

いのちとくらし

第70号 2020年3月

目次

- 巻頭エッセイ：沖縄の過去、現在、未来……………岩下 明夫 1
- 特集：介護保険20年を振り返る
 - ・介護保険20年の変化、現在の動向と課題……………林 泰則 2
 - ・共同組織とともに作る地域包括ケア～『健康づくり・まちづくり手引書』作成の紹介～ ……………山田 智 13
 - ・介護保険で何が変わったのかーケア保障のためのソーシャルワーク……………末永 睦子 21
 - ・介護福祉士養成施設という社会資源ー介護の担い手を地域で育む……………川口 啓子 28
 - ・ドイツの介護保険改革（3）介護強化法の補論と示唆……………小磯 明 39
- 論文：
 - ・「保険外併用療養」をめぐる動向について……………山本 淑子 46
 - ・2019年秋千葉県の台風災害の検証と提言……………八田 英之 50
- 継ぎ足し生涯学習のすすめー3：市民的生涯学習のすすめ…野村 拓 58
- 書評：
 - 吉永純・原昌平・奥村晴彦・近畿無料低額診療事業研究会編著『無料低額診療事業のすべて：役割・実践・実務』……………田中 淑寛 67
- 2015年度研究助成概要報告：児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアンケート調査から ……………堀場 純矢 70
- ・研究助成報告一覧、機関誌・ニュースバックナンバーなど……………57、78、81

表紙写真：福島県・花見山（撮影：前沢淑子）

沖縄の過去、現在、未来

岩下 明夫

私は、2020年1月末に、2泊3日の日程で「全日本民医連第48次辺野古支援・連帯行動」の団長として参加しました。私たち民医連が、沖縄の名護市辺野古で進められている米軍新基地建設反対を支援する連帯行動を始めたのは2004年10月からで、これまで2000人以上の職員が参加してきました。今回の行動には、全国から41名の職員が参加して、辺野古新基地建設に関わる直接、間接の取り組みをするスケジュールが組まれていました。今回は、初めて韓国の「人道主義実践医師協議会（人医協）」から、3名の医師も参加しました。

1日目は、嘉数高台で沖縄戦の壕などの戦跡と「世界一危険な」普天間基地を展望台から視察し、米軍のヘリが墜落炎上した沖縄国際大学の脇を通り、嘉手納基地の様子を「道の駅かでな」から視察、その後名護市のホテルで辺野古新基地建設と東村高江のヘリパッド建設に対する学習講演を、前名護市長の稲嶺進さん、東村議員の伊佐真次さんからお聞きしました。こうして、初日は沖縄戦の一部と米軍基地を抱える沖縄の現在を感じることができました。

2日目は、辺野古新基地建設の現場での闘いに連帯する行動に参加し、建設工事の様子を陸と海から視察しました。工事車両ゲート前では、機動隊やゲート前を「警備」している警備員と対峙し、たくさんの工事車両が並んでいる中、座り込みに参加しました。また、海上からの視察でも、海上保安官からの注意アナウンスも受けながら、カヌーによる抗議行動を監視したり拘束する場面も目撃しました。午前と午後の2回の資材搬入時に座り込みを毎日やられている姿は、「勝つ方法はあきらめないこと」を実践していること、非暴力で継続している事がよくわかりました。それは、沖縄の未来をかけた「たたかい」であり、日本の未

来のためでもあります。海上視察から見た辺野古の海は、透き通ったエメラルド・グリーンで、このような場所に基地がつくられることは何としても止めないといけない、と強く感じました。

3日目は、南部戦跡を巡り、沖縄の過去を見してきました。糸数アブチラガマ、魂魄の塔、そして平和祈念資料館の見学。そこには、沖縄の歴史が刻まれていて、現在と未来を語るときに決して忘れてはいけない多くの思いがありました。平和で、自然豊かな沖縄を未来に残していくことの大事さを知ることができる場所でした。

だから、辺野古に米軍基地はつくってはいいし、そのことを沖縄県民は選挙や県民投票で意思表示をしました。沖縄にある基地の問題は、沖縄県だけの問題ではなく、日本がこれから未来に向かって何をするかを表していく問題だと思えます。

2019年12月に、日本政府は辺野古新基地建設には9300億円の税金を投入し、工事期間も12年かかることを正式に表明しました。その中の、工事の警備にかかる人件費は、1700億円となっています。現在も、1日1700万円をかけて「警備」しています。誰から、何を「警備」しているのか？

東南アジアでは、あらゆる紛争問題を話し合いで解決することの合意が広がっています。北東アジアでも同じような外交が、平和的な話し合いで解決されるようになるために、憲法九条を持つ日本が、その役割を発揮することが求められていると思います。そのためにも、辺野古に新基地はいらない。そのことが実現できる政府を、私たちの手でつくりあげましょう！

（いわした はるお、全日本民医連副会長）

介護保険20年の変化、現在の動向と課題

林 泰則

2000年4月にスタートした介護保険は施行20年を経過し、今年4月から21年目に入る。介護は社会的課題として対応すべきという認識を国民の中に広げ、より多くの高齢者に公的介護サービスを提供する環境を整えてきたという点で、介護保険が大きな役割を果たしてきたことは間違いない。しかし「給付抑制・負担増」を先行させた制度の見直しを重ねられる中で、必要な時に必要な介護サービスを利用できない「保険あって介護なし」の事態がいつその広がりを見せている現実がある。介護現場では介護報酬の相次ぐ引き下げによる経営難、介護を担う職員不足が深刻さを増しており、先が見通せない状態が続いている。

本稿では「介護保険20年」の経過とそれに連なる2021年「改正」の特徴を概括し、介護保険をめぐる現状と今後必要とされる制度改革の課題について掘り下げたい^(※1)。

1 「介護保険20年」をふりかえる

(1) 「持続可能性の確保」の名による給付削減・負担増先行型改革の推進

介護保険制度は1期3年を単位に運営され、介護報酬、自治体の事業計画、介護保険料の3年毎の見直しとともに、これまで4度にわたる大きな法「改正」が実施されてきた(2005年、2011年、2014年、2017年)。

図表1は、その大まかな経過を一覧にしたものである。給付(サービス)は次々と削られ、負担は引き上げられ、介護報酬は低く押さえ込まれ、その一方で介護保険料は確実に上がり続けてきた経過をたどってきたことが分かる。法「改正」の目的として一貫して掲げられてきたのは「持続可

図表1 介護保険制度の経過

時期区分	負担＝利用者負担	給付＝介護サービス	介護報酬 改定率	介護保険料 (基準額平均)
第1期	2000～2002年度			2,911円
第2期	2003～2005年度 ・施設等での居住費・食費徴収 (2005年10月～)	・基盤整備の総量規制 ・給付「適正化」対策スタート	▲2.3%	3,293円
※2005年法「改正」(2006年度施行)＝「制度の持続可能性の確保」				
第3期	2006～2008年度	・「新予防給付」創設 ～要支援1・2を新設	▲2.4%	4,060円
第4期	2009～2011年度	・処遇改善交付金制度創設 ・認定制度の全面見直し (軽度判定化が加速)	+3.0%	4,190円
※2011年法「改正」(2012年度施行)＝「制度の持続可能性の確保」、「地域包括ケアの確立」				
第5期	2012～2014年度	・処遇改善交付金を介護報酬 に編入(＝処遇改善加算)	1.2% (実質▲0.8%)	4,972円
※2014年法「改正」(2015年度施行)＝「制度の持続可能性の確保」、「地域包括ケアの確立」				
第6期	2015～2017年度 ・利用料2割負担導入 ・補足給付に資産要件等を導入 (以上2015年8月～)	・「総合事業」スタート ・特養対象原則要介護3以上	▲2.27% (基本報酬等で ▲4.48%)	5,514円
※2017年法「改正」(2018年度施行)＝「制度の持続可能性の確保」、「地域包括ケアの深化・推進」				
第7期	2018～2020年度 ・利用料3割負担導入 ・高額介護費の上限額引き上げ (以上2018年8月～) ・総報酬制導入	・生活援助「届出制」導入 (2018年10月～) ・「共生型サービス」創設 ・財政インセンティブの導入	0.54% (適正化等で ▲0.5%)	5,869円

能性の確保」であった。しかし、その意味するものが利用者・家族がそれまでの生活を続けることや、事業所経営の安定的な継続を可能とすることではなく、もっぱら給付削減と利用者負担の引き上げによる保険財政の維持（収支均衡の追求）にあったことはこれまでの経過から明らかである。

①給付＝総枠の抑制と「重点化・効率化」

介護保険の給付体系はこの20年間で大きな変化を遂げてきた（図表2）。

2005年「改正」で新たな予防給付が創設され、以降の軽度給付縮小の流れの端緒となる。要支援1、2という認定区分が新たに設けられ、給付内容・範囲を低く抑えた介護予防サービスの対象とされた。2009年度には要介護認定システムが全面的に見直され、判定の軽度化による予防給付、非該当への誘導が強化された。2014法「改正」では市町村が管轄する「総合事業」が新設され、要支援1、2のサービスのうち訪問介護、通所介護が無資格者、ボランティアで対応可能なサービスに順次移し替えられていく（2017年度末までに完全移行）。施設では、特養の入所対象が原則要介護3以上に限定された。

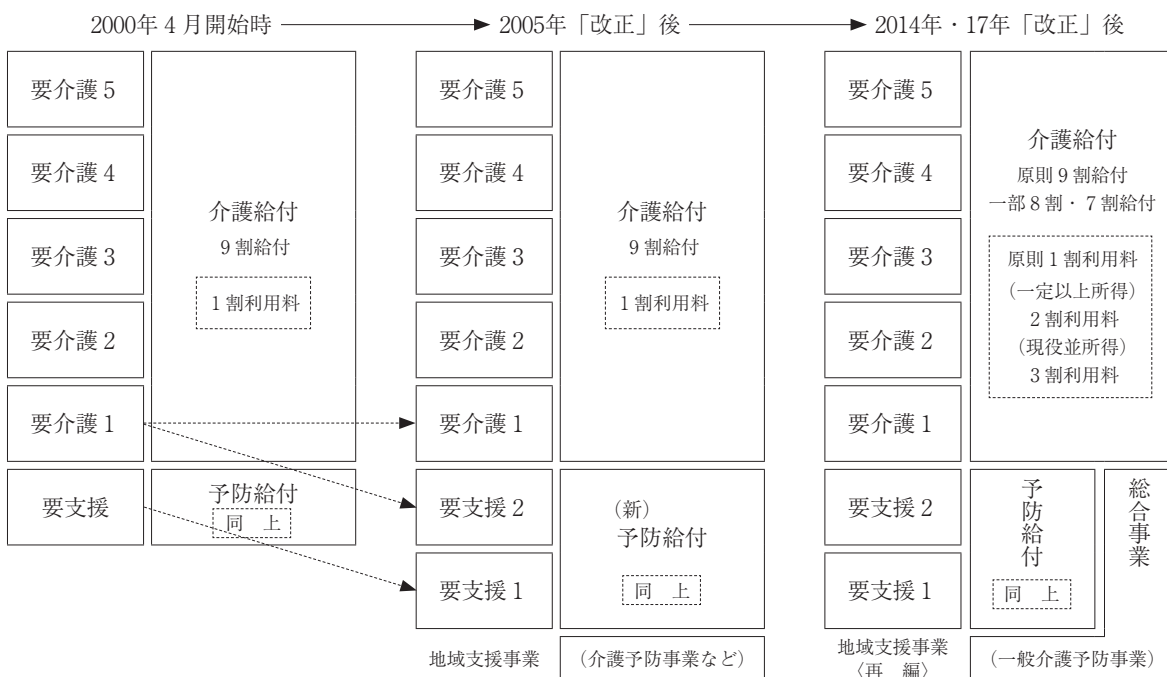
個別サービスではヘルパーの生活援助（訪問介護）の制限が際立つ。基本報酬の引き下げを前提に、生活援助に特化した新たな資格（無資格者が59時間の研修を受講）が2018年度から設けられ、同年10月からは多数回数を利用する場合に届出制が導入された。生活援助以外のサービスについても、報酬・基準の改定を通して内容、提供方法に様々な制限が加えられた。介護の内容面では、生活援助のような福祉系サービスが縮小される一方、機能訓練、リハビリなど医療的要素の比重が高められてきた。

②負担＝受益者負担主義の強化

制度施行以来1割負担が堅持されてきた利用料は、2014年「改正」で「一定以上所得」（単身・年金収入のみの場合280万円以上）の場合に2割負担が導入され、2017年「改正」で「現役並み取得」（同344万円以上）の場合は3割負担とされた。

施設・短期入所では2005年10月から居住費・食費が自己負担となり、通所サービスでは食事代が全額徴収されることになった。市町村民税非課税の低所得入所者を対象とした負担軽減制度（＝補足給付）が設けられたものの、2014年「改正」で、

図表2 給付体系の推移



一定額の貯金（単身で1,000万円以上）を保有している場合は対象外（資産要件の導入）に、また世帯分離をしても配偶者が課税の場合は対象外（扶養者要件の導入）とされた。2016年8月からは、非課税年金（遺族年金、障害年金）も収入認定の対象に加えられた。

2017年「改正」では、医療保険の高額療養費制度に合わせる形で、高額介護サービス費制度の負担上限額が引き上げられた（「一般」区分を37,200円から44,400円へ）。

③介護報酬＝低位固定化

事業所に支払われる介護報酬は、施行後初めての改定（2003年）で2.3%引き下げられて以降、実質3.0%のプラス改定となった2009年度改定をのぞき、全体としてマイナス改定（もしくは実質マイナス改定）が繰り返されてきた（前掲・図表1）。加算の偏重によって、軽度給付の縮小など政策誘導の手段として強く機能するようになるとともに、加算算定が困難な小規模事業所の経営を著しく困難にした。また2012年改定以降は「収支差率（利益率）」の引き下げを意図した改定が実施され、新規の加算を算定することで収益が上がっても、職員体制の強化など算定に伴うコストが増大し、必ずしも事業所の経営改善（収支の改善）につながらない経営構造がつくられた。

処遇改善への対応では、2009年度から一般財源で実施されていた処遇改善交付金が2012年報酬改定で処遇改善加算として介護報酬に組み入れられた。処遇改善加算は、サービス事業ごとに設定された加算率の低さ、対象となる事業種・職員の限定、利用料負担への反映、算定に伴う過重な事務負担などの問題をふくんだまま経過している。

④制度の質的転換をはかる改革

以上の給付抑制策と並行させながら、制度の「質」を大きく転換させる見直しが実施されてきた。

ひとつは「自立」理念の書き換えである。「自立」とは必要なサービスを利用しながらその人らしく生活を続けていくことではなく、「サービスがいない状態」という意味に変えられた^(※2)。そのことにより介護保険からの「卒業」を強制する行政の介入が格段に強められ、総合事業やケアプラ

ン点検などを通して、軽度給付の切り捨てを加速する流れがつくられている。介護保険は、必要な介護サービスを利用するための制度というよりも、逆に出来るだけ利用させないことを目的とする制度へと変質したと言ってもよいだろう。

ふたつめに介護職による医療提供が法律上容認された。現在は「たん吸引」「経管栄養」に限定されているが、今後は法「改正」を要せず対象行為の際限のない拡大が可能となる。

3点目は「財政インセンティブ」の導入である。2017年法「改正」で、「自立支援」等に成果を挙げた自治体に「成績」に応じて交付金を傾斜配分する保険者機能強化推進交付金制度が創設された。給付の抑制を自治体に競わせる仕組みであり、保険者機能自体を大きく歪めるものである。

（2）「地域包括ケア」構想を土台にすえた医療・福祉との一体改革の推進

介護保険の見直しは2011年法「改正」を境にその様相を変え、「社会保障・税一体改革」の枠組みのもとで、「地域包括ケア」を軸とする医療・福祉領域との一体改革として進められるようになった。地域包括ケアは、もともと介護保険制度の枠内での改革として打ち出されたものだが（2005年法「改正」で地域支援事業、地域包括支援センター等を創設）、2011年法「改正」以降は、これまでの「制度の持続可能性の確保」に加えて「地域包括ケアの確立」が、さらに2017年法「改正」では「地域包括ケアの深化・推進」が「改正」の目的として掲げられ実施されてきた（前掲・図表1）^(※3)。

①医療との一体的改革＝「地域包括ケアの確立」

政府は、「社会保障・税一体改革」の一環として、地域医療構想による「病床の機能再編・削減」と「地域包括ケアの確立」を柱とする医療・介護提供体制の再編方針を打ち出した。高度急性期病床を頂点に据えて、在宅に裾野を大きく広げた提供体系であり、「入院から在宅へ」「医療から介護へ」「介護から市場・ボランティアへ」と患者・利用者を押し流すことによって、国にとって「安上がり」で効率的な体制の構築をめざすものである。

地域包括ケアは、病床再編・削減の受け皿とし

て再定義され、「自助・互助・共助・公助」のうち「自助」「互助」を優先することが基本理念とされた。特養入所対象の制限、総合事業の創設、介護職による医療行為の容認など、給付の重点化・効率化（軽度切り捨てと中重度・医療的ケアへのシフト）を図る介護保険の一連の見直しは、病床再編・削減政策に連動したものである。

②福祉との一体的改革＝「地域包括ケアの深化・推進」

2017年法「改正」（地域包括ケア強化法の制定）では、高齢者・障害者のサービスを一体的に提供することが可能な「共生型サービス」が創設された。制度の縦割りを是正する点では意義があるが、政府の本来のねらいは「介護保険65歳優先原則」の固定化にあり、将来的には介護保険と障害者施策を「統合」させる布石となると考えられる。

この土台にあるのが政府が新たに打ち出した「我が事・丸ごと地域共生社会」構想である^(※4)。住民ひとりひとりが、地域の生活課題（高齢者、障害者、子育て、生活困窮者等が抱える課題）を「我が事」と捉え、自ら主体となって行政機関などと連携しながら「丸ごと」支援するとされているが本質は、社会保障を「公的支援」という表現に置き換えた上で、その「効率化・合理化」を進め、住民同士の「互助」に移し替えていく点にある。地域包括ケアは、これまでの高齢者中心から、障害、子育て、生活困窮をふくむ「全世代・全課題対応型」地域包括ケアに転換させていくことが方向づけられた（＝地域包括ケアの「深化・推進」）。

2 介護保険2021年度見直しをめぐる動向

2019年12月、厚労省社会保障審議会・介護保険部会が最終報告をとりまとめ（「介護保険制度の見直しに関する意見」、以下「意見」）、2021年度に実施される制度見直しの内容を示した。今回の見直しの特徴は、介護保険部会での審議を軸にしながら、全世代型社会保障改革の枠組みのもとで検討された点にある。

（1）全世代型社会保障改革と介護保険制度改革

2019年9月、安倍政権は全世代型社会保障討議を設置した。目的の第1は、社会保障費の徹底的な削り込みである。団塊の世代が後期高齢期に入り、医療・介護費用の急増が見込まれる2022～24年度に照準を当て、医療・介護保険に対する抜本的な「給付と負担の見直し」を断行する。遅くとも2021年通常国会までに必要な法「改正」をすませ、2022年度の予算に反映させるスケジュールが想定されている。同時に2025年を目途に、地域医療構想に基づく病床削減とその受け皿としての地域包括ケアの確立を柱とした提供体制の再編を完遂させる。第2は、今後の人口（就業人口）減少に備え、2040年を目途に、医療・福祉従事者の必要数を抑制するために医療・福祉の需要を抑え込む。その方策として「多様な就労・社会参加」「健康寿命の延伸」「医療・福祉サービス改革」が挙げられており、高齢層での就業の拡大、医療・介護現場の「生産性の向上」を図ることで、人手不足の「解消」と医療・介護費用の節約をねらう。ヘルスケア・IT産業の参入等が前提とされており、政府の産業政策（経済成長戦略）と一体のものである点も見逃せない。これらの政策を包含した全世代型社会保障は、「世代間の対立」を煽りつつ、予防・健康づくりの徹底に向けた意識変革、行動変容を国民に強制しながら推進されていく。

検討会議は、12月19日にこれらを盛り込んだ「中間報告」を発表した。また同日には、経済・財政再生計画（骨太方針）に基づく新たな「改革工程表」（2019年度版）も示されている。介護保険部会「意見」はそれらを反映させる形でとりまとめられた。

（2）2021年見直しの経過、概要と問題点

参院選（7月）を終えた8月29日、厚労省・介護保険部会に「給付と負担」に関する8つの検討項目が提示された（図表3）。その後審議が重ねられ、最終報告として「介護保険の見直しに関する意見」（以下「意見」）がとりまとめられたのは12月27日だった（通常は12月初旬）。日程が大幅

図表3 8つの検討項目（第80回介護保険部会 2019年8月29日）

検討項目	検討内容
被保険者・受給者の範囲	現在40歳以上の被保険者の年齢を「30歳以上」に引き下げ
補足給付に関する給付のあり方	資産要件の厳格化等による対象者の限定
多床室の室料負担	老健、介護医療院など特養以外の施設の多床室での室料徴収
ケアマネジメントに関する給付のあり方	ケアプランの有料化（定率負担化）
軽度者の生活援助等の給付のあり方	要介護1、2の生活援助等の地域支援事業（総合事業）への移行
高額介護サービス費	「一般」区分における負担上限額の引き上げ
「現役並み所得」「一定以上所得」の基準額	基準額の引き下げによる、利用料3割、2割負担の対象者の拡大
現金給付	家族の介護に対する現金支給制度の創設

にずれこんだのは、前述した「中間報告」「改革工程表」との整合性を確保する必要があったからだと推察される。

「意見」では、検討項目のうち、利用者から強い危惧が寄せられた「ケアプランの有料化」「軽度者の生活援助等の見直し」については、認知症の人と家族の会をはじめとする介護保険部会内での反対意見や撤回を求める世論などを背景に今回は見送りとなった。「中間報告」が明記した75歳以上医療費窓口負担の引き上げとの関係で、医療・介護の二重負担増を回避したい与党の意向が反映したとの指摘もある（※⁵）。

その結果、今回の見直しは全体として「小振り」ととどまったとの受けとめがある（※⁶）。しかし補足給付の見直しなど、実施に移される内容が利用者に深刻な介護困難をもたらす点に変わりはない。これらはいずれも本法「改正」を必要とせず、省令・通知で可能と説明されている（※⁷）。

①2021年度（第8期）より実施するもの

（補足給付に関する給付のあり方）

補足給付の要件を厳格化し対象者を絞り込む（図表4）。所得段階区分を見直し、従来の第3段階を年収120万円のラインで第3段階①と第3段階②に区分し、第3段階の食費を2.2万円引き上げる。特養・多床室のケースで、負担の合計は現在の月額5.9万円から8.2万円となる。同時に資産要件について、従来の預貯金額一律1,000万円（単身の場合）の基準額を所得段階別に見直す。例えば第3段階②では500万円に引き下げられる。ショートステイの食費も見直され、210円～650円の負担増となる（第3段階②は倍化）。

施設入所者が第3段階②に該当して増額分を支払えなかったり、所定の額を超えて預貯金を有し

ている場合は補足給付の対象外となり、第4段階（基準額）の負担を求められることになる。そうなれば、支払いができず退所を余儀なくされたり、費用を工面する見通しが立たず入所申し込みが出来ない（待機者にすらなれない）などの事態が広がることは想像に難くない。ショートステイの利用減・中止のケースも確実に生じるだろう。家族の介護負担の増大をもたらし、政府が「ゼロ」をめざしている「介護離職」を生じさせる恐れもある。そもそも低所得層の負担を引き上げる今回の改悪は、「負担能力に応じた負担」（「中間報告」）という政府の説明が本来の応能負担とは全く別物であることを改めて示している。

（高額介護サービス費）

前回「改正」されたばかりであるが、「現役並み所得」を3区分に変え、141,000円まで負担上限額を引き上げる（図表5）。これは、政府が利用料2割負担、3割負担を導入する際、「高額介護サービス費があるので負担は可能」としていた説明自体を反故にするものである。また、医療保険の高額介護療養費と合わせるとしているが、そもそもいったん利用を開始すると一生利用を続けられない介護保険と医療保険の特性の違いを無視したものといえる。

②当面、検討の危険性があるもの

「意見」は、利用料負担の見直しを「引き続き検討」としたが、「改革工程表」は、「医療・介護の現役並み所得の判断基準」について、「骨太方針2020に向けて関係審議会等において検討」と明記した。今後、利用料3割負担の対象の拡大が図られる危険性がある。

また「中間報告」では、75歳以上医療費窓口に

図表 4 補足給付の見直し

(所得要件)

補足給付 段階	収入要件			利用者数 (2019・3)
	現行	見直し案	負担月額	
第1段階	生活保護被保護者等	現行どおり	2.6万円(変更なし)	3.1万人
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税 本人年収80万円以下	現行どおり	4.0万円(変更なし)	17.5万人
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税 本人年収80万円超	①本人年金収入80万円超 120万円以下	5.9万円(変更なし)	31.4万人
		②本人年金収入120万円超	5.9万円→8.2万円 (+2.2万円)	
第4段階	住民税課税世帯	現行どおり	10.3万円(現行どおり) ※補足給付なし	33.7万人

(資産要件)

補足給付段階	資産要件	
	現行	見直し案
第1段階	1,000万円以下	1,000万円以下
第2段階		650万円以下
第3段階		550万円以下
		500万円以下

(ショートステイの食費)

現行		見直し後			受給者数
第1段階	300円	第1段階	300円	現行どおり	
第2段階	390円	第2段階	600円	+210円	2.8万人
第3段階	650円	第3段階①	1,000円	+350円	5.7万人
		第3段階②	1,300円	+650円	
第4段階	1,392円	第4段階	1,392円	現行どおり	22.1万人

図表 5 高額介護サービス費(負担上限額)の見直し

現行		見直し案	
区分	世帯の上限額	区分	世帯の上限額
現役並み所得 (年収383万円以上)	44,400円	年収約1,160万円以上	141,000円
		年収約770万円以上	93,000円
		年収約383万円～770万円	44,400円
一般	44,400円	一般	44,400円
非課税世帯	24,600円	非課税世帯	24,600円
非課税世帯 ・年金80万円以下等	15,000円	非課税世帯 ・年金80万円以下等	15,000円

について「一定以上所得」の場合2割に引き上げることを明記した。今後「一定以上所得」の範囲や、原則2割負担とするのか1割負担かなどが論点となるが、その結論如何が介護保険の利用料2割負担の対象の拡大、利用料原則2割化などの検討につながっていく恐れがある。

③「引き続き検討」とされたもの

「引き続き検討する」とされたのは以下の内容である。今回の「意見」に対しては、財界選出の

委員等から「踏み込み不足」との批判が重ねて寄せられており、次期2024年「改正」の際、検討項目として再度盛り込まれる公算が高い。それぞれの概要とともに、「意見」に記載された賛成意見の中で、次期見直しに引き継がれることが予測される新たな論点を紹介する。

「ケアマネジメントに関する給付のあり方」

ケアプランを有料化する案は、2011年法「改正」以降毎回検討項目に盛り込まれてきたが、新たな

利用抑制を危惧する声が多く、今回も実施には至らなかった。介護保険部会では「ケアマネジャーの処遇改善」を有料化を正当化する新たな根拠として挙げた。

「軽度者への生活援助等に関する給付のあり方」

要介護1、2の生活援助（及びデイサービスが例示されている）を総合事業に移行させる案が検討された。現在の総合事業の実態から時期尚早という声が多くを占め見送りになったが、総合事業を「弾力化」させ、要介護認定者も総合事業の利用を可能とする方向が示されている。

「多床室の室料負担」

特養に加え、老健施設等においても多床室の室料を徴収する案である。もともと介護報酬の基本施設サービス費から室料相当分を減額し、入所者の負担に転嫁するという手法をとるため、介護報酬2021年度改定の審議で「蒸し返し」されないか、注意を払う必要がある。

「被保険者・受給者の範囲」

現在40歳以上となっている第2号被保険者の年齢を「30歳以上」に引き下げる案が示された。審議の中で第1号被保険者の年齢（現行65歳以上）の「引き上げ」を提案する意見があった。全世代型社会保障改革に連動した動きと考えられ、注視すべき内容といえる。

「現金給付」

介護保険創設時に議論されたものの導入に至らなかった論点であり、「現時点で導入することは適当ではない」と結論づけられた。

④財政インセンティブの強化

以上の「給付と負担の見直し」以外では、財政インセンティブの大幅な強化が図られたことが見逃せない。従来の保険者機能強化推進交付金に加え、2020年度から「介護保険保険者努力支援交付金」を創設して二階建ての仕組みとし、予算を従来の200億円から400億円（各200億円）へと倍化させた。この新たな交付金制度では、予防・健康づくりの実施状況を重点的に「評価」する。「中

間報告」等に掲げられた「健康寿命の延伸」に対応した方策であり、自治体、事業者はその取り組みにいっそう駆り立てられることになる。

さらに調整交付金について、第8期より要介護認定率から介護給付費によって「重みづけ」する方式に変更し、増額となる保険者にはケアプラン点検等の「給付適正化主要5事業」の全面実施が義務づけられた。実施出来ていなければ交付金を減額する。本来保険者間の財政格差を是正する調整交付金が財政インセンティブの手段として運用されることになった。

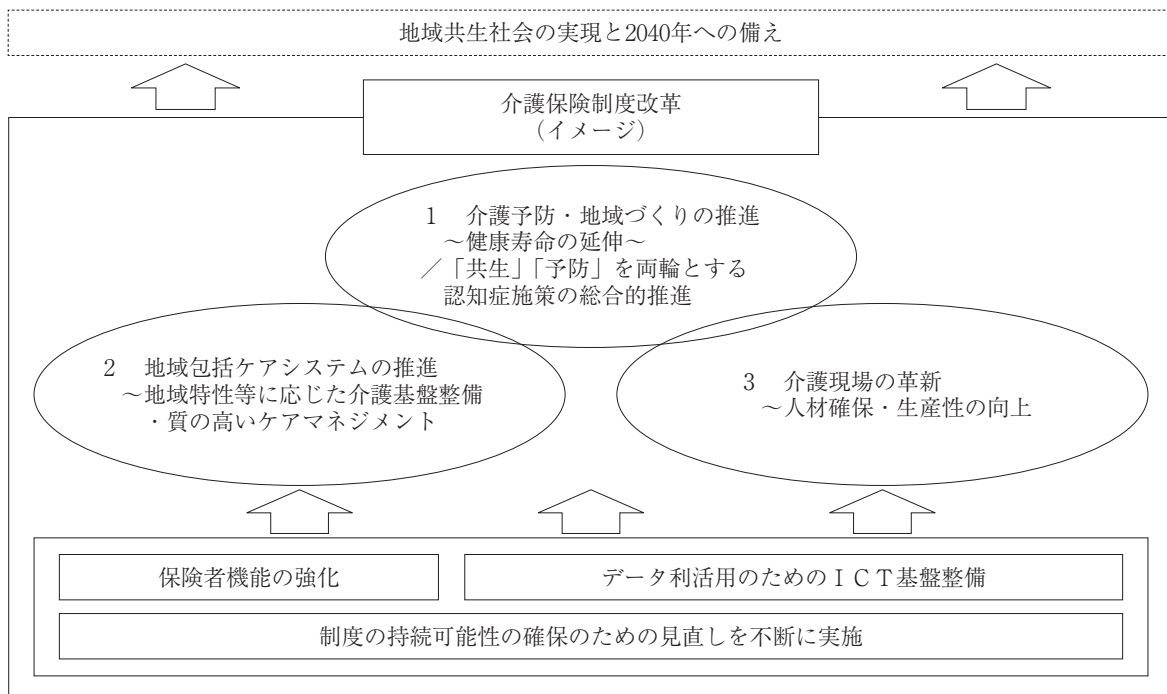
（3）「地域共生社会の実現と2040年への備え」—介護保険制度の改革イメージ

図表6は、厚労省が示した今後の介護保険制度改革の「イメージ」である^(※8)。

「地域共生社会の実現と2040年への備え」を目標に掲げ、団塊世代が75歳以上に達する2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を進めるという従来からの目標に加え、団塊ジュニア世代が高齢期を迎える2040年に向けて、地域包括ケアの「上位概念」として位置付けられた地域共生社会の実現をめざす。そのもとで、「介護予防・地域づくり、認知症施策の推進」「地域包括ケアシステムの推進」「介護現場の革新」の3つの課題を掲げ、それを下支えする改革として、「保険者機能の強化」「データの利活用」、さらに土台に「制度の持続可能性の確保のための見直し」を据えている。前述した全世代型社会保障改革をふまえたものであり、今後の介護保険制度改革の方向が「地域共生社会の実現」に大きく舵を切ったことを意味する。2021年度介護報酬改定、次期2024年度法「改正」もこの枠組みのもとで検討・実施されていくことになるだろう。

地域共生社会の実現に向けた対応の一環として、2020年通常国会で社会福祉法「改正」（3つの支援—「相談支援」「参加支援」「地域づくり支援」の推進）が予定されており^(※9)、それに付随させて介護保険法の一部「改正」が実施される。なお、「我が事・丸ごと」とは表記されていないが、政府の地域共生社会構想の本質は変わっていない。その下地にあるのは、自治体機能の再編・縮

図表6 今後の介護保険制度の改革イメージ



小を提言した「自治体戦略2040構想」である^(※10)。

3 介護保険制度の現状と課題

最後に、以上の経過をふまえた介護保険の現状と、今後必要とされる制度の緊急改善、及び抜本的改革に向けた政策課題について掘り下げたい。

（1）「介護保険20年」の帰結＝制度自体が危機的局面に

先にみたように、この20年、政府は一貫して「持続可能性の確保」を法「改正」の目的に掲げ、給付削減と利用者負担の引き上げを先行させる改革を推進してきた。その結果、介護保険は自身の「持続」を危うくする3つの危機的状況に直面している。2021年度「改正」による制度の新たな見直しは、現状の介護困難、制度矛盾をさらに拡大することになるだろう。

①制度の「機能不全」

介護を必要とする時に必要なサービスを受けられない、もしくは制限された範囲内でしか利用で

きないという事態の広がり、介護保険が「必要充足」を要請される社会サービス制度として既に重大な機能不全に陥っていることを示している。経済格差が介護格差に直結している事態も深刻である。可処分所得が低い所得階層ほど要介護出現率が高いという調査結果^(※11)は、低所得層ほど介護保険を利用する必要性が高くなることを意味するが、費用負担が足かせになり、サービスの利用から排除されている実態がある。このことは介護サービスをより必要とする層に必要な介護サービスが届かないという、現行介護保険の構造的な矛盾を浮き彫りにしている。家族の介護負担は減っておらず、「介護離職」は高止まりのまま推移しており、「介護心中・介護殺人」と称される痛ましい事件も後をたたない。一方、介護事業所では低介護報酬による経営困難が続き、改定を通した事業所の差別化・選別化も強まっている。

「いざという時に利用できない」「必要なサービスを提供できない」という状態は、利用者・家族、事業者の制度への信頼を失墜させている。保険料を支払っていても利用が制限される現状に対して、介護保険創設に関わった元厚労省幹部が「国家的詐欺」と厳しい批判を寄せたことは記憶に新

しい^(※12)。

②打開を見通せない担い手不足

2025年に33万人を超える介護職員の供給不足が見込まれており（第7期介護保険事業計画）、現在のみならず将来にわたって人手不足が続く。介護福祉士養成校では定員割れが生じており、学生が集まらず廃校に至った養成施設もある。要介護者本人や家族を支えるはずの地域の介護サービス基盤は大きく揺らいでいる。この背景に介護職員の給与問題がある。政府は、シニア層の活用や介護現場の「生産性」向上、イメージアップ、外国人の就労拡大などの介護人材政策を示しているが、肝心の処遇改善は小手先の対応に終始しており、現状では打開の方向を見通せていない。

特にヘルパー不足は深刻さの一途をたどっている。高齢のヘルパーが高齢者を介護している「老老介護」は日常的な光景になっており、実際50歳以上の訪問介護員ヘルパーが全体の73.0%を占め、20代は1.0%にすぎない^(※13)。介護業界ではヘルパーは「絶滅危惧種」とも称されている。訪問介護は、生活点で利用者を支える基本的なサービスであり、その担い手の枯渇は介護保険制度（地域包括ケアシステム）の崩壊を招きかねない重大問題である。

③このままでは財政破綻を招来

高齢者の介護保険料負担はもはや限界を迎えている。第7期の基準額平均は5,869円であり、市町村によってはすでに1万円に近い市町村もある。政府は2025年は8,000円を超える見通しを示している。介護保険料の未納・滞納者は増え続けており、2017年は過去最多の1.6万人に達している（このうち償還払い化、給付率の引き下げなどの制裁措置を受けたのは1.4万人）。このままでは、「介護給付費の増大に見合った介護保険料を確保できない」事態が早晩到来し、そもそも保険制度として維持できなくなる恐れがある。

政府は、給付を極限まで削りこむことで「持続可能性の確保」を図ろうとしているが、その行き着く先は「保険あって介護なし」どころか、「制度残って介護なし」というべき状態だろう。究極の「国家的詐欺」と言ってよく、介護保険に対す

る国民の信頼を根本から失うことになりかねない。

（2）求められる緊急・抜本的な制度改革

①当面の政策課題—新たな見直しの中止・撤回と処遇・介護報酬の改善

利用者に新たな困難を強いる補足給付の見直しなど2021年「改正」の実施を中止し、今後の見直しの論点として挙げられている「ケアプランの有料化」などの検討はとりやめるべきである。

介護従事者の処遇改善・確保は喫緊の課題である。介護職の給与は全産業労働者平均と月額10万円もの差があるだけでなく、昇給の度合いが極めて低い。政府は2009年以降の処遇改善策による給与改善額は「4.7万円相当」と説明しているが、賃金構造基本統計調査では介護職の所定内給与は「2.4万円」しか上がっておらず、全産業平均給与との差も1.7万円しか縮まっていない。すべての介護従事者を対象に産業平均賃金の水準を確保すること、その財源は介護報酬ではなく、かつての処遇改善交付金のように全額を国費で賄うことが求められる。現在の就業者が長く働き続けられる環境を整えることは、56万人に及ぶ潜在介護福祉士の復職を促し、介護の仕事に興味をもつ若者の背中を後押しすることにもつながるだろう。

事業所の経営難も放置できない。今春から介護報酬2021年改定の審議が開始されるが、基本部分の大幅な底上げは最大のテーマとなる。利用者の負担増に直結しない手立てを講じることも同時に求められる。

②「介護保険20年」の検証と制度の抜本的改革

介護保険は、「介護の社会化」に対する国民の期待とは裏腹に、1990年代中盤以降の政府の手による一連の構造改革のもとで、高齢者医療費の抑制、措置制度の解体による高齢福祉の削減、福祉領域での営利化・市場化の推進を目的に創設された。その達成のために、社会保険とはいうものの「負担なくして給付なし」を徹底させる「保険原理」の前面化、個別契約に基づくサービス費用の上限付き補償（現金給付）方式の採用、多様な提供主体としての営利企業の参入容認など、必要なサービスを保障する「必要充足」原則から乖離し

た、利用者・高齢者からいえば「構造的な欠陥」が最初から組み込まれて設計された。施行後は、「持続可能性の確保」の名による制度改革がこの欠陥を増幅させてきた。

高齢化に伴い、今後介護需要はいっそう増大していく。「介護保険20年」の節目にふさわしく、政府の責任で制度の全面的な検証を行い、「必要充足」原則を貫いた「真っ当な社会保険」に転換させる制度の再設計が求められる。これは住民本位の地域包括支援ケアを構築していく上でも不可欠である。

改革のポイントとなる点をいくつか挙げたい。介護保険料は定率・応能負担とし、年金天引きや滞納者に対する制裁措置は廃止するとともに、経済困難を理由とする法定減免制度の創設が必要だろう。利用料は廃止、もしくは低所得者の負担はゼロにすべきである。認知症の人と家族の会が早くから提唱しているように、現行の要介護認定システムは廃止し、それに付随する支給限度額（保険給付の上限）を撤廃する。サービス内容はケアマネジャーの裁量を高め、本人・家族と協議の上で決定する仕組みに変える。総合事業、介護予防事業、医療系サービスなどの給付体系の見直しや、特養建設費補助の復活など基盤整備に対する国の財政支援の強化を図ることも必要である。

なお、これらの改善は一足飛びにではなく、部分的・段階的な改革を積み重ねながら達成されていく。例えば、利用料廃止にまで至らなくても、所得に応じた利用料の軽減・免除が行われ、要介護5の支給限度額が大幅に引き上げられれば、低所得・重介護であっても在宅での生活を続けられる条件が広がるだろう。

以上を実現するためには、保険財政の構造を抜本的に見直すことが不可欠となる。現在は公費5割（うち国庫負担は調整交付金を除いて20%）、保険料5割（うち高齢者の介護保険料負担は現在23%、高齢者人口に応じて負担割合が増加）という構成比になっているが、高齢者の保険料を支払い可能な水準に抑え、同様に増大する介護需要に应运サービスを拡充させていくためには、高齢者の負担割合を圧縮し、国の負担割合を大幅に増やすしかない。

言うまでもないが、こうした介護保険の再設計

は、社会保障・税一体改革、全世代型社会保障改革の撤廃・中止を求める運動の中で追求される。

③現物給付方式への転換

とりわけ現在の個別契約に基づくサービス費補償（現金給付）方式を現物給付方式に転換させることは制度の根幹に関わる課題となる。現在の介護保険は、利用者と事業所との個別・直接契約に基づき、サービス利用に必要な費用の9割分（利用料1割の場合）を保険者（市町村）が利用者に支給する方式を採用（法41条等）。ただし実際はそのサービス費用は介護報酬として事業者が受領する（「代理受領」）。利用者は9割分の費用に残り1割分の利用料を加えて事業者に支払うことでサービスの提供を受ける。利用者と事業所の間では費用の対価として現物のサービスの受け取る形をとるが、保険者と被保険者（利用者）の間ではサービス費用の授受の関係となる。そのため保険者である市町村は、介護サービス費用を支給する責任を負うものの、そのサービス費が十分な水準か、利用者が必要なサービスを利用できているのかにまで関知する必要はない。この点に現行介護保険が公的責任の度合いが薄く、「必要充足」原則から乖離した制度となっている根本的な原因がある。医療保険と異なり、現物給付ではなく、保険給付の上限が自在に設定可能なのもサービス費を支給する方式だからである。

個別・直接契約方式を廃止し、保険者である市町村と利用者が契約し、市町村が必要な介護サービス保障に責任を負う方式に改める。介護事業所は、サービス費を介護報酬の形で代理受領するのではなく、市町村から事業の委託を受けて委託費を受けることとする。委託費は、人件費などの必要経費を賄いうる水準を確保する。

④あるべき介護保険、高齢者ケア保障制度の構築に向けて

高齢者介護の充実をめざす取り組みはこれにとどまらない。「危機的事態」に直面している介護保険制度に対して、高齢者介護保障の新たな制度的あり方を模索する議論も開始されている（※14）。

福祉国家構想研究会では、介護保険の改善・再設計を通して給付実績を積み上げ、現状の介護困

難を打開していく経過の中で、保険方式を採らない、全額公費方式による新たな高齢者ケア保障制度の構築を目指すことを対抗構想として提言した^(※15)。その根拠として、介護保険設計当時の想定を超えて高齢者の経済事情が著しく悪化しており、「保険原理」を前面に据え、高齢者からの保険料拠出（保険料の基準額の所得階層は本人＝市町村民税非課税）を前提にした現在の財政的枠組みが、これからさらなる増大が予想される介護需要に見合うものとなりうるのかという点が挙げられる^(※16)。また、リスクを分散させるべき保険方式において、費用の一部を現役世代が賄うにせよ、そもそも要介護リスクの高い高齢者のみを対象に設計したことへの疑義も改めて出されている^(※17)。

さらに保険方式である以上、給付の対象となる保険事故をあらかじめ想定する必要があるが、本来求められる介護（ケア）は、生活の一部として個々の価値観をふまえた個性・柔軟性に富んだ営みであり、想定した保険事故に合わせて給付の内容・対象を「定型化」することが要請される保険方式では、個々の利用者の状態に合わせた柔軟な給付が本来的に難しい。いわゆる「生活モデル」に対応する制度は、公費で運営すべきという問題意識がある。

政府の介護制度改革は広範にわたり、スピードも速い。利用者と家族は改革のたびに翻弄され、介護現場は日々目の前の対応に追われ、全体として閉塞感が広がっている現実がある。しかし、そのような状況におかれているからこそ、介護保険の抜本改革に向けた政策課題とともに、高齢者ケア保障制度の本来のあり方について多くの人たちと議論し共有し合うことが改めて重要になっていると考える。

【注】

※1）筆者は、福祉国家構想研究会での高齢者ケア保障構想の議論に加わり、現行介護保険制度の変遷と現状、改革提案の部分を主に担当させて頂いた。本稿の詳細については、『老後不安社会からの転換』（岡崎祐司編、大月書店、2017年）をご参照頂きたい。

※2）第2回未来投資会議（2016年11月10日）冒頭の安倍首相挨拶

※3）政府の地域包括ケア構想について、詳細は「地

域包括ケア研究会報告書」参照。地域包括ケア研究会は厚労省・老人保健健康推進等事業の一環として設立された。2009年以降これまで数次にわたり報告書を発表しており、政府の地域ケア構想を補完・リードする役回りを担っている。

※4）『「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）」（2017年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部）

※5）東京新聞 2019年12月17日付

※6）「見えてきた2021年度介護保険制度改革」（『日経ヘルスケア』2020年2月号）

※7）介護保険部会での審議の経過は、下記のサイトを参照（2020年2月27日閲覧）

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126734.html

※8）介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2019年12月27日）巻末の付属資料

※9）詳細につき、地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会「最終とりまとめ」（2019年12月27日）を参照

※10）総務省・自治体戦略2040構想研究会「第2次報告」（2018年7月）。新たな自治体行政の基本的考え方として、「スマート自治体へ転換」「公共私によるくらしの維持」「圏域マネジメントと二層制の柔軟化」等を提言している

※11）近藤克則『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか』（医学書院、2005年）

※12）堤修三「制度の原則を失いつつある介護保険」（シルバー産業新聞 2015年11月10日）

※13）全労連2019年度介護労働実態調査

※14）中央社協（中央社会保障推進協議会）は、認知症の人と家族の会等との連名で2021年度「改正」に対する緊急提言を発表するとともに、介護保険制度の抜本的改革に向けた政策議論を進めている

※15）前掲書『老後不安社会からの転換』参照。

※16）同様の指摘に、伊藤周平『「保険化」する社会保障の法政策』（法律文化社、2019年）113ページ

※17）堤修三「介護保険制度の20年を考える」（『文化連情報』2019年8月号）参照

（はやし やすのり、全日本民医連事務局次長）

共同組織とともに作る地域包括ケア

～『健康づくり・まちづくり手引書』作成の紹介～

山田 智

2019年12月22日 第1回日本地域包括ケア学会が、日本医師会の共催のもと、日本医師会会館で500人を超す参加者集め開催されました。

学会の理事長は埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授の田中滋先生で、地域包括ケアは高齢者だけでなく、何らかの支援を必要する人を幅広く対象とし、医療・介護・福祉の専門職だけでなく、地域社会全体で取り組む必要性を指摘されました。

副理事長は、産業医科大学公衆衛生学教授の松田晋哉先生で、先進的な地域包括ケアを科学的な方法論として確立、普及させるとともに、政策につなげることが、学会の取り組みとして求められる。

さらに、共催した日本医師会の横倉義武会長は、「人生100年時代にあって全世代型の地域包括ケアの構築が進められている。まちづくりが地域包括ケアの本質であり、地域の特性に応じた対応が必要。住民を主人公として、専門職としての連携協働が求められている」と祝辞を述べ、学会への期待を寄せられました。医療維新より引用。さらに詳しくは、<https://www.m3.com/news/iryoishin/718241>をご覧ください。

本題に入り、私に与えられたテーマ「地域包括ケアと地域の動き」について、ここでは2019年12月7日～8日、北九州市立大学において開催された、日本医療福祉学会で発表した「共同組織とともに作る当法人の地域包括ケア』『健康づくり・まちづくり手引書』の作成をまとめました。

はじめに

いまや「国策」とまでなったといわれる地域包括ケアですが、「地域包括ケアはわかりにくい、誰がどのように取り組めばよいかわからない。」などの声がいまだにあります。したがって今回、

本研究では、1. 地域包括ケアにかかわる情勢として、高齢化社会の問題点と地域包括ケアについて報告。2. 「国策」とまでなった地域包括ケアでは、地域包括ケア研究会の報告書に基づき、その歴史的経緯・「進化」について報告。さらに第1回地域包括ケア学会の内容も紹介し、民医連の地域包括ケアを報告します。3. 地域の動きでは、民医連の進んだ地域包括ケア実践例として、二つの健和会（東京健和会と北九州健和会）の取り組みを紹介し、最後に「共同組織とともに作る当法人の地域包括ケア」と題し、わかりやすい、地域包括ケアシステムの構築につなげるために、当法人（中野区の健友会）が共同組織とともに作成した、『健康づくり・まちづくり手引書』を紹介します。

1. 高齢化社会の問題点と地域包括ケア

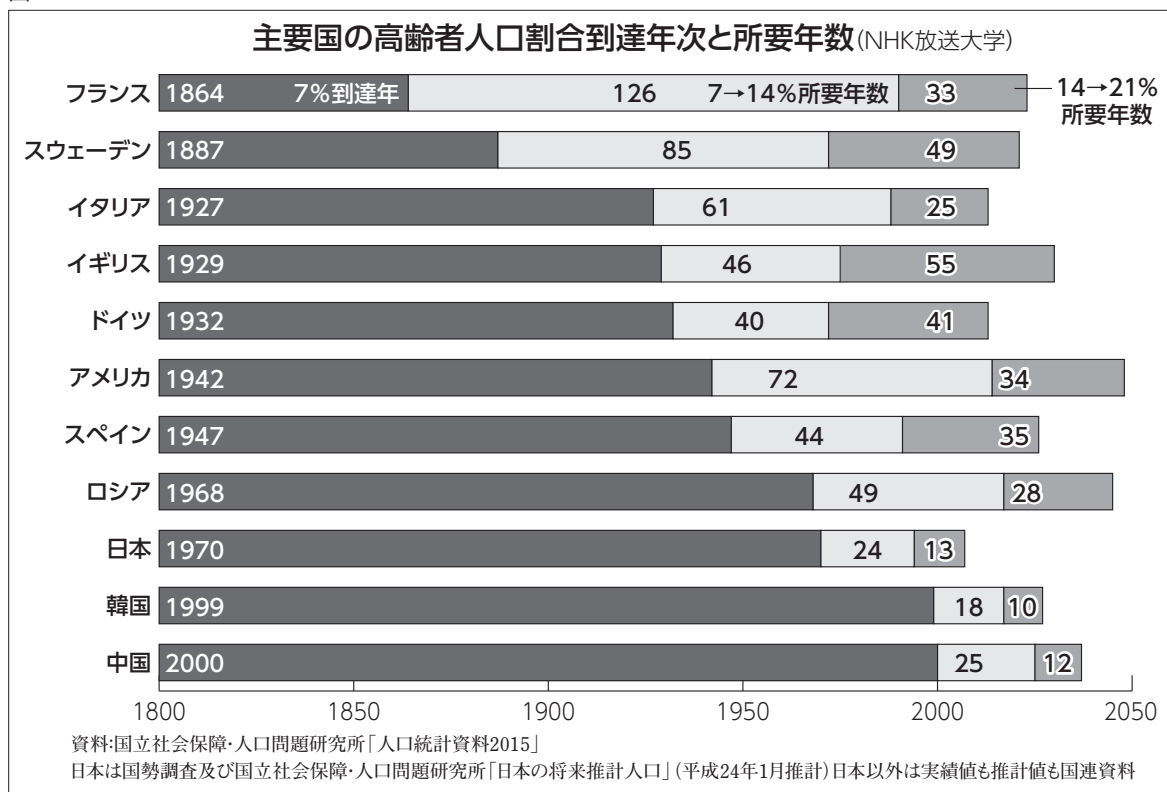
高齢者（65歳以上）の人口が7%に達したときを高齢化社会、14%以上を高齢社会、21%以上を超高齢社会とされていますが、2005年世界の平均が7.0%、世界全体が高齢化社会となりました。特に先進国では15.3%まで進行し、高齢化社会から高齢社会になっています。

日本は世界に類のないスピードで高齢化社会から高齢社会にわずか24年で到達し（図1）、2007年には超高齢社会になりました。半世紀以内で高齢者人口が3倍に増えた国は、欧米先進国などでは例がなく、日本の高齢化の進行がいかに速いかがわかります（参考：増田雅鴨『世界の介護保障』2009年法律文化社）。

世界に類を見ない日本の高齢化ですが、高齢化社会の問題点を、厚生労働省は次の5点としています。

①後期高齢者の増加。2018年75歳以上の後期高

図 1



齢者は1,798万人（全人口の14.2%）、前期高齢者1,760万人（同13.7%）となり、後期高齢者が初めて前期高齢者数を上回りました。要介護高齢者数が増加する、と言えるのではないのでしょうか。

②高齢独居・夫婦のみの世帯数の増加です。介護力がない、あるいは弱い世帯で、経済的にも困難を抱える世帯が増加します。

③認知症高齢者の増加、2025年700万人になるとしています。地域での見守り、家族への支援を必要とする要介護者が増加します。そのため厚生労働省は、オレンジプラン、新オレンジプラン、認知症大綱などの施策を次々に打ち出しています。地域包括ケアは、認知症ケアモデルとしても作られたと言われています。

④都市の高齢化、東京都、大阪府、神奈川県、埼玉県、千葉県、愛知県、北海道、兵庫県、福岡圏の大都市に約6割が集中します。

中でも2010年から2025年に後期高齢者が増加する上位5県は、東京都74.3万人、神奈川県69.2万人、大阪府68.5万人、埼玉県58.8万人、千葉県

52.0万人、愛知県50.6万人、大都市だけで、373.4万人の後期高齢者が増加するとされています。そのため、地域包括ケアは主に都市の問題だとも言われています（図2）。

⑤多死社会、2006年死亡者数は108万人であったものが2030年165万人まで増加するとしています。死亡前の医療費が高額なので、自宅での死亡割合を増やしたいとする意見は、今でも聞かれますが、2014年地域包括ケア研究会報告書からは、必ずしも「在宅」での死亡割合を増やすことにこだわりはなく、「居宅生活の限界点を高める」、できるだけ住み慣れた家で長く過ごし、最後の短い期間は病院・施設への入所でもかまわない、と言っているかのようです⁽¹⁾。

しかし、病院・病床数や施設数が人口比で圧倒的に少ない大都市部では、2013年の都道府県別自宅死亡割合は東京16.7%でトップになり、以下兵庫16.4%、千葉15.8%、神奈川15.5%、大阪15.5%の順と、自宅での死亡割合が少しずつ増加しています⁽²⁾。

図 2

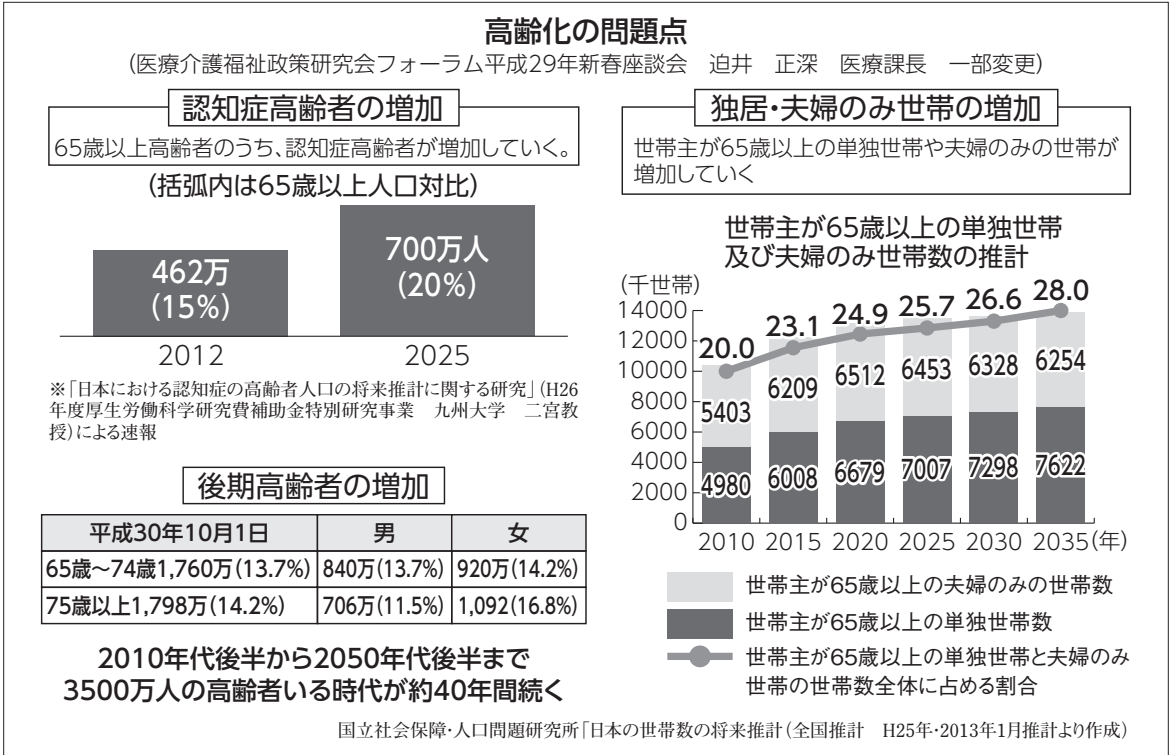
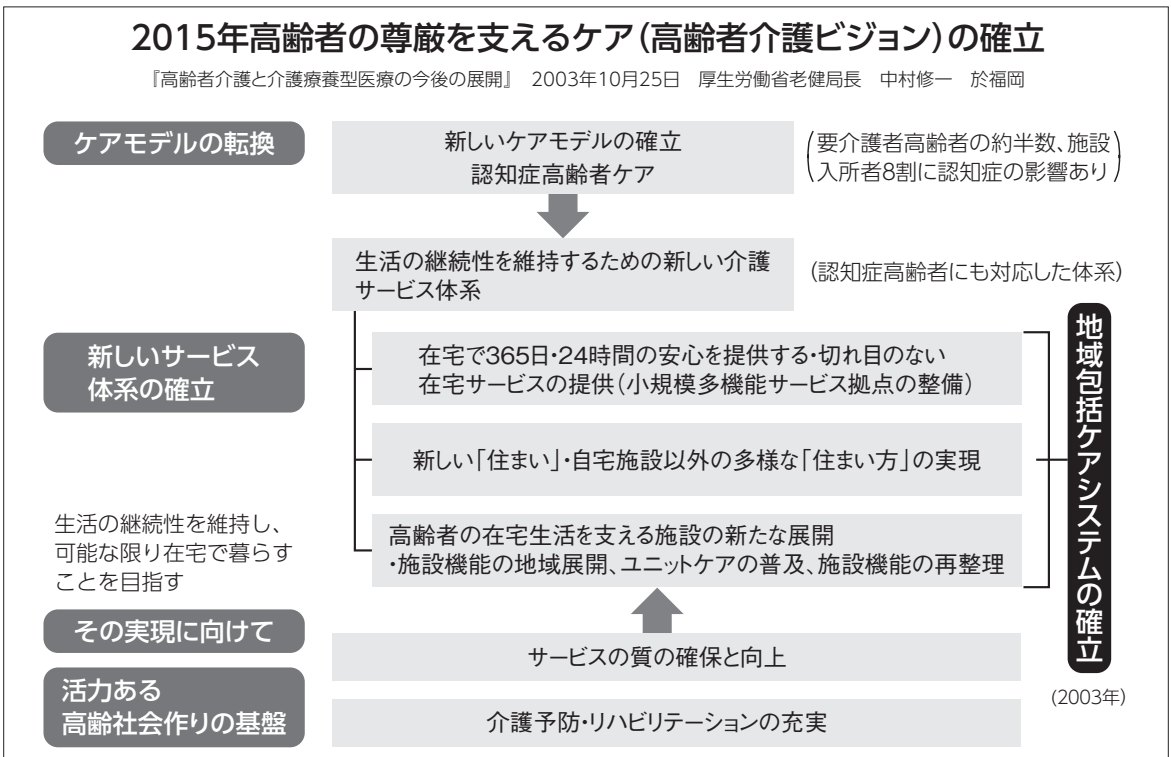


表 1



したがって、大都市部における病院・施設、在宅医療の連携が死亡数の増加の対応に絶対的に必要になります。このような高齢化社会の問題の解決のために、地域包括ケアが作られたといっても過言ではないでしょう。

2. 地域包括ケアの歴史的経緯 ・「進化」

表1は地域包括ケアの実践課題です。地域包括ケアシステムが、厚生労働省の公式文書に初めて記載されたのは2003年でした。当初、2015年高齢者の尊厳を支えるケア（高齢者介護ビジョン）の確立の中で提起され、認知症ケアのモデルとしても作られたものでした。

当時、療養型病院院長、介護老人保健施設の施設長を兼任していた筆者は、在宅で365日・24時間の安心安全を提供する、小規模多機能型拠点の整備、あたたかい「住まい」などの提起は、高齢者介護にとって、欠かせないものが出来ると一人期待したものでした。

しかし、この地域包括ケアの用語は、2004年から2008年まで、全く使われなくなってしまいました。このことに対して筆者は、以前老健局長であった方に直接お話を聞く危機を得ましたが、「介護療養病棟を作らなければならなかったことと、コムスン問題の対応におわれ、手が回らなかった」ことなどを教えていただきました。同じことが先の二木立先生の著書にもありました。

その後、地域包括ケアは地域包括ケア研究会（老人保健事業）で再登場し、これまでに表2のような報告を行っています。

この報告内容の変化を、座長の田中滋先生は進化と呼び、進化の内容について、これまでのロゴマークの内容を引用しながら（図3）、地域包括ケアの概念について説明しています。

「地域包ケアは議論を重ねる過程で徐々に変貌を遂げてきました。当初は医療、介護、予防、生活支援、住まいのそれぞれが等しく重なり合う5輪の花イメージだったのが、住まいと住まい方が基本で、その上に医療や介護が行われる考え方になり、新しい植木鉢図では、一番下の皿として、

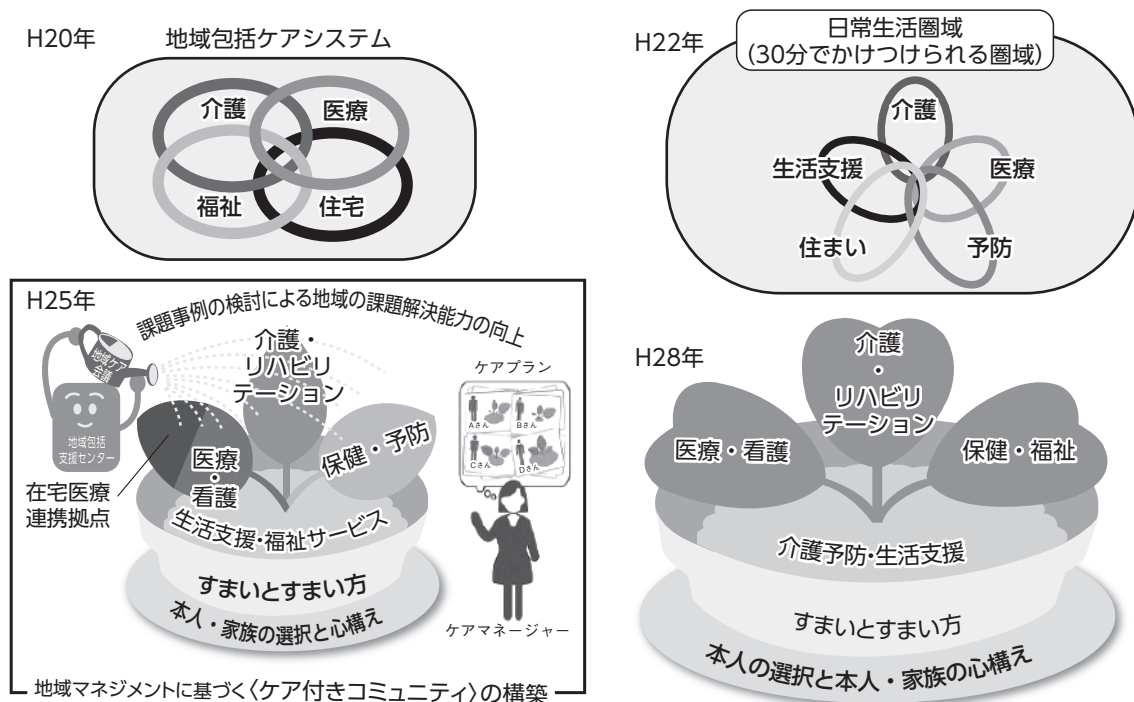
表2

地域包括ケアシステム研究会報告書に見る地域包括ケアシステムの歴史的経緯 (老人保健健康増進等事業)

1989～1999年	高齢者福祉10か年戦略ゴールドプラン
2003年	2015年高齢者の尊厳を支えるケア（高齢者介護ビジョン）の確立 地域包括化ケアシステムを初めて明記（2025年を目標）
2008年度	今後の検討のための論点整理
2009年度	地域包括ケアシステムに関する検討： 地域包括ケアの定義 地域包括ケアシステムを支える人材の検討
2012年度	地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点： 「自助」「互助」の強化
2013年度	地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業： 「規範的統合」
2014年6月	医療介護総合確保推進法に明記
2015年度	地域包括ケアシステム構築に向けた制度（2040年を展望）及びサービスのあり方に関する研究事業： 「進化する植木鉢」
2017年度	2040年に向けた挑戦（2040年を目標）
2018年度	2040多元性社会における地域包括ケア2018年度： 参加と協働

図 3

ロゴマークにみる地域包括ケア



本人・家族の選択と心構えを置き、その上に植木鉢にあたる住まいと住まい方、さらに土に相当する生活支援、福祉サービスが整備され、初めて医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防の3枚の葉である、専門職の仕事が存在する形に進化した。」さらに、地域包括ケアは2025年以降の世界を想定して検討されていますが、(2015年の報告書は2040を展望、2017年からは2040年を目標にする) 必ずしも重度の要介護者、あるいは在宅医療を必要とする、高齢者だけのプランではありません。むしろそのような高齢者は、3,600万人の中の一部にしかすぎません。この考えの中心は、「何らかの支援があれば、地域で自立して生活していける方々ためのシステムであるとの理解です。」さらに言えば、地域包括ケアシステムは、高齢者に限らず、生涯を持つ人や子供、あるいは、その親など、何らかの支援を必要とするすべての人たちの仕組みでもあります。表現を変えれば「住みやすい街づくり」といってもいいでしょう。『変貌を遂げる地域包括ケアの概念』NK Newsletter 第18号2014年全文引用) と進化を表現しました。

さらに先にも紹介した、第1回日本地域包括ケア学会において、地域包括ケアは「歴史の流れ、時代環境の変化に応じて必然的に生まれたものであり、進化(深化)している」と説明。ここでいう「歴史の流れ」とは、医療システムの進化により、平均寿命が延び、要介護者が増えてきたという社会的ニーズへの対応策として、地域包括ケアは生まれてきたという意味であり、「包括」は当初、介護ニーズからの視点だったが、「元気な時だけでなく、弱ってからでも、医療が必要でも、看取り時であっても」「赤ちゃんから高齢者まで、障害の有無を問わず」「国籍や生まれ、性的志向を問わず——」と、対象とする範囲が広がり、進化してきたと述べました(同:医療維新より引用)。

どうも、すべてを自助・互助の地域包括ケアでみろと言われても大変ですよと言いたくもなりますが。

2014年の報告書の注目すべきものとして、二木立先生は急性期医療・病院の役割が初めて明確に示されたこと、先にも上げた、在宅での看取りから、最後の2週間程度は医療機関での看取りもあ

りとしたこと。特養などの入所施設を「重度者向けの住まい」と位置づけた点を進化として挙げています(医事新報N0.4703)。地域包括ケアは当初、老健などの施設ケアを評価していませんでしたが、これも進化といえると思います。

そのほか各報告書の中で新しい概念などのキーワードを表2に示しました。

民医連の地域包括ケア

民医連が目指す地域包括ケアは、憲法25条に裏打ちされた「無差別・平等の地域包括ケア」です。お金のあるなしに係わらず、必要な医療、介護・福祉、住まい、生活支援が切れ目なく提供され、住み慣れた地域で、その人らしく、人間らしく暮らし続けることを保証する体制です。そして、「誰もが、健康で最後まで、安心して住み続けられる」まちづくりとして取り組む課題であり、高齢者だけにとどまらない、子ども、子育て世代、障害者、親を介護している現役世代もふくめ、全世代に係わるテーマで、共同組織と一体になって推進します、となっています。

3. 地域包括ケアと地域の動き

民医連での進んだ取り組み、二つの健和会

東京健和会を中心とする、東京・東都保健医療福祉協議会の取り組みは、全国における、地域包括ケアシステムの展開の先駆けとなりました。1976年に行った「寝たきり老人実態調査」は足立区における高齢障害者の調査であり、この調査結果をもとに、住み慣れた街で、「地域の人を守り、最後まで看取る」「地域をベッドに」を合言葉に福祉・介護事業を開始しました。1992年には東京都第1号の訪問看護ステーションを開設。1994年にはファミリーケアを設立し24時間巡回型ケア、入所施設も開始、「重い障害や手厚い医療・介護が必要でも、住み慣れた地域に住み続けたい。その願い・要求に応えるために、私たちは24時間365日、地域での生活を支援できるネットワークを開発・発展させる」の実践理念のもと、入所施設、小規模多機能型施設、さらに民医連初の介護福祉校も有しています。

地域を分析し、地域実態からの地域包括ケアシ

ステムの健和会の実践は、民医連だけでなく、全国のモデルともいえます。

北九州・健和会の地域包括ケアシステムは地域の医療・介護施設とのネットワーク形成と、法人内ネットワーク形成が特徴です。

北九州の救急医療の中核となる大手町病院には「高齢者支援病棟」があり、地域の介護老人保健施設、介護老人福祉施設などに入所中の方が、いつでも安心して救急入院できる病棟として、地域連携をはかっています。

道路を挟んで隣には大手町リハビリテーション(以下リハ)病院があり、回復期、慢性期の方を受け入れています。リハ病院のすぐ後方には複合型介護施設があり、高齢者向け優良賃貸住宅、デイサービス、訪問診療専門の診療所、訪問看護ステーション、ケアプランセンター、ヘルパーステーションなど、地域包括ケアシステムの中心となる在宅診療機能が集中しています。さらに保育園も有し、「子供、障害者、高齢者」「急性期病院、回復期・慢性期病院、住まい、在宅」など地域・法人内ネットワーク形成は地域包括ケアシステムの実践といえます。

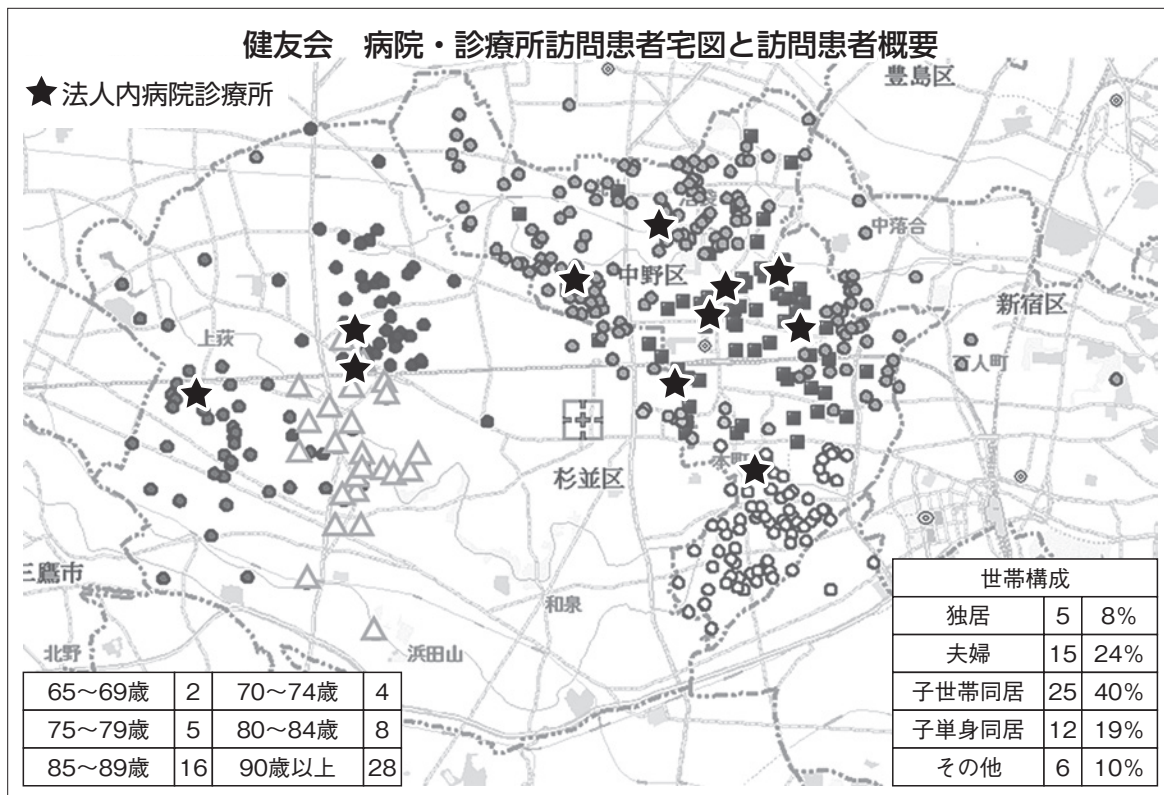
4. 共同組織とともに作る当法人の地域包括ケア

健友会の地域包括ケア推進委員会は、第41回定期総会の運動方針ある、「安心して住み続けられるまちづくり運動を本格的にすすめよう。」その実践として作られました。それは同時に民医連綱領の実践でもありました。

委員会は月1回(当初は月2回)1時間で開催。メンバーは当初、健友会理事会の理事を含む共同組織の役員5名、理事長、専務、看護師1名、事務2名、途中から医学生対策事務1名で開始されました。

はじめは大胆にも、中野区の地域包括ケアシステムに何が必要なのかの学習から始め、地域分析としては、「みんなで、法人内の在宅療養患者が、自宅生活を続けるために必要な条件と、生活支援内容を知ろう」、と訪問によるアンケート調査を行いました。調査は2015年10月～12月の2ヶ月で行いました。

図 4



在宅療養患者468件の住所と所在地です(図4)。法人の事業所のないところでは空白地が多いのがわかりました。

高齢患者会の役員の方々との共同の訪問調査のため男性21名、女性42名、計63名と少ないのですが、高齢者が多いこと、同居者が多いことなどもわかりました。

9割の方が現在の住まいに住み続けることを希望し、今後利用したいサービスとして、災害対応システム(28%)、緊急対応システム(14%)、配食サービス(14%)、話し相手(9%)などの順となっていました(図5)。

他の調査では安否確認の「みまもり」を求める声が多く「みまもりネットワーク」を作ることが課題となりました。

次に法人各診療所内で行われている食事会など、介護予防事業につながると考えられる取り組みに関する調査を行いました。

これら各院所でのこれまでの取り組み調査を振り返った時、「自分たちの取り組み活動、それ自

体が安心安全のまちづくりにつながっているのではないかと、地域包括ケアシステム構築につながっている。」の意見が出され、取り組みをさらに広げるために、地域包括ケア実践手引書にまとめる

図 5

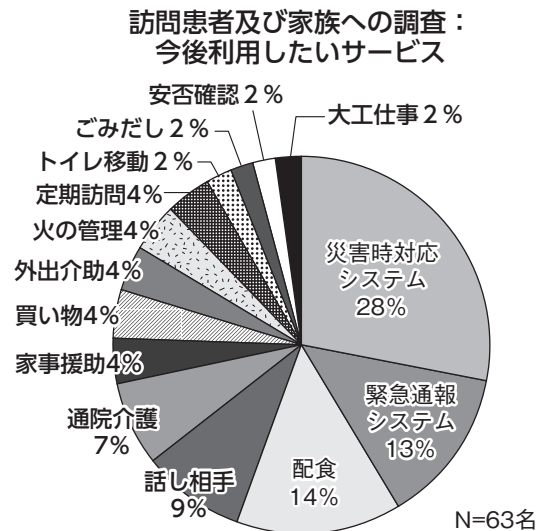
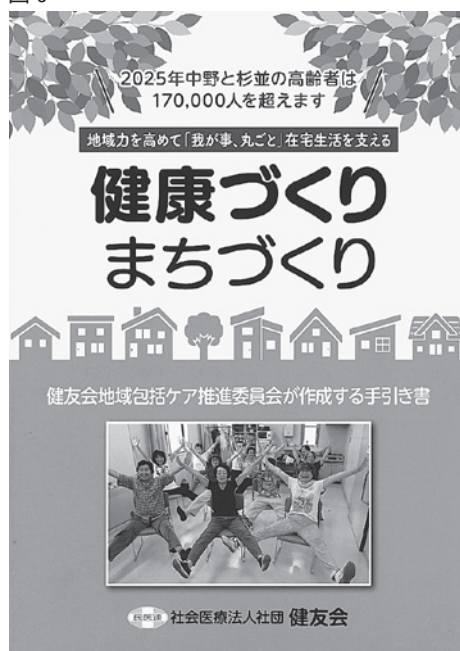


図 6



ことになりました。

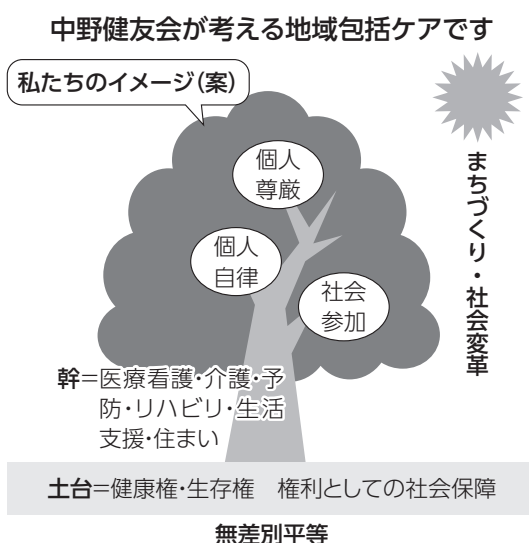
手引書作成に当たっては、地域包括ケアシステムに係わる多くの成書が、地域包括ケアの概念から始まるのにたいして、私たちの手引書の特徴は、共同組織の方の「自分たちの活動から入り、それがすなわち、地域包括ケアシステムの実践だった」にしたいという意見がだされ、一味違う手引書となりました（図6）。

私たちの描く地域包括ケアシステム概念図も作り上げました（図7）。

課題だった第2弾も印刷に入ります。報告内容はこの2年間での活動内容の広がりを紹介しています。前回同様、中野区長、医師会にも届けます。

最後に私たちの活動に対して、民医連第44回総会方針（案）の事業所と共同組織の取り組みの広

図 7



がりで、「東京・健友会の地域包括ケア推進委員会では、職員と共同組織の人がいっしょに学習し、地域診断行い、その結果を自分たちの活動やまちづくりのとりくみにいかしています。」と記していただいたことを報告します。

引用文献

- （1）二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房，8－9頁，2015年
- （2）同 11頁，2015年

参考文献

二木立『安倍政権の医療・社会保障政策』勁草書房，2014年

（やまだ さとし、中野健友会 中野共立病院）

介護保険で何が変わったのかーケア保障のためのソーシャルワーク

末永 睦子

はじめに

介護保険制度が施行されて20年が経過した。筆者のソーシャルワーカー人生の3分の2近くが介護保険と共にあったことになる。介護保険以前を知らない人の方が多くなり、介護保険制度によってはじめて介護が制度化されたと思っている人もいるので、あらためて介護保険への移行期のことを振り返ってみたい。

介護保険制度が施行される約1年前の1999年2月に、国民医療研究所と医療団体連絡会議の共催で「高齢者の保健・医療・福祉を考えるシンポジウム」が開かれ、筆者もパネリストの一人として、高齢者または障害のある人の暮らしや公的責任がどう変化するかについて報告した。少し長くなるが、『国民医療研究所ニューズレター』¹に掲載された文章を引用させていただく。「自治体のヘルパーやケースワーカーの方たちを中心にして蓄積されてきた、ホームヘルプをはじめとした在宅ケアの実績が、介護保険という制度の変更で失われるとしたら大変残念…。まして、市場に委ねられるようなことになっては、地域での生活を守ることができない…。利用者の個性性を重視するためにも、現場の裁量権を保障する仕組みこそが求められている。」あらためて読み返してみると、当時の予想が的中したことを思い知らされると同時に、今なお介護保険が改悪されながら継続していることに忸怩たる思いである。

実際に介護保険制度が施行されると、病院のソーシャルワーカー（以下 MSW）とケアマネジャーを兼務することになった筆者の目の前の景色ががらりと変わった。それは、情報をいち早く入手し契約に結び付ける力のある人たちが前面に表れ、自ら権利を主張することが困難な障害のある人や、貧困・低所得層にある患者さんたちが後景に退いたという感覚であった。

数年後に倒産することになるコムスの担当者

との忘れられないエピソードがある。制度発足当時「複合型」という身体介護と家事援助の中間の報酬設定があったのだが、支給限度額内に収めるために、身体中心を複合型にできないか相談した時のことである。担当者は「サービスを売っているのであって、福祉をやっているわけではない」と、にべもなく断られた。その理由が「サービスを売っている」からだとは、介護保険によって社会福祉が市場化され「サービス」に変わったことを言語によって確認した瞬間であった。

本稿では、介護保険によって現場がどう変わったのか、現行制度で可能なケアとその前提となるアセスメントの実際、高齢者のみならず障害のある人のケア保障について、ソーシャルワークの視点から述べてみたい。

1. 介護保険移行期の混乱…不利益変更をさせないために

介護保険制度以前は、課税世帯への厳しい費用負担と基盤整備の遅れによって、特別養護老人ホームへの入所はもちろんのこと、ホームヘルパーの利用についても事実上利用は困難であった。それが所得に関係なく一律1割（当初）の負担で利用できるようになったということで、介護の社会化が実現したと考えた人も少なくなかったであろう。そのことを否定するわけではないが、一方で、それまで費用負担なしで必要なケアを受けていた低所得層にとっては、まさに死活問題と言える状況に陥ることになったのである。

障害者制度から移行した一例を紹介する。透析通院していたAさんは、脳梗塞後遺症で歩行障害も進行したため、通院しやすいように病院近くのアパートに転居したばかりだった。病院の送迎がなかったため、ヘルパーが車いす介助で送迎の支援を行っていた。その他三食の準備や排泄ケアなどのため毎日3回ほどヘルパーが訪問し、排便コ

ントロールのため週1回の訪問看護も利用していた。介護保険に移行すると、限度額の制約から通院介助のヘルパーをケアプランに組むことができなくなる。看護師の訪問も1時間から30分に削らざるを得なくなった。Aさんは腎臓と肢体不自由で身体障害者手帳を取得していたため、介護保険以前は、ヘルパーは障害者福祉制度を利用していた。65歳に達してはいなかったが、2号被保険者で、脳梗塞も糖尿病性腎症も特定疾病に指定されているため介護保険が優先されることになった。透析通院は文字通りAさんにとっての命綱である。介護保険への移行期には、Aさんのように、それまで保障されていた給付が削られるということが続出した。憲法25条第2項は「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、社会福祉の後退を認めていない。介護保険法自体が憲法違反の要素を多分に含んでいるわけであるが、とにかく目の前の人の命と暮らしを守るために、不利益変更を許さない闘いを強いられることになった。障害者福祉課との交渉によって、障害者制度との併給を認めさせ急場を乗り切った。現在の障害のある人のいわゆる「65歳問題」は、介護保険制度への移行期に、40歳以上というより若い段階で一つの山場を迎えていたとも言えるのである。

次にケアプランについてであるが、制度発足当初、筆者が勤務していた病院のケアマネジャーは筆者の他は全員が看護師であった。ケアマネジメントに不慣れということもあり、インテーク面接は筆者が行い、担当を振り分けた。具体的には、経済的な事情や家族問題、精神疾患などの課題を抱えている人についてはMSWが継続して担当し、そのような課題があまりないか、課題が一定クリアできた時点で看護師に移行した。個人任せにせず、集団で対応できるよう心掛けた。初めて在宅療養となる退院支援にあたっては、診療圏外の地域に退院される場合、つまり筆者を含め自事業所では居宅介護支援を担当しないケースでも、介護保険以前同様にケアプランを立てた。高齢者福祉及び障害者福祉が介護保険制度に変わったため、ケアマネジャーの選任のみならず、ケア内容とそれを可能にする介護事業所の選定、さらに支給限

度額の制約が加わってのケアプラン案を準備するということは、正直なところかなり厳しいものがあったが、患者さんの生活を守るために必死だった。

介護保険施行前は、当該自治体のケースワーカーや公務員ヘルパー、自治体の保健師と連携を取り、カンファレンスを開催し合同でケアプランを作成して在宅療養を支援していた。在宅介護支援センターでソーシャルワーカーをしていた時も、院内か院外かの違いはあったが、スタイルが大きく変わることはなく、むしろ法人に縛られることなく、地域ケアのコーディネートができていた。

MSWの仕事も、介護保険の前後で変化した。介護保険によって創設された介護支援専門員（ケアマネジャー）は、あらゆる国家資格をベースに5年の実務経験が受験資格の条件とされたため、5年以上の経験のあるMSWの多くが受験し、専任または兼任のケアマネジャーとして従事することになった。2000年以降に入職したMSWは、退院支援にあたって、在宅介護支援センター（その後地域包括支援センター）にケアマネジャーの選任を依頼するか、自ら選任したとしても、ケアプランは担当ケアマネジャーに任せるということが一般的となっていった。入退院支援に診療報酬が算定できるようになり、社会福祉士の採用が増えたことは評価に値するが、大病院を中心に看護師による退院支援が一般的になりつつある昨今、転院先を探すことがMSWの業務のかかなりの部分を占めるようになってきている現実を見るにつけ、その業務のあり方について、あらためて問い直す時期にきているのではないだろうか。

2. その人らしい生活を保障するケアプランとアセスメントのプロセス

介護保険施行直前の1998年に全日本民医連が実施した「介護老人実態調査」では、安定した家庭介護の条件として①収入が生活保護基準の2倍以上、②住宅が持ち家である、③既婚の子供と同居している、の3点が挙げられ、それら全ての条件を満たす人は15%に満たず、施設利用への希望が極めて高いという結果であった。

一方、厚生労働省が2010年にインターネット上で実施した意見募集結果⁵⁾によれば、「介護の希望」について本人で最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」が46%で、次が「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」が24%であった。家族では「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい」が49%、「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」が27%であった。介護保険施行前と比較しても、自宅での生活を希望している人が多いのは、在宅でケアを受けながら生活するということが一般にもイメージできるようになったことによるとと思われる。

要介護状態で在宅療養を開始する契機として、何らかの疾病や骨折などの外傷での入院がある。退院前カンファレンスも定着してきた。しかし、在院日数の短縮化が進む中で、安易に療養病床への転院や有料老人ホーム、サ高住への入居を勧めることが多くなっている。ケアマネジャーが「家族に介護力がないから」と、入院期間の延長を求めたり、自宅退院を拒否したりする事例もあると聞く。

MSW 等の病院関係者の多くが、前述の「安定した家庭介護の条件」に縛られ、未だに家族介護を前提とした在宅ケアしかイメージできていないのかもしれない。以下に、アセスメントのプロセスとケアプランの実例を示す。

(1) 介護離職を回避して、誰も犠牲にならないために

事例1 重度の脳梗塞で入院したAさんの退院先は～介護離職か施設入所かで悩む家族への支援
〈プロフィール〉

Aさん、70代、女性、持ち家で、夫と2人の娘（いずれも仕事あり）との4人家族、日中独居
〈経過〉

脳梗塞で急性期病院に入院した後、回復期リハビリテーション病棟へ転院。重度の右マヒで日常生活のすべてに介助を要する状態に加え、全失語でコミュニケーションも困難。訓練を続けても介助量の軽減は望めなかった。家族は全員が仕事を

もっているため、施設入所を選択せざるを得ないとの意向だった。病棟でのAさんの様子は、慣れないケアスタッフに対して警戒心が強く、不安な表情を浮かべることが多かったが、家族が面会すると、表情が和らいだ。MSWは、言語表現こそできないものの、Aさんは自宅に帰りがたっているのではないかと推察した。

MSWから相談を受けた筆者は、家族が仕事を続けながら本人と一緒に暮らせるケアプランを提示し、自宅退院を提案した。すると、本人への申し訳なさのためか面会が遠のきがちだった家族の気持ちに変化が生じた。本人との面会の頻度も上がり、看護師からの介護指導を積極的に受けられるようになった。

Aさんは介護保険の「要介護5」の認定に加え、身体障害者手帳1級を取得し、障害者総合支援法で最重度の「障害支援区分6」と認定された。介護保険と障害者総合支援法の居宅介護を併給できるよう障害者福祉課と協議し、身体介護50時間の上乗せ給付が決定した。退院当初は、夜間休日など、家族が在宅しているときもヘルパーが介護を行ったが、ヘルパーによる介護指導を続けた結果、家族は介護に自信が持てるようになり、家族が在宅している時間帯にヘルパーの訪問は必要なくなった。上乗せ給付も30時間程度に減らすことができた。

最終的な週間計画は図表1の通りである。家族が不在となる日中の食事と口腔ケア、排泄ケアを目的とした訪問介護（ヘルパー）、訪問看護による排便コントロールや病状観察、通所でのリハビリや入浴介助、通所の送り出しなどを組み合わせ、夜間と休日は家族介護を前提とした必要最小限のケアプランであるが、それでも介護報酬に換算すると50万円を超える。「要介護5」の区分支給限度額では、週3回の通所リハと週2回の訪問看護、ベッドやリフトのレンタルを加えると、訪問介護は週3回程度しか利用できない。表の塗りつぶしの部分の「居宅介護」が障害者制度であり、ヘルパーの訪問のほとんどがそれに当たる。加えて、特に重度の障害がある人の場合は、医学的な管理が欠かせない。訪問診療の他に訪問歯科診療で専門職による口腔ケアも重要である。年に数回ほど風邪症状や発熱、嘔吐など体調を崩すことはある

図表1 Aさんの週間サービス計画表

		月	火	水	木	金	土	日	ケア内容
午前	8:00	居宅介護	居宅介護	居宅介護	居宅介護	居宅介護	居宅介護	家族介護	排泄ケア／ 食事介助(家族)
									排泄ケア
	10:00	居宅介護		居宅介護		居宅介護			排泄ケア
午後	12:00	訪問介護	デイケア (入浴介助)	訪問介護	デイケア	訪問介護	デイケア (入浴介助)	家族介護	食事介助／ 排泄・口腔ケア
	14:00								
		訪問看護		居宅介護		訪問看護			排泄ケア
	16:00								
夜間	18:00	居宅介護	居宅介護	居宅介護	居宅介護	居宅介護			排泄ケア
	20:00								排泄ケア／ 食事介助(家族)

*上記以外に、訪問診療（2回／月）、臨時往診あり。訪問看護も24時間の緊急時訪問あり。訪問歯科診療（1回／週）
介護用ベッド・車いす・リフトのレンタル

が、訪問看護やヘルパーとの連携で肺炎等の予防もできているため、退院後5年以上再入院することなく、家族と笑顔で食卓を囲み、安定した生活が送れている。

（2）自律（Autonomy）を保障するために

事例2：脳出血による重度の高次脳機能障害をきたした若年者のリハビリと生活の場所

〈プロフィール〉

Bさん、40代、男性、単身、会社員、住居はエレベーターのない3階のアパート（学生向けのワンルーム）

〈経過〉

脳出血の術後、回復期リハビリテーション病棟へ転院。重度の右マヒに加えて、高次脳機能障害による失語や注意障害も著明で危険回避能力が低下している。退院支援の困難さが予測されたため、転院直後にMSWより紹介があり介入し、要介護認定と同時に身体障害者手帳を申請した。易怒性が強く、ST（言語聴覚士）は評価すらできなかった。コミュニケーションが取れないため、入浴介助その他のケアに対する拒否も強かった。回復期リハビリテーション病棟の入院期間としては最長の180日間訓練したとしても、重度の障害が残り、住環境や単身といった条件を加味すると、現住所への退院はリスクが高すぎると判断せざるを

得なかった。

高次脳機能障害の回復にはかなりの時間を要する。住環境の問題がなく家族の協力が得られるケースでは、外来通院でのリハビリの継続が可能となるが、Bさんの場合はその条件がない。都内で唯一の高次脳機能障害を中心とした自立訓練施設を経て地域移行を目指すことにしたが、空きがない。回復期リハビリテーション病棟は入院期間の制限がある一方で、リハビリ目的の入所施設はほとんどなくなっている。老人保健施設で訓練を継続しつつ待機することにしたが、入所者は高齢で、40代はBさんのみだったため不満が大きかった。

老健施設での半年間のリハビリを経て障害者自立支援ホームに入所し、地域移行に向けて訓練を継続した。1年後に、1階でバリアフリーに近いアパートを設定し、一人暮らしを再開した。この間のコーディネーターは、自治体の障害者福祉のケースワーカーと協力しながら筆者が担当した。実に2年間、報酬を算定できなかったが、系列の病院の退院支援であるということと、診療所の訪問診療をはじめ我々のケアチームの未来の利用者であるという理由で、管理者の理解が得られたことはありがたかった。その後Bさんは都営住宅に転居し、サポートを受けながら自身で目標を設定し、穏やかに一人暮らしを続けている。

〈活用した社会資源〉

- ・所得保障：傷病手当、障害厚生年金、特別障害者手当、障害者福祉手当
- ・障害者総合支援法：自立訓練施設、高次脳機能障害専門的就労継続支援B型事業所、移動支援
- ・介護保険：老人保健施設、訪問看護、訪問介護、介護ベッド、手すり等
- ・医療保険：訪問診療、訪問歯科診療
- ・その他（法外）：区立障害者福祉センターでの理学療法、作業療法、言語聴覚療法
- ・地域福祉権利擁護事業（社協）で契約や金銭管理の支援

3. ソーシャルワークと公的責任

（1）必要性を増すソーシャルワークの専門性

筆者はMSWとして病院で勤務していた時も「ソーシャルワーカー・イン・ホスピタル」を意識していたし、専門領域にかかわらずソーシャルワーカーであろうと努めてきた。介護保険のケアマネジャーを担当してもその意識は変わらなかった。当時、民医連の事業所に勤務するMSWの仲間と次のような話をしたことを覚えている。「介護保険は欠陥だらけではあるがツールの一つに過ぎない。ケアマネジャーとして従事するにしても、介護保険改善への取り組みはもちろんのこと、ソーシャルワーカーとして他の社会資源も総動員して当事者を支援しよう」と。その後の度重なる改悪で、介護保険が非常に使い勝手の悪いツールになっていった一方で、人権あるいは生命倫理をめぐる議論も急速な変化を遂げた20年でもあった。国際的には、国連の障害のある人の権利条約が当事者の運動によって成立し、医療のあり方もACP（アドバンス・ケア・プランニング）の提唱や各種ガイドラインの作成などによって、人生の最終段階や認知症が進行した段階でもインフォームド・コンセントを可能にする、つまり自己決定を最大限保障する方向に発展してきた。本稿では具体的な事例は割愛し別の機会に譲らざるを得ないが、それらを駆使し自己決定を尊重しようとするときに、制度の壁にぶつかることも珍しくなかった。まさにソーシャルワークの必要性は増していると言えよう。

「はじめに」で述べた、介護保険制度発足によ

って後景に退いたように感じた人たちへの支援に意識的に取り組んできた結果、筆者が担当するケアプランの約4割が障害者福祉制度との併給が必要であった。身体機能が維持されている認知症の人については、精神保健福祉手帳を取得することも珍しくない。そもそも経済的な理由で施設入所が選択肢に挙がらない人も少なくないが、「在宅しかない」からではなく「自分の家で暮らしたいから家にいる」のである。その人が望む限り、たとえ認知症があったとしても、その暮らしを支えている。在宅ケアの条件はただ一つ、「本人がそれを望むこと」だと筆者は考える。逆に言えば、自宅での生活が寂しかったり、辛くなったりしたら、「別の家」であるいわゆる施設ケアが保障されるべきであるⁱⁱⁱ。誤解を恐れずに言えば、家族がいなかったり、家族がいても施設入所の費用が捻出できなかったりする人ほど、家族の事情による影響を受けにくいので、住居と社会的ケアの保障さえあれば、自宅に住み続けることができる可能性が高いと言えるかもしれない。虐待のような極端な場合を除けば、自宅で暮らせない理由に、家族の介護力を挙げるのはそろそろやめにしたいためである。

（2）ケアマネジメントをソーシャルワークとして

地域包括ケアを実現するために専門的なソーシャルワークが求められていることに議論の余地はないと思われるが、それをどう担保するかが問題である。ここで、筆者の病院、診療所、地域でのソーシャルワーカーの経験から、一つの私案を提唱したい。筆者が当事業所に非常勤で就職した13年前、筆者以外は全員が看護師のケアマネジャーだった。そこで当時の管理者から、ソーシャルワークの視点を入れてほしいとの要請があったのだった。しかし数年後には医療機関での勤務経験があるのは筆者のみとなり、前職が介護職である多くのケアマネジャーがそうであるように、医療職との連携に苦慮している。民医連でもケアマネジャーの受験者が減少し、内部からの登用が困難で中途採用もうまくいっていないようである。一方MSWは在宅ケアのコーディネートをする機会がなくなり、在宅ケアをイメージするのが難しくなっていることは既に述べた通りである。ソーシャ

ルワークの構成要素の一つにソーシャルアドミニストレーションがある。介護保険制度の是非はともかく、ソーシャルワーカーのローテーションの一つに介護支援事業所の管理者を加えて、スキルアップを図るということも検討されているのではないだろうか。地域におけるスーパーヴィジョンも経験できると考える。

(3) ソーシャルワークに公的責任を

通常、ケアマネジャーにケアプランの依頼があるのは、在宅ケアが決定してからである。しかし、2で取り上げた2事例はいずれも重度の障害があり、退院先が決まらない段階での依頼であった。入院中からの支援あるいは意思決定のプロセスに参加できたのである。さらにBさんに対しては、行政の専門職である障害者福祉司やケースワーカーとも共同して地域移行の支援を行った。病院、行政、地域に働くソーシャルワーカーの連携によって実現した支援であったと言えることができよう。

筆者は、介護保険のケアマネジャーの他に障害者総合支援法の相談支援専門員も兼務している。介護保険制度が利用できる人については介護保険のケアマネジャーのケアプランだけで足りるので、併給の際も相談支援専門員の資格は必要ない。しかし、介護保険と障害者福祉の2重の区分認定、何よりも整合性のあるアセスメントとケアプランが求められるため^{iv}、その煩雑さと報酬に加算がないことを理由に、制度があったとしても積極的に利用しようとするケアマネジャーは多くない。今後、障害のある人が65歳になり、介護保険と障害者制度との併給が増えることが予測されるが、担当できるケアマネジャーがはたしてどれほどいるか、甚だ疑問である。

障害者福祉は、2003年に施行された支援費制度によって介護保険と同様に「措置制度から契約制度へ」と制度の仕組みが代わり、2005年の障害者自立支援法ではじめて相談支援が事業化され、2015年3月までに障害福祉サービスを利用する全ての利用者にサービス等利用計画の作成が義務付けられることになった。ケアプラン案が支援区分認定及び支給決定の前提となるので、介護保険のような給付管理は必要なく、障害当事者や家族のエンパワメントの観点から、セルフプランも認めら

れている。基幹相談支援センターが市区町村に設置され、直接相談支援に当たると同時に、民間の相談支援専門員が担当する困難事例等についてバックアップを行う体制も取られている。認定調査に当たるのも担当課の職員で、セルフプランのサポートも行っているのも、当事者と関わり生活実態を把握することが可能である。

しかし、現在かろうじて公的責任を果たしている障害者福祉分野であるが、基幹相談支援センターの相談支援専門員の多くが非正規雇用であることに加えて、特定相談支援事業所の指定が進み、セルフプランも減少してくると、基幹相談支援センターの計画相談はその役割を終えるとの判断もされかねない。行政の役割が支給決定に矮小化されることは想像に難くない。

介護保険では「要支援」のケアプランに限り地域包括支援センターが担当し^v、自治体直営の基幹地域包括支援センターが直接ケアプランを担当することはない。行政が直接担当するのは、措置に関わるような虐待事例等に限られている。介護保険制度発足当初、当時の高齢者福祉課のケースワーカーが「手足をものがれた状態です」と、住民の生活実態を把握する機会が奪われたことを嘆いていた。

医療を含むケアはサービス業ではなく、それ自体が国家・自治体の存在理由であり、公共事業のはずである。公的責任を明確にした法人委託までは認めるとしても、市場原理の営利企業に任せてしまっては取り返しがつかない。今般問題になった新型コロナウイルスに対する保健所の対応から、保健所・保健センターの縮小が命の危険を生んでいることが明らかになった。公衆衛生の専門家である保健師の増員はもちろんのこと、障害者福祉分野の専門職を公務員として体制の強化を図り、高齢者福祉に関しても、公務員ヘルパーを含む生活実態を直接把握できる体制を再構築することは、喫緊の課題ではないだろうか。

おわりに

介護保険の20年を語るときに無視できないのが、障害のある人の制度との関係である。くしくもこの間、65歳になると障害者制度から介護保険

への移行が求められる「介護保険優先原則問題」に関する違憲訴訟において、障害者制度と介護保険との違いが示される中で、介護保険の問題点が浮き彫りにされることとなった。最も深刻かつ明確な違いとしては、特に非課税世帯における費用負担の問題がある。現行制度で費用負担のない非課税世帯でも、前法の障害者自立支援法では1割負担だったため、障害が重く支援をより必要とする人ほど負担が重くなり、結果として支援を受けられなくなるという問題が生じた。65歳で介護保険に移行すると、再度同じ問題に直面することになるので、受け入れられないのは当然であろう。介護保険の対象は、障害のある高齢者である。障害のある人たちの闘いによって勝ち取った負担軽減策であるが、介護保険にも応用されるべきではないだろうか。

目的の違いも指摘されている。障害者総合支援法は「障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう…」としているが、これは決して高齢者を排除するものではなく、社

会福祉の普遍的な目的と言えるのではないだろうか。年齢による差別を内在した介護保険制度そのものを見直す時期に来ているように思う。

(すえなが むつこ、在宅支援相談室新宿、社会福祉士)

-
- i 国民医療研究所『国民医療研究所ニューズレター』No.97(1999年3月), No.98(1999年4月)
 - ii 厚生労働省老健局「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(結果概要)」2010年5月
 - iii 詳しくは、拙稿「認知症のアセスメントと施設ケア」岡崎祐司・福祉国家構想研究会編『老後不安社会からの転換—介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店2017年を参照。
 - iv 詳しくは、拙稿「アセスメントとケアプランの例—比較的重度の障害を持つ人の事例から」前掲書を参照。地域包括支援センターの機能の課題については、拙稿「ソーシャルワークの機能を公的責任で再構築するために」前掲書を参照。

介護福祉士養成施設という社会資源 —介護の担い手を地域で育む—

川口 啓子

はじめに一介護職員がいない

介護保険20周年の今年は、もしかしたら介護難民元年になるのではないだろうか。

介護福祉士養成施設（以下、養成施設）にいて、いつも思うことがある。高齢期を迎えた人々も迎えようとする人々も、「要介護になったら施設入所を」、「家族には頼らずヘルパーに」など、介護サービスが滞りなく提供されることを前提に将来を描いていることだ。なんとのおきなことだろう。自身が要介護になったとき、介護の職に就いている人がどれくらいいると思うのだろうか。

厚労省の2018年推計によると、2025年には介護職員の不足は34万人に及ぶとされている。介護ニーズに比べ、介護の職に就こうとする人が圧倒的に少ないからだ。介護職員の不足とは、施設に勤務する職員がいない、したがって入所を断られるということである。人手不足が最も深刻なヘルパー事業所は、過去最多の倒産件数を記録した¹。ヘルパーの訪問どころか、事業所が無くなりつつある事態だ。「要介護になったら施設入所を」、「家族には頼らずヘルパーに」を実現できる基盤は、崩壊寸前であると言ってよい。

さて、養成施設はどうか。新年早々の上越タウンニュースは、上越地域（新潟県南西部）唯一の

養成施設が募集を停止したと報じた²。それでも新潟県の養成施設はまだ12校ある。地域包括ケア、まちづくり、市町村総合支援事業など、介護を地域で支えようという声掛けは盛んに行われるが、すでに養成施設が5校以下の県は全国17県³に及ぶ。相次ぐ養成施設の募集停止や閉科はこのまま放置されるのだろうか。

ところで、養成施設の募集停止＝閉科とは、介護福祉士養成課程が無くなることである。課程が無くなっても、これまで介護福祉士を養成してきた学舎も、設備・備品も、教員も、実習施設も、介護の考え方もスキルも、卒業生の活躍も、そのすべてが無くなるわけではない。ここに注目し、養成施設を社会資源として活用する方途を探ることができないのではないか。

介護職員の不足は一朝一夕には解決しない。家族介護はまだまだ続く。増え続ける単身世帯⁴の増加は家族介護にすら頼れない。そんな時代を目前に、筆者の経験に偏りがちではあるものの、養成施設にいるからこそ芽生える問題意識を共有できればと考える。

1. 介護福祉士養成施設の衰退

まず、養成施設の現状である。学生は非常に少

1 東京商工リサーチは、2019年上半期「老人福祉・介護事業」倒産は55件で、2000年以降最多の111件倒産（2017年）を上回る予想を発表した。小規模事業者の倒産が多く、原因は人材不足である。https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20190704_03.html（閲覧2020年1月30日）。

2 上越タウンニュース <https://www.joetsutj.com/articles/52563314>（閲覧2020年1月8日）

3 養成施設5校以下は、岩手5、秋田2、山形5、山梨5、富山3、石川5、三重5、福井3、滋賀2、奈良2、和歌山2、徳島2、愛媛3、高知4、佐賀3、大分5、沖縄4の17県である（介護福祉士養成施設協会 HP より）。

4 65歳以上単身世帯26.4%、夫婦のみ世帯（単身世帯予備軍）32.5%（2017年）。『令和元年版高齢社会白書』p.21。

ない。

介護職員が不足するであろうことは、養成施設の受験者数減少や相次ぐ縮小・閉科という形で、10年以上も前から現れていた。養成施設入学者数は、必要とされる介護職員数に反比例するように減少し、いまでは定員の44.2%になった。図1の2007年定員数で除すると26.2%にまで落ち込んでいる。2018年度の入学者数は全国で6856人にとどまった⁵（図1）。介護福祉士は、大規模な大学なら学部一つ分の学生数にも満たない数しか全国で養成できないのである。5年後に必要なとされる34万人を賄うには、50年以上かかる計算だ。

養成施設の64.9%は専門学校である（表1）。

養成施設の縮小・閉科はいまも続いており、2008年の434校から2018年には365校に減った。なかでも短期大学は7割以下へと落ち込んでいる（図2）。大介護時代を目前に、介護職員の確保が国の大きな責務であるにもかかわらず、国立大学が率先して介護福祉士養成に取り組む気配はない。追い打ちをかけるかのように、文科省は定員割れの養成施設に縮小・閉科を指導する。そうした状況にあって、現存する養成施設だけが定員割れに苦しみながら社会的要請に応えようとしている。

筆者が勤務する大阪健康福祉短期大学⁶（以下、本学）には、介護を担う法人・事業所からの求人が絶えない⁷。学生には実習で配属した法人から

図1 介護福祉士養成施設の現状

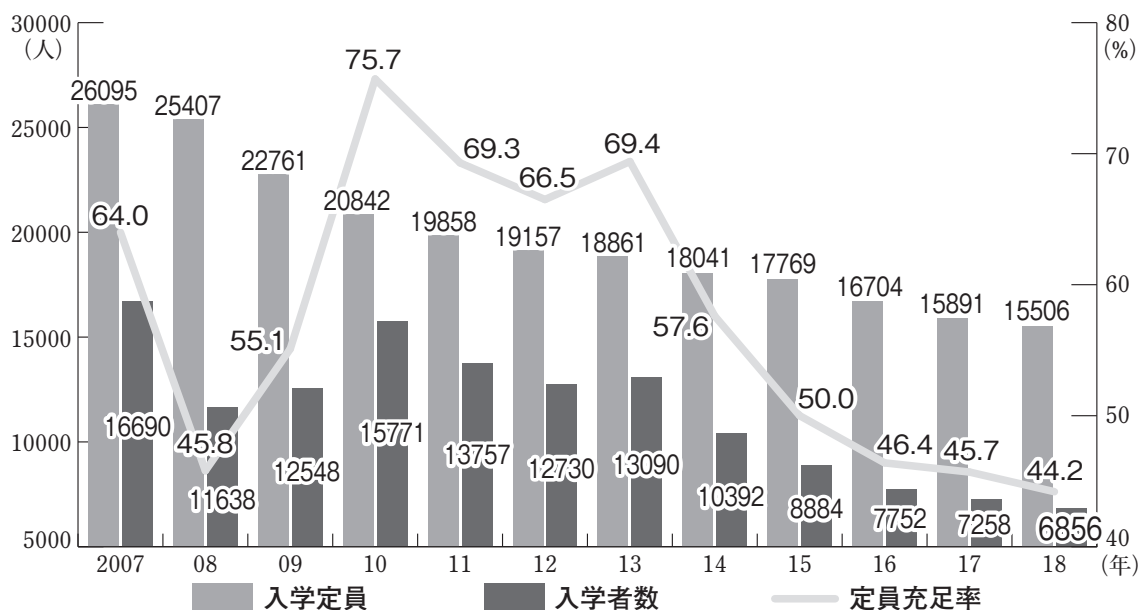


表1 介護福祉士養成施設の種類と数

養成施設の種類	施設数 (%)
4年制大学	60 (16.4)
短期大学	66 (18.0)
専修(専門)学校	237 (64.9)
高等学校専攻科	2 (0.5)

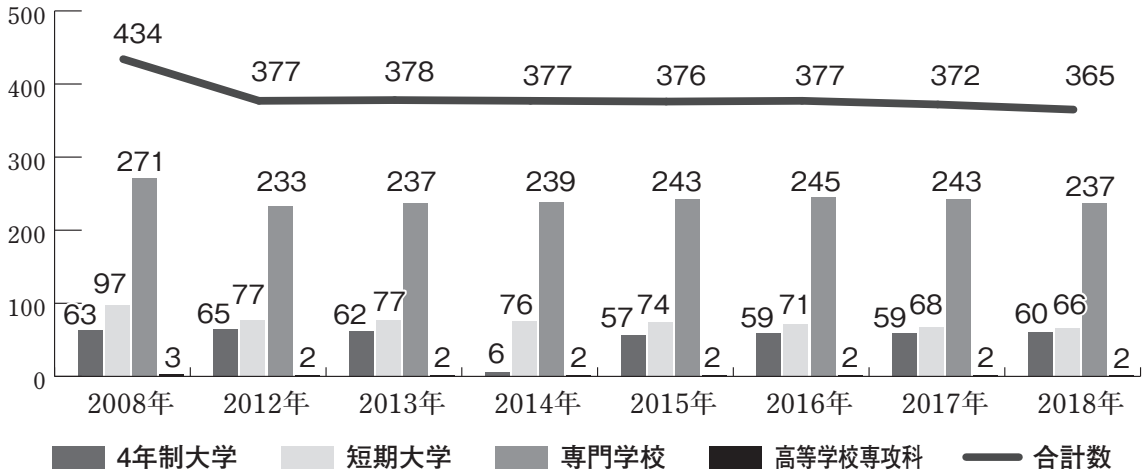
図1、2、表1は、介護福祉士養成施設協会（介養協）の2018年度までの統計による。介養協に加盟していない施設については反映されていない。

5 6856人のうち、外国人留学生は1142人。6人に一人が外国人である（介護福祉士養成施設協会調査）。紙幅の都合上、外国人（留学生、技能実習生等）については、本稿では扱わない。

6 2002年、介護福祉学科からスタート。当初、1学年90名定員だったが、現在わずか10名である。

7 2020年1月末現在の求人は279件、就職予定の学生数は過年度生・別科生合わせて11人である。

図2 養成施設数の推移



声がかかることが多く、卒業延期になっても、国家試験不合格⁸であっても、就職が決まってしまうことがある⁹。

だが、そうした学生の取り合いもすでに限界となった。養成施設の昨今の学生数ではもはや「焼け石に水」なのだろう。介護事業所を抱える法人は、無資格者は初任者研修で囲い込み採用を行い、勤続者には実務者研修で定着を促し、外国人には在留資格を保障し…と、さまざまな対策を講じている。人材派遣事業に、年間200万円、300万円という予算をつぎ込む事態も珍しくなく、狭い地域のなかでいかに介護職員を確保するか、ひそかな競争が繰り広げられている。

養成施設の入学者が少ないと実習生も減る。実習生が減れば配属先の事業所が限られる。実習生の配属がない事業所は養成施設との関係も徐々に疎遠になる。これまで養成施設に期待していた多くの介護事業所は、他の事業所との介護職員獲得競争に入らざるを得ない。

こうして、養成施設と介護事業所、また介護事業所どうしの分断と競争がいつのまにか進行する。地域包括ケアどころではない。本来、築くべき地域連携が衰退の危機にさらされているのだ。

2. 潜在有資格者の掘り起こし

介護職員の不足とは言っても、1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が定められて以来、有資格者数は年々増加している。

介護福祉士は、社会福祉士、精神保健福祉士と並ぶ福祉の三大国家資格である。いずれも、受験資格を得て国家試験に合格しなければ取得できない。受験資格の取得は、大きく分けると、①養成施設卒業、②実務経験ルート（450時間研修）、③その他の福祉系高校ルートなどである¹⁰。実数では、②実務経験ルートを経た有資格者が多い。これら受験資格を得るルートが複数ある事態に対して、国家試験受験資格を養成施設に一本化して質の向上を図るべきだという意見と、長らく働いてきた職員を含む人材確保を優先すべきとの間に意見の相違がある。どちらも正論ではある。ただ、国家試験義務化の先延ばしが常に人材不足を理由に行われてきたことを考えると、質の向上が軽視されていると言わざるを得ない¹¹。

2019年末、介護福祉士登録者数は約169万人になった¹²。介護職員に占める介護福祉士は4割を超え¹³、専門職としての期待も大きい。それでも

8 養成施設卒業後5年間、介護業務に従事すれば資格取得が可能なことも影響している（注11も参照）。

9 資格取得後の正規雇用が一般的だが、そうなる前から正規雇用する例が増えている。

10 資格取得ルートについては、社会福祉振興・試験センター、介護福祉士養成施設協会などのHP参照。

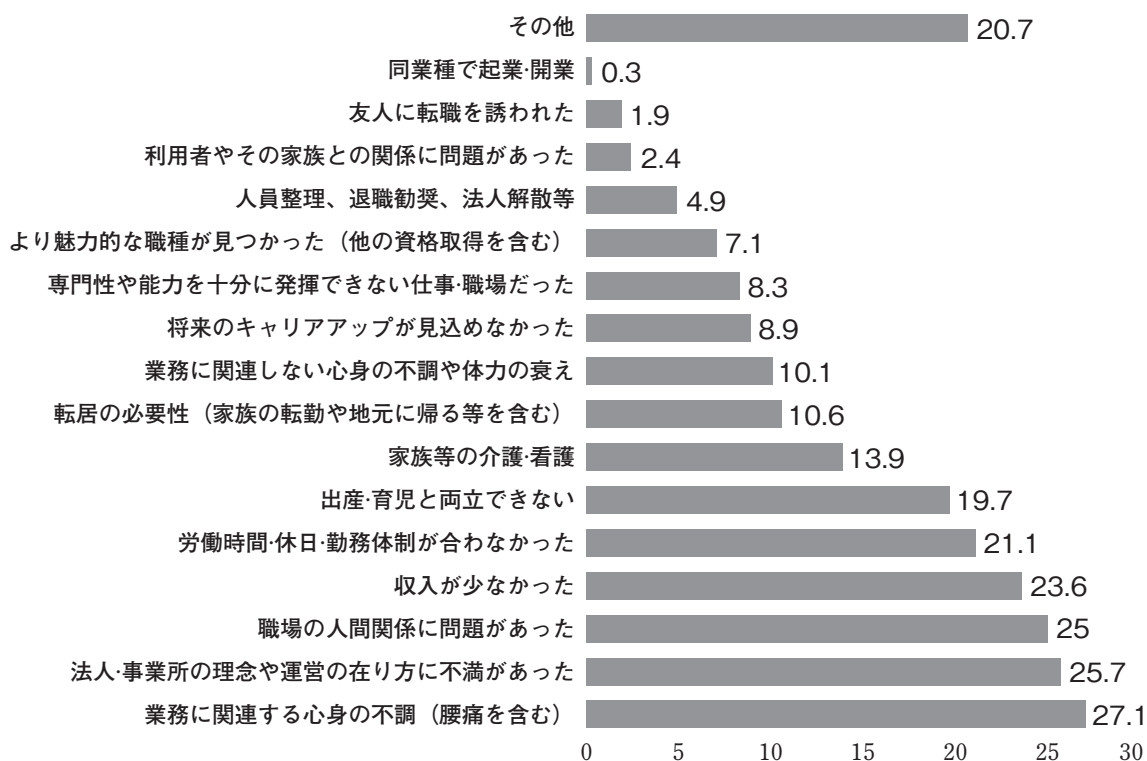
介護職員が不足するのは、第一に超高齢社会に伴う要介護者の増加に追いつかないこと、第二に有資格者であっても介護の仕事に就いていない潜在有資格者が約67万人いることがあげられる¹⁴。67万人と言えば、2025年に不足すると言われる34万人をはるかに上回る。彼らは、なぜ介護の仕事に従事しないのだろうか。

潜在有資格者のうち、一旦、介護の仕事に就きながら離職した層を対象とした調査¹⁵では、収入が少ないという理由以上に、業務に関連する心身

の不調や、法人・事業所・職場の運営、人間関係などの労働環境が離職のきっかけとなっている。（図3）。

この傾向を逆に考えるなら、賃金アップは当然のこととしても、彼らは、労働環境―働き方・働かせ方、休暇取得など労務管理の在り方、職場運営や規律、勤務場所や事業種別などによっては再就職につながる層であると言える。もともと介護をめざしていた層であり、量の確保もさることながら、質の担保には貴重な人材である。もちろん、

図3 過去働いていた職場をやめた理由（介護福祉士：複数回答）



11 介護福祉士国家試験の義務化は2012年度から実施される予定だったが、厚労省はこのたび、人材不足を理由に2022年度まで先送りした。「介護福祉士養成施設卒業生に対する国家試験の義務付けについて」第23回社会保障審議会福祉部会令和元年11月11日資料2を参照。この件について介護福祉士会は、介護の価値を軽視し質の低下を招くと批判的見解を示している（2020年1月24日声明）。

12 2019年12月の介護福祉士登録者数は1,693,941名になる（社会福祉振興・試験センター）。

13 介護職員全体1,832,572人のうち介護福祉士は828,720人（約45.2%）である（2016年）。社会保障審議会介護給付費分科会資料（2018年11月22日付）より。

14 2016年のデータではあるが、介護福祉士登録者数1,494,460人に対して介護従事者数は828,720人（約55.4%）で、その差665,740人（4割強）が介護に従事していない。前掲資料より。

15 前掲資料より。

復職に際しては学び直しが必要になるが、基本的な介護の考え方とスキルは体得しているため、介護過程、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）、介護職の喀痰吸引等医療的ケア、ACP（Advance Care Planning）など近年さらに必要とされる知識・スキルをどのように彼らに提供できるかがキーになるだろう。

だが、そうした潜在有資格者の獲得も学び直しも各法人・事業所任せの現状にあり、前述のような競争関係の環に入り込んでしまう。さらに、人手不足の介護現場が雇用の確保から学び直しの場の提供まで準備するのは負担が大きく、かえって労働環境の悪化につながりかねない。そこで、養成施設と法人・事業所の地域連携による潜在有資格者の掘り起こし、学び直しの場の構築と提供、さらに再就職につなぐ協同の仕組みはできないだろうか。養成施設が有する同窓会などの情報網、法人・事業所が有する退職者リストなど、慎重な取り扱いを要するものの、潜在有資格者の掘り起こしの元となる資料はある。

「競争から共生へ」という言葉が登場してから何年経つだろう。法人・事業所各々がいまのように競争を続け、派遣事業頼みの人材確保に奔走する事態はもう終わりにしたい。

3. 働き方改革—職場づくり

潜在有資格者の離職理由にあるように、介護職員の確保・育成・定着には労働環境の改善が不可欠である。ブラック職場と言われるネガティブイメージの払拭は急務だ¹⁶。

ここでは、本学卒業生が勤務する社会福祉法人F会の取り組みを紹介する（2018年2月、筆者ヒアリング）。

F会では、「有休消化100%」「残業ゼロ」への徹底した取り組みと、職員自身が参画する内部研修制度の充実によって働き方改革を行っている。結果、職員の離職率が減り、転職した職員の「出戻り」率も高まった。他の職場を知る「出戻り職員」は、いまや、F会職場の働きやすさを持続さ

せる牽引者であるという。

F会は、高齢者施設と障害者施設を有する。職員数は、正規約100名と非常勤約100名、男女比は半々。定年は、正規60歳、嘱託65歳、職員平均年齢45歳程度である。人件費率は、2017年度（ヒアリング当時）概算62～63%の見込みとのことであった。この取り組みは、職員の共通認識と連帯意識を生み、働きやすさの相乗効果を生み出している。

（1）「有休消化率100%」をめざす

取り組みの最初は1995年ごろからで、労働組合がリーダーシップを発揮した。有給取得の不公平感をきっかけに議論が始まったという（以下、ヒアリングの要点）。

- ・有休取得率は個別の消化日数に関係なく職員の何%が有給休暇を取得したか、消化率は職員個々の有休消化率を平均した数値で、現在、取得率100%、消化率95～97%程度である。
- ・毎月のシフト作成前に希望公休調査を行う。同一日に多数が重なった場合は調整する。
- ・公休日と同時に有休取得を募る。有休は使用日数を制限せず、年度内に使い切るよう指導する。
- ・公休、有休等を重ねて長期休暇をとる場合は事前に申告してもらうよう声掛けをする。
- ・体調不良など急な休みについては、有休処理か、欠勤扱いか、その都度本人に確認。ほとんど有休で処理することになる。
- ・有休の消化期限（2年）を迎えて残日数がある場合、消滅する前に消化するよう声掛けを行う。それでも有休消化をしない職員がいるため、なかなか消化率100%には至らない。
- ・本人が希望しない以上、法人側で有休を自動的に消化させるようなことはしないが、「みんなが有休を使う」という職場風土が「有休消化100%」達成には不可欠であると考えている。

（2）「残業ゼロ」の取り組み

- ・残業は美德ではない。「残業ゼロ」実現には、「みんなが残業しない」という環境を徹底すること

16 川口啓子「介護人材の不足—根底に横たわるネガティブイメージ」『国民医療』2020年冬季号を参照。

が最も効果的で、法人も職員も「残業＝人件費」という認識で、経営を守ることが利用者や職員を守ることにつながるという共通認識がある。

- ・月平均残業時間は、一人当たり2～3時間程度。実働時間が7時間20分で、それを超えると残業扱いになる。残業計算は10分単位125%支給。現状では、「残業ゼロ」が圧倒的に多い。
- ・一般介護職は、離職者がでた直後や感染症が流行したときなど特別な事情がある場合で、月平均3時間未満。
- ・主任クラスの残業は月平均7～8時間。多いときは20時間を超える。主任には、主任手当とともに超過勤務手当がつく。
- ・課長以上は、手当のみで超過勤務手当は出ない。ほぼ、フレックスタイム。事務職、相談業務も自分の裁量で勤務時間帯を調整できる。
- ・総務・人事部は、月10時間を超える残業が3か月続いた者に面談を行い、業務量の調整や仕事の仕方の指導を行う。職員全体の2～3人。
- ・残業は事前申告・許可制が原則だが、常に上職者がいるわけではないため、実態は事後申告である。実際に仕事をしているため、申請を却下することはない。
- ・サービス残業は禁止しているが、好んで残る職員がいる。残業申告を促しても申告しない。こうした職員は、職場に居たい、職員や利用者の世話をやきたいなど、この労働生活スタイルを楽しんでいる（少々困るが）。
- ・新人には、残業定着の悪循環を起こさないよう指導する。「上司や先輩が残っているから残る」を徹底的になくす。定時退社を「恐縮」させない。
- ・終業時間内に所定の仕事が終わらないときは遅出の職員に残りの仕事を頼むなど、互いに仕事を頼みあうことができる職場風土を築いている。この方法は、業務の仕方を互いに知る相互研鑽になっている。

（３）交代制フロアリーダー

F会の特養は、50床3フロアである。フロアリーダーは特定の人を決めず、365日交代制で全員が担う。新人も入職後3か月ほどでフロアリーダーを担う。この交代制が、新人の育成に大きく役立っているという。

- ・フロアリーダーは、その日のタイムスケジュールに基づいてフロア仕切る。このことによって、誰がどこで何をしているか、全体の動きと役割をとらえ、職員が互いの仕事を理解し、時間に沿って利用者の暮らしを把握する習慣が身についた。
- ・突発的事象による人員不足の際にも、誰が・どこに・いつ・どのような応援に入ればよいかわかり、指示することができるようになる。
- ・このために、3か月に1回のフロア会議が欠かせない。24時間稼働の施設である以上、会議は全員参加を前提にせず、無理なく行われる。公休の人に出席を要請した場合は休日出勤扱いになり、夜勤明けの場合は超過勤務手当がつく。

（４）職員による研修企画

月1回、職員が企画する研修会が行われる（表2）。原則、自由参加のため労働時間外だが、研修会を企画する側は業務になる。参加は自由だが、現場の問題意識によって職員自ら企画する研修が多く、出席率が高い。もちろん、テーマによっては受講必須の研修とし、業務として取り扱う。

新人採用研修は、5日間24講である（表3）。そのなかで、就業規則・ルール・書類の書き方等を労働組合が、労働者の権利と労働基準法については法人が講義を担当し、前述の「残業ゼロ」「有休消化100%」などの周知も図っている。ただ、研修の順序やラダーについては今後の課題としていた。

なお、年度初めに研修スケジュールが決まり、全職員が予定を共有できることも、職場の共通認識を育む基盤になっている。

F会の取り組みは、いまだ点在の域を脱しないが、法人格の違いや所属する団体の違いを超えて、地域という土俵で共有する機会があればと思う。同一労働・同一賃金を、同一職種・同一地域で実現する第一歩になるかもしれない。だが、そのテーブルは見えない。離職の大きな要因である労働環境をいかに働きやすく変えるか、そのノウハウを有する法人・事業所、卒業生の活躍は近くに多々あるのかもしれない。

表2 職員研修テーマと年間スケジュール

月	法人主催研修		部門主催研修	
	内容	担当	内容	担当
4				
5			認知症ケア	特養 OJT スタッフ
6	虐待防止・身体拘束廃止研修	権利擁護・虐待防止委員会	事故防止対策①	リスクマネジメント委員会
7	食中毒防止	感染症対策委員会	ケアプランについて	ケアプランセター OJT
8	腰痛予防研修	労働安全衛生委員会		
9			心と身体のしくみ	特養 OJT スタッフ
10	感染症対策	感染症対策委員会	事故防止対策② (救命・誤嚥)	リスクマネジメント委員会
	中途採用者研修	人財育成委員会		
11	基本的人権とは	地域福祉推進委員会	ターミナルケア研修	特養 OJT スタッフ
			口腔ケア①②	特養口腔ケア委員会
12	虐待防止・身体拘束廃止研修	権利擁護・虐待防止委員会	褥瘡防止	褥瘡対策委員会
1	ハラスメント防止研修	ハラスメント対策委員会	医療的ケア研修	特養 OJT スタッフ
2	メンタルヘルス研修	労働安全衛生委員会	事故防止対策③ (転倒・骨折)	リスクマネジメント委員会
3	新採用者研修	人財育成委員会	個人情報・プライバシー保護	総務部

表3 新採用者研修

第1日目	構成	テーマ
開講		オリエンテーション
第1講	法人の基礎知識①	社会福祉の現状と法人の役割、沿革、理念
第2講	福祉の基礎知識①	入門編「社会福祉とは何か」
第3講	福祉の基礎知識②	高齢者福祉の理念と考え方／施設の基本方針
第4講	福祉の基礎知識③	障害者福祉の理念と考え方／施設の基本方針
第2日目	構成	テーマ
第5講	福祉の基礎知識④	地域福祉と人権
第6講	職員としての基礎知識と技能①	職員育成ラダーと実際
第7講	職員としての基礎知識と技能②	リスクマネジメント研修
第8講	職員としての基礎知識と技能③	コミュニケーションの基本と接遇
第9講	職員としての基礎知識と技能④	ボランティアの役割と意義
第3日目	構成	テーマ
第10講	専門基礎知識①	食生活と栄養管理、感染症対策
第11講	法人の基礎知識②	就業規則、職場ルールに関すること
第12講	福祉の基礎知識⑤	権利擁護と虐待防止
第13講	職員としての基礎知識と技能⑤	個人情報とプライバシー情報
第14講	職員としての基礎知識と技能⑥	職場で起こりうるハラスメント
第15講	職員としての基礎知識と技能⑦	法人の広報活動と職員の品格
第4日目	構成	テーマ
第16講	専門基礎知識②	AEDの利用と救急対応
第17講	職員としての基礎知識と技能⑧	高齢者の疑似体験
第18講	労働者の権利	労働基準法と労働組合、互助会について
第19講	職員としての基礎知識と技能⑨	実技、現場での実習、OJT
第5日目	構成	テーマ
第20講①	専門基礎知識③	移動
第20講②		排泄
第20講③		食事、口腔ケア
第20講④		入浴、着脱

4. 「老い」を知り、ケアを学ぶ

介護にはネガティブイメージが定着している。多くの人が健康寿命を延ばし、要介護を避けようと準備する。だが、健康寿命が延びれば平均寿命も延びる。その差は10年前後。要介護にならないような行動を否定はしないが、それだけでは問題解決に至らない。人は必ず老いる・衰える。そのことを暮らしに即して知る、受け入れる—これが社会のスタンダードとなるようなインフラ整備が必要ではないだろうか。

(1) 利用者体験

2019年、大阪府生協連¹⁷は、「生協10の基本ケア」¹⁸をテーマに、社会問題研修会（2回）と5回連続講座（2クール）を開催した。研修会では、自分がケアされる側を体験する研修や福祉用具の使い方などが好評であった¹⁹。

一方、介護職員でもない限り、一般的には「老い」やケアの仕方について知る機会の少なさも感じられた。たとえば、大人用オムツにペットボトル500cc.の水を恐る恐る注ぐ。500cc.程度の水分は余裕で吸収するが、参加者はそのオムツの重たさを初めて知る。イメージが具体的になる。イスから立つ動作では体重移動を実感した。アイマスク歩行では、普段どれほど視覚情報に頼っているかがわかり、食事介助は自分のペースと違って食べにくいなど、「利用者はどう感じるのか」を初めて知ることになった（以下、参加者交流およびレポートより要約）。

- ・大人のオムツを初めてみて触りました。一日中つけているのはつらいと実感します。一日でも長く自分でトイレに行けるようなケアの仕方・され方・暮らし方を考えておきたいです。
- ・「おばあちゃんは歩かれへんから」と、病院に

- 入ってすぐにオムツになった親戚もいれば、死ぬ直前まで這ってでもトイレに行った親戚もいる。対照的な両者のことを考えさせられました。
- ・介護福祉士として興味深く学びました。特に「トイレに座る」の実践を少しずつ現場にも広げたいです。
- ・「やってもらう」ではなく、「やれることをやる」生活が高齢になっても大切。美味しいものをいつまでも美味しく食べられるという、あたりまえができなくなる日が来ることも実感しました。
- ・介護される側になると、自分の思うタイミングで食べれないのはストレスですね。
- ・人に食べさせてもらうと、相手のペースに合わせなくてはならず、つらいことがわかりました。
- ・誤飲防止のとりもをつけたお茶を母はとても嫌がっていました。食べさせてもらう食事は、あげる方も食べる方もつらいと感じます。
- ・アイマスクでは、耳からの情報だけでいろいろな障害物を想像しました。見える生活では見えなかった部分が見えたように思います。
- ・声掛けなしで歩く演習はすごく不安でした。声掛け、コミュニケーションの大切さ、とても感じます。
- ・要介護の疑似体験は、普段の暮らしでは気づかないことに気づかされます。
- ・普段の暮らし、大切です。そのひとつひとつを意識するだけでも違うような気がします。
- ・オムツ、目隠し、食事の体験…。介護者も環境の一部であること、とてもよくわかりました。
- ・いままで全く考えなかった「介護される側」の気持ちを考えることができた。いつの間にか相手の言うことをわがままと考えてしまい、自分本位になりがちだったように思います。
- ・実際に介護されている方の話を聞かせていただき、自分に介護が必要になったときどうして欲

17 大阪府生協連（大阪府生活協同組合連合会）には、地域（購買）生協、医療生協など40単協が加盟。組合員は延460万人を超える（リーフレット「おおさかの生協2018」より）。

18 「生協10の基本ケア」は日本生活協同組合連合会が推進する考え方とスキルで、社会福祉法人協同福祉会（奈良県）の実践に始まる。協同福祉会『あなたの大切な人を寝たきりにしない10の基本ケア』、『認知症になってもひとりで暮らせる』、大國康夫『人間力回復（いずれもクリエイツかもがわ）、川口啓子『生協10の基本ケア』がめざす老後、生協がめざす社会』『くらしと協同』2018年冬号などを参照されたい。

19 利用者体験は、大阪健康福祉短期大学教授 小田史（生活支援技術担当）の研修による。

しいのか、考える機会になりました。

- ・専門職任せではなく、受け手や周囲と知識を共有し、理解を得ること—この言葉はこれからの介護現場にとって前向きな考えです。
- ・安心して暮らすために、「生協10の基本ケア」を介護する側もされる側も知っておいた方がいい。どのような暮らしを望むか、元気なうちから考えておくことも大切。
- ・介護職員が不足するいま、「生協10の基本ケア」は自立支援を導く大きな砦です。在宅介護で最期までがあたりまえの日本になればと思います。

(2) 家族介護はまだまだつづく

上記の研修会参加者のなかには老親介護真っ只中の人も多かった。「何でもかんでも、やってあげればいいわけではない」、「できないことのお世話ではなく、現存能力を生かす」という、介護職員にとってはあたりまえのことが新鮮に響く。

一方、現役の介護職員にとっては、「家族介護をしている人の実際を知って良かった」、「介護職はもっと家族の方たちにケアの仕方を普及する必要があるのではないか」といった声が聞かれた。

そして、参加者どうしの交流では、「介護者と要介護者が、互いに介護スキルを知ることで負担軽減につながる」という声が貴重な共通認識となった。

介護職員が不足する以上、家族介護はまだまだつづく。「美談」や「壮絶」といった極端な言葉で語られがちだが、家族介護に不可欠なことは、愛情でも根性でもない。知識である。何より「老い」を知り、意識することだ。洗面の中腰が不安定、食事の食べこぼしが増えた、足の爪が切りにくい、咳払いで失禁する、同じ物を何度も買う、ひとりで洗髪しにくい、布団の上げ下ろしが困難など、日課に沿って多くの「老い」が暮らしに影響し始める。そのひとつひとつに応じた小さなケアが生活リズムを維持し、「自宅で最期まで」を実現する具体的な支えになる。だから、高齢者未満のうちから「老い」を知り、ケアを学んでおき

たい—参加者のレポートにもそうした声がにじみ出ている。

- ・家族のケアは見様見真似というか我流なので、家族にも高齢者にも双方に負担が大きいかもしれない。
- ・家族へのお任せ介護は、高齢者のできることを衰えさせているかもしれない。
- ・ケアする側、される側の気持ちがかみ合うことが大切なんですね。家族介護は、一方的なケアになっているかもしれません。
- ・介護を受けるとき、相手がどのようにしようとしているのか、互いにケアの動作を知っていると介護を受ける側も協力しやすい。
- ・歳をとったら、介護されやすい高齢者になろうと思う。
- ・「窓を開ける」²⁰そんな簡単なこと？と思いましたが、あたりまえのことをする・できる。要介護の義母がいます。夫にも伝えます。
- ・母の介護のとき何をすればよかったか、こんなに早く拘縮ができて歩けなくなるなんて知らなかった。
- ・かかともも褥瘡ができること、初めて知りました。
- ・叔母は急性期病院に入院して、あっという間に要介護5になってしまった。毎日病院に行っていたので、拘縮をつくらないとか、口から食べるとか、私にもできることがあったのかもしれない。
- ・誰もが歳をとり、助けが必要であるとわかっていても、実際にどんなことをすればいいのか、わからなかった。「生協10の基本ケア」を普段から意識すること、大切だとわかりました。
- ・10年という健康寿命差は大きい。このギャップは「元気にすごしたい」という思いをもちつつも、かなわなかったときどう対応するのか、考えておく必要があると思います。
- ・いまから知っておくと、これから先に何が起ころうとも不安にならず、介護を特別に考えるのではなく、笑って安心して暮らせるかなって感じました。

20 「生協10の基本ケア」の第一項目である。感染症予防、よどんだ空気ですら暮らさない、24時間自動換気ではなく外とつながる、季節や天候を感じる、窓の開け閉めもADLの保持につながるなど、介護職ではなくても知っておきたい、意識しておきたいことを気づかせてくれる。

- ・最期まで人として大切にすることが大事。そのために元気なときから家族やまわりの人たちとの関係を良好にしておきたい。介護のことはまだ先だと思わず、知識を得ておくことが必要。
- ・いまから「生協10の基本ケア」を続けていこうと思っています。

介護に対する問題意識は高い。こうした問題意識があること、得た知識と経験を積み重ねること、それらが要介護を忌避することなく「老い」を肯定的に受け入れる社会のインフラになる。そのインフラが介護の担い手を育む土壌になる。そのために、養成施設が持つ介護の考え方もスキルももっと提供されても良いのではないだろうか。

5. 本学の取り組み

2019年度、本学では、地元実習施設や大阪府生協連とともに、表4のような取り組みを行ってきた。1.～5.の研修では、主に本学教員が講師を務めた。6.は企業主催のセミナーだが、企業も介護を担う法人・事業所とのコラボレーションが必要であるという。問題意識が共有できれば Win-Win の活動を生む可能性はまだまだあると思われる。

現在、本学では、初任者研修に取り組むことが可能かどうか、検討中である。

かつて多くの法人・事業所が初任者研修（当時はヘルパー研修）を行っていたが、いまは取りやめたところも多い。理由の多くは、受講生が集まらないことである。「人が来ない、だから取りやめる」という悪循環を放置すれば、ますます介護職員は少なくなる。もちろん、いまも初任者研修に取り組む法人・事業所はある。職員がシフトを組んで研修を担当するが、それが職員育成につながるといふ事業所もあれば、現場の負担になる例も少なくない。負担になるのであれば、複数の法人・事業所と地元養成施設が協同で担うことも考えられる。人材派遣事業への200万円、300万円という経費ももっと別の使い道があるだろう。

養成施設は、各都道府県に2校以上ある²¹。生協、民医連、きょうされんなど、都道府県単位の連合会を有する組織が一つのテーブルに会し、地元養成施設を協同で活用する方途がないとは思わない。制度や文化、交通網など地域によって異なる条件も含めて、同じ養成施設で学んだ介護職員がいる、養成施設を介して交流が図られる、スキルアップ・研究活動・働き方改革が促進されるなど、介護の担い手を育む地域が醸成される。これも、非営利・協同のひとつの姿ではないだろうか。

本誌読者が所属する法人・事業所の地域ビジョンには、地元の養成施設が含まれているだろうか。地域には、さまざまな組織・団体が助け合いの会や居場所づくりに勤しんでいる。健康づくりの活

表4 大阪健康福祉短期大学の取り組み

1	介護職員の喀痰吸引等研修（50時間）	現任介護職員のための基本研修（講義・演習）。各施設での実地研修を要する。養成カリキュラムになかった時代の介護福祉士らを対象。
2	実習指導者講習会（全6日間）	高齢者・障害者事業所等の職員を対象とした実習生受入の研修。卒業生の傘下が多い。2020年度は外国人（留学生、技能実習生など）の現場指導も含む。
3	講座「生協10の基本ケア」（5回連続講座）	大阪府生活協同組合連合会とのコラボレーションによる一般研修。一般組員、生協職員、介護職員らも対象。2020年度4クール開催。
4	医療基礎講座（全6日間）	大阪障害者センターとのコラボレーションによる職員研修。障害者の高齢化に伴い、あらためて身体の構造と機能、老化を学ぶ。
5	実務者研修（450時間）	ユークキャン主催。受講生減少により2020年度の実施は見送りとなったが、地域を視座に新たな可能性を追求したい。
6	関連企業セミナー（単発講座）	2019年度は介護食を扱う企業がセミナーを主催。介護職員約30人の参加があった。人材不足を背景にバックヤードの合理化・効率化の要求は高い。

21 注3を参照。

動も認知症カフェも珍しくない。ウェルネス事業の推進や高齢者仕様の商品開発を手掛ける企業など、社員に初任者研修受講を促すところも散見する。さまざまな組織や個人の社会的相互依存関係が暮らしを支え、介護を担いあい、地域をつくる一養成施設もそのなかのひとつでありたいと思う。

まとめ—養成施設という社会資源

介護難民を出してはならない。

介護職員はまだ不足する。その数を養成施設に期待するのは難しい。だが、介護のニーズはこれからこそ増え続ける。介護を担う法人・事業所はそのニーズに応えようとそれぞれに対策を講じながら、いまは介護職員の取り合いに追い込まれている。だが、もはや取り合いをしている場合ではない。ここまで述べてきたように、地域には多くの潜在有資格者がいる。働き方改革を実践する法人・事業所がある。家族介護を担う人々がいて、介護に対する問題意識は極めて高い。これも

介護保険施行20年を経た到達点である。これからは、地域ぐるみで介護の担い手を育む次のステージへとシフトしなければならない。

介護は、人が100%老いるという自然の摂理をベースにした暮らしを支える概念である。その暮らしは地域にある。だから、介護を地域で支える²²。介護を介護保険の枠内だけで考える必要はない。介護者と要介護者だけの問題でもない。介護の担い手も介護職員だけではない。養成施設が教えてきた介護の考え方やスキルは、担い手が不足するいまだからこそ、地域社会の多くの人々に浸透し得る。

地域を視座に考えよう。日常生活圏域ごとに養成施設が在ってもいいくらいだ。これ以上、数を減らしてはならない。養成施設は貴重な社会資源である。

(かわぐち けいこ、大阪健康福祉短期大学福祉実践研究センター教授)

22 「介護を地域で支える」とは、軽度者および生活援助の保険外しや市町村地域支援事業への丸投げではなく、本稿4.「若い」を知り、ケアを学ぶという文脈で考えている。

ドイツの介護保険改革(3)

介護強化法の補論と示唆

小磯 明

これまで、「ドイツの介護保険改革(1)」では、「介護強化法制定の背景と保険料」について述べた。続く(2)では、「介護強化法の給付と鑑定」について述べた。本稿は、「介護強化法の補論と示唆」について述べる。

1. 鑑定と介護相談

(1) 介護区分の変更

第二次介護強化法によって、要介護度の判定のためモジュールと呼ばれる点数表が定められたことは前稿(小磯2019b)で述べた。このように点数表によって介護度が決められるのであるが、日本の場合でいうと「その介護度ではないだろう」というとき、区分変更をかけたりするが、ドイツでは良い方向に介護度が変わったりすることはあるのだろうか。つまり、本人が不服を申し立てると、「もう1回鑑定し直し」という区分変更はあるのだろうか。

たとえば、介護度2が鑑定ででたとする。「しかし、介護度2ではなく介護度3か4ではないだろうか」というような場合、給付額も随分変わってくる。鑑定結果が決まると、通常そのままなのは日本のように「認定」ではなく、「鑑定」だからであろうと推測される。MDKという鑑定専門の機関が要介護者の自宅に行き、チェックリストに基づいて鑑定した結果は、本人が入っている介護金庫の方に行く。そして最終決定は、形式的にはあるが介護金庫が本人に通知を渡す形をとっている。ゆえに、自分の保険者である「介護金庫に文句がある」と本人は言うわけである。介護金庫の方は、高い介護度に変えることには首を縦に振ることはすごく少ない。そうすると、本人が裁判所に訴える形をとる。裁判所が介入するのはドイツ的であるのだが、社会裁判所¹⁾という裁判

所がある。それは、要介護者の権利擁護になっているということでもあろう。

(2) 虐待への対応

「主介護者は娘が多い」と前々稿(小磯2019a; 図2)で述べたが、日本でいう老々介護という「介護する側も高齢者」という場合も多い。ドイツの場合は、パートナーが老々介護にあたる。同時に、日本では虐待が問題になっているが、在宅介護をする上で、虐待が表にでてきたりするのだろうか。

ドイツの場合でも、虐待は普通にある。その場合、どこが介入するのか。本人が苦情を言ったりする場所はあるのだが、本人が認知症であると言わないことが多いし、誰も見ていないのでやっかいである。一応、どこまで機能しているかは不明なのだが、「訪問介護相談」という仕組みがある。これは、現金給付を受けて自宅で世話している人に対して義務で行われる仕組みになっていて、介護度によって違うのだが、通常は6カ月に1回、介護度が重いと3カ月に1回、査察に行くという「介護相談」という名前がついている「相談事業」である。それは介護の質も見なければいけないと決まっている。本人がその訪問介護相談をしてくれる機関に電話をして、「時期が来たので来てください」と言う。このような制度があるが、誰がやっているかという点、一般の在宅事業者である。

ディアコニー²⁾に行けば、ソーシャルステーションが、そういった人を派遣している。それは、一定の資格をもった人しかできないものであり、老人介護士の専門資格のあることと、それなりの教育・訓練を受けた人しかできない。そういった人たちが相談に乗るという制度がある。ただあることはあるのだが、やはり事業者なので、自分たちのサービスを使ってもらえることがインセンティブとなり、その相談で単価を上げやすい。「本

当は当人の介護には必要ない」というケースもあるにもかかわらず、なかなかそういったことにはならない。一方では、閉じこもって自分の家族を介護している人にとっては、「問題をそのときに相談できる」という意味では「良い制度」と評価されている。

2. モデル事業

(1) マールブルクの事例

前稿では、第三次介護強化法は、「市町村の役割を強化していこう」というものであり、そのために、「総合的な介護相談構造整備のためのモデル事業をスタートした」と述べた。60の自治体のモデル事業は、具体的に事業を行うのは介護金庫ではなくて自治体が行うのか。これは、「自治体は介護金庫と協力しながら行う」ということである。具体的に自治体はどういう役割をするのか。例えば相談員等を送るのだろうか。

モデル事業を先駆けて実施しているところの例で言えば、フランクフルトから車で1時間ほど行ったところに、マールブルク (Marburg) ³⁾ という街がある。マールブルクでは、介護相談センターを作っていた。センターには、要介護者、高齢者が必要とするワンストップサービスで済む相談所が、ひとつの場所に全部集まっている。

自治体が運営しているが、介護支援センター⁴⁾と同じ建物の中にあらゆるサービスが備わっている。いわば介護支援センターもその一要素になっている。それらをまとめる作業が必要になるし、宣伝もしないといけない。あとは小さな相談所がいくつもあり、例えば目の見えない人たち専用の相談所があったりするのだが、そういう小さいところというのは自分達で場所を運営する資金の余裕がないので、自治体がひとつの部屋を1週間に1回無料で貸している。宣伝も無料で自治体が行っている。マールブルクは自主的に実践しているけれども、まさに60の自治体のひとつに立候補すると言っていた。しかし、モデル事業のお金はどこが出すかは不明瞭であった(2017年調査)。介護改革の一環なので、介護保険の中から出すと思われるが、一部政府からも資金がでるかもしれ

ないので、別途調査が必要である。

(2) 市町村の役割

日本人は、すぐに「地域包括支援センター」のようなイメージを想像してしまうのだが、日本の保険者が自治体だとしたらドイツの保険者は介護金庫である。まちにおける介護もしくは社会福祉について政府に意見を言ったりするところとして、インフラづくりや介護に関しては「介護協議会」がある。あることはあるのだが、インフラ作りに使う資金がない。資金をもっているのは介護金庫である。やはり介護金庫のみに任されていた部分がけっこうあって、市町村というのは、もともとは社会福祉の枠内で高齢者を世話したときはもちろん積極的にやっていたのだが、介護保険導入とともに手を引いてしまった。現在もまだ手を引いている状態で、積極的にやろうとしても、首長が「やるぞ」というようなカリスマ首長でなければ、なかなか進まないのが現状である。そういった協議会というのは、形式的には事業者と介護金庫と市町村と医療の代表者(医師)、そして住民の代表も入っているのだが、うまくいってなかったからこそ、今回相談事業の強化を第三次介護強化法でうたっていると考えられるのである。

3. ドイツの介護人材

(1) 介護人材と研修制度

ドイツの介護人材はどのような状況か。答えは「足りない」である。たとえば、ある事業者が、施設が老人介護士の資格をもった人を募集した場合、その人が見つかるまで約6カ月かかるといわれている。ゆえに、「ものすごく足りない」という認識で、ドイツで最も足りない職業のひとつと言われている。そこで、日本同様ドイツでも外国から人を呼んでいる。たとえばアジアではフィリピンなどとも結んでいたり、まだEUに完全に参加していないセルビア⁵⁾とボスニア・ヘルツェゴビナ⁶⁾とも契約を結んだりしている。自由に移動はできないけれども、介護という枠内であつたら、「働く環境を整えて、かつ語学研修なども少し支

援します」という制度をつくって人を呼んでいる。

日本は研修制度（技能実習制度）でやろうとしているが、ドイツも最初は研修制度であった。なぜかという、たとえばセルビアとボスニア・ヘルツェゴビナには看護資格しかなくて、老人介護士の資格がない。ドイツの場合は看護師と老人看護師の資格が別個にあった。それに同格の教育内容を受けた人でないと、老人介護士にならない。そこで、その研修をまず行う。ただしその研修は、ドイツの場合にはデュアルシステム⁷⁾と言われていて、職業教育をしながら研修する制度である⁸⁾。だから、すぐに施設に住んで働きながら勉強するという形になるので、その段階で労働者不足というの、ある程度解消されることになる。もちろん給料は支払われる。本人は給料を支給されながら働けるということで、そのあと、資格をとったらドイツにずっと滞在してもらおうというスタンスである。日本のように帰ってもらおうなどということはない。

ドイツにはずっと徴兵制があって、18歳から20歳、平和主義者で徴兵拒否した人が良心的兵役拒否といって、介護の現場で徴兵と同じ年限働くという社会の含み財産があったので介護人材は不足してなかった⁹⁾。それがなくなったので、介護人材が不足してきたということもあるかと思われるが、それよりも利用者の方が急増している。需要者の急増とともに、高齢化によって若い人が減っていき、かつ職業教育する側の人材が減っていることが要因としては大きいようである。

（２）介護者の賃金引上げ

介護人材不足ということは賃金的には低いのか。低いけれども、資格者について比較してみると日本よりは若干高い。「今回の改革で給与水準をあげた」と聞いたが、そういう項目も確かにあって、「上げなければいけない」ということも書かれていた。ただ上げられない理由というのは、保険財源が決まっている中で、事業者はある程度利益をだしたいからである。ゆえに、やはり人件費を下げる方向にどうしても向かってしまう。保険者が料金体系を決める段階で、それに見合った料金を、要するに高い人件費に見合った料金体系

を認めてあげる必要がある。そこで、人件費を賄えるような料金体系を認めるようにと今回の法律改正で決まったのである。

日本でいうと、民間非営利と民間営利があれば、民間非営利の方が有利なような気がする。それはその通りである。なぜかという、ドイツの場合、労働協約があり、職域ごとにこれから1年間の給与を決める。職域横断的に決めるので、強い力を持った交渉力で労組が経営者に対峙して決めていく。福祉団体もそれに基づく。しかし民間はそこから自由にできてしまうので賃金は低く設定できる。

ドイツの福祉団体6団体¹⁰⁾があるから、そこがだいたいカバーする格好なのかと思ったが、そうではなく、かなり民間営利のほうが増えて来ているという。特に東西ドイツが統一されて、東ドイツにはカリタスやディアコニーはもともとバックグラウンドがなかった¹¹⁾。そういうところに民間が参入していった。そして農村部などなかなか事業者が行かないようなところに進出したという。このように、民間団体が結構増えていった。ドイツで有名な企業はフレゼニウス・メディカル・ケア¹²⁾だそうである。ドイツの大きな企業であり、医療関係のサービスをしており、透析器械をつくっていたことで有名である。医薬品も製造している。そういった医療関係のところは、病院も経営していたりするが、その事業一つとして介護も提供している。

日本では医療福祉に全然関係のない事業者が介護市場に参入してきている。それで介護市場が成熟してきたが、ドイツでもそういったトレンドはあるのか。高齢者の住居を整備するところから介護市場に参入していった事業者はいるという。両方の参入ルートはあるが、やはり医療関係者が目立っている。

介護は厳しい職業であり、若い人の労働力が少なくなっているのも、もっといい職業にいけないので離職率が高い。職業を選べるようになれば、ほかのところにいってしまうのは日本と同じである。それで、人材がなかなか育たない。

４．介護制度と難民政策

外国人に望みをかけるのはどこの国も同じであ

る。もしくは給料を上げるかである。ただし、日本と違うのは介護のための外国人受け入れが、任期が終わったら帰ってくださいということではない。日本政府は移民とは国籍取得者のみとの立場を取っており、外国人労働者拡大の新規在留資格等は移民政策ではないと否定している。外国人労働者の家族帯同、無期限の在留、国籍取得の優遇などを取っていない。ドイツは移民を受け入れて、人口減少の歯止めをしている。介護の現場は若い人なので、ドイツで婚活して「子どもを産み育ててください」という永住権など、ドイツにとどまることをきちんと保証して諸外国から受け入れている。このことは「日本はこれから」という気がする。

現在ドイツでは難民を積極的に受け入れているが、シリアやアフガニスタンなどからである。そういった人たちにできるだけ介護の職業教育を受けてもらおうと、ドイツは大切にしている。まずは職業教育を受けてもらおうということで、推進する動きがある。その端的な例が、バーデン・ビュルテンベルク州で始めた「完ぺきな難民として認められると、そこに長い間定住する権利が得られる」という制度である。そうでない中途半端な人たちは、ドイツにいることによって、ある程度の生活は保障しなければいけないので、お金がかかるので仕事してもらわないといけない。そこで、「介護の職業教育を受けてください。そうすると、給料もある程度出るし、それを受けていれば『強制送還はない』」ということをきちんと実施しようと、バーデン・ビュルテンベルク州では始めたところである。

バーデン・ビュルテンベルク州では、難民を対象として介護教育受講生を募集している。それはドイツの自国民の人に向けても、「移民はどのように活用しているから排斥しないしてほしい」という、政府のエクスキューズ（弁解）になる。原則的にドイツ政府は難民を受け入れることに賛成である。しかしその前提として、難民もドイツの社会に溶け込んでいくべきであるということで、財政的な負担になってはいけない。それは職業的または労働における統合を通してやっていくという方針をもっているという端的な例だと考えられている。賢いやり方であるが、なかなかうまくいか

ないところでもある。

5. ドイツの認知症国家戦略と介護改革

ドイツの介護保険は医療保険とリンクしており、年齢に関わらず、慢性疾患や障害、認知症など、医療的診断があれば介護を受けることができる。介護保険の利用者をみると、85%の人が60歳以上の高齢者であり、その大半が認知症を患っている（Alzheimer Europe, Germany, Social Support System）。

拙稿2019a（表1）は、ドイツの65歳以上高齢者数に占める認知症者数の推移（推計）を示して、2020年には9.69%、2030年には9.52%、2040年には10.58%、2050年には12.57%、2060年には12.53%であると述べた。

介護保険改革を認知症に特化したこととドイツの認知症国家戦略との関連はどのような関係にあったのか。認知症国家戦略は連邦保健省も力を入れているということは必ず関連があったと思われる。しかし直接的にどこがどう関連しているかは内部事情ということで、詳しくはわからない。アルツハイマー協会がかなりロビー活動をして、活躍したことは確かである¹³⁾。政府に働きかけて、要介護定義の変更でもかなりアルツハイマー協会は積極的に色々意見を言ったということである。独自に調査などもかなりしていたようである。しかしドイツの認知症国家戦略と介護改革のどこがどのように関わっているかは、別途調査が必要である。この点は課題である。

注

- 1) 地方裁判所や高等裁判所で審理されるのは通常の民事事件や刑事事件であり、労働事件については労働裁判所（Arbeitsgericht）が、行政事件（他の裁判所の管轄に属する事件を除く）については行政裁判所（Verwaltungsgericht）が、社会保険等に関する公法上の紛争事件については社会裁判所（Sozialgericht）が、租税に関する公法上の紛争事件については租税裁判所（Finanzgericht）が第1審の管轄権を有している。したがって、これらの裁判所における裁判に対する最終上訴審は連邦裁判所（連

邦通常裁判所)ではなく、それぞれ連邦労働裁判所(Bundesarbeitsgericht)、連邦行政裁判所(Bundesverwaltungsgericht)、連邦社会裁判所(Bundessozialgericht)、連邦財政裁判所(Bundesfinanzhof)である。また、連邦の憲法(ドイツ基本法)に関する違憲審査権は連邦憲法裁判所に、州憲法については州憲法裁判所にあるため、連邦通常裁判所は法令の違憲審査を行わない。つまり、「社会裁判所は、主として健康保険、失業保険、年金保険等の社会保険等に関する公法上の紛争事件を取り扱う。第一審の社会裁判所では、1人の職業裁判官及び2人の名誉職裁判官により、高等及び連邦社会裁判所では、それぞれ3人の職業裁判官及び2人の名誉職裁判官により審理される。名誉職裁判官は、保険加入者及び保険医等から選出される」(ドイツ連邦共和国の司法制度)。

2) ディアコニー事業団は、1848年、神学者J. H. ヴィヘルン(Johann Hinrich Wichern, 1808-1881)によって設立され、1849年には「ドイツ福音教会内国伝道中央協議委員会」(Central-Ausschuss für die Innere Mission der Deutschen Evangelischen Kirche)と命名された。1945年、前述の内国伝道中央委員会とは別に、「ドイツ福音教会援助事業」(Hilfswerk der Evangelischen Kirche in Deutschland)が発足したが、1975年には両者が併合し、「ドイツ・ディアコニー事業団」(Diakonisches Werk der EKD e.V.)として現在の組織となった。そして現在は、ドイツ国内において、カトリック教会によるカリタス連盟、労働者福祉事業団、ドイツ赤十字、ドイツユダヤ人福祉事業団、ドイツ諸宗派福祉事業連盟という五つのグループとともに、国家が認定する連邦任意社会福祉協会を構成する団体のひとつとして位置づけられる(梶原直美・岡本宣雄2015)。

3) マールブルク(Marburg、1977年まではMarburg(Lahn)が公式名称であった)は、ドイツ連邦共和国ヘッセン州中部マールブルク＝ビーデンコプフ郡の郡庁所在都市である。総合大学がある「ウニヴェルジテーツシュタット(Universitätsstadt)」(大学都市)である。ラーン川の河畔に位置する人口約8万人のこの都市は、ヘッセン州で7番目に大きな都市である。市域はラーン川の両岸に広がっており、西はグラードンバッハ山地の中、東はラーンベルク(ラーン山地)を越えてアマーネブルク盆地の端に

まで達している。

4) 「介護支援センター」は市町村と介護金庫がそれぞれ金を出し合って、ワンストップサービスのような形で色々なことを聞けるような相談所を増やそうとしているが、どうしても、今までのところは介護金庫主導になっているのが実態である。たとえば、社会福祉やその街にあるボランティアサービスなどを紹介するところまで至っていない。本当はそこが大切な制度になっているにもかかわらず、そのところを何とかしなければということで、総合的な介護相談構造整備のためのモデル事業を今回の改革でスタートした(小磯2019b)。

5) セルビア共和国、通称セルビアは、南東ヨーロッパ、バルカン半島中西部の内陸に位置する共和制国家。かつてのユーゴスラビアに属した地域の中央に位置しており、政治的にもその中心となる国であった。首都であるベオグラードは、ユーゴスラビア誕生以来2006年にセルビア・モンテネグロが解体されるまで一貫して連邦の首都であった。2006年6月3日のモンテネグロの分離独立に伴い独立宣言をした。セルビア内のコソボ・メトヒヤ自治州がコソボ共和国として事実上独立状態にある。

6) ボスニア・ヘルツェゴビナは、南東ヨーロッパのバルカン半島にある国。田園地帯には中世の面影を残す村、川や湖が点在し、険しいディナル・アルプス山脈がそびえ立つ。首都はサラエボで、中心街のバシュチャルシヤは16世紀のガジ・フスレヴベイ・モスクなどの建築物が立ち並び、オスマン帝国時代の面影を残す旧市街である。同時代に建設されたラテン橋は大公フランツ・フェルディナンドが暗殺され、第一次世界大戦の発端となった場所である。

7) デュアルシステム(Dual system、Dual apprenticeship systems)は、ドイツを発祥とする学術的教育と職業教育を同時に進めるシステムである(OECD 2014)。ドイツ、オーストリア、ハンガリー、ボスニア・ヘルツェゴビナ、クロアチア、セルビア、スロベニア、マケドニア、モンテネグロ、スイスで主流とされ、フィンランド、ポルトガル、デンマーク、オランダ、フランス、エジプトなどの多くの国で見られる(職業能力開発総合大学校報告書2011: 330-331)。公共職業訓練で代表的なのは、主に16歳以上の若者を対象とした初期職業訓練1の中核を成す「デュアルシステム職業訓練」である。デ

デュアル（二元的）という言葉の通り、2年～3年半に亘る訓練を「企業の実地訓練（3分の2）」と「職業学校の学習（3分の1）」を同時並行で行う。デュアルシステム職業訓練は、上述の関係組織が連携しながら職種ごとに期間や内容、試験等を詳細かつ公的に規定している。また、時代の流れに応じて訓練職種や訓練規定の改廃も行っている（約350種前後）。しかし、当該の訓練を実施するかどうかや、実施する場合に訓練生を何名採用するかなどは各企業の自主性に任されている（労働政策研究・研修機構2017：54）。

8）ドイツの養成教育では実習に大きなウエイトをもたせている。実習は「デュアルシステム」として、理論的能力と実務能力の両方を兼ね備えた人材の育成が体系化されている。さらに修了時には試験によって資格を取得し、一定レベルの職業能力が証明できるようになっている。こうすることにより訓練そのものが実務に近いという利点に加え、企業側にとっても修了者の職業能力レベルを判断する基準が明らかに提示されるため、就業に結びつきやすいとされている。実習では、実習先と学生との間で「訓練契約」を結び、実習中は各施設が学生に対して報酬を支払う。これはデュアルシステムの特徴である学生を労働者として位置付けているためである（保住芳美2009）。

9）良心的兵役拒否者が代替条件で市民労役を命じられている国では、徴集兵と同様、労役は社会貢献をしていると解釈されている。同時に、兵役拒否者数の上昇もみられている。ドイツでは良心を理由に兵役は拒否出来ることが法律で定められており、その代わり13カ月間の社会福祉活動が義務づけられる。同国では、「良心的兵役拒否者」数が2003年には兵役につく者の数を上まわり、老人介護等の社会福祉事業は、これらの民間奉仕義務（Zivildienst）なしには成立し得ないと言われていた。ドイツでは2011年に徴兵制度が廃止となったため、これからはどのようにして社会福祉事業に携わる人材を得ていくかが一つの問題となっていた。

10）ドイツには全国的なネットワークを有する代表的な民間福祉団体 Freie Wohlfahrtspflege が6つある。ドイツ・カリタス連合（1897年創設）、デアコニー（1848年）、労働者福祉団（AWO、1919年）、同権福祉団（1924年）、ドイツ赤十字（1866年）、ユダヤ人

中央福祉センター（1917年）である。これらは民間福祉頂上団体と称され、連邦民間福祉団体連合（BAGFW）に結集している（北住炯一2014）。

11）例えば、巨大福祉団体の中では、カトリック教会のもとで組織され、保守政党 CDU（キリスト教民主同盟）、プロテスタント系のデアコニー、SPD 系で、労働運動と社会主義運動を源とする AWO（労働者福祉協会）でいえば、「最大規模で、最も古い歴史をもつカリタスは19世紀半ばの社会主義運動に対抗する形での保守主義勢力による救済活動から発展してきたが、そのほかの団体は、第一次大戦前後の不安定な時期に、社会問題や福祉供給の保つ要請への覚醒とともに創設された。人員、活動、予算規模で、カトリック系カリタスと SPD 系の AWO が抜きん出ている」（久保山亮2009）。

12）ドイツに本社を置くフレゼニウス社の歴史は古く、ヨーロッパではコロンブスが生まれた頃、1462年に発足したヒルシュ薬局にさかのぼる。1743年、フレゼニウス家がヒルシュ薬局の経営権を取得し、フレゼニウスグループの礎を築いた。1912年にはエドワード・フレゼニウス博士が研究所を発展させ、薬の製造を開始した（従業員数400名）。さらに、透析装置とダイアライザーの代理店へと事業拡張を進め、1979年には透析装置の自社生産を開始した。1981年、フレゼニウス AG（現：フレゼニウス SE）を設立し経営基盤を確固たるものにする一方、1996年9月には、革新的製品の開発と生産に従事してきたフレゼニウス社透析部門と米国の大手透析センターであるナショナル・メディカル・ケア社を合併し、フレゼニウス・メディカル・ケア AG を設立した。現在フレゼニウス・メディカル・ケア・グループは、世界的なリーナルケアのリーディングカンパニーとして多岐にわたる業務を展開している。

13）ドイツアルツハイマー協会のロビー活動ではないが、リュッセルハイム支部（地域のアルツハイマー協会）の活動については、小磯明2020 a～c を参照のこと。

文献

Alzheimer Europe, Germany, Social Support System. (<http://www.alzheimer-europe.org>).

Education Policy Outlook Highlights: Germany (Report).OECD.(2014-04).(<http://www.oecd.org/>

education/highlightsgermany.htm).

梶原直美・岡本宣雄「ドイツ・ディアコニー事業団に関する日本国内の研究について」川崎医療福祉大学『川崎医療福祉学会誌』Vol.25、No.1、2015年、pp.1-12。

北住炯一「ドイツの民間福祉頂上団体と市民財政参加 Freie Wohlfahrtsverbände und Bürgerhaushalt Deutschlands」愛知学院大学政策科学研究所所報『政策科学』第5号、2014年、pp.9-15。

久保山亮「変わる移民政策：ドイツの移民政策における自治体と中間組織：1990年代後半からの政策転換と“統合”から締め出される『事実上の定住者』」国立民族学博物館『国立民族学博物館調査報告』83巻、2009年、pp.257-278。

小磯明「ドイツの介護保険改革（1）——介護強化法制定の背景と保険料」非営利・協同総合研究所『いのちとくらし研究所報』No68、2019 a 年 9 月、pp.20-29。

小磯明「ドイツの介護保険改革（2）——介護強化法の給付と鑑定」非営利・協同総合研究所『いのちとくらし研究所報』No69、2019 b 年12月、pp.20-28。

小磯明「ドイツの介護保険制度 5 アルツハイマー協会リュッセルハイム支部①組織の概要」日本文化厚生連『文化連情報』No503、2020 a 年 3 月、pp.72-75。

小磯明「ドイツの介護保険制度 6 アルツハイマー協会リュッセルハイム支部②協会の歴史と活動」日本

文化厚生連『文化連情報』No504、2020 b 年 4 月、pp.72-77。

小磯明「ドイツの介護保険制度 7 アルツハイマー協会リュッセルハイム支部③ボランティア活動」日本文化厚生連『文化連情報』No505、2020 c 年 5 月、pp.82-86。

首相官邸「ドイツ連邦共和国の司法制度」『諸外国の司法制度概要』pp.45-60 (<https://www.kantei.go.jp/sihouseido/pdfs/dai5gijiroku-1.pdf>)。

職業能力開発総合大学校「諸外国における職業教育訓練を担う教員・指導員の養成に関する研究 報告書」、諸外国における職業教育訓練を担う教員・指導員の養成に関する研究プロジェクト、2011年3月。

独立行政法人労働政策研究・研修機構「諸外国における教育訓練制度——アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス——」No194、2017年3月。

フレゼニウス・メディカル・ケア・ジャパン (<https://www.fresenius.co.jp/company/group.html>)。

保住芳美「ドイツの老人介護士養成教育およびその教員養成システムについて」川崎医療福祉大学『川崎医療福祉学会誌』Vol.18、No.2、2009年、pp.337-346。

（こいそあきら 法政大学現代福祉学部・大学院公共政策研究科兼任講師・「文化連情報」編集部）

「保険外併用療養」をめぐる動向について

山本 淑子

はじめに

安倍政権の全世代型社会保障改革は、少子高齢化と就業人口の減少の下でも一億総活躍で経済成長するよう、雇用改革を社会保障改革に組み入れて社会保障費を抑制するとともに、医療・介護を成長産業へとつなげる道にも通じる。2019年12月19日、政府の全世代型社会保障検討会議が「中間報告」（以下「中間報告」）をとりまとめた。経済財政諮問会議や規制改革推進会議、未来投資会議などと連動しながら、今国会に年金や雇用にかかわる法案を提出し、今夏の「最終報告」と骨太方針に議論を収斂させていく。そして、来年の通常国会までに医療保険制度の給付と負担の見直し等の改革案具体化に必要な法案等を準備していく流れである。

こうした動きの中で、皆保険制度を壊す保険外併用療養の拡大も懸念される。そもそも日本では治療は公的医療保険で現物給付され、混合診療は禁止されている。しかし「高度先進医療」と「選定療養」の保険診療との併用を認める「特定療養費制度」が導入されて以来、混合診療へ向かう道が徐々に進められてきている。2006年10月より「特定療養費制度」は、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて評価を行うことが必要とされる「評価療養」と、特別の病室の提供など被保険者の選定にかかる「選定療養」に再編成、整理された。さらに2016年4月からは、患者の申し出を起点として、患者の自己負担で未承認薬等や治療を行うことができる「患者申出療養」が加わった。

現段階で、各種政府会議等でこうした医療の保険外併用療養に関してどのような議論がされているか主だったものをみていく。

1. 加藤勝信厚生労働大臣インタビューから

加藤勝信厚労大臣は雑誌インタビューに答えて、2020年度初頭にあたったの抱負を「社会保障改革の第2幕に入って、全世代型社会保障の構築を進める中で、医療・介護・年金等についての議論」、「特に医療に関して言えば、地域医療構想と医師の偏在対策、働き方改革を三位一体で進め」とした。^(※1)

「中間報告」では、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象を、200床以上の一般病院にまで拡大する方向が示された。加藤厚労大臣は、「選定療養として現行の制度」があるが「医療提供体制のなかで、どう役割分担していくか」ということだと述べ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化による「病院の区分け」の問題だとした。そして厚労省から全世代型社会保障検討会議に紹介して議論を深めてもらい、そこでの答えについて最終的には必要があれば社会保障審議会（以下社保審）で法案化していくとしている。

2020年診療報酬改定では、「中間報告」で提起された紹介状なし大病院受診の定額負担の義務づけ対象の拡大は、特定機能病院及び一般病床200床以上を有する地域支援病院を対象にすることとなった。これにより対象病院数は、これまで対象だった400床以上の433病院から666病院へと拡大する。患者への保険外の負担増となるこの拡大は、医療へのアクセスをいっそう悪化させて受療権を侵害すると同時に、混合診療解禁につながる動きとして看過できない。また、「中間報告」で示された200床以上の一般病院すべてを対象にはしなかったが、今後さらに対象病院をひろげる可能性がある。

2. 厚労省社保審医療保険部会での議論と、政府各種会議の動向

(1) 厚労省社保審医療保険部会での議論

社保審医療保険部会では、次期の制度改革に向けた議論をスタートしている。6月を目処にとりまとめ、全世代型社会保障検討会議の「最終報告」に向けた検討と連動しながら、経済財政諮問会議や未来投資会議での議論とともに、夏の骨太方針にも反映されていく。

社保審医療保険部会での医療保険制度にかかわる主な検討課題は、中間報告に示された後期高齢者の一定所得以上の方の医療費窓口負担2割化の具体化と、紹介状なしで「一定規模」以上の病院受診時の定額負担を求める制度についてである。この「一定規模」という表現は、中間報告と診療報酬改定を受けて出された「果たして200床以上は大病院なのか」という現場の声を意識したものであろうか。社保審医療部会では、「200床は中小病院であり、かかりつけ医のような機能を果たしているところも多い」「病床数による単純な線引きではなく、地域の状況を十分勘案すべき」等の意見も出されている。しかし、医療保険部会の委員の中からは、選定療養による受診時定額負担の拡充について、「対象病院の範囲を狭めることなく、確実に実施」することを求める意見も出されている。中央社会保険医療協議会での選定療養等にかかわる負担額や要件等の審議とともに、対象病院の拡大が検討課題とされていく可能性が読み取れる。

また医療保険部会では、新経済・財政再生計画改革工程表2019（以下改革工程表）の項目に沿った議論も進められる。その項目には、給付と負担の見直しとして、負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方、薬剤自己負担の引き上げなどとともに、「新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用」が挙げられている。委員から薬剤については、「小さなリスクは自助で」の考え方に基づいて、保険給付範囲を見直す議論を求める意見も出されており、医薬品分野での保険外併用拡大について今後の議論を注視する必要がある。

(2) 各種政府会議の動向

保険外併用療養が検討課題に挙がっている2つの会議をみていく。

①経済財政諮問会議

改革工程表の社会保障分野では、給付と負担の見直し等による「社会保障の持続可能性」の確保が掲げられている。保険外併用療養と密接にかかわる項目では、経済再生と財政健全化のための改革として「高い創薬力を持つ医薬品産業への転換と薬価制度の抜本改革の推進」があげられている。医薬品産業は、日本再興戦略や健康・医療戦略においても「成長産業」の柱の一つと位置付けられている。

財務省主計局の主計官が講演で、医療費の伸びを抑制していく視点から、新規医薬品の保険収載について「政策的に対応できる余地がある」と発言している^(※2)。保険給付範囲の在り方の見直しについても、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」で、100万円を超えるような高額な医療費がかかる場合には「やはり日本の医療制度があると安心だと思える」が、普段の小さなリスクについては自分で対応していく必要もあると語っている。

関連して、経済財政諮問会議や内閣府の規制改革推進会議の委員を務める慶應義塾大学の印南一路氏が、超高額薬剤について、救命医療に該当する薬剤は単に高額であるという理由で医学的適用を制限したり保険外併用療養制度の対象にしたりすることは「救命機会の最大化」「無差別平等」の理念に反するとした上で、超高額薬剤を保険適用した場合の財源確保について、保険給付全体の範囲を見直し、保険適用外にしても問題がないものは保険から外して保険外療養併用費の対象にすればよいと言及している^(※3)。超高額薬剤の保険適用を関連づけた、薬剤の保険はらずしと保険外療養併用拡大の論調には、大いに注意を払う必要があると考える。

②規制改革推進会議

規制改革推進会議は、安倍首相が第1回の会議で、「規制改革は成長戦略の中核、いわば一丁目一番地」と発言するような位置づけの会議である。

6つのワーキンググループ（WG）に分かれて議論しており、前述の印南氏が医療・介護 WG に専門委員として出席している。

2019年12月2日開催の第2回規制改革推進会議では、医療・介護 WG 座長の太石佳能子氏（株式会社メディヴァ代表取締役社長）から保険外医薬品（スイッチ OTC 等）の選択拡大を検討すると報告している。その後の12月18日の医療・介護 WG では、印南氏が、公的医療保険の給付範囲の見直し等を提案している。“保険財政の持続可能性”と“患者の選択肢の拡大”を2つの柱にして、現在の選定療養を整理し、「新選定療養（仮称）」を新設して OTC 類似薬などを対象にしていく内容である。今後の議論を注視する必要がある。

3. 日米貿易協定交渉の影響

2018年9月に日米共同声明で日米貿易交渉開始が宣言され、2020年1月にデジタル貿易協定とともに発効した。安倍首相は「これは包括的な FTA とは全く異なる」と説明したが、トランプ大統領は「かなり近い将来、日本との包括的な協定をまとめる」と強調し、ライトハイザー通商代表は2020年春以降に「第2ラウンド」に入ると述べた。医療・医薬品、ISDSなどはこれからが本番である。

アメリカの医薬品メーカーは、日本に対して超高額医薬品の販売承認を求めており、アメリカにとって「日本の医療保険・薬価制度の見直し」は重要な要求項目である。医薬品業界（米国研究製薬工業協会 PhRMA）からは、バイオ医薬品のデータ保護期間についてもアメリカに合わせた12年への延長が要求として挙げられている。

NPO 法人アジア太平洋資料センターの内田聖子氏は、アメリカはすでに新 NAFTA で医薬品の特許期間を含む知的財産権についてグローバル製薬会社に有利な協定をしており、日米貿易協定でも TPP 以上の10年、あるいは12年を主張する可能性は高いと指摘している。日米貿易協定の今後の交渉が、日本の医療・医薬品、さらには医療保険制度そのものに与える影響についても予断を許さない。

まとめにかえて

現在、新型コロナウイルス感染症の拡大が懸念されている。地域医療構想によって公立・公的病院の縮小再編を進めれば、こうしたときに対応できる余力を奪い、迅速な手立てを打ちにくくする。医療体制が弱まった地域で蔓延した場合の対応はどうするのか。地域医療確保のためには、医師数、看護師数も偏在対策やタスクシフティングではなく、OECD 並に増員することが求められる。公立・公的病院の果たす役割の重要性とともに、地域の隅々に必要な医療を行き渡らせることの大切さを、改めて多くの国民とともに問い直すべき時である。

保険外併用療養や選定療養の導入・拡大は、日本の「国民皆保険」という優れた制度を崩壊させ、患者の受療権を奪う。いつでも、どこでも、誰もが、保険証一枚で、お金の心配なく必要な医療を受けられるよう求めていきたい。

【引用】

※1『社会保険旬報』No.2771 2020.1.11

※2『メディファクス』2020.02.27

※3「時事評論 医療政策の理念（下）」『週刊社会保障』2020.02.10 NO.3058

【参考】

社会保障審議会医療保険部会（第123～126回） 議事録、資料等

中央社会保険医療協議会（第440～451回） 資料等
財政制度等審議会財政制度分科会 資料等（令和元年11/25、2年1/27）

規制改革推進会議 議事概要、資料（令和元年12/2、2年2/12）

規制改革推進会議医療・介護 W・G（第2～6回） 議事概要

未来投資会議 議事要旨（第34、35回）

週刊社会保障20200203 NO.3057この人に聞く

週刊社会保障20200224 NO.3060ひろば

経済2020.1「日米の貿易交渉を検証する」真嶋良孝氏

世界2019.9「片務的かつ非対称な異形の貿易交渉」内田聖子氏

全国保険医新聞2020年2月5日（第2814号）8面「日
米貿易交渉第二ラウンドをめぐる動向 下 米トラン
プ政権の狙い」
「国保のことば」2017年3月改定版 公益社団法人

国民健康保険中央会発行

（やまもと よしこ、全日本民医連事務局次長）

2019年秋千葉県台風災害の検証と提言

八田 英之

（この提言は、千葉県自治体問題研究所の防災問題 WG の責任者をしている私が執筆しましたが、2020年1月29日の同研究所常任理事会で研究所としての公式文書になりました。前号の私の論文「2019年秋の台風災害を考える」が時系列的に何が起こったのか、を中心にまとめたのに対して、この提言では何が問題なのかについてまとめています。前号を補足するものとして掲載をお願いしました。八田英之）

2019年秋千葉県台風災害の検証と提言

2020年1月 千葉県自治体問題研究所

はじめに

2019年9月から10月にかけて、千葉県は三度の台風災害に見舞われ、大きな被害を出しました。千葉県自治体問題研究所は、2010年10月以来、災害問題のワーキング・グループ（WG）をつくり、調査研究を行い、ハザードマップの問題や震災、千葉県の防災対策について問題提起してきました。今回の台風災害についても、WGで検討し、千葉県社会保障推進協議会と研究所の共同でシンポジウムを開催する（2020.2.2）など取り組んできました。今後さらに、被害を受けたそれぞれの自治体の状況などを調査していきたいと考えていますが、とりあえず、今までの議論で浮かび上がってきた問題について、提言いたします。各方面で、ご一読いただき、災害問題を考えていく参考としていただければ幸いです。

1 「警報」と自治体が発令する避難勧告等について

〈避難勧告等は適切だったか？〉

10月25日の千葉県豪雨では、避難勧告や指示を出すことが却って危険であると判断して発令せず、垂直避難を防災無線で呼びかけた長柄町のような事例がうまれました。この判断は適切であったと思われます。また、鴨川市を始め多くの市で避難勧告や避難指示が出されています。しかし、

その発令は今回の様な「記録的短時間大雨」の場合、適切な時期に出されていたでしょうか？また、洪水発生情報はどうだったでしょうか？

さらに、25日午前中で学校を休校にして児童生徒を下校させた例と、それは危険と判断して学校で待機させた例がありました。TVでは腰の上まで水につかって下校する女子生徒の姿が放映されました。この水害での県内の死者11人のうち、6人が車中死を含む移動中の死亡でした。

要するに、10.25豪雨の警報については、県やそれぞれの市町村ごとに、何時、何を、発令したのか、学校などにどのような指示を出したのか、その時の状況に照らしてそれが適切だったのかどうか、今後の教訓とするための検証が必要だと考えます。

〈県の氾濫警戒・危険・発生情報はどのように伝えられたか？〉

千葉県の今回氾濫を起こした川は、国管理の利根川水系に属する神崎川・鹿島川・高崎川・大津川を除き、他は全て県が管理する二級河川です。これらの川では、水位計が設置され、氾濫危険水位に達すると洪水警報・氾濫警戒情報（警戒レベル3）、氾濫危険情報（警戒レベル4）が出されることになっています。これらは今回どのように実行されたのか？今回は多くの支流から氾濫が起こっており、河川監視の体制が充分だったのかどうか、具体的な検証が必要です。

さらに、氾濫発生情報（警戒レベル5）は、実際に氾濫がおこっており、できる限り水平的避難を行わず、水のこない高いところに避難する（垂

直避難) のが原則になる、住民の避難行動に大きな影響のある警報です。この点では、水位計が水没して以後の情報を得ることが出来なかったという事態も伝えられており、厳密な検討が必要です。

〈警戒レベルの問題と少ない安全な避難所〉

今年4月に政府は、早期避難を促すために、市町村が出す避難情報と国や県が出す防災気象情報を5段階に「整理」したのですが、そのことが却って警報の意味を解りにくくしたということはなかったでしょうか？例えば、避難勧告と避難指示は同じレベル4であり、避難準備情報はレベル3で「高齢者・障害者・乳幼児など避難に時間を要する人はすぐ避難する」という意味で、長柄町で発令されていたのはこのレベル3のものでした。さらに、レベル4の全員避難という言葉が、一人歩きしている嫌いはないでしょうか？例えば、市全域に避難指示が出された場合、全市民が避難所に詰めかけるという事態になったら、どうするのでしょうか？

要は、水害・土砂災害など予見できる・避難する余地のある災害に対して、その災害に遭う危険のある住民が全て、安全な所に避難することをどう実現するかです。そのためには、そうした危険地域の住民にハザードマップなどでその危険性を知らせ、さらに住民に警戒レベルや警報について説明し、災害時の心構えを作ってもらわねばなりません。

また、避難所に行くまで30分もかかるという現状を改め、より身近な安全な所に（例えば山の中腹にあるお寺など）一時避難所を設定するなど早期避難を実現できるようにするための改善が必要です。

国のレベルでも、例えば「記録的短時間大雨情報」は、警戒レベルの中に位置づけられていません。警戒レベルをより解りやすくすることなどの改善が求められます。

2 ハザードマップと今後の治水対策の視点

〈見直されていなかった洪水ハザードマップ〉

住民の避難行動とも関係するのが、県がつくり、市町村が住民に周知徹底する義務のあるハザードマップの問題です。今回、ハザードマップで示された浸水域を超える広い範囲で浸水が起きました。千葉県のはザードマップは、多くが従来の数十年に一度の豪雨による氾濫を想定したもので、国が提起している千年に一度レベルの豪雨災害を想定したものになっていませんでした。県の取り組みの遅れは、他県に比して著しいものがあります（東京新聞12月11日）。さすがにこの災害後、県はハザードマップの見直しを当初予定の21年3月から今年5月末に前倒ししましたが、それで免罪されるものではありません。

〈これまでの発想を超える治水対策の必要〉

例えば、一宮川水系では、数か所で氾濫がございましたが、これは川が流せる水量を超える大雨が降ったということであり、堤防を復旧するだけでは、同じことが繰り返される危険があります。また、亀山ダム、高滝ダムの緊急放流が検討されました。幸い実行されることはありませんでしたが、これが実行された場合、「かずさ水道広域連合企業団」の大寺浄水場が水没する危険がありました。そうなっていたら広範囲の長期断水が起っていたと思われます。

千年に一度の災害を想定した（実は、千年に一度の災害が毎年のように起きるのが最近の地球の状況です）、川床を本来の深さにする、放水路をつくる、遊水地をつくるなどダムだけに頼らない新たな治水対策が求められているのではないのでしょうか？

3 「警戒区域になっていなかった」のに起こった土砂災害

〈行政の怠慢による人災？〉

10・25豪雨での11人の死者のうち4人は3ヶ所の土砂災害によるものでした。いずれも土砂災害警戒区域には指定されていませんでした（2ヶ所所は対象地域で1ヶ所は対象外）。土砂災害警戒区域は、斜面の平地との角度（傾斜度、斜度）など国が定めた基準によって土砂災害の危険性のある区域をリストアップし、住民への説明などを行い、県が指定するものであり、住民の合意は必要ではありません。指定されれば、確かに土地の価格は下がるかもしれませんが、しかし、それよりは住民の生命の方を重視すべきなのは自明なことです。千葉県の警戒区域指定率（危険性のある区域のうち実際に指定された区域の率）は、全国平均の80%を大きく下回る最下位レベルの36%でした。県は、「住民説明など丁寧にやったために遅れた」という奇妙な弁解をしているようですが、到底容認できるものではありません。実際、この災害後、県は、土砂災害警戒区域指定を2021年5月末までに完了するとの考えを示しました。土砂災害防止法が公布されたのは、2002年5月。これまでの17年間で36%しかできなかったものが、今後一年半で100%までできるというのであれば、それはこれまでの行政の怠慢を示すものとも言われても仕方がないでしょう。

今回、土砂災害警戒情報は出されていました。警戒区域に指定されていたなら、避難することも可能だったのではないのでしょうか？

〈警戒区域の対象になっていなかった！〉

がけ崩れによって2人が死亡した千葉市緑区誉田町の場合、ここは災害危険区域の指定対象になっていませんでした。国は現地調査を行いました。その結果は、「デジタル地形図を作成していたなら、国基準の30度を超える傾斜地であり、指定対象になるはずの所であった」ということです。デジタル測量以前の地形図は航空写真などに依るものであり、精度に限界のあるものです。これは

由々しいことであり、改めてより正確な地形図をつくり、土砂災害警戒区域対象地の見直しをおこなうべきではないでしょうか？

また、台風19号による土砂災害では、群馬県で傾斜20度程度の所で地滑りが起き、4人が亡くなりました。ここでは、粘土層の上に火山灰地層が乗るという地層の問題が明らかになっています。その境目からは以前から水が染み出ていたとのこと。こうなると地層のチェックも必要になります。昔から人が住んでいたところはともかく、戦後新たに宅地開発が行われたところでは、開発業者にボーリング調査を義務付けるか、それが困難な場合は、行政が調査する必要があるのではないのでしょうか？

4 「風の被害」への想像力を欠いた15号台風への対応、長期停電、災害時要支援者

〈重大災害の認識をもてなかった県〉

9月8日の台風15号は、「記録的な」強風によって大きな被害をもたらしました。しかし、千葉県の災害対策本部の発足は一日置いた10日でした。県知事は、9日には登庁せず、10日は対策本部が発足した後、芝山町の別荘的な「自宅」に行き、その後私的に視察したとしています。知事のこの初期対応は論外であり、厳しい批判が寄せられています。

しかし、知事だけの問題ではありません。11月22日に台風15号での県の対応を検証する外部識者会議が開かれましたが、そこに県庁内の検証チームがまとめた報告書が提出されました。そこでは、台風に対する被害想定が事実上なかったこと、ゴルフ練習場の鉄塔、送電塔、電柱の倒壊などのTV映像はあったが、9月9日夕方時点での市町村からの報告は、建物被害は200程度でほとんどが一部損壊であったため、大規模災害が発生しているという認識をもてなかったこと、9日朝からの大規模停電や断水を踏まえば災害対策本部の設置を知事に進言すべきであったが、過去の台風被害は水害であり、風による大規模停電・断水・

広範囲の建物被害の経験がなく、判断できなかったこと、県の備蓄する発電機などの情報が市町村に周知されておらず、活用されなかった、本部を作った後も所定の人員体制を調えることをしなかった、などのことが明らかにされています（千葉日報）。

台風15号は確かにコンパクトな台風でしたが、その気圧傾度は9hPa/10kmでこれは昨年大阪に大きな被害を出した台風21号の5hPa/10kmを大きく上回っていました。それ故に気象庁は8日11時に記者会見を行い、「記録的な暴風の恐れ」「夜になって台風の接近と共に世界が変わる」と異例の表現で警報を発したのです。たしかに、多くの人が風によってこれほどの被害が出るとは思っていませんでした。

しかし、住民の生命・財産を災害から守る、それが完全にはできないまでも被害を最小限にとどめることを使命としているはずの自治体の災害問題の担当者が、一般人と同じレベルで「報告がなかった」「経験がなかった」と一日を空費した責任、その後の対応が後手後手になった責任は、免れないのではないのでしょうか。

ここには、正常性バイアスによって「風の被害」への想像力が損なわれていた姿が見えます。また、危機管理の場合に正確な情報をいかに早く多く集中するかが最も重要であることは、いうまでもありません。県には15の土木事務所を始め多くの出先機関があります。台風などの翌日には県道の状況などを点検しに出動することが通例だと言えます。今回、そこで見たことが、県の災害問題を担当する部署に報告されなかったのでしょうか？電柱が倒れていたり、多くの建物の屋根が飛ばされていても、所管事項ではないので報告しないという現状があるとすれば、それは、即刻改善すべきことではないのでしょうか？

〈必要な電気設備基準や建物耐風基準のみなおしと林業対策〉

台風15号では、これまでの電柱が風に耐えられる基準強度を超える風が吹いたことは明らかです。建物被害も同様です。これらの基準の見直しは避けられないのではないのでしょうか。

もう一つ、停電を広げ、復旧を遅らせた問題に山武杉のチャアナタケモドキによる非赤枯性溝腐病の問題があります。千葉県は杉の7割以上がこの病気に侵され、内部が空洞化し、風に極めて弱くなっています。このために今回、倒木によって電線が切断され、電柱が傾き、停電被害の長期化を招きました。この対策の基本は、林業の再生ですが、民間に任せていては進まないことは明らかです。民間の林業が再び千葉県で成り立つまで、県が前面に出る、あるいは防災上の観点から伐採・植林への援助措置を講ずるなどの検討が求められているのではないのでしょうか。

5 長期停電と災害関連死・災害時要支援者

〈長期停電に備える〉

台風15号による長期停電は、完全回復まで19日かかりました。停電でポンプが動かなかったことによる断水も解消されたのは17日後でした。台風の風の直接被害と長期停電による農林水産業の被害は、3.11東日本大震災を上回る367億62百万円に達しました（9月26日時点）。

長期停電は、今後も首都直下地震などで予想されます。電線の地下化などを推進していかなければならないでしょう。これも停電の復旧も電力会社の仕事です。当然、国の政策的なバックアップが前提になります。

自治体レベルでは、停電による被害や生活困難をできる限り軽減する対策が必要です。まず、断水対策としては、今回の教訓に学べば、水をくみ上げるポンプの非常用電源を確保しなければなりません。また、浄水場の冠水などで広域水道が機能不全に陥った場合に備えて、井戸などの代替水源を確保しておくことも必要でしょう。

都市部では、高層マンションなどのトイレ、下水の問題も深刻です。個別的に処理できるような新たな技術開発が求められているのではないのでしょうか。

〈停電による熱中症死亡は災害関連死ではないのか？〉

9月9日からの数日間は、真夏の暑さが続き、4人が熱中症の疑いで死亡しました。これは災害による直接死ないし関連死ではないのでしょうか？災害関連死は「災害による負傷の悪化、避難生活での身体的負担による疾病で死亡し、災害弔慰金の支給対象と認められたもの」と今年4月内閣府が定義しました。たしかに、「避難生活による」ものではないかもしれませんが、しかし、台風による長期停電で熱中症になったのであれば、それは「災害による負傷」に含めるべきではないでしょうか。支給対象と認めるのは市町村です。そこで改めて検討することが必要ではないでしょうか？

12月19日、南房総市の93才の女性（自宅の蒲団の上で死亡熱中症）と富里町の84才の男性（停電により酸素吸入器が動かなくなり、ボンベに切り替えようとして力尽き死亡）が災害関連死と認定されました。これらは、災害時要支援者として行政が把握し、近隣住民に安否確認を依頼していたなら、防ぐことも可能な死だったのではないのでしょうか？

〈医療的な対応が必要な災害時要支援者〉

長期停電は、在宅の人工呼吸器をつけている患者、酸素吸入を必要とする患者、透析患者などのいのちを脅かしました。今回は、多くの在宅酸素の患者が、幸いにも家族や近隣住民の努力と病院の協力で避難入院できました。透析患者については、医療機関や業者が個別に回って対応し、事なきを得ました。しかし、地震災害の場合には、医療機関も被災していることや道路が寸断されることが考えられます。在宅酸素や人工呼吸器の患者については、個別的な電源確保（自家発電と太陽光発電の蓄電など）も推進すべきではないでしょうか。まずは、医療的な対応が必要な要支援者を他の要支援者とは別にリストアップし、どのようにすれば、長期停電の場合にもそれによっていのちを脅威にさらされることなく、生活できるか、検討すべきです。これはそれぞれの自治体ごとに見るとそれほど多数にはならないと思われま

す。

〈災害時要支援者問題を具体的に！〉

災害時要支援者の仕組みは、2004年の梅雨前線豪雨や台風で、高齢者など自力で避難できなかった人が多く死亡したことから設けられ、3・11でも高齢者・障害者の死亡が一般の人に比べて高い率になったことから見直されました。しかし、この制度は、個人情報保護法の壁と行政の姿勢や住民の防災意識の問題からか、具体化が遅れています。個別支援計画が作られているのは、14%ということです。具体化を進めるには、個人情報を民生委員や自主防災組織まで下し、要支援者を訪問して話し合い、どのような支援を誰がするのかを決めていくほかはありません。平時にそうするためには、自治体ごとに条例を制定することが必要ですが、千葉県内でそれが行われているのは7自治体に過ぎません。住民への啓蒙を進め、条例を制定して、要支援者対策を具体的に進めることが求められています。

6 復旧・復興の問題

〈危険な屋根の修理・倒木処理〉

台風15号では、とりわけ家屋の屋根の被害が深刻です。屋根の補修作業中の転落などで3人が死亡し、101人が重軽傷を負いました。飛ばされた瓦屋根を修理するのは専門家でなければできないことですし、屋根にブルーシートを張るのも素人には困難なことです。

プロとはその仕事を生業にしている人です。千葉土建を始め多くのプロの人が手弁当で駆け付け、無償でブルーシートかけなど復旧支援にあたりました。しかし、それは連日というわけにはいきません。自衛隊は当然ながら無償で復旧支援にあたりました。その一方、高額な費用を業者から請求されたという事例もありました。

ブルーシートは、まさに応急対策であり、再び雨が来る前に急いで対処しなければならないことです。これは、災害の拡大を防ぐ「防災」であって、千葉市長が「高所作業などの専門家ボランテ

ィア」を募集したことに、危険作業を無償で行わせるのかと批判が寄せられたことに対して、「私有財産に公費を投入することは云々」と弁解したのは、阪神大震災以降住宅補修に国が支援金を出していることからしても失当でしょう。公費の支出をためらうべきものではありません。

〈無償ボランティアの限界〉

県は10月20日に「応急防水施工業者プラットフォーム」を開設しました。基本的に住民負担であり、不十分なものですが、これに対する公的支出を拡大し、公に認められた専門業者に安心して依頼することが出来るようにするべきでしょう。

さらにことを複雑にしているのが、今回特例的に一部損壊・瓦屋根修理にも国が支援することになったことです。これ自体は良いことですが、このために罹災証明に自治体職員の現場確認が求められ、職員数の削減がすすめられたため、人手不足で罹災証明が遅れています。

ブルーシートはまさに一時しのぎであり、プロに頼むのなら、またプロとしても、屋根修復工事をしたいところです。現状では、罹災証明を貰う前に補修を行うと国の支援は受けられません。事前・事後の写真による証明などでよいことにすれば(そうした対応も取られつつあるようですが)、復旧を早めることになります。

ボランティアは、今後も重要です。しかし、台風15号の教訓は、無償のボランティアの限界も示しました。専門性を要する復旧作業については、仕事として、有償で専門家が取り組めるような仕組みを作っていかなければなりません。元来ボランティアとは「自発的な」という事が主な意味であり、諸外国では多くの場合、実費補償は当然で、一定額の日当を支払う(公的あるいは私的に)場合も見られます。

〈避難所の問題〉

10・25豪雨では、避難所も問題でした。日本の避難所の劣悪な環境は、広く知られています。仮設住宅や自宅に帰れるまでの一定期間そこで生活しなければならないのですから、最低限の文化的

水準の確保を目標とした改善が求められます。ダンボールによる仕切りなどが進められてきましたが、トイレ・暖房・冷房・食事などについては、さらに見直していくことが求められます。

今回、避難したら「毛布と食料を持ってくるように」と言われたという情報が寄せられています。確かに、レベル3の段階で避難する場合には、それも一定可能でしょう。「食料を持ってくるように」というのは、非常用食料の数に限りがあるので、支援食糧が届くまでのつなぎとして、という意味であろうと思われますが、レベル4の避難勧告や避難指示の場合、さらに10・25豪雨のような急速な水害の場合、また津波の場合、避難は一刻を争います。着の身着のままでもいち早く避難することが必要です。実際、多くの避難所では、非常用食料や毛布などを備蓄しています。

避難所に行くのに様々なものを用意しなければいけないと考えて、準備に手間取り、避難が遅れることは極めて危険です。行政もこうした趣旨を住民によく知らせるべきです。

〈仮設住宅の問題〉

今回の千葉県の三度の災害では、合計して建物全壊287、半壊2609、床上浸水1458の被害にもかかわらず、応急仮設住宅は作られませんでした(2020年1月23日段階では、全壊440、半壊5899、床上浸水507、床上浸水が全壊や半壊になっている)。ある市で仮設住宅の希望があることから建設を県に相談したところ、「避難所に人がいない状況だから必要がないのでは」と言われたとのことです。勿論、公務員住宅などを利用した「みなし仮設」は確保されていたようで、被災者が行き場を失う状況ではなかったと思われますが、「避難所に人がいない」ことが仮設を作らなくてよい理由にはなりません。親戚・知人の家に世話になっているとしたら、家族で独立した住まいで暮らしたいという要望があり、みなし仮設などでの対応では不十分な場合には、当然応急仮設住宅を作ることになるでしょう。

2016年の熊本地震では、仮設住宅を復興住宅として、木造で作りました。仮設と言えばプレハブのくい打ち基礎ということになっていますが、東

日本大震災の被災者は、いまなお岩手・宮城・福島
の3県で3418人が仮設住宅で暮らしています。

首都直下地震では、膨大な全壊・半壊建物と被災者が生まれ、その多くが高齢者世帯であることが予測されます。高齢者がもう一度家を建てるというのは困難な場合が多いと思われます。応急仮設住宅を復興住宅として建てる（違いは建物の基礎がくい打ち基礎かコンクリートかの違いだけです）ことを積極的に検討すべきでしょう。

〈農林水産業・地場産業の復興〉

農林水産業の復旧については、「強い農業・担い手づくり総合支援交付金（被災農業支援型）」や水産関連施設等復旧緊急対策事業」など既存の制度がありますが、それを受けても相当な額の個人負担・住民負担は避けられません。林業では林道整備以外は、殆ど林業保険だけです。農林水産業では、担い手の高齢化が進んでおり、再建を断念する人も出てくるのではないかと懸念されます。少し前には日本で二番目の農業県であった千葉県は、今四位にまで後退しています。国の基準だけでなく、県や市町村が上乘せするなど、安心して復興に取り組めるような検討が必要です。さらに、ことは単に復旧対策だけでなく、農業・漁業を衰退から発展へ切り替えていくような抜本的な総合的政策、これらの分野に若い人が希望を持てるような政策を打ち出すことが求められているのではないのでしょうか。中小企業などの地場産業の被害も200億円を超えたという事です。地域の生活になくてはならない中小企業や地場産業を守り発展させる政策が切に求められています。

〈復興に関わる行政の体制と業者不足の問題〉

県及び市町村の正規職員は行政改革の名のもとに大幅に減らされてきました。職員は災害復旧の

ために大変な超過勤務をして奮闘していますが、それでも人手不足のために罹災証明などが大幅に遅れています。清掃業務などで災害時に支援に来ることが出来るのは正規職員だけです。行政の現業部門などの外注化や人減らし合理化を改めなければ、住民のいのちと生業を守れないということろまで来ているのではないのでしょうか。

また、復旧の補助金を申請するために業者の見積もりをとろうとしても、業者の不足でままならない事態が続いています。瓦屋根の修復などはいつになるかわからないという事です。差し当たりは補助金の増額などの手立てを講じなければ、ブルーシートの家にまた台風がやってくるという事態も起きかねません。伝統産業の担い手が増えていくような政策が求められます。

おわりに

2019年秋の千葉県の3度の台風災害については、実際に氾濫したところで、どれだけハザードマップとの異同があったのか、それぞれの自治体の対処はどうだったのか、被害を受けた農業など地場産業の復興対策、福祉避難所の問題など、今後さらに調査・検討していくべきことが残されています。自治体問題研究所防災問題チームは、引き続き取り組んでいく所存です。

災害がこれまでの感覚では判断できないほどに凶暴化しています。

「千年に一度と言える災いが毎年のこととなりし地球か」

私たち自身、防災についてそれなりの覚悟が必要になっています。そして、住民と自治体労働者が協力して災害に強いまちづくりを進めていくことが求められています。

（はった ふさゆき、研究所副理事長、千葉県自治体問題研究所理事長）

報告書等の発行一覧

詳細はウェブサイトの出版情報をご覧ください

視察報告書、翻訳

タイトル	著者名	発行日	備考
『「スウェーデン・福祉の国づくりを 探るツアー」報告書』	全日本民医連・総研いの ちとくらし編	2006年3月1日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『「スペイン・ポルトガルの非営利・ 協同取材」報告書』	角頼保雄・坂根利幸・石 塚秀雄他	2006年3月1日	いのちとくらし別冊 No. 2
『フランス 非営利・協同の医療機関・ 制度視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2008年3月31日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『キューバ・メキシコ視察報告書—キ ューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全 訳付—』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2010年2月20日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『ドイツの非営利・協同の医療と脱原 発の地域電力事業視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2013年3月31日	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『イタリアの非営利・協同の医療福祉 と社会サービスの視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2014年6月14日	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『イギリスの医療・介護と社会的企業 視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2016年6月15日	総研いのちとくらし ・全日本民医連・保 健医療研究所共催
『スペイン社会的経済概括報告書 (2000年)』(翻訳)	J. バレア、J.L. モンソン 著 佐藤誠・石塚秀雄訳	2005年4月15日	いのちとくらし別冊 No. 1

ワーキンググループ報告書、ワーキングペーパー

タイトル	著者名	発行日	備考
『公私病院経営の分析—「小泉医療制 度構造改革」に抗し、医療の公共性を まもるために—』	医療経営比較ワーキング グループ	2006年3月1日	ワーキンググループ 報告書 No. 1
『地域の医療供給と公益性—自治体病 院の経営と役割』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2015年4月30日	ワーキンググループ 報告書
『地域医療と自治体病院—展望を岩手 から学ぶ』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2017年7月15日	ワーキンググループ 報告書
『Red Store、Yellow Store、Blue Store and Green Store:The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century』	Takashi SUGIMOTO (杉本貴志)	2006年11月8日	ワーキングペーパー No. 1
『友愛社会とは何か—ヨーロッパから 学ぶ社会像』	富沢賢治	2010年3月1日	ワーキングペーパー No. 2
『地域医療と自治体病院をめぐる住民 運動』2013/09 第一報	八田英之	2013年10月15日	ワーキングペーパー No. 3
『東日本大震災からの復旧・復興事業 の取り組みと課題に関する研究—気仙 沼市の復興状況を事例として—』	小磯明	2015年3月31日	ワーキングペーパー No. 4
『TPP・共済問題研究会報告要旨集 TPPと共済規制問題』	中川雄一郎	2016年8月31日	ワーキングペーパー No. 5

〈継ぎ足し生涯学習のすすめ—3〉

市民的生涯学習のすすめ

野村 拓

●「人生50年の誤算」

試合終了のホイッスルかと思って聞いたのが、実は前半戦終了のホイッスルであった、というのが私たち世代の誤算であった。1927年生まれ私のにとって「人生50年」は1977年、織田信長49歳、真田幸村49歳…などをつぶやきながら書いた『医療政策論攷・Ⅰ』（1976、医療図書出版）の「あとがき」は次のようになっている。

「この頃、やはり人生は50年ではないか、と思うようになった。50歳の時点でいつ死んでもいいように仕事に一応のしめくりをつけておくべきだという意味である。

…

まだ50歳には間があるが、しめくりへの第一歩として論集をまとめてみた。もし事情が許すならば、未発表のノート類も含めて全8巻ぐらゐに編集してみたい。そして、その刊行をもって、人生の節としたい。

私は節のないズンベラボーの人生を好まないし、ズンベラボーの研究生活を送っている人たちが、安物のヒューマニズムを振りかざして安楽死を論じたりすることを、なお好まない。管理社会の下で、生命を燃焼させることもなく生かされ、死にかけると、こんどは医療産業が開発した「死をあざむくグロテスクな延命装置」のご厄介になり、そのことを巡って、ズンベラボーがしたり顔に論評する…「死」は「管理社会における死」としてとらえなおす必要があるだろうし、なによりもまず、生命を燃焼させて生きる努力をするべきである。管理社会特有の「しらけ」と対決し、それを克服し、管理社会を揚棄するためには、私たちはもっと燃えなければならない。」

どうやら、燃えそこなったようである。この年（1976）、「矢でも鉄砲でも」の気持ちで『日本医師会』（勁草書房）を出し「医療経済研究会」をスタートさせたが、同じ年に出した『論攷・Ⅱ』の序文には、次のように書いてある。

「1976年5月、医療経済セミナー参加者を主体にして、医療経済研究会が設立され、同年8月には、機関誌「医療経済研究会・会報」が創刊された。20代の新鋭が圧倒的多数を占める医療経済研究会においては、私などはすでに旧人であり、医療政策・医療経済研究の『第一世代』などと呼ばれている。…馬力はいささか衰えたとしても、10年前の孤独さはなくなった…」

そんなこともあって、2020年の年賀状には次のような「ザレ歌」を書いたが、数え年、94歳の「死に損ない」が一番、強調しておきたいことは「前半戦」の「論文づくり型」の学習は「後半戦」ではほとんど通用しないことである。

桃栗3年 柿8年
蜜柑ゆうゆう13年
柚子のバカヤロ18年
人間そこまで30年
〈グローリ グロリ ハレルヤ〉

50年で折り返し
「下り」えんえん50年
覚悟はいいか50年

（「ジョン・ブラウンの歌」のメロディーで
「オタマジャクシは蛙の子」の節で）

以下、本稿では、人生後半戦のあり方に重点をおいて述べるが、前・後半を通じて心掛けるべきことは「豊かな記憶を持って次世代へはたらきかけること」である。

●「朝型」のすすめ—そして、まず思い出そう、親から聞けるものは聞いておこう

「豊かな記憶」を持つためにも、そのために必要な「健康」のためにも「朝型」の学習をおすすめる。

朝、目が醒めたら、近所迷惑にならぬ程度の声を出してこの歌を歌う。声を出せば、起床後15分でエンジン全開の状態にもって行くことができ、朝飯前に「1単位」の仕事ができる。けりがつくという点では雑誌の編集後記とか、本の推薦文とか、短い連載の1回分などがふさわしいのではないか。

現役時代は午前4時から6時までに「1単位」を心掛けていた。出勤すると雑用が待っているからである。その点で、出勤しなくていい「定年後」の生活はありがたい。午前6時から8時まで「1単位」やって9時に朝食。そのあとは「ノー・オブレーション」。もし、なにかやっても「間違い」と「疲れ」を生むだけ。

しかし、「朝飯前1単位」型と午前中はふくれ顔で夜中にいきり立ってラーメンを食べたりする「夜」型との比較はできない。後者はすでにほとんどこの世にいないからである。

私は80（歳）の声を聞いたとき、私は2冊の本を書いた。

- ・野村拓『時代を織る』（2007、かもがわ出版）
- ・野村拓・垣田さち子『親と子の百年自分史』（2007、かもがわ出版）

である。前者は「自分史」というタテ糸に「時代」というヨコ糸をとおして、自分が生きた時代を織ってみよう、という試みであり、後者は「自分史の座標づくり」のための「ストーリー・メイク」のすすめであった。

これは50代の子どもの世代が80代の親の世代から、60ほどの項目について聞き取り「手書きアルバム」をつくる形となっているが、実は80代の私から、50代の「次世代」へのメッセージでもあった。つまり、50の声を聞いたら、親から聞けるものは聞き、これまでの人生を思い出して「年の数だけストーリーを書いてみなさい」という。

「人生100年時代」ともなれば、50歳の意味も変わってくる。試合終了のホイッスルのつもりで

聞いたのが、実は「前半戦終了」のホイッスルだったのだから、改めて後半戦の作戦を練り直さなければならない。「現役」＋「余生」という図式でなく、「後半戦50年」の作戦を立てなければならない。私のような研究者のはしくれも、それなりに作戦を立てねばならず、そのひとつは、前稿で指摘したような「学習スタイルの切り替え」である。

この「切り替え」は、一言で言えば「道中手形」（論文）作成型の学習から「医療縦横無尽学」的、「関所破り」型学習への切り替えであり、「切り替え」と同時に「次世代の育成・バトンタッチ」に努めるべき時代である。もちろん、ライフワーク的「書き下ろし」は、前半戦のうち、それも管理的雑用があまり増えないうちにやっておくべきであることはいうまでもない。

●後半戦の練り直し—あらためて思い出をライフ・ステージ別に整理する

さて「後半戦」である。「後半戦」の目標はまず「豊かな記憶」を持つことにおくべきである。

「豊かな記憶」への第一歩はまず思い出すこと、そして「思い出」をライフステージ別に整理することである。寄稿依頼があったら、そのテーマについてライフステージ別に考えてみることである。たとえば『大阪保険医雑誌』2020年新年号の漢字1字特集のテーマが「宿」であれば「ライフステージ別『宿』論」を書いてみることである。

「螢の宿は川端柳」は戦前の小学校3年生の教科書に載る唱歌。

「埴生の宿」(Home, Sweet Home)は旧制中学か。『ビルマの豎琴』の名場面で登場。

旧制高校生になるとシューベルトの「わが宿」だがこれは悲しい歌。

というような書き出しで学生下宿、高級下宿(独身貴族の館)、落ち果てて「居酒屋・宿六」(「宿六」は「ヤドノロクデナシの意」)というように展開させればいいし、「宿願」「宿敵」というようなアナザー・バージョンも心得ておけばいい。もう少し堅く考えれば「ライフ・ステージ別に著作を考える」(「日本医療経済学会会報No.80.2017.」)のような構成となる。

はじめに

1. 「馬の足」から「通行人 A」へ
 2. 下請け「分担執筆」
 3. 編者の指揮能力で判断
 4. 単著の3通り―「連載から本へ」、「書き下ろし」、「寄せ集め」
 5. 指揮能力が問われる単独の編著
 6. 外れた教科書ねらい
 7. 自分史バージョン
- むすび

1. は医学部などによくあった「偉い人」の代筆システムで「馬の足」は院生で、「通行人 A」は助手ぐらい、という意味。

2. の下請け「分担執筆」時代の経験は後に編著者・監修者となったときに生かされることになるが、3. 編者の「指揮能力」を判断する能力も必要。やがて、一人前の「書き手」として認められれば「安全パイ型」の共著依頼（本の市場性確保のための）も増えることだろうが、大事なことは「単著の書き下ろし」ができる時期は、人生全体のなかでごく限られていることを心得ておくことである。

この「単著の書き下ろし」がしんどくなったところで「後半戦」にはいるが、「後半戦」の主要テーマである「次世代の育成」と「バトンタッチ」に主眼をおいて整理しなおせば次のようになる。

- ・（代筆）「下請け分担執筆」時代
- ・「修業型・共著」時代
- ・「横並び」共著・分担執筆時代
- ・「単著」時代
- ・「育成型・共著」時代
- ・「本づくり・指揮能力発揮」時代
- ・「共編著」「編監修」時代

最後の3項目に重点を置くことが「次世代育成」につながる、というわけである。

また、自著を整理して読み返すことは、一挙に記憶をよみがえらせることにつながる。そして自分史座標にはりついた情報が記憶であることもわかる。自分史座標に取り込むべき情報を情報機器に外部委託した人間の「後半戦」は「廃人」と言うべきだろう。

自分史座標に取り込まれた情報をもって、外の

世界にはたらきかけ、「はたらきかけ」を通じて「外の世界の情報」を取り込む、このような循環が必要である。この循環がいろんなチャンネルでおこなわれるのであれば「記憶」「情報」は豊富にならない。つまり、マルチプル・チャンネルを持たなければならない。しかも、「生きた言葉」で「はたらきかけ」をするためには「マルチ・ヒストリカル・チャンネル」を持たなければならない。つまり、視点を変えながら、高速で世界史を往復することによって得られるチャンネルをもたねばならない。例えば、いろんなテーマで100話をつくり時系列に並べながら、世界史を駆け巡るトレーニングである。

- ・医療・福祉職の世界史百話
- ・看護史補強百話
- ・自分史百話
- ・好きな歌100曲
- ・海外新刊紹介100話
- ・有事・戦争医療100話

もし、人生やりなおしがきくのであれば、「生涯学習」の中身は

- ・「世界史」（高速世界史認識）
- ・「農業技術」（小規模ローテーション農業と園芸）
- ・「衛生学」（保養術、セルフ・メディケーション、政策的啓蒙）

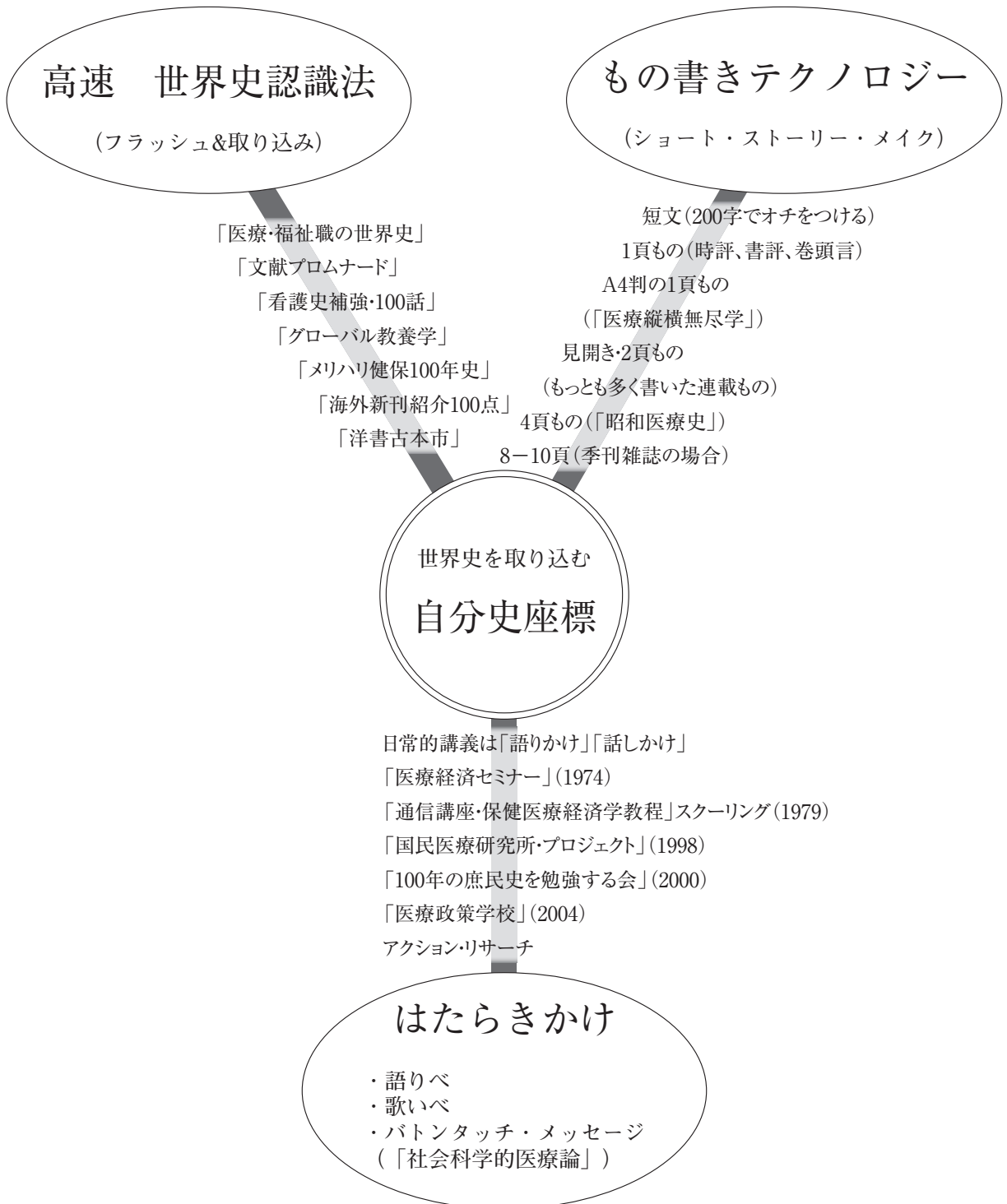
の3本立てと言うことになるのではないかな。

- ・「情報技術」は不必要。すでに「利便性水域」を超えて「危険水域」に入っているから。
- ・「遺伝子工学」もほぼ同様。必要なことは「臨界点」の認識、自覚だが、自然科学的論理と市場拡大原理との合作からは「臨界点認識」は生まれない。生まれるとすれば「価値（判断）学」としての「世界史」から。

しかし、やりなおしの効かない人生の後半戦の修正的模式図は前稿で示したとおりであるが、それをさらに簡略化したものを土台にこれまでの仕事を位置づけてみたい（図1）。

この模式図のなかの「もの書きテクノロジー」については本誌 No.66掲載の「もの書き能力の養成―『知的』老後戦略」で述べたが、改めて、書くことの意味と難しさ、そして、それゆえに日常的トレーニングが必要なことを強調しておきたい。

〈図1〉これまでの仕事を位置づけた模式図



端的に言えば「歴史を書くこと」と「年表づくり」との落差を知ることである。「年表づくり」は2次元の紙面のタテ軸かヨコ軸に「時間」をとれば、比較的簡単に可能である。しかし、文章という文字の直線的配列のなかに「歴史的時間」を盛り込むことは、それほど簡単なことではない。「年表」を作って現像液のようなものに浸けたら「歴史」になるさと思ったら大間違いである。

「年表」は2次元の紙面に「時間軸」が設定できるからアホでもできるが、話したり、書いたりという言葉、文字の直線的配列で大なり小なり歴史的なことを表現するには「ストーリー化」が必要である。「もの書きテクノロジー」のところに「ショート・ストーリー・メイク」を付け加えたのはその意味である。

ある意味で、文字、言葉の直線的配列で歴史的時間を表現することはショート・ストーリーの連鎖をつくることであり、この場合、鎖は閉じられていなければ鎖にならない。つまり、ショート・ストーリーにも「落ち」をつけて、一応完結させておかねばならない。このためには日常的トレーニングが必要であり、司会者が「フロア発言は2分以内で」と注文したときには、2分でまとまるストーリーを考えなければならぬし、座談会ならば1回の発言を短くして、中見出しに使えるようなキャッチコピーをひとつ入れておく工夫が必要である。

●書くこと、語り歌い伝えること

これらは人たるものの基本的な仕事と言うべきだろう。人それぞれに得手不得手はあるだろうが、まず「書く」こと。「歴史的なことを盛り込んで書くこと」、これは加齢とともに上達しうる分野であり、「生涯学習」の基本にすえるべきものである。

「年表」は作れても「歴史」の書けない人は、理科系、特に医学部に多いし、人文・社会科学系でも情報機器の導入後、増えているのではないか。かつて1960年代のはじめ、1869（明治2）年の浪速仮病院を起点とする「大阪大学医学伝習百年史」の編纂が計画された。100年の節目は1969年である。

ことの運び方は医学部的・講座制的で、トップ

ダウン式に各教室に「100年史係」をおき、それぞれの教室の年表をつくらせ、それらを集めて、なにか「歴史化・現像液」のようなものに漬けたら「百年史」ができあがると考えたようである。

前述のように「年表」は2次元の紙面の「タテ」か「ヨコ」に歴史的時間を取れば、比較的簡単にできる。しかし、文字、言葉の直線的配列によって歴史的叙述を行うことは、それほど簡単なことではない。「何かよく知らんが明治2年に浪速仮病院ができて」では歴史書のイントロにはならない。イントロの書き手不在のまま、時は流れ、星霜移り人は去り、2017年ごろ、150年記念出版の話が持ち上がり、各教室に「お達し」が行ったようだが150年の節目2019年も空しく暮れたようである。

なにが言いたいのか、と言えは「イントロ屋」も「生涯学習」のもうひとつの選択肢になるのではないか、ということである。

「イントロ屋」の次は「時代考証屋」である。青年劇場の事務局からジューズ三木の脚本に付箋のついたものが送られて来て時代考証を依頼されたとき、「長生き」は時代考証・有資格者であることに気が付いた。

司馬遼太郎が『坂の上の雲』の映画化、テレビ化を拒否していたのは、海軍ものの時代考証はできないだろう、ということと日本の男優に「海軍士官のスマートネス」は演じられないからだと思う。司馬は「江田島・海軍兵学校」はイギリスのダートマス海軍兵学校をモデルにしたものではなく、「パブリック・スクール」をモデルしたものと主張し、わが同期生（76期生）たちも、この主張におおむね賛成である。

わが76期生のクラス会が高齢化のために解散するときに出した「最後の文集」に「ジェントルマン教育に感謝」と書いたものもいるし、私は「スマートで 目先が効いて几帳面 負けじ魂 これぞ船乗り」というスローガンのなかに漠然と「近代」を感じた、と書いた。

スマートさの演技はとにかく、短剣を吊ったまま会議室の椅子に腰掛けたり、ひどい場合は座敷であぐらをかいしたりする。予算の関係で、ベルトと一体化してガチャリと外して室外のハットラックに掛けることができず、斜めに吊り下げたまま

固定されているからだろうか。

また、帝国海軍は短剣の士官とセーラー服の水兵とから成り立ち、下士官がほとんど出てこないのはどういうわけか。下士官の服装がよくわからないからなのか。

われわれ「士官の卵」は教官から「帝国海軍は下士官の熟練によって成り立っている」と発破をかけられたが、その下士官がほとんど登場しないのである。

このように、「時代考証」というには、あまりにも「現代的」なことまで、分かっているのだから、昭和ヒト桁はまだまだ使い道がありそうである。

例えば、昭和ヒト桁世代でなければ書けないことを書くことは次世代への「はたらきかけ」になると同時に「自分史座標の強化」にもつながる。

日本が戦争への坂道を転げ落ちた10年間(1935-45)と奈落の底からはい上がった10年間(1945-55)を体験的に語り、書ける世代は昭和ヒト桁世代であることを踏まえ、私は「大阪保険医雑誌」に次の3本の連載を書いた。

『戦争への坂道を転げ落ちた10年間』(2015.11.—2016.10.)

『どん底とドサクサの10年間』(2016.11.—2017.10)

『昭和 BGM 史』(2017.11.—2018.10.)

3本目の連載「昭和 BGM 史」は、記憶、情報の連鎖化のためには歌(音楽)が有効であることを示したかったからで、最終項「歌おう、人生の Aria」への伏線である。歌を連鎖キーとして「豊かな記憶」を持ち次世代へのメッセージを用意する、これが高齢者のたしなみである。

〈昭和 BGM 史〉

1. 記憶連鎖のキー・ハナ歌
 - ・ミラボー橋 ・国境を越えて
 - ・音の原点、声の原点
2. 昭和初期の音楽的風景
 - ・「お国のため」(明治)から「恋のため」(大正)、そして「昭和」
 - ・昭和初期は「童謡の宝庫」と言われているが
 - ・巢立ちの歌—昭和の原風景
3. ものごころ・流行歌・唱歌

- ・雑多・断片的な記憶 ・タンゴとラジオ
 - ・文部省唱歌よりは流行歌
4. エリートの歌、庶民の歌、そして…
 - ・エリート学生はドイツ・リート、ナンパ学生はジャズ(ポップス)
 - ・「無情の夢」 ・不安の歌
 5. 彫り残しの多い版画のような暗さ
 - ・ささやかな「消費革命」—化粧品
 - ・クラシック志望が「赤城の子守唄」
 - ・されど夏はハワイアン
 6. 別れは急にやってきた
 - ・そこはかたなくグローバル ・心に別離をきざむ ・「大和」そして灯ともしごろ
 7. 巡航節・鎮魂・ソルベージ
 - ・「巡航節」 ・鎮魂の表意 ・「ソルベージの歌」
 8. 百歌繚乱・実は不協和音交響曲
 - ・民衆の酒、焼酎は… ・焼け跡のタンゴ
 - ・朝鮮戦争特需ワルツ
 9. ラ・メール 心揺する調べ
 - ・郷愁のタンゴ ・やけくそのワルツ ・四季折々のシャンソン
 10. ベトナム戦争前後
 - ・アカシアの雨にうたれて ・反戦も未来志向も ・カラオケ大福帳
 11. 記憶連鎖・思い出をなぞるように
 - ・寿命の長い歌は ・昭和時代のグローバル「トリ」は
 - ・「戦争したがかり屋」への「アロハ・オエ」

なお、語り継ぐべき「豊かな記憶」を持つ上で「音の記憶」が大切であることは言うまでもない。例えば1941年12月8日、早朝の臨時ニュースのチャイムなどは、簡単な曲なのにNHKの「戦争アーカイブ番組」では再現できていない。

ドドドド ソソソソ(高) ミミミミ ソソソソ(低)を2回繰り返してから「臨時ニュースを申し上げます…」であったが「戦争アーカイブ番組」では、目の前にチャイムがあっても「ピン ポン」である。「開戦」も「クイズの解答」も同じである。

「音の記憶」がしっかりしていれば、チャイムのメロディーを通じて「太平洋戦争」を「自分史座標」に取り込むことができるし、「昭和 BGM 史」

は「昭和史」を系統的に「自分史座標」に取り込む場合の有力な接着剤のはたらきをしてくれる。

目下、連載中の「平成医療史」(『大阪保険医療誌』)も「洋書古本市」(『くらしと福祉・北九州』)も次世代へのメッセージと言えるが、大事なことはメッセージを伝える相手の育成である。所詮、ライフワーク的な「重たい仕事」はバトンタッチしなければならないが、次世代が育たないと、貴重な資料、情報がゴミ屋敷のゴミと化してしまうからである。

●次世代の育成、バトンタッチ並走区間

「イントロ屋」も「時代考証屋」も「最晩年の楽しみ」としてとっておくためには、その前段階での次世代の育成とバトンタッチをしっかりとっておかなければならない。

このバトンタッチは〈図2〉が示すように、人生「後半戦」の「前半」(50-80歳)の重要課題である。

私の場合、重要資料のバトンタッチは・丸山博関係資料、「助川文庫」、「科学ペン」「岩手の保健」「公衆衛生」「人性」「民族衛生」「人口問題」「人口問題研究」「統計集誌」「社会衛生年鑑」「日本医療団関係資料」「第1回国勢調査報告」「初期健康保険統計」「助産婦雑誌」「浪華の鏡」

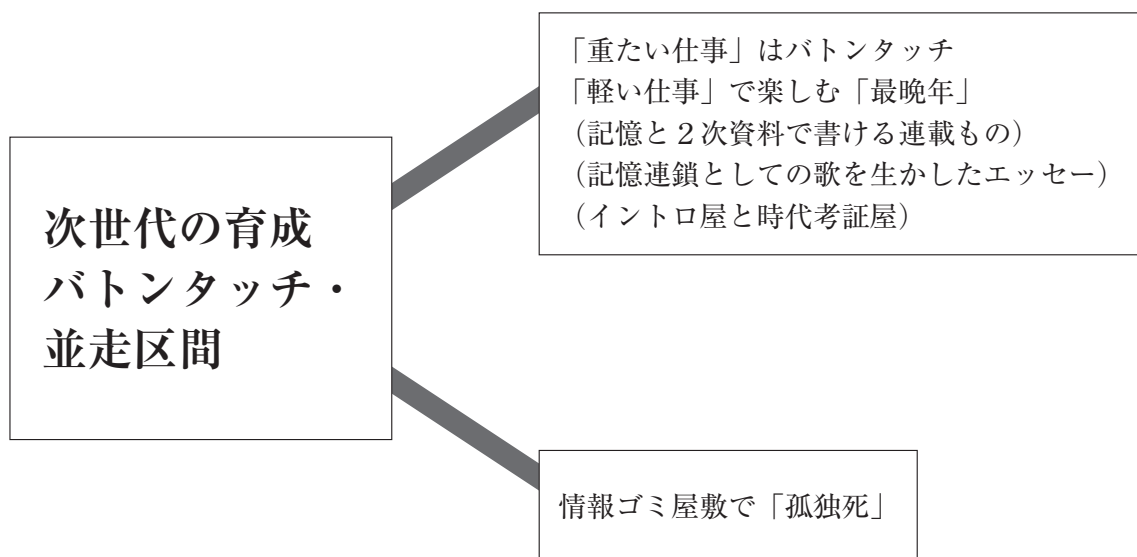
と9割方終わり、残る大物の『日本医学及健康保険』は「メリハリ健保100年史」の連載が終わればバトンタッチの予定である。また、テーマとしての『社会科学的医療論』も資料とともバトンタッチするつもりである。しかし、人生には、これでおしまいという終止符は打ちにくいので、生きているかぎり「豊かな記憶」を生かすための頭の回転につとめるべきだろう。そのためには、記憶連鎖のキーとなる「人生のエリア」を歌いつづけるべきだろう。まず「ライフステージ別」に、そして「人生のテーマ別」に。そして、「人生のエリア」のトリはなんにしようか、などとその日、その日で変わる浮気心を楽しみながら。

次世代へのバトンタッチが終わらないと「最晩年はお楽しみ学習で」ということにはならないが、これが終わるまでは頑張って生きることになるかもしれない。

もちろん、バトンタッチは重要資料だけではない。「生きた時代」を伝えることでもある。明治生まれの母は珍しい歌を口ずさんだ。帝政ロシア時代の国歌である。チャイコフスキーの『序曲1812年』に出てくるメロディーである。恐らく、ロシア皇太子の訪日歌迎のために女学校で教えた名残りだろう。そして晩年の母が好んだ歌は『星影のワルツ』であった。

日本国産の最初のワルツは『美しき天然』(明

〈図2〉バトンタッチの成否



治30年)で作者は佐世保海軍軍楽隊の指揮者、穂積重信とされている。私が海軍兵学校時代に乘った練習艦『出雲』は明治33(1900)年の英国アームストロング社製である。母も私も濃縮された日本近代史のなかで生きたわけだが、それだけに濃縮ジュースのボタンタッチに意味があるのではないか。前掲の『昭和BGM史』は、私の「音楽的・自分史」であり、次世代へのメッセージでもある。そして、豊かな記憶をもってメッセージを伝えるためには、思い出をなぞりながら「人生のアリア」を歌うことではないか。

これまで再々述べたように「豊かな記憶」を持つためには「情報の連鎖化」(「単品情報」は「自分史軸」に貼りつきにくい)が必要であり、「連鎖化」のキーとして歌(音楽)は極めて有効である。だから、次世代へのメッセージはマイスタージンガーのように、歌で歴史をつぐむことではないか。そして、これこそ「人生、最晩年の仕事」としてふさわしいのではないか。そんな意味をこめて、2020年の冬合宿(医療福祉政策学校)では「歌おう、人生のアリアを」を用意した。

●歌おう、人生のアリアを

当日のレジュメは以下のようなもので、まずライフステージ別におぼえた歌を配列し、次いで人生のテーマ別に歌を取り上げてみた。

1. まず「下り・50年」の覚悟を
2. ものごころ時代(前橋時代)
3. 小学校(甲府時代)
4. 小学校(静岡時代)
5. 小学校(名古屋時代)
6. 蒲郡の夏(中学時代)
7. われも江田島(海軍兵学校)へ
8. 百歌繚乱の戦後
9. リズム・オンパレード
10. ベトナム戦争、そして曲がり角の1980年代
11. 人生のアリア
〈巢立ち〉〈別離〉〈回想〉〈友情〉〈郷愁〉
〈悔恨〉〈終末〉〈認知症テスト〉
12. グローバル・ド・演歌

「人生のテーマ別」(人生のアリア)のところ

では

- | | |
|-------|---|
| 〈巢立ち〉 | 「故郷を離るる歌」 |
| 〈別離〉 | 「想い出のグリングラス」 |
| 〈回想〉 | 「マギー若き日の歌を」
「若き日の夢」 When I grow
too old to dream. |
| 〈友情〉 | 「春の日の花と輝く」 |
| 〈郷愁〉 | 「前奏曲とタンゴ」
「ラ・メール」 |
| 〈悔恨〉 | 「カヴァレリア・ルスチカーナ」
(間奏曲) |
| 〈終末〉 | 「夢見る佳人」(The Beautiful
Dreamer) |

などを取り上げた。

さて、「人生のアリア」のトリはなににしようか。なにしろ、グローバル化時代である。日本のクラシック歌手が外国でのオペラのオーディションで落とされるなかで、「あれならブロードウェイで通用するだろう」と言われている八代亜紀の「舟唄」に「艦長の孤独」に耐える教育の「江田島」をミックスしてみよう。「神懸かり的全体主義教育」のなかで近代的自我の片鱗を教えてくれた歌だから。

- (八代亜紀風に) 「連載」はリズムづくりにいい
「文体」はアッサリがいい
「エッセー」はしみじみがいい

しみじみ飲めばしみじみと
思い出だけが行き過ぎる
ポロリと涙がこぼれたら
歌い出すのさ舟唄を
沖の鷗と兵学校の生徒は
若いさをネ
波の上ダンチョネ

- (巡航節) 今日も天測 見上げる空によ
泣いたあの夜のよ 星が飛ぶよ

巡検過ぎれば 昨夜の続きよ
夢の中ではよ 俺一人よ

(「坂の上の雲」) 凜として旅立つ 一朶の雲をみ

つめて

アリアは「詠唱」であり、「詠唱」は「詠嘆の歌」であるかもしれない。「どのような魂が傷つかぬであろう」とうたったランボーの詩であるかもしれない。しかし、詠嘆を埋め合わせてお釣りのくるような「実り」と「豊饒」の歌としてアリアを歌ってみたい。「いろいろ辛いことはあるが、しかし…」という「次世代へのメッセージ」として。

〈付記〉考えて見れば、本稿では「次世代へのバトンタッチ」だけを強調し、「先世代からの継承」については、触れることが少なかった。では継承すべきものはなにか。一言でいえば、それは「社会科学的医療論」ではないだろうか。いま、あらためて医学史研究会と川上武の共編による『医療社会化の道標—25人の証言』（1969、勁草書房）を読み返すと、継承するべきものが浮かんでくるような気がする。

25人の証言者のうち、直接、声咳に触れることのできた方は6人に過ぎないが、拙著「社会医学の系譜」（『医療政策論 1』1976、医療図書出版に収載）などとしりあわせながら、「バトン」の核心部分の確認を進めたい。

社会医学は、19世紀、産業革命、資本主義化のなかから生まれ、「戦争の世紀」と言われた20世紀に、さまざまな試練を受けた。21世紀は「災害の世紀」になるのではないか。この災害には「自然災害」のほかに「人工災害」「テロリズム」などが含まれる。富の偏在の対極がテロリズムの温床となっていること、他方、偏在する富を対象にベラボウに高い薬・新技術が開発されている。アメリカの場合、上位1%の人口が国民医療費の20%を消費しているが、概算すれば上位300万の人口は1人当たり年間1300万円の医療費支出をしていることになる。これに対して下位50%、1億5千万人の支出は国民医療費の0.5%、1兆円で1人あたり7000円にもならず医療費の単位を構成しない。残る49%の中間層は1人あたり年間120万円強の支出ということになる。

ある意味で「市場化医療」にブレーキを踏んできた欧州諸国と違って、ブレーキ故障のまま走りつづけてきたアメリカ医療への制御に立ち向かうには、日本の医学者、医療関係者はいささか視野狭掬ではないか。そして、この視野狭掬を克服する原理的なものが「社会科学的医療論」であると、私は考えている。

（のむら たく、医療政策学校主宰）

『無料低額診療事業のすべて：役割・実践・実務』

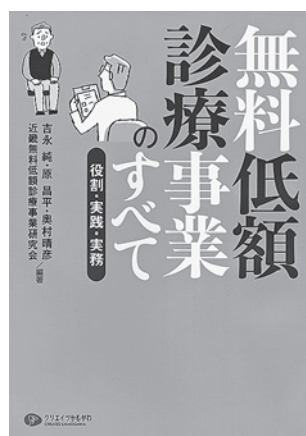
吉永純・原昌平・奥村晴彦・
近畿無料低額診療事業研究会編著
クリエイツかもがわ、2019年10月

田中 淑寛

安倍政権が進めている社会保障改革は、自助、互助を前面に押し出し、社会保障を共助として位置づけ、公的責任を縮小させています。「骨太方針2019」では、地域医療構想に基づく病床削減、その受け皿としての地域包括ケアの推進、保険給付範囲の見直し等を加速させることを示しました。また、全世代型社会保障検討会議を立ち上げ、抜本的な給付と負担の見直しを検討するとし、高齢者の医療、介護費用を若年層が負担するのは公平性が欠けるという屁理屈で、医療・介護の公的給付の総量は抑制、削減し、高齢者層も含め全世代に自己負担増を押し付ける改悪を目論んでいます。

他方、アベノミクスの失敗により日本国内の貧困層は増大し、この格差と貧困の広がり、医療・介護のサービスを受けることからはじき出される層が増大していることを意味します。格差と貧困の是正こそ、すべての国民に生存権を保障した日本国憲法第25条を遵守し、国民の「いのちとくらしを守る」ために重要な課題です。また、度重なる診療報酬、介護報酬制度の改悪により患者、利用者の自己負担額は増加し、保険外併用療養費制度の拡大も伴い、「保険あって医療・介護なし」の実態がますます深刻になっています。低所得者層には高すぎる保険料負担、国民健康保険での短期保険証や資格証明書など、国民皆保険制度をなし崩しにし、人権を無視した政策が続いています。

その結果、厚労省の調査結果「平成29年（2017）患者調査の概況」でも明らかとなっており、入院、外来とも患者数及び受療率ともに減少傾向となっており、医療が必要な人が医療にかかれない、かか



りたくても窓口負担が高額で医療にかかることを手控えている等の受診抑制が増えてきていると推察されます。

貧困の拡大や社会保障制度の後退によって、低所得者層はじめ医療にかかれない人々を医療に結び付ける役割も担っている「無料低額診療事業」がますます必要とされています。無料低額診療事業（以下、無低と略す）とは、低所得者等の窓口負担を減額あるいは免除（減免）する制度であり、無低の対象者は、低所得者、ホームレス、DV 被害者、人身取引被害者、外国人等、国保や生活保護などの公的医療制度から漏れがちな層を含み、広く生計困難者一般を対象としています。また、これらの生計困難者の多くは、生活上の困難も抱えており、単に医療費の自己負担分の免除だけでは、生活問題の解決にならないため、無低の要件として、「医療上、生活上の相談に応ずるために医療ソーシャルワーカーを置き、かつ、そのため

に必要な施設を備えること」が求められています。無低が、ソーシャルワーカーの支援付き福祉医療制度であることは、無低が生活問題解決の有力な人的手段を持っていることを意味しています。

しかし、無低がますます必要とされているにもかかわらず、医療費の減免基準は各病院や診療所任せであり、行政当局は減免された自己負担額を直接補填するのではなく、税制面による間接的な優遇措置を設けるにとどまっており、他の福祉医療制度と比較して、制度としての安定性に欠けています。また、無低が低所得者等への恒久的な制度として利用できるものではなく、生活保護制度をはじめ他の制度に繋ぐための橋渡しの、かつ期間限定的な制度にならざるを得ない点があり、広く普及していない課題があるといえます。

さて、本著では、冒頭で、無低の重要な役割に比べて市民の認知度は低く、利用者も少ない原因を4点あげています。①無低を実施している医療機関が少ないこと（医療機関総数の0.4%程度）、②無低に関する自治体の広報が不足していること、③減免率等が各医療機関の裁量に任されているため、実際の負担額等が市民にとっては分かりにくいこと、④無低を実施する医療機関の経営への影響の捉え方（いわゆる「持ち出し論」）が一意でないこと。このような課題に対しての対応策を様々な実践例を踏まえて検討したうえで、最後に、無低の発展方向を提言されています。

また、本著の特徴は、無低の意義や役割、制度や実績を明らかにして、全体像をまとめられており、その中でも特に、無低に関する国の通知や国会での小池質問に関する資料、法人税や固定資産税等税制上の適用判断に資する資料を掲載しており、資料集としても利用できる場所がお勧めしたい点であります。

第1部では、「無低の意義と歴史」と題して、今日における貧困の拡大と医療保障が後退している状況を示し、無低の意義と役割を日本における医療保障全体の中で整理しています。また、民医連が実施している「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」を基に事例紹介し、経済的な困難さから受診を抑制し、尊いいのちを落とした人たちと同じような事例が起きないように強く訴えています。

次に、生活困窮者への医療をどのように保障していくかという医療史の重要な視点を、無低の歴史を概観しつつ、無低が果たしてきた歴史的役割を確認しています。

第2部の「無低の実践と課題」では、医療を必要とする様々な現場で、無低がどのように役立っているか、いかなる課題があるかを浮き彫りにして、現在の医療制度で「漏れ」が起きやすい領域（調剤薬局、歯科、外国人、ホームレス、難民、DV被害者、老健等）が具体的に示されており、それぞれの課題が指摘されています。特に、調剤薬局に無低の適用を求める指摘は至極当然の主張であり、私も常々思っていたところです。医薬分業政策により院外処方化が進んでいる中で、保険調剤薬局が無低の対象とならないため、無低患者の薬の自己負担問題が無低利用の大きな障害となっています。

第3部の「無低の制度と実務」では、複雑な無低の実施要件と仕組み、国の政策動向などを紹介し、無低を実施する医療機関が近年着実に広がっていることを示しています。また、第16章の実務編では、無低の実務上のあらましが記載されており、実務担当者にとっては、非常に有用な実務ガイドであるといえます。但し、本著の読者に誤解を与えかねない記述として、「税制面のメリット」が記載されています。意味合いとしては、法人格の違いにより税制の適用が異なっているため、そもそも法人税や固定資産税が非課税である法人にとっては、無低を行っても税制上のメリットがない、あるいは税金が減免される範囲で無低をやらなければ持ち出しになる、ということですが、本著で展開されている通り、無低の意義や役割を考えれば、「税制面のメリット」如何で無低を論ずるのは経営判断をミスリードさせかねないと考えます。したがって、税制上の取扱の記載については、事実関係を整理したものとして理解するのがよろしいかと思います。

また、ところどころに、いわゆる「持ち出し論（税制上の恩恵よりも無低の減免が多く医療機関の持ち出しになる）」や「経営悪化論（無低の減免は医療機関の経営を圧迫させる）」について触れられていますが、経営的に見ても一面的な見方は正しくないと考えますので、一言触れておきま

す。第13章では、この疑問点については、的確に反論されており、低所得者等が無低により受診されることは、医療機関にとっても少なくとも7割の医業収益が計上され、単に窓口負担分（3割）が損失になるわけではなく、受診抑制の方が経営に与える影響は大きいと述べられており、その通りです。医療機関が、積極的に無低に取り組むためにも、無低の経営に与える影響については、適切に理解することが求められます。

第4部の「無低の改善・充実・発展のための提言」では、本著の趣旨がコンパクトにまとめられており、時間のない方はここだけでも読んでもらいたいと思います。また、最後の資料編では、無低に関する関係通知や必要な資料が収録されています。

本著で最も主張したいことは、「生活困窮のた

めに受診をあきらめている人が無低診事業の活用で1人でも多く医療を受け、また無低診事業を実施する医療機関が1か所でも増えることを願ってやまない。」この願いだと思っています。

私は、本著でも紹介のある民医連（全日本民主医療機関連合会）に関わって仕事をしていますが、無低の意義、目的からしても、かつ、医療機関の経営的な視点からしても、さらに無低を広め、誰もが金銭の心配をせず安心して医療にかかれるよう、微力ながら協力していきたいと思っています。ぜひご一読を。

（たなか としひろ、協働公認会計士共同事務所・公認会計士）

児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアンケート調査から

堀場 純矢

1. 研究の背景と目的

児童養護施設（以下、施設）¹⁾では、近年、政策的に小規模化・地域分散化（以下、小規模化）が進められている。小規模化した施設では、家庭的な環境のなかで子どもたちをケアすることができる一方、いくつかの課題に直面している。なかでも、閉鎖的な環境のもとでの1人勤務に加えて、長時間労働や宿直の増加などの労働環境の悪化に伴い、職員の確保・育成の困難さが指摘されている（武藤2010、黒田2013）。

したがって、職員の労働環境とそれを改善するための労働組合（以下、労組）をふくめた小規模化の議論を抜きにしては、子どもの最善の利益に立った施設運営は実現しないといえる。こうした状況があるにもかかわらず、職員の労働問題や労組に関する先行研究は、1970年代頃まではみられたものの、それ以降は労働運動の衰退も影響して皆無に近い（鷺谷1968、小川1973）。

数少ない近年の先行研究（伊藤2007、安部・有村ら2013、2014）をみても、調査をとおして職員の労働実態や意識を明らかにした点で意義があるものの、労働環境を改善するための労組についての分析がない。

このような問題意識をいだいていた筆者は、2009年から2010年にかけて職員の労働実態を明らかにするためのアンケート調査（5施設）を行っている（堀場2013）。そこでは、正規職員の労働条件は相対的に安定しているものの、有給休暇取得日数の少なさや心身のストレスの多さ、非正規職員の賃金の低さなど、雇用と働き方からみると問題があることが明らかとなった。

しかし、調査対象が5施設と少なかったことや、小規模化が十分に進んでいない段階であったため、課題が残った。そこで筆者は、前回調査から

一部の項目を整理し、小規模化に関する項目を加えたうえで、全国各地の20施設でアンケート調査を行い、職員の労働問題をトータルに明らかにしたいと考えた。

2. 研究方法

調査対象は全国各地の20施設（「労組無」13施設、「労組有」7施設）で、全職員を対象とした。調査先の選定は、筆者が役員を務める全国児童養護問題研究会などのネットワークをいかし、地域バランスもふまえて、東北1施設・関東7施設・中部6施設・関西2施設・中国2施設・四国1施設・九州1施設に依頼した。

調査方法はアンケート調査（無記名自記式）で、施設の担当者（施設長、主任など。以下、担当者）に協力を依頼し、同意を得たうえで、アンケート調査票（以下、調査票）を一部ずつ封筒に入れ、各施設に職員数分を郵送した。そして、担当者を調査票の配布・回収の窓口にし、職員が個別に記入した調査票を集約・返送していただいた²⁾。

調査票の配布・回収数は、担当者が記載した「施設情報に関するアンケート票」（2016年7月時点。1施設は2016年10月時点）や、調査票の状況から確認した。しかし、6施設では回収した調査票のうち、全項目が無回答の調査票が含まれていたため、担当者実際に配布・回収した数を確認した。そのうち、配布・回収したうえでの無回答の調査票と確認できた施設が1ヶ所（3部）、配布していない残りの調査票を返送してきた施設が2ヶ所、職員室に調査票を置き、そこから職員が持っていく形で実施し、その残りの調査票を返送してきた施設が1ヶ所あった。

その他の2ヶ所（計4部）は、配布・回収したうえでの無回答かどうか不明確な調査票があつ

たが、「施設情報に関するアンケート票」に記載された配布・回収数や調査票の状況、そして、担当者を確認し、配布・回収したうえでの無回答の調査票としてカウントした。

これらの状況から、集約した調査票のうち、配布・回収したうえでの無回答の調査票は計7部(3ヶ所)と確認した。なお、本調査ではこれらの状況や、配布数が不明の施設が1ヶ所あったため、回収率を厳密に算出することはできないが、回収数を計565部と確認した。

調査期間は、2016年7月初旬に調査票を20施設に郵送し、同年8月20日頃までに返送していただくよう依頼したが、全施設の調査票の回収が終了したのは同年11月初旬である。

調査項目は、労働問題と生活問題を不可分のものとしてとらえる先行研究(三塚1997、高木2007)に依拠し、働き方(佐賀2006)の視点をふまえて作成した。

具体的には、まず、基本項目(性別、年齢、婚姻関係、生計中心者、最終学歴、資格)や、就業先の施設と雇用・労働条件(施設の形態、従業員規模、就業の条件、職種、年収、賞与、昇給、有給休暇、週当たりの実労働時間、超過勤務手当の支給時間数、勤務形態、宿直の回数、健康保険)を軸に、それが鋭く反映する健康状態(自覚症状、精神的ストレス)の項目を設定した。

次に、働くことになった経緯、仕事上の不安・悩んでいること、仕事のやりがい、勤続年数(施設の仕事を長く続けられている理由)、研修の内容・回数に加えて、職員の労働環境を改善するための労組や、仕事上の悩みなどをよく相談する相手、辞めたいと思ったこと(辞めたいと思ったときに支えになったもの)についての項目を設定した。さらに、子どもと家族からの苦情や要望、小規模化の影響や、施設で職員が安心して働き続けるために必要なこと、本調査および国・自治体行政に対する要望・意見に関する項目を設定した。

分析方法は、単純集計に加えて、労組の有無別・雇用形態別・性別のクロス集計を行い、それぞれの傾向を把握できるようにした。ただし、本稿は調査結果の概要のため、自由記述の一部を除いて、単純集計のみとした。

なお、各項目の「自由記述」は、施設や個人が

特定される可能性がある内容を除いて、原文を尊重している。倫理的配慮は、日本社会福祉学会研究倫理指針にもとづき、施設や個人が特定されない形で分析を行った。

3. 研究結果

(1) 基本項目、就業先の施設と雇用・労働条件

まず、基本項目についてである。「性別・年齢などについてお尋ねします」の「性別」では、「女」(65.7%)の割合が高い(「男」32.4%)。「年齢」は「22～25歳」(18.9%)、「26～29歳」(15.9%)、「30～34歳」(15.2%)の順に多い。「婚姻関係についてお尋ねします」では、「未婚」(54.3%)の割合が高い(「既婚」37.5%)。

「あなたの世帯の生計中心者についてお尋ねします」では、「自分が生計中心者である」が56.3%であった(「生計中心者ではない」37.3%)。「あなたの最終学歴についてお尋ねします」では、「大学卒」(47.4%)の割合が最も高く、次いで「短期大学卒」(25.7%)、「専門学校卒」(12.2%)となっている。

「資格についてお尋ねします」の「現在、取得されている資格はどれですか」(複数回答)では、「自動車運転免許」(52.4%)を除くと、「保育士」(39.1%)、「幼稚園教員免許」(25.8%)、「小・中・高校教員免許」(13.1%)、「社会福祉士」(10.4%)の順に多い。「今後、取得したいと思っている資格は何ですか」(自由記述)では、「社会福祉士」(81名)が最も多く、次いで「精神保健福祉士」(26名)、「保育士」(22名)、「臨床心理士」(8名)、「管理栄養士」(7名)、「調理師」(6名)などの資格が挙がっていた。

次に、就業先の施設と雇用・労働条件に関する項目についてである。まず、「施設の形態についてお尋ねします」では、「小舎制」(53.5%)、「大舎制」(23.7%)、「中舎制」(12.7%)の順に多い。「就業先の従業員規模はどのくらいですか」では、「30～49人」(66.0%)の割合が最も高い。「就業の条件はどれに該当しますか」³⁾では、「常勤職員(正規)」が86.9%であった。

「あなたの施設での職種はどれに該当しますか」では、「児童指導員」(36.6%)と「保育士」

(26.9%)が多数を占めていた。「年収(税込み)についてお尋ねします」では、「300～350万円未満」(19.8%)、「250～300万円未満」(13.1%)、「350～400万円未満」(11.7%)の順に多い。

「賞与(ボーナス)の有無と支給月数についてお尋ねします」では、「ある」が92.9%であった。「ある」のうち、「支給月数」は、「4～5ヶ月未満」(30.5%)の割合が最も高く、次いで「2～3ヶ月未満」(21.7%)、「3～4ヶ月未満」(14.7%)である。

「昇給の有無と額についてお尋ねします」の「昇給はありますか」では、「ある」が85.3%であった。「ある」のうち、「昇給の額(年)はどのくらいですか」では、「2,000円～4,000円未満」(25.9%)、「4,000円～6,000円未満」(17.8%)、「2,000円未満」(13.5%)の順に多い。

「有給休暇についてお尋ねします」の「有給休暇はありますか」では、「ある」が92.0%であった。「ある」のうち、「あなたの有給休暇の年間取得日数はどのくらいですか」では、「6～9日」(21.3%)、「4～5日」(18.7%)、「1～3日」(18.1%)の順となっている。

「週当たりの実労働時間はどのくらいですか」では、「40～45時間未満」(25.8%)、「50～60時間未満」(20.5%)、「45～50時間未満」(18.9%)の順に多く、過労死認定ラインである「60～70時間未満」と「70時間以上」の合計は16.5%であった。

「月当たりの超過勤務手当の支給時間数は何時間ですか」では、「5時間未満」(27.4%)、「5～10時間未満」(25.7%)の順に多く、「実際に残業した時間すべて支給」は6.9%である。

「勤務形態についてお尋ねします」では、「通勤交替制」が92.6%であった(「住み込み制」2.7%)。「通勤交替制」のうち、「断続勤務と継続勤務(早・遅番・日勤)の併用」が47.6%で、次いで「継続勤務のみ」が42.8%となっている。

「宿直の回数(月)についてお尋ねします」では、「4～5回」(33.6%)の割合が最も高く、「その他」(23.5%)を除くと、「6～7回」(12.2%)、「8～9回」(11.0%)の順である。「あなたが加入している健康保険についてお尋ねします」では、「協会けんぽ」(57.0%)の割合が高い⁴⁾。

(2) 健康状態、働くことになった経緯、仕事上の不安・悩んでいること、仕事のやりがい、勤続年数、研修の内容・回数

「あなたの健康状態(自覚症状、精神的ストレス)についてお尋ねします」の「自覚症状についてお尋ねします」(複数回答)では、職員の労働実態を反映して深刻で、「どこも悪いところがなく、健康である」が僅か8.8%であった。ここでは、「首や肩が凝る」(54.7%)、「夜寝るのが深夜12時を過ぎることが多い」(52.9%)、「仕事の疲れがとれない」(40.4%)、「腰や背中が痛い」(37.5%)、「目が疲れる」(37.0%)の順に多い(表-1)。

「精神的ストレスについてお尋ねします」では、「ある」が85.5%と顕著に高く(表-2)、そのうち、「たまにある」(55.5%)の割合が高い。

「施設職員として働くことになった経緯についてお尋ねします」(複数回答)では、「子どもが好きだったから」(51.7%)の割合が最も高く、次いで「児童養護問題、施設に関心があったから」(38.2%)、「福祉の仕事に興味があったから」(35.4%)である。

「仕事上の不安、悩んでいることについてお尋ねします」(複数回答)では、「給与が安い」(38.8%)、「心身ともに疲れる」(35.0%)、「休暇がとりにくい」(33.6%)、「サービス残業が多い」(32.0%)、「労働時間が長い」(26.2%)の順に多い(表-3)。

その一方で、「仕事のやりがいについてお尋ねします」では、「やりがいを感じる」(94.7%)の割合が顕著に高い。「やりがいを感じる」と答えた方のうち、項目別(複数回答)にみると、「子どもの成長を感じられたとき」(80.9%)、「子どもと心がかよい合い、信頼関係が築けたとき」(71.4%)の割合が顕著に高く、次いで「職場の仲間とわかりあえたとき」(46.7%)となっている。

「勤続年数についてお尋ねします」では、「3年未満」(26.0%)、「3年～5年」(19.6%)、「6年～8年」(17.2%)の順に多い。また、「『9～12年』以上の勤続年数と答えた方にお尋ねします。施設の仕事を長く続けられている理由は何ですか。長く続けられる理由、秘訣を含めてご記入下さい」の自由記述では、「正規」から「子どもの成長を感じた時、子ども一人一人の中にある力を信じら

れること。卒園した子どもたちの幸せな姿や頑張っている姿を見聞きすると、大きな励みになる」「家族の協力と理解」「職場の人たち・子どもに支えられているから」「個人が責められない職場の雰囲気」「子どもの成長を日々感じられるから」「施設への愛着」などの意見があった。

一方、「非正規」からは、「5時間パートだから続けられたと思う。常勤だったら無理だったと思う」「非常勤であるが、1年間休みを頂き、復帰できるよう配慮してもらえたから。(実際の育休制度ではない)」「子どもの成長」などの意見があった。

「職場における研修の内容・回数についてお尋ねします」の「昨年1年間に研修に参加する機会がありましたか」では、「ある」が81.9%であった。そのうち、研修の種別(複数回答)をみると、「職場内研修」(83.4%)の割合が最も高く、次いで「都道府県(市)児童養護施設協議会・施設長会主催」(27.6%)、「都道府県社協主催」(25.5%)など、職場内や公的研修の割合が高い。また、「ある」のうち、「その回数は」では「3回以上」が57.7%で、「その研修は」では「役立った」が67.8%と満足度も高い。

「今後どのような研修内容を望んでおられますか」(複数回答)では、「子どもとのかかわり方」(41.4%)、「知的障害、発達障害」(39.8%)、「性教育・性問題の対応方法」(38.4%)、「子ども・職員集団づくり」(34.0%)、「社会福祉や児童福祉の法制度」(30.3%)の順に多い。

(3) 労働組合の有無と必要性

「所属している事業所に労働組合がありますか」では、「ある」が39.1%であった(「ない」47.8%)。また、「ある」のうち、「入っている」が59.7%となっている(「入っていない」37.1%)。一方、「ない」のうち、「どこにも入っていない」は64.1%で、「個人加入ができる職場外の労組に入っている」は1.5%である(「無回答」34.4%)。

「あなたの職場で労働組合の必要性を感じますか」では、「感じる」(37.3%)と「感じない」(40.5%)がほぼ同率であった(「無回答」22.1%)。「感じる」と答えた方の「理由」の自由記述では、「労組無」の「正規」から「仕事内容に過酷さに比べ

待遇が悪く、改善されにくい」「不満があっても、交渉しにくい」「自分の職場だけではなく、主に県向けに必要性を感じる(予算対等)」「理事会に対して現場の意見を伝える機会がない」などの意見があり、「非正規」からは「労働条件が良いとは感じないため」「改善する部分もあると思うので」などの意見があった。

一方、「労組有」の「正規」からは、「働き方の改善や要望ができる」「賃金アップのため」「労働組合を通して、職場の労働条件を変えていくことができる」「社会に施設現場の声を届けてもらう為」「自分たちの働き方について自主的に(積極的に)考えることが可能になる」「職場の健全さを保つため」「養護業界の未来には、政策的視点が必要」などの意見があった。

また、「非正規」からも、「実際に労働環境・条件が改善していると思いますし、組合の存在自体が不当な扱いを防ぐ抑止力に成っていると思います」「個人では解決できそうにないことが多い」などの意見があり、労組の必要性を実感していた。

次に、「感じない」と答えた方の「理由」の自由記述では、「労組無」の「正規」から「特に必要性を感じない」「考えた事がないです」「なくても今のところ問題ない」「わからないから」などの意見があり、「非正規」からも「わからない」「必要ないと思うから」などの意見があった。

その一方で、「労組有」の職員は労組の必要性を実感しているせいか、「感じない」で意見が少ないが、そうしたなかでも「正規」から「活動していない」「組合が機能していないから」「加入者数が少ない」「あまりわからない」などの意見があった(「非正規」からの意見はなし)。

(4) 仕事上の悩みなどをよく相談する相手、仕事を辞めたいと思ったこと、子どもと家族からの苦情や要望

「仕事上の悩みなどをよく相談する相手は誰ですか」(複数回答)では、「同じ施設の同僚」(68.7%)、「同じ施設の上司」(38.8%)、「家族」(30.8%)の順に多い。

「これまでに仕事を辞めたいと思ったことがありますか」では、「ある」が60.9%であった(「ない」34.9%)。その「理由」の自由記述では、「正

規」から「家族との時間が取れない」「心労」「職員同士の人間関係」「将来的な事を考えた上で夜勤のない仕事がしたいと思ったから」「給料が安くやってられない」「調理員との人間関係」「休みを自由にとれないから」「介護」「出産後、不安を感じたため」「体調の問題」「勤務時間の長さ」などの意見があった。

一方、「非正規」からは、「正職との待遇の差(今までの職歴を評価されてない)頼りにされて嫌ではないが、安くつかわれているな~と思う時」「泊まり手当てでも何もつかず、調理の仕事に理解がない」「収入が安定しないため」「みんなでより良い方向へ高め合えそうにない」など、非正規の待遇の低さや、調理の仕事に対する評価の低さに関する意見があった。

また、「ある」と答えた方のうち、「辞めたいと思ったときに支え(ふみとどまるきっかけ)になっただけは何ですか。具体的に記入して下さい」の自由記述では、「正規」から「仕事へのやりがい」「日勤中心のポストへの異動」「アフターケアで関われるから」「職場の人間関係」「給料、お金の問題」「仲間、上司」「子どもの今後を考えて」「理事長より先人たちの造ってきた道すがらを聞いて」「非常勤から常勤になれたこと」などの意見があった。一方、「非正規」からは、「自分の生活の為」「上司に止められた。子供と別れるのがつらかった」「今後への希望」などの意見があった。

「施設で子どもと家族から行政機関や施設に対する苦情や要望を聞いていますか」では、「聞いている」が41.8%であった(「聞いている」49.6%)。「聞いている」と答えた方の自由記述では、「正規」から「職員の子どもへの対応について」「スマホがほしい。エアコン入れて等」「面会時間の調整など」「兄相(面接)が来ない」「インターネットをつないで欲しい」「早く子どもを引き取りたい」「施設のルールが多さ、厳しさについて」などの意見があり、「非正規」からは、「兄相の担当者が1年ごとに変わってしまうこと」「行政機関の対応が遅い」「生活のルールに関する不満が主です。(例)ゲームをもっとしたい!!等」などの意見があった。

(5) 小規模化の影響

「施設の小規模化についてお尋ねします」では、「小規模化している」が78.6%であった。そのうち、「いつから小規模化しましたか」では、「4~6年前」(29.3%)、「7~9年前」(20.3%)、「1~3年前」(17.3%)の順に多い。

また、「小規模化している」と答えた方のうち、「小規模化によって、子どもの生活環境にどのような変化がありましたか」(複数回答)では、「家庭に近い生活体験ができる」(60.4%)の割合が最も高く、次いで「職員による子どもへの個別的なかわりが増えた」(48.2%)、「子ども個々の課題がみえやすい」(44.6%)、「食事(調理・手伝い)に関心を持つ子どもが増えた」(43.7%)、「柔軟な日課の設定」(41.2%)となっている。

同じく「小規模化による職員の働き方の変化についてお尋ねします」(複数回答)では、「一人勤務の増加」(49.1%)、「職員が問題を抱え込み、孤立しやすい」(42.6%)、「ベテランの姿から学ぶ機会が少なく、新人の育成が困難」(38.1%)、「超過勤務の増加」(31.5%)、「子どもと職員の関係が悪化すると修復が困難」(31.3%)の順に多い。

さらに、「ユニット間や職員間の連携、職員の働き方を改善するために工夫している点は何ですか。施設で取り組んでいることを具体的に記入して下さい」の自由記述では、「正規」から「職員間でのコミュニケーションを心がける」「会議の充実」「各ユニット間での情報共有」「ユニットにしたが、職員はローテーションしている。新しい人もすぐ相談できる距離にはいる」「2グループをセットにしている事による連携。夜勤回数の軽減」などの意見があった。

一方、「非正規」からは、「他職種の職員との交流を意識する。行事、懇親会、職員旅行等を通して」「互いに共有する時間、会話を持つ。ささいな問題も文章化し改善に取り組む」「特になし」などの意見があった。

(6) 施設で職員が安心して働き続けるために必要なこと、本調査および国・自治体行政に対する要望・意見

「今後、施設で職員が安心して働き続けるため

にはどのようなことが必要ですか」(複数回答)では、「賃金の改善」(65.1%)の割合が最も高く、次いで「有給休暇を取得しやすい職場づくり」(55.8%)、「産休・育休・介護休暇などを取得しやすい職場づくり」(52.0%)、「信頼できる相談相手が職場にいること」(48.1%)、「職員配置基準の抜本的改善」(46.9%)となっている(表-4)。

「最後に本調査および、国・自治体行政に対する要望・意見を自由にご記入下さい」の自由記述では、「正規」から「行政にはもっと児童福祉の現場を知ってほしい」「施設間格差が度を越えている」「賃金の改善」「職員の増員」「小規模化はメリットも多くありますが、課題も多いです。そして、施設の持ち出しのお金もたくさんです」「児童養護施設の世間に対するイメージをより良いように改善してほしい」「福祉職の地位向上」などの意見があった。

一方、「非正規」からは、「調理場は、朝から晩まで長時間の仕事の割には、評価が低いと思う。もっと評価してほしい。陰にかくれている部所のような扱いです。『食べる事』をする部所なので、もっと大切に扱ってほしい」「予算のこと、働きやすい職場環境づくりなど、工夫次第で改善できることが多々あると思います。そのことが子ども達の成長にも大きく関わっていると思うので、現場の声を行政はしっかり吸い上げて頂きたいと思います」などの意見があった。

4. 結論と課題

本研究では、20施設のアンケート調査から、職員の労働問題をトータルに浮き彫りにした。まず、ここでは施設の労働環境の厳しさを背景として、心身にストレスを抱えながらも、ほとんどの職員が仕事にやりがいを感じていた。その一方で、辞めたいと思ったことがある職員が6割いたものの、そうしたなかで、職場の「上司」「同僚」に支えられていることも明らかとなった。

また、仕事上の不安・悩んでいることについては、給与の安さ、心身の疲労、休暇の取りにくさ、サービス残業の多さ、労働時間の長さなどが多くみられた。

こうした職員の労働環境を改善するための労組

については、「労組有」の職員が労組の必要性を実感している一方で、「労組無」の職員は労組に対する認知度が低いことが浮き彫りとなった。この背景には、施設に労組がない場合、それについて考える機会がないことや、職員の多くが社会福祉・保育系の大学・短大などの出身で、そのカリキュラムが対人ケアを軸にした技術主義的な内容であることも影響していると考えられる(野澤1980、加藤・鈴木ほか1992)。

施設の小規模化については、選択肢の影響もあるが、子どもの生活環境ではメリットがみられる一方、職員は1人勤務や超過勤務の増加などに伴う労働環境の改善が課題であることが改めて浮かび上がった。そうしたなかで、施設では会議の充実、ユニット間の情報共有、職種間の交流・連携など、さまざまな配慮がなされていた。

その他、施設で職員が安心して働き続けるためには、賃金の改善、有休・産休・育休などを取得しやすい職場づくりや、それを保障するための施設予算・職員配置基準に加えて、児童相談所を含む行政のシステム(頻繁な人事異動、対応の遅さなど)の改善が必要であることも浮き彫りとなった。

翻って、本研究は近年、先行研究でほとんど取り上げられていない職員の労働問題をトータルに明らかにした点で意義があると考ええる。ただし、本稿は調査結果の概要で、主に単純集計の結果を取り上げるに留まったため、今後、クロス集計(労組の有無別・雇用形態別・性別)や、自由記述の分析を進めるなかで、職員の労働問題とそれを改善するための方策を詳細に明らかにしたい。

謝辞 研究助成をいただいた「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」、および、調査にご協力いただいた施設の皆様に御礼申し上げます。

注

- 1) 児童養護施設は、2018年3月末現在、全国に605施設あり、25,282名の子どもたちが生活している(厚生労働省2019)。
- 2) 各施設の担当者には、個別の調査票を封筒に厳封したものを集約・返送していただくよう

依頼した。ただし、1施設においては、調査票を封筒から出した状態で職員会議の際に配布された。各職員は、記入した調査票を個々に担当者に提出し、担当者はこれらを1つの封筒にまとめて返送した。

また、本調査では担当者への周知が十分ではなかったため、施設長に調査票を配布したと確認できたのは15施設（そのうち、無回答1施設、回収無2施設）に留まった。さらに、非正規職員のうち、常勤契約職員（常勤的非常勤）を除く、パート・アルバイトに調査票を配布・回収したと確認できたのが8施設に留まったため、全体の傾向を掴んでいるわけではない。

- 3) ここでいう「就業の条件」とは、雇用形態のことである。
- 4) ただし、「常勤職員（正規）」(86.9%)は、本来、「協会けんぽ」に加入している。そのため、この背景には選択肢の影響に加えて、健康保険に対する職員の認識不足もあると考えられる。

引用文献

- 安部慎吾・有村大士・永野咲・山内陽子（2013）「児童養護施設における子どもと家族の最善の利益に資する職場環境づくり：職員のワーク・ライフ・バランスの視点から」子どもと福祉編集委員会編『子どもと福祉』vol. 6、明石書店、127-133.
- 安部慎吾・有村大士・永野咲・山内陽子（2014）「児童養護施設における子どもと家族の最善の利益に資する職場環境づくり：職員のワーク・ライフ・バランスの視点から 量的調査の結果報告」子どもと福祉編集委員会編『子どもと福祉』vol. 7、明石書店、117-123.
- 伊藤嘉余子（2007）『児童養護施設におけるレジデンシャルワーク：施設職員の職場環境とストレス』明石書店、61-120.

- 小川政亮（1973）「福祉労働者の権利と子どもの権利を守るたたかい」『福祉問題研究』編集委員会編・鷺谷善教監修『社会福祉労働論』鳩の森書房、291-305.
- 加藤蘭子・鈴木政夫・上野悦子・岸田孝史（1992）「3章座談会：社会福祉と人権を考える」『日本の福祉はこれでいいのか』編集委員会編『日本の福祉はこれでいいのか：最前線から福祉労働を問う』あけび書房、235.

- 黒田邦夫（2013）「児童養護施設における『小規模化』の現状と課題：『小規模化』は施設間格差を拡大している」子どもと福祉編集委員会編『子どもと福祉』vol. 6、明石書店、64-68.

- 厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課（2019）「社会的養育の推進に向けて（平成31年1月）」

- <https://www.mhlw.go.jp/content/000474624.pdf>
（2019年11月11日閲覧）

- 伍賀一道（2006）「構造改革・労働法制改変による雇用と働き方の変容」『総合社会福祉研究』29号、総合社会福祉研究所、6-18.

- 高木和美（2007）『社会福祉労働者政策：ホームヘルパーの労働・生活・健康の質を規定する社会的条件』桐書房、35-72、73-88、111-125.

- 野澤正子（1980）「養護と養護問題」『社会問題研究』第30巻、第2・3・4合併号、大阪社会事業短期大学、199-214.

- 堀場純矢（2013）『階層性からみた現代日本の児童養護問題』明石書店、222-266.

- 三塚武男（1997）『生活問題と地域福祉：ライフの視点から』ミネルヴァ書房、52-58、80-85、92-96.

- 武藤素明（2010）「地域小規模児童養護施設における実践と課題」子どもと福祉編集委員会編『子どもと福祉』vol. 3、明石書店、22-28.

- 鷺谷善教（1968）『社会事業従事者』ミネルヴァ書房、71-145.

- （ほりば じゅんや、日本福祉大学社会福祉学部准教授）

表－１ 自覚症状（複数回答）（n＝565）

項目	度数	%
首や肩が凝る	309	54.7
目が疲れる	209	37.0
腰や背中が痛い	212	37.5
息切れや動悸がする	27	4.8
帰宅しても仕事のことが頭から離れない	163	28.8
血圧が高い	50	8.8
食欲がない	20	3.5
あまりかまわずに食べる	102	18.1
仕事のストレスで過食になっている	92	16.3
仕事の疲れがとれない	228	40.4
近頃、寝つきが悪い	106	18.8
ささいなことでカッとする	68	12.0
夜寝るのが深夜12時を過ぎることが多い	299	52.9
胃腸の調子がよくない	111	19.6
なんとなくイライラする	136	24.1
落ち込むことがよくある	127	22.5
通院等で治療を受けている持病がある	84	14.9
どこも悪いところがなく、健康である	50	8.8
無回答	16	2.8

表－２ 精神的ストレス（n＝565）

項目	度数	%
ある	483	85.5
ない	69	12.2
無回答	13	2.3

表－３ 仕事上の不安、悩んでいること（複数回答）（n＝565）

項目	度数	%
労働時間が長い	148	26.2
サービス残業が多い	181	32.0
休暇が取りにくい	190	33.6
研修に参加できない	20	3.5
給与が安い	219	38.8
健康に不安がある	81	14.3
上司との関係	89	15.8
同僚との関係	77	13.6
施設の子どもの関係	88	15.6
施設の親との関係	28	5.0
関係機関との連携がとりにくい	34	6.0
近隣住民の理解・協力がえられない	12	2.1
身分が不安定	45	8.0
社会的地位が低い	42	7.4
相談相手がいない	33	5.8
自らの知識・経験不足で仕事がうまくいかない	141	25.0
心身ともに疲れる	198	35.0
結婚しても働き続けられるか不安	115	20.4
成果・能力主義が強まっている	21	3.7
その他	72	12.7
無回答	49	8.7

表－４ 今後、施設で職員が安心して働き続けるために必要なこと（複数回答）（n＝565）

項目	度数	%
賃金の改善	368	65.1
職員配置基準の抜本的改善	265	46.9
施設整備予算の拡充	141	25.0
労働時間の短縮・残業時間の規制	245	43.4
研修制度の整備・拡充	135	23.9
信頼できる相談相手が職場にいること	272	48.1
民主的で風通しのよい職場づくり	236	41.8
産休・育休・介護休暇などを取得しやすい職場づくり	294	52.0
有給休暇を取得しやすい職場づくり	315	55.8
関係機関・施設のスタッフとの交流・学習の機会を増やす	151	26.7
国・自治体行政が児童福祉にかかわる専門職員を拡充させ、家庭支援などを継続的に行える体制を整備する	139	24.6
その他	30	5.3
無回答	35	6.2

研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

- 青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聡『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』

ISBN 4-903543-00-5 (978-4-903543-00-0) 2006年6月発行(在庫なし、ウェブサイトでPDF公開中)

- Hugosson, Alvar Olof、神田健策、大高研道『地域社会の持続的発展と非営利・協同(社会的経済)の実践—スウェーデン・イエムトランド地域の事例研究—』

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

- 東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト(代表 藤野健正)『Supportive Periodontal Therapyの臨床的効果について—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

- 日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院(医療従事者)と市民と行政の共同を—』

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

- 磯野理ほか「旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」

(概要は『いのちとくらし研究所報』52号掲載、全文はウェブサイトでPDF公開中)

- 松浦健伸ほか「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」

(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中)

- 高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』

2016年6月15日発行

ISBN: 978-4-903543-15-4 (概要は『いのちとくらし研究所報』54号に掲載)

- 渡邊貴博ほか「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」

(『いのちとくらし研究所報』64号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

- 谷口起代「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて—」

(『いのちとくらし研究所報』68号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

- 川口啓子「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」

(『いのちとくらし研究所報』69号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

研究助成報告(機関誌掲載など)

- 「非営利・協同に関する意識調査」(岩間一雄)『いのちとくらし研究所報』16号
- 「往診専門診療所の満足度調査」(小川一八)『いのちとくらし研究所報』17号
- 「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」(富岡公子、他)『いのちとくらし研究所報』22号
- 「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」(細田悟、沢浦美奈子、平松まき)『いのちとくらし研究所報』24号
- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号
- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埴田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号
- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演
- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号
- 「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」(上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号
- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』44号
- 概要報告「研究助成『津波被災地保健師100人の声』(宮城)プロジェクト報告及び『宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン』の検討」(村口至)『いのちとくらし研究所報』44号(別途報告書『「津波被災地保健師100人の声」(宮城)報告』)
- 概要報告「県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の『防災計画とハザードマップの検証から学ぶ』」(鈴木正彦ほか)『いのちとくらし研究所報』45号
- 概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」(直田春夫ほか)『いのちとくらし研究所報』48号
- 概要報告「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」の概要(金澤誠一ほか)『いのちとくらし研究所報』50号
- 概要報告「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』研究成果報告書」(川島ゆり子ほか)『いのちとくらし研究所報』51号
- 概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチハル日中合同検診を通して—」(磯野理ほか)『いのちとくらし研究所報』51号(ウェブサイトでも公開)

-
- 概要報告「民間研究所論～概要～」(鎌谷勇宏ほか)『いのちとくらし研究所報』52号
-
- 「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」(松浦健伸ほか)『いのちとくらし研究所報』53号(ウェブサイトでも全文公開)
-
- 概要報告「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」(高山一夫ほか)『いのちとくらし研究所報』54号
-
- 「中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察」(宋曉凱)『いのちとくらし研究所報』55号
-
- 「臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか?～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～」(菊川誠ほか)『いのちとくらし研究所報』56号
-
- 概要報告「宮崎県県北地域における子どもの社会的排除と『排除しないまちづくり』の取り組み」(志賀信夫)『いのちとくらし研究所報』58号
-
- 概要報告「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究―概要―」(高橋幸裕ほか)『いのちとくらし研究所報』58号
-
- 「認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み」(山田智)『いのちとくらし研究所報』60号
-
- 概要報告「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究―若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握―」(高木和美)『いのちとくらし研究所報』62号
-
- 概要報告「高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題」(坂本毅啓・石坂誠)『いのちとくらし研究所報』63号
-
- 「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」(渡邊貴博ほか)『いのちとくらし研究所報』64号(ウェブサイトでも公開)
-
- 「北海道の病院看護における労働編成と人材育成―道央の急性期病院: 勤医協中央病院を事例に―」(谷川千佳子)『いのちとくらし研究所報』65号
-
- 概要報告「非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究―鹿児島・麦の芽福祉社会に注目して―」(石倉康次、深谷弘和、申佳弥)『いのちとくらし研究所報』66号
-
- 「漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関する研究」(宮澤晴彦)『いのちとくらし研究所報』67号
-
- 「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査―震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて―」(谷口起代)『いのちとくらし研究所報』68号(ウェブサイトでも公開)
-
- 「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」(川口啓子)『いのちとくらし研究所報』69号(ウェブサイトでも公開)

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第69号（2019年12月） — 【特集】自治体と災害

- 巻頭エッセイ：人類史の「巨大な曲がり角」と新たな協同組合像の模索（田中秀樹）
- 【特集：自治体と災害】
 - ・公共施設の統廃合・再編の動きと課題—指定管理者制度と公共施設等総合管理計画—（角田英昭）
 - ・2019年秋の台風災害を考える（八田英之）
- 論文
 - ・ドイツの介護保険改革（2）介護強化法の給付と鑑定（小磯明）
 - ・総合診療の立場から見る社会医学系専門医制度（草場鉄周）
- 継ぎ足し生涯学習のすすめー2「高速世界史認識」と「健保百年」（野村拓）
- 2016年度研究助成報告：医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題（川口啓子）
- 書評：
 - ・佐藤一子著『学びの公共空間』としての公民館—九条俳句訴訟が問いかけるもの—（梓澤和幸）
 - ・西沢いづみ『住民とともに歩んだ医療 京都・堀川病院の実践から』（生活書院、2019年、349ページ）（松田亮三）

第68号（2019年9月） — 【特集】公害問題と自治体

- 巻頭エッセイ：人生を彩る介護が花開く未来を（山本一視）
- 【特集：公害問題と自治体】
 - ・大気汚染被害者の医療費救済制度創設を求めて（西村隆雄）
 - ・ノーマミナマタ第2次訴訟の分析と対応（中山裕二）
 - ・今、また「水俣病」が教える学術団体の影の側面（戸倉直実）
- 論文
 - ・ドイツの介護保険改革（1）介護強化法制定の背景と保険料（小磯明）
 - ・国際医療福祉協同組合2018年の動向—ICA 国際協同組合連盟委員会報告書—（石塚秀雄）
 - ・「マーモット先生と語る会 格差という病に挑む」（2019年度定期総会協賛シンポジウム）参加報告（竹野ユキコ）
- （新連載）継ぎ足し生涯学習のすすめー1「国勢調査（1920）100年、そして…」（野村拓）
- 2015年度研究助成報告：東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて—（谷口起代）

第67号（2019年7月） — 【特集】地方自治体と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：だれもが主体者として創る楽しい共生社会（池上洋通）
- 【特集：地方自治体と非営利・協同セクター】
 - ・公共施設等の統廃合をめぐる動きと課題—千葉県習志野市を事例に（長澤成次）
 - ・福祉先進都市・京都市の凋落—京都市3施設一体化問題の経緯と運動から（中村暁）
 - ・公共サービスの民営化を考える 水道を中心に（尾林芳匡）
 - ・種子法廃止による社会的影響（印鑑智哉）
- キューバ憲法改正と所有形態の追加について（石塚秀雄）
- 座談会：（第1回）社会医学系専門医制度座談会（小泉昭夫、松田亮三、広瀬俊雄、（司会）吉中丈志）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（5）完：「高速・世界史認識法」試論（野村拓）
- 2016年度研究助成報告：漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関する研究（宮澤晴彦）

第66号（2019年3月） — 【特集】ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：公営住宅の「訪問&相談会」で見えたこと（牛渡君江）
- 【特集：ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター】

- ・ HPH の取り組みと課題（舟越光彦）
 - ・ 八王子・長房団地の友の会活動（竹野ユキコ）
 - ・ インタビュー：長房の活動とヘルスリテラシー（高柳新・相澤美里、インタビュー：竹野ユキコ）
 - ・ 診療所の師長として地域でみている人達の健康と私の思い（相澤美里）
 - ・ 介護のヘルスリテラシー：我々は介護に対してどんな備えをしていくことが求められるのか（高橋幸裕）
 - ・ 活動を見える化することでできること：近藤尚己先生の学習会まとめ（竹野ユキコ）
 - ・ イギリスの社会的処方方式と非営利・協同セクターの役割（石塚英雄）
 - 論文：社会医学系専門医・考（野村拓）
 - 2015研究助成報告概要：非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究—鹿児島・麦の芽福祉社会に注目して—（石倉康次、深谷弘和、申佳弥）
 - 連載〈次世代へのメッセージ〉（4）：もの書き能力の養成—「知的」老後戦略（野村拓）
 - BOOK：中川雄一郎『協同組合のコモン・センス—歴史と理念とアイデンティティ—』（日本経済評論社、2018年5月）（野田浩夫）
 - BOOK：『〈食といのち〉をひらく女性たち』佐藤一子・千葉悦子宮城道子編著（農文協、2018年4月）（中川雄一郎）
-

第65号（2018年12月）——【特集】持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：競争と破壊（杉本貴志）
 - 【特集：持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター】
 - ・ 座談会：持続可能な開発目標（SDGs）をどうとらえるか（中川雄一郎：司会、野田浩夫、富沢賢治、岩本鉄矢）
 - ・ SDGsの担い手に関する考察（柳澤敏勝）
 - ・ 2018GSEF ビルバオ大会参加報告（石澤香哉子）
 - ・ マドリッドの社会的市場と社会的貨幣（石塚秀雄）
 - 連載〈次世代へのメッセージ〉（3）：「平成医療史」を考える（野村拓）
 - 本の紹介：二木立『医療経済・政策学の探究』勁草書房、2018年（高山一夫）
 - 2012年度研究助成：北海道の病院看護における労働編成と人材育成—道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に—（谷川千佳子）
-

第64号（2018年10月）——【特集】いのちとくらしを守る

- 巻頭エッセイ：軍事費を災害と温暖化対策に、の声を広げよう（斉藤和則）
 - 【特集：いのちとくらしを守る】
 - ・ 生活保護基準の引き下げと医療扶助の締め付けにどう対応するか（尾藤廣喜）
 - ・ 介護保険優先原則問題の本質と課題—浅田訴訟と天海訴訟を踏まえて—（山崎光弘）
 - イタリアの家庭医と日本の開業医：15周年記念シンポジウム概要報告（竹野ユキコ）
 - 連載〈次世代へのメッセージ〉（2）：雑誌と自分史—「雑」は多様性の演出（野村拓）
 - 論文：社会医学系専門医のすすめ（吉中文志）
 - 2014年度研究助成報告：名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告（渡邊貴博）
-

第63号（2018年7月）——【特集】住環境とセーフティネット

- 巻頭エッセイ：多様な生き方を認め合う共生社会の実現に向けて、なにを取組むのか（金子努）
- 【特集：住環境とセーフティネット】
- ・ 「新たな住宅セーフティネット法」は貧困居住を救えるだろうか？（中島明子）
- ・ フランスの高齢者をめぐる住環境と高齢者住宅—Abbaye—Bords de Marne—Cité Verte Domicile & Servicesの事例—（小磯明）
- ・ 非営利・協同の資金調達と草の根金融の展望（多賀俊二）
- ・ 座談会：2018年診療報酬・介護報酬改定による医療福祉への影響（根岸京田、林泰則、（司会）八田英之）
- 2014年度研究助成概要報告：高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題（坂本毅啓・石坂誠）

- 新連載〈次世代へのメッセージ〉(1):「自分史座標」のつくり方(野村拓)
 - 書評:杉本貴志編、全労済協会監修『格差社会への対抗 新・協同組合論』(日本経済評論社、2017年11月)(松本政裕)
 - 書評:『社会保障レボリューション—いのちの砦・社会保障裁判』編者 井上英夫・藤原精吾・鈴木勉・井上義治・井口克郎、高菅出版、2017年9月(八田英之)
-

第62号(2018年3月)——【特集】非営利・協同の実践と思想

- 巻頭エッセイ:「One for all. All for one.」と自己責任を考える(長瀬文雄)
 - 【特集:非営利・協同の実践と思想】
 - ・イタリア連帯思想並びに社会的協同思想とその実践—資本主義を超える新たな経済体制論—(津田直則)
 - ・(視察報告転載)イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター(石塚秀雄)
 - ・(視察報告転載)ボローニャの医療機関と非営利・協同組織(石塚秀雄)
 - ・自立と包括的ケアのためのネットワーク(MAIA)—パリ西地区のMAIA, CLIC, Reseauxの活動—(小磯明)
 - ・非営利・協同研究の軌(第3回) 鼎立社会構想の基盤となる非営利・協同運動の連帯—富沢賢治氏へのインタビュー記録—(久保ゆりえ、菰田レエ也)
 - 2014年度研究助成概要報告:若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—(高木和美)
 - 〈医療政策・研究史〉(20・最終回):第7ステージ(90歳—?)論(野村拓)
 - 投稿論文:NPOと労働者協同組合のクロスロードとしての社会的企業—生活困窮者とワーカーズ・コレクティブとの協同(連帯)実践を事例に—(菰田レエ也)
 - 書評:『協同の再発見:「小さな協同」の発展と協同組合の未来』(田中秀樹編、家の光協会)「小さな協同」の視点から「協同の実践」を捉える(中川雄一郎)
 - 書評:マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳、野田浩夫訳者代表『健康格差—不平等な世界への挑戦』(日本評論社、2017年8月)(高山一夫)
-

第61号(2017年12月)——【特集】追悼坂根利幸

- 巻頭エッセイ:人権教育と自主規制教育——医療倫理と道徳科—(尾崎(川堀)恭一)
 - 【特集:追悼坂根利幸】
 - ・故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって(根本守)
 - ・坂根利幸さんを偲んで(角瀬保雄)
 - ・坂根さんの宿題(富沢賢治)
 - ・あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。(高柳新)
 - ・坂根利幸さんと30有余年(二上護)
 - ・坂根利幸氏を偲ぶ(非営利・協同の探求の達人)(石塚秀雄)
 - ・非営利・協同の軌(第2回):「民主経営」の実務の改善にかけた人生—坂根利幸氏へのインタビュー記録—(久保ゆりえ、竹野ユキコ)
 - ・坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧(事務局)
 - 山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について(岩本鉄矢)
 - 座談会:フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度(松田亮三、小磯明、吉中丈志、司会:石塚秀雄)
 - シリーズ〈医療政策・研究史〉(19) 研究者の60-90歳戦略(野村拓)
-

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.69 (2020.2.29発行)

理事長のページ：スポーツと民主主義—スポーツと「自立」の社会意識—（中川雄一郎）、副理事長のページ：＜男性世帯主賃金＞の幻想化とリビング・ウェイジ（後藤道夫）、2020年1月医療福祉政策学校冬季合宿参加報告（竹野ユキコ）、韓国だより：被曝労働者に一筋の光を（朴賛浩）、映画「夜明け前 呉秀三と無名の子供たちの100年」の紹介（竹野ユキコ）、特養あすみの里裁判とフランスの事例（石塚秀雄）

○ No.68 (2019.11.30発行)

理事長のページ：「イギリスのEU離脱」再考（中川雄一郎）、副理事長のページ：台風私記（八田英之）、短信（石塚秀雄）、外国語勉強法（5）北島健一氏の場合、役員エッセイ：フィンランド・リトアニアの全世代型社会保障視察（小磯明）

○ No.67 (2019.8.31発行)

副理事長のページ：護憲派3分の1の闘い（高柳新）、木下ちがや『「社会をかえよう」と言われたら』大月書店、2019年（野田浩夫）、機関誌67号「福祉先進都市・京都市の凋落」の周辺補足（中村暁）、佐々木隆治「福祉国家論の意義と限界—70年代西独「国家導出論争」を手がかりとして」感想（『闘わなければ社会は壊れる』岩波書店、2019、第7章）（石塚秀雄）、『老いる前の整理ははじめます！：暮らしと「物」のリアルフォトブック』の感想（竹野ユキコ）

○ No.66 (2019.5.31発行)

理事長のページ：協同組合研究組織の連帯に寄せて（中川雄一郎）、役員エッセイ：移民と民医連（岸本啓介）、EU議会と社会的経済セクター（石塚秀雄）、日本協同組合学会第38回春季研究大会の概要（竹野ユキコ）

○ No.65 (2019.2.28発行)

副理事長のページ：＜夫婦で子育て＞の中間層化と低賃金（後藤道夫）、役員エッセイ：統計不正（田中淑寛）、韓国だより：韓国の外国営利病院開設反対運動（朴賛浩）、外国語勉強法（5）田中夏子氏の場合、シカゴの若者雇用創出のコミュニティ運動（石塚秀雄）

○ No.64 (2018.11.30発行)

理事長のページ：MDGsとSDGs（中川雄一郎）、役員エッセイ：コ克蘭の理事辞任騒動とHPVワクチン副反応被害問題（高田満雄）、外国語勉強法（4）大高研道氏の場合（その2）：コミュニケーションの手段としての英語②、ドイツでなぜ労働者協同組合が発展しなかったのか（石塚秀雄）

○ No.63 (2018.8.31発行)

副理事長のページ：天保四年の台風、岡田真澄「かみつふさに三たび遊ぶ日記」から（八田英之）、役員エッセイ：マルクス・エンゲルス THE YOUNG KARL MARX（小磯明）、公助についての辞書の取り扱い（石塚秀雄）、外国語勉強法（3）大高研道氏の場合（その1）：コミュニケーションの手段としての英語①

機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

【次号71号の予定】(2020年6月発行予定)

- ・社会医学系専門医制度
- ・東日本大震災
- ・介護保険20年を振り返る(2)
- ・その他

【編集後記】

2020年1月に中国から始まった新型コロナウイルス感染症の拡大は、韓国や日本を経てヨーロッパに中心を移し、WHOは3月にパンデミックを宣言しました。感染拡大抑制のために各国でさまざまな方策が打ち出されようとしていますが、同時に医療体制の問題も報道されています。いまだ収束する動きは見えませんが、社会的・経済的な影響も含め、新たな局面をきちんと見据える必要があります。(竹)

【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で考査の上、掲載させていただきます。必要に応じて機関誌委員会で検討させていただきます。内容については編集部より問い合わせ、相談をさせていただきます場合があります。

1. 投稿者

投稿者は、原則として当研究所の会員(正・賛助)とする。ただし、非会員も可(入会を条件とする)。

2. 投稿内容

未発表のもの。研究所の掲げる研究テーマや課題に関連するもの。①非営利・協同セクターに関わる経済的、社会的、政治的問題および組織・経営問題など。②医療・社会福祉などの制度・組織・経営問題など。③社会保障政策、労働政策・社会政策に関わる問題など。④上記のテーマに関わる外国事例の比較研究など。⑤その他、必要と認めるテーマ。

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所(レポート)ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

(これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです)。

4. 採否

編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会で決定。編集部から採否の理由を口頭または文書でご連絡します。できるだけ採用するという立場で判断させていただきますが、当機関誌の掲げるテーマに添わない場合は、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

5. 締め切り

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

6. 執筆注意事項

① 電子文書で送付のこと(手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます)

② 投稿原稿は返却いたしません。

③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる(「ですます調」または「である調」のいずれかにすること)。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。

④ 図表は基本的に即印刷可能なものにすること(そうでない場合、版下代が生ずる場合があります)。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

**「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局**

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

TEL : 03-5840-6567 / FAX : 03-5840-6568

ホームページ URL: <http://www.inhcc.org/> e-mail: inoci@inhcc.org