

総合社会福祉研究

◆特集／医療保障と公衆衛生の課題

～人権保障を基盤とした社会づくりへ向けて～

医療保障と公衆衛生の課題

～人権保障を基盤とした社会づくりへ向けて～

長友 薫輝

医療供給体制再編の動向と課題

——地域医療構想を中心に

横山 壽一

皆保険体制をめぐる政策動向と課題

長友 薫輝

コロナ禍での保健所体制をはじめとする公衆衛生の課題と今後の方向性

波川 京子

◆【特別報告】第29回社会福祉研究交流集会 in 関東

能登半島地震の現地支援活動から

水上 幸夫

◆海外情報◆

フランスの子ども家庭ソーシャルワーク発展への挑戦

安發 明子

◆書評◆

村田隆史・長友薫輝・曾我千春編著

『基礎から考える社会保障——私たちの生活を支える制度の仕組み』

芝田 英昭

丹波史紀著『原子力災害からの複線型復興——被災者の生活再建への道』

北垣 智基

◆投稿◆

〈論文〉

「95年勧告」と社会福祉実践

——高齢者介護における契約制度の不備を捕足する措置制度に着目して——

村上 武敏

〈研究ノート〉

母子生活支援施設に求められるアフターケアの現状と課題

武藤 敦士

総合社会福祉研究

第56号

目次

◆特集／医療保障と公衆衛生の課題～人権保障を基盤とした社会づくりへ向けて～

医療保障と公衆衛生の課題

～人権保障を基盤とした社会づくりへ向けて～	長友 薫輝	1
医療供給体制再編の動向と課題——地域医療構想を中心に	横山 壽一	3
皆保険体制をめぐる政策動向と課題	長友 薫輝	12
コロナ禍での保健所体制をはじめとする公衆衛生の課題と今後の方向性	波川 京子	20

◆【特別報告】第29回社会福祉研究交流集会 in 関東

能登半島地震の現地支援活動から	水上 幸夫	28
-----------------	-------	----

◆海外情報◆

フランスの子ども家庭ソーシャルワーク発展への挑戦	安發 明子	40
--------------------------	-------	----

◆書評◆

村田隆史・長友薫輝・曾我千春編著

『基礎から考える社会保障——私たちの生活を支える制度の仕組み』	芝田 英昭	46
丹波史紀著『原子力災害からの複線型復興——被災者の生活再建への道』	北垣 智基	48

◆投稿◆

〈論文〉

「95年勧告」と社会福祉実践

——高齢者介護における契約制度の不備を捕足する措置制度に着目して——	村上 武敏	51
------------------------------------	-------	----

〈研究ノート〉

母子生活支援施設に求められるアフターケアの現状と課題	武藤 敦士	61
----------------------------	-------	----

投稿規定		72
------	--	----

編集後記		73
------	--	----

医療保障と公衆衛生の課題 ～人権保障を基盤とした社会づくりへ向けて～

長友 薫輝

今号の特集は医療保障と公衆衛生をめぐる課題を整理し、健康権、生存権、受療権を実現できる、人権保障を基盤とした社会づくりを進める契機とすべく企画したものである。

医療保障においては、1980年代から継続する公的医療費抑制策のもと、直近では2018年度から、さらなる医療費抑制の仕掛けが展開されており、医療供給体制の再編や縮小策が各地で進められている。地域医療構想等を手段として、これまで全国の436公立・公的病院を再編・統合すべきとしたリスト公表なども行ってきた。

コロナ禍となり、感染症病床を主に担う公立・公的病院の役割に注目が集まったものの、実際にはコロナ禍においても、地域医療構想等にもとづく公立・公的病院の再編・統合・縮小策を推進してきたところである。

現在、2025年のあるべき医療供給体制の姿としていた地域医療構想を、改定する作業が進められ、新たに2040年までとする計画である。新たな地域医療構想では、中長期的な医療需要や医療資源等も含めて、入院医療だけでなく、外来や在宅、医療と介護の連携、人材確保も含めた医療提供体制全体を見据えたものとなる。従来のもとは異なる規模の大きなものとなることが想定される。

かかりつけ医機能報告制度を活用しながら、実質的には外来医療を抑制するなど、入院医療の病床抑制等にとどまらない内容となる。さらに、新たな地域医療構想は医師確保計画との連動も図られており、医師偏在対策等とも併せて内容を把握する必要がある。

財政制度等審議会財政制度分科会（2024年11月13日開催）では医師偏在是正をめぐり「特定過剰サー

ビス減算」が提案された。実効性のある医師偏在対策として診療報酬上のディスインセンティブ措置として、特定の地域で過剰になっている診療科の医療サービスを「特定過剰サービス」として診療報酬を減算する（1点単価の引き下げ）という案である。何をもって「過剰」とするのかなど、概念の定義および操作にも留意しなければならない。このような政策動向から、医療供給体制の再編・縮小だけでなく、皆保険体制の脆弱化などを視野に入れた公的医療費抑制の新たな展開と見て注視しなければならない。

皆保険体制の中でも国保をめぐるっては、都道府県単位化をはじめとする改革が進められてきた。一方で、国保に生活保護の医療扶助を参入させる案が財務省から継続して提案され、「骨太の方針」に毎年、記載されている。国保改革によって可能となった、都道府県によるガバナンス強化での公的医療費抑制策の徹底を企図したものである。

国保に医療扶助を参入させる一方で、被用者保険の適用拡大政策が展開されている。結果として、国保から被用者保険に移行する人がいる一方で、国保に残る人々は負担能力が高くない世帯ということになる。その状態となっている国保に生活保護の医療扶助を移管するということは、国保と被用者保険の二極化が公的医療保険の中でより鮮明となることが想定され、付随して劣等処遇の拡大および強化という可能性があることを指摘しておきたい。

公衆衛生においては、コロナ禍での対応に関する検証作業が多くの自治体でほぼ実施されていない現状にある。コロナ禍を契機として、これまでの公衆衛生をめぐる政策を見直し、転換を図らなければならない。医療供給体制と同様に、これまで保健所の再編・統廃合・縮小を進めてきたことによって、人

員不足が常態化していたところにコロナ禍となった。

もちろん、保健所だけで公衆衛生の課題に対応するわけではないが、本号の波川論文でも触れられているように、保健所が公衆衛生の中心となって地域社会の疾病予防、健康の保持・増進等の活動が展開される必要がある。加えて、地域住民に身近な市町村による保健福祉の拡充が求められる。

医療保障と公衆衛生の課題を共有し、人権保障を基盤とした社会づくりに向けて検討を重ねていく、本特集がその契機となれば幸いである。

(ながともまさてる 佛教大学社会福祉学部)

医療供給体制再編の動向と課題 ——地域医療構想を中心に

横山 壽一

はじめに

近年の日本における医療政策は、1980年代初頭から始まる医療費抑制政策によって主導されてきた。医療費抑制施策は、需要を抑制する患者負担強化策、供給を抑制する供給抑制策、単価そのものを直接に抑制する診療報酬抑制策の三つを柱としている。需要抑制策は、1983年の健康保険の被保険者本人に対する定率1割負担導入から新たな段階に移行する。診療報酬抑制策は、1998年マイナス改定以降本格化する。では供給抑制策はどうか。その始まりは1985年の医療法改正に求めることができる。地域医療計画の策定を定めたこの改正は、二次医療圏の設定と医療圏ごとの必要病床数を示すことを求め、必要病床数を超える過剰病床地域での増床を禁じた。この病床規制は、病床にとどまらず医師・看護師の規制にも連動し、医療供給全体の抑制・縮小の突破口となった¹⁾。

医療供給抑制策としての病床規制は、その後も続くが、2015年の医療介護総合確保法によって地域医療構想の策定が定められたことで新しい局面へ移った。現下の医療供給体制の再編は、この地域医療構想に沿って進められており、今後もこの地域医療構想の新たな展開のもとで推進されようとしている。以下、この地域医療構想をめぐる動きを中心に、医療供給体制再編の動きと課題を検討する。

1 地域医療構想の内容と現局面

地域医療構想は、上述したように、2015年の医療介護総合法によって策定が定められた。

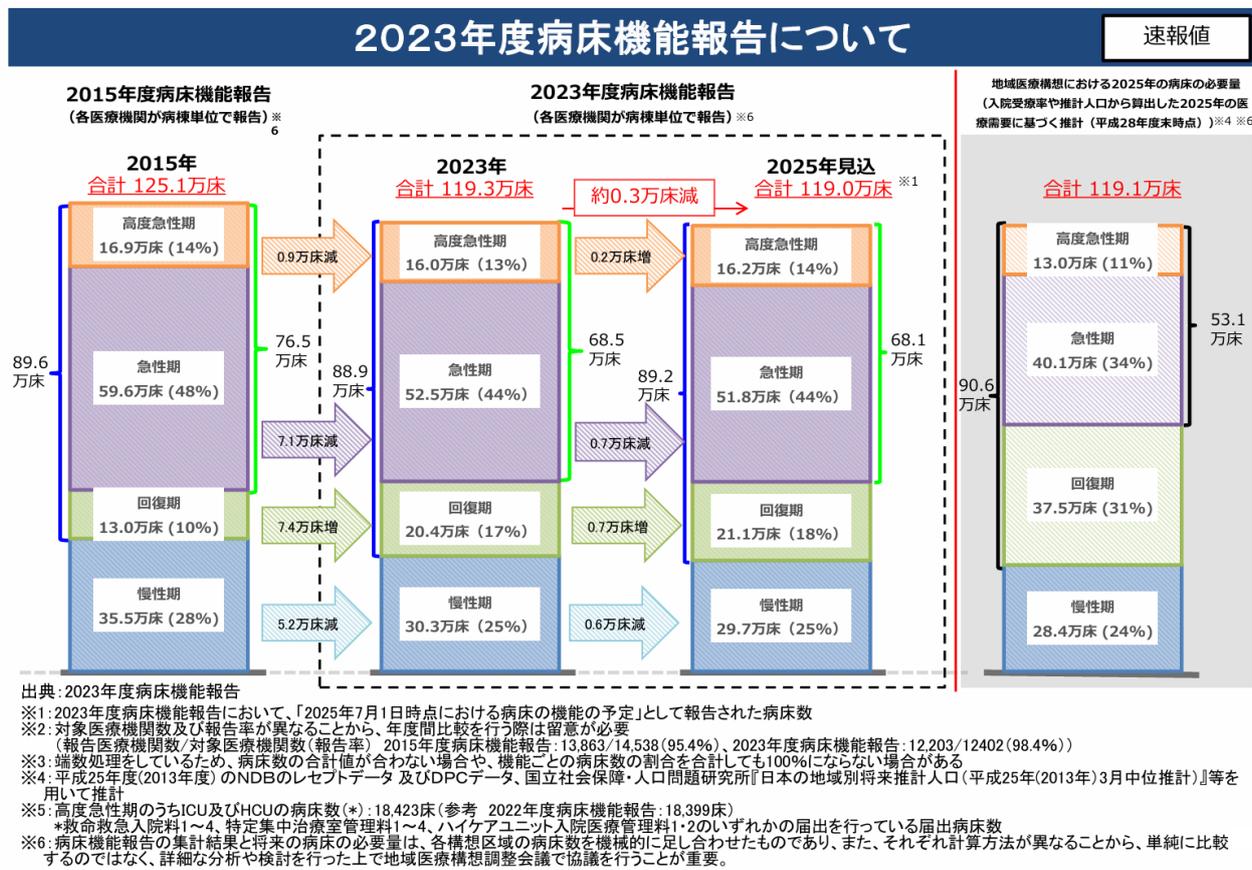
医療機能を「高度急性期、急性期、回復期、慢性期」の4つに区分し、2025年の推計人口と2013年度の性・年齢階級別の入院受療率に基づいて推計した医療需要をもとに、2025年のそれぞれの機能ごとの必要病床数を算出し、都道府県が地域医療構想を策定する（2016～17年に策定済み）。各医療機関は、毎年、医療機能の現状と今後の方向について「病床機能報告」を提出する。医療需要の推計から算出される必要病床数とこの「病床機能報告」による病床数にはずれがあり、このずれは各地域に設置される地域医療構想調整会議を通じて調整が行われ、地域医療構想に掲げられた病床数へ近づけるための病床の再編・連携等が続けられる。2025年とされたのは、この年に団塊の世代がすべて後期高齢者になることから、増大が見込まれる医療需要に対して何らかに新たな抑制策が必要だと判断されたためである²⁾。

では、2025年まであと1年となった現状はどうなっているか。厚生労働省が公表した「2023年度病床機能報告」によると、全国の病床数は119.3万床である。これは2015年に比べると5.8万床の減少であり、各都道府県が策定した地域医療構想における必要病床数の総数119.1万床まであと2千床である。病床数の総数からみれば、地域医療構想はほぼ達成されている（図1）。

1) 西岡幸泰「転換期の医療保障政策」（『講座日本の保健・医療2・現代日本の医療保障』労働旬報社、1991年、所収）。

2) 厚生労働省「地域医療構想の進め方について」（平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）。

図1 2023年度病床機能報告と地域医療構想の現状



出所) 第7回新たな地域医療構想等に関する検討会 (2024年8月26日開催) 厚労省資料1より (一部削除部分あり)。

しかし地域医療構想は、機能別の病床数を掲げたことがポイントである。そこで機能別にみると、「高度急性期」は2015年から0.9万床減少して16万床となったが、2025年の必要病床数を3.0万床上回っている。「急性期」は7.1万床減少して52.5万床となったが、なお2025年必要病床数40.1万床を12.4万床上回っている。「回復期」は、7.4万床増加して20.4万床となったが、必要病床数37.5万床を17.1万床下回っている。「慢性期」は、5.2万床減少して30.3万床となったが、必要病床数28.4万床を1.9万床上回っている。つまり、「高度急性期」「急性期」は削減が進められたがなお必要病床数を上回ってさらに削減が求められる状況にあり、これらの削減が達成できていないために、そこから転換される

はずの「回復期」「慢性期」は必要病床数を下回り達成できていないのが現状である。³⁾

こうした機能別病床数における「ずれ」には重要な意味がある。そもそも地域医療構想は、病床の再編・削減を通じた医療費抑制を意図して始められた。病床のうちでも高度急性期・急性期の病床の利用は、医療内容からして回復期・慢性期に比べて医療費が高くなる。そこで厚生労働省は病床削減のターゲットを高度急性期・急性期にあて、大幅な削減が必要とされる目標値を設定して都道府県・医療機関にその実現を迫ってきた。しかし、医療機能ごとの医療需要は、全国一律の診療報酬(医療資源投入量)を機械的に区分して4区分としたうえで算出されており、医療現場の実態とも地域の実態とも合致して

3) 厚労省「地域医療構想の進捗等について」(第15回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ、2024年7月10日)。

いない。もちろん、各医療機関も診療報酬の低い病床への転換には慎重にならざるを得ないこともあるが、実態をみない医療費抑制一辺倒の方法が、「ずれ」の最大の要因に他ならない。

2 新たな地域医療構想への動き

2025年の医療需要に対応すべく進められてきた地域医療構想は、来年度で区切りがつく。機能別病床の目標が未達成のまま期限を迎えたとしても、高度急性期と急性期の病床は2015年からすでに8万床も削減されており、地域医療に深刻な影響を与えている。しかし、政府は立ち止まってその影響を検証し課題を明らかにする姿勢は全く見られない。それどころか、2025年以降に向けて、新たな地域医療構想の策定に向けて動き始めている。

2022年12月、社会保障制度審議会医療部会は「医療提供体制の改革に関する意見」のなかで、地域医療構想について「現在は2025年までの取組となっているが、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある」とした。さらに「今後の取組については、必要な医療を面として提供するための医療機関ごとの機能分化と連携が重要であるかかりつけ医機能や在宅医療を取り込むため、外来医療、在宅医療の整備計画の中で新たな方向性や目標を踏まえながら、2025年以降の入院需要を推計していくべき、新たな地域医療構想を踏まえて、看護職員の需給推計を実施すべき、医師の働き方改革への各医療機関の対応を踏まえたうえで、地域医療構想における医療機関の役割分担と連携の在り方を議論すべき、構想区域の規模や在り方を議論すべきとの意見を踏まえて、検討を深めるべきではない

か」と、検討の課題まで踏み込んだ⁴⁾。

これを受けて、2023年3月に厚労省に「新たな地域医療構想等に関する検討会」が設置され、新たな地域医療構想の検討が始まった。その後、同年6月の「骨太の方針2023」での地域医療構想推進の提起、同年10月「全世代型社会保障構築会議」における意見等を経て、同年12月の経済・財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表2023」に、2024年度までの工程として「2026年度以降の地域医療構想について、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。また、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う」ことが盛り込まれ⁵⁾、さらに同じく12月に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」においても、「2026年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携を含め、中長期的課題を整理して検討を行う」ことが明記され、検討作業が政府の公式な課題として位置づけられた⁶⁾。そして、2024年4月に社会保障審議会医療部会で、「地域医療構想の検討体制」として「新たな地域医療構想等に関する検討会」を設置することが正式に承認された。

3 新たな地域医療構想の検討内容

社会保障審議会医療部会は、検討会の「主な検討事項」として（1）2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル、（2）病床の機能分化・連携の更なる推進、（3）地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論を、また今後のスケジュール

4) 社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」（2022年12月28日）。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001032085.pdf>

5) 経済・財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表2023」（2023年12月21日）。

https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report_231221_2.pdf

6) 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（2023年12月22日閣議決定）。

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_shakaihosho_kochiku/dai10/siryou_2-2.pdf

ルとして、「関係団体等からのヒアリング」とそれを踏まえた「論点の提示」、そして夏～秋に「中間まとめ」、12月に「最終まとめ」とする予定を提示した。それに沿って、4月から5月にかけて関係団体・有識者ヒアリングが行われ、ヒアリングを踏まえて、6月21日に厚労省が「新たな地域医療構想に関する論点について」と「新たな地域医療構想の方向性（総論）」⁷⁾を提示した。現在、提示された論点について議論が行われている。なお、その後の計画としては、2025年度に新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出、2026年度に新たな地域医療構想の検討・策定が想定されている。

提示された主な論点は、以下の通りである。(1) 新たな地域医療構想の方向性（総論）では、「2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取り組みの反映）をどう考えるか、(2) 新たな地域医療構想の具体的内容、その達成に向けた取組（各論）では、①入院…85歳以上の高齢者の増加に伴い、高齢者救急、リハビリ、在宅復帰支援等を行う機能の重要性が高まることから、病床の機能分化・連携の推進の推進に向けてどのような対応が考えられるか、②外来医療、在宅医療…地域によっては、外来需要は減少または横ばい、在宅需要は増加が見込まれ、医師の高齢化や人材確保等が課題となるなか、「かかりつけ医機能を担う医療機関」や「専門外来中心の医療機関」の連携、在宅医療の強化や後方支援病床の確保等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか、③医療・介護連携…医療における介護医療院・老健・特養・高齢者住まい等の医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）の状況を把握して、医療と介護連携の強化をどう図っていくか、介護施設における医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）について、地域医療構想からどう考えるか、④医療機関機能、構

想区域、医療提供体制のモデル…医療機関機能に着目して医療機関の役割分担・連携を推進することについてどのように考えるか、構想区域の見直しや複数の構想区域での合同協議等の弾力的な運用について、どのように考えるか、人口動態等により構想区域を類型化し、類型ごとに求められる医療機関の機能や配置のあり方を含む医療提供体制のモデルを示すことについてどう考えるか。

論点で示された課題の具体化も進められている。そのうち、今後の医療政策および医療提供体制に大きな影響を及ぼすと思われるのは、(1) かかりつけ医機能の発揮に向けた「かかりつけ医機能報告制度」の創設、(2) 「医療機関機能」の報告の提案である。以下、それぞれについて内容を整理し、課題を検討する。

4 かかりつけ医機能報告制度と外来医療の再編

(1) かかりつけ医をめぐる経緯と意味

かかりつけ医については、厚労省が10年あまりにわたり検討してきた制度だが、日本医師会をはじめ医療関係者の反対で具体化されないまま推移してきた。厚労省は、求めてきたかかりつけ医そのものの制度化はひとまず断念したものの、日本医師会もその重要性を認めた「かかりつけ医機能」について、この機能が発揮される制度整備で合意に至り、かかりつけ医機能の定義の法制化、「かかりつけ医機能報告制度」等が具体化された。厚労省の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」が内容について議論してきたが、今年7月に制度の枠組みをとりまとめた⁸⁾。この制度は、2025年4月から施行される予定である。

今回の具体化が注目されるのは、これまでの特異な経緯もあるが、それ以上に、新しい地域医療構想が、入院機能だけでなく外来医療・在宅医療も含め

7) 厚労省「新たな地域医療構想に関する論点について」（第6回新たな地域医療構想等に関する検討会資料、2023年6月21日）。<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001266387.pdf>

8) かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた議論の整理」（2024年7月19日）。<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001276177.pdf>

た内容で策定されることが提起され、その機能を担う重要な存在として「かかりつけ医機能」が位置づけられているからである。

(2) かかりつけ医機能報告制度の概要

「かかりつけ医機能報告制度」は、①慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（日常的な診療の総合的・継続的实施、在宅医療の提供、介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事への報告を求める、②都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに公表する、③都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する、以上の三点を枠組みとする。なお、かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く病院・診療所である。

「かかりつけ医機能を有する医療機関」を明確化するために、各医療機関に求める報告内容は、「第1号機能」と「第2号機能」に分けられる。第1号機能は、「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」である。報告事項は、①「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示での公表の有無、②かかりつけ医機能に関する研修修了者の有無、総合診療専門医の有無、③17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無（一次診療を行うことができる疾患）、医療に関する患者からの相談対応の有無である。

第2号機能は、①通常の診療時間外の診療、②入院時の支援、③在宅医療の提供、④介護サービス等と連携した医療提供の4項目である。「第1号機能」の3項目のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う⁹⁾。

(3) 「かかりつけ医機能報告制度」と「かかりつけ医」の実質的な制度化

新たな地域医療構想は、入院機能（病床機能）だけでなく、外来医療・在宅医療、医療と介護との連携などへ広げる点にこれまでは大きな違いがある。入院の機能別再編は、診療報酬の高い高度急性期・急性期の病床削減によって、医療費抑制を進めることにあった。新たな地域医療構想においても医療費抑制は基本目標である。では、外来医療・在宅医療に、どのようにして医療費抑制を具体化しようとしているか、また「かかりつけ医機能報告制度」がその中でどのような役割を果たすことを求めているか。

外来医療・在宅医療の領域は、開業医を組織する日本医師会の牙城であり、厚労省も医療費抑制の手立てを具体化できないでいた。そこに風穴をあけようと試みてきたのがかかりつけ医の制度化であった。しかし、この試みも「失敗」に終わり、ようやく実現したのが今回の「かかりつけ医機能報告制度」である。この制度も、厚労省が考えてきたかかりつけ医制度とは距離がある。厚労省は、かかりつけ医への登録によって医師と患者の1対1関係を作り、病院での受診をかかりつけ医による紹介を必須とすることで、かかりつけ医にゲートキーパーとしての役割を担わせることを意図していた。特定機能病院等への紹介受診は紹介状のない受診への追加負担で一部具体化されたものの、今回も、登録制は導入されおらず、その意味で厚労省にとっては不十分な制度ではある。しかし、いくつかの点で厚労省の目指してきた「かかりつけ医制度」へ、そして医療費抑制へ重要な一歩が踏み出されたことを見落としてはならない。

第一は、この制度がどのように運用されるかはまだ不明な部分が多いが、かりに患者はまず「かかりつけ医機能」をもつ医療機関を受診しなければならないとなれば、実質的には「登録制」と大差がない仕組みになるということである。すでに介護保険申請の際にかかりつけ医の意見書を必要とする仕組み

9) 同上、4～8ページ。

があることから、その可能性は小さくない。

第二は、第2号機能を持つ医療機関に、患者への説明が努力義務とされ、医師と患者の1対1関係が実質化されたことである。対象は、「慢性疾患を有する高齢者等」で概ね4ヶ月以上継続的な医療を要する患者とされている。第2号機能は、上述したように、一次診療に加えて入退院時の支援や在宅医療など、継続的に医療を提供し、患者と深く関わることになる。説明義務は、その関係を継続し、実質的に固定化する意味を持つ。関連して喚起すべきは、今年度の診療報酬改定で、生活習慣病等の継続的な医学管理を対象とした「特定疾患療養管理料」が再編されて「生活習慣病管理料Ⅱ」が新設され、対象となるすべての患者に「療養計画書」の定期的な交付が義務づけられたことである。これも医師と患者の1対1関係を実質化するものとして問題となったが、この仕組みと重複して実施される可能性が高く、登録制へ限りなく近づくことになる。

第三は、第1号機能に「かかりつけ医機能に関する研修」の修了者がいることが要件とし、その認定・公表を都道府県が行う仕組みとされたことである。厚労省が研修内容を示し、修了したことを都道府県に報告し、都道府県が他の要件も含めて報告項目を確認したうえで、「かかりつけ医機能」をもつ医療機関として公表する方式は、事実上、都道府県が認定する制度として運用されることを意味し、日本専門医機構が認定する専門医制度等とは、都道府県が直接関与する点で大きな違いがある。都道府県は、近年の医療制度改革によって、医療提供と医療需要の両面から全体をコントロールする機能を付与されている。今回の仕組みは、病床（入院医療）だけでなく、外来医療に対しても都道府県が統制力を持つことを意味する。それは、やがて「かかりつけ医機能」をもつ医療機関の統制にも道を開くことになる。

第四は、今回の制度によって、外来医療体制が「かかりつけ医機能」を持つ医療機関、かかりつけ医などからの紹介状を持って受診する外来診療に重点を置く「紹介受診重点医療機関」(外来機能報告を実施)、

それ以外の医療機関に区分されることになる。厚労省は、紹介受診重点医療機関の説明で、患者はまず「かかりつけ医機能」をもつ医療機関を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診するとしており、病院での受診のためには「かかりつけ医機能」を持つことが必要となり、紹介受診が実質化する。このことによって、「かかりつけ医機能」を持たない医療機関は存続が厳しくなる。「かかりつけ医機能」を持つ医療機関も、紹介受診重点医療機関も、都道府県が「協議の場」で報告し協議したうえで公表することになっており、これらの医療機関の整備をめぐる議論を通して、機能別の再編・統合が進められる可能性がある。しかも、2040年の医療需要の予測にあわせて供給量が絞り込まれ、医療機関の淘汰が促されることも考えられる。この再編・統合が入院・外来含めて促進されることを予感させるのが、次に見る「医療機関機能」の報告である。

5 「医療機関機能」報告制度と機能による医療機関の再編・縮小

「新たな地域医療構想等に関する検討会」は、10月17日に「医療機関機能」と「外来医療」について議論を行ったが、厚労省はこの会議で「地域ごとに求められる医療機関機能」を示し、各医療機関が該当する機能を報告することを求めた。

示された「医療機関機能」は、(1)高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能、(2)在宅医療を提供し地域の生活を支える機能、(3)救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能の三つである。このほか、地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を發揮していると説明している。

それぞれについて、もう少し具体的内容(イメージ)が挙げられている。(1)については、①救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ

10) 日本医療総合研究所・医療動向モニタリング小委員会「医療政策モニタリングニューズレター」(34号、2024年8月5日)、寺尾正之「医療提供体制をめぐる政策動向と問題点」『国民医療』第363号、2024年秋号、参照。

等の離床のための介入を行う、②必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につなげ、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できる、(2)については、地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる、(3)については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる、以上である。¹¹⁾

「医療機関機能」は、新たな地域医療構想の重要なポイントに位置づけられている。厚労省は、新たな地域医療構想は、3つの観点に基づき病床機能・医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していくとしているが、その3点とは①病床区分毎の必要量、②医療機関機能の明確化、③医療機関の報告等である。つまり、これまでの病床機能だけでなく、医療機関機能にも区分を設け、地域で求められる役割を担う医療機関機能を新たに地域医療構想に位置づける、そのための医療機関機能の整理である。これは、「これまでの地域医療構想では、病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい」との反省に立って提案されたものである。¹²⁾

厚労省は、2040年の医療提供体制について、構想区域ごとに3つの医療機関機能がバランスよく配置されているイメージを描いている。この配置を、病床機能報告で病床機能の再編・削減を行ったように、「医療機関機能」報告を使って医療機関の再編・削減を行いつつ実現していくものと思われる。そうならば、各医療機関は、どの機能を担う医療機関と

して存続していくか、大きな選択を迫られていくことになる。

6 医師確保計画と医師養成の抑制

あらたな地域医療構想と連動して検討が進められているのが、医師確保の計画である。厚生労働省は、8月30日に「近未来健康活躍社会戦略」を公表したが、その一部として、「医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージの骨子案」を示した。

「骨子案」は三つの柱から構成されている。すなわち、「医師確保計画の深化」、「医師の確保・育成」、「実効的な医師配置」である。具体的には、「医師確保計画の深化」では、2027年度からの「第8次医師確保計画（後期）」に向けた取組で、人口や医療アクセス状況等を踏まえて都道府県における医師偏在の是正プランを策定する（策定は2026年度）。「医師の確保・育成」は、①医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大、外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化等、②臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、③中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育、④医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替の検討等が挙げられ、2025年度からの実施が見込まれている。「実効的な医師配置」は、①地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能の支援等の検討、②大学病院との連携パートナーシップについて調査・協議のうえ「第8次医師確保計画（後期）」に反映させ、2027年度から開始とされている（図2）。¹³⁾

11) 新たな地域医療構想等に関する検討会「新たな地域医療構想について」（2024年10月17日）19～25ページ。

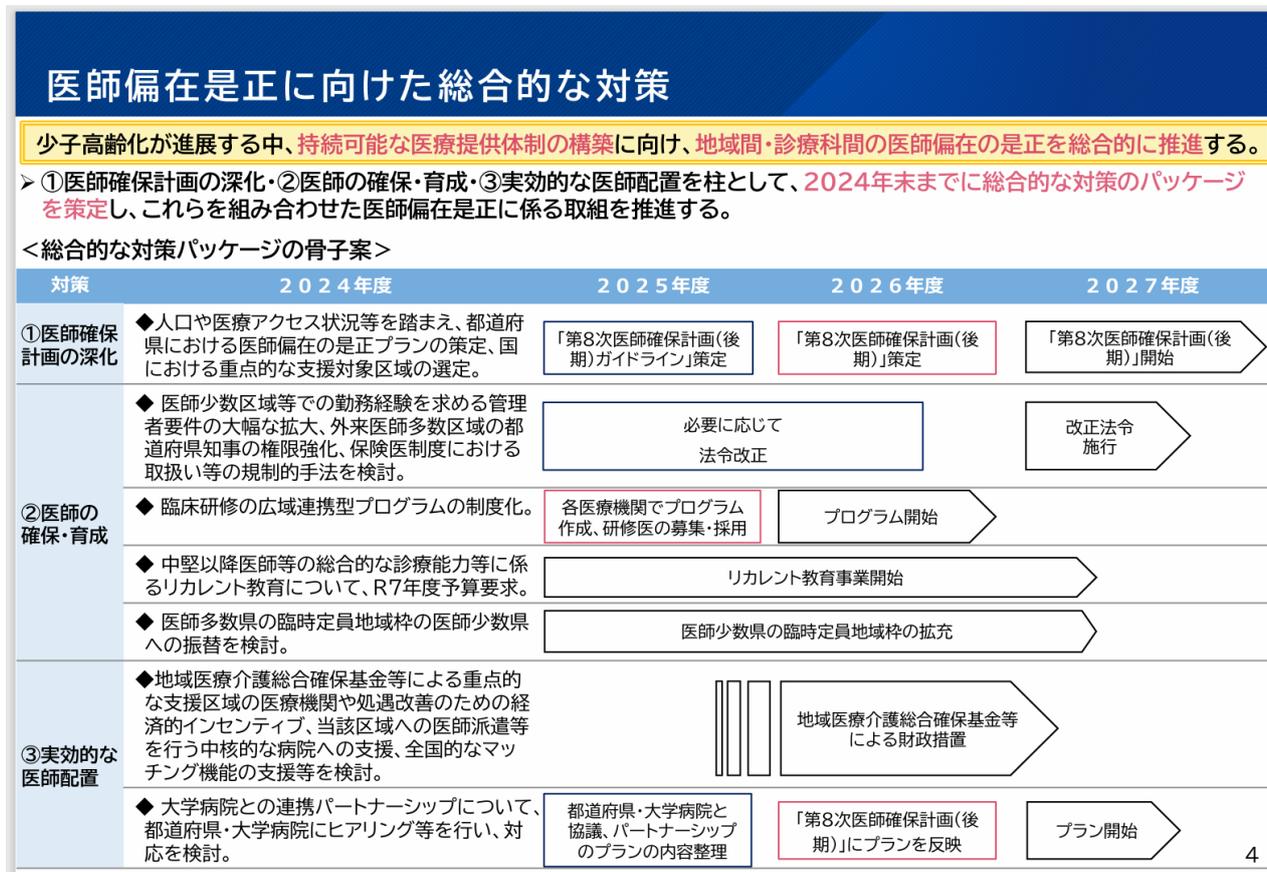
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001316780.pdf>

12) 同上、19ページ。

13) 厚生労働省「近未来健康活躍社会戦略」（2024年8月20日）。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001295098.pdf>

図2 医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージの骨子案



出所) 厚生労働省「近未来健康活躍社会戦略」(2024年8月30日) 4ページ。

「骨子案」は、医師確保とはいうものの内容は医師偏在の是正対策であり、増員の計画は盛り込まれていない。政府は、2008年に深刻化した医師不足への対応を迫られ医学部定員増を行って以降、医師過剰が見込まれるとして医師養成数を抑制し、本格的な増員は行わないスタンスを取り、恒久定員は変えずもっぱら臨時的な地域枠での調整に終始してきた。その臨時枠についても廃止へに向けた議論が行われている¹⁴⁾。

他方で、今年4月から始まった医師の働き方改革によって、時間外労働の上限は原則360時間と設定

されたものの、それをはるかに超える時間外労働を例外的に認めざるを得ない(最大1860時間)ほど、医師不足は明確である¹⁵⁾。繰り返し指摘されてきたOECD水準との乖離(2018年の人口1000人当たり医師数はOECD平均で3.6人に対し日本は2.5人、約12万人少ない)は依然として大きく、問題が偏在ではなく不足にあることは明らかである¹⁶⁾。にもかかわらず、政府は依然としてもっぱら偏在が問題だとして、医師多数区域と医師少数区域との調整や医師の派遣、大学病院との連携など「偏在の是正」策に終始している。これでは、医師不足はいつまでも解消

14) 医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会「令和8年度の医学部臨時定員と今後の偏在対策等について」(2024年3月27日)、以後も継続的に議論。https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001234296.pdf

15) 厚生労働省「医師の働き方改革概要」。https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001129457.pdf

16) 清水麻生「医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2021 および OECD レポートより—」(日医総研ワーキングペーパー464号、2022年3月24日) 17ページ。

されない。

政府の医師需給推計のベースにあるのが、人口減少¹⁷⁾＝医師需要の減少という前提である。医師需要が人口の変化によって影響を受けることは事実であるが、高齢化や少子化、疾病構造の変化、予防重視などによって医師需要が広がる面もあり、また医師の長時間労働を解消するためにも医師の増大が必要になる。人口減少を単純に医師需要減少と捉えて医師削減に向かえば、深刻な医師不足がいつまでも続くことになる。

おわりに

2020年からのコロナ禍は、病床の逼迫を招き必要な医療が受けられないまま多くの死者を生み出した。病床はあっても医師・看護師不足で感染者を受け入れられない事態も多数生じた。それは、医療費抑制政策のもとで続けられてきた病床削減と医師抑制、さらには保健所削減がもたらした必然的な結果であった。この悲劇を繰り返さないためには、今回の経験を踏まえ、医療費抑制政策からの転換と国民生活と医療現場の実態を踏まえた医療需要の正確な把握とそれに対応した拡充が求められる。しかし、政府はなんら教訓をくみ取ろうとしないばかりか、かかりつけ医の不在や病床の散在、デジタル化の遅れが問題だったとして、かかりつけ医の制度化、医療機関の再編・統合、医療DXを最重要の課題として位置づけ、さらなるスリム化と効率化を進めようとしている。¹⁸⁾ 新たな地域医療構想は、そのための方策に他ならない。

脆弱化した医療供給体制では国民のいのちを守ることはできない。人生100年時代を安心して生きていくためにも、安心して子どもを産み育てられるためにも、健康を害するような働き方をなくすためにも、脆弱化した医療供給体制の立て直しが欠かせない。そのためにも、半世紀近く医療政策を支配して

きた医療費抑制政策を見直し、生存権・生活権・健康権を保障する「いのちと暮らしを守る医療」の再構築へと大転換を図らなければならない。病床削減を止め、医師を段階的にOECD水準並みに引き上げることはその第一歩である。

(よこやまとしかず / 佛教大学)

17) 例えば、厚労省「地域医療構想策定ガイドライン」(2015年1月)の医療需要推計方法。

18) 横山壽一・井上ひろみ・中村暁・松本隆浩『コロナ「留め置き死」』旬報社、2024年。

19) 例えば、厚労省「現行の感染症法等における課題と対応等について」(2022年8月17日)。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000985189.pdf>

皆保険体制をめぐる政策動向と課題

長友 薫輝

1. 国保の都道府県単位化等をめぐる動向

本論では皆保険体制をめぐる政策動向を概括し課題を把握したい。

公的医療保険による皆保険体制のなかでも、基盤となっているのは国民健康保険（以下、国保）である。近年、国保をめぐる制度改革が展開されてきた。2018年度から、いわゆる国保の都道府県単位化が行われた。市町村に加えて都道府県が新たに保険者となり、財政運営の責任主体を担い、公的医療費を管理する体制が整備された。

これによって、新たな公的医療費抑制策が展開されることとなり、医療費適正化計画も同年度から6ヵ年計画となった。6年に1度、医療供給体制などと連動した行政計画の刷新などが行われる工程となっている。

国保の財政運営責任を担うこととなった都道府県は2018年度から、国保事業費納付金（以下、納付金）を市町村に課す仕組みとなった。都道府県から提示された納付金を市町村は完納しなければならない仕組みとなり、構造的に被保険者に課せられる国保の保険料が重くなる傾向がみられている。自治体は納付金の減額を図るため、公的医療費抑制に取り組まざるを得ないという状況ともなっている。

自治体による独自判断で一般会計から国保会計に繰り入れて支援する、いわゆる法定外繰入れについても段階的な解消が求められ、各地の自治体で減少傾向が続いている。

2024年度からは新たな国保運営方針（6ヵ年計画）が各都道府県で定められた。国保運営方針には都道府県ごとに保険料水準の統一に向けた工程などが記載されることとなった。

2. 生活保護の医療扶助を国保等へ移管検討

生活保護費の約半分を占める医療扶助を国保（および後期高齢者医療制度）に移管するという案が、内閣が示す「経済財政運営と改革の基本方針」、いわゆる「骨太の方針」に毎年、掲載されている。国保に生活保護の医療扶助部分を加えることで、都道府県によるガバナンス強化を期待し、いっそうの公的医療費抑制を図るとというのが主旨であろう。

2023年11月に開催された財政制度等審議会財政制度分科会資料では、「生活保護受給者の国保等への加入については検討を加速化すべき」との文言が記載されており、財務省の強い意向が伺える。

医療扶助を国保に移管する案が現実となれば、被用者保険と国保の違いがより鮮明となり、いわば公的医療保険の二極化が図られることになる。国保は低所得者および生活保護利用者の医療を賄うものとして存在することになり、国保においても劣等処遇がより貫徹されるのではないかと危惧される。

生活保護法改正によって2018年10月から、生活保護利用者の医療扶助では後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用が原則とされている。このように、医療扶助で実施している劣等処遇の考え方を国保においても波及させて徹底を図り、被用者保険の給付内容との差が拡大していくことになるのではないだろうか。もちろん、現行の生活保護に対する劣等処遇内容がそもそも問題視されるべきであり、公的医療保険と同等の医療内容を実施しなければならない。なお、国保には傷病手当金や出産手当金がないなど（任意給付のため）、国保と被用者保険の間に現行ですら、そもそも給付内容の差が生じている。

公的医療保険の二極化という観点からすれば、後述するように現在、被用者保険の適用拡大政策が展

開されており、ますます国保に残る人々の所得水準が低下することになる。国保と被用者保険の格差がより生じる。被用者保険の適用拡大の対象とならない雇用労働者は引き続き国保の被保険者となる。無業者や前期高齢者が多い国保において、よりいっそう負担能力が高くない方々での構成という性格を帯びることになる。保険料負担は重くなるのが容易に想定される。

国保の中では比較的安定した階層が協会けんぽなどの被用者保険に移行するため、国保には経済的に困窮する世帯が多く残ることが想定される。今後、いっそう国保料の負担増となることが予測されるため、保険者の努力に依らない新たな公費投入によって、負担軽減を図る必要が浮上する。

生活保護制度等に関する国と地方の協議において、厚生労働省社会・援護局による「生活保護制度等の見直しの方向性について」（2023年12月5日）において、医療扶助・被保護者健康管理支援事業の適正実施等として、「市町村における医療扶助や被保護者健康管理支援事業の適切な実施に向け、データによる課題分析・事業評価などPDCAサイクルを用いた効果的な運営を進めていくことが重要」として、「市町村の医療扶助等を効果的・効率的に実施するため、都道府県が広域的な観点から市町村に対する支援を行う役割を担うことが必要である。具体的には、都道府県が地域別にデータ・課題分析及び評価を実施し、優先的に取り組む課題と取組目標の設定とともに、市町村の取組に対する必要な支援を行うよう努めるものとする必要がある」としている。

このように、生活保護制度の見直しの方向性として記載されている上記文書の内容はすでに、2018年度からの国保の都道府県単位化などの制度改革によって推進されている政策内容と合致している。今後、生活保護の医療扶助を国保に参入させるための布石と取るのが妥当であろう。国保の保険者として都道府県、市町村が現在取り組んでいる内容がそのまま記載されている。「市町村の医療扶助等を効果

的・効率的に実施する」ということは、国保で実践している公的医療費抑制策を生活保護制度においても実施する方向性を提示している。

政策主体による公的医療費抑制策とは異なる観点から、医療扶助を解体し、国保の枠組みの中に社会扶助を位置づける方向で編み直すことを提案しているのは岩田正美である¹⁾。現在、国保は生活保護を適用除外としているが、これを生活扶助基準以下であれば保険料免除規定を新たに設定し、自己負担についてはゼロ規定を新設するというものである。保険料と自己負担をまかなうための社会扶助制度を国保の一部に位置づけるという手法の提案や、現行の公費医療制度と合体するという設計もあり得としている。

3. 被用者保険の適用拡大と労働力確保

国保の都道府県単位化が開始され6年を経過し、2024年度から新たな6カ年の計画策定と政策実践がスタートしている一方で、国保の被保険者数は減少傾向が続いている。主な理由としては第1に、「団塊の世代」を中心に後期高齢者医療制度へ移行する高齢者の増大、第2に被用者保険の適用拡大政策による影響があると考えられる。

被用者保険の適用拡大について、政府の試算によれば、2024年10月から新たに20万人がその対象となった。具体的には、非正規雇用で働く人々のうち、週20～30時間、月額賃金8.8万円以上で、学生ではなく、従業員51人以上の事業所で働く人が今回、新たに対象となる労働者となる。こうした被用者保険の適用拡大は2016年10月から、事業所の従業員規模要件を緩和しながら、段階的に実施されてきた。

被用者保険の適用拡大は、全世代型社会保障改革をはじめとする労働力確保を主眼とした政策の一環である。人口減少社会の現況において、財界が最も懸念する労働力人口の減少を補うために、労働者ができるだけ長く働くことができる環境づくりを整備

1) 岩田正美『生活保護解体論』岩波書店、2021年

し、労働力確保の政策を展開している。具体的には、定年の延長とともに公的年金の給付開始年齢の変更等がなされてきた。2024年9月13日に閣議決定された「高齢社会対策大綱」（6年ぶりに改定）においても、65歳から69歳の高齢者の就業率52%（2023年）を引き上げて、57%（2029年）とすることを数値目標として掲げている。

さらに、非正規雇用で働く人々にとってのいわゆる「年収の壁」を解消して、できるだけ長く働いてもらう環境整備を進め、労働力確保につなげたいというのが被用者保険の適用拡大のねらいの1つである。

年収130万円未満は被扶養者の認定基準であり、年収130万円以上となると国民年金および国保の加入対象となり保険料負担が生じる。負担が増える一方で基礎年金の給付は変わらないため、労働時間を調整するなどして、被扶養者の範囲内で収めてきた労働者が少なくない。これが「年収の壁」として認知されてきた。

今後、段階的に緩和されてきた被用者保険適用事業所の従業員規模の条件が撤廃されると、事実上、この壁は解消されていくことになる。労働者にとっては、短時間労働者の要件である週20時間以上、月額賃金8.8万円で年収106万円以上となれば、被用者保険の適用対象となり、保険料は労使折半である。基礎年金に加えて厚生年金の給付が増え、健康保険では国保にはない傷病手当金や出産手当金の利用が可能となる。もちろん、こうした健康保険と国保の保険給付内容に差が生じていること自体を改善する必要がある。

4. 子ども・子育て支援金²⁾

被用者保険の適用拡大を進めている理由として労働力確保に加えて、勤労者皆保険構想、そして子ども・子育て支援金の徴収にみられるように、搾取・

収奪する仕組みの整備にあると考えられる。

勤労者皆保険の構想は2018年6月に閣議決定された、いわゆる「骨太の方針2018」にて登場したものである。「働き方の多様化を踏まえ、勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆保険制度の実現を目指して検討を行う」とされた。2021年の岸田首相の所信表明では「勤労者皆保険の実現」として提起されている。保険料徴収が天引きされる対象となる人々を増加させる策を進めてきた。

2024年6月、改正された子ども・子育て支援法による施策にかかる費用を捻出するとして、子ども・子育て支援金が創設された。国保や被用者保険の公的医療保険料に上乗せする形で支援金を徴収するというものである。子育て支援はそもそも公的医療保険の対象事由ではなく、公的医療保険の保険料に上乗せして徴収する合理的な理由が見当たらない。あまりにも乱暴な手法であり、如実に搾取・収奪の意図を感じる方策だと言わざるを得ない。今後、子ども・子育て支援以外の分野に係る費用捻出にも汎用され始める危険性を指摘しておきたい。

「経済財政運営と改革の基本方針2024～賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現～」(いわゆる「骨太の方針2024」)が2024年6月21日に閣議決定された。これに先立って、6月5日には子ども・子育て支援法改正案が可決・成立している。2024年12月に給付される児童手当から対象が拡充され、所得制限を廃止し、給付対象を中学卒業から高校卒業まで延長し、第3子以降については月額3万円が給付されるようになる(現行は月額1万5千円)。児童手当の支払い月は年3回から年6回となり偶数月に給付されることになる³⁾。

同時に、改正された子ども・子育て支援法による施策にかかる費用を捻出するとして、子ども・子育て支援金が創設され、公的医療保険料に上乗せする形で支援金を徴収することとなった。2026年度から実際に費用徴収が開始される予定である。

2) 以下の子ども・子育て支援金をめぐる記述箇所については、拙稿「子ども・子育て支援金の創設と社会保険の存在～骨太の方針2024などにみる支援金徴収等について～」『国民医療』No.363、2024年9月をもとに加筆修正している。

3) 児童手当の拡充だけでなく、子どもが1歳になるまで親の国民年金保険料を免除することや、2歳未満の子どもの親が時短勤務をする場合、賃金の10%にあたる額を支給するなどの施策が盛り込まれている。

少子化対策の「加速化プラン」(後述するように、具体的には2024年度からの3年間を指す)に必要とする財源、年間3兆6,000億円のうち、子ども・子育て支援金で1兆円を捻出する。子ども・子育て支援金の創設については、2023年6月の「こども未来戦略方針」によって打ち出されたものである。歳出改革による財源確保と経済社会の基盤強化を行う中で、「企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組み(『支援金制度(仮称)』)を構築することとし、その詳細について年末に結論を出す⁴⁾とした。

支援金制度(仮称)については次の点を含めて検討すると記載されており、「現行制度において育児休業給付や児童手当等は社会保険料や子ども・子育て拠出金を財源の一部としていることを踏まえ、公費と併せ、『加速化プラン』における関連する給付の政策強化を可能とする水準とすること。労使を含めた国民各層及び公費で負担することとし、その賦課・徴収方法については、賦課上限の在り方や賦課対象、低所得者に対する配慮措置を含め、負担能力に応じた公平な負担とすることを検討し、全世代型で子育て世帯を支える観点から、賦課対象者の広さを考慮しつつ社会保険の賦課・徴収ルートを活用すること⁵⁾と示されている。

5. 「新たな負担とはならない」という説明

その後、2023年12月に閣議決定された「こども未来戦略～次元の異なる少子化対策の実現に向けて～」では、財源として支援金制度について「既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用する。歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制

度を構築することにより、実質的な負担が生じないこととする⁶⁾としている。

当時、岸田首相は社会保障費の歳出改革と賃上げで実質的には負担が生じないと繰り返し述べていたが、その仕組みについては政府与党からも「わかりにくい説明で、国民理解が進まない要因の1つ」「もっと真正面から支援金制度の意義や必要性を説明すべき」(公明党高木政務会長)という声や、詭弁だという批判も相次いだ⁷⁾。

実質的には負担が生じない、という主張は社会保障負担率を実質的な負担の指標としたものである。よって、個人の保険料負担増以外の自己負担増の可能性も含めた視点から照射したわけではなく、あくまでもマクロの指標においてという試算である。加えて、歳出改革によって生じる医療や介護における保険給付サービスの抑制にともなう窓口負担等の自己負担増については、保険料負担が増えるわけではなく、社会保障負担率の計算には含まれないため実質的な負担がゼロになるとしている。保険料負担増か否かだけではなく、医療費等の窓口自己負担増や、保険給付抑制に伴って生じる、例えば介護保険給付外の自己負担増なども含めたものが実質的な負担の判断軸と考えるのが妥当であろう。

制度改革時に税や社会保険料の新たな負担増が必要であれば、不透明な説明やわかりづらい内容ではなく、制度の意義や負担の可能性を正確に提示し、国民に判断を問うことが望ましい。ところが、負担増については「消費税など子ども・子育て関連予算充実のための財源確保を目的とした増税は行わない⁸⁾」という注意喚起のような文言が、「こども未来戦略」の財源の基本骨格の最後に付記されている。増税などによる反発を回避したいが新たな財源確保は必要、という苦肉の策が今回の子ども・子育て支援金創設をめぐって実質的な負担は生じないという説明となったことの証左であろう。

4) 「こども未来戦略方針」2023年6月13日閣議決定、pp24-25

5) 同上、p.25の注釈表記部分。

6) 「こども未来戦略」2023年12月22日閣議決定、p.30

7) 例えば、NHK NEWS WEB 2024年3月29日配信「子ども・子育て支援金であなたの負担はどうか？」参照。

8) 前掲「こども未来戦略」p.31

「骨太の方針2024」においても、「改革工程に基づく徹底した歳出改革等を進めるとともに、実質的な負担を生じさせずに2026年度から子ども・子育て支援金制度を導入することとし、必要な環境整備等を進める⁹⁾」としている。

6. 加速化プランによる財源確保

「骨太の方針2024」では、「子ども・子育て支援加速化プラン」に盛り込まれた施策を着実に実施するものとして、具体的には「経済的支援の強化（児童手当の本年10月分からの抜本的な拡充、出産等の経済的負担の軽減、高等教育費の負担軽減、住宅支援の強化等）、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充（伴走型相談支援、保育士・幼稚園教諭等の処遇改善、保育士配置基準の改善、こども誰でも通園制度、放課後児童対策、多様な支援ニーズへの対応等）、共働き・共育ての推進（2025年度からの出生後休業支援給付や育児時短就業給付の創設等）に取り組む¹⁰⁾」としている。

これらの財源の柱の1つとされているのが、公的医療保険料に上乗せして新たに徴収する子ども・子育て支援金制度である。2026年度から段階的に導入し、2028年度では1兆円規模を見込んでいる。

岸田首相は2024年2月6日、衆議院予算委員会において「粗い試算で月平均500円程度」と初めて負担額の目安を具体的に示した。ただ、実際には加入している公的医療保険や、加入者の所得等によって異なる。詳細は現時点で不明ではあるものの、月額500円ではとどまらず、給与から天引きされる被用者は1人あたり月額1,000円を超え、年額では1万円を超える額が徴収される見込みである。

政府によれば、支援金（1兆円程度）のほか、社会保障の歳出改革（1・1兆円程度）と既定予算の活用（1・5兆円程度）を見込んでいる。そして、

社会保障の歳出削減と賃上げで社会保険料の伸び分を吸収するため「新たな負担は生じない」との説明を繰り返している。ところが、これまでの社会保障分野に対する過剰な歳出削減策によって、保健・医療・介護・社会福祉分野の担い手の確保が困難な状況は深刻化しており、労働条件の根本的な改善に着手できていない。明らかに地域住民への社会保障関連の公共サービスの低下が顕著である。1980年代以降、現在に至るまで公的医療費抑制策を継続してきたことで、現場が疲弊しているのは周知の事実である。

ましてや、政府が一方向的に賃上げを期待して「新たな負担は生じない」という説明をしているが、賃上げは企業等が決めることであって不確実である。事業所規模によって、特に中小零細の事業所では最低賃金の引き上げすら経営を圧迫しているところも少なくない。そのうえ、子ども・子育て支援金は公的医療保険料に上乗せして徴収されるため、被保険者である労働者の保険料負担のみならず、事業主の労使折半分負担も増加する。規模が小さい事業所においては、より負担が重くのしかかることになる。

さらには、子ども・子育て支援金制度の創設が実質的な負担がゼロかどうか、という話にすり替えられているが、そもそも、子ども・子育て支援金を公的医療保険料に上乗せして徴収するということろに、根本的な問題があると指摘させるを得ない。

7. 公的医療保険料に上乗せして徴収する合理的理由の欠如

子育て支援はそもそも社会保険の対象事由ではなく、公的医療保険は予め想定された保険事故に対する保険給付をなすために保険料を納付することで成立している。よって、他の事由を付与して徴収すべきものではない。公的医療保険の保険料に上乗せ

9) 「経済財政運営と改革の基本方針2024～賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現～」(「骨太の方針2024」)2024年6月22日閣議決定、p.46

10) 同上、p.46

11) 「加速化プランを支える安定的な財源の確保」第174回社会保障審議会医療保険部会資料、2024年1月19日

12) 同様の指摘に、制度・規制改革学会緊急声明「『子育て支援金』制度の撤回を求める」(2024年4月5日)がある。

して徴収する合理的な理由が見当たらない。今回のような医療以外の用途目的を付与して医療保険料に上乘せし費用を徴収する手法が実施されると、子育て以外の費用捻出にも汎用され始める危険性がある。例えば、社会保険の保険事故とされていないものでいえば、障害者福祉（障害児も含む）分野に係る費用等も同様である。

日本の社会保障は公費負担で賄うべきものを社会保険に転嫁してきた歴史があり、近年では日本で5番目の社会保険である公的介護保険の創設（2000年4月制度開始）がその一環である。直近では政府が「勤労者皆保険」を提唱し、被用者保険への適用拡大を促進し、保険料徴収が天引きされる対象となる人々を増加させる策を進めている。

このような社会保険をめぐる政策動向に注視するとともに、社会保険への理解を促進させていく必要がある。

というのも、一般的には社会保険というと「会社員など勤め人が加入している医療や年金などの保険」と理解しがちである。そろそろこのような解釈とは決別しなければならない。実際には、勤め人のみならず、自営業者や学生なども社会保険に加入している。仕事などによって加入する保険が分断されている状況を把握し、社会保険に対する正確な認識を私たちの共通の土台とすることが重要であろう。

日本には社会保険が5つある。医療・年金・雇用・労災・介護の各保険である。労災保険は全額事業主負担であるものの、その他の社会保険では労働者の負担も求められる。

この30年ほど、日本の労働者の平均給与水準にほぼ変化がない。さらには、正規雇用から非正規雇用への置き換えが進み、雇用労働者のうち非正規雇用の形態で働く人がおよそ4割となっている。近年の連続する物価上昇などで実質賃金はむしろ以前よりも低下している実態が指摘されている。

給与所得者の多くは源泉徴収という手法で、給与から社会保険料が天引きされる。そのため、社会保険の保険料負担を実感しづらい。非正規雇用の増加に応じて進められている厚生年金の被保険者の適用拡大も、源泉徴収の対象者を増加させることにつな

がっていることをあらためて記しておきたい。

歴史的な経緯をふまえると、社会保険は「第2の税」としての性格を帯びている。かつて厚生年金が創設されたのは敗戦が濃厚となっていた1944（昭和19）年のことであった。国家総動員の戦時体制下で、厚生年金保険料という新たな社会保険料という名目で、国民から搾取し、戦費調達をおこなった。

増税が難しい情勢であれば、負担を実感しづらい社会保険料負担を求める、という手法である。簡単に言えば、「取りやすいところから取る」ということであり、今回の子ども・子育て支援金制度に係る徴収方法等を見れば、政策の方針はこうしてみると、大変わかりやすい状況といえる。

社会保険が私たちの健康や生活を支えるどころか、生活を圧迫する存在となっていると体感されている方も少なくない。生活保障という側面と、人々から収奪・搾取するという側面の、社会保険には二面性があることに起因している。

8. 支援金制度創設に対する反応

先述の通り、社会保険には生活保障という側面と、人々から収奪・搾取するという二面性がある。この点についての理解を土台として、より生活保障の側面が強化されるよう、私たちの受療権、健康権保障の確立へとつなげることが重要な局面にあると考えている。

子育て支援金の姿が徐々に明らかになるにつれ、2024年3月16、17日の両日に実施された毎日新聞の世論調査では、子ども・子育ての支援金を公的医療保険料に上乘せする政府方針について聞いたところ、「反対」が74%、「賛成」は13%にとどまった（『毎日新聞』2024年3月17日閲覧）。さらに、支援金に関する岸田首相の説明については81%の人が「納得できない」としている。「実質的な負担はゼロだ」などと吹聴する姿勢に、人々が納得していないことが鮮明となった。

なお、公的医療保険料の上乗せに「反対」を示したのは「男性70%、女性77%」であり、年代別で「反対」の割合が高いのは「40代と60代が約8割で、

50代と70歳以上は7割強、18～29歳と30代は6割前後が反対」という結果で、子ども・子育て支援金制度の創設で支援対象となり支援拡充が想定される子育て世代ですら、制度創設に反対の意思が明確であり、新たな負担増への深い懸念を示したものといえるだろう。

支援金制度創設をめぐる、新たな負担を公的医療保険料に上乗せして徴収するという手法を疑問視する声が広がっている。こうした情勢を契機に、社会保険への理解を促進するとともに、現行の公的医療保険による皆保険体制の充実を図る施策、特に国民健康保険への国庫負担の増額をはじめ、長年にわたって継続している過剰な公的医療費抑制策の転換が必要とされている。

また、社会保障の財源に関する負担のあり方について、子ども・子育て支援金制度のように不透明でわかりづらく、なおかつ取りやすいところから取るという手法ではなく、制度の意義を解説し、新たな負担の可能性を含めて開示し、広く問うことが重要であろう。

9. デジタル化と医療保障¹³⁾

政府は2024年12月2日から、現行の保険証の新規発行を停止するとしている。マイナンバーカードと健康保険証の原則一体化の政府方針によって、いわゆるマイナ保険証への移行を促進させる取り組みを進めている。

現行保険証の廃止とマイナ保険証の利用促進という政策手段は国民の健康・医療に関わる情報を活用することに主眼があることがわかる。私たちの健康やプライバシー、自由を守ることには貢献しない内容である。そして、マイナ保険証の利用促進はマイナンバーカードが様々な免許や資格を証明する身分証として確立していくために用いられるものといえる。

マイナンバーカードがないと生活に支障をきたす

ことにもつながるといえることは、マイナンバーカードを持たない人の人権保障にもつながる問題である。マイナンバーカードを持たない自由をも保障しなければならない。

医療DXをはじめとするデジタル化の導入など、近年の社会保障改革は「平等、個人の尊重（意思の尊重、プロファイリング規制）などDX・情報技術の適用に最も重要な人権原理と社会的規制の確立が立ち遅れたなかでの、強権的なDX・情報技術の強制¹⁴⁾」であり、現行の保険証廃止およびマイナ保険証の利用促進策はまさにその象徴である。

マイナ保険証の利用促進、現行の保険証新規発行停止といった一連の政策動向からは、皆保険体制や現行の医療保障などをむしろ破壊するものとして作用しているとの懸念が成り立つ。皆保険体制を揺るがし、医療保障を崩していく内容となっている。

私たちの医療や健康などの重要な個人情報を持ち売りする対象としたのが「医療DX」であり、デジタル化によってデータが集約されて、市場化・産業化のために貢献できる仕組みへの変質を図るのが主眼である。政府による搾取・収奪の強化にもつながる仕組みでもある。

マイナ保険証への原則一本化方針を撤回し、現行の保険証を廃止することなく継続し、個人の自由を侵害し、医療や健康の情報を切り売りする不要なデジタル化は中止し、むしろ医療保障の充実に傾注すべきだろう。現行保険証を継続するなどして政策的対応を見直し、私たちの健康権、受療権を保障することができる、公的責任が発揮できる体制へと歩みを進める必要がある。

10. 皆保険体制をめぐる課題

以上の通り、皆保険体制をめぐる政策動向を概括した。

皆保険体制の中でも国保をめぐる改革が進められてきた。一方

13) 「デジタル化と医療保障」に関する記載については拙稿「現行保険証で健康と自由は守れるのか」『人権と部落問題』No.251、2024年12月号に加筆修正したものである。

14) 岡崎祐司「社会保障改革への対抗策—社会保障の本質と財政原則を中心に—」『経済』2024年6月号、p.26

で、国保に生活保護の医療扶助を参入させる案が財務省から継続して提案され、「骨太の方針」に毎年記載されている。国保改革によって可能となった、都道府県によるガバナンス強化での公的医療費抑制策の徹底を企図したものである。

国保に医療扶助を参入させる一方で、被用者保険の適用拡大政策が展開されている。結果として、国保から被用者保険に移行する人がいる一方で、国保に残る人々は負担能力が高くない世帯ということになる。その状態となっている国保に生活保護の医療扶助を移管するということは、国保と被用者保険の二極化が公的医療保険の中でより鮮明となることが想定される。指摘したように、劣等処遇の拡大という可能性があるため注視したい。

被用者保険の適用拡大は搾取する対象を拡大するということでもあり、子ども・子育て支援金を創設し、その費用は公的医療保険に上乗せして徴収するという手法も搾取・収奪の仕組みである。なお、社会保険の保険事由ではない子ども・子育てに関する費用を、公的医療保険に上乗せして徴収する手法は合理的理由が見当たらない。

現行の健康保険証を廃止して、マイナ保険証によるオンライン資格確認を推進する政策手法は患者・

被保険者である地域住民の情報を利活用したい企業のための基盤整備に主眼があると考えるのが妥当である。私たちにとってのメリットや医療現場の改善、自治体職場の煩雑さの解消、個人情報保護や安全性、私たちの自由は後景にある。

受療権や健康権を保障するのは国の責務であり、公的責任によって皆保険体制の充実、医療提供体制の充実が図られなければならない。ところが、現行の保険証を廃止してマイナ保険証利用を促進する強制的な政策手法では、デジタル化を装いながら、医療保障の内容変更が図られていることに留意しなければならない。

直近では医療DXによる影響など、皆保険体制をめぐる政策動向を引き続き注視し、国保をはじめとする公的医療保険による皆保険体制の充実が図られるよう、浮上している諸課題への検討が急務となっている。

(ながともまさてる／佛教大学社会福祉学部)

コロナ禍での保健所体制をはじめとする 公衆衛生の課題と今後の方向性

波川 京子

1. 新型コロナウイルス感染症対応が始まった第1波

2019年11月に中国・武漢を起源とした新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）の発生に対し、世界保健機関（WHO）は2020年1月30日に、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（Public Health Emergency of International Concern : PHEIC）¹⁾を宣言した。

2020年1月15日に武漢滞在歴のある帰国者から国内初の感染が確認された。中国に隣接する国々が次々に中国との往来を制限する中、日本は1月24日から2月2日までの春節終了を待って、2月に往来を制限した。その間、訪日外国人と共に新型コロナウイルスも入国し、日本で発症する訪日者が相次いだ。

2020年2月12日には全保健所に「帰国者・接触者相談センター」設置が完了し、24時間対応が始まった。センターからの相談者を受け入れる「帰国者・接触者外来」は2月13日には335カ所の2次医療圏に設置が完了した。2月1日から3月30日の受診者は16,271件で、2月3日から3月30日の相談件数は30万件であった。4月3日から、感染が拡大している73の国と地域からの入国拒否が始まった。²⁾

第1波は2020年4～5月とされ、4月7日に新型コロナウイルス対策の特別措置法（特措法）に基

づく、緊急事態宣言が出された。保健所の精神保健や難病支援、市町村の母子保健（乳幼児健康診査、ワクチン接種勧奨、新生児家庭訪問、育児相談など）や成人保健（特定健康診査・特定保健指導、がん検診など）が中止、縮小されている。乳幼児期の予防接種や健診は、将来に影響することから、厚生労働省は感染症の流行が気になる保護者向けに、「遅らせないで！子どもの予防接種と乳幼児健診」新型コロナ対策のために受診や接種を遅らせることのないよう呼びかけている。³⁾

2020年7～9月の第2波までの感染者数は、第3波以降に比べて多くはなかったが、保健所や医療機関の感染症対策の不備が表面化した。2020年6月19日、厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策推進本部から保健所の人員確保を目的に「今後を見据えた保健所の即応体制の整備について」が出された。感染症の専門職の増員でなく、保健所の代替可能な業務に本庁等の事務系職員等を派遣、関係機関・団体等からの応援派遣、OB職員の復職、研修医を地域医療研修の代替として動員するであった。応援や派遣などで対応する姿勢は、次の感染症拡大に向けた準備にも受け継がれている。

2. 通常業務にのしかかる新型コロナ対応

保健所は都道府県・政令指定市・中核市・保健所指定都市が設置する公的機関である。保健所の網の

1) 日本WHO協会 <https://japan-who.or.jp/about-us/notice/public-health-emergency-of-international-concern/> (2024年9月10日アクセス)

2) トラベル Watch 2020年4月3日：日本政府、4月3日から入国拒否の対象地域を拡大 <https://travel.watch.impress.co.jp/docs/news/1244900.html> (2024年9月10日アクセス)

3) 厚生労働省：遅らせないで！子どもの予防接種と乳幼児健診、2020年6月 <https://www.mhlw.go.jp/content/11925000/000637785.pdf> (2024年9月10日アクセス)

目は全国の津々浦々まで張り巡らされている。保健所が新型コロナ対応の最前線に立ったのは、保健所の根拠法である地域保健法に規定されている保健所の14事業の1つ、「エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項」に拠る。新型コロナはこれに該当し、国内外で発生した感染症のほとんどは保健所に届け出ることになっている。同じく、「衛生上の試験及び検査に関する事項」として、医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他の原因により生じる国民の生命及び健康の安全を脅かす健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する事業がある。

保健所は新型コロナに限らず、感染症が全国のどこで発生しても、同じような対応ができる体制を整えていることから、国からの通達1つで24時間体制の新型コロナ最前線機関として大きな受け皿になり得た。

また、保健所は感染症等の届出だけでなく、市町村の窓口に出される出生届、死亡届、婚姻届、離婚届などの戸籍関係のものも保健所を経由して、国の人口統計や衛生統計になっている。2年に1回の医療従事者届も、国家試験の後の免許申請も保健所の通常業務である。その他にも、医療機関の開設など保健所の許認可権は多岐にわたる。

1994年に国は「感染症の時代は終わった」と断言して、都道府県保健所を2次医療圏に1カ所の保健所、政令指定都市の保健所を1区1保健所から1市1保健所に統廃合をした。平成の大合併で中核市が誕生し、中核市保健所62カ所が新設されたが、1992年852カ所の保健所が2024年には469カ所となっている。保健所1カ所の人口は、最少約19,000人から最多約380万人で、これが同じように新型コロナの発生届、積極的疫学調査、入院調査、健康調査などを引き受けることになった。

新型コロナ発症数と流行期間が想定を超えた背景には、地域保健法を境に保健所統廃合と市町村合併、行政改革などで人員と予算を削減されてきた保健所はブラック職場と言われるほど、既に余力はなくなっていた。新型コロナの感染拡大で病院が壊滅状態だと言われていたが、医療施設崩壊よりも前に、保健所の方が壊滅状態になっていた。

第6波までの積極的疫学調査は、感染者の発症までの行動や接触者などの聞き取りを入力し、接触者への連絡や行政検査の調整に時間を費やした。保健職員だけで処理できる感染者数ではなく、保健師などの専門職を中心に業務の応援体制が組まれた。感染症対応は専門職で行うべく、帰国者・接触者相談センター担当の保健師や行政医師の負担が日ごとに増していった。

帰国者・接触者相談センターに来た相談を帰国者・接触者外来の行政検査につなげること、自宅療養者の健康観察、入院判断など医療機関で行われていたことが保健所の担当になった。保健所職員が昼夜対応を行い、感染者数と病床のバランスが崩れた中で、入院先を探し、搬送をする、かかりつけ医に診療記録の情報提供を依頼する、診療記録の文書代の本人負担の了解を感染者から得るなどの繰り返しで、職員は心身ともに疲弊していた。

感染拡大が続いて感染者が増えても、保健所には積極的疫学調査、入院調整、保護者への入院勧告と継続の同意、毎日の健康調査などが延々と続いた。専門職の応援人員を増やしても追いつかない業務量となり、各地の保健所の破綻がメディアに取り上げられる事態にもなった。山積みになる発生届の処理すらままならず、疫学調査が数日遅れたり、健康観察などの後追いの調査に追われ、連絡の取れない感染者の疫学調査ができないまま、10日間の隔離、観察期間が過ぎてしまうことも生じていた。

3. 2021年の第3波から第5波

2020年9月～2021年1月の第3波は、家庭内感染と重症化しやすい高齢者の感染が増加した。新型コロナ対応の人員体制が改善されないままに、2020年12月からの新型コロナウイルスの感染拡大には、他部署の保健師が兼務で対応に当たるなど、各地の保健所の体制がひっ迫した。新型コロナの積極的疫学調査の最前線に立たされた保健師の疲労困憊の状況や、過労死ラインを遥かに超える月200時間超の残業を強いられた職員がいることや、休憩時間がとれていないなど労働環境の悪化などがマスコミで報

道され、保健所の過酷な労働実態が世間の注目を集めた。

これを受けて、保健所関係団体等からの要望で、総務省は、2020年に保健師の人員増の数字を出している。保健所に勤務する保健師約7,200人のうち、感染症対策を専門で担当している保健師は約1,800人と算定して、国は感染症対策を専門に担当する保健師を1.5倍の2,700人に増やす方針を固めた。そして、都道府県保健所の恒常的な人員体制の強化として、2023年度までの2年間で約900人の保健師の増員を示した。2023年度には保健師約450人に加え、保健所及び地方衛生研究所の職員それぞれ約150人についても措置財政支援がなされた。2023年度までの2年間に限定した増員計画ため、2024年度以降の予算化はされていない。

2021年2月17日から高齢者のワクチン接種が始まり、集団接種、職域接種に拡大していくと、医師の確保が困難になり、2021年5月にワクチン接種は医師と看護師とする従前の法規制を緩和して、ワクチン接種者に歯科医師、薬剤師、臨床検査技師、救急救命士を加えることが大筋合意されている。

2021年4～6月の第4波は感染力の強い変異ウイルス（アルファ株）が出現し、蔓延防止等重点措置と緊急事態宣言を感染者の多い都府県に発令している。高等教育機関はリモート授業に切り替え、3密を避けた行動が呼びかけられた。

2021年7～9月の第5波は変異ウイルスのデルタ株に置き換わり、飲食店への休業要請、大型商業施設の時短営業、収容人数制限などを発令している。その一方で、感染症専門家の提言を聞かないまま、「Go To キャンペーン見直し」や「オリンピック無観客開催」を決定している。2021年7月15日に政府と東京五輪・パラリンピック大会組織委員会は濃厚接触者と判断された選手は、試合6時間前のPCR検査が陰性の場合には出場を認める（通常、濃厚接触者は14日間待機、濃厚接触者の判断は保健所がするが、試合出場可否の判断は組織委がする）。選手やコーチは入国後毎日検査をし、行動範囲限定条件で入国初日から練習を認める特例措置がされていた。

第5波が終息し始めた2021年12月7日に、厚生

労働省は、第6波に備えて、37,000人を受け入れる病床を確保した。病床の使用率は平均で82%に引き上げる。医療体制がひっ迫した場合に応援で派遣できる医師と看護師を3,000人ずつ確保した。臨時の医療施設や入院待機施設での受け入れも3,400人に増やす予算を組んでいた。

保健所の業務もひっ迫したことから、感染拡大のピーク時には保健所以外の職員を投入して平常時の3倍の人数で対応にあたる体制も確保したと報じている。保健師等保健所の職員の増員ではなく、行動調査期間を14日→10日→7日→2日に簡素化し、庁内からの応援職員で疫学調査や自宅療養者の健康調査をした。医療機関の医師、看護師の確保に対し、保健所設置自治体は、次の波に備えて庁内の他部署から臨時的に職員を派遣・動員する準備を進めた。応援職員を事前に決め、濃厚接触者の調査手法などの研修をしていた。

4. オミクロン株が出現した第6波から第8波

2022年1～5月の第6波は、オミクロン株となりワクチン接種者の感染や2度目の感染者が出現し、感染拡大速度が速まった。重症化リスクは低い感染者は爆発的に増え、蔓延防止措置が出されていた。

保健所の負担軽減措置として、厚生労働省は2022年2月24日、6歳以上50歳未満で基礎疾患がなく①自己検査で陽性②家庭内に療養中の陽性者がいる③無料検査で陽性——のいずれかが該当すれば、医療機関を受診しなくても自宅療養を認める通知を都道府県に出している。それを受けて、自身でオンライン登録する「陽性者登録センター」を都道府県は開設した。

2022年7～10月の第7波では、それまで自粛していた夏祭りなどが、制限を設けながら全国的に復活し、1日当たりの発生届数は日々最高値を更新していた。感染者は過去最高になるが、行動制限はなく、国は社会経済活動の推進に舵を切った。

8月4日にはオミクロン株変異のBA.5対策強化宣言をし、高齢者、基礎疾患がある人、妊婦、それ

らの同居者にしほり行動制限は都道府県別の判断となった。第7波は小児の感染拡大が止まらなかった。保健所、医療機関、福祉・介護施設、家庭などの機能が不全に陥った。

2022年11月～2023年3月には第8波に入り、免疫をすり抜けるオミクロン株BQ.1が主流となり、再発症やワクチン接種者の発症も出現し、感染者は2023年になっても拡大していた。感染者の同居家族に発熱症状が出た場合など、受診やPCR検査を省略して医師が感染者とみなす「みなし陽性」を導入した。検査陽性の感染者と同様、保健所の健康観察の対象となるが、みなし陽性者の発生届出が判断した医師から来なく、保健所で感染者の把握ができない事態が発生していた。

新型コロナ感染拡大以前のオンライン診療は、再診から認められていたが、3密回避と受診困難から、オンライン診療での初診を開始した。コロナ陽性の診断と処方を出す場合に、訪問看護指示書発行が、医師の判断において、必要に応じて特段の規制なく発行できるようになった。

3密を避け、経済を停滞させない手段としてテレワークが奨励された。2022年4月テレワークは大企業を中心に普及し、働き方は大きく変化した。国家公務員人事局2020年度報告の在宅勤務は、前年度の約20倍(延289万人、国家公務員30万人)であったが、保健所はテレワークとは無縁のアナログだった。

5. 国と現場の空回りは続く

新型コロナワクチンの開発には世界がしのぎを削った。2022年5月に、一般的な薬事承認は最終段階の大規模な治験を必要としているが、その前段階で有効性が推定できるデータがあれば承認できるとして、緊急承認制度の「新型コロナ等感染症拡大

の緊急時に迅速な医薬品承認」を適用し、ワクチンや治療薬を承認している⁴⁾。さらに、ワクチン不足が懸念され始めると、ファイザー社製、モデルナ社製のワクチンの有効期間は当初6カ月であったが、一定温度下で品質管理されたワクチンは有効期限を3か月延長し9か月とした。

しかし、そのワクチンに対し、2024年3月11日に厚生労働省は、「接種施設が保管している新型コロナワクチンについては、原則として特例臨時接種終了までは保管し、特例臨時接種下で国から供給した新型コロナワクチンは2024年4月1日以降、例外なく接種せず、必ず廃棄すること」を都道府県等に通達している。廃棄量は約2億4,415万回分、6,653億円になるが、武見厚生労働大臣は、「世界各国でワクチンの獲得競争が継続する中で、その時々々の状況を踏まえて必要なワクチンを確実に確保するための対応をおこなってきたので、購入が無駄であったとは考えていない。」と答弁していた。

2022年6月15日、内閣官房の新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書では、「今般の新型コロナウイルス感染症対応においては、保健所は地域における感染症対策の中核的機関として対応を行ってきた。保健所は日常業務の増加やICT化の遅れなどにより有事に対応するための余力が乏しい状態に置かれていた。感染拡大期における保健所業務の優先順位や、保健所と医療機関、消防機関、市町村等との役割分担や協力関係が不明確であった。その結果、感染拡大のたびに保健所業務がひっ迫した。都道府県等及び保健所は、都道府県と保健所設置市・特別区の連携や、保健所業務ひっ迫時の全庁体制の構築、IHEAT⁵⁾ 要員等外部からの応援の受入れについてマニュアル等の整備並びに周知や研修の実施を行ったが、感染症を対象とした健康危機に関する実践的な訓練が十分には行われず、実際には円滑に進まなかった。」と指摘しているが、

4) 厚生労働省：緊急承認制度 <https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/001036029.pdf> (2024年9月10日アクセス)

5) IHEAT (Infectious disease Health Emergency Assistance Team)：感染症のまん延等の健康危機が発生した場合に地域の保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組み https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/nettyuu/index_00015.html (2024年12月30日アクセス)

根本原因の保健所専門職の増員には言及しない。

こうした新型コロナ対応の課題を踏まえて、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、2022年12月に感染症法と地域保健法を同時改正した。感染症法の予防計画に保健所体制についての項目を設けること、保健所は予防計画の策定、都道府県連携協議会の設置、IHEATの法定化等の措置が講じられた。

さらに、地域保健対策の基本指針の改正で、保健所は健康危機への対応と同時に、健康危機発生時においても健康づくりなど地域保健対策の拠点として機能を発揮できるようにする。国、都道府県、保健所設置市の保健所の役割を明確にする。健康危機に備えた平時からの計画的な体制整備等が示されている。保健所設置自治体は、保健所の応援者を含む人員の確保や育成、関係機関などとの連携を図るとともに、保健所体制に係る事項を予防計画に記載すること。保健所は外部委託や業務一元化、ICT等を活用した業務効率化を行うとともに、実践型訓練等による人材育成を推進し、予防計画等との整合性を確保した「健康危機対処計画」を策定することとしている。

6. 5類感染症移行後は

2023年4月に第9波に入ったまま、新型コロナは2023年5月8日から感染症法の5類感染症に移行した。前日までは2類感染症として保健所の監視下に置かれ、基本的に医療費負担なしであった。5月8日からは、入院措置・勧告や外出自粛措置はなくなる代わりに、感染対策は個人や事業者の判断に任せる5類感染症となった。5月7日までの国内感染者は33,462,859人（国内人口の約26.5%）、死亡者は75,000人となっている。

行動への干渉も受診の強制もなくなった。5類感染症は定点報告のため、感染者数の全数はずかめなくなった。国内外の自由な往来が本格化し、円安を背景に空前の訪日外国人数が急増した。変異株オミクロン KP.3・LB.1・KP.2.3の感染拡大で、2024年2月に第10波が到来と言われている。

2024年8月感染力が強い変異株オミクロン KP.3による発熱のないコロナの感染が拡大している。2024年は猛暑続きで熱中症アラートが日々発令され、暑さで体調を崩しやすいが、訪日外国人のマスク着用者は少なく、通勤時間帯のマスク着用者も減少している。

2類から5類感染症への移行後の猶予期間が2024年3月に終了した。2024年4月以降のPCR検査約3,000円、ワクチン接種7,000円、コロナ治療薬は2～3万円等は自己負担になっている。日本人は発熱がなければ、通勤や通学を続ける傾向があり、気づかないままに感染し、感染源になっている可能性は否定できない。手足口病、インフルエンザ、溶連菌感染症などの感染も広がっている。

厚生労働省が発表した2023年度の医療費は速報値で過去最高の47兆3,000億円となっている。新型コロナ関係医療費は5類感染症に移行したこともあり、主な病名が「新型コロナ」と診断された人の医療費は約4,400億円で、前の年度から半減している。1人あたりの医療費は、前年度より1万2,000円増えて38万円となり、年代別では75歳未満が25万2,000円、75歳以上は96万5,000円となっている。

7. 第1波から5類感染症移行までの当事者への聞き取り

筆者は2020年夏から2023年3月までに2県3カ所の保健所に応援に入った。感染の波が到来する度に、疫学調査のマニュアルは改訂され、感染拡大の家庭や施設からの問い合わせ、多様な応援者を受け入れる保健所保健師などの当事者の声を記録に残しておきたいと考えた。そこで、陣頭指揮にあたった中核市の統括保健師と応援に入った外部の保健師、感染拡大した企業内の産業保健師、保育所看護師などに、匿名紙面発表の同意を得て、聞き取りを行った。

1) 中核市統括保健師

2023年5月7日まで保健所で起きていたことへの聞き取りでは、頻繁に厚生労働省の方針が変わっ

て降りてくるものを、応援者などへ始終説明していた。日中のリーダーの中堅保健師には、夜間にも電話が入りヘトヘト状態で翌日出勤する日々が続いていた。保健所の医者は、連続した土日勤務や超過勤務が常態化するなど、過酷な勤務環境であった。退職しても、後任が来ない。心身の疲労で保健師がやめてしまうが、補充はない。事務の上司が保健師の仕事・体制を理解しなかったので、他部署からの応援が得られずてんでこ舞いの状態が続いた。住民からの感謝もあったけどクレームが多くあって、つらかった。人事課は何もしてくれなかった。と、コロナの終息が見えてきた2023年3月末に早期退職をしていた。

また、別の総括保健師は、保健所保健師が新任期に感染症を少しでも学んでおくと、緊急事態での人材確保のストレスが減ったと思う。他部署の協力が得られて保健師を知ってもらう機会になった。組合の方も順繰りに人事課と一緒に人のやりくりをしてくれた。学生実習で家庭訪問を中止したり、実習の期間を短くしたりしたと振り返っていた。

2) 保健所の外部から

中核市の保健所に応援に入った大学教員は、過重労働を強いる形で、何とか保健所が持ち応えてきたことがよく見えた。保健師も熱意にばらつきがあって、悪態をつくような対応もあって、気持ちとしてはわかるけど、負担が大きいと思った。電話で相談者に「自宅にいてください」と言った時、この人明日まで生きているかと心配になって、翌日にHERSYSを見て「生きている。悪化していない。」と安心した。課長の「クレームが嫌だ」の姿勢が気になる。組合が新型コロナに関係する勤務状態の変化や労働環境の悪化、職員のストレス、住民のクレームなどをしっかりと集めていた。

他の保健所に応援に入った大学教員から見た新任期の保健師は、新人の育成に3年はかかるが、新型コロナの時はじっくり構ってもらえず、先輩の横で電話を聞いて頑張っていた。新人の指導保健師が新型コロナ対応で、新人はメンターが見つけれないようだった。職歴と資格はあるけども、看護師から

転職して来た新人保健師は感染症対応がわからないようだった。新任期に新型コロナ対応を3年間やっていると、保健師の通常業務の自信がない保健師、体力不安の新人保健師が気になった。新型コロナで保健所実習ができず、大学での学内実習だけで、保健所に就職して、保健所の中でもすぐに面倒を見てもらえない新人保健師たちを何とかしてあげたい。

3) 保健所を外から見ていた保健師と看護師

企業の保健師は、従業員が複数の県から通勤しており、複数の保健所に電話して保健師と話をするのが大変だった。各保健所のホームページで、変更を毎日確認していたが、わかりにくかった。保健所のホームページでは、中小企業のクラスター対応などがあまりなかった。新型コロナで働き方と考え方が変わった。新型コロナ対応で1名保健師を増員したが、新型コロナが終わって仕事がなくなっている。

保育所の看護師は、新型コロナを契機に保健所や保健師の仕事を知った。全然関係なかった保健所が、非常に身近に感じた。保健所の指示通り、園児を半分ずつ分けて食事にしたが、保育士も感染してできなくなった。保育士の確保はできず、とにかくクラスターを出さないように頑張った。最後に頼れるのが保健所だった。

8. 公衆衛生の成果

近代的な公衆衛生の始まりは、農業や放牧、遊牧の人口分散社会から、産業革命以降の産業の発達による都市への人口集中を原因にしている。人と人の距離、生活環境が健康を損なうことから、公的な衛生管理が必要になっていた。為政者の権力維持のため必要であったことは否めないが、水道、浴場、疫病蔓延予防、食材選びなど今日の公衆衛生に通ずるものはローマ時代にも江戸時代にもあった。

戦後以降、公衆衛生は国際基準で動いている。基準となるWHOは1948年4月7日に「全ての人々が可能な最高の健康水準に到達すること」を目的として設立された。WHO憲章には「到達しうる最高基準の健康を享受することは、人種、宗教、政治的

信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人に有する基本的権利の一つである。全ての人に健康を促進し、提供し、守るための WHO の活動の指針となっている。

設立から 75 年の間、WHO は天然痘の根絶、ポリオ患者の 99% 以上の減少、小児予防接種を通じた数百万人の命の保護、妊産婦死亡率の低下、健康と福祉の向上などが進展されている。これまでの生活の質を向上させた公衆衛生を振り返り、これからの健康課題に取り組むための行動を喚起している⁶⁾。加えて、新型コロナウイルスのパンデミックは、健康を守ることが経済、社会、安全保障、安定にとっての基盤であることを示した。WHO の「Health For All: すべての人に健康を！」は、世界中において平和で豊かで持続可能な生活を送るために、良好な健康状態維持を目的としている。健康に対する権利は基本的人権で、誰もが、必要な時・場所で必要な保健サービスを受ける⁷⁾。

公衆衛生の向上は日本国憲法 25 条にも規定され、「国は、すべての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と WHO の主旨に一致している。医療職は公衆衛生の向上が、職種の役割になっている。

地域保健法の改正に向けた 2022 年の厚労省の議事録では、「感染予防の最前線である保健所は、市町村への権限の移譲や機能強化のための集約し減少した。日常活動は IC 化の遅れ、有事に対する対応余力に乏しい状態であった。感染拡大のために保健所業務が逼迫した。保健所のやり方がまちまちなのは、伝達の仕方や市町村の首長の判断もあるが、保健所業務が逼迫した地域であっても、取り組みはまちまちであり、逼迫状況が解消されない地域もあった」としている。

新型コロナで保健所の業務・施策、職員数でいろいろな問題が起きた。保健所には感染症担当職員が配

置され、普及啓発から発生動向の把握、感染症発生届を受けて、感染源や感染経路を把握し、接触者等の行政検査を行う積極的疫学調査は対面で行われる。保健所減は感染症担当保健師の減員につながり、新型コロナ感染対応に感染症担当経験の保健師が少なかった背景がここにもある。元々専門職の少ない保健所管内では人材確保が難しく、人材確保の地域差が大きかった。

9. 感染症は終わっていない

日本の高齢化率は 1970 年 7.1% になり、地域保健法が成立した 1994 年に高齢社会に入っている。1995 年の阪神・淡路大震災時の高齢化率は約 15%、介護保険が始まった 2000 年は 17.4%、2011 年の東日本大震災時は約 25%、2020 年国勢調査の奥能登の高齢化率は 48.9%、2024 年は 29.3% と人口構造は変化している。新型コロナのハイリスク対象者は高齢者、基礎疾患のある者、がん患者など高齢化が要因となっている者であった。感染症の時代を終わったと言われて、統廃合されてきた保健所であるが、新型コロナは、高齢社会になっても保健所が必要であることを証明した。

新型コロナの 2023 年 5 月の 5 類移行後、小児にインフルエンザ、新型コロナ、その他の感染症が入り混じって頻発し、過去の感染症とされていた梅毒の感染が拡大している。「感染症の時代は終わった」「これからは高齢者の時代だ」と、保健所を削減してきたが、鳥インフルエンザの発生監視が国際的に続けられている。感染症の時代は終わっていない。終わっていないから感染症法で感染症を 1～5 類に分類して、国内への持ち込みを警戒している。

2023 年 5 月 8 日（月曜日）に、2 類感染症の全数把握から、5 類感染症の全国約 5,000 カ所の内科・小児科医療機関及び基幹定点医療機関（全国約 500

6) 厚生労働省：2023 年世界保健デーのテーマは「公衆衛生を向上させた 75 年間」です。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/who/worldhealth2021_01_00003.html (2024 年 9 月 10 日アクセス)

7) 公益社団法人日本 WHO 協会：世界保健デー 2023: Health for All すべての人に健康を！

公益社団法人日本 WHO 協会 <https://japan-who.or.jp/news-releases/2302-9/> (2024 年 12 月 29 日アクセス)

カ所の病床数300以上の内科・外科医療機関)から毎週の届出となる⁸⁾。5月9日の「定点把握」の公表は、2023年5月19日(金)から始まっている。2024年8月23日(金)に発表された以下のデータは「8月12日(月)から8月18日(日)までの1週間に確認された1医療機関あたりの感染者数の平均値は8.5人(予測患者数42,500人)となっている。全数把握ではない。

新型コロナが5類感染症に移行したあとも、インフルエンザ、溶連菌感染症、手足口病など感染症は続いている。特に梅毒は、とんでもなく増えている。妊婦の感染も増え、次の世代まで影響する。感染症の時代は終わっていない。

10. 新型コロナ後の公衆衛生の課題

2023年2月16日WHOと米疾病対策センター(CDC)は、2022年に麻疹の感染者が世界全体で前年比18%増の923万人、死者が同43%の13万6千人の推計を公表。2022年に大規模流行が確認されたのは37カ国で、前年の22カ国から大幅増加した。新型コロナ感染症の世界的大流行で医療機関が逼迫したことで、予防接種率の低下が続いたことが大きく影響している。

公衆衛生の課題は保健所だけでは担えない。住民に身近な対人サービスは市町村が主体となっている。市町村が担当する業務は広い。母子保健(乳幼児健診、予防接種、乳児全戸家庭訪問事業、受診控え)や、成人保健(特定健診、特定保健指導、がん検診、受診控え)、在宅勤務のコロナ肥満は、特定健診の対象となるメタボリック症候群の増加、基礎疾患保有者の増加が懸念される。高齢者は、外出自粛、身体活動や対面会話制限で介護度上昇、認知症増加、低栄養、孤立化などで心身の機能を低下させている。

公衆衛生の基本は、予防できるものは予防する。予防接種で防げる感染症は防ぐ。要介護状態にならないように予防する。顕在化していない間に、健康

の保持・増進を予防の観点で、健康阻害要因を排除するか軽減し、公衆衛生の実践機関である保健所の機能と市町村の保健福祉を拡充することで、少子超高齢社会に対応できる。

コロナ後の懸念は、保健所の精神保健(自殺者、ひきこもり、DV、虐待、障がい者社会復帰事業)、新型コロナウイルス以外の感染症(結核、性感染症、季節性感染症)などへの影響が予測される。新型コロナの積極的疫学調査では目に見えない家庭環境も含めて、電話で指導していた。デジタル化は今後も進むが、対面で得られる情報は多い。公衆衛生はデータだけで、浸透はしない。なぜならそこに生きた人間の社会、生活の営みに働きかける役割を持っているからである。

公衆衛生は、地域社会において、人々の疾病を予防し、健康を保持・増進するため、公私の機関によって組織的に行われる衛生活動のことで、保健所だけが公衆衛生実施機関ではないが、中心となる施設である。新型コロナの5類感染症への移行で、保健所は見えにくくなってきた。

そして、コロナ禍が過ぎると、保健所保健師等の増員は一過性に終わっている。今後の感染症による健康危機発生時に保健所等を支援する専門職人材バンク(IHEAT)の登録が都道府県単位で行われ、即戦力に向けた研修が定期的に行われている。

【参考文献】

- 1) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向2024/2025、2024年、厚生労働統計協会、東京
- 2) 日本自治体労働組合総連合編：新型コロナ2020-2023最前線 自治体職員の証言、2023年、大月書店、東京
- 3) 大阪府関係職員労働組合・小松康則：仕方ないからあきらめないへ、2021年、日本機関紙出版センター、大阪

(なみかわきょうこ / 大阪歯科大学)

8) 2023年5月8日の1日患者数は9,310人、2024年8月23日付NHK感染症データと医療・健康情報 (<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/>) (2024年9月10日アクセス)

【特別報告】第29回社会福祉研究交流集会 in 関東¹⁾

能登半島地震の現地支援活動から

水上 幸夫

はじめに

私は公益社団法人石川勤労者医療協会に所属しており、現在は地域住民の健康づくりやまちづくりを進める部署で働いています。

私は奥能登（能登町）出身でもあり、仕事で能登半島全体を担当していたことから、2024年1月3日に現地に入りました。2月26日からは当法人も加盟している全日本民医連の支援行動受入れの調整（コーディネーター）役として勤務することになり、今もかかわっています。

1. 能登半島地震の概要

(1) 石川県について

石川県は、19の自治体で構成されており、2023年12月1日現在の人口は1,108,792人²⁾ですが、そのうち今回地震の大きかった奥能登（輪島市、珠洲市、穴水町、能登町）は55,383人で、県人口の5%に過ぎないです。

ここに七尾市、志賀原発がある志賀町が加わって、この6自治体が特に被害が大きかったといわれていますが、金沢や近郊の自治体（内灘町、かほく市）でも、液状化などにより大きな被害を受けたところもあります。

(2) 能登半島地震以降現地の状況

2024年1月1日、元旦の16時10分、能登半島の最北端を震源にマグニチュード7.6の地震が発生しました。複数の断層が動く内陸型地震で、近年起きた地震では最大規模のものでした。被害状況は、輪島市・珠洲市を中心に建物の倒壊が多数、特にライフラインが致命的で、道路の寸断、上下水道の断水・確保、有線電話などの情報網の寸断がありました。

報告日の8月31日で震災から8ヶ月が経過（244日）していますが、過去の大地震と比較しても稀に見る復旧・復興の遅れです。例えば、自衛隊の災害支援は過去最長で（東日本大震災172日、阪神・淡路大震災101日）、北端の珠洲市では8月末まで入浴支援をしていました。県外警察（特別自動車警ら部隊）車両の巡回は継続中でこちらも過去最長です。

写真1は輪島市朝市の大火災直後の現場です。写真2のような木造建てが非常に多くて、耐震性もなく、激しい揺れにより2階が1階、3階が2階になる状況で、直接死のほとんどが倒壊した家屋の下敷きになって亡くなられたものでした。

石川県輪島市は「輪島塗」で有名ですが、2015年に放送されたNHKドラマ『まれ』の舞台でもあります（写真3、4）。

1) 2024年8月31日（土）～9月1日（日）、オンラインで第29回社会福祉研究交流集会を開催しました。2024年1月1日の能登半島地震以降、支援にかかわっている水上幸夫さんの特別報告（8月31日の全体会での報告）を掲載します。

2) いしかわ統計指標ランド「石川県の人口と世帯」<https://toukei.pref.ishikawa.lg.jp/>（2024年12月1日アクセス）



写真1 輪島市朝市大火後の現場



写真2 地震で倒壊された木造住宅

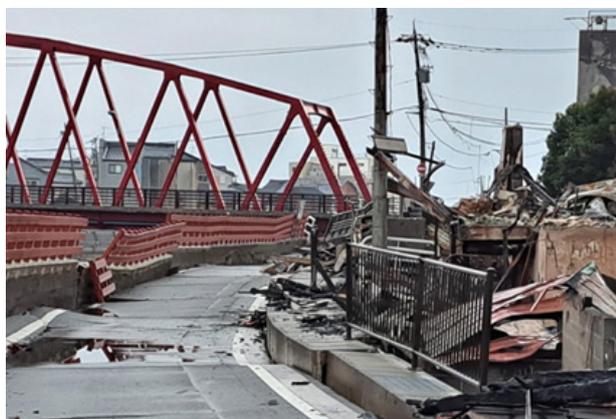


写真3 寸断された道路（輪島市）



写真4 輪島市の災害現場

今回の地震に伴う地形の変化も多く見られます。写真5の白いところが全部隆起した部分です。地質学者が「数千年に1回程度の現象³⁾」と指摘している、海底が浮き上がってしまった様子です。元々は砂浜（海水浴場）でしたが、全部岩場になってしまいました。逆に同じ外浦と言われる地域で、海岸線が海側に移動したという地形の変化もありました。



写真5 隆起により岩場になった海水浴場

3) 2024年1月13日のNHKの報道によると、産業技術総合研究所地質調査総合センターの宍倉正展さんは、「4メートルもの隆起はめったにないことで、数千年に1回の現象だ」と指摘している。<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20240113/k10014319341000.html>（2024年8月29日アクセス）

また写真6、7のように能登外浦海岸を中心に海岸線の隆起が発生し、最大で4メートルの箇所もあります。



写真6 外浦中心に海岸線の隆起が発生、高さ最大4メートルの箇所もあった



写真7 海側に移動した海岸線

写真8は輪島港で、能登は第一次産業として農業や漁業が盛んですが、隆起により、梯子を使わないと船に乗り降りできない、船も出せない状況でした。国土交通省や行政の働きかけによって、一応10月には約9つの漁港が船を出して、漁業に携わっている人が仕事に出られる、ということで喜びの声も聞いています。



写真8 輪島港の隆起現場



写真9 珠洲市の津波現場・地震によるマンホールの隆起

写真9は地面の下にあったマンホールが隆起し、約150cm浮き上がっています。こちらは珠洲市という最北端の自治体ですが、今もこうした状態が残っていて、何も復旧が進んでいない状況です。

(3) 能登半島地震の人的被害状況

表1は、2024年8月27日現在の被害状況です。死者は最初200人程度と言われていたのですが、どんどん増えて、特に関連死が次から次へと認められている状況で、直接死は229人、関連死は110人の状況です。「自治体認定前の関連死」というのは、弁護士と医者による審査会が認定するもので21人を新たに認定しました。また、新潟や富山県の方を含めると、来週には362人になるといわれています。

私たちが非常にショックを受けているのは、公設の避難所や1次避難所を大体9月をもって閉鎖する

と言っていることです(表1参照)。行政・知事は原則であって、強制退去は求めないと言いますが、そこで過ごしている方も寝耳に水だということで非常に驚いています。まだ自宅や仮設住宅にも入れない人がいる中で、9月末で閉鎖をするということです。

福祉避難所には県内の約460施設に1400人が能登から避難しており、受け入れ先がないと言うことで、順次解消とは言いますが、進んでいないのが現状です。

表1 能登半島地震の人的被害状況⁴⁾

死者	339人(内訳:直接死229人、関連死110人) 行方不明3人 自治体認定前の関連死21人県外2人含 → 362人	
避難者 (8月27日現在)	1次避難所 : 398人(最大34,000人) 被災地の学校の体育館や公民館など 5市町(輪島、珠洲、能登、七尾、志賀)34施設	原則、9月末閉鎖
	広域避難所 : 39人(最大1,000人) 体育館や福祉施設など 4市(金沢、白山、能美、羽咋)7施設	
	1.5次避難所 : 17人(最大500人) いしかわ総合スポーツセンター	9月末閉鎖
	2次避難所 : 321人(最大5,000人) 県内外60施設(旅館・ホテルなど)	年内閉鎖
	県外公営住宅 : 555人(最大700人) 35都道府県	年内閉鎖
	みなし福祉避難所 : 約1,400人(最大1,600人) 県内外約460施設(高齢者施設など)	順次解消

(4) 遅れているライフラインの復旧

断水も約1,054戸で続いていて、輪島市、珠洲市で限界集落が散在していますが、そういう所への上下水道、特に下水道工事が進まない状況です。自治体管理の上水道埋設の調査では、自宅管理部分の基準送水管の給排水設備工事が追い付かない状態で

す。上水道は確保できても食事やトイレなどの下水(排水)管理ができていないため使用できない状況(=断水中)が一定数あるのです。様々な理由がありますが、工事業者の不足、自宅内の浄化槽が多いので、浄化槽が壊れてしまって工事が追いつかないといわれています。

4) ①内閣府防災情報ホームページ「令和6年能登半島地震による被害状況等について」<https://www.bousai.go.jp/updates/r60101notojishin/index.html>
 ②石川県ホームページ「知事記者会見(令和6年8月28日)」https://www.pref.ishikawa.lg.jp/chiji/kisya/r6_8_28/1.html
 ③『北國新聞』2024年8月28日報道 <https://www.hokkoku.co.jp/articles/-/1501860> (2024年8月29日アクセス)より作成。



写真10 輪島市町野地区



写真11 輪島市町野地区

(5) 相次ぐ医療機関・介護施設の廃業と休止

奥能登（輪島市・珠洲市・穴水町・能登町）地域は高齢化が顕著で、すべての自治体が高齢化率50%前後で生産年齢人口の割合も低い地域です。同時に少子化も著しいです。先日発表された民間の有識者グループ「人口戦略会議」の「令和6年・地方自治体『持続可能性』分析レポート」⁵⁾では、消滅する可能性がある自治体として、県内9自治体（加賀市・七尾市・輪島市・珠洲市・羽咋市・志賀町・宝達志水町・穴水町・能登町）が取り上げられましたが、1つ（加賀市）を除き8つは能登半島内です。

歯科・医科開業医などの医療機関でも医師の高齢化とともに、建物や医療機器の損壊などにより廃業した医療機関も出ています。各自治体の基幹病院（各自治体に1ヶ所）は軽度手術ができる程度で職員も被災者が多く、退職者も相次いでいて、ベッド稼働率も5-6割程度です。

介護施設においては、多くの施設が損壊となり入所者は地震発生直後から金沢市や小松市・加賀市など他の介護施設へ避難している状況です。2024年8月27日現在、能登6市町で休止した高齢者施設は28施設で、16施設が稼働しています。

(6) 過疎の加速化と仮設住宅の状況

過疎の加速化といいますが、1月の地震から3ヶ月後の4月1日付で、能登6市町で前年比3.7倍、2,209人が転出しました。5月の単月でも530人が住所を移したという状況です。

仮設住宅は自治体の要望のあったものはほぼ完成して、11月にずれるところもありますが、概ね順調に進んでいると言われていています。しかし、仮設住宅においては、国連やEUが認めているスフィア基準にも満たない環境という問題があります。能登は貧弱なバス輸送以外の公共交通機関もないので、仮設住宅に入っても高台や不便な場所にしかありません。私たちの訪問でも車を持たない高齢者は買い物にも行けないとの訴えを耳にしています。孤独死も発生し、健康体調の管理、フレイル予防の観点からも、コミュニティの創設が課題になっています。

公設避難所は集約傾向で9月末にはすべて閉所予定です。

5) 人口戦略会議 2024年4月24日「令和6年・地方自治体『持続可能性』分析レポート」https://www.hit-north.or.jp/cms/wp-content/uploads/2024/04/01_report-1.pdf（2024年8月21日アクセス）



写真12 輪島市内の応急仮設住宅



写真13 輪島市内の応急仮設住宅

6月以降、解体現場に全国から解体業者が来ています。のと里山海道という唯一の自動車専用道路（能登半島への主要アクセス道路）がありますが、ゼネコンが入り緊急修繕がなされ、ここも9月から完全な対面通行が可能になります。しかし、応急修繕したものですから、ジェットコースターのように起伏及び左右の迂回が多く、スピードは出せず、夜間は地元住民も通行を控える状況です。



写真14 輪島朝市大火現場での公費解体開始



写真15 のと里山海道

2. 被災地支援にかかわって

(1) 被災地での支援活動

私は、震災直後の1月3日に現地に入り、その後も毎週のように行って、2月26日より全国支援の受け入れを開始し、5月末で延べ550人以上の受け入れを行ってきました。

対象は、奥能登4自治体在住の2,800世帯、約6,000人の会員がいる「健康友の会」及び患者・地域住民、当法人が経営する医療機関の患者・利用者及び共感

してくれている会員の安否確認とニーズ把握や片付け、各種手続きなど生活支援及び相談活動を展開してきました。現在は、仮設住宅や自宅で生活している方へのフォローを中心にしています。

有名な輪島塗も一時期は業界全体で240億円を稼いでいましたが、不況の中で職人も徐々にいなくなり、この震災でさらに伝統工芸が失われていく可能性があります。輪島の下水道も大変で、工事車両も入れない地域もあり、復旧がなかなか進まない状況です。



写真16 ゴミの片付け



写真17 片付け前の輪島塗職人の1室



写真18 輪島市の港近く自宅の上下水道管周りの整頓



写真19 ターミナル期の男性の帰宅願望実現のため、複数の専門職が連携して取り組んだ

(2) 被災現地での支援活動から見たもの

私が現地のコーディネーターをしていて思うことは、以下のようなことです。1つ目、全国からの支援による人としての有様を見たと思います。苦難あれば多くの方が助けてくれることを信じ続けることが大事であることです。現地に来れなくても様々な形で支援し、応援してくれている、つながっていると感じました。同時に、関心を薄れさせないように情報発信の継続が重要だと感じています。2つ目、「現地へ一歩」の大切さ、五感に触れ「生の声と状態を見る」ことが大事だと思います。3つ目、日頃からの減災と防災意識の維持が大切だと思います。

4つ目、住民のコミュニティ形成及び継続によって、介護予防も含め、その人たちがサードステージとか、震災後どうやって生きているのか、この部分を継続させていくことの重要性をあらためて感じた次第です。このニーズや思いをどのように実現させていくのか、そのための支援を中長期的に行っていくのが問われています。

写真20、21は全国から届いた支援物品です。私の自宅が能登にもあるので、そちらの荷物置き場に簡易トイレや衣服などもたくさん預かりし、配布しました。



写真20 全国から届いた支援物品



写真21 全国から届いた支援物品

(写真1～21 水上幸夫撮影)

3. 「石川県創造的復興プラン」検討会議の提言

(1) 能登半島の復興を「創造的復興」でなく「住民本位の復興」の運動や活動で

衣食住、生業、人口、過疎、インフラなど課題は山積しており、復旧も進んでいない状況ですが、石川県は政府直轄の「能登創造的復興タスクフォース」という一つの任務に基づいた横断的な組織（150人）を作り、能登空港の中に事務所を構えて、「石川県創造的復興プラン」を6月27日に発表しました⁶⁾。以前から政府直轄での自民党県政ですが、過去の大震災の対策会議メンバーと比較しても当県職員（知事・副知事・局長）より中央省庁のメンバーが多い状況で、このままでは「住民が棄民」になる恐れもあると考えます。

私たちとしてはNPOや各種住民団体、関係諸団体とともに要望・要求を含め、声を上げる活動や身近な問題や課題も地道に取り組んでいきたいと思えます。「石川県創造的復興プラン」検討会議（座長：金沢大学名誉教授 井上英夫）を立ち上げて、石川県が出した復興プランに対峙して提案をさせていただきました。

まず、地震発生から9ヶ月目になろうとしていますが、家屋の撤去が公費解体で終わるのは再来年2026年の3月になるといわれています。このままでは家を建てるにも何をするにしてもできない状況で、上下水道の整備もまだできておらず、復旧からは程遠い状況が続いています。多くの方が「能登に帰りたい、みんなで帰りたい」という思いを抱えたまま、未だ避難を余儀なくされているのです。「金沢の息子のところにもやはり落ち着かない、ありがたいけど周りに誰も話す者がいない」など、孤立を余儀なくされている高齢者にとっては非常に厳しい状況だと思えます。

「石川県創造的復興プラン」検討会議では、「住み

続ける権利」という基本的人権を保障する視点、すなわち、「被災者・地域住民が、どこに、だれと住むか、どのように住むかを自己決定し、自分らしく生きて自己の願い・希望を実現することを人権として保障する」という視点から、復興プランに対して、2024年7月31日に、9項目の提言を石川県に提出しました。

能登半島の復興のためには、そこに暮らす被災者一人ひとりの「復興」が実現されなければなりません。しかし、その前の復旧がまだ届いていない状況です。県のプランというのは、復旧も進んでいないのに県のやりたいことを出しただけだと思います。

したがって、今後、復興プランを具体化するにあたっては、被災者、住民の主体的な参加のもとで具体策が検討され、その切実な「声」が反映されたものでなければなりません。そして、その復興策の具体化には、国・自治体などの公的保障が不可欠だと思います。

6) 石川県「創造的復興プラン」ホームページ <https://www.pref.ishikawa.lg.jp/fukkyuufukkou/souzoutekifukkousuishin/fukkouplan.html> (2024年8月21日アクセス)

「石川県創造的復興プラン」に対する提言

「石川県創造的復興プラン」検討会議

1. 被災住民の復旧・復興への思いと「創造的復興リーディングプロジェクト」を中核に据えた復興プランの内容がかみあっておらず、プランの具体化においては被災住民の思い・願いに基づく「不断の」見直しを行うこと
2. 復興プランの具体化にあたって、「創造的復興」の前にまだ進まない「復旧」を重視すること
3. 復興プランの見直し・具体化において、被災者・住民の「参加」を保障すること
4. 被災者の復旧・復興を具体化する保障主体、住民の「住み続ける権利」の保障主体は、国・自治体である旨を明らかにして、今後の復旧・復興を進めること
5. インフラの整備に「集約化」など財政等による抑制的な条件をつけないこと
6. 計画期間については、石川県成長戦略の目標年次（2032年度）までとなっているが、復興に必要な期間を限定することなく成長戦略とは切り離して復興プランを具体化すること
7. 被災状況の分析が不十分であり、ただの事実の列挙ではない検証を今後しっかりと行うこと
8. 志賀原発の事故について事実を明らかにしたうえで、廃炉に向けた道筋を示すこと
9. 被災住民が能登で住み続けるために必要な社会保障施策（居住保障、医療保障、社会福祉施策の保障等）について、その復旧・復興の道筋をプランの中核に据え、具体的に提示すること

（2）被災住民の切実な思いを無視した復興プラン

2024年7月1日から2日にかけて、報道機関各社から被災住民に対するアンケート結果が相次いで公表されました。そこでは、「能登に帰りたい、今後も能登で暮らし続けたいという思い」「現在の不安・困りごと」「復旧・復興の進捗」などについて、被災住民の率直な思いが反映されています。

今後の住みたい場所等の質問については、「被災前と同じ場所」「被災前に住んでいた場所・同じ地区・同じ自治体」「市内」と答えた人が多く、能登で暮らし続けたい、能登に戻りたいと回答しています。

現在の不安・困りごと等については、「住まい」「暮らし向き」「居住環境」「生活環境」「仕事」「医療・福祉」などを挙げており、住居・生活の保障、医療・福祉の保障に対する「不安」が多数を占めています。

復旧・復興の進捗については、「進んでいない」「あまり進んでいない」などの回答が多くなっています。

各社のアンケートからは、今後住みたい場所として7割を超える人が能登で暮らしたいと答えているのです。一方で、「もう家に帰っても住めない、家

を建て直す財力もないし、自分たちの残りの人生から考えたら無理なのでもう金沢に暮らします」という声も私の方にも届いています。しかし、多くの人はやっぱり帰りたいと言っています。

表2 報道機関が発表した被災住民に対するアンケート結果の一部

今後の住みたい場所等	「今後住みたい場所」については、「被災前と同じ場所」「被災前と同じ自治体」の回答が合わせて8割を超えた（読売新聞 ⁷⁾ ）
	「今後、生活拠点を置きたい地域」という質問に対して、「被災前に住んでいた場所」54%、「前と同じ地区」13%、「前と同じ自治体」6%と回答（NHK ⁸⁾ ）
	「生活再建を進めたい場所」という質問に対して、「市内」76.2%の回答（北陸中日新聞 ⁹⁾ ）
現在の不安・困りごと等	「現在の困りごと」について、「居住環境」91%、「生活環境」72%、「仕事」48%、「医療・福祉」47%と複数回答（NHK）
	「今一番困っていること」について、「住まい」51.4%、「暮らし向き」14.3%の回答（北陸中日新聞）
復旧・復興の進捗等	「復旧復興の進捗について、どのように感じているか」の質問に対して、「進んでいない」43%、「あまり進んでいない」42%と回答（NHK）

以上のアンケート結果から見える被災者の思いと、「創造的復興リーディングプロジェクト」を中核に据えた復興プランの間には、現時点で大きな齟齬があります。復興プランが「能登の将来」を主眼に置いた内容であることを考慮したとしても、プランの具体化においては被災住民・地域住民の思いに基づく「不断の」見直しが必要であると思います。

倒壊家屋の公費解体や各家屋への上下水道整備、道路・漁港などの交通インフラの復旧がまだ進んでいない状況です。

「石川県創造的復興プラン」の別冊「施策編」には、公共土木施設や上下水道などの項目ごとに「タイムライン」が示され、復旧への道筋を明らかにしようとしてはいますが、復興プラン本文では「創造的復興リーディングプロジェクト」が強調され、復旧への道筋が十分に示されていません。専門的・技術的意見を聴取するために選定された「アドバイザーボード委員」10人のうち、被災地（石川県）に生活拠点を有する者は2人のみです。

復興プラン作成に際しては、被災住民の声を聴く機会（のと未来トーク、奥能登6市町と金沢で開催、延べ450人が参加）を設け、復興プランにも「主な意見」としてその内容が列記されていますが、石川県本部会議としてどのように受け止め、復興プラン

にどのように取り入れたのか（あるいは取り入れなかったのか）への言及がまったくなされていません。

被災住民・地域住民の「声を挙げる場」「意見を述べる機会」「きめ細かいヒアリング」などが保障されるべきですが、「創造的復興に向けた基本姿勢」には「あらゆる主体が連携して復興に取り組み」とされており、行政、住民、産業界、高等教育機関、NPO、ボランティアなどが「並列的に」主体者として位置づけられておらず、国、県、自治体の公的責任が曖昧になっています。

インフラ整備にかかわる記述においては、あらかじめ抑制的な条件をつけるような文言が散見されており、石川県の成長戦略の目標年次（2026）にあわせて行うプランが提示され、

「ライドシェア」「ドローン」「マイナンバーカード」活用等地震からの復興を名目に、社会保障をはじめ被災者・住民の人権保障よりも国が進めたい規制改革、成長戦略メニューを重視しているのが現状です。

おわりに

「石川県創造的復興プラン」検討会議の提言の賛同者募集を、石川県内だけでなく、全国の研究者や実践者に対して進める予定ですので、案内等が届い

7) 『読売新聞』2024年7月2日記事 <https://www.yomiuri.co.jp/national/20240702-OYT1T50009/> (2024年8月21日アクセス)

8) NHK2024年7月1日報道 <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20240701/k10014497671000.html> (2024年11月21日アクセス)

9) 『北陸中日新聞』2024年7月1日記事「輪島と珠洲の仮設住宅居住者に対する調査」https://www.chunichi.co.jp/article/920958?rct=r6_noto_jishin (2024年11月21日アクセス)

た際は、ご検討を願います。

震災はどうしても中長期的な支援になりますので、当面は秋、これから冬となりますので過酷な冬が待っていますが、そういう部分も踏まえ今後も支援をよろしく願いしたいということを申し上げて、私の報告を終わりにしたいと思います。

(みずかみゆきお／

公益社団法人石川勤労者医療協会)

フランスの子ども家庭ソーシャルワーク 発展への挑戦

安發 明子

日仏の現在の子ども家庭福祉の成り立ちは、いずれも戦争による浮浪児対策である。フランスでは仕事帰りの大人たちがメトロの出口にたまっていた子どもや若者を集会所のようなところに寝泊まりさせ地域の商店にかけあって仕事を与えた。この最初の路上エデュケーターの活動は1943年だが、1945年には非行少年はすべて保護が必要な子どもであるとして家庭内の支援を強化する法律ができ、子どもを守るための子ども専門裁判官を創設した。

エデュケーターが国家資格化されたのが1967年である。家庭内で支援することに力を入れていたものの、2007年に予防中心の大改革がなされた。それは、虐待は福祉の失敗であり、そもそもそのような経験をさせてはいけないという意思表示であった。子どもの権利を国がエデュケーターなどの専門職を通して守る、親次第にしない仕組みが構築された。

さらに、2016年からは子どもの権利条約の第3条である「子どもにとっての関心 (interest)」を判断の際に優先し、ウェルビーイングを専門職が保障する政策をすすめている。具体的には例えば『子どもに基本的に必要なこと報告書』を保健省は示し、ウェルビーイングを保障するために満たすべきニーズを示した。親が困ってから相談するのを待たないこと、専門職を配置することで、子どもの権利状況が親次第、地域次第、出会い次第にならないように工夫している。

ソーシャルワークの発展のためにどのような取り組みがされているか紹介する。

目次

1. 福祉の発展はソーシャルワーカー自身が担っている
2. ソーシャルワークを企画・実現する
3. オープンであるということ：現場・研究・政策の連携
4. ミリタンであること 一信念を貫きたたかう
5. 社会への働きかけ

1. 福祉の発展はソーシャルワーカー自身が担っている

フランスの子ども家庭福祉の中心的な役割を担うのはソーシャルワーカーの一職種であるエデュケーター国家資格である。国によるエデュケーターのガイドラインには「職業の発展を担う」と明記されている。職業の地位の向上を実現することをソーシャルワーカー自身に求めているのだ。具体的には、実務で知り得た知見について記述し広く共有することや、政策提言などを求めている。そのために、養成課程においては語学も2018年より第二外国語まで義務づけられている。語学としての勉強ではなく、課題レポートのたびに第二外国語まで文献を引用し、自分がテーマに選んだ事柄に海外ではどのように取り組んでいるのか常に情報収集することを求めている。

エデュケーターには国際的な比較という点でも専

1) Ministère des solidarités et de la santé, 2017, Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Rapport remis par Dr Marie-Paule Blachais.



門性の高さを求めている。養成課程では理論1450時間、実習2100時間なので、入学すると、給料を払ってくれる雇用主を自分で見つけ、現場1週間、座学1週間と繰り返す。現場で見聞きしたことをもとに思考を深め「ソーシャルワーカーとしてのあり方」を身につける訓練である。養成課程においては、自分の言動の背景にある価値観を自覚し議論できること、相手の潜在力を引き出せることを目的としている。4カ所義務付けられている実習のうち一回はEU内の他国ですることが推奨されており、その際の滞在費や交通費は出身国より支給される。

あるソーシャルワーカー専門学校では毎年200～300人の学生や専門職を海外から受け入れ、同じ数を世界に送り出している。このネットワークがあるので日々仕事の中で「そちらの国ではこの問題にどう対応している？」というやりとりを可能にしている。ソーシャルワーカーは医師と比較される。例えば、摂食障害の治療に養成課程で得た知識で定年まで対応するわけではない。常に世界最先端の方法を学び一番いい方法を提案することが求められている。(写真：EU各国からフランスに3ヶ月間座学と実習をしに来ているソーシャルワーカーを目指す学生たちに筆者がフランスの子ども家庭福祉について授業をしたときの様子)

エキスパートになることを可能にしている条件の1つがポスト採用である。日本の公務員は組織採用で異動があり、エキスパートとしての能力を築いていくことが難しい。フランスは「どの児童相談所のどの上司のもとで働きたい」と人で選び、自分が希望しない限り異動がないので、自分がどのように専門性を築きたいかイメージしながら研修を重ねてい

く。たとえば、医師に当てはめると「先月まで耳鼻科を担当していたので、外科はこれから勉強していきたいと思います」という状況は起きない。

ポスト採用のメリットは職業の魅力を発展させ、利用者の環境も改善できる点である。それは、ケース数を他より多く担当しなければならない部署があったりすると希望者が集めにくいので、いい仕事ができる、いい結果が出せる仕事の枠組みを組織側は用意しなければならず、職員に無理を強いることができない。結果、利用者にとってもいい結果が得られる環境が整う。例えば児童相談所のソーシャルワーカーは1人あたり子ども26人、つまり十数家庭を担当すると県で定めている。児童保護分野は県の管轄であるため、県で予算を確保し、基準を定め、委託先機関の監視や助言をしている。これは労働者が週35時間労働であることから月に140時間の就労時間の中で子ども一人に5時間必要であるとして割り算をして得られた担当人数である。26人を超えて対応する必要がある子どもがいる場合は別に契約を結び5時間分追加の給料をもらって引き受けるか、1人多く雇うことになる。実習生の指導担当をするときは指導に時間がかけられるよう4人分少なく担当することになり、他にグループワークや組合活動などを引き受ける場合も担当する子どもの数が減らされる。このように労働条件が明確になる。異動がないとケースに対する責任が明確で、仕事ができないと生き残れない。デメリットは上司が他の仕事に移る際に、ついていくことを希望するメンバーが多いので、大きな入れ替えが起きてしまうということである。

さらに、フランスではすべての労働者が毎年就業時間内に雇用主の費用負担で研修が受けられる。専門性を磨き、得意分野を伸ばす。必然的に現場では利用者には選ばれる支援者になるための競争が生まれる。公務員であっても転職をしたら戻れる制度があるため、いつでも転職ができる。異動がないということは、今の職場で仕事を続けたい理由があるからこそそこで働いているわけである。また、所属組織での勤務は7割にとどめ、大学院に通ったり開業したり専門学校で教えたり他機関でスーパーバイズを

するという事もできる。

筆者はさまざまな現場で1ヶ月間終日観察させてもらう形で調査を続けてきた。例えば2年間断続的に調査に通ったあるパリ市の在宅教育支援機関で、親子がソーシャルワーカーたちを信頼し、みるみる元気になり支援が終了していくチームがあった。「ここは本当にいい仕事をしているよね」と言ったところ、ソーシャルワーカーは「いい仕事をしていなければ私がこの職場に居続けるわけがないじゃないか」と言う。良い人材を獲得するにはいい仕事ができる枠組みが必要である。

2. ソーシャルワークを企画・実現する

ソーシャルワークのグローバル定義には「ソーシャルワークとは社会を変革することである」とある。つまり、困っている人の状況についてケースワークするだけでなく、すべての人が困らない社会にすること、社会問題の解決を担っているのである。ケースワークが中心の日本の福祉現場に比べ、フランスの雇用契約書にはケースワークのみならず「ソーシャルワークを企画実行すること」と書かれている。例えば、路上エドゥケーターは事務所を持たず夜回り先生のように若者たちに声かけをして包括的なサポートを戦後一貫して実践してきたが、ある公的機関が自ら企画したソーシャルワークとして、専門職資格のあるネットエドゥケーターをインターネット上に配置し、心配な若者に声をかけたり相談を受ける活動を開始した。すぐに国に認められ、現在は社会保障の家族部門が費用を担い、全国へ配置が広まっている。福祉事務所でも、毎週金曜の午前前に区役所の会議室を区民に開放し、誰でも書類を持ってきたら管理職が総出で整理や作成を手伝ってくれる機会や、福祉事務所や保健センターが共同でスーパーの横など地域住民の通りが多い場所に仮設事務所を1週間おき、区長もつめて、通りかかる住民皆に話しかける「足元活動」など、利用者のニーズに応じて企画するソーシャルワークをおこなっている。専門職一人一人がニーズを観察し、新たな福祉の形を提案し発展に貢献しているのである。

管理職にとっては職員のクリエイティビティを引き出すことが重要な役割になる。職員がそれぞれ自分の強みを活かした活動を継続した結果、ソーシャルワーカー出身の映画監督、漫画家、ゲーム製作者、ジャーナリスト、議員などが登場し、ソーシャルワークの価値を広く世の中に伝え、さまざまな方法で社会改革する取り組みをしている。

3. オープンであるということ：現場・研究・政策の連携

フランスの福祉現場は、より良い仕事の模索のため、現場を外へ開いている。調査先からは「自分たちがもっといい仕事をするにはどのようなことができるかあなたの視点から指摘してほしい」と言われる。会議に参加すると、他に脳科学や心理学、法学など複数の研究者がいることが度々ある。常に専門の違う他者の目にさらされる中で視野を広げ、自分たちの仕事について議論ができるようにしている。

研究が現場のニーズをもとになされる工夫もある。公的機関も民間もそれぞれ現場の人たちがニーズがある研究テーマを掲げ公募し、手を挙げた研究者と研究内容をつめて国から研究費を獲得する。毎年1400人の研究者が社会経済分野の現場で3年がかりの研究をしている。例えば現在パリ市で路上エドゥケーターと子育て支援機関との連携や、依存症のある女性の子育て支援についての研究がおこなわれている。また、同じ課題について民間機関同士が手を組んで独自に必要な統計や研究をおこなって発表し、国に必要性を認めさせ、全国に予算が下りるような流れも見られる。最近ではこのプロセスによっていじめ専門のケアや、性ビジネスの状況にある未成年への保護とケアについて各県への予算が実現した。

政策について計画、実行だけでなく評価、改善まで取り込まれるためにも、全国児童保護観察機関や保健省の社会問題観察機関、会計院などさまざまな機関から報告書が出されている。研究者チームが自分たちの名前で報告書を出すことから、研究者自身

が成果をPRするため、報告書が出た当日に各職場で話題になるほど現場にもよく読まれる。例えば児童保護大臣の命令により社会的養護出身の研究者が1500人の施設にいる子どもたちにヒアリングした報告書が公開され話題になった。

当事者は関係する議論や決定に参加することが求められているため、施設の運営会議から、県の政策計画書策定、議会にも参加する。社会的養護出身者は弁護士や議員や医師など幅広く人材が育っているため、専門性も生かして発言しており頼もしい。子どもが措置されている親たちと研究者と一緒に学会で発表したりもしている。

4. ミリタンであること——信念を買きたたかう

良い政策は天から降ってくるわけではない。政治は政治家だけがするものでもない。大人一人一人が職業を通し、活動を通して日々政治的活動をしている。社会課題に対し何もアクションしないことは、被害者が生まれる構造の維持に加担していることになる。フランスのソーシャルワーカーは自らを「ミリタン」と呼ぶ。それは、「社会的な信念を買きたたかう」という意味だ。例えば子ども家庭福祉分野で大改革となった2007年の法改正は県の児童保護分野の担当や子ども専門裁判官などが「実務者100人会議」を開き、国に任せては事後対応から抜けられない、予防中心のあり方を自分たちが見せてやろうと実現した改革だった。2022年には「#誰が私たちをケアするの?」と全国のソーシャルワーカーが声をあげ月2万8000円の昇給を実現し、利用者の権利を守るためには十分な体制が必要であると、専門職の権利も守られるよう主張した。「決められた予算、人材、活動の範囲内でできることを頑張るしかない」という考えでは大幅に利用者の状況を改善する改革は実現できないため、枠組みから問い直す努力をしている。

福祉は困っている人を助けるのではなく、すべての人の人権と尊厳が守られることを目指す役割を担う。福祉に対する意識が高いというよりも、フラン

スの場合、奴隷貿易をはじめとするさまざまな歴史の反省から人権はいつも簡単に侵害されてしまうという危機感がある。だからこそ、専門職は利用者の希望が叶うよう奮闘する。日本では条件が揃っていないと福祉が利用できないことがあるが、フランスの場合、条件は「こちら側」の問題であって、「まず、利用できるようにする。手続きは専門職がなんとかする」という考え方である。だから利用者に出会ったときから「わかりました、一緒に解決しましょう!」と言えるのだ。

イギリスの講師を日本に招いた会で「日本では現場が声をあげにくい状況がある」という意見がでたとき、講師は「声をあげることこそが福祉に携わる者の使命です」と答えた。日本では10年前に比べ、虐待や新生児遺棄など子どもに関するニュースが報道されるようになってきている。しかし、司法も含め責任を親に求めるばかりで、防ぐことができなかった福祉の不足について社会内で十分共有されているとは言えない状況がある。

日本では同業者を批判しない、結果よりも「取り組んでいる」点に注目する傾向がある。フランスに視察に来た実務者の何名もが、自身の自治体でないにも関わらず、日本の現状を聞かれたときに明石市の取り組みが進んでいると紹介していて、自身の話をしないことに驚かれていた。日本で「現場の方は本当によく頑張っているらしいですよ」とよく言うが、フランスの専門職たちは「私たちが何をしたか、できたか、ではない。まだ調子が悪い子どもがいる、大変な思いをして暮らしている親がいることについて話し合いたい」と言う。頑張りとは当然のこととして、すべての人がその人らしく生きられることを実現できる枠組みを専門職が主張し作らなければならないという意識だ。フランスは1つの事柄について一斉に足りていないと強調して主張することで、短期間に状況を改善するという戦法をとる。福祉はそれぞれの分野でニーズが増え、求められる質も高くなる一方であるなかで、予算や人材の奪い合いがあり、より一層、それぞれの業界が団結して不足を主張し予算や注目を獲得しようとしている。それでも社会のニーズに福祉が追いついておらず、北欧諸国



家庭支援をおこなうソーシャルワーカーが描いた漫画。他国のソーシャルワーカーの動き、距離感、言葉遣いを知ることができる。akikoawa.comでソーシャルワーカーの登場する動画なども紹介している。

やベルギーやカナダに比べできていないことが多いと専門職の不満は大きい。

一人一人がミリタンであれば、柔軟になり、変化は起きやすくなる。しかし、日本では組織採用が足枷となってきた。短期間しか関わらないとエキスパートが育たないので強い主張がしにくく、また、人事評価も今後の異動に関わるので、専門職の関心は利用者ではなく雇用主の方を向くことになる。これは評判搾取システムとも言えるもので、評判を気にする必要がある構造をつくることによって意見が言いにくく、搾取されても耐えることになる。意見が言えない中でより良い福祉を受けられず犠牲になるのは利用者、子どもたちだ。

5. 社会への働きかけ

日本では虐待のニュースはこの10年で格段に取

り上げられるようになった。しかし、虐待が起きるのは親への支えが不十分だった結果であることについては、現場では当然のように知られていても社会には浸透していない。専門職の知見が十分社会に共有されてこなかった結果である。フランスで1970年代に女性と子どもの福祉改革を推し進めたシモーヌ・ヴェイユ保健大臣は「法律を時代に合わせるには人々の感覚の更新が必要で、法律が更新されても人々のメンタリティが深いところまで更新されるにはアクションをし続けなければならない」と言う。現場で利用者に向き合うだけでなく、得られた知見を広く伝える努力も非常に大事なのだ。それは福祉への信頼を育てることになる。フランスでは福祉がニュースなどで取り上げられる工夫をし、ニュースをもとに現場の専門職たちがSNSに意見をあげ状況改善の機会にしようとして盛り上げる。

例えばフランスの子どもSOSの担当者は「取材や撮影は絶対に断りません、どんな人が電話に出て、どのように親も子ども支援を受けるか知ったら電話をしてくれるはずだから。心配な子どもがいるのに電話をしない人がいたとしたら、それは私たちが十分この仕事を伝えられていないとき」と言う。実際に子どもSOS電話を受ける相談員の自己紹介動画を公式インスタグラムで公開しており、相談員それぞれがどのような動機で仕事をしていて、親のことも子どものことも具体的に支える方法をとっているかを伝えている。フランスでは、日常的に福祉のドキュメンタリーを目にする機会があり、子どもと里親と実親の1年間を撮影したもの、母子生活支援施設の半年間を撮影したもの、ソーシャルワーカー専門学校に入学した3人の若者の1年間を追跡し、心の変化や感動的な出合いを撮影したものなどがある。視聴者は親子に幸せになってほしいと願い、ソーシャルワーカーたちの仕事に感動する。筆者が「ソーシャルワーカーの研究をしている」と自己紹介すると、目を細めて「素晴らしい仕事だね」と言う人が多いのは、価値を世の中に広め続けた活動の成果だろう。日本では福祉の人手不足が言われている。いい仕事ができる枠組みを用意することは大前提であるとして、福祉の仕事の価値や素晴らしさを十分社会

に伝える努力は必須であろう。

フランスにおいては専門職が職業の発展を自ら担い、連帯し、福祉の価値を広く伝える努力をすることで、生きることが自己責任ではなく、すべての人の権利と尊厳が守られる社会を実現しようと奮闘している。

(あわあきこ／在仏社会保障・社会福祉研究者)



ある児童相談所のワーカー一同。赤いワンピース（の人）が所長。管理職資格は共通の国家資格なので、若くても、それまでその組織にいなくても管理職として入れる。

村田隆史・長友薫輝・曾我千春 編著

『基礎から考える社会保障 私たちの生活を支える制度の仕組み』

自治体研究社、2024年

——人権としての社会保障を一緒に「考える」最良の書籍——

芝田 英昭

本年3月、村田さん達編集の書籍が届きました。執筆者全員が約1年にわたり研究会で議論し、丁寧にまとめた本だと聞いていましたので、すぐに拝読し、素晴らしい構成・内容だと確信しました。

本書の原点となった2019年出版の『基礎から学ぶ社会保障』（自治体研究社）でも、今回の書籍編集者の村田さんは、執筆者の選定から研究会の組織・運営に至るまで積極的に担って下さいました。同氏の誠実さと組織運営能力が、本書編集にも活かされたのだと思います。まずは、編集された村田さん、長友さん、曾我さんに、「お疲れ様でした」と労いの言葉をお掛け致します。

さて、本書は全4部で構成されています。

第1部「社会保障の発展過程と理念・概念」では、社会保障のあゆみを諸外国や日本の歴史から紐解き、「人権としての社会保障」の基本的考え方を示し、その機能・体系が解説されています。また、第1部の後半では、社会保障を充実させる視点や克服すべき課題が、公的医療保険改革を事例に分かりやすく論じられています。

第2部「社会保障の制度各論」では、社会保障制度が扱う各制度の解説だけでなく、それらに潜む課題も論じられ、読者が社会保障の制度を「我がこと」として「考える」最もふさわしい資料を提示してくれていると思います。

第3部「諸外国の社会保障」では、アメリカ、韓国、ドイツ、イギリスに焦点を当てて論じられ、日

本の社会保障との比較も可能となっています。また、それぞれの国における「社会保障の課題」が取り上げられていることから、読者の関心を意識した親切的な構成だと思いました。

第4部「社会保障が当面する課題」においては、社会保障の財政、福祉労働、市場化・営利化・産業化の視点で論じられており、改めて社会保障政策・制度の基本論点を考えさせられる章立てでした。

実は、総合社会福祉研究所より本書の書評を依頼された折、一瞬承諾するか否かを「逡巡」しました。編者の三人共、評者が存じ上げている研究者ですし、その中でも特に村田さんに関しては、評者が長らく主宰していた「社会保障政策研究会」の仲間であったことから、その私が評すれば「我田引水」的になる可能性もあり、適切な書評を書くことは難しいと考えたからです。

また、逡巡したもう一つの理由は、評者が2020年から社会保障の制度政策研究を「やめている」（広い意味での人権研究は継続しています）ことから、本書の内容を十分理解して評することが出来るのか、と自問したからです。しかし、旧知の方々の労作を、少しでも紹介するのが「私の役目」と思い直し、お引き受けいたしました。

本書の主眼は、社会保障を単に「学ぶ」ことではなく、学び「考える」ことだとの発想が、新鮮で心を打たれました。「考える」との意味合いからは、

社会保障に関して一定の知識を持っている社会保障現場の労働者が読者層として最適かと思われますが、各章を解説する教員がいることを前提にすると、福祉系大学・学部でのテキストとしても良い書籍だと思います

実は、本書を最初に拝見した時、「比較的若い方で社会保障を研究する人が増えてきた」と実感しましたし、その研究水準も高いと思いました。これで、評者も気兼ねなく社会保障研究から「身を引くことができる」と安堵した次第です。

ただ一点欲を言うと、なぜ社会保障を研究する必要があるのかを、高度に理論化された「人権論」から論じるだけではなく、「命の尊厳」から遡ってそ

の必要性を論じて欲しかった。いわば「社会保障の哲学」とは何か、機会があれば、今回のメンバーの「回答」をお待ちしたいと思いました。

最後に、本書は、社会保障現場で働く労働者、社会保障現場で働くことを目指す学生、そして社会保障改悪に直面する多くの国民にとって、社会保障の基礎を考える「良書」です。ぜひ、手に取ってお読みください。

しばた ひであき（人権活動家・水彩画家）

丹波史紀 著

『原子力災害からの複線型復興
被災者の生活再建への道』

明石書店、2023年

北垣 智基

1. はじめに

本書は、東日本大震災における原子力災害からの復興過程を主対象とし、その実態把握と検証を通じて、被災者の多様な生活再建のあり方を保障するための政策モデルである「複線型復興モデル」を提示することを主眼としている。2024年1月に発生した能登半島地震の被災地では、現在進行形で復興・生活再建に向けた活動が進められている。後述するとおり、本書にはその指針となる知見が示されている。以下、本書の概要を紹介した上で、評者の感想を述べる。

2. 本書の概要

本書は序章と終章を含め、全7章で構成されている。まず序章では、研究の背景と目的、研究方法、研究の独創性ととも、複線型復興モデルの定義が明示される。複線型復興モデルとは、災害時において「帰還」「移住」「避難継続」等の「多様な生活再建のモデルを包摂する施策を志向する復興モデル」(34頁)であり、「制度(社会保障制度・災害法制度)」、「社会(防災・地域福祉)」、「支援(災害ケースマネジメント)」等の「尊厳を回復する支援」を通じて、「自己決定とそれを支える環境」の実現を目指すものとされる。これはまた「避難所→応急仮設住宅→復興公営住宅もしくは自力再建」という「被災者の多様な被害のあり様を考慮せず、画一的で単一の生活再建」(33頁)を被災者に強いる「単線型復興モデル」に対置される。

第1章では、国内外における災害に関する先行研究が幅広く概観される。日本において、災害は人々の生活困難に多大な影響を及ぼしてきた。そのなかで、関東大震災を受け「人間の復興」を掲げた生活再建を中心とする復興政策の必要性が福田徳三によって示された点に著者は注目する。しかし実態は、都市計画を中心としたハード中心の復興政策が主流となり、被災者の生活再建が周縁化されてきた。その変化の兆しがみられたのは、阪神・淡路大震災以後であった。研究者らによる被災者の生活実態に関する調査、生活再建に関する研究の蓄積は、生活再建が単なる住まいの再建のみで実現するものではないことを示すものであった。

社会政策学・社会福祉学においては防災福祉コミュニティや災害ソーシャルワークに関する研究の蓄積がみられるものの、その多くが「メゾ・ミクロの視点を中心となり、既存の制度を改善する回路(一般施策への回路)」といったマクロの視点にまで領域を広げているわけではない(99-100頁)ことが指摘される。また被災者の生活再建における社会福祉専門職の役割に関する議論が不十分であり、社会政策学・社会福祉学の領域でミクロ・メゾ・マクロの各位相で災害を位置づけなおす必要があると指摘する。

第2章では、東日本大震災及びその後の原子力災害に伴う被災者の避難の実態と福祉課題が確認される。原子力災害の被災地では、放射能汚染の拡大によって多数の住民が広域避難を余儀なくされたが、高齢者、障害者、児童等の社会福祉施設においても同様の状況がみられていた。そのなかで被災者の生

活再建に関わる福祉課題として「住まい」と「仕事（経済生活）」を取り上げて検討されている。

また福島県の被災地では中・長期にわたり生活・地域の再建が課題となり続けた。避難指示が段階的に解除されていったものの、仕事や医療・福祉資源、また地域・家族関係など、発災から数年が経過した後も被災者の生活再建上の課題がみられた。こうした点から、住民の「帰還」を単一の生活再建モデルとすることの不適切さが指摘される。

第3章では、2004年の新潟県中越地震における旧山古志村での被災者を対象とした実態調査と、東日本大震災における双葉町の全住民を対象とした3度（2011年、2017年、2021年）にわたる実態調査に基づき、生活再建上の課題が検討されている。

中山間地域である旧山古志村住民を対象とした調査では、多数の高齢者世帯が住まいや暮らしの再建に課題を抱えていること、避難生活の長期化に伴い帰村への迷いが生じている実態が明らかにされている。生活再建上の課題として、住まい、経済生活、仕事、家庭生活、コミュニティなどが挙げられ、また集落の共同性が暮らしを支える条件となってきた中山間地域においてはコミュニティの維持・再生が生活再建上の重要な条件であることが示される。

双葉町住民を対象とした調査では、原子力災害が「広域避難」「家族離散」「避難の長期化」を生じさせ、自然災害以上に被害が深刻であったことが明らかにされている。生活再建上の課題については旧山古志村調査を通じて観察された内容に加え、身体的・精神的健康、教育・子育て、ジェンダー、参加などの課題が挙げられている。また震災後10年を経た2021年の調査においても生活再建上の課題が残存し、生活再建の遅滞もみられる実態があることから、国や自治体が進める復興政策の内容の見直しが迫られていると著者は述べる。そして3度の双葉町調査の結果に基づき、原子力災害は被災者にとって「場の喪失」「時間の喪失」「アイデンティティの喪失」という3つの「喪失」をもたらしたことが指摘される。

第4章では、原子力災害の被災自治体の実態と、その復興計画が検討されている。原発周辺の自治体

では、住民に加えて自治体職員も避難を余儀なくされた。これに伴い、行政機能も移転せざるを得ない状況がみられた結果、行政サービスの執行が困難となった。このような状況下で、被災自治体による復興計画が作成されていったが、多くの被災自治体において、復興の基本的な考え方として『「帰る』『帰らない』ではなく、一人ひとりの被災者が生活を再建できる『ひとの復興』』（264頁）が掲げられた。ここに複線型復興モデルへの転換の契機を著者は見出している。

ただし実際には、国の復興政策の基調が時間の経過に伴って帰還中心政策へと傾斜していったこと、また被災自治体によるハード中心の事業にとどまる予算執行が選択された側面もあり、結果的に単線型復興モデルへの揺り戻しが進んだ。ここから「被災者の生活再建をどのような指標や戦略で進めていくかという支援内容」（280頁）の検討と具体化が、以後の被災者支援の課題となることが指摘される。

第5章では、前章までの内容をふまえた上で複線型復興モデルが提示される。その基底に位置するものの一つが憲法第22条に定められる「居住・移転の自由」を基礎としながら、憲法第25条に含まれる生存権、生活権などを包含する概念として提唱される「住み続ける権利」（井上2012）を認める考え方である。そしてもう一つが、一見すれば相反するようにみえる「避難する権利」を認める考え方であるが、これらに共通するのは生活再建を「被災者自身の自己決定」に基づいて行う点にある。

2014年には著者も起草に加わった日本学術会議による提言が行われた。ここで示されたのが「単一的な復興の道筋ではなく、被災者の生活再建を何よりも最優先し、『帰還』『再定住』の何れもが選択できる『複線型復興』」（283頁）であった。これと合わせて、同提言の作成にあたって参照された国連の「国内避難に関する指導原則」に関する内容にもふれながら、人びとの生活再建への支援が「単線」ではありえないことが主張される。その上で単線型復興とは異なる生活再建の指標として、①住まい、②仕事、③経済生活、④家庭生活、⑤ジェンダー、⑥教育・子育て、⑦コミュニティ、⑧文化、⑨健康・

福祉、⑩参加、が示される。また原子力災害への「特別対策」としてではなく、将来的な災害等のリスクに備えるための一般施策への移行の回路として①災害法制度の改善、②社会政策一般の充実、③地域の福祉力向上と推進、の3点が提示され、さらに複線型復興モデルを実現するための支援スキームとして「災害ケースマネジメント」の有効性ととも、社会福祉専門職が果たす役割の重要性が主張される。

終章では、本書の学術的・社会的意義、社会政策学・社会福祉学の災害復興研究における今後の役割、研究課題が示されている。

3. 本書の意義

本書の意義は、被災者の自己決定に基づく多様な生活再建のあり方を保障する複線型復興モデルを、豊富な先行研究と実証的データの検討を通じて示している点にある。

古来より、被災者の生活再建のあり方は多様性を帯びていたはずである。しかし、その多様性を保障し得なかったのが単線型復興モデルであった。その結果、多くの人びとが様々な喪失を経験し、尊厳が毀損される状態に置かれてきたのではないか。このことは、評者も含め社会福祉領域に関わる者が真摯に受け止めるべき事実である。また本書では社会政策学、社会福祉学の災害復興研究における役割や、被災者の生活再建における社会福祉専門職の役割が提言されている点も重要である。著者も述べるとおり、これらの知見については今後さらなる実践と学術研究の蓄積が求められる点が課題として挙げられる。

今年1月に発生した能登半島地震に伴い、能登半島の被災者の多くが南方の県内外へ避難したが、現在もお生活再建の目途が立っていない状況もみられている。避難生活を送る人びとも、能登への帰還を希望する人、あるいは別の場所での生活再建を希望する人など様々であろう。まさに本書が追及する複線型復興が求められる状況にあると考えられる。同年6月に示された「石川県創造的復興プラン」には復興に向けた様々な取り組みが列挙されているが、本書が示す複線型復興がどこまで実現されてゆくのか。被災者や被災自治体、また政府や社会福祉専門職をはじめとする各専門職が、いかなる形で複線型復興の実現へ向けて取り組むことができるのか。山積する課題と可能性が共存するなか、本書の内容を一つの指針として前進してゆくことが私たちに求められている。

【参考文献】

- 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
- 石川県 (2024) 『石川県創造的復興プラン』
(https://www.pref.ishikawa.lg.jp/fukkyuufukkou/sou-zoutekifukkousuishin/documents/souzoutekifukkouplan_1_060627.pdf.2024/ 7 / 1)

きたがき ともき (天理大学)

論文

「95年勧告」と社会福祉実践

——高齢者介護における契約制度の不備を捕足する措置制度に着目して——

村上 武敏

1. はじめに

1990年代以降の社会保障・社会福祉の構造改革は、いわゆる社会保障制度審議会「95年勧告」(以下「95年勧告」)¹⁾の基本的理念に沿って展開したといわれている。それは介護保険法にはじまり、地域共生社会政策が推進される今日まで基本的に変わることはない。

当時において同審議会の会長を務めた隅谷三喜男(在任期間1984.12-1995.9)は、イギリス・サッチャー政権やアメリカ・レーガン政権における新自由主義的政策の日本への波及を危惧し、また他方では、社会保障の体系的な分析理論が欠如することへの問題意識もあって、1986年に「社会保障研究会」²⁾を組織し、1990年には「社会保障研究懇話会」を設けて、社会保障の理論的な整理に努めてきた(小野2022:250)。その後、1991年に社会保障制度審議会内に「社会保障将来像委員会」を組織し、二つの報告をとりまとめている。「95年勧告」での提起は、この二つの報告——「社会保障将来像委員会第一次報告」(1993年)と同「第二次報告」(1994年)を基礎として形づくられている。1975年前後から紆余曲折ありながら進められてきた「福祉見直し」を総括し、

21世紀の社会保障を展望する基点として「95年勧告」を位置づけることができる(宮田1996:111)。

この「95年勧告」で提起された社会保障の基本理念が、「広く国民に健やかで安心できる生活を保障すること」であり、「社会保障制度は、みんなのためにみんなで作くり、みんなを支えていくもの」³⁾(社会保障制度審議会1995)という謳い文句に象徴される。「今日、我が国は世界で最も所得格差の小さい国の一つとなっている」。このような社会認識のもとに提起された基本理念である。

新しい社会保障の基本理念については当初から、多くの懸念が示されてきた。里見賢治はこう指摘した。社会保障は国民の連帯を基礎として成立し、その連帯には必然性がある。生活上の諸問題の多くが個人的な要因ではなく、社会的な要因によるものであり、そこに生活保障の社会的責任が生じることになる。「社会的責任と連帯との制度化として社会保障制度は成立する」。こうした必然性を抜きにして「単に連帯を強調することは、社会保障制度の基本的な理解を誤らせる」(里見1996:67)。

また、宮田和明は次のように指摘した。「階層性を否定した上に成り立つ社会保障制度は、結果的には階層間格差の拡大につながる」。この「新しい社

- 1) 社会保障制度審議会は1995年7月4日、「社会保障体制の再構築(勧告)～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして～」と題する勧告を行った。「50年勧告」「62年勧告」に続く3度目の総合勧告である。同審議会は、省庁再編にともない2001年に廃止されたため、この「95年勧告」が最後の勧告となった。
- 2) 小野太一によると、制度審外部の中堅の研究者を集め、制度審学識委員も随時参加する形で開催し理論的な整理と検討に努め、その結果を1989年に「社会保障の新しい理論を求めて」と題する報告書にまとめている。
- 3) 「社会保障将来像委員会第一次報告」(1993)において「社会保障は、みんなのために、みんなで作くり、みんなを支えていくものとして21世紀に向けての新しい社会連帯のあかしでなければならない」と示されたが、この社会保障の理念が「95年勧告」においてそのまま継承された。

会連帯」は、階層性のない社会を前提とした「連帯」であり、国民が等しく責任を負う「国民総責任論」にはかならない(宮田1996:140)。「低所得・貧困層への十分な配慮を欠くならば、社会福祉の社会保険化は低所得・貧困層を社会保障制度から締め出す結果に陥るおそれがある(宮田2008:27)。

そして、このように提起する。「1990年代後半以降、家庭内暴力、児童虐待、いじめ、不登校、孤独死、介護殺人、自殺など、生活に直接かかわる多様で深刻な問題が堰を切ったように広がり、社会問題化してきた」。今日的な生活問題の多くは、日本の社会に一律に広がっているというよりも、不安定な就労、低所得・貧困の拡大を背景として「強い階層性をもって現れている」。「そうであるとすれば、今日の生活問題は、個別対策の法制化という対症療法的な対応の積み重ねだけで解決しうる限界を明らかに超えている」。「『62年勧告』の構想を新たな状況に即して再評価することが求められているのではなかろうか(宮田2008:27)。

社会保障制度審議会「62年勧告」(以下、「62年勧告」とはどのようなものであったか。高度経済成長により「国民所得階層の格差が拡大した」という認識に立ち、社会保障制度を所得階層別対策として再編成する構想である。社会保障制度を「貧困階層」「低所得階層」「一般所得階層」と所得階層別に区分し、特に貧困・低所得階層対策に重点を置いて整備を進めるべきとされた。「一般所得階層」は社会保険を中軸とし防貧および生活の安定をはかり、「貧困階層」は公的扶助により救貧を目的とする。そして「低所得階層」は公的な社会福祉を主軸とし、各種社会保険をも適用するが公的負担によってこの階層の人々の加入を容易にする。社会福祉を低所得階層対策として位置づけた(社会保障制度審議会1962)。私たちはいま、この「62年勧告」の構想を、再評価すべき事態に直面しているのではないかと。

貧困と生活格差のなかで「強い階層性」をもって新たな生活問題が表出し続けている。「身元保証問題」や「ヤングケアラー問題」もその一つであろう。お金がない、家族がない、そのことで介護保険制度から排除される人たちがいる。介護サービスが利用

できない人たちがいて、健康で文化的な生活が損なわれている。私たちが社会福祉の担い手であるならば、まずはこの点を注視すべきではないだろうか。落層するものをつくりだしていく社会にあって、社会福祉の実践者には、社会を底上げする意識が必要ではないか。そのための試行錯誤こそが社会福祉の実践ではないだろうか。

本稿では、介護保険制度の不備を補足する社会福祉制度——老人福祉法「やむを得ない事由による措置」に着目し、実施状況を明らかにするなかで、その意識的な活用について提起する。社会福祉制度による低所得階層対策を求める社会福祉実践の一つの道筋を示したい。

2. 「やむを得ない事由による措置」にかかわる先行研究と本研究の位置づけ

(1) 「やむを得ない事由による措置」の活用

矢田和雄は、行政の立場から高齢者の身元保証問題を論じるなかで、東京都23区の措置件数を提示している。これにより、2021年10月1日現在の23区ごとの措置者数を知ることができる(矢田2023:26)。しかし、調査対象が一都市に限られており、しかも措置理由を知ることができない。「やむを得ない事由による措置」は、高齢者虐待などに限定されたシステムであることが指摘されている(結城2023:31, 伊藤2004:53)。虐待に限らず、経済的な事情や身元保証人の不在などにより介護保険サービスを利用することが著しく困難な場合に、この措置制度が機能しているかが問題である。

菊地いづみは、「やむを得ない事由による措置」と介護保険制度によるサービス提供との関係を明らかにするとともに、市町村の措置の実施状況を厚生労働省の調査結果により整理している。老人福祉法の「福祉の措置」に基づくサービス提供は、高齢者虐待等への対応が求められているがゆえに、量的には縮小したが、必要性の内実が深刻化していると指摘している。しかし、ここでもやはり高齢者虐待における措置制度が中心課題となり、虐待以外における必要性については十分に検討されていない。

(2) 「やむを得ない事由による措置」を必要とする人たち

筆者は入院患者について2度(2008年・2013年)にわたり、生活実態調査を行っている。入院患者および退院時に支援を必要とする患者の貧困と社会的孤立の実態を明らかにし、医療福祉の対象論と方法論を展開するなかで、「やむを得ない事由による措置」の必要性についても言及している(村上2020: 96-149)。「95年勧告」などを通して示されてきた「自由に選択と契約を行う自立した個人」というような社会福祉の対象者像は幻想であり、むしろ自由に選択と契約ができない閉塞した状況にあるために社会福祉が必要となる。権利としての社会福祉を、実践現場から再構築しようとする取り組みが必要であることを指摘している。

また、身寄りのない患者の生活実態を明らかにするなかで、社会福祉学としての身元保証問題の視座について考察している(村上2022: 61-71)。さらに、その実践課題を示している(村上2024: 3-14)。身元保証問題を有する患者の多くが、労働問題を背景とし低所得貧困問題を基底とする重層的な問題を抱えている。身元保証問題という契約上の認識にとどまるのではなく、これを貧困問題と認識した取り組みが求められる。身寄りのない患者が無権利状態にある現実にあって、民間機関との連携にとどまるのではなく、公的施策を求める実践の展開が必要になる。その一つの実践形態として、「やむを得ない事由による措置」の要求がある。

それは、筆者が病院のソーシャルワーカーとして2012年度まで実際に取り組んできたことではあるが、自治体における実施状況の全体像については把握していなかった。本稿では、この点を明らかにするなかで、社会福祉の実践としての道筋を示したい。

3. 契約制度による不備を補足する「やむを得ない事由による措置」

(1) 「やむを得ない事由による措置」の誕生

介護保険法の制定と同時に老人福祉法が改正された。それまで市町村の行政処分として実施されてきたホームヘルパーの派遣や特別養護老人ホームへの入所は、介護保険制度のもとで、利用者と介護サービス事業者との契約により提供されることになった。しかし、老人福祉法は、例外的に措置制度を存続させている(増田1997: 158)。これが適用されるのは、65歳以上の高齢者が、やむを得ない事由により介護保険サービスを利用することが著しく困難な場合である(老人福祉法第10条の4第1項及び第11条第1項第2号)。

厚生労働省は、この「やむを得ない事由」を、①「本人が家族等の虐待または無視を受けている場合」、②「認知症等の理由により意思能力が乏しく、かつ本人を代理する家族等がない場合」、と限定的に解している(厚生省2000)。

しかし、法文どおりに解釈するならば、認知症であろうとなかろうと、「やむを得ない事由」により介護保険サービスを利用することが著しく困難な場合は、居宅における介護の措置(老人福祉法第10条の4第1項)を採ることができ、特別養護老人ホームに入所させる措置(老人福祉法第11条第1項第2号)を採らなければならない。それは、経済的な困窮や身元保証人の不在により介護保険サービスの利用が著しく困難な場合も含まれるはずだ。同様の指摘を伊藤周平もしている(伊藤2004: 53-54)⁴⁾。

その後も厚生労働省は、虐待についてのみ措置に積極的な姿勢を示している。要介護高齢者の中には家族から虐待を受けている事例があるとの報道があることから、このような場合には、「やむを得ない事由による措置」の実施が求められるとする。経済

4) 伊藤周平は、老人福祉法の規定を字義どおりに解釈すれば、「やむを得ない事由」を厚生省の解釈のように限定する必要はなく、「身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障のある」高齢者が、利用者負担ができずにサービスを利用することが困難な場合も「やむを得ない事由」で介護保険サービスを利用することが困難な場合に当たり、措置による対応が可能ではないかと指摘する。また、介護保険の支給限度額を超える介護サービスについても措置による実施の余地があることを指摘している。

的虐待が介護保険サービスの利用を妨げる場合も
 かりである。また、高齢者本人が指定医の受診を拒
 んでいるため要介護認定ができない場合でも、「や
 むを得ない事由による措置」を行うことは可能であ
 るという（厚生労働省 2003）。2005 年の高齢者虐待
 防止法の成立により、高齢者虐待における措置制度
 の適用については、さらに明確にされた。

(2) 「やむを得ない事由による措置」の実施状況

老人福祉法における「やむを得ない事由による措
 置」の実施状況を把握するために、指定都市に対し
 て以下の情報提供の依頼を口頭および書面で行なっ
 た。調査対象は 20 の各指定都市（札幌市、仙台市、
 さいたま市、千葉市、川崎市、横浜市、相模原市、新潟市、
 静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、
 神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市）
 の当該制度を管轄する部署（高齢者福祉課、地域包

括ケア推進課など）。調査期間は 2023 年 8 月 16 日か
 ら 12 月 27 日までである（情報提供の依頼から回答
 書の回収まで）。

〈情報提供依頼内容〉

1. 令和 4（2022）年度中に老人福祉法第 10 条
 の 4 第 1 項及び第 11 条第 1 項第 2 号に基づき措置
 を行ったもののサービス種別ごとの件数
2. 令和 4（2022）年度中に老人福祉法第 11 条
 第 1 項第 2 号に基づき措置を行ったもののうち、被
 措置者が虐待を受けていたものを除いた件数
3. 上記 2 に該当するものについて、被措置者の
 年齢・性別・措置理由（意思能力なし、経済的理由、等）
 の情報

調査結果は以下のとおりである。表 1 は、指定都
 市における老人福祉法に基づく措置のサービス種別
 ごとの件数を示している。

表 1 指定都市における老人福祉法に基づく措置のサービス種別ごとの件数（2022 年度）

都 市	人 口	高齢者人口	高齢化率 (%)	居宅における介護等（第 10 条の 4 第 1 項）						老人ホームへ の入所等 (第 11 条第 1 項第 2 号) 特別養護老人 ホーム
				訪問介護	通所介護	短期入所 生活介護	小規模 多機能型 居宅介護	認知症対 応型共同 生活介護	居宅小計	
札幌市	1,973,395	549,151	27.8							4
仙台市	1,096,704	263,802	24.1							9
さいたま市	1,324,025	312,674	23.6							23
千葉市	974,951	261,283	26.8			3		1	4	1
川崎市	1,538,262	311,515	20.3			1			1	7
横浜市	3,777,491	946,678	25.1			1	1		2	31
相模原市	725,493	189,716	26.1							
新潟市	789,275	234,446	29.7			2			2	1
静岡市	693,389	211,731	30.5	1	1	24		5	31	7
浜松市	790,718	223,037	28.2			1			1	10
名古屋市	2,332,176	590,048	25.3			22			22	7
京都市	1,463,723	413,331	28.2				1		1	12
大阪市	2,752,412	707,489	25.7			14		2	16	43
堺市	826,161	240,133	29.1			2		4	6	35
神戸市	1,525,152	445,000	29.2			1			1	5
岡山市	724,691	189,268	26.1	2					2	4
広島市	1,200,754	308,586	25.7							1
北九州市	939,029	297,749	31.7			2			2	7
福岡市	1,612,392	353,232	21.9			2			2	4
熊本市	738,865	195,240	26.4					1	1	3
総 数				3	1	75	2	13	94	214

※ 人口、高齢者人口、高齢化率は、令和 2 年（2020 年）国勢調査の結果。

老人福祉法第10条の4第1項に基づく居宅における介護等の措置では、訪問介護や通所介護は数件にとどまり、その多くは短期入所生活介護である。居宅における介護等94件のうち75件(80%)がこれにあたる。認知症対応型共同生活介護は13件(14%)である。この実績を見る限りではあるが、居宅における介護等の措置であっても、実質的には在宅生活が困難な状況にあり、老人ホームへの入所等のニーズに近いのではないかと推測される。そして、老人福祉法第11条第1項第2号に基づく老人ホームへの入所等の措置は214件である。老人福祉法に基づく「やむを得ない事由による措置」全体の69%がこれにあたる。

指定都市別に見ると、「やむを得ない事由による措置」に積極的な市と消極的な市があるのがわかる。それは、高齢者人口に比例しない。また、生活困窮者の多寡にも比例しないようにみえる。たとえば、生活保護率とも比例していない。措置するか

否か、それは自治体の考え方一つであるようにみえる。

(3) 特別養護老人ホームへの入所措置の理由

表2は、指定都市における特別養護老人ホームへの入所措置について、その理由を示している。多くは、「虐待」である。特別養護老人ホームへの入所措置全体214件のうち155件(72%)がこれにあたる。虐待事例においては自治体が積極的に措置を行っているということだろう。

「虐待」以外の理由によるものも59件(28%)ある。記述された理由の表現は自治体によってさまざまであるが、概ね次の5つに分類可能である。①「意思能力不十分かつ家族等不在」、②「意思能力不十分」、③「認知症」、④「身元引受人不在」、⑤「経済的問題」。それぞれの措置理由の具体的な内容と件数は以下のとおりである。

表2 指定都市における特別養護老人ホームへの入所措置の理由 (2022年度)

都 市	特別養護老人ホームへの入所の措置	特別養護老人ホームへの入所措置の理由						
		虐 待	虐 待 以 外					小 計
			意思能力不十分かつ家族等不在	意思能力不十分	認知症	身元引受人不在	経済的問題	
札幌市	4	4						
仙台市	9	5				4		4
さいたま市	23	14			9			9
千葉市	1		1					1
川崎市	7	3	3		1			4
横浜市	31	20			11			11
相模原市								
新潟市	1						1	1
静岡市	7	3	4					4
浜松市	10	2	3		3		2	8
名古屋市	7	4	3					3
京都市	12	10	2					2
大阪市	43	37		6				6
堺市	35	33	2					2
神戸市	5	5						
岡山市	4	4						
広島市	1	1						
北九州市	7	4		1			2	3
福岡市	4	4						
熊本市	3	2			1			1
総 数	214	155	18	7	25	4	5	59
割 合	100%	72%	8%	3%	12%	2%	2%	28%

5) 相模原市は0件であるが、緊急一時入所事業で対応しているとのこと。市の権限で特別養護老人ホームへの一時的な入所をはかり利用料を徴収する。介護度によっては施設に支払う額に不足が生じるため不足分については市が負担する。支払い不能であれば全額市の負担となる。この事業での対応についての評価は、改めて必要になる。

①「意思能力不十分かつ家族等不在」、これは厚生労働省が「虐待」とならんで「やむを得ない事由」として掲げる代表例で、認知症等の理由により意思能力が乏しく、かつ本人を代理する家族等がない場合のことである。これが18件で、特別養護老人ホームへの入所措置のうち8%にあたる。

②「意思能力不十分」は、本人を代理する家族等の有無については不明だが、自治体の表現方法の違いだけで、①「意思能力不十分かつ家族等不在」と同じ状況にあるのかもしれない。これが7件(3%)ある。

続いて、③「認知症」である。さいたま市と横浜市は、それぞれ9件、11件ある虐待以外の措置理由をすべて、「認知症」と一括りにしている。これも自治体の表現方法の違いだけで、①「意思能力不十分かつ家族等不在」と同じで、「認知症等の理由により意思能力が乏しく、かつ本人を代理する家族等がない」状況にあるのかもしれないが、例示した「意思能力」などには触れず、「認知症」と表現しているのをみると、「認知症」の高齢者をめぐるさまざまな状況が含まれていることが考えられる。必ずしも「意思能力」が不十分ではないが措置が必要、あるいは本人を代理する家族がいないわけではないが措置が必要など、これらを含めた「認知症」が認められる人たちということだろう。

措置理由を「認知症」とした事例のなかには、「認知機能の低下により転倒を繰り返すため」と意思能力の問題よりも身体的な安全性を理由とするものもあり、こうした多様な理由を含むものと考えられる。

そして、厚生労働省が措置しなければならない「やむを得ない事由」として挙げた「本人が家族等の虐待または無視を受けている場合」、「認知症等の理由

により意思能力が乏しく、かつ本人を代理する家族等がない場合」、これら以外の理由で措置されたことが明らかなのが、④「身元引受人不在」と⑤「経済的問題」である。あわせて9件(4%)ある。

⑤「経済的問題」からみると、5件(2%)がこれに該当する。新潟市(1件)、浜松市(2件)、北九州市(2件)、3つの自治体で実施が確認できる。このうち1件は、年金を管理する親族による経済的虐待が疑われた事例であり、疑いではあるが「虐待」に含めてもいいかもしれない。しかし、本人はすでに措置の必要が生じる前から契約により特別養護老人ホームで生活しており、利用料を100万円滞納したことで同施設においてやむを得ず措置されたという事情がある。家族と距離を置くためではない。入所する施設の利用料を支払い、施設での生活を継続するために措置されている。「経済的問題」により措置されたといった方が妥当な事例である。これを含めて、数は多くないが、「経済的問題」による公的機関の関与の必要に、適切に答えている自治体があることがわかった。「やむを得ない事由による措置」により、市民生活に対する公的責任が果たされている。

続いて、④「身元引受人不在」を理由とするのは4件(2%)。「身元引受人不在」という措置理由は他にも多数確認できるが、多くは①「意思能力不十分かつ家族等不在」や③「認知症」のなかで二次的な理由として示されている。この意思能力ではなく「身元引受人不在」を主な理由とする4件は、いずれも仙台市の事例である。理由の詳細は以下のとおりである(表3)。行政が、市民の生命と生活を守る機関として機能しているのうかがえる。

表3 「身元引受人不在」を主な措置理由とする事例

事例	措置理由
1	NPO法人の施設においてルール違反により退去を余儀なくされた。血液透析を必要とし、脳卒中の後遺症による片麻痺もあり、安定した居住の確保が必要であった。身元引受人はなく、やむを得ず特別養護老人ホームに措置された。
2	住居を喪失した状態にあったが、本人の希望により施設入所の運びとなる。子は金銭管理を担うが面会を拒否。本人の負債により親族関係は良くなく、いずれも身元引受人を拒否したため、やむを得ず特別養護老人ホームに措置された。
3	養護老人ホームに措置入所していたが、入所中に要介護状態(認知症などの有無や意思能力にかかわる記述はない)になった。子は施設で生活しており、身元引受人が不在であったため、やむを得ず特別養護老人ホームに措置された。
4	養護老人ホームに措置入所していたが、要介護状態になった。脳卒中の後遺症による片麻痺とともに、認知症(意思能力に欠けるような記述はない)と診断されていた。身元引受人が不在であったため、やむを得ず特別養護老人ホームに措置された。

4. 「95年勧告」と社会福祉実践の課題

(1) ソーシャルワーカーはどのような社会を展望するのか

身寄りのない高齢者は、今後さらに急速に増加することになる。国立社会保障・人口問題研究所が2024年4月に公表した「日本の世帯数の将来推計（全国推計）—令和6（2024）年推計—」によると、65歳以上の高齢者の単独世帯数は、2050年に1,084万世帯。2020年（738万世帯）の1.5倍になる。同じく2050年における65歳以上人口に占める単独世帯の割合は、男性26.1%（2020年16.4%）、女性29.3%（2020年23.6%）になる。65歳以上の高齢者の男性4人に1人、女性3人に1人が、近い将来において単独世帯となる。

驚くべきは、その未婚率である。65歳以上の高齢単独世帯に占める未婚者の割合は、2050年において男性59.7%（2020年33.7%）、女性30.2%（2020年11.9%）になると推計された。未婚であれば多くの場合、子どもない。兄弟姉妹も少ない世代であり、どこにも頼れる親族のない、まったく社会的に孤立した高齢者が著しく増加することになる。これだけ大量に発生する身元保証人を用意できない高齢者を抱えて、病院や介護施設は、その機能を維持できるのか。家族の存在を前提にした社会保障制度では立ちかなくなるのが明らかである。

しかも、社会的に孤立した高齢者の多くが低所得貧困問題を抱えている。阿部彩は厚生労働省「令和4（2022）年国民生活基礎調査」の個票を用いて、2021年の貧困率を推計している。65歳以上高齢者の単独世帯の貧困率は、男性30.0%、女性44.1%。同じく65歳以上高齢者のうち未婚者の貧困率をみると、男性37.1%、女性43.1%。身寄りのない高齢者の多くが、社会的孤立とともに低所得貧困問題をあわせもっているものと想定される。むしろ、労働問題を背景とし低所得貧困問題を基底とする重層的な問題の一つとして社会的孤立をみるべきだろう。

いずれにせよ、これらの人たちが医療・介護ニーズに直面するなかで居場所を失っていく。社会保障から漏れる。この問題をどうすればいいのか。

都留民子は、「住宅・教育・医療・介護などを賃金・就労所得と切り離し社会的公共財として提供し、さらに生活の賃金依存を縮小させる社会給付の支給という、社会保障・社会福祉制度」の構築の必要性について主張する（都留2012：235）。これで多くの社会問題が抜本的に解決するはずだ。

医療と介護における社会保険制度を容認するとしても、これらが保険料負担のみならず利用料負担のあることが問題を大きくしている。仮に、利用料負担がなければ、低所得者が医療・介護サービスの利用を手控える必要もないし、身元保証人不在者も施設や病院への支払いが滞ることがないために、これまでのように、かたくなに受け入れを拒まれることもないだろう。今後ますます深刻化する身元保証問題の解決につながるはずだ。

または、社会保険制度だけではなく社会福祉制度との組み合わせで介護を保障する考え方もある。結城康博は、社会福祉基礎構造改革による措置制度から契約制度への改革は、人口減による福祉人材の不足や認知症高齢者の増加といった社会構造を見誤り、過度な理想論に牽引された結果ではないかと指摘する。福祉ニーズのある人まで介護保険の枠組みに入れてしまったことを問題視する。低所得者や判断能力が十分でない人、家庭的に問題のある場合は、税金でまかなう福祉制度で対応することが必要であり、措置制度すなわち行政処分としての福祉サービスを再構築すべきであると主張する（結城2010：15、結城2023：29-34）。

日本の介護保険制度は、ドイツの介護保険法⁶⁾（1995年施行）をモデルにしている。しかし、介護保障のあり方としてみると根本的な違いがある。ドイツの介護保障システムを理解しようとするならば、介護保険のみではなく社会扶助法の介護扶助制度を含めて見なければならぬと指摘されてきた（木下2000：14）。

6) 世界初の単独の介護保険法であり、日本に先行して1995年に在宅介護給付部分から導入され、翌年1996年には施設介護を含めて全面的に実施されている。

もともとドイツでは施設に入所する者の8割が、日本の生活保護制度にあたる社会扶助、そのなかの介護扶助を受給することで施設の利用料がまかなわれてきた。介護保険法が施行されてからは、限定的な給付である介護保険を補完し、介護需要を充足する役割を介護扶助が担っている。それは生活困窮の原因を問わず、要扶助者の現在の状況に対応して支給される。優先されるべきことがあっても、それが実現可能でない場合は、介護扶助が即座に対応する。介護保険に加入していない者、その資格のない者、経済的に自己負担分を担うことのできない者もすべて介護扶助の対象となる（田畑 2019：54・56）。施設入所者のなかには、「要介護度ゼロ」の人たちも含まれているという（木下 2010：28）。

このように介護保障がなされれば、家族のない高齢者も低所得の高齢者も困ることはない。さらに、最終的に介護が保証されるならば、おのずと医療保障もなされるものと考えている。医療を必要とする間にさまざまな問題が生じるとしても、その後の介護が保証されるならば、つまり医療からの出口が保証されるなら、医療はその責任をある程度は引き受けるのではないだろうか。ソーシャルワーカーは、このような認識をふまえて現実的な実践を展開する必要がある。

（2）ソーシャルワーカーは目の前の現実はどう応えるのか

私たちの目の前には、現行の保険制度だけでは介護保障が成り立たない人たちが数多く存在する。身元保証人を引き受ける家族のない社会的に孤立した高齢者や、これと重なるように、経済的に困窮した高齢者などである。それは、今後さらに急速に増加する見通しである。特別養護老人ホームへの入所は待機があり、そのつなぎとしての老人保健施設は利用料負担が大きくなる。ユニット型特養、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど、利用料負担はまたさらに大きくなる。しかも、いずれの施設においても基本的には身元保証人が求められる。入所費用の支払いが困難、あるいは身元保証人が不在、そのような高齢者が確実に存在し、就職氷河期

世代の高齢化にともない急増する。いずれも特別養護老人ホームへの措置が必要な「やむを得ない事由」ではないか。

そして、調査結果が示したとおり「やむを得ない事由」は、厚生労働省が解する「本人が家族等の虐待または無視を受けている場合」、あるいは「認知症等の理由により意思能力が乏しく、かつ本人を代理する家族等がない場合」、これらに限定されていない。件数は多くはないが「経済的理由」や「身元引受人不在」を理由に、自治体の判断で「やむを得ない事由による措置」が現実として実施されている。

介護保険制度の誕生により、基本的には従来の措置制度は廃止された。しかし、契約になじまない高齢者の存在を認めて、老人福祉法において例外的に措置制度が存続することになった。契約制度の不備を補足する「やむを得ない事由による措置」が誕生した。まずは、この制度を意識的に活用することが必要ではないか。そのことが、責任と権限のともなわない善意による多職種連携により、結果的に隠蔽されてきた介護保険制度の不備とその被害を白日の下にさらし、介護問題に対する公的責任を明確にするとともに、社会福祉の発展の道筋を示すことにはならないか。

1990年代後半以降において、バブル経済崩壊後の影響と新自由主義的な労働政策もあって雇用と生活は不安定化している。そして、時期を同じくして「95年勧告」に象徴される新たな社会保障理念に沿った社会保障制度改革が進められ、低所得層における社会保障の空洞化と、公的責任の後退をもたらす新たな社会保障体制が構築されてきた。貧困と格差が拡大するなかで、それに対する社会保障の本質的な機能は後退したことになる。これに2013年以降における生活保護基準の引き下げが追い打ちをかける。落層する者をつくりだしていく近代社会にあって、生活保護制度は社会の底辺層を底上げする社会保障の根幹をなす制度である（川上 2002：3）。その基準が下がったということは、社会の底が下がったことを意味している。それは、生活保護受給世帯の生活水準の低下にとどまらない。社会保障の及ばない低所得層を拡大したことになる。

かつて、江口英一は生活実態調査の結果として、相互に流動し合う「低所得層」と「被保護層」を一括して「貧困層」とし、貧困概念を拡大した。さらに、生活の窮乏状況としてだけではなく家族との生活における労働力再生産の可否の視点を含めて、貧困の問題を国民生活全体の問題にした。しかし、それは単純に無制限に貧困の問題を国民全体にひろげたわけではない。貧困を「低所得・不安定層」として捉え、「現代の貧困」をもっとも強く受けている階層「低所得層」に目を向けさせたのである（江口1979：10-22）。

ソーシャルワーカーは改めて、この公的責任の及ばない低所得層を中核に据えて、社会福祉本来の責任を果たしていくべきではないだろうか。

5. おわりに

本稿では、介護保険制度の不備を補足する社会福祉制度——老人福祉法「やむを得ない事由による措置」の実施状況を明らかにするなかで、その意識的な活用について提起した。それは、「95年勧告」で示された社会保障の基本理念に抗いつつ、国民の生活要求に即して、社会福祉を発展させる取り組みでもある。

「95年勧告」の理念が踏襲されるなかで、地域包括ケアシステムや地域共生社会が政策課題となり、住民相互の主体的な助け合いや多機関との連携など地域における「つながり」づくりが求められている。それを社会福祉施策の必要性の表れとして捉え直す必要がある。社会福祉の発展の道筋を見据えた社会福祉の実践が求められている。現代における貧困問題を、あらためて社会福祉実践の中心課題として位置づけ直す必要がある。

【文献】

- 阿部彩（2024）『相対的貧困率の動向（2022調査update）』（JSPS 22H05098, <https://www.hinkonstat.jp/>, 2024.5.14）.
- 新井康友（2023）「身寄りのない高齢者の身元保証問題の現状について」『ゆたかな暮らし』488, 4-9.
- 江口英一（1979）『現代の「低所得層」—「貧困」研究の方法』未来社.
- 江口英一（1982）「低消費」水準生活と社会保障の方向」小沼正教授古稀記念論文集『社会福祉の課題と展望—実践と政策とのかかわり』川島書店, 112-135.
- 伊藤周平（2004）『改革提言 介護保険—高齢者・障害者の権利保障に向けて—』青木書店.
- 川上昌子（2002）『新版 公的扶助論』光生館.
- 菊地いづみ（2011）「介護サービス利用制度化における老人福祉法の意義—高齢者虐待への措置を通して—」『長岡大学研究論叢』9, 55-67.
- 木下秀雄（2000）「ドイツにおける介護保険と介護扶助」『海外社会保障研究』131, 14-23.
- 木下秀雄（2010）「ドイツにおける介護保障の動向—介護保険と介護扶助—」『総合社会福祉研究』37, 28-35.
- 厚生省（2000）『全国高齢者保健福祉関係主管課長会議資料』（<http://www2.airnet.ne.jp/fno/katyoukaigi/20000307/000307keikakuka.PDF>, 2024.5.12）.
- 厚生労働省（2003）『全国介護保険担当課長会議資料』（<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/030908/6-3c.html>, 2024.5.12）.
- 増田雅暢（1997）「老人福祉法及び老人保健法の改正」佐藤進・河野正輝編『介護保険法—権利としての介護保険に向けて—』法律文化社, 155-165.
- 宮田和明（1996）『現代日本社会福祉政策論』ミネルヴァ書房.
- 宮田和明（2008）「現代の生活問題と社会福祉—『格差社会』における社会福祉の役割—」『社会福祉研究』102, 21-28.
- 村上武敏（2020）『医療福祉論—退院援助をめぐる社会科学の探究』明石書店.
- 村上武敏（2022）「身寄りのない患者の生活実態にみる『身元保証問題』の視座—社会福祉学としての対象規定と関係調整からの脱却を目指して—」『社会福祉学』63-1, 61-71.



村上武敏 (2024) 「医療福祉における「身元保証問題」とは何か—その対象と実践課題の考察」『医療ソーシャルワーク研究』14, 3-14.

小野太一 (2022) 『戦後日本社会保障の形成—社会保障制度審議会と有識者委員の群像—』東京大学出版会.

里見賢治 (1996) 「社会保障制度審議会『1995年勧告』の意義と限界」『社会問題研究』45 (2), 59-80.

社会保障制度審議会 (1962) 『社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告』.

社会保障制度審議会 (1995) 『社会保障体制の再構築に関する勧告—安心して暮らせる21世紀社会を目指して』.

田畑洋一 (2019) 「ドイツの介護保障システム—介護保険と介護扶助の関係」『週刊社会保障』3017, 52-57.

都留民子編 (2012) 『「大量失業社会」の労働と家族生活—筑豊・大牟田150人のオーラルヒストリー』大月書店.

矢田和雄 (2023) 「行政からみた高齢者の身元保証問題」『ゆたかなくらし』488, 22-28.

結城康博 (2010.5.14) 「介護保険10年 何が足りない：困窮者向け福祉制度も必要 (オピニオン)」『朝日新聞』朝刊, 15.

結城康博 (2023) 「高齢者施策の課題と方向性」『月刊福祉』106 (10), 29-34.

(むらかみたけとし / 佛教大学)

研究ノート

母子生活支援施設に求められるアフターケアの現状と課題

武藤 敦士

1. はじめに

母子生活支援施設がおこなうアフターケアについては、前身である母子寮時代よりその必要性が指摘されていた。しかし、明文化されたのは2004年の児童福祉法改正であり、それによりようやく施設の目的に、「あわせて退所した者について相談その他の援助を行うこと」と付記された。

全国母子生活支援施設協議会（以下、全母協という）は2007年4月に母子生活支援施設がめざすべき7項目からなる「全国母子生活支援施設協議会倫理綱領」（以下、倫理綱領という）を制定し、そのなかのひとつにアフターケアを位置づけた。しかしそれは理念的な内容にとどまっており、具体的な支援のあり方を示すものではなかった。

その後しばらく理論的、方法論的な発展はなかったが、2011年7月に児童養護施設等の社会的養護の課題に関する検討委員会・社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会とりまとめ（2011）「社会的養護の課題と将来像」が発表されると、母子生活支援施設においても全母協を中心に支援や運営のあり方に関する具体的な指針や将来構想（ビジョン）が相次いで報告されることとなった。

一方で、これら指針や将来構想（ビジョン）を検証し、残された課題を明らかにした研究はほとんどおこなわれてこなかった。厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知（2012）「母子生活支援施設運営指針」が発表された段階で武藤敦士（2013a、2013b、2013c）によって一度おこなわれたものの、その後社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会私たちのめざす母子生活支援施設（ビ

ジョン）策定特別委員会（2015）「私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）報告書」の発表など全母協としてもより具体的なあり方を示すに至っている現在、その内容を再検証すべき必要があると考えられる。

そこで、本研究では母子生活支援施設に求められるアフターケアについて、全母協が示す支援のあり方と武藤が指摘した課題を対比したうえで、今後の研究と実践に何が求められるのか明らかにしていきたい。

2. 研究の目的

全母協ではかつて、研究と実践の融合を試みた時期があった。倫理綱領の策定には山崎美貴子（神奈川県立保健福祉大学）が関わっていたし、「母子生活支援施設運営指針」の策定に向けたワーキンググループには、湯澤直美（立教大学）や山辺朗子（龍谷大学）が参加していた。「私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）報告書」を策定した策定特別委員会にも、委員長に山崎美貴子、委員に山辺朗子の名前が確認できる。ところがその後、研究と実践は一定の距離を取るようになった。近年ようやく中島尚美（大阪公立大学）が「私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）報告書」の実現に向けて、学識経験者として全母協に関与するようになったものの、研究と実践が相互に影響し合いながら車の両輪のように機能している状態ではない。研究サイドから実践現場に向けて、その成果を積極的に発信していかなければ届かない状況にある。

それは、本研究で取りあげるアフターケアについ

ても同様である。全母協は近年、指針や将来構想(ビジョン)において積極的にアフターケアや地域支援の重要性を取り上げているが、その内容を分析し残された課題を明らかにする研究は武藤の研究以降おこなわれてこなかった。そこで、本研究では母子生活支援施設に求められるアフターケアについて、全母協が示す指針や将来構想(ビジョン)の内容を武藤の先行研究と照らし合わせながら、研究と実践の残された課題を明らかにすることとした。そのうえで、本研究の成果を実践現場に届けたいと考えている。その際、本稿を目にした現場職員が今後の実践において、職員自ら各種資料にあたることできるように、先行研究だけでなく全母協の指針や将来構想(ビジョン)の内容も極力要約せず引用することにした。それにより、今後アフターケアに取り組もうと考えている現場職員がどの先行研究や指針、将来構想(ビジョン)に当たればよいのか、判断しやすくなると考えたためである。

なお、本研究におけるアフターケアの位置づけや必要性については、武藤による先行研究と同様の立ち位置をとっており、先行研究を肯定的に取り上げている。本研究の新規性は、武藤の研究以降今日に至る約10年間の全母協の取り組みを検証し、その課題を抽出したところにある。

3. 先行研究

(1) 倫理綱領制定以前のアフターケアの位置づけ

母子生活支援施設におけるアフターケアの必要性は、その前身である母子寮時代よりすでに指摘されていた。

特別研究委員会報告(1979:38)は、「アフターケアがなければ、在寮時の折角の指導援助も水泡と帰す結果となる」として、「母子家庭の真の福祉を考えるならば、その地域の民生委員や母子相談員と連絡をとりながら退寮後の指導援助をすすめていくことが必要である」と指摘している。これからの母子寮のあり方委員会(1989:98)も、「母子寮と母子相談員の連携を密にし、相互協力のもとに、母子世帯の指導援助、あるいは退所母子のアフター・ケ

アの効率化に努めるべきである」と指摘する。いずれも施設単独でおこなうアフターケアではなく、民生委員・児童委員や母子相談員(現在の母子・父子自立支援員)と連携したアフターケアである。

全国母子生活支援施設協議会(1998:13)『21世紀に向けて家庭・家族福祉の拠点をめざす 地域母子ホーム構想ローズプラン』(以下、ローズプランという)では、「母子寮の新たな援助」のひとつとして、「退所にあっても特別な支援が求められている。新たに地域社会で自立する上では、新たな家庭調整が必要である」として、アフターケアの必要性を指摘している。母子寮から母子生活支援施設へと移行するこの時期、アフターケアは既存の支援ではなく、「新たな援助」であったことがわかる。

ローズプランはアフターケアの対象となる退所母子世帯だけでなく、地域で生活するひとり親世帯を含む子育て世帯全般を視野に入れた地域支援についても検討しており、「母子福祉の充実、父子福祉支援、地域子育て支援を基軸とした」地域のセンターとして機能する「地域母子ホーム構想」を描いていた。このローズプランを振り返ることを目的に発表された全国母子生活支援施設協議会・母子生活支援施設のあり方検討委員会(2003)『母子生活支援施設のあり方検討委員会 報告書』(以下、あり方検討委員会報告書)は、ローズプランによる地域母子ホーム構想を、「その先見性、到達すべき課題は評価できる」としており、アフターケアをローズプランと同様「新たな援助」に位置づけ、「今後更なる充実が要請されるべき機能」としている。

あり方検討委員会報告書で新たにみられた視点としては、地域支援機能のなかで「母子生活支援施設を退所した母親、子どもへの(中略)関り(アフターケア)は、母子生活支援施設の基本機能である」としたところである。アフターケアが母子生活支援施設が取り組むべき支援であることを明確にしている。

(2) 倫理綱領制定以降のアフターケアの位置づけ

2011年の「社会的養護の課題と将来像」では、「平成23年中を目標に、各施設等種別ごとに、運営理

念等を示す施設運営指針を策定する」とともに、「全ての施設に、3年に1回以上の第三者評価の受審と結果の公表を義務づけることが必要である」とされた。

これを受けて策定された厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知(2012)「母子生活支援施設運営指針」(以下、運営指針という)は、①退所後の支援計画の作成、②地域の関係機関や団体とのネットワークの形成、③退所母子に対する退所後の相談機能の説明と、相談や同行などの支援、④退所後の学童保育、学習支援、施設行事への招待等支援、以上をアフターケアの方法として提示した。

2012年4月から義務化された第三者評価基準ではアフターケアの評価の着眼点を、運営指針にも定める退所後の支援計画の作成や関係機関・団体との連携、退所した地域を担当する母子自立支援員や民生委員・児童委員等との連携、施設の相談機能の当事者への周知や相談や同行等の支援、施設行事等への招待など、基本的には運営指針と共通の内容としている。

運営指針と第三者評価基準におけるアフターケアに関する内容を分析した武藤(2013a:82)は、「第三者評価基準には盛り込まれているアウトリーチが運営指針には含まれていない」ことを明らかにしている。そのうえで、「今後は、今一度社会的養護体系における母子生活支援施設のアフターケアについて、実践を通してその機能を見直し、アウトリーチを含めた方法論の確立に努めていく必要がある」ことを指摘している。

2007年の倫理綱領制定時、アフターケアは「母子生活支援施設は、母と子の退所後も、地域での生活の営みを見守り、関わりを持ち、生活を支えることをめざします」と規定されていた。その後、2017年5月の倫理綱領改定において、「私たちは、母と子の退所後をインケアからアフターケアをつなぐため、退所計画を作成し、アウトリーチするとともに、地域の社会資源を組み込んだネットワークによる切れ目のない支援を提供することをめざします」と改められた。この改定理由を全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会(2017)「全国母子生活

支援施設協議会倫理綱領策定の経緯および各項目の内容と考え方について」は、「母子生活支援施設単体で支援をする時代ではなく、地域のさまざまな社会資源を巻き込み、創り、連携していく地域ネットワークを活用したアウトリーチへの取り組みに努めることを表現」したと解説している。

退所母子に対するアフターケアについて武藤(2013a:81-82)は、「民生委員・児童委員や母子自立支援員との連携強化」や、「施設職員によるアウトリーチ機能」を今後の課題として指摘していたが、これらを含むアウトリーチの必要性を全母協も認め、改正に合わせて付記したことがわかる。

(3) アフターケア、地域支援、地域協働の関係

倫理綱領と、「社会的養護の課題と将来像」から運営指針、厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課(2014)「母子生活支援施設運営ハンドブック」(以下、手引きという)に至る一連の社会的養護や母子生活支援施設に関する報告は、母子生活支援施設にアフターケア、地域協働、地域支援といった役割を求めているものの、それぞれの関係性については言及していなかった。

武藤(2013b:10-11)は、「アフターケアと地域支援では、支援の対象を施設の外に求めるという共通性はあるものの、明確な違いがある」としたうえで、アフターケアが「施設を退所した母子世帯だけを対象とした支援であり、基本的には個別支援」であるのに対して、地域支援は「対象を地域で生活するひとり親世帯、もしくは子育て世帯全般と、広い範囲でとらえ」た「生活している地域を基礎とした地域ケアの一環」であると考えている。そのうえで、「地域協働とは地域支援とアフターケアを包含したうえで、地域住民や各種社会資源と連携し、入所母子も含めた地域住民が安心して安全な地域生活を営むことを目指した地域社会づくりにまで視野を広げた概念」と考え、図1のように整理している。

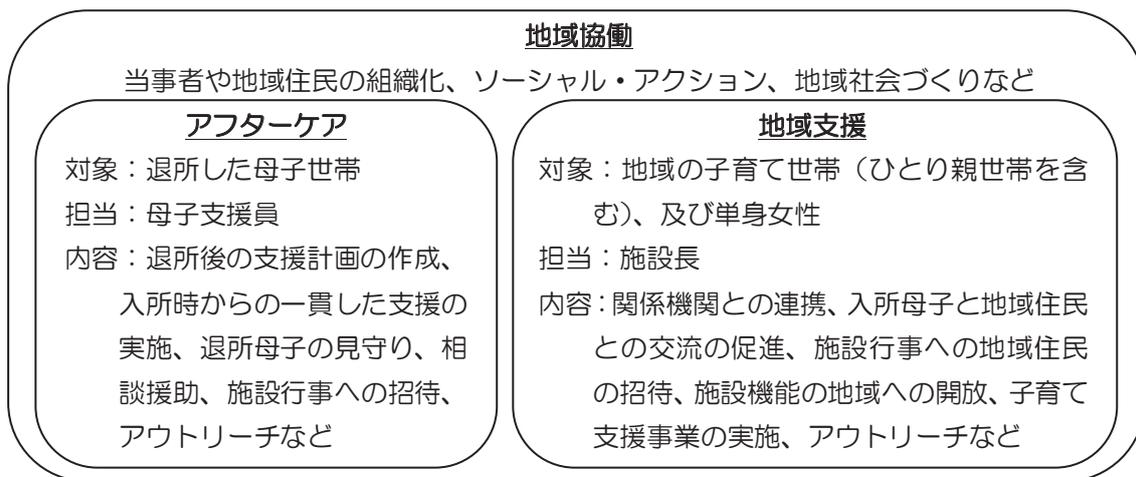


図1 アフターケア、地域支援、地域協働の関係

出典：武藤敦士（2013b：10）

「社会的養護の課題と将来像」では、「アフターケアを含めた地域支援」という表現が確認できることから、支援対象でとらえるか支援の内容で分類するかの違いにより、アフターケアが地域支援に含まれるものかどうかといった論点は残されるが、少なくとも地域協働がこれら両者の上位に位置づくものであることに異論はないであろう。

これ以降、母子生活支援施設におけるアフターケアや地域支援に関する研究はおこなわれていない。2017年の倫理綱領改定において、アフターケアにアウトリーチの視点が盛り込まれた背景には、社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）策定特別委員会（2015）「私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）報告書」（以下、全母協ビジョンという）の存在があった。そこで、全母協ビジョン以降の各種報告の内容から、アフターケアのあり方に関する到達点を明らかにしていきたい。

4. アフターケアのあり方に関する到達点

倫理綱領制定以降の母子生活支援施設における支援のあり方に関する検討は、「社会的養護の課題と将来像」の発表を契機として展開されてきた。「社会的養護の課題と将来像」が新たな社会的養育の在り方に関する検討会（2017）「新しい社会的養育ビ

ジョン」に更新されると、母子生活支援施設においても全母協ビジョンを補完するかたちで私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）実現委員会（2023）『母子生活支援施設機能を活用した地域のひとり親家庭支援』が発表された。

武藤（2013a）によってその必要性が指摘され、倫理綱領の改定にあわせて付記されたアウトリーチがクローズアップされたのは全母協ビジョン以降であり、アフターケアではなく地域支援との関連のなかで注目されてきた。武藤敦士（2020：38-39）もアウトリーチを図1のように、「アフターケア、地域支援のどちらにも有効な支援方法」と考えている。そこでここではアフターケアに限定せず、地域支援も含めたアウトリーチに注目して、全母協ビジョンと『母子生活支援施設機能を活用した地域のひとり親家庭支援』の内容を検証していきたい。

（1）全母協ビジョンにおける支援と中・長期的視点

全母協会長（当時）の大塩孝江は全母協ビジョンの「はじめに」において、「母子生活支援施設が支援の専門性を高め、インケアの充実を図ることは最も必要不可欠な業務」であるとともに、「様々な課題を抱えて相談をする人もいない地域のひとり親家庭を支えるという社会の要請に応えること」を背景に、①インケアの充実、②地域で暮らすひとり親家庭へのアウトリーチを拡充すること、③アウトリー

チの拠点として「ひとり親家庭支援センター」を設置し、地域で暮らすひとり親家庭に対するワンストップサービスをめざしていくこと、以上を提案したと述べている。

全母協ビジョンでは以上に加え、中期ビジョンとして、「母子生活支援施設の認知度を上げるための周知への取組」と、「常に質的・量的なニーズの変化に対応し、柔軟で個別性を重視した」インケアの充実を、「表裏一体の使命」ととらえ、両者の推進の必要性を指摘している。さらに、「中期的にはインケアの充実を目指しつつ社会的認知度を上げることと、長期的にはそれらを踏まえた上で、地域で暮らすひとり親家庭への支援に関するエビデンスの構築を行いつつ、アウトリーチの拠点となることが、ビジョンとしてのキーワードになる」（誤植と思われる箇所を筆者にて修正）と、長期ビジョンについて考えている。

従来であれば議論の縁辺に置かれていたアウトリーチを中心に据えてインケアのあり方を考えた全母協ビジョンの視点は、これまでの全母協の取り組みから考えても革新的であり、母子生活支援施設における支援のあり方に関する議論が新たな局面を迎えたことを示唆している。

（2）全母協ビジョンにおけるアフターケアと地域支援

全母協ビジョンでは母子生活支援施設を「インケアを包含した総合的包括的支援の拠点」と考えており、アフターケアと地域支援とは一連のものとしてとらえられていることから、これを切り離して考えることは難しい。「退所された世帯の話しに耳を傾けていると、地域のニーズが見えてくることもある。また、福祉事務所等との信頼関係から、地域ニーズに対する相談がくることがある。この地域ニーズに対する取り組みはとても重要である」として、「ニーズに対応した柔軟でゆるやかな受け入れ、高度で専門的な支援の提供、安定した退所、退所後のアフターケア、さらに地域ニーズに応えるアウトリーチへの取り組みは、地域や関係機関との信頼関係の構築につながり、新たな利用ニーズにつながる正のスパイラルを構築し、切れ目のない支援の実現に結びつく」

と考えている。

武藤（2013a:81-82）は「社会的養護の一環として、退所して地域で生活する母子世帯を対象とした支援を展開していくためには、運営指針に沿って施設のハード・ソフト両面の機能をどのようにアフターケアに活用していくのかという方法論の確立が急務である」として、アフターケアの課題を、①既存事業の強化・拡大、②地域における社会資源との連携の強化、③施設職員による退所母子世帯への訪問（アウトリーチ）、以上のように指摘している。

①について全母協ビジョンは、1998年にローズプランが提起した、「支援に関する最低の水準をクリアしていない施設があり、そのことが恒常化している」という問題や、武藤（2013b:14）の「運営指針は今後の母子生活支援施設が目指すべき支援の水準を明らかにしたもの」であり、「まず取り組むべき地域支援の喫緊の課題は、運営指針に定められた内容の実施である」という課題提起に対し、「母子生活支援施設では施設によって支援の質や量にばらつきがあることが課題として認識されている。このような『格差』を解消し、専門性をもった支援をどの母子生活支援施設でも提供できることが重要である」として、全母協ビジョンで提示した支援のあり方が「母子生活支援施設の『標準支援』となる状況が実現することが必要である」としている。

②については、「地域を基盤として切れ目のない支援を実現するために母子生活支援施設は大きな役割を果たす必要がある。ただ、そのすべてを母子生活支援施設が担うのではなく、他の社会資源とネットワークを構築し、その要を母子生活支援施設が担うという事が肝要である」としており、地域の社会資源として福祉事務所や児童相談所、市町村の各種相談機能、配偶者暴力相談支援センター、保育所、学校、要保護児童対策地域協議会などとの連携を想定している。

③については、地域住民を対象に、「利用者の来訪をただ待つのではなく、ソーシャルワーカーが積極的に地域に出ていく」という支援を狭義のアウトリーチと位置づけ、それを含む「『①ニーズの掘り起こし、②情報提供、③サービス提供、④地域づく

り等の過程における専門機関における積極的取り組みを含む』もの」を広義のアウトリーチに位置づけている。「地域に退所した世帯に対するアフターケア」も、倫理綱領にみる地域づくりもここに含まれている。全母協ビジョンでは、「これらの事業がアウトリーチであるという自覚と、広義のアウトリーチの中で、狭義のアウトリーチの対象者へアプローチして、必要に応じてインケアに繋げていけるシステムづくり」を重要視している。

以上のように、全母協ビジョンは運営指針までのアフターケアや地域支援のあり方に関する課題を乗り越えたうえで、アウトリーチの拠点としてローズプランでも検討されていた地域のセンター機能を、「ひとり親家庭支援センター」として実現しようと考えている。

（3）『母子生活支援施設機能を活用した地域のひとり親家庭支援』におけるアフターケア

全母協ビジョンでは、「総合的包括的支援の実現に向けてのモデルやヒント、方策はビジョンを具体化する段階で示していきたい」と考えており、2023年に発表された『母子生活支援施設機能を活用した地域のひとり親家庭支援』はその一環であると考えられる。

この報告では自立を、「必ずしもひとりで生活することではなく、これまで生活していた場ともつながりながら、新しい環境でもさまざまな人の助けを借りながら生活すること」ととらえ、アフターケアのあり方を考えている。「今後は退所後の地域における安定した生活と、退所した子どもたちの貧困やDV、児童虐待等の連鎖を断ち切り、自立し安定した生活が営めるように見守りながら支援していくこと、困難を抱えた地域の子育て家庭に対する支援を広げていくこと」が求められると、アフターケアとともに地域支援の体制強化を視野に入れている。そして、それを担う職員として期待されているのが、自立支援担当職員である。

自立支援担当職員は社会的養護を担う施設において、退所前の進学・就職等の自立支援および退所後のアフターケアを担う職員として位置づけられ、

2020年4月1日より制度化された加算対象職員である。対象となるアフターケアは、「施設等を来所し、相談支援等を行った場合」、「電話やメール等により相談支援等を行った場合」といった施設内で実施するアフターケアだけでなく、「職場や自宅等を訪問し、相談支援等を行った場合」というアウトリーチも含まれている。当初の対象施設は児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、児童自立生活援助事業（自立援助ホーム）であったが、2022年2月18日付けで厚生労働省子ども家庭局長から発令された「児童養護施設等における自立支援体制の強化について」（子発0218第4号）において、母子生活支援施設もその対象となった。

また、対象施設への母子生活支援施設の追加とともに、「施設等の指定等」における活動内容に、「加算要件を満たしている場合には、施設等退所前の自立支援及び退所後のアフターケアだけでなく、必要に応じて、地域の要支援家庭を訪問等して支援を行うことも可能とする」という、地域支援に関する項目が加わった。

武藤（2020：122）は、「措置費は入所を決定した各自治体より入所世帯の人数に応じて払い込まれるものであるが、インケアのみを対象として支払われるため、退所後の支援にかかるすべての経費は施設の持ち出しとなる」ことから、「アウトリーチを担当する職員の確保やかかる費用の捻出は、施設の悩みであろう」と指摘していた。母子生活支援施設が自立支援担当職員加算の対象となったことは、この問題の解決に一步近づいたといえる。

5. アフターケアの課題

（1）アフターケアにかかる費用の問題

武藤敦士（2021a：8-9）はアフターケアの課題として、『人』と『金』の問題をあげている。そのなかで費用の問題は、母子生活支援施設が自立支援担当職員加算の対象となったことで、解決に向かったように見える。しかし、「自立支援担当職員加算実施要綱」をみると、いくつかの課題がみえてくる。

まず注目すべきは、指定要件として、「1か所の施設等について自立支援担当職員の加算は1人分」であり、「自立支援担当職員は当該業務を行う専任の職員とし、施設等の直接処遇の勤務ローテーションに入らないこと」と定められている点である。アフターケアを専業でおこなう職員としての位置づけである。

その業務内容を加算要件にみると、「アフターケア対象者（母子生活支援施設については世帯。以下同じ）の数及び支援回数については、年間の見込みで加算することとし、直近の連続する2年間で実績が申請した加算要件を下回る場合には、次年度において当加算要件に基づく加算は受けられないものであること」としている。「創設して間もない施設等又は小規模な施設等であって、アフターケア対象者が20人に満たない場合」など例外はあるが、「アフターケア対象者20人以上かつ支援回数240回以上（対象者1人につき月1回以上を想定）」、もしくは、「アフターケア対象者10人以上かつ支援回数120回以上（対象者1人につき月1回以上を想定）」という条件を、たった一人の職員によるアウトリーチを主体としたアフターケアで満たすことは容易ではない。必然的に施設への来所や、電話やメール等による従来型のアフターケアにとどまる施設も出てくるであろう。このような状況で全母協ビジョンが目指す広義のアウトリーチを実現するためには、かなり計画的にこの制度を利用する必要がある。

自立支援担当職員にかかる経費を確認すると、厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課（2022）「児童福祉法による児童入所施設措置費等国庫負担金交付要綱の改正点及びその運用について」（令和4年2月16日事務連絡）では、職員の人件費その他事務の執行に伴う諸経費である事務費は、1施設当たり年額それぞれ、5,821,580円（常勤職員配置）、2,978,601円（非常勤職員配置）である。

直接処遇の勤務ローテーションに入らない職員を、新たに事務費の範囲内で雇用する施設がどの程度あるのか、現段階でその数は明らかになっていない。武藤敦士（2023）が明らかにした職員給与の水準から考えると、自立支援担当職員にかかる事務費

の水準では、新規雇用による自立支援担当職員の導入を見合わせたり、年功賃金が適用される正規職員ではなく非正規職員としての雇用を考える施設も出てくると思われる。

アウトリーチはリスクマネジメントの観点からも、職員一人だけで訪問することは避けたいところである。実際のアウトリーチを自立支援担当職員のみで実施することは困難であり、直接処遇の勤務ローテーションに入っている職員の協力が欠かせない。今後も施設にとっては一定の負荷がかかる業務となるが、自立支援担当職員を有効に活用することにより、従来からの負担を軽減し新たな支援効果を求めることは可能となる。自立支援担当職員は現在のところ、人員増のための手段としての側面も有していると理解し、今後はどのような運用方法が最適解なのか、各施設からの実践報告の蓄積を待ってその方法論を導き出していく必要がある。

（2）アフターケアにかかる人材育成の問題

アフターケアにおけるアウトリーチを自立支援担当職員のみで担うことは、リスクマネジメントの観点だけでなく、ソーシャルワークの視点からみても困難である。ソーシャルワークの実現には、支援者と当事者の間における信頼関係の構築が欠かせない。武藤（2021a：8-9）はこの信頼関係の構築が不十分なまま退所に至る世帯が相当数存在していることにふれて、両者の関係について、「インケアの充実でどこまで改善できるかが、アフターケアの成功率を決める重要なポイント」になると指摘する。この信頼関係とは、「支援者に対する人格的な信頼だけでなく、インケアを通じて醸成される支援の専門性に対する信頼」も含まれると説明している。

中島尚美（2020：3）は全母協ビジョンの実現に向けたインケアについて、「インケアにおけるソーシャルワーク実践の充実は、全ての支援につながる」、「地域展開への拡がりを意識してインケアとアフターケアの関係性を重視する」として、一連の一貫した切れ目のない支援のあり方を示している。アフターケアやそれを発展・拡大した支援としての地域支援は、インケアにおけるソーシャルワーク実践

が基盤となるものであり、その水準が問われてくる。

社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会（2017）『母子生活支援施設の研修体系～ひとり親家庭を支える人材の育成指針～母子生活支援施設職員の生涯研修体系検討委員会報告書』（以下、生涯研修体系検討委員会報告書）は、「社会福祉施設の職員は、ジェネラリスト・ソーシャルワーカーであるべきであり、これは、母子生活支援施設でいえば保育士、少年指導員、母子支援員とそれぞれ別の職名で呼ばれていても、全員がジェネラリスト・ソーシャルワーカーである必要があります」と述べている。母子生活支援施設における支援はこ

のジェネラリスト・ソーシャルワークを基盤にしていることがわかる。

しかし、母子生活支援施設で働く職員の基礎資格は様々であり、すべての職員が就職時にソーシャルワークに関する知識や技術を身につけているわけではない。そのため、施設として人材をどのように育成していくかというビジョンが求められる。

生涯研修体系検討委員会報告書では母子生活支援施設における人材育成のための研修のあり方について、職員育成のレベルを図2のように5段階に考えており、その先に施設長を置いている。

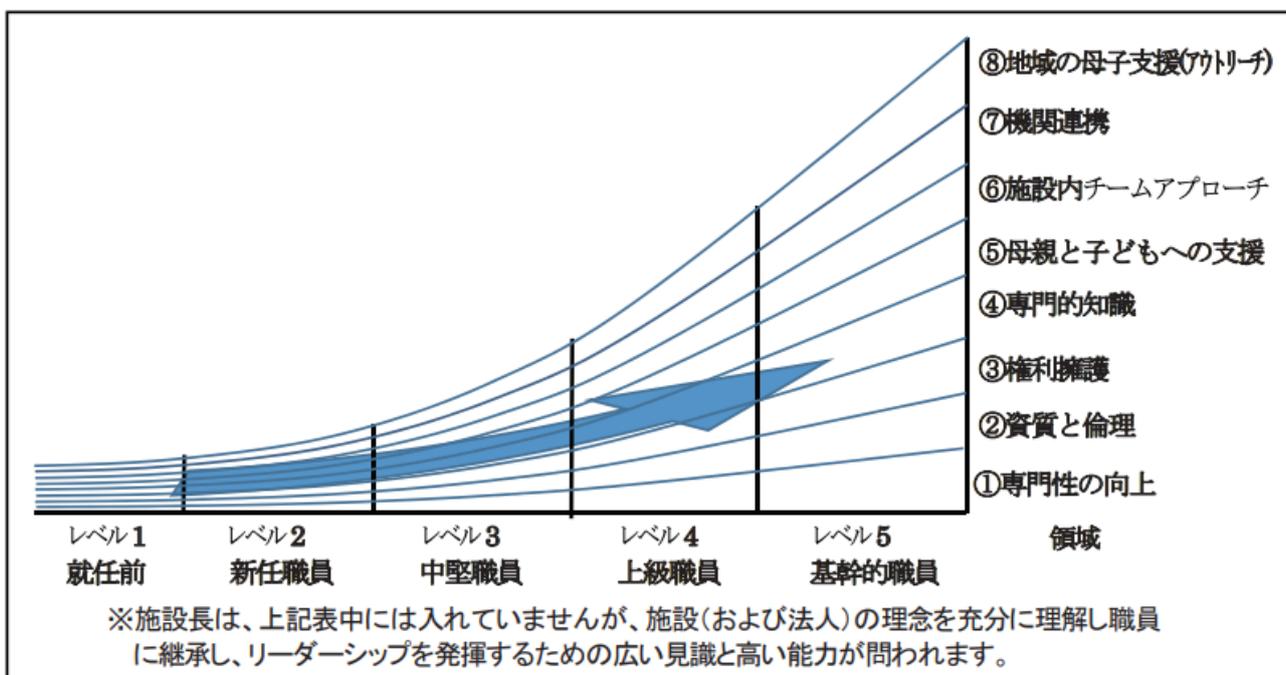


図2 全母協による人材育成のイメージ

出典：社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会（2017：19）

内容を確認すると、日常的な支援に必要な「①専門性の向上」が最も基礎的な位置づけにあり、「⑧地域の母子支援（アウトリーチ）」は最も発展的な位置づけである。アフターケアの成功率を向上させるためのインケアの充実とは、図2における①～⑥の部分が該当する。①～⑧の内容を確認すると、「④専門的知識」に「ジェネラリスト・ソーシャルワークの理念や技法について学ぶ」、「⑤母親と子どもへの支援」のアセスメントと実践において重視する点のひとつに「アフターケアの手立て」を位置づけてい

る。一方で、「アウトリーチの技術を磨き、地域に貢献する」は、「⑧地域の母子支援（アウトリーチ）」に位置づけられている。「必要に応じて退所者の生活する地域に向いて支援するアウトリーチが、アフターケアでは非常に有効な支援方法になる」（武藤、2021a：8）という指摘があるが、図2から推察する限りアフターケアにおいてアウトリーチを実践できるだけの知識・技術を有するのは上級職員から基幹的職員ということになる。

これら①～⑧にかかる研修は、職務を通じて行

う研修 (On the Job Training, OJT)、職務を離れて行う研修 (Off the Job Training, Off-JT)、自主的な研修活動への援助制度 (Self Development System, SDS)、以上三つの形態によって実施していくことになる。アウトリーチを主体としたアフターケアの知識や技術に関しては、これまでの施設の実践においてほとんど蓄積のない新たな視点であり方法であることから、OJTによる修得は難しい。ソーシャルワークや地域福祉に関する基礎的な知識が必要であり、スポット的な研修で理解や修得することは困難な領域であることから、継続的な学びが可能なOff-JTかSDSによる研修が望ましい。例えば、リカレント教育を意識して開講されている高等教育機関における夜間や週末の講義への参加などである。

施設はこれらの研修が可能なように、生涯研修体系検討委員会報告書が指摘するような、費用の補助など「経済的支援」や、職務の免除や特別休暇の付与といった「時間的支援」を、施設運営に積極的に取り入れていく必要がある。これらを早い段階で実現することにより、生涯研修体系検討委員会報告書が、「新しく有益な知識や理論に触れ、情報を収集し、知識の体系化や自身の職場・職務を客観的に見つめ直す機会ともなるOff-JTやSDSを組み合わせたしながら、OJTを充実させることが重要」という、施設内における学びの実現につながっていく。

(3) アフターケアを担う人材確保の問題

武藤 (2021a: 8-9) が、アフターケアを担う人材の問題として、人材育成の問題とともに指摘しているのが暫定定員の問題である。

暫定定員とは認可定員数と実際に施設を利用している世帯数 (現員) との間に生じた開差について、厚生労働省が定めた算式によっても認可定員数に満たない場合に設定される暫定的な定員である。近年半数以上の母子生活支援施設で暫定定員が設定されており、定員充足率の平均は7割程度で推移している。暫定定員が設定されると月額保護単価 (措置費) 算定の基準が変わるため、年度当初から支弁されていた措置費を暫定定員数に応じて返還しなければならず、これにより施設の運営に大きな影響がでる。

社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会暫定定員問題に関する検討委員会 (2013: 9) 『母子生活支援施設における暫定定員問題に関する資料集』は、「職員配置数の減員、措置費の減額等施設の存亡に関わる『負の連鎖』が始まり、支援力の低下等につながります」と指摘する。

アフターケアの実施にはアウトリーチを可能にするための職員体制の整備が必要であるが、これは先述のように自立支援担当職員のみによって実現できるようなものではない。武藤 (2021a: 9) が、「アフターケアはインケアで構築された信頼関係がベースとなることから、入所中に関わった職員が引き続き担当することが理想」と指摘するように、直接処遇の勤務ローテーションに入っている職員の協力が欠かせない。一方で、自立支援担当職員のインケアへの参加も必要であろう。この両者の職務範囲は、インケアとアフターケアで明確に切り分けられるようなものではない。相互に補完し合いながら、入所中の支援のみならず退所後の地域での生活支援にも携わっていく必要がある。

このような支援体制を実現するためには、安定した職員の雇用と継続勤務の実現が必要である。これを阻害するのが暫定定員問題である。安定した施設運営には暫定定員問題の回避が必要であり、生活に困窮した母子への情報発信を通じた積極的な施設利用の案内を、母子生活支援施設自らおこなっていく必要がある。

近年、母子生活支援施設の認知度の問題は、全母協や武藤敦士 (2021b, 2024) により繰り返し指摘されてきた。DV (Domestic Violence) 被害母子の増加とともに、施設の存在を隠すことが恒常化されて久しいが、今後は情報を必要とする母子世帯に施設利用にかかる有効な情報を積極的に発信し、その入所を支援する方法論の検討が求められる。

6. おわりに

全母協ビジョンでは母子生活支援施設がおこなう支援のひとつにアウトリーチを位置づけ、退所世帯だけでなく地域のひとり親世帯に対する積極的なア

プローチ（アウトリーチ）も視野に入れてそのあり方を示していた。これは、母子寮から母子生活支援施設に続く歴史をふり返ってみても、非常に画期的なことである。全母協ビジョンが、「アウトリーチは、（中略）インケアで培ったノウハウがあってこそその展開である」として、インケアの充実の必要性を指摘し、標準的な支援の水準がどのようなものであるかを具体的に示したことで、今後各施設が取り組むべき課題は一層明らかとなった。

このような背景のなかで、各施設が全母協ビジョンに示す標準的な支援水準に到達し、その水準を維持しようとするならば、本稿で指摘したように職員に対する研修制度の充実と、暫定定員問題の解決になるべく早期に取り組む必要がある。そのうえで、施設運営実態に即した加算要件や指定要件の緩和、自立支援担当職員にかかる事務費の引き上げを国に対して求めていくべきであろう。

また、標準的な支援水準への到達には、全母協ビジョンが「支援の専門性に関する調査研究を積極的に展開し、先行事例等のエビデンスを蓄積し支援の内容を日々刷新していくことが必要である」と指摘する、根拠に基づいた実践（Evidence based Practice、EBP）の展開が不可欠である。そのためには、育成した職員が定着し継続勤務可能な職場環境の整備と、施設内で知識や技術を継承し、スーパーバイズ出来る体制の構築が必要である。

そのうえで、当事者のニーズと生活実態に沿ったアフターケアの実施と、そこから得た知見を活かした地域支援の実現に向けて早期に取り組み、地域に根差した母子生活支援施設としてその存在を確固たるものにしていかなければならない。本稿では、全母協が母子生活支援施設に求める地域支援のあり方までは論及することができなかったことから、地域支援や地域協働といった地域を対象とした支援の方策については今後の研究課題としたい。

※本研究は JSPS 科研費 JP22K13574 の助成を受けたものである。

【参考文献】

- 新たな社会的養育の在り方に関する検討会（2017）「新しい社会的養育ビジョン」。
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知（2012）「母子生活支援施設運営指針」。
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課（2014）「母子生活支援施設運営ハンドブック」。
- 厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課（2022）「児童福祉法による児童入所施設措置費等国庫負担金交付要綱の改正点及びその運用について」。
- これからの母子寮のあり方委員会（1989）「これからの母子寮の基本的方向」社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子寮協議会（1995）『平成7年度全国母子寮協議会基本文献資料集』、83-100。
- 児童養護施設等の社会的養護の課題に関する検討委員会・社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会とりまとめ（2011）「社会的養護の課題と将来像」。
- 全国母子生活支援施設協議会・母子生活支援施設のあり方検討委員会（2003）『母子生活支援施設のあり方検討委員会 報告書』。
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会暫定定員問題に関する検討委員会（2013）『母子生活支援施設における暫定定員問題に関する資料集』。
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）策定特別委員会（2015）「私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）報告書」。
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会（2017）『母子生活支援施設の研修体系～ひとり親家庭を支える人材の育成指針～母子生活支援施設職員の生涯研修体系検討委員会報告書』。
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会（2017）「全国母子生活支援施設協議会倫理綱領策定の経緯および各項目の内容と考え方について」。
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会私たちのめざす母子生活支援施設（ビジョン）実現委員会（2023）『母子生活支援施設機能を活用した地域のひとり親家庭支援』。
- 全国母子生活支援施設協議会（1998）『21世紀に向けて家

- 庭・家族福祉の拠点をめざす 地域母子ホーム構想ローズプラン』。
- 特別研究委員会報告(1979)「あるべき母子寮の姿」社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国母子寮協議会(1995)『平成7年度全国母子寮協議会基本文献資料集』、15-59。
- 中島尚美(2020)「インケアの充実をめざした母子生活支援施設ソーシャルワーク実践」全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会『全母協通信』(149)、2-8。
- 武藤敦士(2013a)「母子生活支援施設における『アフターケア』に関する一考察—「母子生活支援施設運営指針」を中心として—」『中部社会福祉学研究』(4)、75-84。
- 武藤敦士(2013b)「母子生活支援施設における地域協働の意義と課題—『全国母子生活支援施設協議会倫理綱領』に定める地域協働の実現にむけて—」『社会福祉士』(20)、8-16。
- 武藤敦士(2013c)「母子生活支援施設における自立支援計画のあり方について」『人間福祉学研究』6(1)、105-123。
- 武藤敦士(2020)『母子生活支援施設の現状と課題』みらい。
- 武藤敦士(2021a)「母子生活支援施設におけるアフターケアの重要性と課題」全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会『全母協通信』(151)、6-9。
- 武藤敦士(2021b)「7 母子生活支援施設と社会政策」宮下慧子・須藤八千代編著『母と子の未来へのまなざし—母子生活支援施設 カサ・デ・サンタマリアの25年』、206-234、ヘウレーカ。
- 武藤敦士(2023)「母子生活支援施設職員の給与水準と待遇に関する諸課題」『大原社会問題研究所雑誌』(775)、22-40。
- 武藤敦士(2024)「母子生活支援施設の利用率向上に向けた研究：認知度調査からみえた課題と対策」『社会的養護研究』(4)、76-84。

(むとうあつし / 東北学院大学准教授)

『総合社会福祉研究』発行の目的

社会福祉、社会保障の理論研究の発展に積極的な役割を果たすため、研究所事業の一環として、『総合社会福祉研究』（研究紀要）を発行する。

この紀要は以下の性格を有する。

- ①勤労者、国民の立場に立った社会福祉、社会保障のあり方を真摯に追究する研究発表の場とする。
- ②研究の今日的到達点が反映されている理論誌とする。
- ③掲載論文は、基礎理論的な論稿、および時論を扱ったものでも理論的に深めた論稿を重視する。
- ④社会福祉、社会保障に関する内外の研究情報を紹介する。
- ⑤若手研究者、大学院生に研究発表の場を提供するとともに、若手研究者の研究交流の場ともする。
- ⑥必要な場合は学会や福祉関係者に問題提起をし、討論を呼びかける。

投稿規定

1. 投稿者 投稿者（共同執筆論文の場合は、代表執筆者）は、原則として当研究所の個人会員・賛助会員に限ります。ただし、非会員の投稿も受け付けますが、投稿時における当研究所への入会を条件とします。
※非会員の方は、入会手続きを完了（会費納入）した上で、投稿をしてください。
2. 内容 社会保障、社会福祉およびそれらの関連分野に関する研究論文、調査報告、実践報告などで未発表のもの。
3. 原稿枚数 400字詰原稿用紙40枚以内
4. 採否 編集委員会で決定します。
5. 締切 5月15日及び11月15日の年2回。
6. 注意事項
 - ・応募の際、原稿の表紙に
 - ①タイトル②氏名（ふりがな）③連絡先（住所、電話番号、職業、所属）を明記して下さい。
 - ・グループによる共同研究の場合は、メンバー及び代表執筆者を明示してください。
 - ・投稿された原稿は返却いたしませんのでご了承ください。
 - ・投稿原稿の採否については、編集委員の中から選出されたレフェリーのコメントに基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。また、不採用の場合も投稿者それぞれにコメントをいたします。

紀要編集委員

石倉 康次（広島文化学園大学大学院特任教授）	長友 薫輝（佛教大学准教授）
垣内 国光（明星大学名誉教授）	濱畑 芳和（立正大学教授）
河合 克義（明治学院大学名誉教授）	藤松 素子（佛教大学教授）
児嶋 芳郎（立正大学教授）	山本 忠（立命館大学教授）
志藤 修史（大谷大学教授）	

●編集後記●

第56号は、医療保障と公衆衛生をめぐる課題を検討し、「人権保障を基盤とした社会づくり」を進めるための契機とすべく特集を企画しました。

まず、横山壽一氏の論文「医療供給体制再編の動向と課題——地域医療構想を中心に」は、2015年の医療介護総合法によって策定された地域医療構想の内容と現状について考察した上で、かかりつけ医の制度化、医療機関の再編・統合を図る新たな地域医療構想の課題について検討し、「いのちと暮らしを守る医療」の再構築への転換を提言しています。

長友薫輝氏の論文「皆保険体制をめぐる政策動向と課題」は、生活保護の医療扶助の国保等への移管、被用者保険の適用拡大、健康保険証の廃止とマイナ保険証への移行等、皆保険体制をめぐる政策の動向と課題について論じられています。

波川京子氏の論文「コロナ禍での保健所体制をはじめとする公衆衛生の課題と今後の方向性」は、新型コロナウイルス感染症対応が始まった第1波から5類感染症に移行するまでの対応で浮き彫りになった、保健所体制をはじめとした公衆衛生の課題について検討しています。

さらに、56号には「第29回社会福祉研究交流集会 in 関東」での水上幸夫氏の特別報告を掲載しました。能登半島地震が起きてから現地支援に取り組んでいる水上幸夫氏の報告は、被災地の現状と復旧・復興が遅れている背景、さらには被災地住民の切実な思いとは裏腹の「石川県創造的復興プラン」について述べています。

今回は5本の投稿が寄せられ、そのうち2本を各「論文」と「研究ノート」として掲載しました。本誌編集部には投稿論文が多数寄せられています。本誌の発行目的に沿った査読と査読者によるコメントを踏まえた修正作業をお願いするという共働作業を通過した労作を掲載させていただきます。引き続き多くの投稿が寄せられることを期待いたします。

書評は、本誌の発行目的に照らして有意義と判断される図書について適切な評者を選定しお願いしたものです。読者の皆様による推薦も期待いたします。

総合社会福祉研究 56号

2025年1月31日発行

編集・発行／総合社会福祉研究所

〒543-0055 大阪市天王寺区悲田院町8-12

電話 06-6779-4894 FAX06-6779-4895

E-mail:mail@sosyaken.jp