

介護専門職における専門職性についての一考察 －三好春樹論研究を通して－

鴻上 圭太*

急速な高齢社会を歩んでいる日本社会において、介護専門職による介護の質が問われている。介護現場では介護専門職に低賃金、長時間労働などの厳しい労働条件が課せられ、専門性とは何かを現場から問い続けることが非常に困難な状況にある。

その様な状況で「生活とりハビリ研究所」主宰者、三好春樹が発信する介護方法論に関する講座やセミナー、著書が多く介護専門職から支持されている。

三好は「当たり前な生活を当たり前に行うこと、ここに介護の専門性があるのだ」と論ずる。また三好は、医療の分野で起こった「病気を見て人を見ず」といったひずみが介護に持ち込まれたと批判、介護においても問題行動や障害を見て人を見ていないと主張している。当たり前の感覚で当たり前の生活行動への援助方法を論じている。

しかし、三好の論理は介護の専門性としての普遍性や援助の継続性が無く、介護の専門職としての責任を果たすべきものにはなっていない。

介護専門職の専門性とは、科学に裏付けられた継続性のある方法論をもって介護を通して社会に責任を持つことである。

キーワード：三好春樹 関係障害論 生活行動 専門性

2007年10月17日受理（理論）

はじめに

介護保険法施行から約7年が経過し、急速な高齢社会の真只中であって、今日介護専門職による介護の質が問われている。介護の質とは、生活文化の再構築支援であり、生きがいの保持である。そして介護の質は、サービスを提供する介護専門職の専門性の確立や専門性が発揮できる労働環境作りと大きく関連している。

低賃金や長時間労働などの厳しい労働条件で介護労働を強いられている介護現場において、専門性とは何かを問い続けながら介護に対して持てる力量を発揮するということが非常に難しい状況にある。そのような状況で三好春樹の講演会は毎回盛況し、現在三好春樹が主宰する研究会や講座は活発な活動を展開している。

筆者は、三好春樹の発信する介護方法論が、現場

で介護を支える専門職に受け入れられているのは何故か。介護専門職にとって三好春樹の介護方法論の魅力は何なのかという疑問に至った。同時に三好の介護方法論は理論に裏づけされた根拠に乏しく、介護専門職として等しく介護サービスが提供できる普遍性があるのだろうかという疑問を持った。

介護における専門性への研究として、三好の介護方法論とそれに依拠する介護専門職の求めているものの関連を研究ノートとしてまとめてみた。

1. 三好春樹を研究する意義

1) 三好春樹の業績

三好春樹は、広島県内の特別養護老人ホームに4年半無資格で勤務した後、養成校で理学療法士（PT）の資格を取得、PTとして同じ特別養護老人ホームで

*大阪健康福祉短期大学
〒590-0014 堺市堺区田出井町2-8
大阪健康福祉短期大学 介護福祉学科
e-mail: k.kougami@kenko-fukushi.ac.jp

約3年間勤務。その後1985年に「生活とりハビリ研究所」を立ち上げ、研究所主宰者・研究員として現在に至る。研究所では「新しい介護セミナー」と称する認知症ケアⅠ～Ⅳの講座、そして「生活とりハビリ講座」と称する介護方法論に関するプログラムA～Fの講座を持つ。いずれも系統的に構成した講座を全国に展開、年間を通して開催している。また介護情報誌『プリコラージュ(1989年創刊)』を年に10刊のペースで発刊している。三好自身も、介護の方法論に関する講演会を年間180回程度全国で展開し、著書は単著共著あわせて48冊を数え、2006年4月より読売新聞にコラムの連載をはじめ、現在も続いている

2) 三好春樹を研究する意義

三好はこのように「生活とりハビリ研究所」を拠点に、セミナーや講演、出版物等で独自の介護論を展開し続ける。そして彼の独特の介護方法論に依拠しようとする介護福祉士、訪問介護員等の直接介護にあたる専門職(以下、介護専門職と表現する)が多数存在する。なぜ、介護専門職は三好のセミナーや介護方法論に依拠しようとするのかを検証することで、現場で働く介護専門職が働き方として求めているものが見えてくるのではないだろうか。

介護専門職として労働条件下で現実に行える介護実践と、理想として思い描く介護実践とのギャップが三好のセミナーや介護方法論に依拠しようとしていると推測する。介護という仕事の専門性の探求のために、三好の介護方法論と現場で働く介護専門職が働き方として求めているもの交差する部分を追及しなければならない。

2. 介護福祉士の専門性議論としての三好春樹の介護方法論

1) 三好春樹の介護方法論の焦点

近年、認知症への対応についてはあらゆる方面からのアプローチがなされているところである。ユニットケアや個室ケアなど介護におけるハード面の構築への議論は活発化し、回想法やバリデーション、ICFの考え方などが介護の方法論に取り入れられている。

しかし三好の介護方法論は常に「食事ケア、排泄ケア、入浴ケア、認知症ケアをどうするか」に絞られている。「問われているのは、介護の中身を変えていくことなのである」と述べるその「介護の中身」とは極

めて实际的で、現実に行っている事象に関心が集中されている。

2) 三好春樹の介護方法論のコア的方法論、関係障害論の構造

「生活とりハビリ研究所」が主催する生活りハビリ講座の中で、プログラムCにあたるのが「関係障害学」である。特に認知症高齢者とのかかわり方を提起したプログラムであり、生活りハビリ講座A～F全てに当てはまる「関係障害学」を「シリーズ生活りハビリ講座1 関係障害論」から以下にまとめた(本書は6章からなるが、4つのポイントにまとめなおした)。

① 関係障害と表出される行動

<事例> 78歳男性。妻と2人暮らし。中度の認知症。73歳の時に脳卒中を患う。それが原因で身体の各部位に麻痺が残り、寝たきり状態に。主たる介護者は妻。定期的に通院していたが、それが主な外出機会である。妻が買い物に出かけ帰ってくると「若い男と会ってただろう」との発言や、自宅に電話がかかってきて隣の部屋で話をして戻ってくると「男から電話だろう」などの発言がみられる。

要介護高齢者に見られる認知症や、妄想、徘徊、無気力等は人としてのかかわり方の不十分さ、つまり人間関係の障害を原因として結論付けられる。

妻に対する嫉妬妄想は、日常生活において他者との人間的かかわりが長期間妻との関係のみに限定された結果、日常生活を中心とする生きるすべを妻に依存しつつも、その依存状態に不安と葛藤を抱えた夫は、「防衛機制」という形で嫉妬妄想が出現する。つまり、妻に「見捨てられ」はしないだろうかという不安に対し、その感情を行動によって先行させ、仮にその「予想」が正しかったときの瞬間に備えるのだ。要介護高齢者の言葉としてしばしば聞かれる「早く死にたい」という文言もその一つで、「もしかしたら自分は周りから邪魔者扱いにされているのではないだろうか」という漠然とした不安からくるのである。

これらの不安や葛藤の感情から表現される行動を少数の限定された人間関係にだけ原因を求めることはできない。その人間関係を決定付けるものの要素がもう一つ考えられる。それは「権力的関係」である。力を持っている者とそうでない者、影響を与える者と影響を受ける者との関係を介護の場面に置き換えると、介護者と要介護者の関係や、医師と患者の関係に置き

換えられる。この関係の本質的共通点は、「知っている者」と「知らない者」との関係である。医師と患者の関係を捉えてみると、医師は患者の病気や身体の状態を知ることが出来る。対する患者自身は、我自身の病気や身体の状態を医師を介してのみ知ることが出来る。つまり患者自身が我自身の病気や身体の状態を知るのには、医師次第であるといえる。また介護者と要介護者の関係を捉え、要介護者の日常生活においての拠点（場所）や内容（行動）は、ほとんどの場合介護者に見えている。介護とは繋ぎの援助である為、社会的介護サービスであろうと、家族が部分的介護を担おうと、介護を担当する者は常に「引継ぎ」を行う。よって要介護者の行動は介護者に把握されているのである。逆に要介護者にとって介護者の日常生活様式や行動が全て見えているかといえばそうとは言えない。介護者は、介護に当てる時間が日常生活の全てではなく、介護場面以外に仕事やその他社会関係的環境が生活の行動の中に存在するのは当然である。

そういった「知っている者」に依存せざるを得ない「知らない者」が対等な人間関係としてのバランスを失い、自分の生きるすべに常に不安を抱える状態となり人間性や人格を失わせるのである。

三好は、要介護状態にある者が生活者として主体性を失い、介護者への精神的依存が嫉妬妄想にみられる内面的不安や葛藤を表すのであると明確に説明している。そして、生活者として主体性を失った要介護者が生活の主体性を取り戻す方法として、以下の方法を論じている。

②関係障害の改善 - 関係でできたものは関係で治す -

日常生活において限定された人間関係に対し、単純に関わる人間の数を増やせばいいというものではない。関わる数を増やすなら、介護にあたる家族を増やす、社会的介護サービスにおいては、訪問介護や訪問リハビリ、入浴サービスなど、サービスを付け加えるか回数を増やすかで、関わる人間を増やすことができる。しかしそれでは意味がない。要は主体となって人と関われるかであり、家族介護や介護サービスとして関わる人間はあくまでも一方的関係なのである。介護される場面を取り除いた、他者と対等な主体となれる関係が必要である。更に付け加えるなら、主たる介護者から見えない生活場面を持つことで「権力的関係」は形を変え、主たる介護者と対等な関係となるのであ

る。

③関係の捉え方 足し算の関係・掛け算の関係

医療の専門家や介護の場面においては、従来障害や疾病へのアプローチが基本となり、人格や人間性といったものはその次の段階でのアプローチであった。つまり医療においてはまず病気を治療することを優先課題とし、その方法を介護の分野においても浸透されたのだ。栄養が摂取できなければ流動食の方法をとる。徘徊行動が表出すると徘徊行動を止めることに力点を置いたり、徘徊行動によって危険の起らないように環境を整備するなどの方法がとられてきた。つまり、「人間を見ずして固体を見る」である。この人間関係を図式にすると、

$$\text{人間} = \text{固体} + \text{関係}^1$$

である。他者との関係が0だとしても、固体がある限り人間として認められるのである。

これに対し、常に人としてのかかわりを重視した人間関係を基本としたアプローチは、徘徊をする高齢者の内面を捉え、また食事を摂取できない高齢者の内面を捉える。

こういった関係を図式化すると

$$\text{人間} = \text{固体} \times \text{関係}^2$$

となる。固体として存在しても、人としての関係が0ならば、人間として0なのだ。つまり人間関係のない者は人間として認められないということだ。

このように、三好は高齢者の人間関係の捉え方としてユニークな捉え方をしている。

④専門家への不信

嫉妬妄想によって、妻に対してひたすら疑いをかける行動にでるある高齢者に対し、医療は薬によってそのような行動を消滅させることを目的とする。つまり行動の原因を見ずに医療は、結果だけを消すという発想にしかならない。

「専門家に頼る、という名目の下に、いわば生活的な方法論を採らないということが、一番問題を引き起こす」³と三好は述べている。

「介護は身体の問題としてしか見ない」のではなく、「目に見えない関係を見るという視点を持っていかないと」⁴いけない、と三好は言う。

3) 三好春樹論における介護の専門性

三好は介護の専門性について、以下のように極めて明確な形で彼の持論を展開している。「誰にでもできる当たり前のことを当たり前にするこそが専門性」⁵である。

これに対し、医療・看護の専門性を三好はこう表現している。「病気という、特別な時間、特別な状態のときに、冷静に客観的にシロウトのできないことをちゃんと判断すること」⁶。更に三好は、介護の専門性について「『生活』という普遍的な時間と日常的な状態に、共感的にかかわること」⁷と表現している。「介護は生活の専門家」であり、介護の専門性と、医療における専門性とは、はっきりと一線を画している。つまり三好は「共感的にかかわること」について深く掘り下げ、介護の専門性について論じている。

三好の言う「共感的」とは、非常に原始的な視点であり「当たり前、共に生きる同じ人間」である。どんなに身体に障害があろうとも、どんなに認知症が重度であろうとも、同じ人間として（生活者として）同じように当たり前の生活をしようということである。排泄は当然トイレで行い、オムツは使用しない。入浴についても特殊浴槽などという一般家庭にあらうはずもないお風呂ではなく、普通の湯船につかる。脱水を起こそう点滴などせず、できる限りジュースやお茶を経口摂取する。こういった生活の「当たり前」を実践していくことが介護の専門性であり、そしてこの「当たり前」を実践する上で介護職として求められるのは、介護や医療に関係する様々な知識ではなく、現代日本文化に裏づけられた、「生活」に対する一般的思考である。また生活の「当たり前」を実践していく上で、もう一つ必要な要素を述べている。それは「介護者と老人の組み合わせで介護は変わる。専門性の高さよりも非科学的な“相性”のほうが大きな意味を持っている」⁸と述べているように、三好は対象者と援助者との関係性に介護実践の力点をおいている。それも科学と関係構築への技術としての関係性ではなく“相性”という不確定要素に委ねられた関係性の構築である。三好の介護における専門性とは、不確定要素である“相性”を基本とした実践の方法論をいうのである。

3. 介護専門職が三好春樹の介護方法論に依拠する理由

介護専門職が三好の方法論に依拠する理由として3つの視点を捉えることができる。

1つは、三好は認知症の介護方法論について、非常に具体的で簡潔に述べていることである。認知症ケアについては、先にも述べたが今日あらゆる方法論が展開されているところである。また日本介護福祉士養成施設協会が「認知症専門介護福祉士」養成について研究会を立ち上げ、文部科学省においても「介護福祉教育における高度専門教育課程の研究」が行われている。その他、認知症に対応した専門介護福祉士の養成についての研究が行われ、認知症高齢者に対する介護の確立が急務であることを表している。つまり、介護現場において認知症高齢者への対応に苦慮し続けていることを示唆する。こういった現状において三好の具体的で簡潔な認知症高齢者への対応が介護専門職に受け入れられるのではないだろうか。

2つに、妄想行動について三好は、主たる介護者に生活の営みを依存せざるを得なくなった不安や葛藤から表出するものであり、その不安や葛藤を克服するには、生活における人間関係と参加の場を広げることであると論じている。これは介護保険法成立以前から論議されてきた「介護の社会化」の議論と実践がマッチする部分であり、介護専門職の「要介護者のニーズに応える」という仕事の意義を見出すことができる。

3つに、介護分野における医療の役割を批判的に論じ、介護専門職の役割を独占的に捉えているところである。成清美治は、「『社会福祉士及び介護福祉士法』の登場以降、介護と看護の関係が問われてきた。その理由は、両者の業務領域に世話や介助・介護が含まれているため、業務の混在化をもたらしており、介護福祉サービスにおける混迷の一因となっている」⁹と述べている。医療との密接な関係が不可分な介護現場において、要介護者の健康面に最終の責任を負う医師―看護師との連携の中で介護専門職がイニシアチブを発揮できる場面を模索しているところである。

4. 三好春樹論に対する疑問

1) 社会の中で生活することの視点の欠如

三好の言う介護の専門性として該当するのは、あくまでも介護者として援助する直接援助の部分だけにとどまっている。介護とは、特別養護老人ホームや介護老人保健施設等の施設内や、在宅での介護であれば家の中だけで完結するものではない。また、介護における具体的な支援の質と量は、要介護者の身体状況や置かれた生活環境によってさまざまであるが、介護技術

や介護者と要介護者の関係作りだけでは、介護の専門職として成り立たないであろう。

施設や家など枠の中での日常生活の営みを健康に「普通」にこなしていくことは重要であるが、人々の生活はそれだけではない。いかに社会と接続していくかが社会生活を成立させるために非常に重要である。では社会との接続とは何か。人の社会の中での位置づけと接点である。社会との接続には地域における家族以外の人間関係、そして集団に所属することで形成される人間関係である。つまり本来誰にでも存在したであろう社会との関係である。三好も社会との関係性については、人間関係を形作る一つの要因であることは認めているが、しかしその具体性と援助の方向性、方法論は示されていない。施設介護においても、在宅介護においても、個々人にとってこれまで社会との接続としてどのようなものがあったのか、そしてその社会との接続が失われた要因はなんだったのか、援助の方向性としてこれまでの社会との接続を復活させるのか、またはこれに取って代わるものを構築するのか、この社会へ向けた援助者としての方法論と価値観を持ち合わせて初めて、総合的な生活支援が提供できる。社会との接続は生活の意欲を引き出し、社会人としてのプライドを持つ。社会人としてのプライドは、集団生活を営む人間に人間らしさをもたらすのである。

2) 専門職養成の否定

三好は、著書の中で「学校で学ぶよりも人生経験のほうが役に立ったりする。そもそも、介護を学校で教えられるとは私には思えない。」¹⁰と論じ、介護の専門的知識を反故にし経験から得られた知識を重要視している。専門職養成教育否定論である。介護者と要介護者との関係構築には介護者の人間性にゆだねられる部分が大きく、また介護の専門性の柱である「当たり前」の援助には、当たり前の感覚をもって具体的直接介護や認知症高齢者とのコミュニケーションにあたらなければならないのだ、という。よって介護の専門的知識は、「当たり前」の感覚をもって介護をイメージする時において邪魔になり、介護専門職として必要とされている専門的知識は必要無いのであると論じている。確かに「当たり前」の感覚を持って介護の方向性を考え、具体的援助をイメージすることが必要であるが、そのために介護の専門的知識が不必要であるとの論調は詭弁である。しかし筆者がより指摘したいのは、介護者と要介護者との関係構築には介護者の人間性に

委ねられる部分大きいと論じているところである。専門職養成教育を否定しパーソナリティースキルに依拠しようとする介護は、提供する介護の質として非常に不確定であり、偶々うまく関係が作られた、偶々うまく関係が作られなかった、の結果でしかない。これは介護を職とし社会に責任をもってサービスを提供する立場であるなら、非常に無責任な議論である。

介護の専門的知識がどのように活かされるのかは後に述べるとして、介護の専門的知識を持つことが介護者と要介護者との関係構築を阻害しているのではなく、要は専門的知識の使い方の問題である。

3) 経験的知識ではできない介護

身体の障害や認知症等で「当たり前」の生活行動が行えない人に、「当たり前」の生活を勧めるだけでは「当たり前」の生活行動をこなしていくことはできない。

半身麻痺の人を特殊浴槽もしくは大浴場ではなく、家庭用の小さなお風呂に入れようとするとき、身体や疾病・障害等について何の知識も持たない者が介助するのは無理なことである。この場合、知識として理解しておかなければならないものは、少なくとも医学(医学一般)、生理学の知識、介護技術、それらを支えるボディメカニクスの原理、心理学(老人・障害者の心理)等であろう。つまり、半身麻痺になった原因と麻痺となった身体の部位に湯の温度が与える影響を理解したうえで、身体の麻痺側と健側のバランスを保ちながらどのように湯船に身体全体を持っていくのかということが理解できていること、さらに介護者が介助しなければならない体の部位と動きに合せたタイミング、介助の方法を臨機応変に探らなければならない。

更に、長い年月を共に過ごした家族関係にある者への援助なら未だしも、もともと情報の無い要介護者に対しては、介護という行為の実行の為に情報を収集しなければならない。そうすると、必要な情報と不必要な情報の見極め、そして必要な情報を確実に取り込む能力が介護には不可欠になってくる。収集した情報は要介護者の行動分析と介護計画の根拠となり、根拠が示されたものについては、介護者間での共有が容易になり介護専門職がチームワーク労働として機能するのである。

介護者の人間性や感性に依拠した介護は、ある一部分では必要な場合もあるかもしれない。しかしそういった科学性が失われた介護は、確信の無いものとなり、継続性を失い、そして評価分析ができなくなることで、

結局は介護者にとって介護の喜びを持ってない状況になるのではないだろうか。

5. 三好春樹介護方法論研究を通して見る、現場の現状

1) 介護専門職の意識

三好が目指す「当たり前」の生活とは、入浴、排泄、食事の場面で言えば「機械浴ではない風呂」「オムツではなくトイレで行う排泄」「経管栄養ではなく経口摂取で行う食事」である。もう少し掘り下げて「当たり前」を考えると、人それぞれの長い生活経験から培われた生活文化の中から形作られた「お風呂の入り方」「排泄の仕方」「食事の仕方」が出てくるのだろうと考えられる。単なる浴槽や便器など道具の問題だけではなく、方法の問題だけでもない。生活日課のこなしの中でいつそれらの行動を起こすのか、生活日課全体の中で行動の起点となり、個々人の生活仕様として現れる。また入浴や排泄、食事には直接的な目的と同時に、心身のリラックスやリフレッシュを伴う行動でもある。生活日課の中でどう位置付けるのか、千差万別の生活文化に沿った生活様式として存在する。

つまり三好が目指す「当たり前」の生活とは、生活日課における極めて限定された生活行動について、その行動様式が文化的一般的な生活と比較したときに違和感を持つ部分の改善である。

三好の方法論を積極的に実践する大阪市内にある特別養護老人ホームの施設生活指導員は「身体の変化から在宅での生活が厳しくなって入所されてきた方が、私達の援助によって、できなかったことができるようになる。それが専門職としての喜びである」¹¹と語っている。三好が「当たり前」と表現するその生活日課における極めて限定された生活行動の改善の視点のみで終わるならば、介護福祉が目指す個々人が満足とする生活支援は難しいだろう。しかし今日の介護現場では、その生活日課における極めて限定された生活行動にすら「違和感」を感じ、それへの課題に苦慮する介護現場の実態を伺うことができるのである。

2) 介護現場の現状

では、今日何故ルーティンワークの連続の介護現場の現状があるのか。施設介護を事例に分析してみる。介護保険報酬の段階的な削減で施設運営は財政的困難を極めている。人件費削減のため介護専門職は人減らしをせがまれ、時間当たりの介護専門職の少人数化やパートタイム雇用が広がりを見せている。人減らしに

よって当然一人の介護専門職がこなす仕事量は増し、日課をこなすのに精一杯な状態となり、また個別に応じた援助はチームワークが必要だが、パートタイム雇用ではチームとして連携した、個別対応への繋ぎの介護は難しくなる。

抱える仕事量の多さから、生活援助として必要最低限の仕事をこなすだけで終わっていること、そしてこの状態で仕事を続ける中で、介護専門職として知識、能力を発揮し個別の介護を考え実践していく意欲と展望を失いつつあること、これらが介護現場での仕事がルーティンワークの連続である原因である。

6. 介護方法論における議論の今日的課題

三好春樹の介護方法論は論点が簡潔で理解しやすく、よって介護専門職に受け入れられやすい。しかし、介護者と要介護者のパーソナリティーとの関係性によって介護を展開する方法には、介護専門職による介護の普遍的な提供の視点からも、今日的な介護現場の現状からも限界がある。三好の介護方法論を展開するならば、介護専門職と要介護者が充分にかかわることができる時間の確保等、労働条件の基盤となる財政的、制度的裏づけが必要であろう。三好は介護に関する制度、政策についての提言をほとんど行っていないが、介護専門職として、自らの専門性を発揮するために介護に関する制度や政策に働きかけていく行動が求められる。

また、高齢社会を突き進む我が国においては介護分野全体に介護専門職のスキルアップを図り、高いレベルでの介護の普遍を求めていかなければならない。

7. 介護の専門性とは何か

今ここで、介護の専門性を考えるならば、ある視座を示すことができる。一つは、身体の変化によって普通の生活行動が阻害された状態のとき、いかにして「当たり前」の生活行動をこなしていけるかという援助が実践できるか、そこに専門職としての喜びを感じ、また介護の専門職自身が専門職としての責務を今そこに求めている実態が、三好の介護方法論への研究を通して見えてきた。先にも述べたが「当たり前」の生活行動とは、三好は非常に狭い範囲の限定された援助の部分について表現している。しかし他方では「当たり前」の生活行動といっても千差万別あり、非常に曖昧な概念表記である。よって筆者は「違和感」のない生活行

動と援助の方法と表現した。

では介護専門職は、ここでの場合専門性として何を指すべきか。それは、要介護者の生活行動の限界と、援助の限界を知るすべを持ち合わせることであろう。「違和感」の無い生活行動とその援助方法を実践するには、ハードの面に左右される場面も少なくない。また隣接する他の専門職との相互理解の上で、援助計画への議論が具体的になればなるほど専門職個々の立場での考え方の違いが表出であろうことから、介護専門職にまず持ち合わせるべき専門性は、医学的、生理学的等知識の見地を根拠に持ち、介護技術としての具体的身体援助へのスキルと、要介護者との関係構築能力（つまりコミュニケーション能力）をもって、要介護者本人、その家族、他の専門職に援助計画の提案ができることであろう。

家庭でも介護が行われているが、家族による介護と、介護専門職が行う介護とは、違う。前者における対象者は家族であり、後者は家族ではない。家族間では、これまで共に生活を共にしてきた経験から、個別のこととして要介護者を理解できる場合がある。しかし、共に過ごした経験から得られる情報を持たない介護専門職は、認知症や失語症などで思いを伝えられない要介護者、行動の裏に隠された意味を訴えられない要介護者のことについて、あらゆるファクターを考える材料を持ち合わせる必要がある。そこに専門職としての技量を問われる部分がある。

更に、具体的日常生活へ直接援助に関わる職として、要介護者とあらゆる専門職とを繋ぐ役割を發揮し、援助計画を模索する上でイニシアチブを取っていかねなければならないであろう。

終わりに

この度の研究ノート作成にあたって、現場の介護専門職から直接話しを聞く機会があった。「どんなに厳しい労働条件でも、利用者の方の生活の仕方としておかしなものを感じたらいたたまれない¹²⁾」と言う。介護専門職として働く者のプライドである。そのプライドは、介護専門職としての教育と対人関係労働における共感である。つまり現場で働く介護専門職は、本質的に「いい介護、つまり要求に応えたい」という思いを持っている。それ故に三好の介護方法論を求めるとはのではないだろうか。

しかし、その方法論に科学に裏付けられた根拠が無

いと、その実践もその場限りとなり、継続性を失うものである。実践を積み上げ、分析し、理論化してまた実践することで、更によりよい援助が提供できる。これこそが介護専門職の専門性への確立に繋がり、介護専門職が社会に責任を持つということである。

社会に対して責任持つという視点から、介護専門職の専門性について、積み重ね研究していく所存である。

(こうがみ けいた 本学助手)

【注】

- 1 三好春樹1997『関係障害学』P.125雲母書房
- 2 同上P.127
- 3 同上P.23
- 4 同上P.39
- 5 三好春樹2005『介護の専門性とは何か』P.23雲母書房
- 6 同上P.23
- 7 同上P.23
- 8 同上P.18
- 9 成清美治『新・ケアワーク論』P.27学文社
- 10 成清美治『新・ケアワーク論』P.26学文社
- 11 筆者が、2007年9月25日に大阪市内にある特別養護老人ホームの生活相談員に行ったインタビューによる。
- 12 筆者が、2007年9月25日に大阪市内にある特別養護老人ホームの生活相談員に行ったインタビューによる。

【参考文献】

- 三好春樹1994『新しい老人ケア』雲母書房
三好春樹1997a『関係障害論』雲母書房
植田章，岡村正幸，結城俊哉編著1997『社会福祉方法原論』法律文化社
三好春樹1997b『生活障害論』雲母書房

- 三好春樹 1998a 『身体障害学』 雲母書房
- 三好春樹 1998b 『じいさん・ばあさんの愛しかた』 株式会社法研
- 三好春樹 1998c 『介護技術学』 雲母書房
- 三好春樹 2001 『介護が上手くなるための10カ条』 関西看護出版
- 三好春樹 2002 『元気が出る介護術』 岩波アクティブ新書
- 三好春樹 2003 『痴呆論 - 介護からの見方と関わり学』 雲母書房
- 成清美治 2003 『新・ケアワーク論』 学文社
- 三好春樹 2005 『介護の専門性とは何か』 雲母書房
- 小林光利（監修） 2006 『専門介護福祉士の展望～次世代の新しい介護福祉士の養成にむけて～』 北隆館

A Study of Care Work as a Professional Occupation — Through the Study of Haruki Miyoshi's Theory —

Keita Kougami*

Summary

In Japan, a rapid aging country, the quality of care services by care professionals are being put to the test. Care workers, however, are usually under severe working conditions in their workplaces, so they cannot afford to ask what is the speciality of their own care services. The difficulty of care services is symbolized Comson Company Ltd. which has submitted many unjust bills to the Long-term Care Insurance.

Being too busy with their daily routine work to do their care services as professionals, many of them often accept Haruki Miyoshi's theory. He is the chief of "Life and Rehabilitation Research." His lectures and seminars on care method are widely accepted among care workers.

He insists, "Let them live an ordinary life as it was. This is the speciality of care work." He also criticizes that the method of medical treatment "Cure disease, but not the patient himself" has been introduced into care work services. He says that care workers pay attention to the handicaps and abnormal behaviors, but they do not show enough consideration to the man, himself. He argues that care workers should seek for the assistance method of helping ordinary life behaviors with ordinary sense of life.

But his theory seems to be a make-shift theory, not lasting for a long time. Care workers should have the responsibility for the society through care work activities based on lasting method scientifically.

Keywords : Miyoshi Haruki, related trouble theory, living activity, specialty

*Osaka College of Social Health and Welfare
〒590-0014 8-2 Tadei-cho, Sakai-ku, Sakai City, Osaka
Osaka College of Social Health and Welfare
Department of Care and Welfare
e-mail: k.kougami@kenko-fukushi.ac.jp