

生活支援専門職としての専門職性の再構築（第Ⅰ報）

－介護支援専門員養成研修事業の課題－

横 山 孝 子

要 約

高齢者ケアサービスの中核を担う介護支援専門員の養成においては、その受験資格要件は保健・医療・福祉の多様な職種に及ぶ。生活支援専門職として、介護支援専門員本来の役割を果たすためには個々の基礎資格の専門職性を超え、新たな専門職性を再構築する必要性が生じていると考える。

この問題意識から、ここでは先行研究に依拠しながら生活支援専門職の専門職性を導き出し、その専門職性を視座に介護支援専門員養成研修カリキュラムを検証した。さらに介護支援専門員業務実態の分析を通して、介護支援専門員養成研修事業の課題を指摘した。

はじめに

社会福祉基礎構造改革に伴う社会福祉従事者の拡大傾向は、これまで社会福祉が積み重ねてきた価値を希薄にするのではないかと問題視されている¹⁾。この「社会福祉従事者の拡大」という意味から、その代表的な存在として介護支援専門員がクローズアップされる。今や介護支援専門員は、社会福祉基礎構造改革後の高齢者ケアにおいて欠かすことのできない新たな生活支援（社会福祉）専門職として位置づけられると言っても過言ではない。しかし、介護保険制度における介護支援専門員の受験資格要件は、対人援助職とは言え保健・医療・福祉領域の多様な職種に及ぶ。

福祉におけるニーズの判断は、当事者の判断を超えた社会的判断によって行われ、社会的判断を経て初めて社会福祉ニーズとしての社会的承認を受け

ることになる²⁾。よって、この社会的承認のされ方いかんが、福祉サービス利用者の権利の内容を大きく左右することとなり、権利論の観点から重要な意味をもつことになる。このような視座に立つとき、多様な職種を基礎資格に有する介護支援専門員が、新たな社会的役割を遂行するにあたりどのような価値規範に照らし生活問題を判断しているのか、その疑問を払拭できない現状にある。

高齢者ケアサービスの中核を担う生活支援専門職としての介護支援専門員の養成のあり方が根本的に見直されない限り、要介護状態にある高齢者の自分らしく生きる権利が脅かされることをも意味するものとなろう。ここに、介護支援専門員が個々に有する基礎資格の専門職性を超え、生活支援専門職としての新たな専門職性を再構築する必要性が生じている。ここでいう「生活支援専門職」とは、「生活支援は社会福祉制度体系にその基礎をおく」³⁾という考え方を前提に、直接的な生活援助（ケアワーク）を担う包括的な生活支援者を指す。

本稿では、上述した問題意識に基づき、高齢者ケアにおいて現在最も重要な役割を担っている介護支援専門員の養成研修事業に焦点を当て、生活支援専門職の専門職性の視座から検討する。

I. 利用者主体の生活支援とエンパワーメントの視点

1. 利用者主体の意味するもの

これまでの福祉サービスは措置制度の下で、利用者である高齢者、障害者、児童を要援護者として一括りに捉え、また老人ホームや障害者施設などは措置制度の庇護のもとに運営されてきた面があり、他の施設とのサービス競争にさらされることはなかったというのが事実だろう。そのため、措置制度下においては、サービスのあり方が表面化されないという一面があり、サービスの質の向上に対しては問題視されてこなかったと言える。

しかし、契約制度、利用者主体の生活支援においては、自分のニーズは利用者が自分で決めるという当事者主権、つまり自己決定権の保障が基礎とな

る。当事者とは、「ニーズをもった人々であり、社会の仕組みに合わないために問題をかかえた人々が当事者になる。社会の仕組みが変われば、いま問題であることも問題ではなくなる可能性があるから、問題は〈ある〉のではなく、〈つくられる〉、つまり、問題をかかえさせられた人々と言いかえてもよい」⁴⁾。

他者との関係や社会の仕組みの中で、自分の目標に向かって生活を組み立て、その人らしい幸せを追求していく過程において、利用者がどのような問題をかかえさせられているのか、その問題・ニーズを的確に捉える介護支援専門員の専門職性が求められる。提供されるサービスが利用者のニーズと合致しているときに、利用者の満足度の高いサービスと成り得る。ここに、利用者を選択してもらえるサービスを生活支援職が提供できるかどうかという、サービス提供者の力量、能力が問われることとなる。このことは、利用者個人がこれまでに形成してきた価値観や信条、希望、好み、文化的背景等々、多面的に理解する必要があることを意味している。と同時に、利用者の主観的世界をいかに理解できるのかという、生活支援職の専門職性が問われていることになる。

2. 利用者主体とエンパワーメントの視点

今回のパラダイム転換は、利用者を自律した個人として位置づけ、自己選択、自己決定を強調している。このような「利用者主体のサービス」は人権思想の高まりとそれに伴う援助観、利用者観の変化によって誕生したサービス理念といえることができる。

「利用者主体のサービス」を利用者自身が可能にするには、多様な福祉サービスを選択できる能力を保持していることが前提となる。そのためには、福祉従事者が利用者を「守る」、「保護する」、「管理の対象」というネガティブな視点で捉えるのではなく、権利の主体者として「パワーの獲得」というポジティブな視点の援助観に基づくエンパワーメントアプローチが重要となる⁵⁾。

エンパワーメントとは、「個々人が自分自身の生活に参加し、管理を分担し、影響を与えるのに十分くらい強くなっていく過程」⁶⁾である。つまり、社会的差別を受けるような集団に所属していることで、生活するパワーを失っているクライアントに対し、再び生活意欲を起こし、問題解決ができるようなパワーを獲得できるように援助するプロセスがエンパワーメントである⁷⁾。

エンパワーメントの認識と表裏一体の概念として、すべての人間がパワーレスネスに陥る危険性のあることが想定される。パワーレスネスとは、「自分自身の抱える問題を解決するのに必要な、資源へのアクセス、知識、技能の不足」⁸⁾と定義され、環境への働きかけのそのフィードバックの繰り返しによって個々人に内面化される特性を有しているとされる。パワーレスネスが内面化されると、不信感、自己卑下、自信喪失、希望の喪失といった日常的な態度や行動が醸成されることになる。

生活問題を抱える当事者本人である利用者へ、支援者からどのようなアプローチがなされるかによって、本人の力が引き出され自己の意思を表出することができるかどうかが決まる。生活の主役は当事者である本人、決定者であり、支援者は本人の側にいる代弁者である。当事者としての本人はできる限り自分で自分の生活を決定し、自立していく権利をもっている。支援者には本人が理解できるように十分な説明責任を果たし、本人の意思や意見を表出しやすいようにしていく専門職性が求められる。

3. エンパワーメントとストレングスの視点

利用者主体の援助活動を行うためには、援助者は自らの援助観を見直し、ストレングス視点に基づいた実践を行うことが求められる。それは、ストレングス視点がエンパワーメントを導くための土台となるからである。ストレングス視点が改めて取り上げられた背景には、対等な援助関係形成の必要性和、利用者自身が自らの問題のエキスパートであるという認識の深まりが挙げられる。

ストレングス視点の意味について、「すべての人びとは、広範な才能、能力、キャパシティ、スキル、資源、願望をもつ。ある時点でのそれらの表現のされ方の多少にかかわらず、人々は表現され得る心的、身体的、情緒的、社会的、精神的能力の未活用で未決定の貯蔵庫をもつ」⁹⁾として、人は必ず潜在的能力を有することが強調されている。ストレングス視点とは、利用者のストレングス（人々の間で社会的、歴史的に構成されてきた知恵、価値、信念、確信などを含む豊かさ）に焦点をおいた援助者の見方、援助観であり、同時にそれは援助関係のあり方にも言及するものである。

ストレングス視点は、ソーシャルワーク実践理論の中での重要な概念の一つであると狭間氏は主張する¹⁰⁾。その理由を、ストレングス視点が近年の思想的なパラダイム転換の影響を受けた用語として位置づけられること、利用者と援助者の対等な関係を構築するための土台となる援助観であることに拠るとする。

ストレングス視点という援助観は、利用者のストレングスに焦点をあて、そこから利用者が主体的に自らの困難を解決できるように支援するものである。それは、現在の時点から過去を新たにとらえ直すとともに、未来に向き合う時、今まで学んだことを思い出したり、もっているスキルを適用したり、どんな資源を選ぶかを決めたりして、どうすればよいかを考え、新たな意味づけをする。このように、意味の創出も伴うのである。

4. エンパワメントとICF（国際生活機能分類）の視点

上述したストレングスの視点については、本来的にソーシャルワークが今まで積み重ねてきた価値に一致すると主張する論者が多い。その中で白澤氏は、「社会福祉専門職が担う相談業務の中身は、利用者の生活問題なり生活ニーズに対応する相談であり、その際に生活相談の中身が明確に実践されなければ、実践力を高めることにはならない。生活相談では、利用者の身体機能的状況や精神心理的状況だけでなく、社会環境状況を理解し、それらの状況間での関係のもとで生じている生活上での問題点やニーズを把握すること

で、生活機能が障害されている状況をアセスメントしてきた。そうした一連の生活相談の業務を利用者と協同で取り組んできたところにも社会福祉専門職の独自性がある。』¹¹⁾としながら、この独自性とWHO（世界保健機関）が2001年に提案したICF（国際生活機能分類）の理念とが軌を一にするものであると述べる。

白澤氏が主張するように、ICFの考え方は、障害というマイナス面だけではなくプラス面を重視することが大きな特徴とされている。それは、利用者の全体の中で障害というマイナスの占める部分は小さく、それを上回る健全な機能・能力（プラス）があるという、プラスの中にマイナスを位置づけてみることである。これによって、その時点で調べればわかる残存機能だけではなく、実は本人・家族ですら気づいていない〈潜在的生活機能〉というプラス面が非常に大きく、この潜在的生活機能を引き出すことが専門家の重要な役割と大川氏は解説している¹²⁾。

Ⅱ. 介護支援専門員としての専門職性の再構築

1. 介護支援専門員としての専門職性を再構築することの意義

生活支援は、教育や医療と同じように人間を対象とする専門領域であり、その従事者のサービスの有り様が事業のすべてといってもよい。したがって、従事者の専門的知識・技術等の能力の格差あるいは職務態度の適否は、即、サービスの格差となって現れ、人権思想を基盤とする社会福祉領域の生活支援にあっては、利用者の自分らしく生きる権利にかかわることになる。

対人援助専門職がある職業イメージを身体化することによって、しばしば対象者と向き合う際に、自らのなすべきこと/できることを限定してしまう傾向にある¹³⁾。それは対人援助専門職が、日常的な職務の中で培う職業イメージによって観点や行為が限定されていることを意味している。そして、職業的に形成してきた限定性が、「壁」として立ち現れやすい¹⁴⁾。そのため、自らの基礎資格がもつ限定性（壁）に気づき、その限定性をこえる新たな専門職性を再構築することが求められる¹⁵⁾。

三井氏は、対人専門職がある職業イメージを身体化することによって、しばしば対象者と向き合う際に、自らのなすべきこと/できることを限定してしまっていることを指して、「壁」として立ち現れてしまうと表現している。それは、対人専門職が相手に何が必要かを考える際に、それまで、対人専門職としてのキャリアの中で形成してきた、自らのなすべきこと／できることについての職業イメージに依拠しがちなためである。よって、それをこえた相手の「生」の固有性を捉えるのが容易でなくなり、自らの限定性が「壁」に直面してしまうことになる。三井氏は、対人専門職が、固有な「生」が持つ、ありとあらゆる側面の全てを捉えられるわけではないという意味で限定性という語を用いている。これに対して似田貝氏は、対人専門職が自らの観点が限定されていたと気づかされ、個々の対人専門職がそれをこえ、新たな可能性を切り開いていったことを「〈専門性〉を再構築していく実践行為」¹⁶⁾と述べる。

介護支援専門員は、これまで述べてきたように、介護保険制度によって初めてわが国に導入されたケアマネジメントという介護保険法の中核となるサービス提供システムを担う存在である。その介護保険法は、高齢者の尊厳ある自立生活を支援するために介護サービスを提供していくことを理念としている。介護保険法の理念や今日の社会福祉サービスの基本理念は、「個人の尊厳の保持」をめざしている。このような理念は、2000年の社会福祉基礎構造改革によって明示されたものであり、それはわが国の社会福祉において長い間行われてきた措置制度から契約方式への意識改革を求めている。

しかし、平成10（1998）年から養成が開始された介護支援専門員の受講試験資格は、医療職と福祉職及び栄養士等がその資格に基づき、当該資格に係る業務に通算して5年以上従事した者である。また同様に、老人福祉施設・身体障害者社会参加支援施設・身体障害者更生相談所・精神保健福祉センター・福祉に関する事務所・知的障害者更生相談所・障害者支援施設・介護老人保健施設その他これらに準ずる施設の従業者又はこれに準ずる者も、5年以上の従事期間をもって受講試験資格に認められている。さらに、社会

福祉主事任用資格者等が、老人福祉施設・障害者支援施設・障害者短期入所に係る事業を行う施設・療養病床に係る者その他これに準ずる施設の従業員、及び老人居宅介護事業、居宅介護、重度訪問介護、行動援護を行う事業その他これに準ずる事業の従事者も、5年以上の従事期間で認められている。一方、社会福祉主事任用資格者等でない者の場合は、通算して10年以上であることが、受講試験資格の要件となっている。

このような介護支援専門員の受講試験資格から、資格の有無を問わず経験的熟達をもって、社会福祉従事者としての能力を推し量っている実態が読み取れる。

2015年の高齢者介護－「高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－」（2003、高齢者介護研究会）の報告書では、「ケアマネジメントの現状として高齢者の状況を判断するアセスメントが十分でないために適切で効果的なサービス提供が行われていない」と指摘し、「サービスを担当している担当者などが介護の方針を設定し共有する場であるケアカンファレンスの開催も十分に行われておらず、担当者が同じ認識の下に総合的に自立支援のためのサービス提供が行われているかについても疑問である」¹⁷⁾と報告している。

介護支援専門員業務の核となるケアマネジメントは、新たな社会福祉のパラダイム転換に伴い、国内において初めて介護保険制度に導入されたサービス提供システムであり、介護支援専門員の受講試験資格要件を満たす全ての教育課程において、相応の教育がなされているとは考えられない内容のものである。介護支援専門員が、介護保険法で初めて導入されたケアマネジメントの役割を担えることや今日の福祉従事者に利用者主体の意識改革が求められていること等を考え併せると、高齢者の尊厳を支えるケアの視点と介護支援専門員像との乖離が危惧される。

さらに言うならば、社会福祉領域での5年または10年以上の従事期間とはいえ、それは措置制度の下での実務経験である。期間の長さ按比例して、職業による社会化は深化すると考えられ、措置制度の下で一旦獲得した福祉専門職及び従事者としての援助の視点や利用者を見つめる視点の内的枠組み

は、そう簡単に作り変えることはできないだろう。技術としてケアマネジメントを展開できることと、社会福祉の価値、理念をふまえた生活支援専門職として高齢者の尊厳を支えるケアマネジメントを展開することには、自ずと違いがある。

介護保険制度発足直後からさまざまな問題がクローズアップされてきたが、制度発足10年に向けて、従来の数量的観点を主眼とした介護支援専門員の養成から、高齢者の尊厳を支えるということの本質的な能力の構築を可能にする養成のあり方が急務である。介護保険法や今日の社会福祉サービスの基本理念である「個人の尊厳」の背景にある人権について深く理解し、その人権を保障するためのエンパワーメントやアドボカシー等に対する考え方及びそれを具現化できる能力が求められる。つまり、生活支援専門職の介護支援専門員として、福祉の価値・理念の基に、知識、技術を体系的に展開できる能力を修得することが専門職性の再構築を意味すると考える。

2. 利用者主体の生活支援に求められる専門職性

生活支援専門職の専門的知識・技術等の能力の格差は、即、サービスの格差となって現れ、利用者の自分らしく生きる権利に大きくかかわることになる。

そこで、専門職性とは何かを確認することから始めたい。

1) 専門職性とは何か

下山氏によると、「[専門性] は分化した知識と技術の体系をさすが、[専門職性] はその専門性を有し、それを職業とする職能団体の有り様を指す」¹⁸⁾という用語解釈の違いを述べている。

専門職研究においては、初期段階でその構成要件を提唱したE.グリーンウッドの、「体系的理論」「専門職的権威」「社会的承認」「倫理綱領」「専門職的文化」を多くのものが採り上げている¹⁹⁾。ここでは、わが国における近年の専門職の構成要件あるいは専門職性に関する主な論を確認する。

(1) 秋山智久論²⁰⁾

従来、社会福祉の専門性の意味は、①社会福祉の専門性、②ソーシャルワークの専門性、③施設・機関の専門性、④職員の専門性という4つであり、専門性と専門職性の概念の区別が不明瞭であり、そのことが専門職の解明が明確にならなかった背景と秋山氏は述べている。その上で、人間を直接の相手とする援助専門職を念頭に置くことを前提に、概念の要点比較の6つの枠組み／A. レベル、B. 理念・目的、C. 理論、D. サービス利用者に向けて実践の方法・技術、E. 手段的価値、F. 専門職の理念・目的の達成手段、を挙げ以下のような概念規定を提示している。

① 専門性の概念

「専門性」は専門職性の基礎となる、抽象度の高い「学問・研究のレベル」の課題を持つ項目である。社会福祉学が独自の視点を持ち、何を対象とするのかの「対象規定」を明確にし、それへのアプローチを探索するレベルの課題である。それらの根底にある社会福祉学における価値の解明、特に手段的価値の解明を行う。

② 専門職性の概念

「専門職性」は、「職業のレベル」の課題を持ち、社会における「職業としての社会福祉」としての要点となる項目である。上記の「専門性」という学問レベルの基礎の上に、社会福祉が社会において職業として成立していくための、理論の実用性や有用性を探索していくレベルの課題である。つまり、QOL（生命・生活・人生の質）への支援を試み、生活と人権の擁護を課題とする。また現実社会において、独自の対象や実践の方法、業務内容を探索し、技術の普遍化を行う。

③ 社会福祉専門職の条件

- | | |
|------------------|--------------------|
| A. 体系的な理論 | B. 伝達可能な技術 |
| C. 公共の関心と福祉という目的 | D. 専門職の組織化（専門職団体） |
| E. 倫理綱領 | F. テストか学歴に基づく社会的承認 |

(2) 仲村優一論²¹⁾

専門職（professional）の定義づけについては、多くの学者によって行われているが、未だ定説とされるものはないとしている。仲村氏は多くの論文が書かれているが、どの論考にも共通に含まれている専門職の視点の特徴として以下を挙げている。

- ① 専門職とは、科学的理論に基づく専門の技術の体系をもつものであること。
- ② その技術を身につけるのには、一定の教育と訓練が必要であること。
- ③ 専門職になるには、一定の試験に合格して能力が実証されなければならないこと。
- ④ 専門職は、その行動の指針である倫理綱領を守ることによって、その統一性が保たれること。
- ⑤ 専門職の提供するサービスは、私益ではなく公衆の福祉に資するものでなければならないこと。
- ⑥ 社会的に認知された専門職団体として組織化されていること。

(3) 京極高宣論²²⁾

社会的分業の結果、特別な専門的知識と技術を必要とされてきた職業を専門職（プロフェッション）と呼んできたと前置きし、専門職の専門性、すなわち専門職性は単なる職業的熟達性（ベテラン）や専門特化性（スペシャリティ）とは区別されなければならないと京極氏は述べる。そして、ソーシャルワーカーの専門性については、これまでプロフェッションとスペシャリティの区別がかなり曖昧であったとしながら、ソーシャルワークの専門職性（プロフェッショナルリティ）を、次のように示している。

まず第1に、職業的倫理について、利用者の人権擁護及び自立援助の視座がソーシャルワークの本質（基本的価値）である。第2に、職業的専門知識について、利用者に必要な社会資源に関する豊富で正確な知識／各種社会福祉制度に関する専門知識が中心となる。第3に、職業的専門技術について、ケースワーク、グループワーク、コミュニティワークといった従来の

ソーシャルワーク技術はもちろんのこと、レジデンシャルワークやフィールドワークを加え、各種のスーパービジョンやケースマネジメント、ソーシャル・プランニングを含めた広義の社会福祉援助技術を内容とする。

(4) 大橋謙策論²³⁾

専門職を構成させる3つの要因を、以下のように提起している。

その第1が、業務を身につける課程、つまり養成課程が優れて限定的であり、かつ養成の結果として身につけた知識と技術が他者の生活や、他者が一般的にもつ知識・技術と大きな隔たりがあることである。第2が、一定の養成課程を占有して、その修了証明である資格に結びつける場合、その資格がどのように社会的に認知されているかが大きな問題となる。すなわち、専門職制度の確立にとって法律による認知という意味は大きく、名称独占よりも業務独占の方が望ましいと述べる。第3の要因として、その人の生活を保証する資格として大きな意味をもつかどうかの問題である。つまり、その資格によって、経済的条件を含んだ社会生活上の地位の向上を期待しているのあり、それにどの程度結びつくのかということである。

2) 対人援助専門職の専門職性とは

対人援助の意味は、「患者・クライアントの苦しみを緩和・軽減し、あるいは解消する」²⁴⁾ ことにあると考えると、対人援助専門職の専門職性を以下のように整理できる。

- (1) まず、自己の従事する仕事の意味とその価値について、明確な内的枠組みをもつこと。
- (2) クライアントを人格の主体として尊重し、個人としての尊厳を侵害しない高い倫理観をもつこと。
- (3) 専門的援助関係を構築するために、傾聴する、共感する、受容するという肯定的態度を基本とすること。
- (4) クライアントと対等な関係を形成し、共通の目的に向かって共同できること。

3) 生活支援専門職の専門職性とは

ここでは、先に検討した専門職性の概念及び対人援助専門職の専門職性をふまえて、生活支援専門職の専門職性について検討する。

上記に、社会福祉分野における4人の論を紹介してきたが、秋山氏と京極氏は、「社会福祉」、「ソーシャルワーク」としての専門職の見解を述べている。一方、仲村氏と大橋氏は「専門職」として成立する視点あるいは要因を述べている点に、前者との違いがある。

本稿で試みている「生活支援専門職の専門職性」を考える上では、前者の論に依拠する形で進めていきたい。その理由は、本稿で取り扱う生活支援専門職を、パラダイム転換に伴う社会福祉従事者として新たに創設された介護支援専門員の専門職性を射程にしていること、本稿でいう生活支援専門職とは、社会福祉制度体系にその基礎をおくという考え方を前提にしているためである。

そこで、これまでに述べてきた検討内容を、秋山氏・京極氏の論に照らすと、以下の①から⑨の専門職性が導き出される。

- (1) 「QOLへの支援を試み、生活と人権の擁護を課題とする」

「利用者の人権擁護及び自立援助の視座が基本的価値」



- ① 主體的な存在である個人を尊重できる
 - ② 社会福祉の理念及び人権思想に関する内的枠組みがある
 - ③ 福祉利用者の自己決定権の行使、権利擁護を支援できる
 - ④ 生活支援専門職としての倫理観がある
- (2) 「現実社会において独自の対象や実践の方法、業務内容を探求し、技術の普遍化を行う」

「利用者に必要な社会資源に関する豊富で正確な知識／各種社会福祉制度に関する専門知識が中心となる」

「職業的専門技術として、広義の社会福祉援助技術を内容とする」



- ⑤ 生活者としての利用者の全体像を把握できる
- ⑥ 福祉サービス利用者の生活課題を明確化し、解決過程を展開できる
- ⑦ 社会福祉援助技術を基礎とするケアマネジメントを実践できる
- ⑧ 他職種と連携・協働できる
- ⑨ ケアチームの組織管理ができる

3. 生活支援における科学性の担保

これまで介護支援専門員の専門職性が問われることを述べてきた。

それは、介護サービスは、社会的ケアシステムとして制度化された中で提供されているため、福祉ニーズとしての社会的承認を受ける必要を有しているからである。この社会的承認のされ方いかんで、サービス利用者の権利内容が左右されることになる。すなわち、生活者としての利用者の理解を、介護支援専門員がどれだけできるかにかかっていると言っても過言ではない。福祉ニーズとしての社会的承認を得るためには、アセスメントの内容に介護サービスとして成立する根拠を、社会的な納得が得られるような論理性をもって示すことが求められている。論理性とは、思考の法則的なつながりを意味し、事物を実証的・論理的・体系的に考えるという科学的なとらえ方をさしている²⁵⁾。

生活支援における科学性とは、人間科学としての視点であると黒澤氏は論じる。

「人間科学として鍵となる概念は、“客観的妥当性”をいかに担保するかである²⁶⁾として、これは、ケアプラン作成の過程をもって実証できるとする。そしてそのための視点を提示している。1つは、相談(面接)・アセスメント・計画・実践・評価の過程における生活支援者の理解・判断・予期の過程が論理的明晰性(外部からみて判断の経緯が明瞭である)をもっていること。2つには、サービス利用者と家族の参加と協働によるサービス利用者の意思に沿うことであるとする。そして、この利用者の意思という主観性を、論理的

な展開方法をもって整序することが、福祉領域における科学性を担保する鍵であると述べる。

ここで活用したいのが、WHOのICFモデルである。ICFでは、ICFは医学モデルと社会モデルという2つの対立するモデルの統合に基づいているとしている²⁷⁾。医学モデルとは、ICFの「心身機能・構造」「健康状態」を過大視し、それによって「活動」「参加」も決まってしまうかのように考える、狭い見方で障害をとらえる見方である²⁸⁾。それと正反対な見方が社会モデルであり、社会的な「参加」と「環境因子」を重要視し、障害をつくるのは社会の環境であるというのが基本主張である²⁹⁾。黒澤氏らは、社会モデルを生活モデルと呼び、その最大の特性は、利用者の主体性、自己決定、生活自立などの原則を示した点にあるとする。そして、この生活モデルと医学モデルの統合をめざした新しいモデルを生活支援モデルと位置づけている³⁰⁾。

ICFをめぐるのは、障害をとらえる枠組みとして「生物－心理－社会モデル」を採用し、医学モデルと社会モデルの統合という「対立するモデルの統合」を成し遂げたことを謳っていることに関して、障害学の領域からICFの主張の理論的矛盾が指摘されている。杉野氏によると、「国際生活機能分類ICFの〈生物－心理－社会モデル〉は、それ自体、障害学とリハビリテーション学との理論的対立や矛盾を孕みながら成立した〈妥協の産物〉に過ぎない」³¹⁾と評している。

障害学の理論的核心が、障害学の社会モデルという認識枠組みであることはふまえつつ、本稿ではICFが障害をとらえる国際基準として位置づけられていることと、介護支援専門員養成研修で用いられている介護支援専門員実務研修テキストにおいて、生活機能障害という認識の必要性を強調していることから、上記の論を展開している。

現在の高齢者像あるいは福祉利用者像を考えると、利用者理解の基本的枠組みは社会（生活）モデルに置きながらも、医学モデルの問題解決の思考過程、分析的方法などは、十分援用するところがある³²⁾。その意味で、両モデルを包含した新たなモデルとしてICFモデルの有用性があげられる。

ケアの社会化が進む現在にあって、ケアという営みが、従来の家族や地域の自然発生的なつながりということを超えて、制度の下での個人（支援者）と個人（利用者）の関わりという性格のものになっている。そこでは、自ずと一定の客観性という要素が求められることになる。それは介護保険制度における契約としての個人と個人の関わりは、公的責任としての介護保障を実現するためのものだからである。つまり、契約の中身である選択サービス内容が社会的ニーズと対応関係にあることや社会的ニーズと乖離していないことが福祉契約では求められている³³⁾。

そういう意味で、生活モデルと医学モデルの統合を意図したICFモデルによる利用者理解と、それを可能にする学際的な知識とそれに基づく専門的な技術が介護支援専門員に求められる。それは、福祉利用者「自らが個々人の権利に基づき、生活の主体者として自己決定によって自己の意思による生活を営むことを可能とするために、援助者の姿勢と視点としてエンパワーメントアプローチが絶対に不可欠」³⁴⁾であり、利用者の質の高いサービスを受ける権利の保障を担うためには、「最新の福祉援助理念、人権擁護、介護技術、ソーシャルワークなどに関する基礎知識に加え、より専門的かつ高度な知識や技術を兼ね備えた人材の養成が不可欠」³⁵⁾なのである。それによって、介護支援専門員は「地域で暮らす要介護高齢者や家族のトータルなケアサービスを組み立て、生活支援を行う役割を担う専門職」³⁶⁾として、サービスの質の管理及びケアの連続性、一貫性を確保できると考える。

Ⅲ. 介護支援専門員業務の実態

1. 介護支援専門員業務の実施状況

- 1) 全国介護支援専門員連絡協議会の「平成15年度介護支援専門員の業務実態に関する全国調査」³⁷⁾より、介護支援専門員業務の実施状況を、常勤換算従事者数の最も多い（44,723人／2003年度）居宅介護支援事業所における「居宅介護支援（ケアマネジメント）業務」でみると、“実施できている”、“ほぼできている”業務として高値を占めるのは、「利用者宅への訪

問」である。その割合は、“実施できている”が60.1%、“ほぼできている”が30.7%、であり、双方で9割を占める。これは、居宅介護事業所を対象とした調査であることを踏まえると、当然の結果とも言える。

逆に“あまりできていない”、“できていない”業務をみると、最も多いのが「会議の開催」（59.8%）、次いで「課題分析票」（37.6%）、「モニタリング訪問記録」（37.3%）、「計画書の見直し」（31.1%）の順である（図1）。この結果は、一連のケアマネジメントにおいて、ケアの基盤となる利用者の真の介護ニーズを明確にする「課題分析票」が不十分なままに始まり、さらに保健・医療・福祉専門職による専門的な見地からの意見交換の機会である「会議の開催」もなされないままにケアプランの作成、実施へと進み、そのケアの結果を確認する「モニタリング訪問記録」も不十分であり、それらの結果、「計画書の見直し」も十分にできていないという悪循環を招いている。この結果、利用者は真のニーズに合致しない介護サービスを漫然と提供されることになり、本来、介護保険法におけるケアマネジメントが意図する、その人らしい生活支援には結実し難いことを示唆している。

- 2) また、「居宅介護支援（ケアマネジメント）の重要項目」に対する認識では（図2）³⁸⁾、“重要”として位置づけられている最も高い項目は、「利用者宅訪問」（67.5%）で、「担当者への意見聴取」（59.6%）、「計画書見直しの訪問」（53.6%）、「ケアプランの交付（担当者）」（53.2%）等が挙げられる。反面、“あまり重要でない”とされている項目は、「担当者会議の開催」（48.0%）がトップを占め、「訪問時の記録」（40.6%）、「モニタリング訪問」（39.0%）、「ケアプランの説明・同意」（38.2%）、「課題分析票」（36.9%）、「ケアプランの交付（利用者）」（36.4%）となっている。さらに、“重要でない”と認識されているのは、「ケアプランの交付（利用者）」（26.0%）が高く、「モニタリング訪問」（18.8%）、「担当者会議の開催」（13.2%）、「課題分析票」（11.0%）の順である。

これらの認識結果は、先にみた「居宅介護支援（ケアマネジメント）業

務の実施状況」に反映しており、各業務項目に対する介護支援専門員の認識度が低いものは実施率も低くなっている。さらに、その項目の大部分が「ケアプランの説明・同意」や「ケアプランの交付（利用者）」等、直接的に利用者の自己選択、自己決定権に関わる機能を有するという観点から考えると、それらの項目が一連のケアマネジメントの過程で担う役割や機能への認識が不十分であると推測される。また、「担当者会議の開催」や「課題分析票」に対する認識及び実施率が低いことは、ケアプランの質が介護支援専門員の力量により規定されることとなり、介護保険制度が目指す本来のチームアプローチのシステムが機能していないことを意味する。

それらの項目の重要度に対する認識は高いが実施に至らないということと、必要性の認識がなく実施に至らないということの差異は大きいと考える。このような実施状況は、介護支援専門員の業務が利用者主体ということよりも、提供者サイドの都合（力量）中心に展開されていることを窺わせるものである。

- 3) このような実施状況に対して、介護サービスの利用者はどのような見解をもっているのだろうか。

介護保険制度では、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第38号）第26条により、指定居宅サービス等に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速に対応しなければならないとし、当該苦情の内容等を記録することも義務づけている。また、市町村からの求めがあった場合は、改善の内容を報告しなければならない。

介護支援専門員の常勤換算従事者数の最も多い、居宅介護支援事業所におけるデーター（平成17年度東京都）をみると、居宅介護支援において最も多い苦情内容は、「従事者の態度」（27.8%）、次に「サービスの質」（21.4%）、「説明・情報の不足」（18.1%）、「管理者等の対応」（15.9%）の順である（表1-1）³⁹⁾。

「サービスの質」に関しては、サービスの種類や提供される場の違いを超えて2～3割を占め、いずれにおいても1位または2位に位置してい

る。介護保険制度のスタート時（2000年）から2005年に到る、居宅介護支援における介護サービスの苦情内容をみると、数的に初年度より150件程度、減少している（表1-2）⁴⁰⁾。が、苦情内容においては、「従事者の態度」、「サービスの質」、「説明・情報の不足」の3点が主であり、介護保険制度スタート時から、依然として同程度の比率を占め、改善の状況が窺えないものになっている。

この結果を見る限り、従事者の態度や説明・情報の不足というのは、介護保険制度のめざす利用者主体の理念を基に、介護支援専門員に求められる説明責任や倫理、利用者の尊厳を左右するものである。また、サービスの質の問題は、専門的な知識・技術に根拠づけられた実践、利用者のニーズに即したサービスになり得ているかに係っている。

このような苦情内容は、先に述べた①介護支援専門員業務の実施状況より、利用者は真のニーズに合致しない介護サービスを漫然と提供される状況にあり、その人らしい生活支援には結実し難いこと、②居宅介護支援（ケアマネジメント）の重要項目に対する認識より、ケアプランの質が介護支援専門員の力量により規定されることとなり、チームアプローチのシステムが機能していないことと合致している。その結果が、利用者の苦情内容として反映されていると解釈できる。

これらに呼応するように、介護支援専門員実務研修テキスト（平成18年12月発行）においても、「連絡が取れない」「訪問してくれない」「希望しないサービスを押し付ける」等の苦情にも“ごめんなさい、忙しくて手が回りません”“来月は何とかします”というその場限りの謝罪や言い訳に終わらせず、事業所内の苦情手続きに沿って公にすると同時に、事業所として改善への具体的な取り組みが求められる」⁴¹⁾と、指摘している。テキスト上に紹介された内容は、これまで介護支援専門員の業務実態をみてきた中で、うまく機能していない内容として取り扱ったものと類似している。これは、本来、苦情というよりも利用者が福祉利用者としての当然の権利を主張したに過ぎない。介護支援専門員はじめ関係者が、何が権利で、何を本当の苦情と捉えるのか、

苦情に対するどのような認識をもっているかによって、苦情への対応は大きく異なってくる。

上野氏は、介護支援専門員の養成について、以下のように厳しく評している。

「介護保険におけるケアマネジャー制度は、利用者とサービス提供事業者とをつなぐ役割をケアマネジャーがするという、よく考えられた仕組みであった。が、制度と運用との間に著しいギャップがあることをケアマネジャーのケースほど示したものはない。

第1に、歴史的に全く経験のない新しい制度に乗り出すにあたって、利用者だけでなくケアマネジャーも全て経験がなく、実績も伴わなかった。ケアマネジャーについては、資格と能力が関連しないことを現場のヘルパーたちはよく知っていた。

第2に、制度開始に当たって人数を確保するために、いささか粗製濫造というべき〈大量生産〉が行われてしまった」⁴²⁾と。

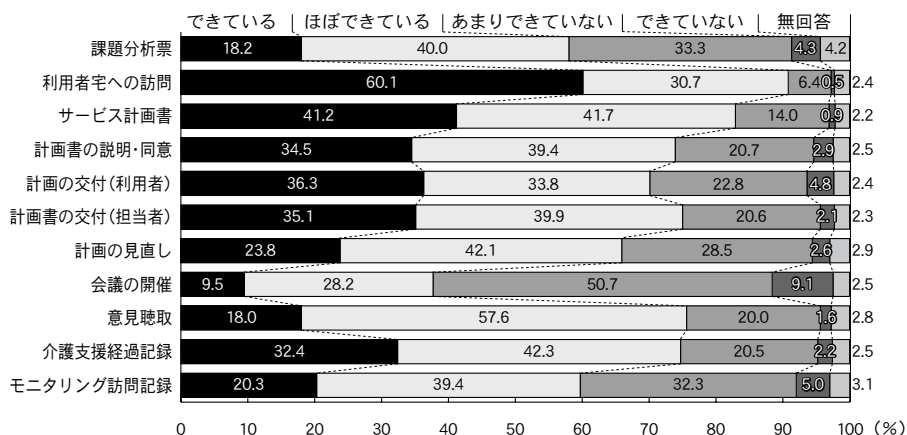


図1 介護支援専門員業務の実施状況

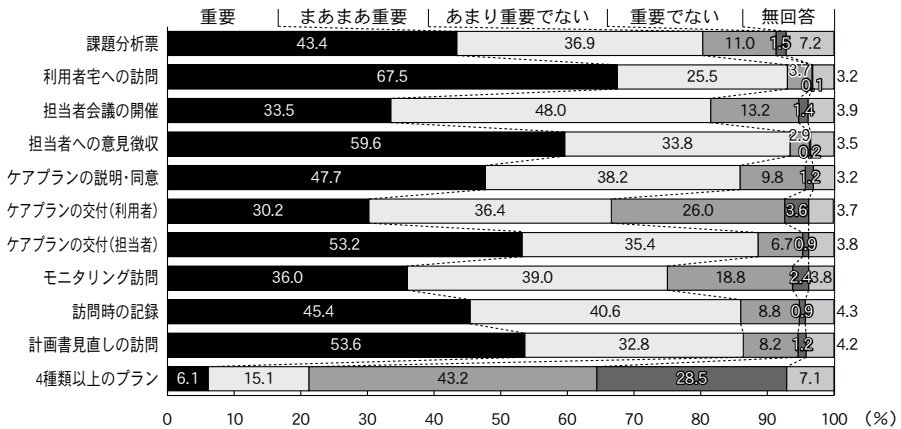


図2 在宅介護支援（ケアマネジメント）の重要項目に対する認識

表1-1. 苦情内容別の状況

(%)

区 分	内 容	総 数 (件)	サービ スの質	従事者 の態度	管理者等 の対応	説明・情 報の不足	具体的な 被害・損害	利用者 負担	契約・手 続き関係	その他
居宅介護支援		686	21.4	27.8	15.9	18.1	0.9	1.5	8.9	5.5
訪問介護		910	20.3	18.0	18.2	14.3	7.3	5.2	6.3	10.4
訪問入浴介護		22	9.1	0.0	22.7	18.2	18.2	4.5	9.1	18.2
訪問看護指導										
訪問リハビリテーション		40	25.0	20.0	10.0	15.0	5.0	2.5	15.0	7.5
居宅療養管理指導										
通所介護										
通所リハビリテーション		194	26.3	15.5	17.5	14.9	11.3	6.2	3.1	5.2
短期入所介護		190	22.6	8.4	14.2	15.3	18.4	4.7	8.4	7.9
認知症対応型共同生活介護										
特定施設入所者生活介護		139	27.3	5.0	27.3	13.7	9.4	6.5	7.2	3.6
福祉用具貸与・購入		86	14.0	12.8	8.1	30.2	7.0	9.3	3.5	15.1
住宅改修										
介護老人福祉施設		210	28.6	13.8	23.3	11.9	8.6	3.8	3.3	6.7
介護老人保健施設		156	31.4	12.2	18.6	11.5	14.7	3.8	3.2	4.5
介護療養型医療施設		26	26.9	7.7	3.8	11.5	0.0	30.8	7.7	11.5
その他		24	16.7	12.5	8.3	16.7	0.0	16.7	4.2	25.0
合 計		2,683	608	480	471	417	195	123	176	213

（『東京都における介護サービスの苦情相談白書 平成17年度』東京都国民健康保険団体連合会）

表 1 - 2. 2000～2005年の居宅介護支援の苦情内容

年度	内 容	総 数 (件)	サービ スの質	従事者 の態度	管理者等 の対応	説明・情 報の不足	具体的な 被害・損害	利用者 負担	契約・手 続き関係	その他
2000 (H.12)		829	22.3	31.5	8.3	17.2	2.5	3.4	7.6	7.1
2001 (H.13)		635	18.9	34.3	10.9	19.7	1.3	3.3	5.8	5.8
2002 (H.14)		657	23.7	30.7	13.1	17.5	2.0	1.7	6.2	5.0
2003 (H.15)		751	20.6	31.0	12.4	16.2	3.2	2.7	6.1	7.7
2004 (H.16)		738	27.2	25.1	11.0	20.3	1.8	2.0	8.4	4.2
2005 (H.17)		686	21.4	27.8	15.9	18.1	0.9	1.5	8.9	5.5

(『東京都における介護サービスの苦情相談白書 平成17年度』東京都国民健康保険団体連合会)

2. 介護支援専門員合格者の基礎資格別構成比率

上記のような実施状況の要因について、ケアマネジメントを担う介護支援専門員という観点から、介護支援専門員の有する基礎資格に焦点をあて考えてみたい。

2007（平成19）年度の受講試験は、介護支援専門員の養成スタート後、第10回目の実施となった。そこにおける介護支援専門員実務研修受講試験の累計合格者数（表2-1）⁴³⁾は432,658人で、その構成比率（平成19年12月現在）を基礎資格別にみると、表2-2の通り、最も高い割合を占めているのが看護師・准看護師（32.5%）、次いで、介護福祉士（29.0%）、相談援助業務従事者・介護等業務従事者（10.5%）、保健師（5.3%）、社会福祉士（4.2%）の順となっている⁴⁴⁾。一方、三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年）においては、介護福祉士資格取得者数が32.6%を占め、看護師30.4%を上回っている（表2-3）⁴⁵⁾。さらに、ホームヘルパー（1級・2級・3級）12.8%、准看護師7.2%である。

これらの資格別にその養成の特徴を改めてみると、介護福祉士の場合、介護福祉士資格取得者数（厚生労働省ホームページ）は、平成18年5月末現在で約54万5千人（内、介護保険事業に従事する者が約22万人、潜在的介護福祉士約18万人）で、その約6割が教育課程を経ない実務経験ルートに

による資格取得者である⁴⁶⁾。養成ルート（2年課程以上の養成）においては、ケアマネジメント過程の基礎となる問題解決過程、つまり、「介護過程の展開技術」に関する学習内容が規定されている。介護福祉士資格取得者において、どの取得ルートを経たかにより介護支援専門員として依って立つ基礎能力の差異が生じる傾向にあることの一因と考えられる。

ホームヘルパーについては、1～3級別のプログラムが企画されているとは言え、実践に即した短期間の内容となっている（表2－4）⁴⁷⁾。1級課程において、「ケアマネジメント技術・指導技術と介護技術の向上等」が演習62時間として設定されているが、一連の問題解決の過程自体を理解することはできたとしても、それを展開するために必要となる諸知識を習得するに十分な内容及び時間数を満たしているとは考えられない。

看護師については、3年以上の修業年限の下にいずれかの教育課程を経ないと資格取得の途はない。そこでは、基礎分野「科学的思考の基礎」と「人間と人間生活の理解」、専門基礎分野「人体の構造と機能」、「疾病の成り立ちと回復の促進」、「社会保障制度と生活者の健康」、専門分野はライフサイクルを軸に7つの領域に大別され、それぞれの実習を総称して「臨地実習」（23単位）が組み立てられている。その専門技術の1つにケアマネジメント過程の基礎となる問題解決過程、つまり、「看護過程の展開技術」の習得が大きな比重を占める。

このように看護師においては、医学的知識や健康生活に関連する諸分野の知識を幅広く学習し、専門的技術の1つに問題解決技術を習得している。しかしこれは、ケアマネジメントを展開する際の基礎的能力に位置づけることはできるが、介護保険制度におけるケアマネジメントは利用者主体を目指している。介護支援専門員が社会福祉の視座からの生活支援であること、介護保険制度の目指すケアマネジメントは利用者主体を理念とすること、利用者主体を具現化する過程には社会福祉援助技術が基盤となること等々を考えると、人権思想や自立支援及び権利擁護等を基盤にした、ケアマネジメント過程におけるエンパワーメントアプローチや権利擁護機能が必須とな

る。このような視座に立つと当然、看護師の守備範囲を超える新たな知識、技術が求められることになる。

次に、「介護支援専門員になる前の勤務先」（全国介護支援専門員連絡協議会による全国の居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員を対象に2003年11～12月調査実施）をみると、病院や特別養護老人ホーム・老人保健施設等を代表に施設内看護・介護の勤務先が37.1%を占めている（表2-5）⁴⁸⁾。一方、在宅に関連した施設外をフィールドとするものは、33.5%である。ここで問題視されるのは、介護支援専門員の基礎資格と同時に、そのフィールドがどこにあったかという活動の場の違いである。それは基礎資格の専門職性が、活動の場により帰属フィールドでのあり方として内面化されるという特徴を有するためである。看護師、介護福祉士を問わず、その活動展開の場が施設内であるか又は施設外であるかにより、生活支援における着眼点や方法は大きく異なってくる。そして、そのように内面化された専門職性は容易に変わることはない。介護支援専門員の担うケアマネジメントが在宅介護支援にあることを考えると、基礎資格から生じる特性のみならず、フィールドの違いから派生する傾向特性をも射程に入れた介護支援専門員の養成研修カリキュラムが求められる。

以上のような、介護支援専門員の業務実態及び介護支援専門員の主たる構成者の基礎資格の背景等を考えると、受験資格要件自体に問題を孕んでいる。それぞれの基礎資格の有する背景等は自明のうえで、基礎資格を拡大し新たな役割を担う介護支援専門員として養成する以上は、それぞれの基礎資格の不足内容やこれまでのフィールド特性をカバーする形での養成プログラムの内容が不可欠であると考える。

表 2－1．介護支援専門員実務研修受講試験の累計合格者数

回	人	受験者数（人）	合格者数（人）	合格率（％）
第 1 回（平成10年度）		207,080	91,269	44.1
第 2 回（平成11年度）		165,117	68,090	41.2
第 3 回（平成12年度）		128,153	43,854	34.2
第 4 回（平成13年度）		92,735	32,560	35.1
第 5 回（平成14年度）		96,207	29,508	30.7
第 6 回（平成15年度）		112,961	34,634	30.7
第 7 回（平成16年度）		124,791	37,781	30.3
第 8 回（平成17年度）		136,030	34,813	25.6
第 9 回（平成18年度）		138,262	28,391	20.5
第10回（平成19年度）		139,006	31,758	22.8
合 計		1,340,342	432,658	—

(平成19年12月現在／厚生労働省ホームページより)

表 2－2．介護支援専門員合格者の基礎資格別構成比率

(第 1 回～第10回の合計)

順	基礎資格	人数（人）	構成比率（％）
①	看護師・准看護師	143,373	32.5
②	介護福祉士	127,997	29.0
③	相談援助業務・介護等業務従事者	46,473	10.5
④	保健師	23,439	5.3
⑤	社会福祉士	18,632	4.2
⑥	薬剤師	18,220	4.1
⑦	医師	14,738	3.3
⑧	栄養士（管理栄養士含む）	9,319	2.1
⑧	歯科衛生士	9,221	2.1
⑩	理学療法士	8,532	1.9
⑪	あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師	5,753	1.3
⑫	作業療法士	4,978	1.1
⑬	歯科医師	3,335	0.8
⑭	柔道整復師	2,675	0.6
⑮	精神保健福祉士	2,306	0.5
⑯	助産師	1,686	0.4
⑰	視能訓練士	158	0.0
⑰	義肢装具士	96	0.0
合 計		441,521	100

(平成19年12月：厚生労働省ホームページを基に作成)

表 2 - 3. 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の基礎資格割合

(複数回答)

基礎資格	介護支援専門員 (人)	総実人員に対する割合 (%)
総実人員	1927	100.0
医師	20	1.0
歯科医師	26	1.3
薬剤師	47	2.4
保健師	67	3.5
助産師	15	0.8
看護師	585	30.4
准看護師	139	7.2
理学療法士	6	0.3
作業療法士	5	0.3
社会福祉士	126	6.5
介護福祉士	629	32.6
視能訓練士	—	—
義肢装具士	1	0.1
歯科衛生士	36	1.9
言語聴覚士	—	—
あん摩・マッサージ・指圧師	8	0.4
はり師	13	0.7
きゅう師	10	0.5
柔道整復師	11	0.6
栄養士	34	1.8
精神保健福祉士	11	0.6
ホームヘルパー 1 級	129	6.7
ホームヘルパー 2 級	106	5.5
ホームヘルパー 3 級	12	0.6
その他	119	6.2
無回答	170	8.8

(三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」平成15年)

表 2－4．ホームヘルパー養成研修

課程	研修内容	時間	時間内訳
1級課程	講義：社会福祉関連制度とサービス、介護方法と技術、チームケアとチームワーク等 演習：ケアマネジメント技術、指導技術と介護技術の向上等 実習：痴呆性高齢者等処遇困難事例対応実習、デイサービスセンター実習、チーム運営方式業務実習、訪問看護同行訪問、在宅介護支援センター職員との同行訪問等 ＊2級課程を修了した者を対象として行われる。	230	講義84 演習62 実習84
2級課程	講義：福祉サービスの基本視点、社会福祉の制度とサービス、ホームヘルプサービスに関する知識、サービス利用者の理解、介護に関する知識と方法、家事援助に関する知識と方法、相談援助とケア計画の方法等 演習：共感的理解と基本的態度の形成、基本介護技術、ケア計画の作成と記録・報告の技術等 実習：介護実習、ホームヘルプサービス同行訪問、在宅サービス提供現場見学	130	講義58 演習42 実習30
3級課程	講義：社会福祉に関する知識、ホームヘルプサービスに関する知識と方法等 演習：共感的理解と基本的態度の形成、介護技術入門等 実習：在宅サービス提供現場見学	50	講義25 演習17 実習 8

「訪問介護員に関する省令」（厚生労働省）

表 2－5．介護支援専門員になる前の勤務先 n=1,871

種別	%	種別	%	種別	%	種別	%
病院	15.4	療養型医療施設	1.3	グループホーム	0.1	通所介護	5.9
診療所	4.0	訪問介護	9.6	有料ホーム	0.3	用具貸与	0.4
薬局	0.9	訪問看護	7.7	在宅支援	16.2	学校	0.3
特別養護老人ホーム	11.7	老人保健施設	8.7	その他	14.5	無回答	3.0

Ⅳ．生活支援専門職の専門職性からみた介護支援専門員養成研修事業の課題

高齢者ケアにおいて重要な役割を担う介護支援専門員の養成研修事業に焦点を当て、生活支援専門職としての専門職性を検討し、介護支援専門員業務の実態をみてきた。

ここでは、本稿において問題視している「介護支援専門員実務研修」のカリキュラムを対象に、生活支援専門職の専門職性及び専門職の構成要件からみた介護支援専門員養成について検証する。

1. 生活支援専門職の専門職性の視座からみた「介護支援専門員実務研修」

「介護支援専門員実務研修」（介護保険法施行規則第113条の4）は、都道府県知事が厚生労働省令で定める「介護支援専門員実務研修受講試験」に合格した者が、当該都道府県知事の登録を受ける要件として位置づけられている。さらに登録を受けた者が、介護支援専門員証の交付を受ける際に受けなければならない「再研修」（介護保険法施行規則第113条の16）が定められている。これら「介護支援専門員実務研修」と「再研修」及び実務未経験者に対する「介護支援専門員更新研修」については、研修内容が同一である。

それらの研修内容は、利用者の自立支援を図るためにケアマネジメントの過程に沿って各段階で必要な視点や手法を修得できるものでなければならない（厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準〈平成18・3・31、厚労告218〉）として、表3-1（介護支援専門員実務研修及び再研修）、3-2（実習自己評価表）、3-3（ケアマネジメント実習事例の検討まとめ）のとおりである。また、研修実施上の留意点として、研修内容の「介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術」及び「介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術」については、1班8人以下の班編成により実施すること、さらに班編成にあたっては保健、医療、福祉の各職種の均衡に配慮することが記されている。なお、研修担当講師の要件は、その内容別に表3-4のように示され、当研修修了者をその任に当てている⁴⁹⁾。

ここで、「介護支援専門員実務研修」内容を、先に提示した生活支援専門職の専門職性の視座から検証する。検証に当たり、提示した生活支援専門職の専門職性①～⑨を、次の4つの視座、A) 社会福祉の理念及び人権思想に関する内的枠組みがある、B) 福祉利用者の自己決定権の行使、権利擁護を支援できる、C) 福祉サービス利用者の生活課題を明確化（アセスメント能

力）できケアマネジメントを実践できる、D）他職種と連携・協働できる、に括り基準として用いる。

先ず、A【社会福祉の理念及び人権思想に関する内的枠組みがある】、B【福祉利用者の自己決定権の行使、権利擁護を支援できる】については、触れていないに等しい状況である。かろうじて、「介護保険制度の理念と介護支援専門員に関する講義」として2時間組まれてはいるが、本稿で求めている専門職性とは程遠い。介護支援専門員は多様な基礎資格を基盤にして、新たな役割を担うための専門職性を再構築する必要がある、その専門職性の核となるのは、利用者本位の考え方（理念）を習得するための理論や思想であり、その考え方を具現化するために必要な知識や技術である。ケアマネジメントの展開技法は、理念を具現化する際の枠組みとして必要ではあるが、枠を埋める知識がなければ意味をなさない。そういう意味から、C【福祉サービス利用者の生活課題を明確化でき、ケアマネジメントを実践できる】に研修時間の多くを割いているが、ケアマネジメントを実践できる技術のみに偏重し、ケアプラン作成上、重要な意味をもつ生活課題を明確化するためのアセスメントに必要な知識体系には着目されていない。また、D【他職種と連携・協働できる】についても、3時間の演習の中で「多職種連携に関する演習を行うこと」の指示に留まっている。

多岐にわたる基礎資格を有する介護支援専門員が、初めて受講する実務研修の内容は、介護保険制度におけるケアマネジメントの展開技法に限定され、ケアマネジメントの過程そのものに対する講義とその技術演習で構成されている。「介護支援専門員資質向上事業実施要綱」（平成18年6月15日老発第0615001号厚生労働省老健局長通知）の目的では、ケアマネジメントの中核を担う介護支援専門員について、その養成段階で行われる介護支援専門員実務研修や現任者を対象とした研修等を体系的に実施することにより、利用者本位、自立支援、公正中立等の理念を徹底し、その専門性を図ることをねらっている。しかし、介護支援専門員養成研修の第一段階に相当する介護支援専門員実務研修の内容は、介護保険制度において初めて導入されたケアマ

ネジメントの展開技法に終始している。当事業のめざす利用者本位や自立支援の理念を介護支援専門員が修得し、内面化できるような研修内容及び研修期間としての課程に構成されていない。

このように、新たな役割を担う第一段階の研修において、役割を果たす上で核に値する研修内容が組まれていないことから、介護保険制度下で利用者主体という考え方を介護支援専門員がどのように具体化することを求められているのかが読み取れない。少なくとも、現行研修制度で養成された介護支援専門員は、次期更新を迎えるまでの5年間を、理念を伴わない手技に依拠する形でケアマネジメント業務を担うことになる。これはまさに介護保険制度下のケアマネジメントが、システム指向であることを裏付けるものとなっている。また、時間数は明記されていないが「介護支援サービスの基礎技術に関する実習」が設定され、表3-2、3-3に示した実習自己評価表に基づき、実習のポイントに沿った5段階評価が課されている。しかし、当実習自己評価表の項目にも、利用者主体の視点を意識づけるような評価内容を見出せないばかりか、ケアマネジメント過程の非常に初歩的な評価項目となっている。

表 3－1．介護支援専門員実務研修及び再研修

区分	科 目	時間	備考
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員に関する講義	2	
	介護支援サービス（居宅介護支援並びに施設における施設サービス計画の作成、サービスの利用援助及び施設サービス計画の実施状況の把握をいう。以下同じ。）の基本に関する講義	2	
	要介護認定の基礎に関する講義	2	
	受付及び相談と契約に関する講義	1	
	アセスメント、ニーズの把握の方法に関する講義	2	
	居宅サービス計画等の作成に関する講義	2	
	モニタリングの方法に関する講義	2	
	地域包括支援センターの概要に関する講義	2	
	介護予防支援に関する講義	3	
	介護支援サービスを実施するために必要な技術に関する講義	3	相談面接技術の理解に関する講義
	実習オリエンテーション	1	
	アセスメント、ニーズの把握の方法に関する演習	4	
演習	居宅サービス計画等の作成に関する演習	4	
	アセスメント及び居宅サービス計画の作成に関する演習	6	
	介護予防支援に関する演習	4	
	介護支援サービスのアセスメントを実施するために必要な技術に関する演習	3	多職種連携に関する演習を行うこと
	意見交換、講評	1	
実習	介護支援サービスの基礎技術に関する実習		
合 計		44	

(厚生労働大臣：介護支援専門員等に係る研修の基準)

表 3－2．実習自己評価表

	実習のポイント	自己評価
①	実習協力者に実習の目的や内容を説明できる。	1：できなかった 2：あまりできなかった 3：どちらともいえない 4：何とかできた 5：的確にできた ＊各項目の5段階評価をする
②	居宅での面接で、実習協力者に快くお話をしていただくことができる。	
③	居宅での面接で、実習協力者から必要な情報を得ることができる。	
④	「要介護認定調査票」の作成ができる。	
⑤	「課題分析表」の作成ができる。	
⑥	「社会資源調査票」の作成ができる。	
⑦	実習協力者のニーズを把握することができる。	
⑧	「ケアの目標」を設定することができる。	
⑨	ケアプランに組み込むサービスの目標や内容を明確にすることができる。	
⑩	「サービス利用票簡易版」の作成ができる。	
⑪	「事例検討表」にポイントを整理して記載することができる。	

(改定介護支援専門員実務研修テキスト)

表 3－3．ケアマネジメント実習事例の検討まとめ

	実習事例のポイント	自己評価
①	事例検討の意義と目的を説明できる。	1：できなかった 2：あまりできなかった 3：どちらともいえない 4：何とかできた 5：的確にできた ＊各項目の5段階評価をする
②	事例検討の方法を実行できる。	
③	事例検討の留意点を実行できる。	
④	チームアプローチの視点で事例を検討することができる。	
⑤	生活機能の視点で事象をみることができる。	
⑥	個人的要因と環境的要因の背景因子で説明できる。	
⑦	事例の概要と判断の根拠を的確に説明できる。	
⑧	生活の目標などから生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を実際に導き出すことができる。	
⑨	長期目標と短期目標を実際に導き出すことができる。	
⑩	介護サービスにつながるまでのステップを説明できる。	

(改定介護支援専門員実務研修テキスト)

表 3 - 4. 介護支援専門員研修の講師要件

研修内容	時間	講師要件
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度の理念と介護支援専門員 ・ 介護支援サービス（ケアマネジメント）の基本 ・ 要介護認定等の基礎 ・ 地域包括支援センターの概要 	2 2 2 2	介護保険制度における介護支援専門員の役割について相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術 ・ 介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術 	22	原則として「介護支援専門員指導者研修事業実施要綱」に基づく研修を平成15年度以降に修了した者（介護支援専門員指導者）を充てる。 必要数を確保できない場合は、同等の知識を有すると認められる者を以下の中から選定する。 ア. 平成14年度以前に「介護支援専門員指導者研修事業実施要綱」に基づく研修を修了した者。 イ. 「主任介護支援専門員研修実施要綱」に基づく主任介護支援専門員研修を修了した者。 ウ. 「ケアマネジメントリーダー養成研修事業実施要綱」に基づく研修を修了した者。 エ. 学識経験者その他都道府県が適切と認める者。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防支援 	3	介護予防支援に関する研修を修了するなど介護予防支援について相当の知見を有する者を充てる。

（『改定介護支援専門員実務研修テキスト』より抜粋、作成）

2. 専門職の構成要件からみた介護支援専門員養成

次に、上記の生活支援専門職の専門職性を専門職として構築するために、先述した仲村氏の〈専門職の視点〉や大橋氏の〈専門職を構成させる要因〉及び秋山氏の〈社会福祉専門職の条件〉等を視野に、仲村氏の論に沿いながら、専門職の構成要件からみた介護支援専門員養成について検証する。但し、専門職養成のあり方を問うているため、ここでは養成に関連する3つの構成

要件にとどめる。

専門職とは、

その1)「科学的理論に基づく専門の技術の体系をもつ」に関しては、介護支援専門員の受験資格要件に多様な職種が認められ、それらの教育背景も多様である。

多様な専門分野を基礎資格に、新たな役割を担う専門職の養成であるにもかかわらず、その養成研修においては、基礎資格の多様性を考慮したカリキュラムになっていない。科学的理論の根拠は、基礎資格に依拠するという状況にある。同時に、基礎資格によっては、その資格が教育課程を経ないまま取得可能なものもあり、これまでの経験に依拠せざるを得ない現状である。その上に専門の技術として、新たなケアマネジメント手法の伝達に終始した研修が組まれている。ケアマネジメントの枠組みだけを習得し、その展開において基盤となるはずの科学的理論に限界を有している。

その2)「その技術を身につけるのには、一定の教育と訓練が必要」では、介護支援専門員としての資格登録時、5年後の更新時というように、段階的な研修が組み立てられているとは言え、その期間は登録時で44時間、更新時に53時間となっている。

上述したように、介護支援専門員の受験資格要件が多様な基礎資格とその教育背景であること、介護支援専門員の役割が新たな専門職性を必要とすること、その専門職性の如何が生活者としての利用者の権利を左右すること等をふまえると、その役割の重さに比して便宜的で簡易な養成となっている。

その3)「一定の試験に合格して能力が実証されなければならない」については、養成研修を受講する要件として、都道府県レベルで全国共通の試験が実施され、合格した者だけが養成研修を受講できる仕組みである。

多様な専門分野の基礎資格を唯一括れる共通項は、対人援助職ということだけである。

多様な専門分野を基礎にしながら、個々に共通試験を受験するための学習準備をしたうえで、新たな役割を担う対人援助の専門的な内容を研修により

積み上げたいところであるが、その基盤が不安定であれば不安定なままに積み上げられることは自明である。基礎資格の多様性が考慮されていない画一的な内容の、かつ短期間の研修を受講しただけで、新たな役割に見合う能力が培われているとは考え難い。

以上、専門職の構成要件からみた介護支援専門員養成についてみてきたが、養成課程そのものが、専門職の構成要件にはほど遠い現状にある。介護支援専門員は国家資格ではないが、事実上は業務独占の実態にあり、その社会的役割も大きいと言える。介護支援専門員の社会的な役割に見合う養成のあり方と、その資格の位置づけに対する検討が緊急の課題である。

利用者主体の生活支援においては、福祉サービス利用者の自己決定権の保障に向けたエンパワーメントアプローチや権利擁護機能が生活支援専門職に不可欠となる。それらは、社会福祉の価値を基にした専門的知識及び技術に値する。またケアマネジメントは、基本的に問題解決技法の応用であり、各専門分野で活用され、独自の専門的技術へと発展している。そのため、どの職種、資格でも実践できそうなケアマネジメントであるが、介護支援専門員の現状が示しているように、ケアマネジメントのプロセスが分かるだけでは、その展開はできない。高齢者ケアにおける介護支援専門員の役割、責任を、利用者主体の視座から適切に担える生活支援専門職の養成システムの検討が、喫緊の課題である。

付記：本稿は、学位（博士）論文の一部を加筆・修正したものである。

注

- 1) 狭間香代子『社会福祉の援助観』筒井書房、pp.15～17、2006.
- 2) 秋元美世『福祉政策と権利保障—社会福祉学と法律学の接点—』法律文化社、p.63、2007.
- 3) 黒澤貞夫『生活支援学の構想』中央法規、pp.22～23、2006.

ここでいう「生活支援」とは、「介護予防・生活支援事業」（平成13年

- 5月25日付け老発第213号厚生労働省老健局長通知)、福祉サービス利用
援助事業(地域福祉権利擁護事業) / 「地域福祉推進事業の実施につい
て」(平成13年8月10日社会福祉援護局発第1391号)にいう「生活支援」
とは区別して用いる。
- 4) 上野千鶴子・中西正司『当事者主権』(第9刷) 岩波新書、p.9、
2006.
- 5) 和気純子『高齢者を介護する家族』川島書店、p.149、1999.
- 6) 小松源助監訳『高齢者エンパワーメントの基礎—ソーシャルワーク実
践の発展を目指して—』相川書房、p.39、2000.
- 7) 小田兼三他『エンパワメント実践の理論と技法』中央法規、p.7、
1999.
- 8) 前掲5) 和気、p.153.
- 9) 前掲1) 狭間、pp.102~103.
- 10) 同上、p.103~104.
- 11) 白澤政和「日本における社会福祉専門職の実践力」『社会福祉研究』
鉄道弘済会、第90号、p.17、2004.
- 12) 大川弥生「介護研究へのいざない」『介護福祉士』日本介護福祉士会、
第2巻第1号、p.23、2004.
- 13) 三井さよ『ケアの社会学』勁草書房、p.34、2006.
- 14) 同上、p.34.
- 15) 同上、p.39.
- 16) 似田貝香門「専門職ボランティアの可能性」『看護教育』医学書院、
p.257、1999.
- 17) 高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支え
るケアの確立に向けて—』法研、p.37、2003.
- 18) 下山久之『介護福祉士のための教養学②介護福祉のための社会学』弘
文堂、p.178、2007.
- 19) 三島亜紀子『社会福祉学の〈科学〉性—ソーシャルワーカーは専門職

- か？～』勁草書房、p.4、2007. 表1-1.「専門職業の属性—研究者別比較一覧表」参照
- 20) 秋山智久『社会福祉専門職の研究』ミネルヴァ書房、p.107、2007.
- 21) 仲村優一『社会福祉教育・専門職論』旬報社、pp.101～103、2002.
- 22) 京極高宣『専門職・専門教育』中央法規、pp.114～118、2002.
- 23) 大橋謙策「社会福祉職員の資格問題と社会福祉教育」『社会福祉の専門教育』光生館、pp.28～29、1990.
- 24) 村田久行『ケアの思想と対人援助』川島書房、pp.97～105、2003.
- 25) 新村出編『広辞苑第五版』岩波書店、p.2860、1998.
- 26) 黒澤貞夫『生活支援の理論と実践』中央法規、p.7、2001.
- 27) 障害者福祉研究会編『国際生活機能分類—国際障害分類改訂版』厚生労働省、p.18、2002.
- 28) 上田敏『ICFの理解と活用』（初版第9刷）きょうされん、p.29、2007.
- 29) 同上、p.29.
- 30) 黒澤貞夫編著『ICFをとり入れた介護過程の展開』建帛社、pp.12～14、2007.
- 31) 杉野昭博『障害学—理論形成と射程—』東京大学出版会、pp.47～50、2007.
- 32) 前掲25) 黒澤、p.86.
- 33) 新井誠、秋元美世、本沢巳代子『福祉契約と利用者の権利擁護』日本加除出版、p.233、2006.
- 34) 前掲5) 和気、p.43.
- 35) 同上、p.67.
- 36) 日本弁護士会連合会 高齢者・障害者の権利に関する委員会『契約型福祉社会と権利擁護のあり方を考える』あけび書房、p.113、2002.
- 37) 全国介護支援専門員連絡協議会「平成15年度介護支援専門員の業務実態に関する全国調査」『介護サービス統計資料年報2005』食品流通情報

センター、p.298、2005.

38) 同上、p.299

39) 東京都国民健康保険団体連合会『東京都における介護サービスの苦情
相談白書 平成17年度』p.17、2006.

40) 同上、p.33.

41) 前掲35) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会、pp.540～541.

42) 前掲4) 上野、pp.176～177.

43) <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/12/h1225-4.html>

44) 同上

45) 三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態
に関する調査」2003（平成15）

46) 前掲43)

47) <http://law.e-goc.go.jp/haishi/H12F03601000023.html>

48) 前掲45) 三菱総合研究所、p.296.

49) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会『改訂介護支援専門員実
務研修テキスト』長寿社会開発センター、pp.31～32、2006.