

新
介護の本質

田中安平

インデックス出版

はしがき

介護福祉士は社会福祉を学び、社会福祉士は介護福祉を学ぶべきである。これは私の信念とも言うべき持論である。

1987年に社会福祉士及び介護福祉士に関する法律が成立し、介護関係に携わる専門職として427,573人の介護福祉士が誕生(平成17年10月末現在)した。

内訳としては国家試験合格者が244,133人、養成施設卒業者が183,440人となっている。養成校の状況は、1年コースで46学校66学科2,276人。2年コースで303学校319学科20,583人。3年コースで8学校49学科2,076人。4年コースで45学校45学科1,915人。全体で年間26,850人が誕生することになる。

このような中、今年度になってやっと業務独占についての話題が介護福祉士養成施設校の総会の席上出てきたが、いまだ暗がりを手探りの状態であることには変わりはない。また、制度的問題は別にしても、介護福祉士が専門家としての社会的認知をされているかという点、この点も心許ない。なぜこのような状況が続いているのかと考えたとき、「介護福祉の専門性とは」「介護の専門家に求められる介護哲学とは」、また専門家である介護福祉士を養成する「介護教育とは」等々について論じられることがほとんどなかったことに原因の一端があると思われる。

大学で植物生理学を学んだ私が、縁あって老人福祉の仕事とかかわりをもったのが1976(昭和51)年6月のことであった。以来、1995(平成7)年までの19年間を特別養護老人ホームの介護職等で勤務し、1995～1997年の2年間の介護福祉士養成学校での教員としての経験を経た後、再び老人保健施設・視覚障害者養護老人ホームの福祉現場で勤めた。

その私が、縁あって鹿児島国際大学の福祉社会学部社会福祉学科の教員として努めることになったのが2001(平成13)年4月のことである。これは、社会福祉士受験資格取得の学問をベースに、介護福祉士の資格取得を目指すコース新設に伴う採用であった。

介護福祉の現場や、介護福祉士養成教育の中でこれまで常に気がかりであった「介護の専門性」「介護の本質」について、介護コースの第1期生を輩出する今年度、私論を試論としてここに上梓できることは、無上の喜びである。

本書が、介護福祉の専門性に関する議論の火種となり、介護福祉士の地位向上につながれば幸いである。

これもひとえに、鹿児島国際大学の書籍出版に対する費用助成のお陰である。併せて、最後まで諦めず励ましてくれたインデックス出版の田中立美編集長のあたたかい励ましがあつてのことであることを、紙面を借りて感謝したい。

介護の本質

目次

はしがき ii

Part 1. 介護とは何か

第1章 介護の哲学と倫理 2

1. 介護の本質・定義 2
 - (1) 生活支援ということ 3
 - (2) 医療・保健と福祉 3
 - (3) 看護と介護 5
 - (4) 介護の定義 10
 - (5) 介護の専門性 15
2. サービス業としての介護 19
 - (1) 企業のサービス業としてのサービス 19
 - (2) 福祉的サービス業としてのサービス 20
 - (3) 主体性を尊重すること 21

第2章 日本における介護と介護専門職 31

1. 日本的ということ 31
 - (1) 日本的思考 31
 - (2) 日本的介護 33
2. 施設介護と在宅介護 34
 - (1) 施設とは在宅とは 34
 - (2) 施設とアパートの相違 38
 - (3) 施設介護と在宅介護 40
 - (4) 日本における介護専門職 46
 - (5) 介護福祉士の卒後研修 50

コラム◎介護の論点 54

Part 2. 介護教育のあり方

第1章 生活支援という視座 58

1. 生活とは 58
 - (1) 手段としての生活行為 59
 - (2) 目的としての生活行為 60
2. 生活支援とは 61

第2章 養成校における福祉教育—理科系教育との比較のなかで— 64

1. 理科系教育とは 64
2. 福祉教育とは 65

第3章 介護の専門性 69

1. 介護独自の専門性 69
2. 介護の専門性と専門的介護 70
 - (1) 専門性とは 70
 - (2) 専門的介護 75
3. 介護福祉専門教育 78

第4章 多様な介護の意味 80

1. 場の違いによる介護 80
 - (1) 医療現場における専門的介護 80
 - (2) 福祉施設における専門的介護 82
 - (3) 中間施設（老健施設）における専門的介護 86
 - (4) 在宅における専門的介護 86
2. 発達段階における介護 88
 - (1) 障害児介護 89
 - (2) 障害者介護 92
 - (3) 老人介護 94
 - (4) 養成教育の課題 96

Part 3. 資料

資料 1. 資格制度とマンパワー確保に関する提言 100

1. 資格制度（内容）に関する提言 101
2. マンパワー確保に関する提言 103

資料 2. 特養のあるべき姿—ケアワーカーの体験から提言する— 106

1. リハビリテーション 107
 - (1) ADL 評価の基準統一について 108
 - (2) リハビリテーションに携わる職員の配置と資質 109
 - (3) リハビリテーションの必要性 112
2. 生理的処遇と精神的処遇 113
 - (1) なぜ精神的処遇が重要視されないのか 116
 - (2) 認知症問題と精神的処遇 118
3. 望ましい処遇確立のための職員定数と基本的処遇内容 121
 - (1) 地域における施設の役割 122
 - (2) 施設処遇 123
 - (3) 平均的処遇内容の試案 125

資料 3. 施設（特養）における認知症老人の接遇について 131

1. 認知症老人の徘徊はすべてに目的があるのか？ 131
2. 介護的対応 133
3. なじみの関係 135

Part 1. 介護とは何か

第1章

介護の哲学と倫理

1. 介護の本質・定義

何らかの困窮があり、その困窮を困窮と感じる人（以下、「利用者」又は「要介護者等」という）がいてはじめて、介護は発生する。たとえ客観的には困難な状況にあるように思えても、本人がそれを困窮と感じない場合に介護は発生しない。

それは、身体的に何らかの病を持っている人が、自分では病と思わず、医師に診察を受けに行かないのと同じ状況である。病という事実は存在しているのだが、当人がそう思わない限り受診することはなく、治療という関係は生まれてこない。

介護においても同様に、要介護者が自分の置かれている状況を困難な状況だと感じ、何らかの手助けを求めようとする意思が芽生えてはじめて、介護サービスが発生するのである。

利用者が介護サービスを求める状況と、患者が病院を受診する状況は、利用者と介護福祉士、患者と医者という関係からみると同様のものであるが、求めている内容は、医療が「すぐれないと感じる心身の状態の解消・治癒」にあるのに対し、介護は「不自由と感じる日常生活の補填・支援」にあるのである。

(1) 生活支援ということ

利用者の求めている介護は、不自由に感じている日常生活が普通に行えるようになるための直接的な手助けであり、見守り・助言である。

ここで、日常とは一日、一週間、一ヶ月、一年という期間を通して繰り返される、基本的な日々の行為の一つひとつを言う。

日常生活とは、生活の中に日常的行為（生活を維持する様々な行為）が含まれていることを意味する。日常的行為とは、私たちが朝起きるときから寝るまでのあたりまえの動作（反射も含む）や、寝ているときに現れる無意識的動作（寝返り等）である。

つまり、動作を起こすことに対して意識を向けることなく実行できるよう獲得された感覚のもと、起きることにはじまり、洗面・更衣・排泄・食事（調理すること、洗浄など IADL を含む）・就寝へと続く一連の動作の一つひとつを言う。

歩くことや食べること。飲むことや話すこと。服を脱ぐことやズボンをはくこと。寒いと感じることや汗を拭うこと。寂しさや悲しみ等々、これらの、日常生活を支えることが介護であり、支えるべき日常生活は利用者のものであり、当然、利用者が望む内容でなければならないのである。

(2) 医療・保健と福祉

患者が医療・保健に携わる専門職と関係をもつようになるのと、利用者が福祉の専門職（ここでは介護福祉士）と関係をもつようになるのは、関係性という点に関しては類似しているが、対応においては内容を異にする。

つまり、医療において患者は、自己管理できなかつた疾病もしくは直接的な自己責任ではないが自然発生的な疾病に対して、医療という場での疾病管理による治療を求めているのである。当然、そこには医療関係者による患者に対しての何らかの生活管理に対する容認が含まれることになる。このとき、患者は入院時の生活管理に対して（入院

中の治療行為は、医者・看護師等医療関係者が直接かかわる時間は、1日のうち数時間しかない。残りの時間は純粹に患者の生活時間である。通院患者の事を考えてみればこのことは明確である。しかし、患者は入院という病院との契約をすることで、入院中の生活管理に対して)止むを得ないと受け容れている。最も、なんとなくすぐれない心身の状態になった原因・発生要因に対して対応を求めているのではない。なぜなら、原因への対応は一次医療ではなく、予防医学(二次医療)としての保健の分野である。

一方、介護におけるサービスの求め手はというと、不自由を感じる日常生活がスムーズに行われるような支援を求めているのである。生活行為もしくは生活行為を決定するときの判断に対して審判を求めているのでもなく、まして生活管理を期待しているのでもない。生活の主体はサービス利用者であり、援助者はあくまでもサービスの提供者に過ぎない。

しかし、医療におけるのと同様に、不自由を感じることになった原因・発生要因への対応は、生活習慣病への対応としての保健の分野である。介護は、あくまでも不自由さへの直接的な対応であり、不自由さへの解消にある。

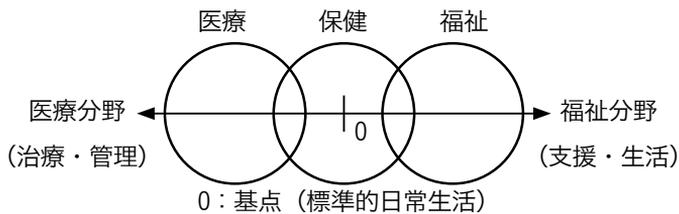


図1 保健を介在した医療と福祉の関係

図1にみるように、医療と福祉は保健を仲立ちとして結びついているのであり、介護と看護の関係についても保健を介在して成立している。