Japanese Journal of Applied Psychology
1995, No. 20., 65 - 84

討　論

「ヒューマン ケア ワークをめぐる諸問題」

企画・司会　越　河　六　郎（労働科学研究所）

シンポジスト

山　田　美和子（全社協・高年福祉部）
山　崎　慶　子（東京女子医科大学病院　看護部）
待　井　和　江（大阪社会事業短期大学　名誉教授）

このシンポジウムは，平成７年２月４日（土），日本大学文理学部において行われた。本報告は，その際の録音テープをもとに，司会の越河が全体をまとめたものである。

司会：本日のテーマは「ヒューマンケアワークをめぐる諸問題」ということで，平成6年度の日本応用心理学会公開シンポジウムを始めさせていただきます。

はじめにテーマの背景について企画した立場から，若干ふれておきたいと思います。

その一つは，何といっても「高齢化社会」だということであります。それと，もうひとつが「女性の職場への参加」が多くなって来ているということに問題の所在を認めることができます。高齢者介護，病人の看護，それから育児・保育についても，こういった背景での問題だという筋道でテーマを設定したわけであります。

女性の職場進出につきましても，労働力の年齢段階別構成の変化，いわゆる「M字」型からヨーロッパ型ともいえる「馬の背」型への変化や，パートタイム就業者の主幹労働力化という動きもあります。これらの社会的情勢を支える状況というのは，やはり子育て，老人の介護，病気になった人の看護を誰がサポートするのかということになるわけで，そういうサポートシステムとしてヒューマンケアワークの問題を考えてみる必要があるという主旨であります。いま，たとえば育児支援という言葉がありますが，育児支援どころか「社会の支援」の柱になるのが「ケアワーク」ではないかということを強調したいと思います。それでは最初に「介護の立場から」ということで，山田さんからお願いいたします。

1．介護の立場から　　山　田　美和子

もともとは保育に関連した仕事に入ったわけでして，司会者には早くからご指導頂いてきました長い経過があります。保育労働ということで保母の業務内容調査，労働負担調査など協力を受けております。

今日は，「介護の立場から」という問題について考えを述べてみたいと思います。次の３点を中心にお話いたします。

1）この問題に関する国の動きについて
2）介護をめぐる今日的問題
3）マンパワーに関する問題

―「新ゴールドプラン」―

ご承知のように，介護を必要とする高齢者の増加ということは新聞にもよく出ていますのでご存知だと思います。厚生省の方は推測で計画を進めているわけですけれども，2,025年には人口の４人に１人が高齢者（65歳以上）となり，“寝たきり”が230万人，それから要介護の“痴呆のお年寄りが40万人”，なんらかの介護が必要とする虚弱な方が260万人ということで合計約520万人が介護の「対象」，ということを推測しまして，それに合わせたハード作りをしているところです。

介護に対する国の施策の現状を申し上げてみますと，ゴールドプランということについては多分お聞

きになっていることと思いますが，平成元年にゴールドプランをたてまして，それに沿って計画的に整備をしているわけですが，今年は丁度５年目で中間的な見直しをしまして，今度「新ゴールドプラン」というものに計画を置き換えたところです。置き換えた理由は，平成５年度に各市町村ごとに老人保健福祉計画というものをたてられました。それから県，国と積み上げまして，ゴールドプランを見直したところ，ゴールドプランではとても足りないという結果が出まして，新ゴールドプランというものにしたわけであります。財政的な裏付けがきびしいものですから，なかなか難航いたしましたのですが，ようやく新ゴールドプランというものが認められました。ちょっと数字を紹介してみますと，まず，ホームヘルパーですが，ゴールドプランのときは，10万人必要だという計画だったのですが，新ゴールドプランでは17万人，大幅に増やしたわけであります。

1) ショートステイということで，自宅で介護を受けている人を，１週間とか１ヶ月とか特別養護老人ホームなどに一時的に預かるやり方ですが，それを当初は５万人分ベッドを用意すればよいのではないかということでしたが，これを６万人分に増やすということになりました。余談になりますが，阪神大震災では，このショートステイのベッドが役に立ちました。避難された方に，急に対応しなければならない年寄が沢山出まして，いま神戸，兵庫県の老人ホームに緊急に入られた人は1,000人を越えております。

2) デイサービスセンターというものがあります。市町村にいくつか作られています。日帰りの，老人の保育所版みたいなものです。これを１万ヶ所，当初は作る予定でしたが，デイケアを行う老人保健施設も含めまして１万７千ヶ所に増やすことが新ゴールドプランで認められたわけです。

それから，在宅介護支援センターというものがありますが，これは中学校区に１ヶ所，全国で１万ヶ所作りまして，そこで「相談窓口」を進めております。これは１万ヶ所でよいというゴールドプランどおりです。

3) 特別養護老人ホームですが，大変期待されているのですが，今回の阪神大震災でも，特別養護老人ホームは，大活躍しているわけですが，当初は，24万人だったのが，29万人に増やすことになりました。

4) 老人保健施設というものがありますが，これはゴールドプランどおりの28万人分を作るということです。

5) その他，ケアハウスを作るとか，高齢者の生活福祉センター，これは過疎地の人が一時的に生活する共同生活の場としてのものですが，これが400ヶ所，ケアハウスを10万人分作るということで進めております。それぞれの施設の機能については，後で述べますが，新ゴールドプランに添ってこういったさまざまなものを作っているということであります。これらの構想は地域ケアシステムを作っていこうという考え方にもとづいています。一つの基盤になりますのが中学校区であります。そこに，大体2000年の時点で１ヶ所当りの中学校区の総人口が13,000人ぐらいだろうと見積り，高齢化率が17％くらいだろうということで，そのうち65才以上はおよそ2,200人程度，要介護の年寄りは140人ぐらいではないか，そのうち在宅の人は60人とみて，あと80人は病院とか，老人ホーム等の入所の対応が必要であろうということです。この他虚弱な方が160人位とみています。

この在宅の高齢者に対して介護支援センターが窓口になってさまざまな応援をしていこうという地域ケアシステムを手がけまして，在宅介護支援センターを中心に，その周辺にヘルパーステーションとか，デーサービスセンターを作ったり，特別養護老人ホームは３中学校区に１ヶ所あればいいのではないかという考え方をしております。こういうように地域にトータルでさまざまな機能を持ったものでもって在宅の方の応援をしていこうということで進めているところです。

それから，これらの計画を進めていく上で金がなければできません。いま話題になっておりますのが介護保険です。これは厚生省の老人保健福祉審議会で，これから検討するところですが，やはり新たな保険として介護保険というものを作り，それでもって介護の費用に当てていくということが必要なのではないか，という話になっております。

以上がハード的なものですが，次に，介護をめぐる今日的な問題にふれることにいたします。総理府が調査した資料を見ますと，国民の89％が高齢期に

対して不安を抱いているという数字がでております。特に，介護が必要になったらどうしたらいいのだろうという不安が多く出されています。国民全体が自分が歳をとって動けなくなった時にどうなるだろうという不安を抱いている社会が今の姿ではないかと思います。

具体的に今日起きている問題を，少し申し上げてみますと，まず最近，注目されておりますが，老人の虐待の問題であります。これは，一番多いのが家族が介護をしていて，介護疲れから虐待してしまうケースであります。一生懸命頑張っているのです。何とか家族が家で看ようとしているのですが，介護の期間が長いものですから，５年，10年という長さで，ついに疲れてしまって虐待をよぶというのです。それから男性が介護する，息子さんが介護しているケースは少ないのですけれども，虐待の率は高いです。やはり男性は介護などに慣れていないということでしょう。

今日の話題提供者も皆女性であるのは，ケアや介護にかかわるときは，ほとんど女性なのかなあと思いますが（笑い）。男性が「看る」必要が起きたときに，たとえばつれあいを看るときに，非常に負担になって虐待してしまうというのが，数は少ないけれども介護をしている男性の数からみますと，男性におきている虐待の率が高いということです。

次に，介護を受ける人のつらさの問題があります。高齢者の自殺は，日本は世界一であります。家族が看ているのだから大変幸せじゃないかと，一般はみるかと思いますが，やはりお嫁さんに対する気がねとか，あるいは長引く介護に対しての，世話になって，家族への負担を考えての自殺とか，特にこれは新潟とか長野でその契機が多いとのことですが，農繁期になると自殺者が出てしまう。それは孤立感が多分にあると思います。まわりが皆忙しくなりますから誰もまわりにいなくなって一人で留守番をしているということもあると思います。そんなところで高齢者へのカウンセリングが必要ではないかと思っております。それから，もう一点は痴呆性老人が増えておりまして，特にサラリーマンの方，企業の「企業戦士」ですね，ずっと働いていらしゃった方が，定年でおやめになって，家庭に入ったとたんに何もすることがない。できないとそこから起きてくる痴呆。痴呆は，医学的な問題でもあるわけですが，また，脳障害もあるんですけれども，起きるきっかけとしては，自分を維持していくことが出来なくなってしまうような状態で起きてくるのがあります。

介護の分野でいいますと，痴呆性老人の処遇についての手法がまだ確立しておりません。いまは手探りの状態と思います。行動療法などいろいろと試みられ始めておりますけれども，セラピーが必要だと思います。

医学と心理学とが接点をさぐり，福祉と医療が，介護と看護の両方が連携した中で対応しなければならないのが老人の処遇であろうというふうに思っております。体操とか音楽療法とかアートセラピーとかいろんなものが，今試み始めているところです。グループホームという形で，８人から10人ぐらいの小規模の共同生活というところでの効果などもでてきておりますので，この試みは，これから注目される処遇ではないかと思われます。

それから，私どもが取り組み始めておりますのが自立の度合を評価することです。今までは，高齢者の介護の問題で，寝たきりになった方を世話することが多かったものですから，アセスメントがきちんとなされていないのですね。生活面での自立の判定の問題です。いくつかの基準はありますけれども，適切な共通したものがないようです。

アメリカのMDSを参考にしながら取り組み始めているところです。アセスメントを行って，それによって問題の領域と要因を明らかにして，そして，ケースカンファレンスを行って，それにもとづいた形で，ケアプランをたて，それに従ってケアを行っていくということが必要だと思います。いま，モデル的に実施しているところです。それから，介護している家族のアセスメントも必要だと考えております。家族が介護しているからいいという形で「同じように」続けるわけなんですが，やはり，家族の介護力というものがどの程度あるのかということも適切に判断して「高齢者が少しでも良く生きることが出来るよう」必要なお手伝いをしなければいけないだろうというように思っております。

介護をめぐる今日的な問題として今とりあげたいことは以上でございます。

次に，マンパワーの問題であります。介護のところでは特別養護老人ホーム，その他の老人ホームを見ましても，最近ようやく社会福祉士と介護福祉士

という国家資格が出来たばかりでして，いままで働いていた人たちには全然資格がありません。寮母さんが主役ですけれども，資格のある人で入っているのは看護婦さん，あと生活指導員という人たちも，社会福祉主事とか，そういった資格は持っていますが，特に義務づけられているわけではありません。これからようやく社会福祉士とか介護福祉士の人たちが専門的な養成を経て入ってくるだろうと思っています。この専門職が，増えていくことによって適切なケアができるようになっていくのではないかと思います。ただ，いままでは人手不足でこういった仕事に就いて下さる方々が少なかったものですから，資格の問題ができなかったということだろうと思います。それから，いままでは高齢者が病気になって，寝たきりになってしまったということで，高齢者の身体的介護が出来なくなったという形が多かったものですから，高齢者の介護をめぐっての視点は，医学から，あるいはリハビリで医師の人たちに指導をいただくということで，治療から入ってきている面が非常に多かったと思います。もう少しメンタルな面も含めて福祉の分野でケアというものを考えてみる必要があると思っております。それができる人を育てなければいけないのではないかと思っています。

それから，地域の中でですが，病気の予防，孤立させない人間関係づくりなどで，もう少しグループワーカーとか，あるいはリクレーションワーカーとかいった方たちにも，ぜひ高齢者の介護の分野にかかわって欲しいということを感じております。

実は今，社会福祉の分野で働いている人の70%は女性でございます。それから特別養護老人ホームに入っていらっしゃる人の性別を見てみますと，75%以上が女性でございます。福祉の仕事に私も随分ながくかかわってまいりましたが，保育をはじめといたしまして非常に女性にかかわる分野です。ですから，女性の生き方如何によって，非常に福祉の問題が変わってくるというように感じました。言い換えてみれば，女性は子育てに悩み，そしてまた今度は介護で悩むという立場に置かれていて，結局，自分が介護を受ける立場になったときは，特別養護老人ホームでお世話になる。また，お世話をしてくださる人は女性であるということで，保育問題，介護問題というのは非常に女性に深いかかわりがある分野であると思っております。私は時々，昔は女性哀史，あわれな歴史といわれましたけれど，そうではなくて女性愛史，女性同士が愛しあうといいましょうか，連携しあう，お互いに助け合う，助け合えばいい人生を生きることができるんではないかということを申し上げているところですが，哀れな哀から愛する愛に変えていかなければいけないのではないかというように思っているところでございます。限られた時間ですので早口で申し訳ありません。

以上でございます。

2. 看護の立場から

山 崎 慶 子

私の看護婦としての背景は臨床に15年，看護の教員として東京女子医大の看護短大に15年おりましたが，看護婦を育てることの難しさをいろいろ体験しました。よく，ニュース等で出ていますが，３Ｋといわれ，どうしても一生の仕事になりにくいということで，悩みながら教えていました。ただ今は現場で自分も一緒に働いて看護婦の条件を何とかして良くなる方法がないかと思い，臨床に戻って，現在，若い看護婦と一緒にやっているところです。

臨床に出て３年になります。臨床で，看護婦さんは患者さんに質の高いケアをきちんと出来ないことで悩んでいます。それをどう改善すれば看護の仕事を続けたいという気持ちになってくれるかが私の課題です。

本日のシンポジウムのテーマは，「ヒューマンケアワーク」ということです。看護の仕事は24時間，患者さんとつきあう，その患者さんとの接点は，ケアという言葉を使いますが，この「ケア」は，患者と看護婦との関係で，良い看護になるか，悪い看護になるかが決まってくるのです。

「ケア」の定義はともかくとして，ケアの中身は，やはり患者と看護婦，人間と人間の甘えとか，信頼とかそういういい関係，要するに患者が信頼してくれる，看護婦も信頼してくれるという関係がないと，良い看護にはつながっていかない，ということは事実です。そう考えますと，このヒューマンケアというのは，看護の内容をどの側面から切ってもヒューマンケアということになっていきます。単に与えられた仕事（業務）をこなすというだけではないことは確かです。

－看護婦の勤務体制－

その「ケア」を，どういう面から切るか，ということになりますが，ここでは２つ取り上げてみます。その一つは，看護婦側のことがらですが，勤務体制の問題があります。看護婦は24時間患者の側にいなければなりませんが，１人の看護婦が24時間続けて働くわけにはいかないのです。１日の労働時間を８時間としますと，１日を３つのシフトに分けて交代しながら仕事をすることになります。この例をあげますと，１人の看護婦の交代のローテーションは，ある日は朝８時から働きます。次の日は夕方，たとえば４時から勤務につきます。そして次の日は，夜中の12時から働くということになります。３交代だとすると，こういう不規則な時間帯の勤務になります。それを１年も２年もローテーションしておりますと，身体の生物学的時計反応がくるってしまうといわれております。そのことは自分の身体的，精神的な影響だけでなくて，ケアの相手である患者さんに対する「思いやり，やさしさ」などにも影響してくることになります。

仕事をこなせばいい，自分の出来る最大のことは，この仕事が終ればいいということになってきます。看護婦の社会的な側面からは「ゆとりのある生活がしたい」「自分の時間を充分にもって，自分の生活も保ちながら，そういう患者さんのケアをすることで満足が得られる。贅沢なことかも知れませんが，２つのことを常に考えながら勤務体制を考えていかなければならない。ただ今全国的規模の面接調査等をやっているところです。そこでは，女性が看護学校を卒業して，すごく「看護の仕事に燃えている時期」から，子育てを終って「自分の生活をしたいとき」それは，「仕事をもう一度やってみたいとき」，そういう時期に，看護婦個人が自分の判断でフレキシブルに仕事の時間帯が選べるというのが，ケアする側からもケアを受ける側からも，一番いい「ケア」が生まれてくるということが分かってきたのです。

－プライマリーナーシング－

第二の切り口になりますが，看護方式の問題があります。今お話したことは，仕事の時間帯を患者と自分のライフスタイルにあわせてどう配分するかということでしたが，今度は，看護のやり方をどんなふうにやるかということです。

一つは，一人の看護婦が患者さんと一対一で入院から退院まで責任をもってケアする。勿論，その人が何日も，24時間働くというわけではありません。その患者さんに責任を持つということです。本人がいない場合には，他の看護婦が自分がやってもらいたい看護計画を立てておくということです。それを「受け持ち看護婦制」，あるいは「プライマリーナーシング」といいます。要するに，患者の入院から退院まで1人の看護婦が看護の責任をもって計画，実施し評価することです。

もう一つの看護方式は「チームナーシング」です。その日毎の受持制で，チーム全体で病棟に出勤した看護婦が話し合いながら，看護対象の患者さんを検討しながら，その日だけの受け持ちをするという方法です。ですから，患者にとっては，一日目と二日目では看護婦が代わるという方式です。

この２つの看護方式で，どのようにケアの内容や質的な面で変ってくるかという点を今日の討議の資料として紹介したいと思います。

私の勤務する東京女子医大病院はベッド数が1,400床，看護婦数は1,000人，医者はトレーニーの人たちなども合わせて，やはり1,000人ぐらいです。それに看護婦を除くパラメディカルの人たちは200人ぐらいおります。このように多数の人が患者にかかわっているわけです。

現在，２つの病棟を実験的に，「プライマリーナーシング」という看護方式を取り入れて３年を経過しました。

「プライマリーナーシング」を取り入れたねらいは，一つは看護の質を高めたいというところにあります。患者の満足が得られるように，そして，看護婦も満足するように。患者だけが満足して，看護婦はきついということではどうしようもありません。患者が入院してから退院するまで，受け持つということになったら看護婦自身は，きっと看護に対して責任を持てるようになるのではないか。専門職として，より自立できることを目標にしました。

調査時期は，この方式の実施の前に，１回，実施２ヶ月後，実施１年後，実施２年後の計４回行いました。調査対象病棟は，産科（A）と循環器系（B）の２病棟です。産科の病棟では年間1,000例ほどの分娩件数があります。特に，ここは医科大学病院ということもあって，心疾患の合併症のある人，腎臓移

植をした人とか，先天性の疾病を持つ母親でどうしても子供が欲しい人で経過をみながらの出産する人，あるいは糖尿病の人もあり，こういう妊婦の方が約６割です。残りの４割の人たちは正常分娩です。

循環器系病棟は普通の病院では内科とか外科とかに分かれて，検査の時は内科にいて，手術になると外科に移りますが，この対象病棟では，内科で診断がついて，そのままその病棟で手術をして帰りますので，外科にバトンタッチしても，内科の医師は後またフォローするということになっており，患者は同じ病棟で過ごせるので，内科と外科の病棟となっているのです。手術は週に３件から６件ぐらいあります。

プライマリーナーシング３年間の効果の評価は，まず，患者さんの満足度調査を行いました。これはアメリカのラ・モリカが作成した患者満足度測定尺度の調査票を日本版に改訂し，信頼性等を検証して使っております。二つ目は，看護婦の満足度調査です。これは，プライマリーナーシングによる看護婦の仕事の満足度を調べるために作成したものです。もう一つの調査項目は，タイムスタディによる業務内容分析です。時間記録は30秒スナップ法で行いました。業務の分類に関しては，あらかじめ対象病棟の看護婦を中心に検討会を設け，時間記録の整理分類表を作成しました。「看護業務分類」の理論的根拠については，更に考察を要するところですが，今回は日常の勤務での作業名や処置・介助名をとりあげております。中分類項目は以下の21項目です（カッコ内はそれぞれの小項目数）。

この分類表を使って，いわゆる患者ケアという点に焦点をあてて，ケア時間量の比較を試みました。

看護婦業務分類（1991年，東京女子医大，看護部）

01．観察・巡視（８）
02．カンファレンス（３）
03．会議（11）
04．オリエンテーション指導（13）
05．教育（職員）（14）
06．報告・連絡，情報収集（13）
07．身のまわりの世話（34）
08．環境の整備（６）
09．検査およびその介助（26）
10．治療・処置，および介助（58）
11．助産婦の業務（12）
12．各種測定（17）
13．患者の移送（４）
14．書類の記録・点検（18）
15．機械・器具・材料の取り扱い（16）
16．薬剤の取り扱い（13）
17．管理業務（19）
18．クラーク業務（14）
19．補助者業務（14）
20．医療材料の取り扱い（10）
21．休憩・私用他（11）

即ちタイムスタディは，プライマリーナーシングの導入前と導入後を計画しました。導入前（１回目）は２対象病棟で３日間，看護婦，看護助手，クラーク全員の勤務を「追随法」で記録しましたが，導入後の調査では（２回目），事情により「自己記入法」に変更しております。

対象２病棟の調査期間中の看護婦数は各病棟１名ですが増えております。経験年数は，A病棟（産科）では，4.4年から4.7年と変化が小さく，B病棟（循環器内科）の平均年数は3.7年から5.1年と若干上がっております。

３年間の調査の結果をみますと，「患者の満足度」調査では，A病棟では調査期２（システム変更後２ヶ月目）で有意差が認められる満足度向上となっており，B病棟では３年目で有意差が出ております。コントロール群では有意差は認められませんでした。

「看護婦の満足度」では，仕事全体についての満足度の評価ですが，A病棟では調査期３（システム導入後１年間目）のところで，0.05のレベルの有意差が出ております。B病棟では，同じく仕事全体でみますと，３年目で有意差（0.05）が認められます。

タイムスタディの結果では，「直接的ケア」時間量の前後の比較をみております。患者数の動きは，１回目から２回目にかけて少し増えています。看護婦もそれに応じて増員となっております。

１回目の調査結果に較べて，プライマリーナーシングの導入後の２回目では，A病棟，B病棟とも「直接看護時間量」は上昇しています。「直接看護」は，

ここでは「助産婦の業務」,「各種測定」,「身の回りの世話」などです。中分類でみると,「観察」なども,ケア量として多くなっていることが分かります。これらは,新しいシステム導入の効果と考えられるのですが,このように「直接的ケア」と分類されるものだけで看護つまりケアをとらえてよいかとなると,そう簡単ではありません。看護婦の役目としては,今後考えていくべき課題は,そういう「ケア」だけでなく,患者への指導とか教育というものがもっとあるはずなのですが,自己記入法による第2回目の結果では,記録に残されたいわゆる看護婦自身が自覚している「指導時間量」は少ないようです。調査法の不統一にもよりますが,この点は更に追試を要するところです。

もう一つの調査の結果はCFSI（蓄積的疲労徴候インデックス）への応答ですが,全体として「忙しさ」といった身体的疲労感にかかわる負担の状況は,ほぼ同じレベルの「平均訴え率」であって,はっきりした変化はないようですが,「不安感」といった精神的側面の負担を表現する項目群への「平均訴え率」は導入後において安定した傾向を示しております。これは,看護における患者－看護婦の関係が改善されたことを示唆するものと解釈しております。

以上,プライマリーナーシングの導入によるシステム変更の,「効果」の評価,という目的で実施した調査の一部を紹介いたしました。

「チームナーシング」方式と,「プライマリーナーシング」という看護方式の違いといいますか,効果を調べたわけです。「看護の質」という点については患者さんの「満足感」の度合,量的には直接看護時間,間接看護時間の割合の変化を指標として調べました。病院における看護の向上をはかるにあたって,有効な資料が得られつつあると考えております。

3. 保育の立場から

待井和江

－保母養成のレベルアップのむずかしさ－

保育という言葉は歴史的な流れを持っております。保育という言葉が今日のような使われ方がなされたのは古く,明治9年,いまの御茶ノ水女子大（当時高等師範学校）に付属幼稚園ができまして,明治10年に,その幼稚園の規則ができた時です。そこで,小児保育とか保育科とか,保育時間という言葉が使われまして,保育というのが集団の場で幼児を教育するというスタートをとったのです。その後明治23年ぐらいから,今度は生活困窮者のための託児施設というのが都市を中心に展開していくわけですけれども,そこでは最初から保育という言葉が使われて,普及し,徹底してきました。ですけれども,スタートは教育するという,そういう感じでした。今日では,家庭の子育ても家庭保育と呼んだりして,かなり一般化していますが,どうも,流れとしては,施設,集団の場の中での子育て,特に教育を重視した営みというふうにとらえることができると思います。

私は大阪社会事業短期大学で,これは大阪府立の短期大学（共学）ですが,そこでおよそ30年,保母養成に携わってまいりました。かねてから,どうも,福祉の分野は,短大では充分間に合わないから,4年制昇格をということで現場から,プッシュされて運動していたのですが,大阪府は,府民は短大を望んでいるからということで,4年制にはならなかったのです。東京の日本社会事業大学,それから愛知県の日本福祉大学とかが4年制になっても,うちは4年制大学にはなかなかなれなかったのです。丁度,昭和57年ですが,諸般の事情から4年制昇格を認めようということになったわけです。

その時,保母養成も当然4年制に移行されると思っていたのです。ところが大阪府立大学サイドから,保母養成は受け取れない。社会事業は社会福祉学部として受け取れるが,ということがでてきたのです。何故そうなるかと,非常に疑問に思うところだったのですが,保母資格が,保母試験という国家試験で取得できるため,試験で取れるような安易なものを何故総合大学で養成しなければならないのか,ということが4年制にしなくてよいという主たる理由だったと記憶するのですが。そうなりますと,今まで共同でやっていました教授会が二つに割れまして,保母をおいていこうと。そしたら,社会福祉学部になれるのだから。あなたがあまり頑張るものだから,なれないと白い目で見られることがありました。

皆さんもご存じかどうか,保母養成を4年制で実施しているところは,現在,まだ20校あまりしかありません。しかも,国立では御茶ノ水女子大に保母養成があるんですが,これはあまり知られていないくらいあそこは幼稚園の教員養成ということでならしているわけです。でも,保母不足の時に,厚生省

がお願いして保母のコースを置いたというふうに聞いております。それ以外は全部私立なのですね。

これからはどうしても，司会者が指摘したように婦人の社会進出とか高齢化社会とか，いろんなことを考えた時に，保育所というものが非常に大事です。それは，ただ単に働く親のためだけでなくて，いまや都市化し，核家族化し，少子化している，そういう保育環境で育つ子供のために地域における子育て支援ということをしていかなければならない。

その場合には，幼稚園のような，一級，二級の構想ではなくて，直接処遇をするのが短大レベルで，すぐ役に立つようなワーカーを養成していかなければならないけれど，将来を考えましたら，先ほどコーディネートという言葉がありましたが，社会資源とネットワークを組むかとか，それから，地域の保育力を活性化していくとか，そういうときにコーディネートできる，そういう専門職を４年制大学で作るべきではないかということで，今，ここにいらっしゃる山田さんたち（全社協）も応援してくれました。頑張りぬいたのです。そうしましたら，岡村重夫学長，この方は社会福祉分野の方の元老ですが，「保母」を連れていこう，保母は福祉のワーカーとして非常に数も多いし，仕事もしっかりしたものをやっているから，福祉から保母を切り捨てるということは，福祉の充実を妨げることだから連れて行こうということになりました。

それから，厚生省も，やはり，公立の４年制ということを注目してくれて，国の方がむしろ応援してくれて４年制ができたのです。その間の苦労は大変なものでした感覚としては文部省が保母育成なんていうのは，認めないという感じがするのです。それで，幼児教育学科とか，児童福祉学科とか，そういうものは認めるけど，保母養成を主とする保育学科なんていうものは認めないという方針をとっています。

こういう感じで，悪戦苦闘して，昭和57年に「保母養成」を組み入れて４年制に昇格したのです。

私は，その翌年が定年で，４年制を作ったということは大変うれしく思いました。

名誉教授の称号もそのとき戴きましたが，いまは社会事業短大はありません。大阪府立大学社会福祉学部となっております。

保育の面では，短大時代の卒業生が頑張って，レベルを引き上げたことが評価され認められたのです。

－教育偏重に傾斜する－

いろいろなプロセスがありますけれども，実は昭和30年代から，女性の社会進出が活発になりました。それには高度経済成長で女性の労働力が必要だということもあったのですが，女性自身が徐々に，自分の就労権を行使した経過がありました。看護婦だとか，義務教育レベルの女子教員，それから福祉関係の保母，こういう職種が拡大してきましたし，それから，いままで日雇い的だった婦人労働者がはっきりした雇用形態で勤められるというふうに変ってきたのです。その中で，女性たちが非常に大きな運動を起こしたのです。保育所というのは，ご承知のことと思いますが，一般に託児所という名称を使っていて，法的には社会事業法で，戦前に保育所という名称が決められましたけれど，内実は，やはり戦時下の厳しさもあって「託児」だったのです。親が勤労動員とか増産とかいろんなことで働かなければいけない。その間，子供を預かりましょう。子供の面倒をみましょうという託児だったわけです。それは保育の「保」だというのです。この「保」は生命を守ろう。とにかく，病気をしないで，怪我もしないで，一定時間守っていこうという解釈があるのです。子供は未来に生きる存在ですから，子供の権利としては発達権，教育権の保障が不可欠です。1989年に国連で採択された「子どもの権利条約」でも，第６条に生存の権利，生活の権利と発達の権利が同一の条文の中に出ております。厚生省は，昭和40年に出しました保育所の指針がありますが，その段階から保育所保育の特性というものは，養護と教育の一体化にあるとしました。生存権の保障と教育権の保障を同時にやっていくのだということを出しております。

そのことが働く婦人たちの非常に強い願望になりまして，自分も就労権を行使するけれども，その結果子供が教育的に低レベルであることは納得できない。幼稚園と同じような教育をして欲しい。だから，託児から保育へ移行すべきということを要求してきたのです。その具体的な形が幼保一元化構想であり，国は保育所においても幼稚園と同じ教育を行うことを公的に認めました。それからもう一つ，その背後にはご承知のように，アメリカの教育見直しということがありました。戦後，名実ともに世界のリーダーとして自負を持っていたアメリカが大きなショック

を受けたのです。それはソ連が人工衛星を打ち上げたスプートニクショックでした。何故こんな結果になったか。

アメリカの自由主義とか，経験主義とかが，子供の能力を育て切れないでいる。もっと組織的に科学教育をすべきだということで，それまで，アメリカが宝だといっていたデューイの理論が非常に攻撃されたのです。あらためて文化の伝承とか基礎能力の開発ということが課題になってきたわけで，これはアメリカだけでなく，先進諸国はすべて，その感覚で，当時，早期能力開発，早期教育の重要性，そういうことが国際レベルで盛り上がってきたのです。そのことはわが国の教育過熱傾向にとってはぴったりくるわけです。それで幼稚園も就学前教育ということで，教育を重視する，保育所も幼稚園に敗けるな，追い越せ，というふうな感じで教育を重視したのです。

その時に，文部省の指導的な立場にあった大学の教授がいまだに幼稚園で保育という言葉を使っているのはおかしい。教育であるべきだ。「保育」のような習慣的なものは幼稚園から抹殺すべきであるという論文も発表して，教育，教育ということで，たとえば，ドイツにしても就学年齢を1年引き下げることができるかどうかという就学成熟の研究がなされるという状況で，基礎力の育成という形で就学前教育がウエイトをもって来たわけです。ところが，こうした保育者主導型といいますか，そういう姿勢での教育の結果が，結局人間性の疎外という事で，アメリカでもすごく科学技術は発達して月にも行けたし，湾岸戦争でも化学兵器があれだけの威力を発揮しましたけれども，病める子供たち，病めるアメリカということが大きな問題となって，各国ともそういう課題を抱えるに至って，再び教育の見直しがなされました。わが国でも乳幼児段階では新しく，保育所保育指針だの幼稚園教育要領が出されて，再び教育を子供の手に戻そうと言うことになったわけです。

－復活した養護と教育の一体化－

それは日本だけではなく，世界各国が乳幼児時期の教育を振り返って，幼児教育の世界機構であるOMEP（世界幼児保育教育機構）では就学前教育を意味するプレスクールという言葉は幼児期にはふさわしくないということで，Early childhood care and education，略して「エデュ・ケア」が適切だということも宣言しておりますし，新しい幼稚園教育要領とか保育所保育指針では，子供を中心に，子供をしっかり受容していかなくてはいけないということが書かれておりまして，今，養護と教育の一体化ということに，特に保育所は重点を置いているわけです。保育所というのは，０歳から就学までの子供を対象にするわけですけれども，もう一つ保育に欠ける子供というのが条件となっています。保育に欠けるというのは，親が就労しているというのが圧倒的な理由なんです。親の就労が原則８時間であれば，通勤時間をプラスして，どうしても10時間，加えて，第三次産業への移行によって，例えば，外食産業などでは，午前４時頃から就労し，早く終る。商店街とかデパートなどでは，10時半開店，その代わり夕方７時半までとか，就労形態が多様化していますし，それから，また，休日なども変形して来ています。そういう中で保育に欠ける子供を対象にするのです。しかも０歳からです。幼稚園は３歳からですが。０歳から３歳までを保育所では３歳未満児といっておりますが，この段階では自分で生きる力がないわけですから，どうしても生命を守る生活の世話というのは大人の責任になります。働く親は，10時間を超える，長時間それが不能なのです。その間，保育所が担っていかなければならない。ところが気が付いてみたら，その保育所がday schoolになって，学校的な教育をしている。これは問題ということで反省をしまして，保育所は，まず，day homeである。毎日，生活の場，家庭に近い場でなければならない。その中で教育的なプログラムとかいろいろなものが入るべきである，ということを強調しております。そして，そのことはかなり浸透してきていると思います。改訂，保育指針に家庭養育の補完ということがあるのです。保育所は家庭養育の補完をすべきだということです。これが平成２年に発表されました時に，現場は，家庭養育の補完て，これ何だ？保育所は単なる穴埋めでいいのか，肩代わりをしたらいいのか。保育所には集団の場でしかできない優れた教育機能があるのに，これでは保育所の独自性の軽視であり，無視であるといった反発もありました。保育のとらえ方がいろいろと変化し，養護の意義を認めて来ているようでも，依然として根底にあるものは教育優先の意識だと思います。

－養護の欠けたとき，子ども達は－

昭和55年にベビーホテル問題がマスコミで取り上げられました。劣悪な条件の中で過ごす子供の姿が出されたわけですが，その当時，東京のある大学の男子学生が卒論にそのベビーホテル問題を取り上げるということで，子供の写真を撮らせて欲しいといって，ベビーホテルにお願いしたのです。そうしましたら，ベビーホテルがよろしい撮らせてあげるということで出掛けていったら，ただし条件があるといわれた。あなたは子供達がまといついたら遊んでもやりたいし，かまってもやりたいだろう。しかし，それは絶対にしないでくれ。そんなことをされたら，私達は明日から困るんだから。子どもには絶対触れないでくれといわれてドキッとしたわけです。泣き部屋というのがありまして，泣いたら子供はそこに入れられるとか，そういった報告と一緒にスライドを見せてもらったのです。いろんなスライドがあるんですけれど，それは幼児の姿でした。ベビーホテルですから，その当時16時ごろから来るのですが，いわゆる年長幼児がどういうことをやっているのかといいますと，保育室に入って来て，自分の手さげとかかばんとか，自分のものが入ったものをしっかり握って，全員壁に背中をくっつけているんです。一人一人が背中を壁にはりつけているんです。そのスライドを見たとき，この子供達が壁から離れて保育室，遊戯室の中で友達と遊び始める。そのために何が必要なんだということが，ありありと見えるんです。保育所にはこういう極端な例はないのですけれども，やはりこの幼い子供達が愛され，期待され，本当に細やかな生活の世話を受ける中で，保育者に対して信頼感を寄せてきて，このよい愛着関係，絆が子供が安定して，いきいきと行動する土台になるのです。ところが，今日では，保育所に入所してきて，３歳未満，特に０歳，１歳の子が泣かない例があるのです。泣かないだけでなくて笑わないのです。もう，ぬうっとして，泣いたってどうなるもんでもあるまいし，世の中，どだいこんなもんだぞみたいな諦め切った表情をしているのです。いうまでもなく，日常の世話を通して，暖かく触れ合うマザーリングとか，スキンシップとか，そういうものがあってこそ子供は安心して自分が出せるのです。ところが日々に追われる母親にそのゆとりがない。その結果の姿といえます。さきほどのベビーホテルでは，一つは親が迎えにきてくれるかどうかという不安があるんです。今日は迎えに来てくれるか，ひょっとしたらベビーホテルだからそのまま寝せられるかもしれない。そういう不安感が子供達の表情に出ているのです。そこでは本当につらい状態が見られるのです。

養護と教育の一体化ということは，一つは養護（child－care）が充実したときに子供は行動できるわけで，そういう意味で教育の基盤であるし，特に３歳未満というのは，愛情をこめて生活の世話をしながら，生活の仕方を伝えていくとか，自立を促していくとか，ということで３歳未満ほど，生活と教育が不分離の関係にあるわけです。

－保母自身の専門性意識－

私が，保母養成の現役のときのデータですが，とりわけケアの必要な３歳未満児について調査をいたしました。パイロットスタディで，３歳未満児の保育で，保育者はどういう仕事をしているかということを何回か確認して，68項目ほど取り上げまして，それらを教育的な活動とか生活に関する活動とか，いくつかにグルーピングして，「実務性」といいますか，この仕事を「あなたは毎日やっていますか」とたずね，次に，「本務性」と言葉を使いました。やってて，これは自分がしなくてはいけない，自分の本来の仕事（課題）だととらえていることを「本務性」といったのです。

そして，その次に，その仕事をするときに問われる「専門性」についてはどう思うか，という質問をしてみたわけです。その平均値をもとに，実務性も，本務性も60％を越えていて，専門性も60％を越えている。意識としては，この三者が関連性をもっている。そういうものを拾い出してみたら，その中で，ケアといいますか，生活的なもので上がってきたのが，「排泄の介助と指導」という1項目なのです（表１）。あとは，例えば，カリキュラムを立てるとか，記録をとるとか，それから「自由遊び」の指導をするとか，そういう教育的なものが比較的多いのです。それのパーセンテージも，担当が幼児であれば計画を立てるとか，自由遊びの指導をする点では100％近い専門性が出てくると思いますが，60％ほどなのです。だから，乳児保育そのものに対して価値意識が低いということも言えると思うのです。その中で，

本当に，生活，生命保障に関するものは専門性を問われているとは感じない，専門性なんていらないんだというような反応が出ているわけです。

毎日やっている。自分はこれをやらないといけないと思っている。だけど専門性は低いというものをあげてみましたら，生活に関する項目が18項目あるんです。そのうち12項目までが専門性が低いというところに出てくるんです（表２）。生まれたときには乳を吸うという，それは本能として身につけてきますけれども，咀嚼力というのは，まさに後天的な学習です。これは離乳期にしっかりトレーニングしておかないと，その後ではなかなか，取り戻しにくいし，発達にも関係します。高校生が大声を出したら顎がはずれるといって，整形外科を秘かに訪れるとか，いろんなことがあるわけです。臨界期というのは，皆さんのご専門ですが，まず，人間にはないといわれています。けれども，初期学習とか敏感期とか，このときにこのことをやれば身につきやすいし，成立するわけだけれども，時期を外すと変なくせがついたり，それをとり戻すことは大変だということも指摘されています。また，生活の世話というものは単に物理的，機械的なものでなくて，それは本当に愛情をこめて，人間関係を作っていく大事な活動なのに，その当時，私どもはこの結果を見て，どういうことだろう，養成校は何をしているんだろうと反省したことがありました。ところが養成の問題を少し振り返ってみますと，先ほど申し上げましたように，昭和30年に急に高度経済成長，人手不足ということで，女性の労働力がもとめられましたとき，各地方自治体の議員とか市長は保育所問題を公約としてかかげないと当選できなかったのです。保育所を作りますとか，育児の社会化を進めますとか，そういうことを言わないと通りませんでしたし，スローガンとして，ポストの数ほど保育所をということで，保育所は社会資源として非常に大量に作られたわけですが，そのことは同時に保母不足という問題を起こしたわけです。

保母というのは先程も申しましたように試験でかなり沢山「養成」できるのですが，保母不足が問題になりましたときに，国会で子供を育てるわけだから，力量のある資質の高い保母を一定数獲得しなければいけないということで，厚生省にその施策を求めたわけです。それで，厚生省もこれは大変な課題だということで，一つの施策をとりました。

この施策は，長い間厚生省のヒットなどと言われたのですが，どういう施策をとったかというと，幼稚園教員養成の短大に保母養成コースをくっつけたのです。いわば厚生省側は押しかけ花嫁で入っていったわけです。文部省は強力ですし，それに幼稚園教員養成には長い歴史もありますので，カリキュラムその他，幼稚園サイドは絶対に譲らないのです。だから，たった２年の間に，二つの資格をとるというのは容易じゃないわけです。特に保母は満18歳までの児童が対象で，児童福祉施設のすべてが職場になりますので，教護から障害から養護から，いろんなことをしなければならない。なかなかとれない。そこで，２年間で両方が取得できる対策はというと，どちらかというと福祉を削ってしまったわけです。福祉の部分を合理化しまして，２年間で幼稚園教員免許と保母資格が取れるという施策を発表して，一挙に短大レベルの保母が養成されたのです。しかし，そのことは，保母の福祉的な自覚というか考え型を弱めてしまいました。どういうことかというと，保母自身，自分をケアワーカーとは絶対思っていないと思います。これだけ家庭保育に欠ける，そういう子供を長時間，しかも０歳から保育をしながら，自分は教育職だと思っているのです。だから，今日の社会環境をみますと，地域全体の育児力が低下していて，21世紀プランにも述べられているように，いままで幸せな家庭，幸せな子供と思っていた「家庭の育児」に大きな問題が出てきている。そこまで拡げてとらえて行かなければならない，といってもそれが飲み込めないというか，頭で分かっていても抵抗があるのです。自分たちは保育に欠けるとして措置された入所児を保育することが使命であって，そこまで拡大して仕事をする必要がないとか。いま，子供達がどういう環境に置かれて，どんな問題をもっているかということがなかなか理解できない。たとえば，いまの家庭はもろいわけですね。核家族で，地域との連携もありませんから，育児責任のある母親が入院したとか，育児にかかわれないと，そこにすぐ，保育に欠ける状態が生じます。それを緊急保育といいまして，そういう状態が出たら，すぐ認可施設で引き受けるのですが，そういう人的条件がないから，預かれないとか，週３日仕事をしなくてはいけないので，３日間の一時的保育をして欲しいと

表 1.

		実施状況	本務性	専門性
A・ 1	月間指導計画の作成	90.6%	90.8%	69.6%
A・ 5	計画された保育（設定保育）の指導	61.2	81.4	59.4
A・ 6	自由遊びの指導	69.3	83.6	56.0
A・ 8	個々の乳幼児の個別指導	75.1	88.9	67.5
B・18	排泄自立介助と指導	86.8	90.2	58.2
C・33	送迎時の視診・検温	81.6	91.3	61.5
C・34	家庭での様子の確認（便の状況，食欲，睡眠，きげんなど）	90.1	93.3	58.0
C・35	事故時の応急手当	62.5	78.1	64.8
C・39	安全指導	64.0	84.2	57.2
E・48	個別保育経過の記録	73.2	89.7	66.7
E・49	保育日誌の記入	88.0	88.7	61.1
E・50	保育経過の評価記録（記録簿の記入）	69.2	86.7	65.2
E・51	育児票の記載	80.5	88.6	66.7
F・52	保育に関する職員の打合せ	76.1	90.0	75.9
F・53	職員会議	85.6	89.7	67.8
G・57	家庭との通信（組だより，連絡表など）	90.0	90.6	57.9

表 2.

		実施状況	本務性	専門性
B・13	年少幼児給食（間食）の介助と指導	75.9%	81.4%	44.0%
B・15	給食（間食）の準備・配膳・後片付け	78.5	59.3	14.9
B・21	便器の用意・あとしまつ	55.8	65.3	13.3
B・22	睡眠介助・午睡指導	92.4	88.9	36.2
B・24	午睡準備と後片付け	87.1	71.3	17.6
B・24	手・顔などの清拭	82.4	84.7	27.6
B・27	清潔指導	89.1	89.7	43.6
B・28	衣服の着脱・介助と指導	94.1	89.4	48.8
B・32	たんれん活動（日光浴・外気浴・まさつなど）	65.7	84.3	47.0
B・36	身体測定	77.2	74.0	32.5
B・37	健康診断時の介助	65.5	74.3	28.3
D・41	教材・遊具の準備，後片付け	90.6	89.5	37.7
D・44	担任する保育室の清掃・点検	58.2	90.8	49.9
D・46	安全点検	60.5	84.9	42.5
C・58	送迎時の連絡	73.7	87.6	53.4
H・64	早朝・延長保育	60.1	60.2	42.6
H・66	調理員との連携	56.5	75.4	34.1

A：保育指導
B：生活指導および関連事項
C：保健・安全
D：環境整備
E：評価・記録
F：会議・研修
G：家庭連絡
H：そ の 他

いう人があっても，それでは教育にならないからと，行政の要請に対して反発する例があります。

まだまだ，保育所が乗り越えていかなければならない保育需要があるのですが，特に保育という仕事を考えたら，ケアをぬいて，教育なんてあり得ないわけですし，それから，今，この子が求めている母性的な愛情を満たすだけではなくて，それが，幼稚園教育要領でも，保育所保育指針でも「生涯にわたる人間形成の基礎を培う」のだ，ということを出しております。ですから，そういうことを考えますと，本当に自分は専門職として，もっとケアという面を自覚し，高めていくことによって今を幸せにすることだけでなく，この子の将来の幸せにつながるんだという認識を，私どももこれから，保母養成とか，あるいは現場指導の中で，しっかり築いていかなければらいけない，ということを感じます。イジメの問題にしても，やはりそれを追って行きますと，0歳から3歳までのさまざまの保育環境，育児環境に根があるということは，私どももよく分かるわけで，社会全体といいますか，今，子供達にとって，何が大切かということを考えなければいけないと思います。そういう方向に進んで来ております。

先ほど紹介しました，10年前の自分の業務に対する意識調査をもう一度やってみて，どのように変って来ているか，あるいはその変り方はどうかをとらえてみたいと後輩の人と話しているところでもあります。

何といっても，社会的一般通念はもとより，行政というか制度的にも，また，研究的立場の人々さえ，養護機能と教育機能を差別的にとらえていることが問題の根源をなしていると思います。しかし，直接，乳幼児保育にたずさわる保母の意識が同じ傾向をみせていることは，厳しく問い直さなければなりません。保母は自らを福祉の専門職として位置付ける意識変革が必要です。それは子供の側に立って，その業務の専門性を確認することであり，保母の役割の社会的評価を高めることにつながることだと思うのです。

◇◇◇ 質疑応答 ◇◇◇

司会：以上で，お三人からそれぞれ，考えを述べていただきましたが，もう一度，補足がありましたらお話してください。

山田：「ケアワーク」ということですけれども，ケアとは何かということが，福祉分野でも，まだ，一般的には確立されていないように思います。

福祉分野は，いまの待井先生のお話もそうですが，私が保育に関する仕事を始めたころは，本当に健康で安全であれば，子供を預れる，これが保育所の仕事だったということで，教育などとはとんでもない，といった時代だったわけです。

いま，高齢者の，老人ホームなどの仕事をみせてもらいますと，家庭では生活することができない，かわいそうな人たちに対する介抱，世話するといったような慈善的な仕事だといった考え方が残っていまして，それが，介護という仕事の確立をとどこおらせているという気がします。保育の仕事をしたときもそうでしたが，看護職の確立ということを看護婦の人達がやっていたのを学ばせてもらって，保育というものも，職業として確立しなければいけない。いまの介護も職業として確立していかなければいけないと考えています。介護，人の世話をするという，非常に大事な仕事なんですが，それに対して，誰でもができるという見方が多いようです。それが社会の認識でして，なかなか評価されない面があります。評価を得るために，仕事をするわけではないのですが，職業として確立しにくい分野だということをつくづく思います。

待井先生のお話に関連して，少し申し上げたいのですが，保育というものを職業として確立しようとしたとき，私どもは教育の分野の力を借りた経過があります。当時，私も関係しておりましたが，保育だけをとりあげて，保育を専門的職業として確立することは，まず誰も認めてくれませんでした。そこに幼児教育というものを入れたことによって，初めて保育の確立が可能になったわけなのです。

現在，高齢者，老人の介護問題に取り組んでいるのですが，私は医療の力を借りたいというふうに思っております。看護婦さんたちと一緒に，やはり医療と福祉との連携といいますか，分離することが出来ないものがあるということで，力をかりたいという

わけです。ただ，迷いがありますのは，施設の保育において，教育の力を借りたことによって大事なケアの部分が見落とされたというか，希薄になったということを社会から批判されるようになった，というお話を待井先生からうかがったのですが，教育だけが主体になってしまったことへの反省は，介護のところでも，医療の分野の力をかりることで確立しようとしたときに，大事なケアの部分が薄れていったら，また困るな，と思ったりして悩んでいるところです。

人の世話をする，ケアは相手がその人なりに，よりよく生きることへのお手伝いであります。その相手を理解できなかったら，ケアも出来ないことなのです。その辺の大事さというものを，働く人も，まわりの人ももっと認識して欲しいと思っております。

待井：さきほど看護の方で，一人の看護婦が患者さんを入院から退院まで持続して見ていくということを言われましたが，保育所でも３歳未満児の場合に，今１：３なので，一人の保母さんが３人の子供をみなければならないのですけれども，そのとき，いつも現場とぶっつかるのですが，私は，必ずこの先生（保母）が私の先生という絆を作りなさいと言っております。だからＡ先生は○○ちゃんと○○ちゃんを責任をもってみるという体制を作ることが，看護の話を聞いても，あ，同じだなという気持ちを持ったわけです。そうしますと，現場はかわいそうだというのです。長時間の勤務ですから，保母の労働時間を守りますと。この前，福岡市で聞いたことですが，１日の保育を５人の保母のバトンタッチでやっているのです。早出の保母さん，一般保育の先生，時差で遅出の先生，延長の時間帯の先生などです。週休２日制が入ってくると，１週間を通して１人の保母がみるという体制ではないから，全部の先生がわたしの先生という，チーム制か，グループ制か，その方がいいと現在はいうのです。そうでないと，ある先生が休んだとき，その園児は落ち込んでしまうというのです。落ち込んでもよい，だけど，今日はわたしの先生こなかった。０歳児は無理としても，１歳ぐらいになると，次に気に入ってた先生のところへ行くのです。コミュニケーションを求めて，そして，明日は○○先生が来てくれる，という過ごし方をするようです。

先生方の勤務の仕組みをどう理解しているかはわかりませんが，「あした来るね」という形で行くのです。こういった１対１の関係が，もし無理であるならば，生活の面，ご飯（離乳食）を食べさせるとか，排泄の介助をするとか，水浴とか，そういう生活を固定した先生で見てやると子供は非常に落ち着くのです。それは，後になって気が付いたのですが，子供にとっては寝ることも大変だし，排泄なども大変なのです。その時によく知っている保母が，同じような声で相手をしてくれると，子供は，そういった生活行動をスムーズにやれるのです。そのかわり，保母は特定の園児をかかえこんではいけません。保育所では，よく「うちの子」というのがあります。これ「うちの子」，「あなたのところの子」が「うちの子」をいじめた，などとやっております。絆とかコミュニケーションは大事ですが，それだとよくありません。保母さんが変ると子供はけげんな顔をします。それでも遊びの場面などではおもしろい遊びの中ということもあってか比較的なじみがはやいようです。

ところで，担当園児数が１：３になりましても，保母たちは，やはり，０歳とか１歳というのは，それこそ１：１でかかわって，対応したいのです。しかし，なかなか思うようにいかないところがあります。調査の結果によりますと，１：１のかかわりは８時間を単位としてみて20％でした。その他，１人の子を抱えながら，もう一人の子の面倒もみるとか，また，何人かの子供をまわりに座らせて，不機嫌な子の面倒をみるという形で保育が進行します。良心的な保母ほど悩むのは，１：１でかかわりたいのだけれど，それが思うにまかせない。そのところにジレンマというか，もっとやってやりたいという気持ちを持つのですが，これも，フリー保母を置くとか，その中でのチームワークを作ったりすることでかなり解決できる部分があると思います。そのかわり，０歳，１歳でいながら，もちろん遊びは一人遊びが多いのですが，平行遊びといって，同じ場所でお互いかかわりはないけれども同じ遊びをしているのもありますし，２人で遊ぶとか，ときには３人で遊ぶとか，グループとしてのかかわりはないけれども，みんなのいるところで，たとえば，メリケン粉粘土をそれぞれもらって，「いっちょ」といって同じ遊びをする喜びとか，そういうものを０～１歳のレベルから経験するのです。それは，もちろん，大人との

関係が十分おさえられていないといけないが，いま，一人っ子だとか，友達のいない環境に較べますと，真剣に考えなければなりませんが，小さいときから友達のいる生活，ぶっつかり合う生活を経験することが，その後の生活に活きてくるのではないかと思います。子供は１歳になって初めて「ひとの子」になるといわれています。ということは自立へ向かっていこうとする願望を，あるいは満たしているのが保育所ではないでしょうか。

もちろん，１：１の人間関係も大事です。世話をするというのは１：１でしなければできないことがあって，生活の世話こそ１：１のチャンスだということでかかわっているのです。

司会：一応，ご発言と補足をお願いしたのですが，つづけて，皆さんからの質問，ご意見をいただきたいと思います。

斉藤（常磐大学）：　山田さんの先程のお話の中に，ケアという専門性ということで，教育ということをふまえたところで，専門性というものを主張できたということを聞いて思いついたのですが，ケアというのは，待井先生がいわれたように１対１，個と個の関係だということではないですか。ケアが可能であるためには，やはり，個と個でなければいけない。どんな初期のケアといってもですね。個と個というのはどういうことかというと，結局，その人の気持ちが分かる。その辺の話になってきます。心理学の方の領域としてはカウンセリングの領域の問題に近いのではないか。カウンセリングは幼稚園でも保育園でも取り入れられていると聞いていますが。そうしますと，専門性というところで，何が専門性かというと，やはり，カウンセリングというか，良い意味での臨床心理学ですね。変な意味の臨床心理はいらない。良い意味での臨床心理みたいなものを持つということがあるのかないのか，というところに専門性があるのかないのか，ということがからんでくるのではないか，とふと思ったのですが。

山田：大事なご指摘だと思います。出来たら，福祉にかかわるというのでしょうか，また介護にかかわる人達については，資格として，臨床心理士はいま認定資格ですが，そういった養成の課程も得てくるということが大事だと思います。特に，高齢者でみましても，老人でみましても，カウンセリングの分野はいままであまり重視されてなかったんではないかという気がします。いま，できるだけそれを主張しているのですが。いろんな研究会をみましても，大体，医師と看護婦が中心で高齢者の介護問題が議論されているようです。そこに，臨床心理士の皆さんにお願いしているのは，実績を作って欲しいということです。たとえば，痴呆者老人の対応を考えましても，カウンセリングをしてもらえば随分安定する部分があります。もっともっとそういう人達に現場に入ってもらって，臨床心理士の必要性というものを，皆さんで作っていただきたいとお願いしているところです。

山崎：看護の分野から一言申しあげたいと思います。いま斉藤先生からご意見をいただいた，カウンセリングの問題についてです。専門的になりますと，そういうことも必要なのですが，普通に看護するときに，たとえば患者の体を拭く，その拭くときに看護者側の気持ちが本当に患者のことを考えているかどうか。それからその患者を受け入れているかどうか，そういうことで手の温度が違ってくるでしょうし，そのさわり方も違ってくるでしょう。一つには特殊な技術も必要ですけれども，もう一つ，看護婦自身がこころよくできるという看護婦側の心の温かさというのでしょうか，あるいは余裕というのでしょうか。これらが必要と思います。先に，勤務体制に関して述べたのは，看護婦自身に余裕がないとよい看護が出来ないということです。患者さんのこともありますが，看護婦自身の問題もあると思います。

斉藤：ご意見，そのとおりだと思います。さきほど申し上げましたことは，臨床心理士の認定があったかどうかという肩書きの問題ではなくて，カウンセリングを身につけたということは，相手の人に共感できたかということなのです。共感能力を身につけているかどうかです。これから必要な専門家というのは，共感の能力をもつという意味の専門家。共感が敏感にできる，鈍感じゃないという意味の専門家，そういう専門家こそがいろんな分野で今後とも必要になってくる，というような風潮みたいなものをみんなで作っていく必要があると思います。

山崎：私どもの仕事では，それが基礎として必要なのです。看護するための。

斉藤：考えてみると，看護というのはそういうことなのですね。

山田：こういう仕事につく人は，そういった能力

を持たなければいけない，というふうになっていかなければならない。職業として必要な技術（スキル）として持たなければいけない。そういうトレーニング，養成を望むものです。たとえば，老人福祉を担当して２年目なのですが，老人の介護問題に入ってみて驚きましたのは，老人を相手にして使っていけない言葉がある本に載っていたのです。「きたない」とか「年寄りのくせに」とか，それから「また漏らしたの」など，そういう言葉が沢山あるのです。それをみてびっくりしました。「使っていけない言葉」がでてることは多分どこかで使っていることなのだろう，と。だから書き出されていると思いました。もし，介護しながらお年寄りに，「きたないね」とか，「また漏らしたの」とかというときに，そういう言葉ではなくて，自分をコントロールできる，そういう言葉を使わないでもすむということが仕事だと思います。見たままをすぐ言う。これは職業人ではないということです。それは家族がやるのと同じことだと思うのです。家族だったら言い切っても人間関係は崩れないかもしれないが，職業として，仕事として接するときには，そういうことは許されないことだと思います。それが現実にあるということは，やはり，職業としてきちっとトレーニングされていないなと思っています。

司会：斉藤先生の最初のご発言では，臨床心理士でも，ちょっとそこへ置けばすむのではないかというように聞こえたようですが，そうではないということが分かりました。

斉藤：さきほど，悪い意味での臨床心理でないと言ったのはそういう意味で，ただ単に心理テストができるとか，できないとかということではない。

司会：カウンセリングマインドをもった人が当るべきだということですね。

山田：そのとおりだと思います。

田中（中京大学）：臨床心理士というのは，なんかあまり評判がよくないようですが（笑い）。私は臨床心理士の資格をもっております。斉藤先生が言われた意味は，分からないわけではないのですが，あえて，二つの点で，それなりに別の意見を持っております。一つは，ケアするとなると，個人対個人だと言われましたが，地域での，例えば，いのちの電話といった，電話相談に10数年かかわってきたのですけれども，そういう地域でのケア・ネットワークということになりますと，必ずしも個人ということではなくて，それをケアする，支えのある制度なり，多くの場合ボランティア活動ですけれども，そういうものがあるということは，ずいぶん大きな意味があるのではないか。ケアだから１対１，個人対個人だけではないように思います。もう一つは司会者が後から言われましたが，カウンセリングマインドを持って，ということが大事なんであると。だから形式的に臨床心理士の資格云々ということではないと言われましたが，その点は，その通りだと思うんですが，やはり，専門家，あるいは専門教育を受けていないとケアが出来ないというふうには私は思わないのです。そうなってくると，ケアの必要な人の，いわば人口比とケアの提供者といいますか，そういう人の比率からみたら，それは絶対不足していることは計算する迄もない話です。だからすぐボランティアというのではありませんが，誰でもがある程度そういうケアができるというそういう体制が，コミュニティは持っていないといけないのではないかなと思うのです。もちろん，専門家はいらないという意味ではないけれども。専門職，すなわち，職業としてではないケアというものも人生の中で大きな意味があるというふうに思います。そういった点で違ったことか同じことか分かりませんが。

司会：大体同じことを言われていると思います（笑い）。ただその範囲が施設だけでない…

斉藤：非常に広い分野にまで広げて考える必要もあるということ，よく分かりました。専門家だけがケアではないということ，これはとても重く感じました。

司会：「専門」という言葉がさきほどから出ているのですが，専門家とか専門というとき，それはどういうことかが問題になると思います。15年ほど前でしたか，保母の専門職化という議論がありました。そのとき，私は「専門」という言葉は簡単に使うものと違うということを指摘したことがあります。保育という仕事がどういう「専門性」を持っているかもわからないで，「専門職化」がどうしたもないだろうということです。ケアについても同じように何が専門性を持っているかをまとめてみる必要があると考えております。ただいまの先生方の発言で，カウンセリングとケアと，相当に近いようですが，また違った部分もあるという気がしますが，待井先生い

かがでしょうか。

待井：さきほどの臨床心理的なアプローチというのは，保育所でいますごくもとめられています。一つは，活力感といいますか，自分が動いたら何かそこから芽生えるのではないか。自分が動くことによって問題解決ができるのではないか，というような，そういうことを育てていくことが，何かにぶつかった時に乗り越えていける。子供に対しては，そういうコンピテンスといったものが求められていると思います。

それから，これは，先ほど紹介しました調査の結果にも出ていましたが，一人では保育はできないという感覚は，保母の中に育ってきております。たとえば，保育所がいくら頑張っても母親たちがいろんなストレスをもって虐待とか，そういう形になりますと，これは表に出てくるからわかるのですが，この前，相談を受けた例ですが，母親が子供をたたくときは止まらないというのです。そうかと思うと，その子を投げるのだそうです。それでも親意識がきちっとあって，投げるところは布団の上だけれども。そのあと，ものすごい自己嫌悪に落ち入って，すごくせつない，といわれるのです。

こういう事例は，保育所にきている子の親にも出てくるし，それから，むしろ地域の親の中には，はけ口のない状態で，こういうことがあるのではないかと思います。兵庫県では理由を問わずリフレッシュ事業を施設でやろうということを提案しております。神戸地震の前の県の提案で，どうなるか分かりませんが，「理由を問わず」という点に現場からの抵抗もありました。理由を問わずというのだったら，「買物に行く」「パーマをかける」なども理由になるのか，まで問題になりました。また，中には自分たちのリフレッシュは誰が考えてくれるのかといった反発もあったようです。しかし，本当に大切なことです。保母自身がいいます。週休２日制を行使するのはすごい抵抗があった，というのです。

保育の仕事をやっている者が週休２日をやるというのは抵抗があって，特に園長の立場で週休２日をとるのはいけないのではないかという園長もいたようです。ところが，週休２日をとってみたら，ものすごくよかったというのです。この点を考えますと，母親も育児から逃れる時間を作っていくということが，子供に対する姿勢に影響を持ってくるのではないか，ということでのリフレッシュ事業なのです。

いま園は，行政がやるイベントとかボランティア活動とか，カルチャーとか限られたもので，子供を預かるように云っているんですが。これを施設がやっていましたら，それだけの活動をしましたら，本命の仕事に限界があるのです。

さきほど，山田さんが介護の問題について，地域で福祉組織を構成していくといわれていましたが，保育もまさにその通りで，園庭開放とか。親子登所とかをやりながら母親サークルを作るとか，保育ボランティアを養成していくのです。そして，自己解決をすると保育所がやるよりも，もっと多くのことができて，１対１を中心にしながら，隣のおばちゃんとか，おばあちゃんとか，そういう人たちともつながっていきまして，たった一人の母親が悪戦苦闘する状態よりもよい方向に変わっていくことがあります。

保育現場を見ていて，一番できないことは「親指導」と思います。指導というか，親を受け入れるということが難しいのです。その理由は二つあります。

一つは親だからこれくらいのことはできるはず，親だったら当然これくらいのことはしなくてはいけないといって，その気はなくても責めることになるのです。結果的には親を責めているのです。もう一つは，苦手意識があるのです。「あなた子供を育てたこともなくて，産んだこともなくて，よく子供のことやるわね」などと，親に言われるのです。これくらい切ないことはないというのです。そういう人間関係の中では，やはり，前進はないと思います。保母も親を責めるような状態があるのですが，また，防衛するのです。「私は手落ちなくやっていた」「この子が怪我をしたのは，この子が言うことをきかなかったからだ」とか。自己防衛するところがあります。そういう点で，さきほどのカウンセリングの技術も，また構えも両方必要と思います。もっと，親が何を求めているのかが分かりますと，たとえば，子供が怪我をしたのはしょうがないけれど，どういう状況の中で怪我して，先生はどうしてくれたかといった情報を強く求めている場合もあるのですが，「私はきちんとやっていた」というようなところがあって，臨床心理的な姿勢というのはこれからしっかり作っていかないと，事業はなかなかできないと思います。すぐ結論を出して，すぐこうすべきだという

「べき論」が現場では出やすいのです。保母に言わせると子供の立場に立って，子供の味方になって，この子を幸せにするためには親が変わらないといけない，というような感じ方があると思われます。１対１を基本にしながら，いろんな人が協力体制を作っていくし，人間関係を広げていくということが，乳幼児期から大事だと思っています。

平野（常磐大学短期大学部，幼児教育学科）：待井さんのお話のなかに，家庭が非常にもろいということ，保育の現場での母親との関係，これが子供の問題に反映して，いろいろ起こってくるようです。私どもの幼児教育学科に付属幼稚園がありまして，園児が160名ほどいますが，その中でも，やはり園長が似たような体験をされて，付属幼稚園だったら特長を活かして，短大のスタッフが幼稚園まで行って，父兄と接触を保ちながら，何かやれることがあるのではないか。そのことの提案が出てきて，今年から，母親の希望者を集めて，グループで話し合いをする。その中には心理だけでなく，図工の先生も音楽の先生も，体育の先生もいます。スタッフは10数名おりますが，そういう人たちが交代で出ていって，それで参加して，母親たちがどんなことで悩んでいるのか。問題を持っているのか。そういうことが端的に現われてきます。さらに，より突っ込んで個別に話をしたいという母親には，また個別に会うような二つの計画を立て，実行しているところです。そうしますと，母親は核家族とか，少ない子育てをしているものですから，他家ではどんなやり方をしているかなど，非常に興味を持って，期待を持って参加しています。また，その中で専門家の人は，新聞や雑誌などでは意見を言うけれども，現実にうちの子供の問題をどんなふうにみるのかという興味もあるようです。この活動をしばらく続けてみて，その中から何か新しいものが考えられないか，という試みをやっているところです。

司会：保育に関する問題を，地域社会の母親と専門家の集まりで話合っているという活動について事例報告をいただきました。本日の討論では，主として施設における保育が取り上げられておりますが，一般家庭での保育も当然問題となるところです。

待井先生も，保育所が中心になって，施設での保育と各家庭での保育，地域社会の保育との接点を作ることの重要性を指摘されましたが，平野先生の事例紹介は，そういった活動の契機となるということを示されたと思います。

大滝（特別養護老人ホーム，蕨サンクチュアリ）：

この中では，現職で直接介護をされている人は少ないと思いますが，現場として一言意見を述べます。

さきほどからの討論の中で，臨床心理のことが出ておりますが，現実としては，そこまでの段階には至っていないと思います。とにかく，寝たきり老人とか痴呆性老人などの介護は，安全を護るとか，身体の清潔を保つとか，病気にならないとか，いままで罹っている疾患をこれ以上進行させないとか，そういう段階で止まっているというか，その段階をなんとかするのが精一杯で，たとえば，１対１のケアなどということは，私どもはとてもじゃないというのが現状だと思います。本当はそうでなければいけないと思いますし，さきほど山田さんが言われた禁句集という小冊子がありまして，いろいろ，こういう言葉を使ってはいけない，言ってはいけない，こういう言い方に変えなさいというのがあるのですが，たとえば，夜勤の時になりますと，１フロア40人いまして，その人たちを一人で看ます。１：40です。それで16時間過ごします。

私は，身長146cmしかないのですが，これで大体35kgぐらいの寝たきり老人を一人で抱えます。それくらいの仕事を20代の女性（75%が女性職員）たちがやっています。その中で，これから解決すべき問題は沢山あっても，まず，今何をするかということが，老人のケアに対しては問題なのです。職業としての地位を得るためには，まだ先の問題であるという気がします。

山田：さきほど，山崎さんもふれられたように，ゆとりが出てくると相手のことも考えられるようになる。本当に，そうだと思います。いま，私どもでも，介護職の業務量調査をしておりまして，一人の寮母さんがどんな仕事をしているか，それにどれだけ時間をかけているか，どんな業務が負担になっているかという点についても，初めて調査したのです。その調査をもとにして老人の数に対する寮母の数を検討しているところです。

現実はこれらの仕事についてくれる人が少なく，人手がなければできない仕事でもあるのです。一方では，職業の地位を確立していかなければいけないということがあるのです。現実は，この仕事に，本

当に，嫌な顔をしないで老人の世話をきちっとしてくれる人を確保しなければならないのが現実の姿としていままで来たと思います。これからようやく改善されていく，いや改善しなければならないことです。そのためには，やはり，ケアとは何かということで，お年寄りとの関係が少しでも良い条件になるように，それから，お年寄りの人格を尊重した介護ができるように，そうしていくにはどうしたらいいか，ということを現場でも一緒に考えていくべきだと考えています。

司会：看護の場面で，患者に直接ふれるときに，心がこもっているかどうかで手の温度が違うといわれましたが，やはり，機械的に事務的に接するときと，心を通じながらケアするときとでは，相当違うものでしょうか。

山崎：難しい質問ですね。これは経験していくうちにだんだん分かってくることでもあるのです。最初は，その温もりの違いは分からなかったことです。ただ仕事をやることだけが精一杯でした。それが何年か経って，ああ，違うなというのが感じるようになってきたという体験があります。そのときに初めて，患者のことが見えてきたということでしょうか。しかし，こういったことは誰でも体験できるような「体験」といえるかどうかは分かりません。

さきほど報告しましたことは，二つの病棟で行なった看護方式に関する実験的な試みですが，こういうことをやってみているのは，やはり，看護という仕事の改善をはかろうとしてのものです。病院の勤務も交代制をとっており，疲れた身体でのケアもあります。いま，現場からの報告として話を聞きましたが，看護婦の仕事でも負担は同じように問題となっています。しかし，それは看護婦の立場だけの問題ではなく，ケアを受ける患者の側の問題でもあるということを強調したい点です。“良いケアをしてもらった”と思ってもらえる看護，それが看護婦の職務であり，ケアという仕事だからです。

もう一つ。保育に関するお話を聞きまして，小児看護の経験と合わせて考えたのですが，保育でのケアは看護のケアの基本を含んでいると気づきました。大人の患者のケアでは，ある程度説明したら患者は自分で納得してくれるし，自制もできるのが普通ですが，その分看護する側がむしろかばってもらっていることにもなります。保育でのケアに原点を置いた看護のケアであれば，もっと患者の求めているものが，「サイン」が見えるのではないか。非常に大事な示唆をいただきました。

待井：「完全看護」という言葉を聞かされてきていますが，それは，ずっと通しての基本方針になるのですか。

山崎：いいえ，看護の歴史は，また別の事柄ですが，言葉としては「基準看護」というように変えてきております。「完全」という意味は基本的に，身の回りの世話とか，病院で食事を出す，食事の世話などそういうものを病院がやりますという方針だったのです。それを「完全」としますと，一般的には「すべてやってもらえる」と解釈されることもあって，不都合があり「基本的なことはします」という意味の表現に変わりました。

待井：山田さんに質問したいのですが，やはり，在宅看護の方向でやらないと解決できないものが沢山あるでしょう？

山田：自分の家で最後まで生きていたいと思われる方が多かったら，やはりその方向に行くと考えられるし，いや，自分たちの最後は老人ホームなり病院でいいということであればそうなるでしょう。そのことは皆が考えることでもあります。

在宅の介護を十分にしていこうとしたら，老人ホームを作るよりもずっと金がかかります。痴呆の老人は決して一人では生活できませんから，24時間誰かがついていないとなりません。そのシステムを作るだけでも大変です。寝たきりの人たちに対しても，かかわるとしたら，また24時間体制の介護のしくみを考えなければいけないわけです。

今の，ヘルパーを17万人に増やすという案があるといいましたが，その数でどれだけのケアができたかは分からないという感じをもっています。

待井：１対40で16時間勤務するということを聞いて，そこに制度が入ってくることはいいとして，ボランティアはどうですか？

山田：今，いろんな形でかかわってもらっています。ボランティアで，あるいは，住民参加型などで進めておりますが，地域で協力してくれる人たち，自発的に協力してくれる人に登録してもらって，研修なども受けてもらって，専門的に養成されたヘルパーと一緒に，あるいは看護婦の人の手伝いとか，それから，軽い食事を作ってとどけるとか，そういっ

たことなど，出来ることは沢山あるし，多くのボランティアがそういうところにかかわって，地域で支えていこうという仕組みになってきております。

待井：さきほどの，大滝さん。そういう解決法では難しいということでしょうか。

大滝：部分的には，たとえば，地域の協力などもありますし，行事など一緒にやりましょうという形で，地域の人たちに入ってもらうこともありますが，現実の介護ということになりますと，なにしろ，年寄りといっても，普通の年寄りではないわけですから，虚弱老人であったり，重度の痴呆性老人だったりするわけですから，なかなかボランティアという水準の人ではかかわれないという部分もあります。

山田：老人ホームの中でも，たとえば，信仰を持って，人の信仰を尊重して信仰心を維持していける形でケアするということなどもあるわけです。そういったところにボランティアの人が入ってもらっています。ほかに，趣味の活動とか少しでも豊かに生きてもらおうというところでボランティアに入ってもらうなどの工夫をしております。ただやはり，基本的にその人の介護にかかわる部分，身体の世話とか食事の世話などは，職員でできる体制を作らないといけないでしょう。質を高める，あるいはケアの中身を厚くするというところで，ボランティアがかかわるところはいくつもあります。基本は職員でやって行かないと流れはうまくいきません。

また，介護をしている人たちの「リフレッシュ事業」もやっております。温泉旅行とか。いろんな介護体験の交換し合う機会にもなり，自分一人ではないんだということで救われるところも大きいようです。そういう活動を地域でやっていこうと考えております。

待井：保育の場面では，長時間保育，夜間保育，乳児保育，産休明け，低月齢児保育など負担の大きい仕事になりますが，実際，子供を保育所に預けている人たちにきいてみますと，保育所があったから仕事が続けられたと感謝しております。反面，保育所にうらみが数々あるという人たちもいます。自分のニーズに合わないということです。それらに合わせることは難しいところです。一つの基準をしっかりおさえた認可施設であれば，そう柔軟に処遇体系を崩すわけにはいかないわけで，そういう場合は関連産業でももっと活用していかないとできないかなと思っています。

子供の場合，緊急一時で保育所に連れてきてやりますと，慣れないからパニックを起こしてしまうのです。ところがボランティアのベビーシッターの人に，うちに来てもらうと自分のうちという基盤があるので，子供が主人になるのです。通って来てくれる人ということで，案外緊急一時保育がスムーズにいったりします。また，母親の仕事の場合で，一定時間までは保育所に預けていますが，その後の保育をベビーシッターに頼んだら，当時はその組織がしっかり出来上がっていなかったので，その日によって来てくれる人が変わるのです。子供はよく辛抱してくれたけれど，何がよかったかというと，我が家に来てくれるというそのことで母子とも乗り越えて行けたということもあります。やはり，安定というか，そういう点になると人間関係だけではない。物的には環境というものも大きな影響をもつと考えられます。

司会：そろそろ時間がまいりました。まだ，さらに論議したい問題は多いのですが，今日はシンポジウムはこの辺で区切りたいと思います。

論議の中で共通していたことがらは，ケア・ワークとしての介護，看護，保育とはどういうことなのか，知識，技能，専門性などに関しても，これからの問題として基本から考え直してみる必要があるという点になろうかと思います。

職業としてのケア・ワーク，家庭内でのケアあるいは地域社会におけるボランティア活動としてのケアなど，同じケア・支援といってもそれぞれ性格を異にすること，ケアを受ける人の側の問題もありますし，ケアをする人たちの心身・負担などに関するコメントもありました。多くの示唆が得られたと思います。