
原著論文

「介護福祉実践」事象をめぐる論争：1990年代後半－2000年代

太田 貞司

Debate on the implementation of care work

Teiji Ota

介護福祉士創設(1987年)から30年になる。この間の介護福祉実践の性格についての議論を 1) 介護福祉士創設直後の社会福祉の視点が強調された期間(1990年代前半まで), 2) 介護福祉士業務における「医療」をめぐる議論が起きた時期(1990年後半～2010年), 3) 「医療的ケア」導入によって介護福祉士と看護師の一応の「職域分担」が明示された2011年以後)の3つに分けられる。2)の時期の議論には, 3つの立場があった。第一は「看護の立場」, 第二は「社会福祉の立場」, 第三は「第三の立場」であった。2011年の「医療的ケア」導入後, 看護師と介護福祉士の「棲み分け」がなされ, 両者の連携が強調されるようになる。「看護の立場」論は弱くなった。しかし, 「看護の立場」論の代表的な研究者高木は, 「日常生活の営み」支援＝「世話」(看護)を展開し, 「第三の立場」論に大きな影響を与える。本稿は介護福祉実践の事象を, 制度上また, 先進国の長期ケアの流れの中での日本の介護福祉実践の位置を確認し, 2)の時期に「看護の立場」を展開した高木の言説(「日常生活の営み」支援＝看護)を振り返り, 介護福祉学構築の視角を定めることにある。

キーワード：介護福祉実践, 介護福祉, 日常生活の営み, 看護, 介護, 高木和美

Thirty years have passed since the establishment of the Japan' certified care worker system in 1987. Debate regarding the implementation of care work over this time can be divided into the following three periods: 1) The period of establishment of care worker certification (until early 1990s), 2) the period during which debate regarding "medical care" in care worker duties (late 1990s-2010) and 3) the period from the introduction of "medicalized care" onward (2011 onward). Debate regarding 2) was based on three standpoints—the nursing standpoint, the social welfare standpoint and the third standpoint. The introduction of "medicalized care" in 2011 marked distinguished roles of nurses and care workers, resulting in increased emphasis on inter-professional collaboration. Theories on the standpoint of nursing became weaker. However, Takagi, a renowned researcher on nursing standpoint theory, developed the notion that "everyday life" support="care" (nursing), which greatly influenced "third standpoint" theory. This paper investigates the implementation of care work, reviews Takagi's view that "everyday life" care=nursing, which was developed based on the "nursing standpoint" in the period described in 2), and lays out the perspective and groundwork of care work.

Key words: practice of certified care worker, care work, everyday life, nursing, care, Kazumi Takagi

はじめに：介護福祉実践をめぐる3区分

介護福祉士創設(1987)以来, とりわけ1990年代後半から2000年代にかけて, 介護福祉士の「介護福祉実践」の「専門性」「固有性」をめぐる, 言い換えると介護福祉の事象, 対象とは何かについて議論が繰り返されてきた。「日常生活を営む」(社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項)ことを支援するということは何か, 「日常生活の営み」の何を支援するのかという議論であっ

た。また, 「日常生活の営み」と「療養上の世話」(看護)は同じかという議論であった。さらに「日常生活の営み」を支援する職能集団として, 独立したものなのか, 独立しているのならば, その職能集団は何を「社会的分業」とするのかを議論してきた。とくに, 「介護福祉実践」の性格は, 看護なのか, 社会福祉なのか, それとも看護でもなく社会福祉でもなく, 第三の新たな「第三の立場」として性格を持つ実践かという議論であった。現在, 議論の決着がついている訳ではないが, 2011年の「医療的ケア」導入前後では, 議論の方向性は異なる。

介護福祉士創設(1987年)以後の30年間の介護福祉

実践の性格についての議論は 1) 介護福祉士創設の期間 (1990 年代前半まで), 2) 介護福祉士業務における「医療」をめぐる議論が起きた時期 (1990 年後半～2010 年), 3) 「医療的ケア」導入以後の時期 (2011 年以後) の 3 つに分けられる。

1) の時期は、介護福祉士創設直後から 1993 年の日本介護福祉学会設立直後までで、一番ヶ瀬等の社会福祉の立場での議論が強かった。2) の時期は、「医療的ケア」導入までの間、医療との関係で介護福祉実践の性格をどう理解するのかという点をめぐって議論が活発となった。この時期の議論には、3つの立場があり活発に議論が行われた。第一は「看護の立場」(高木 1998), 第二は「社会福祉の立場」(一番ヶ瀬等), 第三は「第三の立場」(金井 1998 ; 2004, 野中 2015) であった。2011 年の「医療的ケア」導入後、看護師と介護福祉士の一応の「棲み分け」がなされ、両者の連携が強調されるようになる。

3) の時期は、「医療的ケア」が介護福祉士の職域に導入されて、制度上では、看護の指導を受けながら介護福祉士が「医療的ケア」を行うとされ、看護師と介護福祉士の業務の区分が一応明確にされ、「看護の立場」論は「下火」になる。むしろ看護師との連携が強調され、制度上は整理され表面上決着を見た形となったと言える。

2) の時期、「看護の立場」論の代表的な研究者は、高木和美であった。高木は、「日常生活の営み」支援＝「世話」(看護)を展開し、「第三の立場」論に大きな影響を与えた。高木の主張は、高木自身は社会福祉・社会政策の立場の研究者であり、「福祉」の視点で、看護実践＝介護(福祉)実践を論じたところに特徴があった。高木は「社会サービスとしての看護と介護は、いずれも基礎的看護の教育訓練を経てこそできる「総合的科学的な身のまわりの世話」である」(高木 1998 : 8) という。しかも、看護とは何かを問い、特に看護の「療養上の世話」の意味、その職業化の方向を示した点で、重要な指摘であった。同時にまた、高木の場合は、ケースワークの“否定論”の立場から介護を論じて、介護福祉実践を看護実践とみたのである。高木は、介護福祉という見方はせず、「介護」である。「日常生活の営み」支援を「療養上の世話」と捉えて、看護実践＝介護実践とみるのが高木の立場である。高木の主張は、看護をどのようにとらえるのか、そのどこに介護の立脚点をもつかという点が、「第三の立場」に大きな影響を与えた。

「第三の立場」に立つ野中は、介護は政策的に看護から分離されたという高木の主張に同意して、次のように述べている。「高木の主張から 10 年が経過した現在、高齢化の進展にともなう社会環境の変化は、新たな課題を

生み出している。現在の日本の医療看護体制の中で看護では対応できない現実がある。介護は本質的に看護と同種であるということ的前提にしながらもなお、介護福祉士に求められているものがある。」(野中 2015 : 8)

野中は、高木の主張に賛同しつつ、「看護と同種」とは何かを問っている。そして、その上で、高木の主張とは違って、「なお、介護福祉士に求められているもの」と「第三の立場」があるのではないかと問っている。2) の時期における介護福祉の議論で、何が議論となったのか、改めて検討することは、今後の介護福祉学の構築にとって避けられない作業と思われる。

本稿では、介護福祉士創設後の「日常生活の営み」の支援をめぐる議論を整理する。また創設後の介護福祉実践をめぐる議論を 3 区分に分ける意味を示し、日本の独自の介護福祉実践の展開の中でなぜこうした議論が起きたのかを、先進国の長期ケアの展開の視点でとらえる。そして 2) の時期の特徴的な言説である、高木の「介護(福祉)実践＝看護実践」の言説を確認する。

それは、「社会福祉の立場」、「第三の立場」の理解にとって必要と思われ、また「医療的ケア」導入後、介護福祉は看護でないならば何かという点、あるいはまた社会福祉のソーシャルワークとの関係はどのようなものかという点を考えるためにも、高木の主張は「出発点」になるように思われる。「社会福祉の立場」と「第三の立場」については別に論じたい。

【1】介護福祉実践

1. 介護福祉への問い

経済学者で思想家でもあった内田義彦は、学問には英語のインクワイアリー (inquiry 問うこと) が大切だと述べている。また、これがこれまで日本になかなか根付かないできたとも述べている。そして、西洋の真似事ではなく、学問の歴史を、インクワイアリーの歴史という視角からみなおす視角から研究を進めなければ、外界の問題を学問的世界におくりこんでゆくという作業が出来ない、と述べている (内田 2009 : 93)。

外国の真似事でもなく、他分野の真似事でもなく、介護福祉学の構築を試みるとき、この内田が述べたことは重要だ。一部に、良くも悪くも、日本のケアワークである「介護福祉」は「ガラパゴス化」¹⁾ したと言われるが、極めて日本独自の発展を遂げ、日本的な特徴を持つ介護福祉、介護福祉士、介護福祉実践の成立とその後の展開を考えると、これまで家族等の「介護」で行われていた領域が外部化し、社会化するプロセスを辿ってきたものの中に、日本の制度的な特徴、文化的な特徴を踏まえな

がら、介護福祉という独自の領域を切り開いてきた介護福祉の研究者が、介護福祉実践の中に何をインクワイアリーしてきたのかを確認する作業が必要に思われる。介護福祉領域の研究者たちは、日本における介護政策、制度政策、介護福祉実践の展開に、何をインクワイアリーしたのだろうか。

介護福祉学を切り拓こうとしてきた研究者には、日本学術会議で初めて専門的な介護職の課題を示し、日本介護福祉学会設立に尽力した一番ヶ瀬康子、介護福祉士誕生前から介護職教育に取り組み、介護福祉に関する多くの著書を著し介護福祉学の体系化に尽力した西村洋子、介護福祉を生活支援と捉えた黒澤貞夫、また、岡村理論をもとに介護福祉論を展開した奈倉道隆等と少なくない。「日本における介護福祉思想の起点」(太田2006)²⁾は、理念・価値、知識、判断、技術を一体的にもつ介護福祉士資格が創設された1987年の時点前後に求めることができよう。当時まだ、こうした考え方に基づく介護福祉実践の蓄積はまだ多くはなかったとはいえ、介護福祉学の構築にむけた理論的な研究の端緒を見ることができる。①国家資格介護福祉士誕生後の1980年代末、1990年代(とくに1990年代前半)、②1990年代後半から2010年まで、③2011年以後、それぞれの時期において研究者たちが何をインクワイアリーしたのかが問われよう。

2. 本稿の用語

まず、本稿では、「介護福祉」、「介護福祉実践」、「介護職チーム」、「介護職」の用語を以下のように捉えたい³⁾。

「介護福祉」は、心身に障害があり日常生活を営むことに支障があっても、自分の日常生活を自分で営み、社会的関係を維持し社会生活を送れるように、医療と協働し、身近で継続的に支援することであり、また人生を全うできるように、要介護者とのリレーショナルな支援と捉えたい。介護福祉は、家族介護、国家資格介護福祉士の無資格者の介護と区別して、理念・価値・知識、判断⁴⁾、技術を一体的にもつ有資格者が中心になって実践とする介護を意味する、とする。

介護福祉士の養成教育、また養成校卒業者に国家試験の受験を義務化されてこなかったことから、理念・価値・知識、判断、技術を身につけた介護福祉士と言えるか、という意見も少なからずある。身につけたものが十分かという疑問もあるからである。また、実務者経験で国家試験を受けて介護福祉士となったものでも、国家試験は、医師や看護師などの国家試験を持つ他の職能集団と同様に、国家資格取得後にさらに、磨きをかけるものであり、最低限の理念・価値・知識、判断、技術を身につけたものだといっても、それらが十分身につけているかと言え

ば、疑問もない訳ではない。

「介護福祉実践」は、同様に介護実践と区別して、介護福祉士が中心となって、理念・価値を持ち、適切な介護福祉判断と的確な介護福祉技術からなる実践とする。さらに、理念・価値、知識、判断、技術を一体的にもつ介護福祉の実践は、他職種と協働して、介護職チームの中でこそ行われ、介護福祉実践は介護現場では個の実践であるが、同時にチームで実現するものと捉える。

介護現場のこれまでの経過を振り返れば、既に述べたように、「介護職チーム」は、無資格者や経験が浅い介護福祉士を含む様々な人で構成される重層的なチーム(太田2017:22)として形成されてきた。そして、そのチームには、介護福祉士のリーダーの役割が重要で、今後、介護長、介護主任、サービス提供責任者等の役割・機能をどのようなものととらえるかが課題となってきた。

とくに、2014年施行の医療介護確保法以後、国の政策となった「地域包括ケアシステム」の構築には、地域型の介護福祉実践、介護職チームが求められる。なお、介護職チーム、介護職の集団には中堅介護福祉士のリーダーが不可欠となってきている。

なお「介護職」を、マスコミでは「介護士」と表現されることが少なくない。「介護士」の用語は正しくない。国家資格介護福祉士の他に、「介護士」という「士」の国家資格がある訳でない。無資格者を含めて(ホームヘルパー等の資格を持つが介護福祉士資格がないものも含む)介護職を総称する「介護士」はマスコミ用語である。本論では、介護現場で働く、介護福祉士と介護福祉士資格がないものを総称して「介護職」とする。

【2】介護福祉実践の「事象」をめぐる論争：「日常生活の営み」支援

1. 介護福祉士の「日常生活の営み」支援

国家資格介護福祉士の誕生(1987年)を背景に、介護福祉学の構築の必要性が言われはじめた。その対象となる事象をどう捉えるかという点めぐって論争が広がったと言える。

その論争のポイントは、一番ヶ瀬康子は「課題と方法」と表現したが、学問として介護福祉学の事象、対象の「固有性」をめぐるものであった(一番ヶ瀬1993)。

社会福祉士及び介護福祉士法案の成立(1987年)で国家資格介護福祉士が誕生した介護福祉士は、当初、「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」(社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項)とされた。同法による介護(介護福祉実践)は、当初は、「食事、排泄、入浴その他」と身体介護を例示された狭義の介護だった。

しかし、2007年改正ではその例示はなくなり、「心身の状況に応じた介護」となった。移動に支障がある人たちだけではなく、認知症の人の介護などの「介護福祉実践」の展開、成果を踏まえられたのである。さらに2011年改正では「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。)」(第2条)と、カッコ内の文言が追加され、制度上、介護福祉実践に「医療的ケア」も含まれるようになった。

つまり、当初は、狭義の介護福祉実践を想定して「食事、排泄、入浴その他心身の状況に応じた介護」と例示されていたが、2007年改正では、「心身の状況に応じた介護」と要介護者に必要な介護福祉実践とされ、2011年改正では必要な介護に「医療的ケア」が含まれるようになった。

このように、改正によって制度上求められる介護福祉実践は、変化があるものの、制度的にも、介護福祉士は日常生活を営むのに支障がある人への介護福祉実践を行う者であり、そこに求められるのは「心身の状況に応じた介護」と要介護者に、「日常生活の営み」に必要な介護福祉実践であることに変わりはない。

問題は、急性期医療や慢性期医療が常時必要にもなる場合が多い、疾病やケガなどで「日常生活の営み」に支障がある要介護者のこの「日常生活の営み」をどう理解したらよいか、「日常生活の営み」は、看護の「療養上の世話」なのかという点であった。つまり、この支援は「看護実践」なのか。それとも「社会福祉実践」なのか。あるいはまたそれらと違うものとして「第三の実践」と捉えるのかという点であった。

2. 日常生活

ところで、「日常生活の営み」の「日常」という言葉はどのような意味なのだろうか。『広辞苑(第6版)』(2008年)によれば、日本語「日常」には、「つねひごろ」とか、「繰り返しのもの」という意味が含まれている。「日常生活」は、介護サービス関係者だけでなく、一般にも、「当たり前の生活」「普通の生活」の意味で当然のように用いられる言葉であるが、日本の代表的な国語辞典を紐解いても、あまり見られない言葉である⁵⁾。

例えば、『広辞苑(第6版)』⁶⁾には、項目として「日常」という言葉は、「つねひごろ」「ふだん」「平生」「平

常」等と説明されている。追込項目として「日常茶飯」「日常茶飯事」「日常生活動作」が挙げられている。また、「生活」という言葉は「生存して活動すること」「生きながらえること」等のことであると説明されている。しかし、「日常生活」は、項目としても、追込項目にも見られない。

介護福祉は、制度上で言えば「日常生活を営む」上での支障がある要介護者への支援である。しかも介護保険制度上は、「日常生活」の用語は一般の用い方とは違って、「社会生活」と区別された「日常生活の営み」である。また、介護福祉士も法律上の定義は、「日常生活の営み」の支援である。たしかに、社会福祉法第3条で、福祉サービスの対象を「日常生活を営む」上での支障があるものが対象とされ、第4条では、その「日常生活の営み」支援は様々な活動の促進のためだ(地域福祉の推進)とされている。しかし、介護福祉士の法律上の役割は、社会福祉士の支援とは違って「日常生活の営み」支援である。とするならば、これは看護の「療養上の世話」を意味するのか、そうでないのか、あるいは重複するものなのかという点である。

介護福祉士の役割をめぐって、同時にまた次の問題が生じる。第一には、介護福祉実践による「日常生活の営み」支援と社会生活上の活動の促進がどのような関係にあるかという点である。これは、介護福祉士のケアワークと社会福祉士のソーシャルワークの関係をどのようにとらえるのかという、疑問に通じる。

第二には、介護福祉士が行う介護福祉実践が対象とする「日常生活の営み」支援の何を、どう支援するかという点である。従来は家族「介護」でなく、専門的な職業集団による「介護」の確立を見据え、それを介護福祉としてどう捉えるかであった。支障の理由を、心身の障害に重点を置いたり、疾病に重点を置いたり、あるいはまた、「いきづらさ」等の日常の生活上の支障に重点を置いたり、様々に議論されてきた。また、成長発達での支援も含むのかと議論されてきた。

3. 日本介護福祉学会創設時の議論

1993年10月23日、一番ヶ瀬の呼びかけで、「介護福祉に関する研究および会員相互の連携と協力を促進し、合わせて内外の学会との連携を図り、社会の福祉に寄与することを目的」に日本で最初の介護福祉の学会である日本介護福祉学会が発足した。学会創設に先立って同年4月29日、設立準備会のシンポジウム「介護福祉学の課題と方法—介護の独自性をめぐって」⁷⁾では、介護福祉学の主体、対象、方法をどうとらえるのかがテーマの一つになった。

シンポジウムの発題者のひとり加瀬裕子は、「利用者は

どのような人なのか、どういう人を対象にしているのか」(一番ヶ瀬 1993:47) が重要であり、「自らの力 (self care) のみでは生活が自立しない」⁸⁾ 人が対象であると発言した。またコメンテーターのひとり京極高宣も人権思想の視点からこの点に触れ、「もう少し生活者ということまで考えていくというのは大賛成」(一番ヶ瀬 1993:57) で、対象となる人を「生活者」という主体者と捉えることを強調した。介護現場で用いる「日常生活の営み」には、生活者として主体者の意味が含まれると言ってよい。

司会者のひとり根本博司は、加瀬の捉え方等を参考にしつつ、全体の議論をまとめ、介護福祉学の枠組みとして、介護福祉学の対象は「第一義的には、ADL・IADLの援助が必要な人々」で、「すなわち、日常生活動作の援助のみならず、移送、買い物、食事の支度、家事といった社会生活上の動作の援助の必要」(一番ヶ瀬 1993:79) と、社会生活上の動作の援助を基軸に介護福祉の対象とした。この捉え方は1991年に発表された根本自身の論文を基にしたものであった⁹⁾。

4. 「親密圏と公共圏の再編」と「日常生活の営み」支援

根本の捉え方はその後様々な課題を投げかけることになった。心身に障害があり日常生活の営みに支障がある人が対象とするならば、障害をどう捉えるのか、IADLまで含めた場合には、その範囲はどこまでか、そこにおける心身の障害の程度をどう捉えるのか。仮に、障害の有無とは別に、日常生活の支障がある人を対象にする場合には、その支障をどう捉えるのか。しかも、日常生活を営むことの支援としたときには、日常生活の営みをどう捉えるのか、また、保育領域も対象に含めるのかが議論された。そしてさらに、その後の議論は、介護福祉における支援は、看護の支援、あるいはソーシャルワークの支援とどういう関係にあるかという論争をも内包するものであった。

この介護福祉の対象者の生活、日常生活については、籠山京(籠山 1984) や中鉢正美(中鉢 1956) が展開してきた生活構造論などで展開されてきた我が国の生活論が、「日常生活を営む」ことをどのように捉えるかという問題も内包するものでもあった。それはまた同時に、一番ヶ瀬等が展開したようにその営みの主体者をどう捉えるかという点の課題でもあった。さらに、ソーシャルネットワーク論など社会関係をどう捉えるかも次第に議論になるようになる。

社会福祉研究でいえば、この分野の研究は議論の多いところである。社会の関係性を維持する基盤とは何か、つまり「生活の継続性」の基礎となる「日常生活の営み」のベースは何か、ニーズとは何かという課題を内包して

いたからである。

さらに、近年の社会学の「親密圏と公共圏の再編」の議論(落合 2013) でいえば、「日常生活を営む」という極めて「親密圏」の世界であった「介護」が、大きく社会化し、自助・互助・共助・公助(一般的には、「自助・共助・公助」と言われている)の役割が捉え直され、家族、近隣、介護サービスというインフォーマルサービスとフォーマルサービスが組み合わされてきた時代における「日常生活を営む」支援の基礎的な、ベーシックな部分の性格をどう捉えるのかでもある。それは、医療的なものなのか、それとも社会的なものなのかである。社会的なものだとして場合、それはどのようなものなのかである。

5. 学の対象

学の構築をある特定の分野の「事象」を「知る」という作業を通して、体系化した知識や手法だとすると、その対象である「事象」をどう捉えるのか、当然問われることになる。例えば、建築学の場合は、建築物の設計やその歴史について研究する学である。建築学は、工学的側面から文化・芸術的側面まで、様々な学問領域を背景に持つが、建築物の設計や歴史に特化した学問で、人間が創りだした建築物がその「事象」ということになる。しかも、「見える化」が可能である。しかも、多くの場合、歴史的にもそれが残されている。介護福祉学の場合、このように「事象」が具体的に明確になっていて訳ではないというところに困難もある。

そもそも、家族「介護」としては以前からあるものの、職業として成立しうる介護あるいは介護福祉の「事象」はここ最近のものであり、しかも、当事者と介護福祉士(訪問介護や地域密着型サービスの場合は、当事者、家族、介護福祉士)によって創りだされた積極的な支援で「事象」が生まれる。こうした「事象」自体が成立してまだ間がなく生成途上にあると言える。また、介護福祉が登場し、障害があっても移動を自由にできることなど、ノーマライゼーションの考え方、「自立支援」の理念やICFの考え方の広がりに見られるように、要介護者の「障害者観」「人間観」の大きな変化もある。建築学の事象である「建物」は静的であるが、介護福祉の「事象」自体が動的であり、生成過程にあるという事情もある。だから、「実践が先にある、それを整理していくことが重要」(一番ヶ瀬 1993:5) である。介護福祉学の対象を考える場合の難しさは、建築学の場合と比べようがない。

6. 障害を持つ人たちの生活観

障害者の生活は、2000年代には日本では「国際生活機能分類」と訳されているICF(International Classification

of Functioning, disability and Health) の捉え方で議論されるようになる。ICFは人間の生活機能と障害に関する状況を記述することを目的とした分類であり、健康状態、心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子、個人因子から構成される。心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子には合計1,424の分類項目が示され、一方、健康状態、個人因子には提示された項目はない。

介護福祉の分野では1990年代以後、要介護者の生活を「生命」、「日常生活」、「社会生活」でとらえた場合、介護福祉はどの部分を起点として支援領域を持つのが議論されてきた。この場合、「日常生活」の意味は、心身に障害があり日常生活行動に支障がある人たちの狭義の意味の「日常生活」であって、一般に用いられている意味の「繰り返される日々」という広義の意味ではない¹⁰⁾。前述のように、制度上の「日常生活」という言葉の定義は難しい。

7. 「日常生活」の広がり：地域型介護福祉実践

高齢者の生活を実現するまちづくりの視点でみると、「地域包括ケアシステム」の構築はより地域社会に密着し「日常生活を営む」ことを支援することをどのように実現するかである。要介護者への支援は、施設内の介護福祉実践から地域社会の地域型介護福祉実践への移行しつつある。ここには以下の課題がある。

第1は、とかく、医療や介護・福祉の退院（所）支援の体制づくりとしてサービス提供側の視点で議論されがちであるが、問題は、どのような「日常生活」を実現するのかである。「市民・当事者」の視点で、要介護等の高齢者の「日常生活」、「社会生活」をどうとらえるか、また「日常生活」を送る上での基盤整備をどうとらえるかがである。

我が国では、1990年代に高齢者ケアの理念「自立支援」が定着し、高齢者では「日常生活」への支援の枠で、障害者では「日常生活」及び「社会生活」への支援で議論されるようになる。一方では、2000年代には、ICF（国際生活機能分類）の「生活機能」を「心身機能・構造」「活動」「参加」の相互関連の考え方が定着し、「参加」を限定的に捉えなくなった。

さらに、介護保険制度創設と同じ年に改正された社会福祉法では、福祉サービスを日常生活の営みへの支援、援助された（同法第3条）。そして、その支援、援助の目的は、地域社会の諸活動への参加の推進（地域福祉の推進）にあるとしている（同法第4条）。さらにまた、高齢者や障害者を生活の主体者、「生活者」（天野1996：7）と捉えるようになってきた。しかも、その「日常生活」が地域や家族との関係性を保つことが次の目標になって

きた。この目標は、先進国では1990年前後から、「aging in place」と表現されてきた。

地域での高齢者や障害者の生活といっても、これまで、在宅ケアで支えられる在宅での生活があっても、やはり病院や施設での生活が中心であった。しかもその生活を支援するということは、医療の場で、例えば介護療養型医療施設の場合は、「医療管理下」での支援であった。それに対して、特別養護老人ホームの場合は、「生活の場」での支援ではあるが、これをより地域社会に根差したもののしようという動きになってきている。

「地域包括ケアシステム」で問われているのは、地域社会での「生活主体」であり、「日常生活」「社会生活」である。家族介護者、フォーマルサービス、インフォーマルサービスの組み合わせで支援し、実現する「日常生活」の営みである。難しいところだが、病院内や施設内とは違った「日常生活」の在り方についての理解が求められていて、そのことについては、現代社会の私たちの「日常生活を営む」ということ自体に、サービス利用者だけではなく、実は、介護福祉士にも、介護福祉士の養成校の教員にも、そしてまた日本の社会、日本人全体にも、その理解が求められ、問われていると言っても過言ではない。

8. インフォーマルサービスとフォーマルサービスのバランス

また、地域型介護福祉実践では、インフォーマルとフォーマルのバランスが問われていることである。要介護者や家族介護者が地域社会での「社会生活」が可能になるような「日常生活」の営みを確保できるようになることが重要であり、同時に、そこに、家族や地域の人たちが、何に、どのようにかかわるかが、問題になってきていることである。

フォーマルサービスとインフォーマルサービス、また家族とを結びつけ、人々との関係をつくり出し、地域社会の生活を実現することが目標になってきているのである。2006年の介護保険制度見直しでは、介護保険サービスの訪問介護が、同居家族がいる場合に「生活援助」を縮小した。地域生活に必要な支援のなかでの「自助」「共助」「公助」の中の「公助」の役割を小さくし、「自助」「共助」の役割を求める動きが強くなってきている。しかし、一方では、一人暮らし高齢者、認知症高齢者問題によく表れるように、「自助」として高齢者自身、家族介護者等の役割には限界があること、「公助」の役割をより明確にすることも重要な課題となってきたと言えよう。こうしたなかでこそ、地域の役割をどう強めるか、またさらにその役割をどう引き出すか、そのために、行政や専

門機関が何を支援しなければいけないのかが問われているといえよう。

高齢化した先進国では、長期ケアを、施設中心ではなく地域社会のなかで仕組みづくりを進めようとする、少なくとも、地域社会の人々の理解、住まい以外にも、1990年代以後、ヨーロッパで用いられている用語でいえば、後述するように、「医療（治療、看護、リハ等）」と「社会的ケア（social care 身体介護、家事援助、社会参加促進）」など多くの仕組みがなければ、「日常生活」（介護保険法第1条）の営みを自ら行うことは難しいと捉えられている。

介護保険制度では、日常生活への営みへの支援・援助、また自立支援が理念とされているが、社会生活とはいっても、私たちが実際の支援、援助の場面では、一般によく用いられるが多面的な意味を多分に帯びる用語「日常生活」でニーズ、生活課題をとらえようとする。私たちが実際の支援、援助の場面で用いる場合には、社会的行為、行動自体に支障がある人たちの「日常生活」を論じることになる。

つまり、何らかの障害をもったとき、そのルーティーン化した、あるいはまたその個人に特有のものとしての「日常生活」の営みにどのような支障が生じ、どのような支援、援助が求められるかに焦点を当てて問題にする。その場面での支援、援助をみると、以下のように区分が可能である。起床、更衣、摂食、排泄、屋内移動等といった生存的レベルのもの、調理、洗濯、買い物等といった生活行動レベルのもの、社会的関係を築く就労、サークル活動趣味等といった社会参加レベルのものである。

どのレベルでの支障をとらえるかによって「日常生活」の意味は異なる。また、そのルーティーン化というところを強調し過ぎると、繰り返しになるが、現状肯定の危険性を持ち、「日常生活」本来のもつ「豊かさ」が失われることになる。また、地域性、文化性、個別性が失われることになる。人の生活に不可欠でルーティーン化しやすい日常生活の基本行動を指標化したものがADL（日常生活の基本動作群）等である。しかし、ADL＝「日常生活」という訳ではないのは、当然のことであろう。

問題は、社会的に認知され、そしてさらに制度化されたレベルでの「日常生活」と、地域社会で自ら社会的な関係性を築き、「日常生活」を自ら営むこととは、一致しないことも少なくなく、時には両者に大きな「落差」を生じる。

また、ルーティーン化したものは、「エビデンス」が得やすく、社会的にも認知されやすく、制度化されやすいという側面もある。そのため、政策側からは、「日常

生活」をルーティーン化の「力」が働きやすいことにもなる。

一方で、こうした「力」に抗する、地域社会に、自ら社会的な関係性を築き「日常生活」を自ら営むという「対抗的な力」の形成力がなければ、「地域包括ケア」は制度化されたもの、制度化された「日常生活」になってしまいうらさが多分にある。あらたに制度的な充実を図るには、こうした「対抗的な力」の形成が欠かせないだろう。

【3】先進国の長期ケアのとらえ方

20世紀後半に、高齢化社会を迎え医療改革を進めてきた先進国は、病院中心、施設中心の高齢者ケアではなく、地域ケアの政策を進めるようになった。

前述のようにOECD等先進国で、地域ケアの仕組みを作るために、地域ケアの柱になるサービスを大きく長期ケアを「医療 health care, medical care」と「社会的ケア social care」に区分して、地域ケアのサービス体制の基盤づくりを行うようになる。イギリスでは、「社会的ケア」という言葉は、M. ペインによれば、コミュニティケア改革が議論される1990年ごろからとくに使われるようになった¹¹⁾。

OECDによれば、「医療」は、治療、看護、リハビリ等を含んでいる。「社会的ケア」は①身体介護 personal functioning（摂食、排せつ、入浴、起床・就寝等の支援）、②家事援助 domestic maintenance（掃除、洗濯、買い物等の支援）、③社会的活動への参加促進 activities of daily living を含むとしている。「医療」と「社会的ケア」の区分は以下の点にある。「医療」というのは、医師の監督下（under control）にあるケアで、「社会的ケア」は監督下にはないケアという区分を行っている（OECD 1996: 4）。先進国のケアワーカーはそれぞれの国で成立事情が異なり、「社会的ケア」の①身体介護をどの職種で担うのかで制度上位置づけも異なる（太田 2003；2013）。

その①を多くの国では准看護婦（士、師）が担う形で始まる。それに対して日本の場合は、特別養護老人ホームの寮母などを源流として福祉職・介護福祉士が中心となって介護職が構成されてきたという経緯がある。それには医療側が医師以外の者が所長になる医療の施設を認めなかったという、特別養護老人ホーム創設期の日本的事情があるのだが、福祉職としたことにはプラス面（生活支援重視）とマイナス面（医療との連携が不可欠）がある。一方、フィンランドのラヒホイタヤの場合は、准看と福祉職を統合して創り出されたところにフィンランドの大きな特徴がある。ケアワーカーは身体介護を基軸に日常生活の営みの支援を行う職能集団の形成（太田

2017)であるが、それぞれの国の事情で、地域ケアに必要なケアワーカーの「職業化」の道は異なり、医療との関係の在り方も異なる(太田2013)。ただし、その国がどのような選択であっても、医療に留まることなく、「生活の質」、生活支援を重視する方向に現在向かっていると云っても過言ではないだろう。

なお、認知症高齢者や独居者高齢者を考えると、これらだけでは不十分だという見方もある。例えば、末永は「社会的ケア」の①～③のそれぞれに「見守り」介護」という専門的な見守りが必要だという考え方を示している(末永2008:266-281)。

この「社会的ケア」の中でも、特に身体介護をだれが行うのか、そしてまた誰が何を行うのか、どのような制度(資格)で行うようになるのかが、問題になるようになるようになった。しかし、それは、その国、その国で、地域ケアの展開の違い、制度や文化的の違いなど、それぞれ事情でかなり異なるものである。Blackman等(Blackman et al. 2001: 10)は、この身体介護を、主に、家族が行う国、社会的ケアで行う国があることを明らかにしている。

社会ケアで行われるサービスの担い手は、国によって、看護職(准看護師等)であったり、福祉職が担ったりする。それぞれの国で制度上の違いがある。先進国の要介護者の身体介護を担う高齢者施設は、それぞれの国で呼び名は異なるが、英語ではナーシングホーム(Nursing Home)と言われている。その名の通り看護師が中心となる施設のことである。

一方、日本の場合を見れば、特別養護老人ホームの英文名はSpecial Nursing Home等と英訳されるが、日本の特別養護老人ホームは、1963年に福祉施設として誕生し、看護師中心の施設ではなく、看護師(准看護師)の配置はあったものの、主に身体介護は「寮母」によって担われてきた。しかも、この「寮母」等を基盤に福祉職の介護福祉士が1987年に誕生した。日本の看護師の業務は保助看法で規定されているが、「診療の補助」と「療養上の世話」が業務である。この「療養上の世話」には、当然だが、「身体介護」も含まれ、業務内容としては、看護師と介護福祉士は重なるのであるが、病院や介護保険施設中心ではなく、生活の場での介護が広がり、その担い手としては介護福祉士のウェイトが高くなってきた。

ただし、現在、日本の介護職は就労介護職180万人(2016)と社会的にも大きな職能集団となってきたが、特養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、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ないのが現状である¹²⁾。だが、実際には、介護職を看護など医療職部門や生活相談の部門などと並んで、独立部門としている例も少なくなってきた。また、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)や施設長となる例も少なくない。一方、1987年創設の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る¹³⁾

先進国でも同様に、病院中心、施設中心のころは、当然、看護師が中心になるが、地域ケアが広がると、看護師だけではなく、新たな職種が必要になってきた。こうした職種が、一般には英語ではケアワーカー care worker等といわれているが、名称も様々である。しかも、地域ケアでは、医療と福祉の統合ケア integrated care が求められていて、ケアワーカーを巡る状況は流動的でもある。どこの国でも、様々な職種、資格が合流しながら、高齢化社会、高齢社会に向けて、それぞれの国の実情に合わせてながら、医療と福祉の統合をめざし、ケアワーカーの制度化も進むという事情に変わりはない。

それぞれの国のケアワーカー誕生の経緯を大別すると、第一に医療職の看護(准看護師等)を基盤にした国、第二に医療職(准看護師等)と福祉職の両方を基盤にした国、第三に福祉職を基盤にした国がある。松本勝明によればドイツの老人介護士(松本2011)は医療職と位置付けられているので¹⁴⁾、ドイツは第一の国に入る。第二の国はフィンランドである。第三の国は日本である。

フィンランドの場合、筆者が2000年以後フィンランドで調査した結果では、1992年に、施設中心から地域ケア(オープンケア)の政策へと転換し、従来の様々な資格を再編し、1993年(1992年一部試行)に試行し、制度上は1995年に、保健・医療・福祉領域の基礎資格ラヒホイタヤを創設し、医療と福祉の10領域にまたがる、3年間(当初2年半)の教育制度をもつユニークな資格をつくった。教育制度が異なるので単純に比較はできないが、ラヒホイタヤは、日本と違って中卒の基礎資格である。また、日本と違って、准看護師(practical nurse)の制度を統合した基礎資格である。それに対して、日本は准看護師と介護福祉士が併存している国である。

なお、フィンランド語でラヒホイタヤ lähihoitaja の「ラヒ lähi」は「身近な」を、「ホイタヤ hoitaja」は「世話をする人」を意味し、直訳すると「身近にいて世話(支援)する人」という意味である。これまで日本では「介護福祉士」と紹介されることもあった。しかし、幅広い業務内容という点で、日本の「介護福祉士」とはかなり

異なる。また、ラヒホイタヤのフィンランド側の公式英訳名が practical nurse であるために、「准看護師」と紹介されることも少なくなく、日本の「准看護師」に相当すると受け止められがちである。創設経緯が示すように、「准看護師」を含むが、「准看護師」そのものではない。むしろ“身近な支援者”あるいは「日常生活支援士」(太田2013:100)とも言える。

このように多くの先進国で、人口の高齢化が進み、医療改革が行われ、そして地域ケアが進む中で、それぞれ国の独自の文化的、制度的、歴史的背景をもとにケアワーカーの制度がつくられてきた。国によってもその誕生・展開過程は異なり、それぞれ独自のケアワーカー制度・政策が成立してきているのが現状である。

多くの先進国で、高齢化、医療改革、地域ケアが進む中で、それぞれ国の独自の文化的、制度的、歴史的背景をもとに身近の支援を行う職種が生まれた。名称はそれぞれの国で異なるが、一般には、ケアワーカーと言われる職種の制度化が図られてきた。国によってもその誕生・展開過程が異なり、それぞれの国のケアワーカー制度・政策が成立した。

先進国では、長期ケアの柱となるサービスを「医療」と「社会的ケア」に分けるようになったが、その統合(integrated care)が課題である(太田2008:116-117)。「医療」には医療、看護、リハ等が、「社会的ケア」には身体介護、家事援助、社会参加促進支援、見守り等が含まれるが、その中でケアワーカーの職域はどこに位置づけられるのか、あるいは両者にまたがるのか、またがるとしたらどの様にまたがるのかという議論が進んできた。

もちろん、介護保険制度の訪問介護等の介護福祉士の職域がすなわち介護福祉学の対象という訳ではない。問題は「学」として、対象またニーズをどう捉えるのか、その対象への支援の方法、手法をどう捉えるのかというニーズ論、機能論でもある。もし、介護福祉学が「学」として成立するとするならば、その対象が示されなければならない。私たちはその対象をどう捉えるのか。この点はまず避けて通れない。「対象は何か」の問いはこれまで、「介護福祉とは何か」、「専門性は何か」の形で介護福祉分野の内外から問われ、その議論に明確な決着がついたとはまだ言い難いが、多くの研究者がその問いに応え、様々な研究論文、研究書が公表されてきた¹⁵⁾。

【4】日本の特徴

介護福祉の事象の捉え方の難しさは、わが国だけの事情ではない。世界のケアワーク共通の課題と言ってもよく、人口が高齢化し、長期ケアを地域ケアへと転換を図

り、また家事労働を外部化しようとする他の先進国でも事情は同じである。

しかしそうだからと言って、介護福祉をケアワークと言い換え、ケアワークの「事象」とは何かと、それを他の先進国の例に求めて各国の「ケアワーク」の比較研究を試みるだけで、明確な答えが得られるという訳ではない。介護福祉の日本特有の問題もあり、何をもって比較するのかという比較研究のそもそもの難しさもある。

日本特有の問題の第一は、介護福祉の「事象」は、とくに医療と福祉に関わるが、日本の場合、医療と福祉が鋭く峻別された歴史を持つことである。それは先進国共通の問題でもあるが、しかし、特別養護老人ホーム創設の医療と福祉の関係は極めて日本的な問題であると言ってよい。

第二は、その特別養護老人ホームの「寮母」は福祉職として半世紀前に誕生し、また、四半世紀前に国家資格介護福祉士は福祉職として誕生した国だということである。これは、ケアワーカーを医療職と捉えた他の先進国から比べ、たしかに生活をベースにするという利点を持つが、同時に安全と生活支援の統合という医療と福祉の関係性に関わる日本特有の解決を迫られる課題を持つようになる。

第三は、かつまた、准看護制度が廃止されてケアワーカーが生まれた先進国がある一方で、日本は准看護師と介護福祉士が併存する国であるということである。EU諸国の場合いろいろだが、ケアワーカーを制度として確立する場合、准看護師を廃止するが、それを基盤に誕生した国、あるいは、准看護師を廃止しながら医療職と福祉職の統合を図ろうとするフィンランドのような国もある(太田2012:3-13)。

第四は、1980年代以後のノーマライゼーションの理念の定着を背景に、障害を持つ人の生活の理解の形成と、介護福祉士の誕生・展開とほぼ“同時進行”で進んできた国であることである。そこでは、障害を持つ人たちの生活観を形成しながらその「事象」が問われている。

第五は、その上、日本人の日常生活(everyday life)とは何かも、同時に問われてきたということである。その「日常生活」とは何かの議論は日本社会が近代に突入する1920~30年代に戸坂潤や三木清等によって行われたが¹⁶⁾、天野正子によれば、その日常生活を新しく創り変えていく実践の中から生まれた、生活の主体者としての「生活者」の言葉が日本に定着するのはごく最近のことで、1980代末から1990年代にかけて頻りに用いられるようになった(天野1996:7)。つまり、障害を持つ人の日常生活だけでなく、高齢社会に突入し、誰もが人

生の終わりには障害者になる可能性があるという現実を知るようになって、日本人の「日常生活」と正面から向き合うことが求められている。

第六はさらに、日本は他の先進国より遅れて病院機能の変化が起き、2000年代に急速に平均在院日数が短くなり、急性期医療と長期ケア（慢性期医療）の区分が“急激”に進む中で疾病、障害を持つ人たちの生活に向かうこととなる。多くの先進国の場合よりも遅れて、長期ケアを「医療」と「社会的ケア」に区分が進み、様々な職種がどの様に関わるのかの議論が行われている¹⁷⁾、日本は、その区分と「事象」の議論が同時進行である。これらの点を吟味して介護福祉の国際比較を試みなければならないところに難しさがあると言えるだろう。

【5】社会福祉学と介護福祉学

1. 社会福祉学の主要理論と介護福祉

この日本的な特徴という意味では、まず、社会福祉において、介護福祉がどのように位置づけられたか、確認する作業が必要になろう。

社会福祉の理論研究が進むのは本格的には1950年代以後である。この間、社会福祉研究が提起され、論争も起きた。古川孝順は、この間の主要な潮流として7つに整理している。①社会福祉の発展類型論（ウォレンスキー、ルポー）、②社会福祉の政策論（孝橋正一）、③社会福祉の生存権保障論（小川政亮）、④社会福祉の運動論（一番ヶ瀬康子、真田是、高島進）、⑤社会福祉の技術論（竹内愛二、）、⑥社会福祉の固有論（岡村重夫）、⑦社会福祉の経営論（三浦文夫）である（古川2009）。

これらの潮流の中で、介護（介護職問題、介護問題）を研究対象にした研究者は少なくないが、社会福祉の中に介護福祉をどう位置付けるかという問題意識を持つ研究者はそう多くはなく、介護福祉を視野に置きながら、社会福祉を論じてきた研究者は多くはない。すでに2013年に論じたように、代表的なのは④社会福祉の運動論の一番ヶ瀬康子である（太田2013）。

また、古川孝順は、ソーシャルワークの中に介護福祉を位置付けようとしている研究者である（古川2009）。さらに、ソーシャルワークの研究者岡本民夫は、介護福祉の研究者井上千津子と『介護福祉論』（1999）を刊行している。「日常生活の維持」、「日常生活を営む」を見れば、介護福祉の「介護実践」から「介護福祉実践」への転換期には「日常生活」の時間的・空間的拡大をも伴うのだが、岡本は「生命体の維持」のレベルから「日常生活の維持」のレベルへ、さらに「社会生活の維持」のレベルへと向かおうとしていた時期でもあったと述べて

いる¹⁸⁾。岡本は、ソーシャルワークの視点から介護福祉実践を積極的にみた研究者のひとりでもあった。

2. 対象と方法

介護福祉の専門性、固有性は、その事象、対象と切り離しては論じられない。介護福祉は、人間一般ではなく、介護福祉の援助を必要な人たち *people in need of care* を対象とし（太田2006）、その *need* を持つ人は誰か。それによって支援の手法、方法（技術）も異なる。

それゆえ、事象、対象の想定がない介護福祉学の「技術論」はあり得ない。この点は、介護福祉学の構築を考える場合の研究方法論上の自覚が求められる。管見では、対象と機能、対象論と方法（技術）の相互の関係を視野に入れた技術論はまだ多くはない。このことが介護福祉学の構築を遅らせている要因の一つではないかと思われる。さらに、対象論の研究者と技術論の研究者の相互の交流も生産的に積み重ねられてきたとは言い難く、なぜこうした事態が生まれたのかも今後の研究課題のひとつである。

介護福祉学は、社会的な背景をもって実践的に生まれた新たな領域であることは間違いない。介護福祉学は実践の学であり臨床の学であるので、アプリオリに介護福祉学の対象が設定される訳ではなく、実践の積み重ねの中から形成されるものだと言える。この意味で、誰が、何を必要としているのかと問い続けることが私たちの作業として課せられる。

3. 対象と「枠」

しかし、生成過程にある「事象」を対象とする介護福祉学の場合、他領域の学問から学びながら、実践の蓄積をもとに独自の分析枠組みを持つことが求められよう。その場合、実践の「枠」をどう捉えるか課題となる。介護現場の実践は方法（技術）が要求され、実践である限り、その要求は止むことはない。しかし、当然のことながら、その実践は絶えず制度政策の「枠」の制約も受けながら、実践が蓄積される。一方また、その制度政策の「枠」での実践がすべてかといえそうとは言えない。

西村洋子¹⁹⁾が指摘するように、制度の「枠」にとらわれない介護福祉学の構築を目指すのは重要である（西村・太田2008）。しかしその「枠」を通して考えることなしには構築することもまた難しいだろう。大事な点は、「枠」という制約があるにもかかわらず、利用者のニーズに応え、必要に応じてその「枠」を超えた実践へと広がる場合もある。多くの介護現場で制度の「枠」を乗り越えた、マクロ、メゾ、ミクロの実例の詳細な検証が研究上の課題となる。おそらく、それらの実例で示される、社会的制約と「実践」の関係は、複雑で相互に力動的な

関連を示す。介護実践は、制約を持ちながらも、一方で、一種のダイナミックさを持ち得る。私たちは、こうした介護現場の介護福祉実践を介護福祉学の対象とすることになる。

こうした点から、介護現場の実践を見れば、介護保険制度創設などの制度政策上の展開は大きなものがあり、それらを背景に介護現場が広がった現実を捉えなければならぬ。また、それらは制度的な「枠」としても作用してきた。介護福祉学が“介護保険制度の介護福祉学”に陥らないためにも、制度的な「枠」と介護現場の実践の両方を視野に入れながら、マクロ、メゾ、ミクロの視点で、わたしたちは「事象」の何をどうインクワイアリーしてきたのかを確認する作業を進めることが重要だ。

【6】「日常生活の営み」支援の人間観

「介護福祉」をめぐる議論は、人間観の違いでもある。介護福祉実践は何に基軸を置くか。その位置、つまり社会的分業としての専門性、固有性はどこにあるのか。それは、「日常生活の営み」という人間をどう見るかという課題でもある。

上田敏(上田1996)²⁰⁾、太田貞司(太田1997)、岡本民夫(岡本1999)は、要介護者を①生命の維持、②日常生活の維持、③社会生活の維持の3つから理解することが重要だと捉えてきた。なお、太田は当時の介護福祉実践の先進事例をもとにして1997年に出版した『生活文化を支える介護』(編著)で、①を医療職の補助職として担う時期から、主に②を担う時期、さらに②を担いながら③の一部をソーシャルワーカーなど様々な職種と連携して、「日常生活の営み」を豊かにしていく時期と捉えた。また同書の裏表紙の図表では、「寝かせきりの人たちへの生活援助」(保健・医療サービスを基礎に「生命維持に必要なサービス、生理的なものを支えるサービス」—ベッドサイドの看護—)から、今後の介護福祉実践の展開で、「離床の試み、「風呂」での入浴など自立生活への援助」(保健・医療サービスに日常生活を支えるサービスなどより広い日常生活の維持に必要なサービス)、さらに「新しい「生活文化」の創造へ」(さらに、移動サービス、障害者が住める街づくり、障害者への理解を広めることなど地域生活・社会生活の維持に必要なサービス—生活の中での看護—)へ、と広がるだろうという予測を示した²¹⁾。

金井一薫(金井1998;2004)は、①生命過程(+認識過程)、②生活過程、③社会過程の3つから理解することが重要だと捉えてきた。黒澤(2013)²²⁾は、①[一階]:健康の維持・増進、②[二階]:心身機能の維持・改善、

③[三階]:社会関係の維持・改善、④[最上階]:自己実現」と四つから理解することが重要だと捉えてきた。

さらに、この中で日本の介護福祉実践は何を担うのかという理解で、介護福祉士の「専門性」「固有性」の理解も違ったものになる。前述の「医療」と「社会的ケア」の区分で言えば、医療を基軸とした介護福祉実践とするならば、「生命維持」「生命過程の認識」にウェイトを置くことになる。社会的ケアを基軸とした介護福祉実践とするならば、「生活過程」「日常生活を営む」(=社会生活、参加)にウェイトを置くことになる。介護福祉実践は「日常生活」(「日常生活を営む」)に基軸を置く社会福祉の支援「新たな支援領域」ということになる。同時に、看護、SW、PT、OT、管理栄養士等の医療関係者との協働の在り方が課題になる。

要介護者観の諸見解

- 1) ①生命の維持+②日常生活の維持+③社会生活の維持(上田1996、太田1997、岡本民夫1999)→「日常生活を営む」(太田2003)
- 2) 生命過程(+認識過程)+生活過程+社会過程(金井2004等)
- 3) [一階]:健康の維持・増進+[二階]:心身機能の維持・改善+[三階]:社会関係の維持・改善+[最上階]:自己実現(黒澤2013)

【7】1990年代後半～2010年の議論

1. 3つの言説

1987年の介護福祉士創設直後から1993年の日本介護福祉学会設立直後の1990年前半までは、前述のように社会福祉の立場での議論が強かった。その後、2)の次期である1990年後半から2010年までの間、つまり「医療的ケア」導入までの間では、介護福祉士と看護師との関係が議論となってきた。

介護福祉実践のとらえ方には前述のように、1)看護の立場(高木)、2)社会福祉の立場(一番ヶ瀬、古川等)、3)両者でもない立場(野中等)の3つがあった。

2011年改正の社会福祉士及び介護福祉士法で「医療的ケア」が介護福祉士の職域に導入されて、制度上は看護師と介護福祉士の業務の区分が明確にされ、「介護」=「看護」ではなく、むしろ看護と連携するというものになってきて、制度上は整理された。介護福祉士は看護実践だという「看護の立場」論は小さなものとなる。医療との統合ではなく、協働を強め、「医療的ケア」をしっかりと担いつつ、生活支援を豊かにすることであると、言えるかもしれない。

2. 高木の「看護の立場」論

高木和美は『新しい看護・介護の視座—看護・介護の

本質からみた合理的看護職員構造の研究』(看護の科学社, 1998)で介護福祉実践=看護実践を展開している。

高木は、「介護福祉実践」を「身のまわりの世話」と捉えて、「生命の維持」「日常生活の維持」「社会生活の維持」の中で、介護福祉実践の対象を「生命の維持」と「日常生活の維持」の一部とみていると言えよう。看護の本質は看護には「療養の世話」の役割があり、介護福祉実践=看護実践であり、介護福祉実践と看護実践を分離することができないという立場をとった。

「社会サービスとしての看護と介護は、いずれにしても基礎的看護の教育訓練を経てこそできる「総合的な身のまわりの世話」である。」(「はじめに—看護とは何か、介護とは何か」(高木 1998:9)。そして、看護と介護の分離に反対した。

高木は、「広い意味の看護とは、家事の社会化としての総合的科学的な身のまわりの世話であり、直接的な世話の目標は、人間の社会的な生命維持・増進・回復・危機の予防にある」(高木 1998:52)という。そして、介護福祉士を含めた看護職の再編が必要だとする。「准看護婦(士)養成の停止と合わせて介護福祉士の養成も停止し、現在ある両方の養成施設を看護師、社会保健士及び社会保健助手を養成する機関に転換することが望ましい」(高木 1998:265)と述べた。つまり高木は、介護福祉士を“アンダーナース”とする途を描いて、同書で「合理的看護職員構造試案」及び「看護職員教育訓練システム試案」を提示している。

また、同書の第1章第2節では、社会福祉の看護・介護分離論者(一番ヶ瀬康子, 根本博司, 黒川昭登)を批判する一方で、看護の看護・介護分離論者(中島紀恵子, 西村洋子, 鎌田ケイ子, 木下安子)を批判している。

とくに、生活サイドからのケアという視点で、看護学と介護科学を構築するとして一番ヶ瀬に対しては、次のように批判している。

「1993年、日本介護福祉学会が設立される時に合わせて刊行された『介護福祉学とは何か』において、一番ヶ瀬康子は、「究極的に介護というのは、生活サイドからのケアであるという観点に立ちました」と述べ、看護と介護の違いについては、木下安子の説の一部を用いて「まず患者の脈をとる、呼吸を助けるところから始めて、最後は患者の学習を助けるというところにいたるその多数項目のうち、脈をとるところから始めるのが『看護』であり、学習から出発し、生活をささえ、自立をささえるところから展開するのが『介護』である」「入り口は明らかに異なる」と述べている。そして(両者は:太田)「ある場合にはかかわり、ある場合には補い、またある場合

には共同してやらなければならない」としている」(高木 1998:62)。

高木は、この一番ヶ瀬の「多数項目」の説明を補っている。アメリカの看護研究者ヘンダーソンは、人間の基本的諸ニーズを14項目に区分し、呼吸機能を助けることを第一とし、14番目に学習としたことを背景にして述べていると説明している。

【8】高木の「問い」

高木は何をインクワイアーしたのだろうか。第一には、看護を問うて、看護を家事の社会化としての総合的科学的な身のまわりの世話、具体的には、人間の社会的な生命維持・増進・回復・危機の予防を目標とするものだとする。「日常生活の営み」の支援を看護の「世話」と捉えている。

第二には、介護(介護福祉実践)を問うて、介護を身のまわりの世話とし、看護実践=介護福祉実践とした。従って、看護職と分ける必要はなく、むしろ統合すべきとした。政策的に分離されたとしている。

第三には、社会福祉とは何かを問うている。高木は、ケースワークの否定論の立場をとっている。したがって、高木には、「社会福祉の立場」にも、「第三の立場」にも、立ちえる選択肢はなかったと言えよう。

「『社会福祉固有の技術』の中心的技術とされるケースワークは、社会的・階級規定のない真空状態ともいえる条件(現実的にはあり得ない)のもとで、主体(ワーカー)が対象(個人, 家族, グループ, 地域)に対して行うひとつのサービスマETHODである」(高木 1998:9)。「ワーカーは、社会福祉サービスの実践を最前線で担う職員であるが、政策としての社会福祉の実践主体ではない。政策としての社会福祉の実践主体とは、基本的には国家である。社会福祉の主体を実施主体(ワーカー)と政策主体とに分ける考え方があるが、それはワーカーが社会福祉制度領域に配置される労働者政策を含む社会福祉政策に規定される存在であることを意図的に隠蔽する非科学的な論理といわざるをえない」²³⁾。

これまで、介護福祉士創設後、日本介護福祉学会創設後から、2011年の介護福祉士に「医療的ケア」が導入されるまでの介護福祉の事象をめぐる議論として、高木の介護福祉実践=看護実践を中心に検討してきた。

高木の議論が「第三の立場」にどのように影響したのか、看護をどう捉え、その中で介護福祉の位置をどう見たか、課題である。これについては別に論じたい。

文献

- Blackman T, Brodhurst S, and Convery J (2001) *Social Care and Social Exclusion: A Comparative Study of Older People's Care in Europe*, Plgrave.
- Malcom Payne (2009) *Social care Practice in Context*, Paglave.
- OECD (1996) *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*, OECD, Parris.
- 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。
- 一番ヶ瀬康子監修日本介護福祉学会設立準備委員会編 (1993) 『介護福祉学とは何か』(ミネルヴァ書房)
- 上田敏 (2006) 「介護概念の構造的把握と介護の技性の確立のために」『帝京平成短期大学紀要』第6号。
- 内田義彦 (2009) 『学問と芸術』藤原書店。
- 太田貞司 (1987) 「介護と生活文化—介護の考え方とその発展」太田貞司編『生活文化を支える介護』一ツ橋出版。
- 太田貞司 (2003) 『地域ケアシステム』有斐閣アルマ。
- 太田貞司 (2006) 「日本における介護福祉思想の起点」太田貞司・住居広士・古瀬徹他編『介護福祉思想の探求』ミネルヴァ書房。
- 太田貞司 (2008) 「地域ケアと地域福祉—介護福祉士養成の課題」西村洋子・太田貞司編『介護福祉教育の展望—カリキュラム改正に臨み—』光生館。
- 太田貞司 (2012) 「フィンランドのラヒホイタヤーカーワーカーの再考—」神奈川県立保健福祉大学誌, 第9巻第1号, pp. 3-13。
- 太田貞司 (2013) 「一番ヶ瀬社会福祉論と介護福祉論」岩田正美・田端光美・古川孝順編『一番ヶ瀬社会福祉論の再検討—生活権保障の視点と広がり』ミネルヴァ書房。
- 太田貞司 (2017) 「介護職の職能集団の形成とチームリーダー」『京都女子大学生生活福祉科紀要』第12号。
- 岡本民夫 (1999) 「介護福祉とは何か」岡本民夫・井上千津子編『介護福祉入門』有斐閣アルマ。
- 小川全夫 (2014) 「KAIGOは世界に通用するか? ガラパゴスの状況からの脱却」『介護福祉教育』No. 36. 2014年2月号。
- 落合恵美子編 (2013) 『親密圏と公共圏の再編成—アジア近代から2013問い』京都大学学術出版。
- 籠山京 (1984) 『籠山京著作集第5巻国民生活の構造』ドメス出版。
- 金井一薫 (1998) 『ケアの原形論—看護と介護の接点とその本質』現代社。
- 金井一薫 (2004) 『ケアの原形論 (新装版)』現代社・現代白鳳選書。
- 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会報告『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』(2017年10月4日)
- 黒澤貞夫 (2006) 『生活支援学の構想—その理論と実践の統合を目指して』川島書店。
- 黒澤貞夫 (2013) 「生活者としての主体性を発揮する支援」『介護福祉』No. 91. 37-45頁。
- 末永弘等 (2008) 『良い支援』生活書院。
- 高木和美 (1998) 『新しい看護・介護の視座—看護・介護の本質からみた合理的看護職員構造の研究』看護の科学社。
- 中鉢正美 (1956) 『生活構造論』好学社。
- 野中ますみ (2015) 『ケアワーカーのゆがみの構造と課題』あいり出版。
- 松本勝明 (2011) 『ヨーロッパの介護政策—ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析—』ミネルヴァ書房。
- 古川孝順 (2009) 『社会福祉の拡大と限定—社会福祉学は双頭の要望にどう応えるか』中央法規出版。

注

- 1) 小川全夫 (社会学者, 九州大学名誉教授) は, 第20回日本介護福祉教育学会 (2013) の基調講演で, 「日本の介護が, 実はガラパゴスの状況にあるのではないかと関係者が認識し, この問題をどう解決していくのか真剣に問うていかなければならないと思います。外側からの改革に漫然と身をゆだねているだけでは, 自らの労働条件を悪化させる事態をも招きかねないのです。」(小川2014: 8-9) (「KAIGOは世界に通用するか? ガラパゴスの状況からの脱却」『介護福祉教育』No. 36. 2014年2月。7-18頁) と日本の介護 (介護福祉) の独自性を捉え, 警告した。介護におけるアジアの共通認識の必要性を述べた。特に以下の指摘が重要である。「日本では老人福祉法の中で介護の概念を初めて使ったと言われ, これは日本製の漢字です。初めから, 看護や養護, 援護という言葉とは違った概念として使ってきました。ちなみに, 同じ漢字文化圏である中国や韓国では, 日本の介護の概念を使ってきません。韓国は, 日本の介護保険制度を一所懸命に勉強したにも関わらず, ついに日本の介護の概念を取り入れることはせず, 長期療養保険制度という名前で日本の介護保

- 険制度と似たようなものを運営しています。中国では「護理」という言葉を使いますし、台湾では「照顧」という字を使います。……日本の社会福祉、介護福祉士を外国語で理解できるように伝える努力をされる先生は少ないのです」(9頁)。「アメリカ英語では、日本の介護にあたる言葉として、「long-term-care」を使うことがよくあります。……アメリカでは、long-term care は nursing care 中のサブカテゴリー、下位概念であるとみているところがあります」(10頁)。「イギリス英語では、どちらかという日本と同じように福祉の分野と保健の分野を一緒にしたようなヘルス&ソーシャル・サービス(太田注: ソーシャルケア?)をする人との意味があります。イギリスは国家資格で質を凶ろうとの発想が全くなく、既存の職業教育の中で責任を持ってその能力を発揮できるような教育をしていく形になっています。国の政策として権威付けする必要はないというのがイギリス的な考え方です」(10頁)。「ドイツでは「Altenpfleger」という概念が使われ、日本では老人介護と翻訳され紹介されたので、ほとんどの人がこの言葉が日本の介護福祉の原型で、この言葉は日本の介護の意味だと思込ませています。Altenpfleger の教育カリキュラムを見ると、老人看護と言った方がよいかもかもしれません。つまり、看護師教育の中の、専門看護分野の一部分と考えられ、医療的専門的知識をそれほど必要とせず、一般的な老人のための看護を行うとの体系付けです。専門的看護よりも低い看護師の資格を提供するとの考えがドイツの概念だと言えます。」(9-11頁)
- 2) 拙稿(2006)「日本における介護福祉思想の起点」(太田貞司・住居広士・古瀬徹他編『介護福祉思想の探求』ミネルヴァ書房)で、介護福祉思想の起点を国家資格介護福祉の誕生とし、その後を「日常生活」の広がりとして生活主体の確立過程と捉えた。
 - 3) 『2014年10月5日、第22回日本介護福祉学会大会学会特別企画シンポジウム:「介護福祉士等の介護職のキャリアパスの今後」の太田貞司報告「認定介護福祉士(仮称)と介護福祉学の課題」, 2014年11月28日日本在宅ケア学会(九州大学)公開講座太田貞司報告「在宅ケアにおける人材養成一重層的な介護職チームの育成と認定介護福祉士(仮称)の課題」参照。
 - 4) 技術に判断を含め、「理念・知識、技術」とする場合があるが、専門的な知識・技術に基づく専門的判断があり、その判断には、独自の専門性、また固有

性があり、職能集団としての社会的分業を示すものだ。太田貞司(2017)「介護職の職能集団の形成とチームリーダー」(『京都女子大学生生活福祉科紀要』第12号。15-27頁)参照。なお、2017年10月4日社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会報告『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』では、これまでとは違い、介護職をケアを進めるグループとし、経験を積んだ介護福祉士が担うそのグループリーダーの役割が重要とし、またそのリーダーに求められる資質が議論となった。「リーダーは、前述のとおり、介護職グループによるケアを推進していく者であり、その役割を担うにあたっては、観察力、判断力、業務遂行能力、多職種連携力、人材及びサービスのマネジメント力など多様な能力が必要となる」(8頁)として、「利用者の状況に応じて適切に対応できる判断力」(7頁)が求められるとしている。

- 5) なお、最近のインターネットの普及で、インターネット上の国語辞典が出回るようになってきて、それらには「日常生活」の説明がある。例えば『Weblio辞書』<http://www.weblio.jp>は、「毎日繰り返される、取り立てて特別な出来事はない生活を指す語。日常的な生活。暮らし。」としている。このように用いられるようになったのは、介護保険制度以後、ケアマネジャーなどが日常的に用いられるようになった影響と言えるかもしれない。しかし、介護保険制度等では、「日常生活」と「社会生活」を区分しており、『Weblio辞書』では、この区分のニュアンスは伝わってこない。
- 6) 『広辞苑』は2018年1月に第7版が刊行された。介護現場等でひろく用いられている「日常生活」は載せていない。
- 7) 同じシンポジウムをまとめたのが一番ヶ瀬康子監修日本介護福祉学会設立準備委員会編(1993)『介護福祉学とは何か』(ミネルヴァ書房)である。
- 8) 前掲書47頁の図「介護福祉の構成要素」。
- 9) 根本はすでに1991年に論文「ケアワークの概念規定」(一番ヶ瀬監修(1993)『介護福祉とは何か』84-103頁に収録。)を発表し、介護福祉学の対象論を、法律上の面、先行研究の面から検討を加えている。社会福祉士及び介護福祉士法では、日常生活を営むのに支障がある者が対象だが、どのようなことを介護福祉士が行うのかは例示にとどまっていると指摘した。また、先行研究として、看護分野の中島紀恵子の介護の目的を「人が人生でなそうとしてい

ることを援助」としたことに注目し、黒川昭登が、ケアワークの分析枠組みを「何を、誰が、どの様に、何処で」としたことに注目している。また奥田いさよが、ソーシャルワークとケアワークの違いを捉えていることに注目している。根本は、黒川、奥田の見解を参考に、ケアワークは心身に比較的障害がある人を対象に、ADL、IADLの動作の援助、同時に心理・社会的側面の問題へもアプローチすることに特徴があると捉えた。さらに根本は、ケアワークの対象を身近自立が出来ない高齢者・障害者に限定しないで児童も含めるという黒川の見解にも同意している。

- 10) 『日常生活の法医学』(岩波新書, 2000)の著者寺沢浩一は、日常生活という言葉の意味の説明は同著ではないのであるが、「法医学は意外に私たちの身近にある」(前とびらの説明文)という説明をしていて。「身近さ」の意味で用いている。
- 11) Payneはイギリスで90年代のコミュニティケア改革以後に用語「社会的ケア」が広く定着したと述べている。Malcolm Payne (2009) *Social care Practice in Context*, Paglavic, P. vii
- 12) 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。
- 13) 「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。
- 14) 松本勝明は、『ヨーロッパの介護政策—ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析—』(ミネルヴァ書房, 2011年)の中で以下のようにのべている。「第

8章 介護士と看護師の関係」。ドイツでは、「2003年に連邦法である老人介護法が施行されたことによって初めて、老人介護士の全国的な養成教育を実施する基盤が整備された。この法律は、2000年に連邦議会及び連邦参議院で可決されたが、その後、この法律を違憲であるとするバイエルン州政府の申し立てに基づき連邦憲法裁判所による規範統制手続き(Normenkontrollverfahren)が行われた。このため、この法律は2003年8月によりやく施行された。(段落)この規範統制手続きにおける重要な論点の一つは、この法律の対象が基本法(Grundgesetz)第74項第1条に定める連邦の競合的立法(Konkurrierende Gesetzgebung)権限に及ぶ分野に属しているかどうかにあった。具体的には、老人介護士が同項第19条に掲げられる医療関係職(Heilberuf)に該当するかどうかの問題となった。これに関して邦憲法裁判所は老人介護士が医療関係職に分類されるとの判断を明確に示した」。その根拠は、老人介護士に関して必要とされる専門性や業務実施上の前提条件が、連邦が老人介護士に関する法律を制定しうる程度にまで医療関係職に接近していることにあった」(220-221頁)とドイツの老人介護士は医療職であることを指摘している。

- 15) 日本介護福祉学会は、一番ヶ瀬康子監修・日本介護福祉学会設立準備会編(1993)『介護福祉学とは何か』(ミネルヴァ書房)、一番ヶ瀬康子監修・日本介護福祉学会設立準備会編(1997)『介護福祉職にいま何が求められているのか』(同)、一番ヶ瀬康子監修・日本介護福祉学会編(1998)『介護福祉士これでいいか』(同)、一番ヶ瀬康子監修・日本介護福祉学会編(2000)『新・介護福祉学とは何か』(同)、太田貞司・住居広土・古瀬徹他編(2006)『介護福祉思想の探求』(同)で、介護福祉とは何かを問うてきた。
- 16) 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)の第一次世界大戦と満州事変後の太平洋戦争の間の戦間期に起きた「日常生活」の日本の議論を参考にした。
- 17) 「医療」と「社会的ケア」の区分については、以下を参照。拙著(2003)『地域ケアシステム』有斐閣アルマ。拙稿(2005)「介護保険制度のゆくえ—2005年改正と高齢者ケアの今後—」『社会福祉研究』第94号, pp. 31-38。拙稿(2009)「介護予防と地域ケアシステム」笹谷春美・岸玲子・太田貞司編『介護予防—日本と北欧の戦略』光生館, 109-112頁。

- 太田貞司 (2012) 「フィンランドのラヒホイタヤーケアワーカーの再考」神奈川県立保健福祉大学誌, 第9巻第1号, pp. 3-13.
- 18) 岡本民夫「介護福祉とは何か」岡本民夫・井上千津子編『介護福祉入門』(有斐閣アルマ。1999)のほかにも、『介護概論 理論と実践のためのミニマム・エッセンシャルズ』(共編 川島書店 社会福祉士・介護福祉士養成テキスト 1989年), 『介護技術 基本の知識と技法の適用』(共編 川島書店 社会福祉士・介護福祉士養成テキスト 1989年), 『介護福祉実習 系統的な実習マニュアル』(共編 川島書店 社会福祉士・介護福祉士養成テキスト 1990年), 『社会福祉援助技術総論 新しい理論とモデルによる体系的アプローチ』(編 川島書店 社会福祉士・介護福祉士養成テキスト 1990年), 『障害形態別介護技術 特性に応じた専門知識と技術の習得』(共編 川島書店 社会福祉士・介護福祉士養成テキスト 1990年), 『社会福祉援助技術 実践に役立つ理論の展開』(編著 川島書店 社会福祉士・介護福祉士養成テキスト 1995年), 『社会福祉援助技術演習 実践に必要な柔軟な応用思考・動作の訓練』(編著 川島書店 社会福祉士・介護福祉士養成テキスト 1995年), 『社会福祉援助技術論』(共編 学文社 1997年)がある。また, 奈倉道隆等との共編で『社会福祉入門』(改訂版 共編著 放送大学教育振興会 2004年)もある。
- 19) 対象は, 制度に制約されない, 技術は制度に制約されないと捉える人たちもいる。西村洋子は「介護福祉教育・研究および介護福祉士の活動の評価に基づき, 介護福祉の専門性を明確にし, また, 介護福祉学を構築していく更なる努力が必要である。そして, 社会情勢・環境の変化に関係なく, どの時代にも適応できる介護福祉教育の基本を確立」と述べている。(西村洋子・太田貞司編『介護福祉教育の展望—カリキュラム改正に臨み—』光生館, 2008年, 7頁)
- 20) 上田敏は「介護概念の構造的把握と介護の技性の確立のために」(『帝京平成短期大学紀要』第6号。2006年)の中で, 介護をA「客観的ニーズに対する介護」<①「生存のニーズに対する介護(=看護)」, ②「日常生活上のニーズに対する介護(=介助)」, ③「社会生活上のニーズに対する介護(=社会的介護)」>とB「主観的ニーズに対する介護」に区分。Aの①看護, ②介護職(看護も含む), ③SWが担い, Bは多くの職種が関わる。(太田1997: 22-23参照)
- 21) 太田貞司編(1997)『生活文化を支える介護』一ツ橋出版。とくにまた表の裏表紙の図を参照。
- 22) 黒澤貞夫「生活者としての主体性を発揮する支援」(『介護福祉』2013年。No. 91.)の43頁「介護サービス提供に関わるニーズの階層性」の表。黒澤貞夫(2006)『生活支援学の構想—その理論と実践の統合を目指して』川島書店
- 23) 高木(1998)の9頁の注。