

<研究ノート>

# 福祉・保健・医療政策と高度福祉専門職の 養成と研修体制

阿 部 實

## Perspective on the Training System for the Certified Social Worker relating to the Health and Welfare Services Policy in Japan

Minoru Abe

本稿では、わが国における福祉・保健・医療政策と福祉・保健・医療関係専門職の歴史的形成と展開を概観し、主に社会福祉士（ソーシャルワーカー）を中心とする高度福祉専門職の養成と研修体制の今後のあり方について考察する。

### I. 福祉・保健・医療政策と専門職の歴史的形成と展開

1908年に中央慈善協会が創設され、翌年には内務省から助成金がでるようになった。内務省は、同年に、はじめて感化救済事業に関する講習会を開催し、感化救済事業の促進が図られるようになった。大正期に入ると、米騒動を契機として経済的保護事業が展開されるようになり、大都市では、無料宿泊所や職業紹介所などができ、託児所や貧困児童のための施設も設置された。また、1917年には、内務省に救護課が設置され、「軍事救護法」が制定された。同年には、岡山県に「斉世顧問制度」が設けられた。さらに、翌年になると大阪で、ドイツの「エルバーフェルト制度」にならって、「方面委員制度」が創設された。これは、全国的に普及し、1936年の「方面委員令」により制度化され、現行の「民生委員法」へと発展してきた。このような動きはあったが、戦前において救済制度は極めて貧弱なものであり、福祉分野においてはソーシャルワークが未発達であったこともあり、本格的な福祉専門職問題は生じなかった。

これに対して、医学の分野においては、明治維新を契機として西洋医学が導入された結果、西洋医を中心とする専門職養成が明治初期から開始された。朝廷は1868年西洋医学を許可し、1870年には明治政府によりドイツ医学採用の決定がなされ、大学東校でドイツ医学の教育が開始されている。その後、大学東校は、東京医学校（1874年）・東京大学医学部（1877年）を経て、1886年の帝国大学令の公布により帝国大学医科大学と改称され、わが国の医学教育の中心的存在となっていく。この間法制的整備が進み、医師制度並びに開業医制度が確立される。具体的には、1874年に医制が公布され、衛生行政機構、医学教育、医師開業免許制度等が制

定された。翌年には医制が改正され、これによって衛生行政と医学教育は明確に区分された。医術開業試験法（1874年）に基づく新規開業医師の西洋医学をベースとする開業試験が実施され、この試験に合格した者だけに医師として医業を行うことが認められることになった。現に開業している漢方医はその本人一代限り医業を行ってもよいという経過措置がとられたが、これにより西洋医による業務独占が確立されたといえる。その後、1883年の医師免許規則並びに開業医試験規則の制定により、医師制度並びに開業医制度の基礎が確立された。さらに、1906年には医師法が制定され、専門職としての医師の身分免許制度が確立した。

しかしながら、現実に西洋医は不足し医学教育も行う病院が開設され、1879年の教育令並びに1882年の医学校通則及び薬学校通則により、これらは教育機関として整備されていった。なお、医制において、医学校には医学校付属病院を併設する旨が規定されていた。この代表的なものとしては、順天堂（1874年）、同愛社（1879年）、共立東京病院（1882年・1907年東京慈恵会に改称）等があげられる。また、1886年に博愛社病院として創設され、翌年日本赤十字社病院と改称された病院における看護婦の養成は、専門職としての看護婦養成の嚆矢とされている。

医療保険は、一般被用者対象の健康保険法が1922年に制定され1927年より実施された。船員に対しては、船員保険法が1939年に制定された。地域住民を対象とする旧国民健康保険法の制定は、1938年である。このように社会保険制度が導入され確立してくる中で、1938年には厚生省が設置された。また保健所法（1937年）により保健所が全国各地に設置され、保健婦規則（1941年）により専門職としての保健婦の身分が確立された。

第2次世界大戦の復興期の社会福祉は、占領下にあったこともあり、一般的には占領軍の政策的な誘導による影響を受けつつ、その基本的骨格が形成されたとされている。具体的には、1946年に旧「生活保護法」、1947年に「児童福祉法」、1949年に「身体障害者福祉法」、1950年に現行「生活保護法」が制定され、いわゆる「福祉三法体制」が1950年までに確立した。また、1950年に、「社会福祉主事の設置に関する法律」が制定され、一応福祉専門職制度のはしりが見られる。この法律は、翌1951年の社会福祉事業法の制定に伴い、同法に吸収され廃止された。

このように福祉関係法制が本格的に整備される中で、児童福祉分野においては児童福祉司と児童相談所長の資格が規定され、児童福祉施設最低基準（1949年）において保母、児童指導員、寮母、救護等の資格要件が定められ、保母を中心とする専門家の養成が行われるようになった。また、「社会福祉主事の設置に関する法律」が定められ、社会福祉主事資格認定講習会が実施され、社会福祉主事の養成も開始された。

1950年代に入ると、保健・医療の分野においては、旧日本軍関係の病院や療養所が厚生省に移管され、1945年末に国立病院並びに国立療養所となった。1947年には、日本医療団の結核療養施設が国に移管されるとともに、その他の一般医療施設は都道府県や大都市に移管された。1948年になると、医師法、医療法が制定され、医療法により病院を重視した医療制度が定められた。同時に薬事法も制定され、その後1951年に医薬分業法が制定され形式的には医薬分業が定められた。また、1947年保健所法が改正され、公衆衛生活動が保健所を中心にし

て展開されるようになった。1948年には、予防接種法、性病予防法、優性保護法、保健婦助産婦看護婦法が相次いで制定された。

1960年代には、1961年に国民健康保険と国民年金とが全国実施され、すべての国民を何らかの医療保険・年金保険でカバーする国民皆保険・国民皆年金体制が実現した。社会福祉の分野においては、1960年に「精神薄弱者福祉法」、1963年に「老人福祉法」、1964年に「母子福祉法」が相次いで制定され、いわゆる「福祉六法」体制が確立した。また、1965年に公布された母子保健法により、母子保健活動は、保健所の大きな活動のひとつとなった。

この時期、社会福祉従事者の労働条件は、専門職のそれとしてはきわめて貧弱なものであった。1961年の労働基準法の適用によって改善のきざしが見られるようになったものの、1961年の労働省の通達によって社会福祉施設は労働基準法第8条第13号（病弱者の看護等の事業）に該当する事業所とされ、8時間労働制の適用除外事業所とされた。労働基準法の適用は明確にされたが、職員の労働時間は、1日9時間、1週54時間までの長時間労働が制度的に認められ固定化された。長時間労働体制は、1981年の法改正によって労働時間の特例廃止が決定されるまで続いた。

この時期に中央児童福祉審議会は、1960年「児童福祉行政の刷新に関する意見」の中で、児童と職員の処遇の改善のために、最低基準の改訂の必要性があることを指摘している。1962年になると中央児童福祉審議会は「児童福祉施設最低基準改善に関する意見具申」を行い、職員配置基準の一定の改善を勧告した。この改善勧告により、1962年から1970年にかけて徐々にではあるが、各施設の職員配置基準が改善されるようになった。

また、この時期には、措置費の改善も見られ、諸手当を含む賃金体系の改善が進み給与面の改善が行われるようになった。具体的には、1960年の期末勤勉手当の新設、1964年の夜勤手当と通勤手当の新設、1966年の民間施設経営調整費の創設、1967年の調整手当の新設等、一連の諸手当の改善が行われた。また、1965年からは、公務員に準じて人事院勧告によるベースアップが社会福祉施設職員にも適用されることになり、ベースアップが保証されるようになった。さらに、1969年には国家公務員に比べても低い賃金水準にある社会福祉施設職員の賃金水準改善のために「給与改善3カ年計画」が実施され、給与水準の改訂と格付是正が進められた。しかしながら、1969年の行政管理庁の勧告では、施設における職員の充足は相当困難になっており、とりわけ民間施設においては就業条件が未整備で給与体系が確立されておらず、また公立施設に比し給与格差が著しく職員の定着率が低い状況がみられるので職員の身分制度等の実質的な確立、給与、待遇の改善および職員の確保の方策等について社会的使命を積極的に支援する方向で検討する必要があるとの指摘がなされた。

1970年代福祉分野においては「社会福祉施設整備緊急五か年計画」（1971-1975年）が策定され、これにより福祉施設は急速に拡充整備されるようになった。とりわけ、特別養護老人ホームをはじめとする老人福祉施設の整備が進み、結果的には、その後の在宅福祉サービスの展開の基盤整備が進んだ。また、1975年WHO、ユニセフによりプライマリ・ヘルス・ケアの提唱もあり、保健所の活動は敗戦直後の感染症を中心としたものから、疾病構造の変化による成人病を中心とした成人保健、老人保健、その他の母子保健、精神衛生対策、公害対策など、

質・量ともに高度のものを要求されるようになってきた。ちなみに、1978年には国民健康づくり事業の一環として市町村保健センターが全国に設置され、保健事業の強化が行われるようになった。

このような1970年代に、福祉専門職問題は、社会福祉従事者の劣悪な労働条件問題という形で、広範に取り上げられクローズアップされるようになった。労働省は1971年に「社会福祉施設従事者の労働条件実態調査」を実施した。この調査結果において、労働時間等の運用違反56%や時間外労働違反35%等の実態が明らかにされた。すなわち、労働基準法適用事業でありながら極めて高い法律違反の状況にあり、社会福祉従事者の労働条件の劣悪の低さを明らかにした。翌1972年の労働省の「監督指導による調査」でも、労働基準法違反が約8割に達していることが明らかになる。労働省はこれらを踏まえて、1973年厚生省に対して社会福祉従事者の労働条件の改善を勧告した。これを受け厚生省は「昭和49年度社会福祉施設の運営指導について」の局長通知において、給与や夜勤体制や労働時間等の改善を指示し、これを実現するために、非常勤職員の雇上費を措置費に新設している。労働省は1974年労働基準局長名で「社会福祉施設における宿直勤務許可の取扱いについて」指示し、施設における夜間勤務について宿直と夜勤を厳密に実施させる基準を示し、夜間勤務体制の改善を迫った。この結果、1975年には夜間勤務体制確保のための職員増員2カ年計画を実施し、あわせて休日、休憩の確保、48時間体制の確立などを都道府県主管課長会議で強調した。また、都道府県に労働条件改善協議会を設置するよう指示している。

一方、中央社会福祉審議会は、1970年に「当面する社会福祉施設の緊急整備について」の答申を行い、保育所、老人ホームなどの社会福祉施設を緊急に整備する必要とそのための施設職員の確保、配置基準の適正化、勤務条件等について提言を行っている。この提言に基づいて先の「社会福祉施設緊急整備5カ年計画」が実施され、施設職員確保は緊急の重要課題となった。このような状況の中で、1975年には育児休業法が成立した。

専門職資格については、ようやく1971年に中央社会福祉審議会職員問題専門分科会が、「社会福祉士法制定試案」を提起した。その基本認識は、社会福祉施設緊急整備5カ年計画の実施に伴って、施設という「場」の整備はそれを動かし機能させる「人」の確保こそ重要であるというものであった。社会福祉の場に働く者の役割と機能を客観的に再評価し、これに正当な社会的位置づけを行ない、かつそれにふさわしい待遇を与えるために公私を貫く社会福祉従事者の資格要件を明らかにすることを目指すものであった。しかしながらこの試案は、学会や労働組合などから、資格化に伴って職種間に分断が生ずる危険性があること、また資格制度に先立って労働条件の改善こそ重要ではないかなどの反対意見が多く実現しなかった。

1980年代に入ると、中央社会福祉審議会は、1981年「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」の意見具申で、在宅福祉のための職員の増員とサービスの質的向上について提言を行った。具体的には、例えば家庭奉仕員の研修の必要性について言及している。翌1982年には、家庭奉仕員派遣事業の対象を拡大するとともに利用者負担が導入され、家庭奉仕員の研修が強化された。

一方、1978年に厚生省は、改めて施設長の資格要件を通知し、急増した施設における施設

長の資格要件を厳格にしたが、全国社会福祉協議会では「福祉施設士」の研修を独自に開始し施設長の自主規制を求めた。このような状況の中で、1980年代には都道府県段階の研修所が全国的に設置され、現任訓練や研修が広範に実施されるようになってきた。ちなみに、全国老人福祉施設協議会が実施した福祉寮母講習会など、当時としては業種別の一步前進した質の高い研修も行われるようになった。

また、1981年の労働基準法の改訂による労働時間の特例廃止や週48時間体制の推進を背景として、社会福祉施設にもやっと1981年から週44時間勤務体制の計画的改善を目標とする業務省力化等勤務条件改善費が、措置費体系の中に新設された。

1980年代に入ると、歳出抑制に直結する既存制度の見直しが着々進められてきた。そして、高率補助金の補助率の引下げも実施された。この補助率引下げは、1985年度の1年間の暫定措置として実施された。その後、補助金問題関係閣僚会議において検討が進められた。この結果、補助率引下げを一部手直し、1986年の「国の補助金等の臨時特例等に関する法律」が制定され、1986年度から3年間の暫定措置として継続することに決定された。さらに、この措置にあわせ、地方の自主性を尊重するという観点から事務事業の見直しが行われ、社会福祉の分野では、同年制定の「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律」によって、社会福祉施設入所措置などが機関委任事務から団体委任事務に改められた。この時期から、福祉改革問題が急浮上し、1987年5月には「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定された。社会福祉士・介護福祉士というわが国初の福祉専門職資格が国家資格として制度化されことにより、21世紀の超高齢社会で必要とされる高度福祉専門職の養成と確保が重要な政策課題となってきたのである。ちなみに、1990年代に入ると21世紀に向けて福祉・保健・医療マンパワー対策がひとつの重要な政策的課題として、クローズアップされるようになった。1990年に厚生省事務次官を本部長とする「保健医療・福祉マンパワー対策本部」が設置され、翌1991年3月には「保健医療・福祉マンパワー対策本部中間報告」が取り纏められている。また同じ3月に、全国社会福祉協議会は「保健福祉マンパワー検討委員会報告書」を公表している。その後、人材確保を目指す法制的整備が進行し、現在に至っている。

## Ⅱ. 高度福祉専門職の職業的専門性とは何か

一般的に「職業」というものは、人間社会における社会・経済・文化が歴史的に形成され発展してくるのに伴って確立し発展してきた社会的技術的が、特定の社会的地位を築くことによって、歴史的に形成されてきたものである。ちなみに、天与の「生産手段」・「生活手段」である「土地」というものから解放された新しい職業をもつ社会階級がゲルマン的共同体を崩壊させ導き資本主義社会を到来させたが、その大きな原因は「共同体内分業」(デーミウルギー)の飛躍的發展であったと言われる。このように歴史的に形成されてくる職業の中で、社会的分業の進展した結果として形成されてくる特別の専門的な知識と技術を必要とする職業を、今日では通常「専門職」と呼称している。

グリーンウッドは専門職の要件として、①体系的理論(systematic theory)、②権威(authority)、

③コミュニティの認可 (community's sanction)、④倫理綱領 (ethical code)、⑤文化 (culture) の5つをあげている。

このような視点から評価すれば、わが国の場合、完成された福祉専門職は現在必ずしも確立しているとは言いがたい。その形成途上にあるのが、現状ではないだろうか。しかしながら、1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」により創設された、社会福祉士・介護福祉士というソーシャルワーカーとケアワーカーのわが国初の福祉専門職国家資格制度の確立以降、専門職としての確立に向けて加速度的にその歩みを本格化してきたように思われる。少なくとも、その区別さえおぼつかなかった「専門職」の「専門性」と「職業的熟達性」を明確に区別して、福祉専門職としての人材養成が高等教育機関で本格化してきたように思われる。

ちなみに、私の前任者で「社会福祉士及び介護福祉士法」の法案策定のメンバーの一人であった厚生省社会福祉専門官(当時)であった京極高宣は、ソーシャルワークの専門性は、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ものとして整理した。①の職業的倫理は、各国のソーシャルワーカー協会の倫理綱領の内容にみられるような要援護者(クライアント)の人権擁護および自立援助の視座がソーシャルワークの本質(いわゆる基本的価値)であることである。②の職業的専門知識については、ごく一般的にいえば要援護者に必要な社会資源に関する豊富で正確な知識が、特に社会福祉制度が確立している先進諸国においては各種社会福祉制度に関する専門知識が中心となる。また、高齢者心理やカウンセリングなどの相談技術、さらに各種セラピーや介護技術に関する専門知識も制度的知識とは別途に位置づけられるべきである。③の職業的専門技術については、ケースワーク、グループワーク、コミュニティワークといった従来のソーシャルワーク技術はもちろんのこと、レジデンシャルワークやフィールドワークを加え、さらに各種のスーパービジョンやケースマネジメント、ソーシャル・プランニングを含めた広義の社会福祉援助技術の内容とする。そして、これらは、近年のソーシャルワーク統合化の傾向を、いわば具現したものであると当時指摘した。

後任の社会福祉専門官となった私は、今でも当時としては先見性があると自負しているが、専門知識に関して、次のような知識が最低限必要であるとして社会福祉士の教育内容を整理した。①健康・疾病・障害等に関する専門的知識、②健康な日常生活に関する一般的知識、③老人・児童・成人の体の構造と機能に関する専門的知識、④老人・障害児(者)の障害と心理の特性に関する専門的知識、⑤老人・障害者・児童の障害に応じた介護及びリハビリテーションに関する専門的知識、⑥老人・障害者・児童に対する介護等の体制(社会福祉各法、施策の動向、施設の機能、専門職及び連携、シルバーサービス等)に関する専門知識、⑦老人・障害者・児童に係わる相談事例に対処するために必要な体系的な専門知識、⑧老人・障害者・児童に係わる相談に応ずるための効果測定技法を含む専門的技術に関する専門的知識、⑨老人・障害者・児童等の疾病の特性に関する基礎的知識、⑩保健・医療のシステム(主要法、施策の動向、施設の機能、専門職種及び連携等)に関する基礎的知識、⑪保健・医療と福祉の連携(施策の動向、施設間・専門職種間の連携)、⑫特に介護と看護との内容的差異を踏まえた介護理論、福祉・介護機器及び用具に関する専門的知識、⑬医療保険・老人保健・公費負担医療に関する専門的知識、⑭消費生活とそれにかかわる法律に関する基礎的知識、⑮年金制度のしくみや年金の種

類と受給条件に関する専門的知識、⑯資産の活用方法に関する基礎的知識、⑰住空間・環境・安全等に関する基礎的知識等々の広範にわたる知識が必要である。

現在では、認知症高齢者及び重度障害者等に対する保健福祉サービスに関して、サービス評価法を含むケアマネジメント技法に習熟した高度な専門知識及び技術を有する公民両分野の利用者に対する透徹した理解とケアマネジメント技法に習熟した、ケアマネジメントのスーパーバイザーの専門家が必要とされている。このような高度福祉専門職を養成するには、ケアマネジメントを行う専門家としての支援姿勢、事例におけるケアマネジメント展開過程の構造分析、事例におけるケアマネジメントの機能分析、利用者の特性分、社会資源の現状分析技法とその活用方法、ニーズ把握のアセスメント技術、ケアプラン作成技法、サービス提供の組織分析技法、チームアプローチの構造分析技法、ケアカンファレンス技法、モニタリング技法、支援評価技法、ケアマネジメントの効果測定技法、苦情の対処及び解決方法、地域におけるケアマネジメント・システム構築法等の専門的技術の習得が必須要件である。また、社会福祉分野を中心とし、その関連領域も射程に据えた、公民両分野における社会福祉団体・機関・組織などの経営管理やサービス事業を企画立案し運営実施できる高度な知識・技術を持つ人材の専門的養成も急務である。このためには事業体を構成する経営資源分析法、経営書資源システム化の技法、事業理念と事業創造・経営戦略の方法、経営環境の変化と経営戦略の再構築の方法、事業体間の事業提携による相互補完の方法、第三者評価、オンブズマン制度、リスクマネジメントの方法、情報開示と広報活動の方法、組織目標と組織成果の分析技法、ビジネス経営モデルの開発技法、等の専門的技術の習得が欠かせない。

ちなみに、わが国に唯一存在する福祉専門職大学院である日本社会事業大学専門職大学院は、実践現場に精通する実務家教員の講義や実習教育を重視した実務教育を十分に加味したプロフェッショナルリズムに基づいた高度専門職業人の養成を行う大学院である。本専門職大学院では、高度な福祉マネジメント能力に関する実務教育を加味した高度福祉専門職の養成を本格的に行っている。

### Ⅲ. 高度福祉専門職の養成と研修体制

21世紀においては、地域社会において福祉と保健と医療の連携を強化し、総合的・一元的・計画的なサービスを提供することが国民から強く求められる時代状況になった。したがって、福祉・保健・医療サービスの具体的担い手である高度専門職としての人材養成は、大学や養成機関においてこのような状況を踏まえてその体制的整備が図られる必要がある。

その際、次のような諸点を重視してその高度福祉専門職の養成体制を整備していくことが必要である。①専門職である以上職業倫理は必須要件であり、その基本的な考え方等が単に知識として習得されるのみならず、実際のサービス場面で実践できるよう実習教育等を通じてより一層強化される必要がある。実習教育に関しては、福祉施設や病院等の入所型施設に偏ることなく、地域や在宅における実習を今後積極的に取り入れて、その比重を増やしていくことも重要であろう。「地域型総合実習」の導入により、実習教育を通してその養成課程において、

その共通基盤が形成される可能性も大きくなる。②福祉・保健・医療の連携を強化していくためには、福祉・保健・医療分野の専門職が基礎的事項について共通の認識を持ち、基礎的専門用語等の基礎知識を共有し、その共通基盤を構築していくことが必要である。したがって、福祉・保健・医療各領域の原論や概論等のエッセンスが習得できるような基礎的共通科目を、それぞれの専門教育の基礎として設置することが重要である。③地域において福祉と保健と医療の連携を強化し総合的・一元的・計画的なサービスを提供するということは、現実的には福祉・保健・医療各分野の専門職がチームを組んでサービスを提供する機会が増大することにもなる。したがって、コーディネイターやスーパーバイザーとしての役割が今後ますます重要になってくるので、このような面の専門技術がカリキュラムに明確に位置付けられる必要がある。④福祉・保健・医療各分野の教育機関や養成機関が単独でこのようなカリキュラムを実現し教育スタッフを確保するには困難があるので、各分野において他の分野の教育機関や養成機関との単位の互換性を積極的に導入することも検討に値しよう。

養成教育終了後の現任訓練や研修は、専門職として必要とされる専門的知識・技術の不断の涵養にとって必要不可欠である。また、福祉・保健・医療の連携強化を図り総合的かつ有機的なサービスの供給体制を形成するためには、連携のための制度の整備と同時に、少なくとも個々の専門職者のレベルでは、互いの職域に関する共通認識や理解を持つことが必要である。この共通認識を共有する場として、研修は極めて重要な位置を持つといえる。

その際、次のような諸点に留意して、現任訓練や研修体制を今後より一層整備していくことが重要である。①研修に参加し易い環境を整備するは、極めて重要である。研修への参加は各自の職場の施設長や管理者の研修への認識の程度に大きく左右されているのが実情である。したがって、各分野において、研修手当や研修参加者の代替職員の配置等の公的助成策を整備することが必要である。その職に就く前段階の養成教育と就職後の研修との連続性に十分配慮した研修プログラムとする。②一般教育的基礎教育と専門的基礎教育との段階性、連続性と継続性及び初任者研修を初めとする各種研修との相互関連性に十分配慮することも重要である。③相互の職域に関する共通認識・理解の形成する基盤整備が促進される研修プログラムとする。このひとつの方策として、領域別・職種別の研修プログラムとは別個に、各分野合同の研修プログラムを設置することも積極的に考えられてよいのではないだろうか。④研修の実施主体や経費負担の多様さにより、研修相互の関連性・一貫性がなくまた重複があり、都道府県レベルで見た場合にはその格差が著しい。したがって研修の体系を検討し、研修の実施主体の役割分担を明確して効率の良い研修プログラムを検討することが重要である。⑤研修を効果的に行うには宿泊施設を併設する専用の研修施設が必要であり、高度情報化社会に対応する設備をもつ研修施設の整備を促進する必要がある。⑥ひとつの研修に一人の講師を招聘すると、次回もおなじ講師になることはままあることである。さらに、地域やブロックによってはどこの研修にいても同じ講師に出会うことはまれではない。これは講師の側の問題というよりもむしろ地元の人材を新たに育てようとする研修実施側の問題であり、研修需要は今増すことはあっても減少することはないのであるから、それぞれ地域における講師適格者の養成や育成は、大切なことである。⑦研修担当者に要求される能力は、事業としての研修を企画し運営する能



力とともに、各分野全般にわたる広範な知識と識見や時代状況に見合った問題意識が要求される。行政執行のための事務能力だけではないことを銘記すべきであり、研修企画担当者の養成と確保を図る必要がある。このひとつの方策としては、福祉・保健・医療各分野において、教育・養成機関と研修機関相互の出向等の形による人事交流制度を確立することも検討に値しよう。

## 追記

本研究ノートは、「高度福祉専門職の継続教育のあり方に関する研究（平成18年度本学社会事業研究所共同研究）」の研究報告として、研究代表者阿部實の責任において執筆したものである。共同研究者は、阿部實・金井一薫・松井奈美・平野方紹・田村真広・下垣光・澤伊三男・大野和男・鈴木ゆかり・田尾有樹子であった。

## 参考文献

- 鉄道弘済会編『社会福祉の専門職とは何か』 鉄道弘済会 1972年  
仲村優一・秋山智久編著『明日の福祉9 福祉のマンパワー』中央法規 1988年  
京極高宣『改訂・日本の福祉士制度』中央法規 1992年  
阿部 實「社会福祉士とは」社会福祉士養成講座編集委員会編『改訂社会福祉士養成講座1・社会福祉原論』中央法規出版 1992年  
阿部 實『福祉改革研究』第一法規出版 1993年  
阿部 實『福祉政策の現代的潮流－福祉政策学研究序説』第一法規 2003年  
阿部 實編著『社会福祉』同文書院 2004年