

論 説

介護労働の変容と財政課題 —— 訪問介護の特質と財政方式の検討 (1) ——

西 島 文 香

はじめに

第1章 介護労働の特質と「看護」代替性

1. 介護労働の特質と専門性
2. 介護労働の担い手と「看護」代替性

第2章 訪問介護の制度化と国庫補助方式の変遷

1. 訪問介護の制度化と人件費補助方式
2. 事業費補助方式の導入とその影響

(以上、本号掲載)

(以下、次号以降掲載予定)

第3章 介護保険制度の創設と訪問介護の変容

1. 介護保険制度と介護報酬
2. 「身体介護」の再定義と訪問介護の変容

第4章 介護報酬の現状と課題

1. 介護報酬の改定とその問題点
2. 「生活援助(家事援助)」サービスのあり方

おわりに

はじめに

介護保険制度が施行されて10年目を迎える2009年1月、日本とインドネシアの間で締結された経済連携協定(EPA: Economic Partnership Agreement)にもとづき、日本において半年間の語学研修を終えたインドネシア人が介護福祉

士候補者として、日本各地の介護施設で働き始めた。少子高齢化が進展する日本において、介護サービスのさらなる充実が求められるなか、外国からの介護労働（候補）者の受け入れは、日本の介護施策において大きな転換をもたらすであろう。

折りしも、前年からの経済不況と雇用危機が一層深刻化し、「派遣切り」などの形で大手企業が相次いで大幅な人員削減を行った時期である。2009年4月末には完全失業者が前年より71万人増の346万人にのぼった。そのうち倒産やリストラなどによる「勤め先や事業の都合」による失業者は114万人であり、前年の同じ時期に比べ53万人増と特に急増している。完全失業率（季節調整値）は5.0%（2009年4月末）となり、2009年1月から0.9ポイント増と大きく悪化し、2003年11月（5.1%）以来5年5カ月ぶりに5%台となるなど深刻さが増している¹。その一方で、介護業界における求人は振るわず、「派遣切り」などの影響で介護関係の求職者が増えた2009年3月末でも、有効求人倍率（季節調整値）は1.73倍、東京では3.55倍、神奈川で2.92倍であり、特に都市部では深刻である。医療・福祉産業における就業者数は増加しつつあるが、慢性的な人手不足が解消される見込みはない²。

本稿は、高齢化の進展にともない社会保障制度の再構築が進むなか、近年の介護労働、特に訪問介護の特質と専門性をふまえ、措置制度から介護保険制度への移行にともなう介護労働の変容とその財政課題を検討することを目的とする。特に、訪問介護の特質や看護代替性という点からその専門性を特徴づけ、1960年代に制度化されて以降の件費補助方式と事業費補助方式の特徴や意義、問題点を検討する。また、現在の介護保険制度における身体介護の再定義と新たな財政方式である介護報酬の導入による訪問介護の変容を明らかにし、2000年以降の介護報酬の設定とその後の改定における問題点を検討する。さらに、生活支援（家事援助）サービスの専門性とその意義をふまえ、介護報酬のあり方と介護財政の課題を検討する。最後に、今後の介護労働者の雇用の安定を図

¹ 総務省「労働力調査 平成21年4月分（基本集計）結果の概要」。

² 2009年4月末で、製造業就業者数は前年から63万人減少し1097万人となった。医療・福祉産業における就業者数は614万人となったが、前年からの増減はゼロとなり、08年以降続いていた前年比6～34万人の増加傾向にかげりが見える（総務省、前掲資料）。

り、介護サービスを拡充するための財政政策の課題を検討し、今後の介護労働のあり方を考察することを目指す。

第1章 介護労働の特質と「看護」代替性

1. 介護労働の特質と専門性

試みに「介護」を広辞苑(第6版)で引いてみると、「高齢者・病人などを介抱し、日常生活を助けること」とある。類似である「介助」については、「そばにあって起居・動作などを助けること」となっている。介護や介助という行為そのものは、家族あるいは地域社会の間で営まれる日常生活において伝統的かつ一般的に行われているものであるが、現実の要介護者の状況は様々であり、心身の状態や家族の状況、また本人や家族の意思や要望もきわめて多様である。したがって、それぞれの個別的なニーズを把握・充足するために、専門職のみならず要介護者の家族や地域社会が連携して行う介護・介助、支援、代行、見守りなどであり、きわめて多様かつ多くの場合長期的な一連の活動であるといえる。

従来から家族が担ってきた介護が「労働」として認知されるのは高齢化社会の到来が現実的な問題となり、1963年に老人福祉法が制定されてからといえる。同法において、「老人家庭奉仕員」あるいは「寮母」が行う仕事を「介護」とし、ここで初めて行政用語としての「介護」が登場した。

現行老人福祉法では、「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、もって老人の福祉を図る」(同法第1条)ことを目的に、「老人は、(中略)生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障される」(同法第2条)ことを基本理念としている。「これを具体化する施策」であるところの「福祉の措置」として、同法第10条(「介護等に関する措置」)において、65歳以上のもので身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障がある者に対し、「居宅における介護等」(第10条の4)、「老人ホームへの入所等」(第11条)などの措置が規定され、それぞれ「訪問介護」、「通所介護」、「短期入所生活介護」や「養護老人ホーム」、「特別養護老人ホーム」などの具体的なサービス・施設があげられている。

本稿においては(特にことわらない限り)、老人福祉法及び介護保険法において規定、制度化され、ペイドワークとして有償化され、かつ介護・介助に特化した専門職が行うものを「介護労働」としたうえで、特に、高齢者ケアの中核である訪問介護(在宅介護)と介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)や介護老人保健施設における施設介護に着目して、以下で介護労働の特質と専門性について検討する。

(1) 多 様 性

介護労働における特徴としてまず第1にあげるべきは、様々な疾病や障害をもつ要介護者の個性とニーズの多様性にしっかり向き合い対応することにある。介護の目的は、要介護者のこれまでの人生や生活歴をふまえ、その人の個性を理解し、個別のニーズを引き出すことによって、主体的な生活を継続できるよう支援することにある。様々な疾病や障害を抱える身体的・精神的状況に応じて必要な介護・介助を行い、リハビリや介護予防を行うことで諸機能の維持・回復を図るだけでなく、それを通じて主体的に食べ、排泄し、入浴し、眠るという生活を実現し、生きがいを見出しながら尊厳をもって自分の人生を続けていくことを目指す。

個性とニーズの多様性を引き出すためには、要介護者と時間をかけてじっくり向き合い、観察し、想像し、理解することが不可欠である。多様なニーズを引き出し、介護という行為に根拠を与えることは、介護する過程で、最も重要かつ必要とされる専門性であろう。また、生活の継続を図り、生活習慣を尊重していくためには、介護の内容やその方法・手順も多様であり、それぞれの介護過程には一つとして同じものはない。

(2) 変動性・流動性

第2の特徴は、介護労働における変動性・流動性である。訪問(入浴)介護を例にとれば、介護者はまず要介護者の顔色や全身状態などをチェックし、室内やベッド周りなどの環境整備を行い、その後、入浴の準備などを行う。しかし、顔色が悪い場合、まず発熱や嘔吐などの有無を調べ、必要であれば医師の診断

を受ける必要がある。また、ベッドで排泄などしていた場合は、まず着替え、清拭、衣類等の洗濯、ベッド周りや室内の掃除などをする必要があり、通常と異なる手順で介護を行うことになる。さらに、家族関係や経済的状況に不安や問題が生じたときには、実情を把握した上でケースワーカーやソーシャルワーカーと連携する必要がある。

要介護者の日々の体調やニーズの変化に常に注意を払い、それに対応し、必要であれば、介護内容や介護計画を変更することが求められる。このように、介護労働は常に変動的・流動的であり、決して画一的・マニュアル的にできるものではなく、必要に応じて臨機応変に対応することが求められる。

(3) 協働性

介護の目的は要介護者の継続的な生活支援にあるが、要介護者のニーズは多様であり、身体的・精神的なものから、経済的、社会的なものにも及ぶ。介護職だけでそうした問題に対応することは困難であり、医師や看護師・保健師などの医療従事者や、社会福祉士や介護支援専門員など、他の専門職・専門機関と密に連携をとり、協働していく活動が求められる。また、地域生活との継続性・連続性を保つためにも、家族はもちろん地域社会や住民組織との連携や協力関係を築くことも必要である。

施設においても、多機能化・小規模化が進み、地域に密着した社会資源として位置づけられ、多様な役割を果たすことが重要になっている。入退院・入退所を支援するだけでなく、チームケアを積極的に取り入れ、地域生活の拠点として他職種・他機関と連携することが求められる。

このように、要介護者の生活を多面的・重層的に支援するために、他職種・他機関と常に協働的に活動することが重要となっ

2. 介護労働の担い手と「看護」代替性

介護従事者の現況については厚生労働省による「介護サービス施設・事業所調査」において、その資格や所属ごとに把握されている（表1参照）。このなかで「介護職員（訪問介護員）」とは介護福祉士と介護職員基礎研修課程修了者、

表1 職種別にみた常勤換算従事者数
(単位：人)

	(介護予防) 訪問介護	(介護予防) 訪問入浴 介 護	(介護予防) 訪問看護 ステーション	(介護予防) 通所介護
総 数	172 753 (176 527)	9 295 (9 580)	27 071 (27 015)	188 235 (177 094)
医 師	…	…	…	158
看護師	…	1 382	20 465	10 770
准看護師	…	1 762	2 541	13 210
機能訓練指導員	…	…	…	11 311
理学療法士	…	…	1 889	※ 614
作業療法士	…	…	936	※ 363
言語聴覚士	…	…	67	※ 48
柔道整復師	…	…	…	※ 454
あん摩マッサージ指圧師	…	…	…	※ 1 019
介護支援専門員	…	…	…	…
生活相談員・支援相談員	…	…	…	27 893
社会福祉士 (再掲)	…	…	…	3 470
介護職員 (訪問介護員)	163 742	5 642	…	100 801
介護福祉士 (再掲)	43 674	1 489	…	23 648
介護職員基礎研修課程修了者(再掲)	1 378	67	…	…
ホームヘルパー1級 (再掲)	15 544	276	…	…
ホームヘルパー2級 (再掲)	93 179	3 154	…	…
ホームヘルパー3級 (再掲)	704	19	…	…
障害者生活支援員	…	…	…	…
管理栄養士	…	…	…	918
栄養士	…	…	…	1 188
歯科衛生士	…	…	…	233
調理員	…	…	…	10 373
その他の職員	9 011	509	1 173	11 381

注：1) ()内は平成18年10月1日現在の常勤換算従事者総数である。

2) 従事者数は調査した職種であり、調査した職種以外は「…」とした。

3) (介護予防)短期入所生活介護には空床利用型の従事者を含まない。

4) 介護療養型医療施設には介護療養病床を有する病棟の従事者を含む。

5) 看護師には保健師及び助産師を含む。

6) ※は機能訓練指導員の再掲である。

7) *は介護職員の再掲である。

8) 介護予防のみ行っている事業所は対象外とした。

出所：厚生労働省「平成19年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況」p. 3。

平成19年10月1日現在

(介護予防) 通所リハビリテーション		(介護予防) 短期入所 生活介護	(介護予防) 特定施設 入居者 生活介護	(介護予防) 認知症対 応型共同 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
介護老人 保健施設	医療施設						
32 437	26 770	104 628	52 239	107 724	250 451	177 900	81 779
(31 689)	(25 824)	(97 550)	(41 422)	(101 917)	(240 683)	(176 170)	(90 941)
1 821	1 968	856	…	…	1 221	3 691	5 857
1 522	2 791	4 080	3 327	* 1 820	9 492	14 202	12 409
1 922	2 018	5 251	2 941	* 2 533	11 285	19 877	16 978
…	…	2 247	1 201	…	4 297	…	…
2 184	2 203	※ 163	※ 103	…	※ 312	3 955	2 795
1 736	1 208	※ 115	※ 59	…	※ 228	3 805	1 407
291	156	※ 14	※ 10	…	※ 35	616	587
…	…	※ 48	※ 42	…	※ 89	…	…
…	…	※ 227	※ 161	…	※ 540	…	…
…	…	2 335	2 054	6 398	6 580	4 865	2 731
…	…	4 515	2 758	…	7 646	5 736	…
…	…	1 167	485	…	2 134	2 272	…
22 883	16 378	69 392	39 959	95 377	164 291	95 719	34 131
8 635	4 606	28 337	9 369	21 546	73 834	47 384	8 570
…	…	…	…	…	…	…	…
…	…	…	…	…	…	…	…
…	…	…	…	…	…	…	…
…	…	…	…	…	…	…	…
…	…	…	…	…	…	…	…
…	…	…	…	…	33	…	…
…	…	1 848	…	…	4 538	3 508	1 713
…	…	1 036	…	…	1 850	1 026	759
78	48	…	…	…	…	…	…
…	…	5 801	…	…	14 428	6 163	…
…	…	7 267	…	5 948	20 179	13 827	…

ホームヘルパー 1～3 級で構成されており、その総数は2007年10月時点で80万8315人となっている³。以下では、介護労働の中核的な担い手である「介護職員」について、その資格と専門性について検討する。

(1) ホームヘルパー（訪問介護員）

1956年、現在のホームヘルパーの前身となる「家庭養護婦」の派遣事業が日本で初めて実施されたのは長野県上田市などの自治体であった。その後、1958年に大阪市において臨時家政婦派遣事業が試行的に実施され、翌年「老人家庭奉仕員」と名称を変えた。この老人家庭奉仕員派遣事業が高齢者の身体機能の維持や健康回復に成果をもたらしたことから、1962年度から、国庫補助事業として制度化され、国による派遣事業が始まった。翌年の老人福祉法制定に伴い関係規定が設けられ、改めて「老人家庭奉仕員派遣事業」として制度化され、「老人家庭奉仕員」（1990年の老人福祉法改定により「ホームヘルパー」へ、さらに2000年の介護保険法施行に伴い「訪問介護員」と名称変更された）が訪問介護の担い手として法定化された。

ホームヘルパー（訪問介護員）の養成については、1987年度から介護技術を中心としたホームヘルパー講習会推進事業が実施され、1991年度に業務内容に対応したホームヘルパーの養成を図ることを目的に、1 級から3 級までの段階的研修制度が導入された。1 級課程は、主任ヘルパー業務に携わるための知識・技術を習得することを目的に、2 級課程修了者を対象にするもので、講義・実技講習が146時間、実習が84時間の計230時間で構成される。主任ヘルパーについては、1980年代に導入された「主任家庭奉仕員制度」から発展したものであり、ホームヘルプ業務の基幹的な部分を担う職種である⁴。2 級課程はホームヘルプ従事者の基本的な研修と位置づけられるもので、講義・実技講習100時間、実習30時間の計130時間で構成される。3 級課程は2 級課程に進むための入門的な研修過程であり、講義・実技講習42時間、実習 8 時間の計50時間で構成され

³ 厚生労働省「平成19年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況」, p. 3。

⁴ 波川京子〔2000〕「地域看護からみた介護職種」国民医療研究所『21世紀の医療・介護労働』本の泉社, p. 166。

表2 訪問介護員(ホームヘルパー)養成研修課程の概要

課程	概要	受講対象者	研修時間数
1級課程	2級課程において習得した知識および技術を深め、主任訪問介護員が行う業務に関する知識および技術の習得	2級課程修了者	230
2級課程	訪問介護員が行う業務に関する知識および技術の習得	今後訪問介護事業に従事しようとする者	130
3級課程	訪問介護員が行う業務に関する基礎的な知識及び技術の習得	今後訪問介護事業に従事しようとする者	50
介護職員基礎研修	介護職員として介護サービスに従事しようとする者を対象とした基礎的な職業教育	介護福祉士資格を所持しない者で、今後介護職員として従事しようとする者または現任の介護職員	500

注) 主任訪問介護員(主任ホームヘルパー)とは、訪問介護員のうち、他の保健医療サービスまたは社会福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の訪問介護員に対する指導監督、その他の訪問介護を適切かつ円滑に提供するために必要な業務を行う者である。

出所) 厚生統計協会『国民の福祉の動向』2008年、p.197より、加筆修正。

る(表2参照)。

資格取得に際しては、地方自治体などの公的機関のほか、都道府県の指定を受けた民間事業者等もその研修事業を行っており、そこで規定の講習を受けた者が取得する「認定資格」である。2000年3月に出された省令により、訪問介護員の養成課程が法的に規定された⁵。これまでのホームヘルパー(訪問介護員)の養成研修修了者(有資格者)の実績数は表3の通りであるが、特に1990年代以降、着実に増加している。

高齢化の進展を背景に、介護サービスの量的・質的拡充が強く求められるなか、1989年に策定された「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略(ゴールドプラン)」が策定された。これにより、在宅及び施設における各種介護サービスの整備目標が初めて数値目標として明示され、ホームヘルパーについては1999年度までに「10万人」とされた。その後の中間見直しとして1994年に策定された「新・高齢者

⁵ 同上、p.165。

表3 訪問介護員(ホームヘルパー)養成研修修了者数(実績)

(単位:人)

年 度	1 級課程	2 級課程	3 級課程	1～3級の単純合計
1991～1995	28,312	62,129	114,661	205,102
1996～2000	36,333	749,427	327,183	1,112,943
2001	14,402	302,363	35,156	351,921
2002	17,984	292,782	20,745	331,511
2003	19,644	310,971	17,329	347,944
2004	22,185	315,819	12,967	350,971
2005	18,402	289,844	9,719	317,965
合 計	157,262	2,323,335	537,760	3,018,357

注) 1990 年度以前の実施分については、実態が把握されていない。

レベルアップを図り上位課程を修了した場合は、重複して計上されている。
出所) 厚生統計協会『国民の福祉の動向』2008年, p. 197より, 加筆修正。

保健福祉推進10ヶ年戦略(新ゴールドプラン)においては「17万人」に上方修正された。さらに、「ゴールドプラン」「新ゴールドプラン」の計画終了となる1999年には、新たに「今後5ヶ年の高齢者保健福祉施策の方向:新5ヶ年計画(ゴールドプラン21)」が策定され、ここではさらに倍増となるホームヘルパー「35万人」が整備目標として掲げられた。

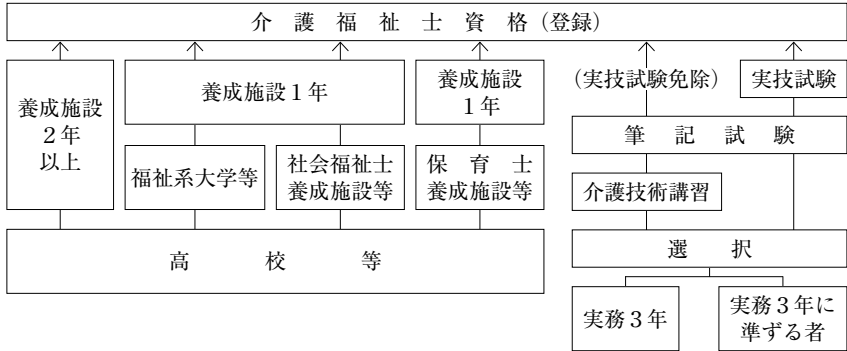
こうした目標数値はその数の少なさだけでなく、数値そのものが常勤換算されない「水増し」されたものであったことから、当時のホームヘルパーの量的・質的な不十分性を決定的に示すものとなった⁶。目標設定のあり方に批判が集まったものの、こうした計画策定によりホームヘルパーの量的・質的拡充がいかに喫緊の課題であるかが認識され、その後、人材育成のための条件整備が積極的に進められたといえる。

(2) 介護福祉士

高齢化の進展と経済社会の発展にともない、福祉に対するニーズも高度化・

⁶ 里見は、一連の「ゴールドプラン」について、その具体的内容と進捗・達成状況を批判的に検討したうえで、ホームヘルプサービスの実効性を確保するための運営・財政上の問題点と政策的課題を示した(里見賢治〔1993〕「『10か年戦略』と『老人保健福祉計画』-その問題点と実効性確保の課題」『社会問題研究』第43号第1号)。

図1 介護福祉士の養成課程



出所) 厚生統計協会『国民の福祉の動向』2008年, p. 190。

多様化するなかで、福祉サービスの質的拡充が求められるようになった。特に当時未整備であった福祉関係専門職の資格制度の法制化が必要となった。そこで1987年に社会福祉士及び介護福祉士法が制定され、翌年から施行された。

同法において介護福祉士は、「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を業とする者」(第2条2), と規定されている。また、介護福祉士は、ホームヘルパー1級に相当するものとして位置づけられており⁷、介護サービスの基幹的業務を担うことが求められている。

介護福祉士の養成課程は様々であるが(図1参照)、資格取得の方法としては、①介護福祉士の養成課程を置く大学、短期大学、専門学校などの養成施設を卒業する方法と、②介護の実務経験を経て国家試験を受験する方法がある。介護福祉士の資格を取得し、登録を受けた者は、2008年2月時点において640,402人である⁸。

介護保険制度が制定・施行され、介護を担う中核的人材である介護福祉士の専門性の確保・向上がより重要となってくるなか、2007年12月に「社会福祉士及び介護福祉士法」が改定された。これにより、2012年から介護福祉士の資

⁷ 波川京子, 前掲論文, p. 166。

⁸ 『国民の福祉の動向(2008年)』, p. 191。

格取得方法が大きく変更されることとなった。具体的には、養成施設を卒業する場合、その修業時間数が1650時間から1800時間に拡充され、修了後に国家試験を受験することが新たに課される。また、実務経験を経て国家試験を受験する場合にも、新たに6ヶ月以上(600時間)の養成課程が課せられることになる。これにより、資格取得方法を国家試験に一元化し、介護福祉士の質の統一を図るとともに、さらなる知識の深化と技術の向上が目指される⁹。

(3) 介護労働の「看護」代替性

介護サービスが制度化されて以降、日本の高齢者介護の現場では、専門的知識と技術をもった介護福祉士やホームヘルパーの有資格者が中心となりながら、一方で多くの無資格者も介護労働に携わってきた。

高齢化にともない医療・看護・介護サービスが増大するなかで導入された介護保険制度は、老人医療費を押し上げる要因として問題となったいわゆる「社会的入院」を解消することを目的に、医療保険下の療養病床の入院「患者」を、介護保険制度下の介護施設・サービスの「利用者」へと移行させることに主眼があった。こうした政策転換には、療養病床における看護業務そのものに介護的要素が含まれているという認識があるといえる。看護の専門性をどうとらえるか、また、「看護と介護の分化」の妥当性については議論の余地があるが、本稿ではこの点には立ち入らず、現実の制度的分離を前提にする。

介護保険の制度化により、医療(保険)から介護(保険)への移し換えが図られたが、当然状態によっては介護施設や在宅における医療行為が必要となる場合がある。「医療行為」とは、「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼすおそれのある行為(医行為)」¹⁰であり医師、歯科医師、看護師等の免許をもたない者が医業を行うことは禁止されている(医師法第17条、歯科医師法第17条、保健師助産師看護師法第31条)。「医業」とは、

⁹ 山下幸子〔2008〕「求められる介護教育」上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也『ケアを支えるしくみ(ケアその思想と実践5)』岩波書店, pp. 227-228。

¹⁰ 厚生労働省医政局長通知「医師法第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」(医政発第0726005号), 2005年7月26日。

医師などの医療従事者が、①治療を目的とし、②承認された方法で、③患者本人の承諾にもとづいて「業として」行うものであり¹¹、患者本人やその家族が医師らの指導を受けて行う場合は「業として」行うものではないため、そもそも「医療行為」に該当しない。

「医療行為」の具体的内容について明確な法的定義はないが、一般的には、褥そうの処置、爪きり、痰の吸引、酸素吸入、経管栄養、点滴の抜針、インシュリンの投与、排便、人工肛門の処置、座薬、浣腸、血圧測定、服薬管理、外用薬の塗布、口腔内の掻き出し、食事療法の指導、導尿、留置カテーテルの管理、膀胱洗浄、排痰ケア、気管カニューレの交換、気管切開患者の管理指導、点眼の23項目とされている¹²。特に、在宅において医療行為を受けるためには基本的に保健師や看護師による訪問看護サービスを利用することになるが、サービス利用料の低い訪問介護を利用しながら、必要に応じてホームヘルパーが医療行為を行っているのが実情である。

こうした状況に対し、当初厚生省(当時)は、医療行為は医師や看護師など一定の知識や経験を有する専門家によって行われる必要があるとし、基本的にはホームヘルパーの医療行為を否定していた¹³。しかし、ホームヘルパーに対する医療行為の要望は強く、1999年、総務庁行政監察局(当時)は厚生省に対し「要援護高齢者対策に関する行政監察結果—保健・福祉対策を中心として」という勧告を出した。ここでは「ホームヘルパー業務においては、医療行為に該当するものは実施不可(看護婦が実施)。医療行為は、医師の医学的判断、技術によらなければ人体に危害を及ぼすおそれのある行為で、具体的には、社会通念に照らして個別に判断することとされている。医療行為の範囲は、不明確であり、身体介護に伴って必要となる行為が医療行為に該当するか否かの判断は事業者により区々。(中略)事業者の中には、状況によってはホームヘルパーが行わざるを得ない等として、傷口のガーゼ交換、血圧・体温測定、軟膏の塗布、座薬

¹¹ 是枝祥子〔2005〕「医療行為と介護行為」ホームヘルパー全国連絡会『介護保険見直しの中でヘルパーの役割の重要性を見つめ直す』萌文社、p. 100。

¹² 同上。

¹³ 波川京子、前掲論文、p. 167。

の注入、浣腸、目薬の点眼等の一部を実施しているものがみられ、また、これらの行為を実施できるようにしてほしい旨の要望あり。ホームヘルパーが、身体介護に関する行為をできる限り幅広く行えるようにすることが、利用者のニーズに沿うとともに、介護家族の負担の軽減、看護婦等の人材活用の効率化にも資する」とされた¹⁴。

現実の介護の現場においては、ホームヘルパーが要介護度の高い利用者を1日に数回訪問し、目の瞬きや表情を頼りに意思確認しながら、痰の吸引、気管の管理や切開部の処置を行うなど、緊張度の高い医療行為も報告されている¹⁵。各市町村や地域における訪問看護ステーションなどの整備状況にもよるが、十分な訪問看護サービスが利用できず、医師や看護師の指導の下にホームヘルパーが医療行為を行っているケースは決して少なくない。こうした状況はホームヘルパーだけでなく、特に夜間など看護師の配置が不十分な場合など、介護施設における介護職員にとっても日常的なこととなっている。

こうした実情を受け、2005年厚生労働省は、介護現場における医療行為の解釈とその実施について通知を出した。このなかで、医療行為について「行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある」とし、特に、疾病構造の変化や国民の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩や医療・介護サービスの提供のあり方の変化などを背景にあげ、医療行為の範囲が「拡大解釈されているとの声も聞かれる」と指摘した¹⁶。この通知において、「原則として医療行為ではないと考えられる」ものが別紙にて列挙された。その内容は、①腋下あるいは外耳での体温測定、②自動血圧測定器による血圧測定、③パルスオキシメーター（動脈血酸素飽和度測定器）の装着（新生児及び入院治療が必要な者は除く）、④軽微な切り傷・擦り傷、やけどの処置、⑤医薬品の使用の介助（具体的には軟膏の塗布、湿布の貼付、点眼薬の点眼、内用薬の内服介助、座薬の挿入、鼻腔粘膜への薬剤噴霧）の5項目があげられた。

¹⁴ 同上, p. 168。

¹⁵ 林積子〔2000〕「24時間巡回型ホームヘルプサービスの実態と労働」石田一紀他『介護保険とホームヘルパー ―ホームヘルプ労働の原点を見つめ直す―』萌文社, pp. 131-135。

¹⁶ 厚生労働省医政局通知「医師法第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」(医政発第0726005号), 2005年7月26日。

さらに、医薬品の使用の介助については、まず患者の状態が、①入院・入所して治療する必要がなく、様態が安定している、②副作用の危険性や投薬量の調整などのための連続的な経過観察が必要な場合ではない、③医薬品の使用方法について専門的な配慮が必要な場合ではないという3条件を満たしていることを医師が確認し、医療従事者以外が使用介助できることを患者とその家族に伝え、医師から処方を受けた医薬品を医師・薬剤師らの服薬指導のうえ、保健指導を遵守して使用することを求めている。

上記の行為について、医師や看護師から指導を受け、必要な技術を習得できれば、介護職員でも安全に行うことは可能であろう。しかし、「軽微」の判断や医薬品の扱いに際しては、利用者もホームヘルパーも大きな不安・緊張を感じながら、その結果にも常に責任を負うことになる。看護・療養の必要な高齢者が安心して在宅で過ごすためにも、ホームヘルパーがその専門性を十分に発揮し、質の高い介護サービスを提供することが最も重要であり、そのための条件整備をさらに図る必要がある。

第2章 訪問介護の制度化と国庫補助方式の変遷

1. 訪問介護の制度化と人件費補助方式

介護サービスには様々な種類や形態があるが、大きく「在宅介護」と「施設介護」に区分されている。高齢化が進み、高齢者の認知症や寝たきり問題が社会問題化する中で、ノーマライゼーションの理念を受け、住み慣れた地域・居宅における生活の継続性を重視し、在宅福祉の推進が図られていった。特に在宅介護サービスのニーズが急速に拡大するなかで、その中核を担うのが訪問介護サービスである。以下では訪問介護が制度化された当初の運営・財政状況を検討し、特に、国庫補助方式の変遷がサービス提供のあり方に与えた影響を考察する。

いくつかの自治体における先行事業を受け、1962年に国が国庫補助事業として制度化した「老人家庭奉仕員派遣事業」では、派遣対象について「老衰、心身の障害、傷病等の理由により、日常生活に支障をきたしている老人の属する

要保護世帯とする。(中略)要保護老人世帯数の中に占める被保護老人世帯の割合は、概ね50%以上とする¹⁷など、対象を極めて厳しく規定するものであった。1963年の老人福祉法施行以降は同法に「老人家庭奉仕事業」として法定化されたが、1965年の通知においても、対象者について「老衰、心身の障害、疾病等の理由により、日常生活を営むのに支障がある老人の属する低所得の家庭であって、その家族が老人の養護を行えないような身体的、精神的状況にある場合とする¹⁸とされ、「要保護老人世帯」から「低所得の家庭」へと変更されたものの、法定化以前と同様、限定的なサービスであった。

その後1970年の要綱改定において、「日常生活に人手を要し、家族以外のものに介護されているか、または家族が病弱であるため、介護が著しく困難である」場合への対象の拡大が図られた¹⁹。さらに1976年の改定では、「日常生活を営むのに支障があるおおよね65歳以上の低所得の者であって、養護者の得られない場合」とされ、高齢単身あるいは高齢夫婦世帯に限られていた対象要件を緩和し、家族と同居していても家族が介護できない場合は派遣できるようになった²⁰。こうした改定を通じ、派遣対象者の身体状況と家族状況に関する要件が緩和されていった。

しかし、後の「在宅三本柱」の中核となる訪問介護サービスにつながる最も重要な転換は1982年の要綱改定²¹によるといえる。改定の趣旨として、①派遣回数、時間数の増、②臨時的介護需要への対応(家庭奉仕員の勤務体制の弾力化)、③派遣対象の拡大の3点があげられ、派遣対象については「現行家庭奉仕員の

¹⁷ 厚生省事務次官通知「老人家庭奉仕員事業及び老人福祉センターの助成について」(社発第157号)、1962年4月20日。

¹⁸ 「老人福祉法による老人家庭奉仕事業の実施について」、1965年4月1日。

¹⁹ 津田康裕〔1998〕「ホームヘルプサービスの急速な展開と介護保険」日本福祉大学社会福祉学会編『真の公的介護保障めざして—福祉現場から具体的に考える—』あけび書房、p. 150。

²⁰ 大石康子〔2000〕「介護保険実施によるホームヘルプ事業の公的責任を問う闘い」石田一紀他『介護保険とホームヘルパー』萌文社、p. 63。

²¹ 厚生省社会局長通知「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進についての一部改正」(社老第98号)、1982年9月8日、及び厚生省社会局老人福祉課長通知「老人家庭奉仕員派遣事業運営の改正点及び実施手続等の留意事項について」(社老第99号)、1982年9月8日。

派遣対象である低所得者の家庭（原則として、その世帯の生計中心者が所得税を課せられていないものをいう）については、引き続き無料で派遣することとし、今回加えて、ねたきり老人等の介護サービスが、一般市場では容易に得られない実情等にかんがみ所得税課税世帯に対しても有料で派遣できるようにしたこと」と説明している。

この改定において、派遣対象の規定は「日常生活を営むのに支障があるおおむね65歳以上の者がいる家庭であって、その家族が老人の介護を行えないような状況にある場合」となり、「低所得の者」という言葉が削除された。派遣対象に対する所得制限を撤廃することにより、介護サービスの利用を一般化・普遍化するものであったが、それと引き換えにサービスの有料化が導入され、「応能」負担というきわめて特異な費用徴収制度が福祉サービス全般に導入され、また強化されていく契機となった²²。

派遣対象と同時に、派遣回数についても徐々に拡大されていった。1962年の制度発足時から、運営要綱に明示されており、当初は「週1日以上」となっていたが、1976年の改定により「少なくとも週2回以上」と変更された。1982年の有料化導入の際には「派遣回数、時間数及び内容並びに費用負担区分は当該老人の身体状況、世帯の状況等を十分検討した上で決定すること」として、それまでの「週2回以上」という例示的な規定を外し、派遣回数増を可能にした。

1980年代以降、訪問介護サービスが質・量ともに急速に拡充していく過程で重要であったのが「人件費補助方式」という国庫補助方式である。人件費補助方式とは、訪問介護サービスの運営費に対する国の補助金制度の一つであり、その大きな特徴はホームヘルパーの勤務形態別の配置実績に着目し、「常勤」については月額単位で、「非常勤」については月額単位と時間給単位で補助基準額を設定する点にある。市町村直属の、あるいは事業委託先である社会福祉協議会等が常勤ヘルパーを1人配置すればそのヘルパーの活動月数に応じて、非常勤ヘルパーについては活動する日数（登録ヘルパーについては活動時間数）に

²² 福祉サービスの費用徴収制度については、西島文香〔1997〕「社会福祉サービスにおける費用徴収制度の形成とその論点 ―論的根拠と批判的検討―」『社会問題研究』第47巻第1号を参照。

表4 人件費補助方式による補助単価

(単位：円)

年度	月額単価		日額単価		時間給単価	
1985	116,830		4,900		610	
1986	123,540		5,200		650	
1987	126,380		5,320		670	
1988	128,230		5,380		670	
	介護中心	家事中心	介護中心	家事中心	介護中心	家事中心
1989	196,870	131,250	8,650	5,770	1,080	720
1990	203,000	135,330	8,920	5,950	1,120	740
1991	210,450	140,300	9,940	6,630	1,240	830
1992	265,210		10,320	6,880	1,290	860
1993	270,430		10,640	7,040	1,330	880
1994	275,620		10,880	7,200	1,360	900
1995	278,870		11,040	7,280	1,380	910
1996	281,380		11,120	7,360	1,390	920
1997	284,050		11,200	7,440	1,400	930

注1) 「一般基準」における「手当」のみ掲載。「事業委託基準」(1989年以降)、「活動費」「主任ヘルパー手当」は省略。

2) 「介護中心」とは「身体介護中心業務」を略記したものである。

3) 「家事中心」とは「家事援助中心業務」を略記したものである。

出所) 厚生事務次官通知「在宅福祉事業費補助金の国庫補助について」別紙「在宅福祉事業費補助金交付要綱」(各年)より作成。

応じて、それぞれ補助金が交付される(表4参照)。

人件費補助方式における補助基準額は、当初勤務形態による3区分から始まったが、1989年度から訪問介護の内容にもとづき「身体介護中心業務」と「家事援助中心業務」という区分が加わり、「身体介護中心業務」で大幅な改善が図られた。さらに1992年度から常勤ヘルパーについては、業務区分がなくなり、補助基準額が再び一本化されたが、ここでも大幅な補助基準の改善が図られた。

ここで1992年度の常勤ヘルパー補助基準額について検討する。月額265,210という単価を年額にすると3,182,520円である。賞与を給与5か月分と仮定した場合、ヘルパー1人に対する補助は月当たり約187,200円である。この金額の範囲内で給与はもちろんのこと、時間外手当や通勤手当、住宅手当などの諸手当に加え、雇用主の社会保険料負担を考慮すれば、基本給は15万円を下回ることになる。ある市町村における新規採用ヘルパー(24歳)を考えた場合、地方公

務員行政職では141,200円（給与表1級8号俸）であるが、勤続10年目の33歳では185,800円（給与表2級14号俸）となり²³、国の補助基準を大きく上回る。

サービスの質の向上を図るためには、経験や熟練のある人材を安定的に確保する必要があるが、こうした補助額ではきわめて困難であり、結果的に市町村が多額の超過負担を負うことになる。多額の超過負担が困難な場合は、賞与や保険料負担を必要としない非常勤を雇用せざるを得ないが、非常勤・登録ヘルパーの多くは非定着型であり、経験を積み、介護技術の向上を図ることは難しく、また個々の利用者の状況やニーズを理解し、長期的に信頼関係を築くことも困難となる。

2. 事業費補助方式の導入とその影響

ここで、訪問介護の特徴について検討しておきたい。介護労働全般は、直接的あるいは間接的な対人援助活動であり、一般的にその援助過程を合理化・効率化することは難しく、また適切でないこともあり、労働集約的であるといえる。特に訪問介護は、介護の場（主として利用者の自宅）や介護内容、方法・手順などにおける個別性が高く、1件ごとに移動時間を要し、移動手段も異なることから、施設介護に比べ規模の経済性は働きにくい。

さらに、施設における介護は一般的に、施設の日課や介護者の業務に合わせてある程度定型的・画一的に行われ、また、調理、洗濯、掃除などの家事援助（生活援助）と入浴や排泄、移動・移乗などの身体介護・介助においても多くの介護者が関わるなかで、ある程度分業化されている面もある。しかし訪問介護には、より総合的で高い専門性が要求される。具体的には、1軒1軒で異なる環境、状態の住居を訪問し、個性やニーズの異なる利用者に向き合い、利用者やその家族と信頼関係を築きながら必要な介護を見極め、利用者にとって最適な方法・手順で介護・介助や生活支援を行い、利用者や家族が抱える広範な生活問題や社会関係上の課題にも目を配り、利用者の心身の状況の変化を観察し、柔軟に

²³ 武田は当時の補助基準の妥当性について、自治体正規職員あるいは社会福祉協議会常勤ヘルパーの事例を紹介しながら、補助基準の問題点や課題を検討している。武田宏〔1995〕『高齢者福祉の財政課題』あけび書房、pp. 73-78。

対応しながら、リハビリや療養施設への入所など長期的なプランをもって、関係機関との連携を絶やさないと活動が求められるのである。

訪問介護のサービス内容に関しては、1976年の要綱において以下のように規定されている。まず、「家事介護に関すること」と「相談助言に関すること」に区分したうえで、前者については①食事の世話、②衣類の洗濯・補修、③住居等の掃除・整理整頓、④身のまわりの世話、⑤生活必需品の買い物・通院介助、⑥その他必要な家事介護、後者については①生活、身上に関する相談助言、②その他必要な相談助言、となっていた。当時の家庭奉仕員の派遣対象は虚弱な高齢者世帯などに限られており、サービス内容は家事援助が中心だった²⁴。

その後1982年の要綱改定において、身体介護と家事援助を区別し、それまでの「家事介護に関すること」の内容を「身体介護に関すること」と「家事に関すること」とに区分した。前者については新たに、排泄の介護、衣類着脱の介護、入浴の介護、身体の清拭・洗髪、その他必要な身体介護という項目が加わり、身体に触れる直接介護が前面に出された。また後者についても、医療機関等の関係機関等の連絡も加わり、いわゆる社会的入院対策としての地域での受け皿づくりが重要視されるようになったといえる。

1997年に介護保険法が成立したが、サービスの基盤整備の必要からその施行が2000年に先延ばしされるなか、訪問介護のあり方を大きく変容させる財政方式の変更がなされた。訪問介護サービスに対する国庫補助方式として、1997年度から新たに導入された「事業費補助方式」においては、ホームヘルパーの勤務形態別の配置実績ではなく、実際のサービス内容と時間・回数といった活動（サービス提供）実績に応じて補助金を算定する、いわば「出来高払い」方式となる。これについて、厚生省(当時)は、「サービスを効率的に提供する体制を整備するとともに、介護保険制度の導入を展望し、(中略)サービスの提供量に応じた事業費補助方式を導入」²⁵すると説明しており、この方式が介護保険への移行のための重要な布石であることがわかる。

事業費補助方式では、訪問介護の内容と訪問時間・回数、さらに時間帯に基

²⁴ 津田康裕、前掲論文、p. 152。

²⁵ 厚生省老人保健福祉局「全国厚生関係部局長会議資料(1998年1月21日)」より。

表5 事業補助方式による補助単価

(単位：円)

年度	滞 在 型		巡 回 型		
	介護中心	家事中心	昼間帯	早朝・夜間帯	深夜帯
1997	2,860	2,100	1,430	1,790	2,860
1998	2,890	1,790	1,450	1,810	2,890
1999	3,610	2,230	1,450	1,810	2,890

注1) 滞在型については、表中の単価に延べ活動単位数を乗じたものが補助額となる。

2) 巡回型については、表中の単価に延べ派遣回数乗じたものが補助額となる。

3) 「主任ヘルパー手当」については省略。

出所) 厚生事務次官通知「在宅福祉事業費補助金の国庫補助について」別紙「在宅福祉事業費補助金交付要綱」(各年)より作成。

づく単価が設定された。まず、ホームヘルパーの訪問形態によって「巡回型」と「滞在型」とに区分され、それぞれについて「単位」という形で基準が設けられた。従来の訪問介護(「滞在型」)は訪問家庭に一定時間とどまって入浴介助や食事介助などを行ってきたが、「巡回型」では、排泄介助や体位変換、服薬介助や水分補給などの定時的に必要な介助を短時間で言うものである。「滞在型」については、さらに「身体介護中心業務」と「家事援助中心業務」に区分し、1時間を1単位として単価を設定した。「巡回型」については、訪問する時間帯によって「昼間帯」、「早朝・夜間帯」、「深夜帯」に区分し、30分を1単位として単価が設定された。事業費補助方式の補助単価については、表5の通りである。

事業費補助方式における最も大きな特徴は、補助金単価の低さにある。石田〔2000〕は、事業費補助方式における単価設定に際し、パートタイマーの労働報酬規定を全体の基準としたと指摘している²⁶。当時公表された地方自治経営学会による『「高齢者福祉における公立と民間のコスト比較—437区市と民間203社からの回答—調査結果について』という報告書の中で、訪問介護について、①市町村(直営)と社会福祉協議会(委託)の常勤ヘルパーのコストは1時間単価5040円であるのに対し、シルバービジネスでは2486円と約2分の1となっている、②ホームヘルパーの有資格者は有資格を条件とするシルバービジネスに一番多く、市町村ヘルパーの半数は資格を有しないと指摘し、コスト面でも質的

²⁶ 石田一紀〔2000〕「介護保険とホームヘルパーの実践的課題」石田一紀他『介護保険とホームヘルパー』萌文社、pp. 15-18。

な面でも民間ビジネスが優れているという見解を示した。さらに、「今後の方向」として、市町村常勤ヘルパーの役割をホームヘルパー全体の指導と重度要介護者の身体介護に特化させ、「コストが3分の1から5分の1ですむ非常勤ヘルパー、市民ヘルパーをできるだけ配置し、研修に努める」ことを提案している²⁷。

しかし、ホームヘルパーをコストの低い非常勤ヘルパーと登録ヘルパーに置き換えることで効率化を図ることはできない。訪問介護は介護労働の中でも、最も専門性が高いサービスの1つである。個別性が高く、多様なニーズに対応するだけでなく、住み慣れた自宅で長期的な支援を行うため、生活の連続性に配慮し、また変動性に対応する必要性が高い。頻繁に入れ替わる可能性があり、定着を期待できないヘルパーが、そうした訪問介護の中核を担うことは、むしろ非効率であり望ましいことではない。石田は、実際に先の調査結果にあった民間ビジネスのパート賃金水準が実際の事業費補助方式の補助単価に相似していると指摘しているが²⁸、実際の補助基準が低水準となることから、経験の豊かなホームヘルパーを常時雇用し、積極的に派遣していくインセンティブがなくなるのが、事業費補助方式の第1の問題点である。

さらに、第2の問題は補助金の算定項目にある。人件費補助方式の下では、ホームヘルパーの雇用形態に応じて、その活動した月数や日数、時間数に応じて補助金が算定されており、その活動内容のすべてが補助の対象となっていた²⁹。事業費補助方式では、実際に提供したサービスの量(時間数・回数)に応じて補助されるが、ヘルパー間で引継ぎや情報交換などを行うミーティングや、ケースワーカーや保健師、看護師らともつケース会議などに参加する時間、派遣先を訪問するための移動時間(30分未満の場合)については算定項目とならない。また、介護ではなく安否確認を目的とした「見守り」訪問や資格取得や技

²⁷ 同上, p. 15。

²⁸ 同上, p. 17。

²⁹ ただし、「常勤ヘルパー」の適用基準は活動時間が週25時間、月100時間以上となっている(厚生省老人福祉計画課「ホームヘルプサービス事業実務問答集」(1997年7月25日))。これには通常の訪問介護や訪問のための移動時間も含まれるが、ヘルパー間で引継ぎや情報交換を行うミーティングや、ケースワーカーや保健師看護師らともつケース会議などに参加する時間、ケース記録を書く時間などが含まれない。いずれもヘルパーの業務として重要なものであり、この点に問題はあ

術の向上のための研修時間についても同様である。いずれもヘルパー間で情報や課題を共有し、また、質の高い介護を安心して行うためには不可欠な活動であるが、補助の対象とならないのであれば「やるだけムダ」「やればやるほど赤字」となりかねない。

1997年度については、訪問介護の事業主体は人件費補助方式か事業費補助方式のいずれかを選択できることとし、1998年度から事業費補助方式に全面移行することとされた。その選択に際し、ホームヘルパーを派遣している各地の市町村社会福祉協議会がそれまでの活動実績をふまえた試算を行った結果、その9割が事業費補助方式に移行した場合に大幅な赤字となることがわかった³⁰。また、ある市においては事業費補助方式における補助額が人件費補助方式（「活動費」を含む）ではその72.3%にまで減少するという結果になった³¹。

事業費補助方式への移行にともない、介護現場においては、手間と時間のかかる入浴介護などを行う「滞在型」から、手短に手っ取り早く介護でき、単価も高い「巡回型」が重視されるようになった。不安定・不規則な労働形態にある非常勤ヘルパーを多く使い、細切れの「駆け足介護」「切捨て介護」で回数（補助金）を稼ぐことが奨励されることになり、介護保険実現に向けた「サービスの効率化」が具体化したといえる。

【参考文献】

- 石田一紀・植田章他〔2000〕『介護保険とホームヘルパー ―ホームヘルプ労働の原点を見つめ直す―』萌文社
- 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也〔2008a〕『ケアすること（ケアその思想と実践2）』岩波書店
- 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也〔2008b〕『ケアを支えるしくみ（ケアその思想と実践5）』岩波書店
- 大井川裕代〔2009〕『医療と介護の連携・調整（実践・高齢者介護第3巻）』ぎょうせい
- 小笠原祐次〔1978〕「老人福祉従事者の現状と問題点」『ジュリスト増刊総合特集No.12 高齢化社会と老人問題』
- 金子勝・結城康博〔2009〕『検証！改正後の介護保険（実践・高齢者介護第1巻）』ぎょうせい

³⁰ 石田一紀、前掲論文、p. 10。

³¹ 明星智美〔1998〕「ホームヘルプ整備の遅れと補助金制度の問題点」日本福祉大学社会福祉学会『真の公的介護保障めざして』あけび書房、p. 189。

うせい

- 鎌田ケイ子〔1993〕『老人看護論』全国老人ケア研究会
 川口弘・川上則道〔1989〕『高齢化社会は本当に危機か』あけび書房
 国民医療研究所〔2000〕『21世紀の医療・介護労働』本の泉社
 是枝祥子編〔2009〕『これからの訪問介護と施設介護の視点（実践・高齢者介護第2巻）』ぎょうせい
 里見賢治〔1993〕「『10か年戦略』と『老人保健福祉計画』—その問題点と実効性確保の課題—」『社会問題研究』第43巻第1号
 里見賢治・二木立・伊東敬文〔1996〕『公的介護保険に異議あり』ミネルヴァ書房
 武田宏〔1995〕『高齢者福祉の財政課題 一分権型福祉の財源を展望する—』あけび書房
 武智秀之〔1993〕「ホームヘルパー派遣事業の実施構造」『季刊社会保障研究』Vol. 29, No. 2
 成瀬龍夫・小沢修司・武田宏・山本隆〔1989〕『福祉改革と福祉補助金』ミネルヴァ書房
 二木立〔2007〕『介護保険制度の総合的研究』勁草書房
 西島文香〔1997〕「社会福祉サービスにおける費用徴収制度の形成とその論点 一理論的根拠と批判的検討—」『社会問題研究』第47巻第1号
 日本福祉大学社会福祉学会〔1998〕『真の公的介護保障めざして—福祉現場から具体的に考える』あけび書房
 舟場正富・齋藤香里〔2003〕『介護財政の国際的展開 一イギリス、ドイツ、日本の現状と課題』ミネルヴァ書房
 ヘルスケア総合政策研究所〔2001〕『ホームヘルパー消滅の危機』日本医療企画
 ヘルパー全国連絡会〔2005〕『介護保険見直しの中でヘルパーの役割の重要性を見つめ直す 一第5回ホームヘルパー全国交流集会「報告集」—』萌文社
 増田雅暢〔2003〕『介護保険見直しの争点』法律文化社
 森詩恵〔2008〕『現代日本の介護保険改革』法律文化社
 和田忠志〔2007〕「介護職に必要な『医療行為外の医療行為』を知る」『訪問看護と介護』Vol. 12 No. 7

【参考資料】

- 厚生労働省「介護給付費実態調査」各年版
 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」各年版
 厚生労働省「介護保険事業状況報告」各年版
 厚生労働省「社会福祉行政業務報告」各年版
 厚生労働省「社会福祉施設等調査」各年版
 厚生統計協会『国民の福祉の動向』各年版
 老人福祉関係法令研究会『老人福祉関係法令通知集』各年版，第一法規