

ICFの視点に基づくケアマネジメントと福祉用具の活用
Care Management by ICFcode and Assistive Products
for Support of Independent Living

公益財団法人テクノエイド協会 理事長 大橋 謙策

Association for Technical Aids President Kensaku Ohashi

1. はじめに

多くの国民は、「国民の福祉の増進」という慣用句的に使う「福祉」と「社会福祉」、あるいは「社会保障」の異同について必ずしも厳格に整理しないで使ってきた。ここでは、「社会福祉」は「社会保障体制」を構成する国民の自立生活を支援する対人援助としての「社会福祉」と考え、所得保障としての社会保険、社会手当とは異なるものと考えている。

2. 社会福祉における「自立」の考え方の見直しと地域自立生活支援

日本における「自立」生活の考え方は、戦前の「富国強兵政策」や戦後の「高度経済成長政策」の強い影響、あるいは労働経済学の強い影響を受けて、自らの労働力を活用・駆使して働き、自らの生計（家族の家計）を維持し、生活できることが「自立」であった。したがって、身体障害者の「自立」も、残存能力をより高めるか、喪失した機能の代替機能を付加させて、社会活動、とりわけ経済活動に参加し、自ら生計を維持することが主たる目的になった。「社会福祉」は、労働力保全に関わる社会政策の補充・代替機能として位置づけられ、独自の体系をもった政策としての位置づけは弱かった。

他方、1971年の「社会福祉施設緊急整備5か年計画」に基づき、日本では急速に入所型社会福祉施設が整備されていく。入所型社会福祉施設では、限られた空間において、職員によるケア及び見守りを前提として24時間365日の生活が展開される。そこでは、サービス利用者のADL（日常動作能力）は問題になるものの、「自立」生活支援の考え方は、身体的「自立」支援を除けば大変認識が狭く、希薄であったと言わざるを得ない。

しかしながら、1990年の社会福祉関係の法律改正、とりわけ戦後の社会福祉行政の考え方を体現していた社会福祉事業法が2000年に社会福祉法へと改称・改正されることにより、社会福祉の基本理念が個人の尊厳の保持を旨として、地域での自立生活支援へと「コペルニクス的転回」を図るに及んで、「自立」の考え方は大きく変わってくる。

筆者は1960年代から、憲法13条の幸福追求権に基づく福祉サービスを必要とする人の自己実現の重要性を指摘していたが、その考え方が漸く社会福祉法等で認証された。障害者自立支援法（現在は障害者総合福祉法）の考え方も新たな社会福祉サービスの提供のあり方を指し示したものである。

今日の社会福祉における「自立」の考え方は、憲法

13条に基づく国民の幸福追求権を前提に福祉サービスを必要とする人の人間性の尊重及び個人の尊厳を踏まえた地域での自立生活支援へと転換された。したがって、「自立」生活支援の要件も従来と大きく変えなければならない。今日の「自立」生活の要件は、少なくとも（イ）労働的・経済的自立、（ロ）精神的・文化的自立、（ハ）生活技術的・家政管理的自立、（ニ）身体的・健康的自立、（ホ）社会関係的・人間関係的自立、（ト）政治的・契約的自立の6つの要件からアセスメント（診断・判断）し、支援していくことが求められている。

第1の自立の要件は、労働的自立・経済的自立である。人間の存在に欠かせない労働の機会を得ることと、経済的自立とは必ずしも同一ではない。労働を通して社会とつながり、労働を通してものを創造する喜びを得ることは人間の成長に重要な要件である。その労働の結果が家計の維持、生活の維持につながる収入になればそれに越したことはないが、その両者を簡単に同一視しないで考えることが大切である。今日的に、障害者や高齢者の新たな労働の機会の提供のあり方として脚光を浴びているソーシャルエンタープライズや「協働労働協同組合的労働」という形態も今後ますます重要になる。

第2の自立の要件は、精神的・文化的自立である。人間として自らの快・不快の感性を基にして、自ら感じたことを自己表出させる文化的自立の問題が大切である。美しい空間で心地よい環境で生活し、思うところを多様な方法で感情表出するのは人間そのものの権利であり、人間だけに許された営みと行ってよい。この精神的・文化的自立は自ら表現するという営みばかりではなく、自らが「快」と思える香りを楽しむとかの生活環境の整備とも関わる大きな問題である。

第3は身体的・健康的自立である。生活のリズムを保ち、生きる気力、生きる意欲、喜怒哀楽を豊かにもてる身体的・健康的自立である。1970年代初頭以降、こども・青年の無気力・無感動・無責任という3無主義が問題になり、1980年代には「生きる力」が希薄になっていないかと問題になった。今日の子どもの問題である“引きこもり”や社会関係・人間関係能力の脆弱化、働く意欲、生きる意欲の喪失もしくは希薄化の問題は今に始まったことではない。24時間の生活リズムを持ち、社会関係・人間関係を築き、社会的に生きて行くことは身体的・健康的自立の最も基本である。生活習慣病もその最たるものであるが、本人が主体的に生きる意欲をもち、生活を改善しようと思えるように支援することが今最も求められている。生活習慣病における服薬管理や精神障害者の服薬管理も大きい課題である。医学は長らく、エヴィデンスを明らかにし、それに対応すれば問題解決出来ると考えてきたが、身

体的・健康的自立を支援する上では、その本人が主体的にどう生きたいのか、その人の物語作りと関わって行くしかない。まさにナラティブアプローチが医学の世界でも求められて来ていると同じように、社会福祉、ケアのあり方においてはよりナラティブアプローチが重要になる。

第4の自立要件は、生活技術的・家政管理的自立である。自らが生きて行く上で生活を整える、日常生活を維持して行く上での技術・知恵がなければ生きていかれない。かつて、マルクス経済学者の一人が“家庭の主婦は働いてないから、自立しておらず、無価値である”との論説を出したが、自立した生活を送る上では家政管理能力や生活技術能力がなければ生きていかれない。この生活技術的・家政管理的自立の問題が社会福祉分野で大きな問題となったのは1970年代で、当時の福祉事務所の現業員の人々が金銭的給付では解決できない問題としての「新しい貧困」問題を提起した。しかしながら、その当時は高度経済成長の時代だったこともあって社会的には看過されてしまった。今日では、コンビニ等“中食”機能が社会的に発展してきているので、この自立の要件は解決されたと思われるが実際はこの問題が今最も深刻になって来ている。この自立上必要な機能は生活する上では大きな課題である。高齢化が進み、認知症の高齢者や知的障害の地域自立、あるいは精神障害者の地域自立支援を考えると、分別してゴミを出すこと、バランスの取れた食生活を送ること、家計面での創意工夫等は大きな課題である。それは今後とも成年後見制度や日常自立生活支援事業とも並んで大きな課題である。

第5の自立要件は社会関係的・人間関係的自立の問題である。日本は稲作農耕が産業構造の基本であった。大宝律令により、認定されて口分田を支給された人が「公民」として扱われたことが、ある意味象徴であるが、日本の社会構造の基本は稲作農耕文化が産み出したものである。中根千枝の「タテ社会」説も、稲作農耕に伴う共同性と土着性がもたらした文化であり、阿部謹也がのべる「世間体の文化」も然りである。そこでは、個人の自立と言うより、家族や地域が生き延びて行く上での“力”が強く働き、地域で養えなければ働く能力のなくなった高齢者は“姥捨て”になるし、子どもが多くなりすぎて養えないとなれば“間引き”も行われるという風習、文化を産み出した。したがって、その地域では個々人の意思が尊重されて“社会契約”するのではなく、上意下達的に命令に従う“長い物には巻かれる”の文化が作られ、それに従わなければ“出る釘は打たれる”、“村八分”という行為が取られる。結果として、自らの意見表明を憚る“物言わぬ農民”体質がつくられて行く。

地域にある社会関係・人間関係は全て助け合いの精神に満ちた“美しい”ものではない。プライバシーもなければ、生活共同体での役割を果たせなければ厳しい対応が求められる。そのような文化の下では、改めて意識しなければ社会生活上のソーシャルスキルやソーシャルサポートネットワークも造れない。

しかも、日本の家屋には、上がり框、土間、縁側という“中間空間”（西山卯三）という構造があり、それが地域における住民の集会場所である“オープンスペース”の肩代わりをしてきたことが、社会関係のあり方について意識化させることの妨げになり、住宅政策においても、都市計画においても社会交流する場としての“オープンスペース”の確保が軽視されてき、空間的にも社会関係を構築する機会を奪っていったということが出来る。

第6の自立の要件は、第5の要件、あるいは第4の要件などとも関わってくるが、一人の人間として自律的に意見表出し、契約する能力のことである。

先に述べたように、日本の文化は稲作農耕構造が作り出した文化であり、生産手段を共同して維持管理せざるを得ない事もあり、その生活圏域は狭く、通婚圏域も狭く、濃密な人間関係の中で暮らすこともあり、“言わなくても分るでしょう”的文化的文化を作り出す。自分の意見を表出し、お互いがそれを認め合い契約する文化とはなっていない。そこには“甘え”の構造もある。しかも、日本語は話す相手が異なると使う言語、語句の使用も変えなければならない文化（敬語）でもある。言語からして、“対等”の意識をもてない。

地域の中で、無自覚的に、話もしないで自分を分ってくれるという文化はあまりにも急速な都市化への変貌の中で、新たな関係性の作り方をどう作ったらよいのかという対応策が取られないうちに、高齢化、核家族化、IT化の中で、個々人の自律的、社会的な契約能力が求められ、社会的に大きな混乱を招いている。

稲作農耕文化では当たり前の文化であり、同一地域に住む血族あるいは親族が財産の継承・相続をするのが当然であったものが、急速な人口移動の中、どのように遺産を相続させるのか、そのための方法、契約方法等で混乱が起きている。成年後見制度などのありかたと同時に、地域によってはその地域に住んでいなくて財産を相続する“不在地主”や“耕作放棄を有している農民”が多数表われ、地域作り、地域が持つべき機能に大きな障害になり始めている。

一般的に、このような能力は、意図的な学校教育の中で造られるというより、日常生活の中で、知らず知らずのうちに社会体験の中で形成される部分である。いま、その形成の機能が失われている。まして、急速な都市化の中では、自然発生的にソーシャルサポート

ネットワークは造れない。今日の孤独、孤立の問題はまさにその結果である。

したがって、地域での自立生活支援を考えるとすることは、入所型施設での生活とは全く異なっており、従来の入所型施設等において、医学モデルに基づいて考えた「自立」の捉え方では対応できない。しかも、地域での自立生活を考える場合、福祉サービスを必要としている人は単身者ばかりではない。同居している家族全体への支援や時には近隣住民との関係も視野に入れた支援が必要である。

中でも、福祉サービスを必要としている人々の住まいの状況や住んでいる地域の属性の問題は入所型施設での「自立」支援では考えも及ばない問題を投げかけてくる。とりわけ、自立生活を支援する福祉用具や介護機器の開発が、今日の地域自立生活を支援する社会福祉の目的や主流になってきているサービス提供のあり方に即して見直される必要がある。

3. ICF(WHO・国際生活機能分類・2001年)の考え方

従来の社会福祉における「自立」生活支援の考え方に大きな影響を与えていたのは、1980年に世界保健機関(WHO)が定めた国際障害分類(ICIDH)である。それは、身体的機能障害に着目し、それを固定的にとらえ、身体的機能障害があるとそれがその人の能力不全につながり、ひいては社会生活上の不利を産み出すという考え方であり、その3つの機能の相関性が強いと考えるものである。そこでは、身体的機能障害を医学的に診断することがある意味前提になる。従来、更生相談所において身体的機能障害の程度を診断し、身体障害者等級の判定をしていたが、それは医学的見地に基づく診断であった。しかも、それらの診断は本来あるべき身体機能が欠損しているというどちらかといえばマイナス的側面に着目した診断であった。

そのICIDHが2001年にICFに改訂された。ICFは、その人の身体的機能障害の診断もさることながら、その人の能力不全や社会生活上の不利になる要因として、その人の生活環境も大きな要因があると考え、生活環境を改善することによりそれらの能力不全や社会生活上の不利を改善できると環境因子の重要性を指摘している。それは言葉を替えて言えば、身体的障害に着目することよりも、生活機能上の障害に着目した考え方である。だとすると、そこでは生活上の機能障害を有する人は何も身体的障害を有する人にもみ求められる対策ではなく、一人暮らし高齢者も生活上の機能障害を抱えるという意味合いで、“障害”概念それ自体の見直しが必要にならざるを得ない。

このICFという新しい考え方は、ICIDHが医学モデルと呼ばれたのに比して、社会生活モデルと呼ばれている。ICFは単にある局面を取り上げて診断し、それを固定的にとらえるのではなく、その人の生活上の機能障害がどのようなレベルで起きるかを、生物個体レベル(心身機能)、生活レベル(日常生活の活動)、人生レベル(社会的役割・評価をもった参加)の3つのレベルから考え、障害を単なる心身機能障害と捉えず、生活機能障害と包括的な捉え方に変えた。また、ICIDHが取り上げた3つの障害(身体的機能障害、能力不全、社会生活上の不利)は相互に関連し、影響しあっている関係であることを明らかにした。

従来のように病院で疾病治療や身体機能回復としてのリハビリテーションを行うとか、入所型社会福祉施設での生活を支援するという考え方の際にはある意味ICIDHの考え方で対応できたかもしれないが、今日のように社会福祉の考え方が地域での自立生活支援がメインストリームになってきている時代においては、より生活環境を重要な要因として考えるICFが重要になり、ICFの視点から政策やケアのあり方、自立生活支援のあり方をすべて見直さなければならなくなってきている。

しかしながら、生活環境を整備しても、要は生活者である住民自身が自らの生活を改善、向上させようという意欲や意志がなければ生活は改善されないし、向上しない。ICFは世界保健機関(WHO)が定めた国際疾病分類(ICD-10)と同じように身体的機能障害を軸にした生活上の機能障害にかかわる分類のための指標という面があるので、当然のことながら個人因子である個人の意欲、意志、希望などは対象になっていないし、それらに影響を与えている個人の生活歴、生活体験などは反映されていない。

と同時に、生活者である住民の生活上の機能障害である事項(生活課題)ができるか、できないかということに影響を与えている生活者の置かれている立場ということについても考えられていない。つまり、その人が生活上「出来ること」と現に生活上「していること」と現に立場上「せざるを得ないこと」とこれらの生活課題について「する意欲があること」との違いが今ひとつ整理しきれていない。

地域での自立生活支援においては、立場上あるいは生活環境上「せざるを得ない」立場の人が生活上それができていないことが問題である。このように、地域自立生活支援では単純に身体的にできるかどうかというレベルだけでは対応できない課題を考えざるを得ない。

4. 自立生活支援の考え方とソーシャルワーク実践

自立生活支援を行う際には、「求めと必要と合意」に基づく自立支援方針の決定と実施が大きな課題になる。専門家は、ややもすると“専門家”なのだからすべてわかっているのだから任せてくれればよいと思いがちであり、“上から目線”でものを見てしまいがちである。

しかしながら、自立生活支援においては、環境因子の改善や身体的障害の診断においては大いに専門家としての視点、力量が問われるが、何にもまして重要なのはサービスを必要としている人の希望や意欲や生きがいといった側面を大切にしなければならない。医療の世界を中心に、自然科学分野ではエビデンスに基づく発想、対応が重要視されてきたが、社会福祉分野では福祉サービスを必要としている人の人生を再設計していくこと、新しい人生を紡ぎ、物語を作ることに寄り添うというナラティブが大きな意味を持つ。したがって、専門家がエビデンスに基づいてサービス提供の考え方や内容を決定することは避けなければならない。福祉サービスを必要としている人の気持ち、意向を第一義に考えなければならない。

しかしながら、福祉サービスを必要としている人はややもすると自らの意見を述べる事が出来なかったり、状況の自己覚知ができない場合が多いし、いわば“食わず嫌い”ともいえるように福祉サービスを利用したり、福祉用具を活用したら自らの生活がどのように変わるのかの見通しを持てなかったりという場合が多い。日本では稲作農耕に必然的に要求された「土着性と共同性」が作りだした「タテ社会」の構造があり、それがもたらした「出る杭は打たれる」、「長いものには巻かれろ」といった処世訓、世間体の文化、揚句は「もの言わぬ農民」という体質を作り上げてきた。そのような文化の中で、福祉サービスを必要としている人に自らの希望、意向を披歴してもらうことは容易なことではない。しかも、それに輪をかけて「家」制度という文化に呪縛された家族の意見の前には福祉サービスを必要としている本人の希望、意向はなかなか披歴されにくい。まして、自立生活支援を展開する場が家庭であればなおさらである。このような、環境因子を十分わきまえて、福祉サービスを必要としている人の“求め”と専門家が“必要”と考える判断を相互に出し合い、インフォームドコンセントに基づいて自立支援方策を立案することが重要になる。

したがって、自立生活支援を行う際にもっとも重要なことは本人の主体性を確立することであり、そのために本人の自己決定、関与を最大限に尊重して関わることが求められる。

1970年に制定された「心身障害者対策基本法」の第

25条に、障害を有する人が文化、スポーツ、レクリエーションをやるように環境を醸成、整備しなさいという規定と同時に条文に障害を有する人が文化、スポーツ、レクリエーションをやりたくなるように意欲を喚起しろと規定されたことは重要な考え方であった。“食わず嫌い”の人にそのような機会の提供と行いたくなるような意欲を喚起するという考え方はその人の自己実現を豊かに図るうえからも重要であった。このような考え方を社会福祉分野ではケアマネジメントにおけるサービスを必要としている人（利用しようと考えている人）へのエンパワーメントアプローチ（生きる希望、生きる意欲の引き出しと支援、“食わず嫌いの人”の不安解消と見通し、生活圏の拡大、交流の可能性と意欲）として重要視してきた。その際、地域での自立生活支援により求められる課題であるが、サービスを必要としている人の日常的なソーシャルサポートネットワークがどれだけ豊かにあるかが問題になる。人間は社会集団の中で生活しており、その日常生活をインフォーマルに支える4つのソーシャルサポートネットワーク（情緒的支援、評価的支援、手段的支援、情動的支援）の有無が問われる。喜びや悲しみを共に共感してもらえる友人、仲間がいるかどうか、その人の存在を認め、評価してくれる関係者がいるかどうか、日常的にちょっとしたお手伝いや手助けをしてくれる人が身近にいるかどうか、生活に必要な新しい情報を口コミで教えてくれる人がいるかどうかといったサポートが無いと孤独、孤立に陥ることになる。地域自立生活支援には、このようなソーシャルサポートネットワークの有無がエンパワーアプローチにおいて重要になる。

したがって、自立生活支援方針を作成する際の“エビデンス”ともいえる福祉サービスを必要としている人の社会生活上の課題、その人が抱えている生活困難、生活のしづらさ、あるいはどのようなサービスがあれば生活が改善できるのかといった視点からの社会生活の診断（アセスメント）と同時に、これら、4つのソーシャルサポートネットワークがあるかどうかは重要になる。地域での自立生活を支援する場合には、6つの自立の要件を前提として、環境因子としての住宅環境、生活環境、家族環境及び近隣関係が大きな関わりを持つ因子としてアセスメントされなければならない。

と同時に、従来のケアの考え方において希薄であった「聞こえ」の保障をこれからは重視する必要がある。日本では基本的介護、看護としての食事介護や排せつ処理介護はそれなりに位置付けられているが、「聞こえ」の保障はほとんど重視されてこなかった。アメリカやヨーロッパにおいては「聞こえ」の保障の重要性が認識されているが日本ではその点が弱かった。自立の要

件の一つは社会関係を豊かに持つことであり、今日では孤独、孤立が社会的に大きな問題になっているが、その割には「聞こえ」の保障は福祉関係者の間でもあまり着目されていない。

2012 年度日本補聴器工業会が行った「ジャパントラック」という高齢者の補聴器、「聞こえ」に関する調査は国際的な比較ができるようにアメリカ、フランス、ドイツ、イギリス等の国と同時並行して行われたが、その調査によれば高齢者の難聴はかなり高い率でおきており、かつ難聴高齢者に「うつ」の症状や「認知症」の症状が現れる可能性が高いことが明らかになった。このような調査は今後とも継続的に行われ、その検証度を高める必要があるが、経験則的に考えても「聞こえ」が十分でなければ社会関係を豊かにもせず、孤立感を高め、生きる意欲を喪失させていくであろうことは予測するに難くない。実際問題として、全国の介護保険施設である特別養護老人ホームや老人保健施設を利用している高齢者は殆ど補聴器を装着していない。それらの利用者が難聴でないとは言えない訳で、職員や他人とのコミュニケーションが取れない状況で“ケア”を受けていること自体が問題である。

他方、福祉サービスを必要としている人の自立支援において、多様な福祉機器、福祉用具を適切に活用すればその人の自立度は高まる。2013 年度から介護保険制度において福祉用具を活用する場合に「福祉用具サービス利用計画」を策定することが義務化されたが、この持つ意味は大きい。福祉用具がなぜ必要なのか、それを使用することにより自立生活がどう変わるのかという見通しをもった「福祉用具サービス利用計画」の策定が求められている。

また、福祉用具の活用は、家族介護の場合であれ、施設福祉サービスの提供の場合であれ、介護者の介護負担を肉体的にも、精神的にも軽減させる効果がある。内閣府の調査でも、国民の介護ロボット等の使用への抵抗感は薄れ、逆に大いに使用すべきであるとの結果が出ている。

5. 自立生活支援における福祉用具の位置と今後の課題

自立生活支援において生活環境を変える福祉用具、福祉機器の活用は今後ますます重要になる。しかしながら、福祉用具の活用は介護保険制度上においても障害者福祉施策上も大きな課題がある。

介護保険に基づく自立生活支援に関わる介護支援専門員は制度上福祉用具専門相談員の「みなし職」としての資格を有しているながら、実際にはほとんどその意識がなく、かつ福祉用具の知識も十分でなく、福祉用

具供給業者へ“丸投げ”している状況がある。したがって、自立生活支援に必要なアセスメントの面においても、自立生活支援計画策定上でも介護支援専門員の中に福祉用具活用の視点と意識がないことが大きな課題になっている。

そのような状況の中で、福祉用具専門相談員の社会的認知と資質向上に向けて日本福祉用具専門相談員協会が組織され、その協会が福祉用具専門相談員の資質向上にむけてのキャリアアップの研修体系を構築し、活動を展開している。しかしながら、それだけでは質的に十分ではないと考え、公益財団法人テクノエイド協会が「福祉用具プランナー」という資格を設定し、養成を行っている。

一方、介護保険施設である特別養護老人ホームで何故福祉用具の活用が進んでいないのかという問題がある。介護保険制度では、在宅でサービスを利用する場合には介護支援専門員等が作成するケアマネジメントにおいて福祉用具が個人々の状況に応じて利用できるが、特別養護老人ホームにおいてはサービスがパッケージされて提供されており、利用者はそれに対し包括的利用料を支払うという考え方であるために、個人々の状況に応じて福祉用具を利用できる仕組みになっていない。福祉用具は施設が提供するパッケージ化されたサービスの一つに位置づけられ、施設利用者の多くが利用することを前提とした汎用性の高い福祉用具を施設が提供するパッケージ化されたサービスの備品として備え付けるという位置づけである。したがって、車イスに代表されるように、利用者個人々の状況にきちんとフィッティングされて活用されているわけではない。汎用性の高い、いわば移手段としての扱いの標準型車イスが提供されていて、多くの利用者はいわばずっこけスタイルで座乗している。施設サービス利用者の状況に合わせて車イスシーティングをきちんと行っている施設のサービスは高く評価されているながらそれらの対応が普及しないのは介護特別養護老人施設における福祉用具が「備品扱い」とされており、社会福祉法人などが経営上の理由でその対応をしていないからである。施設においても介護支援専門員が利用者一人一人に即応したケアマネジメントを行うように求められているながら実際には進んでいない。

しかしながら、社会福祉施設における福祉用具の活用は、サービス利用者の自立生活度を高める側面だけでなく、サービス従事者の労働災害である腰痛予防上からも福祉用具の活用が求められている。2013 年 6 月に厚生労働省は腰痛予防対策の改訂指針をだした。介護現場の腰痛が増えていることに鑑み、その対策を求めたものであるが、介護人材が不足している状況の中、介護人材を確保し、働きやすい労働環境を整備する上か

らも福祉用具の活用は欠かせない。

このような状況の下では、福祉用具の開発は工学的見地からのみの開発でなく、開発の企画の段階から利用者の置かれている状況、利用上の課題を十分踏まえて開発される必要があるし、開発された福祉機器・用具も実際の生活場面において、あるいは介護者の介護現場においてどのような課題が生じるのかを臨床的に評価する必要がある。公益財団法人テクノエイド協会では、福祉機器活用における安全性の確保と事故対策を考えた福祉用具臨床的評価事業を行っているが、この事業の拡大充実が求められている。

日本では、福祉用具に関する相談、フィッティング、簡単な修繕、展示などの総合的なセンター機能が十分整備されていない。1989年に策定された「高齢者保健福祉10カ年計画」（通称ゴールドプラン）に基づき、国民の介護問題への啓発普及、並びに介護人材の養成のために、1992年に「介護実習普及センター」が国庫補助事業として都道府県に設置されてき、その中に福祉用具の普及啓発機能も含まれていたものの、それはメインの業務ではなかったし、その多くが福祉用具、福祉機器の展示に留まっていた。いまや、この「介護実習普及センター」も国庫補助がなくなり、地方交付税の算定基準の一つに位置づけられて一般財源化されるに伴い、「介護実習・普及センター」を設置している都道府県が少なくなって来ている。

しかしながら、介護実習の普及という側面では「介護実習・普及センター」の役割が終わったという評価は首肯できるが、他方の福祉用具・福祉機器の普及・活用の促進という側面は益々重要になって来ている。今日的課題、今後の課題を考えると、「介護実習・普及センター」を改組発展させて「福祉用具相談・活用センター」（仮称）か、「介護技術・福祉用具相談・活用センター」（仮称）といった介護機器・介護ロボットを活用した新しい介護技術の向上、普及や福祉用具・福祉機器の相談・活用の機能を有したセンターへの改組が必要ではないか。一定の人口規模毎に「福祉用具相談・活用センター」（仮称）を設置し、単なる展示のみならず、サービスを必要としている人の自立生活を支援できるフィッティング機能をさせたセンター機能が必要である。

それは今日推進されている国家成長戦略における福祉機器開発という政策課題を実行していく上でも必要なことではないだろうか。

（付 記）

本稿は、2013年9月2日に、山梨大学で行われた生活生命支援医療福祉工学系学会連合大会の席上で口頭発表したものを纏めたものである。したがって、本機関誌編集部の意向もあり、学術論文というより、今日の状況を概説した内容になっていることをご了解頂きたい。

なお、当日は資料として添付した「福祉用具開発・認証・活用検討課題マトリックス」を参照して、福祉用具の開発・普及上の課題を説明させて頂いたが、ここでは紙数の関係で割愛させて頂いていることもご了承頂きたい。

著者紹介



大橋謙策(Ohashi Kensaku)

1973年東京大学大学院教育学研究科博士課程（社会教育専攻）満期退学。2011年公益財団法人テクノエイド協会理事長、現在に至る。他に放送大学客員教授、日本社会事業大学大学院特任教授、東北福祉大学大学院特任教授など多数。