

医療福祉政策研究

第4巻第1号 2021

目次

<特集 新型コロナウイルス感染症と医療福祉政策>

総説論文

医療機構のレジリエンス—COVID-19流行初期対応での課題……………松田 亮三 (1)

研究論文

パンデミックがアメリカの医療労働者にもたらしたもの

—感染拡大はじめの5ヶ月を追って……………早川佐知子 (13)

研究論文

ウィキッド・プロブレムとしての新型コロナウイルス感染症

—政治と専門性の関係を中心に—……………杉谷 和哉 (27)

<原著論文>

プライマリ・ケア分野診療看護師(仮称)に求められる居宅療養生活支援コンピテンシー

—東京圏在住の中年世代に対する

フォーカス・グループ・インタビューから—……………大釜 信政 (39)

地域包括ケアシステム、コンパクトシティおよび

防災集団移転の一体的展開と住民生活への影響

—東日本大震災被災地における住民生活実態調査から—……………井口 克郎 (59)

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—……………堀場 純矢 (85)

<総説論文>

看護・介護労働者からみた住宅型有料老人ホームの問題

—住宅型有料老人ホームの両義的な特徴と

看護・介護労働者の困難との関係から—……………野口 史緒 (107)

公共政策学とEBPM

—政策及び政策過程の合理化をめぐる論点の探求—……………杉谷 和哉 (133)

マタニティケアにおける継続ケアとは何か?

—妊産婦ケアにおける継続ケア強化に向けて—……………金森 京子 (157)

医療機構のレジリエンス ——COVID-19流行初期対応での課題

Resilience of health care systems: issues in initial responses to COVID-19 outbreak

松 田 亮 三(立命館大学・人間科学研究所)

Ryozo MATSUDA (Institute of Human Sciences, Ritsumeikan University)

COVID-19の流行は医療機構に大きな負荷、ショックを与えている。この突発的に生じる大きな負荷への対応力は、一般的にレジリエンスの問題として議論されており、医療機構・政策研究においては、医療機構レジリエンスをめぐる検討が行われてきている。本論文では、一般的なレジリエンスの概念について概観した上で、医療機構レジリエンスの定義や検討する上での枠組みについての先行研究を振り返る。さらに、Hanefeld et al (2018)の「3+2」の枠組みを用い、日本におけるCOVID-19流行への初期対応を検討し、レジリエンス上の課題を考察することにより、レジリエンス概念とその検討の可能性を示す。

キーワード：医療機構、レジリエンス、COVID-19、ショック

はじめに⁽¹⁾

2019年末から進行している新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)によるグローバルな感染症(COVID-19)の流行は、日本の保健医療機構に、そして社会に大きなストレスをかけている。例えば、保健所において業務負荷が実施容量を超える事例や、重症者の治療等必要な医療が実施できないことへの危惧や、救急搬送に通常よりの時間を要するなど、医療機能が低下していることを示唆する事柄が示されている⁽²⁾。

このようにCOVID-19の流行は、それへの対策を含めて大きな負荷を医療機構に与えており、そのことは改めて医療機構がこうした急激

に大きな負荷にどのように対応するかという課題、つまり医療機構レジリエンス(health system resilience)についての検討を医療政策・機構研究(Health Policy and Systems Research)に突き付けている(Bennett, Frenk, & Mills, 2018; Mills, 2012)。

後述するように、レジリエンス概念は1970年代以降、心理学、生態学、安全工学、都市工学等において用いられてきており、2014年の西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行以後、保健医療の領域において関心が集まっている。その含意するところには幅があるが、ショックに対して、元の状態あるいは新たな望ましい状

(受理日：2021年2月14日)

態に戻ることを意味する。

本稿では、まず、一般的なレジリエンスの概念、そして医療機構のレジリエンスの概念とそれを考える枠組みについての重要と思われる先行研究を整理する。その上で、COVID-19に対する2020年1月から5月までの日本政府・地方自治体の対応そしてそれに関わる社会的な対応について、Hanefeld et al. (2018) の提案している医療機構レジリエンス理解の枠組みをもとに、その特徴を検討する。

なお、本稿で医療機構と述べている場合には、PCR検査などの公衆衛生上の対人サービスも含めた健康に関わる社会的な仕組みのことを指し、単に病院・診療所等の医療機関で行われているサービスの基盤となっている社会保険の仕組み(日本の場合)だけを意味しているものではない。

1. 医療機構のレジリエンス

(1) レジリエンス—領域横断的な関心

医療機構のレジリエンスに関心が高まったのは、西アフリカにおけるエボラ・ウイルス病の流行であった(Hanefeld et al., 2018; Kruk, Myers, Varpilah, & Dahn, 2015)。レジリエンス(resilience)は、再び跳ね返るという意味であるが⁽³⁾、今日では多様な意味を込められて用いられるものの(ティスロン, 2016)、変化に際して一定の継続と回復を共通する意味合いを共通してもっている(Zolli & Healy, 2013)。

この概念の学術的な使用は、おそらく心理学領域で先行した。1950年代には、この概念を用いたいくつかの検討がされ、中でも「レジリエンス」研究の母とされるエミー・ヴェルナー(Emmy Werner)は、ハイリスク因子を持ちつつも良好に発達していった子どもたちを示すのに、「レジリエンス」という言葉を用いた(ティ

スロン, 2016: 27-28)。1970年代には生態学の領域にも広がった(Crawford S Holling, 1973; Walker, Holling, Carpenter, & Kinzig, 2004)、さらには工学、特に安全工学の領域で広がった(Woods & Hollnagel, 2006)。

生態学においてこの概念を普及したHolling (1973: 14) では、レジリエンスとは「システムが継続し、変化と動揺を吸収し、(生態中の)人口と状態変数との同じ関係を維持する能力の指標」である。これは、西廣(2017: 138)の表現では、「システムに何らかの攪乱が生じた後に、いったん変化した構造や機能が再びもとの状態に回復する能力」とされており、この概念は安定性(stability)—もともとの状態が維持されること—と対比されるものである(Holling, 1973)。

しかし、ここで「もとの状態」への回復をどのようにとらえるかに注意する必要がある。例えば、電力の供給であれば、適切な電力が供給されることと割り切った考え方を行うことができるかもしれないが、生態や社会が危機を経験した場合には、危機の前と後に共通したものがあつたとしても、それらに違いがあるのがむしろ当然だからである。

Holling (1996) は、これに関わり工学的レジリエンスと生態学的レジリエンスとを概念的に区別した。前者は、より伝統的な定義で、効率(efficiency)、恒常性(constancy)、予測可能性(predictability)という、安全工学の中核にある概念、つまり、現状復帰が重視される。後者では、むしろ存続(persistence)、変化(change)、予測不可能性(unpredictability)が重視される。そこでは、ショックがもたらす変化と、それに続く新しい均衡状態の特徴、そしてその新しい均衡状態への移行過程(regime shift)に関心がよせられる。

この生態学的レジリエンスの概念は、社会生態学に引き継がれ、そこでのレジリエンス概念には、「生態システムが望ましくない平衡状態に遷移した場合、社会システムがその状態に適応して自らを再構築する能力」—適応的再構築能力—を含んだものとして理解されている(塩崎他, 2015: 131)。

この工学的レジリエンスと生態学的レジリエンスの区別は、具体的な領域でレジリエンスを考える際に極めて重要である⁽⁴⁾。例えば、都市工学における整理では、都市やコミュニティをシステムとみなし、レジリエンスを、その安定性としてとらえる考え方と、上記の適応的再構築能力としてとらえる考え方がある(塩崎他, 2015)⁽⁵⁾。前者においては、システムにとって望ましい状態が被災前の状態とされ、災害においても従来の状態・機能ができるだけ保たれ(頑健性)、また災害によりそれらが損なわれた場合においても冗長性によって確保される代替的方法により、迅速に許容可能な水準に回復できる性質(迅速性)を含む(Bruneau et al., 2003)。後者では、災害後の新たな「環境に適応し、都市システムが望ましい状態へと自身を再構築する能力」(塩崎他, 2015: 133)となる。このように、レジリエンスには、もとの状態にほぼ近い状態に復帰する能力を重視する考え方と、もとの状態とは異なるが新たな状態—先に述べた「適応的再構築能力」を重視する考え方がある。この「適応的再構築」における「望ましい状態」について、企業やシステムを考える場合には、その中核的目的の維持とそれに向けた組織の統合性を重視する考え方も出されている。(Zolli & Healy, 2013)⁽⁶⁾。

なお、今日の心理学領域では、レジリエンスは「トラウマ(外傷)を乗り越え、かつまた不都合な環境の中で自らを構築し続けていく能力」

を意味するとされているが(ティスロン, 2016: 7)、この中で「不都合な環境の中で」という捉え方は、COVID-19のパンデミックをレジリエンスの問題と重ね合わせて考える際に示唆的である。

(2) 医療機構のレジリエンス—定義

医療機構のレジリエンスについては、少なくともこの10年議論が提起され、その概念とともに、関連する事項が検討されてきている。特に欧州ではエボラ出血熱のアウトブレイク以前、2009年の債務危機に際して医療サービスへの影響が深刻となった国もあり、関心が高まってきていた(EU Expert Group on Health System Performance Assessment, 2020)。

まず、医療機構のレジリエンス(以下単に医療レジリエンスと記載する)の定義とそれに関連した概念枠組みについて述べる。定義については確立したものはないが(Fridell et al., 2020)、近年までの議論を整理しつつまとめたものが、欧州医療機構・政策機構の政策レポートにおいて提示されている(Thomas et al., 2020)。そこでは、医療機構に影響を与える突然で極端な変化を重視し、それをショックという用語でまとめた上で、「医療機構レジリエンスとは、ショックに備え、ショックに際して対応(吸収、適合、変容)し、ショックから学ぶ力」⁽⁷⁾だとしている⁽⁸⁾。この定義は、Kruk et al.(2015)の定義、すなわち「保健医療アクター、機関、人々が、危機に備えまた効果的に反応し、危機に際して中核機能を維持し、(中略)・・・必要があれば再編を行うこと」とも、おおむね共通した内容である。

しかし、Kruk et al.(2005)の定義では、中核機能の維持が主要内容として含まれている点には留意すべきである。同様な定義は、欧州連

合共同研究センター (Joint Research Centre) が、加盟国の社会のレジリエンスを評価した試みにおいても用いられており、そこではレジリエントなシステム (あるいは社会) は、「ショックや継続的な構造的変化に直面する際に、社会的なウェル・ビーイングを持続可能なやり方で提供する力を失わない」ようなシステム (社会) とされている (Joint Research Centre, 2018)。

EU が組織した医療機構についての専門家委員会では、こうした状況をふまえ、さしあたり次の定義を提案している (EU Expert Group on Health System Performance Assessment, 2020: p.6)。

医療機構レジリエンスが記述するのは、(i) 求められる業務を継続し、(ii) 最適な実動力をできるだけ速やかにとり戻し、(iii) より強靱な機構となるよう構造と機能を変え、(iv) (おそらく) 将来生じうる類似のショックと構造的変化に対する脆弱性を減らせるような仕方で、ショックと構造的変化を (a) 積極的に予見し、(b) 吸収し、それに (c) 適合するという医療機構の対応力である。

なお、このような突出した衝撃 (ショック) への対応だけでなく、医療機構が絶えまない課題に日々さらされており、それへの対応が日々問題となるところから、それらへの対応力を日常的レジリエンス (everyday resilience) としてとらえる見解もある (Barasa et al., 2018; Barasa et al., 2017)。EU 専門家委員会の定義にある構造的変化—高齢化などの変化を指すと思われる—は、日常的な負荷として表れているので、この観点が盛り込まれているともいえる。COVID-19 への対応を考える上では、さしあた

りショックへの対応という文脈の中で考え、その上で背景となる事項として構造的変化や継続的課題を把握するという整理を行うこともできよう⁽⁹⁾。

(3) 医療機構のレジリエンス—検討の枠組み

医療機構のレジリエンスを具体的に検討しようとする際には、医療機構レジリエンスは、供給や財政といった区分のように医療機構の一部を切り取って考えるものではなく、むしろその全体を特色づける性質であり、それが危機に際して示される、という点が重要である (Kruk et al., 2015)。このため、レジリエンスを検討することは、医療機構全体のあり方を視野にいたした作業となるとともに、仮想的な状況とそれへの対応の検討を必要とする。

検討の枠組みの例として参考になるのは、Kruk et al. (2015) の提示したものである。この枠組みはエボラ出血熱の流行への対応に触発されて提出されたものであり、グローバルな医療レジリエンスに関わる重要事項として、激烈な健康危機のグローバルな性質への理解と関係者の役割の明確さ、対応を導き責任を明確にする法・政策上の基礎、危険かもしれない業務に従事する強力で献身的な医療従事者の必要があるとしている。

さらに、Kruk らは都市工学等の文献によりつつ、レジリエントな医療機構には、危機や対応する資源の状況を把握する力、多様な課題に対応しうる多様性、危機に対応するとともに中核的なサービスを実施し、動揺を抑えうる自己調節性、多様なアクター・理念等をまとめあげる統合性、新たな状況をふまえて短期的にも長期的にも発展につなげられるような適合性、という5つの性質が備わっているのではないかと問題提起している⁽¹⁰⁾。

ショックの程度によって、レジリエンスに関わる対応力が変化する枠組みを提起しているのが、Blanchet et al. (2017) である。その枠組みでは、レジリエンスには、知識、不確実性、相互依存、正当性をどのように扱うかが関わり、ショックの程度により発揮されるべき力は異なる、とされている。資源が同程度利用できる場合には、同じ水準のサービスを継続する吸収力が発揮されるべきものとなる。資源が減少した場合には、その状況でも同じ水準のサービスを継続していくための適合力が発揮されるべきものとなる。最後に、環境の変化が大きい場合には、それに応じて機能・構造を変化させていく変容力が発揮されるべきものとなる。この枠組みでは、発揮される力そのものはこれまで紹介した議論と重なっているが、ショックの程度に応じて発揮される力が変わってくるという整理が示唆的である。また、この場合のレジリエンスの概念には、中核サービスの維持が重要な位置を占めている。

こうした理論的な検討は保健医療機構の現状を検討する際に、示唆的な観点を与えてくれる。さらに観点の提示に止まらず、具体的な検討を行うための枠組みを作る試みが行われている。Hanefeld et al. (2018) では、現実生じた医療機構へのショック (health system shocks) をもとに実際の枠組みをつくるべく、欧州金融危機、中低所得国における気象変化に伴う災害、エボラ出血熱の突発的流行、2013年以降の欧州における難民・移民危機という4つの事象を研究してきた研究者が協力して作成した、「3プラス2」という枠組みが提案されている。これは、① 健康情報機構、② 財政の仕組み、③ 医療労働力、という3つの機能と、それら全体に関わる2つの点、つまり (1) ガバナンスと (2) 支配的価値、を考慮するというものである。

このような枠組みを用い、個別の医療機構のレジリエンスを評価し、政策に活用する際には、それぞれの医療機構の固有の特徴とその背景、さらには直面しているショックの性質をふまえていくことが妥当とされている (Thomas et al., 2020)。医療機構そのものが、政治、経済、社会のあり方と深く関わり、それを無視した機械的評価は返って状況に合致しない可能性もある (Haldane et al., 2017)。

先にも述べたが、医療機構研究において、レジリエンスは、その意味するところはなお多様である。45の論文を概念分析し、その点を指摘したTurenne et al. (2019) は、さらに重要な問題を指摘している。つまり、システム理論をふまえば、医療機構のみのレジリエンス (health systems resilience) を指定することが果たして妥当なかどうかという問題である。というのは、ショックが大きければ大きいほど、その影響は保健医療部門だけでなく、経済、社会そして政治全般にわたるものとなる。このようなことをふまえた場合に、部門だけの検討が意味あるものになるかどうかは自明でない。

医療機構についてのレジリエンスが語られる場合には、さまざまな文脈で保健医療機構の様々な対象—コミュニティ、医療従事者、制度、社会等—に対して用いられており、さらにより幅広い政治、経済、社会の中での医療機構レジリエンスが述べられている。それに対して、医療機構レジリエンスとして分析される際には、変化に際して伝統的な医療機構の機能全体の保持が議論されているという。そして、この用語は、たいていの場合危機やショックなどの、突如の深刻な現象に関わって用いられるが、中には困難等と関連づけて用いられる場合もある。レジリエンス概念一般についても、知識、権力、対抗関係といった社会科学上の重要概念との関

係が明確でなく、またそれぞれの領域でも、回復の意味するところや、規範性を帯びた使い方をするかどうかが分かれているので、その利用が限定的となっているとの指摘もある(Olsson et al., 2015)。このようなことを考えると、医療機構レジリエンスという用語を用いて検討を行う際には、当面その意味をできるだけ明確に示しつつ行っていくことが望ましいように思われる。

2. 日本におけるCOVID-19の新型コロナウイルス感染症の流行と医療機構

(1) 5月末までの新型コロナウイルス感染症の流行への対応

新型コロナウイルス(SARS-COV-2)による感染症(COVID-19)への日本政府の対応は通常の疫学情報の収集から始まったが、武漢の都市封鎖、中国感染地域の在留邦人のチャーター便による帰国とそれへの対応、クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号の横浜港寄港とそれへの対応、といった一連の出来事の中で極めて大きく報道され、政治化した。以下、簡単にその経緯を述べる⁽¹¹⁾。

厚生労働省は1月28日に新型コロナウイルス感染症対策推進本部を設置し、専門家によるアドバイザリー・ボードを開催した。しかし、2日後には閣議決定により、新型コロナウイルス感染症対策本部が設置され、同本部が政策を決定し、関係省庁が実施するという体制となった。2月半ばには、この本部のもとに疫学専門家を中心とした新型コロナウイルス感染症対策専門家会議(以下「専門家会議」)が設置され、同会議の提言を適宜組み込みながら政策が決定された。他方で、2月末になされた休校要請のように、首相官邸から独自の政策が呼びかけられた例もあった。クラスター対策を中心に、伝

統的な感染症予防行為、さらには密閉空間、密集場所、密接場面を避けるという「3密」対策が呼びかけられ進められたが、3月中旬以降新規確認感染者数が増加した。これと合わせて、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」(以下、特措法)の改正が政府主導で行われ、3月中旬には、同法のCOVID-19への適用が明確となった。3月24日には国際オリンピック委員会による東京オリンピック開催の延期が決定された。

4月上旬には特措法による緊急事態制限が出され、都道府県知事による公共施設の閉鎖や「外出自粛」や「営業自粛」の要請が開始された。交通機関の利用の減少や都市部における人出の減少が生じ、企業では在宅勤務が推進された。大学等の多くの学校も休校やオンライン授業への切り替えを行った。4月中旬より、新規感染報告者数は減少し、5月の連休明けから緊急事態制限が地域を選んで段階的に解除され、5月25日には全国での緊急事態の解除が宣言された。

(2) 日本の保健医療機構のレジリエンスに関する課題

COVID-19への日本の医療機構の初期の対応の中で、そのレジリエンスに関わるどのような課題が示されたであろうか。先に述べたHanefeld et al. (2018)による「3プラス2」の枠組みを用いて、以下検討する。

まず、3つの機能的側面では、以下のような対応が行われた。健康情報システムについては、感染情報の把握と感染症に対する知識の収集・総合・普及という二つの側面から考えることができる。前者については、当初感染症対策の既存のシステム、「感染症サーベイランスシステム(NESID)」が用いられた。これにより、政府は新規感染者数等を集約し、日々公表した。

しかし、以下のような弱点も明らかになった。まず、このシステムに入力する情報が医療機関からのファックスによるものであり、入力等の作業負担が保健所スタッフの業務を圧迫した(大豆生田, 2020)。これに加えて、書き込まれた情報に不正確なものもあり、その確認作業を行うことも負荷を増加させた。こうした問題が明らかになり⁽¹²⁾、国は新型コロナウイルス感染者等の情報を管理するシステムとして、「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム(HER-SYS)」⁽¹³⁾を導入した。同システムでは、医療機関から自治体への情報送付が電子的に行われるが⁽¹⁴⁾、当初データ項目の不備などがあり、自治体、特に東京・大阪などの大都市への導入には時間を要した(大豆生田, 2020)。

新型コロナウイルス感染症流行に際して、慌ただしく新しい情報集約システムを開発、実装しようとしたのであるが、項目の詳細はともかくとして、情報システムの大枠を作成することは、このような流行の前にむしろ行われてしかるべきことであった。つまり、効率的な情報システムの整備については、大規模な新興感染症への備えという点では、残されていた課題の一つであった。同時に、流行が始まってから、数か月で部分的にでも開発・実装できたのは、もともとのICTに関する技術・資源・開発スタッフ等の調達ができたことに加えて、個人情報保護法制との関わりで利用が可能となっていた—その意味での備えがあった—ことも重要な要因と思われる。

感染症としてのCOVID-19についての知見の収集・総合・普及という点については、政府内部の状況を含めた評価が必要であるが、その点は今後の課題とせざるを得ない。しかし、少なくとも流行当初において政府から出されたメッ

セージでは、COVID-19の対策に関わる重要な情報と知識—これには根拠と判断基準が含まれる—が住民に分かりやすい形で示されていた訳ではなかった。例えば、状況把握のためのデータとしては、検査陽性者数、感染確認者数、入院者数、ICU等重症治者数、人工呼吸器装着者数、ECMO使用者数、などのデータについて、公表されるデータの種類が当初は少なかった。また、グラフなど認知されやすい形式での表現(データビジュアライゼーション)については、東京都などの自治体、東洋経済オンラインやNHKなどのメディアによる提供が先行した⁽¹⁵⁾。これに関わり、国際的な研究成果の社会的共有を迅速に行う政府機関がないことも浮上し、重要な情報源としてノーベル医学賞を受賞した—とはいえ、感染症管理がもともとの専門という分けではない—山中伸弥教授のウェブを通じた情報発信がメディアでとりあげられた⁽¹⁶⁾。

財政の仕組みについては、COVID-19そのものに関わる対応は感染症対策の枠組みを用いて、その多くが公費によって行われている。また、治療を行った医療機関への診療報酬の一部が増加する対応がなされるとともに、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業によりCOVID-19の治療および医療機関での感染予防対策、人材確保等それぞれ理由を明確にしつつ交付金が国庫より支払われることとなった⁽¹⁷⁾。しかし、医療機関の対応は、病床・人員体制の再編など多岐に及び、全体としての財政負担がどうなっているかは明らかでない。また、需要の減少による医業収入の減収が生じており⁽¹⁸⁾、これについても多くは検討課題として残されている。

医療従事者の確保など、第3次補正予算において、感染防止等に対する支援、COVID-19そ

のものへの医療対応の財政的手当は一定なされているものの、COVID-19への対応を組織するための追加的支出、COVID-19の社会的影響による収入減をどのように処理するかは、その方向性を含めて明確な見通しがたっていない。

医療労働力については、政策に関するスタッフと医療現場で従事するスタッフに分けて考えることができる。前者については、専門家会議が組織されたが、それとともに感染症疫学の専門家が政府内外を通じて少ないことも示された。さらに、新興感染症の流行をリードする人材を政府外部から求める格好になり、日本版CDCの創設など政府のこの点での機能が検討課題となった。後者については、特に保健所スタッフの業務負荷が過大となり、感染症対策という観点からの保健行政スタッフの配置・育成の見直しが迫られることとなった。また、地域においてPCR検査の体制を拡充しようとするときに実施するスタッフを調達することにも、簡単ではない課題があることが明らかになった。

ガバナンスについては、専門的知識の導入を行うための専門家会議が「前のめり」になり、さまざまな施策が提起されていった(アジア・パシフィック・イニシアティブ 2020; 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議構成員一同 2020)。この点は、民主制の問題としては問題含みであるが、端的に言えば緊急時において専門的知識を活用するガバナンスが確立していないことを示した。その後、特措法にもとづく組織への再編が行われ、政府の対策本部には経済学など幅広い分野の学者が任命され、疫学者としての感染状況の分析と提言は厚生労働省対策推進本部アドバイザー・ボードに引き継がれた。

支配的な価値については、緊急事態制限の発

出や2020年夏になって行われた旅行・外食振興策(GO-TOトラベル等)に関わって、「安倍政権は、感染拡大の抑制策が経済に過度の悪影響を当てることを恐れていた」のに対して、「知事は観戦抑制策自体を重視する傾向にあった」(竹中, 2020: 286)という価値の揺らぎがあったことは否めない。経済そのものも健康に対する影響は軽視できないことを考えると、ここで問われたのは、もっとも影響が想定される人口集団についての価値のせめぎ合いで合った可能性もあるが、この点については今後の課題とせざるを得ない。

Hanefeld et al. (2018)の「3+2」の枠組みからみると、少なくともCOVID-19への1-5月の対応においては、いくつもの課題があることが浮かび上がった。こうした課題がなぜ生じているか、そしてそれをいかに克服するかは、それぞれさらに検討が必要であり、本稿では、こうした課題を医療機構レジリエンスの課題として提示することにとどめておく。

3. むすび

本稿では、医療システムのレジリエンスについて、いくつかの先行研究をたどりながら概念を紹介し、日本のCOVID-19への対応について、Hanefeld et al. (2018)の枠組みを使って検討を行い、初期の対応におけるレジリエンス上の課題を指摘した。

この検討が示すのは、レジリエンス概念は多様で単一の定義はないとはいえ、視点を明確にして医療機構を分析することは、今後の施策を検討する上で有効な洞察を与えてくれるということである。本稿ではCOVID-19への1-5月の対応の一部のみを検討したが、医療機構レジリエンスの各種の定義や枠組みを用い、さらに広範な領域で、また長い期間について検討す

ることは、日本の医療機構の特徴をより明確にすることにつながるとともに、医療機構レジリエンス論の豊富化につながる知見を与えてくれる可能性がある。

謝辞

本論文は、立命館大学withコロナ社会提案公募研究プログラム「よりレジリエントな医療提供体制に向けて—新型コロナウイルス感染症対策の医療システム・政策研究」による研究成果の一部である。

注

- (1) 本稿は、日本医療福祉政策学会第4回研究例会(2020年8月8日)での報告に加筆・修正したものである。
- (2) こうしたことを示す報道として、例えば、毎日新聞(2021年1月28日 地方版)「新型コロナウイルス搬送「困難事例」急増 横浜市3倍、川崎市4倍…市消防局、救急の現場は疲弊」、小坂橋律子(2021)『搬送先が見つからない』東京都内で悲鳴続出。日経メディカルオンライン版(2021/01/20) (<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/hotnews/int/202101/568792.html>、2021年2月10日閲覧)。
- (3) Oxford English Dictionary, 2nd editionでは、再び(re)+跳躍する(salire)という意味のラテン語resilireから、派生していたとされている。
- (4) 医療安全分野では、工学的レジリエンスの流れにおいて理解できるレジリエンス・エンジニアリングをもとにしたレジリエント・ヘルスケアが提唱され、その実装の試みがなされている(中島[編], 2019; Hollnagel et al., 2019)。
- (5) 以下の整理も、塩崎ら(2015)を参照している。
- (6) 「システム、企業、あるいは個人が、極度の状況変化に直面したとき、基本的な目的と健全性を維持する能力」(須川綾子訳『レジリエンス復活力』ダイヤモンド社、2013年、p.10)とされている。

- (7) 以下の定義等の翻訳では、できるだけ意味が明確になるようにしており、文の構造などは適宜変更している。
- (8) ここで紹介している定義にあるショック(shocks)、適合(adapt)、維持(maintain)、吸収(absorb)、反応(respond)、変容(transform)という用語は、医療レジリエンスの内容を語る際に、しばしば用いられている。また、学習(learn)という用語は、繰り返し用いられているほどではないけれども用いられてはいるものとされている。同様の用語として、耐久(withstand)がある(Fridell et al., 2020)。
- (9) 日常的レジリエンスは、各種の課題に日々直面する教師のレジリエンスに関わって提起され、検討が行われている(Day & Gu, 2013)。
- (10) Kruk et al. (2015) は、“being aware, diverse, self-regulating, integrated, and adaptive” という言葉で、ここで述べている内容を説明している。
- (11) 対応の経緯は、アジア・パシフィック・イニシアティブ(2020)、竹中(2020)、西田(2020)、にまとめられている。
- (12) この情報がtwitterを通じて広がり政策化につながったと思われるのは興味深い現象である。杉崎真名「COVID-19、医師のツイートから行政手続きが効率化」ケアネット記事(2020年5月14日公開)、(<https://www.carenet.com/news/general/carenet/50026>、2021年2月5日閲覧)。
- (13) 英文では、Health Center Real-time information-sharing System on COVID-19 である。
- (14) 自治体の利用は徐々に広がり、厚生労働省第5回感染者情報の活用の方に関するワーキンググループに提出された資料では、9月上旬にはすべての保健所で運用が開始された(<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000696234.pdf>、2021年3月27日閲覧)。
- (15) 石島暁子(2020) コロナ禍における情報の視覚化(2020年5月14日掲載) (<https://www.jagat.or.jp/covid19-datavisualization>、2021年2月14日閲覧)。

- (16) 「山中伸弥による新型コロナウイルス情報発信」(<https://covid19-yamanaka.com/>、2021年2月10日閲覧)。
- (17) 厚生労働省医政局長・同健康局長「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業の実施について」(2020年4月30日、医政発0430第5号・健発0430第1号)。なお、その後補正予算でさらなる支援策が盛り込まれているが、割愛する。
- (18) 日本医師会が2020年3月から4月にかけて都道府県医師会に依頼して実施した調査では、回答した125病院、468診療所において、2020年3月の収入は病院では対前年比増であったが、診療所では9.4%の減少となっていた(日本医師会, 2020)。広島県の調査が2020年8月下旬から9月にかけて、県下の医療機関を対象として行った調査では、回答した279診療所・134病院の7割以上が、平常時に比べて最近の経営状況を「悪い」あるいは「やや悪い」としており、その理由には、外来患者数減少、入院患者数の減少、費用の増加などがあげられていた(広島県健康福祉局医務課, 2020)。

文献

- アジア・パシフィック・イニシアティブ(2020) 新型コロナウイルス対応・民間臨時調査会：調査・検証報告書、ディスカヴァー・トゥエンティワン。
- 大豆生田崇志(2020) コロナ禍デジタル戦記 行政現場はかく戦えり。日経コンピューター(2020年7月9日号), 58-63。
- 塩崎由人・加藤孝明・菅田寛(2015) 自然災害に対する都市システムのレジリエンスに関する概念整理。土木学会論文集D3(土木計画学), 71(3), 127-140。
- 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議構成員一同(2020) 次なる波に備えた専門家助言組織のあり方について(2020.6.24)。
- 竹中治堅(2020) コロナ危機の政治：安倍政権vs.知事、中央公論新社。
- ティスロン・セルジュ(2016) レジリエンス：こころの回復とはなにか、白水社。
- 中島和江編(2019) レジリエント・ヘルスケア入門：

- 擾乱と制約下で柔軟に対応する力、医学書院。
- 西田亮介(2020) コロナ危機の社会学：感染したのはウイルスか、不安か、朝日新聞出版。
- 西廣淳(2017) 生態系のレジリエンスと生物多様性：「変動の時代」の応用生態工学に向けて。応用生態工学, 20(1), 137-142。
- 日本医師会(2020) 新型コロナウイルス対応下での医業経営状況等アンケート調査、日本医師会。
- 広島県健康福祉局医務課(2020) 新型コロナウイルス感染症の影響による医療機関の経営状況等に関する調査結果報告書 (令和2年10月)。
- Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2018). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *Int J Health Policy Manag*, 7(6), 491-503. doi:10.15171/ijhpm.2018.06
- Barasa, E. W., Cloete, K., & Gilson, L. (2017). From bouncing back, to nurturing emergence: Reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy and Planning*, 32(suppl_3), iii91-iii94. doi:10.1093/heapol/czx118
- Bennett, S., Frenk, J., & Mills, A. (2018). The evolution of the field of Health Policy and Systems Research and outstanding challenges. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 43. doi:10.1186/s12961-018-0317-x
- Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431-435. doi:10.15171/ijhpm.2017.36
- Bruneau, M., Chang, S. E., Eguchi, R. T., Lee, G. C., O'Rourke T. D., et al. (2003). A framework to quantitatively assess and enhance the seismic resilience of communities. *Earthquake spectra*, 19(4), 733-752.
- Day, C., & Gu, Q. (2013). *Resilient Teachers, Resilient Schools: Building and Sustaining*

- Quality in Testing Times*. Oxon and New York: Routledge.
- EU Expert Group on Health System Performance Assessment. (2020). *Assessing the Resilience of Health Systems in Europe : An Overview of the Theory, Current Practice and Strategies for improvement*. Publications Office of the EU, Luxembourg.
- Fridell, M., Edwin, S., von Schreeb, J., & Saulnier, D. D. (2020). Health system resilience: what are we talking about? A scoping review mapping characteristics and keywords. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(1), 6-16. doi:10.15171/ijhpm.2019.71
- Haldane, V., Ong, S. E., Chuah, F. L., & Legido-Quigley, H. (2017). Health systems resilience: meaningful construct or catchphrase? *Lancet*, 389(10078), 1513. doi:10.1016/s0140-6736(17)30946-7
- Hanefeld, J., Mayhew, S., Legido-Quigley, H., Martineau, F. et al. (2018). Towards an understanding of resilience: Responding to health systems shocks. *Health Policy Plan*, 33(3), 355-367. doi:10.1093/heapol/czx183
- Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4(1), 1-23. doi:10.1146/annurev.es.04.110173.000245
- Holling, C. S. (1996). Engineering resilience versus ecological resilience. In National Academy of Engineering (Ed.), *Engineering within Ecological Constraints* (Vol. 31, pp. 32). Washington, DC: National Academy of Engineering.
- Hollnagel, E., Braithwaite, J., & Wears, R. L. (2019). *Delivering Resilient Health Care*. Abingdon and New York: Routledge.
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912. doi:10.1016/s0140-6736(15)60755-3
- Mills, A. (2012). Health policy and systems research: Defining the terrain; identifying the methods. *Health Policy and Planning*, 27(1), 1-7. doi:10.1093/heapol/czr006
- Olsson, L., Jerneck, A., Thoren, H., Persson, J., & O'Byrne, D. (2015). Why resilience is unappealing to social science: Theoretical and empirical investigations of the scientific use of resilience. *Science Advances*, 1(4), e1400217. doi:10.1126/sciadv.1400217
- The Joint Research Centre. (2018). *The resilience of EU Member States to the financial and economic crisis. What are the characteristics of resilient behaviour?* Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2020). *Strengthening Health Systems Resilience: Key Concepts and Strategies*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Turenne, C. P., Gautier, L., Degroote, S., Guillard, E., Chabrol, F., & Ridde, V. (2019). Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. *Social Science & Medicine*, 232, 168-180. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020
- Walker, B., Holling, C. S., Carpenter, S. R., & Kinzig, A. (2004). Resilience, adaptability and transformability in social-ecological systems. *Ecology and Society*, 9(2): 5. [online] URL: <http://www.ecologyandsociety.org/vol9/iss2/art5/>, accessed on February 2, 2021.
- Woods, D. D., & Hollnagel, E. (2006). *Resilience Engineering: Concepts and Precepts*. Boca Raton: CRC Press.
- Zolli, A., & Healy, A. M. (2013). *Resilience*. New York; London: Headline Publishing Group.

パンデミックがアメリカの医療労働者にもたらした もの——感染拡大はじめの5ヶ月を追って

What did COVID-19 bring for American medical worker? :
As a result of pursuit of five months

早 川 佐 知 子(明治大学経営学部)
Sachiko HAYAKAWA

本研究は2020年3月から2020年7月までの期間を対象に、アメリカCOVID-19に関する論点の整理を行い、そこから主として、医療労働者に関する出来事を分析することを目的とする。その方法として、病院経営・医療政策の専門誌である *Modern Healthcare* のニュースレター “COVID-19 Coverage” を用いた。

アメリカでは早い段階で多くの医療労働者が furlough (一時帰休)、レイオフされた。そして、これらの処遇や、勤務先医療機関の不十分な感染症対策などに抗議するための運動も活発であった。労使関係における出来事をまとめると、以下ようになる。第一に、感染者が増え始めた初期段階の3月に、最も多くのレイオフが行われた。最前線の医療職は不足し、過重労働になる一方、管理部門の職員を中心にレイオフを実施した医療機関が多かった。第二に、人手不足や保護用品の不足の解消、危険手当の支払いなどを求めて、いくつかの労働争議が発生した。これまで無関心だった層も労働組合に関心を示し始めている。第三に、労働争議は看護師のようなマジョリティ職種のみならず、さまざまな職種で行われた。一般的に言って低賃金である看護補助者もストライキの末、労働協約の改善を勝ち取った。

キーワード：COVID-19、furlough・レイオフ、労使関係、労働争議

1. はじめに—本研究の目的

(1) 研究の背景

新型コロナウイルス（以下、COVID-19）が人体を攻撃するのみならず、世界中の医療システムにダメージを与え続けて約半年が経過した。感染症というものにあまりにも無防備だった現代人は、この小さな存在から受ける損害の甚大

さに呆然とした。

この研究に着手したのは2020年3月である。当初、筆者を含めた多くの人は、事態がここまで長期化するとは予想しておらず、数ヶ月のうちに収束するものと楽観視していたであろう。そこで、アメリカ医療の研究者の端くれとして、COVID-19の発生から収束に至るまでのプ

(受理日：2021年2月13日)

ロセスを観察し、「どのような段階に」「どのような問題が起こるのか」を記録しておきたいと考えた。このアーカイブと分析により、次のパンデミックに襲われた際に、課題予測の一助となれればと望んだためである。

しかし、2020年9月現在においても、アメリカにおけるCOVID-19の感染は、収束には程遠い状況にある。そのため、本稿は当初の「発生から収束までのプロセスを追う」という目的を果たすことはできない。しかし、5ヶ月の間にアメリカ国内で約20万人もの命を奪った歴史的パンデミックのはじめの5ヶ月がどのようなものであったのか、書き残すことは無駄ではないと考える。各国の医療制度、医療資源、そして人口構成は大きく異なる。そして、その時の為政者がどのような人物で、何を優先させて意思決定をしたのかもそれぞれである。また、それらの意思決定がなされた背景に存在する社会経済的な状況も、国によって、置かれた時代によって変化するものである。ゆえに、本稿の事例がどれほどの普遍性を持つかはわからないが、可能な限り、2020年のアメリカ医療が置かれていた状況にも触れながら、考察を進めてゆきたい。

(2) 研究の目的と方法

一口に「アメリカ医療に起こった問題」と言っても、パンデミックの規模があまりに大きすぎ、起きた出来事もあまりに雑多で複雑である。そのため、COVID-19に関する社会科学的見地からの研究の端緒として、はじめに論点の整理を行いたい。どのような分野で、どのような論点が存在するのかという全体像を明らかにし、その後に個別の問題を取り扱う。全体像を明らかにするための方法として、病院経営・医療政策の専門誌である *Modern Healthcare*⁽¹⁾ が

2月末日から毎日配信を続けたニュースレター“COVID-19 Coverage”を用いる。その上で、2020年2月29日から7月15日の期間において、どの段階で、どのカテゴリーの議論が多発したのかを分析する。

本稿の後半では、このようにしてカテゴライズされたトピックのうち、医療労働者に関する議論を特に詳しく分析してゆく。なぜなら、国中でパンデミックが発生した場合、医療労働者、とりわけ有資格の医療専門職は、物的資源・資金的資源とは異なり、“急ごしらえ”が不可能だからである。また、適切なマネジメントに失敗すると、医療労働者本人、感染症患者、その他の患者、すべての生命に危険が及ぶことも、理由の一つである。結論を先取りすれば、アメリカでは早い段階で多くの医療労働者が furlough(一時帰休)、レイオフされた。そして、これらの処遇や、勤務先医療機関の不十分な感染症対策などに抗議するための運動も活発であった。パンデミックの規模が異なるとは言え、日本ではあまり見られなかったこのような動きについて分析を行いたい。

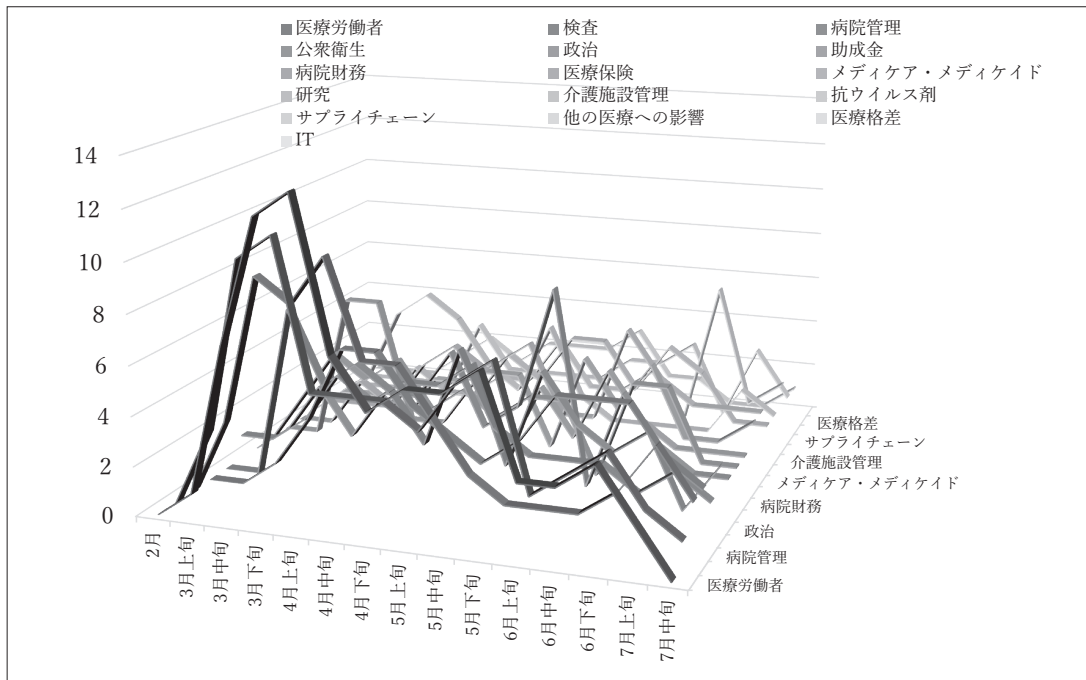
2. Modern Healthcare COVID-19 Coverage から見る論点の推移

病院経営・医療政策の専門誌、*Modern Healthcare* が “COVID-19 Coverage” という増刊のニュースレターを発行し始めたのは2月末日であった。ここから、7月15日に至るまで、筆者がトピックを分類したところ、図1・2のようになった。

図1は各カテゴリーのトピックが、どの時期にどれだけ掲載されたかの推移である。感染拡大の初期に集中的に採り上げられたテーマもあれば、数ヶ月後に遅れて議論が始まったテーマもあることがわかる。また、図2は創刊時から

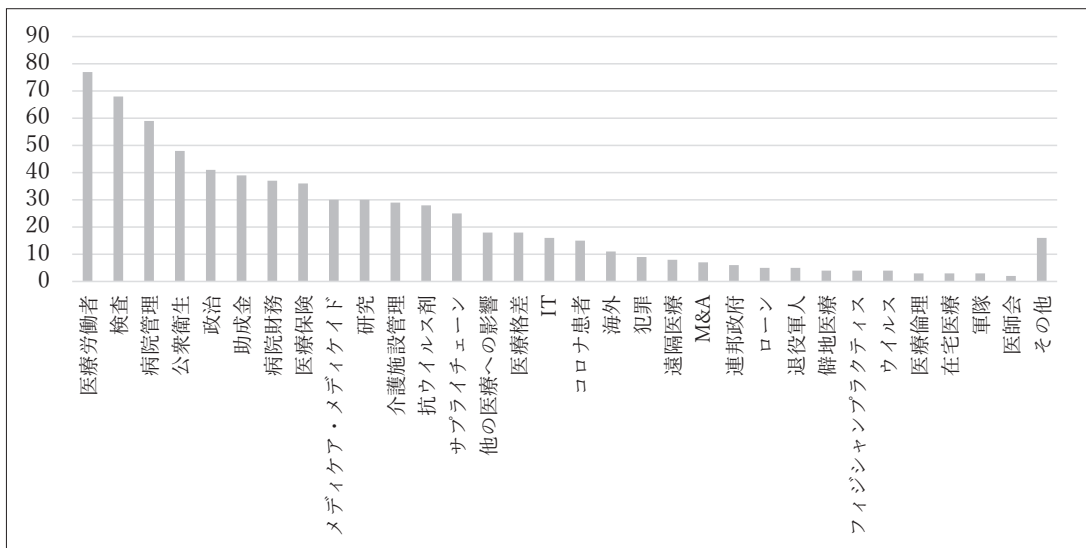
パンデミックがアメリカの医療労働者にもたらしたものの感染拡大はじめの5ヶ月を追って(早川佐知子)

図1 テーマごとのトピックの推移



Modern Healthcare COVID-19 Coverage より筆者作成

図2 創刊時(2月末)から7月15日までのトピック数合計



Modern Healthcare COVID-19 Coverage より筆者作成

7月15日までのトピック合計である。最も多いテーマである「医療労働者」「検査」「病院管理」等は、時期を問わず議論がなされていたテーマであった。

ここから、アメリカにおいてCOVID-19に関して起こった議論の全体像を整理する。アメリカ国内で初の感染症例が認められたのは2020年1月21日であった。しかし、中国や欧州諸国での感染爆発を対岸の火事のように見ながら、アメリカは初期段階での対策に致命的な遅れをとってしまった。ゆえに、感染症例発生から2-3ヶ月後にあたる3月・4月の段階では、さまざまな人的・物的資源の不足とそれに伴う混乱、そして感染者・死者数の急増という事態が発生している。この段階では、医療労働者の不足、感染予防のための保護材料や人工呼吸器、ICU病床の不足について、連日のように報じられた。また、検査体制が整わず、明らかな供給不足であったことも論点となった。

そして、国民皆保険制度を持たない唯一の先進国であるアメリカ特有の問題も、すでにこの時点で混乱の大きな原因となって現れた。すなわち、個々の契約によって保険適用の範囲が異なるため、前例のないCOVID-19の検査や治療

をどのように扱うのか、逐一検討する必要が生じた。また、後述のように、現業労働に従事する低所得者層ほど感染率が高かったにもかかわらず、無保険、あるいは適用範囲の狭い保険にしか加入していないことにより、支払いが困難となる人々が出ていた。

感染症例発生の3-6ヶ月後となる5月以降になると、COVID-19以外の患者を制限したことや、保護用品の高騰などによって、財政が危機的状況に陥る医療機関が増えた。そのため、政府の助成金をめぐる議論も活発となる。また、感染者のバックグラウンドも統計的に分析され、経済格差との相関関係が明らかとなった。抗ウイルス剤の研究や遠隔医療の可能性など、解決策が前向きに検討されるようになったのも、ここへ来てからである。このような論点の推移を表1にまとめた。大きな●で示した論点は、アメリカに特徴的なものである。

以上のように、感染が拡大し始めてから、どの段階で、どのような問題が起こるのかという論点の整理から、COVID-19をめぐる論点の全体像を掴むことができたと思う。次章では、これらの論点のうち、最多のトピックであり、前半・後半を問わず常に議論が続けられた医療労

表1 感染拡大の前半(3-4月)と後半(5-7月)における論点の変化

前半(2-3か月後)	後半(3-6か月後)	
・労働現場が大混乱 ・検査を受けられない人が多発 ・ベッドの不足、院内感染で混乱 ●支払いが困難な人が出てくる ・保護用品や人工呼吸器が足りない ●「前例なき疾病」への医療保険の対応が混乱	・政治的な駆け引きが始まる ・政府が助成金を支出せざるを得なくなる ・病院の財政が危機的状況になる ・介護施設での症例により注視が集まる ・抗ウイルス剤の研究や治験が活発になる ・他の患者への皺寄せが明らかに	●患者の人口統計分析が可能になり、経済格差との相関関係が浮き彫りになる ・海外に目を向ける ・遠隔医療やITに可能性を見出す ●これに乗じたM&Aが起こる ●医療保険の混乱は続く

Modern Healthcare COVID-19 Coverageより筆者作成

働者とCOVID-19について、詳しい議論を行いたい。

3. 医療労働者に関する論点

(1) 急増する患者に対応する医療労働者の不足

医療労働者に関するトピックの推移をまとめたのが表2である。これらのうち、最も多く採り上げられたのは、人手不足に関する問題であった。3月に入って一気に感染者数が伸びたこと、そしてウイルスの特性も明らかにならない状態にあって、現場では大きな混乱が生じていたことが窺える。これについては感染拡大の規模こそ異なるものの、日本で起こったことと同様である。

人手不足に関するトピックのうち、アメリカに特有の論点を挙げるとするならば、免許制度が州単位であること、そして更新性を採用していることから来る障壁であろう。いくつかの州は互換協定を結んでいるものの、原則として、アメリカの医療専門職のライセンスは州内においてのみ有効である。州を超えて活動を行うためには、手続きが必要となる。そのため、感

者数の少ない州の医療専門職が、感染拡大が深刻な州に援助に行こうとしても、認可が下りるまでの待機期間が生じてしまい、スピーディな動きの妨げとなる。「弁護士資格は全国共通であるのに、なぜ医師は州単位なのか、それは単なる競争排除が理由ではないのか」という趣旨の問題提起があった⁽²⁾。その後、多くの州では例外措置として州法を修正し、他州のライセンスでも医療行為を行うことが可能となっている⁽³⁾。

そして、もう一つの特徴としての更新制に関しては、ライセンスの更新をやめた者、更新手続きが間に合わなかった者に対して、やはり州法の例外措置が採られた。更新をやめてからの年数がそう長くないこと、有資格者であった際に法に抵触した行為がないこと等を条件に、緊急の現場復帰を認めた州が多い。更新には継続教育の単位取得や、更新手数料が必要となるが、これらの要件を緩和した州もある⁽⁴⁾。ただ、ひとたび現場を離れた医療専門職、とりわけ高齢者にとっては、電子カルテ等のIT機器や、最新の医療機器に不慣れであることから、新た

表2 医療労働者関連のトピックの推移

	2月	3月 月上旬	3月 月中旬	3月 月下旬	4月 月上旬	4月 月中旬	4月 月下旬	5月 月上旬	5月 月中旬	5月 月下旬	6月 月上旬	6月 月中旬	6月 月下旬	7月 月上旬	7月 月中旬	合計
人手不足	0	0	3	4	4	5	1	1	0	0	1	0	0	0	0	19
医療労働者の感染	0	0	4	0	2	1	1	1	2	2	1	1	0	0	0	15
ストレス	0	0	0	2	2	0	0	2	1	2	0	1	1	1	0	12
一時帰休・レイオフ	0	0	0	3	3	1	1	0	1	1	0	0	2	0	0	12
ストライキ・異議申し立て	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4
役員報酬・賃金のカット	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	6
安全性	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
解雇	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
労働組合	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
コミュニケーション	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
割増給	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

Modern Healthcare COVID-19 Coverage より筆者作成

な問題も生じたようである⁽⁵⁾。

(2) 医療労働者の感染、ストレスとバーンアウト

アメリカにおいても、COVID-19患者を受け入れていた医療機関で、多くの医療労働者みずからが感染する事態となった。ひとたび職員に感染者が発生すると、自宅待機期間を要し、人手不足に一段と拍車をかける。また、感染を予防するための十分なマスクやガウンが支給されるまでに相当の時間がかかった点も、日本と同様である。

そして、医療労働者が受けたストレスに関する議論も多く見られた。これについては、表2が示すように、初期段階に生じたストレスがある一方、ある程度時間がたってから明らかになってきたストレスもある。家族への感染を防ぐために自宅以外から通勤したり、日用品を購入することも困難な状況に直面したことなどは、各国共通に見られた問題であった。感染拡大からわずか半年しか経過していないが、医療労働者が経験したストレスや心的外傷に関する心理学の学術研究も、蓄積されつつある。

4. 一時帰休・レイオフとそれらへの抗議活動

医療労働者に関する論点をいくつか紹介してきたが、本稿では、労使関係に焦点を当てたい。日本でも東京女子医大病院の看護師たちが処遇への不満から退職の意思表示を行い、注目を集めた。この他にも、小さなストライキはいくつか起こったものの、大規模な抗議活動は東京女子医大のケースが唯一と言ってよい。医療労働者を聖職視する向きの強い日本において、緊急事態には、自らの処遇云々よりも目の前の患者を救うことに全力を傾けるべきという価値観が優勢なのかもしれない。しかし、平時にあって

も、医療労働者の過重労働が常態化され、それに依存した医療提供体制を享受してきた我々は、パンデミックを機に、考え直す時がきているように思えるのである。

表2のカテゴリーでは、労使関係に関するものを「一時帰休」「解雇」「役員報酬・賃金のカット」「ストライキ・異議申し立て」「労働組合の動き」と分類した。前半では、アメリカの医療労働者が直面した一時帰休と解雇、賃下げについて、後半ではこれらに抗議する運動について述べたい。

(1) 一時帰休・レイオフと解雇

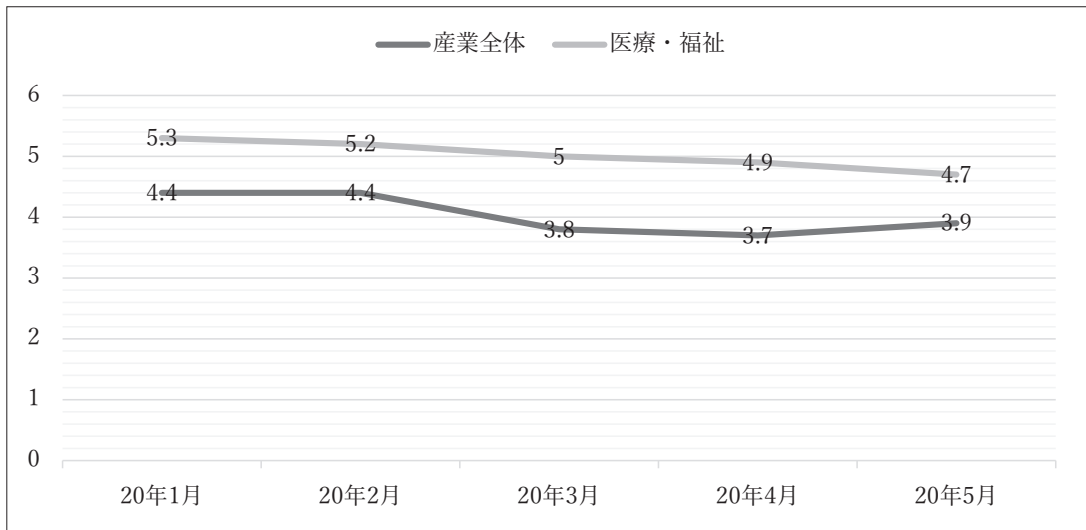
はじめに、医療産業以外の労働者をも含めた、全体の雇用の状況について示す。

図3は2020年1月から5月にかけての産業別求人率の推移である。近年、高齢化とともに常に雇用を増やしてきた医療・福祉産業においても、この5ヶ月間で求人率は0.6%低下した。図には示していないが、2019年5月時点での求人率は、医療・福祉産業が5.7%、産業全体の平均が4.6%である。医療・福祉産業では1年間で1%、求人率が低下したことになり、産業全体よりも下げ幅が大きい。

図4は、2020年1月から5月にかけての産業別離職率の推移である。人手不足で混乱していた医療機関が多かったにも関わらず、3月には多くの離職者を出していることがわかるであろう。3月は他の多くの産業においても離職率のピークであった。最も離職率が高かったレジャー・ホスピタリティ産業では実に32.7%を記録し、その他、商業が10.6%、建設業が9.9%と高かった。こちらも2019年5月の数値を見ると、医療・福祉産業では2.9%、産業全体の平均では3.7%であった。いずれも、2020年3月をピークにして、5月には前年の水準に戻ったと

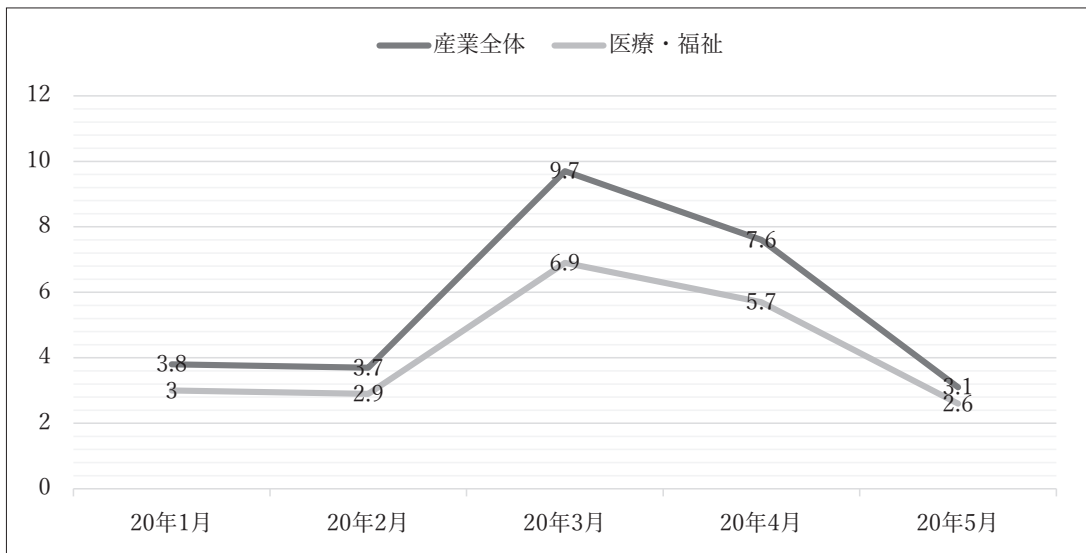
パンデミックがアメリカの医療労働者にもたらしたものの感染拡大はじめの5ヶ月を追って(早川佐知子)

図3 2020年における求人率の推移



U.S. Bureau of Labor Statistics "NEWS RELEASE Job Opening and Labor Turnover- May 2020" より筆者作成

図4 2020年の離職率の推移(退職・レイオフ・解雇を含む)



U.S. Bureau of Labor Statistics "NEWS RELEASE Job Opening and Labor Turnover- May 2020" より筆者作成

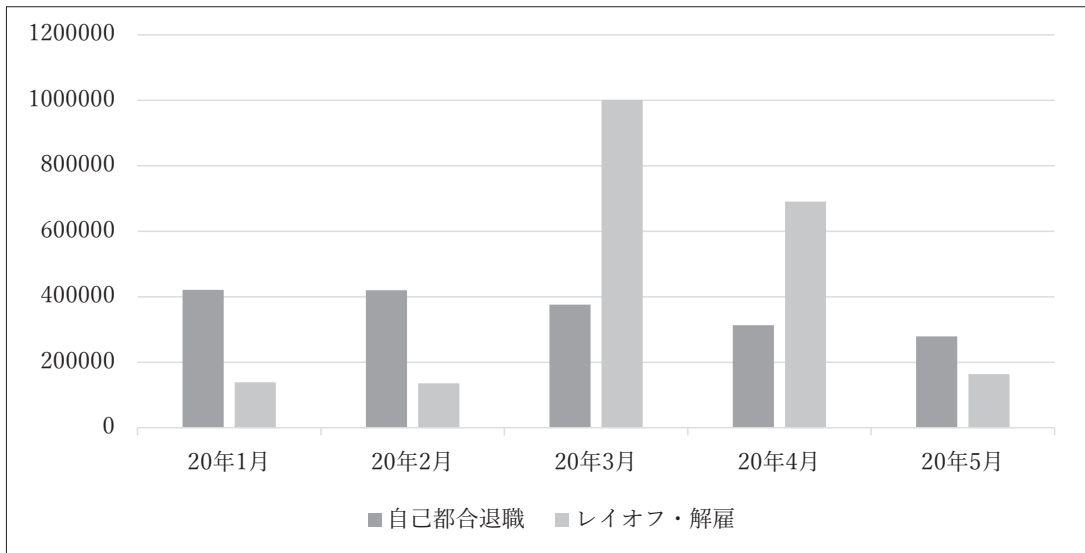
言える。

医療・福祉産業における離職の内訳を見てみると、3月・4月のレイオフ・解雇が非常に多く、自己都合退職を遥かに上回っている(図5)。

*Modern Healthcare*で報じられた医療機関の

レイオフ・一時帰休の動きを見てみよう。3月26日には、St. Claire Healthcare(ケンタッキー州)で全職員の25%にあたる300人の非臨床系職員を一時帰休とした⁽⁶⁾。3月29日には、Appalachian Regional Healthcare(ケンタッ

図5 医療・福祉産業における2020年の退職者数とレイオフ・解雇者数



U.S. Bureau of Labor Statistics “NEWS RELEASE Job Opening and Labor Turnover- May 2020”より筆者作成

キー州)が全職員の8%にあたる500人の非臨床系職員を一時帰休にした⁽⁷⁾。

4月1日にはTrinity Health Michiganが2500人の事務系職員を一時帰休とし、役員報酬をカットした。これらの職員の中には、復帰した者もあったが、7月1日に再び1500人を一時帰休とした。医療職に関しては、手術室や透析室など、コロナ以降ストップしている部門⁽⁸⁾の職員を配置転換して対応した⁽⁹⁾。4月2日には、テキサス州ダラスにあるTenet Healthcareが500人の非臨床系職員を一次帰休とした。これは、手術センターが保護用品の不足により部分的な操業を余儀なくされたことから来る収入減によるところが大きい。さらに保護用品の価格が高騰したことも打撃となった⁽¹⁰⁾。4月3日にはユタ州を拠点に西部に広く展開するIntermountain Healthcareは41,000人の職員に対し、給与削減はしないと声明を出したものの、4,000人の職員の配置転換を行った。しかし、800人の医師/Physician Assistants・Nurse

Practitionerは担当した患者数によって賃金が決まるため、患者減によって減収は避けられないだろうと報じられている⁽¹¹⁾。

4月22日には、Henry Ford Health System(ミシガン州デトロイト)は2,800人の職員を一時帰休にすると発表した。彼らは、患者が激減したユニットや一時休業したユニットの非臨床系職員であった⁽¹²⁾。Henry Ford Health Systemの場合、対象となった職員の医療保険は維持され、失業保険も利用することが可能であった。このように、一時帰休がなされる際の条件は医療機関それぞれである。福利厚生が利用できるケースもあれば、そうでないケースもあった。一時帰休・レイオフは5月以降も続き、5月27日には、Baylor Scott & White(テキサス州ダラス)が全職員の3%にあたる1,200人の職員をレイオフした⁽¹³⁾。

レイオフ・一時帰休が実施されたのは、医療機関だけではなく、4月14日には、臨床検査機関のQuestが給与削減、一時帰休、退職金

の保留を実施すると発表した。COVID-19の検査は入るものの、健康診断、入職前検査、手術などの通常の検査が激減したため、全体としては赤字となったためである。その他、時間単位で働く従業員には時短勤務とし、残業削減、昇進の凍結、臨時労働者の雇い止めも実施された⁽¹⁴⁾。そして、5月28日には、高齢者住宅と医療不動産企業である Ventas (イリノイ州シカゴ) が法人部門の25%の人員削減を発表した⁽¹⁵⁾。

これらの報道から見る限り、初期段階での一時帰休は管理部門などで働く非臨床系職員から着手されたことがわかる。臨床系の職員は可能な限り、不足している部門へ配置転換された。

(2) 医療労働者の抗議活動

このように、COVID-19の感染拡大により、医療分野の雇用にも一時帰休やレイオフの風が吹き荒れた。しかし、アメリカの医療労働者たちは唯々諾々とそれに従うだけではなかった。これらの一時帰休・レイオフ、そして感染防止対策が不十分な職場環境や長時間労働に抗議する動きも、全米各地で見られたのである。これまで労働組合が組織化されていなかった職場においても、態度の変容が現れた。後半は、これらの抗議活動について述べたい。

①アメリカ医療労働者の組織化率

はじめに、アメリカにおける医療労働者がどの程度、労働組合によって組織化されているのかを概観しておく。2019年のデータになるが、16歳以上の雇用労働者全体の組織率は10.3%である。そして、職業別に見ると、医療専門職においては11.8%と、やや平均を上回る数値となるが、一方で医療補助職になると7.4%と低くなる。これらに福祉を含めた医療・福祉産業全体では、6.8%となり、医療労働者は決して組

織率が際立って高い産業ではないことが確認できる。

ただし、給与水準には組合員と非組合員とで明らかな差異が生じている。医療専門職では組合員の週給中央値が\$1,275であるが、非組合員になると\$1,162と、\$100近く下がっている。医療補助職においても、組合員では\$684であるのに対し、非組合員では\$584である。

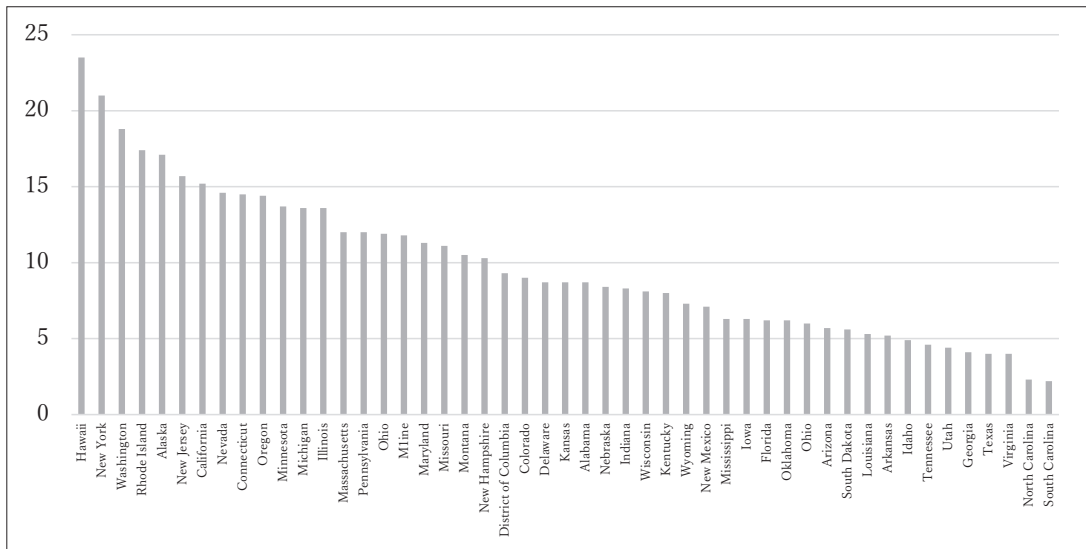
また、雇用労働者全体のデータとなるが、州によっても組織化されている雇用労働者の割合は大きく異なっている。最も高いハワイ州では23.5%、ニューヨーク州では21.0%であるのに対し、最低値のサウスカロライナ州では2.2%、ノースカロライナ州では2.3%にすぎない。これから言及するイリノイ州は13.6%、カリフォルニア州は15.2%と、もともと組織化率の高い州の事例であることをお断りしておく。

②イリノイ州の看護補助者によるストライキ

非常に画期的であった動きの一つが、看護補助者たちの抗議運動である。たびたび報道されたように、アメリカでは急性期病院とともに、ナーシングホーム等の高齢者施設で大規模なクラスターが発生し、入居する多くの高齢者が命を落とした。このような高齢者施設で介護の主軸となる職種が看護補助者⁽¹⁶⁾である⁽¹⁷⁾。正看護師(Registered Nurse)と比較すると、看護補助者は全国規模の職業団体の力も弱く、労働組合組織率も低い。すべての看護補助者が有資格であるわけではなく、職種として一つになって声を上げることは、他の医療専門職と比べると少なかった。州によっては、S E I U (Service Employee International Union) が対人サービス職種のの一つとして組織化し、労働協約の締結などに導いてきた⁽¹⁸⁾。

2020年5月6日に、イリノイ州介護施設協会

図6 州別の雇用労働者における労働組合組織率(単位：%)



U.S. Bureau of Labor Statistics, "Union affiliation of employed wage and salary workers by state, 2018-2019 annual averages" より筆者作成

は認定看護補助者の基本給を2ドル昇給、さらに2ドルのボーナスを与えると提案した。これは、100のナースিংホームに勤務する10,000人の労働者を代表する、Service Employee International Union Healthcare Illinoisとの団体交渉によるものである。しかし、SEIUは賃金増に加え、危険手当、より安全な保護用品の支給、疾病手当の増額を要求していたため、交渉は決裂した。その後、64施設、6,000人の労働者がストライキを執行し、歴史的な成果を得た。ストライキ後に締結した労働協約には、以下のような内容が含まれている。

- 協約の1年目には時給あたり2ドルの増額、2021年5月からは4%の増額。
- シカゴ地区の労働者は1年目の最低賃金を時給15ドルとなる。
- 州全体の賃金基準を2年目の始めに設定する。
- 1年目には、全ての労働者に対して、賃金スケールに16-24%の増額。

- 時給あたり2ドルのCOVID-19危険手当をすべての労働者に支給。
- すべての労働者に対して5日の有償病気休暇を与える。

6月15日の時点で、イリノイ州の9,500人の医療労働者がCOVID-19に感染し、60人が死亡する事態となっていた。このような環境にある中で、上記の認定看護補助者たちのみならず、医療労働者の組織化が勢いを増した。「これまで組織化キャンペーンに加わったことがない人や、組合員でなかった人たちも、職場での問題一つまり、コロナに関する問題、そして管理者がそれをどう扱うか—を見て、態度を変えている」とクック郡の病院に勤務する、National Nurse Unitedのメンバーである看護師はコメントしている。実際に、SEIUが組織化しているUniversity of Chicago Medicine Ingalls Memorial Hospitalでは、2月から比べて組合員が60%も増加した⁽¹⁹⁾。

③他州のストライキ

イリノイ州以外でも、感染者の多かった地域では、抗議活動が目立った。6月27日には全米最大の営利病院であるHCA HealthcareのRiverside Community Hospital(カリフォルニア州)で600人の看護師・看護補助者が10日間のストライキを行った⁽²⁰⁾。このストライキは一旦終了したものの、現在も①適切な経験のあるスタッフによる、適切なスタッフィングレベル、②患者ケアの安全を確保できるスタッフの休憩時間、③適切で衛生的な保護用品を支給し、それらを再利用しないこと、以上3点を中心に、交渉を続けている。7月8日には、Encino Hospital Medical Center(カリフォルニア州)において、ケースマネージャー、ソーシャルワーカー、薬剤師、臨床検査技師、栄養士が労働組合を組織化し、SEIU Local 121RNに加入した。そして、1週間前に行われた病院側の計画的レイオフに反対する活動を行った⁽²¹⁾。そして、7月20日には営利型病院であるProvidence St. Joseph Healthが所有するSanta Rosa Memorial Hospital(カリフォルニア州)の740人の労働者、すなわち看護補助者、呼吸療法士、Medical Technicianなどが5日間のストライキを決行している⁽²²⁾。これは労働協約の更新に際し、病院側が財務的な理由から年間有給休暇・病気休暇の削減を求めてきたことに端を発している。また、この病院の労働者の場合、2019年の山火事(Kindcare Wildfire)から緊急事態としての働き方を求められ続けていたことも、ストライキの背景にある。

一時帰休・レイオフのピークは3月と早い段階であった。しかし、抗議活動が活発になったのは、むしろその後の5月以降である。一時帰休やレイオフへの抗議以外にも、感染予防措置の改善、労働時間の短縮、危険手当の支給など

を求めて、多くの医療労働者たちが声をあげた。このような抗議活動は、日本と比較すると解雇しやすいアメリカの労働法制と表裏一体のものであり、異なる労使関係の形と言えよう。しかし、2年間の労働協約の改訂を勝ち取ったイリノイ州の看護補助者のように、これを機にCOVID-19危機の後もよりよい労働条件のもとで働き続けることができるような前進を見たケースもある。経営側も、労働者側も、おそらくこれまで抱えていた問題がCOVID-19を機に顕になった部分も多いであろう。顕になったことを終息とともに忘れるのではなく、互いに改善のための端緒にすることも十分可能であると考ええる。

5. おわりにー日本への示唆

本稿では、アメリカで最初の感染者が確認されてから半年の間で、医療界にどのような出来事が起こったのか、どのようなことが論点になったのかを整理した。今回はテーマごとに整理を行なったが、たとえば連邦レベル、州レベル、地域レベル、医療機関レベルなど、地理的・行政的な段階によって整理を行うことも有益であると考ええる。また、今回はアメリカ全体のニュースからトピックを拾い、鳥の目で分析したが、これらは氷山の一角に過ぎない。あまりに急速に多くの問題が起こったため、一つ一つの事例を丁寧に分析することは叶わなかったことをお許しいただきたい。この半年間で起こった出来事は、どの国においても医療のターニングポイントとなるはずである。それらが実際に何をもたらしたかについては、ある程度時間が経ってから明らかになることも多い。今後、一見、平時に戻ったような時が訪れても、考察を続けたい。

今回の考察の中心に据えた労使関係における

出来事をまとめると、以下のようになる。第一に、感染者が増え始めた初期段階の3月に、最も多くのレイオフが行われた。最前線の医療職は不足し、過重労働になる一方、管理部門の職員を中心にレイオフを実施した医療機関が多かった。第二に、人手不足や保護用品の不足の解消、危険手当の支払いなどを求めて、いくつかの労働争議が発生した。これまで無関心だった層も労働組合に関心を示し始めている。第三に、労働争議は看護師のようなマジョリティ職種のみならず、さまざまな職種で行われた。一般的に言って低賃金である看護補助者もストライキの末、労働協約の改善を勝ち取った。

以上の動きを見ると、新たな論点も浮かぶ。例えば、有資格の臨床系職種は職種別労働組合が組織化されることが多いが、今回、初期段階で一時帰休・レイオフの対象となった事務系職員の労使関係はどのようになっているのだろうか。また、事務系職員の一時帰休・レイオフの多発は、これと関わりがあるのだろうか。そして、図6のように、アメリカの場合、州によって労使関係の様子が大きく異なる。今回、抗議活動が行われた州はもともと組織率が高いリベラルな州であったが、組織率の低い保守的な州の場合、職員が悪条件を訴えるにはどのような方法があるのであろうか。むしろ、労使協調型の日本に対しては、こちらのケースの方が示唆に富むのかもしれない。

日本の医療を含めて考えてみよう。医療労働者の労働環境の悪化、すなわち、長時間労働、感染リスク、ストレス、感染差別、賃下げ・ボーナス削減などと、病院の財務状況の悪化をどのようにバランスするかという点は、日米共通の課題であった。COVID-19は、このような場合に備えて、医療機関が財務的ポートフォリオを再検討する機会となるのかもしれない。そし

て、リスク分散戦略も進む可能性がある。物的な面で言えば、これまでのように、大きな棟にすべての機能を集約させることは避けられるようになる可能性がある。そして、人的な面で言えば、予備役的な人材プールについても検討がなされるかもしれない。前述のように、今回アメリカでは医療専門資格の期限が切れた者に対して、特例的に現場復帰を認める措置が取られた。また、医療専門職の派遣労働者も従来の10倍以上の需要があったという。このような臨時の要員が用いられた際の課題を分析することも、有効であると考えられる。

日米では労使関係も違った形を取るが、日本においては今回、医療労働者の声をどの程度吸い上げられることができていたのだろうか。そして、メディアや我々研究者は、それらの声を市民に理解してもらえるよう提示する役割を果たせていたのだろうか。自戒を込めて、省みる必要があるだろう。多くの市民は、安全な場所から医療労働者を拍手で讃えるイベントには喜んで加わった。しかし、「感染リスクの高い人」という偏見によって医療労働者を遠ざける出来事も、残念ながらたびたび起こったのが日本の現実である。日頃は思いやりをもった市民を、そのような感情や行動へと走らせたものは恐怖から来る保身と、無知ではなかったか。全国的なウイルス感染症の流行から100年近く安寧をむさぼったおかげで、我々はこの間、得体の知れない敵から身を守ることだけに視野を狭めてしまった。ウイルス感染症との戦いには実に長い歴史があり、決して得体の知れない敵ではなかったはずなのだが。いつか来るかもしれないパンデミックに向けて、そこから学び、伝え続けようとしなかった愚かさを、今更ながら反省してやまない。

注

- (1) *Modern Healthcare*は1976年に創刊された、病院経営・医療政策に関する専門誌である。現在では週に1回、印刷版を発行しており、発行部数は公称71,400部である。主に、医療機関や医療関連産業の経営者層を読者として想定している。
- (2) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, April 09, "Pandemic proves urgent need for national practitioner licensing system"
- (3) 州法の修正については早川(2020)に詳しい。
- (4) 更新制度に関する州法の修正についても早川(2020)参照。
- (5) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, April 17, "How hospitals plan to retrain retired docs on EHRs"
- (6) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, March 26, "Kentucky hospital to furlough 300 employee in 'unprecedented time'"
- (7) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, March 29, "Second Kentucky hospital furloughs staffers"
- (8) ミシガン州知事は3月下旬に「①保護具を確保、②感染拡大の防止、③医療労働者を緊急の仕事用に確保」という理由から、「重要でないユニット、選択的処置・手術・予約」を制限するよう命令を出した。
- (9) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, April 01, "Trinity Health Michigan to furlough 2,500, cut executive pay due to COVID-19"
- (10) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, April 02, "Tanet announces furloughs, plans to raise cash"
- (11) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, April 03, "Intermountain CEO says health system is not cutting pay"
- (12) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, April 22, "Henry Ford Health to furlough 2,800 employees due to COVID-19 financial fallout"
- (13) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, May 27, "Baylor Scott & White to lay off 1,200

employees"

- (14) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, April 14, "Quest rolls out furloughs, pay cuts amid low lab test volumes"
- (15) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, May 28, "Ventas cutting jobs, executive pay amid COVID crisis"
- (16) 州により、Nursing AssistantやNurse Aide等、いくつかの呼称がある。この職種が携わることができる職務の範囲も、各州法でさまざまに規定されている。
- (17) 医療と介護で保険制度が明確に分かれ、それに伴って看護職・介護職と区分される日本とは異なり、アメリカの場合は看護補助者が高齢者のケアに携わることが多い。
- (18) 詳しくは、早川(2015)pp.245-246参照。
- (19) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, June 15, "Why the pandemic has energized hospital unions"
- (20) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, June 23, "HCA nurses to strike over staffing cuts and PPE shortages"
- (21) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, July 07, "Prime Healthcare hospital employees unionize, challenge layoffs"
- (22) *Modern Healthcare* COVID-19 Coverage, July 20, "More than 700 Providence St. Joseph workers go on five-day strike"

参考文献一覧

- U.S. Bureau of Labor Statistics (2020) "NEWS RELEASE Job Opening and Labor Turnover-May 2020"
- U.S. Bureau of Labor Statistics (2020) "Union affiliation of employed wage and salary workers by state, 2018-2019 annual averages"
- 早川佐知子(2015)『アメリカにおける看護師と派遣労働』溪水社
- 早川佐知子(2020)「新型コロナウイルスとアメリカの看護労働—Physician Assistantと上級看護師への緊急タスクシフトを中心に」『いのち

とくらし研究所報』第71-72号

Modern Healthcare COVID-19 Coverage, February
29-July 21 各号

Service Employee International Union Healthcare
Illinois (<https://seihcilin.org>, 2020年10月7日
アクセス)

Service Employee International Union Local 121
RN (<http://www.seiu121rn.org>, 2020年10月7
日アクセス)

ウィキッド・プロブレムとしての新型コロナウイルス感染症 —政治と専門性の関係を中心に—

Covid-19 as Wicked Problem: Concentrate
on the Relation of Politics and Expertise

杉 谷 和 哉(岩手県立大学・国際高等研究所)

Kazuya SUGITANI (Iwate Prefectural University, International Institute for Advanced Studies)

新型コロナウイルス感染症のパンデミックに彩られた2020年は、政策研究にとっても大きな課題を突き付けた。新型コロナウイルス感染症の問題の特徴を鑑みると、パンデミックがもたらした問題は、ステークホルダー間の対立が生じている、問題同士が関連している、対策にあたって必要とされる知識が不足している、不確実性が高い、といった特徴を備えていることが看取できる。これらの特徴を備えた問題は、政策研究で言うところの「ウィキッド・プロブレム」に該当すると考えられる。この着想を手掛かりに、本論文では、新型コロナウイルス感染症のパンデミック及びそれによって生じる課題を、「ウィキッド・プロブレム」と捉え、先行研究を駆使して分析した。その結果、科学の在り方が変容しつつあることと、「不快さを引き受ける政治」が必要であるといったことが示唆された。

キーワード：新型コロナウイルス感染症 (Covid-19)、ウィキッド・プロブレム、エビデンスに基づく政策形成 (EBPM)、専門性

Key Words : Covid-19, Wicked Problem, Evidence-based Policy Making, Expertise

1. はじめに

2020年は、パンデミックに彩られた一年となった。新型コロナウイルス感染症が世界的な猛威を振るい、世界的に多数の死者が出ており、国内に限って言えば、感染者は途絶えず、事態は収束の兆しを見せていない。その渦中であって、日本の感染症対策についても、様々な議論が交わされている。

筆者の専門は公共政策学であり、EBPM (Evidence-based Policy Making) が研究テーマ

である。中でも、政策そのもののエビデンスの導出に関わっている、行動経済学や統計学の研究者とは違い、EBPMの推進体制や、専門性に関わる政治体制といった点が主たる関心である。

本稿は、こういった筆者の関心にしたがいつつ、現時点で、政策研究にとって、新型コロナウイルス感染症がいかなる問題を投げかけているのかを考察し、後に続く研究の手がかりを残しておくことを目的としている。

(受理日：2021年2月13日)

この目的を達成するにあたり、手がかりとするのは、政策研究者らによって共著で書かれ、2020年4月にオンライン上で公開され、その後雑誌に収録された、“COVID-19 and the Policy Sciences: Initial Reaction and Perspectives”という論文である(Weible, et al, 2020)。

この論文は、コロナ問題に向き合う上で、政策科学の創始者の一人である、ハロルド・ラスウェルを取り上げる。ラスウェルは1956年の論文で、当時の米ソ関係や核兵器の問題を中心に扱いつつ、政策科学の使命や存在意義について扱っていた(Lasswell, 1956)。この問題意識を踏まえれば、政策研究の立場からコロナ感染症について論じるのは当然のことであるとされている(Weible, et al, 2020: 237)。

では、政策研究の視点から、現在の問題についてどのような論点が提示されるのだろうか。この論文では、政策科学に関連する新型コロナウイルス感染症の論点として、次の10点が挙げられている(Ibid.: 237-238)⁽¹⁾。

- ①パンデミックに対する政府の反応として、政策決定だけでなく、非決定や終了に関しても研究される必要がある
- ②感染拡大防止のためには人々の行動変容が必要であり、危機と人々の反応の関係についての研究が必要である
- ③パンデミックが暴露する政治的・経済的な格差とそれへの対策の研究
- ④パンデミックは政治的な優先順位や政策争点をどのようなものへと変えたか、またその変化は永続的なものなのかどうかについての検討
- ⑤科学的、技術的な専門性への依存度を高めることが政治的アカウンタビリティのありように如何なるインパクトを及ぼすか、について

の考察

- ⑥政策決定における感情の役割とその影響についての検討
- ⑦ナラティブやメッセージが人々の行動をどのように変えるのかについての分析
- ⑧危機、すなわちストレスフルな緊急事態下における学習の在り方についての検討
- ⑨公共政策の「共創」(co-creation)と「共生産」(co-production)をどうすれば強化・促進することが出来るかについての研究
- ⑩政策の成否を左右する多様な基本的価値観や方向性の間の相克をどのようにして克服するか、すなわちトレードオフについての研究

これらの論点は、Weibleらによれば、これまで十分に探究されてこなかった問題であり、いずれも政策研究の中で検討されるべきものだと言えよう。しかし、それらをひとつひとつ丁寧に検討することは、分量的にも筆者の力量的にも叶わないので、主として、五つ目の論点(政策と専門性の関係)に絞って議論を進めることとしたい。

検討を進めるにあたって参照する枠組みは、「ウィキッド・プロブレム」の概念である。これは、政策研究において重要な概念であり、新型コロナウイルス感染症がもたらす問題を考察する上でも役立つと考えられる。

本稿の構成は次の通りである。まず、新型コロナウイルス感染症がいかなる性質を持っているかについて、ウィキッド・プロブレムのフレームワークを概観する。続いて、これらウィキッド・プロブレムの特性がもたらす、政策立案にかかわる制約と、政治与える影響について考察を加える。これらを踏まえて専門性の変容について検討を加え、結論部分では、新型コロナウイルス感染症の今後に関して、EBPMの観点から、今後の展望

を示す。

2. ウィキッド・プロブレムとしての新型コロナ感染症

ウィキッド・プロブレムとは、次のような性質をもつ問題である。第一に、ウィキッド・プロブレムにおいては、問題の捉え方が、社会の構成員やステークホルダーによって異なっているとされる。第二に、その問題の性質そのものが特殊なことに由来する、次の三つの点がある。その性質とは大きく分けて、問題同士が相互に関連していること、対処するための知識が不足していること、不確実性、であるとされる(奥田2019: 192-3)。

これらの要素を踏まえたとき、新型コロナ感染症は、ウィキッド・プロブレムのいくつかの要件に当てはまることが分かる。この整理を行ったのが表1である。

新型コロナ感染症の問題を、ウィキッド・プロブレムとして捉えるのは、決して新しいものではなく、既に試論的な考察がいくつか存在している(Schulte, 2020; Lawrence, 2020)。ただし、これらの論考においては、具体的にどのような要素がウィキッド・プロブレムに該当しているのかについて、十分に考究されている訳ではない。そこで、どのような要素がウィキッド・プロブレムの要件に該当しているのかを表1に沿って概観していく。

一番目のステークホルダー間の対立に関しては、危機が表面化した当初よりも、それが長く中でより先鋭化していく。特に問題なのは、経済との関係である。ロックダウンを行い、経済活動を全て停止すれば、コロナウイルスの蔓延を止めることはできるだろう。しかし、実際には永遠に自粛を続けるわけにもいかず、経済活動を再開させる必要がある。その際には、疫学以外の専門家の意見も取り入れる必要がある(Dooren and Noordegraaf, 2020: 615)。また、今回のパンデミックの影響は、業種間でも影響に相違が見られる。特に観光業などへの影響は甚大な反面、それほど影響を受けていない業種もあるだろう。また、新型コロナ感染症の影響を大きく受けている人々も、それ程大きく受けていない人々もいる。政策課題の多くは往々にして、このような側面があるが、新型コロナ感染症に関しては、その程度はかなり大きいと言える。

二番目の問題同士の関連は、新型コロナ感染症の拡大防止を考えた際に課題となる。たとえば、感染症の拡大を防ぐには、徹底的なロックダウンを実施し、必要最小限の経済活動以外を禁止すればよい。また、大学の授業においても、あらゆる対面講義を禁止し、全てをオンライン授業にすれば、大学キャンパス内でのクラスター発生は避けられるだろう。しかし、それを推進することは、大学教員や非常勤講師らへの

表1. 新型コロナ感染症のウィキッド・プロブレム要素

ウィキッド・プロブレムの構成要素	新型コロナ感染症対策及びその対策の性質
ステークホルダー間の対立	「生命か経済か」、業種間の相違
問題同士の関連性	ロックダウンによる影響
知識の不足	未知の感染症による問題、漸進的に軽減
不確実性	問題状況の変化、増減を繰り返す感染者数

(出所)奥田(2019)の記述をもとに筆者作成。

負担や、学生の学びの支障といった、新たな問題を引き起こす。こういった事情は、アクターによる問題の捉え方の違いにも直結することになる。

三番目の知識の不足については、新型コロナウイルス感染症は、未知の病原体であることから該当する。世界各国で様々な研究が行われているが、未だにその全容が明らかではない。このことは、対策を考える上では深刻な制約となる。どの程度のロックダウンをすればよいか、どれくらいで収束する見通しがたつのかといった明確な展望を示せないことが、一層、人々の不安を駆り立てることになる。

四番目の不確実性は、知識の不足とも関連し、効果的な対策を打つことを難しくもしている。世界各国で異なる感染力や犠牲者数などは、感染症に多くの謎があることを示している。この性質上、新型コロナウイルス感染症対策は、非常に不確実性が高いと言える(Capano, et al, 2020: 288-91)。

これらの要件から、新型コロナウイルス感染症対策はウィキッド・プロブレムの要件を備えたものであると考えられる。この性質は、政策に対してどのような影響を及ぼすのであろうか。以下では、四つの問題を「ステークホルダーの対立」、「問題同士の関連性」と、「知識の不足」、「不確実性」のセットにそれぞれ分け、検討を加える。

3. ウィキッド・プロブレムとどう向き合うか

3.1 「ステークホルダーの対立」と「問題同士の関連性」による政策の限界

元来、政策研究は、意思決定の合理化を目指しつつも、それが簡単には実現しないことを認識した上で展開されてきた(上沼1985)。また、政策科学の創始者である、ラスウェルやイエ

ヘッケル・ドロアは、政策科学が「危機」に対応するための使命を背負ったものであると認識していたとされる(木下2007: 124-5)。このため、政策科学のプロジェクトは、あらゆる視点から課題に対処すべく、学際的な試みとして創始された。ここにおいては、政策に関連する数多の知識を踏まえることの重要性が強調されることになる(足立2009: 14-17)。これは、新型コロナウイルス感染症へのアプローチを考究する上でも重要な示唆をもたらしている。

たとえば、新型コロナウイルス感染症をめぐるのは、単に合理的な意思決定が求められるだけでなく、価値や規範のような論点も重要となる。なぜなら、多様なステークホルダーの合意を調達する上では、それらを踏まえた上でのレトリックや説得が必要だからである。そもそも、ウィキッド・プロブレムにおいては、唯一の最適な解決策が存在するわけではないため、この点は一層、重要なものとなる(Head, 2019: 192)。

最善の解決策が同定できない以上、どの程度の損害を我々は許容しうるのであるかといった、価値に依拠しなければ判断できない問いを避けて通ることはできない(佐野2013)。ステークホルダー間の合意を調達する上では、このような観点を踏まえて議論を進めることが望ましい。そして、そのためには、感染症や疫学だけでなく、多様な専門家の知見を取り入れることが不可欠なのである。

政策研究者のブライアン・ヘッドが指摘しているように、ことウィキッド・プロブレムの対策においては、合理的に解決しようとするあまり、問題群の繋がりを無視して分割して対処するのは得策ではない(Head, 2019: 183)。解決策についても、これらの相互関係を無視して実行することは、かえって問題を悪化させることになりかねない。

政策研究の観点から指摘できることは、政策手法に注目するアプローチの限界である。政策研究者の奥田恒は、ウィキッド・プロブレムに対処する上では、政策手段の組み合わせを中心とする政策デザインのアプローチには限界があると主張する(奥田2019)。なぜなら、このアプローチでは、ウィキッド・プロブレムにおいて重要である、ステークホルダーとの協調や、彼らからのフィードバックの確保といった点を考慮することができないからである(同上)。

政策デザインのアプローチが、新型コロナウイルス感染症のもたらす問題に対してうまく機能し得ないことは、別の理路からも説明可能である。たとえば、日本では法的にも強制的なロックダウンは不可能であり、感染者の徹底した追跡もできなかった。それらを可能にする制度、インフラが整っていなかったからである(羅2020)。このような背景を無視して、国のあいだの対策の優劣を論じることは不毛であろう。個々の手法の妥当性や有効性を吟味するだけでは新型コロナウイルス感染症対策を論じる上では不十分なのである(Mei, 2020)。

3.2 「知識の不足」と「不確実性」がもたらす「例外状態」

「知識の不足」と「不確実性」に対処するためには、問題に対処していく中で各アクターが学習を蓄積していくのが重要である。新型コロナウイルス感染症対策において、比較的成功をおさめているとされる韓国においても、関連するアクターの学習が重要だったことが示唆されている(Lee, et al, 2020)。もっとも、多くの人々は不確実な情報ではなく、絶対に安心できる方針を政府に示してほしいと考えるだろう。社会学者の西田亮介は、統御できない疫病に対して人々の不安が増大し、メディアがそれに拍車をかけ

るという像でコロナ禍の社会を描き出している(西田2020: 20-23)。新型コロナウイルスが、高い不確実性を伴っている以上、このような混乱は避けようがない。

こういった状況下において想起されるのが、カール・シュミットが提示した「例外状態」である。人々が緊急事態宣言の発令を「待望」するようにさえなったことは、事態を収拾するためには強大な権限を持つ政府による強制力の発動を人々が是認したことの証左でもある(同上: 74-77)。しかし、知識の不足と不確実性がもたらす不安を一挙に晴らしてくれるような存在を人々が希求する時、政府の権力に歯止めがなくなる可能性があることも指摘しておかなければならない。

この点について、究極的な例外状態であるところの総力戦(第一世界大戦)において、既に蔓延する不安に「感染」のイメージが用いられていたという挿話は興味深い(宋2015: 108-109)。あらゆるものが高速化した現代社会においては、流通する情報の量が膨大になり、フェイクニュースが蔓延する。新型コロナウイルスについても、真偽不明の情報がネット上を駆け巡っている。これを受けて、「インフォデミック」という言葉が用いられるほどである。そもそも、何が正しい情報で何が間違っている情報であるかについても、我々は確かな答えを持ち得ていないような状況下において、人々がエビデンスを吟味することなどは望むべくもない。

政治思想史家の宋偉男は、例外状態的な事態を引き起こす近代の「リキッドさ」(流動性)に着目した上で、共同体を防衛するために、「リキッドさ」と対照的な、「ソリッドなもの」を生み出すことに、主権的執行者の役割を見出している(同上: 111)。この指摘は、感染拡大を防ぐために各国が国境封鎖の措置をとったこと

と重なる。もちろん、これは完璧な解決策ではない。宋は続けて、問題がリキッドなものである以上、ソリッドな解決策は限界を露呈すると述べているが、これは新型コロナウイルス感染症対策にも通ずるものがある。新型コロナウイルス感染症の問題は、一国内で解決できるものではないため、国際的な枠組みによって処理する必要がある。したがって、共同体の凝集性を追求するだけでは、状況の悪化に対する歯止めにつながらない。「ソリッドな解決策」の限界がここに見出される。

この点で、「最終的解決のない『不快さ』とどこまでも付き合うことでしか、政治は可能ではなく、また成功もしない」(同上)という宋の指摘は大いに示唆的である。政治が科学に対して望むように、我々も政治に対して完璧な解決策を望むが、そもそも政治に完璧な解決策を提示する能力を要求するのは過大である。相手がウィキッド・プロブレムとなればなおさらそうであり、この過大な要求を放置することは、結果としてより大きな破局を招きかねない。ウィキッド・プロブレムがもたらす「知識の不足」や「不確実性」は、政治的な観点からも重要な問題提起を迫っていると言えよう。

以下では、これらの点を踏まえた上で、政治だけでなく専門性や科学の側も大きな変容が起きていることを見る。

4. 科学の変容と政治

4.1 「分かりやすさ」と「確かさ」のディレンマ

新型コロナウイルス感染症がもたらした危機は、従来の政治の在り方には大きな限界があることを露呈させた。これを受けて、人々は政府の強権による解決策や、一気呵成に物事を解決することのできる主体を欲望するようになる。

この危機に乗じて、一部の国では、自らの政

治的な立場の回復を企てる政治指導者も見られる(Mahor, et al, 2020)。しかし、先進諸国家の多くで見られたのは、一部の科学者の英雄視であった。

元来、科学とは価値中立的な営みであり、客観的に観察可能な事実をもとに判断を下す営みであると。科学は基本的に反証可能性に開かれており、議論が交わされることが前提である。これは、科学の健全な発展と進歩にとって不可欠な要素であるが、危機に直面した時に科学は、また別の側面を見せることがある。その一つが、科学の「属人化」ともいえるべき問題である(Dooren and Noordegraaf, 2020: 612)。

科学は本来、一握りの天才による営みではなく、グループやチームによるものであり、国際的なコミュニティがその発展を支えている。もちろん、ノーベル賞の受賞などでは、しばしば科学者個人にフォーカスが当たることがあるが、実際には科学とは集団的な営みである面が強い。

ところが、COVID-19への対策においては、多くの国で特定の科学者が、ある分野を代表しているかのように扱われる事態が起きた。これが「属人化」と呼ばれる現象である。特定の科学者を英雄視する傾向などは、その典型である。

なぜこのようなことが起きるのだろうか。それは、多くの国民が、危機的な状況に陥った時に、「答え」を知りたがり、「安心」を得たがるからである。そのためには、科学には「顔」が必要とされる。これは、科学本来の在り方とはかけ離れた形態であり、特定の学説以外の学説を排除する傾向が出てくるおそれもある。こうした事態は、致命的な失敗に繋がりがかねない。

既にみたように、ウィキッド・プロブレムに関する科学的エビデンスは常に不確実性を含んでおり、絶対的な基準を提供することができな

い(Dooren and Noordegraaf, 2020: 614)。どれだけ専門性に依拠し、客観的なエビデンスを収集したとしても、最後の決断において、政治の役割は重要であり続けている。相手とするのが、ウィキッド・プロブレムである以上、専門家に全て任せているだけでは事態の収拾は望めない。ましてや、その意見がごく限られたものであっては、失敗の可能性は高くなる。

日本では、「クラスター対策班」が中心となって市民とのコミュニケーションを図った。ここでは、大量のグラフや図が用いられて説明がなされた。しかし、安倍首相も言及した「日本モデル」と喧伝される内容については、データに不備があったこともあり、恣意的な解釈が入る余地が多大にあるとして、疑義が呈されている(田中2020)。

政府が提示するエビデンスの吟味は、科学の推進に資する上、より効果的な対策に不可欠である。また、EBPMの観点からも、多元的なエビデンスの導出によって、よりよい政策形成が促される可能性を広げる点で、好ましいと言える(杉谷2020a: 82-7; 2020b: 94-5)。ところが、危機の時代にあるとき、このような科学特有の性質や、いわば科学の「論争」(contestation)は、世論の混乱を招き、激しい対立を惹起することになる(Dooren and Noordegraaf, 2020: 612)。たとえば、ワイドショー等に登場する「専門家」(中には資質を疑われる者もいた)たちの発言が社会にいかなる影響を及ぼしているかは、今後、検討される必要のある課題であろう。人々の行動を変えることが必要とされる状況において、「錯綜」ともとれる専門家同士の見解の相違や、科学モデルをめぐる論争は、行動変容を企図する政策の実効力を弱めることに繋がりがかねないのである。

ここには、危機の状況下における専門性の深

刻なディレンマが見て取れる。人々の行動変容を促すためには、ノイズのない、「分かりやすい」メッセージが求められる反面、この方針は致命的な失敗に繋がりがかねない。そして、方針の誤りが明らかになると、人々は専門家への信頼を失い、政策に実効性をもたせることがますます困難になる。

このようなディレンマをどのように処理すればよいのだろうか。ウィキッド・プロブレムである以上、最適な解決策は望むべくもない。このことを踏まえた上で、次節では、新型コロナウイルス感染症の対抗戦略を考察する。

4.2 新型コロナウイルス対策への示唆—透明性の確保と国際的な取組み—

ここまでの議論で、新型コロナウイルスがウィキッド・プロブレムであるがゆえ、専門性及び専門家に大きな負荷がかかっていることが確認された。この状況に対して、いかなる対抗戦略が考えられるだろうか。

新型コロナウイルス対策において、日本に欠けているとしばしば指摘されているのが透明性である。これに対して、韓国はコロナ対策において成功した国として知られているが、その対策の中心に据えられていたのが透明性の確保である(Lee, et al, 2020: 375-6)。韓国政府は、感染者が出ると、民間企業と連携することでその行動履歴を把握し、迅速なPCR検査を実施して拡大防止に努めた。情報開示のためにウェブサイトやアプリケーションを多用することで市民の行動変容を促しつつ、政府への信頼を高めることに成功したとされている(Ibid)。これらの方針によって、韓国では政府の行政組織間や、地方自治体における学習が効果的に作用したことが示唆されている(Ibid.: 377-8)。透明性と公開性を伴った政策決定であれば、市民は政策の

背後にあるロジックを理解するため、ステークホルダーの同意を調達することが比較的容易となることも示唆されている(Dooren and Noordegraaf, 2020: 613)。

ただし、政策決定過程を透明化することが、必ずしもいい結果に繋がるとは限らないことにも注意が必要である。専門家会議の議事録が公開されていないという問題が一時期、日本で話題になったが、この状況下では、誰がどういった発言をしたかをすぐに公開することは難しい上、特定の専門家に対する攻撃に繋がる危険性をも含んでいる。参加している専門家らの所属する大学や学会への抗議活動などに発展すれば、誰も会議にコミットしようと思う人はいなくなるだろう。そもそも、研究やエビデンスの導出に関しては、透明性を貫徹するに適さない側面もある(Hammersley, 2013: 27)。この点を踏まえた上で、適切なかたちで情報公開を行うことに政府は意を尽くすべきである。

この方針は主として一国内のものであるが、新型コロナ感染対策は、一つの国だけで対策するには限界がある。たとえば、各国が行った入国制限や渡航制限を見れば分かるように、この危機はグローバルなものである。この点で、現在、世界が喫緊の課題として取り組んでいる気候危機が参考になる。なぜなら、気候危機もまた、グローバルな問題であると同時に、長期的な対策が必要だからである。

気候危機に対抗するにあたっては、国際的な研究者ネットワークが形成され、多国間連携の上で対策が協議されている。新型コロナ感染症対策は、現状では各国の専門家が独自の対策をそれぞれの政府に助言するにとどまっているが、今後は国際的な枠組みにおいて議論が推進されるのが望ましい。こういった取り組みは、新型コロナ感染症に対する、国際的な対処を考え

る上でも大いに参照されるべきであろう。政策研究の知見からも、こういった国際的ガバナンスの実践や、専門知の政策への波及について論じられてきた(Fischer, 2017)。そして、国際的な協調のためにも、各国のあいだで決定を透明化し、データをオープン化しておくことが不可欠な要件となる。

これらは、上述したウィキッド・プロブレムの性質に鑑みても有効な戦略であると言える。透明性の確保は、ステークホルダーの合意調達に寄与し、多国間連携とそれらの知見の共有は、不確実性の軽減や知識の充実化に繋がりが得る。ウィキッド・プロブレムを解釈する上で必要とされる、包括的な課題の理解についても、問題の相互関係を明らかにする上で、透明性の確保は前提条件と言ってもよい。

そして、これらのアプローチを可能にする前提として、4.1で述べた「分かりやすさ」と「確かさ」のディレンマに対処する政治の在り方が求められる。以下では、これらの知見を踏まえた政治と専門性の関係についての構想を提示する。

4.3 「不快さ」を引き受ける政治へ向けて

透明性の確保や、国際的な取り組みによって、ある程度は不確実性を軽減することもできるが、それは完璧なものではない。不確実性の存在は、最終的解決の不在を意味する。このことは、ウィキッド・プロブレムの要件でもある。そして、3.2で引用した宋が述べるように、最終的解決が存在しない状態がもたらす「不快さ」を引き受けるのは、政治でしかありえない。

この点で、専門性の政策への活用を訴えてきたEBPMにおける政治観には修正が必要であるように思われる。というのも、EBPMの議論において、政治は後景に退き、せいぜいのとこ

ろ、エビデンスの恣意的な活用が戒められる程度の議論しか行われてこなかったからである。たとえば、2020年に発刊された、大橋弘編『EBPMの経済学』(東京大学出版会)は、各省庁のEBPMの取組みについて学者と官僚が執筆したものであり、理論的な検討や整理、具体事例の吟味が十全に展開された、本格的なEBPMの研究書である。

ところが、当該書籍にはEBPMの実現に不可欠な政治についての考察や言及がほとんど見られない。政策には完全な正解などなく、たとえどれほど頑強なエビデンスがあろうと、失敗の可能性が常にあるということは、執筆陣においても共有されている筈である。ではEBPMが失敗した時の責任は誰が負うべきなのか。助言をした専門家なのか、政策立案に携わった官僚なのか、政策決定を行った政治家なのか。このような問いが全くとっていいほど論じられていない。EBPM推進において、政治は論じる対象ではないかのような扱いをうけている。

このような見解は、政治が専門家を盾にするかのような振る舞いを見せている現況を踏まえた時、不十分なものに映る。日本の新型コロナウイルス感染症は、「たじろぐ政治」と「前のめりの専門家」という言葉で表現される(牧原2020)。政治が混乱して適切な判断に躊躇する中、社会とのコミュニケーションを積極的に図ったのは専門家集団であった。専門家集団の見解それ自体の是非は別としても、本来であれば、こういった役割を果たすべきなのは、国民の代表たる政治家の筈であるにもかかわらず、実際には専門家への丸投げが行われた。

この事態が示唆するところは、政治の側が本来引き受けるべき不確実性によって生じる諸問題を、専門家に転嫁する時、EBPMは画餅に墮すということである。重要なのは、政治と専門

性の適切な役割分担にとどまらず、政治の側が政策決定を国民の側に納得させるプロセスに他ならない。これを欠いた状態で、専門家を登用したり、専門性に依拠した決定を下したと標榜したりしても、事態の改善は望めない。「不快さ」を消去できるかのように振る舞う政治は、事態を一層、混乱させることにしかならないのである。政策研究が今後、貢献すべきなのは、これらの政策過程を的確に分析し、その決定過程の改善方策を論じ、専門性の活用における政治の在り方をいま一度、再考することにあるのではないだろうか。

5. 結論

以上、本稿では、政策研究が新型コロナウイルス感染症に対して、いかなるアプローチをとりうるかについて考察してきた。以下、ここまでの議論を簡単にまとめたい。

第一に、新型コロナウイルス感染症の問題が、ウィキッド・プロブレムに該当する側面を有していることを指摘した。ウィキッド・プロブレムにおいては、関連アクター間で問題の認識が異なることや、不確実性が高いことなどから、合理的な問題解決が望めないことを指摘した。

第二に、政治と専門性の在り方が変容していることを指摘した。政治的意思決定者には、専門性への安易な依存と責任回避の傾向が見られること、それを受けて、専門性の在り方そのものもまた変容しつつあることが明らかになった。これらの論点は、新型コロナウイルス感染症がウィキッド・プロブレムの性質を有していることと関連している。アクターごとに異なった問題の捉え方や高い不確実性は、合理的な政策決定を阻害し、政策過程における非合理的な要素を強めること繋がる。

長期的かつグローバルなウィキッド・プロブ

レムに対抗するためには、専門的な知見の蓄積だけでなく、政治の役割が重要となる。中でも、不確実性を含んだ問題の対処において、市民とのコミュニケーションの意を尽くすことや、専門性が提示する限定的なエビデンスに依拠して適切な判断が意思決定者に要請される。そして、より一層重要なのは、そういった不確実性を市民に受け止めさせるだけの信頼関係を醸成することである。この点で、第二次安倍政権は、専門的な知見の活用の仕方を鑑みても、市民社会との間に良好な関係を築くことに失敗したと言わざるを得ない。新政権が新型コロナウイルス感染症対策を手掛けるにあたっては、不確実性を伴ったウィキッド・プロブレムに対して、市民社会との信頼関係を構築して臨むことが求められている。

注

- (1) 以下10点の指摘の翻訳については、足立・杉谷(2020)に拠った。

参考文献

URLは全て2020年7月22日、最終アクセス。

(日本語)

- 足立幸男(2009)『公共政策学とは何か』、ミネルヴァ書房
- 足立幸男・杉谷和哉(2020)「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が公共政策学に突き付けているもの：リーダーシップと専門性を中心に」、『公共政策研究』第20号、76-86頁。
- 有本建男・佐藤靖・松尾敬子(2016)『科学的助言：21世紀の科学技術と政策形成』、東京大学出版会。
- 井田敦彦(2020)「COVID-19と緊急事態宣言・行動規制措置」、『調査と情報』、No.1100。
- 上沼正明(1985)「政策科学の課題と方法：S・ナゲルとY・ドロアの所論を中心に」、『早稲田社会科学研究』、第30号、33-69頁。

- 大橋弘編著(2020)『EBPMの経済学：エビデンスを重視した政策立案』、東京大学出版会。
- 奥田恒(2019)「マイケル・ハウレットの『政策統合』アプローチ：ウィキッド・プロブレムへの対処戦略からの検討」、『社会システム研究』、第22巻、191-206頁。
- 木下貴文(2004)「『政策科学』の構想と展開：ラスウェルとドロアの議論から」、『社会システム研究』、第7号、113-126頁。
- 佐野亘(2013)「規範的政策分析の確立に向けて」、『公共政策研究』、第13号、65-80頁。
- 杉谷和哉(2019)「共生社会と民主主義についての試論：共生社会に資する政治的ダイナミズムの提示」、『共生社会システム研究』第13巻、1号、農林統計出版、78-97頁。
- 杉谷和哉(2020a)「『エビデンスに基づく政策』における政策過程論とガバナンス論の検討：ポール・ケアーニーとジャスティン・パークハーストの議論を通じて」、『社会システム研究』、第23巻、77-92頁。
- 杉谷和哉(2020b)「エビデンスに基づく政策における責任論の再考：医療・教育学のエビデンス論を参考に」、『医療福祉政策研究』、第3巻、1号、85-100頁。
- 宋偉男(2015)「カール・シュミットと速度の政治：『政治的なものの概念』の含意するもの」、『社会システム研究』、第18巻、99-114頁。
- 田中重人(2020)「感染症対策『日本モデル』を検証する」、『世界』、第934号、岩波書店、97-104頁。
- 手塚洋輔(2010)『戦後行政の構造とディレンマ：予防接種行政の変遷』、藤原書店。
- 手塚洋輔(2020)「予防接種をめぐる決断と責任」、『現代思想』、第48巻、青土社、103-108頁。
- 羅芝賢(2020)「疫病と酸っぱい葡萄：感染経路追跡にまつわる権力手段について」、『現代思想』、Vol.48、青土社、129-138頁。
- 西田亮介(2020)『コロナ危機の社会学：感染したのはウイルスか、不安か』、朝日新聞出版。
- 牧原出(2020)「前のめり専門家とたじろぐ政治」、『中央公論』、第134巻、8号、中央公論新社、

- 96-104頁。
- 吉田徹 (2020) 「コロナ時代のデモクラシー」、『世界』、第934号、岩波書店、40-49頁。
- (英語)
- Capano, G et al (2020) “Mobilizing Policy (In) Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses”, *Policy and Society*, Vol.39, Issue.3, pp.285-308.
- Dooren, W.V and Noordegraaf, M (2020) “Staging Science: Authoritativeness and Fragility of Models and Measurement in the Covid-19 Crisis”, *Public Administration Review*, Vol.80, Issue.4, pp.610-615.
- Fischer, F (2017) *Climate Crisis and the Democratic Prospect: Participatory Governance in Sustainable Communities*, Oxford University Press.
- Head, B (2019) “Forty Years of Wicked Problems Literature: Forging Closer Links to Policy Studies”, *Policy and Society*, Vol.38, Issue.2, pp.180-197.
- Lasswell, H (1956) “The Political Science of Science: An Inquiry into the Possible Reconciliation of Mastery and Freedom”, *The American Political Science Review*, Vol.50, No.4, pp.961-979.
- Lawrence, M (2020) “The ‘Wicked Problem’ of the Covid-19 Pandemic”, IASS Colum, Released in 9, April, 2020.
- (<https://www.iass-potsdam.de/en/blog/2020/04/wicked-problem-covid-19-pandemic>)
- Lee, S and Hwang, C and Moon, M. J (2020) “Policy Learning and Crisis Policy-Making: Quadruple-Loop Learning and COVID-19 Responses in South Korea”, *Policy and Society*, Vol.39, No.3, pp.363-381.
- Mei, C (2020) “Policy Style, Consistency and the Effectiveness of the Policy Mix in China’s Against COVID-19”, *Policy and Society*, Vol.39, No.3, pp.309-325.
- Schulte, I (2020) “Working Through Wicked Problems: Coronavirus and Implications for the Future”, *Climate Focus*, Released in 27, May, 2020.
- (<https://www.climatefocus.com/blog/working-through-wicked-problems-coronavirus-and-implications-future>)
- Weible, C.M et al (2020) “COVID-19 and the Policy Sciences: Initial Reaction and Perspectives”, *Policy Sciences*, Vol.53, pp.225-241.

原著論文

プライマリ・ケア分野診療看護師(仮称)に求められる 居宅療養生活支援コンピテンシー —東京圏在住の中年世代に対するフォーカス・ グループ・インタビューから—

Home care life support competencies required for nurse
practitioners (tentative name) in the primary care field
—Based on focus group interviews with the middle-aged
generation living in the Tokyo area—

大 釜 信 政 (帝京科学大学医療科学部看護学科)
Nobumasa OGAMA

要旨：本研究では、近い将来、居宅でプライマリ・ケアを利用する可能性が高い東京圏在住の中年世代(40歳以上65歳未満)にある男女に対して調査を実施し、診療看護師(仮称)から居宅療養生活支援を受けるとした場合、どういったコンピテンシーを当該看護師に求めるのかに関して明らかにした。プライマリ・ケア分野診療看護師(仮称)に求められる居宅療養生活支援コンピテンシーとして、【看護師としてのかわり】【日常的療養生活への支援】【居宅における終末期診療の実践】【他職種からの支援体制の確保】【プラスアルファの強みを発揮】【社会的コンセンサスの獲得】の6つを抽出した。診療看護師(仮称)に対して、居宅療養生活の持続可能性を高められる包括的なケアの一部として、的確な診療実践に期待感が寄せられていた。加えて、当該看護師によるサービスが国民から容認されつづけるためのコンピテンシーを獲得する必要性も示唆された。

Abstract : The aims of this study were to conduct a survey on middle-aged generation men and women (aged 40 to 65 years) living in the Tokyo area who were likely to use primary care at home in the near future and clarify what kind of competencies are required from nurse practitioners (tentative name) when the persons receive home care support from said nurse practitioners (tentative name). The following six items were extracted as a home care life support competencies required for nurse practitioners (tentative name) in the primary care field: 【Involvement as a nurse】, 【Support for daily care life】, 【Implementation of end-of-life care at home】, 【Ensuring support system from persons in other occupations】, 【Showing extra strength】, and 【Obtaining social consensus】

The following six items were suggested as competencies required for nurse practitioners

(受理日：2020年10月15日)

(tentative name) : 1) Being felt as a familiar presence to the care patients and family members and being involved as a nurse who supports care life, 2) Providing care support while utilizing specialized knowledge and skills related to medical care so that the patient can continue living at home as much as possible, 3) In addition to being able to alleviate mental and physical distress by utilizing accurate knowledge and methods for end-of-life care patients, being present at the deathbed, performing certification of death, and adjusting the environment to prepare for a peaceful death, 4) Ensuring support system from persons in multiple occupations including physicians so that the best primary care can be provided for the care patient and family members, 5) While considering concretely concerning how to divide tasks with physicians, possessing extra strengths in addition to the knowledge and skills related to home care, and 6) Realizing social consensus that the care life support by nurse practitioners (tentative name) itself is a service that can be used with peace of mind by the care patient and family members.

キーワード：診療看護師、プライマリ・ケア、コンピテンシー、居宅、中年世代

Key Words: nurse practitioners, primary care, competency, home, middle-aged generation

1. 本研究の背景と目的

日本では、「少子高齢社会」「多死社会」「生産年齢人口の減少」「社会保障財源の確保困難」の要因に加えて「居宅療養に対する国民ニーズ」といった観点からも、住み慣れた地域で医療・介護・予防・住まい・生活支援の5つの援助(地域包括ケア研究会, 2016)を提供できる地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっている。しかし、有床診療所や在宅療養支援診療所・病院の数に加えて、訪問看護に従事するマンパワー数も不足しており、療養者の急変時や看取りに応じられるまでの24時間タイムリーな医療サービスの提供体制が整備しきれていない(河谷, 2016; 厚生労働省, 2018)。東京圏(東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県; 以下、東京圏と略)では、高齢者人口の急激な増加から医療をめぐる状況は悪化の傾向をたどり、医療機関に入院できる患者の数にも限りがあるため、従来のサービス形態では対応しきれない事態に

ついて予測されている(日本創成会議首都圏問題検討分科会, 2015)。故に、療養者が身近な地域で安心して生活が送れるよう、居宅療養を24時間体制で支援できる医療人材の確保がこれまで以上に必要となる。

前記の課題があるなかで、急性期医療から在宅医療、介護までの一連のサービスを確保するために、医療介護総合確保推進法(平成26年法律第83号)が2014年に公布された。その法律では、診療の補助として特定行為を手順書により行うための看護師研修制度について謳われている。特定行為を手順書に基づいて実施する看護師に関して言うならば、新たな資格制度が誕生したわけではない。あくまで、特定行為を行う看護師は、実践的な理解力、思考力および判断力ならびに高度かつ専門的な知識・技能が特に必要とされる38行為に限って、医師の包括指示のもと手順書を媒体としてそれらの行為を実施する。そして、特定行為を行う看護師は、厚

生労働大臣が指定した学校・病院等での研修⁽¹⁾を受けるよう義務づけられている(厚生労働省, 2015)。

ここで、看護師の業務範囲について述べる。保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)の第5条で規定されている看護師とは、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」である。同法の第37条では、「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。」と定められている⁽²⁾。医師法(昭和23年法律第201号)の第17条においても、「医師でなければ医業をなしてはならない」と定め、医師の業務独占を謳っている。これらの条文によって、特定行為を担う看護師も含め、看護師が医療行為を行う場合、原則、医師または歯科医師の指示が必要になる。看護師の判断と責任のもとで、診療(診断・検査オーダー・薬物処方などの絶対的医行為)を行うことは禁じられている。

病をもった人の療養生活を居宅内で支えるために、訪問看護師が患家に赴く場合でも、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準(平成12年3月31日老発第397号・保発第70号)によって、主治医からの訪問看護指示書が必要になる。そのほか、利用者の希望、主治の医師の指示及び心身の状況等を踏まえて、具体的な訪問看護の内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。訪問看護の現場で療養者の身体に異常が出現した場合、訪問看護師は、原則、主治医にその旨を報告したうえで対処方法に関する指示を受けて対応することにな

る。

また、2008年から日本の看護系大学院修士課程において自律的に診療行為を担い得る看護師の養成が継続されている⁽³⁾。わが国では、米国やカナダ等の諸外国におけるナースプラクティショナー制度のように、看護師の判断と責任のもとで診療を自律的に実施できる法的根拠は整備されていない。そのため、自律的に診療行為を担い得る看護師の名称や業務に関する国内の規定は存在しない。一方で、ケアとキュアの知識・技術を融合し一定の範囲内で自律的に診療行為も担い得るために、日本の看護系大学院修士課程を修了し、診療行為に必要な知識・技術をもち備えていると認証機関が判断した看護師については、日本でもナースプラクティショナーや診療看護師と呼称している場合がある(一般社団法人日本NP教育大学院協議会, 2009; 一般社団法人日本看護系大学協議会, 2018a; 一般社団法人日本看護系大学協議会, 2018b)。なお、当該看護師を養成する看護系大学院修士課程については、厚生労働大臣により、特定行為を手順書により行うための看護師研修機関として指定されている(厚生労働省, 2015)。

日本看護協会(公益社団法人日本看護協会, 2019; 井本, 2020)は、地域において人々が安全に安心して療養できることを目指し、常に人々の傍らで活動する看護職の、医療的な判断や実施における裁量の拡大を進めるとし、ナースプラクティショナー(仮称)制度の創設を目指している。厚生労働省が示した「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」では、限られた地域資源で効率的に市民や医療現場のニーズに対応できるよう、安全性と効率性を踏まえて特定行為を拡大し、診療看護師(仮称)の養成につなげる必

要性について指摘している(厚生労働省, 2017a)。日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会(2011)も、日本における医師の偏在化や不足の問題が解決しない状況にあるなか、自律的に判断し医療を提供できる、グローバルスタンダードを念頭に置いた高度実践看護師制度の創設について提言している。

一方で、看護師が特定行為ならびに一部の診療行為を自律的に担うことに関して、安全性の高い医療サービスを提供するといった観点から反対とする意見(日本医療労働組合連合会, 2018)がある。日本医師会(社団法人日本医師会, 2009)は、責任の所在を明確にしないまま医師不足に名を借りて役割分担だけを先行させるべきではなく医師不足の解消が最優先課題であることや、医療の安全と質の確保という観点からもナースプラクティショナー制度の導入を容認できないとしている。

本研究で提唱する診療看護師(仮称)に関しては、医師の指示がなくとも看護師自らの判断と責任のもとで一定範囲内の診療を提供できる点を想定している。しかし、看護師が日本国内で診療を提供することについては、医師法ならびに保健師助産師看護師法で規制されている。こうした規制は、医療の安全面の観点から必要である。その半面で、訪問看護師や高齢者施設看護師が活躍する現場では、医師が24時間常駐していないがゆえに療養者の身体変化にタイムリーに対応できていない現状がある(大釜, 2016a; 大釜, 2016b)。そして、看護師が新たな裁量権を獲得したうえで診療を実施することに関して、一定の条件付き⁽⁴⁾で容認する療養者や家族、居宅医療現場の看護師も存在している(大釜・大釜, 2012; 大釜・中筋, 2014; 大釜, 2016a; 大釜, 2016b; Ogama, 2017)。

診療看護師(仮称)制度について検討する場合

でも、利用者主体の医療サービスにつながるよう、国民の声を拾いあげる必要がある。その制度の構築過程で国民の声を反映させることは、利用者にとって快適な医療サービスの提供につながるもののほか、その施策の定着にも期待できる。なお、日本のプライマリ・ケア分野診療看護師(仮称)に求められる居宅療養生活支援のためのコンピテンシー(知識やスキル、思考パターンなど)の開発を目的とした先行研究は非常に少なく⁽⁵⁾、日本の文化や国民性に根付いた診療看護師(仮称)の具体的な形象は明らかにされていない。

本研究では、診療看護師(仮称)から居宅療養生活支援を受けるとした場合、どういったコンピテンシーを当該看護師に求めるのかについて明らかにすることを目的に、超高齢化に直面する東京圏に在住しており、近い将来、在宅や高齢者施設で療養生活を送る可能性が高い中年世代の男女に対して調査を実施した。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究では、フォーカス・グループ・インタビューによる質的記述的研究を採用した。フォーカス・グループ・インタビューを採用した理由は、看護も含めて医療に関する知識・体験が不十分な参加者であった場合でも、「グループ・ダイナミクスによって参加者の考えが刺激され、研究の焦点に関する感情が引き出される」(ホロウェイ・ウィーラー/野口美和子監訳, 2007, pp.108-119)の特徴をもち、個別面接調査では得ることが難しい発想の獲得に期待できると考えたためである。

2) 本研究における用語の定義

(1) 診療看護師(仮称)

「ケアとキュアの両方の専門知識を踏まえたアセスメント⁽⁶⁾に基づきながら、居宅で生活する療養者・家族のニーズに応じて、療養生活上での看護に加えて一定範囲内で診療も自律的に提供できる看護師」と定義する。

(2) コンピテンシー

「その行動を引出す動因・動機、自己概念・自己イメージ、知識、スキル、思考パターンなど、人の特性やパーソナリティーを包括した概念」(武村, 2014, pp.1-6)と定義する。

(3) 中年世代

「40歳以上65歳未満の年代層にある者」と定義する。

3) 研究参加者

社会調査を専門に扱う事業者に調査協力者として登録のあるモニターに対し、本研究への参加協力を求めた。まず、4161名のモニターの中から、表1に示したすべての条件に該当する143名を選定したのち、143名のそれぞれに対して調査目的や日時等についてメールで説明し、21名の候補者に絞った。その21名に対して電話で研究の目的・内容、調査日時等につい

てより詳細に説明し、最終的に、本研究への参加の同意が得られた12名から協力を得ることにした。なお、調査参加者を最終的に選定する過程では、電話連絡が確実にできる、調査目的や方法に関する概要について理解できている、調査日時に参加できることなどの条件から12名に絞ったが、日本における診療看護師(仮称)制度の構築に対する賛否によって、研究参加者として除外されるということがないように配慮した。

4) データ収集方法

インタビューの開始前に、参加者の属性について自記式質問用紙に記載してもらった。そして、参加者を4名ずつ3つのグループに分けて、フォーカス・グループ・インタビューを実施した(調査時期:2019年4月)。

インタビューを開始する前やその途中でも、保健師助産師看護師法第5条で規定されている看護師の定義や第37条の業務内容、医師法第17条に基づき看護師のみの判断で医業の実施が原則として禁止されていること、諸外国におけるナースプラクティショナーによる診療実績、日本でも特定行為を担う看護師が医療現場で活躍している現状、本研究における診療看護

表1 研究参加者の選定条件

- ・40歳以上65歳未満の者
- ・東京圏(東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県のいずれか)に在住の者
- ・性別は問わない
- ・過去5年以内において、自身が病気や怪我による1泊以上の病院入院経験をもつ、あるいは親族の介護経験をもつ、またはその両方に該当する者
- ・本研究の趣旨を理解できる者
- ・本研究の参加にあたり、本人の意思で同意が得られる者
- ・グループ・インタビュー調査において身体面・精神面の観点から支障なく協力できる者
- ・東京都23区内にある調査会場でインタビューに協力できる者
- ・90分程度のグループ・インタビューに協力できる者

師(仮称)の定義、診療看護師(仮称)の養成が日本の看護系大学院で継続されている点などについて、紙面と口頭で説明した。それらの説明では、診療看護師(仮称)制度に関して公平な立場で情報提供できるように十分に留意した。

また、表2に示したインタビューの内容を考案するにあたっては、本研究との関連性が高い先行研究(大釜, 2019)を参考にしたほか、調査協力者が診療看護師(仮称)から居宅療養生活支援を受ける場面を想定しやすいよう、質問内容やその順序について検討した。

本研究のインタビューでは、診療看護師(仮称)によるサービスへの需要に関する質問に加え、そのサービスを利用する意思があるか否かに関する質問も含まれたため、参加者の自由な発言を妨げないよう最大限に配慮した。さらに、インタビューの途中で、発言の意味やその動機、データの解釈に誤解がないかについても参加者に確認を行った。

研究参加者による発言内容やインタビュー調査の様子は、参加者の承諾を得て、ICレコーダに録音したほか、ビデオカメラでも撮影した。

5) 分析方法

語られた発言、相づち、沈黙、表情などについて逐語録とした。その分析では、逐語録を精読したほか、必要に応じてビデオカメラで撮影した映像も繰り返し確認しながら、診療看護師(仮称)に求める居宅療養生活支援のためのコンピテンシーに該当する発言を抽出した。そのうち、文章を意味内容ごとに切片化した。そして、偏見や先入観にみちた読み方を行わないよう文脈や参加者らの表情にも気を配り、参加者らが語った言い回しをできる限り使用して、切片化した部分の内容について、コンピテンシーとして適切に表現できる抽象度の低いコードを考案

した。

コードの類似性および相違性を比較しながら似た特徴をもつ概念グループに分け、そのグループに対して特徴を反映できるラベルを付けた(サブカテゴリー化)。

サブカテゴリーの情報から、意味内容の類似性に基づいて抽象度の高いラベルを付けた(カテゴリー化)。さらに、カテゴリー間の関係性も確認した。

研究参加者からの発言や表情などについて繰り返し確認し、一人の参加者の意見だけではなく同意する参加者の存在も考慮しつつ、参加者の総意としてコード・カテゴリー化するようにした。

本調査の分析を行うにあたっては、研究者自身による診療看護師(仮称)制度の導入に対する賛否から分析結果に大きなバイアスを生じさせてしまう可能性がある点を十分に意識し、研究参加者からの意見そのものを反映できるよう慎重に分析を進めた。

6) 倫理的配慮

本研究は、帝京科学大学の「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」から承認を受けて実施した(承認番号第18104号)。研究参加者に対し、インタビューの中で自由な発言を制限しないこと、参加者のプライバシーの保護、データを厳重に管理すること、研究成果の公表予定について、口頭と紙面で説明した。

3. 結果

1) 研究参加者の概要

男性6名、女性6名、平均年齢は52歳、12名全員が過去5年以内に1泊以上の病院での入院を経験しており、4名は親族の介護も経験していた(表3)。3つのグループそれぞれのインタ

表2 インタビュー内容

質問項目	質問内容
1. 自己紹介	・年齢、居住地(市区まで)、職業(業種/職種)、家族構成、入院経験・介護経験に関する概要
2. 診療看護師(仮称)の印象	・看護師に対する印象や期待していること。 ・諸外国で活躍する診療看護師(仮称)の情報を聴いて、どのように感じたか。 ・日本で診療の一部も担える診療看護師(仮称)へのニーズはあると思うか。その理由。
3. 診療看護師(仮称)による診療の利用意向と障壁	・日本の近い将来の状況として、多死社会という現状がさしまっている。そして、必ずしも病院の病床で最期を迎えられるとは限らない。それらの点を踏まながら、 「パターン1：自身が慢性疾患を抱えながら自宅もしくは高齢者施設で療養生活を送っており、身体異変が生じたため自宅や施設内で診察を受けたい。」 「パターン2：自身が慢性疾患を抱えながら自宅もしくは高齢者施設で療養生活を送っており、自宅や施設内で定期的な身体査定や薬物処方を受けたい。」 「パターン3：医師から余命6ヶ月以内と説明を受けており、自宅もしくは高齢者施設で最期を迎えたい。」 「パターン4：医師から余命6ヶ月以内と説明を受けており、自宅もしくは高齢者施設で看取られたい(死亡診断を含む)。」 - 以上のそれぞれの状況に自らが置かれていることを想像して、以下の質問について話し合ってもらう。 ・自身が診療看護師(仮称)の診療を利用したいと率直に思えるか否か。その理由。 ・診療看護師(仮称)がこれまでは医師が担ってきた診療の一部(診察、検査実施判断、診断、薬物処方)を実施するとした場合、診療看護師(仮称)から療養生活に必要な診療を受けたいか、それとも可能な限り医師から診療を受けたいか、どちらでもよいのか。その理由。 ・こういった条件を整えば、診療看護師(仮称)による診療を受けてもよいと判断するのか。その理由。 ・診療看護師(仮称)による診療を利用する場合、不安の有無とその具体的内容。 ・診療看護師(仮称)による診療に伴う不安を解決・緩和するには、具体的に、誰の、どのようなサポートがあればよいと考えるか。
4. 今後(高齢者になった際)の利用意向と診療看護師(仮称)に望むこと	・①～④のどの要件を満たした診療看護師(仮称)であればその診療サービスを利用したいと思うか。その理由。 ①看護系大学院で医師から診療に関する専門知識・技術を学び資格試験に合格した看護師 ②看護系大学院とまでは言わないが研修機関で医師から診療に関する専門知識・技術を学び資格試験に合格した看護師 ③看護師として5年程度の臨床経験があれば診療の一部を担ってよいが、資格試験に合格する必要はある ④看護師として5年程度の臨床経験があれば診療の一部を担ってよく新たな教育・研修を受けることや資格取得も必要ない ・医学などの診療に関する知識・技術を学んだ診療看護師(仮称)の場合は、診療の実施において、医師の指示は必ずしも必要ないと思うか。その理由。 ・検査実施判断、診断、薬物処方など診療行為は必ず医師の指示の下で実施してもらいたいと思うか。その理由。 ・看護師が診療を担うとした場合、診療範囲をしっかりと定める必要があると思うか。その理由。 ・(診療知識・技術のほか)診療看護師(仮称)の人柄も重視するか。重視する場合、どのような点を重視するのか。その理由。 ・“自宅もしくは高齢者施設で最期を迎える”ご自身を思い浮かべてください。最期を看取ってもらうのは、診療看護師(仮称)、医師、どちらでもよい、どの選択肢を選ぶか。その理由。 ・診療看護師(仮称)に看取ってもらう場合、こういった知識・技術、人柄をその看護師に求めるか。 ・診療看護師(仮称)による診療の場合、医師と同等の費用でよいと思うか、それとも医師の費用よりも安価に設定すべきか。その理由。
5. 診療の一部を担える看護師の名称について	・「診療看護師」という呼称の場合、その看護師は何を行う職種なのかについて理解できるか。 ・「診療看護師」以外にも、その看護師にふさわしい呼び名について検討してもらう。
6. まとめ	・診療看護師(仮称)から診療サービスを受ける場合、その条件として3つあげるとしたら、どのようなキーワードが思い浮かぶか。 ・自宅で療養するあなたのもとへ明日から診療看護師(仮称)が定期的に訪問診療にやってくるとした場合、譲れない条件はどういった内容か。その理由。

表3 研究参加者の概要

(n = 12)

性別	男性	6人
	女性	6人
年齢	平均年齢(標準偏差)	52.0(5.1)歳
職業	会社員・公務員	6人
	自営業	1人
	専業主婦・主夫	3人
	パート・アルバイト	1人
	無職・定年退職	1人
同居家族	有り	12人
	無し	0人
5年以内における病気や怪我による1泊以上の入院経験	有り	12人
	平均入院日数 (標準偏差)	17.1(15.9)日
	循環器系疾患 (外科治療)	1人
	消化器系疾患 (外科治療)	2人
	消化器系疾患 (内科治療)	3人
	生殖系疾患 (外科治療)	3人
	骨・筋肉系疾患(外科治療)	1人
	神経系疾患 (内科治療)	2人
	無し	0人
5年以内における親族の介護経験	有り	4人
	実母の介護経験	2人
	義母の介護経験	2人
	無し	8人

ビューに要した時間は、95分、97分、98分であり、インタビュー時間の平均は97分になった。

2) 診療看護師(仮称)に求められている居宅療養生活支援コンピテンシー

グループ・インタビューによる発言等から、71のコードと17のサブカテゴリー、6つのカテゴリーを抽出した(表4)。以下、コードについては《 》、サブカテゴリーは[]、カテゴリーは【 】で示したうえで、それぞれのカテゴリーの特徴を説明する。

(1) 【看護師としてのかわり】コンピテンシー

研究参加者らは、診療看護師(仮称)に関して、自らの入院経験や親族の介護経験から、実際に看護師が業務を遂行する姿を思い浮かべながら、《点滴や注射などの医療行為全般の知識をもっている》ことや《療養生活支援に関する知識・技術の引出しが多い》など、[看護師としての多様な臨床経験を土台]としている点を前提に、看護師による診療の実施について肯定的見解を示した。

参加者らは、《療養者や家族に対して気さく

表4 診療看護師(仮称)に求められている居宅療養生活支援コンピテンシー

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
《点滴や注射などの医療行為全般の知識をもっている》 《療養者や家族と、阿吽の呼吸で看護を行っている》 《療養生活支援に関する知識・技術の引出しが多い》 《良い意味で自信に満ち溢れている》 《ベテラン看護師と呼ばれるほどの臨床経験年数をもつ》	[看護師としての多様な臨床経験を土台]	
《療養者や家族に対して気さくに話しかけている》 《療養者に関わる時間が多い》 《療養者や家族が、看護師だからこそ自身の心中を打ち明けている》 《療養者や家族との相性を大切にしている》 《これまでの生活の経緯を踏まえて、これからのことについて療養者・家族とともに考えている》 《療養者や家族にとって医師には伝えにくい内容を受け入れている》 《療養者や家族にとって「相談しやすい」「お願いしやすい」関係性を生み出している》	[親近感の獲得]	【看護師としてのかわり】
《看護の専門家である点をアピールしている》 《医師との区別がしやすい名称を用いている》 《法律上での看護師と医師の定義は異なっている》 《「訪問診療看護師」「在宅診療看護師」「訪問医療看護師」「看護診療師」「上級看護師」など、医学知識・技術をもった看護師である点が理解しやすい名称を用いている》 《療養者にとって満足度の高い診療と看護を提供することで、その看護師の知名度は次第に高まりを見せていく》	[看護師の名のもとに診療サービスを提供]	
《医師による診察や治療が必要な状態に置かれているか否かについて、的確に判断している》 《高齢者の突発的な症状に対して、まずはどのように対処すべきかを熟知している》 《自宅での治療に関する良い点・悪い点について、療養環境も踏まえて療養者や家族にわかりやすく説明している》 《「診療看護師(仮称)」に相談できる」という安心感を与えている》 《家族の要請により療養者のもとに駆けつけている》 《(病院では)看護師によって、まずは状況判断を行われることが一般的である》	[タイムリーな対応によって安心感を提供]	【日常的療養生活への支援】
《病院に行けない療養者の自宅に定期的に訪問している》 《療養者自身が使用した経験があり、副作用の心配も少ない薬剤を処方している》 《自宅という療養環境に適した診療を提供している》 《療養生活に必要な看護の知識を療養者・家族に教えている》	[居宅生活の継続を可能にする診療と看護の両サービスを提供]	
《病院での医療とは異なる点を理解できている》 《療養者本人や家族が望む療養生活に必要な診療だけを提供している》 《療養者個人の生活に関する具体的情報をからめながら診療を提供している》	[療養者・家族の要望を最優先した診療サービスを提供]	
《看護師だからこそあえて訴えている痛みの内容について傾聴している》 《「痛いのは仕方ない」ではなく、「どの程度痛いのか」を的確に評価している》 《自宅で実施可能な苦痛を取り除く方法について熟知している》 《見取りの時期であるがゆえに、苦痛の緩和を最優先している》	[的確な方法で心身の苦痛を緩和]	
《自宅療養だからこそ、最期を迎える直前まで療養者本人や家族に選択肢をゆだねている》 《「こうしたらどうだろう」「これをやってみよう」など、どうしたら一番安らかな臨終になるのかを深く考えている》 《療養者自身が抱く最後の迎え方に関する要望を具体的に知っている》	[平穏な死を迎えるための環境調整]	【居宅における終末期診療の実践】
《臓器提供の意思表示がされているなどの場合を除いて、多くの時間を要して療養生活を見守ってきた診療看護師(仮称)によって看取りが行われる》 《より多く療養者の情報をもち、医学の知識もある診療看護師(仮称)が死亡診断を行っている》	[看護の実践者という強みを生かして看取りと死亡診断を実施]	

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
《自らの診療能力の限界について自覚している》 《医師による診療とすべきか否かに関する基準をもっている》 《いざというとき、入院設備が整った医療機関の医師から協力を得ている》 《診療看護師(仮称)と同じ地域で診療している医師から療養者の病状判断や治療について助言をもらっている》 《まずはかかりつけ医師に同行して診療を行い、療養者の身体状態が安定していると医師が判断した場合には診療看護師(仮称)のみで訪問診療を実施している》 《月4回の訪問診療を受けている療養者が存在した場合、病状が安定しているのであれば、医師による診療は1回、残り3回は診療看護師(仮称)が実施している》 《医師との意思疎通に長けている》 《療養者や家族が医師に対して伝えきれない治療上の要望について、診療看護師(仮称)から医師に対して情報提供が行われている》	[医師による支援体制を確保]	【他職種からの支援体制の確保】
《医師以外の医療専門職や介護職にも応援をしてもらっている》 《最善の生活支援サービスの提供にむけて、いろいろな職種の人々と率直な意見交換が行えている》 《地域全体からの万全なサポート体制が築けている》	[医師以外の専門職種による支援体制を確保]	
《診療と看護を同時に提供できる》 《自己負担金額は医師の場合と比較して割安であるにもかかわらず、(看護師が行える範囲内での)診療内容は的確である》	[療養者・家族にとって費用対効果の高いサービスを提供]	【プラスアルファの強みを発揮】
《「何かあったら救急車で即病院を受診する」という方法以外の選択肢を導き出している》 《医学と看護の両視点からのアプローチにより、利用者が受けたいサービスへとつながる》 《看護師による診療を受けるか否かの選択権は、療養者と家族にある》	[サービス選択肢の拡大に貢献]	
《医師の代わりをするだけならば地域診療に携わる医師の数を増やせばよい点について自覚できている》 《医師がそれほど不足しているとは思えない都心部で、看護師が診療を行う必要性について、関係者に具体的に説明している》 《看護も提供できるうえ部分的であるが診療も担えるといった強みについて、積極的にアピールしている》 《療養者や家族に対して、噛み砕いて理解しやすい治療上の説明を数回にわたって行っている》	[医師との棲み分けを意識した実践]	【社会的コンセンサスの獲得】
《看護と診療の両方の役割を担うことで、看護師という職業の魅力を高めている》 《診療も担える看護師の存在が、男性看護師誕生の増加につながっている》 《診療も担うことによって、看護師の社会的地位の向上につながっている》	[看護師志望者の増加に貢献]	
《診療の難易度と範囲によって、診療も担える看護師の養成学校は異なる》 《研修機関で治療に関する基本的な技能を身に付けたのち資格を与えられて診療を提供している》 《研修を受けることで、安全性の高い診療を提供している》 《新たな教育を受けることで、診療看護師(仮称)自身が自信を得ている》 《診療に関する実践的訓練を医師から受けた》	[研修や資格制度のもとでプライマリ・ケアを提供]	【社会的コンセンサスの獲得】
《これまでの診療実績について公表している》 《「△△(所在地)の〇〇診療看護師さんに診てもらっている」という発言で、その地域の住民の中で話が通じる》 《地域相談窓口担当者から、診療看護師(仮称)によるサービスを紹介される》 《その地域の療養者の多くが、診療看護師(仮称)のサービスを利用している》	[プライマリ・ケアの実績について地域に周知]	

に話しかけている》《療養者や家族との相性を大切にしている》《療養者や家族にとって「相談しやすい」「お願いしやすい」関係性を生み出している》といった、看護場面での[親近感の獲得]を診療看護師(仮称)に対して要望していた。なお、[親近感の獲得]について、それを医師に求めているわけではないが、現実的に医師には要求しづらいと感じていたほか、医師は診断・治療に関わる職種であり、どちらかというと、医師に対するよりも看護師のほうが療養上の要望について伝えやすいイメージを抱いていた。

また、診療を担う看護師であったとしても、あくまで《看護の専門家である点をアピールしている》ことや、《医師との区別がしやすい名称を用いている》必要性についても認識していた。その理由として、《法律上での看護師と医師の定義は異なっている》点をあげた。加えて、《療養者にとって満足度の高い診療と看護を提供することで、その看護師の知名度は次第に高まりを見せていく》点を予測していた。診療看護師(仮称)が診療を担うとした場合でも、あくまで[看護師の名のもとに診療サービスを提供]する重要性について指摘した。

上記内容に基づいて、[看護師としての多様な臨床経験を土台]や[親近感の獲得]、[看護師の名のもとに診療サービスを提供]のサブカテゴリーの内容から、プライマリ・ケア分野診療看護師(仮称)に求められる居宅療養生活支援コンピテンシーとして、【看護師としてのかかわり】を抽出した。

(2)【日常的療養生活への支援】コンピテンシー

研究参加者らは、居宅療養生活における救急対応に関して不安を払拭できないため、診療看護師(仮称)に対し、《医師による診察や治療が必要な状態に置かれているか否かについて、的

確に判断している》《高齢者の突発的な症状に対して、まずはどのように対処すべきかを熟知している》《家族の要請により療養者のもとに駆けつけている》など、[タイムリーな対応によって安心感を提供]できる点を求めている。

参加者らは、診療看護師(仮称)が《病院に行けない療養者の自宅に定期的に訪問している》ことや《療養者自身が使用した経験があり、副作用の心配も少ない薬剤を処方している》こと、《自宅という療養環境に適した診療を提供している》点にも言及した。《療養生活に必要な看護の知識を療養者・家族に教えている》ことも含め、[居宅生活の継続を可能にする診療と看護の両サービスを提供]できる点に期待していた。

また、《病院での医療とは異なる点を理解できている》ことに加えて《療養者本人や家族が望む療養生活に必要な診療だけを提供している》診療看護師(仮称)の様相について語っており、[療養者・家族の要望を最優先した診療サービスを提供]することが求められていた。

研究参加者らは、診療看護師(仮称)に対して、居宅における療養生活を一層のこと充実できるように、[タイムリーな対応によって安心感を提供][居宅生活の継続を可能にする診療と看護の両サービスを提供][療養者・家族の要望を最優先した診療サービスを提供]の3つを包括した、【日常的療養生活への支援】コンピテンシーを求めている。

(3)【居宅における終末期診療の実践】コンピテンシー

研究参加者らは、超高齢社会の到来による多死社会という事象を想定したうえで、病院に限らず自宅や高齢者施設での看取りを視野に入れながら、《看護師だからこそあえて訴えている痛みの内容について傾聴している》ことを前提

としたうえで、『「痛いのは仕方ない」ではなく、「どの程度痛いのか」を的確に評価している』ことや『自宅で実施可能な苦痛を取り除く方法について熟知している』、『見取りの時期であるがゆえに、苦痛の緩和を最優先している』など、[的確な方法で心身の苦痛を緩和]できる診療看護師(仮称)の姿を思い浮かべていた。

さらに、『自宅療養だからこそ、最期を迎える直前まで療養者本人や家族に選択肢をゆだねている』といった配慮や、『「こうしたらどうだろう」「これをやってみよう」など、どうしたら一番安らかな臨終になるのかを深く考えている』ことで、[平穏な死を迎えるための環境調整]につなげられる能力の重要性についても語った。

そして、あくまで終末期にある療養者の看取りという状況を想定したうえで、『臓器提供の意思表示がされているなどの場合を除いて、多くの時間を要して療養生活を見守ってきた診療看護師(仮称)によって看取りが行われる』ことは自然な成り行きであり、『より多く療養者の情報を持ち、医学の知識もある診療看護師(仮称)が死亡診断を行っている』姿も含め、[看護の実践者という強みを生かして看取りと死亡診断を実施]する点について賛意を示した。

研究参加者らは、自宅もしくは高齢者施設で最期を迎えるにあたって、診療看護師(仮称)に対して、[的確な方法で心身の苦痛を緩和][平穏な死を迎えるための環境調整][看護の実践者という強みを生かして看取りと死亡診断を実施]の3つの内容を包括した、『居宅における終末期診療の実践』コンピテンシーを求めている。

(4) 【他職種からの支援体制の確保】コンピテンシー

研究参加者らは、診療看護師(仮称)に対して『自らの診療能力の限界について自覚している』

ことや『医師による診療とすべきか否かに関する基準をもっている』こと、『医師との意思疎通に長けている』点を要求していた。さらに、『いざというとき、入院設備が整った医療機関の医師から協力を得ている』ことや『診療看護師(仮称)と同じ地域で診療している医師から療養者の病状判断や治療について助言をもらっている』ことで、療養者・家族にとって安心・安全な診療看護師(仮称)による診療サービスへとつながる旨についても指摘した。『まずはかかりつけ医師に同行して診療を行い、療養者の身体状態が安定していると医師が判断した場合には診療看護師(仮称)のみで訪問診療を実施している』のように、当該看護師がたどるべき診療の道筋も想定していた。そして、『療養者や家族が医師に対して伝えきれない治療上の要望について、診療看護師(仮称)から医師に対して情報提供が行われている』ことによって、ひときわ[医師による支援体制を確保]できる点について語った。

そのほか、『医師以外の医療専門職や介護職にも応援をしてもらっている』や『最善の生活支援サービスの提供にむけて、いろいろな職種の人々と率直な意見交換が行えている』ことで、診療看護師(仮称)が提供するサービスの質の向上につながると考えていた。研究参加者らは、自らが療養者として診療看護師(仮称)による診療も包含したサービスを利用するとした場合、治療に限定したサービスのみならず、療養生活を居宅内で行ううえで必要なサービス全般を利用したいと考えているため、[医師以外の専門職種による支援体制を確保]する大切さについても述べた。

研究参加者らは、より安全で効果の高いプライマリ・ケアを求めるがゆえに、[医師による支援体制を確保]および[医師以外の専門職種に

よる支援体制を確保]する重要性について指摘した。それらの内容に基づいて、【他職種からの支援体制の確保】コンピテンシーを抽出した。

(5) 【プラスアルファの強みを発揮】コンピテンシー

研究参加者らは、診療看護師(仮称)に対して、《診療と看護を同時に提供できる》点や、《自己負担金額は医師の場合と比較して割安であるにもかかわらず、(看護師が行える範囲内での)診療内容は的確である》ことを想定しながら、[療養者・家族にとって費用対効果の高いサービスを提供]できる点を求めている。

そして、《何かあったら救急車で即病院を受診する》という方法以外の選択肢を導き出している》や《医学と看護の両視点からのアプローチにより、利用者が受けたサービスへとつながる》の見解の通り、居宅療養に関する[サービス選択肢の拡大に貢献]できることも求めている。

そのほか、《医師の代わりをするだけならば地域診療に携わる医師の数を増やせばよい点について自覚できている》ことや《医師がそれほど不足しているとは感じない都心部で、看護師が診療を行う必要性について、関係者に具体的に説明している》など、[医師との棲みわけを意識した実践]も重要であるとの見解を示した。

また、《看護と診療の両方の役割を担うことで、看護師という職業の魅力を高めている》や《診療も担うことによって、看護師の社会的地位の向上につながっている》ことから、[看護師志望者の増加に貢献]できることについて期待していた。

診療看護師(仮称)に求められる5つ目のコンピテンシーとして、[療養者・家族にとって費用対効果の高いサービスを提供][サービス選択肢の拡大に貢献][医師との棲みわけを意識した

実践][看護師志望者の増加に貢献]の機能によって、【プラスアルファの強みを発揮】できることが求められていた。

(6) 【社会的コンセンサスの獲得】コンピテンシー

研究参加者らは、診療看護師(仮称)の養成機関として、《診療の難易度と範囲によって、診療も担える看護師の養成学校は異なる》との見解を示した。なお、どういった養成課程を修了すべきかについて具体的な意見を聴くことはできなかったが、《研修機関で治療に関する基本的な技能を身に付けたのち資格を与えられて診療を提供している》《研修を受けることで、安全性の高い診療を提供している》ことはサービス利用者が重視する内容であるとし、[研修や資格制度のもとでプライマリ・ケアを提供]できる点を求めている。そのほか、《新たな教育を受けることで、診療看護師(仮称)自身が自信を得ている》事実も重要である旨について語った。

また、《これまでの診療実績について公表している》点や《「△△(所在地)の〇〇診療看護師さんに診てもらっている」という発言で、その地域の住民の中で話が通じる》こと、《地域相談窓口担当者から、診療看護師(仮称)によるサービスを紹介される》など、[プライマリ・ケアの実績について地域に周知]できている必要性について語った。

6つ目のコンピテンシーに関して、[研修や資格制度のもとでプライマリ・ケアを提供]できる点に加え、[プライマリ・ケアの実績について地域に周知]していくことによって、【社会的コンセンサスの獲得】につなげる必要性が指摘されていた。

4. 考察

プライマリ・ケア分野診療看護師(仮称)に求められる居宅療養生活支援コンピテンシーとして、東京圏在住の中年世代にある男女12名の認識に基づき、【看護師としてのかかわり】【日常的療養生活への支援】【居宅における終末期診療の実践】【他職種からの支援体制の確保】【プラスアルファの強みを発揮】【社会的コンセンサスの獲得】の6つを抽出した。研究参加者らによるこれらの見解は、自らの入院や介護の経験から生じた内容である。以下、それらのコンピテンシーの特徴や本研究における課題について考察する。

1) 居宅で包括的サービスを提供するために必要なコンピテンシー

本研究の結果から、[親近感の獲得][看護師の名のもとに診療サービスを提供]に代表されるように、【看護師としてのかかわり】を重視したコンピテンシー獲得の必要性が明らかになった。さらに、居宅という環境の中で病とともに生活を送るうえで、[タイムリーな対応によって安心感を提供][居宅生活の継続を可能にする診療と看護の両サービスを提供][療養者・家族の要望を最優先した診療サービスを提供]できるよう、【日常的療養生活への支援】に関する要望も顕在した。そして、さらなる日本の多死社会に対応するために、【居宅における終末期診療の実践】も求められていた。

東京都は、地域医療構想として、高度急性期から在宅療養に至るまでの一連のサービスを充実させるために、医療資源の更なる活用を目指している。治し支える医療や看取りまでの支援の充実に向けては、服薬管理、口腔ケア、リハビリテーション、栄養指導、緩和ケア、看取りなど、在宅療養に関わる様々なニーズに対応で

きるよう多様な医療・介護人材を確保していくことも目標に掲げている。高齢者人口が急激に増加しつづける東京都にとっては、如何様にして在宅療養の推進が図れるかが大きな課題である(東京都福祉保健局, 2016)。

そうした状況のもと、診療看護師(仮称)が[看護師としての多様な臨床経験を土台]としながら、居宅という環境の中で[療養者・家族の要望を最優先した診療サービスを提供]できることにより、住み慣れた居宅内での療養生活の可能性をこれまで以上に拡大できると思われる。現に、本研究への参加者らは、診療看護師(仮称)に対して、サービス利用者のニーズを重視した【日常的療養生活への支援】について期待感を示している。

また、研究参加者らは、診療看護師(仮称)に対して[居宅生活の継続を可能にする診療と看護の両サービスを提供]できる点を要望しており、医師の代替的役割のみに焦点を合わせていない。では、なぜ看護に加えて診療をも担い得る看護師の存在を支持するのか。その理由については、本研究結果を踏まえながら次に述べる。

研究参加者らは、《いざというとき、入院設備が整った医療機関の医師から協力を得ている》点や《診療看護師(仮称)と同じ地域で診療している医師から療養者の病状判断や治療について助言をもらっている》ことにより、療養者・家族にとって安心・安全な診療看護師(仮称)による診療サービスへとつながる点について指摘していた。さらに、《自宅という療養環境に適した診療を提供している》からも理解できる通り、診療看護師(仮称)として、あくまで侵襲性の低い診療の提供を想定していた。そのほか、《医師による診療とすべきか否かに関する基準をもっている》ことで、必要に応じて速やかに医師による診療へとつなげるためのコンピテン

シーも求めている。つまり、治療に主眼を置いた病院での療養と、居宅生活を送る中で必要になる診療とでは、一線を画していることになる。

研究参加者らは、《医師の代わりをするだけならば地域診療に携わる医師の数を増やせばよい点について自覚できている》ことを診療看護師(仮称)に求めており、あくまで療養生活支援者としての看護師の存在に期待感を示している。《最善の生活支援サービスの提供にむけて、いろいろな職種の人々と率直な意見交換が行えている》の見解に代表されるように、[医師以外の専門職種による支援体制を確保]できる点も要求されていた。療養者として居宅で生活するとした場合、その生活が保障されるよう質・量ともにサービス全般の向上が必要となり、当該看護師には関連職種間における卓越されたコーディネート機能が要求されている。

そして、診療看護師(仮称)には[親近感の獲得]も求められていた。研究参加者らは、医師は診断・治療に関わる職種であるため現実的に医師に対して親近感は要求しづらいと捉えていたほか、どちらかという、療養上の要望について医師よりも看護師のほうが伝えやすいし理解してもらいやすいというイメージも抱いていた。糖尿病患者に対する調査(大釜・大釜, 2012)によると、患者は医師よりも看護師のほうを身近に感じていることから、看護師に対して糖尿病治療から生じる体験をより表出しやすくとされている。高林・松月・黒澤(2019)は、日本の臨床現場で活動する2名の診療看護師(仮称)への面接調査結果に基づいて、当該看護師の実践では療養者を身体的・心理的・社会的側面から捉え、ケアとキューを統合した全人的アプローチである旨について示唆している。なお、米国のナースプラクティショナーには自律して一次医療を担える裁量権が与えられてい

る。ナースプラクティショナーは、人に焦点を合わせ、医療や社会科学、患者の行動といった専門知識の融合によるケア実践、カウンセリング、指導・助言、支援に関するコミットメントによって、その権限が付与されている(Mezey, et al., 2003; Hansen-Turton, et al., 2007)。米国における看護師に対する価値観は、本研究で明らかになった[看護師としての多様な臨床経験を土台]とする【看護師としてのかわり】コンピテンシーを求める日本人の価値観と類似しているように思われる。

「なぜ看護に加えて診療をも担い得る看護師の存在が支持されるのか」に関する理由をまとめたい。診療看護師(仮称)は、医師も含めた多職種と連携しながら、看護師としての多様な臨床経験も踏まえ、療養生活に必要な支援を病態学・治療学・看護学等に基づいて提供できるあくまで看護職に該当する。そのほか、医療専門職種の中でもよりメンタル的な欲求を充足できる看護師が自宅という療養環境に適した診療を担うことで、療養者・家族の生活上の利便性と満足感を高められる。この期待感を論拠として、診療看護師(仮称)の存在について賛意が示されたものと考えられる。

東京圏では、高齢者人口の更なる増加によって、在宅看取りへの対応は喫緊の課題と言えよう。片平・塚崎(2018)は、小規模多機能型居宅介護サービスにおいて看取りは日常の延長線にあり、日常生活援助に焦点をあわせた終末期ケアが提供されている旨について報告している。そして、厚生労働省(2017b)から「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン」が発表されたことで、一定の要件の下で看護師による「死亡の確認」「死亡診断書の代筆」が可能になった。そうした状況の中、西田ら(2018)は、2040年がピークとなる日本の多死

社会を支える世代に該当する大学生に対して、看護師が死亡診断や死亡診断書の作成を行うことの是非に関する質問紙調査を実施した。その結果、看護師による死亡診断について、「看護師のみが死亡に立ち会う状況で是認する」「死亡診断について研修を受けて試験に合格した看護師が良い」とする割合が高かった。この調査の結論として、在宅での看取りの必要性は高まる一方で、医師一人体制で在宅療養を担う診療所も多く存在しており、医師が置かれている過酷な診療体制の改善を目指す必要性の高さといった論拠に加えて、医師と看護師の間における業務の共同化という観点も踏まえ、在宅や高齢者施設内での看護師による死亡診断の実施について前向きな意向が示された。

本研究の参加者らも、早晚死亡することについて予測できている療養者であることを条件としたうえで、多くの時間を要して療養生活を見守ってきた看護師によって看取りが行われることは自然な成り行きであり、医学の知識もある診療看護師(仮称)が死亡診断を行っている姿も含め、[看護の実践者という強みを生かして看取りと死亡診断を実施]する点について賛意が示された。しかし、それに至る過程では、[的確な方法で心身の苦痛を緩和]でき、[平穏な死を迎えるための環境調整]にも貢献できる看護師としての役割が求められている。従って、自宅で最期を迎えられ看取りも可能にする【居宅における終末期診療の実践】コンピテンシーの獲得は診療看護師(仮称)にとって必要条件に該当するものと考えられる。

2) 国民から容認されるために必要なコンピテンシー

本研究の結果を踏まえ、診療看護師(仮称)による診療も含めたサービスが国民から受け入れ

られるためには、以下のコンピテンシーが必要になると思われる。

研究参加者らは、[医師による支援体制を確保]の内容からも理解できるように、医師による万全な支援体制の整備によって、診療看護師(仮称)が施すプライマリ・ケアをより安全で効果の高いサービスへと変革できる旨を指摘した。そして、居宅での療養生活においては、病院でのそれとは異なり、[療養者・家族の要望を最優先した診療サービスを提供]する必要性についても述べていた。さらに、[居宅生活の継続を可能にする診療と看護の両サービスを提供]することで、居宅療養生活の可能性を高められる点も予測していた。加えて、治療に限定したサービスのみならず、療養生活を送るうえで必要なサービス全般を利用したいと考えるため、[医師以外の専門職種による支援体制を確保]する大切さについても指摘した。つまり、他職種との連携のもとで提供されるケアが根本として存在し、[医師による支援体制を確保]できているという条件の下で、看護師が担うにふさわしい水準でのケアも必要に応じて提供できることが求められているのではないかと考える。

Schadewaldtら(2013)は、ナースプラクティショナーと医師との間における実務協力の改善・強化から患者ケアの向上へとつながるため、両者間における協働によって生み出される相乗効果や成功モデルに関するエビデンスを集積する必要性について述べている。Evans(2010)やRohrerら(2013)も、ナースプラクティショナーとプライマリ・ケア医は地域医療現場において患者を紹介しあうなど、お互いが補完しあいながら患者の診療に携わっている現状について報告している。なお、《最善の生活支援サービスの提供にむけて、いろいろな職種の人々と率直

な意見交換が行えている》の見解からも理解できる通り、多職種の専門性も踏まえながら地域リソースを効率よく合理的にマネジメントできる能力(山岸, 2012, pp.42-55)も求められ、【他職種からの支援体制の確保】は、診療看護師(仮称)が国民から受け入れられるための要件に該当すると考える。

研究参加者らは、診療看護師(仮称)の職能そのものによって【プラスアルファの強みを発揮】できる点を求めている。ここでも注目すべき内容は、医師の代替的役割のみに限定したコンピテンシーの獲得に焦点が合わされていない点である。東京圏で暮らす中年世代にある研究参加者らは、現時点では、医師の偏在・不足などから受診行動に支障をきたす状況に置かれていない。しかし、高齢・多死社会という今後の状況にも鑑み、あくまで居宅で療養生活を送ることを想定した場合、《医学と看護の両視点からのアプローチにより、利用者が受けたいサービスへとつながる》ことで居宅療養に関する[サービス選択肢の拡大に貢献]できる看護師を求めている。そして、療養者のニーズにできる限り対応しようとする看護師の献身的な様子も思い描いているように思われる。

また、研究参加者らは、診療看護師(仮称)が提供するサービスの【社会的コンセンサスの獲得】に向けて、[研修や資格制度のもとでプライマリ・ケアを提供]することや[プライマリ・ケアの実績について地域に周知]する必要性について語っていた。当該看護師による診療の安全性を担保するために、診療の難易度や範囲によって養成機関や資格内容に差異を生じさせるべきなのも含めて診療看護師(仮称)制度に関する検討を推し進める必要がある。検討を重ねた制度の下で当該看護師が機能することにより、診療実績も踏まえつつ、安心・安全な包括

的サービスである点を地域住民にアピールしやすくなる。

3) 本研究の限界と課題

本研究では、診療看護師(仮称)から居宅療養生活支援を受けるとした場合、こういったコンピテンシーを当該看護師に求めるのかについて明らかにすることを目的に、東京圏に在住する中年世代の男女12名に対してフォーカス・グループ・インタビューを実施した。なお、本研究の成果は、研究参加者12名のみの認識に基づく内容である。そして、12名全員が偶然にも診療看護師(仮称)に対して肯定的見解をもっていた可能性がある。さらに、診療看護師(仮称)に関する予備知識を十分に得ることなく調査に応じてもらった可能性は否めず、診療看護師(仮称)の診療によって不利益を被る可能性について十分に理解してもらったうえでの回答であったかという点についても課題が残る。

今後は、今回の研究結果を踏まえて量的研究へとつなげ、プライマリ・ケア分野で機能するにふさわしい診療看護師(仮称)のコンピテンシーについて洗練させたい。

5. 結論

東京圏に在住する中年世代の研究参加者らは、診療看護師(仮称)に対し、居宅療養生活の持続可能性を高められる包括的ケアの一部としての確な診療実践に期待感を示した。さらに、当該看護師によるサービスが国民から容認されつづけるためのコンピテンシーを獲得する重要性も示唆した。なお、日本国民から支持される診療看護師(仮称)として存在しつづけるためには、診療実践のみならず、看護師本来の職能であるケアそのものも重視されている点を意識していく必要がある。従って、診療看護師(仮称)

として東京圏で療養生活支援を提供するために必要なコンピテンシーを抽出する過程では、医師が担ってきた診療行為の一部をシフトするという枠組みだけでは不十分であるほか、看護師が診療を自律して担うことに関しても明晰な社会的意義を踏まえた検討が求められる。

謝辞

本研究に快くご協力いただいた皆様に心より御礼申し上げます。本研究は、JSPS科研費課題番号19K19399の助成の一部を利用した。

付記

本研究の成果の一部については、第60回日本社会医学会総会で発表した。開示すべき利益相反はない。

注

- (1) 2019年8月の時点において、厚生労働大臣が指定した特定行為研修機関数は134に上る。施設種類別で示した場合、大学12機関、大学院9機関、大学病院13機関、病院87機関、医療関係団体12機関、専門学校1機関の内訳となる。その詳細は、以下のURLを参照されたい。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000087753.html>
- (2) 看護師は、医学や看護学等の知識・技術を用いて、療養者の病態や治療、症状を踏まえながら療養上の生活支援を行うほか、医師からの指示のもとで投薬などの診療の補助行為を実施する。従来の看護師が自律して行える業務は、患者やじょく婦に対する療養上の生活支援に関する業務である。診療の補助業務の実施では、原則として、医師による具体的もしくは包括的指示が必要になる。そして、医師の指示があった場合でも実施してはならない行為も存在する。高度な医学知識・技術を必要とする鑑別診断や薬物処方、検査指示、手術といった絶対的医行

為がそれに該当する。

- (3) 自律的に診療行為を担い得る看護師を養成する看護系大学院については、一般社団法人日本NP教育大学院協議会ホームページ「会員校紹介」を参照されたい。
<https://www.jonpf.jp/graduateschool/memberschool.html>
- (4) この条件としては、診療行為を担うに相応しい教育ならびに研修が行われること、医師との連携に基づいた診療の実践であること、等の内容があげられていた。
- (5) 2019年4月に、医学中央雑誌Webを利用して文献検索を行った。その結果、日本の診療看護師がプライマリ・ケアの現場で居宅療養生活支援を実践するにあたって必要となるコンピテンシーについて明らかにしようとした先行研究は、「大釜信政(2019). プライマリ・ケア分野高度実践看護師のコア・コンピテンシーに関する検討—東京圏在宅療養支援診療所の医師に対する面接調査から—, 社会医学研究; 36(1): 1-14.」のみが該当すると思われる。
- (6) 看護師は、療養者にとって安全・安楽で個別性の高い看護を提供するために、意図的に身体面・精神面・社会面、必要に応じて霊的側面からも療養者の情報を収集する。それらの情報について、病態学・治療学・薬理学・看護学等の専門知識に基づきながら意味の解釈を行う。看護におけるアセスメントとは、意図的な情報収集と、それらの情報の意味解釈という2つの要素をもつ。

文献

- 一般社団法人日本NP教育大学院協議会(2009). 協議会概要. [online]2009年10月, 日本NP教育大学院協議会ホームページ. [2019年1月14日検索]<<https://www.jonpf.jp/about/index.html>>
- 一般社団法人日本看護系大学協議会(2018a). 平成30年度自民党看護問題小委員会に提出した要望書2018年9月11日. [online]2018年9月11日, 日本看護系大学協議会ホームページ. [2019年1月14日検索]<<http://www.janpu.or.jp/wp/wp>

- content/uploads/2018/09/20180911FormalReq.pdf)
- 一般社団法人日本看護系大学協議会(2018b). 平成30年度版高度実践看護師教育課程基準高度実践看護師教育課程審査要項. 東京, 一般社団法人日本看護系大学協議会: 3-12.
- 井本寛子(2020). 最期まで安心・安全な医療がタイムリーに受けられる社会をめざして2040年に向けたナース・プラクティショナー(仮称)制度創設の必要性, 看護; 72(2): 34-38.
- 大釜信政・大釜徳政(2012). 高度実践看護師による疾病管理に対しての糖尿病患者7名の認識, ヒューマンケア研究学会誌; 3: 1-8.
- 大釜信政(2016a). 高度実践看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設看護師の認識, ヒューマンケア研究学会誌; 7(2): 35-43.
- 大釜信政(2016b). 高度実践看護師の裁量権拡大に対する訪問看護師の認識, ヒューマンケア研究学会誌; 7(2): 45-54.
- 大釜信政(2019). プライマリ・ケア分野高度実践看護師のコア・コンピテンシーに関する検討—東京圏在宅療養支援診療所の医師に対する面接調査から—, 社会医学研究; 36(1): 1-14.
- 大釜信政・中筋直哉(2014). 看護師の裁量権拡大に対する訪問看護利用者の家族が抱く認識, ヒューマンケア研究学会誌; 6(1): 1-10.
- 片平伸子・塚崎恵子(2018). 小規模多機能型居宅介護を利用した高齢者の終末期における看護師の活動の特徴, 日本プライマリ・ケア連合学会誌; 41(2): 45-52.
- 河谷はるみ(2016). 在宅医療を担う医療体制の在り方, 九州看護福祉大学紀要; 16(1): 25-30.
- 公益社団法人日本看護協会(2019). 2019(令和元)年度重点政策・重点事業(事業計画)説明資料. [online]2019年6月18日, 公益社団法人日本看護協会ホームページ. [2019年6月20日検索], <http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20190618_03.pdf>
- 厚生労働省(2015). 特定行為に係る看護師の研修制度. [online]2015年10月, 厚生労働省ホームページ. [2019年1月14日検索]<<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>>
- 厚生労働省(2017a). 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書. [online]2017年4月6日, 厚生労働省ホームページ. [2017年6月7日検索]<<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumu-ka/0000161081.pdf>>
- 厚生労働省(2017b). 情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン. [online]2017年9月, 厚生労働省ホームページ. [2019年12月7日検索]<<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000527813.pdf>>
- 厚生労働省(2018). 平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書, 2018年3月, 厚生労働省ホームページ. [2020年1月19日検索]<<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>>
- 社団法人日本医師会(2009). ナースプラクティショナー(NP)の導入に対する日本医師会の見解, 2009年6月3日. [2020年10月10日検索]<<https://www.goodcycle.net/ijinet/viewFile.php?id=7452>>
- 高林拓也・松みどり・黒澤昌洋(2019). 看護を基盤とした診療看護師(NP)による全人的アプローチ, 日本NP学会誌; 3(2): 11-20.
- 武村雪絵編・武村雪絵(2014). 看護管理に生かすコンピテンシー成果につなげる「看護管理力」の開発 第1章コンピテンシーモデルと看護管理, 東京, メヂカルフレンド社: 1-6.
- 地域包括ケア研究会(2016). 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムと地域マネジメント. [online]平成28年3月, 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 地域包括研究会. [2019年1月14日検索]<https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf>
- 東京都福祉保健局(2016). 東京都地域医療構想(平成28年7月). [online]2016年7月, 東京都福祉保健局. [2019年12月16日検索], <[http://](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html)

- www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/kyogikai/chiikiiryokousou.html>
- 西田幸典・佐藤啓造・藤城雅也・根本紀子・足立博・岩田浩子・米山裕子・李曉鵬・松山高明・栗原竜也・藤宮龍祥・浅見昇吾(2018). 看護師による死亡診断, 死亡診断書作成の是非についての法医学的一考察—医学生, 一般学生の意識調査をもとに—, 昭和学会雑誌:78(2): 168-182.
- 日本医療労働組合連合会(2018). 看護師による「特定行為」の危険 医師・看護師の大幅増員で安心・安全の医療を取り戻そう. [online]2018年8月, 日本医労連. [2019年8月12日検索], <http://irouren.or.jp/publication/特定行為リーフ2018.pdf>
- 日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分会(2011). 提言 高度実践看護師制度の確立に向けて—グローバルスタンダードからの提言—. [online]2011年9月29日, [2012年4月28日検索], <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t135-2.pdf>
- 日本創成会議首都圏問題検討分科会(2015). 東京圏高齢化危機回避戦略 一都三県連携し, 高齢化問題に対応せよ. [online]2015年6月4日, [2019年12月4日検索]<https://www.mlit.go.jp/common/001092095.pdf>
- ホロウェイ・ウィーラー/野口美和子監訳(2007). ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで(第2版). 東京, 医学書院: 108-119.
- 山岸暁美(2012). 「厚生労働省の取り組み-在宅医療・介護推進のためのモデル事業」ヘルスケア総合政策研究所『医療白書 2012 年度版 地域包括ケア時代に迫られる, 病院“大再編”と地域医療“大変革”』. 東京, 日本医療企画: 42-55.
- Evans Steven W. (2010). Convenient care clinics: making a positive change in health care, J Am Acad Nurse Pract; 22(1): 23-26.
- Hansen-Turton Tine, Sandra Ryan, Ken Miller, et al. (2007). Convenient Care Clinics: The Future of Accessible Health Care. Disease Management; 10(2): 61-73.
- Mezey M, McGivern D, Sullivan-Marx E, et al. (2003). Nurse practitioners: evolution of advanced practice, 4th ed. New York: Springer 2003.
- Ogama Nobumasa (2017). Awareness of Elderly Care Home Residents' Families with regard to Expansion of Nurses' Medical Roles, Yearbook on Journal of the Japan Society of Nursing Research: 1-10.
- Rohrer James E., Kurt B. Angstman, Gregory M.Garrison, et al. (2013). Nurse Practitioners and Physician Assistants Are Complements to Family Medicine Physicians, Popul Health Manag; 16(4): 242-245.
- Schadewaldt Verena, Elizabeth McInnes, Janet E.Hiller, et al. (2013). Investigating characteristics of collaboration between nurse practitioners and medical practitioners in primary healthcare: A mixed methods multiple case study protocol. Journal of Advanced Nursing; 70(5): 1184-1193.

原著論文

地域包括ケアシステム、コンパクトシティおよび防災集団移転の一体的展開と住民生活への影響—東日本大震災被災地における住民生活実態調査から—

Influences on Life of Disaster Victims under the Integrated Community Care System and Group Relocation for Disaster Mitigation in Japan —Findings of the Survey on the Great East Japan Earthquake Victims—

井 口 克 郎(神戸大学大学院人間発達環境学研究科)

Katsuro INOKUCHI

要約：2011年の東日本大震災以後、医療・介護分野では社会保障費抑制政策の強化のもと地域包括ケアシステムの構築が、また国土政策の場面では津波被災地域住民の防災集団移転ないし都市のコンパクト化が推進されてきた。本稿では東日本大震災被災地の岩手県大船渡市中赤崎地区で筆者らが行った住民生活調査を基に、これらの政策の相乗的展開が住民の生活や健康状態にどのような影響を及ぼしているかを明らかにした。

キーワード：地域包括ケアシステム、防災集団移転、東日本大震災、基本的人権

Integrated community care system, Group relocation for disaster mitigation,
Great East Japan Earthquake, Basic human rights

はじめに

2011年3月に発生した東日本大震災の翌年の2012年8月、民主・自民・公明の三党協議によって社会保障制度改革推進法が成立した。同法をもとにした大企業や富裕層の納税回避・財政抑制のための社会保障抑制政策の強化の中で、社会保障の自助・互助化がいつそう進められている。特に、医療・介護分野においてはその具体像である「地域包括ケアシステム」の構築が各地で進められているところである。

加えて、防災ないし国土政策領域においては、この間、東日本大震災を契機(ないし口実)に、被災地を中心として「防災集団移転促進事業」(国土交通省)を用いた低地から高台などへの集団移転の促進や、それによる財政・インフラ抑制のための「コンパクトシティ」づくりが進められている。

今日の日本において注目しなければならないのは、特に東日本大震災被災地のような災害被災地域において、「選択と集中」の名のもとに

(受理日：2020年10月30日)

医療・介護などの社会保障政策領域における「地域包括ケアシステム」構想と、防災および国土政策における「コンパクトシティ」「集団移転」が一体となり、不可分のものとして展開されていることである。国の進める地域包括ケアシステムは、その本質は社会保障の後退・抑制政策であり、また住民の選択の自由や自己決定の充分に保障されないコンパクトシティ化や集団移転は、人々の生存や生活、健康に多大な影響をもたらさう。

本稿ではこのような問題関心から、東日本大震災被災地の岩手県大船渡市中赤崎地区で筆者らが継続的に行ってきた支援活動や調査をもとに、上記のような医療・介護、国土政策の相乗的展開が住民の生活環境や健康状態にどのような影響を与えているかを考察し、その問題点を乗り越えるための政策課題について提起する。

1 今日の日本における医療・介護政策と、復興・防災・国土政策の潮流

(1) 社会保障費、医療・介護保障抑制政策と「地域包括ケアシステム」

2012年に成立した社会保障制度改革推進法によって以後の社会保障制度改革を家族や国民相互の助け合いをベースに進めることが基本方針に定められて以来(憲法25条の空洞化)、医療・介護分野においても、高齢化が進む中での費用増大を敵視し、両分野を包括的にとらえた費用抑制策が国によって展開されている。

2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」において、医療・介護供給体制改革のあり方をめぐって、「川上から川下まで」という概念が提示された。医療・介護の効率化を図るため「急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床

や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある」とし、「川上に位置する病床の機能分化」という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠」としている⁽¹⁾。

ここで想定されているのは、「川上」にあたる医療については、医療機関や病床の機能分化や平均在院日数の短縮等によって医療の効率化(サービス利用や病床数削減)を狙い、在宅復帰を促され「川上」から流れてきた患者等を、「川下」、いわゆる「地域包括ケアシステム」が受け止めるという医療・介護連携強化構想である。

同報告書などで「川下」としての役割を期待されている地域包括ケアシステムは、2011年の東日本大震災以降の時期になって、本格的にその具体的構築のための取り組みが求められている。地域包括ケアシステムについて国・厚生労働省(以下、厚労省)は建前上、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム」としているが⁽²⁾、実際にこの間に進められている介護分野における制度改革は、社会保障費抑制を行うために、医療・介護問題における公的責任や専門職のサービスを縮小・抑制し、自助・互助の役割や予防・自立を重視して、医療・介護の自己責任化、家族や地域への押し戻しを推進するものである⁽³⁾。

たとえば、2015年介護保険制度改定では、要介護3未満の者の特養入居制限が行われ、要支援者に対する介護予防給付(訪問介護・通所介護)の「総合事業」(担い手にボランティア等を含むこと可)への移行も進められた。また、

一定以上の所得のある利用者の介護サービス自己負担の2割への引き上げも断行された。2018年改定時には、一定以上の所得のある利用者について更に自己負担3割の層が設定され、いっそうの負担増・サービス受給抑制が追求された。

その後も、更なる公的介護サービス抑制策が検討されている。列举すれば、要介護1・2の生活援助サービスの介護保険サービスからの切り離し、ケアプラン有料化、利用者自己負担の原則2割化や対象範囲の拡大ないし段階的引き上げ⁽⁴⁾などであり、「川下」における公的介護保険サービスの利用を抑制・阻害し、家族介護や地域の助け合いなど「自助」「互助」にケアの役割を回帰させていく政策が進められている。そして後述するように、東日本大震災被災地においても地域包括ケアシステムの構築に向けた国策的圧力が大きくなってきている。

建前上「住み慣れた地域に住み続ける」ことを掲げながら、実際には介護保険サービスを後退させ、ケアを自助・互助化、自己責任化し、人々の社会保障の権利や住み続ける権利を形骸化していく国の地域包括ケアシステムの矛盾が指摘されるようになっていく。

(2) 国土政策と「コンパクトシティ」構想

①日本における「コンパクトシティ」「コンパクト化」構想

国は、東日本大震災後の復興過程で、被災地の街づくりにおいて「コンパクト化」、俗にいう「コンパクトシティ」の構築に向けた動きを加速させている。

たとえば、東日本大震災直後の2012年、内閣府は「地域の経済2012 ―集積を活かした地域づくり―」⁽⁵⁾などのレポートの中で、岩手県や宮城県、福島県いわき市などの復興計画を例に挙げ、高台移転や集団移転、沿岸部での職住

分離の推進といった動きを、コンパクトなまちづくりと評価し、コンパクトシティの推進による集積のメリットの実現を提唱している。

その後、こうしたコンパクトシティへの資源や人口の集約ないし集積の方向性は、国土交通省が2014年7月に策定した「国土のグランドデザイン2050～対流促進型国土の形成」(以下、「グランドデザイン2050」)などの国土計画における基本戦略の中に明確化されていく⁽⁶⁾。ここでは、日本は「人口減少」と「巨大災害」の逼迫という2つの大きな危機に直面しているとし、「厳しい財政状況」の中で効果を挙げるためには、「選択と集中」を進める必要があると主張されている。たとえば医療・福祉については、「人口減少下において、行政や医療・福祉、商業等、生活に必要な各種のサービスを維持し、効率的に提供していくためには、各種機能を一定のエリアに集約化(コンパクト化)することが不可欠であり、これにより各種サービスの効率性を確保することができる」としている。

「選択と集中」は、文字通り人々の多様な生活のあり方や自己決定、住み続ける権利等を認めない選別概念であり、「グランドデザイン2050」に見るように、市民の生活保障にかかる財政の抑制と、国全体の「生産性」を高めるという、経済至上主義的な考えの下で主張されている⁽⁷⁾。必然的にその下で排除・衰退させられる地域や人々が生まれる。

②東日本大震災津波被災地復興施策の象徴としての「防災集団移転促進事業」(国土交通省)

東日本大震災の津波被災地において、上記の「コンパクト化」の動向と密接に実際に展開されているのが、高台集団移転政策である。東日本大震災後の津波被災地の復興施策においては、将来再び起こるかもしれない津波に備え、

低地の人々を高台などに集団移転させるとともに、公共インフラの節約や再編を狙う動きが各地で見られた。その意味で、日本版コンパクトシティと津波被災後の高台集団移転政策は、切っても切り離せない関係性をもって展開されている。そして、これらを遂行するため、集団移転を誘導する国の代表的な制度として多くの被災地で利用されているのが国土交通省の「防災集団移転促進事業」(以下、防集)である。

防集は、災害被災地域において住民の居住が「適当でない」とされる区域にある住居の集団的移転を、資金補助を通じて促進する事業である。10戸以上の移転が行われる場合に同制度の対象となり(東日本大震災の場合は、特例的に5戸以上)、財源は、復興交付金と震災特別復興交付金によって国庫負担で賄われる。具体的に補助される経費は、高台等の移転先における、①住宅団地用地の取得造成費、②住宅敷地購入・住宅建設ローン利子補助、③住宅団地における公共施設の整備費の他、④移転促進区域内の宅地等の買取費用、⑤共同作業所等の整備費用、⑥住居の移転に対する補助費用、⑦事業計画等の策定費用である。

特にここで注目しなければならないのが、④移転促進区域内の宅地等の買取費用である。防集では、低地などの「移転促進区域内」の宅地等を住民から自治体行政が買取ることになるが、その費用は国庫補助により拠出される。しかし、その費用が国から補助されるためには要件が設定されている。その要件とは、住居の集団的移転後に、再び津波等の災害に対して脆弱な構造の住宅が建設されることがないように、移転の対象となる区域を建築基準法第39条第1項に基づく「災害危険区域」に指定し、条例による建築制限を行うことである⁽⁸⁾。

移転促進区域に指定された地区の被災者や住

民にとっては、仮に公費で移転先の高台の造成等が行われたとしても、土地を購入し住宅を建設する際には、相当の自己負担の費用を要する。故に、被災者や住民にとっては元住んでいた土地を自治体が購入してくれるか(国の補助が下りるか)、またいくらで買ってもらえるかが死活問題となる。

以上の制度の仕組みを踏まえると、防集は住民の個人単位での元の土地に住み続けるか、移転するかという自己決定を相当に困難にする。というのも、自治体が表面上の復興を急ぐあまり、住民の移転を進めるためトップダウンで地区を災害危険区域に指定した場合、住民は仮に元の地区に住み続けたかったとしてもそれが困難となる。また、元の地区を「災害危険区域」に指定することが国からの補助の前提条件とされている中では、地区内に移転を希望する住民と、元の土地に住み続けることを希望する住民が存在した場合、移転を望まない住民が移転を承諾せざるを得ない状況に追い込まれていく危険性もある。地域全体が高台移転をするという雰囲気になってしまうと、住民個々人の本来の思いや自己決定が阻害されたり、その後の生活可能性に関する熟慮のプロセスが不十分なまま、高台移転に流れて行ってしまったりすることがある⁽⁹⁾。もちろん、自治体によって運用の差はあるものの、相当に被災者個々人に苦渋の決断を迫ることが少なくない。

筆者は東日本大震災後、多くの被災地で被災者へのヒアリングを続けてきたが、防集をめぐっては、市行政が半ばトップダウンで災害危険区域への指定や高台移転を進めるケースが散見される。防集の対象として選ばれた地区の住民の具体的な声を列举すれば、「国→県→市→地区」と意向が下りてくるので、いろいろ思いはあるが、言い出すと復興が遅くなると行政から

言われ、住民としてはのむしかない」(福島県A市、2013年5月27日、筆者ヒアリング)、「希望調査や行政の説明会はある」「しかし、説明を聞くだけ」「個人的に言ってもしょうがない」「自分の家は住んではいけない地区に指定された」「納得せざるを得ない」「国の指示に従うしかない」(宮城県B市、2012年3月26日、筆者ヒアリング)といった半ば諦めの感情に満ちたものが聴かれる。

国・国土交通省は建前上、「東日本大震災の被災地における復興まちづくりの進め方(合意形成ガイドンス)」(国土交通省都市局・住宅局)などの自治体向けパンフレットの中で、防集における災害危険区域の設定を進めるに際しては、自治体が住民と合意形成を十分に図るよう促している⁽¹⁰⁾。しかし、実態の現場では必ずしも丁寧な合意形成が図られるとは限らず、被災者の本来の思いに基づいた自己決定が貫徹されない場合もある。自治体行政の防集の進め方に加え、地域の人間関係や「雰囲気」の中で、高台への移転を希望する住民が一定数いる一方、元の地区に住み続けることを希望する住民の中にはしばしば諦めや忸度の感情が渦巻いている。

防集は、建前上、住民の安全や意思を尊重しているように見える制度だが、実質的には住み慣れた土地にとどまる意思を示す個人に多大な圧力がかかる仕組みとなっている。考えてみれば、「防災集団移転促進事業」という制度名がそのことを明確に表している。あくまで「集団移転」なのである。「集団」の中で、「個」の意思はしばしば抹殺される。

なお、被災地域等の災害危険区域への指定であるが、たとえば第1種災害危険区域の場合、同区域には住宅や教育・福祉施設は建設できないものの、産業用地としての活用は可能であ

る。先述の「グランドデザイン2050」が用地の機能分化・集約化を明確に打ち出していたように、今般の集団移転政策には、災害という惨事に便乗した国策的な企業向け産業用地の集約化の思惑があることが明確である⁽¹¹⁾。この基本路線の下、震災後多くの自治体の復興計画では、この低地の集約された広大な用地を公有化・産業用地化し、域外から企業誘致(いわゆる古典的な「外来型開発」)をする構想などが打ち出された。

ここで重要なのは、東日本大震災後の安倍政権による国土政策「グランドデザイン2050」「選択と集中」の発想によるコンパクト化構想の下、防集が経済・財政的効率性の追求を加速ないし達成するための重要な手段として用いられていることである。そして防集は集団移転促進のため、先述のような国費を自治体に拠出する際の要件を設定することにより、経済的に自治体や住民の判断・行動を誘導する仕組みとなっていることである。これは、震災・津波の甚大な被害や財政難にあえぐ地方自治体行政の復興計画の方向性ないし政策判断や、地域住民自治組織や住民個人の意思決定のあり方を強力に束縛する力を持つ。

2 先行研究の概観

近年の地域包括ケアシステムや医療・介護保障制度の動向に関しては、先にも若干紹介したように多くの研究蓄積がある。ただ、その東日本大震災被災地における動向と、コンパクトシティないし防集の展開を一体的にとらえ、そこで起きてきたことについて実証分析をしている研究は数少ない。東日本大震災被災地における防集が地域住民やコミュニティにもたらす影響や「孤立死」問題との関連から論じている先行研究が工学分野にいくらか見られる。

たとえば、[中島・河村、2019]は、岩手県大船渡市の防集移転地について、コミュニティの継続性や孤立死防止の問題関心から調査を行っている。防集移転先では、元の地区との距離やメンバー構成、移転プロセスなどが、移転後のコミュニティ形成などに大きな影響を与え、とくに集落としての一体性やコミュニティのまとまりをもたない移転が高齢者の孤立化の危険性を生じさせることを論じている⁽¹²⁾。これらの研究は貴重である。ただ、防集政策が住民の生活や健康状態に与えた影響や、震災前後でどのような変化をもたらしたかということについては言及されていない。

なお、1995年の阪神淡路大震災以降、社会科学研究者も災害被災者や被災地を対象とした研究を数多く行うようになってきているが、被災地や被災者の生活状況を数年にわたって経年的に追いつけたり、災害以前の生活状況との変化を分析したりした研究は案外少ない。災害被災者の被災直後からの生活状況の変化を経年的に考察した社会科学分野における研究としては[井口、2012]などがある。同研究は、被災者生活再建支援制度の仕組み上、「全壊」「大規模半壊」の世帯には支援金が支給され住宅再建等が加速されうるものの、基本的に制度の対象外となる「半壊」や「一部損壊」世帯は住宅の修理・再建やそのための経済的負担の面で大きな困難に直面することとなり、こうして制度的に作り出された矛盾や格差が、その後のコミュニティの人間関係等にも影響を及ぼしたことを論じている。

3 復興政策下における住民の生活—東日本大震災被災地の事例から—

次に、地域包括ケアシステム、コンパクトシティ・防集が密接な関係を持ちながらまちづく

りが進められている東日本大震災津波被災地の復興政策について、実態を考察する。考察すべき点は多岐にわたるが、本稿では、とくに震災後の復興施策下における住民の医療や介護、健康を取り巻く状況に焦点を当てて分析する。本稿で事例分析するのは、筆者の所属する神戸大学大船渡支援プロジェクトが東日本大震災直後の2011年5月から今日まで継続的に復興・まちづくり活動の支援を行っている、岩手県大船渡市中赤崎地区である⁽¹³⁾。

(1) 岩手県大船渡市中赤崎地区の概要

中赤崎地区は、岩手県大船渡湾最奥の東岸に位置し、古くから漁業の盛んな地域であった。地区内には、セメントを中心とする鉱工業等が立地し、戦後の経済開発の中で発展が進む一方、漁業者等の自営業者の生活基盤の脆弱化や減少が進み、震災直前には過疎・高齢化も進行していた⁽¹⁴⁾。

図表1は、中赤崎地区と大船渡市全体の人口推移等を示したものである。総務省「国勢調査」によれば、中赤崎地区の総人口は、東日本大震災前の2005年が1663名、震災直前の2010年が1569名と徐々に減少傾向にあったが、震災後の2015年には500名以上急減し、1054名となった。高齢化率は2005年が31.4%、2010年が34.5%であったが、こちらも震災後急上昇し、2015年には41.6%となった。大船渡市全体では、総人口は2005年が4万3331名、2010年が4万737名、2015年が3万8058名と減少し、高齢化率は、2005年には27.1%であったが2015年には34.1%となり上昇傾向にある。

中赤崎地区は、全体的に過疎高齢化が進む大船渡市の中でも、比較的それが顕著な地域であった。震災後の人口減少と高齢化率の飛躍的上昇は、特に65歳未満の若年層の域外流出の

深刻さを表している。詳細を示しておく、「国勢調査」によれば、同地区の震災直前の2010年の65歳未満人口は、1027名、65歳以上人口は542名であったが、震災後の2015年には、前者が606名、後者が432名となった。後述する津波等災害による死者を除いて見ても、とりわけ65歳未満の若年層の減少が著しく、この間に4割超が流出したことになる（もちろん65歳以上の層の人口流出・減少も深刻であるが）。

また、就業者が大幅に減少する中、就業者に占める雇用者の割合が増加（すなわち、自営業者や家族従業者が減少）しており、特に震災後の自営業・家族従業者層の減少は著しい。このことは、赤崎で明治以前から重要な地場産業の一角をなしていた漁業や小商店等の衰退を物語っている。

2011年3月11日の東日本大震災によって、中赤崎地区は甚大な津波・地震被害を受けた。赤崎地区全体では、人的被害は死者42名、行方不明者6名、建物については、津波による被害が、全壊438、大規模半壊、70、半壊82、一部損壊42、地震による被害が、全壊2、大規模半壊1、半壊12、一部損壊105棟に及び、合計して752棟が被害を受けた⁽¹⁵⁾。特に海際の地区における被害は甚大であった。

中赤崎地区内には、津波後、2011年6月中旬～7月下旬にかけて、3か所計105戸の仮設住宅が建設され、住居を失った被災者らの仮設住宅での生活が始まった。

2014年10月には震災前には多くの住宅が立地していた中崎地区内の海際の地区を中心に災害危険区域の指定がなされ、地区内の山林等を

図表1 中赤崎地区および大船渡市の人口および高齢化率等の推移 (人)

		2005年	2010年	2015年
中赤崎地区	人口	1,663	1,569	1,054
	世帯数	533	524	413
	世帯当たり平均人員	3.12	2.99	2.55
	高齢化率	31.4%	34.5%	41.6%
	就業者数	707	663	473
	うち雇用者数	580	561	424
	就業者に占める雇用者の割合	82.0%	84.6%	89.6%
大船渡市全体	人口	43,331	40,737	38,058
	世帯数	15,019	14,819	14,807
	世帯当たり平均人員	2.83	2.70	2.56
	高齢化率	27.1%	30.9%	34.1%
	就業者数	20,605	18,663	18,838
	うち雇用者数	15,926	14,747	15,530
	就業者に占める雇用者の割合	77.3%	79.0%	82.4%

(注)「高齢化率」は、年齢不詳者を除く。

(出所)総務省統計局「国勢調査」各年版より算出。

数か所切り崩し、高台移転先用地の造成が徐々に進められていった。

2015年中には地区内数か所に先行して災害公営住宅が完成し始め、また2016年頃からは、一部の高台移転先の造成が次第に完了し、この時期から徐々に仮設生活を送る住民の公営住宅や高台への移転が開始された。地区内の仮設住宅が最終的に閉鎖されたのは2018年後半のことである。

中赤崎地区は、過疎高齢化の進行、医療・福祉へのアクセスの困難性、津波被害・防集による高台移転に直面する、本稿が課題とする地域のまさに典型である。

(2)「赤崎の未来を創るためのアンケート」

(2016年3月～4月実施)⁽¹⁶⁾の概要

筆者らは2016年、東日本大震災から5年の時点で、地域住民の生活状況把握と今後のまちづくりのための活動に資するため「赤崎の未来を創るためのアンケート」という質問紙調査を行った。調査の概要は以下である。

①調査対象と回答者数

調査対象者は、2016年3月～4月現在、岩手県大船渡市赤崎地区公民館区下の中赤崎地区に居住ないし津波以前に住居を構えていた住民999名(中赤崎の人口は赤崎地区公民館による把握)のうち高校生以上の者である。この調査対象者には、被災後の避難生活等のため、調査時点で中赤崎地区外に居住していた者も含む。うち、239名から回答が得られた(推計有効回答率約26%)⁽¹⁷⁾。

なお、本調査の有効回答率は、公民館などの地元自治組織の多大なるご協力を得て行ったにもかかわらず、あまり高いとは言えない。現地に通い続け地域住民の方々の様子を肌身で感じ

てきた知見からすると、住民の震災後の疲弊や、離散等といった災害被災地に特有の過酷な状況等に大きな要因があると考えられる。有効回答率の低さ自体が津波・地震災害後の生活における住民の疲弊や困難を表している。

②調査方法

調査方法は、質問紙による留置調査(無記名)である。調査票は赤崎地区公民館のご協力の下で配布し、郵送の方法で回収した⁽¹⁸⁾。なお、本調査回答者の中には、個別面談・ヒアリングに応じてくださった方も複数存在する。また、筆者らはこの間地元の住民組織と長年にわたり復興へ様々な取り組みを実施してきた。質問紙調査で得られた数字データや記述に加え、これまで長年地域に通う中で得られた地域の生の雰囲気や事例、被災者の声等も判断材料としながら分析する。

③調査期間

調査時期は、2016年3月下旬～4月である。調査への回答期間を概ね同年4月25日までとし、5月下旬頃までに調査票の回収・集約を完了した。

④質問内容

質問の内容は、住民生活の全般的状況をとらえるため、性別、年齢、就業状態、所得・経済状況、居住の現状などの基本事項に加え、被災状況や避難の経緯、住宅再建に関する状況や意向、震災前後の生活の変化、まちづくりや住まいのあり方への意向、健康状態や受療行動、介護の必要、在宅介護や地域における活動への参加状態ないし意向など多岐にわたる。

⑤倫理的保証および統計解析

調査にあたっては、対象者に文書によって調査の趣旨を説明し、回答は個人が特定されない方法で集計・公表することを説明した。また、調査結果は内外に発信し、今後のまちづくりや防災・減災に役立てていくことを説明した。調査票への回答をもって調査への協力に同意したものとした。

調査結果の解析には、IBM SPSS Statistics Ver.20 を使用した。

(3) 防集による高台集団移転と被災者の居住の場への意向

この調査から、被災地住民の生活の変化について以下分析する。はじめに、東日本大震災では防集による高台移転が各地で実施されたが、防集に伴う被災者の居住の場の問題について検討する。

まず、調査時点における回答者(n=239)の居住場所の概要である。第1に、中赤崎地区には津波被害を免れた地区も存在し、「震災前からの自宅」ないし「震災前からの借家」に住む者が合わせて45.2%と約半分弱を占める。第2に、調査時点で元の居住地とは別の場所に恒久住宅を確保した人々がいる。「自宅(震災後に別の場所に再建)」が19.2%、「公営住宅・災害公営住宅」0.8%である。そして第3に、調査時点でいまだ恒久住宅での生活に戻れていない仮設生活状態にある人々として、「仮設住宅」17.6%、「みなし仮設」8.8%、「親戚・友人などの家」2.1%が存在する。無回答が6.3%である。回答者のうち約半数が地震・津波後に何らかの形で不安定な住居環境での生活を余儀なくされた経験を持つ。

図表2は、上記のうち、調査時点で「仮設住宅」「みなし仮設」「親戚・友人などの家」での仮設

生活状態にあった回答者について、仮設生活が終了した後どこに居住する「予定」かを質問した結果である(n=83)。「中赤崎の高台に家を建てる」が49.4%、「中赤崎内の災害公営住宅」14.5%、それ以外の「中赤崎内に自宅を自力再建」8.4%、「中赤崎内の家族・親戚等の家に転居」1.2%となっており、多くは中赤崎地区内での再建を予定している。他方、「中赤崎外に転居」を予定している人も1.2%存在する。「未定」が2.4%であった。

図表3は、上記仮設生活状態にあった回答者に、先に聞いた仮設生活終了後の居住場所の「予定」は、「本来の希望」と合っているかを質問した結果である(n=83)。「希望と合っている」は37.3%であり、半数に満たない。希望と合っていない者については、「元の敷地での再建」を希望する者が7.2%、「中赤崎内に自宅を自力再建」が3.6%、「中赤崎内に高台移転」が15.7%、「中赤崎内の災害公営住宅」が4.8%、「その他」6.0%である。

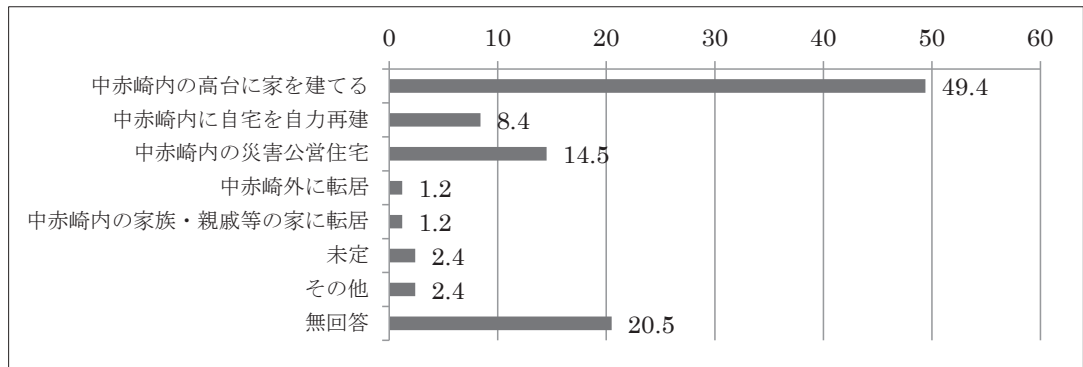
災害危険区域への指定等により住み慣れた土地に戻れない人々や、調査時点で中赤崎外への避難を余儀なくされている回答者も存在することから、何らかの形で中赤崎への帰還を希望しながらもそれがかないそうにない状況におかれている者、状況は様々である。他方、「中赤崎外に転居」を希望する者も4.8%存在した。

なお、これらの質問に対しては、「無回答」の者が2割程度存在し、これは本調査の他の設問と比べ際立って多い。移転先の予定や希望については、国の制度的誘導の下で防集が進められていく中で、被災者の中でも意思を表現することが難しい、デリケートな問題となっていることを表しているといえよう。

次の図表4は、調査時点で仮設生活を終え、恒久的な自宅ないし災害公営住宅に住んでいた

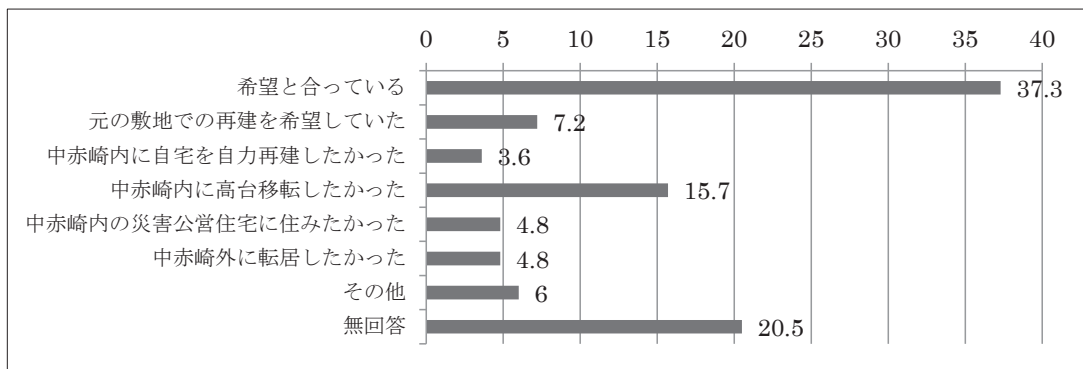
図表2 仮設生活者の仮設生活終了後の居住場所の予定(n=83)

(%)



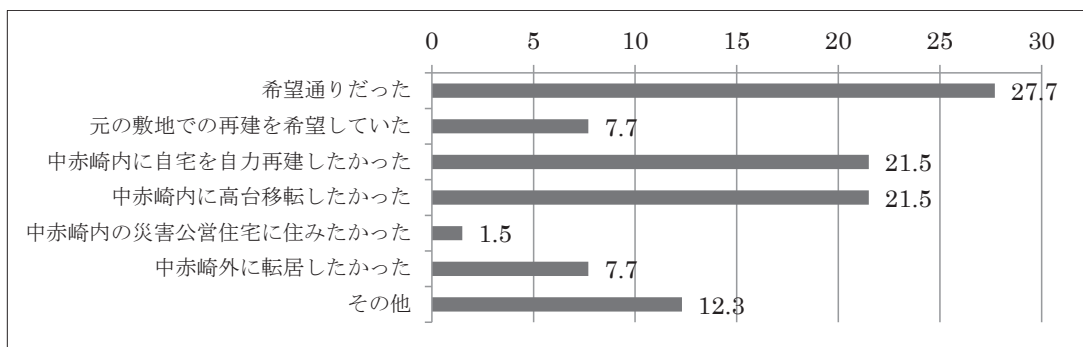
図表3 仮設生活者の仮設生活後の「予定」と「本来の希望」との差(n=83)

(%)



図表4 調査時点で仮設生活を終え自宅ないし災害公営住宅に住んでいた者の「本来の希望」との差(n=65)

(%)



回答者に、その居住場所は「本来の希望」と合致しているか尋ねたものである(n=65)。「希望通りだった」は27.7%で3割に満たない。「元の敷地での再建を希望していた」7.7%、「中赤

崎内に自宅を自力再建したかった」21.5%、「中赤崎内に高台移転したかった」21.5%、「中赤崎内の災害公営住宅に住みたかった」1.5%、「中赤崎外に転居したかった」7.7%、「その他」

12.3%である。

なお、調査時点で自宅の再建を完了していた回答者からは、自宅再建にかかったローンや震災以前の自宅のローンと震災後のローンを二重で抱えるいわゆる「二重ローン」で疲弊し不安を抱えている声が非常に多い。

防集等による高台移転は、多くの場合、山林等を切り開き宅地を造成して行われる。故に、それまで比較的住宅地面積の広い平場に住んでいた多くの居住者をそこに全員移転させるには面積・容量的に限界があることが多い。また、高台等の造成と住宅建設には長い期間を要する。各世帯の生活の都合上、それが待てない場合もある。故に、防集は半ば必然的に地区外に転居しなければならない被災者を一定数生み出すこととなった。本調査からは調査を行った2016年時点で、中赤崎に思いがかりながらも地区外に恒久住宅を確保せざるを得なかった人々が相当数存在することが読み取れる。先述の2015年国勢調査が示している人口減少の内実である⁽¹⁹⁾。

(4) 地震・津波被災、高台移転政策と住民の健康状態の変化

東日本大震災は、地震や津波による被害に加え、その後の防集等による「復興」施策の推進も被災者・住民の生活環境に大きな変化をもたらした。次にそれらが住民の健康や生命に及ぼした影響について考察する。

東日本大震災の津波被災後の被災者を取り巻く状況で特筆すべき点は、しばしば避難生活が通常の地震災害にも増して長期になりがちな点、それに伴い避難・仮設生活における居住の場の不安定性・流動性、ないし住宅再建先の土地や住宅の確保への不安や心労等が高くなりがちな点である。

この点について、中赤崎地区調査結果から興味深い結果が見出せる。それは、震災後、住み慣れた自宅にとどまることができたり、最終的に元の住み慣れた土地に帰ったりすることができた被災者よりも、避難所・仮設住宅・災害公営住宅など転々とし、住み慣れた地域からの転居や引っ越しを余儀なくされる頻度の高い被災者の方が、震災前に比べて健康状態が悪化する傾向が非常に強いということである。転居による生活環境の変化は、住民の健康状態に対して負の影響を与えるリスクが非常に高い。

まず、本調査の回答者を、被災後の居住の場(住居)の変遷状況・移転の度合いから、以下の3グループに分類した。

第1は、「移転頻度低」群である。これは、地震・津波での自宅の大きな損壊を免れ、その後も震災前からの自宅に住み続けることができた人々のグループ(一部、一時的に避難所への避難や仮設住宅生活等を経験した者も含む)の人々である。

第2は、「移転頻度高(安定)」群である。こちらは、地震・津波により住み慣れた自宅を喪失し、避難所、親戚・友人宅、職場、仮設住宅及びみなし仮設等、いずれかの住処を転々としながらも、調査時点で震災前の居住地とは別の場所に自宅を再建できたり、公営住宅に入居できたりして、最終的に住居が安定していた人々のグループである。

第3は、「移転頻度高(不安定)」群である。こちらは、地震・津波により住み慣れた自宅を喪失し、避難所、親戚・友人宅、職場、仮設住宅及びみなし仮設等、いずれかの住処を転々とし、調査時点で未だ安定した住居が得られていなかった人々のグループである。

これら3グループと、震災前と比べた調査時点での回答者の健康状態の変化をクロスしたの

図表5 被災後の住居の移転頻度と健康状態の変化(n=224)

%(実数)

	移転頻度低	移転頻度高 (安定)	移転頻度高 (不安定)	移転頻度高 (安定+不安定) (再掲)	合計
変化はない	60.2	35.4	44.1	40.5	50.0
震災前より健康が悪化した	37.0	62.5	51.5	56.0	46.9
震災前より健康になった	0.0	2.1	1.5	1.7	0.9
無回答	2.8	0.0	2.9	1.7	2.2
合 計	100.0 (108)	100.0 (48)	100.0 (68)	100.0 (116)	100.0 (224)

(注) 表中の人数は無効回答を除く。

p<0.05

が、図表5である。被災者の移転頻度によって、有意差が認められる(p<0.05)。なお、健康状態の差に大きな影響を与えられと考えられる移転頻度グループ間の回答者の年齢構成は、相互に大きな差は認められない。

調査では、対象者に震災の直前の時期と調査時点の心身の健康状態の変化について質問した。その結果、地震と大津波により従来の生活環境が大きく破壊された被災地の住民は全体的に疲弊の色が隠せない。「震災前より健康になった」人はほぼ皆無である。

まず、「移転頻度低」では、震災前と比べた健康状態について、「変化はない」が60.2%、「震災前より健康が悪化した」が37.0%、「震災前より健康になった」が0.0%、無回答が2.8%であった。「変化はない」と「震災前より健康が悪化した」を比べると、前者が60.2%であり、圧倒的に高い数値を示していることが分かる。

一方で、「移転頻度高」になると傾向は全く逆になる。「移転頻度高(安定)」では、「震災前より健康が悪化した」が62.5%と圧倒的に高く、「移転頻度高(不安定)」でも51.5%と最も高い。これらを合計した「移転頻度高(安定+不安定)」を見ても56.0%が「震災前より健康が悪化した」

と回答しており、6割に迫る者が健康悪化を訴え、「変化はない」は約4割と少数派となっている。

このように、被災によって家族や身近な人、財産など喪失し、さらにその後に住処を転々とせざるをえない状況が、居住環境や人間関係・近隣関係の変化、生活困難、貧困などをもたらし、疲弊や健康悪化へのリスクを非常に高くしているということが言える。

加えて注目すべきは、「移転頻度高(安定+不安定)」の人々の中でも、「移転頻度高(安定)」の人々の方が、「移転頻度高(不安定)」の人々よりも健康悪化に苛まれる傾向が強いということである。

先述のように、「移転頻度高(安定)」は、地震・津波で自宅を喪失し、住居を転々としながらも、元の自宅とは別の場所に自宅を再建したり、公営住宅に入居することが出来たりした人々、すなわち一応、恒久住宅を手に入れた人々である。他方、「移転頻度高(不安定)」は、地震・津波で自宅を喪失し、住居を転々とし、調査時点でも仮設住宅等の設備・ハード的には不十分な住居で生活を続けている人々である。一見、住居が安定し「復興」したように見

える前者の人々の方が、健康状態の悪化が進んでいるのはなぜであろうか。理由は以下である。

阪神・淡路大震災時の仮設住宅等への被災者の入居時の対応において、高齢者や障がいのある人を優先して入居させた結果、「孤独死」「孤立死」が多発したことはよく知られている[早川、1997：27～32ページ]。被災者の従前の居住地における近隣人間関係やコミュニティ等を度外視した対応は、被災者の孤立を生み出し、結果としてこのような悲劇につながった。

「移転頻度高(安定)」は、恒久住宅を確保することができた人々ではあるが、その住宅の場所が、従前の住み慣れた地区ではなく、土地勘のない、他の地区での再建であるということである。東日本大震災では、防集により元の自分の土地に自宅を再建できず、山を切り開いて新たに造成した高台住宅地や、他地区への転居を余儀なくされる住民が非常に多い。本調査での「移転頻度高(安定)」は、そのような経緯で、馴染みのない土地への移転を強いられた人々が多く含まれている。

そのような人々からは、地域コミュニティが脆弱であることや生活環境の変化から、様々な生活不安を抱えているという声が寄せられている(図表6)。そのような中で、孤立し、様々な生活困難を抱え込む中で心身ともに疲弊していく危険性が高くなっていることが健康悪化の一つの要因となっていることが考えられる。また、高齢者の中には、長い避難所、仮設生活を経て、ようやく高台移転場所等の恒久住宅に入居することができた人の中にも、入居して間もなく力尽きたかのように亡くなるケースが散見される。

他方、「移転頻度高(不安定)」群の人々は調査時点で多くは仮設住宅に入居中であった。

東日本大震災は、被災範囲が非常に広範かつ被災者も膨大で、仮設住宅及び用地の取得も難航した地域もあるが、本調査を行った岩手県大船渡市赤崎地区の仮設住宅は、仮設住宅への入居に当たり従前のコミュニティの維持がなされるよう、地区の住民がまとまって特定の仮設住宅に入居することが比較的可能だった地域の一

図表6 「移転頻度高(安定)」に属する被災者の声(一部抜粋)

- ・周りが、知らない人達なので、今後のコミュニケーションづくりが不安。
- ・周りの人達との交流、コミュニケーション、収入の不安。母の介護の不安。
- ・三年後、高台造成新県道完成など、ハードな面の復興は一応めどがつくと思われるが、地域のコミュニティづくりが課題である。高齢者が生きがいを見つけられるような“人生の楽園”づくりを考えてみたい。
- ・中赤崎から離れて住んでいるので、中々足が向かない。
- ・地域活動に参加はしたいのですが、体調が悪く参加することができない。
- ・赤崎から離れたくなかったが、あまりの復興の遅れに自力再建をしたが、ローンで首が回らない。
- ・高齢者になり将来の生活が不安だ。
- ・買物・通院に車の運転出来なくなったらどの様に生活して行けば良いのか？
- ・年金生活では苦しい。
- ・ローン返済が大変。
- ・ローンが心配で、震災前のローンと合わせて2重ローンになり、かなり生活が苦しい。
- ・体調不良にて(今後の生活が不安)
- ・自分の健康に不安があること。家族の健康に対してもかなり不安(震災、無理してきたので…)
- ・自分の健康に不安(高齢なので)。介護も必要となってくる。

(出所)調査自由記入欄より一部抜粋。

つである。故に、ある程度土地勘のある地理環境の中で、比較的入居者同士の顔見知り度も高く、近隣住民やコミュニティにおける見守り体制も機能するなど、住民の不安の軽減や健康悪化の兆候の早期発見等が比較的可能な環境にあったと考えられる。

(5) 移転頻度と要介護者出現率

高齢期の引っ越しなど、居住環境の変化が高齢者の要介護化をもたらしたり、要介護状態の悪化をはじめとする健康状態の悪化の引き金になったりする危険性があることは、他の震災研究等で指摘されてきたが⁽²⁰⁾、本調査からもそれを裏付ける結果がより明確に見出せる。

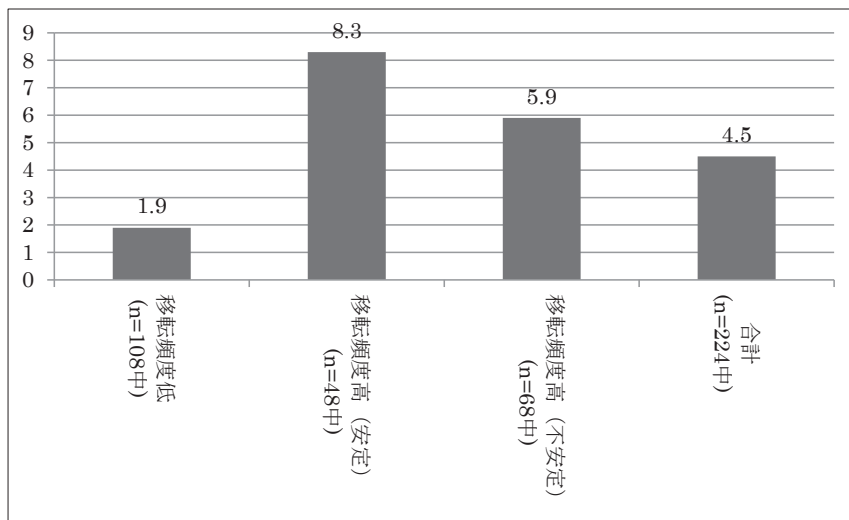
図表7は、本調査において病気や高齢・障がいなどで長期にわたる介護を必要としているかを対象者に尋ねた結果を、先の移転頻度別に比較したものである。

調査回答者全体(「合計」)のうち、「必要としている」と回答した者の割合(以下、要介護者

出現率)は、4.5%であり、このすべてが高齢者である(最低年齢76歳、最高年齢96歳)。これを移転頻度別に見るとかなりの差がある。「移転頻度(低)」では、「必要としている」と回答した者は1.9%にとどまっているが、「移転頻度(安定)」では8.3%、「移転頻度高(不安定)」では5.9%となっている。先述の通り、移転頻度グループ毎の年齢分布には大きな差はみられないため、「移転頻度高(安定)」では「移転頻度(低)」のおよそ4.4倍、「移転頻度高(不安定)」は約3.1倍の要介護者出現率である。

上記における長期の介護を「必要としている」と回答した「要介護者」全体の数は、10名とが少ない。理由は、本調査が質問紙によるアンケート方式をとっていることにあり、用紙への記入が困難な中・重度のより状況が深刻な要介護状態の高齢者等は、回答者から漏れてしまった可能性が高いが(よって、実態はより深刻であると考えられる)、居住環境の変化をはじめとする被災後の生活環境の変化の過程で、高齢

図表7 移転頻度別、長期の介護の必要性がある者の割合(要介護者出現率)(%)



(注)表中の人数は無効回答を除く。

(出所)筆者作成。

者が要介護状態になるリスクが高いこと、もしくは悪化する危険性が高いことが十分に示唆される。

(6) 在宅介護者の健康状態

在宅介護者の状況について言及しておく。地域に十分な介護サービス供給体制がない中で、客観的な介護基盤の脆弱な家族などの在宅介護者に介護を委ねることが、在宅介護者の疲弊・健康状態の悪化をもたらす傾向が強いことが先行研究でも明らかにされている[井口、2017]。本調査でも同様の傾向が見出せる。

図表8は、本調査において家族等の介護に何らかの形で携わっている「在宅介護者」と、携わっていない「非在宅介護者」の人々の全体的健康感である。それぞれ、「最高に良い」から「全く良くない」の6段階で、調査時点の健康状態を答えてもらった。まず、「在宅介護者」と「非在宅介護者」の人々の間には、健康状態に明確

な有意差がみられ、「在宅介護者」の人々の健康状態がそうでない人々に比べて大幅に悪い傾向にあることが明らかとなった ($p<0.01$)。加重平均値をみると、「在宅介護者」が-0.65、「非在宅介護者」が-0.12、回答者全体では-0.22である。回答者中、地震・津波被災後5年時点の調査で健康状態が「最高に良い」と答えた人が皆無であることから、被災地の人々の疲弊が窺えるが、その中でも在宅介護者の人々の疲弊は顕著である。

同図表では、「在宅介護者」のうち、同居者に要介護者のいる人々について、居住の場ごとに分類し健康状態の状況を示した。居住の場が、「震災前からの自宅・借家」の人々の加重平均値が-0.43、「仮設・みなし仮設、親戚・友人宅等」が-0.33であるのに対し、「震災後に別の場所に再建した住居、公営住宅等」に住む人は-1.29と大幅に悪い。前の2者の人々は、住み慣れた居住環境や、地区内に建設された仮

図表8 在宅介護者と非在宅介護者の健康状態 (n=214) % (実数)

		最高に良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	全く良くない	合計	加重平均
在宅介護者*		0.0	7.5	27.5	30.0	27.5	7.5	100.0(40)	- 0.65
要介護者あり うち同居者に	震災前からの自宅・借家	0.0	21.4	21.4	21.4	21.4	14.3	100.0(14)	- 0.43
	震災後に別の場所に再建した住居、公営住宅等	0.0	0.0	14.3	35.7	42.9	7.1	100.0(14)	- 1.29
	仮設・みなし仮設、親戚・友人宅等	0.0	0.0	44.4	33.3	22.2	0.0	100.0(9)	- 0.33
非在宅介護者*		0.0	4.6	44.3	39.1	9.8	2.3	100.0(174)	- 0.12
全体		0.0	5.1	41.1	37.4	13.1	3.3	100.0(214)	- 0.22

* $p<0.01$

(注)「加重平均」は、「最高に良い」に3点、「とても良い」に2点、「良い」に1点、「あまり良くない」に-1点、「良くない」に-2点、「全く良くない」に-3点の加重値を乗じ、回答数で除した値。
無回答を除く。

設住宅など一定の近隣関係等が存在し、生活の環境が一定保たれていると思われる。他方、後者の人々は、従来の居住地区やコミュニティとは異なる生活環境の中で、恒久住宅に転居はできたものの、近隣の援助や介護サービスへのアクセスの阻害、住宅再建による経済的打撃などにより介護の過程で疲弊を蓄積しているものと考えられる。従来の生活環境や近隣関係の変化にさらされた人々の在宅介護が大きな課題となっている。

(7) 被災者の医療受診

なお、被災者の医療受診の状況である。調査対象者に、医療機関への受診頻度を質問した。同設問無回答を除く回答者214名のうち、128名(59.8%)が月1回以上の頻度で医療機関への受診をしている(以下、「通院群」)。回答者の6割が月1回以上の頻度で医療機関に受診していることは被災者の健康状態を考える上でも注目すべき事項である。この通院群の人々に、体調不良にもかかわらず医療機関への受診を我慢した経験があるか(受療抑制傾向)を聞いた結果、「よくある」5.5%、「時々ある」18.8%、「まれにある」21.9%、「まったくない」53.9%であっ

た。通院群のうち、約半数にあたる46.2%の回答者が何らかの形で受療抑制をした経験があると回答した。

さらにそのうち、「よくある」「時々ある」「まれにある」と回答した回答者(「受療抑制群」)について、その理由を複数選択で回答してもらった結果が図表9である。

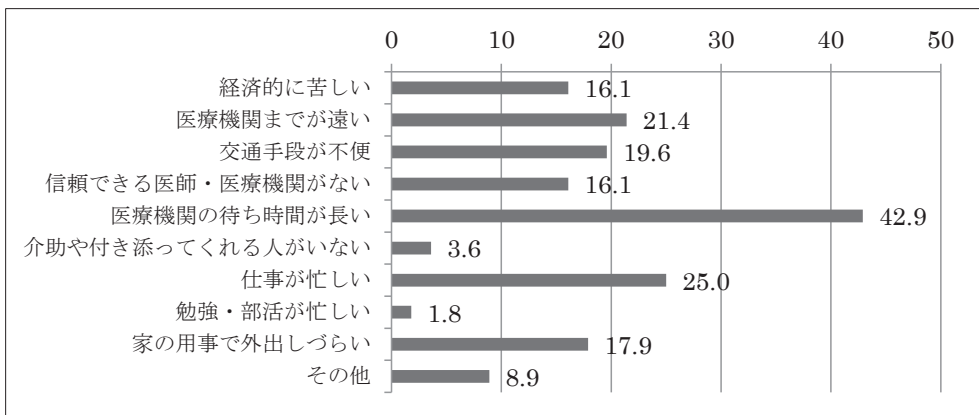
理由の選択肢の性格別に整理すると、医療供給体制のあり方に関係するものとしては、「医療機関の待ち時間が長い」42.9%、「医療機関までが遠い」21.4%、「交通が不便」19.6%となっており、医療供給体制の脆弱性が窺われる。特に、医療機関での待ち時間の長さが大きな受療抑制の背景となっている。また、「信頼できる医師・医療機関がない」すなわち地域内における診療科の偏在や不足、質の問題を受療抑制の理由としてあげる人が16.1%存在する。

住民のライフスタイルが関係する回答としては、「仕事が忙しい」25.0%、「家の用事で外出しづらい」17.9%、また通学している若年層については「勉強・部活が忙しい」という回答も1.8%あった。とくに、就業層においては仕事による受療抑制傾向が高い。

なお、少数ではあるが「介助や付き添ってく

図表9 通院群の受療抑制の理由(複数回答)(n=56)

(%)



れる人がいない」という回答も得られ、医療が必要な人の孤立が生じており、医療アクセス阻害を改善する必要がある。

受療抑制の理由として「経済的に苦しい」をあげた回答者も16.1%と比較的多い。東日本大震災被災者については、健康保険における窓口一部負担金の免除が行われた。免除の期間等は制度によって異なる。市町村国保と後期高齢者医療制度については、震災以降、本稿執筆時現在まですべての保険者で一部負担金免除を延長して実施しているが、協会けんぽの場合、一部負担免除の期間は基本的に2012年9月末日まで(当初、同年2月末まで)であった。

「経済的に苦しい」と回答した者の個票をたどって状態を確認すると、就労している者については、その就業形態を見ると、そのほとんどが「正規の従業員」であった。これらは、多くは協会けんぽの被保険者であると思われ、調査時点で窓口一部負担の免除が終了していたことが関係すると考えられる。

また、所得階層ごとに分布を見ると、経済的負担から受療抑制をしている者の大半は、推計等価所得が200万円未満の層に集中していた。よって、市町村国保と後期高齢者医療制度による窓口負担免除制度は存在するものの、十分に周知・活用されていない可能性が考えられる。

(8) 高台集団移転政策と仮設生活の長期化、死亡

国の防集による被災地住民の高台集団移転への誘導は、移転先用地の確保の容易・困難等により地域間の差はあるものの、必然的に被災者の避難所や仮設住宅といった過酷な環境下での生活を長期に強いた。山を大規模に切り崩して高台を整備したり、土地収用に関する住民の合意(しばしば本当の意味での自己決定はできたのか、曖昧であるが)を得る作業を進めたりす

るには膨大な時間を要する。また東日本大震災の場合は、震災直後の東京オリンピック・パラリンピック開催の政治的決定による資材や建設技術者の首都圏への流出・集中、および資材価格等の高騰の助長により、被災者の住宅再建に少なからぬ影響が生じた。

先述のように、中赤崎地区においては、地区内の仮設住宅が撤去されたのはつい最近の2018年中をもってである。高台移転の対象となった人々が、おおよそ新住居に移れるようになるのに約7年もの歳月を費やしたことになる⁽²¹⁾。

そうした長期の仮設住宅等の過酷な生活の中で命を落とさざるを得なかった人々が存在する。たとえば、中赤崎地区内に建設されたある仮設住宅(以下、A仮設)における、仮設設置以降終了時までの死亡率を大雑把に算出すると、人口1000人あたりの1年間死亡率に換算しておそらく少なくとも10人台中盤以上と推計できる⁽²²⁾。2018年の日本全体の1年間の死亡率が人口1000人あたり11.0人であるが⁽²³⁾、それと単純比較するとかなり上回る死亡率である。先述のように、仮設住宅で現に存命することができている人々については一定のコミュニティ維持等による生存・生活条件の改善が努力されたが、他方で命を落さざるを得なかった人も多いことを忘れてはならない。

地域住民らや支援者、専門職らによる懸命の見守り・支援等の努力は行われたが、国策的に高台移転を推進したことは、高齢者や病気および障害を持つ人々のみならず、多くの人に相当に過酷な生活を長期間にわたり強いることとなった。今後の津波災害後の対応をめぐることは、このような「復興政策」が望ましいのかということについて再考する必要があるだろう。津波防災のための方法は高台移転以外にも様々な方

法がある。「防災」だけではなく、住民の生活や仕事のための客観的な条件、コミュニティの状況、そして何よりも選択肢を保障した上での熟慮に基づいた自己決定による居住場所の実現(=「住み続ける権利」[井上、2012])がより追求されるべきである。

(9) 大船渡市および中赤崎地区の医療・福祉資源状況—医療・福祉資源の絶対的不足—

調査を行った中赤崎地区は、全国的に見ても医療・介護体制の脆弱な地域である。図表10は岩手県、気仙医療圏、大船渡市、全国の医療・福祉資源状況の比較である⁽²⁴⁾。

岩手県は全国的に見てあまり医療・介護供給体制に恵まれた状況とは言えない。一部、「一般病床数」や介護施設の「入所定員(入所型)」

はやや全国平均を上回っているものの、それを運営する医師数や介護職員数は全国平均を下回っている⁽²⁵⁾。大船渡市は、岩手県の中でも相対的に医療・介護供給体制が脆弱であるが、赤崎地区は其中でも医療・介護資源立地の少ない地区である。

大船渡市全体について地域包括ケアシステムの「川上」にあたる医療資源について見ると、人口10万人あたりの一般診療所数は、全国平均が71.57であるのに対し、同市は52.55、医師数は全国平均が246.0に対し同市は189.18と大幅に少ない。病院病床数は、「病院病床(全区分計)」は全国平均が1216.46に対し、同市では1284.88と全国平均を上回っている。大船渡市は「一般病床」の数がとくに全国平均を上回っている。これは大船渡市内に2次医療機関であ

図表10 岩手県、気仙医療圏、大船渡市、全国の医療・福祉資源量比較

		岩手県全体			全国平均
			気仙医療圏	大船渡市	
医療 (人口10万人あたり数)	一般診療所	55.80	42.50	52.55	71.57
	一般病床	882.62	676.78	972.20	708.15
	精神科病床	327.76	311.63	275.89	257.50
	療養病床	177.95	94.43	0.00	244.67
	結核・感染症病床	10.16	22.04	36.79	4.73
	病院病床(全区分計)	1398.49	1104.89	1284.88	1216.46
	医師	222.65	146.37	189.18	246.00
介護 (75歳以上人口千人あたり数)	介護事業所・施設(合計)	12.83	10.81	10.72	14.11
	入所定員(入所型)	84.17	73.41	69.07	77.82
	介護職員(常勤換算)	73.44	64.58	62.37	76.53

(注) 医療機関・医師数については、2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)。

介護施設・介護職員数については、2018年12月現在の地域内介護施設情報の集計値(75歳以上人口千人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)。

図表中の「介護事業所・施設(合計)」は、訪問、通所型、入所型、特定移設、居宅介護支援事業所などを含む。

(出所) 日本医師会「地域医療情報システム(JMAP)」より作成。

る岩手県立大船渡病院が立地すること等に起因すると思われる。ただ、県立大船渡病院ほか大船渡市内の医療機関は、大船渡市民のみならず、同じく津波で甚大な害を受けた隣りの陸前高田市等からの患者も多く受け入れている⁽²⁶⁾。よって大船渡市の人口あたり「一般病床」数が一見多いことは、即座に医療供給量の盤石さを説明するものではない。大船渡市や近隣の陸前高田市等を含めた「気仙医療圏」全体で見ると、「一般病床」は676.78であり、全国平均を30床以上下回る。

また、詳しく「一般病床」の内訳を概観すると、その内訳は、急性期病床がほとんどであり、他方、回復期ないし慢性期病床は非常に脆弱である⁽²⁷⁾。また、人口10万人あたりの「療養病床」数は何と0である。

地域の人々は病気や要介護状態が重篤化した場合、地域に住み続けることが困難となる可能性が高い。たとえば、厚労省「患者調査(2017年)」によると、2次医療圏外への推計流出患者割合は、全国平均が22.4%、岩手県平均が20.8%であるのに対し、大船渡市ないし赤崎地区を含む気仙医療圏はおよそその倍の41.8%と非常に高い水準である⁽²⁸⁾。

震災後、数年にわたり赤崎の人々と活動を行い、交流を続けてきたが、その中で実感としてひしひしと感じるのは、医療・福祉資源の脆弱性から、地区の人々が入院が必要な状況となったり、高齢や障がいなどで要介護状態が悪化したりした場合に住み続けことが困難な現実である。赤崎地区では、病気が重篤になったり高度な医療が必要な疾病に罹患したりした場合に、市外の医療機関や時には県外の医療機関に受診したり入院したりするのは珍しくない光景である。

次に、「川下」にあたる介護資源についてみ

てみると、75歳以上人口1千人あたりの数は、「介護事業書・施設(合計)」が全国平均が14.11であるのに対し、大船渡市は10.72(「入所定員(入所型)」は全国が77.82に対し、大船渡市は69.07)、「介護職員(常勤換算)」は全国が76.53に対し、大船渡市は62.37といずれも脆弱性が目立つ。

大船渡市における2017年現在の特養床数は277床であったが、高齢化が進む中、2018年における新規開設実績はわずか7床である。岩手県の公表している同市の特養待機者は、2019年4月現在148名であるが、2019年ないし20年中の新規開設見込みは0床である⁽²⁹⁾。なお、2015年の介護保険制度改定では、特養への新規入居について基本的に要介護3以上の者しか認めないサービス受給阻害策が断行された。よって、この2019年の特養待機者数は、あくまで入居ケアを必要としながらも十分なケアを保障されていない人々の一部を示すに過ぎない。

なお、上記と関連して、先述の要介護者出現率について、調査対象範囲の設定によってそれが大きく異なりうることに触れておきたい。本稿で用いた中赤崎地区調査では、調査回答者のうち、長期の介護を「必要としている」と答えた人(要介護者)は全体の5.1%程度であった⁽³⁰⁾。

この5.1%という数字が、要介護者出現率として高いのか低いのかを判断するために、参考までに他の自治体で行った調査と比較しよう。筆者および三重大学人文学部・医学部が2012年に三重県津市白山地域で実施した「白山地域の地域医療・保健・福祉に関する調査」の結果である。ここでも全く同じ質問の仕方による要介護者の把握を行った。同調査は、三重県津市内山間部の市内でも相対的に医療機関や介護事業所へのアクセスが不便な地域に範囲を絞って

実施したものであるが、中赤崎地区に比べるとより広域の、医療・福祉資源をより包摂した地理的範囲の住民を対象にした調査である⁽³¹⁾。同調査では、要介護者出現率は、14.2%であり、それに比して中赤崎調査の結果は極端に低い。

これらを単純に比べると、一見中赤崎地区は、三重県津市白山地域よりも要介護状態になる人の少ない「元気な人の多いまち」であり良いことのように見える。しかし、このように要介護者の出現率が調査で少なく表れるのには別の理由があろう。

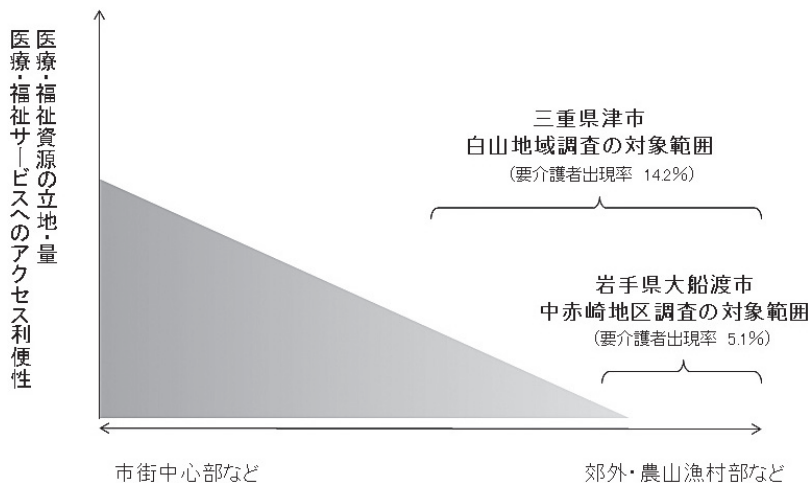
それは、地域内、生活圏域内における医療・介護資源量の差である。津市白山地域は、調査当時、地域内に要介護者の需要に応えられるだけのサービス供給量が充分に不足、介護が必要な人の一部が白山地域外に流出せざるを得ない現象が発生していたが[井口、2014]、その地理的範囲内に2次医療機関や特養・老健などの入居施設が存在し、一定程度は住民が白山地域という範囲内でとどまることが可能であった。しかし、中赤崎地区は、医療・介護資源の量を考

慮すれば、より乏しい状況にある。地区の地理的範囲内には病院はおろか診療所もなく、特養もない。故に、要介護状態が重くなり、専門的な介護サービスや医療が恒常的に必要になった人々の多くは地区外の医療機関、施設・事業所を利用(域外流出)している。

図表11は、中赤崎地区調査と白山地域調査の調査対象範囲を医療機関の立地状況と重ねて抽象化したものである。一般に、日常生活圏域内における医療・介護体制の脆弱性などでは、要介護者や病人は生活が困難となるため、地域ないし地区外に流出し、多くは図表で言えばより左の市街中心部側や場合によっては他の自治体などの医療・福祉資源に相対的に恵まれたところに生活の拠点を移す傾向が強い⁽³²⁾。そのため医療・介護資源の不足している地域・地区ほど要介護者等の出現率が低くなるという現象が生じ得る。

故に、医療・介護資源の不足する地域においては、重度の病気になったり、要介護状態が重くなったりした人々が地域内に住み続けること

図表11 各調査の対象とした地域・範囲と医療・介護資源の立地イメージ



(注)「要介護者」はあくまで先述の本調査の聞き方によるものである。

(出所)筆者作成。

が困難となる傾向が強いため、地域住民の中には比較的「元気な人」が残り、その割合が高くなるというメカニズムが存在する。要介護者出現率の極端な低さは、住み慣れた地域に住み続けることが困難なことの裏返し現象である。

以上のように、大船渡市は全般的に医療資源(医療機関数や病床数、医師数)が実質的に脆弱な中で、病院病床は回復期・慢性期ないし療養病床より急性期病床に極度に偏重しているのが特徴である。また、1次医療を担う診療所数は全国平均を大幅に下回る。そして、地域内ないし在宅での介護資源(介護サービス事業所数や介護職員数)も、全国的に見て相当に低位であり、患者・要介護者が住み慣れた地域に住み続ける基盤は相当に脆弱化してきている。

(10) 地域包括ケアシステムと住民の地域活動、自助・互助

国の進める地域包括ケアシステムは、社会保障への財政拠出の抑制のため、上記の専門職による医療・介護サービス抑制・削減の受け皿として、地域住民のボランティアな担い手による互助活動を住民に求めている。

本調査から、住民による自発的な地域活動への参加余力を検討しておく。中赤崎地区では、震災以前からある地域の活動に加え、震災後の地域の復興のための住民の取り組みなど、様々な住民活動が展開されてきた。本調査では、回答者がそういった震災後の復興のための地域の諸活動に積極的に参加できたと思うかを質問した。結果、「そう思う」「ややそう思う」の合計が31.8%、「あまりそう思わない」「そう思わない」の合計が61.1%、無回答が7.1%であった。約6割が消極的な自己評価を下している。

「あまりそう思わない」ないし「そう思わない」と回答した者に、その理由を複数回答方式で質

問したところ、際立って多かった理由は、「健康状態・体調がすぐれない」(37.7%)、「仕事が忙しい」(34.2%)であった。このことはこれまで本稿で論じてきた被災後の住民の状態と一致する。震災を契機とした生活状況の変化の中で先述のように精神・身体的に疲弊し、また日々生計を立てるために仕事に追われ、互助的活動への参加が相当に困難になっている人々の状況を表している。震災後、多くの住民から地域をよくしたいという思いがひしひしと感じられるが、健康状態や日々の生計を立てるための就労でそれが十分にはかなわないというのが率直な実情であろう。

そのような中においても、大船渡市や赤崎地区では、住民有志らによる様々な自発的な地域活動(サロン、市、趣味の活動など)が複数運営されてきた。近年、大船渡市では地域包括ケアシステムの構築に向け、そのような住民活動を組織化し、助け合いなどの役割を持たせていく政策が進められている。たとえば、2015年4月に「大船渡市地域助け合い協議会」が設置され、地域における支え合いのない見守り活動創出に向けた取り組みや、地域包括ケアに関して市内の各団体の連携及び一体化を要する課題について関係者で協議が行われている。本稿執筆時現在、同協議会では、他自治体の先進的互助活動事例等の学習や、公民館等を中心とした各地区の事務局体制の整備、地域内の潜在的な既存住民活動の洗い出し等が行われているところである⁽³³⁾。

もちろん、住民による自発的な地域活動間の交流や連携を増していくことには意義はある。しかし、社会保障費抑制という国策の思惑の中で、憲法上本来は国が責任をもって向上・増進しなければならない公的ケアサービスを縮小・解体し、その受け皿として住民に見守りや助け

合いの役割を上から担わせ動員していこうとするのはまた話が別である。地域包括ケアシステムの構築を始める前から、複数の住民らによる様々な自発的な活動は存在していたが、社会保障費抑制という国策を遂行するために、こういったかけがえのない住民の主体的取組を遂行部隊として利用することは、住民に新たな過重負担をもたらす(本稿で論じてきたように災害被災地の場合ただでさえ地域の客観的余力は減衰している)、人々の人間関係などの絶妙なバランスの下で成り立っている活動運営に影響を与え、その活動自体を逆に解体・ないし持続不可能な状況へと追い込んでしまう危険性がある。

介護保険制度が2000年に導入されたが、大船渡市などの地方の自治体では、その後も家族介護規範が一定根強く残っていた。制度発足10年ほどを経て、ようやく介護を家族で抱え込むのではなく公的サービスを利用する(介護の社会化)という選択肢があるということが地域住民の中に広がってきた矢先、東日本大震災は発生した。そして、その後の安倍自公政権による社会保障抑制政策の強化は、そのような住民の中に広がりつつあった意識を再び自助・互助の世界へと押し戻しつつある。

先述のように、防集による高台移転政策は、若年層の域外流出を加速している。そして、残された多くの疲弊した高齢層の人々に対しては、政策的に社会保障費抑制・地域包括ケアシステム構想の下、自助・互助を求める圧力が増している。本来、仮にであるが、家族や地域での高齢者等のケアや助け合いをすれば、時間や健康、経済面で十分に余力のある若年層が地域に多く存在するという客観的基盤が最低限必要であろう。しかし、皮肉にも防集が若年層の域外流出を加速する方向へと作用した被災

自治体においては、残された人々が医療・福祉資源も乏しい中、地域包括ケアシステムにより自助・互助を強要され疲弊するという、いわば「負の相乗効果」が加速しかねない局面にある。

以上のような被災地における公的医療・介護サービスの低位抑制と自助・互助への依存は、この間の自公政権が進めてきた医療費・介護費などの社会保障費抑制政策の旗印としての「川上から川下まで」「地域包括ケアシステム」の本質・真の狙いを、典型的に体现していると言えよう。そのシステムが、震災後の地域の人口流出を食い止められず、むしろさらに加速し、ひとりひとりの地区に住み続ける意思を保障できない現実、この間国が進めてきた社会保障費抑制政策の非人権性を如実に示している。

おわりに—本稿から得られる示唆と残された課題—

本稿は、東日本大震災以降の地域包括ケアシステム、コンパクトシティおよび防集の一体的展開が被災小地区の人々の生活にどのような影響を与えているかについて、住民調査の結果等から考察した。防集による居住環境の変化・不安定化や若年層人口流出と、社会保障費抑制政策・地域包括ケアシステムによる高齢層の疲弊や介護・福祉の「自助」「互助」化が、「負の相乗効果」とでも呼ぶべき状況を生み出し、地域の人々の生活の安定性や、健康状態等に大きな影を落としてきている状況について明らかにした。

震災後の中赤崎地区での住民主体による地域復興計画づくりや様々な取り組みは、まさにこのコンパクトシティ・防集、地域包括ケアシステムという国策潮流の中で翻弄され、また葛藤する過程であった。最後に本稿の考察から、今後のまちづくりに向けての必要事項と展望を簡

潔に示しておきたい。

第1に、社会保障費抑制政策の転換による、住民の医療・介護ニーズに応じた公的医療・介護サービス供給の拡充を図る必要がある。患者や要介護者に加え、在宅介護者や地域住民の互助活動が相当に疲弊している傾向があることから、人々の健康や生存に直結する医療・介護・福祉は、住民ボランティアに依存するのではなく、地域に根差した専門職を養成し増やしていくことが求められる。こうした政策は若年層の地域における安定した雇用創出にもつながり、人口流出の歯止めも期待できる。

第2に、住民の地域活動・組織のあり方である。国の地域包括ケアシステムは、住民組織を上から社会保障費抑制のための受け皿として動員する意図を持っているが、そうではなく、逆に住民の様々な活動には、地域住民の実態や切実なニーズを集約し、自治体や国の政策改善のために政策要望を行うための政策参加・意思決定の役割こそ期待すべきである。これは、第1の点を実現するための重要な条件でもある。

今後の課題としては、現在の状況を打開していくに住民が住み続けられる地域を実現していくかに関するまちづくり計画のバージョンアップ、ないし医療・福祉課題のさらなる具体化が求められる。また、被災地の中には人口流出等がより深刻な地区も散見される。そういった地域の実態把握に基づいたこの間の政策の評価も不可欠である。

【謝辞・付記】

この間、被災した地域や人々の生活の復興に向けて歩まれ、本稿で用いた調査にも多大なるご協力をくださった赤崎地区住民の皆様にご心から厚くお礼を申し上げたい。小論が少しでも今後の住み続けられるまちづくりの契機、一助に

なれば幸いである。

本研究にあたっては、日本学術振興会科学研究費補助金(研究活動スタート支援)「過疎・高齢化災害被災地の医療・福祉保障制度のあり方に関する研究」(研究代表:井口克郎、課題番号:23810012、2011～12年度)、同(若手B)「過疎・少子高齢社会下の介護領域における公私役割分担システムに関する研究」(研究代表:井口克郎、課題番号:16K17260、2016～18年度)、同(挑戦的萌芽研究)「ジェンダー・エスニシティ・多世代共生に着目した震災復興と減災方策に関する研究」(研究代表:朴木佳緒留、課題番号:26570019、2014～16年度)などの支援を受けた。なお、本稿の考察に関する文責のすべては筆者に帰する。

注

- (1) 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」2013年、25ページ。
- (2) 厚労省、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku_nitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourai-sha/chiiki-houkatsu/(2020年5月12日最終閲覧)。
- (3) 「地域包括ケアシステム」の政策的狙いや本質に関する論考としては[岡崎祐司、福祉国家構想研究会、2017][井口、2016]など参照。
- (4) 財政制度等審議会「令和時代の財政の在り方に関する建議」(2019年6月)参照。なお、2019年12月16日の社会保障審議会介護保険部会では、これらの案に対する当事者の反対が強く、「先送り」される公算が高い。
- (5) 内閣府「地域の経済2012 ―集積を活かした地域づくり―」(2012年)https://www5.cao.go.jp/j-j/cr/cr12/chr12_index.html(2019年9月26日最終閲覧)。被災自治体におけるコンパクトシティ化推進については、第2章・3章参照。
- (6) 国土交通省「国土のグランドデザイン2050～対流促進型国土の形成」2014年。

- (7) 前掲、9～10ページ。
- (8) 国土交通省「東日本大震災被災地で行われる防災集団移転促進事業」<https://www.mlit.go.jp/common/001137059.pdf>(2019年9月25日最終閲覧)。
- (9) 筆者らによるアンケート調査から後述するように、元の低地からの高台などの他の場所に移転して住居を獲得した住民の中には、調査で把握できるだけでも、本心では元の土地での再建を希望していた者が一定割合存在する。
- (10) 国土交通省都市局・住宅局「東日本大震災の被災地における復興まちづくりの進め方(合意形成ガイダンス)」(2012年6月)<https://www.mlit.go.jp/common/000213268.pdf>(2020年5月12日最終閲覧)。注意しなければならないのは、この一定程度「良心的」な内容のパンフレットが作られたのは、民主党政権時代だったということである。2012年末からの安倍自公政権の発足以降、防集事業の本格化の中で、形骸化は加速していく。
- (11) 災害などの惨事に便乗した巨大企業や国家権力による収奪・利益追求を告発した文献としては、[ナオミ・クライン/幾島・村上訳、2011]が有名である。
- (12) なお、同論文は本稿でも後にとりあげる岩手県大船渡市を対象としているが、本稿で分析する中赤崎地区の防集移転地については調査対象としていない。
- (13) 「神戸大学大船渡支援プロジェクト」は、神戸大学の教職員・学生・院生を中心とするボランティア団体である。赤崎地区公民館や住民の復興組織である「赤崎復興隊」と協力し、津波被災後の津波跡地利用計画の構想づくりや、地域における生活品のマーケット、人的交流・サロン機能を持つ場である「赤崎復興市」の開催支援など多岐にわたる活動を今日まで続けている。
- (14) 赤崎地区は、明治以来、岩手県気仙郡赤崎村という単位で村政を行っていたが、1952年に近隣の大船渡町、盛町、猪川村、立根村、日頃市村、末崎村と合併し新しく誕生した大船渡市の一町となった。以下本稿で紹介する調査は、その赤崎町(赤崎地区)の中でも地理的に一つのまとまりをもつ5つの小地区からなる「中赤崎」と呼ばれる地区域を主な対象としている。
- (15) [赤崎地区自主防災組織連合会、2013:132～133ページ]。
- (16) 本調査の結果は、科研費(挑戦的萌芽研究)「ジェンダー・エスニシティ・多世代共生に着目した震災復興と減災方策に関する研究」(研究代表:朴木佳緒留、課題番号26570019)による調査研究成果の一部である。
- (17) 推計有効回答率は、赤崎地区公民館の把握による当該地区全住民数と、2015年「国勢調査」による同地区の年齢別人口構成比から推計。なお、国勢調査における同地区の年齢別人口構成比と本調査回答者のそれを比較すると、本調査においてはやや50代以下の年齢層の比率が低いことに注意する必要がある。この傾向は、同地区における普段からの地域活動への参加者の年齢構成と共通しており、比較的若い就業世代の共稼ぎなどによる仕事の多忙さから地域活動や復興活動等への参加が困難になっていることや、実質的には若年層の地域不在が多いことを示していると考えられる。
- (18) 大船渡市では多くの地区で、全国で見られるいわゆる「町会」「自治会」の役割を公民館がになっている。
- (19) 市内広域が津波被災し大規模な高台集団移転策が展開されたことで有名な陸前高田市も人口が激減している。「国勢調査」によれば、2005年に2万4709名、2010年に2万3300名であったが、2015年には1万9758名に急減した。なお、この間様々な被災地でヒアリングをしていると、高台移転政策については一般的に以下のような住民の声の変化がみられる。それは、津波直後の数年間については、津波の恐怖から、比較的多くの人が高台移転を希望する雰囲気が強くなり、一定期間過ぎると本当に高台で生活していけるのだろうか?と高台移転に対する意向にやや変化が生じてくることである。その背景は、人によって様々だ

- が、高台で生活するという「現実」に直面した際に、高低差を伴う地理的過酷さ、仕事の間や交通手段・買い物場所などの生活資源のなさ等を実感することや、津波の恐怖感が時間を経ることによりわずかに薄まる点などがあると考えられる。
- (20) たとえば、[早川、1997: 108~110 ページ]参照。
- (21) 一般に、高台等への集団移転を伴わない地震災害等の場合は、技術的・物理的にはこれほどにまで新居の再建に時間を要さない。たとえば、2007年の石川県能登半島地震の場合、仮設住宅の設置は2年間であり、資金の工面のできる世帯はおおよそその期間内に住宅再建をすることができた。ただし、他方で、技術・物理的ではなく、経済的困窮からこの期間に住み慣れた土地に自宅を再建することが困難な人々が存在することを忘れてはならない[井口、2012]。
- (22) 仮設入居者の死亡者数は、地元仮設区長や公民館による把握。仮設設置後終了までの約7年半の間、仮設住宅1戸あたり、大船渡市ないし本調査での平均的な世帯人数である2.5名程が常に入居していたという仮定の下での推計。ただし、しばしば仮設に実際に住んでいる人の実数を動態的に正確に捉えることは非常に難しい。仮設住宅は時期により次第に入居者が転出したりしたため、常にすべての住戸に入居者がいる状態ではなかった。よって、実際の死亡率はここで試算した数値より高いと思われる。
- (23) 厚労省「平成30年(2018)人口動態統計の年間推計」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei18/index.html> (2019年6月18日最終閲覧)。
- (24) 岩手県は、盛岡、岩手中部、胆江、両磐、気仙、釜石、宮古、久慈、二戸の9つの医療圏に分かれており、大船渡市は気仙医療圏(2次医療圏)の中に位置する。
- (25) 日本はそもそも、OECDにおける高齢化や経済力が同レベルの国々の中でも、人口あたり医師数がとくに少ない絶対的医師不足の国であることが指摘されている[佐藤、2013]。
- (26) 第2回陸前高田市地域公共交通会議資料「市民アンケート結果」陸前高田市、<http://www.city.rikuzentakata.iwate.jp/kategorie/kurashi/koutuumou-keisei/04-simin-tyousa-kekka.pdf> (2020年4月24日最終閲覧)より。
- (27) 例えば、岩手県立大船渡病院の一般病床内訳(2017年度現在)は、高度急性期63、急性期241、回復期46、慢性期0、休病棟等20である(岩手県「平成29年度病床機能報告の結果(気仙構想地域)」、<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryou/seido/keikaku/1002827/1002851/1002857.html> 2020年4月19日最終閲覧)より。
- (28) 厚労省「患者調査(2017年)」。
- (29) 岩手県「特別養護老人ホーム入所待機者数及び第7期計画期間の開設見込」https://www.pref.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/003/703/tai31.pdf (2020年5月1日最終閲覧)より。
- (30) 要介護者出現率については、クロス集計に用いた質問によっては無効回答が若干存在することで、先の数値とはわずかな誤差がある。
- (31) 同調査詳細分析については、[井口、2014][井口、2017]参照。
- (32) 図表11は、要介護者や患者の流出を抽象化したものであるが、たとえば、三重県津市白山地域の場合、地域内の特養等の空きがない場合、地域包括支援センターではより津市中心に近い他地域の施設や事業所への入居をしてしのぐよう要介護者や家族に勧めざるを得ない状況となっていた(津一志地域包括支援センター(白山地域担当)ヒアリング、2012年12月21日実施、より)。また、自治体によっては特養などの入居施設が人里離れた場所(山の中など)に作られている場合もある。そういった場合は、要介護者はそこへ流出する構図となる。子供が市外・県外の都市部に流出していた場合は病气や介護を機にその下に身を寄せる高齢者も存在するし、居住する自治体内で十分な医療・介護資源にアクセスできない場合は他自治体への流出が

生じる。その様相はその地域の医療・福祉資源の立地状況や各家庭の状況により多様であるが、医療・福祉資源の少ない場所からそれが存在する場所へと人口流出が起きている全体的傾向が、様々な事例ケースや先の厚労省「患者調査」等からも確認できる。

- (33) 大船渡市、<https://www.city.ofunato.iwate.jp/soshiki/houkatsu/10099.html> (2020年5月12日最終閲覧)参照。

参考文献

- 赤崎地区自主防災組織連合会(2013)『赤崎地区3.11の記憶～東日本震災から学ぶ～』東海新報社
- 井上英夫(2012)『住み続ける権利—貧困、震災をこえて』新日本出版社、2012年
- 井口克郎(2012)「石川県能登半島地震における被災者生活問題の実態把握と生活保障への課題」『社会政策』第4巻1号、社会政策学会編、4～18ページ
- 井口克郎(2014)「過疎・高齢化地域における住民の介護問題の実態把握—三重大学人文学部・医学部による地域住民の生活・健康調査から—」『日本医療経済学会会報』31巻1号、54～78ページ
- 井口克郎(2017)「介護保障抑制政策下における在宅介護者の実態」『日本医療経済学会会報』33巻1号、5～32ページ
- 井口克郎(2016)「介護保険制度の『非社会保障化』の現状と対抗軸：2015年介護保険制度・報酬改定の影響を踏まえて」『国民医療』No.332、14～24ページ
- 大船渡市史編集委員会(1980)『大船渡市史—第2巻沿革編』大船渡市
- 岡崎祐司・福祉国家構想研究会編(2017)『老後不安社会からの転換 介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店
- 岡崎祐司、中村暁、横山壽一、福祉国家構想研究会編著(2015)『安倍医療改革と皆保険体制の解体』大月書店
- 金野静一監修(2007)『大船渡市史—第6巻通史編』大船渡市
- 近藤民代、柄谷友香(2016)「東日本大震災の被災市街地における自主住宅移転再建者の意思決定と再建行動に関する基礎的研究 岩手県および宮城県の沿岸9市町の新規着工戸建住宅を対象とした質問紙調査を通して」『日本建築学会計画系論文集』No.719、日本建築学会、117～124ページ
- 佐藤英仁(2013)「OECD Health Data 2012における医師数の比較—臨床医と新卒医師の絶対的不足の現状—」『国民医療』No.306、9～15ページ
- 内閣府政策統括官(経済財政分析担当)(2018)「要介護(要支援)認定率の地域差要因に関する分析」政策課題分析シリーズ15、<https://www5.cao.go.jp/keizai3/2018/09seisakukadai15-0.pdf> (2020年5月12日最終閲覧)
- ナオミ・クライン/幾島幸子、村上由見子訳(2011)『ショック・ドクトリン—惨事便乗型資本主義の正体を暴く(上・下)』岩波書店、2011年
- 中島美登子、河村祐希(2019)「大船渡市の防災集団移転地における高齢者孤立化防止に関する研究」『住総研研究論文集・実践研究報告集』No.45、一般財団法人 住総研、107～116ページ
- 早川和男(1997)『居住福祉』岩波新書
- 三重大学人文学部(2013)『「医療過疎地域における多次元的評価によるアラートシステムの構築」プロジェクト成果報告書』

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——

Stress and Health Status of Children's Home Staff Members:
Based on a Questionnaire Survey Targeting 20 Facilities

堀場純矢(日本福祉大学)
Junya HORIBA

和文要約:本稿では、児童養護施設20か所のアンケート調査から、職員のストレスと健康状態をトータルに明らかにした。具体的には、労働環境の厳しさを反映して、職員の自覚症状と精神的ストレスが深刻で、職員の多くが給与の安さ、心身の疲れ、休暇の取りにくさ、サービス残業の多さ、労働時間の長さなどに不安・悩みを抱えていた。また、そうしたなかで多くの職員が同僚・上司や家族などに支えられていることが明らかとなった。

キーワード: 児童養護施設(Children's Home)、ストレス(Stress)、健康状態(Health Status)

I. 研究の背景と目的

近年、児童養護施設(以下、施設)⁽¹⁾では、小規模化・地域分散化(以下、小規模化)が進められている。小規模化した施設では、家庭的な環境のなかで子どもたちをケアすることができる一方、一人勤務や宿直の増加に伴い、職員が孤立・疲弊するなどの問題が指摘されている(武藤2010; 黒田2013; みずほ情報総研2017)。

また、施設では虐待を受けた経験がある子どもの割合が65.6%(厚生労働省2020a)に上っており、職員はそれによって困難を抱えた子どもへの対応や、コロナ禍における感染症対策などで負担が増している。したがって、子どもだけではなく、職員が健康で安心して働き続けられる環境づくりが必要である。

このようななか、職員のストレスやバーンア

ウトについての先行研究は、同じ対人援助職である看護職(平田2017; 武藤・石井2018)や、保育職(重田2010; 砂上2017)については一定の蓄積がある。しかし、施設では、山地・宮本(2012)、田島・谷島(2014)、新村・葛西(2018)らによって取り組まれているものの、心理学的な分析が中心で、職員のストレスと健康状態を労働環境と関連づけてトータルに明らかにしているとはいえない。

この点について重田(2010: 88)は、日本では結果としてのストレスをどのように緩和するかに焦点が当てられ、個人の責任で行う対処が中心的な課題になっているため、ストレスの背景にある仕事や社会的要因を押さえていないと、個人責任論になってしまうと述べている(重田2010: 89)。筆者も重田が指摘するように、心

(受理日: 2020年12月12日)

の健康が強調されることによって、労働問題が個人の心の問題にすり替えられる危険性があると考ええる。

翻って、前述した状況のなかで、職場環境とストレスの関連性について調査をとおして明らかにした研究(伊藤2007)も一部みられるが、職員の健康状態(自覚症状、精神的ストレス)を軸にした分析や、労働組合(以下、労組)の有無別・雇用形態別の分析がなされていない。

このような問題意識をいだいていた筆者は、2009年から2010年にかけて、職員の労働実態を明らかにするためのアンケート調査(5施設)を行っている(堀場2013)。そこでは、正規職員の労働条件は相対的に安定しているものの、有給休暇(以下、有休)取得日数の少なさや非正規職員の賃金の低さなど、雇用と働き方からみると問題があることが明らかとなった。また、施設の労働環境が影響して、職員の「自覚症状」は「どこも悪いところがなく、健康である」が僅か2.2%で、多くの「自覚症状」で高い割合を示していることや、「精神的ストレス」も93.4%が抱えているなど、職員の心身のストレスが深刻であることも浮き彫りとなった。

しかし、調査対象が5施設と少なかったことや、小規模化が十分に進んでいない段階であったため、課題が残った。そこで、筆者は2016年に全国各地の20施設において、職員の労働問題アンケート調査を実施した。本稿では、そのうち、主に職員のストレスと健康状態に関する項目を取り上げて分析した。

なお、本調査では前回調査(堀場2013)から調査項目を一部整理したうえで、小規模化の影響に関する項目を追加して実施したが、ここで取り上げる職員のストレスと健康状態に関する項目と選択肢は、前回調査と比較可能な形で共通している⁽²⁾。

Ⅱ. 先行研究の検討

職員の健康状態に関する先行研究は、1970年代頃から頸肩腕症候群・腰痛症・蓄積疲労などの自覚症状が深刻であることが指摘されてきた(浦辺1973)。また、近年の先行研究をみると、職員のストレスについては伊藤(2007)、亀田・藤枝・中村(2014)、新村・葛西(2018)によるものなどが、バーンアウトについては山地・宮本(2012)、加藤・益子(2012)、田島・谷島(2014)によるものなどがある。ここでは、これらの先行研究を検討したうえで、本研究の独自性について述べる。

1. ストレスに関する研究

まず、ストレスに関する先行研究についてである。伊藤(2007)は職場環境とストレスについて、全国554カ所の職員(1施設につき職員4人ずつ)を対象に質問紙調査を行っている。ここでは、職員が働くなかでよろこびや充実感を強く感じている一方で、否定的ストレスは「子どもとのかかわりの中」、「職場の労働条件」、「職場の人間関係」の順に多いことが明らかになっている。

また、職場の人間関係で感じる過度の不満や負担感では、「先輩・上司との関係」が最も多く、職場の労働条件で感じる過度の不満や負担感では、「労働時間が長い」、「有給休暇がとれない」、「給与が少ない」の順に多いことなどが浮き彫りとなっている。

一方、亀田・藤枝・中村(2014)は、職員15名の半構造化面接をとおして、施設で働く直接処遇職員の勤務年数短群7名と勤務年数長群8名のストレスを明らかにしている。その結果、ストレスは「子どもとの関わり」、「他職員との関わり」、「労働環境等」の大きく3つに分類され、勤務年数短群では、慢性的な眠気、

イライラ感や怒りっぽい状態になるなどのスーレス反応がみられた。その一方で、勤務年数長群では、職員としての存在価値や専門性を追求する姿勢があることなどが明らかとなった。そして、そのうえでスーレス軽減のための対策として、援助技術の向上、危機的な対応の理解、研修会やスーパービジョン体制の整備、チームワークの構築、職場環境の整備などを提起している。

また、新村・葛西(2018)は、職員の養育観とスーレスの関連を明らかにするため、10施設の職員を対象に、養育観尺度とスーレッサー尺度を用いた質問紙調査を行っている。そこでは、養育観の因子構造は2因子(第1因子「養育に対する肯定的印象」、第2因子「養育に対する否定的印象」)が、スーレッサー尺度の因子構造は3因子(「業務・役割遂行の困難」、「対応困難な子どもとの関わり」、「子どもを取り巻く環境」)が抽出され、男性職員の養育観はいずれもスーレッサーに影響を及ぼさない一方、女性職員は養育観がスーレッサー認知に影響をもたらしていることなどが明らかとなった。

そして、女性職員に対する細やかな対応の必要性に加えて、ここで示された知見を職員のメンタルヘルスに活用することが期待されるとし、そこで心理療法担当職員がはたす役割の重要性を指摘している。

ここで、伊藤(2007)の研究は、職員の仕事のやりがいやスーレスとの関係性などに着目して、職員の労働環境や意識を明らかにした点で重要な意義がある。しかし、主に勤続年数の短い者が対象であるため、ディーセントな労働環境を保障していくための条件を分析することができないことや、職員の賃金・労働条件を規定する要因(労組の有無との関係性など)が取り入れられていないなど、労働環境の改善への具体

的提案に結びつけられるような実態把握が十分とはいえない。

また、亀田・藤枝・中村(2014)の研究は、勤務年数群ごとの職員のスーレスの違いを明らかにした点で意義があり、新村・葛西(2018)の研究は職員の養育観とスーレスの関連性や、性別をふまえた職員への支援の必要性を明らかにした点で意義がある。しかし、これらの先行研究は、施設の労働環境や業務について取り上げているものの、職員の意識に大きく影響する労組の有無別・雇用形態別の分析がなされておらず、職員のスーレスと健康状態をトータルにとらえているとはいえない。

2. バーンアウトに関する研究

次にバーンアウトに関する研究についてである。山地・宮本(2012)は、13施設の職員への質問紙調査から、職員のバーンアウトに及ぼす環境要因や個人差要因の影響を心理学的に分析している。ここでは、コーピングの各因子に対して、「勤続年数」、「子どもへのポジティブ態度」、「関係性不安」が影響を及ぼしていること、子どもへのポジティブな態度を意図的にとることがスーレッサーとして作用すること、情緒的消耗感には「職員とのネガティブ関係」、「内向的問題行動」、「関係性不安」が促進的に影響を及ぼしていることなどが浮き彫りとなった。

また、個人的達成感の低下については、積極的に問題を解決しようとすればするほど仕事への達成感が下がることが、バーンアウトの脱人格化については、「子どもとのネガティブ関係」と「職員とのネガティブ関係」が有意な正の影響を及ぼしていることなどを明らかにしている。さらに、バーンアウトの予防策として、職員間や子どもとの良好な関係、情報の共有、チームワークを良くすること、職員自身が自己

の特性を把握することなどを挙げている。

一方、加藤・益子(2012)は、被措置児童等虐待の発生を防止する観点から、職員のバーンアウトの現状を27施設の職員への質問紙調査から検討している。その結果、「個人的達成感」については27.5%がハイリスク群に該当すること、女性の方が「情緒的消耗感」が高いこと、経験年数では若年群の方が「情緒的消耗感」と「脱人格化」が低く、「個人的達成感」が高いことなどを明らかにしている。

そして、それをふまえて、経験年数が少ない職員には養育理念や養育技術に関する研修などの支援が、経験を積んだ職員には自己の能力の成長以外に「個人的達成感」を感じることができるよう環境整備や支援が必要と指摘している。

田島・谷島(2014)も3施設の職員への質問紙調査から、職員のストレス状況をバーンアウトの概念を用いて分析している。そこでは、他の対人援助職と同様に一定数のバーンアウトを示す職員の存在が確認されたが、その特徴として個人的達成感の低下を挙げている。

さらに、職員は精神医学的にみると、「身体的症状」と「不眠と不安」において1割が顕在的な症状を示しているものの、その多くが非病的な状態にあり、そうしたなかで個人と集団双方の予防的介入を実施することにより、ストレス低減効果が期待できると指摘している。

ここで、山地・宮本(2012)、加藤・益子(2012)、田島・谷島(2014)の研究は、バーンアウトの視点から職員のストレス要因や特徴などを明らかにし、それを防ぐための視点を提示している点で意義がある。しかし、これらの研究は主に心理学的な視点にもとづき、近似した手法(バーンアウト尺度)を用いて分析している。また、職員のストレスに大きく影響を及ぼしている労

働環境や制度的な課題についての分析が十分になされておらず、労組の有無別・雇用形態別の分析もなされていない。

このうち、加藤・益子(2012)が被措置児童等虐待の背景として指摘している組織的要因(養育風土やマネジメント)や、集団的要因(職員間のサポート体制)について異論はないが、そこではそれについての分析がなされていない。そのため、前述したストレスに関する先行研究(伊藤2007; 亀田・藤枝・中村2014; 新村・葛西2018)と同じく、職員の労働環境をふまえて、職員のストレスと健康状態をトータルに明らかにしているとはいえない。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査対象と方法

調査対象は、全国各地の施設20か所(全職員)である。調査は、筆者が役員を務めている全国児童養護問題研究会(以下、養問研)などのネットワークをいかして、東北1施設、関東7施設、中部6施設、関西2施設、中国2施設、四国1施設、九州1施設で実施した(「労組無」13施設、「労組有」7施設)⁽³⁾。全職員を対象とした理由は、先行研究(伊藤2007; 亀田・藤枝・中村2014; 新村・葛西2018)では、児童指導員・保育士のみを対象にしたものが多いが、実際には多くの職種が子どもたちを総合的にケアしているからである。

調査方法はアンケート調査(無記名自記式)で、施設の担当者(施設長、主任、家庭支援専門相談員など)に調査への協力を依頼し、同意を得たうえで、1部ずつ封筒に入れた職員数分のアンケート調査票(以下、調査票)を各施設に郵送した。そして、担当者を調査票の配布・回収の窓口にし、職員が個別に記入した調査票を集約・返送していただいた⁽⁴⁾。

調査票は、2016年7月初旬に発送し、担当者には8月20日頃までに返送していただくよう依頼したが、全施設の調査票の回収が終了したのは11月初旬である。調査票の配布数と回収数は、施設の担当者が記入した「施設情報に関するアンケート票」や、返送された調査票の状況などから確認した。なお、調査対象者には、調査票を2016年7月時点の情報で回答していただくよう文書で依頼した(1施設は2016年10月時点)。

しかし、配布数が不明の施設が1か所、職員室に調査票を置き、そこから職員が持っていく方法をとった施設が1か所あった。そのため、回収率を厳密に算出することはできないが、回収率は計565票と確認した⁽⁵⁾。

2. 調査項目

本調査の項目は、働く人々の労働問題と健康・生活問題を不可分のものとしてとらえる先行研究(三塚1997:52-59、80-89、92-96;高木2007:35-88、111-125)に依拠して設定した。まず、三塚(1997:56、88-89、93)は、人間のくらしの中身や水準は、健康状態に鋭く表れるため、くらしをとらえるにはその項目は必須で、社会的な健康(人と人とのつながり、日常的な対話・交流・協力関係)を軸にすえて分析する必要があると述べている。

この点については、高林(2004)が指摘するように、健康とは単に病気・疾病の有無だけではなく、労働・生活条件の欠如・歪みが精神的ストレスや身体的疲労などの自覚症状として表れるといえる。そのため、健康状態を軸に分析することによって、職員の労働問題の深刻さが鮮明になると考える。また、職員の健康状態は、子どもへのケアの質にも大きく影響するため、その実証分析をふまえた労働環境の改善が必要

である。

ここで健康状態の指標を「自覚症状」とした理由は、日本人は健康状態の調査項目で、「健康である」、「ふつう」、「具合の悪いところがある」という選択肢の場合、「ふつう」と答える場合が多く、「自覚症状」としてみていかないと、実態がつかみにくいからである(三塚1997:57)。この点についてPfeffer(=2019:41、67-68、254-255)は、労働者の健康状態は組織や社会がうまくいっているかどうかを示す重要な指標であるとしたうえで、客観的な健康状態よりも自己申告による健康状態の方が有用で正確なデータであると指摘している。

また、Pfeffer(=2019:177、192、196-197)は、労働者の意欲や健康にとって重要なのは労働環境であるとしたうえで、仕事の裁量性(何をどの順序でどうやるかを自分で決められること)の確保とともに、ソーシャルサポート(困ったときに親身になってくれる仲間がいること)の確立が必要と指摘している。そのため、本調査をとおして、健康状態(自覚症状、精神的ストレス)を軸に、ストレスラーとしての仕事上の不安・悩みや、ソーシャルサポートとしての相談相手も含めて、職員のストレスと健康状態をトータルに明らかにすることの意義は大きいと考える。

翻って、本稿で労組の有無別に分析したのは、労働条件・労働環境を改善するためにそれが重要な役割をはたしていることに加えて、欧米諸国のケアワーカー(三富2005)や東京の施設(Goodman=2006)においても、労組の組織率が高い職場で労働条件が良く、勤続年数も長いことが明らかになっているからである。さらに、雇用形態別と性別に分析したのは、それによって職員がおかれている状況や意識が異なるからである。

調査項目の詳細は、高木(2007)の先行研究に依拠し、基本項目(性別、年齢、最終学歴、資格など)と雇用・労働条件(就業の条件、職種、年収、週当たりの実労働時間、宿直の回数など)に加えて、「健康状態(自覚症状、精神的ストレス)」、「仕事上の不安、悩んでいること」、「仕事のやりがい」、「研修の内容・回数」、「労組の有無と必要性」、「仕事上の悩みなどをよく相談する相手」、「小規模化による変化」など、幅広く設定した。このうち、本稿では基本項目と雇用・労働条件の一部、「健康状態(自覚症状、精神的ストレス)」、「仕事上の不安、悩んでいること」、「仕事上の悩みなどをよく相談する相手」の項目を取り上げて分析した。

分析方法は、単純集計に加えて、労組の有無別・雇用形態別・性別のクロス集計を行い、それぞれの傾向を把握できるようにした。このうち、労組の有無別の分析については、労組の組合員と非組合員でどのような違いがあるかについても分析する必要がある。しかし、本稿では施設に労組があるかないかによって、職員のストレスや健康状態にどのような傾向の違いがあるかを大まかに把握することを目的としているため、その点は分析していない⁽⁶⁾。

倫理的配慮は、日本社会福祉学会研究倫理指針をふまえて、施設の担当者に同意を得るとともに、調査対象者に対して、個人や施設を特定できない形で統計的处理をすることや、調査で得られた情報は本調査および研究目的以外で利用しないことを記載した文書を個別の調査票に同封した。そのうえで、施設や個人が特定されない形で集計・分析を行った。

Ⅳ. 研究結果

1. 基本項目と雇用・労働条件

本調査では、労組の有無別・雇用形態別・性

別のクロス集計を行ったが、基本項目と雇用・労働条件の項目は、単純集計のみを取り上げる。また、項目によっては、全産業の労働者(以下、全労働者)や関連職種(看護職、保育職)のデータとも比較して分析した⁽⁷⁾。

まず、「性別」は「女」(65.7%)の割合が高く(「男」32.4%)、「年齢」は「22～25歳」(18.9%)、「26～29歳」(15.9%)、「30～34歳」(15.2%)の順に多い。「最終学歴」は「大学卒」(47.4%)の割合が最も高く、次いで「短期大学卒」(25.7%)、「専門学校卒」(12.2%)となっている。

「就業の条件」⁽⁸⁾は、「常勤職員(正規)」が86.9%で、「非正規」(「常勤契約職員(常勤の非常勤)」〈5.5%〉、「パート・アルバイト・嘱託」〈5.7%〉)は計11.2%であった⁽⁹⁾。「職種」は「児童指導員」(36.6%)と「保育士」(26.9%)が多数を占めており、次いで「調理員」(7.4%)、「栄養士」(4.2%)、「その他」(4.1%)、「家庭支援専門相談員」(3.2%)、「事務員」(3.0%)の順に多い⁽¹⁰⁾。

「週当たりの実労働時間」は、「40～45時間未満」(25.8%)、「50～60時間未満」(20.5%)、「45～50時間未満」(18.9%)の順に多く、過労死認定ラインとされる「60～70時間未満」と「70時間以上」の合計は16.5%であった。ここでは、過労死認定ライン以上の労働時間でみると、全労働者(厚生労働省2019a)が6.9%(月末1週間の就業時間が60時間以上の雇用者の割合)、正規の保育職(蓑輪2018a)が0.8%であることと比較して、施設の割合が高い。

「宿直の回数(月)」は、「4～5回」(33.6%)の割合が最も高く、次いで「その他」(23.5%)、「6～7回」(12.2%)、「8～9回」(11.0%)である。「宿直」は非常事態に備えるもので、本来なら通常の業務は行わないが、施設の実態は「夜勤」(夜間における通常業務)である。また、多くの施設において前日に遅番(午後1時頃)で勤務に入

り、翌日も早番(午後3時半頃)まで勤務するため、拘束時間が連続で約26時間になる。

このように、施設における「宿直」は拘束時間も長い、負担が重い。この点と関連して、看護職の先行研究(日本医労連2017)では、労働時間が長く休憩が取れないほど、健康面の不安や自覚症状の割合が高くなる傾向があることが明らかになっている。そのため、職員の健康を守るには労働時間の短縮に加えて、休憩を確実に取得できる勤務体制にする必要がある。

また、「夜勤」は人間の「生理時計」のリズムが崩れ、過労状態に陥りやすいことに加えて、疲れや眠気が残りやすく(近藤2010)、それが「うつ」の原因(天笠2009)になることが指摘されている。この点について、施設では休憩がほとんど取れていない実態があるため、職員の勤務が複数重なる時間帯に確実に休憩が取れるようにするとともに、将来的には実態に即して、「宿直」から「夜勤」に移行する必要がある。

2. 健康状態(自覚症状、精神的ストレス)

本項では、職員の健康状態を「自覚症状」と「精神的ストレス」に分けてみる。ここでは、単純集計は高い割合の項目を、労組の有無別・雇用形態別・性別(以下、クロス集計)の比較は5%以上の差があるものを中心に挙げた。ただし、雇用形態別については「非正規」の数が少ないため、統計的に有意とはいえない面がある。

また、ここでは、前述した全労働者や関連職種データのデータに加えて、前回調査(堀場2013、以下、略)とも比較した。しかし、調査対象が5施設と少ないため、クロス集計の数値は統計的に有意とはいえない面がある。なお、前回調査との比較においても、単純集計は高い割合の項

目の主な共通点を、クロス集計は5%以上の差がある項目の共通点を中心に挙げた。

(1) 自覚症状

まず、「自覚症状」(該当するものすべて。以下、複数回答)は、職員の労働実態を反映して深刻で、「どこも悪いところがなく、健康である」が僅か8.8%であった⁽¹¹⁾。ここで、とくに多い症状は、「首や肩が凝る」(54.7%)、「夜寝るのが深夜12時を過ぎることが多い」(52.9%)、「仕事の疲れがとれない」(40.4%)、「腰や背中が痛い」(37.5%)、「目が疲れる」(37.0%)である(表1<1>)。

前回調査との比較では、「どこも悪いところがなく、健康である」の割合が今回より低かったが、「夜寝るのが深夜12時を過ぎることが多い」、「首や肩が凝る」、「仕事の疲れがとれない」、「目が疲れる」、「腰や背中が痛い」の割合が高い点が共通していた。

関連職種との比較では、調査項目が異なるため、単純に比較することはできないが、全労働者(「やや不調である」と「非常に不調である」が計17.1%、厚生労働省2008)、看護職(現在の健康状態で「やや不調である」と「非常に不調である」が計32.8%、日本医労連2017)、保育職(「やや不調」と「不調」が計25.2%、横井2007)と比較して、施設は「どこも悪いところがなく、健康である」が1割に満たず、多くの自覚症状の項目が高い割合であった。

また、「自覚症状」の共通した項目でみると、看護職(日本医労連2017)との比較(該当するものすべて)では、「腰痛」(50.6%)、「目が疲れる」(45.8%)、「なんとなくイライラする」(36.3%)、「胃の調子が悪い」(21.2%)などの割合が高い点が共通しており、このうち、「胃の調子が悪い」以外は看護職の割合が高い。

その他、本調査と項目や選択肢は異なるが、

看護職(日本医労連2017)は「疲れの具合」で「疲れが翌日に残ることが多い」(50.9%)と「休日でも回復せず、いつも疲れている」(20.8%)が計71.7%、正規の保育職(蓑輪2018c)は「疲労感の程度」で「疲れが翌日に残ることが多い」(43.5%)と「休日でも回復せず、いつも疲れている」(19.4%)が計62.9%で、施設(「仕事の疲れがとれない」40.4%)より深刻である。

「通院等で治療を受けている持病がある」(14.9%)の自由記述では、「高血圧」(9人。その他に「血圧」と記入した者も1人)が最も多く、「腰痛(「腰」と記入した1人を含む)」(3人)、「高脂血症」(3人)、「喘息」(3人)、「リウマチ」(2人)、「アトピー性皮膚炎」(2人)のほか、「潰瘍性大腸炎」、「適応障害」、「うつ病」、「慢性疲労症候群」などが挙がっていた。

この点について全労働者(厚生労働省2008)は、医師から診断された持病が「ある」の割合が31.4%であった。そのうち、具体的な持病の種類(複数回答)では、本調査で挙げた持病と共通するものとみると、「高血圧」(25.9%)、「腰痛」(24.1%)、「高脂血症」(16.4%)の割合が高く、その他、割合は少ないが「ぜん息」(6.6%)、「神経痛・リウマチ」(2.1%)もみられた。

ここでは、項目や回答方法などが異なるため、単純に比較できないが、持病があると回答した者の割合でみると、施設より全労働者の方が高い。この背景には、施設の年齢層が若いことも影響している可能性がある。

労組の有無別では、「首や肩が凝る」(「労組無(以下、「無」)」50.7%、「労組有(以下、「有」)」61.7%)と、「腰や背中が痛い」(「無」32.3%、「有」46.6%)で「有」の割合が高い一方、「なんとなくイライラする」(「無」26.5%、「有」19.9%)、「通院等で治療を受けている持病がある」(「無」17.5%、「有」10.2%)で、「無」の割合が高い。

前回調査との比較では、「首や肩が凝る」と「腰や背中が痛い」で「有」の割合が高い点や、ここでは挙がっていないが「落ち込むことがよくある」で、「無」の割合が若干高い点が共通していた。

雇用形態別では、「首や肩が凝る」(「正規」56.2%、「非正規」47.6%)、「目が疲れる」(「正規」38.7%、「非正規」30.2%)、「帰宅しても仕事のことが頭から離れない」(「正規」30.8%、「非正規」17.5%)、「あまりかまわずに食べる」(「正規」19.1%、「非正規」12.7%)、「仕事のストレスで過食になっている」(「正規」17.5%、「非正規」9.5%)、「仕事の疲れがとれない」(「正規」42.8%、「非正規」27.0%)、「近頃寝つきが悪い」(「正規」20.2%、「非正規」11.1%)、「ささいなことでカッとする」(「正規」13.0%、「非正規」6.3%)、「夜寝るのが深夜12時を過ぎることが多い」(「正規」55.8%、「非正規」38.1%)、「胃腸の調子がよくない」(「正規」20.8%、「非正規」12.7%)、「なんとなくイライラする」(「正規」25.7%、「非正規」12.7%)の項目で、「正規」の割合が高い。一方、「血圧が高い」(「正規」7.3%、「非正規」22.2%)と「どこも悪いところがなく、健康である」(「正規」8.1%、「非正規」15.9%)で、「非正規」の割合が高い。

前回調査との比較では、「首や肩が凝る」、「あまりかまわずに食べる」、「仕事のストレスで過食になっている」、「仕事の疲れがとれない」、「ささいなことでカッとする」、「夜寝るのが深夜12時を過ぎることが多い」、「胃腸の調子がよくない」、「なんとなくイライラする」で、「正規」の割合が高い点が共通していた。

関連職種との比較では、項目や選択肢は異なるものの、保育職(蓑輪2019)において、「疲れの程度」のうち、「疲れが翌日まで残ることが多い」と「休日でも回復せずいつも疲れている」

の合計で、「非正規」(31.6%)より「正規」(62.9%)の割合が高い点が共通していた。これは、「非正規」と「正規」で労働時間の長さや、責任の重さなどが大きく異なることが影響していると考えられる。

「性別」では、「目が疲れる」(「男」43.2%、「女」34.8%)、「腰や背中が痛い」(「男」42.6%、「女」35.8%)、「あまりかまわずに食べる」(「男」26.2%、「女」14.3%)で「男」の割合が高く、「首や肩が凝る」(「男」44.3%、「女」60.9%)、「仕事のストレスで過食になっている」(「男」12.0%、「女」18.9%)、「落ち込むことがよくある」(「男」19.1%、「女」24.5%)で、「女」の割合が高い。前回調査との比較では、「あまりかまわずに食べる」で「男」の割合が高いことに加えて、「首や肩が凝る」と「落ち込むことがよくある」で「女」の割合が高い点が共通していた。

ここでみてきたように、職員の健康状態を「自覚症状」からとらえることによって、職員が抱えている症状の多さや、施設の労働環境の厳しさが鮮明になったといえる。とくに、ここで多くみられた「首や肩が凝る」「腰や背中が痛い」などの自覚症状は、前述したように1970年代から改善されていないことや、「仕事の疲れがとれない」も4割いることから、施設ではここで明らかになった点をふまえて、職員の労働環境を改善していく必要がある。次項では、もう一つの「自覚症状」である「精神的ストレス」についてみていく。

(2)精神的ストレス

「精神的ストレス」は「ある」が85.5%と顕著に高く、そのうち、「たまにある」(55.5%)の割合が高い(表1〈2〉)。「その他」(1.0%)の自由記述では、「家でのイライラが多く、仕事につくとリセットされる」、「橋本病」、「貧血」とい

う意見があった。前回調査との比較では、「精神的ストレス」が「ある」の割合が今回よりも高かったが、「たまにある」の割合が高いことが共通していた。

関連職種との比較では、項目や選択肢が異なるものの、全労働者(「現在の仕事や職業生活に関することで、強いストレスとなっていると感じる事柄がある」58.0%、厚生労働省2019b)、看護職(「仕事での強い不満、悩み、ストレス」が「ある」62.5%、日本医労連2017)、正規の保育職(「仕事に関して強い不満やストレス」が「ある」67.0%、蓑輪2018c)と比較して、施設は「精神的ストレス」が顕著に高い。

労組の有無別では、「いつもある」で「有」(27.7%)の割合が高く(「無」22.5%)、「たまにある」で「無」(57.2%)の割合が若干高い(「有」52.5%)。前回調査との比較では、「いつもある」で「有」の割合が若干高い点が共通していた。

雇用形態別では、「ある」で「正規」(88.0%)の割合が高く(「非正規」76.2%)、「ない」で「非正規」(20.6%)の割合が高い(「正規」11.2%)。また、「ある」のうち、「いつもある」(「正規」25.9%、「非正規」12.5%)と「周期的にある」(「正規」19.7%、「非正規」10.4%)で「正規」の割合が高く、「たまにある」で「非正規」(75.0%)の割合が高い(「正規」53.2%)。前回調査との比較では、「ある」と「いつもある」で「正規」の割合が高いことや、「ない」で「非正規」の割合が高いことが共通していた。

性別では、「いつもある」で「男」(27.9%)の割合が高い(「女」22.8%)。前回調査との比較では、「いつもある」が「男」「女」ともに今回より割合が低く、ここでは挙がっていないが、「周期的にある」で「女」の割合が今回より高かった。

ここでは「自覚症状」と同じく、労働負担や

責任の重さが影響して、「正規」が「精神的ストレス」を多く抱えていることが浮き彫りとなった。この背景には、施設は困難を抱えた幅広い年齢層の子どもの生命・健康・生活をトータルにケアしていることや、「自覚症状」で「帰宅しても仕事のことが頭から離れない」が約3割いたように、仕事のオンとオフの切り替えが困難(安部・有村ら2013)であることなどが影響していると考えられる。

この点について重田(2010:14-19, 30)は、子ども相手の仕事はやりとりが双方向的で、自らの感情をコントロールしながら客観的な判断を行わなければならないため、感情の疲れが生じやすく、気分の切り替えが困難であると指摘している。さらに、施設は多様な価値観を持つ職員が集団で働いている(重田2010:116-117)ことや、生活の場であるため、職員の成育歴が影響して価値観がぶつかりやすく、職員との関係においてもストレスを抱えやすい。そのため、職員のストレスを軽減するには、労働環境の改善に加えて、民主的な施設運営と職員集団づくりが重要になる⁽¹²⁾。

また、Pfeffer(=2019:177, 192)が指摘する仕事の裁量性について、施設は子どもをケアする仕事であるため、他の業種と比較して裁量性が大きいといえる。しかし、施設の仕事はチームワークが重要であることや、とくに小規模化した施設においては、ユニットや職員に裁量を与えるだけでは問題は解決しない。

この点については、何か問題が生じた場合、裁量性を理由にしてユニットや職員の責任だけが問われる危険性もある。そのため、施設における職員の裁量性の確保は、方針や情報を全体で共有することや、施設運営が民主的であることが前提となる。次項では、「精神的ストレス」の要因(ストレッサー)になっている「仕事上の

不安、悩んでいること」についてみていく。

3. 仕事上の不安、悩んでいること

「仕事上の不安、悩んでいること」(複数回答)は、「給与が安い」(38.8%)、「心身ともに疲れる」(35.0%)「休暇が取りにくい」(33.6%)「サービス残業が多い」(32.0%)、「労働時間が長い」(26.2%)の割合が高い(表2)。前回調査との比較では、上位にある項目の順番が若干異なる以外は共通していた。関連職種との比較では、項目や選択肢が異なるため、単純に比較できないものの、保育職(蓑輪2018b)で労働時間が「長すぎる」、「やや長い」と思っている人の割合(計66.9%)が施設より高い。

また、ここでは上位に挙がっていないものの、本調査における「上司との関係」と「同僚との関係」の計29.4%(表2)でみると、全労働者(厚生労働省2019b)で「仕事や職業生活に関する強いストレスとなっていると感じることがある」のうち、「対人関係」が31.3%あること(主なもの3つ以内)、看護職(日本医労連2017)で強いストレス要因として「職場の人間関係」が26.1%あること(上位2つ)、保育職のストレス要因(蓑輪2018c, 2019)として「職場の人間関係」(「正規」35.0%、「非正規」49.1%)があること(2つ選択)の割合がほぼ共通していた。

「その他」(12.7%)の自由記述では、「結婚しており、子どももいるが、働き続けられるか不安」、「精神的な病を理由とする親が多く、対応に苦慮している。こちらが精神的にまいってしまう」、「出産後の働き方」、「仕事と育児、家庭との両立」、「年齢を重ねるにつれ宿直が不安かも」、「断続勤務(特に宿直明け)がきつい。拘束時間が長い」、「勤務が不規則」など、仕事と家庭の両立や労働負担の重さに関する意見に加えて、「人材育成、職場と後継者の今後、職場組

表1 健康状態(自覚症状、精神的ストレス)

(1) 自覚症状(複数回答)

項目	合 計 %(度数) 100.0(565)	①首や肩が凝る 54.7(309)	②目が疲れる 37.0(209)	③腰や背中が痛い 37.5(212)	④息切れや動悸がす る 4.8(27)
労組無	100.0(359)	50.7(182)	35.4(127)	32.3(116)	3.6(13)
労組有	100.0(206)	61.7(127)	39.8(82)	46.6(96)	6.8(14)
正規	100.0(491)	56.2(276)	38.7(190)	38.1(187)	4.7(23)
非正規	100.0(63)	47.6(30)	30.2(19)	39.7(25)	6.3(4)
無回答	100.0(11)	27.3(3)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)
男	100.0(183)	44.3(81)	43.2(79)	42.6(78)	7.7(14)
女	100.0(371)	60.9(226)	34.8(129)	35.8(133)	3.5(13)
無回答	100.0(11)	18.2(2)	9.1(1)	9.1(1)	0.0(0)

項目	⑤帰宅しても仕事のこ とが頭から離れない 28.8(163)	⑥血圧が高い 8.8(50)	⑦食欲がない 3.5(20)	⑧あまりかまわずに食 べる 18.1(102)	⑨仕事のストレスで 過食になっている 16.3(92)
労組無	30.1(108)	9.2(33)	4.2(15)	18.7(67)	16.4(59)
労組有	26.7(55)	8.3(17)	2.4(5)	17.0(35)	16.0(33)
正規	30.8(151)	7.3(36)	3.9(19)	19.1(94)	17.5(86)
非正規	17.5(11)	22.2(14)	1.6(1)	12.7(8)	9.5(6)
無回答	9.1(1)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)
男	26.8(49)	9.8(18)	3.8(7)	26.2(48)	12.0(22)
女	29.9(111)	8.4(31)	3.2(12)	14.3(53)	18.9(70)
無回答	27.3(3)	9.1(1)	9.1(1)	9.1(1)	0.0(0)

項目	⑩仕事の疲れがとれ ない 40.4(228)	⑪近頃、寝つきが悪 い 18.8(106)	⑫ささいなことで カッとする 12.0(68)	⑬夜寝るのが深夜 12時を過ぎるこ とが多い 52.9(299)	⑭胃腸の調子がよく ない 19.6(111)
労組無	40.4(145)	17.5(63)	13.4(48)	52.9(190)	19.8(71)
労組有	40.3(83)	20.9(43)	9.7(20)	52.9(109)	19.4(40)
正規	42.8(210)	20.2(99)	13.0(64)	55.8(274)	20.8(102)
非正規	27.0(17)	11.1(7)	6.3(4)	38.1(24)	12.7(8)
無回答	9.1(1)	0.0(0)	0.0(0)	9.1(1)	9.1(1)
男	38.3(70)	19.1(35)	12.0(22)	55.7(102)	21.9(40)
女	42.0(156)	19.1(71)	12.4(46)	52.8(196)	18.9(70)
無回答	18.2(2)	0.0(0)	0.0(0)	9.1(1)	9.1(1)

項目	⑮なんとなくイライ ラする 24.1(136)	⑯落ち込むことがよ くある 22.5(127)	⑰通院等で治療を受け ている持病がある 14.9(84)	⑱どこも悪いところが なく、健康である 8.8(50)	無回答 2.8(16)
労組無	26.5(95)	24.0(86)	17.5(63)	10.0(36)	3.1(11)
労組有	19.9(41)	19.9(41)	10.2(21)	6.8(14)	2.4(5)
正規	25.7(126)	22.8(112)	14.9(73)	8.1(40)	1.2(6)
非正規	12.7(8)	20.6(13)	17.5(11)	15.9(10)	4.8(3)
無回答	18.2(2)	18.2(2)	0.0(0)	0.0(0)	63.6(7)
男	21.9(40)	19.1(35)	12.6(23)	10.4(19)	2.2(4)
女	25.6(95)	24.5(91)	16.4(61)	8.4(31)	1.3(5)
無回答	9.1(1)	9.1(1)	0.0(0)	0.0(0)	63.6(7)

注)各表の色付けした部分は、「単純集計」は割合が高い上位の項目で、「クロス集計」は5%以上の差がある項目(割合が高い方)である(「無回答」などの一部項目を除く)。

(2)精神的ストレス

項目	合 計 %(度数) 100.0(565)	(ア)ある 85.5(483)	(イ)ない 12.2(69)	無回答 2.3(13)
労組無	100.0(359)	85.2(306)	12.3(44)	2.5(9)
労組有	100.0(206)	85.9(177)	12.1(25)	1.9(4)
正規	100.0(491)	88.0(432)	11.2(55)	0.8(4)
非正規	100.0(63)	76.2(48)	20.6(13)	3.2(2)
無回答	100.0(11)	27.3(3)	9.1(1)	63.6(7)
男	100.0(183)	84.2(154)	14.8(27)	1.1(2)
女	100.0(371)	87.6(325)	11.3(42)	1.1(4)
無回答	100.0(11)	36.4(4)	0.0(0)	63.6(7)

「ある」のうち ↓

項目	合 計 %(度数) 100.0(483)	a. いつもある 24.4(118)	b. 周期的にある 18.8(91)	c. たまにある 55.5(268)	d. その他 1.0(5)	無回答 0.2(1)
労組無	100.0(306)	22.5(69)	19.3(59)	57.2(175)	0.7(2)	0.3(1)
労組有	100.0(177)	27.7(49)	18.1(32)	52.5(93)	1.7(3)	0.0(0)
正規	100.0(432)	25.9(112)	19.7(85)	53.2(230)	0.9(4)	0.2(1)
非正規	100.0(48)	12.5(6)	10.4(5)	75.0(36)	2.1(1)	0.0(0)
無回答	100.0(3)	0.0(0)	33.3(1)	66.7(2)	0.0(0)	0.0(0)
男	100.0(154)	27.9(43)	18.2(28)	53.9(83)	0.0(0)	0.0(0)
女	100.0(325)	22.8(74)	19.1(62)	56.3(183)	1.5(5)	0.3(1)
無回答	100.0(4)	25.0(1)	25.0(1)	50.0(2)	0.0(0)	0.0(0)

職の現状」、「人事考課がなく、仕事へのやりがいが見つけられない」、「言いたいことが言えない」、「会議が多い」、「自分の職位がプレッシャーに感じる」など、施設内のシステムに関する意見もみられた。その一方で、「特になし」、「なし」などの意見もあった。

ここで出た意見や、先行研究(伊藤2007;安部・有村ら2013、2014)においても、その困難さが指摘されているように、仕事と家庭の両立や、複数の職員が同時期に産休・育休を取得することになった場合、施設の自助努力では限界がある。そのため、それが可能な制度的基盤の整備・拡充が不可欠である。この点については、実子がいる職員が罪悪感を抱えながら働いてい

ることや、育休・介護休暇などの制度があっても、実際には利用できていない状況がある(安部・有村ら2013、2014)。

こうしたなかで厚生労働省は、2020年度の予算措置で、地域小規模児童養護施設・分園型小規模グループケアの職員配置を、職員4人対子ども6人から同6人対同6人に拡充した。そのこと自体は評価できるが、里親委託や多機能化などの要件が厳しいことや、産休・育休・有休の確保などをふまえると、十分とはいえない。

労組の有無別では、「上司との関係」で「無」(18.9%)の割合が高く(「有」10.2%)、「施設の子どもの関係」で「有」(19.4%)の割合が高い(「無」13.4%)。前回調査との比較では、「上司

との関係」で、「無」の方が不安・悩みを抱えている割合が高い点が共通していた。

雇用形態別では、「労働時間が長い」(「正規」29.1%、「非正規」6.3%)、「サービス残業が多い」(「正規」34.6%、「非正規」17.5%)、「休暇が取りにくい」(「正規」36.7%、「非正規」14.3%)、「給与が安い」(「正規」40.5%、「非正規」30.2%)、「上司との関係」(「正規」16.7%、「非正規」11.1%)、「同僚との関係」(「正規」14.5%、「非正規」7.9%)、「施設の子どもの関係」(「正規」16.5%、「非正規」11.1%)、「関係機関との連携がとりにくい」(「正規」6.7%、「非正規」1.6%)、「自らの知識・経験不足で仕事がうまくいかない」(「正規」25.7%、「非正規」20.6%)、「心身ともに疲れる」(「正規」36.7%、「非正規」25.4%)、「結婚しても働き続けられるか不安」(「正規」22.2%、「非正規」9.5%)で、「正規」の割合が高い。一方、「身分が不安定」は、「非正規」(19.0%)の割合が高い(「正規」6.7%)。

前回調査との比較では、「正規」で「労働時間が長い」、「休暇が取りにくい」、「関係機関との連携がとりにくい」の割合が高いことや、「非正規」で「身分が不安定」の割合が高いことが共通していた。この点については、全労働者(厚生労働省2019b)、看護職(日本医労連2017)、保育職(袁輪2019)の「非正規」も、「正規」と比較して雇用の不安定さがストレスになっている点が共通していた。

実際に、「非正規」を含む不安定雇用労働者は、先行研究(Kawachi 2009; Pfeffer = 2019: 104-105)においても、「正規」と比較して健康状態が悪く、雇用に不安を抱えていることが指摘されている。このように、不安定雇用が労働者の健康状態に悪影響を与えているため、健康権保障(井上2010a)の観点からも、できる限り正規職員として安定的な雇用を保障していく必要が

ある。ただし、施設では「非正規」のパート・アルバイトのうち、家計補助的な形で働く短時間勤務の職員の健康状態については、そうとはいえない状況もある。

性別では、「労働時間が長い」(「男」30.1%、「女」25.1%)と「給与が安い」(「男」51.9%、「女」33.4%)で「男」の割合が高く、「自らの知識・経験不足で仕事がうまくいかない」(「男」21.3%、「女」27.2%)、「心身ともに疲れる」(「男」30.1%、「女」38.0%)、「結婚しても働き続けられるか不安」で、「女」(27.2%)の割合が高い(「男」7.7%)。前回調査との比較では、「労働時間が長い」と「給与が安い」で「男」の割合が高いことや、「結婚しても働き続けられるか不安」で「女」の割合が高い点が共通していた。

ここでは、「正規」が抱えている不安・悩みが深刻な状況にあることや、「女」が結婚後に働き続けることに不安を抱えていることが浮き彫りとなった。このうち、後者についてKawachi (2009) は、日本の女性は国際的にみて、仕事から家庭、家庭から仕事の両面で高い軋轢とプレッシャーを抱えており、仕事と家庭のバランスの問題が健康状態に大きく影響していると指摘している。

とくに施設では、宿直を含む変則勤務があり、結婚・出産後に仕事と家庭の両立が困難である。この点について先行研究(安部・有村ら2014)では、とくに20代後半から30代前半の女性の就労継続意欲が低くなる傾向があり、それに対して施設では育休復帰後の宿直の免除や、日勤で働くことができる職種への変更、非正規への転換などで働き続けられるように配慮がなされている場合もある(安部・有村ら2013)。

しかし、個別の施設の自助努力では限界があるため、前述したように、女性が結婚・出産後も安心して働き続けられるだけの職員配置基準

の抜本的な改善が必要である⁽¹³⁾。次項では、ソーシャルサポートとしての「仕事上の悩みなどをよく相談する相手」についてみていく。

4. 仕事上の悩みなどをよく相談する相手

「仕事上の悩みなどをよく相談する相手」(複数回答)は、「同じ施設の同僚」(68.7%)、「同じ施設の上司」(38.8%)、「家族」(30.8%)、「友人・恋人」(25.8%)、「他施設の職員」(16.6%)の割合が高い(表3)。「その他」(3.5%)の自由記述では、「退職者」、「特に相談しない」、「元上司」、「学生時代の同期」、「前同僚」などの意見があった。前回調査との比較では、「友人・恋人」が今回より高い割合だったが、「同じ施設の同僚」、「家族」、「他施設の職員」の割合が高いことが共通していた。

全労働者(厚生労働省2019b)との比較では、項目や選択肢が異なるものの、「現在の自分の仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレスについて相談できる人がある」(92.8%)のうち、「上司・同僚」(77.5%)と「家族・友人」(79.6%)の割合が高い点(複数回答)が共通していた。

労組の有無別では、「同じ施設の同僚」(「無」67.1%、「有」71.4%)、「同じ施設の上司」(「無」36.5%、「有」42.7%)、「他施設の職員」(「無」14.5%、「有」20.4%)、「研究会の仲間」(「無」2.8%、「有」6.3%)で、「有」の割合が若干高い。一方、「友人・恋人」は「無」(27.0%)の割合が若干高い(「有」23.8%)。前回調査との比較では、「同じ施設の上司」で「有」の割合が今回より高いに加えて、「同じ施設の同僚」、「他施設の職員」、「研究会の仲間」で「有」の割合が若干高い点が共通していた。

雇用形態別では、「同じ施設の上司」(「正規」41.1%、「非正規」25.4%)、「他施設の職員」(「正規」18.3%、「非正規」4.8%)、「率直に相談でき

る人がいない」(「正規」6.7%、「非正規」1.6%)で、「正規」の割合が高い。前回調査との比較では、「他施設の職員」と「率直に相談できる人がいない」で「正規」の割合が高い点が共通していた。

性別では、「他施設の職員」で「男」(21.9%)の割合が高い(「女」14.6%)一方、「友人・恋人」(「男」14.8%、「女」31.5%)と「家族」(「男」25.7%、「女」34.2%)で「女」の割合が高い。前回調査との比較では、「他施設の職員」とここでは挙がっていないが、「同じ施設の上司」で「男」の割合が高く、「友人・恋人」で「女」の割合が高い点が共通していた。

ここで「有」の方が職場内外に相談相手が多い背景には、組合活動をとおして日常的に上司・同僚と話し合うことができる環境があることに加えて、外部の研修会などに参加する機会が多いことも影響していると考えられる。ここでみてきたように、上司・同僚との関係はソーシャルサポートに該当するため、それが働き続けるうえでとくに重要になる。

この点について阿部(2007)は、メンタルに不調を抱えた職員が多い背景には組織の歪みがあるとし、それを改善するには仕事体験の発話と受容、普段の自由な雑談が重要と指摘している。

筆者も阿部が指摘するように、職員にメンタル不調の問題が起きた場合も、職員個人の問題としてではなく、労働環境や組織のあり方を反映したものとしてとらえ、それを改善していく必要があると考える。そのため、2015年12月から行われているストレスチェック制度や、先行研究(山地・宮本2012;田島・谷島2014;新村・葛西2018)のように、心理的な分析やメンタルヘルス対策だけでは、根本的な問題の解決は困難といえる。

表2 仕事上の不安、悩んでいること(複数回答)

項目	合 計 %(度数) 100.0(565)	①労働時間が長い 26.2(148)	②サービス残業が多い 32.0(181)	③休暇が取りにくい 33.6(190)	④研修に参加できない 3.5(20)	⑤給与が安い 38.8(219)
労組無	100.0(359)	24.8(89)	30.9(111)	34.3(123)	3.9(14)	39.8(143)
労組有	100.0(206)	28.6(59)	34.0(70)	32.5(67)	2.9(6)	36.9(76)
正規	100.0(491)	29.1(143)	34.6(170)	36.7(180)	3.1(15)	40.5(199)
非正規	100.0(63)	6.3(4)	17.5(11)	14.3(9)	6.3(4)	30.2(19)
無回答	100.0(11)	9.1(1)	0.0(0)	9.1(1)	9.1(1)	9.1(1)
男	100.0(183)	30.1(55)	33.3(61)	35.0(64)	2.7(5)	51.9(95)
女	100.0(371)	25.1(93)	32.1(119)	34.0(126)	4.0(15)	33.4(124)
無回答	100.0(11)	0.0(0)	9.1(1)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)

項目	⑥健康に不安がある 14.3(81)	⑦上司との関係 15.8(89)	⑧同僚との関係 13.6(77)	⑨施設の子どもの関係 15.6(88)	⑩施設の親との関係 5.0(28)	⑪関係機関との連携がとりにくい 6.0(34)
労組無	13.4(48)	18.9(68)	12.5(45)	13.4(48)	6.4(23)	5.3(19)
労組有	16.0(33)	10.2(21)	15.5(32)	19.4(40)	2.4(5)	7.3(15)
正規	14.5(71)	16.7(82)	14.5(71)	16.5(81)	5.1(25)	6.7(33)
非正規	15.9(10)	11.1(7)	7.9(5)	11.1(7)	4.8(3)	1.6(1)
無回答	0.0(0)	0.0(0)	9.1(1)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)
男	11.5(21)	17.5(32)	15.3(28)	13.7(25)	3.3(6)	7.7(14)
女	16.2(60)	15.4(57)	12.7(47)	17.0(63)	5.9(22)	5.4(20)
無回答	0.0(0)	0.0(0)	18.2(2)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)

項目	⑫近隣住民の理解・協力がえられない 2.1(12)	⑬身分が不安定 8.0(45)	⑭社会的地位が低い 7.4(42)	⑮相談相手がいない 5.8(33)	⑯自らの知識・経験不足で仕事うまくいかない 25.0(141)	⑰心身ともに疲れる 35.0(198)
労組無	1.1(4)	8.4(30)	7.2(26)	5.6(20)	25.1(90)	33.4(120)
労組有	3.9(8)	7.3(15)	7.8(16)	6.3(13)	24.8(51)	37.9(78)
正規	2.4(12)	6.7(33)	7.3(36)	6.1(30)	25.7(126)	36.7(180)
非正規	0.0(0)	19.0(12)	9.5(6)	4.8(3)	20.6(13)	25.4(16)
無回答	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	18.2(2)	18.2(2)
男	3.3(6)	8.7(16)	9.8(18)	6.0(11)	21.3(39)	30.1(55)
女	1.6(6)	7.5(28)	6.5(24)	5.7(21)	27.2(101)	38.0(141)
無回答	0.0(0)	9.1(1)	0.0(0)	9.1(1)	9.1(1)	18.2(2)

項目	⑱結婚しても働き続けられるか不安 20.4(115)	⑲成果・能力主義が強まっている 3.7(21)	⑳その他 12.7(72)	無回答 8.7(49)
労組無	19.5(70)	4.5(16)	14.8(53)	8.6(31)
労組有	21.8(45)	2.4(5)	9.2(19)	8.7(18)
正規	22.2(109)	4.1(20)	12.6(62)	6.9(34)
非正規	9.5(6)	1.6(1)	15.9(10)	11.1(7)
無回答	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	72.7(8)
男	7.7(14)	3.3(6)	11.5(21)	6.0(11)
女	27.2(101)	4.0(15)	13.7(51)	8.1(30)
無回答	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	72.7(8)

表3 仕事上の悩みなどをよく相談する相手(複数回答)

項目	合 計 % (度数) 100.0(565)	①同じ施設の同僚 68.7(388)	②同じ施設の上司 38.8(219)	③他施設の職員 16.6(94)	④研究会の仲間 4.1(23)	⑤大学等の教員 3.9(22)
労組無	100.0(359)	67.1(241)	36.5(131)	14.5(52)	2.8(10)	3.9(14)
労組有	100.0(206)	71.4(147)	42.7(88)	20.4(42)	6.3(13)	3.9(8)
正規	100.0(491)	70.1(344)	41.1(202)	18.3(90)	4.5(22)	4.3(21)
非正規	100.0(63)	66.7(42)	25.4(16)	4.8(3)	1.6(1)	1.6(1)
無回答	100.0(11)	18.2(2)	9.1(1)	9.1(1)	0.0(0)	0.0(0)
男	100.0(183)	69.9(128)	42.6(78)	21.9(40)	5.5(10)	3.8(7)
女	100.0(371)	69.5(258)	37.7(140)	14.6(54)	3.5(13)	4.0(15)
無回答	100.0(11)	66.7(2)	33.3(1)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)

項目	⑥自治体職員 0.5(3)	⑦友人・恋人 25.8(146)	⑧家族 30.8(174)	⑨率直に相談できる 人がいない 6.2(35)	⑩その他 3.5(20)	無回答 2.7(15)
労組無	0.6(2)	27.0(97)	31.2(112)	6.7(24)	3.1(11)	2.5(9)
労組有	0.5(1)	23.8(49)	30.1(62)	5.3(11)	4.4(9)	2.9(6)
正規	0.6(3)	26.3(129)	31.2(153)	6.7(33)	3.7(18)	0.6(3)
非正規	0.0(0)	23.8(15)	33.3(21)	1.6(1)	3.2(2)	6.3(4)
無回答	0.0(0)	18.2(2)	0.0(0)	9.1(1)	0.0(0)	72.7(8)
男	1.1(2)	14.8(27)	25.7(47)	7.7(14)	3.3(6)	0.5(1)
女	0.3(1)	31.5(117)	34.2(127)	5.1(19)	3.8(14)	1.9(7)
無回答	0.0(0)	18.2(2)	0.0(0)	18.2(2)	0.0(0)	63.6(7)

V. 考察

本稿では、20施設のアンケート調査から、健康状態(自覚症状、精神的ストレス)を軸に、仕事上の不安・悩みや相談相手も含めて、職員のストレスと健康状態をトータルに浮き彫りにした。まず、「自覚症状」は、労働環境の厳しさを反映して、「どこも悪いところがなく、健康である」が1割に満たず、「首や肩が凝る」、「夜寝るのが深夜12時を過ぎることが多い」、「仕事の疲れがとれない」、「腰や背中が痛い」、「目が疲れる」などの割合が高いことが明らかとなった。

「精神的ストレス」は、ほとんどの職員(とくに「正規」)が抱えており、ストレスサーとしての「仕事上の不安、悩んでいること」は、「給与が安い」、「心身ともに疲れる」、「休暇が取り

にくい」、「サービス残業が多い」、「労働時間が長い」の割合が高い。一方、ソーシャルサポートとしての「仕事上の悩みなどをよく相談する相手」は、「同じ施設の同僚」、「同じ施設の上司」、「家族」、「友人・恋人」、「他施設の職員」の割合が高かった。

労組の有無別では、いずれも健康状態(自覚症状、精神的ストレス)は深刻だが、「上司との関係」で「有」の方が不安・悩みを抱えている割合が少ないことや、相談相手も「同じ施設の同僚」、「同じ施設の上司」、「他施設の職員」、「研究会の仲間」で「有」の割合が若干高い。これは前述したように、労組の活動が大きく影響していると考えられる。この点については、他の調査(堀場2018)においても、「有」の職員が社会運動の重要性を認識していることが明らかに

なっているため、施設に労組があることの意義は大きいといえる。

雇用形態別にみると、とくに「正規」は労働時間の長さや休暇の取りにくさ、責任の重さなどが影響して、健康状態や仕事上の不安・悩みが深刻である一方、「非正規」は身分的不安定さに不安・悩みを抱えていた。性別では、「女」が結婚後に働き続けられるかについて、「男」が給与の安さに不安・悩みを抱えていることも浮かび上がった。

これらの点は、前回調査と多くが共通していた。そのため、施設の労働環境の厳しさを反映して、職員のストレスと健康状態が深刻であることが改めて示されたといえる。また、ここでみてきたように、労組の有無別・雇用形態別・性別によって、職員がおかれている状況や意識が異なるため、施設ではそれをふまえた職員への支援策を検討する必要がある。

一方、看護職(日本医労連2017)や保育職(横井2007; 蓑輪2018c, 2019)と比較では、健康状態やストレス要因(職場の人間関係)で共通点がみられたが、とくに看護職の健康状態と施設の「精神的ストレス」が深刻であることが浮き彫りとなった。さらに、職員のストレス要因では、労働条件(給与の安さ、労働時間の長さ)は伊藤(2007)の研究と、労働環境は亀田・藤枝・中村(2014)の研究と共通していた。

女性の情緒的消耗感が高い(加藤・益子2012) ことについては、本研究の「自覚症状」「仕事のストレスで過食になっている」「落ち込むことがよくある」や、「仕事上の不安、悩んでいること」「心身ともに疲れる」の項目で共通点がみられた。しかし、先行研究(伊藤2007; 亀田・藤枝・中村2014; 新村・葛西2018)で指摘された子どもや職員との関係におけるストレスについては、本研究では高いとはいえなかった。

また、田島・谷島(2014)の研究では、職員の多くが非病的な状態にあると指摘されているが、本調査では職員が多くの自覚症状や精神的ストレスを抱えていることから、健康状態が良いとはいえない。これは予備力をすり減らした状態(重田2010:106)といえるため、職員が病気や家庭の事情などで仕事を休んだとしても、ゆとりをもって働き続けることができるしくみが必要である。

その他、職員への支援については、ともすると経験年数の少ない若手職員に目がいきがちである。しかし、「仕事上の不安、悩んでいること」の「その他」の自由記述で出た一部の意見や、藤岡(2008)が指摘するように、管理的な立場になればなるほど、これまで子どもとの満足でバランスをとってきたことが崩れ、仕事仲間との関係における満足をどのように得ていくかが難しくなるため、中堅職員や管理職への支援も不可欠である。

VI. 結論

ここでは、これまで述べてきたことをふまえて、本研究で明らかになった点を整理したうえで、今後の課題について述べる。まず、本稿では先行研究でほとんど取り上げられていない職員の健康状態について、自覚症状と精神的ストレスを軸に分析することで、施設の労働環境の厳しさが鮮明になった。さらに、ストレスサとしての仕事上の不安・悩みや、ソーシャルサポートとしての相談相手も含めてトータルに浮き彫りにした。

このように、本稿をとおして、職員が健康で安心して働くことができる労働環境の重要性が改めて示されたといえる。ここで取り上げた職員のストレスと健康状態を改善するには、重田(2010: 107-110)が指摘するように、仕事量の

限界を見極めたうえで、休憩・有休などの実質的な確保に向けて、日常業務・行事・会議の持ち方を人がいないからできないではなく、必ずするという視点で議論して現状を変えていくことが求められる。

施設では、小規模化が進むなかでそれが困難になってきているが、職員同士の勤務が重なる時間を増やすことにより、お互いの働き方を見えるようにするとともに、複数のユニットで会議や宿直を共有し、相互の連携を強化するなどして、職員の孤立やユニットの密室化を防ぐ必要がある(黒田2013)。

一方、家庭を持つ女性職員が働き続けられるようにするためには、産休・育休を実際に取得することができ、なおかつ職場に復帰しやすい環境づくりが不可欠である。この点については、前述したように、施設でさまざまな配慮(安部・有村ら2013)がなされていたが、自助努力だけでは限界がある。

そのため、ストレスコントロールだけではなく、ストレッサーコントロールが重要(重田2010: 89)で、措置費や職員配置基準に加えて、職員の労働条件・労働環境の改善を含む根本的な問題に焦点化した対策が必要である。実際に、職員が自らの人権すら守られていない状態におかれていては、子どもの人権を守ることはできないため、子どもと職員双方の人権を一体的に保障するしくみを整備していくことが求められる(井上2010b)。

翻って、本稿では先行研究でほとんど取り上げられていない職員のストレスと健康状態を労働環境と関連づけてトータルに明らかにしたことや、健康状態を軸に分析することによって職員の労働環境の厳しさを明らかにした点で意義があると考ええる。ただし、養問研に理解がある施設や労組がある施設で調査をしたため、そう

ではない施設で調査をした場合、異なる結果が出る可能性がある。

その点が本研究の課題といえるが、全国各地の施設で統計的に有意といえる数の調査票を分析したため、職員のストレスと健康状態の傾向は概ね明らかになったと考えられる。その他、職員の健康状態に影響を及ぼしている労働環境の改善に向けた方策についても明らかにすることができなかった。この点については今後、本調査の他の項目との関連性も含めて分析を進めるなかで明らかにしたい。

謝辞

本研究は「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の助成を得て実施した。同研究所とご協力いただいた施設の皆様に御礼を申し上げます。

注

- (1) 施設は2019年3月末現在、全国に605か所あり、24,908人の子どもたちが生活している(厚生労働省2020b)。
- (2) ただし、2016年の調査では、「自覚症状」の選択肢のうち、「その他」を削除した。また、同じく「仕事上の悩みなどをよく相談する相手」の選択肢のうち、「大学教員」を「大学等の教員」に修正した。
- (3) 統計調査では、地域ごとに無作為に抽出した形で選択した施設に調査票を送付し、それを個別に返送していただく形で回収することが望ましい。しかし、労働問題や労組が敬遠されがちな施設では、その方法で実施した場合、職員の手元に調査票を届けることが難しい状況がある。また、その方法では回収率が極めて低くなることが予想されるだけでなく、施設は全国的にみても労組の組織率が極めて低いため、労組がある施設の実態を明らかにすることが困難であると考えた。そこで、本調査では施設の担

当者から調査票を配布したうえで、施設ごとに回収・返送していただく形をとった。

本調査ではこのような方法をとったことや、後述する注(4)で述べた課題はあるが、調査票を提出する際は個別に厳封する形で実施したため、信頼性については概ね担保されていると考える。なお、本調査は養育研に理解がある施設や労組がある施設で実施したため、一定の偏りがある点は否めず、その点が課題といえる。

- (4) 各施設の担当者には、個別の調査票を封筒に厳封したものを集約・返送していただくよう依頼した。ただし、1施設においては、調査票を封筒から出した状態で職員会議の際に配布された。各職員は、記入した調査票を個々に担当者に提出し、担当者はこれらを1つの封筒にまとめて返送した。また、本調査では、担当者への周知が十分ではなかったため、児童指導員・保育士(正規)のみに調査票を配布した施設が2か所あったことや、注(9)と(10)で後述するように、施設長やパート・アルバイトに調査票を配布していない施設もあった。
 - (5) 6施設では回収した調査票のうち、配布したうえで回収したかどうかが不明瞭な調査票(全項目が無回答)が含まれていたため、当該施設の担当者に配布・回収した数を確認した。そのうち、配布・回収したうえでの無回答の調査票と確認できた施設が1か所(3票)、配布していない残りの調査票を一緒に返送してきた施設が2か所、職員室に調査票を置き、そこから持っていく形で実施し、残りの調査票を返送してきた施設が1か所あった。
- その他の2か所(計3票)は、配布・回収したうえでの無回答かどうかが不明瞭な調査票があったが、「施設情報に関するアンケート票」に記入された配布数・回収数や調査票の状況をふまえて、施設の担当者に確認し、配布・回収したうえでの無回答の調査票としてカウントした。
- (6) この点について、本稿では組合員と非組合員の比較も含めた分析はしていないが、他の調査項目の自由記述(労組の必要性など)では、組合

員と非組合員で意識にどのような違いがあるかを分析している。また、本研究のうち、労組がある施設は個人加盟ではなく、組合の分会が存在する施設である。

労組がある7施設の組織率は、回収できた調査票から算出(事業所に労組が「ある」と答えた者のうち、「入っている」と答えた者の数と回収数から算出)していることや、無回答の調査票も含まれているため、実際とは若干の違いがあると考えられるが、50.5%であった(A園100%、B園93.3%、C園75.0%、D園53.8%、E園34.4%、F園33.3%、G園12.7%)。

- (7) 比較対象としている看護職(日本医労連2017)は、主に労組がある大規模な病院(「国立・公的病院」計60.4%)が対象で、保育職(横井2007)は東京都社協保育士会会員が所属する民間保育所の保育士と看護師を対象としている。そのため、労組がない小規模な病院や地方の保育所では状況が異なる可能性がある。なお、愛知県保育労働実態調査(荻輪2018abc, 2019)は、公立保育所と民間保育所の双方が含まれている。
- (8) ここでいう「就業の条件」とは、職員の雇用形態のことである。
- (9) 本調査では、前述したように担当者への周知が十分ではなかったため、非正規職員のうち、常勤契約職員(常勤的非常勤)を除く、パート・アルバイト(とくに短時間勤務。宿直などの学生アルバイトを含む)に対して、調査票を配布・回収したと確認できたのが8施設に留まった。そのため、それについては全体の傾向を掴んでいるわけではないことや、調査票が配布されなかったパート・アルバイトを含めると、非正規職員の割合はもう少し高くなると考えられる。また、厳密にはパート・アルバイトと嘱託は分けた方がよいが、施設では後者が皆無に近いため、合わせて項目立てをした。
- (10) 3%未満の職種は、「心理療法担当職員」(2.8%)、「施設長」(2.1%)、「個別対応職員」(2.1%)「主任保育士」(1.9%)、「主任児童指導員」(1.6%)、里親支援専門相談員(0.9%)、「看護師」(0.7%)、「副施設長」(0.5%)である。ただし、注

- (4) で述べた状況から、「施設長」に調査票を配布したと確認できたのが15施設(そのうち、回収無2施設、無回答1施設)であったため、それについては全体の傾向を掴んでいるわけではない。
- (11) ただし、「どこも悪いところがなく、健康である」と回答した者のうち、2人は他の「自覚症状」の選択肢にも回答している(1人は「目が疲れる」と「夜寝るのが深夜12時を過ぎることが多い」、もう1人は「落ち込むことがよくある」)。
- (12) ここでいう「職員集団」とは、先行研究(積1981、竹中1985)をふまえると、施設運営や子どもへの支援方針などについて、話し合いをベースにして職員間の合意形成をていねいに行うとともに、職員同士が支え合い、育ち合える自治的な職員集団のことである。
- (13) 施設の職員配置基準は、子ども(小学生以上)5.5人対職員1人で、その他に子どもや施設の状況に応じて加算措置がある。しかし、小規模化が進むなかでは、複数の職員が同時期に産休・育休・有休などを取得するのは困難である。
- 引用文献**
- 阿部眞雄(2007)「医療機関におけるストレスマネジメント」日本医療労働組合連合会《労働安全衛生対策委員会》編『医療・福祉労働者が生き生きと働き続けられるために——医療・福祉労働組合の安全衛生活動の手引き』本の泉社、11。
- 安部慎吾・有村大士・永野咲・山内陽子(2013)「児童養護施設における子どもと家族の最善の利益に資する職場環境づくり——職員のワーク・ライフ・バランスの視点から」『子どもと福祉』Vol.6、明石書店、127-133。
- 安部慎吾・有村大士・永野咲・山内陽子(2014)「児童養護施設における子どもと家族の最善の利益に資する職場環境づくり——職員のワーク・ライフ・バランスの視点から 量的調査の結果報告」『子どもと福祉』Vol. 7、明石書店、117-123。
- 天笠崇(2009)「長時間労働とメンタルヘルス」第81回・日本産業衛生学会企画運営委員会編『日本産業衛生学会 学会創立80周年記念「人間らしい労働」と「生活の質」の調和——働き方の新しい制度設計を考える』労働科学研究所出版部、197-202。
- 伊藤嘉余子(2007)『児童養護施設におけるレジデンシャルワーク——施設職員の職場環境とストレス』明石書店、61-120。
- 井上英夫(2010a)「健康権の発展と課題——21世紀を健康権の世紀に」『民医連医療』No.459、6-12。
- 井上英夫(2010b)「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』No.526、6。
- 浦辺史(1973)「Ⅰ 社会福祉労働の現状」『福祉問題研究』編集委員会編・鷲谷善教監修『社会福祉労働論』鳩の森書房、97-99。
- 加藤尚子・益子洋人(2012)「児童養護施設職員のバーンアウトに関する研究——職員支援にもとづく被措置児童等虐待防止の観点から」『明治大学心理社会学研究』第8号、1-15。
- 亀田秀子・藤枝静暁・中村敬(2014)「児童養護施設における直接処遇職員のストレスに関する研究——勤務年数短群と勤務年数長群への半構造化面接による調査」『川口短大紀要』第28号、149-163。
- 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』Vol.6、明石書店、64-68。
- 厚生労働省(2008)『平成19年 労働者健康状況調査 結果の概況』<https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/>(2020年5月17日閲覧)
- 厚生労働省(2019a)『平成30年度 我が国における過労死等の概要及び政府が過労死等の防止のために講じた施策の状況』<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/karoushi/19/dl/19-1.pdf>(2020年5月21日閲覧)
- 厚生労働省(2019b)『平成30年 労働安全衛生調査

- (実態調査)結果の概況』<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h30-46-50b.html> (2020年5月17日閲覧)
- 厚生労働省(2020a)「児童養護施設入所児童等調査の概要(平成30年2月1日現在)」<https://www.mhlw.go.jp/content/11923000/000595122.pdf> (2020年5月17日閲覧)
- 厚生労働省(2020b)「社会的養育の推進に向けて(令和2年10月)」<https://www.mhlw.go.jp/content/000685504.pdf> (2020年10月21日閲覧)
- 近藤雄二(2010)「予防と回復できる仕事の疲れ:働くシステムを人間らしく」細川汀編『健康で安全に働くための基礎——ディーセント・ワークの実現のために』文理閣、62-64.
- 重田博正(2010)『保育職場のストレス——生き生きした保育をしたい!』かもがわ出版、14-19、30、88-89、106-110、116-117.
- 新村隆博・葛西真記子(2018)「児童養護施設職員の養育観とストレスに関する調査研究——児童養護施設職員の養育観尺度開発を通して」『鳴門教育大学学校教育研究紀要』第32号、183-190.
- 砂上史子(2017)「保育者を取り巻く現状とその支援——保育者の感情労働とバーンアウト」日本家族心理学会編『個と家族を支える心理臨床実践Ⅲ——支援者支援の理解と実践』金子書房、38-48.
- 積惟勝(1981)「C 集団主義養護への展開」全国養護問題研究会編『明日をきざぐ子どもたち——日本の児童養護』ミネルヴァ書房、153-154.
- 高木和美(2007)『社会福祉労働者政策——ホームヘルパーの労働・生活・健康の質を規定する社会的条件』桐書房、35-88、111-125.
- 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、20-21.
- 竹中哲夫(1985)『児童集団養護の理論——発達論からのアプローチ』ミネルヴァ書房、187-193、202-206.
- 田島耕一郎・谷島弘仁(2014)「児童養護施設における職員のバーンアウトへの予防的介入につ
- いての研究——バーンアウトの現状に関する実態調査を中心に」『生活科学研究』第36集、文教大学生生活科学研究所、179-182.
- 日本医療労働組合連合会(2017)「看護職員の労働実調査『報告書』」『医療労働』臨時増刊、8-82. <http://irouren.or.jp/research/>「2017年看護職員の労働実態調査」結果%EF%BC%88PDF%29.pdf (2020年5月17日閲覧)
- 平田圭成(2017)「看護師のバーンアウト・ストレスコーピングの性差における特徴」『第47回(平成28年度)日本看護学会論文集 看護管理』109-112.
- 藤岡孝志(2008)「共感疲労・共感満足と援助者支援」『季刊児童養護』第39巻第2号、24-28.
- 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、222-266.
- 堀場純矢(2018)「児童養護施設における小規模化の影響——職員の労働環境に焦点を当てて」『生協総研賞・第14回助成事業研究論文集』生協総合研究所、56-70.
- みずほ情報総研株式会社(2017)『平成28年度先駆的ケア策定・検証調査事業 児童養護施設等の小規模化における現状・取組の調査・検討報告書』1-59、140-147. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000174956.pdf> (2020年4月13日閲覧)
- 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、52-59、80-89、92-96.
- 三富紀敬(2005)『欧米のケアワーカー——福祉国家の忘れられた人々』ミネルヴァ書房、21、310.
- 蓑輪明子(2018a)「連載1 愛知保育労働実態調査から見る保育労働の現在——調査の経緯と時間外労働の実態」『月刊保育情報』No.502、4-11.
- 蓑輪明子(2018b)「連載2 愛知保育労働実態調査から見る保育労働の現在——時間外労働で何の業務がおこなわれているか」『月刊保育情報』No.503、4-10.
- 蓑輪明子(2018c)「連載3 愛知保育労働実態調査か

- ら見る保育労働の現在——正規保育労働者の生活実態と職業意識」『月刊保育情報』No.504、4-9.
- 蓑輪明子(2019)「連載5 愛知保育労働実態調査から見る保育労働の現在——非正規保育労働者の基礎的労働条件②-労働時間と賃金」『月刊保育情報』No.507、4-8.
- 武藤素明(2010)「地域小規模児童養護施設における実践と課題」『子どもと福祉』Vol.3、明石書店、22-28.
- 武藤諒介・石井範子(2018)「看護師のバーンアウトと関係要因——中堅看護師の特徴を探索」『秋田大学保健学専攻紀要』第26巻第1号、47-59.
- 山地明恵・宮本邦夫(2012)「児童養護施設職員のバーンアウトとその関連要因」『東海学院大学紀要』第6号、305-313.
- 横井美保子(2007)「第1章 保育社の労働環境と専門性の現実——東社協保育士会『保育者の労働環境と専門性に関する調査』から」垣内国光・東社協保育士会編『保育者の現在——専門性と労働環境』ミネルヴァ書房、25-68.
- Goodman, Roger (2000) *Children of the Japanese State: The changing Role of Child Protection Institutions in Contemporary Japan*, Oxford University Press. (= 2006, 津崎哲雄訳『日本の児童養護——児童養護学への招待』明石書店、153-155.)
- Ichiro Kawachi (2009) *Globalization and Workers' Health* (招待講演：国際化と労働者の健康について)、第81回・日本産業衛生学会企画運営委員会編『日本産業衛生学会 学会創立80周年記念「人間らしい労働」と「生活の質」の調和——働き方の新しい制度設計を考える』労働科学研究所出版部、27-35.
- Pfeffer, Jeffrey (2018) *Dying for a Paycheck*, Harper Business. (= 2019, 村井章子訳『ブラック職場があなたを殺す』日本経済新聞出版社、41、67-68、104-105、177、192、196-197、254-255.)

看護・介護労働者からみた住宅型有料老人ホームの問題—住宅型有料老人ホームの両義的な特徴と看護・介護労働者の困難との関係から—

Problems with residential-type nursing homes for the elderly from viewpoints of nurses and care workers — Relationship between ambiguous characteristics of residential-type nursing homes for the elderly and difficulties faced by nurses and care workers —

野口史緒(名古屋市立大学人間文化研究科博士後期課程)

Fumio NOGUCHI

和文抄録:本研究は、住宅型有料老人ホーム(以下住宅型)の課題が可視化されにくいことに注目し、看護・介護労働者に半構造化面接を行った。その結果、労働者は、住宅型が制度的には「自宅」であっても、家族から求められる機能は、見守り可能な「施設」であることに混乱していたことがわかった。そこから住宅型には、労働者が業務に集中できる協業体制の整備、ケアの質の担保、専門性を発揮できる組織作り等の運営条件を定めることが示唆された。

キーワード: 住宅型有料老人ホーム、看護・介護労働者、人員配置基準、労働環境、ケアの質

Abstract : This study addressed the difficulty of visualizing the problems with residential-type nursing homes for the elderly (hereafter “residential-type”) by using semi-structured interviews with nurses and care workers. The interviews revealed that the workers were confused by the general expectation of the residents’ families that they should provide watch-over functions even though the facility was defined as a “home” by law. This indicates that the management of residential-type should establish a collaborative system that enables workers to focus on their work while ensuring service quality as well as maximizing worker expertise.

Keywords: Residential nursing homes for the elderly, Nurses and care workers, Staff placement standard, Working environment, Quality of care

(受理日：2020年11月29日)

I 研究の背景と目的

本研究は、有料老人ホームの事業形態の多様化や、費用、サービスの幅が広く分布するようになる背景において、中でも住宅型有料老人ホーム(以下住宅型)の急増に注目する。「平成24年度制度改正後の有料老人ホームに関する実態調査及び契約等に関する調査研究報告書」⁽¹⁾によると、2012年度の有料老人ホームの件数は、7,484件⁽²⁾であり、そのうち住宅型は4,323件(57.8%)であった(公益社団法人全国有料老人ホーム協会：2013)。

住宅型が急増する背景には、介護保険制度創設以降の、在宅サービス分野の市場化と、それによる施設介護分野への影響があると考ええる。鈴木はこの影響を、「施設介護分野は極めて不足して、代替財としての在宅介護分野の擬似施設や、介護保険の適用対象ではない類似施設の需要を急増させている。」(鈴木2007：64)と述べている。特に、住宅型は、外部の訪問サービス事業所がケアにあたるホームで、住宅型そのものに職員の配置基準は無く、代替材として増設し易いものであるといえよう。

住宅型の急増が進む実態はあるが、先行研究の照合検索の範囲において、住宅型そのものを論じたものは多くはない。調査結果分析当時(2018年5月)、日本の学術論文検索サイト「CINII Articles」により「住宅型有料老人ホーム」を条件として検索すると、検索結果は60件であった。また、「J-stage 科学技術振興機構」により同様の条件で論文検索すると、20件であった。双方の検索サイトに重複している4論文を除くと、「住宅型有料老人ホーム」でのキーワード検索結果は合計76件であった。

その内容を分類すると、事業性に注目したものの26件、住宅型の実践事例を考察したもの23件、施設の量的拡大に注目したもの5件、入居

者及び家族にインタビュー調査を行なったものの3件、その他19件(研究課題が住宅型のみに焦点を当てられていない等)であった。インタビュー調査の報告のうち1件は、自立高齢者へのインタビューであった⁽³⁾。中重度の要介護者を抱える家族に直接インタビューしたものは、筆者の論文2件以外には検索できなかった。

その他に、2019年、社団法人全国有料老人ホーム協会による「住宅型有料老人ホーム運営に関するアンケート」⁽⁴⁾がある。それによると、ホーム内で提供されている介護サービスについて、介護保険サービスと介護保険外の独自サービスを併用して提供している事業所が24.9%あり、介護保険サービスの隙間をホームの独自サービスで埋めている実態が示されていた(公益社団法人全国有料老人ホーム協会：2019)。しかし、量的調査の分析結果であり、入居者家族や看護・介護労働者からの聞き取りによる実態把握ではない。

また、厚生労働省によって毎月行われている介護給付費等実態調査によっても、住宅型で外付けサービスを利用した実績と、通常の自宅で利用したサービス実績は、ともに在宅サービスの給付実績となり、サービスが提供された場所による区別はつかない。そのため、住宅型で提供されたサービスについての実態はつかめないのが実情である。

聞き取り調査の結果に基づいて、包括的に生活を捉えて問題提起をした研究の蓄積が困難であった理由には、住宅型の歴史が浅いことと、住宅型の「自宅である」という制度的な性格から、自宅への侵襲の問題があり、「住宅の中は見えにくい」特徴があると考えられる。

本研究は、以上のように住宅型は量的に拡大するが、そこでの高齢者ケアの実態は、自宅であるために問題が可視化されにくい現状がある

ことに着目した。

これまでの、住宅型に入居する高齢者家族からの聞き取り調査結果によると、高齢者の家族は住宅型での療養生活に満足していることが示された(野口：2017)⁽⁵⁾。しかし、住宅型は自宅であるため、職員の配置基準が無く、入居者家族の満足の背景には、看護・介護労働者の労働環境にしわ寄せがあるのではないかと仮説を立てた。そこで、本稿では住宅型を職場とする看護・介護労働者からの聞き取り調査結果を分析することで、住宅型の問題を可視化し、その要因と解明の知見を得ることを試みた。

Ⅱ 先行研究

本研究は、「住宅型」という新しい看護・介護労働者の労働環境に焦点をあてて考察を行うが、まず介護労働者の実態を確認するため、介護労働安定センターの事業所調査を参照する。

介護労働安定センターの事業所調査によれば、「介護サービスに従事する従業員の不足感」については、「大いに不足」＋「不足」＋「やや不足」は67.2%であった。不足している理由としては、「採用が困難である」が89.1%で、その原因を尋ねたところ「同業他社との人材獲得競争が厳しい」が56.2%と高かった。また、労働者調査によると、「労働条件・仕事の負担に関する悩み」の上位は、「人手が足りない」が最も高く54.2%、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」39.1%、「有給休暇が取りにくい」31.5%と続いた(介護労働安定センター：2018)⁽⁶⁾。本調査結果は、住宅型を職場とする介護労働者に限られた調査ではないが、量的調査の結果として参照したい。このことから、介護労働者の人員不足によるストレスが、就労継続意志に影響し、離職者を出さない職場環境づくりが求められているといえよう。

次に、住宅型という労働環境について検討する場合、職員の配置基準がない中での労働であるため、看護・介護労働者の人員配置基準とケアの内容との関連について、既存の研究を概観する。

井口は、介護の質と労働環境との関係を明らかにし、労働環境を制度的に整備することを求め、「同じ労働者であっても、置かれる環境によって能力の発揮・蓄積の度合い、業務の範囲・役割は変わってくる。」(井口2013：22)と指摘している。また、「介護保険の低位な報酬設定や人員配置基準に起因する劣悪な労働条件、労働強化や「人手不足」での職員の努力により、その生活や健康を多分に犠牲にしておこなわれている。」(井口2009：50)ことを指摘し、余裕のない人員配置基準がもたらす影響についても言及している。

秋葉らは、職員の配置状況とユニットケア実施状況において「個別ケアを行うには、少人数の入居者に職員の固定配置が欠かせない。そして、暮らしの継続という意味では、24時間サポートできる体制を作る必要がある。」(秋葉ら2012：7)と述べている。

井口や秋葉らの先行研究からは、人員配置基準と入所している高齢者の暮らしの質は大きく影響し、人員配置基準があっても低ければ労働強化に繋がり、離職に繋がるリスクをはらんでいることが示唆されている。

高木らは、看護・介護労働者への聞き取り調査により、「仕事の困難さ、自分や同僚の知識・技術不足を感じながら、見極めや予測がつかないことや、一中略—自分の能力を超えた業務を行わなければならない」(高木ら2013：52)実態があることを指摘している。

小野内は、このような「介護職員自身が自分でなんとかしようと仕事に力をいれている」こ

とを、「職場環境よりも介護業務を遂行するために力を発揮する個人特性」(小野内2019: 50)と述べ、個人の能力に頼らざるを得ない職場環境に警鐘を鳴らしている。

これらの先行研究から言えることは、人員配置基準が不十分であることは、看護・介護労働者が能力を蓄積し、それを発揮できる環境は保障されず、さらにケアの内容は個人の能力に頼らざるを得ないという不安定なケアの実態が推測されるということである。「多くの問題を抱え、ぎりぎりの状態で看護・介護職員がケアにあたっているという現状は、施設に暮らす高齢者の生命・生活にも影響を及ぼす可能性が極めて高い」(高木ら2013: 53)のである。

Ⅲ 先行研究から抽出された課題

看護・介護労働者の労働環境に関する先行研究からは、人員配置基準と介護労働者の抱える困難との関係が明らかにされていた。しかしながら、住宅型を職場とする看護・介護労働者の労働環境の実態をとらえて分析したものはなく、データを蓄積する必要がある。

また、先行研究を概観し、以下の課題が整理された。1. 人員配置基準や労働環境がケアの質に関係することは明らかにされているが、住宅型の人員配置基準がないことに注目した研究は検索されなかったため、住宅型のケアの実態を捉える必要がある。2. 人員不足によるストレスを抱えがちな働く人々の立場から、住宅型でのケアの実態を捉え、問題を可視化する必要がある。

本研究にあたり、住宅型において入居者の暮らしを守るために必要な、看護・介護労働者の配置について検討すると、以下の二つの配置が考えられる。一つは、介護保険の在宅サービスとして自宅を訪問する訪問看護・訪問介護職員

の配置である。もう一つは家族が不在であるために、家族の代理として、訪問時間以外で身の回りの世話をおこなうホーム職員としての配置である。現状の住宅型においては、この二つの配置がなければ終日の見守りとケアの継続は困難である。しかしながら、住宅型は、自宅扱いの有料老人ホームであり、関連事業所間で24時間の見守りを行うために、ひとりの職員が家族の代理、訪問看護・介護職員の役割を兼務で担わざるを得ない状況が起きているのである。

より具体的にみるために、住宅型で暮らす寝たきりの高齢者の生活を一例にとってみる。6:00、11:00、16:00、21:00、2:00にオムツ交換が予定されているとする。その間に、体位変換、食事の介助、入浴介助が最低限必要であろう。これらの介助のたびに、ケアマネジャーはケアプラン上、外部事業所の訪問介護を予定することとする。ここでの問題は、20分未満のオムツ交換と体位変換、30分以上60分未満の身体介護を予定するとしても、予定外の時間に介護の手が必要な出来事が起きたときの対応である。例えば、ベッドから足がはみ出ていたり、せき込むことがあったり、認知症のために常に「おーい、おーい」と人を呼ぶことがあるかもしれない。そのとき、本来の自宅であれば家族が対応するが、住宅型の場合、家族が不在であるため、急な対応に困るのである。

住宅型は、自宅扱いであるため、人員配置基準がなく、突発的に起きた事柄に対応できる職員が不在であり、外部サービスの利用を予定するだけでは、24時間連続したケアを保障することができないのである。故に、住宅型には、家族代わりとなる職員が、常に配置されていなければならないといえる。

自宅扱いであることを理由として、見守りのない居室だけを貸し出している場合は、上記の

例に挙げたような状況を解決することは難しい。また、それを解決するための方法として、ひとりの職員が家族の代理と、訪問看護・介護職員の役割を兼務で担わざるを得ないのである。住宅型は自宅扱いであるため、人員配置基準が無いことで起きる矛盾点を、柔軟に解決する方法が現場の対応に任されているといえる。

PwCコンサルティング合同会社(2020)⁽⁷⁾によれば、住宅型の日中の職員数は定員50人に換算すると平均12.1人であった。そのうち、兼務者の割合は、「0%」が24.3%であった。つまり、70%程度の職員は何らかの業務を兼務しているのである。

一方、介護保険施設や病院は、人員配置基準が定められ、ケアは24時間連続して行われているため、兼務でケアにあたることはなく、必要時に必要なケアを提供することが定められているといえる。

つまり、住宅型の事業主は、サービスの空白時間を作らないために、ホームそのものに職員を独自に配置しなければならない。そのことは入居者に費用負担を求めなければならない、本人・家族は、介護保険外のケアサービスを購入しなければ、本人の生活が成り立たない事態が生ずるのである。換言すれば、自宅であるということで、24時間連続して必要とされる療養の世話が、公的に保障されず、保険外負担となり、自己責任、または事業主責任で対応せざるを得ないのである。

住宅型は、「自宅」であるため、外部サービスによるサービス提供を前提とし、職員の配置基準が定められていない。しかし、生活の実態は常に見守りが期待される「施設」である⁽⁸⁾。そこに課題があると言えよう。

本研究では、老人福祉法上は「自宅」でありながら、家族から求められる機能は「施設」で

あるという特徴を、住宅型の両義性と定義する。この両義的な特徴と看護・介護労働者が、住宅型という新しいケアの現場で遭遇する困難との関係を明らかにし、現在の住宅型の抱える問題を浮き彫りにする。

Ⅳ 調査の概要

(1) 調査の目的

住宅型の「制度的には、自宅であるが、家族が求めているのは見守り可能な施設としての機能である」という両義的な特徴に注目する。そして、住宅型の両義的な特徴と、住宅型を職場とする看護・介護労働者の悩みとの関係を考察し、住宅型の抱える問題を可視化することを試みる。

(2) 調査対象

調査対象は、住宅型Yの6人(2011年)、と住宅型Aの10人(2016年)である。対象者の選定は、住宅型Yについては、勤務時間に影響のない時間に面接の日程調整が可能な職員に、調査員より依頼した。住宅型Aについては、施設長の許可を得て、勤務時間内に面接可能な職員から聞き取り調査を行った。2施設は、質的研究の趣旨に理解が得られた施設⁽⁹⁾であり、東海地域(三重・愛知・静岡・岐阜)⁽¹⁰⁾の住宅型である。

住宅型Yを調査施設として選択した理由は、要介護度4または5の高齢者に入居対象者を絞っていることが、入居案内により確かめられ、医療依存度が高まったために住宅型に入居せざるを得なかった対象群として調査することが可能であると考えたからである。住宅型Yの入居者の平均入居期間は概ね6か月である。

また、住宅型Aを調査施設として選択した理由は、要介護状態の内容として認知症を伴っている高齢者が入居者に多いことが確かめられ

(入居者46人中33人に認知症がある)、自宅での介護の限界により住宅型に入居せざるを得なかった対象群として調査することが可能であると考えたからである。

このように、住宅型Yと住宅型Aはともに、24時間365日、連続した見守りが必要な要介護状態の高齢者が入居している。また、看護、介護労働者は基本的に正規雇用であり、現行制度のもとでケアの質を保つ努力が行われている住宅型であることが施設長より確かめられている⁽¹¹⁾。

(3) 調査期間

住宅型Yについては、2011年5月下旬から7月末まで。住宅型Aについては、2016年12月から2017年3月末まで。

(4) 調査方法

どちらの聞き取り調査も、調査員と1対1での半構造化面接を行った。一人当たりの調査時間は、概ね1時間から1時間半であった。

調査項目は看護・介護労働者の就労・生活実態を掴むために多岐に渡っているが、本稿においては、自宅扱いの施設の「両義性」が生み出した看護・介護労働者の抱える困難に関する回答を主に用いる。

本研究の調査は、看護・介護労働者の悩みと職員配置基準がケアの質に関連することを精緻に調査分析した高木の研究に依拠している。高木は、国が定めた職員配置基準が低いことと入所者にとっての不利益な状態が関係していることを指摘し、「看護職員と介護職員を含めた人間の生活の世話の担い手の合理的な職員構造が確立されていない」(高木1998:134)ことが入所者にとって不利益な状態に晒されることを明らかにしている。

本研究では、住宅型は「自宅」であるために、人員配置が曖昧なまま「施設」のように24時間、365日にわたって見守りが行われていることと看護・介護労働者の抱える悩みに関連があるのではないかと仮説をたて分析を行った。

調査の枠組みは、看護・介護労働者の就労実態と住宅型のケアの実態との関係を捉えることを目的とし、以下の8つの項目から分析を行った。1. 基本情報、2. 社会保険の加入状況等、3. 資質向上・研修、4. 現在の仕事について、5. 最期の看取りについて、6. 医療的ケアへの不安、7. 看護師・介護職員としての役割を發揮するために必要なこと、8. 雇用労働者としての暮らしや健康である。

(5) 倫理的配慮

面接時に、回答の内容は個人を特定できないよう記号化し、統計処理することを説明した。調査の途中で、いつでも同意を撤回し、面談を中断できることを説明した。(住宅型Aについては、名古屋市立大学倫理委員会より平成28.6.3に承認を得ている)

V 調査結果

(1) 基本情報

表1の「基本情報」から、看護・介護労働者が生計中心者であるかどうかと、雇用契約との関連についてみると、16人中7人が生計中心者である。生計中心者である7人のうち、4人が非正規雇用である。正規雇用を原則とする事業主の方針があっても、非正規雇用で家族の生活を支えている実態がある。

(2) 社会保険の加入状況等

雇用保険、労働災害補償保険、年次有給休暇についての聞き取り結果によれば、非正規雇用

表1 基本情報

		性別	職場での職種※1	生計中心者	勤務先との雇用契約	家族構成員
住宅型Y	事例1	女	旧ホームヘルパー 2級	夫	正規	4人
	事例2	女	介護福祉士	本人	正規	4人
	事例3	女	正看護師	夫	非正規	4人
	事例4	女	正看護師	父	正規	3人
	事例5	女	正看護師	本人	非正規	1人
	事例6	女	准看護師	夫	正規	2人
住宅型A	事例1	男	介護福祉士	本人	正規	2人
	事例2	男	実務者研修修了※2	本人	正規	4人
	事例3	女	旧ホームヘルパー 2級	夫	非正規	4人
	事例4	男	理学療法士	父	正規	5人
	事例5	男	介護職員初任者研修修了※3	本人	非正規	1人
	事例6	女	旧ホームヘルパー 2級	本人	非正規	2人
	事例7	女	准看護師	母	正規	2人
	事例8	女	旧ホームヘルパー 2級	夫	非正規	2人
	事例9	女	旧ホームヘルパー 2級	兄	非正規	4人
	事例10	女	旧ホームヘルパー 2級	本人	非正規	4人

※1 「職場での職種」は複数の資格を保持していても、職場で求められている職種をここでは明記した。

※2 実務者研修とは、2016年4月より介護福祉士の受験資格となった研修である。旧介護職員基礎研修、ホームヘルパー 1級とほぼ同等の資格である。

※3 介護職員初任者研修とは、厚生労働省がそれまでのホームヘルパー 2級を廃止し、介護職のキャリア形成のために2013年度から位置づけられた研修である。

においては8人中5人が「わからない」と回答していた。長く定着して雇用されるためには、非正規であっても使用者側は説明が必要であり、労働者側も雇用されるにあたり、労働条件を確認する意識が必要といえるだろう。

年次有給休暇については、自由回答の中に「日々休めないからストレスでいっぱいである。」「無理に休んだ人は気まずい思いをする。その気まずさが離職の原因になってしまう。」といった回答があった。これらの言葉からは、職員の配置人数が規定されておらず、余裕のない人数配置で運営されているために、休日をと

る余裕がないことがわかる。休みを取ることで他のメンバーに迷惑をかけるという遠慮だけでなく、その時の気まずさが、業務上の連携を難しくさせることが推測できるのである。

看過できない言葉に、「子どものために休みが必要」「家族が危篤の時でさえ休みを取るのに遠慮した」というものがあつた。正規雇用であっても休みを取りづらい現場の雰囲気、労働環境として低く抑えられ、子育てや介護のために、労働者はますます正規雇用を避け、非正規労働に甘んじることにつながっているといえよう。

これは、「非正規社員は、不安定雇用と低賃金を引き換えに、エネルギー・能力・時間を仕事に投入することを正社員ほど求められてはいない。」(本田2011:101)ことの一端であろう。しかし、「働くものの生活は経済的にも、時間的にも、生活環境や住まいの面でもゆとりのあるものが望ましく、ずっと長く元気で将来に希望をもち、自らの労働力や技能・専門性を高めるためには、正社員であることが原則である。」(細川2010:29)

また、「入居者に対して劣悪な処遇をしていないから辞めない」という言葉もあった。労働者は、事業主が入居者に対して、劣悪な処遇をしない方針があることで離職を踏みとどまっている現状が認められた。このことから、労働者が継続して安定的に定着するために、労働条件・労働環境が整えられるだけでなく、使用者側にケアの質を低く抑えない方針があることも、離職を踏みとどまる基本条件であることが示唆された。

(3) 資質向上・研修

資格取得については、仕事上の新たな悩みを生んでいることも示された。仕事を続けながら介護福祉士の資格を取得した介護職員の自由回答に以下のような言葉があった。「研修に出たり、資格を取ると知識は増えるが、現場では理想だけで終わってしまう。かえって理想と現実の間で苦しい。知識が邪魔になることがあるかもしれない。今の職場にいる限り、勉強しても仕方がないと思うときと、勉強したいと思うときがある。」

この言葉が示しているのは、厳しい勤務状況においても現在の仕事を続けながら、資格を取得したが、自己研鑽の結果、理想と現実の狭間で苦しんでいるというジレンマの現実であっ

た。このジレンマを克服するために、資格取得後の研修や職場内でのケアの質について話し合える環境が必要であろう。それらの環境を整えることが職員の離職を防ぐことにも繋がるのである。

今の職場での研修について役に立ったかどうかを聞いたところ、16人中10人が「役に立った」と回答した。しかし、16人中8人が経験年数にかかわらず、研修参加にあたり「困ることがある」と回答した。主には、「勤務の調整がつけられない」というものであった。

勤務時間内で開催される研修としては、ミーティング、カンファレンスといった直接業務に関わるものから、自己研鑽のために自由参加とされる研修まで様々であろう。自由回答の中で、「休憩時間を削ってミーティングにあてている」「勤務時間内で会議やカンファレンスが行われると、その間、入居者が放置されることになるので時間内は望まない」「必要な研修はみんなが参加したいので、時間外でもしょうがない。相手が人なので」といった内容があった。この言葉は、休憩時間を削ることや、時間外での研修が無償労働にあたるリスクをもちながらも、労働者は目の前の対象者への責任を優先し、勤務時間の内外を問わず必要な研修があることを理解しているといえる。

また、「研修に参加しても日当が出ない」「勤務の入っていない休日を資質向上の時間に当てると休日が無くなってしまう」という言葉もあり、日常的に休暇を保障されない労働環境の課題も示された。

介護保険制度の仕組みやケアマネジメントについて研修を受けたいかどうかを尋ねたところ、16人中12人が「受けたい」と回答した。このことから、看護・介護労働者が、介護保険制度やケアマネジメントの仕組みを理解するこ

となく、現場での実践に関わっていることがわかった。それを労働者自身も自覚しているため、介護保険制度やケアマネジメントの研修を受けたいと思っているのであろう。

(4) 現在の仕事について

表2の「勤務時間・業務について」をみると、「6. 勤務時間内で会議やケースカンファレンスが必要だと思う」「7. 勤務時間中、常に時間に追われている」に16人中7人が回答した。前項の資質向上や研修についての回答からも示されたように、看護・介護労働者は、資質を向上させたいという意欲はあるが、いつも時間に追われており、勤務時間内でのカンファレンスの時間を取ることが難しく、職員同士の情報共有や資質向上のための話し合いが困難な実情があるのである。このことは、表3の「23. 入居者の入居に至るまでの背景や家族の苦労を知らないまま仕事をしている」という回答に繋がり、入居者の情報を共有しないまま現場でケアにあ

たっていることが推測されるのである。

表3の「仕事上の困りごと・不安・疑問について」では、「18. 自らの知識・訓練が不足して見極めや予測がつかないことがある」「22. 介護保険制度の仕組みがわからないまま仕事をしている」に16人中9人が回答していた。入居者は介護保険制度を利用し、ケアプランによってサービス提供されているにもかかわらず、職員は介護保険制度の仕組みを学ぶ時間がないことが示された。また、「23. 入居者の入居に至るまでの背景や家族の苦労を知らないまま仕事をしている」には16人中7人が回答し、目の前のケアに追われていて、対象者を全人的に捉えることができないまま介護していることが示された。さらに、「21. 在宅なのか病院なのか、施設なのか、わけがわからなくなる」には、16人中6人が回答し、自宅扱いの高齢者施設であることが働く者にとって理解しづらいことがわかる。

表4は、「仕事上の困りごと・不安・疑問に

表2 勤務時間・業務について

(人)

		2施設の合計
勤務時間と業務について	1. 訪問時間が短くて十分なケアができない	3
	2. 訪問時間内にもかかわらず、他の業務が多いため、訪問時間を削ってやりくりしている	5
	3. サービス労働が増えている	3
	4. 利用者や家族とゆっくり対話する時間がない	4
	5. 一日の訪問件数が多い	2
	6. 勤務時間内で会議やケースカンファレンスが必要だと思う	7
	7. 勤務時間中、常に時間に追われている	7
	8. 忙しさのため、ケアの手を抜いてしまうことがある	4
	9. その他	5
	その他の内容 業務実績をパソコンに入力する時間や、居室間の移動に時間があれば、もっと十分なケアができると思う。 例えば、部分清拭を全身清拭にできるなどの工夫ができると思う。	

表3 仕事上の困りごと・不安・疑問について

(人)

		2施設の合計
仕事上の困りごと・不安・疑問について	1. 身分が不安定	0
	2. 収入が少ない	1
	3. 責任のもてる人員配置になっていない	1
	4. 休暇がとりにくい	6
	5. 訪問活動以外の仕事が多い	3
	6. 自分の健康に不安がある	1
	7. 入居者本人との人間関係がつくれない	0
	8. 入居者の家族と人間関係をつくる機会がない	1
	9. 上司との人間関係	2
	10. 同僚との人間関係	5
	11. ケースカンファレンスがない	4
	12. サービス労働を強制される	1
	13. 専門職の裁量で仕事ができない	2
	14. ケアプランに沿ってケアできない	4
	15. ケアプランが実態に合っていない	3
	16. サービス支給限度額に合わせてプランが作成されている	3
	17. 継続的、体系的な現任研修が組まれていないので自己チェックができない	3
	18. 自らの知識・訓練が不足していて見極めや予測がつかないことがある	9
	19. ヘルパーは医療行為をしない方がいい	3
	20. ヘルパーは感染予防の方法を知らない	5
	21. 在宅なのか病院なのか、施設なのかわけがわからなくなる	6
	22. 介護保険制度の仕組みがわからないまま仕事をしている	9
	23. 入居者の入居に至るまでの背景や家族の苦労を知らないまま仕事をしている	7
	24. 漫然と仕事をしている	3
	25. 仕事は好きだが事業所の方針についていけないときがある	3
	26. この仕事は自分に向かないと思うときがある	4
	27. 事業所の将来が不安	2
	28. 職場づくりにおいて問題提起しにくい雰囲気	4
	29. 仕事が身体的にきつい	2
	30. その他	1

ついて」の自由回答を示したものである。1. と 2. は、住宅型は、個別にケアができるところが、集団でケアが行われがちな施設と比べて良い点だ、という内容である。

その一方で、3. から7. は、住宅型で勤務する場合の報酬や人員配置について混乱している内容である。具体的には、介護報酬がついたりつかなかったりするケアがあることの混乱、その日の勤務によって、訪問介護のスタッフとして配置される時間と、ホームのスタッフとして配置される時間があることの混乱が語られている。また、「4. 住宅型は施設や病院ではないことは説明を受けてわかったが、理解できるようになるまで時間がかかった。」という言葉は、表3の「21. 在宅なのか病院なのか、施設なのかかわけがわからなくなる」という回答を補強している。

注目すべき回答は、「7. 予測がつかないことが起きたとき、看護師がいなければ相談できる人がいなくて困る。」というものである。これは、要介護度に関わらず、高齢者は身体状況が変化しやすく、医療職の配置が必要であることを示唆している。

その他、「15. 人手が少ないときは「ちょっと待っていて」という言葉が多くなる。待たせたことを忘れてしまうこともある。」「20. 目の前で精一杯。」という言葉は、表2の「7. 勤務時間中、常に時間に追われている」という回答を補強する忙しさを示す言葉といえよう。

これまでの回答から示されたことは、職員は「自宅であるから個別対応ができる」ことを、住宅型の長所であると感じながらも、「なぜ介護報酬が付く時間と付かない時間があるのか」に疑問を感じていたということである。また、「生活の実態はいつも職員により見守りされている施設であるが、自宅である」ことを理解し

ようとしていた。

介護保険制度について学ぶ必要があると多くの職員は感じていたが、現行の介護保険制度の理解だけでは、住宅型でのケアについて整理がつかないことが示唆された。

(5) 最期の看取りについて

表5は、「最期の看取りについて」自由回答を示したものである。住宅型YとAでは、入居者の状態像が異なり、日常的に看取りの場面に遭遇する機会が異なるため、2施設の回答を分けて記した。また、看取りの場面对する自由回答については看護職員と介護職員では教育訓練内容が異なるため、介護職員からの回答のみを記載した。それによると、看取りの場面に遭遇する頻度にかかわらず、介護職員が不安を抱えながら勤務していることが示された。

介護職員は「これで精一杯といえるのかどうかもわからない。」「私たちに最期にできることは名前を呼び続けることだけでした。」「住宅型有料老人ホームでの最期については気持ちがモヤモヤする。」「悲しいという気持ちではなく、言いようのない別の気持ちがわいてくる。」「本人と話をするだけで、苦しみが緩和されることもあるかもしれないと思って、頻回に部屋を回って声をかけた。」「(表中に下線)という言葉が示すように、知識の不足や不安を抱えながらも、可能な限り入居者にかかわり、可能な限り看取りについて理解しようとしていることが窺える。

また、「1. ヘルパーの看取りについての研修は、何が必要なのかかわからないし、研修内容も想像がつかない。」「9. この仕事にやりがいを感じているので、勉強してかかわっていきたい。」という言葉からは、看取りについての学びがないまま現場で勤務しているが、学びたいという

表4 仕事上の困りごと・不安・疑問について(自由回答)

個別ケアが可能であると評価している
1. 入居者全員の願いをかなえることはできないが、希望に近づける努力ができる。かかわれる。住宅型は個別のケアのため、一般的な施設のように、テレビを囲んでデイルームで待たされるような施設の都合で入居者が待たされることがない。感覚的には特別養護老人ホームや老人保健施設とは変わらない。施設と違って、入居者が自由だと思う。 30分で組まれたプランであっても、必要ならそれ以上のケアの時間をかけている。 本来の有料老人ホームがどのようなケアが求められるのかわからないが、入居者のプライベートにかかわりながら個別に対応できることはいいことだと思う。 2. 一日の主な流れ。自分がかかわる概ねの仕事内容。 朝、夜勤者からの申し送りを受ける。バイタルチェックをしながら挨拶をする。 おやつを用意。おやつを食堂で食べることができない人の部屋に行って可動域訓練をする。 11:30頃までおやつの後、食堂で集団体操。車いすの人の立ち上がり、歩行訓練、方向転換の訓練。 昼食前に口腔体操。 13:00から個別リハビリ。ドライブや散歩の同行。 15:00のおやつ前後で集団体操。 おやつや昼食の時間が決まっても、参加は自由で個人に任されているところは住宅型のいいところだと思う。
業務に対する制度上の報酬や人員配置について混乱している
3. 同じことをしているのに、介護報酬がついたりつかなかったりすることがわからない。 4. 住宅型は病院ではないことは説明を受けてわかったが、理解できるようになるまで時間がかかった。 5. 住宅型は、職員としての時間の使い方がわかりにくい。特別養護老人ホームでは統一された日常の流れと分担があったが、住宅型は自宅なので、掃除一つをとっても、居室は本人の部屋のため難しい。 6. 訪問スタッフとしての訪問と、住宅型ホームのスタッフとしての業務が兼務になっている。気持ちを切り替えながらやっている。 7. 予測がつかないことが起きたとき、看護師がいなければ相談できる人がいなくて困る。
資質向上の機会が求められている
8. 体系的な研修や自己チェックの機会があれば、目標にできる。 9. 女性の多い職場なので、男手が頼られることも理解できるが、男性の職業キャリアの積み重ねとしてはこのまま勤めることで技術の遅れについて焦る。 10. 管理者は自分の専門性を理解してくれるが、スタッフの理解が得られにくい。 11. 入居者のためのカンファレンスが必要時にない。月に1回、会議があるが研修会や勉強会の後に開催されるため、疲れていてカンファレンスにならない。自由参加である。
その他
12. 男性と女性の入浴時間が調整され、ケアプランどおりの時間で入浴ができない。 13. 併設のデイサービスでは、1日の流れが決まっている。流れがある方が仕事がしやすいし、自分には合っている。勤務時間中、常に訪問時間、トイレ誘導、食事の時間を気にしている。 14. 自分はホームヘルパーではないが、ホームヘルパーの忙しい立場もわかる。自分も手伝うので忙しい。 15. 人手が少ないときは「ちょっと待っていて」という言葉が多くなる。待たせたことを忘れてしまうこともある。 16. 家族の気持ちと利用者の気持ちの両方の立場に立って考えると辛くなり、この仕事は自分に向いていないのかもしれないと思う。今は、施設の中での生活を支えているが、今後は高齢者が自宅で自立して暮らせるように支えていきたい。 17. 周りのスタッフが若いので、若い人たちとの関係づくりに気を遣う。 18. 仕事はうまくやっていきたい。迷いながらも前に進もうと思う。 19. 新人が意見を言っても聞き入れられない雰囲気がある。 20. 目の前のことに精一杯。わからない。

表5 最期の看取りについて(自由回答)

住宅型Y	
1	現状の形が精一杯であるが、自分の経験が足りない分、果たしてこれで精一杯といえるのかどうか <u>もわからない</u> 。 家族の気持ちを理解していないし、医療の部分がわからないから今の主治医の説明や態度がこれでもいいのかもわからない。ヘルパーの看取りについての研修は、何が必要なのかわからないし、研修内容も想像がつかない。
2	奥様が到着するまで、夜勤者がずっとそばで名前を呼び続けました。 「奥さんに会えるまでがんばって！もうすぐ奥さんが到着するからね！」と。奥様が到着してから静かに逝かれた時は涙が出ました。 <u>私たちに最期にできることは名前を呼び続けることだけでした</u> 。
住宅型A	
3	最期を迎える場所が病院がいいのかどうかはわからないが、自分なら自宅で最期まで過ごしたいと思うので、 <u>住宅型有料老人ホームでの最期については気持ちがモヤモヤする</u> 。 胃ろうで、看取りを家族から依頼されていた事例がある。安定していたが急変され、家族は間に合わなかった。 家族からの苦情はなかったものの、急変に対して、またはその時の対応に対して、口には出せない思いがあったと思う。 実際、主治医と家族との話し合いが重要で、スタッフはそのやりとり口には出せないのが実情。ヘルパーが参加するカンファレンスはない。亡くなった後、スタッフが感じたことを伝える場はない。
4	入居者が亡くなったときは、文章による報告がある。読むか読まないかは本人に任される。 看取りについては家族に配慮ができていると思う。本人と家族の話をよく聞いて、意向をケアに活かしていると思う。
5	現状の形が精いっぱいかどうか <u>もわからない</u> 。 亡くなった事例の報告から学んでいる。
6	<u>悲しいという気持ちではなく、言いようのない別の気持ちがわいてくる</u> 。
7	看取りの段階はいつも酸素マスクをしている。顔の表皮剥離もあった。本人にとっては、酸素マスクそのものが苦痛なこともあった。 医師の指示のもと、酸素マスクが必要なことを家族やヘルパーが本人に説明しなければならないことがあった。 看取りの段階での清拭は、人手の配慮がいると思う。清拭よりも手浴や足浴が望ましいこともあった。 <u>本人と話をするだけで、苦しみが緩和されることもあるかもしれないと思って、頻回に部屋を回って声をかけた</u> 。
8	看取りの場面にスタッフがいても家族が付き添わない場合がある。家族に伝えても家族が付き添わないのは家族にも事情があるのだろうと思うが、本当にこれでいいのか、と思う。
9	この仕事にやりがいを感じているので、勉強してかかわっていきたい。 仕事は、好き嫌いだけでなく、できるできないだけでなく、周りを見ながら勉強していくことが大切だと思う。

意欲と不安が入り混じっていることが示された。このことは、介護職員の養成課程に課題を投じているといえよう。

(6) 医療的ケアへの不安

表6、表7は、医療職以外の介護職員10人の「医療的ケアへの不安」を示したものである。表6によると、10人中7人の介護職員が医療的ケアについては「不安がある」と回答している。また、10人中6人が「不安があっても身近に看護師がいるためやっていける」と回答している。

表7の自由回答からは、介護職員は、命に係わるためやらざるを得ず、医療的ケアを行っているが、看護師のような教育訓練を受けていないことを自覚していることがわかる。介護福祉

士にも吸引や経管栄養の管理の一部にかかわる研修⁽¹²⁾が行われているが、現場に配置されている介護職員は、研修を修了したヘルパーばかりではなく、医療に関する行為が任されること自体、介護職員の不安やストレスとなっているといえよう。しかし、不安をとまなう行為として自覚されている医療的ケアであるが、日常的な慣れと、必要に迫られて行う行為が積み重ねられ、介護職員が教育訓練のないまま無自覚に医療的ケアを担うことの危険もはらんでいる。

(7) 看護師・介護職員としての役割を発揮するために必要なこと

表8は、看護師、介護職員としての役割を発揮するために必要なことを示したものである。

表6 医療的ケアへの不安 (人)

	2施設の合計
1. 不安である	7
2. 不安は感じない	0
3. はじめは不安であったが慣れた	2
4. 不安があっても身近に看護師がいるためやっていける	6
5. いくら勉強しても看護師ではないから不安である	2
6. その他	1

表7 医療的ケアへの不安(自由回答)

1. 介護職員が医療的ケアに携わらざるをえない実情があるが、介護職の限界を感じる。
経験の浅いスタッフは不安が大きいのが当たり前。不安を感じながら対応しているだけでなく、職員全体の意識もそろわない。
2. 実務者研修で勉強したことを、看護師の許可のもとに行っている※。
3. 胃ろうの研修を受けに行くことになっている。命にかかわることだから大切。
4. 日勤勤務なので、看護師を呼んでいる。あえて医療的ケアは行わない。ヘルパーはもっと勉強するべき。
5. 最終責任を求められたとき困る。同じ吸引でも、看護師が理解して行う吸引と介護職が行う吸引は違う。
6. 医療依存度のある方へのケアも、やらなければ命にかかわるのでやらなければならないと思っている。

※実務者研修とは、老振発0330第1号「介護員養成研修の取扱細則について」より介護業務に従事しようとする者は130時間の研修が修了していることが要件とされた。研修科目は介護に必要な基礎的知識を学ぶためのカリキュラムで構成されている。

16人中11人が「14. 業務時間内で看護師、ヘルパー、ケアマネジャー等との定期的、継続的なミーティングの実施」が必要だと考えている。16人中10人が「16. 寝たきりであっても、意思表示ができなくても、その人らしい最期を迎えられるような看取りのための個別計画を作る」と回答している。二つの回答が示唆していることは、入居者それぞれに応じた個別対応を大切にし、職員間の共通理解をすることが必要だと感じていることである。

前項までの回答を踏まえて述べると、看護・介護労働者は、人員配置に余裕がなく、労働時間いっぱいケアの業務が入っており、職員間のコミュニケーションをとる時間や、入居者一人ひとりに合った対応をする時間が不十分な中でケアにあたっているといえる。そして、職員個人の努力に応じたケアがおこなわれていることが窺われたのである。専門職として互いに学び、資質を向上させ、それを仕事で発揮できるようにするためには、業務時間に余裕の持てる

表8 看護師・介護職員としての役割を発揮するために必要なこと

(人)

	2施設の合計
1. 賃金単価の改善	3
2. 毎月の収入の安定	2
3. 労働時間の短縮・残業時間の規制	3
4. サービス残業の規制	2
5. 専門的な知識と経験のあるケアマネジャーの増員	6
6. 1ケースに十分な時間をかけられるようにする	3
7. 医療的ケアはヘルパーにはさせない体制づくり	3
8. 合法的にヘルパーにも医療行為ができるようにする	7
9. ホームとして常勤看護師の複数配置	8
10. 訪問介護事業所に専従の管理者の配置	7
11. 訪問看護事業所に十分な看護師の配置(兼務の削減)	4
12. 訪問介護事業所に十分なヘルパーの配置(兼務の削減)	7
13. 夜勤専従を廃止し、昼夜のスタッフ間の連携を潤滑にする	3
14. 業務時間内で看護師、ヘルパー、ケアマネジャー等との定期的、継続的なミーティングの実施	11
15. ケアプランは家族、医師、看護師、ヘルパーも加わってチームで作っていく	7
16. 寝たきりであっても、意思表示ができなくても、その人らしい最期を迎えられるような看取りのための個別計画を作る	10
17. 外部事業所、関係機関との交流や学習の場の設定	6
18. 民主的で風通しの良い職場づくり	6
19. 行政責任でホーム運営をおこなう	1
20. その他	5

人員をあてていく必要があろう。しかしながら、住宅型は民間設置であり、さらに制度上は自宅としての扱いであるために、定められた人員配置基準はない。そのために、上記のような職員の思いとは反対に、限られた人員配置の中でケアにあたり、入居者の生活の質の保障は、職員の個人的な努力によるところが大きい現状である。

表9は、「看護師・介護職員としての役割を發揮するために必要なこと」の自由回答を示した。2施設は、入居者の状態像が異なることと、職員の配置や、配置されている職種も異なるため、それぞれ別に示した。それによると、重度要介護の入居者が多い住宅型Yでは、「2. 合法的な医療的ケアということの理解はとても難しい。看護師がいないとき、やらなければならないというきまりは困る。」「4.医療依存度の高い高齢者を受け入れるのなら常時看護師が必要である。」(表中下線部)といった回答が重要な示唆を与えている。それは、看護師のような教育訓練を受けていない介護職が、必要に迫られた状況であったとしても、医療的ケアを行わなければならないことの精神的負担は大きいということである。

住宅型Aにおいては、6. 7. 8. の回答が勤務時間ごとの連携の必要性を示している(表中下線部)。特に日勤帯と夜間帯のスタッフ間の引継ぎが重要であることを指摘し、夜勤専従は連携の面で問題があることに触れている。夜勤専従の職員では、日常を理解することができず、変化を見逃しがちであるだけでなく、職員間での信頼関係を構築することの困難を示している。また、要介護度が中等度であっても看護師の24時間配置が必要であることにも言及している。

(8) 雇用労働者としての暮らしや健康

表10は「雇用労働者としての暮らしや健康」について聞いたものである。主として腰や肩の痛みを訴える者が多かった。「疲れが残って朝がつらい」「なんとなくイライラする」という回答からは日々の疲れが解消されず、体調不良に繋がっていることが示唆される。自由な語りの中からは、「ナースコールに追われて忙しい。ナースコールの誤報もある。」「お年寄りも伝えても忘れてしまう。」「トイレ誘導が重なると大変である。トイレ誘導したからといって排泄があるとは限らない。」「とても疲れる。」「自分の体は自分でわかっているのがんばる。」といった言葉が聞かれた。このような、いつも時間に追われている業務の結果が、体調不良に繋がっているであろう。健康は自己責任であるという意識で勤務している言葉もあったが、それは、体力の限界により退職を余儀なくされ、仕事を継続できず、熟練が育たない現状にもつながるのである。

近藤は、「病気がちな人ほど欠勤が多くなる結果、非常勤労働者や失業者に転落しやすい」(近藤2005:54)ことを指摘している。労働者の健康が保障されなければ、職業としての看護や介護が継続困難となり、より少ない人員配置のままケアを行わざるを得ないという悪循環の事態が生み出されてしまうのである。

Ⅵ 考察—看護・介護労働者からみた住宅型有料老人ホームの現状—

看護・介護労働者の立場からみたとき、「住宅型有料老人ホームのあり方について問題があると感じている」意見と、「住宅型有料老人ホームのあり方を受け入れ、良さを生かそうとしている」意見があったので、表11に示した。

まず、問題があると感じている点は、「7. 夜

表9 看護師・介護職員としての役割を発揮するために必要なこと(自由回答)

住宅型Y	
1	介護職のリーダーがいつでもケアの援助ができるようにフリーで勤務できることが望ましい。他の職員の安心感につながる。 書類管理をやりながらケアに入るのは、日常的に休みが取れないのでストレスでいっぱいである。職員同士、お互いにそのストレスがわかっているので休むことの気まずさがあり、転職の原因にもなる。
2	医療的ケアについては看護師がいるならヘルパーは行わない方がいい。本来、看護師がいつも配置されているべきである。 合法的な医療的ケアということの理解はとても難しい。看護師がいないとき、やらなければならないというきまりは困る。 医療的ケアについては、やってもやらなくても勉強不足のヘルパーに責任を問われても困る。例えば、摘便もホームヘルパーのやり方では看護師からみたとき心配だと思う。 現場では、看護師を呼んだとき、「教えてくれてありがとう」と言われることが支えである。
3	上からの指示だけで仕事せざるを得ない雰囲気はよくない。専門職としての意見を聞いてもらえる場がほしい。
4	住宅型有料老人ホームとして、どの程度医療的ケアを行っていくかを検討した方がいい。 医療依存度の高い高齢者を受け入れるのなら常時看護師が必要である。
5	介護保険での訪問予定時間以外の生活を支えていくためには、常勤看護師が必要。 夜勤も正規職員の看護師が必要。
住宅型A	
6	日勤と夜勤を両方担当すると、日勤者と夜勤者で連携を図ることが容易である。 夜勤専従職員は、日勤者との人間関係の溝ができやすく、チームワークが取りづらい。
7	合法的にヘルパーが医療的ケアができるような定期的な講習があれば対応できる人が増えると思う。 夜勤専従職員は、本人の希望による勤務なので、引継ぎが大切。 日常的に、日勤帯に勤務しているスタッフは、連携できている。看護師は勤務時間によって連携できない場合がある。
8	医療的ケアについては、人が足りないからヘルパーもやらざるを得ない現状があると思う。 夜勤専従については賛成できない。日中働く人との人間関係が作りにくく、ケアの内容の申し送りがうまくいかない。 住宅型有料老人ホームの内容は多岐に渡るので、他の住宅型有料老人ホームとの交流をもってお互いに勉強の機会がもてるといい。
9	専門的な知識を持っているスタッフが少ない。 スタッフ一人ひとりの質を上げる。利用者に対して接客としての感覚がないと思う。 気持ちの甘さ、言葉が崩れてしまうことが気になる。仕事として相手に失礼のない態度が大切。
10	医療的ケアについては、看護師が24時間配置されていない現状ではそれなりの対応が必要だと思う。 ケースごとにも内容にもよると思うが、看護師は24時間必要だと思う。 今の職場をより良くしていくためにも、外部の住宅型と交流して学びあうのはいいことだと思う。 お互いのホームにとっても、入居者にとってもいいと思う。井の中の蛙にならないようにしたい。

表10 雇用労働者としての暮らしや健康

	住宅型 Y	住宅型 A	2施設の合計
腰が痛い	4	5	9
肩がこる	3	5	8
肩が痛い	2	4	6
体力がなくなった	3	3	6
疲れが残って朝がつらい	1	4	5
なんとなくイライラする	1	4	5
よくかんで食べない、早食いである	1	3	4
ささいなことが気になる	1	3	4
もう続かないと思うときがある	2	2	4
ちょっとしたことが思い出せない、物忘れする	2	1	3
目が疲れる、かすむ	1	2	3
全身がだるい	1	2	3
根気が続かない	1	2	3
思いつきり体を伸ばしたり、運動することがない	1	2	3
医者や治療院で治療を受けている、持病がある	2	1	3
膝が痛い	0	3	3
便秘や下痢がち	2	0	2
胸がドキドキする	0	2	2
よく頭痛がする	1	1	2
足がだるい	1	1	2
昼間でも眠くてしかたがない	1	1	2
いつも何かを心配している	0	1	1
足がむくみがち	0	1	1
胃がもたれる、重い	1	0	1
歯が悪い	0	1	1
階段や坂を昇ると息切れがする	0	0	0
食欲がなく食事がおいしくない	0	0	0

間の対応はスタッフの経験が頼りになっている。不安定。」「8. どのような身体状況になっても病院から安心して戻ってこられるようなホームであるために、人の配置や対応できる体制が

整うことが大切。」「9. 在宅なのか、施設なのか曖昧。住宅型有料老人ホームと訪問介護の職員を分離して配置してほしい。」「12. 事業主の方針は理解しているが、先輩や管理者が指導する

時間やシステムが必要だと思う。忙しすぎる。」
「14. 違和感を感じながら働いている。」といった言葉(表中下線部)に現れている。それらは、自宅扱いのために人の配置が事業主に任されており、現場で精一杯の努力をしているが、現状のままでは問題があることを示唆している。

次に、住宅型のあり方を受け入れ、良さを生かそうとしている点は、「15. 住宅型は有料老人ホームであるので、特別養護老人ホームや老人保健施設に比べて規制が緩いと思う。現場には一定の自由が必要だと思う。」「16. 本人の好みで生活することを助けることができる。住宅型有料老人ホームで訪問介護とホームの職員が連携すれば、本人にとっていいサービスができる。」という言葉(表中下線部)に現れている。現在の人の配置では連携が不十分であっても、連携すればいい内容のケアが提供できるという意味をくみ取ることができる。規制のない老人ホームだからこそ、特色を生かしてケアすることに期待する気持ちが表れているといえよう。

本調査により、職員が住宅型の職員として働く時間と、介護保険上の訪問看護や訪問介護の職員として働く時間が混在している現状が示された。それが働く側の違和感や困難につながっていた。職員は、住み慣れた自宅での生活が困難であるならば、住宅型でその人らしい晩年を過ごすことができるように助けたいと感じていた。そして、職員自身も仕事に悩みを抱えており、入居者の生活を支える職員の養成教育や、労働条件を整えることが重要であることが示された。

支える人々に意欲があっても、職員自身の専門職としての業務内容の保障や、生活保障がなければ、やりがいをもって看護・介護に携わり続けることは困難であろう。本調査対象の住宅

型においては、働く人々の意欲と善意に支えられている現状があった。

VII 結論

本研究で注目した住宅型の両義性という特徴は、職員の困難を生み出していた。その困難とは、「自宅」であるがゆえ介護保険の在宅サービスとして提供されるケアと、「施設」としての終日見守るケアを行うために混乱する、というものであった。

働く人々は、24時間連続したケアが本来のケアであることを理解しているため、保険適用のケアとそうでないケアがあることに、違和感を覚えていた。訪問看護・訪問介護・有料老人ホームの施設職員という立場を超えて、適時対応していた。その立場の曖昧さが働きづらさに繋がっていたのである。

住宅型は「自宅」であるために、介護保険サービスを外付けで利用し、人員配置基準はない。しかし、そこでの暮らしの実態はいつでも見守りができる体制をもった「施設」であった。人員配置の定めがなく、余裕のない配置により、ケアの質について話し合う時間が確保できず、職員個人の責任感・善意・努力にケアの質は依存せざるをえない現状であった。介護保険を外付けのサービスとして利用するために、ケアの内容は、ケアプラン上の時間で細切れにされており、訪問予定時間以外の医学的管理や身の回りの世話は、介護報酬のつかない無償労働に頼らざるをえない実情であったのである。

時間で細切れにされたケアについて石田は、「時間決めの問題消去型の介護」と述べ、「労働内容が細分化し定型化され、部分労働化していく。しかも、それを時間内にこなさないといけないということになってしまう。」(石田2017: 415)と警鐘を鳴らす。本来、人間の生活の世話

表11 住宅型有料老人ホームについて感じていること(自由回答)

(人)

住宅型有料老人ホームのあり方に問題があると感じている
1. 住宅型有料老人ホームは試行錯誤なことが多く、働きにくい面がある。 改善されていく過程とはいえ、試行錯誤の体制変更への対応に追われることが大変。 2. 住宅型有料老人ホームの意味がわからない。在宅の訪問の方法をとってケアしているのはどう理解しているのかわからない。 3. ケアの内容は良くても、利益優先になっていることがわかり、辛い。 4. どの程度の医療を行っていくのか検討した方がいい。医療行為の必要な人が入居するなら看護師が配置されていなければならない。 5. 介護保険サービスだけでは十分な介護の状況とはいえない。一般の在宅でのケアプランの場合、不足の部分は身内の協力もあるが、住宅型有料老人ホームではホームの職員が家族代わりをしているが、家族ではない。 十分な介護のために、ホーム独自のサービスが増えることを願う。 6. 入居者によっては行くところがないので、経済的に余裕がないのに預けられてしまっている。 そのことがかえって家族を困窮状態に追い込んでしまうと思う。 7. 夜間の対応はスタッフの経験が頼りになっている。不安定。 8. 住宅型有料老人ホームの存在は、ホームごとの対応に様々な形が増えていいことだと思う。またそれも、必要だと思う。 どのような身体状況になっても病院から安心して戻ってこられるようなホームであるために、人の配置や対応できる体制が整うことが大切。しかし、現状では限界がある。 9. <u>在宅なのか、施設なのか曖昧。住宅型有料老人ホームと訪問介護の職員を分離して配置してほしい。</u> ホームに配置されていた職員が、急に訪問介護の対応をするとホームの職員が手薄になる。 10. 職員同士、上司と部下などの報告連絡相談が徹底されていない。事故につながるリスクがある。 11. 住宅型有料老人ホームによってケアのやり方、一日のスケジュール、教育の仕方が違い、何が正しいのかわからない。 12. 事業主の方針は理解しているが、先輩や管理者が指導する時間やシステムが必要だと思う。忙しすぎる。 13. 介護職も他職種連携の理解が必要だと思う。介護と医療が手を取り合って、利用者のQOLを大切にしなければならない。 14. 新入職員の意見は重要だと思う。外から見た住宅型有料老人ホームがどのように見えているのか耳を傾けるべきだと思う。 住宅型有料老人ホームの違和感は、これまでの老人ホームや病院のスタイルとは異なるためだと思うが、<u>違和感を感じながら働いているのも事実である。</u>
住宅型有料老人ホームのあり方を受け入れ、良さを生かそうとしている
15. <u>住宅型は有料老人ホームであるので、特別養護老人ホームや老人保健施設に比べて規制が緩いと思う。</u>そのため、入居者が望むまたは、必要なケアをすることができる。もし、規制されると、省かなければならないケアや増やさなければならない業務があるだろう。 それでは、特色を出せなくなるのではないかと危惧される。住宅型有料老人ホームならではの自由を大切にしたい。 住宅型有料老人ホームは民間経営であり、事業主に意見が言えるし、任せてもらえるところがある。 事業主とスタッフの方針が一致していれば、実現できることがある。<u>現場には一定の自由が必要だと思う。</u> 16. 人の生活は時間割通りにはいかない。住宅型有料老人ホームのスタッフだからこそ、<u>本人の好みで生活することを助けることができる。</u> 住宅型有料老人ホームのスタッフであれば、訪問介護以外の、本人の生活の流れを一日を通してみていける。訪問介護だけのサービスでは生活の一部にしか関われないが、<u>住宅型有料老人ホームで訪問介護とホームの職員が連携すれば、本人にとっていいサービスができる。</u> 17. 認知症の人のケアは、本人の思いがあるので、スタッフの手間とそれに伴ったやりがいがある。スタッフ間でも様々な考え方があるが、その中でいいと思えるケアを選択していかなければならない。「やりたいようにさせてあげよ。」という考えが住宅型有料老人ホームなら可能だと思う。 18. 住宅型は自宅なので「利用者さんが住んでいるところにお手伝いに行く」という感覚でいる。

は、24時間365日連続したもので、要介護者がその人らしい主体的な生活が成り立つよう内面的な要求をくみ取りながらかわっていくものである。時間で決められた生理的・身体的な行為のみを部分的に支えるものではない。住宅型において、時間で報酬が定められた介護保険サービスを、外付けサービスとして利用する体制は、働く人々の働きづらさを生み出していた。

本調査対象の2事業所は、原則、正規労働で看護・介護労働者を雇用している住宅型であることが施設長から確かめられている。雇用労働者の全数調査ではないことが本調査の限界であるが、正規雇用で労働条件に配慮された施設でさえ、人の配置に余裕がなく、カンファレンスや研修を勤務時間内で行うことが難しく、入居者の療養生活を組織的に支える段階にまで発展していなかったことがわかった。

換言すれば、事業主の方針によって、職員の配置が行われるということは、人員配置基準がないことで、今後も最低限の配置に押し下げられた施設の増設が懸念されるのである。

最低限の職員配置に押し下げられた事業所というのは、高木によれば、「看護婦の数がかうじて基準を満たしている程度の施設においては、合理的な協業と分業をすることができず、看護職員が介護職員と同じ業務を行う側で、介護職員が常に看護職員の技術・知識を吸収できる環境がない。」事業所といえる。さらに、入所者にとって不利益な状態が作り出される原因は、「国の定める職員配置基準が低い点」に加え、「社会サービスとしての人間の生活の世話を、貧弱な教育水準の介護職員に担わせようとしている点」、「看護職員と介護職員を含めた人間の生活の世話の担い手の、合理的な職員構造が確立されていない点」(高木1998:134)であると述べている。

住宅型は「自宅」であるが、入居者や家族から求められる機能はいつでも見守りが可能な体制が整った「施設」であり、そこで働く人々によってその機能はようやく保たれていた。住宅型に入居する高齢者の生活の質や、それに影響を与えるケアの内容は、公的に保障されたものではなく、そこで働く人々の意欲や善意によって支えられたものであり、看護・介護労働者の困難としてしわ寄せられていた。「自宅」であって、その実態は「施設」であるという両義的な特徴が、看護・介護労働者の働きづらさを生み出していたことは、看過できない事実である。

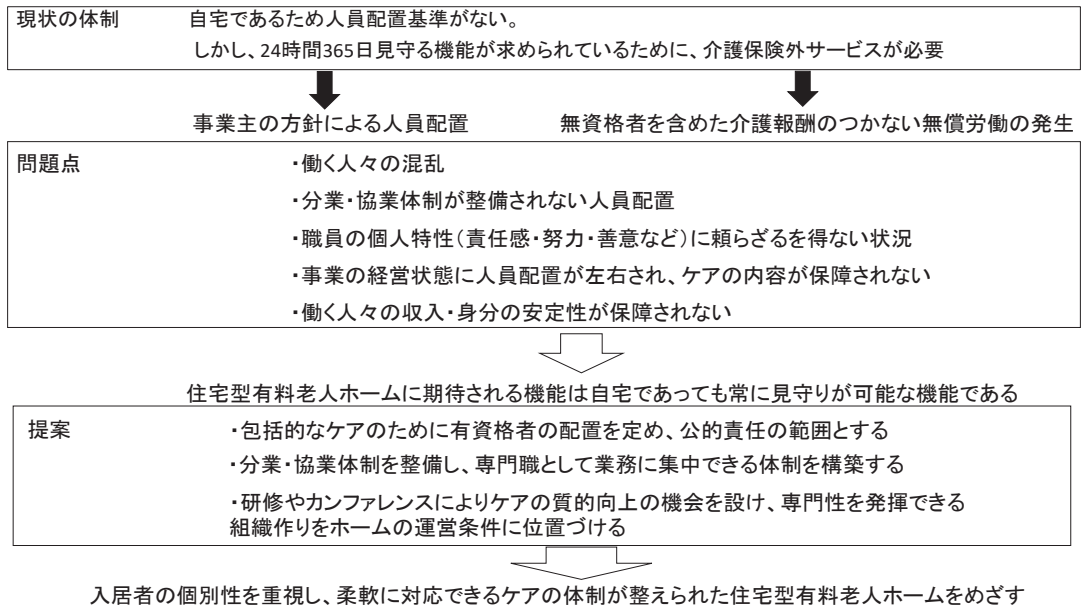
住宅型は、「自宅」扱いであることで、時間で報酬が定められた介護保険サービスを外付けで利用することと、人員配置基準が定められていないことの問題を抱え込まれた高齢者施設といえよう。このような特徴を持つ高齢者住宅の量的拡大は、入居者のみならず、働く人々の命の保障からの公的責任の後退ともいえるのである。

また、住宅型は、「家族介護を前提とするケアモデルの困難とあわせ、介護保険給付の財源やサービス供給能力の限界も顕在化し」「制度の外側では「包括性」「非定型性」に特徴づけられたケアの労働化が進んだ。」(森川2015:299)事例のひとつといえるのではないだろうか。

よって、高齢者の命と暮らしが保障されることを目的として、住宅型における人員配置基準を定め、包括的なケアを行うための働く人々の労働環境について早急に検討されるべきである。「自宅」とであるという理由で、住宅型で行われるケアの質の保障を、政策として民間事業所に委ねている現状は看過できない。

そこで働く人々が業務に集中できる分業、協業体制を整備し、収入と身分の安定を図り、ケ

図1 看護・介護労働者からみた住宅型有料老人ホームの問題と提案



アの質の向上を担保し、専門性を発揮できる組織作りが行われることを住宅型の運営条件とすべきである。「本来、健康と健康問題の責任の所在は個人にあるのではなく、社会にある。」(島内1990:61)ことが意識され、職業としての看護や介護が継続できる労働環境が基本とされるべきである。そして、人間の生活の世話は包括的に行われるべきという視点に立って、入居者の命と暮らしの安定が保障され、入居者の個性を重視し、柔軟に対応できる住宅型づくりが目指されるべきであろう(図1)。

VIII おわりに

本研究の結果は、1地域の2か所の住宅型を対象としたものであり、そこでの半構造化面接を行うことに主眼を置いたため、限られた職員からの聞き取り調査となった。全職員からの調査が困難であったことが本調査の限界であった。そのため、すぐに一般化することは難しい。今後は複数個所の地域と住宅型の調査を行うこ

とでデータの信頼性を高めることが課題である。また、本稿では住宅型が登場するまでの過程や看護・介護労働者についての政策的背景には言及していないことと、職員の離職率や回転率、労働時間、残業時間について事業主への聞き取り調査が行えていないことも調査の限界として付記する。

しかし、本研究の成果は、住宅型で働く人々からの聞き取り調査結果をもとに分析をおこなったことで、可視化されにくい実態を浮き彫りにできた点であろう。本研究により問題が可視化されたことで、住宅型の抱える問題の要因解明の一つの知見になることを期待したい。

謝辞

最後に、本調査にご快諾いただいた住宅型有料老人ホームYとAの施設長並びに職員の皆様に厚く御礼を申し上げたい。また、人生の最晩年を過ごす高齢者のための療養環境を整え、寄り添っている施設長と職員の方々に敬意を申し

上げる。

注

- (1) 2013年3月に社団法人全国有料老人ホーム協会が、各自治体で公表されている「有料老人ホーム一覧」を基礎データとし、概況把握を行ったものである。
- (2) 厚生労働省老健局高齢者支援課(2018)「有料老人ホームの最近の施策動向」によると2000年の有料老人ホームの定員数は36,855人で、2017年には487,774人となり、約13倍に急増している。高齢者施設の中で最も多い特別養護老人ホームの定員数は同年で、298,912人から578,900人の増加で、約1.9倍の増加率であることから有料老人ホームの増加率が高いことがわかる。
- (3) 住宅型に入居する自立高齢者(10名)を対象にインタビュー調査をおこなった菊池(2016)によると、高齢期の住み替えと購買意思決定の関係は、高齢者の最も強い不安は健康や病気であり、孤独不安が内在リスクとして挙げられた。そのリスクを緩和されるサービス内容が購買決定に影響しており、さらに継続居住の確保が決定を強く促していた。つまり、住み替えを検討する場合、安否確認が約束された療養環境であることと、転々とすることなく継続して居住することが求められていることが示された。
- (4) 2019年8月に調査結果が公表された住宅型の運営に関するアンケート調査である。全国の住宅型約9700ホームに調査票を送付し、490ホームから回答を得た。法人種別からは、住宅型運営事業者には民間事業者が多いことや、開設年は2012年から2016年が最も多い(回答数490件中236件)ことが示された。特筆すべき点は、以下の分析結果である。「実際に提供されているサービスは、介護保険サービスで提供されるべきものも多く、限度額を超えたものはホーム職員が無料で提供するなどの対応が散見される。同時に、介護保険外サービスについては、個別に費用負担を求めている事業所も散見され、介護保険サービスとの区別が曖昧になっている可能性

- もあり、利用者からの苦情につながらないか懸念される。また、介護報酬がないため、職員の配置数も少なく、転居を余儀なくされる事業所も見られる。」フリーコメントでは、介護保険外のサービスを入居者から料金を別で申し受ける場合と、無料提供されている場合があり、事業所ごとに異なることがわかった。特に、急な対応への無償サービスの提供や、買い物など、本来の自宅であれば家族が行うであろう家事内容も無償で提供されている様子が窺えた。
- (5) 野口(2017)により、本稿と同様施設(住宅型Y)における入居者家族への聞き取り調査が行われた。
 - (6) 本調査において、介護職員が働く主なサービスの種類は、訪問系、施設系、居住系、居宅介護支援、その他となっている。住宅型を職場とする介護職員は、自宅に訪問する訪問系の職場の職員でもあり、その他に含まれる「自宅」で働く職員でもあることが想定される。公的資料としても住宅型を職場として働く人々の困難は明らかにされにくい実態がある。
 - (7) 2020年3月、PwCコンサルティング合同会社より、「令和元年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究 報告書」が出された。「高齢者向け住まい」は、民間事業者が運営しており、量的な増加に加えて、質的・機能的な面での多様化が進んでいる。本報告では、住まいであることをベースとしながら、介護サービス、医療サービス、食事や日常生活の支援など、様々なサービスが組み合わさって、その機能を発揮している実情を明らかにしている。
 - (8) 野口(2017)により、家族が住宅型を選択した理由に、「高齢期に医療依存度が高くなったために、在宅介護では担いきれず、栄養摂取の方法や入所待機者が多いために特別養護老人ホームにも入所できず、医療対応が可能な住宅型有料老人ホームへの入居を選択せざるを得なかった」ことが示されている。そして、家族は住宅型に施設のような24時間365日、連続した見守

りが可能な機能を求めていた。さらに、85%の家族が住宅型の環境を入居者家族にとって「合っている」と回答していた。このことから、住宅型が家族の期待する見守り可能な機能を果たしていたといえる。

- (9) 「入居費用と施設定員についての確認事項」入居費用概算(月額)は、住宅型Yは要介護度4で約90,000円。住宅型Aは要介護度4で約128,000円(介護・医療保険サービス自己負担は含まれていない)。PwCコンサルティング合同会社(2020)によれば、住宅型の入居に係る総額費用(月額)の平均金額は、123,327円である。本調査対象の施設が立地する中部圏では148,961円である(介護・医療保険サービス自己負担は含まれていない)。

調査時の2つの施設の定員は、住宅型Y(定員120名)住宅型A(定員46名)である。

- (10) 本調査において、施設名を明らかにすることを家族から了解を得ていないため、施設の所在地を東海地域とした。施設名の推測を避けるためである。
- (11) 「労働環境についての確認事項」住宅型Yについては、看護・介護労働者が原則正規雇用であること、事業主が介護労働者に支払う給与に対しては、介護報酬に関する処遇改善加算分が適用されていること、夜勤勤務については日勤・明け・休みのシフトが組まれていることを確認した。職員数は、入居者120名に対し、看護・介護労働者は77名である。住宅型Aについても、原則正規雇用であることと、処遇改善加算分が適用されていることを確認した。夜勤は夜勤専従職員を含めてシフトが組まれている。職員数は、入居者46名に対し、看護・介護労働者は39名である。住宅型Aの給与(月給)については、介護労働者の管理者クラスで税込み総額約32万円、経験者+介護福祉士で税込み総額約25万円、高卒(無資格)で約18万円であることが施設長より確かめられた。8時間/日を超えて残業した場合、1時間あたり1.5倍で残業代が支払われている。PwCコンサルティング合同会社(2020)によれば、定員50人に対し、平均12.1人の職員数

であったことと比べても、住宅型YとAは職員数が多いことがわかる。また、賃金については、介護労働安定センター(2018)によると、労働者の所定内賃金(月給)平均234,873円であることを参照した。

- (12) 2011年6月22日、厚生労働省社会援護局長より各都道府県知事に対し、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律が公布され(厚生労働省社会・援護局発0622第1号)、社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正関係(介護保険法等改正法第5条関係)として、2012年4月1日より施行された。2011年10月3日官報によると、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令において、医師の指示の下に行われる行為が加えられた。その内容は、第1条 社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号。以下「法」という。)第2条第2項の厚生労働省令で定める医師の指示の下に行われる行為は、次のとおりとする。1. 口腔内の喀痰吸引、2. 鼻腔内の喀痰吸引、3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引、4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、5. 経鼻経管栄養であった。これにより、研修を修了した実施者と実施機関の登録の上、介護福祉士が医師の指示のもと、必要とする対象者に喀痰吸引などの行為が実施できることとなった。

文献

- 秋葉郁子・朴宣河(2012)「全国調査によるユニットケア実施施設の実態に関する考察」『日本建築学会計画系論文集』77(671)1-8
- 石田一紀(2017)「介護福祉労働の社会的意義を改めて問う」『日本の科学者』52(8)413-418
- 井口克郎(2009)「介護労働者の専門職化に関する考察」『日本医療経済学会会報』28(1)26-56
- 井口克郎(2013)「介護の質の把握と改善のための基本視角—介護サービスと労働や介護保障制度の関係性に着目して」『日本医療経済学会会報』30(1)1-27
- 小野内智子(2019)「介護老人福祉施設と介護老人保健施設に勤務する介護職員のワーク・エン

- ゲイジメントを高める職場環境の分析—「仕事の要求」と「仕事の資源」に焦点を当てて—
『社会福祉学』59(4)41-50
- 菊池浩史(2016)「高齢者の内在リスクと住宅型有料老人ホームへの住み替えプロセスに関する一考察」『日本不動産学会』30(3)64-73
- 公益財団法人介護労働安定センター(2018)『平成30年度「介護労働実態調査」の結果』
- 公益社団法人全国有料老人ホーム協会(2019)「住宅型有料老人ホーム運営に関するアンケート集計結果報告書」<https://yurokyo.or.jp> (2020年5月2日最終検索)
- 公益社団法人全国有料老人ホーム協会(2013)「制度改正後の有料老人ホームに関する実態調査及び契約等に関する調査研究報告書」
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 武井佐代里(2018)『有料老人ホームの最近の施策動向』
- 近藤克則(2005)『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか』医学書院54
- 島内憲夫訳(1990)『21世紀の健康戦略2ヘルスプロモーション—WHO:オタワ憲章—』61
- 鈴木亘(2007)「高齢者用介護施設・住宅市場に対する介護保険制度の問題点」『日本不動産学会誌』20(4)59-66
- 高木和美(1998)『新しい看護・介護の視座—看護・介護の本質からみた合理的看護職員構造の研究—』看護の科学者134
- 高木和美・濱島淑恵・芦田麗子(2013)「看護・介護労働者の労働・健康・生活上の問題に関する聞き取り調査報告—特養Aにおける“介護”労働の継続意志の背景分析—」『日本医療経済学会会報』30(1)44-69
- 野口史緒(2017)「長期療養高齢者の栄養摂取の方法と療養場所との関係について—住宅型有料老人ホームの事例調査から—」『日本医療経済学会会報』33(1)53-81
- 細川汀編著(2010)『健康で安全に働く—ディーセントワーク実現のために—』文理閣29
- 本田由紀(2011)『軋む社会 教育・仕事・若者の現在』河出文庫101
- 森川美絵(2015)『介護はいかにして「労働」となったのか—制度としての承認と評価—』ミネルヴァ書房299
- PwCコンサルティング合同会社(2020)『令和元年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究報告書』

公共政策学とEBPM

—政策及び政策過程の合理化をめぐる論点の探求—

Public Policy Studies and Evidence-based Policy Making

—Inquiring on Rationalization of Public Policy and Policy Process—

杉谷和哉(岩手県立大学・国際高等研究所)

Kazuya SUGITANI

和文要約: 本論文では、EBPM(Evidence-based Policy Making)が企図する「政策そのものの合理化」と、「政策過程の合理化」について、公共政策学が提示している論点を検討し、以下の含意が得られた。具体的には、①EBPMを推進する上で、公共政策の立案及び実施に関するコンテキストを理解する必要があること、②EBPMを実現する上で、政策過程の内実を理解しなければならないこと、③政治に含まれている価値や構想力が重要であること、④EBPMは知識活用だけでなく知識創出にも関わっているため、社会をどのように捉えるかという点においても強い影響力をもち、よりラディカルなテクノクラシーを招来する可能性があること、の四つである。

英文要約: Evidence-based policy making (EBPM) attempts to “rationalization of public policy itself” and “rationalization of the policy process”. This paper examines these arguments through public policy studies. Then, the following four implications were obtained. First, it is necessary to understand the context which related to the formulation and implementation of public policy. Second, in realizing EBPM, we must understand the knowledge of the policy process explains how to make policy. Third, the value and conceptualization contained in politics are important. Fourth, EBPM commits to not only knowledge utilization but also generation. Taking this point into account, EBPM will lead us to more radical technocracy that has strong influences, showing how to understand our world and politics, as well as political regimes.

キーワード: 公共政策学、エビデンスに基づく政策形成、政策的思考、テクノクラシー

Key Words: Public Policy Studies, Evidence-based Policy Making, Policy Mind, Technocracy

1. はじめに：EBPMと公共政策学の接点

本論文は、「エビデンスに基づく政策形成」(Evidence-based Policy Making、以下、「EBPM」

と記す)に対して公共政策学が提供する示唆を整理して提示し、議論の発展に資することを目的としている。

(受理日：2020年12月9日)

EBPMとはその名の通り、確かな科学的根拠に基づいて政策立案を実施することを目指す動きのことである(山名2017)。ここで言われている「エビデンス」とは、主に統計分析やランダム化比較試験(Randomized Control Trial、以下、「RCT」と記す)によって導出された、厳密に政策の因果関係を同定するものとされている。その発想を表したのが、エビデンスの頑強性によってランク付けした、「エビデンスのヒエラルキー」と呼ばれるものである(図1)。

しかし、実際にこのヒエラルキーに従って政策形成を行うことは容易ではない。質の高いエビデンスを導出するには時間もコストもかかるため、行政実務上の関心や実践とは距離が生まれている(北川2020:143-149)。このような事態を受けて、「Evidence-informed policy making」などといった、より控えめな言葉も用いられている(加納ほか2020)。

これに対して、公共政策学は政策に関わる合

理性について幅広い研究を展開してきた。

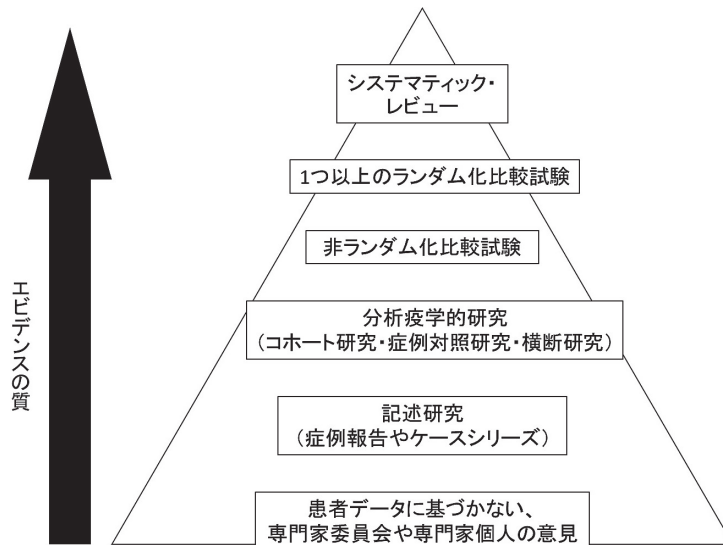
私見では、それらの取組みは大きく言って、「政策そのものの合理化」と、「政策過程の合理化」の二つの潮流に分けられる。

第一の「政策そのものの合理化」については、費用便益分析の活用をはじめとして、政策科学の初期から試みられてきた(秋吉ほか2015:135-137)。これを最大限に活用したのが、PPBS(Planning Programming Budgeting System)であった。

PPBSが様々な困難に直面して挫折したことは広く知られる。しかし、ここで試みられた諸取組みは、今日の政策分析にも引き継がれており、政策評価の在り方に影響を及ぼしている(南島2018:186-187)。これに類するのが、政策そのものに関する知識(いわゆる「inの知識」)である。

EBPMの主眼は、実験や高度な分析を通じて、どの政策が役に立つかを明示することにあるため、この「政策そのものの合理化」に関す

図1. エビデンスのヒエラルキー



(出所)井伊ほか2019:136)より抜粋

る理論であると言える。しかし、合理的な政策案を同定しさえすれば、自動的にそれが実現されるとするのは幻想にすぎない。PPBSの挫折についても、政治の介在が大きな要因であったことを踏まえれば、合理的な政策の内容を追求するだけでは十分ではないことが分かる(秋吉ほか2015:149)。

この課題を処理すべく論じられてきたのが、二つ目の「政策過程の合理化」である。政策過程においてはしばしば、「政治」——党派性やイデオロギー、利害対立など——が、合理的な意思決定を妨げてきた。本来であれば、そういった要素を抜きにして、政策に関する意思決定が行われるべきであるが、全ての代替案をあらかじめ精査し、そのインパクトも精密に勘案した上で政策決定を行う「包括的合理性モデル」は、現実から乖離している(足立2009:193-195)。

この現実を前に、単なる現状追認にも陥らず、過度な理想も追求しないかたちで、政策過程の規範モデルは考察されてきた(同上:200-204)。政策過程から「政治」を放逐できるとするのは神話に過ぎないが、かといって政策が全く非合理的に決定されるのをみすみす看過するわけにもいかないからである。

ところが、このような公共政策学の悪戦苦闘が生み出してきた洞察は、EBPMをめぐる議論においては十分に反映されていない。EBPMが企てているのは政策過程から「政治」の要素を排して、理想的な政策形成プロセスを実現することにあるとの指摘が、EBPMの批判者からたびたびなされているのはその証左であろう(Hammersley, 2013: 53-54; Marchi, et al, 2016: 34) EBPMにおいても「政治」は扱われるが、あくまでもそれらは、政策過程において合理的な政策の採用を妨げる障害に過ぎない。換言す

れば、EBPM論において「政治」は、いやいやながらも付き合わなければならない存在として語られる傾向にある(Cairney, 2019; Head, 2015)。

果たして本当に、「政治」は公共政策にとってネガティブな意味合いしか持たないもののだろうか。公共政策学が示してきた知見によれば、答えは否である。本論文の第四節では、この「政策過程の合理化」に関して、政治が果たすポジティブな役割についての検討を参考にし、こういった浅薄な「政治」理解を斥ける。

本論文の構成は次の通りである。前半部分では、政策そのものを合理化するアプローチについて、公共政策学の知見を踏まえて考察する。この点を考える上で参考になるのが、医学の議論である。EBPMは医学の発想や枠組みの影響を受けて展開されており、医学のように、合理的なアプローチが何かを科学的に同定した上で、政策を立案すべきだと主張する。しかし、公共政策と医学には、共通している点もあるが、異なっている点もあり、安易に類推することはできない。そこで、どういった点が医学と異なっているのかを、先行研究を踏まえて検討する。

続いて、政策そのものの合理化を試みる上で考慮に入れるべき、コンテキスト(文脈)について、先行研究の整理を通じてEBPMへの含意を抽出する。このことにより、政策そのものを合理化しようとするEBPMが踏まえるべき要素を明らかにする。

後半部分では政策過程の合理化に関わる論点を検討する。その準備としてまず、EBPMが前提とする「客観的なエビデンス」に対する批判的な議論を検討する。これを踏まえ、政策過程の合理化にかかわる政治について考察を進める。そこで手がかりとするのは、政策的思考と

呼ばれる、政治を考慮に入れた政策構想を目指す議論である。

最後に、EBPMの先行研究で取り上げられつつある、知識の在り方についても検討を加える。EBPMはテクノクラシーを招来するとの批判はしばしばなされてきた(杉谷2019: 86-88)。こういった批判は政治体制をめぐるものに限られてきたが、EBPMと民主主義の関係を考慮する際には、これだけでは不十分である。なぜなら、EBPMは政治体制にとどまらず、政策に関する知識の創出という点にも関わるものだからである。

公共政策学は、民主主義の発展を目指し、市民の政策的知識の涵養にも尽力してきた(足立2003: 4)。この点からすれば、そもそも政策的な知識がどのように形成されるかという観点からは、公共政策学にとっても重要である。にもかかわらず、公共政策学の議論において、これらは十分に検討されてこなかった。EBPMの隆盛を鑑みれば、この点を考察することは、公共政策学の使命にも合致すると言えよう。

以上の作業を通じて、政策の内容の合理化についての論点(医学の議論との共通点及び違い・コンテキストの考慮)、政策過程の合理化についての論点(政治を考慮するための政策的思考)をそれぞれ明らかにし、EBPMがもたらす新たな論点である「知識創出」をめぐる、公共政策学の知見を発展させることが、本論文の目的である。

EBPMが人口に膾炙しつつある現在、公共政策学の知見を整理してEBPMとの関係を提示し、過度な楽観論を掣肘した上で、議論の深化を図ることは重要である。特に、日本におけるEBPMをめぐる議論においては、政策及び政策過程を合理化することには限界があるという洞察が十分に活用されていない(小西2020: 76)。

本論文は、こうした状況を踏まえ、EBPMと公共政策学の架橋を試みるものであり、政策への多様なアプローチの一環を紹介することは、医療福祉政策の研究にとっても、有益な示唆をもたらすことが期待される(松田2019)。

2. 「政策そのものの合理化」をめぐる論点

2.1 医学と公共政策学

公共政策学は、上述したように政策の合理化を目指しつつも、「科学」に還元できない面が政策には存在していると考ええる学問である。日本における公共政策学の第一人者である足立幸男は次のように述べている。

科学としての政策学すなわち「政策科学」(policy science / sciences)を構想し、その確立を目指すことは、もちろん不当でないし、筋違いでもない。それどころか大いに望ましい。とはいえ、政策学が科学たり得るとしても、それは・・・たとえば物理学、生物学、化学、生理学など、事象についての検証可能な(真偽の判定を下すことができる)命題の発見を目指す通常の厳密科学が科学であるのとは異なる意味における科学、たとえば臨床医学や工学(機械工学や建築学など)のようないわゆる応用科学が科学であるような意味においてでしかない。というより、公共政策学という学問には、そのような意味での科学的方法の適用が可能な研究領域と、そうでない研究領域とがある。換言すれば、トランス・ディシプリンとしての公共政策学が探求・体系化しようとする政策知には、科学的つまりは実証的な分析によって発見もしくは解明される「事実についての知」(たとえば、政策過程の赤裸々な現実についての知識など)

と、科学的・実証的方法によってはその信憑性を確証することを望み得ない「処方についての知(智)」とがある(足立2009:19-20)。

足立は、決して政策そのものを合理的にするための知識の発展を否定せず、推奨しさえしている。しかし、ここに貫かれていた問題意識は、それだけでは現実の政策に繋がりにくいというものである。そして、ここで述べられている「処方についての知(智)」には、後に述べるように、価値や規範の議論が含まれている。

ところで、「処方」という言葉を聞いた時、多くの人は医療を連想するかもしれない。「処方箋」という言葉もあるように、「処方」とは医師が患者に対して、病気の処置のために下す指示のことである。

問題を抱えた「社会」を「患者」と見立てるならば、政策分析者や政策立案者はさしずめ、患者を診断する「医師」に類する役割を与えられており、そこで下される「政策」が「薬」や「治療」であると捉えることもできる。実際、政策科学の発展に大きく寄与したハロルド・ラスウェルも、医学の喩えを用いたことで知られている(木下2005)。

EBPMの議論においては、このような政策科学の来歴が踏まえられることはあまりないのだが、先に挙げたエビデンスのヒエラルキーは、元々はエビデンスに基づく医療(Evidence-based Medicine、以下、「EBM」と記す)において重視される枠組みであることを踏まえると、EBPMは医学の知見を政策に導入しようとする試みだと解せる。つまり、ラスウェルの発想と同様に、政策と医学の間には共通点があるとする考えがEBPMを支えているのである。では、こういった医学と公共政策の類推は、ど

のような示唆をもたらすのだろうか。

佐野亘はこの点について、次の四点を挙げている(佐野2005)。第一に、問題の主観的な側面と客観的な側面を切り分ける視点が得られること、第二に、医学の比喩によって専門家としてのパターンリズムやモラルを問うことができるようになる点、第三に、医学に喩えることで、テクノクラシーを肯定するような議論を招来するのではないか、という批判、第四に、医学的な側面を重視することで、ハウツー的な知識の偏重を招くのではないか、という懸念である。

問題の主観的な側面と客観的な側面に関しては、たとえばある社会問題を解決するためには、高度な専門知識に支えられた政策が必要とされることが挙げられる。正しい診療=分析は、問題解決にとって不可欠であり、高い専門性が要請されている。問題の原因となる状況の適切な把握は、統計データの利活用等によってもたらされる(砂原2017)。それと同時に、どのような政策が望ましいのか、現在の社会の状況が好ましいのか、そうでないのか、といった価値にかかわる判断も必要となる(佐野2005:114)。この点を踏まえ、公共政策学は、価値中立的な「科学」ではなく規範的でパターンリズムを時に許容する学問であることが示唆されている(足立2006)。

同時に、医学と公共政策のアナロジーには無理があることもよく了解されてきた。佐野は、医学とは違い、政策では何が問題とされているのかについて、はっきりとした区別が存在しないことを挙げている(佐野2005:114)⁽¹⁾。この点を考慮に入れると、医学の考え方を政策にも応用しようとする試みは、不適切であるように見える。

ただ、実際にはEBMの実践にあっても、医者の実践に基づいた判断が行われることがある

(南郷2017)。また、最近の医学の議論では、杓子定規にヒエラルキーを適用することや、エビデンスを金科玉条のごとく扱うことへの批判も見られるようになってきた(岸本2018)。つまり、実際には医療現場においても不確定な要素が多く、むしろ価値に基づいた判断などが行われることも多いのである。これを踏まえれば、政策と医学のアナロジーは実践レベルで言っても、あながちかけ離れている訳ではないと見ることもできる。これは二つ目の視点である、政策形成者や政策実施者のモラル、すなわち応答責任を問うという観点にも繋がるものである(杉谷2020b)。三つ目のテクノクラシーに関する議論は、EBPMを論じる上では常につきまとう。「テクノクラシー」という言葉自体は元々、マルクス主義に対する産業社会論の文脈で登場した議論である。この議論では、社会を指導するのはブルジョワジーでも啓蒙的インテリゲンチヤでもなく、大衆の中から出現した一部の「専門家」とであるという考え方である。ここでは、批判理論を駆使して社会に異議申し立てを行う知識人ではなく、合理的に問題解決を行うことができる「専門家」の役割が重要であるとされる(佐伯1995a: 21-24)。ただ、現在ではこういった歴史的な文脈は重視されず、専門家や官僚による寡頭的な支配という意味合いで用いられていることが多い。

これは重要な論点であるため、後に詳述するが、テクノクラシー論は基本的には政治体制に関するものである。これに対して、EBPMが惹起する論点は、知識の創出そのものにかかわるものであり、政治体制にとどまらない側面を含んでいるのである。これは、四つ目に挙げられているハウツー的な知識の偏重とも深く関わっている。

このように、医学と公共政策のアナロジー

は、その共通点と相違点、双方において、それぞれ示唆を与えている。ポイントは、公共政策の立案や実施には制約条件が多く、医学ほどには、問題への対処法が明瞭ではないということである。公共政策学は、そういった要素を念頭に置いた上で政策を考えてきた学問である。このことを踏まえ、次節からは、公共政策学の知見を概観する。

2.2 政策の「コンテキスト=文脈」

先に述べたように、公共政策学は合理的な意思決定を目指していると同時に、その限界をも強く意識している学問である。秋吉貴雄(2013)は、公共政策学の知見を踏まえ、科学技術イノベーション政策におけるエビデンス志向を批判するかたちで、次のようにEBPMを批判している。

最初に指摘されているのは、公共政策のコンテキストの問題である。政策は状況が統制された実験室において実施されるのではなく、多様で千差万別のアクターが介在する中で行われる。つまり、政策が実施される環境は普遍的なものではなく、それぞれによって諸条件が異なっているのである。佐野は政策におけるコンテキストの論点として次の三つがあると指摘する(佐野2018)。

- ①ある政策が実施される現場の状況や、政策が対象とする人々
- ②政策をデザインするデザイナー側の条件
- ③政策の社会的・歴史的な位置づけ

一番目に関しては、「政策手段にとってのコンテキスト」とされており、政策を実施する上で関連するアクター達に注目するものである。よく知られているのが、RCTの結果のみを見

て、政策を考慮する上で重要な様々な要素を無視してしまうと、「あそこではうまくいった」筈なのに、「ここではうまくいかない」ということが起きうという問題である (Cartwright and Hardie, 2012:54-55)。

例えば、ある政策がうまくいったのは、たまたまその現場に優れたスタッフが集まっていただけだという可能性も十分にあり、その場合は質的研究などの方法でエビデンスを補強する必要がある。しかし、EBPMが想定する「ヒエラルキー」においては、そういった研究デザインの内り方が重要視されず、政策がなぜうまくいったかというメカニズムが不明のまま、政策が波及する恐れがあるとされている (Hammersley, 2013: 104)。

もっとも、大量のRCTを解析した上で、それらに関連するコンテキストの内容をうまく把握することができれば、この問題は解決可能である。ただ、そのためには大量のRCTを実施しなければならず、手間がかかる。このため、官民データをオープン化し、多様なアクターがデータへアクセスできるような仕組みが必要とされる。この方途であれば、RCTを行わずとも、データの解析を通じて政策の有無を比較することができるようになるからである。

こういったアプローチはEBPMにおいて重要であることは言うまでもないが、すぐさま実現できるわけではない。そこで公共政策学が注目するのが「参加型政策分析」である。参加型政策分析とは、一般市民が持つ「普通の知識」の重要性に着目して、多様なアクターを巻き込んで政策について議論し、その結果を政策にフィードバックするというものである (秋吉 2013: 40)。これに類するのが「参加型評価」と呼ばれるものであり、これにおいても多様なステークホルダーが関与することによって、合

意形成を行い、更には市民のエンパワーメントにも貢献するというビジョンが提示されている (橋本 2017: 149-171)。ここでは、いわゆる「現場知」を把握することによって政策実施に関わるコンテキストをより詳細に分析する重要性が示唆されている。

また、佐野はこれらの問題に対処するために「場合分け」、「裁量」、「分権」、の三つの方策があるとしている。

「場合分け」は多様なコンテキストを分類し、どのようなコンテキストにおいては、どのような問題を考慮に入れる必要があるか、といった論点を整理して精査することによって、コンテキストの複雑さに対処するものである。ただし、佐野も指摘しているように、実際には政策のコンテキストは多様で複雑であり、その全てを網羅して把握することは不可能である。とは言え、たとえそうであったとしてもコンテキストの把握のための努力は怠るべきではない。コンテキストを不完全ではあっても把握するためには、質的調査やインタビュー調査による情報の取得は重要な意味をもつ。

「裁量」とは、政策実施の現場で政策の担当スタッフが柔軟に対応することである。政策実施の理論においては、主として「政策の決定がそもそも曖昧である」、というものと「現場の実情」を勘案した調整が必要であるという二つの立場からの議論が展開されている (高橋 2019: 20)。EBPMの観点から言えば、後者の論点が重要である。なぜなら、政策実施における裁量を認めることで、コンテキストに応じた対応が可能になるからである。ただし、裁量も野放図に認めてよいものではない。いくら有効な政策が研究結果で導出されていたとしても、実施過程を全く統制しなければ、研究結果とは全く違う結果になるだろう。もっとも、政策実

施の過程がどれだけ標準化できるかどうかは大きな論点であり、EBPMに批判的な論者からすれば、その点こそがEBPMの弱点となる(Hammersley, 2013: 48-49)。

「分権」は、政策に関する権限を下位の機関に移譲することで、地域ごとの多様性にも対応できるようにするものである。一般的には政府から都道府県、都道府県から市町村といったかたちで、権限は委譲されていく。このことによって、市民のニーズを的確に把握した政策立案が自治体によって行われるのが期待される。

近年では地方自治体のEBPMの実践例も増えてきているが、マンパワーや予算が不足している、EBPMの推進など望むべくもない。地方自治体が利用できる資源を増やすために、一層の分権と改革が必要なのは明らかである(新藤2020: 209-210)。ただし、EBPMの推進という観点から言えば、分権は必ずしもそれだけではEBPM推進において有効なコンテキストの対処法とはならない。理由は大きく言って二つある。

第一に、地方自治体の政策能力の問題がある。地方自治体のEBPM推進において課題とされるのが、そもそも統計を扱えたり、政策評価に習熟したりしている人材が少ないことである(高崎・能瀬2019)。専門的な技能を持った人材の確保・育成は、部署をローテーションする地方自治体のキャリアパス的にも難しい面があり、今後の課題とされる。

第二に、分権を進めた場合であっても、EBPMを標榜した場合には現場へのトップダウンになる可能性がある。たとえば、市町村レベルにおけるEBPM推進においてもなお、現場の裁量を過剰に制約するようなかたちでEBPMが推進されることも想定される。これら二点を踏まえると、単に分権するだけではコンテ

クトの対応に資するとは限らないと考えられる。

二番目の「政策デザイナー側の条件」に関して、佐野は「立場」、「資源」、「社会条件」の三つの制約が存在するとしている。

「立場」は政策デザイナーの役割上生じる問題である。政策デザイナーとは、官僚やNPOのスタッフ、コンサルタントなど、政策デザインに携わる人々のことを指しているが、多くの場合、政策デザイナーたちは政治家に逆らうことは難しい。しかし、かと言って、明らかに間違った政策に唯々諾々と従うことは倫理的に推奨されるはずもない。更に、政策が実現するためには、どれだけ確実なエビデンスを積み重ねたとしても、それだけでは足りない。政治的な潮流や機運など、様々な要件が重ならなければならないのである(Kingdon, 2010=2017)。

「資源」は政策デザイナーが利用可能な諸要素のことを指し、予算や人員、広義には政策デザイナー自身の能力も含まれるとされている。EBPMにおいても政策デザイナーの利用できる資源は重要な論点の一つである。たとえば、マイケル・ハウレットはEBPMが進まない根本的な理由として「政策分析的能力(Policy Analytical Capacity)」が政策デザイナー達に備わっていないと論じている(Howlett, 2009)。これには、単に専門的な政策に関する知識だけでなく、中長期的な予測や政策過程への深い理解などが含まれており、この不足が政策を失敗させる原因になりうることも指摘されている(Howlett, 2007)。

「社会条件」は、政策デザイナーを拘束する社会的な諸要因のことである。ある政策がエビデンスによって正しいということが証明されたとしても、その社会において現実的にその政策が実行不可能である場合がある。たとえば、エビデンスが支持する政策案があまりにも一部の

人々への負担を過剰に強いるものであったとするなら、その政策は大きな反発を受けるだろうし、それが強力な利益団体であったりした場合には、猶更、その政策は実行するのが難しいであろう。特に、将来世代への影響等を考慮するとき、この問題は一層深刻になる。なぜなら、将来世代は現段階では民主的な意思決定に参加できない上、現代に生きる我々は、その声を存分に政治に反映させることができるからである(Boston, 2017: 99-130)。

最後の「政策の社会的・歴史的位置づけ」は、「政策内容に関するコンテキスト」とも言うべきものとされている。先に挙げた「社会条件」とも重なる部分が多いが、こちらは世界観の対立や、現実をどう把握するか解釈といったことも関わるもので、「社会条件」よりも広い点を扱っている違いがある(佐野2018: 280-281)。

公共政策は、社会的な状況やマクロなヴィジョンによって位置付けられるほか、歴史的な潮流の中にもおかれる。あるいは、現在の状況を過去の歴史と類推することで、特定の政策の正当化を図ったり、批判したりすることも行われる。

総じて言えば、「政策の社会的・歴史的位置づけ」は、人々の解釈に大きく依存するものであり、定まったものがない、時代によっても解

釈が移り変わるものなのである。公共政策は必ずしも、合理的に決定されるものではなく、これらの要素が複雑に絡み合って決定されているということを理解しなければ、EBPM推進も画餅に終わる可能性が高い。したがって、コンテキストの様々な要素を分類し、それに対する対抗策を考慮しておくことは、EBPMの推進にも貢献すると言えるだろう。表1は、ここまでの議論をまとめたものである。

このように、政策のコンテキストを把握し、それを吟味することによって、EBPMをメタ的な視点にたって論じることが可能となる。なぜエビデンスが政策決定に活用されないのか、といった議論は、コンテキストを踏まえることで、より地に足のついたものになると考えられる。

3. 「客観的なエビデンス」をめぐって

ここまでの議論で、EBPMが企てる、政策そのものの合理化をめぐって、考慮に入れるべき論点を概観した。次に検討するのが、EBPMのもう一つの目的である政策過程の合理化であるが、その検討に入る前に、そもそも「客観的なエビデンス」なるものが、公共政策を論じる上で存在しているのかどうか、という点について検討を加える。この検討を踏まえることで、政

表1. 政策におけるコンテキストの概要

コンテキスト	内容	対処方法
ある政策が実施される現場の状況や、政策が対象とする人々	政策手段にとってのコンテキスト、政策に関連するアクターなど	参加型政策分析 「場合分け」、「裁量」、「分権」
政策をデザインするデザイナー側の条件	「立場」、「資源」、「社会条件」	政策過程への理解、政策能力の開発
政策の社会的・歴史的な位置づけ	幅広い政策の歴史や議論の経緯など	政策に関する言説の分析、関係するアクターの観察

(出所)佐野(2018)を参考に筆者作成。

策過程の合理化、特に政治とEBPMの関係をよりクリアに把握することができるからである。

客観的な知識の蓄積とその活用によって政策の質が向上するという発想は、政策分析及び、政策分析者が価値中立的であり、なおかつ政治権力から完全に独立していることが前提となっている(秋吉2013: 39)。しかしながら、公共政策学の知見が示すのは、こういった前提が、決して自明のものではないという事実である。

第一に言えるのが、政策分析の客観性に関するものである。政策分析は完全に客観的なものではあらず、そこには分析者の主観や価値観が入り込んでくる。ある政策をいかなる理論で分析するかによって、分析から得られる含意は異なっており、分析に依拠する知識を一元化することは政策を吟味する視点を狭めることになる。この意味で、EBPMのようにエビデンスを一元的に評価してヒエラルキー化する試みは、知識の専制に加担する可能性もある。

この点に関して、ライナー・グルントマンとニコ・シュテールらは、公共的言説においては、科学的根拠がある特定の主張を正統化する上で大きな役割を果たすことを指摘する(Grundmann and Stehr, 2012: 16)。社会を論じる理論が、言説の確からしさを担保し、更には我々の「現実」の見方そのものをも左右するのである(佐伯2020: 356-359)。これらの点を踏まえれば、客観的で精度の高い政策分析を応用すればそれで事足りるという判断が性急に過ぎることが分かる。なぜなら、政策分析は必ずしも客観的に現実を把握しているものではなく、多様な現実の一つの側面を切り取っているからである。

第二に言えるのが、事実の社会的構成の問題である。これは、「事実」とされるものが社会的に構成されたものであるという、社会構成主

義的な立場から提示される。この立場からすれば、政策分析の成果、すなわち、EBPMが依拠するところの「エビデンス」もまた、社会的に構成された、一つの主張(argumentation)に過ぎない(Zittoun, 2014: 104-109)。このような社会構成主義の考えを基底にもつ政策分析の立場は「ポスト実証主義」と呼ばれ、政策決定の合理化を目指す議論を批判している(Fischer, 2003)。

このような立場をとった時に重要になるのが議論や物語、談話といった概念である。議論や言説を通じて、政策に関する現実認識され、何が問題であるかが同定され、何が適切な政策手段であるかが決まる(Majone, 1989=1998)。また、既存の政策理論の優位性が何によって保障されているのか——なぜEBPMが「正しいもの」として受け入れられているか————ということを考える上では、談話分析が有効である。

政策や政治をめぐることは、常に事態や物事をどう解釈するかをめぐる「談話的闘争」が行われている。特に、金融危機のような、国家の統治を脅かしかねないほどの巨大な危機に直面した時、それまで覇権的な地位を築いていた談話が危機に陥る。そのとき、新たなる言説が覇権を獲得するのか、あるいは、既存の談話が覇権を維持するのかをめぐる闘争は苛烈になる。その過程を見るのが談話分析である(清水2017)。

この知見を踏まえると、EBPMにおいて想定されている「エビデンス」の概念もまた、議論を経ることによって重要視される概念となってきたという見方が可能になる。最初に挙げた「エビデンスのヒエラルキー」が、公共政策の議論において受容された理由も、ヒエラルキーこそが正しかったからではない。ヒエラルキーこそが客観性を担保する切り札であるとする言説

が、医療以外の現場でも覇権を獲得できたからである。こうした見解にしたがえば、EBPMの言説がこれほどまでに強い力を政策過程の中で持つようになったのかといった点が考察の対象となる。

第三に言えるのが、医学と公共政策の類推でも取り上げた、「価値」の問題である。政策形成者への助言や、政策立案を補助する知識を創出するにあたって、社会的な価値を考慮に入れる必要がある。あるいは、そういった「主観」めいたものは、一切、助言に混入すべきではないという立場もありえる。しかし、政策分析やそれに関連する知識が完全に「客観」的なものではないということと、それが有効な地位を占める過程においても政治や権力が介在するというのは、上で見た通りである。

さらに、政策分析や助言に「価値」の要素を織り込まなければ意味がないとする積極的な立場もある。足立(1991: 3-5)は、政策が実現しようとする価値や目標に関する合意が達成されている場合には、「合理的」な政策案を導出できる政策分析が有効であるが、そのような場合はごく稀であると指摘する。我々は深刻な価値観をめぐる相克が遍在する社会に生きているのであって、政策の優先順位という決定的な問題を考慮する上では価値や規範の問題を考慮せざるを得なくなる。

ただしこのことは、ありとあらゆる政策問題に優先順位をつけることのできる、絶対的な理論が必要だということを意味しない。むしろ、政策規範の議論は、より説得的なレトリックを見出すことや、ある政策案が正当化される時、いかなる論理をもってそれがなされているかを分析する視座を提供する点にその特徴がある(佐野2010: 193)。

EBPMを正当化する規範的なレトリックは

「帰結主義」的なものである。それは、行為やルールのもたらす結果を最重要視し、政策の帰結に可能な限り目を向けるものであるとされる(同上: 77-79)。では、この立場はどれ程の妥当性を持ちうるだろうか。政策に投ずることのできる資源が切迫している状況下では、この立場をとることが合理的に思えるかもしれない。しかし、公共政策が人々のモラルや倫理、価値観にも影響を及ぼすことを考慮すれば、果たして帰結のみを考えてさえいればいいのか、という疑問が生じる(同上105-108)。

このように、価値や規範の視点は、EBPMが素朴に前提としていた社会観や価値観を明らかにすることができる。EBPMの議論や事例では多くの場合、学校の成績向上や公衆衛生の改善といった、目的そのものが論点になりにくいテーマが扱われる傾向にあり、EBPMの議論において価値や規範の問題が扱われることはあまりない。これは逆に言えば、EBPMはそういった目的を問うことなく、合理的な政策手法のみを提供するという立場をとっているということでもある。この論点は、EBPMと政治という大きな問題と関わっており、言うなれば政策過程の合理化に関わる。

4. 政策過程の合理化をめぐる考察

4.1 政策過程とEBPM

公共政策の立案と実施にあたって、政治との関係は非常に重要である。これは、大きく言えば、先に指摘したコンテキストの問題の一部であるが、中でも政治は、EBPMにとっても特に重要な論点である。

政策立案の合理化を目指すEBPMは、政策立案及び知識の創出やその活用における「脱政治化」を企図する動きである(Durose and Richardson, 2016: 24)。平たく言えば、EBPM

は「政治」政治家たちによる私益の追求や利害調整といった要素を排し、政策過程を合理化することを企図している。これは先に挙げた区分で言うところの、「政策過程の合理化」である。

しかし、実際にはEBPMの推進は各国とも強力な政府のイニシアティブあってこそ実現している。日本の場合、経済財政諮問会議の役割が不可欠であり、政府が関心を示していた統計改革とも不可分のものとしてEBPMが推進されてきた(小池・落2020)。オーストラリアの政治学者ブライアン・ヘッドは、EBPMが成立するには、科学的研究と専門家の実践に加え、政治的な判断が欠かせないと論じている(Head, 2008: 6)。

日本のEBPMについても、行政学者の小西敦は上からの強制によってなされていると指摘している(小西2020: 75)。これらの議論に鑑みれば、EBPM推進には政治のイニシアティブが欠かせないことが了解される。

また、政策研究と政策助言(Policy Advice)は密接に結びついて論じられてきた面もある(Wilson, 2006)。日本では政策助言に関する研究はまだそれ程多くはないが、研究と政治(政策)をいかにして繋ぐかという論点は、EBPMを今後も推進する上で欠かせない論点である。専門家の助言と政治の関係を考えた場合、一般的なモデルでは、政治と研究という二つのコミュニティが想定され、それぞれの考え方の違いやコンテキストを踏まえた上で、いかにしてお互いを繋ぐかというのが考究の対象となる(有本ほか2016: 8)。

しかし、一口に政策や専門家といっても、その内実は多様である。たとえば、政策分野によっては研究者の性質も異なるし、政策形成の在り方も異なっている(Smith and Haux, 2017: 147)。このような着眼点から政策を論じている

のが宗前清貞による政策評価論と政策類型論を組み合わせた研究である(宗前2001)。宗前は、政策に関連する政治アリーナの開放性(閉鎖性)や、インプットとアウトカムのタイムラグなどに着目して、政策によって望ましい評価の在り方が多様であることを指摘している(同上: 138)。

このように、公共政策学の知見は、EBPM論においてしばしば単純化される「政治」をより詳細に論じる理路を与えている。政策助言の仕組みをいかにして構築するかという、今後のEBPMの発展に不可欠な論点は、政策過程のモデルや知見なしには深めていくことは難しいだろう。同時に、EBPMにおいては、「どのような組織や制度がEBPMに適しているのか?」という、マネジメントに関する研究がそれ程多くないことを指摘しなければならない(Oliver, et al, 2014: 8)。この点において、公共政策学が培ってきた政策過程に関する知見が貢献できる余地は大きいと言える。これらの知見は、政治権力が政策に及ぼす影響を明らかにできる上、政策決定過程の非合理性をも把握する手掛かりを提供するからである。

しばしば、研究者は政策決定過程の非合理性を憎み、それを慨嘆する。この態度について、カレン・ボーゲンシュナイダーとトーマス・J・コルベットは、印象深い喩えで論じている。政策に影響を及ぼすことを志す研究者は二つの態度に出ることがある。それは、わずかでも非理性的な要素が政策に混入すれば、それだけで失望してしまうという「シンデレラ・コンプレックス」と、最初から研究が活用されることなどありえない、と諦め、政策に一切関与しない「スクルージ・コンプレックス」⁽²⁾と呼ばれる態度である(Bogensneider and Corbett, 2010: 52)。ボーゲンシュナイダーとコルベットは、

望ましい研究者の態度はその間にあると述べる。政策過程は決して完全に合理的ではないが、完全に非合理的でもないため、エビデンスは減多に活用されることはないかもしれないが、かといって全く活用される可能性が無いのかと言えばそうではない。過剰に期待もし過ぎず、かといって最初から政策へ関与することを諦めることもしないという態度がEBPMの推進においては求められていると言うのである。

このため、EBPM推進のためには、政策過程への深い理解が重要だとする見解がある(Cairney, 2016)。政策過程と研究には常にギャップが存在しているが、研究者の側が政策過程を理解して、適切なタイミング等を見計らうことで、助言が受け入れられやすくなることもありうる(杉谷2020a: 81-82)。このため、今後、EBPMが更なる進展を遂げるためには、公共政策学が提示する政策過程や政治への視座が必要になると言える。

しかし、これらの知見においてはあくまでも政治は、消極的なものとして扱われてきた。すなわち、「政治は政策立案に不可欠なので考慮に入れざるを得ない」というスタンスが通底しているのである。このような見解は、「政治」のもつポジティブな側面を見逃している点で不十分である。そこで次節では、公共政策学の議論の一つである「政策的思考」(政策型思考／政策思考)に注目した上で、政治とEBPMの関係について考察を進める。

4.2 政策的思考とEBPM

ここまで見てきたように、公共政策学は、政策に影響を及ぼす多様な要因に注目した議論を展開してきた。中でも重要な要因の一つが政治であることは既に指摘したが、関連する議論として「政策的思考」を挙げることができる。

先に挙げた足立幸男は、合理的な政策を「政治嫌悪の政策思考」が有効に機能しない理由を次の三点にわたって指摘している(足立1994: 27-53)。

- ①政策過程における政治の介在と政策実施において生じざるを得ない、立案された政策とのギャップ
- ②政策をめぐる価値観の多様性
- ③人間理性の限界＝不確実性の存在

このうち、①と②については既に検討した。したがって、ここでは③の問題について検討を加える。足立は、「政治嫌悪の政策思考」の問題点は、大きく分けて二つあると指摘する。そのうち一つが、いわゆる「計画思想」であり、もう一つが「テクノクラシーの招来」である。足立によれば、社会主義国の失敗にも明らかのように、人間が理性によって予測して適切な政策立案が可能になるという発想には致命的な欠陥がある。

社会計画思想にとりつかれた人は、すべてを計画から演繹しようとする。いっさいの行動を計画によって正当化し、計画のレンズを通してしか現実を見ないようになる。計画に基づいて現状を改造することに熱中するがあまり、現実をそのありのままの様相において観察することが困難になる。そのために、プログラムの実施のなかで得られた情報をフィードバックし、プログラムを現実にいっそう適合したものに修正するということができなくなってしまう。計画達成という至上目的のためにはどんな手段をとることも許されるといった、倒錯した心情に陥ることさえ、まれではない(同上:

36)。

この指摘は、社会計画によって全てをコントロールしようとする企てに反旗を翻した、フリードリヒ・ハイエクや、カール・ポパーといった論者らの研究を渉猟してなされたものである。

間宮陽介によれば、ハイエクの反計画主義の考えの背景には、人間が全知全能ではないという意味において、不完全な存在であるという前提がある(間宮2006:118)。人間は個性を伸ばさなければならないから自由でなければならないのではなく、無知だからこそ個人のことは個人に任せた方がいい。なぜなら、自分のことは自分が一番よく分かっている筈であり、個々人が創意工夫を凝らすことで、結果として社会にとっても望ましい帰結を生むからである(同上:119)。そこでハイエクが重視するのが慣習や伝統である。

これらの点を踏まえ、間宮はハイエクの自由論を「不在の体系」として活写する(同上:137)。ハイエクの自由思想は、常に「○○ではない」(人間は全知全能「ではない」)という諦念に近い発想で彩られている。一見すると空虚に見えるこの体系は、歴史の流れというふるいにかけられた慣習や伝統——それらは、不完全でありながらも人間が社会を維持することを可能にしてきた、個々人の創発や想像力の蓄積によって支えられている——によって、この上ない内実をもったものとして現実社会に表れている。

ところが、人間はこの「不在の体系」であるところの自由に満足できず、その間隙を「充溢の体系」と言うべき壮大な社会計画などによって埋めようとしてしまう(同上:138)。この時、人間は全知全能の存在ではないため、森羅万象

を完全にコントロールできないという戒めは打ち捨てられてしまう。ハイエクはそれを危惧したのだった。

こういった発想はポパーにも見られる。ポパーは、人間の行為をあらかじめ決められている決定論的に解釈する見解を「からくり時計」に喩え、それを批判した。ポパーの見立てでは、人間の行為はむしろ雲のようにつかみどころがなく、予測も困難なものである(薬師寺1989:15-17)。言うなれば、からくり時計をいじるような「アイアン・コントロール」ではなく、思想や説得といった、非物理的なものによって人々の行動を変えていくのが公共政策であり、それは「プラスチック・コントロール」と呼ばれるものに類する(同上:22)。

公共政策が依拠する政治もまた、からくり時計ではなく、雲と呼ぶべきものである。そこでの決定過程は、ほんやりとしたものであり、完全な予測ができない。この事実を無視して、深遠な社会計画を立案したとしても、それは失敗に終わる公算が高いのである。

人間が全知全能の存在ではないと考えたハイエクにせよ、社会システムの不確実性を強調したポパーにせよ、共通しているのは、人間理性には限界があるという洞察である。これらの見解は、今日のEBPMにとっても示唆的な側面がある。しかしながら、徹底した計画思想とEBPMには一定の距離があることも指摘しておかなければならない。

というのも、今日のEBPM論においては、かつての社会主義国に典型的に見られたような、包括的で長大な社会計画を立案しようとする意図はなく、むしろ個別の事業や目的、特定の政策分野における比較的限定された関心が多いからである。よって、EBPM論の中には、ガイダンス的な役割を果たすことさえ戒める議論

さえある(Caze and Colyvan, 2017: 11)。この点でEBPMは、比較的微視的なレベルでの合理性を目指していると考えられる。当然このことは、かつての政策科学の過度な合理主義への反省も踏まえられてのことであり、過剰に理想的で包括的な政策の合理化をEBPMは目指さないというのが、今までの試みとの違いの一つである。

とは言え、EBPMがかつての社会計画思想ほどに強烈な政治の「合理化」を推し進めるものではないにしても、政策過程の合理化を志向していることも事実である。EBPMの議論は、政治と「専門性」、あるいは「合理性」とのあいだにある緊張関係を意識し、後者に軍配をあげる発想であることは明らかである。EBPMにおいて「政治」はしばしば、邪魔ではあるが、論じざるを得ない厄介な代物として扱われてきた^③。少なくとも「政治」が公共政策に対して積極的な意義をもつとは考えられていないのである。

しかし、こういった「政治」観はいささか一面的に過ぎる。以下では、公共政策学における議論の一つである政策的思考についてレビューすることで、政治の積極的な意義を確認する。政策的思考に関して展開された議論は、政策を合理的に設計するという発想と、それだけでは不十分な政治との関係等を包括的に扱っており、EBPMにとっても示唆的な論点を提示している。

政策的思考に関しては、論者によって微妙にその内容や位置づけが異なっており、統一された明瞭な見解があるわけではない。ただ、先行研究の見解を踏まえると、政策的思考とは、社会的に要請されている合理性を追求しつつ、「可能性の技術」としての政治の在り方も踏まえた「構想力」や、社会の「価値」や「規範」を考

慮に入れて適切な政策をデザインするための思考の型である、とひとまずは言える(足立2005; 松下1991)。

では、EBPMにおいて忌避されがちな政治の問題は、政策的思考においてどのように扱われているのであろうか。足立は、社会には深刻な価値観の対立が常に内在することを指摘した上で、それらを平和的に処理することができる点に政治の必要性を認める(足立1994: 46-48)。

これに対して松下圭一は「政策型思考」の核心を「予測と調整」にあると捉え、政治の圧力がかかる「調整」に対しては、「予測」による選択肢の提示が必要であると指摘する(松下1991: 159)。そして、中長期的な政策目的は未来の模索、構想によってもたらされると述べる。松下にとっての「政策型思考」とは、一部のエリートだけが有するものではなく、広く市民が共有すべきものである。松下の認識では、専門性をもったテクノクラートでさえ、市民社会の成熟と市民の知識レベルの向上によってその優越性を失っていくとされており、政策評価もその基本は「政治評価」(専門性ではなく党派対立にもとづいたもの)であると規定される。松下にとっては、エビデンスのような個別政策の合理性を支えるものはあくまでも膨大な政策情報のうちの一つに過ぎない。むしろ、政策の科学化が進展しても、市民社会の成熟と政治への習熟と、構想力を欠いた状態では、現実の政策状況から政策研究がますますかけ離れていくと警鐘を鳴らしている(同上: 107)。

とはいえ、松下は決して専門性を軽視していた訳ではないことも確認しておきたい。彼の「政策型思考」においては、専門性に依拠した「予測」が枢要な地位を占めるものとして挙げられていたことから、これは明らかである。また、後房雄が指摘するように、松下にとって

重要だったのは「政策形成」ではなく「政策選択」であったという点も重要である(後2017: 21)。松下にとっての「政策型思考」とは、党派性とは決して無縁ではなく、むしろそれに支えられた評価を意識しつつ、市民文化との連携を保ちながら社会を構想するものであると、さしあたっては言うことができよう。

足立と松下の指摘はそれぞれ、合理的な政策の発想のみでは判断ができないという点と、実社会から乖離しかねない合理主義の行き過ぎの戒めや、政策判断の背後にある「党派性」の問題に目を向けることの重要性を指摘しており、楽観的なEBPM論を斥けるだけの十分な説得力がある。

こういった「政治」理解を更に推し進めて展開しているのが那須耕介である。那須は、「一元的な指揮命令系統にもとづく管理統制でも無原則的で場当たりの『状況』への適応でもない、内発的で有機的な分業の連関が生じる」(那須2005: 309)という、ボトムアップ一辺倒でもトップダウン一辺倒でもない、政治の像を描き出した上で、これが成立するには「政策過程への関与者たちのあいだで意思疎通と相互了解の基盤としてなんらかの統合的な自己了解が共有されてい」る必要があるとする(同上)。これに支えられた発想や判断の在り方が那須の規定する「政策的思考」である。

那須は、松下の議論を踏まえつつ、更にピーター・J・ステインバーガーの議論を援用することで、政策的思考の議論を深化させている。那須は、政策的思考を政治的思考の一種と捉え、「関係世界としての政治社会の創出と維持・更新をめがける政治的思考の一種」(同上: 337)として素描している。その重要な役割は「政治社会の自同性の更新や創造にかかわる作業」(同上: 331)におかれることとなる。更に那須は、

政策的思考には「内在の水準」(公共的問題の探求と提示)と「関係の水準」(政策が公共的機能をはたしうるための、目的・手段の具体的構想と批判的吟味)(同上: 338-339)があるとする。

EBPMの観点から言えば、ここで提示されている「関係の水準」という観点が重要である。そこでは、政策が公共的な統合機能をもつかどうかという点が焦点となり、「わたし達」としてのまとまりをいかに維持するかという論点に加え、人々が日常的に抱く違和感や漠然とした願望を素材にし、政治社会の在り方にいかにそれらを反映させるかという政策的構想力にかかる要素も存在するからである。これらを踏まえた時、「政治的思考」の「未来志向的な観点」(同上: 337)も重要となる。EBPMが「脱政治」を標榜して「政策過程の合理化」を目指す時にそぎ落とされてしまうのは、こういった政治的な構想力や、それによって支えられるはずの公共性や共同性の観点であろう。政治を合理的な問題解決を妨げる要因としか捉えられない場合には、EBPMを推進する論者らの意図とは別に、民主主義の棄損に加担してしまいかねないのである。

ここまでの議論をまとめると、「政策的思考」は、EBPMとの関わりで次のような論点を提供できる。まず、政策的思考が戒めてきた「政治嫌悪」の誤謬である。政治にしか解決できない問い(足立)、党派性が「科学的」な議論に隠蔽される可能性(松下)、そして、構想力を発揮しうる政治の排除による政策議論の空洞化(那須)が指摘される。政策的思考の観点は、「可能性の芸術」としての政治の潜在力を残しつつ、合理的な問題解決を民主社会において実装する手がかりを提供する。

要するに、EBPMが排除を企てる、利害調整に代表されるようなものにとどまらない要素を

政治に認めるのが、政策的思考のポイントの一つなのである。そこには、政策の構想力や想像力を創出する源泉がある。もちろん、正確なデータや研究に基づいた政策議論は必要であり、それによって革新的な政策が生まれる可能性も大いにある。しかし、価値観の転換も含めた政策を立案する上では、政治とのかかわりを考慮に入れながらも、構想力に富んだ発想が必要とされる(中道2014:148-151)。

ただし、だからといって政治を、いわゆる「いい面」と「悪い面」とに切り分け、「いい面」だけを活用することは現実には難しい上、理論的に好ましくもない。政治の目的を、「むき出しの暴力の噴出を何とか回避しようとする事」(足立2009:183)に求めるとするならば、取引や利益供与といった手法も、最悪の結果を免れるための一手法である。それにより、無用な分断が回避され、社会の連帯が強固なものになることがあるのを鑑みれば、調整としての政治の役割は重要なものだと言えよう。

同時に、私益のみを追求するだけで事足りるという、楽観的な見立てを額面通りに受け止める必要もない。公共心や公共的美徳といった要素を社会に根付かせることもまた必要であろう(同上:200-204)。このような営為を通ずることによって、政策形成にかかわる人々の政策的思考の在り方を改善していくことも目指されるべきなのである。

このように、政策的思考の議論は、合理的な問題解決を妨げる要因としてしばしばやり玉にあがる政治を多角的な視点から捉えなおす視点を提示していると言えよう。次節では、公共政策学の知見を更に発展させ、テクノクラシーの観点からEBPMをとらえ直し、新たな論点を提示する。

5. テクノクラシー論再考：計画批判から知識論へ

ここまでの議論で我々は、公共政策学に関する様々な要素について検討してきたとともに、政治を必ずしもネガティブなものとして捉えず、むしろ、その潜在力にも注目してきたことを確認した。これらを踏まえ、本章ではEBPMが内包するテクノクラシー的な側面——民主主義を軽視し、専門家による一元的な支配を肯定する要素——に関して考察する。

なぜ、知識創出とテクノクラシーをここで論じる必要があるのだろうか。それは、公共政策学が民主主義の改善を志向する学問であるからに他ならない。確かに、現行の民主主義の在り方については、「民意の近視眼性」をはじめとした問題が山積しており、手放しでそれを礼賛することは躊躇われる(足立2016:68)。

しかしながら、公共政策学は専門家をはじめとした一部のアクターに全ての決定を委ねるテクノクラシーを肯定してきたわけではない。だからこそ、市民の政策に関する知識や徳の涵養といったことも、公共政策学のミッションの一つとして論じられてきたのである(土山2018:86-88)。

医学と公共政策の類推でも指摘されてきたように、公共政策学においては、専門家が支配的な役割を果たすことに関して議論が積み重ねられてきた。そこでは、アクターとしての専門家が注目され、シンクタンクの果たす役割などが中心的な主題であった(秋吉ほか2015:30-32)。ここにおいては、「政策過程の合理化」の是非について議論が展開されてきたと言ってよい。

EBPMにおいても、アクターとしての助言機関や専門家に関して議論がなされてきた。この観点からすれば、問題となるのは政治体制、政

治システムにおいて、民意の入力を受け付けない仕組みが形成されることであろう(土佐2012: 291-300)。このような政治の在り方が、今日で用いられる「テクノクラシー」の内容だとひとまずは概括できる。

このような専門性の在り方——民意と隔絶して政策に影響を及ぼす機関や組織の存在——は、EBPMにとってはむしろ好ましいとさえ見られてきた。なぜなら、党派性から独立した機関や専門家による助言でなければ、エビデンスが歪んで解釈される恐れがあるからである。ここにおいて、民意を重視する民主主義の在り方と、専門性を重視する行政の理論の対立が生じる(Lentsch and Weingart, 2011; Thaa, 2013)。

この課題をいかにして解決するかは重要であるが、EBPMはこういった体制論にとどまらない論点を提供していることも注目しなければならない。それは、EBPM研究において重要な位置を占めている、科学論及び知識論である。

最近のEBPMの議論では、上述したヒエラルキーではなく、多様な社会科学の方法論を踏まえた上で、それぞれの特性を鑑みて政策に活用する理路が示されている(Stoker and Evans, 2016)。EBPMを推進するためには、こういった科学や方法論を政策に応用することが不可欠となるが、そこでは政策に役立つ研究を行うことが推奨される。実際、米英のEBPMの取り組みでも、研究機関の設立や支援などによって、政策に資する知識を創出する仕組みがつけられている(内山ほか2018; 津田・岡崎2018)。このように、EBPMは、政策に関する知識の創出そのものにも影響を及ぼしている。この論点は、公共政策学が従来、注目してきた「政策過程の合理化」だけでは十分に扱うことができない⁽⁴⁾。なぜなら、公共政策学においては、知識の創出をテクノクラシーと結びつける

議論よりは、計画⁽⁵⁾に対する批判が主となってきたからである⁽⁶⁾。

EBPMの推進は、政策や政治にかかわる研究の在り方そのものにも影響を与えうる。それは、社会が変動していく中で要請される知識の在り方も変わっていくこととも関連している(Lewis, 2003)。そのような変動する政策のニーズに対応して、研究支援を政府が選別して行うことは、政治体制そのものを支える知識の在り方に政治が介入することを意味する。踏み込んで言えば、EBPMは、知識や専門性の創出そのものを政策のニーズにあわせて統御するという、「政策に基づく証拠」の側面をも備えている⁽⁷⁾。

医学と政策の類推を再度、用いれば次のように言うことができよう。すなわち、政策に関する知識は、人体のような物体ではなく、社会や政治といった漠然としたものを扱う。あえて言うならば、「社会」という、捉え方が一様ではない「患者」を診察しようとする行為である。それは、「社会的なるもの」としか言いようがないものを、あらゆる方法論を動員して描出しようとする試みである。しかし、ここには一つの循環構造が潜んでいる。ある政策にまつわる知識が社会をあるかたちで素描するとき、社会はそのようなかたちで認識され、把握される。ある分析枠組みが、客観的に存在する社会の一側面を明らかにするのではなく、それそのものが社会をかたちづくっていくのである。これは、第三節で述べた、エビデンスの客観性をめぐる議論と軌を一にしている。

では、そのような知識は、どのようにして生まれるのだろうか。一般的に言えばそれは、研究者や学会によって形成される。しかし、今日の民主主義社会では、ある知識が政策に採用されるためには、単にアカデミズムで評価される

だけでは十分ではない。なぜなら、大衆化した現代社会において、市場メカニズムの洗礼を受けなければならないからである(佐伯1995b: 107-108)。この観点に従えば、専門家による支配、専門知による民主主義の圧迫という像は、一面的であることが分かる。なぜなら、既に知識や専門性は市場メカニズムという民主的なシステムの洗礼を受けた上で支配的な地位を築いているからである。そういった知識が支配的な地位を得ている根拠は、現実を忠実に反映しているからではない。そうではなく、どういった知識が「正しい」かをめぐる政治闘争、談話的闘争を通じて、その優位性が確立されると見るべきであろう(清水2017)。そして現在、その優位性を獲得しやすい、社会のニーズに適合している知識がハウツー的な知識なのである。

これらの議論を踏まえると、EBPMは、知識をめぐる社会のシステムの在り方そのものを変革しようとする企てだとも言える。医学と政策の決定的な違いは、その専門性の高さの有無や知識の確かさや価値の介在ではなく、その循環構造、再帰的な在り方にこそあると言わなければならない。換言すれば、政策が設定する問題の立て方や採用されるエビデンスの中身そのものが、問題を規定するという側面がある(杉谷2020a: 83-84)。EBPMのテクノクラシー的な側面は、単にあるアクターが強い力を持つということや、民主的な手続きを軽視するというだけではない。それは、政策的知識に介入することで、「現実」そのものの見方や議論の在り方に影響を及ぼすという、いわば「政策そのものの合理化」も、「政策過程の合理化」も超越した、「メタ的」なテクノクラシーを招来しかねないのである。

6. 結論と課題

6.1 まとめにかえて：EBPMの今後の展開に向けて

本論文は、EBPMと公共政策学の関係で、次の四つの点について論じてきた。

第一に、政策の合理化を目指す動きであるEBPMが考慮しなければならないコンテキストについて論じた。コンテキストを踏まえることで、どういった条件がEBPMを推進する上で阻害要因となるのか、あるいは、むしろそれを効果的なものにするのかといった点を考察することができるようになる。EBPMの観点から言えば、研究成果の蓄積だけでなく、政策デザイナーの力量も関係することも示唆した。

第二に、公共政策学が提供する、政策過程に関する知見がEBPMを実現する上でも示唆を与えるという点である。政策過程は往々にして非合理的で、専門家の意見を無視した決定がなされることがある。このような政策過程の性質を専門家側も理解しておくことが、EBPMの推進には不可欠なのである。

第三に指摘したのが、政策的思考とEBPMの関係である。EBPMにおいては、政治は乗り越えるべき障壁、ないしは理解した上でうまく付き合う対象であった。それに対して政策的思考が提供する視点は、政治がもつ構想力や、政治の機能である公共性の形成や錬磨など、EBPMが重視していない側面を政治に見出す視点である。そこには、政策が必要とする合理性と政治の論理にどう折り合いをつけるかという論点が潜んでいる。この点については、EBPMを推進するには、政治の強力な後押しが必要不可欠であるという厳然たる事実も関連している。

第四に述べたことは、EBPMが知識の活用だけでなく、創出にも影響を及ぼそうとしている

点である。このことを考慮に入れば、従来は政治体制論や参加論でテクノクラシーを掣肘しようとしてきた従来の政治理論の限界を見出すことができよう(杉谷2019)。知識が社会に受け入れられ、それを人々が受け入れた時、そこに権力やヘゲモニーが生じ、世界の在り方そのものに影響を及ぼすようになる(清水2020: 142-144)。EBPMは、このような知識の影響力を駆使しつつ、合意形成の在り方をも変革する潜在力をも秘めているのである。

以上の検討から明らかになったことは、EBPMの動きは、最初に挙げた「ヒエラルキー」にそぐわない議論は考慮しない路線は早々に放棄しているということである。「ヒエラルキー」はあくまでも、理想的なエビデンスの在り方を示しているのであって、それにのみ従って政策立案と政策決定を行うのは現実には困難であるという実務上の課題がまずある。加えて、社会という不確実性を伴った意思決定においても、多様なエビデンスを考慮に入れることが重要とされる(Montuschi, 2009)。その考慮は、単に科学的な妥当性だけでなく、民主主義の価値観も反映されたものでなければならないだろう。エビデンスの多義性と多様性を認めつつ、現実の政治の枠組みとどのようにして整合性を保つかが問われなければならない。

たとえば、民主主義のルールの一つである多数決や、政治的平等は、EBPMを阻害する要因だと考えられる(Young, 2011: 23-25)。こういったルールを無視していいわけではもちろんない。EBPMを推進する上では、これらの民主的統制と専門性の関係が問われることとなる。これらの点を考慮に入れた上で、知識の在り方に関しても思慮深い議論を心掛けなければ、EBPMの推進はテクノクラシーに加担するという誹りを免れないだろう。

本論文は、EBPMの推進にあたって公共政策学が貢献しうる点について検討を加え、EBPMの今後について考察した。公共政策学においては、EBPMの検討はそれ程盛んになされている訳ではなく、むしろ経済学分野での議論の深化が著しい。それらは優れた研究手法の開発や、新しい政策の知見の創出など、目覚ましい成果を挙げつつあるが、反面、一部のEBPMの議論は過度な楽観論に流れている傾向が見られる。公共政策学は、政策のリアリティをより詳細に把握するフレームワーク作りに励んできた。その知見はEBPM推進においても大いに活用されるべきであろう。

6.2 残された課題

本論文では、EBPMの具体的な取組みについては検討を加えることができなかった。したがって、公共政策学の理論が、実際のEBPMの推進や実践に対して、どのように貢献できるのかという点については、本論文が明らかにできたとは言い難い。実際のケースなどを分析対象として、議論を進めていく必要がある。今後の課題としたい。

付記および謝辞

本論文は、2020年11月13日に筆者が京都大学大学院人間・環境学研究科へ提出した博士論文の一部を構成するものとして執筆された原稿を基にしている。なお、投稿にあたっては、一つの独立した論文として成立させるため、大幅な改訂を行った。また、匿名の査読者から大変意義深い指摘を賜うことができ、内容を充実させることができた。この場を借りて感謝申し上げる。

注

- (1) これについては、政策に携わる人間の専門性が、医学に比して社会的に確立も認知もされていないということも関連している(Adachi, 2017)。
- (2) チャールズ・ディケンズの有名な小説、『クリスマス・キャロル』の登場人物であるスクルージに着想を得た言葉である。スクルージはあらゆる理想や綺麗事を嫌う冷酷無比な守銭奴である。政治に対する一切の理想を捨てたニヒリスティックな態度を、このスクルージの人生観に重ね合わせた言葉である。
- (3) この点は、日本におけるEBPMについての初めての体系的な著作である大橋弘編著(2020)の構成にも表れている。本書は、日本におけるEBPMの実装に携わった官僚と、それを支援してきた学者らによる編著であり、内容も極めて充実している。にもかかわらず、そこにはEBPMを可能ならしめる筈の権力を保持している「政治」についての記述がほとんど見られない。
- (4) 知識論と政策の関係について論じた例外的な研究が山川雄巳によるものである。山川は、政策研究の課題を二つに分ける。一つ目が政策課題に関する研究であり、二つ目が政策研究の理論的・方法論的な課題である(山川1993: 21)。一つ目の研究に関して山川が提示しているのが調査研究である。これは、EBPMの文脈でも指摘されている、統計整備などが該当するだろう(砂原2017)。二つ目の研究に関しては、価値や規範の問題と、因果論理を含めた実証的な側面があることを指摘する(山川1993: 29)。山川は、これらの政策研究の在り方を包括的に論じるフレームワークとして、ウェーバーやパーソンズといった社会学の視点を提示しているが、政策研究がどういった知識の創出に関わるかという観点を論じた数少ない視点だと言える。
- (5) 計画という言葉も多義的な意味合いをもつが、山川雄巳によれば、「〈計画〉」とは、一定の目的・目標体系との関連における組織的活動の最適統合化のために、活動の実施にさきだつてあらかじめ体系的に調整され設定された行動

指針の体系」だとされる(山川1980: 46)。

- (6) この点について、公共政策学では、「アイアン・コントロール」と対比し、「クラフト」(工芸)や「アート」(技芸)と評される政策の捉え方が提示されている(秋吉ほか2015: 19-20)。
- (7) 「政策に基づく証拠(Policy-based Evidence)」という言葉は、一般的には、EBPMを皮肉を込めて言い換えた用法として用いられる。その意味するところは、エビデンスを政治が都合よく解釈する、あるいは、既存の政策にあわせてエビデンスを取りそろえる、という事態である(大橋2020: 13; 金子2020: 35)。しかし、本論文がここで用いている用法はそれとは異なり、エビデンスもまた社会に埋め込まれたものであり、政策に適合するためにはそれにあわせた研究デザインや提示の仕方が必要になるということを示したものである(Strassheim and Kettunen, 2014)。

【参考文献】

(日本語)

- 秋吉貴雄(2013)「『科学技術イノベーション政策の科学』と公共政策学」『研究・技術・計画』第28巻1号、37-48頁。
- 秋吉貴雄・伊藤修一郎・北山俊哉(2015)『公共政策学の基礎 [新版]』有斐閣。
- 足立幸男(1991)『政策と価値：現代の政治哲学』ミネルヴァ書房。
- 足立幸男(1994)『公共政策学入門』有斐閣。
- 足立幸男(2003)「トランス・ディシプリンとしての公共政策学：その成立可能性と研究領域」足立幸男・森脇俊雅編著『公共政策学』ミネルヴァ書房、1-15頁。
- 足立幸男(2006)「公共政策デザインのためのガイドライン：公共選択と公共政策学の対話」『公共選択の研究』第47巻、77-81頁。
- 足立幸男(2009)『公共政策学とは何か』ミネルヴァ書房。
- 足立幸男(2016)「公共政策のデザイン・決定・実施・評価は民意に沿ったものでなければならないのか?」『公共政策研究』第16巻、59-72頁。

- 有本建夫・佐藤靖・松尾敬子(2016)『科学的助言：21世紀の科学技術と政策形成』東京大学出版会。
- 井伊雅子・五十嵐中・中村良太(2019)『新医療経済学：医療の費用と効果を考える』日本評論社。
- 後房雄(2017)「大衆社会論・構造改革論から政策型思考へ：公共政策研究への松下圭一の道」『公共政策研究』第17巻、6-23頁。
- 内山融・小林庸平・田口杜輔・小池孝英(2018)「英国におけるエビデンスに基づく性悪形成と日本への示唆：エビデンスの『需要』と『供給』に着目した分析」RIETI Policy Discussion Paper Series 18-P-018。
- 大橋弘(2020)「エビデンスを重視した政策立案が目指すものは何か」『会計検査資料』第653号、13-17頁。
- 大橋弘編著(2020)『EBPMの経済学：エビデンスを重視した政策立案』東京大学出版会。
- 金本良嗣(2020)「EBPMを政策形成の現場で役立たせるために」大橋弘編著『EBPMの経済学：エビデンスを重視した政策立案』東京大学出版会、1-41頁。
- 加納寛之・林岳彦・岸本充生(2020)「EBPMからEIPMへ：環境政策におけるエビデンスの総合的評価の必要性」『環境経済・政策研究』第13巻1号、77-81頁。
- 北川雄也(2020)「障害者政策におけるEBPM：雇用分野の事例を通じた考察」『同志社政策科学研究』第21巻2号、143-155頁。
- 岸本寛史(2018)『迷走する緩和ケア：エビデンスに潜む罠』誠信書房。
- 木下貴文(2005)「政策学の自己像の再定位を目指して：政策学はどのような状況の下におかれ、どのように構想されてきたのか」足立幸男編著『政策学的思考とは何か：公共政策学原論の試み』勁草書房、25-51頁。
- 小池拓自・落美都里(2020)「我が国におけるEBPMの取組」『EBPM(証拠に基づく政策形成)の取組と課題 総合調査報告書』国立国会図書館発行、9-35頁。
- 佐伯啓思(1995a)『イデオロギー／脱イデオロギー』岩波書店。
- 佐伯啓思(1995b)『現代社会論：市場社会のイデオロギー』講談社(原著は『産業文明とポスト・モダン』(筑摩書房)1989年刊)。
- 佐伯啓思(2020)『近代の虚妄：現代文明論序説』東洋経済新報社。
- 佐野亘(2005)「範型としての問題解決型思考」足立幸男編著『政策学的思考とは何か』勁草書房、87-128頁。
- 佐野亘(2010)『公共政策規範』ミネルヴァ書房。
- 佐野亘(2018)「文脈」石橋章市朗・佐野亘・土山希美枝・南島和久『公共政策学』ミネルヴァ書房、261-282頁。
- 清水習(2017)「ラクロリアン談話分析の視座と射程：英国財政危機談話を事例に」『同志社政策科学研究』第18巻2号、27-40頁。
- 清水習(2020)「現代経済学のイデオロギー・クリティック」佐伯啓思監修『ひらく』第三号、A&F、135-144頁。
- 新藤宗幸(2020)『概説 日本の公共政策 第2版』東京大学出版会。
- 杉谷和哉(2019)「共生社会と民主主義についての試論：共生社会に資する政治的ダイナミズムの提示」『共生社会システム研究』第13巻1号、78-97頁。
- 杉谷和哉(2020a)「『エビデンスに基づく政策』における政策過程論とガバナンス論の検討：ポール・ケアーニーとジャスティン・パークハーストの議論を通じて」『社会システム研究』第23号、77-92頁。
- 杉谷和哉(2020b)「エビデンスに基づく政策における責任論の再考：医療・教育学のエビデンス論を参考に」『医療福祉政策研究』第3巻1号、85-100頁。
- 砂原庸介(2017)「公共政策と統計：証拠に基づく政策をめぐる」御厨貴編著『公共政策』放送大学教育振興会、187-201頁。
- 宗前清貞(2001)「政策評価と政策類型：地方政府の政治過程における評価機能」『公共政策研究』第1巻、127-140頁。
- 高崎滋之・能瀬昂介(2019)「地方自治体におけるEBPM導入に向けた調査研究」、一般社団法人

- 日本経済研究所 研究員レポート。
- 高橋克紀 (2019) 『政策実施論の再起動』 デザインエッグ社。
- 津田 広和・岡崎 康平 (2018) 「米国における Evidence-based Policymaking (EBPM) の動向」 RIETI Policy Discussion Paper Series 18-P-016。
- 土山希美枝 (2018) 「市民」石橋章市朗・佐野亘・土山希美枝・南島和久編著『公共政策学』ミネルヴァ書房、65-89頁。
- 土佐弘之 (2012) 『野生のデモクラシー：不正義に抗する政治について』 青土社。
- 中道寿一 (2014) 『未来をデザインする政策構想の政治学』 福村出版。
- 南島和久 (2018) 「評価」石橋章市朗・佐野亘・土山希美枝・南島和久編著『公共政策学』ミネルヴァ書房、185-209頁。
- 那須耕介 (2005) 「政治的思考という祖型：政策的思考はどこから出てくるのか」 足立幸男編著『政策学的思考とは何か』勁草書房、297-346頁。
- 南郷栄秀 (2017) 「Evidence-based medicine：診療現場でのプロブレムの解決法」『日本内科学会雑誌』第106巻12号、2545-2551頁。
- 橋本圭多 (2017) 『公共部門における評価と統制』 晃洋書房。
- 松下圭一 (1991) 『政策型思考と政治』 東京大学出版会。
- 松田亮三 (2019) 「医療福祉政策研究への多様な接近：展望」『医療福祉政策研究』第2巻1号、3-14頁。
- 間宮陽介 (2006) 『増補 ケインズとハイエク：＜自由＞の変容』 筑摩書房。
- 薬師寺泰蔵 (1989) 『公共政策』 東京大学出版会。
- 山川雄巳 (1980) 『政策過程論』 蒼林社。
- 山川雄巳 (1993) 『政策とリーダーシップ』 関西大学出版部。
- 山名一史 (2017) 「『エビデンスに基づく政策形成』とは何か」『ファイナンス』53巻5号、76-84頁。
- (英語)
- Adachi, Y (2017) “The Policy Analysis Profession”, Brans, M and Geva-May, I and Howlett, M edit, *Routledge Handbook of Comparative Policy Analysis*, Routledge, pp.27-42.
- Bogenschnieder, K and Corbett, T (2010) *Evidence-Based Policymaking: Insights from Policy-Minded Researchers and Research-Minded Policymakers*, Routledge.
- Boston, J (2017) *Governing for the Future: Designing Democratic Institutions for a Better Tomorrow*, Emerald.
- Cairney, P (2016) *The Politics of Evidence-Based Policy Making*, Palgrave Macmillan.
- Cairney, P (2019) “Evidence and Policy Making”, Boaz, A et al edit, *What Works Now?: Evidence-Informed Policy and Practice*, Policy Press, pp.21-40.
- Cartwright, N and Hardie, J (2012) *Evidence-Based Policy: A Practical Guide To Doing It Better*, Oxford University Press.
- Caze, A.L and Colyvan, M (2017) “A Challenge for Evidence-Based Policy”, *Axiomathes*, Vol.27, pp.1-13.
- Clarence, E “Technocracy Reinvented: The New Evidence Based Policy Movement”, *Public Policy Administration*, Vol.17, No.3, pp.1-11.
- Durose, C and Richardson, L (2016) *Designing Public Policy for Co-Production: Theory, Practice and Change*, Policy Press.
- Fishcer, F (2003) *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices*, Oxford University Press.
- Grundmann, R and Stehr, N (2012) *The Power of Scientific Knowledge: From Research to Public Policy*, Cambridge University Press.
- Hammersley, M (2013) *The Myth of Research-Based Policy & Practice*, SAGE Press.
- Head, B (2008) “Three Lenses of Evidence-Based Policy”, *The Australian Journal of Public Administration*, Vol.67, No.1, pp.1-11.
- Head, B (2015) “Toward More “Evidence-Informed Policy Making?”, *Public Administration*

- Review*, Vol.76, Issue.3, pp.472-484.
- Howlett, M (2007) "Policy Analytical Capacity as a Source of Policy Failure", Workshop on Policy Failure Annual Meeting of the Canadian Policial Science Association.
- Howlett, M (2009) "Policy Analytical Capacity and Evidence-Based Policy Making: Lessons from Canada", *Canadian Public Administration*, Vol.52, Issue.2, pp.153-175.
- Lentsch, J and Weingart, P (2011) "Introduction: The Quest for Quality as a Challenge to Scientific Policy Advice: An Overdue Debate?", Lentsch, J and Weingart, P edit, *The Politics of Scientific Advice: Institutional Design for Quality Assurance*, Cambridge University Press, pp.3-18.
- Lewis, J.M (2003) "Evidence Based Policy: A Technocratic Wish in a Political World", Lin,V and Gibson, B edit, *Evidence-based Health Policy: Problems and Possibilities*, Oxford University Press, pp.250-259.
- Marchi, G.D and Lucertini, G and Tsoukiàs, A (2016) "From Evidence-based Policy Making to Policy Analytics", *Annals of Operation Research*, Vol.236, pp.15-38.
- Majone, G (1989=1998) *Evidence, Argument, and Persuasion in the Policy Process*, Yale University Press. (今村都南雄訳『政策過程論の視座：政策分析と議論』三嶺書房)
- Montuschi, E (2009) "Questions of Evidence in Evidence-Based Policy", *Axiomathes*, Vol.19, pp.425-439.
- Oliver, K and Lorenc, T and Innvær (2014) "New Directions in Evidence-based Policy Research: A Critical Analysis of the Literature", *Health Research Policy and Systems*, 12:34.
- Smith, K and Haux, T (2017) "Evidence-based Policy-making", Greve, B edit, *Handbook of Social Policy Evaluation*, Edward Elgar, pp.141-160.
- Stoker, G and Evans, M (2016) "Evidence-based Policy Making and Social Science", Stoker, G and Evans, M edit, *Evidence-based Policy Making in the Social Sciences: Methods that Matter*, Policy Press, pp.15-27.
- Strassheim, H and Kettunen, P (2014) "When Does Evidence-based Policy Turn into Policy-based Evidence?: Configurations, Contexts and Mechanisms", *Evidence & Policy*, Vol.10, No.2, Policy Press, pp.259-277.
- Thaa, W (2013) "Deliberating Experts Versus Political Representation", Brooks, S and Stasiak, D and Zyro, T edit, *Policy Expertise in Contemporary Democracies*, ASHGATE, pp.57-67.
- Wilson, R (2006) "Policy Analysis as Policy Advice", Moran, M and Rein, M and Goodin, R edit, *The Oxford Handbook of Public Policy*, Oxford University Press, pp.152-168.
- Young, S (2011) "Evidence of Democracy?: The Relationship Between Evidence-Based Policy and Democratic Government", *Journal of Public Administration and Policy Research*, Vol.3, Issue1, pp.19-27.
- Zittoun, P (2014) *The Political Process of Policy Making: A Pragmatic Approach to Public Policy*, Palgrave Macmillan.

マタニティケアにおける継続ケアとは何か？ —妊産婦ケアにおける継続ケア強化に向けて— What is Continuous Care in Maternity Care? — Strengthening continuity in the maternity care system —

金森京子(立命館大学大学院 博士後期課程)
Kyoko Kanamori (Ritsumeikan University)

抄録：本研究では、医療や介護福祉など幅広い分野の文献を検討し、妊産婦ケアにおける継続ケアの構成要素を明確にするとともに継続ケアの主要概念を構築した。「継続ケア」とは、サービスの質が切れ目なく保持され、対象の権利やニーズを保障することを目的とする。そのために、①ケアの提供者・提供体制、②ケアの期間、③対象者中心主義、④連携、⑤対象者と家族・コミュニティ、⑥パートナーシップの6つの要素が必要となる。これらの構成要素がバランスよく作用し合い目的が達成された時、対象へのアウトカムは有益となることが期待できる」と言うものであった。

また、マタニティケアの特徴として、助産師主導の継続ケアを受けた女性と助産師の間には対人関係の継続性が強く、それが切れ目なく繋がっているという特徴があった。

キーワード：継続ケア、ケアの質の保障、マタニティケア、助産師、システムの安全性

Keywords：Continuous care, Guarantee of quality of care, Maternity care, Midwife, System safety

諸言

継続支援、継続教育、継続雇用、継続医療、継続看護など、さまざまな場面で「継続～」という言葉が使用される。時には「継続的～」や「～の継続性」と表現される場合もある。

国際助産師連盟(International Confederation of Midwives、以後ICMという)⁽¹⁾は、助産ケアの理念とモデルの基本文書を公表している⁽²⁾。原著によると「助産ケアは本来、総体的および継続的なケアであり、女性の社会的・情緒的・文化的・霊的・心理的・身体的経験の理解に基づいている」と記している(引用者傍点)。

また、ICMによる助産実践に必須のコンピテンシー(Essential Competencies for Midwifery Practice)の枠組みでは、相互に関係する4つのカテゴリーが構成されており⁽³⁾、例えばその1つのカテゴリーに「女性と新生児に対する継続的なケアに特有のコンピテンシー」を示し(引用者傍点)、「このカテゴリーのコンピテンシーは、母親と児の継続的なヘルスアセスメント、健康教育、母乳育児の支援、合併症の発見、家族計画についての情報提供や支援に関する能力である」(ICM 2019)と解説している。このように「継続ケア」は、助産師の行うケアサービス

(受理日：2020年12月27日)

において国際的に求められる必須能力として示されている。

また世界保健機関(WHO)も、妊産婦のケアとして「継続ケア」を重要視している。1996年に発行された『WHOの59カ条 お産のケア実践ガイド』(原著、Care in normal birth: a practical guide)には、妊産婦にとって明らかに有効で役立つ・推奨されるべきこととして項目の8番目に「出産中、ケアの提供者が温かく〔産婦を〕サポートすること」(WHO 1996, 戸田訳 1997: 25)が明記されている。サポートに関する註には、「前もって産婦をよく知っている場合には、産婦の希望やニーズがわかりやすいので、妊娠中から関わりをもっていく事も大切なことである」(WHO 1996, 戸田訳 1997: 27)と記している。またWHOは2018年に『WHO推奨ポジティブな出産体験のための分娩期ケア—母子のより良い健康と幸せのためのケア変革』(原著、WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience)において、「分娩期に必須のケアについて、新規および既存の世界保健機関(World Health Organization: WHO)の推奨項目をまとめた、最新の包括的で統合的なガイドライン」⁽⁴⁾(WHO 2018, 飯村ほか訳 2019: 1)を発表した。はじめには、「出産プロセスの医療化が続くと、産婦自身の出産の能力が損なわれ、出産体験に悪影響を及ぼす傾向がある」(WHO 2018, 飯村ほか訳 2019: 1)とも述べ、全世界に妊娠から分娩全期にわたる「継続ケア」を推奨すると発信している^(5, 6)。具体的には、「助産師制度が機能している環境においては、助産師による継続ケアモデル(女性がすでに知っていて信頼している一人、または少人数の助産師から、妊娠期・出産・産後を通してケアを受けること)を妊産婦へ提供することが推奨される」(WHO

2018, 飯村ほか訳 2019: 4)と広く呼びかけている。このケアモデルをWHOは助産師主導の継続ケアモデル(Midwife-led continuity-of-care models, 略称MLCC)と呼んでいる。

このように妊産婦への継続ケアが重視される中で、次に、日本における周産期医療の現状は継続ケアへとシフトしつつあるのかどうか観てみたい。昨今、日本の周産期医療では、地域の中核病院が分娩の取り扱いを中止・縮小し、産婦人科を標榜する診療所は廃業や分娩の取り扱いを中止するなど、全国的に出産場所が減少する傾向にある⁽⁷⁾。社会全般ではとりわけ人びとのライフスタイルの変化に伴う単身者の増加や、晩婚化・晩産化・少子化傾向が注目されるが、それだけが理由ではない。日本産科婦人科学会は、2014年12月に「お産に携わる分娩(ぶんべん)施設の産婦人科医(分娩医)が2024年に26府県で減少する試算を発表し」⁽⁸⁾、同学会と日本産婦人科医会は『わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言』を出している⁽⁹⁾(日本産婦人科学会, 日本産科婦人科医会 2014)。これまで指摘されてきた産科医師特有の過重労働や医療訴訟の高いリスク等に加え、「2010年度から適応された医師臨床研修制度の見直しにより、産婦人科が必修科からはずれて選択必修となった」(同学会, 同医会 2014: 2)ことに関連して学会員数が減少し、「都道府県別の人口当たりの新規産婦人科専攻医数には明らかな地域格差」(同学会, 同医会 2014: 2)が生じている。また産婦人科医の性別年齢別構成が変化し、女性医師では30歳代40歳代の若手の割合が50%以上を占め、「男性医師では40歳以降は産科診療所勤務及び分娩を扱わない施設に勤務する医師が増加する」(同学会, 同医会 2014: 2-3)傾向にある。このような影響を受けますます分娩医の不足や偏在は慢性的となり、24時間体制の医

療サービスの提供が求められる現場において、相次いで分娩取り扱い施設が閉鎖されてきた。加えて、周産期に関わる医師らと共に働く助産師もまた、産科の閉鎖や縮小に伴い部署や職場の異動を余儀なくされ、地域で開業する助産師からも嘱託医や嘱託医療機関との連携契約の継続や新規契約の締結が難しくなっている。2024年には医師の働き方改革の法制化を控えているが、妊産婦らが出産できる分娩施設はおのずと限定されることとなり、ますます出産に関する選択肢に制限が掛る状況である。世界的に妊産婦への継続ケアが推奨されていても、周産期医療を提供する側にもさまざまな問題や課題があり、わが国では直面する課題に隠れて二義的となっている。しかし対人援助活動において時や場所を選ばずどのような状況にあっても、対象が継続的に一定の支援を受けられるシステムの構築は重要である。なぜなら、継続ケアは対象の心理的な安心感を高めるだけでなく、出産の安全性にも繋がっているからである。

後述するように、医療一般についてのケアの継続性については、アメリカ家庭医アカデミー(American Academy of Family Physicians: 以後AAFP)によって検討されてきたが⁽¹⁰⁾、その継続ケア概念をそのままマタニティケア領域で使うことはできない。マタニティケアには独自の特徴があるからである。とは言え、マタニティケアにおける継続ケアの定義は必ずしも明確ではない。主要学会の用語集をみても継続ケアを示す定義や概念が記載されていない(日本助産学会 2018)(看護科学学会 2005)。つまり、マタニティケアにおける継続ケアを可能とするシステムを考える基礎が、未だ不明確なのである。そこで、「継続ケアとは何か」について概観し整理することとした。

本論文では継続ケアの構築に向けて、マタニ

ティケア場面における継続ケア概念を整理し、その特徴を明確にすることを目的とする。その方法として、医療や福祉系の専門書や先行研究などの論文・助産基礎教育のテキスト・日本助産学会のガイドライン等を手掛かりに、医療や福祉の対人援助活動に共通する「継続ケア」や「ケアの継続性」がどのようにとらえられるのかを概観し、継続ケアの構成要素を明確にすると共に主要概念を構築する。

論文の構成は次の通りである。第1章 対人援助活動における継続ケアでは、第1節で助産ケアの分業化に関する歴史的背景を概説した上で、第2節で広く一般的な継続ケアの構成要素を整理し、第3節で継続ケアシステムの主要概念を構築する。次に第2章 助産における継続ケア論では、第1節でマタニティケアに焦点を当て、より具体的に構成要素を検討しその特徴を捉える。第2節では、これまでに明らかにされている継続ケアによるアウトカムを確認する。結語では、第1章と第2章の議論を振り返り、継続ケアの構成要素における「連携」について踏み込んだ検討を展開し、今日わが国においてマタニティケア場面の継続ケアに求められる研究課題を示す。

第1章 対人援助活動における継続ケア

本章では、今日、マタニティケアにおいて継続ケアがとりわけ重視されるようになった課題設定を説明するため、まず第1節で日本の妊産婦ケアの歴史的背景を振り返り、どのような変化があったのかを確認する。その上で、次の第2節でさまざまな分野・領域に共通する継続ケアの要素を整理し、第3節で一般論としての継続ケア概念を構築する。

第1節 助産ケアの分業化への歴史的背景

かつての助産師⁽¹¹⁾は、遡ること明治時代から医制において法制化された職業人として、国家政策の中でその役割を果たしてきた。しかし、1945年の敗戦を機に助産師による妊産婦への継続的なケアの必要性が軽視されてきた。ここでは、近年再び継続ケアが重視されるようになった課題設定の背景として、1960年頃を境にお産が安全主義ならびに合理化優位へと転換した歴史的変化について概説しておきたい。

我が国の出産環境は、戦後改革、それに続く科学技術の発展、高度経済成長とともに急激な変化を遂げてきた(藤田 1979)(松岡 1991)。その変化を特徴づける社会現象として3つの事が挙げられる。第1は出産場所の施設化、第2はケアの分業化、第3は出産の医療化である。

第1の出産場所の施設化では、出産場所が妊産婦の生活している自宅などから病院、診療所、助産所あるいは母子健康センターへと代わって行った(母子保健事業団 2019: 48)(中山 2001)。それにはGHQ⁽¹²⁾に組織されていたPHW⁽¹³⁾の指導が大きく関与している(大林 1997)。戦後15年を経てわずか20年間のうちに、“不衛生”という理由で家庭分娩をやめ、出産する場所が都市部から非都市部へと順に自宅から施設へ移行し、そして急速にそれが全国へと広がっていった(松岡 1991)。多くの出産にまつわる史料や統計資料・現代史等の書籍からも伺えるように、「日本全国の乳児死亡率の地域格差の是正、周産期死亡率や妊産婦死亡率の低減を政策課題として」(白井 2016, 中山: 163)、人びとの暮らしの中にあった出産は家庭からその姿を消し、病院・診療所・助産所⁽¹⁴⁾などの医療施設に取り込まれていった。1975年には、分娩の91.1%が病院あるいは診療所の医師主導で扱われるようになった(Birth International

1990)。

第2には、児童福祉や母子保健の法制化と出産場所の施設化に伴うケアの分業化である。病院や診療所において医師、助産師、看護師、その他の人びと等により妊産婦のケアが分業化され、医療・保健システムの中では妊婦健康診査は外来担当医、地域生活での保健相談や健康教育は行政保健師・院内では助産師、分娩介助は医療施設の医師と助産師(看護師)、産後入院中のケアなどは看護師・助産師、退院後の乳幼児健診は保健所や保健センター等で初めて会う医師や保健師らにより行われるようになった。「現行の産前ケアは、提供する側の都合に合わせてつくられたものである。このことは、産前、出産時、産後に提供されるケアに継続性がないことから一目瞭然である。医療施設ではこれら三つの期間を通じてケア提供者が頻繁に代わり、保管されるカルテすら代わってしまうことも少なくない」(Wagner 1994, 井上ほか監訳 2002: 83)と言われており、分業化は現在の医療体制の原形となっている。

第3には、出産の医療化⁽¹⁵⁾である。出産は生理的経過とその逸脱とが表裏一体な一面があり、時として緊急を要する事がある。どこで出産するかは任意であったが、医療施設は緊急時に対応ができる体制になっていたため自然と施設へと産み場所が誘導されていった。初めは器具や薬などは妊産婦の状況に合わせて使用され、事前に医療処置をすることは非常に少なかった。しかし、「平時・緊急時に関わらず医療的処置(医療機器の使用、医薬品の投与、会陰切開と縫合手術など)が用いられ、その処置は出産前から行われる場合が少なくなかった」(中山 2001: 354)。ある聞き取り調査から中山は次のように語り部の言葉を引用している。「まだ生まれる兆候がないのに、病院から来て

下さいと指示された。病院に行くと点滴(促進剤)を打たれ、3時間で子どもは生まれた。休日になると先生が休むので、それで早く産ませたようだ」と(中山 2001: 335)。上述のような事象から、藤田は、明治初頭「第一次お産革命の担い手が、女性であったのに対し、第二次お産革命の主役は男性医師である。(引用者中略)1960年代以降をもって、「第二次お産革命の時代」と言うべきであろう」(藤田 1979: 142)と述べている。

このように1960年代前後から、①出産場所の施設化、②ケアの分業化、③出産の医療化が生じ現在に至っている。それ以前は多くの妊産婦は妊娠中から出産、産後の子育て期に亘り、生活の場で産婆・助産師から継続的なケアを受け、家族をも含めた保健・福祉を提供されてきたが(Birth International 1990)、そこへ医師が関与するようになり、多くの職種が関わるようになった。高度経済成長期ならびに科学技術・医療技術の進歩と相まって出産が施設内で行われるようになったのは、生理的経過の逸脱や異常時の対応において医療的処置までの時間短縮やマンパワーの確保、高度医療設備や医療技術の提供体制、妊産婦の療養と看護などの面で有益であったからである。しかし、出産場所の施設化は安全性と効率化を引き換えにして、施設内の医療体制によりケアを分断させることや(土江田 2003)、産後一週間程度の短い入院期間のうちに、母子への産後ケアを終結させることも同時に引き受けることとなったのである。

日本に見る以上のような傾向は、1960年代から70年代にかけて、西欧諸国、北米、豪州、ニューシールランドなど世界においても、同じ様な傾向がみられた(Rooks 2000)。自宅分娩か施設内分娩かそれぞれについての議論はあるが、

ここでは「継続ケア」そのことに焦点をあて、次の第2節では継続ケアシステムの構成要素について考察する。

第2節 ケアの質の保障と継続ケアの構成要素

「継続ケア」については医療・福祉のさまざまな場面で議論があるが、サービス提供システムの多様な要素間において、対象の整然とした中断されない動きを伴うプロセスとして理解される(Bachrach 1987)。構成要素を見つける手掛かりとした医療や福祉系の専門書や先行研究などの論文・助産基礎教育のテキスト・日本助産学会のガイドラインなどを整理したところ、図1に示した6つの要素が抽出された。

ここでは、広く対人援助サービスを業とする一般医療、助産、在宅医療・在宅看護、介護・福祉などの関連分野・領域に注目し、継続ケアを成立させるための6つの構成要素を図の中央から上へ、そして右回りの順に概説し考察を加える。具体的には、ケアサービスの目的であるケアの質の保障を継続ケアの中心に据え、①ケアの提供者・提供体制、②ケアの期間、③対象者中心主義、④連携、⑤対象者と家族・コミュニティ、⑥パートナーシップの順である。継続ケアの構成要素はそれぞれが独立して機能しているのではなく、構成要素同士が互いに作用し合いながら、ケアの質を保障している。これらを踏まえた上で、次の第3節では、継続ケアシステムの主要概念を提示する。

まず、Gullifordらは医療における「ケアの継続性」について2つの見方を提示している。1つは継続的なケア関係としての継続ケア、もう1つは切れ目のないサービスとしての継続ケアである(Gulliford, et. al 2006)。

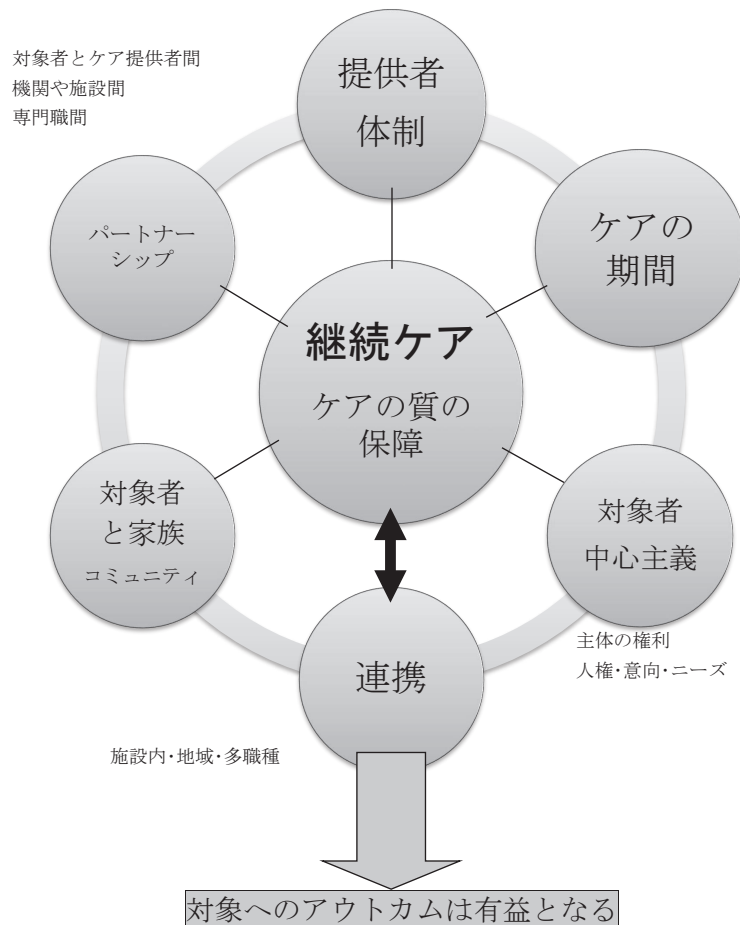


図1 継続ケアサービスの提供システムに関連する構成要素とアウトカム

■提供者・体制

AAFPは、継続的なケア関係としての継続ケアについて「ケアの継続性は、長期にわたる個々の患者と医師とのケアの質に関係しており、患者とその医師主導のケアチームが協力して、高品質で費用対効果の高い医療という共通の目的に向けた継続的なヘルスケア管理に関与するプロセスである」⁽¹⁶⁾と定義している。Gullifordらはこの定義を引用して、「ケアの継続性は長期にわたる個々の患者と医師との関係の特徴づけるものである」(Gulliford, et. al 2006: 248)としている。このように、患者を独りの専

門家あるいは複数人の専門スタッフにより継続的に医療がなされることで、ケアの質が低下しないよう保障している。ケアの質が低下しないように保障することは、対象の権利や意思・ニーズを保護し守ることであり、継続ケアの重要な目的である。したがって「継続ケア」を語る上で「ケアの質の保障」は中心に位置付けられる。その上でケアの提供者や提供体制は、ケアの質を低下させない為の一つの構成要素と言える。

切れ目のないサービスとしての継続ケアについては、「さまざまなケア環境間やさまざまな

スタッフメンバー間の、調整とまとまりの程度に関係する」(Gulliford, et. al 2006: 249)。つまり、一人の患者や利用者に対して、外来・病棟・在宅あるいは施設間などのように療養の場が異なっていたとしても、また、医療・福祉の専門職である医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員(ケアマネージャー)などのように関わるケア提供者が異なっていたとしても、患者や利用者の医療やケアニーズを引き継ぎ、連携と一貫性により中断することのないサービスとして継続ケアを捉えることができる、ということである(Shortell 1976)。これは医療から福祉、福祉から医療へと行き来する広範囲のケアの「提供者・提供体制」、さらには「ケアの期間」という時間軸の広がり、さまざまな分野・領域の専門家、すなわち多職種の「連携」も構成要素に加える。

さまざまな分野・領域の多職種が患者や利用者に関わる事になると、その連携において責任が問われることがある。プライマリ・ケアの5つの理念⁽¹⁷⁾の一つに、責任性(Accountability)があるが、このことについては「連携」の項で触れることとする。

■ケアの期間

ケアはある一定期間を通じて行われるのが一般的である。また、切れ目のない継続的な治療やケアの効果は、一時点で評価するよりも複数の時点で評価する方が評価するための情報が蓄積され、より正確に評価ができるという点にケアの期間としての特徴がある。継続していると、例えば過去から現在へはその状態の変化に気付くことができ、また現在から未来へは今の状態が今後どのように変化するか予測できる。これらの変化の気付きや予測は、現在の治療やケアをどうすべきかを判断する材料にもなる。

またケアが長期に亘ることで対象者と提供者の間で関係性を築くことができているため、初めて出会った時よりも対象への理解が深まり、一からの情報収集や情報提供をする時間的ロスや労力は低減される。このようにケアの継続性は、一時点だけでなく長期的に線や面で対象を把握できるため、理論的に考えても医療やケアを安全に遂行する効果を生み出すことが期待できる。

■対象者中心主義

継続ケアに関する重要な指摘として患者中心の関わりがある。ケアの継続性は、米国医学研究所(Institute of Medicine)が患者中心主義(Patient-centered)と説明している質の側面に特に関係している(Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001)(米国医学研究所訳 2002)。同研究所の報告書は、医療過誤の経験から医療の質を患者側から考えており、「患者が経験した継続性は、それ自体正しく評価されるべき結果である」(Gulliford, et. al 2006: 250)としている。

医療分野における患者中心主義Patient-centeredという概念から、助産領域では女性中心主義Women-centeredという言葉を考えることができる。1985年には、WHOの『出産科学技術についての勧告』に3つの原則⁽¹⁸⁾に基づく勧告が出され採決されている。原則の一つは、あらゆる面においてケアの中心的役割を演じているのは女性であり、女性中心にケアを提供していくこと、つまり、Women-Centered Care(以降、WCC)の概念が提示された。WCCの概念の特徴は、①尊重、②安全、③ホリスティック、④パートナーシップの4つの属性で構成されており、「これまでの医療や健康に関するシステムおよび政策の中で、男性又は医療者が主体である現在の医療に対する反省に基づき、それへ

の变革を求める挑戦であり、女性が主体であることへの転換を意図」(堀内 2017: 34)している。患者中心主義と女性中心主義とではその概念が作られた背景は異なるが、両者は「ケアの中心はケアを受ける対象者にある」ことを基礎としている点で共通している。これも重要な要素の1つと言えよう。例えば、ケアを提供する側の都合やケア体制の利便性でケアが進められると、対象者は自分自身の問題や課題でありながらそれを理解することができず、受け身になってしまう。対象者からみたケアの継続性は見失われる。したがって対象者の体験や価値・意思・希望・ニーズの尊重は、継続ケアを成立させる上で日常的に注目される重要な視点である(MSD マニュアル家庭版 1899)(日本助産学会 2018)。

これまでに抽出された継続ケアの目的となる「ケアの質の保障」とその構成要素「提供者・提供体制」「ケアの期間」「対象者中心主義」を念頭に置き、助産師基礎教育のテキストを概観してみると、助産援助の基本の1つとして“母子の安全管理”の項に「継続的にケアすること」が掲載されていた⁽¹⁹⁾。毛利は、「継続ケアとは具体的には、①出産・分娩という時点において、対象となる女性の側に継続していること(傍点筆者)、②女性が自分自身の力を発見できるよう妊娠から分娩、産後まで継続的に援助することである。同じ助産師が1対1で継続的に関わることができない場合は、女性を中心としたケアをチームで担う。ケア内容が女性の意向に沿うよう、継続性を持つことが重要となる。継続して関わることは、安全性や安心を高める事にも繋がる」(毛利 2017: 16)と述べている。この概念から伺える医療と助産との共通点は、マンツーマンあるいは複数人のチームとしてケアする「提供者と提供体制」の要素、妊娠期から産

後まで支援が続く「ケアの期間」の要素、女性の助産ニーズや意思が継続される「対象者を中心」にした要素である。これらの要素が互いに影響し合い継続性を持たせた関わりをすることで、それらのケアの質を保障し、アウトカムとして安心のみならず安全性が保障されると解釈できる。

看護における「継続ケア(continuity care)」は、1969年にカナダのモントリオールで開かれた国際看護師協会(International Council of Nurses: ICN)大会において、定義されていた。しかし「継続ケア」の構成要素として特段新しい要素は散見されていなかった。同協会は継続ケアを「その人にとって必要なケアを、必要な時に適切な人によって受けるシステム」と定義している⁽²⁰⁾(津村 2008: 148)。別の文献には、看護の継続性を2つの側面からとらえることができるとして、「その1つは、看護の対象としての看護の継続性である。それは1人のひとが健康状態を改善し、健康の保持・増進に向かって継続して得られる援助である」、「2つ目の側面は、看護のチームワークであり、チームによる看護の仕方である。すなわち対象のおかれた療養生活を通して一貫した、かつ継続した看護・保健指導を行うという意味である」(松野 2002: 54)と示されていた。病院に入院する患者個人を、24時間、複数人の看護者が、交代してケア提供しており、「対象者中心主義」のケアを提供するために、ケアの「提供者・提供体制」でケアの質を保障しているというように、2つの構成要素が関係していた。

以上より、前半の議論では継続ケアを成立させる構成要素として「提供者・体制」「ケアの期間」「対象者中心主義」が抽出された。

次に、在宅看護・在宅介護・福祉分野におけ

るケアの継続性について概観する。これらの分野でも、もちろん前項の医療・助産・看護に見る継続ケアシステムの構成要素と重なる要素は散見される。また、新たに抽出できた構成要素にも医療・助産・看護において共通する部分を含んでいる。その上で、特にこの節で浮き上がってきた新たな構成要素に焦点をあててみたい。

■連携

かつて医療と福祉は異なった分野として、疾病治療と生活保障を分けて発達してきた。しかし、わが国において超高齢時代を迎えた今日では、複数の疾患や合併症、あるいは健康障害を持ちながら寿命を延ばし、在宅療養、通院、入退院を繰り返す高齢者は多くなった。もちろん在宅看護・在宅介護・在宅リハビリテーション等の対象は高齢者だけではなく多岐の年代に亘る。疾患・障害の種類やレベルもさまざまである。そのような中で継続ケアは必要不可欠なものとなっており、より重要度が増している。「継続看護は、病棟から地域、地域から病棟と療養の場が変わっても、患者に必要な一貫したケアを提供することである」(押川 2006: 199)。継続看護部門は「病院の中で主に継続看護を担当する部署」(杉本 眞船 2006: 297)であり、「継続看護とは、病院や診療所等で提供された看護が、在宅および施設等での療養にも継続されることを意図した看護の取り組みである」(杉本 眞船 2006: 297)。一人の患者や療養者に対するケアの理念や方針が同じでも、その取り組みの過程で、看護師以外のさまざまな職種の人びとが関わりながらサポートしているのが特徴である。一人の専門家がすべてをこなすケアにあたるよりも、専門性の高い複数人の専門職が連携しながらケアする方が、個人へのメリットは大きい一面もある。したがって医療機関、福祉施設、

在宅の3つを繋ぐ組織間や多職種間の「連携」が重要な構成要素となる。連携の中には、関係する多職種間や同職種間の「協調」や「協働」も含まれており、「パートナーシップ」の構成要素と関連する。

ただ連携する場合に責任体制をどうするかを考える必要がある。連携医療や福祉において集団の無責任性が問題となるからである。海外に見るようなプライマリ・ケアを担う家庭医療専門医(以後、家庭医)の場合は、継続性の基盤に患者と家庭医との繋がりがあり、医療システムにおいて家庭医はそれを基盤にしたハブの様な重要な役割を担っている。AAFPは、プライマリ・ケアの理念の1つに「責任性」を挙げており、日本プライマリ・ケア連合会は、医療者としての「責任性」はプライマリ・ケアに限ったことではないとしながらも、①患者への十分な説明を行い、意思疎通を図るとともに、②医療内容の監査システムとして医療内容の質を維持し、見直し、また③プライマリに関わる医療者の生涯教育や後進の育成についても責任をもって実践していくことが求められていると解説している⁽¹⁷⁾。これは連携を求める側、求められる側双方において言えることである。

継続ケアシステムにおける「連携」との関連では、次にあげる「対象者と家族・コミュニティ」「パートナーシップ」の要素も必要不可欠な構成要素である。

■対象者と家族・コミュニティ

在宅看護・在宅介護の対象はいずれも一義的には療養者であるが、その他に、療養者を最も身近に理解し、時には日常生活を共にし、心身のケアにあたることが多い家族の存在がある⁽²¹⁾。一般的に、家族は療養者にとって身近に頼れる人であり、時には療養者の代弁者にもなる。サービスの提供者は、療養者自身の判断

が及ばないところで何か問題が生ずれば、家族あるいは家族に代わる人びとと連絡を取り、相談しながら対処方法を考えて行く。また、前項と関連して継続ケアとしての在宅医療・介護に、地域との「連携」は必要不可欠である。直近の課題となっている一例を挙げると、介護保険法に基づき2011年には、地域包括ケアシステムの構築を推進することが努力義務とされている⁽²²⁾。来る2025年の超高齢化社会に求められる新しい介護の形として、高齢者が住みなれた地域で自分らしい人生を全うできるよう地域内で助け合う体制をめざしている⁽²³⁾(厚生労働省2015)。レビューした専門書や論文には「継続ケア」と共同体としての「コミュニティ」あるいは「地域」といった視点でのディスカッションは見当たらなかったが、今後そういった視点での議論や検討も必要となるであろう。

■パートナーシップ

継続ケアを成立させる「連携」には2つの連携の意味がある。一つは対象者・家族と専門職間あるいは専門機関との間にある連携、もう一つは専門職同士や専門機関同士などの組織間の連携である。いずれの連携にも「パートナーシップ」が必要である。相手を尊重する態度、協働を促進する態度、自分の役割を果たし協働する相手への貢献、場合によっては自分の権限や意思決定を相手に委譲することなども含まれる(埼玉県立大学 2012)。パートナーシップは対等な関係を維持する姿勢や態度があるところにしか存在はしない(澤村 奥野 2009)。これら

は、看護や介護の領域だけに限らず、広く医療や福祉など対人援助サービスにおいて共通している視点である。

以上より後半の議論では、切れ目なくケアを遂行するための継続ケアシステムを成立させる要素として、「連携」「対象者と家族・コミュニティ」「パートナーシップ」の構成要素が抽出された。「継続ケア」に関連するレビューから第2節の議論を総合してみると、医療・福祉の援助サービスに共通する6つの構成要素が抽出できた。

第3節 継続ケアシステムの主要概念

これまでの議論から「継続ケアシステム」の概念を明文化すると次の通りまとめられる。

「継続ケア」とは、サービスの質が切れ目なく保持され、対象の権利やニーズを保障することを目的とする。そのために、①ケアの提供者・提供体制、②ケアの期間、③対象者中心主義、④連携、⑤対象者と家族・コミュニティ、⑥パートナーシップの6つ要素が必要となる。これらの要素がバランスよく作用し合い目的が達成された時、対象へのアウトカムは有益となることが期待できる。

継続ケアの目的を達成しようとする6つの構成要素は、1つ1つが相互に作用し合う。その結果として継続ケアによるアウトカムが抽出される。しかし医療分野では、世界的に見てもケアの継続性が本当に患者の健康に良い影響をもたらしているのかどうか、調査の難しさもあ

表1 継続ケアシステムの主要概念

「継続ケア」とは、サービスの質が切れ目なく保持され、対象の権利やニーズを保障することを目的とする。そのために、①ケアの提供者・提供体制、②ケアの期間、③対象者中心主義、④連携、⑤対象者と家族・コミュニティ、⑥パートナーシップの6つの要素が必要となる。これらの要素がバランスよく作用し合い目的が達成した時、対象へのアウトカムは有益となることが期待できる。(金森 2020)

り、実証的な研究に基づくエビデンスとしてはよくわかっていないところがある⁽²⁴⁾ (日本医療福祉生協連合会家庭医療学開発センター 2020)。一方、後に述べる助産領域におけるマタニティケアでは、さまざまな実証研究がなされ妊産婦への継続ケアの効果が検証・報告されている。これらの結果をエビデンスとして、マタニティケアでは継続ケアが世界的に推奨されている。具体的には第2章 第2節で述べることにする。

では、次の第2章では、第1章で明確にした継続ケアシステムの主要概念を踏まえ、マタニティケアにおける「継続ケア」がどのようにとらえられているのかを概観し、助産領域における継続ケアの特徴について言及したい。

第2章 マタニティケアにおける継続ケア論

本章では、助産における課題設定にアプローチするため、マタニティケア場面において継続ケアあるいはケアの継続性がどのようにとらえられているのかを概観する。その過程において、分娩の取り扱いを中心に妊産婦へ継続ケアを提供している地域の開業助産師⁽²⁵⁾に焦点が当てられた。第1章で抽出された継続ケア概念の6つの構成要素のすべてに助産の特徴がみいだされた。そこで、第1節では継続ケアシステムの6つの構成要素をマタニティケア場面に照らして考察する。第2節では既に報告されている継続ケアの効果に関するエビデンスを紹介する。

第1節 妊産婦への継続ケア

医療や福祉の現場では、多職種かつ複数人のスタッフがチームを組み、対象者へ継続的なケアを提供することでケアの質を保障している。

一方、妊産婦らへ継続ケアを提供する場合はどうだろうか。

国内外で捉えられている継続ケアの定義や概念を探ると、ケアの提供者・提供体制について次のように述べられている。NICE (National Institute for Health and Care Excellence: イギリスの国立医療技術評価機構)による「継続ケア」の定義には、「妊娠期間中を通して少人数の決まった提供者からケアが提供されること」(日本助産学会 2020: 11)とある。概念では、「妊娠期間を通じ、継続して必要なケアを一人の助産婦、又は一緒に働いている助産婦たちから成る小さなグループから受けることを意味する」(Rooks 2000: 56)と記されている。また、MLCCとは、「助産師が女性に対するケアに対して責任を持ち、女性の初診から産褥期までに提供されるケアの計画、調整を助産師が行う体制のことである。この助産師主導の継続ケアにはいくつかの体制があり、複数の決まった助産師がチームとなって女性にケアを提供する“チーム助産(team midwifery)”と、ある特定の助産師が女性にケアを提供する“ケースロード助産(caseload midwifery)”がある」(日本助産学会 2020: 11-12)^(26, 27)。

■妊産婦ケアの提供者・体制

今日わが国の出産場所を想定すると、病院や診療所では医師主導のケアが、また、助産所や自宅出産では助産師主導のケアが提供されている。とりわけ後者にはケアを受ける妊産婦とケアを提供する助産師との関係性に2通りあり、一人の助産師が一人の妊産婦と1対1で妊娠期、分娩期、産褥期すべてを通して継続して関わりケアを行う場合と、もう一つは、助産師らがチームを組んで同一の理念やケア方法を共有しながら交代で継続的に関わる場合がある(石引 2014: 2)。先に述べた“ケースロード助産”と

“チーム助産”を指している。竹原らは「継続ケアとは数名の助産師などのケア提供者が1つのグループになり、一貫したケアの下で妊娠期から産後まで関わるものである」(竹原 北村 三砂 2008: 443-446)と定義づけていた。これは後者のチーム助産にあたると考えられる。

出産場所が施設化する以前は、地域で開業する助産師らが妊娠期から分娩期、分娩期から産褥期・子育て期に亘り妊産婦と1対1で関わるが多かった。近年では、チーム医療によって安全を確保し、一人の妊産婦に複数人の医療スタッフが交代しながら関わり、質の高い助産ケアを提供するようになってきている(福井 2017: 113-4, 139-42)。しかし日本の病院や診療所では、分娩進行中の助産ケアに直接関わらない医師主導の医療チームであることが一般的で、直接助産ケアを提供する助産師や看護師らは数時間ごとに勤務を交代してしまうなどのデメリットがある。そこには妊産婦と援助者との間にラポール⁽²⁸⁾は形成されにくい。妊産婦は自らの出産や育児について尋ねることもできず、受け身になってしまう。

一方、助産所や自宅出産の場合は助産師主導のケアであり、一人の妊産婦と1対1あるいは複数で関わる助産師との間には、そのようなデメリットは少ない。分娩前から分娩が終了した後もなお同一の助産師によりケアが提供され、ケアの質を保障している。責任の所在も明白である。ケースロード助産は、ケアの分業化が始まる以前と類似のケア提供者・提供体制であるが、地域で開業する助産師らのケアに多くみられる。ただ、継続ケアのプロセスの中で妊娠期と産後を繋ぐ分娩期のケアに焦点をあてると、ケア提供者・提供体制が分業化以前と同じではない事に気づく。分業化以前は分娩時のケアも1対1で行われるが多かったようであるが、

現代の自宅や助産所出産を想定した場合には、原則助産師が単独で分娩を取り扱うことはない。分娩時のケアを中心として複数の助産師がチームを組んで関わっている。仮に病院や診療所への搬送が必要と判断された場合には医師主導のケアに変更となる。助産所を開設する助産師には医憲法第19条⁽²⁹⁾に基づく嘱託医療機関と嘱託医との連携が義務付けられており、分娩時の連携体制については、出産場所の施設化以降はより強固に連携が図られている。妊娠中から医療機関で健診を2-3回受けながら、自宅での出産の可能性を検討する。日本助産師会が『分娩を取り扱う助産所の開業基準』⁽³⁰⁾には、助産師の連携を整備する能力が示されており、そこには嘱託医・嘱託医療機関を確保し医療連携の構築ができること、サポート助産師を確保し協働する事、行政や地域・保健医療機関と連携できることなどが記されている。

実際の分娩場面ではどうだろうか。一人の妊産婦のために2名若しくは3名の助産師がチームを組み、分娩進行中から児が生まれる瞬間まで、妊娠期から関わってきた同一の助産師がファーストでケアを提供し、その他の助産師らはセカンド、サードとしてファーストの助産師のサポートに入る。又は交代で妊産婦のケアに関わる。児が生まれた後は、ファーストで関わっていた助産師は主として母親のケアに入り、その他の助産師らは生まれた新生児のケアや全体のマネージメントに徹する。分娩が生理的な経過で終了した場合には、再びファーストで関わった助産師が主体となって母子や家族のケアに関わり、全体の最終的な責任を負う。役割を終えたサポートの助産師らはフェードアウトしていく。同一の助産師による継続的な関わりにより、助産師自身は分娩期においても進行を慌てず見守ることができ、妊産婦のニーズに

合ったケアの提供ができる。これまでの経過や現在の状況を知っているからこそ先を予測することが容易となり、それは時として高次医療機関への連携を必要とする場合には、専門家としての判断を早期に決断することにも繋がっている。継続的なかわりには、妊産婦の「安心感・快適性」という情緒面や感覚と合わせて「安全性」という視点からも助産ケアの質を高めている。この事は、第1章第2節の前半で述べた継続ケアと安全性の考察に通じている。このように現代の助産所や自宅での出産では、妊産婦の継続ケアを実現するために、ケースロード助産にチーム助産による連携のメリットを取り入れながら、分娩期が妊娠期から産後子育て期へのシームレスなケアとして実践されている。

病院や産科診療所のように医師主導のケアシステムのルールの中で、ケアの質を保障する提供者・提供体制もチーム助産ではあるが、妊産婦には妊娠期間から産後1か月の間、病院や診療所などの多くの医療関係者からそれぞれの立場でサービスが提供されるため、個人にあったケアの理念や方法をケア提供者で共有することが難しくなる。全体の最終責任はその時点の施設管理者すなわち組織の長、あるいは入院時の主治医に帰属されることが多い。

■妊産婦ケアの期間

妊産婦のケアの期間は、各国の制度、サービスの提供者、提供の場所、提供体制などによりさまざまであり、どこで、誰に、どのようなケアを受けるのかにより異なる。ここでは、マタニティケアの特徴として、ひとりの女性の一度の妊娠について、いつからいつまでの間を継続ケア期間と考えるのかを論じておきたい。

妊産婦のマタニティケアの期間は妊娠初期(妊娠が判明した時)から始まる。マタニティケアの終了をいつとするかは、国によって一致は

していない。社会保障制度や健康保険システム上の違いがあるため世界共通として考えることは難しい。一例として、生理的な経過の妊産婦について、英国、ニュージーランド、日本の3か国についてマタニティケアの終了時期の違いを確認し、日本の継続ケアの2つのパターンについて言及する。

英国には福祉国家を象徴する医療・福祉政策として、国民健康保健サービス(National Health Service 1948、以降 NHS)がある。マタニティケア政策においてもNHSにのっとって医療・保健サービスが展開されており、もし妊娠した可能性があれば、かかりつけとして登録している総合内科医(General Practitioner、以降 GP)の診察を受けることになる。妊娠が確定し、合併症がなく、生理的な妊娠経過が見込まれる場合には、GPから助産師へケアが引き継がれ、助産師数人がチームを組んで、妊産婦を妊娠期から産後4週間まで継続的にケアしていく。特に産後は12～24時間の間に退院し、その後は10日間毎日助産師による家庭訪問を受けることができる。産後4週間を過ぎて必要があれば、保健師が母子をフォローしていく(日隈 2003: 67)。

ニュージーランドには妊産婦への継続ケアを実現するための政策があり、1996年からLead Maternity Carer制度⁽³¹⁾(以後LMC)が開始されている。LMCを利用すると妊産婦は妊娠初期から産後6週間まで責任を持って継続的に関わってくれる専門職を助産師、産科医、GPの中から選択できる。妊産婦が助産師を選択した場合には、妊産婦がローリスクであるか、ハイリスクであるかに関わらず個人の女性に助産師が配置される。したがって、妊産婦は妊娠期から自分の助産師からケアを受け、一緒に出産場所を選択し、出産、そして出産後も同一助産師

からケアを受けられる。LMCによるケアは産後6週間で終了し、以降はプランケットナース⁽³²⁾がすべての子どもの成長・発達を中心に、就学する5歳までフォローしていく(日隈2015)。

日本には、母子保健法(昭和40年、法律第141号)に基づく母子保健施策と一貫した公的保健サービスを提供するための体系化された母子保健対策がある(厚生労働協会 2018: 111)。しかしその中では、出産後は出生児への保健サービスが大半を占め、母親へのマタニティケア期間が産後いつまで続くのかは明確には示されていない。しかし母親は出産し児を育てるだけの存在ではないはずであり、産後の母親のサポートをマタニティケア期間として明確に示す必要があるのではないだろうか。そこで母子保健法第6条(定義)を見てみた。「この法律において「妊産婦」とは、妊娠中又は出産後1年以内の女子をいう」(母子保健推進研究会 2008: 8-9)と定義されている。この定義を根拠にすれば、マタニティケアに関わる自治体や専門職は、妊産婦のケアを概ね産後1年間の母子支援として継続しなければならない。以上より3か国の継続ケアの期間は、妊娠初期から、英国は産後4週間、ニュージーランドは産後6週間、日本は産後1年間ということになる。

しかし、日本には出産する場所により、継続ケア期間に2つのパターンがある。病院や診療所出産の場合は、出産した日を含め5～6日程度で退院となり、通常1か月健診を以て産後のサポートは終了する。以降は乳幼児健診を中心とした市町の公的保健サービスへと引き継がれていくのが一般的である。妊娠期間や出産のことを直接知らない医療・保健あるいは福祉職の人びととの新たな関わりが生じる。一方、助産所や自宅出産の場合は、産後5～6日間ほぼ毎

日1対1で助産師によるケアを受け、希望により産後1か月まで引き続き何度でも相談やサポートを受けられる。さらには、産後1か月以降も必要に応じて、妊娠期や出産時と同一の助産師、あるいはその助産師が関わる民間のコミュニティから継続的にケアを受けられる。合わせて市町が実施している公的保健サービスも並行して利用できる。この差は大きな違いである。

いずれにせよ、ケア期間について英国やニュージーランドと日本との相違は、健康な妊産婦が助産ケアを受けるために公的保険制度が適応されているかどうか、と言う違いにある。英国やニュージーランドは公的保険制度の中で妊産婦のケア期間は産後4週間まで、あるいは6週間までと決められている。一方、日本の場合は、原則健康な妊産婦に健康保険が適応される仕組みはない⁽³³⁾。公的助成制度として、各自治体から妊婦健康診査への補助がなされ、また厚生労働省が各種健康保険組合を通じて出産育児一時金を給付しているが、それ以外のサービスについては公的負担の仕組みがないのである。従って、日本では法に基づく定義を根拠に「妊産婦とは産後1年以内の女子をいう」という共通認識があっても、産後の母親へのケアは実際には出産した施設や自治体の方針により自由裁量となっている。

■女性中心主義

妊産婦を尊重し十分理解したうえで妊娠期からのマタニティケアを実践することは、妊産婦の背景にあるさまざまな情報を判断材料として、この先の妊娠、分娩、子育てがどのような帰結になるかを推測することができる。ある開業助産師が妊産婦の継続ケアについて、「妊娠中から見ているからこの先の分娩や産後がどうなるかがわかる」と言っていたことが思い出さ

れる。MLCCによる1対1あるいは複数のケアチームによる継続ケアは、妊産婦と担当する助産師との関係性を親密に構築している。出産に向かう妊産婦と伴走する助産師の間に信頼が生まれ、分娩という目的・目標に向かって両者が協力的に関われるよう導かれている。

竹原らは、“継続ケアとは何か”を問うシステマティックレビューで、継続ケアの定義のされ方は、ケアを提供する人数やその形態、ケアが提供される期間など、ケア提供する側の視点にもとづいていることが伺われると分析している(竹原 北村 三砂 2008)。一方、単に形式で定義化してしまうとその本質が失われかねない。マタニティケアではそういった継続性だけではなく、特にWCCに視点を向ける必要がある。ゆえに定義には「女性とケア提供者が強い信頼関係で結ばれていること」(竹原 北村 三砂 2008: 446)という文言を含めるのが望ましいとしている。助産におけるマタニティケアの継続性を論じる上では、たいへん重要な指摘である。ケアを受けた女性がケア提供者である助産師を信頼し、一貫したケアが受けられたと感じられる事が最も重要であり、そのためにはケア提供者である助産師自身が、妊産婦の中に潜在している「産む力」を信頼できることが必要となってくる。互いが互いを信頼できるようになるまでには、その背景にあるさまざまな情報をお互いに知る必要があり、一度きりあるいは途切れた淡白な出会いではなく、切れ目のない継続した時間という関わりが必要となる。従って“継続ケア”が重要なのである。

助産ケアの基盤の考え方となっているWCCの第1の特徴に「尊重」がある。尊重には、女性の体験の尊重と女性の意思決定の尊重がある(日本助産学会 2020: 9)。尊重するためには妊産婦や子育て中の母親らが意思決定できるだけ

の情報提供が必要であり、いわゆるインフォームド・チョイスが奨励されている。『WHO推奨ポジティブな出産体験のための分娩期ケア』の項目にも女性を尊重し接することとある。石川らは、「妊産婦にとっての継続ケアの意義は「妊産婦は、ありのままの自分を大切にしてくれる助産師との関わりの中に自分の居場所をみだし、安心感を抱きながら自分らしさを発揮する。自己決定できる環境が保証されることで、エンパワーメントできる」(石川 2005: 188-9)と言っている。助産師が関わるマタニティケア、つまり助産ケアとは妊産婦と助産師との関係性により成り立つものである。

以上より、妊産婦と助産師がつくり出す継続ケアの特徴として、MLCCを受けた女性と助産師との間には対人関係の継続性(interpersonal continuity)が強く、切れ目なく繋がっているという特徴をもっていると言える。この特徴は妊産婦と助産師との「パートナーシップ」にも作用しており、行政サービスや医療を提供する側の都合で進められる分業化されたマタニティケアの中では、気づかれにくい点かもしれない。

■妊産婦と家族・コミュニティ

まず、マタニティケアでは「母と子を一つの単位として継続的に関連させた枠組みの中で、継続ケアとして提供する事が重要である」(田村 2016: 210)。これは、ICMによる助産実践に必須のコンピテンシー⁽³⁾にも解説されており、とりわけ途上国において「過去に母性保護プログラムと子どもの生存プログラムは往々にして別々に実施されてきたために、ケアの断絶が生じそれが母親と新生児の両方に影響を及ぼしていたという教訓」(田村 2016: 210)がある。日本においても母子を一単位として相互に連続的にケアする考え方は既に定着している。例えば、出生時の急変時における新生児蘇生法のガイド

ラインでは、児がノーマルに出生した場合のルーチンケアは、母子関係への配慮から母親のそばで行うことが推奨されており(細野 2016: 49)、生まれた新生児の処置は、子を産み終えた母親の傍で母親から見えるようにして行うことを原則としている。また、母親と児との早期母子接触が母乳育児支援に効果的であるという報告は数多くある。分娩直後の接触が処置等により妨げられると、その後の児の哺乳行動も妨げられる(瀬尾 2007: 148-50)。とりわけ母乳育児は、その後に続く子育てに多大な影響を及ぼすため長期的継続的な支援が必要である(UNICEF/WHO 橋本訳 2003: 98-106)。しかし施設化での提供体制では、短期入院の中で、母子へのマタニティケアが産後のめまぐるしい身体的・心理的・社会的変化に対応できず、一貫した母子ケアができにくくなっていることが課題となっている⁽³⁴⁾。

また、妊産婦の継続ケアにおいて地域との繋がりは重要である。生理的な経過の場合入院期間は、長いマタニティ期間の中でも5～6日程度である。妊産婦や産後の母子は、多くの時間を家族と地域の中で過ごしており、地域の母子保健活動は継続ケアとして重要な位置を占める。妊産婦らはフォーマル、あるいはインフォーマルに社会資源を活用するための情報を得ている。しかし「関わる機関が多い事により、得られた情報を関係機関で共有することが十分できずに、有効な支援に結びついていないこともある」(藤内 2016: 90)。そこで近年21世紀の母子保健(通称、健やか親子21)1次の取り組み評価から、2次では“切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策”を課題の1つに挙げ(厚生労働協会 2018: 110, 113)、2018年に成育基本法(平成30年、法律第104号)を制定した⁽³⁵⁾。合わせて、妊産婦らが出産や子育て体験を共有

し、また、パートナーや祖父母・支援者らも子育てに参画し、地域として力を付けていく必要性が求められている。

このように、「対象者と家族・コミュニティ」の構成要素も継続ケアとして重要な視点である。

■妊産婦ケアにおけるパートナーシップ

WCCの第4の特徴に女性と助産師の「パートナーシップ」がある。女性と助産師は良好な関係の中で常に対等であり、お互いを信頼しあい、システムに関して教えあい、その中で両者が、専門的な知識(情報)と女性が選択した結果としての意思決定を共有することが重要となる。出産に対して女性が正しい意思決定ができるよう、助産師には十分な情報を与える責任がある(Guilliland 2007)。助産領域におけるマタニティケアでは、このパートナーシップを妊産婦の意思決定の支援としてたいへん重要視している。なぜなら「パートナーシップは、周産期における目標を達成するということにとどまらず、女性の生きる力の獲得に繋がって行く可能性を持っている」(有森 2017: 89-90)からである。すなわち出産に関わる妊娠・分娩・産褥・新生児・乳幼児への一連のケアは、単に出産にとどまらず、女性の生き方に関わる支援に繋がることが認識しなければならない。

パートナーシップを構築するプロセスには、第1章でも言及したように「互いへの貢献や尊重、互いの出会いから受ける恩恵によってなりたつ(中略)両者が決定したことへの責任をお互いに持つことに繋がる」(有森 2017: 90)。そこには、お互いの信頼関係が必須であり、このような信頼関係の構築は継続的な関わりにより助長・拡大されていく。

またパートナーシップは、女性と助産師との関係だけではなく、「助産師会と女性団体、助

産師と産科医、学生と先生、これら出産に関わるすべてにパートナーシップのモデルがあって、このモデルを基礎にして助産が行われる」(Guilliland 2007: 加納, 毛利 2007: 91)。

以上、継続ケアシステムの6つの構成要素を鑑み見てわが国のマタニティケアを振り返ってみると、分業化あるいは多職種連携による継続ケアシステムはいずれも妊産婦の権利やニーズが十分に保障されているとはいいにくい一面がある。わが国の母子保健統計によると2017年の病院や診療所出産の割合は、99.3%、助産所出産0.6%、自宅出産は0.1%であった(母子保健事業団 2019: 47-8)。一人の女性が同一助産師から長期に亘る継続ケアを受けられるケースは、極めて少ない。

第2節 継続ケア効果としてのアウトカム

継続ケアの効果や有用性は、定義や概念と合わせて重要な視点であるが、医療界では、ケアの継続性が本当に患者の健康に良い影響をもたらしているのかどうか、世界的に見てもまだ明らかになっていないところがある⁽²⁵⁾。一方、助産や周産期領域では、さまざまな研究がなされており、妊産婦への継続ケアの効果が検証・報告されている⁽³⁶⁾。継続ケアのアウトカムを正確に評価するならば、継続ケアの構成要素に従って、どこで、誰から、どのような体制で、どれくらいの期間、どのような内容の継続ケアを受けたか、そして最も重要なのは継続ケアの受け手である妊産婦の評価を定量的、定性的にみる必要があろう。それらにより、もたらされる継続ケアのアウトカムは変わってくる。しかしここでは、構成要素の諸条件を念頭に置きながら、結論として、継続ケアの結果どのようなアウトカムがエビデンスとして報告されているのかを確認する。

島田らは、7件のエビデンス文献を採用し、医師や助産師による継続ケアは有益であり推奨されるとしていた。「①同一の医師又は助産師に継続的なケアを受けた女性は、妊娠から産後通しての満足度が高く、再び同じケアを受けることを望んでいる」、「②医療者とのコミュニケーションや意思疎通と説明への理解が高く、顔見知りの助産師にケアを受けた女性の方が自分で陣痛をコントロール出来たと感じ出産への評価が高い」、また「③分娩期の医療介入が減少し、反対に自然分娩やケアが多くなる」。「④妊娠・分娩経過や新生児への臨床結果に影響がある根拠は認められず、継続ケアによる安全性に有意な差を示す根拠は認められなかった」⁽³⁷⁾と結論づけていた。

具体的には、「医師による継続診療の有無と満足度の関係を検討した結果、大学病院、一般病院、診療所においては、①継続診療を受けた女性の方が有意に満足度が高かった。大学病院、一般病院、診療所、および助産院においては、助産師による継続ケアを受けた女性の方が有意に満足度が高かった」(島田 2013: 92)。つまり②満足度から見ると助産院の評価が高かった。また、分娩期に1対1の継続ケアを受けた場合(継続ケア群)とそうではない場合(標準ケア群)とでは、継続ケア群に③経膣自然分娩が多く、④分娩所要時間も短く、⑤出生直後新生児の状態を表すApgar scoreは7点未満の軽度仮死・重度仮死も少なかった。さらには⑥麻酔の使用、⑦吸引や鉗子を使った機械分娩、⑧局所麻酔などの医療介入は減少した(島田 2013: 92)。

加えて片岡らの報告では、MLCCでは、⑨陣痛中から分娩において、知り合いの助産師にケアしてもらえる機会が増えた。⑩女性の早産または妊娠24週前に流産する可能性は低くなっ

た。⑪母乳育児の増加(片岡 江藤 八重 2007)など母親と新生児の利益に関与していることが示されている。

また別の文献では、「病院勤務助産師における継続ケアモデルは多くの女性に提供されるべきとしているが、高リスクの合併症のある妊娠の場合は注意が必要」とされる報告(大田 2014-a)や、「出産中の継続的サポートは、女性の産む力を引き出し、女性および出生児に臨床的に有益で効果があり、有害な結果はなかった。出産するすべての女性は、継続的にサポートを受けるべきである」と結論づけられている報告もある(大田 2014-b)。

⑫妊娠・出産する女性に対する病院での助産師の継続ケアは、医師主導や多職種連携のケアと比較して、妊娠・出産に関連するアウトカムに効果があり、母子にとって有害な影響はもたらされていなかった。分娩時の継続的サポートについて、家族、友人、ドゥーラ(Doula, 欧米)⁽³⁸⁾、バースエデュケーター(Birth educator 欧米)⁽³⁹⁾、知人または、知らない人、専門家、非専門家などを含めた調査もあり、同じ様なアウトカムが得られている。⑬継続的サポートのみを行なう人は、女性の社会的ネットワークのメンバーではなく、分娩サポートの経験があり、ある程度基礎レベルのトレーニングを受けた人による継続的サポートが最も有用であることがわかった。さらに分娩中に付き添いのない場合と比較すると、⑭女性が選んだ家族メンバーまたは友人によるサポートは、女性の出産経験の満足度を高めることが明らかになっている。継続ケアをする人が医療者か医療者でないかということ以前に、妊産婦にとってWCCを優先にした継続ケア体制が組めていることが重要である。調査報告では今後の検討課題として、産後うつも含めた長期的な影響もみていく

必要があると指摘している。

以上より、マタニティケアにおいては多くの先行研究から、継続ケアは、妊産婦に対するケアのアウトカムを向上させることが明らかにされていた。特に生理的経過の妊産婦の場合は、妊産婦ケアの提供者・提供体制が同一の助産師あるいは少人数の助産師チームから、長期的に切れ目なくサービスを受けられることが望ましい。これらより、マタニティケアにおける「継続ケア」の特徴は、対人関係の継続性(interpersonal continuity)が強く、ケアが切れ目なく(seamlessに)繋がっていると言える。しかし、分娩を取り扱う上では常に母子の安全を考慮した助産サービスの提供が必要であり、生理的な妊娠・分娩・産後の支援を行う助産師にとっては、生理的経過から逸脱した時の多職種との連携なくして継続ケアを成り立たせることはできない。地域の開業助産師主導のケアは、とりわけ病院や診療所から離れた場で継続ケアを施し、対象への有益なアウトカムをもたらしている事が明らかにされているが、日本では異常に傾いた時には医療行為を制限されている助産師主導のケアには限界がある。妊娠出産が女性の生理的な営みとは言え、連携に際しては早期の判断や対応が求められる。

結語

本研究では、医療や福祉の対人援助活動に共通する「継続ケア」あるいは「ケアの継続性」がどのようにとらえられるのかを概観し(第1章 第2節)、継続ケアの構成要素を明確にするとともに継続ケアの主要概念を構築した(第1章 第3節)。

また、マタニティケアにおける継続ケアでは、とりわけ妊産婦や産後子育て中の母親らと助産師との間で、特にケアの「提供者・提供体

制」、「ケアの期間」、「女性中心主義」の要素が切れ目なく繋がっており、「パートナーシップ」とも関連して対人関係の継続性を強くしているのが特徴であった。産前から産後多くの時間を過ごす地域において母子を一単位とした継続的な関わりは重要であり、「妊産婦と家族・コミュニティ」の要素も継続ケアを強化している(第2章 第1節)。妊産婦らにとって継続ケアがより良いアウトカムをもたらしていることが、エビデンスとして多くの文献により示されていた(第2章 第2節)。以上から、わが国のマタニティケア体制において「継続ケア」を実現するための実践者として、地域で分娩を取り扱っている開業助産師に焦点が当てられた。

わが国では、地域で開業する助産師が自宅へ出向いて出産の介助をすることや、また助産師が管理・運営する(医師のいない)助産所において分娩を取り扱うことが法的に認められている。妊産婦へ1対1あるいは少人数のチームで長期に亘り独自の継続ケアを提供できる唯一無二の専門職と言える。しかし今日、全国的な病院や診療所の分娩の取り扱い中止あるいは廃業などにより、彼女らが高次医療機関から離れた場所で分娩を取り扱い妊産婦へ継続ケアを実践することが難しくなっている。つまり、嘱託医・嘱託医療機関との連携が図れなくなると、日本のマタニティケア体制の中では地域で同一助産師による継続ケアは受けられなくなると言うことである。妊娠分娩期間を通じて妊産婦の生理的経過が逸脱しそうな場合には、助産師が自ら判断し、早めに医療機関へコンサルテーションしなければならないからである⁽⁴⁰⁾。しかしわが国の周産期医療体制では、諸外国のように家庭医がハブ機能を持つとは言えないところがあり⁽⁴¹⁾(厚生労働省 2019)、おのずと連携における責任体制も他国とは違ってくる。助産師が対

応できる範疇を超えそうな場合にもなお、妊産婦ケアの質を保障し続けるためには、病院や診療所等の医療機関や多職種との「連携」が重要となる。以上このようなことを含め、わが国におけるマタニティケア体制の中で安全性を守りつつ対象が望む出産を保障するために、具体的に継続ケアをいかに実現するかは今後検討していくべき重要な課題である。

WHOは、継続ケアを世界的に普遍的なものとして推奨している。『WHOの59カ条 お産のケア 実践ガイド』の有効で役立つ・推奨されるべき項目の6番目に「出産ができそうな安全な場で、しかも女性が安心して自信が持てる場であれば、〔医療を提供できる場の中でも〕もっとも末端に位置する場で出産のケアを提供すること」(WHO 1997, 戸田(訳): 24-25)としている。すなわち日本における最も末端に位置する自宅や助産所でのケアを、明らかに有効で役立つ、推奨されるべきこととしている。誰にとっての継続ケアなのか?、誰にとっての連携なのか?日本の現状を踏まえ、いかなる体制が必要となるのかを日本の制度の中で議論していく必要がある。

注

- (1) ICM: 日本の多くの助産師が任意で所属している公益社団法人日本助産師会、一般社団法人日本助産学会、公益社団法人日本看護協会(助産師三団体)が加盟している。
- (2) ICM (2005): 公益社団法人日本看護協会, 公益社団法人日本助産師会, 一般社団法人日本助産学会(訳) (2016), 助産ケアの基本理念とモデル. (https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/basic/kihon/pdf/Philosophy_and_Model_of_Midwifery_Care_jp.pdf, 2020年3月12日閲覧)
- (3) 助産実践に必須のコンピテンシー (Essential

Competencies for Midwifery Practice) の枠組み：カテゴリ①一般的なコンピテンシー、カテゴリ②妊娠前・妊娠中のケアに特有のコンピテンシー、カテゴリ③分娩・出生直後のケアに特有のコンピテンシー、カテゴリ④女性と新生児に対する継続的なケアに特有のコンピテンシー

ICM (2002)：公益社団法人日本看護協会、公益社団法人日本助産師会、一般社団法人日本助産学会(訳) (2019)、世界基準 助産実践に必須のコンピテンシー 2019改訂版。(https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/basic/standard/pdf/kj-13.pdf、2020年3月12日閲覧)

- (4) WHO (2018)：“WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience” 飯村ブレット、古宇田千恵、笹川恵美ほか(訳) (2019)、WHOガイドライン：ポジティブな出産体験のための分娩期ケア、pp.1, 4. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-jpn.pdf?sequence=42&isAllowed=y、2020年3月12日閲覧)
- (5) 推奨項目：分娩期のケアは協議の結果56項目導かれ、①分娩全期にわたって行われるケア、②分娩第1期のケア、③分娩第2期のケア、④分娩第3期のケア、⑤出生直後の新生児のケア、⑥出産直後の産褥期のケアの6つに振り分けられている。すべての推奨度は「推奨」、「推奨されない」、「限定された状況下でのみ推奨」、「厳密な研究的状況下でのみ推奨」のカテゴリに分けられている。

WHO (2018)：飯村ブレット、古宇田千恵、笹川恵美ほか(訳) (2019)、WHOガイドライン：ポジティブな出産体験のための分娩期ケア、pp.2.

- (6) 国連が提唱する持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals : SDGs) は、2015年9月の国連サミットで採択されたもので、国連加盟193か国が2016年から2030年の15年間で達成するために掲げた世界目標である。17の目標のうち「目標3：あらゆる年齢のすべての人に健康的な生活を確保し、福祉を推進する」

および、国連事務総長らが提唱する新『女性、子ども、少年の健康のための国際戦略 (2016～2030年)』に従い」、従来よりも国際指針は拡大されており、出産時に異常が起きた場合に母子が命を落とさないようにするだけでなく、母子が強く成長し健康に生きるための潜在能力を最大限に発揮させることも目指している(2018)。

- (7) 中井章人 (2017)：周産期医療の現状と「働き方改革」～施設情報調査2017より～、日本産婦人科医会施設情報調査(2016年-2017年) (http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/114_20171108.pdf、2020年2月10日閲覧)
- (8) 財経新聞 (2014)：分娩医数に地域差 10年後の出産難民ゼロをめざす対策早急に必要 (https://www.zaikei.co.jp/article/20141203/224843.html、2020年11月18日閲覧)
- (9) 日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会 (2014)、わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言 (www.jsog.or.jp/statement/pdf/kinkyu_teigen_20141213.pdf、2020年11月30日閲覧)
- (10) ケアの継続性、定義AAFP (1983): *Continuity of Care, Definition of* (https://www.aafp.org/about/policies/all/definition-care.html 2019年9月1日閲覧)
- (11) お産を取り扱う人は古くは「腰抱」「取り上げ婆」「子安婆」などと呼ばれていた時代があった。後に共同体の中で相互扶助から職業化してきた産婆(旧産婆)が現れた。明治政府による富国強兵政策の下、受胎調節と言った方法もなく、岡本は「兵力としての人口増加のため、当時、ひんぱんに行われていた堕胎・間引きに産婆が関わることを取り締まるところから助産師の法的歴史は始まっている」と述べている。近代になり、法・制度上使用されていた名称として医制(1872年)や産婆規則(1899年、勅令)の下では「産婆(新産婆)」、保健婦助産婦看護婦法(1948年)などの下では「助産婦」があり、2001年の名称改正により2002年から「助産師」と呼ぶようになった。

岡本喜代子 (1981)：特集/助産の歴史 助産婦活動の歴史的意義—明治時代を中心に—、助

- 産婦雑誌、35 (8)pp.21.
- (12) GHQ : General Headquarters 連合国軍最高司令官総司令部。特に、第二次大戦後、連合国軍が日本占領中に設置した総司令部マッカーサーを最高司令官とし、占領政策を日本政府に施行させた。
- (13) PHW : Public Health and Welfare Bureau 公衆衛生福祉局。終戦当時産婆制度がなかった米国主導の組織で、“看護はひとつ”を看護制度改革のスローガンとして産婆、看護婦、保健婦が一つの組織に統合した。
- 大林道子 (1997) : 助産婦の戦後、勁草書房 pp.132-65, pp.239-40.
- (14) 病院 (20床以上)・診療所 (19床以下)、助産所 (9床以下) は、医療法 (昭和23年07月30日法律205号) に規定された助産施設であり、各々の開設、管理、整備の方法などが定められている。
- (15) 医療化とは：「医療の問題でなかった事象が、近代医療の問題として取り扱われ、治療の対象となって行くことをさす。(中略) 先進国における出産の現場が、自宅出産から病院や産院へと移行して行くことも、医療化の例としてよく取り上げられている」。
- 池田光穂：医療人 (<http://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/090824medicalization.html> 2020年2月6日閲覧)
- (16) AAFP (1983) : Continuity of Care, Definition of (<https://www.aafp.org/about/policies/all/deinition-care.html> 2019年9月1日閲覧)
- (17) 日本プライマリ・ケア連合学会HP: プライマリ・ケアの5つの理念
I. Accessibility (近接性), II. Comprehensiveness (包括性), III. Coordination (協調性), IV. Continuity (継続性), V. Accountability (責任性) (<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/> 2020年3月14日閲覧)
- (18) WHO (1985) : 出産科学技術についての勧告3つの原則
1. すべての妊婦は、適切なケアを受ける基本的な権利を持つ。
2. あらゆる面において、ケアの中心的役割を演じるのは女性です。女性は、ケアの計画、実行、評価にも参加する。
3. 適切なケアとは何かを理解し、それを実施するうえで、社会的、心情的、心理学的要素はとても大切である。
- WHO Report ICP/MCH 102/m02(S) 1301K
10 June 1985 Joint International Conference on Appropriate Technology for Birth Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985
- (19) 助産援助の基本として、1 母子の安全管理、2 母子の安楽、3 セルフケアの3つを大きな枠組みを示している。
- 毛利多恵子 (2017) : 第1章援助技術の基本, A. 援助の基本, 堀内成子 (編) : 助産学講座5 助産診断・技術学 I, 医学書院, pp.14-5
- (20) 「継続看護」の定義は、1969年カナダのモントリオールで開かれた国際看護師協会 (International Council of Nurses : ICN) において採択された。
- 津村千得恵子 : 三訂 地域看護学、中央法規出版 pp.148 (2008)
- (21) 在宅介護の対象は、社会福祉士および介護福祉士法の第2条第2項において、「身体上又は精神上の障害がある事により日常生活を営むのに支障があるもの」と定められている。
- 阿部芳江 (2002) : 在宅ケアの実践—やさしく学ぶ在宅看護・介護—, 久美株式会社, pp.12-3
- (22) 厚生労働省: 地域包括ケアシステム (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/indexm.html 2020年10月6日閲覧)
- (23) 厚生労働省 (2015) : 介護予防・日常生活支援総合事業と生活支援体制整備事業について (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000086354.pdf> 2020年10月6日閲覧)
- (24) 日本医療福祉生協連合会家庭医療学開発センター, (http://cfmd.jp/way/way_02/、2020年5月14日閲覧)
- (25) 開業助産師数 : 385名、2015年日本助産師会

会員総数9,671名の4.0%、開業届け出者数1,606名の24.0% / 出所：公益社団法人日本助産師会より

2016年保健師数51,280, 助産師数35,774, 看護師数1,149,397, 准看護師323,111(名)

厚生労働統計協会 (2018)：国民衛生の動向・構成の指標 増刊, 65 (9), pp.205.

(26) MLCC以外のケア体制とは、

1) 医師/産婦人科医がケアの責任者であり、助産師/看護師は医師のスーパービジョンの下に分娩期と産褥入院中のケアを提供するケア体制、2) 女性が妊娠期、分娩期、産褥期のいつの時期にあるか、そして病院、助産院、地域にある施設のどこでケアが提供されているかによってケアの責任者が変わる役割分担ケアの体制、3) ほとんどのケアが医師もしくは産科医によって提唱される体制を指す。

(27) ケースロード助産とは、

受け持ち助産師が、必要時は産科医や他の医療職とともに、女性に対して妊娠期から退院後の家庭訪問までケアを提供する体制のことである。日本助産学会 (2020)：エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期・産褥期 2020, 日本助産学会誌, pp.12.

(28) ラポール：フランス語が語源で、「調和した関係」「心が通い合う関係」という意味を持っている。主として2人の人の間にある相互信頼の関係。ただの信頼関係ではなく、あなたであればこそ話せるという深い信頼関係をさす。

(29) 医療法第19条第1項、医療法施行規則第15条の2(平成19年9月1日施行)

助産所の開設者は、分娩時等の異常に対応するため、嘱託医師及び嘱託医療機関(病院又は診療所)を定めなければならない。嘱託医師は、産科又は産婦人科の医師、嘱託医療機関は産科又は産婦人科及び小児科を有する医療機関である必要がある。

医療法第19条第2項、医療法施行規則第15条の3(平成29年10月1日施行)

出張のみによってその業務に従事する助産師は、妊産婦の助産を行うことを約するときは、

厚生労働省で定めるところにより、当該妊産婦等の異常に対応する病院又は診療所を定めなければならない。

(30) 日本助産師会：分娩を取り扱う助産所の開業基準 (midwife.or.jp/pdf/kaigyokukijyun/kaigyokukijyun.pdf 2020年3月14日閲覧)

(31) LMC制度が実現できた背景には、1970年代の女性解放運動、消費者運動と相まって、女性達が医療化した出産ケアへの疑念からマタニティ政策の変換を要求したことにある。1989年にはニュージーランド看護師会から助産師らは独立しニュージーランド助産師会設立。助産師法制定にまで到達した。

日隈ふみ子 (2015)：ニュージーランドにおける助産実践の視察報告, 佛教大学保健医療技術学部論集, 9, pp.123-33.

(32) プランケットナース：看護師の資格と母子保健修士の学位を取得している専門職で、日本でいう保健師とは異なる。母親と病気の子どもの育児支援団体 Royal New Zealand Plunket Society(通称、プランケット)に所属。

(33) 妊産婦がハイリスクとなった場合や合併症がある場合には、健康保険は適応される。しかし、いつまでをケアの期間とするかは仕組みとして決められていない。

(34) 近年、医療施設での入院期間は、産後原則5～6日間である。退院後の母子にさまざまな課題があり、厚生労働省は『産後ケア事業』を、自治体を通じて病院や診療所・専門職団体等へ委託している。市区町村の関係部署や地域の関係機関との連携・協力の下、各地域の強みや特性を踏まえた柔軟な対応が重要であり全国展開されている。

厚生労働省 (2017)：産前・産後サポート事業ガイドライン／産後ケア事業ガイドライン, (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/sanzen-sangogaidorain.pdf> 2020年1月15日閲覧)

(35) 厚生労働省における妊娠・出産、産後の支援事業の取組 (http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/jyuuten_houshin/sidai/pdf/jyu23-03).

pdf, 2020年7月1日閲覧)

- (36) Sandall J, Soltani H, Gates S, et. al. (2016): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD004667. (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf/full>, 2020年3月12日閲覧)

- (37) 島田三恵子 (2012): RQ7 医師や助産師の継続ケアを受けているか?, 母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査—科学的根拠にもとづく快適で安全な妊娠出産のためのガイドラインの改定—, 厚生科学研究補助金 政策科学総合研究事業H22, 平成24年度分担研究報告書. (<https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0056/G0000595/0001> 2020年1月14日 閲覧)

- (38) ドゥーラ: ギリシャ語で「ケアを提供する女性」という意味を持つ。経験豊富な分娩の付添人で、産婦とそのパートナーに対し、お産の全過程と、出産後の一定の期間を通じて情緒的かつ身体的な支援を行う人。妊娠した10代の女性や独身で社会的支援のない女性など、特別なニーズを持った人を助けるよう訓練された女性に用いられている。

M.H. クラウス / J.H. ケネル / P.H. クラウス (2006): 竹内徹 / 水島すえみ (訳), ザ・ドゥーラ・ブッカー—短く・楽で・自然なお産の鍵を握る女性, メディカ出版, pp.3-4, pp.36.

- (39) パース・エデュケーター: 出産前準備教育を行う専門家で医療職ではない。

- (40) 保健師助産師看護師法第38条

助産師は、妊婦、産婦、じょうけつ婦、胎児又は新生児に異常があると認めた時は、医師の診療を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。但し、臨時応急の手当ては、この限りではない。

- (41) 厚生労働省 (2019): 妊産婦にかかる保健・医療の現状と関連施策, 平成31年2月15日 第1回妊産婦に対する保健・医療体制のあり方に関

する検討会 資料2, pp.24. (<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000479245.pdf>, 2020年10月31日閲覧)

参考文献・引用文献

有森直子 (2017): B.相談技術, 第2章相談・教育活動の技術, 堀内成子 (編), 助産学講座5 助産診断・技術学 I, 医学書院, pp.89-90.

石川智恵 (2005): 病院での継続ケアを通して妊産婦と助産師が作り出した体験, 日本助産学会誌, 18 (3), pp.188-89.

石引かずみ、田口陽子、猪俣理恵ほか (2014): 助産師主導の妊産婦の継続ケアの有用性に関する文献検討—日本と諸外国の比較—, 茨城県立医療大学紀要, (19).

大田えりか (2014-a): コクランレビューに学ぶ助産ケアのエビデンス3, 助産師による継続ケアって、助産師以外のケアモデルと比べてどんな効果があるの?, 助産雑誌, 医学書院, 68 (3), pp.248-51.

大田えりか (2014-b): コクランレビューに学ぶ助産ケアのエビデンス2, 分娩時の女性への継続的サポートはどんな効果があるの?, 助産雑誌, 医学書院, 68 (2), pp.58-61.

押川真喜子 (2006): 第3章Ⅱ3、継続看護、眞船拓子、杉本正子編: ナースのための地域看護概論—看護の継続性をめざして—, ヌーヴェルヒロカワ.

片岡弥恵子、江藤宏美、八重ゆかり他 (2007): 使える! 助産ケアエビデンス, ペリネイタルケア, 26 (1), pp.83-7.

厚生労働科学研究班 (2011): 科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のための開発に関する研究—継続ケアに関する全国調査, 平成23年度厚生労働科研分担任研究報告書.

厚生労働省 (2019): 妊産婦にかかる保健・医療の現状と関連施策, 厚生労働省 第1回妊産婦に対する保健・医療体制のあり方に関する検討会 資料1, pp.7.

厚生労働統計協会 (2018): 国民衛生の動向・構成の指標 増刊, 65 (9).

- 埼玉県立大学 (2012): IPW を学ぶ 利用者中心の保健医療福祉連携, 中央法規出版, pp.32.
- 島田三恵子 (2013): RQ7 医師や助産師の継続ケアは?, 厚生労働省科学研究妊娠出産ガイドライン研究班(編), 科学的根拠に基づく快的 안전한妊娠出産のためのガイドライン2013年版, 金原出版, pp.91-5.
- 瀬尾智子 (2007): 19 早期接触, 第5章 出産直後の母乳育児支援, 日本ラクテーション・コンサルタント協会(編), 母乳育児支援スタンダード, 医学書院.
- 竹原健二, 北村菜穂子, 三砂ちづる (2008): 「継続ケア」とはどのようなケアなのか? 継続ケアに関するレビューの結果より, 助産雑誌, 62 (5), 443-6.
- 田村康子 (2016): 「第7章 世界の母子保健の動向と課題」、山本あい子編: 助産師基礎教育テキスト2016年版 第1巻 助産概論.
- 土江田奈留美 (2003): 助産師による継続ケアを実現するために—平成14年度『児童環境づくり等総合調査研究事業』からみえてきたもの—, 助産雑誌, 57 (12), pp.1000-6
- 津村千得恵子 (2008): 三訂 地域看護学, 中央法規出版.
- 藤内修二 (2016): C.わが国の母子保健施策, 第1章 地域母子保健行政の体系, 我部山キヨ子編, 助産学講座9地域母子保健・国際母子保健, 医学書院.
- 中山まき子 (2001): 身体をめぐる政策と個人 母子健康センター事業の研究, 勁草書房.
- 中山まき子 (2016): 持続可能な公営助産所とは—横の連携・立ての継承, 産み育てと助産の歴史近代化の200年を振り返る, 医学書院, pp.163
- 日本医療福祉生協連合会家庭医療学開発センター (2020): (http://cfmd.jp/way/way_02/ 2020年 5月14日閲覧)
- 日本看護科学学会(編) (2005): 看護行為用語分類の概要, 日本看護協会出版会 (Web上で公開, 2019年9月17日閲覧)
- 日本産婦人科学会, 日本産科婦人科医会 (2014): わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言, (http://www.jsog.or.jp/statement/pdf/kinkyu_teigen_20141213.pdf 2020年11月30日閲覧)
- 日本助産学会(編) (2018): 助産用語特別検討委員会案(Web上で公開, 2019年9月17日閲覧)
- 日本助産学会 (2020): エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期・産褥期 2020, 日本助産学会誌.
- 日本助産師会 (2012): 分娩を取り扱う助産所の開業基準 (midwife.or.jp/pdf/kaigyokijyun/kaigyokijyun.pdf 2020年3月14日閲覧)
- 日隈ふみ子 (2003): イギリスの助産事情に学ぶ, 京都大学医療議事術短期大学部紀要別冊, 健康人間学, 15, pp.65-73.
- 日隈ふみ子 (2015): ニュージーランドにおける助産実践の視察報告, 佛教大学保健医療技術学部論集, 9, pp.123-33.
- 福井トシ子 (2017): 新版 助産師業要覧 第3版 I 基礎編, 2018年版.
- 藤田真一 (1979): お産革命, 朝日新聞社.
- 細野茂春 (2016): 日本版救急蘇生ガイドライン 2015に基づく第3版新生児蘇生法テキスト、メジカルビュー社.
- 堀内成子 (2017): 助産学講座5 助産診断・技術学 I, 医学書院
- 母子保健推進研究会 (2008): 母子保健法の解釈と運用, 中央法規出版.
- 母子保健事業団 (2019): 母子保健の主なる統計, pp.47-48.
- 松岡悦子 (1991): 出産の文化人類学 [増補改訂版], 勁草書房, pp.53-64.
- 松野かほる (2002): 系統看護学講座 在宅看護 専門4 在宅看護論, 医学書院.
- 眞船拓子・杉本正子 (2006): 付録 用語と略語解説、眞船拓子、杉本正子(編), ナースのための地域看護概論—看護の継続性をめざして—, ヌーヴェルヒロカワ.
- 毛利多恵子 (2017): 第1章援助技術の基本, A.援助の基本, 堀内成子(編): 助産学講座5 助産診断・技術学 I, 医学書院

- Bachrach L. L. (1987): *Continuity of Care*. *New Dir Ment Health Serv*: 63-73
- Birth International (1990): “*Childbirth in Japan Past Present Future*”, Birth International, pp.111-5.
- Gulliford M, Naithani S, Morgan M (2006): What is 'continuity of care'? *J Health Serv Res Policy* 11 (4): pp.248-50.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US), 米国医学研究所訳 (2002). 医療の質：谷間を越えて21世紀システムへ, 東京：日本評論社.
- Rooks J. P (2000): Midwifery in the World, *J.Jpn. Acad. Mid*, 14 (1)
- Guilliland K (2007): How maternity policies changed in New Zealand, 加納尚美, 毛利多恵子, 日本助産学会誌, Vol.21, No.2, 89-115
- MSD (Merck Sharpe & Dohme Corp.) マニュアル 家庭 版 The trusted provider of medical information since 1899: (<https://www.msmanuals.com/ja-jp/> ホーム/24-高齢者の健康上の問題/高齢者へのケアの提供/ケアの継続性?query=ケアの継続性 2020年5月15日閲覧)
- Shortell S. M. (1976): Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement. *Med Care* 14: pp.377-91.
- UNICEF/WHO (2003), 橋本武夫監訳：UNICEF/WHO 母乳育児支援ガイド、医学書院 pp.98-106.
- Wagner M. (1994): Pursuing the birth machine the search for appropriate birth technology by Marsden Wagner, Japanese translation published by arrangement with Marsden Wagner through The English Agency (Japan) Ltd. 井上裕美・河合蘭監訳 (2002), WHO 勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠, メディカ出版.
- WHO (2018): “WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.” 飯村ブレット, 古宇田千恵, 笹川恵美ほか訳 (2019), WHO ガイドライン：ポジティブな出産体験のための分娩期ケア
- WHO (1996): Care in Normal Birth : a practical guide. 戸田律子訳 (1997) WHO の59カ条 お産のケア 実践ガイド, 農文教, pp.24-5, 27.

日本医療福祉政策学会学術誌編集委員 (2021年4月1日現在)

編集長 鶴田禎人(同朋大学)

編集委員 高山一夫(京都橘大学)

佐藤英仁(東北福祉大学)

村上慎司(金沢大学)

Editor-in-Chief Yoshito TSURUTA (Doho University)

Editorial Committee Members

Kazuo TAKAYAMA (Kyoto Tachibana University)

Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

Shinji MURAKAMI (Kanazawa University)

医療福祉政策研究 第4巻・第1号

ISSN 2433-6858

2021年4月1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 鶴田禎人)

発行：日本医療福祉政策学会(会長 松田亮三)

(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 4 Issue 1 2021

Contents

Special Issue: COVID-19 and Health and Welfare Policy

Resilience of Health Care Systems: Issues in Initial Responses to COVID-19 Outbreak

Ryozo MATSUDA (1)

What did COVID-19 Bring for American Medical Worker? : As a Result of Pursuit of Five Months

Sachiko HAYAKAWA (13)

Covid-19 as Wicked Problem: Concentrate on the Relation of Politics and Expertise

Kazuya SUGITANI (27)

Original Article

Home Care Life Support Competencies Required for Nurse Practitioners (Tentative Name) in the Primary Care Field—Based on Focus Group Interviews with the Middle-aged Generation Living in the Tokyo Area—

Nobumasa OGAMA (39)

Influences on Life of Disaster Victims under the Integrated Community Care System and Group Relocation for Disaster Mitigation in Japan —Findings of the Survey on the Great East Japan Earthquake Victims

Katsuro INOKUCHI (59)

Stress and Health Status of Children's Home Staff Members: Based on a Questionnaire Survey Targeting 20 Facilities

Junya HORIBA (85)

Review Article

Problems with Residential-type Nursing Homes for the Elderly from Viewpoints of Nurses and Care Workers—Relationship between Ambiguous Characteristics of Residential-type Nursing Homes for the Elderly and Difficulties Faced by Nurses and Care Workers—

Fumio NOGUCHI (107)

Public Policy Studies and Evidence-based Policy Making—Inquiring on Rationalization of Public Policy and Policy Process—

Kazuya SUGITANI (133)

What is Continuous Care in Maternity Care?— Strengthening Continuity in the Maternity Care System —

Kyoko KANAMORI (157)