

奥津 文子*

はじめに

介護保険の導入が目の前に迫り、今さかんに高齢者の「在宅生活」の重要性が取りざたされている。この在宅生活を支えるための代表的な職種に「介護福祉職」と「看護職」が挙げられる。この両職種が連携・協働して高齢者を支えることが、在宅生活の成否を握っていると言っても過言ではない。しかし、両職種がお互いの独自性を理解し、尊重しあうのでなければ、よりよい連携など望めない。

そこで介護福祉職の独自性について看護職との比較を通し検討する。

1) 要介護高齢者の処遇をめぐる介護福祉職の独自性

①看護の独自性

保健婦・助産婦・看護婦法では看護婦の業務を「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助」と定めている。

一方、看護婦の職能団体である日本看護協会は、看護の専門領域について、「健康の維持・増進・やすらかな死のために、健康問題の解決に向けて、対象者を護り、支え、動機づけること」と、きわめて広い領域を規定した。このように看護の専門領域を規定した看護協会が厚生省老人保健審議会に、1989年、介護と看護のあり方について「看護と介護を分離したり並列におかれるのはゆゆしき問題だ」という見解を提出した。介護が看護と別領域として規定されることに危機感を抱いたのである。この状況は看護界において、現在もお続けている。

しかし一方で、「ケアとキュアの両方を提供できるプロフェッションが看護婦だろう」という論調も現れてきた。健康レベルの高い対象であれば、日常生活に対して、常に看護の専門的知識・技術が必要であるとは限らない。一方、生命の危機的状況にある健康レベルの低い対象、または健康状態が不安定な対象に、その生命力の消耗を最少にしながら、人間としての尊厳を保ち続けられるように日常生活を整えることは看護独自の専門的知識・技術が不可欠である。これは単なる日常生活の世話ではなく、療養上の世話の中核をなす領域である。そのため、健康問題に焦点をあて生命維持や健康増進を優先した生活援助という看護の傾向が生まれるのである。このことから、キュアとケアを同時に提供することこそ、看護の独自性だと考えている。

②介護福祉職の独自性と看護職との差異

a. アセスメント

それでは介護福祉職の独自性は、実際のアセスメントにおいて、看護職とどのような差異となって表れてくるのだろうか。

看護学教育において使用される代表的テキストの一つに以下のような看護展開を行った事例が記

* 京都大学医療技術短期大学部

載されている。それを原文のまま引用し、看護アセスメントの特徴を考えてみよう。

<事例> 転倒して骨折したOさん¹⁾

Oさん（78歳・女性）は糖尿病で、長男夫婦と同居している。Oさんはがんこで依存的なところもあって、嫁の介護に不満を抱いている。介助なしには外には出られず、臥床して一人で過ごすことが多かった。そのOさんが1ヶ月に2回も転倒するという事故があり、今後の対策を話し合っていた矢先、3回目の転倒事故がおきた。このときは疼痛が強く、骨折を疑い救急外来を受診するようにすすめたが、長男も嫁も腰痛があるのでOさんを運べないと動こうとせず、転倒当日は病院に連絡して鎮痛薬を処方してもらい、経過をみることにした。

翌日、主治医に報告し、X線撮影の指示が出る。家族を説得し搬送車を手配してようやくOさんは病院に出向いた。右大腿骨頸部骨折と診断され手術適応となって、1ヶ月半の入院生活を送った。Oさんはつかまり立ちができる状態で退院したが、家に帰ると「動けるようになったら、家族が何もしてくれないから」と言って、起きあがろうとせず、家族も放置状態となる。訪問看護婦の繰り返しの説得で、ようやくポータブルトイレが使えるところまで回復した。

出典：松野かおる『在宅看護論』医学書院、1997、185頁

この事例において看護婦が着目している情報を拾い上げてみると、「Oさんが転倒したこと」「疼痛が強く、骨折していたこと」「受診を拒否したこと」「手術後退院しても動こうとせず、家族も放置状態であったこと」があげられる。これらの情報から訪問看護婦はOさんの状態を「活動が不足していることにより廃用性症候群の起こる可能性があり問題である」と捉え、援助が必要だと判断している。家族との関係にも着目しているが、Oさんの嫁に対する不満や家族の放置状態が前述の問題状況につながるものとして着目しているのであり、「家族関係」そのものを問題にしているのではない。また、Oさんの家族の思いやニーズ、近隣との関係や社会資源については、全く触れられていない。

では、この症例に対し介護福祉職が独自のアセスメントを展開するとすればどうなるかを述べる。

介護福祉とは、介護を通してサービス利用者と社会との相互変容関係に介入することにより、より豊かな生活の実現、言い換えれば「自己実現」を目指すものである。このような視点に立って考えると、介護福祉職が注目すべき情報は、「Oさんは嫁の介護に不満を抱いている」「介助なしには外出できず、終日臥床していることが多い」「家の中で1ヶ月に3回も転倒した」「長男も嫁も腰痛を訴えている」「動けるようになったら家族から顧みられなくなると思い、動かない」といったものになる。また、事例上に表れている情報に加え、Oさんの家族の思いや地域社会との関係といったものも必要になろう。それらの情報を検討すると、OさんやOさんの家族が開放システムとして機能していないことに気付く。そこで、Oさんが日常生活全面に他者の介助が必要であり、家族に負担がかかっていることから生ずる「Oさんの自立度の低下」「Oさんと他者との人間的交流の減少」や「Oさんの自尊感情の低下」といった状況に対し介入しよう考えるのである。

以上のことから、看護職はまずOさんの身体状況に着目し、援助の必要性を見出していることが明らかになった。一方、介護福祉職は、OさんとOさんを取り巻く家族や地域社会を視野に入れそ

の相互関係の状況から援助の必要性を見出すのである。単に〇さんの日常生活動作に対し、介助が必要だと捉えたのでは、そこに介護福祉の独自性があるとは言えない。ソーシャル・ワークの一方方法として介護福祉を位置づけてこそ独自性が明らかになると考えるのである。

b. 処遇

では、前述のアセスメントからどのような援助の方法が引き出され、処遇においてどのような独自性が生まれるのだろうか。

事例を振り返ってみると、看護職は、疼痛に対し鎮痛薬を処方してもらったり、受診できるように搬送車を手配するなど、まず治療がスムーズに進むように援助を行っている。退院後は、動くことの必要性を説明し、繰り返し説得して、〇さん自身の活動を促している。このことによって、ポータブルトイレの使用が可能になり、廃用性症候群の発症を未然に防ぐことができたと言ってよい。この段階においては、看護の目標は達成されたと評価できる。

一方、介護福祉職であれば、まず〇さんに対するこれまでの家族の介護を評価し労をねぎらう。そして介護福祉職が家族に代わって介護を担うことにより、家族の負担の軽減を図る。そのことにより長男や嫁が外出したり友人との関わりを通して気分転換を図ったり、自分自身を振り返ることができるようなゆとりを創り出す。また、〇さんのつらい立場や心理状態を家族に説明し、対応の仕方や援助方法についても指導する。そして家族が〇さんを尊重して接することができるよう配慮していく。

さらに、〇さんの感情表出や自己選択・自己決定の機会を増やし、その感情や意志を尊重すると共に〇さんの自立度が高まり狭小化した世界が広がるよう、自宅内の段差を無くしたり手すりを付けるなどの改造への助言・資金給付貸付制度の紹介や、他者との関わりを増やすために民生委員の家庭訪問を依頼したり散歩や買い物・デイサービスへの参加などの機会を積極的につくる。そのような中で〇さんの役割や目標をさぐり、〇さん自身が自分の存在意義を少しでも実感できたり、生きる充実感を持てるよう援助し、もし入院や施設入所が必要になった時も、〇さんをめぐる社会関係や日常生活が継続するよう工夫する。加えて、このような在宅サービスを地域に根づかせていくことや、〇さんが地域住民の暖かい関係の中で生活できるよう、地域社会への働きかけ・街づくりもまた、介護福祉職の重要な活動の一つである。

仲村 優一は「要援護状態にある高齢者や家族が福祉サービスを利用するかしないかは、単にニーズがあるとか利用基準を満たしているとかの要素以外に、利用者の住む地域社会、周囲の人々の福祉サービスに対する態度、意向とも密接に関係している²⁾」と述べ、地域住民の無理解が適切なケアの機会を逸し症状を悪化させたり、家族の病理につながることを指摘している。地域住民が高齢者の生活や福祉問題に理解を深めなければ、介護サービスがどんなに準備されても、介護問題は解決しないばかりか、問題がさらに潜在化・複雑化することになる。〇さんの場合も、訪問看護婦は非常に積極的に動いているが、〇さんやその家族には福祉サービスを積極的に利用しようという姿勢は見られず、福祉サービスに対する理解が低かったことが伺える。また、単にサービスを与える人が受ける人に提供するのではなく、「介護・援助行為を通して、人間としての能動性を個人差に応じて追求し続け、さまざまなレベルでの社会参加（地域参加）を目指す³⁾」ことが、ノーマラ

イゼーションの理念に基づいた街づくりにつながる。要援護高齢者やその家族の最も身近な存在であり生活問題をリアルに把握することのできる者が、地域住民及びサービス利用者に働きかけ、その意識変革と街づくりに取り組まなければならない。しかし少なくともこの事例においては、看護職にそのような視点はみられない。だからこそ、介護福祉職が介入し、援助を展開する必要があると考えるのである。

c. 介護福祉職と看護職の差異の重要性

わが国においては、過去ソーシャルワーカーが十分に配置されてこなかった為、看護職がソーシャルワーカーの代替的役割を担わざるを得なかった歴史があった。さらに近年、看護教育においては「疾患中心」あるいは「身体中心」の看護から、その関心を心理・社会面へと広げ、人を全体として捉えようとする方向が顕著である。一方ソーシャル・ワークにおいても、かつてサービス利用者に見えがちであったことの反省から、「人と環境の全体性」へと視野が広がっている。

このような状況は、援助の対象や機能において看護職と社会福祉職との差異が無くなっていくことを示しているのだろうか。

この問いに対し、上田 敏⁴⁾は「チームのどの職種も、患者の問題構造を真上から直接のぞき込むことはできず、それぞれ得意な角度から、それぞれ少しずつ違った像を描くことに過ぎない」と述べている。

さらに松岡千代⁵⁾はソーシャル・ワーカーと看護婦について、その関心領域を身体的側面・心理的側面・社会的側面の3つに分け差異について検討を行っている。その結果「情報収集の段階で、看護婦はまず対象者の病気・疾患にかかわる身体的側面を中心に情報収集し、ソーシャル・ワーカーはその情緒面または家族との関係など心理社会面を中心に情報収集する」こと、「看護職は対象者の身体的側面から、ソーシャル・ワーカーは対象者の社会的側面から全体を捉えようとしているのであり、両者には関心の方向性に差異が存在している」ことを明らかにした。そして関心の方向性について「各専門職が養成される教育プロセスの中で身についた基本属性のようなもの」と考察している。そこでソーシャル・ワーカーと同じく社会福祉学を学問基盤としている介護福祉職にも同様の傾向が見いだせるのではないかと判断した。

また、看護・介護について永田千鶴は「看護職による『患者』のニーズの把握は、病気に関してのアセスメントから始まることが多いため、優先順位はともかくとして比較的把握しやすく、ニーズの把握と同時に信頼関係の構築が可能な場合が多いのに対し、介護職による『利用者』のニーズは生活問題のどこからアセスメントを始めるかといった出発点が重要で、真のニーズを把握するためには、まず、信頼関係を築くことに力を注ぐ必要があるといった違いがある⁶⁾」とアプローチの違いを信頼関係構築の視点から説明している。

前述したアセスメントや処遇の違いも、また永田の見解も看護職と介護福祉職の「関心の方向性」の違いによって生ずるものである。この「関心の方向性」こそが、看護職と介護福祉職の独自性あるいは特徴を示している。看護職がソーシャル・ワーカー的役割を果たしたとしても、まず身体面から始まり心理・社会面へ広がるという「関心の方向性」は変わるものではない。看護教育の内容から考えても、社会面への理解は身体・心理面に比し弱いと言わざるをえない。それに対し介護福祉は、生活の「社会的側面」に重点をおいた教育を受け、社会面から始まり心理面から身体面へと

拡がる「関心の方向性」を持つ。

また、小池 明子は「看護の対象である人間は、生物学的な存在であると同時に、心理的・社会的存在であり、様々な集団に属し、一人ひとりが豊かな多様性を持っている。」(傍点筆者)と述べ、人間を統合的に把握することを強調しながらも、看護の対象をあくまでも「人間」に焦点化している。一方、岡村重夫は、個人と社会制度とが取り結ぶ「社会関係」の困難こそ「社会福祉の対象」であると主張している。社会関係の困難を担っているのは「人間」であることを前提としつつも、社会福祉の対象として焦点化されているのは、人間と社会制度との関係性である。対象としてその視野に収められている範囲が、看護より広いと言わざるをえない。

確かに介護福祉と看護とは、目に見える「業務内容」において共通のものが少なくない。しかし、目には見えないが「関心の方向性」が明らかに異なり、そのためアセスメントにも差異が生まれる。さらに人間に焦点を絞って援助を展開する看護と、人間と社会制度との関係性に介入しようとする介護福祉では、援助の範囲にも当然違いが出てくる。このように考えると、介護福祉は看護に包括してしまえるものではない。

にもかかわらず、介護福祉が看護に含まれるという立場に立ち、両者にみられるこのような差異が無視されるとしたら、要介護在宅高齢者への対人サービスは、看護のみの立場から展開されることになる。そのアプローチは、身体面あるいは疾病に重点が置かれ、心理・社会面は身体面との関連において、あるいは健康との関連において着目されることになろう。また、制度・政策へのアプローチや街づくりといった援助内容が欠落しがちになり、援助の範囲が限定的になるのではないかと考える。

健康とは、人間がしあわせな生活を続けるための必須条件である。しかし、「健康に生きることが人生の目的である人はいない。人は何かやりたいことがあって、それを実現するために健康でありたいと思うものである。」⁹⁾ 言い換えるならば、自分のやりたいこと大切に思っていることが実現していける健康状態であり、他者と協調することが可能であるなら「健康である」と言えなくてもなら問題にはならない。ということは、看護の立場から「健康」に重点をおいた援助がなされ、サービス利用者の健康が守られたとしても、それで利用者がしあわせになるかと言えば、疑問が残ると言わざるをえない。多少健康に問題があっても、利用者は「やりたいこと」や「大切にしたいこと」が守られる生活を望むのではないだろうか。サービス利用者が高齢である場合、この傾向はさらに強まるものと考ええる。

だからこそ「介護福祉」のアプローチが必要なのである。「関心の方向性」やアセスメント・処遇目標において看護との差異が明確である「介護福祉」があってこそ、サービス利用者は、生活主体者として地域社会の中で相互関係を保ちながら生きていけるのである。

さらにここで注意したいのが、これらの症例において「看護目標」は達成されているという点である。看護の立場から判断すれば、健康上の問題は解決している。しかし、介護福祉職の立場からは、未だ生活上の問題が残っている。介護福祉職が介護福祉の立場からケアに参加しなければ、このように問題は残されたまま、新たな問題を引き起こす源となっていくことは言うまでもない。要介護高齢者の在宅生活上のニーズは、顕在化しにくいものである。そのため、介護福祉の専門性を備えた介護福祉士が地域住民を巻き込みつつケアに係わり、ニーズの掘り起こしを図ることが重要なのである。人は皆老いる。要介護高齢者の生活問題は、遅かれ早かれ地域住民全てに降りかかる

共通の問題であり、個人的に解決を図るには限界がある問題でもある。地域住民が要介護高齢者の生活問題を自らの問題として主体的に取り組み、共に生きるものとして連帯・協力するよう援助することが、潜在化しやすい要介護高齢者の生活問題を予防・早期発見することにつながる。生活支援という立場から言えば、このような地域援助の視点を持つ「介護福祉」が必須なのである。

介護福祉は人々の日常生活そのものに係わる。何らかの理由により健康が障害されている「非日常的状況」にかかわっていくことが多い看護とは本質的に異なる。その処遇においても、非日常的手段が中心になる看護に対し、介護福祉は日常的手段を用いることになる。看護の専門性は非日常的手段を有効に活用するという点にある。これに対し介護福祉の専門性は「生活者の主体性や社会性、即ち生活者の倫理、人間性の倫理に視点において、すべての人々が社会的に孤立することのないようノーマライズされた社会を構築するため」に日常的手段を意図的・系統的に活用するところにある。

「『看護』は『介護』と概念的にも、また業務上も互いに密接な関係で、将来的にも相互補完的关系にある。¹⁰⁾」との主張がある。しかし、表1を見ると「日常生活支援」という役割は「介護福祉」にあり、看護がそれを補完するという関係にあることがわかる。介護福祉が「日常的状況」に、

表1 看護職と介護職福祉の相違

	介護福祉	看護
学問基盤	社会福祉学	看護学
対象者	身体上又は精神上の障害により日常生活を営むのに支障のある者	傷病者もしくははじょく婦
対象	生活上の問題、社会関係の困難	健康上の問題を持つ人間
関心の方向性	社会→心理→身体	身体→心理→社会
処遇目標	豊かな生活・自己表現 自立性・自律性の維持・確立 社会性の維持・確立	健康な生活 健康の保持・増進 安らかな死 安全・安楽
処遇内容	身体介助（入浴・排泄・食事・移動・衣類の着脱など） 家事援助（買い物・掃除・洗濯、金銭管理など） 社会的援助（社会資源の利用・社会参加の促進など） 地域援助（地域住民への働きかけ、街づくり） 相談・助言	診療の補助 医療処置 療養上の世話（食事・排泄・移動・清潔・衣類の着脱・睡眠・環境調整など） 健康教育・指導 相談・助言

看護が「非日常的状況」に係わることを考えれば当然であろう。日常生活を支えるという視点に立てば、看護と介護福祉は「相互補完的關係」ではないことは明らかである。

しかし、介護福祉職から援助が提供されていれば、看護職からのアプローチは無くても、高齢者の生活の質を確保できるのかと言え、決してそうではない。「健康」は生活の質を守る上で必要な条件である。健康を守る専門職として、看護職には重要な役割がある。だから看護職は、「健康を守る」という看護の立場から援助の必要性を主張し、「生活を支える」介護福祉職を補完する役割を担わなければならない。

地域における生活支援は介護福祉職が中心になり、看護職がそれを補完するという関係を築くことが必要である。ここから、両者の差異をその独自性として互いに認めあい尊重しあう協力関係が構築され、よりよい連携が可能になると考えている。

2) 看護職と介護福祉職の協働における問題

では、看護職と介護福祉職との協働にあたって、どのような問題点があるのだろうか。

第一に、対等な関係づくりの難しさがあげられる。これには前述したように、介護は看護に含まれるという看護職側の認識が根強くあることが大きく影響しており、看護教育における社会福祉に関する教育内容の貧弱さに原因があると考えられる。社会福祉学とはどのような学問であるのか、また社会福祉学を学問基盤とする介護福祉職がどのような独自性を持ちどのような職務を担っているのかについて理解していなければ、介護福祉職の独自性を尊重し連携することなど不可能である。しかし、看護婦養成カリキュラムの社会福祉系の科目においては主に社会保障や社会福祉法制について教授され、関連職種である介護福祉士に関する内容は特に規定されていない。介護福祉職と看護職との役割や専門性の違いについて教育内容に位置づけられているか否かは、各養成施設の裁量に委されているのである。ソーシャル・ワーカーと看護職の連携に及ぼす要因について、松岡千代は「各々の専門職がお互いに役割分担＝独自性（専門性）を認識していることが前提となり、それを基盤として連携行動が生まれていく」と述べている¹¹⁾。これは介護福祉職と看護職との連携においても同様であろう。新たな職種である介護福祉職について、その認識が定着し深まるよう、看護教育の中に明確に位置づける必要がある。

また、介護福祉職側の認識も問題である。岡本千秋は、社会福祉士自身が「自分は社会福祉の専門職という自己イメージをもっているのはわずか15.5%だった」という秋山智久の調査結果を指し、「介護福祉士の場合も似たようなことが言えるのではないか」と感想を述べている¹²⁾。介護福祉士自身の専門職としての意識の低さを指摘しているのである。介護福祉士自身が「社会生活を支えるため介護福祉という方法を駆使する専門職」として自覚し、独自性を発揮し、さらに専門性を高めるための努力を続けなければ、対等な関係づくりなど望めないだろう。

この自己イメージに対して最も大きな影響を与えるものが、基礎教育内容である。介護福祉は地域社会における連帯・共生から誕生したものである。その発展過程で看護から大きな影響を受けたとはいえ、社会福祉の理念がその基礎にあることは否定できない。さらに「社会福祉士及び介護福祉士法」において、「社会福祉」の一領域として明確に位置づけられた。当然介護福祉教育においても社会福祉学の一領域として位置づけ、内容を整備し、発展させるのでなければ、介護福祉のア

アイデンティティは揺らいでしまうだろう。

その意味において、教員の選定は特に重要である。社会福祉士及び介護福祉士法の制定により、介護福祉士の養成機関である福祉系大学や専門学校において、看護教育を受け病院等で臨床経験を持つ看護婦や保健婦が教員として大量に導入された。というのは、法により介護福祉士養成機関の教員は臨床経験5年以上の看護婦・助産婦・保健婦・もしくは介護福祉士であることが規定されたからである。同法が1987年制定されわずか11年しか経過していないことを考えれば、教員の多くが看護婦や保健婦で占められることは当然である。しかし社会福祉学を十分学んでいない看護婦・保健婦に社会福祉学を学問基盤とする介護福祉を教授することができるのだろうか。介護福祉の概念や技術は看護学からの移植では教授できないはずのものである。介護福祉が単なる「介護」として教授され、介護福祉職としてのアイデンティティを持つことのできる学生が育たなくなるのではないかと危惧する。准看護婦養成停止問題と介護福祉士の医療行為実施問題が噴出している今、介護福祉職の中で限りなく看護職に近づきたいと願う状況が生じるのは、看護婦・保健婦による教育に一因があるのではないだろうか。これは、かつて看護婦教育が医師によって行われ、そのために看護婦としてのアイデンティティが育ちにくかった歴史と酷似している。看護教育が犯した過ちを繰り返さないためにも、教育を担当する者の選定には慎重を期する必要がある。

一方、介護福祉職としてのアイデンティティ確立のための教育内容をカリキュラムの中に位置づけるためには、修業年限が2年間では無理があるとの意見も出されている¹⁹⁾。介護福祉教育内容は短期間に詰め込むことでは習得できない性質のものが多い。特に「社会福祉の価値」は体験を重ねる中でじっくり培うものである。公的介護保険導入に伴い実施されることになっているサービス担当者会議においても、同席する他職種全てが、修業年限3年以上の教育を受けていることにも注目したい。看護職やその他の関連職種との協働において介護福祉職の立場で独自の意見を自信をもって主張するためには、同等の教育的背景が必要である。修業年限を2年から3年へ延長することが望ましいと考える。

第二に、実際の業務において看護と介護の境界が不明瞭である点がある。業務に重なりがあるのは当然で、むしろ境界線を引こうとするとところに無理がある。人間の生活は分割することなどできないものだからである。関心の方向性が異なり、そのことがアセスメントや処遇の違いとして表れてくること、また、その違いこそが人々の豊かな在宅生活を支えるために必要不可欠なものであることを認識していさえすれば、むしろ重なり合い、補いあいながら共に援助する視点こそ必要なのである。

ただし、医療処置に関しては責任領域を明確にするべきである。看護業務の対象が「傷病者及びじょく婦」とされていたのに対し、介護福祉士は「心身に障害のある者」と規定されており、障害が固定し安定状態にある者と判断できる。看護は医療が必要な対象を、介護福祉は医療の必要性のない対象を援助するということなのだろうか。特に高齢者の場合、障害と疾病とを同時に背負う人が多く、このような分類は実際的でないと言わざるを得ない。しかし、少なくとも、医療の必要性や健康状態の安定性により、介護福祉と看護を分けようとしたと考えられる。このことから少なくとも医療処置に関しては、介護福祉職の業務内容からはずされていると見るのが妥当だろう。確かに在宅においては常に看護婦が勤務しているとは限らないため、吸引や摘便などの医療処置を介護福祉士が実施している現実がある。しかし、この現実こそ看護職と介護福祉職との指示関係を生

み、対等な関係確立を阻んでいる要因である。医療処置は医療職が責任をもって実施すべき領域であり、介護福祉職の責任領域を広げることで、医療職が確実に責任を果たせる体制づくりこそ急がれるべきだと考える。

3) 在宅生活支援と介護福祉

地域とは一定の範囲を持つ「場所」のみを表しているのではない。「一定の場所」とそこに生じる「社会的相互関係」と「共同の絆」という内容を含む。「共同社会 (community)」を示しているのである。同様に在宅という言葉も単に「家」を表しているのではない。自宅とう「場」とそこに生ずる「家族の相互関係」及び「共同消費とエネルギーの再生産」という内容を含む。「家庭 (home)」という概念を示しているといえる。前近代的封建社会においても地域や家庭は存在した。しかし、それは封建制度下における身分制度が基本となっており、服従の代償に保護を与えるという非民主的なものであった。しかし現代社会における地域や家庭は、身分制度を克服し、個人の自由と平等を保証するものへと発展している。

もし地域社会から分離・孤立化され、施設の管理体制の中自己完結的な生活を余儀なくされたとしたら、自己選択・自己決定の余地はほとんど無くなる。たとえ地域社会に開かれ社会化が進んでいる施設であっても、個人個人の価値観やニーズが非常に多様化している現代において、施設という集団生活の場で、入所者全てに自己選択・自己決定の権利を保障するのは困難であろう。このことは、施設入所という方法で個々の価値観やニーズに適応したサービスを提供するには限界があることを示している。ただし、自由を追求することより、施設という集団生活の中で安定を求め人がいることも事実である。だから、施設は地域社会における資源の一つであり、施設の生活も選択肢の一つにすぎないという位置づけが必要である。

このように考えると「在宅生活」が、施設から在宅へと移っただけのものでないことが解る。施設での日常を在宅へ移すための「在宅サービス」を提供しても「在宅生活」を実現したことには決してならない。地域社会に内包される「社会的相互関係」と「共同の絆」を基盤とした生活が「在宅生活」なのであり、そのような生活の実現が、その人のその人らしい生活の創造を可能とする。だからこそ、人々は障害を持って寝たきりになっても、住み慣れた我が家で家族・隣人に囲まれながら暮らすことを望むのである。

このような「地域での生活」は、特別なまたは贅沢な生活ではなく、人間として当たり前でごく普通 (normal) の生活である。障害の有無や経済状況その他によって規制されるべきものではなく、全ての人に保障されるべき生活の在り方であり、そのために必要不可欠な職種が介護福祉職なのである。介護福祉職は、地域社会とサービス利用者との相互変容過程が良好に進むように、「介護福祉」というソーシャル・ワークの一方法を使って援助する社会福祉専門職である。

介護福祉職がソーシャル・ワークに立脚した独自性を発揮することにより、地域社会での社会関係を重視した援助が可能になる。そうなれば、高齢者や障害者が地域社会から排除され孤立してしまうことなく、地域の暖かい関係の中で共に生きることができるようになる。これは福祉コミュニティの創造へとつながるものである。このように考えると、介護福祉職はノーマライゼーションを実現するための中核となる職種であることが分かる。以上のように、介護福祉職の独自性を看護

職とは明らかに異なるものとして理解し、また、それぞれの独自性を尊重しあって初めて、人々の豊かな在宅生活を共に支えることが可能となると考えている。

(注)

- 1) 松野 かおる『在宅看護論』医学書院、1997年 185頁。
- 2) 仲村 優一監修『在宅高齢者のライフプラン』有斐閣、1994年 14頁。
- 3) 山本 みどり「終の住処への行程と援助の視点」『都市で高齢者を支える』啓文者、1996年 159頁。
- 4) 上田 敏『リハビリテーションを考える』青木書店、1983年 169頁。
- 5) 松岡 千代他『ヘルスケア専門職の「関心領域測定尺度」の作成と比較に関する研究』、医療社会福祉研究、Vol. 5 No. 1 1996年 10。
- 6) 永田 千鶴「在宅ケア活動における『看護』と『介護』」『社会福祉学第39-1号』日本社会福祉学会、1998年 274頁。
- 7) 小池 明子『新版看護学全書 第13巻 基礎看護学¹』メヂカルフレンド社、1993年 68頁。
- 8) 奥井 幸子「健康とは」『看護とは』日本看護協会、1991年 15頁。
- 9) 小国 英夫「社会福祉専門職業化が意味するもの」『福祉のマンパワー』中央法規出版、1988年 108頁。
- 10) 成清 美治『ケアワークを考える』八千代出版、1996年 8頁。
- 11) 松岡千代他、『看護職がソーシャルワーカーと連携する要因についての研究—「関心領域測定尺度」と社会福祉に関する看護職の意識」から』、日本社会福祉学会、1996年。
- 12) 岡本千秋 前掲書、164頁。
- 13) 岡本千秋「介護福祉士養成校の現状と課題」『介護福祉士これでいいか』ミネルヴァ書房、1998年 162頁。

1999年11月6日、明治学院大学で開催された、当シンポジウムの詳細は日本社会福祉学会関東部会会報第13号に報告している。本報告はその際のシンポジストの一人であった著者からの投稿をここに掲載させていただいた。(編集委員会)