

認定介護福祉士養成研修

認定介護福祉士概論

研修テキスト（改訂版）

認定介護福祉士認証・認定機構

認定介護福祉士概論 研修テキスト（改訂版）

目次

第1章 認定介護福祉士の社会的使命と介護福祉士の専門性

- 第1節 認定介護福祉士に求められる役割と背景とその実践力・・・・・・1
 - 1. 認定介護福祉士とは
 - 2. 認定介護福祉士の役割と実践力と配置イメージ
 - 3. 認定介護福祉士の研修体系
- 第2節 介護をめぐる社会的動向と介護福祉士の役割の変化・・・・・・16
 - 1. 社会的動向と介護福祉士の30年の歩み
 - 2. 介護福祉士の役割の変化
 - 3. 介護福祉実践と生活支援の価値・思想

第2章 介護の職場で起こる様々な問題とその背景

- 第1節 介護の職場で起こる問題・・・・・・32
- 第2節 介護職間に起こる問題とその要因・・・・・・35
- 第3節 他の専門職との間に起こりやすい問題・・・・・・37
- 第4節 組織の理念・運営方針との関係・・・・・・39

第3章 チーム運営と職種間連携、求められるリーダーシップ

- 第1節 チームケアと運営の総論・・・・・・40
 - 1. 支援チームをどう考えるか
 - 2. 支援チームの協働基盤
- 第2節 チームケアと運営の具体的な展開・・・・・・48

(別添) 認定介護福祉士の実践例

第1章 認定介護福祉士の社会的使命と介護福祉士の専門性

第1節 認定介護福祉士に求められる役割と背景とその実践力

1. 認定介護福祉士とは

(1) 国の介護人材政策における検討経過と位置づけ

認定介護福祉士は、介護福祉士に資格取得後の継続的な教育機会を提供し、介護福祉士の資質向上を図ることで、①利用者のQOLの向上、②介護と医療の連携強化と適切な役割分担の促進、③地域包括ケアの推進等の、介護サービスの高度化に対する社会的要請に答えていくことを目的としてつくられた、介護福祉士のための仕組みです。

認定介護福祉士は国の介護人材政策に基づいて生み出されたものです。具体的には次のような流れのなかで、検討が進められてきました。

■2007年社会福祉士及び介護福祉士法改正時の「国会附帯決議」参議院厚生労働委員会附帯決議（2007年4月26日）。衆議院厚生労働委員会附帯決議（2007年11月2日）

- ・社会的援助のニーズが増大していることにかんがみ、重度の認知症や障害を持つ者等への対応、サービス管理等の分野において、より専門的対応ができる人材を育成するため、専門社会福祉士及び専門介護福祉士の仕組みについて、早急に検討を行うこと。

■「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」（2007年厚生労働省告示第289号）

- ・国家資格等の有資格者について、さらに高い専門性を認証する仕組みの構築を図るなど、従事者の資質向上に取り組むこと（職能団体、養成機関の団体その他の関係団体等）

■厚生労働省 今後の介護人材養成の在り方に関する検討会報告書「今後の介護人材養成の在り方について～介護分野の現状に則した介護福祉士の養成の在り方と介護人材の今後のキャリアパス」（2011年1月）

- ・介護福祉士資格取得後のキャリアパスについては、現在のところ十分な仕組みがないため、資格取得後の展望を持てるようにするためにも、その後のステップアップの仕組みをつくっていくことが必要。
- ・介護福祉士資格取得後一定の実務経験を経て、幅広い知識・技術を身に付け、質の高い介護を行い、他の現場職員を指導できるレベルに達した介護福祉士を職能団体が

主役となって認定する仕組み（認定介護福祉士（仮称））を設けていくことが適当。

- ・ 認定介護福祉士（仮称）の具体化に向けた検討は、関係団体や学識経験者の参画を求めて、介護福祉士の職能団体が主役となり行うことが望まれる。

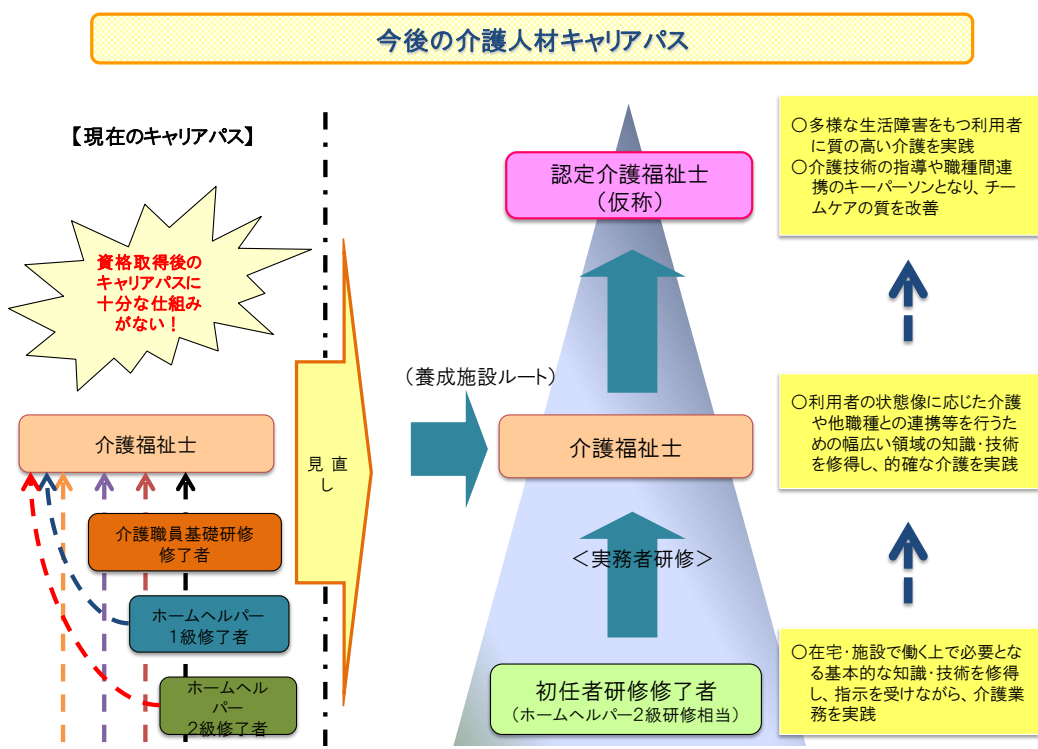
■厚生労働省の補助（老人保健事業推進費等補助金）を受け、日本介護福祉士会が事務局となり、関係団体の参画を得て「認定介護福祉士（仮称）の在り方に関する検討会」を設置。2011年～2013年の3か年をかけてモデル研修等を実施して検討。

このような検討経過を踏まえて、認定介護福祉士の仕組みを公正中立に運営するために、日本介護福祉士会とは別に日本介護福祉士会、事業者団体、教育団体等によって、2015年12月に一般社団法人として認定介護福祉士認証・認定機構（以下機構）が設立されました。

機構の運用に当たっては、日本介護福祉士会が主体的な役割を果たし、認定介護福祉士養成研修の科目認証及び認定介護福祉士の認定、認定介護福祉士の登録の仕組みが、公共性・公益性が担保された形で一定整備、運用されたことを踏まえ、2022年4月に機構が担ってきた機能を介護福祉士の職能団体である日本介護福祉士会に移行しました。

移行後は、日本介護福祉士会の組織内に独立性の高い組織として機構を設置し、引き続き事業者団体や教育団体、学識経験者等が参画し、公共性・公益性が担保されたなかで、認定介護福祉士の養成研修の認証、認定介護福祉士としての認定及び登録を行っています。

図表1



（出典）厚労省「今後の介護人材の養成の在り方に関する検討会」報告書

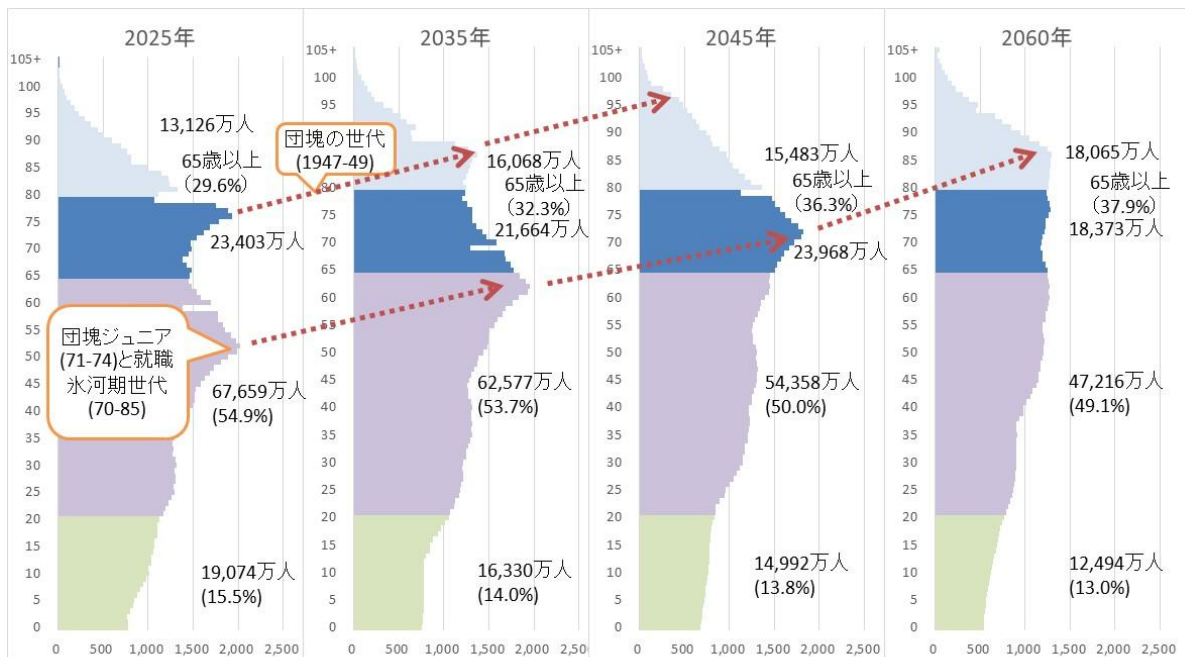
(2) なぜ認定介護福祉士が必要なのか

なぜ認定介護福祉士が必要なのでしょう。それには次のような背景があります。

① 超高齢化の進展・持続と介護人材の確保—そのためのキャリアパスの確立

1つには超高齢化の進展と持続です。周知のように地域包括ケアシステムの整備は、団塊の世代（1947年～49年生まれ）が後期高齢者となる2025年を目標としてきました。しかし、2025年は介護サービスニーズのピークの始まりにすぎません。本当の介護サービスニーズのピークは団塊の世代が80歳～90歳となる2030年代に訪れます。その後はこれまでのような介護ニーズの急速な膨張はおさまり、一時は小康状態となりますが、2050年には次に人口が多い層である団塊のジュニア世代（1971年～74年生まれ）が75歳以上となります。介護ニーズは2055年～2065年にかけて再びピークを迎え、その後初めて減少していきます。つまり、日本社会は2060年代までは膨大な介護ニーズと向き合い続けるということです。

図表2 今後の人口構成の変化



これを介護人材確保の問題に置き換えると、生産年齢人口が減少し続けるなかで、2030年代までは介護人材を増やしていき、その後も2060年頃まではその量を維持し続けなければならない、ということを意味します。

では、介護人材確保のためには何が必要でしょうか。何よりも重要なことは、中心となって働く人材がきちんとした処遇が得られる魅力ある職業として確立することです。

認定介護福祉士は、介護人材の中核である介護福祉士の上位のキャリアパスとして構想されました。これは中核人材である介護福祉士の仕事を職業として確立させる（より確かなものにする）ためです。現在は、上位のキャリアパスが不明確であるために、介護福祉士として一定の経験を重ねた後は、ケアマネジャーになっていくことが見られます。そうなるのではなく、介護の仕事の深み、魅力を、教育を通してより深く実感し、それを後輩たちに伝えていくことができる人材、やりがいのある仕事を実現できる人と組織をマネジメントできる人材を育成できる道筋をつくり、そのことによって社会的な評価と適切な処遇が得られるような道筋をつくっていくことが必要なのです。

② 地域包括ケアシステムで求められる介護福祉士の役割～介護と医療の連携強化と適切な役割分担の促進

地域包括ケアシステム構築をめざす政策は、日本が直面している財政の制約（膨大な公的債務、増税が回避される政治状況）と人口の制約（高齢者の増加と生産年齢人口の減少）のもとで推進されてきました。すなわち、財政と人口の制約から、今後増大する介護サービスニーズについて、すべてを公的サービスで対応したり、専門的な人材で対応できると考えることは現実的ではありません。そこで、地域包括ケアシステムの政策では、虚弱・要支援や軽度者については、特に生活支援のニーズ（掃除、洗濯、調理、住環境整備、買物、見守り、ゴミだし、配食、配送、移送、行政手続き、権利擁護など）を、営利の民間サービス、ボランティアやNPOによる地域の助け合いなど多様な担い手によって対応する方向が目指されています。これにより、公的なサービスへの人と財源は中重度者への支援に向けていくことを目指しているわけです。

また地域包括ケアシステムのもとでは、医療と介護の役割分担が変わっていくことを十分に理解しておく必要があります。社会保障制度改革国民会議（2013年）を受けた「医療介護一体確保法」によって、地域包括ケアシステム構築という政策目標は、医療と介護を同時に改革するための目標となりました。そこでは、高齢者医療は、病床機能分化を進めて、早期の在宅復帰を促進するとともに、地域包括ケアシステムを支える医療として、在宅医療を中心に予防、早期発見、健康管理、終末期医療等を行い、要介護状態になってもできるだけ地域や在宅での生活を持続させる方向が目指されています。

居宅や介護施設等の生活の場では、慢性期障害のような医療ニーズを持つ人が増加していますが、医療専門職は高度な医療を提供する病院等に手厚く配置する必要があります。このため、生活の場では専門的知識を持つ介護福祉士が中心的な担い手となって、サービスを計画・管理するとともに、医療的ケアや身近な健康管理を行うことが求められます。また、家族への支援や地域における社会関係の拡大など、福祉の専門職としての心理・社

会的な支援も介護福祉士の重要な役割です。このような形で、専門的な介護サービスの中核的な人材である介護福祉士は、中重度者向けのサービスに重点的に配置されていく方向になっていくでしょう。

一方、軽度者へのサービスは担い手が多様化し、介護福祉士はその一部となります。その場合でも、要介護度の維持や改善を図るための生活リハビリについては、専門的な人材である介護福祉士が役割を担うことが求められます。さらに今後は、介護福祉士が社会福祉士やリハビリテーション専門職と協働しながら、介護専門職の立場から、地域包括ケアシステムの中で、地域の多様な資源を活用して高齢者の社会参加や役割が維持される環境づくり、家族への支援、インフォーマルな活動と専門的な支援との協働や機関間連携を促進する役割を担うことも必要です。

③ 専門職能にふさわしい職務の明確化

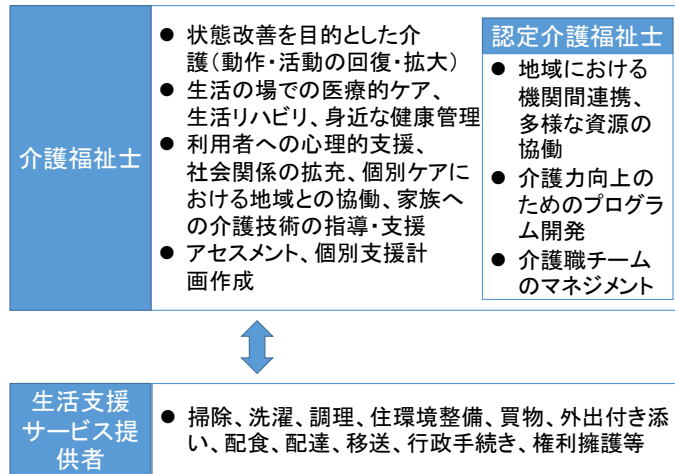
地域包括ケアがめざす方向を踏まえると、今後は介護人材についても職務の分化が必要です。このため機構では、介護人材の業務分担の推進と介護福祉士の職務の明確化のために、図表3に示す方向性を提言しました。多様な人材が担う生活支援サービスと、専門的な介護として行う介護福祉士の業務を明確に区別し、介護福祉士の職務を明確にすることを狙いとしています。生活支援にある家事援助的な業務を専門的な介護の一環として介護福祉士が行うことは当然ありますが、介護福祉士はあくまでも専門的な介護を行う職業として確立していくということをめざすという考えです。家事援助そのものを業とする人についても、別の職業やサービスとして確立させていくことが必要です。

図表3に介護福祉士の業務として掲げたことを、これまで養成された介護福祉士のすべてがしっかりと担えるかという点、そうではありません。その原因の一つは、介護福祉士の養成プロセスが、長年の間、養成課程を経る場合には国家試験を受けなくてよい、国家試験を受ける場合には養成課程を経なくてもよい、という形になっていたことです。また養成課程や国家試験の内容が、ここにあげた内容に十分対応できていなかった（いない）ことも原因です。したがって、すでに介護福祉士となった人に対しては継続教育が必要で、養成課程の高度化も必要です。

認定介護福祉士制度は、介護福祉士が養成課程では習得できない知識・技術・判断力を資格取得後の継続教育のなかで獲得し、専門的な介護を担う中核的な人材として確立していくこと、そのことによって社会的な評価を得て、職業として確立させていくことを狙いとしています。また、その養成研修の内容は、図表3の内容に対応しています。

図表3

今後めざすべき介護人材の業務分担の推進と
介護福祉士の職務の明確化

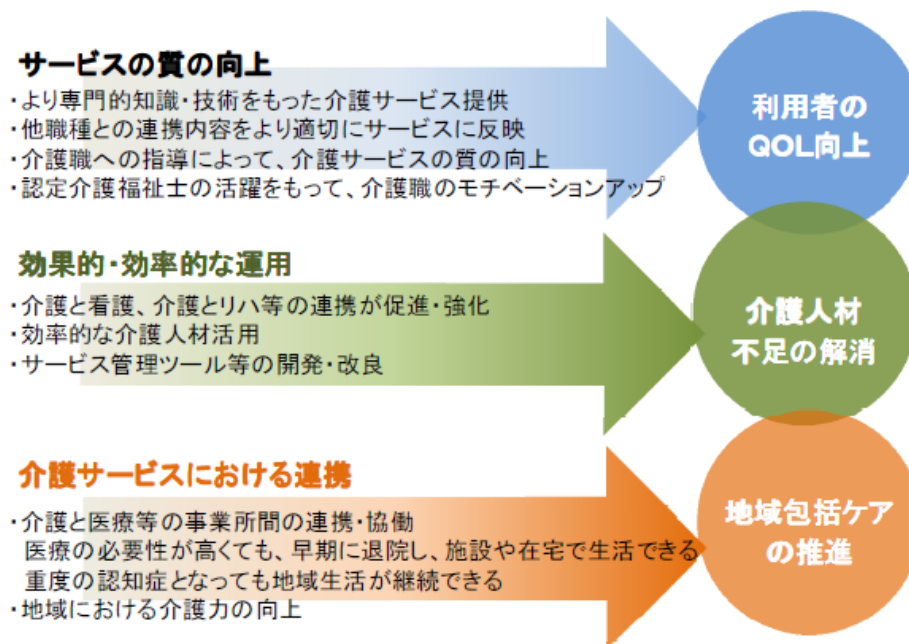


※ここでいう「生活支援サービス」とは、医療介護総合確保推進法等に定める地域包括ケアシステムにおける生活支援（自立した日常生活の支援）を意味する。

④ 認定介護福祉士が利用者、職場、地域にもたらす効果

図表4は認定介護福祉士が配置されることで、利用者、職場、地域にもたらす効果を示したものです。認定介護福祉士は、介護職チームのトップリーダーとして、人材の育成や指導、他職種連携のキーパーソンとなります。これにより、サービスの質の向上による利用者のQOLの向上、効果的・効率的なサービスの運用や人材活用による介護人材不足の解消、介護と医療の連携促進や地域の介護力の向上を通じた地域包括ケアシステムといった効果をもたらすことが期待されます。

図表4



⑤ 包括的支援体制、参加支援における介護福祉士の役割

2017年、2020年の累次の社会福祉法改正を通して、包括的支援体制構築を目指す政策がすすめられてきました。包括的支援体制とは、地域包括ケアシステムをはじめとする分野別のサービス給付・総合的な支援体制では対応できない、複合的な課題をもつ人々の生活支援、社会参加をめざす体制です。包括的支援体制がめざす地域社会の姿として、地域共生社会という政策理念が示されています。地域共生社会についてはさまざまな説明のされ方がされていますが、支え手・受け手を区別しない＝あらゆる人が役割を持ち地域社会に参加することや、多領域の施策間連携に、重点を置いたものと考えられます。

包括的支援体制は、行政、様々な相談支援機関、住民によるボランティアな福祉活動が協働し、複合的な生活課題をもつ人々に対する、多機関協働、アウトリーチ、オーダーメイドの社会参加の場づくりを行う、多層的な相談支援です。心身の障害や生活上の困難を持つ人々に対するオーダーメイドの社会参加の場づくりについては、「参加支援」と呼ばれています。

包括的支援体制の構築にあたっては、相談支援、資源開発等のソーシャルワークが重視されており、介護福祉士が主業務とするケアワークは、政策上必ずしも重視されていません。しかし、あらゆる人が役割を持ち地域社会に参加することを実現しようとするならば、ケアワークの力は欠かせません。例えば認知症の人々の参加支援では、ケアの専門職は不可欠です。心身の障害や生活上の困難を持つ人々の暮らしに継続的に寄りそい、暮らしの中での役割を回復・拡大し、社会への参加を支援していくうえで、ケアワークの専門性は欠かすことができないのです。介護福祉の専門職である介護福祉士は、参加支援に積極的に参画していくことが必要です。

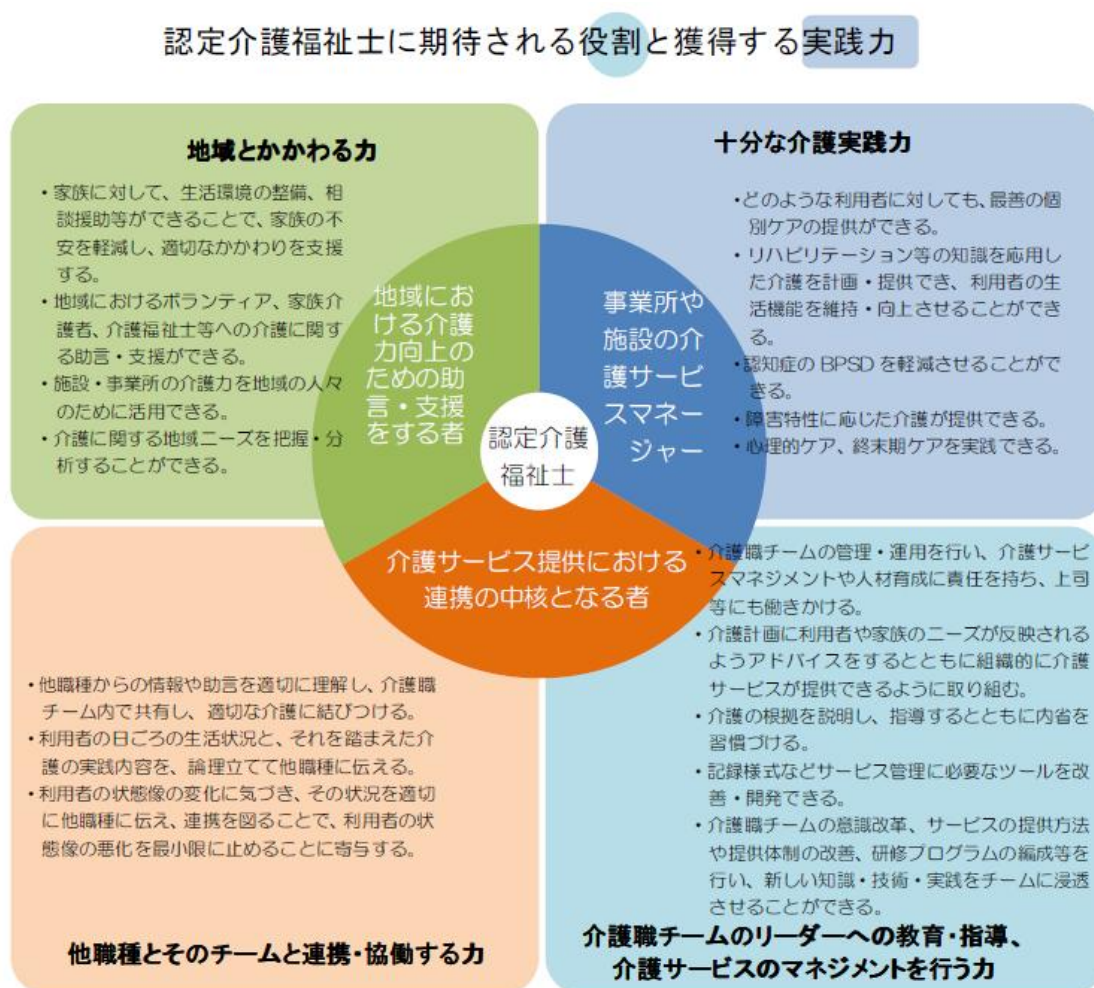
2. 認定介護福祉士の役割と実践力と配置イメージ

(1) 認定介護福祉士の役割と実践力

図表5は認定介護福祉士の役割（中心の円）と実践力（周辺）を示したものです。

認定介護福祉士が果たす役割は、①介護職チームの統括責任者・マネージャー、②他職種との連携の中核となる役割、③地域の介護力向上への働きかけなどの役割です。

図表5



介護職チームにはユニットケアにおけるユニットリーダー、フロアリーダーなど、小チームのリーダーがいますが、認定介護福祉士は、それらのリーダーを束ねて、介護職チーム全体を統括する役割を担うことが期待されています。一言でいえば介護チームの統括責任者・マネージャーです。そのために、研修では、統括マネージャーとなるための実践力として、サービス計画のチェック・向上、介護技術の指導、ツール開発、サービス改善、人材育成などを行う力を形成します。

介護チームの統括マネージャーであれば、医療職等他職種チームの責任者と連携する際の中核の役割を担います。介護職側で重視する支援方針や職場のサービスの在り方を他職種チームの責任者に説得力をもって説明をしたり（多職種の責任者たちが協働して介護サービスをマネージするドーナツ型のリーダーシップを前提としています）、また日々のサービスで介護職と他職種が連携できるように、介護職チームのリーダーたちを指導するといった役割です。このために、研修では、他職種の専門知識を学び、他職種が介護職に期待する役割、連携のポイントを学ぶとともに、介護福祉の視点から適切な医療の活用を提案する力を身につけます。

なお、統括マネージャーとして以上の指導的な役割や連携の中核の役割を果たす前提として、十分な介護実践力を完成する必要があります。養成課程では学ばない、医療、リハビリ、心理社会的支援の知識を学んだうえで、これらを総合的に活用した介護計画を立案したり、介護技術の指導に発揮したりという形で、自身の実践力も完成させます。

以上は組織内の役割ですが、地域の介護力向上は、組織の外に向かっていく役割です。その内容は、介護者の家族に対する支援、ボランティアなど住民の支援者との協働、地域課題に対するプログラムの企画・実施、多機関との協働などです。介護福祉士がこのような役割を持つことはこれまであまり期待されていませんでしたが、地域包括ケアシステムや包括的支援体制のなかで介護福祉の専門職がその専門性を地域で発揮することはとても重要です。地域ケア会議、包括的支援体制の支援会議、計画策定委員会など多機関連携・協働の場に、介護福祉の専門職を代表して多くの認定介護福祉士が参画するようになることを目指しています。

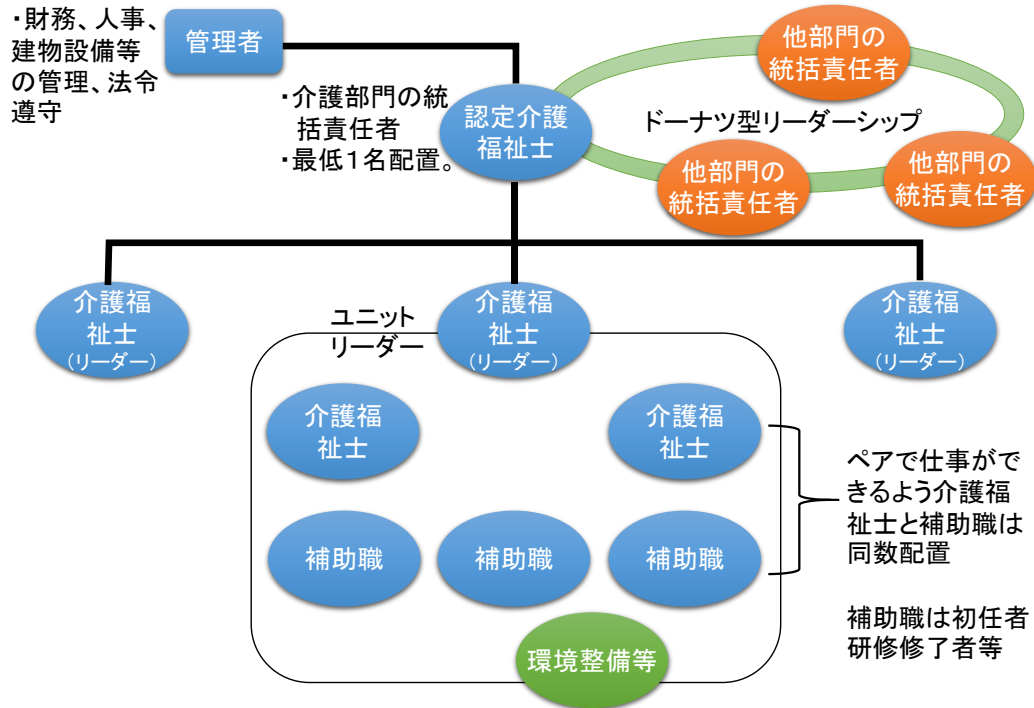
さらには、認定介護福祉士が地域の介護職グループを代表し、介護職能のトップリーダー、介護職としてのキャリアのロールモデルとなって、社会的に活躍する日がくることを望みます。

（2）認定介護福祉士の配置イメージ

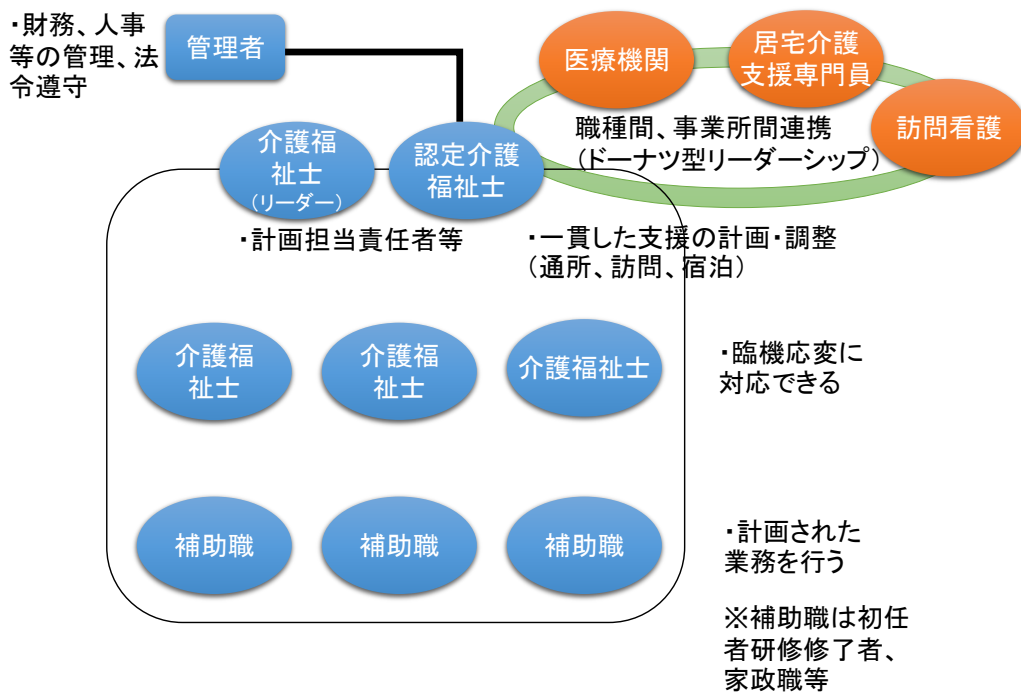
図表6～8は、認定介護福祉士の配置イメージです。統括責任者というイメージから、各施設や事業所に必要な認定介護福祉士の人数は少数（最低1名）ですが、指導や職種間連携の中核的な位置に配置されます。

また、その下のリーダー層は、認定介護福祉士と無関係ではありません。認定介護福祉士をめざして勉強することで、十分な介護実践力やマネジメントの視点を修得していくという形で、職場全体、介護福祉士全体のレベルアップを推進することが大切です。

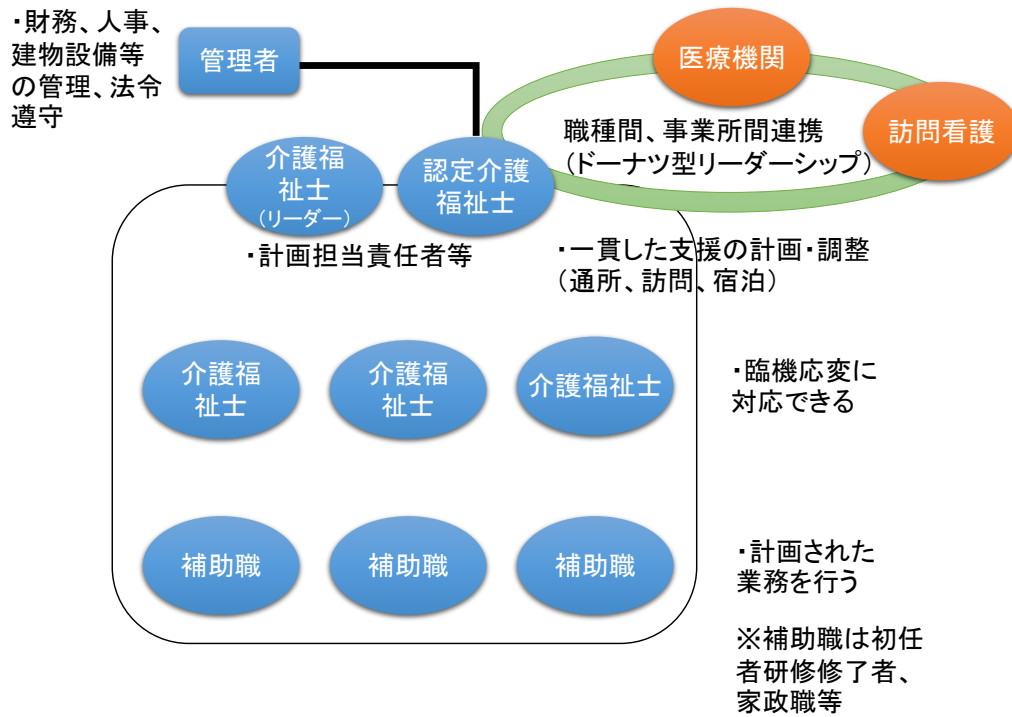
図表6 介護施設における配置イメージ（ユニット型施設の例）



図表7 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護における配置イメージ



図表8 小規模多機能型居宅介護における配置イメージ



3. 認定介護福祉士の研修体系

認定介護福祉士養成研修（総時間数 600 時間）の9領域・22科目で構成されています。またその研修体系は、「認定介護福祉士養成研修Ⅰ類」と「認定介護福祉士養成研修Ⅱ類」の2段階の体系となっています。

Ⅰ類は、介護福祉士養成課程では学べない知識（医療職等との連携に必要な医学やリハビリテーションに関する体系的な知識、福祉用具と住環境、認知症、心理・社会的支援等の実践的な知識）を新たに体系的に修得し、他職種との連携・協働を含む十分な介護実践力（中核的人材としての介護福祉士に今後求められる知識・判断力・技術）を完成させるための部分です。図表3に示した介護福祉士に求められる職務を遂行するために必要な知識・技術・実践力を獲得するための部分といえます。

Ⅱ類は、介護実践の指導力、サービス管理、チームマネジメント、利用者を中心とした地域づくり（地域マネジメント）などを展開できる力を養成するものです。

養成研修は600時間という本格的なものですが、このうち264時間は自職場・自宅等における課題学習を可能にしています。これは受講負担を軽減するとともに、集合研修の事前や事後の学習によって、実践と知識を結び付けたり、学んだことを実践で実行したりという形で、実践と学習の循環を図ることも目的としています。

また、一定の実務経験と学習経験をもつ介護福祉士でなければ、経験を活用した学習ができず研修の効果が期待できないため、認定介護福祉士の養成研修を受講するために次のような要件が定められています。

1. 下記ア～ウのいずれも満たすこと

- ア 介護福祉士資格取得後の実務経験5年以上（実務経験の考え方は介護福祉士国家試験の受験資格に準ずる）
 - イ 介護職員を対象とした現任研修の受講歴として、100時間以上の履歴を有していること。
 - ウ 研修実施団体の課すレポート課題又は受講試験において一定水準の成績を修めていること。ただし、機構の定める研修（例えば介護福祉士ファーストステップ研修や認知症介護指導者養成研修等）を修了している場合は免除する。
- なお、レポート課題又は受講試験の実施は、「認定介護福祉士概論」を実施する研修団体において行うこと。

2. 次のエ又はオを満たすことが望ましいこと。

エ 介護職の小チーム（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（ユニットリーダー、サービス提供責任者等）としての実務経験を有すること。

オ 居宅、居住（施設）系サービス双方での生活支援の経験があること。

ただし、I類の科目で、医療・リハビリ等の基礎的な知識を体系的に学ぶ科目（6科目）については、受講要件を設けず、経験の浅い現任者や養成課程を学んでいる学生でも受講することを可能としています。

	考え方	到達目標
I 類	<p>○介護福祉士養成課程では学ばない新たな知識（医療、リハビリ、福祉用具と住環境、認知症、心理・社会的支援等）を修得し、他職種との連携・協働を含めた認定介護福祉士としての十分な介護実践力を完成させる。</p> <p>○利用者の尊厳の保持や自立支援等における考え方にたった介護過程の展開を、介護職の小チーム（ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム）のリーダーに対して指導するために必要な知識を獲得する。</p>	<p>●認定介護福祉士として介護職チームを指導するための十分な介護実践力を確立する。</p> <p>●医療、リハビリテーション、福祉用具と住環境、心理・社会的支援等に関する知識・技術を獲得する。</p> <p>●介護職チームにおいて自立に向けた介護過程の展開を指導できる力を養成する。</p>
II 類	<p>○I類で学んだ知識をもって、根拠に基づく自立に向けた介護実践の指導する力を獲得する。</p> <p>○認定介護福祉士に必要な指導力や判断力、考える力、根拠を作り出す力、創意工夫する力等の基本的知識に基づいた応用力を養成する。</p> <p>○サービス管理に必要なツールを整理、改善し、それらから根拠を導きだし、その根拠に基づいた指導する力を獲得する。</p> <p>○生活支援の視点から、地域の介護力を高める力を獲得する。</p> <p>○介護サービスという特性のもと、チーム運営、サービス管理、人材育成等について必要な専門的な理論に基づき、チーム、サービス、人材マネジメントを実践し、利用者を中心とした地域づくり（地域マネジメント）に展開できる力を獲得する。</p>	<p>●認定介護福祉士の実践力を確立する。</p> <p>●介護職チームにおけるサービスマネジメント等の知識を学び、チームの介護実践の改善力・指導力を養成する。</p>

	領域名	科目名	時間（課題学習を可とする時間）	形態
I類	認定介護福祉士養成研修導入	認定介護福祉士概論	15(7)	講義・演習
	医療に関する領域	疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ	30(30)	講義
		疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ	30(15)	講義・演習
	リハビリテーションに関する領域	生活支援のための運動学	10(10)	講義
		生活支援のためのリハビリテーションの知識	20(8)	講義・演習
		自立に向けた生活をするための支援の実践	30(8)	講義・演習
	福祉用具と住環境に関する領域	福祉用具と住環境	30(0)	講義・演習
	認知症に関する領域	認知症のある人への生活支援・連携	30(15)	講義・演習
	心理・社会的支援に関する領域	心理的支援の知識・技術	30(15)	講義・演習
		地域生活の継続と家族支援	30(15)	講義・演習
	生活支援・介護過程に関する領域	認定介護福祉士としての介護実践の視点	30(0)	講義・演習
個別支援計画作成と記録の演習		30(0)	講義・演習	
自職場事例を用いた演習		30(20)	演習・講義	
I類 計			345(143)	
II類	医療に関する領域	疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅲ	30(15)	講義・演習
	心理・社会的支援に関する領域	地域に対するプログラムの企画	30(15)	講義・演習
	マネジメントに関する領域	介護サービスの特性と求められるリーダーシップ、人的資源の管理	15(7)	講義・演習
		チームマネジメント	30(15)	講義・演習
		介護業務の標準化と質の管理	30(15)	講義・演習
		法令理解と組織運営	15(7)	講義・演習
		介護分野の人材育成と学習支援	15(7)	講義・演習
	自立に向けた介護実践の指導領域	応用的生活支援の展開と指導	60(40)	演習・講義
		地域における介護実践の展開	30(0)	講義・演習
II類 計			255(121)	
合計			600(264)	

第2節 介護をめぐる社会的動向と介護福祉士の役割の変化

1. 社会的動向と介護福祉士の30年の歩み

(1) 介護人材をめぐる政策の動向

① 介護福祉士制度の創設

高齢化の進展や、国民の福祉に対するニーズの多様化、高度化が見込まれた1980年代中頃から、中長期的観点からの福祉の見直しが福祉関係審議会において進められました。この一環として、1987年3月、福祉関係専門職の国家資格の制定の必要性が意見具申（「福祉関係者の資格制度について」）された結果、1987年5月、社会福祉士及び介護福祉士法が制定され、1988年に全面施行されました。

福祉職の資格制度の法制化が必要とされる理由は以下の3点でした。第一には、人口の高齢化に伴い、福祉ニーズが高度化し、専門的な対応が必要になったこと、第二には、国際的な観点からみて、日本が他の先進諸国と比べ福祉専門職の養成に立ち遅れていることから資格制度の確立が望まれること、第三には、シルバーサービスの進展が予測されることから資格制度が必要とされたことでした。

② 福祉人材確保政策の登場

1990年代になると、日本初の福祉専門職資格である介護福祉士、社会福祉士の制度化、バブル経済下での人材確保難、ゴールドプランの策定等を契機に、福祉人材の重要性が改めて認識されました。そこで、厚生省（当時）は、1990年8月、保健医療・福祉マンパワー対策本部を設置し、処遇改善、資質向上等の総合的な人材確保策を講ずるために、1992年6月、社会福祉事業法と社会福祉施設職員退職手当共済法（現・社会福祉施設職員等退職手当共済法）が改正されました。これを受け、1993年4月には、「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」（「旧福祉人材確保指針」）が告示されました。

これらの施策による処遇改善、ゴールドプランによるサービス量の拡大、バブル経済崩壊による他産業分野での人材需要の減退等と相まって、2000年代初頭にかけて社会福祉事業従事者数、介護福祉士養成校数、国家試験受験者数は着実に拡大していきました。

③ 介護保険の導入と質の向上策

2000年の介護保険導入を機に民間企業等の参入が相次ぎ、介護サービスの事業所数、従事者数は急拡大しました。一方、国民の福祉・介護サービスへのニーズの増大とともに、認知症等のより複雑で専門的な対応の必要性や個室化等へのニーズも顕在化してきました。

そこで、厚生労働省の設置した「高齢者介護研究会」は、2015年の高齢者介護の在り方について検討し、2003年6月「尊厳を支えるケアの確立」を掲げた報告をまとめました。同報告は認知症に対応した新しいケアモデルや地域包括ケアシステムなどとともに、介護人材の資質・向上策の必要性を提起しました。これを受けた介護保険部会報告（2004年6月）では、将来的には介護職員の資格要件を「介護福祉士を基本とすべき」とし、これを前提に、現任者の研修の体系的な見直し、ヘルパー研修の強化をすすめる、という方向が示されました。

この結果、2006年度にホームヘルパー養成研修を大幅に強化した介護職員基礎研修が制度化されました。あわせて介護福祉士の資格取得後のキャリア開発システムの一部として、介護福祉士ファーストステップ研修が試行実施されました（厚労省による補助事業）。

並行して、介護福祉士についても資質向上のために、資格創設以来はじめて本格的な見直しが進められました。この結果、2006年12月、社会保障審議会福祉部会は、実務経験ルートには6か月程度の養成課程を課す、養成校ルートには国家試験を課す、という「資格取得方法の一元化」を提案しました。これを受けて2007年に社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、2012年度に資格取得方法の一元化が実施されることが決定されました。あわせて2009年度からはカリキュラムが改正され、時間数も拡充（1650時間→1800時間）されました。

このように2000年代中頃までの介護人材政策は、「量の確保」から「質の向上」へと転換する兆しをみせていました。

④ 介護人材の確保難と量の確保

しかし、2000年代中頃から、景気回復に伴う他の産業分野における人材需要が増大したことや、介護サービス分野の一定数の事業所にみられる高い離職率や低水準の処遇などの報道がされるようになる等、介護の仕事についての社会的なイメージが悪化したことから、介護分野では急速に人材確保が困難になりました。

このようななか、質の確保策に転換するかに見えた介護人材政策は、曲折を余儀なくされます。まず2012年度からの施行が決定されていた介護福祉士の資格取得方式の一元化は、人材確保難への影響を懸念する業界や政治等の声に押される形で数度にわたって施行が延期され、最終的には、2017年度から順次導入し2022年に全面施行という形になりました。

一方で、介護福祉士資格の高度化を目指す政策も講じられました。その一つが、地域包括ケアシステムの構築を睨み、介護福祉士の業務に喀痰吸引等の医療的ケアを追加した2011年の社会福祉士及び介護福祉士法改正です。

また、人材確保難を受けたキャリアアップの仕組みの構築という議論も進められるようになりました。2007年の法改正と連動して改正された福祉人材確保指針には、人材確保策一環として「キャリアアップの仕組みの構築」が示され、専門介護福祉士（仮称）という仕組みの創設が提案されました。その提案が、2011年の今後の介護人材養成の在り方に関する検討会報告を経て、最終的に2015年12月の認定介護福祉士の創設（認定介護福祉士認証・認定機構設立）として結実します。

⑤ 量の確保と質の向上の好循環への模索

現在は、量の拡大と質の向上両立を図るための模索が行われている状況といえます。

2015年2月にまとめられた「社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会」（委員長田中滋慶応大名誉教授）の報告書『2025年に向けた介護人材の確保～質と量の好循環の確立に向けて～』（2015年2月25日）は、そのタイトルが示すとおり、量の確保と質の向上の両立・好循環をめざそうとするものです。「介護人材の構造転換（「まんじゅう型」から「富士山型」へ）」として、①「すそ野を拡げる」（人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る）、②「道を作る」（意欲や能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する）、③「長く歩み続ける」（いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る）、④「山を高くする」（専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す）、⑤「標高を定める」（限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める）」という考えを示しました。①は「参入促進」、②と③は労働環境・待遇の改善、④と⑤は資質の向上といえます。

また、介護福祉士が担うべき機能について、「介護ニーズの多様化・高度化への対応、チームでのケアを実施する上でのリーダーシップの涵養等の観点から、これからの介護福祉士に必要な資質（介護実践力、改革・改善力、マネジメント能力、多職種協働を進める能力等）について検討を進めることが必要である」としました。この考え方は、介護職場を経験の浅い介護職（無資格者を含む）と有資格者（経験のある介護福祉士の有資格者）からなるチームと捉え、介護福祉士を介護職チームのリーダーとして位置付けるという、新たな政策上の認識を示したものです。実際の介護職場では、すでに経験の薄い無資格者等と介護福祉士有資格者からなる介護職チームが構成されていると考えられますが、2004年の介護保険部会報告にあった有資格者を基本とした介護職チームを目指す方向とは政策上の考え方が変化したと言ってもよいでしょう¹。

2017年10月にまとめられた「社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会」（委員長

¹ 2016年6月2日に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では、「介護サービスの業務を必要とされる専門性を踏まえて類型化し、それに応じて、介護福祉士等の専門職とそれ以外の者との業務分担を推進する。あわせて、介護人材の中核的な役割を担う介護福祉士について専門性の高度化による資質の向上の在り方についても、検討を進める。」とされました。

田中滋慶応大名誉教授)の報告書『介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現にむけて』は、以上の考え方を踏まえて、主として介護職チームのリーダーとしての介護福祉士の役割とこのための養成課程の見直し、介護福祉士以外のすそ野の拡大策をまとめたものといえます。

他方で、2015年2月にまとめられた厚労省による「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会」(座長根本嘉昭神奈川県立保健福祉大学名誉教授)の『中間まとめ』(2015年2月4日)は、国内の人手不足への対応としては、国内の人材確保対策を充実・強化していくことが基本であり、外国人を介護人材として安易に活用するという考え方は採るべきではないとしたうえで、介護分野を外国人技能実習制度に加える方向を示しました。その後、技能実習制度が法制化され、2017年11月に施行と同時に介護分野が技能実習制度の対象とされたところです。

⑥ トップリーダー集団の必要性

1987年の国家資格介護福祉士誕生後、介護福祉士登録者数が増加しました。1999年には2,696人でしたが、2026年2月には2,061,955人となっています²。また、2024年、資格を持たない者も含めて就労している介護職は約212万人になります(2024年)。介護福祉士、介護職は、4半世紀の間に職能集団として、日本社会の中で大集団となってきました。看護職は2023年に約174万人(厚生労働省医政局看護課調べ)と言われていしますので、介護職は、数の上では看護職を凌駕するようになってきたと言えます。

一方で、国家資格介護福祉士誕生後、介護福祉士の役割、職能集団としての「専門性」が繰り返し問われ続けています。2010年代以降の介護人材政策の議論では、時に量の確保のために介護福祉の専門性を否定するかのような議論もみられます。介護職を一つの職能集団(チーム)ととらえ介護職の中の介護福祉士の位置付け、役割についての議論が進んだ面もありますが、富士山型の頂上に近い「リーダー」はたんに経験ある介護福祉士とされ、その位置づけや育成策は必ずしも明確とは言えません。介護福祉士の専門性や質の向上をめざす方向は、ともすれば量的確保の必要性を叫ぶ声に押されがちです。

このように錯綜した状況のなかで、認定介護福祉士は、介護福祉士として頂点をめざすキャリアパスを明確にするとともに、本当の専門性と自律性をもった介護福祉士の職能集団をつくりだし、トップ集団としての社会的な発信力を高めようとするものです。

² 公益財団法人社会福祉振興・試験センターHP「登録者数の状況」の社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の都道府県別登録者数(令和8年2月末日現在)。

2. 介護福祉士の役割の変化

(1) 介護福祉士が行う介護の変化

① 介護福祉士が行う「介護」

1987年の社会福祉士及び介護福祉士法の制定時、介護福祉士は「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、・・・食事、排泄、入浴その他心身の状況に応じた介護を行い、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」（同法第2条第2項）とされました。この時点では、介護福祉士が行う「介護」（介護福祉実践）は、「食事、排泄、入浴その他」と身体介護を例示した狭義の「介護」でした。

2007年の改正によって、この身体介護を例示した狭義の「介護」ではなく、「心身の状況に応じた介護」となりました。今後増加すると予想された「認知症高齢者」への支援の重要性や、1990年代以後に広がった「寝かせきり」ではなく離床を目指した自立支援、また2000年前後から各地で広がったグループホームなどでの認知症の人への支援など、「介護福祉実践」の蓄積も踏まえて改正されたとみてよいでしょう。

そしてさらに、2000年代後半からの「医療改革」により、これまでの医療機関内での要介護者へ支援（「医療の場での支援」）を中心とするのではなく、特別養護老人ホームや自宅などで要介護者への支援（「生活の場での支援」）が中心となるとともに、医療の考え方も、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」へと変わり、地域包括ケアシステムの構築が課題となっていきます。こうした背景の中で、2011年に社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、介護福祉士が行う「介護」に「医療的ケア」が追加されました。「日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるものを含む。）」と、カッコ内の文言が追加され、制度上、介護福祉士の業務に「医療的ケア」も含まれるようになりました。

② 地域包括ケアシステムと介護福祉士

介護福祉士の業務に「医療的ケア」も含まれるようになった背景として、以下の医療の動き、介護保険制度の動きを理解しておくことが重要です。

医療の側の動きから見てみると、2006年の「医療制度改革」で地域には「地域（包括）ケア体制」が必要と言われましたが、その後は「地域包括ケアシステム」という言葉がもちいられるようになります。2012年には、「病院完結型」から「地域完結型」の医療へ転換を図るため、医療計画記載事項に「5疾病・5事業及び在宅医療」が盛り込まれ、「在

宅医療」が重視されるようになりました。厚生労働省「在宅医療・介護の推進プロジェクトチーム」は、2012年を「新生在宅療養・介護元年」とし、将来（2025年）の介護像を「地域包括ケアシステム」として示し、「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けること」、「今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要で」、「地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」としました。

一方、介護保険の側からみると、2006年制度見直しの際に「地域包括ケアシステム」という用語自体はすでに用いられていましたが、当時の多くの関係者の関心は地域包括支援センター創設、介護予防に向き、必ずしもこのことについて関心があった訳ではありませんでした。2011年の介護保険法改正で、「地域包括ケアシステム」の構築が、第5条「国及び地方公共団体の責務」第3項で規定され、強調されるようになりました（2012年4月施行）。

さらに、2014年6月、地域医療介護総合確保推進法（「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」）が成立し、「地域包括ケアシステム」は「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」（第2条）と明記され、医療や介護・福祉関連の政策的位置づけが明確にされていきます。

「地域包括ケアシステム」は、2000年以前から地域ケア、地域医療、地域ケアシステム等の議論の流れから言えば、まったく「新しい考え方」という訳ではありません。しかし、2025年に向けた国の総合的な政策と位置付けられ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、必要な医療および介護の総合的な確保を推進することが政策となってきたという点でこれまでとは大きく異なります。

こうした流れが背景にあって、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換、介護職の質的、量的確保が課題となり、また介護福祉士の業務に「医療的ケア」が含まれるようになりました。医療と介護の協働という新たなステップに進むようになりました。

(2) リーダーとしての介護福祉士の役割

① 「介護福祉」領域の広がりと深まり

介護福祉士が働く領域は、一般には、特別養護老人ホームなど介護施設、訪問介護など介護保険制度の介護サービスを介護現場と理解されがちです。しかし、実際にはかなり広いもので、その範囲は、介護ニーズの増加、拡大に伴って、ますます拡大しているといつてよいでしょう。

介護福祉士養成校が行う介護実習の実習先も、従来の高齢者分野、障害者分野、児童分野等に加え2008年から精神障害者施設も追加され、領域が拡大しています。さらに、シルバ産業の会社の社員として働いている人もいます。このように介護福祉士の職場は広がって、多様な「介護福祉」領域となってきています。

同時にそれぞれの分野の「介護福祉」領域で、その業務内容が「拡大」・「深化」してきていると言えましょう。例えば、前述のように2007年に「食事、排泄、入浴等」の介護から「必要な介護」となり、2011年には、それに「医療的ケア」が追加されました。また、最近の例でいいますと、地域包括ケアシステムにおける介護福祉士の役割も大きなものになり、「地域ケア会議」への介護福祉士の出席が言及されるようになりました(2016年12月介護保険部会報告)。

また、介護福祉士は看取りにも深くかかわるようになってきました。2007年に策定された「人生の最終段階(終末期)の医療に関する指針」が見直され、2018年3月14日に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」と名称が変わりました。そして、心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うというアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の考え方が取り入れられ、日頃からの取組、支援の重要性を強調されるようになりました。そしてこの取り組みを担う医療・ケアチームの対象に看護師、社会福祉士、ケアマネとともに、介護従事者が含まれることが明記されました。とくに重要な点ですが、「ガイドライン」の「解説編」の「注の2」に「介護福祉士等の介護従事者」と明記されました。

要介護者の日常生活の営みに深くかかわり、その人の願いの実現を助ける介護福祉士としての役割が、看取りのケアチームにおいても求められるようになってきました。

このように多職種協働、チームケアがいつそう重視されるようになってきています。そして、そのチームケアの中で、「他職種に“根拠を持って”説明する力」などが、介護福祉士にいつそう求められるようになってきました。

② 介護職場での介護職チームの形成

次に実際に介護サービスを行う介護職場での介護職の変化を見てみます。前述のように介護職場では、多職種協働、チームケアの中での介護福祉士の役割がいつそう重要になってきましたが、他方、介護職の中でのチームづくりも重要になってきました。特別養護老人ホームを例にみてみましょう。

日本では、1963年、特別養護老人ホーム創設で、介護職の集団「寮母」が生まれました。「寮母」は福祉職として位置付けられた介護職でした。そして、「寮母」等を基盤に、1987年には国家資格である介護福祉士が生まれました。現在、日本の介護職数は社会的にも大きな職能集団となっています。また、介護職場において介護福祉士が占める割合も大きなものになってきました。特別養護老人ホームの介護職の大部分が介護福祉士の資格を持っているということも最近では珍しくありません。

なお、特別養護老人ホームの介護職についてみると、制度上は「介護職員又は看護師若しくは准看護師」を充てるとされ³、制度上まだ独立した職能集団としては必ずしも扱われていません⁴。しかし、実際には、看護職、生活相談職の部門などと並んで、介護職集団が独立部門となり、介護職福祉士がその部門責任者（介護課長、介護長、介護主任等と呼称は様々）となっている職場は数多くあります。施設長にもなっています。

介護職の大部分が介護福祉士であるという職場が珍しくなくなった一方で、無資格者を含む多様な介護職から構成される職場も数多くあります。ある面ではその傾向はますます進んでいます。これまでになかった外国人介護従事者も介護職員となる状況が生まれています。

③ 介護職チームのリーダーとしての介護福祉士

以上のことを背景に、介護福祉士の中でも経験ある介護福祉士には、介護職チームのリーダーの役割、機能が求められることになってきました。

こうした実態は以前からあったと言えますが、今日の変化は政策として介護職チームのリーダーの役割、機能についての議論が始まったことです。具体的には、国が介護人材の

³ 特別養護老人ホームでは職員配置上は、「介護職員又は看護師若しくは准看護師」と介護職を独自の職能集団としていない。ただし、実際には介護職チームが形成されてきている。「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」（最終改正：平成二八年二月五日厚労省令第一四号）の第十二条（職員の配置の基準）の「四 介護職員又は看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）の「イ 介護職員及び看護職員の総数は、常勤換算方法で、入所者の数が三又はその端数を増すごとに一以上とすること」とある。「介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準」2条三にも、同様な規定がある。

⁴ 一方、1987年に創設された、老人保健施設の場合、特養の場合に比べると、看護職と介護職の区分はより明確に看護職と介護職員の配置基準が示されています。老人保健施設の場合は、介護職と看護職は、制度上も区分されている。「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第二条の三では、「看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）又は介護職員（以下「看護・介護職員」という。） 常勤換算方法で、入所者の数が三又はその端数を増すごとに一以上（看護職員の員数は看護・介護職員の総数の七分の二程度を、介護職員の員数は看護・介護職員の総数の七分の五程度をそれぞれ標準とする。）」とされている。

構成を「まんじゅう型」から「富士山型」に変えて、裾野を広くし介護職が参入しやすくするとともに、頂上のリーダーも育てるというように変わってきました。頂上部分の役割、機能とは何かという点が重要になってきました。そして、養成課程のカリキュラムにこれまでなかったマネジメントに関わる内容が加えられようとしています。

こうした経験があり、「力」もあり、介護職チームをまとめる介護福祉士は、介護職チームのなかで中核的な役割を果たすトップのリーダーです。認定介護福祉士はこうしたトップリーダーの位置にあります。ユニット型特別養護老人ホームのユニットリーダーは、小規模の介護職等のチーム（ユニット）の「まとめ役」ですが、それに対して、認定介護福祉士養成の場合は、施設全体の介護職チームの「まとめ役」です。例えば、8ユニットからなる特別養護老人ホーム（80名定員）の場合、施設全体の「介護長」等や数ユニットの「介護（フロア）主任」等にあたります。

すでに、介護福祉士を対象に介護福祉士ファーストステップ研修が行われていますが、本研修は、ユニットケア程度の規模の小規模チームのリーダー養成が目的です。介護職チーム全体のリーダーに必要なチームマネジメント、管理論を学ぶ機会はこれまで極めて少ないというのが現状でした。認定介護福祉士によって、介護福祉士向けの現任者教育が充実し、介護福祉士としてのキャリアパスが整備されることが望まれます。

3. 介護福祉実践と生活支援の価値・思想

認定介護福祉士が介護職チームのリーダーとして、チームの力量を高めたり、他の職種と協働するうえで、これまでの介護福祉実践の歩み、蓄積、介護福祉実践の思想的理論的背景を理解することが大切です。介護福祉学の中で「介護福祉実践史」「介護福祉史」「介護福祉思想」の分野は学問的にもまだまだ未成熟といってよい状態ですが、心身に障害を持ち「日常生活の営み」に支障がある人を対象にした支援が介護福祉士の役割であるという考え方が一致してきていると言えましょう。「介護福祉実践」の蓄積、「介護福祉実践」を支えてきた思想、理論を簡単に素描します。

① 日常生活の営みの時間的・空間的広がり：介護福祉実践の蓄積

介護福祉士誕生後の30年を振り返り、介護福祉士が「介護福祉実践」として行ってきたことは何でしょうか。介護福祉士を考える場合この視点が重要です。ここでは、介護福祉実践とは、要介護者（児）その人が日常生活を自ら営めるようにするための支援を、身近で継続的な日常生活の支援をとおして、家族や地域の人達とともに、またさまざまな他の関係機関・職種と協働して行うこと、と考えます。

しかも、介護福祉実践で重要なのは、要介護者の日常生活の営みの改善です。従って、介護職チームによる介護福祉実践によって、要介護者の「日常生活の自らの営み」の、「営み」の時間的・空間的広がりがどの程度実現したかが、介護福祉実践にとって重要となるといえるでしょう。

② 「日常生活」とその「営み」

第一に重要な点は、「営み」の意味がなかなか理解しにくいという点です。日常生活の行動面に着目したADL（日常生活基本動作）と同じ意味で理解されることが少なくありません。しかし、「日常生活」の基本動作という行動が、その人の「生活」を意味することではないことは誰でも知っています。

「日常生活を営む」ことを支援することは、行動を支援するということではないのです。基本動作の行動を支援することは、支援の手段に過ぎないのです。もちろんこの「手段」をしっかり身につけることは言うまでもなく重要ですが、この「手段」が介護福祉そのものではないのです。

大事なのは、その人が「日常生活を営むこと」を支援することです。生活主体は要介護者にあります。ここをよく間違えて、「日常生活」支援と言って、その人の代わりに「日常生活」を送るように支援してしまいがちです。つまり、この点の理解がないと、“画一的な介護”、“利用者抜きの支援”が起きがちです。これは、介護福祉の理念・倫理に関わる人間観、障害者観の理解が関連します。

③ 一般的でない「日常生活」と「社会生活」の区分

第二に大事な点は、介護保険制度、障害者支援の制度等の制度上は、「日常生活」と「社会生活」を区分していますが、それは実際には区分しがたいということです。介護保険法では支援領域は「日常生活」（同法第1条）ですが、障害者総合支援法では支援領域は「日常生活又は社会生活」（同法第1条）です。この「日常生活」と「社会生活」の区分は、制度上の区分です。これは、一般社会の「日常生活」の意味と少し違いがあり、この点が理解し難いところです。

実際には「日常生活」と「社会生活」は、そう簡単に区分できるものではありません。また、制度上のサービスの範囲をめぐる議論があるのも、この区分とそれぞれの範囲をめぐるです。

一般に使われる「日常生活」という言葉の意味はさまざまですが、「日常生活」を狭く限定した意味で用いることは少なく、「社会生活」も含んだ意味で「日常生活」と用いる場合が一般的です。

思想、哲学の分野では、「日常性」⁵、「生活世界」⁶、「日常生活」⁷という言葉がでてきます。この思想、哲学の分野で言われる「日常性」、「生活世界」、「日常生活」は独特の意味を持っています。オーストリアの哲学者で現象学を提唱したフッサールが用いた「生活世界」は科学的世界とは区分した意味でもちいられ、独特の意味を持っています。「日常性」や「日常生活」も同様です。しかし、この「日常生活」は、「社会生活」と切り離された意味で用いられているわけではありません。

また、歴史学の分野でも「日常生活」⁸という言葉がでてきます。歴史を三層に分けて捉え、1000-2000年という単位でしか変動しない地理的な要素のような「長期変動」、経済のように数百年単位での変動を見せる「中期変動」、そして政治史のように短い単位で変わってしまう「短期変動」で、歴史は3層の重層であるという考え方があります。そして、「日常生活」は「短期変動」のようなものではなく、変化しにくいものだという考え方で。この場合の「日常生活」も、狭い意味での「日常生活」ではありません。

日本でも、第一次世界大戦と第二次世界大戦の間の「戦間期」に、戸坂潤、三木清等によって、日本社会が近代社会に変容していく中で、実態として人々の「日常生活」⁹をどう捉えるかについての議論がありました。しかし、その議論は、狭い意味の「日常生活」ではありませんでした。しかも、当時の議論には、心身に障害を持つ要介護者の「日常生活」は視野に入っていませんでした。

一般の人々の「日常生活の営み」を「生活主体」と捉えるようになってきたのは、天野正子によれば、ほんとうに最近のことでした¹⁰。そして、一番ヶ瀬康子は1970年代から要介護者を「生活者」¹¹と捉える主張をしてきました。このような捉え方をするようになったのも最近のことでした。

ここで忘れてはならない重要なことは、介護福祉士が支援の対象としている要介護者の「日常生活」は、つい最近まで、一般の健常者とは異なったものだ、違うものだと捉えられてきたことです。身体障害者が交通機関に乗ることを拒否された時代が長く続いていました。1981年の国際障害者年で日本に「ノーマライゼーション」という言葉が定着し始めてから、ようやくその捉え方は間違っていたと考えられるようになってきました。

この「日常生活を営む」の「営み」には、こうした歴史的な経過、障害者観の大きな変化があることを忘れてはなりません。日本の社会で、障害者（児）、要介護者の「日常生

⁵ ハイディガー/細谷貞雄訳（1994）『存在と時間』（ちくま学芸文庫。上、下）

⁶ フッサール/細谷恒夫・木田元訳（1995）『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』（中公文庫）

⁷ シュッツ、ルックマン/那須壽監訳（2015）『生活世界の構造』（ちくま学芸文庫）

⁸ ブローデル/村上光彦訳（1985）『物質文明・経済・資本主義 15-18世紀 日常性の構造』（みすず書房。I、II）

⁹ ハリー・ハルトゥーニアン（2007）『近代による超克—戦間期日本の歴史・文化・共同体』（岩波書店（上、下））

¹⁰ 天野正子（1996）『「生活者」とはだれか—自律的市民像の系譜』（中公新書）

¹¹ 一番ヶ瀬康子（2003）『介護福祉学の探求』（有斐閣）

活の営み」を正面から向き合うようになったのは最近のことだといっているのです。こうした、心身に障害を持ち、「日常生活」を営むのに支障がある人に対して、「日常生活を営む」ことを支援することが進み、そのことを専門的な職業とする人たちが生まれたのです。「介護」という言葉は以前から使われてきたといわれますが、一般に使われるようになったのは1980年代以降です。それ以前は、「世話」や「面倒を見る」という表現が使われていました。障害者（児）、要介護者の「日常生活の営み」を正面から向き合う生活支援の介護福祉の考え方が生まれたのは、最近のことだと言ってよいでしょう。

ですから、障害を持つ人たちが「日常生活を営む」ことを専門領域とし、しかも、「社会生活」を営む上で、「日常生活を営む」ことの何を、どう支援するかという点が重要になります。日本の歴史はもちろんのこと、世界でもこれまでほとんどなかった支援を求められていると言ってよいでしょう。

介護福祉実践は、要介護者（児）が社会生活を営む上で（終末期も含む）、その社会生活の基盤となる「日常生活の営み」は、何だろうかと探りながら、要介護者（児）の心身の能力面、心理社会的要因、環境面から捉えながら（アセスメント）、その不足分を、「身近に継続的に」支援することにあるといえます。この「身近に継続的に」というところが介護福祉実践の特徴があり、他の専門的支援とも異なる、利点でもあると言えます。

介護福祉実践を、要介護者と支援者の「二者関係」でとらえるのではなく、例えば、訪問介護では、要介護者と支援者（介護福祉士）の中で実際の「介護」を行うのではなく、社会、地域社会との関係で捉え、そこには、介護サービス関係者、家族や地域の人達がいまいますので、「三者関係」の中で「介護」を行う訳です。また、さらに、実際の「介護」は、住環境などの環境、要介護者の心理社会的要因の問題をアセスメントしながら行います。さらに最近の「ノー・リフト・ケア」の考え方のように、福祉用具などの活用でどの程度自立度が維持できるか、また福祉用具を活用して人の手で要介護者を抱え上げない「介護」をどう実現するかをアセスメントしながら、「営み」を実現する介護過程を展開することになります。

このように介護福祉士が行う「介護福祉実践」を日常生活基本動作支援と誤解し、多くの人達が理解しにくい理由もこの点にあるといっても過言ではありません。「介護は誰でもできる」と誤解する理由もこの点にあると言ってよいでしょう。介護福祉実践をまとめ、その蓄積を重ねていくこと、それを多くの人に知ってもらうことが重要です。そうした作業の中で理論化が進むことができます。

④ 介護福祉実践の広がり

ここでは、「営み」の広がり「介護福祉実践」を簡単に触れてみたいと思います。特

別養護老人ホームでの自立支援、認知症、食べること支援、看取り、外出支援、参加・役割という場面で見てみたいと思います。

1960年代に、特別養護老人ホームが創設（1963）され、高齢者介護が始まり、1970年代に入ると、施設は「収容の場」から「生活の場」へ転換が求められ、「施設の社会化」が求められるようになります。しかし、要介護者の日常生活の営みの時間的・空間的な広がりを持ったのは、1980年代から1990年代の「残存能力の活用」（デンマーク高齢者ケアの3原則）の考え方の広がり、寝かせきりの状態から離床の支援が始まった自立支援が定着したことだとみてよいと思います。さらに、1990年代の離床（＝自立支援）の実践の広がりによって、介護福祉実践の離床と移動支援の技術化が進むようになります。例えば、移乗の技術、排泄パターン把握の技術などが、介護福祉士の重要な業務となっていきます。そして、2000年には、「拘束廃止」へとつながり、拘束をしないための支援の技術が議論されるようになります。

一方では、1980年代後半から認知症の高齢者が「福祉の対象」となり、特別養護老人ホームでも、認知症ケアが重視され、そのための支援技術が模索されます（埼玉県「元気な亀さん」など）。1980年代には「回廊式」の施設構造を基にした考え方が広がりましたが、「行動抑制禁止」から認知症高齢者の日常生活の営みを理解した、生活支援が広がり、そのために「回想法」の考え方を基に介護福祉実践が進みます。2000年代には、認知症ケアの実践が広がり、「尊厳」が高齢者ケアの理念になり、ユニットケアなど個室の整備とケア単位の小規模化が進みます。同時に、「居場所づくり」、「場づくり」、「逆デイサービス」の試み、「小規模多機能」による地域生活拡大の実践などが取り組まれ、日常生活の営みの範囲が、「施設」から「地域」へと広がっていきます。

2010年代には、病院機能の見直しで、生活施設に医療が必要な人たちが増え、「食べること支援」、「看取り」の実践、「転倒ゼロ」・「誤嚥性肺炎入院ゼロ」・「下剤に頼らない排泄支援」等の介護福祉実践が広がります。こうした中で、「観察」、アセスメントの重要性の認識が広がり、それらが介護福祉実践の大きな位置を占めるようになり、そうした中で、口から食べる「転倒ゼロ」「食べること支援」、「誤嚥性肺炎入院ゼロ」（北海道「すずらん荘」など）の介護福祉実践が広がっていき、実践の蓄積と技術化が進みます。なお、「転倒ゼロ」については、最近では転倒しても骨折しない床材の素材開発などで考え方が変わってもきました。

特別養護老人ホームでみると、要介護者の日常生活が「寝かせきり」状態から離床（移動の確保）へと介護福祉実践が展開され、2000年代には認知症の人達へ、さらに2010年代には「看取り」などの介護福祉実践へと展開されます。こうした展開をしてきた背景には、日本の施設がおかれた制度的、政策的な動向があります。

1980年代まで「認知症」ではなく、「寝かせきり」状態の要介護者が高齢者福祉制度の対象であったのは、日本では、医療と福祉の間に大きな垣根があり、認知症の人や医療が必要な高齢者を福祉制度は対象にしていなかったという事情があります。特別養護老人ホームの対象者は、障害の「固定した」の脳卒中後遺症の人が対象でした。例えば、特別養護老人ホーム創設当時は、脳卒中の後遺症の要介護者は発症して6か月以上、また機能回復訓練を行っても回復の見込みがない障害の「固定した」人のみを対象にしていました。もちろん、認知症の人、医療が必要な人、通院が必要な人は対象外となりました。

こうした脳卒中やけがで身体に障害があり、移動できない状態でそれが「固定した」状態の人が特別養護老人ホームの対象になって、その状態が1980年代中ごろまで続き、その後認知症の人、医療が必要な人もだんだんと利用者になってきて、最近では「看取り」が必要な人たちも利用者になってきました。

こうした中で、介護技術も大きく変化してきています。「ベッド」上という空間での技術から、「室内」という空間での技術へ、さらに地域社会という場の空間の技術に変化してきています。同時に、その日々過ごす「営み」の時間の内容も異なって豊かになってきました。

さらにまた、同時にまた前述のように、介護過程そのものにも変化が見られます。住環境などの環境、要介護者の心理社会的要因、福祉用具などの活用でどの程度自立度の改善度合い、人の手による「介護」の必要度などをアセスメントしながら、「営み」を実現する介護過程を展開することになってきました。

支援者による支援から、アセスメントを行い、残存能力を適切に活用し、また要介護者への心理・社会的支援をしながら「日常生活の営み」の意欲を引き出す支援に変化してきました。そしてさらにその上に、環境として福祉用具を活用しながら、その足りないところを介護職が支援する「ノー・リフト・ケア」の考え方が広まってきて、環境と介護過程の融合が大きな課題になってきて、「ノー・リフト・ケア」の介護職チームづくりの実践も広がってきています。

⑤ 多職種協働の広がり介護福祉士

要介護者の「日常生活」は、ベッド上の「日常生活」（寝かせきり）から、室内の「日常生活」へ広がり、地域社会の「日常生活」へと広がってきたと言えるでしょう。イギリスで言われた表現を用いると、「ベッド・バウンド」から「チェア・バウンド」「ハウス・バウンド」は、さらにコミュニティ・ライフへと広がってきたと言えます。

こうした広がりや、ベッド上の支援から、地域社会での支援へという変化ですが、そこでは多くの職種が協働するケアチームが必要とされます。多職種協働のケアチームがなけ

れば、この変化は起きません。そこでは、医師の役割も、看護師の役割も変わります。日本では1992年に看護師が初めて管理者となる訪問看護ステーションが生まれます。また同時に介護福祉士の役割も変わってきました。かつての地域社会と離れた特別養護老人ホームでの介護職の役割と、最近の小規模多機能居宅介護での介護福祉士とでは、役割は大きく異なります。

⑥ 介護福祉実践を支えた思想・理念・技術

こうした介護福祉実践の広がり背後には、他分野の知識や技術の蓄積を介護福祉実践の中に取り入れてきたということがあります。例えば、自立支援（離床）の介護福祉実践には、「寝たきり」ではなく「寝かせきり」だとして障害者観の転換を主張したジャーナリスト（大熊由紀子など）¹²、リハビリテーションの医療関係者（上田敏¹³、竹内孝仁¹⁴など）の貢献が大きかったわけです。また、現在広がっている「食べること支援」では、歯科医、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士の知識や技術が大きく貢献しています。また、ICFの考え方が大きく貢献しています。

同時に、介護福祉実践の指針となったのは、さまざまな思想・理念です。要介護者の人間観、生活観に関わる思想です。人間観、生活観についての思想・理念が、介護福祉実践の基盤となってきました。例えば、「尊厳」、「自立」、「当事者性」、「参加・役割」などは、介護福祉実践にとって欠かせない重要な基本要素です。

「自立・尊厳」や「生存権」・「社会権」は、近代以後の思想を受けています。また障害者自身の「自立（自律）」「生存権」「社会権」を求める社会的運動とその思想と結び付いています。「動作の自由」における技術・実践の思想は、デンマークの「残存能力の活用」の思想の影響を強く受けています。「日常生活の営みの広がり」に考え方（生活の自由）には、グループホーム、ユニットケアに見られるように「生活の落差（時間、規則、言葉、役割）」（外山義¹⁵）の考え方の影響を受けました。「参加」における技術・実践の思想は、「この子らを光に」（糸賀一雄¹⁶）の思想や障害者の自立生活運動などの影響も大きく受けてきました。地域の中での要介護者の役割を拡大する介護福祉実践には、認知症の当事者の発言に見られる「つながり」「役割」という共生社会の考え方の影響が見られます。介護福祉実践を支える思想・理念・技術を学ぶことが重要です。

¹² 大熊由紀子（1990）『「寝たきり老人」のいる国いない国—真の豊かさへの挑戦』（ぶどう社）。

¹³ 上田敏（1983）『リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権』（青木書店）。

¹⁴ 竹内孝仁（1995）『医療は「生活」に出会えるか』（医歯薬出版社）。

¹⁵ 外山義（2003）『自宅でない在宅』（医学書院）。

¹⁶ 糸賀一雄（1996）『福祉の思想』（NHK ブックス）。

⑦ 認定介護福祉士の役割

介護職チームにおける認定介護福祉士の役割は、要介護者が「日常生活を営む」ことが自らできるように支援することです。またそのためにも他職種との協働を進めることが必要になります。ケアチームの課題を理解できる力、他職種を理解できる力、介護の課題を他職種に明確に伝える力など、協働する力が求められます。

そのためには、介護職チームの一人ひとりに、介護福祉実践の意味を理解してもらい、自職場の介護福祉実践だけでなく、他職場の介護福祉実践を理解すること、これまでの介護福祉実践の歩み、蓄積を理解することが大事です。また、他職種の役割、他分野から学ぶべきことを理解することが大事です。また、介護福祉実践の思想的理論的背景を理解することが大事です。

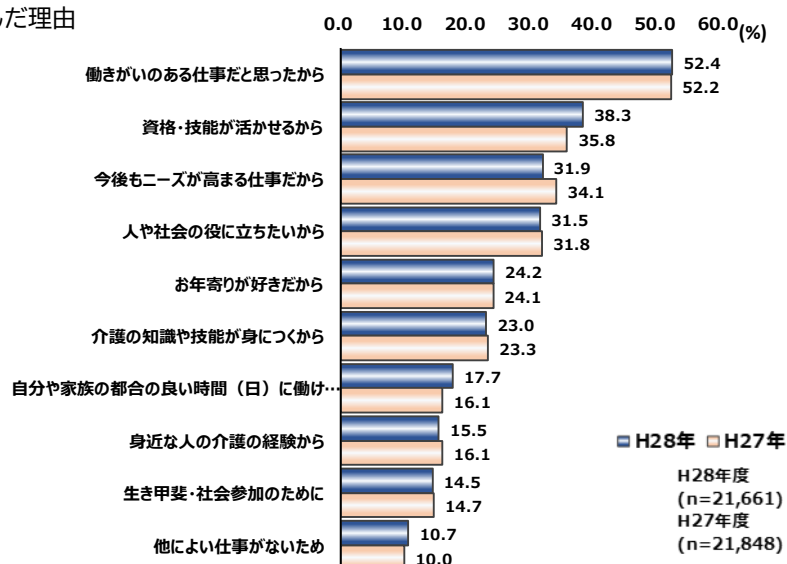
第2章 介護の職場で起こる様々な問題とその背景

第1節 介護の職場で起こる問題

介護職が介護の仕事を選んだ理由を公益社団法人介護労働安定センターが実施した「介護労働実態調査（平成28年度）」¹で、その結果をまとめています¹。

介護労働者介護職が介護の仕事を選んだ理由として、「働きがいのある仕事だと思ったから（52.4%）」と最も多くなっていることがわかります。次に「資格・技能が活かせるから（38.4%）」となっています。また、「人や社会の役に立ちたいから（30%）」が30%を超えていることがわかります。介護現場への入職時には介護労働に対して「働きがいのある仕事」だという好印象を持ち、積極的に職場に入ってきた人々が多いことがわかります。

図1 仕事を選んだ理由



では、どのような職種が介護の職場で働いているのでしょうか。次項の表に介護の職場で働く人が保有する資格（複数回答）の調査結果をまとめました。介護の職場で働く人の保有する資格が多岐に渡っていることがわかります。福祉系の国家資格は介護福祉士、社会福祉士等です。医療関係職として看護師・准看護師、PT・OT・ST等の資格、管理栄養士・栄養士等です。介護の職場では介護職だけではなく、さまざまな専門職がそれぞれの専門性を発揮して働いていることがわかります。

¹介護労働安定センター「平成28年度介護労働実態調査」。調査対象は全国の介護保険サービスを提供している事業所から17,641箇所を抽出し、回答があった8993事業所(回答率51.0%)の結果を図表で表しています。また、1事業所あたり、3名の介護職を上限に抽出し、52,923人の対象者に対して21,661人(回収率40.9%)の回答を得た結果も合わせて公表しています。

表1 介護職が保有する資格

労働者個人数	初任者研修 介護職員	介護福祉士	准看護師・ 看護師	介護支援 専門員	実務者 研修	P T ・ O P ・ S T	社会 福祉士	管理 栄養士・ 栄養士	その 他の 資格	無 資格
79796人	39.6%	39.5%	14.1%	9.0%	2.9%	2.9%	1.7%	1.6%	5.5%	6.6%

調査に回答した介護保険サービス事業所では、訪問介護事業所 2,011 箇所、通所介護事業所 1,360 箇所、地域密着型通所介護事業所 1,149 箇所となっています。従って、初任者研修修了資格の介護職が最も多いのはこのような理由かもしれません。僅かな差で、介護福祉士資格の介護職が続いています。国は介護福祉士を介護職の5割とするという方針²を立てています。このような方針が実現しつつあることがわかります。介護福祉士が介護保険事業所内で4割を占めるまでになっている事実は特筆すべきことです。国家資格の介護福祉士が介護保険サービス事業所に増えれば、サービスの質が上がるのが予想されます³。介護の職場は介護福祉士が業務を独占することができない職場にもかかわらず、最近の介護職の離職問題が大きな社会問題になる一方で、このような状況が生まれています。

しかし、介護職として働く職員でも、無資格、初任者研修の修了者、実務者研修の修了者、介護福祉士等さまざまです。さらに、医療系の専門職や栄養士等の専門職等、介護職以外の専門職も利用者支援に携わっています。

次に介護の職場で実際に介護職として働いている職員が仕事を辞めた理由をまとめたものが図2です。介護職が仕事を辞めた理由で最も多かった項目が、「職場の人間関係に問題があったから（23.9%）」となっています。介護の職場で人間関係として考えられる状況は、介護職同士の関係、介護職と上司との関係、介護職と他の専門職との関係などがあります。複数の職員がチームを組んで利用者を支援することが介護の職場の特性です。当然、チーム内の人間関係に問題が生じれば、それがストレスとなり離職するといったケースが生まれます。

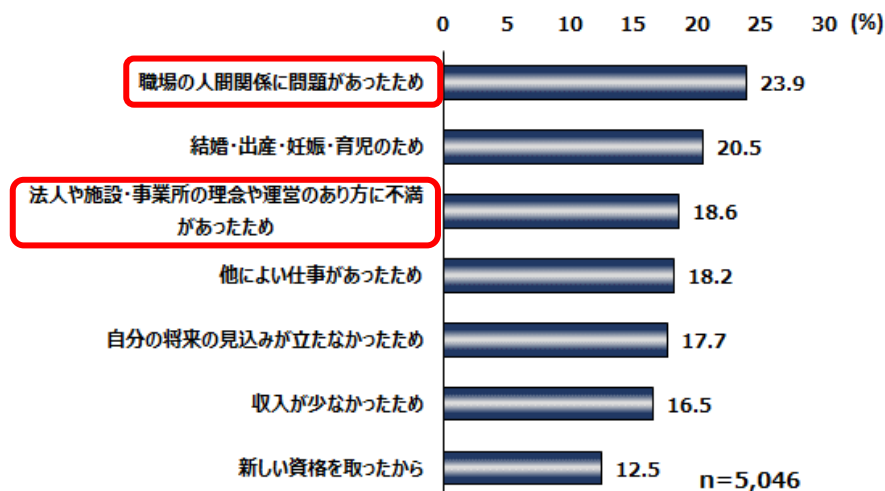
同一職種間のストレスについて、「介護に対する価値観の相違」、「利用者中心の介護と職員中心の介護」、「利用者優先と業務優先」等が指摘されています⁴。このような介護に対する価値観の相違や業務の捉え方の相違が同一職種のストレスとなり、離職の原因となっていると考えられます。介護職として働く職員の不均衡なバックグラウンドが、この問題の根底にあるのではないのかと推測されます。

² 厚生労働省（2011）「今後の介護人材養成の在り方について（報告書）」

³ 平成27年度の介護報酬改定では、職員に占める介護福祉士の割合で報酬単価が増額されたことから、介護福祉士が職員に占める割合が介護サービスの質を上げることが認定されていると判断できる。

⁴ 古川知念（2015）「介護職のストレス」『日本介護労働研究雑誌』No.658、独立行政法人労働政策研究・研修機構

図2 介護関係の仕事を辞めた理由



先ほど述べたように、介護職として働く職員には無資格、初任者研修の修了者、実務者研修の修了者、介護福祉士等さまざまです。また、同じ介護福祉士でも資格取得に相違があります。介護福祉士養成施設卒業者、実務経験3年で国家試験の資格取得者、実務経験3年と実務者研修修了で国家試験の資格取得者、高校福祉科卒業で国家試験の資格取得者等です。介護職と同様に同じ介護福祉士でも資格取得過程に、このような相違があれば、介護に対する価値観や業務の捉え方に相違が生まれてくることは当然かもしれません。この相違を統合し、一定の価値観や職業観を形成できなければ、職員のストレスが溜まり、離職という結果になることが予想されます。

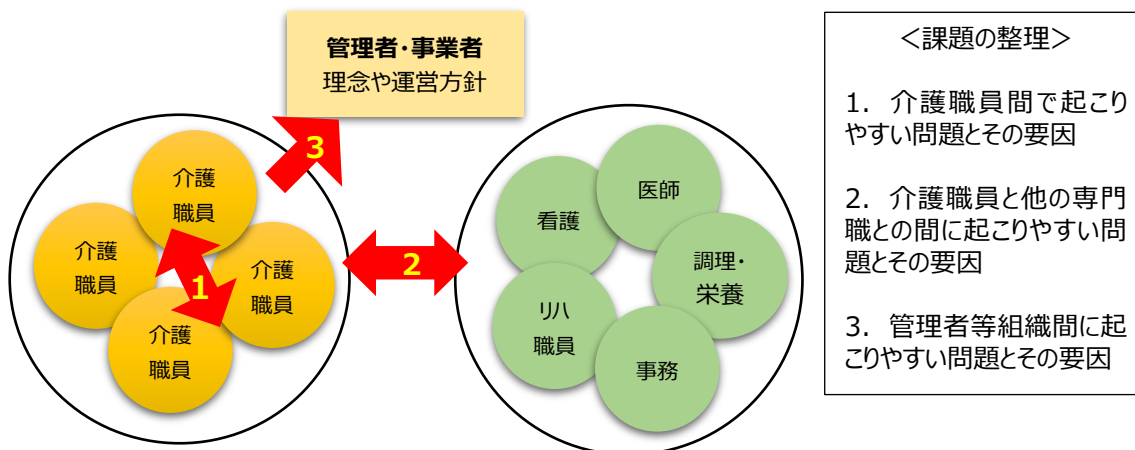
上司との関係では、古川⁵は「職場の雰囲気はリーダーの力量に依存する、と解釈できる語りが複数から聞かれた」と述べているように、上司の力量によって職場の人間関係にストレスがうまれることが指摘されています。介護職がチームとして機能するためには、上司の力量が重要な要素となります。上司の力量不足が上司と介護職チームとの関係を悪化させ、介護職同士の人間関係も悪化させる要因となるからです。

他の専門職との関係でも古川は、「介護職としての専門性を発揮できないもどかしさや、看護師と対等に意見交換できない現実」があることを指摘しています。これがストレスとなり、離職につながるものが推測されます。

以上、介護職同士の人間関係、施設の上司（管理者や運営理念を含む）、他の専門職との関係でさまざまな問題が起こっていることが予想されます。職種間の関係に焦点を絞って問題を整理すると以下の図3のように整理できます。

⁵ 4と同掲

図3 介護現場で起こる問題



第1の問題は介護職間の問題です。次に介護職員と他職種との問題、最後に介護職と上司（管理者・事業主）との問題に整理できます。

第2節 介護職間に起こる問題とその要因

介護職には様々な背景や所持する資格があることは前節で触れています。介護福祉士、実務者研修修了者、初任者研修修了者、無資格者等が職能に応じて業務内容が区分されているのかといえば、そうなのではないのが介護の職場です。厚生労働省の報告書⁶で、介護現場における業務実態にふれています。「介護職の業務の実施状況を見ると、介護に関する資格を有していない者、介護職員初任者研修修了者、介護福祉士の間で明確な業務分担がされているような状況は見られず、……それぞれの者が同様の業務をほぼ毎日（毎回）実施している状況にある」ことが指摘されています。

平成27年の報告書⁷では「まんじゅう型」から「富士山型」への転換が必要であると述べられていました。つまり、それぞれの能力に応じた介護職の機能分化を進め、キャリアパスが見える職場にしていくことが課題であるという意味です。

三菱UFJリサーチ&コンサルティングが実施した調査⁸では、「生活援助に該当する業務」、「身体介護に関する業務」ではキャリアによらずほぼ同様の業務が毎日実施されていることが明らかになっています。「アセスメント、介護計画の作成、介護計画の見直し及

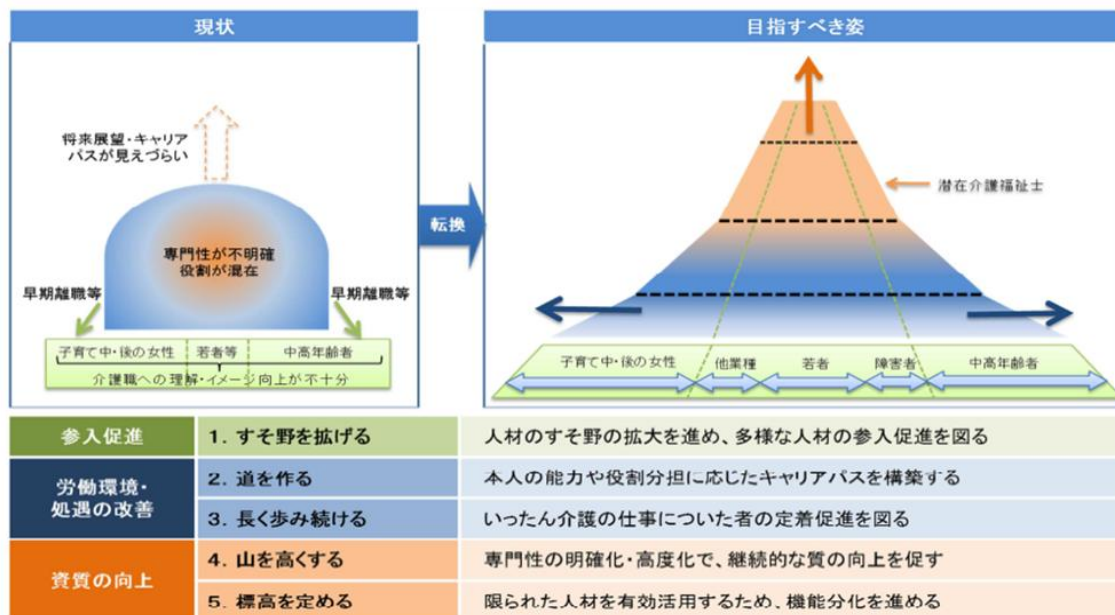
⁶社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会報告書（2017）「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」

⁷社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会報告書（2015）「2025年に向けた介護人材の確保～質と量の好循環の確立に向けて～」

⁸三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2016）「介護人材の類型化・機能分化に関する調査研究事業報告書」

び情報連携の実施」、「特定ケア（認知症のケア等）」においてはキャリアに従って、実施割合が多くなっていったことも報告されていました。

図4 2025年に向けた介護人材の構造転換（イメージ）⁹



介護保険施設を例にとれば、食事、入浴、排泄等が生活支援業務の主なものと考えることが出来ます。朝の起床介助から、衣服の着脱と整容、排泄と食事等から業務が始まります。朝の業務に当たるのが夜勤の職員と早出の職員です。夜勤や早出の勤務は介護職が全体で分担することになります。つまり、一日の時間帯でキャリアに関係なく介護職全体が同じ業務を実施しないと施設の一日は成り立たないのが現状です。介護の職場では、資格やキャリアに関係なく、全体で業務に当たる場面と資格やキャリアに応じて業務に当たる場面が混在していることになります。

「それぞれの能力に応じた介護職の機能分化を進め、キャリアパスが見える職場にしていく」ことで、ある程度介護の職場の問題が軽減されることは予想されます。しかし、機能分化したところで、異なる機能の介護職と一緒に業務をしなければならない場面が介護保険事業のなかでは多くあることも事実です。

異なるキャリアを持つ介護職と一緒に同じ業務に当たれば、介護職が根拠とする介護観（価値観・理念）、利用者理解の枠組み、専門的知識、判断力、技術等が均一ではない集団ですから、実施内容に差が出るのは当然のことです。この差が人間関係の軋轢を生み、問題が発生しているのです。

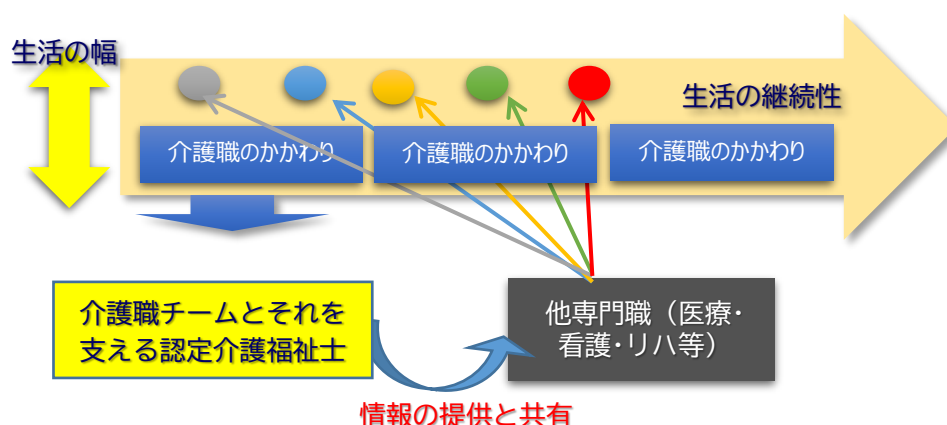
⁹ 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会報告書（2015年2月）「2025年に向けた介護人材の確保～質と量の好循環の確立に向けて～」

この問題を解消するには、介護職チームの価値観を統一し、基礎知識・技術のレベルをあげていく必要があります。その役割が介護職チームのリーダーの役割です。古川は「職場の雰囲気はリーダーの力量に依存する」と指摘していました。介護職チームをまとめ、教育指導し、専門的な支援チームを作り上げていくことが必要です。介護職チームが目指す支援を指し示す力量のあるリーダーがいれば、介護の職場の問題はさらに少なくなることが予想されます。この役割が認定介護福祉士に求められている一つの役割だと考えています。

第3節 他の専門職との間に起こりやすい問題

利用者の生活を支援するには、利用者が大切にしてきた、これまでの生活の継続と生活の幅（近隣との繋がりや地域の活動、趣味、社会関係の広がり等）を守ることが重要です。

図5 多職種連携



利用者の生活に専門職がどのように関わるのかを時間軸で表したものが図5です。

介護職は利用者の生活に面で幅広く関わる場合が多いことは事実です。他の専門職は図のような点で関わります。それぞれの専門職が有機的に関わるには、利用者に関する情報が専門職間で共有される必要があります。介護職が他の専門職に情報を提供するためには、他の専門職がどのような情報を必要としているのかを知ることが不可欠です。医師に提供するための情報、看護師、リハビリ職等に提供する情報がどのようなものでなければならないのかを知ることなしに情報を提供しても意味がありません。

この点で問題が発生する場合が多いと考えられます。つまり、介護職が他専門職の生活支援の視点を理解することなしには、どのような情報を提供してよいか判断できないこととなります。その結果、情報の提供が行われないこととなります。介護職は他の専門職が

必要とする情報をアセスメントするだけの知識・技術が必要になります。しかし、このような教育が行われている例は少ないと思われます。この点についても、認定介護福祉士の研修では、改善が図られています。医療、看護、リハビリ職員との対話ができるだけの基礎的な医学の研修内容が組み込まれています。

介護職だけが集まってそのレベルを上げる研修ではなく、医療と看護、介護のように、多職種連携(IPW:Inter-professional Work)教育の必要性が強調されるようになってきました。特に24時間在宅ケアの在宅医療・在宅ケアにおいてこの教育が期待されています。WHOは、ヘルスケアチームを「健康に関するコミュニティのニーズによって決定された共通の目的を持ち、ゴール達成に向かってメンバー各自が自己の能力と技能を発揮し、かつ他者の持つ機能と調整しながら寄与していくグループである」(1984年)と定義しています。このIPWに介護職員も専門職として含まれていることを理解する必要があります。それぞれの専門職が利用者の生活の幅を狭めないで、生活が継続できるための目標を設定し、各専門職がそれぞれの目標を共有することで生活の幅が狭まることなく、継続されることが期待されます。

また、IPWを達成するためには専門職連携教育(IPE:Inter-professional Education)が必要であるとされています。これは「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所で共に学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと(CAIPe2002)」と英国の専門職連携教育推進センターが定義しています。この実践を埼玉医科大学¹⁰が文部科学省の推進事業として医学部卒前教育として医学生に実践しています。詳しい内容については注のアドレスを参照してください。

¹⁰ 埼玉医科大学医療人育成背インター地域医学推進センター参照
<http://www.saitama-med.ac.jp/chsc/ipe.html>

第4節 組織の理念・運営方針との関係

介護観（価値観・理念）、利用者理解の枠組み、専門的知識、判断力、技術などは、時間をかけて支援チームに醸成され、またメンバー個々人が獲得・内面化されて、チームに共有され引き継がれていくものであり、まさに共有資産・組織文化といえます。この点については次章を参考にして下さい。介護職のチームがこのようなチームに変わっていく可能性は大いにあります。しかし、施設や事業所には運営管理部門があります。事業として介護サービスの提供を実施している限り、事業主の理念や価値観が組織全体の方向性を示すものでなければなりません。介護職チームが理想とする理念や価値観を実践として追求するだけでなく、事業の経営という課題も含まれます。

2016（平成 28）年3月に社会福祉事業、社会福祉行政、さらに社会福祉法人制度等、我が国の社会福祉の基本的事項を定めた社会福祉法が改正されました。この主な改正の内容は、社会福祉法人制度の改革（経営組織のガバナンスの強化、事業運営の透明性の向上、財務規律の強化、地域における公益的な取組を実施する責務等）と福祉人材確保の促進等です。

特に事業運営の透明性の向上が求められていることは適切かつ公正な支出管理がなされてこなかった事業所があったということを物語っています。介護施設では職員や介護関連用具に適切な支出がなされなければ、介護職員チームが実施したいケアを後押しすることが出来ません。施設や事業の理念として謳っている内容を実施する為の組織運営が求められています。介護職員が仕事を辞めた理由の第3位が「法人や施設・事業所の運営理念に不満があったため」となっていることを重く受け止める必要があります。

認定介護福祉士が介護部門の統括責任者となることで、介護職チームが理想とするケアを追求できるよう経営サイドに働き掛け、ケアの向上のためにより多くの経営資源が投資されるようにしていくことが必要です。

第3章 チーム運営と職種間連携、求められるリーダーシップ

第1節 チームケアと運営の総論

1. 支援チームをどう考えるか

(1) さまざまな人々からなる支援チーム

要介護等の状態となって生活支援が必要になった人の生活を支援する支援チームは、どのような人々によって構成されると考えたらいいのでしょうか。ここでは、支援チームは、生活支援が必要な人の24時間・365日の生活にかかわる、家族や友人、専門職などすべての人々によって構成されると考えることを提案します。

入所型施設では、支援チームは、施設のさまざまな専門職－介護、相談、看護、栄養等の専門職を中心に構成され、ボランティアや家族が生活の一部にかかわることになります。この場合、支援チームのメンバーの範囲が比較的限定され、どこまでが支援チームかであるかは明確です。

一方、在宅の場合はどうでしょう。例えばデイサービスの場合、支援チームはデイサービスセンターの職員だけだと考えればいいのでしょうか。そうではありません。デイサービスの場合でも、生活支援のサービスは本来24時間、365日の生活を支える視点から提供されるべきです。したがって、デイサービスに来ていない時間に、その利用者にかかわるすべての人、例えば、家族、友人、地域のボランティア、他の事業所も支援チームのメンバーとみなす必要があります。

本来、居宅介護支援計画（ケアプラン）やサービス等利用計画では、24時間・365日の生活や社会関係が継続され、日常生活の自立が保持されるという目標にたって、専門的なサービス（フォーマルな担い手）だけでなく、家族、友人、地域のボランティアなどインフォーマルな担い手の役割も含めた生活支援のサービスや活動が位置づけられているはずです。このフォーマル・インフォーマルな担い手の全てが支援チームのメンバーとみなすべきです。そのなかでデイサービスは生活支援の一部を担うものとして位置付けられ、ケアプランで定めた生活支援の共通目標を踏まえて、デイサービスにおける支援目標や方法が個別支援計画として明確にされます。このように、デイサービスのスタッフは、大きな支援チームの一部です。そして、生活支援の目標は支援チームのすべての人に共有され、それぞれがそのなかでの自分の役割を理解すると同時に、自分が関わっていない時間における他者の役割を理解して、それぞれの役割を果たすべきなのです。

もちろん、家族、友人、ボランティアなどインフォーマルな担い手に対して、現実にごこまでの役割を期待できるかという問題はありますし、自然発生的な社会関係や自発的な

活動を専門職がコントロールするようなことはあってはならないことです。しかし自然発生的な関係を切らずに、生活にかかせない一部として役割を發揮してもらうという意味でインフォーマルな担い手も支援チームの一員とみなせます。そして専門的なサービスは、インフォーマルな担い手の関わりを下支えする形で行われるべきなのです。

(2) 支援チームにおける介護職チームの役割

支援チームのなかで、介護職チームは、利用者の家族を除いて、もっとも頻繁・頻回に利用者の生活にかかわる立場にあります。また、支援チームの他の職種とも最も頻回に接する（連携する）立場にあります。このため、介護職チームには、利用者の生活の些細な変化をキャッチして、その情報を他の職種にも伝えていく役割が求められます。つまり、介護職チームは、支援チームにおける情報収集・共有の基盤となる役割をもっています。

制度上、支援計画の立案や遂行、職種間の情報共有の結節点となるのは、居宅介護支援専門員や相談支援員の役割です。しかし、実際には、支援チームの情報共有・連携のカギとなるのは、もっとも利用者や他の支援チームメンバーへの接触頻度が高い介護職チームであるといえます。介護職チームが変化に気づくことができなければ、また情報を収集・集約することができなければ、必要な情報が居宅介護支援専門員・相談支援員や他のメンバーにいきわたらないからです。

次に、他の職種と比べた時の介護職チームの支援の特徴や目標は何かを考えてみましょう。介護職チームは、利用者の生活が24時間・365時間が途切れないように面や帯のようにつながり形で、さまざまな生活支援を行っています（居宅では、家族も同じような役割を担っていると考えることができます）。これに比べると、他の専門職種の関わりは、より焦点化した課題に対する支援を、短時間、ピンポイントで提供するものだといえます。介護はさまざまな生活行為を支援するため、一見焦点が定まっていなように見えます。しかし、利用者の一つ一つの具体的な生活場面・生活行為（食べること、排泄すること、自分で体を動かすこと、歩くこと、眠ること等）を維持し、生活リズムを整えることで、利用者ができるだけ自分の意思で自由に生活し、活動するための心身の基盤を整える。そのことで、利用者の生活のなかでの役割、社会関係、居場所、生活の楽しみを増やして、生きる意欲を引き出し、高める、ということが専門的な介護福祉の焦点・目標となります。他の職種の支援も生活支援の一部として行われる以上、この大きな目標は同じですが、他の職種の支援は大きな目標実現の妨げとなる特定の課題を除去・軽減することが支援の焦点であると考えられます。

介護職チームは、他職種の支援を生活のなかで実現する役割も担っています。例えば生活のなかでのリハビリ、健康管理など、他職種による生活上のさまざまな留意点を実行す

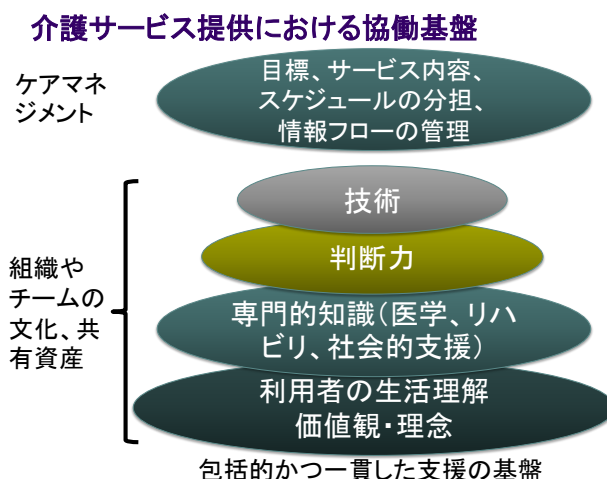
るのは、現実には介護職チームにかなり委ねられます。また、利用者の日常の状態の変化には、もっとも生活に接している介護職が察知することが多く、それが他職種が支援方針を検討する重要な情報源となります。このように、他職種の支援は介護職チームの協力があって初めて実現できるのです。介護職チームは利用者の日常生活を継続するという観点から、他職種に対して過不足の無い介入を要請（提案）したり、調整する役割、言い換えれば他職種の力を引き出す役割があるといえます。

最後に、介護職チームは、利用者の意思決定支援、代弁・権利擁護という役割を担います。利用者の生活にもっとも密接にかかわる介護職チームは、利用者の生活の願いを最も知りうる立場にあります。利用者の願いを引き出し、意思決定を支援し、それを支援チームに伝えたり、生活の質を守るという視点から支援の優先度を提案する代弁的な役割があります。QOLの観点から、他職種の専門的な支援の優先度を高くすべきではない場合もありえます。利用者が望む生活を守る、全うできるよう支援するという意味で、真の利用者の代弁・権利擁護の働きを介護職チームは担うのです。

2. 支援チームの協働基盤

居宅介護支援計画等のケアプランは、チームでサービスを提供する場合に、支援の目標と各職種やサービスの役割を共通目標にむかって統合するものです。ケアプランによって、サービス目標・内容、それぞれの個別サービスの役割分担、提供スケジュールが定められ、サービス開始後は、プランに沿った進捗管理、モニタリングが行なわれます。そして、提供者間で情報が共有されるように、絶えず情報フロー（情報の流れ）の管理が行われます。

ここで考えてほしいのは、果たしてケアプランだけで、支援チームのみなが同じ方向にむかって生活支援を行うことができるのか、ということです。結論的には、本書では、ケアプランだけでは不十分だと主張します。利用者へのサービスは支援チームのメンバーが交代で提供します。このメンバーが協働するための基盤（協働基盤）が形成されていないと、ケアプランでサービス内容が計画化されていたとしても、実際にはサービスは統合されたものにはならないと考えます。ここでいう協働基盤とは、組織やチームの組織文化・共有資産です。具体的には、介護観（価値観・理念）、組織文化、利用者理解の枠組み、専門的知識、判断力、技術などです。以下、この内容を見ていきます。



(1) 介護観、組織文化

経営学のサービスマネジメント論では、サービスマネジメントシステムの中核には価値観・理念や組織文化が置かれることが定説です¹。サービスは人が提供するものであり、提供者個々人の行動を同じ方向にむけていくことは至難の業です。単純作業であればマニュアル化の徹底という方法がありますが、介護サービスのように利用者と提供者がかかわりあいながら創造していく（サービスのこうした側面をサービスマネジメント論では共同生産といいます）サービスでは、その場その場のコミュニケーションや状況で適切なかわりを提供者が自分で判断・選択していきますから、マニュアルで共通化できることは限界があります（過度なマニュアル化はかえって創意工夫を阻害します）。このように提供者個々人に自律的な判断が求められながら、それでも組織やチームとしてサービスの方向性がぶれないようにするために必要なのが、組織としての行動基準です。これを根底で支えるのが、価値観であり、組織文化です。

価値観は、介護サービスの場合は介護観＝介護という仕事はなんのための、なにをめざすものなのかについての考え方といいかえることができます。例えば、めざす介護サービスの在り方を「利用者の生活をとめない。生活をあきらめない。生活を守る。わがままを引き出す」と表現したリーダーがいます。生活の継続性、それぞれの願う生活の実現ということを言い換えた言葉です。この言葉をリーダーが絶えず唱え続け、それを具体化する行動はどのようなものかを示し続けることで、多職種からなるその施設のメンバーたちや利用者、その家族も、この事業所では何をめざすのかがわかります。その価値観・理念を内面化した職員が、現場で利用者と向き合い、価値観に照らして自ら考え、創意工夫しながら、利用者とかかわるようになるのです。

¹ ノーマン（1993）『サービスマネジメント』生産性出版、近藤隆雄（2007）『サービスマネジメント入門』生産性出版、グルンルース（2005）『北欧型サービス志向のマネジメント』ミネルヴァ書房等

組織文化とは、組織の成員に共有されている、価値観、規範、信念、共通の考え方、意思決定の仕方、共通の行動パターンなどを意味します。人々が協働できる組織やチームでは、組織文化がメンバーに共有されています。介護サービスでも、施設や事業所が違えば文化が違います。さらには同じ施設・事業所でも、フロアやユニットごとに、職員の意識や行動が違うということがあります。これはフロアやユニットごとに独自の組織文化が形成されているからです。人は個々人で独立して判断・行動しているのではなく、実際は、集団の文化に影響されて判断・行動しているのです。介護観は人々に共有・内面化されたときに組織文化となって人々の判断や行動を方向づける強力なツールとなります。

(2) 利用者理解、生活理解の枠組み

生活支援を行うチームの協働基盤として、個々の利用者を理解する枠組み、生活を理解する枠組みが共有されていることが重要です。

例えば、認知症高齢者のケアでは、生活歴を理解することが重視されます。これは高齢者（認知症に限らず、さらには高齢者に限らずあらゆる人）のありようが、それまで生きてきた人生のなかで獲得してきた価値観・行動パターン・社会関係等によって規定されているため、その人の過去＝生活歴をさぐることで、その人が大切にしていることや現在の行動の理由をより深く理解できる可能性があるからです。支援チームのメンバーに、生活歴も含めて利用者を理解しようとする考え方が共有されていれば、メンバーたちは利用者や家族にそうした姿勢で接して情報を収集したり、言動を解釈したりし、それらの情報を共有・統合して「〇〇さん」の像をつくっていき、これをチームで共有するようになります³。「〇〇さん像」がメンバーに共有されていれば、メンバーたちは〇〇さんだったら何を望むかを考え、各々人が創意工夫しつつも、同時にサービスとしての基本的な方向性はぶれません。しかしもし、人を表面的な言動からだけ判断するような人が支援チームのメンバーとなると、その人の「〇〇さん」への理解は他のメンバーとは違ったものとなり、サービスや対応の方向性もバラバラになってしまいます。

また、ある利用者を理解する時には、その人固有の生活の歴史、生活習慣、価値観、社会関係形成の仕方など、いわば利用者固有の主観的な生活世界を理解することが大切です。専門職は人を客観的に理解しようとします。例えば、心身の状況、社会関係、家族状況などアセスメントシートの情報収集項目はこうしたものです。これは専門職として当然のことです。しかし本来、個々の利用者にとっての生活は主観的な意味をもった固有の体

³ なお、人は現在・過去・未来の複合的な存在である。この例のように生活歴を理解することは重要であるが、過去からのみ人を理解・解釈するとすればアンバランスである。現在の心身の状況、置かれた環境や社会関係についての本人の認識、将来への願いなどからも理解する必要がある。

系的な世界です⁴。専門職が客観的によかれと思うことをしようとしても、生活世界にとって意味がなければ利用者には拒絶されます。その人の生活世界を理解して関係をつくり、意欲や真の願いを引き出し、生活の目標を共有し、よりよい生活のために利用者と介護職が協働できる関係をつくって、初めて専門的支援は利用者その人に届くのです。

よい生活支援が行なえる支援チームは、〇〇さん像・〇〇さんの大切にしている生活について、メンバーたちが同じように理解しているチームです。そして、生活理解は、現在・過去・未来という時間軸での理解、ICFのような空間的な理解⁵、さらには客観的な理解、主観側からの理解⁶⁷といった形で、多角的に行われるもので、この考え方や方法論がチームに共有されていることが必要です。利用者本人・利用者の生活世界についての理解がバラバラであれば、かかわりはバラバラになります。それは利用者の混乱や、提供者同士のコンフリクトの原因になります。

(3) 専門的知識・技術、判断力

上述した利用者の主観的な生活世界の理解は、これまで「寄り添うケア」で強調されてきた考え方と同様のものであります。しかし、専門的な支援は、寄り添うだけでは実現できません。ここで必要なのは、専門的な知識・技術、判断力です。

例えば、ある認知症の人が今不穏なのはなぜでしょうか。心理・社会的な問題や不適切な環境による周辺症状かもしれませんが、そうではなく実は脱水や便秘をしているからかもしれません。だとすれば、きちんと日々の水分摂取、栄養、運動を行うことで防ぐことができたかもしれません。また、日常生活のなかで利用者の運動能力を回復・維持するためには、動作の仕組みなどリハビリテーションの基礎的な知識とそれを踏まえた介護技術が必要です。自分でできる動作が回復することは、利用者の自尊心、日々の生活の満足度、将来への希望にも大きな影響を与えます。

特に、多職種協働によって生活支援が行われることを考えると、支援チームが機能するためには、一定の基礎的な専門知識が共有されていることが必須の前提条件です。もし、介護職チームのメンバーたちに医療やりハビリの専門的知識がなければ、医療職が求める観察や情報提供のポイントがずれてしまいます。このことで医療職と的確なコミュニケーションができず、必要な時の医療の不足や、逆に不必要で過剰な医療を招いてしまうかも

⁴ 固有な領域・関係・内容からなる世界を、太田は生活コスモスと呼んでいる。太田義弘・中村佐織・石倉宏和編著（2005）『ソーシャルワークと生活支援方法のトレーニング』中央法規

⁵ ICFは「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の構成要素と、「健康状態」「背景因子」（「環境因子」「個人因子」）との相互作用から、生活機能と障害を把握するもので、今の生活（機能と障害）を空間的に把握するものといえる。

⁶ ナラティブアプローチ（例えば野口裕二（2002）『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院）は主観的な理解を強調している。

⁷ 上田（1992）は「生の構造」について、「客観的生」（①生命…生物レベル、②日常生活…個人レベル、③社会生活・人生…社会レベル）という側面とともに、「主観的生」（体験としての生。実存レベル）の側面も強調している。上田敏（1992）『リハビリテーション医学の世界』三輪書店

しません。

家族や地域住民等には深い専門的な知識・判断力・技術を修得することは期待できませんが、それでも、普段の生活のなかで気を付けてほしいことや、その人たちができること、自分たちで判断しないで相談してほしいこと、といった最低限の知識や留意点は理解してもらうように働きかけることは大切です。

専門的な判断力とは、ここで述べた専門的知識（これは多くの利用者に共通する普遍的なものです。また組織マネジメントの知識も含まれます）と、前述した個々の利用者の主観的な生活世界の理解（これは極めて個別的なものです）の2つが結びついたものです。専門的な判断力はすぐに形成されるものではありませんが、個別・具体的な問題にどう対応するかを提供者個々人が考え、またチームで話し合う中で、専門的知識と個別の状況とが結びつけられて、提供者個々人に内面化・蓄積され、またチームに共有されていきます。支援の方向がぶれないチームとは、個々人の提供者（メンバー）の判断の方向がぶれないチームです。

生活支援は、その場、その場の関わり合いのなかで、各々の提供者が創意工夫して行うものだからこそ、提供者個々人の行為や判断がバラバラにならないために、専門的知識・技術・判断力の水準が揃っていて、共通の基盤となっている必要があるのです。

（4）組織やチームの組織文化・共有資産としての協働基盤

介護観（価値観・理念）、利用者理解の枠組み、専門的知識、判断力、技術などは、時間をかけて支援チームに醸成され、またメンバー個々人が獲得・内面化されて、チームに共有され引き継がれていくものです。まさに共有資産・組織文化といえます。

このような文化を醸成・継承するには、多くの人への支援を一緒に行った経験を踏まえて、介護観に立ち返りながら、利用者へのかかわりや支援を相互に評価したり、どうすべきかを話し合ったり、どうすればよかったかを省察したり、その過程で介護観をより豊かにしたり、ということを繰り返すことが必要です。それはたんに抽象化された知識・概念というよりも、さまざまな成功例や失敗例のエピソードのなかに経験やノウハウが織り込まれて語り継がれることで、メンバーに継承されていきます。

ケアマネジメントとは、ある利用者への一定期間のサービスの焦点・資源の配分を簡潔な文章で定め、その進捗を管理し、評価することです。それは必要なことですが、それだけでは十分ではありません。実際の支援は、共有された価値観、知識・技術・判断力と、利用者個々人への理解がなければ、方向性の統一された質の高いものにはなり得ません。こうした支援チームを形成できるリーダーが求められているのです。

(5) 支援チームにおけるリーダーの役割

支援チームにおけるリーダーの役割は、上述した協働の基盤を整え、活動の方向性を統合していくことです。例えば、介護観が共有されていないことに根本的な問題があるならば、介護サービス・生活支援のありようそのものについて、議論し、同じ方向をむいてもらうようにすることが必要です。専門知識が不足しているなら、学習の機会を提供します。情報を共有し、引き継いでいく流れがどこかで途切れているなら、記録、引き継ぎ、ミーティングの在り方を見直す必要があります。そして、現場で創意工夫ができるように、組織のルールを見直し、現場の裁量を拡大していくこと（権限移譲＝エンパワメント）、それが任せられる小チームのリーダーを育成していくことが必要です。

支援チームのリーダーは、その能力があるならばどの職種が行なっても構いません。生活支援は、介護福祉士だけでなく、社会福祉士のような福祉職もめざしていますし、今日では、医療職も含めた共通目標となっています。したがって、特定の職種が固定的にリーダーとなるというよりも、多職種のリーダーが協働してリーダーシップを発揮するドーナツ型のリーダーシップのようにとらえることが妥当でしょう。

しかしそのうえで、介護職チームのトップリーダーである認定介護福祉士は、介護職チームに対してだけでなく、他の職種に対しても、家族や地域に対しても、積極的なリーダーシップ⁸を発揮してほしいと考えます。それは、先に介護職チームの役割で述べたように、介護職チームが生活支援における情報共有・連携の基盤であり、他の職種の支援を引き出し、実現する立場に介護職チームがあるからです。

⁸ リーダーシップは、一般には「指導者やリーダーが人を引っ張っていく」ことと理解されているが、経営学のリーダーシップ理論では、「集団が求める方向や価値を背景にして、対人的な影響力を集団に及ぼす過程」と考えられている。ここでいうリーダーシップはまさに対人的な影響力のことをさす。

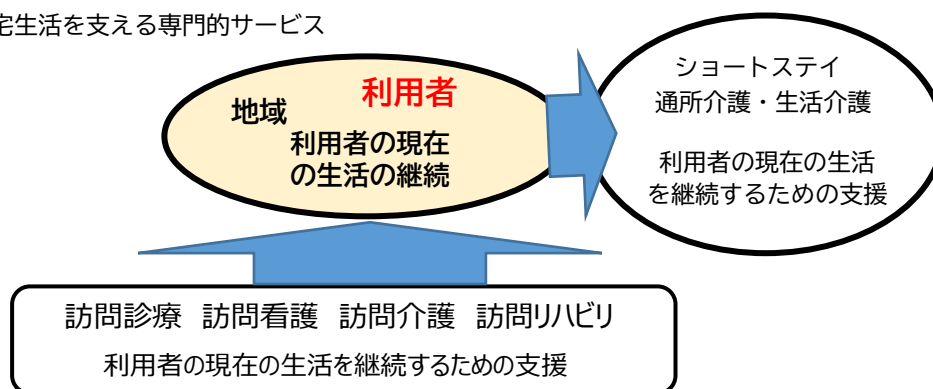
第2節 チームケアと運営の具体的な展開

① チームを構成する職種間連携

専門職がチームを組んで生活支援に当たるのは、介護保険施設や障害者支援施設、医療型障害児入所施設等です。在宅生活を続けながら利用する通所介護、訪問介護では、専門職の他に家族もケアチームと考える必要があるかもしれません。利用者によって、どのようなチームを構成するのかが違ってくることになります。

介護保険法、障害者総合支援法では「できる限り最後まで、住み慣れた地域で生活すること」「地域共生社会」の実現が謳われています。そこで、一人のサービス利用者を中心として、在宅生活を支える専門職、家族、地域住民等をまとめると図1のようになります。

図1 在宅生活を支える専門的サービス

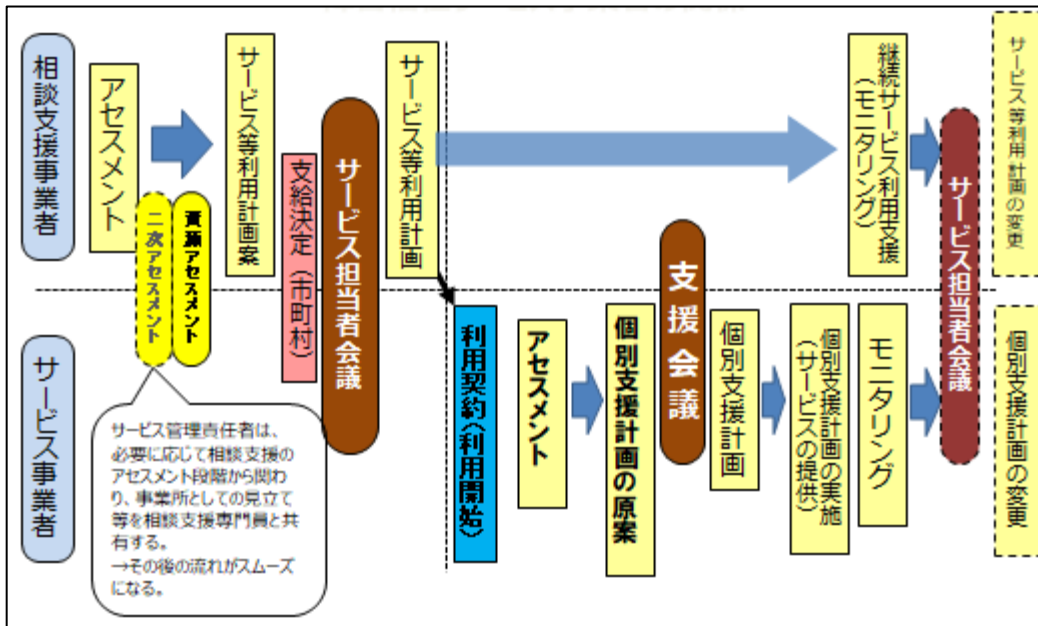


これだけの専門職と家族、場合によっては地域の人々がチームを組むことになります。一人の利用者がすべてのサービスを使うわけではありませんが、使用するサービスの専門職と家族、地域の人々がチームを組んで地域生活の継続を支えることになります。

サービスを担当する専門職チームをまとめるのは、介護保険制度上では介護支援専門員です。介護支援専門員が作成するケアプランを旗印に、サービス毎の代表者を集めてサービス担当者会議を開催し、サービス担当者同士がケアプランを共有することで、サービス担当者の連携が図られます。各専門職同士の連携を図る上では、ケアプランが重要な意味を持ちます。そして、ケアプランに組み込まれたサービスの担当者が集まるサービス担当者会議が各専門職種間の連携に重要な役割を果たしています。

次に、サービス提供事業所では、ケアプランを受けた個別の支援計画を作成することになります。個別の支援計画を作成するときにも、個別支援会議が開催されます。個別の支援計画作成担当者の作成した案が個別支援会議で検討され、介護職チームであれば、介護職員間の連携が図られることになります。ですからサービス提供事業所の職員間の連携は個別の支援計画と支援会議となります。介護保険制度上では、多くの専門職間の連携の旗印はケアプランとサービス担当者会議であり、事業所内の連携は個別支援計画と個別支援会議ということになります。

図2 指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



この図は障害福祉サービスにおける相談支援事業所（相談支援専門員）とサービス事業所（サービス管理責任者）との関係を表しています。サービス等利用計画（高齢のケアプラン）と個別支援計画の関係が明確になっています。また、それぞれの計画に責任を持つ担当者が明確になっています。

介護保険制度では、介護保険施設で施設サービス計画（ケアプラン）を作成するのは介護支援専門員です。この計画書を作成するために、施設内サービスの担当者会議が開催されています。施設内の各専門職の連携は施設サービス計画と担当者会議で一見担保されているようにみえます。しかし、この施設サービス計画を受けて、サービス毎に個別支援計画を作成することが制度上明確になっていません。施設サービス計画を受けて、介護職チームの個別の支援計画があり、看護の計画があり、栄養に関する計画があって初めて、職種間連携が課題になります。施設サービス計画を受けた各職種で作成される個別の支援計画が連携のツールとして重要な意味を持ちます。

② チームケア・チームアプローチとは何か

・チームケア

チームとは共通の目的、達成すべき目標、そのための方法を共有し、連帯責任を果たせる補完的なスキルを備えた少人数の集合体を理想としています。例えば、プロ野球のチームは優勝することを目標に、野手は打撃と守備のレベルを上げ、投手は相手チームを抑えるだけの投球術を磨くことになります。チームの結果は連帯責任で、優勝すれば、貢献度

に応じて給与が上がり、優勝を逃せば給与がダウンするという単純な構造です。

そのように考えれば、チームにはチームワークが前提となります。チームワークとは集団に属しているメンバーが同じ目標を達成するために行う作業、協力、共通意識、チームとしての行動などが含まれます。単純に同じ作業をすることではなく、チーム内の役割に応じた作業を他のメンバーの協力や仲間意識を持ちつつ実施していくことです。

介護職員チームも同様です。利用者一人一人に支援目標を立て、介護職員全体がその目標を共有し、ケアを実施しつつ、利用者のニーズを達成するための過程であると考えられます。しかし、現実的には、介護の現場にはいろいろなタイプのスタッフが存在し、ケアに対する温度差が生じる場合があります。誰かが誰かの良くない点を口にすることもあります。そのような状態で本当に人を支えられることができるのかという疑問が生じます。このような場合には、「チームとは何か」「チームワークとは何か」を職員全体で確認し合う必要があります。計画に記された同一の作業をするだけではなく、協力、共通意識、チームとしての行動の部分を再度確認する必要があります。チームワークとはチームの構成員を繋ぐ何ものかを感じつつ行動できるようになることだと考えます。

・チームアプローチ

チームアプローチとは、多様な職種がチームを形成し目標に向かって連携し、協働する技術であり、現在では、医師や看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士等の国家資格として位置づけられるものばかりでなく、生活保護担当者のケースワーカー、民生委員、児童委員、ホームヘルパー、障害者職業カウンセラー等様々な分野にかかわる職種にも広がりを見せています。

利用者の多様化するニーズに対して、専門職だけでなく家族やボランティア、地域住民等支援者を含むネットワークが重要とされています。このようなネットワークが形成されることで、利用者のメリットは、それぞれの職種の専門性や複眼的な視点を取り入れられ、包括的なサービスが受けられる点です。また、関わる専門職としては、一人で支援する場合と異なり、様々な職種の視点からアドバイスを受ける事ができ、支援上の困難を共有し、受け止めてもらえるという利点があります。

チームアプローチの基本的な視点として、なにより大切なことは、利用者の主体的な参加ということです。利用者の意思がチームで確認できる状況にあれば、このことは可能になります。あくまでも利用者の意思がチームアプローチの原点です。

しかし、多職種がチームを組んでアプローチする時に気をつけなければならないことは、利用者の意思の確認できるかどうかです。確認が難しい場合、家族の意思を優先してしまうことが多々あります。大切なことは、家族の意思を確認しつつ、実際のサービスの提供

の場面で利用者本人の意思を表情、動作等から確認し続ける努力です。この努力がないといつしか、専門職の価値観からチームの意思を形成することがあります。また、家族の意思がチームアプローチの視点となってしまうこともあります。どんなことがあっても、基本は本人の意思であることを確認しましょう。意思の確認が難しい場合は、チームで利用者本人の意思の確認への努力、家族の思い、支援者の専門的判断等を統合し、支援目標を立て、チームでアプローチすることが求められています。

図3 チームアプローチ



③ チームにおける介護観・援助目標の共有化

チームとしての活動が、一人ひとりで活動するよりも良い成果を上げるためには、チームとしての活動方針および目標、それに向けた方法の共有が鍵となります。チーム員がばらばらに行動していたのでは、チームとしての成果は得られません。

まず、介護チームにおいては、チーム内で介護を進めていく方針・方向性となる「介護観」を共有することが必要です。それに沿って一人ひとりの利用者に対する個別の援助目標を立案し、常に目標達成を検証しながら、介護を進めていきます。現代の介護観としては、「利用者中心」という理念を共有しており、尊厳を保持していくこと、自立・自律を高めていくこと、生活の継続性を重視すること、地域での暮らしを可能な限り継続していくことなどが挙げられています。

まずは、このような介護観を示す言葉が、どのようなことを意味しているのかということについて、チーム内での理解と共有が必要です。しかし、このような介護観を示す言葉は抽象的であり、多義的であるために、この言葉だけでは現実にはどのような状態を示しているのか明確ではありません。抽象的な介護観だけを共有しても、チームで取り組んだ

介護の成果がその介護観に沿って達成されているかどうかの評価が不明確で、恣意的な評価になりやすくなります。このような大きな介護観を理解し、共有することは意味のあることですが、それだけではチームにおいて具体的・現実的な介護の質の向上を目指すための原動力になりにくいのです。

そこで、介護観の現実化を図るためには、達成の評価が可能であるような具体的目標を明確にして共有することが必要となります。このような具体的かつ達成の評価が可能ない目標を「ビジョン (vision)」と呼びます。ビジョンは文字通り、介護観を「見える化」したものです。見える化のためには、具体的な現実の姿として目標を示す必要があります。また、介護のビジョンは、「利用者中心」を理念とするならば、介護の方法の在り方だけでなく、介護の結果として達成する「利用者の生活像」を共有することが有効です。

■ビジョンを作成して、共有する

- ・ 会話や参加といった社会的な交流の時間を持っている。
- ・ 食事は、必要な栄養を摂取するとともに美味しく楽しい時間である。
- ・ 自分でできることは、自分のペースで自ら行う。

こうしたビジョン（目標）を作成する際には、リーダーが考え、メンバーに示す方法だけでなく、メンバーの参加によって作成することを検討する必要があります。リーダーが示したビジョンについて、メンバーが押し付けられたと感じていたり、納得できていなかったりすると、その目標を達成しようというチームとしての動機づけ（やる気）が低下します。自分たちで決めた目標であるからこそ、達成しようという意欲が高まります。ビジョン（目標）の作成はメンバーに任せ、リーダーは助言者として振る舞うことも有効です。リーダーの役割は、良い介護観に基づき、具体的な目標（ビジョン）をメンバー間で共有し、実現していく動機づけを高め、実現に向けた環境を整えることにあります。

作成したビジョンについては、達成に向けた行動を起こすことが必要であり、利用者への介護を通じて達成していくことを計画します。一人ひとりのケアプラン（個別援助計画）をビジョンに照らして見直し、それぞれの利用者の援助目標の見直しや介護方法や環境整備の見直しを順次行っていくことが必要です。最後にビジョンの達成については、多くの利用者・入居者の生活像がビジョンに合致する方向性に変化したかということで評価することになります。

④ チーム内・職種間の調整

多職種連携（IPW：Inter-Professional work）とは、複数の領域の専門職がサービスの利用者やその家族とともに、相互に尊重しながら共通の目標の達成のために情報や意見

を交換し、各々の専門・領域・役割における知識や技術をもとに協働することをいいます。同一の専門職の集団・組織は、組織内の指揮命令関係を反映して、縦方向の関係（垂直的関係）になりやすいが、他職種連携においては、参加する者は相互の意見を尊重し、対等の立場とする横方向の関係（水平的関係）を形成することが基本となります。同一施設内・組織内で展開する「包括ケア」においても、地域で多様な機関が参加して展開する「地域包括ケア」においても、その基本は変わりません。したがって、職場内であっても、他機関との間であっても、介護職が他職種と連携する際には、水平的な関係を形成できる役割を果たすことが望まれます。例えば医療職の下で指揮命令系統に入るのではなく、その情報・意見を聴きながら、自らの専門的立場から情報や意見を述べるのが求められています。多職種連携の場においては、介護職にもその専門性や役割に基づく情報や意見を展開できることが求められるということでもあります。

そのためには、多職種連携の前にまず、介護職チーム内における情報収集と分析、専門的意見の集約が必要となります。介護職チーム内では、前述の通り、介護観・援助目標の共有化を図ったうえで、利用者の状況や介護について、カンファレンスを行うなど、十分な検討を行っておくことが必要です。リーダーだけが個人的見解をもって多職種連携に参加することも可能ですが、多職種連携による協議の結果に基づき、チーム全体として介護職に期待される役割を果たすためには、あらかじめチームで目標や方針等の共有が必要です。

なお可能な限り、リーダー以外の介護職員についても、多職種連携に参加する機会を設けることが、多職種連携の意義を理解するとともに、介護職としての役割の理解を図る多職種連携教育（IPE：Inter-Professional Education）の促進となります。

■カンファレンスや会議の重要性

情報を共有し利用者への理解を深め、介護の目標や方針・方法をチーム内で協議するためにカンファレンス（事例検討）を実施することが必要です。リーダーが目標や方針を決めて、示すだけでは、メンバーの力量が高まらないし、押し付けと感じさせることで目標達成への動機づけが低下する可能性があります。また、個別の利用者の課題以外にも、チーム全体の課題を協議する際にも、チームでの会議を開催して、メンバーに議論の過程をオープンにして協議することが基本となります。

⑤ チームメンバーとのコミュニケーション

リーダーシップに関する理論では、仕事におけるリーダーシップの機能としては、まず第1に仕事の目標に向けた遂行をチーム内で促進する働きかけが求められています。ここ

まで述べてきたように、目標、方針、方法等を共有化して、その実行を図り、評価する過程におけるリーダーシップです。しかし、目標達成のためにリーダーが命令して実行を強制するタイプのリーダーシップでは、メンバーにやらされ感が高まり、自発的なやる気が低下してしまう可能性があります。チームで仕事に取り組むには、メンバーに権限を委譲し（エンパワメント）、1人ひとりが自発的にやる気を持って仕事に当たるようにリーダーが環境を整えることが有効だと考えられるようになってきました。このような集団としての関係やまとまりを維持し、メンバーの動機づけに配慮する機能が最近のリーダーシップ理論では重要視されています（例えば、サーバント・リーダーシップ理論など）。

集団の中での関係や動機づけへの配慮をするために、リーダーはチームメンバーと良好なコミュニケーションを図ることが求められています。基本となるコミュニケーションのスタイルは傾聴であり、コーチングで用いられているコミュニケーション方法が援用できます。傾聴とは、相手の話に耳を傾け、話を聞くことであるが、「話を聞こうとする」ことは聞き手の内的な構えであり、話し手には伝わらないことも多くあります。そこで傾聴においては、聞き手側（リーダー）は、姿勢や視線あるいはあいづちなどによって、積極的に話し手（メンバー）に傾聴しているということがわかるような態度を示します。リーダー側が、メンバーからどう見えるかということに配慮して、自分の内面を明確にメッセージとして示すことでメンバーに配慮したコミュニケーションをすることができます。

また、リーダー側がメンバーに話しかけるときには、強制力を伴わないような配慮が必要となります。コーチング技法では、リーダー側が投げかける質問はオープンな質問形式を基本としています。オープンな質問とは、回答が自由な形式で可能な質問であり、通常5W1Hに沿った質問です（ただし、「なぜ」という質問は詰問や非難に聞こえることも多いので避けたほうがよい）。答えが「はいーいいえ」となるようなクローズな質問は、力を持っている側であるリーダーが発すると強制力を持つことがあるため慎重に使用します。

■動機づけに配慮したコミュニケーション

仕事におけるリーダーとメンバーの会話では、仕事に関する動機づけ（やる気）が大きなテーマになることも多くあります。「外見では仕事に対するやる気がみられない」「わからないことを聞きに来ないのはやる気がないからだ」といった見解は外れていることも多いのです。動機づけは内的な状態であり、外から見ただけではわかりにくいものであるという認識が必要です。動機づけのような内面的な理解をするためには、メンバーにさまざまな話をしてもらい、本当の心理を知る手がかりを可能な限り得ることが必要です。そのためには、コーチングのようにメンバーに配慮した傾聴を中心としたコミュニケーションを取る事が欠かせません。

執筆者一覧

太田 貞司 （神奈川県立保健福祉大学名誉教授）

担当：第1章第2節

諏訪 徹 （日本大学文理学部教授）

担当：第1章第1節、第3章第1節

内藤 佳津雄 （日本大学文理学部教授）

担当：第3章第2節③～⑤

本名 靖 （社会福祉法人本庄ひまわり福祉会総合施設長）

担当：第2章、第3章第2節①～②

認定介護福祉士養成研修

認定介護福祉士概論

研修テキスト（改訂版）

2018年3月 初版

2026年3月 改訂版

認定介護福祉士認証・認定機構

〒112-0004 東京都文京区後楽1-1-13
小野水道橋ビル5階 日本介護福祉士会内

(別添) 認定介護福祉士の実践例

池淵 美香 (認定介護福祉士)

甲田 孝子 (認定介護福祉士)

八須 祐一郎 (認定介護福祉士)

継続的ケア改善ツールとしてのモニタリング活用と 自立支援型介護の展開を目指して ～観察ポイントの可視化による職員の気づきの変化～

介護老人福祉施設新さかい幸朋苑 介護係長・認定介護福祉士
池淵美香

取り組みに至る問題意識

特養において毎月モニタリングを実施していることは、ケアの質を担保する上で法人の強みの一つとなっています。しかし、観察視点及び評価・改善の指標はなく、各担当職員・ケアマネに委ねられていたため、観察内容・評価内容に個人差が大きく、継続的ケア改善ツールとしての機能は充分と言い難い実状がありました。

そこで、認定介護福祉士モデル研修での学びを基に、モニタリングの各項目における観察視点を可視化することで、モニタリング本来の機能を発揮させると共に、自立支援型介護の展開を目指しました。

取り組み方法

1. 取り組み期間
平成 25 年 1 月～平成 25 年 7 月
2. 取り組みの検証方法
 - 1) 自身がケアマネを務めるチームから利用者 10 名をピックアップし、取り組み前後での利用者の状態変化を比較検証
 - 2) 自身がケアマネを務めるチームの利用者 1 名のモニタリング内容について、取り組み前後 1 年間の変化を検証
 - 3) 自身がケアマネを務めるチームのノートから、個別ケアに関する職員の改善提案件数の変化を検証

取り組み内容

1. <自立支援型介護の指標を共有>
竹内孝仁は自立支援型介護として基本ケア 4 項目（水分・食事・排泄・活動）の重要性を説いています¹⁾。モニタリングの観察視点の可視化と合わせて、基本ケア 4 項目に関して以下の取り組みを実施しました。
平成 25 年 2 月、施設全体に先駆け、自身がケアマネを務めるチームに対して水分の必要性を伝え、1 日 1500 cc を目標に掲げた取り組みを開始。平成 25 年 3 月、当施設における基本ケア 4 項目の現状と改善策をまとめ、4 項目の目標値と根拠を示した資料と合わせ主任以上・多職種で共有、同 4 月リーダー会議を経て職員へ共有しました。
2. <モニタリング観察視点の可視化>
平成 25 年 3 月、基本ケア 4 項目の目標値をモニタリングの観察視点に盛り込み、記入例を作成（表 1）。主任以上、多職種の協力を得て修正したものをケアマネ担当者、職員間で共有。4 月 1 日より、運用を開始しました。

表1 モニタリング表記入例と各項目における視点 (抜粋)

		記入日	年 月 日	各項目におけるモニタリングの視点 ※「1ヶ月間」とはモニタリング前日からさかのぼった1ヶ月間を示す
食に関する事	食事	有	【 記入例 】 平均10/8割。イスへの座り替えと食前の口腔ケアにより、食事のムセはほぼなくなった。「甘い」と煮物を残されることが度々あった。食卓に調味料を置いて様子を見ていく。	①食事形態に変更があれば記入 ②1ヶ月間の平均食事摂取量 ③ムセの有無・頻度 ④自力摂取・美味しく全量摂取するための気付き・工夫 ⑤食事に適した姿勢か(イスへの座り替え、足底を床につける、顎を引いて前屈み、食事が見え肘が乗るテーブルの高さ、体の傾き) ⑥体重の増減・栄養状態など(スペースがなければ簡食欄への記入でも可)
	水分補給	有	平均1250cc。飲み物を残されていても牛乳を提供すると飲まれる事が度々あった。他の水分が進まない時にはコップを入れ替えて牛乳を提供していく。水分のムセは月に2.3回あり。	①水分形態に変更があれば記入 ②1ヶ月間の平均水分摂取量(合計して30で割り、厳密な数字を出す) ③水分量アップ(基本目標1500cc)のための気付き・工夫 ④心不全の既往があれば記入(①④の月のみの記入でよい)
	...	無
総合評価			硬便・皮膚の乾燥・傾眠・夕方からの認知症周辺症状など脱水による悪影響が各処にみられているため、水分量の増加(1500cc)を次月の目標とする。④	①各項目を記入して見えてきた課題の中から最優先で取り組むことを具体的に記入(数値化できるものは目標数値を記入)。 ※「しっかり観察」「できるだけ飲んでもらう」といった表現は×
ケアマネジャーコメント			評価確認。ムセが改善傾向にありますので、水分量増量と共に、食事形態のレベルアップについてもSTIに相談していきましょう。また、立位が安定してきましたので、歩行訓練の実施に向け、PT評価を依頼してください。プラン継続。池瀧	①「自立支援型介護過程」の用紙を基に、各項目を「基準値および状態像」に近づける視点を持って、総合評価に記入された最優先取り組み課題の視点がずれていないかを確認。ずれていれば正す。モニタリングに改善点として挙がっていない項目は補足する。 ※左の記入例ではこの事例でどこに着目するか分かるように、食事形態アップと歩行訓練の2項目をコメントで挙げていますが、課題全てを書く必要はありません。緊急性や優先度の高いものの記入をお願いします。

結果

1. 取り組み前(平成25年1月)と取り組み後6ヶ月経過した段階(同年7月)で利用者10名の主な自立支援項目に関する状態変化を比較した結果、表2の通り改善が認められました。
2. 利用者1名(表2:I様、要介護4、B2、Ⅲa、入居後7年経過)の平成24年8月から翌年1月までのモニタリングにおける改善項目と平成25年2月から同年7月までの同項目を比較したところ、表3の通り、取り組み後の方が改善項目数が多く、繰り返し基本ケア4項目に関するアプローチがなされていました。
3. 平成25年1月から同年7月までにチームノートに記載された個別ケアの改善提案件数(介護士発信の内容に限る)は図1の通り増加傾向を示しました。

表2 自立支援項目における改善状況(平成25年1月、同7月比較)

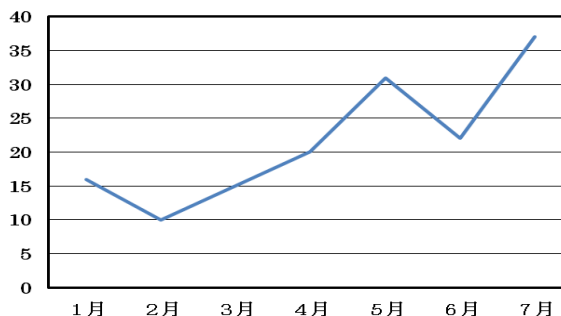
	A様	B様	C様	D様	E様	F様	G様	H様	I様	J様
水分量	増加 1500cc以上	増加 1500cc以上	増加 1500cc以上	増加 1500cc以上	増加 1500cc以上	増加	増加 1500cc以上	増加	増加 1500cc以上	増加 1500cc以上
食事			自力摂取率・食事量増加					欠食減少 食事量増加	主食・粥→軟飯	
活動量	離床時間増加 (9→11時間)		離床時間増加 (6→8時間)				離床時間増加 (2.5→6時間)	離床時間増加 (5→6時間)		
生活リズム								リズム安定化		
意識レベル	向上(傾眠減少)		向上(傾眠減少)			向上(発語増加)	向上(傾眠減少)	向上(傾眠減少)		
屋内歩行	歩行器歩行開始						歩行器歩行開始			
排便	5/19~カマダ中止	7/4~カマダ中止	6/28~プルセ中止				下剤使用頻度減少		5/2~カマダ中止	
日中排尿	失禁減少								尿意の訴え増加	
夜間排尿										
他の要介助ADL			特浴→個浴							
食事の場・椅子	イス・足台試すも好まれず、足底が着く高さの車イスへ変更		車イス+足台からイスへの座り替えへ変更	反り返り減少						
足底										

※斜線枠は1月の段階ですすでに課題がない状態。未記入枠は変化なし

表3 モニタリングにおける改善項目の変化

取り組み前		取り組み後	
8月	活動量	2月	活動量
9月		3月	水分量
10月	皮膚状態	4月	排泄ケア2件、水分量
11月		5月	排泄ケア、活動量
12月	衣類	6月	水分量
1月	コミュニケーション	7月	食事形態、水分量、余暇

図1 ケア改善提案件数



考察

新入居の利用者であれば、状態改善を認めるケースは多々ありますが、入居期間が長くなるにつれ減少します。C様を除く9名はいずれも入居後2年以上が経過した利用者であったことから、この取り組みの期間中に多くの状態改善が見られたことは、継続的ケア改善ツールとしてモニタリングが一定の機能を果たしたことを示しています。観察視点に沿ってモニタリングを行うことで、これまで課題として捉えられていなかった利用者の各状態を担当介護士が再度見つめ直し、気付きを持つことにより、目標値に向け状態改善の提案が継続して増加したと推察しました。

ADL等の違いにより、利用者ごとで改善状況には差が見られたものの、モニタリングの可視化導入時に自立支援型介護の考え方を共有し、これを目標として他職種を含むチーム全体で取り組みを行ったことで、特定の利用者だけの改善に留まらず、多くの利用者の成果に繋がったと考えます。

モニタリングの質については、この取り組みにより極端な個人差がなくなりつつありますが、モニタリングに対する意識については依然として個人差が見受けられます。施設ケアマネとして、また主任介護士として、そして認定介護福祉士として、モニタリングの必要性を伝え続けながら、職員の気付きを引き出すアプローチを行っていかねばならないと感じました。

【参考文献】

- 1) 竹内孝仁：介護の生理学、2013. 3 (P10～12)

人財育成のための仕組みづくり ～5年間の歩み～

介護老人福祉施設新さかい幸朋苑 介護係長・認定介護福祉士
池淵美香

取り組みの経過

当法人では「持続可能な組織になるためには人財の育成こそが全ての鍵を握っているといてもよい」と考えています。指導職にとって、人財育成は重要な役割の一つです。新さかい特養では5年前より、主任以上で職員が成長できる仕組みづくりを模索してきました。ここでは、そのリーダー育成の取り組みと効果を報告します。

取り組み前の状況と課題

取り組み開始時の状況と課題については以下の通り「リーダーの役割」「人選」「任期」「リーダー会議」「育成」の5つの観点で整理しました(表1)。

表1. 取り組み開始時の状況と課題

	取り組み前の状況	課題
役割	新さかい特養として明確な役割規定なし	・役割が曖昧 ・L*による認識の差がある
人選	経験年数があり、成熟度が高い職員を任命することが多かった	・偏った職員に頼ったチーム運営 ・若手の成長を促すきっかけ作りが弱い
任期	明確な任期なし	・ゴールが見えないことでモチベーション低下
会議	L、主任、多職種、課長、施設長が参加	・参加者が多く、L同士の議論が少ない ・Lが萎縮する場面あり
育成	法人内外の研修参加以外、計画的なL育成の仕組みなし	・成長・学びの機会を提供できていない ・不安を抱えながら、自身の経験や考えに基づくチーム運営

*: Lはリーダーをあらわす

取り組みと効果

開始時の課題にてらし、5年間、整備してきた新たな仕組みと得られた効果は以下のとおりです(表2)。

表2. 新たな仕組みと効果

	新たな仕組み	効果
役割	役割と求められる知識を明確化。 Lを任命した際に上記役割と知識を説明	・役割の共通認識 ・新任のL*も役割を把握してチーム運営に当たれる
人選	若手をLに抜擢し、成熟度の高い職員をSLに任命。次にLを任せたい職員へはその旨を伝え、現Lへも次期L候補を伝える	・SL* ² にLのサポートと育成を任せるとことで、互いに成長できた ・期待値を伝えることで、次期L候補の段階で心構えと準備、成長を促せた ・現Lにも職員育成の意識が高まった

任期	2年を基本として、もう1年Lをするか、S Lとして次のLのサポート・育成側にまわるか、本人が選択する	<ul style="list-style-type: none"> ・目安となるゴールができた ・Lとしての達成感に応じた選択により、L自身が次の目標を定めたことで、意欲を引き出した
会議	参加者はLと主任、多職種のみ 主任はファシリテーターとして参加し、軌道修正と必要な助言のみ行う	<ul style="list-style-type: none"> ・Lが主体となって会議を運営することで、責任感が高まった ・Lは萎縮することなく、自由な議論ができるようになった
育成	年間計画を作成し、毎月時間外で勉強会を実施。 Lとして必要な知識・理論を学ぶ機会を継続的に提供した	<ul style="list-style-type: none"> ・知識・理論を学ぶことで、根拠を基にチームを運営する意識が高まった ・L自身が自らを客観的に振り返る機会を提供できた

*：Lはリーダーをあらわす

*2：S Lはサブリーダーをあらわす

考察

1. 取り組みの効果

ドラッカーは、「働きがいを与えるには、仕事そのものに責任を持たせなければならない。そのためには①生産的な仕事、②フィードバック情報、③継続学習が不可欠である。」と述べています。また、「これら三つの条件すべてについて、実際に仕事をする者自身が始めから参画しなければならない」とも述べています¹⁾。

若手をリーダーに抜擢し、成熟度の高い職員をサブリーダーとしてサポート・育成役に任命したことは、それぞれに新たな責任への挑戦機会を生みました。リーダーとして生産的な仕事を行うには、まず、自身の役割が明確化されていることが前提です。役割に沿って責任を果たすことで生まれたものがリーダーとしての成果と考えます。成果とは、利用者の変化、家族からの喜びの声、また目標管理における達成値があげられ、これらがリーダーにとっての生産的な仕事に対する実感となり、フィードバック情報にもなります。

また、リーダー会議においてこれらの成果が互いに共有されると、リーダー仲間から承認され生産的な仕事に対する実感が深まるのと同時に、フィードバック情報が水平展開されます。リーダー会議での議論は、チーム単位だけでなく新さかい特養全体として新たな取り組みにつながっています。

一方、リーダー対象の勉強会は時間外としたことで全リーダーが毎月参加する仕組みとはなりません。しかし、参加者にとっては、受身ではなく自主性を持ち、自らの時間を学びに投資するといった意識づけになったと思われます。結果として内発的動機を高める効果につながりました。このように、リーダーが参画する仕組みづくりにより、リーダーとして責任を持って仕事に臨み、やりがいを高める効果を促すことができました。

2. 取り組みにより得られたもの

仕組みづくりの過程において3つの副産物がありました。

1つは、リーダーの成長に効果を生んだライバル・仲間の存在です。リーダーに同年代の若手、特に同性を抜擢するとライバル感、仲間意識が生まれ、互いに切磋琢磨する姿勢がみられました。そのような中で、若手が主体的にリーダーを担い、会議を運営する姿は、リーダー同士の絆を強めることとなりました。リーダーを任命する際には、個々の能力や人間性だけでなく、リーダー同士の関係性やバランスを考慮して人選することで相乗効果が期待できることも明らかとなりました。

2つめは、サブリーダーを育成役としたことです。3年目を迎えたリーダー自身にも次期リーダーを育成する意識が芽生え、新人とエルダーのように職員が互いに成長し合える関係性が生まれました。

3つめは、指導する側である主任自身の学びです。仕組みづくりの一環として行った勉強会は、主任が講師を担いました。このことで主任自身の知識の再確認と新たな学びの機会となりました。

今後の課題

任期中、リーダーは様々な課題に遭遇します。成長段階によって問題解決能力が異なるため、リーダーとサブリーダーで解決できることもあればそうでない時もあります。これまで、若手を抜擢し役割を任せることで、やりがいや成長を生む一方、リーダーがチームに生じた課題や人間関係、自身の力量などに悩みや不安を抱えることも多くありました。これらを早い段階でキャッチし解決に導くために、指導職である私たち主任はリーダーらと連携を深め、常日頃から声をかけ課題を共有しなければなりません。機会を捉え、自身の問題解決能力を磨いていくことが求められます。

まとめ

職員が現状のもっている能力だけに注目したチーム運営では、成熟度の高い職員に頼った組織運営となり、持続可能な組織を創ることは出来ないと考えます。職員それぞれの将来にあるべき姿を見据えて成長のきっかけを作り、新たな役割を任せることで、可能性を拡げることが重要です。

職員を育成していくためには組織として仕組みづくりを行うと共に、指導職である私たち自身の成長を促すことも忘れてはなりません。互いに学び合い、成長を支援し合える組織を目指し、今後とも取り組んでいきたいと考えます。

【引用文献】

- 1) P. F. ドラッカー：エッセンシャル版マネジメント - 基本と原則。ダイヤモンド社, 2001.

一人暮らしの高齢者を地域で支える

甲田 孝子

はじめに

認定介護福祉士モデル研修を受講した中で、「人は役割を持って社会関係の中で生きる」という学びがとても印象的であった。施設の中での利用者としての支援だけでなく、地域の中で生活する高齢者の支援も重要であると考えます。認定介護福祉士として、地域住民の力を引き出し、高めていく事を目的とし実施に至った事例を紹介する。

事例の概要

- ・年齢・性別・要介護度：Aさん 87歳・男性 要介護度2
- ・家族形態：独居。親近で姪がいるが遠方にいるためあまり交流がない。
- ・主な病気：貧血のみ。
- ・現在利用中のサービス：通所介護、訪問介護、福祉用具貸与
- ・利用者の希望：家の前の畑で野菜を作ってデイサービスや近所に分けてみんなの喜ぶ顔が見たい。姪からは、叔父が一人暮らしなので心配なことは多いが出来る限り自宅での生活を続けてほしい。
- ・主な生活歴：現在住んでいる場所で生まれ育ち、山仕事で生計をたてていた。結婚し子供を一人授かるが、長男は28年前に、妻は25年前に亡くなっている。姉の子と養子縁組をしている。

利用者の課題

Aさんは、以前は地域の行事やデイサービスで行われる行事にも積極的に参加していた。近所に住む同級生の友人は高齢者クラブの会長をしており、その友人と共に地域を引っ張るリーダー的存在であった。また、若い人たちの相談役でもあり、さまざまな人の相談を受けてきた。しかし、長い入院生活をきっかけに近所の付き合いも減ってしまった。行事への参加を促そうと声をかけても「調子が悪いからやめておく」と参加に消極的な言葉が多く聞かれた。だんだんと地域の住民の「体調が良くないようだからそっとしておこう」という認識に変わり、人との関わりが希薄になってきている。

課題解決のためのサービス

Aさんの住む地域は山間地に位置していて高齢化率は約5割となっておりほとんどの世帯が高齢者のみで構成されている。地域住民の関係は濃密で、声の掛け合いや助け合いの輪ができています。また、介護予防に対する取り組みが充実しており、元気な高齢者が多い。この山間地の中にあるデイサービスは地域の中の「そうだん処」として、住民のさまざまな相談を受けており、地域のニーズにも耳を傾けている。地域住民との交流を盛んにおこなっており、ここで顔見知りになる人も多い。そんな地域の中で、公的なサービス以外に

人のつながりで支えられていることがこの地域の良さではないかと考える。この地域の特性をいかし、今までも訪問をしている民生委員や関係の良好な隣人、以前から深い関わりのある同級生の友人の声掛けなどのインフォーマルサービスを定期的に行い、Aさんの安心安全を地域で支えていけたらどうかと考えた。

また、地域住民主体で行っている介護予防体操に参加すれば、月1回ではあるが、地域の人と顔を合わせる機会を持つことができる。さらにこの介護予防体操の補助として参加している地域包括支援センターのスタッフとも話ができれば、Aさんのことを知っている人と会うことで、気持ちが前向きになれるのではないかと考える。

カンファレンスの開催

デイサービスでAさんへの支援について、地域住民の方を呼んで話し合いをおこなった。Aさんが地域の一員として活動できることを目標としたうえで、地域住民でAさんを支えたいという提案をおこなった。それには、地域のみなさんに声掛けと見守り、介護予防へのお誘いをお願いすることとした。声掛けに関しては、こころよく了承してくださった。家の都合などで行かれない時もあるが1日1回顔を出し、Aさんの様子を見ることは可能であるとのこと。民生委員にも協力してもらい、見守りが自分自身の負担にならないようにしたいとのこと。介護予防への声掛けに関しては、地域住民で行い、体操に行く際は、地域住民が送迎をすることとした。地域包括支援センターとデイサービスの職員の方からも声掛けをしてもらいたいと要望があった。

カンファレンスをもとに再度デイサービスの職員で話し合い、地域住民の協力について、頻度を決めてしまうと負担に感じてしまうのではないかと懸念されたため、まずは最低限できる範囲でお願いすることとした。デイサービスに来ている日と訪問介護でヘルパーが入る日は外し、その他の曜日について地域住民に協力をお願いすることとした。

約1か月Aさんへの支援を行い、モニタリングをおこなった。同級生の友人は週に1度顔を出してくれているが、何もなくても一目見るだけで互いに安心できるようである。Aさんは「本当にありがたい」と友人に感謝しているようであった。いろいろな人が顔を出してくれることで、Aさんは元気になってきたようだ。介護予防体操には参加しなかったが、「誘いの声がかかって嬉しい。近所の人たちに気にしてもらえるだけで元気が出る。世話になっているみんなのために頑張りたい」と意欲が出てきている。

考察

Aさんは、骨折による長い入院生活で要介護者となったが、それまでは地域住民の一員として先頭に立ってきた人である。Aさんの支援にあたっては、この地域の特性である助け合いの輪をインフォーマルサービスとして活用し、地域の中で困っている人をみんなで協力して支えていく動きができるのではないかと考えた。しかし、その支援が地域住民の負担になるようでは本末転倒である。地域住民が主体的に動くことが重要である。この地域では住民が集まり顔を合わせると「〇〇さん最近見ないけどどうしてるかな」「今度寄

って声かけてくるよ」と互いを気遣う会話が聞こえてくる。そこから地域の支え合いが始まるのではないかと推測する。今回のケースでは、このような地域の力を使うことによって A さんの気持ちが動いてきたのではないかと推測する。今後もインフォーマルサービスに重点を置き、A さんが自宅での生活が続けられるように、地域住民と連携をとって支援していきたいと考えている。

認定介護福祉士として実践したポイント

A さんが自宅で生活を続けていくために必要な介護サービスを受けていただくことはもちろんであるが、それ以上にこの地域の力を引き出して A さんを支えることを地域住民と一緒におこないたいと強く感じた。専門職や行政との連携は重要だが、インフォーマルサービスに重点を置いていかに地域で A さんを支えられるか、経過と結果を出したいと思い、今回取り組ませていただいた。見守りと声掛けという小さな支援かもしれないが、話し合いを重ね、地域住民の心を動かして地域の仲間に対して意識が向いたことはよかったと思う。今後も認定介護福祉士としての意識を持ち続けて職場や地域を動かしていきたいと思う。

チームにおけるタスクパフォーマンスについて ～認定介護福祉士としての実践例～

八須 祐一郎

はじめに

自職場における他職種連携を図る過程において、自分達の係内における価値観の共有が必要である。その共有がなければ、他係との連携を図るうえでは意見の相違が先行し、その施設自体の価値観の共有にも影響を及ぼす。認定介護福祉士の研修における「組織論」において、チームワークの形成とその中でおきる意見の衝突について学んだ。介護係で実践した組織論に基づく手法等を他係でも展開する機会があり、実際にチーム力の再構築に関わった事例について報告したい。

介入のきっかけ～チーム内に埋もれている問題

介入した係は栄養係である。入居者への食事の提供は委託ではなく自施設で調理しており、管理栄養士、栄養士、調理職員でのチーム構成となっている。職員の経験年数はベテランが多く、個々のスキルも高いチームであった。ここ数年退職や他施設への人事異動等があり、新たなスタッフの採用をしなければならなかった。募集をかけて採用するが、定着まで至らず退職となるケースが2～3件続いた。この件を踏まえ栄養係内において、自分達で気づいていない問題が埋もれているかもしれないと考えた。職員の定着に結びつかない事象をどう思っているかを踏まえ、各職員1人1人にヒアリングを実施した。各職員から聞いていく中で様々なことがわかってきたが、仕事の内容だけではなく他者に対する感情的な要素を含んだものもあり、係全体として解決していきたいがどのように解決していったらよいかわからない状況であった。

実践展開～チームメンバー自身の気づきを促す介入

認定介護福祉士研修において学んだ「組織論」において、コンフリクトとフォローアップ理論を主に介入していこうと考えた。期間は3か月で毎月一回栄養係における職員会議の時間を使用してのものであった。まずはじめに行ったのは、私個人はそれぞれのスタッフとヒアリングを実施しているので個々の思いや考えを聞いているが、チーム全体としてその内容を理解しなければならないと考え、共通フォーマットを使用しアンケート方式で行った。アンケート方式ではヒアリングでいえなかったことも記述していただける可能性があり、個々に抱えている問題を出し切ってもらいたいとの意図もあった。集計したものを報告するが、その時にコンフリクト理論を利用し、個々の意見を整理した。コンフリクト理論においては、タスクコンフリクト（仕事の目的や仕事そのものに関する意見の不一致）、プロセスコンフリクト（仕事の役割、責任等の不一致）、感情コンフリクト（緊張や怒り等の感情的な要素を含んだ対人的な不一致）の3つがあり、どの項目に該当してい

るかを分類し、問題の明確化を図った。

タスクコンフリクトにおいては一番重要な項目であり、チーム内での今取り組むべき課題のコアな部分である。係としての価値観の共有を行うにあたり、法人の基本理念及び系の単年度事業計画に沿ったものになっているかの問いかけを行った。今回の課題としては、長年の経験値がある方たちによって支えられてきた係ではあるが、個々の感覚で進められていた部分もあった。すべての感覚を否定するものではないが、可視化できるものはなるべくしていかなければならない。新たに採用した方へのアプローチを実施するにあたり、個々の感覚で教えていた現状があった為、受け手側がどの内容を取り入れていけばよいか混乱していた状況があった。

次にプロセスコンフリクトにおいては、タスクを解決する為のそれぞれの役割の明確化を図った。マニュアルの再点検を行い、係内における各担当の役割を再認識して頂いた。コミュニケーションにおける情報伝達においても見直しを図る事とした。もちろん、申し送りノートや朝礼等での情報発信は行っており、申し送りノートにおいては、確認したら各自サインをするルールであった。しかし、実際にはただサインのみしているスタッフがいて、結果的にうまく伝わっていない現状があった。また、定義された文言ではないが「発信主義・受信主義」という考えも研修に取り入れた。相手に伝わるまでが自身の役割とする「受信主義」の立場に立ったコミュニケーションの取り方を意識して頂いた。

感情コンフリクトにおいては、タスクを実施する上で切り離していかなければならないが、やはり感情が大きく影響を及ぼしているものがある。この感情の項目については、個々に対応し1つ1つひも解く作業を行っていった。コンフリクト理論に沿って係内における様々な諸問題の整理を行い、チームとしての価値観の共有へとつなげられるスタートとなった。

コンフリクト理論に加え、フォロワーシップの考えも実践していった。まずは、フォロワーシップにおいて、自分たちがどの項目に位置しているかをタイプ別に分類し、強い部分と弱い部分を各自で認識して頂いた。私としては、各自の位置しているタイプを把握し、それぞれの弱い部分への支援展開を行っていった。

3か月の期間でコンフリクトとフォロワーシップ理論の展開を主に係における問題への介入を図り、スタッフ自身に気づいて頂くアプローチを図った。その結果、チーム内の雰囲気に変化が現れ、「自分達の係の問題は自分たちで取り組み解決していこう」と、行動変容が現れてきた。現在では、新しい方が来ても抜けていくことはなく、定着率も改善方向に転じている。

まとめ

今回は、介護係ではなく他係での事例であったが、こうした内容はどの係でもチーム内で発生する問題である。チームにおける衝突はつきものとし、その衝突を整理し明確化することで、解決方法を探るコンフリクト理論は私にとってはとても勉強になる内容であり、実践できるものとなった。他職種連携においては係を超えた関係となるが、コンフリクト

理論を活用することで対応できるものである。

認定介護福祉士としてチームリーダーとしての役割が求められている中で、今回の経験は私にとって自信となる実践展開の1つであった。現在は、新規事業における職員の採用に関わっているが、新たなチーム作りを行う上で、価値観の共有がとても重要である。その過程において衝突があることは想定されるが、コンフリクトとフォロワーシップ理論をベースに対応しようと考えている。今回は、自ら動く立場ではなくチームリーダーを通じての介入で、スーパービジョンの要素が1つ加わった実践となるが、また新たな実践事例の1つになることは間違いないと思われる。

