

〔川崎医療福祉学会ニュース〕

川崎医療福祉学会 第42回研究集会（講演会・情報提供）

日時：平成24年6月13日（水）14：00～
場所：川崎医療福祉大学 10階 大会議室

研究の中で追いかけた安寧な老い —Successful Agingと認知症高齢者のご家族の思い—

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科 松本 啓子 先生

講演要旨

1. Successful Aging の意味

Agingの過程において、ライフサイクル上の発達課題に対応して、望ましい形で進行することを意味する Successful Agingという言葉が、1960年代初めから米国において用いられるようになり、多くの研究報告が見られるようになってきた。人生における意味づけは、個人の持つ信念や価値によるところが大きい。そこで我が国の文化・風土に即した、社会的文化的背景を踏まえた上での後期高齢者への聞き取り調査をとおして、Successful Agingの意味について質的帰納的研究を行った。その結果Successful Agingの意味としては、〈満足〉〈チャレンジ〉〈健康〉〈自負心〉〈参加〉〈自己保存〉の6つのカテゴリーが抽出された。そして高齢者の語りには、現在の生活を語る中で過去を振り返ることによって、現在の生活に意味を持たせ、それを維持させていくために努力し、未来へ繋ぎたいという気持ちが表現されていた。語りの中で‘過去も現在も満足している’から〈満足〉のカテゴリーが抽出された。同様に‘チャレンジ精神旺盛で前向きな言動をする’から〈チャレンジ〉、‘健康・元気にむけて努力する’から〈健康〉、‘高い他者評価を得るとともに高い自己評価をしている’から〈自負心〉、‘社会や人との関わりに意味を見出している’から〈参加〉、‘満足している今の自分を、努力して維持させたい’から〈自己保存〉のカテゴリーがそれぞれ抽出された。このことは、我が国独自の新たな高齢者像の構築、医療・看護教育における高齢者理解に寄与し、今後増大する後期高齢者に対して、高齢者対策を講じていくことに示唆を与えることができると考える。

2. 在宅認知症高齢者の家族介護者における思い／ニーズ

在宅認知症高齢者の家族介護者に着目した上で、2000年度に施行された公的介護保険制度の変遷を踏まえ、国の政策等の社会的背景を検討した。そこでは、制度の見直しを含めた保健・医療・福祉の総合的なサービスシステムの構築が課題として挙げられた。また、社会背景をもとに現状を明らかにした上で、在宅認知症高齢者の家族介護者のサービスニーズを包含したニーズと、関連のある介護負担感や精神的健康に関する報告の整理と現状検討を加えた。そこで、在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズを主軸にQOLを含めた精神的健康状態の維持向上させるための介入検討資料の早急の課題整理が必至となることが挙げられた。さらに、在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズに焦点をあて、研究課題の整理と現状を検討した。その結果、看護職者として、精神的健康を少しでも向上、維持させていくためには何に着眼し、何が必要でどの要因に介入すれば良いのかを明らかにすることを最終目的と位置付けた。その場合それを実現するためには、既存の理論に依拠した上で、概念的枠組みの存在証明を行い尚且つ、そのニーズの増減を数値で表すことで、関連する要因を解析し、医療的側面全般を包含した看護的介入の糸口を見つけることが、結果的に介護の現場と看護を結ぶ援助システムモデルの構築へと繋がり、よりの確な看護的介入へと直接結び付くといえる。

まず在宅認知症高齢者の家族介護者の介護に関する全体のニーズを明らかにし、その因子構造を分析することが重要と考えた。その結果、6因子23項目からなる在宅認知症高齢者の家族介護者の介護関連ニーズ「Homecare-Related Needs Scale」を構築することができた。

次いで、その結果を踏まえて、介護関連ニーズの因子構造より下位6因子に含まれる因子の一つである「医

療ニーズ」に着目するに至った。その他の因子は、家族関係や経済的な問題等に係る因子として、看護職者として介入の余地を残さない変動幅の限られた、その家庭固有の因子である。看護職者として、最も介入の可能性が高いと考えられる因子を中心に、その他の要因との関係を明らかにしていきたいと考えた。そこで、在宅認知症高齢者の家族介護者の医療ニーズを測定できる指標を検討した。その結果、3因子12項目からなる医療ニーズ測定尺度を構築でき、構成概念妥当性ならびに信頼性を備えていることを確認した。医療ニーズ測定尺度は、12項目の簡易な尺度である。これによって、在宅認知症高齢者の家族介護者の医療ニーズを簡便に測定することが可能となり、その結果精神的健康など他の要因との組み合わせにより、より個別的な看護介入へと直結できるという可能性が示唆された。

さらに、それらの結果をもとに、縦断的研究方法を用いて在宅認知症高齢者の家族介護者の介護負担感と、医療ニーズ尺度を用いて医療ニーズとの関係について解析を加えた。この場合、Cross-Lagged Effects ModelとSynchronous Effects Modelの両モデルによる検証を試みたことにより、より確固たる裏づけとして検証されたことになる。その結果、因果関係については、家族介護者は、介護負担感の認知の後、医療ニーズの認知へと続くという因果の方向性を示す検証が行えた。

介護に関連した介護者の全般的なニーズ測定指標の開発を第一段階として、その構成概念の中に想定内として当然有するとした医療の側面に特化したニーズ測定指標の開発へとさらに試みを進めた。そしてその結果を用いて既存の理論を援用し、検討を加えた認知の位置づけに存在すると想定される医療ニーズとその発生に関連すると予測される重要な要素として介護負担感を取り上げ、その因果の方向性を解明することができた。これらの結果は、精神的健康が介護負担感のみによって全てを規定されてしまうものではないことを示している。その他の要因として、被介護者側の要因や介護者側の要因も関連があるといえる。しかしそれだけではなく、介護負担感は医療ニーズを経由した後、精神的健康へと確実に影響を与えていることは確認ができた。このことから、在宅認知症高齢者の家族介護者の精神的健康の測定指標の数値を変動させる要因の一つに、医療ニーズが挙げられることを示唆しており、医療ニーズを測定指標として、数値によって表すことで、より看護介入の評価や基準として利用することが可能となることを示唆するものであった。家族介護者の精神的安寧な環境を保持することは、被介護者にとっても質の高い介護内容が保障されることである。より強固な裏づけのものと、焦点化した看護介入の検討のためには、今後、医療ニーズに着目していく必要と必然があることが併せて示唆された。

Evo-Devo：進化発生生物学

～形態進化を個体発生システムの変化として理解する～

川崎医療福祉大学 医療技術学部 臨床工学科 竹内 雅貴 先生

講演要旨

シンプルに自己紹介をすると、私は自然科学者であり生物学の研究者である。現在、そのスタンスで医療・福祉とどのように向き合い、研究や教育へ生かして行くべきかを模索している。生物学は医療の基盤をなす学問であり、私の専門である発生生物学も、再生医療や組織工学といった今後の発展が望まれる医学研究と非常に密接な関わり合いをもつ分野である。しかしながら私の研究は、それら既に方向付けされた医学研究へ直接的に貢献する事を目指しておらず、より基礎的で学術的な探求である。メタな視点で見れば、イノベーションはそれを目指して創出されると言うより、むしろ、多様な学術研究の偶発的な産物であるとも考えられるが、とはいえ、医学研究に吸い上げられる（かもしれない）のを（期待せずに）待つ以外に、私のような学術研究の研究者が医療・福祉へどのように貢献できるのだろうか。

一つの解は、単純に正しい情報を発信し続ける事にあると考えている。研究者は、先端的で有用な情報を報告するのはもちろん、広く科学リテラシーの向上へ寄与すべきである。特に医療・福祉に携わる方々が科学的に正しい知識や論理的な思考体系を身につける事は重要であり、例えば、ホメオパシー（日本学術会議が「荒唐無稽」と声明を発表）などの疑似科学が医療・福祉へ介入するといった問題において、根本的に有効な対処となりうるだろう。また当然、医療・福祉は科学的な根拠を元に行われるべきであるが、一方で、倫理的／道徳的な判断は科学とは全く独立に行われなければならない。個人的には、科学リテラシーの本質は、科学と倫理を情緒的に混同しないで考察する事だと考えている。例えば、今回の生物進化に関連した話題で、「ヒトは類人猿から進化したのではなく、ヒトが類人猿の一種である事が系統発生的な事実である」とお話しした。このような考えは、原理主義的な教義によっては神への冒瀆であるとされるし、そうでなくとも納得いかない方もおられるかもしれない。その納得いかない気持ちは、科学と倫理の情緒的な混同がもたらすものであろうと考えている。科学的知見を否定しなければ成り立たない主張に意味はないし、逆に、科学的知見によって担保されなければ主張できない倫理や道徳にも意味はない、というのが私の持論である。

閑話休題：以上のような考察が前提にあり、今回は科学的思考の一端へ触れてもらう機会として自身の研究分野“Evo-Devo”（エボデボ）の紹介を行った。“Evo-Devo”とはEvolutionary Developmental Biology（進化発生生物学）の略であり、分子生物学の知見をふまえた新しい生物進化研究の標語となっている。分子発生生物学の研究が進み、「動物は様々な形態を作り上げる為に様々な発生システムを持つが、そこで使われる遺伝子はほとんど共通である」という驚くべき事実が浮き彫りとなった。また一方で、ゲノムの解析においては「各生物種的设计図（その生き物の特徴づける原因）は、ゲノムDNA全体を見ても中立的な変異の蓄積に埋もれてしまっていてわからない」事が明らかとなっていた。このような背景から生まれた“Evo-Devo”とは、「生物形態的设计図が発生システムそのものであると考える事により、発生システム自体を比較する事で、设计図がどのように改変されて形の変化が起きたのかがわかるようになる」というアイデアでの研究である。



「ハレ」の日のマーケティングデザイン

川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉デザイン学科 吉本 一夫 先生

講演要旨

本稿は、2012年成人の日に発売された日本酒「HARE・祝結（いわいむすび）」をプロデュースした農産官学共同の若者向け地酒開発プロジェクト「Takeo 20 Project」の事例紹介である。プロジェクトメンバーは、岡山市建部町農家、倉敷市酒造会社、岡山市酒販売・居酒屋会社、岡山市役所、川崎医療福祉大学医療福祉デザイン学科学生と教員である。

背景

日本のアルコール飲料のマーケットは、数十年前のキリンビールとアサヒビールのシェア逆転やその後の焼酎ブーム、近年はテレビコマーシャルで復活したウイスキーなど話題にはなっているが、実際には、マーケットを押し上げるにはいたらず、年々縮小している。全体で年-5%だが、その中で日本酒は-8%というからかなり厳しい。一方、岡山の酒造業界に眼を向けると、酒蔵が多いにも関わらず知名度は低い。兵庫県灘の酒と広島県西条の酒に挟み撃ちされているからだ。実際自社ブランドでの販売よりも桶貸しと言って、他の酒造業者に醸造タンクごと売るいわゆるOEM供給する酒蔵が多いこともこれに関係する。



企画

このような状況のなかで、二十歳になって初めて飲む酒との出会いをスタイリッシュな日本酒にすることによって日本酒の販売拡大を実現させたいとのねらいがある。「My first sake」というテーマはこのような意図で設定された。ただ、ある酒造メーカーの調査によると、今の若者は一杯の酒を一時間かけて飲みながら、ほんの少しの酔いでかすかな非日常性を楽しむのだという。このような若者にどのようにアプローチすればよいのか一番の課題となる。



調査

まず、手始めに若者の嗜好を探るため、学生17人を対象に18種類の日本酒のテイasting調査を行った。当初は成人の日に発売するというので、すべて20という数字に拘りたかったのだが、予算と人集めに躓き、18種類を21歳から23歳の17人となった。結果は、一般的に言われていることと大きな違いは見せなかったものの、やや甘くてさらりとした後味が好まれる傾向が掴めた。若者に特徴的なのは抵抗感のない甘さということである。この結果は酒造りに活かされることになった。

コンセプト

次は、コンセプトメイキング。地元建部町産の雄町米を原料に使うことからTakeo（建雄）という名前の新成人を想定し、この若者が日本酒と出会うストーリーを描くことによってイメージを膨らませることにした。岡山の工学系私立大学の2年生で二十歳、物事に対してあまりこだわりがなく、友達が多いが積極的に友達を誘って遊びに行くタイプでもないという今の若者を詳細に描いて日本酒との出会い方を描いた。ターゲットユーザーを具体的にかつ詳細に描くことによってプロジェクトメンバーの情報、価値



共有が容易になり、コンセプトから最終デザインに至るまでの工程の中でブレが起きないというメリットがある。

学生たちの作ったシナリオは親が成人を迎える子にお酒を振る舞い、成人の仲間入りを祝い、改めて親子が結ばれるというもので、親子のコミュニケーションがない時代と言われる中でこのようなストーリーになったのは興味深い。これらのストーリーをもとに具体的なデザイン制作に入った。

制作

6色のカラフルな短冊状のチーフを配置したラベルデザインのコンセプトワードは多彩、十人十色としている。学生たちが酒造米生産農家の方たちと交流しながら稲刈りを体験したとき、それまで無色透明に見えていた日本酒の中からビビッドなカラーが湧き出るイメージーションを得たという。これに、二十歳の若者は多彩な才能を持って成長して欲しいという思いも込めた。

ネーミングのHAREが商品名で祝結が発売記念のサブブランドで、HAREは地元でのキャッチフレーズになっている「晴れの国おかやま」であり、非日常のハレでもある。酒瓶に掛かっている祝結のタグの裏には学生が綴った以下のメッセージが記されている。

「親の気持ちと成人する娘・息子の気持ちが結ばれるめでたい日。互いの気持ちが結ばれ、そして祝う。」

これから多彩な人生を送るであろう若者とその親を結ぶほのかに甘い味とストーリーの日本酒が完成した。

Takeo 20 Proj

Jul. 2011 - Jan. 2012



北川博昭(監修)・酒造米生産農家(協力)・酒造米生産農家(協力)・2011年7月〜2012年1月

改正障害者自立支援法の廃止と新法・障害者総合支援法の実体

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科 新井 宏 先生

講演要旨

はじめに

障害者自立支援法を一部改正した「障害者総合支援法案」が、第180回通常国会において可決成立した。2012年4月26日に衆議院を通過し参議院に付託されていたが、6月20日、参議院本会議において賛成多数で可決された。新法「障害者総合支援法」の施行は2013（平成25）年4月（一部の事業は2014年4月施行）である。

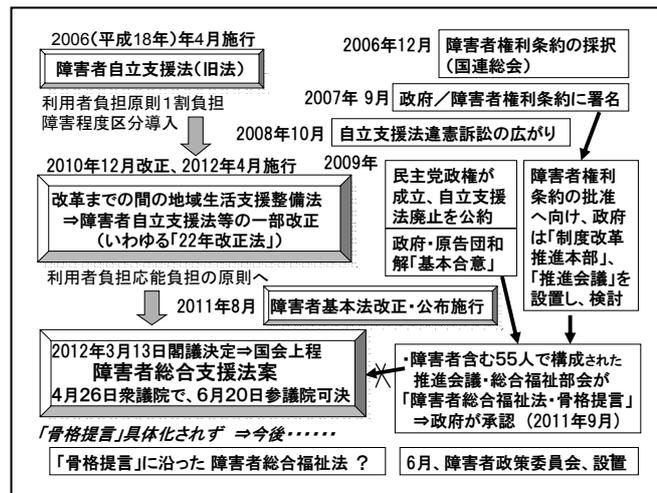
この新しい法律を通じた障害者保健福祉施策の見直しは、マスコミ報道など世論の関心と呼んではいけないが、政府は「社会保障と税の一体改革」に関係する制度改革のひとつであるとしている。

一方、障害者の保健福祉施策の分野の「改革」、見直しが迫られる背景は複雑である。第一は、国連の障害者権利条約の批准へ向けた国内法の整備である。第二は、障害者自立支援法（旧法）がもっている利用者負担の応益負担原則の廃止を求める障害者団体による違憲訴訟が広がっていったこと、民主党政権への交代に伴う原告団・弁護団・厚生労働省の和解条項での応益負担原則「廃止」の合意、自立支援法そのものの廃止の合意。第三に、旧法で懸案となっていた対象障害者の範囲の拡大（発達障害者や難病患者等）、障害児施設体系の再編等である。

2009年12月、政府は「障がい者制度改革推進本部」（本部長は内閣総理大臣）を設置し、「廃止」後の新法の検討を進めるために、障害者団体等を代表する55人の委員が参画した「障がい者制度改革推進会議・総合福祉部会」を設置した。総合福祉部会での検討過程の情報は常にインターネットで開示された。各障害者団体からの意見が寄せられ、今までにない障害当事者が参画した検討がすすめられた。

新しい法律案は、2011年8月、総合福祉部会「障害者総合福祉法・骨格提言」として公表され、9月26日には政府「推進本部」がそれを承認した。その限りでは、明日にでも障害者自立支援法は廃止され新しい障害者総合福祉法が国会に上程されてくるものと誰もが思っていた。しかし、現行法を廃止し、新しい法制度体系を構築していくためには、6か月あまりの時間では困難であるということが明らかとなった。

障害保健福祉政策の形成や法制度の制定過程に、ここまで障害当事者（団体）が政党や官僚組織から独立して深く関与したことはかつてない出来事であり、その歴史的な意義は大きい。



【図1】新法制定にいたる検討の経過

新法の実体は、「障害者自立支援法」の看板の付け替え

2012年3月に閣議決定され、第180回通常国会に上程された法案は、法律の名称を障害者自立支援法から「障害者総合支援法」へと看板を付け替えたものであり、けっして抜本的な改革、見直しとはいえない。「障害者総合支援法」では、障害者基本法と同様の「基本理念」が盛り込まれたほか、障害者の範囲に難病患者が加えられた。障害福祉サービスでは、重度訪問介護の対象が知的障害者・精神障害者に拡大され、ケアホームがグループホームに一元化された。

「障害者総合福祉法・骨格提言」の多くが具体化されないまま、今後の「検討事項」とされ、棚上げされた。法施行後3年を目途とした検討事項として、①常時介護を要する障害者に対する長時間支援をはじめ、移動支援、就労の支援など障害福祉サービスのあり方、②障害程度区分（障害支援区分と名称変更）の認定を含めた支給決定の在り方、などがあげられている。こうした障害者総合支援法案の問題点に対して、障害者団体関係者50数人が参加した「制度改革推進会議・総合福祉部会」のメンバーをはじめ、各団体、障害当事者から

は落胆と同時に政府への批判が高まり、国会審議の段階では障害者団体の抗議行動が続けられた。

「障害者自立支援法」(22年改正法)および「障害者総合支援法」の概要

2006(平成18)年4月に施行された障害者自立支援法(旧法)は、2010(平成22)年12月に一部改正されている。議員立法による「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立したが、それに基づいて障害者自立支援法や児童福祉法の一部改正が行われた(以下「22年改正法」という)。「表1」参照

〔表1〕「22年改正法」と「障害者総合支援法」の内容(厚生労働省資料をもとに新井が整理)

事項	障害者自立支援法 2006年施行(旧法)	一部改正・障害者自立支援法 2012年施行(22年改正法)	障害者総合支援法 2013年施行(24年改正法)
法の理念	障害者基本法にゆだねている。	障害者基本法にゆだねている。	第一条の二(基本理念) ・障害者基本法の内容と同じ
法の目的	第一条・・・障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、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・・・障害者及び障害児が(その有する能力及び適性に)応じ(削除)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・・・障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい(自立した(削除)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、 <u>地域生活支援事業</u> その他の支援を総合的に)行う・・・
対象となる障害者の範囲	身体障害者、知的障害者、精神障害者、障害児	身体障害者、知的障害者、精神障害者(発達障害者を含む)、障害児	身体障害者、知的障害者、精神障害者(発達障害者を含む)、難病患者、障害児(難病含む)
支給決定、障害者のサービスの選択	障害程度区分 心身の状況に関する客観的尺度であり、利用者間の公平性、市町村間の判断のばらつきは是正に効果がある。 二次審査(市町村審査会)・・・一次審査を上方修正したものが約4割	支給決定プロセスの見直し 市町村は、支給決定において相談支援事業者が障害者本人の意向を尊重し作成した「サービス等利用計画案」を尊重する。 「計画」はすべての障害者に対象拡大。	「障害支援区分」に名称変更 そのあり方について法施行後3年を目途に検討し見直す。 (平成24年度検討のための予算確保)
障害福祉サービス体系	介護給付、訓練等給付 自立支援医療、補装具 サービス利用計画作成費	介護給付に同行援護(視覚障害者の外出介助)を追加	ケアホームをグループホームに一元化 (平成26年4月施行) 就労支援は今後見直す
地域自立生活のための基盤	グループホーム、ケアホームの法定化	グループホーム、ケアホーム利用者への家賃助成 地域移行支援・地域定着支援の個別給付化 自立支援協議会を法定化	市町村による自立支援協議会の設置は任意設置であったものを、努力義務とする。
障害児施設体系・通園サービス体系(児童福祉法改正)	介護給付の一つとして 児童デイサービス	障害児通所支援 ・福祉型児童発達支援センター ・医療型児童発達支援センター ・放課後等デイサービス ・保育所等訪問支援 障害児入所支援・福祉型・医療型	
相談支援事業/地域生活支援事業	市町村による相談支援(地域生活支援事業)	・市町村に基幹相談支援センター ・計画相談支援、障害児計画支援、地域相談支援を個別給付化(支給決定プロセスに活用する) ・成年後見制度利用支援事業を市町村の必須事業とする。	
利用者負担	利用したサービス利用量に応じた原則1割負担	障害者等の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額。 ※22年4月から低所得者の利用者負担を無料としてきた。 無料の対象は85.5%(平成23年)。	

推進会議「骨格提言」の具体化へ向けて

「骨格提言」は「障害者総合支援法」では具体化されていない。ただし、その多くは「障害者総合支援法」付則第三条において「検討を加え・・・所要の措置を講ずる」事項として示されている。法律の施行後三年を目途に「第一条の二に規定する基本理念を勘案し」「常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方、障害支援区分の認定を含めた支給決定、障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度利用促進の在り方、手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方、精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずるものとする」とされている。

2012年6月、改正障害者基本法に基づく政府の機関として障害者政策委員会が設置されたが、委員の過半数が総合福祉部会の委員経験者を含む障害当事者（団体）関係者である。今後も「骨格提言」の実現に向けた取り組みが継続されるものと思われる。附則第三条の検討課題に関して、障がい者制度改革推進会議・総合福祉部会「骨格提言」の視点から、検討のポイントをみておきたい。〔表2〕参照

〔表2〕 附則・検討事項に関する総合福祉部会「骨格提言」のポイント

附則の検討事項	総合福祉部会「骨格提言」からみた、今後の検討のポイント
①障害支援区分	<p>「骨格提言」では、障害程度区分に代わる支給決定の仕組みをつくるべきであるとしている。「障害程度区分」がもっている問題点は、心身の機能の「障害」状態を把握しその程度をいくつかの区分に分ける、「社会的障壁」に配慮が行かない古い医学モデルによる手法を使っていることである。知的障害や精神障害による生活の困難さや行動の困難さ、支援の必要度については明確にならない。審査会による二次判定では4割の上方修正がでている。その「区分」によって、障害者が利用したいと考える障害福祉サービス(とくに介護給付)の利用者要件を満たさず、対象外であると判断される。支給の可否を決める手段の一つとして使われている。</p> <p>「骨格提言」では、これに代わるものとして、本人の意向が反映されたサービス等利用計画を策定し、支援ガイドラインに基づき市町村と協議調整して支給決定する、そのための合議機関の設置と不服申立の制度が必要であるとしている。個別のニーズをもとに必要なサービスを明確にした「利用計画」と市町村の定めた支給決定基準との合議、すりあわせによる支給決定の仕組みづくりが望まれる。</p>
②常時介護を要する障害者支援、移動支援	<p>「骨格提言」では、障害者が主体となって地域生活が可能となる支援体系の構築のために「全国共通の仕組み」と「地域の実情に応じて提供される支援」に分けて見直しが必要であるとしている。「全国共通の仕組み」として、長時間介護・パーソナルアシスタンス制度の導入(重度訪問介護の見直し)、移動支援、手話通訳等の派遣の充実などをあげている。「全国共通の仕組み」は国の財政措置によって維持される必要がある、としている。</p>
③障害者の就労の支援	<p>障害者の就労支援に関しては、現在の「就労移行支援」「就労継続支援」「生活介護」「地域活動支援センター」等に分かれている「日中活動」のサービス体系を、大きく「障害者就労センター」と「デイアクティビティセンター」の二つに再編すべきであるとしている。</p> <p>就労センターで働く障害者雇用契約により労働者性が認められ、賃金が保障されなければならない。その課題を解決するために、障害者雇用促進法等による支援施策や助成制度、賃金補填制度などの関連施策に関しても検討が進められている。</p>

(総合福祉部会資料をもとに新井が整理)

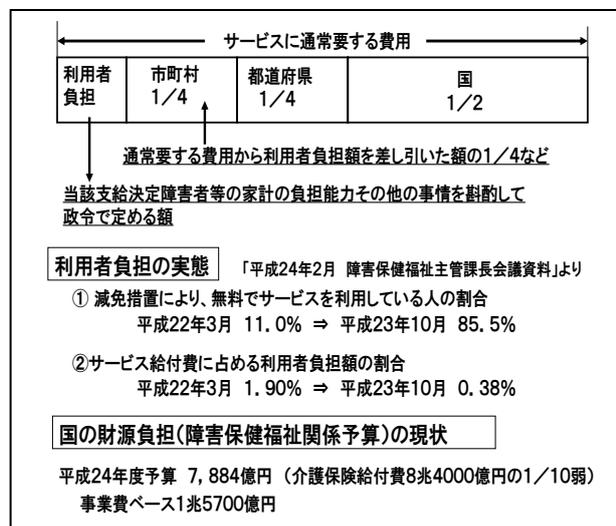
「22年改正法」における利用者負担の軽減措置、財源構造

障害者自立支援法違憲訴訟原告団等は、障害者の生活実態を無視した障害者自立支援法(旧法)の利用者負担の仕組み(原則1割負担)が違憲であると主張してきた。おなじ基礎年金で暮らす高齢者と比べて若年重度障害者はストック(預貯金、住宅等の資産)がほとんどない。フローとしての基礎年金や生活保護受給などに頼る生活実態にある。一方、重度障害者が必要とするサービスの利用量は当然に膨大なものとなる。結果、利用量に比例して自己負担額増になり、低所得と負担増という矛盾を生む。原則1割負担という社会保険のシステムは、憲法で保障された重度障害者の生存権を脅かすものである、という主張である。総合福祉部会「骨格提言」も同様の考え方を打ち出している。その主張は、障害者のための介護サービス等は生命と生活を維持するための最低限のものでありけっして「受益」ではない、原則無料とすべきであるとしている。

22年改正法は、違憲訴訟や障害者団体の要望等を背景に、「利用者1割負担」の原則を見直し、「応能負担」を原則とする規定へと改正した。

22年改正法は、2012（平成24）年4月に施行されているが、厚生労働省は、利用者負担に関しては、法の施行を待たずに「利用者負担軽減措置」をとり、平成23年度には低所得者（市町村民税非課税世帯等）の負担を実質ゼロとする運用を行ってきた。その結果、軽減措置により無料で障害福祉サービスを利用している人の割合は、平成23年10月時点で85.5%にのぼっている。そして、サービス給付費に占める利用者負担額の割合は0.38%という低い水準にある。〔図2〕参照

障害保健福祉施策の財源は、介護保険等とは異なり税財源と利用者負担で賄われている。障害福祉サービスに通常要する費用の一部を障害者が負担するほか、その残りの額（100%近く）を国が1/2、都道府県と市町村がそれぞれ1/4負担している。国の負担は、平成24年度で7,884億円（予算ベース）とされている。この水準は、介護保険の給付費8兆円余の1/10程度である。この構造は今後も変わらないものと思われる。



〔図2〕 22年改正法の利用者負担の仕組み

相談支援事業における障害者等の自己決定の尊重、権利擁護が課題

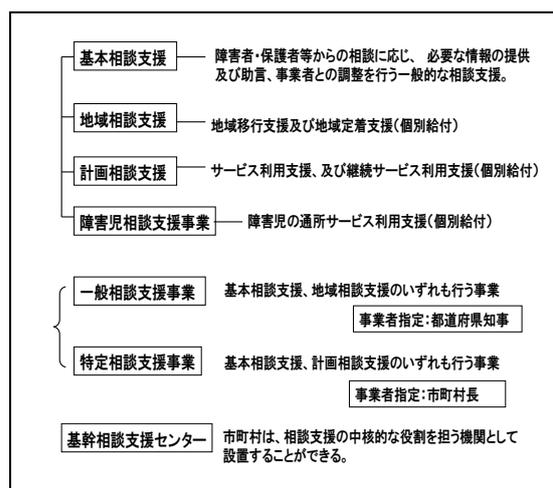
「22年改正法」では、障害者が地域で暮らし働くための資源を着実に整備していくとともに、地域で暮らし働くことを直接支援する相談支援事業に重点をおいた改正が行われた。

とくに、福祉施設や病院から退所・退院し地域生活に移行するときの支援や地域生活に定着するための相談支援に力を入れている。退所・退院希望者に対して個別給付として相談支援事業者による支援を提供することとしている。

今後、重視されるべきことは、地域で暮らし働くための権利保障と、地域で暮らし働き始めてからの権利擁護である。さらに、地域生活に移行していくために町で暮らす選択肢を増やすこと、資源を確保し、「どこでだれとどのように暮らすのか」を明確にしたサービス等利用計画の結果を市町村が尊重することである。

障害者総合支援法の第一条の二「基本理念」では、「・・・どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと・・・」を旨として支援が行われなければならないと述べている。万が一にでも、障害者が自分の意思に反して、地域で暮らし働くことの決断やその暮らしぶりが家族の意見や他者の影響を受け、その選択、決断が左右されるようなことがあってはならない。障害者の自己決定の原則をまもるための権利擁護の取り組みを強化しなければならない。

そのために、相談支援事業に従事する専門職員、ソーシャルワーカーの役割は、ますます重要となっている。



〔図3〕 相談支援事業の新しい体系

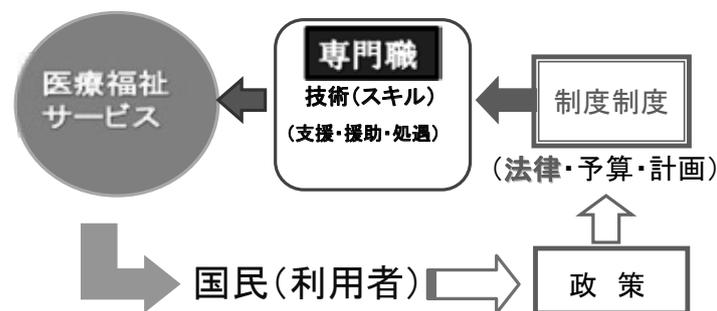
今般の介護保険改正（2012.4改正）について

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科 大田 晋 先生

講演要旨

1. 医療福祉における「制度」の持つ意味と果たす役割

医療福祉は、人の生命と生活に直接強く関わる分野であることから、他の一般分野と異なり、さまざまな規制（ルール）が法律で明確に定められている。医師法、医療法をはじめ、生活保護法、児童福祉法、障害者自立支援法さらに介護保険法などさまざまな法律によって公的な制度がしっかり構築されている。この法的ルールの中でいかに利用者のニーズに適合した個別サービスを提供できるかが、医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士など専門職の腕（技術）の見せ所である。この関係は、法令そしてそれによって作られた「制度という“土俵”」の上で「いかに良い勝負（サービス提供）」をするかということでもある。



2. 「介護保険制度」に関する基礎知識と特徴

- (1) 介護保険制度は2000（平成12）年4月1日から動き始めた制度であり、加齢からくる日常生活上のさまざまな不都合に対し、介護福祉士などがお世話（介護）することにより、高齢者の尊厳を維持し、生活の自立を支援しようとする公的制度である。具体的には、介護などの必要度に応じて、訪問介護、通所介護、特別養護老人ホームへの入所といったサービスを（厳密にはその費用を）保障するものである。制度による給付の対象者は原則65歳以上の高齢者（40～64歳の者については限定的給付）であるが、給付の前提として介護保険料を所得に応じて納付しておく必要がある。
- (2) 介護保険制度の特徴（医療制度との違いに着目して）
 - ①要介護認定の仕組みの導入（社会福祉士、医師、保健師など複数の専門職からなる介護認定審査会があらかじめ要介護度を審査・判定する）
 - ②ケアマネジメントの導入（介護支援専門員によるアセスメント、ケアプラン、モニタリング）
 - ③在宅サービスを民間株式会社などに開放（施設は社会福祉法人、医療法人）
 - ④さまざまな在宅サービスの組合せを可能とする「支給限度額」の採用

3. 制度利用の現状

現在400万人を超える制度利用者があり、その65歳以上人口に占める割合は15%前後（2012.4現在）であるがなお、増加が続いている。注目すべきは、65歳から75歳までの利用率は低く、80歳頃から急激に利用率が上がることである。

4. これまでの改正

- ・2006（平成18）年4月改正・・・制度発足から5年目の全面見直し

【改正内容】

- ・介護予防の重視→介護予防サービスの創設

- ・地域包括ケアの強化，認知症対策の充実→地域密着型サービスの創設
地域支援事業の創設
地域包括支援センターの創設
- ・2009（平成21）年5月改正
介護事業者コムスンによる介護報酬不正請求事件により必要な改正が行われた。

5. 今回の改正（2012年4月施行）

「地域包括ケアの推進」と「介護と医療の連携強化」が今回の狙い。いずれも，介護サービス利用者の「重度化」と「認知症の増大」が背景にある。

具体的には，地域密着型サービスとして，介護と看護の両サービスをセットにした二つの新しいサービスが創設され，また，介護職による利用者の痰の吸引，経管栄養処置などの医行為が認められることになった。

6. 今後の課題

- ・今後とも増加が見込まれる介護サービスの財源をどう確保するか。
- ・認知症対策の充実と強化。
- ・地域における高齢者ニーズへの対応として，「多職種連携」の必要性およびそのための人材養成・教育の強化 → 本学における多職種連携教育のあり方の検討が必要。