

若杉幸子著

働き方が変わる

『官』でも『民』でもない

第3の職場創設のチャンス

この原稿は 2014 年 10 月 10 日に公表したものを加筆・修正して再び公表したものです。

目次構成

はじめに	7～10
第一部 高齢者等のために地域で働く人の増加	11～143
第1章 高齢者等のために地域で働く人が増加した背景	12～56
1. 長きにわたる成人病時代	12～25
1-1 成人病を原因とする中・高齢身体障害者の自立支援需要の増加	12～20
1-1-1 成人病による死亡数の増加	12～14
1-1-2 中・高齢身体障害者の増加	15～18
1-1-3 肢体不自由の中・高齢身体障害者とりハビリテーション需要の増加	19～20
1-2 寝たきり、認知症等障害を有する高齢者など要介護者の介護需要の増加	21～25
1-2-1 急激な人口構造の高齢化による高齢者の増加	21
1-2-2 寝たきりや痴呆等障害を有する高齢者など要介護者の増加	21～25
2. 在宅福祉重視の高齢者等福祉政策	26～51
2-1 わが国における高齢者福祉政策の始まり	26～27
2-2 1950年代後半から2010年代前半の高齢者等福祉政策の時代区分	27～30
2-2-1 成人病対策期（概ね昭和30年（1955年）から平成7年（1995年））における高齢者等福祉政策の概要	28～29
2-2-2 生活習慣病対策期（概ね平成8年（1996年）以降）における高齢者等福祉政策の概要	29～30
2-3 長きにわたる成人病時代の高齢者等福祉政策	29～49
2-3-1 死亡数、身体障害者、中・高齢身体障害者の増加を生んだ原因解明の遅れ	29
2-3-2 中・高齢身体障害者対策の機会を逸したわが国における国際障害者年	30～32
2-3-3 寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の増加を生んだ成人病対策の不備・不足	32
2-3-4 寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の増加を生んだリハビリテーション対策の不備・不足	32～33
2-3-5 寝たきりや認知症等障害を有する高齢者など要介護者を優先する在宅福祉重視の高齢者等福祉政策	34～46
2-3-6 高齢者医療費の増加への対応	46～49
3. 高齢者等のために地域で働く人が増加した背景のまとめ	52～53
第2章 高齢者等のために地域で働く人の実際	57～129
1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	57～80
1-1 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士について	57～59
1-1 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が働く場	59～60
1-2 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が働く実際	61～77
1-3-1 病院で働く理学療法士	61～66
1-3-2 地域の通所リハビリテーションで働く理学療法士	66～76
1-3-3 障害者福祉センターで働く理学療法士	76～77

1-4	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の働き方・働く場の特徴	77～80
1-4-1	多様な目的・症状を持つ高齢者等を対象に地域の通所リハビリテーションで働く	77～78
1-4-2	高齢者等のリハビリテーションを生涯支援する	78～79
1-4-3	切れ目のないリハビリテーションが実施し難い地域の通所リハビリテーション	79
1-4-4	介護予防の全体像、介護予防リハビリテーションの規範が不在な地域の通所リハビリテーション	79～80
1-4-5	独立できない国家資格に基づいて働く	80
2.	社会福祉士	80～90
2-1	社会福祉士について	80～82
2-1-1	社会福祉士の業務	80～81
2-1-2	社会福祉士の資格について	81
2-1-3	社会福祉士の義務等	81～82
2-2	社会福祉士が働く場	82～83
2-3	社会福祉士が働く実際	83～88
2-3-1	医療機関で働く社会福祉士	83～86
2-3-2	社会福祉施設で働く社会福祉士	86～88
2-4	社会福祉士の働き方・働く場の特徴	88～90
2-4-1	医療機関で働く社会福祉士の業務は医師、看護師、社会福祉士、薬剤師、事務職員等と連携した医療相談が中心	88
2-4-2	雇用された社会福祉士の業務は雇用された機関が関係する福祉関連の相談業務及び福祉サービス関係者との連絡・調整業務に偏る	88～89
2-4-3	職業リハビリテーションを欠くわが国の『切れ目のないリハビリテーション』	89～91
3.	介護福祉士	91～104
3-1	介護福祉士について	91～93
3-1-1	介護福祉士の業務	91
3-1-2	介護福祉士の資格	91～92
3-1-3	介護福祉士試験の受験資格	92
3-1-4	介護福祉士の義務等	93
3-2	介護福祉士が働く場	93～94
3-3	介護福祉士が働く実際	94～101
3-3-1	デイサービス事業所、通所リハビリテーション（デイケア）で働く介護福祉士	94～99
3-3-2	通所リハビリテーションで働く介護福祉士	99
3-3-3	生活介護で働く介護福祉士	99～101
3-3-4	訪問介護員（ヘルパー）として働く介護福祉士	101
3-4	介護福祉士の働き方・働く場の特徴	102～104
3-4-1	介護業務の全てを担う	102

3-4-2 入所介護や共同生活介護で働く場合は24時間入居者と共に生活する	102
3-4-3 デイサービス事業や通所リハビリテーション（デイケア）で働く場合は日課の大半を担う	103
3-4-4 自立支援は対象者の心身の状況に応じて行う	103～104
4. 介護支援専門員	106～112
4-1 介護支援専門員について	106
4-2 介護支援専門員が働く場	106
4-3 介護支援専門員が働く実際	107～110
4-3-1 居宅サービス事業所で働く介護支援専門員	107～110
4-4 介護支援専門員の働き方・働く場の特徴	110～112
4-4-1 雇用されて働く場合は公正で誠実な業務を遂行し難い	111～112
4-4-2 高齢者等の日常生活を生涯支援する	112
5. 訪問介護員	112～118
5-1 訪問介護員について	112～113
5-1-1 訪問介護員の業務	112
5-1-2 訪問介護員の資格	112～113
5-2 訪問介護員が働く場	113～114
5-3 訪問介護員が働く実際	114～117
5-3-1 居宅サービス事業所で働く訪問介護員	114～117
5-4 訪問介護員の働き方・働く場の特徴	117～118
5-4-1 多様な年齢、経験、目的を生かして働く	117～118
第3章 『高齢者等のために地域で働く人が増加した』これからについて	130～143
1. 高齢者等のために地域で働く人のこれから	130～131
1-1 自立した責任ある業務を公平・公正、かつ、誠実に遂行できる労働環境の整備	130～131
2. 中・高齢身体障害者のこれから	131～140
2-1 障害者として支援を受ける資格の復権	131～140
2-1-1 中・高齢身体障害者が障害者自立支援法を選択できる資格の復権	132～134
2-1-2 身体障害者として社会復帰を目的にした職業リハビリテーションを受ける資格の確保	134
2-1-3 一人で暮らせなくなった時の居場所の確保	134～140
3. 政策形成のしくみのこれから	140～143
3-1 利用者の生活実態及び利用者の声が反映された政策形成	140～142
3-1-1 社会生活への復帰のための支援を欠く等、根拠が不十分な在宅福祉重視の障害者福祉施策	140～141
3-1-2 合理的根拠が不明確な『適用・給付関係等に関する通知』、あるいは、助言	141～142
3-2 非営利独立機関と公正な政策形成プロセス	142～143
第二部 新たな働き方の登場	145～180
第1章 新たな働き方が登場した背景	146～169
1. 戦後の地域住民による住環境改善	146～160

1-1	1960～70年代の健康被害や環境破壊に対する対抗を発端とする住民運動	146
1-2	地域の住み手による住環境計画	146～159
1-2-1	1960年代以降の自立的な住環境改善運動	148
1-2-2	対抗型住民運動の受け皿整備と地区レベルの「参加」の試み(昭和45～55)	148～149
1-2-3	民間企業や行政等他者の計画や事業に対する対抗	148～150
1-2-4	1980年代の都心部の木造賃貸住宅密集地区の住環境改善におけるまちづくり	150～159
1-3	1990年代の市町村の住宅・都市計画行政への住民参加	159～160
2.	阪神・淡路大震災におけるボランティアの活動経験と特定非営利活動促進法の創設	160～161
2-1	阪神・淡路大震災における被災地区住民に対する救援と震災復興支援	160
2-2	特定非営利活動促進法の創設と非営利活動の推進	160～161
第2章 新たな働き方の実際		170～178
1.	非営利の独立した組織	170
1-1	非営利独立組織について	170
2.	非営利独立組織が活動する場	170
3.	非営利独立組織が活動する実際	170～177
3-1	老人給食協力会『ふきのとう』による社会福祉法人『ふきのとうの会』	170～172
3-2	非営利活動法人『自立生活サポートセンター・もやい』	172～173
3-3	特定非営利活動法人『生活介護ネットワーク』の活動	174～177
4.	非営利独立組織の活動の特徴	177～178
4-1	1つの組織で2つの機能を持つ	177
4-2	組織の独立性が保証され難い	177～178
第3章 新たな働き方のこれから		179～180
1.	非営利独立法人の創設が必要	179
2.	非営利独立法人による第3の労働市場形成への期待	179～180
おわりに		181
資料：参考（厚生白書の記録）		182～189

はじめに

1987 年に出版された著書^(注1)に昭和 60 年までの国勢調査の結果に基づいて、女性の就労に関して次のようなことが指摘されています。

① 女性の職場進出は急に増加しているように思われているが、日本の女性が働くのは今に始まったことではなく、むしろ女性の労働力率は戦前の方が高く、まだ戦前の水準には戻っていない。

② ただ女性の働く場が、戦前は田畑であり、家庭であり、家族と共に働いていたのに対し、近年はそれが家庭の外で雇われて働くようになっているというのが特徴である。

そこで、上記①、②の著述について最近の状況を確認するため、まず、昭和 60 年までの国勢調査の結果に最近^(注2)の統計データを追加して①の著述について検討したところ、女性の労働力率は大正 9 年に実施されたわが国初の国勢調査の時の 53.4%と最も高く、戦後一貫して低下し、昭和 50 年に 46.1%と底をうってようやく上昇に転じたが、平成 22 年で 49.6%とまだ戦前の水準にまで戻っていないことから、①の著述通り最近も確かに女性の労働力率は戦前の方が高かったということができると判りました。

(図 1 参照)

次に、大正 9 年の国勢調査の職業分類の結果から当時の女性の働く場についてみると、大正 9 年当時は農業を中心に、『こどもなど家族の近くで、あるいは、家族と共に働いた』ことが判りますが、これに対して近年はその後の産業構造の変化により、男女とも職業大分類では農林漁業従事者が減少し、また、従業上の地位では家族従事者が減少して雇用者が増加する傾向があることから、『家族や地域から離れて雇用されて働く』と言えるので、女性の就業についても②の著述通り近年女性の働く場や働き方が変わったことが伺えます。(図 2、3～8 参照)

しかし、国の指定統計データの産業（大分類）、職業（大分類）等で知りうる、例えば、前述の『家族や地域から離れて雇用されて働く』ということを示す『働く場や働き方』については変わらないものの、国の指定統計では知りえない、例えば、「誰のために働くか」ということを示す『働く場や働き方』については、最近^(注2)男女共僅かに変化が認められます。

変化の 1 つは 1950 年代後半に発生した成人病により高齢な身体障害者が増加し、また、急激な高齢化により高齢者が急増したことから、それらに対応して高齢者等^(注3)に対する医療や福祉政策に変化があり、高齢者等のために地域で働く機会や働く場が増え、従来から存在していた医師や看護師に加えて次の様な人たちが増えたことです。

① 地域の高齢者等を対象に働く場が広がった理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士・介護福祉士

② 介護保険法の施行と共に新たに誕生した介護支援専門員・訪問介護員

変化の2つは、木造賃貸住宅密集地区の改善を発端とするまちづくり組織や阪神・淡路大震災の被災地復興で活躍したボランティアや非営利の活動組織、老人配食サービスやホームレスの調査等を通じて政策提言する頭脳集団(シンクタンク)など、地域において新たな働き方が登場したことです。

特に、変化の2つに登場した非営利の独立した組織は、概ね民間と公共の2つしかないわが国の労働市場において、民間の営利企業で働くことを嫌い、公務員として働くことに躊躇する若者に向けて、今後新たな第3の職場を形成することが期待されます。

本著は2部構成です。

第一部では働き方の変化の1つ目に取りあげた『高齢者等のために地域で働く人の増加』について、第二部では変化の2つ目に取りあげた『新たな働き方の登場』について述べます。

各部の構成は、まず、働き方の変化の背景について述べ、次に、働き方の実際を報告し、最後にこれら働き方の変化のこれからについて考察します。

なお、各部で報告する働き方の実際については、2004年に身体障害者になり車椅子生活をおくることになった私がこれまでお世話になってきた『高齢者等のために地域で働く人』や『新たな働き方』で働く人や組織の事例と地域で生活する過程で得た体験や知見に基づいています。

また、働き方の変化のこれからについては、事業制度を利用する者にとって大事な事業制度の選択・決定の過程、あるいは、政策形成のしくみのこれからについて考察し、また、政策提言します。

注1) 菅原真理子：『新・家族の時代』、中公新書、1987.11.1

上記の著書では次の様に指摘されています。(p.93)

「女性の時代」と言われ、これまで女性のついていなかったポストや女性が新聞、テレビで華やかに取り上げられ、女性の職場進出は急に増加しているように思われている。しかし、日本の女性が働くのは今に始まったことではない。むしろ女性の労働力率は戦前の方が高く、戦後一貫して低下していたのが、ようやく昭和50年に底をうって上昇に転じたところであるが、まだ戦前の水準には戻っていない。

ただ女性の働く場が、戦前は田畑であり、家庭であり、家族と共に働いていたのに対し、近年はそれが家庭の外で、雇われて働くようになっているというのが大きな特徴である。

注2) 本著において『最近』とは断りがない限り2011年(平成23年)とします。

注3) 高齢者と障害者を示します。

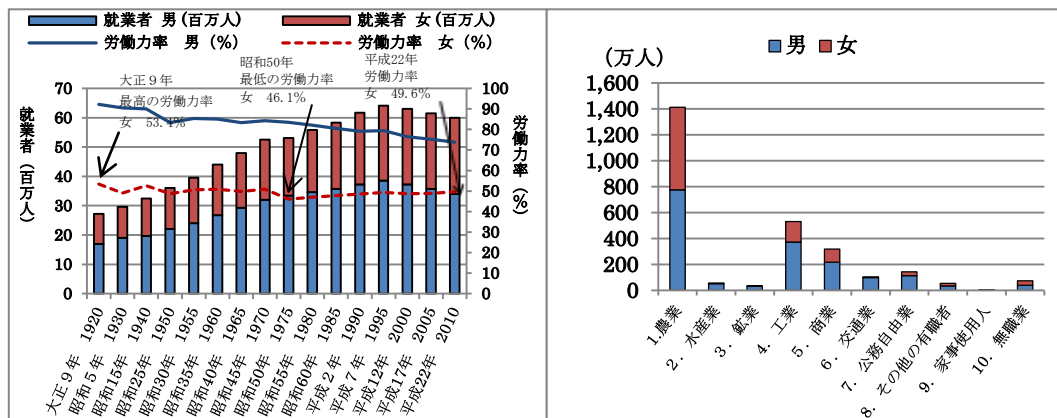


図1 就業者数及び労働力率の推移：
(大正9～平成17年)
(単位：就業者数：百万人、労働力率：%)

資料：国勢調査、総務省 統計局

○就業者は調査週間中、賃金、給料、諸手当、営業収益、手数料、内職収入など収入（現物収入を含む。）になる仕事を少しでもした人。平成12年産業分類に組替えた15歳以上就業者数。

○労働力率は15歳以上人口総数に占める労働力人口の割合。労働力人口は就業者と完全失業者を合わせたもの。

図2 就業者の職業別人口
(大正9年) (単位：万人)

資料：国勢調査大正9年、10. 職業別本業者：総務省統計局

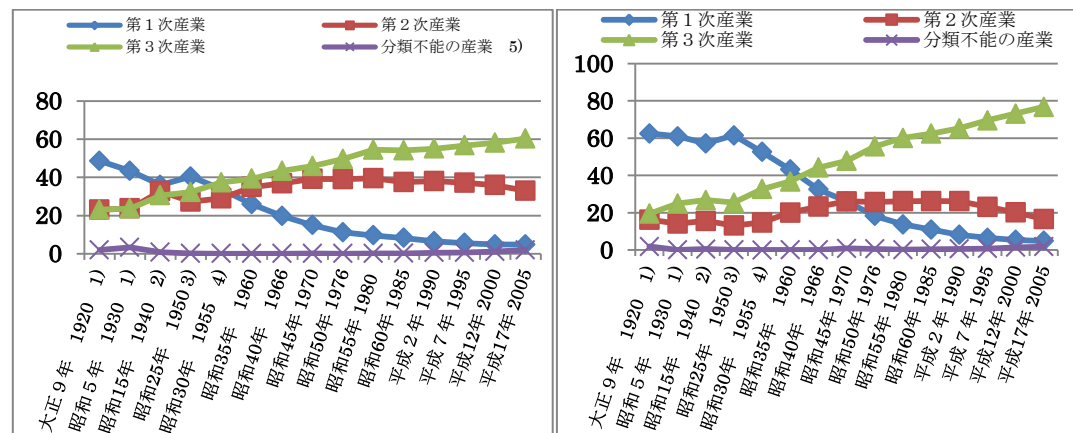


図3 就業者の産業別割合の変化：（男）
(大正9～平成17年) (単位：%)

資料：平成17年国勢調査＞最終報告書「日本の人口」統計表（時系列表、都道府県一覧表）
第29表 産業（大分類），男女別15歳以上就業者数—全国（大正9年～平成17年）、総務省 統計局

- ① 平成12年は日本標準産業分類表（平成14年3月）に伴う組替集計結果による。
- ② 大正9年～平成12年は平成12年産業分類に組替えた15歳以上就業者数
- ③ 平成12年産業分類に組替えた15歳以上就業者数。
- 1) 全年齢の有業者数
- 2) 韓国・朝鮮、台湾、樺太及び南洋群島以外の国籍の外国人を除く全年齢の「銃後人口」有業者数
- 3) 14歳以上就業者数。沖縄県の本土籍の日本人及び外国人を除く。
- 4) 沖縄県は5%抽出集計結果による14歳以上就業者数。

図4 就業者の産業別割合の変化：（女）
(大正9～平成17年) (単位：%)

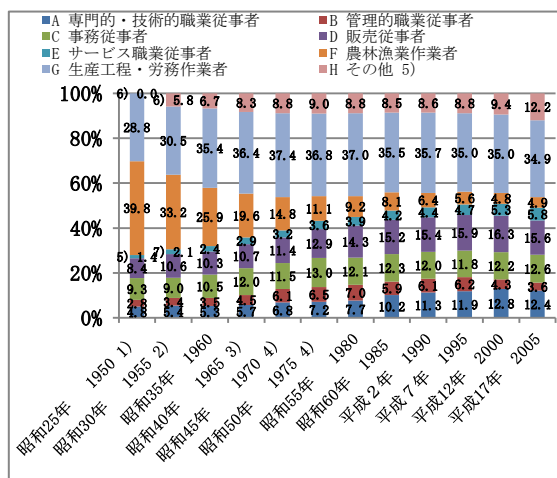


図5 職業（大分類），15歳以上就業者数－全国（昭和25年～平成17年）（男）（単位：%）

資料：国勢調査、【参考】 職業（旧大分類），男女別15歳以上就業者数－全国（昭和25年～平成17年） ※平成21年12月改訂前

注）昭和60年～平成12年は平成17年職業分類に組み替えた15歳以上就業者数

- 1) 14歳以上就業者数。沖縄県の本土籍の日本人及び外国人を除く
- 2) 沖縄県は5%抽出集計結果による14歳以上就業者数
- 3) 20%抽出集計結果による。
- 4) 抽出詳細集計結果による。
- 5) その他は、保安職業従事者、運輸・通信従事者、分類不能の職業の合計。

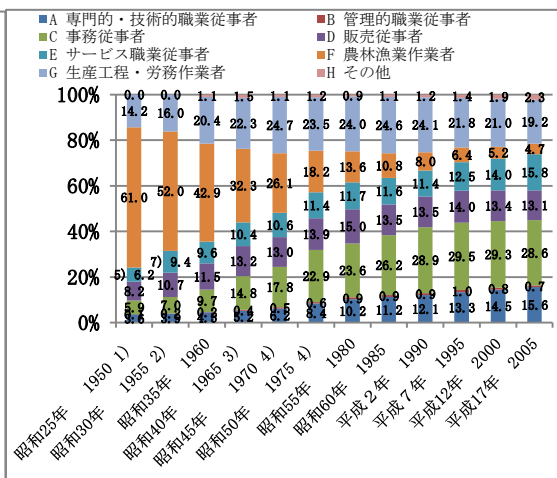


図6 職業（大分類），15歳以上就業者数－全国（昭和25年～平成17年）（女）（単位：%）

資料：資料：国勢調査、【参考】 職業（旧大分類），男女別15歳以上就業者数－全国（昭和25年～平成17年） ※平成21年12月改訂前

注）昭和60年～平成12年は平成17年職業分類に組み替えた15歳以上就業者数。

- 1) 14歳以上就業者数。沖縄県の本土籍の日本人及び外国人を除く。
- 2) 沖縄県は5%抽出集計結果による14歳以上就業者数。
- 3) 20%抽出集計結果による。
- 4) 抽出詳細集計結果による。
- 5) その他は、保安職業従事者、運輸・通信従事者、分類不能の職業の合計。

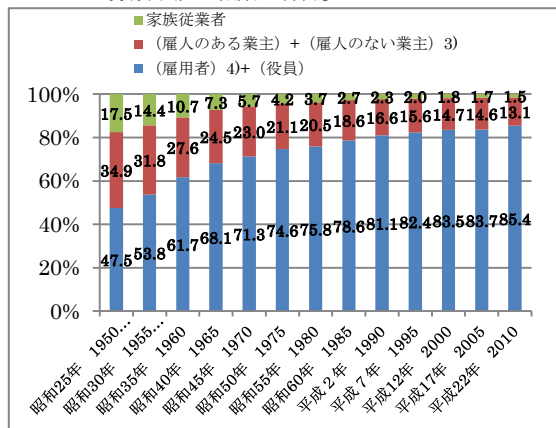


図7 従業上の地位（5区分），15歳以上就業者数5）－全国（昭和25年～平成17年）（男）（単位：%）

資料：平成17年国勢調査 最終報告 第26表 従業上の地位（5区分），男女別15歳以上就業者数－全国（昭和25年～平成17年）

- 1) 14歳以上就業者数。沖縄県の本土籍の日本人及び外国人を除く。
- 2) 沖縄県は5%抽出集計結果による14歳以上就業者数。
- 3) 家庭内職者を含む。（昭和25年，30年を除く）
- 4) 昭和35年は沖縄県の役員を含む。
- 5) 従業上の地位「不詳」を含む。

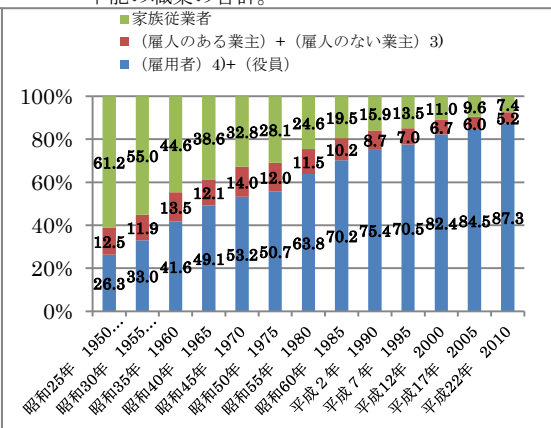


図8 従業上の地位（5区分），15歳以上就業者数5）－全国（昭和25年～平成17年）（女）（単位：%）

第一部 高齢者等のために地域で働く人の増加

第1章 高齢者等のために地域で働く人が増加した背景

1. 長きにわたる成人病時代

1-1 成人病を原因とする中・高齢身体障害者の自立支援需要の増加

1-1-1 成人病による死亡数の増加

戦後の第一次ベビーブーム以降減少していたわが国の出生数は昭和46年～49年に第二次ベビーブームを迎えましたが、それ以降減少し、平成17年には出生数は1,062,530人、合計特殊出生率は1.26%と最低の値を示しました。しかし、その後合計特殊出生率については僅かに増加傾向にあり、平成24年には1.46%となります。

また、死亡数は昭和41年の670,342人を底に、死亡率は昭和54年の6.0%を底にその後上昇の一途をたどり、平成24年には死亡数は1,256,359人、死亡率は10%となります。

(図1-1、2参照)

このような死亡数・死亡率、出生数・合計特殊出生率の推移の中で、死亡数が変わらず上昇し続けている疾病があります。

それは、昭和22年以降上昇し続ける脳卒中、がん、心臓病の3つの疾病です。(図1-3参照)

そして、この傾向は40歳以降の中・高齢層に認められることから『成人病』と呼称されてきました。(図1-4～1-5参照)

昭和25年に結核の死亡数が減少したことにより昭和30年以降悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の3つの疾病から成る成人病が死亡数の第1位から第3位を占めるという長きにわたる成人病の時代が始まります。

昭和50年から脳血管疾患が減少傾向にあり、また、平成8年(1996年)に成人病の名称が生活習慣病^(注1)に替わりますが、成人病が死亡者数の第1位から第3位を占めるという傾向は2011年に死因の第3位が脳血管疾患から肺炎に替わるまで、概ね55年近く続きます。

但し、成人病の総数が増加し続ける傾向は最近まで変わらず続いています。(図1-3参照)

このように、1950年代後半には、日本の疾病別死因順位が第1位脳卒中、第2位がん、第3位心臓病となり、いわゆるこれら成人病による死亡数が全死亡数の過半数を占めるに至ります。

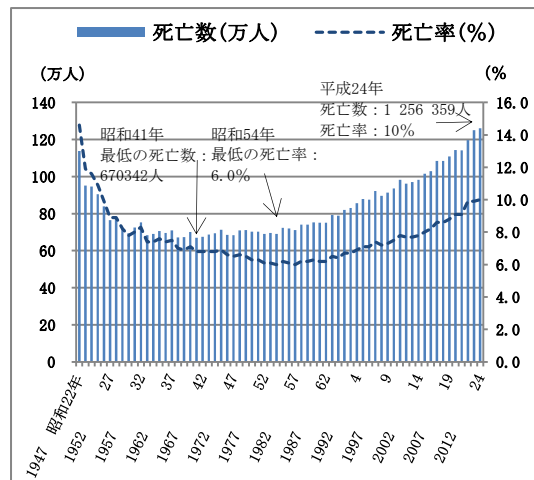
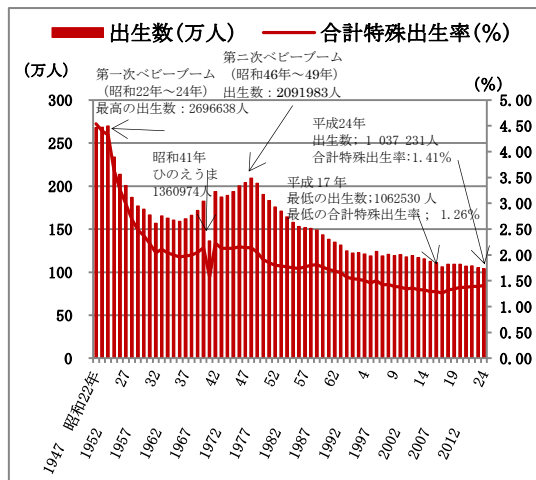


図 1-1 出生数及び合計特殊出生率^{注1)}の年次^{注2)}推移

注1) 合計特殊出生率(期間合計特殊出生率)とは、その年次の15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子ども数に相当する。(実際に1人の女性が一生の間に生む子ども数はコホート合計特殊出生率である。)

注2) 昭和47年以前は沖縄県を含まない。

資料：平成22年(2010)人口動態統計(確定数)の概況、人口動態総覧の年次推移、厚生労働省

図 1-2 死亡数及び死亡率の年次^{注1)}推移

資料：平成22年(2010)人口動態統計(確定数)の概況、人口動態総覧の年次推移、厚生労働省

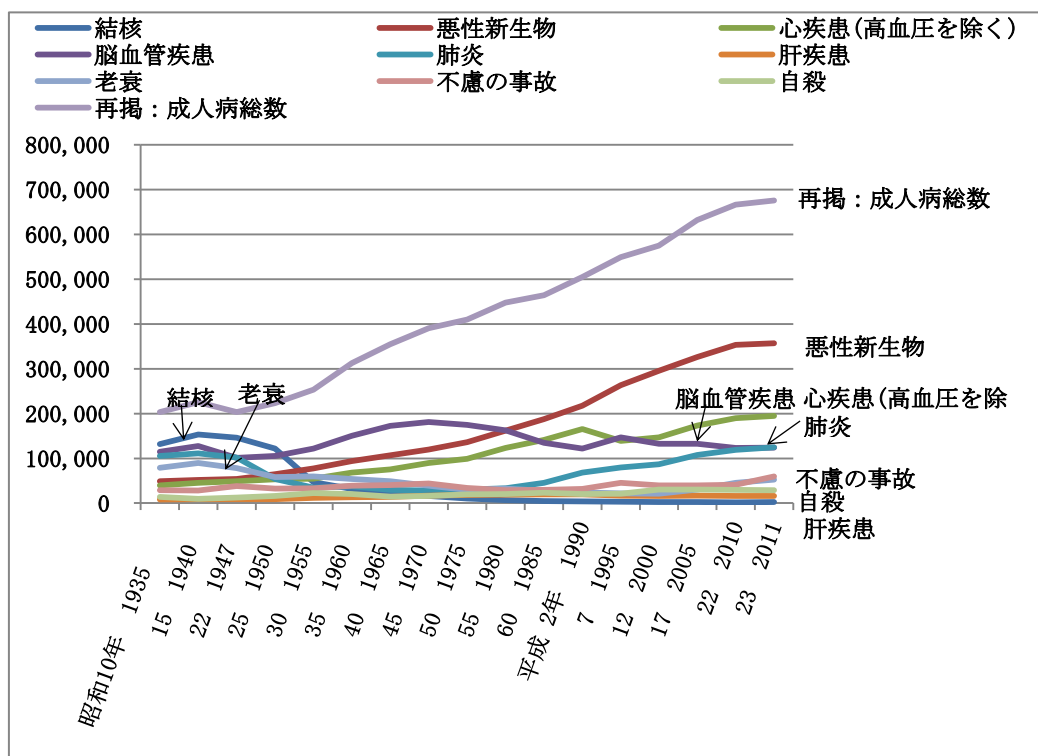


図 1-3 年次別主要死因の推移(単位：人)

資料：人口動態調査、厚生労働省

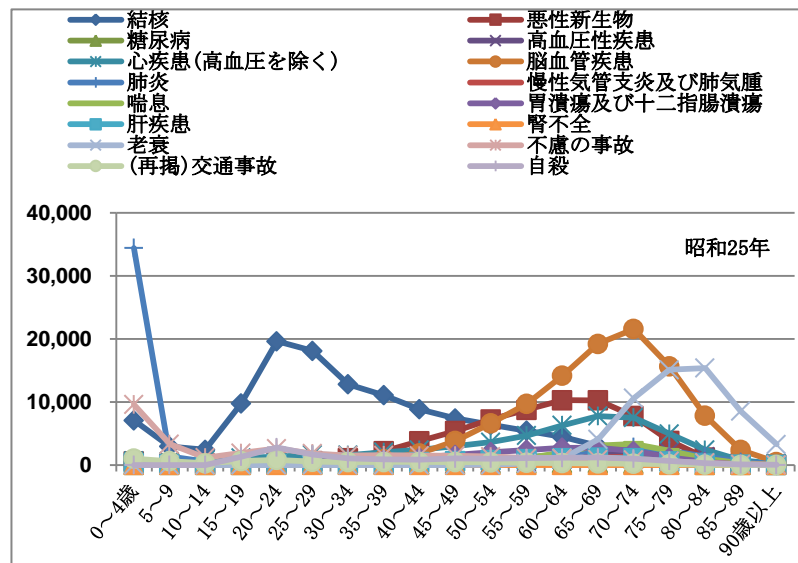


図 1-4 主要死因、年齢5歳階級別死亡数（昭和 25 年）（単位：人）

資料：統計データ 日本の長期統計系列 第 2 章 人口・世帯、表 2-32 主要死因、年齢5歳階級別死亡数（昭和 10 年～平成 16 年）、人口動態調査、厚生労働省

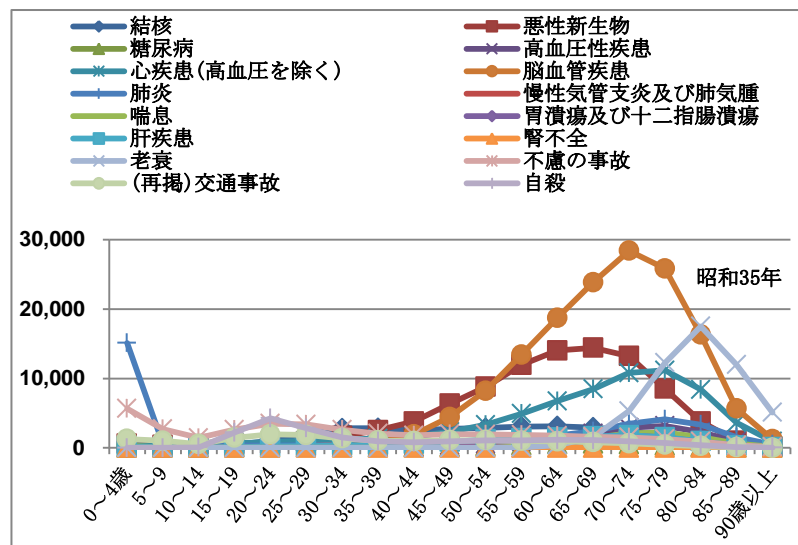


図 1-5 主要死因、年齢5歳階級別死亡数（昭和 35 年）（単位：人）

資料：統計データ 日本の長期統計系列 第 2 章 人口・世帯、表 2-32 主要死因、年齢5歳階級別死亡数（昭和 10 年～平成 16 年）、人口動態調査、厚生労働省

1-1-2 中・高齢身体障害者の増加

疾病はそれにより幸い一命を取り留めた人に後遺症や合併症などの心身障害をもたらすことがあることから、成人病による死亡数の増加は障害者数の増加をもたらします。

日本で身体障害者の実態が調査されたのは昭和 26 年からであり、身体障害児は昭和 40 年からでした。

また、身体障害者福祉法の一部が改正されて心臓又は呼吸器の機能障害者が法の対象に取り入れられ、内部障害が身体障害者の範囲に含まれたのは昭和 42 年 8 月からです。

まず、昭和 26 年から昭和 40 年にかけての身体障害者数の推移をみると、昭和 30 年以降増加していること、また、障害の種類別にみると肢体不自由が 6 割近くを占めていたことが判ります（図 1-6 参照）。

この時期の障害の原因の推移をみると、交通事故・業務上災害などの事故、戦傷病及び戦傷、疾病、先天性疾患、その他の事故があり、中でも事故及び疾病の割合が高いことが判ります（図 1-7 参照）

また、昭和 40 年から平成 18 年にかけての身体障害者数の推移をみると、まず、18 歳未満の身体障害児数については昭和 40 年には 116,600 人、平成 18 年には 93,100 人と、平成 13 年から 18 年にかけて僅かに増加傾向があるものの、平成 8 年まで減少傾向にあります。

これに対し、18 歳以上の身体障害者数は昭和 40 年から平成 18 年までずっと増加傾向にあり、その数は昭和 40 年の 1,048,000 人から平成 18 年 3,483,000 人と約 40 年間に約 3 倍に増加します。昭和 40 年から昭和 45 年にかけての身体障害者数の増加については、昭和 42 年に認定された内部障害の身体障害者数が含まれることを考慮する必要がありますが、昭和 45 年～55 年の 10 年間には急増しています。（図 1-8～9 参照）

身体障害者の障害の原因については、その多くが先天性疾病や先天性障害などの出生時の損傷ではなく、事故や疾病が多く占めると述べましたが、平成 8 年の実態調査を例にすると、出生時の損傷は 4.5%であるのに対し、事故は 18.4%、疾患は 45.2%と出生後障害を受けた者が多く、また、数は僅かですが身体障害児と異なる原因として加齢が 3.4%とあるなど、これを含めると出生後障害を受けた者は約 7 割を占めます。（図 1-10～11 参照）

在宅の身体障害児・者の年齢階層別障害者数の推移から、18 歳以上の身体障害者について 18 歳から 64 歳までと 65 歳以上の 2 区分別の推移をみると、その割合は年を追う毎に前者が減少し、後者が増加します。

例えば、65 歳以上については、1970 年代（昭和 45 年）には 31.4%、1980 年代（昭和 55 年）には 41.8%、1990 年代（平成 3 年）には 47.4%、2000 年代（平成 13 年）には 60.2%と増加しています。（図 1-12 参照）

年齢別について、平成 8 年の実態調査を例にすると、18 歳～39 歳までの者が 191,000 人、40 歳～64 歳までの者が 1,055,000 人、65 歳以上の者が 1,587,000 人あり、40 歳～64 歳ま

での者と 65 歳以上の者を併せた身体障害者を『中・高齢身体障害者』と呼称すると、中・高齢身体障害者は 2,642,000 人、全身体障害者の 90.1%を占めます。(図 1-13、14 参照)

そして、身体障害者数が増加し、中・高齢身体障害者が 3,256,000 人となった平成 18 年時点ではこの割合は 94%に増加します。(図 1-13、15 参照)

このように身体障害者は 1960 年後半、特に、1970 年代以降、原因別にみると出生時からの障害ではなく事故や疾病、あるいは、加齢により障害になった者など出生後身体障害者となった者や 40 歳以上の中年・高齢身体障害者が増加します。

以上から、1970 年代以降わが国では原因別には従来から存在した『出生時からの先天的な身体障害者』と長きにわたる成人病時代に生じた『事故や疾病を原因とする後天的な身体障害者』と『加齢を原因とする後天的な身体障害者』の 3 つのタイプが存在するとともに、長きにわたる成人病時代に生じた『事故や疾病を原因とする後天的な身体障害者』のタイプの中の数の上でも極めて多い 40 歳以上の身体障害者とその割合の低い『加齢を原因とする後天的な身体障害者』を併せた身体障害者のタイプが、年齢別では 40 歳～64 歳までの者と 65 歳以上の者を併せた中・高齢身体障害者のタイプがこれら加わります。

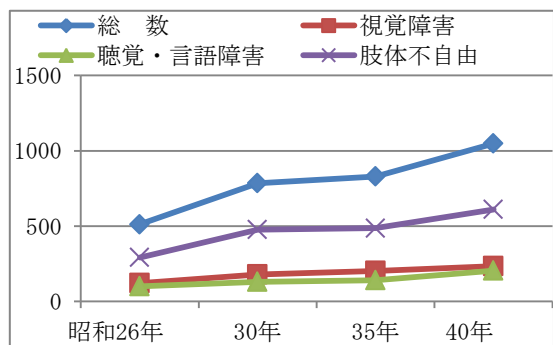


図 1-6 障害の種類別身体障害者数の年次推移
(身体障害者)

(昭和 26, 30, 35, 40 年) (単位: 千人)

資料: 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果、
厚生労働省

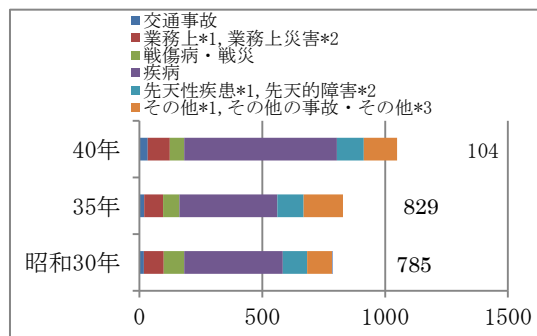


図 1-7 障害の原因別身体障害者数の年次推移
(身体障害者)

(昭和 30, 35, 40 年) (単位: 千人)

*1: 昭和 30 年の分類
*2: 昭和 35 年、40 年の分類
*3: 昭和 40 年はその他の事故とその他を合計

資料: 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果、
厚生労働省

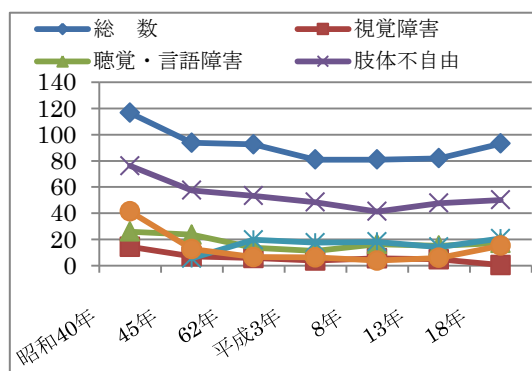


図 1-8 障害の種類別身体障害児数の年次推移
(昭和 40 年～平成 18 年): 推計数 (単位: 千人)

資料: 平成 8 年、18 年身体障害児・者実態調査結果、厚生労働省 (図 1-8、図 1-9 同)

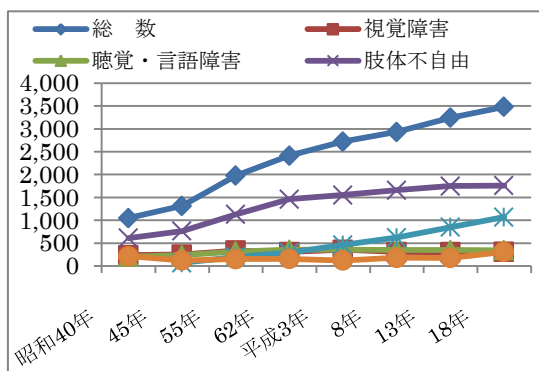


図 1-9 障害の種類別身体障害者数の年次推移:
(昭和 40 年～平成 18 年): 推計数 (単位: 千人)

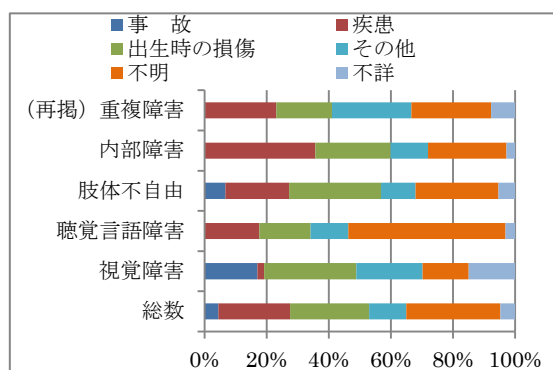


図 1-10 障害の種類別にみた身体障害の原因
(身体障害児) —平成 8 年 (単位: %)

注: 事故は、交通事故、その他の事故の合計です。疾患は、感染症、中毒性疾患、その他の疾患の合計です。(図 1-10、図 1-11 同)

資料: 平成 8 年身体障害児・者実態調査結果、厚生労働省 (図 1-10、図 1-11 同)

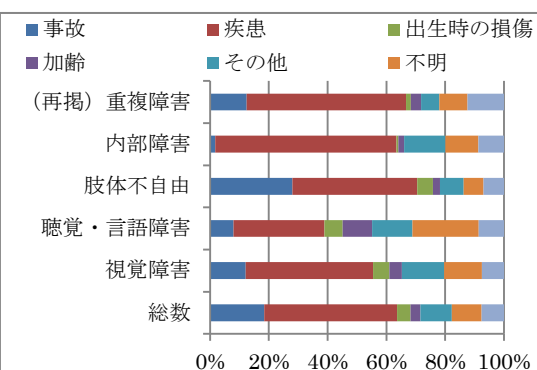


図 1-11 障害の種類別にみた身体障害の原因
(身体障害者) —平成 8 年 (単位: %)

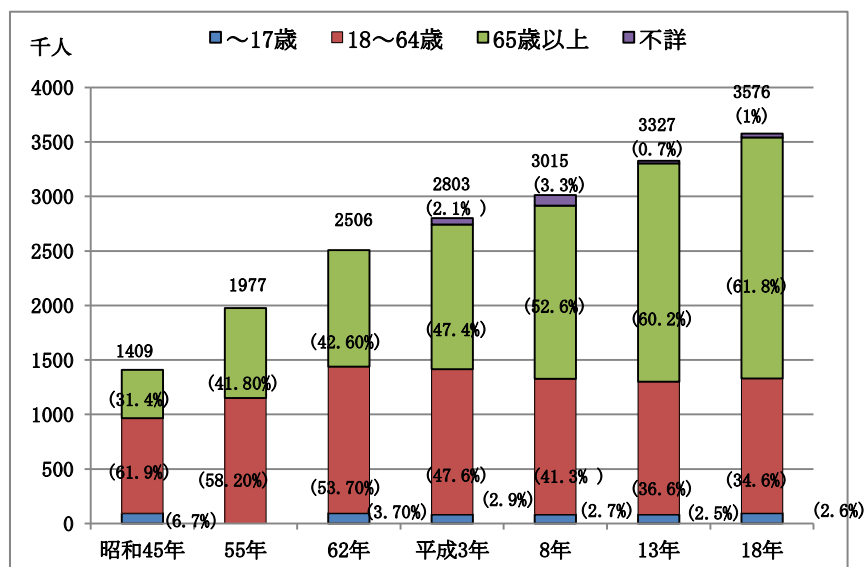


図 1-12 年齢階層別障害者数の年次推移（身体障害児・者・在宅）

資料：厚生労働省、障害者白書 23 年度版、第 1 章 障害者施策の概況、第 2 節 障害者の状況（基本的統計より）、1. 全体状況、発生年齢・原因、「図表 1-7 年齢階層別障害者数の推移（身体障害児・者・在宅）」

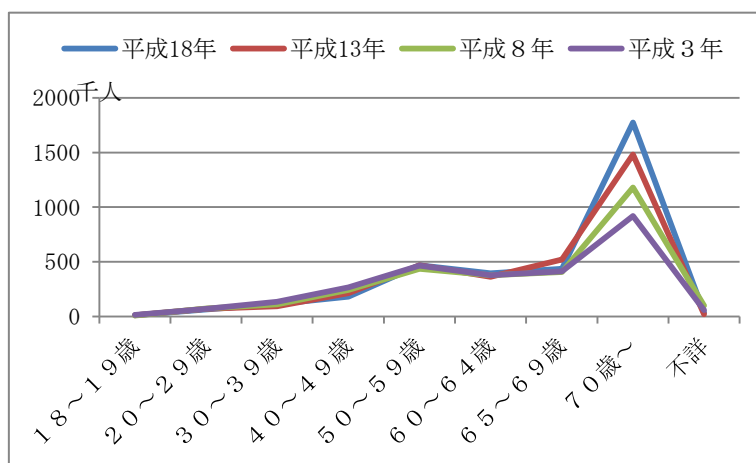


図 1-13 年齢階級別身体障害者数の推移（単位：千人）

資料：平成 8 年身体障害児・者実態調査結果、厚生労働省

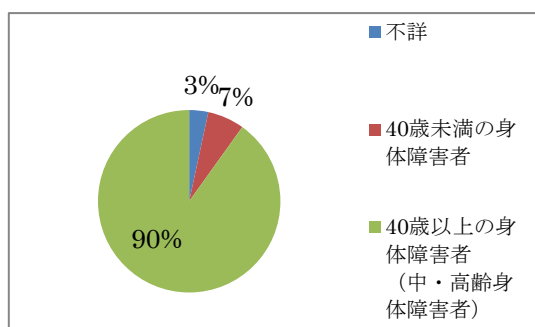


図 1-14 中・高齢身体障害者の割合
—平成 8 年（単位：％）

資料：平成 8 年、身体障害児・者実態調査結果、

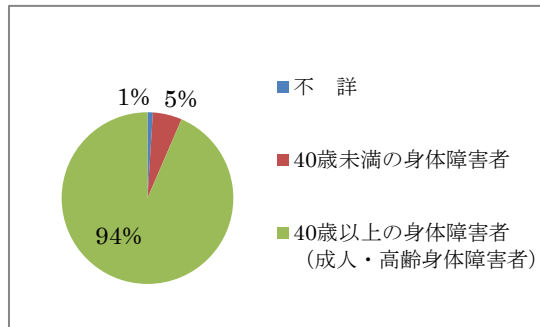


図 1-15 中・高齢身体障害者の割合
—平成 18 年（単位：％）

資料：平成 18 年、身体障害児・者実態調査結果、

1-1-3 肢体不自由の中・高齢身体障害者とリハビリテーション需要の増加

障害の種類別にみると、肢体不自由の身体障害者は毎年概ね 55～60%存在しています。
(図 1-16 参照)

そして、図 1-11 に示したように、障害の種類のうち肢体不自由の原因の概ね 7 割は事故や疾病を原因とするものであり、疾病の多くは成人病と関連するものと考えられます。
(図 1-17 参照)

また、平成 8 年を例に 40 歳以上の中・高齢身体障害者 2,642,000 人について、障害の種類別にみると、肢体不自由の身体障害者数は 1,475,000 人あり、中・高齢身体障害者総数の 56%を占め、この割合は冒頭で述べた全身体障害者に占める肢体不自由の身体障害者の割合とほぼ等しい。
(図 1-18 参照)

以上、事故や成人病を原因とする身体障害者の増加は、肢体不自由の中・高齢身体障害者とそのリハビリテーション需要の増加をもたらします。

近年、多くの先進国ではこれらに対応して中年・高齢身体障害者のリハビリテーションが盛んになり、日本でもこれらの動向を受けて 1963 年（昭和 38）に日本リハビリテーション医学会が発足し、わが国最初の理学療法士・作業療法士学校が東京都の清瀬に開校し、1966 年に第 1 回の国家試験が行なわれ、従来の医療分野に新たなスタッフが加わりました。

しかし、日本でリハビリテーションが施策として始動するのは国立リハビリテーションセンターが整備され始めた 1970 年代から 1980 年代にかけてです。

そして、これは出生後身体障害者となったものが多くを占める中・高齢身体障害者という新たな身体障害者のタイプが登場し、また、身体障害者の中でも肢体不自由の中・高齢身体障害者のリハビリテーション需要が高まった時期以降といえることができます。

出生後の事故や疾病が原因の大半を占める身体障害者の総数は、1970 年には 130 万人を超え、1980 年には 200 万人に近づき、1991 年には 270 万人に及びました。

また、その内肢体不自由の身体障害者数はそれぞれ 76 万人、112 万人、155 万人に及びます。
(図 1-17 参照)

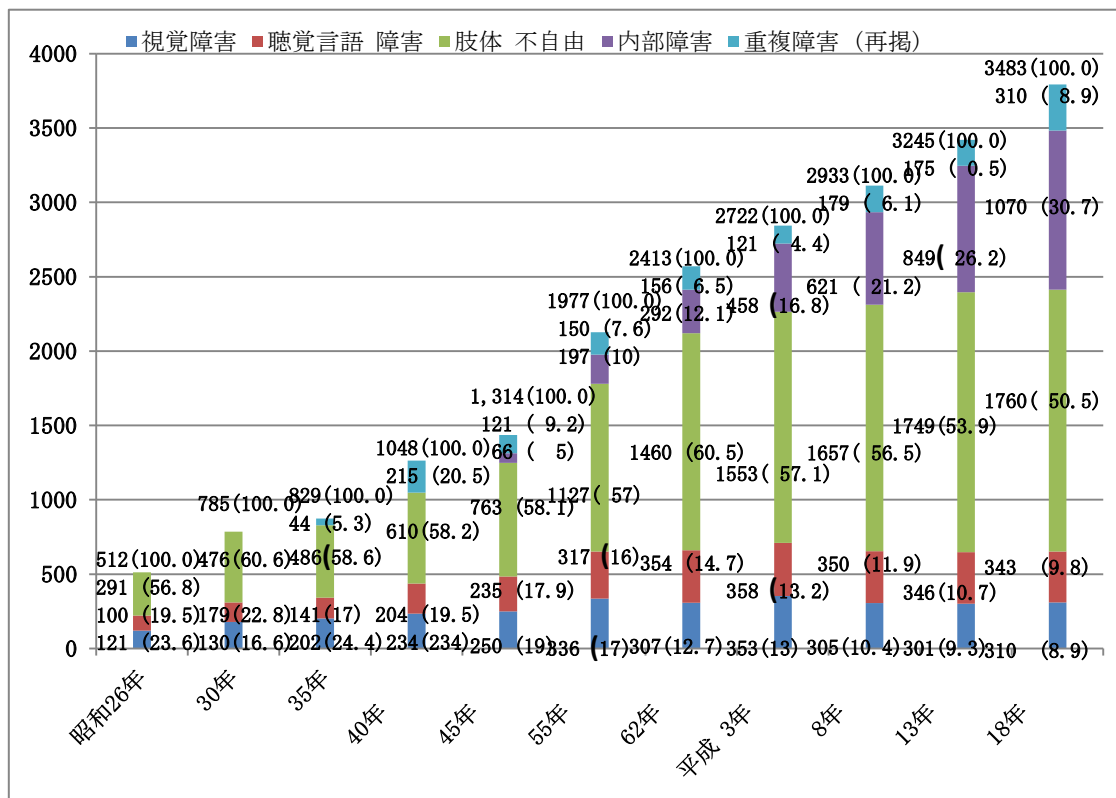


図 1-16 障害の種類別にみた身体障害者数の年次推移（単位：千人）

資料；平成 18 年身体障害児・者実態調査結果、厚生労働省

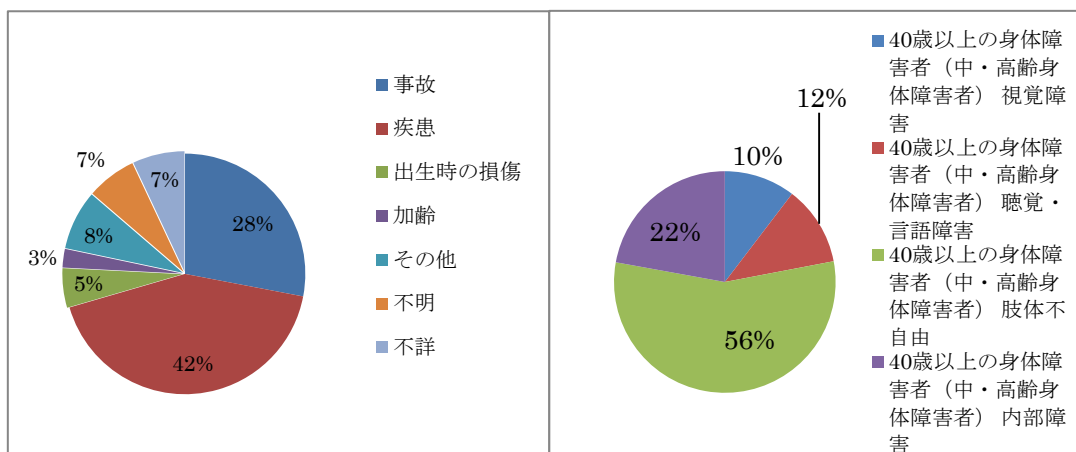


図 1-17 肢体不自由の身体障害の原因別状況 —平成 8 年（単位：％）

資料；平成 8 年身体障害児・者実態調査結果、厚生労働省

図 1-18 中・高齢身体障害者の障害の種類別状況 —平成 8 年（単位：％）

資料；平成 8 年身体障害児・者実態調査結果、厚生労働省

1-2 寝たきり、認知症等障害を有する高齢者など要介護者の介護需要の増加

1-2-1 急劇な人口構造の高齢化による高齢者の増加

平成 22 年 10 月 1 日現在、日本の人口は 128,057,352 人、人口密度は 343.4 人/1k m²です。5 歳階級別の人口構成は 15 歳未満が全人口の 13.22%、15～64 歳が 63.76%、65 歳以上が 23.01%です。

5 歳階級別割合の推移からみると、15 歳未満の人口が減少し、65 歳以上の人口が増加し始めたのは 1960 年代から 1970 年代にかけてであり、その後日本は現在まで少子高齢化社会の中にあります。(図 1-19 参照)

また、国立社会保障研究所・人口問題研究所(平成 24 年 1 月推計)が行った平成 122 年(2110 年)までの日本の将来推計人口(各年 1 月現在)によると、平成 25 年に日本は高齢化率が 25.2%で、およそ 4 人に 1 人が、平成 73 年には 40.0%で、およそ 2.5 人に 1 人が高齢者ということになります。(図 1-20 参照)

高齢化は日本のみならず、今日先進国に共通に認められることですが、日本の高齢化の特徴の 1 つは、昭和 30 年くらいから始まった 15 歳未満人口の減少と 15 歳～64 歳の人口及び 65 歳以上の人口の増加がそれ以降短期間に生じたことです。

1-2-2 寝たきりや痴呆等障害を有する高齢者など要介護者の増加

わが国の急激な高齢化と高齢者数の多さは、1970 年代後半から 1980 年代前半にかけて病院では社会的入院の問題が、また、家庭や地域においては寝たきり老人や痴呆性が社会的な問題となり、高齢者介護は国民の誰もが遭遇しうる共通の課題となります。

ちなみに、1972 年には、作家有吉佐和子の著書『恍惚の人』が出版され、ベストセラーになりました。

昭和 37 年度版厚生白書には、『がんは別として、脳卒中、心臓病などは症状が安定してしまうと目だつた医学的治療を必要としなくなってしまうので、慢性患者として放置され、しだいに人目につかなくなり、逐には徐々に衰えていくにまかされる傾向にあり、家庭における成人病患者の処遇は適切であるとはいいがたかつた……。』という記録があります。

また、昭和 38 年白書に、『昭和 38 年 6 月高齢者実態調査：男女とも全体の 17%程度は、病弱、床につききりの状態、床につききりの老人は約 23 万人と推計されているが、そのうち約 40%は脳卒中患者である。……また、四肢関節にリウマチなどの障害のある者は、全体の 27.4%に及び女の方がやや多くなっている。』と、また、昭和 38 年老人福祉法が成立した年、初めて「高齢者実態調査」が実施されて要介護老人の実態が把握され、この時の高齢者実態調査では、『床につききりの老人は約 32 万人と推計され(当時の 65 歳以上

の高齢者の5.6%)、そのうちの46.4%は全部人手をかりる程度の要介護状態にある。』と報告されます。

また、昭和43年の全国社会福祉協議会の調査からは、『ねたきりで過ごしている70歳以上の老人はおおよそ20万人と推計（昭和44年）』と、さらに、昭和49年には、『在宅のねたきり老人全国約32万人、48年の厚生行政基礎調査の推計ではひとり暮らし老人は現在約49万人』と、寝たきり老人の実態に加えて、『ひとり暮らし老人』の実態が初めて報告されます。

その後の寝たきり老人の実態調査の記録は以下に示す通り、徐々ではありますが寝たきり老人数が3年ごとの調査で増加していきます。

参考：寝たきり老人数の推移

「厚生行政基礎調査」、「社会福祉施設調査」

(昭和59年)：寝たきり老人数：47.8万人、在宅：55.9%

(昭和56年)：寝たきり老人数：41.2万人、在宅：61.2%

(昭和53年)：寝たきり老人数：36.2万人、在宅：69.1%

前述した様に昭和57年白書に、『ねたきり老人や痴呆老人等』を「障害を有する老人」と呼称し始めた時には、『65歳以上の者における痴呆老人の出現率は、4.6%と推計されており、このうち「常時介護が必要」とされる「高度」以上の者は3分の1を占めている。』という東京都の実態調査の結果が示されます。

そして、初めて『痴呆性』の数が明らかにされたのは、平成8年度白書において1993年の要介護高齢者が200万人と示された時です。(図1-21 参照)。

この昭和37年度版厚生白書の報告以降の実態を根拠にすると、高齢者等のために地域で働く人が増加した背景には次のことがあります。

- ① 1950年代後半に発生し、その後増加した成人病患者は、特に、脳卒中、心臓病などの疾病の患者はその効果的な対策がないまま慢性患者として放置されます。
- ② その結果、高齢化社会における虚弱、寝たきり、痴呆を含む障害を有する要介護者と見做されます。

昭和57年度版厚生白書では当時、『ねたきり老人は、現在特別養護老人ホームにいる者が約9万人、これ以外がおおよそ32万人である(厚生省統計情報部「昭和56年厚生行政基礎調査」、「昭和56年社会福祉施設調査報告」)』と記録され、平成8年度版厚生白書では、1993年の要介護高齢者は200万人、その内、『虚弱』100万人、『要介護の痴呆性(寝たきりを除く)』10万人、『寝たきり(寝たきりであって痴呆の者を含む)』90万人と記録されています。このことから、寝たきりは12年間で2倍強増加しています。

また、平成8年度厚生白書には『国民生活基礎調査』、「社会福祉施設等調査」、「老人保健施設実態調査」に基づき寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者数の将来推計が初めて公表されます。ここでは、『寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計』として、「寝た

きり、痴呆および虚弱を合わせた要介護高齢者等の数は、2000(平成12)年には280万人(内、『虚弱』130万人、『要介護の痴呆性』20万人、『寝たきり』120万人)、2025(平成37)年には倍近い520万人(内、『虚弱』260万人、『要介護の痴呆性』40万人、『寝たきり』230万人)に達するものと見込まれている」と報告されています。(図1-21 参照)

このように、介護保険法成立前の社会における高齢者の問題は主に寝たきり・痴呆性・虚弱等要介護高齢者の問題であり、この時期これらの高齢者を対象に『要介護』という用語が登場し、要介護高齢者の将来推計からそれらの増加が指摘されました。

ちなみに、介護保険法施行後行われた平成18年の第1回介護施設等の在り方に関する委員会(H.18.9.27)では、次の様な認知症高齢者数の見通しが指摘され、この時期、わが国における人口構造の高齢化に伴い高齢者等に生じた課題とその対策は、「認知症高齢者」に重点をあてた『介護』に収束されていきます。

○ 認知症高齢者数は、平成14(2002)年現在約150万人であるが、2025年には約320万人になると推計される。(表1-1 参照)

○ 平成14(2002)年9月現在の状況をみると、要介護者の1/2は、認知症の影響が認められており、今後、認知症高齢者は急速に増加すると見込まれる。

また、平成24年8月24日、厚生省老健局高齢者支援課、認知症・虐待防止対策推進室から公表された認知症高齢者数の将来推計は、以下の通りであり、平成27年には345万人、平成32年には400万人を超え、団塊の世代が75歳を迎える平成37年には470万人に増加するとの見通しが公表されています。(表1-2、1-3 参照)

① 認知症高齢者数について：平成22年(2010)で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ(※)以上の高齢者数は280万人でした。

② 将来推計について：ことしの段階で、すでに全国で305万人と10年前の2倍以上になっています。

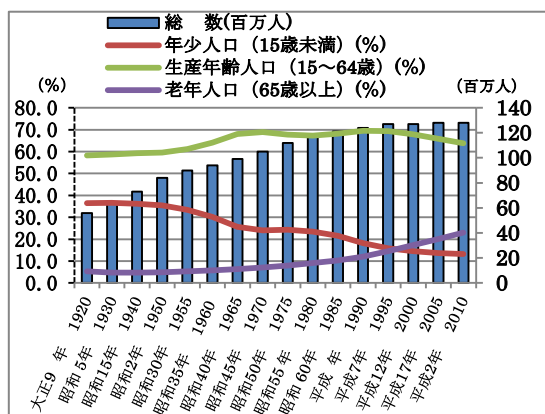


図1-19 日本の人口と年齢（3区分）別割合の推移：一全国（大正9年～平成22年）
資料：国勢調査、総務省統計局

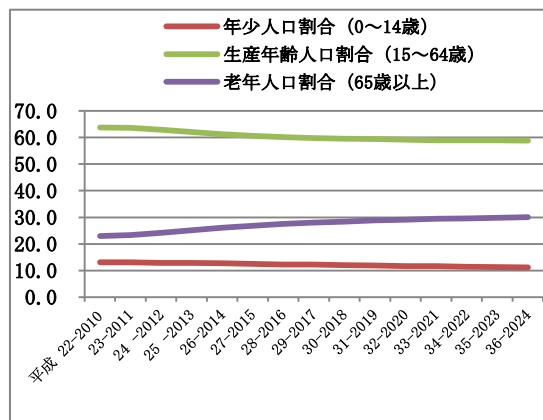


図1-20 日本の将来推計人口（2010～2024年）：年齢3区分（0～14歳、15～64歳、65歳以上）別年齢構造係数：出生中位死亡中位仮定：2010～2024（単位：%）
資料：日本の将来推計人口（平成24年1月推計）、推計結果表、将来推計人口（2010～2110年）、表1～1：国立社会保障研究所・人口問題研究所

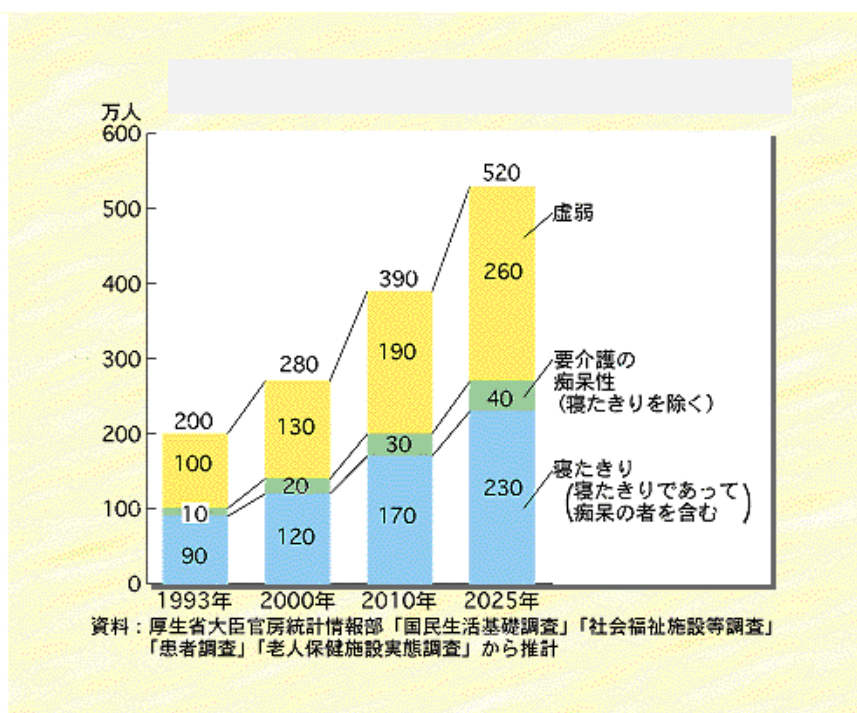


図1-21 寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計
出典：平成8年度厚生白書、図3-1-5 寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計

表 1-1 認知症高齢者数の見通し

要介護者の認知症老人 自立度 (2002年9月末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位: 万人				
			居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数		314	210	32	25	12	34
再 掲	認知症自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	認知症自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症 自立度Ⅱ 以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
認知症 自立度Ⅲ 以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※ 下段は、65歳以上人口比(%)

(平成15年6月 厚生労働省老健局総務課推計)

出典:『今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～』、第1回介護施設等の在り方 委員会 H18.9.27 資料4

参考:

自立度Ⅱ: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。

自立度Ⅲ: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする

表1-2 将来推計

(単位: 万人)

将来推計 (年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年(2012)を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

表 1-3 認知症高齢者の居場所別内訳 (平成22年9月末現在)

(単位: 万人)

	居宅	特定施設	グループ ホーム	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	医療機関	合計
日常生活 自立度 Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない。

※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

出典:『認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数について』;平成24年8月24日、厚生省老健局高齢者支援課、認知症・虐待防止対策推進室

2. 在宅福祉重視の高齢者等福祉政策

2-1 わが国における高齢者福祉政策の始まり

わが国では社会福祉に関して、戦後昭和 20 年代にはいわゆる「福祉三法」と呼ばれる児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）、生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）が制定され、これらがそれぞれを対象とした分野で機能してきました。

昭和 30 年代に入ると、知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）、老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）、母子及び寡婦福祉法（昭和三十九年法律第百二十九号）が制定され、「福祉六法」の時代になります。

一方、昭和 26 年に制定された社会福祉法（昭和二十六年三月二十九日法律第四十五号）は、社会福祉を目的とする法律と相まって、施設の設置と運営、社会福祉事業の実施、あるいは、相談事業等を行ってきました。

『福祉三法』

- ・児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）
- ・身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）
- ・生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）

『福祉六法』

- ・知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）
- ・老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）
- ・母子及び寡婦福祉法（昭和三十九年法律第百二十九号）

『社会福祉法』（昭和二十六年三月二十九日法律第四十五号）の目的

・社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉（以下「地域福祉」という。）の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もって社会福祉の増進に資することを目的とする。

『社会福祉法における第一種第二種社会福祉事業が規定されている法律』

（第一種社会福祉事業）

- ・生活保護法
- ・児童福祉法
- ・老人福祉法
- ・障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）
- ・売春防止法（昭和三十一年法律第百十八号）

（第二種社会福祉事業）

- ・児童福祉法
- ・母子及び寡婦福祉法
- ・老人福祉法
- ・障害者自立支援法
- ・身体障害者福祉法
- ・知的障害者福祉法
- ・介護保険法（平成九年法律第百二十三号）
- ・更生保護事業法（平成七年法律第八十六号）

『その他の社会福祉関連の法律』

- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）
- ・売春防止法（昭和三十一年法律第百十八号）
- ・障害者基本法（昭和四十五年法律第八十四号）
- ・更生保護事業法（平成七年法律第八十六号）

この福祉六法の中の老人福祉法（昭和三十八年七月十一日法律第百三十三号）は、『老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もつて老人の福祉を図ることを目的とする。』ものであり、その法律に基づき特別養護老人ホームが創設され、家庭奉仕員（ホームヘルパー）が法制化されます。

そして、この法が整備された1960年代がわが国における高齢者等福祉政策の始まりと言われます。

2-2 1950年代後半から2010年代前半の高齢者等福祉政策の時代区分

わが国の厚生行政の年次報告が記録される厚生白書（『平成13年版より、『厚生労働白書』と改名、以下、元号〇〇年白書』と略称します）に基づき、成人病が発生した1950年代後半から最近（2011年（平成23年））までの高齢者等福祉政策の推移をみると、日本の高齢者等福祉政策は疾病とその対策を中心に展開されてきたことが判ります。

成人病の用語は、昭和31年白書に登場します。

成人病の名称は、初めは、「老人性疾患、いわゆる成人病または老人病」（昭和31、昭和32年白書）、「いわゆる老人病あるいは成人病」（昭和33年白書）、「いわゆる老人病」（昭和35、昭和36年白書）と変遷し、昭和37年以降、「成人病」の用語が使用されるようになります。

成人病はその後、昭和36年白書の人口動態統計の結果表（『死亡群別死亡率及び死亡割合』）の死亡群のB群（B群とは、主として成人病といわれる疾患で、現在のところ死亡率の改善が困難な疾患）に登場し、さらに、昭和40年白書には死亡数との関連で脳卒中、がん及び心臓病がそれ以降わが国の3大疾患となったことが記録されます。（参考2-1 参照）

成人病の名称はその後、従来の疾病に加えて糖尿病等他の疾病が加わり、『生活習慣病』^{（注1）}の概念が1996年に導入されたことで生活習慣病という名称に替わります。

このように、成人病は生活習慣病に名称が変わる時期（1996年（平成8年））が訪れますが、これ以降も成人病による死亡数の増加は続き、2011年（平成23年）に初めて肺炎がわずかに脳血管疾患を抜いて第3位になった時に終わります。

以上、成人病の名称が行政の報告書に登場したのが昭和31年であり、昭和33年以来、第1位が脳卒中、第2位ががん、第3位が心臓病となり、成人病による死亡数が結核の死亡数を超えたのが昭和30年から昭和35年の間であることを勘案して、ここでは、成人病の幕開けを概ね昭和30年、また、肺炎がわずかに脳血管疾患を抜いて第3位を占めたのが2011年（平

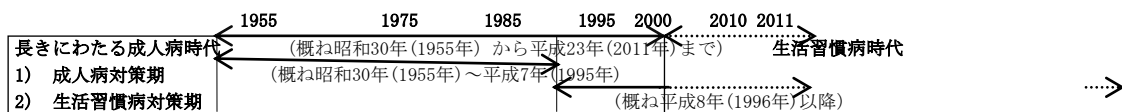
成23年)であることから、成人病の終わりを概ね2011年(平成23年)とします。

そこでここでは、高齢者等のために地域で働く人が増加した背景となる期間を成人病の幕開けから死亡数の第3位を占めていた血管疾患を抜いて肺炎が第3位を占める時までとし、その期間を『長きにわたる成人病時代』(概ね昭和30年(1955年)から(平成23年(2011年)))と呼称します。

また、背景となる長きにわたる成人病時代(概ね昭和30年(1955年)から(平成23年(2011年)))におけるわが国の高齢者等福祉政策は疾病への対応という点から、成人病の名称が生活習慣病に変わる時期(1996年(平成8年))を境に、前半を1)成人病対応期((概ね昭和30年(1955年)から1996年(平成8年))、後半を2)生活習慣病対応期(1996年(平成8年)以降)と2分します。(参考:1950年代後半から2010年代前半までの高齢者等福祉政策の時代区分 参照)

そして、この2)生活習慣病対応期は1996年(平成8年)以降続くことから、これに対応して、長きにわたる成人病時代((概ね昭和30年(1955年)から(平成23年(2011年)))以降を『生活習慣病時代』と呼称します

参考:1950年代後半から2010年代前半までの高齢者等福祉政策の時代区分



2-2-1 成人病対策期(概ね昭和30年(1955年)から平成7年(1995年))における高齢者等福祉政策の概要

1996年に成人病の名称が生活習慣病に変わるまでの期間における成人病対策についてみると、まず、昭和31年に厚生省に成人病予防対策協議連絡会が設置されます。

成人病予防に必要な成人病の原因解明についての記録が初めて登場するのは昭和34年白書ですが、当時その内容は、「しかしながら、成人病の多くはその原因、診断、および治療方法等についてまだ医学上解明されていない分野が多く・・・」(昭和34年)というものでした。

昭和37年、昭和39年の記録にはその原因について、『生活態度』に視点があてられ、早い時期に『生活態度』という用語が登場しますが、原因解明についてはその後も変わらず前述の昭和34年の内容が長期間続きます。(参考2-2 参照)

その後、昭和59年には、成人病の要因ではないが関連するものとして、『成人病、運動不足、食塩・脂肪分・カロリー等のとり過ぎ、タバコ・酒等の嗜好、過剰のストレスその他日常生活の長年の習慣の積重ねが発病と深く関連している。』と記録され、それ以降疾病対策は一次予防としての『健康づくり』に進みます。

初めて要因が特定されたのは、成人病対策期間を経て生活習慣病対策期間に入った平成9年であり、この時、『1)加齢などを含めた「遺伝要因」、2)病原体や有害物質、ストレス要因などの「外部環境要因」、3)食習慣や運動習慣といった「生活習慣要因」の3つに分けることができる。』と明記されます。

このように、成人病予防に必要な成人病の原因については、昭和31年(1956年)に厚生省に成人病予防対策協議連絡会が設置されてから昭和59年(1984年)に成人病に関連するものとして、『日常生活の長年の習慣の積重ね』が明らかにされるまでの約30年近く、また、平成9年(1997年)に要因が特定されるまでの約40年近く解明されずにきます。

次に、成人病対策についてみると、昭和32年以降学識経験者による打ち合わせが行なわれ(昭和36年)、早くから総合施策として一貫した方針が必要なことが記録され(昭和37年)、それ以降成人病対策に重点を置いた『早期発見、早期治療、早期管理』が記録されます。

そして、その記録と同様の内容がそれ以降ずっと繰り返されます。(参考 2-3 参照)

2-2-2 生活習慣病対策期(概ね平成8年(1996年)以降)における高齢者等福祉政策の概要

昭和59年白書に、『健康』対策が初めて登場し、『国民健康づくり運動』が始まった昭和61年白書には、食生活、運動不足、肥満の用語が登場し、『心疾患による死亡率が増加傾向にあるのは、食生活の洋風化による動物性脂肪の摂取量の増加や運動不足による心機能の低下、さらに肥満に伴う心臓への負担増加、ストレスの増大等が要因』(昭和61年)と記録されます。

そして、報告書の中で従来使われてきた成人病の項目は、昭和62年白書から『健康づくり』の項目に変わり、疾病別の項目の中で従来使われてきた成人病の用語は、この時期以降生活習慣病に変わるまで、『成人病その他の疾病』の項目の中で扱われるなど、成人病の用語が単独で施策の項目に挙げられることは次第になくなります。

その後の成人病予防及び対策については、『リウマチについて調査研究を開始する。引き続き糖尿病調査研究を推進、平成2年度より「小児期からの成人病予防に関する研究」を実施』(平成2年)など、調査研究段階にあるいくつかの疾病の記録が報告されます。

これら成人病対応期の後半、概ね1985年以降は、『健康』対策が登場し、『国民健康づくり運動』が始まりますが、この健康づくりは1996年以降の生活習慣病対応期に引き継がれます。

そして、従来の疾病に加えて糖尿病等他の疾病が加わり、『生活習慣病』の概念が1996年に導入されたことで成人病は生活習慣病という名称に変わります。

これ以降の生活習慣病対応期には在宅福祉重視策及び介護の社会化が図られ、寝たきりや認知症等障害を有する高齢者など要介護者を優先する政策として医療と福祉が連携する政策を展開するために介護保険法が、次いで、障害者に対しては障害者自立支援法が創

設され、その後の介護保険法改正時には、医療分野では地域リハビリテーションを評価し、それに対する医療報酬の改定等の措置がとられます。

そして、上記の生活習慣病対策期の高齢者等福祉政策は今日まで継続します。

2-3 長きにわたる成人病時代の高齢者等福祉政策

2-3-1 死亡数、身体障害者、中・高齢身体障害者の増加を生んだ原因解明の遅れ

長きにわたる成人病時代の成人病対応期に最初に発生したのが、成人病による死亡数の増加です。(図1-5 参照)

次いで発生したのが、幸い命を取り留めた人が被った身体的な障害であり、高齢者については成人病を主要な原因とする中・高齢身体障害者の発生であり、また、その増加です。(図12、1-17 参照)

昭和26年から身体障害者の調査が開始され、障害児は昭和40年から行われ、また、昭和42年から身体障害者の範囲に内部障害者(心臓または呼吸器の機能に障害のある者)が加えられたましたが、昭和31年白書に記録された昭和30年の身体障害者の調査結果にあるように、早くから身体障害者の多くが肢体不自由であり、原因から見ると大半は後天的なもので、その中には疾病によるものが過半数を占めることが報告されます。

実態調査の報告はその後、昭和35年、昭和40年、昭和45年、昭和55年、昭和62年、平成3年、平成8年、平成13年、平成18年と続き、その中で身体障害者及び中・高齢身体障害者は増加の一途をたどり、わが国の障害者福祉の分野に中・高齢身体障害者という身体障害者のタイプが生じます。(図1-9、1-17、参考2-4 参照)

一方、成人病の原因が特定できず、その対策として早期発見・早期治療・患者管理に重点がおかれたこの時期、肺がんについては、例えば、がん検診車による検診やその後の「対がん10カ年総合戦略(1983年)」の成果を受けて、死亡数は減少します。

また、脳卒中については、例えば、脳卒中・心臓病に対して国立病院における高血圧診療センター、心臓診療センターが整備され、高血圧・動脈硬化を有する者を正しく治療し、必要な生活規制を受けさせることによつて相当数の発作の発生や重症化を防ぐことができるようになり、脳血管疾患についても死亡数は昭和45年以降減少します。(図1-7 参照)

このように、成人病についてその原因が特定できない期間にも肺がん及び脳卒中については、早期発見等により予防と対策がとられ、死亡数は減少します。(参考2-5 参照)

しかし、がんの総数が死亡数の上位を占め、また、がん、脳血管疾患、心疾患の3大疾病が死亡数の第3位までを占める傾向は脳血管疾患が減少して肺炎が第3位を占める平成23年まで変わらず続きます。

そして、それに伴う中・高齢身体障害者の増加は変わらず続きます。

(図1-12、1-17 参照)

2-3-2 中・高齢身体障害者対策の機会を逸したわが国における国際障害者年

1981年は国際連合の『国際障害者年』に当たります。

昭和56年白書では世界保健機構（WHO）が行った「国際障害分類」（「Impairment」（機能障害）、「Disability」（能力低下）、「Handicap」（社会的不利）という三つのレベルの「障害」の概念を、また、リハビリテーションの理念及びノーマライゼーションの思想、更に、WHO（世界保健機関）国際障害者年行動計画を紹介しています。

その後の平成2年、平成3年白書には、『ノーマライゼーションの理念のもと、自立と社会参加の促進のため、在宅福祉サービスや施設福祉サービス等の総合的な施策を推進する』と記録されます。

平成9年白書では、『障害者施策の新たな展開』と題して、まず、世界保健機構（WHO）が行った前述の三つのレベルの障害を「障害」の概念として紹介する一方、リハビリテーションとノーマライゼーションの2つの理念を紹介し、わが国の『障害者施策の目的とは、「リハビリテーション」の理念に基づき、地域において「ノーマライゼーション」の思想を実現していくことであると言い換えることができよう。』と述べるなど、国際障害者年にちなんだ記述が繰り返して紹介されていきます。

このように、国際障害者年には、障害者に対する国際的な知見、あるいは、教育的な情報提供が何度かあります。

そして、平成4年白書には『国連・障害者の十年第1章 「国連・障害者の十年」を振り返って』と題して、わが国における動きが紹介され、その中でも大きな意義を有したと考えられるものとして、(1)身体障害者福祉法が改正(昭和59年)されて、「すべての身体障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられる」ものであることを法律上明らかにすることにより、「完全参加と平等」という国際障害者年の理念を法律に盛り込むとともに、法の対象となる障害者の範囲を拡大する、などの改正が行われたこと、(2)年金制度が改正されて、障害基礎年金が創設(昭和61年)され、年金額の大幅な改善が行われるなど、障害者の「参加」を進める上で、障害基礎年金が大きな役割を果たしたこと、(3)身体障害者雇用促進法が改正されて(法律の名称も「障害者の雇用の促進等に関する法律」に改められた。)、対象範囲が精神薄弱者、精神障害者を含むすべての障害者に拡大されるとともに、精神薄弱者についても「雇用率制度」、「納付金制度」の対象とされ、同時に、法定雇用率を従来の1.5%から1.6%に引き上げる、などの改正が行われ、障害者雇用制度の充実が図られたこと、(4)福祉関係8法が改正(平成2年)されて、障害者ができる限り住み慣れた家庭や地域において生活できるよう、ホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービス等の在宅サービスを法律上位置づけるとともに、従来都道府県、市及び福祉事務所を設置する町村で行っていた身

体障害者関係施設への入所決定の事務や更生医療、補装具の交付事務等を市町村で行う（平成5年4月施行）ことにより、在宅サービスと施設サービスがきめ細かく、一元的に提供されるための体制づくりが行われたことなどが紹介されています。

平成5年1月には、「国連・障害者の十年』以降の障害者対策の在り方について」の意見具申が中央心身障害者対策協議会より行われています。

しかし、当時わが国が抱えていた主に事故や成人病による疾病を原因とする膨大な量の後天的な身体障害者、とりわけその量の多い中・高齢身体障害者に対して、国際障害者年を機会に障害者対策が講じられることはなく、わが国の国際障害者年は過ぎます。

2-3-3 寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の増加を生んだ成人病対策の不備・不足

昭和38年老人福祉法が成立した年、初めて「高齢者実態調査」が実施されて要介護老人の実態が把握され、『床につききりの老人は約32万人と推計され（当時の65歳以上の高齢者の5.6%）、そのうちの46.4%は全部人手をかりる程度の要介護状態にある。』と報告されます。

また、昭和43年の全国社会福祉協議会の調査からは、『ねたきりで過ごしている70歳以上の老人はおよそ20万人と推計（昭和44年）』と、昭和49年には、『在宅のねたきり老人全国約32万人、48年の厚生行政基礎調査の推計ではひとり暮らし老人は現在約49万人』と、その後、徐々ではありますが寝たきり老人数が3年ごとの調査で増加していくことが報告されました。

そして、寝たきり老人が増加する原因については、まず、昭和37年白書に、『がんは別として、脳卒中、心臓病などは症状が安定してしまうと目だつた医学的治療を必要としなくなってしまうので、慢性患者として放置され、しだいに人目につかなくなり、逐には徐々に衰えていくにまかされる傾向にあり、家庭における成人病患者の処遇は適切であるとはいいがたかつた……。』と、昭和52年白書に、『寝たきり老人となる原因の多くは、脳卒中後遺症等による機能障害であるが、……。』と、また、平成2年版に、家庭における成人病患者の処遇について、『適切であるとはいいがたかつた』と記録されるなど、寝たきりの原因についての記録は昭和37年と極めて早い時期から見られます。

前述の昭和52年白書に示した様に、脳卒中後遺症等に対する対策の不備・不足が原因で、これ以降も寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者は増加の一途をたどります。

2-3-4 寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の増加を生んだリハビリテーション対策の不備・不足

成人病の原因解明が遅れていた時期に、わが国では疾病の早期発見、早期治療、早期管理を対策の柱とする方策が早くからとられます。

昭和37年白書には既に、『今後の成人病対策の方向は、環境因子の改善、疾病の予防から早期発見、早期治療、リハビリテーションまでを含めた総合施策として一貫した方針に従って実施さるべきであることは明らかである。』と記録され、この時初めて総合施策の一貫としてのリハビリテーションが登場します。

昭和46年白書には、「リハビリテーション対策をまちのぞむ高齢者」というタイトルで、「脳卒中発生数は毎年30数万人にのぼると推定される。その半数は直接死に至るが、残りの半数は半身不随をかこつことになるといわれている。」とあります。

リハビリテーションの効果・意義・役割等については多くの記録があり、成人病により障害を受けた患者に対する機能回復等に向けたリハビリテーションの重要性や役割・機能が早くから指摘されています。

それによると、わが国のリハビリテーションは、成人病時代の早期から存在し身体障害者(児)実態調査で明らかにされた40歳以上の身体障害者(中年・高齢身体障害者)と高齢者実態調査や全国社会福祉協議会の調査や厚生行政基礎調査などで明らかにされた寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の内のリハビリテーションを必要とする高齢者の両者を対象に、福祉の向上に寄与するものとして、寝たきりや痴呆性等を予防する目的で成人病対策として始まります。(参考2-6 参照)

まず、老人のリハビリテーション対策については、寝たきり老人の発生防止のために特別養護老人ホーム、老人福祉センターを利用した機能回復訓練が昭和46年度から新たに実施され、昭和48年白書には、国立リハビリテーションセンターの整備が、昭和50年白書には、老人機能回復訓練事業として特別養護老人ホーム及び老人福祉センターを利用した在宅老人に対する医師等による訓練指導が実施されます。(参考2-11 参照)

そして、この時期、『リハビリテーション需要の増大』が記録されます。

次に、身体障害者のリハビリテーション対策については、「遅れているわが国の身体障害者リハビリテーションを総合的に推進するために必要な研究の着手」が昭和46年度から始まります。

しかし、1970年代のリハビリテーション関係施設についてみると、理学診療科を有する一般病院は全体の16.9%(1,193か所)であり、一般診療所では、わずかに2.7%(1,940か所)にすぎず、医療機関における理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、視能訓練士についてみると、病院でPT1,497人、OT395人、視能訓練士126人、診療所でPT290人、OT90人、視能訓練士74人という状況であり、また、リハビリテーション施設には、肢体不自由者更生施設、重度身体障害者更生援護施設、そして、身体障害者福祉法上の施設ではないリハビリテーションセンター等があるものの、総体的に見て要収容人員に対して定員数が不足するなど、需要に応える状況ではありません。(参考2-11 参照)

このように1970年代のリハビリテーション対策は、当時の増大する中年・高齢身体障害者及び寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の数に対応するとは言い難く、この時期、これら両者に対するリハビリテーション対策は不備・不足であったということができま

す。

2-3-5 寝たきりや認知症等障害を有する高齢者など要介護者を優先する在宅福祉重視の高齢者等福祉政策

① 在宅福祉重視の高齢者等福祉政策のはじまり

成人病の原因解明の遅れが生んだ中・高齢身体障害者の増加と、成人病対策の不備・不足が生んだ寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の増加、そして、それらに急激な高齢化が加わり、1980年代には病院では社会的入院の問題が、家庭にあっては寝たきりや痴呆性老人等障害を有する高齢者の増加が社会的な問題になり、高齢者に係わる医療と福祉施策の連携が必要になりました。

ゴールドプラン作成の前には、年度ごとに発行される厚生白書に在宅福祉重視策の方向の根拠に関連する『親との同居に関する行政の調査』とその他いくつかの実態調査の結果が公表されます。

例えば、昭和 58 年厚生白書^{注2)}では、昭和 35 年、昭和 48 年、昭和 57 年と行った調査で、「65 歳以上の者の子との同居率は年々低くなっている」ことが報告され、また、例えば、昭和 57 年に行った調査では、『老後は子供と「同居した方がよい」と答えた者は 5 割強であり、この率は年齢とともに高くなり、70 歳以上では 7 割強にも達する。』ことが報告され、また、例えば、昭和 59 年厚生白書^{注3)}では、『施設入居率からみた在宅の現況』が引用され、施設入居率が低く在宅率が高いという現況から、「住み慣れた家庭や地域の中で、家族や隣人との人間的なふれあいをもって生活することは、自然で望ましいことであると考えられる。」と結論づけ、更に、「現に在宅老人の 9 割以上は家族との人間関係に満足しており、近所づきあいについても、多数の者が近所の人と親しくつきあい、近所づきあいについて満足感を表明している。」と、また、『要介護者の福祉サービスに対するニーズ』から、「老人ホーム等への入所希望は 5.8%であるが、家庭奉仕員派遣事業(23.3%)や日常生活用具給付等事業(18.3%)、ねたきり老人短期保護事業(16.2%)と福祉サービスへのニーズが強いことがわかる。」と報告されています。

また、「(1) ゴールドプラン前夜-地域化、一般化、総合化に向けての歩み-」において、「在宅か施設かの 2 者択一」と「地域化」について、老人ホームを「地域」の在宅老人福祉施策の推進に活用する事業が実現し始めたことにより、『「施設」サービスは「地域」の貴重な資源の一つであって、在宅生活継続を望む住民のために柔軟に活用されるべきものであるとの方向性が明らかにされた」と、1980年代には、「在宅生活継続を望む住民のため」ということを根拠に『地域』の概念が登場します。

<p>① 要介護高齢者に対する在宅福祉施策は・・・その対象者は、当初「要保護老人世帯」、その後昭和40年に「低所得の家庭」にまで広がられたにすぎなかった。</p> <p>② その後、・・・、在宅老人機能回復訓練事業などが新たに実施された。しかし、昭和40年代までは、大筋において施設と在宅とはしゅん別されていた。</p> <p>③ 昭和50年代に入って、老人ホームを「地域」の在宅老人福祉施策の推進に活用する事業（53年度の寝たきり老人短期保護事業、54年度のデイサービス事業、56年度の訪問サービス事業）が実現し始めた。</p> <p>④ ここにおいて、従来の「施設」か「在宅」かという二者択一的な考え方が改められ、「施設」サービスは「地域」の貴重な資源の一つであって、在宅生活継続を望む住民のために柔軟に活用されるべきものであるとの方向性が明らかにされた。</p> <p>出典：平成7年度版厚生白書</p>

② ゴールドプラン及び新ゴールドプランの時期に登場した在宅福祉重視策とその根拠

ゴールドプランは、高齢者介護の社会的な支援の基盤を計画的に整備していくことを中心とする政策として登場します

「在宅福祉、施設福祉等の事業について、今世紀中に実現を図るべき十か年の目標を掲げ、これらの事業の強力な推進を図ることとする。」ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略：1989年）においては施設緊急整備（施設対策推進十か年事業）と市町村における在宅福祉対策の緊急整備（在宅福祉推進十か年事業）の2つの事業を中心とした施策が提示され、また、①ホームヘルパー（訪問し介護を行う者）、ショートステイ（特別養護老人ホーム等に短期滞在する事業）及びデイ・サービス（日帰りで介護サービスを受ける事業）の在宅三本柱の大幅拡充、②在宅介護支援センターの全国的な整備、③「長寿社会福祉基金」を設置など、在宅福祉を推進するための施策が整備されます。

更に、その後、1994年にゴールドプランが見直され、『全国の地方公共団体において策定された地方老人保健福祉計画において、現行の高齢者保健福祉推進10か年戦略を大幅に上回る高齢者保健福祉サービス整備の必要性が明らかになったことや、高齢者保健福祉推進10か年戦略策定以降、各種高齢者保健福祉施策の整備充実が図られてきたこと等を踏まえ、現行の高齢者保健福祉推進10か年戦略を全面的に見直し、高齢者介護対策の更なる充実を図ることとする。』新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略：1994年）が新たに提示されます。

そこでは、『見直しに当たっては、高齢者介護対策の緊急性に鑑み、地域のニーズを踏まえて当面緊急に行なうべき各種高齢者介護サービス基盤の整備目標の引き上げ等を行なうとともに、今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組みを新たに策定し・・・』と、介護サービス重視策が緊急性を帯びて浮上します。

そして、新ゴールドプランではゴールドプランにおいて示された施設の緊急整備については特別養護老人ホームを除くと殆ど見直されることなく、在宅福祉推進十か年事業である在宅福祉策を中心に見直しが行われます。

参考：ゴールドプランにおける在宅福祉対策及び施設の緊急整備

1 市町村における在宅福祉対策の緊急整備 **4 施設の緊急整備－施設対策推進十か年事業**

－在宅福祉推進十か年事業		(1) 特別養護老人ホーム 24万床
(1) ホームヘルパー 10万人		(2) 老人保健施設 28万床
(2) ショートステイ 5万床		(3) ケアハウス10万人
(3) デイ・サービスセンター 1万か所	高齢者保健福祉推進十か年戦略 265	(4) 過疎高齢者生活福祉センター 400か所
(4) 在宅介護支援センター 1万か所		

参考：新ゴールドプランにおける当面緊急に行なうべき高齢者介護サービス基盤の整備目標の引き上げ等（平成11年度末までの当面の整備目標）

(1) 在宅サービス		
ホームヘルパー	現行	見直し後
（ホームヘルパーステーション）	10 万人	17 万人
ショートステイ	－	1 万か所
デイサービス／デイケア	5 万床	6 万人分
在宅介護支援センター	1 万か所	1.7 万か所
老人訪問看護ステーション	1 万か所	1 万か所
	－	5000 か所
(2) 施設サービス		
特別養護老人ホーム	現行	見直し後
老人保健施設	24 万床	29 万人分
高齢者生活福祉センター	28 万床	28 万人分
ケアハウス	400 か所	400 か所
	10 万人	10 万人分
(3) マンパワーの養成確保		
寮母・介護職員	現行	見直し後
看護職員等	－	20 万人
OT・PT	－	10 万人
	－	1.5 万人

出典：高齢者保健福祉推進十か年戦略の見直し（新ゴールドプラン）

このように、「在宅福祉、施設福祉等の事業の強力な推進を図るため」に、戦略として設けられたゴールドプランはその後見直され、「高齢者介護対策の緊急性に鑑み、・・・当面緊急に行なうべき各種高齢者介護サービス基盤の整備目標の引き上げ等を行なうとともに、今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組みを新たに策定し・・・』と、介護サービス重視策が緊急性を帯びて浮上したことを根拠に、ゴールドプランで提示された施設緊急整備策は新ゴールドプランにおいて突然姿を消します。

平成7年度版厚生白書の「第3章 第1節 ゴールドプランの5年間」には、ゴールドプランの前に次の実態や調査があり、それによると、「在宅」については『老後に日常生活が不自由になった場合の対応』として施設か、在宅かの2者択一の選択肢の中から高齢者が希望したことが、また、「在宅福祉策」については寝たきりや認知症等障害を有する高齢者の介護サービスの必要性があったことが根拠であったことが判ります。

参考：ゴールドプランにおける「在宅」及び「在宅福祉策」

1. 「高齢期の生活イメージに関する世論調査」からは、国民の高齢期の生活のイメージとしては、「社会の第一線から退いたのんびりした生活」という明るいイメージと「経済面、健康面などさまざまな面で不安の多い生活」という暗いイメージがほぼ4割弱で拮抗しており、高齢期を迎えることに期待と不安がない交ぜとなっていること（総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」平成5年）
2. 高齢者の現況からは、
(1) 約12%の高齢者が何らかの介護を要していること

(2) 高齢者は都市部に多いこと
(3) 高齢者の 7 割は在宅生活を希望していること（老後に日常生活が不自由になった場合の対応：厚生省社会保障調査報告、平成 4 年）
(4) 家族の絆を保つ上でも介護サービスが必要なこと
出典：平成 7 年度版厚生白書

また、平成7年厚生白書には、「新ゴールドプランにおいては・・・、自立に必要なサービスを身近に手に入れることのできる体制を構築することを目標として、1)利用者本位・自立支援、2)普遍主義、3)総合的サービスの向上、4)地域主義の基本理念を掲げている。」ことが報告され、その中で「地域主義」について、「市町村を基本に、住民に最も身近な地域において必要なサービスをきめ細かく提供できる体制づくりを行うことである。」と記述され、その後在宅福祉重視策において度々登場する「住み慣れた地域に住み続ける」という表現の根拠となる『地域』という表現がここにはじめて登場します。

そこで、ゴールドプラン及び新ゴールドプランが作成された当時の「在宅福祉重視策」についてみると、①「在宅」については『老後に日常生活が不自由になった場合の対応』として施設か、在宅かの二者択一の選択肢の中から高齢者が希望したことが、②「在宅福祉策」については寝たきりや認知症等障害を有する高齢者の介護サービスの必要性が『寝たきりや認知症等障害を有する高齢者、要介護者の増加』という介護サービスの緊急性への対応としてその戦略を根拠に登場したことが、そして、③『住み慣れた地域』を対象とすることについては実施主体である市町村が身近な地域にあり、きめ細かいサービスが可能であるという一致から登場したことが根拠にあったといえることができます。

③ 障害者にも適用された在宅福祉重視策とその根拠

そして、在宅福祉重視策は障害者に対しても同様に行われます。

その根拠に関連する福祉政策の経緯を整理すると以下の通りです。（参考 2-10、在宅福祉重視の政策に関する記録 参照）

これらによると、①福祉サービスの提供の体制づくりという行政業務の観点から、障害者も高齢者と同様、サービス提供主体である「住民に最も身近な市町村」を重視したこと、②地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするため、障害者プランの策定時に既に国が「在宅の障害者の地域生活」の支援を政策の目標においたこと、③②の「地域における」ノーマライゼーションの根拠については、障害者プランにおいて障害者施策の目的として示した『「リハビリテーションの理念に基づき、地域において「ノーマライゼーション」の思想を実現していくことである」と言い換えることができよう」と、「ノーマライゼーション」を実現する領域を「地域社会」と定めた1950年代と同様、近年の日本においてもそれを実現する領域を「地域」と定めたこと、などが根拠にあります。

参考：在宅福祉重視の障害者福祉策の根拠

a. 平成2年には、「21世紀の本格的な高齢社会の到来に対応し、住民に最も身近な市町村で、在宅福祉サービスと施設サービスがきめ細かく一元的かつ計画的に提供される体制づくりを進めるためである。」と、その趣旨にある福祉関係8法が改正され、「障害者ができる限り住み慣れた家庭や地域において生活できるよう」と、障害者の日常生活を「住み慣れた家庭や地域」におき、サービス提供主体を住民に最も身近な市町村に一致させることが示されている。

b. 平成8年白書には、「障害者施策の新たな展開―地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために―」と題して障害者プランの策定の中で（1）障害者プラン策定の経緯について、「厚生省では・・・、在宅の障害者の地域生活の支援や相談への対応のための障害者生活支援事業等を新規に創設したほか、具体的数値目標を達成するため、在宅サービスや施設サービスの整備を図ったところである。」と、また、（2）障害者プラン―ノーマライゼーション7か年計画では、「1）地域で共に生活するために、2）社会的自立を促進するために、3）バリアフリー化を促進するために、4）生活の質（QOL）の向上を目指して、5）安全な暮らしを確保するために、6）心のバリアを取り除くために、7）我が国にふさわしい国際協力・国際交流の7項目の視点から施策の重点的な推進を図るものである。」として、障害者プランの策定時に既に国が「在宅の障害者の地域生活」の支援を政策の目標においたことが示されている。

c. これに次いで、障害者プランでは、「障害者施策の目的とは、「リハビリテーション」の理念に基づき、地域において「ノーマライゼーション」の思想を実現していくことであると言い換えることができよう」と、一般に使われている「ノーマライゼーション」（1950年代、バンク・ミケルセン（デンマーク）らが関わっていた、知的障害者の家族会の施設改善運動から生まれ、障害を持っていても地域社会で普通の暮らしを実現する脱施設化など、社会環境の変革に寄与したとされる）の理念を根拠にしたこと

④ 介護の社会化を意図した介護保険法の創設

病院と自宅の間の中間施設として『老人保健施設』が創設された1990年代は介護保険制度の導入の準備期でもありました。

急激な高齢化に対して施設緊急整備への対応が不十分な中で、在宅福祉の推進と在宅福祉の充実を意図する新ゴールドプランが推進されました。

また、この時期政府が連立与党3党合意（介護保険制度創設に関する『与野党合意事項』）で成立させたのが、これまで家族に負担がかかっていた高齢者の介護を『社会化する』というしくみです。

これは、1960年代、80年代、90年代初頭、「家庭における成人病患者の処遇は適切であるとはいいがたかつた」「寝たきり老人となる原因の多くは、脳卒中後遺症等による機能障害であるが、・・・。」などと厚生白書に報告にもみられるように、当時社会的に問題になり、家庭に多くの負担をかけていた寝たきりや痴呆症（後に、『認知症』と改名）等障害を有する高齢者など要介護者を優先的に支援の対象とするしくみです。

平成9年（1997年）高齢者福祉政策として、介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）が創設され、2000年（平成12年）4月1日から施行されます。

この法律が創設されたことにより、わが国では社会福祉の分野に『高齢者の介護は社会が行う』という『介護福祉』の概念と次世代の負担を伴う新たなしくみが誕生します。

また、この法律には、国民の努力及び義務として、『国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。 2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。』ことが明記されています。（介護保険法（国民の

努力及び義務) 第四条)

A. 要介護状態等の高齢者等の自立した「日常生活」を支援する

介護保険法の目的は、『加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする』(第一条)と定められています。

支援対象については、法の第二条、第七条にも明記されています。

「介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする」(第二条)とあり、要介護状態にある「要介護者」、要支援状態にある「要支援者」について定義されています。(第七条、3、4)

これによると、法に設けられた介護保険制度における支援対象は年齢別に六十五歳以上の者と四十歳以上六十五歳未満の者に2分され、次のようになります。

《介護保険制度における支援対象》

1. 六十五歳以上の者

- ・要介護状態又は要支援状態にある者

2. 四十歳以上六十五歳未満の者

- ・要介護状態にあり、その要介護状態の原因である身体上又は精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの(以下「特定疾病」という。)によって生じたものであるもの
- ・要支援状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であって、その要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が特定疾病によって生じたものであるもの

B. 高齢者等の自立した「居宅を超えた日常生活又は社会生活」を支援しない

介護保険法の目的は前述の通り、「・・・要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等・・・、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため・・・。」(第一条)です。

そして、介護保険制度で行われる保険給付の内容及び水準については、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように」(第二条4)と示されています。

このように、第一条の目的に示された「自立した日常生活」とは、第二条4の介護保険制度の保険給付の内容及び水準に示された「居宅」に、また、「日常生活」に限られ、「居宅を超えた社会生活」ではありません。

それ故、介護保険法は「居宅を超えた自立した日常生活又は社会生活」を支援しません。

⑤ 障害者自立支援法創設と「介護給付が自立支援給付に優先する」政策

A. 障害者自立支援法の支援から外れ、社会生活の支援から外れる中・高齢身体障害者の発生

わが国ではその後高齢者に対する在宅福祉重視の施策展開の際、障害者についても在宅福祉重視策がとられますが、障害者自立支援法創設後は法第7条（他の法令による給付との調整）の規定により、『自立支援給付は、・・・、自立支援給付に相当するものが行われたときはその限度において、行わない。』と障害者自立支援法による自立支援給付は介護保険法による介護給付が優先すること^(注4)に統一されたことから、介護保険法の支援対象となる65歳以上の要介護の障害者の全て、特に、その多くを占める中・高齢身体障害者は原則として自立支援法を選択できないことが定められた障害者自立支援法を根拠に社会生活の支援から外れることになります。

ちなみに、介護保険法施行後創設された障害者自立支援法では、「自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い・・・。」（第一条）と明記されているので、障害者自立支援法の支援対象であれば、それを根拠に日常生活又は社会生活における自立支援を受けることができます。

（参考：《介護保険法の目的について、介護保険法における保険給付について、介護保険法における保険給付の内容及び水準について、障害者自立支援法の目的について》《他の法令による給付との調整》）。参照）

参考：《介護保険法と障害者自立支援法における保険給付の内容及び水準について》

○介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）の目的について（第一章 総則 目的第一条）
『加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。』

○介護保険法における保険給付について（介護保険法、介護保険第二条第3項）
『第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。』

○介護保険法における保険給付の内容及び水準について（介護保険法、介護保険第二条第4項）
『被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。』

○障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）の目的について（第一章 総則 目的 第一条）
『障害者基本法（昭和四十五年法律第八十四号）の基本的理念にのっとり、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第百八十三号）、知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。』

○障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）（他の法令による給付との調整）第七条
『自立支援給付は、当該障害の状態につき、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）の規定による介護給付、健康保険法（大正十一年法律第七十号）の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付であって政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受けるときは政令で定める限度において、当該政令で定める給付以外の給付であって国又は地方公共団体の負担において自立支援給付に相当するものが行われたときはその限度において、行わない。』

B. 障害者福祉サービスにおける自立支援の縮小及び廃止

これまで身体障害の原因が出生時の損傷などを原因とする割合が高い 18 歳未満の身体障害児と、事故や疾病、例えば、肢体不自由については脳血管障害等の後遺症や成人病、あるいは、生活習慣病の合併症などの疾病を原因とする割合が高い 18 歳以上の身体障害者はともに福祉施設で実施されているデイサービス事業で身体障害の状態に則した機能訓練を受けてきました。

しかし、障害者の日常生活又は社会生活を総合的かつ計画的に支援するための法律、障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）が創設されたことにより、40 歳以上の中・高齢身体障害者に対する障害者福祉サービスは変わりました。

障害者福祉サービスが変わった点は中・高齢身体障害者が自立訓練（機能訓練）の機会や技術を選択、あるいは、希望することが次の 2 点で著しく限定されることになったことです。（参考：《自立訓練（機能訓練）の事業内容》及び表 1-5 自立支援法施行以降の障害者福祉センターの事業内容 参照）

参考：《自立訓練(機能訓練)の事業内容》

- ・これまでの歩行訓練を中心とした内容にコミュニケーションや家事等の訓練が加えられる。
- ・地域生活への移行、地域生活を営む能力の向上を目的にサービス期間を一年六カ月に限定される。
- ・利用対象者は身体障害者。
- ・サービス提供時間は、営業日の営業時間内の一～二時間程度が想定される。
- ・但し、この事業には、原則として給食のサービスと送迎のサービスを提供しないことが特記事項として付け加えられる。

資料：2006年8月、障害者福祉センターのデイサービス事業利用時の配布資料

その1つは、中・高齢身体障害者に限らず、心身障害児・者共に関係する次のことです。

障害者自立支援法が創設された後、従来福祉施設で実施されてきたデイサービス事業が（多機能型）生活介護と自立訓練(機能訓練)の二つに分離されます。

前者の（多機能型）生活介護は、従来デイサービスで1日を通じて行われていたサービスが、『常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定める者につき、主として昼間において、障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設において行われる入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する「生活介護」』に変わり、後者の自立訓練(機能訓練)は、従来午前、あるいは、午後の数時間行われていた機能訓練が、『障害者につき、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、厚生労働省令で定める期間にわたり、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する「自立訓練」』に変わりました。

後者は従来の事業内容の内の機能訓練が特化した内容になり、サービス期間が1年6月に限定され、サービス提供時間が1～2時間程度に限定され、原則として送迎のサービスの提供がないことが特記事項として付け加えられるなど、極めて利用が限られます。

2つは、中・高齢身体障害者のみに関係する次のことです。

近年日本では老人医療と老人福祉の連携の下、高齢者の介護に関して介護保険法に基づく介護保険制度に統一されましたが、中・高齢障害者の医療と福祉についても障害者の介護に関して介護保険法のしくみに統一されることになりました。

そこで、障害福祉サービスに係る給付に関して次の2点で障害児と障害者との間に差異が生じることになりました。

1点目は、従来のデイサービスが廃止されて生活介護と自立訓練に分離したことに関連することですが、『障害児につき、児童福祉法第四十三条の三に規定する肢体不自由児施設その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する「児童デイサービス」』が設けられ、従来障害者と障害児が共に利用してきたデイサービス事業が変わりました。

また、障害者自立支援法において自立訓練(機能訓練)の対象となる身体障害者は、介護保険の対象となる年齢に達すると、要介護・要支援の高齢者が利用する通所リハビリテー

ションで介護給付を必要とする高齢者としてリハビリテーションをうけることになり、障害者自立支援法における自立支援給付を必要とする障害者として自立訓練（機能訓練）給付を受ける機会を失いました^{注4)}。

また、これは介護保険の第2被保険者の40～64歳までの身体障害者についても同様です。

⑥介護福祉サービスが障害者福祉サービスに優先する政策決定の過程で示された『適用・給付関係等に関する通知』、あるいは、助言

1970年代には中・高齢身体障害者が増加し、わが国の身体障害者に中・高齢身体障害者のタイプが発生しました。

そして、わが国ではその後高齢者に対する在宅福祉重視の施策展開の際、障害者についても在宅福祉重視策がとられ、さらに、障害者自立支援法創設後は、法第7条（他の法令による給付との調整）の規定により、介護給付が自立支援給付に優先すること、具体的には、介護福祉サービスが障害者福祉サービスに優先することになりました。^{（注4）}

このため、中・高齢身体障害者は社会生活における自立支援の機会を失い、更に、リハビリテーションに関して障害者に適した自立訓練を利用できない事態に陥りました。

また、例えば、障害者デイサービスでは入浴における『同性介助』が契約に明記されていますが、介護福祉サービスの老人デイサービスや通所リハビリテーション（デイケア）ではそれが無いなど、中・高齢身体障害者は、これまで享受してきた『性別を有する』人間としての尊厳や『社会生活を営む』人間としての特性から退けられる事態に陥りました。

そして、このような介護福祉サービスが障害者福祉サービスに優先する政策が決定される過程において、身体障害者デイサービス事業と老人デイサービス事業の利用に対する通知、あるいは、助言が出され、1時期、デイサービス事業の利用に関して身体障害者の利用に対する配慮が行われたことがあります。

例えば、介護保険法創設前の平成3年度厚生白書には『在宅の「身体障害者デイサービス事業」については、身体障害者デイサービス事業と老人デイサービス事業において、それぞれの対象者が事業を相互に利用できるよう、制度を改善した。』^{（注5）}と、また、介護保険法が施行された平成12年には『障害者施策で行われている身体障害者デイサービス事業にあっては障害者に固有のサービスの利用を認めても差し支えない。』^{（注6）}など、障害者の利用に対する配慮が行われ、更に、障害者自立支援法創設後には、『市町村は、個別のケースに応じて、適切に支給決定すること。』^{（注7）}と、市町村の判断にゆだねることが明記されます。

しかし、これらの配慮はついには、平成12年の『身体障害者デイサービス事業の固有のサービスの利用に対する配慮』が廃止^{（注8）}されることで終わりを告げます。

⑦ 介護保険法改正後の維持期の地域リハビリテーションの支援強化と福祉マンパワー

の育成・強化及び介護事業所の評価

A. 診療報酬改定及び介護報酬改定による維持期の地域リハビリテーションの支援強化

介護保険法施行後の平成13年には、「地域リハビリテーション」が提唱され、2006年の診療報酬改定及び介護報酬改定後は『切れ目のないリハビリテーションの推進・医療と介護のリハビリテーションの連携強化』のために医療保険と介護保険の役割分担の明確化が検討され、その具体策として、『医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであること。』が定められました。^(注9)

この時、『医療保険において急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーション』を行う者は主に身体機能障害及び内部機能障害を有する身体障害者であり、年齢が高齢の場合は中・高齢身体障害者です。

また、維持期のリハビリテーションにおける支援の対象は主に急性期及び回復期のリハビリテーションを受けた者であることが想定されていることから、『介護保険において維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーション』を行う者もまた、身体機能障害及び内部機能障害を有する身体障害者であり、年齢が40歳以上の場合は中・高齢身体障害者です。

以上を根拠にすると、医療保険と介護保険の役割分担を明確化する意図から定められた維持期のリハビリテーションは、主に、中・高齢身体障害者を対象にしているということです。

そして、脳卒中（脳血管障害）のリハビリテーションを例に以下の表をみると、『急性期リハビリテーションは疾患、リスク管理に重点を置きつつ、廃用症候群^(注10)の予防と日常生活の動作を中心とした訓練を行う。回復期リハビリテーションは疾患やリスク管理に留意しつつ、障害に関する予後の予測を行う。積極的で集中的なリハビリテーションを行い、機能障害・能力障害を最大限に回復・改善させることをめざす。さらに自宅などの環境整備や、試験外泊なども実施する。維持期リハビリテーションは上記以降で、回復期リハビリテーションが終了し、できるようになった家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続を支援する。』^(注11)とされていることから、維持期のリハビリテーションは回復期リハビリテーションで得た家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続が主目的になることが判ります。（参考 2-14 診療報酬改定等に際してリハビリを評価する記録及び表 1-4 リハビリテーションの種類とその内容 参照）

表 1-4 リハビリテーションの種類とその内容

	期間	実施内容	提供方法
急性期 リハビリテーション	発作後約1ヵ月	疾患、リスク管理に重点を置きつつ、廃用症候群の予防と日常生活の動作を中心とした訓練を行う	入院
回復期 リハビリテーション	発作後約6ヵ月	疾患やリスク管理に留意しつつ、障害に関する予後の予測を行う。積極的に集中的なリハビリテーションを行い、機能障害・能力障害を最大限に回復・改善させることをめざす。さらに自宅などの環境整備や、試験外泊なども実施する	入院、通院
維持期 リハビリテーション	上記以降	回復期リハビリテーションが終了し、できるようになった家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続を支援する	居宅（訪問、通所、通院）施設（入院、入所）

出典：『脳梗塞とはどんな病気？』、編著：Evidenceに基づく日本人脳梗塞患者の医療ガイドライン策定に関する研究班発行：社団法人 日本脳卒中協会、『脳梗塞とはどんな病気？』、第14章 脳梗塞後遺症患者の在宅介護・社会システム、北海道大学大学院医学研究科リハビリテーション医学：眞野行生、松尾雄一郎、表1 リハビリテーションの種類とその内容

B. 介護福祉に関わるマンパワーの育成・強化、介護事業所における雇用の増加

介護需要が増大したこの時期の高齢者等福祉政策に社会福祉に携わる人材（マンパワー）に関連する記録が度々登場します。（参考2-13 福祉を担うマンパワーの記録 参照）

1963年には、日本リハビリテーション医学会が発足し、1965年には、理学療法士及び作業療法士法が制定され、1966年には、第1回理学療法士・作業療法士国家試験が行われたことは前に述べましたが、その後、1971年には、視能訓練士法が、1987年には、「社会福祉士及び介護福祉士法」が、1997年には、言語聴覚士法が制定されるなど、概ね1990年代までには、従来の医師、看護婦に加え、社会福祉に携わるマンパワーが整備されます。

平成3年白書には、「保健医療・福祉マンパワー対策本部」が設置され、緊急に講ずべき対策等を中心に検討が行われ、その中間報告として、『特に、理学療法士(PT)及び作業療法士(OT)については、今後十か年戦略の推進等によるリハビリテーションの需要の増加に伴い、養成的強化することが必要』と、また、平成5年白書には、『質の高い介護福祉士及び社会福祉士の養成・確保に努める目的で介護福祉士及び社会福祉士資格の取得を目指す学生に対し、修学資金の貸付けに行う「介護福祉士等修学資金貸付事業」を平成5年度に創設すること』が記録されるなど1990年代は人材確保のほか人材育成のための施策がとられます。

2000年代に入ると、福祉人材の質の向上、福祉サービスを担う様々な主体の高い技術や質を求める目的でそれら主体の学習支援や資格試験の見直しなどの施策がとられます。

また、医療保険の見直しのための医療報酬等の改正に当たり、福祉人材を育成し、あるいは、福祉に従事する人材やそれらを優遇する事業所等を評価することが盛り込まれ、福祉マンパワーの育成・強化に資する医療報酬等に係る対策が実施されます。

C. 居宅サービス、施設サービス、介護予防サービスに係る施設並びに事業所及び介護福祉関連の人材の増加

介護保険法の施行に伴い、医療法人等が運営する介護サービス事業所が増えるとともに、

介護支援専門員のほか、社会福祉士・介護福祉士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護訪問員など、介護福祉関連の人材が増加します。

2-3-6 高齢者医療費の増加への対応

1980年代、わが国では成人病の治療とこれらの疾病が完治した後も退院できずに病院に留まる高齢者がベッドを占有して病院本来の業務が滞る、いわゆる、『社会的入院』が問題になります。

そして、この『社会的入院』の問題に対して、特に、医療分野で高齢者医療費の増加に対応したのが高齢者医療保険のしくみの見直しです。

① 高齢者医療費の増加

昭和59年白書には、『治療に多くの時間と手間を要する成人病が増加し、また、病気になりやすく治療に長期間を要する高齢者が増えたため医療費が増加している。』ことが記録され、具体的には、『疾病構造の変化』として、『成人病は政管健保被保険者の医療費でみると、昭和40年において入院で12.5%、入院外で10.3%を占めていたが、昭和58年には入院で39.3%、入院外で26.9%を占めるに至っている。』こと、『人口の高齢化』として、『65歳以上の者の1人当たり医療費はそれ以外の約4.5倍となっている。また、昭和50年度から昭和57年度までの医療費の増加のうち、65歳以上の者の医療費が45.2%を占めている。』ことが記録されます。

また、平成元年には、『医療費の現状』として、『①61年度及び62年度には再び国民所得の伸びを超える伸びを示しており、62年度には18兆759億円(対前年度5.9%増、対国民所得比6.6%)に達している。②老人医療費は過去15年間に約12倍に増大し、昭和62年度においては4兆8,309億円(対前年度8.9%増)、国民医療費の4分の1強(26.7%)にまで増加している。』ことが、平成4年白書には、『医療費の内訳』として、『老人医療費は、平成2年度には5兆9,269億円となり、昭和48年度の約14倍に増大し、平成4年度には約7兆円に達するものと見込まれている。さらに平成12年度には16兆円にもなるものと推計されている。』ことが、平成11年白書には、『医療費の増加、(増大する医療費)、(老人医療費の増大)』として、『①現役世代の被保険者や事業主がその大半を負担する老人保健拠出金と、国や地方公共団体の負担金とで賄われているが、この拠出金の負担が年々増大し、各医療保険者の財政運営の圧迫要因になっている。②各医療保険者の支出の約3割は老人保健拠出金として老人医療のために支出されている。現役世代のサラリーマンから見ると、サラリーマン自身の医療保険料のうち約3割(退職者拠出金も含めると約4割)は、老人保健拠出金として老人医療のために使用されており、その額も

保険料に占める割合も増大し続けている。』ことが記録されるなど、国民健康保険から高齢者医療費を拠出することに対する問題が記録されます。

さらに、平成 19 年白書には、医療費の増加に対応するため、『今後の医療政策の検討の方向性』として、『①短期的な医療費適正化対策に加え、国民・患者の視点に立って、生活習慣病対策、良質かつ効率的な医療提供体制の確立に努める中で、中長期を見据えた医療費適正化を推進することが求められている。②具体的には、生活習慣病の有病者・予備群を減らすとともに、入院期間を短縮し病院から早く家庭や地域に戻れるようにし、国民の生活の質（QOL）を確保・向上しつつ、結果として医療費適正化に資するという、中長期的な対策を講ずることが求められている。③また、今後、後期高齢者が大幅に増加していく中、家族による看護や介護が難しい高齢者世帯や認知症高齢者の増加、終末期医療の在り方も視野に入れつつ、患者の視点に立った医療提供の在り方を考える必要がある。』と記録されます。（参考 2-15 参照）

② 高齢者専用の医療保険制度と生活習慣病予防を意図する医療保健のしくみの創設

a. 老人福祉元年

わが国では現在、『労働者の業務外の事由による疾病、負傷若しくは死亡又は出産及びその被扶養者の疾病、負傷、死亡又は出産に関して保険給付を行い、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする』健康保険制度があります。

わが国の最初の健康保険制度は、第一次世界大戦以後の 1922 年（健康保険法：大正十一年四月二十二日法律第七十号）に制定され、1927 年（昭和 2 年）に施行されました。

この制度の元は鉱山労働などの危険な事業に就く労働者の組合から始まったものですが、多くの国民がその恩恵を受けるのは、市町村などが運営する国民健康保険制度が整備されて“国民皆保険”が達成された 1961 年（昭和 36 年）頃からです。

しかし、この時期次第に高齢者の医療費負担が問題となったことから、わが国では、『老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もつて老人の福祉を図ることを目的とする』老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）が制定されます。

その後、1969 年代以降には医療費増加に対する検討が引き続き行われます。

この結果、1972 年には老人医療費支給制度が創設されます。

これは、医療費の自己負担能力の十分でない老人に対し、福祉の措置の一環として経済給付を行うものであり、老人福祉法の中の「福祉の措置」の一環として位置づけられます。

また、1973 年には老人医療費無料化と高額療養費支給制度が導入されます。

なお、老人福祉法（昭和三十八年七月十一日法律第百三十三号）が制定され、この法律に基づき特別養護老人ホームが創設され、家庭奉仕員《ホームヘルパー》が法制化された

1960年代がわが国における『高齢者等福祉政策の始まりである』と前に述べましたが、老人医療費無料化と高額療養費支給制度の導入など老人医療費の対策を中心にした施策と年金給付額の大幅な引き上げなどが行われた1973年は、「福祉元年」と称することが可能となりました。

しかし、1974年にオイルショックに見舞われると、「福祉元年」から出発した福祉国家への道は1年で終わりを告げました。

b. 老人保健法の制定

高齢化の急激な進展はさらに、急激な老人医療費の増大を伴うことになり、1982年に、『国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もつて国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする。』老人保健法（昭和57年8月17日法律第80号）が制定されて老人医療費の一定額負担等が導入され、無料化は10年足らずで終止符を打ちます。

1983年（昭和58年）2月に導入されたときには、高齢者の自己負担は外来1ヶ月400円、入院1日300円（2ヶ月限度）とする定額負担に、また、1986年から老人医療自己負担金額の見直しが行われ、1987年（昭和62年）1月からは高齢者の自己負担を外来1ヶ月800円、入院1日400円（2ヶ月限度）となります。

c. 老人保健法の題名改正と高齢者独自の医療保険制度の創設

2002年10月、老人医療自己負担が1割負担に定率化されるなど、高齢者医療費の増大に対する対策が次々に行われます。

そして、介護保険法施行後となりますが、このような老人医療費の一定額負担等の導入も急激な高齢化や生活習慣病の増加に伴う高齢者医療費の増大には対応しきれず、これまで実施してきた国民健康保険から支出する方法に破綻をきたすようになったことから、2008年4月1日、75歳以上の者と後期高齢者医療広域連合が認定した65歳以上の障害者を対象に高齢者等の医療費を他の健康保険と独立させる後期高齢者医療保険制度^(注12)（ただし、生活保護受給者を除く）が高齢者等医療費の増大の対応策として登場します。

なお、前述の老人保健法は健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年6月21日法律第83号）第7条の規定により、2008年4月1日に、『国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もつて国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。』高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年8月17日

法律第 80 号) に題名改正を含む大幅な改正が行われます。

d. 特定健康診査（通称：メタボ検診）・特定保健指導の開始

2008年4月1日から「老人保健法」改め「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年8月17日法律第80号）」が施行されて、75歳以上の老人医療はこの法律が定める後期高齢者医療制度へ、保健事業は健康増進法へ移行するとともに、新たに40歳以上の者を対象としたメタボリック症候群^(注13)に対応するための『特定健康診査（通称：メタボ検診）・特定保健指導^(注14)』を実施する制度へと移行しました。

表 1-5 自立支援法施行以降の障害者福祉センターの事業内容*

事業名	生活介護	自立訓練(機能訓練)
事業内容	一 食事・入浴・排泄等の介助 日常生活上の支援(食事は希望者に限る)	一 自立訓練(機能訓練)計画の作成
	二 軽作業等の生産活動や創作的活動の機会の提供	二 理学療法士や作業療法などの身体機能のリハビリテーション
	三 前2号を通じた身体能力、日常生活活動の維持・向上のための支援	三 歩行訓練、コミュニケーションや家事等の訓練
	四 その他利用者の支援に関すること	四 日常生活上の相談支援
		五 二～五を通じて、地域生活への移行、地域生活を営む能力の向上を目的として、サービス期間(1年6ヶ月)を限定し、事業所への通所、自宅への訪問等を組み合わせて、必要な訓練等を実施するものとする。
職員構成	管理者、サービス管理責任者、医師、看護師、指導員、介護職員	管理者、サービス管理責任者、理学療法士、看護師、指導員
利用対象者	身体障害者、知的障害者 * 常時介護が必要な障害者であつて、次のいずれかに該当するもの 一 障害程度区分が区分3(あわせて施設入所を利用する場合は、区分4以上 であること) 二 年齢が50歳以上で、障害程度区分2で施設入所を利用する場合は、区分2)	身体障害者
定員	生活介護・自立訓練(機能訓練)を併せて20名程度	生活介護・自立訓練(機能訓練)を併せて20名程度
営業日・営業時間	一 月曜から金曜日 ただし、12月29日から、1月3日までと国民の祝日を除く	一 月曜から金曜日 ただし、12月29日から、1月3日までと国民の祝日を除く
	二 午前9時から午後4時まで	二 午前9時から午後4時まで
	三 サービス提供時間 10時15分～午後3時	三 サービス提供時間 1時間～2時間程度を想定
利用料・その他サービスに関わる費用	一 法第29条第3項の規定により算定された介護給付費の額に10分の1を乗じて得た額の支払いを受ける。	法第29条第3項の規定により算定された訓練給付費の額に10分の1を乗じて得た額の支払いを受ける。
	二 昼食の提供に要する費用	
	三 入浴に要する費用	
	四 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要した交通費(実費)	
	五 その他の費用(創作的活動材料費、野外活動施設利用料、外食日等実費)	
特記事項		一 原則として、給食のサービスを提供しない。
		二 原則として、送迎のサービスを提供しない。
*:2006年9月11日説明資料より。		

表 1-6 高齢者等*に関する医療・福祉政策の推移—1960年代～2000年代

年代及び高齢者等の状況	高齢化率	主な政策
1960年代 成人病時代の幕開け 老人医療、福祉制度の基盤づくり 高齢者福祉政策の始まり	5.7% (1960年)	1960年 自営業者等を対象とする旧国民年金制度発足 1960年 精神薄弱者福祉法 1960年 障害者の雇用の促進等に関する法律 1963年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホーム創設 ◇家庭奉仕員《ホームヘルパー》法制化 1963年 日本リハビリテーション医学会発足 1965年 理学療法士及び作業療法士法制定 1966年 第1回理学療法士・作業療法士国家試験
1970年代 人口構造の高齢化 有吉佐和子著：『恍惚の人』 (1972年) ねたきり老人、一人暮らし老人の増加 老人医療費の増大	7.1% (1970年)	1970年 心身障害者対策基本法制定、施行 1971年 視能訓練士法制定 1972年 老人医療費支給制度創設 1973年 老人医療費無料化 1973年 高額療養費支給制度導入
1980年代 社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化 ○1980年世界保健デー：「喫煙か健康か選ぶのはあなた」 ○1981年国際連合：「国際障害者年」 長寿化の進展、超高齢社会の到来 痴呆性老人問題 要介護老人の増加と高齢化する家族	9.1% (1980年)	1982年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担等の導入 1983年 「対がん10か年総合戦略」：がん対策関係閣僚会議策定 1986年 「長寿社会対策大綱」策定 1987年 痴呆性老人専門家会議発足 1987年 精神衛生法改正名前も「精神保健法」と改正 1987年 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定 1989年 ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 後期高齢者の増大 介護保険制度の導入準備 「生活習慣病」：新たな概念の導入 癌を除く生活習慣病による死亡率の低下	12% (1990年)	1990年 福祉8法改正（福祉サービスの市町村への一元化） 1994年 「ねたきり老人ゼロ作戦」平成2年度から展開 1994年 新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇在宅福祉の充実 1991年 老人保健法の改正（公費負担の見直し） 1991年 心筋梗塞リハビリテーションマニュアル作成 1993年 心身障害者対策基本法改正：「心身障害者対策基本法」を「障害者基本法」に改める 1993年 「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」成立 1994年 新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇在宅福祉の充実 1994年 年金改正 1994年 地域保健法の成立 1995年 高齢社会対策基本法成立 1995年 「精神保健法」を「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改める 1996年 連立与党3党政策合意 1996年12月18日 生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申） 1997年 言語聴覚士法制定 1997年 介護保険法成立 1999年 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律」成立
2000年代 介護保険制度の実施 医療・福祉の一元化 痴呆から認知症へ（名称の変更）	17.3% (2000年)	2000年 介護保険施行 2000年 成年後見制度発足 2000年 社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律成立 2003年 「支援費制度」導入 2004年 年金制度改正 2005年 障害者自立支援法制定：2006年施行 2005年 介護保険法の一部改正 2006年 医療制度改革 2007年 「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案」成立、同年12月5日一部施行 2008年 後期高齢者医療保険制度スタート 2008年 特定健康診査・特定保健指導スタート 2008年 介護保険法の一部改正 2008年 「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案」成立
2010年代	23.01% (2010年)	20113年「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法」：「地域包括ケアシステム」の実現

*：高齢者及び障害者を示します。

資料：人口動態調査、身体障害児・者実態調査、厚生白書・厚生労働白書

3. 高齢者等のために地域で働く人が増加した背景のまとめ

高齢者等のために地域で働く人が増加した背景の1つは長きにわたる成人病時代と人口構造の急激な高齢化により、事故や疾病を原因とする後天的な障害を有する40歳以上の身体障害者（ここで呼称した『中・高齢身体障害者』）の自立支援需要とその増加が、とりわけ、その約5割強を占める肢体不自由のリハビリテーション需要とその増加があり、さらに、脳卒中、心臓病などの症状を有する身体障害者がその効果的な対策がないまま慢性患者として放置された結果生じた寝たきり、痴呆症等障害を有する高齢者の介護需要とその増加があります。

そして、介護保険法及び障害者自立支援法創設前の平成8年には、約270万人近くの中・高齢身体障害と約150万人近くの肢体不自由の自立支援需要が、また、その代表としてリハビリテーション需要が、さらに、200万人(1993年)寝たきり・痴呆性・虚弱等要介護の高齢者が存在しました。(図1-22 参照)

背景の2つは、1950年代後半から2010年代前半の長きにわたる成人病時代に行われた在宅福祉重視の高齢者等福祉政策です。

わが国における高齢者等福祉政策の始まりは、老人福祉法（昭和三十八年七月十一日法律第百三十三号）制定された1960年代です。

背景となる長きにわたる成人病時代の高齢者等福祉政策の特徴をまとめると、①死亡数、身体障害者、中・高齢身体障害者の増加を生んだ原因解明の遅れ、②寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の増加を生んだ成人病対策の不備・不足、③中・高齢身体障害者及び寝たきりや痴呆性等障害を有する高齢者の増加を生んだリハビリテーション対策の不備・不足、④脳卒中、心臓病など症状が安定した患者を放置した後に発生した寝たきりや認知症等障害を有する高齢者など要介護者を優先する在宅福祉重視の高齢者等福祉政策、⑤介護保険改正後の維持期の地域リハビリテーションの支援強化と福祉マンパワーの育成・介護事業所の評価、⑥医療保険のしくみの見直しなどとなります。

④の在宅福祉重視の高齢者等福祉政策について詳しく見ると、ゴールドプラン及び新ゴールドプランが作成された時期に、「在宅」については『老後に日常生活が不自由になった場合の対応』として施設か、在宅かの2者択一の選択肢の中から高齢者が希望したことが、また、「在宅福祉策」については寝たきりや認知症等障害を有する高齢者、要介護者の増加』という介護サービスの緊急性への対応としてその戦略を根拠に登場したことが、更に、『住み慣れた地域』を対象とすることについては実施主体である市町村が身近な地域にあり、きめ細かいサービスが可能であるということなどが根拠になっています。

この在宅福祉重視策はその後、『介護の社会化』へとつながられ、「寝たきりや痴呆等障害を有する高齢者を優先する』政策、具体的には医療と福祉が連携した介護保険法及び介護保険事業を中心とする在宅福祉重視の高齢者福祉策へ引き継がれ、また、障害者に対

しても在宅福祉重視の障害者福祉策が適用されます。

この過程で、障害者デイサービスを老人デイサービスに適用することで高齢者福祉を障害者福祉に優先する方向が進められ、障害者自立支援法創設後は介護給付が自立支援給付に優先することが定められ、中・高齢の障害者には障害者福祉サービスにおける自立支援の縮小及び廃止が、また、中・高齢身体障害者には自立支援の低下が生じました。例えば、後者については中・高齢身体障害者が身体障害者として従来受けてきた障害者福祉の支援対象から介護福祉の支援対象に変わることになり、障害者としての自立訓練（機能訓練）の機会を失うなどのことがありました。

なお、介護保険法は居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービスに係る施設並びに事業所及び介護福祉関連の人材を増加させました。

そして、このような2つの背景は地域で働く人とその機会を増加させ、また、その働き方に影響を及ぼすことになります。

（注1）1996年の『生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）』によると、成人病とは、昭和30年代に「主として、脳卒中、がん、心臓病などの40歳前後から死亡率が高くなり、しかも全死因の中でも上位を占め、40-60歳くらいの働き盛りに多い疾病」として、加齢と共に罹患の危険が大きくなるという視点から行政的に提唱された。」ものですが、「・・・成人病の発症には生活習慣が深く関与していることが明らかになっており、・・・、新たに、生活習慣に着目した疾病概念を導入し、・・・」とあり、『「生活習慣病」という概念の導入が適当であること及び今後の疾病対策における検討課題を示したところである。』との報告があり、1996年以降成人病は生活習慣病に改められました。

なお、改めてまとめると、生活習慣病とは糖尿病（1型糖尿病を除く）・脂質異常症（家族性脂質異常症を除く）・高血圧・高尿酸血症など生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称です。

注2）『65歳以上の者の子との同居率は、昭和35年が81.6%、昭和48年が74.2%、昭和57年が68.0%となっている（昭和35年は厚生省統計情報部「高齢者実態調査」、昭和48年は厚生省社会局「老人実態調査」、昭和57年は厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」による）。

総理府「社会福祉に関する世論調査（昭和57年10月調査）」によると、老後は子供と「同居した方がよい」と答えた者は56%であり、この率は年齢とともに高くなり、70歳以上では73%にも達する。』

資料：昭和58年厚生白書、本編、第6章 国民生活と福祉、第1節 福祉を取り巻く潮流、1 家庭と福祉

注3）『我が国の老人や障害者の大多数は、施設ではなく、それぞれの家庭において生活を営んでいる。例えば、65歳以上の老人1,100万人以上のうち、特別養護老人ホーム等の老人福祉施設に入所している者は19万人ほどにすぎない。200万人以上と推計される身体障害者についても、身体障害者更生援護施設に入所している者は2万7千人ほどである。住み慣れた家庭や地域の中で、家族や隣人との人間的なふれあいをもって生活することは、自然で望ましいことであると考えられる。現に在宅老人の9割以上は家

族との人間関係に満足しており、近所づきあいについても、多数の者が近所の人と親しくつきあい、近所づきあいについて満足感を表明している（総務庁「老後生活の心理面に関する調査（昭和 58 年）」）。

一方、日常生活に介護の必要な老人の福祉サービスに対するニーズをみても、老人ホーム等への入所希望は 5.8%であるが、家庭奉仕員派遣事業(23.3%)や日常生活用具給付等事業(18.3%)、ねたきり老人短期保護事業(16.2%)といった在宅の者に対する福祉サービスへのニーズが強いことがわかる（厚生省社会局「老人実態調査（昭和 57 年）」）。』

資料：昭和 59 年厚生白書、本編、第 3 章 拡大する福祉ニーズへの対応、第 2 節 地域社会に根づく福祉、2 在宅福祉の充実

① このことについては、以下の資料に次のように記載されています。

① 障害者自立支援法、『法第 7 条の他の法令による給付との調整規定』とは、障害者自立支援法（他の法令による給付との調整）第 7 条の『自立支援給付は、当該障害の状態につき、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）の規定による介護給付、健康保険法（大正十一年法律第七十号）の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付であって政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受けることができるときは政令で定める限度において、当該政令で定める給付以外の給付であって国又は地方公共団体の負担において自立支援給付に相当するものが行われたときはその限度において、行わない。』というものである。

資料：障害者自立支援法（他の法令による給付との調整）第 7 条

②『介護給付費等と介護保険制度との適用関係等について』

（2）介護給付費等と介護保険制度との適用関係

介護保険の被保険者である 65 歳以上の障害者が要介護状態又は要支援状態となった場合（40 歳以上 65 歳未満の者の場合は、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身上の変化に起因する特定疾病によって生じた場合）には、要介護認定等を受け、介護保険法の規定による保険給付を受けることができる。

その際、自立支援給付については、法第 7 条の他の法令による給付との調整規定に基づき、介護保険法の規定による保険給付が優先されることとなるが、介護給付費等の支給決定を行う際の介護保険制度との適用関係の基本的な考え方は以下のとおりであるので、市町村は、介護保険の被保険者（受給者）である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付を受けることが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること。

資料：障企発第 0328002 号、障障発第 0328002 号、平成 19 年 3 月 28 日

注 5) このことについては、以下の資料に次の様に記載されています。（後掲の参考 2-12 に同じ。）

『身体障害者デイサービス事業と老人デイサービス事業における事業制度の選択に関する記録』については、次の通知がそれに該当します。

在宅の身体障害者に対する「ホームヘルプサービス事業」について、高齢者保健福祉推進十か年戦略に基づき、高齢者施策と併せて充実させた。また、「身体障害者デイサービス事業」については、身体障害者デイサービス事業と老人デイサービス事業において、それぞれの対象者が事業を相互に利用できるよう、制度を改善した。

資料：平成 3 年度厚生白書、第 1 編、第 3 部 厚生行政の動き、第 1 章 保健医療・福祉サービスの総合的な展開、第 5 節 障害者対策、2 身体障害者に対する施策、(1) 在宅サービスの充実

（注 6）このことについては以下の資料に、次の様に記載されています。

『（2）デイサービス（通所介護）、1. 適用・給付関係について』次の通知がそれに該当します。

デイサービスについては、65 歳以上（特定疾病による場合は、40 歳以上 65 歳未満）の障害者が要介護又は要支援の状態となった場合は、要介護認定等を受け、介護保険の保険給付としてデイサービス

を受けることとなる。

ただし、障害者施策で行われている身体障害者デイサービス事業にあつては社会適応訓練及び創作的活動、知的障害者デイサービス事業にあつては社会適応訓練及び文化的活動といった、障害者に固有のサービスを提供していることから、例えば、特定疾病による障害を有する40歳以上65歳未満の障害者や65歳以前から引き続いて障害者施策で実施されているデイサービスを受ける者等が、こうしたサービスを希望し、これらの固有のサービスの提供が必要であると認められる場合には、当該サービスにおいて給食や入浴といった介護保険の通所介護（デイサービス）と共通する部分があったとしても、社会適応訓練等と給食等を一体として障害者デイサービスとして利用を認めて差し支えない。ただし、介護保険の通所介護（デイサービス）と障害者デイサービスを併せて利用する場合には、障害者デイサービスの提供に当たっては、介護保険の通所介護（デイサービス）の利用実績も考慮の上、障害者デイサービスの提供の必要性や内容の決定を行われたい。

なお、平成12年度から実施することとしている訪問入浴サービスについては、障害者施策と介護保険とで共通するサービスであるため、介護保険の保険給付が優先されることとなる。

資料：平成12年障企第16号、障障第8号、平成12年3月24日

注7) このことについては、以下の資料に次の様に記載されています。

『障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について』

1. 自立支援給付と介護保険制度との適用関係等の基本的な考え方について

(2) 介護給付費等と介護保険制度との適用関係

介護保険の被保険者である65歳以上の障害者が要介護状態又は要支援状態となった場合（40歳以上65歳未満の者の場合は、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身上の変化に起因する特定疾病によって生じた場合）には、要介護認定等を受け、介護保険法の規定による保険給付を受けることができる。

その際、自立支援給付については、法第7条の他の法令による給付との調整規定に基づき、介護保険法の規定による保険給付が優先されることとなるが、介護給付費等の支給決定を行う際の介護保険制度との適用関係の基本的な考え方は以下のとおりであるので、市町村は、介護保険の被保険者（受給者）である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付を受けることが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること。

資料：障企発第0328002号、障障発第0328002号、平成19年3月28日

注8) このことについては、以下の資料に次の様に記載されています。

『障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について』

障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に基づく自立支援給付（以下「自立支援給付」という。）については、法第7条の他の法令による給付との調整規定に基づき、介護保険法（平成9年法律第123号）の規定による保険給付が優先されることとなる。このうち、介護給付費等（法第19条第1項に規定する介護給付費等をいう。以下同じ。）の支給決定及び補装具費の支給に係る認定を行う際の介護保険制度との適用関係等についての考え方は次のとおりであるので、御了知の上、管内市町村、関係団体及び関係機関等に周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏のないようにされたい。

本通知の施行に伴い、平成12年3月24日障企第16号・障障第8号厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長連名通知「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」は廃止する。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添える。

資料：障企発第0328002号、障障発第0328002号、平成19年3月28日

（注9）このことは、以下の資料の『記：1 見直しの趣旨等 (3)』に次の様に示されています。

『(3) 医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであること。』

資料：「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」（老老発第1225003号 保医発第1225001号 平成18年12月25日）

（注10）廃用症候群とは、病気やけがなどの原因で、長い間身体を動かさないために筋肉が委縮し臓器の機能が低下する病態です。

出典：広辞苑・第六版、『廃用症候群』

（注11）『脳梗塞とはどんな病気？』、編著：Evidenceに基づく日本人脳梗塞患者の医療ガイドライン策定に関する研究班、発行：社団法人 日本脳卒中協会

（注12）高齢者医療制度については、今後見直されることが平成22年の厚生白書に記録されています。『2009（平成21）年11月に、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」が開催された。改革会議においては、検討に当たっての基本的な考え方として、「後期高齢者医療制度は廃止する」、「マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する」、「後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする」、「市町村国保などの負担増に十分配慮する」、「高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする」、「市町村国保の広域化につながる見直しを行う」といった6原則が示され、この原則に基づき検討が進められている。』

（注13）シンドロームとは症候群のこと。
メタボリックシンドロームとはメタボリック症候群のこと。
メタボリック症候群とは、内臓脂肪型肥満に加え、高血糖、高血圧症、脂質異常症のうち、2つを合併した症状です。動脈硬化の危険因子として注目される。内臓脂肪症候群。

『シンドローム』及び『メタボリック症候群』については、**出典：**広辞苑・第六版
（注14）老人保健法改め高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年8月17日法律第80号）第18条で、「厚生労働大臣は、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を定めるものとする」という規定があり、その中で「特定健康診査とは糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。」「特定保健指導とは特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。」との説明があります。

また、特定健康診査とは、法第二十条で、「保険者が、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、行うものとする」と、また、特定保健指導とは、第二十四条で、「保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、特定保健指導を行うものとする。」と定められています。

第2章 高齢者等のために地域で働く人の実際

高齢者等のために地域で働く人が増加した背景の1つに長きにわたる成人病時代と人口構造の急激な高齢化により、事故や疾病を原因とする後天的な障害を有する40歳以上の身体障害者（ここで呼称した『中・高齢身体障害者』）の自立支援需要とその増加が、とりわけ、その約5割強を占める肢体不自由のリハビリテーション需要とその増加があり、さらに、脳卒中、心臓病などの症状を有する身体障害者がその効果的な対策がないまま慢性患者として放置された結果生じた寝たきり、痴呆症等障害を有する高齢者の介護需要とその増加がありました。

背景の2つは、1950年代後半から2010年代前半の長きにわたる成人病時代に行われた在宅福祉重視と介護の社会化による高齢者等福祉政策です。

特に、中・高齢障害者の介護保険制度への統一に伴う中・高齢身体障害者に対する自立支援の縮小及び廃止については、創設された介護保険法及び障害者自立支援法の適用に関して、中・高齢身体障害者に対する自立支援が低下したことが認められます。

また、介護保険法改正後の維持期の地域リハビリテーションの支援強化と福祉マンパワーの育成・介護事業所の評価については、介護保険法改正後診療報酬改定及び介護報酬改定により設けられた維持期の地域リハビリテーションにおいて実質的な支援対象が中・高齢身体障害者であることから、法の条文上、また、実際面で中・高齢身体障害者の支援強化が図られることになり、更に、地域では高齢者等の介護サービスのための施設が建設され、同時に高齢者等のために地域で働く機会と人が増えました。

例えば、医療分野では従来から医師や看護師が地域で働いていましたが、それらに加えて理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、また、社会福祉の分野では社会福祉士や介護福祉士が増加し、介護福祉の分野では介護支援専門員や訪問介護員が新たに誕生します。

同時に、維持期のリハビリテーション教育、理学療法士等の教育実習、事業者の雇用や、維持期のリハビリテーションのための技術・空間・設備等への要望が生じることが想定されます。

なお、地域のリハビリテーションの現場では、中・高齢身体障害者は医療保険により回復期のリハビリテーションで行ったリハビリテーションメニューを介護保険による維持期のリハビリテーションで継続できることに期待することでしょう。

1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

1-1 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士について

リハビリテーションや機能訓練の現場で高齢者や障害者がお世話になるのが理学療法士・作業療法士・言語聴覚士であり、これらは国家資格です。

理学療法士及び作業療法士法（昭和四十年六月二十九日法律第百三十七号）によると、「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいい、「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいいます。

「理学療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいい、「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいいます。

具体的な業務については、同法に次の通り定められています。

1 理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法 第三十一条第一項 及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。

2 理学療法士が、病院若しくは診療所において、又は医師の具体的な指示を受けて、理学療法として行なうマッサージについては、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律 第一条 の規定は、適用しない

3 理学療法士は、高齢者、事故などにより発生した身体機能障害の回復のためのトレーニングのみならず、脳卒中での麻痺などから、新生児の運動能力の発達の遅れ、循環器・呼吸器・内科・難病疾患等の身体的な障害を持つ人に対して、医師の指示の下、その基本的動作能力の回復を図ることを目的に、治療体操その他の運動を行わせ、電気刺激、温熱、寒冷、光線、水、マッサージなどの物理的手段を加える

また、言語聴覚士法（平成九年十二月十九日法律第百三十二号）によると、「言語聴覚士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいいます。

具体的な業務については、同法に次の通り定められています。

言語聴覚士は、保健師助産師看護師法第三十一条第一項 及び第三十二条 の規定にかかわらず、診療の補助として、医師又は歯科医師の指示の下に、嚥下訓練、人工内耳の調整その他厚生労働省令で定める行為を行うことを業とすることができる。

さらに、次のようなものとの連携等の業務があることが同法に明記されています。

1 言語聴覚士は、その業務を行うに当たっては、医師、歯科医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない。

2 言語聴覚士は、その業務を行うに当たって、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者に主治の医師又は歯科医師があるときは、その指導を受けなければならない。

3 言語聴覚士は、その業務を行うに当たっては、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者の福祉に関する業務を行う者その他の関係者との連携を保たなければならない。

1-2 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が働く場

医療分野では病院や医院などのリハビリテーション科において入院患者や外来患者のリハビリテーションを、障害福祉分野では障害者福祉サービスとして福祉センターなどにおける自立訓練を、介護福祉分野では介護給付サービスの居宅サービス（訪問サービス、通所サービス、短期入所サービス）、施設サービス、地域密着型サービスとして、また、介護予防給付サービスとして介護予防サービス（訪問サービス、通所サービス、短期入所サービス）、地域密着型介護予防サービスとして主にリハビリテーションを行います。

リハビリテーションを行う具体的な場は、介護福祉分野を例にすると、介護給付サービスの居宅サービスや介護予防サービスに共通な訪問サービスにおいては訪問リハビリテーションを、共通な通所サービスにおいては通所リハビリテーション・通所リハビリテーション(デイケア)におけるリハビリテーションを、共通な短期入所サービスにおいては短期入所生活介護や短期入所療養介護におけるリハビリテーションがあります。

介護給付サービスの地域密着型サービスにおいては小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護におけるリハビリテーションがあります。

また、介護予防給付サービスについても概ね同様です。（表 1-7 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が働く例 参照）

表 1-7 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が働く場の例

分野	サービス事業		サービスの名称	場所	
医療	入院		急性期リハビリテーション	一般病院	
			回復期リハビリテーション	リハビリ専門病院	
	外来		リハビリテーション外来	一般病院	
			リハビリテーション外来	リハビリ専門病院	
障害者福祉	障害福祉サービス		療養介護、自立訓練	病院その他の厚生労働省令で定める施設、福祉センターなど	
介護福祉	介護給付におけるサービス	居宅サービス	訪問サービス	○訪問リハビリテーション	
			通所サービス	○通所リハビリテーション	
			短期入所サービス	○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護（注1）	
				○特定施設（注2）入居者生活介護	
		地域密着型サービス		○小規模多機能型居宅介護（注3） ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
				○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設	
		施設サービス		○介護予防訪問リハビリテーション	
			通所サービス	○介護予防通所リハビリテーション	
	短期入所サービス		○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	
	地域密着型介護予防サービス		○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）		
	(注1)	介護老人保健施設、介護療養型医療施設その他の厚生労働省令で定める施設			
	(注2)	有料老人ホームその他厚生労働省令で定める施設であって、第十九項に規定する地域密着型特定施設でないものをいう			
	(注3)	その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その者の選択に基づき、その者の居宅において、又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう			

1-3 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が働く実際

ここでは、2004年に身体障害者になってから2012年現在までの8年間、この期間に私が経験した大学付属病院、リハビリ専門病院、障害者福祉センターのデイサービス事業、リハビリ専門病院が開設した通所リハビリテーション^(注1)、介護保険による通所リハビリテーション(デイケア)、訪問リハビリテーション、通所リハビリセンターの7事例を通して理学療法士・作業療法士・言語聴覚士(以下、『理学療法士等』と略称)が働く実際をご紹介します。

(注)：()内は利用期間を、また、現在とは断りのない限り2012年4月現在を示します。

なお、中央の大学病院におけるリハビリテーションは地域で受ける維持期のものではないので、ここで働く理学療法士等は急性期のリハビリテーションを行う理学療法士等の参考例として、また、リハビリ専門病院では当時近隣の複数の市町村を単位とする地域に居住する患者を対象にしており、必ずしも1市町村を単位とする身近な地域に居住する患者を対象とするものではないので、ここで働く理学療法士等は広義の『地域』に居住する患者の回復期のリハビリテーションを行う理学療法士等の例として、また、障害者福祉センターのデイサービス事業は市内全域に居住する障害者を対象にしているので、ここで働く理学療法士等は市内全域に居住する障害者の障害者福祉分野の機能訓練を行う理学療法士等の例としてご紹介します。

1-3-1 病院で働く理学療法士等

a. 急性期のリハビリテーションを行う中央の大学病院

(2000年9月、2004年7月～9月、2010年10～11月)

○リハビリテーションの内容

この病院には4回入院しました。

そして、リハビリテーションは、1回目、3回目、4回目の入院時の都合3回行いました。

リハビリテーション科外来は2000年には旧館に、2004年、2010年には新館にあったので、1回目の入院時は旧館で、2回目、3回目は新館でリハビリテーションを受けました。

入院の原因となった症状が完治した段階で医師の指示があり、理学療法士がベッドサイドに来てくれました。

ここで受けたリハビリテーションは主に次の2点です。

1点は1回目の入院時に理学療法士から受けた筋肉の訓練に関する次3つのことです。

1つは、筋繊維の習性を利用して行う『立つ』・『起きる』

2つは、顔の筋力を鍛える方法

3つは、『立位と移乗』の訓練

3つ目については、例えば、ベッドからまずしっかり立ち、次に、ベッドから車椅子

に移る、また、車椅子から立ちトイレに移る、つまり、『立位』と『移乗』の訓練です。

ベッドから車椅子に移る訓練は具体的には次の様にします。

全く一人で立てない段階では理学療法士の首に両腕を回して体重を理学療法士に預け、理学療法士に身体を支えてもらいながら、そのまましっかりと立ちます。

次に、身体を支えられたままの状態 で健常な右脚を車椅子の右側近くまで移動させて置きます。最後に理学療法士が自分の右脚を患者の麻痺側の左脚に入れてそのまま時計方向に患者の身体が車椅子と平衡になるまでゆっくりと回転させます。また、それと同時に、患者の健常な右脚を軸に患者の身体が車椅子と平衡になるまで回転させます。

すると、そのままゆっくりと車椅子に座ることができ《立位》と《移乗》が完了します。ベッドに戻る時はその逆です。

私はこのような訓練を理学療法士と共に 2～3 回行ない、その後は理学療法士の助けなしで立位ができ、また、移乗もできるようになりました。

そして、この《立位》と《移乗》ができると、病室では洗面及びトイレは概ね自立でき、また、リハビリテーション室への車椅子による移動も自力で行うことができるようになります。

2 点は 1 回目及び 3 回目の入院時に作業療法士から受けた次の 2 つのことです。

1 つは、神経障害の程度を測定して今後のビリテーションに役立てるための検査です。

具体的には、毛筆や針などで腕や指の麻痺状態を確認した後、物の大きさ、硬さや軟らかさ、温かさや冷たさ、触感などが異なる物体を対象に、目をつぶった状態で脳に記憶する作業です。

2 つは、病氣中に動かさなかった筋肉が固まって動かなくなることを防ぐ目的で行う作業療法士によるマッサージやストレッチと各種の道具を使って患者自らが行う作業です。

○その他

この病院の新館の病室の居住スペース及びその設えについてご紹介しましょう。

病室は個室、2 人部屋、共同の部屋（4 人部屋）があり、そのいずれにも病室内に洗面所とトイレ及びトイレと同室のシャワールームがあります。

b. 回復期のリハビリテーションを行うリハビリ専門病院

（2000 年 10 月、2004 年 9 月～2005 年 3 月、2010 年 11～12 月）

○運営主体及びリハビリテーションの特徴

外来に一般内科、循環器科、消化器科、小児科、神経内科、リハビリテーション科が設けられたリハビリ専門病院です。

開設は昭和 60 年 5 月であり、2012 年 4 月現在、概ね開設 28 目年目になる病院です。

開設当初から脳障害の患者に対する身体機能回復のみならず高次脳機能の改善を図ることを目標にし、その後総合リハビリテーション施設承認及び回復期リハビリ

テーション病棟承認（57床）を受け、現在は脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーションなど、多様なタイプの疾病に対応したリハビリテーションを行う回復期のリハビリテーション専門の病院であり、また、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）施設基準を有する病院です。

私は2000、2004、2010年の3回入院し、2000、2004は旧館で、2010年は新館で理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるリハビリテーションを受けました。

○リハビリテーションの内容

a. ハビリテーションの対象

リハビリテーションの対象は回復期のリハビリテーションを求めてリハビリ専門病院に入院した患者です。

患者の多くは高齢者でしたが、40～64才の人もありました。

疾患の多くは脳血管疾患や頭部外傷、脳腫瘍、脳炎などの脳損傷疾患、パーキンソン氏病や脊髄小脳変性症、多発性硬化症などの神経筋疾患、骨折、脊髄損傷、変形性関節症、慢性関節リウマチなどの骨・関節疾患、心筋梗塞、慢性閉塞性肺疾患などの呼吸循環器疾患、糖尿病などの内部代謝障害疾患、脳性麻痺などの小児疾患であり、また、これらの合併症もみられました。

b. リハビリテーション室の空間、設え等

2010年に入院した新館のリハビリテーションのための空間は、理学療法のための広いワンルームの空間とその空間の一角に設けられた作業療法及び個室タイプの数か所の言語聴覚訓練室と臨床心理士が行う心理検査などのための部屋などでした。

設えについては、理学療法の空間には低いマットとベッドの高さのマットと物理療法の設備機器としてエアロバイクが2台ありました。

また、ワンルームの一角には作業療法の1つとして行われていた洗濯物を干す作業のためのスペースがあり、また、炊事・調理のための台所設備の揃った部屋が別にありました。

病室は2階と3階にあり、寝たきり、あるいは、寝たきりでなくても食事等自立できない患者は2階、自立できる患者は3階でした。

この病院の新館の病室の居住スペース及びその設えについてみると、病室は個室、2人部屋、共同の部屋（4人部屋）があり、個室には洗面所と冷蔵庫が、2人部屋には冷蔵庫が、2人部屋と共同の部屋（4人部屋）の洗面所は廊下に、共同の部屋（4人部屋）の冷蔵庫は廊下に、個室と2人部屋と共同の部屋の外にトイレがあります

ここで働く職員は、リハビリテーションのために理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他補助スタッフがおり、ここは病院なのでリハビリテーションのために必要な職員の他に、医師、事務職員、看護師、医療ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師、義肢装具士、補助スタッフなど多数いました。

なお、ここは、介護保険事業所ではないので介護サービスはありません。

入院生活についてみると、まず、食事については、2階の患者には各部屋に運ばず、食

事の度に病室の前の廊下にテーブルが用意されてそこで行われました。

食事時にスタッフが一人一人に付くことはありませんが、数人のスタッフと看護師が見守りのために付きました。

嚥下障害の人は食事に時間がかかります。

3 回の患者には時間がかかるからといって手を貸して早く食べさせて早く片付けることは概ねしないので、時間をかければ自分で完食できる患者は時間をかけてゆっくり食べることができます。

3 階の食事は各室に、ベッドの前のテーブルに配膳されました。

大半の患者は 5～10 分ぐらいで食べて片づけるので、片付けのために職員が再三見に来ます。

入浴は自立の程度によって自立浴と集団浴がありました。

集団浴は更衣室に数人ずつ呼ばれて入りました。

浴室には 1 人ずつ入浴できる小さな浴槽が 3 つほどあり、それぞれに 1 人ずつ介助者が付いて行われました。

私は入浴当初は集団浴でしたが、退院後自立浴を予定していたので、退院間近に自立浴でシャワーのみの入浴方法を指導してもらい、数日行ってから退院することができました。

c. リハビリテーションの内容

リハビリテーションについてみると、まず、理学療法は歩行を中心に行われました。

可能な限り早期に車椅子から卒業させて歩行できるようにすること、また、痛みがない限り運動や作業を継続して行うこと、痛みがあれば薬等で痛みを和らげながらも運動や作業を継続して行うことがこのリハビリテーションの方針のようでした。

安全に歩けない人はリハビリテーション室までは車椅子で移動して訓練の順番が来るまで車椅子で待機しますが、歩行訓練時に車椅子に座ったまま過ごすことはありません。

3 回入院して受けた私が受けたリハビリテーションは理学療法・作業療法・言語訓練の 3 種類です。

理学療法は次の通りです。

2 回目の入院では歩行器から 4 点杖、その後 3 か月間に 4 点杖による歩行訓練を、また、3 回目の入院では入院前の自宅における歩行状態を回復することを目的に、歩行訓練は最初から 1 本杖で行いました。

なお、2 回目の入院時に理学療法の最後に低いマットの上で行う上下肢のストレッチの指導を受けたので、3 回目の入院時には理学療法の後にそのメニューで自主トレしました。

作業療法は次の通りです。

作業療法は麻痺側の指と腕を使う作業が中心でした。

傾斜板を使ってタオルで行う雑巾がけ作業、輪投げの道具を使って行う作業、パズルなど細かい手作業など、主に腕の筋力を鍛えることを目的に多種多様な作業を行いました。

これを 2 回目の入院時には 6 か月弱、3 回目の入院時には 2 か月行いました。

言語聴覚訓練は次の通りです。

言語聴覚訓練は主に構音訓練と嚥下訓練を行いました。

3 回の入院で構音障害と嚥下障害を 2 回生じ、言語聴覚士からリハビリテーションを 2 回受けました。

顎、頬、舌、唇の訓練、複数の呼吸方法による呼吸の訓練、発声訓練等を個室で鏡と対面して行いました。

○その他

a. 評価について

ここでは退院直前に以下に示す身体機能の測定が行われ、リハビリテーションの効果が評価されます。

参考：《退院直前に行った身体機能の測定》

退院の時期が確定すると退院後の自立した生活に必要な筋力や作業能力や記憶力や嚥下能力などを評価するために調査や測定・検定試験や家事作業の実習やレントゲンによる撮影などが行われ、それぞれの分野で入院直後との比較が行われ、リハビリテーションの効果が測定されます。

○理学療法

理学療法では歩行器、あるいは、杖による歩行の回数や速度などが測定され、入院直後のものとの比較がデータ表と共に図化されて示されます。

○作業療法

作業療法では質問形式の試験の他、男女・年齢の別なく、炊事と料理の実習の課題があります。

○言語聴覚訓練

言語聴覚訓練ではレントゲンによる食物及び水分の呑み込む、嚥下の検査が言語聴覚士及び医師と看護師の立会いの下に行われます。

私はこれを 1 回目はクリアできず、数日後に行われた 2 回目の検査でやっとクリアして、退院することができました。

○臨床心理士^(註2)による記憶力・判断力・認知に関する質問形式の検査

その中には認知症を判断する目的で最近一般的に行われている質問事項もありました。

○その他

『入浴』の所で、「退院後自立浴を予定していた。」と述べましたが、自宅で車椅子で自立して生活するためには、少なくとも住宅の居室内はバリアフリーが必要です。

それ故、この理学療法士等は退院後の住宅のバリアフリーの状況を必ず調査します。

2 回目の入院時には、必要な手すりの箇所、引き戸に改修する必要があるドア、あるいは、ドアを取り外してカーテンに改修する箇所などを自宅の図面に示してくれました。

また、浴槽に入るために必要なボード、シャワーを浴びるために必要な背もたれが付いた椅子の購入など、必要なアドバイスを受けました。

特に、参考になった個所は、寝室やトイレや浴室等に入る際、車椅子の時でも杖の時でも立った時に必要になるドアの入り口と内側に取付けたタテ型の手すりです。

入り口や内側に取付けたこの手すりは病院の個室にあるトイレやシャワー室はもとより、地域の医院のトイレでも見ることはなく、最近普及した「高齢者対応型住宅」にもありません。これらの改修は障害者の私では解らないことでしたが、後日大変役立ちました。

また、3 回目の入院時には退院時の調査の 1 つとして私の家のバリアフリーの状況を実際に調査するために理学療法終了後の午後、理学療法士と作業療法士の 2 人による自宅訪問が実施されました。

b. 退院後の病院の状況について

この病院では 2012 年 5 月には地域密着型サービスのグループホーム（認知症対応型共同生活介護）が開設されました。

そして、ホームページにはこのグループホームの特徴の1つに、「長年、リハビリテーション専門病院として培ってきたノウハウを活かし、個々の入居者に応じた、運動機能や精神活動などにおける維持・向上を目指したリハビリを毎日施行いたします。」という記述があり、スケジュールには午前に運動機能維持向上リハビリが、午後に精神活動維持向上リハビリが組みこまれています。

1-3-2 地域の通所リハビリテーションで働く理学療法士

a. 回復期のリハビリテーションを運営するリハビリ専門病院が開設した通所リハビリテーション

(2007年9月～2008年9月)

私は退院後約1年待機して利用を開始した市の身体障害者社向けのデイサービス事業の機能訓練の機会が障害者自立支援法施行と共に約1年後に廃止され、高齢者は来月から障害者福祉分野の機能訓練を利用できなくなることが突然申し渡されたことから、とりあえず、介護保険事業による通所リハビリテーション（デイケア）を利用しながら、リハビリテーションを積極的に行う障害者向けの通所リハビリテーションを探していました。

ここは、通所リハビリテーション（デイケア）の利用を開始して約1年後、かつて入院したことのあるリハビリ専門病院が『リハビリテーションを積極的に行う障害者』を対象に開設した通所リハビリテーションです。

営業は月曜から金曜までの午前、あるいは、午後の数時間行うリハビリテーションであり、入浴・昼食・送迎はありません。

利用者の疾患の多くは脳血管疾患や脳腫瘍などの脳損傷疾患ですが、パーキンソン氏病や脊髄小脳変性症、多発性硬化症などの神経筋疾患、骨折、脊髄損傷などの骨・関節疾患や心筋梗塞、慢性閉塞性肺疾患などの呼吸循環器疾患、糖尿病などの内部代謝障害疾患などもあり、また、これらの合併症の人もみられました。

ここは、これらの疾患を原因とする肢体不自由の身体障害者が回復期のリハビリテーションを行うリハビリ専門病院を退院して維持期のリハビリテーションを求めて利用します。

パンフレットにも記載されていますが、『介護保険を利用している人』で、『リハビリテーションに積極的な人』を対象にしていました。

介護保険の被保険者は65歳以上の高齢者だけでなく、40～64歳までの医療保険加入者も第2被保険者となるので、ここでは40～64歳までの身体障害者も対象です。

維持期におけるリハビリテーションは「回復期リハビリテーションが終了し、できるようになった家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続を支援する。」とされていますが、ここを利用するリハビリテーションに積極的な人が求めるリハビリテーションはそれを

超える身体機能の回復に期待するものでもありました。

上下肢の機能訓練についてみると、回復期のリハビリテーションがそうであったように、ここでのリハビリテーションも社会復帰（リハビリテーション）や自立した生活を取り戻すことを目的にしたものであり、実際には回復期のリハビリ病院で実施していたストレッチや歩行訓練のメニューなどに基づいてこれらを自主的に行なうことになります。

それ故、リハビリテーション室は回復期のリハビリ病院で実施していたストレッチや歩行訓練のメニューが行える空間と設えがあればそれで十分でした。

極端に言う、リハビリテーション室は上下肢の機能訓練のために必要な歩行訓練のための広いフローリングの空間と自主トレ用のマットがあれば十分であり、機器類によるマッサージや機械類による機能訓練や理学療法士によるマッサージなどは基本的に必要ありませんでした。

これらは固くなった筋肉等が自主トレのみで回復できない時、あるいは、歩行ができないほど上下肢に痛みが生じた時、あるいは、自分で身体を動かすことができなくなった時期には必要になるかも知れません。

実際、リハビリテーション室は自主的な訓練を基本にした空間配置と設備のみでした。

私が利用していた時には、理学療法士等の判断で、あるいは、利用者の求めに応じてマッサージ、歩行訓練等に理学療法士が個別に付くことはありましたが、それらの人を除くと、これらの個別リハビリテーションは基本的にはありませんでした。

それ故、ここで働くスタッフは、リハビリテーション開始時に行う体温・血圧等の測定と最後に行う血圧の測定とリハビリテーションの時間内におけるトイレの回数の申告の時のみに携わる看護師と、理学療法士1～2人、補助1～2人と少人数でした。

利用者はフローリングの部屋や廊下を往復した回数をカウントするために、カウンター機器を首に下げて、歩行器や4点杖や1本杖や自立歩行などで歩き続けていました。

また、定期的に上下肢等の機能検査が行なわれ、結果が継続的に記録されて、一定期間を経たリハビリテーションの効果が数量化されて評価され、さらに、それがビジュアルに図化されて利用者に示されました。

また、ここでは例えば、湯茶のサービスといった『サービス』の概念は一切なく、介護保険を利用していても、『介護』ではなく、『自立支援』が徹底していました。

例えば、施設に着いた時に職員が利用者に湯茶を運ぶサービスはありませんでした。

水分の補給と言う点では、自主的なリハビリテーションでは休憩を取る時間がそれぞれ異なるので、ここでは冷たい飲み物と温かい飲み物が数種類提供される機器が備えられ、利用者はそれぞれ自分で紙コップを取って欲しい時に欲しい飲み物を飲むという具合で、そのための費用が利用料とは別に請求されました。

私がここで行ったリハビリテーションは主に回復期で行ったマットを使って行うストレッチ等の訓練と歩行を中心とした訓練と傾斜板と雑巾などの布を使って行う両腕の往復移動の訓練です。

しかし、リハビリテーションに積極的な人のみを対象に午前・午後に分けてリハビリテーションのみを集中して行う介護保険事業のこの通所リハビリテーションは、当時送迎がなかったことから、タクシーで利用する私は経済的な理由から月 1 回しか利用できず、わずかな作業療法と歩行訓練を中心にしたリハビリテーションを行うことが精一杯であり、構音障害や嚥下障害の訓練を受けることは考えませんでした。

なお、私が利用を止めた後、この通所リハビリテーションでは、以下に示す利用対象、コースなどが新たに整備されて実施されるようになりました。

まず、利用対象者として私が利用していた当時対象としていた①、②の他に次の③、④が加わりました。

① 介護保険要介護認定者

② リハビリに積極的な人

② 退院直後でまだリハビリの必要な方

③ 家庭にとじこもりがちで出かける機会の少ない方

また、リハビリテーションの時間やコースとして次の 3 コースが整備されました。

① 日 2 時間コース（午前・前半の部：定員 10 名、午前・後半の部：定員 10 名）

② 2～3 時間コース（午前の部：定員 40 名、午後の部：定員 40 名）

④ 防デイケアコース（午前の部：定員 40 名、午後の部：定員 40 名）

b. 介護保険法創設前から開設していた老人保健施設に併設された通所リハビリテーション（デイケア）

（2005 年 3 月～2005 年 9 月、2006 年 9 月～2007 年 9 月）

退院後約 1 年待機して利用を開始した市の身体障害者社向けのデイサービス事業の機能訓練の機会が障害者自立支援法施行と共に約 1 年後に廃止され、高齢者は来月から障害者福祉分野の機能訓練を利用できなくなることが突然申し渡されたことから、障害者向けの積極的な送迎を行う通所リハビリテーションを探していました。

ここは地域に障害者向けの積極的な送迎をするリハビリテーションを行う機会が見つかる迄とりあえず利用した通所リハビリテーション（デイケア）です。

この通所リハビリテーション（デイケア）は、介護保険法が施行される前の 1998 年 5 月から隣接する病院が老人保健施設として運営していた建物の 1 階に併設されたものです。

対象者は介護保険を利用して概ね要支援 1～2、要介護 1～3 の者であり、営業は月曜から金曜までの 1 日中であり、入浴サービスと昼食が付き、また、送迎が付きます。

通所リハビリテーション（デイケア）の発足当初は、家族の介護に欠ける高齢者を 1 日預かる介護施設としての利用に期待が寄せられ、利用者はデイサービスと概ね同様に利用していました。

なお、介護保険法が施行される前には理学療法士はいませんでした。

介護保険法が施行された後に理学療法士はいましたが、理学療法士が全ての利用者に対して個別リハビリテーションを行うことはなく、介護保険法が改正された後、数名の理学療法士が増員されてから、利用者に対する個別リハビリテーションが開始されました。

ここでは介護保険法が施行された当初から全ての利用者がリハビリテーションを行うということではなく、ここにおけるリハビリテーションは午前と午後の日課の中で行う体のリハビリ体操や頭の体操を通じた機能訓練であり、また、機能訓練の一環として行うレクリエーションや各種の作業であり、これらは理学療法士ではなく介護福祉士、あるいは、補助スタッフによって行われていました。

介護保険法が改正された後に理学療法士によってリハビリテーションが行われるようになりました。

ここでは私が当時1年余り受けたリハビリテーションを以下に紹介します

前述の通り、この通所リハビリテーション（デイケア）は介護保険法施行前から老人保健施設として営業していたので、理学療法士による個別リハビリテーションの対象は大別して、①介護予防通所リハビリテーション（デイケア）を含めた通所リハビリテーション（デイケア）と②老人保健施設と③老人保健施設の短期入所療養介護（療養ショートステイ）や介護予防短期入所療養介護（予防療養ショートステイ）を含めたショートステイの利用者の3者でした。

通所リハビリテーション（デイケア）では、11時半から12時の昼食までの30分は集団で体の体操を行うため、日課の中で個別リハビリテーションに予定されているのは昼食までの10時半から11時半までの1時間でしたが、その時間内に入浴があることから、個別リハビリテーションが行われるのは極めて限られ時間内でした。

例えば、車椅子利用者のリハビリテーションは4～5人一組で平行棒につかまり足の上下左右の運動を概ね4～5分行うという具合でした。

また、当時の利用者は必ずしも自ら進んで積極的にリハビリテーションに励み効果を上げたいと望む者ばかりではなく、理学療法士や介護福祉士などが数回声をかけてもリハビリテーションを行うことを嫌がる者もあり、その場合は無理に勧めないため、長期間リハビリテーションを行わずにいた高齢者もいました。

さらに、介護保険法施行前からここを利用して介護保険法施行後も理学療法士による個別のリハビリテーションを行わずに利用してきた高齢者やその家族の中には、同法が改正されて予告も説明もなく書面を渡されて急に個別リハビリテーションを行うことを告げられただけでは、介護予防の意味やリハビリテーションの必要性、あるいは、リハビリテーション加算が追加された理由等を俄かに理解するに至らない人もいました。

介護保険法に明記された通所リハビリテーションとは、『心身の機能の維持・回復を図り日常生活の自立を助けるためのもの』ですが、この理学療法士による個別リハビリテーションはそれを名目的に行っているということができます。

それ故、ここで行われる『リハビリテーション』は、これまで国内外で取り上げられて

きた障害者の『ノーマライゼーション』、あるいは、『リハビリテーション』の理念や思想を地域で実現する目的を持つものとは言い難いものでした。

また、「切れ目のないリハビリテーション」を実現するために診療報酬と介護報酬が改正されて、地域の通所リハビリテーションが維持期のリハビリテーションの役割を担うことが期待されていますが、運営主体及び理学療法士にこれらのことが理解されているとは言い難く、更に、ここでは回復期のリハビリテーションとの連絡・調整が行われているとは言い難い実態でした。

ここで私は回復期のリハビリ病院で行っていた歩行訓練を中心にしたリハビリテーションを希望し、中庭を杖で 5～ 10 回ほど歩く訓練と滑車を使って行う両腕の筋トレとエルゴサイザーという機器を使って行う両下肢の上下運動などを 20～30 分程度行いました。

以上から、私が利用していた当時行われていた理学療法士による通所リハビリテーション（デイケア）の特徴をまとめると次の 2 点になります。

- ① 介護保険法に明記された『心身の機能の維持・回復を図り日常生活の自立を助けるための通所リハビリテーション』は名目的なものであった。
- ② 障害者自立支援法が求める『身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため』に行われる身体障害者向けのリハビリテーションではなく、介護保険法の保険給付の内容及び水準に明記されている『可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない（介護保険第 2 条第 4 項）』という高齢者向けのリハビリテーションであった。

それ故、ここは回復期で得た身体機能の維持・継続を目指す中・高齢身体障害者が選択するリハビリテーションの機会ではありませんでした。

また、利用していた時期には明確に介護予防を目的にこの通所リハビリテーション（デイケア）を利用する高齢者はいなかったと記憶しています。

なお、2012 年 4 月以降の平成二五年六月の改正介護保険法（平成二五年六月一四日法律第四四号）では、通所リハビリテーション（デイケア）は削除され、通所リハビリテーション（デイケア）は存在しません。

そして、2012 年 4 月現在この名称は私が利用していた当時の名称とは異なり、通所リハビリテーションと変更されました。

c. 地域の通所リハビリセンター

（2009 年 6 月～2010 年 9 月、2010 年 12 月～現在）

私は退院後約 1 年待機して利用を開始した市の身体障害者社向けのデイサービス事業にける機能訓練の機会が障害者自立支援法施行と共に約 1 年後に廃止され、高齢者は来月から障害者福祉分野の機能訓練を利用できなくなることが突然申し渡されたことから、地域

に障害者向けの積極的な送迎を行う通所リハビリテーションを探しており、それが見つかる迄とりあえず介護保険法による通所リハビリテーション（デイケア）を約 1 年、更に、地域の通所リハビリテーションではなく送迎もないが、かつて、入院していたリハビリ専門病院が開設した『リハビリテーション』を積極的に行う障害者を対象にした通所リハビリテーションを約 1 年、それから約 1 年後整形外科と皮膚科を運営する地域の医院が通所リハビリセンターを開設するという情報を目途に、先に開設した訪問リハビリテーションを利用しながらその機会を待っていました。

ここはそれから更に約 1 年後訪問リハビリテーションを開設した地域の医院が運営する通所リハビリセンターです。

また、ここはこの通所リハビリセンターの運営主体である地域の医院の医院長が抱く『地域医療の志』から開設されたものであり、主に、地域の高齢者等が整形外科の外来で痛み治療のための電気、あるいは、電磁波を利用した治療を継続的に長期間行える介護保険を活用する 1 つの機会でもあります

それ故、ここで行われる『リハビリテーション』とは、これまで国内外で取り上げられてきた障害者の『ノーマライゼーション』、あるいは、『リハビリテーション』の理念や思想を地域で実現する目的を持つというより、地域の高齢者の地域医療を実現する方法の 1 つでした。

また、切れ目のないリハビリテーション」を実現するために診療報酬と介護報酬が改正されて、地域の通所リハビリテーションが維持期のリハビリテーションの役割を担うが期待されていますが、運営主体及び理学療法士にこれらのことが理解されているとは言い難く、更に、ここでは回復期のリハビリテーションとの連絡・調整が行われているとは言い難い実態でした。

営業日は月曜日から土曜日で、暮れと正月を除き祝祭日も営業しています。

各曜日の利用時間は午前のみ、午後のみ、1 日利用の 3 種類で、食事と送迎があります。

食事は基本的には 1 日利用の人に付きます。

但し、午前のみで食事をして帰ることを望む人にも対応しています。

ここでは介護保険を利用している人で、介護度が概ね要介護 2 までの人を対象にしており、介護予防の目的で来る人は概ね要支援 1、2 の高齢者です。

利用者にはいくつかタイプがあります。

1 つ目のタイプはリハビリテーションに積極的な身体障害者を中心とする利用者です。

利用者が受けた主な疾患は、回復期のリハビリ病院で明記したような脳血管疾患や脳腫瘍などの脳損傷疾患、パーキンソン氏病や脊髄小脳変性症などの神経筋疾患、骨折・脊髄損傷などの骨・関節疾患や心筋梗塞、慢性閉塞性肺疾患などの呼吸循環器疾患、糖尿病などの内部代謝障害疾患があり、それらの合併症もあります。

2 つ目のタイプは整形外科等における痛み治療などの維持・継続を通所リハビリテーションに求める利用者です。

これは、整形外科等の外来に痛み治療やリハビリテーションのために通う高齢者等が、外来におけるリハビリテーションの治療制限^(注 3)等を勘案して、この施設で介護保険を利用して治療することを選択したものです。

3 つ目のタイプは、介護予防を目的とする利用者です。

このタイプの利用者は自ら進んで来た人と家族等他者に勧められてきた人の 2 通りあります。

この通所リハビリセンターで実際に利用者が行っている方法は基本的に次の 2 通りです。

① 平行棒を利用した歩行訓練、エアロバイクやジョギングマシンなどの機器を使った歩行訓練など、機器類を補助として使用して自分で身体動かすことを前提に行う機能訓練。

これは主に社会復帰を目標に維持期のリハビリテーションに励む利用者が行う方法です。

この方法でリハビリテーションを行う利用者は介護保険の対象である高齢者ばかりではなく、40～64 才の介護保険の第 2 被保険者も含まれます。

② マットレスの上に寝て理学療法士等のマッサージやストレッチを受け、その後ウォーターベッドに寝て、更に、メドマをかけるためにあおむけに寝て、また、いくつもの温熱治療器や干渉波等の機器類^(注 4)を利用するために椅子に座るなど、自らは動かずに人や機器を利用して概ね寝るか座るかして過ごす方法。

これは 80 歳後半から 90 歳以降で、主に介護予防を目的にする利用者が行う方法です。

また、これら 2 つの方法の他に、これら 2 つの方法を適宜選択しながら寝て理学療法士等のマッサージやストレッチを受けた後、エアロバイクやジョギングマシン等の機器を利用して歩行訓練等を行うなどリハビリテーションを積極的に行う一方、他方で機器を利用して概ね寝るか座るかして過ごす 3 つ目の方法があります。

これは主に整形外科等における痛み治療などの維持・継続を通所リハビリテーションに求める利用者が行う方法です。

なお、これらの目的と方法別のリハビリテーションの実際を以下にコラムでご紹介します。(参考：コラム 1. 複数の目的及び対象者を対象とする通所リハビリセンター 参照)

参考：コラム 1. 複数の目的及び対象者を対象とする通所リハビリセンター

その 1. 社会復帰（リハビリテーション）を目指す身体障害者向けリハビリテーション

発症原因となる病気の症状が回復した後の一定期間、医療機関で回復期のリハビリテーションを受けてきた中・高齢身体障害者が社会復帰を目的に利用します。

回復期で得た身体機能を維持・継続するためには、少なくとも回復期で行っていたリハビリテーションメニューを継続しながら、維持期に必要なリハビリテーションをそれに加えるということが想定できます。例えば、自主トレで行うストレッチ用のマットレスと安全な歩行空間など、少なくとも回復期で行っていたリハビリテーションメニューを行うための空間や設備が必要になることが想定できます。

しかし、地域の 1 事業所が運営するこの通所リハビリセンターでこれら必要な空間・設備はありません。

そこで私は、利用者と職員と自分の 3 者の安全に気を配りながら、多くの利用者やスタッフが行き交う室内を歩行空間として利用し、あるいは、長椅子が空いた時を利用してそれをマットレス代わりに体幹

を整えるためのストレッチを行い、空いたテーブルを利用して麻痺側の腕を鍛えるための道具を使って作業訓練を行います。

その２．日常生活の維持・継続、あるいは、介護予防を目的とするリハビリテーション

介護保険による居宅サービスは居宅における日常生活の自立支援が目的であることから、通所リハビリテーションの目的も法の目的通り、『居宅における日常生活の維持・継続、あるいは、介護予防』です。

例えば、介護保険法改正に伴い定められた『介護予防』を参照すると、法に定められた介護予防を目的にここで行われるリハビリテーションは介護保険利用者で概ね要支援 1,2 の高齢者を対象にしています。

退職や加齢とともに運動量が減り、足腰が弱くなるにつれ、つまずきや転倒が起きやすくなり寝たきりに繋がる恐れがある高齢者に対し、介護保険では介護予防を目的に介護保険を利用したリハビリテーションを推奨しています。

居宅における日常生活の維持・継続、あるいは、介護予防を目的に利用する高齢者には自分で進んで来た人と医師やケアマネや家族に勧められてきた人との２通りがあります。

これらの利用者は、理学療法士のマッサージの後は概ね機器類を利用して寝るか座るかして他の利用者と話を楽しみながらゆっくり過ごします。

そして、これらの利用者に対してこの通所リハビリテーションの職員は、利用者の転倒防止に気遣い、安全な姿勢で過ごすことに配慮するあまり、歩行訓練をしようと杖で歩き始める利用者に対して機器類を利用して寝るか、座るか、安全な体制で過ごすことを勧めがちであり、リハビリテーションが『自立支援』ではなく、『介護』に陥りがちになる実態が見受けられます。

また、日常生活の維持・継続、あるいは、介護予防を目的に利用する高齢者に対する『介護サービス』が重視されるにつれ、機器類の利用が多くなることから、それ相応の職員数が必要になります。

その３．整形外科等の痛み治療などの維持・継続を目的に介護保険制度を利用するリハビリテーション

事故等による手術後の機能回復を希望する骨関節疾患等の障害のある高齢者と、骨関節疾患・リウマチ性疾患を原因とする痛みの治療に整形外科等で電気マッサージやレーザー等の治療を施してきた介護保険を利用する高齢者が医療保険による外来のリハビリテーション治療の期間の制限や使用できる機器類の数の制限等より長い期間、より安い費用、より多くの機器類を利用できる方法を求めて治療の継続・維持を目的に利用するリハビリテーションです。

これらの利用者はベッドに寝て理学療法士のマッサージを受けた後エアロバイクやジョギングマシンなどの機器を使って足の訓練をするなど自分で身体を動かしてリハビリテーションを行う人と、自分で身体を動かすことはせず、理学療法士のマッサージの後は概ね機器類による温めや振動によるマッサージなどの物理療法で寝るか座るかして他の利用者と話を楽しみながらゆっくり過ごす人の２通りです。

後者については、例えば、足腰が痛む人であれば、足腰の痛みを緩和するための注射や薬を医院でしてもらい一方、他方通所リハビリセンターでは機器類による温めや振動によるマッサージなどの物理療法と理学療法士によるマッサージやストレッチでリハビリテーションを終えます。

そして、整形外科等の痛み治療などの維持・継続を目的に介護保険制度を利用する者の中で事故等による手術後の機能回復を積極的に求める障害者を除くと、多くの人がマットに寝て理学療法士のマッサージやストレッチを受け、その後ウォーターベッドに寝て、また、メドマをかけるためにあおむけに寝て、さらに、いくつもの温熱治療器や干渉波等の機器類を利用するために椅子に座るなど、概ね寝るか座るかして過ごします。

また、このような対象者が使う機器類は起立台や滑車を含め１度に最大 20 数名ほどが利用できるだけ整備されています。それ故、これらの機器類を一人平均 6～7 台利用すると仮定すると、機器類を装着してそれらを安全に作動させるためにそれ相応の補助スタッフが必要となります。

なお、この通所リハビリセンターに設けられている上下肢等の機能訓練のための滑車や起立台や平行棒やニューステップ、エルゴサイザー（EC）、エアロバイクなどの機器類は理学療法士が使用を禁止する人を除くと、概ね誰でも複数利用することができます。

リハビリセンターの空間・設え等についてみると、開設後増築し現在は事務所が別になりましたが、開設当初は４つのトイレを除き、区画及びドアがないワンルームでした。

室内は利用者が座るテーブルとイスがあるコーナー、湯茶や昼食をサービスするための炊事コーナー、事務のためのコーナーとその他数か所の事務机があり、それらを除く空間がリハビリテーションに充てられました。

リハビリテーションの空間はエアロバイク等歩行訓練のための機器類が4器、温熱及び振動機器類が10数器、個別リハビリテーションのためのマットレスが5～6か所、平衡棒が2組、他に機器類を利用するために待機する人が座る椅子など多くの物が配置され、これらの機器を利用する人や補助のスタッフなどが動くための通路を除くと、安全な歩行訓練に充てる空間は殆どありません。

例えば、2組ある平行棒の縦方向には機器類や個別リハビリテーションのためのマットレスが近接して設置され、平行棒の横には個別リハビリテーションのためのマットレスや個別リハビリテーションを受ける人が利用している車椅子や機器類の使用を待つ人が座る椅子が置いてあるなど、車椅子や杖の利用者が2組ある平行棒を自主的な歩行訓練に利用することは難しい状況です。

また、仮に平行棒の前に立つことができたとしても、1組は幅が狭く、立位の訓練はできても歩行訓練に必要な幅がとれていないことから、利用者が多い曜日には往復の歩行訓練を行うことが難しいなど、2組ある平行棒が利用目的に即して利用されることが想定されていない状況です。

また、職員は事務職員、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚訓練士、リハビリテーションのための補助スタッフがあり、そして、食事をする利用者が多い曜日には食事サービスのための補助スタッフが来ます。

理学療法士等を除くこの職員の主な仕事は送迎、施設到着後の検温・血圧測定、昼食及び湯茶のサービス、機器類の装着・着脱の支援などです。

湯茶のサービスは朝行なわれます。また、これはリハビリテーションの休憩時、機器類を装着して座っている利用者の求めに応じても行なわれます。

機器類は20人程度が一度に利用できるほど多くの数が装備されています。

そこで、機器類を1人平均6～7種類利用すると仮定すると、午前・午後の一定時間内に相応のスタッフが集中して必要になりますが、それを過ぎると手が空く時間が生じます。

リハビリテーションは、まず、理学療法士による個別リハビリテーションがあります。

理学療法士等は午前・午後の限られた時間内に、上記の多様なタイプの利用者全てにマッサージとストレッチなどの個別リハビリテーションを施します。

私がこの事業所を利用したのは最初の疾病の症状が完治してリハビリ専門病院に転院した時期から通算して5年を経過していたので、ここで行うリハビリテーションは維持期のリハビリテーションです。

最初は週1回の利用でしたが2010年9月に再度入院し、退院後の12月から週2回の利用に変更しました。

私のリハビリテーションは次の通りです。

1. の理学療法士による個別リハビリテーション、言語聴覚士による9. の個別リハビリテーションを除くと、全て自主的なリハビリテーションであり、2011年末までは、概ね以下の1. から5. までの方法で機器類の空き具合に応じて順次行い、2012年初旬作業療法士や

言語聴覚士が加わってからは3の②～④の作業と5.の個別リハビリテーションが追加されました。

1. 十分程度の理学療法士による個別リハビリテーション（マッサージとストレッチ）
2. 歩行を目的にした下肢の自主トレ
 - ①平行棒を利用した歩行訓練と1本杖による室内の往復歩行訓練
 - ②エルゴサイザー、エアロバイクなどの機器を使った両足の運動
3. 次に示す上肢の自主トレ
 - ①滑車による両腕の上下運動
 - ②0.5kgの重りを両腕に付けて行うテーブル上での雑巾がけ
 - ③0.7kgの重りを麻痺側の腕に付けて行う左腕の上下運動
 - ④三角コーンという作業道具を利用した麻痺側の上肢の作業
4. 磁気温熱治療器による体幹部の温めと振動
5. 15分程度の言語聴覚士による個別リハビリテーション（右頬のマッサージ、頬・顎・唇・舌の筋肉の訓練、文章を購読する言語訓練など）

なお、私は回復期に得た身体機能を維持・継続することを目的に通所しているのので、回復期のリハビリテーションのメニューにあった杖による自立歩行を期待してこのリハビリセンターを利用することに決めましたが、ここはそれに必要な自主トレ用のマットと安全に歩行するための空間がないことから、ここではストレッチやマッサージなどを中心とする個別リハビリテーションを理学療法士から施してもらうことにし、自宅で身体介護の一環としてヘルパーと買い物に行きながら週1回杖歩行の訓練、あるいは、車椅子を押して行う歩行訓練を補足しています。

また、回復期のリハビリ病院の院長のリハビリテーションに対する高い志を受けて約30年近い経歴を有する理学療法士等から受けたリハビリテーションのメニューを参考に、理学療法士によるマッサージやストレッチはなくても、極端に言うとな理学療法士の有無にかかわらず、脳溢血（脳血管障害）後遺症患者の維持期のリハビリテーションの目的を理解して、障害者向けの機能訓練や運動や歩行などができるジムのような通所施設を2014年4月現在探し始めました。

d. 地域の訪問リハビリテーション

（2008年9月～2009年6月）

私は退院後約1年待機して利用を開始した市の身体障害者社向けのデイサービス事業にける機能訓練の機会が障害者自立支援法施行と共に約1年後に廃止され、高齢者は来月から障害者福祉分野の機能訓練を利用できなくなることが突然申し渡されたことから、とりあえず、介護保険法による通所リハビリテーション（デイケア）を約1年利用し、更に、地域の通所リハビリテーションではなく、また、送迎もないが、かつて、入院していたリ

ハビリ専門病院が開設した『リハビリテーション』を積極的に行う障害者を対象にした通所リハビリテーションを利用しながら送迎付きの身体障害者向けのリハビリテーションを積極的に行う地域の通所リハビリテーションの機会を待機していました。

これは、それから更に約1年後整形外科と皮膚科を運営する地域の医院が通所リハビリセンター開設を目途に、それより先に開設した介護保険を利用して行う地域の訪問リハビリテーションです。

介護保険を利用して、65歳以上の第1号被保険者で、要介護と認定された者及び40歳以上65歳未満の第2号被保険者で要介護と認定された者が対象です。

訪問リハビリテーションは実習生と共に訪問する場合がありますが、通常は理学療法士が1人で利用者の自宅を訪問して行います。

私のリハビリテーションは次の通りです。

1. 十数分行なわれる理学療法士によるマッサージとストレッチ。
2. 歩行時の重心の移動、足の出し方・あげ方などの指導
3. 理学療法士が付き添って行うフローリングの上での1本杖をによる歩行訓練
4. 数分間一人で行う歩行訓練

マッサージはベッド、あるいは、布団の上で行います。

ストレッチは硬いマットの様な場所が適しているので、硬いマットのあるベッドの上、あるいは、畳の部屋などで行います。

マッサージとストレッチは、上下肢に麻痺がある身体障害者に対して筋肉が固くなることを防止し可動域を広げることを目的にして行われ、歩行訓練などの機能訓練前後の準備運動、あるいは、整理運動として適していました。

但し、私が維持期のリハビリテーションに求めることは、回復期のリハビリテーションメニューを積極的に行うことによって少なくとも回復期で得た身体機能を維持・継続することであるので、私はこの訪問リハビリテーションを利用しながら送迎サービス付きの通所リハビリテーションの機会を求め続け、送迎を行う通所リハビリテーションが開設したことを機会にこの訪問リハビリテーションの利用を止めました。

1-3-3 障害者福祉センターで働く理学療法士

a. 身体障害者の機能訓練を行う障害者デイサービス事業

(2005年9月～2006年8月)

退院後のリハビリテーションの機会を求めて、回復期のリハビリ専門病院に入院中に予約して待機していたもので、退院後約1年弱に利用を開始した市が運営する身体障害者社向けのデイサービス事業にける機能訓練の機会です。

障害者福祉センターにおけるデイサービス事業は、『身体機能の維持・向上に努め、社会的自立・参加の促進を図ること』を目的とした事業です。利用者は対麻痺や片麻痺のために車椅子、あるいは、杖歩行の者が多く、日常生活に必要な食事や入浴、社会生活に必要な集団による創作活動を通じた作業や訓練、コミュニケーション、そして、主に身体障害者に必要な維持期における上下肢を中心とした機能訓練が行われていました。

また、ここではそのために必要な日課と空間や設え、技術等が整備されていました。

デイサービス事業の営業は1日単位で月曜から金曜まであり、曜日に共通な日課と週ごとに異なる日課の2つから成っていました。

曜日に共通な日課は障害者福祉センターに到着後行う検温、血圧測定、その後午前・午後に分かれて順番に行う機能訓練と入浴です。また、ここは昼食がありました。

デイサービス事業の職員の多くは看護師と介護福祉士でした。

午前・午後に行われる機能訓練を理学療法士が担当していました。

機能訓練の担当者は理学療法士と助手、あるいは、補助員が概ね1人～2人であり、これらが午前・午後、各々概ね5～6人の身体障害者にそれぞれの障害に適した機能訓練を行いました。

自主的に使うことができる室内の設備はストレッチや理学療法士がマッサージの時に使うマットレスのみであり、機器類は上肢を鍛えるための滑車とニューステップと呼ばれる上下肢を動かす機器と下肢を温める『メドマ』と呼ばれる温熱器のみでした。

理学療法士は身体障害者を長年担当してきたベテランの男性でした。

私の機能訓練は次の通りです。

1. 理学療法士が行うストレッチとマッサージ
2. 助手、あるいは、補助員が付き添って行う4点杖や1本杖による歩行訓練、
3. 理学療法士が付き添って行う階段の昇降、玄関や駐車場付近の外出訓練

この11か月の期間の機能訓練で私は最初から4点杖による非常階段の昇降ができ、また、開始からすぐに4点杖による歩行から1本杖による歩行へと変わりました。

しかし、障害者自立支援法が施行された2006年9月から介護保険法の対象者である高齢身体障害者と介護保険法第2被保険者となる40～64才の身体障害者は、原則として介護保険事業の通所リハビリテーションを利用することに定められ、障害者福祉分野の自立訓練（機能訓練）の機会を断たれました。

1-4 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の働き方・働く場の特徴

1-4-1 多様な目的・症状を持つ高齢者等を対象に地域の通所リハビリテーションで働く

理学療法士等は主にリハビリテーションの現場で働いています。

介護保険法に基づく介護保険事業を営む介護保険事業所で働く場合は、介護保険を利用

していて概ね要支援 1～2、要介護 1～3 で、送迎が可能な地域に居住する高齢者が概ね利用対象となり、また、40 歳以上の身体障害者も対象となることから、多様な目的、多様な症状等を有する高齢者等が対象となります。

介護保険法に基づく維持期のリハビリテーションについては、医療保険及び介護保険の見直しの時に『維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指す』とされ、脳卒中（脳血管障害）のリハビリテーションを例にすると、『回復期リハビリテーションが終了し、できるようになった家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続を支援する。』という研究報告があるように、回復期のリハビリ病院を退院した高齢者等は地域の通所リハビリテーションにおいて回復期のリハビリ病院で行ったリハビリテーションの維持・継続を図るために通います。

そして、事例でみるように、回復期のリハビリテーション病院の患者の疾患の多くは脳血管疾患や頭部外傷、脳腫瘍、脳炎などの脳損傷疾患、パーキンソン氏病や脊髄小脳変性症、多発性硬化症などの神経筋疾患、骨折、脊髄損傷、変形性関節症、慢性関節リウマチなどの骨・関節疾患、心筋梗塞、慢性閉塞性肺疾患などの呼吸循環器疾患、糖尿病などの内部代謝障害疾患、脳性麻痺などの小児疾患であり、また、これらの合併症もあり、そこでのリハビリテーションは脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーションなど多様でした。

それ故、回復期のリハビリテーション病院を退院した利用者が地域の通所リハビリテーションに求めることは多様です。

また、通所リハビリテーションの利用実態はこの他、整形外科等における痛み治療の維持・継続を求める利用者、介護予防を目的とする利用者が認められるなど多様でした。

1-4-2 高齢者等のリハビリテーションを生涯支援する

診療報酬改定及び介護報酬改定においては、医療保険と介護保険の役割分担の明確化が検討され、その具体策として、『医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであること』が定められました。

そして、介護保険法では通所リハビリテーションについて、『・・・、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう』と定められていることから、高齢者等は『心身の機能を維持・継続、あるいは、維持・回復を図り、日常生活の自立を支援すること』を目的に地域の通所リハビリテーションに通うことになります。

例えば、脳卒中（脳血管障害）のリハビリテーションについては、前述の通り、『回復期リハビリテーションが終了し、できるようになった家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続を支援する。』とされていることから、高齢者等は地域の通所リハビリテーションを維持期のリハビリテーションとして生涯利用することになります。

このように、理学療法士等は高齢者等の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指すリハビリテーションを実施することを通じて高齢者等のリハビリテーションを生涯支援し、また、高齢者等と生涯付き合うことになります。

1-4-3 切れ目のないリハビリテーションが実施し難い地域の通所リハビリテーション

身体障害者が地域の通所リハビリテーションにおいて切れ目のないリハビリテーションを実現するためには、回復期で得た身体機能を維持・継続することが必要であり、そのためには、利用者が回復期で受けた症状に即したリハビリテーションを維持・継続すること、あるいは、それに準じたメニューを行なうことが必要であることから、回復期のリハビリテーションで働く理学療法士等は、回復期で行った利用者に即したプログラムを維持期のリハビリテーションを行う通所リハビリテーション等に提出します。

しかし、現状の介護保険事業制度には回復期のリハビリテーションと維持期のリハビリテーションを連携するしくみがないことから、双方の理学療法士等の努力が報われる保証はありません。

また、維持期のリハビリテーションを行う通所リハビリテーションを地域の一事業所が担う現状の介護保険事業制度に基づく、切れ目のないリハビリテーションのための連絡・調整やそれに必要な人材、技術、空間・設備等を求めることは難しい実態があります。

そして、多様な目的や対象に対応した通所リハビリテーションの事業所が地域に極めて少なく、利用者が適切な機会を選択することが難しい現状が上記のことを示します。

1-4-4 介護予防の全体像、介護予防リハビリテーションの規範が不在な地域の通所リハビリテーション

介護保険法第八条の二 2によると、「介護予防」とは、「身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう。」とあり、地域の通所リハビリテーションにはこのために高齢者等の利用があります。

ところで、介護予防についてはその対象は介護保険法の対象者のみならず一定の年齢に達した国民全体が、また、その方法はリハビリテーションのみならず多岐にわたることが想定されますが、現在通所リハビリテーションで行われている介護予防はその全体像が不在です。

そして、現在介護予防リハビリテーションを行っている通所リハビリテーションや通所リハビリテーション(デイケア)では、それぞれの理学療法士が、それぞれの事業所で、それぞれ方法で介護予防リハビリテーションを行ったり、行っていなかったりと、その実態はそれぞれバラバラでした。

このように、現在通所リハビリテーションで行われている高齢者等の介護予防リハビリテーションは介護予防の対象・方法を含めた全体像、あるいは、国民の介護予防に対する方針、介護予防リハビリテーションの標準的な規範がないまま各事業所に任されているのが実態です

1-4-5 独立できない国家資格に基づいて働く

理学療法士は、「理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいい、・・・・・・」、作業療法士は、「作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいい、・・・・・・」、言語聴覚士は、「診療の補助として、医師又は歯科医師の指示の下に、嚥下訓練、人工内耳の調整その他厚生労働省令で定める行為を行うことを業とすることができる。」とあります。

このように、理学療法士等の業務は法の上で自立できないことから、理学療法士等は自立できない国家資格であり、理学療法士等は独立できない国家資格に基づいて働くということができます。

2. 社会福祉士

2-1 社会福祉士について

2-1-1 社会福祉士の業務

福祉センターや地域包括センター等で児童から障害者、高齢者まで福祉分野の支援を求める人がお世話になるのが社会福祉士であり、これは国家資格です。

昭和六十二年五月二十六日に創設され、平成二三年六月二四日に最終改正され、平成一九年一二月五日の改正法に一部未施行令がある社会福祉士及び介護福祉士法^(*)(^{注 5}) (昭和六十二年五月二十六日法律第三十号)によると (2014年1月現在)、

「社会福祉士」とは第 28 条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上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の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者(第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。)との連絡及び調整その他の援助を行うこと(第七
--

条及び第四十七条の二において「相談援助」という。)を業とする者をいう。

(出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第二条）

＊：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）は改正されました。

但し、2014年1月現在平成十九年十二月五日法律第二百五号改正法に一部未施行法令があります。

2-1-2 社会福祉士の資格について

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四条に、

社会福祉士試験に合格した者は、社会福祉士となる資格を有する^(*)。

(出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四条）

とあります。

受験資格^(*)は大学・短期大学卒業の者で一定の法に定められた機関で一定の期間教育を受けた者、また、児童福祉法、身体障害者福祉法、社会福祉法、知的障害者福祉法、老人福祉法に定める一定の職業に従事した者であることが同法第七条に定められています。

＊：社会福祉士の資格や受験資格については2014年1月現在、平成十九年十二月五日法律第二百五号改正法に一部未施行法令があります。

2-1-3 社会福祉士の義務等

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）は、平成一九年改正法において社会福祉士及び介護福祉士の誠実義務及び資質向上の責務の項目が追加され、連携の項目が改正されました。

①誠実義務

社会福祉士及び介護福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、その有する能力及び適性に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立つて、誠実にその業務を行わなければならない。

(出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四十四条の二)

②連携

社会福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、福祉サービス及びこれに関連する保健医療サービスその他のサービス（次項において「福祉サービス等」と

いう。)が総合的かつ適切に提供されるよう、地域に即した創意と工夫を行いつつ、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない。

(出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四十七条)

③資質向上の責務

社会福祉士又は介護福祉士は、社会福祉及び介護を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助又は介護等に関する知識及び技能の向上に努めなければならない。

(出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四十七条の二)

2-2 社会福祉士が働く場

活動職域はこれまでの福祉に関する相談、助言、指導、福祉サービス関係者等との連絡及び調整、「相談援助」の他に次の活動が可能となりました。(表 1-8 社会福祉士、介護福祉士が働く場の例 参照)

・「地域包括支援センター」における総合相談業務、サービス事業者および行政との連携業務

・成年後見制度の後見人

・組織に属さない「独立型社会福祉士」として地域住民の福祉に関する相談活動の展開

例えば、「地域包括支援センター」における総合相談業務については、2012年4月改正介護保険法で新たに多くの事業から成る「地域支援事業」が創設され、それらは包括的支援事業と呼称され、それを実施するために、「地域包括支援センター」が設置されました。

この包括的支援事業の中の社会福祉士の業務が総合相談支援事業です。

その実施主体は市町村から委託を受けた法人です。

職員体制は保健師（又は地域ケアに経験のある看護師）、主任ケアマネジャー、社会福祉士の3つの専門職種又はこれらに準ずる者です。

また、例えば、「成年後見制度の後見人」については、以下の平成 20 年の住宅・土地統計調査の結果に見るように、高齢者世帯員のいる主世帯の割合の半分が単身と夫婦のみの高齢者主世帯であり、この内の単身世帯の増加に伴い、認知症高齢者の増加が見込まれることから、今後一層成年後見人の需要が増し、社会福祉士に「成年後見制度の後見人」に係る活動領域が拡大することが想定されます。(参考：住宅・土地統計調査（総務省統計局）の調査結果（平成 20 年）に見る単身世帯の割合 参照)

参考：住宅・土地統計調査（総務省統計局）の調査結果（平成 20 年）に見る単身世帯の割合

5 年に 1 度行われる『住宅・土地統計調査（総務省統計局）』の調査結果（平成 20 年）から高齢者等世帯についてみると、①住宅に住んでいる主世帯総数は 49,598,300 世帯あり、②その内、高齢者世帯員のいる主世帯は 18,197,600 世帯、約 37%あり、主世帯総数の 1/3 を超え、③その内の約 8% (4,137,900 世帯)が高齢者単身主世帯、約 10% (5,111,500 世帯)が高齢者世帯員のいる夫婦主世帯であり、高齢者世帯員のいる主世帯の約半数の主世帯が単身と夫婦のみの高齢者主世帯です。

2-3 社会福祉士が働く実際

中央の大学付属病院、リハビリ専門病院、市の障害者福祉センター内の障害者生活支援センターの 3 事例から社会福祉士が働く場をご紹介します。(事例 I-2-1～I-2-3 参照)

なお、中央の大学付属病院の社会福祉士は地域で働く社会福祉士の例ではないので、ここで働く社会福祉士については、相談業務等のしくみが整備されている急性期のリハビリテーション病院で働く社会福祉士の参考例として、また、理学療法士等の個所で記述したように、リハビリ専門病院では当時近隣の複数の市町村を単位とする地域に居住する患者を対象にしており、必ずしも 1 市町村を単位とする身近な地域に居住する患者を対象とするものではないので、ここで働く社会福祉士は広義の『地域』に居住する患者を対象に回復期のリハビリテーション病院で働く社会福祉士の例として、また、市の障害者福祉センター内の障害者生活支援センターは市内全域に居住する障害者を対象にしているので、ここで働く社会福祉士は市内全域の障害者を対象に障害者福祉分野で働く社会福祉士の例としてをご紹介します

2-3-1 医療機関で働く社会福祉士

① 中央の大学付属病院

(2004 年 5 月～9 月、2010 年 9～10 月)

4 回同じ大学付属病院に入院し、3 回目と 4 回目の入院時に、合計 2 人の社会福祉士にお世話になりました。

3 回目の入院時は社会福祉士ではなく、外来の総合受付の隣にある相談室から派遣されたベテラン看護師の相談員がベッドサイドまで来て退院後早晩発生する生活面の事柄に対応してくれました。

例えば、介護保険の取得であり、障害者手帳の取得です。

障害者手帳の取得に関しては、私が動けないことを考慮して、他の相談員等と連絡しながら、私が居住する県から書類を取りよせ、診断書に記入後、必要な手続きを代行して提出してくれるなど、実質的な支援をしてくれました。

4 回目の入院時には社会福祉士が今回もベッドサイドまで来てくれました。

この社会福祉士にお願いした相談内容は主に、転院先のリハビリ専門病院の情報収集と医師との連絡・調整です。

私はこれまでこの病院で1回目と3回目と4回目の入院時の合計3回、疾病の治療が完了したらすぐこの病院を退院してリハビリ専門病院に転院しました。

最初の入院時には主治医が転院先のリハビリ専門病院を決めるに当たり、私の居住する県内に配慮して決め、私はそれに従いました。

3回目の入院時には別の病院を希望しましたが、治療期間と転院時期との間に制限があるらしく、緊急に転院を先決定する必要性が生じ、再度前と同じ病院に決まりました。

そして、4回目には是非とも別の病院に決めてくれることを希望しました。その理由の1つは、先の入院時に2回紹介されたリハビリ専門病院は公共交通機関の便が悪い上、最寄り駅から病院までの交通の安全性が確保されない点で不便であったからであり、2つは、他のリハビリ専門病医院のリハビリテーションも受けてみたいと考えたからです。

しかし、社会福祉士は直ぐに私が希望した情報収集を行わず、医師の指示を受けてから動き、前々回及び前回の入院時と同様の転院先のリハビリ専門病院の社会福祉士等と連絡調整した後、転院日時等を決定してからその結果を私に報告に来ました。

なお、2012年にある手術で同病院に入院した際、入院案内と同時に渡された書類の中に、『ご相談窓口のお知らせ』という紙があり、『当院では、患者さんからの病気に関する医学的な質問、普段の生活や入院生活に関する不安等、様々なご相談や要望などを受けております。また、専任の相談員により、医療従事者と患者さん等との対話促進のための支援を行っています。』という内容のお知らせがありました。

これによると、この病院には患者相談を受け付けるために『臨床倫理センター』が設けられ、そこに専任相談員、医師、看護師、社会福祉士、薬剤師、事務職員等がおり、相談内容に適した担当者を派遣すると共に、「その内容に応じて、適切な部署や職種と連携をとりながら、患者さんと当院にとって公平・公正な問題解決を行えるよう努める。」体制がとられるようになったということのようでした。

また、ホームページにも、運営支援組織の中の医療評価・安全部、患者相談・臨床倫理センターで、「患者にかわって患者の声を病院の各部署やスタッフに伝えるとともに、必要な情報を集めて患者の疑問にこたえ、また、患者へ、より質の高い医療を提供できるように、患者の声をもとに管理部門に対し改善のために必要な取り組みについて提言する。」ことが記述されています。

更に、2013年以降、外来の待合室に、外来看護部相談室による『看護相談を行っています。』という張り紙が貼付され、そこには「ご自分のこと、ご病気の心配や悩み、医療器具使用について、介護について、介護保険に関することなど、外来看護師へのご相談をお受けいたします。」と記述されていました。

ここの病院は中央の大学の病院であり、ここで働く社会福祉士は地域の高齢者のために

働社会福祉士の事例ではありません。

この事例を通じて、中央の大学病院では患者が退院後にリハビリテーションを継続できるようにするために回復期のリハビリ専門病院等と連絡・調整すること、また、例えば、退院後の医療費に関連する障害者手帳の取得や介護の件に関して相談を受け、解決の糸口を見出す業務を行うことを知りました。

② リハビリ専門病院で働く社会福祉士

(2000 年 10 月、2004 年 9 月～2005 年 3 月、2010 年 11～12 月)

ここには 2000、2004、2010 年の 3 回入院し、相談は 3 回目の入院時に行いました。

この病院の社会福祉士は『医療ソーシャルワーカー』^(注6) と呼称されています。

この病院の社会福祉士には次の相談と院長との連絡調整をお願いしました。

a. 相談については次の通りです。

大学病院に入院中、夜間低酸素状態になり酸素吸入を装着して就寝していたので、転院後の装着について相談する必要がありました。

そこで、酸素飽和度を夜間モニタリングする設備のないこのリハビリ専門病院で、酸素飽和度を調査する法やデータを作る方法などについて尋ねるとともに、院長に対して手短かに、かつ、効果的に説明する方法について相談しました。

なお、この相談に関しては、リハビリ室で昼間院長立会いの下、理学療法士が心電図をとり、その結果、院長から、「夜間の酸素吸入は必要ない。」という診断が告げられ、酸素吸入なしになりました。

b. 連絡調整については次の通りです

入院当時、セカンドオピニオンを求めて他の病院に至急診察に行く予定を立てていたもので、退院日の決定はその診療日程との調整が最重点でした。

そこで、理学療法士等と直接連絡しながらここでのリハビリテーションの目標達成の状況を把握した後、院長に対する説明文をつくり、それを社会福祉士に渡し、私に代わって院長への説明をお願いしました。

なお、その結果、退院日についてはセカンドオピニオンを求める病院の予約日に間に合う日程に決定しました。

上記の経験例で報告した社会福祉士に対する相談内容は医療と関連の深いものばかりでしたが、社会福祉士による相談業務のしくみが整備されていなかった 2004 年第 2 回の入院時の入院患者の中には、退院後の居住先や仕事への復帰など住宅困窮・生活困窮など多様な問題を抱え、それらを自分で解決する一方、他方で病院の職員やケアマネ等と相談していることを知りました。

そこで、私の経験例とは別に、他の患者が抱えていた多様な問題例を以下に紹介します。

(参考：コラム 2. リハビリ専門病院で認められた患者の多様な問題 参照)

但し、これは、ヒアリング等を行って得た結果ではなく、直接本人から話を聞く、あるいは、同室や廊下などで患者たちが話していたことや家族と話していたことを見聞きしたことなので、事実を記録した私の事例とは異なります。

しかし、この退院後の住^{すみか}処や仕事の心配はリハビリ病院の入院患者にとって退院後のリハビリテーションの継続の課題と同様、大きな課題であったこと、そして、回復期のリハビリ病院ではリハビリテーション業務の他に、退院後の生活相談がこれに匹敵するほど大事な業務になっていること、そして、今後このような相談業務がますます大事になることを知りました。

なお、この病院では 2012 年 4 月、病棟の 1 階に医療相談室が設けられ、3 人のソーシャルワーカーがここに詰め、患者の相談に応じるようになりました。

参考：コラム 2. 2004 年第 2 回目のリハビリ専門病院の入院の際、確認された患者の多様な問題

その 1. 高齢の単身世帯の男性患者の例

退院に際して新たにアパートを探す必要があり探していましたが、高齢であること、定職がなく収入がないことなどを理由に退院日が決まってからも退院後の住処が決まらず、リハビリテーションがない土曜日・日曜日には外出して不動産屋を巡っていた患者がいました。

そして、退院時には患者の身内らしき人が迎えに来て、一旦兄か弟の家に帰ることになったようです。

その 2. 高齢の夫婦のみ世帯の女性患者の例

自宅に戻るつもりでリハビリテーションに励み、退院後老人ホームなどの施設に入居することを頑なに拒んでいた女性です。

しかし、高齢の夫婦のみ世帯であることから、老人ホームに入居することを決め、退院しました。

その 3. 娘さんやお孫さんと別居していた高齢の単身世帯の女性患者の例

娘さんとお孫さんがいる女性で、時々ボーイフレンドがお見舞いに来ていました。

彼女はこれまで住んでいたアパートをバリアフリーに改装することを考え、退院後も一人でこれまで通りの暮らしを続けることを考えながら、退院日が決定してからは懸命にリハビリテーションに励んでいました。

しかし、娘さんと理学療法士や社会福祉士等と相談の結果、退院後は娘さんやお孫さんが住む鉄筋コンクリート造の核家族向きの共同住宅に同居することが決まりました。

このように決まった後の彼女は、ベッドに入ると声を潜めて泣き、リハビリテーションにも意欲を失っていました。

そして、退院日には辛そうに退院していきました。

その 4. 息子さん夫婦と同じ敷地に隣居している高齢の単身世帯の女性患者の例

退院後は自宅でこれまで通り自立した生活に復帰することを考えて、買い物用の手押し車を歩行器替りにリハビリテーションに励んでいた女性です。

入院前は息子さん夫婦と隣居していて、介護保険を利用して家事援助を頼んで自立していました。

しかし、入院中にケアマネから「現在の住み方は同居していると見なされ、退院後は家事援助が受けられなくなるので施設に入ることも考慮するように。」と伝えられました。

これを彼女が拒んだことから、息子さん夫婦とケアマネと病院関係者などで協議の末、一旦家の近くの老人保健施設に入居し、その後自宅に帰ってから通所リハビリテーションを利用することも考えることに決め、退院していきました。

2-3-2 社会福祉施設で働く社会福祉士

① 市の障害者福祉センター内の障害者生活支援センター

(2005 年 9 月～2006 年 9)

障害者福祉センターは、『身体機能の維持・向上に努め、社会的自立・参加の促進を図ること』を目的としたデイサービス事業と、障害者(児)とその家族を対象に、各種相談、情報提供、専門機関及び療育機関への紹介などを行う障害者生活支援センターがあります。

これは前述の障害者福祉センターのデイサービス事業において理学療法士による機能訓練を受けていた時期にいくつかの相談について利用した障害者生活支援センターの社会福祉士の例です。

社会福祉士には主に教育や仕事を通じて慣れ親しんだ環境や場所に出かける、あるいは、社会生活を行うための移動に対する支援について相談しました。

具体的には、リハビリテーションを通して、いずれ社会生活を復帰することを目標にした場合、車椅子で自宅から教育や仕事を通じて慣れ親しんだ環境移動する時の移動に対する公的支援の実際を教えて欲しいということです。

例えば、①移動のための人的支援・経済的支援、②交通機関を利用して移動する場合の公共・民間交通機関における人的支援・経済的支援などです。

相談内容を用紙に書いて渡しておく、都合の良い日に担当の社会福祉士が福祉センター内の相談室で相談に応じてくれました。

最初に担当した社会福祉士がその場で回答できることについてはその場で回答し、回答できないことについては調べて後日回答してくれました。

移動に対する支援は以下の 3 つがありました。(参考：移動のための人的支援・経済的支援 参照)

1 つは、全国共通に使えるタクシー券の支給と自治体(さいたま市)独自の施策である「初乗り料金」の割引があります。

2 つは、「支援費制度」の中の「居宅サービス」の 1 つにある「移動介助」です。

しかし、「対象者」として脳性麻痺、視覚障害、知的障害、特別障害者手当て支給要件があるなど、制度の運用上の要件が厳しく、私が利用できる制度ではないことが判りました。

3 つ目は障害児(者)生活サポート事業であり、一時預かり、送迎、外出援助などのサービスが提供されるというものです。

しかし、3 つ目の情報は、退院後すぐに利用できる具体的で詳細な内容に欠けていたことから、帰宅後直ぐ事業所一覧の端から順に事業所に電話して確認したところ、①定員がいっぱいで新規の受け入れが不可能であるという理由の他、②事業内容として「送迎」は行っていない(事業所内の支援のみ)、あるいは、③特定の養護学校の保護者が設立して利用者を限定しているなど、この事業制度は利用できる対象であってもいつでも必要に応じて利用できるものではないことが判りました。

参考：移動のための人的支援・経済的支援

1 つは、国から年間 20 数枚支給され、全国共通に使える「タクシー券」の支給と自治体（さいたま市）独自の施策である「初乗り料金」の割引があります。

2 つは、人的支援として、「支援費制度」があり、その中の「居宅サービス」の 1 つに居宅介護があり、「移動介助」が受けられます

3 つは、障害児（者）生活サポート事業であり、一時預かり、送迎、外出援助などのサービスが提供されます。

資料：さいたま市の障害者福祉ガイド（平成 15 年 4 月 1 日）

2-4 社会福祉士の働き方・働く場の特徴

2-4-1 医療機関で働く社会福祉士の業務は、医師、看護師、社会福祉士、薬剤師、事務職員等と連携した医療相談が中心

社会福祉士は医師の指示に従うことを業とする者ではなく、自立して業を行うことが可能な者です。

そして、病院、あるいは、医療機関で働く社会福祉士の業務は、事例で示した以下の実態を根拠にすると多くの場合、医師、看護師、薬剤師、事務職員等との連携が行われ、医療相談が中心となることが特徴です。

① 事例では多くの社会福祉士は病院に雇用されて働いています。

② 雇用された機関が病院であったことから、そこで働く社会福祉士は医療機関、あるいは、医師の指示を受けて初めて業務を開始しました。

③ 医師、看護師、薬剤師、事務職員等と連携しながら、医療相談が中心となっていました。

なお、『介護福祉士が働く場の実際』の事例として示す予定の通所リハビリテーション（デイケア）を運営している地域の病院では 2013 年に新館 1 階にソーシャルワーカー室が設けられ、各科の外来の窓口には、『ソーシャルワーカーにご相談ください。』と記した紙が貼付され、相談内容の例として、「退院後の生活が不安、医療費が心配、医療機関や施設を知りたい、社会資源や制度を知りたい、どこに相談したらよいかわからない」などと記述されていました。

そこで、この病院では 2013 年以降、社会福祉士の医療相談業務が多く寄せられることが想定されます。

2-4-2 雇用された社会福祉士の業務は雇用された機関が関係する福祉関連の相談業務及び福祉サービス関係者との間の連絡・調整業務に偏る

回復期のリハビリ専門病院では入院患者が退院後の生活や住宅に関する問題や悩みを持ち、また、障害者が社会生活に復帰するための経済的・人的支援を求めています。

このような相談業務に対して、社会福祉士は例えば、老人保健施設や有料老人ホーム等の情報提供、ケアマネや退院後利用する通所施設への連絡・調整を行うなど、福祉の専門的知識や技術を用いて解決の糸口を見出す業務を行います。

しかし、社会生活に復帰するために必要な経済的・人的支援に関連する福祉サービス関係者等との連絡及び調整業務は行いません。

また、障害者福祉センターの障害者生活支援センターの社会福祉士は市に雇用されており、障害者が社会生活に復帰するための経済的・人的支援を求めることがある場合は、福祉センター内にある雇用促進、あるいは、職業訓練関連の機関等につながられます。

しかし、福祉センター内にあるこれらの機関は回復期のリハビリテーションに連動した転職等を含む従前の職業への復帰、障害者が従前の就業先への復帰を実現するための「職業リハビリテーション」を実現するためのものではなく、国の法・事業制度にある「障害者の雇用促進等に関する法律」等に連動してそれを施行する機関とすることができるので、市に雇用されて働く社会福祉士の相談業務についても、解決の糸口を見出す業務を行うが従前の就業先の福祉サービス関係者等との連絡及び調整業務は行わないといえます。

これら社会福祉士が相談内容に直結した福祉サービス関係者等との連絡及び調整業務を行わない、あるいは、行えない原因は、社会福祉士が雇用されている機関が医療機関の場合、相談業務が医療相談中心になるからであり、また、連絡及び調整業務が医療機関と関係する福祉サービス関係者等との間に偏るから、また、市などの公的機関に雇用された場合、行政が法制度に基づいて実施している社会福祉に関連する相談業務が中心になるからであり、また、連絡及び調整業務が行政と関連する福祉サービス関係者等との間に偏るからです。

そして、社会福祉士がこのように雇用された機関に關係する福祉関連の相談業務及び連絡・調整業務に偏る業務を行うことが可能となる根拠は、社会福祉士がこれらの業務を法に明記された通りに行っているからにすぎません。

そこで、現在の法が雇用されて働く社会福祉士の業務を特徴づけることになります。

なお、リハビリ専門病院では、2012 年 4 月、病棟の 1 階に医療相談室が設けられ、3 人のソーシャルワーカーがここに詰めて患者の相談に応じるようになりました。

そこで、この病院では 2012 年、2013 年以降、医療相談が多く寄せられると共に、社会福祉士の医療相談についても医療相談を超える内容が増加することが想定されます。

2-4-3 職業リハビリテーションを欠くわが国の『切れ目のないリハビリテーション』

「リハビリテーション」は、身体機能の回復と社会生活への復帰の2つが重要ですが、就業者が事故や疾病により障害を負って回復期のリハビリ専門病院に入院した場合、これから患者が退院後の生活上の心配の多くは後者に関連することです。

また、社会福祉士に寄せられる相談業務の中には退院後の従前の地位や所属等の配置転換を含む復職、場合によっては転職等に関するものがあり、就業に関して就業先の企業等との連絡・調整が必要になることがあるでしょう。

しかし、民間の回復期のリハビリ専門病院の理学療法士等がそれに必要なリハビリテーションを行うことはなく、また、社会福祉士が相談を受けて適切な機関に対して連絡・調整を行うことはありません。

その理由は、上で述べたように法に明記された社会福祉士の相談業務が概ね福祉に関すること、連絡・調整業務が概ね「福祉サービス関係者等」との間に限られること、また、回復期のリハビリテーションを行う理学療法士等と職業リハビリテーションを行う機関との連絡・調整のしくみがないことをあげることができますが、最も根本の理由は就業者が障害者となった場合に必要な就業への復帰のための職業リハビリテーションが「切れ目のないリハビリテーション」の一環として整備されていないからです。

障害を負う前に就業していた患者が求める「切れ目のないリハビリテーション」を実現するためには職業復帰を目的した『職業リハビリテーション』を含むリハビリテーションの全過程を対象にしたしくみが必要になりますが、現在のわが国でそれを欠いています。

そこで、わが国の法整備の現状が現在の社会福祉士の業務を特徴づけることになります。

なお、わが国には、『障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年七月二十五日法律第百二十三号）』があり、その目的には、「（目的） 第一条 この法律は、身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置、職業リハビリテーションの措置その他障害者とその能力に適合する職業に就くこと等を通じてその職業生活において自立することを促進するための措置を総合的に講じ、もつて障害者の職業の安定を図ることを目的とする。」とあり、また、第二条の用語規定には、「職業リハビリテーションとは、障害者に対して職業指導、職業訓練、職業紹介その他この法律に定める措置を講じ、その職業生活における自立を図ることをいう」とあり、職業紹介は公共職業安定所（第二節、第九・十條）、職業指導等は公共職業安定所（第二節、第十一條）であり、公共職業安定所障害者職業センターとの連携（第二節、第十二條）とあり、以下、適応訓練、適応訓練のあっせん（第二節、第十三、十四條）と続きます。

このように、わが国の職業リハビリテーションは障害者に対して概ね職業指導、職業訓練、職業紹介等の措置を行うことであり、それらは概ね全て公共職業安定所を通じて行われることが想定されています。

しかし、上で述べたように障害を負う前に就業していた患者が退院後に求める職業復帰

を目的した『職業リハビリテーション』を含むリハビリテーションの全過程を対象にしたしくみや法律がわが国にはありません。

これに対して、アメリカには障害者の雇用に関する以下の法律があります。

- ・障害を持つアメリカ人法 (Americans with Disabilities Act of 1990 : ADA)
- ・リハビリテーション法 (Rehabilitation Act of 1973)

3. 介護福祉士

3-1 介護福祉士について

3-1-1 介護福祉士の業務

社会福祉施設や介護福祉施設等で障害者や高齢者がお世話になるのが介護福祉士であり、これは国家資格です。

社会福祉士及び介護福祉士法^(*) (昭和六十二年五月二十六日法律第三十号) によると (2014年1月現在)、

「介護福祉士」とは、第42条の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の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心身の状況に応じた介護 (喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの (厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。) を含む。) 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 (以下「介護等」という。) を業とする者をいいます。

(出典：社会福祉士及び介護福祉士法 (昭和六十二年五月二十六日法律第三十号) 第二条2)

*：社会福祉士及び介護福祉士法 (昭和六十二年五月二十六日法律第三十号) は改正されました。

但し、2014年1月現在平成十九年十二月五日法律第二百五号改正法に一部未施行法令があります。

3-1-2 介護福祉士の資格

資格^(*) は同法に次の通り定められています。

次の各号のいずれかに該当する者は、介護福祉士となる資格を有する

一 学校教育法第九十条第一項の規定により大学に入学することができる者 (この号の規定により文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校が大学である場合において、当該大学が同条第二項の規定により当該大学に入学させた者を含む。) であつて、文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校又は厚生労働大臣の指定した養成施設において二年以上介護福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの

<p>二 学校教育法 に基づく大学において文部科学省令・厚生労働省令で定める社会福祉に関する科目を修めて卒業した者その他その者に準ずる者として厚生労働省令で定める者であつて、文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校又は厚生労働大臣の指定した養成施設において一年以上介護福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの</p> <p>三 学校教育法第九十条第一項 の規定により大学に入学することができる者（この号の厚生労働省令で定める学校が大学である場合において、当該大学が同条第二項 の規定により当該大学に入学させた者を含む。）であつて、厚生労働省令で定める学校又は養成所を卒業した後、文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校又は厚生労働大臣の指定した養成施設において一年以上介護福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの</p> <p>四 介護福祉士試験に合格した者</p> <p>（出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第三十九条）</p>
--

*：介護福祉士の資格については２０１４年１月現在、平成十九年十二月五日法律第百二十五号改正法に一部未施行法令があります。

3-1-3 介護福祉士試験の受験資格

受験資格^(*)は同法に次の通り定められています。

<p>介護福祉士試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、受けることができない。</p> <p>一 学校教育法 に基づく高等学校又は中等教育学校であつて文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定したもののにおいて三年以上（専攻科において二年以上必要な知識及び技能を修得する場合にあつては、二年以上）介護福祉士として必要な知識及び技能を修得した者</p> <p>二 三年以上介護等の業務に従事した者</p> <p>三 前号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者であつて、厚生労働省令で定めるもの</p> <p>（出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四十条）</p>

*：介護福祉士の受験資格については２０１４年１月現在、平成十九年十二月五日法律第百二十五号改正法に一部未施行法令があります。

なお、国外の介護福祉士受け入れについては、EPA（経済連携協定）調印により受け入れ開始のフィリピン国について、検討を加えることが社会福祉士及び介護福祉士法の附則（平成一九年一二月五日法律第一二五号）抄及び身体障害者福祉法の附則（平成一九年一二月五日法律第一二五号）抄に記述^(*)されています^(注7)。

*：２０１４年１月現在、両法の附則（平成一九年一二月五日法律第一二五号）抄第九条の１は共に未施行です。

3-1-4 介護福祉士の義務等

同法は社会福祉士及び介護福祉士の義務等が次の通り追加、あるいは、改正されました。

① 誠実義務

社会福祉士及び介護福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、自立した日常生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立つて、誠実にその業務を行わなければならない。

（出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四十四条の二）

② 連携

介護福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、認知症（介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第五条の二 に規定する認知症をいう。）であること等の心身の状況その他の状況に応じて、福祉サービス等が総合的かつ適切に提供されるよう、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない。

（出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四十七条）

③ 資質向上の責務

社会福祉士又は介護福祉士は、社会福祉及び介護を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助又は介護等に関する知識及び技能の向上に努めなければならない。

（出典：社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第四十七条の二）

3-2 介護福祉士が働く場

活動職域は次に示すところです。（表 1-8 社会福祉士、介護福祉士が働く場の例 参照）

① 障害者福祉の分野では、身体障害者自立支援法に基づく福祉サービスとして、居宅介護、重度訪問介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援^{（注8）}などで働きます。

② 介護福祉の分野では介護保険法に基づく介護給付におけるサービスの居宅サービスとして訪問介護・訪問入浴介護などの訪問サービス、通所介護や通所リハビリテーションな

どの通所サービス、短期入所生活介護^(注9)・短期入所療養介護^(注10)などの短期入所サービスで、施設サービスとして介護老人福祉施設^(注11)・介護老人保健施設^(注12)・介護療養型医療施設で、地域密着型サービス^(注13)として定期巡回・随時対応型訪問介護看護^(注14)・小規模多機能型居宅介護^(注15)・夜間対応型訪問介護^(注16)・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）^(注17)・地域密着型特定施設入居者生活介護^(注18)・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護^(注19)・複合型サービス^(注20)などで働きます。

③ また、介護福祉の分野では予防給付におけるサービスの介護予防サービスとして、介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護などの訪問サービス、介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションなどの通所サービス、介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護などの短期入所サービスで働くとともに、介護予防特定施設において介護予防特定施設入居者生活介護などで働きます。

④ 更に、介護福祉の分野では予防給付におけるサービスの地域密着型介護予防サービス^(注21)として介護予防小規模多機能型居宅介護・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）などで働きます。

3-3 介護福祉士が働く実際

ここでは、身体障害者のデイサービス事業と老人デイサービス事業、通所リハビリテーション（デイケア）、通所リハビリセンター、訪問介護、介護保険・居宅サービス事業の療養（ショートステイ）における介護福祉士の6事例と地域密着型サービスの認知症対応型生活介護（グループホーム）における介護福祉士の合計7事例をご紹介します。

なお、障害者福祉センターにおけるデイサービス事業は、『身体機能の維持・向上に努め、社会的自立・参加の促進を図ること』を目的とした事業であり、市内全域を対象にしていることから身近な地域で働く介護福祉の例ではありませんが、広義の『地域』で働く介護福祉士の例として、また、身体障害者を対象とする場で働く介護福祉士の例としてご紹介します。

3-3-1 デイサービス事業所、通所リハビリテーション（デイケア）で働く介護福祉士

① 障害者福祉センターの身体障害者デイサービス事業

（2005年9月～2006年9月）

障害者自立支援法が施行される前に利用していた障害者福祉センターのデイサービス事業です。

営業は1日単位で月曜から金曜までで、曜日に共通な日課と週ごとに異なる日課の2つ

から成っていました。

曜日に共通の日課は障害者福祉センター到着直後に行う検温や血圧測定、その後男女が午前・午後に分かれて順番に行う機能訓練と入浴です。また、ここは昼食がありました。

週ごとに異なる日課は機能訓練のない人、あるいは、入浴のない人、あるいは、これらを待機している人やこれらが終わった人が行う創作活動を通じた作業や機能訓練です。

デイサービス事業の職員の多くは看護師と介護福祉士です。

午前・午後に行われる機能訓練は理学療法士が担当します。

例えば、曜日に共通の日課の内、検温や血圧測定は看護師が、また、午前・午後に行われる機能訓練は理学療法士が担当しますが、その他の日課の殆どは介護福祉士が担当します。

また、送迎があり、送迎は介護福祉士及び補助スタッフが2人1組で行います。

玄関に到着すると、靴を上履きの靴に履き替えます。

着脱が遅い人には付き添って見守りますが、お願いしない限り手伝うことはなく、また、早く行うように催促することはありません。

デイサービスの部屋では、車椅子で来た人で施設にある椅子に座り変える人は座り変えます。1日中車椅子のままの人は車いすのままで過ごします。

また、入浴があり、入浴は1人ずつ呼ばれて1人ずつ行います。

更衣室には先に入浴して浴室から出た人が着替えをしているので、更衣室の中だけは2人になります。

介護福祉士及び補助スタッフが更衣室に1人、浴室に1人、合計2人が利用者2人に付きます。

浴室まで杖で入る人、介助者に手を握られて入る人など様々ですが、浴室内の洗い場の鏡の前に設けられた椅子に座って自立浴ができる人は介助者付きでプライベートな入浴を行うことができます。

自立浴ができない人は機械浴があります。

これも利用は1人ずつ呼ばれて行うので、介助者付きでプライベートな入浴を行うことができます。

入浴介助については介護保険制度と異なり、『同性介助』が契約書に明記されています。

食事がありますが、食事はデイサービスの部屋ではなく、1階にある食堂で行います。

ここは職員も一緒に利用します。

一人で食事ができない人には介護福祉士及び補助スタッフの支援、あるいは、介助が付きます。

ここは1時まで営業していたので、嚥下障害で食事に時間がかかる障害者もここで気兼ねなくゆっくり最後まで完食して部屋に戻ることができました。

なお、日課には、曜日に共通な日課と週ごとに異なる日課があると前に述べましたが、週ごとに異なる日課は、機能訓練や入浴のない人、これらを待機している人やこれらが終

わった人などが昼食後に行う創作活動を通じた作業や機能訓練です。

座って行う卓球などのスポーツや習字、陶芸、七宝などの創作活動を通じて上肢の訓練のための作業を、また、ハンドベルを利用したコーラスや詩歌の購読を通じて構音障害や嚥下障害に対する訓練を行いました。

座って行う卓球などのスポーツやビデオ鑑賞などは介護福祉士及び補助スタッフが担当しました。

習字、陶芸、七宝、ハンドベルには外部から講師が派遣されてきますが、それらの手伝いは当日担当する介護福祉士及び補助スタッフが行いました。

また、座って行う卓球などのスポーツは別の階にある広い部屋を使いますが、その他はデイサービスの部屋で行いました。

週ごとに異なる日課への参加は自由で、参加しない人は、例えば、囲碁や将棋や読書など、自分の好きなことをしながら帰りの時間まで自由に過ごしていました。

② デイセンターの老人デイサービス事業

(2002 年 5 月～2007 年 11 月)

デイセンターで働く介護福祉士です。

デイセンターでは入浴、排せつ、食事等の介護とその他日常生活上の世話及び機能訓練が行われました。

デイセンターは要支援や要介護の高齢者の昼間の介護を行う事業なので、高齢者に相応しい楽しい日常生活が企画・演出・運営されていました。

朝の挨拶後その日の日課や行事の殆どを介護福祉士が行いました。

送迎は、介護福祉士及び補助スタッフが朝夕送迎車を運転して 2 人 1 組で行いました。

ここでは、昼食がありました。

昼食はデイセンターが行われる部屋で、そのデテーブルの上で食べました。

昼食時には食事の介助が必要な人に介護福祉士、あるいは、補助スタッフが介助しました。

嚥下障害がある人は食事に時間がかかります。

利用者は「ゆっくり食べてよい。」と言われますが、午後の日課を進めるためにテーブルが必要なことから、自立して完食するまでゆっくりと待つということはなく、食事には介助が行われました。

入浴時には介護福祉士、あるいは、補助スタッフによる介助が行われました。

ここでは、曜日ごとの日課と季節ごとの行事がありました。

曜日ごとの日課には、折り紙細工や粘土細工などの工作、ぬり絵やゲーム、演歌などがあり、皆で楽しい時間を過ごします。

また、曜日ごとの日課では、ヨモギ餅などの季節ごとのおやつ作りが行われました。

季節ごとの行事には節句や七夕祭りやクリスマス、外出行事などがあります。

外出行事には桜やバラ園などのお花見、寿司や天ぷらなどの食事会、近くの郷土博物館の見学等が行われました。

また、年1回の家族の参加を得て行う温泉等への宿泊旅行などもあります。

そして、これら外出・外泊行事には多くの介護福祉士及びスタッフが付き添いました。

その他、介護保険改正後は利用者に口腔加算が追加されて、口の衛生管理や正しい歯磨きの訓練なども行われるようになりました。

これは歯科医などの専門家ではなく、介護福祉士、あるいは、スタッフが行いました。

このデイセンターにおける介護福祉士の業務の実際をまとめると次の通りです。

1. 高齢者等に日常生活に必要な食事・排泄・入浴・昼寝及び娯楽等を支援・介助する。
2. 高齢者等に必要な機能訓練を体操やゲーム等を通じて共に行う。
3. 介護予防サービスとしてデイセンターが行う口腔ケアを担当する。
4. 曜日ごとの日課や季節ごとの行事を企画・実施して高齢者の日常生活を楽しむ。
5. 利用者の送迎を担当する。

なお、この事業所は他にも数か所この地域や近接した地域でデイセンターを開設しており、その内、最近できた1か所に利用者5～6人の小規模デイサービスがあります。

また、このデイセンターを運営する医院は地域包括センター（2013年4月より、『シニアサポートセンター』と呼称される。）となり、そこに保健師・ケアマネ及び社会福祉士などが働くようになりました。

③ 介護老人保健施設が運営する通所リハビリテーション（デイケア）

（母：2000年4月～2007年11月、私：2005年3月～2005年9月、2006年9月～2007年9月）

介護保険法が施行される前から老人保健施設として営業していて、そこに通所リハビリテーション（デイケア）が併設されていました。

最近隣接の病院が経営主体になるなど運営主体が変わりました。

営業は月曜から土曜であり、休日は2・3階を除き事務室の職員と共に土曜と祝祭日です。

この施設は1階を主に居宅サービス事業の通所リハビリテーション（デイケア）に、2階を短期入所療養介護に、3階を老人保健施設に使い、1～3階まで多くの介護福祉士が働いていました。

この施設の中に地域包括センターや在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所などがあり、介護福祉士はこれらの事業で働いていました。

また、この事業所には介護福祉士の他、社会福祉士、看護師、理学療法士、介護福祉士を目指して介護の現場で働く人たちが多数おり、必要な時は通りを隔てて隣接する同一法

人が運営する病院から医師や看護師が来て対応していました。

この事業所では、介護保険を利用して、概ね要支援 1～2、要介護 1～3 の人を対象にしていました。

通所リハビリテーション（デイケア）の営業は月曜から金曜までの 1 日中でした。

入浴サービスと昼食が付き、食事や入浴が自立しない人には支援が行われました。

利用していた当時の介護福祉士の仕事は次の通りです。

送迎を担当し、朝夕、送迎車を運転して利用者の送り迎えをしました。

送迎時には靴の履き替えを行います、その時に手間取る人には職員が手伝いました。

玄関から通所リハビリテーション（デイケア）の部屋まで続く長い廊下は一人で歩ける場合でも 90 歳前後の人や安全に杖歩行ができない人はすぐに車椅子に乘せられ、利用者の誰かが押して部屋に向かいました。

また、これらの人はトイレや入浴や午前・午後の体操などで移動することを除くと、この通所リハビリテーション（デイケア）で過ごす 1 日の大半を座ったまま過ごしました。

ここでは、午前の『体のリハビリ体操』と午後の『レクリエーション（ゲームや歌など）』がありました。

午前の『体のリハビリ体操』と午後の『レクリエーション（ゲームや歌など）』は曜日ごとにメニューを替えて行なわれました。

午後にはおやつと頭の体操がありました。

昼食前に『体のリハビリ体操』として介護福祉士が行うラジオ体操第一の運動があり、また、頬を膨らませる運動の後に早口言葉などを繰り返しました。

そして、これらの運動を介護福祉士が行いました。

昼食は 1 日過ごす通所リハビリテーション（デイケア）の部屋のテーブルに配膳されて、皆一緒に食べました。

嚥下障害で食べる時間がかかる人には職員が一応、『ゆっくり食べなさい。』と声をかけますが、数分ごとに 3～4 回見に来て、遅い人には口に運ぶことを手伝うことがありました。

入浴は男女が午前、午後に分かれて集団で利用しました。

この時、介護福祉士、あるいは、補助職員が介助、あるいは、支援します。

更衣室・浴室はプライバシーが全くない銭湯、あるいは、温泉の共同浴場のようなものでした。

自立できる人は更衣室で衣類を脱ぐと浴室の椅子まで介助が付き、椅子に座って自分で身体を洗います。

杖を利用すれば概ね自立できる人は浴室内では洗いや浴槽に入る時のみ介助を受けます。

入浴は障害者福祉の通所デイサービスとは異なり、『同性介助』が契約に明記されていません。

なお、この通所リハビリテーション（デイケア）がある老人保健施設は地域包括センター（2013 年 4 月より『シニアサポートセンター』と呼称される）となり、そこに保健師・

ケアマネ及び社会福祉士などが働くようになりました。

3-3-2 通所リハビリテーションで働く介護福祉士

① 地域の通所リハビリセンター

(2009年6月～2010年9月、2010年12月～現在)

現在利用している通所リハビリセンターに2013年2月現在、1人いる介護福祉士です。

この事業所の開設当初からおり、開設当初は利用希望者の自宅を理学療法士と共に訪問してケアマネ等と相談しながら利用開始につなげていく業務を中心に行っていました。

開設当初は介護福祉士の仕事の他に、事業所の一員として事業所の仕事に関係することは他のスタッフと同様、殆ど全て行っていました。

現在の業務は、利用者や利用者の家族やケアマネ等からかかる電話への対応、利用についての問い合わせや利用希望者に対する情報提供、利用者の健康や自宅での様子等を聞きとり安全で健康上無理のないリハビリテーションにつなげるためのアドバイス、運営主体及び理学療法士と利用者やその家族やケアマネ等との連絡調整などです。

私の場合、担当の介護事業所の介護支援専門員が必要に応じて『担当者会議』を主催するので、それに同席して私のリハビリテーションの目的・方法等について検討し、理学療法士が作る『リハビリテーション実施計画書』作成の補助を務めたことがありました。

なお、これまで補助スタッフとして3年働いて2013年に試験を受けて合格した介護福祉士が2013年4月以降4人増えました。

3-3-3 生活介護で働く介護福祉士

① 介護老人保健施設が運営する短期入所療養介護

(母：2000年4月～2007年11月)

前記の通所リハビリテーション（デイケア）が行われている介護老人保健施設の2階で行われている居宅サービスの短期入所療養介護（ショートステイ）で働く介護福祉士です。

通所介護と入所介護との違いは、後者が24時間介護であることから夜勤があること、就寝時・起床後の歯磨き、着替え、排せつなどの見守り、あるいは、介護や支援を行うことです。

また、この「短期入所療養介護」に類似した短期入所介護に「短期入所生活介護」がありますが、短期入所療養介護と短期入所生活介護との違いは、前者が「介護老人保健施設その他の厚生労働省令で定める施設において看護、医学的管理の下における介護を行うこと」です。

その他の業務は、利用者及び家族に対する利用当日の説明、2 階のショートステイの事務室におけるパソコンによる各種の記録や報告書等の作成、他の介護福祉士や実習生等、スタッフに対する指導などがあります。

見守り、あるいは、介護や支援について具体的に見ると、例えば、夜中のトイレを自力で行えない人には、夜中に 1～2 度職員が起こしに行きます。

また、起床・就寝の際、着替えができる人は自分で行いますが、半身不随等身体的な障害があり、自分でできても時間がかかる人には職員が手を貸します。

歯磨きについても同様に自力でできない人には手を貸します。

食事は居室ではなく、広間のテーブルで皆一緒に食べます。

嚥下障害がない人は自宅で行っているように自分で食べますが、嚥下障害がある人など、時間がかかる人には職員が口に運びます。

入浴は前述の介護保険・居宅サービス事業における通所リハビリテーション(デイケア)と同様、集団浴であり、また、『同性介助』が契約書に明記されていません。

日常生活についてみると、食事・入浴・個別リハビリテーション、体操等の日課を除くと、自立できる人はテレビや新聞等を見ながら 1 日を過ごします。

手がほとんどかからない人、大人しい人、耳が遠くてテレビを見ずに座ったまま過ごす人、人と会話をすることなく一人で静かに過ごす人などは手がかからないので、職員からの見守り、あるいは、介護や支援は少なく、1 日中座ったままの状態です。

食事・入浴・トイレ等の利用が自立できない人、おむつを使用している人など、手がかかる人に職員の見守り、あるいは、介護や支援・介助が忙しく行われます。

なお、薬の管理は職員が概ね中央で行います。

薬を自力で服用できる人は食事時などに薬と水が用意されて自分で服用しますが、薬の管理及び服用が自力でできない人には服用時に職員が薬と水を持参して介助します。

② 特定非営利活動法人が運営する認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

（母：2007 年 9 月における 1 週間）

2 階建てのグループホームで、1 階は認知症が軽くて概ね自立できる高齢者、2 階は食事・入浴等自立できない認知症が重い高齢者が入居しており、各階それぞれ 3 人の職員が働いていて、その内、各階の担当者は介護福祉士です。

1 階を利用している人の中には車椅子の利用者もありますが、これらの人は概ね車椅子を自力で走行です。

ここは家族に解放されているので家族はいつでも介助や見守りなどのために訪問することができます。

食事は、職員と入居者と一緒に作ることはありません。

食後の後片づけや食器の洗い物や洗濯物の片付けなどを入居者が手伝うことがあります。食事の時に家族が来て食事の介助を行うことができるので毎日訪れる家族もいます。

また、近くの菜園で野菜などを栽培しているので介護福祉士は入居者と一緒にその世話をし、時には野菜を取ってくる場合があります。

入浴は自立浴ができる人を除き、概ね介助が付きます。

1階の入居者は概ねトイレを自力で利用できますが、できない人には介助が付きます。

個室の掃除は認知症が軽くて自分でできる人は自分で行います。

自力でできない人の個室と共用部分は職員が行います。

洗濯は職員が行いますが、取り込んだ洗濯物の片付けを利用者が行うこともあります。

介護福祉士は時々入居者と共に近くに散歩や買い物などに出かけます。

また、ここで働く介護福祉士は、基本的に24時間入居者と共に生活し、夜勤があります。

今回の事例は認知症対応型共同生活介護（グループホーム）ですが、これに類似した生活介護に「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」^(注11)があります。

「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」で働く場合は今回の事例と異なり、「地域密着型介護老人福祉施設」に入所する要介護者に対して行う健康管理及び療養上の世話があります。

なお、この建物の道路を挟んで隣に小規模なデイサービスがあり、このグループホームの1階の入居者で認知症の軽い人の中には昼間ここを利用する人もいます。

3-3-4 訪問介護員（ヘルパー）として働く介護福祉士 (2005年6月～現在)

現在お世話になっているヘルパーの中の介護福祉士の資格を持つ人です。

ヘルパーを派遣している介護サービス事業所では、「ヘルパーは身体介護ができなければ役に立たない上、いずれ3級ヘルパーはなくなることから、2級を持っていて3年以上経験のある人には試験を受けるよう勧めている。」とのことで、この事業所のヘルパーの中には介護福祉士の資格を持つ人がいるとのことです。

そして、ヘルパーの仕事を目的に仕事を選んだ人の中には、介護福祉士の受験資格が得られる時期に達して試験を受けて介護福祉士の資格を取得した後もこれまで通り、ヘルパーの業務を引き続き行っている人もいます。

なお、介護福祉士の業務には、『心身の状況に応じた介護、あるいは、介護に関する指導』がありますが、私の場合、身体介護は殆どなく、主に家事援助を中心をお願いしているので、介護福祉士の資格を有するヘルパーとそうでないヘルパーとの間で仕事の内容が異なるということは殆どありません。

3-4 介護福祉士の働き方・働く場の特徴

3-4-1 介護業務の全てを担う

今回はデイサービス事業所、通所リハビリテーション（デイケア）で働く介護福祉士の事例として、障害者自立支援法が創設される前に利用していた障害者基本法及び身体障害者福祉法に基づく障害者福祉センターの身体障害者デイサービス事業、介護保険法に基づくデイセンターの老人デイサービス事業、介護老人保健施設が運営する通所リハビリテーション（デイケア）を、また、介護保険法に基づく通所リハビリテーションで働く介護福祉士の事例として地域の通所リハビリセンターを、また、介護保険法に基づく生活介護で働く介護福祉士の事例として介護老人保健施設が運営する短期入所療養介護、特定非営利活動法人が運営する認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を、訪問介護で働く介護福祉士の事例として訪問介護員（ヘルパー）を取り上げました。

更に、介護保険法に基づく生活介護で働く介護福祉士の事例として取り上げた 2 事例についてはそれに類似した短期入所生活介護や地域密着型介護老人福祉施設に入所する要介護者に対して行う「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」で働く場合があります。

今回報告した事例は介護福祉士が働く場の一部ですが、介護保険法の場合、同法に基づく介護福祉士の業務は同法第 8 条に定められた「居宅サービス」、「地域密着型サービス」、「施設サービス」、「介護予防サービス」又は「地域密着型介護予防サービス」を行う事業所、あるいは、施設における介護の全てです。

このように、介護福祉士は社会福祉士及び介護福祉士法に明記された通り、『介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上的の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心身の状況に応じた介護を行い、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（以下「介護等」という。）』を業とする者であり、介護福祉士は業務の根拠となる法律に基づいて介護の全てを担います。

3-4-2 入所介護や共同生活介護で働く場合は 24 時間入居者と共に生活する

今回の事例の介護保険法に基づく短期入所療養介護（ショートステイ）や認知症対応型共同生活介護（グループホーム）など入所介護や共同生活介護で働く場合は、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を 1 日を通じて行うことから、基本的には 24 時間入居者と共に生活します。

そして、夜勤があります。

3-4-3 デイサービス事業や通所リハビリテーション（デイケア）で働く場合は日課の大半を担う

事例で示した以下の実態を根拠にすると、障害者基本法及び身体障害者福祉法に基づく障害者福祉の分野であれ、介護保険法に基づく介護福祉の分野であれ、デイサービス事業や通所リハビリテーション（デイケア）など高齢者等に福祉サービスを提供する場ではいずれの場合もその日課の大半を担います。

①障害者福祉センターにおけるデイサービス事業の日課は曜日に共通な日課と週ごとに異なる日課の2つから成っていました。

そして、ここで働く介護福祉士は送迎の他、月曜から金曜まで曜日に共通な日課のほとんどを、また、週ごとに異なる日課については日課ごとに派遣される講師の補助を務めるなど、日課の大半を担当していました。

③ 老人デイサービス事業を行うデイセンターで働く介護福祉士は送迎・食事・トイレ・入浴などの日課の他、季節ごとの催し物や外出や家族旅行など、行事の大半を担っていました。

④ 通所リハビリテーション（デイケア）で働く介護福祉士は送迎・食事・トイレ・入浴の他、体の体操や頭の体操等の機能訓練など、日課の大半を担っていました。

3-4-4 自立支援は対象者の心身の状況に応じて行う

今回の障害者デイサービス事業の利用は障害者自立支援法が創設される前であったことから、その根拠法は身体障害者福祉法及び障害者基本法でした。

そして、障害者デイサービス事業の目的には『身体機能の維持・向上に努め、社会的自立・参加の促進を図る』ことが明記されていました。

介護保険法による老人デイサービス事業の目的は明記されていませんが、事業内容に『老人デイサービスセンターに通わせ、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行う』ことが定義されています。

改正介護保険法では通所リハビリテーション（デイケア）がなくなりましたが、通所リハビリテーションについてその目的を含めて、『その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。』と定義されています。

そこで、介護保険法に基づく老人デイサービス事業、通所リハビリテーション（デイケア）の目的を、『居宅における日常生活の自立支援』という居宅サービス事業の目的に一括させると、障害者デイサービス事業の目的は自立支援、老人デイサービス事業、通所リハビリテーション（デイケア）の目的も自立支援となり、事業の目的は同じとなります。

しかし、「自立支援」という用語は同じでも、事業の根拠となる法律は老人デイサービス事業、通所リハビリテーション（デイケア）と老人デイサービス事業では異なることから、同じ「自立支援」を目的にした介護業務でも業務方法が異なることが想定されます。

今回の事例では、例えば、送迎後の靴の履き替えから、トイレ、入浴、食事に至る介助など具体的な方法をみると、障害者デイサービス事業では障害者の行動に対してすぐに手を貸さず、十分な時間をかけて自分で行うことを見守りながら支援するのに対し、老人デイサービス事業、通所リハビリテーション（デイケア）では高齢者等が自分で行うために必要な時間を割くことなく、また、転倒防止を優先するあまり、直ぐに手を貸す介護が実施されるなど、自立支援の実態は異なりました。

このように、介護福祉士の業務は障害者や高齢者等の介護であり、彼らが働く障害者デイサービス事業や老人デイサービス事業及び通所リハビリテーション（デイケア）の目的は同様に「自立支援」ですが、これらで働く介護福祉士は業務を実施するに当たり雇用された機関が行う事業の根拠となる法律に則り、「居宅における自立した日常生活」を目的とする「自立支援」と「自立した日常生活又は社会生活」を目的とする「自立支援」とで、「自立支援」の方法を異にしていました。

また、老人デイサービス事業、通所リハビリテーション（デイケア）、通所リハビリセンターの事業は介護保険法という同じ法律に基づいていますが、「自立支援」の方法についてみると、通所リハビリテーション（デイケア）と通所リハビリセンターは明らかにリハビリテーションを行う場所ですが、前者は転倒防止を優先する「介護」が過度になりがちであるのに対して、後者は例えば、杖歩行の利用者を「要介助」とそうでない人に分けるなど、転倒防止を優先する介護と自立支援を優先する介護を区別して両立させていました。

以上のことから、介護福祉士が行う介護業務における「自立支援」については、根拠法が異なる場合も、同じ場合も、対象者の日々の心身の状況に応じて対応していることが判ります。

表 1-8 社会福祉士、介護福祉士が働く場の例

名称	分野	サービス事業		サービスの名称		場所		
社会福祉士	障害者福祉	障害福祉サービス		共同生活援助		夜間において、共同生活を営むべき住居において		
		相談支援		基本相談支援		障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談		
				地域相談支援	・地域移行支援	障害者支援施設、のぞみの園若しくは第一項若しくは第六項の厚生労働省令で定める施設に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者に入院している精神障害者		
				・地域定着支援		単身その他の厚生労働省令で定める状況において生活する障害者の居宅において		
	介護福祉	地域支援事業		・包括的支援事業における総合相談業務 ・サービス事業者および行政との連携業務	市町村、地域包括支援センター、介護サービス事業所など			
	民事			成年後見制度の後見人				
その他	組織に属さない「独立型社会福祉士」としての活動			・地域住民の福祉に関する相談				
介護福祉士	介護福祉	障害者福祉		障害福祉サービス		居宅介護、重度訪問介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、		居宅、社会福祉施設、障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設など
			居宅サービス	訪問サービス		○訪問介護 ○訪問入浴介護		
		通所サービス		○通所介護 ○通所リハビリテーション				
		短期入所サービス		○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護（注1）				
				○特定施設（注2）入居者生活介護				
		施設サービス		○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設				
				地域密着型サービス	○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○小規模多機能型居宅介護（注3） ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス			
			介護予防サービス		訪問サービス		○介護予防訪問介護 ○介護予防訪問入浴介護	
		通所サービス			○介護予防通所介護 ○介護予防通所リハビリテーション			
		短期入所サービス		○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				
		地域密着型介護予防サービス	○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）					
		（注1）	介護老人保健施設、介護療養型医療施設その他の厚生労働省令で定める施設					
		（注2）	有料老人ホームその他厚生労働省令で定める施設であって、第十九項に規定する地域密着型特定施設でないものをいう					
	（注3）	その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その者の選択に基づき、その者の居宅において、又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう						

4. 介護支援専門員

4-1 介護支援専門員について

高齢者が介護サービスを利用する際、介護サービス計画を作成し、市町村や介護サービス提供事業者等との連絡調整をする人が介護支援専門員であり、通常、『ケアマネジャー』と呼称されています。（以下、『ケアマネ』と略称）

介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）によると、

「介護支援専門員」とは、「要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であつて、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。」とあります。

（出典：介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）**第七条5**）

なお、第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けるには以下の第六十九条の二第一項に示す当該都道府県知事の登録を受け、介護支援専門員証の交付の申請を行うことが必要です。

参考：第六十九条の二第一項

「厚生労働省令で定める実務の経験を有する者であつて、都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う試験（以下「介護支援専門員実務研修受講試験」という。）に合格し、かつ、都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（以下「介護支援専門員実務研修」という。）の課程を修了したものは、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県知事の登録を受けることができる。」

（出典：介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）第六十九条の二第一項）

4-2 介護支援専門員が働く場

活動職域については、前記の介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）によると、要介護者等及び要介護者等の家族の自宅、市町村・居宅サービス事業者・地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防サービス事業者：地域密着型介護予防サービス事業者等の事務所や施設などです。（表 1-9 介護支援専門員、訪問介護員が働く場の例参照）

4-3 介護支援専門員が働く実際

ここでは居宅サービス事業所で働く支援専門員の4事例をご紹介します。

4-3-1 居宅サービス事業所で働く介護支援専門員

① 最初に利用した居宅サービス事業所

(2002年4月～5月)

91歳まで介護保険を利用せずに自立した生活を送ってきた母が退院後突然介護生活に入ったことや私の仕事の関係から、介護保険を利用した最初の時期の母の週間サービス計画は市の担当課やケアマネが求める『毎週同じ一週間分のサービス計画を一ヶ月間繰り返す』というような一般的なサービス計画を作成できる状態ではなく、毎週異なるものにならざるを得ませんでした。

そこで、私たちの生活に見合うサービス計画を作成してくれる事業所やケアマネを求めました。

この事業所のケアマネは入院中、病院のベッドサイドに駆けつけてくれて、私たちの生活に見合う母の週間サービス計画を立てることを最初は引き受けてくれました。

しかし、週によって流動的になりがちな私たちの週間サービス計画は、その計画にそって訪問ヘルパーを派遣する介護事業所や実際に働くヘルパーにとって必ずしも歓迎される仕事ではなく、また、ケアマネが独立した立場で仕事をしていただけでなく、事業所に雇用されて働いていたことから、ケアマネ自身事業所の所長や所内の方針等にそぐわない仕事を続けることが難しくなりました。

そして、次第に私たちの週間サービス計画が実行し難くなったことから、(ケアマネの仕事への熱意に感謝しつつも・・・)、この事業所は辞めて、私たちの実際の生活に見合う週間サービス計画を作成してくれるケアマネと事業所を探すことにしました。

② NPO による居宅サービス事業所

(2002年5月)

非営利活動法人による事業所を探していた時に出会ったケアマネです。

但し、この事業所は契約寸前になって、事業所の所長から、『うちではお引き受けできません。』と断られたため、母の介護保険証の『訪問介護居宅支援事業者又は介護予防支援者及びその事業所の名称』の欄には記載されていません。

この事業所のケアマネは依頼した時は、『介護人である私の仕事の不規則なために規則的に繰り返す週間サービス計画を作成し難い』という事情を理解した上で引き受けてくれる

ことになりました。

しかし、この事業所の理事長と自宅で打ち合わせ後契約する段階になって前述の通り突然、『引き受けられない。』というファックスが入り、ここの事業所との関係は終了します。

③ 障害後最初にお世話になった居宅サービス事業所

(2002年5月～2005年6月)

ケアマネを探していた同じ時期、母の週間サービス計画を自主作成したいと考え、県内の自主グループが週間サービス計画や利用票を自主作成しているという新聞記事を読み参加させてもらったことがありました。

そして、丁度この時期にお世話になったのがこの事業所の介護支援専門員です。

週間サービス計画を自主作成するためにケアマネに身体介護と家事援助（現在の生活援助は当時家事援助と呼称されていました。）に関する点数票の小冊子を送ってもらい、利用できる限度まで細かく点数を計算して週間サービス計画を自主作成し、それをケアマネに送り、ケアマネにはそれを正式なフォーマットに清書して市役所に送ってもらうことを試みました。

その後、私が身体障害者になり、車椅子生活者になり、私も介護保険の第2号被保険者として介護度3の認定をとり、母と同じケアマネに私の介護保険申請をお願いしました。

退院後の生活のために車椅子生活に必要な手すりの取り付けやドアを引き戸に替えるなど、室内をバリアフリーにするための工事が必要になったことから、私はこれらの工事に関して見積もり・契約・工事当日の立ち合い等のために入院中の病院から介護タクシーを利用して車椅子で自宅に戻りました。

そして、このケアマネにはこの時私と毎回立ち会ってもらいました。

このケアマネには数か月間2人分お世話になりましたが、私自身の計画を担当してもらっているうちに、色々な面で不都合を生じてきたことから、この事業所とケアマネを辞めて、別の事業所とケアマネに変えることにしました。

色々な面での不具合とは、具体的にはケアマネが行う『要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な公的支援に関する専門的知識及び技術の提供』に関する業務がこの事務所のケアマネは滞りがちであったことから、週間サービス計画を自主作成するに当たり起きた不具合であり、例えば次の様なことです。

介護保険法が改正する度に訪問ヘルパーの身体介護や家事援助の運用や点数計算、あるいは、利用者が利用できる点数や利用料等が変更されることがあります。

これまでこの事業所のケアマネはその理由や根拠等を利用者には示すこともなくテキパキと迅速に仕事を進めてきました。

しかし、私自身が利用者となって週間サービス計画を作成することになると、このやり方では説明不足や情報不足が原因でヘルパー派遣の日数計算や週間サービス計画を作成

する上で困難や問題を生じたのです。

なお、この事業所とこのケアマネにお世話になっていた時期、介護保険法の見直しが予定されていて、その中の一つに介護支援専門員の独立性・公平性や報酬等についての課題が取りあげられたことがありました。

そして、母の介護に見合うサービス計画を立ててくれる事業所やケアマネを求めて2か月の間に3回事業所を変えた私たちの事例は、現状のケアマネの業務に関する問題例の1つとしてNHKの福祉分野の番組に紹介されたことがあります。

当時の映像にはこの事業所のケアマネへのインタビューと訪問ヘルパーが母の家で家事援助をしている様子があります。（2002年6・7月頃？）

④ 現在お世話になっている居宅サービス事業所

（2005年6月～現在）

市役所に紹介された事業所のケアマネで、母も私と同様の事業所とケアマネに契約を変更しました。

この時期、市の介護保険事業においては介護度3の高齢者であっても通常家族が同居している場合、基本的に身体介護を依頼することはできても家事援助を頼むことができない実態がありました。

しかし、同居人の私が退院当時介護度3で車いす生活の身体障害者であるという事情から、同居していても2人分の家事援助を利用することができました。

障害を機に私は仕事から退いたので、これまでとは異なり週間サービス計画は概ね規則的に作成することができました。

例えば、母が亡くなる前の2007年11月までは、母は通所リハビリテーション（デイケア）とデイサービスの2か所を週2回ずつ合計4回利用し、私は最初母と同じ通所リハビリテーション（デイケア）を週1回、途中から遠くの町にある通所リハビリテーションを月1回利用し、他に2人で訪問介護の家事援助を中心に援助してもらう規則的な週間サービス計画を実施することができました。

毎年誕生月になると介護度・支援度更新のための調査があり、その都度介護度は更新され、介護度の変化とともに介護を受けられる単位数がその都度変わります。

しかし、私の場合、家事援助の実際の利用日数や利用回数、あるいは、通所リハビリテーションの実施計画等がこれら毎年行われる介護度の判定結果に左右されることはありませんでした。

その理由は、ケアマネに依頼する家事援助の内容や通所リハビリテーションの実施計画などをその都度変更させる要因は私の場合、日々の障害の状況であり、実際の身体機能であり、介護度を決めるために毎年行われる居宅生活中心の調査や身体障害者手帳で認定さ

れた上下肢の機能障害のみではないからです。

私の日々の障害の状況の変化を左右する要因は身体障害者手帳では認定されていない平衡感覚障害、嚥下障害、右顔面の代謝機能障害、左上下肢の運動協調障害、両眼の複視・極度の右眼瞼外反症・左眼の眼振、2010年の出血により更に追加された左眼瞼外反症など複数の身体障害であり、それらは特に、気候・気圧・気温差などに影響されてその都度変化します。

そして、そのことが杖歩行及び日常生活に日々影響を与えるので、通所リハビリテーションの回数や内容、家事等に関する週間サービス計画はこれらの変化に影響を受けることが多いのです。

そして、介護度の評価の数値如何にかかわらず、『外出時には車椅子と介助者が必要』という状態は生涯変わることがないという条件が常に存在します。

なお、私は一人暮らしなので不測の事態に備えて自宅のカギをこの事業所に保管してもらっていたことがあります。

また、前述した日常生活の支援でお世話になっているこの事業所を緊急時の連絡先としています。

以上から、この事業所及びケアマネは私にとって居宅における日常生活の自立支援と緊急時の対応の2点に関して援助者でもあります。

4-4 介護支援専門員の働き方・働く場の特徴

4-4-1 雇用されて働く場合は公正で誠実な業務を遂行し難い

事例で示した以下の実態を根拠にすると、雇用されて働くケアマネは業務内容や業務方法等の決定について雇用された事業所の方針に従う場合と、従わずに独立した業務を実行することが可能な場合と2通りに分かれていましたが、殆どの事業所で訪問派遣員は雇用された事業所から派遣されること、また、事業所の方針等に従う業務が求められるため利用者の求めに応じた週間サービス計画書を作成し難いケアマネが複数存在するなど、公正で誠実な業務を履行することがなし難いといえることができます。

①最初の事業所のケアマネについてみるとケアマネは事業所に雇用されて働いていました。

この介護事業所は非営利独立組織ではありません。

ここで働くケアマネはその業務の内容や方法等の決定について雇用された機関の方針や指示に影響を受けました。

例えば、ケアマネの意向とは別に、雇用された事業所の方針や指示等が優先されることから、週間サービス計画が規則的でないために事業所のヘルパー派遣等が難しくなる利用

者に対して、この事業所に雇用されているケアマネは『利用者の立場に立った、利用者の希望に沿ったきめ細かい』週間サービス計画書の作成やヘルパー派遣を行うことが難しく、その結果、ケアマネとの契約は終了しました。

②NP0 の事業所のケアマネについてみるとケアマネは事業所に雇用されて働いていました。

この介護事業所は特定非営利活動法人ですが非営利独立組織ではありません。

ここで働くケアマネはその業務内容や方法等の決定について雇用された機関の方針や指示等に影響を受けました。

雇用された事業所が例え特定非営利活動法人であっても、事業所に所属して雇用されて働く状況は、ケアマネが業務内容や業務方法等について独立して決定することを難しく、その結果、ケアマネとの契約は行われずに終了しました。。

③3 番目のケアマネは事業所に雇用されて働いていたか否かについては不明です。

この介護事業所は非営利独立組織ではありません。

この介護事業所からの訪問介護員の派遣は基本的には1か所の事業所からでした。

しかし、急に必要になった時や訪問介護員が不足した時には別の事業所から派遣されることがあり、また、訪問介護員が不足したり、間に合わなかったりした時にはケアマネ自らが訪問介護員として働くなど、このケアマネは業務内容や業務方法等の決定について独立した業務を実行することが可能でした。

④現在お世話になっているケアマネは事業所に雇用されていて働いています。

この介護事業所は非営利独立組織ではありません。

このケアマネは事業所から雇用されているものの、事業所の事務員、訪問介護員等それぞれの業務が独立していることから、ケアマネはそれぞれの業務の担当者と緊密に連絡を取りながら、業務内容や業務方法の決定について独立した業務を履行することが可能です。

但し、全ての訪問介護員は雇用された事業所から派遣されています。

なお、2006 年介護保険法の改正に当たり、以下に示す『介護支援専門員が業務を行う際の義務に関する条項』が新たに設けられました。

(参考：介護支援専門員の義務に関する条文 参照)

参考：介護支援専門員の義務に関する条文

第六十九条の三十四 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスが特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。

(出典：介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）第六十九条の三十四)

4-4-2 高齢者等の日常生活を生涯支援する

今回の事例の殆どは雇用されて働く介護支援専門員でした。

4 回経験した介護支援専門員のいずれも、利用者の求めに応じた居宅サービス計画書及び利用票等を作成して、必要なヘルパーを派遣して日常生活を援助すべく働きました。

残念なことに、いくつかの事業所では事業所の運営上の方針等が原因で、長続きすることなく契約は終了しましたが、現在お世話になっている介護支援専門員を含め多くの介護支援専門員は高齢者等の日常生活を生涯にわたって支援することができます。

5. 訪問介護員

5-1 訪問介護員について

5-1-1 訪問介護員の業務

利用者は訪問介護員を通常「ヘルパー」と呼称しますが、訪問介護員及びヘルパーの用語は介護保険法にはありません。

介護保険法に基づく介護保険制度による介護保険事業の居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、介護予防サービス事業における訪問介護とは『その者の居宅において介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話』と明記されている業務です。

このことから、訪問介護員とは『その他第二項の政令で定める者』^(注 22)に該当し、その業務とは上記の訪問介護です。

5-1-2 訪問介護員の資格

介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号）第 8 条第 2 項における「その他政令で定める者」とは、介護保険法施行令（平成 1 0 年政令第 4 1 2 号。）第 3 条第 1 項にある「次の各号に掲げる研修の課程を修了し、それぞれ当該各号に定める者から当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者（以下この条において「養成研修修了者」という。）」です。

養成研修は最近まで、訪問介護員養成研修課程（「訪問介護員に関する 1 級・2 級・3 級課程」、「介護職員基礎研修課程」）があったことから、養成研修修了者を「訪問介護員」と呼称してきました。

そして、この課程を修了した者は 1 ～ 3 級の訪問介護員となり、それぞれ取得した資格に応じて次のような活動を展開することができました。

参考：訪問介護員の活動領域

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 3 級取得者：訪問介護において家事援助ができる。・ 2 級取得者：訪問介護において身体介護・家事援助ができる。 |
|--|

取得後実務経験 3 年以上（1 級養成講習受講資格及び介護福祉士受験資格付与）でサービス提供責任者もできる。

また、老人施設において身体介護ができる。

- ・ 1 級取得者：訪問介護事業所においてサービス提供責任者として、後輩の育成指導、利用者とヘルパーとのコーディネート等ができる。

しかし、介護保険法改正に伴い、これまで実施されてきた「訪問介護員養成研修課程」は、「介護職員初任者研修課程」に一元化され、「訪問介護員に関する 1 級・2 級課程」及び「介護職員基礎研修」を修了している者は全て「介護職員初任者研修課程」の修了者とみなされ、3 級はなくなりました。

このように、高齢者等がお世話になる訪問介護員の資格は法律上次のように位置づけ^(注 23)られ、訪問介護員は現在、「介護職員初任者研修課程を修了した者」です。

参考：訪問介護員の法律上の位置づけ

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 2 項の「その他政令で定める者」として位置づけられ、「その他政令で定める者」とは、介護保険法施行令（平成 10 年十二月二十四日政令第四百十二号）第 3 条第 1 項の「養成研修修了者」と呼称され、「養成研修修了者」とは、現在は介護保険法施行規則（平成 11 年三月三十一日厚生省令第三十六号）附則第二条の「介護職員初任者研修課程を修了した者」です。

5-2 訪問介護員が働く場

活動職域は介護保険法に基づく、居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービスにおける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話です。

（表 1-9 介護支援専門、訪問介護員が働く場の例 参照）

5-3 訪問介護員が働く実際

訪問介護員については、母と障害後の私がお世話になった居宅サービス事業所の 2 事例をご紹介します。

5-3-1 居宅サービス事業所で働く訪問介護員

① 障害後お世話になった居宅サービス事業所の訪問介護員

（2002 年 5 月～2005 年 6 月）

母の退院後から始まり私の退院後の数か月、最初は私の仕事の都合に合わせて不規則な

サービス計画書を作成してくれた事業所から派遣された訪問介護員（以下、『ヘルパー』と略称します。）です。

当時母はデイサービスに週2回、通所リハビリテーション（デイケア）に週2回と2か所の施設を週4回利用していました。

そして、これらデイサービスや通所リハビリテーション（デイケア）の迎えの時間より前に私が早くでかける時、あるいは、私の帰宅時間がそれらの送りの時間に間に合わない時のみ身体介護でヘルパーを利用しましたが、その他のことで身体介護を利用することは殆どなく、ヘルパーの利用は殆ど家事援助（途中から『生活援助』と名称が変更されます。）でした。

途中から私が障害者になったことから、障害後の家事については私と母とヘルパーが次の様に分担しました。

1. 洗濯は洗濯機が行いますが、ベランダに出る必要がある布団干しなどについてはヘルパーにお願いし、ベランダに出ずに和室から干す作業と取り込む作業を母と私が行いました。
2. 室内の掃除の内、腰をしゃがめて行う作業の多いトイレと浴室、そして、重い電気掃除機を移動させて行う部屋の掃除は全てヘルパーにお願いしました。
3. 食事作りの内、食材の購入は1週間分ネットで個別宅配に注文して届けてもらい、母と私の2人分の食事をつくる炊事のためのヘルパーが週3回、各回2人分を概ね2日分ずつ作りに来てくれました。
4. ゴミ出しに関しては自宅における不燃ごみと資源ごみの収集時間がヘルパーの勤務時間前の午前8時半であり、ヘルパーが利用できないので、ゴミを出せない事情のある高齢者や障害者のために毎週決まった曜日に自宅まで回収に来てくれる区役所の『ふれあいごみ収集』を利用しました。

また、家事を除く私の家の日常生活は概ね次の様な状況であったので、身体介護は殆どありませんでした。

母の入浴についてはデイサービス・通所リハビリテーション（デイケア）を週4回利用する内、週3回入浴サービスを利用することにしていたので、自宅における入浴のための母に対する身体介護は不要でした。

私の入浴についてはリハビリ専門病院に入院中、シャワー浴のみで自立できるよう訓練してもらい、それができるようになってから退院したので、自宅における入浴のための身体介護は不要でした。

母が医者に行く時は介護タクシーを利用しました。その時は、私が母の介護者として2人で出かけたので、ヘルパーによる身体介護の利用はありませんでした。

私が病院に行く時は、最初は介護タクシーを利用して1人で出かけたので身体介護の利用はありませんでした。また、一人で民間の一般のタクシーに乗降することができるようになってからは、行先がバリアフリーの施設や行先に介助者が待機している場合のみ1人

で外出し、その場合は車椅子を持参して一般のタクシーを利用したので介護タクシーの利用も殆どなくなりました。

ヘルパーは限られた時間内で私たちが求める家事援助を完了させる必要があったこと、仕事が終わると介護記録書に記入する作業に専念すること、また、私たちの家では身体介護がほとんどなく大部分が家事援助（現在の『生活援助』を当時は、『家事援助』と呼称していました。）であったことなどから、私たちとヘルパーとのコミュニケーションは殆どなく過ぎました。

② 現在お世話になっている居宅サービス事業所の訪問介護員

（2005 年 6 月～現在）

この事業所のヘルパーには、母の身体介護と我々2 人の生活援助をお願いしました。

母を数年間担当したこの事業所のヘルパーの 1 人は自分の親を介護した経験があり、また、他の 1 人は家族に障害者がいて世話をした経験があるなど、経験・知見ともに豊かな人の援助を得ることができ、また、いろいろなことについて相談することができるなど、大変心強い介護を受けることができました。

身体介護を受けたのは母の散歩です。

母と手をつなぎ、一緒に歌を歌いながら、母が話す昔話などを聞きながら、近くの家のできれいに手入れされた庭木を見ながら、一緒に散歩してくれました。

この身体介護は足腰が弱くなり、つまずきや寝たきを防ぐために私があえてお願いしたものです。

身体介護でヘルパーと一緒に散歩を繰り返してから数か月後、母は楽しく歌いながら自宅マンションの鉄製の非常階段を片足ずつ 2 階まで上って自宅に戻れるほどに足腰が確かになりました。

散歩などは家族が行えばよいのですが、例え休日で家族に時間があっても、母親から何度も同じ話を繰り返し聞かされながら、大きな声で同じ歌を繰り返し歌いながら歩く母親に付き添って、手をつないで毎週歩くことはなかなかでき難いものです。

そして、私が車椅子になってからそれは殆どできない状態でした。

デイサービス、通所リハビリテーション（デイケア）を利用しているので最初はそれに期待したことがありましたが、当時母が利用していた通所リハビリテーション（デイケア）で数年共に利用しているうち、母が次第に足腰が弱くなる恐れがあることに気付いたので、その理由^{（注）}は別として、早急にその予防策を考える必要に迫られていました。

また、母が亡くなった後、私はバリアフリーの室内中心の通所リハビリテーションでは不足がちな室内及び外での歩行訓練、特に、外の光に不自由な目を慣らし、また、公道の舗装状況の違いに麻痺側の足の底を慣らすために、1 本杖で歩行して買い物に出掛ける、あるいは、車椅子を押してスーパーに出かけることを始めましたが、この外歩きの時の補

助、あるいは、見守りのために身体介護をお願いしました。

母が亡くなる前はヘルパーの利用は前述と概ね同じでしたが、母が亡くなり私だけになってからは、前述のように 1 本杖あるいは、車椅子を押してスーパーに出かける時を利用して行う外歩きの補助のために身体介護を利用することを除くと、概ね身体介護を必要とせず、生活援助のみになりました。

そして、生活援助についてはヘルパーの援助は次の様にその方法が変わり、また、時間も減少しました。

調理については、食材の野菜等は右手だけで包丁でバサバサと切ることができるようになったので、ヘルパーには食材を細かく切ることや皮をむくことだけお願いしています。

炊事については、例えば、調理台に体を預けてヘルパーと 2 人で調理台に並んで立ち、ヘルパーにはフライパン返しや鍋返し等危険な作業や重たい物を動かす作業を重点的に援助してもらうという具合になりました。

但し、ボタン付け・ズボンの裾上げ・ほつれた衣類の修復等針を使う裁縫については前と変わらず、全面的にヘルパーにお願いしています。

なお、この介護サービス事業所には 2005 年～現在まで約 7 年近くお世話になり、ここから派遣されたヘルパーは十数人に及びます。

これまでお世話になったヘルパーの概略を書き出すと以下の通りです。

- ① 母親の介護を終え、この経験を活かすためにヘルパーになった人。
- ② 障害者の子供を持ち、親をホームで看取った経験を持つヘルパー。
- ③ 子育て中の人で、普段水泳をしていて、障害のある人の水泳にも関心があり、私に水泳を再三勧めてくれたヘルパー。
- ④ 身体介護を中心に多くの高齢者等の介護を行ってきた単身の自立したヘルパー。
- ⑤ 教育費・生活費等を賄うことが必要な子育ての時期にあるヘルパー。
- ⑥ 子育てや家事を丁寧に行ってきた経験が生活援助に活かされているヘルパー。
- ⑦ 義理の両親との同居を活かし、自分の時間をこの仕事に使うヘルパー。
- ⑧ 自分の収入が夫の扶養家族の範囲内に収まるように労働時間等を調整しながら働くヘルパー。
- ⑨ ヘルパーの主任として働き、ヘルパーの派遣の調整や指導、時には緊急時のヘルパーの代理を務める人。

なお、『介護保険・居宅サービス事業における訪問介護の介護福祉士』で述べたように、この事業所には介護福祉士の資格のあるヘルパーがおり、生活援助の他に様々な相談に応じてくれます。

また、母が亡くなって 49 日の時、この事業所のヘルパーは散歩の時に毎回一緒にうたった歌を母の霊前で歌い、母を忍んでくれました。

また、家事援助で母が 2 年近くお世話になったヘルパーでその連れ合いの転勤を理由に関西に移られた人が用事でこちらに来た際、母の散歩に付き添ってくれた前述のヘルパー

と共に自宅を訪れ、共に母を忍んでくれました。

私たちは母の身体介護の利用を通じてこの事業所のヘルパーとのコミュニケーションを日常的に行うことができました。

(注) その理由とは次のことです。

「週2回通所リハビリテーション（デイケア）を利用して朝夕合計4回バリアフリーの長く続く廊下を安全に歩けば随分足腰が鍛えられるであろう。」と期待し、また、家事をしなくなって体を動かさなくなったことを気遣い通所リハビリテーション（デイケア）に送り出していました。

しかし、私が母と同じ通所リハビリテーション（デイケア）を2度利用した時、午前・午後の体操やゲーム等を除くと立って動くような作業は行わず、殆ど座りっぱなしで歩かないこと、それ故、通所リハビリテーション（デイケア）の利用回数を増やせば増やすほど丸一日座りっ放しで動かない日数を増やすことになること、また、積極的に作業や機能訓練等を求めて利用者自らが動かなければ、利用当初歩いて通ってきた人も1年もたつと歩けなくなり車いす利用になる事例が数事例認められたことがその理由です。

施設の利用中に利用者が転倒して怪我をすることを避けるために廊下を歩かせず車椅子で運ぶという管理者側の立場からか、母は施設に到着して上履きに履き替えると通所リハビリテーション（デイケア）の部屋まで車椅子に寄せられて長いバリアフリーの廊下を移動し、また、部屋に到着してからは午前中入浴がない日は昼食までずっと椅子に座ったまま過ごし、入浴時には浴室まで車椅子に乗って移動するなど、昼食後ゲームや歌などで動くことがない時は、風呂とトイレの他は殆ど椅子に座りっぱなしの1日であることを知りました。

5-4 訪問介護員の働き方・働く場の特徴

5-4-1 多様な年齢、経験、目的を生かして働く

ヘルパーは法律に明記されている通り、『高齢者等の自宅を訪問して身体介護や炊事・掃除等家事を援助してくれる人』であり、福祉の分野における『母子家庭、寡婦及び父子家庭奉仕員派遣事業』において『その生活を支援する者（以下「奉仕員」という。）』ではありません。

支援は現在身体介護と生活援助に2分されています。

そして、介護経験が豊かなヘルパーの介護は介護する高齢者等の人格を尊重することへの配慮が行き届き、また、高齢者等やその家族に次々ともたらされる心配事や不安などの相談に応じることができ、その上、様々な不測の事態に手早い対応が期待できるなど、頼もしい存在です。

例えば、前者の「入浴や買い物など」の身体介護については、親を介護した経験がある人、あるいは、家族に障害者がいて障害者の世話をした経験がある人が担当する場合には、安全で適切なやり方が素早くでき、また、きめ細かい注意がいきわたります。また、後者

の『炊事・掃除等家事など』の家事援助については、生活全般の経験や能力が重要です。

介護事業所から派遣されるヘルパーは多様です。

年齢は若い人から高齢者まで幅が広く、また、勤めた経験がある人・専業主婦であった人、既婚の人・未婚の人、こどもがいる人・いない人、介護の経験がある人・ない人、障害者の世話をした経験がある人・ない人など様々です。

このように、ヘルパーは多様な年齢、経験、目的を生かして働くことができる職場であるということができます。

5-4-2 自立支援を目的に介護業務を調整する

私の場合、車椅子生活で全面的に援助が必要な段階では掃除から洗濯後の物干しと取り込み、炊事・調理の全てに援助を求めました。

しかし、自宅内で概ね杖歩行となり、調理台等につかまって、あるいは、壁や調理台等によりかかった状態で作業ができる段階になってからは、中腰になる風呂場やトイレ等の掃除、ベランダに出て行う洗濯物干し・布団干し・干し物の取り込みなどの作業やボタン付け・ほころびの修理などの両手を使う作業や包丁を使う硬い食材のカットなどを除くと、概ね自分で行うことができるようになったことから、ヘルパーの援助は減少しました。

このように、ヘルパーの援助は自立の支援を目的に、可能な限り業務を調整してくれました。

ちなみに、退院時介護度が『要介護 3』であった私は現在『要介護 1』に変わりました。

表 1-9 介護支援専門、訪問介護員が働く場の例

名称	分野	サービス事業		サービスの名称	場所
介護支援 専門員	介護福祉	介護給付 における サービス	居宅サービス	市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設等との連絡調整等を行う。	市町村、居宅サービス事業を行う者の事業所、利用者・利用者家族等の居宅等
			施設サービス	サービス利用票の作成、利用者及び利用者家族等との相談・調整など。	市町村、施設サービス事業を行う者の事業所、利用者・利用者家族等の居宅等
			地域密着型サービス		市町村、地域密着型サービス事業を行う者の事業所、利用者・利用者家族等の居宅等
		予防給付 における サービス	介護予防サービス	市町村、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う。	市町村、介護予防サービス事業を行う者の事業所、利用者・利用者家族等の居宅等
			地域密着型介護予防サービス	サービス利用票の作成、利用者及び利用者家族等との相談・調整など。	市町村、地域密着型介護予防サービス事業を行う者の事業所、利用者・利用者家族等の居宅等
訪問介護 員	介護福祉	介護給付 における サービス	居宅サービス	訪問サービス	○訪問介護 ○訪問入浴介護
				通所サービス	○通所介護 ○通所リハビリテーション
				短期入所サービス	○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護（注1）
					○特定施設（注2）入居者生活介護
			施設サービス	○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設	
			地域密着型サービス	○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○小規模多機能型居宅介護（注3） ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス	
		予防給付 における サービス	介護予防サービス	訪問サービス	○介護予防訪問介護 ○介護予防訪問入浴介護
				通所サービス	○介護予防通所介護 ○介護予防通所リハビリテーション
				短期入所サービス	○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
			地域密着型介護予防サービス	○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	
（注1）		介護老人保健施設、介護療養型医療施設その他の厚生労働省令で定める施設			
（注2）		有料老人ホームその他厚生労働省令で定める施設であって、第十九項に規定する地域密着型特定施設でないものをいう			
（注3）		その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その者の選択に基づき、その者の居宅において、又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう			

(注1) 通所リハビリテーションとは、『居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。』（介護保険法第八条第8項）

(注2) 臨床心理士とは、患者や相談者の様々な心理的問題を面接や心理テストを通じて見立て、カウンセリングを行う臨床心理の専門家。

資料: 広辞苑、第六版、「臨床心理」

なお、臨床心理士は、文部科学省が認可する公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会が資格認定しています。

資料: 放送大学ホームページ、「臨床心理士とは」、2013年12月26日

(注3) 利用している通所リハビリセンターの1階にある整形外科外来の壁には外来のリハビリテーション科における治療及び物理療法の利用に際し、次のことが告知されています。

- ・リハビリテーション：1単位20分です。
- ・リハビリテーション：150日を過ぎると月13単位（260分）になります。
- ・物理療法：当医院では1回の機器類の使用を2つに限りします。

(注4) この通所リハビリセンターで用いられている機器類には20013年4月現在次のものがあります。

- ・起立台、滑車、傾斜台
- ・干渉波（温熱治療器）、低周波（SSP）、磁気温熱治療器
- ・ウォーターベッド、マッサージチェア、エア式加圧マッサージ器（メドマ）
- ・ニューステップ、エルゴサイザー（EC）、エアロバイク、トレッドミル（英語：treadmill、ルームランナー、ランニングマシン、ジョギングマシンなどとも呼ばれます。）、レッグプレス、ヒップアブダクション

(注5) 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号）は、以下の資料によると、法の一部を改正することを目的に平成19年に見直しが行われました。

見直しのポイントは、①定義規定の見直し、②義務規定の見直し、③資格取得方法の見直し、④社会福祉士の任用・活用の促進の4点です。

両者に共通な②及び③についてみると、まず、②義務規定の見直しについては、誠実義務及び資質向上の責務の項目を追加し、現行の連携の項目に『福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連携』を追加して改正するというものです。

また、③資格取得方法の見直しについては、介護福祉士については、「資質の向上を図るため、すべての者は一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するという形で、介護福祉士の資格取得方法を一元化する」、社会福祉士については、「福祉現場における高い実践力を有する社会福祉士を養成するための資格取得方法の見直しを行う」というものです。

介護福祉士については、現行の介護福祉士の資格取得の方法は、①養成施設ルート（養成施設2年以上（1,650時間））、②福祉系高校ルート（福祉系高校（1,190時間））、③実務経験ルート（実務経験

3年以上の3つがあり、①は国家試験なし、②、③が試験を受けて介護福祉士となるしくみです。

見直し案ではこれを、①は養成施設2年以上（1,800時間程度）に、②は福祉系高校（1,800時間程度）に、③は実務経験3年以上＋養成施設6月以上（600時間程度）に見直し、全てが国家試験を受けて資格を取得するしくみに見直すというものです。

社会福祉士については、現行の社会福祉士の資格取得の方法は、①福祉系大学等ルート（福祉系大学等で指定科目履修）、②養成施設ルート（養成施設1年以上（1,050時間））、③行政職ルート（児童福祉司等5年以上）の3つがあり、①、②、③の全てが国家試験を受けて社会福祉士になるしくみです。

見直し案では①を福祉系大学等で指定科目履修（実習等に基準設定）に、②を養成施設1年以上（1,200時間程度）に、③を（1,200時間程度）＋養成施設6月以上（600時間程度）にするというものであり、これら全てが国家試験を受けるというしくみです。

そして、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（法律第百二十五号（平一九・一二・五））が定められ義務規定の見直しについては、概ね見直し案通りに改正されました。

また、社会福祉士の取得方法の見直しについては概ね見直し案通りに改正されました。

介護福祉士の取得方法の見直しについては、『第三十九条を次のように改める。』（介護福祉士の資格）第三十九条 介護福祉士試験に合格した者は、介護福祉士となる資格を有する。』となり、概ね見直し案通りに改正されました。

しかし、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）の改正法平成十九年十二月五日法律第百二十五号は2014年1月現在未施行法令があり、今後主に介護福祉士の取得方法に変更があることが想定されます。

資料：『社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案について 平成19年3月 厚生労働省社会・援護局』

（注6）医療ソーシャルワーカーは、保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行います。

資料：公益社団法人日本医療社会福祉協会

なお、厚生労働省の医療業務指針（〔厚生労働省健康局長通知 平成14年11月29日健発第1129001号〕）によると、「医療ソーシャルワーカーは病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。」とあります。

- （1）療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- （2）退院援助
- （3）社会復帰援助
- （4）受診・受療援助
- （5）経済的問題の解決、調整援助
- （6）地域活動

資料：厚生労働省、医療ソーシャルワーカー業務指針（厚生労働省保健局長通知平成14年11月29日健康発第1129001号）

(注 7) ①身体障害者福祉法の附則（平成一九年一二月五日法律第一二五号）抄 の第九条の 1 及び社会福祉士及び介護福祉士法の附則（平成一九年一二月五日法律第一二五号）抄の第九条の 1 に、国外からの介護福祉士受け入れについて検討を加えることが次のように記述されています。（なお、2014 年 1 月現在、両法の附則（平成一九年一二月五日法律第一二五号）抄第九条の 1 はともに未施行です。）

a. 社会福祉士及び介護福祉士法の附則（平成一九年一二月五日法律第一二五号）抄
(検討)

第九条 政府は、経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に関する日本国政府とフィリピン共和国政府の間の協議の状況を勘案し、この法律の公布後五年を目途として、准介護福祉士の制度について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

b. 身体障害者福祉法の附則（平成一九年一二月五日法律第一二五号）抄
(検討)

第九条 政府は、経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に関する日本国政府とフィリピン共和国政府の間の協議の状況を勘案し、この法律の公布後五年を目途として、准介護福祉士の制度について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

② 社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（法律第百二十五号（平一九・一二・五））第三条には、『社会福祉士及び介護福祉士法の一部を次のように改正する。』、『附則第二条を附則第十五条とし、附則第一条の次に次の十三条を加える。』とあり、准介護福祉士に関する条項が追加されています。（参考 1 参照）

但し、平成十九年十二月五日法律第百二十五号 の未施行内容は参考 2 の通りあり、准介護福祉士の制度について、今後変わることが想定されます。

参考 1：社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（法律第百二十五号（平一九・一二・五））第三条

附則第二条を附則第十五条とし、附則第一条の次に次の十三条を加える。

(准介護福祉士)

第二条 第四十条第二項第一号から第三号までのいずれかに該当する者であつて、介護福祉士でないものは、当分の間、准介護福祉士（附則第四条第一項の登録を受け、准介護福祉士の名称を用いて、介護福祉士の技術的援助及び助言を受けて、専門的知識及び技術をもつて、介護等を業とする者をいう。以下同じ。）となる資格を有する。

(欠格事由)

第三条 次の各号のいずれかに該当する者は、准介護福祉士となることができない。

一 成年被後見人又は被保佐人

二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者

三 この法律の規定その他社会福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者

四 第四十二条第二項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者

五 次条第三項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により准介護福祉士の登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者

(登録)

第四条 准介護福祉士となる資格を有する者が准介護福祉士となるには、准介護福祉士登録簿 に、氏名、生年月日その他厚生労働省令で定める事項の登録を受けなければならない。

2 准介護福祉士が第四十二条第一項の規定による介護福祉士の登録を受けたときは、准介護福祉士の登録は、その効力を失う。

3 第二十九条から第三十四条までの規定は、准介護福祉士の登録について準用する。この場合において、第二十九条中「社会福祉士登録簿」とあるのは「准介護福祉士登録簿」と、第三十条中「第二十八条」とあるのは「附則第四条第一項」と、「社会福祉士登録証」とあるのは「准介護福祉士登録証」と、第三十一条及び第三十二条第一項中「社会福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、同項第一号中「第三条各号（第四号を除く。）」とあるのは「附則第三条各号（第四号及び第五号を除く。）」と、同条第二項中「社会福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、「第四十五条及び第四十六条」とあるのは「附則第八条 において準用する第四十五条及び第四十六条」と読み替えるものとする。

<p>(指定登録機関の指定等)</p> <p>第五条 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定する者（以下「指定 登録機関」という。）に准介護福祉士の登録の実施に関する事務（以下「登録事務」という。）を行わせることができる。</p> <p>2 指定登録機関の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、登録事務を行おうとする者 の申請により行う。</p> <p>3 第十条第三項及び第四項、第十一条から第十三条まで、第十六条から第二十三条まで、第 二十五条から第二十七条まで並びに第三十六条の規定は、指定登録機関について準用する。この場合において、これらの規定中「試験事務」とあるのは「登録事務」と、「試験事 務規程」とあるのは「登録事務規程」と、第十条第三項中「前項」とあり、及び同条第四項各号列記以外の部分中「第二項」とあるのは「附則第五条第二項」と、同項第二号中 「その行う」とあるのは「その行う職業安定法（昭和二十二年法律第四百一十一号）第四条第一項に規定する職業紹介の事業（その取り扱う職種が介護等を含むものに限る。）その 他の」と、第十六条第一項中「職員（試験委員を含む。次項において同じ。）」とあるのは「職員」と、第二十二條第二項第二号中「第十一条第二項（第十四条第四項において準 用する場合を含む。）」とあるのは「第十一条第二項」と、同項第三号中「、第十四条第一項から第三項まで又は前条」とあるのは「又は前条」と、第二十三条第一項及び第二十 七条第一号中「第十条第一項」とあるのは「附則第五條第一項」と、第三十六条第二項中「社会福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と読み替えるものとする。</p> <p>(厚生労働省令への委任)</p> <p>第六条 前二条に規定するもののほか、准介護福祉士の登録、指定登録機関その他前二条の規 定の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。</p> <p>(名称の使用制限)</p> <p>第七条 准介護福祉士でない者は、准介護福祉士という名称を使用してはならない。</p> <p>(準用)</p> <p>第八条 第四十四条の二から第四十六条まで、第四十七条第二項及び第四十七条の二の規定 は、准介護福祉士について準用する。この場合において、第四十四条の二中「社会福祉士及び介護福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、第四十五条及び第四十六条中「社会福 祉士又は介護福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、第四十七条第二項中「介護福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、第四十七条の二中「社会福祉士又は介護福祉士」とあ るのは「准介護福祉士」と、「適応するため」とあるのは「適応し、並びに介護福祉士となるため」と、「相談援助又は介護等」とあるのは「介護等」と読み替えるものとする。</p> <p>(罰則)</p> <p>第九条 前条において準用する第四十六条の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は三十万 円以下の罰金に処する。</p> <p>2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。</p> <p>第十条 附則第五条第三項において準用する第十六条第一項の規定に違反した者は、一年以下 の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。</p> <p>第十一条 附則第五条第三項において準用する第二十二條第二項の規定による登録事務の停止 の命令に違反したときは、その違反行為をした指定登録機関の役員又は職員は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。</p> <p>第十二条 次の各号のいずれかに該当する者は、三十万円以下の罰金に処する。</p> <p>一 附則第四条第三項において準用する第三十二条第二項の規定により准介護福祉士の名称 の使用の停止を命ぜられた者で、当該停止を命ぜられた期間中に、准介護福祉士の名称を使用したもの</p> <p>二 附則第七条の規定に違反した者</p> <p>第十三条 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした指定登録機関の役員又 は職員は、二十万円以下の罰金に処する。</p> <p>一 附則第五条第三項において準用する第十七条の規定に違反して帳簿を備えず、帳簿に記 載せず、若しくは帳簿に虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかつたとき。</p> <p>二 附則第五条第三項において準用する第十九条の規定による報告をせず、又は虚偽の報告 をしたとき。</p> <p>三 附則第五条第三項において準用する第二十条第一項の規定による立入り若しくは検査を 拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をしたとき。</p> <p>四 附則第五条第三項において準用する第二十一条の許可を受けないで登録事務の全部を廃 止したとき。</p> <p>(第三条第四号の規定の適用関係)</p> <p>第十四条 第三条第四号の規定の適用については、当分の間、同号中「第四十二条第二項」と あるのは、「第四十二条第二項及び附則第四条第三項」とする。</p>

参考 2：2014 年 1 月現在、平成十九年十二月五日法律第百二十五号 の未施行内容

<p>附則第一条の次に次の七条を加える。</p> <p>(准介護福祉士)</p> <p>第二条 第四十条第二項第一号から第三号までのいずれかに該当する者であつて、介護福祉士でないものは、当分の間、准介護福祉士（附則第四条第一項の登録を受け、准介護福祉士の名称を用いて、介</p>

介護福祉士の技術的援助及び助言を受けて、専門的知識及び技術をもつて、介護等（喀痰吸引等を除く。）を業とする者をいう。以下同じ。）となる資格を有する。

（欠格事由）

第三条 次の各号のいずれかに該当する者は、准介護福祉士となることができない。

一 成年被後見人又は被保佐人

二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者

三 この法律の規定その他社会福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者

四 第四十二条第二項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者

五 次条第三項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により准介護福祉士の登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者

（登録）

第四条 准介護福祉士となる資格を有する者が准介護福祉士となるには、准介護福祉士登録簿に、氏名、生年月日その他厚生労働省令で定める事項の登録を受けなければならない。

2 准介護福祉士が第四十二条第一項の規定による介護福祉士の登録を受けたときは、准介護福祉士の登録は、その効力を失う。

3 第二十九条から第三十四条までの規定は、准介護福祉士の登録について準用する。この場合において、第二十九条中「社会福祉士登録簿」とあるのは「准介護福祉士登録簿」と、第三十条中「第二十八条」とあるのは「附則第四条第一項」と、「社会福祉士登録証」とあるのは「准介護福祉士登録証」と、第三十一条及び第三十二条第一項中「社会福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、同項第一号中「第三条各号（第四号を除く。）」とあるのは「附則第三条各号（第四号及び第五号を除く。）」と、同条第二項中「社会福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、「第四十五条及び第四十六条」とあるのは「附則第八条において準用する第四十五条及び第四十六条」と読み替えるものとする。

（指定登録機関の指定等）

第五条 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定する者（以下「指定登録機関」という。）に准介護福祉士の登録の実施に関する事務（以下「登録事務」という。）を行わせることができる。

2 指定登録機関の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、登録事務を行おうとする者の申請により行う。

3 第十条第三項及び第四項、第十一条から第十三条まで、第十六条から第二十三条まで、第二十五条から第二十七条まで並びに第三十六条の規定は、指定登録機関について準用する。この場合において、これらの規定中「試験事務」とあるのは「登録事務」と、「試験事務規程」とあるのは「登録事務規程」と、第十条第三項中「前項」とあり、及び同条第四項各号列記以外の部分中「第二項」とあるのは「附則第五条第二項」と、同項第二号中「その行う」とあるのは「その行う職業安定法（昭和二十二年法律第四百一十一号）第四条第一項に規定する職業紹介の事業（その取り扱う職種が介護等を含むものに限る。）その他の」と、第十六条第一項中「職員（試験委員を含む。次項において同じ。）」とあるのは「職員」と、第二十二條第二項第二号中「第十一条第二項（第十四条第四項において準用する場合を含む。）」とあるのは「第十一条第二項」と、同項第三号中「、第十四条第一項から第三項まで又は前条」とあるのは「又は前条」と、第二十三条第一項及び第二十七条第一号中「第十条第一項」とあるのは「附則第五条第一項」と、第三十六条第二項中「社会福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と読み替えるものとする。

（厚生労働省令への委任）

第六条 前二条に規定するもののほか、准介護福祉士の登録、指定登録機関その他前二条の規定の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

（名称の使用制限）

第七条 准介護福祉士でない者は、准介護福祉士という名称を使用してはならない。

（準用）

第八条 第四十四条の二から第四十六条まで、第四十七条第二項及び第四十七条の二の規定は、准介護福祉士について準用する。この場合において、第四十四条の二中「社会福祉士及び介護福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、第四十五条及び第四十六条中「社会福祉士又は介護福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、第四十七条第二項中「介護福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、第四十七条の二中「社会福祉士又は介護福祉士」とあるのは「准介護福祉士」と、「適応するため」とあるのは「適応し、並びに介護福祉士となるため」と、「相談援助又は介護等」とあるのは「介護等」と読み替えるものとする。

③ 外務省ホームページ・外交政策・経済、経済連携協定（EPA）／自由貿易協定（FTA）（平成23年3月現在）、最新情報/お知らせ には、FTA（自由貿易協定）、EPA（経済連携協定）に基づく国外からの介護福祉士受け入れに関する記述が、例えば、次の通り見られます（例；平成21年11月～平成23年6月）。

- ・日中韓自由貿易協定（FTA）産官学共同研究第5回会合の開催（平成23年6月）
- ・日・ペルー経済連携協定（平成23年5月）
- ・日加EPAの可能性に関する共同研究 第2回会合の開催（平成23年4月）
- ・日加EPAの可能性に関する共同研究 第1回会合の開催（平成23年3月）
- ・日加EPAの可能性に関する共同研究の開始（平成23年2月）
- ・日墨EPA再協議等の実質合意（平成23年2月）
- ・日・インド包括的経済連携協定（平成23年2月）
- ・日本国とインド共和国との間の包括的経済連携協定の署名（平成23年2月）
- ・日豪経済連携協定（EPA）締結交渉 第12回会合の開催（平成23年2月）
- ・日・タイ経済連携協定に基づく自然人の移動に関する追加的な交渉について（平成23年1月）
- ・EPAに基づくインドネシア人・フィリピン人看護師・介護福祉士候補者に対する日本語予備教育事業の実施団体の認定について（平成22年12月15日）
- ・日中韓自由貿易協定（FTA）産官学共同研究第3回会合の開催（平成22年11月）
- ・日中韓自由貿易協定（FTA）産官学共同研究第3回会合の開催（結果）（平成22年12月）
- ・日本・モンゴル経済連携協定（EPA）官民共同研究第2回会合の開催（平成22年11月）
- ・EPAに基づくインドネシア人・フィリピン人看護師・介護福祉士候補者に対する日本語予備教育事業の実施団体候補としてASEAN事務局に推薦する団体の募集（平成22年10月）
- ・日韓経済連携協定締結交渉再開に向けた局長級事前協議（結果概要）（平成22年9月）
- ・日豪経済連携協定（EPA）締結交渉 第11回会合の開催（平成22年4月）
- ・日・インド経済連携協定締結交渉 第13回会合の開催（平成22年4月）
- ・日韓経済連携協定締結交渉再開に向けた検討及び環境醸成のための実務協議（第4回会合の概要）（平成21年12月21日）
- ・日豪経済連携協定（EPA）締結交渉第10回会合の開催（平成21年11月25日）

③2012年1月29日NHKのニュースで、EPAに基づくインドネシア人・フィリピン人合計95人の介護福祉士候補者が同日行われる国家試験を受けに行く様子が報道されました。

日本に研修に来て4年以内に国家試験に合格することが必要であり、今年がその最後の年だということでした。

（注8）この法律において「重度障害者等包括支援」とは、常時介護を要する障害者等であって、その介護の必要の程度が著しく高いものとして厚生労働省令で定めるものにつき、居宅介護その他の厚生労働省令で定める障害福祉サービスを包括的に提供することをいう。

（注9）この法律において「短期入所生活介護」とは、居宅要介護者について、老人福祉法第五条の二第四項の厚生労働省令で定める施設又は同法第二十条の三に規定する老人短期入所施設に短期間入所させ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことをいう。（介護保険法第八条第9項）

（注10）この法律において「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。）について、介護老人保健施設その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことをいう。（介護保険法第八条第10項）

（注11）この法律において「介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が三十人以上であるものに限る。以下この項において同じ。）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいい、「介護福祉施設サービス」とは、介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に

基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。

（注 12）この法律において「介護老人保健施設」とは、要介護者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において同じ。）に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

（注 13）この法律において「地域密着型サービス」とは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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^{（注9）}、地域密着型特定施設入居者生活介護^{（注10）}、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービスをいい、「地域密着型サービス事業」とは、地域密着型サービスを行う事業をいう。（介護保険法第八十八条第14項）

（注 14）この法律において「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

一 居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、その者の居宅において、介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うとともに、看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助を行うこと。ただし、療養上の世話又は必要な診療の補助にあつては、主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めた居宅要介護者についてのものに限る。

二 居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、訪問看護を行う事業所と連携しつつ、その者の居宅において介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うこと。

（注 15）この法律において「小規模多機能型居宅介護」とは、居宅要介護者について、その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その者の選択に基づき、その者の居宅において、又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう。

（注 16）この法律において「夜間対応型訪問介護」とは、居宅要介護者について、夜間において、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、その者の居宅において介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの（定期巡回・随時対応型訪問介護看護に該当するものを除く。）をいう。

（注 17）この法律において「認知症対応型共同生活介護」とは、要介護者であつて認知症であるもの（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。）について、その共同生活を営むべき

住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことをいう。
(介護保険法第八条第19項)

(注18) この法律において「地域密着型特定施設入居者生活介護」とは、有料老人ホームその他第十一項の厚生労働省令で定める施設であって、その入居者が要介護者、その配偶者その他厚生労働省令で定める者に限られるもの（以下「介護専用型特定施設」という。）のうち、その入居定員が二十九人以下であるもの（以下この項において「地域密着型特定施設」という。）に入居している要介護者について、当該地域密着型特定施設が提供するサービスの内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画に基づき行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの、機能訓練及び療養上の世話をいう。

(注19) この法律において「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」とは、地域密着型介護老人福祉施設^(注22)に入所する要介護者に対し、地域密着型施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。（介護保険法第八条第21項）

(注20) この法律において「複合型サービス」とは、居宅要介護者について、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護又は小規模多機能型居宅介護を二種類以上組み合わせることにより提供されるサービスのうち、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せその他の居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービスとして厚生労働省令で定めるものをいう。

(注21) この法律において「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及び介護予防認知症対応型共同生活介護をいい、「地域密着型介護予防サービス事業」とは、地域密着型介護予防サービスを行う事業をいう。

(注22) この法律において「地域密着型介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第二十条の五 に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が二十九人以下であるものに限る。以下この項において同じ。）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、地域密着型施設サービス計画（地域密着型介護老人福祉施設に入所している要介護者について、当該施設が提供するサービスの内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画をいう。以下この項において同じ。）に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいう。（介護保険法第八条第21項）

(注23) 介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第2項における、「訪問介護」を行う「介護福祉士その他政令で定める者」の内、「その他政令で定める者」とは、施行令に明記された「養成研修修了者」です。そして、この「養成研修修了者」とは初めは、訪問介護員養成研修課程（「訪問介護員に関する1級・2級・3級課程」、「介護職員基礎研修課程」）の修了者であり、通常ヘルパー1級・2級・3級と呼称されました。しかし、平成25年に改正された介護保険法施行規則（平成十一年三月三十一日厚生省

令第三十六号、最終改正：平成二五年一月二日厚生労働省令第一二四号）により、介護職員初任者研修課程を修了した者になりました。

そして、以下にその推移の根拠を見ることができます。

参考：介護保険法施行令、介護保険法施行規則等

介護保険法施行令（平成十年十二月二十四日政令第四百十二号、最終改正：平成二五年六月一四日政令第一八三号）

（法第八条第二項 及び第八条の二第二項 の政令で定める者）

第三条 法第八条第二項 及び第八条の二第二項 の政令で定める者は、次の各号に掲げる研修の課程を修了し、それぞれ当該各号に定める者から当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者（以下この条において「養成研修修了者」という。）とする。

介護保険法施行令 附則（平成十年十二月二十四日政令第四百十二号）

（施行期日）

第一条 この政令は、平成十二年四月一日から施行する。ただし、第五十三条から第五十七条までの規定は、平成十一年十月一日から施行する。

（訪問介護員養成研修の経過措置）

第四条 次に掲げる者は、訪問介護員養成研修の課程を修了した者とみなす。

一 この政令の施行の際現に訪問介護員養成研修に相当するものとして都道府県知事が認める研修の課程を修了した者であって、厚生労働省令で定めるところにより、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けたもの

二 この政令の施行の際現に訪問介護員養成研修に相当するものとして都道府県知事が認める研修を受講中の者であって、この政令の施行後当該研修の課程を修了し、厚生労働省令で定めるところにより、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けたもの

三 この政令の施行の際現に老人居宅介護等事業（施行法第二十条の規定による改正前の老人福祉法第五条の二第二項に規定する老人居宅介護等事業をいう。）に従事した経験を有する者であって、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事が前二号に掲げる者と同等の知識及び技術を有すると認める旨の証明書の交付を受けたもの

介護保険法施行令 附 則（平成一八年三月三十一日政令第一五四号） 抄

（施行期日）

第一条 この政令は、平成十八年四月一日から施行する。ただし、附則第三条ただし書、附則第五条ただし書、附則第十五条ただし書、附則第十八条第一項及び附則第三十七条の規定は、公布の日から施行する。

（介護員養成研修の経過措置）

第十六条 次に掲げる者は、厚生労働省令で定めるところにより、第一条の規定による改正後の介護保険法施行令（以下「新令」という。）第三条第一項に規定する養成研修修了者とみなす。

一 この政令の施行の際現に第一条の規定による改正前の介護保険法施行令（以下「旧令」という。）第三条第一項に規定する訪問介護員である者

二 この政令の施行の際現に旧令第三条第一項各号に掲げる研修を受講中の者であって、この政令の施行後当該研修の課程を修了したことにつき、当該研修を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けたもの

介護保険法施行規則 附 則（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十六号、最終改正：平成二五年一月二日厚生労働省令第一二四号）

（施行期日）

第一条 この省令は、平成十二年四月一日から施行する。ただし、第百六十八条、第百六十九条及び第百七十三条から第百八十一条までの規定は、平成十一年十月一日から施行する。

第二十二條 平成十八年改正令附則第十六条各号に掲げる者は、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に掲げる課程を修了した者とみなす。

一 一級課程 介護保険法施行規則の一部を改正する省令（平成十八年厚生労働省令第百六号）附則第二条の規定による廃止前の訪問介護員に関する省令（この条において「旧訪問介護員省令」という。）第一条に規定する一級課程

二 二級課程 旧訪問介護員省令第一条に規定する二級課程

三 三級課程 旧訪問介護員省令第一条に規定する三級課程

介護保険法施行規則（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十六号、最終改正：平成二五年一月二日厚生労働省令第一二四号）

（研修の課程）

第二十二條の二十三 令第三条第一項 各号に掲げる研修（以下この条から第二十二條の二十九までにおいて「研修」という。）の課程は、介護職員初任者研修課程とする。

介護保険法施行規則 附則 （平成二十四年三月二日厚生労働省令第二五号）

（施行期日）

第一条 この省令は、平成二十四年四月一日から施行する。ただし、第二十二条の二十三の改正規定、第二十二条の二十四の改正規定、第二十二条の二十六から第二十二条の二十九までの改正規定、第二十二条の三十一の改正規定、第二十二条の三十四の改正規定及び様式第十一号の改正規定並びに次条の規定は、平成二十五年四月一日から施行する。

（経過措置）

第二条 次に掲げる者は、この省令による改正後の介護保険法施行規則（以下「新介護保険法施行規則」という。）第二十二条の二十三第一項に規定する介護職員初任者研修課程を修了した者とみなす。

一 第二十二条の二十三の改正規定の施行の際現にこの省令による改正前の介護保険法施行規則第二十二条の二十三第一項に規定する介護職員基礎研修課程、一級課程又は二級課程（以下「旧研修課程」という。）を修了し、当該旧研修課程を修了したことにつき、当該旧研修課程に係る研修を行った者から当該旧研修課程を修了した旨の証明書の交付を受けている者

二 第二十二条の二十三の改正規定の施行の際現に旧研修課程を受講中の者であって、第二十二条の二十三の改正規定の施行後当該旧研修課程を修了したことにつき、当該旧研修課程に係る研修を行った者から当該旧研修課程を修了した旨の証明書の交付を受けたもの

第3章 『高齢者等のために地域で働く人が増加した』これからについて

1. 高齢者等のために地域で働く人のこれから

1-1 独立した責任ある業務を公平・公正、かつ、誠実に遂行できる労働環境の整備

理学療法士等の業務は、『医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者』であり、理学療法士等は独立することはできません。

社会福祉士の業務は、『医師の指示の下に、・・・を行なうことを業とする者』ではなく、『・・・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、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者（第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。）との連絡及び調整その他の援助を行うこと（第七条及び第四十七条の二において「相談援助」という。）』を業とする者であり、独立することができます。

事例によると、雇用された社会福祉士の業務は雇用された機関が関係する福祉関連の相談業務及び福祉サービス関係者との連絡・調整業務に偏りました。

また、居宅介護サービス事業所に雇用された介護支援専門員の業務は事業所の方針等に従うあまり介護支援を求める利用者の希望に沿い難い事態を招く恐れがあり、また、ヘルパーの派遣業務において所属する居宅介護サービス事業所と同じ事業所から派遣しがちになるなど、公平・公正な業務をなし難くしている実態が認められました。

（介護支援専門員のこのような事態に対応して、2006年介護保険法の改正に当たり、『公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。』『厚生労働省令で定める基準に従って、行わなければならない。』など、義務に関する条項が新たに設けられ、高齢者等の人格を尊重した業務を行うことが義務付けられました。

しかし、新設された条項の効果については、事業所からも市区町村等からも独立した機関によって評価されるまで待たなければ判りません。）

以上、「日常生活を営むのに支障がある者」に対して、「福祉」の業務が雇用された機関と関連のある福祉関連の相談業務及び福祉サービス関係者との連絡・調整業務に偏りがちな社会福祉士、また、雇用された機関の指示に従う業務を遂行しがちなことから公正かつ誠実な業務を欠くことが懸念される介護支援専門員など、高齢者等のために地域で働く人が国家資格、あるいは、義務に関する条項等に明記された責任ある業務を公平、公正に履行し難い実態が認められました

ところで、これら高齢者等のために地域で働く人が医療保険や介護保険など社会資源を活用した事業制度に基づいて働くことを勘案すると、これらの人は責任ある業務を公平、公正に履行することが必要と考えます。

そして、そのためには雇用された機関の運営状況や利害等に左右されず独立して働くこと、あるいは、独立して働く人と連絡・調整ができること、あるいは、連絡・調整できる独立した機関があることが必要と考えます。

例えば、非営利独立法人を設け、高齢者等のために地域で働く人が希望する場合、そこに所属して独立して働く、あるいは、その機関と連絡・調整することを選択することができるなど、独立した責任ある業務を公平・公正、かつ、誠実に遂行できる労働環境を整備することが必要と考えます。

なお、前述の社会的背景『1-2-2 寝たきりや痴呆等障害を有する高齢者など要介護者の増加』において、「48 年の厚生行政基礎調査の推計ではひとり暮らし老人は現在約 49 万人』と報告し、また、寝たきり老人の実態に加えて『ひとり暮らし老人』の実態が初めて報告されます」と報告しましたが、この後報告する予定の『2-1-2 一人暮らしの中・高齢身体障害者の居場所の確保』においては、「5 年に 1 度行われる『住宅・土地統計調査の調査結果（平成 20 年）』から高齢者等世帯についてみると、地域において高齢者世帯員がいる主世帯の約半数は高齢者のみで暮らしている『高齢者主世帯』であることが判り、これらひとり暮らし老人が今後増加することを勘案すると、社会福祉士の今後の業務に関して、「成年後見制度の後見人」の業務及び「独立型社会福祉士」として行う地域住民の福祉に関する相談業務が増加することが想定されます。

2. 中・高齢身体障害者のこれから

2-1 障害者として支援を受ける資格の復権

障害者は「ノーマライゼーション」の理念にあるように、「地域で普通の生活を営むこと」を当然とする福祉の理念を有し、また、「リハビリテーション」の言葉にあるように、従前の自分の生活に「復権すること」を目標に「リハビリテーション」に励んでいます。

ところが、1990 年代以降在宅福祉重視の高齢者等福祉政策がとられた時期に、障害者にも同様に在宅福祉政策がとられ、高齢者として扱われることになり、そのことによって現状の中・高齢障害者は従前に障害者として受けてきた支援を受けられなくなり、様々な困難に直面することになりました。

そこで、介護保険及び障害者自立支援法創設以降の中・高齢身体障害者が「ノーマライゼーション」の理念及び「リハビリテーション」の目標等を実現して従前の自分の生活に復権するためには、理論上、実態上、高齢者ではなく制度上の障害者として処遇されて障害者に復帰してから障害者の政策的な支援を受けること、言い換えると介護保険及び障害者自立支援法創設以降の中・高齢身体障害者はこれまで障害者が共通に担ってきた従前の生活に復権するための個人的な努力に加えて、高齢者ではなく障害者として支援を受ける

資格を復権するための政策面での活動が必要不可欠となりました。

2-1-1 中・高齢身体障害者が障害者自立支援法を選択できる資格の復権

①公的支援の現状及び今後について

急激な高齢化により社会的入院や寝たきり老人や認知症が社会的な問題となり、これら要介護者の増加に対応して介護福祉士が増加し介護支援員・訪問介護員が誕生しました。

また、1859 年代後半発生した成人病や 1970 年代以降の身体障害者数の増加により中・高齢身体障害者が増加し、肢体不自由者を対象にしたリハビリテーション需要が高まりました。そして、これに対応して理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などが地域で働き始めました。

1990 年代には、在宅福祉重視の高齢者等福祉政策がとられ、障害者も同様在宅福祉政策が取られたことから、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が働く地域の通所リハビリテーションでは、次の 4 点を根拠に、特に、中・高齢身体障害者の機能訓練の機会の選択や決定に関して問題が生じました。

第 1 に、介護保険法に示す保険給付の内容及び基準は、居宅における『自立した日常生活』に限定されていることから、介護保険における通所リハビリテーションの機会は中・高齢身体障害者が望む『自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援』ではない。

第 2 に、中・高齢身体障害者が必要とする維持期の積極的なリハビリテーションを半日実施する送迎付きの事業所が県内・市内・近隣に殆ど存在しない実情は、介護保険法の保険給付について定めた『被保険者の選択に基づき、適切なサービスが多様な事業者又は施設から、総合的に提供されるよう配慮して行われなければならない』という規定に反し、また、中・高齢身体障害者に彼らが望むリハビリテーションを選択する機会を失わせる。第3に、要介護及び要支援の高齢者と40歳から64歳までの介護保険の第2被保険者を含む中・高齢身体障害者まで、多様な目的を持つ高齢者等が利用する地域の通所リハビリテーションは、診療報酬・介護報酬改定におけるリハビリテーションの見直しに際しその主旨に「維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指した地域における維持期のリハビリテーション」と明記され、脳卒中（脳血管障害）を例にした研究では、「脳血管疾患等リハビリテーションでは回復期リハビリテーションで得た家庭・施設の生活や社会生活を維持・継続することを目的にする」と報告され、脳血管疾患等リハビリテーションの他にも、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション及び心大血管疾患など、多様なタイプの疾病に対応したリハビリテーションが求められることになるが、地域の一事業所が担う現在の介護保険事業度にそれを求めることはリハビリテーションの技術、それに必要な人材、空間・設備等の面において難

しい実態がある。

とりわけ、脳血管疾患等リハビリテーションで求める「回復期リハビリテーションで得た家庭・施設の生活や社会生活を維持・継続すること」が目的になる地域のリハビリテーションではそれに必要な空間・設備・人材等の面で過不足や不備が生じ、中・高齢身体障害者が適切なリハビリテーションの機会を選択することを行い難くさせている。

最後に、介護保険法における通所リハビリテーションで行われるリハビリテーションは利用中の転倒を防止し、安全に1日を過ごすことへの配慮が優先するあまり、動かず安全に座って過ごすか、寝て過ごすかを勧めるなど過度な『介護』が行われがちである。

そして、回復期リハビリテーションで得た家庭・施設の生活や社会生活を維持・継続する目的で『自立支援』を求めて利用する中・高齢身体障害者と介護予防を目的に日常生活の維持・継続を目的に利用する高齢者等が同じ法律に基づいて実施される通所リハビリテーションで混在する実態は両者にとって適切な機会とは言い難い。

また、このことに関しては、以下に示す前述の社団法人 日本脳卒協会の資料に、『現在、全国の都道府県では都道府県リハビリテーション支援センターと地域リハビリテーション広域支援センターが中心となって地域リハビリテーション体制の整備が進められており、各地域では急性期に病院で行うリハビリテーション及び回復期リハビリテーション病棟の整備やかかりつけ医が行う通所や訪問リハビリテーションの整備、介護保険施設のリハビリテーションの整備などが進められています。』

また、住民が身近で受けられる地域リハビリテーションを確保することをめざしている。』（表1—19参照）とあり、今後リハビリテーションの支援体制が整備される予定の地域リハビリテーションにおいても、この支援が医療と福祉の一体化策の元で介護保険事業の枠組みの中で実施されることが想定されていますが、このように地域リハビリテーションが現状の介護保険事業の枠組みの中で継続して実施されるなら、中・高齢身体障害者は増々障害者が求める『自立と社会経済活動への参加を促進する』リハビリテーションを選択する機会を失い、社会復帰が遠のく恐れがあります。

表 1-10 制度上の維持期リハビリテーションサービス

在宅	通院	外来通院によるリハビリテーション	医療保険
	通所	診療所、病院、介護老人保健施設の通所リハビリテーション	介護保険 (40歳以上)
	訪問	診療所・病院からの訪問リハビリテーション 訪問看護ステーションからのPT・OTの訪問	
	短期入所	介護療養型医療施設、介護老人保健施設における短期入所中のリハビリテーション	
施設	入院	介護療養型医療施設（リハビリテーション施設基準）	
	入所	介護老人保健施設	

PT:理学療法士 OT:作業療法士（2003年3月現在）

出典：『脳梗塞とはどんな病気？』、編著：Evidenceに基づく日本人脳梗塞患者の医療ガイドライン策定に関する研究班発行：社団法人 日本脳卒協会、第14章 脳梗塞後遺症患者の在宅介護・社会システム、表3 制度上の維持期リハビリテーションサービス

表 1-11 地域リハビリテーション支援体制の整備推進事業

保険	予防的リハビリテーション	老人保健事業
医療	治療的リハビリテーション	在院日数短縮化における急性期リハビリテーションの充実 回復期リハビリテーション病棟の整備
	維持的リハビリテーション	訪問・通所リハビリテーション 施設内リハビリテーションの適正化
福祉	在宅ケアサービスに関する支援・啓発活動	

出典：『脳梗塞とはどんな病気？』、編著：Evidenceに基づく日本人脳梗塞患者の医療ガイドライン策定に関する研究班発行：社団法人 日本脳卒協会、第14章 脳梗塞後遺症患者の在宅介護・社会システム、表4 地域リハビリテーション支援体制の整備推進事業

②中・高齢身体障害者が身体障害者として機能訓練を受ける機会の復権

そこで、中・高齢身体障害者が望む場合、居宅に限定した保険給付の内容及び水準が明記された介護保険法に基づく『介護サービス』に係る給付その他の支援ではなく、自立した日常生活又は社会生活を営むことを目的に必要な『障害福祉サービス』に係る給付その他の支援が受けられることが明記された障害者自立支援法を選択できるようにすることが必要と考えます。

中・高齢身体障害者における『機能訓練』に限定すると、身体障害者に対しても機能訓練の期間を限定せず維持期の生涯リハビリテーションを可能にし、従来存在していた送迎付きの機会を復権することが必要と考えます。

2-1-2 身体障害者として社会復帰を目的にした職業リハビリテーションを受ける資格の確保

回復期のリハビリテーションを終了した障害者が健常時に働いていた就業先での地位や所属等の配置転換を含む復職、あるいは、転職等を望む場合、切れ目のないリハビリテーションの一環として、「職業リハビリテーション」の過程を設け、回復期のリハビリテーションに係る理学療法士等や社会福祉士等の職員が連絡・調整できるしくみをつくり、職業に復帰したいと望む中・高齢身体障害者が社会復帰を実現する資格を確保することが必要と考えます。

2-1-3 一人で暮らせなくなった時の居場所の確保

平成23年6月22日に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律72号）」が公布され、施行されました。

以下に示す国会に提出された法案の『概要』の冒頭に示されているように、改正法では「高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める」ことが謳われており、従来の医療と福祉の連携に加えて、住生活との連携が追加されることになります。

中でも、3 の『高齢者の住まいの整備等』についてはその下の①、②に示すように、施設では有料老人ホームや特別養護老人ホームが、住宅ではサービス付き高齢者向け住宅の供給が明記されており、このことから、改正後は介護福祉士、介護支援専門員等多くの人の働く場と機会が増えることになります。

さて、戦後のわが国の住宅供給は昭和41年に創設された住宅建設計画法を根拠に策定される住宅建設五箇年計画に基づいて行われてきました。

1991年には最初の住宅マスタープランが示された東京都において1991年が『住宅政策元年』と言われました。

そして、わが国で都市部の住宅政策が本格化したのは東京都の例に示す1990年代以降です。

高齢者の住宅政策についても同様で、都市部ではこの時期各区で『地域高齢者住宅計画』が策定されました。

1990年代には、高齢になると賃貸住宅の契約に必要な保証人・身元引受人・仕事や収入がないことなどを理由に高齢者が賃貸住宅を借りることが困難となる状況が発生し、社会的な問題となりました。そこで、これら高齢者の居住に関する問題に対応するために、1993年に国土交通省・厚生労働省が主務官庁となり、(財) 高齢者住宅財団が設立され、また、2001年には『高齢者の居住の安定確保に関する法律』が制定され、この法律に基づく事業として『高齢者向け優良賃貸住宅』制度が発足するなど、高齢者の住宅に関する政策が相次いで行われました。

この『高齢者の居住の安定確保に関する法律』が今回の介護保険法の改正に併せて平成23年10月20日改正され、『高齢者向け優良賃貸住宅制度』は廃止されて各自治体の判断において運営される『地域優良賃貸住宅』制度として新たに発足することになりました。

そこで、『地域優良賃貸住宅』制度に基づく事業が医療、介護、予防、住まい、生活支援の連携をポイントとする今回の改正法の元で、高齢者向けの住宅の供給を支援する具体策として介護保険事業と連動することになります。

参考：介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

- 1 医療と介護の連携の強化等
- 2 介護人材の確保とサービスの質の向上

3 高齢者の住まいの整備等

① 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。

② 社会医療法人による特別養護老人ホームの開設を可能とする。

※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4 認知症対策の推進

5 保険者による主体的な取組の推進

6 保険料の上昇の緩和

資料：第177回国会（常会）提出法律案：介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の概要：平成23年 6月22日公布

さて、5年に1度行われる『住宅・土地統計調査（総務省統計局）』の調査結果（平成20年）から高齢者等世帯についてみると、①住宅に住んでいる主世帯総数は49,598,300世帯あり、②その内、高齢者世帯員のいる主世帯は18,197,600世帯、約37%あり、主世帯総数の1/3を超え、③その内の約8%（4,137,900世帯）が高齢者単身主世帯、約10%（5,111,500世帯）が高齢者世帯員のいる夫婦主世帯であり、高齢者世帯員のいる主世帯の約半数の主世帯が単身と夫婦のみの高齢者主世帯です。（図1-22 参照）

これによると、地域において高齢者世帯員がいる主世帯の約半数は高齢者のみで暮らしている『高齢者主世帯』であることが判ります。

主世帯総数の約37%を占める高齢者世帯員のいる主世帯（18,197,600世帯）の内に、身体障害者世帯がどのくらいの割合を占めるかについては不明ですが、現状の夫婦のみ世帯が将来確実に単身世帯になることを考慮すると、「一人暮らしの高齢身体障害者世帯の住宅、言い換えると、一人暮らしの高齢な身体障害者の『居場所』、あるいは、終の棲家は今後どのように計画されるのか」、一人暮らしの高齢な身体障害者の住生活について関心が生じます。

介護保険法には認知症及び寝たきりの高齢者に対して支援策が講じられていますが、一人で暮らせなくなった高齢な身体障害者に対する居場所については触れていません。身体障害者は高齢でなくても一人で暮らせなくなる時がくることがあります。

中・高齢身体障害者も同様に、寝たきり、あるいは、認知症にならなくても介護保険法によるヘルパー派遣によって昼間身体介護や家事援助を頼むだけでは一人で暮らせなくなる時がくることがあるでしょう。

施設サービスを利用する必要はなく、かつ、24時間見守りする必要がなくても、必要な時に必要な支援をしてくれる人が常にそばにいて自立した日常生活又は社会生活を支援してくれることが必要な時がくることがあるでしょう。

これらのことは寝たきり、あるいは、認知症でない高齢者と同様です。その上、中・高齢身体障害者の中には社会復帰を求める身体障害者が存在することから、以下のことに配慮されない生活環境は避けたいと考える人が一定程度存在します。

例えば、特別養護老人ホームのような収容施設に入居して施設サービスを受けることで、身体障害者として症状に即した地域の通所リハビリテーションの事業所を自ら選択する

機会を失い、そのことにより社会復帰の機会や交友、買い物、理・美容院、講演会・講習会、趣味・習い事など自由に外出して楽しむ機会や生活を失い、それらのことによりこれまで慣れ親しんだ社会生活を営む機会を失うことを恐れる人が一定程度存在すると考えられます。

ところで、社会福祉の分野では障害者自立支援法が創設される前から身体障害者及び知的障害者の共同住宅の場として『生活ホーム』という居住形態・居場所があります。

そこは少数の支援者がいる共同生活の場であり、作業所に行く身体障害者及び知的障害者は朝そこから出かけて夕方帰宅し、週末など自宅に帰宅する者・外泊する者はそこから出かけ、都心に遊びに行く者は支援者と共にそこから出かけるなど、そこは家族と同様、共同生活をおくる場としてその役割を果たしています。

寝たきり、あるいは、認知症ではない中・高齢身体障害者についても、一人で暮らせなくなった時の居場所として、各自が自立できる機能を持ち寄り、互いに助け合って生活する共同生活の場、自立できない機能のみを他者が支援する生活の場、身体障害者が求める生活に対応した居住形態は必要です。

例えば、一人暮らしの中・高齢身体障害者が望む場合、居宅における日常生活の自立のみでなく、自立した日常生活又は社会生活を営むことを可能にする居住形態として、障害者自立支援法創設前から身体障害者及び知的障害者の住宅として存在している生活ホームに居住する支援を受ける『資格』、言い換えると、現存する生活ホームを中・高齢な身体障害者の『居場所』として選択する『資格』を取得できることは必要と考えます。

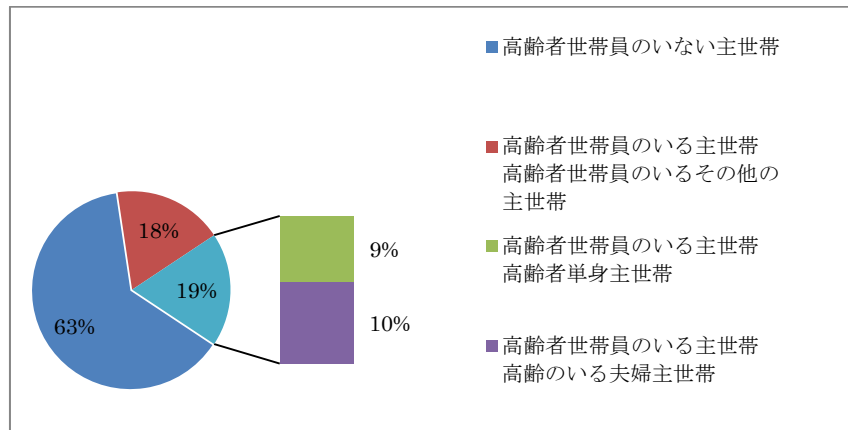


図 1-22 世帯別（4 区分）高齢者主世帯数の割合—全国

資料：平成 20 年、住宅・土地統計調査、総務省統計局

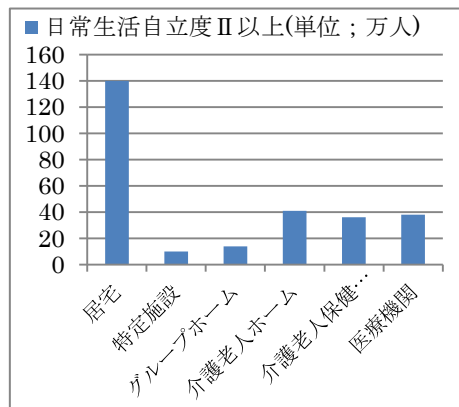
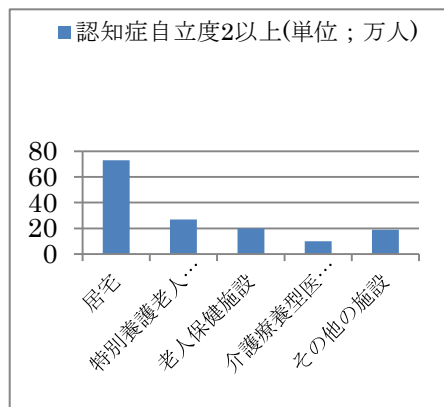


図 1-23 認定申請時の所在：認知症自立度 2 以上
(2002 年 9 月末日現在) (単位：万人)

図 1-23 認知症高齢者の居場所別内訳：
日常生活自立度Ⅱ以上
(平成 22 年 9 月末日現在) (単位：万人)

資料：『今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像 表 1 認知症高齢者数の見通し』、第 1 回介護施設等の在り方 委員会 H 18. 9. 27 資料 4

資料：「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について、3. 認知症高齢者の居場所別内訳 (平成 22 年 9 月末日現在)』、平成 24 年 8 月 24 日、厚生省老健局高齢者支援課、認知症・虐待防止対策推進室

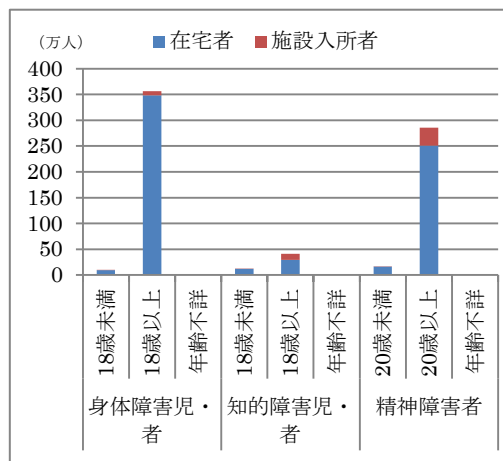


図 1-25 障害者数

資料：平成 20 年度障害者白書 表 2-1*障害者数

*資料：「身体障害者」在宅者：厚生労働省「身体障害児・者実態調査」（平成 18 年）

施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成 18 年）等

「知的障害者」在宅者：厚生労働省「知的障害児（者）基礎調査」（平成 17 年）

施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成 17 年）

「精神障害者」在宅者：厚生労働省「患者調査」（平成 17 年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

施設入所者：厚生労働省「患者調査」（平成 17 年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

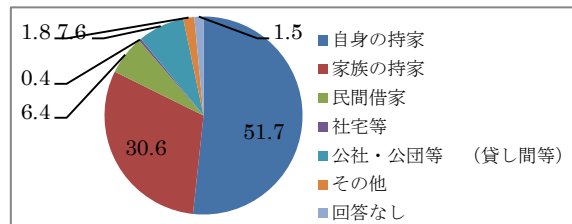


図 1-26 障害者別の住宅の状況（その 1. 身体障害者）

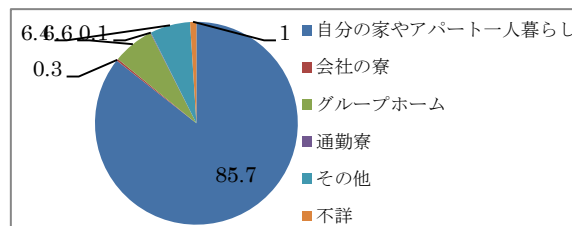


図 1-27 障害者別の住宅の状況（その 2. 知的障害者）

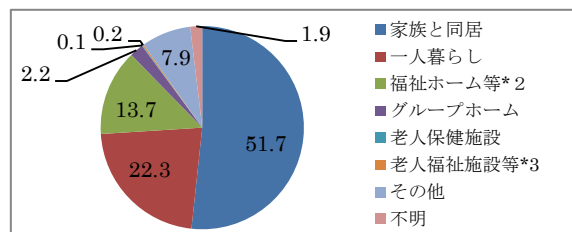


図 1-28 障害者別の住宅の状況（その 3. 精神障害者*1）

*1:今回入所直前の住居

*2:生活訓練施設, 福祉ホーム, 入所授産施設

*3:特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、その他の老人福祉施設

資料：平成 18 年身体障害児・者実態調査結果 表 3 1

：平成 17 年度知的障害児（者）基礎調査結果の概要

：平成 15 年精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査

参考：図 1-23, 24 及び図 1-26, 27, 28 の調査時期・調査方法・調査対象等

- ① 図 1-23 認定申請時の所在：認知症自立度Ⅱ以上（2002年9月末日現在）
○平成14年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者を算出したものです。
○認定申請時の所在は、居宅、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、その他の施設となっています。
資料：第1回介護施設等の在り方委員会 H18. 9. 27、資料4
- ② 図 1-24 認知症高齢者の居場所別内訳：日常生活自立度Ⅱ以上（平成22年9月末現在）
○平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
○年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算した。
※ 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。
※端数処理の関係により合計は一致しない。
※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。
資料：「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について、3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年9月末現在）：平成24年8月24日、厚生省老健局高齢者支援課、認知症・虐待防止対策推進室
- ③ 図 1-26 障害者別の住宅の状況（その1. 身体障害者）
○調査対象及び客体
18歳以上の身体障害者（身体障害者手帳所持者及び手帳は未所持であるが身体障害者福祉法別表に掲げる障害を有する者）のいる世帯を対象とし、2,600国勢調査区に居住する身体障害者を客体とした。
○調査：平成18年7月1日現在
資料：平成18年身体障害児・者実態調査結果、平成20年3月24日、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課
- ④ 図 1-27 障害者別の住宅の状況（その2. 知的障害者）
○調査の対象及び客体
全国の在宅知的障害児（者）を対象として、平成12年国勢調査により設定された調査区から、150分の1の割合で無作為抽出された地区を対象調査区としたところ、客体は2,584人、調査票の回収数は2,123で回収率は82.2%、有効回答数は2,075件で有効回答率は80.3%であった。
※ この調査は在宅を対象とし、社会福祉施設入所者（知的障害児施設、自閉症児施設、重症心身障害児施設、知的障害者更正施設（入所）、知的障害者授産施設（入所）は対象とされていない。（グループホーム、通勤寮、福祉ホーム利用者は対象としている。）
○調査の時期：平成17年11月1日現在
資料：平成17年知的障害児（者）基礎調査結果の概要、平成19年1月24日、社会・援護局障害保健福祉部企画課
- ⑤ 図 1-28 障害者別の住宅の状況（その3. 精神障害者*1）
○調査は平成15年3月に行われた。
○調査は、①外来患者調査、②入院患者調査、③社会復帰施設入所者調査からなる。
資料：『特集：日本の精神保健と福祉の課題と展望』、精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業の概要：山内慶太、慶應義塾大学看護医療学部、J. Natl. Inst. Public Health, 53(1), 2004.P.54

3. 政策形成のしくみのこれから

3-1 利用者の生活実態及び利用者の声が反映された合理的根拠に基づく政策形成

3-1-1 社会生活への復帰のための支援を欠く等、根拠が不十分な在宅福祉重視の障害者福祉施策

障害者自立支援法創設後原則として介護保険給付が自立支援給付に優先することが定められたことにより、介護保険給付を受ける中・高齢障害者は介護保険法により居宅における日常生活の支援は受けられるものの、障害者自立支援法に明記された日常生活または社会生活の支援を受けることができなくなりました。

しかし、以下に示すように今回の事例をまとめた①、②からは、『社会生活への復帰』

を望む中・高齢身体障害者が存在することが判ります。

また、③にまとめたこれまでの障害者福祉施策の経緯からは、平成9年白書では、『障害者施策の新たな展開』と題して、『障害者施策の目的とは、「リハビリテーション」の理念に基づき、地域において「ノーマライゼーション」の思想を実現していくことである」と言い換えることができよう。』と述べており、また、障害者自立支援法には、「自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう支援する」と明記されているように、障害者が社会生活を営むことを支援する方向にあります。

このように、これらを勘案すると、障害者福祉施策を在宅福祉のみに設定することの根拠が不在であり、障害者福祉施策を在宅福祉重視にしたことは合理的根拠を欠くと言うことができます。

① 回復期のリハビリテーションに入院する多くの中・高齢身体障害者の目的には、「身体機能の回復」と「社会生活への復帰」の2つがあります。

医療関係機関に勤務する社会福祉士が受ける退院後の相談の現状は概ね医療相談を旨とし、医療と福祉が連携した介護福祉の範囲にありますが、従前仕事をしていた中・高齢身体障害者の中には後者の「社会生活への復帰」、具体的には従前の職場への配置転換等を含む復職の問題が課題となっていることがあります。

② 現在の切れ目のないリハビリテーションにおいて用いられるリハビリテーションの段階区分は、脳出血を例にみると、医療分野の症状から急性期、回復期、維持期に分けられており、また、維持期のリハビリテーションにおいては介護福祉との連携が実現しているものの障害者を支援する社会福祉との連携がないなど、維持期のリハビリテーションの実態は全体として社会福祉分野の支援が希薄といえますが、この状況に対して、従前仕事をしていた中・高齢身体障害者の中には、就業への復帰に向けた、あるいは、就業への復帰を想定したリハビリテーションを実質的に望むことが想定されます。

③ 政策的な経過を顧みると、平成9年白書では、『障害者施策の新たな展開』と題して、わが国の『障害者施策の目的とは、「リハビリテーション」の理念に基づき、地域において「ノーマライゼーション」の思想を実現していくことである」と言い換えることができよう。』と述べており、また、障害者自立支援法には、「自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう支援する」と明記されています。

3-1-2 合理的根拠が不明確な『適用・給付関係等に関する通知』、あるいは、助言

わが国では高齢者に対する在宅福祉重視の施策展開の際、障害者についても在宅福祉重視策がとられ、さらに、障害者自立支援法創設後は障害者に対する自立支援給付は介護給付が優先することが定められ、实际的に障害者福祉サービス介護福祉サービスがに統一されたことから、障害者は社会生活における自立支援の機会を失い、更に、中・高齢身体障害者はリハビリテーションに関して障害者に適した自立訓練を利用できない事態に陥り

ました。

そして、このような介護福祉サービスが障害者福祉サービスに優先する政策決定の過程では、前述した通り、以下に示すように、身体障害者デイサービス事業と老人デイサービス事業の利用に対する『通知』、あるいは、助言が配布され、ついに、平成12年には『身体障害者デイサービス事業の固有のサービスの利用に対する配慮』が廃止されます。

しかし、これら決定や通知の変更、あるいは、廃止された根拠について明確な説明が公表されたことはありません。

- a. 介護保険法創設前の平成3年度厚生白書には『在宅の「身体障害者デイサービス事業」については、身体障害者デイサービス事業と老人デイサービス事業において、それぞれの対象者が事業を相互に利用できるよう、制度を改善した。』と報告がある。
- b. 介護保険法が施行された平成12年の『通知』には、『障害者施策で行われている身体障害者デイサービス事業にあつては障害者に固有のサービスの利用を認めても差し支えない。』とある。
- c. 障害者自立支援法創設後、平成19年の『通知』には、『市町村は、個別のケースに応じて、適切に支給決定すること。』とある。
- d. b. と同時の平成19年の『通知』には、『本通知の施行に伴い、平成12年3月24日障企第16号・障障第8号厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長連名通知「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」は廃止する。』とある。

3-2 非営利独立機関の設置と公正な政策形成プロセス

以上、『高齢者等のために地域で働く人が増加した』これからについては、まず、「高齢者等のために地域で働く人のこれから」として、「独立した責任ある業務を公平・公正、かつ、誠実に遂行できる労働環境の整備」が必要なこと、次に、『中・高齢身体障害者のこれから』として、「障害者として支援を受ける資格の復権（「中・高齢身体障害者が障害者自立支援法を選択できる資格の復権」、「身体障害者として社会復帰を目的にした職業リハビリテーションを受ける資格の確保」、「一人で暮らせなくなった時の居場所の確保」）が必要なこと、最後に、「政策形成のしくみのこれから」として、「利用者の生活実態及び利用者の声が反映された合理的根拠に基づく政策形成（「社会生活への復帰のための支援を欠く等、根拠が不十分な在宅福祉重視の障害者福祉施」、「合理的根拠が不明確な『適用・給付関係等に関する通知』、あるいは、助言」）」が必要なことを述べました。

そして、具体的には次のことが必要です。

まず、「高齢者等のために地域で働く人のこれから」として、雇用された機関の運営状況や利害等に左右されず独立して働くこと、あるいは、独立して働く人と連絡・調整ができること、あるいは、連絡・調整できる独立した機関があることが必要なことを述べました

が、そのためには、例えば、非営利独立法人を設け、高齢者等のために地域で働く人が希望する場合、そこに所属して独立して働く、あるいは、その機関と連絡・調整することを選択することができるなど、独立した責任ある業務を公平・公正、かつ、誠実に遂行できる労働環境を整備することが必要と考えます。

次に、『中・高齢身体障害者のこれから』として、「障害者として支援を受ける資格の復権（「中・高齢身体障害者が障害者自立支援法を選択できる資格の復権」、「身体障害者として社会復帰を目的にした職業リハビリテーションを受ける資格の確保」、「一人で暮らせなくなった時の居場所の確保」）が必要なことを述べましたが、事故や疾病により障害を受けた患者が医療保険で行う急性期及び回復期のリハビリテーションでは高齢者・障害者の別なく患者として処遇されますが、地域における介護保険及び障害者自立支援法創設以降の中・高齢身体障害者は、「切れ目のないリハビリテーション」を目的に従前の生活への復帰を求めて生涯リハビリテーションに励む一方、他方で「高齢者ではなく身体障害者としての対応を求めて政策面での復権を図ることが必要になることから「ダブル復権」の課題を引き受ける事態が生じます。

そこで、これらの事態を改善するために、医療関係機関や事業所及び高齢者等のために地域で働く理学療法士等、社会福祉士等がその実態を調査してその結果を公表すること、また、事業制度の利用者である高齢者等が常に意見を持つこと、そして、利用者であるがあげた声を取り上げて報告する機関が存在すること、最後に、医療関係機関や事業所、高齢者等のために地域で働く人、事業制度の利用者である高齢者等、これら3者が高齢者等の声を効果的に政策に反映するための機関として、行政からも事業所からも独立した非営利独立シンクタンクが地域に存在することが必要と考えます。

最後に、「政策形成のしくみのこれから」として、「利用者の生活実態及び利用者の声が反映された合理的根拠に基づく政策形成」が必要なことを述べました、利用者の生活実態及び利用者の声が反映された合理的根拠に基づく政策、あるいは、施策を形成するためには営利企業からはもとより、一党から選出される首相や行政からも独立した機関による政策形成のしくみが必要であり、そのためには非営利で独立した機関を設置し、それによる公正な政策形成プロセスを構築することが必要と考えます。

第二部 新たな働き方の登場

第1章 新たな働き方が登場した背景

1. 戦後の地域の住み手による住環境改善

1-1 1960～70年代の健康被害や環境破壊に対する対抗を発端とする住民運動

1960年代以降の対抗を発端とする住民運動の流れは以下の3点です。

- ① 産業優先策→公害発生→公害闘争→公害規制法(S. 25～45)
- ② 産業優先策→産業関連施設建設反対運動→都市計画法(S.40～50)
- ③ 国土利用計画、宅地開発・住宅供給→日照権闘争→日影規制

①についてみると、わが国では産業優先策の結果、工場公害が発生し、国民の運動を経て以下の法律や条例等の防止関連のしくみが成立します。

- ・昭和42年 公害対策基本法
- ・昭和43年 大気汚染防止法、騒音規制法
- ・昭和45年 水質汚濁防止法
- ・昭和45年 廃棄物の処理および清掃に関する法律

また、昭和44年に全国に先駆けて東京都が公害防止条例を、昭和47年に四日市市が大気汚染防止基本構想を策定します。

地域の住み手はこのような運動を通じて、1地域の住民運動が他の地域の健康被害や環境破壊問題の発生を未然に防ぐ法律や条例等のしくみを創出したこと、そして、このプロセスとこれらのしくみづくりがこの20年にわたる公害闘争の1つの成果であったことを理解することになります。

1-2 地域の住み手による住環境計画

かつて、わが国の農村や都市では村や町の住宅と環境を維持し保全するためにそこに住む世帯が共同で取り組む住環境改善のしくみがありました。

例えば、農村では各家の茅葺屋根などの修繕のための資金を積み立てるしくみとして『講』が、また、各家の屋根普請や集落内の道普請などのための労働力を提供するしくみとして『結』があり、それらを利用して村の住宅と環境は維持されてきました。

また、京の町家では町衆による住宅をはじめとする街並みの維持・管理のしくみがあり、そのお蔭で今日の美しい京の町家と街並みが在ります。

戦後のわが国では地域の住み手が住環境改善のために活動した時期が何度かありました。

1960年代、長野県妻籠地区では突如知らされた開発計画に反対した住み手の活動が地区のあり方について住み手の意志を示す日本初の街並み保存を目的とした『住民憲章』を生

み、1970 年代の世田谷区烏山地区ではマンション建設反対に端を発した活動が住民主体の『建築協定』を創りました。

地域の住み手による住環境の維持・管理、見直しや住環境改善を『住み手による住環境計画』と呼称すると、住み手による住環境計画の発端は、まず、民間企業や行政等他者の計画や事業に対する対抗があり、次に、住み手の対抗的な運動の受け皿を予め行政が用意することを意図して設けられた住民参加があります。

しかし、住民運動は他者との関係から始まるものばかりではありません。

前述の長野県妻籠地区の住民憲章、世田谷区烏山地区の建築協定などの地域の住み手の意志表示を目的に設けられた約束事やルールは、地域の住み手自らが発意し、相互に助け合う活動の産物であり、その活動の発端には自立した住み手による相互扶助があります。

(参考表 2 住み手による住環境計画の流れ 参照)

このように住み手による住環境計画は運動の発端と決定権の所在により、①発端は自立した住み手が共同して住環境改善に取り組む活動で、決定権が全て住み手にある『自立・相互扶助型 (Self help and mutual aid Type)』、②発端が他者の事業や計画によって被害を受ける住み手がそれに反対する運動で、決定権は住み手には全く無い『対抗型

(Conflict Type)』、③発端は行政が前者の受け皿として用意した計画行政への地域住民の参加で、その過程で行政の業務に抵触しない範囲で計画検討や合意形成などの決定が住み手に許容される『参加型 (Participation Type)』の 3 つのタイプに分けることができます^(注 1)。(参考：住み手による住環境計画のタイプ 参照)

参考：住み手による住環境計画のタイプ

○自立・相互扶助型 (Self help and mutual aid Type)

自立した住み手が共同して住環境改善に取り組む自立・相互扶助の活動

○対抗型 (Conflict Type)

他者の事業や計画によって被害を受ける住み手がそれに反対する対抗型の運動

○参加型 (Participation Type)

行政が前者の受け皿として用意した計画行政への地域住民の参加

解説

自立・相互扶助型は活動の発端は自立した住み手が共同して住環境の改善を行う活動です。

決定権は活動の全過程で住み手にあるタイプです。

対抗型は運動の発端が住み手に対する説明や協議等の義務がない状況下で実施される他者の事業や計画によって被害を受ける住み手が対抗する運動です。

決定権は住み手には全く無く、住み手は反対運動を集団で、また、継続的に展開する一方、最終的には民事の裁判闘争を行うことができるタイプです。

参加型は対抗型運動を回避するために 1960 年当時行政が設けたしくみです。

行政が用意した計画プログラムに地域の住み手が参加するというもので、その過程で行政の業務に抵触しない範囲で計画検討や合意形成や決定が住み手に許容されるタイプです。

出典：若杉幸子：『住み手による住環境計画 その特性と地域分権化への期待』、相模書房発行、平成 17 年 2 月

このような地域の住み手による住環境計画は 1960～70 年代の住民運動に影響を受けた地区が典型例となる 1980 年代の都心部の木造賃貸住宅密集地区の住環境改善におけるま

ちづくりへ繋げられ、また、1990年代には市区町村の都市計画に関する基本方針及び住宅基本計画策定への地区住民の参加に活用されることとなります

1-2-1 1960年代以降の自立的な住環境改善運動

前述のように、昭和37年には長野県南木曾町妻籠地区に“町並み保存と住民憲章”を発端とする運動が発生しました。

これは、妻籠宿内の中仙道を通り旧伊那路から飯田へ抜ける国道256号線の旧宿場を避けるために昭和37年にバイパス計画があり、それを契機に保存を志向する運動が発生したことから始まります。

「売らない、貸さない、壊さない」の原則で、南木曾観光協会がで、建築はファサードおよび正面より一間(奥行)を復元する。屋根は瓦かレジン鉄板、木製雨どいで屋根を隠すなどの内容の保存計画がで、昭和46年4月「住民憲章」が住民大会で制定された。その後、町に保存条例ができます。

この後、岐阜県高山市上三之町でも昭和40年岐阜国体準備のための市民参加の清掃運動がきっかけで同様の「町並保存と市民憲章」ができた。

そして、市が昭和47年に環境保全計画を策定し、条例が制定されます。

また、市街地景観保存計画・同条例も昭和47年につくられます。

このように、自立・相互扶助の活動は地域の住み手の地域に対する意志を示す住民憲章や街並み保全のためのルールを生むこととなります

1970年代以降これらの地区に続いて、神戸市丸山地区や真野地区、豊中市庄内地区、三島地区の住民運動、あるいは「中島川を守る会」などの遊歩道を考える会のグループ、辻堂南部地区の町づくりグループなど、多くの地区で住み手による対抗型の運動が自立・扶助の活動を生み、その内の大部分はその後行政がその受け皿として「住民参加」を用意します。

1-2-2 対抗型住民運動の受け皿整備と地区レベルの「参加」の試み(昭和45～55)

対抗型の住民運動に対して国や自治体は法を整備し、問題の発生を未然に防ぐと共に、法的手続きとして参加の方途を整備し、住み手が対抗する前に計画へ参加する道を開きます。

また、基礎的自治体は市民自治、地域社会(コミュニティ)対策の一環として、コミュニティ政策への市民参加を出します。

昭和46年以降コミュニティや地区レベルの行政計画へ住民が参加する「計画行政への市民参加、あるいは、計画過程への住民参加」(以下、「計画参加」と略称)が実施されました。

この計画参加は地理的な参加の範囲、参加対象等からみて概ね以下のように展開されま

す。

①国（自治省）・都のモデル的・アドバルーン的試行

発端は国レベルでは昭和 46 年の国民生活審議会コミュニティ問題小委員会「コミュニティ」の報告及び自治省の「コミュニティ（地域社会）に関する対策要綱」（昭和 46 年）を受けたモデルコミュニティ対策事業です。

②基礎自治体における政策形成過程への市民・区民の参加の試み

昭和 46 年以降東京都の 2 ～ 3 の市区では政策形成への市民参加が行なわれます。

三鷹市では市長がドイツ型コミュニティ構想を想定し、「住民にすべてをあげてしまおう。」「行政の特有の事務は行政で、住民が担うべきものは住民で。」という発想から昭和 46 年「三鷹市中期財政計画」（第 2 次）においてコミュニティ行政の分権化構想が提案されます。

③地域コミュニティ施設計画への住民参加と公正な政策形成の試み

前述の国のモデルコミュニティ対策事業を実施した神戸市や政策形成過程への市民・区民の参加を行った三鷹市・武蔵野市・中野区ではその後、コミュニティ活動への地域住民の参加を実現させ、さらに、その 1 つとして施設計画への市民・区民の参加を試みます。

このような参加については決定権は基本的に市区町村にあります。行政業務に抵触しない範囲で計画決定に地域の住み手が参加できることが特徴であり、これら参加の経験はその後早晩訪れた地方分権化以降の『地域住民』と協働する行政業務に影響を与えます。

1-2-3 民間企業や行政等他者の計画や事業に対する対抗

『1-1 1960～70年代の健康被害や環境破壊に対する対抗を発端とする住民運動』の産業優先策に端を発した運動に②の産業関連施設建設反対運動があります。

「計画」の用語が住民運動で顕著に現われたのは、石油コンビナート建設計画、火力発電所建設計画など、産業関連施設の建設計画への反対運動においてです。

それ以前にもダム建設による集落の水没に対して最初の反対運動があり、また、近年には原子力発電所建設反対運動がありますが、この運動が大きく展開されたのは 1960 年半ばから 1970 年半ばです。

この運動の特徴を「住み手による住環境計画」の視点からまとめると次の 3 点です。

- a. 国土レベルの計画と自治体の誘致策との関連が強いこと。
- b. 最終的な決定権が地元住民は無論、地元自治体にもないこと。
- c. 開発政策そのものに対する反対でありながら、政策の是非を検討するための（公正で合理的な）基準がないこと。

そして、建設反対運動はその調整や話し合いの為の（合理的かつ公平な）場や方法がないまま、地元の自治体あるいは国に向けられることになります。

そこで、「計画」の問題は決定権限及び政策策定プロセスに対する対抗の形をとり、この性格がその後の都市計画全般の反対運動へと引き継がれ、また、このことがそれ以降の都市計画法の課題となります。

また、昭和 49 年、住宅地審議会における「今後の住宅政策のあり方に関する中間報告」、昭和 50 年「大都市地域における宅地等の供給促進に関する特別措置法」を受けて、都市部は建築ブームとなり、その中で新たに建築相互間の日照問題が住宅地を中心に発生し、『1-1 1960～70 年代の健康被害や環境破壊に対する対抗を発端とする住民運動』の③に示す日照権闘争が激化します。

この事態に対し、都市計画・建築計画の分野では法の一部を改正し、日影規制(3 月)を設けることでその解決が図れるものとしてそれに踏切りました。

これは自治体が事業主・開発業者に対し、開発や建設を指導する要綱の形をとったものです。

しかし、この時、「高層住宅協議会」などの業者団体による企業からの力が「日照基準に反対」という形で大きく働きます。

また、この時、革新自治体が日照要綱強化の申し合せとして、「日照等環境保全に関する決議」を行い、横浜市がいち早く日照要綱改正を、世田谷区が「新たな日照基準」を策定する等革新自治体が市民・区民の日照権を守る為に素早く対応します。

この対応の成果はその後の日照問題の解決に対し、他の自治体との間に水をあけることになります。

しかし、東京都では「日当り条例」が流産する等のことがあり、都市住民の最低限の日照を確保しようとする自治体の首長と都市環境を利用して私権を拡大しようとする私企業及びそれらの利害を代弁する政党並びに所属議員・議会などの問題が顕在化します。

今日まで継続して発生している日照権紛争はこの時に指摘された内容を主たる原因としています。

そして、これらの経験から地域の住み手は、『行政や民間企業が計画決定権の全てを握り、地域の住み手の同意や説明会開催等の義務がない計画においては粘り強い集団的な反対運動と最終的な裁判闘争が合理的で可能な方策であること』を理解することになります。

1-2-4 1980 年代の都心部の木造賃貸住宅密集地区の住環境改善におけるまちづくり

わが国では 1970 年代ごろから都心部の木造賃貸住宅密集地区の住環境改善の問題が取り上げられるようになります。

1980 年代のまちづくりの事例として紹介される『神戸市真野地区』や『世田谷区太子堂地区』はその例です。

『神戸市真野地区』は 1960 年代の環境衛生改善や公害追放運動があった地区であり、また、『世田谷区太子堂地区』は 1970 年代にマンション建設反対運動があった地区であるな

ど、1980年代のまちづくりは1960年代～1970年代の健康被害や環境破壊に対する対抗的な運動や地区の環境改善運動に影響をうけた住民が存在した地区で起こった活動でもあります。(参考：まちづくりの例 参照)

また、これらの運動や活動にはこれらに賛同して他の地域から参画した学生や大学の研究者やその他ボランティアなど、多くの支援者が存在することが特徴です。

参考：まちづくりの例

その1. 世田谷区太子堂地区

1970年代にマンション建設反対運動があった地区です。

活動の始まりは、行政の呼びかけに応じて町会の人みでなく市民運動を経験した人も参加します。

公募でメンバーを募集し、1982年にまちづくり協議会が発足します。

太子堂歩こう会、トンボ広場の開設、住民による計画・管理、きつね祭り、もちつき大会などのイベントを経て、1985年に中間提案が行われ、「せせらぎ計画」が具体化します。

また、その後は立て方部会、広場・緑道部会など、部会活動が展開されることになりました。

専門家については、1983年から2年間専門家派遣が行われます。

区では、1979年基本計画策定、1980年都市整備公社発足、1982年まちづくり条例作成、1985年まちづくりを提案、1983年三軒茶屋にまちづくりハウス開設、1990年住宅・街づくり課創設、1991年総合支所(5地域)のまちづくり課設立、1992年公社内にまちづくりセンター開設、1992年まちづくりファンドを設立する。

資料：まちづくり読本'94、「まちづくりを楽しもう」、平成6年7月発行、建設省都市局・住宅局監修、パートナーシップ型まちづくりシステム研究会編集、毎日企画センター発行、p.14～15

その2. 神戸市真野地区

1960年代に環境衛生改善や公害追放運動、生活環境施設整備等に自治会が積極的に取り組んだ地区です。

1960年代に大学による調査があります。

住民のまちづくり組織として最初は数名のまちづくり懇談会がありましたが、1982年に住民と学識経験者年による検討会議が開かれ、まちづくり学習講座ができ、1980年まちづくり構想を作成するに至ります。専門家については、1960年代に大学による調査、1970年代コンサルタントが関わり、その後大学の調査がありました。1980年代コンサルタントから直接話を聞いた時には「コンサルタントとして最低週1回は真野に来る」と言っていました。

このコンサルタントは市の条例により「まちづくり専門員」であり、コンサルタント派遣として業務していました。

市では、1976年『緑化推進』モデル地区に、1978年環境カルテの作成、1980年の住民組織によるまちづくり構想を受け、1981年地区計画及びまちづくり協定等に関する条例の制定、1980年にできた住民組織である『まちづくり推進会』を『まちづくり協議会』として認定、1982年以降住民組織から出された要望を受け、ルールづくりとして条例に基づくまちづくり協定(1982年)、地区計画(1982年)を、物づくりとして住環境整備事業(1982年)、街区計画づくり、市営住宅(1988年)、公園づくり、道路拡張、長屋が行く再生モデル事業(1989年)を実施する。

資料：まちづくり読本'94、「まちづくりを楽しもう」、平成6年7月発行、建設省都市局・住宅局監修、パートナーシップ型まちづくりシステム研究会編集、毎日企画センター発行、p.24～25

しかし、これらの地区は敷地が狭小であること、権利が複雑であること、古くからの居住者が多く居住していることなどの理由で再開発計画が遅々として進展しない状況がありました。

そこで、地区の整備計画を作成する立場にある自治体から委託された都市計画コンサルタントなどのシンクタンクは、自治体職員の協力を得ながら地区住民の生活再建に併せた息の長いまちづくりに取り組むために、地区の環境問題に取り組む熱心な個人やグループ

と共に計画を策定する手法、いわゆる、地区の住み手と行政が協働する『住民参加』のしくみや技術を工夫しながら計画を策定することを試みます。

このように、1980年代以降実施された都心部の木造賃貸住宅密集地区の住環境改善では、住民参加の住環境改善を試みる過程で都市計画コンサルタントなどのシンクタンクを中心に多くのまちづくりのしくみと新たな参加の技術が創られます。

そして、ここで創られたまちづくりのしくみと地区の住み手の活動を支援する専門家の関わり方がその後の地区の住み手による住環境改善に影響を与えることになります。

① 多様なタイプのまちづくり

神戸市真野地区や世田谷区太子堂地区など過去に環境衛生改善の活動や公害追放運動やマンション建設反対運動などがあった地区で発生した1980年代のまちづくりは、身近な環境を見直し、改善・整備に取り組む『住み手による住環境計画』です。

そこでここでとりあげたまちづくりについても活動の発端及び決定権の所在によりそれぞれ対抗型、参加型、自立・相互扶助型の3つのタイプに分けることができます。

但し、1960～70年代の対抗を発端とする住民運動が1つの地域で生じた対抗型という1つの運動タイプであったのに対し、1980年代の都心部の木造賃貸住宅密集地区の住環境改善を発端に広がったまちづくりは、世田谷区太子堂地区のまちづくりの例にみられるように、地方自治体の1地区の再開発事業計画に参加した地区住民が再開発事業によって生み出された空き地の利用計画に参加し、更に、事業によって生じた複数の広場を『広場維持協力員』制度などを利用して互いに維持・管理するなど、1地区のまちづくりが対抗型から参加型、あるいは、自立・相互扶助型など複数のタイプに発展する点に違いがあります。

それ故、『住民参加のまちづくり』と私たちは良く耳にしますが、1980年代の地域分権化以前の都心部の地域のまちづくりにおいては、参加型ばかりでなく、自立・相互扶助型、対抗型など、複数のタイプの多様なまちづくりが存在したということが出来ます。

② まちづくりのしくみ

複数のタイプの多様なまちづくりが存在したことにより、それらを経験した地区の住に手や地方自治体の職員の中から多様なまちづくりに必要なしくみを求める動きが生まれます。

この時期、地方自治体で設けられたまちづくりのしくみの代表例は、行政と住民と専門家の3者に関係するしくみが明記された世田谷区まちづくり条例です。(参考表1 参照)

また、世田谷区ではまちづくり条例の他に住民主体のまちづくりのしくみがあります。(参考図1 参照)

それは、①まちづくりセンター、②まちづくり基金、あるいは、まちづくりファンド(以下、まちづくり基金と呼称)、③まちづくりハウス^{注2)} から成ります。

A. まちづくり条例

まちづくり条例については、世田谷区太子堂地区のまちづくりの時期に創られた『世田谷区まちづくり条例』(1995年改正法)の中にそのしくみの優れた特徴がみられます。

その優れた特徴とは、①地区まちづくりにおける計画と事業の関係、②首長と区民・地区住民の関係、③地区住民と地区まちづくり協議会の関係など住民組織相互の関係、④住民と専門家との関係などについて明記されていることです。

その優れた特徴を具体的に見ると次の通りです。

a. 地区まちづくりにおける計画と事業の関係：初めに『計画ありき』の構想

1つ目の特徴は、『地区まちづくりにおける計画と事業の関係』について、初めに『計画ありき』の構想が示されていることです。

この条例は「東京都世田谷区基本構想が示す将来像の実現を図るため、街づくりに必要な事項及び都市計画法第16条第2項の規定に基づく地区計画等の案の策定手続に関する事項を定めることにより、①安全で住みやすい快適な環境の市街地の整備、開発及び保全をすることを目的とする。」と定め、また、『第3章街づくりの推進等』では、「区長は地区街づくり計画が定める内容を実現するため、必要があると認める時は当該地区における街づくり事業を行うことができる。」と定めています。

これまでまちづくりはモノづくりなど物的な事業を優先していたことから条例にもそれが強く反映されてきましたが、この条例では計画が先にあり、「必要であれば事業を行う」とあるように、『初めに計画ありき』の構想が示されています。

b. 首長と区民・地区住民の関係：『住民参加』、『計画主体について』明記

2つ目の特徴は、『首長と区民・地区住民の関係』についてですが、これは2つありますその1つは、『住民参加』が条文に明記されていることです。

『住民参加』は欧米では1970年代に実現し、アメリカではそれは『the Housing and Community Development Act』という法律に明記され実施されてきましたが、わが国の『住民参加』は、法律の中で『住民の意見を反映すること』という用語で明記されてきました。

この条例では目的の1つに、「地区計画等の案の策定手続に関する事項を定めること」と定め、基本理念に、「区民は健康的で文化的な都市生活を享受し、機能的な都市生活を行うため、自己に関係する街づくりに参加する権利を有する。区内において行われる街づくり

は、安全で住みやすい快適な環境の市街地の形成を目指して総合的かつ計画的に進められるべきものであり、区民等の参加および提案並びに区民等、事業者及び区の相互間における信頼、理解及び協力の関係によって成立することを確認する。このことは常に尊重されなければならない。」と定められ、事業地区の住民の参加だけでなく、全ての区民が「自己に関係する街づくりに参加する権利を有する」ことが明記されています。

その2つは、『計画主体』について言及していることです。

この条例では、第2章 街づくりに関する方針等の策定 第2節 地区街づくり計画の策定（地区街づくり計画）第11条に、「2 地区住民及び地区街づくり協議会は、地区街づくり計画の原案となるべき事項を区長に対し、提案することができる。」、「3 区長は前項に規定する提案があった時は、当該提案を、地区街づくり計画の案に反映するよう努めなければならない。」と計画の策定主体について定めています。

具体的にみると、地区街づくり計画の策定主体については地方の首長にしていますが、地区街づくり計画の原案の提案主体として地区住民及び地区街づくり協議会に置くことが明記され、また、区長がそれを尊重することが明記されるなど、『計画主体』に言及しています。

c. 住民組織相互の関係：『地区住民及び地区街づくり協議会』、複数の住民組織を想定していること

3つ目の特徴は、『地区住民と地区まちづくり協議会の関係など住民組織相互の関係』についてですが、まちづくりの『住民組織』を1つだけでなく複数定めていることです。

まちづくり協議会はまちづくりの組織として地区に1つ定められることが一般的ですが、この条例では、『地区住民及び地区街づくり協議会』と複数定めています。

d. 住民と専門家との関係：『街づくり事業の推進及び助成（街づくり専門家の派遣）』

4つ目の特徴は『住民と専門家との関係』について、『街づくり事業の推進及び助成（街づくり専門家の派遣）』を定めていることです

区長は、「次に定めるいずれの場合において、・・・必要があると認めるときは、街づくりの専門家を派遣することができる。」と定め、この『必要と定める場合』に、地区街づくり協議会が地区街づくり計画の原案を策定しようとする時や地区住民等が街づくり事業を行なおうとする場合に『住民と専門家との関係』が生まれることに言及しています。

B. 住民主体のまちづくり

a. まちづくりセンター

(財) 世田谷区都市整備公社に設けられたまちづくりセンターは募金型基金であるまちづくりファンドを支援し、また、地区のちづくりハウスで行われる参加型ばかりでなく、対向型、自立・相互扶助型など、複数のタイプのまちづくり活動に対して情報や技術の提供、時には人を派遣するなど住民主体のまちづくりを中心的となって支援します。

b. まちづくり基金

まちづくりに必要な資金源としてまちづくり基金、あるいは、まちづくりファンドがあります。

まちづくりは多くの場合、最初は生活の糧を他の収入から得ることができる学生や大学等に籍を置く学者や休暇を取って参加することができる勤労者等に担われますが、長期化することの多いまちづくりにおいてこのようなボランティア的無償の参加者に頼る方法のみでは限界が生じます。息の長いまちづくりに必要なものは継続的に支援する人と資金です。

そのため多くのまちづくり組織はまちづくりに必要な資金を捻出するために様々な方法を試みます。

まちづくり組織が資金調達のために良く行う方法は、まちづくり組織の一員が得意とする手作りの品の販売、例えば、小物の袋や手提げ類、クッキーやパンなど、手づくり品を販売することです。

また、バザー・ガレージセールやカンパ、活動をまとめた報告書や冊子などの販売、イベントの開催などもその1つです。

わが国ではこの時期、地方自治体のまちづくり助成、民間企業の財団等のまちづくり助成や活動助成、まちづくり公益信託助成など各種のまちづくり助成^(注3)が存在し、多くのまちづくり組織がこれらを活用しました。

しかし、バザーやまちづくり助成などにも限りがあるため、多くのまちづくり組織は活動を継続的に支援するための資金を更に模索し続けます。

活動の資金を継続的に提供する方法の1つとして1980年代に創案されたのがまちづくり基金、あるいは、まちづくりファンドと呼ばれるものです。

これらは市区町村からの補助と地域住民とその活動に賛同する個人や民間企業などから成る会員からの会費や寄付金を原資にしたものですが、これらで活動とその組織を支援するというしくみです。

c. まちづくりハウス

地区の活動の場となるのがまちづくりハウスです。

区に1か所設けられた中央のまちづくりセンターからまちづくりに必要な情報や技術が各地区に1か所設けられたまちづくりハウスに発信され、また、まちづくりハウスの活動現況やそのまとめや活動成果などの情報がまちづくりセンターに集められ、ここから各地区に公開されます。

まちづくりハウスは、条例に基づいて地区住民が専門家と共に地区街づくり計画案の原案を作成する時、また、地区の住環境や生活の問題などについて研究・研修する時に利用する場所であり、地区毎に設けられた小規模な集会所です。（参考本3 参照）

③ まちづくりの技術

1980年代以降実施された都心部の木造賃貸住宅密集地区の住環境改善に用いられたまちづくりの技術は、まちづくりにおける地区住民と行政や専門家や住民相互など活動に係わる人との関係性に関する技術と、活動に必要な情報収集・情報提供・情報公開、ネットワーキングなど情報に関する技術の2つが主なものです。

A. 活動に係わる人との関係性に関する技術

a. 専門家と住民との関わり方に関する技術

今日のまちづくりの事例として再三紹介する1980年代～1990年代の『神戸市真野地区』や『世田谷区太子堂地区』のまちづくりは先述の通り、1960～1970年代の住民運動や住環境改善運動を経験した地区ですが、これらの地区は当時の運動を経験した住民が主体となり、まちづくりの専門家である個人やコンサルタント組織がその地区に頻繁に通い、息長く継続して支援することで成功した事例です。

この時期この事例のような専門家と住民との関係に基づくまちづくりが各地で行われました。

そして、このような地区住民が主体となり専門家が1つの地区を息長く支援するという方法こそがこの時期に行われた専門家と住民との関わり方に関する技術の特徴です

b. 住民参加における住民の役割、あるいは、住民相互の関係に関する技術

この時期のまちづくりでは、『参加の技術、あるいは、参加の手法』が盛んに用いられましたが、中でも住民相互の関係を新たな関係を築いた技術がワークショップです。（参考本、1～2 参照）

従来計画検討や計画原案の決定などのため設けられた会議は議長を中心とする会議形式が一般的でしたが、1980年代のまちづくりでは参加する住民全てが平等に作業に加わる方式、いわゆる、『ワークショップ』という手法が用いられます。

そして、この手法が同時にこれまでの住民や住民組織との関係に存在し続けた町内会等の役員が主導する中央集権的な役割分担の関係から、住民同士が平等な役割を果たす平易な関係と公平な機会を創ることに貢献することになります。

住民相互に平易な関係と公平な機会を創ることに貢献するワークショップの手法の1つに、会議における『テーブル配置』があります。(参考図2 参照)

従来の会議方式は議題を提示して発言を求め議決する議長団と発言や賛否等の意思表示を求められる住民との間で役割分担が存在することから、テーブルは上手中央の議長団とそれに対面する住民という対面式の配置が一般的でした。ワークショップでは参加する住民全てが互な関係で作業に加わることを意図して、テーブル配置は全ての参加者が同じテーブルに着けるように工夫します。

また、ワークショップでは街づくり計画を行う場所が会議方式とは異なることがあります。

ワークショップの場所は会議室だけでなく、居住する地区、あるいは、見学先の地区や施設などもあり、ワークショップはその名の通り『作業』を行うことを意味します。

ワークショップにおける作業とは、例えば、カメラを持って地区を見学し、調査し、その結果をグループごとにまとめ、グループごとに発表し、最後に全体としてまとめるなどです。

ワークショップにおいては、良く『まち歩き』をします。

まちの良い所、好きな所、心地よいところなど、『まちの良いところ探し』を行い、『まちの良いところマップ』を創ります。

また、交通や犯罪や傾斜地に立つ住宅で土砂災害等危険が発生しやすい場所など、『まちの悪いところ探し』を行い、『課題マップ』として地図に落とすなどの作業を行います。

時にはこれらの作業結果は要望として政策提言されて、行政の計画に反映されることもあります。

1980年代～1990年代はこのようなワークショップの手法を用いたまちづくりが全国各地で展開されましたが、ワークショップに参加する対象はまちの課題に応じて世帯主だけでなく、子供から大人まで、また、中学生や主婦や高齢者など年代別・世代別にも行われました。

そして、世代や年齢を超えて多様な住民が平等に役割を果たすこのような方法は地区に新たな住民相互の関係を誕生させることになります。(参考本4 参照)

B. 活動に必要な情報に関する技術

a. 情報収集

まちづくりはあらゆるところからの情報が求められます。

地方自治体の広報窓口、地方自治体、財団・民間企業の情報センター、各種イベント情報誌などからの情報収集があります。

b. 情報提供

活動を広く知ってもらうために新聞やテレビ・雑誌などマスメディア、まちづくりグループが発行しているニュース、イベント紹介欄などを活用する、また、活動の成果を報告するために活動報告書を作成する、講演会などを開催する、講演会などを利用して活動報告書を販売します。

c. ネットワーキング

他の活動組織や支援者などと広く交流し、それぞれの活動組織が活動した報告書や研究した成果を持ち寄ることで情報交流を行います。

例えば、1992年に開催された第2回日本ネットワークーズ会議^(注4)では、アメリカの社会制度の重要な位置を占めるNPO（民間非営利団体－Non-Profit Organization）に着目して、これまで積み上げてきた市民活動の実績を活かすための思想と方法論が議論され、また、『市民セクターが育つ社会環境をつくる』分科会では、NPO研究会の『市民が育つ社会環境をつくるための調査』の成果が報告され、わが国におけるNPOの活動実績の報告と今後のNPOの法制化などの議論が展開されました。

そして、丁度この時期1998年に後述する特定非営利活動促進法が議員立法により成立します。

なお、これらまちづくりの各種のしくみと技術は各地に広がり、地区住環境整備事業の元で共同建て替え等の事業が実現します。（参考本5 参照）

また、これらはその後、平成6年に市街地住宅密集地区再生事業、木造賃貸住宅密集地区整備事業、平成7年には総合住環境整備事業を吸収して新たに創設された密集市街地整備促進事業の元で密集市街地の住宅等の更新の促進などに繋がります。

④ まちづくり^{ひと}人

前述したように複数のタイプのまちづくりが存在した地区では、参加型ばかりでなく、対抗型や自立・相互扶助型など多様なタイプの多様なまちづくりを体験した住民や住民組

組織を生み、育て、それらがそこに根付くことを可能にし、また、前述したまちづくりのしくみは地区に根付いた多くのまちづくり人を育てることになります。

中でも『まちづくり条例』に明記された行政と住民と専門家の関係はまちづくりばかりでなくコミュニティ活動全体に新たな人と組織の関係を育てることに貢献します。

更に、地区住民や住民組織は地区毎に設けられたまちづくりハウスにおいて日常的な交流を行うことにより、行政の計画への参加だけでなく、地区の住環境や生活改善のために互いに助け合いながら地区住民自らができる活動を展開し、あるいは、地区に建設されるマンション等の建設に反対して地区の住環境を守るために対抗的活動を行う、あるいは、専門家と共に建築協定を締結する活動を実践するなど、地区住民は前述のまちづくりの3つのタイプ（自立・相互扶助型、参加型、対抗型）の全てを経験することになります。

また、まちづくりハウスにおいてこのような活動を行うことは、地区住民一人一人が、また、地区住民組織が地区の生活全般の問題に対して関心を持ち、様々な実態調査を行い、その結果を報告書として公表し、あるいは、それに基づいて行政に要望や提言を行うなど社会的な活動を行う機会を創ることになります。

1-3 1990年代の市町村の住宅・都市計画行政への住民参加

戦後のわが国の住宅政策は昭和41年に創設された住宅建設計画法を根拠に策定された住宅建設五箇年計画に基づいて行われてきましたが、1991年に最初の住宅マスタープランが示された東京都において1991年が『住宅政策元年』と言われたように、日本で都市部の住宅政策が本格化したのは1990年代以降です。

また、都市計画の分野では都市計画法が昭和43年に制定され、全国の土地利用や都市の整備に対して、開発や保全、再開発に関する方針等が定められ、各種の事業が行われました。

更に、これら2つの計画において、『住民の意見を反映させるために必要な措置を講ずること』が定められてから、都道府県の計画においては地域住民の、市区町村の計画においては地区住民の意向を反映するために必要な方法が取られました。

そして、このような地区別計画の参加対象となる主婦や子供や高齢者等が行政計画へ参加して様々な方法で地区の問題に取り組む経験は地区の人にコミュニティ活動や仕事以外の社会的活動に対する興味や意義を見出す機会を創り、今回ここに取り上げた個人や任意組織によるボランティア活動や『非営利独立組織』による活動など、新たな働き方に対する理解を生むことになります。

また、上記の『住民の意見を反映させるために必要な措置を講ずること』が定められて以来、行政計画への住民参加の経験が豊かで参加の技術に熟達した都市計画コンサルタントに事業を落札してそのこと委託契約を締結することができた市区町村では、住宅計画及び都市計画を策定する際、都市計画コンサルタントの支援を得ながら、地区住民の声を反映

したまちづくりに必要なルールづくりや地区ごとのワークショップ形式による計画策定等の経験を積むことができました。

そして、自治体職員がこのような経験を積むことは、早晩訪れる地方分権化時代の地方行政に必要な『住民と協力して業務を実施する』ための技術や方法を習得することに繋がります。また、それらの地方自治体の住宅計画及び都市計画の経験やその過程で作成されたまちづくりのしくみはその後多くの地方自治体が基本条例を競って創設する際の先進事例として、その役割を果たすことになります。

2. 阪神・淡路大震災におけるボランティアの活動経験と特定非営利活動促進法の創設

2-1 阪神・淡路大震災における被災地区住民に対する救援と震災復興支援

1995年阪神・淡路大震災がありました。

この時、被災した地区住民に対する救援や震災復興を支援するために全国各地から学生や大学の学者、休暇を取って駆け付けた勤労者等多くのボランティアが集まりました。

当時の日本では地区住民に対する救援や震災復興を支援する場合、『ボランティア活動はボランティアの個人や任意組織が担い、収入を伴う震災復興事業等は株式会社、あるいは、社会福祉法人等法人格の形態で行う』など、2つの組織形態が使い分けられていました。

しかし、この方法では実質的に作業を担うボランティアや任意組織に対する実費の支払い、市区町村からの事業委託の問題、任意組織への寄付金に対する所得控除など税金面の問題など、息の長い震災復興を支援することができ難い状況が発生したことから、これらボランティア活動にも法人格取得に対する必要性が生じることになります。

2-2 特定非営利活動促進法の創設と非営利活動の推進

震災復興活動が懸命に行われていた丁度この時期、1998年に議員立法で成立したのが『特定非営利活動^(注5)を行う団体に法人格を付与すること等により、ボランティア活動をはじめとする市民が行う自由な社会貢献活動としての特定非営利活動の健全な発展を促進し、もって公益の増進に寄与することを目的とする』特定非営利活動促進法（平成十年三月二十五日法律第七号）です。

特定非営利活動とは、以下の注4に示すように、例えば、保健、医療又は福祉の増進、社会教育の推進、まちづくりの推進、学術、文化、芸術又はスポーツの振興、環境の保全などを図る活動、その他災害救援活動、地域安全活動、人権の擁護又は平和の推進を図る活動、国際協力の活動など17項目にわたる組織です。

この法律制定後は、任意組織が法人格を持つことでこれまでなし得なかった事業委託や寄付金控除等が可能となり、それらのことが個人や組織に任意の活動をより行いやすくし

ました。

特定非営利活動促進法創設後阪神・淡路大震災後の被災地の復興支援にあたった活動組織の中にはこの特定非営利活動法人があります。

また、2008 年 12 月、某企業に解雇された派遣労働者に対する「派遣切り」への緊急対策として、他の NPO と協力して日比谷公園に「年越し派遣村」を開設して、その“村長”となり、正月を超すためのシェルター確保に動いた事例や台東区山谷地区等のホームレスに対する居住と就労の確保や高齢化した認知症のホームレスに対するグループホームづくり等、特定非営利活動法人の活動や事業は近年多くの国民に知られるところとなります。

以上、新たな働き方が登場した背景には、戦後の地域住民による住環境改善、阪神・淡路大震災における住民の救援や復興支援と特定非営利活動促進法の創設の 2 つがあります。

中でも、1980 年代の都心部の木造賃貸住宅密集地域の住環境改善に端を発したまちづくりにおいて地域住民が多様なタイプのまちづくりに参加した経験が地域住民に仕事以外の生活に意義や興味を見出すきっかけを創ったこと、自治体職員が住民と協力して地域行政を施行する際に必要な方法や典型的な事例を習得したこと、都市計画コンサルタント等シンクタンクが住民や自治体職員と協働して 1 つの地域で長い期間支援する方法や技術を獲得したことは、新たな働き方が登場した背景として大きな出来事であったといえます。

(注 1) 若杉幸子：『住み手による住環境計画 その特性と地域分権化への期待』：相模書房発行、平成 17 年 2 月、p. 23

(注 2) 世田谷区の①街づくり条例、②まちづくりファンド、③まちづくりセンターの 3 つはその後変わりました。

参考表 1 (世田谷区街づくり条例：1995 年(改正)法)に示した世田谷区街づくり条例は平成 7 年以降、平成 10 年 3 月 12 日、平成 12 年 12 月 11 日、平成 15 年 3 月 13 日、平成 16 年 3 月 12 日、平成 22 年 9 月 30 日、平成 24 年 3 月 6 日と 6 回改正されました(2012 年 4 月現在)。

また、当時の世田谷区まちづくりセンターの名称はなくなりました。

現存する「まちづくりセンター」は総合支所管内にあり、これまであった「まちづくり出張所」の名称を変更したものです。

また、「平成 18 年 4 月 1 日、財団法人 せたがやトラスト協会と財団法人 世田谷区都市整備公社のそれぞれが有していたみどりや住まい等のまちづくりの専門性を統合し、今までに蓄積されたトラスト活動や住民ネットワークを継承発展させ、区民主体による良好な環境の形成及び参加・連携・協働のまちづくりを推進し支援するため」という主旨のもとに財団法人 世田谷トラストまちづくりが設立されました。

そして、1992年に設立された「公益信託世田谷まちづくりファンド」は、この財団法人世田谷トラストまちづくりの「トラストまちづく事業」の中で「まちづくりファンド助成制度」を運営することを通じて「住民、行政、または企業のいずれにも属さない独立した立場から、地域の発想に根ざした区民主体のまちづくり活動を支援」しています。

なお、財団法人世田谷トラストまちづくりは独立法人ではないことから、ここで行われる街づくりは、「行政が用意した計画プログラムに地域の住み手が参加する『参加型』のまちづくり」を超えることはできなく、また、公益信託世田谷まちづくりファンドは独立法人ではなく、組織構成・事業方針・人事等の決定について独立性が明確にされていないことから、両者に明記された『区民主体』、あるいは、後者に明記された『住民、行政、または、企業のいずれにも属さない独立した立場』については保障し難いということができます。

(注3) 自治体のまちづくり助成、トヨタ財団、笹川財団、ハウジングアンドコミュニティ財団、公益信託富士フィルム・グリーンファンド、(財)日野自動車グリーンファンド、(財)とうきゅう環境浄化財団など企業や財団からの助成、足立区・世田谷区・石川県羽咋市など区市町村の公益信託、くまもと21ファンドなど都道府県の公益信託、富士フィルム、鹿児島県総合信用金庫、仙台銀行など企業の公益信託があります。

資料: まちづくり読本'94、「まちづくりを楽しもう」、平成6年7月発行、建設省都市局・住宅局監修、パートナーシップ型まちづくりシステム研究会編集、毎日企画センター発行

(注4) 資料(『まちづくり読本'94、「まちづくりを楽しもう」、平成6年7月発行、建設省都市局・住宅局監修、パートナーシップ型まちづくりシステム研究会編集、毎日企画センター発行』)によると、『日本ネットワークワーカーズ会議』について次のような説明があります。

○近年急速に拡大しつつあるネットワークングについて『草の根』の視点から改めて問い直し、それによって描き得る社会の将来像を模索することを主な狙いとして、1989年の第1回では『ネットワークングが開く新しい世界』、1992年の第2回では、『ネットワークングを形に一個人と社会の新しいあり方を考える』というテーマで開催されました。

1992年に開催された第2回日本ネットワークワーカーズ会議では、『ネットワークを形にしていく主体としての市民活動を、さらに活性化していくための社会制度のあり方やその可能性を探ろうとしたもので、アメリカの社会制度の重要な位置を占めるNPO(民間非営利団体-Non-Profit Organization)に着目しながらこれまで積み上げてきた市民活動の実績を活かすための思想と方法論を議論しました。『市民セクターが育つ社会環境をつくる』分科会では、NPO研究会の『市民が育つ社会環境をつくるための調査』の成果などが報告されました。

(注5) 特定非営利活動とは、特定非営利活動促進法の第二条に次のように定められています。

第二条 この法律において「特定非営利活動」とは、別表に掲げる活動に該当する活動であって、不特定かつ多数のものの利益の増進に寄与することを目的とするものをいう

別表 (第二条関係)

- 一 保健、医療又は福祉の増進を図る活動
- 二 社会教育の推進を図る活動
- 三 まちづくりの推進を図る活動

- 四 学術、文化、芸術又はスポーツの振興を図る活動
- 五 環境の保全を図る活動
- 六 災害救援活動
- 七 地域安全活動
- 八 人権の擁護又は平和の推進を図る活動
- 九 国際協力の活動
- 十 男女共同参画社会の形成の促進を図る活動
- 十一 子どもの健全育成を図る活動
- 十二 情報化社会の発展を図る活動
- 十三 科学技術の振興を図る活動
- 十四 経済活動の活性化を図る活動
- 十五 職業能力の開発又は雇用機会の拡充を支援する活動
- 十六 消費者の保護を図る活動
- 十七 前各号に掲げる活動を行う団体の運営又は活動に関する連絡、助言又は援助の活動

参考表 1 世田谷区街づくり条例：1995 年（改正）法
（下線部分は 1982 年法の改正部分を示す。）

構成	条項
第1章 総則 (目的) 第1条	この条例は東京都世田谷区基本構想(平成6年9月世田谷区議会議決。以下、『基本構想』という。)が示す将来像の実現を図るため、街づくりに必要な事項及び都市計画法(昭和43年法律第100号。以下『法』という。)第16条第2項の規定に基づく地区計画等の案の策定手続に関する事項を定めることにより、①安全で住みやすい快適な環境の市街地の整備、開発及び保全をすることを目的とする。
(基本理念) 第2条	区民は健康的で文化的な都市生活を享受し、機能的な都市生活を行うため、自己に関係する街づくりに参加する権利を有する。区内において行われる街づくりは、安全で住みやすい快適な環境の市街地を形成を目指して総合的かつ計画的に進められるべきものであり、区民等の参加および提案並びに区民等、事業者及び区の相互間における信頼、理解及び協力の関係によって成立することを確認する。このことは常に尊重されなければならない。
第2章 街づくりに関する方針等の策定 第2節地区街づくり計画の策定 (地区街づくり計画) 第11条	<p>区長は総合計画に定める内容を実現し、安全で住みやすい快適な市街地を形成するために必要があると認める時は、地区における街づくりに関する事項（以下、「地区街づくり計画」という。）を策定しなければならない。</p> <p>2 地区住民及び地区街づくり協議会は、地区街づくり計画の原案となるべき事項（以下、「地区街づくり計画の原案」という。）を区長に対し、提案することができる。</p> <p>3 区長は前項に規定する提案があった時は、当該提案を、地区街づくり計画の案に反映するよう努めなければならない。</p> <p>4 地区街づくり計画は、次に掲げる事項について定めなければならない。</p> <p>一 地区街づくり計画の名称、位置及び区域</p> <p>二 地区街づくり計画の目標</p> <p>三 前号掲げるもののほか、地区の街づくりに必要な事項</p>
第3章 街づくりの推進等 第1節地区街づくり事業 第19条	区長は地区街づくり計画が定める内容を実現するため、必要があると認める時は当該地区における街づくり事業(以下、地区街づくり事業という。)、を行うことができる。
第4章 街づくりの支援 第5章 雑則	<p>2区長は、地区街づくり事業の実施に当たっては当該事業に係る地区住民等を対象として、意見徴収、説明会、その他必要な措置を講じなければならない。</p> <p>(地区街づくり協議会への助成) 第25条、(街づくり支援団体等への助成)第26条、情報の提供等)第27条、(街づくり専門家の派遣)第28条、街づくり推進のための融資のあっ旋等)第29条、</p> <p>(進捗状況の公表)第30条</p>

(注)：世田谷区街づくり条例は平成 7 年 3 月 10 日条例第 17 号以降、平成 10 年 3 月 12 日条例第 27 号、平成 12 年 12 月 11 日条例第 118 号、平成 15 年 3 月 13 日条例第 31 号、平成 16 年 3 月 12 日条例第 23 号、平成 22 年 9 月 30 日条例第 38 号、平成 24 年 3 月 6 日条例第 21 号と改正されています（2012 年 4 月現在）。

ここでは、『最近の変化』の背景として、1980 年代の都心部の木造賃貸住宅密集地域の住環境改善に端を発したまちづくりにおいて、地域住民が多様なタイプのまちづくりを経験した時期のまちづくりの技術の典型例として 1995 年改正法を紹介します。

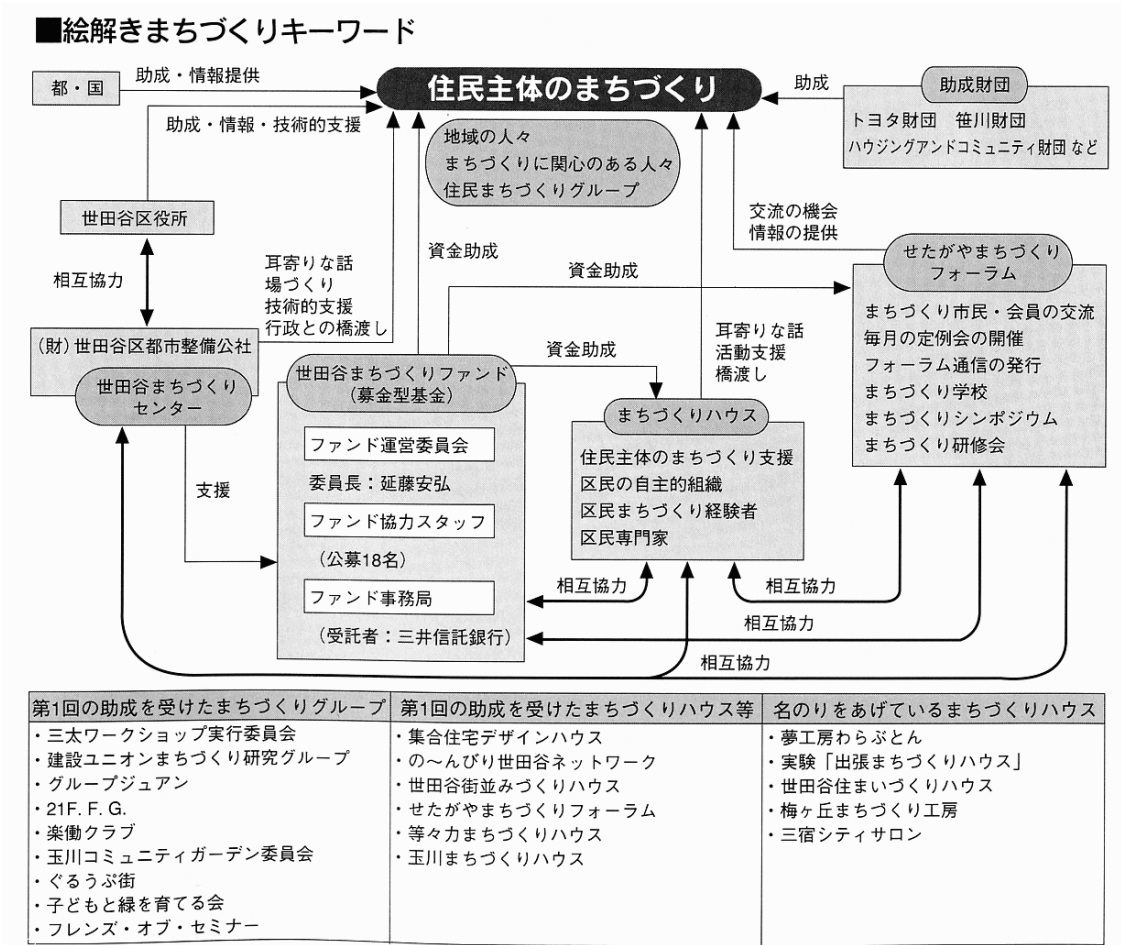
参考表 2：住み手による住環境計画の流れ

	対抗型	参加型	自立と相互扶助型
1960年代	<p>○公害反対運動を発端とした対抗的な運動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・三島石油コンビナート誘致反対運動 ・藤沢市辻堂南部まちづくり ・横浜市金沢区谷津坂地区建築協定 ・中野区上鷺宮地区再開発反対 ・神戸市真野地区まちづくり活動 		<p>○街並み憲章、建築協定等、任意協定づくりを発端とした自立と相互扶助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長野県南木曽妻籠町並み保存と住民憲章 ・神戸市丸山地区コミュニティ活動 ・旭川市平和通り買い物公園 ・共有地を利用した手づくり公園（秋田県河辺町） ・同潤会宇田川アパート建替問題発生 ・農住土地区画整理（奈良県三郷町立野地区） ・わが国初のコーポラティブ住宅（渋谷区千駄ヶ谷）
1970年代	<ul style="list-style-type: none"> ・高崎市国道18号バイパス建設反対・放射30、36号道路反対（緑島、豊島、板橋） ・上越新幹線高崎市内住民反対 ・武蔵野マンション事件（山菱建設） ・大阪市中之島保存運動 ・小樽市小樽運河保存運動 ・杉並区堀之内3丁目跡地裏憲章 ・世田谷区烏山寺町マンション反対（烏山寺町建築協定） 	<p>○地域社会（コミュニティ）形成のための行政計画への市民（住民）参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・三鷹市大沢コミュニティセンター ・中野区上鷺宮地区整備計画 ・神戸市丸山地区モデルコミュニティ ・住民参加による地区計画づくり（大阪府豊中市庄内地区） ・市民委員会とコミュニティセンター（武蔵野市） ・住区協議会と地域センター構想（中野区） 	<ul style="list-style-type: none"> ・緑馬区関町北地区既成市街地の建築協定 ・横浜市緑区美しが丘公立図書館設置運動 ・大阪市淀川区三国地区自発的町づくり ・三鷹市まちづくり条例制定 ・逗子市小坪地区披露山庭園邸宅地の自主管理
1980年代	<ul style="list-style-type: none"> ・中高層マンション建設反対 ・ワイルドマンション、ペット付マンション建設反対 ・赤坂ライオンズマンション建て替え地上げ屋が介入（送電供給の停止） ・住宅管理組合が入居者に無断でマンション売買契約締結（福岡市博多区） ・チサンマンション、不動産業者の地上げ屋及び暴力団の介入（送電、給水、ガス供給の停止） 	<ul style="list-style-type: none"> ●まちづくり協定に基づく計画参加 ・神戸市真野地区：長屋共同街区、他 ・北沢、太子堂地区：防災まちづくり ●協議会方式のまちづくり ・墨田区京島地区 ・練馬区関町北地区 ・豊島区東池袋地区、他 ・世田谷区太子堂地区、他 ●住民参加のコミュニティデザイン ・世田谷区羽根木プレイパーク ・長屋門公園（横浜市瀬谷区） ●公団グループ分譲住宅制度 	<ul style="list-style-type: none"> ●まちづくりハウスの活動 ・世田谷区太子堂・世田谷地区、他 ●まちづくり組織・グループの活動 ・老人給食会ふきのとう（世田谷区） ・高知のまちづくりを考える会 ●民間まちづくりコンサルタント ・（社）奈良まちづくりセンター ●同潤会アパートの建て替え ・上目黒、住利、他 ●民間任意組織によるコープ住宅
1990年代		<ul style="list-style-type: none"> ●公社賃貸住宅の建て替え ・長崎市チトセビル、他 ●公団賃貸住宅の建て替え ・公団武蔵野緑町団地、公団西経堂団地、他 ●まちづくり条例のひろがり ・湯布院町酒いのあるまちづくり条例 ・掛川市障害学習まちづくり条例 ・神奈川県真鶴町まちづくり条例 	<ul style="list-style-type: none"> ●借家人参画の民間賃貸住宅の建設 ・上尾市中町家若：オクタピエール ・大阪府門真市、カルチャードーム ●借家人参画の民間賃貸コープの建設 ・葛飾区栄又コミュニティコープ、他 ●まちづくり活動組織のネットワーク ・世田谷区まちづくりフォーラム ・日本ネットワークカーズ会議 ●まちづくり会社 ・長浜市株式会社黒壁 ・元町クラブ南館の色彩文化を考える会 ・公益信託函館色彩まちづくり基金

出典：住み手による住環境計画 その特性と地域分権化への期待：若杉幸子、相模書房発行、平成 17 年 2 月、p. 20～21、表 0-1 住み手による住環境計画の流れ

行政・民間企業・専門家の	政策・制度・事業・法的背景等
<p>学者・研究者の参画・協力</p>	<p>公害発生。裁判 日照権紛争・裁判 新幹線・高速道路建設ブーム 建設反対闘争・裁判</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新産業都市建設促進法 ・市街地改造法 ・宅地造成規制法 ・公害対策基本法 ・都市計画法（新法）
<p>学者・研究者の参画・協力</p>	<p>自治省：モデルコミュニティ 自治体：環境カルテ・地区カルテ コミュニティ行政への住民参加 中高層建築物の建築指導要綱 （日影規制・規制緩和通達等）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自然環境保全法 ・都市緑地保全法 ・国土利用計画法 ・生産緑地法 ・伝統的建築物の保存地区の制度
<p>コンサルタント派遣 企業財団による活動助成 まちづくり公益信託</p>	<p>自治体： ・まちづくり条例、まちづくり協議会、まちづくりセンター ・まちづくり関連会社 ・福祉のまちづくり指針 ・景観に関する条例 ・住宅基本計画等住宅政策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都市計画法・建築基準法改正（地区計画の導入） ・木造賃貸住宅地区総合整備事業
<p>まちづくり情報センター ハウジングアンドコミュニティ財団</p>	<p>自治体： ・住宅基本条例 ・情報公開制度、オンブズマン等 ・派遣研修制度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都市計画法改正：（市町村の都市計画に関する基本的な方針） ・建築基準法改正 ・大都市地域における住宅地等の供給の促進に関する特別措置法の一部を改正する法律公布：大都市地域における住宅地等の供給の促進に関する特別措置法改正 ・借地・借家法交付 ・特定非営利活動促進法 ・地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律公布（通称：地方分権一括法公布）：地方自治法改正

参考図 1：世田谷区における住民主体のまちづくりのしくみ



出典：まちづくり読本' 94、「まちづくりを楽しもう」、平成 6 年 7 月発行、建設省都市局・住宅局監修、パートナーシップ型まちづくりシステム研究会編集、毎日企画センター発行、p. 63

参考本 1：参加の技術



出典：「参加のデザイン道具箱」、平成 5 年 8 月、世田谷区まちづくりセンター発行

参考本 2：参加の技術



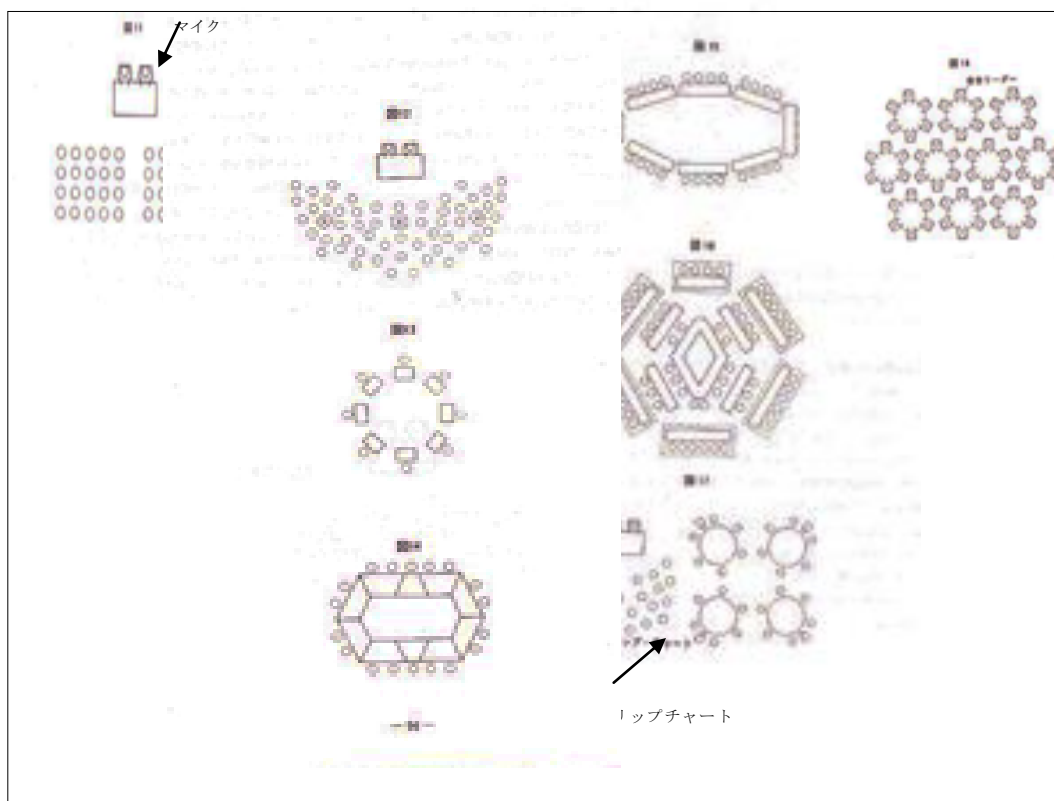
出典：「参加のデザイン道具箱 part2」、平成 8 年 3 月、世田谷区まちづくりセンター発行

参考本3：まちづくりハウス、まちづくりグループの活動



出典：左から①まちづくりハウス双書3：「花いっぱいになあれ」、文・絵 まちだまちこ、1991年3月発行、発行まちづくりハウス
 ②まちづくりハウス双書4：「しんまちのそら」、にしのみやじゅんこ、ようこ、1991年3月発行、発行まちづくりハウス
 ③'88「世田谷 ここがわたしたちのまち」、'89「子どもと環境」、まちづくりリレーイベント、まちづくりコンクール 活動部門作品集、平成3年3月発行、世田谷区都市整備部街づくり推進課
 ④「子どもと環境」、'89まちづくりリレーイベント、まちづくりコンクール 絵地図・アイデア作品集、平成3年3月発行、世田谷区都市整備部街づくり推進課
 ⑤「長寿社会と環境」、'90まちづくりリレーイベント、まちづくりコンクール作品集、平成4年3月発行、世田谷区都市整備部住宅・街づくり課

参考図2：テーブル配置



出典：「住民参加マニュアルーアメリカにおける理論と実際ー」、平成4年ー横浜市企画財政局企画調整室、1992年3月発行

参考本 4 多様な層が経験した地域まちづくり



出典:左から①まちづくり読本' 94、「まちづくりを楽しもう」、平成6年7月発行、建設省都市局・住宅局監修、パートナーシップ型まちづくりシステム研究会編集、毎日企画センター発行
 ②まちづくり読本1「高齢者とまちづくり」、1997年7月発行、建設省都市局都市政策課道路局道路環境課、住宅局市街地建築課、高齢者とまちづくり研究会著、(有)風土社
 ③まちづくり読本2「子どもとまちづくり」、1996年6月発行、建設省都市局都市政策課住宅局市街地建築課、子どもとまちづくり研究会著、(有)風土社
 ④まちづくり読本3「NPOとまちづくり」、1997年6月発行、建設省都市局都市政策課住宅局市街地建築課、NPOとまちづくり研究会著、(有)風土社

参考本 5 地区住環境整備事業で実現した共同建て替え



出典 ; 左から①・快適でうるおいのあるまちづくり 中山道沿道仲町愛宕地区の活性化をめざして、上尾市都市整備部上尾駅周辺整備事務所 (平成元年6月コープ愛宕竣工)、(平成3年3月オクタブ・アヒル竣工)
 ②右・快適でうるおいのあるまちづくり 中山道沿道仲町愛宕地区の活性化をめざして、上尾市都市整備部上尾駅周辺整備事務所 (平成5年3月シェブロンヒルズ竣工)

第2章 新たな働き方の実際

1. 非営利の独立した組織

1-2 非営利独立組織について

非営利の独立した組織(以下、『非営利独立組織』と略称します)とは、『非営利』、かつ、人事、活動・事業、会計等の決定に関して行政や民間企業から『独立した』組織です。

主務省が存在する独立行政法人、個人や民間企業から拠出される財産(基本財産)で設立される財団法人、主務官庁による引受けの許可を受ける公益信託は『非営利の独立した』組織ではありません。

2. 非営利独立組織が活動する場

非営利独立組織が活動する場は、基本的には任意組織です。

その典型は任意の設立目的を持って活動するボランティア組織です。

また、任意の設立目的に沿って事業を行う任意の事業組織がそれに該当します。

ここでは、グループホームの事業活動、報告会や講演会などの情報活動を行う3事例を通して、非営利独立組織が活動する場の実際をご紹介します。

3. 非営利独立組織が活動する実際

3-1 老人給食協力会『ふきのとう』による社会福祉法人『ふきのとうの会』

この組織については次の2つの啓蒙・普及活動の機会を通じて知りました。

① 1990年代勤務先で、この組織の給食活動について研究した活動記録『老人と生きる食事づくり』の報告会が研究者と初代老人給食協力会『ふきのとう』代表により行われ、組織の活動経緯と組織で行われている給食活動の実際が研究データに基づいて報告されました。

② 茨城県の町で1年間町の環境行政のモニタリングを行う組織に定期的な勉強会・研究会を行ったことがありました。

そして、このモニタリングの10周年記念に当たり、10年分のモニタリング組織に対して講演を行った際、ワークショップ方式でこれまでの総括を行いました。

その時、この総会に出席したモニタリング体験者から、「今後まちづくり活動を行いたい。」という意向が提示されました。

そこで、この意向を受けてこの非営利独立組織に依頼して世田谷区のまちづくりハウス

を借りて講演会を行ったことがありました。

この組織の2つの機会を通じて組織の活動を概略すると次の通りです。

1983年、区の住宅基本計画策定に参加する機会を得た初代老人給食協力会『ふきのとう』代表が、その時に老人給食を提言したことをきっかけに、同年、『老人給食協力会ふきのとう』を設立して組織としての活動を始めます。

1988年以降、支部が区内に数か所設立されます。

1989年には、老人給食協力会ふきのとうの活動が研究助成を得て研究され、その成果が、『老人と生きる食事づくり』というタイトルでふきのとうの活動記録として出版され、この活動がマスメディア等に取り上げられて多くの人や地域に知られることになります。

1996年には、社会福祉法人『ふきのとうの会』が設立され、その後デイサービス事業を区より委託されます。

会の活動目的は、「地域は一つの家族」をテーマに、地域の中での助け合いのしくみづくりをめざし、食事づくりに困っているお年寄りやお身体の不自由な方々を対象に家庭の味を届ける食事サービスを行うことにあります。

これまでの活動は区内における老人給食の他、国内では全国老人給食協会との連携協力、各種講演会、イベント、セミナー、シンポジウムの開催など、国外では南オーストラリア州など国外の給食サービスの見学、世界老人給食の日における共同メニューの配食など多岐にわたります。

会の現在の主な活動は食事サービス、ホームヘルプサービス、書籍などがあり、その他デイサービス事業を区より受託しています。

現在区立高齢者在宅サービスセンターデイホーム並びに包括支援センター等を運営しています。(参考；老人給食協力会『ふきのとう』による社会福祉法人『ふきのとうの会』の活動 参照)

以上、この組織は区の政策形成に参加する機会を得た個人が地域の高齢者に必要な事業を起業したことがきっかけとなってはじまり、活動の実態調査報告及び活動記録の発行をきっかけに評価され、その後国内外の給食サービス組織を設立する際の協力や、高齢者のための政策や事業の提案等を行うなど、次第にその活動を拡大し、個人の活動から地域の居住者のための政策を提言する頭脳集団に発展します。

なお、この組織の活動をまとめると次の通りです。

参考；老人給食協力会『ふきのとう』による社会福祉法人『ふきのとうの会』の活動

1983 年、初代ふきのとう代表が世田谷区の基本計画に老人給食を提言し、世田谷区桜丘で老人給食を開始し、同年『老人給食協力会ふきのとう』を設立します。
1988 年以降、支部を区内に数か所設立します。
1989 年には、『老人と生きる食事づくり』：ふきのとう活動記録が出版され、この活動がマスメディア等に取り上げられ、また、多くの地域に知られることになります。
1996 年には、社会福祉法人『ふきのとうの会』を設立し、その後デイサービス事業を世田谷区より受託

されることになります。

2003年には20周年記念行事が開催されましたが、同年会の初代代表が死去され、代表は交替しました。活動目的は、『「地域は一つの家族」をテーマに、地域の中での助け合いのしくみづくりをめざし、食事づくりに困っているお年寄りやお身体の不自由な方々を対象に家庭の味を届ける食事サービスを行うこと』です。

資料：老人給食協会の『ふきのとう』ホームページより、2011. 05. 18

3-2 特定非営利活動法人 『自立生活サポートセンター・もやい』

この組織については、次の2つの啓蒙・普及活動を通じて知りました。

① 2008年12月にこの組織が「派遣切り」への緊急対策として他のNPOと協力して日比谷公園に「年越し派遣村」を開設したことがテレビで放映された。

② 2009年に行われた「住まいの貧困の解決を ―住宅研究交流集会」でこの組織の1人が基調講演を行い、また、分科会でこの人が司会を務めた際、この組織の活動について報告した。

この組織の活動を概略すると次の通りです。

大学院在学中からホームレス支援などに関わった個人が初代事務局長になった特定非営利活動法人です。

2008年12月にこの組織が「派遣切り」への緊急対策として他のNPOと協力して日比谷公園に「年越し派遣村」を開設したことがテレビ等で報道されましたが、この報道がきっかけで、国民はこの組織をよく知ることになります。

また、初代事務局長が2009年10月菅直人副総理兼国家戦略担当大臣に要請され、10月26日内閣府参与・緊急雇用対策本部貧困・困窮者支援チーム事務局長に就任したことは報道されましたが、その後、2011年3月16日、東日本大震災を受けて被災地で活動するボランティアと連携し情報提供などを行う内閣官房震災ボランティア連携室長に、また、内閣官房社会的包摂推進室長に就任します。（参考：特定非営利活動法人 『自立生活サポートセンター・もやい』の活動 参照）

なお、この非営利独立組織は前述の2事例と以下の2点が異なります。

① 「正会員（年会費（1口）10,000円）で構成される総会（年1回）で、活動方針や人事などが決定されます」と組織の独立性に関する内容が『組織概要』に示されていること。

② 頭脳集団（シンクタンク）として政策提言を行うだけでなく、東京都と23区による野宿者対策である「自立支援事業」に対して第三者評価機能（オンブズパーソンの役割）を果たす『オンブズパーソン事業』を行ない、非営利活動組織の名目で政策形成プロセスの一端である『政策評価』を受託したように見受けられること。さらに、この事業から得た実態調査の結果に基づいて東京都に要望及び提言を行ったこと。

以上、この組織は個人のボランティア活動が発端となり、組織的な活動を通して非営利

の事業を起業するに至り、更にこれらの活動や事業から得た実態や各種の調査などに基づいて政策提言するなど、ボランティア活動から事業活動、そして、多くの問題に対応することのできる頭脳集団（シンクタンク）へと活動を展開します。

また、『この組織は「正会員（年会費（1口）10,000円）で構成される総会（年1回）で、活動方針や人事などが決定されます。』と『組織概要』に示されており、この組織が人事、活動・事業、会計等の決定に関して行政や民間企業から『独立した』組織であることが判ります。

なお、この組織の活動をまとめると次の通りです。

参考：特定非営利活動法人 『自立生活サポートセンター・もやい』の活動

新しい生活を始めるために

入居支援事業

●入居に向けた支援：路上・公園・施設・病院など広い意味でのホームレス状況にある方がアパートでの生活を始められるのにあたり、賃貸契約の連帯保証や緊急連絡先の提供をおこなっています。アパートの連帯保証は互助会「もやい結びの会」（年会費1200円）の会員を対象におこなっており、保証料は8000円（2年間）です。法人としての〈もやい〉が連帯保証をおこない、貸主に対して連帯保証人としての責務を果たしています。

●安否確認：アパート入居後、年4回、郵便による安否確認をおこなうとともに、必要に応じて訪問活動を行います。

SOSを受け止めるために

生活相談・支援事業

●もやいホットライン：毎週火曜日と金曜日に「もやいホットライン」を開設し、入居支援事業利用者や生活に困窮している人々のさまざまな相談に応じています。

●面談相談：毎週火曜日には事務所で面談による相談に応じています。面談は無料で予約制です。

●制度利用のサポート：生活困窮状態からの脱却を支援するため、福祉事務所での生活保護申請同行など、公的なサービスの利用をサポートします。

●生活支援物資支給：緊急時には、必要に応じて米などの生活支援物資支給を行います

心のやすらぎのために

交流事業

●互助会：アパート入居後の孤立化を防ぐため、互助会「もやい結びの会」を軸として、食事会や行楽など互助会員（入居支援事業利用者など）同士の交流の場を作ります。

●居場所づくり：誰でも気軽に立ち寄れる「寄り場」として交流サロン「サロン・ド・カフェこもれび」（原則毎週土曜日）を互助会員が主体となって運営します。女性の居場所「グリーンネックレス」、若者の居場所「Drop in こもれび」も定期的に開催しています。互助会員による「コーヒー焙煎プロジェクト」ではフェアトレードコーヒーの焙煎・販売にも取り組んでいます。

行政に的確な提言を

オンブズパーソン事業

●関連施設訪問：東京都の路上生活者対策関連施設などを訪問し、入居者との面会交流を行い、その実態を調査・把握します。

●行政への提言：上記実態調査の結果、不備、不足な部分については、適宜、行政に対し当事者の立場から提言をおこないます。

社会の理解を得るために

広報・啓発事業

●情報発信：「おもやい通信」の発行（年4回）やウェブサイトなどを通して、〈もやい〉の活動を知っていただき、貧困問題への社会の理解を深めるための情報発信を行います。

●講演：学校や地域での講演・啓発活動も積極的に行います。

出典：『特定非営利活動法人 自立生活サポートセンター・もやい』ホームページ 2011. 05. 28

資料：①『格差社会の居住貧困』：住宅白書 2009-2010、編者 日本住宅会議、2009年10月30日発行

②「住まいの貧困の解決を―住宅研究交流集会」、〔開催団体〕日本住宅会議、住まいの貧困に取り組むネットワーク、国民の住まいを守る全国連絡会（住まい連）、09年10月24日（土）、日本青年館

3-3 特定非営利活動法人 『生活介護ネットワーク』の活動

この組織については、グループホームの事業活動に関して、次の2つの機会を通じて知りました。

① 市内数か所のグループホームの実態調査（2006年7月）

2006年7月に市内及び近隣市、合計6か所のグループホームの実態調査を行ったことがあり、このグループホームはその中の1か所です。

ここは木造2階建てで、エレベーターあり、バリアフリーであり、居住室数・定員等については1階に9名、2階に9名、合計18名、居室は個室で広さは約6畳です。

また、1階は車椅子でも概ね自力で生活できる人、2階は寝たきりなど介助がないと生活できない人が居住しています。

食事づくりについては職員と入居者が共同で行います。

日課及び自由時間については、食事・入浴以外、日課はありません。毎日（交代で）散歩に行く、10時・3時のお茶等があり、昼間は病気でもない限り、部屋で寝ていることはありません。

夜勤については、仮眠は規則では2時間となっていますが、概ね見守り、声かけはできます。睡眠薬を飲んでいて人が飲まなくなった例もあります。

終の棲家については、病院にいかないという家族の意向があれば、家族が寝泊りして見送った例があります。

その他、職員は医者には付いていきません。。近くの医者が往診に来ます。往診代は自己負担です（内科、皮膚科、歯科、外科など）。また、ベッドや車椅子の貸与はないので、必要の場合は自己で購入することになります。

見学時の状況については、食堂に職員と6人程の入居者が集まっていて、中の1人は（家族であろうか）男性に食べ物を食べさせてもらっていました。また、私も入居者と一緒に紅茶を頂きました。帰りがけに畑に行きインゲンを取ってきた入居者の一人とその人に付き添って出かけていた職員に出会い、そのことから職員と入居者が常に密接にいることが伺われました。

② グループホームへの短期入所（母：2007年9月）

前述した通り、軽い認知症の母の介護を行っていた時期、グループホームへの入居を想定して2006年に市内数か所のグループホームの実態調査を行ったことがありました。

その時、このグループホームへの入居を希望して予約したところ、概ね1年経過した頃、グループホームから空きができたので入居できるという連絡がありました。

但し、その頃には母の症状は現状が維持されて進んでいないこと、また、私の障害の状況も現状が維持されていたので、直に入居する必要がなくなり、最初に入居を断りました。

しかし、連絡された事務の人から、「今後いつ空くか判りません。」と言われ、母、あるいは、私の症状が悪化して対応できない状況を予測すると、ここへの入居が現段階ではベターであると考え、母にショートステイを経験してもらうことにしました。

入居時、2～3日後及び1週間後、このグループホームにいた時の入居者及び母の様子は次の通りです。

母の個室には、ベッドと箆笥と椅子が既にあり、個人のものは箆笥に入る物だけに限られました。

ショートステイを利用する人には入浴は週に3回ほどあり、着替えとバスタオルとパジャマの替えが必要でした。

毎回行くたびに昼には入居者の家族らしき人が来ていて、昼食時には居者に食事の愛護をいていました

但し、妹が見学した後、入居に反対したことから、それを参考に、母はグループホームには入居しませんでした。

この組織の活動を概略すると次の通りです。

『老いても、住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らせるような社会』をめざして活動しています。

痴呆症老人に関心を持つ人たちが集まって研究会や勉強会を行ってきた組織が、1992年に発会の記念講演として、「生きいき長生き、ネットワークは出会いから」を開催したことを契機に、そこから組織的な活動が始まります。

1994年秋から1995年春には助成金を受けて、「痴呆老人の介護状況調査(埼玉県版)」を実施し、1995年にその結果を、「ぼけても普通に生きられる」というタイトルで報告集として発行し、その調査を基に県知事あてに、「痴呆老人が暮らす小規模な共同生活の場(グループホーム)」に関する要望書を提出します。また、共同調査「寝たきりになった人・ならなかった人の実態調査(埼玉県版)」を実施するなど、調査と報告書の発行、調査結果に基づく要望等政策提言活動を行います。

そして、1995年に“陽だまりの家”オープン、96年ミニデイサービス(週1日土曜日)『陽だまりの家』を開始し、高齢者のための事業が始まります。

その後、助成金(加藤きく公益基金)を受けて、実態調査及び共同調査「埼玉県老人福祉計画の実態調査」を実施し、講演会の開催や厚生省に対する「グループホームに関する要望書」を提出します。

1998年11月に、グループホーム「たのし家」が、1999年4月に、グループホーム「うれし家」がオープンします。

1999年10月に特定非営利活動法人として埼玉県より認証を受けます。

また、同年6月には、埼玉県より「介護保険法 指定事業者の許可」を受けます。

その後、助成金を受け、また、講演会の開催や報告集完成(など、活発な活動を展開し

ます。デイサービス「陽だまりの家」がグループホーム隣のアパートにオープン（2002年6月）し、また、グループホーム「たのし家」「うれし家」で埼玉県的外部評価を実施（2002年12月）、「よりよい痴呆ケアに結びつく外部評価」に関する要望書を提出（2003年4月）（厚生労働省、埼玉県、さいたま市、埼玉県社協、高齢者痴呆介護研究・研修センター）するなど政策提言と事業活動は続きます。（参考：特定非営利活動法人 『生活介護ネットワーク』の活動 参照）

以上、この組織は痴呆症老人に関心を持つ人たちが集まって研究会・勉強会・講演会・シンポジウム等を開催したことがきっかけとなってはじまり、その後痴呆症老人の介護状況調査に基づき県知事あてに、「痴呆老人が暮らす小規模な共同生活の場（グループホーム）」に関する要望書を提出し、また、「寝たきりになった人・ならなかった人の実態調査（埼玉県版）」を実施して調査と報告書の発行、調査結果に基づく要望等政策提言活動を行うなど、組織の活動から痴呆症老人のための政策を提言する頭脳集団に発展します。なお、この組織の活動をまとめると次の通りです。

参考：特定非営利活動法人 『生活介護ネットワーク』の活動

92年	5月16日	発会：記念講演「生きいき長生き、ネットワークは出会いから」開催
94年	秋～95年春	全労災の助成金を受け、「痴呆老人の介護状況調査（埼玉県版）」を実施
95年	5月14日	「ぼけても普通に生きられる」報告集発行
	9月20日	調査を基に、埼玉県知事あてに、「痴呆老人が暮らす小規模な共同生活の場（グループホーム）」に関する要望書を提出
95年	10月～	共同調査「寝たきりになった人・ならなかった人の実態調査（埼玉県版）」を実施
	11月3日	“陽だまりの家” オープニングパーティー
96年	1月27日	ミニデイサービス（週1日土曜日）『陽だまりの家』開始
96年	春～97年秋	助成金（加藤さく公益基金）を受け、「大宮市の福祉サービス実態調査」「痴呆老人の介護状況調査—大宮版」に取り組む
96年	7月	「ミニデイサービス家族の会」始まる（毎月第4土曜日午後）
	10月～	共同調査「埼玉県老人福祉計画の実態調査」を実施
	11月8日	「ぼけても普通に生きられる」パートⅡ『日本のグループホーム』開催
	12月27日	厚生省に「グループホームに関する要望書」を提出
97年	5月25日	「ぼけても普通に生きられる」パートⅡ報告集発行
	9月1日	毎日型デイサービス（月～土曜日）『陽だまりの家』開始
	10月18日	「家族の会」から「痴呆性老人ケア研究会」始まる（毎月第3土曜日）
	11月	「大宮市高齢者福祉実態調査」報告集完成—続く
98年	2月26日	大宮市に「大宮市高齢者福祉実態調査による生活・福祉に関する要望書」提出
	11月1日	「ぼけても普通に生きられる」パートⅢ「埼玉の痴呆性老人とグループホーム」開催
	11月23日	グループホーム「たのし家」オープン
	99年4月1日	グループホーム「うれし家」オープン
	10月23日	特定非営利活動法人として埼玉県より認証を受ける
00年	5月30日	グループホーム「たのし家」「うれし家」大宮市中川へ移転
	6月1日	埼玉県より「介護保険法 指定事業者の許可」を受ける
00年	11月～	埼玉県市民活動事業の助成金を受け、「痴呆性高齢者の介護状況調査」を実施
01年	1月	
	12月10日	「ぼけても普通に生きられる」パートⅣ—介護保険が始まって痴呆症の人の暮らしはどう変わったか—開催
01年	3月	「痴呆性高齢者の介護状況調査」報告書完成
01年	3月	「ぼけても普通に生きられる」パートⅣ 報告集完成

01年 5月 20日	記念講演「グループホームの現状と課題」(永田久美子さん)を開催
12月 21日	埼玉県痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会発足。西村代表が会長に就任
02年 6月 1日	デイサービス「陽だまりの家」がグループホーム隣のアパートにてオープン
02年 12月 20日	グループホーム「たのし家」「うれし家」で埼玉県の外部評価実施
03年 2月 8日	「ぼけても普通に生きられる」パートⅤ ーグループホームの「評価」をとおしてよりよい痴呆ケアを考えるー開催
03年 4月	「よりよい痴呆ケアに結びつく外部評価」に関する要望書を提出 (厚生労働省、埼玉県、さいたま市、埼玉県社協、高齢者痴呆介護研究・研修センター)
資料: 特定非営利活動法人 生活介護ネットワーク:『老いをつつむ心の縁側ー生活介護ネットワーク 10周年の歩みとこれから』、2002.06.29	

4. 非営利独立組織の活動の特徴

4-1 1つの組織で2つの機能を持つ

① 地域で起業する活動組織

これら非営利独立組織のいずれも個人や組織による任意の活動が発端となり、地域に必要な事業を起こした事例です。

そして、これらは1つの組織でボランティア活動と事業活動の2つの活動を行う活動組織です。

② 行政に政策提言する頭脳集団（シンクタンク）

これら非営利独立組織のいずれも活動から得た知見や経験を元に実態調査や調査分析等を行い、その結果を報告書にして公表し、あるいは、要望書として提出するなど、行政に政策提言した事例です。

そして、これらは1つの組織でボランティア活動と事業活動の2つの活動を行う活動組織と、これら2つの活動から得た知見や経験を元に行政に政策提言する頭脳集団（シンクタンク）の2つの機能を持つ組織です。

4-2 組織の独立性が保証され難い

特定非営利活動促進法に基づく特定非営利活動法人は特定非営利活動を目的とした法人ですが、『行政や民間企業から独立した法人』であることが規定されていないことから、「行政や民間企業から独立した活動を行う」ことを保証する法人ではありません。

また、所轄庁の認可を受けなければならない社会福祉法人も同様です。

第一部では、『政策形成プロセスを・・・と仮定すると、これら全ての段階で行われる検討・選択・決定においては事業制度の利用者の生活実態及び利用者の声が反映された合理的根拠に基づくこと、また、検討・選択・決定の際に基本とした合理的根拠を国民に説明することが必要と考えます。』と述べました。

しかし、実質的に独立した非営利独立組織であっても、独立した法人として設立されていない特定非営利活動法人や社会福祉法人がその法人の名目で政策形成プロセスの一端を受託する場合、委託者から独立して業務を遂行できる保証がないことから、例えば、政策形成の全プロセスにおいて生活実態や利用する者の声が反映された合理的根拠を明確にする調査業務などにおいて、委託主体の利害や意向などから独立した業務を実施することがなし難く、延いては、受託した業務の公正を保障することができ難いといえます。

このようなことから、政策形成の分野で公正を保障することができるわが国で唯一の組織として期待される非営利独立組織は、シンクタンクとしてその能力を発揮しようとしても、このままでは発揮できない状況にあるといえます。

なお、2つ目の事例の『特定非営利活動法人『自立生活サポートセンター・もやい』については他の2事例と異なる点、組織の独立性に係る2つの点がありました。

①点は、『この組織が正会員で構成される総会で、活動方針や人事などが決定される』と記載された『組織概要』があることをもって組織の独立性が示されている」とするものでした。

しかし、①点目は内規という点で『独立性の保障が不安定』であることから、この組織についても他の組織と同様、「組織の独立性が保証され難い」特徴があります。

②点は、『頭脳集団（シンクタンク）として政策提言を行うだけでなく、東京都と23区による野宿者対策である「自立支援事業」に対して第三者評価機能（オンブズパーソンの役割）」を果たす「オンブズパーソン事業」を行ったこと、さらに、この事業から得た実態調査の結果に基づいて東京都に要望及び提言を行ったこと』でした。

しかし、②点目の「オンブズパーソン事業」は、行政が実施する事業の評価を行政が作成した、あるいは、行政が委託したシンクタンク等が作成した評価基準に基づいて、行政が委託したシンクタンク等が行う『行政による行政業務の評価』であり、ここで仮定した『政策形成プロセス』における『政策（施策・事業）評価』ではなく、政策形成における公正を保障する視点からは論外であることから、この組織についても他の組織と同様、「組織の独立性が保証され難い」特徴があります。

第3章 新たな働き方のこれから

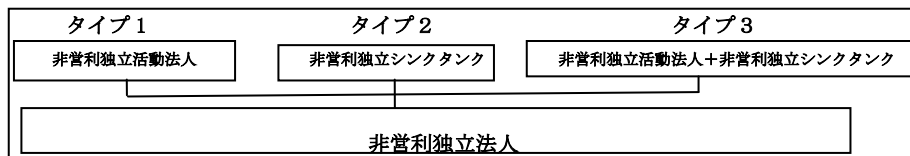
1. 非営利独立法人の創設が必要

1995年に創設された特定非営利活動促進法に基づく特定非営利活動法人は『独立した法人』であることが法に明記されておらず、また、社会福祉法人も同様に独立した法人であることが客観的に確認できないことから、これらの法人が行政に対して要望や提言などを行うことはできますが、『民主主義社会における政策形成過程において公正が保障されることが必要である。』ということをも前提にすると、今回事例で紹介したわが国で唯一公正な政策形成を行うことが期待される非営利の独立したシンクタンクが独立した法人格のない特定非営利活動法人や社会福祉法人の法人格で他者からシンクタンクとして政策形成に関わる業務を受託することは公正な政策形成業務を保証しないことから適切ではありません。

そこで、最近の新しい働き方としてここに取り上げた3事例にみられる任意の非営利独立組織が今後も現状のボランティア活動と事業活動の2つの活動を行う活動組織としての機能と、行政に政策提言する頭脳集団（シンクタンク）としての機能の2つの機能を十分発揮するために、現状の特定非営利活動促進法の見直しも含め、現状の任意の非営利独立組織を法人化することが必要と考えます。

例えば、前述の非営利独立組織の活動の特徴を勘案すると、以下に示す①非営利独立活動法人、②非営利独立シンクタンク、③非営利独立活動法人と非営利独立シンクタンクを併せた法人の3つのタイプから成る『非営利独立法人』を想定することができます。

参考：非営利独立法人のタイプ



2. 非営利独立法人による第3の労働市場形成への期待

『第二部 第2章 3. 非営利独立組織が活動する実際』の参考例として取り上げた個人や組織は法人格を得て事業を展開する一方、他方で任意団体、あるいは、特定非営利活動法人や社会福祉法人として、調査・研究、政策提言、ネットワーク活動、講演・シンポジウム等の広報活動を行う頭脳集団（シンクタンク：a think tank^(注1)）に成長しました。

今回は私的な体験例を中心に紹介しましたが、非営利独立組織で現在多くの国民が知るシンクタンクの例は、年末に民間企業を解雇されて宿舎を追われた従業員に対して派遣村を運営して彼らの居住先の確保のために働き、また、ホームレス等の生活困難な人に就業と

居住の場を作る活動を展開して当時の政権に政策上の影響を与えた NPO です。

このような個人や組織の活動は 1995 年 1 月の神戸・淡路大震災における復興支援の経験を経て 2011 年 3 月の東日本大震災における復興支援にも生かされ、また、東日本大震災における復興支援に関しては多くの個人や組織が新たに誕生しています。

そして、これら地域の社会的な問題に対して活動する個人や復興支援で働く学生などのボランティアの技術や能力や経験がその後も継続して生かされるためには非営利独立組織の活動自体が 1 つの職業として自立できるしくみが、また、非営利独立組織がシンクタンクとして機能するのであればシンクタンク自体が職能として認知されるしくみが必要と考えます。

さて、わが国の労働市場は現在概ね、『営利を目的とする民間企業（以下、『民』と略称）で働く会社員』と『官に代表される機関（以下、『官』と略称）で働く公務員』の 2 つしかありません。

そして、最近の大卒や大学院修了の学生の中には、かつて祖父母や両親が働いてきた『民間企業』に就職することを嫌い、また、『官』で働くことを躊躇し、単発的・短期的なボランティア活動やフリーター、あるいは、ニート^(注 2)などで寝食を満たす者も少なくありません。

そこで、これらを考慮すると、『会社員』と『公務員』の 2 つしかない現況のわが国の労働市場を見直す必要があると考えますが、非営利独立活動法人や非営利独立シンクタンクから成る『非営利独立法人』が、『民』でも『官』でもない法人で働きたいと望む若者に、『民』や『官』で働く者と同等の評価を得て働くことができる機会を提供することを、また、近い将来わが国でも『民』と『官』と『非営利独立法人』の 3 つから成る新たな労働市場が形成されることを期待するとともに、ここで取り上げた『働き方の変化』がそのチャンスであると考えます。

(注 1) シンクタンク (think tank) とは、さまざまな領域の専門家を集めて、政策や企業戦略の策定・提言などを行う調査研究組織。頭脳集団。

出典：広辞苑・第六版

(注 2) ニート [NEET] (not in education, employment or training) とは、職業に就かず、教育・職業訓練を受けていない若者。無業者。イギリスで生まれた語で、二〇〇四年ごろ日本でも問題化。

出典：広辞苑・第六版

おわりに

最近の働き方の変化をテーマに、第一部で『高齢者等のために地域で働く人の増加』、第二部で『新たな働き方の登場』を取り上げ、それらの背景と働き方の実例からその実際とこれら変化のその後について考察しました。

これら変化のその後については、第一部ではまず、高齢者等のために地域で働く人の働く環境の問題について、次に、事業制度を利用する高齢者等の問題について、特に、中・高齢身体障害者が身体障害者として処遇されることを希望する場合、身体障害者として諸々の権利や利用資格を取得、あるいは、復権できることが必要であること、最後に、高齢者等のために地域で働く人が増加した背景には、厚生行政が深く関連していることから、事業制度を利用する者の生活実態及び利用者の声を反映した合理的根拠に基づく政策形成を行うために非営利で独立した機関による政策形成のしくみが必要であると結びました。

第二部では個人のボランティア活動から任意の組織を設立して活動している非営利独立組織は公正な政策形成を実現できるわが国で唯一の組織として期待されますが、現況の法人格は独立性が明確でないことから、受託した業務の公正が保障され難く、シンクタンクとして政策形成業務を受託することが適切ではありません。

シンクタンクとしてその能力を十分発揮するためには非営利独立法人を創設することが必要であり、また、そのことにより概ね公共と民間企業の2つしかないわが国の労働市場に今後新たに第3の市場が誕生することが期待されるとともに、ここで取り上げた『働き方の変化』がそのチャンスであると結びました。

最近の働き方は変化し続けており、第一部で取り上げた社会福祉士の需要も多く、介護福祉士については海外からの受験希望者も増加しています。

また、2011年3月に起きた東日本大震災における被災地復興には日本全土から多くのボランティアが動き、第二部の新たな働き方の活動の原点が力強く展開されています。

そして、このようなここ数年の大きな動きを力強く展開させるためにも、早急に非営利独立法人を創設することが望まれます。

資料：参考（厚生白書の記録）

参考目次構成

- 参考 1-1 成人病患者の処遇に関する記録
- 参考 2-1 成人病がわが国の3大疾患とされることになった記録
- 参考 2-2 成人病の原因解明に関する記録
- 参考 2-3 成人病対策に関する記録
- 参考 2-4 身体障害者実態調査結果の記録
- 参考 2-5 成人病対策としての早期発見の記録：肺がん及び脳卒中
- 参考 2-6 リハビリテーションの効果・意義・役割等に関する記録
- 参考 2-7 リハビリテーション需要に関する記録
- 参考 2-8 ねたきり及び痴呆性老人が増加する原因に関する記録
- 参考 2-9 寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計（平成8年度版厚生白書）
- 参考 2-10 在宅福祉重視の政策に関する記録
- 参考 2-11 老人及び障害者に対するリハビリテーション対策に関する記録
- 参考 2-13 福祉を担うマンパワーに関する記録
- 参考 2-14 診療報酬改定等に際してリハビリを評価する記録
- 参考 2-15 高齢者医療費の増大及び高齢者医療費対策に関する記録

参考 1-1 成人病患者の処遇に関する記録

「がんは別として、脳卒中、心臓病などは症状が安定してしまうと目だつた医学的治療を必要としなくなってしまうので、慢性患者として放置され、しだいに人目につかなくなり、逐には徐々に衰えていくにまかされる傾向にあり、家庭における成人病患者の処遇は適切であるとはいいがたかつた・・・。」(昭和 37 年)

参考2-1 成人病がわが国の3大疾患とされることになった記録

わが国の疾病別死亡の順位をみると、全年齢では33年以来、第1位が脳卒中、第2位ががん、第3位が心臓病となっており、40年には、脳卒中、がん及び心臓病で全死亡者の半分以上を占めます。かつて死因順位の上位を占めていた結核、肺炎・気管支炎、胃腸炎などの細菌性疾患による死亡に代わつて、これからの人生をおびやかす大きな死の影となつてきたのである。(昭和40年)

参考2-2 成人病の原因解明に関する記録

「・・・その原因、診断、および治療方法等についてまだ医学上解明されていない分野が多く・・・」(昭和34年)

『成人病は生活態度から派生する疾患、・・・』(昭和37年)

『いずれも、長い間の生活条件の積み上げによる複雑な因子が発生に結びつくものであつて・・・』(昭和39年)

『成人病についてはまだ病気の成り立ちの全貌を明らかにするまでに至らず、・・・その秘密のベールをはがしつつあるのが現状である。』(昭和40年)

『まだ病気の成り立ちの全貌を明らかにするまでに至らず、・・・』(昭和43年)

『がんについては、まだ病気の成り立ちの全貌を明らかにするまでに至らず・・・』(昭和45、46、47年)

『がんについては、・・・少しずつ原因も明らかになりつつあるものの、いまだに全ぼうが解明されるまでには至ってなく、』(昭和48年)

脳卒中、心臓病についても、必要な生活規制を受けさせることによって相当数の発作及び悪化を防止することはできるようになったが、その背景となる高血圧、動脈硬化の発生の原因は不明の点が多い。(昭和50、51、52年)

『がんについては、・・・少しずつ原因も明らかになりつつあるものの、いまだに全ぼうが解明されるまでには至ってなく、的確な予防方法がないものである。』(昭和50、51、52年)

『成人病は、運動不足、食塩・脂肪分・カロリー等のとり過ぎ、タバコ・酒等の嗜好品、過剰のストレスその他日常生活の長年の習慣の積重ねが発病と深く関連している。例えば、食塩と脳出血、脂肪やコレステロールと心筋梗塞が密接な関係にあることはよく知られている』、『日常生活の長年の習慣の積重ねが発病と深く関連している。』(昭和59年)

『心疾患による死亡率が増加傾向にあるのは、食生活の洋風化による動物性脂肪の摂取量の増加や運動不足による心機能の低下、さらに肥満に伴う心臓への負担増加、ストレスの増大等が要因』(昭和61年)

『がんについては、昭和58年にがん対策関係関係会議において策定された「対がん10か年総合戦略」に基づき、がんの本態解明を図ることを目標に・・・循環器病については、食事をはじめとする生活の改善と高血圧治療や救急治療の発達等により・・・』(昭和63年)

参考2-3 成人病対策についての記録

『32年以降、学識経験者による打ち合わせが行なわれ・・・』(昭和36年)

『今後の成人病対策の方向は、環境因子の改善、疾病の予防から早期発見、早期治療、リハビリテーションまでを含めた総合施策として一貫した方針に従つて・・・』(昭和37年)

『国における成人病対策は、全体としてなお準備、調査の段階というべきであるが、・・・』(昭和39年)

『・・・その予防の体系化は容易なものではない。・・・いわゆる早期発見、早期治療によって生命の延長をはかることが十分にできるわけで、・・・』(昭和40年)

『脳卒中・心臓病の循環器疾患については、高血圧・動脈硬化を有する者を正しく治療することによって相当数の循環器疾患発病の予防が可能となつてきた・・・対策の重点は、早期発見・早期治療・患者管理』(昭和44年)

『これら成人病については、各方面で研究が進められているが、いまだに全ぼうが解明されるまでには至っておらず、早期発見、早期治療、早期管理が対策の大きな柱となつており、・・・』(昭和54年)

参考2-4 身体障害者実態調査結果の記録

『身体障害者実態調査の初年度(昭和25年)において約12万1000人であつた身体障害者手帳所持者(18才未満の者を除く。)が、昭和30年10月15日現在では身体障害者(児童を除く)は、78万5000人で、その約6割が肢体不自由であり、原因から見ると大半は後天的なもので、なかにも疾病によるものが過半数

を占めている。』（昭和31年）

35年、（35年6月末現在約72万4000人、し体不自由者約45万1000人で62.3%）

40年（40年8月1日現在104万8,000人と推計、し体不自由者が61万人で58.2%、89.6%は後天的障害によるもの、疾病が59.4%、業務上災害、交通事故等が25%、年齢分布は、18歳から29歳のもの8.3%、30歳から49歳のもの27.1%、50歳以上のもの64.5%で半数以上が50歳以上）

45年（45年10月現在約131万4,000人、その内、肢体不自由者が76万3,000人で53.1%、昭和42年から身体障害者の範囲に加えられた内部障害者（心臓または呼吸器の機能に障害のある者）は6万6,000人で全体の5%、障害を原因は事故によるものが35万人で26.7%、疾病によるものが85万3,000人で64.9%）

55年（55年2月現在197万7,000人、肢体不自由者112万7,000人で57.0%、60歳以上の身体障害者が全体の54%、障害の原因は疾病126万2,000人で638%、事故48万5,000人で24.5%）

62年（昭和62年2月現在身体障害者実態調査。・18歳以上の在宅身体障害者は全国で241万3,000人と、前回の調査時に比べ22%増加。・60歳以上57.8%）

平成3年（平成3年11月「身体障害児実態調査」及び「身体障害者実態調査」。・在宅の身体障害者272万2千人、全体の6割以上が60歳以上、障害となった原因では、脳血管疾患や骨関節疾患、心臓疾患が最上位）

平成8年（身体障害者実態調査。・在宅の身体障害者は293万人、そのうち1級または2級の重度の障害者が全体の43.2%と全体として重度化・重複化の傾向、65歳以上の障害者が54.1%と半数以上を占める。）

参考2-5 成人病対策としての早期発見の記録：肺がん及び脳卒中

『がん検診車による検診、国立がんセンターを中心として、全国を9ブロック、各ブロックに地方がんセンター、全国161か所のがん診療施設設置』（昭和50年）

『55年の世界保健デーのテーマとして「喫煙か健康か選ぶのはあなた」が取り上げられたこともあり、日本では喫煙の健康に及ぼす影響について啓もう普及が図られ、がんの検診が積極的に行われ・・・』（昭和55年）

『「対がん10カ年総合戦略」では、がんの本態の解明に向けて・・・』（昭和58年）

『脳卒中・心臓病に対する国の対策は29年以来国立病院に高血圧診療センター23か所、心臓診療センター11か所等を整備・・・、36、37年には実態調査・・・』（昭和43年）

『脳卒中、心臓病については、・・・正しい治療を加え、必要な生活規制を受けさせることによつて相当数の発作の発生や重症化を防ぐことができるように・・・』（昭和43年）

『脳卒中・心臓病の循環器疾患については、高血圧・動脈硬化を有する者を正しく治療することによつて相当数の循環器疾患発病の予防が可能となつてきた』（昭和44年）

『循環器疾患対策は最も大きな危険因子である高血圧症の早期発見、脳卒中の予防に主眼が置かれ実施されている。』（昭和55年）

『「循環器疾患基礎調査」を実施したが、今回は、初めて国民栄養調査対象者を対象に調査し、食生活状況と循環器疾患との相関性を検討すること・・・』（昭和56年）

『脳卒中、心臓病については、・・・正しい治療を加え、必要な生活規制を受けさせることによつて相当数の発作の発生や重症化を防ぐことができるように・・・』（昭和45、46、47、48、50、51、52年）

参考2-6 リハビリテーションの効果・意義・役割等についての記録

最近におけるリハビリテーション医学の発達にかんがみ、脳卒中やリウマチなどの予後の老人についても、リハビリテーション訓練の必要性が痛感される。（昭和39年）

『発作後できるだけ早く、正しい機能回復の訓練を始められるようにすることが・・・』（昭和41年）

「近年、脳卒中、結核、精神病、リウマチ等の後遺症を有する者に対しては、リハビリテーション訓練の効果が少なくないことが明らかにされてきた。老人については社会復帰、職場復帰を期することは容易でないが、生活復帰、家庭復帰を目標として行なうその効果は大きく、その対策が強く要請されている。」（昭和41年）

『脳卒中発生数は毎年30数万人にのぼると推定される。その半数は直接死に至るが、残りの半数は半身不随をかこつことになるといわれている。そのうち半数がリハビリテーションによる機能回復が可能といわれているが・・・』（昭和45年）

『高齢者の場合、失われた機能を回復することは職業復帰につながるわけではないが、生活復帰、家庭復帰の可能性が増大するとすれば、家族の負担、社会の負担の軽減とあいまって、その益するところはきわめて大きいといわなければならない。』（昭和45年）

「適切な時期にリハビリテーションを行なえば90%が歩行能力を回復し、日常生活能力も70%をも回復しているとされている。」（昭和45年）

・・・このような見地から身体障害者や老人の福祉の向上に寄与するとともに人口資質の向上にとつてもきわめて重要（昭和49年）

①一方、リハビリテーション医学の向上により慢性期リハビリテーションの医療水準も向上しつつあ

る。初発脳梗塞患者のリハビリテーションを評価した研究によると、発症後90日以上慢性期脳卒中中でも、リハビリテーションの開始時期や入院時の障害の程度に関わらずリハビリテーションが機能改善に有効であることがわかっている。

②脳卒中による片麻痺の患者に対する研究では、廃用症候群の原因として足の血流の低下、インシュリン抵抗性（インシュリンを投与しても血糖値が下がらないこと）が挙げられており、新しい予防法およびリハビリテーション法の開発が進められている。

③寝たきりの原因の第1位は脳血管疾患、第2位は転倒等による骨折である。高齢期には老化による脚力や平衡感覚の低下、視力の衰え等により、足がもつれやすくなり、転倒の危険性が高まる。また、高齢者は、骨の中のカルシウム量が低下しており、転倒すると骨が折れやすい。そのため、家屋内の段差の解消、階段に滑り止めを備え付けるなどの、転倒防止のための工夫を行うことにより、骨折を原因とする寝たきりを予防しようという取組みも行われている。（平成12年）

参考2-7 リハビリテーション需要に対する記録

『39年3月の厚生省企画室によるリハビリテーション需要調査報告によると、身体に何らかの障害があるために、日常生活にさしさわりのあるものの数は253万人であり、そのうち85万人がリハビリテーションによって機能改善の期待できるものである（第2-30表参照）。機能改善の期待できないリハビリテーション不必要者の中には、早期に十分なリハビリテーションを受けることができなかったために病状の固定した者のいることが考えられるので、早期にリハビリテーションを行えば機能の改善率は更に高まるであろう。』次に、老人については、先の身体障害者（児）実態調査に明らかなどおり、高齢者の数は、他の年齢層と比較して非常に多い（第2-18図参照）。また、47年の老人実態調査によると、60歳以上人口の2.9%、33万9,000人が寝たきり老人であり、46年の2.6%、29万5,000人と比べて15%の増加を示している。今後、老年人口の増大に伴って、リハビリテーションを必要とする老人の数は、ますます増大していくであろう。（昭和49年）

『疾病や外傷にかかった場合、その医療は医学的リハビリテーションを含んでまず医療機関で始まるが、昭和47年の医療施設調査によれば、理学診療科を有する一般病院は全体の16.9%（1,193か所）で、一般診療所では、わずかに2.7%（1,940か所）にすぎない。②医療機関における理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、視能訓練士についてみると、病院PT1,497人、OT395人、視能訓練士126人、診療所でPT290人、OT90人、視能訓練士74人という状況である。③リハビリテーション施設には、肢体不自由者更生施設、重度身体障害者更生援護施設、身体障害者福祉法上の施設ではないが、最近各地において建設が進められているいわゆるリハビリテーションセンター等がある。一部の施設によっては、収容定員に満たないところもあるが、総体的に見て要収容人員に対して定員数が不足しており・・・・・・。』（昭和49年）

『約12%の高齢者が何らかの介護を要している（高齢者数1,690万人、そのうち約200万人が何らかの介護を要する。）（平成7年）

参考2-8 ねたきり及び痴呆性老人が増加する原因に関する記録

37年白書には、『がんは別として、脳卒中、心臓病などは症状が安定してしまうと目だつた医学的治療を必要としなくなってしまうので、慢性患者として放置され、しだいに人目につかなくなり、遂には徐々に衰えていくにまかされる傾向にあり、家庭における成人病患者の処遇は適切であるとはいいがたかつた・・・と、『家庭における成人病患者の処遇について、『適切であるとはいいがたかつた』（平成2年）その後、『ねたきり老人となる原因の多くは、脳卒中後遺症等による機能障害であるが、・・・』（昭和48年）

『50年老人実態調査。寝たきりの原因：脳卒中（35.3%）、高血圧（18.1%）、リウマチ・神経痛（9.5%）、老衰（9.5%）等』（昭和52年）、『寝たきり老人となる原因の多くは、脳卒中後遺症等による機能障害であるが、・・・』（昭和52年）

参考2-9 寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計（平成8年度版厚生白書）

1993年の要介護高齢者は200万人、その内、『虚弱』100万人、『要介護の痴呆性（寝たきりを除く）』10万人、『寝たきり（寝たきりであつて痴呆の者を含む）』90万人と、また、『寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計』として、「寝たきり、痴呆および虚弱を合わせた要介護高齢者等の数は、2000（平成12）年には280万人（内、『虚弱』130万人、『要介護の痴呆性』20万人、『寝たきり』120万人）、2025（平成37）年には倍近い520万人（内、『虚弱』260万人、『要介護の痴呆性』40万人、『寝たきり』230万人）に達するものと見込まれている」と報告されています。（前掲図1-28 参照）

また、『痴呆性老人の数は、昭和59年において在宅で約50万人、老人ホームに約3万人、精神病院に約3万人の総計約56万人と推計される』（昭和60年）、『寝たきり老人は、平成2年で約70万人、65歳以上人口の4.6%、平成12年約100万人に達すると推計され、痴呆性老人は、平成2年で約100万人、65歳以上人口の6.7%、平成12年には65歳以上人口の7.0%・150万人に達し、平成22年には213万人に達するものと推計される。』

(平成2年)

参考 2-10 在宅福祉重視の政策に関する記録

可能な限り老人が在宅のまま生活できるようにし・・・。(昭和 53 年)

在宅福祉対策：従来の福祉対策は、特に緊急な援護を必要とする低所得層を対象とした施設対策中心の感があつた。しかし、慣れ親しんできた家庭や地域で老後の生活を送ることを望む老人が多いことから、老人が必要とするサービスを居宅において受けることができることになれば、老人の福祉を高めるためにより望ましいことであり、その意味で、老人家庭奉仕員制度を中心とする在宅福祉対策の大幅な充実が、近年大きな課題となっている。(昭和 49～55)

住み慣れた家庭や地域の中で、家族や隣人との人間的なふれあいをもって生活することは、自然で望ましいことであると考えられる。(昭和 59)

2 在宅福祉の充実；①我が国の老人や障害者の大多数は、施設ではなく、それぞれの家庭において生活を営んでいる。例えば、65 歳以上の老人 1,100 万人以上のうち、特別養護老人ホーム等の老人福祉施設に入所している者は 19 万人ほどにすぎない。200 万人以上と推計される身体障害者についても、身体障害者更生援護施設に入所している者は 2 万 7 千人ほどである。住み慣れた家庭や地域の中で、家族や隣人との人間的なふれあいをもって生活することは、自然で望ましいことであると考えられる。現に在宅老人の 9 割以上は家族との人間関係に満足しており、近所づきあいについても、多数の者が近所の人と親しくつきあい、近所づきあいについて満足感を表明している(総務庁「老後生活の心理面に関する調査(昭和 58 年)」)。
②日常生活に介護の必要な老人の福祉サービスに対するニーズをみても、老人ホーム等への入所希望は 5.8%であるが、家庭奉仕員派遣事業(23.3%)や日常生活用具給付等事業(18.3%)、ねたきり老人短期保護事業(16.2%)といった在宅の者に対する福祉サービスへのニーズが強いことがわかる(厚生省社会局「老人実態調査(昭和 57 年)」)。(昭和 59 年)

昭和 60 年度においては、障害者社会参加事業の充実や在宅障害者のためのデイ・サービス事業の拡充等身体障害者が家庭や地域で生活しやすい条件整備の推進、在宅心身障害児(者)の福祉の向上を図るため精神薄弱者福祉工場の創設や各種通園・通所事業の充実が図られている。(昭和 60 年)

参考2-11 老人及び障害者に対するリハビリテーション対策に関する記録

老人のリハビリテーションが実施段階に入る。：リハビリテーション事業：老人ホームにおけるリハビリテーション(昭和40年)

ねたきり老人の発生防止のため：46年度から新たに実施、特別養護老人ホーム、老人福祉センターを利用(昭和46年)

老人福祉法の規定による健康診査、老人医療費の支給および機能回復訓練事業 老人機能回復訓練事業：特別養護老人ホーム(44施設)および老人福祉センター(52か所)を利用した在宅の老人の機能回復訓練(昭和47年)

医学、心理学、社会学、工学等関連諸科学を総合的、一元的に包括する専門機関(国立リハビリテーションセンター)を設置し、・・・を行うよう提言(昭和48年)

在宅老人機能回復訓練事業は、特別養護老人ホーム及び老人福祉センターを利用し、在宅老人に対し・・・。(昭和 51 年)

老人保健医療対策：1 老人健康診査、2 老人医療費支給制度、3 在宅老人機能回復訓練(昭和 53 年)
「身体障害者デイサービス事業」については、身体障害者デイサービス事業と老人デイサービス事業において、それぞれの対象者が事業を相互に利用できるよう、制度を改善した。(平成 3 年)

参考 2-12 障害者福祉サービスと高齢者介護サービスの選択に関する記録

「身体障害者デイサービス事業」については、身体障害者デイサービス事業と老人デイサービス事業において、それぞれの対象者が事業を相互に利用できるよう、制度を改善した。(平成 3 年)

参考2-13 福祉を担うマンパワーに関する記録

1 社会保健マンパワーの現状

(2) 社会保障マンパワーの沿革：①昭和20年代にはいわゆる「福祉三法」と呼ばれる生活保護法(21年)、児童福祉法(22年)、身体障害者福祉法(24年)が制定された。このため、当時の社会保障マンパワーは、分野としては、伝染病対策、救貧・防貧対策等を中心に拡充がみられた。30年代に入ると、36年には国民皆保険・皆年金が実現し、社会福祉の分野では精神薄弱者福祉法(35年)、老人福祉法(38年)、母子福祉法(39年)が制定され、「福祉六法」の時代になった。これに伴って、新たな職種として、精神薄弱者福祉司、老人福祉指導主事、母子相談員等が定められている。③30年代半ばから40年代末の石油危機までは、高度経済成長の時代・・・。特に、「福祉元年」と呼ばれる48年には、老人医療費の無料化、医療保険の給付率の改善、年金の物価スライドの導入などが行われている。・・・マンパワーの増員や専門分化が図られた。40年代に入ってから、理学療法士、作業療法士(ともに40年)、診療放射線技師(43年)、臨床検査技師(45年)などの新たな資格制度が創設されている。④40年代以降、食品衛生行政の拡大等により、生活

衛生マンパワーの増大がみられる。⑤50年代に入ると、40年代後半に引き続いて医師、看護婦等の保健医療マンパワーの増大がみられるとともに、高齢化に伴う老人福祉施設の整備や在宅老人福祉サービスの拡充、老人保健法(57年)による保健事業の推進などによって、保健、福祉マンパワーが大きく増大している。(昭和62年)

2 これまでの取組みと今後の対策の方向

：厚生省、平成2年8月「保健医療・福祉マンパワー対策本部」を設置、平成3年3月、緊急に講ずべき対策等を中心に、中間報告(1) 看護職員、(2) 社会福祉施設職員、(3) ホームヘルパー、(4) その他の保健医療・福祉マンパワー：①医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)等医療関係職種の果たす役割にも大きなものがある②特に、理学療法士(PT)及び作業療法士(OT)については、今後十か年戦略の推進等によるリハビリテーションの需要の増加に伴い、養成力を強化することが必要、平成3年8月、医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会、需給計画の見直し・・・、養成定員を大幅に増加することとしている。(平成3年)

③ 人材確保のための対策：1) 保健医療の分野においては、潜在看護職員の就業を促進するため、無料職業紹介等の業務を行う「都道府県ナースセンター」及び広報啓発等を行う「中央ナースセンター」を設置した。2) 福祉の分野においては、就業の促進、従事者の資質の向上等を図るため、無料職業紹介、研修、人材確保に関する相談等の業務を行う「都道府県福祉人材センター」及び広報啓発等を行う「中央福祉人材センター」を平成5年度までに設置した。：養成・確保対策としては、介護福祉士及び社会福祉士資格の取得を目指す学生に対し、修学資金の貸付けを行う「介護福祉士等修学資金貸付事業」を平成5年度に創設し、質の高い介護福祉士及び社会福祉士の養成・確保に努めている。(平成5年)

2. 福祉人材の質の向上：・社会福祉士および介護福祉士専門職の教育課程の見直し、介護福祉士国家試験の内容の改善、介護福祉士養成施設の教員研修の充実など。・社会福祉事業従事者の確保を図ることを目的とした福祉人材センター、社会福祉事業従事者の福利厚生増進 (平成14年)

2 福祉サービスを担うさまざまな主体：このため、社会福祉士および介護福祉士専門職の教育課程の見直し、介護福祉士国家試験の内容の改善、介護福祉士養成施設の教員研修の充実など積極的な取組みを行うとともに、社会福祉事業従事者の確保を図ることを目的とした福祉人材センター、社会福祉事業従事者の福利厚生増進を図ることを目的とした福利厚生センター、社会福祉事業従事者の研修を実施するための中央福祉学院等を通じて、福祉人材の確保および質の向上を図っている。(平成15年)

2 福祉サービスを担う様々な主体：社会福祉制度においては、社会福祉士や介護福祉士など、地域福祉の発展の一翼を担う専門性の高い人材が養成され、今後も活躍が期待されている。また、福祉サービスの提供に、NPO法人やボランティアといった主体の参入が進展する一方、社会福祉法人の、福祉サービスの主たる担い手としての役割に対する期待は、ますます高まっている。このため、社会福祉士及び介護福祉士の教育課程の見直し、介護福祉士国家試験の内容の改善、介護福祉士養成施設の教員研修の充実並びに日本社会事業大学における福祉マネジメントに関する専門職大学院の新設など(平成16年)。

参考 2-14 診療報酬改定等に際してリハビリを評価する記録

・介護報酬において訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションにおけるPT・OT・STによる個別リハビリテーション、介護老人保健施設における訪問リハビリテーション、介護療養型医療施設における、従来の集団リハビリに加えて、個別リハビリなどを重点的に評価する。(平成15年)

・急性期から維持期に至るまでのそれぞれの段階に応じた効果的なリハビリテーションの精査・研究(平成15年)

診療報酬・介護報酬改定におけるリハビリテーションの見直しにおいて、『医療保険におけるリハビリテーションと介護保険におけるリハビリテーションの機能や役割分担』が明確にされた。医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであること。・・・・。(平成18年)

『個別リハビリテーション』、『切れ目のないリハビリテーション』、『医療と介護のリハビリテーションの連携』(平成19年)

① 2006年の診療報酬改定及び介護報酬改定：医療保険は急性期・回復期・身体機能の早期改善を目指したリハビリテーション、介護保険は維持期・生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーション

②2008(平成20)年度診療報酬改定：発症早期からのリハビリテーションの評価

③2009(平成21)年度介護報酬改定：医療と介護の連携の強化、切れ目のないリハビリテーション、介護保険のリハビリテーションについても、短時間・個別リハビリテーションの評価、理学療法士等を手厚く配置している事業所の評価等(平成21年)

参考2-15 高齢者医療費の増大及び高齢者医療費対策に関する記録

① 44年度予算要求において、低所得の70歳以上老人の医療保険による自己負担額が一定額を超える分について公費で負担する制度を提案したが、・・・実現するまでには至らなかった。②44年8月には「老齢保険制度」の創設を内容に含めた「医療保険制度の改革要綱試案」が厚生大臣から社会保障制度審議会および社会保険審議会に諮問され、46年9月および10月にその答申が行なわれたが、・・・老齢保険制度については賛意を示すものではなかった。③45年9月に開かれたわが国初めての「豊かな老後のための国民会議」においても、同年11月中央社会福祉審議会から厚生大臣に対して行なわれた「老人問題に関する総合的諸施策について」の答申の中でも、老人医療費問題についてはその実態の緊急性にかんがみ、早急に結論が出されるべきであるとの意見が強く打ち出された。④厚生省においては、・・・、46年3月、高齢者対策プロジェクトチームを設置し、5月にはその中間報告がなされた。この間、地方公共団体においても、老人医療費の公費負担制度を独自に実施するものがあらわれており、47年1月現在37都道府県と6指定都市に及んだ。⑤早急に制度の確立を図るためには公費負担制度によることが適切であるとの考え方から、47年度の予算編成において、改めて老人医療費支給制度の実施を盛り込んだ要求が行なわれ、国民世論の支持もあつて48年1月からの実施が決定された。⑥老人医療費支給制度は、老人福祉法の中の「福祉の措置」の一環として規定され・・・、6月23日法律第96号として公布された。(昭和48年)

① わが国の老人保健医療対策は、・・・特に老人医療費支給制度は、70歳以上の高齢者(65歳以上のねたきり老人を含む。)で、本人又は扶養親族の所得が一定以下の者を対象に、医療保険の自己負担分を公費で肩代りするものである。②しかしながら、この制度の導入により老人の受療が促進された結果、老人医療費総額は1兆3,317億円(被用者保険の本人及び生活保護適用者を除く。52年度推計)に達し、国民医療費の15.4%を占めるようになってきている。

そのため、70歳以上の老人を多くかかえている国民健康保険においては、その給付費のうち27.2%を老人医療費に占められており、とくに、高齢者の人口割合が地域的に大きく偏在しているところから、50%以上を老人医療費に占められている市町村すら生じている。③一方、老人に対する保健サービスは、健康な老人、病弱な老人及び病気にかかっている老人についてそれぞれの状況に応じ、健康診断、健康相談、保健指導、治療及びリハビリテーションが一貫して行われる制度として確立される必要があるが、現行の諸制度においては疾病時の治療対策に重点がおかれすぎているきらいがあり、莫大な給付費を要しながらも総合的にみた場合なお十分とはいえない状況にある。(昭和53年)

① 老人医療費の支給は、国の機関委任事務として市町村が行っており、その費用全額を支弁し、そのうち国が3分の2を都道府県が6分の1を負担している。(昭和53年)

② 2 老人保健法案の提出：①・・・疾病予防や健康管理などの保健対策、特に、老後の健康を確保する上で重要な壮年期からの対策は、全国的にみるとまだ十分とはいえない。②一方、医療の面では、老人医療費支給制度によって受診が促進されたこともあって、医療費が急激に増加し(第4-3-4表)、高齢化社会の到来を前に、今後この費用をどのように負担していくかが大きな問題となってきた。とりわけ、老人を多く抱える国民健康保険における医療費負担は大きく(第4-3-5表、第4-3-6表)、制度間の負担の不均衡是正を図ることは、緊急の課題となっている。③55年12月に出された社会保障制度審議会の意見等も踏まえ、56年3月、老人保健法案要綱を決定、これを社会保険審議会及び社会保障制度審議会に諮問④5月15日第94回国会に老人保健法案として提出したところである。同法案は、衆議院で継続審議となったが、厚生省としては出来るだけ早くその成立を図りたいと考えている。(昭和56年)

社会保障のこれからの進路を考える際に十分念頭に置かなければならない第1の点は、社会保障が立脚する基盤となる我が国経済社会が高度経済成長を経てかつてない程の豊かな社会となっていることである。・・・第2は、・・・我々は、将来の国民の負担の水準についての選択を迫られているとみるべきであろう。社会保障給付はいずれにしろ租税か社会保険料か受益者負担で賄われるものであり、それをいかに組み合わせて選択するかである。国民が将来の負担を適度な水準にとどめることを選択するとすれば、給付の効率化、合理化を進める一方で適正な受益者負担を導入する以外にないであろう。②具体的な視点としては、第1に、社会保障制度の役割の明確化、第2は、社会保障に要する費用が増大する中でとりわけ社会的公平が求められていることである。(昭和58年)

2 医療費増加の要因：近年は、人生80年時代を迎えて、医療費の内容に構造的な変化が生じており、これも医療費の増加の要因になっている。すなわち、治療に多くの時間と手間を要する成人病が増加し、また、病気にかかりやすく治療に長期間を要する高齢者が増えたため医療費が増加している。(昭和59年)

(疾病構造の変化)：①循環系の疾患(高血圧性疾患、脳血管の疾患等)、悪性新生物といった成人病が増加しているが、医療費の疾病別構成割合をみても成人病のウェイトが増加してきている。②成人病は政管健保被保険者の医療費でみると、昭和40年において入院で12.5%、入院外で10.3%を占めていたが、昭和58年には入院で39.3%、入院外で26.9%を占めるに至っている。③医療費に占める成人病医療費の割合は、昭和40年と比較し、各年齢階層において高いが、とりわけ高齢者についての割合が極めて高いので、高齢者の増加によって成人病医療費は増大することになる。(昭和59年)

(人口の高齢化)：高齢者は有病率が高く、また、治療に長期間を要することから、高齢者ほど医療費がかかる傾向にある。他の年齢層と比べて受診率や入院率が高く、65歳以上の者の1人当たり医療費はそれ以外の約4.5倍となっている。また、昭和50年度から57年度までの医療費の増加のうち、65歳以上の者の医療費が45.2%を占めている。(昭和59年)

老人保健制度の見直し：①老人保健制度については、61年12月に成立した老人保健法の一部改正。②一部負担については老人と若い世代の負担の公平という観点から、従来の外来1月につき400円、入院1日につき300円が、外来1月につき800円、入院1日につき400円に改められた。なお、入院時の一部負担については2か月間の支払い限度が設けられていたが、改正後は在宅療養者との均衡等を勘案して、期間の限度は撤廃された。(昭和61年)

(1) 医療費の現状

：1. 61年度及び62年度には再び国民所得の伸びを超える伸びを示しており、62年度には18兆759億円(対前年度5.9%増、対国民所得比6.6%)に達している。②老人医療費は過去15年間に約12倍に増大し、昭和62年度においては4兆8,309億円(対前年度8.9%増)、国民医療費の4分の1強(26.7%)にまで増加している。

2 安定した医療保険制度の構築：今後とも、被用者保険と地域保険からなる現行の医療保険制度の基本的枠組みを維持しつつ、医療保険各制度間の給付と負担の公平化(一元化)を図るための措置を段階的に講ずる。(平成元年)

総合的な老人保健事業の実施、(2) 老人医療費の負担の公平化：老人医療費支給(無料化)制度が実1. されていた昭和48年から昭和57年までの間に、老人の医療費は急激に増大した。このため、各医療保険制度間の負担の不均衡が拡大し、特に老人の加入割合が高い国民健康保険が深刻な財政危機を迎えていたことから、制度の基本的見直しが行われた。(平成3年)

(2) 医療費の内訳 ア 老人医療費：このように国民医療費が増大するなか、特に老人医療費の増加が顕著なものとなっている。具体的にみると、老人医療費は、平成2年度には5兆9,269億円となり、昭和48年度の約14倍に増大し、平成4年度には約7兆円に達するものと見込まれている。さらに平成12年度には16兆円にもなるものと推計されている。(平成4年)

(3) 国民負担率について：国民負担率(国民所得に対する租税および社会保険料負担の割合)については、「高齢化のピーク時においても50%以下にとどめる」べきであるとの指摘が、1982(昭和57)年の臨時行政調査会答申で指摘され、第2次・第3次行革審においても同旨の指摘が行われている。

平成9年医療保険制度改革と今後の医療制度改革について (1) 平成9年度改正：1997(平成9)年度には、世代間の負担の公平等の観点から、給付と負担の見直し等の制度改革・・・・、同年2月に「健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出され、同年6月に成立 (平成9年)

社会保障構造改革の方向、2) 今後の進め方：①国民の老後における最大の不安となっている高齢者介護の問題に対応するための介護保険法が、1997(平成9)年12月に国会で成立・・・、2000(平成12)年度の円滑な施行に向け、新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)に基づく介護サービスの供給体制の整備や要介護認定の試行的事業などを現在進めている。②医療については・・・、医療保険財政の当面の危機を回避するため、1997年6月に給付と負担の見直しなどを内容とする健康保険法等の改正を行ったが、21世紀に向け国民皆保険体制を堅持しつつ良質な医療を提供していくためには、医療提供体制および医療保険制度の両面にわたる抜本的な改革が必要である。このため・・・2000(平成12)年度を目途に現在、検討を進めている。(平成10年)

医療費の増加、(増大する医療費)、(老人医療費の増大)：①現役世代の被保険者や事業主がその大半を負担する老人保健拠出金と、国や地方公共団体の負担金とで賄われているが、この拠出金の負担が年々増大し、各医療保険者の財政運営の圧迫要因になっている。②各医療保険者の支出の約3割は老人保健拠出金として老人医療のために支出されている。現役世代のサラリーマンからみると、サラリーマン自身の医療保険料のうち約3割(退職者拠出金も含めると約4割)は、老人保健拠出金として老人医療のために使用されており、その額も保険料に占める割合も増大し続けている(平成11年)。

2 今後の医療政策の検討の方向性①短期的な医療費適正化対策に加え、国民・患者の視点に立って、生活習慣病対策、良質かつ効率的な医療提供体制の確立に努める中で、中長期を見据えた医療費適正化を推進することが求められている。②具体的には、生活習慣病の有病者・予備群を減らすとともに、入院期間を短縮し病院から早く家庭や地域に戻れるようにし、国民の生活の質(QOL)を確保・向上しつつ、結果として医療費適正化に資するという、中長期的な対策を講ずることが求められている。③また、今後、後期高齢者が大幅に増加していく中、家族による看護や介護が難しい高齢者世帯や認知症高齢者の増加、終末期医療の在り方も視野に入れつつ、患者の視点に立った医療提供の在り方を考える必要がある。(平成19年)