

医療福祉政策研究

第7巻第1号 2024

目次

<特集 医療福祉研究の理論と実践をめぐる現状と課題>

特集趣旨原稿

特集「医療福祉研究の理論と実践をめぐる現状と課題」の趣旨説明 …………… 村田 隆史 (1)

特集依頼原稿

生活保障の実現に向けた研究と実践の協働のあり方 …………… 黒川 奈緒 (3)

社会的養護における研究・教育と実践の協働

——施設職員・大学教員・研究会の活動を通して …………… 堀場 純矢 (11)

研究と実践をつなぐ教育・研究活動の経験 …………… 横山 壽一 (19)

原著論文

「西紋地区ことばの教室」開設における福祉行政および教育行政の政策過程の特質
——広域行政におけるイシューネットワークの視座から—— …………… 田中 謙 (31)

社会保障における自己負担軽減制度の限界と問題点 …………… 鎌谷 勇宏 (53)

事例報告

社会保障給付と負担のタイムラグがもたらす生活困窮——コロナ禍の無料低額診療事業
相談事例より—— …………… 西岡 大輔・福丸 歩・窪田 愛裕美・大平 路子 (85)

書評

斎藤弥生、ヴィクトール・ベストフ編『コ・プロダクションの理論と実践——
参加型福祉・医療の可能性』（大阪大学出版会、2023年） …………… 高山 一夫 (95)

坂本毅啓(2022)『地方の地域福祉——子どもの貧困とその対策・実践』大学教育出版
…………… 村上 慎司 (99)

特集「医療福祉研究の理論と実践をめぐる現状と課題」

特集「医療福祉研究の理論と実践をめぐる 現状と課題」の趣旨説明

Introduction to the Special Issue

村田 隆 史(京都府立大学)
Takafumi MURATA

本特集は2022年12月に開催された日本医療福祉政策学会第6回研究大会のシンポジウム「医療福祉研究の理論と実践をめぐる現状と課題」の登壇者に当日の報告内容をベースとして、議論の内容をふまえて加筆・修正を依頼した論文で構成されている。当日は黒川奈緒氏(市区町村社会福祉協議会)に「生活保障の実現に向けた研究と実践の協働のあり方」、堀場純矢会員(日本福祉大学)に「社会的養護における研究と実践の協働」、横山壽一会員(佛教大学)に「研究と実践をつなぐ教育・研究活動の経験」というテーマで報告をしていただき、参加者と議論を行った。

医療福祉分野の研究は実学的といわれている。それは生活に困難を抱える利用者とその生活を支える実践者(専門職)がいて、実践が積み重ねられているためである。積み重ねられた実践に関する研究が理論化されるという過程に特徴がある。理論なき実践も実践なき理論も成立しないほど、両者は深く関わっている。しかし、理論と実践のどちらに比重をおくかは議論があり、これは医療福祉研究の長年の課題といえる。

理論と実践に関する課題が生まれる一つの理由として、そもそも利用者の生活背景や社会環境が一人ひとり違うことにある。理論とは「現

実に起きている現象を説明するために高度に一般化・普遍化して法則性を導き出すこと」であり、実践とは「理論などを実際に行うこと」である。医療福祉分野では「Aさんには通じた実践がBさんには通じない」や「C地区ではうまくいった介入がD地区ではうまくいかない」ことは日常的であり、理論と実践をつなぐことは難しい原因となっている。

現在は社会保障給付費の抑制を目的とした「改革」が進められている。非正規雇用労働者の増加や正規雇用労働者の加重・過密労働も相まって、貧困・不平等の問題が深刻化している。全ての人々の生活保障に向けた医療福祉分野の研究と実践が求められており、医療福祉分野の研究者と実践者が共に意識すべき課題といえる。本特集を通じて、生活保障の実現に向けて研究と実践をどうつなぐか、特に両者をつなぐ人材をどう育てるかという点について考えるきっかけになれば幸いである。

(受理日：2023年12月18日)

生活保障の実現に向けた研究と 実践の協働のあり方

Collaboration between Research and Field Practice to Realize Social Security

黒川 奈緒 (市区町村社会福祉協議会)
Nao KUROKAWA

1. はじめに

この原稿は、2022年12月3日に開催された日本医療福祉政策学会第6回研究大会でのシンポジウム報告を加筆修正したものである。

今回、筆者は「博士号を取得した後に社会福祉の現場で実践をしているソーシャルワーカー」という経歴に目を留めていただき、登壇の依頼を受けた。そこでまずは、「研究から現場実践へ」と軸足を移したことによって何が見えてきたのか・何を感じているのか、ここから話題提供を行った。

2. 研究生活を経て、福祉現場に入った ら見えてきたこと

筆者は4年制大学の社会福祉学部を卒業し、社会福祉士・精神保健福祉士を取得、そのまま大学院に進学し、社会福祉学修士、社会学博士の学位を取得した。福祉労働の実践的研究に興味を持ちつつ、4年ほど前から市区町村の社会福祉協議会で働いており、現在は日常生活自立支援事業を担当している。認知症高齢者や知的障害、精神障害等により判断能力が不十分とされる人々と関わっており、対象となる人への支援の中で、多くの専門職と日常的に連携してい

る。たとえば、行政機関のケースワーカーや地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、相談支援専門員、ホームヘルプやデイサービスといった介護保険サービスの関係者、精神科デイケアや就労支援といった障害者支援サービスの関係者、看護師や医療ソーシャルワーカー等、その職種は多岐にわたる。

大学院での研究生活を経てから、福祉現場に入って見えてきたものとして、まずは実践者の姿というものがある。先に挙げた専門職がそれぞれの立場・期待される役割の中で苦悩しながらも、対象者の生活を支え、願いに耳を傾け、それに応えるために奮闘しているところを日々、目の当たりにしている。そういう姿を見る中で、また筆者自身も実践者として駆け回る中で、いわゆる「福祉労働の二面性」やソーシャルワーク実践におけるジレンマ、援助技術と呼ばれる1つ1つを、対象者や他機関との関わりの中で具体的に想起できるようになった。

研究の領域に軸足を置いていた頃は、社会福祉の対象となる人を取り巻く環境や社会の構造的な課題、生活問題について文献を読み、調査をして、考察し、議論してきた。そこで得られたことと、目の前にいる対象者のリアルな生

(受理日：2023年12月18日)

活実態が、福祉現場で働くようになってから見事に結びついてきた。

たとえば、電気が止まったまま懐中電灯とロウソクで生活をする人や、入浴や洗濯をしない／できないまま年単位の時間が経過している人、毎日1日1食の食事でのぐ人など、先進国と言われる我が国では想像し難い生活を送る人々に日常的に出会う。あるいは、数十年ひきこもりの状態にあったり、医療や介護のサービス利用に強い抵抗を示す人も地域には存在している。こうした方々と定期的に・継続的に関わる中で、彼／彼女らの立ち振る舞いや表情が物語っているもの、伝わってくるものがあり、これは研究室ではなかなか感じるができなかった「現実」である。もちろん調査活動の中でこうした世帯を訪問するというは以前にもあったが、目的や立場が変わると目が留まるところや視点、アプローチの方法などが全く異なってくる。

また、いわゆるゴミ屋敷状態となった家に住んでいる世帯とも関わる機会が少なくなく、現在も筆者が担当している利用者にはゴミ屋敷・モノ屋敷状態の方が複数人いる。ゴミ屋敷とまでいかななくとも、モノが多くて寝る場所の確保もままならない状態で生活している人も珍しくない。こうした人たちの住む家を訪問した時に感じる独特の匂い、湿度、圧迫感、あるいは居室内を歩いた時に足の裏に伝わる感触は簡単に忘れることができない。このように、普段の仕事の中で出会う一人ひとりの利用者の姿、生活における様々な課題が、これまでの学びや見えてきていたものと繋がった、抽象と具体がより強く結びついたと言える。まだまだ若輩ではあるが、ソーシャルワーク、福祉労働の内実を語る言葉を少しずつ持てるようになってきた。

2. 研究の経験が活かされていること

次に、「研究と実践をつなぐ」という観点で、多少なり研究の場を経験してから福祉現場に入ったことにより、いくつかメリットとして感じたことを整理したい。

まず、自己研鑽の積みやすさというのがある。「社会福祉士及び介護福祉士法」でも「精神保健福祉士法」でも、「資質向上の責務」というのが謳われている。学びの場や機会へのアクセスという点では、職能団体による企画はもちろんだが、職場で回ってくる研修や学習会の案内も数多くある。一方で、研究領域でのネットワークから入ってくる研究会、学会等の情報もあり、多角的に情報が得やすい。さらに、そうした場が現場の実践者を中心としたものであっても、研究者・大学教員を中心としたものであっても、参加することに心理的な抵抗がさほどなく、気負わずに飛び込むことができる。

時に他職種・他分野の専門家も交えながら自分の実践を振り返り、内省・省察して新たな試みを探る。一方で、学術的・社会的な観点から対象者の生活の背景にある社会問題を捉え、そこへのアプローチを模索しつつ、ソーシャルワークの価値・倫理・思想・理論等を思考する。もちろん単純に新たな知識を身につける場もあるが、現場で触れた具体的な一場面・経験を振り返り、それを言語化・抽象化し、社会の構造的課題との関連の中で捉え直す。さらに、言語化したものを他者と共有し、新たな問いを立てて探求を進めていく。現段階で私が自己研鑽として捉えているのは、こういったプロセスである。おそらく、現場での経験年数が蓄積されていけば、自己研鑽のあり方も変化していくのだろう。

それから、研究領域へのアクセスという点にも触れておきたい。先行実践・研究等、学問的・

実践的蓄積を確認したいと感じた際に、関連論文・書籍にアクセスすることには比較的慣れている。先行研究を概観し、その課題・論点に対して研究の到達点がどの辺にあるのかというのが、見えやすい。さらに、そうしたものに触れるときに現場で使われる共通言語にも、研究者が使う共通言語にもある程度触れてきているので、論文にせよ実践報告にせよ、そこでの議論を捉えやすい。学術的・実践的といった複数の視点を持って、文献を読むことができる。

そして、自己研鑽を積んだり、先行実践・研究への接近を試みる原動力の1つが、現場で長らく実践を続けてきたソーシャルワーカーの存在である。現場には実践の膨大な蓄積があり、もちろん研究室にいた頃も触れていた気にはなっていたものの、長らく社会福祉の制度を利用してきた対象者の生活歴を知り、歴史ある法人の関係者と関わったりする中で、実践史としての重みをより感じるようになった。福祉現場で働いてきた先人たちの様々な営みは、いま自分が立っている場と地続きであることに気がつく。闘いに負けたり勝ち取ったり、住民や仲間と共に歩んだり衝突したり、組織や制度を動かしたり翻弄されたり…社会福祉に内在的に存在する力、動的な側面をより強く感じるようになった。

3. 研究領域に対しての思い

現場で働く者から見た研究に対しての思いとしては、「イシューによっては調査・研究が後追いになっている現実もあるのではないか」ということである。研究と現場実践の関わりにおいて感じている課題について触れてみたい。

たとえば、昨今では「制度の狭間の課題」「複雑化・複合化した課題」として、注目されることの多い、ひきこもり、8050問題、セルフ・

ネグレクト、ヤングケアラーというところで想像してみたい。現場では、世間でクローズアップされる前からこういった課題が顕在化する。そうした課題に対して手探りで支援が構築され、直面する困難とそれに対応するためのノウハウが地域の中で、あるいは同業者・関係者の間で共有されていく。現場での中での広がる動きが、やがて世間の注目を浴びて、同時に調査や研究が相次いで実施され、政策的にも課題となる。研究によって量的な意味でも可視化・明確化された課題と対応方法について「研修」や「学習会」といった場で共有が図られる。現場の人間にとっては課題の学び直しや自分たちの支援の振り返りや検証をする機会となるわけだが、最前線で奮闘してきた現場の人からすると、やや物足りなさや「今さら」といった印象を受けることもあるのではないかな。

もともと社会福祉は「実践の学」と言われる。それほど「実践」と「学」が密接な関係にある。社会福祉分野における「学」とは、社会福祉の理念、社会的位置付け、価値、役割、機能、方法等を総括的・体系的に把握しようとするものであろう。さらにそれは、福祉現場の実践にとって後ろ盾となったり、道標となるよう、再構築され続けなければならない。そうした観点からも、現場実践と研究のシームレスさ、これを具体的にどういう場で、どうやって実現していくかということが課題であると感じる。自らの実践を言語化し、対象者を取り巻く環境や社会の構造的な問題を実践者が意識する、現場における最前線とそこから見える課題を研究者が意識する、そこが繋がり制度・政策を動かしていく流れを生み出すことが「生活保障の実現」に対する1つの方策となるのではないかな。

4. 実践と研究の協働に向けて

実践と研究の協働において何が課題になるのか。指摘したいのは「実践と研究をつなげる」といっても、そもそも現場の人間が力を奪われているのではないかという点である。理論と実践をつなぐ人材としての理想像と、福祉労働者の置かれている現実が乖離しているような印象がある。

現場で働く労働者に目を向けてみると、どの分野・領域においてもほとんどが恒常的な人手不足と多忙な勤務状況というのが実情である。昨今、高齢者介護におけるケア労働については「待遇改善」のスポットが少しは当たってきたような印象がある。しかし、いわゆる「相談援助」と呼ばれる仕事についている人たちはさほどスポットも当たらず、福祉職全体として見れば相変わらず待遇は低水準である。現場では、非正規雇用という身分の不安定さに加えて、手取り十数万円で働いている福祉職・ソーシャルワーカーが数多く存在する。たとえば先日、SNSで福祉労働者の待遇に関する訴えを目にした。8年間、児童館において正規雇用で働いている職員が、各種手当を含めても手取り15万円ほどであると訴え、反響を呼んでいたのである。ちなみに、コロナ禍で社会福祉協議会は緊急小口資金貸付の窓口となっていたわけだが、申請者の中には飲食店のスタッフやタクシー運転手が多いというのは想像に固くないと思う。ところが、コロナで小学校が一斉休校となった際、児童館も閉館となり、職員が生活に困ってこの緊急小口資金の貸し付けの相談に来ていた。毎月、一定額とはいえ手取り15万円程度の給与水準が何年も続くようでは、たとえ単身世帯であっても、急に収入がゼロになる事態に対応できるだけの預貯金を形成できないのも無理はない。要するに、人権を守る人の人権

が守られていないのではないかと。生活保障を実現するために働く労働者の生活が保障されていない現実がある。

これは決して新しい課題ではなく、以前から繰り返し指摘されてきたものである。しかし、この点を改めて研究として追究するとすると、オリジナリティを示すことが難しいように感じる。つまり、低水準の待遇や職員の疲弊については古くから指摘され、未だ解決されたとは言い難いものであるが、研究課題・テーマとして正面から設定するのは、運動としてはともかく、研究としてはやりにくいものなのだろう。それでもやはり社会保障・社会福祉分野の研究者がこの課題を見過ごすことは、現場で働く労働者に「奉仕の精神」を強いているのと同義であるといつて過言でない。

「理論と実践をつなぐ人材」とはどのような人間を指すのか。理論を実践していく、実践を理論化していく、実践と理論の往復運動、教育学分野では「往還」と表現することもあるようだが、そうした「実践と理論の好循環を生み出す人」というところだと思う。これを個人として、あるいは個人のみならず集団的な取り組みとしてどう実現していくかということが大切になってくるのではないかと。

実践と研究がつながっていく、あるいはつなげていくための前提条件、課題について改めて整理すると、まず理論と実践の往復運動・循環を生み出す人・あるいはそうした集団をどう育てるかという教育、養成、卒後教育の問題がある。この点に関しては、横山先生の論考から多くの示唆を得られるだろう。

そして、低水準にとどまる待遇や職員の疲弊について実態を明らかにして、改めて構造的な課題を解明していくことが必要である。待遇改善に向けた戦略と展望を示していく研究・理論

が求められるのだろう。いくら理論と実践を繋げていく理想があっても、そもそも職員の確保や定着が難しい、専門職として育っていく環境が整っていないのは大きな課題であることを強調したい。

5. 生活保障の実現に向けて

次に考えたいのが、「理論と実践・研究と実践がつながればいいというものでもない」という点である。

昨今、社会福祉領域においては「地域共生社会」の嵐が吹き荒れている。令和5年度の『厚生労働白書』のタイトルは「つながり・支え合いのある地域共生社会」であった。この「地域共生社会」というスローガンのもとで研究と実践はある側面で結びついている、もしかしたら無理矢理結びつけられているようなところがあるのではないか。養成教育、実践、研究の場が、限定的にせよ政策と強固に結びついているように感じる。ちなみに、これまでの『厚生労働白書』でも「地域共生社会」というキーワードは登場していたが、タイトルに明記されたのは初めてのことである。当然、これまで同様「つながり合い・支え合い」の強調はあるが、特筆すべきは「制度視点ではなく、その人を支えるために何が必要か」というインフォーマルな社会資源を含めた視点を重視する必要があると強調されている点である。こうした「社会保障・社会福祉制度の軽視」とも捉えられる方向性で養成教育、実践、研究の場が結びついていくことに危機感を抱いている。

つまり、何を目的とし理論と実践をつないで、何を解決していこうとするのかという方向性が大切になってくるのではないか。やはり、実践と研究の両面から「生活問題は社会が生み出す構造的課題である」という認識を改めて共有し、

スピード感を持って実態を明らかにしていく。そして、公的責任で保障すべき生活の具体的水準やケアのあり方、実現の方策を語っていくことが必要になると思う。たとえば、具体的に見ると2013年から実施された生活保護の引き下げ、この違法性を問う裁判も起きている。本当に憲法25条に照らした生活、最低限度の生活が実現できているのか我々は問い続けていかなければならない。

最近、個人的に危機感を持って見ているニュースの1つが「要介護1・2の保険外し」というものである。2022年10～11月、「要介護1・2の保険外し」というキーワードがSNSで話題になった。訪問介護と通所介護について、要介護1・2の人を介護給付ではなく「地域支援事業」に移行するという案が社会保障審議会・介護保険部会で議論されており、重度者に給付を重点化していくという方向性のようである。ひとまず「見送りとなった」というのがニュースになっていたが、国は今後改めて議論の俎上に載せてくるだろう。果たしてこれは介護保障の水準としてどうなのか、家族介護を担っている現役世代への影響はどうかというところは生活保障の実現という観点で見ると看過できない問題ではないか。こうした介護保障という課題が「地域共生社会」の実現で支えきれるか、筆者は非常に懐疑的な目で見ている。いま起きていることは「地域住民の助け合い」というインフォーマルなサポートをも制度上の生活保障と一元的に語る流れにある。この流れが本当に生活保障の水準を高めていくかどうか、現場でも研究の場でも議論が必要であると感じている。

6. おわりに

最後に生活保障の実現に向けて、何を大切に

していけばいいのかというところに触れたい。

まず、理論を学んでいるからといって、現場でラディカルな実践ができるかどうかは別問題である。特に、制度を所与のものとして捉えているかどうかはとても大きいのではないか。いわゆる「社会変革」、ここを目指すマクロなソーシャルワーク、ソーシャルアクションを教育・養成、現場で働く人たちの主体的な育ちの中にどう位置付けていくか、ここが課題の1つになるだろうと考える。社会保障・社会福祉を必要とする人、対象となる人の願いに耳を傾け、実現に向けてともに歩もうとするその先に、どのような社会を思い描くのか。1人1人の対象者のためにより良い実践を求める姿勢、ここがマクロな視点に結びつくプロセスを、集団の中で経験できると良いのだと思う。

そして、現場で働いていて痛感するのは、いま目の前にいる対象者の生活を支えるために制度が対応しきれていないということである。先ほど、対象者のリアルな生活実態としてライフラインが停止したり、福祉サービスの利用拒否や孤立、いわゆるゴミ屋敷の問題について触れたが、こうした現実に触れるたびにフォーマルな枠組み、公的な制度だけでは人の生活は支えきれないと感じる。無論、この間、国をあげて社会保障分野の給付抑制に突き進み、さらに地方公務員の体制を弱体化させる中で、本来必要な制度が市民に届かなくなったことも大きく影響している。

ここで、制度による枠組みを軽視し、インフォーマルな枠組みを創出することのみに注力するのは、結果的に自分たちの首を締めてしまうという点に注意が必要である。インフォーマルな制度外の枠組みを広げ、生活の細かな要素1つ1つを支えること。一方で、フォーマルな制度そのものの枠組みにも絶望せず働きかけ、

切り拓き、あるいはより良い運用を求めていくこと。この2つのバランスが決定的に大切なのではないかと感じている。ここはシーソーのようなイメージであり、ここのバランスをうまくとっていくことが社会福祉の水準を高めていくのではないだろうか。そして、やはり公的責任を追求していく力を緩めてはならない。

筆者が勤める社会福祉協議会は「地域福祉の推進」というスローガンを掲げているが、そこで働く職員から見た「生活保障の実現」について、これからの方向性について考えてみたい。

公的責任と行政の役割、市民の力、営利を目的とする民間組織による社会福祉のあり方、あるいはその関係性をきちんと検証していくことが大切なのではないか。近年、地域福祉というと「住民同士の助け合いについて成功事例を紹介する」といった内容が散見し、本来の地域福祉、これまでの研究・実践の蓄積が歪められているような印象を受ける。あるいは、地域住民やボランティアに動く人たちのあらゆる福祉的な活動が、国によって「地域共生社会の実現」として絡め取られているようにも見える。地域住民が能動的に自身の感じている課題と向き合い、自ら懸命に手を取り合って乗り越えようとしていることの中には、社会問題が少なからず埋まっており、本来は公的に解決すべきもの・解決できるものが混在している。生活問題を「住民同士の助け合い・支え合い」で解決することを政策的に求められている中で、それを許容せず、公的な枠組みで解決するよう国や自治体に働きかけていくことが肝要である。つまり、制度補完的な要素だけではなく、運動的な観点をもった地域福祉の展開を改めて実践レベルでも研究レベルでも議論していくことが必要なのだと考えている。

注

- (1) たとえば黒川奈緒・池田さおり・萩原園子
(2015)「貧困の世代連鎖の実態と支援・克服の
課題 —沖縄県都市部における事例を通して—」
『部落問題研究』214, pp.3-5

社会的養護における研究・教育と実践の協働 ——施設職員・大学教員・研究会の活動を通して

Collaboration of Research, Education, and Practice in Social Care
: Through the Activities of Facility Staff, University Faculty, and
Research Groups

堀 場 純 矢(日本福祉大学)
Junya HORIBA

1. はじめに

筆者は現在、日本福祉大学で専任教員をしているが、元々は大学卒業後に児童養護施設(以下、施設)の児童指導員として働き、そこで直面した事件(経営側の不祥事や労働争議など)とそれに対する改善運動に取り組むなかで、現在の研究テーマ(児童養護施設の労働問題と労働組合の役割)を掴むに至った。筆者は前述した事件に直面するなかで、施設で理不尽なことが起きていることに疑問を持ち、それに対する憤りが研究への道に進む契機となった。

その後、児童自立支援施設での宿直代務員(職員強盗殺人事件に直面)や、施設で児童指導員(常勤的非常勤)をしながら修士課程を経て、短期大学の専任講師となった。そして、他の四年制大学に転職した後、働きながら博士後期課程に進学し、現職場に移った後に博士号を取得した。なお、現職場では労働組合(以下、労組)の執行委員長も経験している。

このように、筆者は現場で多くの問題に直面したことを経て、働きながら大学院で学位を取得して現在に至っている。また、研究テーマも社会福祉学ではほとんど取り組まれていない労働・生活問題である。

これは、筆者が社会福祉学部出身でありながら、修士課程と博士後期課程は学際的な研究科に進んだことも影響している。そのため、社会福祉学では傍流の立場だが、本稿では筆者の経験を踏まえて、現在取り組んでいる研究・教育と実践の協働について述べる。

2. 社会的養護における研究動向

社会的養護とは、施設に加えて乳児院・児童自立支援施設・児童心理治療施設・里親など、家庭で暮らすことができない子どもを社会的に養護するしくみの総称である。近年、社会的養護の現場や研究における関心事は、虐待を受けた子どものトラウマや愛着障害・発達障害に加えて、その時々政策課題を踏まえたテーマが中心となっている。

具体的には、子ども虐待の影響に関する医学・心理学に基づく研究(友田2017; 奥山2019; 西澤2019; 杉山2022)や、政策的に推進されている里親(安藤2017; 伊藤2019; 貴田2019; 山本2019)に関する研究が近年多くみられる⁽¹⁾。この点については、施設職員を含む児

(受理日: 2023年12月2日)

童福祉関係者や研究者が数多く集う日本子ども虐待防止学会の学術集会の講演・報告や学会誌においても同様の傾向がある。

また、2022年の改正児童福祉法やこども基本法の成立、そして、2023年のこども家庭庁の発足など、子どもの権利に関する社会的な機運の高まりも影響して、2022年8月に子どもアドボカシー学会が発足し、関連する研究(栄留・長瀬・永野2021; 畑・菊池・藤野2023)も活発になってきている。その一方で、子どもの貧困に関する研究(阿部2008; 浅井・松本・湯澤2008; 山野2008; 松本2017)や、子ども虐待の社会的要因を分析した研究(上野ら2006; 松本2010)も2000年代後半から取り組まれている。

これらの研究は重要な意義があるが、医学・心理学は子ども虐待の社会的要因を明らかにするものではなく、里親や子どもの権利に関する研究についても、児童養護問題(以下、養護問題)の構造を分析しているわけではない。一方、子どもの貧困や子ども虐待の社会的要因に関する研究は、養護問題の一部を社会科学的に分析しているが、正確には子どもの貧困・虐待という個々の現象としてではなく、資本主義社会において構造的に引き起こされる子どもを扶養する親(保護者)の労働・生活問題を背景とした養護問題として捉える必要がある。

例えば、筆者が行った6施設の調査(堀場2013: 71-105, 268-269)では、施設で暮らす子どもの親の多くはその親(祖父母)の代からの貧困を背景として、「低学歴→不安定就労→失業→借金→健康状態の悪化→子どもへの虐待・放任→施設入所」という貧困の再生産がみられた。ケース記録における具体的な事例をみても、「失業してからは飲酒し、暴力をふるうようになった」「職場が倒産して仕事がなく、イライラしていた」「仕事を探すが子連れではダメだ

と30か所断られた」という父親や、性虐待及びDVにより精神疾患になった母親など、自己責任とはいえない実態がある(堀場2014)。

この点を踏まえて養護問題を定義すると、資本主義社会のなかで構造的に引き起こされる親(保護者)の労働問題(失業、低賃金、不安定就労)を基底とした生活問題(家計の脆弱化・破綻、借金、孤立、健康破壊)の深刻化があり、制度・施策の不備・不足も影響して、最終的に子どもを虐待・放任するに至るほど追い込まれ、家庭で子育てをする機能が麻痺・崩壊した状態である(堀場2013: 274)。

他方で、養護問題を抱える子育て世帯は、施設職員を含む相対的安定層と比較して深刻な労働・生活問題を抱えおり、客観的にみると両者が分断されているように見える。しかし、日本は「すべり台社会」(湯浅2008)といわれるほどセーフティネットが脆弱であるため、生計中心者の失業や疾病などにより、相対的安定層であっても不安定層または貧困層に陥る可能性がある(高林2004)。

したがって、階層や問題の現れ方に差異はあったとしても、養護問題を抱える親(保護者)と施設職員を含む相対的安定層が抱えている労働・生活問題には共通性・連続性がある(高林2004)。筆者はそのことを理解することが自己責任論や分断を乗り越え、両者の共同関係を築く根拠になると考える。

さらに近年、施設では小規模化・地域分散化(以下、小規模化)が進むなかで、一人勤務や宿直が増えて職員が疲弊し、職員の確保・育成も困難になってきている(黒田2013; 堀場2022a)。このため、労働問題や労組に関する研究の重要性が増しているが、1980年代以降、関連する先行研究はほとんどない。筆者は、施設現場での経験やこうした問題意識から、近年は職員の

労働問題及び労組に関する研究(堀場2020ab, 2021abc, 2022ab, 2023ab)に取り組んでいる。

翻って、筆者の専門分野である児童福祉・社会的養護に関する研究者の状況を見ると、博士号を取得している者は少数に留まっている。例えば、東海・北陸地方(愛知・岐阜・三重・静岡・福井・石川・富山県)の社会福祉士・保育士養成課程がある大学・短期大学59校の児童福祉・社会的養護系科目を担当する専任教員79名(特任教員を含む)のうち、博士号取得者は2023年10月末時点で19名(24.1%)と3割にも満たない状況である⁽²⁾。

これは、理系の研究者のほとんどが博士号を取得していることや、勤務先の社会福祉学部は専任教員42名(特任教授、任期制助教を含む)のうち、28名(66.7%)が博士号を取得(任期無の講師・准教授・教授は79.4%が取得)していることと比較すると、取得率が顕著に低い。ただし、時代によっては博士号が持つ意味に大きな違いがあったり、分野によっては博士号の取得が困難であったりするため、その点は留意する必要がある。したがって、博士後期課程(単位取得満期退学)を経ているかどうかも重要な指標といえる。

児童福祉・社会的養護の研究者は、学歴が公開されていない者もいるため、博士後期課程を経ている者の正確な数を示すことはできない。しかし、前述した博士号取得率の低さを踏まえると、博士後期課程を経ている者の割合が高いと推測される。このため、当該分野における研究者全体の研究力の底上げが課題である。

3. 研究・教育と実践の協働

(1) 日本福祉大学社会福祉学部における教育

筆者は本務校である日本福祉大学社会福祉学部で特別な教育実践をしているわけではないが、

ゼミ活動の一環として児童相談所・乳児院・児童養護施設などの見学や、常任委員(編集部長)を務める全国児童養護問題研究会の全国大会・支部学習会に参加するなどして、現場から学ぶ姿勢を大切にしている。

ゼミ卒業生は、2017年度から専修制になって以降、子ども専修は施設への就職希望者が大幅に増え、実際に就職している者も多い。しかし、前述した小規模化による労働環境の悪化により、早期に離職する者も少なくない。そのなかで、個別に相談があった場合は、労組とも連携し、労働相談にも対応している。ここでも、筆者は自らの経験を踏まえて、経営者に付度するのではなく、常に労働者の立場に立って物事を考え、行動するようにしている。

他方で、卒業生全体の状況を見ても、社会福祉士・保育士の養成課程におけるカリキュラムの均質化が影響して、社会問題の本質を理解したり、ソーシャルアクションを実践できたりする力が身に着いているとは言い難い。さらに、勤務先では、学生募集上の必要性も影響して、社会福祉士国家試験合格率(合格者数)を高めることが前面に出ざるをえなかったり、養成校全体の傾向として教育内容も制度の概説や対人ケアの技法が軸(野澤1980; 加藤・鈴木ら1992)になったりしている状況がある。

これは、日本の社会福祉に関する研究・教育がアメリカで発展してきた心理主義的・技術主義的なケースワークの方法論(三塚1997: 173, 176-181)をベースにしていることも影響している。特に社会福祉士・保育士などの養成課程では、社会の構造を理解するための経済学や法学の視点が希薄で、労働法や労組に関する知識もほとんどないまま現場に出ている実態がある。

この点について秋元(2019)は、日本のソーシャルワークとその研究の悲劇は近年「労働」

をどこかに置き忘れてきたことであると指摘している。本来、社会福祉施設の労働問題は、社会福祉系の学会が率先して取り上げるべきテーマだが、学会誌の特集においても取り上げることはなく、関連する先行研究は1970年代までは一部でみられたものの(鷺谷1968; 皿海1972; 小川1973)、前述したようにそれ以降はほとんどない。

こうした状況に危機感を抱いた筆者は、勤務先の会議で提案し、本学独自科目として「福祉労働論」を2018年度から立ち上げて担当している。ただし、ゲスト講義を軸にしたリレー講義科目として立ち上がったことも影響して、社会福祉の各分野における仕事内容や労働条件の紹介が中心になりがちであることが課題となっている。この点は今後、内容を検討していきたい。

一方、近年は介護・保育のブラック化(大川2016; 結城2019)が社会問題化したことなども影響して、高校生の「福祉離れ」が深刻である。勤務先も以前は「福祉ブーム」に乗って偏差値が高まった時期もあるが、今では「福祉離れ」が進み、社会福祉系大学の多くは学生募集に苦勞している。

関連して、勤務先ではホームページや入学広報用の冊子などで、「社会福祉」を平仮名表記の「ふくし」(ふつうのくらしのしあわせ)として対外的にアピールしている。これは、高校生に向けたわかりやすいキャッチフレーズとしてはやむをえない面もある。しかし、社会福祉は政策概念(三塚1997: 111-116)であり、資本主義社会において構造的に引き起こされる働く人々の労働問題を基底として引き起こされる生活問題の一部への社会的対策である。

そのため、本来は「社会」があつての「福祉」なのだが、こうした状況を踏まえて、担当する

講義・演習のなかでも、ソーシャルワークのグローバル定義や先行研究を取り上げながら、社会福祉の本質とは何かを意識的に取り上げるようにしている。

(2) 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科修士課程(通信制)における教育

日本福祉大学は国内で初めて社会福祉学部を創設し、同じく大学院も初めて社会福祉学の名称を持つ社会福祉学研究科として、多くの研究者や専門職を輩出してきた。しかし、美浜キャンパスの立地条件などによる院生募集の困難さも影響して、2019年3月をもって社会福祉学研究科における通学課程は廃止され、通信制のみの社会福祉学研究科社会福祉学専攻(名古屋キャンパス)となった。

現在も夜間大学院としての医療・福祉マネジメント研究科(名古屋キャンパス)はあるが、社会福祉学研究科の修士課程が通信制のみとなったということは、入学者が社会人にほぼ限定されていることや、修士課程から研究者養成をなくすことにもつながるリスクを持ち合わせているといえる。

通信制大学院では定期的にスクーリングがあり、修士論文指導教員とは個別またはグループで対面及びZoomによる指導があるものの、講義科目はリアルタイムのオンラインによるものではなく、基本的には教員が指定したテキストをもとに、毎週ウェブ上における文字のみで教員及び院生同士でやりとりすることになる。

筆者も児童福祉論特論を隔年で担当しているが、これは対面の講義と比較して、教員・院生双方の負担が大きい。加えて、文字のみでのやりとりは誤解が生じやすく、教員が院生の書き込みに対してコメントする際には、院生の受け止め方によっては学術的にも必要な批判的視点

を非難として受け止めてしまうリスクもある。そのため、筆者も院生の書き込みに対するコメントは、かなり配慮をしている。これらのことを踏まえると、通信制の良さもあるが、特に研究者を目指す院生の場合、学術書や学術論文の輪読・発表・討議を対面で行うしくみが必要といえる。

翻って、通信制大学院の社会人院生は、高齢者施設職員、病院のMSW、スクールソーシャルワーカー、社会福祉協議会職員、公務員が多く、社会的養護関係施設の職員は多くて1学年1～2人である。これは、変則勤務や宿直などがあるため労働環境が厳しく、研究との両立が困難なことも影響している。しかし、視野を広げたり、専門性を高めたりするためにも、施設で仕事と研究を両立できる環境づくりが求められる。

(3) 放送大学における教育

放送大学は周知のとおり、特殊な成り立ちを持つ通信制の大学である。筆者が放送大学とかわかりを持ったのは、2018年度からである。それまで放送大学とはかわかりがなかったが、愛知学習センターの所長(当時)が勤務先のホームページの教員紹介をみて面白い研究をしているという理由で、社会福祉系科目の非常勤講師として声がかかった。その後、前所長から客員教授への就任を打診され、2022年度から隔週のゼミや学習相談を担当することになった。

放送大学では、高校を卒業してそのまま進学する学生とは異なり、幅広い年齢層のさまざまなバックグラウンドを持つ社会人学生の学ぶ意欲の高さを実感し、そのことが筆者のモチベーションにもなっている。また、放送大学は教養学部のみという学際的な学びの場であるため、専門の狭い枠に留まらない学びの場の重要性も

改めて認識することができた。

放送大学の客員教授の任期は5年で、2023年度は金沢大学での学外研究のため、一時的に担当を外れているが、任期中は社会人学生から刺激を受けながら、ゼミでは児童養護施設・乳児院などの見学も交えた体験的な学びができるようにしたいと考えている。

(4) 全国児童養護問題研究会の活動

全国児童養護問題研究会(以下、養問研)とのかかわりは、大学3年生時にゼミの教員から誘われ、名古屋で開催された全国大会に参加したことがきっかけである。それまでは、就職先として施設をあまり意識していなかったが、学生スタッフとして分科会で現場の職員が熱心に議論しているのを目の当たりにして、関心を持つようになった。

その後、自主的に実家近くの施設で実習をしたことがきっかけで、主任から声をかけられ、卒業後に就職する前提で学生時代からアルバイトをしていた。しかし、途中で正規雇用ではないことがわかり、そこを辞退して求人が出ていた他県の施設に就職することになった。

就職した施設は、養問研に理解があったため、支部の活動や全国大会に参加する機会を得た。その後、筆者が勤務する施設で経営側の不祥事や労働争議などに直面し、改善運動に取り組んだ際も、恩師を含む養問研の常任・運営委員から多くのサポートを得ることができた。

そして、筆者が研究者になって以降、本格的に恩師とともに編集部にかかわることになり、編集部員、編集部次長を経て2008年6月からは編集部長として養護問題、子ども・職員集団づくり、養護労働などの本質的なテーマを研究誌(『日本の児童福祉』、『子どもと福祉』〈明石書店)を経て、現在は『社会的養護研究』〈創英社)

で取り上げ、広く社会に発信している。

しかし、施設職員の運営委員は担い手不足であることや、研究者の組織化に加えて前述した研究力の向上も課題となっている。また、養問研は以前のように会員が手弁当で主体的に運営に参画する研究会から、数ある研修会のなかの一つとして非会員が公費(出張)で全国大会に参加する形に変化している。

さらに、大きな課題となっているのが、研究会における世代交代の問題である。これは、養問研に限らず、他の研究会も創設時のメンバーや一部の運営委員が業務を一手に担ってきたことも影響して、同様の問題を抱えているといえる。

そのため、実践の理論化へのサポートについても、意図的に非会員や次世代を巻き込みながら育成するしくみづくりをしている。必ずしもこうしたケースばかりではないが、一例を示すと「支部学習会での報告→全国大会での報告→研究誌『社会的養護研究』での現場実践レポートの執筆依頼→優れた現場実践レポートの表彰(積記念賞)→運営委員」のような流れをしくみとして行うよう心掛けている。

加えて、支部学習会を無料または安価な参加費(学生は無料、非会員も数百円)にし、学びたい人が参加しやすくするとともに、その運営も中堅の施設職員に移行している。そこでは、報告者に若手職員を積極的に登用し、現場職員や学生、研究者など毎回30～40人程度の参加があり、グループ交流も行っている。ただし、現場は多忙であることや、自分から外に出て学ぼうとする施設職員は少数派であるため、意図的に若手・中堅の職員を巻き込むなど、世代交代を見据えた取り組みが必要といえる。

4. 今後の課題

本稿では、社会的養護における研究・教育と実践の協働について、筆者の経験から述べてきた。ここでは、本稿で述べてきたことを踏まえて、今後の課題を2点提示したい。

まず、1点目は、養護問題の本質を踏まえた研究の推進及び子ども・職員双方の人権保障(井上2010)についてである。これは、前述した先行研究の動向や、社会福祉士・保育士などの養成課程における国家資格に基づく均質的かつ対人ケアに傾斜したカリキュラムをどのように克服していくかともかかわる問題である。

そのためには、養問研を含む研究会や研究者が時流に流されず、本質的なテーマにこだわって地道な研究活動を継続していくことに加えて、大学・短期大学などの職員養成課程において、既存のカリキュラムではほとんど取り上げられていない労働・生活問題、労働法、労組、ソーシャルアクションに関する知識や方法論に関する独自科目を立ち上げる必要がある。そして、そのことを通して、社会問題の本質を捉えるとともに、施設の利用者と職員が同じ労働者(及びその家族)としての共通性・連続性(高林2004)を認識することが、自己責任論や分断を乗り越えることにもつながると考える。

2点目は、施設職員が学び高め合える研究会及び現場との共同研究の活性化についてである。近年、子ども虐待や社会的養護に関する学会・研究会が増えてきたが、そこで取り上げられるテーマの多くは前述したように時流に乗ったものや、医学・心理学に依拠したものが多い。このため、現場に根差した本質的なテーマを継続的に取り上げている養問研の役割がより重要性を増しているといえる。しかし、現場は小規模化が進み、以前にも増して職員の勤務が過酷になっているため、研究会に参加する時間的なゆ

とりが減っている。

また、出張で研修会に参加することが当たり前になっている世代も増えているため、受け身ではなく研究会に主体的に参画し、学び高め合える仲間づくりをしていくための仕掛けが必要である。そのため、前述したように、会費・参加費の軽減や開催日時の工夫、対面とオンラインの併用、幅広い研究者の参画を促すことなどが課題といえる。

筆者はここで述べたことを意識しつつ、今後とも時流に流されず、現場に根差した本質的なテーマにこだわった研究に取り組んでいきたいと考えている。

注

(1) 国立情報学研究所のCiNiiで「子ども虐待」を検索すると、2020年1月～2023年10月(24日時点)の期間で論文・著書は644本の論文・著書が刊行されている。また、同じく「里親」を検索すると、同期間中に324本が刊行されていた。

一方、「児童養護施設 労働問題」で検索すると、上記と同期間で4件(うち拙稿が3本)、「児童養護施設 労働組合」で検索すると6件(うち拙稿が5本)であるのと対照的である。ただし、これらのうち、論文ではなく雑誌名にキーワードが含まれているだけのものも含まれていることや、CiNiiの検索では出てこない論文もある。

(2) 各大学のホームページに掲載されている「教員紹介」を元に集計したが、教員の学位が公表されていない場合は、各大学の教職員にメールで確認した(当該科目担当の専任教員が不在または不明の大学・短期大学を除く)。専任教員のうち、判明しているだけで修士号を取得していない者も1割近く(7名)いた。なお、養成校の数は同じ法人の大学であっても、四年制大学と短期大学(または短期大学部)の場合は別の養成校として、同じ大学で複数の学部の場合は1つの養成校としてカウントした。

文献

- 阿部彩(2008)『子どもの貧困——日本の不公平を考える』岩波書店
- 秋元樹(2019)『労働ソーシャルワーク——送り続けられたメッセージ/アメリカの現場から』旬報社, p.3.
- 安藤藍(2017)『里親であることの葛藤と対処——家族的文脈と福祉的文脈の交錯』ミネルヴァ書房
- 浅井春夫・松本伊智朗・湯澤直美編(2008)『子どもの貧困——子ども時代のしあわせ平等のために』明石書店
- 栄留里美・長瀬正子・永野咲編(2021)『子どもアドボカシーと当事者参画のモヤモヤとこれから——子どもの「声」を大切にできる社会ってどんなこと?』明石書店
- 畑千鶴乃・菊池幸工・藤野謙一(2013)『子どもアドボカシー——つながり・声・リソースをつくるインケアユースの物語』明石書店
- 堀場純矢(2013)『階層性からみた現代日本の児童養護問題』明石書店, pp.71-105, 268-269, 274.
- 堀場純矢(2014)「深刻化する子どもの貧困と私たちの課題——児童養護施設から見える『貧困の再生産』」『クレスコ』2014年9月(162号), pp.16-19.
- 堀場純矢(2020a)「児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究——20施設のアンケート調査から」『いのちとくらし研究所報』第70号, pp.70-77.
- 堀場純矢(2020b)「児童養護施設職員の労働組合観——インタビュー調査から」『日本の科学者』55巻11号, pp.38-44.
- 堀場純矢(2021a)「児童養護施設職員が働き続けるための環境づくり——インタビュー調査から」『総合社会福祉研究』第50号, pp.31-39.
- 堀場純矢(2021b)「児童養護施設職員のストレスと健康状態——20施設のアンケート調査から」『医療福祉政策研究』第4巻第1号, pp.85-106.
- 堀場純矢(2021c)「児童養護施設における職員集団づくり——インタビュー調査から」『社会的養

- 護研究』1号, pp.38-44.
- 堀場純矢(2022a)「児童養護施設の小規模化による子ども・職員の変化と課題——労働組合の有無別・職階別のインタビュー調査から」『いのちとくらし研究所報』第77号, pp.51-61.
- 堀場純矢(2022b)「社会的養護における労働組合の役割」『社会的養護研究』2号, pp.29-38.
- 堀場純矢(2023a)「児童養護施設職員の労働問題と労働組合の役割——労働組合の有無別のアンケート調査から」『大原社会問題研究所雑誌』775号, pp.2-21.
- 堀場純矢(2023b)「児童養護施設における職員の賃金——労働組合の有無別のアンケート調査から」『社会的養護研究』3号, pp.102-111.
- 井上英夫(2010)「人権の旗を掲げよう——にない手の人権が侵害されている」『医療労働』526号, p.6.
- 伊藤嘉余子(2019)「効果的な里親支援体制の検討——児童相談所および主管課へのアンケート調査結果から 第132回養子と里親を考える会講述録」『養子縁組と里親の研究—新しい家族』第62号, pp.75-92.
- 加藤蘭子・鈴木政夫・上野悦子・岸田孝史(1992)「第3章座談会——社会福祉と人権を考える」『日本の福祉はこれでいいのか』編集委員会編『日本の福祉はこれでいいのか——最前線から福祉労働を問う』あけび書房, p.235(加藤蘭子発言).
- 貴田美鈴(2019)『里親制度の史的展開と課題——社会的養護における位置づけと養育実態』勁草書房
- 黒田邦夫(2013)「児童養護施設における『小規模化』の現状と課題——『小規模化』は施設間格差を拡大している」『子どもと福祉』6号, pp.64-68.
- 松本伊智朗編(2010)『子ども虐待と貧困——「忘れられた子ども」のいない社会をめざして』明石書店
- 松本伊智朗編(2017)『「子どもの貧困」を問いなおす——家族・ジェンダーの視点から』法律文化社
- 三塚武男(1997)『生活問題と地域福祉——ライフの視点から』ミネルヴァ書房, pp.111-116, 173, 176-181.
- 西澤哲(2019)「社会的養護と愛着(アタッチメント)」『そだちの科学』第33号, pp.33-38.
- 野澤正子(1980)「養護と養護問題」『社会問題研究』第30巻・第2・3・4合併号, pp.199-214.
- 小川政亮(1973)「福祉労働者の権利と子どもの権利を守るたたかい」『福祉問題研究』編集委員会編・鷺谷善教監修『社会福祉労働論』鳩の森書房, pp.291-305.
- 大川えみる(2016)『ブラック化する保育』かもがわ出版
- 奥山真紀子(2019)「不適切な養育を受けた子どものアタッチメント形成不全とトラウマ」『小児の精神と神経』第59巻第2号, pp.150-154.
- 皿海碩(1972)「児童福祉施設の現状と闘い」『東京の社会福祉運動——平和と幸福への道標』都政新報社, pp.157-185.
- 杉山登志郎(2022)「子ども虐待とトラウマ」『更生保護』第73巻第10号, pp.12-18.
- 高林秀明(2004)『健康・生活問題と地域福祉——くらしの場の共通課題を求めて』本の泉社, pp.165-168.
- 友田明美(2017)『子どもの脳を傷つける親たち』NHK出版
- 上野加代子編(2006)『児童虐待のポリティクス——「こころ」の問題から「社会」の問題へ』明石書店
- 鷺谷善教(1968)『社会事業従事者』ミネルヴァ書房, pp.71-96, 193-196.
- 山本真知子(2019)『里親家庭の実子を生きる——獲得と喪失の意識変容プロセス』岩崎学術出版社
- 山野良一(2008)『子どもの最貧国・日本——学力・心身・社会におよぶ諸影響』光文社
- 湯浅誠(2008)『反貧困——「すべり台社会」からの脱出』岩波書店, pp.19-58.
- 結城康博(2019)『介護職がいなくなる——ケアの現場で何が起きているのか』岩波書店

研究と実践をつなぐ教育・研究活動の経験

Experience in Educational and Research Activities Linking Research and Practice

横山 壽一 (佛教大学)

Toshikazu YOKOYAMA

はじめに

第6回研究大会の研究テーマ「医療福祉研究の理論と実践をめぐる現状と課題」のもとで企画された同一テーマのシンポジウムは、「生活保障の実現に向けて、研究と実践をどうつなぐか、特に両者をつなぐ人材をどう育てるか」が課題とされた。その課題に、これまでの研究・教育活動の経験から問題提起することが求められた。本稿は、当日の報告をもとに、討論の内容も踏まえてまとめたものである。

具体的内容の前に、いくつか対象の整理と限定を行っておきたい。第一に、「研究、理論、実践」について。「研究」は、医療・福祉研究を主に対象とし、その研究領域は「医療・福祉政策研究」に限定せず、社会福祉学やソーシャルワーク研究も含むものとする。「理論」は、社会保障論および社会福祉理論を対象とし、「実践」は、行政担当者として行う政策実践、医療・福祉従事者として行う医療・福祉実践および社会福祉実践を対象としている。

第二に、「研究者、実践者」について。「研究者」は、大学・研究機関で研究する者を指すこととし、「実践者」は、専門職として、あるいは非専門職として、医療・福祉に関わる特定の

業務を実践する者を指すこととするが、そのなかには現場で特定の業務に従事しながら研究する者も含む者とする。

第三に、「理論と実践をつなぐ」の内容について。具体的には、「理論に基づく実践」「実践の理論化」「理論と実践の循環」を指すこととし、これらはいずれも個人としての場合と、集団・組織としての場合の双方を含むものとする。これらを医療・福祉に即して示せば、医療・福祉の政策実践、政策実践の理論化、業務における理論と実践、医療・福祉の政策批判実践、政策改善・転換の理論と実践を挙げることができる。

1. 大学・大学院での教育・研究の経験

(1) 大学における教育・研究

教育・研究に従事した大学は、金沢大学経済学部で21年間、金沢大学地域創造学類で8年間、佛教大学社会福祉学部で6年間である。金沢大学地域創造学類は、金沢大学の教育・研究組織の再編で新たに設置された組織で、4つのコースから編成された。私が所属した「福祉マネジメントコース」は、福祉を切り口に地域創造学を学ぶコースで、社会福祉士受験資格を取得できるカリキュラムを備えていた⁽¹⁾。佛教大学社

(受理日：2024年2月1日)

会福祉学部は、社会福祉士・精神保健福祉士・保育士の受験資格および教員免許が取得できるカリキュラムを備えていた。

主たる担当科目は、金沢大学経済学部では「社会保障論」「社会保障論演習」、同地域創造学類では「社会保障論」「社会保障論演習」「地域福祉論」「高齢者福祉論」「地域創造学」、佛教大学では「社会保障論」「社会保障論演習」「福祉行財政論」「自治体福祉政策論」⁽²⁾をそれぞれ担当した。

(2) 大学院における教育・研究

大学院については、金沢大学大学院経済学研究科(修士課程)、同社会環境科学研究科(博士課程、後に人間社会環境研究科に改称・再編)で教育・研究に従事した。社会環境科学研究科は、博士課程だけの学際的大学院として設けられ、修士課程は学部に対応した各研究科に配置された。その後、学部再編にもなって大学院も再編され、人間社会環境研究科は、博士前期課程(修士課程)と博士後期課程をもつ大学院に改組され、博士前期課程も学類(学部で代わる教育組織)に対応して5つの専攻に組み替えられ、博士後期課程は3つのコースに組み替えられた。そこでは、博士前期課程は「地域創造学専攻」に、博士後期課程は「社会経済学コース」にそれぞれ所属した。佛教大学では社会福祉学研究科(前期課程・後期課程)に所属した。

担当科目は、金沢大学経済学研究科(修士課程)では「社会保障特論」、社会環境科学研究科(博士課程)では「生活保障システム論」を担当し、改組後も基本的には同じ科目を継続して担当した。佛教大学社会福祉学研究科では、「現代社会福祉問題特殊研究」「社会福祉学研究指導演習」を担当した。

研究については、金沢大学では研究組織であ

る「人間社会研究域」の「経済学経営学系」⁽³⁾および「地域政策研究センター」に所属し、医療政策および介護政策を中心とした社会保障政策研究、とりわけ社会保障の市場化をめぐる理論・政策研究、過疎地域における医療・福祉の実証および政策研究、イギリス・スウェーデン・中国・韓国の医療・介護政策研究等に取り組んだ。佛教大学では、おもに医療政策および介護政策を中心とした社会保障政策研究に取り組んだ。

(3) 担当学生・院生・修了生

この間に担当した学部学生のうち演習担当学生は約800人、修士課程院生のうち指導を担当した院生は約100人、博士課程院生は12人である。修士課程院生は、学部卒が2割、社会人が4割、留学生在が2割、博士課程院生は、内部進学者が2割、社会人が5割、留学生在が3割であり、修士・博士課程ともに社会人院生が多くを占めた。

指導を担当した院生・修了生のパターンは以下のようないくつかに分けることができる。①学部学生から大学院へ進学し大学・研究機関に就職、②学部学生から大学院へ進学し社会人(専門職・非専門職)へ、③②の課程の後に仕事に就いたまま大学院へ進学して修了、④社会人(専門職・非専門職)から仕事に就いたまま大学院へ進学して修了、⑤社会人(専門職)から大学院へ進学して修了し、一度もとの職に戻った後に、大学・研究機関に就職、⑥社会人(大学教員)から大学に在籍したまま大学院に進学して修了、以上である。

ここでいう専門職として、社会福祉士(自治体職員、社会福祉協議会職員)、保健師、看護師、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、非専門職として、福祉施設職員、

病院職員、自治体職員をそれぞれ担当した。

2. 学部教育での経験

(1) 経済学部演習（社会保障論演習、3・4年）

①学生の特徴

金沢大学経済学部では、3年と4年の2年間にわたる演習があり、平均して10人程度の学生を担当した。社会保障論演習の学生は、就職先として公務員、教員、医療・福祉現場を志望する学生が相対的に多く、また、地元石川および北陸出身者が大半を占め、出身地への就職を希望する者がかなり高い比率を占めていた(典型は出身自治体への公務員としての就職)。学生は、地域や生活問題への関心が相対的に高く、経済学部在籍しているにもかかわらず「経済学嫌い」の傾向がみられた。理論・歴史を敬遠する経済学部の当時の学生の状況を反映していたと思われる。

②教育方針・目標

こうした学生の関心や傾向を踏まえ、「生活・福祉の問題を地域問題として捉える」「理論を学び、現場を見て考えて、政策課題を整理する」ことを教育方針・目標とし、2年間の演習を運営してきた。3年次には、前期でテキストを用いて理論・政策を学習し、夏期休暇中に、テキストの内容に沿った地域調査を演習として実施し、後期にはテキスト学習と並行して地域調査の分析をもとにした共同論文の作成に取り組み、12月の経済学会大会で共同論文の内容を発表し他の演習生と議論するという学習サイクルを確立しほぼこのサイクルを毎年実施した。

4年生では、最初の演習で卒業論文の第1回目の構想発表を行い、その後、数回の構想発表を経てテーマを確定し、文献リストの作成と読み込み、それらを踏まえた論文構成の整理、そして夏期休暇前の演習で、論文構成に基づく詳

細レジメの作成と報告および夏期休暇中に取り組むべき課題の整理を行って前期を終えるという計画で進めた。

後期には、卒論構想の最終報告を経て執筆に入り、草稿提出の後に添削と修正を繰り返して完成させ、期末試験の終了後に卒論発表会を行い、若干の修正を行ったうえで製本して終了とした。

③理論と実践

就職後の状況から、比較的多かった自治体職員として就職した卒業生を中心に、「理論と実践」について実態をみると、「希望と挫折」が浮かびあがってくる。もっとも、ここでいう「理論」は学部教育レベルで、医療福祉研究のレベルではない。

卒業生たちは、社会保障を専攻したことで福祉関係の部署を希望し、入職時にはほぼ希望通り配属されるが、数年も経つとローテーションで税務、商工、観光などに回される。福祉関係の部署にいる時は、意欲に燃え「政策実践」を通してさらなる知識を身につける努力を続け、アドバイスや文献の紹介を求めてくる卒業生もいた。さらには、業務のあり方に疑問を持ち、あらためて社会保障の理論や歴史を学び直して業務と向き合う者もいる。そこには、専門性を生かし住民のために働きたい、そのためには学び直しもしたいという積極的な「理論と実践」の循環を見いだすことができる。しかし、部署が変わると新たな業務のために頭を切り替えて臨まざるをえず、専門性も途絶えてしまい、「挫折」を味わうことになる。

また、地域調査の経験から医療ソーシャルワーカーを目指したいと医療機関へ就職した卒業生は、業務の傍らで通信教育を受け、社会福祉士の国家受験資格を取得して資格を取得し、現在ではリーダーとして「社会福祉実践」で奮

闘している卒業生もいる。

なかには、福祉関係の業務に就いていても理論と現実のギャップを経験し、意欲を失ってしまう卒業生もいる。入職時に生活保護課に配属になり喜んでいた卒業生は、簡単な研修のあと50件以上のケースを担当することになり、ほどなく、大学で学んだ生活保護の内容と他の職員の住民への対応や被保護者の行動とのあまりにも大きなギャップに直面し、「福祉嫌い」に陥って意欲を喪失した。そして、理論を学び直す意味さえ見い出せず、上司の指示に従って淡々と業務をこなす日々を送り、3年で他の部署へ異動した。

④経験と教訓

以上のことから、失敗例もあるが、理論を学び、現場を見て考えて、政策課題を整理し、論文にまとめるという学習サイクルは、学部教育のレベルではあるが「理論と実践」の循環を生み出すうえで一定の有効性が示されている。その際、ポイントは、実態分析から政策を批判的に検討し課題解決を考える視点と方法の習得にある。というのは、批判的視点こそ理論的関心への推進力となり、研究レベルへと進む意欲を生み出す力になるからである。

(2) 地域創造学類演習(社会保障論演習、3・4年)

①学生の特徴

地域創造学類では、上述したように4つのコースに分かれているが、担当した「福祉マネジメントコース」では、3年と4年の2年間の演習が配置されていた。社会福祉士の取得をめざす学生には、別に社会福祉援助技術演習があり、多くの演習生が二つの演習を受講していたことが経済学部との違いである⁽⁴⁾。

地域創造学類の学生は、4つのコースを選択するが、福祉マネジメントコースの学生は、福

祉の専門職として働くことを目指す者が多いことが最大の特徴である。高校時代から福祉に関心を持ち、入学直後からボランティア活動に参加する学生も多い。

②教育方針・目標

教育方針は、経済学部の先週と同様に、「生活・福祉の問題を地域問題として捉える」「理論を学び、現場を見て考えて、政策課題を整理する」ことを掲げ取り組んだが、特に重視したのは「生活・福祉の問題を地域問題として捉える」ことである。地域創造学類であることが直接の要因であるが、福祉に関心のある学生は、ともすれば対人援助の狭い枠に陥りがちであるため、広い視野をもつ専門職として活躍することへの期待も込めての選択であった。

演習の内容は、経済学部の演習とほぼ同じであったが、上述したように、多くは社会福祉援助技術演習と社会福祉援助技術実習を履修しており、しかも公務員も同時にめざす学生が少なくなかったため、3年生の夏の地域調査は規模を縮小せざるをえなかったこと(夏期休暇中に開催される公務員試験のための「公務員講座」による日程の制約)、4年生においても6月以降の公務員試験、2月上旬の社会福祉士国家試験のため、全員参加の演習は難しく、卒業論文作成との両立が容易ではなかったことは大きな違いである。他方、従来は演習生と院生および一部外部からの参加で実施していた卒論発表会が、コースの3・4年生全員と全教員の参加の下で開催されてきたことは、プラス効果をもった。

③理論と実践

卒業後は、医療福祉の現場で専門職として働く選択をした演習生が多いが、それと同程度に公務員として就職する者もいた。公務員試験に合格し、その後に社会福祉士国家試験にも合格するダブル合格組も多く、医療・福祉現場での

就職をめざしていても、公務員を選択するケースも少なからずあった。また、卒業後は医療・福祉の現場に就職したものの、厳しい現実に直面して離職・転職し、公務員となった者もいる。福祉専門職として採用されるケースでは、「政策実践」と「社会福祉実践」を一体的に取り組み、意欲はさらに高まり、大学院進学をして「理論と実践」のレベルアップを考える卒業生もいたが、一般職では、資格がありながら福祉の仕事に関われない不満と再度の挫折を経験する傾向が見られた。

④経験と教訓

地域創造学類の演習を通して、地域を学び、地域の問題として医療・福祉課題を捉えるアプローチの有効性は実感できたが、同時に、ソーシャルワーク教育と政策教育の接合の難しさを体験し、あらためてその必要性を痛感した。具体的には、国家試験のための受験勉強と社会保障・社会福祉政策への批判的視点の習得との両立の難しさである。国家試験の内容が制度・技術への傾斜を一段と強め、歴史・理論の軽視と現状肯定的な「テキスト」が出回るなかで、この両立をどう図っていくか、教育する側に課せられた課題は重い。資格取得だけでは、「理論と実践」をつなぐ「実践者」を生み出すことにはならない現実がある。

(3) 社会福祉学部演習(社会保障論演習＝卒論演習、4年)

①学生の特徴

最後に、佛教大学社会福祉学部での社会保障論演習の経験を紹介する。社会福祉学部は、その大半が医療・福祉現場での専門職をめざす学生である。しかし、公務員・教員志望も2割、一般企業への就職をめざす学生も同じく2割程いる(最近是一般企業がもう少し多い)。福祉の

専門職と公務員・教員の両方で準備を進める学生もいる。学生の福祉への関心は高く、とくに、一人親家庭、兄弟姉妹に障害を持つ者・引きこもり・不登校がいる、祖父母が介護施設を利用、親が医療・福祉の現場で働いている、自分自身に障害があるなど、身近で福祉課題を体験している学生の比率が非常に高いことが、これまでの学部とは異なる。担当した学生は、他の教員の演習に比べ、どちらかという公務員・教員・一般企業を志望する者の比率が高かった。

②教育方針・目標

社会福祉学部の演習は、4年次の1年間であり、卒業論文を書くための演習である⁽⁵⁾。4年次の1年間は、就職活動、公務員試験・教員採用試験・社会福祉士・精神保健福祉士国家試験の準備のいずれかあるいは複数抱えながらの履修のため、これまでの内容を見直す必要に迫られた。「生活・福祉の問題を地域の問題を地域問題として捉える」ことは引き継ぎつつ、テキストを使って理論を学ぶ内容は新書・文庫を使ってコンパクトにし、夏期休暇の地域調査は取りやめ、卒業論文の作成日程を前倒しにした。地域調査は、実習のある学生はある程度は補える部分があったが、それ以外の学生は自らの体験から問題意識を発展させる学生もいたが、福祉現場を見て体験する機会がないため、新聞記事・雑誌記事、ネットの現場レポート等を使って問題意識の喚起を図った。卒論テーマの設定では、自分自身の体験を捉え直し、社会福祉政策の中に位置づけて整理することを重視した。

③経験と教訓

社会福祉学部での演習経験は、地域創造学類について指摘したソーシャルワーク教育と政策教育の接合の難しさと必要性をあらためて実感するとともに、1年間の演習で、理論を学び、実態に触れ、問題意識を発展させることの限界

を強く感じた。

卒業後、福祉専門職(医療・福祉現場、公務員の福祉専門職採用)に就いた学生、特別支援学校に教員として就職した学生は、比較的満足度が高く、当初の高い志を維持し続けている者が多いが、福祉で学んだことをどのように活かすか見通しが持てないまま一般企業に不本意なまま就職した学生は、早期に離職・転職するケースも見られた。

これらの経験から、社会福祉学部で福祉を学び一般企業に就職する学生も少なくないなかで、専門職に就くかどうかに関わらず、ベースとして何を習得させるか、習得した力をどこでどのように発揮しうるか、教育する側にはそのことをより具体的に示し、福祉を学ぶ意味をより深く認識させる努力が求められていることを認識した。

また、福祉専門職として就職した卒業生たちから、大学で学んだことと現実とのギャップに直面し、現実に疑問を感じながらも何が問題なのかつかめず悶々としている実態も教えられた。その悩みを新たなエネルギーに変え、「理論と実践」の循環を生み出すためにも、福祉専門職の一定期間後の研修、大学院も含めたりカレント教育の必要を感じた。

3、大学院教育での経験

(1) 修士課程

①院生の特徴

大学院修士課程については、所属した大学によって専攻名に違いはあるものの、基本的な教育内容には大きな違いがないため、一括して取り上げる。

院生・修士生のパターンは、既にまとめた通りだが、やや具体的に説明すると、進学目的には、①研究職をめざす「研究者志望」、②職

業能力を高めることをめざす「高度職業人志望」、③就職先が決まるまで履歴の空白を作らないための「就職浪人」、④今後の進路が定まらないまま自分探しをする「モラトリアム」に分けることができる。最も多いのは、②の高度職業人志望である。それも一様ではなく、政策立案能力の習得から、自分の問題関心を深めるための学び直し、国家試験の受験科目免除のためなど様々である⁽⁶⁾。また、自分の問題関心を深めるための学び直しも、多くは自分自身の仕事に対する捉え直しや社会的意義や役割のより深い分析を目的としており、その意味で高度職業人志望と位置づけることができる。③④も毎年一定数おりわずかながら増加傾向にあった。

留学生の多くは①の研究者志望である。実際にも博士課程を修了した留学生は、出身国で大学教員となり、教育・研究に従事している。ただし、修士課程だけの修学を初めから選択した留学生の場合は、出身国あるいは日本の企業へ全員が就職している。

②教育方針・目標

このように進学した目的も将来の進路も一様ではないため、教育方針・目標の設定も容易ではなく、試行錯誤の連続であったが、基本に据えたのは以下の内容である⁽⁷⁾。第一は、問題意識の明確化である。はじめからテーマを持って進学する院生も多いが、そのテーマ自体が曖昧でそのままでは研究テーマにならないことも少なくない。そこで、繰り返し報告を求め、明らかにしたいことは何か、なぜそのテーマなのか、意義は何かなど議論を重ねながら明確にしていくなかで作業を重視した。第二は、その作業と並行してテーマに関する先行研究の整理と専門領域での位置づけと研究方法を明確にすること。第三は、政策理論と政策実態を分析し、そこから政策課題を析出すること、である。それらの作業

を通じて、対象分野の専門的知識と学術的な分析手法を習得し、実態(実証)から政策を批判的に検討し、解決課題を考える視点と方法を習得すること、その際に、テーマに直接関係する狭い領域にとどまらず、関連する領域にも関心を持ち、広い視野で問題を捉えることを重視した。

社会人院生は、これまでの仕事(経験)を通して培ってきた問題意識は明確であるが、他方で、その経験へのこだわりが強く、いわゆる「経験主義」に陥る傾向がある。したがって、上記の取り組みによって経験を相対化することで「経験主義」を克服し、研究課題として問題を捉え直すスキルの習得を、意識して取り組むことを求めた。

③修了後の「理論と実践」

修了後の進路は、学部からの進学者で博士課程へ進学した者以外では、公務員、教員、医療福祉関係団体(相談員、MSW等の福祉専門職)、一般企業である。社会人院生は、当然ながらほとんどは同じ職場で継続して勤務する。内訳は、自治体職員、医療・福祉の相談員、ケアマネージャー、保健師、障害者作業所職員などである。なかには、障害のある子の親として市民運動に関わりながら進学し引き続き運動を続けている修了生もいる。

大学院を経て仕事と研究への意欲を高めたケースは少なくない。研究の継続の必要を実感し、職場や職域で学習・研究集団を組織する修了生、後述する自主的共同研究に参加し、報告や論文執筆を行う修了生もいる。こうした場合には、「実践の理論化」「理論に基づく実践」が定着し、「理論と実践の循環」の姿を見いだすことができる。他方で、仕事に追われて研究どころではなくなり、せっかくの研究も実践に活かされないケースも多い。

④経験と教訓

修士課程の教育を通して得た教訓として、第一に、社会人院生が多かったこともあるが、基礎理論・政策理論を踏まえた政策分析の重要性と実証研究を踏まえた政策の批判的検討と課題の析出、この二つの取り組みとそれら循環させることの重要性である。第二は、院生間の議論を活発に展開させること、自分以外の院生のテーマにも関心をもち議論することで相互の刺激も高まり、視野も広がる効果大きいことである。教員は話しすぎに注意し、考える時間を与え議論を促すことの重要性をあらためて認識する必要がある。博士課程院生の参加はその点で意味があった。第三に、社会人院生の重要な役割である。政策の効果と問題を生活実態と照らし合わせながら検討し、政策のあり方を考えることが重要な課題だが、社会人院生がこの作業において果たす役割は大きい。経験を踏まえた発言は、経験主義に陥る傾向はあるものの、多く場合、本質的な問題提起を含んでいるからである。社会経験のない院生には、とりわけその教育的効果は大きい。第四に、修了後のフォローの必要性である。上述したように、仕事に追われ研究が続かない修了生も多いため、「理論と実践」の循環のためには、修了時に研究を継続するための具体的な手立てをアドバイスし、フォローする必要がある。

(2)博士課程

①院生の特徴

博士課程についても、大学による教育内容に大きな違いはないため、一括して論じる。担当院生は、内部進学(学部→修士課程→博士課程)が約2割、社会人約5割、留学生約3割である。修了後の進路は、内部進学者はほぼ大学教員、社会人は自治体職員、医療福祉専門職、一部に職場復帰を経て大学教員となった者もいる。留

学生は、9割は出身国の大学教員だが、一部に日本に滞在して起業し、福祉事業を始めた者もいる。

②教育方針・目標

博士課程は、高い研究能力を習得し、自立した研究者を養成することが目的である。そこには、内部進学者、社会人、留学生という区分は関係ない。基本的には修士課程で取り組んだ研究テーマをさらに発展させ、新たな知見のもとに当該テーマを体系的に論じた博士論文を完成させ学位の取得をめざす。そのために、研究テーマに関する国内外の先行研究と最新の研究成果をフォローするだけでなく、関連する専門領域全体の研究および政策動向をフォローする必要があるため、教育方針、具体的には研究指導方針は、この作業を適切に行うことを基本とした。そのうえで、研究のオリジナリティーをどのように打ち出すかを本人の問題意識や研究蓄積、研究動向や政策動向を踏まえ、議論を重ねて明確にし、その内容を盛り込みつつ、論理的かつ体系的な展開となるような論文構成を組み立てることに重点を置いてきた。社会人院生には、問題意識の源泉であるこれまでの経験を一度相対化し、その経験(実践)を理論化する、つまり先行研究・最新の研究動向・政策動向を踏まえ、研究上いかなる問題・課題として位置づけることができるか、そのことを明確にする作業を意識して取り組むことを求めた。

また、自立した研究者としての資質のひとつに、自ら研究を組織する能力を位置づけ、既存の自主的な共同研究組織への参加と事務局など企画・運営を担う活動の経験を積むことを奨励した。論文を書くだけでなく、習得した研究能力を社会に発信し、政策・制度の改善を求めるソーシャル・アクションとその組織化能力の習得は、理論と実践の循環を作り出すうえでも

重要であるとの、自らの経験による信念のもとづく指導のひとつである。

もう一点付け加えると、修士課程でも触れた院生間の議論と交流の重視である。幸い、金沢大学では社会保障および労働を扱う三つの演習を核にした合同演習が実現した(社労ゼミ)。それ以外の演習の院生や進学前の学生や社会人なども加わり、20人～30人規模の演習が毎年開催され手きた。担当教員の退職後も後任が引き継ぎ現在も継続されている。

③修了後の「理論と実践」

修士課程でも触れたが、社会人の修了生が職場で学習・研究組織を立ち上げて取り組み若手の養成に成果を挙げているケース、大学院時代に研究会活動や地域調査に取り組み研究職についた修了生が、赴任した地域で実践者との共同研究・活動を組織し、研究でも地域の政策形成でも成果を挙げているケース、自主的共同研究組織に加わり、主導的な役割を果たしているケース、政策立案能力の習得を期待され進学し、修了後に企画立案の部署に配属され、理論を政策形成に反映させているケースなど、修士課程に比べるとはるかに多くの積極的事例が見られる。しかし、出身国で研究職に就いた留学生の場合は制約も多く、そうしたケースは見いだせない。

④経験と教訓

博士課程の教育を通じて、いくつか教訓を得た。第一に、研究テーマに関わる研究にとどまらず関連領域の研究もフォローし、テーマの異なる院生との交流は、広い視野と研究のエネルギーを持続させるうえで必要であり、合同ゼミの開催は極めて有効な方法であること。

第二は、現代的な問題意識で古典を含む基礎理論を学び、基礎理論の強化と現状分析を並行して取り組むことによって、現状のより本質的

な分析へと深化させていくことが可能であるということ。第三は、理論と実践を循環させる研究者として自立するためには、論文執筆だけではなく、学外の研究組織やソーシャル・アクションへの参加を通じた研究・実践組織化能力の習得が必要であり有効であるということ。最後の点は、上述の「理論と実践」の事例で確かめることができる。

4, 学部・大学院での教育・研究の経験と「理論と実践」

これまで紹介してきた大学・大学院での教育研究の経験から、理論と実践をつなぎ循環させるために必要な力の源泉はどのように捉えることができるか。理論は、当該領域の基本認識、基礎知識、現状把握、研究の視点と方法だけでなく、ベースとなる社会経済の構造把握、歴史的把握、専門領域の社会・経済的位置づけ、さらには研究倫理、専門職倫理、行動的規範などの習得も必要である。

実践は、当該領域の専門的実践(職務の遂行)だけでなく、専門性を高める学習・討論、制度・政策の学習とソーシャル・アクション、社会経済への理解を深める学習なども含めて考える必要がある。

これらを踏まえれば、当該専門分野・専門性のあり方を問い続ける問題意識と実戦感覚は、狭い意味での専門的実践からだけでは生まれず、専門的実践を政治経済、制度・政策のなかで考え、捉え直す集団学習、共同研究と討論が欠かせないことがわかる。その点で、先に紹介した社会人修了生の職場での学習・研究の組織化、研究職に就いた修了生の地域での実践者との共同化、この後紹介する自主的共同研究組織への参加等の取り組みが、理論と実践をつなぐために必要な要素を具体的に示していると思われる。

5, 自主的共同研究の経験と教訓

(1) 活動の場としての「医療・福祉問題研究会」

理論と実践をつなぐ力、循環させる力を考えるうえで、大学・大学院での教育・研究だけでなく、自主的共同研究の経験を抜きには語れない。その経験は大学・大学院の経験とは異なるものだが、全く異質の者ではなく私の中では深く結びついている。そこで、最後にこの経験とそこから得られた理論と実践をつなぐための課題を整理したい。

その活動の場の中心は、「医療・福祉問題研究会」である⁽⁸⁾。研究会は1986年10月に設立され、現在も活動中であり今年度に38年目を迎える。人権保障をベースにした保健・医療・福祉のあり方を考える横断的・学際的な自主的共同研究組織である。研究会には、福祉施設職員・専門職、医療機関職員、MSW、ケアマネジャー、ヘルパー、看護師、医師、保健師、社協職員、作業所職員、障害当事者、自治体職員、院生、大学教員などが参加しており、いわば保健・医療・福祉の専門職・非専門職・研究者のすべてが関わる組織である。

研究会の活動は、情勢に対応した3ヶ月に1回程度の研究例会、講演会、シンポジウム、フォーラムの開催などが中心だが、並行して過疎地域の医療・福祉実態調査を、珠洲市を対象に20年余り断続的に実施してきた。石川・白山麓、大阪・西成(釜ヶ崎)、秋田・鷹巣町(現在は北秋田市)、秋田・沢内村(現在は西和賀町)でも調査を行ってきた。また、研究会誌として『医療・福祉研究』(年誌、現在30号)および「会報」を発行している。

研究会の活動の特徴は、第一は、ひとつのテーマを、当事者、現場の専門職、自治体担当者、研究者などそれぞれの立場から問題を取り上げ、可能な限り多面的な検討を行ってきたこ

とである。いわば、実態と研究をセットにした報告と討論の実施である。第二は、研究例会等の取り組みは『医療・福祉研究』に掲載し、現場の報告者にも原則として報告内容を原稿にすることを求めてきたことである。執筆経験が少ない報告者には、研究者がアドバイスとサポートをして書き上げてもらうように努めた。第三は、地域調査を、学生、院生、現場職員、研究者等の共同で取り組み、訪問調査による実態把握、住民との交流を進め、調査の分析は報告会を設けて地域に還元し、また自治体に申し入れをして制度・政策の改善を求めてきたことである。調査に参加した学生・院生・医療福祉機関の専門職や職員は膨大な人数なる。寝食を共にしながら調査に取り組み、議論する取り組みは、いわば社会保障の学校としての役割を果たしてきたといえる。

(2) 理論と実践をつなぐ力の源泉と自主的共同研究

研究会活動を通じて多くの経験を積み、不断に刺激を得て研究にも大きな影響を受けてきたが、「理論と実践をつなぐ力」の涵養に焦点を当てると、以下の諸点に整理できる。

第一は、現場職員と研究者との共同研究・学習によって、一方での現場での実践に対する示唆(問題の本質的把握と課題の明確化)が、他方での現場からの問題提起を踏まえた研究課題の発見と深化がそれぞれもたらされたことである。後者は、現場の問題を見据えた研究を求められることで、いわば「研究者の実践志向」を促した。

第二は、報告・討論・執筆のサイクルによって、現場が直面する問題の理論的整理と分析方法の取得を可能とし、自身の仕事を対象にして研究する、いわば「実践者の研究志向」を促し

たことである。

第三は、自主的共同研究は、「理論と実践をつなぐ」取り組みを、大学・大学院教育とは異なる方法で集団的・共同に行い、現場職員にも研究者にも、その具体的内容と重要性を実感できる機会を提供したことである。研究志向を持つ実践者と、実践志向を持つ研究者を不断に生み出し、両者がともに活動する自主的共同研究は、「理論と実践をつなぐ」ひとつの、しかも効果的なスタイルを示しているといえる。

おわりに

研究大会のシンポジウムが課題とした「生活保障の実現に向けて、研究と実践をどうつなぐか、特に両者をつなぐ人材をどう育てるか」は、多くの検討課題と論点を含んでいる。今回はなお端緒的な検討にとどまっており、今後も議論が必要である。報告では、「理論と実践をつなぎ循環させるために必要な力の源泉」を中心に大学・大学院教育の経験から問題を提起した。

理論を学ぶだけ、実践を積み重ねるだけでは両者は繋がらず「循環」も生まれにくい。「実践を理論化する」「理論を実践する」必要を認識するためには、専門的知識だけではなく、それを社会経済の広い枠の中で位置づけ、生活保障の視点から捉え直す必要がある。そのためには広い視野と社会経済を構造的に捉える力を習得することが求められる。しかし、個人でそのことをなし得ることは容易ではない。大学・大学院教育は重要な習得の場ではあるが、それだけでは十分ではなく、卒業後、修了後こそ重要であり、自主的共同研究組織など、その場づくりも含めて検討する必要がある。

注

- (1) 現在、コース制は廃止され、社会福祉士養成も廃止されている。
- (2) 「福祉行財政論」「自治体福祉政策論」は2022年度のみ担当した。
- (3) 金沢大学では、従来の学部・研究科を研究組織としての「研究域」「系」、教育組織としての学類に分離し、教員は「研究域」に所属する体制に再編された。
- (4) 演習は、経済学類の科目としても位置づけられており、毎年履修者があったので、合同で開講した。
- (5) 学部の演習についてももう少し正確にいうと、1年次の入門演習(全員)、2・3年次の専門演習(社会福祉士・精神保健福祉士を選ばない者)、社会福祉援助技術演習、精神保健福祉援助技術演習、保育内容演習があり、そのうえに4年次の演習があり、全員が履修する。
- (6) 政策立案能力の習得では、金沢大学では金沢市が修学費用負担して専門性を高めるために派遣するケースが博士課程も含め複数あった。
- (7) 演習は、博士課程院生、研究生、聴講生なども参加するスタイルで実施した。
- (8) 医療・福祉問題研究会については、ホームページおよび30周年記念出版『医療・福祉と人権』(旬報社、2018年)を参照されたい。

原著論文

「西紋地区ことばの教室」開設における福祉行政
および教育行政の政策過程の特質
—広域行政におけるイシューネットワークの視座から—
The Characteristics of Social Welfare and Education Policy
Processes Related to the Establishment of “Resource Room for
Children with Speech and Language Disorders” in West Monbetsu
Areas : Study on the Perspectives of the Issue Network in Wide
Area Local Government

田 中 謙(日本大学)
Ken TANAKA

和文要旨

本研究は西紋地区ことばの教室開設における政策過程の特質を、イシューネットワークの視座から政策アクターに焦点を当てて明らかにした。その結果、教育行政下での言語障害特殊学級開設、福祉行政下での西紋地区幼児言語治療施設開設に係る政策形成にも、市長、議員、親の会保護者を中心とするイシューネットワークが確認された。その際、知識移転に伴う知識資源の活用が、広域行政のための連携において一つの原動力となっていた。

英文要旨

In this study, the characteristics of the policy process in the establishment of “Resource room for children with speech and language disorders” were clarified by focusing on policy actors from the viewpoint of the issue network. As a result, an issue network centered on mayors, legislators, and parents’ association guardians was confirmed for policy-making related to the establishment of “Resource room for children with speech and language disorders” under the educational administration and facilities under the welfare administration. At that time, the use of knowledge resources associated with the knowledge transfer was one of the driving forces in the collaboration for wide area local government.

Key Words

イシューネットワーク Issue Network / 政策アクター Policy Stakeholders / 政策形成 Policy Formation / 広域行政 Wide Area Local Government / 知識移転 Knowledge Transfer

(受理日：2023年12月30日)

I 問題の所在と研究目的

本研究は戦後日本における「ことばの教室」の展開過程に関する歴史的研究の一環として、北海道旧網走支庁(現オホーツク総合振興局)「西紋地区ことばの教室」開設における福祉行政および教育行政の政策過程の特質を、政策形成過程論におけるイシューネットワークの視座から特に政策アクターに焦点をあてて明らかにすることを目的とする。

戦後日本における言語障害児支援の歴史的展開過程を紐解くと、1950年代から川島(1957)や中田(1957)のように整形外科、口腔外科等医学領域での実践、研究等が進められるとともに、1953(昭和28)年仙台市立通町小学校において濱崎健治によることばの教室での言語治療教育が開始される等(石井・折原, 2020, 22)、言語障害児に対する支援の「対象化」が進められた(田中, 2020a, 70)。さらに1960年代には特殊教育制度下で「言語障害児の問題」がとりあげられ、「言語障害児学級設置の機運」が全国的に高まり、一部の基礎自治体では教育行政による政策形成が進められた(小倉, 1968, 1119)。また1970年代には、基礎自治体において、就学前の障害乳幼児を対象とする「幼児ことばの教室」が、教育行政のみならず、福祉行政の関与により推し進められたことも指摘されている(田中, 2015, 84)。

このような1970年代までの動向の中で、基礎自治体におけることばの教室開設に係る政策過程の特質に関しては、全国2番目に設置された言語障害特殊学級である千葉市立院内小学校の場合、「治療教室父母の会」が県と市に陳情を行った結果、「県教育長は定員増配を認め」たことにより、教育行政下で担当教員確保が実現し、認可がなされた政策過程が存在した(山田・吉岡・津曲, 1994, 47)。また田中(2020b)

で分析された北海道深川市の場合、教育行政が小学校および中学校言語障害特殊学級を、福祉行政が幼児ことばの教室整備を推し進め、教育・福祉行政の連携により幼小中一貫した支援体制整備を実現した政策過程を有していた。

これらの事例では教育行政や、教育、福祉行政による同一基礎自治体内での政策立案過程に関して言及がなされているが、北海道の場合、複数の基礎自治体が共同し広域行政手法の導入によることばの教室開設の事例が確認できる。その一例として、田中(2020c)の北海道斜里町、小清水町、清里町「斜里郡三町ことばの教室」の事例があげられる。斜里町の場合、斜里町長ら三町が考案した斜里郡広域行政圏での共同設置形態を採用しており、斜里町を中心としつつも共同体として小規模基礎自治体三町が補完的に開設した経緯を有する。この斜里郡三町のような複数の基礎自治体による「合同設置および経営」は、「北海道の地理的要因等の地域性を反映している可能性」が高いとされ、ことばの教室の「展開過程における地域性を検討する上で貴重な示唆が得られる」可能性が示されている(田中・瀧澤, 2015, 34)。

北海道では斜里郡三町の他、「西紋地区」(紋別市、紋別郡滝上町、興部町、西興部村、雄武町)および「西十勝」地域(河東郡鹿追町、上川郡新得町、清水町、河西郡芽室町)で広域行政によることばの教室開設の事例が確認できる。上述の斜里郡三町の政策過程においては、中核となる斜里町が周辺自治体を誘い込む形で政策形成がなされている(田中, 2020c)。本研究で取り扱う西紋地区ことばの教室も、紋別市立紋別小学校、紋別中学校言語障害特殊学級と福祉事業である西紋地区幼児言語治療施設を組み合わせた幼小中一貫した支援体制整備を目指す事業であるが、西紋地区の場合、周辺自治体から

中核となる紋別市に働きかけが行われるという過程を有しており、その政策過程の特質は異なることが予測される。

西紋地区ことばの教室は紋別市を中心に事業整備が図られたものの、周辺町村も本事業に参加する広域行政での事業化が図られた特質を有する。このような広域行政による福祉行政および教育行政連携でのことばの教室整備に係る政策過程の分析は、ほぼ未着手の研究課題である。しかしながら、今日地方部を中心に少子化や地域住民の生活圏広域化等の流れが生じる中で、1970年代に地方部において広域行政による社会資源開発に取り組んだ歴史的な事象として、今日の社会福祉行政や政策にも多くの示唆を与える可能性があるため、積極的な分析意義が見出せると考えた。

II 研究方法

1. 分析対象・分析史資料

本研究ではことばの教室の展開過程における地域性を検討する上で、西紋地区ことばの教室は他の事例と異なる政策過程の特質を有する可能性があり、戦後日本におけることばの教室の展開過程を明らかにする上で不可欠な研究作業の一つと位置づけられると考え、本研究で分析対象事例として選定した。

本研究では主な分析史資料として、西紋地区ことばの教室刊行資料(未公刊資料)、西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編(1984)等の西紋地区ことばの教室親の会刊行資料、紋別市をはじめとする本事業参加基礎自治体の予算書、市町村議会録、陳情書を用いて文献研究を行う。また西紋地区言語障害児をもつ親の会元会長加瀬谷金美氏、西紋地区ことばの教室配属教職員であった元紋別市立紋別小学校言語障害特殊学級担当者小野弘美教諭、元西紋

地区幼児療育センター指導員田中奈津江氏の3名と、調査時紋別市立紋別小学校ことばの教室担当者の寺嶋正恵氏にも聞き取り調査を依頼し、調査から得られた聞き取り結果も分析資料として用いた。聞き取り調査は2019(令和元)年9月3日(火)13:00～15:00に紋別市立紋別小学校で行った。聞き取り調査に関しては、ヴァレリー(2005/2011)のオーラルヒストリー法を参考とし、半構造化方式で実施し、記録方法はメモによる筆記方法を採用した。筆記記録はインタビュー終了後、整理・再構成し、フィールドノートとしてまとめた。なお、本稿では聞き取り調査から得られたデータは斜体で示した。

2. 倫理的配慮

本研究では倫理的配慮として、調査対象者には事前に電話で研究趣旨を説明し、研究協力参加への同意を得た。調査では予め調査協力書および調査内容を郵送して事前確認いただいた。聞き取り調査時には再度研究趣旨と調査内容を書面・口頭で説明し、研究参加の同意も書面で確認して調査を実施した。書面では調査データの学会発表・投稿利用に関しても同意を得た。なお、本研究は日本大学文理学部研究倫理委員会の承認を得て実施された研究の一環である(承認番号02-05)。また、本発表に関連して開示すべきCOIはない。

3. 分析枠組み

本研究では「西紋地区ことばの教室」開設における福祉行政および教育行政の政策過程の特質を明らかにするため、政策形成過程論における政策ネットワーク理論に着目する。政策ネットワーク理論とは、「ある政策分野における政府アクターと社会アクターの関係に注目して政策過程の動態を明らかにしようとする理論」(岩

崎編, 2012, 47)であり、その特徴としては「公私のアクターが織りなす相互依存のネットワークに着目」してアクター間の「共働により展開される政策およびその作成・決定・実施プロセスを考察しようとする」(原田, 1998, 24)ことがあげられる。また「経験的現象としてはほとんどすべての政策領域において見られる」ものであるとされている(宮川, 2002, 49)。

この政策ネットワーク理論では、「政策形成過程の研究を飛躍的發展させたという評価」(木内, 2017, 5)がなされたRhodes and Marsh (1992)の「政策共同体」と「イシュー・ネットワーク」の類型が知られている。教育政策においては、「同質的なアクター」により構成される「入れ替わりの少ない共同体」である政策共同体が形成される傾向にあることが指摘されている(青木, 2013, 26)。その一方で、「何らかのイシューをめぐるさまざまな関係者の相互作用を伴ったつながり」(吉田, 2009, 424)を示す、イシューネットワークを視座とした分析の有用性も報告されている。例えば村上(2016)はキャリア教育政策分析において「アクターに注目して政策展開を整理することの意義」を見出し、アクター間の関係に着目するイシューネットワークの有用性を指摘する(村上, 2016, 46-47)。

このイシューネットワークにおけるアクターの構成は、「利益団体の代表、ロビイスト、政策志向の強い専門家」等様々とされ、アクター同士「相互に面識があり、合意するか否かは未知数だが、特定の政策や争点について、専門的な知識と関心を共有」するとされる(宮崎, 2009, 146)。そのため、政策共同体に対して参加アクター間の「結びつきが弱く開放的」であることがその特質とされ(西岡, 2004, 214)、この特質からイシューネットワーク分析は「多様なアクターが政策課題に関心をもち、学習し、

行政の意思決定に影響を与え、参画する」ため、政策過程分析において「多元的・能動的に捕捉する」ことが可能となる有用性をもつと考えられる(松村・朴, 2021, 2-3)。

本研究は後述のように福祉行政、教育行政関係者のみならず、町議会議員や親の会等の多様なアクターが関与し、かつ複数の基礎自治体共同でことばの教室整備を図る過程を分析対象とすることから、このイシューネットワークを用いた分析視座はアクターの「多元的・能動的」動向分析に適すると考え、採用することとした。また、政策ネットワーク理論は教育政策(例えば木内(2020)等)、社会福祉政策(例えば李(2011)等)をテーマとする先行研究のいずれでも採用されている枠組みであり、特に後者に関しては、市町村における福祉政策分析(木原, 1996)、児童福祉(保育)政策分析(稗田, 2005)に用いられる等、基礎自治体単位での児童福祉政策分析の枠組みとして貴重な知見を示すことが可能であると考えられる。先行研究において福祉行政および教育行政連携下での政策過程を政策ネットワーク理論を分析枠組みとして採用したものは確認できないものの、これまでの教育政策、福祉政策分析の枠組みとして一定の有用性は示されているととらえ、本研究ではこの分析枠組みを採用することとした。

なお政策過程は、「問題の確認・アジェンダ設定」「政策形成と政策決定」「政策実施」「政策評価」の4ステップの流れで形成される(松田・岡田, 2018, 96-97)。その中で、政策ネットワーク理論は木内(2020)が「政策実施」に焦点をあてて政策分析を試みるように、特定の過程に焦点化した分析も取組まれている。本研究では特に西紋地区ことばの教室開設期の政策分析を意図しているため、4ステップの内「問題の確認・アジェンダ設定」「政策形成と政策決定」

に重点を置いた分析を実施し、「政策実施」「政策評価」に関しては限定的な分析に留めることとする。以下、本研究ではこの4ステップの政策過程の流れにそってアクター間の関係に着目しながらイシューネットワークをとらえ、西紋地区ことばの教室開設におけるその特質を明らかにする。

Ⅲ 結果と考察

1. 紋別市立紋別小学校、紋別市立紋別中学校

言語障害特殊学級整備に係る政策過程

(1) 西紋地区一市三町一村の概況および紋別市の状況

西紋地区は旧網走支庁内の紋別市および紋別郡滝上町、興部町、西興部村、雄武町の一市三町一村(以下、五市町村)からなる地域を指し示す。1975(昭和50)年国勢調査結果によれば、五市町村はTable1に示した状況であり、いずれの基礎自治体も面積は広いものの人口密度は低い。その中で、1975(昭和50)年当時市内には西紋地区内各自治体間や北見市をつなぐ公共交通機関として国鉄名寄本線および渚滑線が走り、西紋地区内は国道273号で紋別-滝上間、国道238号で興部-雄武間、国道239号で紋別-興部-西興部間が結ばれており、約56,000人の人口規模を有する紋別市を中心とする紋別都市圏にあたる地域である。

言語障害特殊学級等が設置される紋別市はオホーツク海沿岸中央に位置し、農業、林業、漁業等第一次産業を主体とする小都市である。しかしながら、1970年代の紋別市は、1965(昭和40)年の人口40,389人をピークに、1970(昭和45)年35,110人、1975(昭和50)年32,825人(いずれも国勢調査結果)と急速な人口減少が生じていた。1973(昭和48)年住友金属鉱山株式会社経営の鴻之舞金鉱山閉山や、1974(昭和49)年

北進鉱業株式会社経営の竜昇殿水銀鉱山閉山による工業産業の縮小、さらに1977(昭和52)年には3月29日二百海里漁業専管水域設定方針閣議決定、同「漁業水域に関する暫定措置法」(昭和52年5月2日法律第31号)制定による200海里漁業規制の強化に伴う水産経済への「悪影響」等、「社会経済状況が大きく変化」(福山・敷田, 2019, 69)することによる新たな経済振興策が、紋別市では都市政策課題として急速に浮上していた時期であった。

この時期の紋別市政を担ったのが、菅原啓市長(任期:1969(昭和44)年6月30日-1977(昭和52)年6月29日)と、金田武市長(教育長任期:1974(昭和49)年4月10日-1976(昭和51)年11月3日、市長任期:1977(昭和52)年6月30日-1997(平成9)年6月29日)である。菅原市長は1923(昭和8)年の訓子府村役場入職後、置戸村、美幌町、津別町、佐呂間町役場を経て1943(昭和18)年9月7日紋別町役場に総務課総務係主任兼税務係主任として入職し、振興課長、総務課長を経て紋別市制施行時には総務部長を務めていた人物である。菅原市長は紋別市初代市長大西真平(任期:1954(昭和29)年6月9日-1957(昭和32)年5月14日)、第二代市長官尾貫市(任期:1957(昭和32)年6月30日-1969(昭和44)年6月29日)市政下で、1956(昭和31)年10月1日より助役を務めた人物であった。大西市政を継承し、後継として市長に就任した官尾市長は第1期~3期まで日本社会党紋別総支部から推薦を受ける革新系市長であったものの、市政下で助役を務めた菅原は自由民主党紋別支部の推薦を受けて市長に就任しており、保守系市政を敷いた。この菅原市長は「地方自治体一筋に歩んできた生粋の“行政マン”」と評価され、「『財政に強い菅原』」と「行政手腕には余人を許さない力量を有する」と手堅い市政を推し進めた(紋別市史編さん委

員会編, 1983, 136-137)。

金田市長は1939(昭和14)年6月の紋別町役場入職後、道庁勤務、軍役を経て1945(昭和20)年11月30日に再入職し、産業厚生部水産商工課長、産業部次長、産業部長、教育長を経て市長に就任しており、「自治体行政一筋」で「産

業・経済畑が長く、農林漁業をはじめ商工業界などからは行政手腕に信頼」が得られ、「紋別育ちということもあって知己も多く、知名度にも不足」のない人物であった(紋別市史編さん委員会編, 1983, 138)。

Table1 西紋地区五市町村概況(1975(昭和50)年度)

| | 面積 (km ²) | 人口 (人) | 人口密度 (1km ² あたり) | 市町村長 |
|------|--------------------------|-----------|--------------------------------|---------------|
| 紋別市 | 826.49 | 32,825 | 39.7 | 菅原 啓 金田 武 |
| 滝上町 | 762.33 | 6,711 | 8.8 | 谷田正敏 |
| 興部町 | 367.11 | 6,763 | 18.4 | 河原太次郎 神山友視 |
| 西興部村 | 308.80 | 1,977 | 6.4 | 喜藤孝郎 |
| 雄武町 | 635.06 | 7,407 | 11.7 | 飯原孝喜 |

(1975(昭和50)年度国勢調査結果より筆者作成)

(2) 滝上町における言語障害特殊学級開設の動き

この西紋地区は1970年代前半には、地区内に言語障害特殊学級等の言語障害児支援に係る機関整備はなされていなかった。そのため、西紋地区に在住する言語障害児とその保護者の一部は、同じ網走支庁内にある1970(昭和45)年4月に開設された「北見市立小泉小学校言語治療学級」(田中, 2022)に通級し、支援を受けていた。しかしながら、この北見市立小泉小学校での支援はあくまで限定的なものであった。当時滝上町から通級していた保護者の手記には「小泉小学校へ相談に行き区域外のため」に「本来なら受付けてもらえない」ことになっていたとされ、「無理をお願いして最初は月一回位の教育相談を受けさせて」もらったと記述されている(紋別市立紋別小学校紋別中学校ことばの教室編, 1976)。

また他の保護者の手記には、「ことばの治療

を受けるためには家族の付き添いが必要」であったため、「朝五時に起きて、帰りは、夕方の五時半頃」であり、それだけの時間をかけながらも「授業は五十分」であったと述べ、「一日がかりの北見通い」と表現されている(紋別市立紋別小学校紋別中学校ことばの教室編, 1976)。実際に紋別市-北見市間は乗用車を利用した場合片道約100km、所要時間約3時間程度を有し、旧国鉄名寄本線・石北本線を遠軽駅経由で利用した場合も乗車時間だけで約3時間程度必要であった。このような保護者の負担に関しては、紋別市教育委員会竹本正義も「一日がかりで北見へ通級し、不安と焦躁を繰り返しながら我が子の将来を考える」保護者が市内におり、「障害に気づきながらも親として、どう子どもに接してよいか、教育相談の場所や施設がわからないという悩み」が教育委員会に多く寄せられており、それらの保護者は「紋別にも言語治療の必要性を訴え」たと述懐している

(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 4)。

このように1970年代前半には西紋地区紋別市や滝上町に在住する言語障害児とその保護者は支援ニーズを有しており、支援を受けるため一部は北見市立小泉小学校言語治療学級へ通級していた。しかしながら、通級できる児童と保護者は同教室の支援対象ではなかったため限られており、通級に係る児童と保護者の負担も小さくなかった。そのため、西紋地区内では滝上町に在住する保護者を中心に、言語障害特殊学級整備を求める動きが生じていくのである。

具体的には、滝上町における言語障害特殊学級開設に向けたアクターの動向について、次の点が確認できる。1973(昭和48)年当時滝上町から北見市立小泉小学校に通級していた言語障害児をもつ保護者である武田敏行、平野正泰を中心に「滝上町言語障害児を守る親の会」が結成され、当時滝上町議会副議長であった加藤四郎議員の協力を得て、滝上町での言語障害特殊学級開設を町教育委員会に打診した。つまり、滝上町では、親の会の保護者と町議会議員、そして町教育委員会に属するアクターによる北海道教育委員会への設置に向けた交渉やそのための情報共有等を図る人々とのつながりが創出され、このつながりから言語障害特殊学級開設をイシューとするネットワークが構築された。また、親の会では小泉小学校言語障害特殊学級を担当していた佐々木義人教諭に依頼し、町内で「ことばの相談会」を開催して言語障害児の支援ニーズの顕在化を図った。さらに、北海道言語障害教育研究協議会事務局や町教委を通して北海道教育委員会、同教育庁網走教育局にも学級の設置認可に向けた打診を図った。これはネットワーク内に北見市立小泉小学校や網走教育局を参画させながら、政策形成を模索して

いった過程ととらえることができる。

しかしながら結果的に、町教育委員会は北海道教育委員会、網走教育局と言語障害特殊学級設置認可のための政策合意は得られず、「地元滝上での設置を断念」せざるを得なかった(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 10)。Table1に示したように、滝上町が面積約760km²と広大な面積を有するものの人口は約7,000人で人口密度が低く、1965(昭和40)年の人口11,363人から、10年間で約5,000人と急速な人口減少が生じていた。その中で後述のように言語障害特殊学級の対象児は紋別市と比較して少なく、西紋地区広域行政として特殊学級を設置するとしても地理関係上地区内では西南に寄っているため、公共政策としての非効率性が設置断念の政治背景にあったものと考えられる。そのため、武田、平野を中心とする滝上町言語障害児を守る親の会は加藤議員を介して、紋別市教育委員会に設置を打診した。

(3) 紋別市における言語障害特殊学級開設の動き

1974(昭和49)年3月に武田、平野と加藤議員は菅原市長および同市教育委員会赤石勝教育委員会管理課長(斉藤季宏教育次長職務代理者)に面会し、紋別市での言語障害特殊学級設置を陳情した。この陳情を受け、紋別市では菅原市政での金田教育長による教育行政下、藤江治管理課学務係長を中心に設置準備を進めた。特に藤江係長は「親の会の研修会にも参加」し、「*日本言語障害児教育研究会編(1970)等を参考に具体的な学級設置のための事業計画を作成した*」行政側のキーアクターであった。

紋別市教育行政では、並行して同年2月から3月にかけて西紋地区三町一村の教育委員会と連

携して実態調査を実施した。その結果、「受診対象者」66名(受診者39名)の内、31名が「要治療」と判定された(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 11)。この結果、菅原市長は1974(昭和49)年3月11日昭和49年3月紋別市議会第1回定例会における施政方針の中で「昭和50年度」を目標に、「言葉が不自由な西紋別地方の児童、生徒のため、関係町村と協力しながら、広域的特殊教育施設『言語障害治療学級』を紋別小に新設」と、西紋地区五市町村の連携による言語障害特殊学級設置を表明した。

この政策立案に対し、第1回定例会(第2日)日程第2一般質問の中で松田祐二市議(自民党)が、「市長はその施設規模ならびに運営方法についていかなる考えを持っておられるか」と質問した(紋別市議会編, 1974a, 117)。この質問に対して市教育委員会斎藤季宏教育次長は、「紋別市並びにこの町村の該当者を調査してみましたところ、当市内で約30名、興部、雄武、西興部、滝ノ上で約30名の該当者がいるということが判明」しており、「紋別を中心といたしまして、西紋別郡の町村と連携をとりましてセンター的な施設をして言語に障害のある児童生徒の言葉の教室を50年度を目標にして開設したい」とし、「教職員につきましても、これを担当する先生1名、道教委の配慮によりまして49年度には準備のために配置していただくように内定をして」と、4月から担当教諭の確保の目的が立った旨を答弁した(紋別市議会, 1974a, 126-127)。また、「設備の内容」に関しても「市内の学校を一部充当いたしまして、これに防音装置を施した施設」とし、「施設の配置は、教室を仕切りまして、検査室、観察室、待合室等の設置が必要」であること、「聴力検査器、補聴器、ステレオ、聴能訓練電話器、発

音直止装置、発声記録用のテープレコーダー等」の設備が必要なことも答弁している(紋別市議会編, 1974a, 127)。この「市内の学校」に関して設置校に紋別市立紋別小学校が選定された一つの要因として、金田教育長は「当時の紋小の藤田校長から『是非、教室を作るべきだ』と強い進言もあった」と振り返っており(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 17)、藤田正吉校長(任期:1971(昭和46)年4月1日-1975(昭和50)年3月31日)をはじめとする教育現場からの働きかけがあったことが推測される。さらに、紋別小学校は当時新校舎建築を行っていたため、旧校舎が残されていた。加瀬谷、小野両氏によれば、この旧校舎は「交通アクセスが良く、バスや鉄道を利用」することで雄武町上幌内等「他の町村の方も来やすい」ため、選定理由として大きかったと考えられる。

また1974(昭和49)年10月1日昭和49年9月紋別市議会第4回定例会(第4日)日程第1一般質問の中で大塚雅清(市政クラブ)は、「遠紋広域圏の中堅都市として、この紋別として大きな見地から開設に踏み切るのが最も好ましい望ましい姿でないだろうか」とし、五市町村での連携の見通しについて質問した(紋別市議会, 1974b, 212)。この質問に対して市教育委員会金田武教育長は、「市を中心といたしまして、西紋別郡町村と連絡をとりまして、いわゆる西紋のセンター的に役割を果たす施設といたしたい」と政策方針を示し、具体的に「今後施設の内容、あるいは負担区分、運営の方法」等に関しては、「段階的に西紋の教育長会、あるいは助役会等におはかりをいたしまして、最終骨子を作り上げまして、更に市長さんの手をわずらわしまして期成会等におはかりいただき、そして明年度実施の運びの段に持込みたい」と政策形成過程を示

した(紋別市議会編, 1974b, 225-226)。

そのため、紋別市は1975(昭和50)年1月から2月にかけ、西紋地域開発期成会および五市町村助役会議、教育長会議の中で「教室開設のための関係市町村負担割合」を協議した(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 11)。当時の金田教育長はこの過程を「事務局会議を開いてモチーフを出し合い」、その後「西紋五市町村の助役会議へ発展」した結果、「ことばの教室を広域の協議会事業に組み入れられた」としており、「紋別市で広域的な『ことばの教室』を発足させるということ」が構成市町村行政間「意見が一致」したと述べている(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 17)。また同2月には五市町村の保護者も、紋別市嶋宮昭男会長、滝上町武田敏行副会長、紋別市小林義孝副会長、紋別市樋口俊雄理事を執行部とする「西紋地区言語障害児を持つ親の会」を発足し、親の会でも構成自治体の中で一番規模の小さい「西興部で通級児がいなかった時の対応を」考え、「会長、副会長、理事を一市三町一村から」選出する等、広域行政による政策形成を後押しした。

その結果、1975(昭和50)年5月1日に紋別市立紋別小学校言語障害特殊学級2学級、紋別市立紋別中学校言語障害特殊学級1学級の設置認可がなされた。紋別小学校では鈴木貞爾、小野弘美教諭、紋別中学校では小山内繁教諭に人事発令が出され、学級改築工事完了後に紋別小学校家庭科教室で「暫定時間割による教育相談、指導」が始められた(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 12)。西紋地区ことばの教室は紋別市立紋別小学校内に紋別中学校言語障害特殊学級を併置する形態で整備され、改築工事完了後、同年11月22日に開級式が行われ、西紋地区では小学校、中学校言

語障害特殊学級開設による広域教育行政下でのことばの教室が整備された。

以上から、「西紋地区ことばの教室」に関しては、五市町村が紋別市に言語障害特殊学級を設置し、三町一村がその運営費を負担する事務委託による市町村連携での設置形態で、言語障害特殊学級を開設したのである。このような連携による政策形成は、上述のように特に経済状況の悪化を抱えていた紋別市都市政策において、言語障害特殊学級の単独設置に紋別市行政は消極的であったことが背景要因として指摘できる。ただし、西紋地区五市町村では1972(昭和47)年共同し尿処理施設を建設し、1975(昭和50)年には「西紋別地区環境衛生施設組合格約」(昭和50年4月1日網振興第509号指令)を制定、また1973(昭和48)年紋別地区消防組合(一部自治組合)を開設する等、各自治体が限られた財政の中で、西紋地区ではインフラ政策に関しては積極的に広域行政を推し進めていた。そのため、広域行政に政策をのせられるようなコンテキストがあったことは見逃せない。

また政策形成において、特に滝上町の関係アクターが積極的に開設に向けて、北見市立小泉小学校や網走教育局、そして紋別市長、紋別市教育委員会とイシューネットワークを構築していったことが確認された。武田敏行、平野正泰を中心に親の会としても、各地域でのことばの教室整備は、一教室の担当者が1名となり機能が限定的になる懸念もあったため、保護者支援の充実も考慮して「まとまった方が大きい方になる」と、紋別市での拠点整備に方針転換したことが、その背景にあったと考えられる。

そして政策過程においては、それまでの五市町村での広域行政に係るコンテキストを活用し、五市町村行政がネットワーク内に加わり、市長・町長・村長や、助役、教育長というアクター

が教育政策形成を図っていったといえる。その際西紋地区では紋別市を構成上の中心として、言語障害特殊学級の設置認可取得と紋別小学校での学級整備を図っていったものの、このイシューネットワークにおいては、「滝上町言語障害児を守る親の会」「西紋地区言語障害児を持つ親の会」を立ち上げた滝上町関係者がネットワーク構築のキーマンとなっていた。このキーマンたちが政策形成に向けた政治の流れを生み出し、紋別市行政アクターが広域行政での学級設置に係る政策形成の中核を担ったのである。

2. 幼児問題の顕在化と西紋地区幼児言語治療施設開設に係る政策過程

(1) 親の会によるイシューネットワークの拡充

西紋地区言語障害児支援における幼児問題は、言語障害特殊学級が設置され、学齢児童生徒に対する支援がはじめられた1975(昭和50)年から顕在化していた。小山内教諭によれば同年対象となる幼児は「西紋地区だけでも二十人は超えて」いたとされ、「『何とかしてほしい』と西紋地区以外の枝幸・遠軽・佐呂間町から訪れる父母」もあるほどであった(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 18)。しかしながら、「幼児は福祉分野のため、就学児を最優先」せざるを得ず、「断わる事も難しく子どもの状態だけを調べ親へのアドバイスにとどまる程度」の「合間をぬった教育相談」が

限界であった(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 18)。

そのため、教育委員会職員である藤江が「五十一年からサーピスエリアを幼児の指導」まで広げ、「三人の先生は猫の手もかりたい忙しさの中で指導をいただきました」と述べるように(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 18)、あくまで3人の教諭の業務外のサービスとして幼児への支援に対応していた。親の会の記録では、1～5歳まで1975(昭和50)年22名、1976(昭和51)年16名、1977(昭和52)年14名の3年間合計52名が教育相談を受け、「早期治療の声が強まり、親の会は各市町村に設置の必要性を訴える」原動力となったという(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 14)

そのため、親の会では1977(昭和52)年10月2日に懇談会を実施し、幼児支援体制整備を行政に求めていくため、幼児専門部を組織した。幼児専門部は紋別市在住の前谷智恵子を部長とし、合計14名で構成され、平野、武田両氏をはじめ、各市町村から委員を出し、五市町村以外にも湧別町、上湧別町の保護者も委員に加わった。この幼児専門部は主として幼児期の子どもをもつ保護者で構成されており、政策アクターとしての親の会の中でも特に幼児対策関連政策の形成に向け、行政・議会に対してネットワークを広げていく。

Table2 西紋地区幼児言語治療施設簡易年表

| 年 | 月日 | 親の会および各市町村動向 |
|------|--------|---------------------------------|
| 1976 | 6月27日 | 地域学習会(滝上町公民館) |
| | 8月25日 | 紋別市民生部懇談会 |
| 1977 | 10月2日 | 懇談会 |
| | 10月2日 | 西紋地区言語障害児を持つ親の会幼児専門部設置 |
| | 11月23日 | 地域懇談会(紋別市身障者福祉会館) |
| 1978 | 6月2日 | 滝上町、興部町、西興部村、雄武町各議会陳情書提出 |
| | 6月27日 | 紋別市議会陳情書提出 |
| | 7月20日 | 滝上町議会陳情書受理 |
| | 9月5日 | 紋別市教育委員会、福祉事務所関係者4名深川市立ことばの教室視察 |
| | 9月5日 | 紋別市議会議員5名深川市立ことばの教室視察 |
| | 9月12日 | 紋別市議会議員(市民クラブ)深川市立ことばの教室視察 |
| | 9月26日 | 紋別市議会請願書提出 |
| | 12月 | 西紋地区市町村福祉行政主幹者会議・西紋地区市町村助役会議 |
| | 12月 | 西紋地区市町村長会議(「幼児教室」設置決定) |
| 1979 | 1月 | 西紋地区市町村長会議(「幼児教室」設置決定) |
| | 3月9日 | 紋別市議会第1回定例会市長施政方針(紋別小学校併設決定) |
| | 4月1日 | 幼児担当職員2名配置 |

(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編(1984)等をもとに筆者作成)

Table2に示したように、1978(昭和53)年度には各市町村へ陳情書の提出を通して、政策形成を働きかけていくことになる。五市町村に提出された陳情書は提出先を除けば内容は同一であり、「当地域における幼児治療教育の現状」として「法的にも制度的にも国の施策が整備されず市町村自治体の負担にある幼児治療教育は当西紋地区の問題として又、言語障害幼児を持つ親にとっても大きな悩み」であり、「西紋地区から期待されたことばの治療教室も就学児童生徒の治療機関として優先しているため、未就学幼児の治療指導は設置学校の好意とサービスによって治療指導を受けている状況下にあります」⁽¹⁾と、現状「好意とサービス」により教育相談が行われていることを訴えている。また「当地域のことばの教室開設以来、治療指導を要する幼児が年ごとに累積され、52年度の幼

児は51名、就学児童生徒の治療に通った68名を含めると幼児の割合は全体の46%を示しており、「幼児の治療指導を受けたい親子にとってその壁は厚く見通しの暗い不安な予測にあります」(陳情書本文より引用)と幼児期の支援ニーズの大きさをうたっている⁽¹⁾。

また陳情書では「道内幼児治療教育施設の現状」として「関係各位のご尽力によって幼児治療教室の設置も年々増加の傾向にある」とし、「すでに道内主な幼児教室は、札幌、旭川、釧路、帯広、深川他、ごく最近では十勝清水ことばの教室のように幼小中の一貫した指導体制をとりながら治療教育をすすめている市町村」もあり、「急激な増加の傾向に」あること、網走支庁管内でも「担当者を配置している北見、斜里があり、斜里では斜里、清里、小清水の3町で経費を分担し、現在3名の幼児担当者を確保し治療

に専念している」と、三町合同設置の事例の存在も指摘している⁽¹⁾。その上で「こうした地域の積極的な言語障害児の治療指導を知る時、当西紋地区に於ても関係各位のご理解、ご尽力によって幼児治療教室の設置を1日も早く実現していただきたく陳情する次第です」と「幼児治療教室の設置」を願い出たのである⁽¹⁾。

この陳情書は紋別市16名(内上渚滑1名)、滝上町6名、雄武町3名、興部町、西興部村、上湧別町、湧別町、遠軽町各1名が各地区陳情代表者として名を連ねており、五市町村以外の周辺町村にもニーズがあることを示し、西紋地区での早期整備を行政・議会に示している。また親の会の未公開記録では、この陳情提出に際して、先述の滝上町議会加藤四郎(無所属)議員の他、紋別市議会織田富造(自由民主党)、井上真澄(民主社会党)、山田一太郎(無所属)、桑原政信(無所属)、森澤億明(無所属)、佐藤留次(自由民主党)、赤井国雄(自由民主党)、山本峯吉(無所属)議員合計8名と興部町議会宮田俊彦(無所属)議員の協力も得られたとされる。これらの議員は市議会議員7期目の議員から、1978(昭和53)年7月16日紋別市議会議員選挙で当選したばかりの1期目議員まで幅広く、所属政党も自由民主党、民主社会党、無所属と異なる政党、会派の議員が協力しており、言語障害特殊学級設置時よりも政策アクターとなる市町会議員とのネットワーク拡大がみてとれる。

(2) 政策アクターによる政策形成

1978(昭和53)年には紋別市議会議員や前年に紋別市長に就任した金田武(任期:1977(昭和52)年6月30日-1997(平成9)年6月29日)等、政策アクターによる政策形成に向けた論議が紋別市議会で開催していった。1978(昭和53)年9月30日昭和53年紋別市議会第3回定例会(第3回)

日程第1一般質問の中で、井上真澄議員(民社党所属、会派市民クラブ)より、「言語障害幼児の治療機関設置について」質問がなされた。井上議員は「幼児治療教育の現状は法的にも制度的にも国の施策」が整備されていないため、「市町村自治体の負担により、幼児治療教育は、置き去り」にされ、「未就学幼児の治療指導は、設置学校の好意とサービスによって治療を受けている状況下」にあり、「言葉の教室開設以来、治療指導を要する幼児が年ごとに累積され、52年度幼児51名、就学児童生徒の治療に通った68名を含めると、幼児の割合は全体の46%を示しておるわけ」と現状を指摘している(紋別市議会, 1978, 3-43-3-44)。

さらに、「市民クラブは言語障害児を持つ親の会より陳情」を受け、「紋小に併設の言葉の教室も見学」し、「9月の12日には、深川の言葉の教室を視察してきた」ことを報告した上で、井上議員は「道内主な幼児開設教室は旭川、札幌、釧路、帯広、深川とそして砂川、北見などまたごく最近では町村においても、十勝清水町のように言葉の教室が幼児、小学、中学の一貫した指導体制をとりながら治療教室を進めている市町村」もある中で、「西紋の中心都市紋別として、幼児の言語障害対策をどのようにとらえ進めようとしているかお聞きしたいと思います」と質問している(紋別市議会, 1978, 3-44)。この井上議員の指摘事項や質問内容はまさに親の会の提出した陳情書の内容そのものであり、親の会の要請を受けて先進的なことばの教室であった深川市の視察等を踏まえて質問している点からも(Table2)、井上議員議が政策アクターとして親の会の要望を代弁して金田市政下での政策方針を質問した。

この井上議員の質問に対し、金田市長は「深川市の言語障害児治療施設を視察されまして、

施設設備の実態および幼児治療に関する状況から判断されて特に幼児については早期発見、早期治療が不可欠であるという御意見を賜り、私もまさに同感」であると答え、「昨年後半にこれらのお子さんをおもちの父母の代表や関係者の方々からも要請を受けまして、言語障害幼児の治療対策を西紋地区広域市町村総合開発期成会にはかりました」と、親の会の要望に応じる形で広域行政上で政策形成を検討したことを答弁した(紋別市議会, 1978, 3-48)。しかし、金田市長は「広域行政施策として実施する場合」の「幾つかの問題」として、現状の紋別小学校ことばの教室で「幼児の治療まで対応できるかどうか、教育委員会や学校間とも十分協議が必要」という「治療施設をどのように求めるかという」問題、「仮に幼児治療部門に専門の職員を2名配置した場合、人件費を含めた年間運営費はおおよそ600万を超える額が必要」になるとの試算の上での「直接財政に関することなので、関係市町村間で慎重に協議する必要」があるという「実施した場合に要する経費などをどのようにして5市町村で負担するか」という問題、「職員の身分上の問題を含めて御承知のように人材難でございますので、容易に専門職員を確保できるかどうか」という「専門職員の問題」を列挙した(紋別市議会, 1978, 3-48)。そして、「幼児の治療は重要な福祉行政課題」として、「関係者と協議」の上で「御質問の趣旨に沿うように鋭意努力をしてみたい」とまとめた(紋別市議会, 1978, 3-48)。

この答弁に対し、井上議員は「助役さんであるとか、助役さん会議であるとか、そのほか各担当課長さんの会議であるとか、こういったものが1年半ぐらいにわたって協議されてきた」経緯があるのではないかと質問し、「ある町村によりましては、議会の議決までされて、い

なれば、この西紋の中での紋別市として体制を何とかしてほしい」と「市町長から要請されているようにも聞いております」と、政策論議の経過報告を求めた(紋別市議会, 1978, 3-54)。金田市長は「専門的な先生がいられるかどうか」という担当職員の確保の問題等を再度取り上げ、「経費の問題だけではなく、「これは理解と協力をいただかなければ結果的にはやれない」と広域行政での共同事業化の必要性を述べ、「町村の呼びかけは基本的には終わった」とし、「後はどうやって金をお互い出し合うかということ」と、具体的な政策形成を図るための具体的な事業デザインを計画する段階にあると答弁した(紋別市議会, 1978, 3-56)。その上で「明年の年度には開設をするよう」に「体制を整えていきたい」と政策形成のスケジュールを示した(紋別市議会, 1978, 3-56)。

この一連の議論から、1978(昭和53)年9月議会時点において、紋別市行政は1976(昭和51)年度末から1977(昭和52)年度早期には西紋地区の助役会や担当者会議、西紋地区広域市町村総合開発期成会等の広域行政に係る政策検討の場で幼児言語治療施設開設を取りあげており、政策形成に取組んでいた過程を有していたことが見て取れる。またその政策過程においては、井上議員をはじめとする市民クラブ会派所属議員や市長のみならず、「父母の代表や関係者の方々からも要請を受け」と、イシューネットワークに保護者や紋別小学校ことばの教室担当教員、助役や民生部担当課長にも広がっていったことが確認できる。

さらに、この昭和53年紋別市議会第3回定例会には親の会より市議会に対して「幼児治療教室設置の請願について」(請願第4号)が出され、同請願は10月5日文教厚生常任委員会に付託され、閉会中継続審査の決定がなされた。この請

願は同年12月18日昭和53年紋別市議会第4回定例会日程第3請願第1号ないし請願第4号および陳情第1号の中で、森沢億明委員長より「幼児治療教室の設置については現段階では早期発見、早期治療の上からも早急に必要である。今後設置に当たっては、教育効果が十分図られるよう調査研究されたい」との意見が付されての採択という委員会報告がなされ、本会議でも委員会報告通りに可決された(紋別市議会, 1978, 1-6)。

(3) 政策立案、政策実施

1979(昭和54)年3月9日昭和54年紋別市議会第1回定例会日程第3議案第1号ないし議案第25号の中で、金田市長の1979年度施政方針が示され、重点目標の一つ「いたわり合うきめ細かな福祉の展開」の中で児童福祉関連政策として「幼児言語治療教室の開設」が正式に明言された(紋別市議会, 1979, 1-7-1-8)⁽²⁾。この政策に関しては、3月16日の同定例会日程第1一般質問の中で井上議員が「幼児の言語障害治療教室開学に当たっての運営機構について」として、「54年4月開学に予算化を図り実施に踏み切る御提案に対し、市長並びに関係者の温かい行政姿勢に対し、高く評価をするとともに、西紋地区の障害児を持つお父さんや、お母さんに変わりました、心から感謝申し上げる次第」であると述べた上で、「窓口の一元化を図り親がストレートに申し込みができるようにし、西紋広域圏を対象のために、運営に当たっての運営機構の基本的な考え方を示し願いたい」と質問した(紋別市議会, 1979, 3-6)。

それに対し、金田市長は「1月に関係町村との合意が得られ西紋地区の広域施策として今年度から実施の運びとなつた」と答え、「相談窓口の1本化につきましては仰せのとおり私も利

用される方の利便性を考え、相談受け付けから、診断精密検査等を経て判定まで一元化されたシステムの中で行われるような配慮が必要である」としながらも、「現段階においては、開設初年度でもあるため、現場における整備等もございまして、当面、幼児については市の福祉事務所で受け付けを行い、あわせて御質問の趣旨に沿って、関係書簡で協議を進め、よりよい運営機構の整備を図ってまいりたい」と、学齢期児童とは異なり、幼児は所管する福祉事務所が対応窓口となるとした。さらに金田市長は「開設をした後に今後の継続的運営については、どうあることが一番いいかということは、いわばこの専門の先生の意見を含めて、あるいは学校当局の意見を含めて、円満にひとつ機構づくりをしていきたい」と答弁した(紋別市議会, 1979, 3-13)。この答弁から金田市長の政策デザインでは、教育行政下での小・中学校言語障害特殊学級と異なる福祉行政下での幼児言語治療教室として行政機構の一元化はできなかったものの、小・中学校言語障害特殊学級同様に国・道からの助成のない単独事業を西紋地区の広域行政にのせ、教育、福祉制度下での一体的な機構構築・運用を政策実現後も検討したい旨が答弁された。

この金田市長の答弁に示された通り、1979(昭和54)年4月1日より西紋地区幼児言語治療施設が紋別市立紋別小学校に併置され、紋別市民生部に属する菊田洋子、工藤美智子両指導員が配属された。両指導員は紋別小学校、紋別中学校言語障害特殊学級で開設準備作業と短期研修を実施し、言語治療教室父母相談室を仮治療室として5月24日に開設式が実施された。

また、西紋地区幼児言語治療施設設置に伴い、文末Table3に示したように、五市町村では、1979(昭和54)年度紋別市が「(児童福祉費)幼

児言語教室開設事業」で2,324千円、滝上町が「(児童福祉費)西紋地区幼児言語治療施設運営費負担金」として796千円、興部町が「(児童福祉費)西紋地区言語障害児治療運営負担金」として1,000千円、西興部村が「(社会福祉費)西紋地区ことばの教室運営費補助金」として266千円、「(社会福祉費)西紋地区ことばの教室備品購入費負担金」として117千円予算計上している。仮に金田市長が示したように年間運営費600万円で換算した場合、紋別市が38.7%、滝上町が13.3%、興部町が16.7%、西興部村が6.4%(2項目383千円換算)であり、紋別市においては市単独事業の約4割程度の負担で事業化を図ることができており、厳しい市財政の中政策形成を図る上で広域行政事業とすることは政策立案実現に欠かせない手法であったと考えることができる。

(4) 政策評価

最後に、限定的ではあるが西紋地区ことばの教室開設における政策の評価について、通級幼児、児童、生徒数の状況と、政策に関する関係者の評価を手がかりに言及する。西紋地区ことばの教室はTable4に示した通り、記録から開設以降10年間で小学校・中学校言語障害特殊学級に延べ500名を超える児童生徒が通級し、修了児童生徒数は100名を超えている。幼児に関しても、200名を超える児童が通級しており、

8.5%と割合としては低いものの、幼児期に支援を受けることで、就学時にはことばの教室での支援を必要としない状態まで状態の良化が図られた児童が確認できる。この西紋地区幼児言語治療施設に関しては、西紋地区ことばの教室親の会第二代会長の加瀬谷金美が「一週間に一度ずつ相談を受けること」が可能であり、「しかも教室へ通うバス賃の助成」もある等「恵まれています」と評価している(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 19)。

また、1977(昭和52)年1月25日に遠軽町役場建設係長が施設設備を中心に西紋地区ことばの教室を視察訪問しており(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 21)、1980(昭和55)年1月の遠軽町幼児ことばの相談室整備に係る政策に、西紋地区ことばの教室に係る政策の知見が活用されている。

西紋地区のように、広域行政下でのことばの教室整備に係る政策形成は、拠点整備に求められる地理的条件や、連携に不可欠な政治的コンテキストの有無等地政学的条件にも左右されるため、その政策評価は改めて検討する必要がある。しかしながら、少なくとも政策形成に関与したアクターである親の会では一定の評価がなされていた可能性が高いことは確かであるといえよう。

Table4 西紋地区ことばの教室開設後10年間の通級および修了幼児、児童、生徒数

| 年度(和暦) | | 小学校・中学校 | | 幼児 | |
|--------|----|---------|---------|-------|-------|
| | | 通級児童生徒数 | 修了児童生徒数 | 通級児童数 | 修了児童数 |
| 1975 | 50 | 38 | | | |
| 1976 | 51 | 50 | 16 | | |
| 1977 | 52 | 58 | | | |
| 1978 | 53 | 56 | 19 | | |
| 1979 | 54 | 41 | 25 | 22 | 0 |
| 1980 | 55 | 61 | 13 | 37 | 2 |
| 1981 | 56 | 60 | 12 | 31 | 7 |
| 1982 | 57 | 69 | 12 | 30 | 2 |
| 1983 | 58 | 74 | 11 | 42 | 3 |
| 1984 | 59 | 64 | 14 | 39 | 3 |
| 合計(延べ) | | 571 | 122 | 201 | 17 |

(西紋地区ことばの教室各年度実績報告(未公開)より筆者作成)

Ⅳ まとめと今後の課題

本研究は北海道西紋地区ことばの教室に係る政策過程を事例に、政策形成過程論におけるイシューネットワークの視座から特に政策アクターに焦点を当ててその福祉行政および教育行政の政策過程の特質を明らかにすることを目的とした。

その結果、西紋地区ことばの教室の場合、まず教育行政下で広域行政による紋別市立紋別小学校、紋別中学校言語障害特殊学級設置認可に係る政策が展開され、この言語障害特殊学級開設に係る政策形成には、滝上町の親の会保護者や町議会議員を中心とするイシューネットワークの形成が確認された。このネットワークは滝上町での単独設置が困難であることがわかったと、紋別市菅原市長や金田教育長、斎藤教育次長、藤江係長等教育委員会の行政アクターを取り込み、紋別市を設置主体とする政策形成を模索していった。さらに紋別市における政策過程においては公友クラブ、市政クラブと複数の会派所属議員から一般質問を通して政策形成に係る政策方針が問われるとともに、紋別市は西紋地域

開発期成会および五市町村助役会議、教育長会議等既存の広域行政を行うシステムに言語障害特殊学級開設に係る政策議案を乗せ、広域行政での政策立案を図っていった。

この政策手法は西紋地区幼児言語治療施設開設に係る政策過程でも同様であったが、幼児に関しては国の特殊教育制度下での、国や北海道による特殊学級設置補助等は見込めず、教育行政下での政策立案は困難であった。また就学前期に関しては、言語障害特殊学級設置当初から特殊学級担当教諭による非正規のサービスとして行われ、一連の政策過程において教育行政下での事業化検討された形跡が確認できなかった。そのため、幼児に対する支援を事業化する上では、福祉行政下での市単独事業が現実的な選択肢となった。しかしながら担当職員の確保に係る人事政策が課題であり、金田市長が「教育委員会や学校間とも十分協議が必要」と述べるように、福祉行政単独での政策形成は困難であった。そのため、福祉行政下での事業化を図るものの、実質的には教育行政下での言語障害特殊学級の人的資源や設備等の物的資源と組み合わせ

せて事業化を図る政策が立案された。

この政策立案には、言語障害特殊学級開設に係る政策に比して、親の会から陳情書が出されたが、この陳情書には五市町村の保護者が陳情代表者となるとともに、上湧別町、湧別町、遠軽町等より広域の保護者もネットワークに加わっており、紋別市議会に関しても8名の議員の協力がなされた。特に市民クラブの井上議員は複数回紋別市議会定例会でこの問題を取りあげており、イシューネットワークの特質の一つである流動性の高いアクターの参加がみとれる。その上で、西紋地区幼児言語治療施設開設に係るイシューネットワークにおいては、事業化に至る政治要因として、言語障害特殊学級設置政策形成時は紋別市教育委員会教育長であり、幼児言語治療教室設置政策形成時は市長であった金田武が、政策形成による事業化に大きな役割を果たしていた。この点はイシューネットワークの中での地方政治のガバナンスの存在の確認であり、「首長は地方政治における第1の政治アクター」であり、「教育分野においても教育委員会の存在に拘わらず、首長は政策出力を最も左右する政治アクター」であるという指摘と合致する(橋野, 2017, 34)。

金田市長はこの西紋地区幼児言語治療施設開設に関して、「早期治療の機運が西紋地区で盛り上がったから」「近郊の町村も応援してくれ」たからという西紋地区の政策形成への意識醸成と、『『こういう福祉教育施設は必要だ』という『親の会』の要望』が政策立案の原動力であったと評価している(西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編, 1984, 18)。旧網走支庁内では最初に「北見市立小泉小学校言語治療学級」が設置されていたが、この小泉小学校からも開設に際し、言語障害児の実態調査や教職員の研修等での支援を受けていたことが明ら

かとなった。

このような既存のことばの教室からの知識移転等に伴う知識資源の活用が、旧支庁管内の広域行政のための連携において一つの原動力となっていたことが確認された。広域行政に関しても斜里三町同様に、西紋地区において政策形成上の連携が図られる西紋別地区総合開発期成会や助役会、教育長会議、担当課長会議等の行政上の政治的・社会的コンテキストが存在して広域行政を織りなす地域が形成されており、この地域が「広域行政圏」として設定され、イシューネットワークを構築することが可能となった。このイシューネットワークの構築から、本事業の事業化が図られていたといえる。「イシューネットワークが機能するため」には「地域社会の有機的なつながりといった環境条件が整っていることも必要」であるとの指摘があるように(武山, 2002, 10)、広域行政の素地となる政治的・社会的コンテキストや実務者で政策形成の合意形成を図るための西紋別地区総合開発期成会等の社会システムがこの地域内に整備されていたことも、政策過程における政策形成が実現した要因であるといえる。

この点に関しては、田中(2020c)の斜里郡三町と西紋地区の事例を比較すると、普通地方公共団体の相互間の協力による事務の協働処理における「機関等の共同設置」(木村, 2015, 11)という行政手法は同一であり、「地理、政治・行政、文化的な背景が重なる『地域』が形成され」、「政策上の連携が図られる政治的・社会的コンテキストが存在していたこと」(田中, 2020c, 93)は共通しているといえる。しかしながら、斜里郡三町は構成町以外にも旧東藻琴村、羅臼町から「指導を受け入れ」ることで「一部運営費負担」を得るといって「斜里郡広域圏よりも広い地域の基礎自治体間における広域行政」が行われてい

たものの(田中, 2020c, 93)、西紋地区の場合五市町村以外からの運営費負担のある受入は行われておらず、違いも確認された。また西紋地区の場合イシューネットワークへの構成市町村議会議員の参画が顕著であり、これは斜里町藤谷豊町長が主要な政策アクターであった事例と異なる点であり、西紋地区の場合二元代表制度下での議会議員が政策アクターとしてイシューネットワーク構築に果たした役割の大きさが指摘できる。

このような広域行政を推し進めるための行政共同システムの在り方において、首長のリーダーシップのみならず、そのシステム構築に果たす政策アクターとしての議会議員の役割は、今日の福祉行政、教育行政下での政策形成においても示唆に富むものである。しかしながら、本研究では西紋別地区総合開発期成会や助役会、教育長会議、担当課長会議等の議事録が公開されていない資料の分析は行っておらず、より政策過程を実証的に明らかにする上では課題が残されている。この点は別稿に期したい。

注

- (1) 西紋地区ことばの教室親の会(会長嶋宮昭、幼児部部長前谷智恵子)「言語障害幼児の治療教室設置についての陳情趣旨」より引用。なお、文言は1978(昭和53)年6月2日滝上町議会に提出された文書より引用した。
- (2) 市議会等の中では「(西紋地区)言語障害幼児治療教室」の名称が用いられているが、紋別市の『紋別市各会計歳入歳出決算書』等公文書の中では事業施設名は「西紋地区言語障害幼児治療施設」と記載されており、本研究では公文書に用いられている名称を使用する。

謝辞・付記

本研究にご協力いただいた加瀬谷金美、小野弘美、田中奈津江、寺嶋正恵各氏に厚く御礼申し上げます。

げます。また資料収集にご協力いただいた西紋地区5市町村議会・図書館に感謝いたします。また、本研究はJSPS科研費 26870798、16K21275、18K02153、21K01957の各助成を受けて実施されたものであり、記して感謝申し上げます。なお、本研究は瀧澤聡氏(北翔大学)との共同研究の成果の一部であることを付記する。

引用・参考文献

- Rhodes, R.A. and Marsh, David (1992) New directions in the study of policy networks. *European Journal of Political Research*, 21, pp.181-205.
- Valerie Raleigh Yow (2005) *Recording Oral History: A Guide for the Humanities and Social Sciences*, Updated Second Edition, Lanham: Altamira Press(吉田かよこ監訳(2011)『オーラルヒストリーの実践と理論』インターブックス).
- 青木栄一(2013)『地方分権と教育行政—少人数学級編制の政策過程—』勁草書房.
- 福山貴史・敷田麻実(2019)「地域づくりにおける『負の資源』の活用プロセス—北海道紋別市の流氷の価値創造の事例—」『日本地域政策研究』23(0), pp.64-73.
- 原田久(1998)「政策・制度・管理—政策ネットワーク論の複眼的考察—」『季刊行政管理研究』81, pp.23-30.
- 橋野晶寛(2017)「選挙公約から見た地方教育政策をめぐる政治の変容」『北海道教育大学紀要教育科学編』67(2), pp.33-44.
- 稗田健志(2005)「政策ネットワークと社会福祉改革—介護保険法と改正児童福祉法の比較立法過程研究—」『大原社会問題研究所雑誌』(555), 36-51.
- 石井正子・折原有美(2020)「通級指導教室におけるコミュニケーションに困難のある児童の支援(1)—通級による指導の役割と今後の課題—」昭和女子大学近代文化研究所『学苑』(956), pp.18-31.
- 岩崎正洋編(2012)『政策過程の理論分析』三和書籍.

- 川島弥(1957)「口蓋裂及びその言語障害の治療」『手術』金原出版, 11(1), pp.50-60.
- 木原佳奈子(1996)「市町村における福祉政策ネットワークの構造と動態」『The Annals of the Japanese Society for Public Administration』1996(31), 124-145.
- 木村俊介(2015)『広域連携の仕組み—一部自治組合と広域連合の機動的な運営—』第一法規.
- 木内公一郎(2017)「図書館情報学と政策科学の接点—学校司書配置政策に関する試論—」上田女子短期大学『紀要』40, pp.1-11.
- 木内公一郎(2020)「横浜市学校司書配置政策の実施過程—政策ネットワークモデルによる分析—」『島根県立大学松江キャンパス研究紀要』59, 79-89.
- 李光宰(2011)「介護保険政策過程の韓日間比較研究—政策ネットワークが政策決定に与える影響を中心に—」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』15(1), 19-29.
- 宮川公男(2002)『政策科学入門』第2版, 東洋経済新報社.
- 宮崎麻美(2009)「過渡期のネットワーク分析—国際関係理論(IR)への適用の評価—」『国際公共政策研究』14(1), pp.139-156.
- 松村智史・朴在浩(2021)「日韓の子ども・若者政策の政策形成過程についての一考察—イシュー・ネットワークに着目して—」日本社会福祉学会関東部会『社会福祉学評論』22, pp.1-11.
- 松田憲忠・岡田浩編(2018)『よくわかる政治過程論』ミネルヴァ書房.
- 村上純一(2016)「キャリア教育政策をめぐるイシュー・ネットワークの変遷」日本教育学会『教育学研究』83(2), pp.181-193.
- 紋別市議会編(1974a)『昭和49年3月紋別市議会第1回定例会会議録』.
- 紋別市議会編(1974b)『昭和49年9月紋別市議会第4回定例会会議録』.
- 紋別市議会編(1978)『昭和53年9月紋別市議会第3回定例会会議録』.
- 紋別市議会編(1979)『昭和54年3月紋別市議会第1回定例会会議録』.
- 紋別市立紋別小学校紋別市立紋別中学校ことばの教室編(1976)『開級文集よろこび』.
- 中田晃(2020)『可能性としての公立大学政策—なぜ平成期に公立大学は急増したのか—』学校経理研究会.
- 中田幸代(1957)「口蓋裂患者の言語障害の診断と治療法について」『口腔外科学会雑誌』3(2), pp.69-74.
- 西紋地区ことばの教室親の会10周年記念実行委員会編(1984)『みち10周年記念誌』.
- 西岡晋(2004)「福祉国家再編のメゾ・レベル分析に向けて—政策ネットワーク論からのアプローチ—」『早稲田政治公法研究』75, pp.199-235.
- 小倉義郎(1968)「岡山市出石小学校に開設された言語治療教室について」『岡山医学会雑誌』80(11-12), pp.1119-1121.
- 日本言語障害児教育研究会編大熊喜代松・林賢之助(1970)『言語治療教室の設置と運営』日本文化科学社.
- 武山尚道(2002)「循環型環境経済共創システムの実現—環境社会工学的接近によるイシューネットワーク形成の試み—」科学技術と経済の会編集部編『技術と経済』(422), pp.40-49.
- 田中謙(2015)「北海道『幼児ことばの教室』の展開過程に関する研究—1970～1980年代における設置形態および経営形態に焦点を当てて—」日本聴覚言語障害学会『聴覚言語障害』43(2), pp.77-86.
- 田中謙(2020a)「言語障害児支援の歴史における北海道言語障害研究会の役割と組織機能—地域社会学的分析—」日本教育福祉学会『人間教育と福祉』(9), pp.69-80.
- 田中謙(2020b)「北海道『ことばの教室』における幼小中連携支援体制整備の展開過程に係る教育、福祉行政の連携—1960～1970年代の「深川市言語治療教室」を対象とした事例分析—」『日本教育事務学会年報』(7), pp.48-60.
- 田中謙(2020c)「地方部小規模自治体の障害乳幼児支援に係る社会資源開発過程における政策の

- 特質—ローカル・イニシアティブとネットワーク組織に焦点をあてて—」日本人間関係学会『人間関係学研究』25(1), pp.63-73.
- 田中謙(2022)「戦後日本における障害乳幼児支援政策に係る保守/革新の継続性の特質—北海道北見市に関する事例研究—」日本教育福祉学会『人間教育と福祉』11, pp.37-49.
- 田中謙・瀧澤聡(2015)「福祉行政・教育行政・医療行政下での『幼児ことばの教室』の展開過程の特質—北海道における設置および経営形態に焦点を当てて—」『山梨県立大学人間福祉学部紀要』(10), pp.25-40.
- 山田慶子・吉岡博英・津曲裕次(1994)「日本における言語障害教育の成立過程に関する研究—千葉県における大熊喜代松の実践を通して—」筑波大学心身障害学系『心身障害学研究』(18), pp.41-51.
- 吉田忠彦(2009)「イシュー・ネットワークと組織形成—日本NPOセンターの設立を事例として—」近畿大学商経学会『商経学叢』56(1), pp.423-433.

Table3 1974(昭和49)～1979(昭和54)年五市町村言語障害児関連政策予算抜粋

| 年 和暦 | 校別市 費目 | 滝上町 | | 興部町 | | 西興部村 | | 計上額 |
|------|--------|---|--------------|--|-----------|--|-------------------------|-----|
| | | 費目 | 計上額 | 費目 | 計上額 | 費目 | 計上額 | |
| 1974 | 49 | (児童福祉費)言語障害児等矯正通学費補助金 (教育総務費)滝上言語障害児をもつ親の会 | 191 | | | | | |
| 1975 | 50 | (児童福祉費)言語障害児等矯正通学費補助金 (教育総務費)言語障害児親の会助成金 (教育総務費)言語障害治療学級設置費負担金 (教育総務費)言語障害治療学級運営費負担金 (教育総務費)言語障害治療学級振興基金借入金負担金 | 23259 | (教育総務費)言語治療学級運営費及び設置費負担金 (小学校費)言語治療学級通学費補助 (中学校費)言語治療学級通学負担金 | 750 | (教育総務費)言語治療学級運営費及び設置負担金 | 440 | |
| 1976 | 51 | (小学校費)言語治療学級費 (児童福祉費)言語障害児等矯正通学費及び大所帯郵政費補助金 (教育総務費)言語障害児親の会助成金 (教育総務費)言語障害治療学級運営費負担金 (教育総務費)言語障害治療学級振興基金借入金負担金 (教育総務費)言語障害治療学級交通費補助金 | 3191 | (教育総務費)言語治療学級運営費及設置費負担金 (小学校費)言語治療学級通学補助金 (中学校費)言語治療学級通学補助金 | 398 | | | |
| 1977 | 52 | (小学校費)言語治療学級費 (児童福祉費)言語障害幼児矯正通学費補助金 (児童福祉費)施設入所児帰郷旅費補助金 (教育総務費)言語障害児親の会助成金 (教育総務費)言語障害治療学級運営費負担金 (教育総務費)言語障害治療学級振興基金借入金負担金 (教育総務費)言語障害治療学級交通費補助金 | 3038 | (児童福祉費)言語障害児をもつ親の会負担金 (教育総務費)言語治療学級運営費及設置費負担金 (小学校費)言語治療学級通学補助金 | 449 | (教育総務費)言語障害児を持つ親の会 | 10 | |
| 1978 | 53 | (小学校費)言語治療学級費 (児童福祉費)言語障害幼児矯正通学費補助金 (児童福祉費)施設入所児帰郷旅費補助金 (教育総務費)言語障害児親の会助成金 (教育総務費)言語障害治療学級運営費負担金 (教育総務費)言語障害治療学級振興基金借入金負担金 (教育総務費)言語障害治療学級交通費補助金 | 3024 | (児童福祉費)言語障害児をもつ親の会負担金 (教育総務費)言語治療学級運営費負担金 (小学校費)言語治療学級通学補助金 | 482 | (教育総務費)言語障害児を持つ親の会 | 180 | |
| 1979 | 54 | (児童福祉費)幼児言語教室開設事業 (小学校費)言語治療学級費 (児童福祉費)施設入所児帰郷旅費補助金 (児童福祉費)西牧地区幼児言語治療施設運営費負担金 (教育総務費)言語障害児親の会助成金 (教育総務費)言語障害治療学級運営費負担金 (教育総務費)言語障害治療学級振興基金借入金負担金 (教育総務費)言語障害治療学級交通費補助金 | 2224 2262 | (児童福祉費)言語障害児をもつ親の会負担金 (児童福祉費)西牧地区言語障害児治療運営負担金 (教育総務費)言語治療学級運営費負担金 (小学校費)言語治療学級通学補助金 | 10 482 | (社会福祉費)西牧地区ことばの教室運営費補助金 (社会福祉費)西牧地区ことばの教室備品購入費負担金 (教育総務費)言語障害学級負担金 (教育総務費)言語障害児を持つ親の会 | 266 117 209 10 | |
| | | | 90 | | | | | |

(各自治体各年度予算書より筆者作成、ただし雄武町からは資料の提供がなされなかったため削除した)

社会保障における自己負担軽減制度の限界と問題点

Limitations and Problems of the Copayment System in Social Security

鎌谷 勇 宏(大谷大学社会学部)
Isahiro KAMATANI

抄録

各社会保障制度で規定されている自己負担や自己負担に上限を設ける自己負担軽減制度(高額療養費等)では、自己負担が過剰になり、生活の安定を損なう危険性があるとの問題意識のもと、各社会保障制度に含まれる自己負担軽減制度について分析・検討を行った。自己負担や自己負担軽減制度の限界や問題点を明らかにしたうえで、過剰な自己負担を防ぎ生活の安定を実現できる自己負担軽減制度の在り方について検討した。

キーワード：社会保障給付 (Social Security Benefits)、自己負担 (Copayment)、高額療養費 (High-Cost Medical Expense Benefit)、総合合算制度 (Combined Copayment System)

I. はじめに

「利用者負担の議論では…『能力に応じた負担』が関係者に共有されたキーワード」⁽¹⁾とされている。ここでの「能力」とは支払い能力を意味し、その基準は所得(収入)とされることが多い。従前より、税や社会保険料の徴収段階では能力に応じた負担(応能負担)が求められてきたが、サービス利用時の自己負担⁽²⁾については、社会福祉制度の応能負担と社会保険制度の応益負担(定率負担)の二本立てとなっていた。

保育料に代表される社会福祉制度では、応能負担を利用料の基礎とし、能力に応じた自己負担が求められてきた。他方、医療保険制度の基

本的な自己負担は定率負担であり、被保険者本人と被扶養者の差や年齢による差はあったものの、長きにわたり所得の多寡による差は設けられていなかった。介護保険制度においても、制度施行時には、所得にかかわらず一律1割負担で統一されていた。つまり、社会保険制度のサービス利用に伴う自己負担割合について、制度の導入段階では、応能負担原則を導入していなかったことが確認できる。

しかし、2002年10月に高齢者の医療費自己負担に2割負担(現役並み所得者)が導入されて以降、医療保険だけでなく介護保険においても、所得によって自己負担割合に差を設ける仕組み

(受理日：2024年2月7日)

が拡大してきた。

医療保険や介護保険の基本的な自己負担は定率負担であったが、応能負担原則が組み込まれている部分もあった。一月に支払う自己負担に上限(限度額)を設けることで、自己負担が過剰にならないようにする高額療養費(医療保険)や高額介護サービス費(介護保険)には応能負担原則が組み込まれている⁽³⁾。高額療養費は、制度創設時(1973年)こそ一律の上限額を設定していたが、1980年代に所得・収入別上限額に変更され、2024年度現在では5区分(70歳未満)もしくは6区分(70歳以上)に分かれている。また、高額介護サービス費は、介護保険施行当時から所得区分別の上限額が設定されている。

「負担は能力に応じて、給付は必要に応じて」とされる社会保険制度であるが、所得によって自己負担割合に差を設けたことや自己負担軽減制度の設計から、現実には社会保険制度の給付段階においても応能負担化が進んでいることが指摘できる。

著者は、税や社会保険料の徴収段階において能力に応じた負担を求めることには賛成であるが、それをサービス利用時の自己負担(割合・上限額)に当てはめ、さらに強化しようとする現在の方向性には疑問を持っている。最初に引用したように「能力に応じた負担」は自明のものだとされつつあるが、社会保障の自己負担が低所得者だけでなく中～高所得にとっても「能力に応じた負担」となっているのかについては議論の余地がある。

所得の多寡にかかわらず、社会保障制度の利用に伴う自己負担が過剰にならないような制度を設計することが本研究の最終的な目的である。本論で論じることになるが、各社会保障制度は自制度の枠内で自己負担の過剰を抑制しようとはしているものの、長期にわたる制度利用(=

「負担の連続性」)を十分に考慮しているとは言えない。さらに、一部の制度を除いては、一個人による複数の制度利用あるいは複数世帯員による制度利用といった、複数制度の重複利用(=「負担の重複性」)についても考慮していない。これらを十分に考慮しないまま、自己負担における応能負担原則を自明視し、応能負担化を進めると、低所得者だけでなく中～高所得への過剰な負担とそれによる生活不安定を引き起こす危険性がある⁽⁴⁾。さらにその先に、市民の連帯感低下や分断に派生してしまうのではないかという危惧もある。

そこで、「負担の連続性」と「負担の重複性」によって発生しうる問題とその制度的要因について、特に自己負担をさらに軽減する自己負担軽減制度を中心に検討したい。自己負担軽減制度を中心に検討する理由は二つである。一つは、各社会保障制度において、過剰な自己負担を防ぐ役割を実質的に担っていること、もう一つは、社会保障制度それぞれに自己負担に関する研究蓄積はあるものの、自己負担軽減制度に関する研究は比較的少ないことにある⁽⁵⁾。特に、複数の自己負担軽減制度を対象にした包括的な研究は見当たらず、厚生労働省資料で一覧表の形で簡単に整理されている程度であり、また本稿の主要な先行研究の一つである安藤道人(2019)においても、自己負担軽減制度については紹介程度の記述となっており、詳細な検討はされていない⁽⁶⁾。

所得の多寡にかかわらず、社会保障制度の利用に伴う自己負担が過剰にならないような制度を検討するため、本稿では、まず各社会保障制度に位置付けられている自己負担軽減制度について、その特徴や限界を示すとともに制度上の問題点を明らかにする⁽⁷⁾。そして、明らかにした問題点に対して、それらを解消・軽減す

る制度について検討する。

論文の具体的な展開として、まず各社会保障制度の自己負担を概観し、自己負担に関する先行研究のレビューを行う(Ⅱ節)。続いて、本稿の中心的対象である自己負担軽減制度について現状の制度設計を確認する。その際に単なる制度紹介にとどまらないよう、「区分別該当割合」(特に最頻区分)と「合算範囲」を意識的に明示する。また自己負担軽減制度の中でも高額療養費の先行研究が複数あるため、そのレビューも行う(Ⅲ節)。これらを踏まえたうえで、自己負担軽減制度の限界と問題点について、まずは高額療養費を検討し、そこで得られた知見を元に他制度についても検討する(Ⅳ節)。そして最後に、過剰な自己負担を防ぐことが可能な自己負担上限制度の設計について、フランスやドイツの上限額基準や総合合算制度を参考に検討する(Ⅴ節)。

Ⅱ. 社会保障制度における自己負担と先行研究の整理

社会保障制度における自己負担には、医療保険の一部負担金、介護保険の利用者負担、障害者総合支援法の利用者負担、保育所の保育料など複数の種類がある。本稿の主な対象である自己負担軽減制度を扱う前に、その前提となる自己負担について、各社会保障制度の自己負担を概観するとともに、先行研究からその目的や機能について整理する。

Ⅱ-1. 社会保障制度における自己負担

サービス給付(現物給付)を行う多くの制度で自己負担が徴収されている。制度別に、自己負担に関する制度設計とその変遷について整理する。

(1) 医療保険

図1は1973年以降の自己負担の推移を示している。1970年代から90年代にかけての自己負担は、負担なし、定率負担、定額負担が混在しており、年齢や保険者でバラバラであった。その後、次第に統一化が進み、2003年4月に年齢と所得によって自己負担割合が決定される仕組みとなった。これ以降、2023年現在においても、年齢で4区分、さらに各年齢区分内の所得に応じて1～3区分に分けられ、自己負担割合が決定されている。

ここで、2000年以降に医療費自己負担割合が3割に向かって推移してきたことを確認しておきたい。2003年4月から被用者本人や被用者家族(3歳未満除く)が3割負担となり、2006年10月から高齢者のうち現役並み所得者について3割負担となった。また、2008年4月に70～74歳について2割負担となり、2022年10月からは75歳以上の一定所得者についても2割負担となった。それまで3歳未満であった2割負担を、2008年4月に義務教育就学前まで拡大したことが唯一の例外であり、その他は3割負担に向かって歩を進めていると言える。

自己負担割合3割化への動きはこれで止まらず、財政再建推進本部報告(2020年11月24日)は、「年齢に関わらず能力に応じた公平な給付率(7割)を目指すべきであり、8割や9割給付を維持するのであれば低所得者対策と明確化すべきである」としている。また、財務省財政制度等審議会「歴史的転機における財政」(令和5年5月29日)においても、「昨年10月には一定所得以上の後期高齢者に2割負担が導入されたが、これを更に進め、原則2割負担とすることも今夏の課題であり、前向きに検討される必要がある」とされている。

図1 医療費自己負担割合の変遷

| | | 1973年 1月～ | 1983年 2月～ | 1997年 9月～ | 2001年 1月～ | 2002年 10月～ | 2003年 4月～ | 2006年 10月～ | 2008年 4月～ | | 2022年 10月～ |
|-------|-----------|------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------------|---------------|---------------------------|
| 高齢者 | 老人医療費支給制度 | なし | 老人保健制度 | 定額 | 1割 | 1割 2割(現役並) | 1割 3割(現役並) | 1割 3割(現役並) | 75歳以上 | 1割 3割(現役並) | 1割 2割(一定以上) 3割(現役並) |
| | 医療制度 | | | | 70歳以上 | 2割(経過措置あり) 3割(現役並) | | | | | |
| 高齢者以外 | 国保 | 3割 | | 3割 2割(3歳未満2002年10月～) | | 3割 2割(3歳未満) | | 70歳未満 | 3割 2割(義務教育就学前まで) | | |
| | 被用者本人 | 定額→1割(1984～) | | 2割 | | | | | | | |
| | 被用者家族 | 入院3割→2割(1981～) 外来3割 | | 入院2割 外来3割 →2割(3歳未満2002年10月～) | | | | | | | |

出典：厚生労働省「第124回社会保障審議会医療保険部会 資料1-2」(令和元年1月31日)p8を著者改編

(2) 介護保険

介護保険法施行以前の高齢者福祉の自己負担は応能負担を原則としていたが、介護保険によって定率負担が原則となった。定率負担が採用された背景には、「選択が認められる以上選択したサービスについて応分の負担をするのは当然」との考え方が共有されたことが挙げられている(介護保険制度史研究会編2019:324-325)。また、堤修三(2010:82)は介護保険が社会保険制度であるため、応能負担の選択肢はなかったことを強調している。

介護保険の自己負担は、制度創設当初から1割負担であったが、2015年8月から一定以上所得者の2割負担が導入された。さらに、2018年8月から特に所得が高い者の負担割合が3割となった。

医療保険と同様に、介護保険の自己負担割合についてもさらなる3割化を求める動きもある。財務省財政制度等審議会「歴史的転機における財政」(令和5年5月29日)では、「介護保険にお

ける2割負担の拡大についても、ただちに結論を出す必要がある。さらに、利用者負担を原則2割とすることや、現役世代並み所得(3割負担)等の判断基準を見直すことについても検討していくべき」とされている。

(3) 障害福祉サービス

障害福祉サービスの自己負担は、支援費制度(2003年施行)までは応能負担であったが、障害者自立支援法(2006年施行)から定率負担(一律1割負担)が導入された。しかし、障害当事者や障害者団体の強い反発が起り、2007年4月の特別対策、2008年8月の緊急措置と立て続けに利用者負担の大幅な軽減が図られた(京極高宣2009:103)。その後、2010年の障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正により、利用者負担について応能負担が原則とされ(厚生労働省2014:466)、障害者自立支援法を引き継いだ障害者総合支援法(2013年施行)でも応能負担原則が引き継がれた。

障害福祉サービスにおける2010年以降の利用者負担の流れは、定率負担から応能負担へと理解されているが、これを保育所保育料のような応能負担と捉えてしまうと現実を見誤る。応能負担原則の強化は、自己負担上限額の引下げで行われたのであって定率負担が姿を消したのではない。1割の定率負担を残しつつ、応能負担原則を自己負担上限額に強く適用することで行われたのである。障害者自立支援法施行当初から現在まで1割の定率負担をベースとしている点に変化はない。この点からすれば、基本となる自己負担割合をベースに、さらに自己負担軽減制度を設けている医療保険や介護保険と障害福祉サービスの間に制度設計上の大きな違いはないと言える。

ただし、医療保険や介護保険と違い、障害福祉サービスは自己負担の2割化や3割化が求められている状況にはない。例えば、上述の(1)医療保険と(2)介護保険で参照した財務省財政制度等審議会「歴史的転機における財政」(令和5年5月29日)において、障害福祉の項目が立てられているものの自己負担についての言及はされていない。

(4) 保育所

児童福祉法施行(1948年)当初から保育料(徴収金)について規定されており、1958年に税制転用方式を用いた応能負担による保育料が導入され現在に至っている。1958年当時は3歳未満・3歳以上とも4区分であったが(厚生省1958:第三章第二節)、その後は階層区分の細分化が進んだ。確認できる範囲で最も区分数が多かったのは1982～1987年度の3歳未満17区分(3歳以上14区分)である⁽⁸⁾。

それ以降は区分の簡素化が進み、1988年度では3歳未満10区分(3歳以上9区分)となり、

さらに1998年度には3歳未満7区分(3歳以上7区分)まで簡素化された。その後、2010年に8区分となり、区分の見直し等はあるものの現在まで8区分が続いている⁽⁹⁾。

II -2. 自己負担についての先行研究

ここで社会保障の自己負担に関する先行研究を確認する。自己負担が課せられる理由についての先行研究として、大野吉輝(1992)、堀勝洋(2004)、京極高宣(2009)、橋爪幸代(2013)、台豊(2017)がある⁽¹⁰⁾。これらの先行研究を参考に、自己負担の目的や機能を①市場社会準拠、②資源配分効率化、③財源確保、④公平性確保の4つに整理する⁽¹¹⁾。

①市場社会準拠

自己負担を通じて社会保障給付に市場社会の考え方を求めることで、利用者の権利の主体性を確保できる。もしくは市場社会の一員としての自覚を高める。その結果、利用者の自立や自助を助長することもできる。

【先行研究の分類名称】

- 自立・自助の助長(大野吉輝1992:182)
- 受益に応じた負担(堀勝洋2004:62)
- 自立自助の助長(堀勝洋2004:62)
- シンボル効果(権利性拡大)(京極高宣2009:59, 72)
- 自立・自助の助長(橋爪幸代2013:88)

②資源配分効率化(需要コントロール)

不必要な利用を抑制し、限られた資源の利用効率を高める。また、自己負担の増減による需要コントロールも可能となる。

【先行研究の分類名称】

- 資源配分の効率化(大野吉輝1992:180-181)
- 需要の抑制(堀勝洋2004:62)

- 限られた資源の効率的・合理的配分(堀勝洋 2004:63)
- 需要コントロール(京極高宣2009:72)
- 濫給防止(京極高宣2009:72)
- 資源配分の効率化(橋爪幸代2013:88)

③財源確保(財政安定化)

サービス利用者が自己負担を支払うことによって、公費や社会保険料の負担を軽減する。また、財源確保によって財政の安定化を図ることができる。

【先行研究の分類名称】

- 財源の確保(堀勝洋2004:62)
- 財源確保(京極高宣2009:71)
- 呼び水効果(京極高宣2009:59)
- 財源の確保(橋爪幸代2013:88)
- 財政収支の安定化(台豊2017:221,236)

④公平性確保

制度の利用者と非利用者間の公平化を図る。ここでの公平が念頭に置いているのは、例えば同じような体調不良の場合に医療機関を受診するか否かを基準にしているなど、同じ状況下において異なる選択をした者のバランスを考慮しようとするものである。サービスを必要とする者とサービスを必要としない者との費用負担(支出)のバランスを考慮するという意味での公平ではないことに注意が必要である⁽¹²⁾。

【先行研究の分類名称】

- 社会的公平の確保(大野吉輝1992:181)
- 公正性の確保(堀勝洋2004:62)
- 公平性の確保(橋爪幸代2013:88)
- 衡平ないし公平(台豊2017:236)

このように自己負担には複数の先行研究があり、それぞれの研究において目的や機能が整

理・検討されている。しかし、上述の先行研究において、自己負担軽減制度まで扱っているものはない。自己負担軽減制度が、自己負担の目的や機能にどのような影響を与えるのかについては明らかにされていないと言える。

Ⅲ. 社会保障制度における自己負担軽減制度

高額療養費や高額介護サービス費など、社会保障制度には基本的な自己負担をさらに軽減する自己負担軽減制度が設けられているが、その制度設計は一様ではない。そこで、基本的な自己負担を規定する法律と自己負担軽減制度を規定する法律の関係性を基準に、自己負担軽減制度を「制度内包型自己負担軽減制度」、「補完型自己負担軽減制度」、「制度横断型自己負担軽減制度」の3つに分類し、それぞれに該当する制度について確認する。その際に、特に「区分別該当割合」(特に最頻区分)と「合算範囲」については後(Ⅳ.自己負担軽減制度の限界と問題点)で使用するため詳細に扱う。

Ⅲ-1. 制度内包型自己負担軽減制度

基本的な自己負担を規定する法律と自己負担軽減制度を規定する法律が同一であるものを「制度内包型自己負担軽減制度」とする(後述する「制度横断型自己負担軽減制度」は除く)。例えば、医療保険制度(例:健康保険法)は、自己負担割合(一部負担金)を規定する法律(健康保険法第74条等)と自己負担軽減制度(高額療養費制度)を規定する法律(健康保険法第115条等)が同一である。

(1) 高額療養費(各医療保険法)

医療保険における自己負担軽減制度は高額療養費制度である。現在の高額療養費は70歳未

満と70歳以上に分かれており、それぞれ収入(所得)を基準に前者が5区分、後者が6区分となっている(表1)。表には記載していないが、過去1年間で3回高額療養費に該当する場合には、4回目以降さらに負担上限額を軽減する多数該当もある。

表1の区分別加入者割合(2020年度)から、70歳未満は「区分ウ」(41.5%)と「区分エ」(36.9%)の割合が高く、70歳以上は「一般」(70～74歳60.4%、75歳以上52.0%)と「低所得者Ⅱ」(70～74歳20.0%、75歳以上24.3%)の割合が高いことがわかる。

高額療養費は世帯合算が可能となっているが、ここでの世帯とは医療保険世帯であることに注

意したい。つまり、協会けんぽの被保険者(夫)と被扶養者(妻、子)のように同一の医療保険世帯であれば合算可能であるが、協会けんぽ(妻、子)と国民健康保険(夫)のように、保険者が異なる場合は医療保険世帯が異なるため合算できない。医療保険世帯は、生計を共にするという意味での世帯とは範囲が異なっている。

なお、高額長期疾病(特定疾病療養受療証制度)⁽¹³⁾があり、血友病、人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群の3つについては、自己負担上限額が1万円となる(慢性腎不全については70歳未満で区分アか区分イに該当すれば上限額が2万円となる)。

表1 高額療養費の負担上限額と区分別加入者数割合(2020年度)

| 区分と一月上限額 (70歳未満) | 加入者割合 70歳未満 | 区分と一月上限額 (70歳以上) | 加入者割合 70～74歳 | 加入者割合 75歳以上 |
|---|----------------|---|-----------------|----------------|
| 区分ア 25万円+ <i>a</i> 標報83万円～ 旧書901万円～ | 3.7% | 現役Ⅲ 25万円+ <i>a</i> 標報83万円～ 課税所得690万円～ | 1.3% | 1.4% |
| 区分イ 17万円+ <i>a</i> 標報53～79万円 旧書600万円～ | 10.6% | 現役Ⅱ 17万円+ <i>a</i> 標報53～79万円 課税所得380万円～ | 1.0% | 1.2% |
| 区分ウ 8万円+ <i>a</i> 標報28～50万円 旧書210万円～ | 41.5% | 現役Ⅰ 8万円+ <i>a</i> 標報28～50万円 課税所得145万円～ | 8.3% | 4.4% |
| 区分エ 57,600円 標報26万円以下 旧書～210万円 | 36.9% | 一般 57,600円 標報26万円以下 課税所得～145万円 | 60.4% | 52.0% |
| 区分オ 35,400円 住民税非課税者 | 7.3% | 低Ⅱ 24,600円 住民税非課税世帯 | 20.0% | 24.3% |
| | | 低Ⅰ 15,000円 さらに所得一定以下 | 9.0% | 16.8% |

*表中の略字は、「旧書」=旧ただし書き所得(国民健康保険)、「標報」=標準報酬月額(被用者保険)、「現並」=現役並み、「低」=低所得者、を示す。また、各区分に記載している収入や所得は一例である。

出典：厚生労働省「医療保険に関する基礎資料(R5.1)」、同「第154回社会保障審議会医療保険部会(R4.9.29)資料1-2」より著者作成

(2) 高額介護サービス費 (介護保険法)

高額介護サービス費⁽¹⁴⁾は居宅介護サービス費、施設介護サービス費、地域密着型介護サービス費等が合算の対象となるが、福祉用具購入費や住宅改修費は対象外である。2021年7月までは課税所得に応じて15,000円から44,400円の4段階であったが、同年8月から上位区分が2つ新設され15,000円から140,100円までの6段階となった(表2)。上限額の基本は世帯単位である

が、区分によっては個人単位も設定されている。

高額介護サービス費の給付件数割合(2020年度)の最頻区分は「世帯全員が市町村民税非課税」(50.9%)であり、次に多い区分が「世帯全員が市町村民税非課税さらに合計所得金額が80万円以下」(23.3%)である。高額介護サービス費には、高額療養費の多数該当のような仕組みはない。

表2 高額介護サービス費の負担上限額と区分別給付件数割合(2020年度)

| 区分 | 一月上限額 | 給付件数割合 |
|--|--------------------|--------|
| 新設：課税所得690万円以上 (年収約1160万円以上) | 140,100円 | 11.6% |
| 新設：課税所得380~690万円 (年収約770以上1160万円未満) | 93,000円 | |
| 課税所得380万円未満 (年収約770未満) | 44,400円 | |
| 世帯全員が市町村民税非課税 | 24,600円 | 50.9% |
| 上記のうち合計所得金額が80万円以下 | 24,600円(個人15,000円) | 23.3% |
| 生活保護受給者 | 15,000円 | 14.3% |

* 2021年8月から上の2つの区分が新設された。2020年度の給付件数割合は新設区分導入以前のデータのため、表中の11.6%は上位3つの合計である。

出典：厚生労働省「令和2年度介護保険事業状況報告」第9-1表より著者作成

(3) 障害福祉サービス等給付費等 (障害者総合支援法、児童福祉法)⁽¹⁵⁾

障害福祉の自己負担は応能負担とされているが、同じ応能負担に分類される保育料とは、その設計が大きく異なっている。障害福祉サービス等給付費等は1割の定率負担をベースに所得に応じて4区分の負担上限が設定されている(表3)。各区分の利用者割合から、障害者は0円が9割以上を占めるが、障害児は負担ありが8割を超えていることがわかる⁽¹⁶⁾。

個人が居宅介護(訪問介護など)や通所支援

(生活介護、就労継続支援など)など、複数の障害福祉サービスを利用した場合でも自己負担を合算することができる。ただし、障害福祉サービス等給付費等の段階では、世帯合算は行われず、あくまで個人単位で障害福祉サービスに限った複数利用の自己負担を合算するとどまる(例えば、補装具費の合算はできない)。なお、障害福祉サービスの世帯合算や補装具費との合算は後述する高額障害福祉サービス等給付費で行われる。

表3 障害福祉サービスの負担上限額と区分別利用者数割合(2023年7月)

| 区分 | 一月上限額 | 利用者割合 |
|--|------------------|------------------|
| 一般2 者：市町村民税所得割16万円以上(670万円～) 児：市町村民税所得割28万円以上(920万円～) | 37,200円 | 者1.7% 児11.9% |
| 一般1 者：市町村民税所得割16万円未満(～670万円) 児：市町村民税所得割28万円未満(～920万円) | 9,300円 4,600円 | 者5.8% 児74.6% |
| 低所得 市町村民税非課税 | 0円 | 者77.2% 児11.2% |
| 生活保護 | 0円 | 者15.3% 児2.4% |

出典：厚生労働省「障害福祉サービスの利用状況について(R5年10月31日)」より著者作成

(4) 保育所保育料(児童福祉法)

自己負担軽減制度ではないが、月々の保育料を負担上限と見立てることができる。保育料は市町村によって異なるが、国が基準を定めている。国が定める利用者負担の上限額基準とは、

所得割課税額によって0円～104,000円の8区分が設定されている(表4)。表4の割合は、各階層区分の属する利用者数割合を示している⁽¹⁷⁾。なお、3歳以上については幼児保育の無償化が2019年10月から実施されている。

表4 保育施設の利用者負担と区分別利用者数割合(3号認定)

| 区分 | 保育料 | 利用者数割合 |
|------------------------------|----------|--------|
| 市町村民税所得割額397000円以上 年収1130万円～ | 104,000円 | 3.6% |
| 市町村民税所得割額397000円未満 ～年収1130万円 | 80,000円 | 4.8% |
| 市町村民税所得割額301000円未満 ～年収930万円 | 61,000円 | 21.0% |
| 市町村民税所得割額169000円未満 ～年収640万円 | 44,500円 | 24.0% |
| 市町村民税所得割額97,000円未満 ～年収470万円 | 30,000円 | 12.0% |
| 市町村民税所得割額57,700円未満 ～年収360万円 | 30,000円 | 4.8% |
| 市町村民税所得割額48,600円未満 ～年収330万円 | 19,500円 | 10.2% |
| 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 ～年収260万円 | 0円 | 20.4% |

出典：文部科学省「幼児教育・高等教育無償化の制度の具体化に向けた方針(平成30年12月28日関係閣僚合意) 参考資料(幼児教育)」より著者作成

保育料における世帯合算(多子合算)については非常に細かく設定されている。多子世帯の保育料軽減についての基本的な考え方は、小学校就学前の範囲において、保育施設等を同時に利用する子どものみを対象に子供の数を計算するものである⁽¹⁸⁾。そのうえで第1子は全額、第2

子半額、第3子無償となる。

Ⅲ-2. 補完型自己負担軽減制度

自己負担軽減制度のうち、基本的な自己負担を規定する法律と、自己負担軽減制度を規定する法律が異なるものを「補完型自己負担軽減制度」

とする(後述する「制度横断型自己負担軽減制度」は除く)。例えば、医療費自己負担は健康保険法等で規定されているが、その自己負担を軽減する自立支援医療は障害者総合支援法(第58条等)で規定されている。下記の他に別の公費負担医療(保険優先)も含まれるが、ここに該当するのは医療費自己負担の軽減制度のみである。

(1) 自立支援医療(障害者総合支援法、児童福祉法)

自立支援医療制度は、心身の障害を除去・軽減するための医療について、自己負担額を軽減する公費負担医療制度であり、精神通院医療、

更生医療、育成医療の3つがある⁽¹⁹⁾。当該医療費の自己負担を1割負担とし、さらに市町村民税課税額に応じ負担上限額を設けている。負担上限は0円から2万円までの6区分である(表5)。表中の「重度かつ継続」は、「疾病、症状等から対象となる者」と、「疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者」が該当する⁽²⁰⁾。

なお、3つ以外の疾病にかかる医療費の合算は不可であり、3つの自立支援医療の合算も不可、世帯合算不可⁽²¹⁾、前述した障害福祉サービス費との合算も不可である。

表5 自立支援医療の負担上限額と区分別件数割合(2021年度)

| 区分 (年収の目安) 市町村民税課税 | 更生医療・精神通院 | 育成 | 重度かつ継続 | 件数割合 |
|--|----------------------|---------|---------|-------|
| 一定所得以上(833万円以上) 235,000円以上 | 対象外(3割負担) | 同左 | 20,000円 | 4.5% |
| 中間所得 2 (400~833万円) 33,000円以上 235,000円未満 | 1割又は高額療養費 上限額の低い方 | 10,000円 | 10,000円 | 26.3% |
| 中間所得 1 (290~400万円) 33,000円未満 | | 5,000円 | 5,000円 | 16.4% |
| 低所得 2 市町村民税非課税 | 5000円 | | | 13.7% |
| 低所得 1 市町村民税非課税 (年収80万円以下) | 2500円 | | | 21.5% |
| 生活保護 | 0円 | | | 17.6% |

* 年収については夫婦と障害者の3人世帯の目安である⁽²²⁾。

出典：厚生労働省「令和3年度 福祉行政報告例」障害者総合支援第16表より著者作成

(2) 指定難病の医療費助成(難病法、小児慢性特定疾病医療は児童福祉法)

指定難病の医療費助成は医療保険の自己負担を2割とし、さらに負担上限額を設けている。上限額は医療保険の世帯を単位として、市町村民税課税額を基準に0円～30,000円の6区分で設定されている。一般区分以上で高額難病治療継続者(高額かつ長期)に該当する場合はさらに

上限額が軽減される。

異なる医療機関受診や指定難病の複数罹患は合算可能であるが、指定難病以外の医療費は合算不可である。また、医療保険世帯での合算は可能であるが、医療保険が異なる場合の世帯合算はできない。なお、小児慢性特定疾病医療に該当する者の自己負担はすべて半額で計算される。

表6 指定難病の医療費助成の負担上限額と区分別件数割合(2021年度)⁽²³⁾

| 区分 | 一般 | 高額かつ長期 | 者割合 | 児割合 |
|---|---------|---------|-------|-------|
| 上位所得 市町村民税課税 25.1万円～ (年収810万円～) | 30,000円 | 20,000円 | 6.2% | 15.5% |
| 一般所得Ⅱ 市町村民税課税 7.1万円～25.1万円 (年収370～810万円) | 20,000円 | 10,000円 | 24.0% | 47.7% |
| 一般所得Ⅰ 市町村民税課税 7.1万円未満 (年収160～370万円) | 10,000円 | 5,000円 | 35.3% | 25.9% |
| 低所得Ⅱ 市町村民税非課税 本人年収80万円～ | 5,000円 | 5,000円 | 18.9% | 5.0% |
| 低所得Ⅰ 市町村民税非課税 本人年収～80万円 | 2,500円 | 2,500円 | 12.9% | 5.1% |
| 生活保護 | 0円 | 0円 | 2.6% | 1.2% |

* 年収は夫婦2人世帯の目安、高額かつ長期は1年間で6回以上の該当

出典：厚生労働省「令和3年度 衛生行政報告例」第6-1表、第10表をもとに著者作成

Ⅲ-3. 制度横断型自己負担軽減制度

医療保険、介護保険、障害福祉サービスといった制度の枠を超えて、自己負担を合算し軽減することが可能なものを「制度横断型自己負担軽減制度」とする。

(1) 高額医療・介護合算療養費(各医療保険法、介護保険法)⁽²⁴⁾

医療保険では高額療養費、介護保険では高額介護サービス費によって月単位での上限を設けているが、それぞれの負担が長期にわたり重複

した場合には重い自己負担となる。そこで、医療保険と介護保険の自己負担に年単位で上限を設けることで、さらなる負担軽減を図る仕組みとして2008年4月から施行されている。高額療養費と同じ所得区分が設定されており、負担上限額は年間56万円を基本とし細かな設定がされている(表7)。

医療保険と介護保険双方の利用が必要となり、また医療保険世帯の合算であるため、同一世帯であっても医療保険が異なれば合算できない。

表7 1年間の合算算定基準額

| 区分 (左カタカナ70歳未満、右70歳以上) | 年間上限額 | 件数割合 | 参考 医療保険加入者割合 70～74歳 | 75歳以上 |
|--|---------|-------|------------------------|-------|
| ア 現役Ⅲ 課税所得690万円以上 (年収約1160万円以上) | 212万円 | 0.2% | 1.3% | 1.4% |
| イ 現役Ⅱ 課税所得380～690万円 (年収約770万円～1160万円) | 141万円 | 0.1% | 1.0% | 1.2% |
| ウ 現役Ⅰ 課税所得145～380万円 (年収370万円～770万円) | 67万円 | 3.0% | 8.3% | 4.4% |
| エ 一般 課税所得145万円未満 (年収約370万円未満) | 56～60万円 | 14.3% | 60.4% | 52.0% |
| オ 低Ⅱ 世帯全員市町村民税非課税 | 31～34万円 | 27.9% | 20.0% | 24.3% |
| オ 低Ⅰ 低Ⅱのうち所得一定以下 | 19～34万円 | 54.6% | 9.0% | 16.8% |

出典：厚生労働省「令和2年度 介護保険事業状況報告」第10表をもとに著者作成、参考は表1の再掲

(2) 高額障害福祉サービス等給付費等(障害者総合支援法、児童福祉法)⁽²⁵⁾

障害福祉サービス等給付費の段階では世帯合算や補装具費の合算ができなかったが、高額障害福祉サービス等給付費等によって、同一世帯・同月の①障害者総合支援法(介護給付費・訓練等給付費は含むが、地域生活支援事業は含まない)、②障害福祉サービスと併用する介護保険、③障害福祉サービス等を併用する補装具費、④児童福祉法の障害者通所・入所施設給付費、の利用者負担を合算することができる。負担上限額は市町村民税非課税世帯が0円(自己

負担なし)、課税世帯が37,200円の2段階である(表8)。

同一世帯の合算は可能であるが、②と③にあるように「障害福祉サービス」を併用する必要があるため、障害福祉サービスを利用する世帯員と別の世帯員が介護保険のサービスを利用している場合には合算できない。また、地域生活支援事業や自立支援医療は合算の対象外であることにも注意したい(全国社会福祉協議会2021:21)。この他に新高額障害福祉サービス等給付費もある。

表8 高額障害福祉サービス等給付費等の上限額と区分別利用者数割合(2023年7月)

| 区分 | 一月上限額 | 利用者数割合 |
|--|---------|------------------|
| 一般2 者：市町村民税所得割16万円以上(670万～) 児：市町村民税所得割28万円以上(920万円～) | 37,200円 | 者7.5% 児86.5% |
| 一般1 者：市町村民税所得割16万円未満(~670万円) 児：市町村民税所得割28万円未満(~920万円) | | |
| 低所得 市町村民税非課税 | 0円 | 者92.5% 児13.6% |
| 生活保護 | | |

出典：厚生労働省「障害福祉サービスの利用状況について(R5年10月31日)」より著者作成

Ⅲ-4. 自己負担軽減制度についての先行研究

ここで、自己負担軽減制度に関する先行研究を確認する。自己負担軽減制度として高額療養費の研究が複数あるため、まずは高額療養費を中心に検討する。代表的な高額療養費研究として泉眞樹子(2010)、岩淵豊(2012)、前田由美子(2018)、遠藤久夫(2021)がある⁽²⁶⁾。

泉眞樹子(2010)は、国民医療費と高額医療費の伸び率比較や、高額療養費支給総額の国民医療費に占める割合の推移をもとに、治療の長期化や高額化が進んでいるため、高額療養費だけでは患者負担の軽減が十分ではないことを指摘

している。

岩淵豊(2012)は高額療養費の変遷に触れつつ、高額療養費支給額の国民医療費に占める割合などを整理するとともに、保険制度の違い(協会けんぽ、組合健保、国民健康保険)によって高額療養費支給額割合に差があることに着目し、その要因を分析している。他方、高額療養費の一般区分(当時3区分の真ん中)について、同一区分の中でより低所得者の負担が重くなること、また、高額長期疾病特例に該当しない場合に重い負担が長期化するという問題点を指摘している。このような問題はありますが、「平均総報酬(標準報酬)との比較で見ると、高額医療費によ

る負担が一時的な者であれば、家計に負担可能な水準と思われる」と、短期間であれば自己負担上限額の水準が適正な額であると評価している。

前田由美子(2018)は、市町村国保における医療保険給付費に占める高額療養費割合をグラフ化し、10%以上の保険者がほとんどであることを指摘している。また、国保に限らず、小規模保険者では高額療養費が巨額になるリスクがあり、保険者の自助努力だけでは対応できない状態であることも指摘している。そのうえで、負担上限額の月収に占める割合(試算)が20～30%になること、また負担上限額が所得(年収)に比例しておらず階段状にはね上がる点を課題としている。

遠藤久夫(2021)は、高額療養費について多角的な視点から、特に実効自己負担割合(法定の自己負担割合ではなく高額療養費を含めた実際の自己負担割合)について分析し、自己負担割合の上昇が実効自己負担割合に与える影響や、1人当たり医療費の増加による実効自己負担率の上昇などを示している。なお、所得区分別に上限額を設定できていること、世帯合算、多数該当、高額医療・介護合算療養費等があることを理由に「高額療養費制度はこのようなきめ細かな制度設計により医療アクセスの公平性を実現している」(p.15)と評価している。

ここまで見てきたように、高額療養費制度に関する研究は、医療保険財政における高額療養費支給額(割合)の推移や実効自己負担率の研究が中心となっている。高額療養費に関する問題点として、治療の長期化や高額化が進んでいるため、高額療養費だけでは患者負担の軽減が十分ではないという泉の指摘、また同一区分内での負担割合に差があるという岩淵の指摘は重要である。

高額療養費以外の自己負担軽減制度を扱った研究として、難病の医療費助成を研究した渡部沙織・安藤道人(2019)や渡部沙織(2023)がある。これらの研究では、難病の公費医療が、高額療養費制度下で高額な自己負担上限額に直面する難病患者の経済的負担を軽減する機能を果たしてきた制度と捉え、その政策過程を詳細に検討している。

なお、高額介護サービス費については、その紹介、Q&Aや報道は多数あるが、これを論文題名や副題に含む研究論文は確認できない。また、高額医療・介護合算療養費についても、本稿の問題意識に近い研究は管見の限りなかった⁽²⁷⁾。

高額療養費制度を中心とした先行研究から、自己負担軽減制度の問題点として、家計(収入)に占める負担上限額の大きさ、同一区分内における所得の高い者と低い者との負担割合の違い、区分が変わると大きく負担がはね上がる境界線問題、治療の長期化や高額化への対応が不十分、が挙げられている。次項ではこれらの先行研究を踏まえて、自己負担軽減制度の問題を検討する。

IV. 自己負担軽減制度の限界と問題点

自己負担軽減制度の代表といえる高額療養費制度を用いて限界や問題点を整理し、そこで明らかになった限界や問題点を参考にその他の自己負担軽減制度を検討する。

IV-1. 高額療養費制度の限界と問題点

ここでは自己負担軽減制度の整理や先行研究から得られた知見をもとに、高額療養費制度の限界や問題点を「合算の限定」、「上限額水準の適切性」、「対象疾病の限定」に分けて検討する。

(1) 合算の限定

合算の限定とは、複数の医療機関受診や複数世帯員の受診など、複数の医療費が発生した場合に合算できる範囲が限定されていることを指す。具体的には、次のような合算の限定がある。

①同月に複数世帯員が医療機関を受診した場合、70歳以上であれば自己負担額を問わず合算できるが、70歳未満であればそれぞれの自己負担額が21,000円を超えなければ合算できない。これは同じ自己負担総額であっても、高額療養費給付後の実質的な自己負担に差が出ることを意味する。例えば70歳未満の区分エ(表1参照)で一月の自己負担総額が90,000円の場合、1人で90,000円なのか家族3人で90,000円(例:5万円、2万円、2万円)なのかで実質的な自己負担が異なることになる。前者は高額療養費によって57,600円の負担になるが、後者は高額療養費に該当せず90,000万円の負担のままとなる。これらは合算可能額による合算の限定であると言える。

②同月に1人で複数の医療機関を受診した場合、70歳以上については自己負担額を問わず合算できるが、70歳未満であればそれぞれの自己負担が21,000円を超えなければ合算できない。なお、同じ医療機関であっても入院と外来は別に扱われる。これも①と同様に、同じ自己負担総額であっても、高額療養費に該当する場合としない場合があり、実質的な自己負担が異なることになる。これも合算可能額による合算の限定であると言える。

③上記①で確認したように高額療養費は世帯合算が可能となっているが、世帯の範囲が独特であることに注意が必要である。社会保障分野で一般的に使われる「世帯」は住居及び生計を共

にする者の集まり(同一生計世帯)であるが、高額療養費を合算できる世帯は医療保険世帯である。同一生計世帯であっても、協会けんぽ(妻、子)と国民健康保険(夫)の場合は、妻と子の合算は可能であるが夫の合算はできない。また、夫婦共働きで、それぞれが協会けんぽに被保険者として別々に加入している場合の合算も不可である。これは世帯範囲による合算の限定と言える。

ここまで見てきたように、特に70歳未満を対象とした高額療養費には、合算可能額による合算の限定と、世帯範囲による合算の限定がある。特に、後者の生計を共にする世帯ではなく医療保険世帯の範囲でしか合算できない点は制度上の限界であり、自己負担が過剰になる可能性がある。これは、共働き世帯の増加や、パート・アルバイトへの社会保険適用拡大が急速に進む現状において無視できない問題である⁽²⁸⁾。

例えば、被用者(サラリーマン等)の配偶者が月9万円(年108万円)のパート収入があったとする。企業の従業員規模が小さく社会保険が適用されない場合であれば、配偶者の健康保険に被扶養者として加入できるが、一定以上の従業員規模であればパートで働く本人が被保険者となり健康保険に加入することになる。被保険者となれば、新たに保険料負担が発生するが、その半面では傷病手当金や出産手当金の給付対象となる。しかし、影響はこれらにとどまらず、高額療養費にも影響を与えることになる。同月に夫婦ともに高額な医療費自己負担が発生したとすると、被保険者と被扶養者の場合は合算できるが、社会保険適用拡大によって被保険者になった場合は合算ができなくなる。先ほどの例の場合、月9万円(手取りは7万円台⁽²⁹⁾)の賃金に対して高額療養費上限額は月35,400円となる

が、夫婦での合算ができないためそのまま家計の負担となる。このように社会保険適用拡大は、保険料負担の代わりに保険給付(傷病手当金、出産手当金)が受けられるようになるが、高額療養費の世帯合算が不可になるという結果も伴う。

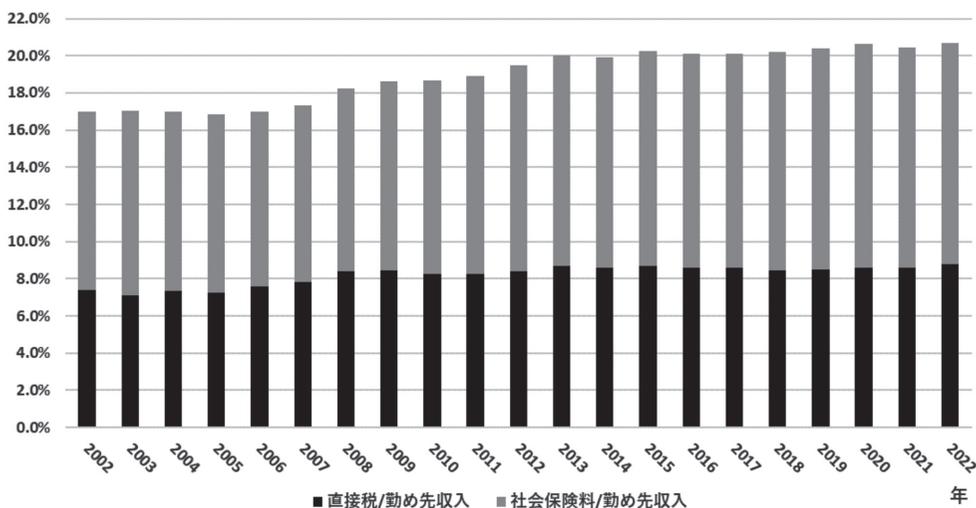
(2) 上限額水準の適切性

高額療養費(被用者保険)の上限額の根拠は月収の25%とされ、多数該当では年間負担が月収2ヵ月分とされている。制度がスタートした1973年は月収の50%であったが、収入の増加に伴い33%(1976年)、27%(1984年)と次第に低下し、2000年には最低の22%となった。2002年には25%を基準とするよう負担上限額の調整

が行われた⁽³⁰⁾。

ここで、月収の25%とされている収入基準が所得(所得控除後)や手取りではなく報酬月額⁽³¹⁾であることに注意したい。図2は総務省「家計調査」をもとに勤め先収入に占める直接税と社会保険料の推移を示したものである。25%を基準とするよう調整が行われた2002年と2022年(最新)を比較すると、勤め先収入に占める直接税(勤労所得税、個人住民税等)と社会保険料(公的年金、健康保険、介護保険等)の割合が17.0%から20.7%に3.7ポイント上昇している。報酬月額25%を固定した基準にすると、直接税や社会保険料率の上昇に伴い、実質的な負担は重くなる。

図2 勤め先収入に占める直接税と社会保険料の推移



*二人以上の世帯のうち勤労者世帯のデータを使用

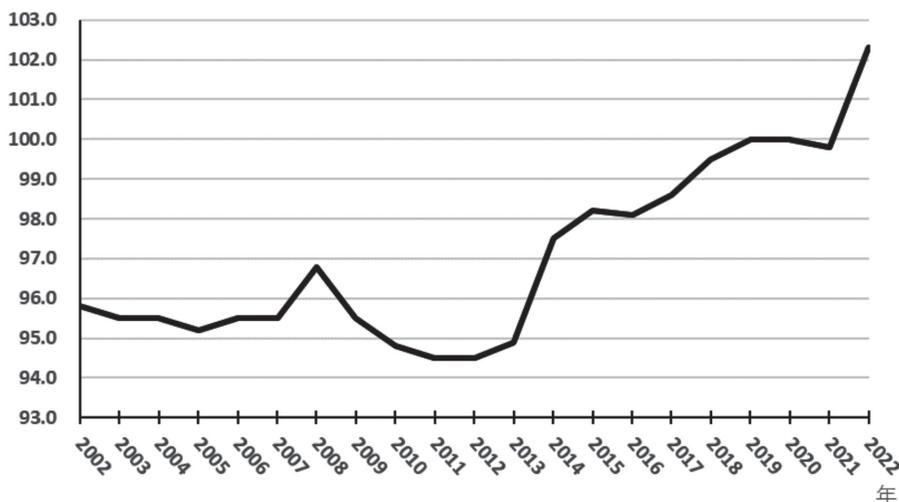
出典：総務省「家計調査(家計収支編)」(時系列データ 用途分類)をもとに著者作成

また、消費税率や物価の上昇も並行して起きている(図3)。2002年と2022年を比較すると消費者物価指数(2020年=100)が95.8(2002年)から102.3(2022年)に変化している。これは、この期間に物価が6.8%上昇したことを示して

いる。

税や社会保険料の上昇、また消費税を含む物価の上昇も考慮する必要もある。それらを抜きに報酬月額の25%を維持しては、高額療養費の実質的負担は重くなる。

図3 消費者物価指数(総合)の推移(2020年=100)



出典：総務省「消費者物価指数」(2020年基準消費者物価指数長期時系列データ、2023年1月20日公開)をもとに著者作成

また、急性疾患から慢性疾患に疾病構造が変化していることも見逃せない。入院・通院期間が短期間であっても負担は軽くないが、高額薬剤の中長期使用などを想定すると多数該当があったとしても重い負担となる。多数該当の場合では、年間負担が給料2ヵ月分⁽³²⁾という基準になっているが、これも問題なく支払える額とは言えないだろう。一例を示すと、高額薬剤によって毎月の医療費が192,000円を超えた場合、協会けんぽに加入にしている報酬月額20万円や同25万円の者であれば、1年間の自己負担は50万円(57,600円×3ヵ月+多数該当44,400円×9ヵ月)を超えることになる。賞与の有無や額にもよるので一概には言えない部分があるが、標準報酬20万円や25万円であると手取りは16万円や20万円になる。そこから毎月5万円前後の医療費支払いが生じてしまう可能性のある設計となっている。

また、高額療養費だけでは自己負担軽減が十分ではないことが明らかのため、同制度に高額長期疾病が位置づけられ、さらに自立支援医療

や指定難病の医療費助成が補完している。このことを考慮すれば、これらに該当しない高額で長期にわたり治療が継続する疾病の自己負担の重さは放置できない。これらは上限水準の適切性の問題と言える。

(3) 対象疾病の限定

高額療養費は保険診療を対象としているため対象疾病が限定されているわけではないが、高額長期疾病は3つの疾病(血友病、人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群)に限っている。該当する場合には、通常の高額療養費よりもさらに大きな自己負担軽減があるが、抗がん剤の使用など長期に高額な医療費がかかる場合には適用されない。これらは対象疾病の限定と言える。

IV-2. 他の制度の限界と問題点

高額療養費制度の限界や問題点として挙げた「合算の限定」、「上限水準の適切性」、「対象

疾病の限定」を参考に、その他の自己負担軽減制度の限界や問題点について検討する。

(1) 合算の限定

制度内包型自己負担軽減制度については、高額療養費とその他の制度で異なっている。先に述べたように、高額療養費には世帯範囲や合算可能額による合算の限定がある。それに対し、高額介護サービス費(介護保険)、高額障害福祉サービス等給付費(障害者総合支援法等)は自己負担額にかかわらず生計を共にする世帯合算が可能であり、保育所保育料にも多子世帯軽減がある。そのため、高額療養費以外の制度内包型自己負担軽減制度については合算についての問題はない⁽³³⁾。

それに対し補完型自己負担軽減制度と制度横断型自己負担軽減制度には合算の問題が多く含まれている。自立支援医療は、3つの自立支援医療の合算不可、世帯合算不可、他の障害福祉サービス費との合算も不可である。上限額は低めに設定されているものの、合算については非常に限定的な制度である。指定難病の医療費助成は、異なる医療機関受診や複数の指定難病罹患が合算できることに特徴がある。ただし、医療保険世帯での合算は可能であるが、生計を共にする世帯合算はできないため合算の限定がある。高額医療・介護合算療養費は、医療保険と介護保険双方の利用が必要であり、同一世帯であっても加入する医療保険が異なれば合算できない。高額障害福祉サービス等給付費等は世帯合算が可能であり、また障害者総合支援法と介護保険の合算ができるが、自立支援医療や地域生活支援事業は合算の対象外である。このように自己負担軽減制度には、多かれ少なかれ何らかの限定が存在する。

合算の限定として最も重要な点が、制度横断型自己負担軽減制度の種類が少ないこと、また

合算が可能であったとしても、その対象範囲が非常に狭いことである。制度を横断して合算できるのは、医療保険自己負担と介護保険自己負担の世帯合算、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する場合の合算に限定されている。

社会保障制度で行われているサービス給付は多様であり、それらを重複して利用する個人や世帯が多いことは想像に難くない。しかし、そこで生じる自己負担については、各制度それぞれで規定され軽減されているものの、社会保障制度全体の自己負担を考慮するという観点は極めて弱い。これは社会保障制度全体が抱える極めて深刻な問題である。

(2) 上限額水準の適切性

上限額の高低についての基準を提示することは難しく、あるべき上限額を提示することはさらに難しいが、どの程度の負担になるかを例示することは可能である。

高額介護サービス費(表2参照)は、上限額に達する長期の介護保険サービス利用があった場合に、市町村民税非課税世帯であっても年間30万円程度の自己負担を課している。非課税世帯であることを考慮すれば、これが厳しい額であることは容易に想像がつく。

障害者の9割以上が該当する市町村民税非課税世帯の障害福祉サービスの利用者負担上限は0円であるため自己負担の問題は生じないが、非課税ラインより少しでも所得が多くなれば年間10万円を超える負担が発生することになる(表3参照)。障害児に関しても同様で、非課税ラインを少しでも超えてしまうと年間5万円を超える負担となる。さらに、市町村民税所得割28万円以上(年収920万円)を超える場合、年間の自己負担が45万円に達することも見逃せない。

保育料も最頻区分(表4参照)である市町村民税所得割額169,000円未満(年収470～640万円)の場合、1年間で50万円を超える自己負担となる。年収500万円の被用者であれば、手取りがおよそ400万円⁽³⁴⁾になるがそこから50万円以上を支出することを考慮すると、問題なく支払える負担額とは言えない。

これらに対し、自立支援医療と指定難病の医療費助成の自己負担上限は相対的に低いと言える。重度継続や高額長期に該当すれば、高くても年間6万円(指定難病医療費助成の最頻区分)あるいは12万円(自立支援医療の最頻区分)の自己負担で収まる。ただし、対象となる疾病範囲が狭いこと、またこれらの自己負担軽減は、かかった医療費の全体ではなく、対象となる疾病のみにしか対応しないという限定がある。なお、自立支援医療と指定難病医療費助成が類似の上限額を設けているのは、指定難病の医療費助成が自立支援医療との均衡を意識して設定されたからである(渡部2023:87-94)。

最後に、自己負担軽減制度に共通する区分の問題についても触れておきたい。これまで見てきたすべての制度に収入(所得、税額)を基準にした区分が設けられている。ここから、すべての制度の自己負担軽減制度に応能負担原則が組み込まれていることがわかる。ここで、区分を設けることによる影響や弊害について述べておきたい。

まずは区分の境界線(ボーダーライン)の前後で少なくない差が発生することである。高額療養費(表1参照)であれば、区分イとウの境界線を越えるか否かで自己負担上限額に8万円強か17万円強という2倍の差が発生する。月額給料が1,000円違うだけで、このような差につながってしまうことは区分の問題であると言える。また、同一区分内における高所得と低所得の負担

割合の差も見逃せない。同じように高額療養費を例にすると、標準報酬月額26万円～50万円(報酬月額にすると250,000円以上から515,000円未満)の間で月額報酬に2倍の差がありながら、自己負担上限額は同じ8万円強である。区分内の上位にいるか下位にいるかで月額報酬に占める負担割合は大きく異なる。

これらの問題を緩和するために区分数を増やすことが考えられるが、そうなれば制度設計が複雑になり、少しの収入(所得)変化で区分が変更になるなど、一般市民にわかりやすい制度を設計するという政策目標とは反対の方向に向かってしまう。1980年代に17区分に分かれていた保育所保育料が、現在8区分に簡素化されていることからしても、区分増加には弊害があると言える。

(3) 対象疾病範囲の限定

高額長期疾病(高額療養費)だけでなく、自立支援医療、指定難病の医療費助成の対象範囲の狭さは大きな特徴である。これらの範囲に該当すれば、自己負担が大きく軽減されることになるが、その対象範囲が非常に狭い。同じように高額かつ長期の自己負担が発生する疾病であっても、これらの制度の対象に含まれるか含まれないかで、自己負担に大きな差がある現状には公平性の観点から問題があると言える。

V. 自己負担軽減制度の可能性

V-1. 自己負担軽減制度の限界や問題点への対応

前節において自己負担軽減制度の限界や問題点を扱ったが、これらは最終的に「過剰な自己負担」への懸念に行き着く。それぞれの社会保障制度が、能力に応じた合理的な自己負担や自己負担軽減制度を独自に設定したとしても、そ

の設定の射程に入っているのは、制度横断型自己負担軽減制度を除いては自制度である。高額療養費の月収25%基準(多数該当月収2ヵ月分)はその典型的な例であり、世帯の中で、医療費の他に保育料や障害福祉サービスを利用している可能性について考慮せずに設定した基準であると言える。ただし、それぞれの社会保障制度がその自己負担や自己負担軽減制度を設計する段階で、他制度の利用や自己負担を考慮することは困難である。

複数制度の重複利用によってトータルの自己負担が過剰になってしまう危険性に対し、2つの対応策を提示したい。1つ目はそれぞれの社会保障制度が設定している制度内包型自己負担軽減制度の負担上限をさらに軽減する方法であり、2つ目が複数の社会保障制度の自己負担を合算したうえで自己負担上限額を設ける方法(=総合的な制度横断型自己負担軽減制度の導入)である。

(1) 制度内包型自己負担軽減制度による負担軽減

制度内包型自己負担軽減制度の負担軽減について医療保険を例に検討する。自己負担の過剰を防ぐ方法として、1)自己負担割合を引き下げる方法と、2)自己負担軽減制度の上限額を引き下げる方法が想定できる。

1) 自己負担割合を引き下げる方法

自己負担割合の引き下げは選択肢の一つではあるが、近年の政策動向と真逆である点、また自己負担の目的や機能の点から実現可能性のハードルが極めて低いと判断する。前者については、近年の政策動向として、医療保険の自己負担割合が3割負担に向かって推移しており、さらにその徹底が財政再建推進本部や財務省財

政等審議会から求められている状況である(Ⅱ-1参照)。これは介護保険においても類似である。後者について、自己負担の目的や機能には、①市場社会準拠、②資源配分効率化、③財源確保、④公平性確保、が挙げられている(Ⅱ-2参照)。これらの是非や評価について本稿で論じることができないが、自己負担割合の引き下げはこれらの目的や機能を放棄・低下させてしまう可能性もあるため慎重な議論が必要となる。

さらに、新薬創薬のイノベーションにより高額薬剤が増加するなど医療の高額化が進んでいることを考慮すると⁽³⁵⁾、自己負担割合の低下では自己負担の過剰を防ぐことは困難である。

2) 自己負担軽減制度の上限額を引き下げる方法

自己負担軽減制度にはそれぞれの上限額が設定されているが、この上限額を引き下げることで過剰な自己負担を防ぐことが可能となる。高額療養費(70歳未満)を例にすると、現在区分ア(上限額25万円+ a)から区分オ(上限額35,400円)の5段階となっているが、それぞれの上限額を引き下げることは可能である。実際に、健康保険組合や共済組合においては、付加給付として上限額の実質的引き下げを行っている保険者もある。例えば、私立学校の教職員が加入する私立学校教職員共済においては、付加給付(一部負担金払戻金・家族療養費付加金)として、収入に関係なく実質的な自己負担上限が25,000円に軽減されている⁽³⁶⁾。月25,000円の上限であってとしても長期に該当する場合は年30万円の自己負担になるので十分とは言えないが、それでも協会けんぽや国民健康保険と比較すると、自己負担軽減の充実がうかがえる。この例のように、自己負担上限額の引き下げは、過剰な自己負担の防止に直結する方法である。

自己負担軽減制度の上限について考えるうえ

で、疾病構造の変化による慢性疾患や高額薬剤の増加も念頭に置かなければならない。これらは、長期にわたって高額療養費の上限額に達する可能性がある。

高額な医療費と慢性疾患に関する興味深い研究がある。Yuki Nishida et al.(2023)は、2015年度に協会けんぽに加入していた18歳以上65歳未満の被保険者約1700万人のうち、年間医療費が上位10%にあたる1,698,902人(高額医療費集団:医療費全体の約6割を占める)を対象に疾病パターンを解析した。その結果、高額医療費集団の95.6%がマルチモビディティ(二つ以上の慢性疾患が併存)に該当したことが明らかにされている⁽³⁷⁾。また、東京都健康長寿医療センター研究所が行った東京都の後期高齢者約131万人分のレセプトデータ分析においても、後期高齢者の約8割が二つ以上の慢性疾患を併存し、約6割が三つ以上の慢性疾患を併存していることが明らかにされている⁽³⁸⁾。特に、Yuki Nishida et al.の研究は高額医療費集団に占める慢性疾患患者の多さを如実に表している。

慢性疾患だけでなく高額薬剤についても同様である。健康保険組合連合会(2023)において、「過去10年の1,000万円以上高額レセプトの件数の年次推移」が2015年度から急激に増加していること、また「高額レセプト上位100位の疾患別合計金額」も2020年度から急激に増加していることが示されている。そして、その要因として、高額な新薬の相次ぐ保険収載が指摘されている。

近年の政策動向として医療保険や介護保険の自己負担割合が3割に向かっていることは前述したが、自己負担軽減制度については動向が異なる。2015年1月の高額療養費改正と2021年8月の高額介護サービス費改正は、ともに区分額を増加させ、特に高所得区分について従前より

高額な自己負担上限を設定した。新たに設けられた高所得区分に該当する者にとっては上限額の引上げになるが、低～中所得が該当する区分においては変化がないか、もしくは負担が軽減されている。さらに、自己負担割合の3割化を主張する財政再建推進本部や財務省財政等審議会の報告を見ても高額療養費の上限額に関する記述は含まれていない。ここから、少なくとも自己負担軽減制度の負担上限額を増加させようとする政治的圧力は自己負担割合に比べて非常に低いと言える。

これら二つの観点から、自己負担割合の引き下げではなく、制度内包型自己負担軽減制度のさらなる上限額引き下げの方が自己負担の過剰を防止する効果が高く、また近年の動向を踏まえても実現可能性が相対的に高いと判断する。

(2) 総合的な制度横断型自己負担軽減制度の導入

複数制度の重複利用によってトータルの自己負担が過剰になってしまう危険性に対する二つ目の対応策が、複数の社会保障制度の自己負担を合算したうえでトータルの自己負担に上限額を設ける方法である。つまり、総合的な制度横断型自己負担軽減制度の導入を検討することになるが、なぜこのような制度の導入が必要なのかについて述べておきたい。

複数制度の重複利用による過剰な自己負担を防ぐことを念頭に置いた場合、自己負担軽減制度の3分類の違いで、その可能性や限界が異なる。

先に述べた通り、制度内包型自己負担軽減制度の充実による負担軽減は重要な要素であるが、複数制度の重複利用を想定していない(できない)という限界が常に付随する。高額療養費の月収25%基準(多数該当月収2ヵ月分)はそ

の典型であり、他制度の利用を考慮しているとは言えない。他には、保育所利用者負担(表4参照)についても、年収470～640万円世帯(最額区分)に子ども1人で年50万円以上、2人なら年80万円以上を課すことになる。他の世帯員が医療や障害福祉サービスを利用している可能性は十分にあるにもかかわらず、年収の10～20%に近い額を設定していることから、保育所保育料も他制度の利用を考慮して設定されているとは言えない。

そもそも、制度内包型自己負担軽減制度の負担上限額の設定に他制度の重複利用を考慮することは困難であると言える。ただし、全く不可能ということではない。制度内包型自己負担軽減制度でこの問題に対応しようとした場合、複数制度の利用が重なっても、そのトータルの負担に耐えられる程度にまで極端に負担上限額を引き下げるという方法も選択肢になるかもしれない。しかし、このような極端な負担上限額の引き下げは、日本の社会保障制度の歴史や現状からみて現実的ではないであろう。

続いて、補完型自己負担軽減制度で対応しようとした場合である。比較的安く設定されている指定難病の医療費助成や自立支援医療の負担上限額を、さらに引き下げるという選択肢もあるが、合算の限界は存続し(IV-2参照)、複数制度の重複利用に対しての効果が極めて薄い。他方、さらに補完型自己負担軽減制度の対象範囲を拡大させる方法もある。例えば、指定難病の医療費助成や自立支援医療について、現状で対象となっている医療費(指定難病)だけでなく、その他の医療費全般、介護費や保育料等まで合算して負担上限額を設定するという選択肢である。しかし、この方法では、制度に該当する者の重複利用には対応できるかもしれないが、その対象者は非常に狭く限定される。どちらの方

法にせよ補完型自己負担軽減制度の拡充では、対象者を選別的に限定する制度となり、広く一般をカバーする普遍的に制度にならないという限界がある。

最後に制度横断型自己負担軽減制度を検討する。制度横断型自己負担軽減制度は、高額医療・介護合算療養費(各医療保険法、介護保険法)と高額障害福祉サービス等給付費等(障害者総合支援法、児童福祉法)のみであり、合算できる制度も医療保険と介護保険もしくは障害福祉サービスと介護保険という二制度の合算に限定されている⁽³⁹⁾。さらに、合算後の負担上限額も高額と言わざるをえない。高額医療・介護合算療養費(表7参照)では年収370万未満の世帯(区分エ)に年間50万円を超える負担上限額を設定しており、高額障害福祉サービス等給付費等(表8参照)においても住民税非課税でなければ年45万円ほど(月37,200円)の設定となっている。つまり、現行の制度では、複数の制度利用による自己負担の過剰を十分に防ぐことは難しい仕組みとなっていると言える。

そこで、総合的な制度横断型自己負担限度制度の導入が必要となる。これは、医療保険、介護保険、障害福祉サービス、保育所保育料など複数の社会保障制度の自己負担を合算し、トータルで自己負担上限を設ける仕組みである。このような制度は日本の社会保障制度には存在していないが、複数制度の重複利用に伴う自己負担の過剰を防ぐにはこの仕組みが最善であると判断する。

V-2. 具体的な制度設計について

前項において、複数制度の重複利用によってトータルの自己負担が過剰になってしまう危険性に対し、制度内包型自己負担軽減制度のさらなる負担軽減と、総合的な制度横断型自己負担

軽減制度の導入を提示した。ここでは、それぞれの制度設計について、前者はドイツやフランスにおける自己負担上限設定を、後者は過去に日本で議論された総合合算制度を用いて具体的に検討したい。

(1) 年収比例と疾病特性格の自己負担上限

それぞれの社会保障制度に設定されている制度内包型自己負担軽減制度では、所得区分に応じて自己負担上限額が決められている。このような区分ごとの上限額では、その適切性の問題だけでなく、区分の境界線前後で自己負担に大きな差が発生するという境界線問題が発生する。境界線問題を緩和するには区分を細分化する方法もあるが、制度が複雑になるという弊害が伴う。そこで細分化とは反対に、区分を置かないという選択肢についても検討の余地がある。つまり、年収(あるいは所得等)の〇%というように、年収(所得)に直接比例するような負担上限額の設定も可能である。また、慢性疾患の増加や慢性疾患医療費の高額化を踏まえて、自己負担軽減制度に疾病特性を組み込むことも可能である。

そこで、年収比例の負担上限額と、広く慢性疾患に対応する疾病特性格の負担上限額について、松本由美(2023)の研究をもとに検討したい。松本は、日本とは異なる自己負担制度を持つドイツとフランスの医療保険制度を取り上げ、それぞれの自己負担制度を詳細に報告・検討している。

ドイツでは1980年代に実施された自己負担引き上げにあわせて、自己負担が過大にならないようにするために、被保険者の年間の負担上限が総収入の2%(高所得は4%)に設定された。その後、1997年に改正され上限が2%に統一され、慢性疾患の場合は1%となった。自己負担

上限算定は毎年行われ、その範囲は世帯である。総収入とは世帯の総収入である。世帯構成に応じて人的控除が設けられており、世帯総収入から控除を引いた残りの2%が上限となる(さらに低所得者への配慮もある)。申請し承認されれば、暦年の残り期間の自己負担は免除される。上限に達し、自己負担を免除されるものは被保険者総数(7305万人)の7.9%に相当し、その大部分は慢性疾患患者である。フランスでは医療保険の自己負担が大きくなりやすいため、人口の95%が補足的医療保険(民間保険)に加入している。また、補足的医療給付を全人口に広げるための積極的政策が政府により行われている。重症の心不全、糖尿病、冠動脈疾患、精神疾患、悪性腫瘍など29の長期疾病に該当する場合は、自己負担(すべてではない)が免除される。被保険者全体の18%が長期疾病の対象としており、医療保険給付費では60%を占めている。

ドイツの例は二つの意味で参考になる。一つ目が年収(世帯総収入)の2%という基準を自己負担上限額に設定している点であり、二つ目が慢性疾患の場合においては同1%に引き下げられている点である。フランスにおいても、長期疾病(慢性疾患)の特性を考慮し自己負担の免除を行っている。このうち、年収比例は医療保険以外の制度の自己負担軽減制度だけでなく、後に述べる総合的な制度横断型自己負担軽減制度にも援用できる。

ドイツやフランスの制度をそのまま導入することは、歴史的・制度的な制約に加えて政治的な制約もあるため困難である。しかし、高額療養費においても年収比例や疾病特性を加味する方向に制度を調整することは可能である。年収比例や疾病特性による自己負担軽減は、制度内包型自己負担軽減制度の範囲内で行え、現状の制度設計の延長線上で行うことができるため、

マイナンバー制度の積極的活用等によって実現できる可能性はある。

(2) 総合的な制度横断型自己負担軽減制度

総合的な制度横断型自己負担軽減制度は、広く社会保障制度全体を対象に、トータルの自己負担に上限を設定する制度である。現在の日本にこのような制度はない。しかし、制定にはいたっていないものの、社会保障の自己負担を総合的に合算する「総合合算制度」の制定に向けた議論が行われた歴史はある。

総合合算制度は「社会保障・税一体改革大綱について」(2012年2月17日)で明記されている。そこでは「税・社会保障の負担が増加する中で、低所得者の負担軽減により所得再分配機能を強化する。そのため、制度単位ではなく家計全体をトータルに捉えて、医療・介護・保育等に関する自己負担の合計額に上限を設定する」とこととされている。また、「2015年度以降の番号制度の本格稼働・定着後の実施を念頭に、関連する社会保障制度の見直しや所得控除の抜本的な整理とあわせ、総合合算制度や給付付き税額控除等、再分配に関する総合的な施策を導入」することも明記されている。

さらに社会保障制度改革国民会議報告書(2013年8月6日)でも「雇用基盤の変化や家族や地域との結びつきを形成できずに高齢期を迎える者が増加し、低所得で社会的な結びつきの弱い単身高齢者の急増が予測されている。年金、医療、介護における低所得者対策の強化に加え、税制抜本改革法の規定に基づく『総合合算制度』(医療、介護、保育等に関する自己負担の合計額に一定の上限を設ける仕組みその他これに準ずるものをいう。)の創設の検討を進め、貧困リスクの高まりに対応するとともに、必要な社会サービスの利用から低所得者が排除されない

ようにすることが重要」であるとされている。

また、総合合算制度については厚生労働省の「社会保障制度の低所得者対策の在り方に関する研究会」で議論されていた。研究会の主な課題は、①社会保障制度での低所得者対策全般の位置づけの整理、②総合合算制度導入に当たっての論点整理、③高齢期の所得保障施策のあり方の整理である。第1回研究会が2012年5月28日に行われ、その後は2ヵ月に1回程度の開催を予定されており、第1回から第4回までの議論テーマも決まっていた。しかし、2012年7月31日に第2回研究会が行われて以降、研究会は開催されていない。第2回研究会の最後に駒村座長から「次回の日程については、事務局からまた御連絡させていただきたいと思います。次回の日程は、まだ決まっていないですね。」という発言に対し、政策企画官が「はい」と答えているのを見ると、急な開催中止であることが読み取れる。

研究会で検討されようとしていた2010年代前半と現在で大きく変わったのは、高額療養費、高額介護サービス費、高額医療介護合算費の上限額に上位所得の区分が新たに設けられ、大きく負担上限額が引き上げられていることである。低所得者だけでなく、中～高所得者までも含めた形で自己負担軽減制度の抱える諸問題に対応するため、総合合算制度のような総合的な制度横断型自己負担軽減制度を再度議論する必要があると考える。

V-3. 総合的な制度横断型自己負担軽減制度導入に際して想定される論点

総合的な制度横断型自己負担軽減制度の導入を検討するとなれば、いくつもの論点や批判が想定される。代表的な論点として、合算対象制度の範囲はどうするのか、合算制度の対象者を

限定するのか(低所得層に限定するか否か)、合算後の負担上限額はいくらなのか、財源はどうするのか、などが想定できる。十分な議論が可能なほど研究を深められていないが、各論点について方向性を示しておきたい。

(1) 合算対象範囲

総合的な制度横断型自己負担軽減制度を導入するとすると、その合算対象となる制度の範囲を決めなければならない。対象となる範囲について、社会保障制度を範囲とする案とそれに教育を加える案が出されている。前者は「社会保障・税一体改革大綱について」(2012年2月17日)や社会保障制度改革国民会議報告書(2013年8月6日)であり、後者は安藤道人(2019)である。幼児教育・保育料については両案とも合算対象に含むことが共通なので、違いは義務教育以降の扱いである。安藤案のように義務教育以降を含めるとすると、さらに論点が増加することになる。

義務教育以降を含めようとする安藤案において、初等教育(小学校)、中等教育(中学校、高等学校)、高等教育(専門学校、短大、大学等)のどこまでを含むのかは定かではない。「義務教育における学用品・給食費・修学旅行費などの様々な自己負担やその一部を対象に繰り入れることも可能である。また高等教育の自己負担(授業料)やその一部も合算対象とすることも可能かもしれない」(安藤道人2019:66)と、具体的な教育機関や費用項目(授業料、給食費など)については具体的な検討はされていない。教育を含むとなると、初等～高等教育のどの範囲にするのか、公立学校と私立学校の違いをどう扱うのかが大きな問題となり、制度横断型自己負担軽減制度の実現にとって障壁となる危険性もある。一例を示す。小学校で考えた場合、公立小

学校と私立小学校で保護者が支払う学校教育費(年間)は、公立学校が65,974円であるのに対し私立学校は961,013円と15倍近い差となっている⁽⁴⁰⁾。教育を合算対象に含むとした場合、義務教育段階においても、このような公私の差をどう扱うかで議論が行き詰ってしまうのではないか。

さらに、教育を含むことで発生する可能性のあるデメリットを十分に考慮する必要もある。制度横断型自己負担軽減制度の負担上限額を設定する際に、合算対象を社会保障制度に限った場合と、教育を含めた場合で負担上限額が異なるであろう。つまり、教育を含んだ場合の方がより高額な負担上限額が設定される可能性が高く、教育期間にある世帯員がいない世帯の負担上限額に少なからず影響を与えてしまう。それを避けるために、教育期間にある世帯員がいるか否かで負担上限額に差をつけるとすると、それが派生し高齢者がいるか否か、障害者がいるか否か、などで差をつけることに発展してしまい、総合的な制度横断型自己負担軽減制度が骨抜きになってしまう。これらを考慮すると、合算対象は社会保障制度の範囲に限定する方が望ましいとの判断になる。

(2) 合算制度の対象者

合算制度の対象を低所得者に限定するのか、中～高所得まで含めるのかは大きな論点である。前者は「社会保障・税一体改革大綱について」(2012年2月17日)や社会保障制度改革国民会議報告書(2013年8月6日)で主張され、後者は安藤道人(2019)で主張されている。この論点は本稿にとって非常に重要である。自己負担の過剰が問題にされる場合、前者のように低所得中心となることが多く、中～高所得の負担が問題視されることは比較すると少ない。また、はじめ

にで扱った「能力に応じた負担」という点から、さらなる負担が中～高所得者には可能とみなされているとも言える。

たしかに生活に特段の問題がなければそのように言えるのかもしれないが、病気、障害、保育などのために、その自己負担額が増加すると、中～高所得であっても生活が不安定になってしまうことも事実である。本稿のⅢ節からⅤ節において、低所得に焦点化せず、最頻区分を中心に論を進めたのは、中～高所得者の生活不安定も低所得者と同様に重視すべきと考えているからである。このことから、各節の分析において、中～高所得であっても、特に複数制度の重複利用によって自己負担が重くなることを示すようにした。

社会保障制度は低所得者だけでなく、中～高所得者も含めて国民生活を守るための制度である。社会保障制度の自己負担によって、中～高所得者が不安定状態や貧困状態に陥ってしまっただけでは元も子もない。やはり、合算制度の対象者については、低所得者に限定するのではなく、所得に多寡を問わない制度にする必要がある。

ここで高所得について少しであるが述べておきたい。社会保障の各制度が、高所得の基準を明確に定めているわけではないが、その制度設計から推論することができる。わかりやすい例が2016年以前の高額療養費(70歳未満)の区分である。当時の高額療養費は5区分ではなく、上位所得者、一般所得者、住民税非課税の3区分であった。ここでの上位所得者は標準報酬月額53万円以上であったことから、現在(表1参照)の区分アと区分イが上位所得者に該当することになる。標準報酬月額53万円は月収51万5千円以上のため、賞与等がないとすると、年収618万円で上位所得者(≒高所得)として扱っていることになる⁽⁴¹⁾。また、自立支援医療(表5)

では年収833万円以上を一定所得以上(≒高所得)としている。2021年度において、高齢者世帯以外の世帯の平均世帯年収が665万円、児童のいる世帯の平均世帯年収が785万円である⁽⁴²⁾ことを考慮すると、上位所得や一定以上所得に区分されているからといって、その区分の全員(全世帯)に負担能力が十分にあるとは言えないであろう。

(3) 負担上限額の設定

これは制度の根幹にかかわる重要な論点であるが、ここで具体的な上限額を提示することは避けたいし、そもそも著者の能力的にも困難であるため、負担上限額の考え方を示すに留めたい。

まず何より重要な点が、社会保障制度の重複利用による自己負担によって生活が不安定になることや生活破綻を招く事態は防がなければならない点である。この観点からすると、高額療養費が基準としている月収25%(多数該当月収2ヵ月分)は、それだけですでにギリギリの基準ではないであろうか。合算制度にこれより高額な負担上限を設定しては、生活の安定を守ることは難しいであろう。

次に区分の問題である。自己負担軽減制度の全てに区分が設けられているため、ボーダーライン前後で負担上限額が大きく変動することや、同一区分内で上位にいるか下位にいるかで収入(所得)に占める負担割合が変動するという区分の問題を抱えている(Ⅳ-1参照)。区分の問題を軽減する方法として、フランスやドイツを参考に、年収(あるいは所得等)の○%というように、年収(所得)に直接比例するような負担上限額の設定が有効である。

最後にモラルハザードの問題についても検討してきたい。安藤道人(2019:68～69)において、

総合合算制度を導入することで、結果的に社会保障制度の利用が無料や低額になり、過剰利用というモラルハザードが発生するという懸念が検討されている。安藤は「ありうる批判への応答」ということでこの問題を論じ、問題はあることは認めつつ大きな問題ではないとのスタンスを取っている。具体的には、モラルハザードを防ぐ手段として、医師のゲートキーパー機能、要介護認定、障害支援区分、保育利用調整など、現在行われている各社会保障制度のサービス提供プロセスで一定の対応が可能との見解を示している。ただし、合算制度の制度設計によってモラルハザードを防ぐ方法については議論されていない。

たしかにモラルハザードの発生に対する懸念や批判は無視できず、安藤が指摘するように専門家や行政による利用コントロールの方法も大きな役割を持つであろう。ここではさらに、合算制度の負担額上限にモラルハザードを組み込む方法を提示する。それには高額療養費の制度設計が参考になる(表1)。高額療養費の区分A～ウは、医療費の1%分が負担上限額に上乗せされることになっている。つまり、高額療養費の対象になったからといって負担上限額が固定されるのではなく、実際の医療費に応じて負担上限額が増加する仕組みとなっている。この仕組みを組み込むことで、モラルハザードを一定抑制することも可能となるのではないか。

これら二つを組み合わせ、年収(所得)比例の上限額に加えて、合算前の自己負担総額も加味する仕組みも可能である。つまり、合算制度の負担上限額を「年収(所得)の○%+合算前自己負担総額の△%」とする設計である。もちろん、このような設計をしても多様な論点は残り、新たな問題も発生するかもしれないが、制度設計の一つとして選択肢になる。

(4) 財源について

年収比例や疾病特性による自己負担軽減制度に加えて総合的な制度横断型自己負担軽減制度の必要性を検討してきた。これらの制度を日本の制度に合う形で導入できる可能性はあるが、その際には財源や財源調達の検討が必要不可欠である。「方向性・理念を語ることが社会保障論だと信じていた、空想的社会保障論者がこれまで等閑視していたこと。それは、社会保障問題は財源調達問題であるという側面だ」⁽⁴³⁾という指摘や、「財源論なき医療・社会保障改革論は無力」(二木立2019: i)という一文は非常に重い。

ここで、不十分ではあるが、総合合算制度を例にその財源について論じておきたい。総合合算制度は、その対象を低所得者に限定し、年間4000億円の所要額を公費から支出することを想定していた⁽⁴⁴⁾。ただし、4000億円の具体的内容や対象となる低所得者の範囲については言及されていない。本稿で想定している総合的な制度横断型自己負担軽減制度は、低所得者だけでなく中～高所得者も含んでいるため、4000億円の財源では到底足りない額になる。負担上限額の設定によっては数兆円規模の財源が必要になるかもしれない。

また、総合的な制度横断型自己負担軽減制度の財源をどのように負担するのかについても議論になるところであろう。税を財源とした新たな独立制度の可能性もあれば、関連する制度で基金をつくり案分によって拠出する基金方式もありえる。あるいは、半分を社会保険制度が基金への拠出として、残り半分を税で負担するミックス方式もありえる。あるいはその他の方法もあるであろう。

いずれを選択しても税や社会保険料でその財

源を調達する必要があるが、その際にどれか一つや二つの税目に限定するわけにはいかない。権丈(2017:189-190)が頻繁に主張するように、「すべての税目を増税するプラス α 増税の必要性」や「財源は全員野球」が必要となる。つまり、社会保険料、消費税、所得税、法人税、資産課税、相続税など幅広い税目で財源を調達することが求められる。ただし、その際には、財源調達力や財源安定性を考慮した議論が行わなければならない⁽⁴⁵⁾。

おわりに

本稿では、現行の社会保障制度の自己負担や自己負担軽減制度では、過剰な自己負担に陥る危険性があり、それが生活の安定を損なうことにつながる危険性があるとの問題意識のもと分析・検討を行ってきた。特に自己負担軽減制度について、「制度内包型自己負担軽減制度」、「補完型自己負担軽減制度」、「制度横断型自己負担軽減制度」の3つに分類し、それぞれの特徴を示すとともに、限界や問題点だけでなく可能性についても論じた。

それぞれの社会保障制度において合理的な自己負担軽減制度が設定されたとしても、複数世帯員の合算、複数制度の重複利用の合算に不十分があり、それが自己負担の過剰につながる危険性がある。この問題に対応できる制度として、総合的な制度横断型自己負担軽減制度の導入が必要であるということも論理的に示せたのではないかと思う。

ただし、本稿には、各自己負担制度に関するデータ分析の不足など多くの限界や不足がある。特に子ども医療費助成など地方単独事業の存在感が高まる現代において、これらを扱えなかったことは大きな課題である。また、「V-3.総合的な制度横断型自己負担軽減制度導入に際して

想定される論点」として、代表的な論点を議論したが、全く不十分であることも承知している。

特に財源については、絶対的に必要な議論でありながら、試算等について全く行っていない。これらはまだまだ深めなければいけない課題である。社会保障制度を改革しようとするれば財源が必要となる。「財源がないのでできない」や「増税反対」では、社会保障を必要とする人々の生活を守ることはできない。社会保障の機能強化を実現し、人々の生活の安定や安心を守るためには、社会保障全体における総合的な自己負担軽減制度とそれを実現するための財源確保が欠かせない。

注

- (1) 黒田老健局総務課長(2020)『「能力に応じた負担」が関係者に共有しているキーワード』『週刊社会保障』3066(2020年4月6日)、pp.42-43。
- (2) 社会保障における自己負担には、医療保険の一部負担金、介護保険の利用者負担、障害者総合支援法の利用者負担、保育所の保育料など複数の種類があるが、特定の場合を除き本稿を通じて「自己負担」と総称する。
- (3) 高額療養費、高額介護サービス費など、基本的な自己負担をさらに軽減する制度を、本稿では「自己負担軽減制度」と総称する。
- (4) 過剰な自己負担を検討する際に、「負担の連続性」と「負担の重複性」の他に「利用者-非利用者間の公平性」を考慮する必要もある。サービス利用者と非利用者間での公平の問題は頻繁に指摘される(本稿「II-2. 自己負担についての先行研究」を参照)。ただしその内容は、同じ状況下にあると仮定した場合の、サービスを利用する者と利用しない者の公平に関するものである。具体的には、類似の体調不良である場合に医療機関を受診するか否か、同じ年齢の子どもがいる場合に保育所を利用するか否か、同じ要介護状態にある場合に介護保険サービスを利用するか否か、である。あるいは、疾

- 病予防や介護予防など自助努力が一定の効果を発揮するとされる場合に、努力した者と努力しなかった者との公平である。そして、「自助努力で対応した者」と「制度に頼った者(自助努力しなかった者)」の公平を実現することを自己負担の存在理由の一つとする。しかし、これらの公平には重要な視点が抜け落ちている。例えば、健康な者と慢性疾患を抱える者で医療費の自己負担は大きく異なるが、自己負担が高くなればなるほど、両者の費用負担の差は大きくなり費用負担側面の公平性は崩れる。この観点からすれば、頻繁に問題とされるサービス利用者-非利用者という区別と混同しないために、サービスを必要とするものと不要な者との公平に焦点を当てた「サービス必要者-不要者」(例えば、慢性疾患者-健康者)という区別も可能である。公平の観点から考えた場合、2000年以降の流れである、所得(収入)によって自己負担割合に差を設けることは、何の公平を満たそうとしているのかは定かではない。また、サービス必要者-不要者の公平が損なわれることを看過してはいけぬ。
- (5) 自己負担研究として堀勝洋(2004)、京極高宣(2009)、橋爪幸代(2013)、台豊(2017)などがあり、雑誌『医療と社会』(Vol.31 No.1 2021)で医療費患者自己負担の特集が組まれるなど研究の蓄積が多い。その反面、自己負担軽減制度については高額療養費で遠藤久夫(2021)や岩淵豊(2012)があるが比較すると少ない。また、高額介護サービス費については管見の限り研究が確認できない。
- (6) 自己負担軽減制度を中心的に扱っているわけではないが、安藤道人(2019)は社会保障や教育における自己負担を合算させて総合的な上限(限度額)を設定する「総合合算制度」について検討しているため、本稿の問題意識に非常に近く参考になった。厚生労働省資料とは、「社会保障制度の低所得者対策の在り方に関する研究会」第2回(2012年7月31日)の会議資料(資料2「各種制度の低所得者対策の経緯等」中の「2. 社会保障制度の低所得者対策」)を指す。ただし、
- 本研究会や資料は低所得者に対象を限定している。
- (7) 本稿では入院時の食費・居住費等、地方自治体単独事業等は対象外としている。社会保障の自己負担を検討するうえで、これらの検討は必須である。しかし、研究進捗と紙幅の都合上、本稿には含めず今後の研究課題としたい。
- (8) 保育料は市町村が決定するが、国がその基準を提示している。本稿では各市町村ではなく国の基準を使用する。区分数については、全国保育団体連絡会／保育研究所編『保育白書』の1976～2022年版で確認した。
- (9) 保育料の区分や負担額については「Ⅲ-1. 制度内包型自己負担軽減制度」で論じる。
- (10) 自己負担研究は医療保険、介護保険、障害者福祉、保育料を中心に研究されてきたが、その内容は分野で大きく異なる。しかし、本稿の主眼は自己負担軽減制度のため、ここでは個別制度について詳細には扱わない。
- (11) 大野吉輝(1992)については、利用者負担のメリットとして挙げられているものを目的や機能とみなす。
- (12) この問題については脚注(4)を参照のこと。
- (13) 高額長期疾病(特定疾病療養受療証制度)について、健康保険法に直接の規定はないが、健康保険法施行令41条9項で規定されている。国民健康保険やその他の医療保険制度でも同様である。
- (14) 正式には「高額介護(介護予防)サービス費」であるが、本稿を通して「高額介護サービス費」とする。
- (15) 障害福祉サービス等給付費(障害者総合支援法)と障害児通所給付費(児童福祉法)を合わせて「障害福祉サービス等給付費等」とする。
- (16) 表3の区分別利用者数割合は最新の2023年7月データを用いた。厚生労働省「障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況について(令和5年10月31日)」(https://www.mhlw.go.jp/content/0507_01.pdf、最終アクセス日2023年11月11日)。
- (17) 表4中の区分別利用者数割合については、文

- 部科学省「幼児教育・高等教育無償化の制度の具体化に向けた方針(平成30年12月28日関係閣僚合意)」参考資料(幼児教育)p.10をもとに算出した。
(https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2019/03/20/1414592_003_1.pdf、最終アクセス日2023年8月1日)
- (18) さらに、「市町村民税所得割額48,600円未満(～年収330万円)」と「市町村民税所得割額57,700円未満(～年収360万円)」については、小学校就学前の範囲という年齢制限を設けずに計算するという例外が設けられている。多子世帯の負担軽減については非常に細かいルールが設定されているため、詳細については内閣府子ども・子育て本部「子ども・子育て支援新制度について」(令和4年7月)を参照のこと。
(<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/pdf/setsumeip1.pdf>、最終アクセス日2023年8月1日)
- (19) 精神通院医療と更生医療については障害者総合支援法、育成医療については児童福祉法で規定されている。
- (20) 詳しくは厚生労働省(2021)『厚生労働白書令和3年版』資料編を参照のこと。なお、育成医療の中間所得1、2及び「重度かつ継続」の一定所得以上の負担上限月額については、2024年3月31日までの経過的特例措置である。
- (21) 障害保健福祉部精神保健福祉課「自立支援医療に係るQ&Aについて」(平成18年3月1日、精神保健福祉関係主管課長会議、資料9)、p.17。本資料はWAMネットで閲覧可能である。
([https://www.wam.go.jp/wamappl/bb15gs60.nsf/0/028568e2710cbef492571250004bf69/\\$FILE/9_1.pdf](https://www.wam.go.jp/wamappl/bb15gs60.nsf/0/028568e2710cbef492571250004bf69/$FILE/9_1.pdf)、最終アクセス日2023年8月1日)
- (22) 厚生省HP「自立支援医療」→「3 利用者負担」→「自立支援医療の患者負担の基本的な枠組み」を参照した。(<https://www.mhlw.go.jp/content/000885754.pdf>、最終アクセス日2023年8月1日)
- (23) 表中の「者割合」は指定難病の医療費助成、「児割合」は小児慢性特定疾病医療の支給認定件数の区分別割合を示している。また、表中の年収は難病情報センターHPを参照した。難病情報センターHP→「指定難病患者への医療費助成制度のご案内」→「患者さんの自己負担上限額について」
(<https://www.nanbyou.or.jp/entry/5460#wariai> 最終アクセス日2023年8月1日)
- (24) 高額介護合算療養費(各医療保険法)、高額医療合算介護サービス費(介護保険法)をあわせて「高額医療・介護合算療養費」とする。
- (25) 高額障害福祉サービス等給付費(障害者総合支援法)、高額障害児通所給付費(児童福祉法)をあわせて「高額障害福祉サービス等給付費等」とする。
- (26) この他に高額療養費の認知度を測る調査研究などがあるが、ここでは本稿の問題意識と直接関係しないため扱わない。高額療養費以外の研究として、障害福祉サービスでは応益負担問題、保育料の負担の大きさを問題とする研究等がある。
- (27) CiNii(サイニー)で「高額介護サービス費」、「高額介護」を検索したが研究論文はヒットしなかった。また、「高額 医療 介護」で検索しても、本稿の問題意識に沿う高額医療・介護合算療養費に関する研究はなかった。(最終確認日2023年8月1日)。
- (28) パート・アルバイトで週20時間以上働き月額88,000円以上の賃金を得ている場合(他要件もあり)、社会保険(被用者保険、厚生年金)の適用となるか否かは企業の従業員規模に応じて異なっている。2016年9月までは社会保険適用でなかったが2016年10月から従業員501人以上の企業に適用され、2022年10月から101人以上に適用が拡大されている。さらに、2024年10月からは51人以上にまで適用拡大されることが決まっている。
- (29) この場合、厚生年金保険料8,967円、健康保険料(京都府の例)5,247円、雇用保険料600円の計14,814円が天引きされる(2023年度)。なお所得税や住民税も天引きされる。

- (30) 厚生労働省第17回社会保障審議会医療保険部会(平成17年7月29日)「資料2 保険給付のあり方について」pp.1-5、第2回社会保障制度の低所得者対策の在り方に関する研究会(平成24年7月31日)「各種制度の低所得者対策の経緯等」p.37を参照した。
- (31) 基本給だけでなく、家族手当、通勤手当、住宅手当、残業手当など労働の対償として事業所から現金又は現物で支給されるものを指す。
- (32) 厚生労働省第38回社会保障審議会医療保険部会(平成22年7月14日)「資料2 高額療養費制度について」p.16を参照した。
- (33) 障害福祉サービスの段階では世帯合算や補装具費の合算できないが、高額障害福祉サービス等給付費等で合算できるため合算の問題がないとした。
- (34) 標準報酬月額や標準報酬賞与によって多少は前後するが、年収500万円(40歳未満)の場合、厚生年金保険料(被保険者負担9.15%)457,500円、健康保険(協会けんぽ全国平均被保険者負担5.0%)250,000円、雇用保険(被保険者負担0.6%)30,000円の計737,500円となる。さらに、所得税や住民税が天引きされるため手取りは400万円程度になる。
- (35) 詳しくは健康保険組合連合会(2023)「令和4年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」を参照のこと。
- (36) 日本私立学校振興・共済事業団「一部負担金払戻金・家族療養費付加金」https://www.pmac.shigaku.go.jp/annai/tanki/sick/sick_03/sick_03_02/index.html、最終閲覧日2023.11.19)を参照した。本付加給付は加入者又は被扶養者一人ひとりが、同じ月内で、病院ごと、医科・歯科・調剤薬局別、入院・外来別で25,000円の上限となる。
- (37) 研究の概要については、慶應義塾大学、東京医科歯科大学、川崎医科大学、全国健康保険協会「高額医療費集団169万人の全国規模データに基づく慢性疾患の併存パターンの解明—協会けんぽによる『外部有識者を活用した委託研究事業(第1期)』の成果報告」のプレスリリース(2023年10月19日)を参照した(<https://www.keio.ac.jp/ja/press-releases/files/2023/10/19/231019-1.pdf>、最終閲覧日2023.11.19)。本研究の元論文は、Yuki Nishida, Tatsuhiko Anzai, Kunihiko Takahashi, Takahide Kozuma, Eiichiro Kanda, Keita Yamauchi and Fuminori Katsukawa(2023)である。
- (38) 研究の概要については、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター「75歳以上の約8割が2疾患以上、約6割が3疾患以上の慢性疾患を併存」(2019年2月1日)を参照した(https://www.tmgig.jp/research/release/cms_upload/release20190201.pdf、最終閲覧日2023.11.19)。本研究の元論文はSeigo Mitsutake, Tatsuro Ishizaki, Chie Teramoto, Sayuri Shimizu and Hideki Ito(2019)である。
- (39) 高額障害福祉サービス等給付費等については、世帯員に障害福祉サービス(障害者総合支援法)と介護保険を並行して利用する者と障害福祉サービス(児童福祉法)を利用する者がいる場合は三つの制度を合算できることになるが、障害福祉サービスと介護保険という意味では二つの制度と言える。
- (40) 文部科学省(2022)「結果の概要-令和3年度子供の学習費調査」(https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa03/gakushuuhiki/kekka/k_detail/mext_00001.html、最終閲覧日2024.2.6)。なお、学校教育費には、授業料、保育料、入学金、修学旅行費、学用品費、体育用品費が含まれる。
- (41) 標準報酬月額の算出には交通費も含まれるため、実際の給料はこれより低い可能性もある。
- (42) 厚生労働省(2023)「2022(令和4)年 国民生活基礎調査の概況」(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf>、最終閲覧日2024.2.6)
- (43) 権丈善一(2011)「財政・社会保障一体改革の工程表を」『週刊東洋経済』6237号(2011年5月28日号)、p.9。また、権丈善一「理想の社会を具体的に設定すれば目の前の課題も

- 具体的に見えてくる」(「みんなの介護」の特別インタビューである「賢人論。」第58回、<https://www.minnanokaigo.com/news/special/yoshikazukenjyo/>、最終アクセス日2023年8月1日)でも同様の内容が述べられている。
- (44) 「社会保障・税一体改革成案について」(平成23年7月1日閣議報告)、「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算説明資料」(第6回税制調査会平成23年7月15日資料9)、「関連資料」(第1回社会保障制度の低所得者対策の在り方に関する研究会 平成24年5月28日の配布資料)を参照した。
- (45) 社会保障の財源について、財源の違いによる財源調達力や財源安定性を検討した論考として、権丈善一(2017:第13～15章)、権丈善一(2022:第14章、第16章)、二木立(2009:第1章)、二木立(2019:序章)鎌谷勇宏(2017)、鎌谷勇宏(2020)などがある。
- 参考文献・資料**
- ・安藤道人(2019)「社会保障と教育における自己負担改革—必要原則に基づく総合算制度」案の検討」連合総研『弱者を生まない社会へ—ベーシック・サービスの実現をめざして—』pp.53-75.
 - ・泉眞樹子(2010)「医療費における自己負担と医療アクセス—保険給付と高額療養費、伴病対策とその他の公費医療—」『レファレンス』、2020年9月号、pp.91-116.
 - ・岩淵豊(2012)「高額療養費制度に関する考察—負担軽減と公的医療保険財政に及ぼす影響を中心に」『社会保険旬報』No.2508(9月21日)、pp.10-15.
 - ・遠藤久夫(2021)「公的医療保険制度における自己負担をめぐる諸問題」『医療と社会』Vol.31 (No.1)、pp.11-30.
 - ・大野吉輝(1992)「福祉費用の利用者負担」社会保障研究所編『リーディングス日本の社会保障4 社会福祉』有斐閣、pp.173-192.
 - ・介護保険制度史研究会編(2019)『介護保険制度史—基本構想から法施行まで』東洋経済新報社.
 - ・鎌谷勇宏(2017)「社会保障の財源論—税財源と社会保障財源の比較検討—」『大阪保険医雑誌』2017年7月号(No.610)、pp.33-37.
 - ・鎌谷勇宏(2020)「社会保障の財源問題—社会福祉の安定・充実を目指す財源論—」『哲学論集』(大谷大学哲学会)第66号、pp.30-45.
 - ・京極高宣(2009)『福祉サービスの利用者負担—公共サービス料金の社会経済学的分析』中央法規.
 - ・健康保険組合連合会(2023)「令和4年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」。<https://www.kenporen.com/include/press/2023/20230907.pdf>、最終閲覧日2023.11.19)
 - ・権丈善一(2017)『ちょっと気になる医療と介護』勁草書房(2023年に第3版出版).
 - ・権丈善一・権丈英子(2022)『もっと気になる社会保障』勁草書房.
 - ・厚生省(1958)『厚生白書 昭和33年版』厚生労働省HPで閲覧可能.
 - ・厚生労働省(2014)『厚生労働白書 平成26年版』厚生労働省HPで閲覧可能.
 - ・厚生労働省(2021)『厚生労働白書 令和3年版』厚生労働省HPで閲覧可能.
 - ・社会保険研究所(2023)『医療・介護高額ガイド 令和5年4月版』社会保険研究所.
 - ・社会保険研究所(2018)『公費医療・難病医療ガイド 令和元年版』社会保険研究所.
 - ・全国社会福祉協議会(2021)「障害福祉サービスの利用について」。https://www.shakyo.or.jp/download/shougai_pamph/date.pdf、最終アクセス日2023年8月1日)
 - ・全国保育団体連絡会／保育研究所(1976～2022)『保育白書』1976～2022年版、ちいさいなま社(2021年版以降)／草土文化(1976～2020年版).
 - ・台豊(2017)『医療保険財政法の研究』日本評論社、特にpp.205-242(第6章).
 - ・堤修三(2010)『介護保険の意味論—制度の本質から介護保険のこれからを考える』中央法規.

- ・ 二木立 (2009) 『医療改革と財源選択』 勁草書房、特に pp.23 - 47 (第1章).
- ・ 二木立 (2019) 『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』 勁草書房、特に pp.1 - 9 (序章).
- ・ 橋爪幸代 (2013) 「社会保障給付の一部負担をめぐる法的問題」 『社会保障法研究』 No.2、pp.88-103.
- ・ 堀勝洋 (2004) 『社会保障法総論 第2版』 東京大学出版会 (初版は1994年)、特に pp.54 - 64 (第1章第5節).
- ・ 前田由美子 (2018) 「医療保険財政の現状と課題について」 日医総研ワーキングペーパー No.420 (2018年12月25日).
(<https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2021/10/WP420.pdf>、最終アクセス日 2023年8月1日)
- ・ 松本由美 (2023) 「医療保険における自己負担のあり方—ドイツ・フランスの慢性疾患への対応」 『週刊社会保障』 No.3221 (6月5日)、pp.34 - 39.
- ・ 渡部沙織 (2023) 『難病政策の形成と変容—疾患名モデルによる公費医療のメカニズム』 東京大学出版会、特に pp.69 - 106 (第3章).
- ・ 渡部沙織・安藤道人 (2019) 「難病政策の社会保障化における政策形成と利用者負担—2013年度法案審議に関する考察—」 『立教大学研究』 第73号第1号、pp.59 - 68.
- ・ Seigo Mitsutake, Tatsuro Ishizaki, Chie Teramoto, Sayuri Shimizu and Hideki Ito (2019) Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan, Preventing Chronic Disease, CDC, Volume 16 — January 31, 2019. (和文タイトル: 東京の高齢者における慢性疾患の併存パターン) (<http://dx.doi.org/10.5888/pcd16.180170>、最終閲覧日 2023.11.19)
- ・ Yuki Nishida, Tatsuhiko Anzai, Kunihiro Takahashi, Takahide Kozuma, Eiichiro Kanda, Keita Yamauchi and Fuminori Katsukawa (2023) Multimorbidity patterns in the working age population with the top 10% medical cost from exhaustive insurance claims data of Japan Health Insurance Association, PLOS ONE, September 28, 2023. (和文著者名: 西田優紀、安齋達彦、高橋邦彦、上妻嵩英、神田英一郎、山内慶太、勝川史憲、和文タイトル: 医療費上位10%の就労世代におけるマルチモビディティ・パターン: 全国健康保険協会の全数レセプトデータを用いた解析) (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291554>、最終閲覧日 2023.11.19)

社会保障給付と負担のタイムラグがもたらす 生活困窮

—コロナ禍の無料低額診療事業相談事例より—

Financial Hardships Due to Time-lag Impact between Social Security Benefits and Tax Burdens: Insights from Cases Applying the Free/Low-cost Medical Care Program during COVID-19 Pandemic

西岡大輔(大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室)

Daisuke NISHIOKA

福丸歩(社会医療法人同仁会 耳原総合病院 サポートセンター 医療福祉相談室)

Ayumi FUKUMARU

窪田愛裕美(社会医療法人同仁会 耳原総合病院 サポートセンター 医療福祉相談室)

Ayumi KUBOTA

大平路子(社会医療法人同仁会 耳原総合病院 サポートセンター 医療福祉相談室)

Michiko OHIRA

抄録

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、飲食店では休業や時短営業に対する課税対象の支援金が提供された。低所得状態にあった飲食店経営者は支援金の受領により、翌年の税・保険料、医療費の自己負担が大幅に増加した。支援金以外の収入は低額のまま、経営者自身の健康状態が悪化したことを契機に、経営者は無料低額診療事業の利用相談を受けた。このような事例をもとに将来的に住民に課税対象となる給付を低所得者に行う場合に配慮すべき点を整理した。

During the COVID-19 pandemic, cash benefits were provided to restaurant workers to offset operation closures or reduced hours. These benefits were taxable, leading to increased tax and insurance payments and medical out-of-pocket expenses in the subsequent year for low-income individuals. Because their income remained low after the benefits end, they experienced financial hardship and turned to the free/low-cost medical care program (FLCMC) for essential medical services. Based on the cases that applied FLCMC, we identified certain critical considerations when providing taxable benefits to low-income individuals in the future.

キーワード

低所得、生活困窮、無料低額診療事業、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金

(受理日：2023年11月1日)

1. 背景

新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19)の流行は、国際的に人々の健康な生活を大きく変化させた。さまざまな国で、COVID-19の流行を抑制するために、多くの人々の社会活動が制限された。社会活動の制限は、さまざまな側面で観察された。たとえば、緊急事態宣言時には人流抑制のためのステイホーム、都道府県を越境しない外出自粛要請、住民一人一人に対する対人交流に対する自粛要請などがCOVID-19の感染拡大防止のために行われてきた(内閣官房, nd; 和田, 2022)。飲食店への休業要請も、国際的に観察された社会活動制限のひとつである。特に日本では、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置が流行状況に応じて公示され、感染拡大に寄与する場のひとつとして飲食店が注目され、飲食店への休業や時短営業および対策に関する要請(一部、命令)が実施された。その一方で、飲食店の経営者や労働者では休業に伴う収入減少が生じることが想定されたため、行政が新型コロナウイルス感染症対応休業支援金や新型コロナウイルス感染症対応休業給付金、特別定額給付金、持続化給付金や地方公共団体からの感染拡大防止協力金などといった現金給付を行うことで、飲食店経営者や労働者の生活の保障に努めてきた。

ここで、新型コロナウイルス感染症等の影響に関連して国等から支給される助成金の制度の課税関係を整理する(経済産業省, nd)。これらの助成金には非課税のものと課税対象のものがある。非課税のものとしては、まず新型コロナウイルス感染症対応休業支援金や新型コロナウイルス感染症対応休業給付金がある。これらは、支給の根拠となる法律が非課税の根拠となっている(雇用保険臨時特例法7条)。特別定額給付金や子育て世帯への臨時特別給付金は、新型コ

ロナウイルス感染症等の影響に対応するための国税関係法律の臨時特例に関する法律(以下、「新型コロナ税特法」)により非課税となっている(新型コロナ税特法4条1号、2号)。また、学生支援緊急給付金、低所得のひとり親世帯への臨時特別給付金や新型コロナウイルス感染症対応従事者への慰労金は所得税法が非課税の根拠となっている(学資として支給される金品(所得税法9条1項15号)、心身又は資産に加えられた損害について支給を受ける相当の見舞金(所得税法9条1項17号))などが挙げられる。一方、持続化給付金などの給付金は課税対象のものがある。たとえば、事業所得に区分される給付金は課税対象となる。事業所得者向けの持続化給付金や、家賃支援給付金、農林漁業者への経営継続補助金、文化芸術・スポーツ活動の継続支援などがそれに該当する。東京都が実施した感染拡大防止協力金や大阪府が実施した休業要請(外)支援金、大阪府営業時間短縮協力金も同様にここに該当する。また、給与所得者向けの持続化給付金やGoToキャンペーン事業における給付金は一時所得に区分され課税され、雑所得者向けの持続化給付金も課税対象であった。

これらの給付金はCOVID-19流行下における生活の保障として重要な役割を果たしてきたが、一部の給付金は課税対象となっており、課税状況の変化により給付終了後の人々の生活の困難をもたらすことも想定される。たとえば、総所得金額等の増加は翌年の住民税等の税負担の増加をもたらさう。健康保険料や介護保険料の支払いおよび医療費の自己負担の増加にもつながっていく。その結果、過去に受領した給付金を加味した収入を基準に定められた税や保険料負担の納付に関して、給付と支払いのタイムラグが生じ、負担状況が大きい時に所得が少なかったり、医療需要が増えたりすれば負担増に

伴う生活困窮を人々が経験することとなる。

本報告では、2021年に給付金による支援を受けた大阪府に在住する飲食店の経営者が、その翌年以降の医療費や保険料の自己負担増と収入低下により困窮したため、無料低額診療事業の利用可否に関して相談に来院した事例とその経緯の報告を行う。無料低額診療事業は、経済的に困窮した患者のために医療機関が患者の自己負担を減免できる社会福祉法を根拠とする制度である(厚生労働省, 2008)。医療機関での支払額を減免するような制度として、生活保護法の医療扶助が広く知られている。しかし、一般的に生活保護を利用するには収入や家族構成、所有している資産を含めた諸条件が考慮に入れられることが多く、その手続きには時間を要する。一方で、無料低額診療事業は医療機関が定める独自の基準に合致する患者の窓口支払いを減免できるため、柔軟で迅速な対応がしやすい(西岡他, 2023)。基準は医療機関によって異なるが、多くの場合、無料低額診療事業の利用を希望する人が生活保護を利用した場合に給付される基準額が参照され、生活保護基準額との比を元に決定される。おおよその場合100%から150%の間で基準を決めている医療機関が多い(吉永他, 2019)。無料低額診療事業は、緊急性が高いが経済的な理由で医療機関に受診できない人や、ホームレス状態にある人や在留資格のない外国人などで生活に困窮している人々に活用されており(厚生労働省, 2008)、生活困窮者への受診支援の方法として注目されている。無料低額診療事業の運用方法については厚生労働省より実施方法が例示されており、認定された医療機関である無料低額診療事業実施診療施設と社会福祉協議会・福祉事務所の協議のもと実践されることとなっている(厚生労働省, 2008)。上記三つの機関があらかじめ、無料低額診療事

業を患者に適応する場合の基準額等を先ほどの生活保護基準額と照らして設定する。その基準に該当する患者に無料(または低額)診療券をそれぞれ機関が発行し、その診療券をもつ患者の医療費のうち、窓口での自己負担分の支払いを医療機関が減免するという流れとなる。医療費の窓口負担を減免する医療機関は、その法人格にもよるが無料低額診療事業の実施患者の割合に応じて法人税や固定資産税等の減免を受けられるなどの優遇制度が存在している(厚生労働省, 2008)。このように無料低額診療事業は、低所得者などの生計が困難な患者に対して地域の機関の連携のもとで適応され、2022年度の報告では、令和3年度には利用者は年間のべ683万人と報告されている(厚生労働省, 2022)。

無料低額診療事業の実施方法の特性から、その利用可否に関する面談において、医療ソーシャルワーカーが患者本人の収入など経済状況に関する情報収集を行うことが一般的である(厚生労働省, 2008; 西岡他, 2023; 吉永他, 2019)。そこで、無料低額診療事業の利用相談記録をもとに、本報告では社会保障給付と負担のタイムラグによってもたらされた2つの生活困窮事例を報告する。その上で、今後COVID-19のような感染症の流行時等の現金給付が生じた場合の課題に関して整理することを目的とした。

2. 事例1. 世帯1

世帯1のAさんは70歳代で、夫と二人暮らしであった。Aさんは後期高齢者医療制度の加入者である。医療機関へ定期通院をしていたが、医療費の窓口負担の困難を契機に、医療福祉相談室で面接を実施した。

Aさんは飲食店を自営していた。家族経営で自身の子夫婦が従業員として勤務していた。店舗の売上はほとんど従業員である子夫婦の給与

となり、自身の収入にはつながっていなかった。そのためAさんは夫婦で月あたり約17万円の年金によって生活していた。本人の収入状況から、COVID-19の流行前は、医療費の自己負担は1割、高額療養費制度の所得適用区分Ⅱの住民税非課税世帯に該当していた(表1)。後期高齢者医療制度の保険料の負担額は1期あたり約6,000円で、介護保険料もおおよそ同額の負担であった。2021年、COVID-19の流行に伴う飲食店に対する支援金・給付金を受領した。2022年8月、体調の悪化から入院医療を受けることとなったが、医療費の自己負担が高額となった。その背景には、2021年の確定申告により医療費の自己負担が3割となっていた。高額療養費制度の所得適用区分に照らし合わせたところ現役Ⅱ(年収約770万円～約1160万円)に該当しており(表1)、その結果医療費の自己負担の増加につながっていた。さらに健康保険料の負担額は1期あたり約70,000円に上昇し、介護保険料も17,350円へと上昇していた。市民税府民税はCOVID-19流行前には非課税であったものが、

2022年度には485,900円/年となり、復興所得税も課税されるようになった。本人の年金額相当の介護保険料が課せられ、月々の医療費および税・保険料負担の増加にも関わらず飲食店の収入はCOVID-19流行前よりも減少したため、給付金による貯蓄を使い切ることとなった。

その結果、「医療費の自己負担がしんどい」ことを主訴に医療福祉相談室の窓口で無料低額診療事業の利用可否に関して相談を受けることとなった。先述のように無料低額診療事業による支援に該当するかどうかの基準には、居住地の生活保護基準額との比較が用いられることが多く、受診した医療機関では所得が生活保護基準額の150%を下回るかどうかを元に決定されていた。本事例は、世帯の所得が生活保護基準額の159%であり、基準外であった。医療費の自己負担を減免することが困難であった一方で、収入の減少に対応できる保険料減免を申請し、保険料の自己負担を軽減した。2023年8月からの医療費の自己負担割合は3割から1割へと戻った。

表1. 70歳以上の人における高額療養費制度の所得適用区分。(厚生労働省, 2018)

| 適用区分 | | 外来(個人ごと) | ひと月の上限 (世帯ごと) |
|--------|---|-------------------------------|------------------|
| 現役並み | 年収約1160万円～ 標報83万円以上/課税所得690万円以上 | 252,600円 + (医療費-842,000) × 1% | |
| | 年収約770万円～約1,160万円 標報53万円以上/課税所得380万円以上 | 167,400円 + (医療費-558,000) × 1% | |
| | 年収約370万円～約770万円 標報28万円以上/課税所得145万円以上 | 80,100円 + (医療費-267,000) × 1% | |
| 一般 | 年収156万円～約370万円 標報26万円以下/課税所得145万円未満等 | 18,000円 年14万4千円 | 57,600円 |
| 住民税非課税 | Ⅱ 住民税非課税世帯 | 8,000円 | 24,600円 |
| | Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下) | 8,000円 | 15,000円 |

3. 事例2. 世帯2

世帯2は50代夫婦と30代の子で構成されている3人世帯であった。夫はもともと会社勤務であったが、COVID-19流行直前に失業しており、貯蓄はほとんどなかった。居酒屋を自営し、国民健康保険に加入していた。居酒屋のCOVID-19の流行前の売上はひと月あたり10万円を超えないことも多く、夫婦の収入は高額療養費制度の所得適用区分エに該当しており、年収は約370万円以下であった(表2)。2021年にはCOVID-19の流行に伴い居酒屋を休業し給付金を受け取っていた。子は非正規雇用で就労していた。夫は、2022年にCOVID-19に罹患したことをきっかけに慢性呼吸不全の状態となり持続的な在宅酸素療法が必要となった結果、医療費の自己負担が増加した。2021年の給付金の受領を契機に2022年8月以降の高額療養費制度の所得適用区分はイ、つまり年収が約770～

約1,160万円のカテゴリーに分類されるようになった(表2)。2021年には1期あたり5,860円であった国民健康保険料は、2022年には25,480円へと上昇し、所得税、市民税府民税、個人事業税による負担も増加した。また、住宅ローンの返済が約5万円/月あり、負担を継続していた。月々の医療費および税・保険料負担は増加する一方、飲食店の収入は2023年1月時点で約15万円程度と、直面している負担増に対応できるだけの収入は得られていなかった。

そこで、世帯2の夫の医療需要に対応するために無料低額診療事業による医療費減免の申請が行われた。世帯の生活保護基準額に対して113%の所得と判定されたため、無料低額診療事業の利用を開始し、月々の医療費の自己負担が免除された。その一方で、無料低額診療事業実施医療機関以外への通院や調剤費の自己負担の問題は十分には解消されなかった。

表2. 70歳未満の人における高額療養費制度の所得適用区分。(厚生労働省, 2018)

| 適用区分 | | ひと月の上限額(世帯ごと) |
|------|--|---------------------------------|
| ア | 年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超 | 252,600円 + (医療費 - 842,000) × 1% |
| イ | 年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79円以上 国保：旧ただし書き所得600万～901万円 | 167,400円 + (医療費 - 558,000) × 1% |
| ウ | 年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円 | 80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% |
| エ | ～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下 | 57,600円 |
| オ | 住民税非課税者 | 35,400円 |

4. 考察

本報告で、無料低額診療事業の利用相談を受けた2事例に共通していたこととして以下の3点が挙げられる。もともと低所得状態にあった飲食店経営者が、COVID-19の流行に伴う休業支援金を受領したことにより、当該年の所得区分がより高所得な区分へと変化したこと、それに伴って翌年の税・保険料が大幅に増加したが、実際の生活を支える収入は低額であったこと、さらには入院や病状の悪化などのCOVID-19に関連しない(公費で医療費を負担されない)状況が発生したため、高額な医療費の自己負担が必要となったことである。

これらが複合的に関与した結果、2事例の患者家族は経済的に困窮することとなった。無料低額診療事業による自己負担の減免や、それが該当しない場合であっても保険料減免の申請など、相談に応じた医療ソーシャルワーカーがその人の状況に応じたさまざまな経済的支援を行ってきた。

ここで、休業支援金を受領した2021年は2事例ともに、税や保険料、医療費の自己負担が2020年の収入に応じて決められるため少なかったはずであり、日常的な支出に変化がなければその分の貯蓄が得られ、2022年度の支払いに耐えられたはずだという点についての検討は必要となる。実際のところ、事例1においては、医療費の自己負担割合が3割になったために医療費負担が増加したこと、飲食店の事業収入が減少していたことから子夫婦への給与を支払う必要があったことから、貯蓄を2022年度の支払いに活用することに困難があった。事例2ではCOVID-19流行前から貯蓄はほとんどない状態で、夫の失業とCOVID-19罹患後の健康状態の悪化が重なっていた。それにより収入は減少したまま医療費の自己負担が増加し、再就

職を断念することにもつながっていた。住宅ローンの支払いや無料低額診療事業実施医療機関以外での診療、また無料低額診療事業ではカバーされない院外処方の調剤費に支援金を充てる必要があり、2022年度の支払いへと活用することは難しかった。

ほかにも、経済的に困窮する人における脳科学・行動科学や行動経済学の考え方も参考になる。将来の支出が発生するために、現在の所得の余剰分を貯蓄(または投資)し備えておくことができるためには少なくとも2点前提が必要である。それは収入と支出のバランスを長期的に計算し、目標を立てて行動できる合理性と、その長期的な計算のために必要な収入と支出の変化に関する十分な知識と情報の提供である。しかしながら、経済的に困窮するなどの社会的ストレスを抱える人ほどその行動特性は非合理的になりやすく (Mani, et al. 2013)、時間選好が大きい (Haushofer, et al. 2014)。脳科学的には、長期的なストレスによって脳内報酬系の中核が賦活化されることを通じて報酬への動機づけが強まっているため、支援金を受領したことによって支出に対する習慣行動が促進される (大平他, 2015)。その結果、長期的な収入と支出を計算しながら生活を送るような目標志向行動は減少し、将来の貯蓄として支援金を維持することが難しくなると想定される。一方、十分な知識と情報の提供に関してはどうだろうか。厚生労働省や大阪府の各支援金に関するホームページには、この収入が課税対象であるため、確定申告が必要であることや、不正受給の取り締まり強化に関する主旨は記載されており、収入申告に必要な情報は多言語を用いて提供されている (厚生労働省, nd)。しかし、申告した翌年どのような状況が発生するかに関する情報提供

は十分とは言えない。筆者らが検索する限り最も丁寧な記述と注意喚起を行っていた公益社団法人小田原青色申告会のホームページにはチラシ(図)とともに以下の記述が存在していた(公益社団法人小田原青色申告会, 2021)。

「神奈川県「感染拡大防止協力金」の交付を受けている飲食店の方は特にご注意ください。新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するための「休業・時短営業」や「外出自粛等」の影響を受けた個人事業者を対象とした「新型コロナウイルス感染症拡大防止協力金」「一時支援金」「月次支援金」等の収入は、所得税等の課税対象となります(事業の「雑収入」)。」

「協力金等の分、ほぼそのまま所得が上乘せられるため、ご商売としては厳しい状況が続いているにもかかわらず、「所得税」「住民税」「国民健康保険料」等の負担がご自身の想定以上に大きくなる可能性があります。今のうちから対策を進めることを強くおすすめします。」

しかしながら、これらの情報の公開日は不明であり、支援金を申請した時点で実際に情報提供されていたかどうかは定かではない。また、医療費の自己負担に関しては言及されていない。経済的に困窮している人々には教育を十分に受けることが難しかった人もおり、識字や漢字の読みに課題を抱えやすいため、ふりがななどを用いた可読性の向上も求められる。総じて経済的に困窮する人々の目標志向的行動を促すには十分とはいえない。実際の申請を受理する機関の担当者や相談を受ける支援者は、これらの支援金の申請や受領に伴いどのような変化が具体的に起きるのかを説明できていたかどうかの振り返りが必要である。また、日本には税や保険料に関して系統だった学習ができる機会は十分

に保証されていない現状についての指摘もある(横山, 2022)。

本報告にみられたような事例は、全国各地で直面しているはずである。課税対象となる支援金を提供した都道府県は大阪府以外にも東京都や神奈川県など多く存在し、また所得区分が高くない飲食店の経営者で、疾病を抱えている住民はどの都道府県にもいるだろう。このような患者に出会ったときに、必要十分な支援を提供するだけでなく、同様の困難が生じないために社会に働きかけるアクションが求められる。公的な社会保障給付が税や保険料の納付、医療費の支払いという形式で住民の負担を(想定外に)増やすことにつながっていた可能性がある。その支援策として民間の医療機関が無料低額診療事業により自院の収益を減らし、患者の医療費の自己負担を減免する支援を提供していた。無料低額診療事業の対象者のうち、もともと後期高齢者医療制度の1割負担の後期高齢者が、一時的な自己負担増によって2割や3割負担となれば、病院の免除額はそれに応じて大きくなる。その分病院に還付される保険料は減額され、公によって生じた困窮を民が肩代わりするような現状が存在しうる。支援に関わる専門職が、出会った責任を果たすべく、事例を通じてデータを収集し、データをもとに社会へと訴えるアクションが求められる。

一方、高額療養費制度や無料低額診療事業といった制度を活用して減免できるのは、医療費の自己負担のみである。そのため、税や保険料の納付額の増加という問題には対応することが難しい。医療機関で医療費の相談を受けうるすべての支援者が、給付の終了に伴って患者の収入が低下した場合に、支出の整理や保険料の減免をすすめるアプローチも求められる。本事例のように、収入の低下に伴う保険料等の納付の

減免制度の活用などが考えられる。収入が増加したことによって日常生活における支出が相対的に増えてしまった場合には、支出内容の整理についても患者ごとに検討する必要がある。さらに、飲食店経営者は40代から70代までの世代が9割を占めており(厚生労働省, 2013)、中には若く生来健康で医療需要が少ない人もいる。その場合には、医療機関での医療費の自己負担の相談をきっかけに支援が始まることはほとんどない。そのため、医療機関以外の場で経済的な困窮に関する相談を受ける機関や団体が、必要な情報提供と、住民一人ひとりに応じた支援を提供する体制づくりをする必要がある。

将来的にも、すべての住民に課税対象となる給付は生じうる。その場合には、給付を行う実施主体が給付の性質と、その後起こりうる住民の負担の変化などに関して、丁寧にわかりやす

く説明を行い、情報提供する機会を十分に準備する必要がある。このような情報は、生活に困窮している人ほど届きにくく人々の社会経済的な状況による情報と対応の格差が生じうる。そのため、これらの情報はホームページ、新聞・チラシ、テレビやラジオなどのさまざまな媒体を通じて、やさしい日本語やルビの適切な利用、図、動画などを交えながら提供される必要がある。現在の日本では十分には提供されていない、税や保険料のしくみに関して系統立てて学ぶ機会を創出していくことも重要だろう。経済的に困窮している住民の支援者となりうるすべての人が多面的・重層的に対応できるしくみをつくり、制度の仕組みを熟知し翻訳していくといった関わりの醸成が将来のパンデミックや災害時の健康な生活の質の保障につながると期待される。

図：支援金による収入増が税の負担増になることを喚起するチラシ

「協力金」「支援金」等 = 「雑収入」 ⇒ 税額が大幅に増加する可能性有り

神奈川県「感染拡大防止協力金」の交付を受けている飲食店の方は特にご注意ください



◎新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するための「休業・時短営業」や「外出自粛等」の影響を受けた個人事業者を対象とした「新型コロナウイルス感染症拡大防止協力金」「一時支援金」「月次支援金」等の収入は、所得税等の課税対象となります(事業の「雑収入」)。※サービスの提供や商品販売等の対価として支払われるものではないため、消費税は課税対象外です。



協力金等の分、ほぼそのまま所得が上乗せされるため、ご商売としては厳しい状況が続いているにもかかわらず、「所得税」「住民税」「国民健康保険料」等の税額がご自身の想定以上に大きくなる可能性があります。今のうちから対策を進めることを強くおすすめします。



○税額の試算例：協力金等850万円が雑収入として事業の収入に加算された場合
※休業等による大幅な売上・経費の減少 + 協力金の交付(感染拡大防止協力金第5弾～第13弾)をイメージ
※あくまでおおまかな試算であり、住所地・年齢・家族構成等、各種条件の違いにより計算結果は変化します

| 項目 | | 令和2年以前の例 | 令和3年申告の例 |
|------|--------|--------------------|-----------------------|
| 申告内容 | 収入 | 売上 600万円 協力金 0円 | 売上 300万円 協力金 850万円 |
| | 必要経費等 | 400万円 | 200万円 |
| | 所得控除 | 100万円 | 100万円 |
| 税額等 | 所得税 | 51,000円 | 1,346,600円 |
| | 住民税 | 108,000円 | 859,900円 |
| | 国民健康保険 | 276,600円 | 990,000円 |
| | 個人事業税 | 0円 | 330,000円 |
| | 合計 | 435,600円 | 3,526,500円 |

「税金ってどうやって計算されるの…？」
「税金を節約する方法はないのかな…？」
「いくらまでの設備投資なら、効率的に今年の経費に入れられるんだろう…？」

ご不明な点はお気軽にお尋ねください！
個別のご指導も随時承ります(予約制)

TEL 0465-24-2614

(事業課直通 平日9～17時)

※税理士関与の方は税理士にご相談ください



公益社団法人 小田原青色申告会

〒250-0012 神奈川県小田原市本町 2-3-24

<https://www.aoiro-odawara.com>



謝辞

本事例報告は、筆頭著者が令和3年度文部科学省省費による助成(研究課題名:無料低額診療事業の利用者のレジストリ研究 ~生活困窮者の健康支援の基盤づくり~ 代表:西岡大輔)を受け実施している研究の一環で得られた事例である。本研究事業では定期的に事例検討会を開催しており、その議論の中で耳原総合病院の医療ソーシャルワーカーからの問題提起があり、報告の着想に至った。本報告に関する協力および同意を世帯の代表者から得た。また、著者以外の関係者や研究事業に参加している他の医療機関の支援者には貴重なコメントや示唆をいただいたことに感謝申しあげる。著者らに本報告に関連する利益相反はない。

文献

Haushofer J, and Fehr E (2014) "On the psychology of poverty" *Science*, 344(6186):862-867.

Mani A, Mullainathan S, Shafrir E, and Zhao J (2013) "Poverty impedes cognitive function", *Science*, 341(6149):976-980.

大平英樹・笠井清登・西村幸香(2015)「社会的ストレスと脳神経機能」川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編『社会と健康 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ』東京大学出版会.

経済産業省.「新型コロナウイルス感染症等の影響に伴い、国や地方公共団体から個人に対して支給された助成金の課税関係」(https://www.meti.go.jp/covid-19/pdf/jyoseikin_kazei.pdf, 最終アクセス日2023年8月4日)

公益社団法人小田原青色申告会(2021)「『協力金』『支援金』等により税額が大幅に増加する可能性があります」(https://www.aoiro-odawara.com/news_post/kicyosyori-202108, 最終アクセス日2023年8月4日)

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/kyugyoshienkin.html>, 最終アクセス日2023年8月4日)

厚生労働省(2008)「無料低額診療事業について」

(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0121-7d.pdf>, 最終アクセス日2023年8月4日)

厚生労働省(2013)「平成25年度生活衛生関係営業経営実態調査」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/seikatsu-eisei/seikatsu-eisei22/chousa.html, 最終アクセス日2023年8月4日)

厚生労働省(2018)「高額療養費制度を利用される皆さまへ」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf>, 最終アクセス日2023年8月4日)

厚生労働省(2022)「無料低額診療事業等に係る実施状況の報告」(https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/muryou_sinryoujigyuu.html, 最終アクセス日2023年8月4日)

西岡大輔・西澤寛貴・辻榮孝枝・山崎理恵・吉田知代・澤村謙太・大平路子・吉永純(2023)「無料低額診療事業(無低診)の可能性と課題:無低診研究フォーラムの開催報告」『保健医療科学』72(2), pp.134-142.

内閣府(n.d.)「新型コロナウイルス感染症対策」(<https://corona.go.jp> 最終アクセス日2023年11月8日)

横山北斗(2022)『15歳からの社会保障』日本評論社.

吉永純・原昌平・奥村晴彦・近畿無料低額診療事業研究会(2019)『無料低額診療事業のすべて:役割・実践・実務』クリエイツかもがわ.

和田耕治(2022)「新型コロナウイルス感染症に対する感染拡大に対する公衆衛生対策の実際と教訓」『保健医療科学』71(4), pp.305-313.

齊藤弥生、ヴィクトール・ペストフ編
『コ・プロダクションの理論と実践
—参加型福祉・医療の可能性』(大阪大学出版会、2023年)

高山 一夫(京都橘大学)
Kazuo TAKAYAMA

本書のタイトルにもある「コ・プロダクション」(co-production)は、提供者と利用者との相互的な関係性が重要な意味を持つサービス分野において、ノーベル経済学賞受賞者であるエリノア・オストロムが公共財やサービスの生産を分析する際に導入した概念であり、国内でも「共同生産」「協同生産」「協働」などと訳されてきた。概念としての初出は1970年代に遡ることができるものの、2000年代後半頃よりネオリベラリズム(新自由主義)とニュー・パブリック・マネジメントへの批判が高まるとともに、コ・プロダクションの概念が改めて脚光を浴びている。と同時に、単なる公的なサービスの生産のみならず、むしろ利用者の参加を意識した公共領域のマネジメント、さらには民主的なガバナンスを含意する概念として、内容が豊富化されている。

本書は、日本と北欧の研究者による国際的な研究体制のもと、上述したコ・プロダクションの理論を手掛かりに、日本の協同組合による医療・福祉の事業と活動を「参加型福祉・医療」と把握し、その実態を明らかにした力作である。地域包括ケアの時代における日本の医療福祉生協の活動と役割を知るうえで、不可欠の研究書であるといえる。

本書の構成は、以下の通りである。(カッコ

内は執筆者(敬称略))

第I部 量的調査からみるコ・プロダクション

第1章 福祉医療ガバナンスと民主主義の再構築(ペストフ、斎藤訳)

第2章 なぜ今、「参加型福祉・医療」なのか(斎藤)

第3章 日本の医療・福祉協同組合—制度の現状と課題(栗本)

第4章 北欧諸国からみる日本の協同組合福祉医療(ヴァムスタッド、斎藤訳)

第5章 調査結果(1)主要概念と調査設計(ペストフ、斎藤訳・編集)

第6章 調査結果(2)労働環境とコ・プロダクション(ペストフ、斎藤、中村)

第7章 調査結果(3)コ・プロデューサーとしての利用者とボランティア(斎藤)

第II部 コ・プロダクションの実践

第8章 農村地域の在宅医療と在宅介護—JA長野厚生連佐久総合病院の実践(斎藤)

第9章 医療福祉からの「コミュニティ・コ・プロダクション」—名古屋, 尼崎, 新居浜の実践(ヴァムスタッド、斎藤訳)

第10章 東日本大震災の被災者支援

(受理日: 2024年2月7日)

一みやぎ県南医療生活協同組合の実
践(山崎)

第11章 子ども家庭支援

一フードバンクしまね「あったか元
気便」の実践(佐藤)

付録 「参加型福祉・医療」調査概要(斎藤)

次に、各章のポイントを述べたい。第I部は、コ・プロダクションの理論的な考察(第1章～第4章)と大規模な量的調査研究の分析(第5章～第7章)からなる。第II部(第8章～第10章)は、厚生連と医療福祉生協による活動事例の分析である。じつは、第2章の5節において、編者である斎藤氏自身によって各章の要約がなされているので(pp.31-37)、以下では、評者が興味深く感じた部分を中心に紹介したい。

第1章では、コ・プロダクションの理論的な検討と欧州での議論を整理する。欧州では、反移民・反グローバリズムを掲げる右派ポピュリズムが台頭しているため、公共領域におけるコ・プロダクションを通じて、高品質な公共サービスを提供し、かつ市民の参加を促さなければならないとの指摘(p.5)には、著者らの切実な問題意識を感じた。また、医療・福祉など労働集約的で継続的なサービスにおいて、患者・利用者の参加意識を高めることは大切だが、「細部には悪魔が宿ることも多い」(p.6)との指摘には、ともすれば同調圧力の強い日本において、忘れてはならない指摘であろう。

第2章は、2013年に発足し、JA厚生連と医療生協の協力を得て足掛け10年に及んだ研究の経緯を述べている。また、副題の「参加型福祉・医療」について、1990年代の介護分野で生じたような、福祉サービス不足を補うために市民が動員される状況を意味するものではないと、明確に述べている(pp.18-19)。

第3章は、日本の医療福祉協同組合について、歴史、法制度、事業内容、現状と課題などを総合的に論じている。JA厚生連と医療生協との法制度上の違いも丁寧に書かれており、医療・福祉分野の協同組合に関心ある読者にとって、大変参考になると思う。

第4章は、大きな公共部門を有する普遍主義的福祉国家である北欧において、保育などの領域でなぜ協同組合が登場したのかを考察し(ただし医療・福祉の分野にはほとんどない)、日本の協同組合との比較を行っている。北欧での実証研究から、大きな公共部門が人々のボランティア活動を不活発にするという「締め出し」理論が誤っており、むしろ高いレベルの公共福祉が人々の活発な社会参加を実現するとの指摘が興味深かった(p.69)。ただ、日本において「共同体レベルの福祉国家」(地域の互助)が専門的な福祉サービスに統合され、日本型福祉国家の一部となすという指摘(p.76)は、医療福祉生協運動を念頭においたのかもしれないが、やや理解が難しかった。

第5章から第7章は、大規模な量的調査の概要と結果の分析である。第5章は、量的調査に用いる主な概念として、労働環境、コ・プロダクション、組織ガバナンス、行政レジームについて説明している。評者自身にとっては、日頃の業務も念頭に、管理とコラボレーションのバランスについての指摘(p.98)、また制度・組織ロジックの説明(pp.114-115)が、特に印象的であった。

第6章は、職員調査に基づき、労働環境について、医療生協、JA厚生連、公立病院の比較を行っている。分析は緻密かつ説得的で、本書の白眉をなすと評したい。詳しい分析結果については、本書付録の調査票と重ねて本書を精読してもらいたい、職場環境とコ・プロダク

ションの点で、伝統的な管理・命令型組織である公立病院が最も低いこと、また、スチュワードシップ型組織のJA厚生連と比較して、民主的マルチステークホルダー型組織である医療生協がより高いレベルで実現していることを明らかにしている。コ・プロダクションという、ともすればつかみどころのない概念を、回答者の主観的評価に基づくとはいえ、対話頻度、対話に対する組織の姿勢、組織の活動への参加度という設問項目に落とし込んで分析したこと、また、コ・プロダクションと労働環境との相関関係を示した点で、学術的にも重要な知見を提供したと考える。ただし、本書では、今後の研究課題としつつ、JA厚生連と医療生協の結果の違いの背景や、医師は看護師と比べて組織間の差があまり見られないこと等も、指摘している。

第7章は、利用者調査とボランティア調査に基づく分析結果の考察である。調査上の制約から、公立病院や医療法人との比較ができなかったものの、量的調査として貴重な知見を提供している。評者は、サービスの質について、利用者やボランティアに比べて職員の評価が低いこと、その反面で、地域包括ケアへの貢献については職員の評価が高いことが、印象的であった(pp.184-185)。また、日本の地域包括ケアシステムが住民に参加を強いるコミュニタリアン型の行政レジームであるとの編者ベストフの議論を検証し、日本の地域包括ケアの多くがそうであったとしても、協同組合の福祉医療はそうではないと主張したのも面白い(p.187)。第5章の行政レジームの概念を用いれば、JA厚生連や医療生協が提供する地域包括ケアは、利用者が共同生産者として発言し影響力を行使しうるニュー・パブリック・ガバナンス型ということになろう。

第8章から第11章は、実践紹介とその考察で

ある。第8章はJA佐久総合病院の在宅医療・介護を、第9章は南医療生協(名古屋市)・阪神医療生協(尼崎市)・新居浜医療生協(新居浜市)の活動を、第10章は東日本大震災におけるみやぎ県南医療生協の実践を、そして第11章はフードバンクしまねの子ども家庭支援を取り上げている。いずれも貴重な実践報告であるとともに、協同組合による医療・福祉分野におけるコ・プロダクションの事例とその豊富化として整理されており、学術的にも意義がある。なかでも、被災者支援の事例分析を通じて析出された、複数のサービス提供者間での集会的コ・プロダクションのプロセスという指摘(257頁)は、協同組合相互の連携の意義を明らかにした考察として、興味深かった。

以上のように、本書は優れた学術的意義を有するものである。そのうえで、評者としては、簡単にコメントをしたい。本書第4章では、スウェーデンで協同組合保育が市場競争のなかで激減し、北欧諸国でもボランティア組織の多くがスポーツやレジャー、文化の領域で組織されているとある。そのことから、北欧諸国とはレジームを異にするとはいえ、ともすれば市場に包摂されやすい医療・福祉分野において、日本の協同組合の事業と運動がなぜ発展しえたのか、ぜひ考察が欲しいところである。

そのことと関連して、福祉・医療の分野において、日本の協同組合が今後も発展するための条件は何か、集会的コ・プロダクションがうまく機能するためには何が必要であるかについても、掘り下げた指摘が望ましい。第I部における理論的および量的研究結果、また第II部で多面的に取り上げられた実践事例の考察もふまえて、著者らの今後の研究のさらなる展開を俟ちたい。

坂本毅啓 (2022) 『地方の地域福祉 ——子どもの貧困と その対策・実践』 大学教育出版

村上 慎 司(金沢大学)
Shinji MURAKAMI

2024年1月30日に総務省は住民基本台帳人口移動報告 2023(令和5)年結果を公表した(総務省2024)。その結果によれば、3大都市圏(東京圏、名古屋圏及び大阪圏)の転入・転出超過数をみると、3大都市圏全体では10万7635人の転入超過となり、特に東京都では、転入者数が2年連続で増加、転出者数が2年連続で減少だという。こうした東京一極集中が進行するなかで、衰退する地方で暮らす人々の生活保障はますます重要な課題となると考えられる。

本書は、地方のための地域福祉論を目指す著者の既存論文、例えば、本誌1巻1号に掲載された坂本(2018)などをベースに編纂・執筆されたものであり、社会福祉学の視点から地方都市における子どもの貧困・社会的排除に関連する公式統計・実態調査・支援事例を分析した意欲的な学術図書である。本書の構成は以下の通りである。

序章 研究の背景と目的

第I部 政策編

- 第1章 北九州市における出生状況とその課題
- 第2章 大都市比較統計年表の比較統計分析から見た北九州市の子どもの社会的排除

- 第3章 日向市における実態調査の二次分析から見える子育て世帯の社会的排除
- 第4章 子育て世帯が生活困窮・福祉ニーズを抱えやすい所得の境界線
- 第5章 子育て世帯における社会的排除状態にある生活水準と社会的排除率の推計
- 第6章 子どもの貧困対策としての保護者を含めた世帯全体への支援の重要性
- 第II部 実践編
- 第7章 NPO法人抱樸による子どもの学習・社会参加支援
- 第8章 社会的包摂を目指した支援事例の分析
- 第9章 支援記録に基づく支援内容の計量的分析
- 第10章 高校中退防止への取り組みとその到達点
- 第11章 高校中退防止事業の費用対効果の検討
- 第12章 子どもの社会的排除に対する地方都市における取り組み
- 第13章 「高齢化団地」における子どもへの支援活動の実践とその成果及び課題の分析
- 終章 本研究の到達点と残された研究課題

(受理日：2024年2月9日)

続けて序章と終章を除いた各章の概要を述べると、第I部政策編は、福岡県北九州市(第1・2・6章)と宮崎県日向市(第3・4・5)の子どもに関する状況を整理・分析する。第1章は大都市比較統計年表の中から北九州市における人口減少、高齢化、世帯の小規模化、出生率の低下、婚姻率の低下、人工死産率の高さとその背景を明らかにする。第2章は第1章の続編として同じく大都市比較統計年表を用いて北九州市における地域生活課題の特徴に関して、以下の5点、すなわち、①市民生活について物価が安く、経済的基盤は大都市間で平均的であり、②人口千人当たりの身体障害者手帳所持者数が大都市間で最も多く、③高齢化率は大都市間では最も高く、要介護認定率も高めだが、平均介護度は低めで、介護保険給付やサービス面では大都市間では平均的であり、④病院における入院患者が多く、生活習慣病及び悪性新生物による死亡率は大都市間で最も高く、⑤中学卒業時の進路未定率が最も高く、子どもの社会的排除が起きていることを明らかにする(本書, p. 39)。

第3章は日向市の子育て世代の生活実態調査の二次分析である。とりわけ、母子世帯における世帯年収の低さと時間貧困が実証される。続く第4章も日向市の子育て世帯に対するデータを基に、日向市の生活困窮・福祉ニーズを抱えやすい所得階層性の境界線として、幾つかの条件下において世帯年収で300万円であることを示す。さらに第5章も日向市の同データから子育て世帯の社会的排除を分析する。ここでいう社会的排除の定義は、「財(お金)の欠如だけでなく、家族機能や社会的支援等が必要な状態であるにもかかわらず欠如しており、自己実現や選択肢が制約され、望ましいとされる生活を送ることが困難な状態」(本書, p. 77)である。この定義から、具体的には、①子どもの健康状態、

②子どもの普段の様子、③生活用品の購入や家庭での支出、④親子での習慣や地域とのつながり、⑤保護者の健康状態、⑥保護者の仕事・世帯の収入という6領域とその細目である76項目を選び、それらの項目を第5章では社会的排除項目と呼ぶ。多数の分析結果が示されているが、前章と同様に、母子世帯を中心としたひとり親世帯では、社会的排除への頻度と深刻度合いが高い傾向にあることが示唆されている(本書, pp. 86-87)。

第6章は坂本(2018)に基づき北九州市の学習支援事業を分析して、子どもと保護者を一体的にとらえ、世帯全体を支援することの重要性、すなわち、家事援助等の生活機能へ直接的に働きかける支援(ケア)の必要性を明らかにしている(本書, p. 109)

第II部実践編では、北九州市を拠点とするNPO法人抱樸の取り組みについて、第7章は子どもの学習・社会参加支援の活動内容と評価、第8章は支援事例の分析、第9章は支援記録の計量的分析、第10章は高校中退防止の取り組みの検討を行っている。これらの支援はケースワーク、あるいは、グループワークといったソーシャルワーク実践として位置づけることができるという(本書, p. 9)。

第11章は高校中退防止事業の費用対効果を検討するため、先行研究のレビューしたうえで、当該事業に関する①社会的損失の推計方法及び②支援内容コストに対する税・社会保険料納付額の発生(直接的ベネフィット)・生活保護費を中心とする社会保障給付費等の行政コスト削減効果の発生(潜在的ベネフィット)という二つの推計を行い、その有用性を数字で示す。

第12章は、高知県・沖縄県・広島県・兵庫県という西日本の各地方都市で取り組まれている事業・活動が紹介されている。

第13章は、著者の勤務先である北九州市立大学地域創生学群地域福祉コースの学生が高齢化団地で取り組んでいる活動内容を通じて明らかになった子どもに関連する地域課題が示される。

論評に先立って本書の三つの基本用語を確認しよう。第一に、本書の社会福祉学の視点とは、「資本主義経済社会を前提とした社会の中で、全ての人にナショナルミニマム(最低限度の生活保障)が完全達成され(ナショナルミニマムの普遍的保障)、社会的な生活保障に向けた公・私の取り組みを通して人間としての生命が守られる社会とはどのような社会かを考える。そのために歴史性(時間軸)と社会性(空間軸)に規定された社会問題としての生活問題に対して、マクロ、メゾ、ミクロの各レベルからのアプローチによって問題構造を明らかにすると同時に、その問題解決のために必要な課題の検討、実践、その評価について実証的に明らかにする」(本書, p. 7)ことである。

第二に、本書の地方の範囲は東京・大阪・京都の大都市以外の地域であり、各章の概要でみてきたように西日本を中心にしつつ、特に著者の勤務地である北九州市の事例が多い。

第三に、本書では子どもの貧困の定義は、志賀(2016)に影響を受けた宮崎県日向市子ども未来応援会議の定義である「子ども達のウェルビーイング(well-being、幸福追求)のための財、自由、選択肢が制限・欠如されている状態」であり、子どもの貧困と子どもの社会的排除とを同じ意味で使用しているという(本書, p. 8)。

本書の意義について、評者は2017年度から2022年度までの間に社会福祉士の実習担当を行った経験があるが、こうした社会福祉士を目指す学生とその養成を担う教員に対して本書は非常に有益な知見を提供する。とりわけ、統計

データに裏打ちされた社会構造の分析と対人的な活動・支援に関する実践の分析とを往還することで、読者は子どもの貧困に関連したソーシャルワーク実践の理解を深めることができるだろう。さらに、本書で展開されたように地方の問題と子どもの問題をクロスオーバーで研究・実践することは、今日の日本社会が直面している最重要課題の一つである少子高齢化問題に対して大学・NPO法人・行政・住民等の各アクターが行うべき手がかりを与える。この点に関して、研究と実践、そして、研究と教育に関するシナジイの理想的なあり方を本書から看取できるだろう。

他方で、本書に対して批判的コメントを以下のようにしたい。本書は、前述したように著者の既存論文・報告書を、「地方の地域福祉という横串を通しながら編纂」(本書, p. iii)したものであるが、その横串の貫通力への疑義が評者にはある。その理由は、各章の内容に対して一貫した議論を提供する「地方の地域福祉」の理論的分析枠組みが本書では不在だからである。関連して、終章の到達点である「重層のシステムとしてニーズの背景にある生活状況(エコシステム)を捉え、総合的な支援のあり方のヒントを得ることができた」(本書, p. 242)ことは、地方だけでなく地域福祉全般にも妥当することであって、地方固有の子どもの貧困・社会的排除の問題への学術的貢献がやや弱いという印象を与える。前述したように本書では(1)社会福祉学、(2)地方、(3)子どもの貧困・社会的排除の概念規定は与えられているが、肝心の「地方の地域福祉」とは如何なる概念であり、その理論的分析枠組みに依拠することによって、どんな分析が可能になるのかを論じる理論編に相当する箇所がなく、このことが惜しまれる。

このために、まずは地方概念についてもっと

精査すべきである。例えば、冒頭の住民基本台帳人口移動報告 2023(令和5)年結果では、本書の地方に該当する福岡市は転入超過数の多い市町村上位5位にランキングされるが、本書の地方に該当しない京都市は縮小傾向にあるという。こうした人口動態の観点から本書の地方の範囲や定義は再考する余地があり、その他に産業構造や財政状況なども考慮すべきだろう。

次に、地域福祉概念に対して、本書の社会学および子どもの貧困・社会的排除との理論的關係はどのようなものであるのかを明快に論じる必要がある。併せて、地域福祉概念における地域や福祉もまた多義的な意味をもっており、その内実を改めて再検討しなければならない。

本書の注1)では、高齢化問題とボランティアに関する地方の地域福祉の続巻が構想されているので、著者による地方の地域福祉概念に関する理論的彫琢を大いに期待したい。

参考文献

坂本毅啓(2018)「子どもの貧困対策としての学習支援の展開と政策的課題保護者を——含めた世帯全体への支援の重要性」『医療福祉政策研究』1(1), pp. 41-54.

志賀信夫(2016)『貧困理論の再検討——相対的貧困から社会的排除へ』法律文化社.

総務省(2024)「報道資料 住民基本台帳人口移動報告 2023(令和5)年結果」

(<https://www.stat.go.jp/data/idou/2023np/jissu/pdf/youyaku.pdf>, 最終アクセス日2024年2月9日).

日本医療福祉政策学会学術誌編集委員 (2024年3月31日現在)

編集長 村上慎司(金沢大学)

編集委員 井口克郎(神戸大学)

佐藤英仁(東北福祉大学)

村田隆史(京都府立大学)

Editor-in-Chief Shinji MURAKAMI (Kanazawa University)

Editorial Committee Members

Katsuro INOKUCHI (Kobe University)

Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

Takafumi MURATA (Kyoto Prefectural University)

医療福祉政策研究 第7巻・第1号

ISSN 2433-6858

2024年3月31日発行

編集：日本医療福祉政策学会学術誌編集委員会(編集長 村上慎司)

発行：日本医療福祉政策学会(会長 高山一夫)

(連絡先) 〒606-8446

京都市左京区南禅寺北ノ坊町21番地 永井ハウス内

Journal of Health and Welfare Policy

Volume 7 Issue 1 2024

Contents

Special Issue:

Current Status and Issues about Theory and Practice of Health and Welfare Studies

- Introduction to the Special Issue Takafumi MURATA (1)
- Collaboration between Research and Field Practice to Realize Social Security
Nao KUROKAWA (3)
- Collaboration of Research, Education, and Practice in Social Care: Through the Activities of Facility Staff, University Faculty, and Research Groups Junya HORIBA (11)
- Experience in Educational and Research Activities Linking Research and Practice
Toshikazu YOKOYAMA (19)

Original Articles

- The Characteristics of Social Welfare and Education Policy Processes Related to the Establishment of “Resource Room for Children with Speech and Language Disorders” in West Monbetsu Areas: Study on the Perspectives of the Issue Network in Wide Area Local Government
Ken TANAKA (31)
- Limitations and Problems of the Copayment System in Social Security Isahiro KAMATANI (53)

Case Report

- Financial Hardships Due to Time-lag Impact between Social Security Benefits and Tax Burdens: Insights from Cases Applying the Free/ Low-cost Medical Care Program during COVID-19 Pandemic
Daisuke NISHIOKA, Ayumi FUKUMARU, Ayumi KUBOTA, Michiko OHIRA (85)

Book Review