

医療福祉政策研究

第5巻第1号 2022

目 次

<特集 地域医療・福祉の実践——達成と今後の課題>

特集座長原稿

特集『地域医療・福祉の実践——達成と今後の課題』の趣旨 村上 慎司 (1)

特集依頼原稿

医療・福祉問題と人権——医療・福祉問題の研究課題と方法—— 井上 英夫 (5)

私の「生活と健康を守る会」活動 広田 敏雄 (21)

石川社保協再建から24年の歩みとその成果と課題 寺越 博之 (31)

地域医療改善のための運動の実践と課題——近時の取組みを中心に—— 工藤 浩司 (41)

原著論文

大都市圏においてプライマリ・ケアを居宅で提供するために必要となる

高度実践看護師のコンピテンシーの尺度開発

——予備的定量調査の結果より—— 大釜 信政 (53)

1980年代の小都市における「センター事業」整備によるイノベーションの実現過程

——東京都保谷市こどもの発達センターひいらぎを事例に—— 田中 謙 (75)

砂川市立病院への医師集積についての歴史的検討 清水 芳行 (95)

認知症高齢者を抱える家族の療養の場の選択について

——住宅型有料老人ホームの質的調査からの考察—— 野口 史緒 (121)

研究論文

地域共生社会におけるソーシャルワークの政策的位置付けと課題 鶴田 禎人 (151)

特集 地域医療・福祉の実践——達成と今後の課題

特集座長原稿

特集『地域医療・福祉の実践——達成と今後の課題』 の趣旨

Introduction to the Special Issue

村 上 慎 司(金沢大学)
Shinji MURAKAMI

本稿は、本特集『地域医療・福祉の実践——達成と今後の課題』の趣旨等を説明するとともに、各論文・原稿に対する若干の解説を行うものである。本特集は、2020年12月5日に開催された本学会第4回研究大会のシンポジウム『地域医療・福祉の実践——達成と今後の課題』における4名の報告者からの依頼原稿によって編まれている。同シンポジウムの企画者と座長は本稿の筆者であったが、そのときの質疑を踏まえたうえで、幾つかのコメントをすることは意義があると判断し、本稿を執筆するに至った。

はじめに同シンポジウム・本特集のタイトルについて釈明したい。通常の用法に従うところの「地域医療・福祉の実践」は、保健医療関係者・介護関係者・社会福祉協議会等における活動が該当すると考えられる。だが、後述するように、同シンポジウム・本特集の報告者・執筆者は、こうした対人的専門職の営為とは異なる実践を行ってきた。

そもそも、本シンポジウムの趣旨は、金沢市・石川県を中心とした医療福祉政策の基盤形成に資する地域医療・福祉や社会保障に関する活動を行った／行っている実践者による報告から、その達成と今後の課題を議論することであっ

た。その問題意識には、医療福祉政策における(1)ローカルかつ(2)ボトムアップ型の政策形成に関する研究・実践の重要性がある。ここでいう「ローカル」という意味は地方・地域レベルを指し、そして、「ボトムアップ」という言葉はトップダウン・行政主導ではない住民自治主導のレベルに焦点を当てることを意図している。

したがって、同シンポジウムの企画者として筆者は、そのタイトルをもっと適切なものに変更したほうが望ましかったと反省している。例えば、『ローカル・ボトムアップ型医療福祉政策の基盤形成に関する実践——金沢市・石川県を中心に』といった改題がありうるだろう。関連して、本特集のタイトル変更を検討したが、研究大会シンポジウムの記録という側面も本特集にはあるので、タイトルはこのままとしている。

次に、先に述べた趣旨に照らして、各論文・原稿について簡単に解説し、本特集の理解をより立体的なものにしたい。第1の特集依頼原稿は井上英夫金沢大学名誉教授による「医療・福祉問題と人権——医療・福祉問題の研究課題と方法」である。井上名誉教授は、日本高齢期運

(受理日：2022年2月16日)

動サポートセンター理事長であり、そして、医療・福祉問題研究会の創設メンバーの一人である。医療・福祉問題研究会とは、石川県に住む医療・福祉従事者と研究者が中心に共同討論や課題別研究を行っている研究会である⁽¹⁾。井上原稿で述べられているように、同研究会は、1986年に結成され、定期的に会誌『医療・福祉研究』を刊行し、30周年を記念した図書である医療・福祉問題研究会ほか編(2018)を出版した。井上原稿では、同研究会の研究課題と方法について主に紹介したうえで、新型コロナウイルス感染症対策への示唆を含んだ幅広い関連論点を検討している。とりわけ、人権とその実践は重要なポイントになると考えられる。

続く3つの原稿は、医療・福祉問題研究会のように石川県固有の組織ではなく、それぞれに全国・中央組織があり、その地域組織としての活動が記されている。まず第2の特集依頼原稿は、広田敏雄氏による「私の「生活と健康を守る会」活動」である。広田氏は、元金沢市生活と健康を守る会の職員であり、医療・福祉問題研究会の会員でもある。広田原稿で述べられているように、生活と健康を守る会は、「生健会」または「守る会」とも呼ばれ、自治体単位で組織されているという。全国生活と健康を守る会連合会の規約第四条「組織」1項によれば、「原則として、市区町村を単位に地域住民を会員として組織」しているという⁽²⁾。そして、生活と健康を守る会連合会の規約第二条「目的」によれば、「低所得者を中心とした地域住民の生活と健康、権利の保障を、国や地方自治体、大企業に要求し、実現することを目的」としている。広田原稿は、1970年代後半から1980年代後半までの広田氏が中心的役割を果たした金沢市生活と健康を守る会の活動に関するある種の「ライフヒストリー」的な資料としてみなすことが

できるだろう。なかでも筆者にとって井上名誉教授の前任者である故・小川政亮教授とのエピソードは印象に残った。

続いて、第3の特集依頼原稿は、寺越博之氏による「石川社保協再建から24年の歩みとその成果と課題」である。寺越氏は石川県社会保障推進協議会の事務局を担い、その再建に尽力するなどの大きな役割を果たしてきた。その精力的な活動が今回の寺越原稿にも反映している。寺越原稿で述べられているように、社会保障推進協議会には中央組織と各都道府県や市町村単位の組織がある。中央社会保障推進協議会の規約第三条「目的」によれば、「憲法25条の基本理念にもとづく社会保障制度の確立と改善・拡充にむけて、一致する要求に基づく諸活動と、全国的な規模の共同を推進することを目的」としているという⁽³⁾。この目的を追求する様々な活動の中で、寺越原稿では子どもの医療費助成制度の拡充と後期高齢者医療制度に対する不服審査請求を中心に報告がされている。また、社会保障運動を担う人づくりと組織づくりの課題という社会運動の世代継承の必要性を指摘している点は重要であると考えられる。

最後に、第4の特集依頼原稿は、工藤浩司氏による「地域医療改善のための運動の実践と課題——近時の取組みを中心に」である。工藤氏は、石川県保険医協会の事務局として勤務しつつ、寺越論文の石川県社会保障推進協議会にも関与し、そして、井上原稿で述べられている「現場の実践的研究者(現場研究者)」として医療・福祉問題研究会の会誌『医療・福祉研究』等で論文⁽⁴⁾を刊行している。保険医協会に関して、工藤原稿で述べられているように、「保険医の経営、生活ならびに権利を守ること」と「保険で良い医療の充実・改善を通じて国民医療を守ること」を目的とした各地の保険医協会・保険

医会が連合して、1969年には全国保険医団体連合会となった。工藤原稿は、石川県保険医協会の取組みに関して診療報酬改善をめぐる社会運動、患者一部負担金減免・国民健康保険に係る近時の社会運動を紹介している。こうした社会運動の成果によって石川県の地域医療政策が改善したことが説得的に示されており、本特集を締めくくるのに相応しい力作である。

以上のような特集号の各原稿を参考として、これからのローカル・ボトムアップ型医療福祉政策の基盤形成に関する研究がさらに進展することを期待したい。

付記

本シンポジウムと本稿は、日本学術振興会基盤研究(C)「地域社会におけるケイパビリティに基づく福祉行財政の基礎理論——自治と自立の検討」、基盤研究(C) 貧困者の〈声〉の政治に関する研究——「全国生活と健康を守る会」の歴史的検討を通して」からの研究支援を受けた。記して感謝したい。

注

- (1) 医療・福祉問題研究会のホームページは以下である。
<http://ihmk.sakura.ne.jp/> (最終アクセス：2022年2月16日)
- (2) 全国生活と健康を守る会連合会の規約
<http://www.zenseiren.net/zenseiren/kiyaku/kiyaku.html> (最終アクセス：2022年2月16日)
- (3) 中央社会保障推進協議会規約
<https://shahokyo.jp/wp/wp-content/uploads/2021/04/59a57c0f948254a7310b118197e96d5f.pdf>
(最終アクセス：2022年2月16日)
- (4) 工藤原稿でも紹介されているが、例えば、工藤(2020)や工藤(2021)を参照せよ。

参考文献

- 医療・福祉問題研究会、蒔昭三・井上英夫・河野すみ子・佐賀一道・信耕久美子・横山壽一編(2018)『医療・福祉と人権——地域からの発信』旬報社。
- 工藤浩司(2020)「全世代型社会保障改革における医療介護提供体制改革の動向と課題」『医療・福祉研究』(医療・福祉問題研究会)28号:20-27.
- 工藤浩司(2021)「混合診療訴訟—混合診療禁止原則の適法性と保険外併用療養費制度」矢嶋里絵・田中明彦・石田道彦・高田清恵・鈴木静編『社会保障裁判研究——現場主義・創造的法学による人権保障』ミネルヴァ書房。

医療・福祉問題と人権 ——医療・福祉問題の研究課題と方法——

Health Care-Welfare Problems and Human Right:
The Research Issues and Methods

井 上 英 夫

(金沢大学名誉教授・日本高齢期運動サポートセンター理事長・医療・福祉問題研究会)

Hideo INOUE

はじめに

本稿では、医療・福祉(政策・制度)研究の課題と方法について考える。研究といえば歴史研究、文献研究、外国研究、実態調査、事例・裁判研究等があるが、それぞれの分野で独自の研究方法がとられている。ここではこうした研究一般論を取り上げるのではなく、地方の純粋民間の独立組織として、医療・福祉問題研究会が30年にわたって追及してきた研究課題と方法について紹介する。さらに、この研究活動の中から私達が得た研究方法論について法学を中心に論じ、その適用の一例としてコロナ禍と人権について考えてみたい。

それが、いろいろな分野、とりわけ医療・福祉政策学会の研究、実践、運動にとっても普遍性をもっていると考えからである。詳しくは、井上英夫他編『医療・福祉と人権—地域からの発信』(旬報社、2018年)、矢嶋里絵他編『社会保障裁判研究—現場主義・創造的法学による人権保障』(ミネルヴァ書房、2021年)、井上英夫「新型コロナウイルス感染症と人権—健康権と住み続ける権利を中心に」労働法律旬報2020年10月上旬号、をご覧ください。

一 医療・福祉問題研究会の課題と方法

医療・福祉問題研究会は、1986年、石川県で結成されたが、その趣旨は以下のとおりである。

「1980年代に入ってから中曽根内閣の『臨調・行革』路線のもとで国民生活全般にわたる『行革』が行われ、その中で医療、福祉の分野は特に大きな転換期にさしかかっています。この転換期の中でいくつかの問題が出ていることは皆さんにも実感のことと存じます。

私たちは、生活の貧困、異常な超勤労働、福祉施設の不足などの問題が山積みになっていることを強く感じます。そして、これらの問題の所在と解決策を明らかにするためにはどうしても『社会の中の医療・福祉』という名目でもう一度医療・福祉を見直し、もっと学際的な討論が必要であると思われます。

そこで、私たちは石川県に住む医療・福祉従事者、研究者の共同の討論や課題別の研究を呼びかけるものです。」

そして、「健康・医療・福祉を地域社会の中で学際的にとらえ、研究活動を行うこと」を目的としたわけである。

研究会名の「医療・福祉」については多くの

(受理日：2021年11月2日)

議論があったが、所得保障、社会福祉サービス、健康・医療保障、生活保護、居住保障等を含む広義社会保障、さらには人権、平和問題をも対象に活動してきた。

この間、中曽根、民主党政権を経て自民党安倍・菅政権にいたるわけであるが、社会保障「再編」から社会保障「構造改革」、「再構築」そして社会保障「制度改革」と政策の看板が変わっても、社会保障を人権として保障している新憲法の下で、まがりなりにも国民の「不断の努力」によって築き上げてきた医療・福祉、社会保障は改悪され続け、営利化路線は強まり、社会保障は「公助」へと変質させられている。

現在、北朝鮮・中国脅威論にコロナ禍も加わり、1950年代の朝鮮戦争・再軍備そして社会保障予算大削減の時代に匹敵する危機的状況にあり、医療・福祉問題研究会のこの呼びかけは大きな意義を有していると思う。

二 医療・福祉問題研究会の目的—人権のにない手を育て、人権の砦を築く

1 人権の砦を築く—医療や福祉は「こころ」で良いか

医療・福祉問題研究会は人権保障を目的として掲げ研究活動の柱にしてきた。病院や福祉施設、行政を人権保障の砦にする。今日、医療・福祉の領域でも人権保障の大事さは否定できず、「標語」としてはあふれている。しかし、現場職員そして人々、研究者ですら「本音」の部分では、まだまだ厄介なものとして嫌われ、敬遠されているのではないか。

人権という言葉は頻繁に使われるが、その歴史、意義についての理解は浅く、正面から議論し、考えることは少なく、むしろ「福祉は心だ」「看護はこころ、優しさが大事」ということの「枕詞」にされている。確かに、心は大切であ

るが、心だけで済むならば、医療・福祉制度はいらない。家族・職員も自らの人権が政策・制度により十全に保障されてこそ、優しく寄り添い、「福祉の心」を発揮、すなわち人権保障ができる。精神論だけでは、貧困、差別・不平等、そして介護殺人や焼死、施設や病院で命が奪われるような事態は解決できない。

第二次大戦前まで、人権は、自由民権など思想あるいは人々の願望に止まっていた。しかし、1946年制定の日本国憲法は、平和、国民主権と並び人権保障を国の柱とした。医療・福祉、社会保障も憲法25条により違憲立法審査権を行使できる最高位の権利としての人権として位置づけられ、問題解決のための国家制度となったのである。「思想」から「制度」へ、そこが決定的に違うわけである。

2 人権、倫理・道徳と医療・福祉の関係

また、医療の世界では、患者の権利法という患者の人権保障、患者の権利を謳う法律が日本にはない。「何も法律で定めなくても、健康権・人権といわなくても、医の倫理、生命倫理で良い」といわれる。そこには大きな溝があって、権利しかも最高位の人権保障に一步を踏み出せないというのが日本の現状だろうと思う。

社会で生活するうえでのルール・規範としては、道徳、倫理、慣習、などがある。道徳、倫理を守るとは大事なことであるが、それらと憲法・法律によって保障される人権とは決定的に違う。法や人権は、人間生活のすべてを規律するものではなく、人々の守るべき倫理や道徳の「最少限」を国(立法府、行政府、司法府)の権力行使による刑事罰、民事罰、行政罰等の法的制裁により強制するものである。

むしろ、倫理、道徳の世界に国はむやみに踏み込んではいない。しかも、国家権力の行使

は法に基づかなければならない。その強大な権力は堕落しかねない。その横暴を抑えるための法治主義なのである。また、最小限であるがゆえに、多くの権利のうちでも「基本的」人権の保障なのである。

そして人権保障の責任主体は、国(自治体)である。確かに国民相互においても人権の侵害、差別は許されない。しかし、個人と個人の関係では人権は「尊重」しなければならないというレベルにとどまる。

ただ、現代社会において、個人と同一視できない人権保障の責任を持つ存在が企業や団体である。企業は、労働権や労働基本権そして社会保障権を侵害してはならず、人間らしい労働条件、医療・福祉等による生活条件を保障しなければならない。国は、これら企業に、憲法や法律を守らせ働く人々の人権侵害・差別を禁止し、保障させるという責任がある。

次に、憲法による人権保障は、抽象的性格を免れない。理念や原理、原則を提示するものである。下位の規範すなわち法律、規則、命令等によってさらに具体化されるのであり、ある意味で人権の内容は「枠組み」設定ということになる。医療・福祉の具体的内容、量、水準とりわけ質を構築するのが医療や福祉の学問・研究であり、実践だといえる。人権・法律がすべての「生活部面」にわたって内容を決めるのではない。

3 人権のいない手を育てる

つぎに、「人権のいない手を育てる」ということである。医療・福祉のサービスやケアそのものが人権の保障であり、病院、医療機関、福祉の施設等はそのための砦でなければならない。「砦」という戦争用語は使いたくないが、専門技術を武器として砦を築くことが大事だと

思う。そして公務員はもちろん、民間人でも医療・福祉の現場で働く人たちはすべて人権保障の「にない手」であるし、なければならない。つまり、日本の人権保障の体系のもとで働いている人たちは、生命権、生存権、生活権、健康権、文化権等を社会福祉サービス、介護や医療のケアという形で具体的に自らの手・労働によって保障している、そういう仕事をしているという意味で、「人権のにない手」だということである。その「にない手」を育てることが、私たち研究会の目的である。

とくに、相模原津久井やまゆり園事件、川崎市有料老人ホーム殺人事件、横浜市大口病院の看護師による「殺人事件」に象徴されるように、「人権の砦」たるべき福祉施設や病院で「人権のにない手」たる介護職員や看護職員等によって生命権が奪われている日本にとって重要かつ喫緊の課題である。

この点、井上英夫他編『生きたかった—相模原障害者殺傷事件が問いかけるもの』『いのちを選ばないで—やまゆり園事件が問う優性思想と人権』(大月書店、2016年、2019年)および『住民と自治』(自治体研究社)に9月号から連載が始まっている「検証 津久井やまゆり園事件を人権の視点から考える」を参照いただきたい。

三 医療・福祉問題研究会の特色

次に研究会の特色について簡単に指摘したい。

1 研究と実践・運動

医療・福祉をよくする、あるいは人権保障を追求する運動以上に、研究していくことに意味があるということで研究会とした。もちろん、運動や実践、例えば介護保険については、研究会として提言もしてきた。その意味では研究と実践・運動は簡単に切り離せるものではない

が、相対的には区別できるし、しなければならない。例えば、石川県社会保障推進協議会という運動団体があるが、参加されている人も、この研究会では研究に重点を置いて取り組むということである。

2 会員対象者と研究対象

二番目の特色は、会員の対象者が広いことである。大学の教員、専門家、実践家、運動家や市民と一緒に民主的かつ共同による運営をしてきた。この研究会の一番大きな意味だと思う。

研究会であるが、大学や研究機関に所属する研究者だけが集まるのではない。私たちは現場の実践的研究者、あるいは現場研究者とよんでいるが、そういう人権のにない手を育てたい。

日々の活動、あるいは実践の場にこそ研究すべき材料、研究の対象として解決すべき社会問題が豊富に存在する。その問題構造を把握することから出発する。その「問いの構造」に目を向けてこそ解決策の道すじ、理論も形成でき、研究がより価値の高いものになるだろう。

四 医療・福祉問題研究会の課題

これからの研究課題については、三つの点だけ指摘しておきたい。

1 住み続ける権利の確立

私たち研究会の出発点は、能登半島突端の珠洲市である。医療・福祉の不十分さが理由で住めなくなっている。集団就職等による過疎化に加え、「もう一つの過疎化」が進んでいる。日本全国で過疎化が進み、高齢化が進み、震災、原発爆発、貧困等いろいろな理由で住めなくなっているが、住み続ける権利をどう構築するかということである。

戦争、飢餓・貧困そして大震災・津波等の現場に立つと、「住み続ける権利」の確立が世界

の共通課題であることが痛切に感じられる。

2 財源論の確立

人権保障とりわけ医療・福祉の確立には財源が不可欠である。人権保障にふさわしい財源論の研究が急務である。NYでの核兵器拡散禁止条約の平和運動のスローガンは、Fund Human Needsであった。すなわち人間の必須の必要Needsを保障するのがHuman Rights人権に他ならないのであるが、財源Fundは人権保障に使わなくてはいけない、財政とはそのための制度であるということである。こうした基本的な理念、原理、原則を追求することこそ、現実主義だと思う。これが一番医療・福祉の発展の近道なのではないだろうか。

3 国際共同研究・交流—石川から世界への発信

研究会組織としての課題である。今まで取り組んできた活動を、国際交流にまで進めていくということである。東日本大震災、中国四川、スマトラ沖地震・バンダアチェの津波の現場等も訪問してきたが、世界中で住み続けられない地域が増えてきている。温暖化問題も深刻である。国際的な共同研究や交流が必要である。金沢・石川から世界への発信が求められている。このような視点から国連の高齢者人権条約制定運動にも取り組んできた。

五 人権論、創造的法学、現地・現場主義

1 人権と住み続ける権利—現地・現場を踏まえて

人々の現実の生活の中から、法律、権利はつくられ、あるいは発見されなければならない。人権、権利は、人々の生活実態の中から見いだ

され、主張され、権利のための闘争によってやがてそれが社会全体に認識され人々の規範意識となり、権利として最高位の人権にまで高められ、その保障が国家の義務とされる。

先に述べたように、私は、現代の基本的人権のひとつとして「住み続ける権利」を提唱している。医療・福祉問題研究会の最初の活動、珠洲市の地域医療調査を原点にしながら、その研究活動の中で構築したものである。

住み続ける権利といっても日本国憲法上、明文をもって規定されているわけではないし、まさに形成途上の新しい人権である。しかし、21世紀の人類、とりわけ大震災後の日本にとって、その確立は最重要課題というべきだと思う。

詳しくは、井上英夫『住み続ける権利 貧困、震災をこえて』新日本出版社、2012年をご覧ください。

人権は、日本国憲法がいうように、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であり、国民、人々の「不断の努力」(12条)によってかちとられ、保持されてきたものに他ならない。人権は、時代における人々の願望そしてニーズに適ったものとして形成され、時代とともに発展させられるべきものである。

住み続けられる地域をつくる、この願望を実現するためには、国・自治体が、居住移転の自由を発展させた住み続ける権利を保障し、一人でも、障害・病気があっても、寝たきりでも、惚けても、歳をとっても、尊厳をもって暮らせる地域にする。その核となるのが医療・福祉サービス・ケア等を保障する社会保障である。

人権論も生活実態、人々がどんな生活をして何を望んで生活したいと考えているのか、そういう意味の「下から目線」で、地べたを這うようにしながら実態を把握し、あるべき政策・制度、法律、人権を考えるべきである。

2 二つの実態

この場合の実態には二つある。一つは、日本の人々、世界の人々がどんな暮らしをしているのか、どんな望みを持っているのかという意味の実態、これをもっと踏み込むと集中的に表れるのは貧困問題である。もう一つは、人々の生活実態に対して制度や政策、例えば医療・福祉制度、あるいは法で言えば憲法や法律がどのように問題を解決しているのか、機能しているのか、機能してないのか、何が欠けているか、これからどのように作り上げたらいいのかという意味での実態である。

これら二つの実態を突き合わせながら、あるべき人権論、あるべき憲法、あるべき法律を作っていく、というのが私の研究視点である。憲法から法律、あるいは行政通達等を解釈することも大事なことであるが、逆に実態に基づいて、解釈を変え、法律を変え、場合によっては憲法も変え、新しい人権も創造していくといわば創造的法学の立場である。

3 創造的法学と権利のための闘争

人権の確立を目指す創造的法学は、当然にそれ自体「権利のための闘争」に他ならない。

憲法97条は次のように基本的人権(人権)の本質を謳っている。

「この憲法が日本国民に保障する基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であつて、これらの権利は、過去幾多の試練に堪へ、現在及び将来の国民に対し、侵すことのできない永久の権利として信託されたものである。」

この97条は、自民党憲法草案では全文削除である。いま、何より守り、発展させなければならないのは、この歴史観・闘争史観、人類的視点、そして未来志向の世界観だと思う。先に

も述べたが、自由獲得の「努力」とは英文ではstruggle、すなわち人権のための闘争に他ならない。

今こそ、創造的法学が法学はもちろん医療・福祉政策学の方法論として真価を発揮すべき時である。

4 現場主義・現地主義の力—ハンセン病問題为例に

もう一つの研究方法は、現場主義・現地主義である。ハンセン病問題を例に、改めて現地・現場主義の力について考えてみたい。

①検証会議への参加—検討会委員長として

日本のハンセン病「強制絶対終生隔離収容絶滅政策」は、2001年5月11日の熊本地裁判決で憲法違反として断罪された。裁判所を動かし画期的判決を生み出す力となったのは、何より人権侵害・剥奪の被害の実態である。

ハンセン病政策立法は、1907(明治40)年制定の「癩(らい)予防ニ関スル件」、1931(昭和6)年の「癩予防法」、1953年(昭和28)年の「らい予防法」と90年近く続いてきたが、1996(平成8年)年によく同法が廃止された。熊本地裁はこの法律を立法し、廃止せず、ハンセン病差別政策をとってきたことについて立法府と行政府の責任を全面的に認めたわけである。立法府の長、国会の議長それから行政府の長、総理大臣・厚生大臣が謝罪をした。

熊本地裁判決の出た翌年にこの問題をさらに検証するために厚労省にハンセン病問題検証会議が作られる。私も検証会議の検討委員会の委員長として参加した。ハンセン病の患者、元患者(最近は回復者という)、療養所で暮らしている人たちが、どんな歴史を負ってどんな生活をしてきたか、今の思いは何か、そのことをしっかりと把握する。ハンセン病隔離政策の検証の

土台、その作業をした。全国13園ある国立療養所と2つの私立療養所全在園者3000人に聞き取りをした。その中で現地に行き、現場を知ることの大切さを痛感した。そこで知った実態を一つだけ紹介する。

①「収容政策」のむごさ—生きる力を奪う

ハンセン病という病気になったことによって療養所に収容された人たちがどんな思いで生きてきたか。瀬戸内海の療養所で暮らしている方、女性で、比較的若い方に話を伺った。

ハンセン病の歴史の中で、自殺した人、逃亡した人たちがたくさんいるわけである。強制的に連れてこられて絶対出られないところに入れられ、そして終生そこに閉じ込められる。終生だけではなくて、骨になっても帰れない、ふるさとに。そういう「強制絶対終生隔離収容絶滅政策」が行われたわけである。

非常に惨い質問であり、聞いてはいけないことだったと思う。

「あなたは何故逃げなかったか、あなたは何故自殺しなかったのか。」

その答えは非常に衝撃的であった。全ての人権を奪われたということは知っていたが、予測できない応えだった。

「私は生まれたときからこの園で育った。外の世界を知らない。だから自殺するとか、逃げるとかいうことはそもそも思いつかなかった。外の社会で生きることは怖い。」

殺されるより惨いことかもしれない。悪い言葉で言えば飼育殺し政策なのである。ドイツのアウシュビッツを始めナチスドイツの収容所ではガス室で殺された。確かにハンセン病の療養所に毒ガス室はなかった。絞首台もなかった。銃殺もなかった。しかし、自分の意思に関係なく、外の世界を知らないで生かされてきたということ、外の社会で生きる力—ある場合は死を

選ぶ力、自己決定する力といってもよい一を奪ってきた。これほど酷いことはないのではないか。

この経験が今に生きる私たちにとって、人権保障を徹底していくということ、これが何より必要だ、そのための研究であり、学問だ、改めてそう思う大きな動機になったのである。

②現場主義の力—「特別法廷」と最高裁判所の謝罪

らい予防法廃止から20年、熊本地裁判決から15年の2016年4月25日、最高裁判所が、ハンセン病患者について裁判所以外の「特別法廷」で裁判を行ったことについて裁判所法違反であり、ハンセン病患者の人格と尊厳を傷つけるものであったとして謝罪した。これで、ハンセン病「強制絶対終生隔離収容絶滅政策」については、立法、行政に続いて司法府すなわち三権の府が人権侵害の事実を認め謝罪したことになった。

私は、最高裁の有識者委員会の座長として「特別法廷」問題に取り組んだ。最高裁が画期的な判断に踏み込み、合理性のない差別であったと実質的に憲法14条違反を認め、謝罪にまでいたったのは、調査委員会、そして有識者委員会のメンバーが何より療養所等の現場を訪れ差別の歴史を知り、実態に触れたからである。

調査委員会と有識者委員会で全国13の国立ハンセン病療養所のうち群馬県草津町の栗生楽泉園と熊本市の菊池恵楓園を訪問した。訪れた委員が見て、現実に触れて、ショックを受けたと異口同音に述べたのは、「悪質で反抗的」とされ全国から集められた93名を収容し、23人が死亡したとされる栗生楽泉園の重監房であった。詳しくは、井上英夫「ハンセン病問題は終わっていない—『特別法廷』問題を中心に」民医連医療、2017年2月号、をご覧ください。

④体験主義の限界と想像する力

現地主義や現場主義を標榜しているが、体験主義の限界にも触れておこう。現地・現場といってもすべての場に行けるわけではない。つまり体験主義には限界がある。しかしそれを補うものがある、これが想像力だと思う。その想像力をつける。現地、現場にたてば、想像力も一層高まる。フィールドワークというのはそういう意味でも大事である。

学術会議会員の任命拒否問題が起こった。菅政権の対応は全く不当なものである。しかし、学問の自由は大事であるが、学術会議、学問の根本、自然科学、社会科学を問わず、何のために、誰のための学問・研究なのかが問われている。人権を地球上の全ての人に保障する。それが学問の目的であると思う。

六 新型コロナウイルス感染症と人権—健康権と住み続ける権利を中心に

1 人権の旗を掲げる

新型コロナウイルス感染症(以下コロナ)の終息は未だ先が見えない。長期に及び、生命、健康、生活、労働、教育そして経済活動等への影響は深刻になっている。2021年10月現在、大幅に感染者は減少しているが、第六次感染も危惧されている。医療・介護は依然として崩壊の危機にあり、コロナ禍対策の柱である生命権・健康権・生活権等々の人権が危機に瀕している。ウイルスは誰にでも感染するが被害は不平等であり、脆弱な人々(vulnerable障害のある人、病気の人、貧困な人、難民そして高齢者等)の人権は侵害されやすい。

安倍・菅政権のコロナ政策は、2020年4月17日の緊急事態宣言以降、補償抜きの自粛・要請にとどまり、国民の人権を保障するという自らの義務についての自覚を欠き、医療・介護崩壊

危機への対応等を国民、企業、病院・施設さらには自治体へ丸投げし、責任逃れの無策と愚策に終始してきた。

緊急かつ危機的状況にもかかわらず適切な手が打たれないなかで、コロナ感染患者・家族へ向けられた非難、中傷、差別は福祉・医療労働者まで拡大している。脆弱な人々、とくに重篤化、死亡率ともに高い高齢者に対する人権なかでも生命権、健康権、住み続ける権利の侵害が危惧される。

コロナ禍や災害における緊急事態のときこそ、その国のありよう、問題点が顕著に浮かび上がる。とりわけ、「平時」における分厚く、豊かな人権保障が、緊急時においても人々の生命、生活、健康、そして安心の保障に大きな力を発揮することも明らかになっている。

貧困、格差・不平等を拡大してきた新自由主義路線の破綻は目に見えてきている。岸田政権ですら「成長と分配の好循環」の実現と称して「新しい資本主義実現会議」を設置した。しかし、コロナ禍、新自由主義路線に代わるものは何か。その提示が緊急の課題である。

コロナ禍克服、そしてその先の日本、世界の未来を示すもの、それが人権保障、人権システムに他ならない。しかし、政府はじめ多くの政党、マスコミ、研究者・専門家、国民そして残念ながら医師はじめ医療・福祉従事者にも人権の視点は非常に弱いと言わざるを得ない。先のような安倍・菅政権そして東京・大阪をはじめとする自治体の自粛・要請、補償拒否政策は「支援」あって「補償」・「保障」なしという無責任政策＝「公助」政策であるが、これに対する進歩的陣営の批判も「公助の出番だ」、公助の増額・強化等にとどまり、人権を侵害するな、剥奪するな、保障しろという声は大きくない。

ここでは、コロナ禍への対応策として最も根

本的でかつ最も有効な人権保障について、その基本を確認し、人権の旗を掲げることを呼びかけたい。

井上英夫「新型コロナウイルスと高齢者の人権」ゆたかなくらし、2020年6月号、7月号もご覧いただきたい。

2 コロナ禍と人権—国連の提起

まず、コロナ禍に対応し人権の旗を掲げた国連と日本国内の動きを見てみよう。詳しくは、国連のコロナ政策および日本高齢者人権宣言について、賃金と社会保障2020年1764号「高齢者人権条約の実現を!特集第3弾」を参照いただきたい。

(1) 人権システムの意義—国連の提起

国連は、4月23日、コロナ禍に対し「新型コロナウイルス感染症と人権—私たちは皆、共にこの状況の中にいる(政策概要)」を公表した。「今は人権を無視する時ではない。今こそ、この危機への対応が人権にもとづいて講じられることが必要な時である。」

① コロナ禍は人権の危機であり、人類の危機である。

コロナは、公衆衛生上の緊急事態であるが、それ以上の経済的危機、社会的危機、さらには急速に「人権上の危機」になり、「人類の危機」であると、深刻な危機感を示している。

② 人間と人権を最優先かつ中心にしなければならない

「人権は、人間の存在を中心におき、より良い結果をもたらす。」「人権に基づいて形成され、人権を尊重した対応は、パンデミックを打ち負かし、すべての人に医療を保障し、人間の尊厳を守るという点で、いっそう優れた結果をもたらす。」

③もっとも脆弱な人に焦点を当て、公平な社会
発展、平和を生み出す基礎となる

「人権は、最も苦しんでいる人(脆弱な人々)に焦点をあて、私たちの注意を向けさせる。」
「人権は、この危機から、より公平で持続可能な社会、発展、平和を生みだすための基礎を準備する。」

④人権は権力と政治、経済のいずれよりも上位
にある

人権システムは、「国際的安定、連帯、多元主義、包摂(インクルージョン)を実現するための手助けとなる」「私たちが、希望を人々の生活に真に影響を与える具体的行動に変えるための方法を示している。」「けっして、権力や政治のための口実であってはならない。人権は、権力と政治のいずれよりも上位にある。」

⑤人権保障は国家の義務である

日本では、人権は権力や政治のための「口実」にさえされていないのが現状であるが、政策概要は、こうした立場からいくつかの勧告を提言している。そこでは、「人権保障は国家が遵守しなければならない義務である」ことが繰り返し強調され、「各国政府は、これまで以上に、透明性を保ち、迅速な対応を行い、説明責任を果たす必要がある。」、とされている。

(2)最優先されるべき三つの人権

人権の中でも現在のパンデミックにおいては、次の3つの権利が最も優先される。

①生命の権利と生命を守る国家の義務

「私たちは、すべての人間の命を守るためにコロナと闘っている。」「生命の権利は、すべての国に、人々の命を守る義務がある。」ということであり「この点には、とくに焦点をあて続けなければならない。」

②健康を享受する権利と医療にアクセスする権利

コロナ禍の中での医療問題・対策でとくに注目すべきは、健康権である。全文引用しておく。

「健康を享受する権利(健康権)は、生命の権利にとっても本質的に重要な権利である。コロナによって、どこまで健康権を保障することができるか、国家の能力が試されている。」

「すべての人は、尊厳を保持した生活をおくするために、到達可能な最高水準の健康を享受する権利を有している。誰もが、社会的地位や経済的地位に関係なく、必要な医療にアクセスできなければならない。」

「医療制度に対する投資が過小すぎたという歴史は、このパンデミックへの対応のみならず、その他の必要不可欠な医療サービスを提供する能力を弱めてきた。コロナは、すべての者を対象とする医療制度(Universal Health Coverage, UHC)が不可欠なものであることを示している。」「強力で回復力のある(resilient)医療システムを有する国々は、危機に対応するためにより良い条件を備えている。」

「医療システムは世界中に拡大しているが、その一部は破綻の危険にさらされている。すべての者を対象とする医療制度は、強力で弾力性のある医療システムを促進し、脆弱な人々に対する保障を強化し、かつ、パンデミックに対する備えと防止を促進する。」

「普遍的で利用可能な価格の保健医療システムは、ウイルスの拡散を含む基本的な措置に、差別なくすべての人のアクセスを保障することを通じて、パンデミックとの闘いを支える。これには、支払い能力の有無に関わらず、最も脆弱な者への検査、専門的ケア、必要な人への集中治療、ワクチン接種が含まれる。」

③移動の自由への核心的な挑戦—制限の原則

三つめが移動の自由の保障である。「世界中

で認識されているように、移動の自由は、他の多くの権利の享受を促進するために、決定的に重要な権利である。」

「しかし、感染の連鎖を断ち切るためには、人々は移動を中止し、相互に影響を及ぼしあうことを止めなければならない。」

「移動の自由を制限するロックダウンやステイホームの指示・命令の措置は、ウイルスへの感染を阻止し、医療サービスに過剰な負荷がかかることを防ぎ、生命を救うためには実用的で必要な手段である。」

「しかし、ロックダウンが雇用や生計、医療や食料、水、教育、社会サービスといった様々なサービスへのアクセス、家庭での安全、十分な生活水準、家族の生活に与える影響は深刻である。」

したがって、「移動の自由の制限は、その目的、比例原則、非差別性といった点について、厳格性が必要とされる。」「効果的な一般的検査と追跡調査の活用、および、対象者を限定した隔離措置を利用することによって、無差別的な移動の自由の制限の必要性を軽減することができる。」

この点、まさに、健康権保障を土台にした「住み続ける権利」の保障と人権の制約・調整が問題となるのであるが、後述する。

政策概要は、6つの重要なメッセージを提起し、それぞれ、課題、焦点、そして15項目にわたって具体的施策の勧告が出され、各国、地域の「人権に基づいた対応が形成されている良い実践の例」が示されている。日本におけるコロナ禍対策についても大いに参考とされるべきである。

3 コロナ禍と健康権・住み続ける権利

国連文書も指摘するようにコロナ禍で最も侵

害されているのは生命権、健康権そして移動の自由である。ここでは、健康権と移動の自由を基底とする住み続ける権利についても触れておこう。

(1) 健康権と医療保障、公衆衛生

健康権とは、「できる限り最高の健康を享受する権利」で、1946年制定の憲法25条、1966年の国際人権規約A規約12条によって人権として保障されている。日本ではあまり議論されていないが、国際的には常識である。健康権については井上英夫『患者の言い分と健康権』新日本出版社、2009年を参照いただきたい。

そもそも、トランプ大統領が「アメリカンファースト」と自らの責任転嫁のため拠出金引き上げで圧力をかけたWHO(世界保健機関)は、健康権保障を使命とし1948年に設置された国連の専門機関で、感染症予防、制圧活動等に取り組んでいる。医療保障制度、公衆衛生制度はこの健康権の「完全な実現を達成するための措置」の1つである。

(2) 日本国憲法と健康権

1946年に公布された日本国憲法は、世界に先駆けて健康権を保障している。憲法25条1項は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定している。

一般には、生存権保障と言われるが、一項に生存という言葉はなく、「健康で文化的な最低限度の生活」と言っているのであるから、生活権、健康権そして文化権を保障しているというべきである。

「最低限度の生活」という文言から生存権と言われるようになったわけであるが、敗戦により一億総飢餓状態といわれた当時の状態ならやむをえなかったであろう。しかし、現在では、ギリギリ最低の動物的生存ではなくて、むしろ十分な人間らしい生活の保障こそ必要である。

とりわけ健康については先のように「最高水準」保障が実現されるべき時を迎えている。

そして、2項では、「国は、すべての生活部にわたり社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上増進につとめなければならない」と規定し、社会福祉、社会保障、公衆衛生制度を例示し、その向上・増進を図ることが国の努力義務とされているのである。

(3) 健康権と医療保障・公衆衛生

医療保障・公衆衛生は、国連の社会的経済的文化的権利規約12条で言うところの健康権保障の「完全な実現を達成するための措置」の一つであり、中核となるものである。また、憲法25条の健康権保障のために、皆保険体制、医療機関、保健所そして医師・看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職等の人権のいない手により構成される医療保障制度・公衆衛生制度が作り上げられている。

中でも、医療保障は、「健康の維持・増進、傷病の予防、治療、リハビリテーション等の包括的な医療サービスを、国民の権利として保障する制度」であり、健康権の中核であり、コロナ禍で問題となっている保健所等の公衆衛生とあいまって健康権を具体的に保障するものである。

(4) 健康権の理念と原理—人間の尊厳の理念、自己決定・選択の自由、平等の原理

人権そして健康権の理念・目的は人間の尊厳の保障である。人間の尊厳とは、人間は価値において平等であり、他者にとって代われない唯一無二の存在である、ということである。さらに具体化した原理として最も重要なのが自己決定である。自分のことは自分で決め、公務員や医師、職員、家族等すなわち他者によって左右されない生活ができなければならない。

この「独立生活」を保障するには選択肢が用

意されなければならない。例えば、高齢になると自宅で暮らすか施設で暮らすか自分で選べない。そもそも、自宅と同じように自己決定できる独立生活の送れる施設(北欧では別の家というが)は少ない。選択できない場合は強制された自己決定であり、真の自由意思に基づく決定とはいえない。

また、人権は、年齢にかかわらずすべての人に平等に保障されなければならない。コロナ対策における外出自粛等の要請、さらに緊急宣言下の営業の自粛、在宅勤務の要請、自宅待機、さらに現実には「軟禁状態」とも報じられている軽症者や無症状患者のホテルへの移送(朝日新聞電子版2020年4月16日)等が、とくに「脆弱な人々」の自己決定を奪う人権侵害・憲法違反となっていないか、後に述べる「人権制約・隔離の必要性」の判断基準が問われる。

(5) 健康権保障の原則

人権としての健康権保障というるためには、次の諸原則を満たさねばならない。

これら諸原則は、立法、行政、司法の憲法解釈、適用の基準となる。

①不断の原則、②地域の平等原則、③主体の包括性、平等性の原則、④負担の原則、⑤最高水準医療の原則、⑥公的責任の原則、⑦権利性の原則、⑧民主的運営・参加の原則。

(6) コロナ禍と住み続ける権利

住み続ける権利は、どこに行って住むか、政府によって妨害されないという居住移転の自由(憲法22条)を基礎に、どこに住むか、さらにどんな暮らしで住み続けるか、自己決定でき、そのための諸条件が国によって保障されるというまさに包括的、総合的な現代の人権である。医療や介護、所得、保育等の社会保障権や社会福祉権、労働権、教育権、健康権、文化権等の人権保障により実現される。

コロナ過は、患者、家族、はたらく人々だけにとどまらずすべての人の健康権・医療保障、住み続ける権利の侵害・剥奪をもたらす危険がある。2001年、熊本地裁は、ハンセン病違憲国賠訴訟において居住移転の自由の侵害として国の隔離政策を厳しく断罪した。したがってこの経験を今回のコロナ禍克服のための教訓としなければならない。

(7) 人権・健康権と「にない手」の人権

コロナ禍で医療、公衆衛生、介護現場の従事者すなわち健康権・社会保障権や住み続ける権利等の人権保障を自らの労働で保障する人々、すなわち「人権保障のにない手」の人権も危機的状況にある。自らの命と健康、生活をかけ決死の思いでコロナと闘っている人々への称賛の声は多い。しかし、他方で差別的発言、行動も報告されている。コロナ過は、人権のにない手へ、優しい心、自己犠牲を求める励まし、応援だけでは乗り越えられない。エッセンシャルワーカーなどともちあげるだけでなく、その重要な役割、「人権のにない手」にふさわしい、労働権、生活権、保育や介護等の社会保障権そして健康権の保障こそ問題解決の鍵であるが、苦難の中に置かれている本人たちから「支援」を求める声はあっても、人権保障を求める声はあまりに弱い。

例えば看護職は、人権のにない手である。健康権保障の使命を十全に果たすためには看護が「魅力ある仕事」でなければならない。魅力ある職にするには、看護職員自身の労働、生活すなわち社会保障、教育・訓練等の人権が保障されなければならないのである。

コロナ禍のいまこそ看護そして介護という社会的に有用で重要かつ危険な仕事をにう「人権のにない手」にふさわしい労働・生活保障等人権が保障されなければならない。

(8) 本人の人権と家族の人権

日本では、自助の次は共助・相互扶助である。とくに国家による人権保障責任が家族に転嫁され、介護やケア負担・犠牲が強いられている。介護殺人・病苦殺人、心中の常態化は世界に例をみないし、老々介護、ヤングケアラー問題も深刻である。ケアを必要とする本人の人権が十全に保障されるためには、家族一人一人の人権が保障され、それぞれが自己決定に基づく自らの人生が保障されなければならない。

(9) コロナ禍と日本高齢者人権宣言—人権の旗を掲げる

災害、緊急事態においては、その国と社会の根本問題がクローズアップされ、人権保障のあり方が問われる。コロナ禍において脆弱な人々、なかでも重症者割合、死亡率ともに高いのが高齢者であり、その生命権、健康権、住み続ける権利等の侵害が危惧される。

コロナ過を克服し、どのような国、社会を形成していくのか、日本の将来、世界の未来が問われている。その方向を示す一つの例として、日本の高齢期運動そして日本の高齢者の人権保障に新たな歴史を画す日本高齢者人権宣言をとりあげたい。

「日本高齢者人権宣言(第1次草案)」は、日本高齢期運動サポートセンターと日本高齢期運動連絡会の共同で作成され、2020年6月、同連絡会総会で採択された。二年間をかけて高齢者はもちろんすべての年齢の人々の参加と議論により創り上げられる。なお2021年11月、第2次草案が発表されている。

日本高齢者人権宣言は、国に人権を保障させ、すべての人が長寿を喜び合える真の長寿社会建設を目指している。日本高齢者人権宣言は、地域、自治体、国のあり方を変革するための高齢者からあらゆる年齢の人々への呼びかけ

である。日本高齢者人権宣言は、国連高齢者人権条約制定を加速させる、日本から世界の人々への連帯の呼びかけである。

日本高齢者人権宣言案は、「日本高齢者人権宣言策定に向けて一なぜ、今、人権なのか」を述べた付属文書と前文、本文から構成されている。特徴は、①「人権」の視点を明確に打ち出している点、②内容面では、国際的な人権保障の到達点を反映している点、③高齢者を中心とした「参加」のプロセスが重視されていることである。本文は、Ⅰ基本原理、Ⅱ保障される人権、Ⅲ国・自治体・企業の責任、Ⅳ人権保障に向けた不断の努力義務の4部で構成されている。

Ⅰ基本原理として「尊厳」「独立」「参加」「ケア」「自己実現」を掲げる。

Ⅱで、高齢者に保障される23の具体的な人権を掲げている。Ⅲでは、国と自治体の責任を明記する。すなわち人権保障の「最終的な義務」は国にあり、国と自治体は人権保障を目指して立法や行政等を行わなければならない。企業の人権尊重、保障責任についても言及されている。Ⅳでは、高齢者の決意表明として、人権の実現と促進に向けた「不断の努力義務」が掲げられている。最終的に「すべての年齢の人の人権が保障される社会」の実現に向け、他の年齢の人々や他国の人々との連帯も表明されている。日本高齢者人権宣言については、高齢期運動連絡会・日本高齢期運動サポートセンター、高齢期運動ブックレットNO.5、6、2020年、2021年、宣言の日本語版、英語版が日本高齢期運動連絡会ホームページに掲載されているのでご覧いただきたい。

七 人権保障の意義

コロナ禍の現在、国際的かつ国内的に人権保障が最大の課題であり未来への道であるが、そ

の意義についてあらためて触れておきたい。人権保障は当たり前、ヘイトスピーチグループ等を除けば、それ自体誰もが否定しないのであるが、その内容、意義については意外に理解されていないからである。人権の歴史、例えば社会保障が、恩恵から権利そして最高位の権利としての人権に発展してきた歴史が重要であるが、詳しくは、井上英夫「真に平和な社会とは—平和的生存権と人権としての社会保障」中央社保協『社会保障』2021年夏号を参照いただきたい。

人権の保障は、人間であることが唯一の条件で、最高規範である憲法によって保障される権利のなかでも最高位の権利である。お金があろうがなかろうが、すべての人に人間らしく暮らしていくのに必要な人、物、金(ニーズ)を保障するものである。

現在、人権保障は国際的には大きく、豊かに発展してきたが、日本では国民の人権意識は弱く、とりわけ日本政府の人権感覚の欠如は著しく人権保障政策の遅れは甚だしいものがある。人権の意義についてあらためて指摘しておきたい。

①人権は国(自治体)によって「保障」されなければならない—「公助」ではない

日本政府は、コロナ対策として営業や外出、通勤等の「自粛」を求めながら、一貫して休業等への「補償」を拒否し、「支援」と称している。また、社会保障についても人権ではなく、自助・共助を前提とした「公助」であり、支援すなわち応援、援助にすぎないとしてきた。自治体、多くの政党、マスコミ、専門家、国民も「支援」に疑問を持っていない。「公助」の出番だ、「公助」が足りないというような言い方で政府批判をしている。

しかし、人権「保障」に最終的責任を負うの

は国である。もちろん、企業(雇用主)も労働者に対し労働権、生活権等を直接保障しなければならないが、国には企業に人権を保障「させる」義務がある。コロナ禍では、国と自治体の関係も問われているが、自治体も人権保障の義務と責任を負っていることは国と変わらない。

人権として保障されるということは、生存権を規定している憲法25条1項がいうように、国民の権利であり、これに対し2項が定めるように国の義務であるということを意味する。国が「保障義務」を果たさない場合は「責任」を負わなければならないのである。また、憲法29条は、「私有財産は、正当な補償の下に、これを公共のために用ひることができる。」と規定し、コロナ禍を理由とする財産権の制約に対しては、国が「正当な補償」をすると明記している。

②責任の果たし方—賠償、補償、保障

国は、人権保障を怠ったり、侵害・剥奪したりすれば、倫理や道徳あるいは政治的責任にとどまらず、法的な責任を負わなければならない。その方法としては、歴史的に賠償から補償そして人権の保障へと発展してきている。

③財政は人権保障のために発動されなければならない—軍事費よりも人権保障を

④人権はたたかひの成果である

⑤違憲立法審査権を行使できる

人権は国によって「保障」されるもので、尊重、支援、援助、「公助」にとどまるものではないということを再度強調しておきたい。

八 コロナ禍と人権の制限—ハンセン病のたたかひに学ぶ

1 ハンセン病政策と人権剥奪—国の責任を問う

コロナ過は、第二次大戦後、世界が目指して

きた社会を根本から揺さぶっている。それは国際協調・連帯、国民主権・民主主義、基本的人権、平和主義を柱とする日本国憲法体制をも危機にさらすことになる。

日本は、ハンセン病「強制絶対終生隔離収容絶滅政策」という負の歴史をもっている。2001年の熊本地裁は、このハンセン病政策が患者・回復者のあらゆる人権とりわけ憲法22条の居住移転の自由を侵害・剥奪し、人生被害をもたらし、さらには国民の間の偏見・差別を「作出・助長」したとして立法府、行政府の誤りを認め、謝罪させ、賠償、補償させたわけである。さらに、2019年の熊本地裁判決は、患者の家族への人権侵害とくに憲法24条の家族を形成する権利の侵害をみとめ、さらに進んで、差別除去義務とそのための人権教育義務を国(法務大臣・文科大臣)に課した。

さらには、先のように、2016年、ハンセン病患者に対して裁判所以外の「特別法廷」で審理したことに対して差別と認め、最高裁・司法府が謝罪し、裁判官への人権教育を始めている。

今回のコロナ禍に対してもこの経験が教訓とされなければならない。人権の歴史にとってこの偉大な成果は、ハンセン病患者、回復者そして家族の多年にわたる「人権のためのたたかひ」すなわち違憲立法審査権の行使によってもたらされたことも明記しておきたい。

ただ、ハンセン病問題とコロナ問題には決定的違いもある。ハンセン病は、らい菌の感染力・発症力はきわめて弱く、特効薬もあり治る病気である。これに対し新型コロナウイルスは、731部隊を彷彿とさせる細菌兵器への疑念すらあるように、感染力は強く、ワクチンはあるが決定的な治療法はなく、重篤化すれば死に至る病である。コロナの場合、重く、危険であるから強制隔離してよいか、となればそれは許され

ないということを確認しておかなければならない。

2 人権制約の判断基準と特別措置法

コロナ対策と人権の関係は、感染者、患者の健康権、住み続ける権利だけ考えればよいというわけにはいかない。人権も絶対・万能なものではなく、「国民は、これを濫用してはならないのであつて、常に公共の福祉のためにこれを利用する責任を負ふ」(憲法12条)。国連も認めるようにコロナ禍のような緊急事態においては、人々の行動、移動の自由など人権を制約・制限する必要がある。患者を隔離して他の人々への感染を予防し、健康権を保障しなければならない。ただし「公共の福祉」などという抽象的な基準でなく、人権相互の調整という問題であり、「人権制約と隔離の必要性」をどのように判断するかが問われる。

(1) 人権制約の大前提

この点、先の2001年熊本地裁判決の打ち出した、「隔離の必要性」の判断基準に従わなければならない。大前提は、人権も、全く無制限のものではなく、公共の福祉による合理的な制限を受けるが、「すべての個人に基本的人権を保障し、公共の福祉に反しない限り国政の上で最大限に尊重することを要求する現憲法の下において」は、「最大限の慎重さをもって臨むべきで」、「少なくとも、ハンセン病予防という公衆衛生上の見地」からの「隔離の必要性を認め得る限度で許される」のである。

(2) 隔離の必要性の具体的判断基準

隔離についての具体的な基準は、①患者の隔離がもたらす影響の重大性から、これを認めるには最大限の慎重さをもって臨むべきであり、②伝染予防のために患者の隔離以外に適当な方法がない場合でなければならず、③極めて限ら

れた特殊な疾病にのみ許され、④その時々最新の医学的知見に基づき、⑤患者に伝染のおそれがあることのみによって隔離の必要性が肯定されるものではない、というものである

(3) 新型インフルエンザ等対策特別措置法と人権制約

この基準は、5条において「基本的人権の尊重」を謳い、「発生時において国民の生命及び健康を保護し、並びに国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすることを目的」とする特別措置法の運用についても適用されるべきである。「隔離」だけでなく、営業制限、通勤・外出制限等あらゆる緊急事態措置等に当てはめて、人権制約の可否(違憲性)が判断されなければならない。

以上の大前提と具体的基準を徹底して運用すれば、特別措置法さらには災害対策基本法等の法律の不備を補えば十分対応可能であり、コロナ禍を好機とし戦時の緊急事態導入を図るような憲法改正は不要なことも強調しておきたい。

おわりに—新自由主義の克服は人権を掲げた民主主義「革命」で

今回のコロナ過は、日本そして世界の今後を左右するような事態である。とくに民主主義・人権保障の国が、誰にとっても大事な生命・健康を「人質」に取って自粛、自立・自助、共助を強要するような無責任な「公助」体制、強権・監視体制を強化するのか、その試金石となる。そして何より問われているのは私たち国民の側の人権意識であろう。

コロナ禍克服に新自由主義路線からの脱却が強く主張されている。しかし、その先の国を、経済、政治、社会を、とくに医療・福祉、社会保障体制をどのように構築していくのか。その具体的な方向を示すのが、健康権、社会保障権

そして住み続ける権利等の人権の視点であり、人権保障システムである。

現代の人権のためのたたかいは、暴力革命ではなく議会制民主主義を通じた革命、世直しでなければならない。今こそ、私たちも、主権者として政策を決める政治の仕組み「民主主義」をしっかりと機能させるチャンスである。憲法97条の認めるように人権のためにたたかい、憲法を守り、発展させるための「不斷の努力」(憲法12条)を続け、禍を転じて福となすべきときが来ている。

私の「生活と健康を守る会」活動

My action of “Group to Secure Lives and Health”

広 田 敏 雄(元「金沢市生活と健康を守る会」職員)

Toshio HIROTA

1. はじめに

この原稿は2020年12月5日開催された日本医療福祉政策学会での報告を加筆修正したもので、「生健会(生活と健康を守る会)」の紹介と金沢市での運動内容、そして私の思いである。

建設業の現業員として社会に出て働き、いろいろなきさつの中でこういった社会活動に参加することになった。同じような活動をする方として福祉系の学校を出て参加する方を多く見てきたが、自分でもこういった形で社会保障などとは全く縁の無い世界から福祉の専門家みなさんとふれあうようになるとは思っても寄らぬことである。

現実社会では過去から実証され社会進歩のために築き上げられたいろいろな財産があり、法律や制度から社会のシステムを考えそれを暮らしに活かしていく。こういった作業のプロセスで、過去からの教訓や現在の到達点の確認、それらがどう活かされていくかを、ジャンルを超えた「建設業」からの観点で見ていたことも後から気がついた。そういった意味でも、畑違いの私がどういった経緯でこういう活動にアプローチしたのか、そしてどういった思いで活動に参加して、どういった活動をしたのかを書いて

いく。

2. 私について

私は1954(昭和29)年に能登、穴水町で生まれた。そこは、大相撲の「遠藤関」の出身地でもある。中学校を卒業する時点で、身長143cmという超小柄な生徒だったので、小学校の相撲大会では他の同級生に投げ飛ばされるばかりでつらい記憶ばかりがある。そうだからと言うわけではないが、中学校を卒業すると同時に就職し能登を離れ「電気工事士」として全国を回るものの、都会にはなじめず17才で金沢市に帰ってきた。

勤め先は国鉄の電気部門下請けとして電車走行架線・信号設備・駅舎等の電灯設備などをほぼ独占する企業であった。会社のシステムとして当時の国鉄と同じように社内で研修所を持ち中卒でも電気知識を専門的に教育し現場に送り出すという仕組みがあった。

会社では電気知識や建設現場の施工管理工程管理などの基礎知識を学んだが、当時急速に変化しつつあった安全性を高めるための防災消防設備・電気設備の進展で新しい技術革新が起きており、ちょうど頭が柔らかい時期にあった私

(受理日：2021年10月5日)

はそれらの知識を受け入れるのに適していた。

そして、その状況が幸いして私たち若手が会社の中でもそれなりに重要視され、発言力も持つことが出来る状況が生まれていた。当時は労働組合運動も盛んでそういったところでも存在感が認められる状況もあった。会社は全国規模でそれなりにしっかりとした労働組合があったが自分が所属する労働組合が第二組合だと知った。

入社後会社のようにすにも慣れてくるなか組合運動にも興味を持つようになった。若さで正義感を持つ時期でもあることから「真実と正義を追求したい」と自分から第一組合の中央本部へオルグされにも行ってきた。結局は地元の第二組合で努力するという結論となるのだがそのためにも労働組合活動にも目を向け、さらにそれを深めようという思いが強くなっていった。

そんななかで、金沢市にも労働組合を学べるところ「学習協＝労働者学習協議会」があることを知りそこで学ぶこととなった。労働組合運動を学べる教室の他にも哲学や歴史など他の教室にも参加するなか日がたつごとに深みに入り込んだ。そこにはいろいろな団体の方や社会活動に参加している方がおり、そして「社会を語る間柄」になっていった。

そのうち私の発言や考え方に注目したのか「生健会」といった組織を金沢でも盛り上げるので、そこの職員＝専従者とならないかと声をかけられほとんど二つ返事で専従者となることを引き受けることになった。今思えば当時はそれなりの大企業の「正社員」として将来も保証された身分のはずだったが、その職から今言う「NPO」の立ち上げメンバーになった。職員＝専従者として給与も「1/3への減額」となる待遇で、その約束額もまともに支給される組織状況でないところへ飛び込んでいった。

1977年から「専従者」活動が始まるが会の財政が行き詰まり、自分も家庭を持ち生活が行き詰まるなか、やむなく1988年に約10年間間違った専従者としての活動をあきらめた。

その後、共闘組織として運動をともにしていた民医連の病院職員として、2011年の退職まで仕事をしながら活動をするようになった。しかし専従者の無い組織としては要求運動は独自にはできず、相談活動を細々とこなし他団体との共闘に会員を参加させてもらう状態で運動を続け、会費の集金や新聞の配達など最低限の実務をこなすだけでも大変な状況で会員数もじり貧となった。

退職を機会にもう少し組織や運動を立て直すという思いなども持ちながら活動が続けていたが、2013年に現在の新しい形で金沢生健会が始まることとなり事務局を離れ一会員として参加する事になり2020年10月の現在に至る。

3. 生健会と全生連

「生健会」は「守る会」とも呼ばれ、各地域での「何々生活と健康を守る会」の呼び名で自治体を単位に組織されている。この単位組織が3つ以上集まり連合体として「県連」を構成する。その県連の連合体が「全生連」＝「全国生活と健康を守る会連合会」で組織内では「中央」と呼んでいる。3つ以上の単位組織が無いなど県連のない単位組織は全生連に直接加盟の単位組織となる。

戦後各地域で「守る会」や「生活互助会」などという呼び名で自然発生的に組織が生まれ、なかには資金を出し合って「病院」をつくったところもある。そういった組織が全国組織として1954年に全生連を結成することになる。

「生活相談」が中心で自分たちや地域住民の生活を維持するために行政の制度を利用するこ

とを勧め、そして問題点を調査しより役立つように役所に適用改善させてきた。当時から暮らしに役立つ制度としての「生活保護」を適用させるために行政との交渉、制度の解釈などで強く交渉し要求してきた。

社会的能力が優れていた人たちがレッドパージや労働争議などの事情で生活に困窮する事態となり会へ参加してきた。自分の生活要求でもあり組織での指導的立場で行政への交渉などにも活躍し朝日訴訟の中心団体の一つとしても大きな役割を果たしていき、やがて国民全体の生活水準が向上する中で生活保護だけでなく、低所得者を対象に生活に役立つ制度として税申告や就学援助運動へと広がり、地域で多くの人たちが参加する運動となり組織作りが広がっていった。

運動に取り組み出した時期やその地域での権利意識などによるのか人口比での生健会の組織率は地域差が大きい。都会や一部の地方都市では組織率が高くなり地域での影響力が強いところもあるが、全くの空白県や同じ県でも空白の自治体もあり全国的に知られている状態とはいえなかった。全国組織としての全生連は地方での事例などが集められた。法律との関係などを学者や専門家などの協力を得ることで国の政策担当部門にも大きな影響を与えるようになり、政府への政策提言などは現場の声がそのまま生かされることができ制度運営に大きな影響も与える存在となった。

4. 金沢生健会の組織経過

金沢市では1972年に2~30人程度で生健会は発足したという記録がある。当初は新婦人(新日本婦人の会)などと共闘し就学援助運動に取り組みだした。自主申請を認めさせること、所得基準で認定・民生委員の証明を不要とするこ

と、希望者には銀行振り込みにさせること、などについて全国での教訓を生かし制度の利用方法を改善した。就学援助運動の他にも各地域のメンバーは生活相談を受けながら生活保護や国保料の減免など地域住民の生活支援をしていたが、専従体制がなく役員が仕事の合間におこなうので大変だったようである。

それから5年ほど経過した1977年に私が専従者となり事務所を構えた。就学援助や税運動など全国方針を基本として活動をすすめ、会員数を年間100世帯ぐらい増やし3年目で約300世帯となった。しかしそれ以上は組織拡大が進まず増加が鈍り退会者も出るなかで会員数は停滞したままだった。組織体制でみると各地域で約20班の班組織ができその地域では一定の影響力を広めた。生活相談が多く寄せられることになり経験が蓄積され解決能力は高まるが生活相談中心でなかなか要求運動を軸とした組織作りとならなかった。このように専従者が相談中心の請負活動となると組織拡大や役員や活動家などの人作りも進まないことになり、とりわけ専従者に安定した人件費を出すという大きな財政問題を解決できなかった。

専従者体制から10年目でも財政的困難は解決のめどが立たないことから、持続的な組織継続の展望を持つことができず専従者体制をやめ人件費のない非専従体制で組織の継続をすることとした。非専従体制でも税申告・就学援助制度の年間運動をしながらの活動となったが、組織の活動力は低下し会員数も減りそれぞれの運動への参加者もほとんど無くなり事務局長の相談活動中心の状態が続いた。

そういった中で2013年政府の生活保護基準引き下げが行われ、金沢でも全国的な運動に応えられるようにと2014年生活保護訴訟運動を中心とした現在の新しい組織体制となった。

5. 金沢市での活動

生健会運動の方針では請負活動でなく会員が参加する要求運動を追求するのだが、日常の活動では身近な問題解決「生活相談」活動が主となる。

専従者になったすぐから「生活保護申請」が次々と持ち込まれ特に母子世帯が多くあった。当時は全国的にも「保護獲得」との言葉が使われるほど生活保護申請の支援が主な活動であった。全国会議の際での経験交流でも役所の受付でどれだけ机をたたいてアピールできるかが申請を通すコツだというような手法が自慢されていた。

私が担当した特徴的な相談を紹介する。一つ目は専従者になってすぐのころ死別での母子世帯の生活保護申請についてである。保護課へ同行すると担当者は最初から私を無視して申請者に「生活保護だとわかると子どもが学校で嫌な思いする、あなたは器量が良いので夜の仕事もある。生活保護受けずにがんばったらどうか」といったアドバイスをした。その時の私はかなり強い口調と態度で夜勤けとは何だと抗議し、押し込むように生活保護の認定をさせた記憶がある。

ところが後日この母親に市役所の担当が人権無視のアドバイスをして腹が立ったかと私が聞いた時、この母親は生活が楽になって同行した私より認定した担当者に感謝していると答えた。後日ことあるごとにこの話を持ち出し「そんな変な話はない」とあちこちで話していたが当事者の気持ちとはそういったものだということが良くわかった。

二つ目はこれも事務所開設の初期の頃突然事務所に応援してほしいと飛び込みの相談が来た。夫や姑から逃げて家を出たいとのことであった。かなり決意が固いようで慰留する雰囲気

も感じず転居先と生活保護申請の援助を行った。入学前の男の子がいてそれなりに悩んでいたようだが私の「子どもの意見を聞くこと」のアドバイスを受け止め「子どもが承諾してくれた」と決意を固め「生活保護で生活は保障される」という説明に安心したのか早い決断でこちらがビックリした。

三つ目は生活保護受給が当事者にとって本当にありがたいということを感じさせる事例であった。水商売を長く続けてきた中年の单身女性が病気で働けなくなり生活保護受給申請の支援をした。この場合比較的簡単に生活保護の受給になったのでそんな感謝されるような話ではないと思っていたが、その後訪問時にお茶をいただきながら話をしている時に突然ふすまの戸をがらりと開けるとそこに寝具がひいてあった。その頃は特に何も思わずそのまま帰ってきたが、何年かたってそういう形ででもお礼がしたいとの意味を知り、当人にとっては「そういった事」がお礼の形だったのかと思うと複雑な思いであった。

生活保護の申請同行はそのことだけでなく当事者の人生の一端がリアルに見えてきて、そして社会のあり方がその人たちの人生を大きく左右するというを感じた。

一番目の世帯はひとり親世帯が経済的に自立できない状態が放置されていることがわかる。こういった生活困窮の事態について、年金と児童扶養手当による対応だけでは生活が成り立たず、社会保障制度の問題点が分かる。

二番目の事例では今では女性の自立を巡って社会的にも考え方が進歩しているが、当時は結婚して家に入れば嫁は労働力であり使用人であるという扱いが当然のものであった。他に相談したところでは「我慢すべき」といわれ続け、苦しい状況を覚悟して飛び出す決断をそのまま

受け入れた相談が早期の決断になったものと思われる。

三番目の事例では市の担当者は元水商売ということでぞんざいな対応から始まった。職業に貴賤がないといわれるがそうでない対応で相談者はかなり萎縮していた。しかし実際に病気で働くことが困難ななか生活がままならない。そういった実態の中で認定された。

私は卒業してすぐに建設業界で仕事をしてきたので、仕事の後や業界でのお付き合いでは「飲み屋」がよく使われ水商売の実情はそれなりに理解していた。そういった事でそこで働く人やその人たちの人生も聞かされることも多々あった。そういった経験が相談の中で職業には貴賤がないという立場を明確にしながら支援できた。

生活保護を必要とするケースはこういったものもあった。事務所のあった地域の一角に障害児の治療や学習などの児童施設が集中しており治療や学習支援が行われていた。そしてそこには大きな公営住宅団地もあり障害を持った子どもの世帯が転居して来て集まっていた。今もそうだと思うのだが子どもの障害を受け入れる親たちには苦難が待ち受けている。母親はまず受け入れるのだが父親は違うようで「障害児を産んだお前が悪い」といった事を言い続けるなど夫婦仲がギクシャクする。日々子どもの対応に苦慮する母親は面倒な父親を排除し自分ひとりで育てる決意を固める。

ひとり親で障害児を育てるとなると経済的基盤の確立が困難となる。さらに社会的な孤立もありそういったなかで後押しをしてもらえる基盤を求める。そこで生健会の存在は頼りになる存在となる。生活保護の利用は当たり前の方針なのでお金の問題では安心してきて解決となる。他の制度も利用できるものはすべて役所に

も協力させるという方法が自立を目指すみなさんの頼りになり、生活の基盤を支援してもらったと感じているのか相談を通してすごく距離感が近くなる感じがしていた。

しかし自立する決意を固めてシングルとなるみなさんは生活の基盤を得るとさらに強くなり、自分で働く場や基盤となる生活の場を広げていきそういった新たなつながりもできてくる。そうすると会とのつながりは細くなり「母子世帯班」といった形での班もあったが、みなさんの強い個性が組織で縛られるような雰囲気にはなじまなかったようである。

6. サラ金相談

事務所の開設時、地域にチラシをまいて「生活相談会」を企画した最初の相談が、近所のスーパーで店長をしているという男性からの「サラ金相談」であった。交際費で小遣いに不足し借入れがふくらんだということであった相談からしばらくして所在不明になり残されたご家族の生活保護申請をした。当時はサラ金業者によるきびしい取り立てが行われていたが、妻はこれで安定した生活が出来ると安堵したようすが思い出される。

病院のケースワーカーから「患者がサラ金の取立に困っている」との相談に同行するとちょうど取立に遭遇、原付バイクに乗ってきた相撲取りのような体格のよい若い男が脅すのだが、対応した妻が台所から包丁を持ってきて「これで刺せ!」と気丈な態度に取立の若い男はすぐごと引き上げていった。直後に妻は腰が抜けたようにへなへたと座り込んだが見ていた私たちも怖かった。借金は夫が妻に無断でサラ金から借り入れたもので、業者にもその旨連絡をして取り立てを中止するよう求め、妻の生活を保障するために生活保護受給の支援をした。

サラ金業者の社長で組長だという方の入院する病室へ同行したこともある。私が話している途中で、組長はそばにあった刀を「キラリ」とさやを抜いてながめてみせたが、この頃はそんなことは怖くなくなっており動じずに話を進めると、「今回だけやぞ」と利息制限法に準じた金額で払い終わる方法を納得してもらった。組長は相談者に「こんな人(私・広田)にまで迷惑かけてだめだよ、これからは高利貸しから金借りるな」と説教をしていた。

当時はサラ金問題が深刻で、民商などと「サラ金悲劇を無くす市民の会」という組織を立ち上げて対応していた。何件もある大手の支店を回って歩くのだが地方の支店の責任者は役所のように、システムに基づいてそつなく仕事をこなせる人が登用されているようで、利息制限法で解決する定型的なパターンで契約変更できた。

サラ金の借り入れには「保証人」が必要とされるので、相保証をし合う「お友達」がネットワークをつくりグループとなる。一人相談にのると次々相談者が増え解決方法もグループで学習するので「組織」となり解決の輪も広がる、そして具体的に返済するためにはそれぞれの返済の資力や能力が問われる、生活保護の利用や各種料金の減免など個々に対応する条件をアドバイスできる生健会がここで役立つこととなる。

これらの相談の中でいえることは目の前の救済だけでなく社会制度として救済するためには、生活保護の申請に同席して生活保護が受給できればそれで終わりではなく、その原因を考慮し生活保護で今後の人生を考え相談者と一緒に社会のあり方も考え社会や制度を改善することである。

7. 要求運動のうち、主な6つの紹介

金沢市の就学援助制度は1972年頃の運動でほぼ全国水準となっていた。私は専従者としての活動を活かし他の団体と共闘を強め、共通チラシの作成や地域での共同説明会などで地域の雰囲気を変えることを重視した。

運動の方針として「物取り運動」でなく教育運動の観点を重視するなかで、受給率が3%ぐらいから2割近くまで大きく増えてきた。申請方式の簡略化や支払いを銀行振り込みに変えるなど使いやすい制度に改善、市役所での集団申告に100人が集まる力はマンモス校の解消など教育の改善、そして中学校給食の全校実施をさせる力となった。

(1) 「税金の集団申告運動」

かなり以前から商売人中心に民商で行われていた3.13重税反対集団申告運動に共闘することとした。班会を中心に関税の勉強会を開催し申告書記載、それを集団申告時に税務署と市役所に提出し税制度への改善要望を交渉した。税申告のメリットは計算の間違いが無いことである。職人は必要経費の計算がわからず収入のすべて所得で申告し高額な所得税を納め、収入が少ないので税申告が必要が無いと思い申告をせず国保料の法定減額を受けられない人がいた。そこで、勉強会を通じて、サラリーマンが扶養家族など所得控除を申告し直し5年分の所得税・市民税の還付申告をし、その還付申告により税金の返金が振り込まれ、保育料も安くなり、公営住宅家賃も安くなるなどがあり生健会の存在が光るものでもあった。

高い税金はけしからんと社会運動をしている人でも、初めて知る税の仕組みや「税率」が果たす大きな役割に気づくなど、税金運動への確信や広がりにもつながるものとなった。

(2)生活保護改善運動

市役所新館が1981年完成、当時の生活保護課(現在生活支援課)が庁舎内の銀行向かいという位置で、その銀行のカウンター向かいに保護課のカウンターがありそこで生活保護の申請を受け付け、聞き取りをしていた。銀行来行者の目にさらされ話も聞こえる位置であることから個別ブースの設置を要求し実現させた。他にも問題事例があるたびに繰り返しケースワーカーの対応改善などを要求した。年間を通して定期的に金沢市を一級地に引き上げる要望を出し国に向けて金沢市とも力をあわせた。

1982年生活保護世帯アンケート調査では会員10世帯に個別直接聞き取り調査をし、保護世帯の実態を具体的に明らかにして市への改善を迫る事ができた。おもに職員の対応を通してのイヤな思い・扶養の事実が無いのに虚偽申請の誘導をしたこと・基準が低いこと・医療をかりやすくして欲しいことなどの改善を金沢市に要望した。

2007年、相談を受けた事例から「法令違反事案」が発覚した。「特別控除」「未成年者控除」を実施していなかった事案で、県からも指導をさせ補正予算も組ませるなど追及を行なった、詳しくはインターネットのホームページ⁽¹⁾で解説をしている。

(3)公営住宅

公営住宅運動は私が専従者となってから金沢市における運動としては新しい課題として取り組まれた。全国的には公営住宅における会員の組織率が高く課題としても重視され、切実な要求に基づく改善運動も進んでいた。取り組みとして入居相談では申し込み基準となる所得確定のための税申告などを支援し、公営住宅入居者には各団地で班会学習会を行い理解を深め、入

居者へのチラシ配布で減免説明会や相談会を開催した。そのなかで税や就学援助・生活保護など各種制度の相談にも応じ、住宅の修繕要求も出せるよう大家である行政に責任があることを学習し修繕要求にも立ち会った。

(4)年金制度

複雑な年金制度は相談するとメリットが得られるお得な運動となった。当時は老齢福祉年金の制度を知らずに受給しない対象者がかなりいて、明治生まれの方は無拠出で支給されるということを広めて組織化にもつなげた。なかには「お上のお恵みは受けられない」という対象者もいたが知らなかった対象者には喜ばれた。

複雑な障害年金の受給支援も行った。今もよくある事例で当時は障害福祉年金もあり、障害の程度や初診日の年金はどこに加入しているかなどによって変わることから、当局の職員も病院の職員も詳しく理解している人は少なかった。驚いたのは「あなたに障害年金を出したら国が潰れる」と診断書すら書かない医者もいた。何らかの障害があると障害年金の話をして受給に結びつくことが多々あった。

遺族年金も複雑なくみで社会保険事務所の相談をしたとき対応した職員が、知識不足で十分に回答出来ないためうやむやにしようと追い返そうとすることがあり、課長にも抗議し窓口の充実を要求した。当時は相談者も少なく応接セットで相談しているのを個別相談コーナーで相談窓口を増やすよう要求し実現した。

1986年の制度改悪時には金沢生健会での独自パンフレットをつくって説明会を積極的に開催した。若い年代は年金に関心が無くこの大改悪には気がつかないなか、行政の解説パンフレットなどでもていねいな説明は無く、自分の年金がどれほど下がるかを自分で計算できる資

料としても説明会・小集会で活用された。

(5) 国保料減免

高い国保料の減免相談が多く寄せられた。それまでの国保料減免は滞納者の相談聞き取りによるお恵み的な救済で個別の事案による裁量減免していたものを、システムとして減免基準を数字で分かるように決めさせた。所得が減った場合の基準や減免される割合や変更となる額の計算式も作らせ条例や規則にも書き入れ公平な取り扱いを求めた。

1986年老人保健法の改悪とともに実施された国民健康保険の資格証発行、これによって、「金沢国保証取り上げ死亡事件」が起きた、1987年4月18日付け「赤旗」新聞では「“母子家庭”の母親死亡」実情無視、「悪質滞納」扱い「保険証交付されず病院にも行けなかった」との見出しでこの事件を報じるなか、その後全国各地で同様の事例が発生「保険証を取り上げるな」と運動がされ、西館静夫(1989)『「国保」が人を殺すとき——ルポルタージュ日本医療の岐路』あけび書房 など書籍も発行された。

金沢市では市との交渉を重ね制度を改善させるなか、市長が「すべて交付しました」と回答するまで追求し全国に向けても大きな成果の教訓とした。

(6) 障害を持つ人たち

会の活動の中で障害を持つ人たちが集まり、それぞれの人たちの個別生活への援助として身障手帳や年金制度、公営住宅入居などを支援するなかで「ほのぼの会」という当事者組織が会員を中心にして結成された。会としての活動の支援や行政とのやりとり援助により会の活性化となり金沢市発行の「障害者向けハンドブックの発行」にもつながった。

8. 生健会活動の中で紹介したいいくつかのこと

(1) 目に見えるメリットを大切に

運動をすすめる上で注目したものに「会員としてのメリット」がある。運動の方針や住みよい未来を語るだけではなかなか理解がされない。やはり目の前の成果が効果を発揮するようである。生活保護・就学援助・税金申告・各種支給金・減免制度の適用など直接目の前に現金が支給されることや支払う金額が少なくなる運動が人を引きつける。「うちは子ども3人で生活が大変な大家族、こんな家は共産党じゃないとダメやね」と胸を張って入会された方もいた。

(2) 人づくり、役員会活動

こういった組織活動の難しさは「ノウハウの蓄積や伝承」にもある。「法律や制度」をどうとらえて活用するかを専門家である行政からは立ち位置が違うので学べない。全生連は全国組織なので情報や知識としては豊富に蓄えられているが、県連のない単位組織や弱小組織では十分活用されない。当時北陸三県では組織が無く私は点の存在だったので自分で調べて確かめながら運動に生かすことが必要であった。せめて何人かの積極的な役員ができれば文殊の知恵でもっと発展する可能性があるかと常々考えていた。しかし、役員の育成は運動の積み重ねの中で行われる。歴史の短い組織ではなかなか役員が育たなかった。

(3) 運動の基盤は日常生活から

生健会運動をとおして公営住宅ということに新たな発見があった。日本の住宅政策のなかで住環境についてもっと議論を深める必要があると強く感じた。全国的にも公営住宅では組織の基礎である班づくりがすすむ環境である。入居

条件が低所得という経済状態が似ている地域の人たちの連帯感がそういったことになる。文化水準的にも同じような状態の人たちが多数で、安心して生活の実態を交流し合え親近感を持ちつながりも強まるものとなる。生健会だけでなく創価学会が多く組織されるのもそういったことがあると思われる。

(4) 政党がなにかは理解されていない

生活の中では党派という考え方はとらえ方が違うものだと感じた。ある班で自民党県会議員地域後援会メンバーによる班確立もあった。一般の人たちはそもそも党派の違いを理解しての組織運営ということでなく何党でも役立つものが良いようだ。自民党地方議員の後援会といった組織を運営していたことで、組織的に行動することに違和感がないようで班活動がすんなりとすすんでいった。

(5) レクリエーション活動楽しいつながり

地域での活動にはレクリエーション活動がセットである。会が主催する行事で活動が活発だった時期はレクリエーション活動などが盛んで、親子キャンプ・ドライブハイキングなどが何年か続けて恒例行事となった。各班での懇親会や新年会なども行われ、人の要求というのはこういった直感的に楽しいものがあるのだと感じた。

(6) 運動を通して特に感じたこと

実態・現場での現実が大切だということを痛感した。福祉で働く役員からの提案で「生活保護アンケート調査」をすることになった。それまでは中央の方針や全国各地のようすなどを元に市役所に要求したり、申請時の対応などをめぐってやり取りをしていたが、このアンケート

調査をとおして会員一人ひとり率直な思いが運動にも活かされ、それに関わる班の会員や役員の気持ちや考え方も大きく動かすことに気づかされた。

会員の实態をよく見て運動に結びつける課題はいろいろあるが、生健会設立当初からの診療所職員だった役員の話で、カゼが治ってもすぐにまた何回も診察に来るといふ患者さんがいたので家を見に行くと、隙間風の吹く寢床で親子が一枚の毛布くるまって寝ていた。病気を治すのは住まいの改善、しいては栄養の摂取や生活の安定が必要だと強調していた。これらについては、小川政亮先生が金沢市においてたときに話をしていただいた、学生時代の調査活動での教訓を聞いてなるほどと思った。

全生連の全国会議で夜の懇談の時全生連の古い役員と話をする機会があり、制度改善の前提である社会の仕組みを理解してもらうには、「文字の読み書きからが始まり」ということで、住民の読み書き支援をしていたという話を聞いたことがあり、運動とはそういったところから始まるんだと感動した。

9. 最後に私の思いです

自分自身が活動の経験の中で大きく学んだという思いがある。小川政亮先生が金沢市に来て事務所を訪ねてこられた時「健康で文化的な生活とは、月に一度は映画を見ることだ」と言った。当時の私は「変な事をいう人だ」と思った記憶がある。当時の私の常識では生活保護利用者は貧乏な非人間的な生活でも当たり前といったものであった。

ほかにも小川先生は就学援助集団申請の学習会で講演いただいたときに「親への労働条件の保障、生活環境の保障が、真の就学援助とも言える」といった事を話した。その時にも私は

「そんなこと関係ないのに」と思った記憶がある。それからだいぶたってから先生にもらった論文「就学保障のための条件整備の一断面 権利としての就学援助の観点から 小川政亮」(日本教育法学会編「講座・教育法4・教育条件の整備と教育法」総合労働研究所1980年)から抜粋されたコピーのなかにその事が書いてあり、やっとその意味がわかるようになった。当時の私の頭の中はまだまだ福祉とは縁の無いただの電気屋さんの「一般人」だったようである。

子どもの頃は西部劇のテレビドラマを見て「インディアン」を排除する保安官に「ガンバレ」と応援し、生まれ育った能登が「裏日本」と教えられ天皇のために・お国に尽くすことをなんの疑問も持たずに大人になり、「人権などにも気づかず」一生を過ごしていただろうと思われる自分である。

今現在は、能登こそが古代日本の始まりの地であり「大陸との玄関」、日本最初の文化が始まったところの子孫なんだと、歴史にも興味を持っている。そして自分の利益だけを追求する「新自由主義」資本主義の仕組みを知る中で、豊かな社会保障をつくることの大変さに気が付いた自分を発見している。

社会保障運動をどう進めていくかは、まずまやかしの教育で権力に都合良くつくられた自分を自覚し、多くの日本の人たちや世界の人たちにもそれを理解してもらおうことだと思っている。みなさんの研究がそういったことに確信を持つ基礎だと思ひ是非みなさんのご活躍を期待しています。

私はもうだいぶ高齢となったが、まだまだ発見と認識を深めるために人生を楽しみたいと思っている。こういった報告をさせていただいた機会を感謝いたしますありがとうございました。

注

- (1) 金沢生健会の紹介ページとして私=広田が作成した生活保護のページのURLは以下である。
<http://www.incl.ne.jp/~ksk/ksk/seido/seiho.html>(最終アクセス:2022年2月14日)

石川社保協再建から24年の歩みと その成果と課題

The History, Achievements and Future Tasks of Ishikawa
Council for Promotion of Social Security

寺 越 博 之(石川県社会保障推進協議会)

Hiroyuki TERAOKA

はじめに

石川県社会保障推進協議会は2020年で再建してから24年の歳月が経過した。再建後の24年間は、本格的に日本の大企業が多国籍企業化する時代、新自由主義的な構造改革路線が大々的に展開される時代であり、経済・金融・労働・社会保障などの構造改革が進められてきた時代であった。社会保障の各分野で言えば、それまでの高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉の再編が実施され、介護保険法、障害者自立支援法、障害者総合支援法、子ども子育て支援法が創設実施された。医療では健康保険本人の自己負担が1割から2割、そして3割負担化、後期高齢者医療制度の創設と実施、地域医療構想としての医療機関の再編成が進められてきた。年金では2000年に年金「改正」法、2004年に年金「改正」法、2012年に年金「改正」法が成立・実施された。また生活保護制度は老齢加算の廃止、生活保護基準の数度にわたる引き下げが実施された。さらに、立法改憲と言われる社会保障改革推進法が成立し、それに基づいて、各社会保障の解体・変質化が進められてきた⁽¹⁾。

従って、「人権としての社会保障の確立」を掲げる石川県社会保障推進協議会の活動のほと

んどは、この「社会保障の構造改革との闘いに対応」の歴史であった。

石川県社会保障推進協議会は、その時々「国民的課題についての諸団体・個人の一致点での共同」(例「これ以上の患者負担増反対」)運動を追求し、果敢に闘い続けてきた。二度にわたる健康保険法の大改悪では、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会とも連携し、共同した闘いを行うことができた。

本稿では、石川県社会保障推進協議会のこうした取り組みの中から、(1)子どもの医療費助成制度の拡充運動の歩みと到達、(2)後期高齢者医療制度実施との闘いに対応についてまとめ、最後に(3)石川県社会保障推進協議会の今後の課題について考えていることを述べる。

1. 中央社会保障推進協議会の紹介

中央社会保障推進協議会(以下「中央社保協」)は日本の社会保障制度の改善をめざして、労働組合、医療、福祉関連の諸団体、女性団体などの組織が集まって、1958年に創設された。共同して運動をすすめる組織である。1960年代の朝日訴訟、小児マヒから子どもを守る運動、70年代の老人医療費無料化の運動、80年代か

(受理日：2021年10月3日)

ら今日にいたる医療、年金、福祉、介護などの改善運動をすすめてきている。また、都道府県や地域に組織をつくり、地域の要求にもとづく運動をすすめている⁽²⁾。

2020年8月第64回総会時集約の時点で、全国労働組合総連合(全労連)など27の労働組合、全国保険医団体連合会(保団連)など13の民主団体が参加している。47都道府県すべてに都道府県社会保障推進協議会がある。市区町村を基礎にして組織している地域単位の社会保障推進協議会も250の地域で結成されている。

2021年10月のいまも、地域医療を守る活動、介護保険や国民健康保険制度の改善の他、後期高齢者医療窓口負担2割化反対の取り組みをすすめている。

2. 石川県社会保障推進協議会紹介

石川県社会保障推進協議会(以下「石川社保協」)は中央社保協の構成団体の一つで、1964年石川県労働組合評議会(以下「県評」という。)の中に創設され、1996年再建された。2020年12月、石川社保協には、石川県労働組合総連合など30の団体が加盟して「全ての人間の尊厳と健康で文化的な生活を享受する権利の確立に向けて、社会保障の改善と充実に向けての運動を進めること」を目的に共同して運動を広げている。

(1) 石川県社会保障推進協議会の歴史

1962年2月21日：石川社保協が発足した。議長は県評議長、事務局長は県評事務局長が担った。事務所は県評の中にあった。労働組合・社会党・共産党・市民団体が構成された。

1973年：全国的な年金ストに呼応した闘いが進められた。

1983年：健保1割負担反対の運動を進める。以後県評が日本労働組合総連合会に合流する中で閉店状態となる。

1996年3月16日：石川県社会保障推進協議会再建準備会開催される。

1996年6月30日：石川県社会保障推進協議会再建総会開催される。

(2) 石川県社会保障推進協議会の会の目的

石川県社会保障推進協議会の目的は以下のとおりである。

(1) この会は、全ての人間の尊厳と健康で文化的な生活を享受する権利の確立に向けて、社会保障の改善と充実に向けての運動を進めることを目的とします。

(2) この会は、前項の目的を達成するために、加盟団体のそれぞれの分野における独自活動の自主性を保し、協力・共同の運動を強化しつつ次の取り組みを進めます。

① 社会保障制度の現状を広く県民に宣伝し、社会保障制度を改善する運動と事業を推進します。

② 社会保障制度の調査・研究、学習等に関する事業を行います。

③ その他必要な事業及び、運動を推進します。

3. 子どもの医療費助成制度、現物給付の扉を開けた!

石川県の谷本正憲知事は「子どもの医療費助成制度を現物給付に改善してほしい」という県民の切実な願いを、「現物給付にすると医療費が増える」「窓口でお金を払わないので医療費助成制度のありがたさがわからなくなる」として拒否してきた。ところが2014年6月、輪島市議会で梶文秋輪島市長は「単独事業として11月より子どもの医療費助成制度を窓口無料化す

る」という答弁を行った。その答弁を皮切りに、9月県議会での知事答弁は大きく変化し、子どもの医療費助成制度は、償還払いから現物給付化にする扉が開かれた。

その結果、2020年11月現在、県内19市町の内17市町が子どもの医療費助成制度の現物給付化を実施した。残りの1市1町も来年4月に現物給付化し、県内全てが現物給付化することになった。ここでは子どもの医療費助成制度の大きな改善に至るまでの取り組みの経過、その要因を報告する。

(1) ある母子世帯の子どもの歯

償還払いと現物給付の違いが明確になる事例を紹介する。＜歯科医院からの紹介事例＞

母子世帯(子ども3人、保育園1人・小学校2人)、保育園時代は、3人とも歯はボロボロであった。小学校に入学すると就学援助制度により現物給付で虫歯治療ができるようになった。その結果、小学生の二人の歯は虫歯がなくなりすっきりした。しかし保育園児の歯はボロボロ状態であった。金沢市の子どもの医療費助成制

度は自動償還払い、受診後の2ヶ月後には払い戻しがされる。しかし、償還払いでは、財布に余裕がないと歯の治療には結びつかないのである。同様のことは各県保険医協会が「歯科酷書」でまとめている。

(2) 石川県の子どもの医療費助成制度の問題点

石川県の子どもの医療費助成制度は全国の都道府県と比べて二つの大きな問題点があった。ひとつは、助成対象範囲である。2020年12月、県内18市町は18歳年度末(金沢市のみ中卒)までを助成対象にしているが、石川県の助成対象は通院が3歳児、入院が就学前でこの19年間全く改善なしというお粗末な水準で、全国的にも対象年齢範囲は下位グループに位置している。二つ目は、助成方法で「現物給付にすると医療費が増える」という理由で償還払い方式に固執していた。2014年当時、償還払い10県中、石川県は唯一自動償還もしていない県でもあり、そのうえ石川県は、市町が「単独でも現物給付にしたら県の責任範囲の分の補助金も負担しない」として、とんでもないペナルティをかけていた。

表(1) 「全国の子どもの医療費助成制度の現状(2013年度)」

		対象年齢		給付方法
		2006年2月	2013年度	2013年
1	福島県	就学前	18歳まで	◎
2	東京都	就学前	中卒	◎
3	群馬県	2才	中卒	◎
4	兵庫県	就学前	中卒	◎
5	静岡県	就学前	中卒	◎
6	鳥取県	4才	中卒	◎
7	栃木県	就学前	小卒	◎
8	京都府	就学前	小卒	◎
9	秋田県	就学前	小卒	◎
10	三重県	3才	小卒	自動償還
～省略～				
42	熊本県	3才	3才	8割現物給付
43	沖縄県	2才	3才	自動償還
44	石川県	3才	3才	
45	宮城県	2才	2才	◎
46	新潟県	2才	2才	◎
47	大阪府	2才	2才	◎
就学前以上自治体数		16	39	
就学前以上自治体割合		34%	82%	

表(2) 石川県子どもの医療費助成制度一覧表

2020年12月1日現在

	自治体名	助成対象年齢		自己負担	助成方法
		入院	通院		
	石 川 県	小学校就学前	3歳児	1,000円	償還払い
1	金 沢 市	中学校卒業まで	中学校卒業まで	500/回、入院1000円/月	現物給付
2	七 尾 市	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	償還払い
3	小 松 市	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
4	輪 島 市	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
5	珠 洲 市	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
6	加 賀 市	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
7	羽 咋 市	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
8	かほく市	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
9	白 山 市	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
14	内 灘 町	18歳年度末まで	18歳年度末まで	500/回、入院1000円/月	現物給付
～省略～					
15	志 賀 町	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	償還払い
16	宝達志水町	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
17	中能登町	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
18	穴 水 町	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付
19	能 登 町	18歳年度末まで	18歳年度末まで	なし	現物給付

(3) 石川県における現物給付化を求める運動の経過

県社保協、新しい県政をつくる県民の会(以下「県民の会」という。)、新日本婦人の会は、共同してこの20年間、石川県に「子どもの医療費助成制度で持ち合わせの心配がいらぬ現物給付化を」と要望してきた。しかし、石川県は「現物給付にすると医療費が増え、県の負担も増える」「現物給付を求める声や意見は県内の市町や議会からあがってきていない」として「現物給付化を求める県民の願い」に背を向けてきた。

こうした中で、石川県社保協は県保険医協会と共同して各地区医師会に協力要請し、地方議会への請願を行い、同時に市長・町長から県知事に意見をあげるように働きかけた。その結果、市町議会からは84%の議会から「現物給付化することを求める意見書」が県に届けられた。さらに金沢市長・小松市長・能美市長が石川県に出向いて「子どもの医療費を窓口無料化しよう」意見をあげ、他の市長・町長も市

長会・町村会を通して意見を上げるようになった。

大詰めの段階で、2002年の健保3割負担阻止運動で協力関係を築いた県医師会に申し入れたところ、県議会最大与党の自民党県議団が紹介議員となり、県医師会が2011年3月県議会に提出した請願書が採択された。その後、同年6月県保険医協会の請願・採択、2012年6月県社保協の請願・採択など4回の県議会採択となった。しかし谷本県知事は依怙地になってなかなか動かなかった。ところが、冒頭に述べた輪島市が、県の冷たいペナルティを受けてでも、単独事業で、子どもの医療費の現物給付化を実施した。それを契機に事態は大きく動き、県知事答弁の変更を余儀なくされ、現物給付化に向けての重い扉は開けられたのである。

(4) この重要な成果の要因は

子どもの医療費助成制度の大きな改善の力は、「子どもは社会の宝」「子どものいのちや健康が家庭環境によって左右されてはいけない」という点で、行政・議会・市民団体が一致した、

一致点が勝ち取られてきたことである。自公政権の構造改革政治によって、貧困と格差が広がり、とりわけ子どもの貧困が広がってきた。少子化・貧困化が同時進行する中で、「せめて子どもの貧困を克服する施策を進めるべきだ」という一致点が広がったのではなかろうか。そうした子どものいのちを守る共同の願い・取り組みを背景にして、社保協・県民の会・新婦人・共産党などの粘り強い運動が励まされて、実を結ぶことになったのである。

子どもの医療費助成制度の大きな改善は、各分野で広がっている「一点共闘」「一致点での共同」の成果のひとつである。そしてこの共同の取り組みは未来につながる共同である。

4. 後期高齢者医療制度についての不服審査請求運動に取り組んで

後期高齢者医療制度は世界人権宣言60周年の年に、実施された。世界人権宣言では「人権の軽視及び軽侮」が先の二度の世界大戦の要因のひとつとして認識をして、戦後の世界の理念として、「恐怖及び欠乏(貧困)のない世界」を掲げ、全ての人の尊厳と平等を宣言している。後期高齢者医療制度は、財政的理由から、75歳と年齢を重ねた人たちの尊厳といのちを切り捨てる制度である。本来ならば、後期高齢者こそ、この社会の発展のために貢献してきた人として、敬われ、誰もが大切にされ、医療と福祉は、必要に応じて提供されるべきである。

石川社保協は、世界にも例をみない、憲法・世界人権宣言に反する後期高齢者医療制度を中止・撤回させていくために、不服審査請求運動を取り組んできた。

(1) 不服審査請求制度とは何か?

行政不服審査法では、不服審査の目的を「この法律は、行政庁の違法又は不当な処分その他

公権力の行使に当たる行為に関し、国民に対して広く行政庁に対する不服申し立てのみちをひらくことによって、簡易迅速な手続きによる国民の権利利益の救済を図るとともに、行政の適正な運営を確保することを目的とする」と規定している。つまり、国民の権利侵害等の迅速な救済とともに、それを通して行政事務を見直し、改善につなげる仕組みである。

(2) 違法な行政処分には、争訴権を行使して闘う道がある。

人権のひとつとして争訴権がある。異議申し立て、審査請求、行政訴訟という方法で、人権を守るために、行政処分の取り消しなどを訴える事ができる。これまで主権者としてこの争訴権を行使する行動形態は、かなり抵抗があった。しかし、今回の後期高齢者医療制度は、「この怒りをどこにぶつけたらよいのか」という当事者の思いが広がっていた。それで、私たちは、集団不服審査請求を行う提案を行った。

(3) 審査請求の目的は?

審査請求の目的は、「後期高齢者医療制度医療保険料等への不服審査請求を通して、後期高齢者医療制度の問題点を社会的にアピールして、制度の中止・撤回」につなげることである。

しかし、後期高齢者医療制度の不服審査請求では、法律や条例に基づいて、適正に保険料の賦課・徴収処分がなされたか否かなど、法令の適用に問題がなかったかどうかを審査するにとどまり、後期高齢者医療制度の不当性・違法性までを審査はしない。一揆主義的な行動提案になるのではないかという不安があった。しかし、保険証の交付、保険料の決定、保険料の年金天引き実施は、広域連合長が実施するので、十分審査請求が可能であると判断をした。

(4) 審査請求運動の経過

石川県社会保障推進協議会は、2008年1月の

運営委員会で「後期高齢者医療制度を中止・撤回させていくために、100名以上で、最初の年金天引き日の4月15日に不服審査請求書を提出すること」を決めた。75歳以上の人は請求人となり、75歳未満の人は代理人となって、「後期高齢者医療制度に異議ありの声を大きく上げよう」と呼びかけた。年金者組合や新婦人、健康友の会等と①審査請求とは何か、②審査請求の目的は何か、③審査請求の仕方について等、何度も何度も話をした。

しかし、4月に入っても審査請求書は、事務局に集まってこず、目標の100人には遠く及ばない状況であった。事務局では、当日審査請求をする人は、30人から40人だろうと予定をしていた。

2008年4月15日1時45分に県庁につくと、県庁の1階ロビーは物々しい雰囲気であった。急遽増やされた警備員、県庁担当課職員、マスコミ各社、審査請求人・代理人等総勢100名弱の方が集まっていて、事務局の到着を今か今かと待っていたのである。

私たちは、一端県庁の外にでて、横幕をもって全員で県庁の正面玄関から入場した。そして用意してもらっていた会場に集った。参加された当事者及び代理人は62名であった。私たちは審査請求書をひとり一人医療対策課課長に手渡しした。審査請求書は何と目標の100名を遙かに超え、137名になっていたのである。最北端の珠洲市から南の加賀市まで多くの人たちが、後期高齢者医療制度に対する怒りを込めて、審査請求書を提出した。国医療対策課課長は、「確かに受け取った。きちんと審査を行う」と述べた。

(5) 何故、予想を遙かに超えて審査請求者が多かったのか？

当時、審査請求した人が予想以上に多かった

要因は(1)後期高齢者医療制度が余りにも酷い制度であること、(2)年金者組合・新婦人・健康友の会・民医連等々が当事者を励ましサポートする体制をとったこと、(3)審査請求行動提案は当事者が主権者として、直接、意見をあげることができる行動として受け止められたこと、(4)「長生きを喜ばない社会で良いのだろうか」というスローガンを掲げてきたがこのスローガンに共感が寄せられ、当事者・支援者の連帯と共同がひろがったことが考えられる。

(6) 連綿と続けてきた後期高齢者医療制度保険料賦課決定・特別徴収決定処分に対する不服審査請求運動

高齢者の尊厳と自己決定権を奪い、長寿を喜ばない後期高齢者医療制度が導入されてから、2021年で早13年が経過した。世界でも例がない年齢でもって差別をする後期高齢者医療制度に対する当事者・国民の怒りが爆発し、2009年の政権交代の原動力のひとつともなった。民主党は、後期高齢者医療制度の廃止をmanifestoに掲げた。しかし、政権に着いた途端に、後期高齢者医療制度の廃止の公約を踏みにじり、2012年6月の三党合意によって後期高齢者医療制度をそのまま存続させることにした。そして現在、自公政権によって、後期高齢者医療制度が定着してきたとして、2017年の4月より、後期高齢者医療保険料の特例措置の段階的解消が進められてきた。この特例措置の廃止は75歳以上の6割近い943万人が対象で、縮小・廃止で保険料が1.5~10倍に跳ね上がるものであった。

2021年10月現在、毎日4000名の人々が後期高齢者医療制度に加入させられている。後期高齢者医療制度が現在のままで存続すれば、やがて介護保険のように、「保険料を引き上げますか、それとも給付サービスを縮小しますか」として

両方とも後期高齢者に求めるようになる。その表れとして、後期高齢者医療2割負担化が国の審議会や会議で議論されるようになっていく。

石川社保協は高齢者の尊厳といのちを守る立場から、年金者組合とともに、毎年後期高齢者医療制度の保険証の交付、保険料の決定、保険料の年金天引き処分にたいする不服審査請求運動を闘ってきた。

誰もが高齢者にならずなる。その高齢者が、高齢期を迎えて、いのちや暮らしが脅かされる事態が続いている。その原因は、高齢者の人権をないがしろにする医療・介護・年金制度の改悪の実施である。とりわけ、年齢でもって差別をする後期高齢者医療制度の存続である。

石川社保協は「高齢者が安心して暮らせる社会は全ての人が安心して暮らせる社会」という立場から、後期高齢者医療制度の廃止とともに、75歳以上高齢者医療の無料化を目指して共同を広げる活動を重視している。

5. 私たちの課題について

新型コロナウイルスの感染拡大は日本の社会保障・雇用保障、日本社会のあり方を根本から問い直す状況をもたらしている。すべてを市場原理にまかせて、資本の利潤を最大化していきこう、あらゆるものを民営化していきこうという施策の結果、この国の脆弱性、社会保障のあらゆる面でその脆弱性が浮き彫りになった。そしてこの社会の脆弱性の要因は、現在、世界でも日本でも新自由主義的な経済政策の展開の結果だという認識が広がり⁽³⁾、その新自由主義的な政策からの転換が求められている。

ところが、日本では、国と地方自治体においても、新自由主義的な経済政策についての反省が深められ、新自由主義的な政策を転換する方向は皆無である。それどころか、さらに一層の

新自由主義的な政策展開が進められようとしている。その要因には私は以下のふたつの要因があると考えられる。

(1) 国の審議会・マスコミを使って、社会保障の理念と原則をゆがめて宣伝・普及してきたこと

日本では大企業が多国籍企業化した1995年には、日経連が新時代の『日本的経営』で雇用・賃金構造の再編等を打ち出し、その提案に呼応するように社会保障制度審議会が「社会保障体制の再構築(勧告)～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして～」を建議し、「社会保障制度は、みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていくもの」と打ち出した。そして、それは、2012年の社会保障改革推進法の成立となって、2020年10月に国会で菅首相が「自助・共助・公助論」を所信表明演説でのべるようになっていく。こうした憲法・社会保障の理念と原則に反する、「社会保障の理念の改悪・変質」の影響は甚大なものがある。少なからざる人々は、社会保障改悪の内容のひどさを実感しながら、「世代間の公平」「制度の持続可能性」から「仕方がない」と考えているのが現状である。

(2) かつてない社会保障の改悪の内容・規模

1995年頃から、「世界で一番企業が活躍できる国にする」と言う目標に向かって、経団連が国の政策決定の諸会議(政治経済諮問会議等)に直接参加し、国と大企業が一体となって構造改革を進めてきた。それゆえ、新たな攻撃は、マスコミを使っての宣伝が先行して進められ、その内容・規模・範囲・方法において、かつてない攻撃となった⁽⁴⁾。マスコミの影響力は甚大なものがある。その結果「社会保障改悪にストップをかけることは難しい」「社会保障の拡充に向けて政策転換を実現することは難しい」と考える人が多いのも現状である。

私たちは、これまで、健保3割負担反対の運動、障害者自立支援法の反対の運動、後期高齢者医療制度廃止運動において国民的な共同、一致点での共同をつくり、国民的な闘いを展開することができたが、構造改革にストップをかけることができていなかった。従って、国と大企業が一体となつての構造改革に対峙して、国民のいのちと権利を守っていくためには次の課題が私たちに求められていると考えている。

- (1) 「少子高齢化論」「世代間の公平」「制度の持続可能性」「社会保障の自助・共助・公助論」などの嘘とごまかしを明らかにすること
- (2) 社会基底的サービスについての認識を共有し、確信にすること
- (3) エッセンシャルワーカーの果たしている役割の明確化とエッセンシャルワーカーの尊厳を守り、すべての働く人々に人間らしい生活を保障される社会づくりの重要性についての合意を広げること
- (4) 人権としての社会保障運動を担うひとづくり、運動する組織づくりを進めること

「新たな福祉国家を展望する－社会保障基本法・社会保障憲章の提言」⁽⁵⁾では「基底的社会サービスとその制度原則」を整理している。その中で「保育、学校教育、医療、高齢者介護、障害のある人への福祉、職業訓練、各種の相談と情報提供は、現代社会で人間らしい生活をおくるうえで、不可欠の基底的な生活要素となっている。こうした「基底的社会サービス」の給付は、所得保障とならんで、社会保障給付の重要な構成部分である。収入の多寡にかかわらず、必要な基底的社会サービスの受給が「人権としての社会保障」の不可欠の一部として保障されることは、貧困を防ぐ社会基盤となり、同時に、不安定性を増している中間層の生活を安

定させる大きな力となる」と明確に述べている。

エッセンシャルワーカーについては、2020年10月「立憲野党の政策に対する市民連合の要望書 いのちと人間の尊厳を守る『選択肢』の提示を」(市民連合)で以下のように打ち出されている。「政治の最大の使命は、いのちと暮らしの選別を許さないことにある。新型コロナウイルスの危機のさなか、医療、介護、福祉など『この人たちがいないと社会は回らない』エッセンシャルワーカーたちが注目を浴びた。

と同時に、このエッセンシャルワーカーたちが、この30年間の『小さな政府』や『柔軟化』を旗印とする雇用破壊によって、過酷な労働を強いられてきたことも明らかになった。彼ら・彼女らの過酷な状況は、一部の企業に富を集中する一方で働く人々に貧困と格差を押し付けてきたこれまでの経済システムの象徴である。個々の人間の尊厳、およびジェンダー平等はじめ互いの平等という基本的価値観の上に立ち、このシステムを転換し、社会を支える人々の尊厳を守ること、さらにすべての働く人々が人間らしい生活を保障されることを、新しい社会像の根幹に据えなければならない」とのべている。石川社保協は2020年自治体キャラバンで「エッセンシャルワーカーの尊厳と労働条件の改善を」と訴え、参加者・自治体からの共感を広げてきた。

最後の私たちの課題は社会保障運動を担う人づくり、組織づくりである。私は1975年に公害反対運動の経験から、大学卒業後、石川民医連に入職し、「民医連運動の魂である社会保障運動」に40年間以上携わってきた。私たちは革新自治体の時代を経験、京都府庁舎には「憲法を暮らしに生かそう」の垂れ幕がかかっていたことをしっかり覚えている。老人医療費無料化時代、健保本人10割給付時代などを体験し、

患者さんの笑顔をみてきた。1984年の健保1割負担反対運動では代々木公園に13万人が集ったことも鮮明に覚えている。そして、1990年代・健保2割負担反対、2000年代健保3割負担反対運動は国民的な運動となり、連帯・共同すれば情勢を変えられるという体験をしてきた。

私たちは以上の通り、社会保障の制度の改定推移をみてきたし、老人医療費有料化反対運動を老人会とともに展開した体験など、社会保障の運動に携わることは人々のいのちと権利を守ることだということが自分の生きるための「芯」として根付いている。ところが、団塊ジュニア、平成世代は、健保十割給付時代、老人医療費無料化の時代を知らない世代である。相次ぐ制度改悪の結果しか知らない世代である。だから、人権としての社会保障が確立すれば、人々のいのちと暮らしがどのように変わるかを考えることができないのではないかわかれる。

従って、今私たちには、人権としての社会保障を確立するための運動を担う多くの担い手づくり、組織の強化・拡大が求められている。運動の世代継承こそ、社会保障の構造改革にストップをかけるために不可欠ではなかろうか。

最後に、2021年10月の現在、私たちの前に「後期高齢者の2割負担化」「介護保険制度のさらなる改悪」などが打ち出され、闘いの前途は必ずしも明るくない。しかし、「闘って無駄な闘いはない」「権利は闘うもののうちにある」の立場で、上記の課題にチャレンジしながら、その時々国民的な課題を、(1)諦めない、(2)忘れない、(3)違いを保留して一致点での共同、という3点を念頭に置きつつ、連帯の力を集めて闘っていきいたいと考えている。

注

- (1) 別紙「石川社保協再建24年の歩みとその間の社会保障制度改定の推移」参照
- (2) 中央社会保障推進協議会 <https://shahokyo.jp/about/> (最終アクセス: 2021年10月2日)
- (3) 森原公敏、「パンデミックとその後の世界」『前衛』991号(2020年8月号)、p.18
- (4) 例えば、次の3点がある。(1)1977年健保「改正」法案、1978年健保「改正」法案は一つの国会で成立することではなく、継続審議、廃案となることが多かった。(2)1984年健保「改正」法案(健保本人1割負担導入等)の場合では国会を延長してかろうじて成立。(3)2014年医療介護総合確保推進法(地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法案)の場合、関連法案19本が一括法案とされ、十分な審議なしに成立した。
- (5) 井上英夫・後藤道夫・渡辺治編著『新たな福祉国家を展望する社会保障基本法・社会保障憲章の提言』旬報社、2011年9月

石川社保協再建24年の歩みとその間の社会保障制度改定の推移

年度	社会保障制度の改定の概要	社保協の取り組み
1994年	厚生年金の定額部分の支給開始年齢引上げなど(1999年から段階的に60歳～65歳に)	
1995年	障害者プラン(障害者保健福祉分野のプラン)、日経連「新時代の『日本的経営』、社会保障制度審議会「社会保障体制の再構築(勧告)～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして～」報告	石川県社会保障推進協議会再建準備会
1996年		石川県社会保障推進協議会再建総会
1997年	健康保険本人負担2割に引上げなど、消費税増税 3%→5%へ	健保2割負担化反対運動
1999年	労働者派遣法改悪	
2000年	介護保険制度がスタート。	介護保険を考える集会/多数開催
	厚生年金(報酬比例部分)の支給開始年齢の引上げ(平成25年から段階的に60歳～65歳へ)、報酬比例年金の給付水準の適正化、総報酬制の導入(2003年)など	介護保険110番活動
	老人医療1割負担の導入、老人医療1割負担の徹底(2002年)	
2001年	小泉内閣誕生～2006年。「小泉構造改革」の結果、国民は「勝者・強者」と「敗者・弱者」に分裂し、総中流社会は崩壊して貧困層が拡大した。	01/5金沢市大量の資格証明書発行/国民健康保険119番
2003年	健康保険本人負担を3割へ。総報酬制の導入。	健保3割負担反対運動(三師会と社保協共同)
2004年	年金制度改悪「将来の保険料水準を固定し、被保険者数の減少等に応じて給付を自動的に調整する仕組み」(保険料引き上げと給付額引き下げ)	2004年4月15日「年金改悪ストップ石川県連絡会」発足と活動 介護保険「どうなる・どうする」学習討論集会/「介護シンポジウム」
	介護保険制度改悪。食費・ホテルコスト保険外へ、軽度者介護給付抑制	「障害者自立支援法を考える会」発足と活動
2005年	障害者自立支援法成立 定率負担	7月18日の「障害者自立支援法案を考えるみんなのフォーラムin石川」参加
2006年	◆医療療養病床減らしの実施。	医療制度改革反対県民集会/医師会長メッセージ
	◆医療療養病床(区分1)の居住費・調理コスト実質自己負担化	医療療養病床再編運動、全病院訪問実施
	◆現役並み所得者3割負担実施。	介護保険改悪への闘いと対応/世帯分離、障害者控除認定制度の提案と自治体実施要項作り
	◆介護保険改悪の実施(軽度者へのサービス制限と抑制)	
	◆障害者自立支援法実施。1割負担化	
2007年	◆障害者自立支援法見直し施策実施	「医療・福祉・介護相談119番」 「暮らしの相談員」養成講座
2008年	◆後期高齢者保険制度実施	後期高齢者医療制度廃止運動、後期高齢者不服審査請求運動
	◆前期高齢者70歳～74歳2割負担化⇒凍結	
2009年	◆政権交代 生活保護母子加算復活	
	◆子ども手当法実施、	反貧困活動、生活困窮者支援活動、生活相談活動の旺盛化
	◆障害者自立支援法違憲訴訟和解合意	
2012年	◆8月「税と社会保障の一体改革法成立、社会保障改革推進法成立	
	◆障害者総合支援法成立と実施	税と社会保障社会保障と税の一体改革路線との闘いと対応
	◆子ども子育て新システム法成立	
2013年	◆生活扶助費の削減(2013年8月～2018年10月)	
	◆年金2.5%削減の実施	2.5%年金引き下げ不服審査請求、生保基準引き下げ不服審査請求支援活動
2014年		同上
2015年	◆国民健康保険の都道府県財政運営化⇒保険料引き上げ、保険料徴収の強化	
	◆医療費適正化計画・医療計画の改定 ペット数の削減、再編成	
	◆後期高齢者の保険料負担増、70歳～74歳医療費2割負担化	
	◆介護保険四大改悪(要支援者サービス、特養入所基準、補足費、利用料等、給付減と負担増)	国民健康保険の都道府県財政運営化に対する闘いと対応、介護保険改悪への闘いと対応、年金・生保訴訟支援
	◆マクロ経済スライドの実施	
2016年	◆年金カット法の成立、マクロ経済スライドキャリ・オーバー制度の実施(2018年4月～)	
2018年	◆「一定所得者」の利用料2割化・「現役並み所得者」3割負担化(18年8月～)	明日の社会保障を考えるシンポジウム
2019年	消費税増税10%へ	中央社保学校inいしかわ開催

地域医療改善のための運動の実践と課題 ——近時の取組みを中心に——

The Practices and Issues of Social Movement to Improve
Community Health Care: Focusing on the Recent Activities

工 藤 浩 司(石川県保険医協会)
Koji KUDO

1 はじめに

2012年に制定された社会保障制度改革推進法⁽¹⁾に基づき、社会保障・税一体改革、全世代型社会保障改革の名のもとに、社会保障制度は、そのあらゆる分野において給付削減を中心とした政策が進行中である。とりわけ、本稿が対象として取り上げる医療保障制度は、給付削減のターゲットとして真っ先に手をつけられた領域である。患者・国民の直接の負担については、高額療養費の月額上限引上げ、入院時食事療養費の標準負担額の引上げ、紹介状のない大病院受診時の患者定額負担の創設等が一体改革関連の医療保険各法の改正⁽²⁾により実施された。また、全世代型社会保障改革の一環として、後期高齢者の医療費窓口負担の引上げ⁽³⁾が断行され、それ以外にも大病院受診時の患者定額負担の対象拡大の議論などが進行中である。そして、患者に対する「直接の」負担増とは別に、結果として公的医療費の総枠を縮小させることを企図した施策—患者申出療養制度の創設による混合診療の進展、市町村国保の財政運営の都道府県単位化、地域医療構想と病床「再編」⁽⁴⁾など—も地域の医療提供体制に大きな影

響を与えている。

本稿で与えられたテーマは、地域医療改善運動の具体的な実践と課題を整理・紹介することであるが、実践の紹介にあたっては、なぜ運動化するにいたったのか、改善運動の対象となる施策をいかに評価しているのかという点にも、あるいは実践そのものの紹介以上に紙幅を費やしている。実践の成否も大切であるが、その実践に至る問題意識、政策評価についても実践の評価と不可分であると考えからである。もっとも、いま進行中の社会保障制度改革は質的にも量的にも圧倒的な規模であり、医療保障制度改革に絞ったとしても、本稿で触れている改革内容はその一部に過ぎない。この点については別稿⁽⁵⁾もあわせて参照いただければ幸いである。

以下、私が勤務する医療運動団体である石川県保険医協会の取組みについて、事務局の立場から特徴的な実践を整理する。一つは、「公的医療保険で良い医療を」という保険医協会の基本的なスタンスを紹介するための診療報酬改善をめぐる運動を、もう一つは地域医療のレベルで大きな運動課題となっている患者一部負担金減免と国民健康保険に係る近時の運動の成果を

(受理日：2021年10月21日)

紹介したい。

2 保険医協会による診療報酬改善を求める運動

(1) 保険医協会の目的と診療報酬改善運動

日本国憲法25条で「健康で」文化的な最低限度の生活保障が謳われ、国の国民に対する健康権保障義務が明記されたが、終戦直後の医療保険制度をめぐる状況は、医療提供のにない手である開業保険医にとって過酷な環境にあった。そして、保険請求に対する厳しい減点審査、診療報酬の支払遅延、低医療費施策などを背景にして、患者に必要な十分な医療を提供できる体制を求める運動が医療現場から広がっていった。その運動主体は、医療保険における療養の給付のにない手である「保険医」であった。その結果、全国各地で保険医自らが結集して制度改善を求める組織、「保険医協会」が創設されていく。この流れは、1961年の「国民皆保険」実現によりさらに加速し、1969年には全国の保険医協会の連携のための組織「全国保険医団体連合会」(保団連)が結成される。今日までに47都道府県すべてに保険医団体(保険医協会・保険医会)が組織されており、石川県保険医協会も1975年に結成され、現在に至っている⁽⁶⁾。

医療制度の改善を求める運動団体は多種多様であり、憲法25条に基づく医療保障制度の実現という大きな意味で目的を同じくしているとしても、誰を組織化し、どこに問題意識をおき、どのようなアプローチで目的を実現していくかについては、それぞれに固有の特徴がある。保団連や各県の保険医協会も、それぞれ独立した組織であり課題の優先順位やアプローチの仕方は多種多様であるが、その組織化に至る歴史を見ればわかる通り、「公的医療保険で良い医療の実現を目指す」という目的をベースにおくこ

と、つまり、保険診療の内容を豊かにすることで国民医療の向上を目指すことを団体の目的に掲げていることが最大の特徴である。

上記の「保険診療の内容を豊かにすることで国民医療の向上を目指す」という意義について、私は次のように理解して活動している。すなわち、「保険診療の内容を豊かにする」ためには、保険医が患者に対し療養の給付を実施した場合に保険者に請求する費用、つまり、診療報酬の内容を豊かなものにしなければならない。実際に投入される医療資源より低い報酬水準が設定されていれば、患者に十分な医療は提供できないし、また、必要な医療技術が保険適用されていなければ、そもそも患者はその医療技術を保険で受けることはできないからである。したがって、医療保険における診療報酬は、医師・歯科医師が保険給付として患者に提供できる医療内容を規定し、また、保険適用の範囲を画するものということができる。

以上を踏まえて、保険医協会では、医療現場からの具体的な声—患者に必要な十分な医療を提供するに見合った報酬水準への引上げ、療養の給付を実施しても算定を制限する要件の撤廃、不当な減点査定など—を拾い上げ、それを「保険で良い医療の提供」につなげるよう普遍的・一般的要求へと整理し、様々な運動を展開している。これらの取組みの結果、診療報酬の水準が上がる等の改善があれば、結果として開業保険医の生活保障にもつながる。この意味で、「保険で良い医療」を希求することは、患者・医療提供者双方にとって大きな意義があると言えるのである。全国の保険医協会が団体の目的として「国民医療の向上」と「保険医の生活・権利を守ること」の2つを掲げているのは、診療報酬に対する上記の基本的なスタンスの表れである⁽⁷⁾。

(2) 医療提供体制改革と診療報酬の関係

社会保障の国家責任を大きく後退させることを企図した「社会保障・税一体改革」は、医療分野においてその給付の大部分を占める社会保険制度について、「自助を共同化した仕組み」と位置づけ、国民相互の助け合いへと矮小化した⁽⁸⁾。これにより、社会保険給付は保険料で賄える範囲内のものとして限定縮小化が目指され、医療保険給付の削減施策の具体化を促すことになった。また、社会保障改革の内容は、2015年から政府予算編成の基本方針となる「経済財政運営と改革の基本方針」(いわゆる「骨太の方針」)にとりこまれ、「経済・財政再生計画」として整理されている。これにより、社会保障施策は、歳出削減のターゲットとしての側面とともに、公的給付が削減される医療・健康分野を成長産業と位置づける歳入改革の側面も強調されることとなる。一方、自由開業医制のもと開業医療機関は診療報酬を原資として医療機関経営をしていることから、診療報酬は政策誘導ツールとして大きな意味を持つ。歳出改革としての診療報酬見直し、歳入改革としての保険診療範囲の縮小化(自由診療部分の拡大)という形で、この間の診療報酬改定はストレートに政策誘導手段として利用されることとなる。

この意味でとりわけ注目されるのは、近年の診療報酬改定において一貫して基本方針に位置づけられている「医療機能の分化」施策である。以下、具体的な実践の紹介に入る前に、医療機能分化施策が企図する医療保険給付削減策についてもう少し論点を整理することで、診療報酬による政策誘導が医療提供体制改革の中核的位置を占める意味をはっきりさせておきたい。

(3) 医療提供体制改革と診療報酬⁽⁹⁾

入院医療提供体制については、人的物的資源が集中する高度急性期病床における医療費の効率化を図るため、高度急性期医療をになう病床を限定し給付を重点化した上で、その入院期間をできる限り短くするために、一般急性期・回復期の病床へ、そして在宅へと患者を速やかに移動させ、総体として入院期間を減らすことで公的医療費の縮減につなげることを企図する。高度急性期病床の病床数を政策的にコントロールするため、一般急性期や回復期の病床へと転換を促す必要がある。この意味で「病床機能の分化」を推進させる診療報酬改定が断行される。

この間の診療報酬改定においては、高度急性期医療をになう看護配置基準7対1の病棟に対して、施設基準の強化—患者の「重症度、医療・看護必要度の評価」を指標にして、それを細かく段階化し改定の都度クリアすべき基準を見直す—により、高度急性期病床の下位基準への転換を促し続けている⁽¹⁰⁾。

病床機能分化と入院期間の短縮は、退院患者の受け入れ態勢の整備を要請する。受け皿となる在宅医療は「充実」させる必要があるが、この間の社会保障改革の基調である給付の効率化の要請から逃れることはできない。在宅診療報酬においては、在宅医療機能に特化した医療機関への資源投入と、特に高齢者の集住化の進展に対応した「効率的な」報酬体系の整備が進められている。

具体的には、「在宅療養支援診療所」という類型を創設し、在宅療養を担う医療機関としてクリアすべき施設基準、例えば24時間の往診・訪問看護体制や在宅における看取り実績基準などを満たした医療機関に対して重点評価を行うことで、効率的な医療提供を企図している。また、在宅における計画的な医学管理を評価する

項目においては、同じ建物で何人の患者を管理しているかにより診療報酬点数を区分し、有料老人ホーム入居者など一度に多くの患者に在宅医療を提供する場合には、評価を低くするという体系を導入し、効率化を図っている。

外来医療提供体制については、効率的な医療資源配分を目指して、患者の医療機関受診の在り方そのものに「意識変化」を求める。プライマリ医療については、患者の大病院、重装備病院への選好に一定のくさびを入れる必要性を指摘するとともに、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」を普及し、患者のフリーアクセスに一定の制約をかけるとしている。具体的な施策としては、「紹介状のない大病院外来受診の患者への定額負担」制度を2016年に創設している。

この制度については、現在、対象病院の拡大(現行の特定機能病院等から200床以上病院への拡大)に向けた議論が検討中である⁽¹¹⁾。現時点では、「医療資源を集中的に活用する外来」、すなわち専門外来を定義し、病院の外来機能を「一般外来」と「専門外来」とに区分した上で、「専門外来」への受診に一定の制約を設ける(すなわち患者定額負担を課す)という方向で議論が進められている。なお、診療報酬の側では、「かかりつけ医による患者の医学的管理」を評価した点数を新設し、外来機能分化を企図しているところである⁽¹²⁾。

以上、現下の医療提供体制改革と診療報酬改定との関係を概観した。すでに述べた通り、診療報酬とは医師・歯科医師が、患者(被保険者)に対して提供する医療の内容に大きな影響を及ぼすものである。一方で、公的医療費を総体として抑制する方向をめざす「医療提供体制改革」と診療報酬改定は上述のとおり不可分の関係である。そうすると、国民一人一人の固有の

病態に応じた医療の保障という、憲法25条から導かれるあるべき診療報酬制度から乖離する状態が頻出することになる。ここに運動課題が生じるわけである。

上記のような問題意識をベースに、実際の保険医協会の医療運動は、日々会員(医師・歯科医師)から寄せられる現場の声を踏まえて、「保険で良い医療」を阻害するような算定要件の見直しや診療報酬水準の底上げを、一つ一つ地道に実現させていく活動が中心となる。それらの具体例の中から、保団連北信越ブロックによる、厚生労働省に対する要請活動について、以下に紹介する。

(4) 保団連北信越ブロックによる在宅医療点数改善要求

石川県を含む北信越5県の保険医協会は、北信越ブロックとして共通の課題に対する運動を展開している。この項では、保団連北信越ブロックとして約20年にわたり取り組んでいる「在宅医療点数改善運動」について紹介したい。前述の通り、在宅医療に係る診療報酬は、とりわけ政策誘導のターゲットにされており、増大する在宅医療の需要と、それをいかに効率的・重点的に供給するかという財政上の要請との調整の結果、複雑な算定要件が錯綜した状況にある。保険医療機関として患者に療養の給付を実施したとしても、別の点数との関係で算定制限があったり、必要があって使用した薬剤や保険医療材料が算定できなかったり、あるいは患者の住まいの種類によって、さらには集合住宅かそうでないかによって算定点数に格差があったりするなど、在宅医療点数は、課題が山積する制度領域である。

在宅医療に従事する保険医が必要性を認め提供した療養の給付について、実際に行っている

にもかかわらず報酬請求できないということになれば、患者に必要な医療を提供することができない。保団連北信越ブロックではこのような問題意識から、各県共通のアンケートを実施して医療現場の声を集めた上で、それを改善要求項目としてとりまとめ、定期的に厚生労働省の担当者と懇談の機会をもっている。

改善要求は33項目にのぼり、それをここで具体的に紹介することは紙幅の関係でも困難であるが、一例として、2021年6月24日に実施した厚生労働省交渉における重点要求のうちの1つを紹介する。

要求項目「同一の医療機関において、同一患者に対して複数の在宅療養指導管理を行った場合は、主たる指導管理料と併せて従たる指導管理料について一定の評価を設けること。」

在宅医療においては、自己注射、酸素療法、褥瘡の処置など様々な医学的管理があるが、それら进行评估した点数として在宅療養指導管理料が管理項目ごとに設定されている。この指導管理については複数の項目を実施したとしても、「主たる管理料」(点数の高い管理料)のみの診療報酬算定となっている。例えば「自己導尿」と「胃ろうからの栄養管理」の2つの医学的管理を実施している患者についても、報酬上は1つの管理料分しか評価されていないのである。このような場合、もう一つの医学的管理への何らかの評価が必要ではないかというのが、この要求の趣旨である。

上記はあくまでも一例であり、要求内容が、いかに個別具体的に専門技術的なものであるかを紹介するために取り上げたものである。なお、これまでに訴えた改善要求のうちのいくつか—複数の専門医が連携して在宅医療に入る場合の評価、訪問看護師による点滴注射や処置などの薬剤料の算定など—は、実際に要望が受け

入れられているが、上記の要求は「財政影響の過大さ」を理由に認められず今日に至っている。

近時の在宅医療に係る診療報酬は前述のとおり給付の重点化・効率化という傾向が強く、高齢化により在宅医療の対象者が増加する中、政策的にはさらなる「効率化」が進められるであろう。そのような「大状況」に対して、ここで紹介した要請内容はいかにもミクロな内容の積み重ねである。が、これらの地道な改善運動が実れば、政策誘導のはざままで必要十分な医療を提供できなくなるケースが減ることもまた間違いないのである。

3 地域医療に係る運動(その1)—医療費助成制度の拡充に向けて

(1) 患者一部負担金と自治体単独医療費助成制度

医療保険により療養の給付を受けた場合、患者には年齢に応じた一部負担金が発生する。すでに述べた通り、「保険で良い医療」を目指し診療報酬改善の運動を進めるにあたって、この問題は避けて通ることができない。診療報酬が上がればそれにあわせて患者一部負担も上がるシステムになっているからだ。

ところで、患者は、医療保険の被保険者として保険料負担等をしていながら、疾病や傷病などの保険事故が生じて保険給付を受ける段階で、更なる「負担」を強いられることになる。いわば、二重の負担を課されている状態である。この自己負担をめぐる近時のトピックとしては、「全世代型社会保障改革」として後期高齢者の患者一部負担金の引上げが断行され、ここでは主に2割負担への引上げ対象となる所得水準をどこに設定するかが議論となったが、本来的には医療保険各法の医療を受けた際に一部負担金が課されること自体が、問われなければ

ならない。一部負担金が存在することで患者の受診をためらわせることになれば、「国民皆保険」の意義を没却してしまうことになるからだ。

この問題については、最終的には医療保険各法による負担そのものの見直しが必要と考えるが、各地域での医療運動団体の粘り強い運動等もあり、自治体レベルで「医療費助成制度」が整備・拡充されている。これは、子ども、障害のある人、ひとり親世帯などに対して、医療保険各法の一部負担金を自治体が助成することで、患者は無料ないしは低額な自己負担で医療を受けられるようにするものである。「医療費助成制度」は、その保障水準に差異はあるものの、いまや全国の自治体を網羅したものとなっている。

石川県においても、医療保険の一部負担金を自治体が助成するシステムがあり、それぞれに様々な課題(対象年齢、対象疾患、所得制限の有無、助成金額など)が存在している。とりわけ、障害のある人に対する医療費助成制度については、全国の同種の制度と比較しても見過ごすことのできない大きな課題があった。以下、この制度に関わる近時の制度改善につながった取組みについて紹介する。

(2) 石川県の障害のある人に対する医療費助成制度における改善すべき課題

石川県の障害のある人に対する医療費助成制度は、障害のある人に係る医療保険給付における患者一部負担分について、県と市町で補てんすることにより実質無料化する(対象者等は市町により異なる)ものである。この制度には、次の2点の改善課題があった—①支給方式が年齢により異なり、65歳までは「現物給付」(医療機関窓口での負担なし)、65歳以上は「償還払い」(医療機関窓口でいったん支払ったのち、

払いもどしを受ける)であること、②精神障害のある人は支給対象外であること—。

石川県保険医協会では、他の医療運動団体とともに、この課題の改善に向けた取組みを積み重ねてきた。とりわけ、①の年齢で支給方式に区別をつける制度は、他の都道府県にも例がなく、高齢者に対する患者自己負担に定率の仕組みが導入された2001年に問題が顕在化されて以降、およそ20年にわたり改善を求める運動が続けられることとなった。

65歳を境に現物給付から償還払いへ支給方式を変更するというのは、言葉を尽くすまでもなくおよそ不合理な制度である。高齢化で疾病リスクが高まり、より保障が必要になってくる時点で、(後から払い戻されるとはいえ)自己負担が発生し医療機関へのアクセスを阻害するような制度設計は、いかなる観点からみても合理的な説明は不可能であろう。他方、我々の改善要望に対して、石川県は次のように説明してそれを退けてきた。「1983年の老人保健法施行で国の制度が従来の『老人医療費無料化』から定額自己負担へと大きく見直された趣旨に鑑みて、65歳以上の障害のある人(老人医療対象者)について、現物給付から償還払いへと制度を見直した。こういう経緯があるので、これを現物給付に戻すことはできない」—と。

そもそも自治体の医療費助成制度は、医療保険各法に内在する「患者自己負担」を補てんするという趣旨で設けられており、その意味では、石川県が主張してきたような、高齢者以外の、健康保険や国民健康保険に基づく患者自己負担と、高齢者医療の患者自己負担を殊更に区別する意義は見出すことはできない。いわんや、もともと「無料」だった高齢者医療について、有料化に際して適切な配慮をするのであればともかく、若年者よりも受給条件を厳しくす

るということは、どう考えても合理的な理由を見出すことはできない。

(3) 共生社会づくり条例の制定と医療費助成制度の改善

この間、地域の運動団体と共同で、様々な改善運動を展開した。障害のある当事者の生の声を県当局に届けたり、あるいは、学習集会などで当事者から社会に訴えてもらったり、もちろん、地方議会に対する請願や、県知事等への要請、署名活動等、あらゆる手段に訴えたが、県の反応は「岩盤」のように固く、前述の主張を繰り返すのみであった。

この膠着状態の突破口となったのが、2019年10月に施行された「障害のある人もない人も共に暮らしやすい石川県づくり条例」であった。この条例は、「障害のある人の権利条約」や「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」などの理念をベースに「障害を理由とする差別の解消の推進」を目指したものである⁽¹³⁾。

石川県では県の社会保障推進協議会が中心となって、毎年、社会保障の拡充を求めて、石川県健康福祉部との交渉を実施している。2019年11月に実施した交渉の場で、上記の条例を踏まえて、次のような趣旨で改善を求めた。すなわち、「障害のある人に対する差別をなくす上では、当然に、障害のある人どうしの差別もあってはならない」としたうえで、医療費助成制度においては、「①若年者と高齢者との間で支給方法に差別を設けていること、②制度対象者として精神障害のある人とその他の障害のある人との間に差別を設けていること—について、この条例の施行を機会に差別の解消してはどうか」と迫ったのである。

そして、2020年3月、次年度の石川県予算の

説明資料である「2020年度予算編成のポイント」が示されたが、その中で「共生社会づくり条例に基づき、障害のある方もない方も共に暮らしやすい社会を目指す」と明記され、次のような制度見直しを前提とした予算が可決された。見直しの内容は、①65歳以上の支給対象者への助成方法を従来の償還払い方式から現物給付方式へと変更する、②精神障害のある人を助成対象に加える—というものであった。これを受けて、県内の各市町でも条例により制度改善が具体化され、2020年10月から、65歳以上の医療費現物給付化が実現した。また、精神障害のある人についても、—対象が精神障害者保健福祉手帳1級所持者であり、その対象拡大は今後の課題として残されたものの—、医療費窓口無料化(入院・外来とも)が実現することとなった。

今回の制度改善は、およそ20年にわたる地道な改善運動の成果であることは言うまでもない。また、本稿では詳述できなかったが、精神障害のある人への助成対象拡大については、障害のある当事者による粘り強い運動が改善につながった大きな要因であることにも言及しておく必要がある。そんな中で最後の一押しとなったのは、長年にわたる国連による国際人権保障の発展のための取組みの中で結実した「障害者権利条約」、その国内批准を受けて制定された「障害者差別禁止法」、そしてこれらの理念を地域社会にさらに広めるためとして制定された「共生社会づくり条例」であった。これら社会保障の原理・原則の力が、石川県に制度改善を踏み切らせる要因の一つになったのである。社会保障施策が大きく後退している今日において、今後の医療運動における貴重な教訓になったとしておきたい。

4 地域医療に係る運動(その2)—国民健康保険の都道府県単位化に対して

(1) 市町村国保財政の都道府県単位化

2018年4月から、国民健康保険制度において「財政の都道府県単位化」がスタートしている。従来の「市町村国民健康保険」について、保険者を「都道府県及び市町村」に改め、都道府県に対して安定的な財政運営の責務を課するという内容である。

国保改革の内容については多岐にわたるものであるが、端的に言えば、医療提供体制に係る管理責任の都道府県への集約—保険料水準と提供体制整備とを都道府県単位でリンクさせる給付と負担の制御システムの構築—であると整理できる。社会保障給付を総体として抑制するという基調においては、保険給付の抑制や保険料引上げ等の負担増を都道府県に強いるものになり、長期的にみて地域医療に大きな影響をもたらすことが考えられる。すなわち、これまでの各市町村における独自の保険料設定、一般財源繰入への姿勢、保険料減免水準、資格証明書交付基準などが「標準化」され、これらの「差異」が見直されるべき課題として整理される。結果として地域医療の実態の反映として機能してきた「地域差」が低位平準化されることを危惧するのである。

(2) 石川県国民健康保険運営方針とパブリックコメント

現在では多くの行政施策でパブリックコメントが求められているが、実際に意見が求められるのは、政策形成過程における各審議会等での議論が「煮詰められた」後の、最終原案に対するもので、その多くが実際に知事への答申等の直前にセッティングされており、市民からの意見を反映させることは相当に難しい状況であ

る。私自身、これまで数少ない数のパブリックコメントを起草し提出してきたが、行政施策の原案の修正にまでいたることはなかった。現場における実感として、行政側にとってはパブリックコメントを募集するという行為自体に意味があり(もちろん意味はあるが)、あくまでも「市民の声を聴きました」という免罪符的な使われ方をされてきたという印象がある。

さて、今般の国保財政の都道府県単位化を前に、都道府県は保険者として「国民健康保険運営方針」を定め、その中で、資格管理や保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業の実施等の原則について統一的な方針を定めることとなっていた。この運営方針を定めるにあたって、石川県は原案に対するパブリックコメントを求めた。それに対して石川県保険医協会が意見を提出したところ、その意見の一部が運営方針の成案に反映されることとなった。以下にパブリックコメントが原案修正につながった数少ない事例として紹介し教訓としたい。

(3) パブリックコメントの内容と石川県の対応

石川県では2018年4月からの施行を前にして、「国民健康保険運営協議会」が設立され、国保運営の基本方針や保険料率策定の前提となる各市町の「納付金」について検討されてきた。2017年11月30日には、「石川県国民健康保険運営方針(案)」が協議会で承認され、石川県知事に答申された。この運営方針(案)については、事前にパブリックコメントの募集があり、石川県保険医協会からも意見を提出し、結果として、我々の意見のうち1項目が上げられ、原案の修正につながった。

保険医協会が石川県国保運営協議会に出した意見は、次の内容であった。

今回の国保改革は医療提供体制に係る管理責任の都道府県への集約という観点、つまり、保険料水準と提供体制整備をリンクさせる都道府県単位の給付と負担の制御システムの構築であると整理する必要がある。今回の改革が医療給付抑制や保険料引上げ等の負担増を都道府県に強いるものになるのではないかと危惧している。このような不安を払拭するために、運営方針の冒頭に国保の基本理念—例えば国民健康保険法第1条に明記されている『社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的』として運営方針を定める旨の記述—を加えてもらいたい。」

これに対して、国保運営協議会は「ご意見を踏まえて運営方針(案)「1 策定の目的」の第2段落の文章を以下のとおり修正します」とし、

国保運営方針の原案を次のとおり修正したうえで県知事に答申され、それが県議会でも可決され成案となった。

<修正後の石川県国民健康保険運営方針案> (下線部が追加された部分)

1 策定の目的

国民健康保険については、平成30年以降、県が財政運営の主体として中心的な役割を担うこととなり、市町は、地域住民との身近な関係の中で資格管理や保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業の実施等の役割を引き続き担うこととなる。

このため、県と市町が一体となって、社会保障及び国民保健の向上を目指し、保険者の事務を共通認識の下で実施するとともに、各市町が事務の広域化や効率化を推進することができるよう、県内の統一的な国民健康保険の運営方針として策定するもの。

もちろん、今回の修正箇所は、あくまでも理念規定の部分であり、国保の実際の運用に直接的な影響を及ぼすものとはまでは言えない。上述した今次国保改革により危惧される課題、例えば保険料水準の県単位の統一による保険料の引上げ、一般財源の法定外繰入れを事実上困難にするような運用への危惧、保険料滞納時の資格証明書の問題など多岐にわたる論点についても、あわせてパブリックコメントとして意見提出したが、それらについては特に県が意見を受け入れることはなかった。

他方、この間の社会保障制度全般にわたる改革においては、自助・共助が強調され公的責任が大きく後退しており、国保についても「助け合い」「相互扶助」の側面を強調する動きが強まっている。前述のとおり、社会保障・税一体改革においては、国保も含む医療保険を「自助

を共同化した仕組み」とまで位置づけ、公的責任を矮小化している。このような情勢下で、県の国保運営方針の中に「社会保障及び国民保健の向上」という原則を盛り込めたことは(当たり前といえば当たり前なのだが)、今後の国保改善運動において重要な意義を有する。応能負担原則にふさわしくない保険料設定や、医療へのアクセスを阻害する資格証明書の交付に対して、今後は、石川県自らが言明することになった「社会保障としての国民健康保険」という原則をかかげ、対抗していくことになる。なお、2021年に改定された新運営方針でも、上記の記述は明記されたままである(全国でもこのような記述があるのは石川県のみである)。

この項の最後に、国保制度の課題について改めて整理しておきたい。職場の医療保険に加入していない「その他」の人すべてを対象とする

「市町村国保」が制度化されてはじめて実現した「国民皆保険」。この意味で国保は医療保障制度の中核に位置している。「皆保険」による「強制加入」は、国民一人一人に必要な医療を保障するために制度化されたものである。そしてまた、「強制加入」であるが故に、保険料が払えない加入者への対応も制度として予定されねばならない。

したがって、国保が真の意味での社会保障制度であるためには、次の4つの要件を最低限満たさなければならないと考える。①支払い可能な保険料水準であるか、応能負担が徹底されているか、②保険料減免制度は充実しているか、③一人として漏れることなく制度の対象とし十分な医療を保障しているか(資格証明書交付問題)、④これらを支える国庫負担は十分な水準か。

上記の意義は国保財政の都道府県単位化の前後で何ら変わることはなく、依然として改善されるべき課題であることに違いはない。引き続き、国保制度の充実を地道に求め続ける運動を展開していかなければならない。

5 おわりに

紹介した3つの取組みを最後に整理しておこう。①効率的な医療提供体制を企図する診療報酬の政策誘導の過程で、それが、患者に必要な十分な治療を行うことを阻害していないかという、医療現場の実態を踏まえて整理した運動課題に基づく要求運動、つまり「保険で良い医療」を実現するという原則に基づいた要求運動。②医療保険の患者一部負担が医療アクセスを妨げかねないという問題意識のもと、障害のある人の一部負担について、障害者権利条約などの「差別禁止」の基本理念に基づいて改善を求めた運動。③相互扶助ではなく公的責任に基

づいた国保運営という原則に基づき、財政の都道府県単位化という新たな段階においても、社会保障としての国保制度という理念の徹底を求めた運動。これらは、医療現場の実態、患者・国民の生活実態を把握する中で課題を抽出し、その運動課題について社会保障制度としてのあるべき理念—原理・原則—ののちとて訴えるという地道な取組みの連続であったと整理できる。

この運動のベースとなる「社会保障の基本理念」については、当然のことながら、それ自体に対する検討が常に必要であり、あるべき原理・原則を再確認しながら運動を進めていかなければならない。誤った基本理念に基づいて整理された問題意識による運動では、あるべき医療保険制度の確立どころか、それを後退させかねないからだ。したがって、医療現場の問題意識と社会保障研究者の認識とを、それぞれフィードバックさせ、十分な研鑽を深めるなかで、確かな原理・原則を再確認しながら運動を進めていくことが不可欠となる。石川県保険医協会では、定期的に社会保障セミナーを開催し、医療と人権をめぐる課題—薬害、ハンセン病、731部隊、旧優生保護法下の強制不妊など—について、協会の役員・事務局と大学の研究者とがディスカッションし、医療における人権保障の必要性の認識を深める取組みを進めている⁽¹⁴⁾。

最後に取り上げた、社会保障、社会福祉の現場と研究者との関係という論点から派生して、もう一つ、私も所属する「医療・福祉問題研究会」を紹介しておきたい。この研究会は、1986年に、石川県の医療・福祉関係の研究者、関連施設に従事する医師、看護師、保健師、社会福祉士等の専門家および地方自治体等の関連する職域の公務員を中心に発足したものである。医

療・福祉現場の従事者と大学の研究者、福祉サービスを利用する当事者、そして社会保障を研究する学生などが、それぞれ学び合い共同で研究する、しかもそれを、一地方である石川県から全国へ発信するというこの研究会のあり方は、現場と研究者のあるべき共同の営みとして、社会保障改善運動においても大いに参考になるのではないかと考えるものである⁽¹⁵⁾。

注

- (1) 平成24年法律第64号
- (2) 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」(平成26年法律第83号)
- (3) 「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第66号)
- (4) 医療保険各法の見直しは前掲(2)により、医療法等の見直しは、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)により実施されている。
- (5) 拙稿の紹介となるが、医療提供体制改革については、「経済・財政一体改革における医療提供体制改革の現状と課題」医療・福祉問題研究会編『医療・福祉と人権』旬報社(2018年)を、全世代型社会保障改革については、「全世代型社会保障改革における医療介護提供体制改革の動向と課題」医療・福祉問題研究会『医療・福祉研究28号』(2020年)を、混合診療禁止原則については、「混合診療訴訟—混合診療禁止原則の適法性と保険外併用療養費制度」矢嶋里絵他編『社会保障裁判研究』ミネルヴァ書房(2021年)をそれぞれ参照
- (6) 保険医運動の歩みについては、全国保険医団体連合会編『戦後開業医運動の歴史』労働旬報社(1995年)を参照
- (7) 全国保険医団体連合会のウェブサイトには、団体の目的として、「保険医の経営、生活ならびに権利を守ること」と「保険で良い医療の充

実・改善を通じて国民医療を守ること」を掲げている。

<https://hodianren.doc-net.or.jp/nyuukai/>

- (8) 社会保障制度改革推進法の具体化に向けて改革の基本理念等を整理した「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8月6日公表)では、日本の社会保障施策の中核を占める社会保険制度について、「自助を共同化した仕組み」と整理している。
- (9) この項における入院、在宅、外来それぞれの機能分化の方向性は、前掲(8)の国民会議報告書で示された考え方を整理したものである。
- (10) 2018年の診療報酬改定において、入院診療報酬についてドラスティックな見直しが行われた。急性期病床、急性期から療養期への移行期の病床(回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床)、そして長期療養期の病床に係るそれぞれの入院基本料について、「基本的な医療の評価」部分と「診療実績に応じた段階的な評価」部分を組み合わせた新たな評価体系の導入である。その後の診療報酬改定では、各病床区分における「診療実績評価」水準を上下させることで、診療報酬による病床機能分化の誘導策を効果的なものにしようと企図している。
- (11) 2020年12月15日に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」(全世代型社会保障検討会議最終報告)に、「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大」として明記されており、社会保障審議会医療保険部会などで具体化に向けた検討が進められている。
- (12) 2014年の診療報酬改定では、生活習慣病(高血圧症、糖尿病、脂質異常症)患者について、それぞれの患者ごとに担当医を決め、担当医による診療・指導を要件とした評価が診療報酬上に設けられた(地域包括診療料、再診療の地域包括診療加算)。この点数を算定するにあたっては、患者から同意書をとるなどの手続要件が規定されているが、2018年の診療報酬改定では、患者に対する説明書の様式が示され、その

中では患者が他の医療機関に受診する前に事前相談を求める内容—「緩やかなゲートキーパー機能」—が盛り込まれていることが注目される。

- (13) 「障害のある人もない人も共に暮らしやすい石川県づくり条例」前文の抜粋「全ての県民が、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人としてその尊厳が重んぜられ、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合い、地域で支え合いながら共に暮らす社会こそ、私たちが築くべき地域社会である。平成十八年に国際連合において採択された障害者の権利に関する条約は、障害者の人権や基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の人権と基本的自由を確保するための必要かつ適当な変更及び調整を「合理的配慮」と定義した上で、合理的配慮の否定を含めたあらゆる形態の差別を障害に基づく差別として、その撤廃のための措置をとることを定めている。我が国においても、平成二十五年に「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」が制定され、差別の解消に向けた取組が進みつつあるが、障害及び障害者に対する理解や、障害者との対話を通じて社会的障壁を認識し、除去することの重要性に対する理解は未だ十分に深まっているとは言い難い状況にある。」
- (14) このセミナーでの議論は、井上英夫『患者の言い分と健康権』新日本出版社(2009年)で紹介されている。
- (15) 医療・福祉問題研究会が、その結成30年を記念して発刊した、前掲(5)の、医療・福祉問題研究会編『医療・福祉と人権』旬報社(2018年)には、この間の研究会研究誌掲載の論文から選別された論稿と、いま進められている社会保障制度改革を評価した書きおろし論稿とが掲載されている。

原著論文

大都市圏においてプライマリ・ケアを居宅で 提供するために必要となる高度実践看護師の コンピテンシーの尺度開発 ——予備的定量調査の結果より——

Scale Development of a Competency for Advanced Practice Nurses
Required to Provide Primary Care at Home in Large Metropolitan
Areas: Based on the Preliminary Quantitative Survey Results

大 釜 信 政 (帝京科学大学医療科学部看護学科)

Nobumasa Ogama

抄録

目的：日本の大都市圏においてプライマリ・ケアを居宅で提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーの尺度を開発し、尺度の信頼性と妥当性について検証する。

方法：大都市圏の診療所・病院で訪問診療や往診に携わる医師または看護師、訪問看護師、高齢者施設に勤務する看護師に対して、高度実践看護師に求めるコンピテンシーに関する質問票調査を実施した。

結果：309名からの回答を分析対象とした。最尤法・プロマックス回転による探索的因子分析により、6因子46項目を抽出した。また、尺度の信頼性と妥当性を確認した結果、Cronbachの α 係数は.964、モデル適合度は、GFI = .759、AGFI = .732、CFI = .875、RMSEA = .060であった。

結論：本尺度の信頼性と妥当性に関して統計的に許容範囲であり、プライマリ・ケアに資する高度実践看護師のコンピテンシー尺度として6因子46項目のそれぞれが概念や特性を適切に反映できている点が示唆された。

Abstract

Purpose: Developing a competency scale for advanced practice nurses required to provide primary care at home in large metropolitan areas in Japan, and verifying the reliability and validity of the scale.

Method: We conducted a questionnaire survey on the competencies required from advanced practice nurses. This survey was conducted on doctors or nurses working in the clinics and/or hospitals, home-visit nurses, and nurses working in facilities for the elderly involved in home-visit medical care and home visits in large metropolitan areas.

Results: Responses received 309 people were analyzed. 46 items of 6 factors were extracted by

(受理日：2021年11月9日)

exploratory factor analysis through maximum likelihood method and promax rotation. As a result of checking the reliability and validity of the scale, Cronbach's α coefficient was .964, and the model goodness of fit was GFI=.759, AGFI=.732, CFI=.875, and RMSEA=.060.

Conclusion: The reliability and validity of this scale is statistically acceptable, and it suggested that each of the 46 items of 6 factors can appropriately reflect the concept and characteristics as a competency measure for advanced practice nurses who contribute to primary care.

キーワード：高度実践看護師、プライマリ・ケア、コンピテンシー、大都市圏、居宅

Key Words: advanced practice nurse, primary care, competency, large metropolitan area, home

1. 本研究の背景と目的

東京圏(東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県)における将来推計人口に関して、全国と比較して人口減少率は低いものの、今後は高齢者人口の大幅な増加が見込まれている。ニュータウンが多く立地する都心部から概ね50Km以内の郊外部では、後期高齢者の急速な増加に伴って、高齢者単独または夫婦のみの世帯数がさらに増加する点も予測されている(国土交通省, 2016)。大都市圏では、高齢者施設定員数が必要数を大幅に下回るため療養の場を失う高齢者の急増について危惧されている(高橋・渡部・加藤, 2017)。さらに、高齢者の独居や高齢者のみの世帯の増加に加え、子供と同居している場合でも実際には終日のほとんどを高齢者一人で暮らさなければならない事例も多く、住み慣れた地域で生活を継続するには介護や福祉とも連携して医療を提供する必要がある(高林, 2017)。

効率的な医療提供体制を目指すには、都道府県が病床の機能分化・連携を進めること、介護施設や高齢者住宅を含めた居宅での医療の拡充も必要になる(厚生労働省, 2018)。療養者の住まいが自宅なのか施設であるのかに関わらず、急変時の対応や看取りなど、居宅で療養生活を送るために必要なサービスを24時間体制で提

供できるシステムの構築が求められている。また、療養者の生活をその地域の資源で支えるにあたり、看護師によるサービスそのものが非常に重要になるといった指摘がある。看護は、「医療」と「生活」の両方の視点を持ち、患者・住民の状態の変化に合わせて必要な時に必要なサービスが提供されるよう、医療・介護などのサービス全体を統合的にマネジメントして暮らしを守るためである(公益社団法人日本看護協会, 2015)。

米国では、プライマリ・ケアの充実を図るため、ナース・プラクティショナー⁽¹⁾と称する高度実践看護師が医師の指示を必要とすることなく検査オーダー・治療計画の立案・一定の範囲で薬物処方をしている。皆保険制度や医療機関を自由に受診できる制度下でない米国において、簡易診療所⁽²⁾でプライマリ・ケアに携わるナース・プラクティショナーへの需要はますます拡大している(Evans, 2010)。ナース・プラクティショナーは、医療サービスを利用しない、または利用できない人々に対して、費用面やアクセスの良さといった理由から医療サービスが受けやすい場を提供している(Wallace・Daroszewski, 2015)。加えて、慢性疾患患者に対して定期的な診療サービスを提供すること

で、病状悪化の予防にも貢献している(Rohrer・Angstman・Garrison, 2012)。

近年、日本でも、看護師の裁量権拡大を見据えた動きがある。2008年から、国民の医療ニーズに対応できるよう、看護系大学院でナース・プラクティショナーの職能に焦点を合わせ、自律的に診療行為を担い得る高度実践看護師の養成がつづけられている。しかし、日本では、医師法(昭和23年法律第201号)ならびに保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)の規定により、看護師が自らの判断と責任の下で診療サービスを提供することはできない。看護師が医療行為を行う場合、原則として医師の指示が必要になる。なお、医療介護総合確保推進法(平成26年法律第83号)に示される通り、厚生労働大臣が指定した学校・病院等で研修を受けた看護師である場合、医師又は歯科医師の判断を待たずに手順書によって特定行為⁽³⁾を実施することが可能になった。また、「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、タスク・シフティング(業務の移管)やタスク・シェアリング(業務の共同化)、適切な人材・労務マネジメントの普及等により、医師の生産性と医療の質を高め効率的な医療サービスへとつながる点について示されている(厚生労働省, 2017a)。そして、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療が行えるナース・プラクティショナー制度を日本でも創設し、急増する医療ニーズに応じる必要性も指摘されている(公益社団法人日本看護協会, 2020a)。

これまでに、慢性疾患への治療を継続する患者、訪問看護もしくは高齢者施設でサービスを受ける療養者の親族、地域医療を担う医師、訪問看護師、高齢者施設看護師を対象として、日本で高度実践看護師が診療行為を担うことに対

する認識について調査されてきた。その結果、居宅での救急対応や慢性疾患管理、終末期診療に関する職能に期待が寄せられていた。(大釜・大釜, 2012; 大釜・中筋, 2014; 大釜・渡部, 2015; 大釜, 2016a; 大釜, 2016b; Ogama, 2017; 大釜, 2017; 大釜, 2019)。

上述したように、日本の看護系大学院では、自律的に診療行為を担い得る高度実践看護師の養成が継続されている。超高齢化が進む大都市圏で保健・医療・福祉専門職間における連携・協働の効率性を高めながら地域包括ケアシステムの構築を推進していくためにも、高度実践看護師がどういったコンピテンシー(知識、スキル、思考パターンなどの能力)を具備すべきかに関する検討は喫緊の課題と言える。その検討にあたっては、地域医療を取り巻く状況や課題、医療制度、価値観といった日本の実情を考慮する必要がある。よって、大都市圏で地域医療に携わる専門職者の見解も踏まえてコンピテンシーを見出していくことが重要である。

また、プライマリ・ケアに資する高度実践看護師のコンピテンシー尺度の開発により、当該看護師の行動指標へとつながるほか、養成課程におけるカリキュラムや修了要件の設定にも寄与できる。しかし、そうしたコンピテンシー尺度の開発を目指した国内の先行研究は見当たらない⁽⁴⁾。

本研究では、日本の大都市圏においてプライマリ・ケアを居宅で提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーの尺度開発を目的とし、地域医療現場のニーズに着目し、大都市にある診療所・病院で訪問診療や往診に携わる医師または看護師、訪問看護師、高齢者施設に勤務する看護師に対して予備的定量調査を実施した。

2. 研究方法

1) 本研究における用語の定義

(1) 高度実践看護師

健康増進や疾病予防、病気を有する人への療養生活上の支援を目的として、科学的根拠に基づき看護は行われる。科学的根拠を重んじた看護をするには、人体の解剖・生理学や病態学、薬理学などの医学知識も加味した的確なヘルスアセスメントが必要である。また、一部の国では、プライマリ・ケアの拡充のため、医師の指示を必要とすることなく看護師が検査オーダー・治療計画の立案・一定の範囲で薬物処方を行っている。本研究では、高度実践看護師を「看護学と医学を基盤とした専門知識・技術に基づいて、居宅で生活する療養者にとって必要なプライマリ・ケアを提供できる看護師」と定義する。

(2) プライマリ・ケア

日本では、住み慣れた自宅や高齢者施設で療養生活を継続できるよう、24時間体制で医療サービスを提供できるシステムが求められている。こうした状況を踏まえ、プライマリ・ケアを「地域生活者に対する疾病予防、身体的異常の早期発見、初期救急対応・応急処置、終末期対応など、居宅での療養生活に必要な保健・医療支援」と定義する。

(3) 居宅

「療養者が生活を送る自宅もしくは高齢者施設」と定義する。

(4) 療養者

「病とともに生活する人」と定義する。

(5) 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。

2) 調査期間

2020年8月

3) 調査方法

医療に関する社会調査を扱う事業者に対して調査協力に応じている医師655名と保健師・助産師・看護師のいずれかの資格保有者(以下、看護職と略)6795名を合計した7450名の中から、「大都市圏の診療所・病院で訪問診療・往診に携わる医師または看護師、訪問看護師、高齢者施設看護師のいずれかに該当する」の条件でスクリーニングを実施した。なお、大都市圏として、総務省統計局(2000)による「統計表で用いられる地域区分の解説」を参照し、東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県に加えて、札幌市、仙台市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、広島市、福岡市、北九州市を指定した。その結果、訪問診療・往診に携わる医師115名、訪問診療・往診・訪問看護・高齢者施設での看護に携わる看護職231名、合計346名を抽出した。そのうち、346名の医師もしくは看護職のいずれかに対して、Web上で、日本の大都市圏において高度実践看護師が居宅でプライマリ・ケアを提供するにあたって必要になるコンピテンシーに関する無記名質問調査票を配信した。

4) 調査内容

(1) 調査参加者の属性

①性別、②年齢、③勤務施設で用いている医療専門資格、④医療専門職としての経験年数、⑤訪問診療・往診・訪問看護・高齢者施設での経験年数、⑥勤務施設種類、⑦勤務施設所在地の7項目とした。

(2) 質問項目の作成

質問調査票には、本研究における用語の定義

に加えて、米国においてナース・プラクティショナーと称する高度実践看護師が地域住民にとって利用しやすく丁寧な保健・医療サービスを必ずしも医師の指示を必要とすることなく提供しつづけていること、日本の看護系大学院で診療に関する知識・技術を兼ね備えた高度実践看護師の養成が継続されていること、医師法や保健師助産師看護師法の規定に基づいて日本では看護師の判断のみで診療を行うことは禁じられている点について記した。

日本の大都市圏においてプライマリ・ケアを居宅で提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーに関する質問項目の作成では、東京圏在住の中年世代にある住民や東京圏で訪問診療に携わる医師に対して実施した調査結果(大釜, 2019; 大釜, 2021)に加えて、海外文献の検討(大釜, 2018; 大釜, 2020)からもコンピテンシーに該当する箇所を抽出した。そののち、抽出したそれぞれの箇所がコンピテンシーの内容として適切に反映できているかといった観点から内容的妥当性⁽⁵⁾を確認した。さらに、表現の明瞭性、質問項目配列の適切性、回答のしやすさも検討した。なお、質問項目の作成では、本研究者と社会調査を扱う事業者の医療関連調査専門担当者3名を合わせた計4名が担当した。最終的に、60項目を尺度原案とした。

全60項目を質問票に明記し、それらのコンピテンシーへの必要性の程度について、「全く必要ないと思う(1点)」「あまり必要ないと思う(2点)」「少し必要だと思う(3点)」「ある程度必要だと思う(4点)」「とても必要だと思う(5点)」の5件法で回答を求めた。

5) 分析方法

統計解析用ソフト「IBM SPSS Statistics ver.25」および「IBM SPSS Amos ver.25」を

用いて、以下の手順で分析した。

コンピテンシーに関する60の質問項目ごとに、回答の平均値と標準偏差を算出した。また、冗長性の高い項目を削除するために、スピアマンの順位相関係数を用いて検証した。

つづいて、コンピテンシーに関する複数の変数の関係性をもとにしながら因子構造について検討するために、最尤法、プロマックス回転⁽⁶⁾による探索的因子分析を実施した。共通性が.16未満や因子負荷量.4未満の項目を削除しつつ、因子分析を繰り返した。そして、因子数が決定したのちに、因子名について検討した。

探索的因子分析から抽出されたコンピテンシー尺度の構成概念妥当性⁽⁷⁾を検証するために、確認的因子分析によって因子構造モデルの適合度を算出した。因子構造モデルの評価には、GFI (Goodness of Fit Index)、AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)、CFI (Comparative Fit Index)、RMSEA (Root Mean Square Error Approximation) の適合度指標を用いた。

尺度の信頼性については、Cronbachの α 係数(信頼性係数)⁽⁸⁾を算出し、内的整合性の検証を行った。

6) 倫理的配慮

本調査は、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20A004号)。本調査では、回答者が特定できないように無記名方式の質問調査票を採用した。調査参加者に対し、研究の目的と意義、参加者のプライバシーの保護、研究参加や拒否の自由、データを厳重に管理すること、研究成果を公表する予定であること、質問調査票の返信をもって本調査への協力について同意したとみなす点を文書で説明した。

3. 結果

1) 調査票の回収率ならびに調査参加者の概要 (表1)

346名の医師もしくは看護職に対して質問票調査を実施した結果、319名から回答を得た(回収率92.2%)。なお、無回答などの不適切なサンプルと判断した10名分を除き、309名による回答を分析の対象とした(有効回収率89.3%)。

調査参加者の性別をみると、男性114名、女性195名であり、6割以上を女性が占めていた。参加者の年齢の平均は、44.2歳となった。勤務施設で用いている医療専門資格別でみた場合、医師103名、看護職206名であり、看護職からの回答のほうが多い結果になった。医療専門職としての経験年数の平均は19.1年、訪問診療・往診・訪問看護・高齢者施設での経験年数の平均は3.8年となった。勤務施設種類別でみると、在宅療養支援病院を含めた病院に勤務する参加者数が204名で最も多く、次いで在宅療養支援診療所を含めた診療所68名、高齢者施設24名、訪問看護事業所13名であった。

2) 尺度原案の項目分析 (表2)

全60のコンピテンシー尺度原案への回答の平均値および標準偏差、項目間の相関係数については表2を参照されたい。なお、スピアマンの順位相関係数が.70以上を示すペアのどちらか一方の項目については、意味内容も吟味しながら削除する予定であった。しかし、.70以上の項目は存在しなかった。

3) 探索的因子分析結果および潜在因子の推定 (表3)

質問項目の内容的妥当性の検討や項目分析の結果、今回は60のコンピテンシー尺度原案のすべてを用いて探索的因子分析(最尤法・プロ

マックス回転)を実施した。そして、スクリープロットに沿って因子分析を繰り返し行い、共通性.16かつ因子負荷量.40以上を基準として項目を採用した。最終的には、14項目を削除し、6因子46項目のコンピテンシー尺度で構成できた。また、因子間相関は.037～.707であった。

第1因子は、「慢性疾患患者(とりわけ糖尿病や高血圧症、脂質異常症、認知症、脳血管疾患後遺症)のための疾病管理ガイドラインに基づいて診療を提供している」「問診やフィジカルイグザミネーション(視診、触診、聴診、打診)、臨床検査の結果から、療養者の身体状況についての確に判断している」「療養者の個別性を重んじた居宅療養計画を立案している」「療養者や家族に対して、病院とは異なる環境で療養することのメリット・デメリットについての確に説明している」「高度実践看護師による診療の実施について、療養者本人もしくは家族から、適宜、同意を得ている」「療養者が日常的に使用している薬剤であっても、高度実践看護師は医師の指示に基づいて薬剤を投与している」「療養者が日常的に使用している薬剤の副作用について熟知している」「居宅で実施頻度が高いであろう処置の手技については的確である」を含めた15項目のコンピテンシーで構成されていた。これらの項目については、療養者が居宅で生活を送るうえで必要なプライマリ・ケアに該当すると解釈し、【居宅で日常的に施される的確なプライマリ・ケア】と命名した。

第2因子は、「地域医療・福祉専門職者に対して、必要に応じて、療養者を紹介している」「療養者の生活の質を向上させるために、高度実践看護師自ら、地域医療・福祉専門職と連携している」「療養者の病状判断や治療内容について、医師からのサポート体制を築いている」「救急対応時等に備えて、常日頃から入院設備

表1 調査参加者の概要

		n = 309		
項目	内訳	人数	%	平均(範囲)
性別	男性	114	36.9	
	女性	195	63.1	
年齢	20～29歳	32	10.3	
	30～39歳	84	27.2	
	40～49歳	85	27.5	44.2(24～68)
	50～59歳	72	23.3	
	60歳以上	36	11.7	
勤務施設で用いている医療専門資格	医師	103	33.3	
	看護師もしくは保健師	206	66.7	
医療専門職としての経験年数				19.1(1～46)
訪問診療・往診・訪問看護・高齢者施設での経験年数				3.8(1～30)
勤務施設種類	診療所(在宅療養支援診療所含む)	68	22.0	
	病院(在宅療養支援病院含む)	204	66.0	
	訪問看護事業所	13	4.2	
	高齢者施設	24	7.8	
勤務施設所在地	北海道札幌市	27	8.7	
	宮城県仙台市	8	2.6	
	埼玉県	22	7.1	
	千葉県	28	9.1	
	東京都	76	24.6	
	神奈川県	37	12.0	
	静岡県静岡市	4	1.3	
	静岡県浜松市	8	2.6	
	愛知県名古屋市	14	4.5	
	京都府京都市	17	5.5	
	大阪府大阪市	24	7.8	
	大阪府堺市	5	1.6	
	兵庫県神戸市	10	3.2	
	広島県広島市	11	3.6	
	福岡県福岡市	12	3.9	
	福岡県北九州市	6	1.9	

表2 コンピテンシー尺度原案への回答の平均値および標準偏差、項目間の相関係数

項目番号	コンピテンシー尺度原案(質問項目)	平均値	標準偏差	項目間の相関係数
1	療養者に対する問診やフィジカルイグザミネーション(視診、触診、聴診、打診)が的確である	4.15	0.887	.144* ~ .689**
2	療養者の身体状況を把握するために日常的に居宅内で行われる臨床検査では、高度実践看護師がその実施について判断している	3.70	0.982	.182** ~ .571**
3	療養者の身体状況を把握するために日常的に居宅内で行われる臨床検査であっても、医師の指示に基づいて実施している	4.05	0.885	.062 ~ .603**
4	日常的に居宅で実施されている臨床検査の結果について、その所見は的確である	4.07	0.837	.164** ~ .642**
5	問診やフィジカルイグザミネーション(視診、触診、聴診、打診)、臨床検査の結果から、療養者の身体状況について的確に判断している	4.14	0.812	.040 ~ .689**
6	慢性疾患患者(とりわけ糖尿病や高血圧症、脂質異常症、認知症、脳血管疾患後遺症)のための疾病管理ガイドラインに基づいて診療を提供している	3.95	0.896	.066 ~ .630**
7	一定範囲内の薬剤については、高度実践看護師の判断で薬剤種類・量を処方・投与している	3.49	1.015	-.004 ~ .524**
8	療養者が日常的に使用している薬剤であっても、高度実践看護師は医師の指示に基づいて薬剤を投与している	4.01	0.970	.035 ~ .562**
9	ドラッグストアで処方箋なしで購入できる一般用医薬品の知識が豊富である	3.56	0.905	.111 ~ .400**
10	療養者が日常的に使用している薬剤の副作用について熟知している	4.18	0.804	.093 ~ .613**
11	療養者にとって必要な予防接種内容やその実施について、高度実践看護師が判断している	3.78	0.930	.163** ~ .571**
12	居宅で実施頻度が高いであろう処置の手技については的確である	4.09	0.971	-.066 ~ .542**
13	療養者や家族に対して、病院とは異なる環境で療養することのメリット・デメリットについての確に説明している	4.18	0.854	.038 ~ .597**
14	療養者の個性を重んじた居宅療養計画を立案している	4.26	0.796	.093 ~ .587**
15	高度実践看護師による診療の実施について、療養者本人もしくは家族から、適宜、同意を得ている	4.21	0.852	.075 ~ .607**
16	療養者の身体状況を踏まえて、近い時期に起こり得る病状悪化や急変に関する予測内容を家族に伝えている	4.10	0.856	.090 ~ .585**
17	療養者の疾患やその状態によっては、居宅で療養するという観点から、予め、DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)について療養者本人またはその家族、もしくはその両方から同意を得ている	4.25	0.825	.052 ~ .597**
18	療養者や家族からの療養生活上に関するクレーム・要望について、真摯に対応している	4.18	0.840	.106 ~ .583**
19	先行研究結果などの情報を活用しながら、プライマリ・ケアを提供している	3.90	0.836	.191** ~ .500**
20	救急搬送をすべきかについても含めて、初期対応が的確である	4.34	0.783	.064 ~ .650**
21	療養者の病状が急激に変化した際、その身体状況の判断に必要な居宅内で行える臨床検査の実施については、高度実践看護師が判断している	3.76	0.936	.168** ~ .544**
22	救急対応時に居宅内で実施された臨床検査の所見については的確である	4.02	0.818	.161** ~ .572**
23	救急対応時に、症状や検査所見を踏まえながら、療養者の病状を的確な内容で医師に報告している	4.33	0.806	-.062 ~ .650**
24	居宅内における救急対応時の薬物治療では、一定の範囲内で、高度実践看護師の判断のもと処方・投与している	3.61	0.953	.120* ~ .550**
25	居宅内における救急対応時の薬物治療では、予め出された医師による指示の範囲内、もしくは医師から指示をもらったのちに投与している	4.20	0.867	-.030 ~ .635**
26	救急対応であったとしても、できる限り居宅内での治療で完結できるように考えている	3.64	0.969	.093 ~ .447**
27	居宅で起こり得る緊急性の高い症状への対応について熟練している	4.22	0.834	.075 ~ .629**
28	救急対応といえども、療養者本人の苦痛や家族の不安を緩和することが先決である点について理解している	4.10	0.823	.056 ~ .553**
29	身体状態の悪化があった場合は高度実践看護師に相談できるという安心感を療養者本人や家族に与えている	4.16	0.841	.067 ~ .549**
30	終末期にある療養者の日々変化する痛みについて、的確に評価している	4.25	0.829	.090 ~ .626**
31	終末期にある療養者に投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)の種類・量の調整が的確である	3.94	1.013	.120* ~ .581**

項目番号	コンピテンシー尺度原案(質問項目)	平均値	標準偏差	項目間の相関係数
32	終末期にある療養者に対して投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)がもたらす副作用症状について、高度実践看護師の判断による薬剤投与から可能な限り緩和している	3.87	1.049	.150** ~ .546**
33	終末期にある療養者が発する特有の症状について、高度実践看護師の判断のもと薬剤投与を行い、可能な限り苦痛の緩和につながっている	3.75	1.053	.122* ~ .581**
34	終末期にある療養者に用いることの多い輸液療法や栄養管理の方法について理解している	4.17	0.848	.120* ~ .626**
35	終末期にある療養者に対する安全で安楽な胸水・腹水穿刺の手技について熟練している	3.54	1.149	.064 ~ .467**
36	療養者本人や家族の意向について、できる限り居宅でのケアに取り入れている	4.21	0.844	.104 ~ .549**
37	療養者本人またはその家族、もしくはその両方からの同意がある場合、高度実践看護師によって看取りが行われている	3.65	1.070	.087 ~ .582**
38	療養者の情報を多くもち医学知識も備えた高度実践看護師によって、死亡診断が行われている	3.05	1.255	-.062 ~ .582**
39	既往歴や症状、検査所見、生活習慣等にもとづいて、療養者の健康状態に関する経時的な評価(慢性疾患による合併症評価も含む)が的確である	4.10	0.855	.156** ~ .668**
40	療養生活を送るうえで生じている課題への対応方法について、地域の多職種と共に検討している	4.06	0.855	.004 ~ .694**
41	療養者もしくはその家族に対して、疾病予防・健康増進に向けた教育・助言を療養者の個性を踏まえて行っている	4.08	0.857	.128* ~ .668**
42	療養者の健康増進を図るための効果的なコミュニケーション・スキルをもっている	4.20	0.883	.037 ~ .694**
43	個人限定のみならず、地域全体の健康問題の解決にも力を注いでいる	3.66	0.949	.207** ~ .486**
44	地域医療・福祉専門職に対して、適宜、療養者に関する的確なアセスメント内容を報告している	4.17	0.866	.083 ~ .674**
45	地域医療・福祉専門職者に対して、必要に応じて、療養者を紹介している	4.00	0.877	.120* ~ .615**
46	救急対応時等に備えて、常日頃から入院設備のある医療機関と連携している	4.21	0.869	.058 ~ .659**
47	療養者の病状判断や治療内容について、医師からのサポート体制を築いている	4.28	0.852	-.015 ~ .641**
48	地域で利用可能な療養生活をサポートできるサービス内容について理解している	4.16	0.849	.003 ~ .664**
49	療養者の生活の質を向上させるために、高度実践看護師自ら、地域医療・福祉専門職と連携している	4.10	0.891	.065 ~ .674**
50	高度実践看護師と地域医療・福祉専門職との間において、信頼関係を維持できている	4.26	0.843	.017 ~ .659**
51	看護学と医学の両視点からの実践によって、居宅における療養生活の質の向上に貢献している	4.14	0.855	.097 ~ .643**
52	診療行為のみにとどまらず、質の高いケアも提供している	4.27	0.802	.131* ~ .643**
53	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	4.26	0.886	.026 ~ .675**
54	高度実践看護師が、プライマリ・ケアに関する自身の能力の限界を自覚している	4.10	0.894	.080 ~ .640**
55	療養者の苦痛や家族の不安を理解したうえで、精神的な支援にも力を注いでいる	4.24	0.819	.079 ~ .675**
56	療養者の生活の質の向上を目指して、研究活動を行っている	3.73	0.965	.192** ~ .466**
57	高度実践看護師は、プライマリ・ケアの実践に必要な知識・技術に関する指定科目を修めて大学院を修了した	3.53	1.061	.125* ~ .542**
58	高度実践看護師は、看護師国家試験のほか、プライマリ・ケアを担うための資格試験にも合格している	3.96	0.896	.074 ~ .542**
59	高度実践看護師が提供する診療に対して支払う自己負担額は、医師による金額と比較して割安である	3.33	1.076	-.066 ~ .476**
60	高度実践看護師は、プライマリ・ケアの提供によって診療報酬を得られることができ、経営面で自立している	3.67	0.974	.156** ~ .427**

注) スピアマンの順位相関係数 ** p < .01 * p < .05

表3 プライマリ・ケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度の探索的因子分析結果

項目番号	項目内容 (Cronbachの α 係数)	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	共通性
第1因子【居宅で日常的に施される的確なプライマリ・ケア】 ($\alpha=.927$)								
4	日常的に居宅で実施されている臨床検査の結果について、その所見は的確である	.813	.060	-.011	-.041	-.118	.145	.621
1	療養者に対する問診やフィジカルイグザミネーション(視診、触診、聴診、打診)が的確である	.726	-.125	.132	.095	.062	-.102	.652
6	慢性疾患患者(とりわけ糖尿病や高血圧症、脂質異常症、認知症、脳血管疾患後遺症)のための疾病管理ガイドラインに基づいて診療を提供している	.705	.030	.017	-.157	.069	.213	.568
5	問診やフィジカルイグザミネーション(視診、触診、聴診、打診)、臨床検査の結果から、療養者の身体状況についての確に判断している	.704	-.019	.184	.079	-.075	-.041	.624
10	療養者が日常的に使用している薬剤の副作用について熟知している	.662	.099	-.055	.107	-.006	-.015	.606
16	療養者の身体状況を踏まえて、近い時期に起こり得る病状悪化や急変に関する予測内容を家族に伝えている	.592	.129	.007	.162	-.156	.078	.521
14	療養者の個性を重んじた居宅療養計画を立案している	.590	.167	-.105	.017	.047	-.001	.510
19	先行研究結果などの情報を活用しながら、プライマリ・ケアを提供している	.524	.079	.076	-.177	.089	.144	.381
18	療養者や家族からの療養生活上に関するクレーム・要望について、真摯に対応している	.492	-.195	-.127	.191	.335	.065	.547
13	療養者や家族に対して、病院とは異なる環境で療養することのメリット・デメリットについての確に説明している	.469	.041	-.080	.228	.155	-.028	.580
15	高度実践看護師による診療の実施について、療養者本人もしくは家族から、適宜、同意を得ている	.445	.087	-.019	.159	.107	.041	.508
9	ドラッグストアで処方箋なしで購入できる一般用医薬品の知識が豊富である	.443	.088	-.017	-.175	-.080	.292	.252
11	療養者にとって必要な予防接種内容やその実施について、高度実践看護師が判断している	.426	.025	.062	.014	.050	.341	.469
8	療養者が日常的に使用している薬剤であっても、高度実践看護師は医師の指示に基づいて薬剤を投与している	.422	.113	-.176	.080	.071	.183	.356
12	居宅で実施頻度が高いであろう処置の手技については的確である	.407	.035	.237	.023	.038	-.121	.359
第2因子【地域に根ざした協働志向】 ($\alpha=.914$)								
45	地域医療・福祉専門職者に対して、必要に応じて、療養者を紹介している	.020	.815	.005	.006	-.128	.157	.608
49	療養者の生活の質を向上させるために、高度実践看護師自ら、地域医療・福祉専門職と連携している	.012	.778	.096	.001	.010	-.052	.686
50	高度実践看護師と地域医療・福祉専門職との間において、信頼関係を維持できている	-.120	.677	.040	.149	.149	-.038	.685
47	療養者の病状判断や治療内容について、医師からのサポート体制を築いている	.073	.661	-.075	-.037	.147	-.067	.590
46	救急対応時等に備えて、常日頃から入院設備のある医療機関と連携している	.142	.609	.025	.155	-.077	-.002	.615
48	地域で利用可能な療養生活をサポートできるサービス内容について理解している	.071	.601	-.025	.048	.183	-.130	.668
44	地域医療・福祉専門職に対して、適宜、療養者に関する的確なアセスメント内容を報告している	.089	.584	.036	.087	.105	-.055	.642
43	個人限定のみならず、地域全体の健康問題の解決にも力を注いでいる	.063	.470	.224	-.119	-.083	.199	.341
40	療養生活を送るうえで生じている課題への対応方法について、地域の多職種と共に検討している	.306	.418	-.007	-.018	.118	-.006	.540
第3因子【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】 ($\alpha=.846$)								
33	終末期にある療養者が発する特有の症状について、高度実践看護師の判断のもと薬剤投与を行い、可能な限り苦痛の緩和につながっている	-.125	-.014	.800	.043	.074	.063	.657
32	終末期にある療養者に対して投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)がもたらす副作用症状について、高度実践看護師の判断による薬剤投与から可能な限り緩和している	-.033	-.080	.684	.151	.123	-.109	.534

項目番号	項目内容	(Cronbachの α 係数)	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	共通性
37	療養者本人またはその家族、もしくはその両方からの同意がある場合、高度実践看護師によって看取りが行われている		-.009	.136	.656	-.076	-.038	.057	.469
38	療養者の情報を多くもち医学知識も備えた高度実践看護師によって、死亡診断が行われている		.012	-.019	.644	-.156	-.029	.241	.530
35	終末期にある療養者に対する安全で安楽な胸水・腹水穿刺の手技について熟練している		.145	-.016	.617	.014	-.184	.023	.422
31	終末期にある療養者に投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)の種類・量の調整が的確である		.025	.111	.606	.051	.093	-.057	.524
第4因子【居宅での応急対応】 ($\alpha = .892$)									
27	居宅で起こり得る緊急性の高い症状への対応について熟練している		.090	-.014	.034	.726	-.028	-.022	.598
20	救急搬送をすべきかについても含めて、初期対応が的確である		.074	.124	-.025	.659	-.009	-.002	.616
22	救急対応時に居宅内で実施された臨床検査の所見については的確である		.280	-.033	.050	.653	-.237	.097	.537
29	身体状態の悪化があった場合は高度実践看護師に相談できるという安心感を療養者本人や家族に与えている		-.081	.049	.020	.647	.067	.174	.515
23	救急対応時に、症状や検査所見を踏まえながら、療養者の病状を的確な内容で医師に報告している		-.015	.257	-.136	.637	.054	-.056	.666
21	療養者の病状が急激に変化した際、その身体状況の判断に必要な居宅内で行える臨床検査の実施については、高度実践看護師が判断している		-.110	-.022	.120	.626	-.024	.443	.603
28	救急対応といえども、療養者本人の苦痛や家族の不安を緩和することが先決である点について理解している		-.154	.154	.122	.584	.100	.087	.545
25	居宅内における救急対応時の薬物治療では、予め出された医師による指示の範囲内、もしくは医師から指示をもらったのちに投与している		.024	.211	-.159	.506	.092	-.005	.494
第5因子【看護専門職としての立ち位置】 ($\alpha = .896$)									
55	療養者の苦痛や家族の不安を理解したうえで、精神的な支援にも力を注いでいる		.013	.166	.015	-.083	.752	-.017	.680
53	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		-.004	.064	-.059	.143	.706	.018	.699
52	診療行為のみにとどまらず、質の高いケアも提供している		.062	.041	.130	-.055	.690	.065	.620
51	看護学と医学の両視点からの実践によって、居宅における療養生活の質の向上に貢献している		.095	.111	.007	.012	.667	.014	.686
54	高度実践看護師が、プライマリ・ケアに関する自身の能力の限界を自覚している		-.051	.251	-.057	-.043	.634	.110	.555
第6因子【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】 ($\alpha = .707$)									
2	療養者の身体状況を把握するために日常的に居宅内で行われる臨床検査では、高度実践看護師がその実施について判断している		.318	-.197	.095	.108	.201	.551	.664
24	居宅内における救急対応時の薬物治療では、一定の範囲内で、高度実践看護師の判断のもと処方・投与している		-.101	.025	.280	.306	-.003	.513	.581
7	一定範囲内の薬剤については、高度実践看護師の判断で薬剤種類・量を処方・投与している		.173	-.140	.354	-.121	.115	.425	.489
回転後の負荷量平方和			15.388	13.647	8.285	13.901	13.000	3.351	
因子間相関行列									
			1.000						
			.662	1.000					
			.470	.339	1.000				
			.679	.675	.411	1.000			
			.684	.663	.333	.707	1.000		
			.206	.051	.407	.082	.037	1.000	

注) 因子抽出法: 最尤法 プロマックス回転

尺度全体のCronbachの α 係数 = .964

のある医療機関と連携している」を含めた9項目のコンピテンシーで構成されていた。これらの項目については、高度実践看護師が管轄地域で個別性のある療養生活支援の質を担保すること、ならびに地域全体の健康問題の解決に貢献できるための、多職種との協働に該当するコンピテンシーであると解釈し、【地域に根ざした協働志向】と命名した。

第3因子は、「終末期にある療養者が発する特有の症状について、高度実践看護師の判断のもと薬剤投与を行い、可能な限り苦痛の緩和につながっている」「終末期にある療養者に投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)の種類・量の調整が的確である」「終末期にある療養者に対する安全で安楽な胸水・腹水穿刺の手技について熟練している」「療養者の情報を多くもち医学知識も備えた高度実践看護師によって、死亡診断が行われている」を含めた6項目のコンピテンシーで構成されていた。これらの項目については、療養者が居宅で最期を迎えるにあたって必要となる終末期診療に該当し、高度実践看護師が医師と連携しながら自律的に提供することを前提としたコンピテンシーであると解釈したため、【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】と命名した。

第4因子は、「居宅で起こり得る緊急性の高い症状への対応について熟練している」「救急搬送をすべきかについても含めて、初期対応が的確である」「療養者の病状が急激に変化した際、その身体状況の判断に必要な居宅内で行える臨床検査の実施については、高度実践看護師が判断している」「救急対応時に、症状や検査所見を踏まえながら、療養者の病状を的確な内容で医師に報告している」「居宅内における救急対応時の薬物治療では、予め出された医師に

よる指示の範囲内、もしくは医師から指示をもらったのちに投与している」「“身体状態の悪化があった場合は高度実践看護師に相談できる”という安心感を療養者本人や家族に与えている」を含めた8項目のコンピテンシーで構成されていた。これらの項目については、療養者が緊急度の高い身体異変を生じた際、高度実践看護師によって居宅で施される応急対応に該当すると解釈したため、【居宅での応急対応】と命名した。

第5因子は、「診療行為のみにとどまらず、質の高いケアも提供している」「看護学と医学の両視点からの実践によって、居宅における療養生活の質の向上に貢献している」「高度実践看護師が、プライマリ・ケアに関する自身の能力の限界を自覚している」を含めた5項目のコンピテンシーで構成されていた。この因子を構成する5項目の内容はあくまで看護師としての役割や立場を重んじたコンピテンシーであると解釈し、【看護専門職としての立ち位置】と命名した。

第6因子は、「療養者の身体状況を把握するために日常的に居宅内で行われる臨床検査では、高度実践看護師がその実施について判断している」「居宅内における救急対応時の薬物治療では、一定の範囲内で、高度実践看護師の判断のもと処方・投与している」「一定範囲内の薬剤については、高度実践看護師の判断で薬剤種類・量を処方・投与している」の3項目のコンピテンシーで構成されていた。これらの項目については、医師との連携のもと、高度実践看護師が自律的に判断しながら実践すべき診療の内容であると解釈したため、【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】と命名した。

4) 尺度の妥当性の検証 (図1)

探索的因子分析で抽出された6因子46項目からなるプライマリ・ケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度の構成概念妥当性を検証するために、確認的因子分析によって因子構造モデルの適合度を算出した。その結果、 $GFI = .759$ 、 $AGFI = .732$ 、 $CFI = .875$ 、 $RMSEA = .060$ であった。

5) 尺度の信頼性の検証 (表3)

尺度の内的整合性を示すCronbachの α 係数については、尺度全体の α 係数は.964であり、6因子それぞれの α 係数は.707～.927となった。

4. 考察

1) 尺度の妥当性と信頼性

探索的因子分析の結果より、46のコンピテンシー項目のそれぞれの共通性は.16以上であったのと同時に、因子負荷量も.40以上を示していた。因子間相関は.80未満であり、因子を構成する各項目と他の因子の項目とを見比べた場合でも、それぞれの項目が判別可能な内容になっている。

確認的因子分析の結果($GFI = .759$ 、 $AGFI = .732$ 、 $CFI = .875$ 、 $RMSEA = .060$)から構成概念妥当性について検証した場合、 GFI ・ $AGFI$ ・ CFI のそれぞれが1よりも極端に低い値ではない点に加えて、 $GFI \geq AGFI$ であり、 $RMSEA$ も.1未満となったため、因子構造モデルの適合度は許容範囲内であると判断した。

コンピテンシー尺度の信頼性に着目した場合、尺度全体のCronbachの α 係数が.964を示していたほか、因子別の α 係数も.707～.927であり、それらが.70を下回っていないため、内的整合性を確保できた尺度と言える。

よって、概ね、プライマリ・ケアに貢献でき

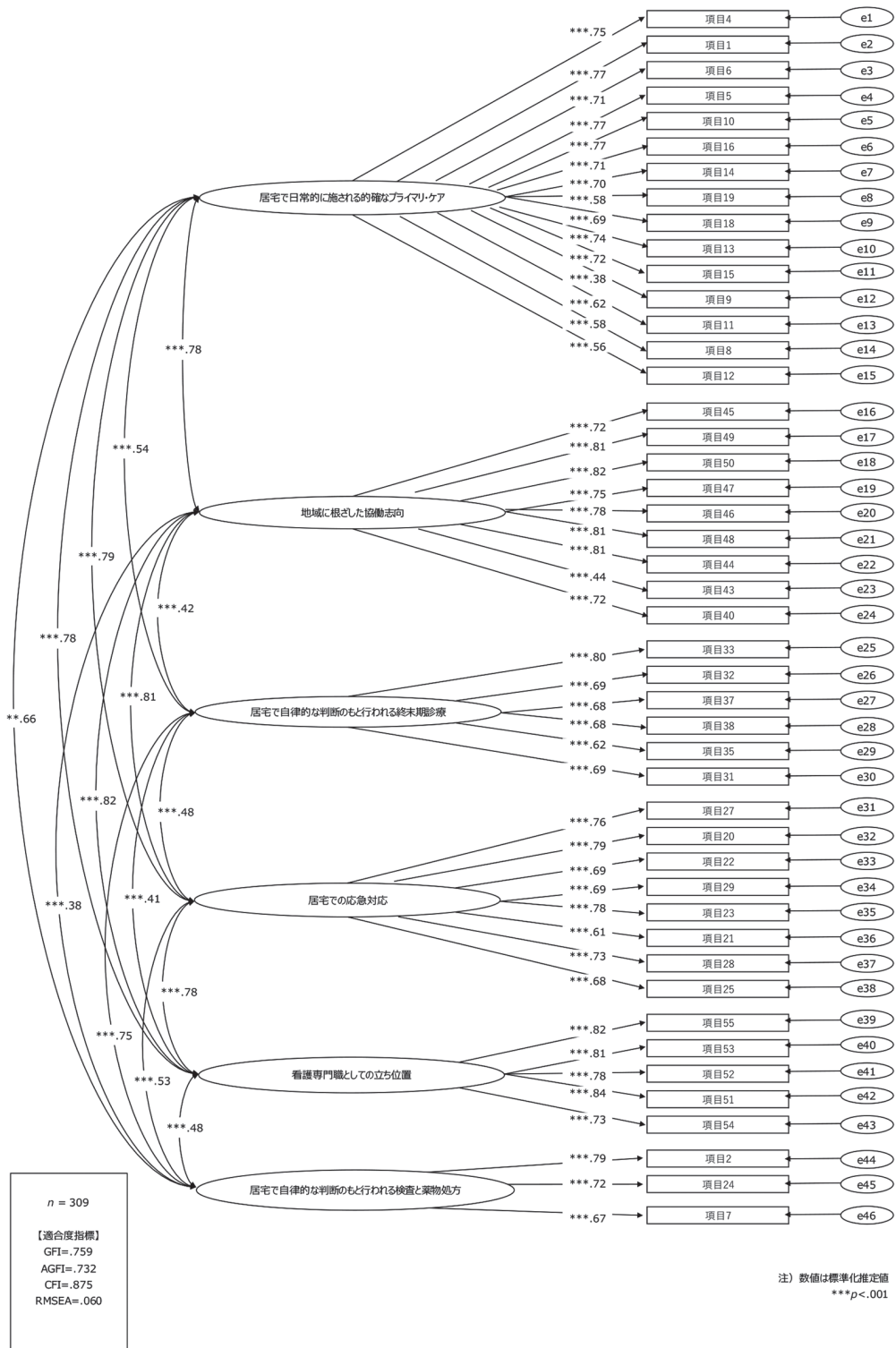
る高度実践看護師のコンピテンシー尺度として、6因子46項目のそれぞれが概念や特性を適切に反映できていると考えた。

2) コンピテンシー尺度の特徴

本調査の分析結果から、日本の大都市圏において高度実践看護師が居宅でプライマリ・ケアを提供するうえで必要なコンピテンシーに該当する因子として、【居宅で日常的に施される的確なプライマリ・ケア】【地域に根ざした協働志向】【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】【居宅での応急対応】【看護専門職としての立ち位置】【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】の6つを抽出した。

第1因子の【居宅で日常的に施される的確なプライマリ・ケア】は、生活を居宅で送る療養者にとって必要なプライマリ・ケアに該当するコンピテンシー項目で構成されていた。なお、的確な身体査定に基づいて、薬物投与や処置を安全に提供するためのコンピテンシーが支持されていた。療養者が病を抱えながらも住み慣れた自宅や高齢者施設でできる限り本人の意向に沿った生活を維持させるために、それらのコンピテンシーは必要と考える。そして、居宅での生活を選択した療養者にとって、希望に沿った生活が可能な限りできるというメリットが存在する反面で、身体状況によってはデメリットも生じる可能性がある。本調査の結果の通り、高度実践看護師には、看護師の立場で診療を担うという観点から、病院とは異なる環境で療養するうえでのメリットやデメリットを生活面に着眼して助言できる能力も必要と思われる。また、東京圏では、高齢者の急増に加えて、施設設置や人材確保といった課題が顕在しており、今後は急性期および慢性期にある療養者への医療サービスの不足が一層のこと深刻化する(日本

図1 プライマリ・ケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度の確認的因子分析結果



創成会議首都圏問題検討分科会, 2015)。そのため、居宅医療サービスの提供体制の強化が必要になる。高度実践看護師による的確な疾病管理は、医療依存度の高い療養者が居宅で生活を継続できる可能性を高めるであろう。第1因子は、居宅での療養生活の継続性を高めるといった見地から、プライマリ・ケアに資する高度実践看護師にとって中核的なコンピテンシーに該当するのではないかと考える。

第2因子の【地域に根ざした協働志向】は、療養生活支援の質を担保できるよう、さらには地域全体の健康問題の解決も目指し、多職種との協働に該当するコンピテンシー項目で構成されていた。前野(2019)は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、個人・家族・社会の抱えるさまざまな健康問題に対して周囲と協調しながら包括的・継続的に向きあえる総合診療医の有用性について述べている。高林(2017)は、地域医療における内科医の役割として、高齢者の健康状態を全人的に把握したうえで健康寿命を延ばすこと、急変時に病院医(専門医)と呼応して延命処置を含めて適切で包括的な指示ができること、ケアマネージャーや介護職と連携して個々の生活面の状態を把握・指導することを挙げている。前野や高林が示した地域医療に携わる医師に期待されている役割は、居宅でプライマリ・ケアを担う高度実践看護師にも該当するように思う。本調査の結果では、医師からのサポート体制が築けていること、入院設備のある医療機関と連携できていること、福祉職との連携の必要性についても示されていた。大都市圏においては、その地域の医療機関や医療専門職、福祉職は一定数存在し、多職種間におけるコンサルテーションやコラボレーションに関する中心的役割を担う人材が不可欠である。ゆえに、第2因子は療養者にとって効果的で安心感のあ

る最善なプライマリ・ケアを提供するために必要なコンピテンシーに該当し、高度実践看護師に対してその役割が求められていると考える。

第3因子の【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】は、療養者が居宅で最期を迎えるにあたって必要な終末期診療に該当し、高度実践看護師が医師と連携しながら自律的に提供することを前提としたコンピテンシーであった。居宅で最期を迎える場合、苦痛を伴う症状の緩和や看取りを可能にする環境が必要になる。終末期がん患者の在宅療養支援を調整する場合、医療用麻薬を処方できるかどうかや訪問診療体制の状況など、医療者側の限界を把握しておく必要がある(松本, 2016)。第3因子の項目は、症状緩和のための薬物投与や処置、看取りに関する内容に該当する。しかし、医師法および保健師助産師看護師法の規定により、苦痛を伴う症状を緩和することが理由であったとしても、看護師のみの判断と責任の下で薬物投与や医療処置を行うことは禁じられている。そうした規制が存在する一方で、「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン」(厚生労働省, 2017b)に基づいて、医師との連携がなされていること等の一定の要件を満たした場合、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。為永ら(為永・蒔田・藤井, 2020)は、遠隔からの医師による死亡診断に関して、訪問看護師が医師の直接対面なく遠隔死亡診断に携わることへの不安や責任の重さ、家族から同意を得ることの難しさも感じている点を明らかにした。そして、遠隔死亡診断を普及させるには、訪問看護師自身による身体観察技術の向上に加えて一般市民への啓蒙も必要になる点を示唆している。あらかじめ出された医師からの包括指示や医師との連携の下で高度な医療行為を行うとしてもその実施

に抵抗感を払拭できない看護師は存在するため、高度実践看護師がそれらの診療行為を積極的に担うことで居宅における看取りの拡大に寄与するのではないかと考える。米国では、重篤な身体的状況にある患者の居宅療養生活の可能性を高めるという見地から、ナース・プラクティショナーによる専門的緩和ケアが注目されている(Bookbinder・Glajchen・McHugh et al., 2011)。また、高度実践看護師は、療養生活支援も専門としているため、疼痛の部位や程度の評価のみならず、こういった動作を行う際にどの程度の苦痛を伴うのかにも焦点を合わせて生活上の工夫について提案できる。第3因子は、終の棲家として居宅を選択した療養者の生活を支えるうえで必須となる苦痛緩和や看取りに関する職能であって、高度実践看護師が居宅終末期ケアの充実に向けて具備すべきコンピテンシーに該当するのではないかと考える。

第4因子の【居宅での応急対応】は、療養者が緊急度の高い身体異変を生じた際、高度実践看護師によって居宅で施される応急対応に関するコンピテンシー項目で構成されていた。岡本ら(岡本・藤野, 2016)は、介護保険施設において、看護師が療養者の急変を察知できる能力の必要性に加え、急変時における家族支援や介護職への対応も大切になる点を指摘している。また、光武ら(光武・石崎・寺本 他, 2018)は、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院のように24時間対応を可能とする体制が退院直後の再入院を抑制する可能性を示唆している。その一方で、在宅医療を担うマンパワー不足など、24時間365日での医療提供体制の構築に関する課題は山積している(厚生労働省, 2013)。医師が常駐しているとは限らない高齢者施設⁽⁹⁾もしくは自宅での療養では、病状が急激に変化した際の課題が存在する(松本・林・伊藤 他,

2021)。そのため、急変時の対応を可能にする医療専門職の配置は不可欠である。こうした状況から、病状が悪化した際に救急搬送すべきかに関する判断も含めた初期対応や、居宅で起こり得る緊急性の高い症状に対して的確に処置できることは、プライマリ・ケア分野高度実践看護師にとって欠かせないコンピテンシーに該当する。高度実践看護師がそうしたコンピテンシーを具備したうえで在宅医とともに24時間体制で対応できたならば、医療機関に救急搬送するという手段のみに頼るよりほかない状況や症状の重篤化を回避できる。さらに、医学知識・技術を豊富にもつ高度実践看護師が応急対応することで、療養者や家族にとって安心感の向上にもつながる。そして、療養生活を支援できる看護師であるからこそ、病状の悪化を予防するための生活上の助言・指導でも積極的な役割を果たすことができる。

第5因子の【看護専門職としての立ち位置】は、看護師としての役割や立場を重んじたコンピテンシー項目で構成されていた。筒井(2012)は、地域包括ケアシステムに求められる理想的な人材像として医療と介護の2つの領域の知識・技術を具備した人材である点を示している。病を抱えた療養者の生活支援では、病態・治療に加えて、生活支援に関する専門知識・技術も必要になる。療養者に対する生活支援については看護の重要な役割の一つに該当し、この点は保健師助産師看護師法の第5条で謳われている。ゆえに、高度実践看護師は看護学と医学の両視点に基づいたケアの実践を可能とするため、療養生活の質の向上に寄与できる。そして、高度実践看護師が自らの能力の限界を自覚することによって他職種との連携が推進され、多角的な意見に基づく質の高いサービスへとつながる。大都市圏では、65歳以上の人口の増加が見込ま

れており(国立社会保障・人口問題研究所, 2018)、居宅医療・介護サービスの質と量の確保は今後も一層のことになる。こうした観点からも、診療と生活支援の両方の視点から居宅でプライマリ・ケアを提供できる看護師の存在は重要と言える。

第6因子の【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】は、高度実践看護師の自律的な判断のもとで実践すべき診療に該当する項目で構成されていた。また、第1因子には、「療養者が日常的に使用している薬剤であっても、高度実践看護師は医師の指示に基づいて薬剤を投与している」の項目が存在した。療養者が日頃から使用している薬剤である場合、医師による処方箋がすでに発行されているはずであり、医師法および保健師助産師看護師法の規定に基づいて医師による容量や用法を順守することが求められる。第4因子では「居宅内における救急対応時の薬物治療では、予め出された医師による指示の範囲内、もしくは医師から指示をもらったのちに投与している」の項目が見受けられ、緊急度が高い応急対応であった場合でも現行法に基づき医師による指示で薬物投与が行われなければならない。その一方で、第6因子では、「療養者の身体状況を把握するために日常的に居宅内で行われる臨床検査では、高度実践看護師がその実施について判断している」「居宅内における救急対応時の薬物治療では、一定の範囲内で、高度実践看護師の判断のもと処方・投与している」「一定範囲内の薬剤については、高度実践看護師の判断で薬剤種類・量を処方・投与している」の項目で構成されていた。検査実施や薬剤投与については、医師法および保健師助産師看護師法の規定に基づいて、あくまで医師の指示の下で行う必要がある。こうした法規制が存在する中で、高齢化が進んだ地域

で療養者の状態が変化した際の訪問看護師から医師への連絡および往診依頼の困難を例にとり、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うナース・プラクティショナー資格制度の創設に関する要望書が自民党看護問題小委員会に提出された(公益社団法人日本看護協会, 2020b)。日常的に居宅内で実施されている臨床検査を行うタイミングについて高度実践看護師が判断することや、高度実践看護師の判断で一定範囲内の薬剤種類・量を処方・投与する点に関して、それらを担うに相応しい教育課程を修了することを前提として、診療ガイドラインを活用しつつ必要に応じて医師と連携できるならば、高度実践看護師にそれらの判断や実施を委ねても安全性に大きな支障はないと思われる。その反面で、治療評価のためにも医師との連携が常態化できていることが必要であり、大都市圏であればそうした環境を予め準備しておくことは可能と考える。

3) 本研究における今後の課題

本研究には、主に以下の5点の課題がある。

1点目は、標本が正確に母集団を代表できていないこと、つまり選択バイアスの存在である。今回の予備調査では、調査事業所に登録する医師および看護職からWeb上で回答を得た。Web調査の場合、有効回答数の確保は容易であるが、モニター登録という有意抽出法が採用されるため、無作為抽出法と比べると標本の代表性に難がある(日本学術会議社会学委員会Web調査の課題に関する検討分科会, 2020)。そのため、コンピテンシー尺度の一般性に関して課題が残る。

2点目は、尺度の妥当性の検証に関する課題が挙げられる。妥当性の検証方法について、その選ばれ方が単に計算しやすさなど恣意的で

ある場合や、過去の研究にしたがって盲目的に選択されていることも多く、本来の役割を十分に果たしていない点が指摘されている(中村, 2009)。妥当性をどのように捉えるにしてもその検証に唯一の方法は存在せず、複数の観点から検証すべき点について示唆されている(清水, 2005)。そのため、本研究で採用した妥当性の検証方法について再考する必要がある。また、本研究では、探索的因子分析から抽出したコンピテンシー尺度の構成概念妥当性を検証するために、確認的因子分析によって因子構造モデルの適合度を確認した。適合度を示す数値に関して、GFIが.9以上であれば一般的に説明力のあるモデルとして判断でき、RMSEAは.05以下であれば当てはまりがよく.1以上であれば当てはまりが良くないと判断できる(小松, 2019)。今回のGFIは.759であり、.9を下回った。RMSEAについても.060であり、.05以下にはなっていない。つまり、今回の分析結果において因子構造モデルの適合度は許容範囲内であると判断したものの、モデルの説明力やデータへの当てはまりに関する課題は残っている。よって、プライマリ・ケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度をさらに洗練させる必要がある。そして、今回の調査で使用した質問項目は、東京圏在住の中年世代にある住民や東京圏で訪問診療に携わる医師に対して実施した調査結果に加え、海外文献からも採用した。今後は、実際に地域医療の現場で活躍する訪問看護師や高齢者施設看護師の見解も踏まえ、質問項目の内容的妥当性について改めて検証する必要がある。

3点目は、質問票で用いた尺度(5件法)についてである。「必要ないと思う」の表現が2つ、「必要だと思う」が3つあり、明らかにバランスを欠いている。そのため、回答結果に影響を及ぼした可能性がある。

4点目は、本尺度の信頼性についてである。信頼性の検証では、Cronbachの α 係数を用いた。測定する項目数が多い場合や項目間の相関係数が高い場合、 α 係数の値も高値を示す(松尾・中村, 2016)。そのため、今回の調査に用いた質問項目の数について改めて検討する必要がある。

5点目として、日本の看護系大学院で自律的に診療行為を担い得る高度実践看護師の養成が継続されていることから、その人材育成や行動指標へとつなげるためにも、自律的に診療行為を担うための大学院教育課程を修了したのちに地域医療に携わる看護師にも調査を拡大しコンピテンシー尺度の実用性について検証する必要がある。

今回の予備調査による研究成果を基軸とし、大都市圏でプライマリ・ケアに貢献できる高度実践看護師のコンピテンシー尺度の評価と修正を繰り返し、その精度を高めていきたい。

5. 結論

本研究では、日本の大都市圏においてプライマリ・ケアを居宅で提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーの尺度開発を目的とし、大都市にある診療所・病院で訪問診療や往診に携わる医師または看護師、訪問看護師、高齢者施設に勤務する看護師に対して定量調査を実施した。

探索的因子分析によって、【居宅で日常的に施される的確なプライマリ・ケア】【地域に根ざした協働志向】【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】【居宅での応急対応】【看護専門職としての立ち位置】【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】の6因子46項目からなるコンピテンシー尺度を抽出した。

本尺度の信頼性と構成概念妥当性に関して、統計量的に許容範囲であり、プライマリ・ケアに貢献できる高度実践看護師のコンピテンシー尺度として6因子46項目のそれぞれが概念や特性を適切に反映できている点が示唆された。

また、日本でプライマリ・ケアに資する高度実践看護師のコンピテンシー尺度の開発を目的とした先行研究は極めて少ない。高度実践看護師の行動や養成に活かすことが期待できるため、本研究の意義は極めて大きいと考える。

謝辞

本研究にご協力いただいた医師ならびに看護職の皆様にご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ました。

付記

本研究の成果の一部については、日本医療福祉政策学会第4回研究大会で発表した。開示すべき利益相反はない。

注

- (1) 米国では、医療コストの削減とプライマリ・ケアを担う医師の不足を主な要因として、ナース・プラクティショナーと称する高度実践看護師が必ずしも医師の指示を必要とすることなく一定の範囲内で診療している。なお、州ごとに高度実践看護師の認定制度や実践範囲が規定されている。
- (2) 米国の簡易診療所は大型スーパーや薬局などに併設されている。簡易診療所では、主にナース・プラクティショナーによって、軽症患者に対する応急処置や薬物処方、ワクチン接種、健康診断、生活習慣病患者への保健指導などが行われている。プライマリ・ケアを担う医師が不足する地域を中心として、簡易診療所の利用者数が増加傾向にある。

- (3) 特定行為の定義やその内容については、厚生労働省ホームページ「特定行為に係る看護師の研修制度」を参照されたい。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>
- (4) 2021年2月に、CiNii Articlesや医中誌Webを用いて、「高度実践看護師」「診療看護師」「ナース・プラクティショナー」「コンピテンシー」「職能」「役割」のキーワードで文献検索を行った。その結果、プライマリ・ケアに資する高度実践看護師のコンピテンシーの尺度を統計的手法に基づき開発しようとした研究は存在しなかった。
- (5) 清水(2005)は、内容的妥当性について、「専門家の判断に基づき、内容の適切さや代表性をみるもの」と説明している。
- (6) 本研究では、因子間に相関があることを仮定し、プロマックス回転を採用した。
- (7) 横内(2007)は、心理測定尺度を有効活用するために必要な基本的知識について概説している。そのなかで、構成概念妥当性は「妥当性の根幹を成すものであり、その尺度が本来測定しようとする心理現象を確かに測定しているという証拠である」と説明している。また、中村(2009)は、妥当性概念の変遷を辿りながら、「尺度が測定しようとしているものを実際に測っているかどうか、その程度を表す概念(吉田,1994)」を構成概念妥当性と捉え、その検証方法についても具体的に示している。
- (8) Cronbachの α 係数については、「岡田謙介(2015).心理学と心理測定における信頼性について—Cronbachの α 係数とは何なのか、何でないのか—,教育心理学年報,54:71-83.」を参照されたい。
- (9) 介護老人保健施設や介護医療院、介護老人福祉施設における医師の配置については、介護保険施設の職員配置基準の中に明示されている。なお、介護老人福祉施設については非常勤医師の配置でも良いとされている。認知症高齢者グループホームや有料老人ホーム等の施設については、医師の配置に関して規定されていない。

文 献

- 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(2017).高度実践看護師による訪問診療サービスに対する在宅療養支援診療所・病院の医師の認識, ヒューマンケア研究学会誌;9(1):37-46.
- 大釜信政(2018).プライマリ・ケア領域ナース・プラクティショナーのコンピテンシーに関する文献検討, 社会医学研究;35(1):1-10.
- 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(2020).日本のプライマリ・ケアにおいて米国簡易診療所ナース・プラクティショナーの職能を活用することの有用性と課題, 帝京科学大学紀要;16:61-70.
- 大釜信政(2021).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—, 医療福祉政策研究;4(1):39-58.
- 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.
- 大釜信政・渡部優子(2015).高度実践看護師の裁量権拡大に関する都市圏訪問看護師の認識, ヒューマンケア研究学会誌;7(1):37-44.
- 岡田謙介(2015).心理学と心理測定における信頼性について—Cronbachの α 係数とは何なのか, 何でないのか—教育心理学年報;54:71-83.
- 岡本華枝・藤野文代(2016).介護保険施設における看護師向け急変対応教育プログラム開発のための基礎的研究, ヒューマンケア研究学会誌;8(1):29-35.
- 公益社団法人日本看護協会(2015).2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン—いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護—. [online] 2015年6月, 公益社団法人日本看護協会ホームページ. [2020年3月1日 検索] <<https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/index.html>>
- 公益社団法人日本看護協会(2020a).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(日本看護協会・井本寛子常任理事). [online] 2020年1月, 公益社団法人日本看護協会ホームページ. [2020年3月1日 検索] <https://www.nurse.or.jp/nursing/np_system/index.html>
- 公益社団法人日本看護協会(2020b).ナース・プラクティショナー(仮称)制度の創設に関する要望書. [online] 2020年9月23日, 公益社団法人日本看護協会ホームページ. [2021年3月5日 検索] <https://www.nurse.or.jp/nursing/np_system/pdf/teigen20200923.pdf>
- 厚生労働省(2013).平成24年度在宅医療連携拠点事業総括報告書(平成25年10月). [online] 2013年10月, 厚生労働省ホームページ. [2021年3月9日 検索] <https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/seika/dl/h24soukatsu.pdf>
- 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. [2020年3月1日 検索] <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/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. [2021年3月3日 検索] <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000527813.pdf>>
- 厚生労働省(2018).平成30年度厚生労働省委託事業「平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業」

- 地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待.[online]2019年1月20日,厚生労働省ホームページ.[2020年3月5日検索]<http://www.zaitakui-ryoyo-yuumizaidan.com/docs/highlevel-trainingprogram/2019/20190120_01_suzuki.pdf>
- 国土交通省(2016).平成27年度首都圏整備に関する年次報告(平成28年版首都圏白書).[online]2016年5月,国土交通省ホームページ.[2019年10月12日検索]
<http://www.mlit.go.jp/hakusyo/syutoken_hakusyo/h28/h28syutoken.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所(2018).日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)―平成27(2015)～57(2045)年―.[online]2018年3月,国立社会保障・人口問題研究所ホームページ.[2021年4月26日検索]<<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp>>
- 小松誠(2019).旅の始まり,共分散構造分析[Amos編]構造方程式モデリング,豊田秀樹(編著),東京,東京図書株式会社:2-23.
- 清水裕子(2005).測定における妥当性の理解のために一言語テストの基本概念として一,立命館言語文化研究;16(4):241-254.
- 総務省統計局(2000).統計表で用いられる地域区分の解説.[online]2000年10月,総務省統計局ホームページ.[2021年11月14日検索]<<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/guide/2.html>>
- 高橋泰・渡部鉄兵・加藤良平(2017).大都市の高齢化と医療・介護問題―医師数や病床・施設定員数の推移データを用いた地域別将来推計―,財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」;平成29年第3号(通巻第131号):144-167.
- 高林克己(2017).診療場面毎の課題と実践 大都市部における地域医療の課題と実践,日本内科学会雑誌;106(5):973-979.
- 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がる「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.
- 為永義憲・蒔田寛子・藤井徹也(2020).ICTを用いた遠隔からの医師の死亡診断に関する訪問看護師の認識,日本看護科学会誌;40:244-251.
- 筒井孝子(2012).ヘルスケアシステムの統合としての地域包括ケアシステム,医療白書2012年度版地域包括ケア時代に迫られる、病院“大編成”と地域医療“大改革”,西村周三(編),東京,日本医療企画:12-30.
- 中村陽人(2009).構成概念妥当性の検証方法に関する検討―弁別的証拠と法則的証拠を中心に―,横浜経営研究;30(1):203 - 219.
- 日本学術会議社会学委員会Web調査の課題に関する検討分科会(2020).提言Web調査の有効な学術的活用を目指して.[online]2020年7月10日,日本学術会議ホームページ.[2020年8月26日検索]<<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t292-3.pdf>>
- 日本創生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,日本創生会議ホームページ.[2021年2月12日検索]<<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04.pdf>>
- 前野哲博(2019).地域包括ケアシステムの構築―総合診療専門医に期待される役割―序文,医療と社会;29(1):3-7.
- 松尾太加志・中村知靖(2016).クローン,バックの α 係数を算出することの意味,誰も教えてくれなかった因子分析-数式が絶対に出てこない因子分析入門-,京都,北大書房:107-108.
- 松本啓子・林信平・伊東美佐江・金地昌枝・曾根美沙・田邊ルミ・土器悦子・桐野匡史(2021).地域で暮らす在宅療養者の急変時対応に関する研究の概観,地域ケアリング;23(5):66-73.
- 松本仁美(2016).終末期がん患者の在宅療養調整における特徴と注意点,ヒューマンケア研究学会誌;8(1):59-63.
- 光武誠吾・石崎達郎・寺本千恵・土屋瑠見子・清水沙友里・井藤英喜(2018).大都市圏における在宅医療患者の退院後30日以内の再入院に

- 影響する医療施設要因,日本老年医学会雑誌;55
(4): 612-623.
- 横内光子(2007).心理測定尺度の基本的理解,日本
集中治療医学会雑誌;14:555-561.
- 吉田富士雄(1994).心理尺度の信頼性と妥当性—尺
度が備えるべき基本的条件—,心理尺度ファイ
ル—人間と社会を測る—,堀洋道,山本真理子,
松井豊(編),東京,垣内出版;621-635.
- Bookbinder M, Glajchen M, McHugh M, Higgins
P, Budis J, Solomon N, Homel P, Cassin C,
Portenoy RK (2011). Nurse practitioner-based
models of specialist palliative care at home:
sustainability and evaluation of feasibility,
Journal Pain and Symptom Management;41
(1):25-34.
- Evans W. Steven (2010). Convenient care clinics
: Making a positive change in health
care, Journal of the American Academy of
Nurse Practitioners;22:23-26.
- 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 E. James, Angstman B. Kurt, Garrison
Gregory (2012). Early Return Visits by
Primary Care Patients: A Retail Nurse
Practitioner Clinic Versus Standard Medical
Office Care, Popul Health Manag;15(4):216-219.
- Wallace R. Debra, Daroszewski Ellen (2015).
Convenient care clinic nurse practitioner
impact analysis, Journal of Nursing Education
and Practice;5(9):1-10.

原著論文

1980年代の小都市における「センター事業」整備 によるイノベーションの実現過程 ——東京都保谷市こどもの発達センター ひいらぎを事例に——

The Developmental Process of the Center Business Preparation
in Small City as Process for Realizing Innovation in the 1980s
—A Case Study of Hiiragi Center—

田 中 謙(日本大学文理学部)
Ken TANAKA

和文要旨：本研究は小都市における「センター事業」機能整備の過程を資源動員に焦点をあてて、「イノベーションの実現過程」として分析した。その結果、ひいらぎ教室は外部環境への適応のため、地域支援機能の強化を図り、「センター事業」化を行った。それに伴いひいらぎは紐帯により動員されている外部の知識資源を活用して通園事業等各事業を整備した。以上から本事例を通して「新しい社会的価値の創造」という展開過程を明らかにした。

キーワード：「センター事業」化center commercialization／イノベーションinnovation／通園事業daycare business／相談支援事業counseling support business／地域支援事業community support business

英文要旨：This Study analyzed the developmental process of the center business preparation in a small city while focusing on resource mobilization in Hoya city as process for realizing innovation. As a result, An community support system in Hoya City began to be changed by the implementation of the nurturing business for young children with disabilities around 1980. “Hiiragi Kyoshitsu” (hereinafter, this is called “HK”) was asked for the adaptation to external environment. So the HK staff settled on three new management policies. HK tackled the organization reorganization as the business development “center commercialization”. Hiiragi center (hereinafter, this is called “HC”) prepared for three business features about “Daycare business” “Counseling support business” and “Community support business”. An external knowledge resource by the social capital was utilized for this preparation. In conclusion, it attempted becoming

(受理日：2021年12月3日)

of the regulation of the business as the creation of a new social value in Hoya city. It clarified the developmental process that HC built the justice by becoming of a regulation.

It indicated that HC organization management had the character as the knowledge management based on the knowledge resources. Moreover, The importance of the childcare support to the protector who has young children with disabilities in today can be said to be prima facie. This case can be evaluated as the case of the innovation that tackled the childcare support.

I. 問題の所在と研究目的

日本における障害乳幼児に対する通所による支援のうち、「日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う」とされる児童発達支援事業は、今日障害者福祉、児童福祉、地域福祉分野において主に障害乳幼児とその家族を対象に「身近な地域」での「適切な支援」を提供する事業として機能している⁽¹⁾。

児童発達支援事業は主に児童発達支援センターと児童発達支援事業所(以下、両者を合わせて児童発達支援センター等)が担い手と位置づけられており、児童発達支援センターは地域の保育所等に対する「専門的な知識・技術に基づく支援」等の地域支援を担う「地域における中核的な支援機関」として機能することが期待されている⁽²⁾。また児童発達支援センター等はそれぞれの「実情に応じて創意工夫を図り」ながら「機能及び質の向上を図らなければならない」とされており、今後の児童発達支援センター等の整備を図る上では、地域支援機能整備においてもどのように「実情に応じた創意工夫」を図るかが重要な政策および実践課題となる。

今日の実情を踏まえ、「身近な地域で支援が受けられる」という児童発達支援の基本的性格を考えると、児童発達支援センター等に係る政策および実践は「最も身近な自治体による地域

特性に応じたきめ細かな対応」(宮田他,2010,7)が求められると考えられる。田中(2017)は地域支援に関して地域特性を考慮する「『地域性』に応じた『地域支援体制』の構築」を唱えており(田中,2017,124)、本研究もこの「地域性に応じた地域支援体制」の必要性を支持し、検討を行うこととする。

その上で本研究は、児童発達支援センター等が求められている「実情に応じ」た「創意工夫」に基づく「機能及び質の向上」を、これまで児童発達支援センター等が発展史の中でどのように取組んできたのかを事例分析に基づき明らかにすることを研究課題とする。本研究の分析対象時期である1970～80年代の日本では、1979(昭和54)年都道府県、指定都市、人口30万人以上の都市を国庫補助対象に、肢体不自由、精神薄弱、難聴幼児の3通園施設のうち2施設以上を設置して相談・検査・訓練を一体的に行う心身障害者総合通園センターが政策化されていた。また身体障害者福祉センターB型や3通園施設のいずれかの事業の中で、通園事業を併設して総合的な支援を提供する事業形態をとる地方公共団体(以下、自治体)も存在した。これらの多くは障害乳幼児に対する療育事業だけでなく、相談による保護者支援や医師による医療支援に係る事業も展開し、「療育・相談・医療」(全日本特殊教育研究連盟他編,1984,92)の3機能を有する「センター事業」機能整備を図っていた。

このような「センター事業」は心身障害者総合通園センターに代表されるように、財政力が高く専門職確保が比較的实现しやすい指定都市等の大都市を中心に整備されてきており、広島市中心身障害児福祉センターや北九州市総合療育センターが知られてきた(全日本特殊教育研究連盟他編,1988,64)。

1980年代には都道府県や基礎自治体の単独事業として「センター事業」を指向し、地域支援体制整備に取り組んできた自治体も確認できる。例えば宇田・宇田(1983)は1979(昭和54)年4月開設の京都府立舞鶴こども療育センターにおける1980(昭和55)年代当初の外来療育事業や地域療育事業、訪問療育相談等の取り組みを報告している。また、神奈川県川崎市は、1983(昭和58)年から南部地域療育センターの試行事業(1988(昭和63)年事業開始)に取り組み、「外来相談・治療・訓練中心の地域療育センター」を志向していたこと等が報告されている(中村,1991,248-249)。

しかしながら本研究での焦点としている小都市における「センター事業」体制構築事例の報告は限られている。先述のように「地域性に応じた地域支援体制」が求められる中で、阿部(1999)が「障害乳幼児の早期療育は義務制ではない」ため「全国的に条件が同じような水準にあるものではない」とし、「その対応・待遇に差がある」と指摘するように、個々の特性に富んだ事業が多い特性を有する。また渡邊(2010)は先駆的に特別支援教育をはじめとする障害乳幼児に対する支援を進めている基礎自治体や地域では「自治体や地域の特徴をいかした工夫のある取り組み」があることを指摘している(渡邊,2010,87)。これらの指摘からもうかがえるように、「センター事業」体制構築事例のような障害乳幼児に対する支援体制を対象とした通園

施設・事業から児童発達支援への発展史研究の進展には、「市町村域を対象とした研究の進展」(田中,2016a,119)が不可欠な作業と考える。

そこで小都市市町村域での「センター事業」体制構築に関する先駆的といえる事例に着目すると、「センター事業」に取組んだ通園事業として保谷市こどもの発達センターひいらぎ(以下、ひいらぎ)の事例が確認できる。この保谷市の事例は「小規模通園施設(心身障害児通園事業)が全国的にみても、ほとんど類のない『地域療育システムと実践体系』を確立」と当時の福祉関係者には高い評価がなされている(妹尾,1998,111)。また中山(1996)に関しては、同誌で「障害児・者を支えるどの現場でも参考にするべき点」が多くあると(日本精神遅滞教育研究会,1996,2)、実践に関しても高い評価が同業者間でなされている。しかしながら、阿部(1999)の指摘に代表されるように、報告が限られている現状の発展史研究の中ではひいらぎに関する言及は限られており、その「センター事業」体制構築に係る政策の特質等の検討も未着手である。また福祉事業史研究としても柚木(1997)による全国的な事業展開の動向分析、田中(2016b)による東京都市部の動向を包括的に検討した研究は確認でき、田中(2017)でも東京都市部の通園事業の分析結果が報告されているが、「センター事業」化には言及されておらず、ひいらぎの検証は研究課題として残されている。

その中で安(1998)はひいらぎを「発達支援センター構想の先駆け」(安,1998,56)と評している。また田中(2021)では、特に後述のひいらぎの前身となる「ひいらぎ教室」期の事例分析結果から、ひいらぎ教室の創設は保谷市の「市民・自治体主導型の政治」(田中,2021,24)による政策に基づきなされたとして、地方政治におけるローカル・イニシアティブによる通園事業関連政策

の先駆的事例と評価できることを指摘している。そのため、医療福祉政策現代史の観点からも積極的に取りあげる意義が見出せる。しかしながら、安(1998)、田中(2021)でも「センター事業」化への言及、特に政策の特質に関して、は確認されず、「ひいらぎ教室が『保谷市子どもの発達センターひいらぎ』へとどのような展開過程を経ていくのか」は今後の研究課題として残されており(田中,2021,24)、これまで保谷市ひいらぎの「センター事業」に焦点をあてて分析を行った先行研究は確認できない。

従って本研究は通園事業の展開過程においてこれまでの先行研究で言及のない先駆性を有する事例を取扱うものである。「センター事業」を指向して地域支援に必要な機能整備を図る保谷市の過程分析は、国の政策に先立って自治体単位で独自に地域支援上の課題解決を模索した自治体行政による新しい価値創造としてのイノベーションの一事例ととらえられると考え、その先駆性に特に着眼し、本研究の分析対象事例に選定した。

以上から、本研究は保谷市こどもの発達センターひいらぎを事例に、小都市における「センター事業」機能整備の展開過程を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．研究方法

1. 分析対象時期、分析史資料および聞き取り調査方法

本研究では研究目的に鑑み、保谷市こどもの発達センターひいらぎ改組前から改組後、そして条例が制定された1980年代を分析対象時期に設定する。

分析史資料としてはひいらぎ教室編(1979; 1980; 1981)、保谷市こどもの発達センターひいらぎ編(1987; 1988; 1993)や保谷市事務報告

書(事業概要)、中澤健監修保谷市・こどもの発達センターひいらぎ(1988)を主に用いて分析する。

さらに後述のひいらぎの機能整備過程における価値創造は、ステークホルダーである職員のボトムアップ的な取組みによるものと考え、元職員2名への聞き取り調査も実施した。調査は2011(平成23)年9月15日13:00～15:00にA氏、2012(平成24)年6月25日13:00～15:00にB氏に対して実施した。

ステークホルダーとは「組織の目的達成」に不可欠な「影響を与え」る「集団又は個人」を指し(Freeman,1984,453)、組織機能の整備過程を分析する本研究ではステークホルダーへの着目は重要な知見をもたらすと考えた。そこでひいらぎ改組前後に職員であり、ステークホルダーといえる2名に対して、個人に体験の口述を依頼して記録・分析する歴史研究手法であるオーラルヒストリー法を参考とした聞き取り調査を実施した。調査委対象の2名は元ひいらぎ主査・所長のA氏、1971(昭和46)年入職(小学校・養護学校教員免許所有)の職員B氏である。A氏は保谷市ひいらぎ教室創設期からの職員で所長も務めた人物であり、B氏はひいらぎ教室時から保谷市やぎざわ保育園等との交流活動に参加して他機関連携を積極的に推し進めた人物であり、ステークホルダーに適すると捉え、研究対象に選定した。

オーラルヒストリー法とは「記憶にもとづき当事者が語ることに文書のみでは知ることができなかった過去の出来事や当時の認識を明らかにしようとする方法」である(土肥,2020,196)。このオーラルヒストリー法は清水(2003)によれば、①文字資料が存在しない、歴史にとって全く「未知」のことを知りうること、②文字資料のみでは知りえない情報を得ることができるこ

と、③聞き手が存在すること、④話し手の人生、価値観などを体系的に把握することが可能となることの4つの利点があるため、「政治学の分野でもオーラルヒストリーの成果」が蓄積され、「政策研究に用いようとする動きが根付いてきた」といわれている(清水,2003,3-4)。本研究においても上記史資料では記されていないひいらぎ職員当事者の文字資料が存在しない情報が過程を分析する上で有効と考え、オーラルヒストリー法を採用することとした。ただし、オーラルヒストリー法は回答者の意図が強く反映される可能性があるため(清水,2003,4)、調査者を複数化する「三角測量」(Denzin,1989,237)を行うことでバイアスの回避に努めた。また、オーラルヒストリーの聴取の際には、不明瞭な点や説明が変化する点は、特に重点的に繰り返し確認する配慮を行った。

研究倫理への配慮は、予め電話にて両氏に研究趣旨を伝え同意を得、その上で文書にて調査依頼書を送付した。また調査当日も調査依頼書を示し、研究への協力同意の確認を得たうえで調査を実施した。その際、研究発表等へのデータ使用への同意も併せて得た⁽³⁾。

調査内容は①「ひいらぎ教室」「こどもの発達センターひいらぎ」創設の経緯、②「ひいらぎ教室」「こどもの発達センターひいらぎ」時の実践内容、③行政との関係、④他機関との関係の4項目である。

聞き取り調査は半構造化方式で実施し、記録方法はメモによる筆記方法を採用した。筆記記録は聞き取り調査終了後、整理・再構成し、ノートとしてまとめた。なお本文中では聞き取り調査に基づくデータは括弧内でそれぞれA氏、B氏と表記した。

また本研究では当時の資料等に用いられた「精神薄弱」等の不快・差別的表現あるいは用

語について、歴史的な概念であるため改変せずを使用した。

2. 分析視座および研究枠組

1980年代は国際連合「国際障害者年」に基づき、日本で1980(昭和55)年総理府「国際障害者年推進本部」(1981(昭和56)年障害者推進本部改組)が設置され、翌1982(昭和57)年「障害者対策に関する長期計画」(1987(昭和62)年から「後期重点施策」)を策定し障害者政策・施策を総合的に展開していた時期に相当する。この「障害者対策に関する長期計画」で「教育・育成対策」として「地域の実情に即した整備」、「後期重点施策」でも「地域における療育体制の整備」が示されたことを受け、政府および自治体は「障害者対策に関する長期計画」に準拠しながら通園事業に関する政策・施策を展開していった。その後1990年代に、1995(平成7)年12月「三種別通園療育懇話会」が「発達支援センター構想」を、1996(平成8)年3月中央児童福祉審議会障害福祉部意見具申「障害児の通園施設の在り方について」をそれぞれ示し、児童発達支援センター等の制度化をめぐる議論は本格化されていたとされている(宮田,2014,20)。

しかしながら、1980年代の「障害者対策に関する長期計画」は抽象度の高い大まかな枠組みや方針を示すものであり、具体的な「地域の実情に即した整備」は自治体の政策・施策に委ねられていたため、整備過程は自治体の裁量が反映されている。また1990年代の制度化をめぐる議論が児童発達支援に収斂するのは2000年代以降であり、通園事業が「センター」の名称を用いて事業整備に図る積極的な制度的背景は同時期には存在していなかった。

このような時代背景下で、保谷市ひいらぎは

1970年代後半から1980年代に事業整備を図り「センター」の名称を用いており、その先駆性が評価できる。本研究はこのひいらぎの事業整備に係る一連の取組を「センター事業」整備とし、イノベーションととらえる。そのため、具体的にはひいらぎがどのように機能整備を図り「センター事業」化を指向していったのか、その過程を「イノベーションの実現過程」(武石・青島・軽部,2012)としてとらえ、分析する視座を設定する。

イノベーションは「新結合」という「新しい組み合わせ」による創造とするシュムペーター(1977)の定義が知られているが、「イノベーションを表す記述はさまざまである」(北原,2015,8)と定義は多様である。その中で楠木(2011)、山本(2016)等複数の研究でキー概念は「価値」とされ、新しい価値の創造という共通項が見出せる。そこで本研究はイノベーションを「新しい経済的な価値を創造するモノ・コト」(米倉,2002,59-60)ととらえることとする。そしてこのイノベーションによる組織で生まれた革新的なアイデアが経済成果をもたらすまでのプロセスを「イノベーションの実現過程」(武石・青島・軽部,2012)ととらえる。

この前提に基づくと、ひいらぎの展開過程の分析で重要な指標は「センター事業」整備のための資源動員を明らかにすることである。なぜなら「イノベーション創出のためには少くない資源が必要である」ものの、「資源動員は容易に達成されない」ためである(舟津,2017,26)。さらに、この資源に関しても、本研究では特に知識資源に着目する。知識資源は技術や知見に代表される「Capability」「Competence」と称される資源であり(小原,2011,29)、「中核の資源」とされている(ドラッガー,2002,5)。ひいらぎのような療育における支援者のスキルや経験の

「基礎を支える」のが「専門的な知識」といわれるように(横畑・板川,2019,115)、療育組織の経営は、知識資源に基づく経営である知識経営の性格を有していると考えられる。野中・紺野(1999)が知識経営において「人々や組織が創り出す知識」「知的な資産」を「価値の源泉」ととらえ(野中・紺野,1999,10)、経営のあり方が変わる「パラダイム」(野中・紺野,1999,215)と指摘していることを考慮すると、ひいらぎによる療育体制整備は知識資源を基にした知識経営に基づくと考えられるため、本研究では特に資源動員において知識資源に着目することとした。

以上を踏まえ、本研究はひいらぎによる「センター事業」整備のための資源動員を明らかにする作業を設定するため、先行研究の批判的検討に基づきイノベーション事業の展開過程を分析した水野(2012)を援用し、「理念の共有」「社会的課題の共有・認知」「社会的事業の開発」「事業課題の解決」「新しい社会的価値の創造」の5段階を設定して分析を行うこととする。

Ⅲ. 結果・考察

1. 「理念の共有」—経営方針の策定—

保谷市ひいらぎ教室は1966(昭和41)年に東京都市部で最初に創設された公立通園事業である。創設当初は就学猶予・免除を受けた重度の精神薄弱児を対象とし、1969(昭和44)年には障害幼児の受け入れもはじめ、1974(昭和49)年東京都希望者全員就学を契機に障害幼児を主な対象とする事業として展開してきた歴史を有する。1976(昭和51)年度から肢体不自由児や重複障害児も受け入れ、「東京都立北療育園」(東京都北区)職員による巡回療育指導、一般財団法人多摩緑成会「緑成会整育園」(東京都小平市)からの嘱託派遣による療育機能訓練を実施する等、1970年代後半には保谷市の障害乳幼

児支援の中核的な支援機関であった。

しかし事業開始当初は「画期的な取組み」として「問い合わせや視察がたくさんあった」ものの、1980年代初頭には「指導に来る専門家」から「一番小さな施設」と評価される等⁽⁴⁾、経営課題が表面化していた。また希望者全員就学や養護学校義務制等の障害児政策により、学齢児童の減少等経営環境も変化していた。

そのためひいらぎ教室職員は「通園施設の役割も変わってくる」ととらえ、「ひいらぎ独自のあり方をうち出していく」新たな経営方針と戦略の策定を模索した(ひいらぎ教室編,1981,62)。その中で外部連携から、「整形外科の先生を呼んだりしてやったりしていた所、保健所がそれを小耳にはさんだのか、1歳半健診時に気になる子を送ってきてくれた」「0歳児も保健師さんが連れていらしたりして」(B氏)と、0～2歳児の支援ニーズがひいらぎ教室に向けられた。このような同じ地域内での保健師(当時は保健婦)とのネットワークによりひいらぎ教室では「人口10万未満だけれどもその気になればこういうことをしている人たちがいる」(B氏)と、小都市でもひいらぎ教室で従来支援対象でなかった低年齢児の支援可能性を共有した。そこで、ひいらぎ教室編(1981)に記録されている「座談会」に代表されるように職員間で複数回議論を重ね、新しい経営方針の3つの柱が策定された。

1本目の柱は低年齢児を含む通園児と保護者のニーズに応じた支援体制の構築である。「当時の職員は通園の中で知的障害児と肢体不自由児、母子通園児を一括で支援することはできず、グループ別にしなければどこに焦点を当てて支援すればいいかわからなくなるため、それぞれのニーズに応じて支援できる体制を整備すべきと感じていた」と振り返っている(B氏)。その

ため、後述のように対象児の年齢や非在籍児も支援可能な通園事業体制を整備していく方向性を確認した。

2本目の柱は、障害児のみならず、発達に課題を有する子どもや保護者への支援体制の構築である。A氏は「障害のある子だけのものではなくて、今つまづいている子がいるということで親御さんが悩んでいるのであれば、私たちは協力しなくちゃいけないんじゃないか」という課題意識を当時持っていたと振り返っている。つまり障害児のみならず、地域のすべての子ども・保護者を支援対象とする施設であるべきという考え方があった。この点はB氏も「毎日通う必要はない発達に課題を有する子をどう支援するかと考え」ており、「何を変えれば受け止められるか」という同様の意識を持っていたと述べている。このことは改組後の「通園施設の機能だけで飯を喰う時代ではない」という表現に示されるように(保谷市こどもの発達センターひいらぎ編,1987,100-102)、地域に開かれた施設となるべく、地域支援機能整備を進めていく方向性を確認した。

そして3本目の柱は上記の2つの柱に関連して、「ひいらぎ教室」が今後「地域の中でどのような役割を担っていけばいいか」という地域での支援機関としての位置づけを再確認し、地域支援体制を担う機関としての機能確立である。保谷市では1980年時点で障害児保育事業が展開される中、「ひいらぎ教室」の在籍児が増加の傾向にあった。その中で「ひいらぎ教室」の職員は、幼稚園、保育所での障害児保育事業と「障害児の通園施設(ひいらぎ教室)と平行した二本立てでいくのか」(括弧内は筆者補足)という地域支援体制整備の方向性に関する課題意識を有していた(ひいらぎ教室編,1981,62)。保谷市政は「特別に障害児の方が保育園の方にとい

う希望がありますならば、それはそれなりに十分検討して、受け入れ体制をつくっていききたい」という障害児保育事業を進める政策方針を打ち出し⁽⁵⁾、1982(昭和57)年には7名が市立保育所で受け入れられていた⁽⁶⁾。

その一方で「保育園や、幼稚園に入っているだけで、障害児に良い刺激が与えられるはず」という「心情的障害児保育論の時期」は「もう過ぎ」、現状「障害児全般への配慮を理解する努力を重ね」て、「保育する側の人間が我が手に溺れることなく専門機関との連携をとりながら、障害児保育を進めなければならない時」が来たと述べるように、受け入れを行った幼稚園、保育所等では障害児保育事業の「質」の問題が生じているとの課題意識も有していた(ひいらぎ教室編,1980,104)。B氏が「幼稚園・保育所ですべてが解決するとは思えず」、同時に「通園施設としての危機感を感じ」と述べるように、ひいらぎ教室は保谷市地域支援体制の中で、新たなひいらぎ教室の役割が求められると考えていたのである。そのため、ひいらぎ教室は地域支援機能の強化を理念に掲げ、座談会等で中山幸枝・小笠原まち子・高橋未知子・田口進作・田中正巳・神谷隆の6名の職員が相互確認していた(ひいらぎ教室編,1981,62)。また、後述のように実際に0歳(1歳未満)児の外来通園児に対する療育事業を行っていた千葉県袖ヶ浦福祉センター療育園を複数の職員で訪問見学して、「センター事業」デザインの参考にする(B氏)等、課題と今後の経営方針を職員間で共有したのである。

2.「社会的課題の共有・認知」—外部環境の変容—

ひいらぎ教室での理念の共有に基づく経営方針の策定は、ひいらぎ教室の支援機能の見直し

のみならず、ひいらぎ教室を取り巻く外部環境の変容が生じ、「社会的課題の共有・認知」が図られたことも要因であった。

保谷市では1970年代末～1980年代にかけ「幼稚園さえ、子供がいなくて休園した園がある」「保育園だって定員割れしている所が多い」と少子化の影響から幼稚園、保育所の定員不足が生じ始めた。また同時期には市立やぎざわ保育園、すみよし保育園等をはじめとする市内外の幼稚園、保育所等での障害児の受け入れが拡大し始めていたのである。この幼稚園、保育所等での受け入れ拡大により、ひいらぎ教室の在籍児にも変化が生じていた。実際に進路として1974(昭和49)年から1978(昭和53)年の5年間の学齢に達した修了児25名は、「通常学級」3名、「特殊学級」5名、「養護学校」14名、「施設」3名と(安,1998,80)、「特殊学級」「養護学校」を主な進路としていた。しかし各年度保谷市事務報告によれば、1979年以降学齢に達する前に退所して「幼稚園」「保育所」へ就園する事例が増加し、就学前期に関して学齢に達するまでひいらぎ教室に在籍する事例から、教室を学齢に達する前に早期退所して幼稚園、保育所等に異動する事例の増加が生じていたのである。

ひいらぎ教室は通園事業として1960～1970年代に展開し、保谷市内で唯一の専門性を有する支援機関として障害乳幼児支援に取り組んでいた。一方で保谷市内の幼稚園、保育所等での障害児保育事業の実施に伴い、1980年前後には保谷市内の地域における障害乳幼児支援体制は変容し始めていた。そのため、ひいらぎ教室も外部環境への適応が求められるようになってきており、1980年前後には職員から「障害児保育を考える」「これからの十年」「座談会 保谷市における障害乳幼児通園施設の機能とその役割を探る」等の論稿として記録に残されているよ

うに、組織内で問題提起がなされていたのである(ひいらぎ教室編,1979;1980;1981)。

このようにひいらぎ教室では通園事業のあり方をめぐる支援機能見直しに係る「理念共有」と、ひいらぎ教室を取り巻く環境の変化や地域での支援体制の変容に係る「社会的課題の共有・認知」が同時並行的に生じ、新たな経営方針に基づく「社会的事業の開発」に組織をあげて取り組むことになっていったのである。

3. 「社会的事業の開発」—経営戦略としての組織改編・「センター事業」化—

ひいらぎ教室は新たな経営方針の下、経営戦略として組織改編を模索していく。職員はまず「通園施設には本来の専門性がある」「ひいらぎの持っている小規模通園施設のよさはある」として(ひいらぎ編,1981,62-63)、通園事業機能の継続を立案した。その上で「個人を大切に、個人のハンディを大切に、この子に今、何が必要なのかをみるような機関」「子どものことで不安に思った時、すぐに相談に行ける所」と相談支援機能の拡充を考案した(ひいらぎ編,1981,62-63)。その結果「通園施設がセンター的な役割を果たしていく」として、経営戦略として「センター事業」化を採っていくこととなる。

ひいらぎ教室では障害乳幼児のみならず、発達に課題を有する子どもも支援する新たな通園事業としての機能拡充のため、「どんな子でも受け入れる」「いつでも受け入れる」「年齢制限、定員数を弾力的に配慮、全て受け入れる」の三つの基本方針をもとに、「単一な通園体制だけでなく、機能を拡げ、地域の各子育て機関の一つとして位置付けを考慮」した「早期に発達援助を必要とする乳幼児のための通園施設づくり」に取り組んだ(中山,1996,3)。

具体的には「袖ヶ浦福祉センターの発達外来」

のようなすぐに相談に行ける「センター事業」の機能として後述のように通園事業のみならず、相談支援機能、地域支援事業の確立に取り組むこととした(ひいらぎ編,1981,62-63)。この参考とした「千葉県立袖ヶ浦福祉センター」(社会福祉法人千葉県社会福祉事業団経営受託)は、当時肢体不自由児施設「療育園」で地域保健活動と連動して外来母子通園等による障害児の早期発見システム構築に取り組んでいた組織である(「二十年のあゆみ」編集委員会編,1986)。ひいらぎ教室はセンター改組に際して、先駆的に「センター機能」に取り組んでいる先行機関を参考にするという知的資源を動員していたことがうかがえる。またセンター改組前にまずはひいらぎ教室の所在していた「保谷市住吉福祉会館」内で使用敷地を拡大した。これは同会館に入居していた「保谷市休日診療所」が保谷市東分庁舎が完成に伴い移転したためであり、敷地拡大により通園事業を行う場を確保した。

その上で1983(昭和58)年に名称を「保谷市ひいらぎ教室」から「こどもの発達センターひいらぎ」に改名・改組し、「発達」「センター」を表明したのである。B氏は名称変更の際に「事業があいまいになる」ため、「行政の方では反対すると思っていた」が、当時の市心身障害者福祉課長が「良いことを考えたねと褒め」たと述べており、保谷市政の後押しを受けて「センター事業」化が本格化していった。

4. 「事業課題の解決」—機能強化・新事業実施—

ひいらぎでは「センター事業」化に向けた戦略の下、センター改組前後を通じて、通園事業、相談支援事業、地域支援事業を中心に事業整備を図ることで「センター事業」に必要な「事業課題の解決」を図っていった。

(1)通園事業

ひいらぎの通園事業は単独通園「くじら」(単独療育グループ、以下、「くじら」)のみならず、母子通園「めだかグループ」(母子参加グループ、以下「めだか」)、保育所、幼稚園在籍児のための外来部門での通園グループ「まんぼうグループ」(個別課題学習グループ、以下、「まんぼう」)と3体系に整備された(以下、保谷市こどもの発達センターひいらぎ編(1993)から抜粋・一部改変)。

「くじら」は市内在住で「発達につまずき」がある、あるいは「心身に障害のある」2歳半～就学前の幼児が対象であり、「一人一人の子どもの成長に応じた自立の芽を育てるとともに、基本的生活習慣を身につける」こと、「戸外での活動やさまざまな運動遊びを通し、からだ全体の発達を促す」こと、「人との関わりを深め、集団生活を楽しみながら遊びの拡大をはかる」こと、「親子参加のプログラムや学習会などを通し、子どもの発達について理解を深め、保護者と協力しながら子どもの発達を促す」ことの4つをねらいとした通園形態である。週4回9:00～14:00まで、教材あそびや運動あそび、自由あそびといった保育と、療育指導(月3回)、機能訓練(月4回)、音楽療法・言語指導(各月1回)等の療育が行われる。「くじら」では保護者支援も行われており、月1回の保護者会を軸に、期末面談、学習会・講演会、家庭訪問、参観面談が行われている。

「めだか」は市内在住で「発達につまずき」がある、あるいは「心身に障害のある」0～2歳代の低年齢の乳幼児が対象であり、「具体的な遊びの種類や方法を、保護者と子どもに提供するなかで、ひとりひとりの発達の援助をする」こと、「家庭での子育ての様々な相談に応じる」ことの2つをねらいとするグループである。前

者のねらいを達するために、母子参加形態で毎週水曜日9:30～11:15に運動遊び・感覚遊び・教材遊び等を通した保育が行われる。また療育指導、機能訓練、音楽療法・言語指導等の療育も行われ、修了後は幼稚園、保育所就園や「くじら」への移行を目指し、「くじら」との指導の一貫性も見直された。後者のねらいに関しては月1回指導内容等が記された「めだかだより」を発行し、「連絡帳等を参考に家庭での問題や養育方法などについて」の学習会が行われている。「めだかだより」および学習会はひいらぎでの運動遊び等の保育・療育と家庭での養育での一貫した支援を行うために取入れられており、相談のみならず具体的に保育・療育と家庭での養育方法を保護者と共有していくための取組みである。この「めだか」で0歳代からの支援に取り組んでいた点は、同時期の東京都市部内で保谷市よりも事業規模の大きい調布市や町田市での事業でも2歳代からであったことや、特別区内で最初に保護者支援に重点を置いて相談事業整備を図った世田谷区「乳幼児育成相談所」でも0歳代は通園事業ではなく相談事業対象であったことから考えると、他市区と比較しても低年齢児対応で先進性を有していた。

「まんぼう」は組織上外来部門(外来事業)に位置づけられ、外来機能訓練と外来言語訓練とで体系化された。「まんぼう」は保育所、幼稚園在籍の「発達に遅れやつまずきのある幼児」が対象であり、「それぞれの力に応じた取り組みで、発達の遅れやつまずきの軽減をめざす」こと、「少人数で遊ぶ場面を設定し、対人意識・協調性をやしなう」こと、「保護者と話し合いをもち、子どもの養育について助言する」ことをねらいとするグループである。「まんぼう」では毎週水曜日(13:30～15:00)と第1・3土曜日(9:00～10:30)に運動や認知・言語学習、手

指の課題による発達支援と、毎回30分「その日の指導内容や児童の日常の様子等について話し合い、養育上の助言」を行う保護者支援により日課が構成されている。「まんぼう」はひいらぎにおける地域支援を強化するために事業化されており、この非在籍児に対する通園事業も、同時期の東京都内他市の通園施設、通園事業には見られない事業形態であった。

以上の3通園形態に共通しているのは、「保育」と「療育」の二つの活動を日常的な通園児および幼稚園等在籍児への発達支援として行うとともに、保護者への子育て支援機能を改組前に比して強化し、家庭での養育との一貫性を担保する保護者支援に力を入れて取組まれたという点であり、ひいらぎでの通園事業は相談支援事業とともに保護者支援機能に重点を置くものであった。

(2) 相談支援事業「早期療育相談会」

早期療育相談会は最初東京学芸大学で精神薄弱児・者支援の研究に取組んでいた大井清吉教授にスーパーバイズを求めながら、ひいらぎ教室職員が取組み始めた。しかし「障害幼児ばかりに目を向けてはいけない」「大きくなったときに親への啓発も大切」であるという点から、整形外科医や精神科医等の専門家への委託も試みるようになる。また保健師が「もっとこういうような事業があるといい」と「外から言っていただいて」とA氏が振り返るように、外部機関からのひいらぎ教室による相談事業実施に関するニーズも高かったことがうかがえる。実際保谷市では1982(昭和57)年から1歳6ヶ月健診が実施されるようになっており⁽⁷⁾、保健現場からの健診後の早期支援の場の整備を求めるニーズが、早期療育相談会実施の外的要因であったと推測される。

早期療育相談会は「からだの相談会」と「ことばの相談会」からなり、それぞれ整形外科医岡野喜久子(一般財団法人多摩緑成会緑成会整育園医師)、小児神経科医長瀬又男(東京学芸大学教授)が担当している。早期療育相談会は保谷市が1981(昭和56)年からの国際障害者年を受けて策定した「国際障害者年保谷市行動計画」(1983(昭和58)年4月)による障害児の支援の充実に関する施策の1つであり、1982(昭和57)年から国の「障害者福祉都市推進事業」の事業指定を受け実施した事業である。保谷市は厚生省の「障害者福祉都市推進事業」に1982(昭和57)年5月10日に指定を受け、この事業の4つの柱の1つである障害児の早期支援事業に関連して早期療育相談会が「重要な柱の一つ」として取組まれるようになった⁽⁸⁾。具体的には「ひいらぎ教室に、精神科医とか、理学療法士、それから整形外科医とが巡回してきて」いるため、「その先生たちを中心」とした「相談事業を始めていきたい」という市の事業方針となり⁽⁷⁾、ことばの相談会とからだの相談会からなる早期療育相談会の実施へとつながっていった。つまり職員の相談支援機能充実のための経営戦略は保谷市政が国の政策を受けて取組む市事業に位置付けることで正当性が付与される形で事業化されたのである。

早期療育相談会が始められた1983年度～1990年度までに毎年からだの相談会とことばの相談会でそれぞれ30名程度、合計60名程度の相談が行われている。記録の残されている1983～1986年度の早期療育相談会開始後4年間の相談対象児の年齢別内訳から、各年度のうち0～2歳児の占める割合は1983年度73.8%、1984年度65.3%、1985年度56.9%、1986年度54.4%である。この割合から早期療育相談会は特に幼稚園未就園の年齢に該当する0～2歳の

障害乳幼児や発達に課題が有る乳幼児の早期支援としての性格を有していたことが確認できる。

また1983～1992年度までの10年間の早期療育相談会対象児の総計が506件であり、「主たる診断後の発達援助」つまり相談後の支援は「家庭養育への指導助言」「幼保園・家庭養育への指導助言」が合計200件(39.5%)、「めだかグループ誘導」「くじらグループ誘導」「まんぼうグループ誘導」が合計170件(33.6%)、「外来リハビリ」が74件(14.6%)である。他に「専門療育病院紹介」や「他の通園施設紹介」等がある。この早期療育相談会後の支援件数を見ると、早期療育相談会は先に述べた0～2歳の障害乳幼児や発達に課題が有る乳幼児の早期支援としての相談支援機能としてだけでなく、通園や「まんぼうグループ」「外来機能訓練」へとつないでいく、つまり「診断」から保育・療育へとつないでいく機能、そして他の関係機関へのコーディネート機能も含まれていたといえる。

(3) 地域支援事業

ひいらぎでは在籍児対象の整形外科医と作業療法士(OT)による機能訓練を、1984(昭和59)年から地域の乳幼児にも拡大して実施した(外部機能訓練)。毎週木曜日午前中に「くじら」「めだか」通園児に対する機能訓練を実施し、午後はボバース法訓練と療育指導による外部機能訓練が行われた。具体的には作業療法士による機能訓練が月3回(1985年度から月4回)、言語聴覚士(ST)による言語指導が年4回(1986年度から年5回、1987年度から年9回)実施されていた。また1983(昭和58)年に通園を始めた重複障害児の外出時の体調悪化を考慮し、ひいらぎは保護者に提案して、週1回1時間に2名の職員が個別指導のため家庭を訪問する訪問指導事業を始めた。同事業は毎週水曜日に主に病弱で通園

できない乳幼児、情緒等の課題により通園に適さない乳幼児を対象に展開されていった。

さらにひいらぎでは「くじら」の在籍児が月1回保育所で交流する「全体交流保育」がセンター改組前の時代から取組まれていたが、改組後の1984年度からは特定の対象児が週1回保育所で交流する「単独交流保育」も併せて実施するようになった。単独交流保育は「健常児集団での発達が期待されることにも対して、職員が1対1で引率して継続的に交流する」活動であり、「社会性を育てる」ことが目的の療育活動の一環である(保谷市こどもの発達センターひいらぎ編、1987;1988)。全体交流保育、単独交流保育は「『ひいらぎ』を基点として、子どもたちが外へ出て行こうとする時に欠かせない、それを支える地域的な連携」であり、地域での障害乳幼児の生活を豊かにするための地域支援活動である。

その他にも、ひいらぎでは保育所との交流活動が乳幼児同士のみならず、支援者間でも行われていた。「障害児保育を考える会」での学習会や、「保育園、幼稚園に在籍する障害児に対し、要望に応じて訪問指導を行う」巡回訪問指導、1984(昭和59)年から毎年1名の保母が公立保育所より障害児保育研修としてひいらぎに派遣され長期研修が行われた5年計画による保母研修の受け入れ実施等である。この保母研修は保谷市保育・療育行政として支援者の専門性向上を地域全体で図るための事業であり、特に同時期の他の通園事業では類を見ないものであった。

(4) 機能強化・新事業実施のための資源動員

上述の地域支援機能の拡充は、ひいらぎの専門性に基づく支援対象に地域の乳幼児も加え、必要に応じた支援を行う体制整備ととらえられる。この体制整備過程は、ひいらぎ職員の「地

域の中でどのような役割を担っていかればいいか」に関する理念や課題意識の共有だけでなく、体制整備に不可欠な資源確保により図られた。つまり地域資源に限られる小都市保谷市では、市外の機関や専門家等との社会的つながり、紐帯により動員された資源の存在が影響したと考えられる。

例えばひいらぎ教室時から、東京都小金井市に所在する東京学芸大学をはじめとする大学関係者を資源として活用していたことが見て取れる。1973(昭和48)～1975(昭和50)年まで3年連続で「精薄問題に関する講演会」講師を大井清吉(東京学芸大学助教授)が務めているのを筆頭に、1976(昭和51)年は井村逸郎(東京学芸大学附属養護学校主任)、同年父の会講演会講師は長瀬又男、1979(昭和54)年父の会講演会は国松五郎兵衛(東京学芸大学附属養護学校主任)と、東京学芸大学関係者が務めている。大井清吉はセンター改組時にも「月1回弱」スーパーバイズとして支援を仰ぐため予算を確保し(A氏)、「大きくなったときに親への啓発も大切」であるため研修講師として依頼していた(B氏)。長瀬又男は上述のように「ことばの相談会」で専門医を務めており、「大井先生のおかげで色々な方に巡り合い、長瀬先生が入ってくださった」と大井との紐帯から生じた関係であった。

他にも飯田精一(日本社会事業大学教授)、藤島岳(東洋大学教授)の名前も確認できる。飯田は日本社会福祉事業で障害乳幼児とその保護者等の相談・指導に取組み、1960年代から「精神薄弱幼児の対策」として「心身の発達の精密な診断と親子の相談指導治療をおこなう」ための「発達診断指導センター」設置を唱える人物であった(飯田,1967,268)。厚生省児童家庭局障害福祉課障害福祉専門官であった中沢健のスーパーバイズも職員の中に国立秩父学園に関係者

がいたため得られたとしており(B氏)、個人的な紐帯から資源情報を入手して動員していたのである。

この外部からの資源動員に係る費用に関しては、A氏が「毎年、スーパーバイザーの費用が大井先生がいらしていた頃からずっとありまして、加えて、私たちの講師を呼ぶための研修会の費用が結構始めから保障されていた」とし、「そういうもののお金、行政ってお金が増えない限りは運用の細目を変えても大丈夫じゃないですか。だからそれもあって、お金がついて療育の先生たちをお呼びすることになった」と、運営費での裏付けがあったことがうかがえる。またA氏によれば、「これを使えるって言ってきてくれた課長」がいたと、行政側から外部資源動員に係る運営費を補助する助成事業等の情報がもたらされていたという。同様にB氏も「お金は毎年変わらない」ものの「そういうのをやった方が良いという市長だったのでお金に貧することもなくできて」と述べるように、ひいらぎによる「社会的事業の開発」「事業課題の解決」は保谷市政による財政上の裏付けがあったことは確かと考えられる。しかしながらひいらぎの場合は、運営費という資源のみならず、「センター事業」化に不可欠な資源である知的資源は、資金面のみならず、職員等の有する紐帯により動員されていたのである。

5. 「新しい社会的価値の創造」—正当性構築としての条例化—

保谷市ではセンター改組から2年後の1985(昭和60)年3月4日、保谷市議会第1回定例会で都丸市長により「今日までその設置条例が設置条例が制定されず」にきてしまったという理由で、「保谷市障害児訓練施設条例」が起案された。この条例議案は同定例会で文教厚生委員

会に付託され、審議されることとなった。3月12日の文教厚生委員会では宮川俊一福祉部長より「発達のおくれた子供を持つ保護者、あるいは保育園等の関連施設についても、子供の発達センターとして役割を果たし」、「一つのセンターとしてその機能を十分發揮させていく必要がある」ために、名称を「保谷市こどもの発達センターひいらぎ」とする条項の説明等がなされた。そして文教厚生委員会で採択の結果全会一致で原案の通り可決され、同年3月25日条例第5号「保谷市障害児訓練施設条例」は制定された。

「保谷市障害児訓練施設条例」では第1条で「目的」として「心身の発達に遅れを持つこどもの相談に応じ、日常生活の訓練及び指導を行い発達を援助するため障害児訓練施設を設置」することが規定された。また第4条の「事業内容」で「心身障害児通所訓練事業に関すること」とともに、「早期療育相談及び指導に関すること」「保護者及び他の施設等に対する指導技術に関すること」が規定された。同時に「保谷市障害児訓練施設条例施行規則」が制定され、第2条「施設の機能」の中で「関係及び関係施設と有機的な連携」を図ることや、第5条「通所児及び外来児の定員」の中で、ひいらぎの定員に関わらず支援ニーズを有する乳幼児と保護者を支援するための定員弾力化等の法定根拠となっている。

条例は日本国憲法第94条「地方公共団体は、その財産を管理し、事務を処理し、及び行政を執行する権能を有し、法律の範囲内で条例を制定することができる」の規定に基づき地方公共団体が自治立法権に基づいて制定する法である。旧地方自治法(1947(昭和22)年4月17日法律第67号)では第14条において「普通地方公共団体は、法令に違反しない限りにおいて第二条第二

項の事務に関し、条例を制定することができる」旨を定めており、保谷市の「保谷市障害児訓練施設条例」は保谷市の政策法務として制定された。この「保谷市障害児訓練施設条例」は「法律との抵触問題が発生することのほとんどない公の施設の設置管理条例」に当該する「典型的な地方自治体が独自の判断」で行う立法であるといえる(鑑水,2013,296)。しかしながら自治立法は自治体経営に必要な事項を条例で定めることで制度的に保障する営みであり、特にひいらぎに対する設置管理条例制定は、市長及び行政により運営等の規定がなされる「要綱」と異なり、事業内容も含め運営やその存続自体に市議会承認を必要とするという設置根拠の確立を意味している。また市議会文教厚生委員会および本会議での議決を経て条例制定がなされたことにより、早期療育相談会や巡回訪問指導等の事業の規程化というひいらぎの支援機能の整備拡充を公に明示化する意義をもったのである。

新制度派組織論においては、一定の文化的価値と規範が正当性を付与されることが制度化の一要因と考えられている(富永,2002,228)。この正当性とはSuchman(1995)によれば「社会的に構築された規範・価値観・信念・定義のシステムの中で、ある存在の行為が、望ましいとか適切であるとする、一般化された認知や仮定のこと」を指し示す(Suchman,1995,574)。その上でSuchman(1995)は正当化を大別して「組織に最も身近な者の利己的な計算にもとづくものである」とされる(Suchman,1995,578)「実利的正統性」(pragmatic legitimacy)、「組織やその行動に関するプラスの規範的判断を示すものである」(Suchman,1995,579)とされる「道徳的(倫理的)正統性」(moral legitimacy)、「何らかの当然とみなされる文化的な理由によって、必要または不可避なものとして組織を認める」

(Suchman,1995,582)とされる「認識的正統性」(cognitive legitimacy)に分類している。

この内、道徳的(倫理的)正統性は「組織の行為が利害関係者に利益をもたらすかどうかという判断ではなく、行為が『正しいもの』であるかどうかという判断にもとづくものである」(Suchman,1995,579)とされ、その下位概念を構成する「手続的正統性」(procedural legitimacy)は「社会的に承認された技法や手続を採ることによって」付与されるものと考えられている(Suchman,1995,580)。MeyerとRowan(1977)の指摘から、涌田(2002)は社会的に共有された規範は「社会的に妥当な構造や手続きを組織に対して特定する」ために、「文化モデルに一致した構造や手続きをどのように組み込むか」により「組織の正当性の獲得とその存続が左右される」ことを指摘する(涌田,2002,65)。つまりSuchman(1995)の正当性を参考にすれば、保谷市の条例制定はひいらぎが手続的正統性を付与されることにより「組織の正当性の獲得」することにつながり、従来の療育機関として一般的とは言い難かった「センター事業」の存続にもつながる意義を有していた可能性を有すると考えられよう。

さらにいえば、「センター事業」の存続に関連して、新制度派組織理論の立場では組織が存続していくためには自組織の存在と活動の正当性を対外的にアピールできるかどうかが重要であるとされている(佐藤・山田,2004)。この観点から考えると、条例制定は他の手法にはない立法による正当性を対外に示す行為であるといえ、事業の正当性獲得と存続に大きな役割を果たした可能性が伺われる。

さらに涌田(2003)は「新たな価値の創造」、つまり価値創造活動は、「今まで自明視されてきた価値前提を問い直すプロセス」で、かつ「新

たな価値の正当性を獲得する試み」であると指摘する(涌田,2003,52)。その上で、後者の正当性に関して、「組織形態や事業システムに対する社会的受容」を意味する「形態としての正当性」、「掲げている理念やそれを体現した製品・サービスのコンセプトの社会的妥当性」である「コンセプトとしての正当性」、「技術や芽根地面との仕組みに対する社会的受容」である「システムとしての正当性」の3つの正当性の構築のプロセスを指摘する。「保谷市障害児訓練施設条例」では、条例第4条の「事業内容」によって形態の、条例第1条の「目的」によってコンセプトの、さらに「保谷市障害児訓練施設条例施行規則」第2条「施設の機能」や第5条「通所児及び外来児の定員」でシステムの正当性がそれぞれ獲得が自治立法に基づき制度的に保障されるように法令規定が試みられ、議会で承認が得られている。

上述のように涌田(2003)は価値創造のプロセスを新たな価値創造に対する社会的受容の獲得という正当化構築プロセスと指摘するが、まさに保谷市による条例化は、通園事業・相談支援事業・地域支援事業という職員からボトムアップ的に生じた「センター事業」の形態、コンセプト、システムに対して、保谷市政が議会承認による条例を制定することで、その正当性を付与するものであったといえるだろう。このことは、従来の療育機関では十分整備のなされてこなかった「センター事業」機能整備プロセスにおいて、新たな価値創造のための正当化構築プロセスの一環としての意味を有していたものといえるだろう。

Ⅳ.まとめと今後の研究課題

本研究は保谷市ひいらぎを事例に、小都市における「センター事業」機能整備の過程を資源

動員に焦点をあてて、「イノベーションの実現過程」として分析した。

その結果、1970年代後半以降ひいらぎ教室職員は経営環境の変化や外部環境の変化から、「ひいらぎ独自のあり方をうち出していく」3つの新たな経営方針を策定し、地域支援機能の強化の「理念の共有」を図った。この「理念の共有」の背景には、同時並行的に保谷市内の地域支援体制が障害児保育事業の実施等により外部環境が変容しはじめ、ひいらぎ教室も外部環境への適応が求められるという「社会的課題の共有・認知」が生じたことも影響したと考えられる。そのため、「社会的事業の開発」として組織改編に着手し、従来の障害乳幼児に対する通園事業(療育)から複数の機能整備を進めて「センター事業」化を図り、改組に至ったのである。この「センター事業」化に伴いひいらぎは「事業課題の解決」として通園事業、相談支援事業、地域支援事業を整備しており、整備には紐帯により動員されている外部の知識資源が活用されていた。その上で「センター事業」小都市の市単独事業のため、保谷市では「新しい社会的価値の創造」として同事業の条例化を図り、正当性を構築したという展開過程を明らかにした。

今日の障害乳幼児支援は厚生労働省「障害児支援の強化について」に示されるように「重層的な支援体制」、つまり「重層的支援システム」の構築が目指されている。その中でひいらぎのような主に市区町村での支援を担う一次機関は療育支援、家族支援、地域支援の3つの機能が期待されている。ひいらぎにおける相談事業、通園事業、関係機関との連携による支援体制の構築は、まさにこの一次支援機関としての役割を担うものである。今日の児童発達支援事業における児童発達支援センター事業の先駆けとも

言える機能を有した「センター事業」化が、人口約9万人の保谷市のような小都市で整備されていたのである。

この小都市での「センター事業」整備は、ひいらぎ職員自身が「センター方式が万能だとは思わない」とし、「どんなりっぱな施設を作っても万能ではな」く、通園事業の非対象児に対する支援が十分なされない等「抜け穴はある」と事業の課題を指摘している。しかしながら、「保谷市のような小さな市では、それを埋めることはできる」ととらえ(ひいらぎ教室編,1981,62-63)、「センター事業」の課題を小都市である保谷市の小規模性という地域特性を活かして補うことで克服できるとひいらぎ職員は考えていた。「大津方式ばりに言うと、保谷方式という発達相談方式」と表現しているように(保谷市こどもの発達センターひいらぎ編,1987,100-102)、保谷市では小都市ゆえに通園事業の課題を相談支援事業、地域支援事業を合わせて整備することで克服することを模索しており、小都市の支援体制整備に適した事業形態として「センター事業」構想を実現したといえることができる。

また小規模ゆえに地域資源が大都市に比して制約されやすい環境下で、大学教員や医師等の専門家という知識資源の動員がなされていたことが本事例の特質といえる。ひいらぎは発展において療育体制整備に積極的に外部の知識資源動員を図っており、その組織経営は知識資源に基づく経営である知識経営の性格を有していると指摘できる。つまり野中・紺野(1999)が指摘する「人々や組織が創り出す知識」「知的な資産」として外部から知識資源を動員し、新たな療育体制を整備するという「価値の源泉」としていることからひいらぎによる療育体制整備は知識資源を基にした知識経営に基づく新たな価

値創造の取組として評価できる。また、この外部から動員された知識資源は野中・紺野(1999)が指摘する「移動できる」(非有限的資源)としての性格を顕著に示しており、今日の療育機関経営においても外部の専門職の嘱託等に共通性がみられるといえる。これらの知見は今後の通園事業研究における新たな分析視座を提示するものである。

小規模通園事業は「小規模であり柔軟性をもっていること」、「地域の父母の実情に即して多面的に療育活動をすることができる」ことから、「地域全体の障害乳幼児問題に対応できる可能性」があるとされてきた(野川,1984,280-285)。ひいらぎはまさにこの特性が顕著に表れた通園事業といえる。一方ひいらぎは事業整備における「職員の献身性」が高く、国庫補助額を上回る保谷市の超過負担が生じた点から心身障害児通園事業「制度そのものの先駆性を示すものではない」との評価もある(佐藤,1991,19)。しかし、1980年代において公立事業として組織改組を重ね、特に外部の知識資源動員を活用して機能整備を図った過程は、地方行政による知識経営を活用した独自政策としての先進性を有すると評価できよう。

以上1970～80年代にかけ、人口10万人に満たない小都市である保谷市では、ひいらぎは小規模通園事業形態を維持するのではなく、職員間の討議に基づく理念共有で新たな経営方針を打ち出し、外部環境の変化等から地域支援機能強化を目指した。そのため通園事業のつながりの見直しや0～2歳児支援体制を整備し、外来部門による幼稚園、保育所在籍児の並行通園や相談事業整備との連携による保護者支援の強化を図っていった。この過程においては「職員の献身性」や運営経費の確保だけでなく、紐帯による医師・大学関係者等の知的資源動員が事業

整備の実現に大きな役割を果たしていた。その上で条例制定による正当性構築により、保谷市ひいらぎ事業は「センター事業」として、地域支援体制の中での位置づけを確立した。このような保谷市の事例は、小都市における特性を活かした障害乳幼児地域支援体制整備を実現した事例として、今日の児童発達支援センター等を中心とした障害乳幼児支援制度の展開過程における新たな価値を創造したイノベーションの一事例として、歴史的に評価できるのである。

ただし、本研究には限界も見られた。例えば、ひいらぎを対象とした先行研究は限定的であり、通園研究事業自体に個別性が高いことも相まって、通園施設・事業から児童発達支援への発展史での相対的位置づけを示すことはかなわなかった。また、保谷市のひいらぎ関連財政およびひいらぎの事業運営費に関しての分析は未着手である。そのため、ひいらぎ分析を通した「センター事業」整備による「イノベーションの実現過程」の一般化に関する検討は別稿を期したい。また、本研究はひいらぎの「センター事業」化の過程を明らかにすることに焦点を当てたため、「センター事業」化以降さらにどのような展開過程を経て、今日の児童発達支援につながっていったのかに関しての言及には至っていない。さらに、ひいらぎの「センター事業」化が東京都内や全国の他の通園施設や通園事業に与えた影響に関しても明らかにすることはできていない。これらの点を解明することが今後の研究課題としてあげられる。

謝辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただいた西東京市こどもの発達センターひいらぎ関係者の皆様、西東京市立図書館関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。特に聞き取り調査にご

協力いただいた元職員の先生方には特に感謝申し上げます。ありがとうございました。

また貴重なご示唆をいただきました匿名の2名の査読者の先生方にも併せて感謝申し上げます。

注

- (1) 「児童発達支援ガイドラインについて」別添「児童発達支援ガイドライン」。
- (2) 「児童発達支援ガイドライン」では地域支援は主に「地域の子育て環境の構築」「地域の支援体制の構築」の2つの柱が掲げられている。
- (3) 本研究は2009(平成21)年度度東京学芸大学大学院教育学研究科修士学位論文「1960年代後半～1970年代前半における障害のある幼児の保育・療育—保護者の要求と施設・グループの実践に焦点をあてて—」および、2012(平成24)年度東京学芸大学大学院連合学校教育学研究科博士學位論文「戦後日本の障害幼児支援に関する研究—幼児グループから通園施設・事業への展開過程を中心に—」執筆時期から継続して調査・検討してきた研究成果の一部である。そのため、調査実施から本研究発表まで年月が経過しており、本稿を執筆するにあたり改めて「日本大学研究倫理ガイドライン」を確認し、同ガイドラインを参照して執筆したものである。
- (4) 保谷市議会昭和57年第2回定例会藤村幸子議員一般質問。
- (5) 保谷市議会昭和56年第1回定例会野口泰治福祉部長議会答弁。
- (6) 保谷市議会昭和57年第2回定例会宮川俊一福祉部長議会答弁。
- (7) 保谷市議会昭和56年第4回定例会都丸哲也市長議会答弁。
- (8) 保谷市議会昭和57年第2回定例会都丸哲也市長議会答弁。

引用・参考文献

Norman Kent Denzin (1989). *The research act: A theoretical introduction to sociological*

methods. New York: McGraw-Hill.

Robert Edward Freeman (1984). *Strategic Management: A Stakeholder approach*. Harper Colins.

John Wilfred Meyer and B. Rowan (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, *American Journal of Sociology* 83(2), 340-363.

Mark C. Suchman (1995) Managing legitimacy: strategic and institutional approaches, *Academy of Management Review* 20(3), 571-610.

阿部哲美 (1999) 「障害乳幼児の地域療育システムの構築」「転換期の障害児教育」編集委員会編『転換期の障害児教育②障害乳幼児の療育・保育』三友社出版, 259-287.

安信淑 (1998) 「日本における早期療育の発展に関する基礎研究—韓国の課題解決を視座に入れて—」『東京学芸大学大学院修士学位論文 (障害児教育専攻障害児教育講座)』(未公刊).

飯田精一 (1967) 「精神薄弱者教育福祉対策」日本社会事業大学編『戦後日本の社会事業』勁草書房, 263-280.

宇田憲司・宇田裕子 (1983) 「舞鶴こども療育センター—肢体不自由児療法の変遷—」『共済医報』32(3), 312-318.

小原重信 (2011) 「プログラム戦略マネジメントと革新実行の仕組み—実践行動と理論適用の追求—」『国際P2M学会研究発表大会予稿集』2011Spring(0), 16-37.

大澤絢乃 (2016) 「障害乳幼児の地域支援としての児童発達支援」白百合女子大学生涯発達研究教育センター『生涯発達心理学研究』(8), 15-21.

北原康富 (2015) 「イノベーションとデザインプロセス」日本リアルオプション学会『リアルオプションと戦略』7(2), 8-16.

楠木建 (2011) 「イノベーションとマーケティング—価値次元の可視性と価値創造の論理—」日本マーケティング学会『マーケティングジャーナル』30(3), 50-66.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長「児童

- 発達支援ガイドラインについて」(平成29年7月24日付障発0724第1号)。
- 佐藤郁哉・山田真茂留(2004)『制度と文化—組織を動かす見えない力—』日本経済新聞社。
- 佐藤麗奈・菅野敦(2017)「施設一元化における障害幼児支援の現状と課題—児童発達支援を行う施設の調査を通して—」『東京学芸大学紀要総合教育科学系』68(2),453-468。
- 佐藤靖彦(1991)「障害児の療育・保育制度の問題点」全国障害者問題研究会『季刊障害者問題研究』67, 14-21。
- 清水唯一朗(2003)「日本におけるオーラルヒストリー—その現状と課題、方法論をめぐって—」『慶應義塾大学 G-SEC FCRONOS』Working Paper SeriesNo.03-004,1-11。
- Joseph Alois Schumpeter(1912) *Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung*. Duncker & Humblot (=1977, シュムペーター J.A. 著・塩野谷祐一・東畑精一・中山伊知郎訳『経済発展の理論—企業者利潤・資本・信用・利子および景気の回転に関する一研究—』(上), 岩波文庫。)
- 妹尾正(1988)「保谷市・こどもの発達センターひいらぎ著『地域の中ではぐくむ』」全国社会福祉協議会『月刊福祉』71(8),110-111。
- 全日本特殊教育研究連盟・日本精神薄弱者愛護協会・全日本精神薄弱者育成会共編(1984)『精神薄弱者問題白書』1983年版, 日本文化科学社。
- 全日本特殊教育研究連盟・日本精神薄弱者愛護協会・全日本精神薄弱者育成会共編(1988)『精神薄弱者問題白書』1987年版, 日本文化科学社。
- 武石彰・青島矢一・軽部大(2012)『イノベーションの理由—資源動員の創造的正当化』有斐閣。
- 田中謙(2016a)「地域における障害乳幼児支援体制に関する歴史的研究—東京都東村山市「幼児相談室」の創設の経緯と特質の分析を中心に—」日本子ども社会学会『子ども社会研究』22,119-137。
- 田中謙(2016b)「戦後日本における『通園事業』の展開過程の特質—1960～80年代の東京都市部を事例として—」『日本家政学会誌』67(5),276-284。
- 田中謙(2017)「戦後日本の障害乳幼児支援における通園施設および通園事業の展開過程の特質—障害乳幼児支援に係る政策および施策の動向と東京都の事例分析を通して—」社会福祉科学研究所『社会福祉科学研究』6,123-134。
- 田中謙(2021)「東京都旧保谷市における公立通園事業の展開過程と地方政治—行政組織と民間組織の組織間連携における戦略的協働に焦点を当てて—」日本社会福祉学会『社会福祉学』61(4),14-26。
- 「二十年のあゆみ」編集委員会編(1986)『二十年の歩み』千葉県社会福祉事業団。
- 土肥勲嗣(2020)「馬奈木昭雄弁護士オーラル・ヒストリー(1) 筑豊じん肺訴訟」『久留米大学法学』(81),196-169。
- 富永健一(2002)「訳者解説パーソンズの社会学理論—『人間の条件パラダイム』への道」T. パーソンズ著・富永健一・高城和義・盛山和夫・鈴木健之訳『人間の条件パラダイム—行為理論と人間の条件—』勁草書房,217-276。
- Peter Ferdinand Drucker(2002) *Managing in the Next Society*. Butterworth Heinemann. (=2002, P.F. ドラッカー著 上田惇生訳(2002)『ネクスト・ソサエティ—歴史が見たことのない未来がはじまる—』ダイヤモンド社。)
- 中村敏秀(1991)「地域療育センターの到達点と今後の課題—川崎市—」全国障害者問題研究会『季刊障害者問題研究』67,51-57。
- 中山幸枝(1996)「療育機能を地域に広げ子育て支援を—子どもが地域で生き生き暮らし育つための連携—」日本精神遅滞教育研究会『現場のための精薄教育』432,3-9。
- 中沢健監修保谷市・こどもの発達センターひいらぎ著(1988)『地域の中ではぐくむ—障害児の地域療育実践—』ぶどう社。
- 野川敏一(1984)「小規模通園事業(母子通園事業)におけるとりくみ」『障害児教育実践体系』第4巻乳幼児期, 労働旬報社,280-285。
- 野中郁次郎・紺野登(1999)『知識経営のすすめ—ナレッジマネジメントとその時代—』ちくま

- 新書.
- ひいらぎ教室編(1979)『ひいらぎ』6.
- ひいらぎ教室編(1980)『ひいらぎ』7.
- ひいらぎ教室編(1981)『ひいらぎ』8.
- 舟津昌平(2017)「現場に根ざしたイノベーション
正統化プロセス—モスフードサービスの『次
世代モス開発部』導入を題材とした事例研究—」
『日本経営学会誌』39(0),26-36.
- 保谷市こどもの発達センターひいらぎ編(1987)『ひ
いらぎ』14.
- 保谷市こどもの発達センターひいらぎ編(1988)『ひ
いらぎ』15.
- 保谷市こどもの発達センターひいらぎ編(1993)『平
成3年度保育・療育内容』.
- 宮田広善(2010)「障害者制度改革推進会議総
合福祉部会 資料」障がい者制度改革推進
会議総合福祉部会(第2回)資料, [https://
www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/
sougoufukusi/2010/05/0518-1.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/2010/05/0518-1.html) (Last
Access:20210626).
- 宮田広善(2014)「障害児通園施設の児童発達支援
センターへの一元化—『生活モデル』の発達
支援とは—」福祉労働編集委員会『福祉労働』
(144),18-26.
- 水野清(2012)「社会企業家による地域資源獲得の
プロセス分析—事業型NPOによる小水力発電
事業の事例から—」日本開発工学会『開発工学』
32(1),35-42.
- 山本貴史(2016)「アカデミアにおける特許出願の
意義とイノベーション—イノベーション立国
実現に向けて—」日本薬学会『ファルマシア』
52(3),205-209.
- 鍵水三千男(2013)「地方分権と政策法務-地方自治
体の実務担当者から見た条例制定権の可能性
と課題に関する一考察」『千葉大学法学論集』
28(1・2),293-349.
- 米倉誠一郎(2002)「イノベーション1」北川高嗣・
須藤修・西垣通・浜田純一・吉見俊哉・米本
昌平編集委員編『情報学事典』弘文堂,59-60.
- 柚木馥(1997)「心身障害児通園事業施設の位置づ
けとその問題」『岐阜大学教育学部研究報告人
文科学』46(1),143-170.
- 横畑泰希・板川知央(2019)「療育者の困難感に関
する研究—『子どもの療育をする上で困難に
感じていること』への自由記述回答からの分
析—」『東京未来大学保育・教職センター紀要』
(6),111-122.
- 涌田幸宏(2002)「正当性の構築と期待の形成—産
直型住宅運動の形成と持続化プロセスについ
ての一考察—」『三田商学研究』45(1),63-91.
- 涌田幸宏(2003)「市場の形成—国産材住宅の産直
システムの形成—」内藤勲編『価値創造の経
営学』中央経済社,49-80.
- 渡邊健治(2010)「障害幼児の特別支援教育」渡邊
健治・安藤房治・池本喜代正・三浦光哉編『特
別支援教育の基礎』田研出版,71-88.

砂川市立病院への医師集積についての歴史的検討

Historical Study on the Accumulation of Medical Doctors at Sunagawa City Medical Center

清水 芳 行 (北陸大学・北海学園大学博士後期課程)

Yoshiyuki SHIMIZU

要約：北海道の多くの過疎地域では医師不足を背景とする医療の過疎化が深刻であるが、砂川市においては砂川市立病院への医師集積を要因として医療提供体制が充実している。その要因としては、同病院への医療の集約化の動きや地域経済の衰退を背景とした周辺自治体病院の機能縮小、また地域医療の枠組みの中での医療機関の役割分担が進んだことが挙げられる。地域人口の減少が続く、地域の過疎化が深刻さを増す中、今後は砂川市立病院のダウンサイジングや周辺自治体病院の統廃合についての議論が必要となる。二次医療圏内における医療機能の調整過程での自治体間の議論が、ここでの地域医療の継続に大きな影響を与えるであろう。

キーワード：医師偏在、医師集積、過疎医療、二次医療圏、地域経済

1. はじめに

(1) 研究の背景と本稿の目的

北海道においては、医療機関勤務医師の半数以上が札幌市を含む札幌医療圏に集積しており、医師の地域偏在が著しい⁽¹⁾。人口10万人あたり医師数については、旭川市を含む上川中部医療圏が最も多く351.6人、次いで札幌医療圏の293.4人であり、全道平均243.1人を上回っているのはこの二つの医療圏だけである。一方で、多くの過疎地域では医師不足が顕著であり、人口10万人あたり医師数が道内21の二次医療圏で最も少ない根室医療圏では96.1人、日高医療圏101.4人、宗谷医療圏104.3人など、5つの医療圏では人口10万人あたり医師数が全道平均

の半数にも満たない⁽²⁾。

このような過疎地域では、地域医療のほとんどを地域の基幹医療機関である自治体病院が担っているが、近年ではその自治体病院の医師不足から医療機能の縮小を余儀なくされる事例も増えている。例えば、北空知医療圏の地域中核病院である深川市立病院では、2006年から2016年の期間で医師数が27人から15人に減少し、整形外科、皮膚科、産婦人科においては常勤医が不在となり、2015年4月からは分娩対応が不可能となっている。また、小児科医も一時期不在となった⁽³⁾。

このように、北海道の多くの過疎地域では医師不足を背景とする医療の過疎化が深刻であり、

(受理日：2022年1月31日)

地域医療の縮小が進んでいる。しかし、過疎地域の中でも本稿で取り上げる砂川市を含む中空知医療圏だけは様相が異なり、同医療圏の人口10万人あたり医師数は238.4人と、道内第3位の充実をみせている。また、地域中核病院である砂川市立病院が所在する砂川市の人口10万人あたり医療機関勤務医師数は587.8人と全道の市の中で最も多く、これは全道平均のおよそ2倍で、旭川市の350.4人、函館市の292.1人、札幌市の269.8人と比べても突出している。現在の砂川市における医療機関勤務医師の配置からみると、この現象の発現は砂川市立病院の機能充実に由来したものであることがわかる。実際に、同病院の医師数は2000年時点で46人であったものが2018年では98人と実に2倍以上に増加しており、砂川市の医師総数の9割以上を占めている⁽⁴⁾。

本稿の目的は、北海道砂川市でみられる医師集積の要因について、同市における医療提供の基幹である砂川市立病院の動向に関する時代的検討からその一端を明らかにすることである。道内多くの過疎地域自治体病院の機能が縮小する中で、なぜ砂川市立病院が継続的に医療機能を充実させ、また、医師を確保することが可能であったのか。その検討からは、今後の過疎地域自治体病院の機能継続や広域自治体病院連携体制の構築について一定の示唆が得られるであろう。

本稿では、砂川市立病院の動向については『砂川市立病院四十年史』や『砂川市立病院医学雑誌』、『砂川市史』などに依拠した。また、東洋高压工業北海道工業所(以下、東圧)に関連した事項については、やはり『砂川市史』をはじめ、『三井東圧化学北海道工業所五十年史』、社内報「北工東圧」、鈴木(2008)などに基づいて整理した。

本稿の構成は以下の通りである。

第2節では、砂川市立病院の沿革、発展の経過を辿り、同病院の医療機能の充実が医師をはじめとする医療従事者の集積にどのように作用したのかについて検討する。また、同病院への医療機能集中の経緯について地域経済や周辺自治体病院との関係性から論じる。その中で、戦後復興期において砂川市の経済、市街地形成に大きな影響を与えた東圧については、同企業立病院である東洋高压病院を有していたことから、同企業の盛衰が砂川市立病院の発展や地域医療に与えた影響についても簡潔に考察したい。第3節では、砂川市立病院の発展が患者数や診療単価、居住地別患者分布等にどのような影響を与えたのかについて検討する。同病院が所在する中空知医療圏の一人当たり実質医療費が、全国334の二次医療圏の中で上から3番目と極めて高い水準であることから、その要因について、特に同病院の存在が地域の医療需要を誘発したのではないかと問いに対して検討を加えることは有意義であると考え⁽⁵⁾。第4節では、本稿で検討した内容について医療政策や地域産業との関連性から考察し、また、自治体病院が地域住民に果たす役割や今後のこの地域における医療の課題について簡潔にまとめる。

(2) 関連先行研究のレビュー

本稿の課題に隣接した関連先行研究について整理しておく。

大山(1975)は、道内各支庁の「過疎率」と「無医地区」の分析から、留萌、後志、空知など過疎率が高い地域において無医地区の分布が多いとし、また市部・郡部間において医師の量的格差の拡大がみられると指摘している。さらに、このような医師不足とその地域偏在の進行は集落の住民を対象とした末端診療機関の閉鎖や休

診を必然化し、住民への医療サービス機能が著しく低下したと述べている。この論文では、「過疎」とそこでの「医療問題」とを関連付けて捉えることで「医療における地域性」を描き、地域医療の構造を分析している。また、わずかに「医師の地域偏在」への言及もみられる。しかし、過疎医療や医師偏在の発生要因については検討されていない。

秋野(2007)は、北海道における地域医療の確保に課題を設定し、医師不足や医師偏在の状況について整理している。地方における医師不足の要因を2004年の医師臨床研修必修化に求め、大学病院での医師不足に伴う大学医局による地方医療機関勤務医師の引き上げや医師派遣中止が地域医療を厳しい状況に追い込んだと分析している。また、北海道においては公的病院における医師確保の大学依存度が高いので、地方自治体病院の医師不足についてはそのことの影響が非常に大きいとしている。

また、清水(2021a)は、北海道における医師偏在を地域経済学的視点から分析している。道内における医師の地域偏在は明治期には既に確認され、それが現在まで解決されることなく継続しているとし、医師偏在の要因を「産業構造の変遷」に求めている。北海道においては国策産業が栄えた地域に医師が集積し、その産業の衰退に伴う医師の行動変容から新たな産業発展地域へと医師の移動が起きていたと分析し、今後も人口減少が続くと予想される過疎地域における地域医療の継続性や、地域住民にとっての医療の機会均等が担保されるのかといった点について懸念を示している。秋野(2007)と同様に、北海道における医師臨床研修必修化が地域の医師数の増減に与えた影響についても分析し、檜山、宗谷、オホーツクといった沿岸部の過疎地域においてはその影響から医師数が大きく減

少したと指摘している。

これらの研究では、北海道における医師偏在の要因について医療政策や地域の産業構造の変遷から検討しており、本研究の課題に隣接するものである。しかし、その視点はあくまで都市―過疎地域間における医師偏在、即ち医師の都市部への集積と過疎地域からの撤退といった現象に置かれており、過疎地域自治体病院への医師集積の要因について検討した本稿の分析視点とは異なるものである。

大橋(2010)においても、北海道の地域医療の現状把握や医療の地域格差についての指摘や自治体病院を中心とした地域医療連携の必要性についての提起が行われているが、その分析は単位人口あたり医師数や無医地区人口を根拠とした表面的なものに限られている。

また、自治体病院の歴史や関連する医療問題について検討したものとして伊関(2014)がある。これは、自治体病院の変遷や財政問題について時代の政治や社会、医療政策から整理したものであるが、その中で医師不足問題の発生要因についても検討している。「人口あたり医師数の少なさ」、「医療の高度・専門化」、「国民の高齢化」をその重要な要因として挙げており、また医師臨床研修必修化が地方自治体病院の医師不足を深刻化させたと指摘している。本研究は「自治体病院の存在意義」をテーマに掲げ、自治体病院問題について深めたものとして評価することができる。しかし、過疎地域に所在する単一自治体病院への医師集積の要因について、医療政策の変遷や医療機関の相互関係から歴史的に検討した本稿とはやはり分析の視点が異なるものである。

このように、北海道における医師不足問題および医師偏在問題について検討したものや自治体病院問題について踏み込んだ先行研究は存在

するが、砂川市立病院への医師集積に関する検討を行ったものは管見の限り見当たらなかった。人口減少の続く過疎地域自治体病院への医師集積といった特異な現象がこれまで見過ごされてきたと言える。本稿では、先行研究において検討されてこなかったこの現象に焦点を当てる。

砂川市、砂川市立病院の医療提供体制は、地域経済の変容や医療政策の変化を受けて発展を遂げてきた。多くの旧産炭地域を含む地域医療圏において、地域産業の急激な衰退に伴う周辺自治体の医療機能縮小を追い風に、地域の医療需要を一手に吸収することで患者数は安定的に増加した。また、医療法改正に伴う二次医療圏毎の地域医療構想の策定、交通網の発達による交通事故増加を背景とした救急医療センター指定、医師臨床研修必修化による地方の医師不足と医師集約化の動きなど、医療を取り巻く社会的、政策的な背景も砂川市立病院の発展にとってプラスの影響を及ぼしてきた。つまり、単一の自治体病院の発展を歴史的に検討することで、それに関連する地域経済の動態を捉えることが一定的に可能であるとの見方もできであろうし、また、政策医療の受け皿としての自治体病院の役割や医療機能の時代的変遷についても理解することができよう。

2. 砂川市立病院の成立と発展

本節では、砂川市立病院の発展の過程について病院開設から順に整理する。

先に簡潔に要点を述べると、砂川市立病院が現在のような発展を遂げた要所は、①救急医療センターの設置(1971年)、②中空知地域センター病院指定(1982年)、③医師臨床研修必修化および地域周産期母子医療センター指定(2004年)であり、それぞれ当時の社会情勢や医療問題に対応したものであった。もちろん、

医療経営的側面から同病院が採算性を高めるために独自に医療機能の充実を図ったことは事実であろうが、それに加え、このような医療政策的要因を背景とした医療の時代的潮流に乗じた発展であったとも言えよう。

(1) 砂川市立病院の現況と地域での役割

砂川市立病院は、2021年4月1日現在、標榜診療科目28科、総病床数498床(一般408床・精神80床・結核6床・感染症4床、※救命救急センター18床)、職員数1,023人(うち医師106人)を擁する空知地方の基幹病院である。北海道から中空知地域医療センター、地域救命救急センター、地域周産期母子医療センターなどの指定を受け地域住民に対して高度急性期医療を提供しており、また、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、第2種感染症指定医療機関としても機能している。2020年度の1日平均患者数は入院340.6人、外来921.4人であった⁽⁶⁾。

北海道の市立病院、町立病院、および国民健康保険病院78施設の中で、総病床数が400床を超えるのは、市立札幌病院(747床)、市立函館病院(668床)、市立釧路総合病院(643床)、市立室蘭総合病院(549床)、砂川市立病院(498床)、市立旭川病院(478床)、岩見沢市立総合病院(484床)の7施設のみである⁽⁷⁾。それぞれの病院が所在する都市の人口(住民基本台帳人口、2020年1月1日現在)は、札幌市1,959,313人、函館市255,308人、釧路市168,086人、室蘭市82,977人、砂川市16,848人、旭川市334,070人、岩見沢市80,410人である。自治体による住民に対する医療サービス提供の充実度について、当該自治体病院の医師数や病床数などとそれぞれの自治体の人口規模とを照らし合わせてみた場合に、砂川市の自治体医療は他都市と比較して充実しているとの見方ができる。また、それは

中空知医療圏に属する他自治体の住民にとっての医療の充実ともいえよう。

同病院の経営形態については、2014年4月から地方公営企業法全部適応⁽⁸⁾へと移行しており、病院事業管理者などによる迅速な意思決定および経営判断により積極的な経営改善に努めているが、経営収支は赤字続きであり、一部一般会計からの繰入に依存している。

また、2017年3月に策定された「砂川市立病院改革プラン」においては、同病院が抱える課題として、①砂川市・中空知医療圏の高齢化率増加、人口の大幅な減少による患者数の減少および医療スタッフ確保困難、②中空知医療圏の回復期機能病床が少ないことによる同病院の急性期医療への専念の限界、③開業医不足に起因した地域患者の直接来院によるスタッフの疲弊、などを挙げ、地域医療構想・地域包括ケアシステムを踏まえた今後の市立病院の役割について言及している。

いずれにしても、砂川市立病院は中空知医療圏のみならず空知地方全体の中核医療機関として圧倒的な規模と高度医療体制を有し、地域医療の中心を担っていることは間違いない。もし仮に、今後砂川市立病院が現在の診療体制を維持できなくなった場合には、札幌と旭川とに挟まれた広大なこの地方の救急医療、特に心臓血管、脳血管、母子周産期等については深刻な状況に陥るであろうことは想像に難くない。また、同病院が地域完結型医療の最上部に位置していることから、地域の医療連携システムに対して甚大な影響を及ぼすことは明らかであろう。

(2) 病院開設と初期の動向

1936年1月に、町民有志により「公営医療保護施設ニ付陳情」がなされたことが砂川市における自治体病院開設の契機である。当時の砂川

町は、行政上の中心地であった砂川地区、産炭地域であった上砂川地区、はやくから産業組合が発展した奈井江地区に3分されていた。上砂川および奈井江では、それぞれ三井砂川鉱業所病院(1918年開設)、奈井江協済病院(1935年開設)が地域医療を支えていたが、砂川地区には診療所、歯科医院が2施設ずつと医療環境が乏しく、同地区の小作農民や日雇い労働者を中心に町立病院開設の要望が強まっていった⁽⁹⁾。しかし、このような町立病院設置の要望について、産業組合立病院を開設したばかりの奈井江地区の議員からの反発が強く、町会は紛糾し、病院開設問題は奈井江分村問題にまで発展した。最終的には1936年12月の町会に「町立病院設置目論見書」が提出され、満場一致で可決された。

その後、当時の社会情勢に起因した建設鋼材の確保困難や町の財政難から病院建設計画は難航した。特に、病院建設の起債の決定にあたっては、道庁から病院建設後の健全経営策と物価の高騰による財源不足対策についての誓約書の提出を求められ、町長は1939年8月に道庁長官に対し誓約書を提出した。

その中で、この町立病院の建設・運営と当時の地域経済を支えていた石炭産業、硫安産業との財政的な結びつきについて想起させる次のような記述がある⁽¹⁰⁾。

誓約書(要旨)

二、赤字を出した場合の対応策

病院の収支計画は、既設の町村立病院の実績を参考として、収入をそれより更に低く見積もっているもので、収支の均衡がとれない場合は、先ず医療費の値上げを行い、それでも不足の場合は一般会計から繰り入れる。一般会計から繰り入れる場合の財源としては、鉱産税附加税を大体100万屯を基礎に収入を計上しているが、

目下、建設に着手した東洋高圧の硫安工場、住友鉱業の化学工場の事業開始により石炭の需要が増加するので、200万屯程度の出炭を必要とすることになり、鉱産税附加税も著しく増収することが予想され、他の税収入も増加することになるので、繰り入れは容易になる。しかし、人口の増加によって小学校の新增改築が必要になるが、従来、三井も住友も鉱業所の事業拡張に基く新增改築費及び備品費は全部会社が負担する慣例となっているので、単に教員の給料および需用費がふえるだけで、なお余裕が得られる見込みである。もし、余裕金のない場合には、会社、工場、有志の寄付を求め一挙に元利金の繰上償還を行い、経営の改善を断行するので、どんな場合になっても経営の心配はない。

このように、病院建設に不可欠であった起債の決定にあたり、地域産業の発展による税収の増加を根拠に病院の安定的経営を見込んでいたことから、当時の地域産業が行政運営に対して直接的間接的に強い影響を与えていたことがわかる。つまり、町民の医療への要請を契機としたこの町立病院開設計画は、地域の石炭化学工業の発展を基盤とした財政的裏付けを背景に達成されたものであり、ここでは地域経済と医療との関係性が示唆されるのである。

(3) 戦後復興期の病院情勢

1940年11月に竣工した砂川町立社会病院は、敷地面積3,000坪、建坪482坪、実病床数34床、職員数は医師4名、看護師17名、薬剤師1名、X線技士1名を含む計41名で診療を開始した。「昭和15年砂川町事務報告書」によると、「本病院は設立の趣旨ニ従ヒ最モ近代的医療設備ヲ有スル綜合病院トシテ毎日壱百余人ノ病客を迎へ、(後略)」とあり、北海道大学医学部から各

科の権威を迎え、地域の基幹病院として町民の信頼を得ていた。設置診療科については、内科、外科、産婦人科、耳鼻咽喉科であった⁽¹¹⁾。

しかし、診療開始直後から病床の不足や施設の狭隘を認識するに至り、1942年11月、町長は町会に対して病院増築協議案を提出し、可決された。

その後、戦局激化に伴う資材、労働力不足などにより工期は遅延していたが、終戦後の1947年5月の全面完成に目途がつき、北大眼科から医師を迎えるなどして診療体制の整備を進めた。

しかし、完成目前の1947年1月11日、ボイラー室から出火し、病院本館および付属建物、看護師宿舎等が全焼した。

町は応急対策として、役場2階の大会議室を間仕切り病棟として割り当て、階下を診療棟と管理棟に使用することにした。その後、1948年5月に病院復旧第1期工事に着手し、第3期工事が完了し病院機能が全面移行したのは1950年6月のことであった。1952年9月には小児科が新設され、11月からは入院患者への給食が開始された。

しかし、この頃から病院経営が極端に悪化し、赤字経営に強い危機感の抱いた町議会議員運営協議会が、町立病院の日本赤十字社(以下、日赤)への運営委託を検討するに至った。この赤字の原因については、病院火災に由来した災害復旧償還金の支払いに加え、医療単価の据え置き、病床数の相対的不足、人件費の増大などとされた。また、当時の病院利用患者が砂川町民4割、他町村民6割であったことも、町立病院の存在意義に関する議論を招いた⁽¹²⁾。

結局、調査の結果、日赤への移管には施設の整備等厳しい条件があることが明らかとなり、移管は断念、自主再建への道を進むことになっ

た。自主再建案として、1953年3月、診療費の1点単価を従来の15円から18円(町外居住者は20円)に引き上げることを決議、また入院病床35床の実質増床、医療機能充実のため1953年8月には近隣病院に先駆けてX線断層撮影装置を導入し、診療体制を整備した。その後、1955年には結核病棟の建設に着手し、結核病床54床の増加によって、総病床数は217床となった。また、それまでの北大医局との連携に加え、札幌医科大学からの医師派遣を受け、1955年5月には皮膚泌尿器科が新設された。

このように、戦後の町立病院の運営は、火災の発生による物理的被害や経済的損失などを要因として困難を極めた。しかし、そのような状況にあっても、病院機能の充実、診療科の増設を図り、1957年7月22日付けで北海道知事から総合病院としての承認を受けるなど、地域医療の中心として発展を遂げた。

(4) 市制施行以降の発展と経営危機

市制の施行に伴い1958年7月1日付で改称した砂川市立病院は、その後順調な発展をみせた。

1958年当時の病棟機能については、病棟数2棟・210床で、内訳は内科125床、小児科7床、外科42床、皮膚泌尿器科11床、産婦人科15床、耳鼻咽喉科10床であった。医師13名、常時勤務看護婦60名などを擁していた。

1959年7月には札幌医大からの医師派遣により整形外科が設置され、それに伴い1961年10月に整形外科病棟24床が増床された。また、地域での精神病患者入院の要望に応えるべく、1958年12月に53床の精神病棟を開設、医師は札幌医大神経精神科から着任した。この精神病棟の病床利用率は1960年時点で110~125%で推移し常に満床状態であったことから、1962年3月に54床の第2病棟が新設された。

しかしその後、1961年および1962年に発生した砂川市の大水害による減収および災害復旧費の負担に加え、診療機能向上のための設備投資償還金の増加、人件費、物件費等の上昇によって、砂川市立病院の経営は再び危機的状況に陥った。不良債務は1962年時点で4,200万円、1963年度には5,900万円に達し、これは医業収益の30%におよぶ状態であった。この事態を憂慮した市議会社会文教委員会は、本会議に病院事業の調査報告に添えて13項目から成る意見書を提出した。その中では、合理的な病院規模の計画策定の必要性、利用圏の確保、周辺自治体病院との競争力向上のための病院新築計画、市消費経済に及ぼす影響についての再認識、等について言及され、また、病院経営の困難性についての国及び道の医療行政の責任についても挙げ、特別交付税の増額や基幹病院に対する特別な補助、融資制度の新設、といった具体的な改善策についても要望している。

1964年には、自治省公営企業課および全国自治体病院協議会による現地視察などを基にした「砂川市立病院経営診断報告書」が提出され、市は翌1965年に「砂川市立病院事業再建計画」を策定し、市議会で可決された。この計画は、病院企業の合理化を強く求める一方、新院舎の改築と一般会計の財政援助を含むものであった。

また、慢性的な経営不振からの脱却のために院内全般の運営見直しが求められた。

具体的には、①入院患者の増加、②放射線撮影件数の増加、③臨床検査件数の増加、などの達成による診療単価増と、院内医療機能の集中による診療の効率化、パートタイマー職員の採用や単純労務の外部委託などによる経費削減策を採った結果、病院の財政収支は急速に好転し、1966年度には病院事業会計が単独で4千5百万円の繰上償還を達成し、病院経営は再び軌道に

乗った。

このように、高度経済成長期初期において、砂川市立病院は診療科の新設や入院病床の増床などにより発展を遂げ、地域での医療的存在感が増した。しかし、自然災害による病院機能面への悪影響や病院本体の老朽化、また病院経営の非効率化などから、一時期病院財政は危機的状況となった。

伊関(2014)は、このような自治体病院の経営危機は国民皆保険達成以降に全国的にみられたものであるとして、その要因について尾口(1970)、同(1972)などから主に次のように分析している⁽¹³⁾。

①社会保険診療報酬が、保険財政を守るため、医療の実態を無視して必要以上に抑えられていた。

②その診療報酬は、開業医の移行を強く反映した当時の日本医師会の強い政治力の影響で、薬品偏重、技術軽視の体系が温存され、入院を受け入れると採算割れとなるような、病院にとって著しく不利なものであった。

③診療報酬は全国全施設画一性、出来高払制を採用しているため、採算的には医療の質的水準を落とせば利益が生じ、水準を上げれば損失が生じることから、適正医療の確保、医療水準の向上を本来のあり方とする自治体病院には特に不利になっていた。

④交通の悪い地域でも一定のレベルの医療を提供せざるを得ず、これらの医療は採算割れとなる構造があった。

⑤当時、社会保険の非弾力的な料金制から病院経営を守るため、入院料差額として医業収入の10~20%に相当する差額料金を徴収している病院が多かったが、自治体病院は病院主体の性格から多額の追加料金の徴収が難しかった。

⑥自治体病院の職員給与が、国家公務員に準じる原則をとっていることから、他の病院経営主体よりも著しく高いこと。

⑦国民皆保険の達成により国民の医療需要が増大し、昭和20年代は余裕のあった医師の雇用が地方を中心に厳しくなり、医師給与が大幅に高騰していた。

⑧医師の欠員補充が困難なため、収入が減少している病院があった。

⑨時代の変化により、ほかの病院との競合が生じている病院があった。

⑩病院経営に対する厳しさに欠け、親方日の丸意識から抜けきれない病院が多かった。

このような指摘は、正に当時の砂川市立病院が陥っていた医療的、経営的ジレンマを示しているが、同病院はその困難を更なる医療機能の充実と経営努力で乗り越え、その後の地域中核病院としての発展への礎を築いたのであった。

(5) 地域産業と自治体医療—石炭化学産業との関連を中心に—

次に、戦前から戦後復興期にかけて砂川市の地域経済、人口構造に大きな影響を与えていた東洋高压工業北海道工業所について、この企業の存在が砂川市立病院の発展に与えた影響を中心に検討する。東圧が有していた東洋高压病院は、最盛期には内科、外科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、歯科などの診療科を持つ総合病院として東圧職員およびその家族に対して当時としては高いレベルの医療を提供していた。しかし、1960年代に入るとエネルギー革命に伴う企業合理化、砂川市立病院の発展と国民皆保険達成による患者の企業外流出などが相まって、東圧病院の存在意義は徐々に薄れていった。また、1968年に同病院が閉鎖され診療所化された際

には、事実上その入院機能は砂川市立病院へ移管された。

ここでは、鈴木(2008)や社史、社内報などをもとに、企業と自治体医療との関連性を中心に整理する。

①東洋高压工業の砂川進出と町立病院開設

東洋高压工業は、1933年に三井鉱山などの出資によって設立され、福岡県大牟田市で石炭を原料に硫安を製造していた。戦時下における食糧確保に不可欠な肥料増産が内閣の重要国策として取り上げられたことから、硫安の大規模工場建設が計画され、原材料の石炭や製造過程で必要な工業用水の調達が容易な砂川町が候補地のひとつに挙げられた。他に北海道では留萌、滝川、輪西が候補に挙がっていたが、最終的には三井砂川鉱業所や砂川町官民の熱心な誘致活動などが奏功し、1938年7月に砂川での工場新設が最終決定された。この従業員およびその家族合わせて約1万人が見込まれる大規模工場の誘致成功は、先に述べたように当時難航していた砂川町立病院建設のための起債決定に対し有利に働いた。企業誘致による税収増加の見込みに加え、医療的側面からは地域人口急増に対応するための自治体医療充実の必要性が町立病院建設を後押ししたものと考えられる。つまり、そこには地域経済活性化による病院の安定的経営の担保および社会保障としての医療への要求が相乗的に作用したのである。

②福利厚生と医療

当時の砂川は、炭鉱のあった上砂川地区を含め人口約2万7,000人の農村地帯に過ぎず、会社としては大量の労働力確保のために社宅や浴場をはじめとする福利厚生施設を整備する必要があった。まず、工場建設に先行して1940年に第1期計画に伴う従業員1,300人とその家族を含む7,000人を収容するための大社宅群の建

設に着手した。また、その後は役職員住宅やアパート、独身者用寮などが整備された。さらには映画鑑賞や観劇のための厚生会館、食料をはじめとする生活物資の配給を担う売店(配給所)、戦後には陸上グラウンドや野球場などの各種スポーツ施設が次々と建設された。

職員および家族に対する医療提供のはじまりは、1941年5月に北海道大学病院から嘱託医を招聘し診療を開始したものである。当初は内科、外科、歯科程度であったが、戦後1948年11月には東洋高压病院として総合病院に発展し、他に診療所も併設していた。

1959年時点での砂川市における医療提供体制は、病院は砂川市立病院と東洋高压病院の2施設、診療所は個人開業医が5施設、東圧の診療所が1施設の計6施設、病床数は砂川市立病院263床、東圧病院60床の計323床、医師数は砂川市立病院12人、個人開業医5人、東圧病院関連8人の計25名であった。また、1960年の国勢調査による砂川市の人口は3万1,750人で、そのうち三井東圧地区の住民数は9,095人と総人口の約3分の1を占めていた。このように当時の砂川の医療は、砂川市および周辺自治体住民を対象とした自治体医療と、職員および家族に対する健康管理、福利厚生の色が強い企業体医療の2本から成り立ち、基本的には双方が交差することはなかったと思われるが、一部診療科あるいは東圧病院の診療機能では対応できない患者については砂川市立病院へ流出しており、このことは次第に東圧病院の経営に影響を与えるようになった。

③東圧病院の終焉と市立病院への機能移管

東圧北海道工場の社内報である「北工東圧」には、1965年頃から度々東圧病院の経営問題や社員の社外病院利用の問題点等についての記事掲載がされるようになった。

例えば、1965年9月15日発行の第716号には「我々の病院を育てよう」との病院所属組合員からの投稿記事が掲載されている。その中では、職員からの東圧病院に対する不満や同病院の存在価値を問う声があるとし、また1964年のデータをもとに、社外病院利用についての実態を示している。同年の東圧病院利用件数は9万3,847件(57%)、社外病院利用7万2,252件(43%)であり、金額的には東圧病院利用が32,069,000円(51%)、社外病院利用が31,377,000円(49%)であった。つまり、同企業関連の医療需要の半数近くが社外、具体的にはその多くが砂川市立病院に流出していたことがわかる。その要因としては、①砂川市立病院の発展および診療機能の充実、②1961年の国民皆保険の実現による医療機関へのフリーアクセスの担保、③道路・交通網の発達による社外病院への通院の容易化、などが挙げられる。石炭化学工業成長期においては、職員および家族の福利厚生として、また従業員の健康管理による労働力確保を目的として機能していた東圧病院は、産業衰退期には企業合理化による診療対象自体の減少、周辺自治体病院の発展等による医療需要の流出などにより経営悪化を招き、最終的には1968年4月に閉鎖・診療所化された。

一方、砂川市立病院の立場からすれば東圧関連患者の増加は歓迎されるものであった。特に1960年代に入ってから病院の経営危機の際には、前述したように入院患者の増加や各種検査件数の増加による経営の立て直しが急務で、そのような状況下において市内の医療需要を吸収できたことは病院の財政収支の改善に大きく寄与した。また、1966年の砂川市立病院改築計画の実施過程において、第2期工事が前倒しされ一般病床の増床が急がれたことは東圧病院閉鎖に伴う地域医療縮小を危惧したものであり、

自治体と東圧との綿密な調整の結果であった。

④小括

戦後復興期において、東圧の発展が砂川市の経済に与えた影響は極めて大きいものがあった。それは、1950年代初頭における砂川の工業生産額の約90%が硫安、アンモニア、尿素であったことから理解されるであろう。また、東圧関連人口の増加は地域の商業の発展に寄与し、1955年以降、砂川の商店街は次々に新しい店が建てられ、近代的な街の様相が出現してきたとされる⁽¹⁴⁾。

このような状況の中、東圧病院も発展を遂げ、従業員や家族を対象とした医療を展開していたわけであるが、先に述べたような理由から患者の受療動向は変容し、次第に需要が砂川市立病院に流れるようになった。つまり、福利厚生の一環として存在していた企業医療が、医療制度の整備により患者の医療機関選択の自由度が高まったことにより存在価値を失い、またそこに石炭化学産業の衰退による企業の医療機能への投資も現実的なものではなくなったといった事情も相まって、東圧病院は衰退したのである。そして、そこでの医療需要を砂川市が引き取ったことにより、地域医療の需給調整がなされ、砂川市立病院はさらなる発展を遂げたのである。

(6) 高度経済成長後期の動向—救急医療センターの設置—

1965年度に入ると、病院改築計画が具体化し、1966年1月、市長により砂川市立病院改築計画についての諮問案が議会に提出された。

当初の建築計画は、一般病床223床および80人収容の看護婦宿舎を全面改築し、一般病床50床(研究室棟)と結核病棟54床および高等看護学院(看護婦宿舎を改造)を新院舎西側に移設するというものであった。しかし、1967年に

なると、この研究室棟と結核病棟の移設改造を中止し、第二期工事として予定されていた本館6階への積み上げ工事を繰り上げ施行し、そこに一般病床および結核病床計104床を設置する提案がなされた。

その背景については、建設基準法との関係や新築後の病床運営の関係などが指摘されているが、地域医療との関係性でいえば、東洋高压病院の廃止、診療所化の動きが強く作用したものであった。

新病院は1968年7月に竣工し、同月15日から新病院での診療が開始された。

その後、1970年1月に道衛生部医務課から救急医療センター設置の意向があり、その設置についての院内協議が開始された。

救急医療センターは、経済の高度成長に伴う自動車の増加、自動車事故件数の急増に対応するものとして、運輸省と厚生省が1966年から全国的に設置を推進していたものであり、道内ではそれまでに札幌を除いて1967年に市立室蘭病院、1968年に市立函館病院、1969年に旭川赤十字病院に設置されており、次いで1970年度の事業として、国道12号線の交通事故多発地帯に位置する砂川市立病院への整備が検討されたものであるとされる⁽¹⁵⁾。

設置に関する院内調整の過程では、救急患者の増加による医師をはじめとする医療従事者の疲弊への不安、脳神経外科設置による病院経営圧迫への懸念などが示されたが、結果的に設置実現に向けての調整が進み、医師確保については札幌医大から脳神経外科医を、また麻酔科医は北大および札幌医大双方から出張医の派遣を受けそれぞれの診療科を新設し運営することとなった。

救命医療センターの新設に伴う総工事費は1億2千万円余で、救急外来診療棟の新設、脳神

経外科病棟の新設などで、入院ベッド35床が増床された。また、外科用X線装置、血管連続撮影装置、自動低体温装置をはじめとする最新鋭の医療機器が配備され、1971年6月に竣工し、診療を開始した。

歴史的に振り返った場合、この救急医療センターの設置は、砂川市立病院が地域の中核病院として圧倒的な発展を遂げる第一の契機であったと言えるであろう。それは、単に医療機能の充実についてだけではなく、道医療行政との結びつきを強めた点においても非常に重要な要素を含み、このことはその後の道による中空知地域センター病院指定への伏線となったのである⁽¹⁶⁾。

(7) 地域センター病院の指定と地域医療計画

救急医療センター指定以降、同病院の医療機能の充実はさらに加速した。主なものを挙げると、①核医学装置の導入(1973年および1974年)、②放射線科の設置(1974年)、③精神病棟改築(1974年)、④リハビリテーションセンターの開設(1975年)、⑤がん診療施設(リニアック)の設置、がん診療棟の整備(1976年)、⑥CTスキヤナの設置、CT室新設(1977年)、⑦高性能CTスキヤナ設置(1980年)、⑧手術室の拡充、麻酔科の常勤化(1980年)などであり、このほか臨床検査室の充実や医療事務のコンピュータ化などを進め、診療体制のシステム化を図った。

このように急速に医療機能を充実させた要因については、医療的側面からは1973年の70歳以上の老人医療費の無料化に伴う高齢者の受療率の高まり、医療を取り巻く社会問題として顕在化した医師や医療従事者の不足に対応するための職場環境の整備などが挙げられるであろうし、また、地域医療の観点からは、周辺炭鉱病院の衰退、近隣自治体病院との競合等が指摘さ

れる⁽¹⁷⁾。

また、同病院は1982年に道から中空知地域センター病院の指定を受けた。この指定については、1980年に道が策定した「北海道保健医療基本計画」に基づく中空知に各医療機関の機能的システム化を目的としたものであり、指定による国庫および道費補助による医療機能整備が見込まれた。指定の基準には、病院の人的構成、施設内容、診断実績などが要素となっており、その時点で同病院は地域において圧倒的な実績があったものの、他に指定を希望する動きがあり、中空知地域保健医療対策協議会での調整作業は難航したとされる⁽¹⁸⁾。しかし、砂川市のこの指定に対する強い意欲や救急医療センター指定を受けていた実績などが評価され、最終的にはこの指定を勝ち取り、その後、院舎の増築をはじめ、高度医療機器の充実や患者サービスの向上を図った。1983年には、地域センター病院整備費補助金(増改築 1億300万円、医療機器整備 5千万円)、センター病院等拡充強化事業費補助金(医療機器整備 670万円)を受けた。また、1982年度から1985年度までに、新館増築(100床増床)(1983年)、形成外科開設(1983年)、CCU(循環器集中治療室)開設(1984年)、ICU(集中治療室)開設(1985年)、手術室増設、血管造影室設置(1985年)胸部外科開設(1985年)、MRI室の開設(1988年)など、立て続けに新規事業を達成した。

このように、この中空知地域センター病院の指定は、砂川市立病院の機能充実に対して極めて大きな影響を与えた。1980年の道による「北海道保健医療基本計画」の策定は、1986年の第1次医療法改正を見据えたものであったことから、医療費抑制を目的とした地域医療への政策的介入が、結果的に砂川市立病院の存在感を高めることになったとも言えよう。また、周辺

自治体の地域医療が衰退していく中、そこでの医療需要を医療資源の効率的活用、医療機関の機能分担と連携を促進といった医療法改正の趣旨にしたがい合理的に吸収することで、地域の同病院への医療依存度が高まっていったのである。

(8) 地域における医療機能の一極集中化

1990年代から2000年代初頭においても、人工透析室(30床)の設置(1995年)、循環器科開設(1997年)、高気圧酸素治療室設置(1997年)、神経内科開設(2003年)といったように医療機能の充実を図り、また、災害拠点病院指定(1997年)、第2種感染症指定医療機関指定(1999年)、へき地医療拠点病院指定(2003年)、単独型臨床研修病院指定(2003年)を受け、地域医療の枠組みの中で同病院が果たす役割はますます高まった。

そのような動きの中で、砂川市立病院への医療機能集中について特に特徴的であったのは2004年9月の中空知産婦人科医療センター化および地域周産期母子医療センター指定であろう。

これは、全国的な産婦人科医の不足を背景に、中空知地方の産婦人科診療機能、つまり医師や分娩・入院機能を砂川市立病院に集積させ、滝川市立病院および市立美唄病院での産婦人科入院病棟を閉鎖し、外来診療のみについて砂川市立病院から産婦人科医師を派遣するといった、いわゆるサテライト方式を実現させたものである。

このような産科医療の集約化・重点化には医師派遣元の北大産婦人科医局の意向が強くはたらいいたものとされ、実際に医局では産婦人科医療のセンター化についての行動計画を策定し、道や関係各自治体、また地域住民への理解と協力を求めた。この計画が打ち出された当初、滝

川市立病院や市立美唄病院では独自に産婦人科医を募集するなどして自立の方向性を模索したとのことであるが、結果的にそれは叶わず、両病院の常勤産婦人科医は不在となった。またこの時期、札幌医大から医師派遣を受けていた赤平市立病院においても産婦人科常勤医師がいなくなり、出張医師が外来診療のみを行うこととなり、赤平市民の分娩や産婦人科救急も砂川市立病院が担うこととなった。さらに、芦別市立病院、美唄労災病院でも分娩を休止するとの動きがあり、それらでの産婦人科医療機能も実質的に砂川市立病院集約されることとなったのである⁽¹⁹⁾。

その他にも、2003年の脳神経センター開設を契機とした「脳卒中地域連携パス」の開発・運用や「大腿骨パス」を活用した地域医療連携体制を構築し、また、2005年10月には「砂川市・奈井江町医療連携協定」を締結するなどして、地域との協力体制構築を推進した。

一方で、病院改築を含めたハード面での整備については、2001年度に開始された砂川市第5期総合計画の重点課題に「市立病院改築の促進」が挙げられ、一時期、市町村合併協議の中で新市自治体病院の建設議論といった曲折があったものの、合併協議破綻後の2005年6月には新病院改築基本計画が策定された。この病院改築事業は、砂川市始まって以来の大型工事として地元経済の活性化が見込まれ、地元各業界の期待は大きいものがあつたとされる。その後、2006年10月に基本設計、2008年2月には実施設計が取りまとめられ、2008年9月に本館工事開始、2010年8月、新本館竣工、10月28日に新本館が開院した。

その後、地域救命救急センター指定(2011年)、救命集中治療センター、救命救急センター設置(2012年)、ハイブリッド手術室稼働開始、

周産期医療センターおよび腎透析センター開設(2014年)、新生児集中治療室、脳神経センター設置(2016年)など、砂川市立病院はこの地域の中で圧倒的な医療機能を誇る高度急性期病院へと発展を遂げた。一方、近年では、地域包括ケア病棟(44床)の設置、緩和ケア病床の(10床)運用開始といった慢性期医療への関心もみられ、また2016年には「中空知医療連携ネットワークシステム」の運用を開始し、いわゆる地域完結型医療と介護への転換を模索する動きもみられる。

次に、この時期における同病院の人的医療提供体制の推移について検討する。

先に述べた産婦人科医の全国的な不足に代表される診療科単体での医師不足問題に加えて、過疎医療地域での医師不足を招いた大きな要因として、2004年に開始された医師臨床研修必修化を挙げるものは数多く存在する⁽²⁰⁾。実際に北海道においても、2004年以降、大都市圏以外の医師数が減少し、都市部への医師偏在がより顕在化した。しかし、砂川市立病院における医師をはじめとする医療従事者、職員数の推移をみると、むしろこの医師臨床研修必修化以降、急激にその人数を増やしている(表1)。

その要因について一言で表せば、砂川市立病院が医療者から選ばれる病院となった、ということであろう。診療体制、医療機器などを含めた医療機能の充実や高度急性期から慢性期ケア領域までの幅広い症例の蓄積は、医師をはじめとする医療従事者にとってみればキャリア形成に不可欠な要素である。また、初期臨床研修医にとってみても、豊富な症例数や充実した研修体制、指導医層の存在は研修先選択の際の重要な条件である。

病院側の立場からしても、初期臨床研修医の獲得は将来の医師確保にとって極めて重要であ

表1 砂川市立病院従業者数の推移

年	1996	2000	2004	2006	2010	2014	2018	増減率(%)	
								(1996-2004)	(2004-2018)
医師	57	46	61	67	82	85	98	7.0	60.7
看護師	322	323	342	368	416	447	508	6.2	48.5
医療技術職	50	53	65	73	89	114	156	30.0	140.0
事務職	69	34	42	48	62	74	85	-39.1	102.4
その他	77	78	88	88	100	106	117	14.3	33.0
合計	575	534	598	644	749	826	964	4.0	61.2

出所：小熊(2019)より筆者作成

り、砂川市立病院も研修医の定員充足のために様々な策を講じている。例えば、医学部学生に対する病院見学・実習の実施(宿泊費用は病院側負担、交通費補助)や、公式ホームページ内「臨床研修医・専攻医募集サイト」での研修プログラム、研修環境などについての情報発信、臨床研修センター説明会の実施、などである。研修体制や研修内容の充実、施設・設備および研修環境の整備に加え、研修医募集に係る様々な方策により、砂川市立病院は毎年研修医定員の3倍前後の医学生からの応募がある道内屈指の有名臨床研修病院となっている⁽²¹⁾。

これは、自治体あるいは病院と大学医局との政治的な結びつきを背景とした医師の勤務地決定のプロセス、つまり医局主導の医師派遣システムとは異なるものである。医師が自らの意思で砂川市立病院での勤務を選択し、初期研修から後期研修の期間、またその後のキャリアにおいて同病院に所属することは、同病院の医師数の増加に影響している。

看護師数の増加要因についても、看護師の就職先選択に関する要因について分析した大井ら(2009)や小栗ら(2018)などの先行研究からは、病院の機能・診療科の特徴、教育制度の充実、施設・設備が充実など、やはり医師と類似した傾向が確認されることから、この地域において同病院が看護師に選択される病院であろうこと

は容易に想像される。また、2006年に診療報酬改定で導入された7対1看護の入院基本料は、10対1入院基本料と比較して入院患者1人1日当たり286点の診療報酬の増加が見込めることから、大学病院、国立病院等を含む基幹病院を中心に積極的な看護師の採用活動が行われ看護師の争奪戦が起きたとされる。このような医療経営的背景も、砂川市立病院における看護師増加の要因のひとつであろう。加えて、2014年の地方公営企業法全部適応も職員任免や給与決定等に対して有利に働き、それ以降、医師・看護師のみならず、その他の医療従事者も急増した。

伊関(2014)はこの「医師臨床研修必修化」や「7対1看護の入院基本料制度」は、いわゆる「小泉改革」による医療制度への過度の競争原理の導入だとして批判的に論じ、制度に対応できる病院とできない病院の「二極分化」を生んだと分析している。また、制度に対応できない地方の病院や中小病院において、医師・看護師の不足による診療機能の低下、収益の急激な悪化による閉鎖などに追い込まれる施設が続出したと指摘している。つまり、砂川市立病院は「制度に対応できた」側として、「制度に対応できなかった」周辺自治体病院の衰退を「医療機能分担」や「地域医療連携」といったキーワードの下で包括し、地域のトップ病院として圧倒的な

発展を遂げることに成功したのである。

3. 病院の機能充実と患者受療の傾向

次に、砂川市立病院の発展と同病院への患者受療動向との関連性について検討する。地方公営企業としての自治体病院の基本原則が「常に企業の経済性を発揮するとともにその本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない」（地方公営企業法第3条）とされるのならば、同病院の発展は、あくまで「所在する自治体住民」に対する良質な医療サービスの提供を一義として、さらには経営基盤の安定化を実現し、恒久的な医療提供体制の構築を目指すためのものであろう。しかし、先述したように、同病院において受療する患者は砂川市以外からも多く、その傾向は地域医療連携強化の過程においてさらに強まり、広域医療圏の住民を診療対象とした単一自治体病院といった様相を呈している。もちろん、これは市立病院の経営改善、経営的安定が求められる中で砂川市の医療行政が意図した患者集客を実現したものであるとの見方もできるが、近年では周辺自治体からの患者増を要因とした外来機能バンクや医師の過重労働などが問題視され、同病院関係者からの医療の地元回帰への要望が散見されるようになった⁽²²⁾。

また、冒頭で述べたように、砂川市立病院が属する中空知医療圏の一人当たり実質医療費は、全国水準と比較して極めて高い。この現象と医師需要誘発仮説とを安易に結びつけることは適切ではない面もあるが、砂川市における単位住民当たりの医師数の充実がこうした現象を惹起したとの見方もできるのであろう⁽²³⁾。

(1) 患者数の推移

はじめに、高度経済成長期からバブル経済期

における、病院の発展と患者数の関係性について検討する。

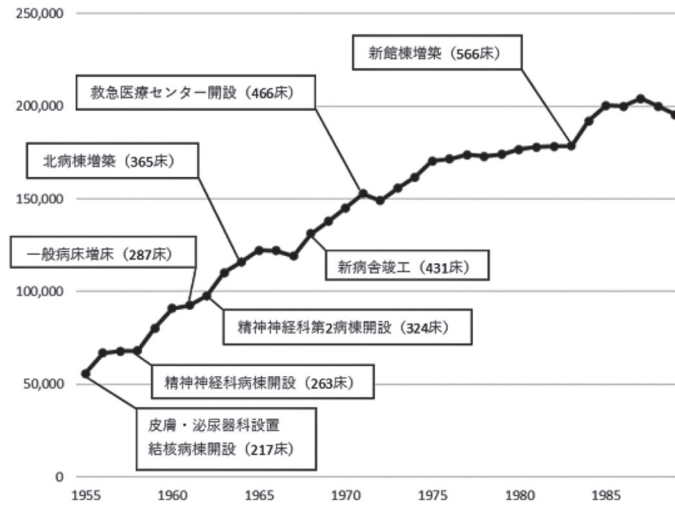
図1および図2にこの時期の入院患者数、外来患者数(新規患者および再来患者)の推移を示す。

入院患者数については、端的に言えば病床数の拡充に対応している。図1に示すように、結核病棟開設(1955年)、北病棟増築(1963年)、救急医療センター開設(1971年)、新館棟増築(1983年)などに伴う病床数の拡充により、入院患者も段階的に増加した。年間入院患者数は、1955年時点では55,681人であったものが、1965年は122,319人、1975年は170,490人と大きく増加し、1985年は200,308人とはじめて20万人を突破した。

先に述べたように、砂川市立病院の入院病床増床の要因は、①特定診療科の患者数増加や新規診療科開設によるもの、②病院経営の改善を意図したもの、③救急センター設置や地域センター病院指定などといった道医療行政の意向に沿ったもの、などに分けられる。病院経営的には増床に伴う設備投資や医師、医療従事者の増員といった人的投資に見合った患者数を獲得し、病床利用率を高い水準で維持する必要がある、この時期の入院患者数の増加はそれを実現した結果であろう。

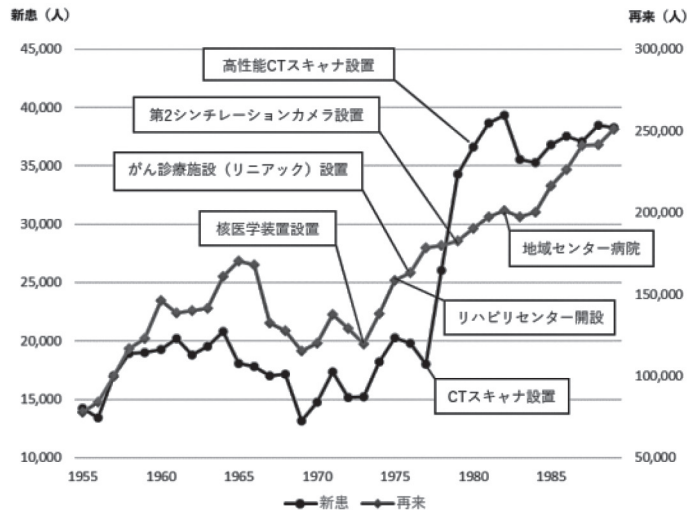
また、外来患者数に関しては1970年代半ば頃から急激に増加していた。入院患者数の増加が病院の規模拡大に由来したものであるならば、外来患者数については病院の診療の質の向上に起因したものであると言えよう。外来診療で行う検査や治療に関連する医療機器の導入が、患者増につながっていたことは図2からも明らかであり、さらに1973年の老人医療費の無料化や、周辺地域での石炭産業撤退に伴う炭鉱医療の縮小などの影響も強く示唆される。

図1 入院患者数の推移



出所：『私たちの砂川市史 DATA 砂川』より筆者作成

図2 外来患者数の推移



出所：『私たちの砂川市史 DATA 砂川』より筆者作成

図2を詳しくみてみよう。新患患者数については1977年のCTスキャナ設置により激増した。この時導入された全身撮影可能なCTスキャナは、道内公立病院で初めての最新式のものであったことから、他医療機関からの紹介などにより患者が集まったものと推測される。さらに、1980年には走査スピードに優れ、画像倍率が従来型の装置より大きな高性能CTスキャナが

追加設置された。また、1970年代後半は臨床検査部門の自動化や事務管理部门の業務効率化が図られたことも新患患者数の増加に影響し、1977年時点で年間18,032人だったものが、1982年では39,308人と倍以上となった。

再来患者数の増加要因としては、1973年の核医学装置設置以降のがん診断およびがん治療体制の強化が挙げられる。1981年にはがん診

療施設(リニアック)が開設され、繰り返しの治療が必要となるがん患者数が増加した。再来患者数は、1973年では119,760人であったものが核医学装置であるシンチレーションカメラが追加設置された1979年には182,575人に達した。また、1975年のリハビリテーションセンター開設も再来患者数の増加に関係したものと思われる。

(2) 患者受療の地域別傾向

このように、高度経済成長期からバブル経済期にかけては、病院の規模的・機能的発展に伴い患者数は入院、外来ともにドラスティックな増加をみせたが、患者受療の地域別傾向は徐々に変化し、砂川市立病院に対する医療需要はむしろ市外周辺地域からのものが増大した。

表2に1965年から1989年までの居住地別患者数の推移を示す。

1965年時点では、砂川市居住の患者の割合が入院で50.9%、外来で67.3%であったものが、1989年ではそれぞれ34.6%、46.3%と大きく減少した。また、ここで挙げられている砂川市の

近接自治体である上砂川町、歌志内市、奈井江町、新十津川町からの患者については、総数自体は増加しているがそれぞれの自治体が占める患者割合については大きな変化がみられていない。一方で、その他市町の割合は、1965年時点では入院8.6%、外来3.1%とわずかであったものが、1989年では入院31.2%、外来21.0%と大きく増加していた。このその他市町がどの自治体を指しているかについては、当時の砂川市立病院の診療圏や中空知医療圏の構成を勘案した場合、芦別市や赤平市、滝川市を主としたものとして差支えないと考えられる。特に旧産炭地域である芦別市、赤平市においては、地域医療を担っていた三井芦別炭鉱病院、住友赤平病院などの大規模炭鉱病院がこの時期徐々に医療機能を縮小し、その後それぞれ閉院したことから、そこでの医療需要を砂川市立病院が吸収したと考えるのが妥当であろう。周辺地域における産業衰退に起因し生じた医療需要の余剰を、当時既に地域の基幹病院として発展を遂げていた同病院が引き受けることで地域全体の医療の需給バランスを保ったと言えよう。

表2 居住地別患者数の推移(砂川市立病院)

患者居住地	外来/入院	1965年度	1969年度	1973年度	1977年度	1981年度	1985年度	1989年度
砂川市	外来	125,569	85,618	83,162	121,058	123,464	124,181	133,814
	入院	62,940	68,087	54,840	70,095	50,037	68,777	67,576
上砂川町	外来	21,951	17,120	20,858	25,597	29,528	29,214	33,310
	入院	17,773	18,484	25,526	28,193	19,003	29,705	23,068
歌志内市	外来	19,592	8,635	9,372	11,464	16,923	22,209	27,725
	入院	20,260	19,232	23,833	18,216	28,056	18,907	21,107
奈井江町	外来	8,550	6,765	6,842	12,599	18,030	19,261	23,665
	入院	7,982	8,530	20,849	11,006	14,051	8,828	16,318
新十津川町	外来	5,157	2,584	3,716	4,145	6,770	9,164	9,904
	入院	4,056	5,643	9,501	5,399	10,948	7,730	6,467
その他市町	外来	5,823	7,514	11,018	21,443	41,447	49,311	60,810
	入院	10,602	17,876	21,210	40,883	55,862	66,361	60,939
外来患者計		186,642	128,236	134,968	196,306	236,162	253,340	289,228
入院患者計		123,613	137,852	155,759	173,792	177,957	200,308	195,475

出所：『私たちの砂川市史 DATA砂川』より筆者作成

表3 他市町村患者の割合(%)

病院名	入院患者	外来患者	病院名	入院患者	外来患者
砂川市立病院	64.8	38.4	市立美唄病院	3.5	2.0
市立札幌病院	25.5	11.5	名寄市立総合病院	46.5	27.6
市立函館病院	37.7	27.3	市立根室病院	5.7	2.8
市立小樽病院	13.5	15.1	滝川市立病院	36.3	45.0
市立室蘭総合病院	15.3	13.8	留萌市立総合病院	30.0	26.8
市立釧路総合病院	23.8	18.1	市立芦別病院	1.6	5.7
市立江別総合病院	37.0	13.0	市立三笠総合病院	11.1	2.0
岩見沢市立総合病院	44.6	24.8	深川市立総合病院	50.4	36.6
苫小牧市立総合病院	28.1	17.4	千歳市立病院	19.1	15.6
市立赤平総合病院	14.1	16.9	歌志内市立病院	4.2	0.2
市立稚内病院	20.0	19.9	帯広市立病院	13.5	6.9
			平均	26.9	18.0

出所：『砂川市立病院四十年史』より筆者作成

このような砂川市立病院の患者受療動向、つまり自治体が提供する医療が実質的に他自治体住民の医療を広範に担っていたという傾向は、この当時道内においても特徴的なものであった。表3に1973年末時点における道内市立病院患者のうち他市町村患者が占める割合を示す。

砂川市立病院における他市町村居住の入院および外来患者の割合はそれぞれ64.8%、38.4%と他と比較して極めて高い。この時点では、後に政策的に進められた医療圏を単位とした地域医療の概念が定着していなかったことから、この現象の発現はあくまで自然発生的なものであったとみなされるのであろう。そして、このような他自治体患者割合過多の傾向は現在においても基本的には変化をしていない。2015年度の中空知医療圏における入院患者受療動向をみると、上砂川町居住で入院が必要な患者の74.5%、歌志内市の54.8%、奈井江町の54.1%、浦臼町の44.7%が砂川市において入院している。

つまり、この地域においては地域基幹病院を中心とした二次医療圏単位での地域医療の完結を意図した医療制度導入以前から、砂川市立病院を中心としたピラミッド型の医療体制が構築

され、当時の社会背景を勘案した場合、それはやはり周辺市町における産業の衰退に伴う医療提供体制の縮小に起因したものと見えよう。また、こうした地域医療の形は、二次医療圏内における医療機関同士の連携が推進されるようになった今日においても変わらず、周辺自治体病院の機能が療養型へとシフトした現状を考えれば、むしろ砂川市立病院への医療依存度はさらに増しているとも考えられる。

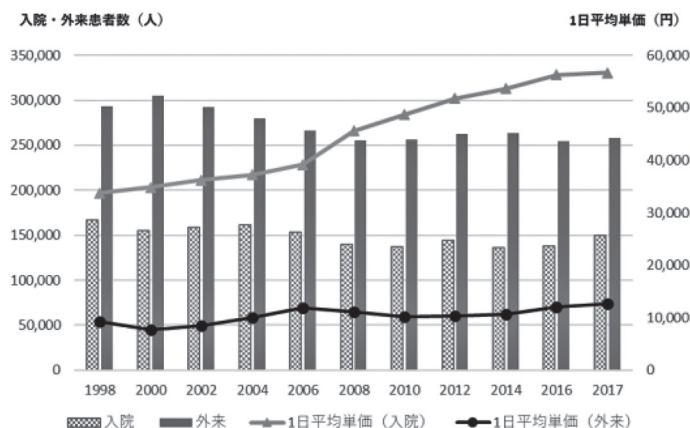
(3) 近年の患者数減少と診療単価増大

しかし、近年ではその砂川市立病院の患者数も頭打ちとなっている(図3)。

入院患者数は1987年度の20万4,206人をピークに徐々に減少し、1998年度は16万6,988人、2006年度は15万3,207人、2017年度では14万9,483人となっている。また、外来患者については2000年度の30万4,691人がピークで、2006年度が26万6,596人でそれ以降はほぼ横ばいで推移している。

1996年から2014年まで同病院の院長を務め、その後砂川市病院事業管理者に就任した小熊豊医師は、こうした患者数減少傾向の要因の一端

図3 患者数と1日平均単価



出所：阿倍・細川(2004)などから筆者作成

を、①地域人口の減少、②高齢化率の増大、③入院患者の在院日数の短縮化、に求めている。つまり、地域全体の医療需要の減少が直接的に患者数減少に作用しており、また同時に診療報酬改定に対応するために在院日数短縮を達成した結果、病床稼働率が低下したとの分析である。

一方で、患者一人当たりの診療単価は特に入院医療で増加しており、患者数減少による減収を診療単価の増収で一部補完した形となっている。2007年度以降はその傾向が顕著で、2006年度の患者一人当たりの入院単価の平均が33,741円であったものが2017年度では56,639円と1.7倍増加している。その要因は、先述した7:1看護体制の導入や、小熊(2019)が指摘する「医療のレベルアップ」、つまりは砂川市立病院が提供する医療の高度化によるものであろう。また、このような診療単価増大の傾向は公立病院に経営改革が求められた2007年の「公立病院改革ガイドライン」の発出以降に強まっており、砂川市立病院の医師をはじめとする職員数が急増をはじめた時期とも重なる。

砂川市立病院における診療単価の増大が中空知医療圏における一人当たり実質医療費の高騰に直接的に関与しているのかどうかについては、

さらに様々な視角から詳細な分析を加える必要があり、もちろん同病院の医療費の動向についての検討だけでは不十分である。しかし、少なくとも近年においては、圏域内において明らかに肥大化した同病院の存在が医療の数的需要を惹起したというよりは、先に示した入院1日平均単価の増大から示唆されるようにむしろ同病院が質的に濃厚な医療を患者に提供した結果、患者それぞれにかかる医療費が増大していることが一因であろうと推察することは可能であろう。

4. まとめ

本稿では、現在みられる砂川市における医師集積の要因について、砂川市立病院の発展と地域経済の動向といった視点から検討した。以下、要点を簡潔に述べる。

一つ目は、砂川市立病院の発展が同市への医師集積にどのように関与してきたかについてである。

第2節で整理したように、同病院の発展は段階的であった。1960年代から70年代にかけては、高度経済成長に伴う住民の健康意識の高揚や所得水準の向上などにより医療需要が高まり、自

治体による医療サービス提供の必要性から同病院は主体的な発展をみせた。国民皆保険の達成や老人保健費の無料化といった医療保険制度の導入が住民にとっての医療機関受診の動機となり、それに対応するかのように新しい医療技術を次々と整備した。1980年代に入ると、地域医療構想の枠組みの中で同病院は基幹病院として位置付けられ、国や道の医療政策の中心として医療機能整備のための補助金を原資に機能充実を図った。さらに2000年代からは、医療機能の集約化、地域医療機関の役割の明確化といった地域医療の調整の中で圧倒的な発展を遂げた。

このような発展の経過において、医師数が急増したのはやはり2000年代の初頭からで、特に2004年の医師臨床研修必修化以降の増加が著しい。これまで、近年の医師偏在についてはあくまで医師の都市集中と過疎地域からの撤退といった文脈の中で整理されてきたが、砂川市立病院のように過疎地域の自治体病院に医師集積が発生したという現象は、医師偏在の議論、またその対策について新しい視角を与えるものである。即ち、ここでの医師集積は医師の経済原理に基づくものというよりも、政策的に、また医師派遣元である大学医局の意向により恣意的に作られたものなのである。医師不足といった切実な事情があったにせよ、大学主導で医療機能の集約化が実現されたことを考えると、医師配置の均てん化や医療の効率化を意図した医療政策の政策的強度について疑念が生じる。もちろん、砂川市立病院への医師集積には、周辺自治体における産業衰退や地域が依拠してきた企業立医療機関の衰退・消失、公立病院改革による医療機能の変化やダウンサイジングといった外的な要因も関与する。

いずれにしても、本稿の大きな課題が砂川市、

砂川市立病院への医師集積発生の要因分析であるとするならば、段階的な発展を土台とした2004年以降の医師集積といった現象に着目する必要がある。端的に言えば、医療機能の集約化と周辺自治体病院の衰退がその大きな要因であると考察されるのであろう。

二つ目は、自治体病院の発展と地域産業との関連性についてである。

砂川市立病院の事例を検討した場合、まず東圧の動向が同病院に与えた影響、特にそこでの医療需要を吸収していった経緯については押さえておく必要がある。国策産業衰退の過程で一定以上の発展をみせなかった企業立病院と、同時期に経営的危機を乗り越えるために綿密で現実的な経営改善策を策定し、医療機能の充実を図った自治体病院といった構図が対比的に浮かび上がってくるのである。

また、小熊(2020)は、「病院は地域の社会資本として重要な役割を有し、地域その他産業とも密接に関連しあって、就業先としても欠くことのできない役割を果たしている」と指摘している⁽²⁴⁾。砂川市においては砂川市立病院が都市計画の中心にあり、特に商業との関連性を強めていった経緯が認められる。東圧や周辺自治体の石炭産業の衰退が同病院の発展にプラスの効果をもたらした一方、同病院の発展が地元経済の活性化に貢献し、また医療業や関連企業従事者の生活基盤となってきたのである。

三つ目は、自治体病院が地域住民に対して果たす役割と今後の地域医療についてである。

先に示したように、砂川市立病院では戦後復興期には既に市外患者の割合が市内患者を上回っていたとされ、その傾向は時代ごとに強弱はあるものの基本的には変わっていない。単一の自治体病院が他自治体住民の医療を担っていたという事実は、元来の自治体病院の持つ意味

を曖昧なものにしている。なぜなら、本来自治体病院は所在する住民に対しての医療サービスの提供をその自治体の財政により実施することを一義とするものだからである。もちろん、自治体という概念は行政区域上のものであり医療政策上の医療圏とは相違するが、病院単独収支が赤字で一般会計からの繰入に頼っている現状から、この地域の公立病院の経営形態については再考する時期に来ていると考えられる⁽²⁵⁾。過去の自治体合併協議の破綻の要因が自治体病院問題を含むものであったことは周知であるが、今後は砂川市を含む中空知医療圏構成自治体相互の出資による組合立医療機関の設置などといった公的広域医療の展開の可能性を模索するべきであろう⁽²⁶⁾。

しかし、2020年2月19日開催の「令和元年度(2019年度)第3回中空知地域医療構想調整会議」においての議論からは、このような構想はみえてこない⁽²⁷⁾。委員の一人である砂川市立病院院長からは、①砂川市立病院への患者集中とそれに伴う医師、医療従事者の疲弊、②2024年に実施予定の医師の時間外労働規制への危惧、③一時救急医療、外来医療、回復期・慢性期医療についての各自自治体病院での対応協議、等についての発言、提案がなされた。一方、「地域医療構想推進シート」について概観すると、周辺自治体病院における一般病床の削減および地域包括ケア病床への移行など、一般医療機能についての実質的なダウンサイジングの実施や予定の記載が目につく。つまり、各自自治体病院が想定する地域医療連携の形にミスマッチが生じており、またそれぞれが生き残りをかけて統一感のない病院改革プランを策定している現状からは、二次医療圏を基本単位とした医療政策についての歪みが透けて見える。

今後は、肥大化した砂川市立病院のダウンサ

イジングについての議論が必要となってくるであろうし、周辺自治体病院の統廃合についても求められるであろうことは想像に難くない。それらの調整過程における自治体間の議論が、今後のこの地域の医療機能の継続に大きな影響を与えるであろう。

注

- (1) 道内医療機関勤務医師のうちの50.7%が札幌医療圏に集積している。日本医師会 地域医療情報システムを参照した(2022年2月1日 最終閲覧)。https://jmap.jp/
- (2) 北海道地域医師連携支援センター(2020)。
- (3) 清水(2021b)。
- (4) 人口10万人あたり医療機関勤務医師数は、日本医師会地域医療情報システムのデータをもとに算出した。また、砂川市立病院の医師数については、小熊(2019)に依拠した。
- (5) 二次医療圏別一人当たり実質医療費は、厚生労働省医療保険データベース「医療費の地域差分析」を参照した。その平成29年度版をみると、入院・入院外計で中空知医療圏は全国第3位、入院で全国第2位であった。また、市町村別では、入院において上砂川町が5位、赤平市が第6位、砂川市が第8位、芦別市が第9位と、中空知医療圏に属する市町がトップ10の多くを占めていた。つまり、この地域では他地域と比べ明らかに入院医療が濃厚に提供されていると言える。
- (6) 砂川市立病院の現況、患者数などについては、砂川市立病院ホームページ「施設概要」を参照した(2021年12月8日 最終閲覧)。http://www.med.sunagawa.hokkaido.jp/outline/facility.html
- (7) 北海道医療新聞社(2017)。2017年9月1日現在のデータによる。
- (8) 砂川市立病院では、2007年12月に総務省から発出された「公立病院改革ガイドライン」をもとに、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しの3つの視点を踏まえ

- た「砂川市立病院改革プラン」を策定した。その中で、経営形態については地方公営企業法一部適応の継続方針が示されたが、2012年12月に砂川市立病院経営改善評価委員会の取りまとめによる「砂川市立病院の経営形態に関する提言書」において、「地方公営企業法の全部適応」を選択すべきとの提言がなされた。これにより、病院事業管理者に広範な権限が付され、経営責任の明確化、機動性、迅速性の発揮、自立性の拡大、職員の経営意識の向上など多くのメリットが生まれることが期待された。同病院の地方公営企業法全部適応に関する一連の経緯は山田(2015)にまとめられている。
- (9) 当時の医療提供体制は、上砂川が三井砂川鉱業所病院(内科・外科・耳鼻咽喉科・産婦人科・歯科)、水谷医院(内科)、荏部医院(内科)、木村歯科医院、奈井江が奈井江協済病院(内科・外科・小児科・歯科)、片波見医院(内科)、新井田医院(内科)札幌歯科医院、砂川が幡医院(内科)、荏部医院(内科・外科)、押尾歯科医院、荏部歯科医院であり、砂川地区で劣っていた。
- (10) 砂川市史編纂委員会(1991a)、pp.560-561。掲載されている誓約書の一部を抜粋して示した。
- (11) 初代院長であった加地謹示医師が、当時北海道大学医学部の有力者であった有馬英二教授を頼りに医師集めに奔走し、第一内科、産婦人科、耳鼻咽喉科などからの医師派遣を受けたものである。このような病院と大学医局間の関係性、つまり病院側が大学医局(教授)に医師派遣を要請するといった構図は現在においてもよく見られるが、2004年の医師臨床研修必修化以降、大学医局の医師派遣能力が低下したと言われる。
- (12) 当時の町内・町外患者の具体的な数については明かではないが、この比率については砂川町立病院の経営危機について報じた1952年12月16日付「北海タイムズ」の記事に示されていた(出所は、砂川市立病院四十年史編集委員会(1981))。市外患者割合が高いといった砂川市立病院の特徴は、戦後復興期に既にみられていたことになる。
- (13) 伊関(2014)、pp.301-302から引用した。
- (14) 東庄の盛衰は、砂川市の人口構造、地域構造、産業構造に大きな影響を与えた。詳細については、砂川市史編纂委員会(1991b)、pp.134-142を参照のこと。
- (15) 救急医療体制の整備に関する一連の流れとしては、消防法改正による消防機関における救急医療業務の明文化(1963年)、厚生省発出の「救急病院等を定める省令」による救急病院の指定(1964年)などがあり、その後1967年度からは頭部外傷などの高度診療機能を有する「救急医療センター」が、国公立・公的病院を中心に人口100万人に1か所を目標に整備がすすめられた。
- (16) 当初、1970年度は市立釧路病院が有力な候補に挙がっていたが、地元の受け入れ態勢に難点があり、急遽砂川市立病院が候補に挙がったとされる。道からの救急センター設置の打診を受け、当時の佐々木院長は院内調整や職員組合との交渉、大学医局への医師派遣の依頼、議会の説得などにあたり、最終的には道の意向に沿った形で救急医療センターの開設にこぎつけた。こうした経緯から、同病院は道からの強い信頼を得ることとなった。また同時に、砂川市の医療に対する積極的な姿勢を示すこととなったのである。
- (17) 1960年代から70年代にかけては、周辺自治体での炭鉱病院の閉鎖が相次いだ。主なものとして、空知炭鉱病院(歌志内、1964年閉鎖)、三菱炭鉱病院(芦別、1964年閉鎖)、住友炭鉱株式会社歌志内病院(歌志内、1971年閉鎖)、などがある。こうした地域においては、自治体病院への医療依存が高まったが、その診療機能は炭鉱病院には及ばないものであり、また産業衰退、人口減少が著しい中での自治体病院の機能充実が現実的には困難な面もあった。一方で、砂川市に近接する滝川市では、滝川市立病院の増築や増床、人工透析室の新設などといった医療機能の充実を実現し、周辺地域からの医療需要の取り込みを図った。
- (18) 砂川市史編纂委員会(1991b)、p.12。
- (19) 砂川市立病院への産科機能集約化の背景や経緯については、武田(2005)、中島(2012)に詳

- しい。
- (20) 例えば、山田(2007)、西部・壽福(2009)。
- (21) 2012年発行の砂川市立病院「広報誌ひまわり」No.37では、砂川市立病院の臨床研修医に対する方針や地域での役割等について述べられている。
- (22) 2019年7月24日開催の令和元年度(2019年度)第1回中空知地域医療構想調整会議において、砂川市立病院病院事業管理者・平林高之医師、砂川市立病院・田口宏一院長から、同病院医師の疲弊、時間外勤務の増大、患者受け入れの限界や急性期医療機能継続への危惧が示され、外来診療や安定期患者のケアについての周辺自治体病院および地域医院へのシフトの必要性が述べられた。
- (23) 医師誘発需要仮説については、既に分厚い既存研究において様々な視角からその妥当性について検討されており、ここでは改めてそれを論じることにはしないが、豊田・中川・松浦(2017)では、人口減少地域における自治体立病院を対象とした医師誘発需要について検証されているので簡単に触れておく。豊田らは、地域独占的環境が他の医療機関を選択することを許さず、病院は患者の効用を上回る医療を提供している可能性があるとして分析している。また知野・中泉(1995)の既存研究から引用し、公立病院が赤字を嫌い、医療資源に関するコストの上昇に応じて医業収益を引き上げるように医療サービスを調整する行動を選択していることを指摘し、不採算地区の病院でその傾向が顕著であると述べている。近年みられる砂川市立病院での入院医療費の増大が、このような既存研究での考察に当てはまるのかについてはさらなる多角的な検証が必要であることから、今後の研究課題としたい。
- (24) 小熊(2020)、p.698。
- (25) 2017年の各市立病院における他会計繰入金は、砂川市立病院1,464,199千円、滝川市立病院857,810千円、あかびら市立病院742,575千円、市立芦別病院749,413千円、歌志内市立病院203,435千円であった(出所:令和元年度(2019年度)第3回中空知地域医療構想調整会議 資料2 <http://www.sorachi.pref.hokkaido.lg.jp/hk/tth/020219siryoku2.pdf>)
- (26) 2004年の中空知地域合併協議においては新たに建設する中核病院の建設地や各自治体病院の統廃合について調整が難航し、結果的に市町村合併計画自体が頓挫した。
- (27) 令和元年度(2019年度)第3回中空知地域医療構想調整会議関連資料については、北海道空知総合振興局ホームページの「医療計画について」に掲載(2021年12月8日 最終閲覧)。
<http://www.sorachi.pref.hokkaido.lg.jp/hk/tth/01/iryokeikaku.htm>

【参考文献】

- 秋野豊明(2007)「北海道の地域医療—医療の変革期における課題—」『日本老年医学界雑誌』44巻5号、pp.556-563。
- 阿部雅和・細川仁(2004)「平成14年度及び過去5ヵ年の病院事業収支状況」『砂川市立病院医学雑誌』第21巻第1号、pp.163-168。
- 石井吉春(2009)「北北海道における自治体病院の経営実態と病院改革のあり方」『年報 公共政策学』Vol.3、pp.39-57。
- 泉田信行・中西悟志・漆博雄(1999)「医師の参入規制と医療サービス支出—支出関数を用いた医師誘発需要仮説の検討—」『医療と社会』Vol.9 No.1、pp.59-70。
- 伊関友伸(2014)『自治体病院の歴史—住民医療の歩みとこれから—』三輪書店。
- 市川史誠・阿部雅和(2016)「過去5年間の砂川市立病院事業収支状況」『砂川市立病院医学雑誌』第29巻第1号、pp.95-99。
- 伊藤嘉高・村上正泰・嘉山孝正(2012)「自治体病院再編に対する住民サイドからの事後検証:置賜総合病院を核とした自治体病院再編を対象にして」『日本医療・病院管理学会誌』Vol.49 No.4、pp.27-36。
- 氏家実(2013)「砂川の歴史にまた新たな1ページを刻む—砂川市立病院改築事業—」『砂川市立病院医学雑誌』第26巻第1号、pp.1-6。

- 大井千鶴・舟島なをみ・亀岡智美(2009)「看護基礎教育課程に在籍する学生の就職先選択に関する研究—病院に1年以上就業を継続できた看護師を対象として—」『看護教育学研究』Vol.18 No.1、pp.7-20。
- 大坪宏至(2009)「医師偏在について-その影響と対策」『東洋大学 経営論集』第74号、pp.143-159。
- 大橋晃(2010)「北海道の地域医療の現状と展望」『看護と医療』Vol.36、pp.18-23。
- 大山信義(1975)「地域医療の構造分析」『北海道大学人文科学論集』12、pp.23-63。
- 小熊豊(2019)「砂川市立病院22年の軌跡」『砂川市立病院医学雑誌』第32巻第1号、pp.1-11。
- 小熊豊(2020)「医師の働き方改革を巡る課題」『日本農村医学会雑誌』68巻6号、pp.693-704。
- 尾口平吉(1970)「自治体病院の経営」『診療と保健』12巻12号。
- 尾口平吉(1972)「自治体病院当面の諸課題」『地方議会人』第3巻第5号。
- 河合晋(2012)「自治体病院の全部適応に関する一考察」『岡崎女子短期大学研究紀要』45号、pp.11-19。
- 河合晋・岡崎一浩(2017)「自治体病院の経営状況と経営指標の妥当性」『愛知工業大学研究報告』第52号、pp.14-19。
- 岸田研作(2001)「医師需要誘発仮説とアクセスコスト低下仮説-2次医療圏、市単位のパネルデータによる分析-」『季刊・社会保障研究』Vol.37 No.3、pp.246-258。
- 小葉祐子・奥宮暁子・岡潤子ほか(2018)「看護学生の就職先選択の傾向と特徴—初年度卒業生の就職先選定に着目して—」『帝京科学大学紀要』第14巻、pp.245-250。
- 佐藤雅代(2010)「地域医療を考える—中頓別町にて—」『関西大学経済論集』第60巻第1号、pp.19-32。
- 清水芳行(2021a)「北海道における医師偏在に関する地域経済学的検討」『北海学園大学経済論集』第69巻第1号、pp.19-42。
- 清水芳行(2021b)「農村過疎地域における医療の成
立・展開と地域経済—北海道北空知二次医療圏を事例として—」『北海学園大学経済論集』第69巻第2号、pp.23-45。
- 下嶋秀和・森田康晴(2013)「救命センター指定について」『砂川市立病院医学雑誌』第26巻第1号、pp.11-22。
- 鈴木栄基(2008)「地方都市における社宅街の変容とその資源の継承に関する考察—砂川市を事例として—」『(社)日本都市計画学会 都市計画論文集』No.43-3、pp.205-210。
- 砂川市(2017)「砂川市立病院改革プラン」。
- 砂川市史編纂委員会(1991a)『私たちの砂川市史 上巻』。
- 砂川市史編纂委員会(1991b)『私たちの砂川市史 下巻』。
- 砂川市史編纂委員会(1991c)『私たちの砂川市史 DATA砂川』。
- 砂川市立病院開院五十周年記念誌編集委員会(1990)『砂川市立病院開院五十周年記念誌』。
- 砂川市立病院広報委員会「広報誌ひまわり」各号。
- 砂川市立病院四十年史編集委員会(1981)『砂川市立病院四十年史』。
- 住友和弘・石井吉春・長谷部直幸ほか(2008)「公立病院改革ガイドラインに関する一検討」『HOPS Discussion Paper Series』No.11、pp.1-16。
- 武田直毅(2005)「砂川市立病院産婦人科センター化について-その社会的背景と歩み」『砂川市立病院医学雑誌』第22巻第1号、pp.1-8。
- 武田直毅(2020)「中空知産婦人科医療の15年」『砂川市立病院医学雑誌』第33巻第1号、pp.1-4。
- 武田裕子(2010)「医師偏在の背景因子に関する研究：診療科ならびに診療地域選択の影響要因の解析」科学研究費補助金研究成果報告書。
- 知野哲朗・中泉真樹(1995)「公立病院の行動と地域的な医療格差」『日本の医療経済』第8章、pp.129-150。
- 豊田奈穂・中川雅之・松浦克己(2017)「自治体病院の効率性—不採算地区立地と医師誘発需要—」『日本経済研究』No.74、pp.84-97。
- 中島孝子(2012)「産科の集約化・重点化に関する

- 調査:中間報告』『流通科学大学論集—人間・社会・自然編—』第24巻第2号、pp.45-55。
- 西部裕介・壽福朝子(2009)「医師偏在の課題と政策提言」『東京大学公共政策大学院ワーキング・ペーパーシリーズ』、pp.1-38。
- 北海道医療新聞社(2017)『2018年度版 北海道医療年鑑 病院編』。
- 北海道地域医師連携支援センター(2020)「北海道の医師確保対策について」。
- 堀下直樹・森田一巳(2009)「最近5年間の砂川市立病院事業収支状況」『砂川市立病院医学雑誌』第25巻第1号、pp.130-135。
- 堀下直樹・阿部雅和(2014)「過去5年間の砂川市立病院事業収支状況」『砂川市立病院医学雑誌』第27巻第1号、pp.91-95。
- 堀下直樹・明山優香(2019)「過去5年間の砂川市立病院事業収支状況」『砂川市立病院医学雑誌』第32巻第1号、pp.119-123。
- 三井東圧化学株式会社北海道工業所(1990)『三井東圧化学北海道工業所五十年史』。
- 山田章伍(2007)「医師偏在問題の原因を考える」『学術の動向』、pp.34-39。
- 山田基(2015)「地方公営企業法全部適応までの取り組み」『砂川市立病院医学雑誌』第28巻第1号、pp.1-6。
- 横井由美子(2014)「自治体病院の経営改革と今後の課題—経営形態の見直しと地域連携の強化をめぐって」『名古屋学院大学論集 社会科学篇』第50巻第4号、pp.177-195。

認知症高齢者を抱える家族の 療養の場の選択について ——住宅型有料老人ホームの質的調査からの考察——

About Choosing a Place of Care for Families with Elderly People with Dementia—Consideration from Qualitative Survey of Residential-type Private Pay Nursing Homes for the Elderly—

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：本研究の目的は、認知症高齢者を抱える家族介護の限界と、療養の場の選択との関連を明らかにすることである。現行制度において、高齢者は病院を早期に退院するように促されるが、療養の場を見つけづらい現状にある。中でも代替施設として住宅型有料老人ホーム(以下住宅型)が量的拡大している背景に注目した。そこで、住宅型Aに入居する高齢者46名中、15名の家族を対象に半構造化面接を実施し、入居に至るまでの経緯を分析した。その結果、認知症高齢者は、在宅介護や別居の家族の通い介護によって支えられていたが、家族介護は限界に至り、住宅型に入居を決めていたことが明らかになった。住宅型に入居が可能となった高齢者は、自己責任で療養の場を選択できた階層、または従たる負担者が入居費用を工面できた階層に属していたといえる。その一方で、自己責任で療養の場を選択できない階層の存在や次世代への介護問題の先送りという課題が示唆された。

キーワード：住宅型有料老人ホーム、家族介護の限界、療養の場の選択、代替施設、自己責任

I 研究の背景と目的

近年、診療報酬の改定や介護保険制度の改定により、長期療養が必要な高齢者は、病院を早期に退院することが促されるも、退院後の療養の場を見つけづらい状況にある。その高齢者の受け止め先として、規制緩和された有料老人ホームなどの「新しい住まい」が登場し、増設

が進んでいることが本研究の背景にある。特に、住宅型有料老人ホーム(以下住宅型)の急増に注目し、本研究を行った。

本研究の目的は、「新しい住まい」の一つである住宅型に焦点を当て、高齢者とその家族がそこを療養場所として選択した経過を辿り、要介護高齢者を抱える家族の困難と療養の場の選択との関係を明らかにすることである。

(受理日：2022年2月1日)

はじめに、有料老人ホーム急増の背景に注目する。有料老人ホームの新規参入が相次ぐ要因としては、2000年に介護保険法が施行され、サービス事業所の民間参入による、介護の市場化がすすみ、規制緩和された有料老人ホームは営利企業により運営しやすいものとなって増設がすすんだ。

2003年6月には、「高齢者介護研究会」(厚生労働省老健局長の私的研究会)による、「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」⁽¹⁾において、自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現が提言された。

ここでは、「早めの住み替え」「要介護になってからの住み替え」「社会資本としての住まい」が提案されている。それをふまえた政策によって、これまでの介護保険施設や入院施設に代わる住宅として、訪問サービスを利用する高齢者の有料集合住宅や有料老人ホームの増設が促進されるようになったのである。

2006年4月、「老人福祉法」に規定されている有料老人ホーム設置要件は、「高齢者10名以上」から「1名以上」となり規制がはずされた。有料老人ホームの施設基準は改訂され、「老人を入居させ、①食事の提供、②介護(入浴、排泄つ、食事)の提供、③洗濯掃除等の家事の供与、④健康管理のサービスのうち、いずれかのサービス(複数も可)を提供している施設」と改められたことも増設がすすんだ要因である。これにより、「人数の撤廃、サービス内容の弾力化は、有料老人ホームの範囲を大きく広げることとなり、一方では「有料老人ホーム」の内容(居室面積・費用・サービス・設備等)を一括りで論ずることが一層困難になった」(五十嵐2008:217)といえる。

2009年には、高齢者の居住安定確保に関する法律(高齢者住まい法)の一部改正により、国

土交通省管轄であった高齢者に対する賃貸住宅供給の基本方針を、厚生労働省と共同で定めることとなった。同年、社会資本整備審議会「高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について」において、高齢者のニーズに叶った「住まい」やサービスを選ぶように、住宅施策と福祉施策が一体となって、高齢者の状況に応じた適切な住まいを提供するセーフティネットを確保することを目指すべきである、と高齢者住宅の方向が示された。また、同年5月には、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が一部改定され、この法律の所管が国土交通省と厚生労働省の共同所管となった。

翌年、2010年の「地域包括ケア研究会報告書」では、「2025年の地域包括ケアシステムの姿」とその「構築に向けた当面の改革の方向」が提起された。そして、2010年11月の介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」では、「地域包括ケアシステムの必要性」が提起された。

これに基づいて、2011年6月に成立した「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」(2012年4月施行、介護保険法第三次改正)では、「医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」ことが述べられた。法改正と同時に出された老健局長通知「介護サービスの基盤強化のための介護保険法の一部を改正する法律等の公布について」では、「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするためには、医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービスを切れ目なく提供する『地域包括ケアシステムの構築』が必要である」と明記された。

同時期の2010年5月には高齢者の住宅に関して国土交通省から「国土交通省成長戦略」が公

表され、「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」として、現在高齢者人口の1%程度にとどまっている高齢者向けの住まいを3～5%に引き上げるとしている⁽²⁾。

2011年には高齢者の居住安定確保に関する法律(高齢者住まい法)が一部改正され、バリアフリー構造の住宅において安否確認や生活相談サービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」が制度化された。

以上のように、高齢者の「療養の場」の体系

は施設ではなく「住宅」を含めて増設が推進された背景があり、利用する高齢者とその家族にはそれぞれの違いを理解して選択することが難しい現状であるといえる。

次に、「住宅型」の制度上の位置づけを確認する。表1は、居住系施設を、根拠法と介護保険上の類型でまとめたものである。本研究で対象とする住宅型は、老人福祉法第29条を根拠とした、介護保険上では外部サービスを利用して生活する有料老人ホームである。

表1 居住系施設の根拠法と介護保険上の類型

	種類	根拠法		介護保険上の類型	
居住系施設	①サービス付き高齢者向け住宅	高齢者住まい法第5条		特定施設入居者生活介護(届け出あり)	外部サービス利用型
	②有料老人ホーム	老人福祉法第29条			外部サービス利用型
			介護付き	特定施設入居者生活介護	一般型
			住宅型		外部サービス利用型
			健康型		外部サービス利用型
	③養護老人ホーム	老人福祉法第20条の4		特定施設入居者生活介護	
	④軽費老人ホーム	社会福祉法第65条・老人福祉法第20条の6		特定施設入居者生活介護	
	⑤認知症グループホーム	老人福祉法第5条の2第6項		認知症対応型共同生活介護	
	⑥介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	老人福祉法第20条の5		介護福祉施設サービス	

厚生労働省社会保障審議会－介護給付費分科会(2014.4.28) 資料を参考に筆者作成

有料老人ホームには、「介護付き」「住宅型」「健康型」の3種類がある。その中でも住宅型は、介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら、ホームでの生活を継続するものである。

本調査に着手する以前、公益社団法人有料老人ホーム協会が把握されていた有料老人ホーム数では、主に3つの傾向が示された。①新規開設されるホーム数の経年変化は、2010年～2012年までは増加傾向にある。②新規開設の

定員数は、ホーム数同様、2010年～2012年までは増加傾向にある。③類型別にみると、「住宅型」がホーム数・定員数ともに、2010年～2012年にかけて、増加が著しいことが示されている。中でも、「介護付き」「住宅型」「健康型」のうち、「住宅型」が全体の60.5%を占めていた(公益社団法人有料老人ホーム協会：2013)。

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⁽³⁾によれば、居住系施設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。外付けサービスを利用する「新しい住まい」において提供されたサービスの実態は、見えにくいものとなっているといえよう。そのため、住宅型をはじめとした「新しい住まい」については、実態調査に基づいて包括的に問題を捉えた先行研究の蓄積は、未だみることが難しい⁽⁴⁾。

「新しい住まい」は、「「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」(野口2021: 108)ことも質的研究が蓄積されづらいことの要因であると考えらる。

このような、介護保険制度創設以降の高齢者の長期療養に関する政策過程は、複数の疾患を抱え、「加齢によって心身機能が低下している高齢者の身の回りの世話を社会化し、一中略—社会保障総枠を抑え、新たに社会保険料を徴収し勤労大衆の自助努力を一層求める方法による介護保険制度を設け、あわせて一層の医療・福祉分野の市場化を図る」(高木1998a: 34)過程であるといえる。さらに、介護施設市場については、「民間の力に依存した形で介護保険制度では賄いきれない介護保険サービスや介護施設の不足による行き詰まりを施設・住居の領域でカバーする動き」(横山2003: 116)ともいえるのである。

施設や高齢者住宅の市場化政策により、介護施設の不足を「新しい住まい」が代替することが政策的な意図であるならば、「新しい住まい」は介護施設、または高齢者住宅にふさわしい質が維持・管理された内容になっているのだろうか⁽⁵⁾。そして、家族の抱える困難が軽減されるという視点から、意味あるものとなっているのだろうか。

鶴田は、「新しい住まい」として登場したサービス付き高齢者向け住宅⁽⁶⁾について以下のよう警鐘を鳴らしている。「地域包括ケアを支える重要な賃貸住宅として役割を果たすものだが、高額な居住費が問題となっている。一中略—地方ではサ高住の価格帯が安価となることから、一中略—住むところがない、受け皿がないので、縁もゆかりもない地方に追いやられている現状がある。」(鶴田2016: 13)という。地域包括ケアシステムにおいて、自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現が、住み慣れた日常生活圏域外にあることも近年明らかにされている。

Ⅱ 先行研究

ここでは、近年、高齢者の療養環境が、介護保険対応の施設や高齢者対象の公営住宅の整備ではなく、多様化した高齢者施設が代替施設として位置づけられてきたことに関する先行研究を概観する。

課題を指摘した先行研究として、鈴木は、「認知症対応型共同生活介護(グループホーム)」や「特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウスなど)」の利用が増加していることに注目し、これらの施設を施設介護の代替財と述べて、「介護保険では施設として見なしていないために、施設・住宅として当然確保しなければならぬ質の規制について、管理が行き届いてない」ことを問題点として挙げている(鈴木2007: 62)。

ケアの質や管理については、中田の指摘もある。中田は、「「住まい」や「ケア」の確保されるべき水準が明確になっていない状態で供給されることで、劣悪な環境や過不足あるサービス提供が存在し、さらには支払い能力に応じたサービスの格差まで容認されている状況であ

る。」という。さらに、「制度ビジネスの中で事業所が思い通りの事業を展開することは、資源の配置からみても、日常生活圏内でのケア体制の構築が難しい」(中田 2015 : 58)と述べ、現状のままの地域包括ケアシステムの推進は、ケアの提供体制の整備に課題があると指摘している。

このように鈴木と中田は、多様な形の「住まいとケア」が整備される市場において、「住まい」と「ケア」の水準が曖昧なまま、様々な居住形態、ケア形態が混在し、ケアの質や管理の面での課題が取り残されてきたことを指摘している。

一方、新たな政策の方向性において、代替施設を積極的に位置づけようとする先行研究を概観する。

外山は、商品化された「住まいとケア」が混在しながら増大してきた経過の中で、「施設と在宅とに二極分解していく構図のなかで、それを止揚するオルタナティブとして「自宅でない在宅」を積極的に位置づけたい」(外山2003 : 37)と述べている。特に、グループホームは「既存の施策の枠組みにのっとって位置づけよう」とすると、住宅でも施設でもない」とし、グループホームの可能性を「住宅と施設の二重性」に見出している(外山2003 : 109)。

また、小笠原らは、高齢多死社会において、「新しい住まい」は地域包括ケアシステムに沿っていて、最期を迎える場所として病院か在宅かの2択ではなく、第3の選択肢となりうることを述べている。「できるだけ家族と暮らすことができ、入居期間を問わず、療養から看取りまでシームレスに過ごすことができる」(小笠原ら 2019 : 16)としている。

さらに、松岡は日本とデンマークの高齢者住宅の比較研究を行い、「住まい」と「ケア」の分離について言及している。「施設とケアは

パッケージ化されたものではなく、「住まいとケアの分離」の先にあるのは、だれもが、どこでも、いつまでも暮らせる町」であり、「住宅は生涯住宅へと発展し、ケアは高齢者、障害者を区別なく、介護、看護、医療のみでなく社会参加や権利擁護や、町中で安全な移動が保障され、徒歩圏からのサービスが提供されるサービスゾーンと生涯住宅が再統合される」ことだという(松岡2011 : 95)。

松岡の住まいとケアの分離論の提言に異論はないが、松岡は研究対象を「自立型高齢者住宅」としているため、最期までの居住継続と分離後の住まいとケアの保障については課題が残ると考える。

ここまでの先行研究からは、「新しい住まい」は代替施設として位置づけられ、そこでのケアは事業主に委ねられ、公的に保障されないことの課題と、第3の選択肢として積極的に位置づけようとする議論に整理された。

このような現行制度のもとでの、自宅扱いの施設という第3の選択肢は、自己責任のもとで用意しなければならず、その選択の結果、そこでの暮らしが経済的な理由で途絶えたとしても、ケアが不十分な内容であったとしても、自己責任による選択の結果となるということにも注目したい。

そこで、高齢者の療養に関する自己責任による選択について、先行研究を概観する。

自己責任による選択の結果については、濱島が家族介護の議論で取り上げている。「家族介護は、高齢者福祉政策・介護政策の不備の結果ではなく、利用者と家族の自由意志による「選択の結果」であり、国や社会で対応すべき介護問題の範疇から外される」ことに警鐘を鳴らしている(濱島2018 : 142)。この論に依拠すれば、医療福祉政策の不備の結果、家族の自由意

志による住まいとケアの選択も、せざるを得ない「選択の結果」であるにもかかわらず、国や社会で対応すべき介護問題の範疇から外されてしまう恐れがあり、看過してはならない。

また、高木は高齢者の住居の自己決定について、「住み慣れた地域で、培ってきた人間関係をそのまま保ち、自らの生活方針に従って住居を決める際に、経済的な心配や施設と自宅とのケア格差や選択可能な住居形態が身近なところにそろっていないといった問題があると、「やむをえずの、仕方なしの自己決定」になってしまう」(高木1998b: 71)ことを指摘している。

地域包括ケアシステムの前提が住宅確保にあるならば、「少なくとも最低限度の水準の住宅保障が行き渡ることが求められている」(白川2015: 115)のではないだろうか。住まいの確保が自己責任である限り、多様な選択肢として用意された「新しい住まい」も第3の選択肢として選択できるとは限らない階層が存在するのである。つまり、住居は人々の暮らしにおける必要不可欠な条件であるが、最低限度の住宅保障がなければ、所得階層によっては住居の自己決定が不可能になることが容易に推測されるのである。

これらの先行研究からは、介護の市場化により、「住まいとケア」の提供体制が多様化する背景において、「新しい住まい」を積極的に位置づけようとする知見と、「住まいとケア」が公的水準として整備されていないことの課題が示された。

現在の政策の方向性は、自宅、施設以外の多様な「住まい方」を視野に入れた、地域包括ケアシステムの構築である。住まいの確保が前提であるにもかかわらず、住まいの選択の結果は自由意志の結果であり、療養の場が社会的に保障されない現状が危惧されているのである。

最後に、本研究は、要介護高齢者の中でも、認知症の高齢者を抱える家族の困難と療養の場の選択に焦点をあてて検討するため、認知症高齢者を抱える家族の介護負担についての先行研究を概観する。

まず、国民生活基礎調査の介護の状況の結果を参照する。国民生活基礎調査は毎年行われているが、「介護」に関する事項は、2001年以降の大規模調査年のみ実施されている。2001年から2010年までは介護が必要となった主な原因は「脳血管障害」が1位であったが、2013年、2016年、2019年では「認知症」が最も多い。調査が実施されて以降、要介護度別にみた同居の主な介護者の介護時間の構成割合は、「要介護3」以上では「ほとんど終日」が、連続で最も多くなっている。

次に、介護時間と介護負担の関係を見ると、原らは認知症のケアの内容で、区切るのが難しい連続性、持続性のある行為の例として、「入浴」と「更衣」、「排泄」と「更衣」、「排泄」と「移動」といった行為をとりあげている。「家族介護が時間の不明瞭さの日々の中で営まれている」ことを明らかにし、第三者は、主介護者が同時並行的に介護を行いながら時間をやりくりしていることに関心を持つべきだと指摘している(原・中島2003: 81)。

天田は、ケアという行為は「家族の「愛情」から担われる場合には、否応なしに他者のペースに飲み込まれ、その文脈に不可避に巻き込まれ」(天田1999: 55)、家族介護に多くの時間が費やされることを指摘している。介護者は日々の暮らしの中の介護という一部分に多くの時間を費やすことで悩みをかかえているのである。

1980年に公益社団法人認知症の人と家族の会(結成時は、呆け老人をかかえる家族の会)が立ち上がり、介護の内容について調査を行い、

継続的に国や自治体に要望書をまとめている。

2012年には、「認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書—介護家族の立場から見た家族支援のあり方に関するアンケート—」(2011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)において、介護は、本人との関わりにおいてその瞬間・その都度で生じるものと、主に本人以外の周囲や社会との関係性の中において介護の長い経過の中で生じるものがあったことを明らかにしている。さらに「家族として介護を行うとは、本人との歴史的つながりをもった立場で関係性を新たに築いていくことであり、それは現在の苦しみにとどまらず、過去の関係性を強調するものであり、将来の不安をかきたてる経験でもある。また、先の見通しが見えない中で、予期せぬ出来事に悩みながら、本人を介して周囲との関係性を築いていくことでもある。このような経過の中で家族は介護のつらさや苦しさ・悲しさを感じ、不安や絶望を抱えることがあるという複雑な諸相である。」と述べている。

更に、2017年に家族介護の困りごとを調査し、「認知症初期の暮らしと必要な支援—認知症の人と家族からの提言—」によると、9割が何らかの困っていることがあり、自分の健康状態が不安であると感じている人が半数、介護や見守りを手伝ってくれる人がいない3割、認知症や軽度認知障害の人にどう対応すれば良いのかわからない、介護の費用がかさむ、緊急時に対応してくれるサービスがない、まわりの人の認知症や軽度認知障害への理解がない、が2割であることも示された。

近年では、「介護保険の困りごと」アンケート調査報告書(2019)がまとめられた。家族の困りごとは、「利用限度額の上限を超え、自費負担が数万円ある。貯金の取り崩しもいずれ限

界になる」「自費負担のサービスも利用しないと生活がうまく維持できない」「有料老人ホームを探して入居したが毎月20万円もかかるので、この先が不安」「住宅型有料老人ホームでのホームヘルプ・サービスの利用は包括してもらいたい」「利用できる施設の情報があまりない。自宅での介護が困難になったときの施設の選び方がわからない」など、施設入所に関するこれまでには無かった内容の生の声がまとめられている。2011年の「安心要望書」では48項目であった要望が、2019年版は108項目に増え、認知症施策が介護保険にとどまるものではないことも明確にされた。

更に家族は、終日介護のために時間を費やし、限界を感じ、社会的介護に移行する場合、その手続きの過程は「個人の生活にある私的な事柄が法律上の規定や規則に照らして社会的に援助するのが適正か否かを判別する過程」(沖田1999:199)となり、介護に多くの時間を費やしてきたストレスに加え、劣等感や恥辱感、罪悪感を経験せざるを得ない側面もあるのである。

また、在宅介護者の週当たりの労働時間と介護時間のおおよその合計時間を推計したのは井口である。井口の調査⁽⁷⁾は認知症に限られたものではないが、「就業における週60時間以上の労働時間(月当たり時間外労働80時間以上)＝「過労死ライン」以上の過酷な「労働時間」の下におかれている実態が把握されている。長時間の労働や介護の状況におかれ、疲弊していく「介護過労」と呼ぶべき在宅介護者がかなり存在する」(井口2017:18、23)ことが明らかとなったのである。

介護問題とは、高齢者自身の心身機能の低下・不全の問題によって生じる介護負担のみを指すものではない。介護者は介護の長期化とともに、自分の健康に不安を感じながらも介護を

担い、その過程で要介護高齢者の医療依存度が高まったとしても入院は困難で、療養場所はすぐには見つからない。限られた療養場所として、住宅型を選択しても、家族は病状の安定に安堵する間もなく、これからの費用負担の不安を抱えることになるのである。

以上の先行研究を概観し、多様化した高齢者施設が代替施設として位置づけられることに関する研究と、家族介護の限界についての研究が蓄積されていたことがわかった。

そこで、本研究では、認知症高齢者を抱える家族が、家族介護においてどのような経過を辿り、療養の場を選択し、その選択の結果はどのような結果であったのかを考察することを試みる。

Ⅲ 調査の概要

1. 調査の目的

本調査は、認知症高齢者を抱える家族が、住宅型を療養場所として選択するまでの過程における困難を把握し、家族介護の限界と療養場所の選択について考察することを目的とする。

2. 調査対象

本研究の調査対象は、住宅型A(定員46名)の入居者家族とした。46名中15名から回答を得た。調査の実施施設は、東海地域の質的調査の趣旨に理解を得られた住宅型Aである。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施設長より確かめられ、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。

住宅型Aは、看護、介護職員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⁽⁸⁾。

3. 調査期間

調査期間は、2016年12月から2017年3月末までである。

4. 調査の枠組みと方法

調査の枠組みは、三塚の「生活問題をとらえる基本的な柱と枠組み」に基づくものである。その枠組みは、働く人々の生活問題・健康問題を捉えるために、暮らしの基盤である雇用・労働条件の問題を根底に据えて構造的に捉えようとしたものである(三塚1997:95)。

調査結果を分析する際、入居者とその家族が、主に家計の維持や入居費用の負担が安定的、継続的にできる条件を有しているかどうかを捉えるために、生計中心者の階層区分を三塚(1997)に依拠して生計中心者の階層を①経営者層、②ホワイトカラー層、③ブルーカラー層、④不安定雇用労働者層、⑤自営業者層、⑥無業者層に区分し、聞き取り調査をおこなった。さらに、調査結果を分析する際用いた、相対的安定層と不安定層の2区分については、高林(2004)に依拠して以下のように区分した。ただし、老齢厚生年金受給額には大きな開きがあることと、厚生年金よりも少額の国民年金受給者が存在するので、入居者の年金額だけでなく、家族が受給している年金額と家族の階層を加味して、大ぐくりに相対的安定層と不安定層に区分した。

相対的安定層は、本人が無業者層であっても老齢厚生年金を受給しており、入居費用をまかなえる、または生計中心者が相対的安定層で入居費用をまかなえる階層とした。

不安定層は、本人が無業者層であり、国民年金のみが収入で入居費用をまかなえず、生計中心者も不安定雇用だが、なんとか入居費用をま

かなっている階層。または、厚生年金を受給していても少額(10万円/月未満)であり、ようやく入居費用をまかなっているまたは、援助を受けなければ暮らしていけない状態にある階層とした⁽⁹⁾。

「新しい住まい」に辿り着いた入居者家族の生活問題を包括的に捉えるために、聞き取り調査項目は多岐に渡ったが、本論では、認知症高齢者を抱える家族の実態と住宅型の選択との関係を捉えることを目的としているため、以下の10項目から分析を行った。①介護者の続柄と本人の主疾患と要介護度、②入居者の入居前の在宅介護の経験の有無・階層性・世帯類型の関係、③入居者の入居前の階層性・世帯類型と在宅介護の経験年数の関係及び、通い介護の実態、④入居者の年金額と入居費用の負担の関係、⑤入居前の介護の内容、⑥介護者自身についての困りごとや不安なこと、⑦在宅介護の困りごとや不安なこと〈介護に関すること・家族の暮らしに関すること〉⑧在宅介護が困難だと判断した理由、⑨住宅型有料老人ホーム以外の検討、⑩家族からみた住宅型有料老人ホームの環境、⑪在宅介護の限界と家族が求める施設についての検討である。

これらの11項目は高林(2004)における重複障害者の健康・生活問題の調査項目を参考に、住宅型への入居前から入居後まで家族の抱える困りごとについて、経過を辿って分析できるように設定した。

調査方法は、面談室を利用し、調査員と1対1による半構造化面接を行った。一人当たりの調査時間は概ね1時間とした。調査時に語られた内容はメモに取り、文脈を重視し項目ごとに

まとめた⁽¹⁰⁾。

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、自由回答を含めて学術論文を書く目的以外には使用しないことを説明した。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の調査については、名古屋市立大学倫理委員会より2017.6.3に承認を得ている)

IV 結果

1. 入居者構成と要介護度、認知症の有無

年齢は、65歳以上から100歳以上まで幅広い年齢層に渡って入居しており、特に入居者の年齢は80歳から95歳未満に集中していた(46人中35人)。要介護度別にみると、事業対象者⁽¹¹⁾及び要支援から要介護5まで広く分布していた。なかでも、要介護1、要介護2、合わせて58%を占めていた。

次に、要介護状態の内容として、認知症の有無について確認すると、入居者46人(男性7人、女性39人)中33人(男性4人、女性29人)に認知症があることがわかっている。さらに、33人のうち、15人が要介護3以上であることが確認されている。

2. 入居者家族の基本情報

本項以降は、聞き取り調査に協力を得られた家族15人(直接介護に携わらず、キーパーソンを担っていた2人を含む)から聞き取った結果を示していく。この表2の基本情報を基にクロス集計を行う。

表2 入居者家族の基本情報

番号	主たる 介護者の 年齢	主たる 介護者の 性別	続柄	入居前の世帯類型	本人を含めた生計 中心者の階層区分	本人以外の 要介護者の 有無	在宅介護 の期間	通い介護 の有無
1	60	女	姪	単身	相対的安定層	有 義母	0	
2	63	女	次女	3世代世帯5人 本人と子ども夫婦、孫	不安定層	無し	約1年	
3	55	女	次女	単身	不安定層	無し	0	有
4	58	女	甥の嫁	単身	相対的安定層	有 叔父	6か月	有
5	58	女	甥の嫁	単身	不安定層	有 叔母	約1年	有
6	49	男	長男	高齢者2人世帯	相対的安定層	有 実母	約2年 6カ月	有
7	49	男	長男	高齢者2人世帯	相対的安定層	有 実父	約2年 6カ月	有
8	58	女	次女	3世代世帯5人 本人と子ども夫婦、孫	相対的安定層	無し	約5年	有
9	58	女	次女	単身	不安定層	無し	約5年	有
10	55	男	長男	単身	相対的安定層	無し	約2年	
11	63	男	長男	単身	相対的安定層	無し	約1年	
12	66	女	長女	単身	相対的安定層	無し	約15年	
13	52	男	長男	3世代世帯5人 本人と子ども夫婦、孫	相対的安定層	無し	約4年	
14	56	女	長女	単身	相対的安定層	無し	約1年	有
15	62	女	長男の嫁	2世代世帯3人 本人と子ども夫婦	不安定層	有 嫁の実母	約6年	

3. 分析結果

(1) 介護者の続柄と本人の主疾患と要介護度

入居当時の主疾患は、ひとりの入居者が複数の疾患を抱えており、15人中9人が認知症と医師から診断を受けていた。実際に在宅介護の経験のある13人に確認し、11人は認知症があったことがわかっている。高齢期には要介護度が最重度でなくても、常に医療との関係を維持しなければならない身体状況であり、さらに認知症をとまなうことで介護負担が大きかったことがわかる。

(2) 入居者の入居前の在宅介護の経験の有無・階層性・世帯類型の関係

表3は、回答を得られた15人について、入居

前の在宅介護の経験の有無や階層性、世帯類型が住宅型を選択する際に、影響しているかどうかを確認するためクロス集計を行ったものである。

回答を得られた15人中13人は在宅介護を経験していた。そのうち9人が相対的安定層であった。世帯類型は、在宅介護を経験していた13人中7人が単身世帯であった。つまり、多くの人は入居前に在宅で介護をしており、経済的には相対的安定層の人が住宅型に入居できたといえる。

これらのことから、入居の選択と入居前の在宅介護の経験の有無・階層性・世帯類型の関係は、在宅介護を経験し、比較的安定層の人が入居を選択していたといえる。また、単身世帯で

表3 入居者の入居前の在宅介護の経験の有無・階層性・世帯類型の関係

	合 計	3世代世帯 5人	2世代世帯 3人	高齢者 2人世帯	単身世帯
合計	15	3	1	2	9
在宅介護をしていた	13	3	1	2	7
相対的安定層	9	2	0	2	5
不安定層	4	1	1	0	2
在宅介護をしていなかった	2	0	0	0	2
相対的安定層	1	0	0	0	1
不安定層	1	0	0	0	1

[人]

安定層の人が入居を選択していたこともわかった。つまり、入居前、単身世帯であっても経済的には安定し、何らかのサービスを利用して生活を成り立たせていたが、在宅で暮らすことに限界があって入居を決めたといえよう。

(3) 入居者の入居前の階層性・世帯類型と在宅介護の期間との関係及び、通い介護の実態

では、在宅介護を経験していた13人の階層性・世帯類型・在宅介護の期間をみる。在宅介護の期間で最も多かったのは、1年以上3年未満(13人中7人)、次いで5年以上(13人中4人)であった。その内訳で注目すべき点は、1年以上3年未満のうち、単身世帯が7人中4人、5年以上のうち、単身世帯が4人中2人いたことである。単身世帯であっても、長期にわたって何らかのサービスを利用して生活を成り立たせていたことがわかった。また、中でも1人は、不安定層で、5年以上在宅療養が継続していた。

次に、表3の在宅介護の経験のある単身世帯7人がどのように介護されていたかをみるために、通い介護について確認した。単身世帯で通い介護を受けていたのは5人であった。通い介護の担い手は、次女、甥や姪、長男、長女の順であった。超高齢社会において本人の兄弟姉妹が死亡し、実子がない場合は、甥や姪の通い介護によって単身世帯の介護が支えられることも珍しくないであろう。

これらのことから、相対的安定層で、一定期間在宅介護が行われ、その結果、住宅型を療養の場として選択していたことと、単身独居であっても、一定期間、通い介護を受けながら過ごした後に、入居していたことがわかった。階層性に注目して看過できない側面は、不安定層の入居者が調査対象15人中5人おり、介護にかかる費用を別居の家族が担わざるを得なかったことも推測できるのである。介護が長期化した場合は、別居の家族の生活への支障も小さくはないであろう。

(4) 入居者の年金額と入居費用の負担の関係

表4は、入居者の概ねの年金額を示した。入居費用を本人の年金の範囲で賄えていたかどうかを確認したところ、賄えているのは15人中5人であった。これは、3分の2相当の入居者が賄えていないことを示している。

この「年金でまかなうことができない」という回答については、入居費用総額が関係するため表5に示す。ここで注目しておきたいのは、住宅型Aに入居している高齢者は、費用総額に満たない年金でも、家賃、医療・介護の自己負担分も支払ってやりくりしなければならず、生活は困窮していくことが示唆される点である。

次に、入居費用を負担している人について示した。住宅型Aにおいては、本人が全員、主たる負担者であった。そのうち従たる負担者のい

る人は一人いた。ここでいう、従たる負担者とは本人の収入や貯え等だけで、入居費用の支払いが困難な場合に、支援している人を指す。

入居費用の補填方法を確認したところ、本人が入居費用の全額を負担している場合、15人中11人が預貯金を切り崩したり、個人年金で補っていた。これらの例からは、元気な頃から、自己責任で老後の貯えを用意しなければ、療養生活が保障されることが示唆される。

また、事業者側が支払い可能な入居者の階層を絞ることで、入居困難な階層は、入居対象から自ずと排除されている現状がある。入居者が

自由に療養環境を選択しているのではなく、事業者側が入居対象の階層を決定づけているという、現在の新しい住まいの市場で起きている一端が示唆されることも看過できない。

「まかなうことができている」という回答の一方で、年金で「まかなうことができない」のに、なぜ入居を決めたのか、入居せざるを得なかった背景があるのではないかと、また、在宅介護のどこを限界と感じて入居に至ったのかという課題が抽出されるため、本項以降の結果から、更に分析を行う。

表4 入居者本人の1か月の年金額

入居者の1か月の概ねの年金額	人数
5万円未満	0
5万円～10万円未満	3
10万円～15万円未満	4
15万円以上	8
合計	15

表5 住宅型Aの入居費用

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
入居費 ※1	128,000円	128,000円	128,000円	128,000円	128,000円	128,000円	128,000円
介護保険利用限度額	約5,213円	約10,912円	約17,393円	約20,439円	約28,062円	約32,099円	約36,537円
医療費 (後期高齢者医療) ※2	(低所得Ⅰ・Ⅱ)月額上限8,000円 (一般) 月額上限12,000円 (重度障害) 負担割合0円						
合計(医療費別)	約130,000円	約140,000円	約150,000円	約150,000円	約160,000円	約160,000円	約160,000円

※1 入居費には食費、管理費、家賃相当が含まれる。オムツ代、寝具代、通常の洗濯代は別季節により冷暖房費、寝具等を汚染した場合の洗濯代は別途請求される

※2 後期高齢者医療制度において所得の区分に応じて自己負担限度額(月額)が定められている
低所得Ⅰとは世帯の全員が住民税非課税で、その世帯の各所得が0円となる場合 月額上限8,000円
低所得Ⅱとは世帯の全員が住民税非課税で区分Ⅰ以外の場合 月額上限8,000円
一般とは現役並み所得者、区分Ⅰ、Ⅱ以外の場合 月額上限12,000円
重度障害とは「重度心身障害者医療費助成制度」により医療費の窓口負担が助成される 負担割合0円

(5) 入居前の介護の内容

実際に在宅介護をしていた当時の日常生活の介護内容、認知症の症状から介護の実態を確認した。

日常生活の介護の内容では、調理(13人中11人)、服薬介助(13人中9人)、清掃(13人中8人)、洗濯(13人中7人)、排泄の世話(13人中7人)入浴の介助(13人中7人)、通院介助(13人中7人)、

在宅サービス提供事業所との連絡調整(13人中7人)の順で介護を必要としていたことがわかった。この結果からは、身体的には動くことが可能であっても、身の回りのことやこれまでできていた家事動作が、次第に困難になっていく様子を窺うことができる。

また、服薬の介助、通院介助、在宅サービス提供事業所との連絡調整に介護が必要になっていったという結果からは、誰かの援助を受けなければ、医療の継続に支障をきたすようになっていく様子が容易に想像できるのである。

認知症の症状については、表6「認知症の症状についての回答(BPSD4分類)」に示した。分類の方法は山口らに依拠した。山口らは、認知症の行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)は、ケアする側(家族、介護職員、看護師等)の負担となり、それにより、しばしば介護放棄や身体拘束にもつながり、さらには本人の暴力につながるなど、どちらにとっても望まれない症状であるとして、BPSDの定義ととらえ方や発症要因について解説している(山口ら2018)。その中で、日本認知症ケア学会編集のテキスト⁽¹²⁾に示された表に準拠することが妥当であると述べている⁽¹³⁾。4分類は以下のようである。

①中核症状関連の症状・行動：広い意味では中核症状に含まれるが環境や心理的要因の影響を受けているもの、②精神症状：認知症以外の精神疾患でもみられる症状、③行動コントロールの障害：身体状況や環境との相互作用で生じ「外的な行動」に焦点を当てたもの、④対人関係の障害：身体状況や環境との相互作用で生じ「対人」に焦点を当てたもの。

表6によると、意思疎通を図ることが困難だけでなく、「物盗られ妄想があり、ヘルパーのことも疑ったため、訪問介護が利用しづら

かった。」「デイサービスの朝は、出かけることが納得できず、説明に苦勞した。」「一度、別の住宅型に入居したが、知らない人ばかりでパニックになり、夜間の対応ができなくて退去しなければならなかった。」(表中下線)など、サービスはあっても利用できない苦勞が示された。

また、「漏らしていたことに異臭で気が付いた。物干しに尿取りパットが干されていて、自分なりに対処していることがわかって見守った。」「人生ずっと家族のために尽くしてきた穏やかな人だったのに、「あんなにやってあげたのに」「誰もわかってくれない」などと愚痴ばかりこぼすようになった。家族はそれを聞くのに疲れ果てた。」「家中のいたるところで排泄、異食行為、物の収集がはじまり、目が離せなくなった。」「もともと習字が趣味だったが、きれいに書けないことにこだわりだして楽しめなくなった。固執していく母とのやり取りは限界だった。」(表中下線)といった本人の意思に沿って対応することの苦勞があることも示された。家族は、徘徊、妄想、暴言による家族間の不和など、認知症の症状のために対人関係を築くことができない上に、その場その場で本人の意思に沿いつづけることに疲れ果てていた。

(6) 介護者自身についての困りごとや不安なこと

介護者自身の困りごとや不安なことで、もっとも顕著な結果は、13人中13人が「いつまで続くかわからない介護に漠然と不安を感じていた」に回答したことであった。次に多かったのは、「介護者自身が病気になってしまうことが不安」(13人中7人)、「自分の健康が気になった」(13人中6人)であった。このことから、いつまで続くかわからない介護への漠然とした不安と、自分の健康がいつまで続くかわからない

表6 認知症の症状についての回答(BPSD4分類)

① 中核症状関連の症状・行動
・金銭管理ができなくなった。 ・同じことを繰り返し話すのでつきあった。 ・通帳や印鑑をなくすため、通帳の再発行に苦労した。本人を銀行に連れていくだけでなく、銀行の人が施設に来てくれたこともある。 ・認知症のために、家族の中でも甥のことしかわからなかったで、甥に負担がかかった。 ・排泄が間に合わず、廊下やソファを汚染したので紙パンツを促したが、自分で布のパンツに戻していた。汚染した感覚もわからなくなっていた。 ・洗濯で、洗剤を大量に使い始めた。洗濯機が止まると不安がった。洗濯に関心があっても、部屋からは汚れた衣服がでてきた。 ・自転車の置き場所を忘れてしまうことが続き、何度も自転車を探した。骨折をきっかけに自転車に乗れなくなってほっとした。 ・漏らしていたことに異変が気が付いた。物干しに尿取りバットが干されていて、自分なりに対処していることがわかって見守った。 ・長男の言うことはよく聞いてくれた。長男がデイサービスを勧めてくれたので通うことができた。デイサービスのみが出かけるきっかけだった。 ・犬を飼っていたので、いつも犬を介して話をした。犬を介すると、本人の気分は落ち着いていた様子だった。 ・人生ずっと家族のために尽くしてきた穏やかな人だったのに、「あんなにやってあげたのに」「誰もわかってくれない」などと愚痴ばかりこぼすようになった。家族はそれを聞くのに疲れ果てた。最後は怒れてしまった。 ・車の免許を取り上げることが大変だった。タクシーチケットを渡しても理解することができなくて、タクシーに乗れなかった。 ・危険なため車の免許を取りあげた。外出が必要な時は、常に家族が連れていかなければならなくなった。 ・火を使うと火事が心配だったので調理器具を電気に変えた。
② 精神症状
・幻視、幻覚によって、「毒をもられる」と言い、外に向かって「助けて」と叫ぶなどの行為が目立つようになり、ひとりにできなかった。 ・物盗られ妄想があり、ヘルパーのことも疑ったため、訪問介護が利用しづらかった。 ・物盗られ妄想のために、本人が警察に通報したため、その都度対応しなければならなかった。 ・本人は、いつも文句ばかり言っていた。長男に頼らなければ生活できないことを理解できなかった。 ・「泥棒が来る」と言って、家じゅうのカギをかけ、新聞を敷いて、玄関で見張っていることもあった。
③ 行動コントロールの障害
・家中のいたるところで排泄、異食行為、物の収集がはじまり、目が離せなくなった。 ・食べることに関心がなくなり、嫁の作ったものに好き嫌いが出るようになった。外食で食べてくれることもあったが、毎日というわけにはいかないので苦労した。 ・認知症が始まって、月に一度は旅行に連れて行った。本人の好きだったことは全部取り組んだ。それでも、店などで人に迷惑をかけるようになってきたのでできなくなった。 ・臆病だったので、屋外を徘徊することはなかったが、夜間、2時間おきに起こされた。 ・本人は、猫を探すつもりで夜間の徘徊をした。猫が視野から消えると探しに行くことが繰り返された。 ・これまで好きだった編み物や陶芸、カラオケに関心がなくなった。何を勧めても無関心だった。 ・毎日ぼーっとして過ごすようになり、以前は自分で炊いていたご飯も炊かなくなり、弁当を取るようになった。本人のペースと認知症の区別がわからなかった。 ・デイサービスの塗り絵にこだわって、夜中まで塗り続けた。 ・もともと習字が趣味だったが、きれいに書けないことにこだわりだして楽しめなくなった。固執していく母とのやりとりは限界だった。家族の生活が壊れる前に施設に入所して、専門の人に任せたいと思った。 ・これ以上認知症が進行しないよう、刺激を得るために、いつも外に連れ出さなければならなかった。
④ 対人関係の障害
・入院中、暴れたり、ののしったりしたので付き添わなければならなかった。 ・入浴しがらなかったこと、出不精だったのでデイサービスを嫌がった。無理に利用して、施設入所の順番が来た時に、入所を拒否されると困るので、デイサービスを利用できなかった。 ・デイサービスの朝は、出かけることが納得できず、説明に苦労した。 ・私の強さが顕著になって、暴言を吐いて、孫との喧嘩が絶えなかったが、本人をそれ以上怒らせないために、見守るしかなかった。孫も辛かったと思う。 ・一度、別の住宅型有料老人ホームに入居したが、知らない人ばかりでパニックになり、夜間の対応ができなくて退去しなければならなかった。 ・老々介護だったので、妻の方が先に入所した。認知症の夫の方は、施設入所が納得できず、独居の状態で現状のままにするしかできなかった。 ・デイサービスに行くことを嫌がった。自分はまだ元気だと思っていたし、易怒的で喧嘩になった。人の世話にならないという気丈な気持ちはわかるが、困った。 ・怒るとプラスチックのケースを「バカヤロー」と言ってたたき続けたので、怒らせないように常に本人の要求を聞かなければならなかった。

不安が重なり、介護が目標や終わりの見えない経過を辿ることで身体的にも精神的にも負担となっていることがわかった。

次に、介護者自身の困りごとや不安なことの自由回答を①～⑥の項目で分類した。①いつまで続くかわからない不安、②要介護者のことが常に気になって落ち着かない、③介護について前向きに考えようと葛藤している、④仕事への影響、⑤介護者自身の健康についての不安、⑥その他であった。

自由回答では、「本人は、次男夫婦と同居していたが、実の娘の私を通して介護した。嫁は、対応に困ると夜でも私を呼んだ。通い介護は、限られた時間でしかできないので、いつも本人のことが心配だった。」という言葉があった。これは、同居の家族がいても、嫁ぎ先から実の娘が通い介護を担い、同居の家族にも気遣いしながら、常に本人を心配していた苦労が窺える。また、「主介護者も認知症だった。病院の手続きや、買い物はできていたが、食事の準備ができなくて困った。本人は自宅で放置されていて、食事をさせてもらっているか、失禁していないか常に心配だった。」という言葉からは、老々介護の生活実態も垣間見られ、それを支える別居の家族が通い介護で支えている様子も窺える。

仕事への影響では、介護のために勤務時間を変更せざるを得ないことや、退職を余儀なくされる恐れがあることが示唆された。

その他では、「タクシーの運転手や病院の売店の店員さんといった、その場だけの会話の関係の人から、「大変だね」と言ってもらったことが嬉しかった。」という言葉があった。介護を代わってくれる人や、相談にのってくれる人が身近に存在しない場合に、ねぎらいの言葉をかけてくれる人がいない場合の精神的な不安や負担が現れているといえよう。

(7) 在宅介護の困りごとや不安なこと〈介護に関すること・家族の暮らしに関すること〉

在宅介護の困りごとで、介護に関すること・家族の暮らしに関することでは、「外出の準備が大変だった」が10人中7人で最も多かった。その回答の大変な内容とは、本人がデイサービスに行きたがらないため準備に時間がかかるというものだった。「本人との会話が難しかった」も10人中7人で最も多かった。認知症の世話のために、通常の対話ができないことへのストレスが大きいことが示唆される。

介護に関する困りごとの自由回答と家族の暮らしに関しての自由回答では、デイサービスやショートステイを本人が利用しがないために困ったという内容があり、家族だけで介護の負担を抱え、仕事や生活に支障を来していたことが窺えた。また、老々介護や独居の親を別居の家族が支える困難もあった。『近所の人から「ご主人にみてもらって幸せね」などと言われ、夫は「俺がこんなにみてやっている」という態度で本人に接するようになった』という言葉は、妻が夫の介護をするのは当たり前だが、夫が妻を介護するのは大変であるという慣例で周囲は判断しがちであることを示している。老々介護の状況で、夫が妻を介護し、介護をしていることをねぎらってほしい夫の気持ちと、要介護状態の妻側の気持ち双方を支えていた家族の様子が窺える。老々介護の高齢者二人世帯を別居の家族が支えることで、家族は自分の生活や仕事に支障をきたしていただけでなく、それによる心労も重なっていた。

近隣や親せきとの関係において、気がねや気遣いが生じ、その対応に疲れていることがわかる。介護の困りごとは、具体的な介護行為にとどまらず、暮らし全体に心労が及んでいた。

(8) 在宅介護が困難だと判断した理由

在宅介護が困難だと判断した理由を確認すると、「もともと本人が独居であった」という回答が最も多かった(15人中6人)。もともと独居であったことは、要介護状態になったからといって、家族と同居して本人の生活環境を整えることは困難なようである。また、「現在の家族の生活リズムが変わってしまうことへの不安」(15人中4人)や「介護をしていくのに健康に自信がない」(15人中4人)という回答からは、認知症の介護が必要になったからといって、同居を考えたとしても、身体的な健康だけでなく、精神的な面での健康不安もあり、在宅介護に踏み切れないことが推測される。

表7は、在宅介護が困難だと判断した理由の自由回答を①から④の4項目でまとめたものである。①「在宅介護の限界や不安」、②「要介護状態での生活についての適応困難や不安」においてでは、「一人暮らしは限界」「車いす生活」「健康管理」「自宅で死なれるのが怖い」「火を使って冬を過ごす」などの言葉が表出された。これらの言葉からは、今後も介護が必要になっていく将来への不安を抱え、施設入所を決めていたといえよう。

③「在宅介護の迷いをもったまま入居を決め

ざるを得なかった思い」では、「在宅介護をして冷たくあたることと、施設へ入所させることのどちらが非情なのか、わからなくなる」「元気なら一緒に暮らしたい」という言葉が表出された。このことから、在宅介護の困難だけでなく、本当は一緒に暮らしたいと思う気持ちの間で、家族が精神的に苦しんでいる様子も窺える。

以上のように、自由回答からは、在宅介護が選択できない理由として、介護そのもののストレスと、暴言や暴行といった周辺症状がある場合、本人とのコミュニケーションがとれず、家族の生活を保てなくなる危機感も伴っていることがあげられる。在宅介護を経験して疲れ切っている家族は、限界を感じて施設入所を決断していた。

本調査では本人以外の要介護者を抱えているかどうかを確認した。聞き取りの結果、15人中6人の家族が本人以外の要介護者を抱えていた。本人以外の要介護者の、本人からみた続柄は、実の兄弟姉妹、義理の兄弟姉妹で占められていた。また、本人の兄弟姉妹も要介護状態となっていることがわかった。家族は、本人以外に要介護高齢者を抱え、施設入所やサービスの利用がなければ介護の負担は軽減されず、限界に至っていたといえよう。

表7 在宅介護が困難だと判断した理由(自由回答)

①在宅介護の限界や不安
・ 本人が認知症で、人を信頼できず、自分の食事も適当で一人暮らしが限界だった。 ・ とにかく認知症の介護が大変。 ・ 今の認知症のままで高齢者二人の生活が続くとは思えなかった。ひどい生活になる前に人に頼もうと思っていた。入居に迷いはなかった。 ・ これ以上在宅介護を続けたら、自分の生活がどうなってしまうのか不安だった。投げ出したいと思った。母にとっても、入居した方が幸せだと思った。 ・ もうこれ以上は在宅介護はできないと思った。 ・ 脳梗塞後遺症で右半身麻痺となつてしまい、自宅での一人暮らしは限界だった。常に人の手がかかるようになった。施設は寒暖の差がなく高齢者にとって過ごしやすい。 ・ 家族関係が悪かったので在宅介護は考えられなかった。 ・ 一人暮らしのとき、熱中症で倒れていたことがあった。たまに顔を出すだけでは独居は家族にとって不安。本人も入居を希望した。
②要介護状態での生活についての適応困難や不安
・ 立場が姪であることと、自分の家族の生活があるので同居できない。 ・ 本人専用の部屋が用意できなかったため、アパートも借りたが、結局使わなかった。一人にできない。 ・ 車いす生活になって、自宅での介護は無理だと思った。 ・ 肺炎で入院した時、明日亡くなるかもしれないと言われた。自宅は寒いし、自宅の環境で健康管理はできないと思った。 ・ 自宅で死なれるのは怖い。自分は主治医になれるわけではない。相談できる人がいない。
③在宅介護の迷いをもったまま入居を決めざるを得なかった思い
・ 認知症という病気のせいとはいえ、認知症の介護は大変。在宅介護をして冷たくあたることと、施設へ入所させることの、どちらが非情なのかわからなくなる。 ・ 人に相談すると、「本当に在宅で介護できるのか」と言われた。自分なりに介護そのものと向き合えるのか考えた。自分たちの生活が崩壊する危機を感じた。認知症で杖を振り回すこともあったので、自信がなかった。周囲には「親の面倒もみないのか」と言われても、何がどう崩れていくのか不安だったし、一線を越えないで 親への愛情を保ちたいとも思った。在宅介護で本人に冷たくしてしまうことが想像できた。家へ連れて帰るとことが、生活や気持ちにどう変化を与えるのか不安になった。 ・ 父が一人で認知症の母を介護してきたことを後から知った。本当によく頑張ってくれたと感謝している。認知症でなければ、一緒に暮らせるかもしれない。元気なら一緒に暮らしたい。 ・ 本人は、子どものこともわからなくなって、怒ってばかり。不安で仕方なかったのだと思う。もし、同居したとしても、本人が怒ってばかりの毎日では子どもたちの自己満足なのかもしれない。本人にとっては、施設で怒られることもなく優しくされて、穏やかに暮らせるのならその方がいいと思った。 ・ 在宅での介護が限界だとは思わなかった。このまま生活のリズムがとれるといいな、と思っていた矢先、入居できると話があった。今はいいかもしれないが、本人のことや今後のことをいろいろ考えて、入居のタイミングだと思って入居を決めた。火を使って冬を過ごすことが、問題だと思った。
④その他
・ 在宅介護は、介護認定からはじまって、いろいろな人に助けてもらわなければ実現しない。その過程が大変。

(9) 住宅型有料老人ホーム以外の検討

家族は、在宅介護が困難だと判断した結果、施設入所を希望し、現在入居中の住宅型以外にも施設等の検討をしていた。15人中9人が「住宅型以外を探した」と回答していた。また、相対的安定層、不安定層のいずれの階層であっても、半数以上の人が住宅型以外を探していた。

自由回答によると、介護保険施設の検討をしたが、地域密着型や要介護度の入所要件の問題や待機期間の長さにより、現在の住宅型に入居を決めていたことがわかった。また、認知症の

ために、病院という治療が優先される場所での療養が困難だった様子も示された。

住宅型以外を探さなかった6人は、もともと現在の住宅型に併設されたデイサービスを利用していった経過があった。新しい環境よりも、安心できる環境が身近にあったため、入居を決めるのに迷わなかったといえる。

これまでの回答から、要介護状態の高齢者を抱える家族にとって、「いつまで待てば入所できるのか、いつまで家族の介護期間が続くのか」という不安を抱えたまま、あてもなく待機する

ことがストレスとなっており、住宅型以外も含めて施設を探していた。

(10) 家族からみた住宅型有料老人ホームの環境

ここでは、家族からみた住宅型の環境について尋ねた結果を示す。入居後の住環境については、聞き取りをおこなった家族15人全員が、本人にとって現在の住宅型の環境は「合っている」と回答した。理由としては、15人中11人が「食事がおいしい」「夜間でも見守ってくれる安心感がある」と回答した。住宅型Aに入居したことで、それまでの食事の不規則や、摂取量の不安定さが解消されていることが示された。「夜間でも見守ってくれているという安心感があるから」よかったという回答からは、在宅で介護をしていたときはゆっくり寝ることもできず、いつも緊張していなければならなかった苦勞から解消されていることが窺える。15人中9人は、「季節を感じる事ができている」と回答し、よかったと感じていた。家族は、食事をおいしく食べて、季節を感じながら安心して生活できる環境を本人に提供でき、満足していた。

また、経済的な側面については、15人中10人は、「本人の年金の範囲で入居費用をまかなえるから」合っているという理由であった。これらの人々は、年金の範囲で見守り可能な療養環境を用意できた人々である。

その一方で、15人中5人が不安定層であったことが表2から示されており、年金の範囲で入居費用を賄えなくても、入居を決めざるを得なかった実情があったのである。不安定層の5人は、何らかの手段で介護費用を捻出し、年金の範囲で入居費用を支払うことが困難であっても住宅型に入居してよかったと感じていた。

そして、「最期の看取りまでおこなってくれ

るため、生活の場所を転々としないでいいから」と15人中8人が回答している。この回答からは、これまで居場所を転々としてきた苦勞があったことが窺える。

(11) 在宅介護の限界と家族が求める施設についての検討

本項では、在宅介護についての家族の語りの中で、「在宅介護の困難と施設入所に関すること」を示す言葉を表8に示した。そこには、家族が認知症の在宅介護を担って感じた困難と、施設入所に介護負担の軽減を求めながら、本人にとってふさわしい環境とは何かを模索している現状が表れていた。

まず、「在宅介護に関する困難」を分類すると以下のように分けられた。①介護の担い手の問題、②介護と仕事についての問題、③在宅介護の専門職間の連携の問題、④介護と育児のダブルケアの問題、⑤その他である。

②介護と仕事についての問題では、仕事を辞めて家族が介護にあたった場合、多くは女性が担い手となり、社会進出が阻まれ、女性の不満につながるという指摘があった。表2より、15人中10人が主介護者は女性が担っていた。介護と仕事の関係をみたとき、仕事を辞めて介護にあたる場合もあれば、施設入所の費用を捻出するために仕事をしなければならない場合もあるだろう。仕事を辞めれば世帯収入が下がり、介護費用を捻出できない状況も考えられる。

③在宅介護の専門職間の連携の問題では、在宅医療・介護の専門チームの編成を異なる事業所間で整えていくことの困難さに言及した家族もいた。「在宅専門のチームを組んだとしても、独居の場合、夜間一人になる時間が心配。医療面の支援に合わせて、徘徊や失禁の対応も可能なチームが必要。」という言葉から、在宅にお

ける認知症に対応する24時間のケア体制の限界も示唆された。①において、独居の場合の「一人になることが問題」「最後は家族の負担が求められる」「家族が支え合わなければサービスがあっても在宅介護は無理」という介護の担い手の指摘があったが、専門職を含めて担い手の問題が大きいことがわかる。

④介護と育児のダブルケアの問題では、親世代を看る主介護者の世代は、親の介護に加えて、孫の世話というダブルケアの問題にも直面している現状が示された。「女性の社会進出」という言葉が自由回答の中に登場しているが、主介護者の子ども(本人からみた孫)は男女ともに就業し、主介護者が孫(本人からみたひ孫)を育てながら介護も担っていた。人口の超高齢化した現在における、「4世代にわたるダブルケアの問題」ともいえよう。

⑤その他としてまとめた「在宅介護に関する困難」については、終わりの見えないことが特徴として挙げられる。家族の自由な語りからは、

在宅サービスだけでなく、いつでも施設入所可能な制度が整備されなければ、在宅介護の継続が困難であることが示された。在宅介護の過程において、いつまで続くかわからない漠然とした不安を抱えたままの在宅介護には限界があるのである⁽¹⁴⁾。

「施設に関すること」では、「在宅で介護しても、施設に入所しても、後悔は残ると思う。」という言葉があった。認知症のために本人の意向を言葉で確かめることができず家族は悩んでいた。また、「本人が「娘に負担をかけたくない」と言っていた。母が娘のことを思ってくれることがうれしい。」という言葉からは、母親の元氣であったときの言葉を頼りに、住宅型で暮らすことを肯定している様子も窺えた。

本調査からは、介護の限界の末に、住宅型という療養の場を選択してもなお、家族は、認知症であることから本人の意思を確認できないことで悩み苦しんでいることが示された。

表8 在宅介護の困難と施設入所について(自由回答)

在宅介護に関する困難	① 介護の担い手の問題 ・ 独居の場合は、夜間一人になることが問題だと思う。家族が同居していても、それはそれで介護の負担が大きくて続かない。 ・ 在宅介護の基本は、もともと同居していること。夜中の世話は家族になるし、一緒に住んでいなければ、家のことがわからない。家族が同居して支えあわなければサービスがあっても、在宅介護は無理だと思う。 ・ 家族がいない人の在宅介護が現実的とは思えない。どんなにサービスが整っていても、最後は家族の負担が求められると思う。 ・ 在宅介護は、人の手を借りることが大切。本当に在宅介護が可能なのは、条件が整った一握りの人だと思う。 ・ どんなサービスがあっても、大家族でなければ在宅介護は困難だと思う。 ② 介護と仕事についての問題 ・ 在宅介護は女性の社会進出が進む以上、限界を来していると思う。在宅で家族で介護するか、人に任せるかの選択を迫られることになる。 ・ 息子夫婦は共働きで、介護に専念できない。二人で働いているから今の生活が維持できる。共働きでなければ、介護の費用も捻出できない。 ・ 誰かが目を離さないでいられるように、息子の妻が仕事を辞めたとしたら、それは妻の不満につながると思うのでそれもできない。
	③ 在宅における専門職の連携についての問題 ・ 在宅専門のチームを組んだとしても、独居の場合、夜間一人になる時間が心配。医療面の支援に合わせて、徘徊や失禁の対応も可能なチームが必要。 ・ 医者がいてもそれ以外のサービスがなければ在宅介護は成り立たない。 ・ 医療でなく、介護で元気を取り戻すことがあるかもしれない。医療と介護が連携することも難しいと思った。
	④ 介護と育児のダブルケアの問題 ・ 同居の長男夫婦が共働きで頼ることができない。自分は、孫の世話もしなければならぬので、介護に専念できない。
	⑤ その他 ・ 本人専用の居室が必要 ・ 介護は誰かの援助が必要だと思うが、援助を受けるために介護保険を利用する際、要介護認定から在宅介護をはじめるまでの手続きの過程が大変すぎる。 ・ 在宅介護にもっていくまで、いろいろな人に助けてもらうことになったが、準備が大変だった。もっと、手続きを簡素にして欲しい。 ・ 在宅介護の期間が長いと続かない。 ・ 訪問サービスと言っても、巡回型なのか、滞在型なのかのようにサービスを利用していくのか判断が難しい。 ・ 常に見守りが必要だからといって、常時他人が付き添うことは現実的ではない。かえって、家族の生活にも不自由が生じる面もあるだろう。 ・ 在宅介護はいつまで続くかわからないことが不安。いつも介護者が元気であるとは限らない。本人よりも、介護者が先に亡くなるかもしれない。 ・ どんなサービスが整ったとしても、住環境が整ったとしても、歩ける認知症の時期を在宅で乗り越えるのは難しいと思う。 ・ 近医に通っていたが、薬が多く、食べることもようやくな高齢者に10粒も処方されていた。おかしいと思う。 ・ 「介護2になってよかったね」とも言われた。何がよかったのかわからない。 ・ 在宅介護を実際に継続している人のことは尊敬する。次第に衰弱していくのを自分で見ていくのはつらいはず。
	施設に関すること ・ 医学的な管理が必要な場合も、認知症の場合も、24時間誰かが見守りできる体制が必要。 ・ 施設にいつでも入所できるという安心感がないと、終わりの見えない在宅介護はできない。 ・ 本人が、在宅介護を経験したため、子どもに在宅介護の負担をかけたくないと言っていた。今は施設で気兼ねなく生活できている。 ・ 本人のことを思うと、本当に在宅が幸せなのかかわからない。施設なら、季節の楽しみや他の入居者との交流もあるし、家族の家の近くなら、いつでも会いに行ける。 ・ 本人は住み慣れた家にいたとしても、閉じこもりきりになったり、家族の家から遠ければ、なかなか会いに行けない。自分なら、施設での生活を選択する。 ・ 本人は、「一人で暮らす」と言い切ったりする。それを否定せず本人の気持ちに寄り添うためには気持ちに余裕がないとできない。施設の受け皿があれば、心に余裕ができるかもしれない。 ・ 在宅で介護しても、施設に入所しても、後悔は残ると思う。 ・ 在宅介護については、本人が「娘に負担をかけたくない」と言っていた。母が娘のことを思ってくれることがうれしい。母は以前から前向きで、くよくよせず、娘に依存しない人だった。

V 考察

1. 住宅型有料老人ホーム入居に至るまでの過程から示された認知症介護の限界

本調査結果からは、家族介護の限界を感じた家族は、施設入所を希望しても介護保険施設等への入所が困難で、ようやく住宅型Aに辿り着いていたことが示された。調査に協力を得られた15人中、在宅介護の経験があったのは13人で、在宅介護に限界を感じていた。13人中7人は単身世帯であり、5人は通い介護を受けていた。そして、通う家族が単身独居の限界を判断していた。家族介護は、本人の抵抗などにより、サービスはあっても利用できないことや、認知症の症状のために対人関係を築くことができない上に、本人の意思に沿い続けることにより限界に至っていた。在宅介護の経験の無い2人は単身世帯であり、要介護状態になったからといって家族と同居して生活環境を整えることも難しく、住宅型に入居を決めていた。

さらに、不安定層であっても住宅型に入居を決めていたことから、子ども世帯、甥や姪の世帯から入居費用が捻出され、次世代の世帯収入の減少を招くことになり、介護問題の将来への先送りという課題が示唆された。

入居と世帯類型・階層性の関係からいえることは、単身世帯、同居にかかわらず、相対的安定層・不安定層にもかかわらず、在宅介護は限界に至り、家族は住宅型に入居を決めていた。つまり、家族は独居や認知症の症状に対して、在宅介護や通い介護で対応してきたが、在宅介護の経験の有無・世帯類型・相対的安定層、不安定層にかかわらず、認知症の対応に限界を感じ、入居費用を工面し、24時間いつでも見守りが可能な住宅型への入居を選択せざるをえなかったのである。そして、住宅型は、現行制度⁽¹⁵⁾で療養の場が保障されない現状におい

て、自己責任で入居費用を賄うことのできる一部の階層の高齢者を受けとめていたことが示された。

2. 入居者の年金額と年金制度基礎調査との照合

本調査結果により、15人中5人が不安定層であったことと、年金の範囲で入居費用を賄えなくても、何らかの手段で介護費用を捻出し、入居を決めざるを得なかった介護の限界の実情が示された。また、15人中11人が入居費の支払いのため、公的年金以外の方法で補填していた。本項では、年金制度基礎調査と照合し、住宅型Aに辿り着いた高齢者の階層を確認する。

表9の年金制度基礎調査によると、1か月の年金額15万円未満に半数以上(67.5%)が分布している。住宅型Aでは、表4から1か月の年金額15万円未満に15人中7人(約47%)が、15万円以上に15人中8人(約53%)が分布している。住宅型の入居者の階層は、「年金のみでは自立困難で預貯金を切り崩して補うか、従たる負担者に入居費用の一部を負担してもらいながら入居している階層」または、「年金のみまたは年金以外の収入によって支払いが可能な相対的安定層」であると考えられ、相対的安定層の方が多く入居している。

次に、表10は年金制度基礎調査(2017年)調査の「公的年金に企業年金及び個人年金を加えた年金収入額の階級別・性別の構成割合」と本調査で明らかとなった入居費用総額との関係を照合する。住宅型Aは、表5より、要介護3以上で年間約190万円必要であろうことを例にとると、表10の太枠内が住宅型Aの入居対象となる。男子、女子合計で50万円未満の割合が10.8%、50～100万円の割合が28.8%であることは、公的年金、企業年金、個人年金を合わせても最低生活費に届かない階層の年金受給者が

存在し、本調査結果の「年金のみでは自立困難で預貯金を切り崩して補うか、従たる負担者に入居費用の一部を負担してもらいながら入居している階層の高齢者」に該当するものと考えられる。このような階層に属する高齢者は、低所得ではあるが、生活保護の手前の境界層に属しているとも考えられる。言い換えれば、自らの経済力の範囲では入居費用を賄うことが困難で、適切な療養環境を見つけづらい階層ともいえよう。

このような、公的年金、企業年金、個人年金を合わせても、収入が最低生活費に満たない階層が、生活保護制度上のどこに位置するかを確認する。その階層とは、「収入認定の結果、不足分を生活保護に補足されている階層」、または「境界層措置に該当する階層」であると考ええる。

「収入認定の結果、不足分を生活保護に補足されている階層」とは、収入認定額が最低生活費に満たない場合は、不足分が生活保護制度により補足される階層である。「境界層措置に該当する階層」とは、より負担の低い保険料基準等を適用すれば生活保護を必要としない場合に、低い基準等を適用し、要保護者ではなくなる階

層である。その場合の生活保護申請者は境界層措置⁽¹⁶⁾の該当者として扱われる。

このような階層を公的年金と生活保護制度からみると、図1のようになると考えた。左側は厚生労働省年金制度基礎調査と生活保護制度の最低生活費から示された階層区分をおおまかに示したもので、右側に本研究の二区分を示した。一番下に生活保護の階層、次に年金だけでは最低生活費に足らないため、生活保護に捕捉されている階層、その上の最低生活費の極めて近いところに位置するのが境界層、その上に公的年金のみでは自立困難な階層とし、本研究で述べる不安定層がここに位置するのではないかと考えた。「年金のみでは自立困難で、預貯金を切り崩して補うか、従たる負担者に入居費用の一部を負担してもらいながら入居している階層の高齢者」である。資産や預貯金を生活費にあてることで、それらが目減りしていく暮らしの中で、日々の不安感は大いといえよう。要介護状態になった時には、いつまで続くかわからない先の見えない状況で、適切な療養環境を見つけづらい階層に属する高齢者が一定程度存在すると考える。

表9 本人の月額公的年金について、厚生労働省年金制度基礎調査2017と住宅型Aとの比較

年金制度基礎調査2017年		住宅型A2016年
本人の月額公的年金金額	%	人数
5万円未満	16.1	0
5万円～10万円未満	34.3	3
10万円～15万円未満	17.1	4
15万円以上	32.1	8
不明	0.4	0
合計	100	15

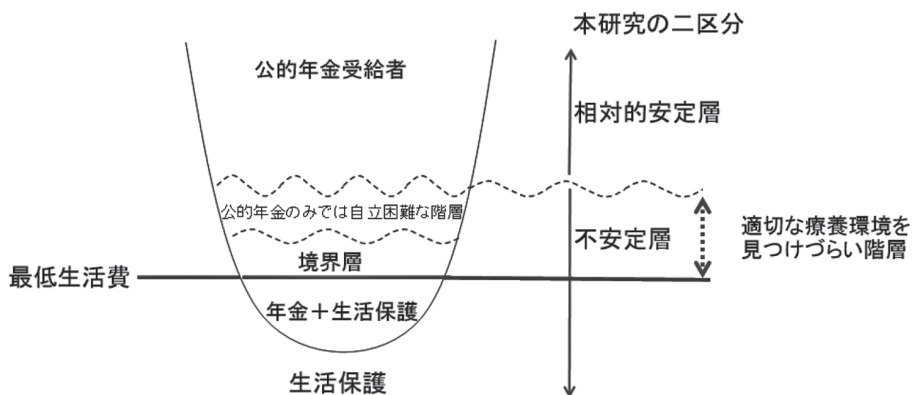
出所：厚生労働省年金制度基礎調査2017年 表58より筆者作成。住宅型Aについては、表8を再掲

表10 本人の公的年金に企業年金及び個人年金を加えた年金収入額階級別・性別 構成割合

	合計	男子	女子
	%	%	%
合計	100.0	100.0	100.0
50万円未満	10.8	4.2	15.7
50～100万円	28.8	15.9	38.3
100～150万円	16.7	11.6	20.5
150～200万円	14.5	16.9	12.8
200～250万円	13.4	21.3	7.5
250～300万円	8.4	15.6	3.0
300～400万円	4.9	10.0	1.2
400～500万円	1.3	2.6	0.3
500万円以上	0.8	1.5	0.2
不詳	0.4	0.4	0.4

出所：厚生労働省年金制度基礎調査2017 調査結果の概要表8

図1 公的年金と生活保護制度からみた高齢者の階層区分



3. 不安定層の実態

本研究の不安定層の実態を確認する方法として、生活保護制度より捕捉されている割合を確認する。ここでいう捕捉率とは、低所得世帯のうち、どの程度生活保護で捕捉されているかをみるものであるが、「政府による捕捉率の発表はない」(駒村：2003、110)ことが駒村の資料より確認されているため、本研究では、2016年に推計を試みた戸室の資料(2016：48)を引用する。戸室は、都道府県別の捕捉率の推計と推移⁽¹⁷⁾を示しているため、その中から本研究の調査対象施設のある東海地域を抜粋し、表11に

示した。これによると、東海地域はいずれの年も、いずれの県も、全国よりも捕捉率は低く、低所得であっても生活保護に捕捉されず、窮乏した暮らしをしている階層が一定程度存在することがわかる。

生活保護に捕捉されていない割合が全国に比べて低いということは、年金収入が、最低生活費に満たない場合の生活保護制度の利用や、境界層判定についての制度の情報が広く周知されておらず、制度に辿り着けないのではないか。低年金のために日々の暮らしが困窮した状態に放置されているか、最低限度の暮らし以下に置

かれていることに、本人や周囲も無自覚なのではないかと考えられる。また、近年、「社会福祉の対象が個人や社会ではなく「個人の自立」へ移り変わっている」(桜井2017:223)ことで、「対象者の「自主性」の有無」(桜井2017:225)が受給に制限を与えていることも否めないであ

ろう。このことは、不安定層が一定程度潜在的に存在し、世帯を超える従たる負担者の存在により貧困は顕在化せず、家族介護者の孤立化、深刻化を深めることにつながるリスクをはらんでいるといえる。

表11 生活保護制度による全国と東海地域の捕捉率

	全国	三重	愛知	静岡	岐阜
2012年	15.5%	11.3%	12.9%	9.7%	7.9%
2007年	14.3%	11.8%	9.9%	9.5%	6.8%
2002年	11.6%	11.0%	7.5%	6.7%	5.0%
1997年	13.1%	11.0%	8.6%	7.1%	6.3%
1992年	14.9%	14.7%	11.0%	7.6%	7.5%

出所：戸室健作(2016)「都道府県別の貧困率、ワーキングプア率、子どもの貧困率、捕捉率」(表9)より引用し、筆者作成

4. 重層的に現れる介護困難の影響

家族介護の困難は家族の暮らしに重層的に現れていた。介護の担い手の問題、介護と仕事についての問題、介護と育児のダブルケアの問題など、家族介護の困難は本人と主介護者のみの抱える負担ではなかった。要介護高齢者を抱えながら働く人々とその家族は「何のために働くのか」という疑問に向き合いながら、介護、育児、仕事について悩んでいた。たとえ仕事を辞めなくても、介護のために仕事をすることが、仕事のやりがいや、働く意欲の低下につながる恐れもあるだろう。

ここで、介護と育児のダブルケアについて俯瞰する。2019年国民生活基礎調査によると90代の要介護者を介護している割合は60代が最も多い(58.2%)。一方、児童のいる世帯で母が仕事をしているのは72.4%である。詳細にはさらなる調査が必要であるが、超高齢化の現状において、90代の親を60代の子世代が介護し、さらにその子世代は、仕事をしているため、60代が学童期にあたる孫の世話をおこない、現役

労働者である世代の育児を助けているという構図が見えてくる。要介護者が増加する中で、就業人口が減少し、育児の担い手も必要である現状が浮かび上がる。「ケアによる生活困難の世代間連鎖」(濱島2021:191)といえよう。

また、いつまで続くかわからない介護の負担は、介護者の不安や健康状態への影響も認められた。家族介護の影響は、要介護高齢者とその家族の生活時間、食生活、家計構造、介護者の健康状態、家族内のみならず周囲の人間関係のストレスなど暮らし全体に及んでいた。

それらの困難を抱え、住宅型に辿り着いた家族が施設に望むことは、24時間見守られていること、居場所を転々とすることなく生活が継続できること、季節を感じ、食事がおいしく、他者との交流の機会があることであった。

家族は、住宅型Aに入居したことで一時は安堵するが、自宅ではなく、住宅型で暮らすことに本当にこれでよかったのか、という悩みを抱えていた。子世代が共働きをしながら介護費用を工面する場合は、経済的な事情による入居継

続困難についての不安も抱えざるを得ないのである。

Ⅵ 結論

本調査結果により、介護保険施設への入所を待つことのできない独居や認知症介護による家族介護の限界を、住宅型が受け止めていたと関係づけられた。家族介護の限界に至る過程において、待機期間や入所要件により介護保険施設を選択できなかったのである。住宅型の存在は、居住系施設という「自宅」扱いの集合住宅であるため入居要件が無く、介護保険施設の入所要件に満たない高齢者や、待機者を受けとめていた。

現行制度のもとでは、家族介護の限界に近づいていても、家族の求める介護保険施設への入所は困難で、安心できる療養の場を見つけづらい現状なのである。さらに、認知症介護に関しては、本人の新しい環境への適応困難な場合もある。受け入れる施設側は、「介護報酬とサービス供給者に課されている人員配置基準では、介護職の負担が大きいため、施設では介護の手間のかかる人は歓迎されない場合もある」(嶺2008: 42)のである。

現在の政策による介護保険施設の入所要件の制限は、必要な療養場所を公的責任で整備するのではなく、入所要件に該当しない人は、自らの経済力で療養環境を用意する方向に勧めていることの証左であるといえよう。換言すれば、「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—中略—介護保険の「重度者」への限定化、生活支援における制度外の地域資源の活性化」(森川2015: 299)は、ひとりひとりの家族介護者の負担として更にしわ寄せられているのである。

また、階層に注目したことからいえることは、住宅型に入居する高齢者は、相対的安定層、不安定層にかかわらず入居していたことと、入居費用の支払いには、公的年金のみで入居費用の支払いが困難な場合は、年金以外の方法で補っていたか、従たる負担者の存在があったことが示された。

つまり、自己責任で療養環境を用意できた階層の高齢者が、住宅型に入居できていたといえるのだが、看過できないことは、不安定層の高齢者も含まれ、家族が入居費用を工面していた場合、家族の将来の生活不安につながる可能性をはらんでいることである。次世代が入居費用を捻出する場合は、次世代の世帯収入減少を招き、介護問題は次世代に先送りされる。

また、年金制度基礎調査との照合から、自己責任で療養環境を用意することが困難な階層の存在も示された。それらの階層に属する高齢者とその家族は、適切な療養環境を見つけづらいため、家族介護や独居の限界に至ってもなお、介護負担を家族が担い続けるか、不十分な療養環境での生活が継続していることが推測される。ここでの問題は、潜在的にそのような階層が一定程度広がっており、問題が把握されないまま放置されることにある。

本調査結果より、生きるための最低条件である住宅や療養環境が担保されないことの問題が明らかになったといえよう。

高齢者は、認知症だけでなく、長期的に身の回りの世話と慢性疾患の罹患により、次第に医学的管理を必要とする身体状況に変化する。施設が機能別に用意されたとしても、その機能にあった身体状況が維持できるとは限らない。これらの傾向を配慮して高齢者の長期療養が保障されるべきである。

現在の、介護保険施設の代替施設の量的拡大

のみを図り、必要な療養場所の保障から政策的に手を引くことは、公的責任の後退といえよう。

今後も一人の主介護者が複数の要介護高齢者を抱え、家族介護の限界まで追い詰められていくことは容易に推測される。療養の場所や介護の担い手の問題の影響は、「他の家族成員の「生命・生活の再生産」の困難へと波及する」(濱島2018:39)のである。育児や介護との仕事の両立も含め、包括的に生活問題を捉えた対策がとられなければ、「脆弱な生活運営」(濱島:2018)を余儀なくされる高齢者とその家族の問題の深刻化は避けられないであろう。

VII 研究の意義と課題

本調査結果は、聞き取り調査に協力を得られた一か所の住宅型の質的調査の分析結果であり、一般化することは困難である。しかし、本調査は、家族からの聞き取りにより、家族介護の限界と住宅型入居の決断、階層性、世帯類型の関係を明らかにすることを試みたことに意義があると考ええる。また、住宅型を療養の場として選択できた一部の階層を切り取って調査したことから、住宅型を選択できない階層の存在について課題が示唆された。すべての階層における家族介護の実態や、世帯単位の見点から生活保護との関連を深く言及できなかったことは、本研究の限界である。今後は、包括的な介護問題と療養の場の選択について対応策を提言するために、質的・量的調査を蓄積し、データの信頼性を高めることが課題である。

さらに、不安定層においては、在宅介護の限界の結果、代替施設への入居という選択をすれば、要介護高齢者を抱える世帯の収入は縮小し、将来不安につながるという示唆が得られた。このことから、代替施設の選択の結果により、もたらされる生活問題の実態把握が必要であると

考える。

謝辞

本研究にご快諾いただいた住宅型Aの施設長、ご協力いただいたご家族に深く感謝申し上げます。

注

- (1) 本報告は、「高齢者介護研究会」(厚生労働省老健局長の私的研究会)が、人口の急速な高齢化が進むことを踏まえ、2015年までに実現すべきことを念頭に置いて、求められる施策をとりまとめたものである。
- (2) 高齢者住宅経営者連絡協議会(2010)によると、2020年時点の推計高齢者人口3,590万人から換算し、3から5%は110~180万人に相当するが、実現のための供給計画が明確に示されていないことが問題だと指摘している。民間の力を活用するならば、量と質の確保を目指すために数値目標と行程表を社会に示すべきだという。
- (3) 各都道府県国民健康保険団体連合会が審査したすべての介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書、給付管理票を集計対象とするもので、サービス提供された場所について調査されるものではない。自宅で提供されたサービスか、新しい住まいで提供されたサービスかを区別することは困難である。
- (4) 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3件、その他19件(研究課題が住宅型のみに焦点を当てていない等)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。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2件であった。
- (5) 野口は、「住宅型」は自宅扱いの「新しい住まい」であることから、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を指摘している(野口2021:125)。
- (6) 鶴田は、「サ高住は、バリアフリー、専門職による見守りと相談支援、食事の提供機能などを備え、地域包括ケアを支える重要な賃貸住宅として役割を果たすものだが、高額な居住費が問題となっている。家賃、共益費、専門職のサービスからなる義務的な居住費は、東京都の平均で単身月額約14万円、さらに最低生計費を足すと約30万円弱となる。サ高住は、厚生年金受給者が利用すると言われているが、厚生年金受給額の平均は月額約15万円となっている。サ高住は、現在の日本の年金等の状況を考えると、アフオーダビリティ(経済的な利用可能性)は必ずしも高くはない。」と指摘している。
- (7) 2012年9月に三重大学人文学部・医学部(家庭医療学)が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」である。津市白山地域の20歳以上の住民のうち、無作為抽出した3106名を対象とし、91.6%の調査票回収率が得られた。長期にわたる心身の病気・障がいや高齢のために介護を必要とする家族の介護をしている在宅介護者(377名)を中心に考察された。
- (8) 住宅型Aのケアの内容は、外部サービスを利用しながらスケジュールされているが、訪問介護事業所、訪問看護事業所、デイサービス事業所を同一経営者が運営している。住宅型施設内の職員も採用し、入居者の安全のために職員間の連携が容易になるよう工夫されている。野口(2021)は、外部サービス利用型について、看護・介護労働者の聞き取り調査から課題を示唆している。
- (9) 本調査は、高林(2004)の調査を参考に行っている。高林は、三塚(1997)をもとに、社会階層別の実態を明らかにしている。本調査では本人の年金収入のみで入居費用を賄いきれない場合、生計中心者(高齢者本人が生計中心者の場合、無業者層)の就業状況が影響すると考えた。
- (10) 波平(2019:49)による質的データ分析法を参考にした。
- (11) 2015年の介護保険改正により「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設され、介護予防・生活支援サービス事業によるサービスののみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、基本チェックリストのみで判断されることとなった。
- (12) 認知症ケア学会編(2011)「BPSDの理解と対応—認知症ケア基本テキスト」ワールドプランニング8を山口らは、一部改変し、BPSDの定義において、せん妄は意識障害の一種で、認知症の症状であるBPSDとは区別されるとしている。
- (13) 山口らは、BPSDは「医学モデル」で用いられる症状を示す用語であるのに対し、その人の行動の意味を明らかにする「人モデル」への転換にも着目している。BPSDを低減し、さらに予兆に気づき(芽を摘み)、発生のきっかけ(誘因)をなくすことで、BPSDは予防・回避しようという考えを示している。
- (14) 濱島は家族介護の限界性について「家族介護者は健康、就労、生活上において様々な犠牲をはらいながら脆弱な生活運営を行い、高齢者や家族の生命、生活を守ろうとしている。これは家族介護者の選択の結果ではあるが、他に選択肢がないなかで行わざるを得なかった選択である」と述べ、サービスがあっても利用できない、または不十分なサービス提供体制によって家族介護の限界に至っている暮らしの営みを「脆弱な生活運営」と述べている。濱島淑恵(2018)『家族介護者の生活保障—実態分析と政

- 策的アプローチ』旬報社
- (15) 特別養護老人ホームは在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化する目的で、2015年4月1日以降の入所が原則要介護3以上に限定された。(介護保険法第8条第21項の改正)
- (16) 介護保険制度施行に合わせて、2000年7月14日厚生省・援護局保護課長通知(社援保第44号)「境界層該当者の取り扱いについて」が出されている。入院時食事療養費については、1994年健康保険法改正時に導入されているが、低所得者への対策としては「標準負担額の減額を受けなければ生活保護法の規定による要保護者となる者」と明記されている。
- (17) 戸室(2016)の捕捉率推計は、生活保護世帯数／貧困世帯数で計算されている。『被保護者全国一斉調査』(1992年、1997年、2002年、2007年)『被保護者調査』(2012年)による。貧困世帯＝最低生活費以下の世帯数、最低生活費以下の世帯＝就業構造基本調査の世帯所得より、100万円間隔で世帯数が均等分布していると仮定し推計、最低生活費＝生活扶助・住宅扶助・教育扶助・一時扶助の合計を用いている。
- 引用文献
- 天田城介(1999)「痴呆性老人と家族介護者における相互作用過程—「痴呆性老人」と「家族」の視点から解読する家族介護者のケア・ストーリー—」『保健医療社会学論集』10、38-55
- 五十嵐さち子(2008)「第7章 有料老人ホーム—経過、現状、課題」嶺学編著『高齢者の住まいとケア—自立した生活、その支援と住環境—』御茶の水書房207-228
- 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(1)5-32
- 小笠原利枝・福永ヒトミ・井上智子(2019)「少子高齢多死社会を支える—専門看護師の真価を問う—」『日本CNS看護学会誌』5、13-23
- 沖田佳代子(1999)「痴呆性高齢者の介護における倫理的諸問題—家族介護者による自由記述回答の内容分析—」『社会福祉学』40(1)190-208
- 公益社団法人有料老人ホーム協会(2013)「平成25年度有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究」(平成25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)(https://www.yurokyo.or.jp/kakodata/investigate/pdf/report_h25_01_02.pdf 2019.8.18)
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会(2012)「認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書—介護家族の立場から見た家族支援のあり方に関するアンケート—」([www.alzheimer.or.jp/2012.12.30](http://www.alzheimer.or.jp/2012/12/30/))
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会(2017)「認知症初期の暮らしと必要な支援—認知症の人と家族からの提言—」調査報告書([www.alzheimer.or.jp/2017.12.30](http://www.alzheimer.or.jp/2017/12/30/))
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会(2019)「「介護保険の困りごと」アンケート調査報告書—「安心要望書(2019年版)」作成にむけて」([www.alzheimer.or.jp/2019.12.30](http://www.alzheimer.or.jp/2019/12/30/))
- 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室「国民生活基礎調査の概況」(2001、2004、2007、2010、2013、2016、2019)(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21kekka.html>2020.4.18)
- 厚生労働省年金制度基礎調査2017 政府統計の総合窓口(e-stat.go.jp)
- 駒村康平(2003)「低所得世帯の推計と生活保護制度」『三田商学研究』46(3)107-126
- 桜井啓太(2017)『〈自立支援〉の社会保障を問う—生活保護・最低賃金・ワーキングプア—』223、225
- 白川泰之(2015)「第6章 地域包括ケアの前提となる住宅確保にかかる政策的課題」西村周三監修 国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会113-123
- 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
- 生活保護制度研究会(2017)『生活保護のてびき』

- (2017)第一法規
- 全国知事会・全国市長会(2006)「『新たなセーフティネットの提案—保護する制度』から『再チャレンジする人に手を差し伸べる制度』へ」『新たなセーフティネット検討会』
- 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152、153
- 高木和美(1998a)『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』看護の科学社34
- 高木和美(1998b)「北欧にみる「施設化」政策と高齢者の自己決定」『医療・福祉研究』10、71-78
- 高木和美(2008)「介護労働者政策をどうみるか—介護・看護労働者の関係—」『総合社会福祉研究』33
- 中央法規出版(2017)『生活保護手帳』中央法規出版
- 鶴田禎人(2016)「医療・介護提供体制の変化と課題—地域包括ケアを枠組みとして」『日本医療経済学会会報』32(1)10-16
- 外山義(2003)『自宅でない在宅—高齢者の生活空間論—』医学書院37、109
- 戸室健作(2016)「都道府県別の貧困率、ワーキングプア率、子どもの貧困率、捕捉率の検討」『山形大学人文学部研究年報』13.33-53
- 中田雅美(2015)『高齢者の「住まいとケア」からみた地域包括ケアシステム』明石書店57-58
- 波平恵美子(2019)『質的研究Step by Step優れた論文作成を目指して』医学書院49
- 認知症ケア学会編(2011)『BPSDの理解と対応—認知症ケア基本テキスト』ワールドプランニング8
- 野口史緒(2021)「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—」『医療福祉政策研究』4(1)107-131
- 濱島淑恵(2018)『家族介護者の生活保障—実態分析と政策的アプローチ』旬報社39、142-143
- 濱島淑恵(2021)『子ども介護者—ヤングケアラーの現実と社会の壁—』角川新書191
- 原等子・中島紀恵子(2003)「痴呆性高齢者の家族介護時間の特性—家族介護主担者の時間的様相—」『老年看護学』7(2)70-2
- 松岡洋子(2011)『エイジング・イン・プレイス(地域居住)と高齢者住宅-日本とデンマークの実証的比較研究-』53-95
- 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95
- 嶺学(2008)「第1章—高齢者の住まいとケア」嶺学編著『高齢者の住まいとケア—自立した生活、その支援と住環境—』お茶の水書房3-7642
- 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
- 山口晴保(研究代表者)国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 (AMED)「BPSDの解決につなげる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発—笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」研究班(2018)「BPSDの定義、その症状と発症要因」『認知症ケア研究誌』2,1-16
- 横山壽一(2003)『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社109-116

地域共生社会におけるソーシャルワークの 政策的位置付けと課題

The Position as a Policy and the Next Task of Social Work in Community Inclusive Society

鶴 田 禎 人(同朋大学社会福祉学部)

Yoshito TSURUTA

和文要約：社会実態からの要請に基づいて、社会保障にソーシャルワークを位置付ける必要性が高まっている。政策としては、地域包括ケアから地域共生社会への議論を経て、社会福祉法改正等による包括的な支援体制の整備、財源の確保の法制化に至った。一方で、ソーシャルワークの充実に向けては、専門職の確保や業務配分の見直し、遅滞する地域づくりと国等による支援などといった、政策的諸課題の解決が望まれる。

キーワード：ソーシャルワーク、コミュニティソーシャルワーク、地域共生社会、地域包括ケア、社会保障

Key Words: Social Work, Community Social Work, Community Inclusive Society, Community Based Integrated Care, Social Security

はじめに

2015年9月厚生労働省新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」に始まり、2016年6月「ニッポン一億総活躍プラン」の閣議決定、2016年7月「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の創設、2018年4月改正社会福祉法の施行等を通じて、地域共生社会の実現が政策目標として掲げられるようになった。地域共生社会を実現するためには、「高齢者のみならず、生活上の困難を抱える障害者や子どもなどが地域において自

立した生活を送ることができるよう、地域住民による支え合いと公的支援が連動し、地域を『丸ごと』支える包括的な支援体制を構築し、切れ目のない支援を実現」することが必要とされる⁽¹⁾。

そのような地域共生社会は、対象の包括性、および公民協働に基づく支援体制の構築を目指すなかで、その要にソーシャルワークを位置付けたことに大きな特徴がある。具体的な検討は後に行うが、「包括的な支援体制」においては、基礎自治体となる市町村が、国からの財政支援を受けながら、断らない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を構築することが想定

(受理日：2021年11月4日)

されている。地域共生社会の実現に向けたプロセスは、法制度の整備等を伴う「社会保障制度改革の一連の流れを指す」ものとされるが(原田2019:55)、今日、社会保障としてソーシャルワークが位置付けられ、その整備が進められようとしている。

本稿では、これまで社会保障に関する研究ではあまり扱われてこなかったソーシャルワークについて、それが地域共生社会における包括的な支援体制の要としてなぜ重視されるのか、またどのような具体像が想定されているのか、そしてそれを実現するために今後どのような政策的な課題があるのかについて考察することを目的とする。

まず第1節で、社会保障にソーシャルワークを位置付けることがなぜ今日必要とされるのかについて重要な先行研究を整理した上で、第2節では、あらためてその背景と意義について考察したい。また、第3節では、地域共生社会において誰がそのソーシャルワーク機能を担う必要があるのかについて検討する。以上の理論的な分析を踏まえて、第4節、第5節では、地域共生社会において政策的に想定されているソーシャルワークの具体像について考察する。その際、地域共生社会の前身とも言える地域包括ケアからの経緯を踏まえて、今日的な特徴を考察する。最後に、第6節では、現状の分析から今後の政策的な課題を明らかにする。

1. 先行研究の整理

ソーシャルワークは、これまでどの教科書を見ても、給付を中心とする社会保障制度の体系には含まれてこなかった。では、なぜ今日、社会保障として、地域共生社会の中でソーシャルワークの整備があらためて政策的に求められているのだろうか。先行研究としては、地域福祉

や子ども家庭福祉、障害者福祉の各領域において、地域共生社会のなかでソーシャルワーカーが果たすべき役割について論じたものがある(河合2018、木下2018、山野2018)。また、今日の社会保障において、給付に留まらず、ソーシャルワークの権利性や公的責任に基づく法的保護の必要性を指摘する研究もある(西村2020)。そして、それらの地域共生社会におけるソーシャルワークの役割・必要性について論じた先行研究の中で、その背景について詳細に指摘したのが、厚生労働省地域共生社会推進検討会のメンバーとして報告書作成に携わった菊池馨実である。以下では、氏の主張を検討していきたい。

菊池(2019)では、冒頭で、「日本の社会保障制度それ自体が、これまで等閑視されてきた『相談支援』を正面から組み込むかたちで新たな局面にある」と主張する(ii、以下カッコ内はページ数)。では、ソーシャルワークと「重なる」(44)部分がある相談支援を社会保障が組み込まなければならない、その「局面」とはいかなるものであろうか⁽²⁾。

菊池は、「『相談支援』が不可欠のものとされるに至った経緯」(56)を、2点から説明している。1点目は、社会保障の理念的な基盤の変化である。菊池は、「社会保障を、『個人が人格的に自律した存在として主体的にみずからの生き方を追求していくことを可能にするための条件整備』の制度」として捉える(27)。そして、「何か特定の目標を達成することそれ自体に価値があるのではなく、各人それぞれが意味あるものとする目標(『善き生』)の遂行に向けた可能性が開かれていることに意義があり、そうした意味でのみずからの生を追求できることそれ自体に価値がある」、つまり「こうした議論は、帰結(結果)ではなく、過程(プロセス)に焦点をあ

て、価値をおくものということができます」として(36)、社会保障の目的を従来の国民の生活保障ではなく、「個人の自律の支援」とする(42)。そこから「過程ないプロセスに焦点をあてることで、物質的なニーズの充足に限定されない『支援』の重要性が浮き彫り」になり、その「支援」こそ、継続的な「相談支援」とされる(44)。

2点目の経緯は、「社会保障それ自体の歴史」に由来するものとされ、そこでは2つの限界が指摘されている。1つ目は、「要保障事由が発生した際に給付するという社会保障のとらえ方の限界」とされる(63)。前述の指摘と同義に思われるが、氏の社会保障観を前提にすると、「いま求められているのは、一定の要保障事由が発生した際におけるセーフティネットの確保にとどまらず・・・、人びとが能動的かつ主体的に生きていくための積極的な公的な社会的な支援でもあるのです」と指摘する(64)。

一方で、理念的な変化とは別に指摘されているのが、2つ目の「所得保障や現物・サービス保障といった従来の社会保障による保障の方法の限界」(66)である。ここでは、「引きこもり」など例に、「物質的なニーズが一定程度満たされたとしても、社会とつながりをもつことができず孤立した状態にある『社会的排除(social exclusion)』に対処することが当たり前でできるわけではありません」と指摘し、社会環境の変化という「経緯」を説明している。

結論として、「社会的に承認された一定の要保障事由の発生に際しての、国の所得再分配機構を通じての物質的な給付のみでは、必ずしもさまざまなニーズをもつ個人の自律に向けた積極的な支援とはなり得ず、社会的な包摂も十分には図ることができません。そこで求められるのが、各人の個別的なニーズやさまざまな生活

上の困難を受けとめる相談支援です。こうした支援は、相談を受けとめて他の諸々の給付に結びつけるための『点』での支援にとどまらず、必要に応じて、継続的なかわりをもつ『寄り添い型』支援、あるいは『伴走型』支援であることが求められています」と述べる(69)。

その上で、相談支援を、憲法25条第二項の「社会保障」に含め、「国の向上・増進義務の一環」としてとらえることは可能でしょう。つまり、同項を基盤にして、自治体の側に相談支援体制の整備にかかる一定の責務が生じると考えるべきです。自治体に事業の実施をはじめとする体制整備を義務づけることを通じて、さまざまな生活上の困難を抱えた住民を受けとめるネットワークや体制づくりが求められます」と締めくくる(128—129)。

以上、社会保障にソーシャルワークを位置づける必要性について、その「経緯」を解説した菊池の主張を整理してきた。前半の理念的な基盤の変化という指摘は、あくまで菊池の社会保障観に沿って求められる制度のあり方を示唆したもので、国民の生活保障を目的として、給付を中心に制度設計された社会保障の依拠する理念が、なぜ「自律の支援」に変化せざるを得ないのか、その「経緯」や「限界」については必ずしも十分に説明されていない。一方で、後半の社会環境の変化に伴って、相談支援を社会保障として組み込むことが必要となってきたという説明は、現代日本における社会問題の発生・変化といった「経緯」を示す重要な指摘と言える。

そこで、次節では、菊池の重要な指摘を踏まえた上で、あらためてなぜ今日、社会保障にソーシャルワークを位置づけることが求められるのか、そしてその意義はどこにあるのかについて考察したい。

2. なぜ社会保障にソーシャルワークを位置付けるのか

社会保障は、社会保険や公的扶助を通じて国民生活の安定を保障することを第一義的な目的として整備されてきた。戦後、国民皆保険や皆年金、生活保護や児童手当等の社会扶助など、社会保障のメニューは一通り整備されてきた。また、個人の生活上のニーズは、フォーマルな社会保障制度だけではなく、家族、企業、地域社会によってその一部が代替・補完されてきた。では、なぜ今日ソーシャルワークの必要性が高まっているのだろうか。それは、さまざまな制度や機関、サービス、お金、家族、地域社会における人や集団といった社会資源から切り離され、生活が立ち行かなくなってしまう人が増えているからに他ならない⁽³⁾。

理由の1つとして、菊池も社会的排除として一部指摘したように、人口の高齢化、家族規模の縮小、地域力の低下、その他雇用の流動化やグローバル化など、社会的な変化の大きなトレンドの中で、社会資源の適切な利用に距離ができてしまった人々が顕在化したことがある。例えば、身の回りのことを自ら行うことができない認知症高齢者、安定的な就労に恵まれず生活困窮に陥る労働者、多発する児童を始めた虐待の被害者、精神疾患も背景として長期化するひきこもり者、孤立し地域社会と軋轢をうむゴミ屋敷の住人、生活や教育面で困難を抱える在日外国人、社会復帰が進まず罪を重ねる再犯者などが支援を必要としている。

一方で、それだけでは、ソーシャルワークの必要性は語りきれない。例えば、性的マイノリティの社会的平等の保障、障害者の自立生活に対するニーズなどは、当事者の活動、社会の人権意識の向上なども大きく影響している。その他、医療の発達によって重度障害者や難病、が

ん患者などのウェルビーイングが可能になってきたことも挙げられる。逆に、ひっ迫する財政面の要求から、社会保障制度改革が進み、退院が迫られる入院患者、家族介護を余儀なくされる介護離職者やヤングケアラー、窓口で生活保護受給を拒否され生活困難に陥る世帯の問題なども挙げられる。また、8050問題など、世帯の中で複合的な問題を抱え、高齢者、障害者、児童、低所得者といった従来のカテゴリー別の支援体制では捉えきれなくなっている事例も散見される。

加えて、社会保障制度の利用方法からみると、社会福祉基礎構造改革を経て、措置から契約への流れの中でサービス基盤の充実が進んだ一方で、行政による利用支援や問題の発見機能は縮小し、利用者に契約能力が求められるようになっていく。また、解決の難しい生活問題に直面し、ソーシャルワーク機能の拡充を求める現場のソーシャルワーカーの声も高まっている。

以上のように、社会環境の変化にともなう課題の発生に加え、当事者の活動、人権意識の向上、医療の発達、財政的側面からの要請、課題の複合化、サービス利用方法の変容、専門職のソーシャル・アクションなどが相まって、社会保障制度などの社会資源から切り離され、自ら使えない、または使うことをためらう、もしくは結びつくまでに時間がかかる人が社会的に顕在化し、その対応が必要になってきた。そうであるがゆえに、社会資源の利用とクライアントを結びつける、領域を超越したジェネリックなソーシャルワーク機能を社会的に保障する必要性が高まっているのである。今日、地域共生社会において、ソーシャルワークが社会保障に位置付けられなければならないのは、そのような幅広い社会実態からの要請があるからと考えられる。

では、次に問題になるのは、誰が社会保障におけるソーシャルワークを担うのかという点である。これについては、節をあらためて検討したい。

3. 社会保障におけるソーシャルワークを誰が担うのか

まず、専門職、非専門職の枠組みで言えば、社会保障におけるソーシャルワークは、専門職である社会福祉士等のソーシャルワーカーが中核となる。

社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会では、「今後ますます求められるソーシャルワークの機能」として、地域共生社会を構築する際に多岐に渡ってソーシャルワークが果たすべき機能を示した(図1)。それを踏まえて、

高良は、「相談者の権利擁護や意思の尊重にかかる支援方法等の整備」のように、「ソーシャルワーカー以外の人びとが果たすことが難しいと考えられる機能がある。また、ソーシャルワークの機能が部分的に発揮されたからといって、地域共生社会の実現に向けた体制づくりが促進されるわけではない」。図1にあるような「あらゆるソーシャルワークの機能が連動し合いながら総体として機能して初めて、地域共生社会に向けて地域が変化していくといえよう。このような変化を引き起こす仕掛け人が、専門職であるソーシャルワーカーであるといえよう」と指摘する(高良2018:38)。また、「支援を求めている人々に対するアウトリーチと、必要に応じた危機介入は、他者に対して支援を行うことを社会的に認められている立場と高い専門

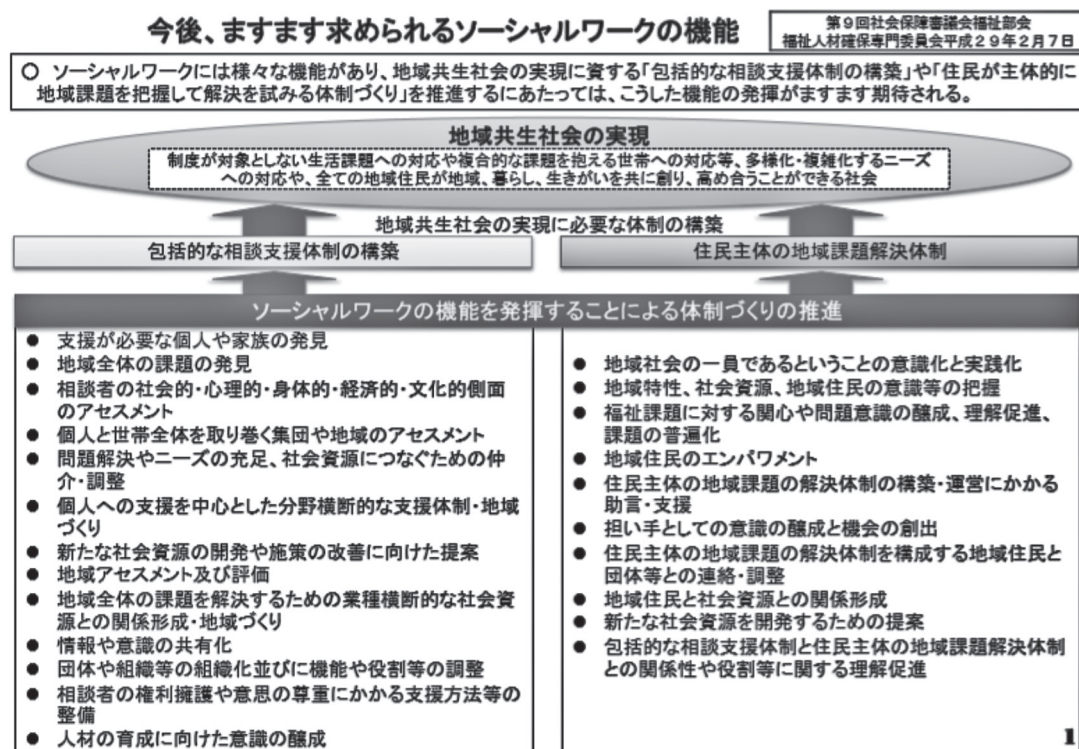


図1 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000150799.pdf (2021.6.4.)

性が求められることであり、専門職であるソーシャルワーカーが実践すべきことである」とも述べている(46)。

支援を必要とする人を発見し、アセスメントを行い、社会保障制度を始めとした適切な社会資源につないでいく相談支援は、上記の事例のように、複雑化・複合化し、専門的な能力が必要となるケースが多い。また、1年、2年、場合によっては生涯にわたる相談支援は、ソーシャルワーク専門職が中心となって行われなければならない。

一方で、高良も指摘するように、「すべての機能を専門職であるソーシャルワーカーだけが果たさなければならないわけではない。むしろ、地域住民や専門職等の主体的な活動を促進するためにも、ソーシャルワーカーに限らず、さまざまな人びとがそれぞれのストレングスを活かしソーシャルワークの機能を発揮することが期待される」(37—38)。例えば、地域住民が抱える生活問題に対しては、弁護士や社会保険労務士といった法律の専門家、幅広く住民の相談を受け付ける公務員、その他かかりつけの医師や看護師など医療関係者、児童やその家族の相談に乗る教員等も、地域においてある種の相談支援活動を行っているものとみなすことができる。複雑化する問題に対応するためには、専門的な多職種・多機関との連携・協働に基づく支援体制の構築が求められている⁽⁴⁾。

また、上述のように、ソーシャルワークはケースによっては長期に及ぶ。それゆえに、財政や人口減少における人材確保・育成の面からの制約もあり、24時間365日、相談支援のすべてをソーシャルワーク専門職に委ねることは難しい。特に、高齢者の領域を中心に、施設から地域への流れが加速する今日では、より多くの支援者の数が必要となる。そのような中で、日

常的な相談支援は、可能であれば住民自身を含めて地域の中で解決していく、専門的なソーシャルワーカーは常にそのようなインフォーマルなネットワークと結びつき、いざという時の解決策となるべく、効率的・効果的な役割分担が求められる。まさに高良が紹介する、日常を支える「静のネットワーク」と必要な時に専門チームとして動く「動のネットワーク」である(45)。

ここにおいて、社会保障におけるソーシャルワークは、個別支援だけではなくコミュニティソーシャルワークでなければならない⁽⁵⁾。クライアントの生活保障には、インフォーマルネットワークが必要であり、それを構築することが社会的に行われなければならないからである。

本節では、社会保障におけるソーシャルワークは、ソーシャルワーカーを中核とした相談支援が、その他の専門職あるいは地域住民等のインフォーマルな相談支援と連携・協働しながらネットワークが形成されるとともに、地域づくりを含むコミュニティソーシャルワークであるべきことを指摘した。次節以降では、以上の理論的な考察を踏まえて、政策としてどのようにソーシャルワークの具体像が想定されてきたのかについて、地域共生社会の前身ともいえる地域包括ケア政策に遡って、その変遷と到達点を検討する。

4. 地域包括ケアにおいてソーシャルワークはどう位置づけられてきたか

2010年代の福祉政策を代表するキーワードは、地域包括ケアであった。高齢者が認知症や要介護状態になっても、住み慣れた地域で生活が継続できるように、医療や介護、福祉、住まい、予防を始めとした包括的なサービス提供体制の構築が目指されてきた。そして、今日、地

域包括ケアは、2025年および高齢者人口が最も増加する2040年を目途に、地域共生社会という新たな枠組みの中に位置付けられようとしている。

ここでの分析は、時系列的に社会保障制度改革に関する政策思想の中で、どのようなソーシャルワークのあり方が求められてきたのかを整理するもので、これまで試みられてこなかった。その意味で独自性があるため、丁寧に分析していきたい。

① 地域包括ケアの概要

まず、地域包括ケアの概要から確認しておきたい。厚生労働省によると、地域包括ケアとは、団塊の世代が後期高齢者となる「2025年(平成37年)」を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう」に構築される、地域の包括的な支援・サービス提供体制のことを指す⁽⁶⁾。地域包括ケアの構成要素を図示したのが、図2である。

図2 地域包括ケアの構成要素



三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
(2016)15ページ。

「本人の選択と本人・家族の心構え」を地域生活を継続するための基礎としつつ、住居や家族を始めとした周辺の人々との関係性を指す「すまいとすまい方」、日常生活に関わる互助サービスを含む「介護予防・生活支援」が生活の土台として位置付けられている。その上に、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」といった専門サービスがあり、これらが統合されることによって、地域包括ケアが成り立つと考えられている。

では、そのような地域包括ケアの中で、ソーシャルワークはどのように位置づけられてきたのだろうか。この概念図において、地域包括ケアの構成要素として、明確にソーシャルワークが挙げられているわけではない。しかし、地域包括ケアの政策形成を巡る思想において、ソーシャルワークの必要性は決して無視されてきたわけではない。

次項以降では、厚生労働省のホームページでも紹介され、地域包括ケア政策のひな型ともなっている高齢者介護研究会や地域包括ケア研究会の報告書を対象に、政策関連文書からソーシャルワークの役割に関する議論の展開について考察したい。特に、時系列的にどのような新しい知見が加えられたのかに注目し、整理していきたい。

② 高齢者介護研究会報告書(2003年)

厚生労働省の依頼を受け、高齢者介護研究会が2003年に発表した「2015年の高齢者介護」は、地域包括ケアの考え方を政策関連文書として初めて提起したことで知られている。「2015年の高齢者介護」は、その名の通り、介護サービスの見直しに重点が置かれているが、地域包括ケアにおけるソーシャルワークの重要性についても示唆している。

まず、「高齢者の抱える問題は介護の分野に限られない。例えば、家庭問題など介護以外の問題を抱える高齢者については、介護サービスの総合調整を行うケアマネジャーだけでは問題を解決しようとしても難しい」と指摘する(高齢者介護研究会2003:8—9)。その上で、社会福祉士等による「総合的な相談対応」を行い、「地域包括ケアが有効に機能するためには、各種のサービスや住民が連携してケアを提供するよう、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う、在宅介護支援センター等の機関が必要になる」と述べている(35—36)。

ここでは、相談対応を通じて高齢者のニーズを把握し、フォーマル・インフォーマルな社会資源と結び付けていくソーシャルワークの役割について触れられている。また、それを具体化する機関として、在宅介護支援センターの重要性が指摘されており、その後の地域包括支援センターの創設につながっていく。

③ 地域包括ケア研究会報告書(2009年)

2010年代の地域包括ケアの議論をリードし、政策形成に寄与してきたのが「地域包括ケア研究会」である。以降、研究会が発表した報告書から、政策形成の過程においてソーシャルワークにどのような役割が与えられ、具体的な制度設計が試みられてきたのかを考察していきたい。併せて、今日の地域共生社会につながる示唆についても注目していきたい。

まず、2009年に初めて研究会として発表した報告書「今後の検討のための論点整理」では、「2015年の高齢者介護」の記述を引き継ぐようなかたちで、「要介護者・要支援者であるかどうかに関わらず」、「相談者の問題を解決するため、地域包括支援センターにおいて、互助(住民主体のサービスやボランティア活動等)・共

助(介護保険関連や医療保険関連等)に関わる多様なサービスを紹介できるようにすべきではないか」として、相談を通じて高齢者と多様な社会資源をコーディネートするソーシャルワーク機能の重要性を主張している。また、その際には、「多忙」な「地域包括支援センターが持つべき機能を整理」することが必要とも指摘されている(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社2009:9)。

さらに、「地域住民による見守りを推進するためには、地域におけるネットワークの構築が不可欠となるが、このネットワークの構築に当たっては、民生委員・ボランティア・近隣住民等の互助を基本にし、地域包括支援センターが核となって進めるべきではないか」と地域づくりの役割を求める指摘が行われている(17)。

その他、「地域包括支援センターを高齢者向けと限定せず、障害者等、ケアを必要とする者全てを支援するセンターと位置付けるべきではないか」という指摘が、「今後の介護保険制度の検討課題」の1つに挙げられている点(26)、その後の地域共生社会につながるものとして注目される。

④ 地域包括ケア研究会報告書(2010年)

続いて2010年の「報告書」では、前年の報告書で指摘されたソーシャルワークの拠点として、あらためて「地域包括支援センターの機能を一層強化すること」の重要性が言及された。地域包括支援センターが、「介護予防関係事業に忙殺されて」、担うべき総合相談業務やネットワーク構築に十分に取り組めていないことを指摘しつつ、「地域包括支援センター運営協議会等による地域住民や地域団体との連携機能があるが、この場を活用して地域における互助によるサービス創造の検討・提言が必要」として、

地域づくりの必要性を主張している(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社2010:24)。また、「地域包括支援センターは上記住民主体の組織運営への支援・システム化にも取り組んでおり、介護保険サービスのみならず、介護保険対象外の様々な生活支援サービスについても把握しており、利用者や介護支援専門員が地域包括支援センターに相談すれば様々なサービスの情報が提供される」と述べられており(27—28)、相談対応や社会資源のコーディネートと合わせてコミュニティソーシャルワーク機能の強化が求められている。

ただし、以降も含めて、地域包括ケアにおけるソーシャルワークに関する議論の特徴は、どのような人材がそれを中心的に担うのかについて曖昧な点にある。地域包括ケアを支える人材の在り方に関する項では、医師、看護職員、PT・OT・ST、介護職員については触れられているものの、社会福祉士を始めとしたソーシャルワーカーの役割については述べられていない(33—35)。

その他、「報告書」では、前年の言及をより具体化し、「高齢者が24時間安心して住める地域社会は子供や障害者を含めてすべての人が安心して住める地域であり、介護や医療のみならず、生活支援や権利擁護、障害施策、子育て支援などの幅広い施策を組み合わせ提供する視点が重要である」として、地域共生社会に類する指摘が行われている。そこでは、「介護のみならず障害や子育てを含めた総合窓口」を開設する地域包括支援センターが、「先進的な取り組み事例」として紹介されている。その上で、「地域包括支援センターの本来の機能を十分発揮できるよう、特定高齢者や要支援者に対するケアプラン作成業務は、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにすべきである」と指摘さ

れている(45)。

⑤ 地域包括ケア研究会報告書(2013年)

その後、2011年改正介護保険法や2013年社会保障改革プログラム法、2014年医療介護総合確保推進法の成立を通じて、「地域包括ケアシステム」の構築が法律に基づいて推進される段階に入った。そのような中で2013年に発表された報告書「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」では、まず、「地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子供を含め、地域のすべての住民にとっての仕組みである」ことが強調されており、引き続き地域共生社会との親和性がみてとれる(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社2013:7)。

また、特に生活支援を対象に、市町村の役割として、①日常生活圏域ニーズ調査などを活用して地域の高齢者の健康状態や社会資源等について把握し、課題やニーズを分析し、必要な社会資源に関するアセスメント(地域診断)を行う。その上で、「自助」・「互助」を基本とした地域資源を「発見」する。②これらの資源をうまく組み合わせ、地域のニーズに「つないで」いく。③民間事業者の創意工夫や、地域住民や高齢者自身による自発的な取組を促すような形で地域資源を生み出していくことの重要性が指摘され、前年までの報告書で見られたようなコミュニティソーシャルワーク機能の強化が求められている(17—19)。そして、それを具体化するために、地域包括支援センターの「果たすべき役割は地域包括ケアシステムにおいて、ますます大きくなっていく」とされた(10)。

その際、①住民組織(NPO、社会福祉協議会、老人クラブ、町内会、ラジオ体操会等)や一般住民を対象としたサービスも含む、一般の商店、

交通機関、民間事業者、金融機関、コンビニ、郵便局など多方面にわたる主体が提供者となること、②互助としての活動に取り組もうとする組織などに、場所の提供やコーディネートなども含めた一定の支援をするなどにより、インフォーマルな資源を、市町村のフォーマルな仕組みの中に位置づけ、地域包括ケアシステムを構築していく役割が求められること、③地域ケア会議などの関係者が集まる機会などを活用しながら、社会福祉協議会や社会福祉法人、NPO等とも連携・協働して地域資源を生み出す。地域資源の担い手を増やしていくには、生涯学習や社会教育、市民活動支援などと連携しながら、ボランティアやサポーター等の養成、セミナー、研修等の取組も重要であり、また、こうした担い手を地域の課題に適切に結び付けていくコーディネーターづくりも重要、といったようにより具体的な地域づくりの方法や内容を指摘している点が(17—19)、特徴となっている。

⑥ 地域包括ケア研究会報告書(2014年)

2014年の報告書「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」では、地域共生社会とは銘打っていないものの、その特徴が随所に現れてくる。在宅生活を継続するためには、「本人や家族が気軽に相談したり立ち寄りたりするような『包括的な生活支援の拠点』が地域の中に必要」で、それは「地域に住む子どもや親、障害者、認知症をもつ高齢者、元気な高齢者も含め、あらゆる地域住民が集える場となるよう期待され、地域住民が支える側・支えられる側の区別なく、自由に訪れ交流できる場所にする」ことが望ましいとされ、地域包括ケアの対象の拡大、自治体が主導した総合的な相談支援体制の整備の必要

性が指摘された。その上で、2014年の報告書における相談支援体制の特徴として、上記の「拠点」は「必ずしも専門職によって運営される必要はなく、専門的な対応が必要になった場合に、適切な専門職につながるよう連携が取られていれば、ボランティアで運営される形態も可能であろう」とされていることが挙げられる(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社2014:16—17)。

その他、市町村の役割として、「地域住民による互助は、自治体がつくるものではないが、互助機能が発揮されるよう、ニーズを把握し地域資源を組み合わせるにつなげる支援、生活支援を担う地域資源の管理による安心感の確保、安定的な場所の確保やリーダーの育成等を通じた互助の環境整備等は、自治体の役割」、「フォーマル・インフォーマル資源を統合的に提供していくためには、フォーマル・インフォーマルの両面でニーズを把握し、必要であれば、統合化されたサービスの提供に向けた新たな方策を地域資源の組み合わせから開発し、その経過を評価しながら改善していく仕組み」といったように、地域づくりの必要性に関する指摘が見られる(27)。

⑦ 地域包括ケア研究会報告書(2016年)

2016年報告書「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」の特徴として、前年の相談支援体制に関する指摘を踏まえ、市町村や地域包括支援センター、住民自身それぞれの役割が、地域づくりにおける重層的な分担、協働として、示唆・整理されたことが挙げられる。

市町村は、住民との対話や説明会等におけるファシリテーションを通じて、「客観的な地域の課題や困りごとを住民間で共有し、自発的なアイデアや取組の芽が生まれてくる」ようなマ

ネジメントを行うことが主な役割とされる。その上で、「日常生活圏域レベルにおける地域づくりは、地域包括支援センターごとの圏域を中心として取り組まれることが望まし」く、より住民に身近な地域包括支援センターは、フォーマル・インフォーマルな社会資源の連携、開発等を担っていくとされる。さらに、「地域包括支援センターだけでは十分な実施が難しい『住民主体の取組』を支援するための仕組み」として、生活支援コーディネーターといったさらに住民自身に近い人などによって、「地域の中に直接入り込み、地域の潜在的な資源を発掘するとともに、住民主体の活動の契機を仕掛けていく」ことが求められるとされた(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社2016:20—23)。

その他、「地域包括ケアシステムは、単に『高齢者』部門の取組ではなく、また『介護』に限定された取組でもない。対象者の観点からは子どもや障害者、子育て世代、元気な高齢者も含め、すべての市民を対象者と位置付けられるとして、地域共生社会と類する指摘を行っている(31)。

⑧ 地域包括ケア研究会報告書(2017年)

続いて2017年の報告書「2040年に向けた挑戦」では、2016年6月「ニッポン一億総活躍プラン」の閣議決定、2016年7月「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の創設等を通じて、地域共生社会の実現が政策目標として掲げられるようになったことを受けて、地域共生社会との関係がより明確になってくる。『「地域共生社会」とは、今後、日本社会全体で実現していこうとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた『地域包括ケアシステム』は『地域

共生社会』を実現するための『システム』『仕組み』である」として、地域包括ケアと地域共生社会の関係性について指摘されたことが、2017年報告書の特徴である。そして、「地域包括ケアシステムの深化と進化は、地域共生社会というゴールに向かっていく上では、今後も欠かせないものといえる」とされている(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社2017:6)。

その上で、地域包括ケアの土台に位置付けられる介護予防を行う前提となる、「『もうひとつの予防』として、地域や社会に参加し、住民が『つながる』状態に向けた支援」の必要性を指摘している。また、高齢者のほか、子育て中の家族や障害者、複合的な課題を抱える世帯などが、孤立したまま問題を悪化させることを「予防」するために、「こうした人々を地域住民が見守り、支え、社会の中に包摂していく」、つまり「地域でつながる」ことを支援することが求められている。そして、それらを可能にする仕掛けとして、「地域環境の改善や社会環境の整備・改善」を「ゼロ次予防」と銘打ち、「地域の相談窓口や気軽に相談できるような拠点の整備」が取り上げられている(15—17)。ここでは、相談支援の必要性が、「予防」という視点から、地域包括ケアおよび地域共生社会に共通して説明されている。

その他、地域づくりに関して、「行政は、自助や互助を直接作ることではできなくとも、体操やサロンなどの社会参加活動が持つ予防効果を住民に伝えたり、住民の気づきの機会を提供するなどして側面的に支援する工夫は可能である。とりわけ、都市部や都市郊外において住民のつながりが希薄化している地域では、地域の中に潜在的に存在している自助・互助に対して意識的な働きかけを進める工夫が不可欠である」

(52)、「協議体は、まさに地域の実情に応じて地域ごとにその組織にあり方から、議論の進め方、構成員を自由に設計できるものであり、市町村にとっては、住民とともに地域マネジメントを実践する絶好の場といえる。また生活支援コーディネーターは、地域づくりに参加する住民の支援者や、住民のよき相談相手、あるいは、行政とのパイプ役としても期待されている」(33)といったように、前年と同じく重層的な役割分担、協働の必要性が指摘されている。

⑨ 地域包括ケア報告書(2019年)

2019年に発表された「2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム」で注目すべきは、地域包括ケアシステムを構築する上で、「『地域における人の生活』は、血縁・地縁・関心縁など人と人の様々なつながり(関係性)の中で営まれており、したがって、本人と本人を取り巻く環境との関係性を理解し、尊厳ある一人の人間として関わるができる『当人理解』の能力を基礎として、本人と家族、地域等の関係性(エコシステム)を意識した働きかけができる専門職人材が不可欠である」と指摘されていることである(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社2019:29)。個人と環境に働きかけるソーシャルワークの重要性についての指摘であり、初めて地域包括ケアにおけるソーシャルワーカーの専門職人材としての位置づけが明確にされたと言える。

そして、ソーシャルワーク機能の発揮において中心的拠点となるのが、地域包括支援センターであることがあらためて示された。「総合相談の観点からは、全世代・全対象者対応型の相談窓口としての機能を持つ地域の拠点となることが前提になる」とされた。その上で、「地域包括支援センターの使命の中には、地域の多

様な関係者とともに地域の仕組みづくりを進める業務(地域マネジメント)も重要な位置を占めており、業務は単に個別ケースの支援への対応にとどまらない」として、地域づくりを担うことも重視されている(36—37)。また、地域包括センターが上記の業務を担うために、介護予防支援などの個別支援業務を軽減させつつ、小規模多機能型居宅介護事業所などに「ランチ」機能を持たせる方法なども検討されている。地域包括支援センターより小地域に整備され、「専門職と利用者が地域の中で多様な人々との接触を前提に生活を支える」小規模多機能型居宅介護は、地域づくりの拠点としてソーシャルワーク人材の育成も期待されている(21—22、29)。

人材については、「障害や子ども、低所得の問題など、多様な課題が交錯する地域で専門職人材として活躍するには、縦割りの専門知識を脱し、現在の地域の実態にあった包括的な知識体系が必要である」として、「地域共生社会の実現に向けて、『ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)』を契機に検討が本格化している保健医療福祉の専門資格における共通基礎課程の創設」に言及している(29)。

小括

地域包括ケアの構成要素として、ソーシャルワーク自体が明示されているわけではない。しかし、本節で明らかにしたように、地域包括ケアにおける政策形成に関わる議論の中では、相談体制の整備、対象者とフォーマル・インフォーマルを含む社会資源のコーディネート、新たな社会資源の創出といった地域づくり、まさにコミュニティソーシャルワークの必要性が、地域包括ケアに組み込まれるかたちで指摘されてきたことが分かった。その業務を誰が担うか

については、市町村、地域包括支援センターにおける専門職人材、非専門職・地域住民といった主体が重層的に協働して役割を果たすような、相談支援体制の整備に関する提起がみられた。さらに、地域共生社会の特徴となる対象者の包括性や総合的な相談窓口の必要性についても、2009年の地域包括ケア研究会報告書など早い段階から、地域包括ケアのウィングを広げるかたちで、その必要性が指摘されていたことは注目に値する。

では、そのような地域包括ケアに関する議論を踏まえて、地域共生社会では、ソーシャルワークにどのような役割が期待されているのだろうか、節を改めて考察したい。

5. 地域共生社会におけるソーシャルワークの特徴

① 「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」から「ニッポン一億総活躍プラン」

地域共生社会と銘打った検討は、2015年9月厚生労働省新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」(以下、「ビジョン」)から始まった。

「ビジョン」では、家族内や地域内の支援力の低下、ニーズの増大、課題の複雑化・複合化などに対して、「互助・共助の取組を育みつつ、対象者の状況に応じて、分野を問わず包括的に相談・支援を行うことを可能とすること」を提起している(厚生労働省新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム2015:1)。そして、サービスを包括的に提供する地域包括ケアの「考え方を全世代・全対象に発展・拡大させ、各制度とも連携して、新しい地域包括支援体制の確立を目指す」とされる(3)。

具体的には、「新しい地域包括支援体制(全世代・全対象型地域包括支援)を実現するためには、複数分野の問題や複雑に絡む問題を抱える対象者や世帯に対し、相談支援(対象者や世帯との相談と、それを踏まえて必要となるサービスの検討、プランの作成など)を分野横断的かつ包括的に提供することが求められる」とし、「ワンストップで分野を問わず相談・支援を行うことや、各分野間の相談機関で連携を密にすることにより、対象者やその世帯について、分野横断的かつ包括的な相談・支援を実現するための方策を検討する」ことが提起された(3)。

その上で、新しい地域包括支援体制は、包括的な相談支援と具体的な支援提供とに分けられ、包括的な相談支援は、① 相談受付の包括化、② 複合的な課題に対する適切なアセスメントと支援のコーディネート、③ ネットワークの強化と関係機関との調整、④ 必要な社会資源を積極的に開発していくものであるとされる(6)。ここでは、地域包括ケアでも主張されてきた、包括的な相談体制、社会資源のコーディネートや地域づくりの必要性に関する指摘がなされている。

「ビジョン」を踏まえて、2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では、「子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる『地域共生社会』を実現するために、「地域課題の解決力の強化/福祉サービスの一体的提供/総合的な相談支援体制づくり」の工程が示された(一億総活躍国民会議2016:16、60)。

② 地域力強化検討会「中間とりまとめ」から社会福祉法改正

「ニッポン一億総活躍プラン」を踏まえ、2016年7月に創設された「我が事・丸ごと」地

域共生社会実現本部の下に設置された「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会」(以下、「地域力強化検討会」)は、2016年12月に「地域力強化検討会中間とりまとめ～従来の福祉の地平を超えた、次のステージへ～」(以下、「中間とりまとめ」)を公表した。

「中間とりまとめ」では、小学校区域を基本とした「住民に身近な圏域」において、地域住民、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、障害者相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業の実施事業所といった福祉各制度に基づく相談機関、地域に根差した活動を行う社会福祉法人やNPO法人といった機関で、あるいは相互に連携しながら、それぞれの機関が直接担当している分野だけではなく、「丸ごと」の相談を受け止める場を設けていくべきであるとされた(地域力強化検討会2016:11—12)。

そこで受けた相談は、「特に、多様な、複合的な課題については、高齢、障害、子どもといった福祉関係だけではなく、医療、保健、雇用・就労、司法、産業、教育、家計、権利擁護、多文化共生など多岐にわたる分野で、市町村単位、ときには都道府県単位の専門機関も含めた多機関が協働する体制の中で、解決方法が考えられるべきである」として、領域を跨いだ重層的な相談支援体制の整備が提起された(12)。そして、協働の中核として、「地域住民と協働して新たな社会資源を見つけ出したり、必要に応じて制度等をつくり出す」(12)、「他人事を『我が事』に変えていくような働きかけをする、いわば地域にとっての『触媒』として」(9—10)、「複合的な課題を受け止め、多機関協働の中でチームとして解決策を検討し、時には新たな社会資源の創出を行う」(13)ソーシャルワークが

位置付けられた。

2017年の地域力強化検討会「地域力強化検討会最終とりまとめ～地域共生社会の実現に向けた新しいステージへ～」でも、あらためて「中間とりまとめ」の要点として、前述の「丸ごと」受け止める場において、ソーシャルワークの5つの機能(制度横断的な知識、アセスメント力、支援計画の策定・評価、関係者の連携・調整、資源開発)を推し進められることが指摘された。また、住民等の非専門主体が担う場合も、ソーシャルワーカーによるサポート体制の構築が必要とされた(地域力強化検討会2017:16)。

「中間とりまとめ」を踏まえて、2017年6月に改正社会福祉法が公布(2018年4月施行)され、新設された第4条2項(2021年4月より第3項)では、地域住民や福祉関係者が社会的孤立を含む幅広い「地域生活課題」について、行政等の支援関係機関との連携により解決を図るという、我が事・丸ごとの理念が明確化された。また、106条の2では、複雑・複合化する地域生活課題を把握した際に、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所、地域子育て支援拠点などは、関係する機関と解決に向けて連携することを努力義務とした。その上で、市町村の役割として、106条の3第1項では、地域住民が自ら暮らす地域の課題を「我が事」として捉えられるような地域づくりの取組、様々な相談を「丸ごと」受け止める場の整備、および相談機関の協働、ネットワーク体制の整備が新たな努力義務に位置付けられた(図3)。

ここにおいて、地域包括ケアにおいてもその必要性が指摘されてきたような、地域住民との連携に基づいて、地域の生活課題を解決するための包括的・重層的な相談支援体制の整備が法定化されることになった。

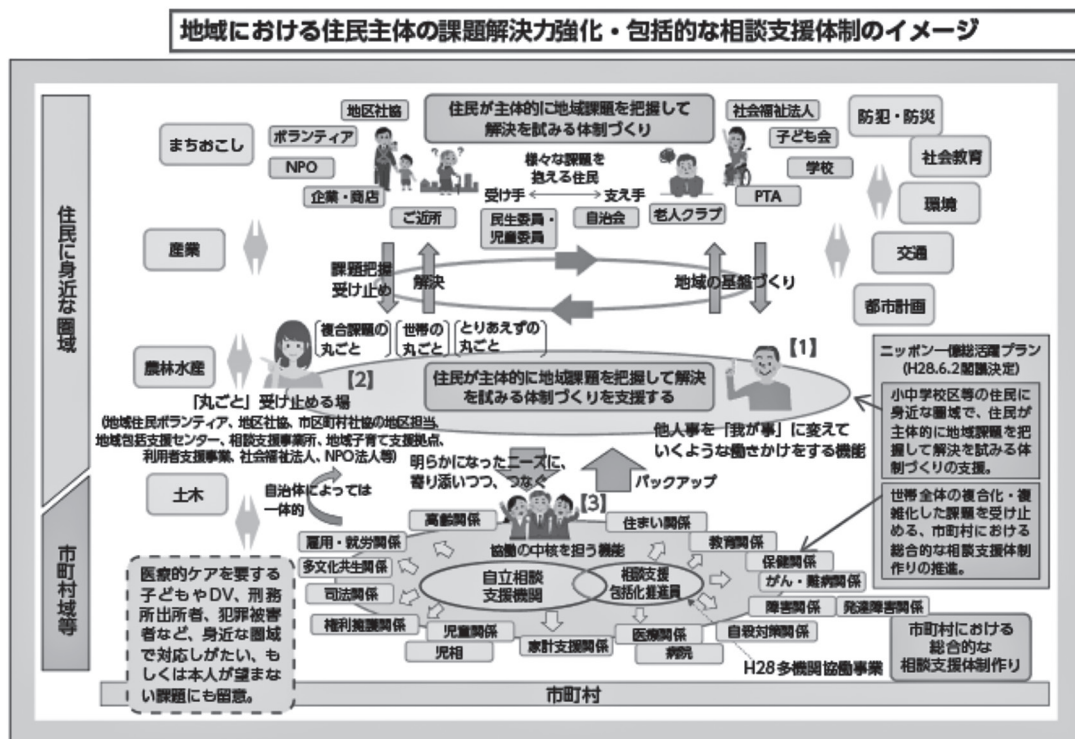


図3 出典：厚生労働省『平成29年版 厚生労働白書』275ページ。(地域力強化中間とりまとめ)<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000170085.pdf>(2021.6.4)

③ 地域共生社会推進検討会「最終とりまとめ」および社会福祉法改正

社会福祉法見直し規定を踏まえて、その方策等について2019年12月に取りまとめられた、地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会(地域共生社会推進検討会)の「最終とりまとめ」によれば、地域共生社会における社会保障の新たなアプローチとして、対人支援は2つに分けられる。1つは、社会保険等の現物・現金給付によって「具体的な課題解決を目指すアプローチ」で、「従来型」のアプローチと言える。それに対して、「つながり続けることを目指すアプローチ(伴走型支援)」が「支援の両輪」のもう一方として位置づけられた。これは、「支援者と本人が継続的につながり関わり合いながら、本人と周囲

との関係を広げていくことを目指すもの」であり、「このアプローチを具体化する制度は、本人の暮らし全体を捉え、その人生の時間軸も意識しながら、継続的な関わりを行うための相談支援(手続的給付)を重視した設計となる」。ここで言う「手続的給付」とは、「伝統的な社会保障の現金給付や現物給付といった実体的給付につなげることを含め、様々なニーズを抱える個人の自律に向けたプロセス(手続き)への積極的な支援であり、それ自体で固有の価値があるものとして定義」されている(地域共生社会推進検討会2019:5)。これらの指摘は、地域共生社会において、相談支援を行う専門的なソーシャルワークに「固有の価値」を認めたもので、それが社会保障に位置付けられたことは極めて重要である。

また、そのような「『専門職が時間をかけてアセスメントを行い、課題を解きほぐすとともに、本人と世帯の状態の変化に寄り添う継続的な支援』(専門職による伴走型支援)」に加えて、「『地域の居場所などにおける様々な活動等を通じて日常の暮らしの中で行われる、地域住民同士の支え合いや緩やかな見守り』といった双方の視点を重視する必要がある、それによりセーフティネットが強化され、重層的なものとなっていく」と指摘し(6)、地域包括ケアの領域でも主張されてきたような、フォーマル・インフォーマルから成る包括的な支援体制の役割を強調している。

そのような包括的な支援体制を構築するために、基礎自治体となる市町村は、「①断らない相談支援…本人・世帯の属性にかかわらず受け止める相談支援、②参加支援…本人・世帯の状態に合わせ、地域資源を活かしながら、就労支援、居住支援などを提供することで社会とのつながりを回復する支援、③地域づくりに向けた支援…地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す支援」を一体的に行うことによって、新たなセーフティネットを創設するとされた(8)。

これは、アセスメントを行い、クライアントの自己決定に基づいて社会資源とのつながりをコーディネートする。さらに、地域共生社会を支える見守りネットワークなどの新たな社会資源を生み出していく、まさにコミュニティソーシャルワークの必要性を前面に押し出した指摘と言える。地域包括ケアにおける議論を踏まえて、全住民を対象として、コミュニティソーシャルワークが明確に社会保障の体系に位置付けられたという点こそが、地域共生社会の特徴と言え、本稿で理論的に考察してきたような社

会保障におけるソーシャルワークのあり方に沿うものと言える。

「最終とりまとめ」を踏まえて、以上の3つの柱は、2021年4月施行の改正社会福祉法によって、属性を問わない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施する「重層的支援体制整備事業」として創設された。新たな事業を任意で実施する市町村に対しては、介護、障害、子ども、困窮といった関連事業に係る補助等について一体的な執行を行うことができるよう、交付金を交付することとなった。これによって、会計検査院からも指摘されていたような、分野ごとの財源を総合的な相談支援として利用する際の困難を解決し、包括的な支援体制の整備を推し進めるための選択肢の1つを明確にすることができるようになった(玉置2020:20—21)。

次節では、以上のように地域包括ケアから地域共生社会に至る議論を経て、社会保障に位置づけられ具体的に法制度化され、財源の整備がすすめられてきた包括的な支援体制、ソーシャルワークを実現するための政策課題を、地域共生社会における包括的な支援体制の3つの柱、断らない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援の枠組みに即して、考察していきたい。また、併せてソーシャルワーク人材に関する課題についても指摘したい。

6. 社会保障におけるソーシャルワークに課せられた政策課題

① 断らない相談支援

地域共生社会の特徴として、ソーシャルワークを社会保障として位置付けたことは、上述の通りである。そこでは、地域包括支援センターなどの既存のソーシャルワークを業務とする専門機関が中心的な役割を果たすことが想定され

ている。以下では、それらの機関の現状を考察し、今後の政策課題を析出したい。

まず、地域包括支援センターに関しては、三菱総合研究所「地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書」(2016年)において、センターが抱える課題として、81.6%が「業務量が過大」と回答している。その背景には、70.2%が「業務量に対する職員数の不足」、53.7%が「職員の力量不足」と回答しており、業務量や内容に人員数、質が追い付いていない現状がある。

また、「業務量が過大」との回答に関する業務内容としては、「総合相談支援に関わる業務」が69.5%、「指定介護予防支援に関わる業務」が66.8%、「地域におけるネットワークの構築に関わる業務」が53.9%の順に多くなっている(三菱総合研究所2016: 214、216)。ここからは、地域共生社会で求められる相談支援のニーズが地域に豊富に存在し、それに地域包括支援センターが取り組む上で、介護保険業務が過重な負担となっていることが分かる。そういった意味で、地域包括ケア研究会報告書の介護予防支援業務を軽減し、ソーシャルワーク機能を強めるという提言は、現実の要請に即したものであると言える。

さらに、三菱総合研究所報告書のデータでは、社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーを置く必要がある地域包括支援センターにおいて、それら有資格の専門職が少なく、経験年数5年以上職員など有資格者に「準ずる」職員が多い方が、「職員の力量不足」を課題と感じているセンターの割合が高いとの調査結果も報告されている⁽⁷⁾。今後、ソーシャルワーク機能を強化していく上で、小規模多機能型居宅介護事業所等との業務配分の見直しや社会福祉士を始めと

した専門職の増員が求められている。

同じような示唆は、高齢者以外の領域からもみてとれる。日本社会福祉士会「基幹相談支援センター設置促進のための手引きの調査」(2019年)から、障害領域でソーシャルワーク機能の発揮が期待される基幹相談支援センターについて、業務内容に占める割合を見てみると、総合的・専門的な相談支援実施に関すること(47.7%)、地域の相談支援体制の強化の取組に関すること(26.2%)といったように、相談支援に関するものが半分以上となっている。一方で、35.8%の市区町村しか基幹相談支援センターを設置しておらず、未設置の理由においては、「人材の確保が難しい」と答えた市区町村が73.3%に上っている(日本社会福祉士会2019: 13、8、11)。

そのほか、母子保健、子育て世帯の支援を目的とする子育て世代包括支援センターにおいても、みずほ情報総研「子育て世代包括支援センターの業務ガイドライン案作成のための調査研究報告書」(2017年)によると、2016年4月時点で1445の市区町村がセンターを設置しておらず、設置に際する課題として、「必要な予算・人員(保健師等を1名以上、利用者支援専門員を1名以上)が確保できない」と回答した自治体が70.1%と最も多くなっている(みずほ情報総研2017: 2、46)。

地域共生社会において、ソーシャルワーク機能の充実・拡大やサービスの質向上を目指す中では、あらためて専門職の確保や業務配分の見直しが政策課題となっている。

② 参加支援

地域共生社会で求められる就労、学習や居住など多様な方法を有する参加支援の現状については、2015年に創設され、就労支援や学習支

援などを通じて参加支援を先取りしている生活困窮者自立支援事業の現状から、その課題を析出する。生活困窮者自立支援制度においては、受容や傾聴を通じた信頼関係の構築、自己決定の支援、支援のコーディネート、社会資源の開発といったソーシャルワークの技法を駆使することによって、自尊感情の回復を通じて、就労を始めとした社会参加、自立につながっていることが指摘されている(北海道総合研究調査会2018)。

一方で、みずほ情報総研「生活困窮者自立支援制度における情報共有を円滑化するための会議体のあり方に関する調査研究事業報告書」(2019年)によると、生活困窮者自立支援法に基づく任意事業の実施状況については、「学習支援事業」が62.3%、「就労準備支援事業」が51.3%と50%を超えているのに対して、回答自治体のうち「家計相談(改善)支援事業」を行っているのは45.1%、「一時生活支援事業」は29.4%、「認定就労訓練事業」は13.8%に留まっている(みずほ情報総研2019:16)。

また、実施自治体に対して2015年スタート時からの各種事業の目標達成度を調査した生活困窮者自立支援全国ネットワーク「生活困窮者自立支援事業の充実を目指すための自治体支援等に関する調査・研究事業」(2018年)によると、達成度80～100%と回答した自治体は、自立相談支援52.5%、学習支援等52.3%に対して、住居確保給付金34.0%、家計相談支援29.5%、就労準備支援26.6%、就労訓練事業の推進8.6%などとなっており、事業達成度に大きな差があることが分かる。自治体の規模別にみてもその差が大きい項目があり、自立相談支援について指定都市の76.9%が80～100%の達成度と回答しているのに対して、一般市では53.2%、住居確保給付金では指定都市61.5%、一般市34.0%、

就労準備支援では指定都市58.3%、一般市26.5%、就労訓練事業の推進では指定都市28.6%、一般市8.6%などとなっている(生活困窮者自立支援全国ネットワーク2018:44—45)。

就労や学習、住宅など「参加」の幅を広げる地域共生社会にとって、生活困窮者自立支援制度はその先駆者的な役割を果たしている。しかし、相談を受けて行われる諸事業の内容および質については、自治体の規模に関わらず、幅広い参加のメニューを提供できるように、今後改善すべき課題を残している。

③ 地域づくりに向けた支援

次に、地域共生社会を構築するための地域づくりに向けた支援の現状について考察する。まず、前出の生活困窮者自立支援制度においては、全国社会福祉協議会「平成29年度生活困窮者自立支援制度実態調査報告書」(2018年)によると、事業受託社協から見た生活困窮者等の支援のためのネットワークの構築状況について、「行政：生活保護担当」(98.0%)、「行政：福祉関係部署」(94.6%)が9割を超え、「ハローワーク」(84.7%)や「地域包括支援センター」(89.8%)も8割を超える実施率となっている。フォーマル、および高齢者や就労関係といったカテゴリーに関しては、多くの自治体でネットワークが築かれていると言える。

その一方で「自治会・町内会」(26.7%)、「地区社協・校区福祉委員会」(26.3%)、「地域で活動しているNPO、ボランティア団体等」(36.5%)、「新聞、郵便、電気、ガス等の民間事業者」(23.1%)といったように、インフォーマルなつながりに関しては、民生委員・児童委員(91.4%)に偏りがちで、十分に構築されていない自治体が多い。また、「障害者相談支援事業所」(72.9%)とはネットワーク構築が進みつつあ

るが、「保育所等子育て関係機関」(24.1%)、「学校・教育委員会」(49.6%)、「若者サポートステーション」(42.4%)、「検察庁、刑務所、警察」(27.9%)といったように、子ども、若者、司法といったカテゴリでのつながりについては、いまだ不十分な自治体が多いことが分かる(全国社会福祉協議会2018:10)。同様の状況は、支援計画について協議、評価し、社会資源の開発に向けた取り組みを地域全体で検討する支援調整会議において、その構成員の属性から高齢者、就労、フォーマルな行政機関中心のネットワークとなっており、インフォーマルなプラットフォームづくりが課題となるという調査結果からも見てとれる(みずほ情報総研2019:18)

地域共生社会が目指す分野横断的な連携の創出、地域活動の活性化といった自治体に課せられた役割は、いまだ十分に果たされているとは言えない。東海四県の地域包括支援センター業務に関して達成度等を調査した研究でも、「達成している」「やや達成している」と答えたセンターおよび市町村は、「地域住民が気軽に相談できる」(88.3%)、「関係機関と円滑に情報共有ができる」(89.7%)で高くなっている一方で、「住民ボランティアの育成」(15.0%)、「住民が活躍できる場を作る」(19.4%)、「住民が主体的に取り組む活動の支援」(27.1%)などは低い割合となっている(白井ほか2017:631)。自治体は、地域づくりに対する取り組みをさらに進めるとともに、国は、持続可能な地域づくりをどのように行っていくための体制や方法等の「見える化」を図るなど、その支援が求められる。

④ ソーシャルワークを担う福祉人材について

地域共生社会においては、ソーシャルワークを担う人員・資格要件などの整理についても、

今後の課題の1つとして考えられる。上述の3本の柱を担う専門職のスキルとして、「断らない相談支援においては、本人や家族を包括的に受け止めるためのインテークの方法や、課題を解きほぐすアセスメントの視点、さらに市町村全体でチームによる支援を行うための総合調整等に関する手法・知識が求められる。また、自ら相談に来られない人も想定したアウトリーチの手法や、DV被害者や性暴力被害者、児童虐待の被害者、大規模災害に見舞われ心に大きな傷を受けた被災者など回復に時間が掛かる状態も想定し、継続的に関わり、つながり続ける支援を進めるスキル等も求められる。参加支援においては、本人の抱える制度の狭間のニーズに対応するため、福祉分野のみならず地域の多様な分野とつながりながら、既存の人的・物的資源を組み合わせたメニューを作ったり、資源がない場合には新たに作り出すためのノウハウが求められる。地域づくりに向けた支援については、地域の人と人とのつながりや既存の活動を把握した上で、それらを活性化すること、包摂的な地域社会を目指して、共生社会への意識啓発を進めること、子どもから大人まで全世代にわたる福祉教育、学習の場、新たな地域活動を創出することに関するスキルが求められる」とまとめられている(地域共生社会推進検討会2019:24)。

このようなコミュニティソーシャルワークを提供するために最も適正な資格として考えられるのは、社会福祉士である。地域包括ケア、地域共生社会における社会福祉士の役割については、厚生労働省における福祉人材のあり方に関する議論でも、その重要性や役割の拡大の必要性が指摘されてきた(社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門員会2018)。しかし、一方で、認定社会福祉士認証・認定機構によると、複数

分野にまたがる地域課題への対応、地域の機関連携のシステム作り、新たなサービスの開発などについては、認定社会福祉士やそれを超えた認定上級社会福祉士の役割として位置付けられているが⁽⁸⁾、2021年4月時点で認定社会福祉士の数自体、964人に留まり、伸び悩んでいる⁽⁹⁾。

今後は、社会福祉士を配置することが、地域共生社会の構築にどのような影響を与えるのか適切なエビデンスを集めた上で、社会福祉士に関する加算や配置基準の向上が求められる。また、ジェネリックな視点から包括的な支援体制を支える専門職の育成を目指す、社会福祉士および精神保健福祉士新カリキュラムを踏まえた教育内容の確立、継続教育の充実、上位資格取得者の増加のための方策なども必要となる⁽¹⁰⁾。

おわりに

本稿で明らかにしたように、社会環境の変化、当事者の活動、人権意識の向上、医療の発達、財政的側面からの要請、課題の複合化、サービス利用方法の変容、専門職のソーシャル・アクションなどが相まって、社会保障制度などの社会資源を自ら使えない、または使うことをためらう、もしくは結びつくまでに時間がかかる人が社会的に顕在化し、その対応が必要になってきた。そこから、今日、様々な社会資源の利用とクライアントを結びつける、領域を超越したジェネリックなソーシャルワーク機能を社会的に保障する必要性が高まっている。

また、社会保障におけるソーシャルワークでは、ソーシャルワーカーを中核とした相談支援のネットワークが、その他の専門職あるいは地域住民等のインフォーマルな相談支援と連携・協働しながら形成されることが必要となり、そのためにも新たな社会資源の開発など、地域づ

くりを含むコミュニティソーシャルワークの機能が求められている。地域共生社会論には公的責任を回避するとの批判も根強く、その点には注意が必要である一方で(山崎2020)、社会的要請に基づいて、社会保障にコミュニティソーシャルワークを位置付ける必要性を指摘した意義は大きい。

また、そのような地域共生社会における指摘は、アセスメントを行い、クライアントの自己決定に基づいて社会資源とのつながりをコーディネートする。さらに、相談体制や見守り、生活支援サービス等の地域共生社会を支える新たな社会資源を生み出していく、まさにコミュニティソーシャルワークの必要性を指摘した地域包括ケアにおける議論を踏まえたものであった。そして、地域包括ケアから地域共生社会への議論を経て、社会福祉法改正等による包括的な支援体制の整備、財源の確保の法制化に至った。

一方で、地域共生社会における包括的な支援体制の3つの柱、断らない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援、およびそれを支える専門職人材の確保の枠組みに即して考えると、ソーシャルワーク専門職の確保や業務配分の見直し、諸事業の内容および質の向上、遅滞する地域づくりと国等による支援、教育の充実等による専門職の育成といった、ソーシャルワークの充実に向けた政策的諸課題の解決が望まれる。

注

- 1) <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>(2021.6.4)
- 2) 「法令上は、専門的に行われる事業やサービスを『相談支援』(介護保険法等)、専門家の行為を『相談援助』(社会福祉士法等)」としており、語句の意味として大きな差異はないとされる(西村2020:129)。また、「個人への支援から地

域福祉の増進まで視野に入れて実践する専門職の活動はソーシャルワークであり、社会福祉士が行う『相談援助』と『ソーシャルワーク』は同義だと捉えることができる」(日本社会福祉士養成校協会演習教育委員会2015:2)。2021年4月より始まった社会福祉士および精神保健福祉士の新カリキュラムでも科目名「相談援助」が「ソーシャルワーク」に変更されており、本稿では、相談対応、社会資源のコーディネート、地域づくりを内包する概念として相談支援、およびソーシャルワークの語句を同義で使用する。

- 3) 社会資源については、多様に定義されているが、ここでは社会福祉士養成テキストで一般的に使われる「ニーズを充足するために用いられる有形、無形の資源(resource)」であり、「福祉ニーズの充足のために、利用・動員される施設・設備、資金・物品、諸制度、技能、知識、人・集団などの有形、無形のハードウェア及びソフトウェア」という定義を援用する(全国社会福祉協議会「社会福祉学習双書」編集委員会編2018:229)。
- 4) 多職種・多機関を自治体がどうマネジメントするかという問題も重要な論点であるが、ここではその必要性のみ指摘しておく。詳細については、荒見(2020)を参照。
- 5) 本稿でいうコミュニティソーシャルワークとは、その重要性を早くから指摘し、個別支援と地域づくりの機能を一体的・総合的に組み合わせて展開することとしてきた、大橋謙策の定義に依拠している(大橋2014:19-20)。
- 6) [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/\(2021.6.4\)](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/(2021.6.4))
- 7) [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000143090.pdf\(2021.6.4\)](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000143090.pdf(2021.6.4))
- 8) [https://www.jacsw.or.jp/ninteikikou/contents/02_seido/02_shigoto.html\(2021.6.4\)](https://www.jacsw.or.jp/ninteikikou/contents/02_seido/02_shigoto.html(2021.6.4))
- 9) [https://www.jacsw.or.jp/10_senmon/ninteiToroku/files/toroku_meibo_bunya.pdf\(2021.6.4\)](https://www.jacsw.or.jp/10_senmon/ninteiToroku/files/toroku_meibo_bunya.pdf(2021.6.4))

- 10) 社会福祉士養成・継続教育における課題については、白澤(2020)、諏訪(2018)を参照。

参考文献

- 荒見玲子(2020)「『制度の狭間』問題の解消・多機関連携・冗長性(1):共生社会型・地域包括ケアシステム構築の事例から」『名古屋大学法政論集』286、49-68。
- 一億総活躍国民会議(2016)『ニッポン一億総活躍プラン』.<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ichiokusoukatsuyaku/pdf/plan1.pdf> 2021.6.4.最終閲覧、以下同様)
- 大橋謙策(2014)「社会福祉におけるケアの思想とケアリングコミュニティの形成」『ケアとコミュニティ』ミネルヴァ書房、1-21。
- 河合克義(2018)「『我が事・丸ごと』地域共生社会とコミュニティ・ソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』Vol.44、No.1、5-18。
- 菊池馨実(2019)『社会保障再考』岩波新書。
- 木下大生(2018)「地域共生社会構築に向けた罪を犯した知的障害者へのソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』Vol.44、No.1、44-50。
- 厚生労働省新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム(2015)『誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—』.<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaiokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf>
- 高良麻子(2018)「地域共生社会の実現に向けたソーシャルワークの実践方法」公益社団法人日本社会福祉士会編集『地域共生社会に向けたソーシャルワーク』中央法規出版、36-57。
- 高齢者介護研究会(2003)『2015年の高齢者介護:高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』.<https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/vAdmPBigcategory20/217B568F6C4A32F149256D55002AF896?OpenDocument>
- 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会(2018)『ソーシャルワーク専門職である社会

- 福祉士に求められる役割等について』.(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf)
- 白井和美、杉浦加代子、津下一代(2017)「地域包括支援センターの機能強化に繋がる都道府県支援の在り方の考察」『日本公衆衛生雑誌』64(10)、630-637.
- 白澤政和(2020)「地域共生社会の実現に向けてのソーシャルワーカーの位置」『月刊福祉』第103巻第6号、46-49.
- 諏訪徹(2018)「地域共生社会の実現に向けた人材の育成」『ソーシャルワーク研究』Vol.44、No.1、19-27.
- 生活困窮者自立支援全国ネットワーク(2018)『生活困窮者自立支援事業の充実を目指すための自治体支援等に関する調査・研究事業報告書』.(<https://www.life-poor-support-japan.net/%E5%8A%A9%E6%88%90%E4%BA%8B%E6%A5%AD/>)
- 全国社会福祉協議会(2018)『平成29年度生活困窮者自立支援制度実態調査報告書』.(<https://www.zcwvc.net/%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%A0%94%E7%A9%B6%E5%A0%B1%E5%91%8A%E4%B8%80%E8%A6%A7/>)
- 全国社会福祉協議会「社会福祉学習双書」編集委員会編(2018)『地域福祉論』全国社会福祉協議会.
- 玉置隼人(2020)「生活困窮者自立支援制度と地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制の整備」『国際文化研修』第108号、18-22.
- 地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会(地域共生社会推進検討会)(2019)『最終とりまとめ』.(<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000581294.pdf>)
- 地域力強化検討会(2016)『地域力強化検討会中間とりまとめ～従来の福祉の地平を超えた、次のステージへ～』.(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokus-hougaihovenfukushibu-Kikakuka/0000149997.pdf>)
- 地域力強化検討会(2017)『地域力強化検討会最終とりまとめ～地域共生社会の実現に向けた新しいステージへ～』.(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokus-hougaihovenfukushibu-Kikakuka/0000177049.pdf>)
- 日本社会福祉士会(2019)『基幹相談支援センター設置促進のための手引き』.(https://www.jacsw.or.jp/01_csw/07_josei/2018/files/setchi_tebiki.pdf)
- 日本社会福祉士養成校協会演習教育委員会(2015)『相談援助演習のための教育ガイドライン』.(http://www.jaswe.jp/practicum/enshu_guideline2015.pdf)
- 西村淳(2020)「福祉サービス提供過程の法的分析」『年報公共政策学』14、119-135.
- 原田正樹(2019)「地域福祉の政策化とコミュニティソーシャルワーク」日本地域福祉研究所監修『コミュニティソーシャルワークの新たな展開:理論と先進事例』中央法規出版社、55-66.
- 北海道総合研究調査会(2018)『生活困窮者自立支援制度における支援効果の評価に向けた利用者意見の収集・分析に関する調査研究報告書』.(<http://www.hit-north.or.jp/houkokusyo/2017seikatsu-rirousya.pdf>)
- みずほ情報総研(2017)『子育て世代包括支援センターの業務ガイドライン案作成のための調査研究報告書』.(https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/kosodate2017_01.pdf)
- みずほ情報総研(2019)『生活困窮者自立支援制度における情報共有を円滑化するための会議体のあり方に関する調査研究事業報告書』.(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000525169.pdf>)
- 三菱総合研究所(2016)『地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書』.(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136642.pdf>)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(2009)『地域包括ケア研究会報告書:今後の

- 検討のための論点整理』.(https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01_pdf01.pdf)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
(2010)『地域包括ケア研究会報告書』.(https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/houkatsu_01_hokatsucare.pdf)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
(2013)『地域包括ケア研究会: 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』.(https://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
(2014)『地域包括ケア研究会: 地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業』.(https://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
(2016)『地域包括ケアシステムと地域マネジメント』.(https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
(2017)『地域包括ケア研究会報告書:2040 年に向けた挑戦』.(https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
(2019)『2040年:多 元 的 社 会 に お け る 地 域 包 括 ケ ア シ ス テ ム 』.(https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/houkatsu_01_1_2.pdf)
- 山崎光弘(2020)「『地域共生社会』の本質と課題」『民
医連医療』No.576、22-25.
- 山野則子(2018)「子ども家庭福祉から見た『我が事・
丸ごと』地域共生社会」『ソーシャルワーク研究』
Vol.44、No.1、36-43.

日本医療福祉政策学会学術誌編集委員(2022年5月1日現在)

編集長 村上慎司(金沢大学)

編集委員 井口克郎(神戸大学)

佐藤英仁(東北福祉大学)

村田隆史(京都府立大学)

Editor-in-Chief Shinji MURAKAMI (Kanazawa University)

Editorial Committee Members

Katsuro INOKUCHI (Kobe University)

Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

Takafumi MURATA (Kyoto Prefectural University)

医療福祉政策研究 第5巻・第1号

ISSN 2433-6858

2022年5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 村上慎司)

発行：日本医療福祉政策学会(会長 高山一夫)

(連絡先) 〒606-8446

京都市左京区南禅寺北ノ坊町21番地 永井ハウス内

Journal of Health and Welfare Policy

Volume 5 Issue 1 2022

Contents

Special Issue:

The Practices of Community Health Care-Welfare: The Achievements and Future Tasks

- Introduction to the Special Issue Shinji MURAKAMI (1)
- Health Care-Welfare Problems and Human Right: The Research Issues and Methods Hideo INOUE (5)
- My action of “Group to Secure Lives and Health” Toshio HIROTA (21)
- The History, Achievements and Future Tasks of Ishikawa Council for Promotion of Social Security Hiroyuki TERAOKOSHI (31)
- The Practices and Issues of Social Movement to Improve Community Health Care: Focusing on the Recent Activities Koji KUDO (41)

Original Article

- Scale Development of a Competency for Advanced Practice Nurses Required to Provide Primary Care at Home in Large Metropolitan Areas: Based on the Preliminary Quantitative Survey Results Nobumasa OGAMA (53)
- The Developmental Process of the Center Business Preparation in Small city as Process for Realizing Innovation in the 1980s –A Case Study of Hiiragi Center– Ken TANAKA (75)
- Historical Study on the Accumulation of Medical Doctors at Sunagawa City Medical Center Yoshiyuki SHIMIZU (95)
- About Choosing a Place of Care for Families with Elderly People with Dementia–Consideration from Qualitative Survey of Residential-type Private Pay Nursing Homes for the Elderly– Fumio NOGUCHI (121)

Article

- The Position as a Policy and the Next Task of Social Work in Community Inclusive Society Yoshito TSURUTA (151)