。つまり、専門職であれば賃金水準は高いということであるから、賃金水準を見ることで、看護師は女性の仕事として出発したが自立できる仕事としても成立したかどうか分かる。そこで医療職と介護職の賃金水準について確認をしておく。

実際に看護師の賃金水準を確認してみると、厚生労働省 平成 24 年賃金構造基本統計調査（政府統計の総合窓口）「職種別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額」2013（平成 25）年 2 月 21 日公表分の 2012（平成 24）年賃金構造基本統計調査（抜粋）では看護師の賃金水準（企業規模計 10 人以上）は地域や性別、病院規模によって幅はあるが、平均年齢 37.3 歳、勤続年数 7.1 年、きまって支給する現金給与額は 326.9 千円（所定内給与額は 291.8 千円）、年間賞与その他特別給与額は 786.9 千円である。

(表1)「職種別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額(産業計)」																	
区 分	企業規模計 (10人以上)								1,000人以上								
	年齢	勤続年数	所定内実労働時間数	超過実労働時間数	きまって支給する現金給与額	所定内給与額	年間賞与その他特別給与額	労働者数	年齢	勤続年数	所定内実労働時間数	超過実労働時間数	きまって支給する現金給与額	所定内給与額	年間賞与その他特別給与額	労働者数	
	歳	年	時間	時間	千円	千円	千円	十人	歳	年	時間	時間	千円	千円	千円	十人	
医師	41.2	5.2	162	12	879.3	789.3	883.4	7 381	37.2	4.8	162	16	661.2	553.5	1008.7	3 484	
看護師	37.3	7.1	159	7	326.9	291.8	786.9	59 195	33.8	7.4	156	10	338.0	292.7	933.8	21 413	
准看護師	46.3	10.3	162	4	280.0	255.7	663.4	19 793	46.8	9.8	160	5	290.6	266.3	699.5	899	
看護補助者	44.1	6.8	162	3	195.4	183.2	402.7	12 405	43.1	8.4	163	2	208.0	199.1	502.1	1 296	
診療放射線・診療ケア職技師	37.0	10.1	163	12	356.0	315.4	872.6	3 397	35.9	11.1	161	18	370.3	316.0	1088.1	1 186	
臨床検査技師	37.0	10.5	164	10	311.2	280.5	873.7	4 770	35.6	10.6	161	11	330.7	293.3	1014.6	2 013	
保育士(保育・保父)	35.0	7.8	169	4	214.2	208.2	579.9	19 229	34.0	4.5	158	4	212.7	207.3	375.1	1 396	
介護支援専門員(ケアマネジャー)	46.1	7.0	167	4	260.4	252.6	546.5	6 426	45.4	6.3	164	6	280.7	268.2	424.8	317	
ホームヘルパー	44.6	5.1	167	6	208.5	193.3	282.6	7 518	41.9	3.9	165	6	210.7	190.2	144.1	1 484	
福祉施設介護員	38.3	5.5	165	4	218.4	206.3	474.4	65 513	37.6	5.5	160	6	221.1	206.9	412.8	4 437	
区 分	100～999人								10～99人								
	年齢	勤続年数	所定内実労働時間数	超過実労働時間数	きまって支給する現金給与額	所定内給与額	年間賞与その他特別給与額	労働者数	年齢	勤続年数	所定内実労働時間数	超過実労働時間数	きまって支給する現金給与額	所定内給与額	年間賞与その他特別給与額	労働者数	
	歳	年	時間	時間	千円	千円	千円	十人	歳	年	時間	時間	千円	千円	千円	十人	
医師	43.0	5.1	161	11	1034.9	949.8	747.1	3 349	56.0	8.4	166	0	1314.6	1307.2	919.6	548	
看護師	38.1	6.8	160	5	322.8	291.1	726.3	29 581	44.0	7.6	163	5	312.9	292.0	621.5	8 201	
准看護師	46.2	10.3	161	3	283.3	257.3	687.5	12 110	46.4	10.4	165	6	272.8	251.3	615.8	6 784	
看護補助者	44.4	6.8	162	2	193.6	180.7	390.3	8 428	43.8	6.1	163	5	195.2	183.5	393.8	2 681	
診療放射線・診療ケア職技師	34.6	9.2	164	10	337.2	297.8	767.5	1 553	44.6	10.6	165	7	374.8	355.9	732.0	658	
臨床検査技師	37.1	10.7	165	10	294.5	267.6	776.2	2 195	41.7	9.8	169	12	306.7	285.1	749.6	562	
保育士(保育・保父)	34.8	7.1	167	5	215.7	206.5	561.7	2 928	35.2	8.2	170	4	214.1	208.6	602.6	14 905	
介護支援専門員(ケアマネジャー)	44.8	6.7	167	4	256.2	247.7	575.1	3 483	47.8	7.5	169	3	263.5	257.2	523.2	2 626	
ホームヘルパー	46.5	5.7	166	4	200.6	186.7	347.9	2 586	44.3	5.1	169	7	213.4	199.6	293.3	3 448	
福祉施設介護員	37.4	5.5	165	3	219.1	207.2	493.1	40 140	40.2	5.5	166	4	216.4	204.5	451.6	20 936	
(出所)平成24年賃金構造基本統計調査より一部抜粋の上、作成。http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001044256&cvcode=0																	

(出所)平成24年賃金構造基本統計調査より一部抜粋の上、作成。http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001044256&cycode=0

¹⁰¹ 東京看護学セミナー現代日本の看護婦研究班「いま看護婦は…その職業観と生活像」pp.27-28。

主な医療職の賃金水準を見てみると医師の場合、平均年齢は 41.2 歳、勤続年数は 5.2 年、きまって支給する現金給与額は 879.3 千円（所定内給与額は 789.3 千円）、年間賞与その他特別給与額は 883.4 千円である。

准看護師の場合、平均年齢 46.3 歳、勤続年数 10.3 年、きまって支給する現金給与額は 280.0 千円（所定内給与額は 255.7 千円）、年間賞与その他特別給与額は 663.4 千円である。

看護補助者の場合、平均年齢 44.1 歳、勤続年数 6.8 年、きまって支給する現金給与額は 195.4 千円（所定内給与額は 183.2 千円）、年間賞与その他特別給与額は 402.7 千円である。

診療放射線・診療エックス線技師の平均年齢は 37.0 歳、勤続年数は 10.1 年、きまって支給する現金給与額 356.0 千円（所定内給与額は 315.4 千円）、年間賞与その他特別給与額は 872.6 千円である。

臨床検査技師の平均年齢は 37.0 歳、勤続年数は 10.5 年、きまって支給する現金給与額 311.2 千円（所定内給与額は 280.5 千円）、年間賞与その他特別給与額は 873.7 千円である。

そして、その他の企業規模（1000 人以上、100～999 人、10～99 人）は上記の表のとおりである。

このように見ても医師の賃金水準が最も高いことが分かる。看護師は診療放射線・診療エックス線技師や臨床検査技師と比較しても平均年齢ではそれほどの年齢差はなく、きまって支給する現金給与額でみると診療放射線・診療エックス線技師に次いで看護師が高く、年間賞与その他特別給与額は診療放射線・診療エックス線技師や臨床検査技師と比べて低い状態である。看護師は男性も増える傾向にあるが、主に女性が担っている職種であることを踏まえると職業としての賃金水準は極端に低いものではない。そういった意味では、男性との賃金格差がある職業が多い中で自立して働き続けることができる職業の一つであるといつてよい。

上述してきたように第二次世界大戦後以降、看護婦（看護師）は職能団体（日本看護協会）の組織的基盤を背景として様々な社会的影響力を持つため行政、政治へ進出し、待遇改善のための労働運動を展開、職業の高度化を達成するために高等教育化の実現、そして独自の制度も創設した。その結果として職業として社会的影響力と専門職的権威を得ることとなり、医療職において医師に準ずる賃金水準であり専門職への地位へと高めることに成功した。また、女性中心の看護師であるが、男性看護師の割合が 1994（平成 6）年が 2.6%、1998（平成 10）年に 3.0%、2002（平成 14）年には 3.7%と増加傾向にある¹⁰²。このような展開が可能となったのは組織基盤があったためである。

一方で、介護職では大学において介護福祉士の養成は実現しているが、職業団体としての分立している状態であることから組織として諸活動の展開を行えていない。それだけでなく、介護職は賃金水準が低い¹⁰³とされていることから 2009（平成 21）年 10 月から 2011

¹⁰² 厚生労働省「看護職員に占める男性の比率」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/s0512-2d5.html>

¹⁰³ 厚生労働省「介護職員処遇改善交付金について」

（平成 23 年）度末までの間介護職員処遇改善交付金¹⁰⁴として常勤換算で職員 1 人当たり 1.5 万円が交付されており、経済的に自立した職業であるとは言い難い。何よりも介護職の専門性を明確化しなければ社会的地位の向上は望めない。介護職が専門職として発展するためには専門性の明確化と高めることが求められる。そのためにも独自の専門的認定制度を構築することが必要である。

第 6 項 病院ストライキ・ニッパチ運動（闘争）

ここで検討するのは労働環境の改善をするための労働運動である。歴史的に見て看護職は介護職と共通するように女性の仕事として出発し、かつその職務範囲は広がった。これにより看護職は医師の業務の補助、傷病者の身の回りの世話を担っていたため家政婦的なみなされ方をされ、また介護職はまさに家政婦として同一とみなされていたことから両者ともに社会的に低い評価を受けていた。特に看護婦は脱家政婦を実現するためにこれまで述べてきたような専門的な職業としての確立をするために心血を注いできた。介護職も介護保険制度の創設により訪問介護では提供するサービス（例えば、利用者家族へのサービス提供やペットの世話、庭の手入れなど）に制限が加えられ、介護職（訪問介護員）と家政婦との役割・職務が明確化されはじめていったが看護師と比較すると十分とは言い難い。つまり、介護職は専門職への発展途上段階であるがゆえに、これまでみてきたような事柄については未成熟である。

では、看護婦は労働条件の改善や白衣の天使像からの脱却をどのようにしてきたのだろうか。その要因の一つは労働運動である。看護婦は労働者として地位向上や労働条件の改善を訴える活動をしてきた。例えば、看護婦は国会への請願・陳情活動、デモ活動等を行ってきた。それにもかかわらず一向に改善されない労働条件、低い社会的評価を打破するために看護婦はストライキを行った。これが病院ストライキと呼ばれるものである。病院ストライキの発端は 1950（昭和 25）年、厚生省保険局が完全看護¹⁰⁵という方式を打ち出したことによる。その頃から診療介助等の業務が増加してきたこともあり、看護婦と看護補助者だけで完全看護の達成をすることは不可能であった。

この労働の過密化と 1957（昭和 32）年に結成された日本医療労働組合連絡協議会¹⁰⁶（医

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/12/03.html>

¹⁰⁴ この制度の趣旨は他の産業との賃金格差を縮め雇用の安定や人材確保をするためのものである。

¹⁰⁵ 「系統看護学講座 別巻 9 看護史」p.163 によると、「病院または診療所において、その施設の看護婦が自分で、またはその施設の看護補助者の協力を得て看護を行い、患者みずから看護にあたる者を雇い入れ、もしくは家族等をして付き添わせる必要がないとみとめられる程度の看護を行う」ことである。

¹⁰⁶ 医療職者の労働組合としては、1957（昭和 32）年の「日本医療労働組合連絡協議会（医労協）」以外に、1948（昭和 23）年の「全日本国立医療労働組合（全医労）」がある。これに関連して、看護婦たちは 1953（昭和 28）年と 1960（昭和 35）年の全医労の週 44 時間労働完全獲得闘争、1956（昭和 31）年の日本看護協会と全医労の統一的な看護制度改悪へ

労協)の定期大会での賃上げ要求が契機となり、看護婦は1960(昭和35)年11月に医療労働運動史上初の全国病院ストライキを行った。それ以外にも彼女たちが抱えていた問題は小さくなかった。「低賃金、全寮制度への不満、個人生活干渉の職場での上下関係、結婚・妊娠の制限、奉仕精神で強要される労働強化¹⁰⁷⁾」などである。

日本看護協会は病院ストライキについて「現在の病院経営・労働管理の非近代的なあり方が医療労働者、ことに看護婦の方に労働過剰、低賃金という形でしわよせされ、ナイチンゲールの卓越した進歩的改革精神と方針の精神はゆがめられて利用され、無条件な自己犠牲として強いられてきていた。このような矛盾の爆発であっただけにこの病院ストは、医療の現状や看護の職業というもののあり方を広い角度から考えさせるよい機会となった。¹⁰⁸⁾」、「病院ストは看護婦の労働過重や低賃金を浮き彫りにして、国民に医療の現状や看護婦の労働実態を知らせる機会となった。¹⁰⁹⁾」と考えている。その後、1958(昭和33)年、完全看護は廃止され基準看護となった。

病院ストライキ後も看護婦不足は解消しなかった。1963(昭和38)年、全日本国立医療労働組合(全医労)が「看護婦の夜勤制限を人事院に提訴し、月に10日から15日及ぶ夜勤の制限¹¹⁰⁾」を求めた。いわゆるこれが労働条件の改善を訴え行動に移した、ニッパチ闘争(ニッパチ運動)¹¹¹⁾と言われる。1965(昭和40)年、2年に及ぶ調査の結果、人事院勧告で夜勤は2人以上で月8日以内、つまり、1人夜勤の廃止と月に8日以内の夜勤の裁定が下されたが、1968(昭和43)年、新潟県立病院の看護婦がニッパチ体制(いわゆる2人で夜勤、月に8日以内)の実現を病院局に要求して決起集会と白衣でのデモを行った。看護婦側は人事院での勧告(2人態勢での夜勤の実施)を実力行使という形で行い、これに対して県は看護婦の要求をほぼ受け入れる形でようやく労働条件改善闘争は解決に至った。その後、全国的にこの実力行使による闘争は広がっていったが、看護婦が不足している中で根本的な解決を見ないため、ニッパチ体制を実現させることは困難な状況であったが、看護婦はこのような地位向上運動を経て白衣の天使ではない労働者としての地位向上をする契機を得ることができた。

自らの要求や待遇改善を主張するためにストライキを行うことは労働者としての権利である。生死に影響がある病院においてそれを行った社会的影響は小さい。これを契機として看護婦は社会的発言力を得る契機となった。これに対し、介護職は社会的発言力を得るまでには至っていない。しかし、ストライキを勧めるわけではない。なぜなら、ストライキは労働者に与えられた権利であり、安易に行使することはマイナスの効果を生み出

の反対運動等の労働条件の改善のための労働運動を行っている。

¹⁰⁷⁾ 「看護学生のための日本看護史」p.130より引用。

¹⁰⁸⁾ 日本看護協会編「日本看護協会史2」p.16より引用。

¹⁰⁹⁾ 日本看護協会編「日本看護協会史6」p.4より引用。

¹¹⁰⁾ 「看護学生のための日本看護史」p.130より引用。

¹¹¹⁾ 名称の由来はマスコミにより「2人制、夜勤は月8日以内」の2と8から由来してこう呼ばれた。

してしまう恐れがあるからだ。戦略的に権利を行使しなければならない。

まずは介護職の総意として求める要求について統一的組織を通じて行政への陳情やデモ活動、政治活動を通じて社会認知をすることに務めなければならない。ストライキをするのは利用者の不利益を最小限にすることに配慮しながら、本章で示しているような諸条件を満たした上で実行に移すことが求められる。この組織的行動力こそが介護職と看護職と比較した場合、介護職にとって欠けている要素であり、求められるものである。

第7項 エスタブリッシュメントとの関わり

すでに述べたように看護婦が誕生した明治期以降、皇族や上流階級の身分にある女性は篤志看護婦として看護に携わってきた。その活動内容は看護に対する啓もう活動、傷病兵への慰問や従軍看護婦の不足を補うための簡単な内容であった。介護職は歴史的に皇族や上流階級の身分の者と関わる機会が乏しかった。それは災害や戦争等の社会的困難や社会貢献、福祉の充実の側面を有していた看護とは異なり、介護は家庭内で賄われてきた行為が職業化してきたところに違いがあったためだ。その結果、介護職は看護職とは異なり、社会階層の高い身分の者と接点を見出す契機を十分に持つことができないでいる。

看護職について翻ってみると、明治期以来の活動の流れもあって現在も皇族との関係は保たれている。その代表的なものが、社団法人日本赤十字社の法人運営や予算執行には関与しない、いわゆる名誉職である名誉総裁職¹¹²（皇后）や副総裁職（皇族）に就き、看護や救護の功労を上げた者に対して2年に1度、表彰活動（フローレンス・ナイチンゲール記章）を行うことである。この授与式は国の元首または赤十字総裁が記章の崇高な名誉にふさわしい厳粛な式を行って授与すると規定されており、国家元首レベルでの表彰が行われ威信の高いものとなっている。

補足的に言えば、戦前までは皇族や上流階級による看護活動を行い、かつ皇族が「総裁」として組織の代表（長）となることで看護活動そのものの権威を高めていたが、戦後は日本赤十字社等の公益団体の名誉総裁（名誉職）として式事・表彰・視察などの務めを果たす形となった。言わば、第二次世界大戦後は看護活動や団体において皇族の位置づけと役割が権威的な存在から象徴的な役割へと変化したとも言える。

その結果、看護そのものが人命に関わる活動でありそれを担うことは十分に意義と価値の高いものであるが、皇族が関わっている活動であるという実績が加わることでより高貴であり尊いものとしての意味づけがなされる結果となっている。この意味において、看護職は社会的に高い地位である一端を担っている。

介護も看護と同様に高齢化により QOL が低下した者の生活を支えるために、職業人として高い倫理性を兼ね備えた仕事をする姿勢が求められる。介護福祉士の職業倫理要綱にも触れられている理念である。超が付くと言ってもよいくらいの高齢社会が深刻化した我が

¹¹² 日本赤十字社では明治から第二次世界大戦までは「総裁」と称していたが、戦後は「名誉総裁」と名称変更をしている。

国において、介護が社会的必要性と要請が高まってきている中で介護職も職業威信を高められるよう皇族と関わりを持つことに限らず、様々な機関や機会を通じて社会活動を展開していくことが求められる。

第3節 発展期

第1項 医療現場の高度化と看護職キャリアの伸張

高い社会的地位を得る要素として求められるものは、自らの技能を高めていくことである。これまで検討してきたように介護職と看護師は女性が担う専門性が十分に見出されていない職業であった。介護職と看護師に共通することは、これまで述べてきたような社会構造の変化に伴う社会的ニーズに対応することが求められてきたことにより形を変えてきたことにある。これは社会的要請と技術の進歩、制度が設けられた結果として職務範囲の確定を行ってきたことで職務の高度化がなされてきたと言える。

医療現場は医学の進歩とともに求められる知識と技術が高度化、複雑化している。例えば、新たな手術法の実施、治療法の確立、新薬の導入、最新検査機器の導入、集中治療室の設置などがあげられる。むろん、医療現場では医師を中心として治療が行われるが、それを支える看護職も同様に高度な知識と技術が求められている。新たな手術方法を実践するには何をどのようにするのかを理解していなければ、手術を円滑に行うこともできない。看護師の役割は、単に医師の指示の下で行動をするだけでは治療に対する患者自身の不安を和らげることができない。

松倉が取材した看護婦は「患者さんとしては、ドクターから検査をするといわれただけでも、すごく不安になるものです。ドクターは忙しいから、患者さんの不安を取り払うほど十分に説明できませんし、また十分に説明するドクターがいても、患者さんは必ず、検査日時などを知らされるとき、検査の目的や内容、安全性などを質問します。質問することで不安が多少紛れ、しっかりとした説明を受けることで、不安感がかなり薄らぎますから、患者さんの心理としてはごく自然のことです。¹¹³⁾」と述べているように、看護婦でなければできないことがあるという。単に看護婦は医師から指示された業務を遂行する役割だけでなく、患者の目に見えない不安や恐怖、精神的な辛さ（苦痛）を取り除くことをするのも重要な職務である。

また、医療の高度化により様々な症例に高度な治療を施すことができるようになった。典型的な例は集中治療室である。集中治療室はICU（Intensive Care Unit）とよばれ、24時間体制で呼吸、循環、代謝、その他の重篤な急性機能不全の患者を管理し、効果的な治療を施すことを目的とし、一般病棟よりも多くの看護師が配置された治療室でのことである。医学の進歩により細分化している。全ての治療室について記すことはできないが、その名称を紹介する。

¹¹³⁾ 松倉哲也「看護婦残酷物語」pp.25-26 より引用。

(表2) 集中治療室名一覧	
集中治療室名	英語表記
冠疾患集中治療室	CCU (Coronary Care Unit)
脳卒中集中治療室	SCU (Stroke Care Unit)
外科系集中治療室	SICU(Surgical Intensive Care Unit)
脳神経外科集中治療室	NCU(Neurosurgical Care Unit)
新生児集中治療室	NICU (Neonatal Intensive Care Unit)
腎疾患集中治療室	KICU (Kidney Intensive Care Unit)
精神病集中治療室	PICU (Psychiatry Intensive Care Unit)
小児集中治療室	PICU(Pediatric Intensive Care Unit)
呼吸器疾患集中治療室	RCU(Respiratory Care Unit)
母体胎児集中治療室	MFICU(Maternal Fetal Intensive Care Unit)
高度治療室/ハイケアユニット	HCU (High Care Unit)
(出所) 筆者作成	

少なくとも集中治療室には以上のような種類があり、病状により治療目的が細分化されている。高い治療効果を得るには治療方法の習熟はもちろんの事、より高度な医療機器の使用法や薬品の性質に習熟することが要求される。医師の補助的な役割ではなく医療現場におけるパートナーとして看護師に求められる技術は、患者に対する心理的精神的不安を取り除く対応以外に医師の治療に関する方向性の理解、機器の取扱いに関する正確性、傷病に対する特性と習熟が挙げられる。

看護師の専門職への発展を踏まえると、介護職に求められることは家政婦との職務領域の明確化をさらに進めること（業務内容の整理）、介護現場で取り入れられている多職種連携（チームケア）を実践する一員として役割を果たすことができるようにポジションの確立をすることである。

第2項 高度化するニーズとキャリアアップへの対応

日本看護協会は看護婦の上位の位置づけとして、専門看護婦、認定看護婦、認定看護管理者制度を導入した。介護職は介護福祉士（名称独占の国家資格）が整備されているが、職能団体独自の専門的な資格制度はない。すなわち、介護職はホームヘルパー、介護福祉士の資格を取得することが一般的である。それ以外に介護支援専門員や社会福祉士、精神保健福祉士を目指すなどしてキャリアを積むケースもある。つまり、介護職は介護としてより深く専門的に学ぶシステムが整備されてなく、これに代わるのが関連する資格を取って福祉職としての能力の幅を広げていくことを選択するしかない。結果的に福祉職としての幅を広げることができるが、介護職としての専門性を高めることができないままである。

看護師は看護の専門性をより高めるために特定領域の習熟、熟練することを選択し専門職としての地位を確立してきた。これは特定の分野について細分化し、それを掘り下げていくというところに特徴がある。それが可能となったのは職務内容の特徴を活かした形でキャリアアップを図ったからだ。看護師の職務の対象は傷病の内容は多岐にわたるが、その本質は治療という限定的なものである。対して、介護職は介護そのものの性質を考える

と身体介助、生活援助という分野に区分され、その範囲は利用者の生活全般という幅広いものとなっている。介護職が専門性を高め社会的地位を高めつつ専門職として発展するためには、その仕事でしかできないことを明らかにしながら探っていく必要がある。そこでそのヒントを得るため、看護職が専門性を高めるために導入された専門看護婦制度（専門看護師制度）について検討する。

看護師に導入されている専門看護婦制度¹¹⁴について概要を説明すると、導入されたのは1994（平成6）年のことである。これはアメリカのCNS（Clinical Nurse Specialist）制度を参考にして作られた¹¹⁵。この制度の創設について検討された契機は1987（昭和62）年4月から行われた厚生省看護制度検討委員会の報告書「21世紀へ向けての看護制度のあり方」において「専門領域での一定の業務経験を有する看護婦（士）に対し、一定の研修課程を履修することなどを条件に、各専門領域の専門看護婦（士）を認定するシステムを確立することを検討すべきである¹¹⁶」という答申を受けてのものである。日本看護協会によると制度が求められた背景は以下のものがあるとしている。

- 「①人口の高齢化と疾病構造の変化
- ②科学技術の進歩に伴う医療の高度化／専門分化
- ③国民の健康や医療に対する意識の高まりと多様化するヘルスケアニーズ
- ④上記に伴う看護の役割と場の拡大
- ⑤看護の成熟と看護婦の専門職意識¹¹⁷」

中村（1999）は、このほかにも教育水準の向上、少子高齢化時代の健康に対する多様な価値観、生活の質の向上、女性の社会進出、在院日数の短縮があると指摘している¹¹⁸。日本看護協会が指摘した①から⑤についてももう少し掘り下げてみる。

①独立行政機構国際協力総合研修所によれば我が国の疾病構造区分は4つに区分できるとされている。疾病構造区分は「主要死因によって時期区分する考え方である。日本は、明治初期の『急性感染症』（コレラ、天然痘、赤痢等）の時期、明治後半から戦前までの『慢性感染症』（結核、ハンセン症等）、終戦直後の混乱期の『急性感染症』、それ以降の悪性新生物、生活習慣病（旧・成人病）の4つに区分¹¹⁹」される。この4つ目の時期はそれまでの急性期の対応から慢性期への対応へとシフトしていく時期であった。高齢化への対応と

¹¹⁴ 現在は専門看護師制度。

¹¹⁵ 佐藤によるとCNSについて日本に最初に紹介されたのは、1966年の『看護学雑誌』「特集：専門看護婦への道」という記事であった。

¹¹⁶ 佐藤直子「専門看護制度 理論と実践」p.5より原文まま引用。

¹¹⁷ 日本看護協会編「日本看護協会史5」p.192より引用。

¹¹⁸ 中村恵子「専門看護師・認定看護師の現況と課題」1999年、青森保健大学紀要第1巻2号。

¹¹⁹ 独立行政法人国際協力機構国際協力総合研修所「日本の保健医療の経験 途上国の保健医療改善を考える」2004年p.21より引用。

して、我が国は「1982年には、疾病・治療・リハビリテーションを一貫して行うとともに、老人医療費の一部負担を求める『老人保健法』が成立¹²⁰⁾」、高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略（ゴールドプラン）の実施など社会的変化に対応しなければならなかった。

②医療の技術進歩は日進月歩である。新しい治療法の開発や新薬の完成のスピードは目を見張るものばかりである。新しい治療法や薬が開発されるということは、それに応じた知識が求められる。高度なケアをすることも求められる。医療が進歩をするということは、看護に求められるスキルもより高度なもの（専門化）かつ細分化したものとなってくる。

③①と関連して佐藤（1999）は、「人々の生活は豊かになり余暇時間が増えたことなどを背景として、人々の価値観は多様化し、個人のヘルスニーズも複雑化・高度化するようになった。人々は予防医学や健康増進に関心を持つようになり、また患者としてより積極的に治療に参加したいと考えるようになった¹²¹⁾」と指摘している。このため、看護師は国民の多様なニーズに対応できるようなケアを提供するために、特定分野の専門知識や技術を身に着けた看護師の養成が必要になることを感じ始めた。

④これまでその領域で十分に行えなかったことを一つの職務として担う、職務拡大をするということを意味している。それは後述する専門看護婦の役割の 1 つとして研究を職務領域として定めたことである。専門看護婦制度では資格取得要件として大学院修士課程の修了を求めているように、看護について研究できる能力も有することによって看護婦は医師の指示の下で仕事をする主従関係のような形から自立した仕事をするということを意味している。

⑤医療現場の高度化により看護婦に求められる能力が高まってきたことに伴う当事者としての意識の変化である。②の医療現場に求められる医療技術の高度化と専門分化の流れを受けて、看護婦は自立した役割を果たそうとこれまでのような患者の世話という職務からの脱却を図ろうとした。その例として、専門看護婦制度、認定看護婦制度が整備される以前の 1980 年代に一部の大規模な私立病院では独自のスペシャリスト制度の導入を行っていた。聖路加国際病院では「修士課程を修了し専門的な技術や知識を備えた看護婦に対して、業務上の『もう 1 つの新しい役割』を与える¹²²⁾」ために「看護職の潜在能力を引き出し質の高い看護を提供する目的で、さまざまな専門的知識や技術を身につけた看護婦を『院内のリソース（資源）』と呼び、病棟や職種の枠を超えて患者や家族、医療スタッフがいつでも自由にスペシャリストに相談することができるようなシステム¹²³⁾」を開発した。看護婦の持つ専門性に着目してのことである。

このように看護現場から医療ニーズに応えるためにキャリアアップ制度を創設することを求めた。日本看護協会は上述の 1988（昭和 63）年の厚生省の看護制度検討会報告の答申

¹²⁰⁾ 独立行政法人国際協力機構国際協力総合研修所「日本の保健医療の経験 途上国の保健医療改善を考える」2004 年 p.20 より引用。

¹²¹⁾ 佐藤直子「専門看護制度 理論と実践」p.3 より引用。

¹²²⁾ 佐藤直子「専門看護制度 理論と実践」p.9 より引用。

¹²³⁾ 佐藤直子「専門看護制度 理論と実践」pp.8-9 より引用。

を受けて、1991（平成 3）年の日本看護協会総会で提案された専門看護婦制度を 1994（平成 6）年度、認定看護師制度は 1995（平成 7）年度の同総会において議案が可決し、それぞれの制度が発足することになった。これにより看護婦は医師に次ぐ専門的職種としてのポジションに近づくことになった。これは治療という部分に特化した形での専門性の向上ということに他ならない。言い方を変えれば、これまで看護婦（看護師）が主な職務範囲としていたベッドメイキングや患者の身の回りの世話という、介護と重複する領域を介護職などに移譲して、より高度な役割を担うことを選んだのである。

こうしてみると、看護師は新たな資格制度を構築することでより専門的な領域の人材を養成することができるようになった。専門看護婦（師）制度、認定看護婦（師）制度によって看護師が専門職としての地位を高める要因ともなっている。他方、介護職においては介護現場からの不安が拭い去れていない中、2012（平成 24）年 4 月の介護保険法の改正により医療行為であるたんの吸引や経管栄養の対応について職域を拡大することになった。これは専門看護婦のような資格制度や専門性を高める¹²⁴という意味での職域の拡大ではなく、やむを得なく行っている現状を踏まえて制度として認めるものである。介護職の職務範囲は利用者の日常生活を支えることであり、職務範囲は非常に広いことからその特性に即した役割のあり方と専門性の確立の方法を検討していくことが求められる。こういったことを踏まえ、日本看護協会が創設した専門看護婦制度、認定看護婦制度、認定看護管理者制度がどのような制度となっているのかを検討する。

第 3 項 専門看護師制度

第 2 項で上述した社会的ニーズの高まりと医療の高度化、看護師自身による専門職に対する志向を踏まえ、職業の地位向上と専門性の向上を目指す観点から 1994（平成 6）年に専門看護婦制度が創設され、1996（平成 8）年に初めて専門看護婦（後に専門看護師へと改称）が誕生した。この専門看護師制度は、各専門領域に対してその看護師にしかできないいわば熟練した、或いは卓越した知識や技術を評価する仕組みである。またキャリアコースとして日本看護協会が独自に定めた上位の資格である。その一方で、介護職は勤務経験（経験年数）が長く熟練したホームヘルパーや介護福祉士がいるが、職務内容に対応した領域を設定すること、能力を評価するようなキャリアコース（職能団体による上位の資格制度）は整備されていない。

ここで取り上げる専門看護婦制度が整備された理由は「専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことに

¹²⁴ 第 2 回から第 3 回の検討会議事録でも述べられたように、たんの吸引等の実施に当たっては新たな資格制度を作ることについて若干議論されたが、本検討会としてたんの吸引等を行えるようにするための資格を創設することで業務独占となってしまう医師法に抵触する恐れがあることや資格制度を作るには時間がかかってしまうことなどの理由から現状では検討する必要がない立場をとった。

より、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的¹²⁵⁾」としている。また、日本看護協会が定める専門看護婦（専門看護師）の定義とは「ある特定の専門看護分野において、卓越した看護実践能力を有することが認められたものを言う。¹²⁶⁾」とされている。日本看護協会が整備した専門看護婦（専門看護師）制度とはどのようなものかを確認する。

①受験資格（2013（平成 25）年 2 月現在の認定要件¹²⁷⁾）

「次の 1 から 3 の資格をすべて満たしていなければなりません。

1. 日本国の看護師の免許を有すること

2. 日本看護系大学協議会専門看護師教育課程基準で指定された内容の科目単位を取得していること（以下の条件のいずれかを満たす者であること）1) 看護系大学大学院修士課程修了者で、日本看護系大学協議会専門看護師教育課程基準の所定の単位を取得した者。

なお、看護系大学大学院修士課程修了者で日本看護系大学協議会専門看護師教育課程基準の所定の単位に満たない者は、必要単位をさらに取得するものとする。

2) 看護学以外の関連領域の大学院等を修了した者で、1) において必要単位をさらに取得した者。

3) 外国において 1) から 2) と同等以上の教育を受けたと認められた者

3. 専門看護師としての必要な実務研修があること 1) 看護師の資格取得後、実務研修が通算 5 年以上であること。そのうち通算 3 年以上は専門看護分野の実務研修をしていること。

専門看護分野の実務研修におけるフィールドについてはこちら¹²⁸⁾

2) 次の各項に定める専門看護分野の実務研修をしていなければならない。

(1) 専門看護分野における、個人、家族及び集団に対する直接的な看護実践。

(2) 専門看護分野における、看護職を含むケア提供者に対するコンサルテーション。

(3) 専門看護分野における、必要なケアが円滑に行われるための、保健医療福祉に携わる人々の間のコーディネーション。

(4) 専門看護分野における、個人、家族及び集団の権利を守るための、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる倫理調整。

(5) 専門看護分野における、ケアを向上させるための、看護者に対する研修会、研究指導及び講演会等での活動を含む多様な教育的機能。

(6) 専門看護分野における、専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるための実践の場における研究活動。

¹²⁵⁾ 日本看護協会ホームページ「制度の目的」

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>

¹²⁶⁾ 日本看護協会編「日本看護協会史 5」p.193 参照。

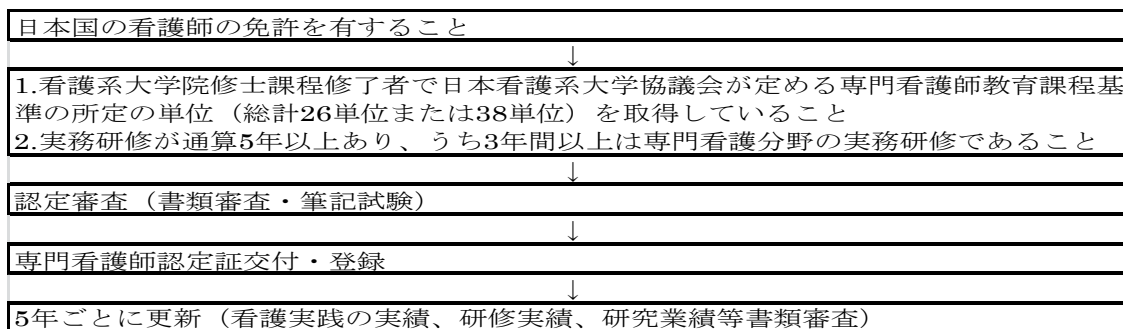
¹²⁷⁾ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」

http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation_guide_cns#approval_probation

¹²⁸⁾ 引用先に準じている。ホームページ上ではリンクが貼られている。

3) 専門看護師の認定審査を受験する者は、上記の条件を全て満足する者であり、現在、常勤、非常勤勤務を問わず実践を行っていること。」

上記を踏まえて、日本看護協会が示すところによると専門看護師となる（認定される）には以下の流れで認証が行われる。¹²⁹



このように専門看護師で求められるレベルは大学院修士課程修了と実務経験が5年以上である。介護職に関しては上位のキャリアコースが設定されておらず、大学院レベルの介護に関する教育は行われていない。尚、介護現場で5年間の実務経験で得られるものは、都道府県知事資格の介護支援専門員の受験資格であり、直接介護職としての専門性を高められるものではない。

②分野の特定：日本看護協会では2013（平成25）年2月現在、11分野で特定されている。

分野名	特定年月	認定開始年月	英語表記	分野の特徴
がん看護	1995.11	1996.6	Cancer Nursing	がん患者の身体的・精神的な苦痛を理解し、患者やその家族に対してQOL（生活の質）の視点に立った水準の高い看護を提供する。
精神看護	1995.11	1996.6	Psychiatric Mental Health Nursing	精神疾患患者に対して水準の高い看護を提供する。また、一般病院で心のケアを行う「リエゾン精神看護」の役割を提供する。
地域看護	1996.11	1997.6	Community Health Nursing	産業保健、学校保健、保健行政、在宅ケアのいずれかの領域において水準の高い看護を提供し、地域の保健医療福祉の発展に貢献する。
老人看護	2001.7	2002.5	Gerontological Nursing	高齢者が入院・入所・利用する施設において、認知症や嚥下障害などをはじめとする複雑な健康問題を持つ高齢者のQOLを向上させるために水準の高い看護を提供する。
小児看護	2001.11	2002.5	Child Health Nursing	子どもたちが健やかに成長・発達していけるように療養生活を支援し、他の医療スタッフと連携して水準の高い看護を提供する。
母性看護	2002.7	2003.11	Women's Health Nursing	女性と母子に対する専門看護を行う。主たる役割は、周産期母子援助、女性の健康への援助、地域母子保健援助に分けられる。
慢性疾患看護	2003.7	2004.3	Chronic Care Nursing	生活習慣病の予防や、慢性的な心身の不調とともに生きる人々に対する慢性疾患の管理、健康増進、療養支援などに関する水準の高い看護を行う。
急性・重症患者看護	2004.7	2005.3	Critical Care Nursing	緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し、患者本人とその家族の支援、医療スタッフ間の調整などを行い、最善の医療が提供されるよう支援する。
感染症看護	2006.7	2006.11	Infection Control Nursing	施設や地域における個人や集団の感染予防と発生時の適切な対策に従事するとともに感染症の患者に対して水準の高い看護を提供する。
家族支援	2008.4	2008.11	Family Health Nursing	患者の回復を促進するために家族を支援する。患者を含む家族本来のセルフケア機能を高め、主体的に問題解決できるように身体的、精神的、社会的に支援し、水準の高い看護を提供する。
在宅看護	2012.5	2012.12	Home Care Nursing	在宅で療養する対象者及びその家族が、個々の生活の場で日常生活を送りながら在宅療養を続けることを支援する。また、在宅看護における新たなケアシステムの構築や既存のケアサービスの連携促進を図り、水準の高い看護を提供する。

（出所）日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」より引用。
http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation_guide_cns#approval_probation

¹²⁹ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>

上記の分野は現在日本看護協会が設定した領域である。(医療技術の進歩や高度化によりさらに専門看護師が担う専門分野が特定される可能性がある。)日本看護協会によれば、以下の専門分野特定の条件¹³⁰が示されている。

- 1.既に看護専門分野の教育課程が現存し大学院等で実施されているもの。なお、教育課程については日本看護系大学協議会またはそれと同等以上の組織が提言しているもの。
- 2.専門看護分野の教育を修了し、専門看護師の受験資格を満たしている者が現時点で3名以上、臨床専門分野(地域を含む)で実践していること。

看護における専門分野の設定は11分野が認定されている。専門医制度(2013(平成25)年2月現在、専門医制評価・認定機構に加盟する82学会)に比べると数は少ないが、看護における各分野の高度化・細分化するまでの段階にきている。他方、介護はここまで至っていないことから、今後、職務内容を精査しケアの質をどのように高めていくことができるのかを介護職団体が同一基準で検討していくことが必要である。

対して、介護職は利用者の生活全体を支えるという対象領域の広さもあって特定領域の設定をすることができていない。対象領域は日常生活を支えるということから専門看護師のように細分化することはなじまないと考える。そのため、介護現場を取り仕切るような包括的な専門性を模索する必要がある。

③専門看護師の役割：専門看護師は、実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究の6つの役割を果たすことにより、保健医療福祉や看護学の発展に貢献する¹³¹。

実践	専門看護分野において、個人、家族及び集団に対して卓越した看護を実践する。
相談	専門看護分野において、看護者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。
調整	専門看護分野において、必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々との間のコーディネーションを行う。
倫理調整	専門看護分野において、個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる。
教育	専門看護分野において、看護者に対しケアを向上させるため教育的機能を果たす。
研究	専門看護分野において、専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるために実践の場における研究活動を行う。

(出所) 日本看護協会「専門看護師への道」より引用。

http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2013/01/CNS_miti-2013.01.pdf

専門看護師の役割は上記の6つがある。特に専門看護師は、卓越した専門的な知識と技術を有して看護に関する研究を行うことや看護現場において指導者的な役割を担うことが求められる。前者はこれまで看護は臨床としての役割を担ってきたが、研究という側面に

¹³⁰ 日本看護協会ホームページ「専門分野の特定について」

<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/tokuteisenmon.html>

¹³¹ 日本看護協会「専門看護師への道」より引用。

http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2013/01/CNS_miti-2013.01.pdf

ついて担えていなかった。専門看護師と認定される過程において大学院教育が組み込まれたことで医師のように臨床（診療、治療）と研究の両方で専門性を発揮できるようになったことを意味している。後者については看護師にとって保健師助産師看護師法に規定された医師の補助的な役割から脱却し医療現場のパートナーとして評価されることを意味している。つまり、例えば、がん看護の専門看護師として位置づけられるということで卓越した知識や技術を生かし、その他の看護師に対する指導者としての役割が期待されていることを意味する。そして、専門看護師は基礎資格の上に後述の専門分野を上位の資格として位置づけたのは専門医制度と共通する考え方であり、専門職として医師を意識した仕組みであると言えよう。

その一方で、介護の領域で専門性を高めても評価する仕組みがないことが課題である。すなわち介護現場では指導者になる場合、特定の資格を取得や技術と知識を身につけたことが評価されるという仕組みは導入されていない。また、介護福祉士となるには大学で養成課程を学ぶことができるが大学院レベルの専門的教育は実施されていないこともあって、介護職が専門的なレベルで介護を研究することを求めることは難しい状態である。社会福祉士及び介護福祉士法成立以来、介護福祉士は大学でも養成課程が設置されているが、そのカリキュラムをみると複数の資格が取得できるよう配置されている大学が多く、4年間しっかりと時間をかけなくとも資格が取得できる水準が背景にある。本来ならば、医学部や看護学部のようにその目的の資格（医師、看護師資格）以外のカリキュラムを組み込む余裕はないが、介護福祉士に関して言えばそうではない。

④ 処遇

専門看護師の処遇は佐藤（1999）によれば、職位は「CNS として特別な職位を与えられるもの、看護管理部門の教育担当者、病棟婦長として CNS を兼務する者¹³²」の3種類がある。組織上の位置づけとしては、「看護部長直属のスタッフ（ラインポジションではない）」となっている。給与は管理職として受け取っている。この専門看護師制度は看護師長、看護部長、病棟長等といった管理職（役職付き）の待遇を受けるためのキャリアパスとしての役割を担う側面がある。しかし、看護師が全国で約 60 万人いるとされている中で専門看護師制度が創設されてからまだ 20 年ほどしか時間が経っておらず、2013（平成 25）年 2 月 26 日現在の専門看護師登録者数は 1044 人¹³³にとどまっている。

こういったことを比較すると介護職のキャリアパスは看護師よりも明確でなく、昇進昇給は管理者の裁量に委ねられているところが多いとされることから、客観的な資格制度として能力を図る評価基準として定めることは介護職がどれくらいの専門性（知識、技術）を有しているかを示す物差しとして機能するはずである。

¹³² 「専門看護制度 理論と実践」 p.31 を参照のこと。

¹³³ 日本看護協会ホームページ「都道府県別専門看護師登録者数」
<http://nintei.nurse.or.jp/General/GCCP01RP/GCCP01RP.aspx>

第4項 認定看護師制度

日本看護協会は専門看護師のほかに認定看護師制度を導入している。これは日本独自の制度、かつ熟練した看護能力を評価認定するものであり、1996（平成 8）年に教育が開始され 1997（平成 9）年に認定看護師が初めて誕生した。この制度は「認定看護師制度は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的¹³⁴」としている。これも先に述べたものと同様に介護職には熟練した能力を評価する仕組みがないことが課題である。熟練した技術を有しているかどうかを可視化することは仕事の質を高めるのに効果的であり、利用者から信頼を得る指標となる。

この認定看護師制度の特徴は専門看護師よりも資格取得要件が緩やかであり、熟練した能力を評価することを重視した制度である。認定看護師制度創設で意図されたことは「臨床看護の現場での経験の上に継続教育を通して習得した技術や知識を持つ者を看護実践におけるスペシャリストとして評価することと、専門看護師制度との区別を明確にし、専門看護師制度とともに日本の看護の発展を図ること¹³⁵」であった。その背景には、「1.看護系大学院の絶対数が少なく、専門看護師の養成の場が十分に確保されていない。2.臨床看護の現場ではジェネラリスト志向が強く、また医療の現場も専門看護師が行うような、医師などの他職種までを対象とした教育的・研究的活動を積極的に受け入れるほどに成熟していない。3.看護職の間には、専門看護師の教育のような長期（看護系大学院修士課程で2年間）にわたる研修ではなく、勤務を続けながら気軽に受けられる短期研修によって獲得できる資格へのニーズが高かった。¹³⁶」ことがあった。

①制度の概要（2013（平成 25）年1月現在の認定要件）

認定看護師制度の受験資格と認定システムは、以下のようになっている¹³⁷。

「次の1から3の資格を全て満たしていること。

- 1.日本国の看護師免許を有すること。
 - 2.看護師免許を取得後、通算5年以上実務研修をしていること。そのうち通算3年以上は特定の認定看護分野の実務研修をしていること。
 - 3.本会が認定した『認定看護師教育課程』を修了していること。」
- 上記を踏まえて、以下の流れで認証が行われる¹³⁸。

¹³⁴ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>

¹³⁵ 佐藤直子「専門看護制度 理論と実践」p.14より引用。

¹³⁶ 佐藤直子「専門看護制度 理論と実践」p.14より引用。

¹³⁷ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」

http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation_guide_cn

¹³⁸ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」

日本国の看護師免許を有すること
↓
看護師免許取得後、実務研修が通算5年以上あること（うち3年以上は認定看護分野の実務研修）
↓
認定看護師教育機関（課程）修了（6か月・615時間以上）
↓
認定審査（筆記試験）
↓
認定看護師認定証交付・登録
↓
5年ごとに更新（看護実践と自己研鑽の実績について書類審査）

認定看護師は専門看護師とは異なり、大学院修士課程修了が資格取得要件として課されていないことに違いがある。

認定看護師教育機関の概要は以下のとおりである。

教育期間	6か月以上。連続した(集中した)昼間の教育であることが原則。
授業時間数	・総時間は615時間～677時間（教育機関によって異なる） ・共通科目は105時間以上 ・専門基礎科目と専門科目 時間規定なし ・学内演習および臨地実習 200時間以上
教育機関と課程	募集概要、入学試験等の詳細は各教育機関に確認すること。
（出所）日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」 http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn に基づいて一部改訂の上作成。	

審査方法は以下のとおりである。

筆記試験（マークシート方式・四肢択一）100分

出題方式	出題数	配点	出題範囲
問題1 客観式一般問題	20問	50点	共通科目を含めた各認定看護分野の教育基準カリキュラム
問題2 客観式状況設定問題	20問	100点	
計	40問	150点	

（出所）日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation_guide_cn

上記の要件を満たし、審査を経たのちに認定看護師認定証の交付・登録が行われる。認定看護師にも更新制度が導入されており、5年ごとに更新を行う必要がある。この認定看護師は熟練した技術を認定する制度であるとともに、今後、発展が期待される分野を専門分野として設定し看護領域の深化を意図しており、将来的に専門看護の領域として認定される可能性がある。

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>

②分野の特定

日本看護協会により 2013（平成 25）年 3 月現在、以下の 21 分野で特定されている認定看護分野名の後ろにある年月は分野が特定された時期である¹³⁹。

分野名	特定年月	認定開始年月	英語表記	知識と技術(一部)
救急看護	1995.11	1997.6	Emergency Nursing	・救急医療現場における病態に応じた迅速な救命技術、トリアージの実施 ・災害時における急性期の医療ニーズに対するケア ・危機状況にある患者・家族への早期介入および支援
皮膚・排泄ケア	1995.11	1997.6	Wound, Ostomy and Continence Nursing	・褥瘡などの創傷管理およびストーマ、失禁等の排泄管理 ・患者・家族の自己管理およびセルフケア支援
集中ケア	1997.1	1999.6	Intensive Care	・生命の危機状態にある患者の病態変化を予測した重篤化の予防 ・廃用症候群などの二次的合併症の予防および回復のための早期リハビリテーションの実施（体位調整、摂食嚥下訓練等）
緩和ケア	1998.5	1999.6	Palliative Care	・疼痛、呼吸困難、全身倦怠感、浮腫などの苦痛症状の緩和 ・患者・家族への喪失と悲嘆のケア
がん化学療法看護	1998.5	2001.8	Cancer Chemotherapy Nursing	・がん化学療法薬の安全な取り扱いと適切な投与管理 ・副作用症状の緩和およびセルフケア支援
がん疼痛看護	1998.5	1999.6	Cancer Pain Management Nursing	・痛みの総合的な評価と個別ケア ・薬剤の適切な使用および疼痛緩和
訪問看護	1998.11	2006.7	Visiting Nursing	・在宅療養者の主体性を尊重したセルフケア支援およびケースマネジメント看護技術の提供と管理
感染管理	1998.11	2001.8	Infection Control	・医療関連感染サーベイランスの実践 ・各施設の状況の評価と感染予防・管理システムの構築
糖尿病看護	2000.2	2002.8	Diabetes Nursing	・血糖パターンマネジメント、フットケア等の疾病管理および療養生活支援
不妊症看護	2000.2	2003.8	Infertility Nursing	・生殖医療を受けるカップルへの必要な情報提供および自己決定の支援
新生児集中ケア	2001.7	2005.8	Neonatal Intensive Care	・ハイリスク新生児の病態変化を予測した重篤化の予防 ・生理学的安定と発育促進のためのケアおよび親子関係形成のための支援
透析看護	2003.7	2005.8	Dialysis Nursing	・安全かつ安楽な透析治療の管理 ・長期療養生活におけるセルフケア支援および自己決定の支援
手術看護	2003.7	2005.8	Perioperative Nursing	・手術侵襲を最小限にし、二次的合併症を予防するための安全管理（体温・体位管理、手術機材・機器の適切な管理等） ・周手術期（術前・中・後）における継続看護の実践
乳がん看護	2003.11	2006.7	Breast Cancer Nursing	・集学的治療を受ける患者のセルフケアおよび自己決定の支援 ・ボディイメージの変容による心理・社会的問題に対する支援
摂食・嚥下障害看護	2004.7	2006.7	Dysphagia Nursing	・摂食・嚥下機能の評価および誤嚥性肺炎、窒息、栄養低下、脱水の予防 ・適切かつ安全な摂食・嚥下訓練の選択および実施
小児救急看護	2004.11	2006.7	Pediatric Emergency Nursing	・救急時の子どもの病態に応じた迅速な救命技術、トリアージの実施 ・育児不安、虐待への対応と子どもと親の権利擁護
認知症看護	2004.11	2006.7	Dementia Nursing	・認知症の各期に応じた療養環境の調整およびケア体制の構築 ・行動心理症状の緩和・予防
脳卒中リハビリテーション看護	2008.2	2010.6	Stroke Rehabilitation Nursing	・脳卒中患者の重篤化を予防するためのモニタリングとケア ・活動性維持・促進のための早期リハビリテーション ・急性期・回復期・維持期における生活再構築のための機能回復支援

※特定年月とは、当該分野の特定が理事会で議決された年月である。

※認定開始年月とは、当該分野の認定看護師が初めて認定された年月である。

※認定看護師の認定看護分野を示す英語表記は、「Certified Nurse in (認定看護分野名)」とする。

認定看護師制度の創設後、日本看護協会では認定看護分野の特定の条件¹⁴⁰として以下のように掲げている。今後、認定看護分野は増えていく可能性がある。また看護分野の発展や実績が積まれたと判断されれば、専門看護師の専門分野として設定される可能性もある。これも繰り返しになるが、介護職は職務対象の範囲の広さから専門領域の細分化や特定はなされていない。

¹³⁹ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>

¹⁴⁰ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>

- 1.看護実践経験の積み重ねのみでは修得しがたい、特定の知識及び技術を必要とすること。
- 2.他の分野との重なりがあったとしても、独自の看護知識及び技術を必要とすること。
- 3.何らかの法的支援及び経済的支援があるか、または将来それが期待されること。

③認定看護師の役割

認定看護師は下記の役割を果たすことにより、看護ケアの広がりや質の向上に貢献することを役割としている。佐藤（1999）によると専門看護師制度と認定看護師制度の違いは、与えられた役割に違いがあると指摘する。具体的には看護現場における看護ケアの質の向上を目指すこと、役割が実践（水準の高い実践）、指導（看護実践を通じた指導）、相談（看護職に対するコンサルテーション）に絞られていることである。

- 1.個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。（実践）
- 2.看護実践を通して看護職に対し指導を行う。（指導）
- 3.看護職に対しコンサルテーションを行う。（相談）

認定看護師に与えられた役割は実践、指導、相談の3つに絞られている。専門看護師はその役割の一つに研究を行うことが位置付けられているが、認定看護師の役割は看護現場を任せられ、部下の指導を行い、人材養成（病院等における能力の底上げ）に力点が置かれている機能があると言ってもよい。この制度の特徴は、これまで熟練した能力を有した看護師の評価するようにしたことである。認定看護師となることで、第三者には熟練した看護師がどの分野にどの程度所属しているのかが明確になる。また、熟練した能力を客観的に評価するシステムがあることで、看護職自身のキャリアアップと専門性の高度化を促す効果もある。そして、熟練した能力を活かして教育指導にもあたることは指導者層として目指す効果も期待できる。

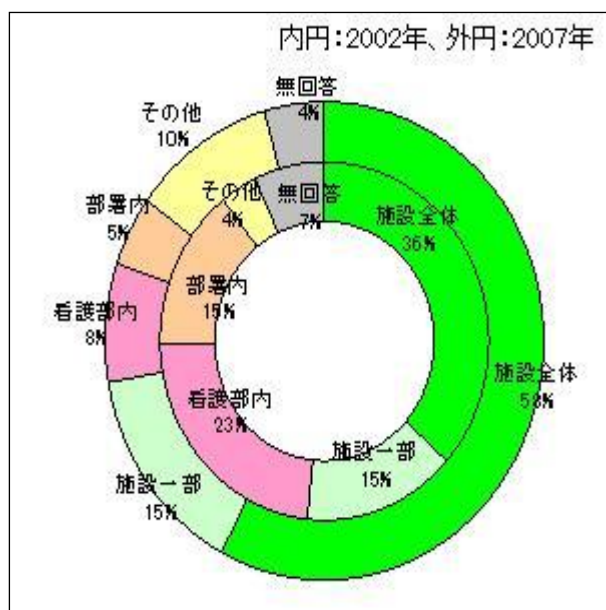
他方、介護職に関しては実践、指導、相談は日常的な業務の中で行われているが、それを特化させて職務に当らせるような仕組みがない。指導者として位置づけるのであれば、この仕組みは活用できるものであると考えられる。

④処遇

認定看護師制度が創設されてから15年ほどである。認定看護師が誕生したのは1997（平成9）年のことであり、専門看護師同様にその歴史はまだ浅い。専門看護師総数は1044人（2013（平成25）年現在）に対して、認定看護師として登録された者の総数は2013（平成25）年2月現在10803名である¹⁴¹。認定看護師の処遇の現状について日本看護協会が公表しているものを考察する。

¹⁴¹ 日本看護協会ホームページ「分野別都道府県別登録者数一覧」
<http://nintei.nurse.or.jp/General/GCCP01RP/GCCP01RP.aspx>

(図 1) 認定時と現在の活動の範囲 (n=248¹⁴²)



(出展) 日本看護協会ホームページ「2007 年認定看護師認定更新者活動状況調査結果¹⁴³」

(図 1) では認定看護師に認定時と現在の活動の範囲を見ると、「施設全体」となった者の割合が 2002 (平成 14) 年の 36%から 2007 (平成 19) 年の 58%と増加している。病院内における認定看護師の活動の範囲が広がっていることになる。「看護部内」と「部署内」が 2002 年には 23%と 15%だったのが、2007 年には 8%と 5%とそれぞれ減っていることから分かるように認定看護師の活動の範囲は広がっている。

また、認定看護師の資格取得後の勤務条件・給与待遇の変化について見てみると、「変化なし」68%、「認定看護師手当新

がつく」13%、「職位があがり昇給がある」7%、「担当部署が変わる」5%、「職位のみがあがる」2%という結果であった。このことから、専門看護師の処遇と課題の項で述べたのと同様に、認定看護師となることは看護師にとって昇進と昇給、所属部署（認定看護師としての独立したポジションも含む）の異動などが改善される要素となっている。

他方、認定看護師としてのキャリアを考えるのであれば看護現場を取り仕切り、これまでの経験を活用するためには、本制度は有用なシステムと考える。なぜなら、キャリアコースの最終目標は管理職になるだけでなく、定年まで現場で活躍することを望む者もいるからだ。専門看護師の場合は管理職として登用されることがあるが、認定看護師の場合、看護現場でのリーダー的役割を担う存在である。キャリアのゴールをどこに見出すのかを管理職に求めるのか現場に求めるのか選択できることはキャリアコースを描くうえで大切な要素である。

そして認定看護師制度の課題を 1 つ示しておく、認定看護師として認定以後の処遇は専門看護師のように管理職としての登用をする機会が少ないということである。病院（管理職）側としては、認定看護師は管理職への昇進が専門看護師の割合より低いことから病棟長や看護師長等の管理職と看護師をつなぐ中間管理職的な位置づけとしてみなしている。今後、認定看護師としての処遇のあり方、評価の仕方を専門看護師とどのように区別していくのが求められる。

¹⁴² 但し、n=248 は認定看護師の更新を行った者を対象としていることに注意。

¹⁴³ <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/cn-2007chosa.pdf>

第5項 認定看護管理者制度

認定看護管理者制度は専門看護師、認定看護師に続いて1998（平成10）年に発足¹⁴⁴した制度である。日本看護協会によると、認定看護管理者とは「認定看護管理者とは本会認定看護管理者認定審査に合格し、管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させることができる能力を有すると認められた者¹⁴⁵」としている。この制度の目的は「認定看護管理者制度は、多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することを目指し、看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に寄与することにより、保健医療福祉に貢献¹⁴⁶」するための制度である。

介護に関してはサービス提供責任者がある。サービス提供責任者の業務内容は訪問介護サービスの提供をするまでの調整をする、ホームヘルパーの勤務調整など全体調整をする役割である。サービス提供責任者となるための資格要件は介護福祉士、介護職員基礎研修を修了する、ホームヘルパー1級を取得する、2級取得者は3年以上の実務経験を有することである¹⁴⁷が、資格要件を満たすのはそれほど難しいものではなく、認定看護管理者のように特別な技術や知識は求められていない。

では、認定看護管理者となるにはどのようなことが求められるのかを概観する。

①制度の概要（2013（平成25）年2月現在）

受験資格¹⁴⁸

「次の1～3の資格をすべて満たしていること。

1. 日本国の看護師免許を有すること。
2. 看護師の免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある。
3. 以下のいずれかの要件を満たしている。
 - 1) 認定看護管理者教育課程サードレベルを修了している者。
 - 2) 看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得している者で、修士課程修了後の実務経験が3年以上である者。
 - 3) 師長以上の職位での管理経験が3年以上ある者で、看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得している者。
 - 4) 師長以上の職位での管理経験が3年以上ある者で、大学院において管理に関連する学問

¹⁴⁴ 日本看護協会編「日本看護協会史 7」p.67

¹⁴⁵ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」

http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation_guide_cna

¹⁴⁶ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cna>

¹⁴⁷ さいたま市サービス提供責任者の資格要件（指定解釈通知より抜粋）

<http://www.city.saitama.jp/www/contents/1156248086233/files/teikyuu.pdf>

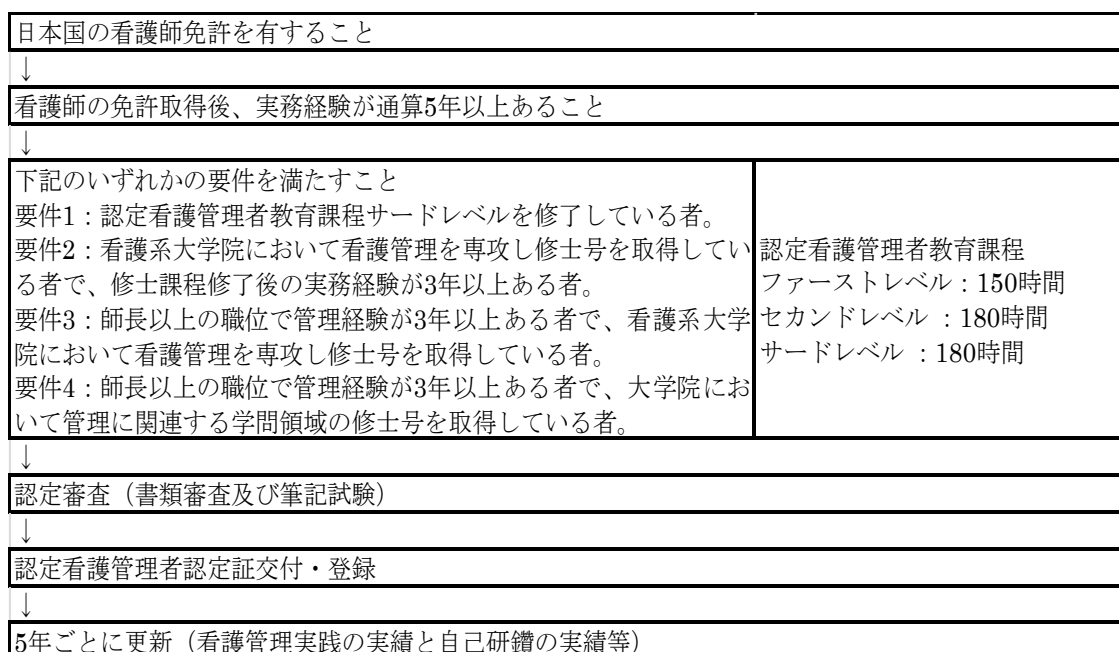
¹⁴⁸ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」

http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation_guide_cna

領域の修士号を取得している者。」

このように認定看護管理者となるには実務経験が 5 年以上であり、かつ師長以上の職位の職務経験が 3 年以上あり、そして大学院修了を求められるハードルの高いものとなっている。これは専門看護師や認定看護師よりも高いハードルを求めているのが分かる。

認定看護管理者となるためには以下の流れで行われる¹⁴⁹。



上記のように、認定看護管理者はそのキャリアのレベルを後述するように、それぞれの目的に応じて三段階に区分していることが特徴である。専門看護師や認定看護師では、特定の領域における卓越、熟練した能力を認定する現場志向のものであるが、この認定看護管理者においては、看護現場におけるマネジメントという異なる領域においてキャリアラダーを設定している。つまり、認定看護管理者となるには管理職としてのスキルを求められていることからわかるように、従来の卓越、熟練したスキルだけではなく異なる領域において高い専門性を求めていると言える。

認定看護管理者となるための審査方法は以下のとおりである。

- 1.書類審査
- 2.筆記試験

¹⁴⁹ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cna>

出題方式	出題数	試験時間
客観式問題(四肢択一) 一般問題・状況設定問題	40問	60分
論述問題	1問	60分

(出所) 日本看護協会「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation_guide_cna

ファーストレベル (2013 (平成 25) 年 2 月現在)

受講要件

1. 日本国の看護師免許を有する者。
2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。
3. 管理的業務に関心があり、管理的業務に従事することを期待されている者。

教育目的

1. 看護専門職として必要な管理に関する基本的知識・技術・態度の習得をめざす。
2. 看護を提供するための組織化並びにその運営の責任の一端を担うために必要な知識・技術・態度の習得をめざす。
3. 組織的看護サービス提供上の諸問題を客観的に分析する能力の拡大をめざす。

ファーストレベルにおけるカリキュラム

ファーストレベルにおけるカリキュラム		
科目名	時間数	単位数
看護管理概説	15	1
看護専門職論	30	2
ヘルスケア提供システム論	15	1
看護サービス提供論	45	3
グループマネジメント	30	2
看護情報論	15	1
合計	150	10

(出所) 日本看護協会「認定看護管理者ファーストレベルカリキュラム基準」に基づいて筆者作成
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/1st-cal.pdf>

セカンドレベル (2013 (平成 25) 年 2 月現在)

受講要件

1. 日本国の看護師免許を有する者。
2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。
3. 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者。

教育目的

- 1.第一線監督者または中間管理者に求められる基本的責務を遂行するために必要な知識・技術・態度の習得をめざす。
- 2.施設の理念ならびに看護部門の理念との整合性をはかりながら担当部署の看護目標を設定し、その達成をめざして看護管理過程が展開できる能力の拡大をめざす。

セカンドレベルにおけるカリキュラム

科目名	時間数	単位数
医療経済論	30	2
看護組織論	60	4
人的資源活用論	60	4
情報テクノロジー	30	2
合計	180	12

(出所) 日本看護協会「認定看護管理者ファーストレベルカリキュラム基準」に基づいて筆者作成

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/cal-kijyun.pdf>

サードレベル (2013 (平成 25) 年 2 月現在)

受講要件

- 1.日本国の看護師免許を有する者。
- 2.看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。
- 3.認定看護管理者教育課程セカンドレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者。

教育目標

- 1.社会が求めるヘルスサービスを提供するために看護の理念を掲げ、それを具現化するために必要な組織を構築し、運営していくことのできる能力の拡大をめざす。
- 2.看護事業を起業し運営するにあたって必要となる経営管理能力に関する知識・技術・態度の習得をめざす。

サードレベルにおけるカリキュラム

科目名	時間数	単位数
保健医療福祉政策論	30	2
保健医療福祉組織論	45	3
経営管理論	75	5
経営者論	30	2
合計	180	12

(出所) 日本看護協会「認定看護管理者ファーストレベルカリキュラム基準」に基づいて筆者作成

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/cal-kijyun.pdf>

それぞれの課程では上記の要件を満たした上で、認定審査（書類審査及び筆記試験等）を経て認定看護管理者としての登録がなされる。また更新制度が導入されており、5年ごとに更新審査を実施している。

この認定看護管理者の特徴は認定看護管理者となるための要件として管理職（看護部長等）であることが求められていることから、専門的知識に基づいた管理者の養成を3段階に分けて試みていることである。この制度は継続教育として位置づけられている。日本看護協会の継続教育の制度は、看護師は入職後一定の年数を積んで独り立ちをしてからキャリアアップとして認定看護師、専門看護師となることが可能であり、そこで知識と経験を磨き、病院内で管理者のポストに着任後、認定看護管理者としてさらに高度な能力を身につけられるようになっている。

これはパトリシアベナーの理論¹⁵⁰を踏まえたようにも思われる。一方で介護職の管理者に対する養成制度は2013（平成25）年2月時点では職能団体の制度を確認する限り確認されていない。現状ではリーダー、主任等の役職がある者がどのように選抜されているのかという基準は明確になされていなかった。

②職域と役割

認定看護管理者は、看護現場での組織的管理（看護現場における組織化、看護目標の設定、行動の具現化など）を行うことを職域としている。認定看護管理者の役割は「管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させることができる能力を有する¹⁵¹」ことである。今後、看護職が更なる医療現場において高度な医療の一端を担っていく上で人的資源の効率的かつ十分な活用を行い、組織管理を専門的に行える人材の養成は必要である。認定看護管理者が在籍している病院にとって看護管理のスペシャリストがいることをアピールすることが可能となる。認定看護管理者のメリットは、管理者としての資質を磨くことで職場のマネジメントを行いつつリスクマネジメントや職場の課題発見といった諸問題にも取り組みやすくなり、看護の質を高めることができる証明でもある。

課題として考えられることは、全国にいる看護師は60万人を超えと言われる中で認定看護管理者の対象となる看護部長や副看護部長そして師長など管理職の地位にある者の認定者数が2011（平成23）年現在、1341名であり十分な人数が養成されているかどうかである。また、各レベルの課程を設置している機関もファーストレベル、セカンドレベル各都道府県に1か所以上設けられているが、サードレベルの場合、全都道府県に整備されていないので継続教育のアクセスのあり方にも課題がある¹⁵²。

¹⁵⁰ パトリシアベナーは、看護師の能力の到達度について5段階に設定しており、初心者モデル、新人モデル、一人前モデル、中堅モデル、達人モデルと区分している。（「パトリシアベナー著、監訳井部俊子「ベナー看護論新訳版」医学書院、2005年 pp.17-29）

¹⁵¹ 日本看護協会ホームページ「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cna>

¹⁵² 日本看護協会ホームページ「教育機関別開講状況・定員数一覧」

第4節 小括

看護師は女性の仕事と評され非専門的職業とみなされていたが、今日、専門職としての地位にまでその評価を高められたのは、時代に対応した行動力・適応性の高さ、組織力、政治力、行政力、社会的地位の高い者への関わりといったことを複合的に実践（実現）することできたからである。何よりも専門性の向上ができたことが大きい。

その契機は第二次世界大戦後に GHQ 指導による看護改革が進められたことで、それまで後退し続けていた看護婦養成を近代的なものに甦らせたことが土台にある。その他要因として職能団体の統一、行政や政界への進出、高等教育化の実現を進めるなどして看護は職業として社会的影響力をもてるようなところまで社会的地位を高めることができた。とりわけ看護が専門職として地位を高められたのは、その専門性を活かした形でのキャリアコースを設定することができたからだと考える。本章で取り上げた専門看護師制度は、看護師自身が専門とする疾病に対して卓越した知識と技術を駆使して患者の看護や研究にあたっている。認定看護師はその熟練したスキルを活かして患者の看護を行い、そして認定看護管理者は看護現場のマネジメントのスペシャリストとして位置づけられ、組織における幹部としてのキャリアを切り開くものとなっている。このように看護師資格を基礎資格として設けられた上位のキャリアコースは、職業の特徴を活かしそれぞれの分野で専門性を評価する仕組みであると言える。これが看護師にしかできない仕事であると言える。

では、介護職が看護師のような専門職としてなりうるにはどうすればよいのか。それは本章で記した要件（職能団体の統一、行政・政界への進出等）を介護職として満たすだけでは十分ではない。その枠組みとして職業としての方向性と性質を分析する必要がある。例えば、職業として高齢社会の進展に伴う利用者のニーズにどこまで単独ではなく、チームとして対応することができるのかということである。医療依存度の高い利用者に対して 2012（平成 24）年 4 月に改正された介護保険法では医療ケア（たんの吸引と経管栄養）の一部が職務の一部として認められるようになった。一つは専門性を高めるための職務の拡大と高度化を目指すことである。それ以外にも介護職にしかできない職務を明確化することである。その例はチームケアに求めることができると考える。これらは第 4 章で検討する。この 2 点を押さえることで介護職の職務は専門性が高まるものとする。高齢社会が深刻化していく日本において介護職が社会的要請に応えていくためにもマンパワーの確保、良質な介護サービスの安定供給をするためには、求職者がこの仕事がしたいというようなステイタスを得ていかなければならない。第 3 章では介護職が歩んできた経緯、キャリア

http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/11/cna_kyouikukikan_ichiran_1121.pdf

「教育課程数の推移」

http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/12/cna_kyoikukateisuu_suii2_0121221.pdf

日本看護協会によると 2012（平成 23）年 11 月時点での各レベルの教育課程の設置数は、ファーストレベルが 58 課程、セカンドレベルが 57 課程、サードレベルが 19 課程である。

形成の実態、そして職業として専門職化するために必要な要素とは何かについて検討していく。

第3章 介護職がこれまで歩んできた道のりと専門職化への課題

看護職の地位向上の努力とは前章でみたように圧力団体を結成し、社会的地位向上のために皇族や政財界などの既存権力の協力を得たこと、また医療の質的变化に適応して看護職のキャリアを上へ伸ばし医師の地位に接近できたことを指している。看護師が専門性を高め、専門職の地位を確立し改善することができたのは医療の高度化に対応した教育の高等化に加えて職業的地位を向上させるための様々な努力を持続的に行ってきたからである。

では、介護職が看護師のように専門職として確立するにはどのような課題があるのだろうか。本章では介護職が看護師のように専門性を高め、社会的地位を向上させていくための課題について、歴史的経緯、組織、行政、政治等にどのようにかかわっていたかを確認する。その上で職業としてどのようなことを改善すべきかを分析する。

第1節 介護が職業として成立した経緯

我が国のホームヘルプの歴史はいくつかの時期に分けられる。論者によってその区分は異なるが、主なものを紹介したい。

1つは須加（1996、2001）によるもので、4つに区分されている¹⁵³。その時期は第1段階が1955年から60年代の長野県家庭養護婦派遣事業の開始から全国へ広がり、国の制度となった時期。第2段階は1970年代を指し、95%以上の市町村がホームヘルプサービスを実施した「制度の拡充と常勤化の時代」。第3段階は1980年代で、1982年に有料化の制度改定に象徴される「有料化と多様化の時代」。第4段階が1990年代から現在までを言い、ゴールドプランの開始、介護福祉士資格取得者が増大、サービスの評価とケアプランが求められる「サービスの量の拡大と専門化の時代」である。

もう1つが、朝倉新太郎らによるものである¹⁵⁴。古川（2001）と比較すると時期区分は細かく6つに分けられている。それは第1段階を1956年～61年とし芽生えの時期としている。第2段階は1962年～66年とし補助制度と法制化の時期としている。第3段階は1967年～80年とし対象拡大とヘルパー増員であるとしている。第4段階は1981年～84年の有料制の導入・業務体制弾力化であるとしている。第5段階は1985年～89年で供給サービスの多元化であるとしている。そして第6段階が1990年～現在までであり、ゴールドプラン等が整備された時期であると定義している。

このようにさまざまな時期区分がなされていることを踏まえ、ここでは制度の出発点がどのようになってきており、またホームヘルプに関して現在に至るまでの流れを抑えつつ、養成制度がどうなってきたのかを概観し、介護職の社会的地位の向上や専門性が高まる契機があったのかを確認する。

¹⁵³ 須加美明「介護福祉の歴史的展開」『介護福祉 〔改訂版〕』p.47、「日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成史」pp.89-90『社会関係研究』第2巻第1号、1996年

¹⁵⁴ 朝倉新太郎、植田章ほか「市民がもつめるホームヘルプ講座 明日をひらくホームヘルプ労働」p.16

第1項 長野県家庭養護婦派遣事業

我が国で介護は家庭内で行うものと考えられ、その対応も十分なものではなかった。それを担うのも女性の役割であるされてきた。日本で最初にホームヘルプ制度が始まったのは、1956（昭和31）年に長野県の事業として開始された家庭養護婦派遣事業である¹⁵⁵。その源流は、1952（昭和27）年ごろに長野県上田市木町に住む中高年の女性（竹内（1974）によると、クリスチャンのKさんと称されていた。）が行った奉仕活動が源流である¹⁵⁶。竹内¹⁵⁷（1974、1991）によるとKさんの活動内容は、例えば「近くの妊産婦家庭や多子家庭で病弱な母親のため、朝の忙しい時間を手伝い、勤務が終わった帰りには、1人で暮らす老婆の話し相手になっている¹⁵⁸」というものであった。この活動は中央地区民生委員会で取り上げられるまでになった。

この時と同じくして、当時長野県厚生部課長であった原崎秀司が欧米の視察を終えて、特にイギリスのホームヘルプ制度について感銘を受けていた。原崎はこの上田市の動きに注目して、県規模での制度化を試みた。1956（昭和31）年4月9日に長野県社会部長名の通知および照会にて「家庭養護婦の派遣事業について（通知）」が出された。

そこには「このたび、長野県家庭養護婦派遣事業補助要綱（昭和三十一年長野県告示第百五十六号）が定められました。この要綱の趣旨とするところは、本件における母子、老人、身体障害者等の家庭が、経済または保健状態の悪化等の諸事情によつて転落していくことを防ぎ、その保護の万全を期するため、県が市町村及び市町村社会福祉協議会等と一体となつて社会福祉の増進を図ろうとするものでありますので、実施については左記の事項についてじゅうぶん御留意のうえ、この要綱の趣旨の普及徹底に努め、さらにこれらの家庭の福祉の増進をはかり、所期の目的を達成するよう願います。（原文ママ）¹⁵⁹」と記されている。

長野県における家庭養護婦派遣事業で家庭養護婦として採用されたのは、寡婦であった。上田市社会福祉協議会事務局長であった竹内は、「養護婦採用に当り、適格な人材ならば寡

¹⁵⁵ 池川清『家庭奉仕員制度』大阪市社会福祉協議会、1971年、森幹郎「ホームヘルプサービスー歴史・現状・展望」『季刊社会保障研究8(2)』国立社会保障・人口問題研究所、1972年、明山和夫・野村照夫「老人家庭奉仕員制度ーその沿革と現状ー」『ジュリスト』No.543、有斐閣、1973年等を参照。

¹⁵⁶ 竹内吉正「ホームヘルプ制度の沿革・現状とその展望ー長野県の場合を中心にー」『老人福祉』46号、老人福祉施設協会、1974年のほか、中畠洋「戦後日本のホームヘルプ事業の起源ー発祥地、長野県上田市木町の1950年代の状況を探る」『帝京平成大学紀要』19号、2008年3月等が詳しい。

¹⁵⁷ 竹内吉正は、家庭養護婦派遣事業を開始した当時、上田市社会福祉協議会事務局長であった。今回入手できたホームヘルプに関する歴史的経緯について検討された論文のほとんどに、竹内が当時を知る者として取り上げられている。また、他の者が著した論文の基礎的資料の多くが竹内による論文から用いられたものである。

¹⁵⁸ 竹内（1974）p.51

¹⁵⁹ 三一第二三五号 家庭養護婦の派遣事業について（通知）

婦を優先雇用した。当時もっともふさわしい職場と考えたからである。¹⁶⁰⁾と当時の採用について振り返っている。中畠 (2006) が指摘するように、家庭養護婦派遣事業開始当時の社会的背景は「昭和 30 年代においては、高度経済成長の入り口であって、絶対的貧困から必ずしも脱却したとは言えず、『戦争未亡人』や『戦災孤児』の経済的困窮および生活の自立、母子家庭・多子家庭への援護等は、社会福祉分野における大きな問題であり、なかでも戦争未亡人の生活自立は喫緊の課題とされた¹⁶¹⁾」時代であった。このような背景もあり、家庭養護婦派遣事業では女性、特に寡婦を採用した。(竹内によれば、10 人の申込みをしたもののうち、6 人が未亡人であった。¹⁶²⁾ 応募の理由は、例えば、家計の足しにしたい、病気の夫の代わりに働きたいなどがあった。ここから分かるように介護には専門性が認められていなかった。

この派遣事業の特徴は、ホームヘルプサービスの対象を高齢者や障害者に限定していない点である。派遣家庭の対象となったのは「無料派遣家庭を『家事を処理する者のほか乳幼児、義務教育終了前の児童、介護を要する老人、身体障害者、傷病者だけの家庭で他からの援助をうけたり、または費用を負担できない家庭』¹⁶³⁾」としており、現在の介護保険の対象よりも幅広いものであった。しかしながら制度開始時には長野県内の 6 市 5 町 12 村が参加したが、「①低賃金のため、養護婦が求められない、②近所の人を、その都度採用する程度で間に合う、③制度の利用者が少ない¹⁶⁴⁾」などという理由から、1962 (昭和 37) 年度には 4 市 1 町 3 村となった¹⁶⁵⁾。

他方、家庭養護婦に関する課題では介護に対する認識は家事の延長線上としてみなされていたこともあり、家庭養護婦に対する入職時の教育は行われなかったことである。家庭養護婦は派遣先における援助方法 (例えば、訪問先での家事のやり方、コミュニケーション方法) の違いに戸惑い、研修の必要性を訴えた。当時は家庭養護婦に対して研修が行われなかったことから、1958 (昭和 33) 年 4 月に県レベルで関係者会議が上田市で開催された際に家庭養護婦から生活保障に関する主張を重点に、日常業務に必要な技術、教養の研修が議題の 1 つとして取り上げられている¹⁶⁶⁾。つまり、家庭養護婦に専門的なスキルは必要ないとみなされていた。これについて山田 (2005) の先行研究で用いられた資料で、1956 (昭和 31) 年 4 月に作られた「家庭養護事業 (ホーム・ヘルプ・サービス) のしおり (そ

¹⁶⁰⁾ 竹内 (1991) p.20

¹⁶¹⁾ 中畠 (2006) pp.173-174

¹⁶²⁾ 竹内 (1974) p.53

¹⁶³⁾ 竹内 (1974) p.52、荏原 (2008) p.2

¹⁶⁴⁾ 竹内 (1974) p.55

¹⁶⁵⁾ その後、この制度は 1963 (昭和 38) 年の老人福祉法の制定によって、老人家庭奉仕員制度に移行し、家庭養護婦派遣事業は 1964 (昭和 39) 年 3 月まで続けられた。

¹⁶⁶⁾ 竹内 (1991) p.18 取り上げられた討議内容は、①保健予防のため定期健康診断の実施、②失業保険、健康保険の加入の早期実現、③県レベルでの共済制度の確立、④就労の定着化、⑤日常業務に必要な技術、教養の研修実施、⑥養護婦の組織化と相互交流、⑦関係機関団体との定期会合の開催、⑧派遣家庭までの交通機関乗車割引など。

の仕組のあらまし)」では、家庭養護婦の専門性について以下のように説明されている。

「(二) 家庭養護婦とは……

家庭養護婦の仕事は、家庭の母親などのする仕事と同じで、看護婦や助産婦のような専門的な仕事ではありません。然し、この事業がうまく行くかどうかの鍵をにぎるひとですからきれいずきで親切な人であることがひつようです。また安心して外で働ける様な家庭環境の人でなければなりません。家庭養護婦になる手続は近くの民生委員または社会福祉協議会でおたずねください。¹⁶⁷⁾

このように家庭養護婦の仕事は家庭の母親などがする仕事と同じ（家事の代替サービス）であり、専門性が問われないものとしてみなされていた。また、それを行うのは家事の経験がある女性であった。当時のホームヘルプサービスは、家事の経験があれば利用者へのサービスの提供が可能な誰でもできる仕事であると考えられていたことがうかがえる。さらに、賃金水準についてみれば、当時の給与水準等について家庭養護婦の給与水準は日雇い労務者の日給にほぼ等しいものであったとされる¹⁶⁸⁾。具体的には、1956（昭和31）年から1960（昭和35）年までの賃金は夏30円/1時間、冬35円/1時間であり、1961（昭和36）年は通年40円/1時間となり、1962（昭和37）年に通年45円/1時間となった¹⁶⁹⁾。山田（2005）によると、「正式な議事録には載っていないが、当時の記録によれば、養護婦から『常勤であるように取り計らってほしい』、『1日200円でもよいから常勤にしてほしい』、『研修の機会を』という声があがっている。¹⁷⁰⁾」ことから分かるように、研修や雇用条件について改善が求められていた。

第2項 全国へ広がる家庭奉仕員制度

このように長野県から始まった家庭養護婦派遣事業であるが、その他の都市にも広がりを見せていった¹⁷¹⁾。長野県に次いで制度が導入されたのは大阪市である。大阪市では1958（昭和33）年に臨時家政婦派遣事業が発足した。これは民生委員制度40周年記念事業として大阪市民生委員連盟に委託して開始されたものである。ホームヘルプ事業が民生委員連盟に委託された理由は「第一は民生員制度四十周年記念事業として、第二は大阪市が将来においても継続的にこの事業を発展させるためには民生委員にもっと協力させなければな

¹⁶⁷⁾ 山田（2005）pp.184-183

¹⁶⁸⁾ 竹内（1974）、山田（2005）p.187

¹⁶⁹⁾ 池川（1971）、竹内（1974）（1991）、山田（2005）、宮本（2011）、渋谷（2010）中畠（2011）

¹⁷⁰⁾ 山田（2005）p.187

¹⁷¹⁾ 1960（昭和35）年には名古屋市で「家庭奉仕員制度」、神戸市で「ホームヘルパー派遣制度」、1962（昭和37）年に東京都で「家庭奉仕員事業」というように拡大していった。

らないという意味をもっていた¹⁷²⁾」ためである。

池田（1971）によると、この臨時家政婦派遣事業は以下の要領が定められていた。

臨時家政婦派遣事業実施要項¹⁷³⁾

一、目的

生活に困窮する独居老人が、老衰その他の理由により、日常生活に支障をきたしている場合に、臨時家政婦を派遣して身廻りの世話その他必要なサービスを行い、日常生活上の便益を供与することを目的とする。

二、派遣対象

派遣サービスの対象となるのは、次の各項に該当する者に限る。

- (1)原則として独居被保護老人であること。
- (2)老衰その他の事由により、派遣サービスを必要とすること。
- (3)臨時家政婦の派遣により問題の全部又は一部が解決できる見透しのあること。(原文ママ)

三、臨時家政婦の資格

臨時家政婦の資格は、次の各項に該当するものであること。

- (1)老人福祉に対する深い理解と熱意を有すること。
- (2)かなり厳しく骨の折れる訪問と仕事を続けて行う程度に肉体的精神的に健全であること。
- (3)確実な身元保証人のあること。

四、臨時家政婦の選考

- 1.各区民生常務委員は、候補者について福祉事務所長の意見をきき、区民生委員協議会に諮ったうえで適任者を決定し、市民連区支部で委嘱するものとする。
- 2.市民連本部で家事サービス公共職業補導所修了者若干名に食卓を委嘱し、実施区に派遣することも考慮する。

五、派遣手続き

- 1.民生員は臨時家政婦の派遣を必要とする独居老人を発見した場合、当該区の民生常務委員にその旨申出るものとする。(原文ママ)
- 2.各区民生常務委員は民生委員より申出のあった独居老人について福祉事務所長と協議のうえ、派遣の可否を決定し、その旨担当民生委員に通知するものとする。

六、派遣方法

¹⁷²⁾ 池川清「家庭奉仕員制度」p.3

¹⁷³⁾ 池川清「家庭奉仕員制度」pp.4-6

各区民生常務委員は福祉事務所長と協議のうえ、一週間毎に派遣計画を樹立し、派遣サービスを行うものとする。派遣サービスの程度は、臨時家政婦 1 人 1 日 2 ケースを標準とする。

七、臨時家政婦の業務

- 1.臨時家政婦の業務は、洗濯、掃除、縫物等身廻りの世話のほか、必要に応じ看護その他サービスを行うものとする。
- 2.臨時家政婦は、独居老人宅に派遣されたとき及び、独居老人宅を巡回したときは、巡回日誌を記録しなければならない。

八、臨時家政婦の勤務

- 1.勤務時間は、福祉事務所職員に準ずるが病気休暇その他有給休暇はない。
- 2.賃金は 1 日当り 350 円とし、稼働日数に応じて支払う。
- 3.賃金以外の諸給与の支給、社会保険等の適用はない。

九、指導監督

市民連会長及び民生常務委員は本年度の運営に関し、指導監督の責任を持つが、具体的指導監督に当っては、民生局長又は福祉事務所長に協力を求めることができるものとする。

十、派遣サービス事務の処理

- 1.民生常務委員は派遣サービス事務を処理するため、次の帳簿を各区に備付けるものとする。
 - (1)臨時家政婦身上調書
 - (2)派遣サービス受付記録
 - (3)臨時家政婦巡回日誌
- 2.福祉事務所長、民生常務委員は、毎月事業報告書（別紙）を翌月 10 日までに民生局長及び市民連会長あて提出するものとする。（原文ママ）

十一、事業の評価

福祉事務所長は、民生委員の協力をえて、事業実施後 1 ヶ月、その後 3 ヶ月毎に対象者について別紙調査票に基き、その効果を評価し、その結果を民生局長及び市民連会長に報告するものとする。

十二、予算

事業予算は四半期ごとに市民連本部より区支部に交付する。

臨時家政婦の要領はこのようになっていた。長野県の家庭養護婦派遣事業でも見たよう

に、臨時家政婦にも介護に関する専門性が求められておらず、またその待遇や評価は高いものではない。例えば、「三、臨時家政婦の資格」でみるように、仕事として始める際に何らかの資格の取得や講習を受けることは求められていなかった。また「八、臨時家政婦の勤務」でも実働日での賃金計算による賃金支払いの方法がとられ、かつ病気や有給が認められないものであった。それ以外にも賃金以外の諸給与の支給や社会保険の加入がなされていないのも低い待遇であることが分かる。このような低い要領（待遇や評価）となったのは、「大阪市がこの事業を創設したのは、日常生活に支障のある独居老人の身の回りの世話をするという目的のほか、当時就職難であった中年の母子世帯の母親に職を与えることにより、その世帯の自立更生をはかろうとする別の目的をもつもの¹⁷⁴⁾であったからだ。そのため、臨時家政婦の待遇や評価は低くみなされることになった。

他方、大阪市社会福祉協議会¹⁷⁵⁾が委託を受けるまでは、民生委員連盟も長野県家庭養護婦派遣事業で求められていたように研修の必要性については若干認識されていたと思われる。制度の立ち上げに携わった池川やホームヘルプサービスの委託を受けるまでの記録を記した大阪市社会福祉協議会史（二十周年史、二十五年史、四十年史、五十周年記念史、60周年記念史）では研修については言及されていない。池川（1971）は、創立当時と現在の比較及び問題点を示す中で「④待遇、身分保障などの改善 ・給与が低いー ー1人でも扶養家族があれば生活保護基準を下まわる。（原文ママ）¹⁷⁶⁾」、「⑤研修がおざなりであったこと ・職業化していくには、技術の習得による昇給が必要である。（原文ママ）¹⁷⁷⁾と指摘している。

このように臨時家政婦派遣事業は、「事業発足以来、『民連嘱託』という名の下に低賃金ですえおかれており、給与だけでは生活できず、生活保護を受けざるを得なかった¹⁷⁸⁾」ということもあり、「大阪市でも昭和 43 年 4 月から市の直接事業をとし、家庭奉仕員の身分を切り替え、市准職員¹⁷⁹⁾とした。この時には 8 時間常勤の市准職員、6 時間常勤の市社協嘱託職員、4 時間パートタイムの市社協嘱託職員という 3 種類の身分となった。尚、「事業開始後すぐに、臨時家政婦という名前はなんだかみすばらしい、もっと良い名前をという従事者の要望にもとづいて、1959 年 4 月に『家庭奉仕員制度』と改称された。そして、1962

¹⁷⁴⁾ 大阪市社会福祉協議会「大阪市社会福祉協議会四十年史」p.150

¹⁷⁵⁾ 大阪市社会福祉協議会の二十年史（p.249）と二十五年史（p.213）によると 1967（昭和 42）年の身体障害者福祉法の改正を受けて、1968（昭和 43）年度から「重度の身障者で独立の日常生活不能な家庭に家庭奉仕員を派遣して無料で家事介護などのサービスを行わせ、その家庭の安定をはかる、いわゆるホーム・ヘルパー制度が発足」させている。つまり、民生委員連盟が老人を、大阪市社会福祉協議会が身体障害者を対象としたホームヘルプサービスを提供する形をとっていた。

¹⁷⁶⁾ 池川清「家庭奉仕員制度」p.47

¹⁷⁷⁾ 池川清「家庭奉仕員制度」p.47

¹⁷⁸⁾ 池川清「家庭奉仕員制度」p.43

¹⁷⁹⁾ 池川清「家庭奉仕員制度」p.43

年に国が制度化した時、この名称が採用¹⁸⁰⁾されている。

その後、1970（昭和45）年8月から大阪市社会福祉協議会が「老人家庭奉仕員派遣の業務の委託を受け、八月から身障者と老人の家庭奉仕員派遣事業として推進する¹⁸¹⁾」ことになった。しかし、これまで研修や待遇の改善をすることは十分に成されてこなかったことを踏まえ、大阪市社会福祉協議会は研修を開始した。ここでは研修、討論会、座談会、施設見学が行われた。その意図は「ただしその業務は表面上重度身障者や要介護老人の身の世話や雑務のように見えるが、それだけを完遂するにもある程度の専門的知識と技術を必要とする者であり、『奉仕者』の名のもとに、いつまでも低待遇であっては人材は求められず、専門的技術者としての訓練とそれ相当の待遇を持って専門職として前進させることで効果を倍増することができるだろう。¹⁸²⁾」という効果を期待したためである。つまり、職業自体の専門性は十分に確立していないことが分かる。

他方、ホームヘルプ制度は全国へ拡大していった。西浦（2011）が各都道府県においてホームヘルプ制度開始年度をまとめているので紹介する。

(表1) 各県のホームヘルプ制度開始年度													
年度	1955 (昭和30)	1956 (昭和31)	1957 (昭和32)	1958 (昭和33)	1959 (昭和34)	1960 (昭和35)	1961 (昭和36)	1962 (昭和37)	1963 (昭和38)	1964 (昭和39)	1965 (昭和40)	1966 (昭和41)	1967 (昭和42)
県名	大阪府 長野県		石川県	岩手県		北海道 埼玉県	大分県	秋田県 千葉県 神奈川県 岐阜県 福井県 鳥取県 宮城県	青森県 茨城県 栃木県 群馬県 富山県 静岡県 愛知県 三重県 滋賀県 兵庫県 広島県 山口県 徳島県 愛媛県 佐賀県 熊本県 鹿児島県	東京都 岡山県 福岡県	新潟県 長崎県	山形県 福島県 山梨県 奈良県 和歌山県 神奈川県	宮城県 島根県 高知県 沖縄県
備考	大阪府高槻市、京都市で開始	長野県「家庭養護婦制度」		大阪府「臨時家政婦制度」		名古屋市、神戸市で開始		老人家庭奉仕員制度国庫助成開始	老人福祉法公布		老人家庭奉仕員制度運営要綱改正		
(出所) 西達功「日本のホームヘルプ制度の波及に関する予備的研究」老人家庭奉仕員制度に注目して、1987年「関係研究」北翔大学 第14号、2011年													

(出所) 西浦功「日本のホームヘルプ制度の波及に関する予備的研究-老人家庭奉仕員制度に注目して-」p.88『人間福祉研究』北翔大学、第14号、2011年

都道府県の市町村で見ると最も早い時期にホームヘルプ制度を開始したのは、長野県と大阪府である。その後、1963（昭和38）年に老人福祉法が公布された前後は、ホームヘルプ制度が全国に広まった時期であると言える。老人福祉法が成立する以前にホームヘルプ制度を導入した市町村の一例として1959（昭和34）年に大阪府布施市（現東大阪市）が「独居老人家庭巡回奉仕制度」、1960（昭和35）年に愛知県名古屋市で「家庭奉仕員制度」、兵

180 眞木和義「ホームヘルパー制度はどう発展してきたのか」『市民がもつめるホームヘルプ講座 明日をひらくホームヘルプ労働』p.17

181 大阪市社会福祉協議会「大阪市社会福祉協議会二十年史」p.250

182 大阪市社会福祉協議会「大阪市社会福祉協議会二十年史」p.250

兵庫県神戸市では「ホームヘルパー派遣制度」、埼玉県秩父市では「老人家庭巡回奉仕員制度」、1961（昭和 36）年に東京都では「家庭援助員制度」がある。

それぞれの派遣対象と業務内容について確認をする。西浦（2007）によると¹⁸³、愛知県名古屋市の派遣対象は独居被保護老人世帯、台風により父子・母子家庭となった世帯、家政担当者を欠き、生計中心者の勤労が阻害され困窮している世帯等とされ、業務内容は洗濯、掃除、炊事、縫い物、修繕、整理、整頓等、身の回りの世話、必要に応じて育児、看病、相談等とされていた。兵庫県神戸市の派遣対象は、単身の被保護世帯で病気その他の事故のため日常生活に支障がある者（特に老人世帯等）、被保護世帯の家事担当者が病気その他の事故のため日常生活に支障がある者（特に母子世帯、父子世帯等）としており、業務内容は世帯の掃除、洗濯、縫い物、炊事、看護、買い物等。合わせて、その孤独、病苦、困窮に対する精神的支援とされていた。そして埼玉県秩父市の派遣対象は、独居及びこれに準ずる被保護老人であり、老衰、病気等により日常生活に支障がある者であり、業務内容は、洗濯、家庭内外の清掃、病気の看護、炊事、その他必要な家事としている。

これらの制度は派遣対象も老人だけでなく母子・父子家庭と家庭の事情に応じて様々であり、仕事も身の回りの世話や家事が中心となっていることから、身体介助も行う介護というよりも生活援助の側面が強い制度だと分かる。言い換えれば、何でもするのが家庭養護婦なのである。野川（1984）が指摘しているように家庭奉仕員に「要請される業務は、人格的・心理的援助を伴わない掃除、洗濯などの単純な家事援助程度の業務ではなく、日常の家事、介護の対人サービスを介して、老人ならびにその家族との心理面にもふれた人間関係調整的側面を負う専門的業務である¹⁸⁴」ことがどこまで念頭に置かれていたのかは疑問である。そのため、先行研究でも長野県の家庭奉仕員派遣事業を中心として各自治体の制度について分析がされているが、介護は家事の延長線上ある仕事だという認識があったためか専門性が必要であるといった指摘は見当たらなかった。

第 3 項 国庫補助・老人福祉法・有料化

介護は家事の延長線上にあり明確な区分がなされない状態であったが、ホームヘルプ制度が全国へ広がってきたことを受けて、1962（昭和 37）年に国庫補助事業として老人家庭奉仕事業に対して 250 人分（家庭奉仕活動費として月額 11700 円）の老人家庭奉仕員の予算化と補助を行うこととした。これは大阪市の「家庭奉仕員派遣事業」がモデルとなっていた。同時に「老人家庭奉仕員制度設置要綱」（昭和三十七年四月二十日厚生省事務次官通

¹⁸³ 西浦功「日本における在宅福祉政策の源流－京都市『遺族派遣府制度』と大阪府高槻市『市営家政婦制度』－」『人間福祉』2007 年、no.10 によると、大阪府布施市の場合、厚生省社会局施設課（1961）の資料には派遣対象と業務内容が記載されていなかったとある。

¹⁸⁴ 野川照夫「家庭奉仕員制度について（覚書）－老人家庭奉仕員制度を中心に－」『大阪女子大学人間関係論集』1984 年、pp.114

知百五十七号)では、以下のような内容が示されていた¹⁸⁵。

派遣対象

(ア) 老衰、心身の障害、傷病等の理由により日常生活に支障をきたしている老人の属する要保護老人世帯とする。

(イ) 老人家庭奉仕員を派遣する要保護老人世帯総数の中に占める被保護老人世帯の割合は、おおむね 50%以上とする。

業務内容

(ア) 家事、介護に関すること

㊦ 食事の世話

㊦ 被服の洗濯、補修

㊦ 住居等の掃除

㊦ 身の回りの世話

㊦ その他必要な業務

(イ) 相談、助言に関すること

㊦ 生活、身上に関する相談、

㊦ その他必要な相談、助言

森(1972)は大阪市の臨時家政婦派遣事業とこの国庫補助事業の違いについて、「大阪市の臨時家政婦が必要に応じて『看護』まで行うのに対し、新しく国庫補助とされた老人家庭奉仕事業では、『介護』に止まっていたこと、『相談、助言』の加えられたこと等¹⁸⁶」であると指摘している。この対応は、介護は単なる家事の範疇では対応できないということが表面化し始めてきたと考えられる。

その後の経過として、1965（昭和 40）年の運営要綱で、『老人の属する低所得の家庭であって、その家族が老人の養護を行えないような身体的、精神的な状況にある場合』（昭和四〇年四月一日厚生省社会局通知七〇号）とされて『要保護老人世帯』から『低所得』の家庭に拡大¹⁸⁷」されている。（この運営要綱では、「生活保護を受給する老人世帯がおおむね 50%を超えること」という制限が撤廃された。）1969（昭和 44）年には、別にねたきり老人家庭奉仕事業運営要綱が制定された。「六五歳以上で常に臥床している低所得の者（その属する世帯の生計中心者が所得税を課されていないものをいう。）で、家族以外の者に介護されているか、または家族が病弱であるため介護の著しく困難なものに対して老人家庭

¹⁸⁵ 森幹郎「ホームヘルプサービス—歴史・現状・展望」『季刊社会保障研究』8(2)pp.32-33

¹⁸⁶ 森(1972)p.33

¹⁸⁷ 明山・野川「老人家庭奉仕員制度—その沿革と現状—」p.102、『ジュリスト』1973 年、no.543

奉仕員が派遣される¹⁸⁸」(昭和四四年五月十七日厚生省社会局長通知六二号) ことになった。

須賀(2001)によれば、この寝たきり老人対策について、1970(昭和45)年に老人家庭奉仕員から「入浴、床ずれ手当など身体介護に対応できる知識・技術の研修要求が切実に出されて¹⁸⁹」いたが、すぐの対応はできなかった。この時は専門性が求められ始めているが未だそれが技術的に十分なレベルとして養成されていなかったからだ。この寝たきり老人対策は、1970(昭和45)年に老人福祉開発センターが設置され、その2年後、1972(昭和47)年になり「寝たきり老人介護の手引き」を作成、全国の家庭奉仕員に配布した。つまり、老人家庭奉仕員は基本的な技術や知識を有しないまま介護現場で介護を強いられており、現場から必要であるということを訴えた結果の対応であったことから、行政からすれば介護に関する知識や技術に関する視点が欠落していたことが分かる¹⁹⁰。

そして1972(昭和47)年には、これら運営要綱を整理統合して新しい老人家庭奉仕事業運営要綱となった。すなわち、老人家庭奉仕事業運営要綱では老人家庭奉仕員の派遣対象が老衰、心身の障害等の理由によりかつ65歳以上の低所得者が対象となった。他方、老人家庭奉仕事業が成立すると同時に1963(昭和38)年には、老人福祉法が制定された。老人福祉法第十二条には、「老人家庭奉仕員による世話」について、同第二十六条には「国の負担及び補助」について以下のように定められた。

(老人家庭奉仕員による世話)

第十二条 市町村は、社会福祉法人その他の団体に対して、身体上又は精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある老人の家庭に老人家庭奉仕員(老人の家庭を訪問して老人の日常生活上の世話を行う者をいう。)を派遣してその日常生活の世話を行わせることを委託することができる。

(国の負担及び補助)

第二十六条 国は、政令の定めるところにより、市町村又は都道府県が第二十一条又は第二十二条の規定により支弁する費用のうち、第十条に規定する措置に要する費用についてはその三分の一を、第十一条に規定する措置に要する費用についてはその十分の八を、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備についてはその二分の一を負担するものとする。

2 国は、前項に規定するもののほか、都道府県又は市町村に対し、この法律に定める老

¹⁸⁸ 百瀬孝「日本老人福祉史」p.159

¹⁸⁹ 須賀(2001) p.49

¹⁹⁰ 須賀(2001)、p.51によると介護にも専門性が求められることに関する動向、つまり研修の重要性について「1970年に家庭奉仕員の研修を目的に掲げ、(財)老人福祉研究会(1973年からは老人福祉開発センター、1989年からは長寿社会開発センター)が発足し、1971年、厚生省の講演で家庭奉仕員全国中央研修会が開催される。1962年の制度発足後9年目にして、組織的な研修の必要性が認められた。」と指摘している。

人の福祉のための事業に要する費用の一部を補助することができる。

老人福祉法が定められたことで、これまで自治体の独自の事業として行われてきた訪問介護が国による責任によって担われるようになったことは制度的な発展であると言える。老人福祉法制定当時は介護そのものが家庭で対応するものとしての認識が強かったこともあり、家事の延長線上レベルでのスキルしか必要のない仕事としかみなされていなかった。それだけでなく国による制度化に伴い、派遣対象が低所得の高齢者に限定されることとなった。つまり、国の制度は長野県の制度のような高齢者、母子、貧困、乳幼児がいる、傷病者がいる世帯を対象とした普遍的な性格をもったものではなく、救貧的かつ選別的なものであり、制度を利用する者にスティグマを与えることとなってしまった。

1980年代になって以降、介護職と家政婦との区分が曖昧な中でホームヘルプ事業は新たな局面で展開していく。それはホームヘルプサービスを利用する際に有料化がなされたことである。1982（昭和57）年の老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱が改訂され、派遣対象の所得制限が撤廃されるとともに所得課税世帯に有料制度を導入したことをいう。同時に、家庭奉仕員の雇用形態の変更がなされ「原則的に常勤」から「パート、非常勤」へとなった。これは家庭奉仕員の増員を促すことに政策的な意図があった。派遣頻度に関しても週に2回という制限がなくなり、原則として1日4時間、1週6日間、1週当たり延べ18時間を上限とされた。この年の制度改定ではホームヘルプに関する研修のカリキュラムである「家庭奉仕員採用時研修」が初めて整備された。研修時間は講義、実技、実習で合計70時間である。

森川（1999）はこの改訂について「在宅介護の『質』が問われたとはいえ、それは『専門的な介護』を問うのではなく、『婦人・主婦なら誰でも家庭内で日常的にするはず』のことを、家庭の外でも適切に行うようにするという意味での質であった。全社協がホームヘルプサービスを『家族による介護の代行業務』という理由で非専門的と規定したように、＜在宅介護＞を内包した在宅介護サービスの専門性自体は認められていなかった。¹⁹¹」と指摘している。

その後、家庭奉仕員に対する研修カリキュラムが見直され¹⁹²、1987（昭和62）年から実施された「介護奉仕員講習会推進事業」では研修時間が大幅に増え360時間となった。その内訳は、講義180時間、実技80時間、実習80時間となっていた¹⁹³。1991（平成3）年には1級から3級の段階的な研修制度が導入され、1級が360時間、2級が90時間、3級が40時間と変更された。360時間の研修と比較して研修時間数が大幅に短くなった。その背景には、ゴールドプランの政策的必要性から大量のホームヘルパーが必要とされ、質よ

¹⁹¹ 森川美絵「在宅介護労働の制度化過程一初期（1970年代～1980年代前半）における領域設定と行為者属性の連関をめぐって」p.37

¹⁹² 須賀（1996、2001）、森川（1999）、福島（2004）これ以前は「老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱」の「年1回以上の研修を受けさせるものとする」という規定のみであった。

¹⁹³ 福島知子「ホームヘルパー養成研修事業の現状と課題」pp.43・44

りも量が求められたからだ。そして、1995（平成 7）年から 2013（平成 25）年 3 月までは 1 級 230 時間、2 級 130 時間、3 級 50 時間（ただし、2009（平成 21）年に廃止。）となり、現在は介護職員初任者研修へと移行している。また、2006（平成 18）年度より行っている「介護職員基礎研修」も 2012（平成 24）年度末までで廃止となった。今後の動向について厚生労働省は、ホームヘルパーの資格を存続させるとしながらも介護職員の研修体系の見直しを予定している。2013（平成 25）年度から「訪問介護員 2 級養成研修」に代わる「介護職員初任者研修」をスタートさせている。現在、介護職の養成はこの介護職員初任者研修と介護福祉士に整理されたのである。

第 4 項 1970 年代から社会福祉士及び介護福祉士法制定まで

その一方で、介護を含む福祉職を専門的な職業とするために資格を整備しようと試みられたことがある。1971（昭和 46）年に全国社会福祉協議会の内部組織である社会福祉事業法改正研究委員会で検討された社会福祉士法制定試案（以下、試案）である。結論から先に述べると、この試案は実現しなかった。その理由はいくつか考えられる。その対象範囲が非常に広すぎたこと、対象となった職域のそれぞれ固有の専門性が踏まえられていなかったこと、時代背景として福祉サービスを利用することはスティグマを受けてしまうという福祉に対する理解が社会的に十分に得られていなかったことが挙げられる。

この試案は「残念ながら、前述のような福祉の理念の変化と対象の拡大、ワーカーの専門的知識と技術の必要性は、まだ一般に十分認識されているとはいえず、社会事業―慈善事業―素人にもできる仕事、との理解水準にとどまる者の多いのが実情である。それがまた、わが国における社会福祉従事者の劣悪な待遇をもたらし、その質的向上を阻害する結果にもなっている。¹⁹⁴」、また「社会福祉の領域で働く福祉固有の専門職委員について、その全分野を包括する、筋の通った専門職制度を作るべきであるという意見は、戦後四半世紀に及ぶ社会福祉事業の歴史において常に繰り返し述べられてきたのである。¹⁹⁵」という背景の下に検討された。

その目的は、「かかる不幸の現状を打破する効果的、かつ、端的な方法は、公私を含めて、社会福祉の場に働く者の役割と機能を客観的に再評価し、これを正当な社会的位置づけを行い、かつ、それにふさわしい待遇を与えることだろう。そのためには、公私を貫く社会福祉従事者の資格要件を明らかにし、これをまず公務員職制の中に十分な妥当性をもって位置づけ、必要ならば新たに給与表も設定して職務内容にふさわしい待遇を与えるべきであろう。¹⁹⁶」ということである。

このような背景と目的により試案は検討されたが実現しなかった。ただ、この試案はこ

¹⁹⁴ 中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会『社会福祉職員専門職化への道』p.9

¹⁹⁵ 中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会「刊行にあたって」『社会福祉職員専門職化への道』より引用。（1971）

¹⁹⁶ 中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会『社会福祉職員専門職化への道』p.9

れまで家庭内で行われることが一般的であった介護も専門職の対象とされたように、社会福祉士及び介護福祉士法の先鞭をつけるものとなった。この動きは福祉職としての専門性が求められた嚆矢である。では、実際の試案はどのような基本構想となっているかを紹介する。

「2.社会福祉制度についての基本構想

以上の観点から、ソーシャル・ワーカーを中心とする公私の社会福祉専門職者を包括的にとらえる専門職として社会福祉士（仮称）制度を設け、その資格基準を明定し、それによって社会福祉専門職員の処遇の改善をはかるものとする。なお、この制度は『社会福祉士法』という単独立法の制定により設けられるものとし、既存の法律、たとえば、社会福祉事業法を改正してその中に織り込むというような方法は、とらないこととする。

社会福祉職員の量質両面での充実をはかるという困難な社会的要請に応えるためには、現行の諸専門職種についてとられている多種多様な免許制度、その前提としての養成課程、資格試験制度のうち比較的採用しやすいものとして教員免許制度に準ずる制度の採用を考えることができよう。その線で社会福祉士制度を設けるにあたって、その標準的資格基準をどこにおくかにより種々の異なる案を想定することができる。わが国では、一方において前述のように四年制大学水準での社会福祉専攻課程がかなり一般化し、他方において短期大学水準でのほぼ養成課程が広く普及してきている。この現状をふまえ、かつ、比較的近い将来における職員全体の水準の一層の向上を期し得るよう社会福祉士の資格基準を設定するためには次の4点を考慮の中に入れた具体案をたてることが要請される。

（ア）社会福祉士のモデルを四年制大学水準における社会福祉専攻者又はこれに準ずるものとしてその資格基準を設け、他の専門職者と互角の共同体制がとれるようにする。

（イ）厚生大臣の指定する保母養成機関及び短期大学水準での社会福祉科、保育科等を卒業して社会福祉又は保育の実務に従事する者も、社会福祉士体系の中に組み込むこととする。

（ウ）（ア）、（イ）以外の社会福祉関係職員で、社会福祉士になることを希望するものについては（ア）、（イ）のいずれかの線で資格を取得させることを原則とし、それを可能ならしめるための方策を積極的に講ずる。（たとえば、奨学金による派遣制度を設ける等の方法が考えられる。）

（エ）長期的には、社会福祉士を（ア）の線で確立する方向を志向する。

（1）社会福祉士たる資格を必要とする職種

社会福祉士たる資格を有するものをもってあてべき職種(a)、社会福祉士たる資格を有するものを持ってあてることができる職種(b)として、それぞれ次のものが考えられる。

- (a) 1.福祉事務所の指導監督を行う所員（社会福祉事業法第1条第1項第1号）
- 2.指導監督又は訓練の実施にあたる職員（同法第21条）
- 3.児童福祉士 4.身体障害者福祉司 5.精神薄弱者福祉司

- 6.老人福祉指導主事 7.民生委員の指導訓練に従事する吏員（民生委員法第19条）
8.家庭児童福祉主事 9.児童相談所の相談員 10.婦人相談所の相談指導員
11.児童指導員 12.少年指導員（母子寮） 13.生活指導員 14.教護
15.福祉事務所の長 16.社会福祉施設の長（肢体不自由児施設、重症心身障害児施設等一部の施設の長を除く。） 17.福祉事務所の現業を行う所員
18.身体障害者更生相談所のケース・ワーカー 19.精神薄弱者の更生相談所のケース・ワーカー 20.医療ソーシャル・ワーカー（精神医学ソーシャル・ワーカーを含む。）
21.コミュニティ・オーガナイザー（都道府県社会福祉協議会福祉活動指導員、全国社会福祉協議会企画指導員等） 22.主任保母 23.主任寮母 24.保母
25.母子寮の寮母 26.教母 27.児童厚生員

(b)28.児童相談所長

上記の職種のうち、17.18.19.23.24.25.26.27 以外のものは社会福祉士（一種）を持ってあてるとする。

以上の職種のほか、厚生省以外の他の省庁の管轄に属するもので、社会福祉士制度と関連があると思われる次のとき職種については、それぞれの所管の省庁において社会福祉士制度の採用方につき積極的に検討することを要請するものとする。

（例）家庭裁判所調査官、保護観察官、勤労青少年ホームのユース・ワーカー、学校ソーシャル・ワーカー（福祉教員等）、産業ソーシャル・ワーカー等

(2)社会福祉士制度の大綱

社会福祉士制度の大綱は次のとおりとする。

ア 前述の職種を包括する社会福祉士の資格を定め、その業務が適正に運営されるよう規制して、もって社会福祉の向上増進に寄与することを目的とする。

イ 社会福祉士は、都道府県知事の免許をうけて、社会福祉士の名称を独占的に使用し、社会福祉の業務にたずさわるものとする。

ウ 社会福祉士になるための基礎資格を次のように定める。

A 社会福祉士（一種）

（ア）学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学もしくは大学院の社会福祉学（児童福祉学、児童額を含む。）を専修する学部もしくは学科において社会福祉学を履修し、学士、修士もしくは博士と称することができる者

（イ）学校教育法に基づく大学もしくは大学院の心理学、教育学もしくは社会学を専修し学士、修士もしくは博士と称することができる者で、厚生大臣の指定する社会福祉に関する科目を収めた者

（ウ）学校教育法に基づく大学を卒業した後、厚生大臣の指定する社会福祉士（一種）を養成する学校その他の施設を卒業した者、もしくは厚生大臣の指定する社会福祉士（一種）資格認定講習会（6カ月）の課程を修了した者

（エ）社会福祉士（二種）として3年以上前述の(a)もしくは(b)に掲げる職種のいずれか

の職種（以下「指定職種」という。）の実務を経験した後、厚生大臣の指定する社会福祉士（一種）資格認定講習会（2 カ月）もしくは通信教育（1 年）の課程を修了した者

（オ）外国の大学もしくは大学院において社会福祉学を履修し、学士、修士もしくは博士と称することができる者で、厚生大臣が上記（ア）～（エ）に掲げるものと同等以上の知識及び技能を有すると認めた者

B 社会福祉士（二種）

（ア）社会福祉士もしくは保育を専修する短期大学、又は厚生大臣の指定する社会福祉士（二種）を養成する学校その他の施設を卒業した者

（イ）学校教育法に基づく短期大学卒業見込の者、もしくは満 20 歳以上の者であって社会福祉試験（学科試験）合格後、1 年間の指定職種の実務を経験した者

エ 社会福祉士については、都道府県ごとに登録制度を設ける。

オ 社会福祉士の資格認定講習会及び社会福祉士のうち、基幹要員の現認訓練を実施するため、国において中央の研修期間を設置する。

3.経過措置

(1)この制度発足の際、現に指定職種の実務に従事している者については、制度発足後 5 年に限り次のいずれかの資格を取得した場合には社会福祉士としての資格を有する者として認めることとする。

ア 現に次のいずれの資格を有する者は、社会福祉士（二種）とし、指定職種の実務に従事した経験年数（過去も含む。）が、3 年以上の者は社会福祉士（一種）とする。

（ア）「社会福祉事業法第 18 条第 2 号」該当者（社会福祉主事養成機関又は講習会の修了者）

（イ）「児童福祉法第 11 条の 2」各号いずれかの該当者（児童福祉司の資格）

（ウ）「身体障害者福祉法第 10 条」各号いずれかの該当者（身体障害者福祉司の資格）

（エ）「精神薄弱者福祉法第 11 条」各号いずれかの該当者（精神薄弱者福祉司の資格）

（オ）「児童福祉士法施行令第 13 条第 1 項」各号いずれかの該当者（保母の資格）

（カ）「児童福祉施設最低基準第 99 条」各号いずれかの該当者（教護の資格）

イ 学校教育法に基づく大学を卒業した後、指定職種の実務に従事した経験年数が 1 年以上の者は、社会福祉士（二種）、同じく 4 年以上の者は社会福祉士（一種）とする。

ウ 学校教育法に基づく短期大学を卒業した後、指定職種の実務に従事した経験年数が 3 年以上の者は、社会福祉士（二種）、同じく 6 年以上の者は社会福祉士（一種）とする。

エ 上記ア.イ.又はウのいずれにも該当しない者は、厚生大臣の指定する社会福祉士（一種）資格認定講習会（2 カ月）もしくは通信教育（1 年）の課程を修了することを要件とし、指定職種の実務に従事した経験年数が 5 年以上の者は社会福祉士（二種）、同じく 8 年以上の者は社会福祉士（一種）とする。

(2)保母試験（児童福祉法施行令第 13 条第 1 項第 2 号）合格者で現に指定職種の実務に従事

していない者については、上記(1)の規定にかかわらず本則による社会福祉士試験合格者とみなす。¹⁹⁷⁾

このように試案は福祉職の多くを総合的にまとめたものであった。介護を含む福祉職にも専門性を求めるという意味では検討された価値はあったと言えるものであるが、目的の異なる資格をすべて包括するものとしては対象とする範囲が広すぎ、実際の運用上の課題が大きかった。介護についてはこの試案では社会福祉士の一部を構成する領域にとどまり、介護職としてのキャリアを積み、職業としての発展や専門性を高めることは難しいものである。介護職としての専門性を求められる機運は当初よりあったが、試案としては十分に反映されていなかった。試案が実現しなかったそれ以降も介護現場では、介護に関する専門的な資格を整備することが求められていた¹⁹⁸⁾。その声を受けて、1987(昭和62)年の「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立した。これにより任用資格の訪問介護員しかなかった介護職は名称独占の国家資格として介護福祉士が整備され、専門知識と技術を持った人材の養成がスタートした。制度的な面からすると、家庭養護婦派遣事業では専門性が求められず研修が行われなかったことに対して、社会福祉士及び介護福祉士法の成立以降は大学や専門学校レベルで専門的な教育を受けることができるようになった。国家資格化によって、ようやく介護は専門的な技能を身につける必要があるということが示された。これが意味するところは介護職と家政婦との分離を進めた第一歩となった。

そして介護福祉士の養成が開始されて2013(平成25)年で四半世紀が過ぎ、ホームヘルパー2級以上の有資格者を求めるようになってきた。多くの訪問介護事業所や高齢者ケア施設ではホームヘルパー2級(現在は介護職員初任者研修修了レベル)が介護職として働く最低ラインとしており、入職のハードルを設定している。介護職となるには専門教育を学び資格を取得することが必要となってきた。ようやく社会から介護職に専門性が求められるようになったのである。これに伴って利用者からのニーズやより専門性を高めるために養成制度の見直し(養成時間の延長、国家試験の受験必須化)も進められてきた。

第2節 介護職が社会的地位を高めるための要素とは何か

介護は人口の高齢化が進んできたことを背景として国家資格制度を導入した。介護福祉士の養成に関しては高等教育(大学)での人材養成も行われるようになり、職業として専門的な能力を身につけることが求められるようになった。しかしながら、高齢社会が深刻化してきたことで介護職に対する注目度は高まってきているものの、社会的地位が高いものとしての社会的評価はまだ受けていない。その理由は何なのか。介護は職業として成立

¹⁹⁷⁾ 中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会『社会福祉職員専門職化への道』pp.9-11

¹⁹⁸⁾ 秋山智久監修「社会福祉士及び介護福祉士成立過程資料集 第1巻」近現代資料刊行会

してから歴史が浅いことや、家庭で担っていたことを背景に安く利用するものという意識が社会にあることが考えられるが、職業の社会的評価に対してインパクトを与えることが十分でないのではないか。介護職として看護師のような社会的地位を高め、かつ専門職に近づくために求められる要件について第2章で検討した事柄と比較しながら検討する。

第1項 行政

看護職は自ら主張する政策的影響力を与えるため、政治と行政に当事者（看護職関係者）を戦後間もない時期に設置された厚生省に送り込んだ。対して、介護職は1970年代に人口の高齢化が進み介護問題が社会問題として注目され始めたが、2013（平成25）年現在、厚生労働省に「介護課」などのような介護職を管轄する専門の課は設置されていない¹⁹⁹。その理由は職業として成立した時期が比較的遅かったこと、介護職に統一的な組織的基盤がなく²⁰⁰、職能団体として行政（厚生労働省）に専門の課を設置するための社会的影響力を与えることができていないこと、何よりも専門性がなく、組織基盤が弱かったことが背景として挙げられる。

介護職が専門職として発展するには、組織的基盤を構築したうえで統一的な介護政策を実現できる環境を作っていく必要がある。行政に携わるということは、介護政策に自らの意思を反映させられるということである。現状では介護職として介護政策に関する意思を直接反映させられているとは言い難い。だからこそ、介護現場の課題を知る側として行政側としてかかわることができれば、より利用者のニーズに近い制度変更も可能になり、質の高いケアを提供する環境を整えることもできることにもつながる。

行政のパイプを持つことが十分でない中では、介護職として社会的影響力を持つことができない。まずは介護業界としての政策を実現するために、介護業界全体で行政とどのようにかかわりを持っていくのかを検討しなければならない。将来的には統一の職能団体を結成するためにも代表者連絡会を作ることがその第一歩であると考ええる。

第2項 政治活動・団体

これまで介護問題について、利用者を含めた市民のみならず国会や市町村議会レベルでは数多く取り上げられてきた。もちろん、介護労働者自身も労働条件の改善を社会に対して訴えてきた。介護職の代表として政治活動をする者や団体が市町村議会レベルで訴えたことはあるかもしれないが、介護問題が政治の場に持ち込まれ審議されるときに介護労働

¹⁹⁹ 厚生労働省老健局で2013（平成25）年現在、設置されているのは総務課、介護保険計画課、高齢者支援課、振興課、老人保健課がある。

²⁰⁰ 介護職は組織的に統一したものがなく、ホームヘルパーは日本ホームヘルパー協会、介護福祉士は日本介護福祉士会、社会福祉士は日本社会福祉士会、精神保健福祉士は日本精神保健福祉士会、ケアマネジャーは日本介護支援専門員協会とそれぞれ組織されている。対して、看護師は看護職として保健師、助産師がともに同一組織の一員として日本看護協会に加盟して共通の組織的基盤を有している。

者自身が議員という立場で議論してきたことは殆どない。また、本論文執筆時点で直近に行われた第 46 回衆議院議員総選挙（2012（平成 24）年）の結果では衆参両議院において介護職の代表者はおらず、過去に議員や閣僚となった事例も存在しない²⁰¹。

確かに介護問題は社会問題として取り扱われているが、各政党や福祉に関心のある議員の政策課題の一環として提起されているにすぎない。介護職は看護職のように、現場を預かる当事者として自らの介護政策を主張し行動する経験が少ない。介護職が国会や市町村議会へ代表者を送り込めていないのは、特に支持母体となるような政治団体、看護職と言う看護連盟のような団体が存在していないということが大きい。これまで介護問題に対して抗議や意見を述べているのは職能団体や労働組合が出す程度であり、介護職全体としての統一的な意見・見解ではなく社会的影響力も小さい状態である。

何故なら、訪問介護員、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員等の介護福祉関係の職能団体はそれぞれ別個であり、かつ加入者も看護職と比較してもそれぞれが少なく、また労働組合が個人単位での加入であり団体としての規模は小さく、介護職としての共通の意見集約が行えていない（行いにくい）からである。このため、介護職は看護職のように自ら（質の高い介護サービスを利用者のニーズに応じて十分に提供するという）社会的使命を十分に果たしているとは言い難く、同時に政治の場に進出するだけの段階まで職業として成熟しきれていない。国会や市町村議会に代表を送り込めていない以上、問題は当事者の手による政策実現が行えず、看護職のように社会的影響力や社会的地位を高めることができないままである。

今後、介護職が看護職のように社会的地位や影響力を高めていくには、職能団体や労働組合の統一化を進めていく必要がある。そして、政治問題への関心を高めるために関連部門や団体を組織し、介護問題の解決と関連する政策の実現という実績を積み上げていくことが求められる。

第 3 項 ストライキ

労働者としてストライキを行うことは権利であるが、それを行使する状態にならないことが望ましい。だが、高齢社会が深刻化する日本において介護サービスを求める利用が増えることを念頭に置くと、低賃金重労働で離職率が高い状況のままでは利用者のニーズに対していずれ介護職として対応の限界が来ることは容易に想像ができる。

これまで介護職は自らの地位向上、社会的評価、労働条件を改善するためにデモや労働運動（反対集会、抗議声明の議決など）を限定的に行うことはあっても、看護職のように利用者や勤務先に影響を及ぼす全国レベルでのストライキを行ったことはない。（介護職団体が声明や議決を表明することが多い。）

²⁰¹ 改選後の議席（定数 480）は、自由民主党 294、民主党 57、日本維新の会 54、公明党 31、みんなの党 18、日本未来の党 9、日本共産党 8、社会民主党 2、国民新党 1、新党大地 1、無所属 5 となった。

その背景は、全国的な運動として盛り上がらないのは介護職の職能団体と労働組合が分立していること、同じ勤務先であっても加入者が同一の組織に加入していないこと、雇用形態が非正規雇用の割合が多く、かつ離職率が高い職種ということもあり加入者が流動的であり、正規雇用の介護労働者と結束して運動を行いにくいという組織的な問題あるからだ。看護師のように社会的影響力を持つためには全国レベルのストライキを行った際に患者の支持を取り付けたように、介護職も利用者の同意を得たうえで組織的な統一感を持った行動がポイントになる。

第4項 業務独占

介護現場で働くには資格が必須ではなく、専門教育としての介護理論の体系化も看護職のように研究蓄積が十分なされているわけではない。ただ、実際は事業者側から少なくともホームヘルパー2級の資格取得や介護職員初任者研修の修了を促されていることから、有資格者であることを前提とする傾向が強まっている。介護と看護の制度的な違いと言えば、前者は実際に働く際に資格を求められる傾向にあるが無資格者でも業務に就くことが認められているのに対して、後者は保健師助産師看護師法第31条（「看護師でない者は、第5条²⁰²に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法（昭和23年法律第202号）の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。」）にある通り、有資格者でなければならないと規定されている。

業務独占ではない介護職が更なる社会的地位の向上を目指すには、看護師との制度的な格差を埋めていくことが必要であると言える。その方法とは、介護業界自体が事実上の業務独占の体制を構築していくことである。具体的には、有資格者の採用もしくは採用の条件として資格を取得するよう求めること、将来的には介護福祉士の取得者で構成されていくようにしていくことである。介護職の社会的地位を高めにくい要因としては、無資格者も参入できる素地があること、ホームヘルパー2級の資格や介護職員初任者研修を修了したとしてもそれ以降のスキルを身に付けさせていく制度が整備されていないことである。介護職が有資格者のみで構成され、事実上の業務独占の状態を作ることができたのならば、社会からの認識が専門職という方向にシフトしていくことになる。

第3節 職業として成熟するための課題

第1項 職能団体

職業として専門職化を実現するには組織的基盤を確立する必要がある。その理由は第2節で述べてきたことと関連するが、行政や政治に影響力を与えるためには理由はどうあれ組織力が求められるからである。本論では介護職と総合的に述べているが、狭義には利用

²⁰² 保健師助産師看護師法第5条「この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。」

者に直接介護サービスを提供するホームヘルパー、介護福祉士、利用者のケアプランを立案する介護支援専門員、広義にはその他高齢者、障害者、児童等の介護を含む支援にかかわる職種である。

このように複数の職種が総合として介護職の範囲に含まれる中で、その職能団体はどのような組織があるのか。主なものとして、訪問介護員は1972（昭和47）年に日本ホームヘルパー協会が設立され、全国ホームヘルパー協議会が1980（昭和55）年に設立された。介護福祉士においては、1994（平成6）年に社団法人日本介護福祉士会が設立されている。介護支援専門員は2003（平成15）年に全国介護支援専門員連絡協議会を設立し2005（平成17）年に解散の上、一般社団法人日本介護支援専門員協会となっている。このように介護職に関する職能団体は複数存在している。介護職の弱みは看護職（保健師助産師看護師）のように統一された職能団体を有していないということである。つまり、それぞれに職能団体があることは職業として必要なことであるが、結果的にこれが統一的な組織化を妨げることになってしまっている。また各団体の利害によって主張が異なることも容易に起こり、社会的影響力が弱まる要素となっている。

では、これらの団体がどのような活動を行っているのだろうか。各介護職団体が公表している主な活動内容は、全国大会、各ブロック研修会、シンポジウム、フォーラム、日本介護学会の実施、就学資金貸付事業、会員のキャリアアップを目的とした生涯研修制度²⁰³、調査研究活動等のための助成金事業の実施、各種団体への講師の派遣、機関紙の発行等を行っている。項目としては共通するものが多く、独自のものと言えば研修制度の内容が若干異なる程度である。そして、日本ホームヘルパー協会や社団法人介護福祉士会の情報発信の方法は社会へ向けてと言うよりも組織に加入する会員を対象としたものが中心である。職能団体としての活動は共通・重複しているところが少なくない。この部分が効率的な活動を妨げることになっている。

これ以外に職能団体として看護職と比較して課題となっていることが、外部に向けての情報発信と行動である。日本看護協会では、会員向けの活動を行う以外に「オピニオン」として行政（中央省庁）や政治（衆議院、参議院、各政党）に対しての要望書の提出を行い、看護政策の実現を外部に向かって積極的に行っている。また、日本看護協会は主な事業として、調査・研究、働き続けられる職場環境づくり、看護職の再就業支援、看護職賠償責任保険制度を設けている²⁰⁴。日本看護協会は情報発信を内と外の両方に行っていることが特徴である。

²⁰³ 社団法人介護福祉士会 HP（生涯研修制度）

http://www.jaccw.or.jp/syougai/syougai_top.html を参照のこと。

²⁰⁴ 日本看護協会ホームページ 事業案内 （2013（平成25）年9月20日閲覧）

<http://www.nurse.or.jp/home/about/jigyuu/index.html>

第2項 職業別労働組合

介護職には労働条件の改善や福利厚生の一環として、2000（平成12）年に日本初の職業別労働組合である日本介護クラフトユニオン、これのすぐ後に結成された東京ケアユニオン等が結成された。介護職の労働組合としての特徴は職業別労働組合を結成していることである。組合加入には、施設・事業所単位での加入以外に個人単位で行うことが可能である。これらの労働組合の加入者は非正規労働者が中心である。

日本介護クラフトユニオンや東京ケアユニオンなどの介護系労働組合の主な内容は、待遇改善のための集団交渉や研修会の実施、福利厚生として共済制度の導入などを行っている。職業別組合であるため介護労働者が個人で加入しやすい利点はあるが、複数の労働組合があるためどの組織に加入することが自身にとってのメリットなのかは分かりにくい部分がある。また、労働組合の加入に際して介護労働者自身がその存在を知らないこともあり、労働問題についてどこに相談してよいのか分からないなど労働組合へのアクセスに課題がある。これは労働組合自体が情報発信力に弱さを抱えているというよりも、個人単位で加入をすることから横の繋がりが希薄であるからだとと言える。

看護職の場合、日本医療労働組合連合会（以下、医労連）という産業別組合がある。医労連には現在、7 全国組合・47 都道府県医労連で構成され、約 17 万人が加入している。医労連の活動は、医療労働者の賃金・労働条件について産別統一要求を掲げ、組合のない職場を含む医療労働者全体の労働条件向上につなげることを目的として行っている²⁰⁵。介護職には複数の労働組合があるが、看護職の場合、複数の労働組合・都道府県医労連を取りまとめる組織がある。医労連は労働組合活動の一部として実態調査を行っている。

介護労働者にとって働きやすい環境が整備されるということは、特に介護職の場合、その他の産業よりも離職率が高いことから職場でのノウハウの蓄積や技能の熟練をすることにもつながる。そのためには複数の労働組合が分立するよりもできる限り統合をする、もしくは医労連のような統合的な上部組織を作り組織的な活動が展開できるように進めていくことをしていくことが必要である。

第3項 エスタブリッシュメントとの関わり

職業のいくつかには表彰制度が設けられている。看護に関して言えば、日本赤十字社が独自に設けているフローレンス・ナイチンゲール記章という表彰制度がある。この表彰制度は皇族を名誉総裁に迎え、特に功績のあった者を表彰する制度である。これは皇族との関係があることを対外的に知らしめるという意味があり、かつ皇族から表彰を受けるということで職業としての威信を高める効果がある。

その一方で、介護職団体の各都道府県支部レベルには加入者に対して表彰制度があるのかもしれないが、全国組織として特定の介護労働者を表彰するような制度の存在を確認することができなかった。また、看護職と比較して、介護職の職能団体は職業的威信を高め

²⁰⁵ 日本医療労働組合連合会ホームページ <http://www.irouren.or.jp/index.html>

るために皇族等の社会的影響力、地位のある者とのとのかかわりを持つことができていない現状がある。

介護の職能団体は介護労働者に対する内部の情報発信と研修を行っていることもあって、日本看護協会のように社会的影響力のある組織を構築するには外部へ向けた情報発信を積極的に行い、同時に皇族や政財界との関わりも視野に入れて職業に対する威信を高めていくことが必要であろう。

第4節 介護職の養成制度

これまで見てきたように介護職が社会的地位を向上させるには組織的な基盤を統一し、成熟させることが求められる。しかし、それだけでは介護職の専門性を高め、社会的地位を向上させることにはつながらない。もう一つの側面として教育制度（キャリア）について検討しておく必要がある。何故なら、看護職は日本看護協会という統一組織を有するほかに、体系的な教育制度を有している²⁰⁶ことから分かるように、養成制度は職業的發展を行う上で重要な点であると考ええるからだ。そこで、本節では我が国における介護職の基本的な資格は訪問介護員と介護福祉士の二つあることから養成制度を概観し、介護職が有する教育システムの課題について検討する。

第1項 ホームヘルパー²⁰⁷の養成制度の概要

振り返ると介護が職業として始まった頃から介護労働者となるための養成制度や研修制度は貧弱なものであった。もとより、そのような仕組みが必要と考えられていなかった。すなわち、家庭養護婦派遣事業が始まった頃は研修制度が何もなくしたのは仕事内容が家事の延長線上、誰でもできることとしてみなされていたからである。介護には専門性が必要なかったというよりも見出されていなかったと言ってもよい。本格的にホームヘルパーの養成研修制度が始まったのは、1982（昭和 57）年に入職時研修として 70 時間学ぶ制度が導入されて以降のことである。それ以前は各地域で（実施主体も社会福祉協議会、企業など多様）独自の養成制度で講習会が開かれており、統一した内容のものではなく介護労働者の質は均一なものではなかった。

これ以降、訪問介護員の研修制度は幾度か改訂がなされ、家庭内の仕事から職業として形づくられていくことになる。2013（平成 15）年 3 月まではホームヘルパー 1 級、2 級、3 級、そして 2006（平成 18）年から介護職員基礎研修が行われていた。尚、2009（平成 21）年 4 月以降、訪問介護員養成研修 3 級課程修了者は介護報酬の算定要件の対象から外されている。2013（平成 25）年 4 月からホームヘルパー（介護職員）の養成制度は変更されており、現在は介護職員初任者研修が介護職員養成の入門的な位置づけの制度として導入さ

²⁰⁶ 看護師の資格を取得すれば、保健師、助産師を取得することが可能である。また、要件を満たせば、専門看護師、認定看護師、認定看護管理者への道が整備されている。

²⁰⁷ 訪問介護員＝ホームヘルパー。

れている。そこでこれまでの養成制度の内容について確認したうえで、養成制度が抱える課題の検討を試みる。

第2項 ホームヘルパー3級

ホームヘルパー3級の養成課程（以下、3級）は介護職養成制度の中で最も短い時間で養成がなされ、生活援助を対象とした支援ができる学びとして位置づけられている。3級を取得するには、50時間の講習（内訳：講義25時間、演習17時間、実習8時間）を受講すればよい。（表2参照）3級は、2009（平成21）年4月から介護報酬算定要件から外されていることもあり、資格制度としての役割・機能を終えているため養成研修自体を行っていないところはない。

（表2）3級課程（研修カリキュラムと研修時間数）

1. 講義	25時間
福祉サービスを提供する際の基本的な考え方に関する講義	3時間
老人保健福祉及び障害者福祉に係る制度及びサービス並びに社会保障制度に関する講義	4時間
訪問介護に関する講義	3時間
老人及び障害者の疾病、障害等に関する講義	3時間
基礎的な介護技術に関する講義	3時間
家事援助の方法に関する講義	4時間
相談援助に関する講義	4時間
医学等に関連する領域の基礎的な知識に関する講義	5時間
2. 演習	42時間
福祉サービスを提供する際の基本的な態度に関する演習	4時間
基礎的な介護技術に関する演習	10時間
事例の検討等に関する演習	3時間
(3) 実習	30時間
老人デイサービスセンター等のサービス提供現場の見学	8時間
合計	50時間

（出典）厚生労働省老健局振興課「介護員養成研修の取り扱い細則について」
<http://www.3shakyo.or.jp/hhk/helper/youseikenshu.pdf>

3級の目的は「訪問介護員が行う業務に関する基礎的な知識及び技術を習得すること²⁰⁸」である。ここでは利用者に対して生活援助（炊事、洗濯、掃除等を中心とした利用者の身体に触れないケア）をについて学ぶことが目的とされている。

3級における養成カリキュラムの課題は、その位置づけが曖昧であったことである。訪問介護員養成研修制度では、3級課程から資格を取得する必要はなくとも2級課程（以下、2級）から学ぶことができるようになっており、学習内容も生活援助と身体介助の2つで構成されている。実際、介護現場では身体介助を必要とする利用者が多いことから生活援助だけのケアしか提供できない3級を学ぶ意味合いは薄かった。そのため、ホームヘルパーの資格を取得希

望する者は2級から取得することが一般的であり、3級を取得する者はそれほど多くなかった。ただし、既に3級を取得した者は2級を受講する場合、実習や講義の一部が免除される規定があった。

²⁰⁸ 「介護員養成研修の取扱細則について」 p.8 より引用。
<http://www.3shakyo.or.jp/hhk/helper/youseikenshu.pdf>

第3項 ホームヘルパー2級

介護職のなかで最も資格を取得した者が多いのが2級である。ホームヘルパー2級(以下、2級)の資格を得るには130時間(内訳:講義58時間、演習42時間、実習30時間)の講習が必要である。(表3参照。)2級は省令で特に明記はされていないが、介護労働者や訪問介護事業者・高齢者ケア施設事業者は、実質的にこれが介護職として入門するものとしてみなしている。2級の目的は、「訪問介護員が行う業務に関する知識及び技術を習得すること²⁰⁹」である。

(表3)2級課程(研修カリキュラムと研修時間数)		
1. 講義	社会福祉の基本的な理念及び福祉サービスを提供する際の基本的な考え方に関する講義	58時間
	老人保健福祉及び障害者福祉に係る制度及びサービス並びに社会保障制度に関する講義	6時間
	訪問介護に関する講義	6時間
	老人及び障害者の疾病、障害等に関する講義	5時間
	介護技術に関する講義	14時間
	家事援助の方法に関する講義	11時間
	相談援助に関する講義	4時間
	医学等に関連する領域の基礎的な知識に関する講義	4時間
		8時間
2. 演習	福祉サービスを提供する際の基本的な態度に関する演習	42時間
	介護技術に関する演習	4時間
	訪問介護計画の作成等に関する演習	30時間
	レクリエーションに関する演習	5時間
		3時間
(3)実習	介護実習(注)	30時間
	老人デイサービスセンター等のサービス提供現場の見学	24時間
		6時間
合計		130時間

(注)介護実習については、特別養護老人ホーム等における介護実習及び訪問介護に関する実習を行うこと。

(出典)厚生労働省老健局振興課「介護員養成研修の取り扱い細則について」
<http://www3.shakyo.or.jp/hhk/helper/youseikenshu.pdf>

2級では、生活援助と身体介助をするために基礎的なケアのあり方について130時間かけて学ぶ。そのため、介護に入職する段階で就労希望者は2級を取得することを求められることが多い。介護労働者や訪問介護事業者・高齢者ケア施設事業者は働くうえで2級の知識と技術は最低限必要なものと考えており、在宅・施設問わず介護現場における無資格者の排除を行う傾向にある。これは介護には職業上の専門性が求められる萌芽であると言える。

しかしながら介護に関する基礎的内容を130時間学んだだけであることから後述する介護福祉士ほどの専門知識がないため、新制度の介護職員初任者研修が導入されるまでは実質的にこの2級が介護職の養成システム上入門的な位置づけとなっていた。厚生労働省は制度の整理をするために、2013(平成25)年4月1日からは介護職員初任者研修を2級に代わる新たな養成制度として変更とした。ただ、当分の間、2級の養成終了後も介護現場では介護職の主力として位置づけられている。

²⁰⁹ 同上。

第4項 ホームヘルパー1級

ホームヘルパー1級（以下、1級）の受講資格は2級を取得して1年以上の実務経験を積んだ者が資格取得の対象とされている。講習時間は230時間（内訳：講義84時間、演習62時間、実習84時間）である。

(表4)1級課程(研修カリキュラムと研修時間数)		
1. 講義	老人保健福祉に係る制度及びサービスに関する講義	84時間
	障害者福祉に係る制度及びサービスに関する講義	10時間
	社会保険制度に関する講義	7時間
	介護技術に関する講義	3時間
	主任訪問介護員が行う他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携等に関する講義	28時間
	医学等の関連する領域の基礎的な知識に関する講義	20時間
	医学等の関連する領域の基礎的な知識に関する講義	16時間
2. 演習	居宅介護支援に関する演習	62時間
	介護技術に関する演習	6時間
	介護技術に関する演習	30時間
	処遇が困難な事例に関する演習	20時間
	福祉用具の操作法に関する演習	6時間
(3)実習	介護実習(注)	84時間
	福祉事務所、保健所等の老人保健福祉に係る公的機関の見学	76時間
	福祉事務所、保健所等の老人保健福祉に係る公的機関の見学	8時間
合計		230時間

(注)介護実習については、認知症の症状を呈する老人等に対する介護実習、主任訪問介護員が行う他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携等に関する実習、老人デイサービスセンターの業務に関する実習、訪問看護に関する実習及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターの業務に関する実習並びに実習終了後の事例報告の検討を行うこと。

(出典)厚生労働省老健局振興課「介護員養成研修の取り扱い細則について」<http://www3.shakyo.or.jp/hhk/helper/youseikenshu.pdf>

1級の目的は「2級課程において習得した知識及び技術を深めるとともに主任訪問介護員が行う業務に関する知識及び技術を習得すること²¹⁰」である。1級で求められることは訪問介護事業所において訪問介護計画の作成、訪問介護員や新規入職者の指導を行う、利用者と訪問介護員のコーディネートを行う中核的な役割を担うものとされている。訪問介護事業所ではサービス提供責任者を現場の監督職として位置づけられている。

厚生労働省が介護職員基礎研修を導入した際の説明によると、1級の位置づけを介護保険制度においては「中級レベル」として位置づけられた。ただし、この資格を取得しても介護福祉士となるために必要な科目の免除がされる規定は設けられていなかった。介護福祉士を取得した者にとっては取得するメリットが薄いものとなっていた。現在、1級は2013（平成25）年4月より介護職員初任者研修制度が導入されたことで制度としては廃止されている。

第5項 介護職員基礎研修

介護職員基礎研修は2006（平成18）年に創設された制度である。介護職員基礎研修は介護職員初任者研修が始まるまで運用された制度である。これは「基礎理解とその展開（300

²¹⁰ 同上。

時間)」と「実習（140 時間）」によって構成されている。尚、この制度は他の養成制度同様に介護職員初任者研修制度が導入されたことによって廃止されている。

(表5) 介護職員基礎研修課程(研修科目と研修時間数)

1. 基礎理解とその展開		360時間
(1) 生活支援の理念と介護における尊厳の理解		30時間
(2) 老人、障害者等が活用する制度及びサービスの理解		30時間
(3) 老人、障害者等の疾病、障害等に関する理解		30時間
(4) 認知症の理解		30時間
(5) 介護におけるコミュニケーションと介護技術		90時間
(6) 生活支援と家事援助技術		30時間
(7) 医療及び看護を提供する者との連携		30時間
(8) 介護における社会福祉援助技術		30時間
(9) 生活支援のためのアセスメントと計画		30時間
(10) 介護職員の倫理と職務		30時間
2. 実習		140時間
(1) 事前実習		8時間
(2) 実習		124時間
	①施設・居住型実習	80時間
	②通所・小規模多機能型実習	40時間
	③訪問介護実習	
	④地域の社会資源実習	4時間
(3) 事後演習		8時間
合計		500時間

(出典)厚生労働省老健局振興課「介護員養成研修の取り扱い細則について」

<http://www3.shakyo.or.jp/hhk/helper/youseikenshu.pdf>

この研修の実施主体は都道府県知事または都道府県知事の指定した者である。対象者は介護福祉士を所持しない者で、今後介護労働者として従事しようとする者または現任の介護労働者としている。ホームヘルパーにとっては研修を受ける意義は満たせるが、介護福祉士にとっては既に学んだレベルであり、受講しても次のキャリアにつながらないことから特定の目的がない場合、研修を受ける意義が小さいものであった。つまり、ホームヘルパーとして3年以上働いている者であれば、この研修を受けるよりも介護福祉士（国家資格）を得た方がメリットもあり、かつ高い知識と介護技術を有していることになることになるからだ。

厚生労働省によるとこの介護職員基礎研修が創設された理由は「介護サービスの質の向上を図る上で、介護職員の専門性を高めることが必要であることから、施設、在宅を問わず介護職員として介護サービスに従事する職員の共通の研修²¹¹」を行うと説明している。

介護職員基礎研修の概要は左のとおりである。上述した1・3級のカリキュラムと比較すると研修時間が細かく分

けられていることが特徴である。研修時間は最大で合計 500 時間だが、取得しているホームヘルパー各課程（1・3 級）と実務経験 1 年以上か 1 年未満で受講時間が変わってくる。この介護職員基礎研修の位置づけは、ホームヘルパーとしてキャリアアップをするシステム（Off-JT）である。この研修を修了することで訪問介護員として規定される他、訪問介護

²¹¹ 厚生労働省老健局（平成 20 年 2 月）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/02/dl/tp0228-1a.pdf> p.1

計画の作成や訪問介護員に対する技術的な指導等を行うサービス提供責任者、現場リーダーとしてスキルアップすることが想定されている。この制度は短期間で廃止となっていることから、介護職の専門性を高めるための効果としては不十分な制度であったと言える。

(表6)介護職員基礎研修(研修時間)				
介護職員基礎研修		500時間		
		介護職員基礎研修修了までに必要とされる受講時間(合計)		
1級ホームヘルパー	+	60時間		
2級ホームヘルパー	+	150時間		
その他	+	300時間		
1級ホームヘルパー	+	200時間		
2級ホームヘルパー	+	350時間		
その他	+	500時間		

(引用)厚生労働省老健局(平成20年2月)<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/02/dl/tp0228-1a.pdf>

このようなことから介護職員基礎研修は訪問介護員としてキャリアアップすることができるが、受講したことによって介護福祉士となるために優遇される性質のものではない。社会福祉士及び介護福祉士法では介護福祉士の受験資格を得るには実務経験（及び所定の講習）を3年以上求められるが、この研修は介護福祉士有資格者を対象とした研修ではない。介護福祉士を目指さない者からすれば、介護職員基礎研修はOff-JTを行う上で内容の充実を図るシステムとしては有用であるが制度上の連続性がないこともあって、介護福祉士を目指す者が積極的に学ぼうとするメリットがあるものではない。

第6項 介護職員初任者研修

2013（平成25）年4月からこれまでの介護職養成制度であった「訪問介護員に関する1級・2級・3級課程」、「介護職員基礎研修課程」が一元化されたことで創設された制度が「介護職員初任者研修」である。この制度は『今後の人材養成の在り方に関する検討会』報告書（平成23年1月20日）において、『今後の介護人材のキャリアパスを簡素でわかりやすいものにするとともに、生涯生き続けることができるという展望を持てるようにする必要がある。』との提言がなされたこと等を踏まえ、先般、介護保険法施行規則（平成11年厚生労働省令第36号）の一部改正、介護保険法施行規則第22条の23第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準（平成18年厚生労働省告示第219号）の全部改正及びその他所要の規定の整備を行い、介護職員の研修課程等の見直しを行った²¹²ことによる。これにより上述の各種介護職養成課程は廃止された。

この制度で大きく変わった点は2つある。1つはこれまで無試験であった養成課程に修了評価（資格認定試験に相当する）を課したことである。実際の試験のレベルは130時間で

²¹² 厚生労働省「介護養成研修の取り扱い細則について（介護職員初任者研修関係）」平成24年3月28日老振発0328第9号参照

学んだことについて問われるものである。もう 1 つが、演習を重視したカリキュラムとなっていることである。この 2 点がこれまでの制度とは異なり新たに付け加えられ、変更された内容である。研修時間自体はこれまで行われていた 2 級課程と同じ 130 時間のまま維持されている。

(表7) 介護職員初任者研修課程カリキュラム

科目名	時間	備考
1. 職務の理解	6時間	・講義と演習を一体で実施すること。 ・必要に応じて施設の見学等の実習を活用すること。
2. 介護における尊厳の保持・自立支援	9時間	・講義と演習を一体で実施すること。
3. 介護の基本	6時間	
4. 介護・福祉サービスの理解と医療の連携	9時間	
5. 介護におけるコミュニケーション技術	6時間	
6. 老化の理解	6時間	
7. 認知症の理解	6時間	
8. 障害の理解	3時間	
9. こころとからだのしくみと生活支援技術	75時間	・講義と演習を一体で実施すること。 ・介護に必要な基礎的知識の確認及び介護支援技術の習得状況の確認を行うこと。
10. 振り返り	4時間	・講義と演習を一体で実施すること。 ・必要に応じて施設の見学等の実習を活用すること。
合計		130時間

※上記とは別に、筆記試験による修了評価(1時間程度)を実施すること。

より具体的に言うと、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号）第 22 条 33 では、訪問介護養成研修課程（「訪問介護員に関する 1 級・2 級・3 級課程」と「介護職員基礎研修課程」）はこの介護職員初任者研修に一元化されること、これに伴って上記の課程は 2013（平成 25）年 3 月末で廃止されると記されている。2 つ目が、同規則同省令第 22 条 24 では「講義・実技演習・実習（2 級では 30 時間）」により実施されている研修方法が、この改正後は「講義及び演習」により行うこととし、実習は必要に応じて行われることとなった。そして、同規則同省令付則第 2 条には「訪問介護に関する 1 級・2 級課程」及び「介護職員基礎研修」を修了している者はすべて「介護職員初任者研修課程」の修了者としてみなされることとなった。この改定で注目すべき点は、「実習」は必要に応じて行われるということであり、研修制度として整理された一方で、現場を見ずに課程を修了して現場に入ることができることとなってしまった。

第7項 介護福祉士の教育カリキュラムの概要 - 2012（平成24）年3月末までの 介護福祉士の資格取得制度

介護福祉士は1987（昭和62）年に「社会福祉士及び介護福祉士法」により、介護における最上位の資格として社会福祉士とともに創設された名称独占の国家資格である。介護福祉士の資格を取得するには2012（平成24）年4月1日以降、「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」により国家試験受験要件が変更されている。本法の改正前の資格取得の方法と養成にかかる期間（時間）は以下の3つがある。本論文では介護労働者の専門性を高めてくる過程について捉えてきたが、ここではその前段となる養成段階での制度について概観する。

・2012年3月までの制度

(表8) 介護福祉士の資格取得方法 (法改正前)									
介護福祉士資格取得									
養成施設 2年 3年 4年	養成施設 1年			養成施設 1年	介護福祉士国家試験			介護に係る技能検定	
	福祉系大学等	社会福祉士養成施設等	保母養成施設等	実務3年 特定施設 (特養ホーム等)	実務3年に準ずる者 高卒又は 高校専攻科(2年) 卒・指定科目修了	受験資格			
高校卒業者等									
(引用) 高木和美「新しい看護・介護の視座」p.170									

（引用）高木和美「新しい看護・介護の視座」p.170

- ①養成施設ルート 1650 時間（国家試験受験なし）
- ②福祉系高校ルート 1190 時間（国家試験受験あり）
- ③実務経験ルート 3 年以上（国家試験受験あり）

それぞれの方法について簡単に説明すると、①の養成施設ルートは大学や専門学校等の養成機関で1650時間学び卒業した者が対象であり、国家試験の受験は必要ない。②は福祉系高校（例えば、福祉科など）で学んだ高校生が卒業後に国家試験を経て合格すると介護福祉士となるルートである。最短で、5年の実務経験を経て23歳で介護支援専門員となることができる。③のルートでは3年以上の実務経験で介護福祉士の国家試験を受験することができる。制度改正以前は、養成校の卒業生であれば国家資格の受験をしなくとも介護福祉士の資格を得ることができるのが特徴である。

現行制度の課題は、①の養成施設ルートの場合、所定のカリキュラムを修めることで介護福祉士の資格を付与されるが各養成施設の機関や課程の違い、国家試験がないことで介

介護福祉士として必要な知識技術をどこまで習得できているかという点で確認できないことが問題であろう。

②の福祉系高校ルートでは、養成施設の 1650 時間と比べ 1190 時間は 460 時間少ないことになる。この点で、4 年制大学で学ぶより高校 3 年間学ぶことは短期速成という観点からは介護福祉士養成には有用であるが、知識や技術を養成施設で学んだ者と同列に扱うことができるのかということに疑問がある。

③の実務経験ルートでは、国はこれまで実践で得た技術や応用力は身につけていると想定しているが、介護保険制度や社会福祉士として身につけておかなければならない介護に関する知識については弱い。つまり、技術は身につけていたとしても知識や理論的な思考力の弱さがあると言える。後述する法改正が全て上記の問題を解決するとは言わないが、少なくとも介護労働者が自身の職務について専門的職業であると考えている者がいる以上、理論と実践を身に付けた介護福祉士の学びとしては必要であろう。

このように複数の養成ルートを設定したのは短時間で介護福祉士を養成しマンパワーを確保することを意図したと思われるが、介護福祉士として質の面でばらつきが出ていると思われる。今後考えていかなければならないのは、知識と技術をどのように介護労働者に体得させていくのかを検討していくことである。それは資格取得をしてから生涯学習として研修制度を体系的に整備するのか、或いは上位の資格取得をするシステムを創設するかという問題である。いったん資格を取得してしまえばそれでよいということでは介護職としてのキャリアアップと専門性の向上は望めないであろうし、知識の獲得も技術の向上も望めず、ひいては社会的評価の向上も望めない。介護職として新たな研鑽を求めていく機会と姿勢が必要である。

第 8 項 介護福祉士のカリキュラム改訂

「社会福祉士及び介護福祉士法」は法改正により資格取得の方法が養成施設、福祉系高校、実務経験いずれにおいても学習時間（実務経験では養成施設での研修）の増加、国家試験の受験が必須となった。厚生労働省によると、社会福祉士及び介護福祉士法の見直しの背景は介護サービスのニーズの多様化、職種として高度化をしていくこと、人材の確保と介護福祉士の資質の向上を図ることが求められているためである。

具体的には「介護保険制度の導入や障害者自立支援法の制定などにより、認知症の介護など従来の身体介護にとどまらない新たなサービスへの対応が求められている」、「利用者がサービスを選択できる制度を導入したことに伴い、サービスの利用支援、成年後見、権利擁護等の新しい相談援助の業務が拡大してきている」と説明している。

1.改正のポイント²¹³

²¹³ 厚生労働省「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案について」 p.2 より引用。 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/166-13a.pdf>

①介護福祉士の「介護」を「入浴、排せつ、食事その他の介護」から「心身の状況に応じた介護」に改めるなど、定義規定を見直す。

②個人の尊厳の保持、認知症等の心身の状況に応じた介護、福祉サービス提供者、医師等の保健医療サービス提供者等との連携について新たに規定する等、義務規定を見直す。

③資質の向上を図るため、すべての者は一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するという形で、介護福祉士の資格取得方法を一元化する。

福祉現場における高い実践力を有する社会福祉士を養成するための資格取得方法の見直しを行う。

④社会福祉士の任用・活用の促進を図る。

2.2012（平成 24）年 4 月以降の制度（①～③全て国家試験受験あり）

①養成施設 2 年以上（1800 時間程度）

経過措置として、養成施設の卒業者は当分の間、「准介護福祉士」の名称を用いることができる」とされている。新しい制度で学び合格した者を介護福祉士、同じく不合格（＝介護福祉士試験に合格するまで）となった者を准介護福祉士とする。

②福祉系高校（1800 時間程度）

「教科目・時間数だけでなく、教員要件、教科目の内容等にも基準を課すとともに、文部科学大臣・厚生労働大臣の指導監督に服する仕組み²¹⁴」となる。経過措置として、教育内容の充実困難な福祉系高校に対して、2009（平成 21）年度から 2013（平成 25）年度までの入学者に限り、現行制度の課程を卒業した後に 9 カ月以上の実務経験を経た場合に国家試験の受験資格を付与することとなっている。

③実務経験 3 年以上＋養成施設 6 か月以上（600 時間程度）

3 年以上の実務経験に加えて 6 か月以上の養成課程を経たうえで国家試験を受験する仕組みとする。

「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正されたことにより、いくつかの問題が考えられる。①の場合、「准介護福祉士」の創設は介護福祉士の試験に合格するまでの者に与えることになり、結果として新たに下位の資格制度を創設することになる。スキルやキャリアを高めることを目指さなければならない現状を考えると、専門的技術や知識を有していると認められていない「准介護福祉士」の資格付与は逆行した制度改定であると言わざるを得ない。なぜなら、国家試験に合格していないということは所定の能力を満たしていないことを意味しており、不合格者に資格を付与することは介護福祉士制度そのものの専門性と信頼性を低下させてしまうことになるからだ。また、低い資格をつくることは介護職とし

²¹⁴ 同上 p.8 より引用。

での専門性を否定し、かつ介護労働者の労働条件の低下を招くことにもつながる。

また、介護福祉士の試験に合格しなくとも称号が得られることはホームヘルパーとなんら変わらず、国家試験を受験する必要性が薄れてきてしまう。その意味で介護労働者のスキルの向上が阻害され、介護職の専門職化は程遠くなる。つまり、安易に資格が取れることは専門職となる要件を満たさないだけでなく、介護サービスを受ける利用者にとって質の高いケアを受けられないことにもつながる。

②の場合、福祉系高校のルートを経た場合、高校の学習時間の制限とその他必修科目の兼ね合いで所定のカリキュラムを消化することが困難となることである。このルートで働きたいと希望する者の知識と技術を習得する点で影響を与える恐れがある。そして、高校で介護福祉士となる専門科目を消化することに迫られて、高校生として学ぶべき主要科目をしっかりと学ぶ時間が奪われることにもつながり高校における学習のバランスが崩れてしまうことも懸念がされる。これではバランスある知識を身につけられない。

③の場合、実務経験 3 年以上を経て介護福祉士となることを志望する者にとって大きな影響となるのが、6 か月以上（600 時間程度）の研修が必要となることである。実務経験を積み重ねて介護福祉士となる者からすれば、勤務の合間を縫って養成施設に 6 か月以上（600 時間程度）の学習を行うことは困難となる。この制度改定による影響は、訪問介護員から介護福祉士への移行がスムーズに行えない可能性があることである。厚生労働省は今回の法改正の背景・理由として介護労働者（マンパワー）の確保をするためであると述べているが、これにより介護労働者、特に訪問介護員が介護福祉士へとキャリアアップすることが難しくなり、キャリアアップを敬遠する者が出る恐れもある。同時に、新規入職者の入職動機の低下にもつながる恐れもある。

ただし、介護福祉士養成の見直しは専門性を高めること、社会から求められるスキルを身につける等、必要に応じて行うことは大切なことである。単に講義の時間や実習期間を長くすればよいはずはない。そのために注意を払わなければならない点は 2 つある。1 つは資格を取得すれば終わりではなく、次にどのようなスキルを身につけられるようにしていくのかという点である。2 つ目は関連する資格とのかかわりをどのように持たせるのかという点である。いずれも介護における学びの体系化をするという点では重要である。

第 9 項 介護職の養成制度に関する課題

これまで導入された介護職養成制度を確認してきたが、いくつかの課題があることが指摘できる。1 つ目が複数の養成制度があり、ホームヘルパー 3 級を取得せずとも 2 級を取得すれば介護の基本が学べるという位置づけとなっている。また、介護福祉士を取得すれば、ホームヘルパー 1 級、2 級を取得することは必要なく、また介護職員基礎研修を受講する必要もない。介護職員として養成される制度がいくつもかつ効率的に配置されていないことでそれぞれの資格の役割が軽くなってしまっているという問題がある。

次の問題として、これらの資格制度は体系的に整備されていなかったという点にある。

上記の課題と関連するが、例えば、ホームヘルパー2級を取得して、その後介護福祉士となれば、ホームヘルパー1級を取得、あるいは介護職員基礎研修を受講する必要性、メリットは薄くなる。介護職としてのキャリアを体系的に整備し、熟練した職業人を養成するのであれば、このような制度は十分に機能しないのは明白であった。

このような反省からか、2013（平成25）年4月からはこれらバラバラに運用されていた制度を一元化し、介護職員初任者研修制度を導入した。これにより介護職として学ぶための制度は整理されることとなった。ただ、この制度にも問題はある。その問題とは制度が統一される以前からある問題であり、この制度が導入されても改善されなかったものである。つまり、介護福祉士を目指すうえでのつながりが無いということである。介護福祉士となるには上記で示したように各種ルートに沿って資格を目指すことになる。この介護職員初任者研修を受講しても介護福祉士となるために何かの科目や実習が免除されるということはない。

現在、関連する資格についての事例は、介護福祉士と同じ名称独占の国家資格である社会福祉士と精神保健福祉士を目指す場合、共通科目の設定があることからいずれかの資格を取得した場合、もう一方の資格試験を受験する場合はその科目が免除される仕組みがある。このような事例があるにもかかわらず、介護職養成制度は介護福祉士と介護職員初任者研修の二つに整理・簡素化されたが、それをつなぐ制度や規定が現在もない状態である。より専門性を高めるためにも体系的な制度設計をすることが必要である。

介護職を志す者が最初から介護福祉士を目指して資格を取得すれば、この介護職員初任者研修は不要なものになってしまう。介護は利用者と継続して接していく仕事であるから、わずかな時間で利用者が求めるようなケアを提供することは難しい。介護は継続して知識や技術を身に付けていくという熟練的な能力と知識を身に付けることが必要と考えていることから、体系的に知識や技術を学ぶことができていない現状の介護職の養成システムは、職業としてキャリアアップをするうえで残された課題であると言える。

第5節 憧れる職業となるために

介護職は高齢者が介護ニーズを必要としていることから、社会的要請の高い職業の一つである。第4章で記しているように、介護労働者は自らを専門職としての意識もある。しかしながら、介護は職業として成立した歴史的経過や歴史が浅いことなどから介護職に対する社会的評価は高くはない。賃金水準もその他産業と比較しても低い水準にある。にもかかわらず、介護労働者を対象とした先行研究・調査では介護の仕事をする理由として社会に貢献したい、高齢者のために何かをしたい、使命感、やりがいがある仕事とされている。社会的要請のある職業かつ社会貢献がなせる職業であるにもかかわらず、介護職はなぜ医師や弁護士のような憧れられる存在となり得ないのだろうか。その理由から介護労働者の社会的地位向上となるヒントを探っていきたい。

第1項 就業理由

介護労働者を対象とした先行研究調査で代表的なものは介護労働安定センターや労働政策研究・研修機構等のものがあげられる。介護労働安定センターの調査結果によると、就業理由は「働きがいのある仕事だから」が訪問介護員、サービス提供責任者、介護職員、介護支援専門員の正社員、非正社員のいずれも50%を超えており、「今後もニーズが高まる仕事だから」と「人や社会の役に立ちたいから」も同様に30%を超え、「資格・技能が活かせるから」は訪問介護員の正社員と介護職員を除き30%を超えており、いずれの回答も実用的かつ社会貢献、やりがいを求めている理由であった。

(表9) 現在の仕事を選んだ理由(複数回答)(%)

	回答労働者数	働きがいのある仕事だから	今後もニーズが高まる仕事だから	人や社会の役に立ちたいから	人や社会の役に立ちたいから	生きがい・社会参加のため	から年寄りが好きだから	経験から人の介護の身近から	資格・技能を活かせるから	介護の知識や技能が身につくから	給与等の収入が多から	に働ける時間(日)が合	自分や家族の都合	いためにいい仕事がない	その他
訪問介護員	2744	55.8	38.4	36.2	19.6	26.2	23	35.9	31.9	4.2	30.5	11.7	3.1		
正社員	1063	57.8	42.2	35.7	16.3	27.7	19.9	32.4	28.7	3.9	8.9	12.9	4		
非正社員	2513	54.7	36.1	36.1	21.6	25.1	24.9	38.7	34.6	4.5	45.2	10.9	2.4		
無回答	161	53.4	34.8	39.8	21.7	27.3	25.5	33.5	28	4.3	33.5	10.6	3.7		
サービス提供責任者	1570	58.5	41.8	38.7	19.7	26.5	20.7	36.8	27.5	3.8	10.4	8.5	3.8		
正社員	1293	57.8	41.9	38.7	18.6	27.5	20.7	36.2	26.7	3.8	8.6	8.2	4.3		
非正社員	215	63.7	42.8	36.7	23.3	19.5	20.9	44.2	34.4	4.2	20	9.8	1.4		
無回答	62	54.8	35.5	45.2	30.6	29	19.4	24.2	19.4	3.2	14.5	9.7	1.6		
介護職員	8215	53	38.8	34	15.8	32.7	19.8	27.7	28.3	1.9	10.2	13.4	4.9		
正社員	5236	52.8	41.2	33.9	13.4	33.2	18.5	26.3	24.5	1.7	4.3	13.5	5.1		
非正社員	2674	53.9	35.2	34.7	19.7	32.3	21.8	31	35.6	2.4	20.8	13.1	4.6		
無回答	305	47.9	27.9	27.9	22	27.2	24.9	23	28.9	1.6	17.7	14.4	3.9		
介護支援専門員	1754	57.4	37.9	36.2	21	22	11.6	55.4	13.3	5.8	11.3	7.9	3.9		
正社員	1451	57.8	38.5	36.3	19.9	21.8	11.3	54.7	13	5.9	9	8.3	4.1		
非正社員	235	56.2	34	36.2	26.4	22.1	13.1	58.3	16.6	4.7	24.3	6.4	4.3		
無回答	68	51.5	36.8	33.8	26.5	26.5	11.8	60.3	10.3	5.9	17.6	5.9	-		

(引用)「平成24年版 介護労働の現状Ⅱ 介護労働者の働く意識と実態」p.116より引用、抜粋。

※介護職のみ抜粋。

介護労働者の回答に見られる選択肢に共通することは、専門的な仕事をしたいから入職するのではなく、「自分でもできそう」、「自分にもできるだろう」ということが就業理由の根本にある。それは介護業界に入職しやすい(2級、介護職員初任者研修(130時間)を学べば働くことができる。)ということと関係している。介護職の場合、一般の職業と同様に一定の知識や技術を有してから働き始めるのではなく、仕事をしながら知識と技術を積み重ねていくことになる。そのため、介護労働者として入職した理由として専門的技術や知識が必要だというような理由で語られることは少ない。介護職には専門性があるとはイメージされていない。それゆえ、介護職は職業における専門性が十分に備わっていないことから、働き方、職業内容と相まって低賃金、重労働、肉体的・精神的負担が大きい等のネガティブなイメージが付きまとっている。

第2項 仕事に対する満足度

介護労働者は低賃金・重労働、社会的評価が低い、誰にでもできる仕事（非専門的な職業）等といったネガティブなイメージで語られる。その理由は、介護は育児と異なり時間が経過するごとに利用者の状態が悪化していくため、先（終わり）が見えないが見えないことから、そのように語られていることも考えられる。それでも介護労働者が介護現場で働き続けている理由は何であろうか。ここでは介護労働安定センター（平成24年度版）が行った仕事内容に関する満足度について調査しているので紹介する。

（表10）現在の仕事の満足度総括表（％）

	回答 労働者 数	満 足	やや 満足	普 通	やや 不満足	不 満足	無 回 答	再 掲 （満 足＋ やや 不満足）	満足 度 D ・ I ・
①仕事の内容・やりがい	18187	17.9	35.3	36.7	6.2	2.2	1.8	53.2	44.8
②キャリアアップの機会	18187	6.9	16.5	53.2	12.9	6.9	3.6	23.4	3.6
③賃金	18187	5.7	11.7	36.1	27.9	16.5	2	17.4	-27
④労働時間・休日等の労働条件	18187	13.1	16.4	41.1	18.9	8.5	2.1	29.5	2.1
⑤勤務体系	18187	11.3	15.2	48	17.1	6.3	2.1	26.5	3.1
⑥人事評価・処遇のあり方	18187	6.4	12.1	50.9	18.4	9.2	3	18.5	-9.1
⑦職場の環境	18187	14.8	23.1	41.3	13.1	5.5	2.1	37.9	19.3
⑧職場の人間関係・コミュニケーション	18187	18.3	27	36.9	11.2	4.5	2	45.3	29.6
⑨雇用の安定性	18187	13.9	20.4	48.2	10.3	4.5	2.6	34.3	19.5
⑩福利厚生	18187	9.4	14.5	49	15.5	8.3	3.2	23.9	0.1
⑪教育訓練・能力開発のあり方	18187	4.9	13	52.2	18.7	8.1	3.2	17.9	-8.9
⑫職業生活全体	18187	6.7	18	56.2	11.9	4	3.2	24.7	8.8

（引用）「平成24年版 介護労働の現状Ⅱ 介護労働者の働く意識と実態」p.118より引用、抜粋。

（注）満足度D.I.＝（「満足」＋「やや満足」）－（「不満足」＋「やや不満足」）

介護職の仕事の満足度の全体をみると、「仕事の内容・やりがい」は「満足」と「やや満足」を合計すると50%を、「職場の人間関係・コミュニケーション」も40%を超えていることが特徴であり、職場における人間関係の良好さを知ることができる。他方、賃金、労働時間・休日等の労働条件、人事評価・処遇のあり方、福利厚生、教育訓練・能力開発のあり方といった働きやすさを左右する事柄については「やや不満足」と「不満足」の合計が30%を超えていることから高い値にある。このことから、介護は職業として使命感とやりがいに支えられた仕事かつ、介護労働者は専門性を磨く学びを求めており、向上心が高いことが分かる。もし、介護労働者に使命感ややりがい、職場の人間関係・コミュニケーションが失われてしまったのならば、仕事としての魅力は大きく下がるだけでなく多くの利用

者やその家族は自立した生活を維持することが出来ず、現在の生活は崩壊してしまうことになるためその影響は小さい。

しかし、キャリアアップの機会については「満足」と「やや満足」を足して 20%強であることから、さらに満足度を高めるための方策を検討することが必要である。これは技能を高める、新たな知識を身につけるためにも重要なことであるため、キャリアアップの機会を確保することが求められる。そして、介護職を魅力ある仕事とするならば、「やや不満足」、「不満足」の割合が多い賃金、労働時間・休日等の労働条件、人事評価・処遇のあり方、福利厚生、教育訓練・能力開発のあり方について改善を図らなければならない。介護職としての職業上の弱点はここにあるといってもよいだろう。

(表11) 現在の仕事の満足度 仕事の内容・やりがい(%)

	回答 労働者 数	満 足	やや 満 足	普 通	やや 不 満 足	不 満 足	無 回 答	満 足 度 D ・ I ・
訪問介護員	2744	20	36.1	36.4	4.7	1.3	2	49.6
サービス提供責任者	1570	21	35.6	35.6	4.6	1.3	2.2	50.7
介護職員	8215	15	33.9	39.2	7.3	2.8	1.7	38.9
介護支援専門員	1754	20	41.2	29.9	5	1.8	1.8	54.8

(引用)「平成24年版 介護労働の現状Ⅱ 介護労働者の働く意識と実態」p.119より引用、抜粋。

(注) 満足度D.I. = (「満足」+「やや満足」) - (「不満足」+「やや不満足」)

介護労働者が現在の仕事の内容とやりがいに対してどのように感じているのかと言えば、介護職員の 38.9%を除いて「満足」、「やや満足」を合わせると、それぞれ 50%を超えていることから仕事にやりがいを強く持っていることが分かる。「やや不満足」、「不満足」と回答している者では合計すると介護職員の 10.1%が最高となり、他の介護労働者は 7%以下となっている。このように介護の仕事は訪問介護員をはじめ、各介護職すべてがやりがいを感じていることが分かる。利用者が安定的に介護サービスを受けられるのはまさに介護労働者のやりがいに支えられている。

このやりがいとは、介護は厳しい労働条件（低賃金・重労働）と労働環境であることを背景に利用者の生活を支えている、利用者・家族に喜ばれている、高齢社会で求められる仕事である、福祉に携わっているといったことで社会参加をしながら社会貢献をしているという意識からだと考えられる。このやりがいによって高齢者を支えているとなると、いつか来るかもしれないバーンアウト（燃え尽き症候群）が発生した場合、介護労働者は仕

事を続けられなくなる可能性がある。単にやりがいだけに頼る職業では今後さらに需要が高まる介護サービスを提供し続けることは難しくなることが予想される。そのためにもやりがいだけに依拠しない、専門的職業として確立することが急務であると言える。

(表12)労働条件等の悩み、不安、不満等(複数回答)(%)

	回答労働者数	雇用が不安定である	正規職員になれない	人手が足りない	仕事内容のわりに賃金が低い	労働時間が不規則である	労働時間が長い	不払い残業がある・多い	休憩がとりにくい	有給休暇が取りにくい	夜間や深夜時間帯に何かある	職業として行う医的な行為に不安がある	身体的に負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）	精神的にきつい	健康面（感染症、怪我）の不安がある	業務に対する社会的評価が低い	ある慣れ、施設の構造に不安がある	福祉機器の不足、機器操作が難しい	仕事内容の怪我などへの補償がない	その他	いてないに特効件・仕事の不満等は感じにくい	無回答
訪問介護員	2744	10.9	7.4	33	35	19.5	7	3.8	19.8	25.1	6.4	7.4	30.4	20.5	18.2	31.7	3.8	8.6	2.9	13.4	3.4	
サービス提供責任者	1570	7.4	4.4	51	41.5	16.4	16.3	8.3	28.6	38	12.8	7.5	27.3	30.9	12.2	36.2	3.4	3.8	2.3	7.1	2.2	
介護職員	8215	8.8	8	46	52.1	14.7	10.8	13.4	34.8	40.8	28.5	12.9	38.3	29.5	18.3	30.7	18.8	8.1	3.4	6.7	1.7	
介護支援専門員	1754	6.8	3.9	18.4	37.7	5.5	10.1	9.3	20.2	24.5	17.6	2.4	7.5	37.7	5.5	25.8	4.1	2.6	4.6	12.9	4	

(引用)「平成24年版 介護労働の現状Ⅱ介護労働者の働く意識と実態」p.137より引用、抜粋。

ここで見てきたように労働条件・労働環境について不満を抱えている者が多い介護職であるが、介護職の職業的特徴は低賃金・重労働・低い社会的評価が挙げられるのは上述のとおりである。(表12)を見ると低賃金については「仕事内容のわりに賃金が低い」が訪問介護員、サービス提供責任者、介護職員、介護支援専門員のいずれも35%を超えている。やはり、仕事そのものに対する対価が充分でない意識がそのまま反映されていることが分かる。賃金が低いということについては半ば介護労働者全体の理解なのかもしれない。重労働については「身体的に負担が大きい(腰痛や体力に不安がある)」が介護支援専門員の7%台を除き、訪問介護員が30.4%、サービス提供責任者が27.3%、介護職員が38.3%を示している。これは利用者との関わり方、つまり直接介護するか否か(ケアプランの作成)で身体的負担の度合いが異なるからである。

低い社会的評価について「業務に対する社会的評価が低い」がサービス提供責任者は35%を超えており、介護現場においてリーダーとしての役割が十分に理解されていないと感じる者が多いことが分かる。訪問介護員と介護職員も30%を超えていることから分かるように、社会的重要な仕事である、やりがいのある仕事であるという気持ちに対して社会が十分に評価をしていないことに不満を持っていることが伺える。やはりこれも賃金水準が低いのも同じく、介護労働者間で共有されている共通の意識のようにも思える。そして、

職務内容や介護報酬でも優遇されている介護支援専門員であっても訪問介護員同様の不満を抱えていることが分かる。「労働条件・仕事の負担について悩み・不満等を感じていない」が職種によっては 10%以上あることから明らかなように、介護職は職業上の正当な評価を受けていないと考えている者が多いことが分かる。

第3項 賃金水準

賃金水準が低いと言われる介護職であるが、ここではホームヘルパー、福祉施設介護員（介護福祉士に相当²¹⁵）、介護支援専門員、保育士の4職種について取り上げる。保育士を取り上げる理由は、保育士は社会福祉の職種の一つであり対人援助を中心と行う職種かつ女性が多い職種であり、2001（平成13）年に改正公布された児童福祉法によって名称独占の国家資格として位置づけられたからだ。

2013年2月21日公表分²¹⁶の2012（平成24）年賃金構造基本統計調査では、平均年齢は2つに分けられる。ホームヘルパーの44.6歳と介護支援専門員の46.1歳の40代半ばと高く、福祉施設介護員の38.3歳と保育士の35.0歳と低い。年齢が2つに分けられる背景を検討すると、ホームヘルパーは中高年層が入職したのちに介護支援専門員となった、あるいは介護福祉士となって5年以上の実務経験で取得した者で構成されている、他方、福祉施設介護員と保育士は国家資格を取得するために大学や専門学校等へ通った若い世代が中心であることが伺える。

（表13）「職種別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額（産業計）」

区 分	企業規模計（10人以上）							労働者数
	年齢	勤続年数	所定内 実労働 時間数	超過 実労働 時間数	きまって 支給す る現金	所定内給 与額	年間賞与 その他特 別給与額	
	歳	年	時間	時間	千円	千円	千円	十人
ホームヘルパー	44.6	5.1	167	6	208.5	193.3	282.6	7 518
福祉施設介護員	38.3	5.5	165	4	218.4	206.3	474.4	65 513
介護支援専門員（ケアマネジャー）	46.1	7.0	167	4	260.4	252.6	546.5	6 426
保育士（保母・保父）	35.0	7.8	169	4	214.2	208.2	579.9	19 229

（出所）平成24年賃金構造基本統計調査より一部抜粋の上、作成。<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001044256&cyclo=0>

勤続年数も同様に2つに分けられ、ホームヘルパーが5.1年と福祉施設介護員が5.5年とほぼ同じである。介護支援専門員は7年、保育士は7.8年と若干の差がある。ホームヘルパーは離職率が高い職種の一つと言われるが構成される年齢層と就業目的の関係もあり、長

²¹⁵ 賃金構造基本統計調査では介護福祉士の区分はなく「福祉施設介護員」となっている。そのため、2級取得者と介護福祉士が混在しているものとした。

²¹⁶ 厚生労働省 平成24年賃金構造基本統計調査（2013年2月21日公表分）（政府統計の総合窓口）「職種別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額」<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001044256&cyclo=0>

期就業者と最近入職した入職者の関係であることが推測される。

一方で、介護支援専門員は資格取得の要件が 5 年以上であること、直接介護を行わず、給与額も現場で働くより高く設定されていることからホームヘルパーや福祉施設介護員よりも長期の就業が可能となった。保育士は介護職と比較して夜勤がないこと、実務経験だけでは資格が得られないこと、介護保険制度のような介護報酬単価の制約がないことで給与水準もホームヘルパーと福祉施設介護員とほぼ同水準になっているが、結果的に長期で働き続けられやすい環境となっていることが考えられる。

実際の賃金水準の「きまって支給する現金給与額（千円）」を見てみると、介護支援専門員の 26 万円、保育士の 21 万 4000 円、福祉施設介護員は 21 万 8000 円、ホームヘルパーは 20 万 8000 円の順となっている。これは任用資格・国家資格の違い、資格取得の難易度、学習時間の差、職務の内容と専門性、雇用形態、賃金形態の違いによるものが影響している。このように現場で働くホームヘルパーや福祉施設介護員は総じて安く、介護支援専門員が最も高く設定され、その中間に保育士が位置づけられている。

第 4 項 仕事の継続意思

(表14)今の仕事の継続意思								
	回答労働者数	今の仕事の継続意思						
		半年程度	1～2年程度続けたい	3～5年程度続けたい	6～10年程度続けたい	働き続けられるかぎり	わからない	無回答
訪問介護員	2744	1.5	6.5	12.1	5.4	57.1	16.2	1.2
正社員	1063	1.7	5.7	10	6.2	57.5	16.9	2
非正社員	1520	1.4	6.8	13.6	5	57.2	15.4	7
無回答	161	0.6	9.3	12.4	3.1	54.7	19.3	0.6
サービス提供責任者	1570	2	5.6	9.6	7.6	55.5	18.6	1.1
正社員	1293	1.9	5.1	8.6	7.4	57.6	18.3	1.1
非正社員	215	3.3	8.4	14	9.3	44.2	20.5	0.5
無回答	62	-	6.5	14.5	4.8	51.6	17.7	4.8
介護職員	8215	1.3	5.3	9.1	5	56.3	22.2	0.8
正社員	5236	1.5	4.8	7.9	4.8	56.5	23.8	0.7
非正社員	2674	1	5.9	11	5	56.6	19.4	1
無回答	305	1	6.9	12.8	6.6	50.8	20	2
介護支援専門員	1754	1.9	6.5	13	9.5	49.7	18.5	0.9
正社員	1451	1.4	6.3	12.3	9.7	50.4	19	0.9
非正社員	235	5.1	7.2	16.2	8.5	47.2	14.9	0.9
無回答	68	1.5	7.4	17.6	8.8	42.6	22.1	-

(引用)「平成24年版 介護労働の現状Ⅱ介護労働者の働く意識と実態」p.132

既に検討したように仕事に対する不満・不安があり離職率が高いと言われる介護職であるが、介護労働者自身は仕事を続ける（続けたい）ことについてどのように考えているのであろうか。単に仕事に魅力がないから、仕事がきつから、賃金が安いから離職するのであろうか。介護労働者が仕事の継続意思について検討する。

全体的なことを見ると、介護労働者は仕事の継続意欲について最も多い回答が、「働き続けられるかぎり」働いていきたいと回答していることが特徴である。これは回答した介護労働者のおおむね 50%の者が働き続けられるかぎり仕事を続けたいという意思を持っており、訪問介護員、サービス提供責任者、介護職員、介護支援専門員の正社員、非正社員を問わず共通する傾向である。その結

果、選択肢として示されている中期的な期間である「3～5 年程度続けたい」という項目には 10%程度しかなく、長期的な期間である「6～10 年程度続けたい」という項目は更にその値が下がり 10%以下であり、最も短期的な期間である「半年程度」と回答した者は 5%以下と低い値となっている。今後働き続けることについて「わからない」と回答している者も 20%半ばで推移しているのは、職業として介護労働は仕事が辛く賃金も社会的評価も低いことから先の見通しが立たないため、専門性を高めにくい、専門性を身につけにくいなど、キャリア形成の長期的展望が描きにくいことが挙げられる。しかし、介護労働者の全体的傾向は「働き続けられるかぎり」と回答しているとおり、やりがいと使命感によって支えられている職業であると言える。

第 6 節 小括

本章のまとめとして、結論から言うと介護職が職業として成立した歴史的経過から、職務範囲は家事と明確に領域化することができていない。介護職として国家資格が整備され、高等教育機関での養成も行われているが、専門性を高めるための課題は少なくない。看護師が経験してきたような組織的な要素、職務範囲と職業領域に関する要素、養成制度に関する要素が十分に成熟していない。同時に、介護職の職務範囲は家事と明確に区分しにくい理由はそれが日常生活の中で営まれている行為を対象としているからだけではない。介護職にしかできないこと、職業としての専門性が明確にできていない。介護職としての専門性については次章で社会的地位向上をするためにチームケアを取り扱った事例を用いながら検討したい。

介護職は社会的要請により必要とされている職業であるが、「大変な仕事をしてくれている」、「心が優しい人」のような職業として社会的評価がなされている。このような状況から、この職業に就いた者にしかできない専門性があるからこそ、社会的尊敬を受け威厳を示すことができるように目指していかなければならない。次章は介護労働者の実態について調査結果、事例に基づいて介護の専門性に言及していきたい。

第4章 介護職の専門性の確立

専門職にはその職業特有の技術や知識がある。介護職は専門職として認められているとは言えないが、専門性は確認できる。職務内容は家事援助、身体介助が基本である。介護そのものは家族によっても担われており、介護職の専門性が明確に認識されてこなかったのである。これに対して、看護師は職業として成立して以降、家政婦との役割の区別化を図るだけでなく医師の職務へと参入してきた。その結果、看護師は専門性が高い職業と評価されるレベルまで地位を高めてきた。介護職はこの点において明確な家庭内での介護や家政婦との区別化をすることができていない。しかし、筆者の調査結果から介護職の専門性について明らかにできたと考えている。

第1節 チームケアにおける課題と事例調査の視点

歴史的に介護は、介護職が単独で利用者のケアを行う職業であると認識されていた。それは生活援助と身体介護をするという狭義の介護として捉えているだけであり、かつ様々な職種が別個に利用者を支援してきたからである。そのため、介護職が各専門職と連携を取りながら利用者に対するケアの総合的アプローチを模索し始めた歴史は浅い。今日の介護のプロセスを考えれば介護職は決して単独でケアをしているわけではない。例えば、ケアマネジャーがケアプランを作成し、それに基づいて介護職が介護サービスを提供する。定期的に行われるカンファレンスでは両者の情報共有化を行っている。その他にも生活面での問題では、成年後見制度は認知症により判断能力の不十分な者に代わって意思や判断をする等、本人に代わる後見人を選任する制度であることから介護との接点がある。

このように現在では利用者の状況に応じて多職種と連携しながらケアを行うことが一般的となってきた。いわゆるチームケア、多職種連携である。チームケア、多職種連携は以下のように説明することができる。鷹野（2008）によれば、チームケアは「利用者の必要（ニーズ）を充足するために機能すべく集合する、複数の医療と福祉の専門職を成員とする専門家チームによって行われるケアサービスのシステムと機能²¹⁷」である。またチームを構成する要件として、共通・共有した目標を有している、相互依存的な協働を行っている、小集団で構成される要件が挙げられる。これに期間限定という要素が加わることもある²¹⁸。すなわちチームケアは介護現場において介護職、医療職等がそれぞれの専門性を活かして役割分担を行いながら連携し利用者をケアすることであり、多職種連携はチームケアを実践する際に異なる職種が連携することを言う。

他方、苛原（2012）はチームケアの原則とは『『生活モデルに基づく、生活の質の向上を目的とした生活者（＝利用者、高齢者を指す（筆者注））による生活者主体の決定である』ということです。チームケアの中心は生活者であり、生活者を取り囲む家族、コミュニテ

²¹⁷ 鷹野和美「チームケア論」p.15 より引用。

²¹⁸ 社会福祉士養成講座編集委員会「13 高齢者に対する支援と介護保険制度」p.279 参照。

ィ、専門職者などが、その特性と役割を発揮し、各々の責任を果たすこと²¹⁹」であると指摘している。チームケアは参加する各専門職の専門性が発揮されることで効果が発揮される。苛原（2012）は、各専門職が専門性を発揮するためにチームケアを実施するための過程を示している。(1)課題の抽出、(2)専門的立場からのアセスメントと情報の共有、(3)方針（方向性）の統一、(4)相互理解と役割分担である。(1)は、対象者の何が課題となっているのかを把握することに始まり、その課題によりチームの構成員が調整されることを指す。(2)はチームとして参加する各専門職の各専門的立場による身体的、環境的なアセスメントが行われ、情報の共有がなされることである。そこでは各専門職の視点に基づいて課題分析がなされ、総合的な支援が行われることになる。(3)は、チームに参加するメンバーに専門性の違いはあっても医療チームのような医師を頂点としたものではなく平等な立場として位置づけられており、それぞれの専門性に基づいてカンファレンス等で支援方針の統一がなされる。(4)は、(3)で統一された方針に基づいて各専門職の専門性を踏まえた役割分担がなされることを指している。

そこで介護労働者の新たな働き方であるチームケアを中心に職業としての専門性について考察を行う。介護職の活動場所は大きく分けて 3 つある。在宅、高齢者福祉施設、これらの中間型であるグループホーム等である。介護労働者はいずれかの場所（介護現場）で利用者に対するケアを行っている。介護労働者は社会福祉士及び介護福祉士法第二条²²⁰の通り、主たる職務範囲を家事援助、身体介護としている。介護労働者がケアをする際に担う範囲は利用者の生活そのものであることから、対象範囲は広い。しかし、介護労働者の専門性は職務の内容が利用者の日常生活を対象としていることから専門性が認識しにくい。つまり、個々の職務は特別専門的ではないことが介護職の専門性を認識させにくくしている。そのため介護職の専門性を探る場合、単にその職務や対象に注目するのではなく、介護全体の職務の中で介護労働者がどのような役割を担っているか、また介護の分業体系のなかで介護労働者の職務がどのような位置にあるかを考えることによって明らかにしようとする視点が求められる。

チームケア、多職種連携は介護保険法が 2000（平成 12）年 4 月に施行されて以降、介護分野においては介護サービス事業者（介護職）とケアマネジャーとのチーム体制によるケアが推進されてきた。現在は両者のみならず、社会福祉士、医師、看護師、保健師、薬剤師、理学療法士、作業療法士等の専門職が、利用者が自立した生活に対する支援と多様な

²¹⁹ 苛原実「医療・介護福祉連携とチーム介護 全体最適への早道」p.27 より引用。

²²⁰ 「この法律において『介護福祉士』とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、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つて、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。」

ニーズに応えるために必要なチームの一員として参加している。これらの専門職が一人の利用者（及び家族）に対して共通課題の下、それぞれの専門性を駆使して支援（ケア）にあたることをチームケア、チームアプローチ、多職種連携等と表現することができる。

チームケアにおける課題について松岡（2000）は、①周辺環境（所属する組織の連結程度、専門職間の権力格差、ジェンダー格差）、②専門職自身（専門職間の価値や行動の違い）、③展開上の問題（連携に関する知識の欠如）を挙げている²²¹。介護分野では医療分野における連携と異なる点として、医師を頂点とした組織が作られるのではなく、対等な立場でそれぞれの専門性の違いをいかに埋めていくことにある。介護分野におけるチームとチーム医療との比較をすると、①は医師を頂点として看護師や関連する職種が一体となって患者の治療をすることに集中する方法であるのに対して、介護分野では日常生活の支援という枠組みであるから医師を中心にする必要がないため、それぞれの職業の専門性の高さで力関係が決まりやすいという点がある。②はそれぞれの専門性に基づいて異なる役割が与えられることになることや職業倫理のあり方も異なっているため、相互の理解をする必要がある。③はそれぞれの分野の専門性が異なり、かつ介護分野における連携は医療分野とは異なり治療という単一の目標だけではなく、利用者の状態に応じて同じ形式で対応することは難しいため、連携に関する知識を有することが求められる。

他方、鷹野（2008）によれば、「旧来のケアチームの概念は『医師を頂点とするヒエラルキー（hierarchy）そのものを示す場合が多く、そのヒエラルキーにおいてトップダウンの命令系統と、その命令の伝達の速度、履行の正確性』など²²²」を指してきた。チーム医療は医師を頂点としたトップダウン型の組織形態の一つであり、「ケア業務の専門分化による相互不理解により、従事者間の利用者（client）の物理的受け渡し（一種の流れ作業）として、チームケアの発現であるかの錯覚をもたらしたがつて利用者のケアサービスの全体像は、そうした統括的立場の者のみが保有するもので、伝統的には『「チームケア」とは、統括者のオーダーに基づいて、関係する複数の関係従事者が、必要とされる業務を、各々の身分法の規定により縦方向に分断して分担し遂行するというケアの形式』を指している場合が多かった²²³」のである。いわゆる職業的階層に基づいた組織構成、連携である。

また、鷹野はケア提供者の集団の捉え方を「ケアチームは、その目的と対象によって姿も機能も変える、確固たる骸形をもたない生物のような存在²²⁴」であると指摘している。これに関連して、チームとしてケアを提供するためには情報のシームレス化（縫い目のない状態）と共通言語が必要だと指摘している。これがチームケアを推進するうえで、第一の課題である。すなわち、チームとして機能するために専門職間の専門性のギャップを乗

²²¹ 松岡千代「ヘルスケア領域における専門職間連携—ソーシャルワークの視点からの理論的整理」『社会福祉学』2000年、第40巻第2号、pp.17-37 参照。

²²² 鷹野和美「チームケア論 医療と福祉の統合サービスを目指して」2008年、ぱる出版、pp.12-13 より引用。

²²³ 鷹野（2008）前掲書 p.13 より引用。

²²⁴ 鷹野（2008）前掲書 p.17 より引用。

り越えなければならないということである。

前者においては、利用者から見た場合、自分に関係するケアチームはその構成メンバーが常に共通の認識を有した状態であってほしいと考えている。ケアに入る度に矛盾する対応をされることはチームに対する不安を感じるだけでなく、不信を抱くことにもなるからである。例えば、利用者が「〇〇したい」という希望を持っているのに対し職員 A が「危険だからそれはできない」と言い、職員 B は「そうしましょう」というように一貫したケアが提供されないような場合である。それを防ぐためにも専門職間で統一した方針と認識に基づいた認識をもつ必要があり、これを調整するためのキーパーソンとなる専門職が必要である。

後者について、専門性を持つ職業はそれぞれの専門用語がある。専門用語は特定の者は理解できるがそれ以外の者は理解しにくい。例えば、医師と介護職の例である。医師が利用者を診察した場合、専門用語で説明すると介護職は十分に理解するのが難しいことがある。これはその職務の領域と専門性の違いであり、業務文化の違いである。チーム医療では医療職という枠組みの中で共通言語化はなされていたが、この差を埋めるには専門性がより高い職種がもう一方へ歩み寄り、つまり平易な言葉に言い換えて情報を伝える方法しかない。ただより専門性の高い職種かつ協力的でない者だった場合、チームとしての機能は麻痺してしまう。そのため、もう一方の側はできる限り相手の専門用語を理解できるよう努力が求められ、また双方が共通理解できる言語を持てるようにしなければならない。チームとしての機能不全を防ぐためにも情報の共有化を行うための共通言語を持つ必要がある。従って異なる専門職間で連携するためにも、チームのギャップを埋めるツールが必要である。

二つ目の課題は介護職が各専門職をつなげる役割をどのように機能させるかである。チームケアが現在ほど重視されてこなかった介護保険制度導入前後は、利用者に対するケアは専門職がそれぞれ独自に行っていた。介護保険制度導入以降は利用者本位の理念からチームケアを重視するようになってからは各専門職に情報の共有をすることがポイントとなってきた。つまり、異なる立場の専門職の関係をどうやって調整する方法が求められた。専門性の高さからすれば、医師、看護師がチームの主軸として担えばよいが、それは介護ではなく医療の範疇であり、チーム医療となってしまう。他方、介護保険制度において介護サービスをコーディネートする役割はケアマネジャーが位置付けられている。ケアマネジャーの役割とは利用者のニーズをケアプランに落とし込み、利用者が必要とするサービスをマネジメントする立場であるが、サービス提供場面ではチームとして参加している専門職におけるコーディネートは職務範囲外となっている。これと同様にその他の専門職はチームをコーディネートすることを前提とした職務範囲となっていないことから、チームケアを専門的にマネジメントする役割を担うことは難しい。そのため専門職間で連携するには利用者の日常の状態に関する情報や変化が必要であるが、どうやってそれを入手するのかが課題となる。

特に利用者の健康管理の場合、医師や看護師等は定期的に往診・処置をするための判断材料として日常の状態変化を知ることが困難である。なぜなら、往診や訪問看護は定期的に行われるものであり、常時利用者の状態の変化を観察する立場にないからである。これに対して、その直近の情報を最も得やすい立場にあるのは介護職である。すなわち、介護職はチームにおいて様々な情報を利用者から収集し、各専門職へ提供している。各専門職はその情報を活用しながら専門的ケアを行った後の対応を介護職に引き継ぐことになる。その他にも専門職からの助言を介護職が受けることもあり、さらに緊急時は介護職が医療職へ引き継ぐこともある。

こういったことからわかるようにチームケアは他職種の分業と連携によって行われているため、自ずと各職種の領域は密接に接し重なり合っていることが分かる。したがって、介護職が働く環境は在宅と施設で異なるが、その職務範囲は日常生活の支援であることから頻繁かつ長時間利用者と接触していることで健康状態の変化を見極め、すぐに知ることができる立場にある。これを介護職が得た体調や日常生活の変化に関する情報を医師や看護師等に伝えることで診察するうえでの判断材料となる。分業的な視点で言えば、明確に職種間の領域を区別しない方が利用者に対するケアの質や安全を確保するためにも効果的な対応ができることになる。つまり、こういったことができるのは、利用者のニーズや時間的な身体的精神的変化を最もよく知っている介護職だからである。そして、介護職は専門職とのやり取りをその場限りの対応とせず、カンファレンスであれ直接であれ介護職内で共有し、また別の専門職が利用者のケアをする際にはその情報を伝えるようにして専門的ケアをする判断材料を提供する。チームケアにおける位置づけは利用者中心のケアを提供するための関係として利用者と介護職、介護職と各専門職をつなぐ存在である。すなわち、これが意味するところは介護職の守備範囲を広げ、医療に関する方面とチームケアのようにマネジメントをする方向へ拡大することが戦略的にも可能なのである。これらが介護職の専門性であると言ってもよいだろう。

第2節 介護職における専門性と介護労働者の意識

第1項 介護職に求められるようになった専門性とチームケア

第3章で述べたように介護が職業として成立したのは1950年代半ば頃とされる。その当時、介護職には専門性が求められず、家庭養護婦に対して講習が施されるのは後になってからの事であった。介護職に対して専門性を求められなかったのは日常生活の支援であったため、家事の延長線上とみなされたためである。誰にでもできる仕事であり専門性は認識されていなかった。それから四半世紀が過ぎ、介護の国家資格制度（社会福祉士及び介護福祉士法）が整備されたのは1987（昭和62）年のことである。少なくともこの時点で、介護職にも何らかの専門性が求められていたことが分かる。だが、介護職の専門性はこの時点では明確ではなかった。介護福祉士制度を整備することに携わった京極（1998）は「今回の福祉士法のねらいは、まず、従来、無資格であった福祉専門職（老人介護等にかかわ

るソーシャルワーカーやケアワーカー)の資質を向上するための資格化が図れることに置かれた。—もちろん、資格というものは専門性を十分高めてから資格法をつくるということもあるが、逆に資格法をつくることによって専門性を高めるという面もあり—²²⁵」というように資格制度を先に作ることで専門性が形成されることを期待していた。介護職は介護福祉士が名称独占の国家資格として位置づけられたことで、制度が整備されていなかった時よりも介護サービスの質を高める機会が得られるようになった。

介護職にとっての転機は社会福祉士及び介護福祉士法により介護福祉士が国家資格として整備されたことと、契約と利用者本位の理念を掲げた介護保険制度が開始されたことである。介護保険制度開始以降、チームケア、多職種連携は介護保険制度が始まる以前より福祉職の間では連携という考え方はあったが、より利用者が望む形で介護サービスを提供するために新たな形の介護として取り組まれてくるようになった。チームケア、多職種連携は介護職とケアマネジャーという形から取り組みが始まったとされ、現在では医療職も交えた形になり活発に取り組まれている。最近では介護サービスのニーズに対応するため複数の専門職が一つのチームとして利用者を支援するようになってきた。その背景には例えば、人口の高齢化に伴う介護サービスに対して求められるニーズの変化がある。これは医学の進歩によって平均余命は長くなり、治療する必要はないが体調が不安定な医療依存度の高い利用者が増加してきたためである。介護職は従来のニーズから医療分野を対象にケアが求められるようになってきたことで、チームという枠組みの中では直接関係がなかったさまざまな職種が共にケアを提供することになった。ケアマネジャー以外に代表的な専門職は医師、看護師、作業療法士、理学療法士、薬剤師、社会福祉士等が挙げられる。

チームケア、多職種連携という試みが始まった当初は介護職とケアマネジャーによる連携であり、その役割のあり方は非常にシンプルなものであった。ケアマネジャーがケアプランを作成し、介護職がそれに基づいてサービスを提供する。両者は定期的に行われるカンファレンスに参加し利用者の状況を共有化するというものである。それに対して、医療職がチームとして参加し始めたのはこれより後のことである。チームとして医療職が参加し始めるまでは、利用者が既往症を患っている場合にはかかりつけ医師の往診・通院をすることがあっても基本的には医師と患者(利用者)という関係があり、介護職が介入する場合は付き添い程度の関係でしかなかった。訪問看護(看護師)、作業療法士、理学療法士も同様に何らかの処置をすることを目的としているため、介護職とのかかわりは十分ではなかった。この時点でのケアとは医療は医療、介護は介護というように別個に考えられ役割分担が明確になされていた。

それが上述したようなことを背景として、介護分野と医療分野の各専門職がチームとして連携しながら一つの目的をもって利用者を支援することは介護にとって新しい取り組みとなった。そこで次項では介護労働者自身の専門性に対する意識とチームケア・多職種連携における実態から介護職の専門性とは何かについて検討を試みていきたい。

²²⁵ 京極高宣「新版 日本の福祉士制度—日本ソーシャルワーク史序説」pp.28-29 より引用。

第2項 介護職の専門性に関する調査結果

介護職の専門性を検討する上で、介護労働者が職業に対してどのような意識があるのかを調査²²⁶した。介護職は職業として成立した歴史的経過²²⁷から専門性が社会から十分に支持されているとは言い難い。専門性が認知されていない点で社会的評価が高くない介護職であるが、当事者である介護労働者は自らの職業をどのように評価しているのか。そこで介護労働者の職業に対する自己評価とその理由、仕事に対する誇りについて尋ねた。

(表1) 介護職を専門職だと思うか(%)

とても思う	48
まあ思う	32
少し思う	8
そう思わない	6
全く思わない	2
分からない	2

介護職を専門職と「とても思う」のは全体の48%と約半数を占めている。「まあ思う」が32%、「少し思う」8%と肯定的に考えているものを含めると全体の90%近くに達していることから職業に対する自己評価は高い傾向にあることが分かる。一方、介護職を「専門職ではない」と捉えている「そう思わない」が6%、「全く思わない」が2%と合計8%となっていたように、自らの仕事について低く評価していない傾向にあることが分かった。

(表2) 介護職を専門職だと思う理由(%)

専門的な技術があるから	31
専門的な知識があるから	30
誰でもできる仕事ではないから	19
思わない	10
介護職自体の社会的評価が高いから	3
持っている資格の価値が高いから	2
雇用条件(給与等)が高いから	0
その他	2
無回答	3

介護職を専門職と「とても思う」のは全体の48%と約半数を占めている。「まあ思う」が32%、「少し思う」8%と肯定的に考えているものを含めると全体の90%近くに達していることから職業に対する自己評価は高い傾向にあることが分かる。一方、介護職を「専門職ではない」と捉えている「そう思わない」が6%、「全く思わない」が2%と合計8%となっていたように、自らの仕事について低く評価していない傾向にあることが分かった。

これに関連して、「とても思う」、「まあ思う」、「少し思う」を選んだ者に対して、介護職を「専門職だと思う」理由について選択してもらった。(表2) その理由をみると介護労働者は「専門的な知識があるから」30%、「専門的な技術があるから」31%、「誰にでも出来る仕事ではないから」19%というように仕事そのものに専門性があるという選択肢を選

²²⁶ 調査概要：本研究の成果は財団法人家計経済研究所の2008年度研究振興助成事業において研究助成費を受けたものである。量的調査・質的調査の調査期間、調査手法、基本的属性（フェイス項目）など詳細な内容は巻末に掲載するが、両調査の概要を紹介する。

量的調査：調査実施時期は2008年2月22日から3月26日までに45問の択一式調査票を郵送・持参で調査の協力を得た東京都、埼玉県内に設置する9法人（生活協同組合、社会福祉法人、民間企業、医療法人）の担当者を通じて513名に配布する。留め置き法にて301名から回答を回収した。

質的調査：調査実施時期は2008年4月30日から5月29日までに量的調査で協力を得た法人で、担当者に趣旨を説明した上で監督職にある介護労働者18名（男女各9名のうち、女性1名は録音機器の不良により記録が出来なかった。）を選考してもらった。調査対象者は半構造化面接により原則1対1、60分以内、音声録音を行った。但し、調査協力者の都合により時間を短縮して行った、3名同時に行った場合も含まれる。

²²⁷ 第3章で示したように日本では家庭での介護が基本とされていた、日本で最初の訪問介護事業とされる長野県上田市の家庭養護婦派遣事業では寡婦を中心に雇用されたなど。

んでいる。介護労働者は専門的知識を有した存在であると考えている反面、「持っている資格の価値が高いから」、「介護職自体の社会的評価が高いから」という仕事に対する評価が高いという理由で選択している者が少ないことから、介護職の評価が低いことを認識している。「雇用条件（給与等）が高い」と答えている者はいなかった。介護労働者は介護職に対する意識として介護技術や知識に関しては専門性があると考えているが、社会的評価や雇用条件・給与水準²²⁸も高くないことを不満に感じている。（表 2）また、「そう思わない」、「全く思わない」、「分からない」と回答した者の理由で、「専門的な知識が必要ないから」は 0%、「専門的な技術が必要ないから」2%と答えていたことから、介護労働者としてはこの仕事に対して何らかの専門性があることは認識しているように見える。ただ、今回の聞き取り調査からは介護労働者から介護職の専門性とは一体何かという明確な回答は得られなかった。

次に仕事に対する誇りについて問うてみた。第 3 章で検討してきたように、介護職は誰にでも家事の延長線上にある仕事、出来る仕事というような専門性の低い仕事であるとみなされてきた。だが、既にみたように介護労働者自らは専門性があり、専門職だという認識がある。職務に専門性があるからこそその自己評価である。専門性を有しているからこそ誇りがあるのならば、どのようなものについて専門性があるのかを確認しておく。

(表3) 介護職として誇りを持っているか(%)	
持っている	52
少し持っている	20
普通	19
あまり持っていない	3
全く持っていない	2
分からない	3
無回答	1

介護労働者に職業に対する誇りの有無を聞くと、「誇りを持っている」とした者が 52%、「少し持っている」を選んだ者が 20%、「普通」とした者が 19%を含めると 91%と殆どの者が介護職として誇りを持っていると回答している。（表 3）それは後述するように利用者の生活を支えている、社会貢献をしている、専門的な仕事をしていると評価しているからだと考えられる。（表 4）今回の調査結果からは以下のような回答を得ることができた。

B「（介護職としての誇り・プライドは）ありますね。どうしても外からの目線として、おじいさんおばあさんと楽しく話して、ご飯を食べさせてあげて、何かもうちょっとほんわかしたイメージがあるような気がするんですね。その中でどれだけ精神的にギリギリのところまでみんながやっているのか、と言うのは分かって欲しいかなあと。一そこの面を評価してほしいですね。」

K「だから、誰でも出来る仕事じゃないよ、というのを本当はみんなに伝えたいわけなんで

²²⁸ 「今の給与（年収）から、あとどれくらいの金額として何%アップして欲しいか」の内訳は n=301 で、「10%」40 名、「20%」93 名、「30%」82 名、「40%」10 名、「50%」35 名、「それ以上」12 名、「なし」29 名であった。

すよね。誰でも出来たら誇りうんぬんの話じゃないじゃないですか。」

D「自分としては楽しい仕事なんですけど、やりがいのある楽しい仕事なんですけれど、世間からはそうは見られてはいないなという印象はすごくあります。」

D の「世間からはそう見られていない」というのは、専門的な知識と技術が求められる職業であるにもかかわらず、「安い給料で大変な仕事をよくしている」、「誰にでも出来る仕事ではないか」という見られ方である。介護労働者は専門的知識に基づいて仕事に対して誇りは持っているが、給与水準の低さ、社会的評価の低さに不満を抱えている。

一方で、介護職の仕事に誇りが持てていないと回答したのは、「あまり持てていない」3%、「全く持てていない」2%を合わせて5%あった。この仕事に誇りを持てていない理由とはいったいどういった理由なのか。

N、O、P「(この仕事に対する)誇りはないね。ー(この仕事に対する誇りがあるかは)考えたことがないね。」

Q「いや、プロに、プロになろうと思っているわけですよ。今。プロではないんですよ。ーそれは知識と経験ですかね?ー介護の専門職としての、専門職だなんていうプライドはありますけれど、これから作っていく段階ですね。」

今回、聞き取り調査をした18名で仕事に誇りを持てていないと答えたのはN、O、Pの3人のみだが、「誇りがあるのかを考えたことがないから」という条件付きであった。

(表4) 仕事に誇りを持つ理由(%)	
利用者の生活を支える仕事だから	26
人の命に関わる仕事をしているから	11
介護には技術や知識がいる仕事だから	11
利用者のQOL(生活の質)の維持・向上をさせられるから	11
利用者や家族に喜んでもらえるから	10
社会に貢献しているから	9
持っていない	8
利用者のニーズ等を見極めて仕事をしているから	7
なし	3
精神的・肉体的にきつい仕事だから	2
給与の金額が高い仕事だから	0
その他	2

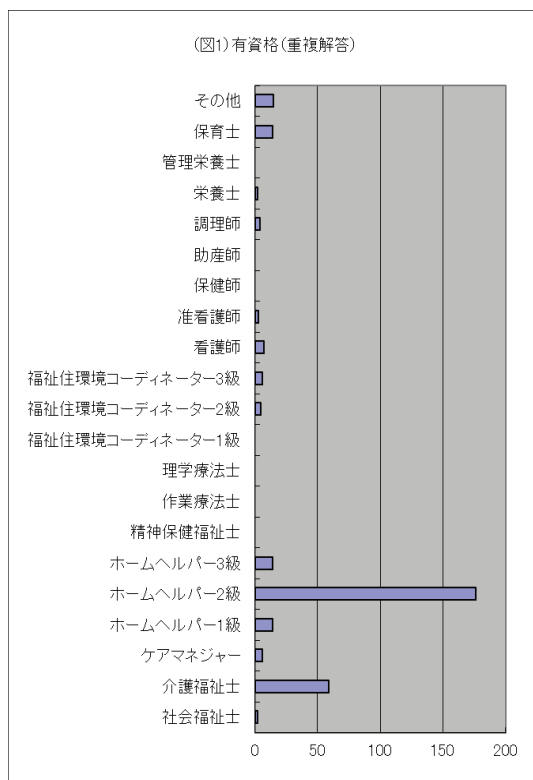
では、介護労働者は介護職として働いている上でどのような理由で仕事に誇りを持っているのか。(表4)を見てみると10%以上を超える回答で最も多かったのが「利用者の生活を支える仕事だから」26%、次に多かったのが、「人の命に関わる仕事をしているから」、「介護には技術や知識がいる仕事だから」、「利用者のQOL(生活の質)の維持・向上をさせられるから」が各11%、そして「利用者や家族に喜んでもらえるから」が10%であった。これらの回答では利用者のために支援することに特化した専門的な仕事という点で介護職の専門性を見出していることが分かる。「社会に貢献し

ているから」9%、「利用者のニーズ等を見極めて仕事をしているから」が7%であった。いずれの回答も介護労働者は社会に対して役に立っている、社会のために働いているということで満足を得ていることが共通している。その一方で、介護職はしばしば低賃金重労働、感情労働の典型的職種の一つであると言われている。今回の調査結果では「給与の金額が高い仕事だから」という賃金に関する面で選択した者の割合が0%であった。併せて「給与の金額（月額）に満足しているか」と聞いている。その結果は「とても満足している」2%、「まあ満足している」8%、「満足している（普通）」26%、「あまり満足していない」35%、「全く満足していない」26%であった。「満足している」と回答した者は全体の36%であり、「満足していない」と回答した者は全体の61%であった。

K「介護のプロとして仕事をしている以上はどんな方であっても、その方の生活を支えられるような介護をしていかなければいけないのかなとは思うところですかね。」

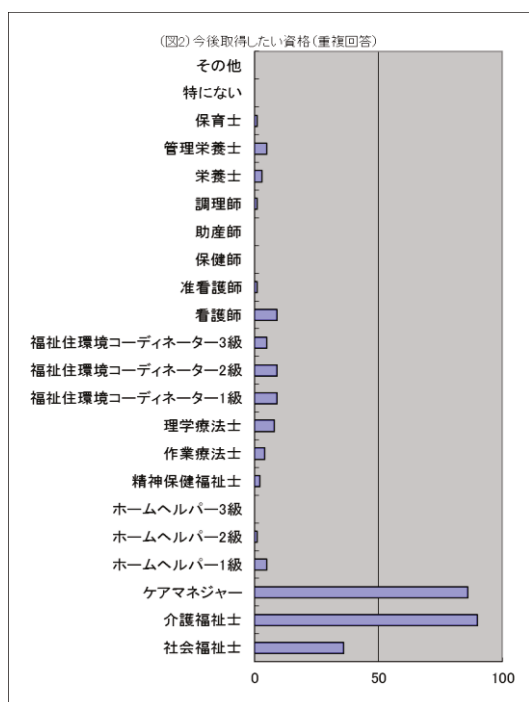
Kは介護労働者として利用者の自立した生活を実現するために介護のプロとしてどのように支えるのか、それをいかに実現していくのかという課題をもち、それに取り組んでいることが誇りの基底となっていた。このようなことから介護職は社会的にみると専門性が低い仕事とみなされ評価は低いが、介護労働者の自己評価は専門的かつ誇りのある仕事をしていると考えていることから、社会との認識に隔たりがある職業であることが分かる。

第3項 介護職に対する高まる専門性志向



介護は医師や弁護士のような業務独占の仕事ではないが、訪問介護事業所などの法人は求職者に対して介護職として働くために介護職員初任者研修(旧訪問介護員養成研修課程2級)修了程度の能力を求める傾向にある。その背景には世帯構成員の縮小など家族による介護能力の低下により介護の外部化が進んできたこと、職業として介護が成熟し始めていること、介護に関する資格制度が整備されてきたためである。さらに介護保険制度開始以降、利用者のニーズが多様化してきたことにより、きめ細やかな個別対応力が求められてきたからである。これにより法人は介護サービスの品質保証をするために無資格者では利用者のニーズを満たせないと判断し始めたことから、就職希望者に対し資格の取得を求めるようになった。

介護労働者は調査実施時点でどのような資格を取得しているのか。今回行った量的調査（ $n=301$ ）では重複回答で有している介護に関する資格を選択してもらった。（図 1）を見ると、介護労働者が有している資格はホームヘルパー2級、介護福祉士の2つに集中している。ケアマネジャー、ホームヘルパー1級、3級、福祉住環境コーディネーター2級、3級を取得した者が少数いる。一方で、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士等のいくつかは有資格者が0のものがあつた。精神保健福祉士は精神障害者の保健及び福祉分野に特化したスペシフィックソーシャルワーカーであること、作業療法士、理学療法士は医療従事者としての位置づけであることから取得者がいなかった。



これに対して、介護労働者が今後、仕事をしていくうえで今後取得したい資格（取得希望、現在取得中）について尋ねた。（図 2）ここでは既にホームヘルパー2級を取得している者が多かったため、これを取得する希望者は僅かであった。複数回答の結果、介護の国家資格である介護福祉士、介護サービスをコーディネートするケアマネジャー、相談業務を専門とする社会福祉士に取得したい資格として集中していることが特徴である。その他の資格は若干名が希望する程度であった。

介護福祉士の資格を取得したいと回答する者が多かった理由はホームヘルパー2級の資格しか有していないため（キャリアアップ）、2級レベルの知識や能力では不十分と感じている、

介護福祉士国家試験受験要件を満たしたから、資格手当が給与に反映される等が考えられる。その次に多かったケアマネジャーは、介護サービスのコーディネートをしてケアプランを作成するため肉体的な負担が小さいこと、資格取得要件として介護福祉士など法定資格取得後5年以上の実務経験が求められる²²⁹ためスキルアップとして介護労働者間で位置づけられていると考えられる。そして社会福祉士は相談援助を主たる業務とするため、社会福祉全体を対象領域としていることから広範な知識が求められ、かつ直接利用者に介護サービスを提供するわけではないことから肉体的負担は小さいことから福祉職として幅広く活動したいと考える者が資格取得を希望した結果であると考えられる。そういった意味では、直接利用者に支援するという狭い意味での介護を職務とするだけでなく、利用者のすべてを支援する広い意味での介護を担っていくことを介護労働者は求めている。

介護労働者自身は、新たに資格を取るための意味を以下のように回答している。

²²⁹ 介護保険法が制定されたと同時に創設された。都道府県知事レベルの資格であり、国家資格ではない。指定された資格を持ち5年以上の経験がある者に受験資格が与えられる。

C「それ（ケアマネジャーと社会福祉士の資格）は取りたいと思ってますね。あとは確かに現場自体はずっとやるのは体力的に厳しいことはやっぱり現実見て分かっている。」

Q「だから、（ホームヘルパー）2級の次は（介護）福祉士ですね、その次はケアマネ（ジャー）。で、その後がちょっとまだ見つからないだけで。あとは横の知識ですね。コツコツと。自分なりに深めていけたらいいなと言うことです。」

D「現場の仕事をずっと続けるっていうのに不安と言うのはさっき言ったんですけど、介護、介護福祉士の現場だけで、というのはちょっと考えられないーとりあえずスキルアップじゃないですけど、ちょっとずつ福祉の資格を取って幅を広げていきたいと。」

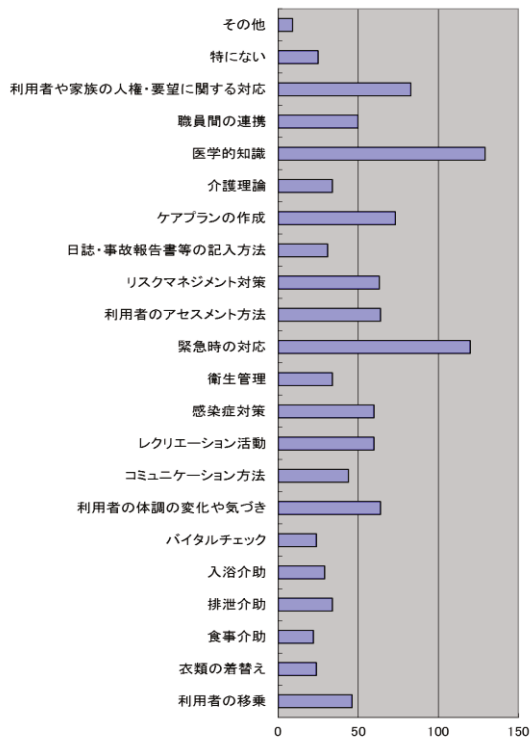
これらの発言から介護福祉士やホームヘルパー2級だけの知識や技術だけでは介護職としては不十分だという認識があることが分かる。介護職として求められる知識は、少なくとも身体的介護として三大介助と言われる食事・排泄・入浴であり、利用者は身体状況が一人ひとり異なることから安全で確実に実施することができること、また利用者とのコミュニケーションも介護サービスを提供する上では重要な情報源となりうることから、受容・傾聴・共感も身につけていることである。介護職にはリスクの低減と利用者の生活支援をするための情報収集の能力が求められている。そして、介護現場においてチームケアや多職種連携が主流となっている中ではこれが狭義の介護領域であり、さらに広い範囲で対応できる広義の介護領域に対応できることが求められているとも言える。

では、介護労働者たちはどのようなことを学びたいと考えているのか。「上司等から教えてもらいたいこと」として尋ねた。（図3）最も多く選択されたのが、「医学的知識²³⁰」と「緊急時の対応²³¹」であった。医療に関することである。この背景には、利用者の健康に関する項目が上位を占めたのは医療依存度の高い利用者が増加しているためである。医療依存度の高い利用者は医療機関で治療する必要はないが、慢性疾患や感染症等を抱え常時身体的に不安定な状態の者の場合を言う。現在、医療依存度が高い利用者が増加していく中で、介護職にも医療に関する知識や技術が求められるようになってきている。それはチームとして連携するためには利用者の状態を医師や看護師に伝えるために必要であるだけでなく、処方された薬がどのような効能や副作用があるものかを知ることによってケアに活かすことができるからだ。

²³⁰ ここでいう医学的知識とは、感染症対策、持病・既往症の理解、処方薬名、薬効・副作用の理解等を指している。

²³¹ 「緊急時の対応」は医療職への迅速な連絡・引き継ぎや救命措置である。例えば、捻挫や骨折をした場合に患部を固定する包帯法、窒息時の異物除去をする気道異物除去法、心停止状態に陥った際の人工呼吸方法、AED（自動体外式除細動器：Automated External Defibrillator）の使用方法等がある。

(図3) 上司等から教えてもらいたいこと



E「そうですね。(勉強が足りないと思います。)何か医学じゃないんですけど、そっちの方が(最近の利用者のニーズとして医療ケアが)多いじゃないですか。だから、そういう知識が全然ないので、そういう面では(勉強していかないといけないと思います)。」

G「事故とか誤薬とか、誤薬っていうのは、私も一回自分でもしたことがあるんですけど、怖いことなので、利用者に薬を配る時の、緊張。朝だけは(前日に看護師が翌日用に準備していた薬を介護)職員が配るんですよね。昼と夜は看護師が配るんですけど、その(誤薬をしてしまった)時の怖さって言うのは、一生忘れませんし、それだけに気を使ってやっていますし、(部下の介護職員に)指導もしています。」

J「現場の方でもそうなんですけれど結局1人では出来ないし、介護だけやるといっても関係する、絶対に関わってくる部分もいくつかあって、医療の面だったりすることもあるので、その医療的な知識というのは、現場の方でも、医者とかナースとかってほどでないにしても、ある程度知っておいた方が話しが出来るというんですかね、他職種と話すための言語というか、そういうところでは知識が必要になってくるのかな、と。うまく連携を取るためには、そういった部分も知っておいた方が良いとは思っています。」

介護労働者は利用者の身体的ニーズの変化に伴って新たに必要なスキル(医学的知識、緊急時の対応)の拡大が必要であると認識している。また各専門職との連携も必要になってきていることを意識している。この様な傾向は介護職として介護サービスのニーズがより広範かつ複雑になってきていること、資格取得段階(養成課程)で学んできたレベルだけでは対応できないことも発生してきていることを意味している。

介護職は職業として資格化と専門性志向が進んできており、ニーズはより専門的なケアができることが求められてきている。これに伴い、近年の動向としては2012(平成24)年4月から介護保険法の改正²³²がなされ介護職の職務範囲が拡大された。それは医療ケア(たんの吸引、経管栄養)の実施である。介護は歴史的に成立した経緯から医療依存度の高い利用者への対応は念頭に置かれていなかった。そのため、介護職員初任者研修も医療に関

²³² 厚生労働省通知(医政発第0324006号)

する学習は僅かであり、利用者への対応も十分に学べるものではない。それが生活環境の改善や医療の進歩によって利用者の平均余命が長くなってきたこと、慢性疾患を有していてもある程度健康をコントロールすることが技術的にもできるようになってきたことで介護職を取り巻く状況は変わってきた。そのため、介護職として働くには医療に関することは総合的な支援を実践していくうえでも職務上必要なことであり、介護職が単独で利用者の身の回りの世話をするだけではニーズに合致しなくなってきた。

特に介護現場では医療行為であるたんの吸引について介護職が実施することが求められてきた。厚生労働省は 2003（平成 15）年に「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成 15 年 7 月 17 日付け医政発第 0717001 号厚生労働省医政局長通知）」が出されており、介護職が在宅で療養する ALS 患者の家族の代わりにたんの吸引の実施を一定の条件の下ではやむを得ない措置とした。関連する通知としては「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（協力依頼）（平成 16 年 10 月 20 日付け医政発第 1020008 号厚生労働省医政局通知）」では、たんの吸引について研修の必要性が述べられている。「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 22 年 4 月 1 日付け医政発 0401 第 17 号厚生労働省医政局長通知）」が出され、従来通りやむを得ない措置としながらも取扱いについて述べている。つまり、利用者の慢性期治療にシフトしたことや家族介護の限界、医師や看護師が対応することが困難となった結果、介護職にたんの吸引等の役割が求められるようになった。

こういった経緯から 2012（平成 24）年の介護保険法の改正により、（ホームヘルパーは所定の研修を受けることが条件であるが、）介護職員等によるたんの吸引等の実施が職務として位置づけられるようになった。同時に質の高い介護サービスを提供するためにもチームケア、多職種連携を推進することが必要となってきたことから専門知識の一つとして医学的知識が必要となってきた。しかし、今回の職務範囲の拡大は介護職の専門性を担保して行われた職務範囲の拡大ではない。家族からの要望という外的要因が大きい。介護職の専門性は社会からの要請から決定されるものではなく、職務の内容を見ていく必要がある。これを踏まえると単独での行為で専門性が見出しにくい状況と、医療依存度の高い利用者が増加していることを背景として医師や看護師との連携は不可欠である。もちろん、介護職の学習量を見ても医師や看護師が有している知識量との違いは歴然としており、専門分野が異なることから情報の共有をすることが求められる。

第 3 節 介護職の専門性はどこにあるのか

第 1 項 介護保険制度における介護職の役割

高齢者の介護は介護保険制度に基づいてサービス提供が行われるようになった。介護保険制度において介護職はどのような役割を担っているのか。介護保険の利用から終結するまでの全体的な流れをまとめた。その上でチームケアと多職種連携の位置づけを確認する。

- (1)要介護（要支援）認定の申請：高齢者もしくは家族が申請する。
- (2)認定調査と判定：市町村での認定調査（一次判定）、介護認定審査会による要介護認定（二次判定）により高齢者の要介護度（要支援度）を判定する。
- (3)ケアプランの策定とサービス提供事業者へ利用の申し込み：介護認定審査会で決定された要介護度（要支援度）に基づきケアプランを作成する。サービス提供事業者と契約する。
- (4)ケアプランの実施：サービス提供責任者と契約後、サービス提供が開始される。
- (5)チームカンファレンスの開催：利用者の状態に合わせたサービスを提供するためにカンファレンスが持たれる。介護職単独の場合や医療職などの専門職が参加する場合もある。
- (6)ケアプランの見直しと終了：利用者の状態の変化に応じてケアプランの見直しを行う。ケアが終了する場合は利用者が別の事業所の利用を求めた場合や死亡した場合である。

介護保険制度において介護職はケアプランが確定後、主にサービスを提供する場面で役割を担っている。介護保険制度ではチームケアが重視されていることから、それを機能的なものとするために介護職はどのような役割を担っているのか。そこでは単にケアを提供するのではなく、さまざまな役割が果たされている。介護保険制度における介護職の役割は以下のように示すことができる。

- ①利用者を知る：介護サービスの提供を円滑に進め、他の専門職と連携をとるためにも利用者を知らなければならない。利用者を知るとはケアプランで書かれた背景、人間関係、身体状態、精神状態以外に趣味、嗜好、価値観、行動様式、癖などを把握することである。介護職として求められるのは、利用者の全体像を把握することである。
- ②利用者との信頼関係を築く：①と同時に利用者との信頼関係を構築することが求められる。信頼関係を築くためには、介護労働者が利用者を受け入れる（受容する）ことが必要である。すなわち、信頼関係ができることで利用者の本音を知ることができるようになるということであり、さまざまな情報が入手しやすくなる。
- ③利用者を観察・記録する：介護サービスを提供しながら利用者の身体状況や精神状態等を確認し記録をつけていく。介護職が利用者の日常生活の動向を把握する基本情報となる。サービスを提供しながら利用者の状況について観察・記録をつけることで、時間的な変化を知ることができる。
- ④利用者と各専門職をつなぐ：チームケアを推進していくうえで、各専門職とのかかわりは重要な要素である。各専門職が利用者にケアを提供する際に、認知症などにより応答が難しい場合に対応することができる。介護職がその場に居合わせれば状況を専門職へ助言し、いなければ記録で伝えることができる。

介護保険制度開始以降介護現場ではチームケア、多職種連携が重要視されてきているが、介護職が担う機能は単に介護サービスを提供するだけではない。介護職は利用者と最も多

くの時間と回数を接する立場にあることから、チームに参加する専門職に情報が提供・共有できる役割が求められている。介護職は利用者ニーズの視点から単に単独でケアを提供するだけでは十分でなく、チームケアをマネジメントすることが新たな役割として求められている。それは、チームとして参加する各専門職の役割の在り方から検討すれば、最も適切な立場にあるのが介護職であることが分かる。つまり、時間の経過から判断できる状態の変化や利用者との接する回数から考えても、介護職がどの立場の専門職よりも情報を把握しやすい立場にあることは明確であり、その職業でしかできないこととなる。

介護保険制度ではチームケアや他職種連携が新たな介護のキーワードとして重要視されるようになってきているが、具体的にはその方法論や課題については明らかにされていない。介護職が求められる役割は新たな介護ニーズに対応できることが専門性であり、時代に応じた変化をしていくことが求められる。利用者のニーズが複雑多様化している中では、利用者から収集した情報を介護職が分析判断し、それを各専門職に伝達することが旧来型の単に介護サービスを提供すればよいという段階から進んでおり、求められる専門性であると言える。

第2項 事例分析²³³

ここでは介護職の専門性を明らかにするため、介護現場で用いられるチームケア・多職種連携の実態について3つの事例からアプローチを試みる。ここでの分析の視点として介護職がチームケアを推進するうえでの多職種とのかかわり、利用者の日常的な事柄に対すること、非日常的な事柄に対することを取り上げる。尚、今回協力を得た介護労働者と事例に登場する人物の個人情報保護のため、登場する者の名前はイニシャルで表記する。

インタビュー事例1

調査協力者 U：女性、42歳、介護職歴15年、民間企業勤務、介護福祉士・ホームヘルパー1級、2級

²³³ 調査概要

調査日時：2013（平成25）年10月6日（日）、10日（木）

調査対象者：チームケアを担当したことがある介護労働者（滋賀県、大阪府内の法人勤務）
プロフィールは各事例に記載している。

調査方法：半構造化面接法

調査時間：1対1、60分以内

質問内容：①担当したケースの概要、②チームとして構成していた他職種、③医療職とのチームケアにおける事例、④ヘルパーから専門職への引き渡し、⑤日常的な事柄に対応する事柄、⑥非日常的な事柄に対応する事柄

利用者の基本情報	
利用者名	Aさん
性別	男性
年齢	73歳
要介護度	訪問介護開始後要介護度1、最終的には要介護度4
家族構成	妻Bさん(認知症、錯乱等神経症) 70歳
病歴・既往歴	C型肝炎、繰り返しの圧迫骨折、肝臓がん
多職種への参加	医師(往診) 看護師(訪問看護)

(概要) 2012(平成 24)年頃の事例である。利用者 A さんは、認知症、錯乱等の神経症のある妻 B さんと 2 人暮らしの同居をしている。A さんはがんを患っており、老老介護の状態となっている。訪問介護開始当初、A さんは要介護度 1、亡くなる直前は要介護度 4。訪問介護は 3 人が担当。その他介護サービスはデイサービス 2 か所、ショートステイを利用している。定期的にかかりつけの医師に

よる往診と、訪問看護を利用している。訪問介護を利用した当初は A さんのみであったが、1 年後 B さんも併せて支援をすることになる。B さんは要介護度 1 から 3 となった。

多職種に対する専門性の理解(介護職が多職種の専門性を理解)

「この職に就いて最初の頃は、医療の基礎用語ブックみたいなのを持ち歩いて、聞きながらわからない言葉を調べる、聞く機会がある時に(医療職に)お聞きしたり(した)。」

「通院介助とか行くじゃないですか。(介護職は利用者の)血液検査や尿検査の結果を見ることができる。今これが上がってきている、その時に『この数字がもっと上がったらどうなりますか』とか(医師に)聞いたりだとか、このお薬が増える意味を聞いたりだとか薬剤師さんとかに、とにかく情報を、病気があると分かっているのに知りません、分かりませんとは言えないので、判断しないとイケないので、最低限のことは頭にインプットするようにして(います)。」

介護職はチームケア・多職種連携を行う上で、チームとして参加する各専門職がどのような専門性に基いて役割が与えられているのかを把握する必要がある。それぞれの役割を把握することで自らの役割分担が明確になり、チームのコーディネートをすることが可能になる。この事例では「多職種に対する専門性の理解(介護職が多職種の専門性を理解)」において、医師から介護職への情報が一方的に与えられるのではなく、介護職が情報を確実に受け取るために基礎的な専門用語や意味を勉強し、分らないことはその場で確認している。その際に分からない専門用語や数値の変化の意味について理解できないことがあれば、確認をして利用者の変化について情報を共有する。

専門職との連携

「(私が担当したケースは医師等と介護職との共有の場ができていたので) お医者さんもすごい動いてくれるし考えてくれるし、情報を(共有して)とにかくチームで連携するよう

に動いているので、どんな情報も変化もチーム全体で把握できているのは模範的なケース。そういう所はケアマネもすごく動くしすごく利用者の事を考えて動いてくれる方ですね。」

「自分がお風呂に入れる時に（同僚の）ヘルパーさんから（も言われていたことで）、ちょっと立ち上がりや立位保持厳しくなってきた、自分も（浴室に）入ってみてちょっと危ないかな、家の風呂って施設の風呂と違って、狭いし、限られた空間の中で自分らも無理な体制で事故が起こらなく考えていかないといけないわけじゃないですか。－その人（ヘルパー）達の体も守っていききたいし、利用者の身も守っていききたい。その時にその方が訪問リハビリ（を利用していたので専門職の人）もチームの中にいたので、－先生が入ってる時間にお邪魔させてもらっていいですかと許可をもらって、入らせてもらって、『実は入浴時の立ち上がりが厳しくなっているんです』、『移乗が厳しくなっているんです』、『何かこの方にとって楽な方法があれば教えてください』と、アドバイスをいただいたりー。」

次にチーム内の役割を把握したうえで、介護職はどのような形で連携を取っていかねばならないかを考える必要がある。自分がどのような情報を持っているのか、役割を果たすうえで多職種にどのような情報が必要なのか（提供してもらう）ことを考えなければならない。そうすることで互いの立場に基づいて総合的な利用者の支援をすることができるようになる。この事例では、介護職から各専門職へ情報を提供することで利用者の状態を共有している。介護職から得た要介護者の日常的な変化や要望を専門職が知ることで、専門的なケアをより効果的なものになっている。

利用者支援における日常的な対応

①利用者の日常の状態を観察する

「ヘルパーの仕事の基本というのは状態観察。最初に『おはようございます』と挨拶をして、しないといけない仕事を含めても5分なんです。その際に目はどうか、顔色はどうか、全部、話してくる言葉の感じはどうか、手足の浮腫はないか拾えるだけ拾います。生活空間を見て、ここで寝てたのは何でだろうとか、いつものパターンと違うことに気付く、ご飯を食べたというけど流し台にお皿がない、洗ったのかな、どうも食べてないぞとかー。」

「大概1ケースを3人で見るんです。1日3回訪問があるとか。－大概3人で担当しているんですけど、『変だ、変だ』、私達の一回の訪問に許されている時間が30分なんです。毎日来ていると分かるんです。こうこう家でいるとおかしいんだけど、『通所ではどうなんですかね』と通所の様子を聞いてもらう。」

②情報の提供と共有－ケアプランの見直し

「最初のケアプランというのは叩き台で、実際現場に入ってみて、家事や洗濯は出来るっ

で言っているけど洗濯機は回せないよ、食事は作れないよ、お薬も飲めないよとか、ずれているんですよ。そこで、入ってみたらこうですね、こうですよという情報を持って行ってあげると、ケアマネがケアプランをこういうふうに変えさせてもらいます（となります）。一つの現場のサービスが固まるまでだいたい 3 ヶ月かかるんです。本当にその方にあったプランは、入ってから情報をどの位あげられるか。ヘルパーにかかっているケースが結構多くて。」

③ケアにおける日常的な判断

「お医者さんからの指示書みたいなものがありますよね。お風呂に入れる時血圧がいくつで、判断しにくいゾーンだと間違える、一例えば 180 近いけど、そこまで行ってないけどどうもおかしい。一もうちょっと細かく、自分が入っている時は利用者の判断を話しや様子を見ながら判断するけど、登録ヘルパー、パートさんとケアマネに（伝えてそこから）こうこうこうで、こうなんですと言われた時に（私は）見てないので判断できないー。とりあえず、直ぐ行けそうな場合は今から（利用者宅へ）行く。それで見せてもらって、今から（お風呂に）入れてという判断をさせてもらっているんですよ、本当に見ないと判断できない状態もいっぱいある。」

④利用者の状況に応じたアレンジと調整

「（専門職の）先生は原理とか体の仕組みでアドバイスしてくれるんですけど、本人がそれまでしてきた順序があるじゃないですか。新しいことをお年寄りがやるっていうのは流れを変える、厳しいんですよ。でも、私達としては本人がやってきたことも大切にしていあげたいし、厳しい部分は安楽にしてあげたいし、専門（職）はこう言うけど、利用者の気持ちは個々にある。その折り合いを付けられる要になれるのは私達しかいないじゃないですか。一利用者って先生という人には不満を言えないです。そのかわり（不満を）どこで出すかという、ヘルパーが入った時に出すんですよ。『先生はこう言うけど、これはやりにくい』、『そうですね。やりにくいよね、厳しいよね、一回やってみてもらっていい、本当にやりにくそうですね。』いつものそれまでしてきた手順を知ってるんで、『そっか分かった、先生にもうちょっと違うやり方ないか聞いてみるわね』、両方が納得行くように落とす方がチームとして円滑にいくわけじゃないですか。」

支援をするために利用者に最も長い時間かかわっているのが介護職である。介護職は家政婦と違う点は利用者を観察すること、職務遂行をする上での情報収集と他の専門職が必要とする情報を把握することである。ケアプランに記されたことだけを機械的にこなすことではない。日常生活を観察した結果を以下のような方法で活用している。

介護職はチームケアを効果的なものにするために利用者の状態を観察している。①これは介護職がケアを提供する際に活用するのみならず、各専門職に提供される情報である。

これに基づいて利用者の身体の変化を知るだけでなく、微細なニーズに対して的確に対応するためである。②今回の事例では、最初に作成されたケアプランを実践していく際に微妙にずれたサービスを介護職がケアマネジャーに修正を提案している。介護職の役割として観察を通して利用者の支援をする基盤となっている。③また、医師は日常生活を観察した情報により指示書が作成され、介護職が判断に迷う時により適切な指示を与えることができる。④そして、介護職が利用者の状態を把握し、各専門職（今回は理学療法士）に改善を促し、その結果を介護職が受け止め利用者に還元することを行っている。

利用者支援における非日常的な対応

①異変発生時の対応方法

「急変時は緊急加算が付いている方なので、緊急時訪問介護が対応するというものなんですけど、おかしい時には緊急連絡先番号に連絡して、状況を説明して訪問看護の指示をもらう、様子が見られる状態のときはケアマネの指示を待つ感じです。」

②異常発生時の見極め

「いつもと違う、おかしい、いつも起きている人がずっと寝ているようになった、経過を見ていよいよ起きなくなったりとか、浮腫、顔つきの変化、認知の進み方、その速度の異常さ、何か身体にひどいことがあるからこんな早い進み方、異常行動ですよ。ーそういうのに気付いて触れるというのに意識づけています。」

③多職種への連絡・連携に対する判断

「気づきがあって、それが緊急性なことなのか、救急車というパターンもあったので、後日報告で、こうこうこういう状態だったので救急車を呼ばせていただいて、『今搬送されています』とかそれも判断ですよ。」

④医療職とのやり取り

「(利用者の状態が単に) おかしいんですとかではなくて、最低限の情報をあげた方が報告するときに、適切な、欲しいであろう情報を全部確認してあげる。そうでないと電話の際に(医療職が)『脈は何回ですか』、(私が)『ちょっと待ってください』、(医療職が)『黄疸はどうですか』と聞かれた際にその都度その都度に時間がかかるし、かけ直すことになるので拾えるだけ拾って報告する。」

⑤医療職への引き継ぎ

「(介護職は医学的判断ができる) 看護師や医者ではないですけど、利用者がどんな薬を飲んでいて、どんな副作用が出ていて、その方の病気の理解をするために、それがどのような疾病か調べて、一病状が進んでの行動なのかの判断が大事なので、最低限利用者の情報

をもらった時点で調べることはしています。－自分がおかしいと思った現状を必ず（医療職へ）伝える、全部引き継ぐ、口頭で。」

利用者は健康の不安を抱えている場合が多く、時として医師や看護師を呼び出す、救急車の出動要請を行う。そこで求められるのが利用者の状態判断と医療職に引き継ぐ判断である。処置を行うために利用者の身体的変化の原因を探る上で日常生活がどうなっていたのか、行動や様子からの情報を伝えることは有効なものである。

非日常的な対応として、介護職から医療職への引継ぎである。その過程は緊急時の連絡手段（異常の発見、適切な連絡の取り方）、異常発生時の見極め、多職種への連絡連携に対する判断の根拠、介護職から医療職への情報提供である。特に④の救急搬送時の情報は選別したものが求められる。例えば食事の摂取、身体の変化等であり、それに基づいて⑤医療職は処置を行う。適切かつ必要な情報がなければ的確な処置は行えないからである。

次の事例 2 では 2 つの事例を紹介する。

インタビュー事例 2

調査協力者 O：女性、49 歳、介護職歴 15 年 2 カ月、NPO 法人代表、介護福祉士・介護支援専門員

利用者の基本情報	
利用者名	Cさん
性別	女性
年齢	90代後半
要介護度	要介護度5
家族構成	1人暮らし
病歴・既往歴	特になし
多職種の参加	医師(往診・通院) 看護師(訪問看護)

（概要）Cさんは90代後半の女性で1人暮らしである。高齢者特有の疾患や疾病等はなかったが足腰が弱り歩行がおぼつかないため、転倒した際に顔を強打し裂傷を負ったことから訪問介護の利用を開始した。要介護度 5。顔の怪我の状態をみるために医師が往診で来ており、また内臓関係に不安を抱えていたため訪問看護を利用していた。Oが担当していた当時は1人暮らし。2000（平成 12）年頃のケースである。

（概要）Cさんは90代後半の女性で1人暮らしである。高齢者特有の疾患や疾病等はなかったが足腰が弱り歩行がおぼつかないため、転倒した際に顔を強打し裂傷を負ったことから訪問介護の利用を開始した。要介護度 5。顔の怪我の状態をみるために医師が往診で来ており、また内臓関係に不安を抱えていたため訪問看護を利用していた。Oが担当していた当時は1人暮らし。2000（平成 12）年頃のケースである。

専門職との連携

「その方の所には週 1 回往診の先生が来られていた、それ以外にも訪問看護も入っていたんですが、－その方の食が落ちてきたんです。食べられない状況が出てきた時にでも『食べています』とおっしゃる。－往診の先生が帰る時に玄関までお見送りする時にちょっと先生に耳打ちするような形しかとれなかったんですねー。（そういった時代でしたが、）今は、正直、結構往診の先生なんかヘルパーに聞かれますね、『どうですか』って、往診の

先生もそうですし通院なんかに付いて行ってもヘルパーに聞かれるんですね。」

利用者の生活支援の上で健康管理も一つの役割である。医師も利用者の生活状況を知ることとは診察をするうえで判断をする要素となる。そのためにも介護職が日常の変化を情報として提供をすることは相互の連携をするうえで必要なことである。

利用者支援における日常的な対応

①利用者の日常の状態を観察する

「洗濯物1つでもね、その人の状況っていうものを知ることが出来るんですよね。変な話、失禁が増えてきたとか、逆に言うたら洗濯物が全然ないとかね、アレ？お風呂入ってない、なんでお風呂入ってないんやろ、そっからいろんなものをね、利用者に問いかけていきながらで、出てくる情報って結構あるんですよね。だから私達は血压測ったりとかそんなことはしないけれど、その人の生活を観て何かが変わってきてんなと思ったら、サービスの中でいろんな話をしながら、なんで今変わってきてんねやろっていうところを追っていくんですよね。」

「日常どういうふうなタイミングできっちりと薬飲んでるのとか、変な話『飲んでる飲んでる』って言って飲んでない方もいらっしゃるんですね。そういう方は訪問看護が整理したやつをポンとゴミ箱に捨てているんですよ。でもそれを発見するのはヘルパーなんですよ。ゴミを処理する時に『アレ？この薬なにか？』とか、そんなんでヘルパーが発見することも多いので、お薬管理になってくるとヘルパーの情報っていうのを『どうですかね』っていう感じでお話することはありますね。だからヘルパーにもゴミ捨てやからってポンとゴミ捨てるんじゃないよって。そりゃ探ってたら利用者も良い気はしないんで、ゴミを処理するふりをしながらね、どんなものが入ってるかっていうのを見とかないとっていうのは。ヘルパーってそういう仕事やと思うんですよね。ゴミを捨てに行くんやったら家政婦でもできるし、そうじゃなくて家政婦じゃなくてヘルパーっていうのはそういうことが、1番の大きなアレやと思うんで。別に管理しているわけやないんやけども、利用者の変化を知るために、そこを観察するっていうのは大事な。」

②他職種への情報提供と共有

「何のために訪問看護が入ってるかっていうのもあるんですね。一お薬の管理のために入ってる訪問看護のところもあれば、逆に何かしらの処置が必要で訪問看護が入ってる利用者もいらっしゃるんで、処置が必要な利用者の訪問看護との連携っていうのは薄いんです。一ただ、お薬をきっちり飲もうねっていうふうな形で入ってる訪問看護、お薬の管理をしっかりしてる訪問看護なんかは、私達にわりと聞いてきますね。」

③ケアにおける日常的な判断

「身体もそうですが精神状態ですかね、日常の中での変化、それをヘルパーは絶えず観察して、利用者がただ単に食欲がないと言っても身体が悪くて食べれないのか、ありますよね。気持ちの部分でっていうのが。一私らがここで集約しながら、ちょっとアレかなと思ったのはもう一度ヘルパーに聞いたりとか、状況によっては訪問して利用者宅に行ってみたりとかで利用者の状況を把握する、その中で必要と感じたものを医療者に振っていくっていう形をとってますね。」

介護職が利用者を支援するために日常生活の中で情報収集することは、専門的な役割の一つであると言える。単にケアプランに示された行為を行うことは誰でもできる。そうではなく、利用者の生活歴を一つひとつ観察し、変化に気づくことで利用者の状態を把握することが日常的な対応として求められる。支援を行いながら得た情報を同僚だけでなく、チーム全体でどのように活かすのかを考えることをするのが介護職として行う職務の特殊性である。

利用者の基本情報	
利用者名	Dさん
性別	男性
年齢	65歳
要介護度	要介護度3
家族構成	1人暮らし
病歴・既往歴	パーキンソン病
多職種の参加	医師(通院) 看護師(訪問看護) 作業療法士 理学療法士

(概要) Dさんは65歳の男性で1人暮らし。パーキンソン病を患っており、要介護度3。パーキンソン病を患っていることから、訪問介護を利用する以外に訪問看護とリハビリと身体機能の維持・回復をするために作業療法士と理学療法士がチームとして入っていた。その他、医師からは痛み止めのためにロキソニン等の薬が処方されていた。

利用者支援における非日常的な対応

①異変発生時の対応方法

「(利用者) 本人の判断能力っていうのは1つの基本がありますね。一本人自身の判断能力が弱かったり、伝えることができなかったりっていう方であるならば、その場合は訪問看護が入っている利用者の場合は、まず(介護職が連絡して)訪問看護に(対応してもらおう)ということが多いですね。訪問看護の方で観察なり、状況によっては緊急訪問で訪問してもらって、医療者の方へっていうのが多いですね。」

②医療職等とのやり取り

「だから救急車なんかを呼ぶとまず、そこ(利用者の異変や状況)を聞かれます。だいたいの普段の様子はどうか、何時ぐらいからどうなりましたか、っていう。救急隊員に

はまずそれを聞かれますね、救急搬送する時には。」

「その方はね、一救急搬送で救急車呼んで、一救急隊員からね、『いつぐらいから身体動か
なかったですか』とか、『この2、3日の状況どんなでしたか』とか、『飲んでるお薬何で
すか』とか、『今日倒れるまでにご飯食べてますか』とかね、一救急隊員は知りたいわけ
でしょ。一その人も『その日の朝食べた』っておっしゃったんですよ。でもヘルパーはそこ
を観察してて、『いや、絶対今朝は食べてない』、食べてる形跡がなかったんですよ。一（救
急隊員が）『えっ？』って言うから、『いつもはパンをこう焼いてこういうふうな食べ方し
て、必ず洗えてない食器がここにあって、こういうふうな状態なんです』って、『でも今日
は台所綺麗です』って、『牛乳の量も減ってません』と、『多分食べてないですよ』って。」

介護職は医療職でないため治療や診断はできない。体調不良に伴う救急搬送など非日常
的な対応は事前に利用者の希望を踏まえて事業者と利用者間で決め事²³⁴をしていた。緊急
時の対応策として一般的に用いられている方法は、緊急時の連絡先と連絡方法をわかりや
すい場所に掲示したりしている。また緊急時の対応には家族以外で日常的に利用者に接し
て変化を知ることができるのは介護職しかいない。介護職は記録やコミュニケーションか
ら情報を専門職へ引き継ぐことが可能となる。そして、治療を終えて退院（帰宅）してき
た際にも医師や看護師からその後のケアについて指示を受けて引き継ぐことも介護職の役
割の一つである。どのような状況であっても利用者の生活を支える役割を担っているのが
介護職である。

2人の介護労働者から3つの事例を話してもらった。それぞれの事例をみると、チームを
動かしていくうえで介護職が各専門職の媒介となっており必要不可欠な存在であると言え
る。つまり、介護職が起点となって利用者の生活全体から情報を収集と把握して、効果的
なケアとなるよう各専門職に提供して専門的ケアに結びつけている。反対に介護職は各専
門職とのやり取りを通じて利用者に負担のかからない方法を検討し、利用者に対するケア
に活かしている。そして、体調不良などの場合には必要に応じて医療職へ引き継ぐ形も採
っている。

第3項 介護職と各専門職における連携の構造

3つの事例を踏まえたうえで、チームケアと多職種連携における介護職と専門職の役割構
造は以下のように整理することができる。

²³⁴ 在宅の場合ならば、利用者の体調不良の場合に備えケアプラン作成時点で事前に相談の
うへ電話付近や目立ちやすいところに家族、医療職（医師、看護師、かかりつけの病院等）、
それ以外の協力者の連絡先を掲示していることが多い。施設の場合は在宅と同様に緊急連
絡先を事務室などに示している。連絡先以外に、緊急時の対応方法が職員間で取り決めら
れていることが多い。

- (1)利用者の状態観察：介護職は在宅・施設を問わず、どの専門職よりも長時間利用者と接する立場にある。利用者の嗜好、癖、生活習慣（リズム）、体調、既往症、精神状態といったあらゆる状態を知っている。従って、いつもと違う微妙な変化に気づきやすく、状態に合わせたケアを行うことが可能となる。
- (2)介護職から専門職へ：(1)で得た情報を介護職は同僚と共有するだけでなく、各専門職へと情報提供をする。利用者の訴えを情報として整理し、専門職へ提供する。定期的なケアはこの情報を加味したうえで行われる。
- (3)専門職から介護職へ：薬の服薬状況や日常的な傾向を知らなければ、利用者の本当の状態は把握しにくい。そのため、医療職は介護職が利用者の日常的な状況と様子を観察していることから処置に情報提供を依頼している。(2)と同様に専門職は介護職から得た情報を含めて対応をしている。
- (4) 介護職から利用者へ：(2)で提供した情報は専門職が専門的知見により対応をする。恒常的に状況を知る必要がある事柄については介護職に指示し対応を求めるだけでなく、状態変化の観察をする。介護職は専門職から受けた指示を踏まえて利用者のケアを行う。
- (5)緊急時の対応と専門職への引き継ぎ：特に緊急時の対応は一刻を争うことになることから、普段の状況からどのようなことが最善なのかを判断し専門職へ引き継ぐことを行っている。具体的には医師や看護師、救急救命士などに日常生活状態について提供できる情報が生死を分けることになり的確な処置が可能となる。

介護サービスを提供する段階では介護職の役割がより重要なものとして位置づけられていることが分かる。介護職は介護サービスを提供する存在だけではない。(1)利用者の日常生活と体調を観察し状態変化を把握する。(2)それをチーム全体として共有する。(3)専門職が往診や訪問看護で利用者に処置や指導を行う際に日常の状態を介護職から得て判断材料の一つとして活かされる。(4)専門職が利用者向けの指導や処置をした場合に、介護職が円滑に支援やフォローができるように情報を受け取り対応する役割もある。(5)利用者が体調不良の場合は診察時に伝え、処置に活かされる。このような構造からチームケアにおいて介護職は利用者に対して介護サービスを提供するだけでなく、情報収集、情報の共有・提供、チームメンバーとしてのコーディネート、専門職からの情報分析という役割を担っている。現代の介護システムでは、介護職が単独で行う狭義の介護ではなくチームケアを包括した広義の介護を展開することが必要である。

第4節 ヨーロッパにおけるケアワーカー

これまで日本における介護職の専門性について検討してきた。その一つのあり方が広義の介護の専門性としてチームケア、多職種連携に求めることができる。例えば、医療と介護という役割分担の下ではその間に落ち込んでしまう者、すなわち治療する必要がないが体調が不安定な医療依存度の高い利用者への対応は課題であったからだ。この課題を克服

するため、介護職は多職種連携を図りながら総合的なケアをチームという形で推し進めている。また介護保険法の改正で介護職にたんの吸引と経管栄養（医療ケア）を行う道が開かれることになったことで介護職は医療分野への進出を行い、これまで分断されていた領域間との結びつきが進められた²³⁵。介護職の医療分野に進出することは不自然なことではない。すでに述べてきたように、ケアという概念は医療と介護を完全に切り離すことができないものだからだ。しかしながら、日本ではケアを医療と介護に分離するという前提でなされた役割分担の下で職務範囲が設定されてきた。

介護職の専門性の確立をするためには狭義の介護にも力点を置く必要があると考える。すなわち、介護職の本来の職務範囲である介護サービスを提供する家事援助、身体介護の領域である。広義の介護と狭義の介護で専門性を高めることは、介護職の社会的地位の向上を推し進めるうえで効果的なものであると言える。そこで日本の介護職がより専門性を高めるためにより広い視野を持つことが必要と考えることから、海外の事例も確認しておく必要がある。海外のケアワーカー（＝介護労働者）は介護職としてどのようなアプローチから専門性を高められているのか、専門性を有しているのか、介護サービスを必要とする利用者に対してどういった形でケアを提供しているのか。海外のケアワーカーは介護現場における総合性をどのような形で担っているのかを検討する。

第1項 ヨーロッパを選んだ理由

日本より先に人口の高齢化が始まったのはヨーロッパの国々である。ヨーロッパの国々では人口の高齢化のスピードは遅く数十年以上かけて高齢社会へと移行していった。それに対して日本は1970年代より急速に人口の高齢化が進み、慌てるようにして介護職の制度が整備されていった。ヨーロッパでは早くから生じた人口の高齢化に対して日本よりも対策を取る時間もあり、その歴史的経験から介護職制度を発展させることができ、数十年後の日本の姿を映しているとも言える。

ここでヨーロッパの事例を扱う理由が他にもある。日本と地理的にも近いアジア諸国、とりわけ経済発展が進んだ韓国²³⁶やシンガポール、中国などではここ数年の傾向として人口の高齢化²³⁷が進んでいるが、日本やヨーロッパの国々と比較して介護職制度のみならず、

²³⁵ 「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」では、医療行為との整合性や導入に関する問題点があり結論が出される前に国会で実施を認める案が通過したため、課題を抱えたまま医療ケアを介護職に認められることになった。

²³⁶ 韓国では2008年7月1日より「老人長期療養保険制度」、いわゆる介護保険制度が導入された。介護サービスを提供するのは「療養保護士」であり国家資格であるが、年齢、性別、学歴制限はない。1級は240時間の学習で身体介護と家事援助が行え、2級では120時間の学習で家事援助のみが行える。韓国の介護保険制度の詳細については金貞任著「韓国の介護保障」pp.133-151（増田雅暢編著『世界の介護保障』）、咸日佑「韓国の介護保険制度・施行1年の成果と今後の課題」pp.75-96（同志社大学社会科学会『評論・社会科学』第九十号）を参照のこと。

²³⁷ 平成25年版高齢社会白書「図1-1-13 世界の高齢化率の推移」（p.12）によれば、2010

それに関する社会制度の整備が遅れている。具体的には、儒教的な影響がまだ根強く残っており家族による介護が中心であること、人口の高齢化が始まったのは日本よりも後であり社会保障という観点でも介護サービスを提供するだけの制度が整備されていないこと、高齢者福祉に関する制度自体が救貧的な性格を色濃く残していること、そして高齢化のスピードは別として依然として日本より人口の高齢化率が低いためである。

そこで人口の高齢化が日本よりも先に進み、制度も救貧的性格ではなく、制度も市民に社会サービスとして浸透し、かつ日本の介護労働者が行っているよりも広い職務範囲などの理由からヨーロッパを対象として事例を検討する。ここでは介護労働者の社会的地位を高める要因である専門性がどこにおかれているのかについて焦点を当てて検討したい。では、本論文ではヨーロッパのどの国のケアワーカー制度を取り上げるのか。スウェーデンとドイツのケースを検討したい。この2か国を取り上げる理由は上述のように人口が高齢化していることが挙げられる。「平成25年版高齢社会白書」の「世界の高齢化率の推移」(p.12)によると、スウェーデンの高齢化率は18.2%、ドイツは2010年で20.4%であり、高齢社会に突入している。他にもスウェーデンは福祉が進んだ北欧の国の一つとして位置づけることができ、ドイツは介護保険制度を導入し日本での介護政策に影響を与えた国であることが挙げられる。上記のような理由でスウェーデン、ドイツのケアワーカーの職務について介護の総合性という視点から検討する。

第2項 スウェーデンの事例から

1. スウェーデンにおける福祉政策とエーデル改革

福祉制度が充実している国の一つにスウェーデンがある。スウェーデンにおける1900年代前半の高齢者介護施策をみると、救貧対策の一環としての性格が強い政策を採っていた国であった。しかし、1950年代以降人口が高齢化してきたことで高齢者問題が重要な政策として認識されるようになった。スウェーデンは人口の高齢化に対応するため福祉政策の充実を図っていった。井上(2002)によると「①特に1950年代から1970年代前半にかけての好調な経済成長が介護サービスのコスト増を支えてきたこと、②女性の社会進出を支援する施策の強化より、介護マンパワーを増大させることができたこと、③社民党長期政権において福祉政策に高い優先度が与えられてきたこと、④市町村合併の推進等を通じ、介護サービスの実施主体たる自治体の行政能力の強化が図られてきたこと²³⁸」などが理由としてあげられる。このような背景から1953年には老人ホーム建設に対する国庫補助が導入(1964年に廃止)され、1957年には在宅介護重視の方向性が打ち出され、1964年にはホームヘルプサービスに対する国庫補助が導入されるなど介護に関する施策は整備されて

(平成22)年時点で韓国は11.1%、シンガポールでは9%、中国では8.2%となっている。それ以外に人口の高齢化が進んでいる国はタイで8.9%となっている。

²³⁸ 井上誠一「第6章 スウェーデン」『世界の介護事情』p.106より引用。

いった。1970年代から1980年代にかけてはサービスハウス²³⁹の整備が進められた。1980年代には従来の老人ホームのあり方が議論となり廃止を求める声もあったが、1980年代後半以降は痴呆性（認知症）高齢者対策としてグループホームの普及が図られた。

他方、スウェーデンの福祉政策に関連して介護政策上エーデル改革は大きな転換点となった。エーデル改革が実施されたのは1992年1月のことである。西下（2008）によると、「この改革の目的は、高齢者サービスの実施主体のコミュニティへの一元化と資源利用の効率化の2つであった。エーデル改革は高齢者に対する介護サービスと初期医療を統合した上で各コミュニティが全責任を負うという組織改革²⁴⁰」である。岡光（1998）によると「高齢者が必要としている初期医療と介護のサービスを市に一元化することによって、それまで頻発していた二重責任にもとづく混乱を回避するとともに、いわゆる社会的入院による医療資源の非効率な利用を是正しようとするもの²⁴¹」、いわゆる脱医療化、医療資源の縮減であり、訓覇・藤岡（1998）によれば、「個人のニーズに総合的に応えるために医療と福祉を統合し、ニーズに適合したケアの提供をすることが目的²⁴²」であった。それまでは「医療（初期医療と長期療養）」は県（広域自治体（都道府県に相当）＝ランスティング、レジオン）、「福祉」は市町村（基礎的自治体（市町村に相当）＝コミュニティ）の責任と別々に担当していたものが市に一元化された改革である。

2. ケアワーカーの位置づけと養成カリキュラム

エーデル改革はそれまでの福祉政策における行政上の役割分担のあり方を変えるだけでなく、ケアワーカーとしてのあり方も変わった。スウェーデンでは医療と介護の融合に重点が置かれていることが特徴である。スウェーデンのケアワーカーと日本の介護職との異なる部分は准看護師を介護職として位置づけたこと（ケアワーカーにも簡単な医療や看護について任せるという方向を打ち出したこと）である。わが国の介護職も2012（平成24）年4月の介護保険制度改正によって、たんの吸引と経管栄養の処置は所定の講習を受ける条件はあるが介護職の職務の一部として医療ケアを行うことが認められるようになった。従って、スウェーデンにおける准看護師が介護職として担っていることから初期医療と看護に関する知識と技術があり、介護サービスを提供することができるのがケアワーカーの専門性として位置づけられている。このようになった背景は、西村（2005）によれば「援助対象として介護・看護ニーズの高い高齢者が増加したことにより、『家事援助サービス』から『個別的介護』に変化、ホームヘルパーにも専門的な医療知識が要求されるようにな

²³⁹ 1970年～1980年代に建築されたケア付き集合住宅のこと。数十世帯から構成されている。西下によると、「1階部分にホームヘルパーステーション、デイサービスの部屋、足治療の部屋、美容室、図書館、ホビー室、地域開放型レストランなどがある」という。

²⁴⁰ 西下彰俊「スウェーデンの介護保障」『世界の介護保障』p.74より引用。

²⁴¹ 岡光昇「スウェーデンの介護保障」『各国の介護保障』p.36より引用。

²⁴² 訓覇法子、藤岡純一「スウェーデン」『世界の社会福祉①』p.86より引用。

った²⁴³」ためである。行政の効率化という背景はあるが、介護領域において医療に関するニーズが高まってきたことが大きい。

医療分野も担えるケアワーカーはどのような制度の下で養成されているのか。エーデル改革以前は高等学校に設置されていた 2 年間の社会サービスコースを学べば介護士となることができたが、教育期間が 1 年間延長され 3 年間学ぶことになった。(職業教育のケアプログラム=health and caring) ケアワーカー希望者はこの課程を修了すると、“nursing assistant”と呼ばれる准看護師とホームヘルパーの 2 つの資格が与えられることになった。教育機関が 1 年間延長した理由は、少なくとも 3 年間は学ばないとプロフェッショナルな仕事としての誇りが持てない、ホームヘルパーの離職率が高かったこともあり介護職を専門職として確立することが必要であったと考えられたからである。エーデル改革は医療と福祉の再統合を図り、それを市に一元化されるのと同時に「医師の権限を看護婦に移し、さらにホームヘルパーが多少の医学的知識をもって、より多くの権限を担うという方向性²⁴⁴」が示されたのである。同時に医師の権限の一部も看護師に移譲することになり、医療と看護、福祉の役割分担のあり方が見直されたのである。

(表5) 高等学校の3年制のカリキュラム(時間/週)

科目	1年生	2年生	3年生
スウェーデン語(国語)	2	3	2
社会学	1	2	2
英語	2	3	1
体育	2	1	1
フリー選択科目	2	2	2
解剖学・生理学	2	—	—
幼児・青少年学	1	—	1
薬物学	1	—	1
家政学	3	2	2
保健学	1	2	—
細菌学・衛生学	—	1	1
ケア学	5	3	3
心理学	1	1	1
病氣理論	—	1	1
社会サービス学	4	4	5
社会サービス学実習	5	10	10
看護実習	3	3	3
コンピュータ・実習	1	1	—
卒業論文	—	—	3
合計	36	39	39

(出所)(社)生活福祉研究機構＝編「スウェーデンにおける高齢者ケアの改革と実践」p.196より一部加筆。

久場(2007)によるとスウェーデンのケアワーカーの養成教育に関する特徴は「代表的な職種である准看護師は、高等学校 3 年間の職業教育のケアプログラム(health and caring)を修了することにより資格を取得することができる。基礎的な医療訓練(nursing training)を受けたケア労働者として、医療機関、高齢者福祉、在宅ケア(ホームヘルパー)のいずれでも働くことのできる介護の専門職として位置づけられている。また、介護士も同じく高等学校での一定の教育課程を修了することを前提としている。高齢者ケアの仕事につくにはその他にも、通信教育や、地方自治体の行うケアの専門分野を重視した成人教育や職業訓練校のコース、また入職前の短期訓練コースなどが設定²⁴⁵」されていること

²⁴³ 西村洋子「介護福祉論」p.52より引用。

²⁴⁴ (社)生活福祉研究機構＝編「スウェーデンにおける高齢者ケアの改革と実践」pp.120-121

²⁴⁵ 久場嬉子「介護・家事労働者の国際移動」p.148より引用。

である²⁴⁶。

今回、入手できたデータはエーデル改革後の 1994 年に「Sit Gorans Gynmasiumm, 1994」で定められた教育カリキュラムで時代的に若干古い、その内容について確認する。エーデル改革後の高等学校 3 年間の職業教育のケアプログラム (health and caring) では准看護師 (ケアワーカー) 養成カリキュラムを履修する場合、医学系科目の配置がされていることが特徴である。(表 5) 全体的な特徴は職業教育プログラムであることから実践的な科目の配置がなされている点である。特に「社会サービス学実習」と「看護実習」は 1 年生から 3 年生まで毎年配置されており、前者は介護施設等、後者は医療機関で実習を行っている。これは准看護師がケアワーカーとしての基本とされており、エーデル改革に伴って介護分野においても医療知識の必要性が求められた結果、医療機関で看護を学びつつ介護施設等での経験を積むことを中心に科目が配置されている。

1 年生の科目を見ると、「ケア学」と呼ばれる科目が週当たり 5 時間、「社会サービス学」を同 4 時間が配当されている。ケア学は 1 年生から 3 年生まで毎年配当されている科目であり、ケアのあり方、健康問題といった、介護職として必要な知識を学ぶものである。他方、社会サービス学は法律的な知識や組織などについて学ぶことになっている。他の科目についてもほぼ満遍なく学ぶ科目配置になっており、1 年生では広く介護職に必要な基礎を学ぶことを狙いとしている。2 年生の科目では、社会サービス学実習がもっとも多く配当されている。1 年生の時に比べると倍の 10 時間を学ぶことになっている。ここでは准看護師として学んでいるが、より多くの実習時間を配当することでケアワーカーとして幅広く学ぶことを目的としていることが分かる。3 年生になると、社会サービス学 (同 5 時間) と社会サービス学実習 (同 10 時間) がカリキュラム上重点的に学ぶ科目となっている。Sit Gorans Gynmasiumm, 1994 において、仕上げとして重点的に学ぶべきものとして位置づけていることが分かる。また 1 年生の時に学んだ医学系の科目も改めて配当されている。内容は 1 年生の時に学んだ科目を更に深化させたものである。

堺 (2000) は「法を整え、制度を改め、そして例えばホームヘルパーの役目を在宅ケアが担える程度の看護の領域まで広げ、その養成を高等学校で行う体制を創っている。²⁴⁷」のように、スウェーデンの高等学校におけるケアプログラム (health and caring) は准看護師の資格が与えられている。学習内容は医療機関等で働くことができるようにされながらも介護現場で働くことを念頭に置いていることから、ケアワーカーの専門性として医療を担える人材の養成を行っている。ちなみに、スウェーデンでは日本の介護労働者と同様に圧倒的にケアワーカーとなる者は女性が多く、その割合は女性 89%、男性 11%である²⁴⁸。

²⁴⁶ (社)生活福祉研究機構＝編「スウェーデンにおける高齢者ケアの改革と実践」p.196によると、高等学校以外に実務者研修として 9 週間 (18 週間のソーシャルサービスコースを受講した者のみが対象)、11 週間 (基礎コース、20 歳以上で 1 年以上のヘルパー経験者が対象)、18 週間 (11 週間の基礎コースと同様。本書刊行時で廃止予定とある。)がある。

²⁴⁷ 堺園子「世界の社会福祉と日本の介護保険」p.105 より引用。

²⁴⁸ 久場嬉子「介護・家事労働者の国際移動」p.146 (表 6-1)「女性優位の上位 10 職業グル

3.職務範囲

初期医療も職務範囲として位置づけられたケアワーカーは以下のところで活躍している。大きく分けて施設系介護施設²⁴⁹と在宅である。前者は 4 種類（サービスハウス、ナーシングホーム²⁵⁰、老人ホーム、グループホーム）あった施設を「介護のついた特別住宅」として統合し、施設の脱医療化と福祉サービス・生活の場としての住宅への転換を行った。この介護のついた特別住宅は医療ケアを行うことができる機能を有していた。サービスハウスは老人ホームやナーシングホーム等のように常時介護が必要な入居者のために作られていないため、医療に関する部分については必要とされていなかった。ナーシングホームは「病弱老人や痴呆症老人介護施設としてあるが、そのほかにもデイケア、痴呆症ケア、短期リハビリ、交代介護（自宅介護とナーシングホームケアを交互に受ける定期的ショートステイ）など（原文ママ）²⁵¹」も行う一方で、「准看護婦の資格をもつホームヘルパーに対しては、地域看護婦が簡単な医療処置を委託して行わせる場合が多く²⁵²」あった。「老人ホームで暮らす高齢者たちは、ホームヘルパーの援助がたとえあっても、自宅で住むことは難しく、福祉・医療ともに比較的ニーズの高くなった人たち²⁵³」を対象としている。そして、グループホームでは「10 名程度の要介護者が心理療法士としてのヘルパーと一緒に生活しており、徹底した個室化と一定時間の共同生活化という方針のもとに、投薬ではなく生活リハビリを中心に痴呆（原文ママ）の福祉的治療がおこなわれ²⁵⁴」ている。すなわち、介護のついた特別住宅ではケアワーカーが医療に関して部分的に担う形式がとられている。

（表6）在宅福祉サービス

・ホームヘルプサービス（買い物、掃除、調理、洗濯、身体衛生管理、入浴介助等）
・夜間パトロール
・緊急呼び出しシステム（安心アラーム）
・電話コンタクトサービス
・住宅改造サービス
・住宅手当
・補助器具の貸与
・訪問看護（在宅看護サービス）
・デイサービス
・ショートステイ
・配食サービス
・足治療
・調髪
・除雪サービス
・乗り物サービス（バスと同じ料金でタクシーに乗ることができる。）
・親族ヘルパー制度

（出所）三上美美子「第11章 高齢者福祉サービス」『スウェーデン』p. 259及び（社）生活福祉研究機構＝編「スウェーデンにおける高齢者ケアの改革と実践」pp. 83-84参照。

また、在宅福祉サービスについては（表 6）のサービスが導入されている。特徴的なのはエーデル改革で行われたように医療と介護の融合が図られたことである。特にケアワーカーに対する初期医療の権限委譲は大きい。例えば、デイサービスは日本のように単に食事や入浴サービスの提供、介護方法の指導、利用者同士の交流の場を提供する等だけではなく、

ープにおける男女配分」参照。

²⁴⁹ エーデル改革以降は「介護の付いた特別住宅」にまとめられている。

²⁵⁰ 長期療養的なケアを必要としたニーズの相当高い高齢者が対象となっている。

²⁵¹ ビネヤール多美子「スウェーデン・超高齢社会への試み 変わりゆく制度変わらない理念」pp.148-149 より引用。

²⁵² 訓覇法子、藤岡純一「スウェーデン」『世界の社会福祉①』p.78 より引用。

²⁵³ 高島昌二「スウェーデンの社会福祉」p.43 より引用。

²⁵⁴ 岡光昇「スウェーデンの介護保障」『各国の介護保障』p.42 より引用。

リハビリテーションも行っており概念的にはデイケアに近い。全国の約半数のコミューンで実施されている訪問看護（在宅看護サービス）もあり、ケアワーカーが担っている職務範囲は初期医療まで広がったことが日本の介護労働者と大きく異なる点である。

スウェーデンにおいて施設系介護施設と在宅ともにケアワーカーは医療に関する部分が担えることが特徴であることから分かるように、日本で行われている介護サービスの領域よりも広く初期医療まで担っている。つまり、スウェーデンのケアワーカーの専門性は医療と介護を融合していることが特徴づけられる。これにより、医療依存度の高い利用者への対応をはじめ、介護サービスを必要とする者に対して介護職がより広い範囲で対応することが可能となっている。これを可能としているのは、既にみた養成カリキュラムで医学系科目を履修していることとエーデル改革で医療と福祉の融合を試みた結果である。

第3項 ドイツの事例から

1. ドイツにおける介護専門職の誕生まで

ドイツでは伝統的に高齢者の介護は家族が行うものと考えられてきた。高齢者が施設に入所する場合は貧困、疾病、老衰などが原因かつ家族が介護を行えない等とされてきた。ドイツは家族による介護に依存してきたが、第二次世界大戦後の経済成長に伴って核家族化傾向が見られたこと、人口の高齢化により家族介護が困難となってきたことを背景に1960年代には高齢者介護の専門家の養成を始めた。Köther&Gnamm (1993)²⁵⁵は、老人介護士の養成のきっかけとなった当時の社会的情勢を以下のようにまとめている。

- ①65歳以上の高齢者の人口が増大し、同時にそのなかで介護を必要とする高齢者も増加してきたこと。
- ②施設や病院で、高齢者や病人を看護していたキリスト教の教会の修道女の数が減少し、修道女に代わる高齢者介護の専門家の養成の必要性が生じてきたこと。
- ③病院内での労働時間が短縮し、患者の診断と治療の増加にともない、病院の体質が変化し、病院のなかでも、介護の専門家が必要になったこと。

この時までドイツでは高齢者介護の専門家はいなかった。高齢者介護の専門家が養成される以前は、介護は家族や民間・宗教団体等が担っていた。ただ、日本より先に高齢社会に突入した1960年当時のドイツの病院や施設の経営者は、高齢者介護の専門家養成の必要性や動向について認識していた。病院や施設の経営をするには安く労働力を確保したいという思惑もあり、無資格者を雇用することで職員不足（マンパワーの確保）を補おうとした。そこで子育て経験のある主婦が高齢者介護に適するのではないかと考えられ、彼女たちを対象に専門家の養成が行われた。子育て経験のある主婦たちには介護と医学について

²⁵⁵ ①から③は三原博光「第3部 社会福祉の現実 VII 介護福祉教育」『世界の社会福祉⑧ ドイツ オランダ』p.227より引用。

の基本的な知識を学ばせることにした。養成期間として半年ないし1年間であった。ただ、短い養成期間であったため十分な高齢者介護ができないという問題が明らかとなったことから、2年間の専門教育が行われるようになった。尚、この後の老人介護士のカリキュラムの所でも触れるが、2年間であった老人介護士の養成期間は3年制も設けられたが、現在は3年制に統一されている。

2. ドイツ介護保険制度導入の背景と概要

ドイツは家族の小規模化や女性の社会進出などにより家族の介護を引き受ける能力が低下してきた。ドイツでは在宅サービスや施設入所の場合でも当事者（サービス利用者と事業者）間で契約を行うことから、費用は自己負担をすることが原則であった。施設に入所した場合、全額もしくは一部の費用は成熟した年金制度を有していると言われるドイツでも賄いきれない水準であったことから、不足部分を介護扶助もしくは生活扶助に頼らなければならない者が少なくなかった。結果的に州政府は州の財政が圧迫²⁵⁶されることになり、連邦政府に対して財源確保を求めるようになった。

1970年代後半になると社会福祉団体や地方自治体からの問題提起から介護保障改革の論議は始まり、1980年代になると州政府は社会福祉団体や地方自治体とともに政治的圧力を加えていくようになった。その後、1990年代に入るとCDU・CSU（キリスト教民主同盟・社会同盟）の主導により立法過程に入っていった²⁵⁷。その結果、1994年5月に「介護保険法（要介護性のリスクの社会的保障に関する法律）」が成立した。介護保険法は5番目の社会保険²⁵⁸として、社会法典第11篇に納められることになった。介護保険において国は制度の基本的な枠組みを整備すること、州は地域における介護サービスの供給体制の整備に責任を有していることから介護施設の整備に対する財政的な助成等を行っている。翌年の1995年1月1日から保険料徴収が開始され、4月1日から在宅介護関係の保険給付が実施された。施設介護関係の保険給付はこれよりも1年ほど遅く1996年7月から開始された。

介護保険法の一般原則は以下のとおりである。

- ①自己決定と自己責任の原則
- ②在宅介護優先の原則
- ③予防・リハビリテーション優先の原則
- ④介護保障の責任に関する連邦・州、保険者、介護提供事業者の共同責任の原則
- ⑤個別的責任の原則

²⁵⁶ 「第5章 ドイツの介護保障」『各国の介護保障』p.63によれば「介護費用の負担の面では、ドイツに伝統的な社会保険制度によって、その大部分が他国に類をみないほど厳格に保険給付の対象から除外されてきたため、これまで社会援護（sozialhilfe）に依存する体質が続いてきた。」とあり、1980年代には施設入所者の80%以上が介護援助を受給していた。

²⁵⁷ 改革論議の展開は、「第5章 ドイツの介護保障」『各国の介護保障』pp.64-65が詳しい。

²⁵⁸ ドイツの社会保険には、医療保険、労災保険、年金保険、失業保険がある。

介護保険の基本構造は被保険者、保険者（介護金庫：Pflegekasse）、介護サービスの供給主体（事業者）によって構成されている。介護保険の保険者は介護金庫であり、この母体となったのは医療保険の保険者である疾病金庫（Krankenkasse）²⁵⁹である。両者の財政上は明確に区分されている。介護金庫は保険料の徴収や被保険者に必要な介護給付及び給付構造を確保するなど介護保険制度全体を管理・運営を行う役割を担っている。被保険者は、公的医療保険の加入者は加入している疾病金庫に設けられた介護金庫に加入する義務がある一方で、これに該当しない者（公的医療保険の適用除外者で、民間医療保険加入者）は自ら加入する民間会社の介護保険（民間介護保険）に加入する義務が課されている。つまり、医療保険のような加入義務の免除規定がないことから、上述の公的、民間の介護保険のいずれかに加入することになっており、ほぼ国民皆保険となっている。介護保険の保険料については医療保険に上乗せした形で一緒に徴収されている。保険料の負担割合は労使2分の1ずつとなったが、すでに高い社会保険料を負担している企業経営者側の反発もあり、介護保険料は労使折半とするが労働者の休日を1日削減することで落ち着いた経緯がある。

ドイツの介護保険の要介護区分（介護等級）は3段階である。尚、受給資格に関する年齢制限はなく、要介護状態²⁶⁰となった場合に保険が給付される。

（表7）介護等級

介護等級	介護の分野および頻度	介護時間
介護等級Ⅰ (かなりの要介護者)	身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日1.5時間以上、うち基本介護45分以上
介護等級Ⅱ (重度要介護者)	身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。栄養補給および移動の分野に関し、異なった時間帯に最低毎日3回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日3時間以上、うち基本介護2時間以上
介護等級Ⅲ (最重度要介護者)	身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、夜間を含めて24時間体制の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日5時間以上、うち基本介護4時間以上

（引用）『世界の社会福祉⑧ドイツ オランダ』p.106

次に、どのような介護サービス（介護給付）の内容があるのか。介護保険給付は在宅介護給付、施設介護給付、介護家族に対する給付に分けられる。つまり、「在宅介護の場合の

²⁵⁹ 疾病金庫は連邦政府、州政府等の行政機関から独立している。

²⁶⁰ 本沢巳代子「第2部 社会福祉を支える社会保障 II 介護保険制度」『世界の社会福祉⑧ドイツ オランダ』p.105によると、「肉体的・精神的疾病ないし生涯のために、毎日の生活を営むうえで日常的・定期的に繰り返す活動についてかなりの程度の援助を必要とする状態が6カ月以上継続している場合、また6カ月以上継続することが予見されうる場合」に認められる。日常生活に必要な活動とは、①身体の手入れにかかわるもの、②食事にかかわるもの、③動作にかかわるもの、④家事にかかわるものである。

給付を最優先し、つぎにデイケアやショートステイなどの部分的な施設介護、最後に入所介護施設での介護を位置づけている²⁶¹」とされる。ドイツ介護保険は全ての介護給付に必要なものをカバーするわけではなく、要介護者の年金や資産を組み合わせる必要な介護サービスの費用を保障するという部分介護（Teilversicherung）の考えに基づいて制度設計がなされている。在宅介護給付は1995年4月1日から支給が開始された。現物給付（ホームヘルプ、デイケア、ショートステイなど）、金銭給付があり、もしくは両方を組み合わせる給付を受けることができる。また、家族（介護者）が要介護者を介護できなくなった場合、介護金庫は年4週間を限度に代替介護者の費用を負担することや、在宅の要介護者は介護補助器具、技術的援助、住宅改造などの資金（補助金）を請求することができる。

施設介護給付は1996年7月1日から支給が開始された。これに該当するのはデイケア等の利用を含めた在宅介護が不可能になった場合、もしくは個別的な特殊ケースにおいて入所が必要となった場合で、費用負担の範囲は滞在費や食費など自己負担である。このような制限がつけられたのは入院費用の増大に伴って疾病保険の財政を圧迫してきた経緯があるからであり、施設の介護費用が無制限に増大しないようにするための措置である。

介護家族に対する給付は1995年4月1日に支給が開始された。その要件は週30時間未満の労働時間でかつ週14時間以上介護をする者のために、介護金庫は年金保険料の一部補助、介護時間帯での労災保険の適用、雇用促進法や失業保険の適用などの給付が行われる。これは日本の介護保険では導入されていないもので、在宅介護の優先をするためだけではなく、家族やボランティアによる無償の介護労働が有償労働と同じ社会的価値を持つものと考えられたためである。

保険給付（現物給付）の受給手続きの流れ²⁶²をごく簡単に説明すると、介護保険の利用をするためには被保険者または被扶養家族からの申請によって開始する。①被保険者または被扶養家族（申請者）から介護金庫に給付申請がされる。②介護金庫で受給資格の資格審査が行われ申請者の受給資格が確認される。③介護金庫が疾病保険の医療チーム（Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK）に要介護状態の有無と介護段階の判定依頼を行う。これは医学的見地と専門的知識により判定することによって行われる。④判定依頼を受けたMDKは要介護者の訪問審査を行い、⑤要介護判定報告（介護プランについての所見）を介護金庫に行う。⑥介護金庫はその結果を被保険者に決定通知を行い、⑦被保険者は介護サービス事業者と契約締結を行う。（初回はケアプランの作成を行う。）⑧そして、介護サービス事業者は介護金庫に対して報酬請求を行い、⑨介護金庫は報酬を支払うという流れになる。

金銭給付については、上記の⑤のMDKが介護金庫に要介護判定報告を行うところまで

²⁶¹ 本沢巳代子「第2部 社会福祉を支える社会保障 II 介護保険制度」『世界の社会福祉⑧ ドイツ オランダ』p.107より引用。

²⁶² ここではドイツ介護保険の現物給付と金銭給付の流れについて簡単に紹介したが、詳細な保険給付の受給手続きの流れは「世界の社会福祉8 ドイツ オランダ」pp.110-112（表4）が詳しい。

は同じ流れであるが、⑥介護金庫が申請者に決定通知を行い、⑦介護金庫は申請者が指定する口座に金銭の振り込みを行うと同時に、⑧介護金庫は定期的に訪問調査を銀行、郵便局に対して行う。⑨介護金庫はソーシャルステーションに定期的な訪問審査を申請者に行い、⑩その結果をソーシャルステーションが介護金庫へ行うという仕組みとなっている。

最後に、近年の動向²⁶³について触れると、2008年3月14日にドイツ連邦議会で介護保険の改革として介護発展法（Pflege-Weiterentwicklungsgesetz）が可決された。介護発展法の主なポイントは、①2012年までに在宅サービスの現物給付、在宅の現金給付の上限を段階的に引き上げる。②介護ホームにおける認知症ケアの改善（完全入所施設、ショートステイ施設において、居住者のために **Betreuungsassistenten**：ケアアシスタントの配置）を行う。③在宅の要介護者を支援するために介護支援センター（**Pflegestützpunkte**：介護拠点）の設置を行う。④包括的な介護相談（**Fallmanagement**：ケースマネジメント）の導入をする。⑤給付改善や新規事業を行う財源確保のため保険料率(0.25%)の引き上げを行う。

3.介護の担い手と養成カリキュラム

伝統的にドイツでは家族（又は親族、近隣の者）による介護が行われているが、民間団体によっても介護サービスが提供されている。ドイツにおける介護サービスの提供主体は福祉団体、教会等の民間非営利団体である²⁶⁴。介護サービスを提供する特に規模が大きい非営利団体は労働者福祉団、ドイツ・カリタス（カトリック系）、ディアコニー事業団（プロテスタント系）、ドイツ・パリタティッシュ福祉事業団、ドイツ赤十字、ユダヤ人中央福祉所である。これらの団体はドイツ全土にネットワークを有しており、様々な福祉や介護サービスを提供している。地方自治体は民間非営利団体の補完的な位置づけとなっており、有限会社等の営利団体による介護サービスも提供されている²⁶⁵。

ドイツでは介護職は看護法で位置づけられており、看護領域の一部としてみなされることが特徴である。この看護法で位置づけられた高齢者介護の担い手は「介護専門職」と呼ばれている。介護専門職とは「認可介護サービス事業及び認可介護ホームにおいては、養成教育を受けた介護専門職の恒常的な責任の下で介護が行われる。（社会法典第 71 条第 1 項及び第 2 項）。この養成を受けた看護師（**Krankenschwester/Krankenpfleger**）、児童看護師（**Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpleger**）又は老人介護士（**Altenpfleger/-in**）の資格を有する者であって、過去 5 年間に 2 年間の介護の実務に従事した経験を有するも

²⁶³ 詳細については「第 3 章 ドイツの介護保障」『世界の介護保障』pp.66-68 を参照のこと。

²⁶⁴ 介護の専門家が養成され始める 1960 年代以前に高齢者介護を病院や施設で担っていたのは、主にキリスト教の修道女であった。

²⁶⁵ ドイツでは介護現場を支えるマンパワーとして、ボランティア以外に兵役を忌避した若者に義務付けているシビルディーンスト（**Zivildienst**）と呼ばれる制度がある。これは兵役対象者に兵役免除をする代わりに福祉などの市民サービス活動を行うことを一定期間義務付けているものであり、介護現場においてシビルディーンストは貴重な労働力として位置づけられている。

のが該当する（社会法典第 11 編第 71 条第 3 項）²⁶⁶」ものである。介護専門職を定めた看護法（Krankenpflegegesetz）、老人介護法（Altenpflegegesetz）では特別に認められた行為は定められていないが、名称独占の資格として位置づけられている。介護専門職は看護師、児童看護師、老人介護士によって構成された総称である。介護専門職には社会法典第 80 条に基づいて定められた介護の質に関する基準が定められており、「介護プランの作成、介護実施記録の作成、個々の介護ニーズに応じた介護従事者の投入計画及び事業者内でのサービス実施に関するサービス担当者会議の統括に責任を持つ²⁶⁷」とされている。このように、ドイツにおける介護は医療と密接不可分なものとして位置づけられていることが分かる。

老人介護士の養成教育は、歴史的経緯として病院から介護の専門家を養成する必要性が生まれてきたことから、介護現場における理論や実践は看護技術や看護理論によって基礎が作られた。1965 年にドイツ公私社会福祉協議会（Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge）は『老人介護士は、看護婦の補助的な仕事ではなく、高齢者の社会的介護を行う職種である』と述べ、老人介護士が、ドイツでは看護婦とは異なる職種であると早くから主張²⁶⁸してきた。ドイツでは看護の一部としてみなされ、かつ看護婦（看護師）の補助的役割としてみなされてきた。このようなことから、老人介護士のカリキュラムの特徴として、「医療的介護と社会的介護の両方の専門的知識を備えた専門家であると考えられている²⁶⁹」が、実際は医学的科目を学ぶことに重点を置いたものとなっている。1995 年当時の 2 年制老人介護士養成カリキュラムについて紹介する²⁷⁰。

（表8）ドイツにおける2年制老人介護士養成カリキュラム

一般教養	専門科目Ⅰ	専門科目Ⅱ
国語	表現方法	医学的基礎（解剖学、生理学、生物学）
宗教	心理学	薬剤について
法律	社会学	老人と病人の介護
職業	教授法	老人神経医学
社会権	運動、制作及び工作	老人精神医学
政治	高齢者の日常生活の問題	衛生学
		栄養学

（引用）「世界の社会福祉⑧ドイツ オランダ」p.230

²⁶⁶ 松本勝明「ドイツにおける介護者の確保育成策」p.19『介護者の確保育成に関する国際比較研究 平成 19 年度 総括・分担研究報告書』より引用。

²⁶⁷ 松本勝明「ドイツにおける介護者の確保育成策」p.20『介護者の確保育成に関する国際比較研究 平成 19 年度 総括・分担研究報告書』より引用。

²⁶⁸ 三原博光「第 3 部 社会福祉の現実 VII 介護福祉教育」『世界の社会福祉⑧ドイツ オランダ』p.229 より引用。

²⁶⁹ 三原博光「第 3 部 社会福祉の現実 VII 介護福祉教育」『世界の社会福祉⑧ドイツ オランダ』p.229 より引用。

²⁷⁰ 三原によれば、3 年制における教育カリキュラムは 2 年制とほぼ同じであり、その違いは実習期間が長く設定されていると述べている。

カリキュラムの特徴として専門科目Ⅱの医学関係の科目が多く、社会福祉系の科目が少ないことである。介護にも専門性として医療に関する知識が必要と考えられていることが分かる。この理由について2つある。三原²⁷¹によるとひとつが、「高齢者介護の専門性が看護理論や看護技術から派生してきたという歴史的影響」によるものである。これは看護理論や看護技術を学んでいく上で医学的知識は必要不可欠なものであり、重視されて当然であるとされているからである。もうひとつが、「高齢者介護の処遇のなかで、医学的専門知識を抜きにしては、処遇が考えられない」と言うことである。この理由は、例えば、老人介護士自身が高齢者の褥瘡（じょくそう）の処置や治療を出来なくとも、その予防や症状悪化を防ぐ手立てはできることから医学的知識が必要とされているためである。そのため、介護職としての専門性に医療が位置付けられている。

近年の動向として、老人介護士養成制度は各州の州法によって定められていたことで教育内容や養成期間などで違いが見られたが、2000年11月に連邦法として老人介護法が可決成立したことで、統一した養成教育制度が2003年8月から施行された。

老人介護士の養成に関する現行制度の概要²⁷²をまとめると以下ようになる。

入学資格：実業学校（Realschule）修了またはそれと同等の教育を修了している者。中学校（Hauptschule）修了者もしくはそれと同等の教育を修了している者の場合、2年間の職業訓練を修了している、または1年間の介護補助士か看護補助師としての教育を受けた者であること。

養成期間：3年間

教育開始条件：上記の入学資格を満たした者（入学志願者）は、受入実習施設側との間で養成教育契約（Ausbildungsvertrag）を締結する必要がある。

カリキュラム：理論と実践に関するもの（最低2100時間）、実習教育（最低2500時間²⁷³）により構成されている。

国家試験：筆記試験、口頭試験、実技試験で構成されており、所定の養成教育を修了した者に受験資格が与えられる。

資格の位置づけ：国家資格であり名称独占である。

上記が老人介護士の養成制度であるが、松本（2008）によると日本のような老人介護士

²⁷¹ 三原博光「第3部 社会福祉の現実 VII 介護福祉教育」「世界の社会福祉⑧ドイツ オランダ」p.230を参照のこと。

²⁷² 松本勝明「ドイツにおける介護者の確保育成策」『介護者の確保育成に関する国際比較研究 平成19年度 総括・分担研究報告書』pp.26-29を参照。

²⁷³ 松本によれば、最低2000時間は高齢者のためのホーム、介護ホーム、高齢者も対象にしている介護サービス事業にて実習養育を行う必要がある。残りの時間は老人精神病棟を有する精神病院、老人医学の専門病棟を有する一般病院、老人医学リハビリステーション施設などで行うことも認められている。

と看護師の互いに独立した専門職であるという考えは現状では合わなくなっているという。その理由は介護職に求められる職務範囲の拡大に対応するためとマンパワーの量的確保のためでもある。そのため近年、老人介護士と看護師の統合教育を行う試みがなされている。特に前者の職務範囲の拡大に対応するためというのは、後述する治療看護（医療行為）に関する知識が介護施設でも必要となってきたからである。同時に多くの疾患・持病を抱える高齢者に対する実践についても養成校で学んだ内容だけでは十分でない場面に遭遇することが多くなってきたからである。このため、歴史的経緯も含めて老人介護士と看護師の職務範囲が重複していることから、共通の基礎教育を導入することが検討されている。日本では、訪問看護が担当できる介護職というところであろう。

4.職務範囲

すでに述べたように、ドイツでは介護保険に基づいて在宅介護給付（現物給付か現金給付、現物給付と現金給付の組み合わせ）、施設介護給付、介護家族に対する給付が受けられるが、日本の介護労働者とドイツのケアワーカーとは異なる点がある。それは教育内容でも触れた医療行為を行っていることである。近年、ドイツでは老人介護と病人の看護に関する領域の一部が重複していると考えられるようになった。そのため、介護施設であってもそこに入所する医療が必要な者に対応するための知識が必要となってきた。つまり、医師の指導の下、条件付きで医療が可能となるということである。

以下、ドイツの介護施設における医療行為についての具体的な指針について詳細に紹介していた松本の記述を引用する。

「ドイツでは、医師が注射、採血、カテーテル及び胃ゾンデの装着、点滴などの行為を看護・介護従事者に委ねることが許されるかどうかに関する法的な規定は存在しない。医師法に関する文献においては、それが許されるのは次の場合であることがコンセンサスとなっている。すなわち、①患者がそれを容認し、②医師がそれを容認し、かつ、③医師でない者がそれを行いうる場合である。

具体的に医師の責務を看護・介護従事者に委ねることが許されるかどうかを判断する基準として次の5点が挙げられる。

- 患者が当該治療措置及びそれを看護・介護従事者が実行することについて了解していること
- その措置が医師の指示によること
- 医師自身が実施することを要しない種類の措置であること
- 担当する看護・介護従事者が当該措置の実施に必要な能力を有すること
- 担当する看護・介護従事者がそれを引き受ける用意があること²⁷⁴⁾

²⁷⁴ 松本勝明「ドイツにおける介護者の確保育成策」『介護者の確保育成に関する国際比較研究 平成19年度 総括・分担研究報告書』p.30より引用。

このように医師の指導の下などの条件付きではあるが、ドイツのケアワーカーも医療行為を行っている。松本は上記の場合において「看護・介護従事者の能力は、定められた養成課程を修めたことにより、有していると考えられる『公式の』資質ではなく、個々の者が実際に有している能力によって判断される。したがって、資格を有することは、実際に能力を有することを推論させる状況証拠に過ぎないものであり、それだけでは、必要な能力が備わっていることの証明としては十分なものではない。²⁷⁵⁾」と述べているが、医療行為が許される前提として老人介護士養成時に学ぶ看護技術や看護理論等の医学教育がカリキュラムに取り入れられている背景があるからこそ、条件付きであるが医療行為について行える素地が作られている。その意味で、更にケアワーカーの職務範囲を確固たるものとするには、教育内容の強化と連邦政府もしくは州レベルでも法的整備を行って初期医療の実施が行える根拠を与えていく環境を作っていく必要がある。

ドイツでは条件付きではあるが介護専門職により医療行為が行われている。その背景は看護から介護が派生してきたことと、老人介護士養成の基礎が医学（看護学）に置かれてきたことが大きい。これがドイツの介護職の専門性として位置づけられている。同時に、社会的変化や高齢者のニーズの変化もあり老人介護士と看護師の職務範囲を明確にしていくことは困難になってきたこともあって、両者が共通する基礎教育を行うという試みもされ始めている。人口の高齢化が進むということは、高齢者自身の健康状態や身体機能が低下し、それだけ医療に依存する者の割合が高まっていくことを意味している。介護職において医学的知識を有した人材の養成は必然であるとも言える。またドイツの試みは介護の総合性を実現するために医療と介護の両方を横断する専門性を有していることで社会的地位の向上を目指す日本の介護労働者に大きな視座を与えるものである。

第5節 小括

これまで見てきたように職業としての介護は利用者のニーズに応えるため様々な契機によって発展してきた。第2章で述べてきたように看護職（看護師）の社会的地位向上は組織上の社会的影響力を高める（行政・政界への進出、職業団体としての集約化、高等教育化の実現等）ことと、専門性の確立（広義の介護としてのチームケア、多職種連携、狭義の介護としての医療と介護の連携・融合、医療ケア）をする点に集約することができる。この2点は社会的地位を高めるうえで重要なポイントであると言える。介護職はこの点で言えば、まだ十分に確立できていない職業である。介護職は看護職と比較しても前者は十分に実現することができていない。後者についてもチームケア、多職種連携と医療ケアはその取り組みが始まったばかりであるということはあるが、介護職にしかできない部分とは一体何かと問われれば介護サービスを求める者に対する自立支援をするためにあらゆる社会資源を活用しニーズと結びつけられるように広義の介護と狭義の介護を提供すること

²⁷⁵⁾ 松本勝明「ドイツにおける介護者の確保育成策」『介護者の確保育成に関する国際比較研究 平成19年度 総括・分担研究報告書』p.30より引用。

だと言える。

このように言えるようになったのは、措置制度で行政側の判断として行われていた福祉サービス（介護サービス）から受益者である利用者の求めるニーズに即して対応するという制度的転換が図られるようになったことも影響していると考ええる。その結果、職業として成立した当初の利用者のケアは介護職単独であったが、資格制度や介護保険制度が整備されるとともに各専門職との結びつきが強くなってきた。専門職（医師、歯科医師、看護師、作業療法士、理学療法士など）とチームを構築して支援を行ういわゆるチームケア、多職種連携である。このチームケア、多職種連携は基本的には 2 つのタイプに分類することができる。1 つが、介護職単独（複数の介護労働者）で構成されたチームで利用者を支援する従来のあり方である。もう一つが、介護職とチームとして参加する専門職が連携したうえで利用者の支援をする方法である。最初はケアマネジャーとのチームが主であったが、その後医師や看護師、作業療法士、理学療法士等がチームとして関わる形態も広がり、かつ多様になってきている。後者の場合、介護職が自ら主体性をもって各専門職と連携しながらコントロールする立場を確立することが職業の発展として不可欠な要素である。このようなことから介護職は職業の特徴から単独では専門性を見出しにくい、関係する専門職と連携することで専門性を発揮することができる職業は他に例がないだろう。

介護職が社会的要請と期待に応え社会的地位を高める契機を得るには、第一に、日常生活支援における総合性をチームケア、多職種連携の中で確立していく必要がある。そのために介護職はその中で利用者の日常生活という部分をどこまで担うことができるのかがポイントとなる。具体的にはチーム内での役割分担の明確化、情報交換の機会の確保、利用者のニーズ別の柔軟な応用力、ケアに参加する各専門職との共通言語の習得が求められる。介護職は利用者支援（ケア）の総合性という部分でチームのハブとして活躍できる専門性を確立することが必要である。介護職に求められる役割は単に各専門職間の調整で終わることがないように、新たなニーズに対応できるだけの柔軟性を兼ね備えることが必要である。

第二に、介護職の基本的な職域は生活援助、身体介助だけでなく、2012（平成 24）年 4 月から介護保険法改正で行うことが認められた医療ケア（たんの吸引、経管栄養）である。介護職が医療ケアを新たな職務領域として拡大したが、それは「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」での議論も踏まえて医療職からの役割を若干引き受けたに過ぎないが、医療分野に進出したという意味では介護と看護をこれまで区分しようとしてきた方向から転換したことを示していると言ってもよい。つまり、医療に関する知識を持つことが社会的地位を確立する要素となる。さらにそれを発展させるのならば、スウェーデンとドイツの事例でみたように福祉と医療の融合も職業的発展と社会的地位向上をするうえで大きな課題となるであろう。ケアは介護と医療を完全に切り離すことができるようなものではなく、根幹がつながった存在であることは忘れてはならない。

最後に繰り返し述べているように、介護職の専門性は職務範囲が生活全体であることか

ら非常に広く家事や家政婦の業務と重複しており可視化しにくい現実がある。これにより介護職の専門性に対する評価は明確に行われておらず、評価も低いままである。看護師のような専門性が明確化されていない現実があることから、介護職が専門職化するためにはこの職業でしかできないことを見いだして確立する必要がある。介護職の専門性を生活援助と身体介護だけから見いだすことにこだわることはない。だからこそ、広義の介護と狭義の介護における専門性の確立は介護職の社会的地位の向上をするための課題である。

終章 本研究のまとめとして－介護職の社会的地位向上に関する課題

本研究を終えるにあたって、介護職に対する社会的地位向上を促進するための課題について整理しておきたい。本研究では、まず介護職が社会的地位を向上するために隣接領域である看護師（看護職）が、家政婦からの区別を始めた歴史的経過と社会的影響力を得るための周辺事項について確認した。介護職はその点から比較して十分とは言えない状態であった。また、介護職の専門性が明確化することができていないことが社会的地位を高める阻害要因となっていた。しかし、介護職が社会的地位を向上させることができないかと言えばそうではない。介護職の持つ知識や技術について専門性を求めることにより解決することができる考えた。そこで筆者が行った調査結果から介護職にも専門性があることは認められた。介護職が社会的地位を高めるために求められる課題について整理し、本研究のまとめとしたい。

第1節 本研究で明らかとなったこと

介護職、介護労働者に関するキーワードを扱った研究や実態調査は以下の視点を念頭に置いて取り組まれる場合が多い。例えば、介護職は成立した歴史的経過から労働条件や雇用条件などの処遇が低かったことから働き方（直行直帰や細切れ労働、腰痛や頸肩腕障害などの肉体的疲労、燃え尽き症候群などの精神的疲労）といった視点を当てられることが多かった。いわゆる労働問題、労働環境、雇用条件という視点である。他にも職業研究という視点で介護職の専門性について議論が展開されることもあった。介護職の専門性は日常生活の枠組みの中で営まれる行為であることから、職務と生活の区別がしづらく、介護職の専門性に関する議論は直接介護に絞られていたため、いわゆる可視化しづらいことから明確な回答を得ることができていなかった。

無論、介護職を分析する視点として介護労働者の低い処遇の実態を明らかにすること、職業の専門性を明確にすることは重要な議論と視点である。それは社会問題として介護問題が深刻化してきていることを背景に介護労働者が抱える離職率の高さ（流動性の高さ）、労働条件、マンパワーの不足、介護技術の熟練化の阻害等の問題を解決する道筋であるかのように見える。ただ、それは実態を描写することが主眼となっており、そこから先の議論を展開するまでの学問的蓄積までには至っていない。

本研究が設定した課題は介護職・介護労働者がどのようにすれば、介護問題に対する社会的要請と期待に応えられるのかという点に焦点を当てている。すなわち、本研究では上述の労働問題の視点と専門性に対する議論を結びつけた形で介護問題を解決するための議論を展開しようと試みたのである。既にみたように介護職は社会的地位が低い職業という評価がなされる傾向にある。労働問題として分析がなされたときにそれは暗黙的な前提として位置づけられていた。社会的に必要とされる職業であるにもかかわらず、介護職の魅力を高めるための議論と方策が十分になされてこなかった。その一例として、賃金格差が他の職業よりもあったことから厚生労働省は賃金格差を埋める試みとして介護職員処遇改

善交付金を支給したりしたが、その対策の意味は介護職に対する評価については本質的には何も変わっていなかった。なぜなら、本来評価されるべき賃金水準でないことを国は認めただけであり、職業としての専門性や介護技術の付加価値を高めたことにはならないからだ。本来的には介護職（介護労働者）自身が介護現場で培われてきたノウハウを体系化して専門性を高めながら職務の付加価値をつけた上で、高い社会的地位を得るということをしなければならない。

では、介護職が社会的要請と期待に応えるためにはどうすればよいのか。その方法論として2つの手法を用いて検討した。1つ目が、隣接する職業である看護師（看護職）が歩んできた歴史的経過から得られてきた成果を学び比較するということである。看護も介護と同様に家庭内で担われてきた行為であった。現在、看護師は医療機関においてなくてはならない存在であり、医師のパートナーとして位置づけられている。そのように発展することができた要因とは何かを歴史的研究の視点から看護師自らが家事からの独立を果たしたことと、職業要件を整備してきた点である。他方、介護職は依然として家事の延長線上にある非専門的な職業としての評価が根強く残っている。看護職と比較しても専門とする技術に関して家事からの独立を果たすことができておらず、職業要件も看護師と比較して未成熟な部分が多かった。こういったことから、過去の先行研究では介護技術の視点が介護職単独で分析されていたことと旧来から行われている身体介護と生活援助という枠組みに捉われず、よりマクロな視点で考察することが問題解決の糸口になるのではないかという着想を持ちながら検討した。

そのキーワードがチームケアと医療ケアである。前者の場合、介護は現在も介護職単独で行うこともあるが、複数の職種がチームとして機能しながら総合的なケアを行うことが多くなってきており、そのマネジメントをどう実践して行くのが課題となってきた。チームケアの歴史は介護福祉士が国家資格として整備されたころにはチームとして要介護者を支援することが検討されていたが、より積極的に試みられたのは介護保険制度が始まって以降とされている。介護現場ではチームケアに関する考え方が出されてから少なくとも30年になるが、これに関する分析や調査は医療に重点が置かれており、介護に関する取り組みは十分に行われていなかった。すなわち、これまでのチームケアに関する分析は医療であり、そこでは医師がチームの頂点に立ったヒエラルキーが形成されていることが明らかにされている。今回、行った調査からは従来なかった介護の視点から考察し、そこでチームケアがどのように機能し、かつ介護職がシステムとしての中心にいることを明らかにすることができた。

その成果とは、第一に介護におけるチームケアの特徴としてチームに参加する専門職は対等な関係として位置づけられていることである。第二に、すでに述べたように介護職はチームケアの中心として利用者を支援するために専門職との情報交換及び共有化を進めている。また介護職は専門職とのかかわりの中で得られた結果をケアに活かすだけでなく、利用者の身体の異変に関して医療職に情報提供をすることで生死を分かちこともある。こ

のような多職種連携を進めるうえでのキーパーソンとなっていることである。

後者は2012（平成24）年の介護保険法改正に伴って、介護職の職務の一つとして医療ケア（たんの吸引、経管栄養）を位置づけられるようになった。これまでは医療と福祉にまたがるニーズを有した利用者に対するケアはグレーゾーンとして扱われており、たんの吸引等に関する厚生労働省の通知では当面やむを得ないという位置づけであった。従って、医療職が行うには医療費の負担が大きく、介護職が行えば法的に問題があるというジレンマが生じていた。介護職に医療ケアを職務の一環として認めるまでの経緯は紆余曲折があったが、今回これが認められたことは医療と介護の近接であり、職業間のヒエラルキーあるいは溝を埋める一歩となった。

実際に海外の事例をみると、スウェーデンやドイツでは介護は医療の一部と融合・共有した形として位置づけられていた。前者は制度の見直しを契機として准看護師を介護職として位置づけたこと、後者は老人介護士の養成段階で看護師と介護職の教育カリキュラムを部分的に共通化したことである。まさしく介護と医療の近接を試みた事例であると言ってよい。これは介護職として医療分野も対応できるということを示した例である。医療と福祉を融合したことで介護職としての専門性を明確にしている。

他方、日本では医療ケアを看護職がマンパワー不足や経済的な観点（医療保障として訪問看護を使うことで利用者負担が増す）から行うことが困難であることを背景として、介護職が医療ケアの実施をすることが法的に認められたため、医療と福祉のあり方について発展段階であると言える。そのため、制度や教育カリキュラムとしても専門性を高めることが実現していない。本来的なケアの概念に基づいた形で職務が遂行できることでその職業の持つ専門性はより高まると考える。すなわちチームケアと医療ケアを実践できることこそが、社会的地位と職業的魅力を高めることになり、マンパワーの確保と労働環境や雇用条件の改善につながる筋道となる。

本研究で明らかとなった成果をまとめると以下のように言える。上記の内容を概念化すると、「介護の総合性」という言葉で表現することができる。介護の総合性とは、①一次的に利用者の身体的・精神的状態の変化を見極めることに関する状況判断能力、②医師や看護師等との連携をするための医療に関する知識、③利用者の緊急時にも対応できるだけの初期医療に関する知識と技術の保有、④ソーシャルワーカーの知識も有したうえで利用者や家族に対して必要なサービスへ取り次ぐアドバイザー的役割、⑤チームとしてマネジメントするコーディネーターとしての役割である。これらの要素が介護の総合性である。

ちなみに、実際に介護の総合性という概念は用いられていないが、類似したものとして日本介護福祉士協会は介護福祉士の上位資格として「認定介護福祉士（仮称）」制度の構築を検討している。この認定介護福祉士（仮称）は2つ役割を想定している。

①介護チーム（ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム）のリーダーに対する教育指導、サービスのマネジメントを行い、介護チームのサービスの質を向上する役割を与える（介護チームのリーダー（ユニットリーダー、サービス提供責任者等）を教

育指導する、あるいは小規模拠点のサービス管理を行う位置にある）こと。②利用者の生活支援において他職種と介護チームとの連携・協働を促進する（中核となる）役割となること。

日本介護福祉士協会が検討している認定介護福祉士（仮称）の役割を踏まえると、本研究が明らかにした介護の総合性という概念は現実動き始めていると言えよう。

第2節 専門性を確立するための課題

介護職の専門性を踏まえたうえで、それを確立するために具体的に何をどのようにするのかという部分について改めて確認しておきたい。介護職に対する社会的要請と期待は、今後ますます高まってくると予想される。社会的要請とは高齢社会における介護問題に対応できる体制を構築することであり、期待とは質の高い介護サービスを安定的に供給することである。その一方で、介護職はマンパワー不足が常態化していることや離職率が高い傾向にあることから十分に社会的要請と期待に応え切れているとは言い難い。これに応える解決策は、職業としての専門性を高めつつ現在よりも高い社会的地位を確立することが求められる。例えば、医師や弁護士など社会的地位が高い職業は専門性を確立している。医師ならば医学（医療）を駆使して患者を治療することが専門性であり、さまざまな治療ニーズに対応している。弁護士であれば、法学に通じていることから社会の法的問題について法律を駆使して対応することが専門性であることから、民事訴訟、刑事訴訟のそれぞれの場面で市民の法的ニーズに応えている。このように専門性を高め確立することができる職業は高い社会的地位を得ることができていると言える。

それに対して介護職の専門性は存在するが、十分に確立しきれているとは言い難い。それは職務範囲が日常生活と重複していることで専門性を判断しにくいからだと言える。介護は利用者の自立支援を促す目的で身の回りの世話をを行っている。例えば、食事、掃除、洗濯、排泄、着替えの介助等である。これは要介護状態とならなくとも日常生活や一時的な病気になった場合等に行われている行為である。それゆえ、介護職の専門性を明確に見出しにくい状況となっている。しかし、職業として成立したとされる1960年代と比較して、介護職はこの50年の間に専門性を高めるための契機があった。社会福祉士及び介護福祉士法の整備（名称独占の国家資格である介護福祉士制度の導入）と介護保険法の施行である。

前者は1987（昭和62）年に法整備がなされ、国家資格化を実現したことによる専門性を高める素地ができた。これにより介護労働者の知識と技術について一定の担保を得ることができた。後者はこれまで介護は在宅施設共に介護職単独でケアを行ってきた²⁷⁶。それが介護保険制度導入以降、福祉・介護の考え方は大きく変わることになる。措置制度とは異なり福祉サービスは権利として利用できる、利用者本位という理念に基づいて介護職は利用者の多様なニーズに応えることが求められるようになった。利用者ごとに合わせた多様

²⁷⁶ ここでいう「単独」という意味は単一の職業・職種としてサービスの提供を行うことであり、人数のことではない。

なニーズに即してケアを提供することは一見専門性がある行為のように見えるが、それはその対象ごとに対応しているだけであり、介護職特有の専門性であるとは言えない。なぜなら、それは担当ケースの多さからくる複雑さの問題であり、利用者側から指示された方法でサービスを提供しているため専門性とは関係ないからだ。

介護職の専門性は介護保険制度導入以降、積極的に取り組まれてきたチームケア、多職種連携にも視野を広げる必要がある。いわゆる広義の介護である。チームケア、多職種連携は利用者に対して直接ケアを施すものではないが、チームとして参加する各専門職が提供するサービス・処置についてより総合的かつ効果的にするために必要な営みである。介護は上述の直接サービスを提供するだけではなく、各専門職が関わる営みも含んだものである。まさにここに介護の専門性がある。チームケア、多職種連携は異なる専門性に立脚したうえでケアが利用者に提供されるが、個別の支援では十分な効果が期待できない。介護の本来の目的は利用者の自立した生活を支援することから、サービス提供レベルにおいて各専門職を結びつけることが重要な課題となってくる²⁷⁷。つまり、介護職にしかできない専門性とは各専門職のマネジメントを行いチームとして機能させることである。しかしながら、チームケアや多職種連携に関する考え方は介護保険制度導入以前からあったものであるが、より積極的に取り組まれ始めたのは2000(平成12)年4月以降であることから、既存の専門職(医療職等)と比べてマネジメント手法の確立が十分に成熟していないことが課題である。

チームケア、多職種連携が広義の介護における専門性の確立に対して、狭義の介護についても言及しておく必要がある。狭義の介護はこれまで介護職が行ってきた家事援助や身体介護を指す。これは介護職として行う本来的行為であり、チームケア、多職種連携をせずとも単独で成立する行為である。近年の介護職をめぐる動きとしては2012(平成24)年の介護保険法改正に伴い、賛否はあったが医療ケアとしてのたんの吸引と経管栄養の実施を職務の一環として位置づけられることとなった。すでに見たように海外の事例で介護職が医療行為の一部を担う試みは既になされている。スウェーデンではエーデル改革を契機として医療と福祉の融合が進められており、ドイツでは老人介護士のカリキュラムの一部が看護師と共通化されている。これにより介護職は医療職への接近が実現されており、医療職の下に介護職があるという関係ではない。日本では医療依存度の高い利用者の増加が背景となって医療ケアの実施が認められたことで医療職との近接が前進した。もちろん、介護職が医療分野に進出したということは職務の専門性を高めるということになるが、介護職員初任者研修修了レベルの者がたんの吸引等を行うためには(50時間の講習を受けるという条件があり)、教育カリキュラムに反映させていくという課題やどのような形で医療職との連携を深めていくのかという課題もある。またスウェーデンやドイツのように高齢社会におけるニーズに応えるためにも、制度として医療と福祉の融合も進めていくという議

²⁷⁷ 介護保険制度ではケアマネジャーがキーパーソンとして位置づけられるとされているが、ケアプランを作成する段階においてである。

論も必要である。

そして、看護師（看護婦）はかつて家事の領域に位置づけられ低い社会的評価しか得られなかったが、専門性を高めることで看護の専門性を確立し医師の補助的役割からパートナーだと評されるまでになったように、介護職が社会的要請に応えるには社会的地位を高め、同時に専門性を高めることを考えなくてはならない。

第3節 職業基盤・教育システムの確立

介護職が専門性を高めるためには周辺の要素についても再度整理しておく必要がある。介護職は医療職（医師、看護師）と比較してその職業基盤が脆弱である。職業基盤が脆弱な理由は介護領域においては訪問介護員、介護福祉士、介護支援専門員が関連する職業・資格として整備されているが、統一の職能団体がないことである。介護職に関連する職能団体で代表的なものは日本ホームヘルパー協会や日本介護福祉士会、日本介護支援専門員協会は隣接した領域であるが、それぞれの組織は別個に組織されており、研修の実施や広報などの諸活動も連携して行われていない。

看護職も第二次世界大戦後に日本産婆看護婦保健婦協会（現日本看護協会）がGHQの指示の下で結成されるまでは、産婆は産婆、看護婦は看護婦、保健婦は保健婦と別組織となっていたことと同様の事である。看護職、特に看護師が専門性の高い職業として辿ってきた過程において、強い組織基盤の形成がなされており、それが政治や行政に対して強い影響力を持つ要因となっている。具体的には、国会へ代表者を送り込むことや看護政策を実現するための手段として用いられている。介護職は各資格別に団体が組織されていることから、自らの主張を実現するために政治・行政に対して働き掛けるうえで不効率な状態となっている。つまり、介護職としての職業基盤の確立は自らの主張を実現するためにも組織的な統一が必要である²⁷⁸。組織が再編されることで、関連する職種のあり方について見直しや関連をもたせるように政治・行政に働きかけができるようになるだけでなく、訪問介護員、介護福祉士、介護支援専門員等の養成制度や研修会・講習会を効率的かつ体系的に行うことも可能となる。その結果、現在の資格制度は別個のものとしてなされているが、相互に関連させることで職域の拡大にもなり、総合的なスキルを有した介護労働者の養成も可能になる。

この養成制度、研修会・講習会についてもより効果的なものが期待できる。教育システムの確立である。すでに述べたように介護職の養成制度や研修会・講習会はそれぞれの団体が独自に行っている。いずれも隣接した職域であることから学ぶ内容も重複した部分がある。まずこの重複を解消することができる。重複を解消することで介護労働者自身が効率的に学ぶことが可能となり、専門的な学びを深めることができ介護職として働くための基礎的な能力を高めやすくなる。また、介護職員初任者研修のように導入となる課程を設

²⁷⁸ その第一歩として研修会・講習会の共同開催など連携することを模索することから始めてもよいのではないか。

定することでキャリアを高めることによって職域を広げられるため、学習意欲を高める（モチベーションの向上）も期待ができる。何よりも学びをどの段階まで進められていることが分かることで、利用者に対してどの程度の専門性とスキルを有しているのかも明確にすることが可能となり品質保証の役割も期待できる。

このように職業基盤を強化する意義は教育制度を体系化するきっかけを作るだけでなく、それが介護職の専門性を高めること、ひいては質の高い介護サービスが受けられる利用者に対する利益へとつながる。何よりも介護職の社会的評価を見直すことにもつながり、社会的地位が向上する相乗効果も期待できる。このサイクルが生まれることにより、第 1 節で述べた専門性を高めることをより効果的にすることが可能となる。

第 4 節 残された課題

今回の研究では介護職の専門性を高めることで社会的地位の向上を果たし、労働環境の改善、マンパワーの充足を図りつつ、質の高い介護サービスの提供が実現するための方策を検討した。今回の研究で物理的にできなかった課題について今後の研究に引き継ぐためにここで整理しておく。

今回の研究では介護職の専門性を高めるためにチームケア、多職種連携について視点を当てそれを社会的地位向上の契機とすることを指摘した。調査では介護職として 15 年以上経験年数のある介護労働者を対象に聞き取りを行った。そこではこれまでに担当した豊富なケースに基づいて介護職がどのような専門性をチームとして発揮することができたのかを明らかにした。本来ならば、2012（平成 24）年 4 月改正の介護保険法において導入された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス」や「介護予防・日常生活支援総合事業」といった新しい制度に基づいたケースも検討したかったが、制度が始まって間もないことや導入している自治体が少なかったことから調査協力者から該当する事例やデータを入手することができなかった。

また、介護保険法の改定に伴って導入された医療ケアであるが、制度開始後に専門性が高まったのかという実証的なデータを得ることができなかった。少なくとも確認できたデータは介護保険制度改正以前に行われた在宅、施設それぞれにおいて介護職が医療ケアに対して行う不安の所在がどこにあるのかという調査であった²⁷⁹。そのため、今回の研究ではたんの吸引等については厚生労働省の通知に基づいて行われていたことを踏まえて検討したが、介護保険法改正後に介護労働者が医療ケアを行うことによって専門性が高まったのかということは考慮することができていない。

そして、介護労働者の養成についての制度変更の点についてである。2013（平成 25）年

²⁷⁹ 佐々木由恵日本社会事業大学准教授（当時）らが行った平成 22 年度、同 23 年度に厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健増進等事業分）を得て行われた「高齢者ケア施設における質の高い看護・介護を促進する現任者教育のあり方に関する調査研究事業」、「医療依存度の高い在宅高齢者に対する、質の高いサービス提供のあり方に関する調査研究事業」の 2 件である。

4 月からこれまで行われていた訪問介護員養成研修制度（1 級課程、2 級課程、3 級課程）は廃止され、介護職員初任者研修の導入がなされた。これまでの制度との違いは介護職員初任者研修では演習が重視されることやこれまで無試験で資格が取得できていたが修了試験が課せられることである。本研究では 2 級課程修了者を中心に調査をしたこともあり、その変化を厳密に考慮することができていない。制度が変わったことに対する影響について考慮しなければならないが、制度が切り替わったばかりであることから比較するために著者自身のデータや先行調査の結果を得ることができていない。

これら 3 点が本研究を行う上で十分に踏まえることができなかった内容であり、今後の研究を進めていくうえで踏まえておかなければならない課題であると言える。

まとめ

この研究で介護をテーマとして取り上げたが、介護職は非常に不思議な職業であった。例えば、人口の高齢化により介護サービスの需要が高まった結果、介護職は社会的要請と期待が寄せられる職業の一つとなったが社会的評価は高くなかった。介護職は誰にでもできる仕事という非専門的な評価が根強く残っている中で、介護労働者自身の評価は専門性を有した専門職であると認識しており、実際に職業としての専門性を確認することができた。国家資格制度の整備と高等教育機関での養成が実現しているにもかかわらず、130 時間の養成研修（旧訪問介護員養成研修課程、介護職員初任者研修）を修了すれば介護職として働くことができるため体系的な制度も未整備であることである。

今回の研究の大きな目的は社会から必要とされている職業であるにもかかわらず、介護職の社会的評価や社会的地位が低いというギャップを埋めることをするにはどうすればよいのかを社会的地位向上という手段により解決しようと試みた。社会的ニーズを充足させるためにも職業の魅力を高めること、すなわち、専門性を向上させることが社会的地位向上につながることでその職業を単なる介護労働者一個人の使命感ややりがいによって支えられ続けることが社会的要請と期待に応えることであると考えている。

そして、介護職の使命感ややりがいだけに依存する働き方は燃え尽き症候群を誘発するだけでなく、利用者にとって安定した質の高い介護サービスが受けられなくなるという不利益を生む恐れがある。2013（平成 25）年現在、我が国の 65 歳以上の人口の割合が 25% となる中で介護問題と複雑多様化するニーズに取り組んでいくことがますます重要な課題となってくる。最後に、この研究の取組みと成果とは、介護職の専門性を高めることに伴って社会的地位を向上させることが高齢社会における介護問題の解決をする道筋を示すことができた。さらには、今後人口が高齢化していく国や地域にも応用することができる理論を提示できたのではないかと考えている。

参考文献等一覧

(1)1 次資料

- ・朝日新聞東京本社版 2010 年 8 月 10 日付け夕刊「介護職員のたん吸引 対象施設拡大へ」
- ・厚生労働省「厚生労働白書」厚生労働省、2004・2013 年度版
- ・厚生労働省関係ホームページ

(一般社団法人在宅介護福祉士会) (2010 (平成 22) 年 5 月 10 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13e.pdf>

(介護職員基礎研修) (2010 (平成 22) 年 5 月 10 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/02/dl/tp0228-1a.pdf>

(介護職員のキャリアパスに関する懇談会の開催) (2010 (平成 22) 年 8 月 1 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13a.pdf>

(介護員養成研修の取り扱い細則について) (2012 (平成 25) 年 10 月 5 日閲覧)

<http://www3.shakyo.or.jp/hhk/helper/youseikenshu.pdf>

(介護職員のキャリアパスについて) (2010 (平成 22) 年 6 月 5 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13b.pdf>

(介護職員及び訪問介護員の離職率) (2011 (平成 23) 年 4 月 1 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13b.pdf>

(介護労働者の確保・定着等に関する研究会【中間とりまとめ】付属資料) (2012 (平成 24) 年 11 月 23 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0718-8c.pdf>

(介護職員処遇改善交付金について) (2010 (平成 22) 年 8 月 3 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/12/03.html>

(看護職員に占める男性の比率) (2008 (平成 20) 年 12 月 9 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/s0512-2d5.html>

(雇用者数の推移) (2009 (平成 21) 年 5 月 30 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/03/h0328-7a.html#zu1-9>

(社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案について) (2007 (平成 19) 年 9 月 1 日閲覧)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/166-13a.pdf>

(平成 12 年版厚生白書の概要) (2013 (平成 25) 年 12 月 1 日閲覧)

http://www1.mhlw.go.jp/wp/wp00_4/chapt-a4.html

(平成 21 年賃金構造基本統計調査 (抜粋 : 2010 年 2 月 24 日公表分)) (2010 (平成 22) 年 2 月 22 日閲覧)

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001011429>

- ・国立社会保障・人口問題研究所ホームページ (2010 (平成 21) 年 5 月 11 日閲覧)

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikei07/houkoku/shiryou/17.xls>

- ・上田市社会福祉協議会「住民と共に歩んだ 50 年」2006 年

- ・大阪市社会福祉協議会「大阪市社会福祉協議会二十年史」1974年
- ・大阪市社会福祉協議会「大阪市社会福祉協議会二十五年史」1977年
- ・大阪市社会福祉協議会「設立五十周年記念史」2002年
- ・大阪市社会福祉協議会「設立60周年記念史」2012年
- ・財団法人介護労働安定センター「介護労働ガイダンス 介護労働の現状Ⅰ」財団法人介護労働安定センター、平成19-25年度版
- ・財団法人介護労働安定センター「介護労働ガイダンス 介護労働の現状Ⅱ」財団法人介護労働安定センター、平成19-25年度版
- ・財団法人厚生統計協会「国民の福祉の動向」財団法人厚生統計協会、2004-2013年度版
- ・社団法人介護福祉士会ホームページ（2011（平成23）年3月15日閲覧）
http://www.jacew.or.jp/syougai/syougai_top.html
- ・社団法人雇用問題研究会「介護労働者のキャリア形成と能力開発に関する実態調査（初年度・中間年度・最終年度）」社団法人雇用問題研究会、2003-2005年
- ・社団法人全国保健施設協会「介護白書」TAC出版、2008-2013年度版
- ・総務省統計局ホームページ
（一般世帯の家族類型別割合の推移）（2012（平成23）年4月15日閲覧）
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/sokuhou/04.htm>
（世帯の家族推計別一般世帯数の推移）（2012（平成23）年4月15日閲覧）
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/sokuhou/04.htm>
（人口ピラミッド）（2010（平成22）年2月22日閲覧）
http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kouhou/useful/u01_z07.htm
http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kouhou/useful/u01_z19.htm
（日本標準職業分類）（2010（平成22）年10月25日閲覧）
<http://www.stat.go.jp/index/seido/shokgyou/2gaiyou.htm>
<http://www.stat.go.jp/index/seido/shokgyou/zuhyou/ativ.xls>
<http://www.stat.go.jp/index/seido/shokgyou/zuhyou/ediv.xls>
- ・東京商工会議所 検定試験情報【福祉住環境コーディネーター検定試験】（2009（平成20）年1月3日閲覧）
<http://www.kentei.org/fukushi/index.html>
- ・内閣府「高齢社会白書」内閣府、2008-2013年度版
- ・長野県社会部厚生課「老人家庭奉仕員設置状況等調査ねたきり老人およびひとり暮らし老人調査」、1973年
- ・長野県社会福祉協議会「50年のあゆみ」2003年
- ・日本看護協会編「日本看護協会史（第1巻・第7巻）」日本看護協会、1967-2008年
- ・日本看護協会ホームページ
（資格認定制度－専門看護師・認定看護師・認定看護管理者）（2013（平成25）年3月15

日閲覧)

<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html#01>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html#04>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/tokuteisenmon.html>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/cnsmiti.pdf>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/pdf/2007cns.pdf>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/cenmiti.pdf>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/pdf/katudo.pdf>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/kanrisha/pdf/1st-cal.pdf>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/kanrisha/pdf/2nd-cal.pdf>
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/kanrisha/pdf/3rd-cal.pdf>

- ・日本経済新聞 2008 年 6 月 25 日付朝刊「若者が介護職離れ 低収入、将来キャリア描けず …学校・施設 定員割れ相次ぐ」
- ・日本労働研究機構「調査研究報告書 No.119 ホームヘルパーの就業実態と意識－『ホームヘルパー就業意識調査』結果報告書－」日本労働研究機構、1999 年
- ・日本労働研究機構「訪問介護サービス事業の現状－『訪問介護サービス事業状況調査』結果報告書－」日本労働研究機構、2002 年
- ・日本労働研究機構「調査研究報告書 No.153 ホームヘルパーの仕事・役割をめぐる諸問題－ホームヘルパーの就業実態と意識に関する調査研究報告－」日本労働研究機構、2003 年
- ・保健師助産師看護師 60 年史編纂委員会「保健師助産師看護師 60 年史」日本看護協会、2009 年
- ・松本勝明「介護者の確保育成に関する国際比較研究 平成 19 年度 総括・分担研究報告書」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）、2008 年
- ・松本勝明「介護者の確保育成に関する国際比較研究 平成 20 年度 総括・分担研究報告書」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）、2009 年
- ・丸尾直美・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障⑤ スウェーデン」東京大学出版会、1999 年
- ・読売新聞（YOMIURI ONLINE）2010 年 8 月 16 日閲覧
<http://www.yomiuri.co.jp/national/news/20100816-OYT1T00743.htm>

(2) 著書

- ・足立正樹編著「各国の介護保障」法律文化社、1998 年
- ・阿部真大「働きすぎる若者たち『自分探し』の果てに」日本放送協会出版、2007 年
- ・池川清「家庭奉仕員制度」社会福祉法人大阪市社会福祉協議会、1971 年

- ・伊藤周平「介護保険を問いなおす」ちくま新書、2001 年
- ・植田章・垣内国光・加藤菌子編「社会福祉労働の専門性と現実」かもがわ出版、2002 年
- ・梅澤正「職業とキャリアー人生の豊かさとは」学文社、2001 年
- ・岡本祐三「高齢者医療と福祉」岩波新書、1996 年
- ・奥村芳孝「新スウェーデンの高齢者福祉最前線」筒井書房、2000 年
- ・小野公一「キャリア発達におけるメンターの役割ー看護師のキャリア発達を中心に」白桃書房、2003 年
- ・金井壽宏「働くみんなのモチベーション論」NTT 出版、2006 年
- ・鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著「世界の介護事情」中央法規、2002 年
- ・木下康仁「福祉社会スウェーデンと老人ケア 真の豊かさへの遠近法」勁草書房、1992 年
- ・京極高宣「新版 日本の福祉士制度 日本ソーシャルワーク史序説」中央法規、1998 年
- ・京極高宣「MSW 医療福祉士への道 日本ソーシャルワーカーの歴史的考察」医学書院、2008 年
- ・小林光俊監修「専門介護福祉士の展望ー次世代の新しい介護福祉士の必要性」北隆館、2006 年
- ・斉藤弘子編著「老いをケアする仕事がしたい！本音で選ぶ『高齢化社会』の資格と仕事」彩流社、2003 年
- ・堺園子「世界の社会福祉と日本の介護保険」明石書店、2000 年
- ・佐々木由恵「介護現場における医療ケアと介護職の不安」社会評論社、2011 年
- ・佐藤直子「専門看護制度 理論と実践」医学書院、1999 年
- ・篠崎良勝「どこまで許される？ホームヘルパーの医療行為」一橋出版、2002 年
- ・清水勤「ビジネスゼミナール 会社人事入門」日本経済新聞社、1991 年
- ・染谷俣子編著「福祉労働とキャリア形成ー専門性は高まったか」ミネルヴァ書房、2007 年
- ・高木和美「新しい看護・介護の視座」看護の科学社、1999 年
- ・高木和美「社会福祉労働者政策ーホームヘルパーの労働・生活・健康の質を規定する社会的条件」桐書房、2007 年
- ・高島昌二「スウェーデンの家族・福祉・国家」ミネルヴァ書房、1997 年
- ・高島昌二「スウェーデンの社会福祉」ミネルヴァ書房、2001 年
- ・高島昌二「スウェーデン社会福祉入門ースウェーデンの福祉と社会を理解するためにー」晃洋書房、2007 年
- ・時井聡「専門職論再考 保健医療観の自律性の変容と保健医療専門職の自律性の変質」学文社、2002 年
- ・二木立「21 世紀初頭の医療と介護ー幻想の『抜本改革』を超えて」勁草書房、2001 年
- ・久場嬉子編著「介護・家事労働者の国際移動 エスニシティ・ジェンダー・ケア労働の交

差」日本評論社、2007 年

- ・ 広井良典「ケアを問いなおすー＜深層の時間＞と高齢化社会」ちくま書房、1997 年
- ・ 広井良典「ケア学」医学書院、2000 年
- ・ ビヤネール多美子「スウェーデン・超高齢社会への試み 変わりゆく制度変わらない理念」ミネルヴァ書房、1998 年
- ・ 古川孝順・佐藤豊道「介護福祉[改訂版]」有斐閣、2001 年
- ・ 編集員会代表仲村優一・一番ヶ瀬康子「世界の社会福祉① スウェーデン フィンランド」旬報社、1998 年
- ・ 編集員会代表仲村優一・一番ヶ瀬康子「世界の社会福祉⑧ ドイツ オランダ」旬報社、2000 年
- ・ 百瀬孝「日本福祉制度史 古代から現代まで」ミネルヴァ書房、1997 年
- ・ 山手茂「社会福祉専門職と社会サービス」相川書房、2003 年
- ・ 結城康博「介護 現場からの検証」岩波新書、2008 年

(3)論文

- ・ 明山和夫・野川照夫「老人家庭奉仕員制度ーその沿革と現状ー」『老人家庭奉仕員制度』no.543、1973 年
- ・ 秋山智久「ソーシャル・ワーカーの資格はどうあるべきかー『社会福祉士』資格法定化を中心にー」『社会福祉研究』40 号、鉄道弘済会福祉センター弘済会館、1987 年
- ・ 天野正子「看護婦の労働と意識ー半専門職化に関する事例研究」『日本社会学会 社会学評論 87』有斐閣、1972 年
- ・ 天野正子「転換期の女性と職業」学文社、1982 年
- ・ 上坂良子「日本の近代看護における初期の看護婦の特性 看護婦像と資質に関する一考察」『和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要』第 5 巻、2002 年
- ・ 荏原順子「ホームヘルプサービス事業揺籃期の研究ー長野県上田市における『家庭訪問ボランティア支援事業』の背景ー」『純真福祉文化研究』第 6 号、長崎純心福祉文化研究会、2008 年
- ・ 小川栄二「いまホームヘルパーに求められる専門性とはー介護保険の下で、本来の『ホームヘルプ』のあり方を考える」『福祉のひろば』通巻 374 号、2000 年
- ・ 北場勉「わが国における在宅福祉政策の展開過程ー老人家庭奉仕員派遣制度の展開を中心にー」『日本社会事業大学紀要』第 48 号、2001 年
- ・ 佐藤富士子「介護の独自性についてー歴史・教育の視点から看護と比較してー」「人間関係学研究 1」大妻女子大学、2000 年
- ・ 須賀美明「日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成史」『社会関係研究』第 2 巻第 1 号、1996 年
- ・ 高橋幸裕「訪問介護員の労働環境と人材養成に関する研究」九州大学大学院修士論文、

2004 年

- ・高橋幸裕「介護労働者のキャリア形成に関する調査研究－家族の介護負担に向けて」財団法人家計経済研究所 2008 年度研究振興助成事業報告書、2009 年 3 月
- ・高橋幸裕「キャリア形成の視点から見た介護職の社会的地位向上に関する課題」『一橋研究』第 36 号第 2, 3 巻合併号、2011 年
- ・高橋幸裕「高齢者ケア施設における医療的ケアに対する実態と課題」『一橋研究』第 36 号第 4 巻、2012 年
- ・高橋幸裕「介護労働者のキャリア形成の実態(1)：量的調査結果から」『一橋研究』第 37 巻第 1 号、2012 年
- ・高橋幸裕「介護労働者のキャリア形成の実態(2)：質的調査結果から」『一橋研究』第 37 巻第 2 号、2012 年
- ・高橋幸裕「介護職が専門職となるためには一看護職をヒントとして」『一橋研究』第 37 巻第 3, 4 巻合併号、2013 年
- ・竹内洋「専門職の社会学－専門職の概念－」『ソシオロジ』社会学研究会、第 16 巻第 3 号、1971 年
- ・竹内吉正「ホームヘルプ制度の沿革・現状とその展望－長野県の場合を中心に－」『老人福祉』老人福祉施設協議会、第 46 号、1974 年
- ・中畠洋「長野県上田市における家庭養護婦派遣事業（1956 年）の歴史的意義」『日本ボランティア学会誌』2006 年度、2006 年
- ・中畠洋「戦後日本のホームヘルプ事業の起源－発祥地、長野県上田市木町の 1950 年代の状況を探る－」『帝京平成大学紀要』第 19 号、2008 年
- ・中畠洋「昭和 30 年代の長野県下のホームヘルプ事業の活動分析－その事業内容と活動成果の検証－」『日本の地域福祉』第 23 号、日本地域福祉学会、2010 年
- ・中畠洋「家庭養護婦派遣事業の支援システムの形成に関する研究－1950 年代の竹内吉正の役割の検討を基に－」『日本の地域福祉』第 24 号、日本地域福祉学会、2011 年
- ・中畠洋「ホームヘルプ事業の黎明としての原崎秀司の欧米社会福祉視察研修(1953～1954)－問題関心の所在と視察行程の検証を中心に－」『社会福祉学』第 52 巻第 3 号、2011 年
- ・中西洋・京極高宣編「福祉士の待遇条件」第一法規、1990 年
- ・中村恵子「専門看護師・認定看護師の現況と課題」『青森保健大紀要』第 1 号 2 巻、1999 年
- ・西浦功「日本における在宅福祉政策の源流－京都市『遺族派遣婦制度』と大阪府高槻市『市営家政婦制度』－」『人間福祉研究』第 10 号、2007 年
- ・西浦功「日本のホームヘルプ制度の波及に関する予備的研究－老人家庭奉仕員制度に着目して－」『人間福祉研究』第 14 号、北翔大学、2011 年
- ・西川真規子「ホームヘルパーの仕事に関する考察」『経営志林』第 40 号、2003 年
- ・西村洋子「介護福祉論」誠信書房、2005 年

- ・野川照夫「家庭奉仕員制度について（覚書）－老人家庭奉仕員制度を中心に－」『大阪女子大学人間関係論集』創刊号、1984年
- ・野田浩資「ヒューズ職業社会学におけるマクロ・シンボリック相互作用論」『ソシオロジ』社会学研究会、第35巻第1号、1990年
- ・野田浩資「相互作用論の重層性－キャリア・自然史・レトリック－」『ソシオロジ』社会学研究会、第36巻第2号、1991年
- ・ハインツ・ロスガング「ドイツにおける高齢者介護保険」『介護労働の国際比較 no.42』青木書店、2002年
- ・咸日佑「韓国の介護保険制度－施行1年の成果と今後の課題－」『評論・社会科学 第九十号』同志社大学社会学会、2010年
- ・林千冬「日本における看護・介護職者の就業構造と労働の変化」『日本労働社会学会年報』第13号、日本労働社会学会、2002年
- ・福島知子「ホームヘルパー養成研修事業の現状と課題」『大阪健康福祉短期大学紀要』第2号、2004年
- ・本郷澄子・井上千津子・佐藤映子「『終末期ケア』におけるホームヘルパーの役割に関する研究」『東海大学健康科学部紀要』第4号、1998年
- ・増田雅暢編著「世界の介護保障」法律文化社、2008年
- ・宮本教代「わが国の訪問介護事業生成過程に関する一考察～長野県と大阪市の制度成立過程をとおして～」『四天王寺大学大学院研究論文集』第6号、2011年
- ・森幹郎「ホームヘルプサービス－歴史・現状・展望－」『季刊社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所、第8巻2号、1972年
- ・森川美絵「在宅介護労働の制度化過程－初期（1970年代～1980年代前半）における領域設定と行為者属性の連関をめぐって」『大原社会問題研究所雑誌』no.486、1999年
- ・森山美知子「広島大学大学院保健学研究科 第1回国際シンポジウム看護学における専門職大学院の展望」『広島大学保健学ジャーナル』Vol.4(2)、2005年
- ・山田知子「わが国のホームヘルプ事業における女性職性に関する研究－1956年長野県上田市社協『家庭養護婦派遣事業』を中心として－」『大正大学研究紀要』、第90号、2005年
- ・吉田直美「公的ホームヘルパーの置かれている社会的状況と問題点についての一考察」『日本福祉大学社会福祉論集』第105号、2001年

(4)その他

- ・有田清子ほか「系統看護学講座 専門③ 基礎看護学[3] 基礎看護技術Ⅱ 第14版」医学書院、2006年
- ・石原明・杉田暉道・長門谷洋治「系統看護学講座 別巻9 看護史」医学書院、1989年
- ・大鹿英世「系統看護学講座 専門基礎⑤ 病理学 疾病のなりたちと回復の促進[2] 第11版」

医学書院、2006 年

- ・大山正「老人福祉法の解説」全国社会福祉協議会、1964 年
- ・看護史協会「看護学生のための日本看護史」医学書院、1989 年
- ・公益財団法人東京救急協会「身につけよう 応急手当 上級救命講習テキスト 2005 年版ガイドライン対応」東京法令出版株式会社、2005 年
- ・坂本穆彦「系統看護学講座 専門基礎④ 病理学 疾病のなりたちと回復の促進[1] 第 4 版」医学書院、2007 年
- ・佐々木英忠「系統看護学講座 専門② 老年看護 病態・疾患論 第 2 版」医学書院、2008 年
- ・佐々木由恵「介護労働と労働環境の実態－職業としてのホームヘルパーの条件－」日本女子大学博士論文、2005 年
- ・渋谷光美「老人の生活問題に対する社会福祉としての家庭奉仕員制度創設」『京都女子大学生生活福祉学科紀要』第 5 号、2009 年
- ・渋谷光美「在宅介護福祉労働としての家庭奉仕員制度創設と、その担い手政策に関する考察」『Core Ethics』Vol.6、2010 年
- ・渋谷光美「介護の源流としての陵墓と家庭方針に関する養老事業関係者の動向を通じた検討」『Core Ethics』Vol.8、2012 年
- ・シリーズ・21 世紀の社会福祉編集委員会[編]「社会福祉基本用語集 五訂版」ミネルヴァ書房、2004 年
- ・社団法人生活福祉機構＝編「スウェーデンにおける高齢者ケアの改革と実践 保健福祉専門家交流シンポジウム報告」中央法規出版、1996 年
- ・鈴木栄「特別養護老人ホーム」NHK 出版、2003 年
- ・全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター＝編「老人ケア政策国際比較シンポジウム報告 老人介護の国際比較」中央法規、1991 年
- ・全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター＝編「老人ケア政策国際比較シンポジウム報告 老人介護マンパワー政策の国際比較」中央法規、1992 年
- ・中央福祉審議会、職員問題専門分科会起草委員会「社会福祉専門職化への道」全国社会福祉協議会、1971 年
- ・竹内吉正「ホームヘルプ制度発足の周辺」『長野県家庭奉仕員連絡協議会 20 周年記念誌』長野県家庭奉仕員連絡協議会、1991 年
- ・東京看護学セミナー 現代日本の看護婦研究班編著「いま 看護婦は…その職業観と生活像」看護の科学社、1985 年
- ・中島紀恵子ほか「系統看護学講座 専門② 老年看護学 第 6 版」医学書院、2007 年
- ・日野原重明「系統看護学講座 別巻⑪ 医学概論 第 8 版」医学書院、2004 年
- ・藤崎郁ほか「系統看護学講座 専門① 基礎看護学[1] 看護学概論 第 14 版」医学書院、2006 年

- ・藤崎郁ほか「系統看護学講座 専門② 基礎看護学[2] 基礎看護技術Ⅰ 第14版」医学書院、2007年
- ・松倉哲也「看護婦残酷物語ー過重労働、人手不足、家庭崩壊、離職者続出の蟻地獄」エール出版社、1984年
- ・ミネルヴァ書房編集部〔編〕「社会福祉小六法」ミネルヴァ書房、2003-2013年度版
- ・Alfons Deeken (アルフォンス・デーケン)『死とどう向き合うか』エニー、2004年
- ・Amitai Etzioni *Modern Organizations* Prince-Hall, Inc, 1964 (邦訳：アミタイ・エツィオーニ、渡瀬洋『現代社会学入門 2 現代組織論』至誠堂、1967年)
- ・Amitai Etzioni *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers* Free Press, 1969
- ・Claire M. Faigin *Essays on Nursing Leadership* Springer Publish Company, 2000 (邦訳：クレア・フェイガン、竹花富子『フェイガン リーダーシップ論』日本看護協会出版会、2002年)
- ・Eliot Freidson *Professional Power A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge* The University of Chicago Press, 1986
- ・Elisabeth Kübler-Ross, M.D *On Death and Dying* Simon & Schuster/Touchstone, 1969 (邦訳：エリザベス・キューブラー・ロス、川口正吉『死ぬ瞬間』読売新聞社 1971年)
- ・Everett C. Hughes *Men and Their Work* Free Press, 1958
- ・Geoffrey Millerson *The Qualifying Associations a Study in Professionalizations* The Humanitie Press, 1964
- ・Pam Smith *The Emotional Labour of Nursing* Macmiran, 1992 (邦訳：パム・スミス、武井麻子・前田泰樹『感情労働としての看護』ゆみる出版、2000年)

卷末資料

調査実施概要

※調査にあたって

この調査は博士論文の一部に用いることを踏まえて、財団法人家計経済研究所 2008 年度研究振興助成事業を受け実施したものである。これとは別にチームケアに関する聞き取り調査（質的調査）を実施している。

(1)調査の目的

介護職の専門性を高めることは職業としての魅力を高めることにつながる。そこで本研究を進める上で 2 つの調査を実施した。

1 つ目が介護労働者のキャリア形成について実態調査した。例えば、どのような資格を取得しているのか、将来の目標を有しているのかを質問紙を用いて確認する。また監督職にある介護労働者にこれまでの経験について聞き取ることで専門性を高めるための課題や意識について明らかにする。

2 つ目がチームケアに関する調査では介護保険制度が導入されて以降、積極的に取り入れられたのが多職種によるチームケアである。そこでは介護職がどのような役割と専門性を発揮しているのかを明らかにすることを目的とした。

(2)調査方法

- ・キャリア形成に関する調査：量的調査法（質問紙調査法）
- ・キャリア形成に関する調査、チームケアに関する調査：質的調査法（半構造化面接法）

(3)量的調査に関する実施概要（キャリア形成に関する調査）

- ・調査対象施設・対象者

- ①調査対象施設：東京都及び埼玉県に設置する社会福祉法人、生活協同組合、医療法人、民間企業
- ②調査対象者：調査実施時点でホームヘルパー（訪問介護員）、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、ケアマネジャーのいずれかの資格を有しており、もしくは近く取得見込みの者であり社会福祉法人、生活協同組合、医療法人、民間企業の特別養護老人ホーム、訪問介護事業所、介護老人保健施設等に勤務している者。

(4)調査表作成に関する予備的調査経過

- ①先行研究・研究のサーベイ。主に日本労働研究機構、介護労働安定センター、民間病院問題研究所などが行った調査研究報告書を参照した。
- ②社会福祉法人等の諸施設に赴き参与観察を実施。フロアに身を置きつつ、介護労働者の 1 日の仕事の流れを確認する。確認した内容をメモとして書き落としていく。
- ③参与観察から得られた調査データから仕事内容、1 日のスケジュールなど内容を整理した。
- ④整理されたデータを施設側に提出し、担当者に内容の確認を行ってもらった。

(5)調査票（質問項目の作成経過）

- ①先行研究と仮説を踏まえたうえで、研究の枠組みを設定する。
- ②設問の核を作るために、それぞれに大きな柱を設定する。
- ③質問項目を設定していく。
- ④設定された質問のプリテストを実施する。約 10 名に協力を頂いた。
- ⑤プリテストの結果から修正を行う。
- ⑥質問項目を修正後、大学構内にて印刷作業を行う。

(6) 調査日

2008（平成 20）年 2 月 22 日より 3 月 26 日の期間に調査票の配布と回収を行った。

(7)質問紙の配布・回収方法

調査協力先に択一式（45 問）の調査票を郵送もしくは持参する形を採り、施設長を通じて該当者に合計 513 通²⁸⁰配布した。回収方法は施設内に回収袋を設置する留め置き法を用い、記入された調査票は郵送もしくは訪問する形で回収を行った。

(8)質問紙配布数・回収数

- ①配布数：513 通
- ②回収数：301 通
- ③回収率：58.7%

(9)量的調査実施協力先（調査票配布順）

法人名	施設形態(調査票回答協力部門)	配布日	回収日	配布数	回収数
生活協同組合東京マイコープ(8事業所)*	ホームヘルプ、ケアマネジメント、デイサービス	2月22日*	3月21日*	230	129
社会福祉法人楽友会 白楽荘	特別養護老人ホーム	2月26日	3月12日	30	27
社会福祉法人誠愛会 シルバーハイツ谷保	特別養護老人ホーム	2月26日	3月24日	25	13
社会福祉法人ばる いきいきタウンとだ	特別養護老人ホーム	2月26日	3月25日	60	28
株式会社 佐々木由恵事務所	グループホーム、ホームヘルプ	2月27日	3月18日	40	26
医療法人三水会 あるふあ国立	介護老人保健施設	2月28日	3月12日	20	14
社会福祉法人マザース 日野事業所	特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービス	3月3日	3月17日	50	28
社会福祉法人 国立市社会福祉協議会	ホームヘルプ	3月3日	3月18日	8	6
社会福祉法人小茂根の郷 東京武蔵野ホーム	特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービス	3月3日	3月26日	50	30
合計				513	301

*現在は名称変更をしており「生活協同組合パルシステム東京」となっているが、ここでは調査実施当時の名称を用いる。

*生活協同組合東京マイコープは事業所ごとに調査票を配布、回収した関係で日時は異なる。全事業所で最も早く配布した日と最も遅く回収した日を記載した。

²⁸⁰ 当初は全施設で質問紙 500 通を配布した。生活協同組合の 1 事業所で調査に該当する職員数に誤りがあり、追加配布分を含めて 513 通となった。

(10)分析方法

- ①回収された調査票に整理番号を付していく。
- ②データ入力作業を行う。
- ③入力データのデータスクリーニング作業をする。
- ④データスクリーニングされた集計から設問毎に円グラフ、棒グラフ等で全体の傾向を把握できるよう加工を行う。
- ⑤それぞれの質問項目の傾向を分析し、コメントをつける作業を行う。
- ⑥⑤から相関関係があると思われる質問項目を選定し、クロス表集計を行う。

(11)質問項目等

質問項目は巻末の「量的調査質問紙（調査票）」を参照のこと。

(12)質的調査方法に関する実施概要（キャリア形成に関する調査）

・調査対象施設・対象者

- ①調査対象施設：量的調査と同じ。
- ②調査対象者：量的調査で実施した法人に勤務する監督職者。条件に当てはまらない法人は、施設責任者に趣旨と条件を説明した上で該当者を選出してもらった。

(13)調査実施期間

2008（平成20）年4月30日～5月28日

(14)質的調査実施者属性一覧（量的調査実施一覧順に準ずる）

事業社名	イニシャル	性別	年齢	実施日	勤務年数	介護経験	有資格
生活協同組合東京マイコープ 愛宕陽だまり	Q	女性	45	5月29日	7年	なし	介護支援専門員他
社会福祉法人楽友会 白楽荘	G	女性	51	5月14日	14年	なし	介護福祉士*1
	F	女性	32	5月14日	12年	なし	介護福祉士*1
	L	男性	29	5月21日	9年	なし	介護福祉士*1
	M	女性	32	5月21日	12年	あり	介護支援専門員他
社会福祉法人ばる いきいきタウンとだ*3	H	男性	45	5月14日	14年	なし	介護福祉士他
	J	男性	28	5月16日	4年	なし	社会福祉士他
株式会社佐々木由恵事務所	A	男性	59	4月30日	2年	なし	ヘルパー2級他
	E	女性	27	5月5日	3年	なし	ヘルパー2級*2
	I	女性	27	5月15日	3年	なし	ヘルパー2級*2
	K	男性	27	5月19日	1年	なし	社会福祉士他
社会福祉法人マザース日野事業所	B	男性	30	5月1日	6年	なし	介護福祉士他
	C	男性	45	5月2日	9年	なし	介護福祉士他
	D	男性	31	5月4日	5年6ヶ月	なし	介護福祉士他
社会福祉法人 国立市社会福祉協議会*4	O	女性	53	5月28日	14年	なし	介護福祉士他
	P	女性	57	5月28日	20年	なし	介護福祉士他
	N	女性	63	5月28日	21年	なし	介護福祉士他

*1 勤務の都合で短縮の調査となった。

*2 協力者の都合で短縮での調査を実施した。

*3 機器の不具合等によって協力者(1名)の声を録音出来ず、除外している。

*4 国立市社会福祉協議会のみ3名同時に聞き取り調査を実施した。

※機器の不具合により録音できなかった女性職員のインタビュー概要

2008（平成 20）年 5 月 14 日、「社会福祉法人 ぱる いきいきタウンとだ」にてインタビューを女性職員（31 歳）に行ったが、機器の不具合により録音が正常に行えなかった。しかし、インタビュー対象者があらかじめ提示しておいた質問項目に対する回答のメモを用意していたので、その内容を別途記載する。尚、質的調査としてのデータ分析には反映していない。

以下、メモより引用。

①介護の仕事を目指した理由

祖父の死をきっかけに看護師を目指す。小さなミスで受験に失敗、挫折し人生に何の希望も期待も持てずフリーターになる。アルバイトを転々とする中でたくさんの人に出会い、価値観が少しずつ変わっていく。職業や学歴、肩書きばかり囚われていたが、人間の本质や価値は計れないことに気付く。派遣社員をしていた際、東京都荒川区の介護保険課で介護保険の準備業務に携わり、高齢者の生活に唖然とする。高齢社会は目の前にある事、困っている方が沢山いることを実感。ホームヘルパー2 級を取得するが、施設の実習で理想と現実の差に戸惑う。排泄介助にも抵抗があり、また当時は DTP オペレータにもなりたかった為、一度は諦めてしまう。特に不自由のない生活を送っていたが、人の役に立てる人間になりたい、誰かの力に自分もなりたいたいと社会貢献への意欲が増してくる。

②仕事における目標

現在仕事が忙しく、なかなか勉強ができないが今年ケアマネジャーを受ける予定。資格に関わらず勉強はしていきたい。知識・技術の取得も勿論、今年は外部の研修にも参加する予定。

③介護の仕事で重要視する事柄

信頼関係（対利用者・対スタッフ）。利用者を受け入れる気持ち、愛情。業務上では他職種、スタッフ間の連携。自身への課題を常に持つ。

④OJT、Off-JT

実際に行っていること：チューター制度。

学んできた内容：現在ユニットケアについて勉強中。

キャリア形成：大したキャリアでも無いので特に苦労はないが、これまでの介護経験で得たものは沢山あるように思う。乗り越えたもの？まだまだだが、着実に自分の壁を破っていると思う。

⑤職業観・介護観

勿論好きでなければ勤まらない。誇りはあえて持たないようにしている。誇りより愛嬌があった方が、利用者との関係が親密になりやすいと思う。また自分に誇りを持つことが重要だと思わない。と、言いつつ実はプライドが高いのかもしれないが、今の自分に誇りは不要。

⑥その他（職業人として成長する為に）

プロ意識。何の仕事でもプロを目指す人と、アマチュアで甘んじる人の差は歴然。

(15)聞き取り調査実施方法

- ①形式：原則 1 対 1 の形を採り、半構造化面接を行う。
- ②場所：調査対象者の希望を踏まえ、聞き取り調査に適当である場所で行う。
- ③時間：1 人当たり 60 分程度を行う。
- ④人数：監督職にある職員は各施設で計 15 組。施設責任者は各施設×1 名以上を紹介依頼。
- ⑤記録方法：カセットテープによる録音を行いつつ、必要に応じて筆記による記録を行う。
- ⑥対象者に質問を行い、考えることや感じることを自由に話してもらう。

(16)質問項目

- ①介護労働者自身について：介護の仕事を志した理由、介護経験の有無、勤続年数（通算年数）、資格内容
- ②仕事における目標について：資格取得の希望、知識・技術の習得の希望、目標（短期、中期、長期）、目標到達基準
- ③介護の仕事で重要視する事柄：仕事上重要なこと・視点、仕事が続けられた理由、得意分野
- ④OJT、Off-JT：実際に行っていること（方法論）、これまで学んできた内容、キャリア形成で苦労したこと、乗り越えたこと
- ⑤職業観、介護観：介護の仕事は好きか、誇りの有無について
- ⑥その他：人間関係（家庭、職場）、職場への不満、職業人として成長するには何が必要か

(17)分析方法

- ①インタビュー記録の文字起こしを行う。
- ②インタビュー記録のスクリーニング（誤字脱字の修正、文言の補足追加等）作業。
- ③トップダウンコーディングにより(15)の①から⑥について内容の分類をする。
- ④トップダウンコーディングにより分類された発言内容を 7 分野のカテゴリーに整理する。
- ⑤整理された発言からコアとなる要旨を抜き出し分析する。

(18) 質的調査方法に関する実施概要（チームケアに関する調査）

①調査実施期間：2013（平成 25）年 10 月 6 日、10 日

②調査対象者

介護職として 15 年以上の現場経験があり、チームケアを担当したことがある者。

③調査協力者の属性

性別	年齢	経験年数	調査日	勤務先	有資格
女性	42歳	15年	10月6日	民間企業(滋賀県)	介護福祉士他
女性	49歳	15年	10月10日	NPO法人(大阪府)	介護福祉士他

(19)調査方法

①形式：原則 1 対 1 の形を採り、半構造化面接を行う。

②場所：調査対象者の希望を踏まえ、聞き取り調査に適当である場所で行う。

③時間：1 人当たり 60 分程度を行う。

(20)質問内容

①担当したケースの概要

②チームとして構成していた他職種

③医療職とのチームケアにおける事例

④ヘルパーから専門職への引き渡し

⑤日常的な事柄に対応する事柄

⑥非日常的な事柄に対応する事柄

(21)分析方法

①インタビュー記録の文字起こしを行う。

②インタビュー記録のスクリーニング（誤字脱字の修正、文言の補足追加等）作業。

③トップダウンコーディングにより(20)の①から⑥について内容の分類をする。

④整理された発言からコアとなる要旨を抜き出し分析する。

量的調查質問紙（調査票）

介護労働者のキャリア形成に関する実態調査

一橋大学大学院社会学研究科
博士後期課程 高橋幸裕
(2008 (平成 20) 年 2 月実施)

本調査へのご協力をお願い

この調査の目的は日夜介護の現場で奮闘されている介護職の皆様が、利用者様に高い質のサービスを提供するためにどのような形で仕事に必要な能力を高めているのか（キャリア形成）を調べるためのものです。

介護福祉職は就業条件の低さや社会的評価の低さ、人手不足など多くの問題を抱えています。そこで介護職員の皆さんのキャリア形成のあり方を知ること、どのようなパターンがあるのか、その特徴や課題は何か、どうすればより効果的にキャリアを身につけていけるのかを考え、この結果から労働環境や雇用条件に関する処遇改善の一助としたいと思います。

この調査では施設長様のご協力により、アンケートを配布させていただいておりますが、無記名で記入、厳封した形で回収後、統計的に処理をします。また、この調査結果は博士論文とそれに関する学術研究以外の目的には使用しないことをお約束致します。大変お忙しい中恐縮ではございますが、本調査の趣旨にご協力をいただき、ご記入いただきますようよろしくお願い申し上げます。

次に、質問は第 1 問～第 45 問まであります。該当する全ての質問にお答えください。回答は直接この用紙に記入して下さい。それぞれの質問は選択式になっておりますので、当てはまる数字のところに○または数字を記入して下さい。もし、選択肢の中に該当するものがない場合は記述をお願い致します。尚、個人が特定されるような質問はありません。

調査票にご記入を頂いた後は、調査票を同封した封筒（厳封）に入れて 3 月 11 日（火）までに 指定の回収袋（回収箱）まで投函して下さい。切手は不要です。調査についてご質問がある場合や調査結果がお知りになりたい場合は、下記までお問い合わせ下さい。

【調査企画者】高橋幸裕（一橋大学大学院 社会学研究科）

【お問い合わせ先】〒186-8601 東京都国立市中 2-1

一橋大学大学院 社会学研究科 社会政策共同研究室

電話番号：042-580-8640（電話&FAX）

090-4292-8153（携帯電話）

電子メール：sd041017@srv.cc.hit-u.ac.jp

1. あなたご自身についてお伺いします。

問1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけて下さい。

- (1) 男性 (2) 女性

問 2. 年齢をお伺いします。に記入して下さい。当てはまるものに○をつけて下さい。

歲

問3. あなたの最終学歴についてお聞きます。以下のものから当てはまるものを 1つ 選んで○をつけて下さい。

- (1) 中学校 (2) 高等学校 (3) 福祉系短大・大学 (4) 短大・大学 (5) 福祉系大学院
(6) 大学院 (7) 福祉系専門学校 (8) 専門学校 (9) その他 ()

問 4. あなたは結婚していますか？

- (1) 既婚 (2) 未婚

問 5. あなたは子どもがいますか？「いる」と答えた方はその人数を記入して下さい。

- (1) いる→人 (2) いない

問 6. 勤務している機関はどれになりますか？1つ選んで○を付けて下さい。複数の場合は、主に勤務する機関を選んで下さい。

- (1) 社会福祉法人 (2) 医療法人 (3) 民間企業 (4) 地方自治体 (5) NPO 法人
(6) 生活協同組合 (7) その他 ()

問 7. あなたの雇用形態はどれに当てはまりますか？1つ選んで○をつけて下さい。

- (1) 正規職員 (2) 非正規職員 (登録ヘルパー、パートタイム、アルバイト、臨時社員、派遣社員、契約社員、嘱託職員、非常勤職員等) (3) その他 ()

問 8. あなたが介護福祉関連の仕事を始めた理由は何ですか？主な理由を 1つ選んで○を付けて下さい。

- (1) 介護の経験を生かすことが出来るから
- (2) 介護や社会福祉に興味があったから
- (3) 知識や技能を身につけたかったから
- (4) 人の役に立ちたかったから
- (5) 空いた時間を有効活用したかったから
- (6) 知人から薦められたから
- (7) 生活の維持・家計の足しにしたかったから
- (8) 経済的自立をしたかったから
- (9) 他によい仕事がなかったから
- (10) 特に理由はない
- (11) その他 ()

問 9. あなたは現在の仕事（介護福祉関係）に就く前に、何か仕事をしていましたか？当てはまるものを 1つ選んで○を付けて下さい。

- (1) 医療関係 (2) 福祉関係 (3) 教育関係 (4) 公務員 (5) 一般企業
- (6) 自営業 (7) 家政婦 (8) 主婦 (9) 無職 (10) その他 ()

問 10. あなたは今までに誰かを介護した経験はありますか？「ある」と答えた方は何人の介護をしましたか？

- (1) ある→人 (2) ない

問 11. あなたの家庭では、あなた以外にどなたが働いていますか？当てはまる方全てに○を付けて下さい。

- (1) 配偶者 (2) 子 (3) 父 (4) 母 (5) 祖父 (6) 祖母 (7) きょうだい
- (8) 働いている人はいない (9) その他 ()

問 12. 「問 11.」 で○を付けた方の中で主な生計維持者はどなたですか？1つ選んで○を付けて下さい。

- (1) 本人（自分） (2) 本人以外の人（両親、夫、妻、子など）
- (3) 本人（自分）とそれ以外の人 (4) その他（ ）

2. あなたの勤務状況についてお伺いします。

問 13. あなたは 1 日に平均してどれくらいの利用者を担当していますか？（ホームヘルパーの方は 1 日の平均担当件数を記入して下さい。）

名

問 14. 先月のあなたの 1 週間の平均勤務日数は何日ですか？

11

問 15. 残業時間を除いた、先月 1 週間におけるあなたの平均勤務時間は何時間ですか？当
てはまるものを 1 つ選んで○を付けて下さい。

- (1) 5 時間未満 (2) 5 時間以上 10 時間未満 (3) 10 時間以上 15 時間未満
(4) 15 時間以上 20 時間未満 (5) 20 時間以上 25 時間未満
(6) 25 時間以上 30 時間未満 (7) 30 時間以上 35 時間未満
(8) 35 時間以上 40 時間未満 (9) 40 時間以上 45 時間未満
(10) 45 時間以上 50 時間未満 (11) 50 時間以上

問 16. あなたは深夜勤務を担当していますか？「夜勤をしている」と答えた方は 1 週間の勤務のうちで担当している回数を記入して下さい。

- (1) 夜勤をしている→☐回
- (2) 夜勤をしていない

問 20. あなたは仕事で困った時に、職場で相談できる人はいますか？「いる」と答えた人は主に相談する人に○を付けて下さい。

- (1) いる (2) いない

*あなたとの関係

- (1) 施設長（責任者）
- (2) 職場の上司
- (3) 職場の先輩
- (4) 職場の友人
- (5) その他（ ）

問 21. 「問 20.」で「いる」と回答をした方にお聞きします。それはどんな内容を相談しましたか？当てはまるもの全て選んで○を付けて下さい。

- (1) 介護技術関係
- (2) スキルアップ
- (3) 健康問題
- (4) 将来の問題
- (5) 職場の人間関係
- (6) 利用者との人間関係
- (7) 経済的問題
- (8) 雇用条件
- (9) その他 ()

3. あなたの職務経験についてお伺いします。

問 22. あなたが持っている資格についてお聞きします。あなたがこれまでに資格を得た順番を記入して下さい。

順番	資格
	社会福祉士
	介護福祉士
	ケアマネジャー（介護支援専門員）
	ホームヘルパー 1 級
	ホームヘルパー 2 級
	ホームヘルパー 3 級
	精神保健福祉士
	作業療法士
	理学療法士
	福祉住環境コーディネーター 1 級
	福祉住環境コーディネーター 2 級
	福祉住環境コーディネーター 3 級
	看護師
	准看護師
	保健師
	助産師
	調理師
	栄養士
	管理栄養士
	保育士
	その他（ ）

4. あなたの目標（スキルアップ）について伺います。

問 30. 現在、あなたは職場で上司や先輩等から教えてもらいたいことは何ですか？当てはまるものを全て選んで○を付けて下さい。

- (1) 利用者の移乗 (2) 衣類の着替え (3) 食事介助 (4) 排泄介助 (5) 入浴介助
(6) バイタルチェック (7) 利用者の体調の変化や気づき (8) コミュニケーション方法
(9) レクリエーション活動 (10) 感染症対策 (11) 衛生管理 (12) 緊急時の対応
(13) 利用者のアセスメント方法 (14) リスクマネジメント対策
(15) 日誌・事故報告書等の記入方法 (16) ケアプランの作成 (17) 介護理論
(18) 医学的知識 (19) 職員間の連携 (20) 利用者や家族の人権・要望に関する対応
(21) 特にない (22) その他（ ）

問 31. あなたは仕事の能力を高めるためにスキルアップをする予定（既に行っている）はありますか？当てはまるものに1つ選んで○を付けて下さい。「ある」を選んだ方はどのような方法でしたいですか？

- (1) ある (2) ない

- (1) 1人で勉強をする (2) 仲間同士で勉強をする (3) 大学・専門学校等に通う
(4) 通信教育を受ける (5) 勉強方法は決めていない
(6) その他()

問 32. 「問 31.」で「ない」と答えた方にお聞きします。その理由は何ですか？主な理由を
1つ選んで○を付けて下さい。

- (1) 時間的に余裕がないから (2) 経済的に余裕がないから
(3) 体力的に余裕がないから (4) 今の知識や技術で十分だと思うから
(5) 適切な研修や学習方法が無い (6) 特に理由はない
(7) その他 ()

問 33. あなたは今後取るとしたらどのような資格を取得したいですか？取りたいと思う資格を順番に選んで下さい。（いくつでも）特に必要ない場合は「特にない」に「1」と記入して下さい。

順番	資格
	社会福祉士
	介護福祉士
	ケアマネジャー（介護支援専門員）
	ホームヘルパー 1 級
	ホームヘルパー 2 級
	ホームヘルパー 3 級
	精神保健福祉士
	作業療法士
	理学療法士
	福祉住環境コーディネーター 1 級
	福祉住環境コーディネーター 2 級
	福祉住環境コーディネーター 3 級
	看護師
	准看護師
	保健師
	助産師
	調理師
	栄養士
	管理栄養士
	保育士
	特にない
	その他（ ）

問 34. あなたの職場では、スキルアップするための制度がありますか？それはどのような制度ですか？「ある」と答えた方は当てはまるもの全てを選んで○を付けて下さい。

- (1) ある (2) ない (3) 知らない (分からない)

↓

- (1) 勤務先から補助金が出る
- (2) 研修等に参加するための休暇制度がある
- (3) 仕事中に学ぶことができる
- (4) 勤務先にスキルアップ講習がある
- (5) 有志によって勉強会がある
- (6) その他 ()

問 35. 「問 34.」で「ない」、「知らない（分からない）」を選ばれた方にお聞きます。スキルアップをしたいと思ったときはどうしていますか？当てはまるもの全てを選んで○を付けて下さい。

- (1) 1人で勉強をする (2) 大学・専門学校等に通う (3) 通信教育を受ける
(4) 職場の同僚等を誘って勉強をする (5) 職場の上司や先輩に教えてもらう
(6) 勉強する方法は決めていない (7) その他()

5. 介護福祉職に対する意識と評価についてお伺いします。

問 36. あなたは介護福祉職を専門職だと思いますか？ 1つ選んで○を付けて下さい。

- (1) とても思う
- (2) まあ思う
- (3) 少し思う
- (4) そう思わない
- (5) 全く思わない
- (6) 分からない

問 40. 「問 39.」で「持っている」、「少し持っている」、「普通」を選んだ方にお聞きします。

その理由は何ですか？ 1つ選んで○をつけて下さい。

- (1) 社会に貢献しているから
- (2) 利用者の生活を支える仕事だから
- (3) 人の命に関わる仕事をしているから
- (4) 介護には技術や知識がいる仕事だから
- (5) 利用者の **QOL**（生活の質）の維持・向上をさせられるから
- (6) 利用者のニーズ等を見極めて仕事をしているから
- (7) 給与の金額が高い仕事だから
- (8) 精神的・肉体的にきつい仕事だから
- (9) 利用者や家族に喜んでもらえるから
- (10) その他（ ）

問 41. 「問 39.」で「あまり持っていない」、「全く持っていない」、「分からない」を選んだ方にお聞きします。その理由は何ですか？ 1つ選んで○をつけて下さい。

- (1) 社会に貢献する仕事ではないから
- (2) 女性の仕事とされているから
- (3) 専門職として見なされていないから
- (4) 介護には技術や知識は必要ない仕事だから
- (5) 利用者の QOL（生活の質）の維持・向上は困難だから
- (6) マニュアル的な仕事だから
- (7) 仕事内容が給料とつり合っていないから
- (8) 精神的・肉体的にきつい仕事だから
- (9) 利用者や家族から喜んでももらえないから
- (10) その他（ ）

問 42. あなたは仕事上、最も重視する（している）事は何ですか？当てはまるものに 1つ 選んで○を付けて下さい。

- (1) 利用者の移乗 (2) 衣類の着替え (3) 食事介助 (4) 排泄介助 (5) 入浴介助
(6) バイタルチェック (7) 利用者の体調の変化や気づき (8) コミュニケーション方法
(9) レクリエーション活動 (10) 感染症対策 (11) 衛生管理 (12) 緊急時の対応
(13) 利用者アセスメント方法 (14) リスクマネジメント対策 (15) 介護理論
(16) 医学的知識 (17) ケアプランの作成 (18) 日誌・事故報告書等の記入方法
(19) 職員間の連携 (20) 利用者や家族の人権・要望の尊重 (21) 特にない
(22) その他（ ）

問 43. あなたは給与の金額（月額）に満足していますか？当てはまるものに 1つ選んで○
を付けて下さい。

- (1) とても満足している
- (2) まあ満足している
- (3) 満足している（普通）
- (4) あまり満足していない
- (5) 全く満足していない
- (6) 分からない

問 44. あなたは今の給与 (年収) から、あとどれくらいの金額として何%アップして欲しいと思いますか？

- (1) 10%
(2) 20%
(3) 30%
(4) 40%
(5) 50%
(6) それ以上 (%)

問 45. あなたが現在介護に関する問題や感じることなど、自由に記述して下さい。

質問は以上です。ありがとうございました。

ご回答いただきました内容は、ご協力いただきました皆様にご迷惑のかからないよう適切に管理した上で統計処理を行います。尚、ここで得られました内容は博士論文やそれに関連した学術研究目的以外では利用しないことをお約束致します。

大変お手数ではございますがご回答いただきました調査票は同封の封筒に入れ、3 月 11 日（火）までに指定の回収袋（回収箱）へ投函して下さい。よろしくお願い致します。

【調査企画者】高橋幸裕（一橋大学大学院 社会学研究科）

【お問い合わせ先】〒186-8601 東京都国立市中 2-1

一橋大学大学院 社会学研究科 社会政策共同研究室

電話番号：042-580-8640（電話&FAX）

090-4292-8153（携帯電話）

電子メール：sd041017@srv.cc.hit-u.ac.jp