

医療福祉政策研究

第8巻第1号 2025

目次

<特集 災害と医療福祉——歴史と現状、課題>

特集依頼論文

災禍と「復興」の百年から何を学ぶか——生存権・地域・自治の視点から

..... 岡田 知弘 (1)

東日本大震災とコロナ禍を経験して 村口 至 (23)

住み続ける権利から見た日本の地震・津波災害からの「復興」政策

..... 井口 克郎 (35)

総説論文

終末期在宅療養者に対する家族介護者による投薬管理上の課題と支援ニーズの探究

——国内外の文献をてがかりとして 大釜 信政・中筋 直哉 (55)

研究論文

イギリスにおけるユニバーサル・クレジットのデジタル化：その現状と課題

..... 鶴田 禎人 (75)

書評

高山一夫 著『現代アメリカ医療政策の展開——ポストコロナへの軌跡とバイデン政権』

..... 小笠原 信実 (87)

小笠原信実 著『韓国における公的医療保険と財政——医療の公共性と社会保障財源』

..... 高山 一夫 (91)

〈特集 災害と医療福祉——歴史と現状、課題〉

特集依頼論文

災禍と「復興」の百年から何を学ぶか

—生存権・地域・自治の視点から—

Lessons from a Century of Calamities and “Recovery”: From the Perspectives of the Right to Life, the Region, and Autonomy

岡田知弘(京都橋大学)

Tomohiro OKADA

はじめに

本稿は、関東大震災から100年目にあたる2023年に明治大学で開催された本学会のシンポジウムでの講演を元に文章化したものである。関東大震災の直前に、スペイン・インフルエンザが3年にわたって猛威を振るい、日本国内だけでも約40万人の人間の命を奪ったことも忘れてはならない。関東大震災のあと、後藤新平らによって「帝都復興」が推進され、御茶ノ水駅周辺でも道路や橋梁の再建が行われていった。しかし、その「復興」の陰に隠れて、公設バラックからの被災者の追い出しや被災者の地方流出という「流民化」「難民化」も社会問題となった。

そこで登場したのが、福田徳三東京商大教授による「人間の復興」論であった。後藤新平が提唱した「帝都復興」構想に対して、被災者の生業、労働、生活条件の復興こそ最優先されるべきだと対置したのである。日本列島が活動期に入ったと言われる1990年代半ば以降断続的に発災している阪神・淡路大震災、中越地震、東日本大震災、熊本・大分地震、そして2024年元日に発災した能登半島地震においても、「創造的復興」論と「人間の復興」論との対立が繰

り返し再現されてきた。その過程で、国が当初認めてこなかった住宅再建や中小企業の再生への公費支出も実現、拡充してきた歴史がある。

筆者は、地域経済学の視点から、これまで日本の地域開発政策の歴史研究からはじまり、現代における災害研究や地方自治の研究、さらに新型コロナウイルス感染症の被害と復興についても研究をすすめてきた。

それらの研究蓄積をもとに、本稿では、スペイン・インフルエンザ及び関東大震災後の百年の歴史と現状から何を学ぶべきかを、とりわけ生存権・地域・自治の視点から考察してみたいと思う。その際、地域空間としての「中央と地方」の階層性、権力関係としての「中央＝国家」と「地方＝地方公共団体」のあり方も、分析の視角に据えることにする。ただし、「百年」の歴史を全体として描くことはできないので、主として百年前の災禍と、能登半島地震を含む現代のそれとを比較する形で、論じていきたい。

I スペイン・インフルエンザと関東大震災

1) 「スペイン風邪」パンデミック

スペイン・インフルエンザは、流行当時、「ス

(受理日：2025年2月4日)

ペイン風邪」あるいは「流行性感冒」と言われた⁽¹⁾。第一次世界大戦の最中であった1918年1月から、交戦国であった米欧で患者が急増していく。「スペイン風邪」という名前が付けられたのは、たまたま中立国であったスペインでの感染拡大が報じられたため、この名称になったと言われる。交戦国においては、軍隊の大半がインフルエンザで倒れるという事実は、軍事秘密であった。しかし、実際には、産業革命をへて急速に普及した蒸気船・蒸気機関車で移動することができるようになった軍隊とともに、地球規模でのパンデミックを引き起こし、後に「スペイン・インフルエンザ」と呼称されるようになる。戦時中のことでもあり、確かな犠牲者数が確定しているわけではないが、凡そ4000万人が死亡したといわれている(速水 2006)。

日本では、1918(大正7)年5月に軍港である横須賀港から上陸したといわれ、軍事施設、小学校、産業組合の工場等がクラスターとなり、3年の間に3波の感染拡大期を経験し、21年7月までに内務省衛生局発表では2380万人の「患者」と39万人の死亡者を記録している。そして第3波を経たあと、スペイン・インフルエンザは終息を迎えた(内務省衛生局 1922)。

ただし、戦後、初めて本格的なスペイン・インフルエンザの社会経済学的な研究を行った速水融は、この数字は過少だとし、改めて超過死亡数による再計算を行い、死亡者数は45万人であると推計している(速水 2006)。

かなりの衝撃的な数である。が、速水によれば、国内外問わず、スペイン・インフルエンザの歴史的研究は乏しいという。第一次世界大戦への関心の方が強かったこと等に加え、米騒動や労働運動の高まりのような「身の周りの大きな変動が、スペイン・インフルエンザを『軽

い』病気に見せた」ことが要因だと速水は推測している。

だが、果たして、米騒動に象徴される大正デモクラシー期の社会運動とスペイン・インフルエンザとの関係を、互いに独立した変数として捉えてもいいのだろうか。私自身、新型コロナウイルス感染症を体験するなかで、より内在的に両者の関係性を捉える必要があるのではないかと考えるにいたった。

2) スペイン・インフルエンザの社会的影響

この時期、婦人参政権確立運動にも参加していった与謝野晶子は、『横浜貿易新報』(現・『神奈川新聞』)にコラムを書いていた。2018年11月10日の記事には、なぜ「大呉服店、学校、興行物、大工場、大展览会等、多くの人間に密集する場所の一時的休業を命じなかったのでせうか」と政府の対応への批判がつつられている。この時期は、図1で示したように、感染爆発があり、「患者数」も死亡者数も急増していた。そして、晶子の11人の子ども全員が感染したのである(岡田晴恵編 2006)。

翌年の第2波は、「患者数」の波動よりも死亡者数の波動がはるかに大きくなり、強毒性のウイルスに変異した可能性がある。晶子は、1920年1月25日のコラムにおいて、「今、死が私達を包囲して居ます。東京と横浜とだけでも日毎に四百人の死者を出して居ます。明日は私達はその不幸な番に当るかもしれません、私達は飽迄も『生』の旗を押立てながら、この不自然な死に対して自己を衛ることに聡明でありたいと思ひます」と述べ、「生」の旗を掲げて、不自然な死に対して自己と家族を守ることに聡明でありたいという決意を述べている。

私は、スペイン・インフルエンザによる生存の危機が、晶子だけでなく多くの人々を行動に

駆り立て、米騒動、婦人参政権獲得運動、労働組合運動、水平社運動をはじめとする大正デモクラシー運動につながったのではないかと考えている。これらの社会運動は、大都市部だけの

ものではなかった。この時のスペイン・インフルエンザの「患者」及び死亡者数の8割以上を、図2で示したように、郡部の町村が占めていた。ただし、これは郡部が多かったということ

図1 スペイン・インフルエンザの患者数と死者数の推移
資料：内務省衛生局『流行性感冒』1922年

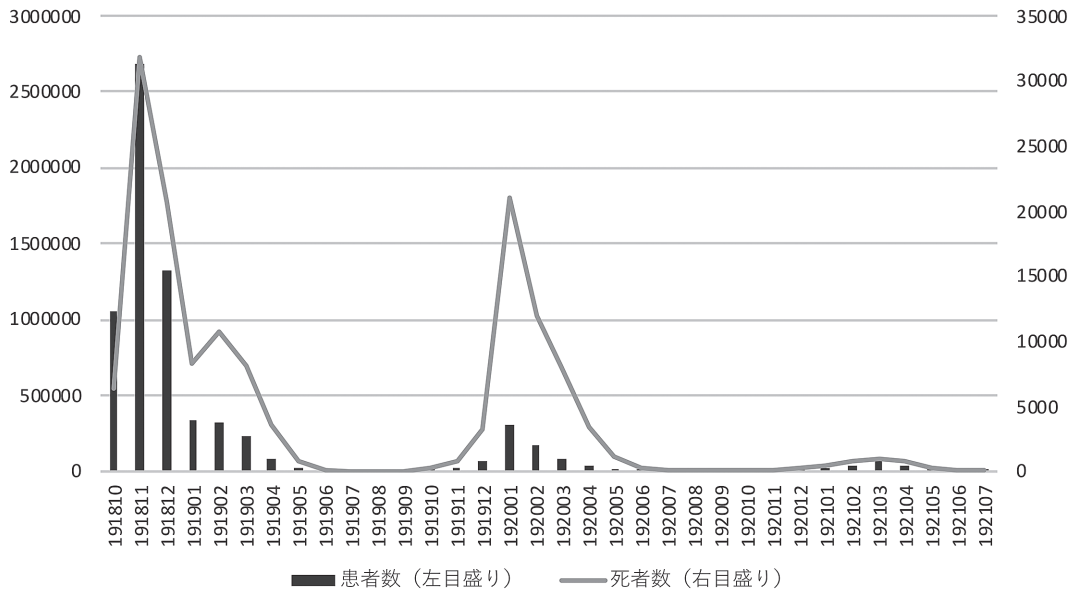
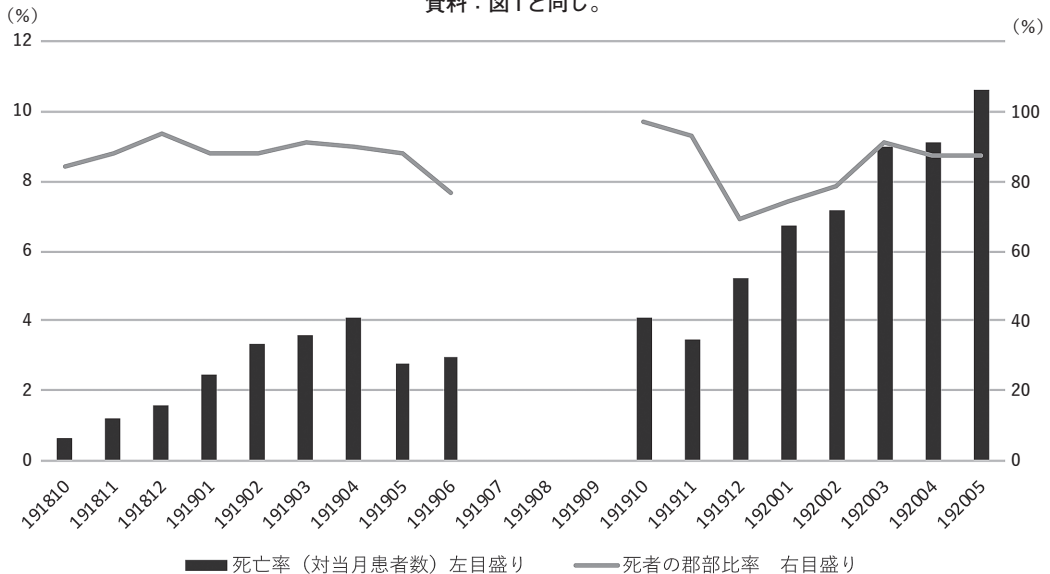


図2 スペイン・インフルエンザの「死亡率」と死者の郡部比率の推移
資料：図1と同じ。



ではなく、当時の人口比に相当するものであり、感染拡大が日本列島全体に均等に広がっていたことを示すものであろう。そして、命や生存の大切さは国民全体の共通認識になったといえよう(岡田 2020c)。

だからこそ、米騒動やスペイン・インフルエンザへの初動対応に失敗した寺内正毅藩閥内閣は倒壊し、1918年9月に日本で最初の近代的政党内閣としての原敬内閣が発足する。原敬内閣は、衛生対策を含めた都市計画や失業対策、中央卸売市場の整備など各種社会政策を本格的に展開していくのである。

これは、パンデミックを経験した知識人や庶民の間の人権・生存権意識の高まりを背景にした生存権を求める社会運動の結果、広い視点からみた社会改良が前進したものとみなせると言えよう。

3) スペイン・インフルエンザへの国の対応

ここで、近代日本の伝染病対策を簡単に振り返っておこう。感染症を含む伝染病については、1875(明治8)年に内務省が設立されたことにともない、文部省が所管していた衛生行政を引き継いで、内務省衛生局が担当することになる。1897年には伝染病予防法が制定され、衛生局内に防疫課が新設されることになる。その後、スペイン・インフルエンザの感染拡大の中で、1919(大正8)年に調査課が新設され、1921年には予防課が置かれている。ちなみに、後藤新平は二度にわたって衛生局長を務めている。寺内内閣の下では、内務大臣と外務大臣を歴任し、内閣倒壊後は東京市長となり20年12月まで務めている。このことが関東大震災後の後藤の活躍の伏線となる。

では、スペイン・インフルエンザ流行時に、内務省衛生局はどのような対応したのだろうか

か。同局がまとめた『流行性感冒』(1922年)には、日本政府だけでなく、各国政府の対応、さらに感染対策や地域別感染統計が詳細に掲載されている。そして、当時、衛生局が全国で張り出したカラーポスターも綴じられている。そのポスターでは、なんと、密集を避ける、マスクをする、手を洗う、うがいをする、そして「ワクチン注射」をするということが奨励されていたのである。個体感染を防ぐ方法は、百年後の新型コロナウイルス感染症のパンデミック時とそう変わらない。違うのは、現代ではPCR検査による検査体制ができ、療養時における医薬品や酸素吸入器の活用が加わったところだけのように見える。

また、百年前の感染・死亡状況の把握方法は、内務省衛生局—地方長官(知事)—道府県警—市町村警察署長という警察の系統組織で行っていた。明治憲法体制の下では、地方自治体が存在せず、国の統治機構の一環としての道府県、市町村が位置付けられていたからであった。

ここで注目すべきことは、1920年に内閣統計局と軍需局が統合して、国家総動員機関としての国勢院(後の企画院)が設立され、史上初めて「国勢調査」を実施し、国家が「人的資源」として国民の個人情報をも全面的に掌握したことである(岡田 1989)。百年後の現代においては、国が地方自治体のデジタル化が遅れているために新型コロナウイルス感染症のデータ収集と対応に支障をきたしている(「デジタル敗戦」として、地方自治体もつ住民の個人情報を一気に国が収集することができるマイナンバーカードの普及と保険証との一体化に躍起となっている。国家による個人情報掌握の衝動は、デジタル化によってさらに強まっている感がある(岡田・中山他2023、岡田2024a)。

さらに、パンデミックは国際的な衛生行政の

連携が必要となる。スペイン・インフルエンザは現代の世界保健機関(WHO)設立にむけた新しい動きを生み出したといえる。すでに、欧州諸国限定ではあったが、1907年に国際間での感染症対応機関として国際公衆衛生事務局が作られていたが、スペイン・インフルエンザのパンデミックにより、これを発展させた国際連盟保健機関(LNHO)が1921年に設立されたのである。ただし、米国はモンロー主義の立場にたち未参加であった(安田2014、詫摩2020)。他方、日本政府は、同機関発足前からスペイン・インフルエンザ対策のための国際会議に参加し、情報収集していたことが前述の内務省衛生局『流行性感冒』から知ることができる。ともあれ、百年後には、再び、米国のトランプ大統領によって、その後継組織であるWHOの活動が阻害されるという事態も起きたことは、パンデミックに対する国際的連携の難しさを改めて示すものとなった。

4) 関東大震災と「復興」をめぐる対抗

スペイン・インフルエンザが終息した1923年9月1日、今度は、首都圏から静岡県にかけて関東大震災が襲う。神奈川県西部を震源にM7.9の直下型地震である。地震に伴う津波、土砂崩れ、液状化、そして火災等によって死者・行方不明者は10万5千人に達する、近代日本で最悪の震災であった。なかでも、東京市での被害は甚大で、火災も加わったことで、約48万戸のうち31万戸が全壊・焼失した。死亡者も、5万8千人を超える大惨事であった。これに、風聞による朝鮮人大虐殺が加わり、多くの犠牲者がでた。

実は、後藤新平にとって9月1日は、絶妙のタイミングであった。震災の直前に加藤友三郎首相が急逝し、山本権兵衛が総理大臣に任命さ

れ、後藤新平は内務大臣就任を要請されていたところであった。山本内閣は、9月2日に発足し、後藤が内務大臣並びに帝都復興院総裁に就任する。後藤は、9月6日の閣議で、早くも復興計画の原則を提案したのである。

この『帝都復興ノ議』は、後藤が東京市長時代に構想していた8億円の東京改造計画(いわゆる「後藤の大風呂敷」)をもとに、道路の新設・拡張、下水道整備、港湾修築、公園整備を中心にした「理想的帝都建設」を述べたものであり、9月2日に一気に書いたといわれる。ここでは、①遷都はしない、②復興費に30億円をかける、③欧米の最新の都市計画を採用し、日本にふさわしい首都を造る、④新都市計画実施のために地主に断固たる態度をとる、という4つの基本方針が示されていた。後藤は、震災を、彼が描く「理想的帝都建設」のための「絶好の機会」ととらえたのである。いわば、現代の「創造的復興」論につながる惨事便乗型復興論の源流だといえよう。

これに対置する形で登場したのが、東京商科大学(現・一橋大学)教授の福田徳三による「人間の復興」論である。福田は大正デモクラシー期における河上肇の論敵であり、ドイツの厚生経済学に基づく社会政策的研究を行っていた。彼は、震災直後から、学生たちと一緒に、被災地調査を実施し、『報知新聞』紙上などで後藤の進める「帝都復興」論を批判するとともに、「人間の復興」論を大きく掲げたのである。新聞紙上での時論をまとめた福田(1924)において、福田は次のような指摘を行っている。

「私は復興事業の第一は、人間の復興でなければならぬと主張する。人間の復興とは、大災によって破壊せられた生存の機会復興を意味する。今日の人間は、生存する為に、生活し、営業し労働しなければな

らぬ。即ち生存機会の復興は、生活、営業及労働機会(此を総称して営生の機会という)の復興を意味する。道路や建物は、この営生の機会を維持し擁護する道具立てに過ぎない。それらを復興しても、本体たり実質たる営生の機会が復興せられなければ何にもならない」

この思想は、本質的には戦後憲法25条にある生存権の思想と同質であり、このような考え方が福田徳三から表出され、新聞等を通して多くの国民の支持を得たことは、決して偶然の産物ではないであろう。やはりスペイン・インフルエンザの大流行や米騒動や水平運動といった前史のなかで、国民の意識が、惨事便乗型復興ではなく人間の生存権を優先した復興を求めるに至ったことによると考えた方が自然であろう。

だが、後藤の帝都復興構想は、思わぬ事件によって挫折する。1923年12月29日に、虎ノ門事件(皇太子暗殺未遂事件)が起きて、内閣が総辞職せざるをえない事態となったのである。後藤も辞職し、24年2月には帝都復興院は廃止され、内務省の一部局である復興局に格下げとなる。実は、後藤の提案した復興予算は、東京都心部の地主でもあった枢密院顧問官・伊東巳代治らの強い抵抗もあり、すでに大きく減額されていたのである(源川2007)。

さらに深刻なことは、被災者救護が大幅に後退した点がある。1924年から25年にかけて復興事業で国及び東京市の「バラック」から、被災者の強制立ち退きが行われた。また、避難民の地方や海外への「移住」も促進された。その数は、80万人～100万人に及んだ(北原2011)。

一方、規模が縮小された復興事業は、幹線道路や街路整備、区画整理、小公園の設置などが

完成し、1930(昭和5)年3月には、帝都復興祭が挙行される。

これと並行して、後藤が原案を構想したという、関東大震災からの復興と「紀元2600年」を記念する第12回オリンピックと日本初の万国博覧会の開催に向けた招致活動が始まるのも、この頃からであった。もっとも、後の歴史が示すように、これらの2大祝賀イベントは日中戦争の勃発による国際関係の悪化や国内における物資動員計画が見直されることで実現することはなかった(古川隆久 2020)。

5) 東北冷害・三陸津波と東北振興事業と戦時体制下の保健

東京が帝都復興の祝祭イベントで浮かれているころ、東北地方は度重なる災禍に襲われることになった。1931年冷害凶作、33年昭和三陸津波、34年冷害凶作である。このため東北6県の疲弊は「欠食児童」や「娘の身売り」といった言葉に代表される社会問題となっていった。東北被災地の復興を図るため、政府は東北振興調査会を設置し、37年から国策として東北振興事業を開始する(岡田 1989)。

中央としての東京に対して、「東北」はもっとも周縁部に位置する僻遠の地であった。そこの災害復興の考え方は、どのようなものであったのか。内閣資源局長と東北振興局長を兼ねた松井春生は、東北振興事業の「根本方針」は、「東北地方の疲弊を改善して、国内の他の地方と略々同一の水準にし、其の経済生活・社会生活を引き上げる」ことにはなく、「国運進展の重大時機に於て」「其の域内に包蔵する人的・物的資源の利用開発を企図」したところにあると明言した(松井 1938)。

これに従い、同事業では、東北に賦存する水資源や鉱物資源などの重要資源の開発をすすめ

るため国策会社・東北興業株式会社及び東北振興電力株式会社(現・東北電力)を設立する。そのモデルになったのはアメリカのTVAであった。東北興業株式会社は東京資本との合弁会社を設立し、東北への鉱山、工場の立地を図った。そして東北振興電力株式会社は、東北に立地した軍需工場への電力供給と併せて、東京圏への電力供給のための発電所・送電線の整備をはかったのである。こうして、復興事業による便益は中央である東京に集中する構造がつくられるとともに、戦後、東京電力の原発が福島県に集中する歴史的条件もつくるのである(岡田1989、岡田2013a)。

他方、「人的資源政策」として、政府は東北の「人口問題」を重視し、「健兵健民」づくりのための保健・医療体制を整備していく。国も、1938年に厚生省を新設し、内務省衛生局の業務を引き継ぐとともに、傷痍軍人や遺族への手当や体力強化に力を入れていく。国民健康保険制度が導入されたのも、1938年のことである。1941年になると近衛文麿内閣の下で「人口政策確立要綱」が閣議決定され、植民地を含めて「農業人口4割定有」を目標に掲げるとともに昭和30(1955)年の人口目標を一億人と設定し、「産めよ増やせよ」運動が展開されていく。その際に、保健所の拡充とともに母子健康手帳が整備されていったのである(岡田1989、高岡2011)。

このような国の視点から見ると、陸軍兵士の「供給」源としての東北農村の疲弊によって乳児死亡率の高さや栄養状態の悪さが重要問題となったのである。医療機関不足に対しては、例えば岩手県などで産業組合立医療機関が地区ごとに設立され、戦後の県立病院の礎がつくられる(岡田 2013a)。しかし、最終的に東北振興事業は軍主導の戦時体制に組み込まれ、東北振

興電力株式会社も日本発送電株式会社に統合されていくことになる。また、東北からの人口流出も加速する。だが、彼らが移動した東京ははじめ都市部は空襲で壊滅的打撃を受けることになる。国内外で実に2000万人の命を奪った未曾有の戦争は、1945年8月15日に敗戦を迎える。

かつて、日野原重明は「戦争は最大の公衆衛生問題」(日野原2007)であると述べた。日野原の出身校であった京都帝国大学医学部では、多くの中国人を実験材料にした悲惨な生物兵器製造部隊=731部隊に多くの医師を送りこんでいたことも知られている(吉中2023)。戦争は、医療活動の倫理も鋭く問うものになったのである。ともあれ、多くの犠牲の下で戦争は終結し、それを反省した日本国憲法では、平和的生存権の保障とともに国民権、地方自治、学問の自由を明記したのである。

II 再び大災害の時代へ 阪神淡路大震災から東日本大震災へ

1) 阪神・淡路大震災と「創造的復興」論の登場と「人間復興」論

関東大震災から70年にあたる1993年7月12日に、北海道の奥尻島を地震と津波が襲う。230名の人々が犠牲となったこの災害を調査した地震学者の石橋克彦は、『大地動乱の時代』というタイトルの新書を刊行する(石橋1994)。日本列島が活動期に入ったことを警告した書であったが、翌1995年1月17日に阪神・淡路大震災が発災する。犠牲者は6000人を超え、この時点で戦後最大規模の災害となった。

そして、その後も、石橋の警告通り、日本列島は2000年の鳥取西部地震、2004年の中越地震、2007年の能登半島地震と中越沖地震、2008年の岩手・宮城内陸地震、そして2011年の東日本大震災というように人命にかかわる地震や

火山の噴火災害が続く。地震・津波・噴火による被害だけでなく、地球温暖化を背景にした水害・土砂災害も毎年のように日本列島のどこかを襲い、少なくない被害をもたらしている。

問題は、このような災禍にあたって、国及び地方自治体が、戦後の憲法に規定された、基本的人権と生存権の保障の理念に即した復旧・復興を行い、国民や住民の幸福追求権を保障しているかどうかである。

残念ながら、阪神・淡路大震災では、兵庫県も国も、「創造的復興」と称して、原状復帰ではなく、「未来に向けた」建設投資を優先したのである。その代表例が、神戸空港の新設、高速道路・地下鉄の延伸、新長田駅周辺の再開発であった。だが、被災者の生活や生業の再建は、遅れた。当時は、未だ住宅再建への支援制度も、中小商工業の再建のための補助金制度もなく、再建をしようと思うとわずかな義捐金と融資に頼らざるを得なかったのである。また、多くの被災者を受け入れるために山側と海側に大型仮設住宅が建設され、隣近所付き合いも広がらないなかで、多くの孤独死をだしてしまったのである。また、震災前からの区画整理事業や都市再開発事業のなかで、住宅や店舗の再建ができない高齢者は、復興公営住宅に入るしかなく、その支援も20年後には基金の枯渇によって打ち切れ、行政側から立ち退き訴訟に迫られるなど、とても憲法に基づく生存権や基本的人権の保障を重視したとは思えない事態が続いたのである(岡田2012)。

これに対して、兵庫県内の災害被災者団体は、福田徳三の思想を受け継ぎ「人間復興」を掲げた。なかでも住宅再建支援や中小企業支援制度の充実が強調された。住宅再建支援制度は、長らく、公費を私有財産に投入できないという考え方の下に実現しなかったが、それが

2000年の鳥取県西部地震の際に片山善博鳥取県知事の英断によって、認められることになった。1998年に制定された被災者生活再建支援法の拡大解釈がなされたのである。さらに、中越地震、中越沖地震、2007年能登半島地震を経て、同法の改正がなされ、住宅復興支援策の具体化と拡充が実現する。地方の一自治体の動きが出発点となり、住宅再建支援制度の拡充がなされたのである(岡田2013b)。

阪神・淡路大震災では、10年にわたる復興事業の検証も、県の手によってなされた。ここでは、震災後の復興需要14.4兆円のうち、90%が被災地以外に流出したと推計し、被災地域への復興事業費の還流の必要性を強く指摘するとともに、普段から地域の中小企業の供給力を高める必要性を指摘したのである。つまり、空港建設をはじめとする復興事業が重視されたために、復興事業費が県外に流出し、復興資金が地域内の中小企業等に循環しなかったことで、復興が遅れてしまったという認識を示したのである⁽²⁾。また、災害前から、地域内の建設業や小売業を育成しておくことで、災害時に即座に災害対応ができ、被災者の命や財産、生活を守ることができるという重要な問題提起であった。

2) 東日本大震災と「創造的復興」対「人間の復興」

2011年3月11日、宮城県の牡鹿半島沖を震源とするM9の海溝型地震が発生した。地震、津波等の被害により戦後最悪の約2万人の死者・行方不明者がでたうえ、福島第一原発事故のために福島県民をはじめ多くの住民が長期にわたり避難生活を余儀なくされることになった。過去最悪の原子力災害を伴った戦後最大級の大災害であるといえる⁽³⁾。

発災当時の菅直人民主党内閣は、阪神・淡路

大震災と同様に「創造的復興」を、何の留保もなく復興理念に掲げ、「復興構想7原則」を定めた。そのひとつに「被災地域の復興なくして日本経済の再生はない、日本経済の再生なくして被災地域の真の復興はない」が書き加えられた。前半は、当然のこととして、問題は後半の「日本経済の再生なくして被災地域の真の復興はない」というフレーズであった。

ここでは、日本経済の構造改革をすすめるための先導的プロジェクトが最優先されることになった。当初、「創造的復興」の目玉として掲げられたのは、農林水産経営の集約化や民間企業の参入、外資系資本を含む企業の特区制度での誘致といった新自由主義的市場化政策であり、これと重厚長大産業の市場創出となる集落の高台移転、高い防潮堤の建設などを復興構想として描いた。

さらに、日本経団連や経済同友会をはじめとする財界は、「被災地＝東北」だという認識に立ち(実際の被災地は北海道から三重県までを広がっていた)、これらの復興事業を終えた時点で、当時、彼らが提唱していた道州制を導入し「東北州」を置き、東北州の州都は仙台につくるべきだとも提言したのである。併せて、グローバル企業にとって最も必要な供給網(サプライチェーン)の復興を求めた。

この惨事便乗型「創造的復興」は、民主党政権を総選挙で破って2012年12月末に発足した第二次安倍晋三政権によって加速する。極めつけが、2013年9月における東京オリンピック開催の決定である。安倍首相は、福島第一原発事故の汚染水は「アンダーコントロールされている」と演説し、「復興五輪」と位置付けて2020年東京オリンピック・パラリンピック招致した。関東大震災の復興のシンボルとして招致を開始した1940年東京オリンピックと同様の位

置づけであるが、1940年オリンピックは開催できず、2020年オリンピックはコロナ禍のために1年見送られたうえ無観客開催になったことは周知のとおりである。ただし、どちらもオリンピック受入のための大規模公共事業が首都東京で展開されたことは共通していた。

とりわけ2020年開催に向けて、東京都内では競技会場だけでなく、交通網、宿泊施設等の投資が矢継ぎ早に行われたために、資材費及び人件費が高騰し、すでに労働力不足に陥っていた工事関係者の確保難のために、震災関係事業の入札が不調に終わったり、工事資材が調達できず、復旧・復興工事が著しく遅延することになった。ここでは明らかに「日本経済の復興」が被災地の復興よりも優先され、その「日本経済」とは地域的に見れば東京に限定されたものであったことが明らかとなる。

さらに、第二次安倍政権の下では「国土強靱化」を重点政策のひとつとしたために、三陸海岸沿いの防潮堤や高速道路、さらに住宅の高台移転事業が推進された。しかし、大規模復興事業の多くは東京系企業が受注し、復興事業費の被災地内への循環は限られてしまうという、阪神・淡路大震災と同様の帰結を招いてしまう。

しかも、2000年代初頭の小泉純一郎政権の下での町村合併政策で大規模化した自治体、例えば宮城県石巻市や気仙沼市では、役場が消滅した周辺部の人口が大きく減少することになった。被災による人口減少と事業所数減少の悪循環によって地域経済や社会の持続性が奪われていったのである。

復興庁(2024b)によれば、2024年8月1日時点で2.8万人の被災者が未だ避難生活を送っている。この公式発表者数に加えて、実際には「自主避難者」が多数に上る。とりわけ、福島県浜通りの避難地域では、未だ帰還できない住

民が圧倒的であった。東日本大震災の震災関連死は23年12月末で3802人に達したが、このうち2343人が福島県民であった(復興庁2024a)。明らかな「政策災害」であるといってよい。

丹波史紀の長期的な大規模調査によると、浜通り地域の病院や福祉施設に入院・入居していた高齢者の多くが、数次にわたるバス移動による負荷によって亡くなったり、孤独な避難生活を送る中で命が奪われたという。これは、丹波が指摘するように、国連が1998年に採択した「国内避難に関する指導原則」の違反でもある。同原則では、戦争だけでなく、天災あるいは人災による国内避難者を「国内避難民」と定義したうえで、それらの災禍にともなう「強制移動が安全、栄養、保健および衛生について満足すべき条件で行われることならびに同一家族の構成員が離散しないことを確保すること」としているのである。いわば、海外の紛争地と天災及び人災に襲われた国内の災害被災地とは、「地続き」の関係であることを知る必要がある(丹波 2023)。

他方で、宮城県の「創造的復興」の目玉事業として位置付けられた「植物工場」、仙台空港の民営化、そして東北メディカルバンク構想はどうなったのだろうか。それらは、すでに撤退したり、あるいは震災復興への寄与がほとんどみられないことが明らかとなっている(古川美穂 2015)。宮城県の場合、村井嘉浩知事が、当初から国のいう「創造的復興」を復興理念として掲げ、復興計画策定のための委員会には被災地の市町村長などは入れず、会議も東京都内で行う手法をとった。このトップダウン的手法によって、グローバル資本主義段階特有の、規制緩和政策と復興特区制度を活用した、惨事便乗型復興政策を推進したのである。被災者の医療費助成についても、国の圧縮方針に追随し、

復興基金があるにもかかわらず、真っ先に廃止する徹底ぶりであった。

これに対して達増拓也岩手県知事は、「創造的復興」ではなく、「人間の復興」理念を掲げて市町村と連携を重視した。県の復興委員会には被災自治体の代表だけでなく、農林水産業や商工関係、そして医師会の代表も参画し、被災地の多様性を重視した復興計画をつくりあげた。また、復興基金の運用についても、宮城県のように県が枠組みを決定する方法はとらず、被災した市町村ごとに柔軟な復興資金の活用を促した。これにより、基礎自治体ごとに中小企業や水産業の多様な支援制度ができたり、住宅再建支援への加算も可能となった。また、医療費助成についても、県の独自事業として延長がなされ、被災者から歓迎された。

さらに、岩手県住田町では、第三セクターと共同して、木造戸建て仮設住宅を開発し、供給したが、地元森林組合や建設業者と共同した本事業については、のちに福島県や熊本地震の被災地においても普及していくことになる。

東日本大震災では、阪神・淡路大震災以来の課題であった中小企業への補助金投入が、中小企業グループ補助金制度として実現する。当初は、サプライチェーンや一部の産業のみの支援を想定していたが、岩手県では地場産業としての水産加工業にも適用し、のちに岩手県や福島県でも、地域産業全体を支援する事業として追加認定されていく。2016年の熊本地震の際には、この中小企業支援の対象に、診療所や福祉施設、農業法人の施設も入り、地域の生活基盤を支える業種として医療、福祉が積極的に位置づけられるところまで到達したのである。

こうして、大災害による「人間の復興」は、東日本大震災において、とりわけ岩手県の被災自治体において、時間をかけながらも、着実に

具体化し、さらに次の被災地へと広がっていったといえよう。それは、最大の被災地と言われた岩手県陸前高田市において、大規模な高台移転工事を伴いながら、市役所と住民、商店街との話し合いと共同によって10年の歳月をかけて地区単位で復興計画をつくり、それを実現したり、県立病院を残すなかで、多くの若い移住者が定着し、コロナ禍前において、転入者と転出者がほぼバランスがとれるまでになり、人口減少を止めることにつながったことに象徴される。そこでは、地域内の企業群による農商工連関や地元資源を活用した物質代謝を組織した地域内経済循環が意識的に構築されており、決して東京等の外部資本に依存した「復興」ではなかったことが重要な点である(大門・岡田他2023)。

Ⅲ コロナ禍と惨事便乗型政治の横行

1) 新型コロナウイルス感染症災害(「コロナ禍」)の襲来

2019年年末に中国で発生した新型コロナウイルス感染症は、翌年1月には日本にも到来し、瞬間に全世界に広がり、パンデミックとなった。スペイン・インフルエンザのパンデミックからほぼ100年が経ったところであった。今回は、百年前と異なり、大震災の後にバイオハザードとしての感染症災害(コロナ禍)が重なる形となった。このため、岩手県はじめ被災地での、とりわけ観光客等に期待した観光業や運輸業、飲食店等の復旧、復興に支障をきたした。

この感染症は、生物起源の「バイオハザード」であり、国際防災学のテキストにおいても、災害のひとつとして位置付けられている。しかも、スペイン・インフルエンザは3年で3波の流行期を経て終息したのに対し、今回のコロナ禍は本稿執筆時の2024年12月時点で第12

波の流行期に入りつつある。飛行機でのヒトの国際移動が常態化した経済のグローバル化段階特有の災害現象であり、感染拡大の国際的不均等性のもとで、世界各地でウイルスの変異が起こり、それが相互に国境を超えて浸透するなかで、流行周期が短期化し、複雑な波動を描いているといつてよい。

流行当初、WHOは新型コロナウイルスのパンデミックを防止するために、各国に都市封鎖に象徴される人的交流・接触の制限を求め、日本の第二次安倍政権もそれに従って緊急事態宣言を発し、学校や飲食店、大型店の閉鎖や人々の活動制限を行う。だが、それによっても感染拡大の波は続き、経済活動の沈滞と国民からの不満が高まるなかで、各国から「ウイズコロナ」という言葉に代表されるように、新型コロナウイルス感染症との「共生」政策が打ち出され、2023年5月にはWHOも日本政府も、感染者数や死者数の全数調査を中止し、サンプル調査に切り替える措置をとるに至る。

全数調査の最終数値で、世界と日本の感染状況を確認しておきたい。WHOの集計では、2023年5月3日時点での新型コロナウイルス感染症の死者数は3年半近くで692万人以上となっており、2021年の結核の年間死者数160万人をはるかに超える「現代最悪の感染症」となっている(『京都新聞』2023年5月6日)。

ちなみに、前述したようにWHOの前身組織は、百年前のスペイン・インフルエンザを契機に設立されたのであるが、時のアメリカ政府は消極的な姿勢をとっていた。今回のパンデミックが起きた当初、やはりアメリカのトランプ大統領も、WHOに対して消極的というよりも否定的な批判を強め、脱退まで宣言した。その後には、中国への牽制とともに、反科学主義があったが、それと併せてWHO主導によるPCR

検査やワクチン接種の国際的不均等、とりわけ途上国での遅れが大きな問題となった。今後の感染症対策の国際的連携を考えると、この点が大きな課題としてのしかかっているといえる。

一方、日本の感染拡大は23年5月初めまでの間に9回の波動をともなった。その感染状況の地域的不均等性も目立った。とりわけ、東日本大震災から24年元日の能登半島地震に至るまで、震災・水害・土砂災害被災地は、多重災害に見舞われることになった。

結局、2020年2月から23年5月8日まで、少なくとも7万5000人近くの死亡者を記録した。それ以後は、感染症法上の位置づけが2類相当から5類に変更されたため、同一基準での実相がつかめないまま現在に至っている。ただし、厚生労働省の「人口動態統計調査」によると、5類分類以降の23年5月以降24年4月までの死亡者数は3万2000人に達しており、これは「季節性インフルエンザ」による死亡者数の15倍にあたるという(『京都新聞』2024年10月25日付)。

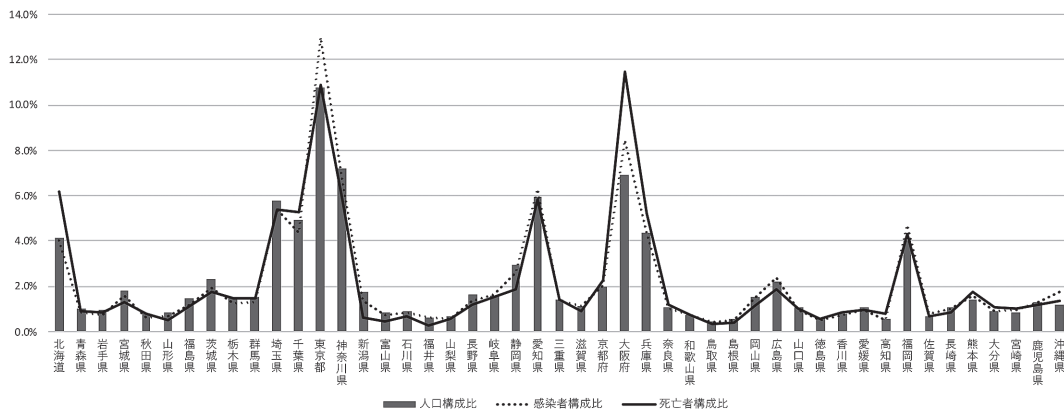
さらに、感染拡大は日本列島全体に均等になされたわけではない。図3によって、23年5月5日までのデータを見ると、何よりも、国内の

感染者が東京都、大阪府を中心とする大都市圏に集中していることわかる。2020年12月1日時点の人口をもとに計算すると、累積感染者数の比率は、人口シェア10.8%の東京都で感染者比率13.0%、死亡者比率10.9%であった。同様に大阪府は、人口比6.9%に対して感染者比率は8.4%、死亡者比率に至っては11.5%に達した。また、地方中枢都市のある愛知県や福岡県も含めて、定住人口だけでなく通勤・通学人口が集中する大都市部で、接触機会も増えて、感染者数比率が人口比率を上回っていると見ることができる。東京都は、人口比率よりも若干上回る感染確認者数比率であるが、死亡者数は人口比とほぼ同じである。これに対して、大阪府の死亡者数比率は、その人口比率だけでなく、東京都のそれを上回る。これは、人口的な要因だけではなく、大阪府市政がこの間進めてきた、保健所や地方衛生研究所、医療機関の統廃合政策も今一つの要因であると考えられる。ここにも「政策災害」の存在を見出すことができる。

2) 首相と知事による惨事便乗型政治の横行

この間の首相や知事といった為政者の政策判断の錯誤は、基本的には感染拡大の事実を科学

図3 新型コロナウイルス感染者・死亡者の都道府県別構成比と人口構成比(2023年5月5日までの合計数)
資料：感染者・死亡数は厚生労働省発表資料。人口は、2020年1月1日時点での住民基本台帳人口。



的に把握しようとしないうちから生じていたといえるが、他方でコロナ禍という惨事に便乗して、以前から狙っていた政策を具体的なものにしたという政治的欲求が働いていたからではないかと考えられる。

第1波の時点で、第二次安倍政権がまず行ったのは、小中学校、高校の全国一斉休校要請であった。次いで緊急事態宣言条項を含む新型コロナウイルス等対策特措法改正の成立にこだわる一方、欧米や韓国で急速に拡大していたPCR検査については消極姿勢を続けたのである。さらに、2020年春の通常国会では、憲法改正論議、検察庁法改定、国家戦略特区法(スーパーシティ構想)改正、種苗法改正、9月入学論議といった、コロナ対策とは直接関係のない法制度論議を優先した。他方で、特定企業との事実上の随意契約による「アベノマスク」・特定医薬品・オンライン教育条件充実(端末普及)を推進するとともに、各種給付事業と紐づけたマイナンバーカード普及に拘った。

第1波「収束」局面の20年4月30日に成立した2020年度第一次補正予算では、各種Go To キャンペーン事業予算として1.7兆円を計上したのに対して、厚生労働省のコロナ対策予算は6695億円に留めるといふ点に、この時点での首相官邸の意思が如実に表現されていたといえる。また、当初、低所得者向けの給付だけに限定していた案を、野党や公明党からの突き上げで、急遽、1人10万円特別定額給付金に変更したり、あるいは中小企業向けの持続化給付金制度の運営を、随意契約に近い形で特定企業グループに業務委託したことも、安倍政権の迷走ぶりや特定企業との癒着構造を改めて国民に示すことになった。

国内第2波の初期に、安倍政権が強行した「Go To トラベル キャンペーン」も、特定

の企業グループに業務委託するものであり、利益は、大手旅行代理店、高額ホテル・旅館、高額所得者に偏在することになり、中小の旅行関係事業者や飲食店からは強い反発がでることになった。それ以上に、大都市部から地方への観光客の移動を促進したために、地方での感染者の拡大を招いたのである。

菅義偉政権に代わり、第3波、第4波が継起的に襲う中で、2021年の通常国会が開かれた。ここでも、憲法改正のための国民投票法改正、デジタル庁設置を中心にしたデジタル改革関連法案、さらにコロナ禍に逆行するかのような老人医療費窓口負担2倍化法、病床削減法を次々と成立させ、軍事基地や原子炉の防衛を目的に周辺住民の財産権を制約する重要施設等周辺土地利用規制法も国会を通す。一方で、東京オリンピック開催に拘って第4波を招き、菅内閣は倒壊した。

さらに岸田文雄政権の下では、2022年春の通常国会で経済安全保障推進法、サイバー国家警察を設けた警察法改正、23年春の通常国会で防衛省調達装備品等開発・生産基盤強化法を通し、敵基地攻撃能力の保有を核とする軍拡政策と軍事産業育成策を推進した。

以上のように、コロナ禍における3つの内閣の政策志向は、惨事便乗型政治の典型だといえる。それは、地方自治体のトップの行動にも表れた。

改正新型コロナウイルス等対策特措法では、知事権限の強化がなされたが、そのこともあってポピュリズム的な首長のパフォーマンスが突出することになった。その代表格が、経済活動再開により大阪都構想をめぐる住民投票を目論んだ吉村洋文大阪府知事であり、もう一人が知事選再選をねらった小池百合子東京都知事だった。吉村知事が打ち出した「大阪モデル」の3

指標については、当初から、「サイエンスとしての根拠には自信がない」という大阪府専門家会議座長の指摘があったし、小池知事が「東京アラート」として打ち出した橋脚のライトアップの指標も、その後の感染再拡大のなかで、恣意的に基準が変更され、現場を混乱させるだけに終わった。いずれも、自らの政治的目標(大阪都をめぐる住民投票の実施、知事選での再選)を最優先し、感染症対策は二の次であったといわざるをえない姿勢であり、「惨事便乗型地方政治」とも表現できるものである。ちなみに、吉村大阪府知事が、連日、テレビに出演し、「やっている感」だけを創り出すために、マスクミを利用している点については、片山善博元鳥取県知事が強く批判していた(片山 2020)。このような政治姿勢は、その後の東京都及び大阪府・市での感染拡大・重症化、そして死亡者の増加と無関係ではないといえる。

3) 「コロナ失政」の根本的原因

コロナ禍は、各国で大きな社会経済的ダメージを与え、政治の流動化も進んだ。日本でも、歴代最長内閣であった安倍政権が倒れ、その継承を宣言していた菅政権も1年で終焉した。次いで、新自由主義やアベノミクスからの転換を掲げた岸田文雄政権が誕生したが、これも24年9月に退陣せざるをえなくなり、石破茂少数与党政権となった。

この間、政府は、国と地方自治体との関係性を大きく変える政策を推進していった。それは、岸田政権の下で、2022年1月に発足した第33次地方制度調査会の場において策定され、2024年春の通常国会で国による「補充的指示権」を認めた地方自治法改正によって具体化している(榊原編 2024)。

同調査会の諮問は、「社会全体におけるデジ

タル・トランスフォーメーションの進展及び新型コロナウイルス感染症対応で直面した課題等を踏まえ、ポストコロナの経済社会に的確に対応する観点から、国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の関係その他の必要な地方制度のあり方について、調査審議を求める」というものであり、これについての答申は24年12月15日になされた。同調査会中間答申や答申のコロナ禍についての認識が興味深い。

ここでは、基本認識として「デジタル敗戦」という言葉を肯定的に引用し、国と地方自治体、そして民間企業や住民生活におけるデジタル化の遅れが最大の問題として取り扱われ、いっそうのデジタル化(DX化)が必要であるというものである。国によるコロナ対策は、政策内容の拙さに加え、それを執行する地方自治体やサービスを受注した民間企業側の運用上の問題もあったにもかかわらず、随分乱暴な結論となっている。

実は、この調査会発足にあたっては、前年の経済財政諮問会議において、財界代表から感染症の経験をもとに、地方自治体に対する国の権限を高める方向を、地制調に求めた経緯があった。さらに、経済安全保障政策の推進と併せて、災害だけでなく「非平時」(地方制度調査会専門小委員会で多用されていた概念)において国の地方自治体に対する権限を高めることを、憲法の明文改憲に先立ち行いたいという改憲勢力からの圧力もあったからである。いうまでもなく、戦後の日本国憲法では国と地方自治体とは対等な関係である。これが、戦争を抑止する重要な制度枠組みであったが、緊急事態条項を憲法に設けることで、明治憲法と同様に地方公共団体を国の指示のもとに置くことができると考えてのことである。これも、一種の惨事便乗の政治だといえる。

しかも、コロナ禍での「失政」の原因は、誰が見ても、デジタル化の遅れだけで説明できない、より大きな構造的な問題があったとみるべきである。

第一に、1990年代半ば以降の新自由主義的構造改革の累積による「公共」の後退と変質という問題である。とりわけ、コロナ禍が波状的に続くなかで、防疫、公衆衛生、医療、公務現場では、圧倒的に公務員の数が不足し、保健所や公的医療機関が麻痺する事態に、たびたび襲われた。それは、これまでの新自由主義的構造改革の累積が引き起こした構造的な問題だといえる。まず、1997年の地域保健法の制定によって、保健所の設置は都道府県や政令市に任された。この結果、全国的に保健所の大幅統合がなされ、とくに保健所の医師や臨床検査技師が大きく削減された。2000年代に入ってからの小泉構造改革によって市町村合併政策と三位一体の改革が強行されるなかで基礎自治体の領域が大きく広がるとともに、地方公務員の削減が一気にすすむ。さらに、国によって感染症病床を有していた公立・公的病院の再編政策が遂行され、日本は先進国のなかでも人口当りの医師数も感染症病床数も極めて少ない国になっていたのである。

自治体では、前述の大阪府・大阪市がその典型だといえる。大阪市では地域保健法の制定後、区役所別にあった保健所を一つに統合、府立と市立の衛生研究所も統合、さらに公立病院の統廃合も行った。この点については、橋下徹元知事自身が「僕が今更言うのもおかしいところですが、大阪府知事時代、大阪市長時代に徹底的な改革を断行し、有事の今、現場を疲弊させているところがあると思います。保健所、府立市立病院など。そこは、お手数をおかけしますが見直しをよろしくお願いします」としたう

えで、「有事の際の切り替えプランを用意していなかったことは考えが足りませんでした」と2020年4月3日の旧ツイッターで認めているところである。

第二に、安倍政権以降特有の問題があった。政財官抱合体制の強まりと「お友達企業」の優遇が、「忖度政治」の横行によってなされ、厚生労働省をはじめとした公的データ・公文書の改ざん・廃棄が続いた結果、政策の根拠となる科学性・公正さを担保できない状況になっていた。科学的データに基づく政策立案という公共政策立案の基本原則が崩れていたことが最大の問題だといえる。結果的に、政府は、百年前と同様に、布製の「アベノマスク」着用を呼びかけ、「三密」を規制するだけの対応に留まったのである。政治的思惑や打算によってトップダウン的に政策判断するのではなく、PCR検査等によって科学的データを健康被害と社会経済的被害両面にわたって把握し、できるだけ詳細な情報を自治体に提供することで、各地域の感染状況に応じた感染対策を、感染現場に近い都道府県や市町村で立案し、実行できる体制づくりが本来ならば必要である。残念ながら、初期段階においては、多くの自治体では、国の指示待ち姿勢がとられた。以上の結果、国がトップダウンで緊急事態宣言を出しても、それが機能しない国の官僚機構や地方自治体の姿が国民の目の前に現れたといえる。

これまでの新自由主義的政策の矛盾に加え、思いつきの「忖度政治」と科学的判断に基づかず、しかも公共サービスの担い手を量質とも解体、削減してきた「アベ政治」の矛盾が一気に噴出したといえる。

4) コロナ禍で顕在化した新自由主義的政策の矛盾

ここでは、より具体的に自治体現場での矛盾について見てみたい。小泉構造改革による市町村合併や三位一体の改革によって公務員が削減されているなかで、安倍・菅政権の下で、公共サービスの産業化政策やDX政策を推進した。このような政策の流れに沿う形で、1人10万円の特別定額給付金及び各種協力金の申請・分配業務やワクチン接種の予約業務を民間企業に丸投げした。また、国の事業であるGo Toキャンペーン事業や持続化給付金の給付事業も、民間企業に丸投げした。このような「中抜き」事業を受注した特定の企業には巨大な利権が生まれたが、これによって窓口が大混乱し、申請に手間取る、支給が大きく遅滞するという事態が頻発した。

その典型も大阪市と大阪府であった。大阪市の10万円の給付金は民間に委託したため2020年6月下旬時点でもわずか3%台であった。受注した東京の企業連合のシステムの脆弱さが生み出したものであった。大阪府では2021年1～3月期の時短協力金の支払いが6月時点でも6割強に留まっていた。事業を受注したのは、人材派遣業大手のパソナであった。これでは、感染症災害の社会経済的被害に迅速に対応することができないのは、当然であろう。

むしろ、この間の公共サービスの民間化・「産業化」政策が、災害への便乗と政治腐敗を生みだし、国民の生存権をないがしろにする憲法蹂躪の事態を招いたといえる。

さらに、広い視点から見れば、コロナ禍によって、これまでのグローバル化・効率化一本槍の「経済成長戦略」・「選択と集中」政策の限界、リスクが白日の下に明らかとなった。

コロナ禍第1波時点でのマスク、医療用防護

品の不足問題の背景には、国民の命に関わるこれらの生産の85%が、海外、とりわけ中国に依存するようになっていたことがあった。あらゆる財やサービス、人を通商協定によってグローバル化すればいいという通商政策の考え方が生み出した帰結である。その後も、貿易相手国の感染状況や防疫体制の強化、そして不均等な復興需要の生成などによって、食料、各種素材・部品・部材、製品の輸入途絶や価格高騰問題が起り、それが産業活動や住民生活の不安定さを生み出している。国民にとって必要不可欠な基本的な医療関係品、食料、エネルギーについては国内生産を基本にする必要があることを示している。そのためのTPPはじめ通商協定の見直しが不可欠であるといえよう。

また、これまで、「アベノミクス」政策の下で、インバウンド観光を一面的に重視してきた。それを疑うこともなく受け入れてきた京都市をはじめとする観光地に大きな打撃を与えることになった。その影響は、宿泊・飲食業に留まらず、広い産業、生業分野に広がり、京都市東山区ではホテル用地は廃墟と化していったのである。行き過ぎた外需依存の負の遺産である。

さらに、2014年から開始された「地方創生」政策では、東京及び政令市や中核市への経済機能や行政機能、人口の集中を追求する国土政策や地域政策を推進してきた。これが感染リスクを大都市圏で高めることになり、またコロナ禍に対する政策的対応力の欠如によって救える命や経営の多くが「政策災害」の犠牲になってしまったのである。いわば、国土の「選択と集中」を推進しようとした「地方創生」政策の失敗だといえよう。

この点については、2020年10月にZOOM上で開催された第25回全国小さくても輝く自治体フォーラムのリレートークにおいて、北海道

東川町の松岡市郎町長(当時)が「いまこそ「適疎」の時代だ」と強調したことが注目される。「適疎」とは、「適当に疎が存在する」という意味の造語である。感染者数が少なく、かつ感染被害に対してもいち早く対応でき、さらに森林資源やエネルギーを活かした地域づくりを実践し、しかも人口が増えている町である。しかも、コロナの特別定額給付金の配布を、国会での予算成立日に、地域金融機関の協力を得て、完了した町でもあり、「小さいからこそ輝く自治体」の代表例でもある(岡田 2024b)。

ちなみに、第二次安倍政権下の2014年に開始された「地方創生」政策においては、国と地方自治体の人口目標が設定された。国の人口目標は2060年に人口1億人を旨とするというものであった。国が人口目標を設定したのは、1941年の人口政策確立要綱の閣議決定以来のことであり、このときの人口目標は1億人であり、「一億総動員」や「産めよ増やせよ」というスローガンが打ち出された。そして、「地方創生」の時代におけるスローガンは、「一億総活躍」であり、子どもを産まない女性への批判が強められたのである(岡田 2022b)。

コロナ禍を機に、このような国土政策の思想や手法の根本的転換が求められているといえよう。現に、コロナ禍における人口移動を見ると、東京からの社会的移動が増えているという顕著な変化が表れてきている。これは、東日本大震災以来の「田園回帰」の流れをさらに推し進めるものといえるであろう。

一方、コロナ禍とそれに対する対応策の失敗は、「アベノミクス」下で拡大していた格差と貧困問題を、さらに深刻化させた。健康被害だけでなく、差別やヘイトによる人権面、さらに雇用や教育面での被害、在宅時間が長くなることによるDV被害も増加した。とりわけ被害

者・医療関係者に対する差別的扱いの酷さは目に余るものがあった。結果、2020年秋以降、女性を中心にした自死の増加を招いたのである。

その背景には、政府や自治体の「補償なき自粛」政策による経済被害の甚大さがある。いわば、コロナ禍の二次被害ともいえるものである。中小企業・小規模企業の休業・廃業が激増し、雇用者の休業・解雇も増え、生活保護申請が大都市部で著増している。雇用面で犠牲になったのも、女性の非正規雇用の人たちであった。

とりわけ、大阪府は前述した健康被害だけでなく、完全失業率に示される社会経済的被害においても国内最悪の激甚被災地となったのである。とりわけ社会経済的被害については、自治体による把握が決定的に立ち遅れた。本来ならば、地震災害等と同じように人的被害と併せて産業や生産・生活施設の被害状況を総合的に把握して、災害対策本部で対応策を決めて、局面ごとに、さらに被災した基礎自治体ごとに、対応策を講ずるべきなのだが、コロナ禍においてそのような体制をとっている基礎自治体は極めて少ない。住民の失業・就業状況は、厚生労働省が発表している都道府県単位での粗い推計値を共有しているに留まっているといていいであろう。地域住民の健康状態や生活の実態とともに、産業や経営の実相とそこでの課題を把握することによって、はじめて効果的な対応策が生み出せるのである。つまり、都道府県、市区町村といった地域階層ごとの健康被害と社会経済被害が把握できないことが、科学的な政策の立案や執行を阻み、地域経済社会の再生を困難にしているといえよう。要するにDX以前の問題であった。

Ⅳ コロナ禍で見えてきた「地域」・「自治体」・「地域内経済循環」の重要性

1) 災害とコロナ禍を経験し、本来あるべき地方自治体像が見えてきた

コロナ禍にたいする国の対策の非科学性、無能さ、無力さが日々明らかになったのに対して、被災地に相当する現場を持った市区町村、都道府県は、独自の対応をせざるをえなかった。また、一般の災害と同様、地域ごとに被害の発現の仕方や程度も違っていることから、地方自治体の自律性が問われることになった。

ただし、すでに見たように都道府県レベルでは、新型インフルエンザ等対策特措法によって知事権限が強まったことにより、東京都や大阪府の知事のように、マスコミを活用して、知事選再選や大阪都構想住民投票での勝利など自らの政治目標を達成する手段としてコロナ禍を活用する知事も出現し、批判をあげたところもある。

これに対して、初期の段階において医療クラスターが発生した和歌山県のように、厚生労働省の通知の範囲を大きく超えて、県独自の徹底したPCR検査を行い、早期に封じ込めに成功し、その後も大規模な感染拡大を防いだところがある。同県では、地域保健法改正後も、県内各地にある保健所の統廃合をほとんど行わず、独自の地域保健行政を続けてきたことが、評価される。これは、大阪府が、同法制定後に、大阪市内区役所別にあった保健所を統廃合し、大阪府・市にあった衛生研究所を統合したことと真逆の政策運営であった。

さらに、第二波の後、地方自治体が、自ら科学的判断の下に、PCR検査等を社会的検査としてより拡大し、感染状況の詳細な把握を行いながら、防疫体制、医療体制、福祉・介護体制の持続性の確保を図るとともに、産業・雇用の

維持を図る政策も併せて立案・実施した東京都世田谷区のような先進的自治体も登場した。保坂区長は、社会的検査を新設するために、寄付金を集めると同時に、国や都に対して補助制度の新設も要求した。その結果、国の補助制度ができ、他の自治体も活用できるようになったのである。

この動きは、半世紀前の「公害の時代」において、保守系の首長であった四日市市が、地元の医師会や自治会連合会の運動によって、市独自の公害患者救済制度をつくり、全国の公害都市と連携しながら、公害対策基本法制定・充実のなかで、全国的な公害患者の生活保障制度をつくりあげていった歴史とも重なる。

一方、医療機関や中小企業の社会経済的被害に対して、政府が補償策を講じないなかで、独自の支援制度を創出した地方自治体が増えていった。ただし、当初は財政措置が講じられなかったために、財政力に規定された「支援格差」が拡大したという問題があった。その後、地方創生臨時交付金がある程度措置されてきたことから、それを活用した独自施策が広がっていく。

まず、自治体内のすべての医療施設に対して支援策を講じた市町村数は、20年11月時点で99にのぼっている(全国保険医団体連合会事務局調べ 2020年11月11日時点)。また、コロナ禍で経営に苦しむ地域の中小・小規模企業に対して休業補償を行っている自治体も、20年10月末時点で、358に達している(全国商工団体連合会調べ 2020年10月27日時点)。

加えて、コロナ禍に対する感染対策やワクチン接種、あるいは特別定額給付金や各種補助金・融資の施策づくりや運用について見ていくと、大規模な都市自治体よりも、小さな自治体の方が、より効果的、かつ迅速な対応ができて

いることが明らかとなった。これは、すでに北海道東川町と大阪市との定額給付金の給付状況で明白であったし、ワクチン接種についても、京都府北部にある伊根町では21年6月末時点で中学生以上の希望者全員に複数回の接種を完了している。大規模都市においては、インターネットや電話での予約がパンクして、大混乱を来していた頃である。

つまり、各種給付金の給付の遅れは、地方制度調査会や経済財政諮問会議の議論にあるようなデジタル化の遅れやマイナンバーカードの未活用によるものではなく、市町村合併等によってあまりにも大きな基礎自治体をつくり、かつそこで働く公務員を大幅に削減し、業務については何重もの下請け構造をもった企業に委託することから生じていることだといえる。コロナ禍は、このようなこの間の地方自治制度改革や三位一体の改革、そして公共サービスの産業化政策による民間企業への委託事業の拡大が生み出した問題を鋭くえぐりだしたのである。その根本的反省こそ必要なのである。

2) 新たな地域経済社会への展望と内部循環型経済の再構築の必然性

最後に、今後の日本の地域経済のあり方についてもコロナ禍は重要な問題提起をしたといえる。コロナ禍で明らかになったのは、これまでのような「グローバル化」、「効率性」一本槍、「選択と集中」を重視した経済社会ではなく、人間の命と暮らし、地域の個性、地方自治を最優先した「新しい政治・経済・社会」こそが求められているということである。

インバウンド観光や海外とのモノ・ヒトの交流が途絶するなかで、改めて足元の地域に注目し、経営を立て直し、地域内の企業や農家が取引を拡大することで内部循環型経済を志向する

地域が増えた。京都市内では、販売先を失った農家の京野菜を旅館が協同で買い取り、それをテイクアウト弁当にして、京都市民に販売するグループができた。配達する際にも、外資系の宅配業者を使わず、地元タクシー業者を使うという徹底ぶりである。文字通り「連帯経済」の実践であるといえる。

このような狭い地域的範囲のなかでの内部循環型経済の構築を観察すると、単に貨幣経済における利益あるいは所得の維持を図るという狭い目的のものではないことがわかる。そのような価値的側面での貨幣流通の組織化を超えて、互いに生きるために、かつ住民同士が文字通り「連帯」しながら、自覚的に取引していることがわかる。使用価値的側面にとどまらず、社会の維持と、人格のある個人としての相互確認を図るための経済循環であり、当然、自然や健康との関わりを重視する自覚的取引が重視されているのである。

これは、新自由主義の下で利潤の拡大のみ追求してきた資本主義の原理に代わり、人間らしい生活を社会の構成員が自覚的につくろうとする、一人ひとりの「生存」を尊重した新しい社会づくりの方向だといえる。このことは、災害からの復興過程において、人間らしい生活の再建を図ることを最優先すべきだとする「人間性の復興」論(岡田 2013a)と相通じる、普遍性を有するものである。

コロナ禍によって内部循環型経済への理論的、感性的関心が高まっただけでなく、自治体の具体的政策として、足元の地域経済・社会を担う中小企業や農家、協同組合、NPOの系統的支援を行う中小企業振興基本条例の制定や活用も、注目されるようになってきている。その意味で、自治体と中小企業の連携による地域づくりの鍛え直しが求められているといえる。

例えば、京都府与謝野町では、既存の中小企業振興基本条例の理念をコロナ禍の下で具体化するために、町独自の中小企業振興助成策を創出し、農業法人や福祉法人を支援して農福連携事業を推進したり、住宅リフォーム助成事業を再開したりしている。さらに、町の産業振興会議の提言に基づき、京都橘大学と連携して与謝野町の地域経済構造を実態調査に基づいて明らかにし、町の歳出規模に相当する100億円の「年金経済」の存在を確認したうえで、それらの地域内経済循環を拡大するための課題や具体的方策を地域内の事業者や住民とともに追求する取組を展開している。産業振興会議には高校生や大学生も委員として参加し、同町の「産業自治」の担い手となりつつある(岡田 2023)。

おわりに

本稿では、地震・津波災害、そして感染症という災禍と、そこからの被災者の生活再建・地域社会の復旧、復興に関わる凡そ百年の歴史を振り返ってきた。

2025年を迎える現時点において、コロナ禍は未だ終息していない。また、経済のグローバル化によって新たな感染症災害が起きる可能性がある。今後、コロナ禍の被害の全容の解明、国及び地方自治体の対応策の科学的な検証、mRNAワクチンの有効性とリスクについての検証が求められる。

一方、2024年元日には、能登半島地震が発災し、奥能登地方を中心に504人の犠牲者が出た(2024年12月27日時点)。すでにその半数以上にあたる276人が震災関連死と認定されており、他に申請中の人は200人を超える(『日本経済新聞』2024年12月31日)。発災直後からの避難所での過酷な生活によって体調を崩した人が圧倒的に多い。ようやく完成した応急仮設住宅

も狭小なものであり、生業の再建への支援も弱い。しかも政府の財政制度等審議会では、過疎と高齢化が進む被災地での復旧、復興については、財政的事情から「選択と集中」の考え方で取り組むべきであるという提言も行った。

地震災害については、今後も、首都直下地震や南海トラフ地震など大都市圏での災害が起きる可能性が高い。過疎地であるか、大都市であるかによって、国民の命、生存権の重みが違うという思想が、上述の審議会での提言の基調となっている。これでは、関東大震災後の福田徳三の「人間の復興」や、それを具体化してきた東日本大震災の岩手県等での災害復興の考え方や取組からの大後退だといえる(岡田 2024d)。

能登半島被災地では、重機や工事関係者の不足、工費の高騰があり、公費解体や仮設住宅・商店街の建設も遅れているが、他方で大阪・関西万国博覧会が「国策」として推進され次々と予算がつき込まれ、岸田政権の下で軍事費や半導体工場の誘致には青天井で予算が増額されている。これも、歴史の皮肉といえる事態かもしれない。ただし、戦前・戦時の東北振興事業、東日本大震災後の惨事便乗型復興に続いて、過疎地が広がる能登半島の住民を棄民化させ、「国防と災害復興の一体化」をすすめるやり方には、道理がなく、早晩、大都市圏や「中央」に大きなしっぺ返しがかかることが予想される。

このように、今後も、災害が起きる時代と被災地の局面ごとに、惨事を利用して、時々の資本主義の発展段階に対応した「惨事便乗型復興」を追求する政治が形を変えて登場してくると予想される。それに対して、どのように対抗すべきなのか。

本稿から明らかになったことは、第一に災害と復旧・復興の現場は、住民の生活領域である特定の地域だという点である。第二に、現代に

においては、明治憲法の時代と異なり、住民が主権者である地方自治体が、「住民の福祉の向上」を最優先した本来の公共性を発揮することが必要である。この地方自治体を軸に生存権を保証する「人間の復興」の運動と取組が、着実に広がりを見せており、被災者自身と自治体の協働による地域内経済循環が成果をあげてきている点に注目すべきである。第三に、より大きな視点でみると、日本医学会の『未来への提言』(2023)が指摘するように、感染症災害や気候変動といった地球規模の健康問題は地球環境問題・生物多様性の危機に由来している。だからこそ、中央である東京に拠点をおく大資本に依存するのではなく、自治体レベルでの環境保全と生活保障を軸にした地域づくりが、地球規模で必要になってきているといえよう。

このような取組が広がる必然性がある。人類には、本来、命と人間の尊厳を尊重すべきという共通意識があり、それは「類的存在」としての人間が本来具有しているからである。生存のために「地域」と「自治」を必要とするという点に、人間の本質があるといえる。

日本における百年の災禍と復興の歴史を教訓に、どのような政治・経済・社会にするのか。このことが、一人ひとりに関われる時代となっているといえよう。

注

- (1) 以下、本節の内容については、岡田(2020c)を元に記述している。
- (2) この点については、岡田(2013c)及び塩崎(2014)を参照。塩崎は、復興資金が他の目的に利用されている実態を詳細に解明したうえで、「復興災害」という言葉を使用して批判している。
- (3) 東日本大震災についての叙述は、岡田(2012、2013a、2013b、2013c、2016、2017)を元に記述

している。

- (4) コロナ禍についての叙述は、岡田(2020a、2020b、2020c、2021、2022a、2022b、2024c)を元に、記述している。

【参考文献】

- 石橋克彦(1994)『大地動乱の時代』岩波新書
大門正克・岡田知弘・川内敦史・河西英通・高岡裕之編(2023)『「生存」の歴史をつなぐ—震災10年、「記憶のまち」と「新たなまち」の交差から』續文堂出版
岡田知弘(1989)『日本資本主義と農村開発』法律文化社
岡田知弘(2012)『震災からの地域再生』新日本出版社
岡田知弘(2013a)「災害と開発から見た東北史」大門正克・岡田知弘他『「生存」の東北史』大月書店
岡田知弘(2013b)「グローバル経済下の震災復興をめぐる対立構図と位相」『歴史学研究』増刊
岡田知弘編(2013c)『震災復興と自治体』自治体研究社
岡田知弘(2016)「人間の復興と地域内経済循環の創出」網島不二雄・岡田知弘他編『東日本大震災 復興の検証』合同出版
岡田知弘(2017)「『災害の地域経済学』の構築に向けて：問題提起に代えて」『地域経済学研究』第33号
岡田知弘(2020a)『地域づくりの経済学入門』増補改訂版、自治体研究社
岡田知弘(2020b)「新型コロナウイルス禍と惨事便乗型政治の失敗」小路田泰直編『奈良女叢書 疾病と日本史』敬文舎
岡田知弘(2020c)「災害と復興・祝祭をめぐる時間と空間の弁証法」唯物論研究協会『唯物論研究』『唯物論研究年誌』第25号、大月書店
岡田知弘編(2021)『コロナと地域経済』自治体研究社、2021年
岡田知弘(2022a)「コロナ禍と地域経済学」『地域経済学研究』43号
岡田知弘(2022b)『私たちの地方自治—自治体を

- 主権者のものに』自治体研究社
- 岡田知弘・中山徹・本多滝夫・平岡和久(2023)『デジタル化と地方自治』自治体研究社
- 岡田知弘(2023)「地方自治と地域再生の危機にどのように立ち向かうか」『自治と分権』第91号
- 岡田知弘(2024a)「地方自治の現在—中央集権化と地方自治との対抗」榊原秀訓編『地域と自治体第40集—「補充的指示権」と地方自治の未来』自治体研究社
- 岡田知弘(2024b)『『小さくても輝く自治体フォーラム』運動の歩みと歴史的意義』全国小さくても輝く自治体フォーラムの会編『住民に身近だからこそ輝く自治の軌跡』自治体研究社
- 岡田知弘(2024c)「国と自治体はコロナ禍にどう向き合ったのか」朝岡幸彦・岡田知弘・水谷哲也『感染症と教育：私たちは新型コロナから何を学んだのか』自治体研究社
- 岡田知弘(2024d)「災害と地域社会 能登半島地震の特性と復旧・復興をめぐる対抗軸」『いのちとくらし研究所報』第88号
- 岡田晴恵編(2006)『強毒性新型インフルエンザの脅威』藤原書店
- 片山善博(2020)『知事の真贋』文春新書
- 北原糸子(2011)『関東大震災の社会史』朝日新聞出版
- 榊原秀訓編(2024)『地域と自治体第40集—「補充的指示権」と地方自治の未来』自治体研究社
- 塩崎賢明(2014)『復興<災害>』岩波新書
- 高岡裕之(2011)『総力戦体制と「福祉国家」—戦時日本「社会改革」構想』岩波書店
- 高岡裕之(2013)「近現代日本の地域医療と岩手の医療保健運動」大門正克・岡田知弘他『「生存」の東北史』大月書店
- 訖摩佳代(2020)『人類と病—国際政治から見る感染症と健康格差』中公新書
- 丹波史紀(2023)『原子力災害からの複線型復興』明石書店
- 内務省衛生局(1922)『流行性感冒』内務省衛生局
- 日本医学会(2023)『未来への提言』
- 速水融(2006)『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』藤原書店
- 日野原重明(2007)「憲法9条の大切さ——戦争は最大の公衆衛生問題」『公衆衛生』2007年7月号
- 福田徳三(1924)『復興経済の原理及若干問題』同文館
- 復興庁(2024a)「東日本大震災における震災関連死の死者数(令和5年12月31日現在調査結果)」
- 復興庁(2024b)『東日本大震災からの復興の状況に関する報告 令和6年12月24日』
- 古川隆久(2020)『皇紀・万博・オリンピック』吉川弘文館
- 古川美穂(2015)『東北ショック・ドクトリン』岩波書店
- 松井春生(1938)『日本資源政策』千倉書房
- 源川真希(2007)『東京市政』日本経済評論社
- 安田佳代(2014)『国際政治のなかの国際保健事業』ミネルヴァ書房
- 吉中文志(2022)『七三一部隊と大学』京都大学学術出版会

東日本大震災とコロナ禍を経験して

Experience of Great East Japan Earthquake and COVID-19 Pandemic

村 口 至(公益財団法人宮城厚生協会・坂総合病院医師)

Itaru MURAGUCHI

I 大震災が明らかにしたこと

1) 医療より福祉がダメージ大だったことが語ること

私は東北地方・宮城県の塩竈市にある財団法人の病院で内科医として勤めていました。東日本大震災発災の時は既に定年退職していました。3.11以降は、病院に出て毎日、救援活動に参加していました。本日は、私の経験を基に、以下の内容で論述します。

突然に

大切な人を亡くし
すべてのものを失い
何が起こったのか
どうすればいいのか。
あらゆる色彩が失われ
モノトーンの街と化した世界を、
どう理解すればいいのか。
悲鳴と混乱の中から
私たちの 苦難と たたかいは始まった。

「I 大震災が明らかにしたこと」では「1) 医療より福祉がダメージ大だったことが語ること」と「2) トップ(知事)の思想が結果をおおきく変えた」を述べて、「II コロナ禍が明らかにしたこと——公衆衛生の破綻状況」と「III 学ぶべきことは——人権・民主主義」を論じます。

次の詩は、3.11東北大震災で被災した石巻市の庄司滋明さんが震災2年後に詠まれました。

手にしていたのは、
他者を信じきる力
今ここで他者の辛さを
己の辛さと思える力
他者の幸いを
己の幸いと感じる力
想像力と忍耐力
これが、生きる
力となった。

2013・12・2

庄司慈明

図①庄司さんは真ん中のハンドスピーカーを持っている方で、石巻市の湊町にお住まいで、

湊小学校の1階が完全にやられ、2階が地域の避難所となっていました。その地域の避難所の

(受理日：2025年2月4日)

自治会長をされていまして、同時に日本共産党の石巻市議会議員でもありました。私の財団法人の、長くにわたって会計監査もされていた税理士です。震災後、11日目に彼から電話があり「聴診器と血圧計とハンドマイクを持って長靴履いて来てくれ」と、さっそく行きました。この地域は石巻湾に流入する北上川の沿岸でした。川の沿岸ですので大きな津波の直撃は避けられましたが、民家の1階がほとんどやられて、2階に避難者が居住していました。彼は、スピーカーで、具合の悪い方は窓から手を出してください。医者が巡回していますとずーっと呼びかけて、2時間半ほど歩きました(図①)。

画面の道路はきれいですが、泥道も歩きながら回りました。私が診察したのは20人弱ですが、中には1階の泥をかき分けて2階に上がって、動けなくなっているおばあさんの診察をするなどもしましたが、皆さんから言われたのは、「薬がなくなりそうだ」ということでした。この地域には有名な日本赤十字社石巻病院があり、

しっかり救援活動していましたが、何せそこに行くにも自転車も車も失い、バスも通ってないと。歩いていくのはとんでもないという距離なわけです。つまり、薬の供給の問題があると感じました。そこで後日、県の薬剤師会に二度ほど電話して、移動薬局「モバイルファーマシー」を出してくれと提案しました。もっとも、当時はそのような構想はありませんでしたが、さっそく県薬剤師会が動いて、このモバイルファーマシーを2台作りました(図②)。

車内の壁は、薬品棚となり、びっしり収納され、運転手と薬剤師が泊まる2段ベッドがある。ですから遠くまで行けるということですね。その後、全国の大震災の中でもかなり活躍したようですし、震災のないときには過疎地域の薬局として働いているということです。

このモバイルファーマシーは、現在、全国に30余台。この度の能登震災での出動は、14県・市、2大学から薬剤師528名が救援活動に及びました。



図①石巻市北上川沿いの被災地域
(筆者の友人撮影)



図②宮城県薬剤師会モバイルファーマシー
(宮城県薬剤師会ホームページより)

(表1)は宮城県の被災地における老人福祉関係の施設の被災状況です。全463施設中で人的被害があったのは46で9.9%。もっとも被災率が高いのは養護老人ホーム20.0%、次いでケア

ハウス(軽費老人ホーム)17.8%、特別養護老人ホーム14%、介護老人保健施設10%、認知症高齢者グループホーム5.3%となっています。入所者で一番死亡者が多かったのが特別養護老

人ホームで136名、全体281人の48%を占めて 8.3%、養護老人ホームは10%等々で平均
います。全壊・半壊施設は、特別養護老人ホー 8.2%が津波の被災を受けました。

(表1) 東日本大震災・高齢者施設被害状況：宮城県

施設種別	全施設数 (宮城県)	人的被害 施設数	入所者 死者数	入所者 行方不明	職員 死者数	職員 行方不明	施設被害 件数、%
特別養護 老人ホーム	121	17 14%	136	12	18	13	10 8.3%
養護 老人ホーム	10	2 20%	39	9	21	3	1 10%
介護老人 保健施設	80	8 10%	54	1	2	17	2 2.5%
軽費 老人ホーム	45	8 17.8%	21	2	1	3	5 11%
認知症高齢者 グループホーム	217	11 5.3%	31	7	4	4	20 9.7%
計	463	46	281	31	40	40	38
%		9.9%					8.2%

(出所：筆者作成)

(表2) 医療機関の被災状況

施設数	全数	全壊 / 水没	%
病院	147	5	3.4
医科診療所	1,580	67	4.2
歯科診療所	1,047	59	5.6
医療機関計	2,774	131	4.7
各種高齢者施設計	463	38	8.2

(出所：筆者作成)

一方、医療機関を見ますと(表2)、病院・診療所で全体の4.7%です。つまり、医療機関のほぼ2倍が、老人福祉関係施設が被災を受けたという事です。この差は何を示しているのか。どう考えたらいいのだろうかと思いました。ある話では、初期の老人施設はうば捨て山の発

想があり、1坪100円というような土地で作られたとかの話もありますが、日本の、過去から現在にも及ぶ「高齢者差別」思想の表れとも感じるところです。ひどい福祉施設の扱い、存在形態がこういうかたちで現れて被害が多かったということが言えそうです。

(表3) 東日本大震災による人的被災：3県の状況

県	死亡数	行方不明	関連死	計	関連死%
福島県	3,920	224	2,337	6,481	36.0
岩手県	5,145	1,111	470	5,726	8.2
宮城県	10,567	1,217	931	12,715	7.3
全国計	19,747	2,556	3,794	26,097	14.5

(出所：筆者作成)

(表3)は、岩手県、宮城県、福島県・被災3県の震災死者数です。圧倒的に死者が多いのは、宮城県の1万人超です。福島県は4000人弱と最も少ない。ところが関連死を見ると、福島県は36%と突出しています。宮城県は7.3%です。この関連死については、本特集の岡田先生の論文にもあります。私の同級生で、この原発の近くに精神病院を経営していた方の話しでは、東北地方で一番早く開放病棟を作るなど先進的精神医療を展開していた病院の事です。被災してバスに入院患者を乗せ、県南部のいわき市の避難所に行ったが、精神病者なんて入れられないと言われ、さらに、県北の喜多方市まで行くと。しかし、喜多方市でも入れてくれなくて、最終的には東京都立松沢病院まで行かなければならなかった。とてつもない長距離バス移動の中で犠牲者も出たという事です。大震災での「弱者」に対する露骨な差別に直面したのでした。また私の知人の南相馬市の病院の医師で、警察の監察医、異常死の鑑定の監察の嘱託医をしていました。彼の話では、原発の被災のために1週間被災地に入れなかった。そこで彼が見たのは、1階で、お年寄りの男性が津波の被災で亡くなっていた。2階では、その奥さんが餓死していた。冷蔵庫の中は、空っぽだったということでした。こういう方を、彼は7人診たというのですね。ここにも原発の被災のひどさ・むごさが現れていると思います。図⑧は私の先輩や知人の保健師さんたちと相談して、宮城県の沿岸部の被災避難所などで活動している保健師さん103人のアンケートを取りました(「津波被災地保健師100人の声」(宮城)プロジェクト編2013)。その結果の保健師さんの話では、避難所での震災弱者への攻撃があった。まあ、人間性の弱点が現れたって言うわけです。「あんな人間は津波で死んでほしかった」とか、酸素

吸入を受けている患者さんには、「電気が使ってほしくない」などと。いつ電気が止まるかわからないということで非常に冷たい目に遭って、ついに避難所を出ていった方もいるとかですね。更には、ジェンダー問題。セクハラを受けた保健師さん等もおりました。こういう人間の弱点は表には出ませんが、つまり、今回の「3.11」で「東北の絆の強さ」がマスコミでも強調されました。たしかに、旧来の部落集落の良き親密な人間関係社会の部分は大都市に比して残っており、そのことが称賛されましたが、その裏に、こういう人間の弱点が現れていた、隠されていたということも忘れてはいけないうことだと思います。

又、従来から保健師たちが一番被災地をくまなく歩いていたので、大勢が押し寄せた避難所に行っても、あの方がどこの町の人だということが保健師さんにすぐわかり、避難者を安心づけられました。ところが、そういう保健師さんたちの情報が各地の対策本部に全く反映されない。私は、管内2市3町の対策本部を訪れましたが、多賀城市などは、対策本部員の半分ぐらいは自衛隊制服組でした。多賀城市に自衛隊の基地があることの反映にしても、です。要するに、保健師さんの、いわば職責者も本部には情報を提供するような場がない。保健師さんの地域における行政機関の中での地位が非常に低いことを改めて感じました。彼女らが口々に言うのは、地域の地区担当制が曖昧になっていたことが非常に大きかったと言っています。大震災を経て出された厚労省の諮問機関の報告書によると、従来、しきりに登場していた「自助・互助」が「ソーシャル・キャピタル」に置き換えられました。これは、あとでまた言及します。

【3.11宮城県で露呈した保健所機能】

1)保健所の機構改革で、福祉部門の配下に位置づけられ、保健所長の独自の権限は“無”になり、部下もいません。この状態が、被災地の保健師たちの共通した「保健所が見えない」となりました。2)震災当時件に12保健所あったが、2023年5保健所へ。所長医師が3名のため兼務が日常化しています。3)結果的に、元来は、地域医療計画を保健所長のイニシアチヴで策定していましたが、今日では、その検討の席にも呼ばれていません。

【緊急地域保健・医療関係者会議招集】

私は、震災の4日目に地域の2市3町(塩竈市、多賀城市、利府町、七ヶ浜町、松島町)の対策本部を訪ね幹部と合い、各病院長や医師会長そして保健所長を訪問し、懇談した結果、地域情報の共有のための、午後から保健所長や医師会長も含めて懇談会を行い、その後会議を毎週1回、8回ほど積み重ねました。最初の会議の場で地域の保健師さんが、保健師が足りない、全国に支援を求めてくれということは何度も言っても、保健所長は、うんともすんとも言わないのです。それで私もついに声を荒げて、あなたは保健所長じゃないですかと強く、繰り返し発言して、ようやく保健所長がわかりましたとなって県に連絡して、翌々日から全国の保健婦が配置されました。しかし、なぜこういうことになるのかと思い、後日調べました。そこで分かったことは、「保健所長には決裁権が一切なかった」いうことでした。つまり、保健所長の上にいるのは福祉部門の部長がいるのです。ですから保健所長は、俺には決裁権はないだけじゃなくて部下もいないんだという状況でした。それが保健所が見えないっていうことであったという事でした。これは宮城県の特異な状況で

もあるかといえば、そうでもなさそうです。つまり、1994年に保健所法が地域保健法に改悪されてから、保健所機能が縮小され、従来の健診や予防注射などの多くの業務が「市町村保健センター」に移行され、保健所体制と機能は縮小、その所長は、福祉部門長の下に編成されたという事でした。そのような中でも、岩手県の施策は、本来の保健所機能の原型をkarouじても維持していると感じます。

2) トップ(知事)の思想が結果をおおきく変えた

岩手県の達増知事が、後藤新平の東京都市再建計画とか、昭和8年の三陸津浪の当時の阿部知事の復興から学べとしきりに言っていました。つまり、歴史に学ぶこと、答えは現場にあるのだということを強調しつつ、医療の均霑(きんてん)が必要だということで、県立病院は20を維持、これは全国1位です。内陸部の県立病院と沿岸部の県立病院の横のつながりで、休日夜間の医師支援体制(「肋骨支援」と称する)を取る。日ごろからの、岩手医科大学と県医師会と県行政が三つのタッグを組んで日常的な地域医療を守るという努力の成果です。例えば沿岸部の県立病院の正月とか年末年始とか、休みで医師体制が取れないときには県医師会が派遣する。県医師会でも一般の医師はなかなか行きたがらないので、そういうときには県医師会理事たちが代わって沿岸部の当直に行くと言っていました。それくらい緊密な体制を日常的に、全県的に取っていることがわかりました。被災者の医療費は無料も今日まで継続していますが、宮城県は震災3年目で打ち切っています。さらに宮城県知事のひどさは、漁業権の剥奪、空港の民営化も全国で初めてです。更には、水道事業の民営化も強行しました。復興仮設住宅も関西仕様

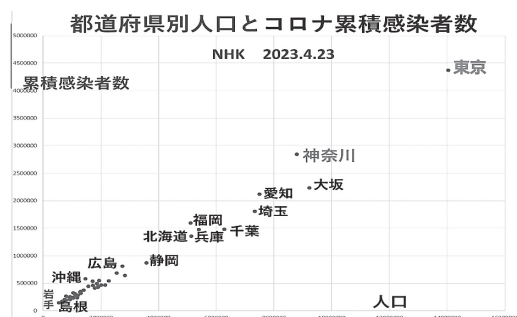
ですから、冬はとんでもなく寒くて、追加事業、追加工事ってやっています。地元の建設事業者は、全国のプレハブ業者に押しつけられて工事が入ってこないと嘆いている有様です。楽天球場の同一エリアに県立美術館を移転しようとした。とんでもないことだと県民が反対運動して断念させましたが、“大惨事便乗型”知事なのです。知事は航空自衛隊・大阪府出身で、「俺は現役時代にヘリコプターで空から宮城県全体を見ていて、全体のことはよく知っているんだ」などと言う知事です。

先述しましたが、震災の年の7月から1年半ほどかけて、厚労省が「地域保健対策検討会」を企画し、大震災を受けての新たな対策として提起された文書に、従来から常用してきた「自助・互助」を「ソーシャル・キャピタル」に置き換え、以後厚労省関係文書はすべてこの言葉が常用されるようになりました。本来、パット

ナム提唱の「ソーシャル・キャピタル」とは似て非なるものと考えます。

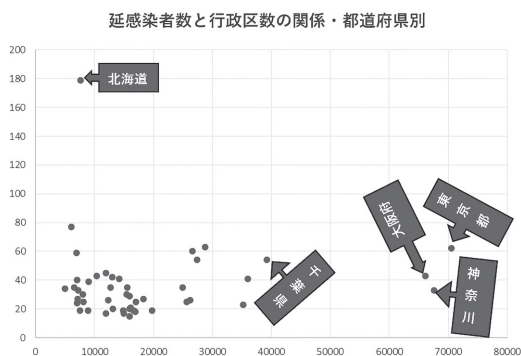
Ⅱ コロナ禍が明らかにしたこと——公衆衛生の破綻状況

戦後、GHQの指導で、保健所を10万人に1ヶ所として増設してきましたが、臨調行革などによって保健所数の削減と、市町村保健センターへの業務移転などにより、機構改革(後退)が勧められ、その機能が大きく後退していました。そこに、コロナパンデミックが襲いました。コロナ対応の最前線に立たされた保健所は、一気にパニックに陥り、その“惨状”は国民の面に曝されました。24時間対応など国民の目にもその職員の“過労死寸前”状態が露呈しました。図③は、コロナ累積患者数と都道府県別人口を対比しました。人口に対応して累積患者数が増えていることを示しています。



図③ 都道府県別コロナ累積患者数と人口
(筆者作成：累積患者数は、NHKウェブによる)

図③は都道府県別に見た累積患者数と人口の関係です。ほぼ直線関係にあり、あたかも人口数に対応しているかのように見えます。図④は、累積感染者数と都道府県別行政区数の関係です。北海道は行政区数が多い事が感染数を抑えている。一方、東京都、大阪府、神奈川県は行政区



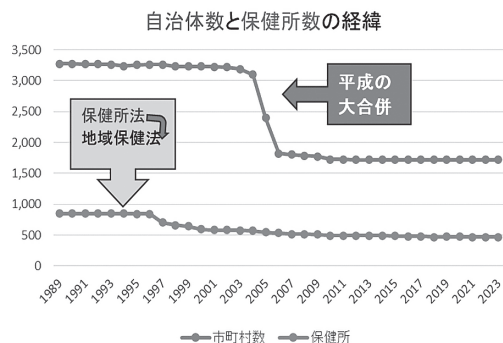
図④ 都道府県別コロナ累積患者数と都道府県別行政区数
(筆者作成：縦軸は行政区数、横軸は延患者数)

数が少ないことが感染者数を多くしていることを示唆します。今日、保健所数は行政区数に従属する傾向があることからすれば、10万人に一つ保健所を作るというGHQの主導による保健所を再構築したときのことを、今一度ふりかえってよいと思います。各県の保健師の数と、

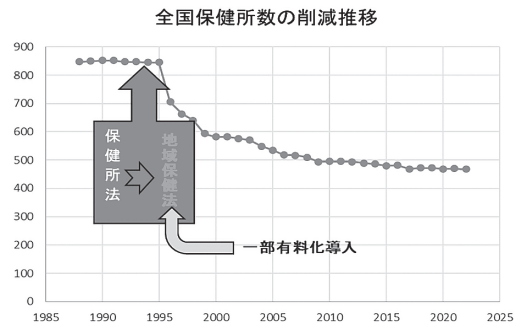
この感染の状況がどうかっていう点では、奈良女子医科大学の先生が、上位五つの府県と下位の五つの府県を検討すると、保健師の数が多い方が感染者数が少ないということも指摘しています。その保健所に配置されている保健師がどうなのかということも一つの大事な部分と思

ました。

図⑤は平成の大合併で、上の点線は、1995年を境に市町村数が急に減っています。下の点線は保健所数で、1994年に保健所法から地域保健法に改正されてから保健所が減っていくことを示しています。



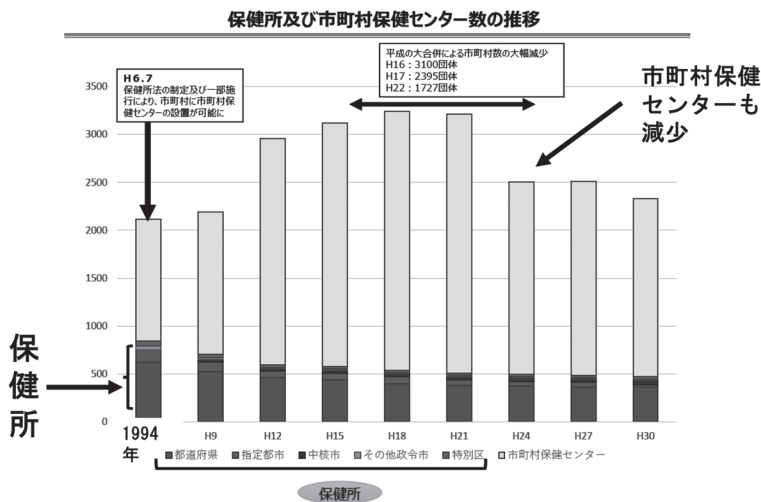
図⑤自治体数と保健所数の推移(筆者作成)



図⑥保健所数の削減推移(筆者作成)

図⑥は、保健所数のみの経過です。地域保健法が作られる前から市町村保健センターはありましたが、地域保健法で保健所を減らすにあたって、図⑦どんどん市町村保健センターに業

務を移転した為、各市町村に作る運動が進みました。ただ、それも平成の大合併で減らされています。それに伴い保健所での仕事の一部有料化が始まっています。



図⑦市町村保健センターと保健所数の推移 (出所)総務省自治行政局(2021:9)を基に作成

それまでは、検査や予防注射も無料でしたが、健診(検診)等々の事業、母子保健、介護事業な

ど住民に身近な事業は市町村保健センター業務へと移管されました。しかし、そこには医師の

配置は義務化されていないため、健診の結果分析などの機能を果たせずに経過しています。保健所は、エイズなどの特殊検査が中心になっています。その後の市町村合併により、この地域保健センターも減っていききました。コロナ禍が保健所をパニック状態に追い込んだかという状

況は、国民が等しく目にしました。そこで市町村保健センターはどのような影響を受けたかを見ました。

表④は、コロナ禍が、市町村保健センター事業にどのような影響を及ぼしたかを示しました。

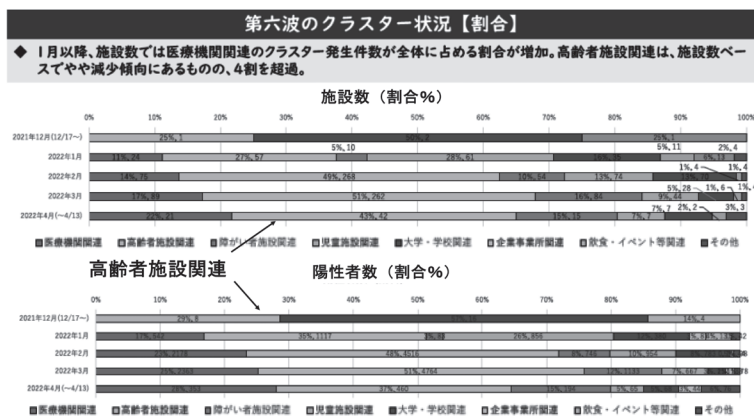
(表4) 市町村保健センター事業のコロナ禍影響(日本公衆衛生協会)
R2年度市町村保健活動調査：1270自治体、19種事業

★中止事業：トップ3		☆例年並み：トップ3	
1位：介護予防事業	63.7%	1位：乳幼児予防接種	93.9%
2位：3歳児検診	58.3%	2位：虐待等ハイリスク母子訪問	67.6%
3位：1歳6ヶ月健診	57.6%	3位：児童家庭全戸訪問	46.0%

(出所)日本公衆衛生協会(2021:15)を基に作成

コロナ禍の影響は、中止業務のトップ3を見ると、中止一番は、介護保険予防事業です。63%の事業体が介護保険事業を中止しています。

例年並みにやっていたトップは、乳幼児予防接種でした。このように、特に老人関係については大いに手抜きされたという事実があります。



図⑧大阪府の第六波クラスター状況(R4.4.20)

(出所)大阪府新型コロナウイルス対策本部(2022:18)を基に作成

図⑧は大阪府の状況です。クラスター発生の半分が高齢者施設であり、その施設の環境問題の課題の大きさを表しています。

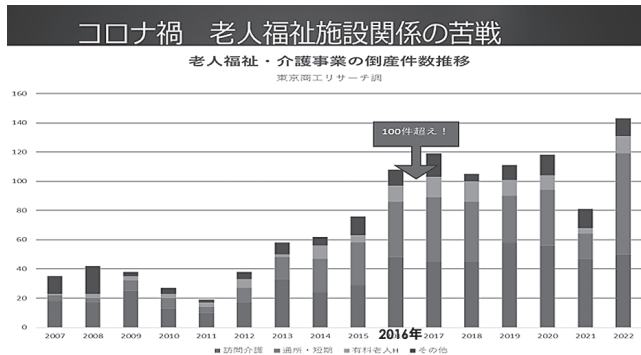
【労働災害発生状況2021年：全産業発生トップ(人口千人対)：社会福祉施設3.09、製造業2.67】

労働政策研究所研修機構の2021年6月の資料による労働災害発生状況です。従来は製造業が

トップだったのが、今回は社会福祉施設が労災のトップになっています。内容は、転倒、動作の反動、無理な動作、ついでウイルスの感染です。福祉関係の方々に大きな負荷がかかっていたことを示唆しています。

やや詳しく見ると、社会福祉関係全体で前年比3,222人増(32.1%増)、内訳は転倒620人(18.9%増)、動作の反動・無理な動作766人

(22.3%増)、新型コロナウイルス感染1,600人です。以上の状況で、コロナ禍をへて、就業者数の減少が強まっており、政府の抜本的対策が求められます。



図⑨老人福祉・介護事業の倒産件数推移
(出所)東京商工リサーチ(2021)を基に作成

図⑨は、東京商工リサーチの調べで、老人福祉施設倒産の経過です。2016年から年間100件を超え、コロナの最初の年は、ちょっと減っていますけど、またぐっと伸びています。介護施設の経営が厳しくなっていることを示しています。これは介護労働者の不足問題も影響しているかと思います。一方、医療現場でどういうことが問題になっているかを、次にみていきます。

【医療現場で危うくなっている人権：公立公的病院再編強行：総務省・厚労省】

厚労省と総務省が、小泉政権末期以降強行している公立公的病院の縮小再編改革の問題です。あくまでも医療費削減対策です。特殊急性期、急性期、慢性期回復病院に病院を機能別に分けて、そのあと在宅介護への流れを強行しています。特に、国が狙っているのは、急性期の病院を減らすことです。それで、現場で何が起こるかと言うと、特殊急性期とか急性期病院はDPCといまして、疾患(主病)ごとに、できる検査、治療が指定されており、それを外れると医療費が出されないという仕組みです。ここから悲劇が起こります。例えば心筋梗塞で入院

した場合、一般の心筋梗塞は糖尿病や高血圧の併発病をもっていますが、主病である心筋梗塞に関する検査、治療以外は、医療費支給の対象にならない制度です。心筋梗塞対象以外の併発病の検査・治療すると病院の持ち出しになるのです。今日の厳しい病院経営では、それはできないことです。じゃあ併発している糖尿病の検査・治療はどうするか、一旦退院させて、もう一回入院して糖尿病だけの検査、治療するのか、他の病院へ転院するのか。そういうことが起こっています。

【医療現場の”人権“をめぐって】

過去に、医療現場で強調された「全人的医療」と言う言葉は、耳にしなくなって久しいです。最終的に、在宅介護となった時に、本人の自己主張能力は劣っているだけに、人権の視点で対応することが求められます。つまり、厚労省・総務省の医療改革は、患者さんの人権にかかわるような問題が内包されていますが、これは患者の人権だけでなく、医療人のモラルにも影響します。そういう人間性を奪うようなシステムが、この病院の改革の中で行われており、そ

これは最終的には、高齢者在宅介護施設のほうに、問題は持ち越されてくると危惧します。今日の働き方改革は、2024年の4月から全病院が迫られています。これは特に救急病院などの多くが、大学などのパート医師に依存していますので、そこを引き上げられることで、救急車を断るとかが全国的に発生しかねません。そういうことも加わって、2025年4月から、地域の医療問題が再浮上するのではないかと思います。そのような問題も加わって、最終的に医療課題が、在宅介護の方向にどんどん押し流されていきそうです。しかし在宅介護は、本人は意思表示できませんから、そこの人権はどうするのかということになります。実は介護保険法ができたとき、国は、保健所が関与することにはしていますが、保健所のいろんな資料を見ましても、全く保健所にはそういう認識がない。ただ、保健所でその問題に若干触れたことがあるのは、保健所長会が70周年記念座談会で鳥取の保健所長が、この介護における人権問題を語っているという程度です。公衆衛生—保健所のかかわる雑誌を閲覧しても、憲法25条—生存権の特集はあるが、憲法13条を巡る特集は一度もありませんでした。保健行政、公衆衛生でも人権視点は、は弱いと感じます。公害等でも、保健行政は、立ち上がりが遅れた、被害が拡大しました。

【人権に弱い保健所・公衆衛生？】

人権問題を改めて顧みると優生保護法の問題があります。2024年10月に、国家賠償法が成立しましたが、実は、この優生保護法強制手術を現実に押し進めたのは保健所です。北海道が一番手術の件数が多く、早々と「1000件達成」のパンフレットを発行しています。その北海道では、保健所がいついつまでに何件目標としてやれ、「書類を書けなければ代わって保健所が

書きます」のように保健所がのめり込んで推進していました。それに続いたのが宮城県です。宮城県では「愛の10万人運動」を組織し、全県民運動を、募金目標も設定して、草の根運動を強行しました。結果として、人口対比では北海道よりも2.5倍ぐらい多い。「愛の10万人運動」のトップには東北電力の社長が就き、運動の理事には、東北大学の教育学部、医学部精神科の教授等々が並び、財界から民間組織のトップが並びました。驚いたのは、宮城県教職員組合の委員長まで入っていました。全県的に運動を展開して、6万4千人から、当時800万円を集めています。最もこの抛金運動は、問題児少年の施設の消失による再建として始まったものですが、運動の主旨の末尾に、「優生保護法の推進」と記されています。北海道に比して、保健所が先頭に立ったという形跡は見られませんが、審査の場を保健所が設定していました。しかし、今日に至っても、この公衆衛生、保健所から、この優生保護法について自己検証の動きは、一切見られません。「厚生指標」は毎回、保健所の憲法的根拠として、憲法25条から語りますが、13条には一度もふれたことはありません。

【医療・福祉政策分野への課題と期待】

今日の、「少子・高齢化社会問題」のありようを検討する時に、あらためて「人権」問題に焦点を当てることの必要性を強く感じるものです。

参考文献

大阪府新型コロナウイルス対策本部(2022)「第75回大阪府新型コロナウイルス対策本部会議【資料1-1】現在の感染状況について」(令和4年4月21日)
(<https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/4746/ikkatsu.pdf>, 最終アクセス2025年2月26日)

総務省自治行政局(2021)「デジタル時代の『地方自治』のあり方に関する研究会(第3回)資料2」(令和3年6月)

(https://www.soumugo.jp/main_content/000753712.pdf, 最終アクセス2025年2月26日)

「津波被災地保健師100人の声」(宮城)プロジェクト編(2013)『「津波被災地保健師100人の声」(宮城)報告』(「津波被災地保健師100人の声」(宮城)プロジェクト代表・西都光昭、事務局・村口至)

東京商工リサーチ(2023)「TSRデータインサイト コロナ禍と物価高で急増「介護事業者」倒産は過去最多の143件、前年比1.7倍増～2022年「老人福祉・介護事業」の倒産状況～」

(https://www.tsr-net.co.jp/data/detail/1197306_1527.html, 最終アクセス2025年2月26日)

日本公衆衛生協会(2021)「令和2年度地域保健総合推進事業 令和2年度『市町村保健活動調査』『市町村保健センター(類似施設を含む)調査』報告書——市町村における新型コロナウイルス感染症の影響と対応に関する調査・市町村保健センター(類似施設を含む)調査」(令和3年3月)

(http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_r02_20-1.pdf, 最終アクセス2025年2月26日)

〈特集 災害と医療福祉——歴史と現状、課題〉

特集依頼論文

住み続ける権利から見た日本の地震・津波災害 からの「復興」政策

Japan's Reconstruction Policy Considered from the Perspective
of the Right to Continue Living

井 口 克 郎(神戸大学)

Katsuro INOKUCHI

はじめに

2023年で関東大震災から100年が経つ。それを機に同年11月の本学会第7回研究大会で企画されたシンポジウム「災害と医療福祉——歴史と現状、課題」において、筆者は僭越ながら報告させていただく機会をいただいた。筆者は石川県の出身であるが、2007年に能登半島地震が発生した。当時、筆者は大学院生であったが、それ以来、社会保障や居住保障の視点から災害被災者の調査研究や支援にも携わっている。東日本大震災被災地のまちづくり支援や調査にも関わり、この間、海外の巨大災害被災地の調査にも参加させていただく機会に恵まれた。現在勤める神戸大学では、阪神・淡路大震災被災地の問題についても関わらせていただいている。

社会保障や貧困問題に携わる研究者として、「災害」の問題に関わって改めて実感する共通点は、貧困や、災害被災者の生活問題・困難の「不可視性」である。2000年代以降、日本で「格差社会」「貧困と不平等」が問題となっていく中、社会運動が直面したのは、そうした問題をいかに「可視化」させるか、ということであった。

災害問題も同様である。災害から一定期間が経ち、「瓦礫」と化した家が撤去され、被災地

の象徴であるプレハブの仮設住宅が撤去され、外観上は整理された被災地を見ると、そこに災害以前にどのような人々が住んでいたのかを知らない人々は、「復興した」という感覚にとらわれることが少なくない。災害以前の様子を知る人も、眼前に何となく広がる更地に、以前はそこに何があったのか、時間とともに記憶が曖昧になっていく。

しかし実際には、まちの外観の整理や再開発の過程で、住みなれた地域を追われたり、疲弊し亡くなっていったりした人々が存在する。華々しい「復興」政策の下で新たに生み出され、また埋没し、潜在化し、多くの人々に認識されることもなく忘れられていく被災者とその生活問題がそこには存在する。

折しも2020年以降、石川県の能登半島では、再び群発地震が発生し、大きな被害が生じている。2024年元旦の地震は、能登地方に未曾有の被害を生じさせている。本稿では、災害被災者が直面する、住み慣れた地域に住み続けるためにはどうしたらよいか、という課題について、諸外国と日本の災害復興政策を概観しながら、問題提起を行う。本稿後半では、現在の能登半島群発地震の現段階での状況も踏まえながら考

(受理日：2025年2月4日)

察を行う。

1 巨大災害と集団移転 —海外の事例—

まず、日本の災害復興政策を検討する前に、筆者も調査に参加した海外の巨大災害被災地の復興政策について、いくつか簡単に紹介したい。

(1) 中国・四川大地震(2008年)

筆者は以前、金沢大学能登半島地震学術調査部会(生活・住居・福祉班)のメンバーとして、中国・四川大地震被災地の被災状況や復興施策を調査する調査団に参加させていただく機会を得た⁽¹⁾。

中国・四川大地震は、2008年5月12日に発生した巨大地震である。マグニチュード8.0、最大震度は6弱～6強、中国内陸の四川省の成都から北東へ300キロ周囲が被災し、龍門山断層沿いに被害が拡大した。被災者は、約4624万人、死者・行方不明者は合わせて8万人を超えた⁽²⁾。

同地震後の中国政府による復興政策の基本方針は、四川省の被害の大きかった山間地域にある街を、平地部等に集団移転させるというものであった。山間の生活資源が不足しているとみなされている地域の住民が平野部に移動し、都市化を目指すと同時に、山間部は自然環境の再生に力点を置き、観光産業を中心とする再建を図るというものである。

同地震の震源付近に、北川県曲山鎮という街がある(図表1)。人口の多くが少数民族の羌(チャン)族の街で、震災以前は避暑地として中国国内から多くの人を訪れる観光地であった。地震によって甚大な被害に見舞われ、その後も土石流等によって被害が重なった。北川県全体では人口約9万6000人中、1万6000人ほどが亡くなった。

中国政府は、同年5月21日には(発災後、わ

ずか9日)、曲山鎮の大規模搜索を終了し、伝染病予防を主な理由として街を封鎖した。筆者らは地震から約半年後に現地を訪れたが、その時には街の城門は封鎖され立ち入りは禁止されていた。街の周りでは、住民が被災地を見に来る人々を相手に、土産物を買って生計を立てている光景が見られた。さながら観光地のようである。土産物には、羌族の伝統的な織物や工芸品等のほかに、被災地の写真や写真集なども目に付いた。被災者に話を聴くと、農村部の住民は都市部と違って社会保障等の生活保障も脆弱だとのことで、こうしたことで生計を立てざるを得ない事情があるようである。

地震後政府は、同街を元の場所で再建するのではなく、別の場所に集団移転することを決定した(20キロほど離れた安昌鎮付近)。震災からはほぼ1年半後に、調査団はこの移転先の新しい街を訪問した(図表2)。近代的なマンションがずらりと立ち並ぶ広大な街で、街の入り口の門には、羌族のシンボルがあしらわれ、民族を象徴する伝統的建築である石の塔を模した建築物も建てられていた。

しかし、広大な街に人はまばらで、数少ない住人に話を聴くと、こちらの街に来てからやることがないという。以前の曲山鎮周辺の住民は農業などを営む人も多かったが、新しいこの近代的な街には、そうした生業を継続できる環境が整っていない。被災者がこれまで営んできた生活環境とは大きく異なる環境であり、被災者の固有のニーズとのミスマッチが生じる。こうした環境の下では、被災者は生活の継続に多くの問題を抱えざるをえない。近年、中国では類似の政策として、インナーシティ再開発に伴う立ち退き移転政策(ジェントリフィケーション)も各地で行われている。

図表1 被害の大きかった北川県曲山鎮(2009年、筆者撮影)



図表2 集団移転した新しい街(2011年、筆者撮影)



(2) インドネシア・スマトラ島沖地震(2004年)

次に、2004年12月26日に発生したインドネシア・スマトラ島沖地震である。同地震はマグニチュード9.0、震央はインドネシアの北側に位置するスマトラ島バンダ・アチェ南南東250キロであり、死者・行方不明者は周辺国合わせて30万人を超えるとされる⁽³⁾。インドネシアは日本と類似した火山を多く抱える国であり、また、同地震では津波が大きな被害をもたらした。インドネシアではその後も、大きな地震が頻発している。

筆者らは、震源に近いアチェ自治州の西アチェ県ムラボー市などを訪問し、復興施策やその後の状況について調査を行った⁽⁴⁾。西アチェ県は地震当時人口18万人、ムラボー市は8万人ほどであったが、2004年12月26日、現地時間の午前8時ころに地震発生した。8時15分頃、津波第1波が襲来したが、この時は胸くらいの高さであった。その後、8時25分頃に、第2波が襲来しこれが非常に高かったという。

当時、インドネシアでは、地震があった後には津波が来る危険性があることを一部の地域を

除いて多くの人が知らなかった。そのことが甚大な被害を招いた大きな要因の一つである。

津波被害が大きかったムラボー市では、復興施策にあたっては津波防災が一つの重要な課題となったが、その方法の一つとして挙げられるのが高台への住居の移転である。

津波被害の大きかった地区では、高台移転が基本的な復興施策の方針として進められた。ただし、そのプロセスは中国の移転のようにトップダウンで行われるのではなく、移転に際しては、行政が住民の意見を聴くため、市でフォーラムが開催された。津波による地形変化の状況等を住民に説明し、高潮で水没する恐れがある場所など、そのリスクを住民に説明した上で、住民の合意や許可が出れば、移転を行う形をとっている。地区ごとに意向は様々だという。

津波への恐怖から高台への移転を希望する住民がいる一方、沿岸地区では津波前から漁業を生業としている人も多い。高台移転をすると、漁師は仕事をすることが困難になるため、元の沿岸地域に戻って生活する人も多いが、行政もそれを容認しているようである。

ムラボー市では費用面などから、沿岸部を防潮堤で囲むという防災対策を取ることが難しい(と言うよりかは、そもそも海際をすべて防潮堤で囲うという発想がない)。よって、低地に住み続ける住民に対しては、津波防災のために避難ビルを建設したり、既存の強固な建物の屋上を避難場所にしたりするなどの地域に合わせた多様な防災対策を行っている。

インドネシアでは、地震・津波後10年ほどを経て、高台移転した集落では人が住み続けているところもあるが、他方で、ゴースタウン化した例もある。筆者らは、インドネシアでの調査において、外国の団体の支援によって建設された高台の住宅団地を訪れる機会があった。

「中國—印尼友誼村」という町で、中華慈善总会と中国紅十字会の支援によって造られた。町の造りは、入り口に立派な門があり、住居はもちろんのこと、学校や、イスラム教の住民の多い現地に配慮してモスクも併設されている。町の入り口に建てられた豪華な記念碑の記述を見ると、2007年に造られたようである。

しかし、筆者らが訪れた時にはほとんどここに住んでいる住民はいなかった。最初は住民がいたそうだが、次第に出ていったという。その背景としては、仕事の問題等が大きいと考えられる⁽⁵⁾。震災からの復興事業が存在する間は、住民も近隣の街において仕事にありつけたが、それが終わると十分な職はなくなる。高台には他に生業となる産業が十分でないため、生活の継続は困難であろう。

2 日本の災害対応施策と「住み続ける権利」

諸外国の巨大災害からの「復興」施策を見ると、そこからは明白な教訓が得られる。しばしば、大災害からの復興施策として、住民の集団移転ないしそれを契機とした生活様式の都市化が推進されるが、住居や街のインフラだけを建設するだけでは、人間は生存し、生活し続けることは困難だということである。

人間の生存・健康・生活にとって、住居はもちろん土台として重要であるが、それに加え、生活物資を調達する場(買い物場所等)、住民の意向や能力に合った仕事・生業、医療や福祉等の社会保障、教育、人間関係、信仰など、様々な要素がそろわなければ成り立たない⁽⁶⁾。

日本国憲法はそうした人間の生存・健康・生活を実現するために、様々な自由や人権保障を国家の義務としている。人々には居住移転の自由、人格権や自己決定権、勤労の権利、社会保

障を受ける権利、財産権、教育を受ける権利、政治参加の権利…等があり、そうした諸権利が総合的かつ有機的に保障されて人々の地域に「住み続ける権利」が実現する。

井上は、『住み続ける権利』の構造は、平和的生存権を基底的権利として、『居住・移転の自由』を土台としながら、生命権(日本国憲法第13条)、生存権(同第25条)や労働権(同第27条)、あるいは教育を受ける権利(同第26条)、労働基本権(同第28条)、さらには財産権(同第29条)などを含め、人間らしく生きるための人権として立体的に構想されるべきだろう。つまり、それら種々の人権を保障することによってこそ『住み続ける権利』も保障されるということである⁽⁷⁾。

そして、人間の生活に必要な諸要素のバランスのあり方は、しばしば施政者や都市計画者が考えるよりも、相当に繊細でデリケートなものであると筆者は確信している。人にはそれぞれ、長年の年月の中で培ってきた生活様式があり、災害を機とした再開発や移転政策によって、上から強引にその変更や「適応」を迫ることは空論であり、被災者にとって過酷である。

日本における災害対応は、先述のような諸外国の教訓なども反映し、日本国憲法の人権保障の枠組みを基本として、行われなければならないであろう。以下、日本の政府による災害対応が上記に適ったものか、筆者がこの間かかわってきた問題を例に考察する。

(1) 東日本大震災(2011年)―津波防災を建前とした高台集団移転政策―

①被災者不在の「復興」構想

2011年3月の東日本大震災以降、筆者は今まで東北被災地の支援やまちづくり、被災者の生活調査等にかかわってきた⁽⁸⁾。同震災の「復

興」施策の目玉の一つは、高台移転や沿岸防潮堤建設による被災地大改造である。こうした政策は、「津波防災」を建前とする一方で、惨事に便乗した国の政治的思惑が込められている。

2011年6月に国の東日本大震災復興構想会議が決定した「復興への提言～悲惨の中の希望～」は「復興構想7原則」を掲げたが、その文面には「被災者」や被災した人々の「生活」、ましてや被災者の「人権を保障する」という文言は見られず、まさに被災者不在の復興構想であった。

たとえば、同7原則の「原則3」は、「被災した東北の再生のため、潜在力を活かし、技術革新を伴う復旧・復興を目指す。この地に、来たるべき時代をリードする経済社会の可能性を追求する。」としているが、震災を契機とした技術革新の追求が掲げられている。また、「原則5」は、「被災地域の復興なくして日本経済の再生はない。日本経済の再生なくして被災地域の真の復興はない。この認識に立ち、大震災からの復興と日本再生の同時進行を目指す。」とし、震災を契機とした「経済再生」を前面に打ち出している。

「原則2」は、「被災地の広域性・多様性を踏まえつつ、地域・コミュニティ主体の復興を基本とする。国は、復興の全体方針と制度設計によってそれを支える。」とし、一見被災地域のコミュニティの主体性や、多様性を尊重しているように聞こえるが、実際に行われた諸政策は、後に見る高台移転政策等のように、疲弊する地方自治体を、国が全体方針や制度設計(財源)を用いて誘導した性格が強いと思われる。

こうした「原則」に続き、国はその後、日本創成会議・人口減少問題検討分科会「ストップ少子化・地方元気戦略」(2014年8月)や、国土交通省「国土のグランドデザイン2050～対流

促進型国土の形成〜)(2014年7月)などにおいて、「選択と集中」というイデオロギーを展開した。たとえば、国土交通省「国土のグランドデザイン2050〜対流促進型国土の形成〜」では、日本は「人口減少」と「巨大災害」の逼迫という二つの大きな危機に直面しているとし、「厳しい財政状況」の中で効果を挙げるためには、「選択と集中」を進める必要があると主張された。同文書には、「防災」や「効率」の観点から、居住地の集約化や移動を政策的に「誘導」することが明記されている⁽⁹⁾。

こうした流れの中で、いわゆる「コンパクトシティ」化を推進するために低地住民の高台移転集約が志向され、その結果生まれる低地の広大な土地を産業用地等として集約し利用することを意図する「復興」事業も散見された。「選択と集中」は、文字通り人々の多様な生活のあり方や自己決定、住み続ける権利等を認めない選別概念であり、人々の生活保障にかかる財政の抑制と、国全体の「生産性」を高めるといふ、経済至上主義的思想に基づいている。こうした下で唱えられる「コンパクトシティ」構想は、一部の良好な条件に恵まれたまちだけが核として生き残り、他方、そうでない所では衰退させられる地区や人々が生まれるため、基本的人権に適った復興政策とは到底呼べない。

②高台移転政策の影響

津波被災地では、街の防災と復興に向けて、おおむね以下のような施策を行う傾向が見られた。第1に、沿岸部や河川河口部等における防潮堤建設である⁽¹⁰⁾。第2に、津波被害を受けた、または受ける可能性のある地区を、「災害危険区域」に指定し、居住制限を行った上で、低地住居の高台等への移転を促すことである。その際には国土交通省「防災集団移転促進事業」(通

称、「防集」)が用いられた。同制度を利用すれば、移転にかかる費用は復興交付金と震災特別復興交付金から拠出される。第3に、住民が移転していなくなった低地を産業用地として活用することである。地区によっては、低地をかさ上げすることもある。なお、災害危険区域に指定された低地は、住家や学校、福祉施設等の建築は制限されるが、産業用地としての使用は可能である。

ただ、高台移転は、津波防災にはなるかもしれないが、その大義名分によって、住み慣れた地区に住み続けることを希望する個人々に圧力を与え、苦渋の選択を迫ることも少なくなかった。

筆者が長年、被災地のまちづくりにかかわる中で、高台移転政策の過程、ないし移転後に問題となった現象は以下である⁽¹¹⁾。第1に、人口の大幅な減少(域外流出に加え死亡を含む)である。筆者がまちづくりの支援にかかわり、住民の生活調査を行った岩手県大船渡市の中赤崎地区では、「国勢調査」で確認すると、震災直前の2010年から2015年の間に、約3分の1の人口が減少した。若年層の人口流出も加速し、高齢化が震災以前よりも急速に進行した。

その大きな背景には、高台移転に伴う、工事の長期化、避難・仮設生活の長期化があげられる。元の居住地に住宅再建をする場合、住宅再建資金が調達できる被災者に関して言えば、過去の災害経験からすると早ければ1年程度で完了できる。しかし、移転先の高台を造成し、一からまちづくりを行う場合、住民の「合意形成」や工事に長期間を要する。中赤崎地区で高台移転が完了したのは2018年である。この期間、避難所や仮設住宅生活に耐えられない人や、地区外に避難をした人々は、元住んでいた地区に戻る事が難しくなっていく。

第2に、コミュニティの希薄化である。一般に過去の経験からすると、災害後には避難所や仮設住宅等への生活の場の変遷が生じるが、その際には、基本的には元の居住地区のコミュニティをできるだけ維持することが望ましい。阪神・淡路大震災後に、コミュニティからバラバラにされた被災者が、仮設住宅や公営住宅等で孤独死・孤立死するケースが相次いだことの教訓である。

中赤崎地区の場合は、避難所や仮設住宅においては比較的従前のコミュニティが維持される環境にあったが、最終的に高台移転をするなどして恒久住宅に生活の場が移行した段階では、かなり従前のコミュニティの形が崩れてしまった地区もあり、新たな人間関係の希薄化の問題が浮かび上がることとなった。

第3に、高台移転などによる従前の生活環境の激変による健康状態の悪化である。図表3は、2016年に筆者らが中赤崎地区の住民を対象に行った生活調査の結果の抜粋である。被災後の住居の移転頻度と健康状態の変化を示している。

「移転頻度低」群は、地震・津波での自宅の大きな損壊を免れ、その後も震災前からの自宅に住み続けることができた人々のグループ(一

部、一時的に避難所への避難や仮設住宅生活等を経験した者も含む)の人々である。

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

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

これら3グループと、震災前と比べた調査時点での回答者の健康状態の変化をクロスすると、被災者の移転頻度によって、有意差が認められる(p<0.05)。移転によって生活環境が変化したグループの方が、震災前と比べて健康状態の悪化傾向が高い。

移転による生活環境の激変や、引っ越しに伴う疲弊などが人々に相当に健康上の負荷をかけていることが示唆される。

図表3 被災後の住居の移転頻度と健康状態の変化(n=224)

% (実数)

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

(注)表中の人数は無効回答を除く。

p<0.05

(出所)(井口、2012)70ページ。

③高台移転後のまちづくりの課題

高台移転後の新たな町は、そこは元々人が住んでいなかった所であるが故に、家は建っても、他の生活に必要な諸条件(仕事や生業、買い物場所、医療・福祉、近隣の間人関係等)が十分に実現されていないケースも多いように思われる。また、震災以前のコミュニティが維持されない場合は、孤立などの問題も生じうる。そうした新たな生活課題への対応としては、この間の政府による社会保障費抑制政策推進路線の下で「地域包括ケアシステム」の構築が求められ、疲弊した住民に「自助」「互助」をベースとした取り組みが強いられている。

こうした現状の中であまり想像したくないが危惧されるのが、地区の将来的な消滅である。図表4-1～4-3は、津波災害・高台移転前後のまちの模式的イメージである。たとえば大船渡市の場合、津波前は、市街中心部から少し離れた場所に、中赤崎地区などの小地区が点在していた(図表4-1)。そこに津波災害が起き、高台移転が推進されることで、低地住民は元の地区の近隣の高台か、大船渡市街、ないし他地区へ流出した(図表4-2)。高台には高齢者も多いが、先述のように、生活に必要な環境が十分に整っているとはいえず、今住んでいる高齢者は介護が必要になったり、病気になったりした場合は現状ではここで十分なケアを受けるこ

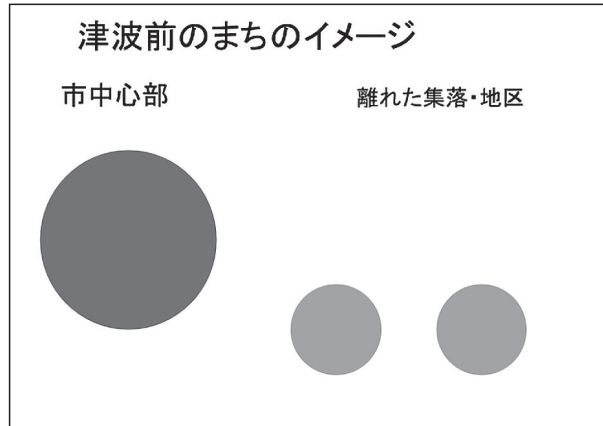
とは難しいと思われる。よって、現在住んでいる高齢者が介護や病気を機に域外に流出し、ないし死亡した場合、最悪今後数十年でこうした地区は無くなる可能性も否めない。今の政策路線が続けば、人口が社会全体的に減少していく可能性が高いが、その中で、市街中心部などには一定の人口が残り、「コンパクトシティ」となりうるが、それ以外の周辺の地区や集落が消滅していく危険性も否定できない(図表4-3)。

地元の中学生、高校生、大学生などの若い世代からは、いったん進学などで地区を離れたとしても、いずれは帰ってきたいという声を聴く。他方、その頃に故郷があるかという不安も漏れ聴く。これからのまちづくりにどのような展望を描いたらよいか、課題である。さらに、2020年からの新型コロナウイルスの流行により、地域における復興活動は自粛を余儀なくされ、この間に住民同士のコミュニティ関係の希薄化が見られるなど、追い打ちをかけた。

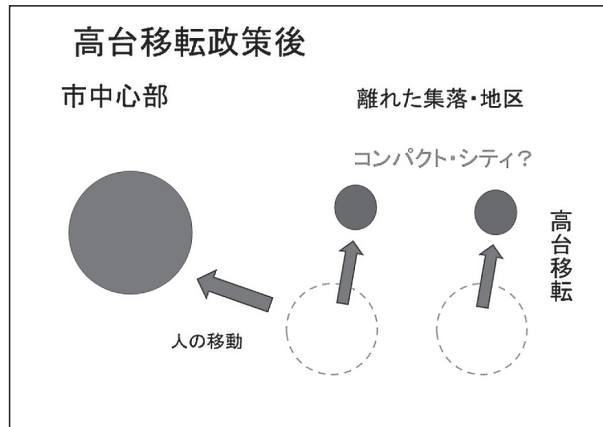
高台移転を行った東北沿岸では、当初目論まれた低地の産業用地として活用も全体的にはうまくいっているとは思われず、東北沿岸部では防潮堤に囲まれ用途も定まらない荒涼とした更地が広がっている光景が目につく。

高台移転は、津波防災と被災者の固有の生活や地域の持続可能性という点で相当なアンバランスをもたらしている政策である。

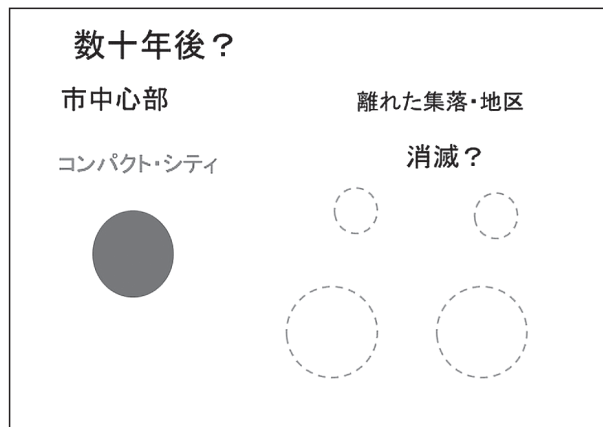
図表4-1 高台移転前後のまちの模式的イメージ



図表4-2



図表4-3



(出所)筆者作成。

なお、東北地方には、各地に明治三陸津波(1896年)、昭和三陸津波(1933年)の「教訓」を記した「津波記念碑」が建てられている。そこに記されているのは、「大地震の後には津波が来る」「地震があったら高所へ集まれ」「低いところに住家を建てるな」といった内容である。

過去の地震・津波災害後、こうした経験から高台に移転した地区もあったが、よほど環境に恵まれたところでない限り、低地に再び居住することとなった。そこに東日本大震災が来たこともあり、同震災後の被災者にとってこうした「教訓」や世論は、高台移転を選択ないし受け入れるに至る、無言の重圧になったと思われる。

ただ筆者は、こうした記念碑が各地にあるにも拘わらず、過去の人々が再び低地に居住することを選択した、という現実こそ、得なければならない重要な教訓があるのではないかと考えている。それは、人間は「津波防災」だけで生き、生活していくことはできないということである。津波防災の方法は高台移転や防潮堤建設だけではない。また、山や高台にはそこに固有の災害がある。人間の生存、健康で文化的な生活に必要な諸環境を考慮した上で、防災対策は行われなければならないであろう。

(2) 阪神・淡路大震災(1995年) — 「創造的復興」から借上復興公営住宅追い出し訴訟問題へ—

① 阪神・淡路大震災における「創造的復興」

2025年で1995年の阪神・淡路大震災から30年となる。同震災後の復興政策は、「創造的復興」を掲げ、各地で復興都市計画事業が実施された⁽¹²⁾。第1に、巨大再開発事業である。新長田駅南地区再開発事業の失敗が有名であるが、震災に乗じて街の巨大再開発が実施され、シャッター街の広がる再開発ビルなど、今日ま

で様々な問題を生み出している⁽¹³⁾。第2に、区画整理事業である。災害に強い安全なまちづくりを掲げ、道幅拡張等を含む区画整理を行うものであるが、他方で、これによって震災前の住民のかなりの部分が流出して新住民が転入する形となり、以前のような街の活気はなくなった(塩崎、2014:13ページ)。

また、阪神・淡路大震災当時は、今日災害被災者の生活再建に対し支援金を給付する制度の主力となっている被災者生活再建支援法が存在しなかった。同法は、家屋の罹災証明の判定(全壊、大規模半壊、半壊等)に応じて支援金を支給するものである。阪神・淡路大震災後の被災者の生活再建・生活保障施策の脆弱性から、被災地・被災者の運動の上、1998年に制定されその後改正を繰り返し今日に至っている。ただ、同震災後の市民運動の中で実現した被災者生活再建支援法であるが、同震災被災者への遡及適用は行われなかった。

上記のような状況の中で、既存地域コミュニティを解体され、住み慣れた地域を追われる被災者が発生し、自力で住宅再建・確保が困難な被災者は、復興公営住宅や借上復興公営住宅に入居し、一から新たな生活環境の構築を迫られることとなった。

② 借上復興公営住宅追い出し訴訟問題

同震災及びその後の復興政策によって住み慣れた居住環境を追われた被災者たちは、行政による生活保障施策も脆弱な中、自力や市民社会の支援の下、「自助」「互助」で、自分らしい生活を実現しようと努力してきた。しかし、神戸市や西宮市では今日においても、そうやって何とか創り上げてきた「終の棲家」や居住環境を、行政により人為的に追われ疲弊する被災者が生み出され続けている。それが神戸市と西宮市に

よる「借上復興公営住宅追い出し訴訟問題」である⁽¹⁴⁾。

借上復興公営住宅とは、阪神・淡路大震災後に自治体が、民間の賃貸物件を民間オーナー（UR等）から借上げ、それを被災者に公営住宅として又貸しする形で供給した住宅のことである。行政が直接公営住宅を建設するよりも、こうした方式の方が安く、早く被災者に住宅を提供できるという建前で、当初は歓迎された（しかし、結果的には住民の居住保障における公的責任の劣化にほかならず、新自由主義政策の一環という評価を免れない）。

しかし、2010年以降になって、神戸市や西宮市は、借上復興公営住宅には20年の「退去期限」があると言出し、入居者の居住が脅かされる事態となった。入居当時、行政は入居者に対して20年の「退去期限」があるとは明確に説明していなかったのだが、民間オーナーと自治体の間での貸借契約の期間がひとまず20年となっていたことから、後年になって、入居者に対しこの住居には20年の「退去期限」があると主張しだし、他の公営住宅等への住み替えを要求した。退去要請に応じた入居者には、代替の公営住宅が提供されるが、必ずしも入居者の意向や条件に合うところではない。

こうした中、借上期間の満了する者の出始める2015年以降順次、市が転居できない人々を裁判にかけて追い出そうとしていることが問題となってきた。

自治体と民間オーナーとの契約は、更新が可能であり、借上げ期間満了後の入居者への対応は、自治体によって異なる。神戸・西宮両市と同じく、借上げ方式の復興公営住宅を導入した自治体は他にも存在するが、宝塚市・伊丹市は、希望者全員継続入居、兵庫県も制度を柔軟に運用し希望者の継続入居を認める対応をとった。

しかし、神戸市は、「85歳以上、要介護3以上、重度障害」のいずれかに該当する入居者がいる世帯しか継続入居を認めず、他は転居を強い、転居できない者は裁判に提訴、西宮市も全員退去を強要し、転居できない者は提訴に踏み切った。

神戸市・西宮市行政は、被災者の入居当時、20年後に退去しなければならない（「退去期限」がある）とは説明していなかった。震災当時の市職員は、20年経ったら出て行ってもらうことは想定していなかったと証言しており、神戸市住宅部長・課長（2009年当時）も、入居者に退去しなければならないと伝えていなかったと答弁している（2009年、第2回神戸市住まい審議会）。入居者は通常の公営住宅と同様、退去期限のない「終の棲家」という前提で生活してきた。

転居できない者の中には、高齢者や病気を抱えた者が多い。神戸市の継続入居要件である「85歳以上、要介護3以上、重度障害」は、在宅療養をしている「病人」などに配慮がなされておらず、合理的でない。また、西宮市の如何なる事情があろうとも、問答無用で退居という姿勢も問題である。

神戸市や西宮市の追い出し・転居政策は、「代替の公営住宅を提供するのだから問題ない」といった、人間の健康で文化的な生活、生存の基盤としての住居や居住環境の重要性に関する認識の貧困さが背景にある。神戸市や西宮市は入居者に対し、他の公営住宅等への「住み替え」を要求しているが、人間は住居が与えられるだけでは生活は不能である。住居に加え、その人の状態に適した居住のための様々な環境（買い物場、仕事場、人間関係やコミュニティ、かかりつけの医療や福祉サービス、信仰など）が有機的にそろわなければ、生存、そして健康

で文化的な人間らしい生活の継続はできない。憲法や国際条約は様々な人権規定を通じて、これらを有機的総体として保障すること＝「住み続ける権利」の保障を政府に求めている。

転居に応じることが難しく、行政から訴訟を起こされた入居者らは、高齢で持病等もあり、転居による負担や生活環境の変化による健康・生命への影響が危惧された。こうした人々に無理に転居を迫ると、健康悪化や、生存すら困難になることが容易に想像できたため、筆者は先の東日本大震災被災地における調査データも用いながら、同政策は憲法や国際人権規約(社会権規約)が政府に対して課している健康権(right to health)に違反するものであるという内容の意見書を執筆し、この裁判に供してきた。

憲法・社会権規約の健康権の体系は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利があり、その保障を国家に求めているが、身体的な害、不必要な病的状態及び予防可能な死亡数をもたらす可能性のある法や政策を禁止している(国際人権規約社会権規約「一般的意見」第14、50項)。

しかし、裁判所は、憲法に違反して、国際条約の裁判規範性を無視して判決に反映させないか、国際条約の裁判規範性を一定認めたとしても、それを曲解して骨抜き化することにより、行政側の人権侵害を追認した。憲法98条2項の国際条約に対する「誠実原則」に全く反する日本の裁判所自身の違憲・違法の現実である。

神戸市・西宮市の対応は、震災後、落ち度なき被災者やそれを支援する人々(学生ボランティア、医療・福祉関係者等)が20年来努力し作り上げてきた生活環境、コミュニティを人為的に破壊するものである。入居者ないし市民の間にも本来無用の対立や軋轢を生じさせた。引っ越しによる大きな疲弊がもたらされ、移転

先での健康悪化やコミュニティの希薄化、また訴訟を起こされた入居者の中には訴訟中に死亡する者も出た。

阪神・淡路大震災後に孤立死が多発したことを教訓として、その後の災害被災地では、仮設住宅や災害公営住宅の入居にあたって、できるだけ元のコミュニティなどが維持できるように配慮しているところも見受けられる。しかし、教訓の自家本元は震災後30年経ってなお、同じ過ちを繰り返している。

3 地震や津波を契機に推進される被災地改造と人権後退—近年の能登半島群発地震に寄せて—

2024年の元旦に発生した、石川県の能登地方を中心とした地震は、石川県内のみならず近隣県にも大きな被害をもたらしている。20年頃以降、能登半島では群発地震が発生してきたが、23年の5月5日にも珠洲市などを中心に大きな被害を出した。そこからの再建の最中に起きたのが24年元旦の大地震である。同年9月の豪雨災害も、被害の深刻さに一層拍車をかけている。

本節では、日本の政府による過去の地震や津波への対応施策の傾向を整理しながら、2024年元旦の能登半島地震をはじめとする近年の能登地方の群発地震被災地において危惧される問題について、いくつか論じておく。

(1) 新自由主義政策とケインズ政策のご都合主義的展開

①阪神・淡路大震災、東日本大震災と「創造的復興」

地震などの自然現象時には、既存の社会の矛盾や脆弱性が顕在化ないし増幅し、それが「災害」となる。故に、災害を機に既存社会の矛盾

や脆弱性を克服する発想が生まれうるが、日本の長年の保守政権下における政治状況においては、災害・惨事は被災した人民の生活の改善というよりかは、保守政権やそれと癒着した大企業の利益を追求するための改革や実験を推進する好機として都合よく利用されてきたきらいがある。

阪神・淡路大震災とその後の復興政策が展開された1990年代後半という時期は、日本においてそれまでの政府財政投入を通じた土建公共事業による地域開発、いわゆるケインズ政策が幅を利かせながらも、それが徐々に批判され、「小さな政府」を追求する新自由主義政策が本格的に展開されていく過渡期であった。

こうした政治情勢の中、同震災では、「創造的復興」の下での市街地の大規模開発再開に伴い、住み慣れた地域からの移転が引き起こされた。そして、安上りの住宅保障政策としての借上復興公営住宅(当時の新自由主義政策の産物)の導入も行われた。その結果、再開発や区画整理が行われた地区を中心に、既存の地域コミュニティが解体され、仮設住宅、公営住宅等で「孤独死」等の問題も相次いだ。住み慣れた土地を追われ、被災者は何となく自分らしい生活、終の棲家を細々と構築してきた。長年にわたり良心的支援者や専門職、学生ボランティア等も支援を行ってきたが、2010年以降、神戸市・西宮市行政は、公営住宅コスト軽減のため、借上復興公営住宅に事後的に「退去期限」を設定し、転居できない者を訴訟に訴えた。長年の当事者や市民社会による生活環境創出の「自助」「互助」の努力は無に帰す結果となった。「自助」「互助」「共助」「公助」政策のご都合主義である。

東日本大震災とその復興政策が展開された時期は、民主党政権(2009～2012年)と、第二次

以降の自公安倍政権期である。安倍政権は従来の自公政権における新自由主義政策を引き継ぎ、社会保障分野などではいっそう露骨にそれを推進する性格が見られたが、他方で、震災復興場面では、2000年代には回避されていた大規模な土木建築分野への財政投入をもとにした事業を展開した。高台移転や防潮堤建設による被災地大改造などである。

東日本大震災後、甚大な被害の中で、被災者の疲弊は目に余るものがあった。甚大な被害や災害からの避難による離散(特に福島第1原発事故による被害)等によって、地域行事への参加余力の衰退、コミュニティの弱体化が進む中、高台移転はそれに拍車をかける形となった。移転先では新たな生活問題やケアの問題が生じるが、国の社会保障費抑制政策の中、行政による「地域包括ケアシステム」構築による「助け合い」への誘導が行われ、既存住民団体への過度な負担や疲弊の危険性が生じかねない状況となっている。高台移転政策と、地域包括ケア政策による負の相乗効果である。

阪神・淡路大震災、東日本大震災後の政策に共通するのは、復興事業に関与する大企業やコンサルに利益をもたらす一方で、被災者の生活環境を激変させ、疲弊した彼らに生活問題での対応に「自助」「互助」を強いる、資本-政府本位の「新自由主義政策」と「ケインズ政策」のご都合主義的使い分けである。

②能登半島地震と「石川県創造的復興プラン」

2024年6月、石川県は同年元旦の震災からの復興計画として「石川県創造的復興プラン」(以下、プラン)を公表した。しかし、上記のような経験や災害研究の蓄積を踏まえるならば、このネーミングには多分なる危うさを感じざるを得ない。プランは、「単に被災前の姿に復元す

るだけでは、能登をそのような厳しい状況に戻してしま」うとし、「創造」の必要性を主張しているが⁽¹⁵⁾、過去の被災地ではそうした建前の結果、被災者個人々の生活ニーズより、国・行政やコンサル、大企業の思惑優先のアクロバティックな改造が行われ、様々な問題が引き起こされることにもなった。

被災者の生活の再建と改善に向けては、惨事に乗じた「創造」(しばしば国策推進のための社会実験と化す)ではなく、被災者の思いに寄り添いながら可能な限り従前の生活環境を再建することをひとまずの基本方針とすべきであろう。能登の人々の先祖伝来の土地や自分の家に対する愛着は非常に強い。

「防災」「生産性」「効率化」「創造」といったスローガンを掲げた政府・企業権力のイニシアチブの下で、物言えぬ数知れない人々の生活や思いを犠牲にしていく「復興」政策は欺瞞である。

(2) 巨大災害と被災者・支援者の相互扶助、主体性

① 巨大災害を契機に進んだボランティア、「自助」「互助」論

1995年の阪神・淡路大震災におけるボランティアの活躍は、しばしば「ボランティア元年」と称えられる。しかし、1990年代中葉以降の日本における新自由主義「構造改革」の本格始動の流れの中で、1998年に特定非営利活動促進法(NPO法)が成立するが、当時福祉分野で進められていた社会福祉基礎構造改革は、福祉サービスにおける公的責任や役割を劣化させ、NPOやボランティアに安上がりのサービス提供主体としてそれを肩代わりさせる流れを生み出したことも忘れてはならない。

同様のことは、2011年の東日本大震災後に

も生じた。「絆」「助け合い」といった言葉が日本社会を席卷する中、自民・公明・民主の三党協議の下で、2012年8月に社会保障制度改革推進法が成立した。同法の趣旨は、以後の社会保障改革の方向性として、公的な社会保障給付およびサービスを抑制し、「家族および国民相互の助け合い」に置き換えていくことにある。第2次安倍政権(2012年末)以降、従来にも増した社会保障抑制政策、社会保障の「自助・互助・共助・公助」化が強力に推進された。明治期の恩恵的救済制度、恤救規則に登場する「人民相互の情誼」という言葉を彷彿とさせる。

② 災害時における「ボランティア」等をめぐる状況の変化

筆者は、2007年の能登半島地震の時から被災者の支援や調査活動を行ってきた。現在も学生ボランティアを連れて今回の能登半島地震の支援や調査も行っているが、その中で従来とは異なる雰囲気を感じている。それはボランティア、運動団体を含む外部からのボランティアな支援者の少なさである。

2024年の能登半島地震の場合、その要因はいくつかある。第1は、能登半島の地理的要因である。甚大な被害が半島で起きた故に、限られた主要道路が寸断され、陸路でのアクセスが困難となった。第2に、過疎化の進行による宿泊場所等の少なさである。能登半島は以前は民宿・旅館等も一定存在したが、この間の過疎化と民宿・旅館経営者の高齢化等に伴う廃業等で支援者がとどまれる宿泊施設が限定された。第3に、ボランティアを受け入れる側の行政や社会福祉協議会などのコーディネート体制の脆弱性である。これは、長年にわたり新自由主義「小さな政府」を追求してきたことによる平時からの自治体及び福祉関係機関の体制の脆弱性

が背景にあらう。第4に、行政によるボランティア自粛を求めるメッセージの発出である。震災直後から石川県の馳知事は、個人的なボランティア等を控えるよう、SNS等を通じて呼びかけた⁽¹⁶⁾。

ボランティア受け入れ体制の脆弱性と、震災直後の行政による自粛要請は、以後長きにわたって、支援活動を控える(ボランティア側の付度を含む)社会的雰囲気をもたらし、大きな要因となった。災害被災地での豊富な経験を持つ支援団体は、社協のボランティアセンターを介さずとも、自発的に様々な支援を展開し地域住民と信頼関係を築いて、寄り添った活動を展開していくが、こうした団体に対しても現地入りの躊躇を与えた感が否めない。

いかなる社会問題であっても、その改善のためには、その意欲を持った「主体性」のある人民のアクションが不可欠である。しばしば、そのような活動は、「ボランティア」や「社会運動」と表現される。災害や社会問題の解決に取り組む「主体性」を持ったボランティアの人々には、筆者が実際に見聞きしたり体験したりしてきた限り、現代においてはさしあたり2つのタイプに大別できる。

第1は、社会に貢献し国家や地域の課題解決に取り組む意思を有するものの、しばしば権力による管理の枠内での行動にとどまり、意識的または無意識のうちに国策に「動員」されてしまうタイプである。ここではこれを「保守的ボランティア」と呼んでおく。社会保障の分野での例としては、国の進める「地域包括ケアシステム」におけるボランティアの動員があげられる。国の進める「地域包括ケアシステム」は、本質的には社会保障費抑制と基本的人権としてのケアを解体する意図があるが、そうした政策の問題点を認識することなく、ボランティアな

ケアに労力を提供し、いわゆる「安上がりの行政の下請」としての役割を転嫁されてしまうタイプのボランティアである。

第2は、様々な社会問題の根源にある社会構造、既存の権力や階級支配構造に対する疑問や批判的分析視覚を持ち、当事者に寄り添いながら、国家責任でそのニーズの保障するための社会システム(=人権)を実現するために、ボトムアップ型のアクションを展開するタイプである。ここでは「社会運動的ボランティア」と呼んでおく。当座は、目の前の困難によく面した人々のために自らのボランティアな労力提供を行う場合もあるが、目標として、社会的な資源再配分を行う国や自治体の責任による制度の構築により、問題の解決を志向するものである。社会保障運動などが該当し、「災害ボランティア」の中にもこうした方向性を意識した実践や活動を行う人々が一定数存在する。

このように整理した場合、阪神・淡路大震災から東日本大震災の時期を経て、今日の能登半島地震に至る期間の中で、政府は徐々に、前者を都合よくコントロールして動員することに重きを置き、後者を排除する意図を強めてきているように感じられる。単純に行政の責任や役割を民間に転嫁し丸投げする「ボランティア活用」論から、行政のコントロールできない、もしくは国策や行政の政策の方向性に対立しうる(本稿が論じてきたように、国・政府の「復興」への思惑と、被災者の思いが一致しないことがしばしばある)主体性を排除する雰囲気が強まってきているように思われる。「官製ボランティア」への収斂の危険性と、それへの下からの対抗が現在の能登半島地震の支援をめぐる現場でも起きている⁽¹⁷⁾。

おわりに 一災害・惨事便乗型開発、軍事的統合ではなく、人権保障としての復興を一

今日、日本におけるボランティアや「自助」「互助」論などの動向を見ると、奇しくも今から約100年前の1923年に起きた関東大震災後の出来事に類似性を見出すことができる。関東大震災の後、当時の天皇は臣民に向けて「国民精神作興に関する詔書」を発した⁽¹⁸⁾。これは、国家興隆のために、天皇制秩序を守り、公益や社会事業のために貢献することなどを臣民に求めて天皇支配体制への統合強化を図ると同時に、当時「大正デモクラシー」によって広まりつつあった民主的な思想、天皇制や階級支配に対する批判的な風潮を牽制する内容であった。要は、「国家興隆」にとって都合の良い臣民の主体性は利用するが、当時の支配階級にとって都合の悪い主体性を排除するものである。こうした動きの中でその後の日本は、治安維持法、勤労報国、戦時国民動員体制への道を歩んでいった。

災害やその後の風潮に乗じたボランティア「活用」論や、社会保障の国家責任を解体し、地域住民にその役割を転嫁すべく国策として追求されている「地域包括ケアシステム」＝「自助・互助」住民動員システムが、戦争・有事における住民動員システムに転化していく可能性も否めない。

2024年の能登半島地震におけるボランティアや、地域住民の「自助」「互助」に対する政府の対応は、従来よりも一歩進んだステージに突入したように思われる。先述のように、外部からの支援者に対し一種の「ふるい分け」を強めるような雰囲気を感じられるが、加えて、被災者・地域住民自身のコミュニティやその自治力の減衰を加速する方向に作用しかねない施策も行われた。地震直後から推進されたいわゆる

「2次避難」である。石川県で、地域の避難所ではない他の自治体のホテル・旅館等の2次避難所に、最大時で5,275人(2024年2月16日)が避難した⁽¹⁹⁾。

筆者がこの間現地に支援に入る中でも、この避難によって、地震後地域住民が離散し、地域活動の核となる区長等が不在となるところも見られ、地区運営や住民自治にしばしば影響を与えている。また、本稿でも論じたように、居住場所の移動や急激な生活環境の変化は被災者に更なる健康上のダメージを与えるリスクが大きいことから、「2次避難」による災害関連死や健康状態の悪化(特に病人や要介護者の場合、2次避難先で健康状態が悪化すると、再び故郷に戻ってることが困難になる)への影響も危惧される。被災状況は地域によって異なるため、今回の規模の「2次避難」が本当に必要かつ妥当であったかは、地区や医療福祉機関ごとに、またオペレーションのあり方にも踏み込んで、きちんと検証されなければならない。

今回の能登半島地震においては、外部からのボランティアな支援者に対するある意味の「管理統制」と、被災者・住民自身の自治力の減衰が同時並行で生じており、能登半島自体が有事の際の実験台にでもされているような印象すら受ける。

振り返れば、東日本大震災後の日本は、憲法25条に反する社会保障制度改革推進法の成立と、それに基づいた安倍政権による社会保障費抑制諸政策の推進と並行して、憲法9条に真面向から反して日本の集団的自衛権の行使を認める安全保障関連法の成立(2015年)、また、2020年からのコロナ災害に乗じた憲法への「緊急事態条項」創設の議論など、「福祉国家から軍事国家へ」ともいべき反動が、急速かつなし崩し的に進んだ⁽²⁰⁾。そもそも、2012年の自由民

主党「日本国憲法改正草案」には、憲法9条の恒久平和主義を否定し、また、「平時」からの人々の諸人権を劣化させる意図が明確に示されている。

日本では憲法9条が歯止めになっていると思われるが、諸外国においては、しばしば「災害対応」と「軍事」「有事対応」は親和的な領域である。政治的に災害が人権の劣化、大企業本位の開発に多分に利用されてきた日本において、それが軍事的な人民の統合や過疎被災地の基地・軍事転用といった事態にまで拡大しないように警戒しなければならない。

しばしば、災害からの「復興」と言われるが、その概念は多分に曖昧である。被災者の人々の住み慣れた地域に住み続ける思いを実現するためには、災害からの「復興」は、「創造的復興」や軍事的統合の推進ではなく、基本的人権をいかに保障するか、という視点を最優先にしなければならない。災害被災者と伴走する支援者や研究者には、そうした視点からのアプローチが必要不可欠であると考えられる。

付記

本稿は、2023年11月18日に開催された日本医療福祉政策学会第7回研究大会シンポジウムでの筆者の発表「住み続ける権利から見た日本の地震・津波災害からの『復興』政策」をもとに、能登半島群発地震の状況も踏まえて加筆を行ったものである。

注

- (1) 調査日程は、2009年1月5～8日(第1回)。この時の様子は、(金沢大学能登半島地震学術調査部会(生活・住居・福祉班)四川大地震調査団、2009)にまとめている。2011年3月1日～6日(第2回)にもその後の復興状況の調査を行った。
- (2) 中国国务院発表(2008年8月25日)。
- (3) 内閣府、<https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h17/bousai2005/html/honmon/hm140102.htm>(2024年12月20日最終閲覧)。
- (4) 金沢大学能登半島地震学術調査部会(生活・住居・福祉班)による。調査日程は、地震・津波災害から10年が間近に迫った2013年3月25日～30日である。
- (5) この町のことについては、(兵庫県震災復興研究センター、2009: 73～75ページ)も紹介している。
- (6) こうしたことを射程に入れた「居住福祉」の概念については(早川、1997)。
- (7) 井上(2012)、23～24ページ。「住み続ける権利」については、同書参照。
- (8) 高台移転政策と、それが与えた住民への影響について詳しくは(井口、2021)、参照。
- (9) 国土交通省「国土のグランドデザイン2050～対流促進型国土の形成～」(2014年7月)。「誘導」に関する記述としては、「都市においては、都市全体の観点から、市役所、医療、福祉、商業、教育等の都市機能や居住機能を、都市の中心部や生活拠点等に誘導し、再整備を図るとともに、これと連携した公共交通ネットワークの再構築を図り、コンパクトシティの形成を推進する」(同、19ページ)、「津波危険地域等における住居や施設からの避難路の確保と、災害リスクを軽減するためのそれらの内陸部への誘導を図る」(同、40ページ)などが見られる。
- (10) 日本において防潮堤で「津波は防げる」という考え方が急速に浸透し、またそれに基づいて各地で防潮堤建設が推進されたのは、1960年のチリ地震津波がきっかけである。同津波は、東北地方沿岸に甚大な被害をもたらしたが、1933年の昭和三陸津波の被害を受けて10メー

トルを超える巨大防潮堤を建設していた岩手県田老町には被害がなかったことから、「防潮堤が津波を防いだ」という情報が出回り、国は各地で防潮堤建設を推進した。しかし、同津波で田老町に被害がなかったのは、防潮堤が津波を防いだのではなく、津波が防潮堤まで到達しなかったことによる(NHK「戦後史証言プロジェクト 日本人は何をめざしてきたのか 地方から見た戦後 第6回 三陸・田老 大津波と“万里の長城”」2014年01月11日放送)。こうした「誤報」により、日本では一種の「防潮堤神話」が広がっていった。東日本大震災後、東北沿岸を周ると、各地で津波に乗り越えられ破壊された防潮堤の残骸を目にした。

- (11) 以下、詳細については前掲、拙稿参照。類似の現象は他の自治体や地区でも見られ、震災関係者の参加する研究会やシンポジウムでこうした話をする、神戸大学が支援に入っていた地区は「まだましな方である」といった趣旨の意見が寄せられる。
- (12) 阪神・淡路大震災や東日本大震災における「創造的復興」とその過程で生み出された「復興災害」については、(塩崎、2014)参照。
- (13) 塩崎前掲、(兵庫県震災復興研究センター、市民検証研究会、広原盛明、松本誠、出口俊一、2022a)など参照。
- (14) 以下、詳細は(兵庫県震災復興研究センター編/津久井進、市川英恵、出口俊一、吉田維一、関本龍志、井口克郎、藤原柄彦、2022)参照。
- (15) プラン、13頁。
- (16) 「中日新聞(インターネット版)」[『能登に來ないで』生かせなかった善意 ボランティアと行政つなぐ組織必要](2024年7月9日付) <https://www.chunichi.co.jp/article/925043>(最終閲覧2025年1月8日)など参照。
- (17) 先述の中国四川大地震被災地の調査の折、政府が現地のボランティア団体の活動に対してコントロールをする雰囲気が存在した。中国の災害現場で活動するNGO(非政府組織)もそうした一定のコントロール下にあり、「官製NGO」という言葉(形容矛盾も甚だしい)を現地で初め

て聞いた。筆者は大変驚いたのだが、今日、日本でも「官製ボランティア」なる言葉が普通に聞かれるようになってきている。

- (18) この詔書の詳細については、(池田、2019: 27～38ページ)参照。同書では、人々の「自発性」によるボランティアの2面性については興味深い指摘がなされている。
- (19) 内閣府(防災担当)令和6年能登半島地震に係る検証チーム「令和6年能登半島地震における避難所運営の状況」(2024年4月)、https://www.bousai.go.jp/updates/r60101notojishin/pdf/kensho_team3_shiryu02.pdf(2025年1月2日最終閲覧)。この他に「1.5次避難者」、「広域避難者」が存在する。
- (20) この他にも、通信傍受法の改定による対象拡大や盗聴緩和(2016年、19年)、組織犯罪処罰法・共謀罪の創設(2017年施行)、土地利用規制法(2021年成立)など戦前さながらの国民監視法制が乱立した。

参考文献

- 池田浩士(2019)『ボランティアとファシズム：自発性と社会貢献の近現代史』人文書院
- 井上英夫(2012)『住み続ける権利 貧困、震災をこえて』新日本出版社
- 井口克郎(2012)「石川県能登半島地震における被災者生活問題の実態把握と生活保障への課題：金沢大学能登半島地震学術調査部会(生活・住居・福祉班)による被災者への継続的な聴き取り調査から」『社会政策』4(1)、社会政策学会編、4～18ページ
- 井口克郎(2021)「地域包括ケアシステム、コンパクトシティおよび防災集団移転の一体的展開と住民生活への影響—東日本大震災被災地における住民生活実態調査から—」『医療福祉政策研究』第4巻1号、日本医療福祉政策学会編、59～84ページ
- 金沢大学能登半島地震学術調査部会(生活・住居・福祉班)四川大地震調査団(2009)「四川(汶川)大地震現地調査報告書」
- 塩崎賢明(2014)『復興<災害>—阪神・淡路大震災

と東日本大震災』岩波新書

自由民主党(2012)「日本国憲法改正草案」

出口俊一(2019)『震災復興研究序説—復興の人権
思想と実際—』クリエイツかもがわ

早川和男(1997)『居住福祉』岩波新書

兵庫県震災復興研究センター / 『世界と日本の災害
復興ガイド』編集委員会 / 塩崎賢明、西榮一、
出口俊一編(2009)『世界と日本の災害復興ガ
イド』クリエイツかもがわ

兵庫県震災復興研究センター、市民検証研究会、
広原盛明、松本誠、出口俊一編(2022)『負の
遺産を持続可能な資産へ 新長田南地区再生
の提案』クリエイツかもがわ

兵庫県震災復興研究センター編 / 津久井進、市川英
恵、出口俊一、吉田維一、関本龍志、井口克郎、
藤原柄彦(2022)『まもられなかった人たち—
検証「借上復興公営住宅」の強制退去策』ク
リエイツかもがわ

総説論文

終末期在宅療養者に対する家族介護者による 投薬管理上の課題と支援ニーズの探究 —国内外の文献をてがかりとして—

Study of Issues in Medication Management Performed by Family
Caregivers Providing Home Care to Patients at the End of Life and
Support Needed:

Using Japanese and International Publications as a Clue

大 釜 信 政(帝京科学大学)・中 筋 直 哉(法政大学)
Nobumasa OGAMA, Naoya NAKASUJI

抄録

本研究の目的は、家族介護者による投薬管理上の課題や必要とされている支援を国内外の文献から抽出し、終末期在宅療養者にとって安全で効果的な投薬管理を家族介護者が実践するための支援の要点に関して示唆を得ることである。方法として、PubMedと医中誌Webを用いて文献検索を行い、終末期療養者に対する家族介護者による投薬管理上の課題や支援ニーズが示された原著論文を選定した。結果として、国外21編、国内2編、合計23編の原著論文を分析し、【家族介護者のスキル不足】【多様な障壁】【療養者の心身の状況が与える影響】【親族間の意見の相違】【不十分な専門サポート】【家族介護者が抱える多大な負担】といった課題が明らかになった。家族介護者による投薬管理の現状から求められる支援として、【スキルを向上させるための指導】【システムやガイドラインの整備】【療養者と家族介護者にとって最適な薬剤処方】【コミュニケーションの促進】【家族介護者の全体像を捉えた支援】【必要性に応じて公的支援を追加】【専門職者としての基本姿勢】を必要としていることが判明した。結論として、終末期在宅療養者にとって安全で効果的な投薬管理を家族介護者が実践するために、医療専門職者による十分な指導が求められている。適時かつ適切な投薬管理を支援するためのシステムの構築やガイドラインの整備が必要である。療養者と家族介護者にとって、最適な薬剤処方も求められている。専門職者は、家族介護者との信頼関係を確立し、療養者や家族介護者の生活上の希望に寄り添う姿勢をもつことが肝要である。

Abstract

This study aims to identify issues in medication management performed by family caregivers and the support they require, based on a literature review of domestic and international studies, and to provide insights into key strategies for ensuring safe and effective medication management for

(受理日：2024年11月22日)

patients receiving end-of-life care at home. A literature review was conducted using PubMed and the Japan Medical Abstracts Society (Ichushi Web) to select original articles that addressed issues and support needs related to medication management by family caregivers for end-of-life patients receiving home care. Analysis of 23 articles (21 international and 2 Japanese) revealed several challenges in medication management by family caregivers, including “Lack of skills by family caregivers,” “Various obstacles,” “Impact of the patient’s mental and physical condition,” “Disagreements among family members,” “Inadequate professional support,” and “Heavy burden on family caregivers.” Furthermore, the support needs identified were “Skill development through instruction,” “Establishment of systems and guidelines,” “Optimal medication prescriptions for patients and caregivers,” “Facilitation of communication,” “Comprehensive support tailored to family caregivers,” “Provision of public support when necessary,” and “Adherence to a professional attitude.” To enable family caregivers to perform safe and effective medication management for end-of-life patients at home, adequate guidance from healthcare professionals is essential. The development of systems and guidelines to provide timely and appropriate support, as well as the prescription of optimal medications for both patients and family caregivers, is critical. Moreover, healthcare professionals should foster trust with family caregivers and maintain a compassionate approach that aligns with the life wishes of both the patient and their family.

キーワード：終末期、在宅、家族介護者、投薬管理、文献検討

Keywords: end of life, at home, family caregivers, medication management, literature review

1. 本研究の背景と目的

日本では、要介護認定者数および介護サービス利用数は増加の一途をたどっている(厚生労働省, 2023a)。また、60歳以上の約半数の人々が自宅で最期を迎えたいという希望をもっている(内閣府, 2019)。こうした事象から、在宅医療は、生活環境を可能な限り維持しつつ尊厳ある最期を迎えるために、欠くことのできないサービスである。地域包括ケアにおいて最も重要な構成要素にも該当する(川越, 2014)。領域によっては、入院医療よりも在宅医療の方が優れているとするエビデンスもある(秋下・鳥羽・石井ほか, 2015)。国民の希望や医療資源を効率的に活用するには、在宅医療の拡充がこれまで以上に必要になる。

しかしながら、自宅で最期を迎えることを理想とする人々が一定数存在する反面で、現実的には医療機関での看取りが主流になっている(辻彼・中島・渡辺, 2012)。どこで最期を迎えたいかを考える際の条件として、家族等との十分な時間を過ごせること、自分らしくいられること、人間としての尊厳を保てること、体や心の苦痛がなく過ごせること、家族等の負担にならないことなどが挙げられている。一方で、自宅以外で最期を迎えることを選択した理由としては、“介護してくれる家族等に負担がかかるから”という回答が最も多い(厚生労働省, 2023b)。日本では、同居家族が介護で果たす役割は依然として大きい(小島, 2024)。

また、終末期にある療養者においては、死亡

する1か月前より、不眠やせん妄、憂鬱などの精神症状が出現する点が示唆されている(Kobayakawa・Ogawa・Konno et al., 2017)。終末期に近づくにつれて、投薬数が増加する点も明らかになっている(McNeil・Kamal・Kutner et al., 2016; Morin・Vetrano・Rizzuto et al., 2017)。療養者の苦痛症状を最小限に抑えるには、的確な症状の評価や、医薬品の用法・用量を順守することが必要になる。加えて、複数の薬剤を同時に管理したり、効果や副作用について観察することも求められる。オピオイドの使用については、療養者の快適さや安定した状態を確保するために重要であるが、医学的事実と一致しない誤解から療養者は麻薬の使用について不安やためらいを感じることもある(公益社団法人日本薬剤師会, 2023, 202-204; 松浦, 2016, 109-112)。そして、在宅での厳格な管理も必要になる。このような状況の中で、家族介護者にとっては、在宅療養者に対する投薬管理を的確に遂行するために、時間と労力を費やすだけでなく強い緊張も強いられ、大きな負担となっている。(Kelley・Demiris・Nguyen et al., 2013; Oliver・Wittenberg-Lyles・Washington et al., 2013)。強い苦痛や新たな症状が療養者に出現した場合、家族介護者は不安や恐怖を感じるがゆえに救急車を呼び医療機関に緊急搬送するケースも報告されている(Phongtankuel・Paustian・Reid et al., 2017)。

家族介護者が直面する負担は、上記の内容だけに留まらない。上野(2012, 131-133)は、家族がいるからといって介護機能が十分だと前提することはできないことや、介護負担そのものが家族の能力の限界を超えて重荷となっている点を指摘している。家族介護が自明でも自然でもなく、のぞましいわけでもないことを述べている。笹谷(2010, 40-68)によると、地域の生

活者として家族の有無に縛られずに生きてゆくためには、より多様なサービスの提供と質の高いケアワーカーの存在が求められるとしている。小磯(2009, 179-180)は、施設から地域へ、在宅へとサービスを転換するためには何よりもまず十分な在宅サービスの量の確保が重要であると述べている。これらの指摘を踏まえると、家族介護者が安全かつ効果的に投薬管理が行えることや負担の軽減に向けては、専門職者によるサポートが不可欠である。

こうした議論を背景に、家族介護者を取り巻く環境の調整や負担の軽減に向けた具体的な取り組みが求められている。厚生労働省(2015)は、「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局の機能として、服薬情報の一元的・継続的な把握により薬学的管理と指導を実施できること、24時間対応を可能にすること、医療機関等との連携体制の構築を目指している。近年では、療養者の自宅に訪問して薬剤管理を行う薬局数が増加しており(厚生労働省, 2022)、地域医療の拡充につながっている。また、家族介護者を取り巻く状況の変化に対応しながら、介護力として支援するだけでなく、生活や人生の質を維持・向上させるための支援も重要とされている(厚生労働省, 2018)。療養者や家族介護者を十分かつ公平に支援するためには、適切なサービス提供体制の確保が必要である(World Health Organization, 2016)。そして、在宅における終末期ケアの質を担保するには、ケアネットワークの構築も重要とされている(Giezendanner・Bally・Haller et al., 2018; Jennings・Chambaere・Chamely et al., 2020)。

しかし、日本では、そうした支援体制の整備が十分とは言えない。在宅における看取りケアの拡充が求められているが、家族介護者による

投薬管理を支援するための日本の先行研究はまだ少ない。投薬管理のための支援が十分でない場合、疾病や薬物治療に関する知識とスキルを欠く家族介護者が増えることになる。その結果として、家族介護者の負担が一層増大し、在宅療養者の生活にも深刻な影響を及ぼす可能性がある。このような背景を踏まえると、海外の先行研究も参考にしながら、終末期在宅療養者に対する家族介護者による投薬管理のための支援について検討することは喫緊の課題と言える。

そこで、本研究では、家族介護者による投薬管理上の課題や必要とされている支援を国内外の文献から抽出し、終末期在宅療養者にとって安全で効果的な投薬管理を家族介護者が実践するための支援の要点に関して示唆を得ることを目的とする。

2. 研究方法

1) 本研究における用語の定義

(1) 終末期在宅療養者

「原疾患の悪化により余命が短く死が間近に迫っており(鈴木, 2023, 5-7)、可能な限り自宅で最期を迎えることを選択した成人期以降にある人」と定義する。

(2) 家族介護者

「療養者に対して身の回りの世話や手助けをする親族もしくは近い間柄の人(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社, 2020)」と定義する。

(3) 投薬管理

「薬剤の保管、用法・用量を遵守した薬剤の投与、症状に応じた臨時薬の投与、薬剤の効果や副作用の観察など(秋山, 2023, 16-23; 岸本・倉田, 2023, 23-34)、終末期在宅療養者にとつ

て安楽な生活を維持・継続するために行われる薬剤管理全般」と定義する。

2) 研究対象文献の選定

国外文献の選定では、2023年12月にPubMedを用いて、「end-of-life」「patients」「family caregivers」「medication management」「home care」のキーワードでAND検索し、2000年以降に発行された509の文献を抽出した。国内文献については、2024年1月に医中誌Webを用いて「終末期」and「患者」and「家族」and「薬剤」and「在宅」のキーワードで2000年以降に発行された文献に限定して検索し、63の文献を抽出した。

抽出した国内外の文献のタイトルや抄録、必要に応じてキーワードと本文も確認した。終末期療養者に対する家族介護者による投薬管理上の課題や支援ニーズが示された原著論文を選定した。文献の選定手順は、図1に示した。

3) 文献の分析方法

まず、分析対象とした文献を精読した。そののち、著者名、発刊年、国名、論文タイトル、研究目的、研究方法について文献シートを用いて整理した。次に、各文献から終末期療養者に対する家族介護者による投薬管理に関する『課題』や『必要とされている支援』に該当する記載箇所を抽出し、意味内容を崩さないように細心の注意を払いながら要約した。つづいて、要約内容の類似性や相違性に着目しながらカテゴリライズし、その特徴を反映できるラベルを付けた。最後に、要約とラベルの内容に基づき『課題』または『必要とされている支援』の項目ごとに的確に分類できているかについて確認した。

図1 文献の選定手順



3. 結果

1) 選定文献の概要

本研究では、ハンドサーチによる国外の1文献を加え、終末期療養者に対する家族による投薬管理上の課題や必要とされている支援内容を示した国外21編、国内2編、合計23編の原著論文を分析対象とした。国別の内訳は、アメリカ合衆国が13編で最も多く、次いでイギリスが4編、日本とオーストラリアが各2編、アイルランド共和国とシンガポールが各1編になった。分析対象とした文献では、家族介護者や終末期療養者、医療従事者、電子記録データを調査対象としていた。23編の文献の概要は、表1-1と表1-2に示した。

2) 家族介護者による投薬管理に関する『課題』

および『必要とされている支援』

以下の文中では、家族介護者による投薬管理に関する『課題』および『必要とされている支援』の2つの項目ごとに、23編の文献から抽出した要約については「」で、要約内容の類似性に従ってカテゴライズしたのちにその特徴を反映したラベルは【】で示す。表2には家族介護者による投薬管理に関する課題を、表3で

は必要とされている支援について明記した。

(1) 家族介護者による投薬管理に関する『課題』

選定文献を分析した結果、終末期在宅療養者に対する家族介護者による投薬管理上の課題として、【家族介護者のスキル不足】【多様な障壁】【療養者の心身の状況が与える影響】【親族間の意見の相違】【不十分な専門サポート】【家族介護者が抱える多大な負担】を見出した。

1つ目の課題は、【家族介護者のスキル不足】である。「投薬管理に関する知識・技術・経験が不足している」ことや、「終末期症状に関する知識を十分にもっていない」こと、「家族介護者が療養者の症状に応じて複数の薬剤を選択し投与しなければならない」こと、「オピオイドを用いた症状緩和について誤解がある」といった課題が指摘されていた。

2つ目は、【多様な障壁】の存在である。「女性よりも男性の家族介護者のほうが投薬管理に対する障壁が高い傾向にある」ことや、「公的支援を受けていない家族介護者の特徴として、人種的・民族的マイノリティであり療養者と同居している」点について報告されていた。

3つ目の課題としては、【療養者の心身の状況が与える影響】が家族介護者による投薬管理

表1-1 選定文献の概要

文献番号	著者名 発行年 国	論文タイトル
1	Redinbaugh E.M., Baum A., DeMoss C., et al. 2002年 アメリカ合衆国	Factors Associated with the Accuracy of Family Caregiver Estimates of Patient Pain
2	Anderson B.A., Kralik D. 2008年 オーストラリア	Palliative care at home: Carers and medication management
3	Lau D.T., Joyce B., Clayman M.L., et al. 2012年 アメリカ合衆国	Hospice Providers' Key Approaches to Support Informal Caregivers in Managing Medications for Patients in Private Residences
4	Joyce B.T., Lau D.T. 2013年 アメリカ合衆国	Hospice experiences and approaches to support and assess family caregivers in managing medications for home hospice patients: A providers survey
5	Kelley M., Demiris G., Nguyen H., et al. 2013年 アメリカ合衆国	Informal hospice caregiver pain management concerns: A qualitative study
6	Oliver D.P., Wittenberg-Lyles E., Washington K., et al. 2013年 アメリカ合衆国	Hospice Caregivers' Experiences With Pain Management: I'm Not a Doctor, and I Don't Know if I Helped Her Go Faster or Slower
7	Joyce B.T., Berman R., Lau D.T. 2014年 アメリカ合衆国	Formal and informal support of family caregivers managing medications for patients who receive end-of-life care at home: a cross-sectional survey of caregivers
8	Sheehy-Skeffington B., McLean S., Bramwell M., et al. 2014年 アイルランド共和国	Caregivers experiences of managing medications for palliative care patients at the end of life: a qualitative study
9	Yap R., Akhileswaran R., Heng C.P., et al. 2014年 シンガポール	Comfort care kit: use of nonoral and nonparenteral rescue medications at home for terminally ill patients with swallowing difficulty
10	Payne S., Turner M., Seamark D., et al. 2015年 イギリス	Managing end of life medications at home—accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study
11	Mayahara M., Foreman M.D., Wilbur J., et al. 2015年 アメリカ合衆国	Effect of hospice nonprofessional caregiver barriers to pain management on adherence to analgesic administration recommendations and patient outcomes
12	Washington K.T., Wilkes C.M., Rakes C.R., et al. 2018年 アメリカ合衆国	Relationships among Symptom Management Burden, Coping Responses, and Caregiver Psychological Distress at End of Life
13	Chi N.C., Demiris G., Pike K.C., et al. 2018年 アメリカ合衆国	Pain Management Concerns From the Hospice Family Caregivers Perspective
14	LeBaron V., Bennett R., Alam R., et al. 2020年 アメリカ合衆国	Understanding the Experience of Cancer Pain From the Perspective of Patients and Family Caregivers to Inform Design of an In-Home Smart Health System: Multimethod Approach

研究目的	研究方法
家族介護者によるがん疼痛推定に影響を及ぼす要因について明らかにする。	31組の在宅ホスピスがん療養者とその家族介護者に対して、疼痛の程度やがん性疼痛管理に関する介護者の知識、生活の質、家族介護者の心理的苦痛、介護負担の程度、療養者の日常生活動作におけるニーズについて面接形式で質問した。得られたデータは、統計解析により評価した。
終末期在宅療養者に対する家族介護者による投薬管理の経験について明らかにする。	在宅で投薬していた家族介護者14名に対して、半構造化インタビューを実施した。得られたデータは、質的手法を用いて解析した。
家族介護者の投薬管理を促進するために、ホスピスケア提供者がどのように支援しているかについて明らかにする。	都市部にある4つのホスピス組織の医療従事者22名(看護師14名、医師4名、ソーシャルワーカー4名)に対して、半構造化インタビューを実施した。得られたデータに基づきグラウンデッドセオリアプローチの手法を用いて、主要な支援方法を導き出した。
家族介護者による投薬管理について、ホスピスケア提供者がどのようにサポートしているかについて明らかにする。	5つのホスピス機関のホスピスケア提供者98名(看護師74名、医師6名、ソーシャルワーカー11名、牧師7名)に対して、クロズドエンドおよびオープンエンド項目を質問した。カテゴリー別回答結果については、度数分布表を用いてまとめた。ホスピス機関、分野、ホスピス勤務時間などは、フィッシャーの正確確率検定を用いて評価した。自由回答結果については、トピックコードにラベルを付け、共通のテーマ毎にグループ化した。
在宅ホスピス家族介護者が直面するがん患者における疼痛管理上の課題を調査する。	在宅で療養しているがん患者の家族介護者29名に対して、疼痛管理上の課題について半構造化インタビューを実施した。内容分析により、疼痛管理上の課題を明らかにした。
1) 家族介護者は終末期療養者に対して実施した疼痛管理をどのように評価しているのか、2) 家族介護者は終末期療養者に対する疼痛管理においてどのような懸念を抱いているのかを明らかにする。	146名の家族介護者に対して、半構造化インタビューを実施した。属性や構造化された7つの10段階スケールによる質問への回答については、記述統計を用いて解析した。疼痛管理における懸念に関する語りの分析では、質的手法を用いてテーマを特定した。
在宅終末期療養者の投薬管理における家族介護者の支援に関連する要因を探る。	5つの在宅ホスピスケアサービス事業所から紹介された家族介護者120名に対して、電話で面接調査を実施した。家族介護者の投薬管理に対する公式(有償)および非公式(無給)追加支援状況、介護者と療養者の社会人口統計学的特性、関係特性、健康特性を測定した。
1) 自宅で最期を迎えた終末期療養者におけるポリファーマシーの影響について家族介護者が感じる事、2) 在宅でシリンジドライバーを使用することに関する家族介護者の見解、3) 症状コントロールのための家族介護者による薬剤の使用状況、4) 投薬管理に関する課題を調査する。	自宅で看取られた療養者に対して投薬管理をした経験をもつ家族介護者16名を3つのグループに分け、フォーカスグループディスカッションを行った。得られたデータは、グラウンデッドセオリアプローチの手法に基づいて、主題的内容分析を用いて解析した。
嚥下能力を失った終末期療養者の症状コントロールのために、痛み、呼吸困難、嘔気・嘔吐、発熱、せん妄などの症状に対する非経口的レスキュー薬剤からなるコンフォートケアキットを考案した。家族介護者の見解に基づき、コンフォートケアキットの使用状況や有効性を評価する。	死後2週間後に、コンフォートケアキットの使用頻度、使用パターン、利点と課題、終末期にあった療養者の救急搬送の必要性について評価するために、担当看護師が49名の家族介護者に対して電話調査を実施した。データの分析においては、平均値、比率、パーセンテージ、範囲などの統計量を算出した。
自宅で最期を迎えた終末期療養者に対して、家族介護者が投薬管理をどのように行っていたのかについて調査する。	がんまたはその他の非悪性疾患により自宅で死亡した療養者にケアを提供した経験をもつ家族介護者59名に対して、インタビューを実施した。得られたデータは、定性的データ分析方法を用いて解析した。
在宅で療養している終末期患者に鎮痛薬を使用する際の家族介護者の障壁と、その障壁が家族介護者のアドヒアランスや療養者の生活の質にどのように影響するかを明らかにする。	46組の療養者と家族介護者に対して、鎮痛薬を使用する際の家族介護者の障壁、処方鎮痛薬レジメンに対する家族介護者のアドヒアランス、療養者の健康アウトカム(疼痛、うつ病、生活の質)を測定した。得られたデータは、統計ソフトを用いて、疼痛管理に対する家族介護者の障壁と処方鎮痛薬投与方法の順守における差異、療養者の転帰の差異、疼痛管理における障壁と家族介護者のアドヒアランスと療養者の転帰との関連について解析した。
1) 終末期療養者に対する家族介護者の症状管理負担と家族介護者の心理的苦痛との関係、2) 家族介護者の対処反応と家族介護者の心理的苦痛との関係、3) 家族介護者の症状管理負担と家族介護者の対処反応との関係、4) 家族介護者の症状管理負担と家族介護者の心理的苦痛との関係においては家族介護者の対処反応が媒介するか否かについて明らかにする。	成人期終末期患者の家族介護者228名に対して、オンライン、電話、郵便による書面のいずれかの方法を用いて定量調査が行われた。変数間の関係性について、構造方程式モデリングを用いて解析した。
終末期療養者の家族介護者が直面する疼痛管理に関する課題を明らかにしたうえで、既存の「家族介護者の疼痛管理を妨げる要因枠組み」ががん以外の療養者の家族介護者にも適用できるかどうかを検討する。	家族介護者15名に対して、インタビュー調査を実施した。得られたデータは、「家族介護者の疼痛管理を妨げる要因枠組み」に基づき、定性的内容分析方法を用いて解析した。
患者と家族介護者の両方の観点から、1) 在宅環境におけるがん性疼痛管理の経験と課題を調査する、2) 在宅環境におけるがん性疼痛に影響を与える可能性のある要因を評価する。1)と2)の結果に基づき、3) がん性疼痛管理を遠隔で支援するために設計された在宅スマートヘルスモニタリングシステムの評価につなげる。	自宅で療養しているがん性疼痛を有する患者と家族介護者(合計22名:患者と介護者のペア10組、患者2名)に対して、(1) 自宅でのがん性疼痛の全体的な経験を探るための自由回答形式の質問、(2) 自宅でのがん性疼痛に影響を与える可能性のある要因に関する質問、(3) 在宅スマートヘルスモニタリングシステムに求める機能について質問した。定性的データは記述的アプローチで分析し、定量的データは統計解析した。

表1-2 選定文献の概要(つづき)

文献番号	著者名 発行年 国	論文タイトル
15	Tait P.,Cuthbertson E.,Currow D.C. 2020年 オーストラリア	What Are the Factors Identifying Caregivers Who Need Help in Managing Medications for Palliative Care Patients at Home? A Population Survey
16	Pollock K.,Wilson E.,Caswell G., et al. 2021年 イギリス	Family and health-care professionals managing medicines for patients with serious and terminal illness at home: a qualitative study
17	Wilson E.,Caswell G.,Pollock K. 2021年 イギリス	The 'work' of managing medications when someone is seriously ill and dying at home: A longitudinal qualitative case study of patient and family perspectives'
18	Tjia J.,Clayton M.F.,Fromme E.K., et al. 2021年 アメリカ合衆国	Shared Medication PLanning In (SIMPLify) Home Hospice: An Educational Program to Enable Goal-Concordant Prescribing in Home Hospice
19	Cravo E.,Weisse C.S. 2022年 アメリカ合衆国	Informal Caregivers' Administration of Concentrated Liquid Morphine to Hospice Patients Receiving Home Care: Does Regimen Matter?
20	O'Hara L.,Evans C.J.,Bowers B. 2023年 イギリス	Family carers' administration of injectable medications at the end of life: a service evaluation of a novel intervention
21	Crampton E.,Weisse C.S. 2023年 アメリカ合衆国	Antidepressant Use During Hospice Patients' Final Months on Routine Home Care
22	縄田 修一, 神山 紀子, 山田 朋樹, ほか 2016年 日本	在宅医療におけるせん妄治療の現状に関するアンケート調査
23	清水 一郎, 福田 俊一, 土器 潔, ほか 2021年 日本	多剤併用に関する在宅医療の患者家族の意向調査と患者状況要因研究

研究目的	研究方法
在宅で緩和ケアを受ける療養者の投薬管理において、問題を生じやすい家族介護者の特徴を明らかにする。	14,625名の住民を対象に、調査機関による緩和ケアと終末期ケアに関する構造化面接を実施した。投薬管理に追加支援が必要と認識する家族介護者の特徴を明らかにするために、属性、勤務状況、世帯収入、大都市圏在住か否か、死亡した療養者の特徴、緩和ケアサービスの利用状況などの調査結果について統計解析した。
終末期療養者や家族介護者、医療従事者が在宅で複雑な投薬管理をどのように実施しているかについて調査する。	(1) 40名の医療従事者と21名の遺族介護者を対象として半構造化面接を実施した。 (2) 20名の療養者または家族介護者を対象として面談と参与観察を実施した。 (3) 医薬品管理の経験および専門知識をもつ医療従事者、マネージャー、教育者などが参加したワークショップにおいてテーブルディスカッションを実施した。 半構造化面接データについては、定性的ソフトウェアを用いて解析した。面談や参与観察データについては、参加者の生活状況、ケアの実際、投薬管理状況などについてケースごとに把握した。テーブルディスカッションで語られた内容については、テーマごとに分類した。
自宅で死亡した終末期療養者に対する投薬管理における療養者や家族の経験と見解について調査する。	(1) 家族介護者21名に対する半構造化インタビューを実施した。 (2) 療養者や家族介護者に対して、縦断的に3～4か月の期間にわたって1回以上インタビューを実施した(合計20件のケーススタディ)。 家族介護者に対するインタビューデータは、定性的ソフトウェアを用いて解析した。ケーススタディの解析においては、療養者と家族介護者のデータを別々に分析し、次に比較分析を実施した。ケース間の比較も行った。
不必要な薬剤の漸減・中止によって在宅における薬物療法を簡素化するための、臨床医・患者・家族介護者に対する教育プログラム「Shared Medication PLanning In (SIMPLIfy) Home Hospice」の開発について説明する。	2つのホスピス機関から選出された管理者2名、看護師3名、医師2名、薬剤師2名、家族介護者2名が教育プログラムについて検討した。
自宅でケアを受けている終末期患者に対する介護者による濃縮液体モルヒネの投与状況を調査する。	定期的に在宅ケアを受けていた終末期患者227名の医療記録から、ホスピスで処方された濃縮液体モルヒネの用量と、死亡7日前および死亡当日に介護者が実際に投与した使用量を算出した。
終末期療養者に対する家族介護者による皮下注射の実施状況やサポート体制について評価する。	皮下注射を実施するための研修に参加した11組の療養者と家族介護者に対するアンケートや電子記録から、療養者と家族介護者の特徴、投薬の種類、投与量、頻度、投与時間、アンケート自由記述内容に基づき評価した。
在宅で療養する終末期患者の最期の数ヶ月間における抗うつ薬の使用状況について調査する。	住宅型ケアホームで療養する終末期患者227人の最期3か月間の投薬記録・スタッフのメモ・家族介護者の証言から、処方された抗うつ薬の種類や服薬継続に関連する因子など、抗うつ薬の使用状況について調査した。
在宅医療においては、家族やヘルパーなどの介護者の協力も不可欠であるため、せん妄治療では介護者にとって容易に使用できる剤形であることが重要である。そこで、在宅医療におけるせん妄治療の実態について調査する。	横浜市内の診療所および病院132施設にせん妄治療に関する調査票を郵送し、在宅医療を担う医師に回答を求めた。医師20名からの回答を解析した。
多剤併用における増薬や減薬などに対する家族の意向を明らかにする。家族の薬剤に対する意向の相異要因についても検証する。	在宅医療機関が担当した患者の家族にアンケート調査を実施した。家族618名からの回答結果に基づき、多剤併用に関する意向を明らかにした。電子カルテの情報から、家族の薬剤に対する意向の相異要因についても統計解析により検証した。

表2 家族介護者による投薬管理に関する課題

項目	ラベル	要約	文献番号
家族介護者のスキル不足		投薬管理に関する知識・技術・経験が不足している	1、4、5、6、8、10、13、16、17、19、20
		終末期症状に関する知識を十分にもっていない	5
		薬剤名・投与時間・投与理由を正確に記録したり、報告することは難しい	2、4、5、13
		薬剤や医療機器を安全に保管したり廃棄できないことがある	5、13、16
		家族介護者が療養者の症状に応じて複数の薬剤を選択し投与しなければならない	8
		皮下注射による症状コントロールの経験が乏しい	2、20
多様な障壁		オピオイドを用いた症状緩和について誤解がある	2、4、5、6、8、10、13、14、16、18、19
		女性よりも男性の家族介護者のほうが投薬管理に対する障壁が高い傾向にある	11
		識字が十分でないことや使用言語が異なることは投薬管理上の障壁になっている	3、16
療養者の心身の状況が与える影響		公的支援を受けていない家族介護者の特徴として、人種的・民族的マイノリティであり療養者と同居している	7
		療養者が痛みについて言語化できないため、家族介護者は疼痛の程度を正確に評価することが難しい	1、5、6、13
		家族介護者は、モルヒネを投与されている療養者から、食べたいものやトイレに行きたいという欲求を聞き出すことに苦勞している	10
		療養者が苦痛症状を家族介護者に伝えようとしなないことがある	5
親族間の意見の相違		療養者が薬剤の服用を拒否することがよくある	6
		家族介護者は、経口摂取が困難な療養者に薬を内服させることができないため、精神症状のコントロールに使用している薬剤を中止せざるを得ない	21、22
課題		親族が投薬について干渉してくるため、主介護者は鎮痛剤を投与できないことがある	5
		必要な薬剤を投与する際、家族間で意見が異なる	8
不十分な専門サポート		タイムリーで適切な専門職者による支援を提供できていない	7、13、15、16
		家族介護者は、ホスピスケアチームや医師とコミュニケーションを十分にとれないため、投薬管理に対して自信をもてない	6、16
		医師から指示を得ることも含めて療養者に必要な薬剤を入手することに時間がかかる	5、6、8、16
		医療専門職者からのアドバイスがそれぞれ異なるため、療養者や家族介護者は混乱することがある	16
		病院専門医と開業医との連携が不十分である	8
		家族介護者と医療専門職者との間で投薬管理に関する意見が異なることがある	10
		医療機関に入院するたびに新たな薬剤が追加されるため、家族介護者による投薬管理方法は一瞬で崩れてしまう	16
家族介護者が抱える多大な負担		未使用の薬剤が多いため、療養者が死亡したのちに破棄しなければならない	8
		投薬管理は身体的・精神的・経済的な負担につながっている	5、8、15、16、17
		家族介護者による疼痛の推定値が高いほど、家族介護者の負担感は大い	1
		投薬管理上の判断や責任に対してストレスを感じている	8、10、16、17
		療養者が感じる痛みを緩和できないことに対して心を痛めている	6
		療養者の精神症状の管理に伴う負担から、家族介護者自身が抑うつ症状を抱える可能性がある	12
		家族介護者自身が病を抱えている	5
		投薬管理の大部分を一人で行わなければならない	10
		家族介護者の疲労は適切な疼痛管理の妨げになる	13
		療養者と同居していない場合、家族介護者にとって服薬状況や残薬の確認はより困難を極める	16
	家族介護者は、自宅でがん性疼痛をコントロールすることはストレスが多く困難であると認識している	14	

注) 表2の文献番号：表1-1および表1-2の文献番号1～23を用いた

表3 家族介護者による投薬管理において必要とされている支援

項目	ラベル	要約	文献番号
スキルを向上させるための指導		家族介護者が投薬管理について専門職者から指導を受けることができること	1、4、6、10、13、19
		家族介護者にとって理解しやすい内容で薬剤の効果や投薬管理方法について説明してもらえること	3、6、8、10、13、16、18
		病状の進行に伴って必要になる薬剤と投与方法を事前に家族介護者に説明しておくこと	8
		主介護者だけでなくそのほかの家族にも薬剤の情報を提供すること	8
		家族介護者に対して終末期療養者の精神的特徴を事前に説明しておくこと	12
		療養者の痛みを言葉・表情・動作・体位などから正しく評価できるよう、家族介護者に実演して示すこと	13
		オピオイドを使用した疼痛緩和に関する療養者や家族の誤解を解消すること	13、14、18、19
システムやガイドラインの整備		家族介護者の質問や要求に対して迅速かつ適切に対応できる体制が整えられていること	2、3、8、13、16、20
		効率的でシンプルな投薬管理支援サービスの開発を目指すこと	17、19
		遠隔地からがん性疼痛の状況をモニタリングするための機器やシステムを開発すること	14
		家族介護者が必要な時に適切な薬剤を投与するための手順書やガイドラインがあること	3、8、13
必要とされている支援	療養者と家族介護者にとって最適な薬剤処方	家族介護者はシリンジポンプのトラブルに対処するための手引書を必要としている	8
		家族介護者が管理しやすいように薬剤の処方内容を簡素化すること	3、4、8、16、18、19、20
		終末期療養者の症状に応じて家族介護者が投与可能な薬剤が処方されること	21、22
		療養者の生活の質を低下させている薬剤を中止すること	8、16
		療養者や家族介護者の意向に基づいて使用中の薬剤を見直すこと	23
コミュニケーションの促進		苦痛症状の出現に備えて、家族介護者が使用しやすく症状管理に有効な薬剤を自宅に設置しておくこと	9、16
		医療専門職者間のコミュニケーションが十分でないために家族介護者に負担をかけていることに専門職者自身が気づくこと	6
		役割や責任について家族間で話し合える場を提供すること	10
家族介護者の全体像を捉えた支援		療養者の要望や疼痛管理の目標について、関係者間で早期かつ積極的に話し合っておくこと	13
		家族介護者の個性を踏まえて支援すること	3、5
		家族介護者の自己効力感を踏まえて支援すること	12
		家族介護者の投薬管理に関する理解度、実践状況、限界を評価しておくこと	3、4、17、19、20
必要性に応じて公的支援を追加		家族介護者の投薬管理に対する信念、誤解している内容、ネガティブな経験も理解して支援すること	3、4、6、20
		家族介護者の精神的な苦痛にも焦点を合わせて支援すること	6、18
		家族介護者が休暇をとれるように手配すること	3、13
専門職者としての基本姿勢		療養期間が6ヶ月を超えている療養者の家族介護者の場合、公的支援を必要とする傾向にある	7
		仕事や育児を抱えていたり、低収入や経済的負担が大きい世帯、大都市圏に住みコミュニティをもたない家族介護者は、投薬管理のための追加的な支援を必要としている可能性がある	15
		専門職者が家族介護者との信頼関係を確立すること	3、18
		療養者や家族介護者の希望に寄り添うこと	18
		家族介護者の安心、自信、満足感を高められるよう支援すること	2、3、20

注)表3の文献番号：表1-1および表1-2の文献番号1～23を用いた

を一層困難にしている点である。「療養者が痛みについて言語化できないため、家族介護者は疼痛の程度を正確に評価することが難しい」や「家族介護者は、モルヒネを投与されている療養者から、食べたいものやトイレに行きたいという欲求を聞き出すことに苦労している」の内容が該当する。そして、「療養者が苦痛症状を家族介護者に伝えようとしにくいことがある」や「療養者が薬剤の服用を拒否することがよくある」状況も判明している。「家族介護者は、経口摂取が困難な療養者に薬を内服させることができないため、精神症状のコントロールに使用している薬剤を中止せざるを得ない」状況も報告されていた。

4つ目の課題は、【親族間の意見の相違】によって投薬管理が困難になる点である。「親族が投薬について干渉してくるため、主介護者は鎮痛剤を投与できないことがある」や「必要な薬剤を投与する際、家族間で意見が異なる」状況が明らかにされていた。

5つ目は、専門職者による【不十分な専門サポート】についてである。療養者や家族介護者のニーズに対して、「タイムリーで適切な専門職者による支援を提供できていない」点が指摘されていた。「家族介護者は、ホスピスケアチームや医師とコミュニケーションを十分にとれないため、投薬管理に対して自信をもてない」との報告も存在した。また、「医師から指示を得ることも含めて療養者に必要な薬剤を入手することに時間がかかる」点にも言及されていた。「医療専門職者からのアドバイスがそれぞれ異なるため、療養者や家族介護者は混乱することがある」や「病院専門医と開業医との連携が不十分である」とされ、専門職者間において十分な連携が図られていない状況が判明している。さらに、「医療機関に入院するたびに新たな薬

剤が追加されるため、家族介護者による投薬管理方法は一瞬で崩れてしまう」や「未使用の薬剤が多いため、療養者が死亡したのちに破棄しなければならない」といった薬剤処方に関する課題も顕在している。

6つ目の課題は、【家族介護者が抱える多大な負担】についてである。家族介護者にとって、「投薬管理は身体的・精神的・経済的な負担につながっている」とされ、「投薬管理上の判断や責任に対してストレスを感じている」。そして、「家族介護者自身が病を抱えている」や「投薬管理の大部分を一人で行わなければならない」状況が、家族介護者の負担の要因になっている。また、「家族介護者の疲労は適切な疼痛管理の妨げになる」とされていた。「療養者と同居していない場合、家族介護者にとって服薬状況や残薬の確認はより困難を極める」や「家族介護者は、自宅でがん性疼痛をコントロールすることはストレスが多く困難であると認識している」との報告も存在した。

(2) 家族介護者による投薬管理において『必要とされている支援』

選定した文献を分析した結果、家族介護者による投薬管理の現状から求められている支援として、【スキルを向上させるための指導】【システムやガイドラインの整備】【療養者と家族介護者にとって最適な薬剤処方】【コミュニケーションの促進】【家族介護者の全体像を捉えた支援】【必要性に応じて公的支援を追加】【専門職者としての基本姿勢】が必要とされていた。

家族介護者による投薬管理においては、【スキルを向上させるための指導】が求められている。「家族介護者にとって理解しやすい内容で薬剤の効果や投薬管理方法について説明してもらえること」や、「病状の進行に伴って必要になる薬剤と投与方法を事前に家族介護者に説明

しておくこと」が必要とされている。家族介護者が疼痛の状態を判断し的確に鎮痛剤を投与するためには、「療養者の痛みを言葉・表情・動作・体位などから正しく評価できるよう、家族介護者に実演して示すこと」や、「オピオイドを使用した疼痛緩和に関する療養者や家族の誤解を解消すること」が求められている。さらに、適宜「家族介護者が投薬管理について専門職者から指導を受けることができること」の重要性も指摘されていた。

そして、【システムやガイドラインの整備】も必要とされていた。「家族介護者の質問や要求に対して迅速かつ適切に対応できる体制が整えられていること」、「遠隔地からがん性疼痛の状況をモニタリングするための機器やシステムを開発すること」、「家族介護者が必要な時に適切な薬剤を投与するための手順書やガイドラインがあること」などである。

また、【療養者と家族介護者にとって最適な薬剤処方】も重要とされている。「家族介護者が管理しやすいように薬剤の処方内容を簡素化すること」や、「終末期療養者の症状に応じて家族介護者が投与可能な薬剤が処方されること」が求められている。さらに、「苦痛症状の出現に備えて、家族介護者が使用しやすく症状管理に有効な薬剤を自宅に設置しておくこと」も必要とされている。

関係者間での【コミュニケーションの促進】も重要であり、「医療専門職者間のコミュニケーションが十分でないために家族介護者に負担をかけていることに専門職者自身が気づくこと」や、「役割や責任について家族間で話し合える場を提供すること」、「療養者の要望や疼痛管理の目標について、関係者間で早期かつ積極的に話し合っておくこと」が必要とされていた。

投薬管理におけるサポートにおいては、【家

族介護者の全体像を捉えた支援】が重要とされている。「家族介護者の個別性を踏まえて支援すること」、「家族介護者の投薬管理に関する理解度、実践状況、限界を評価しておくこと」、「家族介護者の投薬管理に対する信念、誤解している内容、ネガティブな経験も理解して支援すること」などが求められている。

家族介護者が終末期療養者を自宅で看取ることにあたっては、【必要性に応じて公的支援を追加】することが求められていた。「療養期間が6ヶ月を超えている療養者の家族介護者の場合、公的支援を必要とする傾向にある」ことや、「仕事や育児を抱えていたり、低収入や経済的負担が大きい世帯、大都市圏に住みコミュニティをもたない家族介護者は、投薬管理のための追加的な支援を必要としている可能性がある」点が指摘されていた。「家族介護者が休暇をとれるように手配すること」も必要とされていた。

また、家族介護者を支える際には、【専門職者としての基本姿勢】も重要とされている。「専門職者が家族介護者との信頼関係を確立すること」、「療養者や家族介護者の希望に寄り添うこと」、「家族介護者の安心、自信、満足感を高められるよう支援すること」が求められていた。

4. 考察

以下では、選定文献の分析から得た知見に基づき、家族介護者による投薬管理を困難にする要因を確認しつつ、終末期在宅療養者にとって安全で効果的な投薬管理を家族介護者が実践するための支援の要点に関して検討する。

在宅療養高齢者の場合、様々な疾患や機能制限を有していることが多い。薬剤による有害事象の発生リスクが高いため、薬物の治療効果だけでなく、安全性にも十分に注意する必要がある。

ある(医療経済研究機構, 2023)。そして、年齢を重ねるとともに疾病罹患率が高まる点に起因して、医師は加薬を重ねる傾向にある(西山, 2023, 196-199)。現疾患や既往歴、症状に対する薬物処方を考慮すると、終末期療養者に対する投薬管理は非常に複雑である点は否めない。

このような複雑性があるなかで、選定文献は、家族介護者が投薬管理に関する十分な知識や技術をもち備えていない点を示唆している。投薬管理上のスキル不足が、安全で効果的な投薬管理を困難にする要因の一つであると考えられる。よって、家族介護者のスキルの向上を目指すには、医師や看護師、薬剤師などの医療専門職者による指導が重要と言える。家族介護者が投薬管理に関する知識を深め技術を習得するために、理解しやすい内容や方法を用いて薬剤効果や投薬管理の実際について説明することが重要である。とくに、病状の進行に伴って必要になる薬剤とその投与方法については、具体的な内容を事前に説明しておくことが求められる。

さらに、実演を交え疼痛の評価方法に関する指導も求められている。ペインスケールや疼痛に関する記録用紙を活用し、疼痛の変化に関する情報を終末期ケアチームで共有すること(角田, 2016)は、療養者の安楽な生活を維持するために不可欠である。そして、オピオイドによる疼痛緩和に対する誤解を解消させることも必要である。療養者や家族が医療麻薬に対する誤解そのものに対処できない場合、服薬を拒否したり、適切な服薬行動がとれなくなる(宇野, 2016)。

上記以外にも、選定文献では、専門職者による不十分な専門サポートについて指摘されていた。医療専門職者からのアドバイスが一貫していないことや、病院専門医と開業医との連携が不十分であることが問題となっている。このよ

うに、専門職者間の連携が不十分な状況では、家族介護者は医療専門職による適切なサポートを得ることが難しい。とくに、ホスピスケアチームや医師とのコミュニケーション不足、専門職者間の連携不足によって、家族介護者の投薬管理に対する自信や効率性が損なわれている点は注目すべきである。関係者間で意図的なコミュニケーションが十分に行われ、適時かつ適切な専門サポートが提供されることにより、家族介護者の心身の負担は軽減すると同時に、終末期にある療養者の生活の質も向上すると考えられる。

選定文献が示唆するように、システムやガイドラインの整備も喫緊の課題と言える。例えば、家族介護者がいつでも相談できるホットラインの設置や、定期的な訪問薬剤サービスの提供、オンラインでの医療専門職者との相談システムの導入が想定できる。さらに、地域の支援グループとの連携を強化し、家族介護者が孤立を感じることなく支え合える環境を整えることも必要である。こうした支援体制の整備によって、家族介護者はこれまで以上に確実かつ安全に薬剤を管理できると考える。家族介護者の自信の向上にもつながると思われる。

加えて、必要に応じて公的支援を追加することも考慮すべきである。とくに、療養期間が6ヶ月を超える場合や、低収入・経済的負担が大きい世帯、仕事や育児を抱える介護者には、支援の追加が必要とされていた。介護休暇や介護者助成金の制度など、一層の支援の充実を図ることが求められている。

また、選定文献によると、薬剤の処方内容を簡素化し、家族介護者が管理しやすいことが必要とされていた。高齢者施設で暮らす要介護者の場合、運動や嚥下の機能低下、多剤併用、施設マンパワー不足などの要因から、投薬管理上

の課題がいくつか顕在している。このような状況を踏まえ、入居者の服薬回数を減らし、できれば昼1回にまとめ簡素化することが推奨されている。服薬簡素化と昼1回の考えは、高齢者施設の入居者だけでなく、在宅で療養している高齢者にも適している場合がある(一般社団法人日本老年薬学会, 2024)。軽部(2018)は、不適切な処方が続けられているケースや有害事象の発生など、終末期における多剤投与に関する問題点を指摘している。一方で、中止した方がよい薬剤がある場合でも、療養者や家族の思いを尊重しながら減薬について話し合うことが重要だとも述べている。岩崎ら(2017)も、患者によっては薬剤への思い入れが強いため、単に減薬するのではなく、患者や家族と合意するプロセスの重要性を指摘している。そして、終末期在宅療養者に痛みや不快感などの症状が現れた際に、家族介護者が速やかに薬剤を投与することも求められている。苦痛症状の出現に備え、家族介護者が使用しやすく、症状管理に有効な薬剤を自宅に設置しておくことも推奨されている。これらの見解に基づき、療養者と家族介護者に対する投薬管理の支援では、医療面での配慮のみならず、心理的・感情的な側面も含めた包括的なアプローチが必要であることが理解できる。

選定文献によれば、療養者の心身の状況が家族介護者の投薬管理をより複雑化させている。病の進行に伴って、療養者が自らの痛みや欲求を表現することが難しい場合、家族介護者は正確な投薬判断のための情報を得ることが難しい。そのため、家族介護者には療養者の変化を判断できるための知識・技術が求められている。この点からも、医療従事者と家族介護者との連携を強化し、適切な情報提供や指導を受けられる環境が重要である。これにより、家族介護者は

療養者の状態に応じた適切な投薬管理を行いやすくなると考える。

さらに、家族間の意見の相違も投薬管理を一層困難にしている。家族全員が一致した意見をもたない場合、主要な介護者は確信をもち適切な薬剤を投与することができない。こうした課題に対しては、家族内でのコミュニケーションの改善や、医療専門職者による介入を通じて解決を図る必要がある。専門職者はこの点を認識し、家族介護者とのコミュニケーションを強化する必要がある。家族内での役割や責任について話し合う場を提供したり、療養者の要望や疼痛管理の目標について関係者間で積極的に話し合うことも重要である。

最後は、専門職者としての基本姿勢の重要性である。家族介護者が投薬管理を担わざるを得ない背景には、日本の伝統的な家族観や文化的要因も深く関与していると考えられる。かつては家族介護が規範として根付いていた日本ではあるが、近年では介護サービスへの期待が高まっている(牧, 2024)。しかし、高齢者の介護ニーズのすべてに公的サービスが対応できているわけではない。給付対象外の介護や、サービスが提供されない時間帯の介護については、依然として家族が負担している可能性が高い(小島, 2024)。介護は、これまで、家族の絆や責任を重んじる日本の家族観によって支えられてきた。一方で、親密性や親子関係の変容が家族介護に影響を与えていると指摘されている(Giddens, 1992 = 1995, 145-149)。家族にとって介護は負担でもあり、彼ら自身の人生にも大きな影響を及ぼす。家族介護者がケアすることを選択したことによって収入を失うなどの社会的不利益を被らない権利を伴わない限り、ケアする権利が保障されているとは言えない(上野, 2023, 60-73)。また、生活の場では、治療や療養が大き

な意味をもつとしても、あくまで生活の一部であり、中心ではない(三井, 2013)。『終末期療養者や家族に寄り添うかかわりとして、業務を通して個別的な事柄をよく知り、家族に近い関係づくり(三井, 2011, 149-181)』を基調とし、彼らの理解度、実践状況、限界、ネガティブな経験を把握し、個別性や多様性を考慮した投薬管理支援を提供する必要がある。専門職者は、これらの点を念頭に置き、家族介護者との信頼関係を確立し、療養者や家族介護者の生活上の希望に寄り添う姿勢をもつことが肝要である。家族介護者の安心、自信、満足感を高めるために、具体的な支援策をチームで追求し続ける姿勢も不可欠である。

5. 本研究の限界と今後の課題

第一に、本研究で分析対象とした文献が国外のものに偏っている点である。このことは、日本の医療福祉の実態と完全に一致しない可能性を含んでいる。しかし、日本国内の文献数が限られていることから、国外文献も活用して考察につなげた。今後は、国内の文献をさらに収集・分析し、日本の医療福祉政策や地域特性をより反映した研究を進める必要がある。さらに、日本の家族介護者や医療従事者に調査を実施することも必要と考える。

第二に、政策動向との関連性を十分に掘り下げることができなかった点である。本研究では、家族介護者による投薬管理の課題や支援ニーズに焦点を当てたが、それらが発生する要因としての政策動向や制度的背景に関する詳細な分析が不足している。政策研究や制度設計のための知見を取り入れ、より包括的なアプローチで研究を進めることが今後の課題である。

6. 結論

終末期在宅療養者にとって安全で効果的な投薬管理を家族介護者が実践するための支援の要点に関して示唆を得ることを目的として、家族介護者による投薬管理上の『課題』や『必要とされている支援』について国内外の文献を用いて検討した。

23編の原著論文を分析した結果、終末期在宅療養者に対する家族介護者による投薬管理上の『課題』として、【家族介護者のスキル不足】【多様な障壁】【療養者の心身の状況が与える影響】【親族間の意見の相違】【不十分な専門サポート】【家族介護者が抱える多大な負担】が判明した。家族介護者による投薬管理の現状から『必要とされている支援』として、【スキルを向上させるための指導】【システムやガイドラインの整備】【療養者と家族介護者にとって最適な薬剤処方】【コミュニケーションの促進】【家族介護者の全体像を捉えた支援】【必要性に応じて公的支援を追加】【専門職者としての基本姿勢】を求めている点が明らかになった。

終末期在宅療養者にとって安全で効果的な投薬管理を家族介護者が実践するために、医療専門職者による十分な指導が必要である。薬剤の効果や投薬管理の実際をわかりやすく説明したり、病状進行に伴う薬剤と投与方法について事前に詳しく説明することなど、適時かつ適切な投薬管理を支援するためのシステムの構築やガイドラインの整備も求められている。療養者と家族介護者にとって、最適な薬剤処方にも必要である。また、専門職者は、家族介護者との信頼関係を確立し、療養者や家族介護者の生活上の希望に寄り添う姿勢を持つことが肝要である。

これらにより、家族介護者は安心感や自信をもって投薬管理を行えるようになり、療養生活の質の向上にもつながると考える。本研究が、

終末期在宅療養者と家族介護者を支援する具体的な施策の構築に寄与することに期待する。

謝辞

本研究は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団による「在宅医療推進のための調査研究等への助成」を利用しました。

付記

本研究の成果の一部については、第15回ヒューマンケア研究会学会学術集会で発表した。開示すべき利益相反はない。

引用文献

- Anderson B.A.,Kralik.D.(2008)“Palliative care at home: Carers and medication management”, *Palliat Support Care*,6(4),pp.349-356.
- Chi N.C.,Demiris G.,Pike K.C.,et al.(2018)“Pain Management Concerns From the Hospice Family Caregivers' Perspective”,*Am J Hosp Palliat Care*,35(4),pp.601-611.
- Crampton E.,Weisse C.S.(2023)“Antidepressant Use During Hospice Patients' Final Months on Routine Home Care”,*Am J Hosp Palliat Care*,40(9),pp.953-958.
- Cravo E.,Weisse C.S.(2022)“Informal Caregivers' Administration of Concentrated Liquid Morphine to Hospice Patients Receiving Home Care: Does Regimen Matter?”,*Am J Hosp Palliat Care*,39(12),pp.1383-1388.
- Giezendanner S.,Bally K.,Haller D.M.,et al. (2018)“Reasons for and Frequency of End-of-Life Hospital Admissions: General Practitioners' Perspective on Reducing End-of-Life Hospital Referrals”,*J Palliat Med*,21(8),pp.1122-1130.
- Jennings N.,Chambaere K.,Chamely S.,et al.(2020)“Palliative and End-of-Life Care in a

Small Caribbean Country:A Mortality Follow-back Study of Home Deaths”,*J Pain Symptom Manage*,60(6),pp.1170-1180.

Joyce B.T.,Lau D.T.(2013)“Hospice experiences and approaches to support and assess family caregivers in managing medications for home hospice patients: A providers survey”,*Palliat Med*,27(4),pp.329-338.

Joyce B.T.,Berman R.,Lau D.T.(2014)“Formal and informal support of family caregivers managing medications for patients who receive end-of-life care at home:a cross-sectional survey of caregivers”,*Palliat Med*,28(9),pp.1146-1155.

Kelley M.,Demiris G.,Nguyen H.,et al. (2013)“Informal hospice caregiver pain management concerns: a qualitative study”,*Palliat Med*,27(7),pp.673-682.

Kobayakawa M.,Ogawa A.,Konno M.,et al. (2017)“Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting: A nation-wide survey from the perspective of bereaved family members in Japan”,*J Psychosom Res*,103,pp.127-132.

Lau D.T.,Joyce B.,Clayman M.L.,et al.(2012)“Hospice Providers' Key Approaches to Support Informal Caregivers in Managing Medications for Patients in Private Residences”,*J Pain Symptom Manage*,43(6),pp. 1060-1071.

LeBaron V.,Bennett R.,Alam R.,et al. (2020)“Understanding the Experience of Cancer Pain From the Perspective of Patients and Family Caregivers to Inform Design of an In-Home Smart Health System: Multimethod Approach”,*JMIR Form Res*,4(8), e20836.

Mayahara M.,Foreman M.D.,Wilbur J.,et al.(2015)“Effect of hospice nonprofessional caregiver barriers to pain management on adherence to analgesic administration

- recommendations and patient outcomes”, *Pain Manag Nurs*,16(3),pp.249-256.
- McNeil M.J.,Kamal A.H.,Kutner J.S.,et al.(2016)“The burden of polypharmacy in patients near the end of life”, *J Pain Symptom Manage*,51(2),pp.178-183.
- Morin L.,Vetrano D.L.,Rizzuto D.,et al.(2017)“Choosing wisely? Measuring the burden of medications in older adults near the end of life: nationwide, longitudinal cohort study”, *Am J Med*,130(8),pp.927-936.
- O’Hara L.,Evans C.J.,Bowers B.(2023)“Family carers’ administration of injectable medications at the end of life: a service evaluation of a novel intervention”, *Br J Community Nurs*,28(6),pp.284-292.
- Oliver D.P.,Wittenberg-Lyles E.,Washington K.,et al.(2013)“Hospice Caregivers’ Experiences With Pain Management: I’m Not a Doctor, and I Don’t Know if I Helped Her Go Faster or Slower”, *J Pain Symptom Manage*,46(6),pp.846-858.
- Payne S.,Turner M.,Seamark D.,et al.(2015)“Managing end of life medications at home—accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study”, *BMJ Support Palliat Care*,5(2),pp.181-188.
- Phongtankuel V, Paustian S,Reid M.C.,et al.(2017)“Events Leading to Hospital-Related Disenrollment of Home Hospice Patients: A Study of Primary Caregivers’ Perspectives”, *J PALLIAT MED*,20(3),pp.260-265.
- Pollock K.,Wilson E.,Caswell G.,et al.(2021)“Family and health-care professionals managing medicines for patients with serious and terminal illness at home: a qualitative study”, *NIHR Journals Library*; 2021 Aug.
- Redinbaugh E.M.,Baum A.,DeMoss C.,et al.(2002)“Factors Associated with the Accuracy of Family Caregiver Estimates of Patient Pain”, *J Pain Symptom Manage*,23(1),pp.31-38.
- Sheehy-Skeffington B.,McLean S.,Bramwell M.,et al.(2014)“Caregivers experiences of managing medications for palliative care patients at the end of life: a qualitative study”, *Am J Hosp Palliat Care*,31(2),pp.148-154.
- Tait P.,Cuthbertson E.,Currow D.C.(2020)“What Are the Factors Identifying Caregivers Who Need Help in Managing Medications for Palliative Care Patients at Home? A Population Survey”, *J Palliat Med*,23(8),pp.1084-1089.
- Tjia J.,Clayton M.F.,Fromme E.K.,et al.(2021)“Shared Medication PLanning In (SIMPLIfy) Home Hospice: An Educational Program to Enable Goal-Concordant Prescribing in Home Hospice”, *J Pain Symptom Manage*,62(5),pp.1092-1099.
- Washington K.T.,Wilkes C.M.,Rakes C.R.,et al.(2018)“Relationships among Symptom Management Burden, Coping Responses, and Caregiver Psychological Distress at End of Life”, *J Palliat Med*,21(9),pp.1234-1241.
- Wilson E.,Caswell G.,Pollock K.(2021)“The ‘work’ of managing medications when someone is seriously ill and dying at home: A longitudinal qualitative case study of patient and family perspectives”, *Palliat Med*,35(10),pp.1941-1950.
- World Health Organization(2016)“World Health Assembly 69”(https://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html,Accessed 2024-04-03)
- Yap R.,Akhileswaran R.,Heng C.P.,et al.(2014)“Comfort care kit: use of nonoral and nonparenteral rescue medications at home for terminally ill patients with swallowing difficulty”, *J Palliat Med*,17(5),pp.575-578.
- 秋下雅弘(2023)「高齢者の薬物療法の特徴」秋下雅弘,倉田なおみ 編『高齢者の服薬支援 総合力を活かす新知識と実践』講談社,pp.16-23.
- 秋下雅弘,鳥羽研二,石井伸弥,ほか(2015)「在宅医療に関するエビデンス: 系統的レビュー」(https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/

- pdf/20150513_01_01.pdf,参照2024-04-03)
- 一般社団法人日本老年薬学会(2024)「高齢者施設
の服薬簡素化提言」(<https://www.jsgp.or.jp/wp/wp-content/uploads/2024/05/jsgp-fukuyakukansoka.pdf>,参照2024-05-21)
- 医療経済研究機構(2023)「日本全国の在宅療養高
齢者におけるポリファーマシーの実態 2015年
から2019年にかけて高齢者に特に慎重な投与
を要する薬物の処方が増加するも、今後も課
題」(https://www.ihep.jp/wp-content/uploads/2023/08/IHEP-PressRelease_20230825.pdf,参照2024-06-25)
- 岩崎誠,吉田博史,西立野研二(2017)「ホスピスに入
院した患者のポリファーマシーの検討」『日本
緩和医療薬学雑誌』10(4),pp.115-117.
- 上野千鶴子(2012)『ケアの社会学 当事者主権の福
祉社会へ』太田出版,pp131-133.
- 上野千鶴子(2023)『近代家族の成立と終焉 新版』
岩波書店,pp.60-73.
- 宇野さつき(2016)「在宅医療推進における薬剤師
のかかわり 第4回 薬剤師と看護師のコラボが
在宅患者を救う!?!」『ファルマシア』52
(2),pp.161-163.
- 角田直枝(2016)「在宅で使える麻薬」公益財団法
人日本訪問看護財団 編『訪問看護お悩み相談
室』中央法規出版株式会社,p.202.
- 軽部憲彦(2018)「終末期(がん・非がん)に取り組
むポリファーマシー」『在宅新療0-100』3
(12),pp.1143-1149.
- 川越正平(2014)「医学と医療の最前線 在宅医療の
現状と課題」『日本内科学会雑誌』103
(12),pp.3106-3117.
- 岸本真,倉田なおみ(2023)「服薬支援のポイント」
秋下雅弘,倉田なおみ 編『高齢者の服薬支援
総合力を活かす新知識と実践』講談社,pp.23-34.
- Giddens A (1992) "THE TRANSFORMATION OF
INTIMACY:Sexuality,Love and Eroticism in
Modern Societies".(= 1995,松尾精文,松川昭子
『親密性の変容 近代社会におけるセクシュア
リティ、愛情、エロティシズム』而立書房,
145-149.)
- 小磯明(2009)『地域と高齢者の医療福祉』御茶の
水書房,pp179-180.
- 公益社団法人日本薬剤師会 監修(2023)『服薬支援
と多職種協働・連携のポイント 在宅医療Q&
A 令和5年版』じほう,pp.202-204.
- 厚生労働省(2015)「患者のための薬局ビジョン〜
門前からかかりつけ、そして地域へ〜」
(https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyo-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf,参
照2024-05-02)
- 厚生労働省(2018)「市町村・地域包括支援センター
による家族介護者支援マニュアル〜介護者本
人の人生の支援〜」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001236476.pdf>,参 照2024-04-
03)
- 厚生労働省(2022)「在宅医療の現状について」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>,参 照2024-05-
02)
- 厚生労働省(2023a)「令和4年度介護給付費等実態
統計の概況(令和4年5月審査分〜令和5年4月
審査分)」(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/22/dl/11.pdf>,参 照
2024-05-06)
- 厚生労働省(2023b)「令和4年度人生の最終段階に
おける医療・ケアに関する意識調査報告書」
(https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf,参照2024-05-02)
- 小島克久(2024)「在宅要介護高齢者の介護費用と
家族介護の同時決定モデルに関する研究—国
民生活基礎調査(2016年)を用いた分析—」『人
口問題研究』80(1),pp.26-45.
- 笹谷春美(2010)「第2章 ケアサービスのシステム
と当事者主権」上野千鶴子,中西正司 編『ニー
ズ中心の福祉社会へ 当事者主権の次世代福祉
戦略』医学書院,pp40-68.
- 清水一郎,福田俊一,土器潔,ほか(2021)「多剤併用
に関する在宅医療の患者家族の意向調査と患
者状況要因研究」『日本在宅医療連合学会誌』
2(2),pp.27-36.

- 鈴木久美(2023)「慢性疾患の経過」鈴木久美,旗持知恵子,佐藤直美 編『成人看護学 慢性期看護病気とともに生活する人を支える 改訂第4版』南江堂,pp.5-7.
- 辻彼南雄,中島民恵子,渡辺大輔(2012)「日本の看取り、世界の看取り 調査編」(https://www.ilc-japan.org/study/doc/summary_1101.pdf,参照2024-04-03)
- 内閣府(2019)「令和元年版高齢社会白書(全体版)(PDF版)高齢期の生活に関する意識」(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s3s_04.pdf,参照2024-04-03)
- 縄田修一,神山紀子,山田朋樹,ほか(2016)「在宅医療におけるせん妄治療の現状に関するアンケート調査」『日本緩和医療薬学雑誌』9(2),pp.49-53.
- 西山順博(2023)「在宅におけるチーム医療」秋下雅弘,倉田なおみ 編『高齢者の服薬支援 総合力を活かす新知識と実践』講談社,pp.196-199.
- 牧揚子(2024)「ケアの義務の国際比較一日・仏・スウェーデンの育児・介護から」『社会政策学会誌』16(1),pp.8-20.
- 松浦憲司(2016)「痛みのコントロール不良と麻薬への不安を改善した事例」一般社団法人日本在宅薬学会 編『在宅療養の薬学的謎解き』じほう,pp.109-112.
- 三井さよ(2011)「第5章 職業者として寄り添う 病院内看護職と末期患者やその家族とのかかわり」三井さよ,鈴木智之 編『ケアとサポートの社会学』法政大学出版局,pp.149-181.
- 三井さよ(2013)「生活の場での協働/専門職性」『保健医療社会学論集』23(2),pp.32-38.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(2020)「令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 家族介護者支援に関する諸外国の施策と社会全体で要介護者とその家族を支える方策に関する研究事業 報告書」(https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/04/koukai_200424_7.pdf,参照2024-11-28)

研究論文

イギリスにおけるユニバーサル・クレジットの デジタル化：その現状と課題

Digitalization of Universal Credit in UK:
Current Status and Issues

鶴田 禎 人 (高崎経済大学)
Yoshito TSURUTA

抄録

低所得者に対する金銭給付において、申請から給付後の対応に至るまで、デジタル化を行ったイギリスのユニバーサル・クレジットを対象に、現状や課題を分析した。そこでは、高齢者や障害者、低所得者等が、経済的理由やデジタルスキルの不足などによって適切な給付から排除されている実態が明らかになった。また、デジタル化の目的が政策サイドの利便性に偏重したことから、給付の硬直性や不透明性などの問題も起こっている。

キーワード：ユニバーサル・クレジット、デジタル化、イギリス、貧困

Keywords: Universal Credit, digitalization, UK, poverty

1 はじめに

現在、日本では、コロナ禍やデジタル庁の開設などを経て、様々な政策領域においてデジタル技術の導入が進んでいる。一方、諸外国においては、一足早く社会保障のデジタル化に取り組み、その実態等に関する研究も行われている。そこで、本稿では、今後の日本に対する示唆を得ることを目的として、諸外国の社会保障分野におけるデジタル化の事例を検討する。具体的には、低所得者に対する金銭給付において一貫したデジタル化を行っているイギリスのユニバーサル・クレジット (Universal Credit 以下、UC) を対象に、その現状や課題を分析する。

以下、第2節では、先行研究の整理から本研

究の意義を説明する。第3節では、UCの概要を解説した上で、第4節において、UCの現状と課題を貧困の実態から指摘する。以降UCのデジタル化に視点を移し、第5節ではその特徴、第6節では現状と課題について考察する。

2 先行研究の整理と本研究の意義

日本では、特にコロナ禍における金銭給付の遅れを機に、所得や資産等の情報に基づく社会保障給付のデジタル化の必要性が指摘されている [森信, 2023]。そして、後に詳細について言及するが、「イギリス政府によって始められた最初の『デジタル・バイ・デフォルト (digital by default)』政策である UC は、社会福祉を給

(受理日：2024年11月8日)

付申請者のための単一の統合されたプラットフォームに改革することを目的とした。この改革のカギは、政策目的としての自動化の強調と完全にデジタル化された手段を通じた申請プロセスである」と指摘されるように [Dencik, 2022:150]、UCは、申請から支給の決定、給付に至るまで一貫したデジタル化を特徴としている。

デジタル化について、社会政策研究における重要性を指摘したGerven [2022] を参考に定義すると、国家による政策としてのデジタル化(digitalization)は、データに基づく意思決定の自動化とデジタル技術の導入による国民生活の組織化からなる。デジタル福祉(digital welfare)と称される福祉領域におけるデジタル化では、データに基づいて給付に関わる「自動化された意思決定(automated decision making)」が行われ、国民はスマートフォンやPCなどを使って給付を受けることになる。UCは、デジタル福祉を体現する制度と言える。

ここで、日本におけるUCに関する先行研究を振り返っておくと、UCが貧困者に与える影響について考察した金子 [2016] や住宅政策の視点から課題を提起した所 [2019]、過誤給付の問題について法学的に検討した丸谷 [2019] などの研究があるが、デジタル化に注目してUCの特徴や課題を分析した研究は見当たらない。一方、イギリスでは、貧困の深刻化やUCの抱える課題について多くの研究が行われているが、その中で国連難民高等弁務官事務所の調査が、デジタル化が孕む問題に注目する必要性を指摘した [Alston, 2018]。しかし、UC導入後の経緯をデジタル化の視点から整理した数少ない先行研究であるGriffiths [2021] が言及するように、その後もUCに関する研究において、「デジタル化によって引き起こされる広範な問

題はあまり注目されてこなかった。それらの急速に発展する技術の対象となる個人への影響を批判的に分析した研究はほとんどない」[Griffiths, 2021:1]。

そこで、本研究では先行研究や各種データを活用しながら、UCの現状とデジタル化が抱える課題について考察する。デジタル化の視点を加えることで、総合的にUCの特徴を理解することができる。また、本研究は、日本の社会保障のデジタル化に対して示唆を与えるとともに、デジタル福祉に関する社会政策研究の発展に資する点に意義がある。

3 UCの概要

本節ではまず、UCの概要を解説しておきたい。2012年の「福祉改革法(Welfare Reform Act)」によって導入され、2013年4月から実施されているUCは、保守党主導の連立政権による金融危機後の緊縮財政を背景としながら、複雑化する社会保障給付の抜本的な見直しの必要性に対する党派を超えた同意から導入された [Millar and Bennett, 2017:169-170]。UCは、それまでの低所得者向けの所得補助(Income Support)、求職者手当(income-based Jobseeker's Allowance)、勤労税額控除(Working Tax Credit)、児童税額控除(Child Tax Credit)、住宅手当(Housing Benefit)、雇用・生活補助手当(income-related Employment and Support Allowance)の6つの扶助から受給者を移行するとともに、社会保障制度への依存を軽減し、就労の促進を図るワークフェア的な性格を強めたものとして知られている。

UCは、失業者や就労しているが低所得の者、健康状態等で就労が困難な者を広く対象とする金銭給付である⁽¹⁾。申請には、イギリス在住、原則18歳以上で年金受給年齢に達しておらず、

貯蓄等が1万6000ポンド以下であることなどが要件とされる。受給者数は、2024年4月時点でおよそ670万人で、2022年3月の550万人から増加を続けている。世帯数では、2024年2月時点で560万世帯が受給している。受給者の属性として、女性が58%を占め(4月)、38%が雇用者であり(3月)、48%の世帯に児童がいる(2月)。受給額の平均(2月)は月900ポンド、子どものない独身者が月650ポンド、子どもがいるカップルで月1140ポンドなどとなっている[Department for Work and Pensions, 2024]。

UCは、年齢や世帯構成に基づく基礎給付(standard allowance)に対して、扶養する子どもの数や障害、保育費用、障害等による就労への制限、介護責任、住居費などに応じて加算(extra amounts)が上乘せされる。その金額に対して、最初の申請日から始まる1か月単位の評価期間(assessment periods)における所得を減じた差額が給付される。雇用者の場合、所得に逓減率(0.55)を乗じた金額を減じた差額が給付されることで、就労に応じて総額が増加し、就労に対するインセンティブの促進が目指されている。児童や若者を扶養する世帯や障害等によって就労が制限される世帯員が就労した場合には、さらに就労給付(work allowance)として、稼働収入から一定の金額の控除が認められる。

UCの支給に当たっては、公共職業安定所であるジョブセンタープラス(Jobcentre Plus)のワークコーチ(work coach)との面接を経て、受給者誓約書(claimant commitment)を締結し、就労が可能な場合は、就職活動や準備、収入の増加への同意が課せられる。同意したことを実行していないと見なされる場合には、基礎給付の減額や停止の制裁(sanction)が科せられる。また、他の社会保障給付との併給に際して、受給総額に上限(benefit cap)が課せられることが

ある。就労困難者に加えて、一定の稼働所得がある就労世帯に対しては上限が適用されないことで、就労意欲が促進される仕組みとなっている。

現時点では旧制度が並行して存続しているが、2018年12月に新規申請者のUC利用が全国的に完了しており、2024年末には一部を除いて、対象となるすべての世帯がUCに移行する予定である。

4 貧困の実態とUC

本節では、UCの現状と課題について貧困の実態から指摘したい。貧困の測定と分析を行っている社会測定委員会(Social Metrics Commission)によると、コロナ禍前の2019/2020年において、1390万人(稼働年齢層の20%である810万人、子どもの32%である440万人、年金受給年齢の12%である140万人)、人口の21%が貧困状態にあると推計され、全体の貧困率は、UC導入時期の2000/2001年から21~23%の間で変動しておりほとんど変わっていない[Social Metrics Commission, 2022:23-25]。2021/2022年のコロナ禍においても貧困は1490万人、22%に悪化しており[Social Metrics Commission, 2023:21-22]、UCが貧困の解消という目的を必ずしも十分に果たしていないことがうかがえる。ジョゼフ・ラウンTREE財団(Joseph Rowntree Foundation)の調査によると、UCを利用している低所得世帯の87%が、食料や衣類、暖房、シャワーなど何らかの必需品の1つに欠けた状態で生活し、42%が4つ以上の必需品を欠乏しており、セーフティネット機能の不備が指摘されている[Earwaker and Johnson-Hunter, 2023:12-13]。

その背景には、UCに関する幾つかの制度上の理由が考えられる。1つは、給付額の引き上

げが凍結されてきたことである。その結果、基礎給付の世帯所得代替率は、失業前後では平均13%程度に留まり、以前の同様の制度も含めると、この40年で最低レベルにあるとされる。その水準に対しては、国民の66%が低すぎると考えている [Trussell Trust and Joseph Rowntree Foundation, 2023:4, 13, 30]。

また、第3子以降の加算が2017年以降、廃止されたことも影響を与えた。受給世帯の支出の削減や就労の促進を意図した改革であったが、実際には制限の対象となる150万人の子どものうち110万人が貧困状態にあるとされ、影響を受ける世帯の中で58%は稼働世帯である [Child Poverty Action Group, 2023a:1-2]。

その他、UCの制度設計として、最初の支給に際して約5週間の待機期間があり、その間には雇用年金省 (Department for Work and Pensions 以下、DWP) から前借 (advance payments) ができるが、通常24か月の間に毎月の給付から控除されるかたちで返済が求められる。この待機期間は、給与の支払いに近似して設定され、就労の促進の意味を持つとされるが、貧困の救済に対して枷となっている。UC利用世帯の約半数が、前借の返済やその他の税金や公共料金の滞納などのために、基礎給付から最大25%の直接控除を受けているとされる [Porter and Johnson-Hunter, 2023]。

以上のようなUCの給付の不十分さは、メンタルヘルスの悪化等も伴って低所得世帯の就労を妨げ、困窮のリスクを高めていることが調査から指摘されている [Cheetham et.al, 2019; Porter and Johnson-Hunter, 2023]。では、そういった状況に対して、本研究のテーマであるUCのデジタル化は、どのような影響を与えてきたのだろうか。

5 UCのデジタル化のしくみ

UCは、導入当初から徹底的なデジタル化を意識していた。具体的なデジタル化の内容として、UCは、DWPが一括管理し、申請から給付以降のすべての手続きをオンラインで行うことになった⁽²⁾。まず、メールアドレスと電話番号を持つ受給希望者が、オンラインで申請を行い、申請者の個別状況によって受給に関する資格が評価される。雇用主は給与の支払いを行うたびに、リアルタイム情報 (Real Time Information 以下、RTI) を介して所得・税のデータを歳入関税庁 (HMRC) に送信する。DWPは、リアルタイム所得 (Real Time Earnings) を使用して、RTIのデータの一部をコピーし、自動的に評価期間における給付額を計算する。給付は、銀行口座に振り込まれ、受給者はオンラインアカウントで各自の給付を確認できる。この申請のプロセス自体、創設当初から、デジタルスキルの向上などを通じて、就労訓練として位置づけられている [Social Security Advisory Committee, 2012:25]。

また、オンライン化されているのは申請や資格の評価、給付額の計算に限らない。誓約書で締結した内容について、求職や就労の状況などを、オンラインで報告することが求められる。申請者のアカウントは、受給者の責務を提示する「To-do list」、登録以降の履歴が記載されるとともに、ワークコーチなどとやり取りを行う「Journal」、家族や健康状態など個人的な環境の変化の報告、前借りの申請、明細へのアクセスなどを行う「Home」の3つの主要なコンセプトから構成される。それらを使って、受給後に必要な情報の入手や報告などがオンラインで行われる。

以上のように、デジタル化による登録から給付の自動化を目指したUCの創設は、DWPに

よって「最初の真のデジタル福祉サービス」と称された [Department for Work and Pensions, 2012: 29]。そのようなUCによって、受給者には給付の正確な支払いを実現し、支払い側にとっては不正 (fraud) や過失 (error) の削減を達成できるとされた [Department for Work and Pensions, 2014]。また、給付の統合や単一の申請システムを通じて、受給者の捕捉 (take-up) の改善を図ることも目的に掲げられた [Department for Work and Pensions, 2010]。次節では、それらの期待を受けたUCのデジタル化の現状と課題について考察する。

6 UCのデジタル化の現状と課題

UCは、申請から給付後に至るすべてのプロセスをデジタル化し、それ以外のルートを「最小限に抑える」ことを創設時から目的としてきた [Department for Work and Pensions, 2010:38]。以下では、申請に至る段階と受給後に分けて考察する。

(1) 申請に至る段階のデジタル化

申請に至る段階で重要なのは、給付を必要とする者が適切にオンラインで申請・受給できるかという点である。イギリス情報通信庁 (Ofcom) によると、デジタル上の理由で円滑な利用が妨げられることは、UCにおけるデジタル排除 (digital exclusion) と定義され、排除にはインターネット環境 (アクセス)、デジタルスキル (能力)、アクセスに係る費用負担 (アフォーダビリティ) が相互に絡み合って影響を及ぼすとされる [Ofcom, 2022:4]。Ofcomの調査によると、家庭でインターネットが利用できない世帯の割合は、コロナ禍を経て、2011年の24%から2021年には6% (約169万世帯) まで低下した。一方で、未だ約10万世帯が経済的

な理由からインターネットにアクセスできていない。また、UCなどの給付を受ける世帯を含む約200万世帯が、インターネットにはアクセスできるが、固定ブロードバンドやスマートフォンモバイルの利用に関して経済的な問題を抱えており、継続的な利用や生活費の支出が危ぶまれるとされる [Ofcom, 2022:5, 9]。さらに、パンデミックや物価の高騰などが、インターネット利用環境の悪化に拍車をかけた [Ofcom, 2023]。

そのような経済面からのデジタル排除に対しては、社会福祉料金 (social tariffs) を活用することができる。社会福祉料金は、UCなどの給付利用者向けにプロバイダーが安価でブロードバンドを提供するものである。政府もその活用やサービス拡大を奨励しており、社会福祉料金の利用者は増加しているが、事業者にとっては負担になることから十分な周知がなされず、2023年時点でUC受給世帯の5.1%しか利用していない [Ofcom, 2023:11]。また、月額4~7ポンドがUC受給世帯にとって支払い可能な水準であり、15~20ポンドが標準である社会福祉料金の価格が高いという調査結果もある [House of Lords Communications and Digital Committee, 2023:32]。十分な政策的対応が行われない状況で、低所得世帯が、UCの申請や継続的利用を可能にするデジタル環境の整備に困難を抱えていることがうかがえる。

また、UCの利用に求められるデジタルスキルについて、ロイズ銀行 (Lloyds Bank) の調査によると、約530万人 (10%) の人びとがインターネットの利用やログイン情報の入力、マウスの使用など日常生活に不可欠なデジタルスキル (essential digital skills) に欠けており、特に高齢者、障害者や低所得者が困難を抱えていることが明らかになった [Lloyds Bank, 2022:38-

41)。少し前の調査では、そのようなデジタルスキルの欠如を背景に、UC請求者の52%がオンライン申請プロセスを難しいと回答している[Foley, 2017:17]。また、DWPの調査によると、自力でオンライン申請ができたのは、申請者の54%であった[Department for Work and Pensions, 2018:30-31]。さらに、UCをオンラインで申請する場合、政府のGOV.UK Verifyを通じて個人認証を行う必要があるが、会計検査院(National Audit Office)によると、UCの請求に際して、38%の受給者しか上記の政府サイトを通じて認証を得ることができなかった[National Audit Office, 2019:15]。現在、問題の大きさから、UCの個人認証の方法はGovernment Gatewayに変更されたが、その後の状況は把握されていない。

上記の調査は、主に申請を行うことができた者を対象にするため、家族や友人、ジョブセンターのワークコーチ、公式のUCヘルプラインへの電話、委託を受け請求手続きを支援する民間団体シチズンズ・アドバイス(Citizens Advice)への問い合わせ、Wi-Fiやコンピューターを備えた図書館などの支援を受けながら何とか申請に至っていると想定される⁽³⁾。Brownらの調査によると、2020～2021年の期間、シチズンズ・アドバイスにUCの請求についてアドバイスを求めた者の約39%が、長期の疾病や障害(コロナ禍前の2018～2019年は約50%)、約29%が精神疾患を持つ者であった[Brown et.al, 2023:5]。ここからは、デジタル排除を縮小し、デジタル化を通じた給付を可能にするためには、それを補う人的・物的資源が必要であることが分かる。

しかし、デジタル化や貧困の拡大に伴って支援ニーズが増加する一方で、イギリスでは緊縮財政の中で、ワークコーチの不足に加え、地方

財政の悪化による図書館の閉鎖や低所得者へのアドバイスを行う民間組織への補助金の削減など、UCへのアクセスを支援する社会資源が不足していることが広く指摘されている[Barford and Gray, 2022; Koch, 2021]。

その結果、デジタル化を踏まえて、どれ位の人びとがUCの利用から排除されているのかについては、DWPへの情報請求によると、2022年3月から2023年2月にかけて、アカウントを取得し申請を始めた290万人のうち、66%が申請を終えたという回答がなされている。つまり、34%の者は申請を途中で止めたということになる⁽⁴⁾。2018～2019年にかけての同様の調査の結果(36%が申請を止めた)について、上級審判所(upper tribunal)は、「それらの未請求者のかなりの割合がコンピューター設備へのアクセスに欠ける、および/もしくはオンラインシステムの使用に慣れていない脆弱な個人であるという結論を逃れることは困難である」と述べている⁽⁵⁾。オンラインによる申請の中で、高齢者や障害・疾病を抱える者、低所得者などがデジタル環境を入手できず、もしくは「難しい」と思われるプロセスをあきらめ、排除されている可能性は無視できない。

イギリスでは、一部の社会保障給付の捕捉状況を政府が推計しており、2019年から2020年にかけて、年金クレジット(Pension Credit)では最大85万世帯、17億ポンドが請求されなかった。年金受給者向けの住宅給付では、最大26万人、11億ポンドが未請求であった[Department for Work and Pensions, 2023b]。UCについて公式の捕捉状況の把握は行われていないが、Cleggらの推計によると、約125.5万世帯、金額にして約75.7億ポンドが未請求であるとされる[Clegg et.al, 2023:5]。

もちろんスティグマの存在など、未請求のす

べてがデジタル化に由来するものではないが、デジタル化が貧困の解消や捕捉の改善に対する解決法となっておらず、逆に受給が難しくなり、支援を必要とする人びとがいることを理解する必要はある。

(2) 受給後のデジタル化

UCでは、受給後のやりとりも原則、オンラインを通じて行われる。その際、「To-do list」や「Journal」による報告は、その利便性が多くの受給者から評価されている一方で[Department for Work and Pensions, 2018:50-51]、受給後のデジタル化においても課題が指摘されている。1つは、デジタル化による給付の硬直性である。その代表的な例は、給与の支払いサイクルに係る支払い日問題(pay day problem)である。UCの給付は、申請時点から1か月単位で行われるが、週末等によって給与の支払い日が変わる場合や給与の支払いが4週に1回など月払い以外の場合などには、評価期間に通常を超える回数の支払いが起こりうる。その結果、当該の1か月は給付対象から外れる一方で、評価期間に給与支払いがない次の1か月は働いていないと見なされ就労給付が得られないケースや上限の適用となるケースが頻出し、家計の大きな変動と損失が問題となった。支払い日問題については訴訟も起こされており[Maxwell, 2021]、月単位の給与者に対してはオンラインによる連絡を通じての修正が可能になった一方で、より不安定な雇用で低所得の可能性のある4週・2週・毎週の給与支払者が抱える同様の問題については未だ対応が行われていない⁽⁶⁾。政府は、「月単位の評価期間の結果、もしくはより一般的に、UCの自動化されたプロセスに起因して請求者が経験するかもしれない困難は、残念ではあるが、給付金支払いの処

理における管理上の効率性の向上という公共の利益のためには価値がある」という立場から[Griffiths, 2021:9]、受給者ごとに個別の調整を必要とするシステムの根本的な変更は行っていない。DWPによる各種の給付制度の利用者への調査では、過去3か月DWPからの給付が常に正確であったと答えた受給者の割合は、平均84%に対してUCが76%と最も低くなっており、デジタル化による給付の硬直性も影響していると思われる[Department for Work and Pensions, 2020:16]。

加えて、過大給付(overpayments)や過小給付(underpayments)の問題もデジタル化によってなくなったわけではない。政府によると、2023年度の過大給付は100件の申請あたり24件、給付額に占める割合は12.8%(55億4000万ポンド)となっている。この数値はコロナ禍で高まり、2022年度には過去最大の14.7%(59億2000万ポンド)となった。2023年度の内訳として、11.5%分は稼働収入の過少申告や同居の不申請などの不正によるもので、過大給付のほとんどを占め、過去最高水準となっている。一方、2023年度の過小給付は100件あたり9件、給付額に占める割合は1.6%(6億8000万ポンド)でこちらも過去最も高い水準となっている。そのうち何らかの公的機関の過失が0.6%、申請側の過失が1.0%となっており、申請側の過失の理由として、家賃の証明ができなかったことや子の障害や介護といった加算を正しく申告しなかったことが挙げられている[Department for Work and Pensions, 2023a]。以上の状況からは、デジタル化によっても不正や過失がなくなるわけではないことが示されている。

また、デジタル化における給付の不透明性の問題も指摘されている。DWPの利用者調査では、支給の決定や金額等の変更、制裁の通知に

ついて明確に説明されたと答えた者の割合は、他の給付制度に対する最大91%に対して、UCが70%と最も低くなっている [Department for Work and Pensions, 2020:17]。別の調査でも、自分がどのような資格 (entitlements) に基づいて支払いが行われるか明確に分かると回答した者は最大72%で、約3割の受給者は自らの給付額の根拠が分かっていなかった。また、期待した金額と実際の給付が一致していたと答えた者は57%に留まり、4割を超える受給者が給付額の決定に疑問を抱く結果になっている。そのように回答した者は、低所得、年齢が高い者、障害や疾病を持つ者などに多いとされた [Department for Work and Pensions, 2018:45-46]。

不透明な給付に対する疑義が問い合わせなどによってどの程度解決されているのかは、明らかになっていない。しかし、聞き取り調査からは、一般的な方法であるオンライン「Journal」を通じた異議申し立てが、ワークコーチ等によって拒否 (gatekeeping) されるなど、「正確」と信じられている自動的に決定された給付の変更が非常に困難であり、受給者が諦めていく様子が表されている [Child Poverty Action Group, 2023b]。Summers and Young [2020] は、UCが月単位の評価と一括の支払いによって、管理者にとっての「単純さ (simplicity)」に偏重し、利用者の経済的安全を犠牲にしていると指摘したが、デジタル化がその手段となっている。

7 おわりに

UCは、イギリスの最低生活保障としてコロナ禍でも一定の役割を果たした。また、デジタル化によってステイグマが軽減する可能性や多くの者にとっては簡便な利用をもたらした側面は否定すべくもない。一方で、UCが貧困の解

消に十分な力を発揮できておらず、改善のためにも、社会保障のデジタル化に際して、デジタル排除をいかにして縮小していくのか、また透明性や柔軟性をもったシステムをどう構築するのかという点を解決しなければならないことを示唆している。

今後の課題としては、デジタル化の課題を克服しようとする政府や民間の取り組みについても考察することで、同様の問題を抱えることが想定される日本へのヒントを得ていきたい。また、UCでは、AIを活用して不正を起こす可能性を評価する仕組みの導入が始まっており、個人情報保護や受給権の保障などの観点からその動向が注視されている [Booth, 2023]。今後は、社会保障給付におけるAIの活用という問題についても、各国の事例などを参考に考察を行っていきたい。

注

- (1) UCの基本的な仕組みについては、イギリス政府のホームページ (<https://www.gov.uk/universal-credit>)、および土橋 [2020a; 2020b] を参照。
- (2) オンラインでの手続きやシステムについては、Pope [2020] およびMaxwell [2021] を参照。ただし、サイトのデザインについては公開されておらず、変更されていることもある。
- (3) 例えば、Allman and Radu [2023] を参照。
- (4) https://www.whatdotheyknow.com/request/outcome_and_processing_of_uc_cla/response/2325381/attach/html/4/Copy%20of%20FOI%202023%2036483.xlsx.html (2024.7.4 アクセス)
- (5) https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5e987a92d3bf7f4128b01efa/CUC_0968_2019.pdf p.4 (2024.7.4 アクセス)
- (6) <https://www.gov.uk/guidance/universal-credit-and-earnings> (2024.7.4 アクセス)

参考文献

- 金子充, 2016, 「イギリスの社会扶助の再編：貧困の実態とユニバーサル・クレジットの展望」『立正社会福祉研究』17(1)・(2): 21-28.
- 所道彦, 2019, 「イギリスの住宅政策における所得保障制度：ユニバーサル・クレジットの導入と課題」『都市住宅学』105: 55-60.
- 土橋康人, 2020a, 「英国におけるユニバーサル・クレジット(Universal Credit)の導入I」『社会保障研究』4(4)：533-535.
- 土橋康人, 2020b, 「英国におけるユニバーサル・クレジット(Universal Credit)の導入II」『社会保障研究』5(1)：140-143.
- 丸谷浩介, 2019, 「イギリスにおける過支給の公的扶助給付の返還方法」『法制研究』86(3): 149-176.
- 森信茂樹, 2023, 「デジタル・セーフティネットの構築と給付付き税額控除」清家篤・西脇修編著『人口減少・少子高齢化社会の政策課題』中央経済社, 41-60.
- Allmann, Kira and Roxana Radu, 2023, “Digital Footprints as Barriers to Accessing E-government Services”, *global Policy*, 14(1): 84-94.
- Alston, Philip, 2018, *Statement on Visit to the United Kingdom, by Professor Philip Alston, United Nations Special Rapporteur on Extreme Poverty and Human Rights*, (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Poverty/EOM_GB_16Nov2018.pdf, 2024.7.4アクセス).
- Barford, Anna and Mia Gray, 2022, “The Tattered State: Falling through the Social Safety Net”, *Geoforum*, 137: 115-125.
- Booth, Robert, 2023, “AI Use Widened to Assess Universal Credit Applications and Tackle Fraud”, *The Guardian*, July 11, (<https://www.theguardian.com/society/2023/jul/11/use-of-artificial-intelligence-widened-to-assess-universal-credit-applications-and-tackle>, 2024.7.4アクセス).
- Brown, Heather, Huasheng Xiang, Mandy Cheetham and Steph Morris et al., 2023, “Exploring the Health and Sociodemographic Characteristics of People Seeking Advice with Claiming Universal Credit: a Cross-sectional Analysis of UK Citizens Advice Data, 2017–2021”, *BMC Public Health*, 23(1), (<https://bmcpublihealth.biome.dcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12889-023-15483-4.pdf>, 2024.7.4アクセス).
- Cheetham, M., Moffatt, S., Addison, M., and Wiseman, A., 2019, “Impact of Universal Credit in North East England: a Qualitative Study of Claimants and Support Staff”, *BMJ Open*, 9(7), (<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/7/e029611.full.pdf>, 2024.7.4アクセス).
- Child Poverty Action Group, 2023a, *Six Years in: the Two-child Limit is Pushing 1.1 Million Children Deeper into Poverty*, (https://cpag.org.uk/sites/default/files/files/policypost/Six_years_in_two_child_limit-final.pdf, 2024.7.4アクセス).
- Child Poverty Action Group, 2023b, *You Reap What You Code Universal Credit, Digitalisation and the Rule of Law*, (<https://cpag.org.uk/sites/default/files/2023-08/You%20reap%20what%20you%20code.pdf>, 2024.7.4アクセス).
- Clegg, Alex, Deven Ghelani, Zoe Charlesworth and Tylor-Maria Johnson, 2023, *Missing Out: £19 Billion of Support Goes Unclaimed Each Year, Policy in Practice*, (<https://policyinpractice.co.uk/wp-content/uploads/Missing-out-19-billion-of-support.pdf>, 2024.7.4アクセス).
- Dencik, Lina, 2022, “The Datafied Welfare State: a Perspective from the UK”, in Hepp, Andreas, Juliane Jarke, Leif Kramp (eds.), *New Perspectives in Critical Data Studies: the Ambivalences of Data Power*, Palgrave Macmillan, 145-165.
- Department for Work and Pensions, 2010,

- Universal Credit: Welfare that Works*, (<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7a269ae5274a34770e49dd/universal-credit-full-document.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Department for Work and Pensions, 2012, *Digital Strategy*, (<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7adeb4e5274a34770e7ae2/dwp-digital-strategy.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Department for Work and Pensions, 2014, *Universal Credit at Work*, (<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7df256e5274a2e87dae8ce/uc-at-work.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Department for Work and Pensions, 2018, *Universal Credit Full Service Survey*, (<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b1a4f9eed915d2cc380163f/universal-credit-full-service-claimant-survey.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Department for Work and Pensions, 2020, *Claimant Service and Experience Survey 2018/19*, (<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f0f2c30d3bf7f03a5c23dfe/dwp-claimant-service-and-experience-survey-2018-2019.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Department for Work and Pensions, 2023a, *Fraud and Error in the Benefit System Financial Year Ending (FYE) 2023*, (<https://www.gov.uk/government/statistics/fraud-and-error-in-the-benefit-system-financial-year-2022-to-2023-estimates/fraud-and-error-in-the-benefit-system-financial-year-ending-fye-2023#universal-credit-overpayments-and-underpayments>, 2024.7.4 アクセス).
- Department for Work and Pensions, 2023b, *Income-related Benefits: Estimates of Take-up: Financial Year 2019 to 2020*, (<https://www.gov.uk/government/statistics/income-related-benefits-estimates-of-take-up-financial-year-2019-to-2020/income-related-benefits-estimates-of-take-up-financial-year-2019-to-2020>, 2024.7.4 アクセス).
- Department for Work and Pensions, 2024, *Universal Credit Statistics, 29 April 2013 to 11 April 2024*, (<https://www.gov.uk/government/statistics/universal-credit-statistics-29-april-2013-to-11-april-2024/universal-credit-statistics-29-april-2013-to-11-april-2024>, 2024.7.4 アクセス).
- Earwaker, Rachele and Maudie Johnson-Hunter, 2023, *Unable to Escape Persistent Hardship: JRF's Cost of Living Tracker, Summer 2023*, Joseph Rowntree Foundation, (<https://www.jrf.org.uk/cost-of-living/unable-to-escape-persistent-hardship-jrfs-cost-of-living-tracker-summer-2023>, 2024.7.4 アクセス).
- Foley, Beth, 2017, *Delivering on Universal Credit*, Citizens Advice, (<https://www.citizensadvice.org.uk/Global/CitizensAdvice/welfare%20publications/Delivering%20on%20Universal%20Credit%20-%20report.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Gerven, Minna van, 2022, "Studying Social Policy in the Digital Age", in Nelson, Kenneth, Rense Nieuwenhuis, Mara Yerkes (eds.), *Social Policy in Changing European Societies*, Edward Elgar Publishing, 251-264, (<https://www.elgaronline.com/edcollchap-0a/book/9781802201710/book-part-9781802201710-25.xml>, 2024.7.4 アクセス).
- Griffiths, Rita, 2021, "Universal Credit and Automated Decision Making: a Case of the Digital Tail Wagging the Policy Dog?", *Social Policy and Society*, First View: 1-18, (https://purehost.bath.ac.uk/ws/portalfiles/portal/227850737/Universal_Credit_A_case_of_the_digital_tail_wagging_the_policy_dog_revised_cleaned_single_spaced_MANUSCRIPT_210808_my_copy.pdf, 2024.7.4 アクセス).
- House of Lords Communications and Digital Committee, 2023, *Digital Exclusion*, (<https://publications.parliament.uk/pa/ld5803/ldselect/ldcomm/219/219.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Koch, Insa, 2021, "The Guardians of the Welfare

- State: Universal Credit, Welfare Control and the Moral Economy of Frontline Work in Austerity Britain”, *Sociology*, 55(2): 243-262.
- Lloyds Bank, 2022, *2022 Consumer Digital Index*, (https://www.lloydsbank.com/assets/media/pdfs/banking_with_us/whats-happening/221103-lloyds-consumer-digital-index-2022-report.pdf, 2024.7.4 アクセス).
- Maxwell, Jack, 2021, “Judicial Review and the Digital Welfare State in the UK and Australia”, *Journal of Social Security Law*, 28(2): 94.
- Millar, Jane and Fran Bennett, 2017, “Universal Credit: Assumptions, Contradictions and Virtual Reality”, *Social Policy and Society*, 16(2): 169-182.
- National Audit Office, 2019, *Investigation into Verify*, (<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/Investigation-into-verify.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Ofcom, 2022, *Digital Exclusion: a Review of Ofcom’s Research on Digital Exclusion among Adults in the UK*, (https://www.ofcom.org.uk/__data/assets/pdf_file/0022/2343_64/digital-exclusion-review-2022.pdf, 2024.7.4 アクセス).
- Ofcom, 2023, *Affordability of Communications Services*, (https://www.ofcom.org.uk/__data/assets/pdf_file/0020/260147/2023-april-affordability-of-communications-services.pdf, 2024.7.4 アクセス).
- Pope, Richard, 2020, *Universal Credit: Digital Welfare*, Richard Pope Consulting Ltd, (<https://pt2.works/files/universal-credit.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Porter, Iain and Maudie Johnson-Hunter, 2023, *Inadequate Universal Credit and Barriers to Work*, Joseph Rowntree Foundation, (<https://www.jrf.org.uk/social-security/inadequate-universal-credit-and-barriers-to-work>, 2024.7.4 アクセス).
- Social Metrics Commission, 2022, *Measuring Poverty before the COVID-19 Pandemic*, (https://socialmetricscommission.org.uk/wp-content/uploads/dlm_uploads/2022/03/SMC-2021-Measuring-Poverty-Before-Covid19-Pandemic.pdf, 2024.7.4 アクセス).
- Social Metrics Commission, 2023, *Measuring Poverty 2023*, (<https://socialmetricscommission.org.uk/wp-content/uploads/2023/12/SMC-2023-Report-Web-Hi-Res.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Social Security Advisory Committee, 2012, *A Report on Universal Credit and Related Regulations 2012*, (<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7affa2ed915d429748c0fd/ssac-universal-credit-report.pdf>, 2024.7.4 アクセス).
- Summers, Kate and David Young, 2020, “Universal Simplicity? The Alleged Simplicity of Universal Credit from Administrative and Claimant Perspectives”, *Journal of Poverty and Social Justice*, 28(2): 169-186.
- Trussell Trust and Joseph Rowntree Foundation, 2023, *An Essentials Guarantee: Reforming Universal Credit to Ensure We can all Afford the Essentials in Hard Times*, Joseph Rowntree Foundation and Trussell Trust, (<https://www.jrf.org.uk/social-security/guarantee-our-essentials-reforming-universal-credit-to-ensure-we-can-all-afford-the>, 2024.7.4 アクセス).

書評：高山一夫 著『現代アメリカ医療政策の展開 ——ポストコロナへの軌跡とバイデン政権』

小笠原信実(九州国際大学)
Nobumi OGASAWARA

1 はじめに

アメリカ合衆国は先進国としては例外的に、国民に普遍的な医療アクセスを保障する公的な医療保険制度が整備されていない国である。しかしアメリカではこの状況を改善するための努力がなされるとともに、この改善の動きに反対する勢力との対立がおこり、この対立がアメリカの国内政治における重要な争点の一つになってきた。1990年代にクリントン政権によって発表された医療制度改革案をめぐる対立、2000年代にはいりオバマ政権により試みられたオバマケアをめぐる対立など、医療制度改革の試みとこれをめぐる対立はアメリカの国内政治における核心的な課題の一つである。

本書はこのようなアメリカにおけるトランプ政権からバイデン政権に至るアメリカの医療制度と医療政策動向および今後の行方について、政権交代とも関わりの深い新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミックとその政策的対応を中心に掘り下げて考察し、アメリカの政治経済の現状と今後について考察を行っている。

2 本書の構成、内容

本書は以下のように序章、10の章、終章から構成されている。

序章	本書の視点と構成
第1章	アメリカの医療保険制度の現状と課題
第2章	トランプ政権におけるACA廃止法案の挫折
第3章	新型コロナと超党派的対立立法の成立
第4章	トランプ政権からバイデン政権
第5章	バイデン政権の発足と新型コロナ対策の展開
第6章	BBBA法案の挫折と医療制度改革
第7章	バイデン政権における医療制度改革の進展
第8章	新型コロナ対策からの離脱とインフレ抑制法の成立
第9章	2022年中間選挙以後の医療改革
第10章	アメリカ医療の変貌と今後の展望
終章	結論と展望

序章では本書を貫く分析視角として、以下の3点に留意すると言及されている。第一に、経済分析と政策研究を総合し、医療制度や政策動向の社会経済的な被規定性や政策実施に伴う利益配分の階層性・偏在性等を重視する政治経済学の視点から分析を行う。第二に、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)とアメリカの医療制度・医療政策とのかかわりを意識した。第三

(受理日：2025年2月12日)

に、政策当局のみならず、他の政府機関や議会、医療関連産業・医療諸団体、自治体や地域住民など、政策の策定と実施過程における諸勢力間の葛藤や対抗を多面的に描くと述べられている。

第1章では、アメリカの医療保険制度を概観し、医療政策上の争点をなしたオバマケアと医療扶助メディケイド、またメディケア薬剤費給付制度について記述されている。第2章では、トランプ政権において共和党によりオバマケアの廃止が試みられたが、これの試みが挫折した経過が記述されている。第3章では、新型コロナのパンデミックに直面したアメリカにおいて、一連の新型コロナ対策立法が、超党派的な合意により短期間のうちに成立した経緯と施策などが記述されている。第4章では、トランプ政権からバイデン政権への移行期を対象に、バイデン陣営の選挙公約、2021年度包括歳出予算法、オバマケア違憲訴訟などについて記述されている。第5章では、2021年に発足したバイデン政権の政策論議と医療政策動向について記述されている。第6章では、BBBA法案をめぐる動向に注目し、バイデン政権が企図したりベラルな立場からの社会改良計画が、共和党との対立や民主党内の紛糾により挫折した経緯が記述されている。第7章では、バイデン政権のもとで着実に進展した医療制度改革の事例として、メディケア支出削減措置の凍結と高額医療費請求禁止制度について記述されている。第8章では、新型コロナ対策プランや新型コロナ以降の医療政策への志向など、2021年後半から2022年の時期におけるバイデン政権の医療政策について考察がなされている。第9章では、2022年中間選挙と医療政策について、オバマ政権下の2010年の中間選挙とも比較して考察がなされている。第10章では、国民医療支出統計の分析を通じて、新型コロナとバイデン政権の発足

前後におけるアメリカの医療の動向と医療に関わる最近の司法判断や住民運動について記述されている。そして終章では、結論と展望が述べられている。

3 本書の意義

評者は本書の意義を以下の3点にあると考える。

第一に、アメリカにおける医療政策をめぐるのプロセスが丁寧に記述されており、トランプ政権からバイデン政権に至るアメリカの医療制度と医療政策動向が本書を通して非常によく理解できる。民主党オバマ政権によるオバマケアから、共和党トランプ政権、民主党バイデン政権と政権交代が行われることにより、歴代政権が前政権とは異なる医療政策をどうに行おうとしたのか、そしてその試みはどのような経過をたどって、どのような帰結に至ったかが本書では詳細に述べられている。オバマケアの根幹をなす医療保険未加入者の罰金制度に対して、ロバーツ長官が共和党の期待に反してリベラル派の判事に与し、5対4で辛うじて合憲の判断が下された経緯に関する記述などは、保守派の長官が党派をこえて自身の信念に基づいてリベラル派の判事に与する判断を行った点において非常に興味深い。

第二に、新型コロナのパンデミックに直面したアメリカにおいて新型コロナ対策立法が、超党派的な合意により短期間のうちに成立した経緯と施策などの記述を通して、新型コロナに対してアメリカがとった政策の形成過程および施策の内容が非常によく理解できる。アメリカにおける新型コロナ対策に関する本書の詳細かつ丁寧な記述は、日本や他の諸国の新型コロナ対策との国際比較を行ううえでも、今後の日本における感染症対策について考察するにあたって

も有益な情報を整理して提供したものである。

第三に、医療政策がアメリカの政治において重要な争点の一つであることを考慮すると、本書は医療分野のみならず、アメリカ政治の研究においても重要な意義をもつと思われる。本書は医療政策の展開を中心に述べられているが、本書序章で述べられているように政策当局のみならず、他の政府機関や議会、医療関連産業・医療諸団体、自治体や地域住民など、政策の策定と実施過程における諸勢力間の葛藤や対抗が多面的に描かれている。そのために医療政策をめぐる動向を通して、アメリカの政策決定のプロセスが具体的にどうに行われているのかが非常によく理解できる。トランプ政権によるオバマケアの骨抜きを試みが挫折するなど政権与党の試みが必ずしも成功しない実態や医療政策に多岐にわたる関係者の意図が複雑に反映される実態を通して、現在のアメリカ民主主義の姿を具体的に知ることができる。継続して自民党が政権を握ってその腐敗や政策の誤りが是正されにくい日本や共産党独裁の中国の実態と比較をすると、アメリカでは様々な問題をはらみつつも、多様な諸勢力の葛藤や対抗が開かれた場で行われて調整され、より開かれた政策決定がなされているとの印象をもった。

4 本書に残された課題

最後に本書を拝読する過程で評者が気になった課題について述べる。

本書第1章には、「アメリカの民間医療保険では、保険金支払いを減らすための手練手管が駆使されることで、医療保険への加入や更改が拒否されたり、保険給付が拒否されたりするケースが後を絶たず、また、保険金の支払額に上限が設けられることはまれではなかった。」と述べられ、オバマケアはこうした民間医療保

険の契約慣行にメスをいれ規制の強化を行ったと述べられている（本書16ページ）。そして第2章ではトランプ政権および共和党によるオバマケア廃止法案およびこれをめぐる確執について述べられているが、トランプ政権および共和党による執拗なまでのオバマケア廃止にむけた試みとオバマケアにより民間医療保険の諸慣行にメスをいられることで損失を被る民間保険会社との関係については本書では言及はなく、この点に関する研究は本書に残された課題であると考えられる。

1990年代のクリントン政権による医療改革から本書が扱っているオバマケアに至る民主党政権による医療改革の試みに対して共和党が反対して政治的な争点になってきた。本書第2章ではオバマケアの廃止を企図するAHCA法案の可決をトランプ政権および共和党が試みたが挫折した経緯が詳細に述べられているが、このような執拗な共和党の医療改革への反対の背後には何があるのだろうか。

坂口一樹は「Center for Responsive Politics という米国の無党派のシンクタンクは、“OpenSecrets.org”というインターネット上のデータベースを運営しており、そこでは政界への献金やロビイング活動の状況等、米国の「政治とカネ」に関わる様々なデータが公開されている。」（坂口一樹 [2009]、p14）と述べ、そのデータベースをもとに政界への献金やロビイング活動の状況のデータを紹介している。坂口一樹が紹介している資料のうち「米国における業界別に見た政界へのロビイング活動経費、上位20業界（1998年～2008年累計）」では、第1位は、医薬品・医療材料・医療機器業界（Pharmaceuticals/Health Products）、第2位は保険業界（Insurance）となっている。坂口の資料は10数年前までのものであるが、アメリカの保険業界が莫大な政界への

ロビイング活動経費を使っている事実は現在も変化はないと考えられ、この事実から推し量るに、アメリカの保険業界はアメリカ政府に対して巨大な政治的圧力を持っていると考えられる。

アメリカにおいて民主党が試みてきた国民に普遍的な医療アクセスを保障する公的な医療保険制度が整備される方向で改革が行われるなら、民間医療保険の販売により巨大な収益をえている民間保険会社の利益が大きく損なわれることになる。クリントン政権からオバマ政権に至る民主党政権による医療改革の試みに対する共和党の執拗な反対と保険業界の巨額の政界への献金やロビイング活動が無関係であるとは考えにくい。そしてこのような民間保険業界の存在こそ、普遍的な公的医療保険制度の実現にむけた改革がはばまれてきた主要な要因ではないか。

著者はかつてTPPに関する論文において、「TPPをめぐる対立関係は、日米両国の抽象的な国益ではなく、多国籍企業の活動から利益を得られる一握りの者と、日米両国の圧倒的多数の人々のくらしとの対立にこそ、求められるといえよう。」(高山一夫 [2013]、p215)とTPPの本質を適切に指摘した。このフレーズに倣うなら「アメリカの医療改革をめぐる対立関係は、民間保険会社の活動から利益を得られる一握りの者と、アメリカの圧倒的多数の人々のくらしとの対立」にこそ求められるといえよう。本書が記述している民主党と共和党の医療改革をめぐる対立は問題の表層部分で、手練手管を駆使して保険金支払いを減らすことなどにより巨大な利益をえてきた民間保険会社こそ普遍的な公的医療保険の実現にむけた改革をはばんできた真犯人ではないか。この部分にふみこんでこそクリントン政権からオバマ政権にかけて試みられた民主党による医療改革およびそれに反対す

る共和党との対立の本質にせまれるのではないか。

5 おわりに

残された課題として提起した内容に学術書として踏み込んで記述することが容易でないことは評者も理解している。保険業界が巨額の政界への献金やロビイング活動を行っていることは事実でも、巨額の政界への献金やロビイング活動が何を目的に行われ、オバマケアに反対する共和党やトランプ政権の動きとの因果関係を学術的に説得力のある水準で明らかにすることは容易でない。しかしアメリカにおいて国民に普遍的な医療アクセスを保障する公的な医療保険制度の整備にむけた試みが挫折してきた問題の核心に、民間保険業界および医療改革に反対する共和党と業界との関係があるのなら、この部分に関する研究は本書の主題をより根本的に掘り下げて考察することを可能にすると考えられる。評者の関心事を今後の課題として述べたが、本書がアメリカの医療制度と近年の医療政策動向および今後の行方について丁寧かつ詳細に書かれた、きわめて優れた著作であることを今一度強調しておきたい。

【参考文献】

- 坂口一樹 [2009] 「米国医療関連産業の政治的、米
国政府の対日圧力、およびそれらがわが国の
医療政策与えてきた影響」『日医総研ワーキン
グペーパー』No198, 2009年8月14日, 日本医
師会総合政策研究機構。
- 高山一夫 [2013] 「TPPは医療に何をもたらすのか」
横山壽一編著、2013、『皆保険を揺るがす「医
療改革」』新日本出版社、第6章p207～227

書評

小笠原信実著『韓国における公的医療保険と財政
——医療の公共性と社会保障財源』（ミネルヴァ書房、2024年）

高山 一夫(京都橘大学)
Kazuo TAKAYAMA

1. 本書の構成と各章の概要

本書は、韓国の医療保険制度の歴史と現状、また医療財源と韓国の財政政策の展開について、医療における公共性という分析視角から、考察した研究書である。

本書の構成は、以下の通りである。

序章 課題の設定と分析視角

第I部 韓国における公的医療保険の課題と市場化改革

第1章 韓国における公的医療保険の歴史と課題

第2章 韓国における公的医療保険と混合診療

第3章 新自由主義的医療改革における韓国と日本の比較

第4章 米韓FTAと韓国の医療

第5章 文在寅政権による医療制度改革の成果と課題

第6章 韓国の公的医療保険と医療における公共性

第II部 韓国における医療財源と財政

第7章 韓国における公的医療保険財政と文在寅ケアの財源

第8章 韓国における社会保障財源と財政

第9章 韓国歴代政権の財政政策と韓国財政

の課題

終章 本書の結論と日本への提言

序章では、本書の課題として、韓国における公的医療保険給付が低水準となった歴史的な理由と、特に2000代以降に試みられた医療の市場化の実態を明らかにする作業を通じて、公的医療保険、ひいては医療の公共性を明らかにすることが示される。また、この課題に接近する上で、本書を貫くキイ概念である公共性について、①医療における公共性、②公的医療保険の責任(平等型医療制度)、③財源確保と手段の公平性、そして④民主主義的な医療政策の形成・評価プロセスの4つの視角から分析することを述べる。

第I部は、韓国における公的医療保険の課題と市場化改革の実態を論じている。第1章では、第I部全体のいわば序論として、韓国の公的医療保険の歴史と課題について、先行研究も踏まえつつ、とくに国内で研究蓄積が乏しい1990年代以降の時期に重点をおいて、整理する。

第2章は、本書の課題でもある韓国の公的医療保険の給付水準の低さについて、混合診療の容認と保険外診療の拡大、日本ではほとんどみられない実損型民間医療保険(実際の医療支出を補償するタイプの保険)の普及、そうした医

(受理日：2025年2月13日)

療保障の仕組みが、甲状腺がん治療や帝王切開における過剰診療の問題を惹起したことを論じる。

第3章は、いわゆる新自由主義的医療改革をめぐる日韓比較を行い、類似した医療制度を有する日韓両国で改革の帰結が異なった理由を分析する。韓国における新自由主義的な改革論は、1990年代中頃より始まり、1997年のアジア通貨危機とIMFによる韓国への介入後に本格化する。その一環として医療制度においても、病院の営利化(株式会社病院の解禁)、病院の営利子会社の許容と付帯営利事業の増加、民間企業による予防・健康管理サービスの導入、遠隔診療の実施、実損型民間医療保険の拡大などが、政策的に進められた。また、そうした制度改革が、経済官僚とその背後にいる韓国財閥(サムソン財閥)によって進められたことが、具体的に示される。さらに、章の後半では、日本における新自由主義的医療改革との対比がなされ、混合診療を禁止してきた日本と容認してきた韓国とで、改革の帰結が異なると論じる。

第4章は、米韓FTA(自由貿易協定)の背景と本質、医療に及ぼす影響を論じる。米韓FTAは、単にアメリカ側の要求であるだけでなく、韓国国内の構造調整と規制緩和を企図する韓国財閥の後押しで進められたこと、その意味でグローバル企業の利益を企図した改革であることを示したうえで、医療分野においては、改革により、ジェネリック薬の普及の遅延や製薬企業の価格交渉力の強化、営利病院に投資した外国資本の保護、民間医療保険規制の後退などが懸念されることを論じる。

第5章は、文在寅政権が実施した健康保険保障強化対策(文在寅ケア)の内容と意義を論じる。本章の分析によれば、文在寅ケアにより、MRI・超音波・CTなどが公的保険給付に含ま

れたこと、高齢者や障害者等の医療費負担が軽減されたこと、家計の破局的な医療費負担の防止が進んだこと等の成果が見られた。これらの成果は政権が交代した後も維持される可能性が高いものの、混合診療のもとで新しい医療が公的保険給付の対象外となれば、患者家計の負担が増大すると論じる。

第6章は、第1章から第5章までの韓国医療保険制度の実態分析をもとに、公的医療保険における公共性と平等性を考察する。具体的には、実損型医療保険における過剰診療や保険金未支給、保険設計士(民間医療保険の販売営業を担う者)の劣悪な労働条件などを述べるとともに、韓国における医療制度をめぐる政治的経済的な対立の構図を示し、医療制度は階層型か平等型かという二者択一ではなく、力関係のもとでいつでも変化しうることを論じる。

第II部は、韓国における公的医療保険および社会保障の財源と財政を考察する。第7章では、日韓の医療保険財政の歴史的経緯を比較し、韓国では公的医療保険給付の低水準を維持して対処したのに対して、日本では国庫の支援で対応した点に違いがあったことを示す。また、文在寅ケアの実施に際して、公的医療保険の累積赤字の取り崩しや所得のある家族構成員からの保険料徴収等により財源を調達したことを明らかにする。

第8章は、広く社会保障の財源調達について、韓国財政との関わりで考察する。韓国では、歳出規模がそもそも小さいうえに、経済開発費と国防費の比率が高いため、社会保障予算の比率が低い。また、社会保険料は毎年3.3%の引き上げがなされていることから、今後の社会保障財源を確保するためには、大企業の成長を優先する財政構造を転換し、高所得者と大企業への課税を強化することが不可欠であると論じる。

第9章は、1997年のアジア通貨危機以降の韓国歴代政権の財政政策を検証し、社会保障の充実が掲げられながらも実現しなかった理由を財政面から考察する。1997年のアジア通貨危機とIMFの介入に伴う大量解雇と非正規雇用の増大、賃金下落といった問題に対して、韓国経済は家計負債の増大により対応したため、経済格差は深刻な状態が続いている。そうした状況のもと、盧武鉉政権、朴槿恵政権、文在寅政権はいずれも社会保障の充実を選挙公約に掲げながらも、文在寅ケアを例外として、社会保障を充実することができなかった。いずれの政権も、社会保障の拡大に必要な財源を示さなかったためである。著者は、韓国の社会保障を充実させるためには、高所得者と大企業への課税を強化しつつ、開発独裁期に形成されたシステムを変換すること、また、軍事独裁政権が続く中で租税を苛斂誅求とみなす国民意識を変革し、政府と市民が租税の使い道や社会保障のあり方について討議し、同意を形成し、評価する民主主義的な仕組みを創出すべきと説く。

終章は、本書全体の結論と日本への提言をまとめている。とくに日本への提言においては、韓国の経験を踏まえて、公的医療保険の意義を再確認し、混合診療の禁止を続けること、また自由貿易協定の影響にも注意を払うこと、大企業優遇を転換して社会保障を充実させること、そして自主的納税倫理の涵養を通じて、政府への信頼を高め、民主主義の成熟をうながすことを述べて、本書を締め括っている。

2. 本書に対する若干のコメント

本書は、韓国の公的医療保険の実情とその背景を公共性の視角から歴史的かつ総合的に考察した点において、医療経済と医療政策の分野における学術的な意義を有すると言える。また、

日本ではほとんど知られていない実損型医療保険の実態、あるいはサムソン財閥の医療政策への関与など、興味深い事例分析も豊富であり、韓国の経済社会の一面を深く理解する上でも、本書は極めて有益である。

評者は韓国の経済や医療制度を専門的に研究しているわけではないため、各章における分析の妥当性については措いておき、本書全体を貫く分析視角に関わって、いくつかコメントをしたい。

まず、本書では、公共性の概念を4つの分析視角に組み直して把握しているものの、今日の経済学や政策学における議論の発展をふまえて、無理に「公共性」の概念のもとに一括するのではなく、むしろ衡平や平等、民主主義といった諸概念を援用したほうが、よりわかりやすい記述になったのではと考える。最終的に公共性として総括する場合でも、それら中間的な諸概念との関係性を明記すれば、読者に混乱は生じないと思う。なお、索引に「公共性」の見出しがないことも気にかかる。

同様に、第I部の見出しにある「市場化」や第3章で用いられる「新自由主義」について、国内外でさまざまな議論のある多義的な用語である以上、用いる場合には限定的に、丁寧に意味内容を示したうえで、用いるのが適切である。なお、「市場化」も索引に欲しいところである。

いまひとつ、韓国の公的医療保険制度における公共性の弱さとその背景については本書において多面的に分析されているものの、そうした状況を克服するような動向や主体についても考察を深めることが望ましい。対抗軸を析出し、そこに光を当てる作業が弱いと、議論の終着点が「あるべき論」に傾斜してしまう。第3章で済州島における営利病院設置に反対する市民団体が取り上げられており、評者自身、TPP(環

太平洋パートナーシップ協定)をめぐって韓国の市民団体と活発な意見交換を交わしたこともある。韓国では財閥が支配する営利的医療機関だけでなく、医療生協も数多く設立されており、医療の公共性を守る地域住民や地方自治体の取り組み事例も相当にあるのではないと思う。

いくつか批判的なコメントはしたものの、原語の文献や現地調査も駆使しつつ、韓国の医療制度と財政政策を分析する著者の力量は高く、今後のさらなる研究の発展が大きく期待される。

2025年は、日韓基本条約が締結され国交が正常化して60周年の節目の年である。積み残された歴史問題がある一方で、近年はK-POPをはじめとする文化交流も盛んであり、訪日旅行者が最も多いのが韓国である。高齢化と少子化・人口減少の進展や経済格差の拡大など、日韓両国間で共通する課題も多い。

他方で韓国は、今日なお北朝鮮と分断されており、兵役の義務や離散家族といった問題を抱えている。また、日本と異なり大統領制を有するため、韓国では政権交代に伴い制度と政策が大きく転換し、日韓関係に反響することも少なくない。

隣国である韓国の医療制度とその改革動向を知ることは、医療制度の国際比較研究における知見を増すだけでなく、むしろ医療制度という視角から、両国間の歴史の歩みを学ぶことにつながる。そのことが、急速な人口減と社会に蔓延する閉塞感に悩む日本社会のあり方を考えるうえで、ひとつの手掛かりを与えてくれるかも知れない。

日本医療福祉政策学会学術誌編集委員 (2025年3月31日現在)

編集長 村上慎司(金沢大学)

編集委員 井口克郎(神戸大学)

坂本毅啓(北九州市立大学)

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)

Takeharu SAKAMOTO (The University of Kitakyushu)

Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

Takafumi MURATA (Kyoto Prefectural University)

医療福祉政策研究 第8巻・第1号

ISSN 2433-6858

2025年3月31日発行

編集：日本医療福祉政策学会学術誌編集委員会(編集長 村上慎司)

発行：日本医療福祉政策学会(会長 高山一夫)

(連絡先) 〒606-8446

京都市左京区南禅寺北ノ坊町21番地 永井ハウス内

Journal of Health and Welfare Policy

Volume 8 Issue 1 2025

Contents

Special Issue:

Disaster and Health – Welfare: History and Current Status, Issues

Lessons from a Century of Calamities and “Recovery”: From the Perspectives of the Right to Life, the Region, and Autonomy Tomohiro OKADA (1)

Experience of Great East Japan Earthquake and COVID-19 Pandemic Itaru MURAGUCHI (23)

Japan’s Reconstruction Policy Considered from the Perspective of the Right to Continue Living Katsuro INOKUCHI (35)

Review Articles

Study of Issues in Medication Management Performed by Family Caregivers Providing Home Care to Patients at the End of Life and Support Needed: Using Japanese and International Publications as a Clue Nobumasa OGAMA, Naoya NAKASUJI (55)

Research Notes

Digitalization of Universal Credit in UK: Current Status and Issues Yoshito TSURUTA (75)

Book Review