

介護専門職序論

—介護福祉士の専門性の社会的確立をめざして—

町 田 隆 男
Takao MATIDA

はじめに

ソーシャル・ワーカーの専門性に関しては、今も論争が活発である。これに対して、介護専門職の専門性に関しては、論争らしきものはほとんどない。筆者は、介護福祉士の専門性は、まだ「名称独占」のままだが、医療職に匹敵する高度の専門性をもっていると考える。そして、その専門性の内実は、介護の本質に基づく「自立支援介護」にあると考える。本稿は、このような考え方に立って、介護専門職論=自立支援介護論を試論的に展開したものである。

1. 介護専門職の専門性をめぐって

(1) 介護の本質と介護専門職の要件

介護の本質は、「自立支援介護」にあるといえる。何故ならば、介護の対象者は、生活の自立に支障をきたした「障害者」であるからである。それは、医療の対象者が、病気にかかった「患者」であることから医療の本質がその病気をなおすことにあるように、介護の本質は、その支障を来した生活の自立を支援することにあるといえよう。

このように介護の本質・あり方が自立支援介護にあることから、介護の専門職といえるためには介護職が、「自立支援介護能力」を修得していることが要件となる。

ところが、介護職の仕事を、おむつ交換・入浴介助・車椅子への移乗などの作業レベルでしか見ないで、誰にでもできる簡単労働と見なすものが少なくない。確かに排泄介助・食事介助・入浴介助・車椅子への移乗などの基本的な生活介助が、単に作業レベルで行われている限りその介助は専門職の仕事とはいえない。誰にでもできる単なる介助にすぎない。また、この介助作業に習熟してそれを手際よく効率的にやれるだけでも、専門職ではない。作業レベルの域を出ていないからである。介護専門職の国家資格である介護福祉士資格がいまだに誰にでもできる「名称独占」であることも、介護をこの作業レベルで捉えていることに基づくと思われる。残念なことに介護に対する社会的評価の多くもこの域を出ていない。このことを反映して、多くの介護専門職の自己評価（専門性評価）も低くなっているのである。

ところで、このような現状の背景には、介護職の仕事が、非専門的な家族介護の社会化と

して形成されてきた歴史的沿革だけでなく、介護職の実際の仕事内容が、少なからざる施設において配員不足などに規定され日課に追われた作業レベルの介助になっていることや、在宅においても家族介護負担などから家族の協力を得ることができず介護職による自立支援介護がなかなか展開できにくい事情があるからでもある。

このような事情があるとはいえ、介護職の専門性は、介護の本質が自立支援介護にある以上、自立支援介護レベルを目指したものとならざるをえない。

したがって、介護の専門職といえる為には、介護職の仕事内容が作業レベルに留まらずに自立支援介護の実現を目指した専門職レベルに達していることが必須の条件となる。

ところで、筆者は、多くの職場で介護職が、養成学校卒業して介護の現場に出てその職場内・外での社会的評価が低いことに直面して自己の職業の専門性に自信をなくしてきている現実を知っている。このような現状をふまえて、介護職が専門性を社会的に確立していくためには、自立支援介護能力を身につけて作業レベルの単なる介助ではなく「自立支援介護」を実践していく以外ないを考える。

(2) 介護専門職と看護専門職・ソーシャルワーカー

介護と看護はその対象が異なる。介護の対象者は、生活の自立（身の自立、自己決定・自己実現）に支障をきたした「障害者」である。したがって介護専門職は、その自立支援介護が仕事となる。

これに対して、看護の対象者は、病気になった「患者」である。したがって、看護専門職は、医療職としてその病気をなおすことが仕事となる。看護職が行う生活の支援もこの病気をなおすことと関連してのものであり、介護専門職のように生活の自立支援は課題とはならない。この生活の「自立支援」こそが、看護職にはない介護職の専門性の中味なのである。

したがって、介護専門職が看護職や医者などの医療専門職とチームを組んで、クライアントをケアしていく場合、その「自立支援介護能力」と「医療職と適切に連携できる能力」がその専門性として問われるのである。それぞれの職種がそれぞれの専門性に基づいて対等に協力していく場合、介護専門職は、主にその「自立支援介護能力」を持って連携することになる。

ここで、介護専門職の専門性をより明確にするために、同じ社会福祉職種であるソーシャル・ワーカーとの専門性の相違にふれておきたい。いずれもクライアントとの援助的人間関係を重視する点では共通だが、ソーシャル・ワーカーの場合はその人間関係の障害という問題の解決を、相談・助言などの言語的表現手段で間接的に解決しようとする。したがって、自立支援を促すだけに留まる。これに対し、介護専門職は、現場における具体的サービスを提供することすなわち具体的ケアで、自立支援介護を実現する。

介護専門職の場合は、ケア自体が主たる援助手段であるから常に人格接触するので、単なるケアの技術・技能よりも、クライアントの幸せを願ってその自立支援をどこまで考えてケアを実行しようとするかの人間的な姿勢＝愛情が重要となる。

このように自立支援に関して、ソーシャル・ワーカーはそれを促すに留まるのに対し、介護専門職は促すだけでなくその主体性を引き出してクライアントの自己決定・自己実現を、そのケアによって見届けるのである。このように自立支援ケアを現場において完結させるのが、介護専門職なのである。

(3) 介護専門職とターミナルケア

ターミナル期のケアは、死の受容であり、それはその人の人生の総仕上げの段階として、先のない残り僅かな日々をその人がどう生きるかといったその人らしい自己決定・自己実現の支援を内実とし、自立支援介護の完結形態といえる。この期の自立支援介護は、それまでのケアが人生に先のある「障害」の受容であるのに対し、人生に先のない「死」の受容なので、そのケアはかなり高度の専門性を必要とする。そのケアはターミナル期での自立支援介護として、死に対する過剰な恐怖を取り除くケアだけでなく、最後の人生に前向きに取り組む意欲を引き出すケアを内容とする。

さらに、ターミナル期のケアの特徴としては、クライアントの医療依存度が強くなってくることを挙げねばならない。末期ガンの場合は痛みが、老化の場合は状態の不安定化や食欲の低下などが発生する。そこで、それまでの介護専門職と家族中心の在宅ケアのなかに医療専門職の役割が強まってくる。したがって、チームケアの必要性が特に強まる。そして、そのチームケアのあり方としては、このような場合でも介護専門職を中心にした医療職とのチームケアが望ましい。それは、次の2つの理由による。

①介護専門職の仕事は、上述したような精神的ケア中心の自立支援介護であり、日常的な生活全般支援であるから、クライアントに家族とともに最も長い時間かかわることになる。

②ターミナルケアの目的は、クライアントが「その人らしい生き方を全うすることを支援すること」にある。介護専門職は、精神的な自立支援介護により、クライアントが「その人らしい生き方を全うすること」を支援すること自体が仕事であるのに対し、医療職がターミナル期に行う医療行為は、本来の病気をなおす治療行為ではなくクライアントが「その人らしい生き方を全うできる」目的を実現するのに妨げとなる痛みを取るなどの手段的行為であるからである。

したがって、介護専門職の専門性は、このターミナル期において、もっとも高度の専門性を要求されることになる。1つには、上述したように死を受容して最後の人生をその人らしく生き抜くことを支援する高度な精神的な自立支援介護能力の必要性においてであり、もう

1 つは、ターミナル期での日常的な自立支援ケアを通じて生活の変化のなかから問題・異常を発見しそれを医療職に適切に連絡できる連携能力が問われる。それには、介護に関連した広い医学知識や現場経験の積み重ねが必要である。

このようにして、介護専門職は、上述の自立支援介護能力とこの適切な連携能力とにより、医療職や家族から、その専門性が信頼されるようになっていくのである。その点、わが国では介護の社会化が遅れていただけに、このような介護専門職の能力形成は、これからの重要な課題といえよう。

2 自立支援介護をめぐる

(1) 自立支援介護とは何か

前節で、介護専門職の専門性は、介護の本質から演繹して「自立支援介護」を内実とした。その自立支援とは、どんな内容のケアなのか。

それは、身辺的自立支援としては、本人ができることに関しては、時間がかかっても本人がするように支援することであり、精神的自立支援としては、障害などでダメージをうけているクライアントに、障害をもったまま残存能力を活用して前向きに生き生き（自己決定・自己実現）と生活していくことを支援することである。

したがって、自立支援介護とは、クライアントの主体性を引き出しその自己実現を支援することを内容とする。

ここで、在宅での生活の自立支援について考えてみたい。それは、日中は起きていることから始まる。起こす、起こされるのではなく、クライアント自身から起きるような関わり方（介護の仕方）をする。起きようとするのは、起きて何かすることがあるからである。それには「起きて何をするのか」の生活上の目的をクライアントと一緒に探し出すケアが必要である。他律的に起こすだけでは、自分でやろうとする意欲が減退する。自立支援介護とは、このように主体性を引き出すケアである。

また、自立支援介護の証は、クライアントの表情が生き生きしているかどうかにある。クライアントは一人の人格体として自分のやりたいこと（自己選択・自己決定）がやれたとき（自己実現）、すなわち生活が精神的に自立できたとき、その表情は生き生きし心も満たされ幸せを感じる。したがって、クライアントにとって質の高い介護とは、この自立（自己決定・自己実現）を支援する介護なのだ。

ところで、介護専門職が、クライアントをこの自立支援介護で生き生きさせその人らしい自己決定・自己実現につながる生活上の目標を引き出す有力な手段として、コミュニケーションケアがある。

自立支援介護に関するコミュニケーションケアには、情報収集の手段としての機能がある。

クライアントの主体性を引き出しその人らしい生活を支えていくためには、コミュニケーションによるその人の理解が必要である。クライアントとのコミュニケーションによるこの情報収集が、後述するリクリエーションケアによるクライアントの自立支援（自己決定・自己実現の支援）に役立つのである。

自立支援介護との関連でのコミュニケーションケアにはもう1つの機能がある。それは、コミュニケーション自体が自立支援介護となっていることである。というのは、自立支援とはクライアントと介護専門職との、主体性を引き出し生き生きさせるような人間関係作りなのである。コミュニケーションがとれたということは、この人間関係ができたということなのである。クライアントが介護専門職の訪問介護を楽しみに待っているということは、介護専門職とのコミュニケーション自体がクライアントにとって生活の再活性化＝リクリエーションとなっているのだ。

ここで、クライアントの生活を生き生きさせるこの精神的な自立支援介護としてリクリエーションケアについてふれておきたい。

ところでリクリエーションを、「歌、ゲーム、ダンス」とか行事とかに限定して考えている人が多いが、それらは一つの形態にすぎない。その人の生活を活性化させるなら、単なるおしゃべりでもその人にとっては立派なリクリエーションである。

このようにリクリエーションの本質は、クライアント一人一人の生活を活性化させ生き生きさせるものである。

リクリエーションを内容とした自立支援介護の自己決定によって生活の目標をもちそれを自己実現できた生活は、その人の生活を活性化させる。

このようなリクリエーションケアやコミュニケーションケア、それに前述のターミナルケアなどの能力向上で、特に精神的な自立支援介護能力が上昇し、介護専門職としての能力が向上するのである。

つぎに、内容的にみて自立支援介護に言及していると思われる黒川氏と三好氏の見解を検討することにした。

（2）黒川昭登氏の『現代介護福祉論』と自立支援介護

黒川昭登氏は、ケアワークの専門性を体系的に論じた『現代介護福祉論』（誠信書房）の冒頭で「ケアワークの仕事は専門職の仕事ではなく単純労働と思われてきた。しかし、排泄介助というそれ自体は単純労働であってもそれを介してクライアントの成長に役立てるような創意工夫ができればそれは専門職の仕事である。」と述べられている。

これは介護の仕事が一般の仕事と異なり、労働の対象が物ではなく人間であることに基づいて、創造性を要求されるからである。そもそも、人間は、すべて個性をもっておりその抱

えている問題も異なるので、規格化できず一品生産であることに基づく。介護職として、作業レベルのケアは習熟により修得できるが、高齢障害者の個性を理解することなくしては、そのケアを適切に実施することができない。同じことを同じ手順で繰り返してはクライアントの個体の事情が違うので決して同じ結果が生まれないものである。

「人間相手の仕事は、一回限りの個別の状況に出会うことがほとんどで、個別的な判断や創造的な思考力が必要な仕事である。例えば、シーツ交換を作業レベルだけで捉えると、高齢障害者の気持ち・感情を考慮しないこととなる。それは、人間に対するケアとなっていない。作業レベルのケアでは心のこもったケアとはならない。相手が満足してこそ本当のケアとなる。それができて専門職といえる。」また、

「精神薄弱児の場合、靴下がはけない場合、はかせるケアだけでなく自分ではけるように教育・訓練をするのが専門家としてのサービスであり、そのための方法・技術が必要となる。」さらに、

「介護専門職が提供するサービスが、症状やその程度の異なる高齢障害者一人一人に適合するためには、その家庭環境や成育歴、性格らのケアに必要な事情や背景を個別的に理解する必要がある。」さらにまた、

「援助方法の発見も専門性の内容である。どんな重度なクライアントでも何か出来そうな事柄が1つ位はある。それを発見することがケアの第一課題である。」と介護専門職の専門性の中味について述べられている。

さらに一連の処遇として、「まず作業レベルのケアを手段的に提供する。つぎに、そのケアをしながら、上述の成育歴などの個別的な理解をする。つぎに、その社会的・心理的理解を背景に、相手が自分でやれる行為を発見する。そして、身辺自立に関して、段階的な援助方法のメニューを作り実施する。そのあと援助方法の評価をする。その評価において、期待した成果がない場合は、理解が充分か、過大な要求ではなかったか、方法が正しかったかなど多面的に検討し、さらに新しい方法を試みる。」ことが必要なことを強調しておられる。

これらの一連の介護専門職（ケアワーカー）による仕事は、高度の専門性を要するといっ
てよい。一見単純に見えるケアでも、相手を個別的に理解したうえでのケアとそうでないケアとは、ケアの質が異なるといってもよからう。そして、黒川氏は、この本の最後の方で、「専門職としてのケアは、このように常に創造的であり、クライアントの個別の観察・理解を背景をした考えるケアであり、クライアントの自己実現が目標である。」（筆者要約）といわれている。ここでの内容は、私のように明確に介護専門職の要件は、自立支援介護能力であるといいきってはいないが、介護専門職に関する理解は、内容的には筆者と共通なものがあるとみてよからう。

(3) 三好春樹氏の『関係障害論』と自立支援介護

三好春樹氏が強調しておられる、介護作業を介しての「関係作り」・生活リハビリは、自立支援介護の1つの具体的な形態と考えられよう。

三好氏は、レウィー・ストロースの「構造とは、要素（人）と要素（人）の間の関係からなる総体である」とする構造主義的思考方に立って、人間は「自分自身との関係、家族的関係、社会的関係の3つの関係をもって生きている。」と捉え、痴呆や寝たきりの多くはこれら関係の障害によることを、『関係障害論』（筒井書房）で述べておられる。

痴呆の症状は、個体自身の問題ではなく関係のなかの個体の結果であることが証明されているとし、心身の機能を急速に低下させて死期を早める寝たきりの状態も、この関係障害が決定的な役割を果たすとされる。自分に何らかの自信が持て家族関係もよく地域に会いたい人が居る場合は起きようとする意欲が出てくるのである。

このように「関係」によって患者の症状までもかなり変わるのに、医学書もこの「関係」については触れずに人間の個体をどうみるかだけが書かれているものが多い。また、痴呆や寝たきり高齢障害者の介護に関してもその原因を「関係障害」と明確に捉えた書物も少ない。

このように考えてくると、痴呆や寝たきり高齢障害者のケアには「関係作り」が重要となる。

ところで、この三好氏の「関係作り」介護と筆者が本稿で強調する「自立支援」介護とはどのように関連するのであろうか。

在宅で寝たきりの高齢障害者のケアの事例で考えてみたい。

自立支援介護の場合は、クライアントが車椅子を使用してでも自ら何とか起きようとして起きた後生き生きとした生活ができることを支援することを内実としている。すなわち生活の自己決定・自己実現の支援である。自己決定・自己実現の生活ができればその人の表情も生き生きしてくる。

関係作りは、まさに上述のクライアントの起きようとする条件を形成することに連がるのである。地域に会いたい人が何人居たら、起きて会いにいかうとするであろうし、家族関係が良好なら、家族がその行為を支援してくれるであろうし、自分自身にある程度の自信があったら起きようとする意欲も出て来るであろう。このように関係作りは自立支援介護の重要な条件なのである。

さらに、三好氏は、関係作りの具体的方法として、まずケアの適切な方針をたてるため、2人以上で家庭を訪問して、3つの関係（自己・家族・社会との関係）の評価をする。①どの位関係がダメになっているか、②どこからアプローチすればよいか、③関係作りをどのようにしていくかの対策を、その場のケース検討会で決めて実行する。

多くの場合は、①「新たな社会関係」を作ることから始めるのが効果的という。まずグル

ープを作る。ディサービス・デイケアに参加するのもよい。それができなかつたら3人障害者が近くに居るとしてそのなかで広い家に週1～2回集まるようにする。このように家の外に出ていくことで、「閉じこもり症候群」からも抜け出すことができる。②このようにして、行くところができて新しい人間関係が出来る、もう1つの関係である「家族のなかでの関係」が変わってくる。家から離れている間、家族はケアから解放される。クライアントに痴呆症状がでている場合、昼夜逆転して家族が夜起こされていたのが、週1回のこの集まりでも夜寝てくれるようになる。また、家族との関係だけだと話すこともなくなってくるが外に出ていくと話題も出てくる。余談だが嫁・姑関係がうまくいっているケースは四六時中一緒にいないで外に出て別々の世界をもっている場合が多いという。さらにディサービスでもそこで「遊びリテーション」などで嫌なことを忘れて夢中になれると気分爽快となり外にでることが楽しみにもなり、家族関係が一層好転する。③このようにして新しい社会関係ができて周りからも認められ、家族関係にも余裕ができて家族からも優しい言葉もかけられるようになると、3つの関係の最後の関係である「自分自身との関係」も前向きとなり、自信を取り戻せるようになる。この点、欧米と相違して日本人の場合は、他からの評価で「自分自身との関係」＝自己評価が変わってくる。新しい社会関係や家族との関係がこのようにして好転してくることで自己評価も変わってきて、自信を取り戻すことが出来、意欲も出てくる。

このようにしてクライアントは自己決定・自己実現できる生活を取り戻すことができ、精神的にも「自立」できるようになる。

このような「関係作り」による「自立支援介護」が、多様なケースで適切にできるようになることは、介護専門職の能力形成の大きな目標となろう。

3、自立支援介護能力の育成をめぐって

—介護専門職の能力開発試論—

上述のような介護専門職の育成に、日本的企業の人材育成システムであるOJT—OffJT論(CDP理論)の方法を導入することを提案したい。

このシステムは、日本独特の人材形成システムで、基礎教育(高卒から大卒まで)を終了した未熟練の新規学卒を一括採用し、現場でOJT(仕事をしながらの能力開発)を中心にOffJT(仕事を離れての能力開発)との組み合わせにより、長期間かけて計画的に(CDPとして)多様な変化に適応できる企業内人材を育成するシステムである。

新卒で配置される仕事分野は、職場のなかで最も簡単な職務でその仕事に習熟するとともにより複雑な職務にローテーション(定期異動)で異動し、経験を広め深めて、それぞれの職務で能力発揮しながら、適応力とより高度の能力を開発していく。

これは、即戦力を職種・職務別に中途採用するシステムが支配的な欧米と異なり、未熟練な新卒を一括採用するシステムが支配的な日本独特の人材育成システムである。

ここで、問題は、養成学校出の若い介護福祉士は、一般企業が採用する新卒と異なり、一般的な基礎教育の上に専門職としての基礎教育を受けている専門職の卵である。したがって、一般サラリーマンのように簡単な職務から複雑な職務へ仕事の種類を越えたローテーションによる育成は原則としてない。

このような特徴をもった専門職でも、企業の一般職種のように、上述のようなOJT-OffJT育成の方法は可能であろうか。

日本の場合は、専門職といっても、欧米のような完成に近い専門職ではない。したがって、介護専門職としてその専門的能力を開発していくためには、専門的な基礎学校教育をもとに長い期間かけて現場での巾広い経験（OJT）とその整理・理論化（OffJT）との繰り返しが必要である。具体的には、多様なケース検討会や職場の課題別委員会活動などのOJT活動・経験と、それら経験を整理・深化させる短期OffJTと、節目ごとの段階的なOffJT（その連結がCDP-キャリア・デブロップメント・プログラム）との統合である。

ところでこのような日本型能力開発に対し、福祉職の能力開発として、アメリカで開発されたスーパービジョンという手法がある。

スーパービジョンは、熟練したスーパーバイザーが、未経験のボランティアを実地教育する必要性から発生した。

スーパーバイザーになるためには、実務の熟練者であって、自らがスーパービジョンを受けた経験が必要である。

スーパービジョンのできる専門家が少ないと一人のスーパーバイザーが一度に多くの介護職の教育・援助をする集団スーパーバイザーの方法とならざるをえない。これは、個人スーパービジョンと比較して教育コストは低い、ケース提出者は限られてくるので、自分の扱っているケースで自分の能力にあったスーパービジョンはのぞむことができない。ふつう、2人の介護職に各1ケースの事例をコピーして提出してもらい、それを素材として全員がスーパーバイザーとして、具体的にどう対処するかを学ぶのである。

このようなスーパービジョンの第一の機能は、介護職がケース処理の教育・援助を受けることで、自己の能力を高め専門性を高めることができると同時に施設のサービスを一定の水準に保持することができる。何よりも良いスーパービジョンを受けることで自分の能力を高めることができるのだ。

スーパービジョンを受けている間は、介護職はスーパーバイザーの言う通りにやる必要がある。不自由となる。しかし、責任からは解放される。その間は自分の考えよりスーパーバイザーならどうするかを考える。

自分の考えを客観化する専門家的自己が発生し、自分の能力がスーパーバイザーの水準に近づく。このようにスーパーバイザーの考えを追体験した後で自分の判断で行動する自由を得るがその時は結果に責任を負うことになる。スーパービジョンとはそれに到達するまでのプロセスである。

スーパービジョンの効果は大きい。無気力だったクライアントが意欲的となり生活全体が変わった。仕事の質的内容は、職員の専門性の向上と関係が深いのである。

ところで、このようなスーパービジョンは、小池和男氏の「日本企業の人材育成」(中央公論社)でいうフォーマルなOJTの過程と似ている。フォーマルなOJTの過程は、①指導員(スーパーバイザーに匹敵)が習い手が学ぶべき仕事を実際にやってみせ、②習い手が指導員の見守のもとに仕事を行う。③習い手は自分一人で作業しそのプロセス・結果に対し指導員から評価を受ける。

スーパーバイザーから独立した介護職は、その後、より複雑な多様なケースを経験(OJT)していく。したがって、フォーマルなOJTに当たるスーパービジョンのプロセスは、OJTの1部にすぎない。ターミナルケアもこなせるような介護専門職としての高度の能力形成は、スーパービジョンのプロセスのあとのインフォーマルなOJTや前述したOFFJTとの組合せにより形成されるのだ。この意味で、介護専門職の能力形成システムとして上述のスーパービジョンは、OJT-OFFJT論(CDP論)のなかに吸収されるといってよからう。

このように介護専門職の専門性を示す自立支援介護能力の形成には、短期(2年間)の養成基礎教育を補う意味での、卒後の現場でのOJT-OFFJT教育(経験とその理論化)が必要となつてこよう。

とくに、OFFJTとしては、職場内・外での学習会を積み重ねることが重要となろう。

しかし、現実には厳しい。筆者が卒業生の勉強会を手がけてみて問題点が多い事がわかった。1つは、介護職の現場は多忙すぎて、なかなか日を決めて一同に集まらない。もう1つは仕事がつすぎて、なかなか本を開く気になれない(介護の現場では、流産を避けるには産前・産後と育児休暇を併せて2年間の休業が必要であろう)実状がある。とはいえ、この多忙をかなり克服できた施設として、小田原市に所在する潤生苑(特養)の工夫が参考になる。①手をかける必要があるクライアントにはより多くのケアを、手をあまりかける必要のないクライアントにはあまり手をかけない方針を徹底して、一律多忙を避けている。②同一数のスタッフのもとでも、現場の多忙時に合わせてスタッフの方の(施設側の)シフトを細分して細かく対応させているので、自立支援介護で個別介護を徹底させている施設(例えば、クライアントによっては1時間半も食事時間をかける)であるにも拘わらず、多忙感を感じさせない。

もう 1 つの問題点は、介護専門職自身の自分の能力を高めようとする職業意識の問題だ。筆者は以前、ナースの職場調査をしたことがある。ナースの場合も、結婚・出産でリタイヤするものが少なくないが、少数ではあるが職業を継続して、医師との対等のパートナーシップを求めて自己研鑽に熱心なナースが存在していた。残念なことに介護専門職には、そのような、職業意識の持ち主がまだ育っていないようだ。自立支援介護能力だけでなくターミナルまでも立派に担える介護専門職が育つことで我が国の介護サービスの質を高めていくという社会的課題を達成していくには、まだまだ時間がかかりそうである。これができたとき介護専門職の社会的地位も確立するであろう。

