

介護職が現場での課題に向き合いキャリアアップを目指す

# 介護職が現場での課題に向き合いキャリアアップを目指す

## Career Progress for Care Workers Facing Various Problems

地域密着型総合ケアセンターきたおおじ

代表 山田 尋志



やまだ ひろし

1946年生  
1971年 名古屋市立大学経済学部卒業  
名古屋役所、会社経営、税理士学院講師などを経て  
1981年 社会福祉法人健光園に勤務  
1990年 老人福祉総合施設 健光園 園長  
2000年 高齢者福祉総合施設もやま 園長  
2012年 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ代表

関連役職等  
京都地域密着型サービス事業所協議会 会長  
一般社団法人京都市老人福祉施設協議会 顧問  
特定非営利法人介護人材キャリア開発機構 理事長  
近畿老人福祉施設協議会 研修委員長  
全国社会福祉施設経営者協議会介護保険事業経営委員会専門委員  
京都市社会福祉審議会委員  
京都市民長寿すこやかプラン推進協議会委員  
全社員「介護職員のキャリア開発支援システム普及促進モデル事業、專業推進・評価委員会」委員  
厚労省「これからの介護人材養成のあり方に関する検討会」委員 ほか  
同志社大学、立命館大学、仏教大学非常勤講師  
著書（共著）  
『介護職員キャリアパス構築マニュアル』（2010年、日経ヘルスケア）  
『介護経営の仕組み』『2010年度版介護経営白書』（2010年、日本医療企画）  
『新・介護福祉士養成講座Ⅳ・介護の基本』編著（2009年、中央法規）  
『介護保険施設の経営戦略』『利用者の生活を支えるユニットケア』（中央法規）  
『精神障害者の生活支援 Q&A』（全国社会福祉協議会）  
『大学社会福祉・介護福祉講座・介護保険制度論』（第一法規） ほか

### 1 ケアの推移と向き合う問題の変化

1963年に特別養護老人ホーム（以下、特養）が制度化されて以来、今日にいたるまで高齢者介護は大きな変化を遂げてきた。その時代ごとに介護現場で働く介護職が直面する問題と解決すべき課題も、当然のことではあるが移り変わってきている。ここでは、これまでの介護職が行ってきたケアの変化を概観することにより、現在の介護職がおかれている状況の意義と、そこで介護職が直面する問題の意味を考えたい。

#### (1) 介護職をとりまく状況～2000年までの介護職と介護

筆者が特別養護老人ホーム等を運営している高齢者福祉施設に勤務した1981年当時、社会的に介護の専門性が認識されているとは言い難く、例えば特養介護職の募集では「寮母さん募集、女性なら誰にでもできる簡単な仕事です」というポスターが掲示されているような状況であった。親の介護は家族責任という国の方針が明確な時代であり、施設は家族介護に恵まれないなどといった社会的事情を抱えた人々のために存在するという風潮が一般的で、特殊な仕事を担っている寮母たちというのが介護職像であった。

しかし、当時にも「離床」、「オムツの随時交換」、「食事の適時適温での提供」など、施設で暮らすお年寄りの生活の質を高める運動が起こり始めており、高齢者ケアの変革が徐々に現場で蓄積されていくのを目の当たりにしている。

一方、在宅における家族介護に対しての制度上の支援はなく、ようやく制度が動いたのが1985年で、その年以降、在宅3本柱であるデイサービス、ショートステイ、ホームヘルプサービスなど在宅介護サービスのインフラの整備がスタートする。

1987年に介護福祉士が制度化、国による介護職を専門職として位置づけ育成する方向性が打ち出され、教育システムも整備され始め、「寮母さん」中心の現場に「介護福祉士」や大学で福祉を学んだ学生たちが就職してくるようになった。90年代の施設では、極端な2層の介護職の混在が全国の施設における大きな課題となっており、介護職が直面する問題の大きな部分がそのことに起因して生じていた。

1990年からスタートした高齢者保健福祉10カ年戦略（ゴールドプラン）により、施設と在宅双方の社会資源の整備が急速に進み、ケア現場においても1994年にはMDS-rapsが紹介されるなど根拠のあるケアのためのツールが導入され始め、1997年には

認知症高齢者のためのグループホームが制度化されるなど、1990年代から高齢者介護の質を個別ケアに転換する様々な動きがあり、介護職が向き合う問題も多様化し始める。

(2) 高齢者介護の変革かスタート～介護保険導入と「2015年の高齢者介護」

介護保険制度がスタートした2000年を境に、ケアの現場はさらに大きな変貌を遂げ始めた。「2015年の高齢者介護」（2003年、高齢者介護研究会）により、「認知症ケア」を高齢者ケアモデルとすること、介護施設の個室ユニット化などの住まいを基本とする「新たなサービス体系」づくり、さらに「予防」の推進等を、誰もが住み慣れた地域である生活圏域で暮らし続けるための「地域包括ケアシステム」をベースに行うという方向性が打ち出されたことで、現場における変革へのムーブメントは本格化した。それを受けての制度化が2005年の介護保険法等の見直しに反映され、「尊厳の保持」を実現するための介護が、高齢者ケアの目的として明確に方向づけられた。

しかし一方では前述したように、ほとんどの現場では、人材及び提供されている質に関して、かなり混とんとした状況であったため、新たな水準を求める流れに向かう

には、介護職の意識、ケアチームのあり方や方法などに、大きな変革と転換が必要性に直面せざるを得ない状況が生じた。様々な連携あり方、介護経営者の意識

図1 2015年の高齢者介護

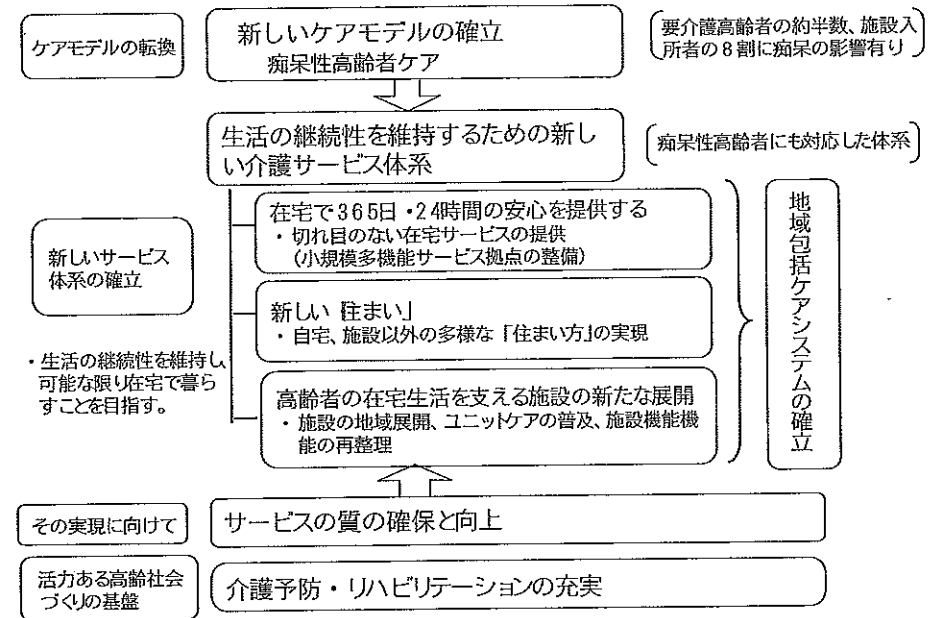


図2 ユニット型施設の年次推移

		各年10月1日		
	施設種別	全施設数	ユニット型施設数	全施設数におけるユニット型施設の割合 (%)
平成15年	介護老人福祉施設	5,084	75	1.5
	介護老人保健施設	3,013	143	4.7
平成16年	介護老人福祉施設	5,291	373	7.0
	介護老人保健施設	3,131	233	7.4
平成17年	介護老人福祉施設	5,535	771	13.9
	介護老人保健施設	3,278	238	7.3
平成18年	介護老人福祉施設	5,716	1,116	19.5
	介護老人保健施設	3,393	204	6.0

※ユニット型施設には、一部ユニット型施設を含む  
出典：介護サービス施設調査・事業所調査結果の概況

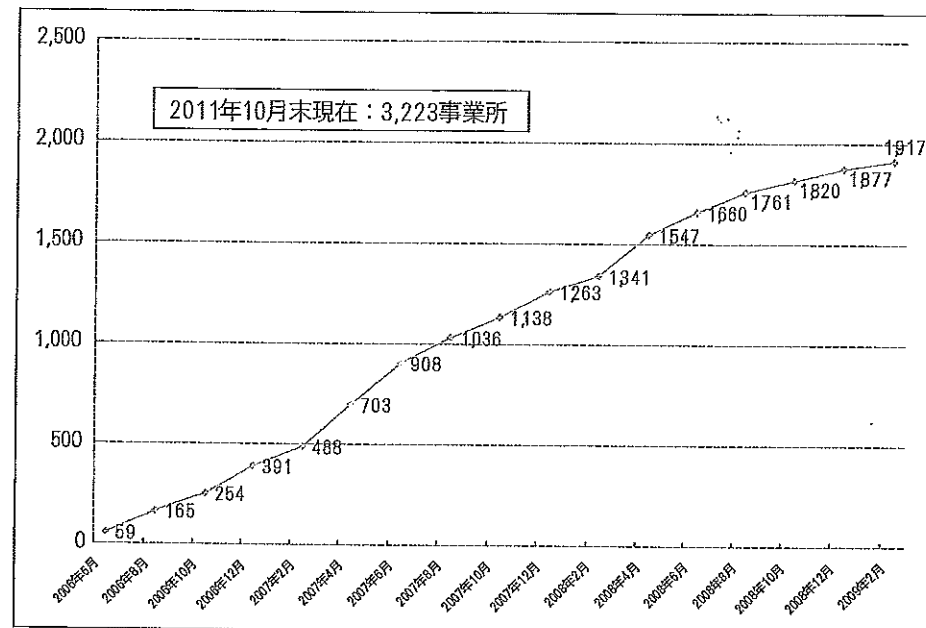
(3) 住み慣れた地域での暮らしをぎりぎりまで支えるケアへ～地域密着型サービスの拡大  
 高齢化の急激な進展と、独居、老老世帯の増加は、人が他者である専門職により24時間・365日支えられ暮すという、まったく新しい社会が始まろうとしており、それに伴い新たな職業である介護職が欠かすことのできない専門職として登場し、さらに加速的にその需要の拡大と専門性の高さが求められ始めた。

介護職は、1990年代までの、特殊な人々への「寝たきり介護」という狭い領域の知識と経験が求められていた介護から、2000

年当初からの認知症ケアや個別ケアという生活を支援する介護へ、これからは、医療、生活支援、予防、住まいなどの様々な社会資源と連携しながら、心身に障害を生じても誰もが可能な限り住み慣れた「地域で普通に暮す」ことを支える仕組みにおける中心的な専門職として位置づけられるようになった。

サービスメニューとして2006年度から登場した小規模多機能居宅介護事業所は、順調に増加し、24時間訪問介護と共に、中重度になっても在宅での生活の継続をぎりぎりまで支えるケアの可能性を切り開き始め

図3 小規模多機能型居宅介護事業所設置数



出典：wam netより

ており、2012年度からは24時間定時巡回随時対応の新たなサービスがスタートした。

このような介護が実現しようとしている理念と方法は図に示したようなイメージで

図4 自宅や地域での暮らしを中心軸にした支援 (ライフサポートワーク)

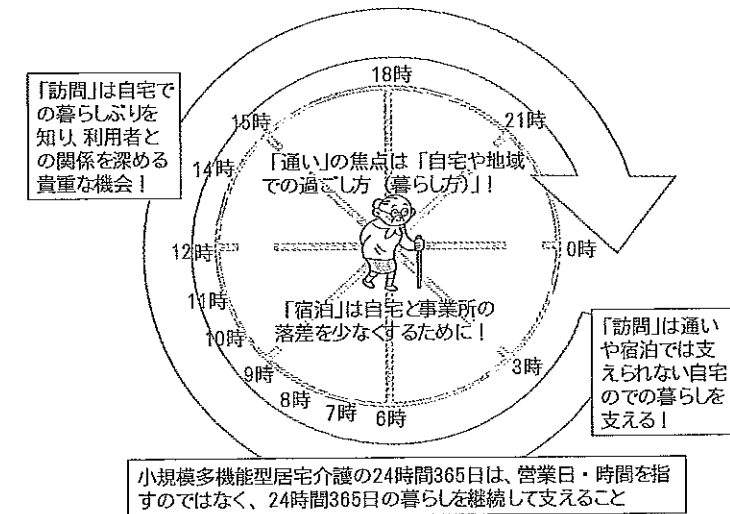
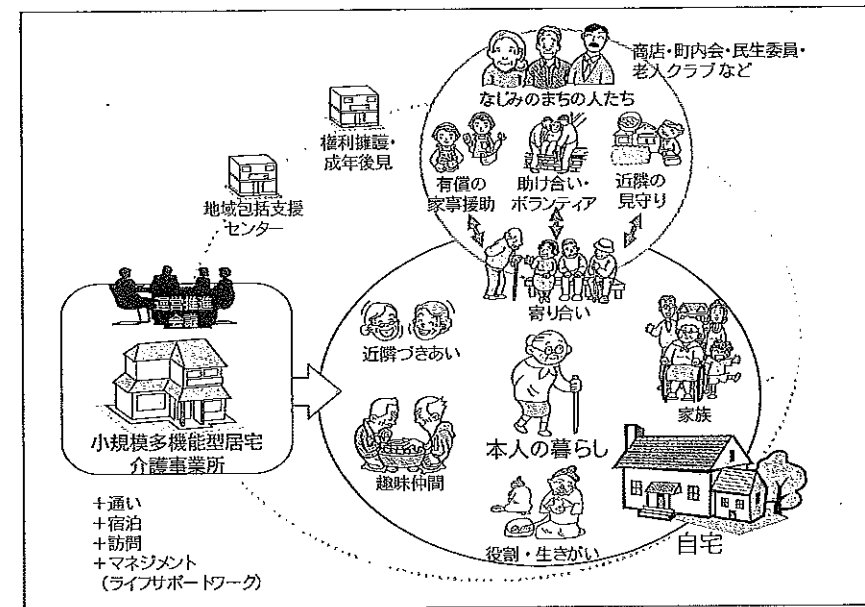


図5 地域での暮らし -小規模多機能で、「自宅と身近な地域で暮らす」-



あり、これにより、介護職は、介護固有の専門性の獲得と同時に、高度なマネジメントや連携という、さらに新たな課題に直面し始めたと言える。

その結果、介護職は実に多様な問題に直面しており、その解決のためには、位相の異なる発想法、能力、対処の方法等が求められるようになった。

## 2 介護職が直面する課題の多様化

### (1) 現在の介護職を取り巻く環境

ここまで述べてきたように、時代と共に、介護職をとりまく環境や求められる専門性が大きく変化しており、量的にも質的にも介護専門職への社会の期待は高まっている。現在、介護職に求められている事柄を粗く整理すると概ね次のようなことが行えることではないかと思われる。

○予防から重介護、そして看取りまで、人の暮らしを支援することのできる、尊厳の保持を実現する質の高いケアを行える。(介護福祉士の教育課程で学ぶ介護課程の展開など)

○そのための専門的な知識や技術を身につけること、とりわけ、これからは医療専門職と質の高い連携ができるために、医

療的ケアや人体に関する知識を獲得する。

○支援が必要な人の力を引き出せるアプローチやコミュニケーションができるなどの対人援助の基本が行える。

○介護は小規模チームで構成する流れが強まっており、ケアチームで情報共有し、連携し、成長できる資質を身につける。

○行っているケアや根拠を説明できるなど、言葉で表現し伝えることができる。

○家族、ボランティアや隣人をはじめとする地域住民、他の職種など、対象者を取り巻く様々な資源と連携できる力を持つ。

○介護職のキャリアアップのための制度上の仕組みが整備されつつあり、着実にリーダーを踏んで、自らの状況や目標に適した研修を受講し、上位資格の取得に努めること。

○経験を積んだ介護福祉士は、チームリーダーからサービス管理者として、教育者として、あるいは熟練した専門職として、後進や事業所をリードする人材へとキャリアアップすること。

このように、介護職は多くのことを期待され、今後ますます多くの役割が求められるが、一方で、介護職が現実には直面している問題は多様であり、その実際について見ていきたい。

(2) 介護職が抱える多様なジレンマと直面する問題とは

急激なケアの高度化に伴うジレンマが実際の介護現場には存在しており、一人ひとりの介護職が直面している問題は、次のように幅広いものが考えられる。

○求めるケアと行っているケアの質の落差  
○職業倫理とリスクへの不安

○利用者、家族を受け止めることの葛藤

○介護職員間の関係性

○ケアチームにおける葛藤

○専門職として不安

○他職種、地域、家族などとの連携

○仕事の改善、職場環境

○介護職を取り巻く組織

○研修機会等

○社会的評価その他

これらは、筆者の周囲で、長年施設介護現場でケアと真摯に向き合ってきた方々に列挙してもらった、介護職員が感じている問題を内容別に分類したものである。以下、これら介護職が直面している問題を確認し、その解決のために獲得すべき能力とは何かを考察していきたい。

## 3 介護職が直面している具体的課題

(1) 求めるケアと行っているケアの質の落差

① 目の前のケアに追われて振り返る機会がない

② したいケアと行っているケアのずれ

③ これでいいのか、誰が評価してくれるのか

④ 利用者主体を標榜しながら介護職主体のスケジュールが組まれている

⑤ 利用者のニーズが読み取れずケアプランに反映されない

⑥ つい業務的効率的に考え管理してしまう

⑦ 個々の職員の思いこみによる良くないケアが日常化している

⑧ 職員のケアに対する意識変革が難しい

⑨ 浴室、食堂、トイレ等の設備や人員配置にケアが影響される

⑩ 利用者の願いをかなえたいが行えない状況

⑪ ケアが流れ作業になってしまう

⑫ 人が変わるとケアが変わり、一貫したケアが持続的に行えず、やりがいが喪失

⑬ 認知症の方に対する理解や知識がなく、誤ったケアが蔓延している状態

⑭ 日々繰り返される業務に達成感が感じられない

- (2) 職業倫理とリスクへの不安の課題
- ① 認知症の人による繰り返し（トイレ、帰りたい等）によるイライラで、否定や抑制をしてしまう
  - ② 危険を認知せず歩く、食べるなどを見守りながら、転倒等の事故がおこらないよう集中力を常に研ぎ澄ませておかなければならない状況
  - ③ 安全を考えて抑制せざるを得ない状況での罪悪感、当たり前になる状況の陥穽かんせい
  - ④ 現場の状況と倫理観とのジレンマ
  - ⑤ 「これでいい」、「言っても無駄」、「仕方ない」、「できない」とあきらめる
  - ⑥ いいケアを行いたくても危険や安全が最優先され利用者ニーズがなおざりになる
  - ⑦ 自分やチームの未熟さによる事故等により利用者にダメージを与えた時の責任の重圧、自己嫌悪、罪悪感をひきずる
- (3) 利用者、家族を受け止めきれない
- ① 利用者からの理不尽な言葉やきつい言葉
  - ② 本人と家族の思いにずれがあり調整困難
  - ③ 家族からの苦情が一面的である
- (4) 介護職員間の関係性の課題
- ① 利用者とのコミュニケーションをとりたいが周りの職員からどのように見られるか心配
  - ② 分からないことを聞ける職員や先輩がいない
  - ③ 新しいことを拒む古参職員がいる
  - ④ 慣れ合いの関係になってくる
- (5) ケアチームにおける葛藤
- ① リーダー的指導的立場の存在の不在
  - ② 改善提案など意見を言う機会がない
  - ③ リーダーや上司に話を聞いてもらえない
  - ④ リーダーと考え方が合わない、話を言えない、言っても通らない
  - ⑤ チーム内のコミュニケーション不足によるバラバラのケア
  - ⑥ 見聞きした利用者の情報をチームに伝えられない
  - ⑦ グループ内での意見の食い違い
  - ⑧ 利用者の気持ちに応えたいが、業務を優先するチームの雰囲気との自己葛藤
- (6) 専門職としての不安と課題
- ① 終末期対応の不安
  - ② ユニット内において一人で判断が求められる重圧と不安
  - ③ 根拠のある指導がなされず自らのケアへの不安がある
  - ④ 新人職員が期待する理想と現実
  - ⑤ 専門職としてプロ意識が低い
  - ⑥ 十分な実習指導ができない

- (7) ナースコールで同時に呼ばれる時の優先順位、利用者を待たせる罪悪感、追われる気持や焦り
- (8) 仕事の改善、職場環境の課題
- ① 訴えに対応したいが他の仕事があり途中で終わる
  - ② 記録やプラン書類作成などの仕事が時間内に終わらないでずれ込むが残業が認められない
  - ③ 体調が悪くてもチームの負担を考えると休めない
  - ④ 利用者がそばにいたので休憩していても休まらない
  - ⑤ 利用者とのコミュニケーションや関わりで精神的な疲れやストレスが慢性化
  - ⑥ 長期休暇がとれない
  - ⑦ したいケアをするとユニットに負担がかかり継続できない
  - ⑧ 身体が資本なので身体を壊したら働けなくなる（1人として数えられない）
  - ⑨ 会議がだらだらする
  - ⑩ 不規則勤務による家族とのずれ違い
  - ⑪ 不規則勤務による体調管理
  - ⑫ 職員不足による残業等の過剰な負担
  - ⑬ 夜勤で20～30名を長時間一人で介護しなければならない精神的重圧による疲労、長時間の集中による心身の疲労
- (9) 介護職が所属する組織の課題
- ① 組織に閉そく感がある
  - ② 意見を言っても聞き入れてもらえない
- (10) 他職種連携、地域連携、家族等連携の課題
- ① 看護師との連携が取れない
  - ② 看護職との考え方の違いによる摩擦
  - ③ 地域との交流ができていない
  - ④ 介護職の医療的知識の低さ
  - ⑤ 現場が忙しく地域に出る余裕がないので地域との連携ができないと思っている職員
  - ⑥ 主治医と看護師の判断の相違による混乱
  - ⑦ 後見人(司法書士等)と介護職との連携
  - ⑧ 地域の医師との連携（認知症の理解が乏しく、検査に対してなど指示が利用者に難しいことがあり、正確な診断ができない）
  - ⑨ 職種間のフラットな連携（看護師・デイ等の介護職・ホームヘルパー）
  - ⑩ 地域との交流と言われても地域が見えない
  - ⑪ 医師だけの判断で「在宅生活は無理」と本人や家族に宣言してしまう
  - ⑫ 他職種と介護職とでケア内容の優先度が違う

- ③ 相談できる上司がない
- ④ 内々に相談したことが他の職員に漏れている
- ⑤ 上司に他のチームメイトと比較される
- ⑥ 有給が自由にとれない、使えない
- ⑦ 設備等ハードの改善を上司に言っても認められない
- ⑧ ケアに関する現場の声が受け入れてもらいにくく、上司からの理解が得られない
- ⑨ 職員がなかなか育たずすぐ辞める
- ⑩ 上司が現場のことを把握していない
- ⑪ 異動を肯定的に受け止められない
- ⑫ 上司のパワハラ

図6 入職率・離職率

		入職率	離職率
訪問介護員+介護職員	計	22.6	18.7
	正社員	22.3	18.5
	非正社員	22.8	18.9
(参考) 全労働者	計	15.9	15.4
		13.6	13.0
	一般労働者	19.0	18.8
	パートタイム労働者	12.5	12.2
		26.7	25.9

※正社員は一般労働者よりも概念が狭く、非正社員は、パートタイム労働者よりも概念が広い  
ため、単純に全労働者の一般労働者、パートタイム労働者と介護職員の正社員、非正社員との  
入職率や離職率を比較するには注意が必要である。  
※正社員：雇用している労働者の雇用期間の定めのない者のうち、パートタイム労働者や他企  
業への出向者を除いた者。  
※非正社員：正社員以外の労働者（契約社員、嘱託社員、臨時的雇用者、パートタイム労働者）。  
※一般労働者：常用労働者のうちパートタイム労働者を除いた者。  
※パートタイム労働者：常用労働者のうち次のいずれかに該当する労働者をいう。  
ア 1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者。  
イ 1日の所定労働時間が一般の労働者と同じで一週の所定労働日数が一般の労働者よりも  
短い者。  
※入（離）職率：訪問介護員+介護職員：平成19年9月1日の従事者数に対するその後1年間  
の採用（離職）者数の割合。  
※全労働者：平成19年1月1日現在の常用労働者数に対する1月1日から12月の期間中の入  
（離）職者の割合。

【資料出所】  
訪問介護員+介護職員：平成20年度介護労働実態調査（介護労働安定センター）  
全労働者：雇用動向調査（平成19年）（厚生労働省大臣官房統計情報部）

図7 福祉・介護分野で就労している3福祉士の仕事を行う上での不満や悩み

○ 介護福祉士は、社会福祉士・精神保健福祉士に比べ、給与・諸手当に関する不満、体力面  
での悩みを抱えている者の割合が多い。

	社会福祉士 (N=19,100)	介護福祉士 (N=120,067)	精神保健福祉士 (N=3,813)
仕事にやりがいがない	4.9%	4.3%	4.4%
職場の人間関係が悪い	10.2%	10.1%	9.8%
給与・諸手当が低い	47.6%	59.7%	45.4%
非正規職員から正規職員になれない	5.7%	6.7%	5.5%
昇進等将来の見通しが無い	19.0%	15.4%	19.5%
社会的な評価が低い	23.9%	27.0%	18.4%
夜勤や休日出勤など不規則である	6.7%	10.0%	5.9%
業務の負担や責任が重すぎる	32.8%	30.5%	29.1%
仕事がつくて体力的に不安がある	10.6%	24.3%	9.2%
仕事と家庭の両立が難しい	10.5%	9.4%	10.4%
福利厚生に不満	5.7%	6.7%	7.2%
通勤に不便である	3.9%	2.2%	5.9%
自分の能力を伸ばすゆとりがない	13.1%	9.0%	13.6%
利用者とのコミュニケーションがうまくとれない	1.3%	1.0%	1.2%
その他	10.1%	8.0%	9.1%
特になし	9.0%	6.0%	11.6%
不明	1.0%	1.2%	1.4%

（出典）平成20年財団法人社会福祉・振興試験センター「介護福祉士等現況把握調査」

図8 福祉・介護分野で就労している3福祉士が現在の仕事を続けていく上で改善して欲しいこと

○ 介護福祉士は、社会福祉士・精神保健福祉士に比べ、給与水準の改善、有給休暇や育児休  
業等の取得しやすい環境整備を求める者の割合が高い。

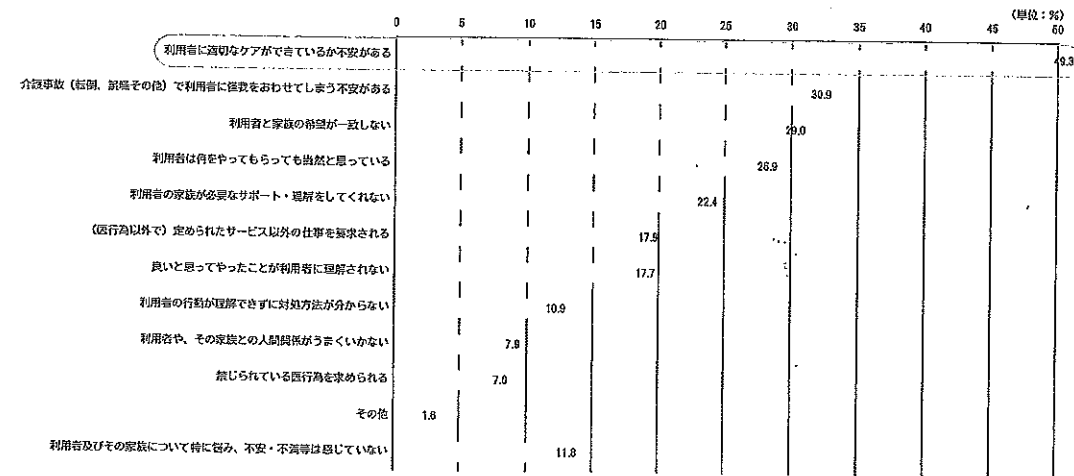
	社会福祉士 (N=19,100)	介護福祉士 (N=120,067)	精神保健福祉士 (N=3,813)
資格に見合った給与水準に引き上げる	52.5%	60.7%	46.4%
経験に見合った給与体系の構築	27.6%	40.6%	29.2%
希望する研修等を受けられるようにする	8.8%	7.5%	12.3%
労働時間を短縮する	11.2%	9.1%	9.9%
研修等の内容を充実する	8.0%	6.2%	9.0%
有資格者のキャリアアップの仕組みを構築する	19.4%	12.0%	17.3%
作成書類の軽減等事務作業の効率化・省力化を図る	28.3%	28.4%	26.2%
有給休暇や育児休業等のしやすい環境整備を整える	17.2%	22.4%	14.7%
社会的な評価を向上させる	30.5%	27.0%	24.9%
福利厚生を充実させる	5.7%	6.5%	6.6%
子育てを行う支援体制の充実	7.3%	4.8%	6.4%
腰痛対策のため福祉用具等の活用等を図る	1.1%	6.7%	0.5%
メンタルヘルス対策の充実	11.8%	7.3%	12.7%
パワハラ・セクハラ防止策の充実	3.1%	2.5%	3.7%
その他	7.3%	5.2%	6.7%
特になし	4.2%	3.0%	6.4%
不明	1.0%	1.2%	1.2%

（出典）平成20年財団法人社会福祉・振興試験センター「介護福祉士等現況把握調査」

- (10) 研修機会等の課題
- ① 人員不足で研修に行けない
  - ② 事業所内に研修, キャリアアップの仕組みがない
  - ③ 事業所に研修体制が整っておらずスキルが向上しない
  - ④ 外部研修に行かせてもらえない
  - ⑤ 外部との接触機会が少なく社会性が身に付かない
- ⑥ OJTが円滑にいかない
- (11) 社会的評価の課題その他
- ① 誰にでもできる仕事と周りから思われる専門性の課題
  - ② 介護職は3K, 「しんどい仕事, よくやる偉いねえ」, など世間の誤解
  - ③ ワークライフバランス

図9 介護職員が抱える利用者及びその家族への悩み, 不安, 不満等 (複数回答)

○ 約5割の介護職員が利用者に適切なケアができていないか不安と回答。



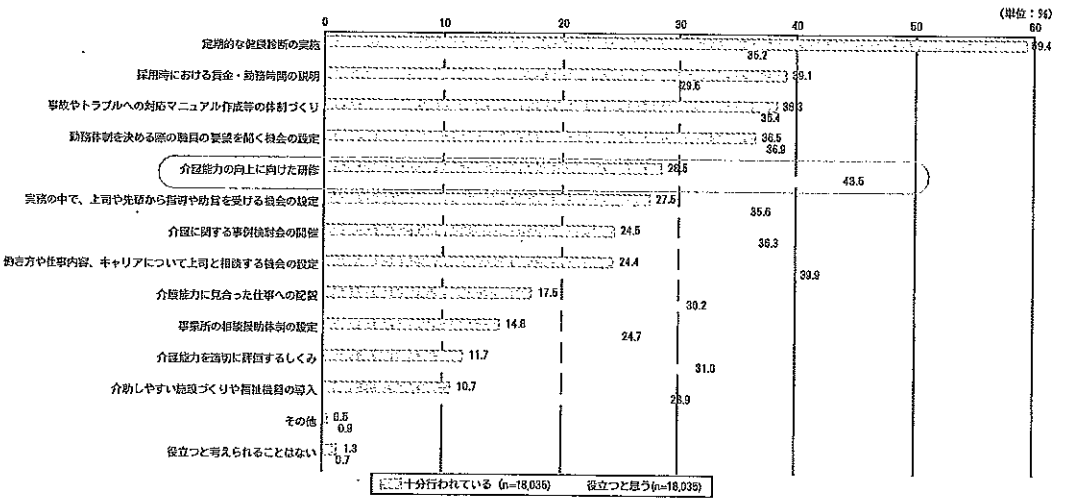
(単位: %)

	利用者に適切なケアができていないか不安がある	介護事故 (転倒, 誤嚥その他) で利用者に怪我をおわせてしまう不安がある	利用者や家族の希望が一致しない	利用者は何をやってももらっても当然と思っている	利用者の家族が必要なサポート・理解をしてくれない	(医行為以外で) 定められたサービス以外の仕事を要求される	良いと思ってやったことが利用者や家族に理解されない	利用者の行動が理解できずに対処方法が分からない	利用者や, その家族との人間関係がうまくいかない	禁じられている医行為を求められる	その他	利用者及びその家族について特に悩み, 不安・不満等は感じていない
全体 (n=18,035)	49.3	30.9	29.0	26.9	22.4	17.9	17.7	10.9	7.9	7.0	1.8	11.8

※平成20年度介護労働実態調査 (財団法人介護労働安定センター)

図10 介護職員が働く職場の取り組み状況と働く上での悩み, 不安, 不満等の解消 (複数回答)

○ 約4割の介護職員が介護能力の向上に向けた研修を充実すべきと回答。



(単位: %)

	定期的な健康診断の実施	採用時における賃金・勤務時間の説明	事故やトラブルへの対応マニュアル作成等の体制づくり	勤務体制を決める際の職員の要望を聞く機会の設定	介護能力の向上に向けた研修	実務の中で, 上司や先輩から指導や助言を受ける機会の設定	介護に関する事例検討会の開催	働き方や仕事内容, キャリアについて上司と相談する機会の設定	介護能力に合わせた仕事への配属	事業所の相談援助体制等の設定	介護能力を適切に評価するしくみ	介助しやすい施設づくりや福祉機器の導入	その他	役立つと思えない
十分行われている (n=18,035)	59.4	39.1	38.3	36.5	28.5	27.5	24.5	24.4	17.5	14.8	11.7	10.7	0.5	1.3
役立つと思う (n=18,035)	35.2	29.5	36.4	36.9	43.5	35.6	36.3	39.9	30.2	24.7	31.0	28.9	0.9	0.7

※平成20年度介護労働実態調査 (財団法人介護労働安定センター)

4 介護職の問題の捉え方, 問題整理の方向性. 解決に向けての意識のあり方

質の高いケアと, 介護職のやりがいや成長にとり, チームマネジメントとチームリーダーの重要性が前提となることは言うまで

もない。その意味を理解しない経営者, 組織がまだ存在するとすれば, いわば論外である。経営, 組織, 職場環境, 研修機会そして制度の課題は最後に述べるとして, ここでは, 介護職により解決できる可能性がある問題に限定して考えてみる。

11) チームリーダーとチームマネジメントの重要性

ここから述べることは、1 職員の立場では実践が困難な内容も多々あると思うが、その場合にはチームリーダーを目指し、そうすることで質の高いケアに向かうチームをつくりあげる役割を担うことの大切さを認識してほしい。

- ① チームリーダーには、具体的なケア場面において尊厳や倫理の視点で他者に説明できる力量が求められるため、日常のケアを通して意識的にそのことができるよう努めること。
- ② チームリーダーは、常に利用者の立場からの視点で問題を解決していくことが求められ、チームメンバーの意識の違いがある場合には、ケースを通じてその視点で解決していく方法を学ぶこと。
- ③ チームリーダーには、ケアの質のチームメンバーによる共有を目指すだけでなく、個々の職員の成長、様々な葛藤へのポジティブなアプローチ、労務関係を含めた制度の知識、組織全体の成熟化への視点など、バランスの良さが求められ、問題に向き合うことこそが成長の糧と捉えること。
- ④ チームリーダーには、このように、社会性、組織性が求められることから、優

れたリーダーが多く生まれることは、介護職の存在への社会的なアピール度を高め、将来には組織全体のマネジメントを担う人材を育成する可能性を高めていくことになる。

- ⑤ チームリーダーを支える、良い監督者、管理者も、チームリーダーがキャリアアップして到達するのであり、その意味でも、チームリーダーとして、介護職が直面する課題に共に向き合うことが、介護職の問題解決の大きなポイントであることを認識すること。

(2) あらゆる場面で、あるべきケアの質について、目線を下げずに方向を見定める

- ① 自らが所属しているチームによる質の高いケアのゴールのイメージを持つ。
- ② 職場には、必ず同じ思いを持つ職員がいるので、常にケアの質についてコミュニケーションをはかる機会を意図的に多くつくるよう努め、他者と学び合うことで確認事項を蓄積していくこと。
- ③ 職場の外にも、ケアの質について語り合える場があるので、地域での横断的なネットワークに参加するよう努め、ケアの質を高めることが介護職全体の思いであることを確認できる機会を多く持つこと。

(3) 向かうべきケアと現実に行われているケアの落差をチームで共有する

- ① 気になるケア場面を、チームで洗い出すことを試みる。
- ② 気になるケア場面の多くが、利用者の思いに沿ってではなく、提供側の都合で行われていることに起因する共通項があることに気づき、そのことをチームで共有する。
- ③ まずは「気づき」を顕在化する仕組みづくりを行い（記録、会議等、あるいは「気づきシート」などの工夫）、それに基づき話し合う機会を定期的に設ける。
- ④ 質の高いケアはチームで実現するので、一人だけがよいケアを行っていてもだめ、一人でもよくないケアを行ってればチーム全体の問題と考える

(4) 改善の手順と、それを行うための課題を明確にする

- ① チームの成熟度合いにより、改善の手順は異なる。例えば、職業倫理の基本が共有できていないなど、チームがプリミティブな状態であれば、よいケアを行っている他事業所などの事例を配布し全員にレポートの提出を求め、グループワークで共有していくなどの改善策を繰り返すなど、チームの土壌を改善する。（介

護福祉士資格者であっても倫理に反するケアをしている例は少なくない)

- ② 但し、管理的なケアが横行しているとか虐待に近いケアが行われているなど、チームの成熟度とは関係なく直ちに改善しなければならないことについて緊急の対処を行うことは言うまでもない。
- ③ 一般的な改善の手順は、「直ちに改善できることや直ちに周知する必要のあること」、「時間をかければ改善できること」、「設備等の条件が必要であるなどすぐには改善が困難なこと」など、改善の可否や手順を明確に区分し、そのことをチームで速やかに共有し必要な改善を実施する。
- ⑤ ケアは、特定の職員と特定の利用者の閉じた場面で行われている特徴があるため、よいケアのエピソードも伝わりにくい。よいケアのエピソードをチームで共有できるよう記録への記載ができる雰囲気、スキル、ITなどの環境要件をつくりあげていく。
- ⑥ よいエピソードは、カンファレンスなどで強く印象づける努力を繰り返すことにより、チームを良い改善、向上のスパイラルに乗せていく。
- ⑦ 前述の試みと並行して、チームの成熟度に応じた研修システムを用意する。と



りわけ、専門性や職業倫理に関する課題は、述べてきたように日常の中で解決していく仕組みを提案し実践していただくだけでは難しい場合もある。そのためには職場内研修の仕組みをつくり上げていくことや、適切な外部研修で学ぶことが必要になる。経営者や組織の課題でもあるが、一人ひとりの介護職があきらめることなく、できることから始めることで職場を変えていくよう努めること。

(5) その他

- ① ボランティア、実習生、家族などの受け入れの機会を多くつくるようにして、専門職の役割の課題を学ぶ。
- ② チームが当面目指す点を明文化して共有し、定期的に成果を評価する仕組みをつくるなど、自ら成果を評価、点検する仕組みを工夫する。
- ③ 他職種との意見の食い違いや、連携の難しさは、乗り越えなければならない課題と受けとめ、利用者の視点で意見を述べあうことで必ず解決すると確信すること。さらに、他職種、ボランティア等に、自らの考え方の根拠や意味を説明し、言葉にできる力を養うこと。
- ④ 日頃行っているケアの成果や課題を事例検討会、事例発表会等で発表する機会

を可能な限り多く持ち、実践を<sup>せいさつ</sup>省察して説明できる力を身につけるとともに、事例を通じて学び合い実践すべきケアの価値を共有する。

5 制度、介護経営等その他の課題と、現場で行わなければならないこと

介護の今後は、専門職の確保、育成にかかっている。それを支える組織と職場環境の整備における経営の課題、報酬や資格研修制度などの環境整備における制度の役割は大きい。このことは、介護職が直面している問題の多くが経営、制度に起因することを見れば自明である。平成18年から20年にかけての介護人材確保難の際に、介護人材の確保と定着を阻害する要因が図7～10に示すような課題であることが周知されたが、経営や制度を担う立場から、改めてその実情に向き合い、それらの今後のあり方を検討することは喫緊<sup>きつじん</sup>の課題である。

とはいえ、現場の介護職による質の高いケアを目指す決意や覚悟にもとづく実践は、経営や制度を動かす必要条件である。多くの多様な問題に対して、一人ひとりの介護職が思いを同じくする多くの仲間がいることを信じ、小さな実践の積み重ねを行って

いくことが制度や経営を動かす。幾多の変遷を経て、いま現場ではICFモデルに沿った「QOL＝人生の質」の実現と「社会の質」の変革への挑戦が始まっている。先人たちの試行錯誤や挑戦の歴史が今の介護につながっている。そして、現在の介護職の熱意ある取り組みが将来の介護の質をつくり上げることを信じて、あきらめることなく勇気をもって自らの信じるケアを、チームの仲間と共に着実に積み上げ誇りを持って主張してほしい。