

《論文》

高齢者ケア領域における医療と介護をめぐる問題に関する一考察

——ケア分配のあり方と医療的行為について——

石 田 健太郎

1 問題の所在

2008年11月、舩添要一厚生労働大臣主催の有識者会議において、日本における長期的な介護政策のビジョンを示した「安心と希望の介護ビジョン」がとりまとめられた¹⁾。本報告書では、医療と介護のあいだをめぐる問いが一つのトピックとして検討され、それへの方向性が示された。本稿の関心からそのトピックに言及するならば、それは「介護者による医療的行為」に関する問題であり、報告書は〈質の高い総合的なケア〉を提供するため、介護の現場で必要とされる医療的行為を、介護者が行うことを可能ならしめるよう方向づけたものであった。

介護者による医療的行為は、従来から、①医療行為そのものの定義の問題と、②それを行う医療関係職種（時には、障害児をケアする学校の教師までも含み込んだ）の活動／対象範囲の定義の問題として論じられてきた。そして、これらの定義が問題となるたびに、家族以外のものが、医療的行為を行うことの是非が問われ、〈今後の検討課題〉としてこれまで引き継がれてきている。

上記報告書の検討過程において、家族以外の介護者、とりわけ、介護職員による医療的行為が、新たな介護資格（療養介護士（仮称））を創設することで法的に認められる可能性が提起された。そこでは、経管栄養や喀痰吸引といった要介護者の在宅での生活を支えるために必要

となる一定の医療的行為を行うことが想定されていた。最終的な報告書においては「将来的には、医師や看護師との連携の下に、介護の現場で必要な医療行為を行うことができるようにすることを含め、資格・研修のあり方の検討（以下、傍点は筆者による）」を行うという記述にとどまったが、検討段階において、新たな介護の資格や研修という形で、介護職員による医療的行為の問題にまで踏み込んだ具体的な提起が、高齢者医療や福祉の問題を直接に所管する厚生労働省老健局によって示されたことは、今後の医療・介護政策の展開に大きな意味のある出来事であったといえよう。

しかしながら、介護職員のキャリアという問題から見たならば（もちろん、看護職の業務範囲という問題から見ても）こうした出来事を、単純に意味あるものとして受け止めることは、難しい。介護職員による医療的行為の問題は、すでに述べたような定義問題に加えて、医療保険による診療報酬と介護保険による介護給付の連動性・整合性といった問題を抱え、さらに、介護職員そのものの定義と内部ヒエラルキーの構築の問題といった、いくつもの、乗り越えなければならない問題群がそこにはあるからである。

以上のことから本稿では、今後、高齢者ケア領域における医療的行為の問題（と介護者のキャリア）について具体的に論じるために必要となるであろう、介護職員が行うべきケアとはい

ったい何かという問いについて、つぎの2つの点から検討することとする。一つは、介護労働を捉える上で必要となるケアの基本的枠組みを把握すること（2節）、もう一つは、〈介護労働〉と〈医療的行為〉の定義について整理することである（3節）。さいごに、結びにかえてドイツにおける介護職員の育成策とそこでの課題について考察することで、日本への示唆を探る（4節）。これらの検討を通じて、介護職員の新たな資格化がもたらす問題とその影響の社会学的な意味について明らかにしたい。

2 どのようにケアは、配分されているのか？

2.1 どのようにケアは、配分されているのか？

——マイクロな視点から——

自らの力で生活を営むことが困難な高齢者の生活を支えるためには、経済的・身体的・精神的といった3つの側面から構成されるケア・ニーズの充足が必要となる。家族以外の介護者である介護職員には、いったいどのような種類のケア・ニーズを充足することが求められているのだろうか。こうした問いについて考察するため、以下ではケア・ニーズの充足が、いったい誰にどのような枠組みで配分されているか、つぎの2点について検討することとしたい。検討課題は、①マイクロには介護者の動機づけ、②マクロには介護供給類型である。

マイクロな視点から、誰にどのようにケアが配分されているのかについては、介護者の動機づけという点からみることができる。ケアを「身の回りのことができない人への労働力という資源の配分」（直井 1998：118）として捉えることでわたしたちは、主体と対象のあいだを媒介するメディアについて考えることができるようになる。あいだを媒介するメディアをケアラーの観点からいいかえれば、それはケア（介護）

を行う人の動機付け（コミュニケーション・メディア）となろう。そこでは、愛や規範、連帯価値、権力、貨幣といったものがあげられる（cf. 藤村 1994、直井 1998）。

愛情や規範に基づいて行なわれるケアとは、家族や親族といった個人によって担われている。また、連帯価値に基づいて行なわれるケアとは、地域や友人関係、生協、住民参加型といったものによって担われる。たとえば、友愛訪問やヴォランティアによる配食サービス、時間貯蓄制度などをもちいた互酬性の様式がそれにあたる。さらに、権力に基づいて行われるケアとは、最低限の生活をおくる権利を保障するために国家や自治体の公的責任によって提供される。最後の貨幣に基づいて行われるケアとは、要介護者やその家族が貨幣を支払うことによって民間福祉サービスプロバイダーからサービスを購入（交換）することによって提供される²⁾。

マイクロな視点から、誰にどのようにケアが配分されているのかについて検討することは、主体と対象のあいだで媒介される資源とその配分様式を問うことといえる。こうした介護者の動機づけとその配分様式は、ケアがその受け手と与え手といった少なくとも二者関係があって初めて成り立つ〈相互行為〉であると捉えることでより理解を深めることができる。相互行為としてのケアという視点は、すでに社会学的には定着したように思われるが、一般的にはケアを相互作用として捉えることで私たちは、いったい何をその射程に入れたといえるのだろうか。

ゲオルグ・ジンメルによる集団の量的規定に関する考察にならうならば、二者関係にのみもついでなされるケアという相互行為の場は、いずれか一方の退場によってその結合（全体）が破壊される。それぞれの要素そのものにのみ二者関係は依存しており、そしてそれがゆえに「個人の内的な総体態度」は規定され、「感傷と

悲哀の問題の固有の場」とケアは社会的に定義されることとなる (cf Simmel 1908=1994: 95)³⁾。そこには、ケアの受け手と与え手のあいだの相互への暴力／権力が存在し、感情社会学の視点からは〈魂の労働〉と〈触発される感情〉といった論点が浮かび上がる (天田 2004, 渋谷 2000)。

渋谷望は、ケアの与え手が「顧客によるマネジメント」とクライアントへの自己の一体化によって、労働者としての社会的アイデンティティを維持することが困難化することを指摘している (渋谷 2000)。ケアは、二者関係であるがゆえに、与え手と受け手との間の信頼関係に強くコミットしている。ケアの与え手は、自らの感情に働きかけることで〈労働〉を顧客であるケアの受け手への〈配慮〉に変換し、サービスの質を担保する自発性を引き出すのである。それゆえ感情労働は、十全に商品化されえないし、愛情やヴォランティアといった価値と絡まって社会によって〈動員〉される。

また、天田城介によれば、ケアの受け手と与え手のあいだには「〈老い衰えゆくこと〉の根源的暴力性と〈ケア〉をめぐる根源的暴力性という二重の暴力性」(天田 2004: 19)がある。そして、自らの身体を他者に非対称的に曝け出さなければならないという徹底的な受動性によってケアの受け手は、他者からの侵食を受けることになる。そうした中において当事者は、自らの〈老いと衰えゆくこと〉という不本意な事態を能動的に生き抜こうと世界を再定義・再解釈しているという (天田 2004: 52-59)⁴⁾。

さらに天田は、ケアの現場では「いま－ここ」の状況におけるケアの受け手と与え手の相互の行為や感情に触発され、「意図せざる結果」としてそれまでとは全く異なった感情が表出されることを指摘している (天田 2004)。こうした感情の表出は、固有の生の豊潤な差異の現れの

契機であることも、老いとそれにともなった病気や障害による自らの身体のままならさへの、やり場のない激しい怒りの契機ともなる。介護職員は、こうした二者関係を否応なく引き受けざるをえず、ケアは困難なものとなる。

このようにケアを相互行為的に遂行されるものとして捉えることによってわたしたちは、サービス利用者を一方的なケアの受け手としてみるのではなく、主体的な働きかけを行うものとして把握することができるようになる。そして、その延長上に介護利用者の主体性の尊重がなされ、そのことによって「利用者の権利の思想」(副田 2008: 27)が結晶化する⁵⁾。

2.2 どのように介護は、配分されているのか？

——マクロな視点から——

つぎにマクロな視点から、誰にどのようにケアが配分されているのかについて、福祉国家の国際比較に関する研究のこれまでの蓄積にない、福祉レジーム論の類型を用いることから検討する。エスピン・アンデルセンは、福祉国家を①「社会政策によってどのような階層構造が制度化されるか」(Andersen 1990=2001 岡沢・宮本訳: 25)という様式をさす〈階層化〉、②「社会政策の効果として、個人(と家族)が市場に依存することなく所得を確保し消費できる」(Andersen 1990=2001 岡沢・宮本訳: iv)程度をさす〈脱商品化〉、③「社会政策(または市場)が女性に『商品化』のための自立性、あるいは、まずなによりも独立世帯を築き上げるための自立性を与えられるかどうかの度合いを」(Andersen 1999=2000 渡辺・渡辺訳: 87)をさす〈脱家族化〉という3つの指標によって、類型化した。そこでは、国家(政府)・市場・家族という3つのアクターにおける福祉ミックス、あるいは公的福祉と民間福祉の公私ミックスの程度が、それぞれのレジームによっ

て異なることが示されていた。いいかえるならば、こうした福祉国家の類型化は、ケア・ニーズの充足が、国家や市場といった公（フォーマルなサービス提供者）によって分けもたれる程度と、家族（や親族、ときには友人）といった私（インフォーマルなサービス提供者）によって分けもたれる程度のバランスを示す、「ケアの社会的分有」（中根 2006）の状態を表現するものであったといえる。

現在の日本におけるこうしたケア（介護）の社会的分有の在り方（介護サービス供給体制の公私の関係）を法的に規定するものは、2000年に施行された介護保険法と社会福祉法であろう。その基本的な性格を介護保険法に拠ってみるならば、つぎのように規定されていることがわかる。介護保険法は、「国民の共同連帯の理念」に基づいて、加齢に伴って生じる疾病等によって要介護状態となり、介護が必要になった者に対して、その者の「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」必要なサービス給付を行うことで、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している。そして、そこで給付されるサービスの内容と水準を「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」としている。介護保険法のこうした目的規定は、それまで家族によって担われてきた介護を社会によって「代替」するよう位置づけたものと理解できる。

しかしながら、実際のサービス供給体制に即してみればこうした位置づけは、あくまでも介護の「部分的代替」であって、日本における他者へのケアにかかわる議論が「脱家族」という文脈におかれがちな中で、介護の「完全代替」を目指すものと理解することには注意が必要である。この点は、社会福祉法第4条「地域福祉

の推進」を見ることでもわかる。そこでは、「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営業者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、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が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない」とし、サービス供給体制における公私の関係を〈相補的〉なものと規定している。

また、国家と（準）市場という意味でのサービス供給体制における公私の関係についてみるならばそれは、社会福祉法第61条「事業経営の準則」に拠ってみることができる⁶⁾。そこでは、サービス供給体制における公私の関係を、公による私への責任転嫁や財政的な援助を求めないこと、自主性を重んじ不当な関与を行ってはならないこと、私による公への不当な財政的援助や管理的な援助を求めてはならないこと、といった形で規制している。その一方で給付という点からは、社会福祉法人を通じた公による供給システムに加え、自発的な市民参加による供給システムや、契約と利用という市場機構を通じた供給システムを導入することで、規制と誘導に力点をおきながらも民間事業者を含めたサービス供給主体の多様性を確保するよう定めている（cf：蟻塚2002、小笠原2002、栃本2002）⁷⁾。

日本における介護サービス供給体制の公私関係は、家族や施設かといった単一の行為主体によって〈完全代替〉的に担われるのではなく、家族や施設福祉、地域・在宅福祉といった複数の多元的な行為主体が混在する中で〈部分的代替〉〈相補的〉に担われるものと制度的に位置づけられているのである。

3 〈介護労働〉と〈医療的行為〉

——医行為・医療的ケア・生活援助行為——

2節においてわたしたちは、誰にどのようにケアが配分されているのかという基本的枠組みを整理することから、家族以外の介護者である介護職員が、どのような社会的配置の中で、ケアを分け持っているのかについて接近することを試みた。その一方で、こうした検討の中から、介護職員によって分有されるケア・ニーズが、具体的な行為レベルにおいては、いったいどのような種類のものであるのかということについては、まだ見ることが出来ていない。つぎにわたしたちは、〈介護労働〉と〈医療的行為〉の定義について検討することから、この点を明らかにする。

3.1 〈介護労働〉の定義

そもそもケア（介護）と一口にいても、その概念の広がりや用いられ方には大きな幅がある。一般的には日常的な世話や看護、養護、療育といった意味を含んだ形で広範な領域において、それは使用されている。そのため、個々の研究領域における用いられ方も、少しずつ異なっているように思われるし、管見ではあるが先行研究で示される概念図を取り上げてみてもそのような差異は見えてとれる（cf 都留1995, 成清1999 etc）。

制度レベルで介護職員によって分有される具体的な行為とその対象（介護労働）を定義しようと思うならば、それは「社会福祉士及び介護福祉士法」に拠ってみることができる。そこでの介護福祉士の定義にしたがえば、介護労働とは「専門的知識及び技術をもって、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」である⁸⁾。

また、介護保険制度における給付の種類とその内容についての規定をみることで、制度レベルで具体的に指し示された行為群を、介護労働の定義として確認することができる。副田によれば、介護給付におけるサービス・メニューを概観することで介護職員の主要な業務としてあらわれるものは、①入浴、②排せつ、③食事、④調理、⑤洗濯、⑥掃除、⑦生活などにかんする相談・助言、⑧その他の日常生活の世話、⑨健康状態の確認、⑩緊急時の対応、であるという。さらに副田は、福祉士養成講座編集委員会編集のテキスト『介護概論』から、その主要内容の区分を一覧することから「緊急時の対応」と「終末期の介護」を介護現場の実情を鑑みて有益なものとしてあげている（副田 2008）⁹⁾。

3.2 〈医療的行為〉の定義

つぎに〈医療的行為〉の定義についてその概念の変遷を検討することから、それが医行為・医療的ケアという2つの行為に分節化されることを確認し、制度レベルにおいて指し示される具体的な介護労働の範囲（行為群）を明確化する。

そもそも介護職員によって行われている〈医療的行為〉が問題となるのは、それが医師によって独占される業務として法に規定されていることと関連している。1948年に定められた医師法は、「医師でなければ、医業をなしてはならない（17条）」とし、それに違反した場合に罰則を課すことを定めている。また同じ年に定められた保健師助産師看護師法にも「看護師でない者は、第5条に規定する業（傷病者若しくはよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うこと）をしてはならない（31条）」とし、これもまた違反した場合の罰則規定がもうけられている。

こうした法的規制は、何を〈医行為〉と捉えるのかといった問題として、たびたびその解釈について論じられてきたものであった。たとえば、1958年に出された通知、医第310号『血圧、握力、肺活量の測定を業とする者の取締について』においては、「握力及び肺活量の検査は、その結果の判定のみでは医行為には属しないが、血圧測定は医行為と考えられる」とされていたし、1964年に出された通知、医事第44号『医師法第十七条の疑義について』においても「人に対し美容を目的として、いぼ、あざ等を除去するため薬品を塗察する等の行為」あるいはその「施術に付随して注射、投薬等を行なう行為」を〈医行為〉とする解釈を当時の厚生省は示していた。このように〈医行為〉は、医師と看護師といった医療専門職に業務独占されるものとして法的に規制されることによって、それ以外のものが行うことを妨げられてきたが、その一方で、当事者およびその家族による〈医療的行為〉については、1981年に示された通知、医事第38号『インシュリンの自己注射について』からもわかるように許容されてきた¹⁰⁾。

このような状況の中、何を〈医行為〉と捉えるのかといった議論に 대응するため厚生労働省は、1989年『医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究』をとりまとめた。本報告書は、あくまでも「厚生省平成元年度厚生科学研究」として実施されたもので、〈医行為〉に関するわが国の公式定義として位置づけることは出来ないが、その後の審議会や研究会等において再三、引用されることによって実質上の定義基準として解釈できるものとなった¹¹⁾。この報告書において〈医行為〉は、医学的危険度に基づいて「医師（又は歯科医師）が常に自ら行わなければならないほど高度に危険な行為」を指す〈絶対的医療行為〉と「それ以外の行為」を指す〈相対的医療行為〉の2つに区分され、〈相対的医

療行為〉に該当する行為群は、医師でないものが実施することが可能となった。さらに厚生労働省は2005年に通知、医政発第0726005号『医師法代17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について』を示すことで、〈医行為〉とならない行為やその条件を明確化し、これまで「不必要」に拡大されてきた〈医行為〉の範囲の解釈を転換したのである¹²⁾。

このような変容を経て規定されてきた〈医行為〉であるが、その一方で別のアクターたちによっても、医師や看護師以外のものにも〈医療的行為〉を行うことの正当性を付与するよう主張されてきた。そのアクターとは、重い障害を抱えながらも地域で暮らし学校に通う子どもたちを支援する教員や医師、当事者家族のことである。かれらは、経管栄養・吸引などの日常生活に必要な医療的な〈生活援助行為〉を、治療行為としての〈医行為〉と区別して〈医療的ケア〉と名づけた。そして学校において、家族でも医療専門職でもなく教員によって〈医療的ケア〉が行われることの必要性和その意義を、医療・福祉、そしてもっとも強くは教育の観点から説いている。

シンボリック相互行為論の視点からみれば、こうした名づけは「単に対象の分節化、識別を可能にするだけではなく、命名が同時に行為の方向づけを可能とする」（片桐 1996：29）ものであるといえる。〈医療的ケア〉という用語を養護学校校長という立場で提起してきた松本嘉一は、当時を振り返り、自分たちの行っている行為をどのように表現すればよいのか苦心した様子についてふれ、「『たった一字だけれど、（CUREとCAREの）UとAの違いは大きいんですよ！』と叫びたかった（（ ）内は筆者による）」（松本 2006：79）と述べている。〈医療的ケア〉と名づけた対象の範囲の明確化と共有の過程は、肢体不自由養護学校に在籍する児童の障害

の状態の変化を伴ったものであり、さらなる行為内容の変容の過程とその用法の模索の過程でもあった。

こうした養護学校における援助者たちの〈医療的ケア〉への取り組みと行政へのクレーム申し立て活動は、厚生労働省による報告書『盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理に関するとりまとめ』として結実することとなる¹³⁾。本報告書は、やはり同時期に議論されてきたALS患者やそれ以外の在宅療養患者への痰の吸引行為に関する議論をふまえた上で、文部科学省によるモデル（研究）事業が一般化できるかどうかを検討したものであった。本報告書は、先にもふれた医師法第17条の規定を示しながら、教員による医療的ケアの実施について「その本来の業務であるか否かを問わず、反復継続している以上医業に該当し、形式的には医師法第17条違反の構成要件に該当する部分がある」としながらも、「当該行為の目的が正当であり手段が相当であることなどの条件を満たしていれば、違法性が阻却されることがあり得ることは、学説・判例が認めるところである」として法的に許容されたとした。

このように〈医行為〉〈医療的ケア〉〈生活援助行為〉という3つの行為への分節化をへて、介護職員の活動対象範囲は、制度レベルと行為レベルにおいて指し示される具体的な〈介護労働〉として定式化されるのである。

4 おわりに

さいごに、結びにかえてドイツにおける介護職員の育成策とそこでの課題について考察することで、日本における介護労働の再編成への示唆を探ることにしたい。松本勝明によれば、ドイツにおいても日本と同様に、①居宅で介護される重度介護者の増加、②施設入所者の入所年齢及び要介護度の上昇、③それに伴った施設に

おいても在宅においても質の高い基礎看護が求められること、④認知症ケアのための老人精神医学的な専門介護や家族への助言、臨終の際の付き添いなどのケアが、介護者に求められるようになってきているという。そして、このようなケア・ニーズの多様化と高度化の一方で、肉体的・精神的な負担や時間的な圧力、社会的評価の低さ、不十分な給与、昇進やキャリアアップのための機会の不足といった介護労働の問題が、指摘されている（松本 2007）。

これら日本と共通する問題を抱えるドイツでは、その対応にも多くの共通点を見ることが出来る。介護職員の確保及び定着という目標は、他の労働市場との競争にさらされている。そのため、介護を魅力ある職場とする必要があり、労働条件の改善が不可欠となっている。具体的には、チームとして相互に協働することのできる組織の構築やキャリア形成支援、働きやすい柔軟性のある就労形態の導入による「仕事と家庭の調和」を企図することなどの対応をとることによって達成されるとされている。ここであがったような対策は、2007年8月に厚生労働省より示された「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」においてあげられた課題と一致している。

ドイツにおける介護者の育成策には、上述のような共通点が見られる一方で、2つの異なる点がある。一つには、介護専門職の養成課程の中で、看護師養成課程と共通する基礎教育の部分を統合するという方向性である。松本によればこうした統合教育の試行の背景には、ドイツの高齢者介護の現場においてすでに多くの看護師が、他の介護職員と同様の業務を担っており、その中でもとくにサービス提供に関する責任者として重要な役割を占めている現状があるからだという。

もう一つは、ドイツに特有の職業教育・訓練

制度であるデュアルシステムが、介護サービス供給体制の枠組みの中で「養成教育報酬」として制度化されている点である。「養成教育報酬」とは、養成校の学生に対して実習受け入れ施設から支払われる報酬をさす。実習生は「老人介護士」になるために必要な知識・技能を身に付けるだけではなく、同時に実習施設における介護サービスの提供に一定の貢献を行っているとして評価されているのである。このようにしてドイツでは、介護専門職の養成課程の中で2,500時間という長時間の実習を可能とする経済的な基盤と養成校での講義の体制が整えられている¹⁴⁾。

日本においてもデュアルシステムは、すでに紹介され事業化されてはいるものの、その普及の程度はかんばしいものではない。また、これを介護保険制度の枠組みの中で実施した場合の影響も検討する必要がある。実習生の受け入れが、施設において働く介護職員にとって、すでに大きな負担と認識されているならば、さらなる負担を課すことでどのようなことが起こりうるだろうか。さらに、そもそものキャリア形成に関する雇用政策や労働法のあり方を吟味する必要もあり、制度化する場合の課題は多い。

けれども、すでにみてきたように介護職員には、〈医療的行為〉を行うことが理念的にも実際的にも求められているし、介護労働そのものもそれに応じて再編成されようとしている。どのようなシステムの構築が、日本の介護労働が

抱える課題を効果的に、そして適切に解消するのか、今後も日本における介護労働の再編成の過程とそこでの課題を検討しつづけることが必要である。

注

- 1) 本会議は、舛添厚生労働大臣の直属の会議であり、責任の所在を明らかにすることで、発信力と政策実現を推進するツールとして設置されたものである。
- 2) 藤村による資源配分の現代的様式については下表を参照のこと。
- 3) ケアが相互行為であるという観点をさらに精密に理解すると、「もてなす人」、「もてなされる人」、そしてそれを「アシストする人」という3つの役割を、2人の行為者が相互に遂行することで成り立つ場であると把握することができる(石川 2004)。このことは、「援助者によるケアが、あくまでも、当事者の自己決定にしたがって、活動の不足分を補うという機能代替的な支援とそれをアシストするための専門的な技能や知識による援助という2つの要素から構成されるものであるということを示している」(石田 2006)。また、ジンメルは、「二人集団の個々の成員の純粋な個性へのこの依存は二人集団の存在の表象に、他の結合のばあいには生じるよりもより身近でより近くできる仕方において終焉の表象をつきまとわせる」(Simmel 1908

配分様式	コミュニケーション・メディア	親和的行為主体	基本的性格
自動	愛	家族・個人	愛情にもとづく共同体
互酬	連帯価値	家族・地域 会社(日本的) 友人関係 VE/生協/住民参加型	血と地にもとづく共同体 社縁共同体 選択縁共同体 選択縁共同体
再配分	権力	政府 (中央政府・地方政府)	法と観念にもとづく共同体
市場交換	貨幣	企業	超共同体

[出典：藤村 1994 p.151] (自助には[直井 1998]を参考にすると規範も入る)

=1994:94)とも述べている。

- 4) 天田のいう〈老いと衰えゆくこと〉の根源的暴力性とは、「自らの意思とは無関係に意志に反して当事者に襲いかかって来るような、あるいは制御不能であるような〈現実〉のモメント」のことである。また〈ケア〉をめぐる根源的暴力性とは、「他者に自らの身体を曝け出すこと、自己の秘匿としてきた部分のどれかを他者に委ねるということを織り込んで……『他者からの暴力性』を自ら引き受けなければならないという根源的な受動性に曝されている」ことを指す。
- 5) 副田義也は、介護労働の倫理的価値を①生命活動への援助、②基本的人権の保障、③人格の独自性・一回性への愛とし、生命・人権・人格とまとめている(副田 2008)。
- 6) 国及び地方公共団体といった公と社会福祉法人その他社会福祉事業を経営する私の関係のこと。また、「事業経営の準則」は、前身の社会福祉事業法でも第5条に規定されており、条文そのものもほぼ変更されることなく、社会福祉法第61条として残されたことから、日本の社会福祉の公私関係を強く規定するものである。
- 7) 規制と給付の関係については、より詳細な検討が必要であろう。市場機構の導入は、経済合理性や効率性の追求によって、公平性・公正性やサービスの質といったサービス供上の問題も生むからである。古くなるが、牛丸聡による医療供給体制、医療保障制度を下敷きに「介護」の供給体制に関する公私の役割分担についての考察を参照されたい(牛丸1989)。
- 8) 2007年12月の「社会福祉士及び介護福祉士法」改正によって介護福祉士の法律上の定義は「入浴・排せつ、食事その他の介護を行い、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」から「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」と変更されてい

る。なお、「介護保険法」において要介護状態とは「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又は一部について……常時介護を要すると見込まれる状態……をいう」とされている。

- 9) 福祉士養成講座編集委員会編集の『介護概論』では、介護労働の主要内容を①身体生活援助(i 食事、ii 排せつ、iii 睡眠と休息、iv 身体の清潔、v 運動と移動、vi 衣類)、②社会・文化生活援助、③居住環境の整備、④家庭経営・管理、⑤相談活動、⑥緊急時の対応、⑦終末期の介護、としている。
- 10) 1981年通知、医事第38号「インシュリンの自己注射について」では、十分な患者教育および家族教育を行った上で、適切な指導及び管理のもとに患者自身(又は家族)に指示して、インシュリンの自己注射をしても医師法第十七条違反とはならないとされている。
- 11) ALS患者の在宅療養支援に関する報告書や後述する学校における重い障害のある子どもへの支援に関する報告書等、多くの政府文書にて取り上げられる。
- 12) たとえば本通知では、先にあげたような血圧測定や薬剤の塗布は、医行為でないと明記されたし、もともと医行為ではなかった行為も示された。ただし、留意点としては、上記の事項も特定の条件が付されるものである点や、「事故が発生した場合の刑法、民法等の規定による刑事上・民事上の責任は、別途判断されるべきものである」とされた点、いくつかの行為については「看護職員によって作成された実施計画に基づいて行い、結果について報告、相談による密接な連携を図」り、また、医薬品の使用介助が福祉施設において行われる場合は、「看護職員によって実施されることが望ましく、またその配置がある場合には、その指導の下で実施さ

れるべき」であるとされた点などがあげられる。

- 13) 養護学校における取り組みについては、下川 2000 と大阪養護教育と医療研究会2006を参照されたい。
- 14) ドイツにおいても労働条件の改善が不可欠と考えられており、そのための方法として介護従事者の給与水準の改善を目的とした施策や、職員の健康保持・労働災害防止のための措置が講じられようとしている。たとえば、ドイツの新しい法案である介護保険継続発展法では、介護施設（介護サービス事業及び介護ホーム）とのサービス供給契約締結の要件として、当該施設がその職員に対して地域で一般的な労働報酬を支払うことを定めた規定が追加される予定である。

参考文献

- 天田城介, 2004, 「感情を社会学する」早坂・広井編『みらいを拓く社会学』ミネルヴァ書房: 119-139.
- 飯島節, 2008, 「介護保険の動向」『日本老年医学会雑誌』Vol. 45: 377-380.
- 石川准, 2004, 「見えないものと見えるもの」医学書院.
- 石田健太郎, 2006, 「ホームヘルプ労働の教育制度と相互行為場面についての考察——実践の中で『熟練者になる』ことを学習する——」『福祉社会学研究』3: 105-127.
- 服部万里子, 2007, 「介護職のための医療的行為&薬の基本完全ガイド」ひかりのくに株式会社.
- 片桐雅隆, 1996, 「フィクション論から見た自己と相互行為」磯部・片桐編『フィクションとしての社会——社会学の再構成——』世界思想社: 23-46.
- 松本嘉一, 2006, 「医療的ケア断章——私史的観点から——」大阪養護教育と医療研究会編, 2006, 『医療的ケア あゆみといま、そして未来へ』かもがわ出版.
- 松本勝明, 2007, 『ドイツ社会保障論3——介護保険——』信山社.
- 松本勝明・笹谷春美・森川美絵・宮崎理枝, 2008 『介護者の確保育成策に関する国際比較研究 厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）平成19年度総括・分担研究報告書』.
- 森川美絵, 1995, 「在宅介護労働の制度過程——初期（1970年代～80年代前半）における領域設定と行為者属性の連関をめぐって」『大原社会問題研究雑誌』No.486 pp23-39.
- 日本小児神経学会社会活動委員会編, 2006, 「医療的ケア研修テキスト——重症児者の教育・福祉、社会生活の援助のために——」クリエイツかもがわ.
- 日本介護福祉士会, 2007, 『日本介護福祉士会アンケート調査』.
- 大平滋子・野崎和義, 2004, 「事例で考える介護職と医療行為」NCコミュニケーションズ.
- 齋藤暁子, 2007, 「介護保険制度下における家族介護の現状——国民生活基礎調査から——」『高齢者ケア政策の展開とケアリング関係の再編』23-52.
- 渋谷望, 2000, 「魂の労働——介護の可視化/労働の不可視化——」『現代思想』28巻4号.
- Simmel, Georg., 1908, *SOZIOLOGIE. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Duncker & Humblot, Berlin, (=1994, 居安正訳『社会学——社会化の諸形式についての研究（上）——』白水社)
- 下川和洋編, 2000, 『医療的ケアって大変なことなの?』ぶどう社.
- 篠崎良勝・塩野谷高司, 2007, 『ホームヘルプと医行為』萌文社.
- 副田義也, 2008, 「ケアすることとは——介護労働論の基本的枠組——」上野・大熊・大沢・神

野・副田編『ケア その思想と実践 2 ケアすること』岩波書店：1-34.

染谷淑子編, 2007, 『福祉労働とキャリア形成——専門性は高まったか——』ミネルヴァ書房.

参考資料

厚生省, 1958, 医第310号『血圧、握力、肺活量の測定を業とする者の取締について』通知.

厚生省, 1964, 医事第44号『医師法第十七条の疑義について』通知.

厚生省, 1981, 医事第38号『インシュリンの自己注射について』通知.

厚生科学研究報告, 1989, 『医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究』.

厚生労働省, 2003, 『看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会報告書』.

厚生労働省, 2003, 医政発第0717001号『ALS患者の在宅療養の支援について』通知.

厚生労働省, 2004, 『盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理に関するとりまとめ』.

厚生労働省, 2004, 『終末期医療に関する調査等検討会報告書』

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>

厚生労働省, 2005, 医政発第0324006号『在宅におけるALS以外の治療療養患者・障害者に対するたんの吸引の取り扱いについて』通知.

厚生労働省, 2005, 医政発第0726005号『医師法代17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について』通知.

厚生労働省, 2007a, 『「介護施設等の在り方に関する委員会」第6回会議議事録』(2007.9.28).

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/txt/>

s0928-1.txt

厚生労働省, 2008a, 『「安心と希望の介護ビジョン」案(たたき台)」(2008.11.12).

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1121-8a.pdf>

厚生労働省, 2008b, 『「安心と希望の介護ビジョン」第6回会議議事録』.

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/txt/s1112-3.txt>

厚生労働省, 2008c, 『「安心と希望の介護ビジョン」第7回会議議事録』.

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/txt/s1120-1.txt>

厚生労働省, 2008d, 『「安心と希望の介護ビジョン」(2008.11.21).

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1121-8a.pdf>

厚生労働省, 2008e, 『「介護福祉士等現況把握調査」の結果について』(2008.12.15).

http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/haaku_chosa/dl/01.pdf

社会保障国民会議, 2008, 『社会保障国民会議中間報告』(2008.6.19).

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyokokuminkaigi/chukan/siryou_1.pdf

社会保障国民会議, 2008, 『社会保障国民会議最終報告』(2008.11.4).

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyokokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf

内閣府, 2003, 『高齢者介護に関する世論調査』.

参議院厚生労働委員会, 2005, 『介護保険法等の一部を改正する法律案に対する付帯決議』19項

参議院厚生労働委員会, 2006, 『介護福祉士制度及び社会福祉士制度の在り方に関する意見』

(いしだ けんたろう、本学科実習指導員)