

る。制度の発足後まもなくから、特に要介護度1といった軽介護の需要が大きいことが報告されていた（例えば、厚生労働省『介護保険事業状況報告』）。もともと、要介護度1＝家事援助というわけではない。やや古いですが、品川区では次のような報告が成されている。

品川区の要介護高齢者について、障害老人の日常生活自立度と痴呆老人の日常生活自立度から導かれる心身状況によって、以下のとおり4グループに分類した。その結果、「動ける痴呆⁵」21.4%（1972人）、「寝たきりの痴呆」20.8%（1916人）をあわせ全体の4割が痴呆性高齢者であることが明らかとなった。また、全体の半数を占める「軽介護」のうち18.4%（1696人）は痴呆性老人の日常生活自立度がIであり、痴呆症状が悪化しないよう早期の関わりが求められる「痴呆予防対象」層であるといえる。

表1 品川区の要介護高齢者の心身状況（2003（平成15）年12月1日現在）

n=9227人

		痴呆性老人の日常生活自立度					
		正常	I	II	III	IV	M
障害老人の日常生活自立度	正常	①軽介護 痴呆がなく寝たきりでない 4458人 (48.3%)	【再掲】 ① 痴呆予防対象 1696人 (18.4%)	③動ける痴呆 痴呆があり寝たきりでない 1972人 (21.4%)			
	J						
	A	②痴呆のない寝たきり 痴呆がなく寝たきりである 881人 (9.5%)	④寝たきりの痴呆 痴呆があり寝たきりである 1916人 (20.8%)				
	B						
	C						

出所)『品川区痴呆性高齢者ケア体制の再構築検討報告書』p3, 品川区 2004年3月

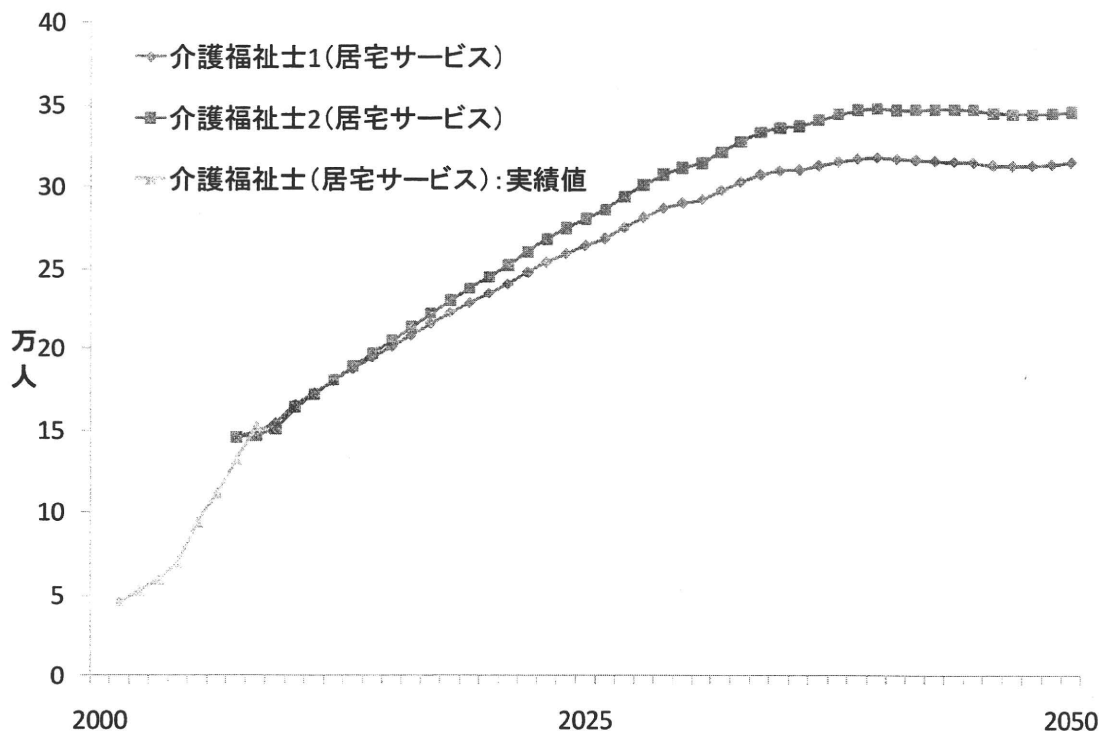
この結果はすなわち、要介護認定の内包する問題と関係がある。要介護の一次判定には、もともとADLの項目に偏っており（それさえも問題があると言われる。詳しくは 村田他(2005)）、認知症を補足しにくいという問題点がたびたび指摘されてきた。ここでいう“動ける痴呆＝ADLのしっかりした認知症”や“日常生活自立度がIの痴呆性老人＝日常生活自立度がIの認知症高齢者”は、要介護の一次判定では要介護度1あるいは要支援2として判定される可能性が大きい。

今回の推計では、軽介護在宅移行ケースとして要介護度1あるいは2の者が特別養護老人ホーム等の施設介護を利用するのではなく、グループホーム等の居宅系サービスに移行したらという仮定をおいている。これは、要介護度の判定の困難さを逆手にとった方法である。認知症があっても要介護度が低い値に出るのは、まさに、ADLからみれば動作には

⁵ かつて、痴呆（ちほう）と呼ばれていた概念は2004年に厚生労働省の用語検討会によって「認知症」への言い換えを求める報告がまとめられ、まず行政分野および高齢者介護分野において「痴呆」の語が廃止され「認知症」に置き換えられた。各医学会においても2007年頃までにはほぼ言い換えがなされている。

問題が少ないということであり、こういう者ほど居宅系サービスのグループホームや、あるいは小規模多機能施設を利用してもらったほうが本人の QOL も増加するし、併せて費用の軽減にもつながる。

図 4 居宅サービス系の介護福祉士の推計値



出所) 筆者推計

注) 介護福祉士 1 が標準ケース, 2 が軽介護在宅移行ケース

ただし、こうした施設サービスから居宅サービス（在宅サービス）へという流れを作っていくには優れた人材の確保が必要である。2008年に介護福祉士の有資格者は約73万人いたのであるが、実際に施設サービスを提供していた者は約14万人、居宅サービスを提供していた者は約15万人である。言い換えれば、約44万人の者は有資格であるが介護の業務に携わっていないということになる。

本稿に関して重要な事項が二つ存在する。一つは介護職員の質の確保策としての介護福祉士の地位の確立策と、もう一つは介護職処遇改善交付金の設立である。2007年3月に国会に上程された法改正案⁶で、准介護福祉士という案が登場した。准介護福祉士というのは、2年以上の介護福祉士養成施設を卒業後、介護福祉士の国家試験を受験しなかった者、あるいは国家試験を受験したものの不合格となった者が「准介護福祉士」として登録することによって、「当分の間」、名乗れる資格のことである。准介護福祉士は、介護福祉士資格の取得に向けて努力をすることが法律上規定されることになる。この法案は、2007年3月14日に提出され、修正を受け4月27日に参議院を通過した。その後、衆議院に送られ

⁶ <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/166-13a.pdf> (アクセス2009年8月29日)

たが、衆議院では年金問題のため審査結果が出されないまま国会は会期末を迎えた。しかし、衆院厚生労働委員会は廃案を避けるために7月5日に衆議院本会議で継続審議を提案し議決されたため、次の国会で引き続き議論が行われることになったが、同年の秋の臨時国会で成立した(2007年11月28日)⁷。

もちろん、法律自体には介護福祉士の質の向上のため、2012年度から国家試験が免除されている養成施設(大学や専門学校など)の卒業生にも国家試験を課すこと、履修時間を増やすこと等も決まっている。また、2009年4月の報酬改定で「介護職員における有資格状況の評価」が入り、全介護職員における介護福祉士の割合が一定ラインを超えていると加算の対象となったように、厚労省は介護における質の確保を意識した政策を打ち出しているのである。

また、厚生労働省は「介護職処遇改善交付金」を設立し、介護職の待遇改善に本格的に乗り出した。交付金は、平成21年10月から平成24年3月までの30ヶ月を期限として、介護サービスの提供に応じて支払われる介護報酬に一定の率を乗じた金額を加算して支給される。事業所が、この交付を受けるためには、①交付見込額を上回る賃金改善(基本給、手当、賞与、一時金等の方法は問われない)や、②平成22年度以降に職員のキャリアパスに応じた賃金体系を示す等の要件を満たす必要がある。

事前には、①交付期限以降の処遇が不透明であること、②「交付見込額以上の賃金改善」を求められる事業者の負担が大きいこと、③報酬改定ごとに収入構造が変わる不安定な経営の中で「職員のキャリアパスに応じた賃金体系」をつくることの難しさ等により、現実にとどのくらいの事業者が交付申請をするかを疑問視する声があった。さらに、“たとえ交付金を受けたとしても、基本給を上げれば時間外労働や深夜労働の単価も自動的に高くなるため、多くは、一時金や賞与の形で支給することが予想される。職員は多少の恩恵にあずかることになっても、その場しのぎの対処療法の感は否めず、モチベーションの維持につながるとは考えにくい”という分析もあった(山梨 2009)。

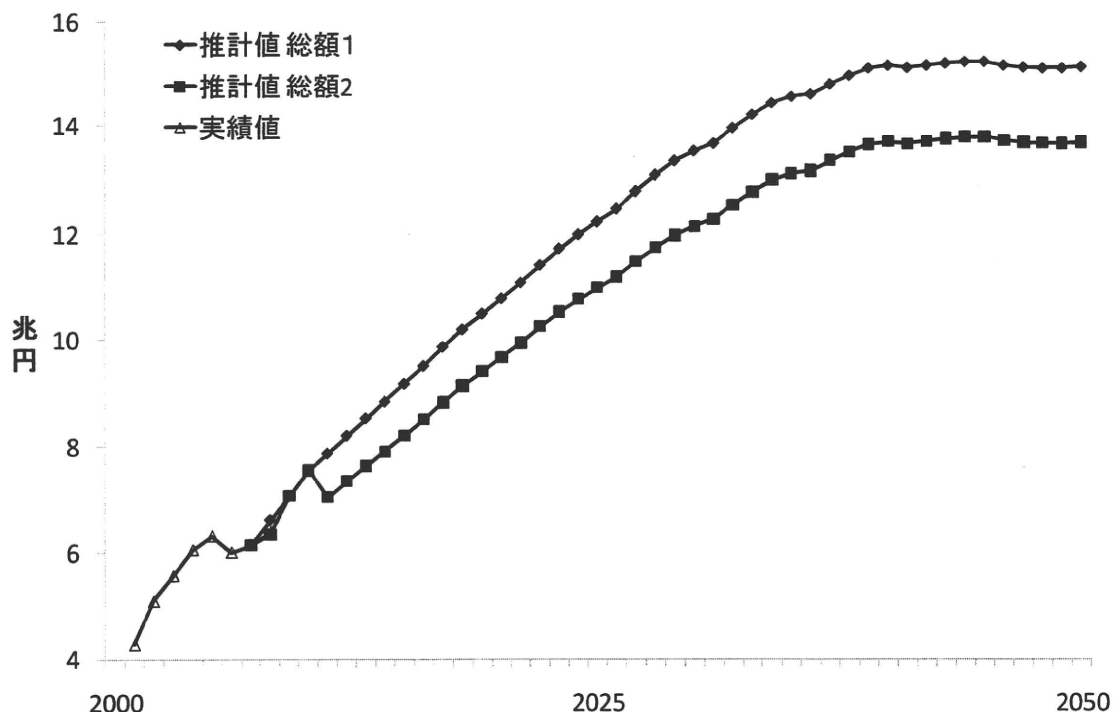
ただし、厚生労働省が平成22年12月20日に公表した第5回社会保障審議会介護給付費分科会調査実施委員会の資料⁸では、介護職員処遇改善交付金が介護従事者の給与にどのように反映されたかがまとめられている。これによると介護職員処遇改善交付金については全体で86.7%の施設・事業所が平成22年に申請しており、介護療養医療施設の申請が

⁷ この法律の眼目は、EPAに関わるフィリピン人の救済にあることは間違いない(もちろん、インドネシア人も恩恵に与れるし、日本人にも適用される)ことである。試験に落ちれば帰国しなければならない約束だが、この法律によると試験に落ちても准介護福祉士にはなれるのである。准介護福祉士の問題点は准看護師と看護師の関係を見れば明らかである。角田(2007)によれば、我が国の診療報酬制度が看護師技能を反映していないために、結果として高い賃金を要求する技能の高い看護師に対する需要が低下し、代わりに低賃金で雇用可能な経験の浅く技能が低い看護師(准看護師)の需要が増えるといった看護労働需給のメカニズムがあるという。これは、病院経営の合理性とあるべき看護配置の不合理性とのギャップであり、解消されるべきであると主張している。看護の世界は、この資格制度の二重性による待遇の低下に苦しんできた。准介護士の出現により、看護と同様なことが介護の世界でも起こるのではないだろうかという懸念は広がっている。よほど待遇面で差をつけなければ、准介護福祉士から介護福祉士になろうとする者はいなくなるだろう。さらに、インドネシアやフィリピンと我が国の為替や給与水準を比較した場合、待遇の差をつけなくても准介護福祉士として数年働き、帰国してしまうという場合も考えられる。

⁸ 「平成22年介護従事者処遇状況等調査結果の概況(案)」

51.6%と少ないものの、介護老人福祉施設、介護老人保健施設では9割を超える施設が申請している。またこの結果、74.8%の施設・事業所が給与等を引き上げたと回答しており、6.6%の施設が1年以内に引き上げ予定と答えているため、80%を超える施設で介護従事者の給与等が改善された、あるいは改善される見込みとなっている。

図5 介護費用の推計値



出所) 筆者推計

注) 推計値総額1が標準ケース、2が軽介護在宅移行ケース

最後に、介護費用の暫定的な推計値について触れておく。標準ケースでは2040年頃には15兆円程度(名目値)の費用がかかるが、軽介護在宅移行ケースでは13兆円(名目値)ほどである。費用の点から見ても、在宅化の推進は望ましことになる。

5 終わりに

介護福祉士の国家資格化はこれからであり、また介護職処遇改善交付金も開始されたばかりの政策であるので、これの現段階での評価は難しい。介護は医療と同様にマンパワーの確保が重要である。本稿においては、在宅化ということの中心にして介護職員の推計をおこなった。今後の課題は、介護職員のインセンティブの維持をどう考えていくかである。厚生労働省の各種資料でも、介護職は入職時には非常に高いモチベーションを持っていることが指摘されているが、数年も努めるとそうしたモチベーションの維持が難しくなる。こうしたモチベーションを考慮した推計は今後の課題である。

参考文献

- 鈴木亘(2002),「介護サービス需要増加の要因分析—介護サービス需要と介護マンパワーの長期推計に向けて—」, 『日本労働研究雑誌』502号
- 高橋紘一(2009),「要介護高齢者の将来推計—名古屋市, 知多・三河地域の自治体の2035年までの推計—」, 日本福祉大学福祉社会開発研究所『日本福祉大学研究紀要—現代と文化』第120号
- 北浦修敏・京谷翔平(2007),「介護費用の長期推計について」, KIER Discussion Paper Series No. 0704
- 公益社団法人認知症の人と家族の会(2010),『提言・要介護認定廃止』, かもがわ出版
- 村田伸・津田彰・早瀬名月(2005),「高齢者に対する要介護認定の問題点」, 第1福祉大学紀要2, pp.139-150
- 山梨恵子(2009),「介護人材の確保—賃金だけでは解決しない現場の事情—」, ニッセイ基礎研 Report September

Appendix

介護保険法改正のポイント

2005(平成17)年6月29日に「介護保険法等の一部を改正する法律」が公布された。この改正のポイントは幾つか存在するが、改正の中心は、1 予防重視型システムへの転換、2 利用者負担の見直し、3 新たなサービス体系の確立、4 サービスの質の確保・向上、5 制度運営・保険料の見直しである。

- 2005(平成17)年の改正によって、介護保険法の目的に要介護状態となった高齢者等の「尊厳の保持」を明確化する趣旨が盛り込まれた(2006(平成18)年4月1日施行)。
- 介護保険法において用いられている「痴呆」という用語が見直され、併せて老人福祉法の改正も行われ、「認知症対応型老人共同生活援助事業」となった。また、「認知症の状態」に関して、「要介護者であつて、脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態(以下「認知症」という。)であるもの(その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)」として、具体的な内容となった(2005(平成17)年6月29日施行)。
- 介護保険施設等における食事の提供に要した費用および居住等に要した費用について、施設介護サービス費等の対象としないこととなり、ホテルコストに係る費用について利用者が負担することとなった。その際、所得の状況その他の事情をしん酌して厚生労働大臣が定めるものに対し、特定入所者介護サービス費などを支給することとなった(2005(平成17)年10月1日施行)。
- 第2条の保険給付に関し、「要介護状態」と「要介護状態となるおそれがある状態」から、「要介護状態」と「要支援状態」に改められ、新たに「要支援状態」の定義がなされた。それによると、常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化の防止に特に資する

支援を要する状態または身体上もしくは精神上の障害があるために一定期間日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態とすることとされ、要介護状態以外の状態を指す（2006（平成18）年4月1日施行）。

- 新たに「介護予防サービス」が設けられた。「介護予防サービス」とは、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与および特定介護予防福祉用具販売とするとし、市町村は、居宅要支援被保険者が指定介護予防サービス事業者から介護予防サービスを受けたときは、介護予防サービス費を支給することとなった。なお、この指定介護予防サービス事業者の指定は、申請により事業所ごとに都道府県知事が行う（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 新たに「地域密着型介護予防サービス」が設けられた。「地域密着型介護予防サービス」とは、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護および介護予防認知症対応型共同生活介護とするとし、市町村は、居宅要支援被保険者が指定地域密着型介護予防サービス事業者から地域密着型介護予防サービスを受けたときは、地域密着型介護予防サービス費を支給することとなった。なお、この指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定は、申請により、事業所ごとに市町村長が行い、その市町村内で効力を有する（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 新たに「介護予防支援」が設けられた。「介護予防支援」とは、居宅要支援者が介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、地域包括支援センターの職員のうち厚生労働省令で定める者が、利用する介護予防サービス等の種類および内容、担当者等を定めた計画を作成するとともに、介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等との連絡調整等を行うこととすることとなった。また、市町村は、居宅要支援被保険者が指定介護予防支援事業者から介護予防支援を受けたときは、介護予防サービス計画費を支給することとなった。この指定介護予防支援事業者の指定は、地域包括支援センターの設置者の申請により、介護予防支援事業を行う事業所ごとに市町村長が行うこととなった（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 新たに「地域密着型サービス」が設けられた。「地域密着型サービス」とは、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護および地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護とするとし、市町村は、要介護被保険者が指定地域密着型サービス事業者から地域密着型サービスを受けたときは、地域密着型介護サービス費を支給することとなった。なお、この指定地域密着型サービス事業者の指定は、申請により、事業所ごとに市町村長が行い、その市町村内で効力を有する（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 新たに「指定市町村事務受託法人」の制度が設けられた。市町村は、要介護認定調査等の実施等の事務について、当該事務を適正に実施することができると認められるも

のとして都道府県知事が指定する指定市町村事務受託法人に委託することができることとなった。そして、要介護認定等における認定調査について、指定市町村事務受託法人に委託することができることとし、更新認定等の場合は指定居宅介護支援事業者等であって厚生労働省令で定めるもの等に委託できることとした。法人の役員または職員に秘密保持義務等が規定されている。なお、申請者の入所している施設・事業者等への委託は禁止され、原則として市町村が行う（2006（平成18）年4月1日施行）。

- 介護支援専門員の登録、介護支援専門員証の交付等についての規定が設けられ、秘密保持義務等が課され、名義貸しの禁止、5年ごとの更新、登録の消除の規定も設けられた（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 指定居宅サービス事業者等の指定等について、欠格要件を追加し、更新制、指定の取消し、介護サービス情報の公表などの規定が設けられた（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 都道府県知事は、介護保険施設等の指定等をしようとするときは、関係市町村に対し意見を求めることとなった。そして、市町村長は、指定居宅サービス事業者等に対し立入検査等を行うことができることとなった。また、都道府県知事の勧告、命令等の権限を定めている（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 新たに「地域支援事業」が行われることとなった。市町村は、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、介護予防事業、包括的支援事業（介護予防マネジメント事業、総合相談・支援事業および包括的・継続的マネジメント支援事業をいう）その他の地域支援事業を行う。利用者に利用料を請求できるとともに、老人介護支援センター等に事業の委託ができる（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 新たに「地域包括支援センター」が設けられることとなった。地域包括支援センターは、包括的支援事業その他厚生労働省令で定める事業を実施し、地域住民の心身の健康の保持および生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。市町村および老人介護支援センターの設置者など市町村から包括的支援事業の実施の委託を受けた者は、地域包括支援センターを設置することができる。同センターは、要介護認定等の申請に関する手続きを代行できる。なお、職員等に守秘義務が課されている。センターでは、①総合的な相談窓口、②介護予防マネジメント、③包括的・継続的マネジメント、といった援助を行う（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 市町村は、市町村介護保険事業計画において、当該市町村が定める日常生活圏域ごとの介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み、地域支援事業の量見込みその他の事項を定めることとなった（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 介護給付の種類に、「特定入所者介護サービス費の支給」「特例特定入所者介護サービス費の支給」（2005（平成17）年10月1日施行）「地域密着型介護サービス費の支給」

「特例地域密着型介護サービス費の支給」（2006（平成18）年4月1日施行）の四つが新たに加わった。

- 予防給付の種類は、介護予防サービス費の支給、特例介護予防サービス費の支給、地域密着型介護予防サービス費の支給、特例地域密着型介護予防サービス費の支給、介護予防福祉用具購入費の支給、介護予防住宅改修費の支給、介護予防サービス計画費の支給、特例介護予防サービス計画費の支給、高額介護予防サービス費の支給、特定入所者介護予防サービス費の支給、特例特定入所者介護予防サービス費の支給の11種類となった（2006（平成18）年4月1日施行）。
- 特定入所者介護サービス費は、市町村が、要介護被保険者のうち所得の状況その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定めるものが、次に掲げる指定施設サービス等、指定地域密着型サービスまたは指定居宅サービス（以下「特定介護サービス」という）を受けたときに、当該要介護被保険者（以下「特定入所者」という）に対し、当該特定介護サービスを行う介護保険施設、指定地域密着型サービス事業者または指定居宅サービス事業者（以下「特定介護保険施設等」という）における食事の提供に要した費用および居住または滞在（以下「居住等」という）に要した費用について、特定入所者介護サービス費を支給される。ただし、当該特定入所者が、介護給付等対象サービスの種類の指定を受けている場合において、当該指定に係る種類以外の特定介護サービスを受けたときは、この限りでない。
 - 一 指定介護福祉施設サービス
 - 二 介護保健施設サービス
 - 三 指定介護療養施設サービス
 - 四 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 - 五 短期入所生活介護
 - 六 短期入所療養介護

（2005（平成17）年10月1日施行——線部については2006（平成18）年4月1日施行）

- 特例特定入所者介護サービス費の支給は、市町村が、次に掲げる場合に、特定入所者に対し、特例特定入所者介護サービス費を支給される。
 - 一 特定入所者が、当該要介護認定の効力が生じた日前に、緊急その他やむを得ない理由により特定介護サービスを受けた場合において、必要があると認めるとき。
 - 二 その他政令で定めるとき。（2005（平成17）年10月1日施行）
- 保険料の普通徴収はコンビニエンスストアなど私人に委託が可能となり（2005（平成17）年10月1日施行）、特別徴収の対象として、遺族年金、障害年金等が追加された（2006（平成18）年4月1日施行）

介護・福祉サービス提供制度の制度改正と人的資源の専門性

－介護・福祉従事者の専門性と介護福祉士・社会福祉士－

研究分担者 西山 裕（北海道大学公共政策大学院教授）

研究要旨

介護・福祉従事者の国家資格としての介護福祉士及び社会福祉士は、高齢化と福祉ニーズの高度化・多様化に対応できる従事者の専門性の向上という行政の要請と、介護・福祉従事者の社会的地域の向上という関係者の要請の 2 点を主な狙いとして制度化された。

その後、厚生省が進める保健医療・福祉マンパワー対策では、在宅福祉や施設福祉の現場におけるリーダーとして、特に介護福祉士を中心に、養成施設整備が進められた。

2004（平成 16）年の介護保険法見直しを契機として、認知症高齢者への対応等のための介護従事者の「専門性」強化のため介護福祉士資格が見直され、また、相談支援ニーズの高まりにもかかわらず実践能力が不十分として、社会福祉士の見直しも行われた。その結果、介護福祉士の資格取得は全て一定の教育を経た後国家試験を受験することに統一され、また、介護福祉士及び社会福祉士の教育カリキュラムの見直しが行われた。

しかし、介護福祉士及び社会福祉士が期待される専門性を発揮していくためには、次のような課題がある。

- ①介護の専門性については様々な議論があるが、利用者の自立生活の支援という観点から、利用者の意向を尊重しながら、その生活（生命力）を損なわない適切なサービスを提供することが重要。介護福祉士の養成や研修も、その観点から実施されるべき。
- ②社会福祉士については、従来、相談支援や連絡調整が業務の中心とされ、新たな事業を作り出す「企画力」が養成されていない。これからの地域福祉に社会福祉士が積極的役割を担うには、福祉を通じた地域づくりに貢献できる能力の養成が必要。

は異なる支援が求められ、介護・福祉従事

A 研究目的

介護・福祉サービスに関しては、質量ともにその充実が図られ、担い手である社会福祉従事者についても、福祉マンパワー対策が講じられてきた。しかし、近年、認知症高齢者の増加や、地域生活に移行する障害者の増加等に伴い、医療面・心理面も含めたケアの必要性や、地域生活を支える支援関係者のネットワークづくり等、従来と

者の質の向上が重視されるようになった。

そのため、政府においては、社会福祉士や介護福祉士の制度や研修体系の見直し等を講じているところであるが、その内容については種々議論があるところである。

そこで、現在、地域において求められている社会福祉従事者の専門性と、それに応えるための方策について、社会福祉士及び

介護福祉士の創設や見直しの経緯を整理するとともに、それらが現在の福祉ニーズに対応した方向になっているかを検討する。

B 研究方法

介護福祉士及び社会福祉士について、その創設の趣旨や養成課程等を、制度創設及び見直しの際の趣旨や検討過程に関する当時の資料に即して考察し、また、保健医療マンパワー対策における両福祉士の位置づけについても確認する。その上で、介護・福祉の専門的国家資格として、両福祉士に求められている専門性とは何か、現在の資格取得方法や養成課程が、それに応えるものになっているかを考察する。

C 研究結果

(1) 社会福祉士及び介護福祉士を国家資格とする理由として、創設当時、①高齢化と福祉ニーズへの専門的な対応、②国際化と福祉専門家の養成、③シルバーサービスの動向と資格制度の必要性、の3点が挙げられており、このうち①が専門性に該当。この①は、より具体的には、「多様な福祉ニーズへの適切なサービスの選択に対する援助」と「在宅介護体制の整備」に分けられ、それぞれ社会福祉士と介護福祉士が該当。

その背景として、福祉関係者は、国家資格創設による社会的地位の向上が、行政は、福祉従事者の資質の向上と、社会福祉の現場でリーダーシップをとれる者の養成確保が、主な狙いであった。

(2) 厚生省が1991(平成3)年に公表した、保健医療・福祉マンパワー対策本部報告書では、社会福祉士についてはサービスコーディネーターとしての役割の明確化、

介護福祉士については、介護サービスの質の向上の担い手として、養成施設の教職員の充実確保等の養成力強化、という方向性が明確にされた。

(3) 社会保障審議会介護保険部会の2004(平成16)年の意見書及び介護保険法改正法案の国会審議を踏まえ、介護福祉士及び社会福祉士について、以下の内容の見直しが実施された。

- ① 「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、介護福祉士の資格取得方法の見直し、社会福祉士の任要・活用の促進が行われた。
- ② 介護福祉士及び社会福祉士の養成施設における教育内容の見直しが行われ、介護福祉士については、カリキュラムの再編成及び学習時間の増加、実習の見直し等が、社会福祉士についても、科目群の再構成、実習・演習の内容及び指導者の要件の見直し等が実施された。
- ③ 実務経験者の介護福祉士試験の受験要件としての研修の義務化については、人材確保が困難な中で介護福祉士の資格取得を目指す職員が減少してしまうという意見が強く寄せられ、厚生労働省「今後の介護人材養成のあり方に関する検討会」の2011(平成23)年1月の報告書では、実務経験者の受験要件としての実務者研修の実施時期を3年間延長するとともに、時間の短縮、受講しやすい環境整備を図ることとされた。

D 考察

(1) 介護福祉士

介護の専門性については、「介護技術」、家族等への「介護指導」を行う専門的知識・

技術、あるいは「介護過程」を踏むことによる科学的根拠に基づいた介護実践等に根拠を見出す考え方が一般的であり、現在の介護福祉士の専門的能力や、介護福祉士の養成課程、資格試験、現任研修等が、こうした専門性に対応した内容になっているかが問題。

その意味で、2007年の法改正が、今後大幅な増加が予想される高齢者独居世帯や認知症高齢者に対するケアの体制整備が必要との認識の下、介護職員の専門性強化の方策として資格取得方法や養成課程における教育内容の見直し等の措置を講じたことは理解できる。

ただ、こうした議論については、介護・福祉サービス提供側だけから見た議論ではないか、という指摘がある。

また、ケアワークは、専門化に適さない労働である、との議論もあるが、これに対しては、「生命力の消耗を最小にするように生活過程を整える」という介護の目的から最善のケアを提供することに介護の専門性がある、との反論もあり、介護の専門性については、様々な議論がある。

(2) 社会福祉士

社会福祉士に関しては、その専門性自体が、幅広い分野の知識や様々な技術を身につけ、それを総合的に駆使して、高齢者や障害者等を支援していく点にあるため、わかりにくく、また実践を通じてでないとなりに付きにくい面がある。

その意味で、前述の福祉部会報告が、実習・演習のあり方や、資格取得後の職能団体における体系的な研修の必要性等を指摘したことは理解できる。

ただ、厚生労働省も、日本社会福祉士会

も、社会福祉士の役割として、相談・助言や関係者の連絡調整関係の業務を中心に置いている。それが高齢者や障害者の支援に重要である事は確かだが、それだけでは、サービス自体が地域に存在しない場合は、社会福祉士は対応できないことになる。

E 結論

(1) 介護福祉士

介護の専門性については、「支援」の考え方により整理できると考えられる。介護職員は、利用者の意向を尊重してその生活を支えるサービスを提供するが、利用者の意向であっても、利用者の生活（生命力）を大きく損なう場合は、それを排除し適切なサービスを提供する。こうしたサービス提供の在り方が「支援」ではないか。

こうした支援を行うためには、利用者の介護に関する医学や福祉制度等に関する確かな知識とともに、それを実行するノウハウを持ち、真に利用者のためになるサービスを提供することが介護職員の専門性であり、こうした専門性を身につけられるよう、介護福祉士養成施設での教育や介護福祉士の研修が実施されることが必要である。

なお、介護職員の専門性に関しては、以下の点に留意することが必要である。

第一に、介護職員については、今後の高齢化の進展に対応して、大幅な人材確保が必要になる。介護福祉士のハードルを高くすることが人材確保への努力に水を差さないよう、受講しやすい環境整備が必要。

第二に、近年、NPO法人による事業や地域密着型事業等において、意欲を持ちながら職務に必要な専門性に自信が持てず悩む若手従事者たちに応える取組が必要である。

(2) 社会福祉士

近年、高齢者や障害者等の地域生活を支えていくために、法律上の事業と併せ、誰でも利用できるサロン等の事業等を組み合わせ、様々な人々が集まる居場所や、高齢者が幼児の世話をしたり障害者が働く場として活用していく、「共生型」事業が実施され、高齢者や障害者が地域の人々と「支え合う」場として、福祉を通じた地域づくりとして、注目されている。こうした取組は、社会福祉士が担い手として取り組むべき事業であるにもかかわらず、相談支援や連絡調整が業務の中心とされ、事業の「企画力」がないため、自らその地域に適した事業として展開する能力に欠けていることが多い。

今後、社会福祉士が、福祉を通じた地域社会づくりの不可欠な存在として社会から認められていくためには、相談支援や連絡調整に留まらず、地域と連携した新たな事業の企画・実行といった積極的な取組にまで踏み込んで自らの役割を果たしていくことが必要である。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

- 1 論文発表 なし
- 2 学会発表 なし

H 知的所有権取得状況の出願・登録状況

- 1 特許取得 なし
- 2 実用新案取得 なし
- 3 その他 なし

介護・福祉サービス提供制度の制度改正と人的資源の専門性 －介護・福祉従事者の専門性と介護福祉士・社会福祉士－

西 山 裕

(北海道大学公共政策大学院教授)

1 はじめに

介護・福祉サービスに関しては、ゴールドプランの策定、介護保険法及び障害者自立支援法の制定等を通じ、質量ともにその充実が図られてきたところであるが、そうした施策と併せ、その担い手である社会福祉従事者についても、福祉マンパワー対策が講じられてきたところである。福祉マンパワー対策については、従来、増大する介護・福祉ニーズに対応していくための量的確保対策が重視されがちであったが、近年、認知症高齢者の増加や、地域生活に移行していく障害者の増加等に伴い、医療面・心理面も含めたケアの必要性や、地域生活を支えていくための支援関係者のネットワークづくり等、従来とは異なる支援が求められるようになり、こうしたニーズに対応するため、介護・福祉従事者の質の向上が重視されるようになってきた。

そのため、政府においては、福祉専門職としての国家資格である社会福祉士や介護福祉士について、その制度や研修体系の見直しといった施策を講じているところであるが、その内容については、国家資格取得を困難にし、かえってマンパワー確保を阻害することになっているのではないかと、あるいは専門性や実践力を養成するものになっているのか等、種々議論があるところである。

そこで、現在、地域において求められている社会福祉従事者の専門性とは何か、そして、それに応えていくにはどうしたらいいのかについて、検討していくこととしたい。まず、今年度は、福祉専門職の国家資格である社会福祉士及び介護福祉士について、その創設や見直しの経緯を整理するとともに、それらが果たして現在の福祉ニーズに対応した方向になっているかについて検討していくこととする。

2 社会福祉士及び介護福祉士の制度創設と改正の経緯

社会福祉従事者の専門性について検討するに当たっては、まず、国が福祉専門職として認めている社会福祉士及び介護福祉士が、どのような専門性を持ったものとして創設され、それが社会経済情勢の変化を受けてどのように改正されてきたか、について見ていくこととする。

(1) 社会福祉士及び介護福祉士法の制定と専門性

社会福祉士及び介護福祉士法が制定されたのは、1987(昭和 62)年である。制定の趣旨については、同年 3 月に福祉関係三審議会合同企画分科会が出した「福祉関係者の資格制度について(意見具申)」にある。

この意見具申では、資格制度の法制化の理由として、(1)高齢化と福祉ニードへの専門的な対応、(2)国際化と福祉専門家の養成、(3)シルバーサービスの動向と資格制度の必要性、

の3点が挙げられている。このうち、(2)及び(3)については、前年に国際社会福祉会議が東京で開催され資格制度において日本が取り遅れているとの印象を与えたことや、当時、シルバーサービスの振興が重要な課題とされていたことといった時代背景を強く反映した面があり、介護・福祉従事者の専門性という観点から見た場合の資格制度の必要性としては、「(1)高齢化と福祉ニーズへの専門的な対応」に尽きることになるろう、この(1)は、さらに「①多様な福祉ニーズへの適切なサービスの選択に対する援助」と「②在宅介護体制の整備」に分けられている。①では、高齢者等が、多様な各種サービスの中から必要なサービスを適切に選択することについて相談援助する人材の養成が緊急課題とされており、社会福祉士がこれに該当することとなるろう。②では、在宅サービスにおける専門的知識・技術及び家族への援助に当たる人材養成が急務とされており、介護福祉士がこれに該当することとなるろう。

制定された「社会福祉士及び介護福祉士法」において、社会福祉士については、「専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上的障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、指導、助言その他の援助を行うこと……を業とする者」（第2条第1項）、介護福祉士については、「専門的知識及び技術をもって、身体上及び精神上的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入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、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……を業とする者」（第2条第2項）と定義されているのは、まさに上記の意見具申における(1)が法律の条文化されたものということができる。

ここまでは、いわば社会的な要請としての、社会福祉士及び介護福祉士の資格創設の必要性であるが、これとは別に、社会福祉制度を所管する厚生省や社会福祉従事者たち自身にとって、こうした福祉専門職を国家資格として創設しなければならなかった必要性についても検討することとしたい。新しい法律を制定するため、案を策定し、政府部内での協議や国会での審議を受け、可決にこぎつけることは、所管省庁にとっても、関連業界にとっても、大変なエネルギーを必要とするものであるからである。

そうした意味合いでの必要性について、同法制定当時の関係者のコメントを見てみることにする。まず、福祉従事者の関係者については、「いままで大学や短大、専門学校を出た若い方がたが現場サイドに入ってきて、こういった資格がなかっただけに、新たな希望がもてたということでしょうか。自分たちも一生懸命やれば、こういった資格をもって、堂々と仕事ができるという、とくに老人ホームの寮母にとっては、胸を張って堂々と老人ホームに勤めているということが言えなかった、これは現場の本当の声なのです。今後、くしたものが一般国民に認知されて、こういったライセンスをもった者が働いているんだということであるならば、老人ホームそのものの見方が変わってくるのではないかと思います。」⁽¹⁾ というコメントが、関係者の心情をよく表していると思われる。つまり、国家資格が設けられることにより、福祉従事者の社会的地位の向上が図られ、職業人としてのプライドを持つ頃ができる、ということである。

一方、行政としての必要性については、当時の厚生省における法案担当課長であった瀬田氏は「今後、民間のサービスが伸びていくという実態は。避けられないだろうと思うん

です。そうすると、どうしても専門的な知識とか技術をもった人たちを育てなければならぬということ強く感じたんです。」⁽²⁾と、上記意見具申の(3)を強調している。専門性に関しては、当時、厚生省社会局の社会福祉専門官として同法の制定作業に取り組み、その後も、厚生労働省の審議会や検討会の委員として養成カリキュラム策定や同法の見直し等に関与してきた京極高宣氏が、「今回の福祉法のねらいは、まず、従来、無資格者であった福祉専門職（老人介護等にかかわるソーシャルワーカーやケアワーカー）の資質を向上するための資格化が図れることに置かれた」⁽³⁾とし、また、「この法律によって福祉従事者の専門職自覚が高まって資質をさらに向上させ、また関連領域との連携を深めて、福祉サービスの担い手（福祉マンパワー）の大幅な底上げにつながることを期待されている」⁽⁴⁾としている。さらに、「今回の制定によって、社会福祉施設の指導員のクラスが社会福祉士（または介護福祉士）を、主任寮母・主任ヘルパーのクラスが介護福祉士を目指すと言うように、リーダーシップをとれる従事者を合目的的に養成、確保するということにつながるわけである。」⁽⁵⁾としている。ここからわかることは、国家資格の創設によって、福祉サービスの担い手たる福祉専門職の資質を向上させるとともに、福祉現場におけるリーダーを養成確保することが、行政としての狙いであったということである。

このように、関係者にとっては、福祉従事者の社会的地位の向上が、行政にとっては、福祉従事者の資質の向上が、同法の制定の狙いであったということは、逆に言えば、福祉サービスを受給する側から、この国家資格が強く要請されたものではない、ということには留意する必要があると思われる。

もちろん、福祉従事者の資質の向上が必要になってきたこと自体が、福祉サービスに対する国民のニーズの高度化・多様化を反映したものであることは事実であり、また、社会福祉士及び介護福祉士という国家資格を持った福祉従事者の増加により福祉サービスの質が向上すれば、サービス受給者にとっても好ましいものであることも当然である。ただ、福祉従事者については、例えば医師のように、無資格者が医療サービスを提供することを認めると国民の健康が脅かされるため国家資格が存在するといった、いわば業務独占の資格ではない。サービス自体は、資格がなくても提供することは可能であり、その意味で、福祉サービスの受給者たる国民にとって、サービスの向上は望ましく、それに役立つのであれば国家資格創設についてそれなりの理解は得られるとしても、必須とまでの認識には必ずしも結び付かない。

次の瀬田氏のコメントは、そのことをわかりやすく説明しているので、多少長いですが、引用する。

「福祉の世界で資格がないというのは、それなりに理由があるんですね。たとえば医療とか保健の分野では、専門的な知識のある者でないとそのことをやってはいけない分野というのが画然としてあるんです。だから、どうしても業務独占の資格というのが要請されてくる。

福祉の分野というのは、タマネギと同じで、一見、専門的な知識、技術、どうしてもほかの人には踏み込ませないひとつの領域があるようにみえるんですが、議論をしていくと、1枚ずつはがれていくんです。そして、気がついてみると、全部取れてしまって、これだ

けは、という聖域がないんですよ。どうしても、だれでもやれるという話になるんです。

ところが、外から見るとタマネギは厳然としてあるわけで、そこが非常に福祉というもので資格をつくる場合にむずかしいことなんです。昔から、ソーシャルワークとかケースワークというものを教えていらっしゃる先生も、授業の第1時間目には福祉というのは福祉の心から始まるという講義をしておられるんです。単なる技術ではない、単なる知識ではない、それは温かい心に裏打ちされたひとつの技術なのだということを、最初の講義でおっしゃっているんです。それは、今度資格問題をやろうとして色々な本を読んだときに、最初に気が付いたことなんです。

ということは、福祉の心をもったかたなら、どんなかたでも福祉の領域には入っていけるということなんです。それはいろいろな階層のボランティアが、その人の知識、技術に応じて、福祉の領域で活躍ができるということの意味するんです。心ということを経験する以上は、それがまず前提にならなかつたら、そんなことは言えないはずなんです。

それができないといってしまったら、福祉が福祉でなくなってしまうんですね。福祉そのものの概念のなかに、だれでも福祉には貢献できるんですよという意味が込められていると思うんです。だから、福祉の領域では、業務独占の資格というのはいないだろうと、初めに認識したことがそれでした。

ただし、福祉を実践していくためにも、客観的な実態から考えていけば、どうしてもある意味で医療に近似したような、専門的な知識、技術が必要になってくるだろう。そしてまた、いろいろな社会的に複雑なケースもあるわけですから、その複雑なケースを実態的に解き明かし、その人に進む方向を示すことができるようなケースワークの専門家も必要だろう。したがって、そういう高度な知識、技術を身に付けた人を、あの人がそうですよということを、世の中に示すことは必要でしょう。」⁽⁶⁾

この説明は、逆に言えば、「医療に近似したような、専門的な知識、技術」や「複雑なケースを解き明かし、その人に進む方向を示す」高度な知識・技術を身につけていることが介護福祉士や社会福祉士の専門性であり、そのことが確保されていなければ、国家資格としての意味がないということになる。

ここまでの議論は、社会福祉士及び介護福祉士をいわばひとまとめにした議論であったが、それでは、それぞれの資格固有の問題についてはどのような状況であったか。

まず、社会福祉士については、「国際的に『ソーシャルワーカー』が認知されているので、社会福祉士の資格は当然のような感があった」⁽⁷⁾とされているが、実はその専門性を論証することが非常に困難であった。京極（1992）は、専門職の専門性は、①職業的倫理、②職業的専門知識、③職業的技術の3つの要素から構成されるとの仮説を提示した上で、職業的倫理については、要援護者の人権擁護・自立援助。守秘義務等の「福祉の心」が、職業的専門知識については、各種社会福祉制度に関する知識や相談技術、セラピーや介護技術に関する知識が、そして職業的専門技術については、広義の社会福祉援助技術（いわゆるソーシャルワーク。内容としては、ケースワーク、グループワーク、コミュニティワーク、レジエンシャルワーク、フィールドワーク、ソーシャルプランニング等）を内容とする、としているが、特に社会福祉援助技術（ソーシャルワーク）の専門性の論証が困難で

あったとのことで、京極等は、苦勞して作成した資料（表1等）により内閣法制局に説明し、ようやく了承を得た、としている⁽⁸⁾。

これに対し、介護福祉士については、欧米諸国においては、看護師が介護の主な担い手になっているため、ケアワーカーの専門資格化がドイツ等を除くとあまり進んでいないこともあり、「認知されている資格としてはそれほど明確ではなかった」⁽⁹⁾。しかし、「日本では、特別養護老人ホームなどの老人福祉施設において、看護とは別の福祉分野で、かなり重厚なケアが実施されておいて、長年の実績があった」⁽¹⁰⁾こと、前述のように関係者からの社会的地域向上への強い要請があったこと、行政としても福祉従事者の資質向上のために必要と考えたこと等により、資格化が図られたものである。また、法案作成時の関係方面との協議では、看護師や家政婦の関係団体から、自らの業務領域と重複しているとして強く反対される等、紆余曲折はあったようだが⁽¹¹⁾、高齢者等に対して直接に提供する介護行為についての専門的な知識・技術ということで、内閣法制局等ではあまり問題にはならなかったようである。

（2）保健医療・福祉マンパワー対策と社会福祉士・介護福祉士

政府は1999（平成元）年、ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十カ年戦略）を策定して、平成11年度までの整備目標を掲げて、高齢者保健福祉対策を強力に進めていく。また、医療においても、感染症等の急性疾患から成人病等の慢性疾患中心への疾病構造の変化や、在宅医療等への需要の増大等に対応することが求められていた、こうした保健医療・福祉の需要の増大に対応していくためには、保健医療・福祉サービスを強化していくとともに、その担い手である保健医療・福祉マンパワーの確保が重要な課題となっていた。

厚生省においては、こうした保健医療・福祉マンパワー対策について、総合的に検討していくため、1990（平成2）年に、大臣官房に保健医療・福祉マンパワー対策本部を設置した。マンパワー対策本部は、翌1991（平成3）年に、保健医療・福祉マンパワーの現状と今後の方向等を内容とする報告書を公表している。

この保健医療・福祉マンパワー対策が厚生省全体を挙げて取り組まれた時期に、制度創設後10年余り気かした社会福祉士・介護福祉士は、どのように位置づけられていたのだろうか。マンパワー対策本部報告書から、この点を見ていくこととする。

報告書では、社会福祉士及び介護福祉士について、「Ⅱ 保健医療・福祉マンパワーの現状と検討の方向」の「3 ホームヘルパー」と「4 社会福祉施設職員」の2か所で言及されている。

まず「3 ホームヘルパー」では、「昭和62年に社会福祉士及び介護福祉士法が制定されたが、特に、介護福祉士については、より多くのホームヘルパーがこの資格を取得し、事故の能力を高めることがホームヘルパーの社会的評価を高めるものと期待される。」とされている。これは、ホームヘルパーが精神的、肉体的な負担が大きいにもかかわらず、その業務の「専門性、困難性についての一般の理解は十分でなく、単なる家事手伝いと考えられがちであり、社会的評価は十分なものとは言えない」⁽¹²⁾との認識の下に、その社会的評価を高める手段として、介護福祉士資格の取得が位置づけられているものであり、逆に言えば、国家資格としての介護福祉士については、それなりの社会的評価が得られて

いる、ということであろう。

また、「4 社会福祉施設職員」では、「社会福祉士、介護福祉士は、在宅福祉や施設福祉の中心的役割を果たすことが期待されており、社会福祉施設においては施設長、生活指導員、主任寮母などとしてその運営の中核を担っていくものである。」と、福祉現場におけるリーダーの養成確保という、制度創設時の狙いと同様の考え方が、ここでも見てとれる。そして、これらの資格については、制度発足以来日も浅く、資格取得者が少ないことから、「今後は、社会福祉士についてはサービスコーディネーターとしての役割を明確にするほか、介護サービスの質の向上を図るため介護福祉士の年間一万人以上の養成をめざすこととし、このため、介護福祉士の養成施設の教職員の充実、確保等養成品力強化のための支援策についても検討する」と、社会福祉士については役割の明確化、介護福祉士については、介護サービスの質の向上のため養成品力強化、という方向性が明確になっている。この方向性は、平成 19 年の制度見直しまで基本的に継続していくこととなる。

なお、この時期は、福祉関係八法改正等、福祉の地方分権化が進められた時期でもある。この地方分権化により、地方においても、福祉サービスの担い手としての福祉マンパワーの重要性が認識されるようになった、

そうした動きを受けて、福祉を担う人々の質・量両面にわたる拡充・整備を図ることが重要な課題であるとの認識の下に、1992（平成 4）年には、いわゆる福祉人材確保法（社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当共済法の一部を改正する法律）により、社会福祉事業従事者の確保及び国民の社会福祉に関する活動への促進を図るための基本的な指針（以下「基本指針」という。）の策定、福祉人材センターや福利厚生センターの設置等の措置が講じられた。2003（平成 15）年に策定されたこの基本指針においては、社会福祉士・介護福祉士に関しては、「第 3 社会福祉事業を営む者の行うべき措置」において、営業者に対し、「従事者が働きながら、社会福祉士、介護福祉士等の国家資格を取得することを容易にするため、職場内学習の機会の確保等、学びやすい環境づくりに努めること。」とされるとともに、「第 4 国及び地方公共団体が講ずる支援措置」において、「社会福祉士及び介護福祉士の養成品力の一層の強化を図ること。」と触れられている。

（3）精神保健福祉士の創設

1997（平成 9）年には、「精神保健福祉士法」が成立している。精神保健福祉士は、「精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと……を業とする者をいう」（精神保健福祉士法第 2 条）と定義され、この定義からも理解できるように、社会福祉士の定義と似た部分が多い。違いは、社会福祉士の援助対象が「身体若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者」であるのに対し、精神保健福祉士では「精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者」であるが、相談に応じ、助言、指導等の援助を行うことを業とする者であることは同じであり、いわば援助対象を精神障

害者に特化した社会福祉士である、ということが出来る。

(4) 社会福祉士及び介護福祉士法の見直し

この見直しは、介護福祉士に関する議論から始まっている。

①介護保険部会報告及び付帯決議

介護保険法の見直しについて議論した社会保障審議会介護保険部会が2004（平成16）年7月に公表した「介護保険制度の見直しに関する意見」では、介護サービスについて、「これまでは『量』の確保に重点が置かれてきた傾向にあるが、増加する痴呆性高齢者へのケアを含め、介護に携わる全ての職種において、今後は、『専門性の確立』を重視する必要がある、資格要件や研修の在り方についてもこうした方向に沿った見直しを行って行く必要がある。」とされ、また「介護職員については、まず、資格要件の観点からは、将来的には、任用資格は、『介護福祉士』を基本とすべきであり、これを前提に、現任者の研修についても、実務経験に応じた段階的な技術向上が図れるよう、体系的な見直しを進めていく必要がある。」とされた。この意見は、今後、大幅な増加が予想される高齢者独居世帯や認知症高齢者に対するケアの体制整備の必要性を強く訴えるものであったが、その中で、「痴呆ケア」を担う介護職員の専門性の強化が重視されたのである。

そして、この意見を受けて策定された介護保険法改正法案の国会審議においても、介護従事者の労働条件や雇用管理の問題、介護の質の向上等が議論され、参議院厚生労働委員会では、「介護需要が増大する中で、介護労働の魅力を高め、優秀な人材を介護の職場に確保していくため、介護労働者の雇用管理や労働要件の改善、研修体系や資格の在り方の見直しに取り組むこと。」との付帯決議がされた。

②福祉部会意見

こうした状況を受け、厚生労働省では、2006（平成18）年に「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」を設けて検討を行い、報告を受けた。そして、その報告を踏まえ、社会福祉士の見直しも含め、社会保障審議会福祉部会に検討を依頼した。

その際、社会福祉士については、見直しの検討を養成した福祉部会における厚生労働省社会・援護局長の挨拶によると、介護保険制度や障害者自立支援法により相談支援へのニーズが高まり、生活保護制度でも被保護者の自立支援促進が取り組まれる中、社会福祉士への期待が大きいにもかかわらず、「現状ではどうも活動の場が少ないとか、実践能力が不十分であるとか様々な課題が指摘されて」⁽¹³⁾ いることが、見直しの理由として挙げられている。

ここで、同じ法律により同じ時期に国家資格として創設された両福祉士が、創設後20年近く経過して、かなり異なった状況にあることが伺える。すなわち、介護福祉士については、施設職員の4割程度が介護福祉士資格を有するようになっている等かなり普及してきている（社会的認知度の高まり）状況において、介護の質を向上するための「専門性の確保」の手段として、将来的には介護職員には介護福祉士資格を必須とするとともに、現任職員の研修も見案すべきとされており、介護福祉士を中心とした介護の質の向上という厚生労働省の方針が明確に示されている。これに対し、社会福祉士については、高齢者や

障害者、被保護者の地域生活の推進のための相談支援へのニーズの高まりにもかかわらず、その担い手であるはずの社会福祉士が、社会的認知度が低く、実践能力も低い、という、いわば存在意義が問われる状況になっているということである。

検討を要請された福祉部会は、2006（平成 18）年 12 月、意見を公表した。この意見は、介護福祉士制度及び社会福祉制度について、それぞれ提言している。

【介護福祉士関係】

まず、介護福祉士については、制度見直しの基本的視点として、「高齢者・障害者に対する新しいケアモデルに対応できるような専門資格としての介護福祉士の養成のあり方の側面」と、「少子高齢化が急速に進展する中での介護の担い手の人材確保の側面」とをいかに調和させていくのか、という観点が置かれ上で、主に次のような点が提言された

ア 資格取得方法

多様な人材を確保する観点から、従来の養成施設ルート、実務経験ルート、福祉系高校ルートの 3 つのルートを確認しつつも、質の向上を図るため、教育内容を充実するとともに、全ての者について一定の教育プロセスを経たのちに国家試験を受験することとする。

このため、従来は国家試験を受験する必要がなかった養成施設ルートも国家試験を受験することが必要になるとともに、従来は実務経験 3 年以上だけで国家試験を受験できた実務経験ルートでも 6 カ月以上養成施設で学ぶことが必要となる。

イ 専門介護福祉士（仮称）の検討

重度の認知症・障害への対応、管理能力等について、より専門的な対応ができる人材を育成するため、資格取得後一定期間の実務経験と一定の研修を受けて認定される「専門介護福祉士（仮称）」のあり方について早急に検討すべき。

ウ 人材確保

「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」の見直し等について、引き続き審議。

（なお、この後の福祉部会における審議の成果として、同指針については 2007（平成 19）年 8 月に新しい指針が策定されている。）

【社会福祉士関係】

次に、社会福祉士については、次のような課題があるとされた。

- ・社会的認知度が低い。
- ・高い実践力を有する社会福祉士が養成されていない。
- ・資格取得後の OJT の仕組のほか、能力開発ノキャリアアップを支援するための賢秀体系等の整備が進んでいない。

そして、こうした課題に対応するため、次のような提言がされた。

ア 養成のあり方

- 教育カリキュラムが社会福祉を取り巻く状況の変化を反映していない。
→ 教育カリキュラムを見直し、充実する。
- 求められる技能を修得できる実習内容になっていない。