

保健・医療・福祉における社会保障制度の変容(下)

石橋敏郎、角森輝美、山田綾子、今任啓治、緒方裕子
紫牟田佳子、木場千春、坂口昌宏、堀江知加

I	はじめに	
II	予防重視システムへの転換	角森輝美
III	介護老人保健施設の変容	山田綾子
IV	介護老人福祉施設の変容	今任啓治
V	医療制度における変容—混合診療について	緒方裕子

(以上、前号)

VI	医療供給体制の問題点	紫牟田佳子
VII	地域包括ケアシステムの構築	木場千春
VIII	生活困窮者自立支援法	坂口昌宏
IX	社会福祉協議会による生活困窮者自立支援事業	堀江知加
X	保健・医療・福祉制度の変容	石橋敏郎
XI	おわりに	

(以上、本号)

VI 医療供給体制の問題点

1 医師不足の現状

わが国は、国民への医療を保障するために国民皆保険体制をとり、今では、長寿国となり国際的にも高い保健医療水準であるという評価を受けている。しかし、産科医療については、医師不足、山間地での産科医療機関の不足が続いている。2006（平成18）年「奈良県大淀町立大淀病院事件」や2008（平成20）年「東京都立墨東病院事件」のように、産科医師が不

足しているために妊婦の救急の受け入れができないなどの実態があった。特に「東京都立墨東病院事件」については、24 時間体制でリスクが高い新生児と妊婦に対応する総合周産期母子医療センターに東京都から指定されているにもかかわらず、産科医師の不足で週末の当直医師が一人であるという理由で、治療を受けることができなかったというものである。いまや産科・小児科の医師の確保は喫緊の問題である。僻地・離島はもとより、地域の拠点病院や診療科による偏在が深刻度を増している。医師が不足すると現場に残った医師には、その分の負担が増すことになる。そうなれば、過重労働によって、医療事故を誘発する危険性が大きくなると言われており、医師は、医療事故・医療訴訟の不安を抱えて、身体的・精神的な負担が大きいまま医療に従事しなくてはならない状態に置かれる。そこで、この章では、特に医師不足の問題について考察する。

(1) 日本の医師数

医師法第 6 条第 3 項によれば、医師は、2 年ごとの年の 12 月 31 日における氏名、住所、医業に従事する者はその住所、従事する診療科名等の事項を届け出ることになっていて、翌年 12 月厚生労働省が、医師数、年齢構成、病院・診療所別分布、都道府県別分布等を公表している。表VI-1 の通り、1982（昭和 57）年 12 月 31 日現在における全国の届出医師数は 167,952 人、人口 10 万対医師数は 141.5 人であり、その後増加しており、2014（平成 24）年 12 月 31 日現在における全国の届出医師数は、303,268 人である。男 243,627 人（総数 80.3%）、女 59,641 人（総数 19.7%）となっている。これを 2012（平成 22）年と比較すると 8,219 人（2.8%）増加している。また、人口 10 万対医師数は、237.8 人で、2012（平成 22）年と比較すると 7.4 人増加していることになる。医療施設に従事する医師を性別にみると男 232,161 人、前回と比べ 4,732 人（2.1%）増加し、女 56,689 人で、3,678 人（7%増加）している。年齢別にみると 40 から 49 歳が 67,969 人（23.5%）と最も多く、次いで、50 から 59 歳が 65,380 人（22.6%）、30 から 39 歳が 65,003 人（22.5%）となっている⁽¹⁾。厚生労働省の届出医師数の発表と隔たりがあるのだが、日本医師会によれば、2014（平成 26）年 12 月 1 日現在の日本医師会の会員数は、166,121 人である⁽²⁾。

表VI-1 全国の届出医師数の年次推移

	医師数（人）	増減率（%）	人口10万対（人）
1982（昭和57）年	167,952		141.5
1984（昭和59）年	181,101	7.8	150.6
1986（昭和61）年	191,346	5.7	157.3
1988（昭和53）年	201,658	5.4	164.2
1990（平成2）年	211,797	5.0	171.3

1992（平成4）年	209,704	3.7	176.5
1994（平成6）年	230,519	4.9	184.4
1996（平成8）年	240,908	4.5	191.4
1998（平成10）年	248,611	3.2	196.6
2000（平成12）年	255,792	2.9	201.5
2002（平成14）年	262,687	2.7	206.1
2004（平成16）年	270,371	2.9	211.7
2006（平成18）年	277,927	2.8	217.5
2008（平成20）年	286,699	3.2	224.5
2010（平成22）年	295,049	2.9	230.4
2012（平成24）年	303,268	2.8	237.8

（出典）厚生労働省「平成24年（2012年）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/index.html（2015年10月15日検索）。

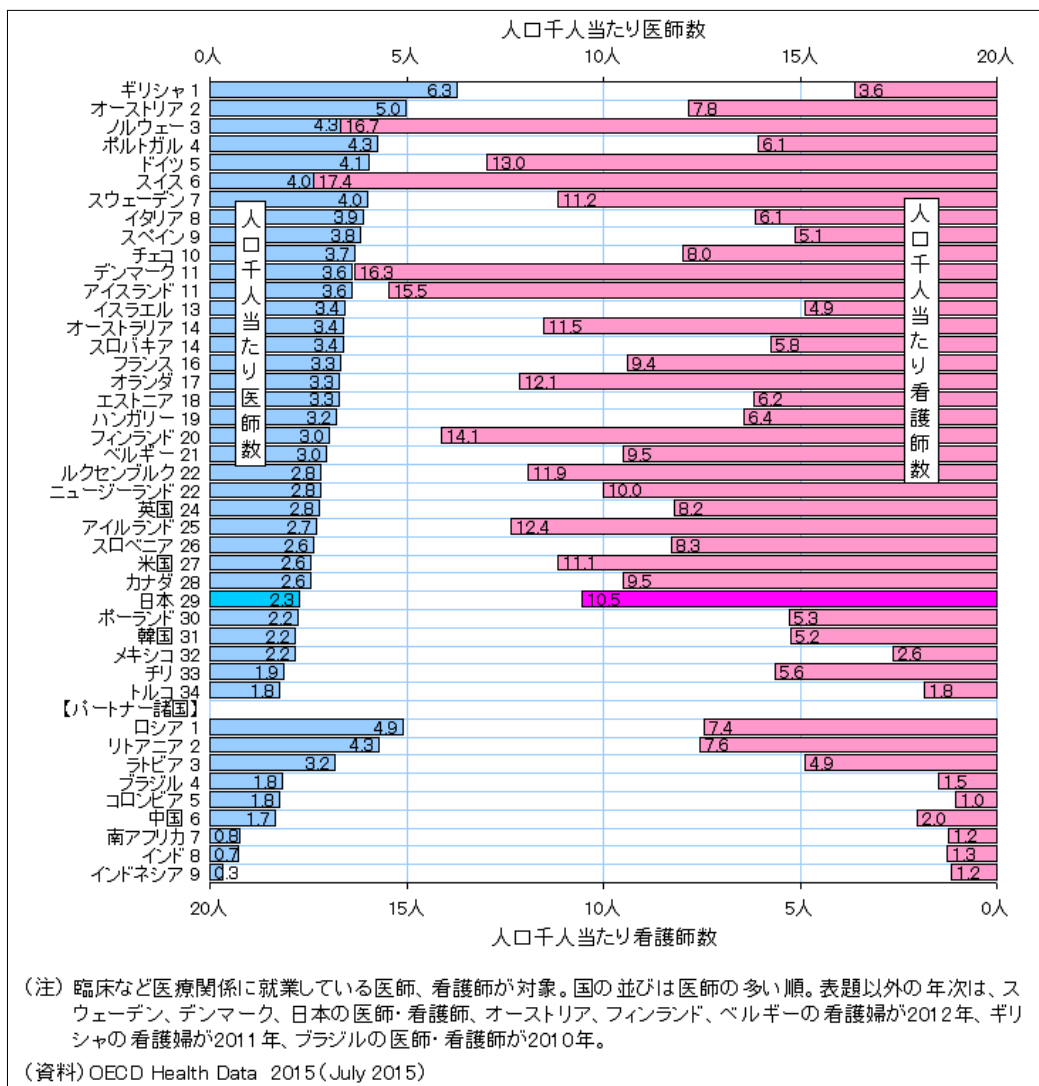
全国の届出医師数は、年々増加しているが、それでもなお、医師不足だと言われている。現在の医療制度と医師のキャリアシステムのもとでは、地域の人口や疾病構造に対応して医師が適切に配置されていないことから、特に「医師の地域偏在・診療科偏在」の問題が深刻である。

（2）医師数・看護師数の国際比較（OECD諸国2013年）

日本は、医師が不足していて、地域偏在、診療科目偏在という問題があると言われている。OECD加盟国においても多くの国が、医師不足を重要な問題としてとらえている。各国の医療制度によって、診療医師の数、配置及び構成等が異なるが、ここで日本と諸外国との医師数の比較を試みよう。医師数の国際比較（OECD諸国2013年）を見ると、表VI-2の通りである。OECDの対象の34ヶ国では、臨床など医療関係に従事している医師数をみると、人口1,000人当たり、多い順で、1位ギリシャ6.3人、2位オーストリア5.0人、3位ノルウェー4.3人、4位ポルトガル4.3人、5位ドイツ4.1人と続き、日本は、29位2.3人であり、日本の医師数は少ないと言える。

また、看護師も同じように比較してみると、多い順で、1位スイス17.4人、2位ノルウェー16.7人、3位デンマーク16.3人、4位アイスランド15.5人、5位フィンランド14.1人と続き、日本は、13位10.5人であり、中位だと言える。だが、日本は、すでに高齢化率で先進国中最高となっており、医療サービスを必要とする対象者が多くなっている実態であることを考え合わせると、日本では医師と看護師数は、やはり少ないといわなくてはならない。

表 VI -2 医師数・看護師数の国際比較（OECD諸国 2013 年）



(出典) www2.ttcn.ne.jp/honkawa/1930.html (2015年10月17日検索)。

(3) 医療費支出・病床数の国際比較

① 医療費支出・病床数の国際比較

医療費支出・病床数について、OECDの対象の34ヶ国の中でも人口1,000人当たりの医師数の多いギリシャ、オーストリア、ノルウェー、ポルトガル、ドイツなどと日本を比較すると、表VI-3の通りである。OECD加盟国の総医療費の対GDPに対する割合は、ギリシャ9.3%、オーストリア11.5%、ノルウェー9.0%、ポルトガル9.4%ドイツ11.3%で、日本10.1%であり大きな差はない。人口1,000人当たりの病床数は、ギリシャ4.8床、オーストリア7.6床、ノルウェー3.3床、ポルトガル3.4床、ドイツ8.2床で、日本は、13.7

床であり多い方に属する。また、医師数が少ないことを考え合わせると日本では病床数が著しく多いと言える。

表VI-3 医療費支出・医師数・病床数の国際比較

国（地域）	医療費支出2012年			人口1,000人当たり 2007～2012年		
	GDP 比率 (%)	公的医療費 支出割合 (%)	1人当 たり米ドル	医師数	看護師 助産師数	病床数
ギリシャ	9.3	67.5	2,044	6.2	0.2	4.8
オーストリア	11.5	75.5	5,407	4.8	7.9	7.6
ノルウェー	9.0	85.1	9,055	3.7	13.4	3.3
ポルトガル	9.4	62.6	1,905	3.9	5.3	3.4
ドイツ	11.3	76.3	4,683	3.8	11.5	8.2
スイス	11.3	61.7	8,980	3.9	17.4	5.0
スウェーデン	9.6	81.7	5,319	3.8	11.9	2.7
イタリア	9.2	78.2	3,032	4.1	0.3	3.4
スペイン	9.6	73.6	2,808	3.7	5.1	3.1
チェコ	7.7	84.8	1,432	3.6	8.4	6.8
日本	10.1	82.5	4,752	2.3	11.5	13.7

(注) 医師は、医療活動に従事する総合医及び専門医。看護師・助産師は、准看護師・助産師・歯科衛生士などを含む。病床数は、病院（公的・民間・総合・専門）及び
ハビリテーション施設における入院患者用のベッド数。

(出典) 総務省統計局統計情報システム課統計情報企画室外国統計編集係、M-Q02 各国の医療費支出、人口1,000人当たりの医師数及び病床数、14-2 医療費支出・医師数・病床数 www.stat.go.jp/library/faq/faq27/faq27m02.htm (2015年10月11日検索)。

② 人口1,000人当たりの病床種別の病床数の国際比較

人口1,000人当たりの病床数を病床種別について、国際比較をすると、表VI-4の通り、日本の急性期病床数は、8.13床であり、フランスの約2倍、アメリカの約4倍も多い。そして、特に精神科病床と長期療養病床の数が極端に多い。この理由は、世話をしてくれる家族もおらず自宅に戻れない患者が多いからであり、「社会的入院」と言われる現象が統計的にも表れている。

表VI-4 人口1,000人当たりの病床種別の病床数の国際比較

病床数	日本	フランス	アメリカ
急性期病床数	8.13	4.98	2.70

精神科病床数	2.69	0.89	0.25
長期療養病床数	2.58	0.50	0.10
総病床数	13.4	6.37	3.05

(注) 日本の実数は、急性期 1,713 千床、精神科 344 千床、療養病床 330 千床うち一般診療所は 129 千床となっている。日本とフランスは、2011 年、アメリカは 2010 年のデータを使用。

(出典) 岡部陽二「機能していない病床規制の全廃を 既得権益を保護する競争制限政策」13 頁。www.y-okabe.org/pdf/481.pdf (2015 年 10 月 11 日検索)。

③ 平均在院日数の国際比較

平均在院日数について、国際比較をすると、表VI-5 の通り、どの国も減少しており、医療技術の進歩と医療費抑制のために一貫して短縮してきたことが明確である。その中で、日本の平均在院日数は、1990 (平成 2) 年 38.1 日、1995 (平成 7) 年 33.7.1 日、2000 (平成 12) 年 27.2 日、2005 (平成 17) 年 19.8 日、2010 (平成 22) 年 18.2 日であり、減少幅が最も大きいことがわかる。2010 (平成 22) 年時の平均在院日数は、ドイツ 9.5 日、フランス 5.7 日、アメリカ 4.8 日、日本は、18.2 日であり、日本の在院日数は著しく長い。

表VI-5 平均在院日数

	日本 (一般病床)	ドイツ	フランス	アメリカ
1990年	38.1	12.2	7.9	6.4
1995年	33.7	11.4	6.2	5.4
2000年	27.2	10.1	6.0	4.9
2005年	19.8	10.2	5.8	4.8
2010年	18.2	9.5	5.7	4.8

(注) 日本は、精神科・療養病床などを除く一般病床のみについての平均在院日数。日本の 2010 年の全病床は 32.5 日で、一般病床は 18.2 日、精神科病床は 301.1 日、療養病床は 3005.5 日。ドイツ・フランス・アメリカは全病床。2000 年は、1999 年の数値を使用。

(出典) 岡部陽二「機能していない病床規制の全廃を 既得権益を保護する競争制限政策」15 頁。www.y-okabe.org/pdf/481.pdf (2015 年 10 月 11 日検索)。

以上のように病床や在院日数を諸外国と比較すると、日本は、表VI-1 からは医師数が極端に少ないこと、表VI-2 と表VI-3 からは病床数が極端に多いこと、表VI-4 からは平均在院日数が極端に長いことが明らかである。これでは、1 人の医師が、入院患者を多く受け持つことになってしまい、その分、忙しく働くことにつながる。日本は、少ない医師数で、全体として広く薄い医療供給体制となっていることが指摘できる。こういう結果になったのは、①日本は、一般病床と療養病床に分かれているが、アメリカは、hospital と nursing home

に分かれていること、②日本は、一般病院が急性期と亜急性期の役割を担い、療養型病院が慢性期の役割を担っているが、アメリカは、hospital が急性期の役割を担い、nursing home が慢性期と亜急性期の役割も果たしていること、③日本は、療養型病院に医師が配置されていて病院と言われているが、アメリカは nursing home に所属の医師はなく、ここでの医療は開業の医師で行われるので病床数に含まれないこと、④日本は、入院費用が安い、アメリカなどは、入院費用が高いので病院の周辺には宿泊施設が多いことなどの事情があるからだと考えられている。

2 医師の不足の原因

(1) 医師の絶対数の不足

医師が不足していることが問題になったのは、勤務実態がないにも関わらず報酬を受け取るという「医師の名義貸し」が2004（平成16）年マスコミに取り上げられたことが発端であった⁽³⁾。2002（平成14）年4月から2003（平成15）年9月までに文部科学省が行った名義貸しの人数の調査によると、医学部のある79大学のうち51大学で1,061人が名義貸しを行っていた。しかし、この調査は、大学の医師側のみを対象に自己申告の形で実施されていたうえに、調査対象期間が一年半と短く、受け取った報酬額や名義を借りた医療機関については調査していないため、肝心の部分に切り込めておらず、不十分ではないかとの指摘があった。名義貸しというと、一見、医師の医療倫理上の問題のようであるが、当時の2002（平成14）年度の厚生労働省の調査では、配置基準を満たしている病院は全国平均で75%であり、約3割近くの病院では、医師の絶対数が足りていないという実態があったのである。それが、この名義貸しの一因となっていたとされていた。医師の数は、医療法第21条及び医療法施行規則19条などで定められており、定数を満たせない病院では診療報酬が大幅に削減されることになるので、病院側と医師の双方の利害が一致する形で名義貸しの構造が出来上がってしまったのである。発覚した後は、名義貸しという行為が改められたが、これで問題が解決したわけではない。地域住民の医療を守るためにためにも医療保険を継続するためにも医師不足の解決が急がれることになった。

(2) 新医師臨床研修制度の開始

医師が不足している原因は、2004（平成16）年度に開始された大学医学部の「新医師臨床研修制度」によっても、急速に進んでしまったと考えられている。「新医師臨床研修制度」の開始時というのは、年間約8,000人の医師が誕生している医師労働市場から、約16,000人（8,000×2年間）の医師が事実上消滅したような状態に陥ったと言える。それまでは、医学部を卒業した研修医は、各大学医学部に所属した状態で、その付属病院で研修を受ける

ものとされており、研修が終了したら、一般医療機関に派遣されるシステムになっていた。研修医を管理するのは、医局の教授で、研修医は、研修中から終了後まで必要に応じて僻地などにも赴くというシステムであった。この制度は、一部では「封建的」と言われていたのだが、地域の医療を破綻させずに切れ目なく守るという役割も担っていた。新医師臨床研修制度では、研修医自らの意思で研修場所を選択することが可能となり、大学付属病院だけでなく一般の医療機関でも研修が受けられることになったことで、研修医の多くが都会の有名な規模の大きい病院に集中してしまった。それは、収入も多く医療環境も整備されているからであり、同じように働いても、収入の少ない大学付属病院で研修を受ける研修医が減ってしまうことになった。そうすると大学付属病院は、成り立たないので、大学側が各地の派遣先病院から医師を呼び戻すという現象が起こり始めてしまい、地域の中核的な役割を担う病院（市町村立病院）での医師不足に拍車がかかったというわけである。このようにして医師不足が深刻になると、地域の病院に残された中堅の医師には、負荷がかかり過ぎ、その苦痛に耐えかねて地域の医療機関から去ってしまうことになった。こうして地域の中核的な役割を担う病院は、次々と診療科を減らしたり、病院自体も閉鎖に追い込まれたりする事態が起こっていった。

(3) 医療裁判の増加

最高裁事務総局が毎年作成している司法統計年報によると、医療過誤訴訟の審受事件は、1995（平成7）年484件、2000（平成12）年795件となり、伸び率が高くなっている。2004（平成14）年は1,110件でピークとなり、2005（平成17）年は999件、2010（平成22）年は791件、2014（平成26）年は877件である。医療訴訟が急増して医療に対する不信感が生じ始めたのは、1999（平成11）年、肺手術の患者と心臓手術の患者を取り違えた「横浜市立大学患者取り違い事件」や看護師が誤って消毒液を点滴してしまい患者が死亡した「東京都立広尾病院事件」などがあったからだと言われている。その後も、2004（平成16）年、福島県立大野病院で帝王切開手術を受けた産婦が死亡しており、産科医師が2006（平成18）年に起訴されるという事件が起こっている。医療事故や医療裁判の増加の中で注目されたのは、何と言っても「福島県立大野病院医師逮捕事件」である。これは、帝王切開を受けた前置胎盤の妊婦が死亡したという理由で業務上過失致死罪として産科医師が逮捕・拘留されたものである。1999（平成11）年に起こった「横浜市立大学患者取り違い事件」や「東京都立広尾病院事件」では、患者名や薬剤名の確認ミス、すなわち医療機関側のシステムが問題となった事件であったが、これに加えて、「福島県立大野病院医師逮捕事件」では、医師の技量なども問題視されるようになってしまった。産科医師として標準的な医療を行ったにもかかわらず、業務上過失致死罪に問われたことで、産科の訴訟リスクを改めて知らしめることになり、医師が産科から離れてしまう原因の一つになった。そのような中で、「医師個人が、医療を行った結果の責任を負わされて刑事訴追をうけたり、逮捕されたりするよう

では、医療行為が出来ないのではないか。」という意見が高まり、同時に、医療供給体制の不備も問われるようになった。「福島県立大野病院医師逮捕事件」の場合は、産科医師が1人体制であったことからわかるように、本来、担当医師個人の責任に帰する問題というよりは、むしろ、地域の周産期医療システムの不備に帰する問題だと言える。周産期医療のシステムの整備がされてない地域では、分娩中の異変に応じて、担当医が母体搬送の受け入れ先を探し出さねばならないことになる。どうしても近隣に受け入れ先が見つからなければ、県外の病院にも受け入れ可能かどうかを依頼することになる。それでも、万が一、母体搬送の受け入れ先がなかなか見つからなかったとしたら、それは地域の周産期医療のシステムの問題であり、担当医個人の責任ではない。こうして、リスクを伴う医療の現場を避けるようになり、医師不足による診療科の偏在と地域の偏在が一層進んでしまったのである。「福島県立大野病院医師逮捕事件」においては、産科医師の刑罰についての判決と同様に、医師法第21条で定められた「警察への異状死の届け出義務」に関する注目も集めた。これ以後、医療機関の多くが、刑事罰を恐れて、過失がないような診療関連死までも「異状死」として届け出るようになってしまった。しかし、のちに「福島県立大野病院医師逮捕事件」において、福島地方裁判所は、患者の死亡原因を癒着胎盤と認定しており、「過失なき医療行為でも避けられない結果なので、異状とは認められず届け出義務はない。」と判示して以後、警察への届け出をめぐる混乱も一旦おさまったようである。こうして、医師不足などの医療供給体制の不備の実態が国民に徐々に理解され始めた。医療機関側は、医療安全への意識を高め、患者・家族側に治療の結果の良し悪しについて認識の違いを減らそうと十分な説明を行うようになった。以上のように、医師の名義貸しにおいて、医師数の絶対数が不足している実態がわかり、それに加えて新医師臨床研修制度の開始や医療裁判の増加などによって、医師不足、特に「医師の地域偏在・診療科偏在」がすすんでしまったのである。

3 医師の確保

(1) 医師の確保の必要性

日本は、諸外国と比較して、医師数・看護師数が少ないのに、病床数が極端に多く、平均在院日数が極端に長いことが明らかとなった。そのため、1人の医師が入院患者を多く受け持ち、その分忙しく働くことになるので、患者の全身状態の観察、カルテ内容の確認、検査の確認、薬名の確認などを見落としがちになってしまう。実際に1999（平成11）年に起こった「横浜市立大学患者取り違い事件」や「東京都立広尾病院事件」では、患者名や薬剤名の確認ミスがもとで、重大な医療事故に繋がったものである。このような状態では、さらに医療現場での医療事故のリスクは高まるばかりではなく、医療技術の進歩に対応していけない、あるいは、患者一人にかかわる時間が短くなり、十分な対応ができないなどの問題が起きてくる。医療サービスの水準を維持するためにも、医療事故を起こしにくい医療現場を

つくるためにも、まず医師の不足を解決することが必要である。

(2) 地域枠の医学部定員の増加

日本の医師数は、OECD加盟国の中で低位である。医師の地域偏在や診療科偏在などが進んでいるのは、医師の絶対数が少ないからであり、この対策として医学部の入学者を増員することが行われた。一方で、安易に医学部定員を増加させると医療の質の低下のおそれがあるので、そうならないように教員の充実を含め教育環境の整備をしたうえで、十分な医学教育を行う必要がある。医学部入学定員については、2003（平成15）年から2007（平成19）年度は7,625人であったが、医師不足に対応するため2008（平成20）年度から入学定員を増員しており、2008（平成20）年度は、医師不足が深刻な10県と医師養成数の少ない2県等を考慮して168人増の7,793人、2009（平成21）年度は、全都道府県を対象として計693件の増で8,486人、この時は過去最大の増員になった。地域の医師確保などの観点から、2010（平成22）年度は360人増で8,846人、2011（平成23）年度は77人増で8,923人、2012（平成24）年度は68人増で8,991人、2013（平成25）年度は50人増で9,041人、2014（平成26）年度は28人増で9,069人、2015（平成27）年度は65人増で9,134人となった⁽⁴⁾。増員については、医師及び、研修医の前の段階としての地域医療を目指す医学部入学選抜枠があり、2010（平成22）年4月現在67大学1,171人、2011（平成23）年4月現在67大学1,292人が設定された⁽⁵⁾。都道府県の中には、学生に対して医学部・医科大学在学中に奨学金を貸与し、卒業後、自県内の公的医療機関等において一定期間医師として勤務することを条件に返還を免除する取り組みをしているところもある。今後、医師不足をくいとめるための地域枠入学制度の卒業生が、医師として実際に地域医療に携わっていったかどうかを検証する必要がある。このほか、中長期的な対策として、地域偏在や診療科偏在という実態を改善するために医師及び、研修医に対しても、地域に誘導する政策も一部行われている。

(3) 新医師臨床研修制度における医療教育

新医師臨床研修制度により、確かに医師不足が眼に見える形で顕在化したのだが、研修医がどこで働こうとも、医師の絶対数が少ない以上医師不足は変わらないのである。それよりも新医師臨床研修の教育がどうあるべきなのかということを考える必要がある。新医師臨床研修制度で重要なことは、研修医が、医師としての技術を習得することであるから、これと同時に、医学部定員の増加と新医師臨床研修制度に合わせて指導する教官医師の確保も必要である。地域医療を志す研修医がいたとしても、地域の病院に指導する立場の医師がいなかったり、そこで働く医師が勤務環境の問題で長続きしないで辞めていくようであったりすれば、成り立たないことになる。新医師臨床研修制度は、2000（平成12）年の医師法の

一部改正により 2004（平成 16）年度から導入されたものであるが、その基本理念については、「医師法第 16 条 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令」（平成 15 年 12 月 11 日）において、「臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」とされている。従来は研修は努力義務であったが、この改正により必修化する形で研修が開始されたことになる。研修医の募集定員については、2004（平成 16）年度から導入されて以後、研修希望者が、都市部の一般病院に集中していたが、2009（平成 21）年には、地域の適正配置を考慮して都道府県別の募集定員の上限の見直しや基幹型臨床研修病院の指定基準の強化などが行われ、2010（平成 22）年度研修から適用されている。臨床研修実施施設数の推移は、表VI-6 の通りであり、制度当初の 2004（平成 16）年度に臨床研修を開始する研修医を募集する臨床研修病院・大学病院は、927 ヶ所であったが、2016（平成 28）年度では、1,027 ヶ所である。

表VI-6 臨床研修実施施設数の推移

	2004 H16年	2006 H18年	2008 H20年	2010 H22年	2012 H24年	2014 H26年	2016 H28年
臨床研修病院	827	934	1,000	947	911	897	910
大学病院	100	105	111	112	115	117	117
計	927	1,039	1,111	1,059	1,026	1,014	1,027

（出典）厚生労働省「平成 28 年度の臨床研修体制について」

www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/（2015 年 10 月 1 日検索）。

また、研修医の募集定員数の推移は、表VI-7 の通りであり、制度当初の 2004（平成 16）年度の研修医の募集定員は 11,030 人であり、2016（平成 28）年度は 11,272 人である。

表VI-7 研修医の募集定員数の推移

	2004 H16年	2006 H18年	2008 H20年	2010 H22年	2012 H24年	2014 H26年	2016 H28年
人	11,030	11,370	11,722	10,699	10,755	10,703	11,272

（出典）厚生労働省「平成 28 年度の臨床研修体制について」
www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/（2015 年 10 月 1 日検索）。

研修医制度の見直しは、2013（平成 25）年 12 月、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書によると、多岐にわたっている。例えば、地域医療の安定的確保の観点から、①都

道府県奨学金貸与などにより、地域医療への従事が要件となっている地域枠の学生について一定の配慮が必要であり、そのために都道府県の調整をしやすくするなどの対応が必要であること、②地域枠の状況をふまえつつも、都道府県の上限の範囲内で各研修病院の募集定員を調整しやすくするなど、都道府県が、一定の柔軟性をもって定員を調整できるような仕組みも必要であることなどがあげられている⁽⁶⁾。

このように医師不足に対して、①医学部定員を増加すること、②新医師臨床研修制度の中で都道府県奨学金貸与などにより地域医療への従事が要件となっている地域枠の学生について一定の配慮をすることなどの対策が行われている。

(4) 総合診療医・総合診療専門医

① 地域医療の医師の養成

医療供給体制を整備は、国・地方・医療機関・住民、そして、大学（医学部）が協力して取り組むべき問題である。新医師臨床研修制度を終えた医師、とくに地域枠入学制度の卒業生が、地域医療を無理なくすぐに開始できるようにするには、①病院の統廃合・機能分担で医師の集約化・効率化がなされたうえで、地域医療の実態に沿う新医師臨床研修制度・研修プログラムで研修を行っていること、それを指導する医師が存在していること、②医師の勤務環境の改善が行われていること、③基本的で広範囲の治療を行う「総合診療医」として、地域の医療供給体制を整備することなどが必要である。さらに中長期的に、地域医療を担う医師の養成と確保するには、①医学部において、地域医療に対する意識を高めたり、人材を育成したりするためのキャリア教育を行うこと、②地域医療に貢献したことがプラスとして医師のキャリア形成できるようにしていくこと、③博士号の取得もできるようにすることなども検討されている。地域医療に携わる医師には、地域の地理的・社会的な特性を理解したり、その人々の多様なニーズに対応したりしながら、診療科にこだわらずに基本的で広範囲にわたる治療をすることができる資質が求められている。また、治療を総合的に行うのであるから、身体の状態だけでなく患者の生活環境なども含めて継続的に診ながら、必要に応じて専門医につなぐプライマリ・ケアを地域で実践していくことが必要とされている。

② 総合診療医が求められる背景

総合診療医が求められる背景には、医師の不足があると言われている。新医師臨床研修制度の問題に伴って、僻地などに派遣されていた医師が、医局人事から呼び戻され、その後に新たな補充もないために、僻地に残っていた医師にも負担がかかり、結局、辞めていくことになりかねない。医師の募集をしても、僻地と呼ばれる病院に自主的に勤務するインセンティブは少ないようである。また、診療科偏在の問題も深刻であり、訴訟リスク、勤務が過酷などの理由で産婦人科・小児科などの医師の数が少なくなっている。医師養成上の課題、生涯教育における課題、制度面での課題等がさまざまに絡み合っているもので、医師不足によ

る地域偏在・診療科偏在を解決する方法は、簡単ではない。

③ 総合診療医・総合診療専門医

医療供給体制の重要な課題である医師の地域偏在・診療科偏在に対して、「専門医の在り方に関する検討会」においては、専門医の認定などを行う中立的な第三者機関の設立と「総合診療医」を基本領域の専門医に追加するとの提言を行っている。専門医制度の見直しは、あくまで専門医の質向上を目指したものであり、医師の地域偏在や診療科偏在の解消が目的ではない点を明確にしている。「総合診療医」の設置の理由は、①高齢化がすすみ生活習慣病などの慢性疾患をいくつも抱えている高齢者が非常に増えていること、②患者の判断では適切な専門医を受診することができず迷ってしまうこと、③地域の患者は、家族構成や地域の特色、心身両面から全体的に診てほしいと希望していること、④臓器別の専門医よりも幅広い診療能力を身につけた医師の方が対応できる場合が多く、医療供給の有効性・効率性が高いことなどである。今後、日本プライマリ・ケア連合学会が、「総合診療医」養成プログラムを作成し、認定制度を整え、2017（平成 29）年度から研修を開始する予定である。総合診療医で専門医認定を受けようとする者は、医学部卒業後 2 年間の臨床研修を経て、専門医研修を 3 年間受けることになる。研修内容は内科、小児科、救急を必須とし、外科、整形外科、産婦人科、精神科、皮膚科等を選択する形が検討されている⁽⁷⁾。「かかりつけ医」「家庭医」と呼ばれている地域の開業医との区別や在宅医療での役割など「専門医の在り方に関する検討会」内でもまだ合意は得られておらず、今後の課題とされている。「総合診療医」を基本領域の専門医に追加したことは、あくまでも専門医の資質向上を目指したものであり、医師の地域偏在や診療科偏在の解決方法ではないかもしれないが、地域の医療供給体制の整備にとって必要不可欠でありその育成が急務である。

(5) 医療事故調査制度

① 医療事故調査制度の背景

医療事故に関連して医療関係者が罪に問われることになれば、医師や医療関係者の間に医療萎縮を引き起こすだけでなく、結果的には社会全体を不安や混乱に陥れることになる。特に 1999（平成 11）年、看護師が誤って消毒液を点滴してしまい患者が死亡した「東京都立広尾病院事件」のように、病院側は、当初、遺族に対して事故原因について曖昧な説明を繰り返すのみで、後日、病院側が事故を公表する際にも、実際の事実経過と異なる説明がされていた。この事件の刑事訴訟・民事訴訟で一貫して問われたことは、「医療機関側の事故を隠そうとする隠蔽体質」である。これをきっかけにして医療過誤に対する社会の目が厳しくなり、東京都立広尾病院事件の被害者の夫は、多くの被害者らと共に、公的な「医療事故調査」の第三者機関の設立を求める運動を起こし、ようやく 2015（平成 27）年 10 月 1 日に「医療事故調査制度」が施行されることになった。

② 医療事故調査制度の目的と内容

本制度の目的は、医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行うことである。医療事故調査制度は、2014（平成 26）年 6 月 18 日の医療法の改正に盛り込まれ、施行は 2015（平成 27）年 10 月 1 日である。医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関の医療事故調査・支援センターが収集・分析することで再発防止につなげるための仕組み等を、医療法に位置づけ、医療の安全を確保するものである。責任追及を目的としたものではないとしながらも、報告書を訴訟に使用することについて、刑事訴訟法、民事訴訟法上の規定を制限することはできないとされている。

医療事故が起こった場合、医療機関は、本制度によって、まず、遺族に説明を行い医療事故調査・支援センターに報告し速やかに院内事故調査を行うこととされている。医療機関は、医療事故調査等支援団体に対し、調査を行うために必要な支援を求めるものとされており、原則として外部の医療専門家の支援を受けながら調査をして、その結果を遺族に説明し、医療事故調査・支援センターに報告する。遺族又は医療機関が医療事故調査・支援センターに調査を依頼した時は、医療事故調査・支援センターが調査を行いその調査結果を医療機関と遺族に報告する。このように医療機関の医療事故事案の集積が行われていけば、稀な事案であっても捕捉が可能となり、再発防止策の普及啓発が可能となる。今後、医療事故調査・支援センターが提案する再発防止策がどの程度、医療機関に浸透しているかの調査を行い、再発防止策を定着させることが必要である。

② 医療事故調査制度の課題

医療の分野では、通常の治療経過を経ていても急死をする場合もある。明らかな医療過誤があつたり、最善の選択をしていなかつたりしたとしても、病気の経過や患者の状態にも差があるので、医療事故の原因を突き止めることは容易ではない。医療関係者側は、医療事故調査制度について、そのような医療事故をめぐる不確定要素は考慮されずに、ただその治療にかかわったばかりに医師が責められることになりはしないかと心配している。医療に求められることは、医療行為を誠実に遂行することであり、結果的に死亡に至ったことに対する責任を取ることはない。たとえ原因が、医療過誤であつたとしても、人間のやることである以上ミスは 100%避けられるものではなく過度な責任追及をすべきではないと考える者もいる。医療には、不確実性と限界があることを理解することも必要と言える⁽⁸⁾。また、人員不足や投資不足による事故、誰がそこにおいても防ぎようのない事故までも処分の対象とすべきではない⁽⁹⁾。事故原因の正確な解析のためには、当事者の真摯な証言が必要であり、「責任追及」を事故調査から切り離すことが、事故調査の手續における国際的な原則となっている。この制度は、「医療安全と再発防止」と「責任追及せず」の両方があるからこそ、医療の現場と一体になって制度運営ができるものであるからである。この制度を活用しながら医療事故の再発予防を含む医療供給体制を整備していくことが、医師を安定して確

保していくことにも繋がるであろう。この制度と関連することとして、医療事故が起こったから医療機関は、①患者・家族に対して、現場の緊急事態が收拾次第、患者・家族に可能な限り速やかに事故の事実について説明をすること、②主治医が説明をすること、できない場合は、その上級の医師が説明をすること、③誤薬など明らかに医療ミスと判断される場合は、率直にお詫びをして、まずは、患者の状態回復に全力を尽くす旨の説明をすることなどの対応を精一杯行う必要がある⁽¹⁰⁾。

(6) 医療事故の補償

分娩時の医療事故は裁判で争われる傾向が多いことが産科医不足の理由の一つであるとされていた。そこで2009（平成21）年1月から産科医療補償制度が開始された。今後、産科医療だけでなく全診療科の医療事故について、今まで救済されなかった被害者にも経済的負担の心配をすることなく補償をうけることができるように国の制度として無過失補償制度の創設が必要とされている。かつては医療過誤に対しては訴訟という手段しかなかったのだが、「医療事故の補償」があれば、被害者としても補償が得られ、医師も訴訟による責任追及を免れるかもしれない。医師も訴訟が回避できれば精神的・時間的な負担が減り、医療の現場から立ち去ることも無くなると期待されている。

4 小括

わが国では、「医師不足」がいまなお続いている。長年にわたり大学病院の医局側が、医局員を管理して僻地・離島はもとより地域の拠点病院への医師の配置を行ってきたが、今ではそういう機能を復活させることよりも、教育課程での医師不足解消に向けての努力が必要となってきたようである。医師を確保しようとしても個々の病院の努力だけではどうにもできず、県ごと・地域ごとに地域枠付きで医学部入学生を確保したり、地域で必要な医師を教育課程段階で確保したり育成したりすることが行われている。

医師免許取得後のキャリアについては、かつて臓器別の専門医の育成ばかりであったが、今後高齢化がすすみ生活習慣病などの慢性疾患をいくつも抱えている高齢者が非常に増えていることや各診療科目全般にわたって幅広い診療能力を身につけた医師の方が対応できる問題が多く、医療供給の有効性・効率性が高いことから、「総合診療医・総合診療専門医」の育成が加わることになった。あくまでも「医師の地域偏在や診療科偏在」の解決方法ではないとはいえ、総合診療医は地域の医療供給体制の整備にとって必要不可欠であることは間違いない。総合診療医の養成や認定を適切に行いながら、総合医・総合診療専門医を定着させることが求められている。

また、2015（平成27）年10月から医療事故調査制度が施行され、これは、「医療安全と再発防止」と「責任追及せず」の両方の要素を併せ持つものであり、医療の現場と一体になって制度運営ができるものである。医療現場においては、医師をはじめとする医療関係者が、

人員不足で疲弊していたり、医療事故・医療訴訟で責められたりする危険があることで、安全で質の高い医療を提供すること自体が困難な状態になってきている。この制度に沿って医療事故の再発予防が強化されていけば、医療現場で医師らが安定して働くことができ、それは医療供給体制の整備にもつながる。また、仮に医療事故が起きたとしても、「医療事故の補償」があれば、患者救済としても役に立つし、また、医療現場の医師らも訴訟の被告席に立たされるという精神的・時間的に追い込まれことも少なくなるであろう。医療供給体制の確保は、医師の養成課程での教育のあり方、総合医・総合診療専門医の新たな要請、医療事故補償制度、医療事故調査制度そういった幅広い、総合的な対策の中で実現されていくものである。

(紫牟田佳子：大牟田市役所保護課、助産師)

- (1) 厚生労働省「医師数」
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/dl/kekka_1.pdf (2015年10月1日検索)。
- (2) 日本医師会「日本医師会 会員数調査」
www.med.or.jp/jma/about/outline/member.html (2015年10月1日検索)。
- (3) 本田宏編『医療崩壊はこうすれば防げる』(洋泉社、2008(平成20)年)97頁。
- (4) 文部科学省「平成27年医学部入学定員の増員計画について、平成26年10月20日」資料1。
www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/10/1352932.htm (2015年10月12日検索)。
- (5) 厚生労働省「事務局提出資料3 地域枠等について」4頁。
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002pleg-att/2r...
(2015年10月1日検索)。
- (6) 全日本病院協会医療行政情報「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書－医師臨床研修制度の見直しについて－平成25年12月19日」18頁。
www.ajha.or.jp/topics/admininfo/pdf/2013/131224_1.pdf
(2015年10月1日検索)。
- (7) 日本プライマリ・ケア連合学会「新たな専門医制度導入にあたっての当学会の活動方針について」6頁-7頁
www.primarycare.or.jp/nintei_pg/pdf/senmoni_setumei.pdf
(2015年10月17日検索)。
- (8) 小松秀樹著「医療崩壊」(朝日新聞社、2006(平成18)年)226頁。
- (9) 小松秀樹著『医療の限界』(新潮社、2007(平成19)年)204頁。
- (10) 前村聡「日本の事故対応マニュアル 真実説明・謝罪の現状 医療事故・真実説明・謝罪を考える ～真実説明・謝罪マニュアルの作成に向けて2008年5月2(水)厚生労働省ヒアリング」
www.stop-medical_accident.net/html/forum02_report_pdf/ (2015年10月3日検索)。

VII 地域包括ケアシステムの構築

1 地域包括ケアシステムの理念と背景

地域包括ケアシステムの構築については、介護保険法第5条3項に、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」と規定されており、国及び地方公共団体の責務になっている。

地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている⁽¹⁾。

地域包括ケアシステムの構築が政策理念として使用され始めた背景には様々なことがあげられるが、主として、①高齢化に対する地域ごとの対応、②認知症高齢者に対するサービス提供体制の見直し、③独居高齢者や高齢夫婦のみの世帯に対する地域資源の活用の3点が求められるようになったことが考えられる⁽²⁾。わが国の今後の高齢者対策としては、高齢者数が今後急増する大都市やその近郊と、逆に、高齢者を含めた人口減少が起きる郡部地域とでは異なった対応が求められる。また、認知症高齢者が増加することへの対応として、できるだけ身近な地域で個々の生活リズムに合わせたケアが行えるサービス提供体制を整える必要がある。さらに、独居高齢者や高齢夫婦のみ世帯が増加することに対して、医療・介護といったフォーマルサービスだけでなく、日常の見守りや生活支援等のインフォーマルサービスも組み合わせて、生活の継続を支えていくことが求められるようになったといえる。

2 地域包括ケアシステムと介護保険法改正

2014（平成26）年6月18日に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療・介護総合確保推進法）が成立し、医療法や関係法律の見直しとともに、介護保険法の改正が行われた。その改正内容は、2011（平成23）年改正に引き続き、地域包括ケアシステムの構築を政策の大きな柱としている。この改正により従来、予防給付の中に含まれていた訪問介護（ホームヘルプサービス）と通所介護（デイサービス）については、2017（平成29）年4月までに、市町村が行う地域支援事業に移行することになった。地域支援事業は、2005（平成17）年改正により予防重視型システムが導入された際、要支援・要介護状態にならないように予防するために、市町村が実施主体となって、要介護状態になるおそれのある高齢者（二次予防対象者）等を対象とした介護予

防事業、包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント事業）、その他の任意事業が介護保険法に盛り込まれたことに始まる（115条の45第1項）。その後、2011（平成23）年改正により、要支援者に対する介護予防サービスと二次予防対象者への介護予防事業を総合的かつ一体的に実施できるように「介護予防・日常生活総合支援事業」が追加された（115条の45第2項）。「介護予防・日常生活総合支援事業」は、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、地域の創意工夫を活かした取り組みを市町村に期待するものである。このことにより、たとえば、要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供したり、虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者にも、それにふさわしいサービスを提供したり、また、自立や社会参加意欲の高い高齢者には、社会参加や活動の場を提供するなど、これまでの枠（要支援認定を受けた高齢者と二次予防対象者たる高齢者、自立高齢者などの枠）を超えて総合的にサービスを提供することが可能になった。いずれも介護保険財源の3%を（厚生労働大臣の認定を受けた場合は4%）を使って行われる事業である。

しかし、これまでの介護予防サービスについては、その効果があまりあがらなかったこともあって、以下のような問題点が指摘されてきた。①介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであったこと。②介護予防プログラム終了後の受け皿がなく、活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分ではなかったこと。③介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかということ。

そこで、これからの介護予防の考え方として、機能回復訓練だけに偏った予防策ではなく、活動や参加も含めた予防策として、以下のような改善策が打ち出されてきた。①機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めたバランスのとれたアプローチが重要である。地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現をめざす。②高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手たる高齢者にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるといふ相乗効果をもたらす。③住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。④このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である⁽³⁾。

こうして、内容的には、心身機能回復訓練だけでなく、活動や参加といった要素を加えた形で、対象者的には、要支援認定を受けた高齢者も一般高齢者も含めて、市町村による地域

支援事業としての「新しい総合事業（新しい介護予防・日常生活支援総合事業）」がスタートすることになったのである。

厚生労働省によれば、今回の新しい総合事業には、以下のような点で効果が期待できると説明されている。

「予防給付について、柔軟なサービスの内容等に応じて、人員基準、運営基準、単価等について柔軟に設定できる地域支援事業に移行すれば、事業の実施主体である市町村の判断で以下のような取り組みを実施し、効率的に事業を実施することが可能。

- ① 例えば、既存の介護事業者を活用する場合でも、柔軟な人員配置等により効率的な単価で事業を実施。
- ② NPO、ボランティア等の地域資源の有効活用により効率的に事業を実施。
- ③ 要支援者に対する事業に付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせた多様なサービス内容の事業を実施。
- ④ 多様なサービス内容に応じた利用者負担を設定し、事業を実施できる。従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討する。利用料の下限については、要介護者の利用料負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要。①～④の取り組みを通じた効率的な実施について国としてガイドラインで市町村に対して周知。」⁽⁴⁾。

新しい総合事業では、これまでの要支援者は、新しい総合事業によるサービス（訪問介護・通所介護サービス等）と、予防給付による他のサービス（たとえば、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護など）とを適切に組み合わせながら、サービス利用できるようになる。また、新しい総合事業のみ利用する場合（たとえば、訪問介護）には、要支援認定は不要とされ、基本チェックリストのみで判断を行うことになっている。特徴的なのは、これまでの二次予防事業対象者把握のために用いてきた「基本チェックリスト」を、介護予防・生活支援サービス事業の対象者把握に用いている点である。市町村や地域包括支援センター等の窓口相談にきた利用者や家族に対して、まずはこの基本チェックリストを用いて事業対象に該当するかどうかを簡便に判断する。その結果、より状態が重いと判断されれば、要支援認定につなぐほか、状態が軽度で介護予防・生活支援サービス事業の対象に該当しない場合は、一般介護予防事業等や、その他の市町村事業等につなぐことになる。

財源措置については、訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行するのであるから、これまでのように当該市町村の介護給付見込額の3%以内という基準は見直すことが検討されている。ただし、地域支援事業への移行は、介護保険財源の中でかなりの部分を占めている要支援者に対する訪問介護と通所介護部分の事業費（しかも予防給付の給付額は高齢者の伸び以上に伸びている）を抑制しようという意図を持って実施されるのであるから、現在の給付見込み額の伸び（約5～6%程度）を抑えて、将来的には認定率が高まる後期高齢者の人数の伸び（約3～4%）程度に抑制・効率化することを推進するとされている。

また、新しい総合事業では、地域での見守りとか配食とかゴミ出しといったような各種生活支援サービスの実施が強く打ち出されているのも特徴的である。具体的にいうと、訪問型サービスでは、既存の訪問介護事業所による身体介護・生活援助の訪問介護のほかに、NPO・民間事業者等による掃除・洗濯・配食等の生活支援サービス、住民ボランティアによるゴミだし・洗濯物の取り入れ・食器洗い・安否確認、交番・金融機関・コンビニ等の連携による認知症高齢者見守り等の様々な生活支援サービスが考えられる。通所型サービスでは、既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護のほかに、NPO・民間事業者等によるミニデイサービス・コミュニティサロン・認知症カフェの実施、住民が主体となっていく体操・スポーツ活動・交流の場の設定、リハビリ・栄養・口腔ケア等の専門職等が関与して行う各種健康教室の開催などが考えられている⁽⁵⁾。そして、生活支援も含めた総合的な日常生活支援事業がスムーズに展開できるように、市町村に「生活支援サービスコーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置することになった⁽⁶⁾。こうした市町村による日常生活支援サービスは、すでに2011（平成23）年改正段階で介護保険法に盛り込まれていた事項であるが、任意事業であったため、2012（平成24）年度では、わずか27の保険者（市町村等）が実施しているに過ぎなかった（第5期介護保険事業計画期間では約132の保険者が実施予定）⁽⁷⁾。そこで今回の改正では、これを改め、日常生活支援サービスは、2018（平成30）年3月まで、すべての市町村で実施するようにしたものである。

3 地域包括ケアシステムと新たな福祉の提供ビジョン

厚生労働省の「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」が2015（平成27）年9月17日に報告書「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」をまとめた。報告書では、高齢者施策における地域包括ケアシステムの考え方を全世代・全住民対象に発展・拡大させ、各制度とも連携して、「新しい地域包括支援体制」の確立を目指すことなどを提言している（図VII-1）。社会における福祉ニーズが多様化・複雑化する現在、これまでの対象者ごとの施策を再構築するビジョンを示しながら、新しい地域包括支援体制について、報告書は次のように説明している。

「新しい地域包括支援体制は、包括的な相談支援と具体的な支援提供とに分けられる。

このうち、包括的な相談支援は、

- ① 相談受けの内包化とともに、それのみではなく、
- ② 複合的な課題に対する適切なアセスメントと支援のコーディネートや、
- ③ ネットワーク強化と関係機関との調整に至る一貫したシステムであり、
- ④ また、必要な社会資源を積極的に開発していくものである。」⁽⁸⁾

具体的な方法の例として「全世代対応型地域包括支援センター」の整備があげられている。地域包括ケアシステムを構築するにあたり、現在の地域包括支援センターに期待される役

割が大きくなっている現在、地域包括支援センターのあり方については、「全世代対応型地域包括支援センター」の整備も含めて今後改革が迫られることは必至であろう。

二点目の具体的な支援提供としては、地域の実情に応じて、高齢、障害、児童、生活困窮等の福祉サービスを総合的に提供できる仕組みを構築できるようにするとともに、これを地域づくりの拠点としても機能させることが重要だと述べている点である。その実例として、「小さな拠点（多世代交流・多機能型の福祉拠点）」⁽⁹⁾があり、2015（平成27）年度から地方創生の交付金を活用した整備が始まっていると説明している。

また、生活困窮者自立支援制度が、支援の包括性という意味では、地域包括ケアシステムに共通する部分があるとの見方がある⁽¹⁰⁾。生活困窮者自立支援制度の対象者は生活困窮者である一方、地域包括ケアの対象者は高齢者であるので、対象が異なる部分もあるが、高齢で心身の機能が低下し、生活にも困窮している人の生活をどのように支えるかということを考えれば、両制度がどのように役割分担をし、どのように連携して支援効果を高めるかについて検討することが必要である。また、生活困窮者自立支援制度がめざす包括的な支援を達成するためには、一つの専門機関がすべてに対応するというのではなく、地域でネットワークを構築し、必要があれば社会資源を開発していくことが必要である。事実、新制度の目標の一つに「生活困窮者支援を通じた地域づくり」が明確に示されている。同時に、地域包括ケアも、高齢者の多様なニーズを満たすため、地域における互助の取り組みも含め、さまざまな関係者と連携し、ネットワークを作ることで、包括的な支援が実現することになる。

個人への支援だけに着目するのではなく、それを達成するためにも地域に目を向け、地域全体の支援力を高めていくことを考えるという点において、両制度の方向性は一致している。こうした「地域づくり」を考えた場合、自治体の規模や状況にもよるが、両制度がばらばらに実施されるのは好ましくない。働きかける対象は、地域という一つのフィールドだからである。生活困窮者自立支援制度と地域包括ケアシステムは、できる限り統一的な方針の下、調整された形で効率的に進められていくことが重要である。

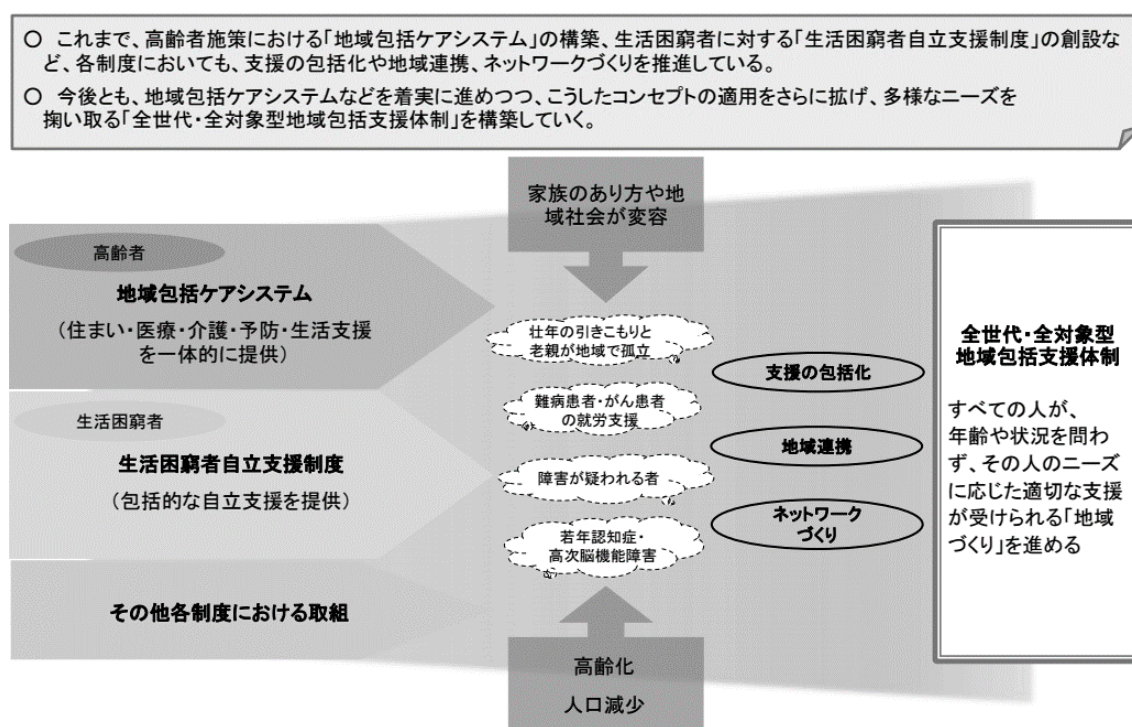
地域包括ケアシステムを構成する要素として、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」の5つが示されている。生活困窮者自立支援制度の創設や新たな福祉の提供ビジョンの公表内容をみれば、高齢者に対する地域包括ケアを現役世代にまで広げるという考え方も取れるので、この5つの要素に「就労支援」という要素が加わるべきだという意見もある⁽¹¹⁾。

4 小括

近年、政策概念として使われ始めた「地域包括ケアシステムの構築」という考え方は、今後施設を整備するには膨大な予算が必要となってくるので、それよりも財政的に安価な費用で賄える在宅サービスの方を充実していこうという発想からきているものではない。高齢者が在宅での生活を望むならば、その人がたとえ重度の要介護状態であっても、その希望

がかなえられるように、保健・医療・福祉の包括的提供体制を身近な地域で整備しようという「高齢者の自己決定権の尊重」を基本的理念においていることである。だからこそ、在宅サービスの充実は、現在、わが国が進める多くの政策において、その目標概念として共通に使用されているのである。その点で、2014（平成26）年改正においても、政府が、要介護度が重い高齢者であっても、住み慣れた地域での安心した生活を続けることを可能にする体制づくりをさらに一歩進めようとした点は評価できる。ただし、その実現は、容易なものではない。望ましい地域包括ケアシステム実現のためには、高齢者の身体的・精神的・環境的状况に合わせて利用可能な多種・多様なサービスの存在が不可欠だし、それを支えるための基盤整備は欠かせないことだからである。現行介護保険法の給付や事業の範囲との関係を整理し、財源問題や人的資源の問題、公的責任の明確化、インフォーマル活動との組み合わせなどを考えながら、このシステムを機能させていくことが望まれる。

図VII-1 新しい地域包括支援体制の構築



出典：厚生労働省「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム・幹事会（資料1）概要説明資料」3頁。

（木場千春：西九州大学健康福祉学部専任講師）

- (1) 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」
（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2009（平成21）年）6頁。
- (2) 渡辺由美子「地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の一体改革」実践成年後見 No. 59

(2015.11) 8 頁。

- (3) 社会保障審議会介護保険部会（第 51 回）平成 25 年 10 月 30 日、資料 1「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」
- (4) 前掲資料、注（3）
- (5) 社会保障審議会介護保険部会（第 52 回）平成 25 年 11 月 14 日、資料 2「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」
- (6) コーディネーターには特定の資格要件は求めないが、地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者であるので、国や都道府県が実施する研修を修了としていることが望ましいとしている。厚生労働省では、今年度中にコーディネーターの養成に向けて研修カリキュラムやテキストの作成を行うことになっている。
- (7) 前掲資料、注（5）
- (8) 厚生労働省 新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」平成 27 年 9 月 17 日、6 頁。
- (9) 対象者を問わずに誰もが通い、福祉サービスを受け、あるいは居場所ともなる取組の一つとしている。
- (10) 熊木正人「生活困窮者自立支援制度の創設と地域包括ケア」介護保険情報（2015.11）42 頁。
- (11) 熊木 注（10）、前掲論文、46 頁。

VIII 生活困窮者自立支援法

1 生活困窮者自立支援法制定の背景

2015（平成 27）年 4 月から生活困窮者自立支援法（以下、「支援法」と略す。）が施行されている。この支援法制定までには、今後の生活困窮者の支援のあり方を考える「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」（以下、「特別部会」と略す。）が設けられ、その報告書（以下、「報告書」と略す。）（2013（平成 25）年 1 月 25 日）が提出されている。この報告書の中には、防貧の役割を果たす社会保険等のセーフティネット（第 1 層）と最後のセーフティネットとして位置づけられる生活保護制度（第 3 層）との間に、第 2 層のセーフティネットを新たに構築する必要があると言及されている。第 2 層に位置する生活困窮者の抱える問題として、おもに「経済的困窮」と「社会的孤立」の 2 点が挙げられていた。また、新たな生活困窮者対策では、全国共通の政策というよりも、地域の特性を活かした「地域づくり」についても述べられているのが特徴である。この「地域づくり」を充実するために、まず地域の関係者が集まる合議体の設置や、生活困窮者支援に係る地域計画策定も検討

されている。つまり、地域によって実情は様々であるため、各地の実践を通して、全国的に共有すべき部分と地域の特性を活かす部分などを積み上げていく必要があると考えられたからである。

しかし、実際のこの支援法の生活困窮者の定義をみると、「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」（生活困窮者自立法 2 条）とされており、経済的困窮が前面に出されており、社会的孤立の問題は大きく後退しているようにも思われる⁽⁴⁾。実際に、この支援法で実施される事業は、「自立相談支援事業」（支援法 4 条）、「住居確保給付金の支給」（支援法 5 条）（必須事業）のほか、「就労準備支援事業」「家計再建支援事業」「一時生活支援事業」「学習支援事業」「その他の事業」（支援法 6 条）（任意事業）がある。

このように支援法が経済的自立の可能性のある生活困窮者の就労支援を中心とした制度になった背景には、グローバル化の進行、国の経済の失速と雇用環境の変化などにより、国民全体の経済的な基盤が脆弱化していることに起因していることが考えられる。このような社会では、厳しい社会保障財政情勢により、福祉政策から就労政策へと転換することが避けられず、ワークフェアのような就労重視型の政策を実施せざるを得ないのかもしれない。また、資本主義社会は自らの稼働働力を活用して必要な収入を得ることが求められる社会である。その意味において、支援法が経済的な自立のための支援事業を用意していること、それ自体は仕方ないことかもしれない。しかしながら、経済的自立にのみ力点をおいたような制度では、生活困窮者の「自立」は達成できない。なぜなら、「自立」という概念は、経済的な側面だけを強調してとらえられるものではないし、またそうであってはならないものだからである。

そこで本章では、なぜ、このように経済的な自立のための事業を中心とした制度では、「自立」が達成できないのか、また、本法における「自立」とはどのように考えていくべきか、この自立概念に基づいた自立支援をどのように展開すべきについて、若干の考察をしていきたいと思う。

2. 対象者と本法の目的

①対象者

この制度の対象者とは、「現に経済的に困窮」し、「最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」である。これを具体的に表現すれば、「現在、生活保護を受給していないが、生活保護に至る可能性のある者であり、（経済的な）自立が見込まれる者」と考えられる。すなわち、この条文での「生活困窮者」の定義は、所得・資産など「経済的な視点を重視した」ものとなっており、社会的な孤立状態の解消、生活困窮者を包括するような地域づくりなどの視点は強くない。それに加えて、その対象範囲が不明確であり、自治体によってもその対象者の範囲が定まっていない。また、この法での生活困窮者は、「要保護

者以外の生活困窮者」ということになっており、原則として生活保護利用者は対象外とされた。これによって、生活保護制度で提供される自立支援の施策と生活困窮者自立支援制度で提供される自立支援の施策と同じような内容のものがあったとしても、それぞれ別々の制度から支援が提供されることになる。それから、支援法の事業ごとの対象者を見ていくと、生活困窮者自立相談支援事業では、「就労の支援その他の自立に関する問題につき、生活困窮者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行う事業」（支援法2条2項2号）としている。次に、住居確保給付金の支給を受けるためには、生活困窮者のうち、「離職」した者の再「就職を容易にするため」に、真摯な態度で就職活動に臨むことなどの条件が課されている（支援法第2条2項3号参照）。この条件から、この事業の対象には、就労しているが、現に経済的に困窮状態にある者は含まれていない。さらに、この解釈をとれば、稼働能力を有し、かつ、求職活動に従事することが要件とされているため、65歳以上の高齢者がこの制度の対象から除外されることになる他、重度の傷病や障害ゆえに稼働能力をもたない者も対象者から除外されることになるだろう⁽²⁾。生活困窮者自立支援法は、経済的に困窮する者を、時間的な制限なしに広く対象とする自立相談支援事業と、同じ生活困窮状態を前提としつつ、稼働能力をもつ者に対する短期の就職支援を目的とした住居確保給付金という、異なる目的と性格の制度を包含しているといえよう⁽³⁾。

さらに、支援法について上記「報告書」では、生活保護法との関係を、新しい生活支援体系における諸施策は、生活保護と連携させることにより、重層的な生活支援体系における諸施策を取ることで生活保護利用者も取り込む形で展開するものとされた。また、生活保護法の目的の1つである自立助長について、複雑な生活課題を抱える受給者等に対応するために、新たなシステムを取り入れて改良することが必要であるとし、「生活保護自立支援プログラムの策定などをおして、こうした方向での生活保護制度の改革が着手されている。これを継承し、生活保護が最後のセーフティネットとして受給者の生活を支える機能を着実に果たしつつ、なおかつ稼働年齢世代の受給者の自立を支援できる制度としていくべき」

（同4頁）とし、自立支援プログラムのさらなる発展が期待されていた⁽⁴⁾。これらの説明からは、法制度としては別の制度であるが、生活保護法と支援法との連携を計ることで生活困窮からの脱却を図るという方向性が示されていた。

このように、支援法の対象者を見ていくと、どのような状態にある者なのか、法の予定している対象の守備範囲はどこまでなのかという点について問題があるように思われる。そこで、次に、そもそも支援法制定にあたり、その検討がおこなわれてきた特別部会では「生活困窮者」をどのように捉えられていたのか、また、「困窮者のどのような問題を重要視していたのか」ということを検討していく。

この支援法が制定されるまで、「生活困窮者の支援」「生活困窮者対策」等と表現されながら、新しい支援の仕組みが検討されてきた。しかし、ここで言う「生活困窮者」とは誰なのかということは明確にされてこなかった。そこで報告書では、「生活困窮者」を次のように示している（表Ⅷ-1）。

表Ⅷ-1 新たな生活困窮者支援制度の基本的な考え方

Ⅲ 新たな生活困窮者支援制度の構築について

1. 基本的な考え方

○ 新たな生活困窮者支援制度は、生活困窮者に対し、生活保護に至る前の段階で早期に支援を行うとともに、必要に応じて生活保護受給者も活用できるようにすることにより、困窮状態からの早期脱却を図るものである。

2. 新たな相談支援の在り方

(1) 谷間のない相談支援体制の構築について

○ 生活困窮者は、地域から孤立している者も多く、これらの者が直接、行政の相談窓口等に来ることを待っているだけでは、必要な支援につなげることは困難である。そこで、このような課題を抱える生活困窮者の自立支援に向けて、こうした者を早期に把握し、早期に支援につなげることが必要である。このため、新たな相談支援体制を構築することで、関係機関のネットワークづくりを一層進めるとともに、必要に応じて訪問支援（アウトリーチ）を通じた対象者の把握も必要である。

○ 生活困窮者は複合的な課題を抱えている者が多い。このため、新たな相談支援体制の構築に当たっては、支援を必要とする生活困窮者を的確に把握するシステムづくり、必要とする支援に適切につないでいくための支援体制など、それぞれの地域において、これまでの縦割りの相談支援体制だけではなく、複数の者がチームを組み、複合的な課題に包括的・一元的に対応できる体制が必要である。

(資料) 厚生労働省「社会保障審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書」(2013年)より筆者が抜粋し、構成を入れ替え、一部修正している。

この報告書での新たな生活困窮者支援の特徴の一つとして、「生活保護に至る前の段階」「生活保護受給者」といった表現がされており、「経済的に」困窮している者を主な支援対象として想定されているように思われる。また続いて、生活困窮者のもう一つの特徴として、「地域から孤立している者」や「複合的な課題を抱えている者」も多いとして、このような状態にある者にも対策を講じる必要があるとされている。

そこで、この報告書における生活困窮者を捉える上でのキーワードをまとめると、「経済的困窮」「社会的孤立」「複合的課題」「社会的排除」といったものがあげられる。ここでは、今一度、生活困窮者とはどのような課題を抱えている者なのかということを検討するために、「社会的孤立」「複合的課題」とは何か、その先にある「社会的排除」とは何かということを簡単に説明していきたい。

まず、この報告書では「経済的困窮」に並んで多くの指摘がなされたのが「社会的孤立」という問題である。報告書によると「地域から孤立している者」と表現されており、さらに近年、特に問題とされているのが、地域での孤立のみならず様々な人とのつながりが希薄に

なっている「社会的孤立」という状態である。この社会的孤立が社会福祉の課題として取り上げられたのは、「生活困窮者の生活支援のあり方に関する特別部会」が初めてではない。この孤立については、2000（平成12）年7月に厚生労働省の「社会的援護を要する人びとに対する社会福祉のあり方に関する検討会」の報告書（以下、「検討会報告書」）の中でも問題として取り上げられている⁶⁾。この「検討会報告書」では、社会的孤立（ここでは孤独死や自殺、家庭内の虐待・暴力などが具体例として挙げられていた）は、従来からの貧困とは異なる「現代の貧困」の1つとされた。そこで、「現代の貧困」を豊かな社会での新たな社会福祉の課題であるとし、この課題解決には「社会的なつながり」が必要であることが強調され、より一層、地域福祉の役割が重要であるとされた。また、2007（平成19）年には厚生労働省の「高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議（「孤立死」ゼロを目指して）」でも、この課題について取り上げられている⁶⁾。この課題がクローズアップされたのは、「孤立死」「孤独死」の問題が表面化してきたからである。この問題の背景には、支援を望まない高齢者の増加、支援拒否への行政による介入の限界などがあげられ、個人の死である「孤立死」がクローズアップされ、地域社会に与える「経済的損失」、「社会的コスト」などが社会問題とされたからである。この「孤立死」を防ぐには、「孤独」な状態をつくらないこと、すなわち、地域社会での関係や地域の中での人間関係を構築することが必要であるとされている。

このように「社会的孤立」が問題とされてきたことは明らかであるが、「社会的孤立」とはどのような状態なのかということを検討していく必要がある。「社会的孤立」とは、かつて、血縁・地縁・社縁等と呼ばれていた人々のつながりが、社会構造の変化をはじめとした、様々な要因を背景に希薄化してきている傾向のことを指す⁷⁾。現在は、他人との付き合い方は個人個人の自由であり、また人との結びつきを嫌う人もおり、他人を敬遠している人もいるだろう。しかし、経済的に困窮したときや失業、急な病気を発症したときなど、いざという時に頼れる人がいないということは、生活困窮状態に陥りやすいということを意味する。

また、経済的困窮と社会的孤立との関係を考えた時、どちらかがどちらかを一方的に規定できるといったものではなく、相互に関連しながら生活困窮状態を生み出していると考えている者もある⁸⁾。社会全体の問題として経済や就労の不安定さなどがあったり、地域の問題として就労先自体がない、就労先までの交通手段がなかったりなど、個人の努力だけでは解決できない問題が経済的困窮の要因である場合もある。逆に、生活困窮者が経済的困窮に陥り、社会関係が希薄になるにつれて、さらに社会的孤立を促進させた結果、本人の生きる意欲等を低下させ、経済的困窮をさらに進行させてしまうことも想定される。

これまで見てきたように、現在の生活困窮者は経済的困窮のみならず社会的孤立を抱えている者も多い。それでは、この経済的困窮と社会的孤立を切り離して考えるべきなのか、それとも同時並行で支援していくことが必要なのかという問題がある。まず、人が生活していくためには物的な資源として食糧、住まい、衣服、電気、水道などといったモノによる供給が必要である。さらに言うならば、生活困窮者への経済的な支援は、その社会のメンバー

として生きていくために必要な費用を提供することが先進社会の共通の基準として認識されている。しかし、ただ単に、モノが足りないから、それらを供給すれば人の生活が維持されるわけではない。現に、ホームレス支援の現場では、経済的、物質的な支援を受けて野宿状態から抜け出した人が再び野宿生活に戻るといった現象が起こっている。そこには、モノでは満たすことのできない社会参加の欠如、社会との関係性の欠如など、すなわち社会的孤立が関わっているからだと考えられる⁹⁾。

そこで第 1 に、社会的孤立の解消が重要なのは、経済的困窮から一時的に脱したとしても、その後、また困窮状態に陥ったときに、社会的関係がないと、次の段階としての公的なセーフティネットへとつなぐことが困難になる場合があるからである。これは、社会の中で支えてくれる互助的なセーフティネットの喪失を意味する。このようなネットワークが構築されていれば、地域の中に親しい人ができ、生活に困ったときに制度などを紹介してくれる人、住居がなければ住居を紹介してくれる人がでてくるだろう。つまり、このセーフティネットは、地域の中での社会的関係をつないでくれることにより、その人の生活を維持するための重要な機能として働くのである。

第 2 に、生活困窮者が就労でき、生活が安定したとしても自らの生きる意味を見いだせなければ、それをきっかけに生きることへの意欲の喪失へとつながる可能性がある（社会的関係の喪失）。すなわち、人が生活していくときには、社会の中での自己の存在意義や役割を見出せることが重要なのであり、また、就労する意味、労働に対する意欲、社会参加意欲などは、ただ就労のみを支援するだけでは見出すことが難しい価値観である。このような社会の中での自分の存在意義を見出す作業は、社会関係の中で他者を媒介して行われている。このように、経済的困窮と社会的孤立は切っても切れ離せない関係にあり、経済的困窮を解決したとしても、社会的孤立がより一層深まれば、就労意欲を失い、生活困窮状態へと引き戻されてしまうことも考えられる。

このような社会構造の変化を背景として、経済的困窮は社会的孤立を生み出し、そしていくつもの「課題」を複合的に抱えたまま、負のスパイラルを生み、問題を一層悪化させることになる。そのため、このような人々への支援は、これまで想定されてきた縦割りで対象者への制度設計では対応できず、その機能を十分に発揮することが困難であった。その理由の一つとして、生活困窮者の抱える課題が複合的であり、1 つの問題が解決したとしても、他の要因によってふたたび貧困状態に陥ることがあり、これまでは、そのすべての課題に総合的に対応できるような制度・機関が存在しないことが「自立」を阻害してきたといえる。

これまで挙げてきたような問題を抱える者たちは、社会から排除される傾向にある。このことを多くの研究者は「社会的排除」と呼んでいる¹⁰⁾。この社会的排除とは、過程（経済的困窮、社会的孤立、複合的な課題など）とともに、その過程が経過したあとの結果としての状態との双方を表す概念である。つまり、社会的排除は経済的な困窮を中心に理解されている貧困の概念よりも、むしろ、社会的な統合と社会での役割などの自己実現の構成要素となる実践と権利から個人や集団が排除されていく状態、すなわち、主要な社会関係や社会制度

からその者たちを締め出すことを示している。そして、このような社会関係が構築された背景には、現在の社会の仕組み（社会構造）を蓄積してきた人々の社会的地位や社会関係のあり方と関係がある。それは、労働生活への参加という次元すら超える場合がある。すなわちそれは、居住、教育、保健、ひいては社会的サービスへのアクセスといった領域においても排除される場合を指している。

このような社会的排除は、個人の努力では解決できない場合もある。それは、社会システムが間接的に社会的排除を生み出している場合があるからである。たとえば、「非正規雇用」という問題を考えてみると、このような雇用スタイルで就労している若者は、社会保険等の第1のセーフティネットとしての機能が働かない可能性が高い。その影響から、生活困窮状態に陥るリスクも高くなる。このような就労体系を本人が望んでいるのであれば、自己責任という考え方もあるであろうが、多くの若年者が非正規雇用という働き方でしか働く場がないのであれば、これを本人の責任とすることはできない。そして、この問題を突き詰めていけば、これはグローバルな経済状況、国家の労働政策、国の人口構造などの社会システムに起因するものである。つまり問題は、非正規雇用という働き方をしたときに、社会保障制度と結びつきにくくする社会的な仕組みそのものである。よって、非正規雇用で働いていたとしても、充実した生活保障を受けることができれば、生活を立て直すような制度（例えば、デンマークのフレクスジョブなど）を活用できるのであり、その結果、生活困窮につながるリスクは低減させられるかもしれない⁽¹¹⁾。

また、教育達成における「結果の不平等」は、実際には個人の能力差によってのみもたらされるものではなく、生まれた出身階層によるものも大きいということである。すなわち、その者がどこの出身か、どのような階層の家庭で育ったかによって社会的排除がなされる可能性が変わってくるということである。このように、社会的排除については個人の努力だけでは解決することができないことも理解する必要がある。

生活困窮者の中に精神障がい、知的障がい、うつ病、アルコール依存を持っている人が多いことも近年指摘されてきた⁽¹²⁾。だが、それは単に障がいがあるから生活困窮に陥りやすいのではなく、障がいを持つ人を社会で包摂する仕組み（社会的包摂）の整備が整っていないために、障がいを持つ人が生活困窮状態になりやすいのである。また、障がいのみならず、出身階層による環境の違いが生活困窮に起因していることも考えられる。

このように経済的困窮のみならず、社会的孤立や複合的な問題が社会的排除へとつながることはこれまで指摘してきたとおりである。そこで、このような問題の解決に向けて「社会的包摂」という考え方がある。ここでいう「社会的包摂」とは、貧困・失業・孤独などの理由で社会から排除されている人々を社会のネットワークの中に取り込もうという政策であり、具体的には雇用やコミュニティ活動への参加を促進する政策をいう⁽¹³⁾。近年のグローバリゼーションの進展は、国家内での資源の再分配や、国家における社会的な連帯の意識が希薄にさせた。この社会的包摂という政策は、グローバリゼーション時代に求められている経済効率を高めるための施策に対して、これまで度外視されてきた社会的連帯や地域で

の関係性を再構築することを目標とするものであった。しかし、社会的包摂が向かう方向性は、論者によって異なる⁽¹⁴⁾。わが国では、自立支援の名の下に、「福祉から就労へ」の方向性が示され、その中核に就労支援が位置づけられた。具体的には、社会援護局が2000（平成12）年に「社会的な援護を要する人々に対する社会の在り方に関する検討会」報告書を出し、2008（平成20）年には「地域における『新たな支え合い』を求めて——住民と行政の協同による新しい福祉」報告書が出され、両報告書には、このような方向性の支援が盛り込まれている。また注目すべきは、この就労支援のみならず、「住民が、時と場合に応じて、支え、支え合いの関係」を構築していくことが、中心理念として述べられている点である。

ここでは、社会的包摂のために必要な新たなセーフティネットの構築の必要性についても述べておきたい。とりわけ、生活困窮者に対する生活支援の具体的な方策として、相談支援や就労支援の必要性、健康支援や家計相談支援の提供など、単に個別のサービス内容を準備するのではなく、個人もしくは世帯に応じて、それらを組み合わせるか、また必要であれば新たなサービスを創出するなど、対象者の置かれた状況の違いに応じた個別的な対応と相談援助を含めた新たなセーフティネットを構築することが必要であろう。

3 対象者の「自立」とは何か。

ここ数年の動向として、社会保障・社会福祉分野の法律には、「自立支援」という言葉が多く使われるようになってきた。しかし、この「自立」について、法律で定義されたものは見当たらない。ここに、法律に基づいた制度運用を行うときの混乱を生じさせているようにも思われる。そこで、ここでは生活困窮者自立支援法での「自立」を中心に、生活困窮者の「自立」とは何かということを検討し、この者たちにとって必要な「自立支援」とは何かということを考察していきたい。まず、「自立」概念をどのように捉えるかということは、「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」（2004（平成16）年12月15日）において、「日常生活自立」・「社会生活自立」・「経済的自立（就労自立）」とされ、「自立」とは、単に経済的自立だけを指す言葉ではないということが主張されるようになった。ただ、「自立」ということ自体をどう捉えるかという議論はほとんどされていない⁽¹⁵⁾。

生活困窮者自立支援法でいう自立とは、「生活困窮者の多くが社会的に孤立している」という事実から出発していかなければならない。特に社会的孤立を解消するための「自立」とは、「その人の依存先が多いこと」と考えている者もいる⁽¹⁶⁾。これまでの自立（インディペンデンス）概念として人からの助けを受けずに独り立ちするというものとは別に、「他人の相互依存（インターディペンデンス）のネットワークをうまく使いこなせること」を意味することと捉える考え方が生まれてきている。つまり、ここでいう自立とは、そもそも人は一人では生きられないのであり、社会の中にある「支え・支えられる」関係を基盤にして、そうした支え合いの社会的ネットワークの中に身を置く個人と、他人、機関、施設などが支え合うことによって生きていく状態とされている。すなわち、これらの自立概念の根底にある

ものは、「その人が社会の中で日常生活、社会生活、安定した経済的な生活が送れるように適切なサポートを受けている（受けられる）状態」とともに、「他者との関係性、他者への自分の役割や相互の依存（互酬性）が満たされている状態」を自立として位置づけてはどうかという考え方である。ここで留意しなければならないのは、一方的にすべて依存した状態でつながっていることが、自立とは言えないということである。そこで、「互酬性」⁽¹⁷⁾という概念が必要になってくるだろう。

また、アジアの農村地域の地域研究者である中村浩司も、このような「自立」の捉え方をしている。中村は、まず「人間と人間との相互依存関係、人々をめぐる社会的な社会的諸関係こそ、ヒトを人間たらしめている根本」であると記している。すなわち、社会の中でヒトは人間となるという認識をした上で、「人間にとって、この方向での自立とは、依存する相手が増えることである。一人ひとりが自分の課題をすべて自分で処理するのではなく、多くの人間、施設、制度などに頼る。頼る対象が多角化すればするほど、特定の相手に対する依存は少なくなり、対等で多様な相互依存の可能性が拡大する。異なった立場の人々と交流する可能性も、それに応じて増加する。逆説的にみえるかもしれないが、実は依存すればするほど自立するのである。」と述べている⁽¹⁸⁾。

このような発想に立てば、就労可能な稼働能力を有する者は、社会システムとの関係を結びながら就労（有償のみならず無償も含め）を行っていくことが求められる。たとえば、重度の要介護高齢者は適切な介護サービスと結びつくことで、他者にとっては、介護・医療などの雇用へとつながるといった関係である。そこから、相互依存や互酬性が生まれてくる。ただし、この「自立」概念にも問題がないわけではない。この概念には、①「自立」には個人差があるので、何をもって「自立」が達成されたとするのか、②能力（稼働能力のみならず、日常生活や社会生活に関する能力を含め）をどのように判断するのか、③本人が社会の中に入っていくことを拒む場合、個人の生活に介入することになるので、どこまで本人の同意・意思を尊重すべきなのかといった問題点である。しかし、こうした問題点は残されるものの、生活困窮者の生活環境を総合的にとらえて支援していくためには、この「自立」概念を軸に考えていくことが、本当の意味での自立支援につながるのではないだろうか。

そこで、このような「自立」概念に立った場合、支援法ではどのような目的で制度を実施すべきだろうか。まず、これまで自立には、経済的な自立のみならず、日常生活における自立や社会生活における自立も含まれるとされてきた。この自立の達成のために、生活困窮者支援制度では、その対象者の個別なニーズに合わせた支援を実践するとともに、対象者を受け入れる地域づくりも 1 つの目標であり、社会的に孤立した状態をいかに解消するかなども配慮することが重要になってくる。この考え方は、国の方針とも合致しており、そのような目標で捉えるならば、複合的な課題を抱える生活困窮者を幅広く受け止めるようにすべきである⁽¹⁹⁾。このような立場に立てば、支援法 2 条の定義よりも本来あるべき対象者の範囲は明らかに広いことがうかがえる。

これまで見てきたように、生活困窮の問題が社会的排除や社会的孤立とともに、経済的な

貧困と重なっており、また貧困の主な原因が排除や孤立であることを考えると、「経済的困窮」を強調した生活困窮者の定義は、制度の趣旨・目的に合致しないように思われる。また、支援対象者が事業によって異なるような事態があってはならないと考える。

このような「自立」の考え方に立てば、資本主義社会における自己責任があることは前提にしながらも、その者の「自立」ができていない場合には、自立支援策として、まず、その人が社会の中で生活できるよう適切なサポートを行いながら、かつ、社会との接点を準備する必要がある。その後、その社会の関係性の中で他者にとって自分も何かの役割をもつことができるという自覚が芽生えるように支援していくことが重要である。この支援によって、自己有用感を高め、社会の中での自分の存在意義を見出すことができるからである。具体的には、稼働能力を有する者には、就労支援とともに、別の形で社会でのネットワークを作ってやることで、社会的孤立を防止することができ、一旦、就労したあと失業したとしても、このネットワークを通して早期の再支援が展開できるようになる。また、就労支援以外でのつながりを作ることで、就労や生活に関する相談相手（地域でのつながり）を増やすことにもつながる。

このような「自立」概念に基づく支援をするために、支援法では、生活困窮者（経済的な困窮状態にない者でも、地域で孤立した状態にある者）が「自立」するために、①地域づくりや社会的問題に関する支援機関等の整備が優先され、その後、②その者の暮らす地域社会の中で、個人の能力およびその者の置かれている家庭環境に応じた就労支援が展開されるべきである。なぜなら、就労可能な生活困窮者の自立支援では、就労可能性とともに生活状態について、就労支援員が把握していたとしても、もし就労以外の生活問題等については支援対象外としてしまった場合には、就労に特化した生活困窮者制度となってしまう可能性がある⁽²⁰⁾。特に、就労以外に生活問題を抱える生活困窮者は、就労に対する問題よりも、むしろ、その生活問題（例えば、アルコール依存、発達障がい、軽度の知的障がいや精神障がいなど）から失業を繰り返してしまうことも少なくない。この点を解決するために、デンマークでは受給者の就労問題と生活問題を把握し、就労支援を専門に行う機関と生活問題に対応する機関とに分け、その連携を通して包括的な支援を行っている。つまり、稼働能力のある社会扶助受給者であれば、就労可能性についての判断は、受給者の就労に関する技能や知識で把握され、受給者やその家族の社会的問題については、別の機関で把握され、社会的問題の解決・改善に向けて別々の機関が対応することになる。このことにより、就労支援を専門とする機関は、社会的問題の解決を別の機関に委ねることができるため、その者の就労可能性に応じた就労に関する支援に専念することができる⁽²¹⁾。わが国においても、入口である相談支援は一本化すべきと考えるが、就労の問題と生活課題については別機関もしくは別の支援員が対応することも考えられる。そこでは、生活困窮者が自立するとは、単に仕事に就いて収入を増やすとか、生活保護を受給することで経済的に自活すること（経済的自立）だけを指すのではなく、そうした経済的困窮からの脱出とともに、社会的自立を目指すようにすることが大切である。つまり社会的孤立から脱して、社会の中で支え合いの関係を

構築するといったことも自立の重要な柱であることを認識しなくてはならない。

そして、このような「自立」を中心に考えるとき、「地域づくり」とともに「参加支援」が必要となってくる⁽²²⁾。この2つを実現するための共通の基盤として、地域のセーフティネットがある。そもそも、地域のセーフティネットとは、伝統的には地域住民どうしの互助活動がその原点とされてきた。このような意味で、地域のセーフティネットとは、地域住民や家族によるボランティアな活動を前提とするものであり、社会保険や生活保護といった公的なセーフティネットとはまったく異なる性格のものである。しかし、地域社会の崩壊や家族形態の変化などを背景に、地域住民だけでは、これまでの伝統的な地域のセーフティネットが機能しなくなっている。だからこそ、あらためて公的な支援（公的な財源により地域に相談支援員を配置するなど）とともに、民生委員、地域活動などの住民主体によるボランティアな活動を含めて地域のセーフティネットを再構築する必要性が出てきたのである⁽²³⁾。これを実現するために、生活困窮者自立支援制度が誕生したといえる。この制度を活用し、各自治体には、既存の制度の運用にとらわれるのではなく、地域の中で実践してみたいこと、地域の中で困っている人への支援を事業化し、実現することが期待されている⁽²⁴⁾。つまり、生活困窮者自立支援事業だけで支えるという発想ではなく、この制度を軸に多様なニーズをもつ人を地域の中で受けとめるという地域福祉の推進に向けたきっかけとなればと考えられている。よって、その付加価値として、この制度を運用するというよりも、この制度をうまく活用し、他の制度や様々な社会資源との連携を図ることによって、制度を超えた横断的な支援が可能となり、支援の幅を広げることができるようになる。このような発想をもとに、制度を超えて、また都道府県・市町村といった実施主体を超えたところで、新しい仕組みが生み出されることになる。そうなれば、生活困窮者への支援を展開することで、その地域にもプラスになり、さらに地域づくりが進んでいくだろう。このように、地域のセーフティネットは、多様な主体が関与し、それらの主体が連携することで、生活困窮者のための第2層のセーフティネットを強化していく必要がある。

そこで、この法律は、市町村が制度を組み立てなおすための基礎となるのではないかと考えられている⁽²⁵⁾。つまり、法律を額面どおりにきれいに動かすということが目標ではなく、広い意味で法律をうまく活用して地域のために役立ててほしいと考えられているのである⁽²⁶⁾。なぜなら、これまでの伝統的な生活困窮者に対する支援というのは、セトルメントや隣保館などのような課題が集中する地域を中心に整備され、その地域に限定した形で提供されてきた。このような選別主義的な支援方法は、社会資源を効果的に配分するという利点がある反面、この資源が偏在するため他の地域からすると不平等な資源配分として批判される危険性（逆差別）がある。生活困窮者支援制度は、どのような方法をとったとしても、地域全域に幅広くネットワークを構築し、生活困窮者対策を考えていくという意味において、これまで我が国にとってきたような地域限定的貧困対策事業とは、その規模も性格も異なるものといえる。だからこそ、地域づくりにおいても、全国统一の共通基盤の部分（地域づくりの支援員の配置やそのための財源など）については、法による措置が必要であることを

強調しておきたい。

そして、この活動拠点として考えられるのが、社会福祉協議会（以下、「社協」と略す。）である。この社協での取り組みを通じた地域づくりのメリットとして、生活困窮に至る前の予防的な機能を強化できると考える。例えば、対象者へのアウトリーチを行う場合、まず生活困窮者の状況の把握、信頼関係の構築などに、多くの時間がかかると思われる。そう考えると、社協が地域福祉活動を通じて、普段から地域づくりを行ってれば、情報をキャッチし、早期に支援ができるような体制をつくっていくことができる。また、このような地域づくりの方法は、地域の特性・特徴に応じて展開する必要があるために、全国の先行事例等を蓄積しながら、地域ごとに必要な資源・ネットワークを準備していくべきである。実際の社会福祉協議会での取り組み等は、次章で詳細に述べられることになっている。

最後に、この事業を通して、地域をどのように変えることができるのか、生活困窮者のみならず、地域住民を支える地域づくりをどのように進めていけばよいのかという指標を示していくことができるのではないだろうかという点について述べおく。まず、地域づくりの中心となるのは、相談支援員・就労支援員になるだろう。具体的には、（就労支援・生活支援と分けて）生活困窮者の相談支援員・就労支援員を地域に配置する場合、機械的に人口規模に合わせて、もしくは地区ごとに配置するというようなものと、もともと問題が集積しやすい地域などに重点的に配置するようなものに分けて考えることができる。もし就労を専門とした支援員と生活課題に関する専門の支援員に分けることができれば、生活支援を中心に担当する支援員については、後者の配置のスタイルをとり、個人もしくは家庭を個別に支援することで、貧困の再生産や子どもの貧困などを軽減できるのではないかと考えられる。ただし、このような方法を採用した場合には、その地域特有の特別なニーズがあるとしてステージマを生み出してしまう可能性があることを指摘しておかなくてはならない。さらに、その地域では充実した支援を受けられるということから、要支援者がその地域に集まり、特定の地域に生活困窮者が集中する結果を招くことにもなりかねない。

また生活困窮の負のスパイラルは、貧困世帯の親から子へと世代間で連鎖していく場合もある。多くの世帯は、世代間で価値観、社会関係など多くのものが継承される。当然、貧困世帯でも同じように継承されるため、とりわけ重要な役割を果たすのが世帯であり、その家庭環境が問題とされなくてはならない。それでは、この世帯を介して受け継がれるものをどのように変えていくべきなのであろうか。その家庭環境を変えるためには、地域の集団・機関、そして制度での補完が必要である。その代表として、学校があげられる。貧困世帯の子どもは学力や学歴を得ることを通して、世代間の有利・不利を断ち切ることが期待されてきた。その理由として、学校では、豊かな社会関係や社会での価値観などを獲得することのできる場としての機能が考えられたからである。また、親の就労経験や社会関係の少なければ、子どもが接する大人の数が限定されたり、将来の自分のイメージをしたりすることができず、子どもが将来の職業モデルを描きにくくすることもあるだろう⁽²⁶⁾。このように、社会関係の希薄さが、その家族にさまざまな形で影響を与え、生活困窮の世代的な継承が生じて

いることが予想される。

4. 小括

生活困窮者に対する支援は、就労を支援することだけでは不十分であり、その者が社会の中で自分の役割、就労する意義を見出せるように支援していく必要があるだろう。そう考えれば、全国共通の制度や政策をどのように進めていくかというよりも、地域の特徴・特性に応じた地域づくりができるように、このような活動に必要な財源や支援ができるよう国や都道府県の役割をつくっていくことが必要ではないだろうか。ただし、その評価については、いくつかの問題が残される。例えば、「社会参加機会の増加」や「対人関係の改善」などといった項目は客観的な評価が難しく、この事業の中での自治体の地域づくりの評価は非常に難しいと考えられるからである。

また、これまで述べてきたように、わが国では社会保障・社会福祉に関する法制度もしくは公的なサービスは、どちらかというところ施設を中心に発展してきた。この発展は、家族の基盤、地域コミュニティが機能しているといった前提があつてのものであつた。そのため、公的なサービスは、生活困窮者などの経済的な不安定や身体的・精神的な問題を解決するための支援など、特別な事情のある者たちが中心とされてきた。しかし、現在、この前提部分が崩れてきている。この部分を修正し、公的な支援も含め住民を主体とした地域コミュニティの再構築に向けて生活困窮者支援政策を展開していく必要があると考える。

(坂口昌宏 大分文理大学経営経済学科助教)

- (1) 後藤広史「生活困窮者自立支援法における自立概念をめぐって」(ソーシャルアクション 第3号、全国コミュニティライフサポートセンター、2015(平成27)年)46頁。
- (2) 笠木映里「関連諸法との関係からみる生活保護法-近年の改正・立法の動向と残された課題-」(季刊社会保障研究第206号、2015(平成27)年)、383-384頁。
- (3) 同上、380頁。
- (4) 吉永純「生活困窮者自立支援法」『生活保護「改革」と生存権の保障』(明石書店、2015(平成27)年)106頁。
- (5) 厚生労働省「社会的援護を要する人びとに対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書」3頁。
- (6) ここでは、「我が国においては、高齢化や核家族化の進行、集合住宅に居住する高齢者等の増加等に伴い単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が急増しており、『孤立生活』を特別な生活形態ではなく標準的な生活形態へと変化させている」と指摘されている。
- (7) 福田志織「「新たな」生活困窮者支援はなぜ必要か-支援の対象者像と総合相談体制に関する新構想をめぐって-」(みずほ情報総研レポート、2013(平成25)年)46頁。
- (8) 経済的困窮と社会的孤立が相互関連していると指摘する論者として、阿部彩「低所得世

- 帯と被保護世帯の生活実態」(季刊社会保障研究 Vol. 46 No. 2、2010 (平成 22) 年)、岩田正美『現代の貧困－ワーキングプア／ホームレス／生活保護』(筑摩書房、2007 (平成 19) 年) などがある。
- (9) 奥田知志・稲月正・垣田裕介・堤圭史郎「生活困窮者への伴走型支援－経済的困窮と社会的孤立に対応するトータルサポート」(明石書店、2014 (平成 26) 年) 16 頁。
 - (10) 例えば、西澤晃彦『貧者の領域－誰が排除されているのか』(河出ブックス、2010 (平成 22) 年) では、社会的排除を「財・権力を持つ人々や機関が、ある特定の人々を同じ社会のメンバーとなる資格を持たない存在と見なして主要な社会関係や社会制度から締め出すことである」とされている。
 - (11) 前掲書(9)、18 頁。
 - (12) 特に、ホームレスに関しては、山田耕司「ホームレス状態となった知的障がい者支援の現場から見えてきたもの－北九州における取り組みについて」(ホームレスと社会第 1 号、明石書店、2009 (平成 21) 年) がある。
 - (13) 岩田正美『社会的排除－参加の欠如・不確かな帰属』(有斐閣、2008 (平成 20) 年) 17-18 頁。
 - (14) 例えば、宮本太郎『生活保障－排除しない社会』(岩波新書、2009 (平成 21) 年) 65 頁では、EUでの政治勢力によって社会的包摂の解釈のニュアンスが変わっていることについて指摘している。
 - (15) 秋元美世「社会保障法と自立－自立を論じることの意義－」(社会保障法第 22 号、法律文化社、2007 (平成 19) 年) では、「自立」をインディペンデンスの自立とオートノミー(自律)としての自立について検討されているものはある。
 - (16) このような「自立」概念を提唱する者に、稲月前掲書注(9)、20 頁、鷺田清一『死なないでいる理由』(角川学芸出版、2008 (平成 20) 年) 38-39 頁、河合隼雄『心の処方箋』(新潮文庫、1998 (平成 10) 年) 96 頁などがある。
 - (17) ここでいう「互酬性」とは、「もの(行為)の相互のやりとりのこと、あるいはそれにもとづく制度のことである。もの(行為)が一方的ではなく、相互に送り手と受け手となる間柄であり、もの(行為)が行き来していること」を指す。
 - (18) 中村尚司「第 9 章 当事者性の探究と参加型開発－スリランカにみる大学の社会貢献活動」齊藤文彦編『参加型開発－貧しい人が主役となる開発へ向けて』(日本評論社、2002 (平成 14) 年) 220 頁。
 - (19) 前掲書注(4)、95 頁。
 - (20) 石橋敏郎「所得保障法制とナショナルミニマム」日本社会保障学会編『新社会保障法講座・ナショナルミニマムの再構築』(法律文化社、2012 (平成 24) 年) 85 頁。
 - (21) 坂口昌宏「生活保護法における就労自立支援プログラムの在り方」(アドミニストレーション大学院紀要、2014 (平成 26) 年)、11 頁。
 - (22) 宮本前掲書注(14)では「参加支援」の政策領域とは、「人々の就労や社会参加を促進す

ることを目的とする政策領域」としている。具体的には、職業訓練、職業紹介などのいわゆる積極的労働市場政策のプログラム、保育サービスなどに加えて、生涯教育など教育関連の施策もあげられている。

(23) 岡部卓『生活困窮者自立支援ハンドブック』（中央法規、2015（平成27）年）104-113頁。

(24) 前掲書注(1)、26頁。

(25) 同上、25-26頁。

(26) 稲月前掲書注(9)、36頁。

IX 社会福祉協議会による生活困窮者自立支援事業

1 生活困窮者自立支援事業と社会福祉協議会

2015(平成27)年4月に生活困窮者自立支援法(以下、「自立支援法」という。)が施行された。同法によって、福祉事務所をもつすべての自治体が、生活困窮者に対する自立支援に取り組むこととなり、全国での本格的な実施が始まったところである。

これまで公的な福祉サービスは高齢や児童、障害者などといった分野ごとに法整備がなされ、時代とともに質・量共に充実してきたが、近年、地域にはこの公的なサービスのみでは対応できない多様な生活課題・ニーズが発生していることがわかってきた。例えば、一つの世帯に要介護の親と障害児がいる場合など、複合的課題を抱えた世帯に対して、公的福祉サービスが総合的に提供されていないといった事例もあるし、制度の谷間に抜け落ちてしまっただけのサービスも受けられないといったような問題がそうである。生活困窮の問題もその一つといえるだろう。一旦生活困難な状況になると長期にわたり抜け出せないという貧困の固定化や、生活困難な状況が次世代に受け継がれるという、いわゆる貧困の連鎖といった状況があることはよく知られたところであろう。このように地域で直面している課題やニーズに対しては、公的サービスだけでは限界があることははっきりしてきており、そこで、いわゆるインフォーマルサービスの重要性が認識されはじめたのである。

例えば、厚生労働省は、2007(平成19)年10月から「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」を設置した。本研究会では、「地域社会で支援を求めている者に住民が気づき、住民相互で支援活動を行う等地域住民のつながりを再構築し、支え合う体制を実現するための方策」について検討され、2008(平成20)年3月に報告書「地域における『新たな支え合い』を求めて－住民と行政の協働による新しい福祉」を取りまとめた。この報告書においては、基本的なニーズは公的な福祉サービスで対応するという原則を踏まえつつ、地域における「新たな支え合い」(共助)の領域を拡大、強化し、地域の多様な生活課題を広く受け止め、柔軟に対応できる地域福祉を進める必要があるという問題認識が示されている。この報告書の提言を踏まえ、課題解決のための効果的な取り組みを行う「地域福祉等推進特別支援事

業」などが実施された。また、2009(平成 21)年度には「安心生活創造事業」が創設され、2011(平成 23)年度までの3年間はモデル事業として全国 58 か所の市町村が、行政と地域社会を構成する様々な主体が協働し、見守りや買物支援など、一人暮らし高齢者等が安心して生活を継続できる地域づくり事業に取り組んだ。そしてこの事業と並行して開催された「安心生活創造事業推進検討会」において、2012(平成 24)年 8 月に「見直しませんか 支援のあり方・あなたのまち～安心生活を創造するための孤立防止と基盤支援～(安心生活創造事業成果報告書)」が取りまとめられ、事業の成果や課題とともに、今後の地域福祉活動の方向性が示された。この報告書においては、今後重要と考えられる取組みとして、社会的孤立を防ぐために多様な主体が相互に連携・協働することの必要性や、総合相談体制の確立、権利擁護の必要性などがあると指摘されている。

これらの事業を主に担ってきたのは社会福祉協議会である。このたび、社会福祉協議会は、新たに、自立相談支援事業をはじめとする生活困窮者自立支援法に基づく事業に取り組むことになった。生活困窮者自立支援事業を社会福祉協議会が引き受ける理由は、生活困窮者が地域から孤立した状態であれば、地域のつながりが薄れ、助け合いを基本とする地域づくりができないからである。このことについては後述する。

2013(平成 25)年度から一部自治体において実施されたモデル事業の委託を受けていくつかの社会福祉協議会が先行的にこれを実施してきた。2015(平成 27)年 4 月から施行となった自立支援法に基づく事業の運営方法については、自治体直営方式でも民間等への委託方式でもよいことになっているが、実際の運営方法をみると、制度の中核となる自立相談支援事業では、約 6 割の自治体が委託方式を採用(直営との併用を含む)し、そのうちの約 8 割が社会福祉協議会への委託により実施されている。運営主体別にみると、社会福祉協議会が最も多く、次いで自治体直営、NPO 法人、社会福祉法人の順となっている。このように、自立相談支援事業については社会福祉協議会が大きな役割を果たしていることがわかる。そこで、本章では、まず、生活困窮者自立支援事業の実施状況を明らかにし、社会福祉協議会が本制度を実施する意義や先駆的な事例をあげたうえで、社会福祉協議会が本事業を行っていくうえでの課題について若干の考察を行うこととしたい。

2. 生活困窮者自立支援事業の実施状況

2015(平成 27)年 4 月の自立支援法の施行に備え、2013(平成 25)年度から「生活困窮者自立支援モデル事業」が実施された。当該年度の予算として 3,008,000 千円が計上され、21 道府県、10 指定都市、7 中核市、30 区市の合計 68 自治体が地域における自立・就労支援等の取組みを開始することになった。さらに、翌年の 2014(平成 26)年度には前年を大きく上回る全国 254 自治体でモデル事業が実施され、2015(平成 27)年 4 月の法施行に向けて、地域での調整やネットワーク形成など計画的な体制の構築に向けての準備が進められた⁽¹⁾。

そして、2015(平成 27)年 4 月 1 日から自立支援法が施行となり、全国において本格的な

取組みが展開されることとなった。このための政府予算としては、必須事業に負担金 218 億円、任意事業に補助金 183 億円が計上され、生活保護適正化事業費も併せると自立支援法を中心とした新たな予算体系として 500 億円が当てられることになった。全国の福祉事務所設置自治体においては 901 箇所すべてにおいて、制度の中核となる自立相談支援事業(必須事業)が実施され、それぞれの地域において相談窓口が設けられた。一方で、任意事業の実施状況としては、2015(平成 27)年 4 月 17 日付けで厚生労働省が実施した調査結果によると、①就労準備支援事業は全自治体の 28%(253 自治体)、②家計相談支援事業は 23%(205 自治体)、③一時生活支援事業は 19%(172 自治体)、子どもの学習支援事業は 33%(300 自治体)といった実施割合となっている⁽²⁾。この実施状況を自治体別にみると、2015(平成 27)年 4 月 1 日時点で、必須事業しか行っていない自治体が 45%であり、任意事業 4 つすべてを実施している自治体は 36 自治体と全体のわずか 4%であった⁽³⁾。

具体的にみると、まず必須事業の「自立相談支援事業」について、運営方法は、自治体直営が 4 割で、直営方式との併用も含め 6 割の自治体が委託方式で実施している。委託先としては社会福祉協議会が 76%と最も多く、次いで NPO 法人が 12.6%、社会福祉法人(社会福祉協議会以外)が 8%となっている。事業の実施場所については役所・役場内が 61.5%、委託先施設内が 36.2%となっている。なお、約半数の自治体が生活保護法に基づき行われる被保護者就労支援事業と一体的に実施している。本事業の実施機関の人員・設備等については、法令上の基準は設けられていないが、3 職種の支援員(主任相談支援員、相談支援員、就労支援員)の配置と面談室等の相談支援を実施するために適切と考えられる設備が必要とされている。その人員体制については、①主に業務のマネジメントや地域の社会資源の開発等を行う「主任相談員」、②相談支援全般にあたる「相談支援員」、③就労支援に関するノウハウを有する「就労支援員」の 3 職種を配置することを基本とし、自治体の規模や相談件数、相談内容が多様であることから、事業の実施に支障がない限り、地域によっては相談支援員と就労支援員が兼務することを妨げないものとされている⁽⁴⁾。このようにして相談窓口配置された支援員は実人数でみて全国で 4,162 人である⁽⁵⁾。このうち 1,610 人は生活困窮者自立支援制度関連事業以外の事業を兼務している。

自立相談支援事業の全体の流れは、①生活困窮者の発見、②インテーク(受付面接)、③アセスメント(事前評価)、④プランニング(支援計画の策定)、⑤インターベンション(介入、支援の実施)、⑥モニタリング(見守り、観察)とエバリュエーション(事後評価、再評価)、⑦ターミネーション(終結)と 7 段階に分けて考えることができる⁽⁶⁾。自立支援一般と異なり、生活困窮者自立相談支援においては、①の生活困窮者の「発見」が、②のインテークの前に明確に位置づけられていることが特徴的である。このことは、本制度創設の背景や目標・理念に基づき、本来、支援を必要としながら支援が提供されてこなかった者に確実に支援を届けることの重要性が意識されたものである。生活困窮者は自ら支援を求めることが困難な場合も多く、これまでのように待ちの姿勢ではなく、積極的なアウトリーチ(訪問支援や地域ネットワークの構築に向けた働きかけ等)により、生活困窮者を早期に把握するこ

とが重要とされている。

この実施状況を計る一つの指標として相談件数が挙げられる。そこで自立相談支援事業における相談件数をみると、厚生労働省としては、新規の件数を人口10万人当たり月に20件を目安と予想していたが、2015(平成27)年9月の実績値は14.3件と、その7割程度にとどまっている。また同時点で、支援プランの作成については、月に10件程度の目安に対して実績は3.5件、さらに実際の就労者数にいたっては、月に6件の目安に対して実績は1.8件と目安の半分にも至っていない状況である⁽⁷⁾。なお、2014(平成26)年度からモデル事業を実施していた自治体を対象にした支援状況の調査結果によると、相談者は男性が60.7%を占めている。また無職で求職中の者が55.3%おり、そのうち「40～50代」「未婚」「一人暮らし」がそれぞれ4割を占めることも分かった⁽⁸⁾。

次に、必須事業である「住居確保給付金」については、支給決定数は2015年(平成27)4月以降500から700件程度にとどまっている。本制度の前身となる住宅支援給付事業の実績は1か月平均730件(2014(平成26)年度)であったから、それよりも減少している状況である⁽⁹⁾。支援体制は整えられたはずであるから本来は増加が見込まれるところであるが、この数値が意味するものは、ニーズが減少しているからだとは考えにくい。生活困窮者自立支援事業の周知が十分ではなく、支援が必要な者に情報が行き届いていないこと、現段階では窓口の整備に追われ、個別の支援が十分に行き届いていないことなどが考えられる。

同制度の任意4事業の状況は前述のとおりであるが、2015(平成27)年7月時点での2016(平成28)年度の任意事業実施意向調査によると、各自治体における実施予定は、①就労準備支援事業は前年度比161自治体増の414自治体(全体の38.3%)、②一時生活支援事業は同71増の243自治体(同24.2%)、③家計相談支援事業は同182増の387自治体(同35.2%)、④子どもの学習支援事業は同170増の400自治体(同43.1%)、とそれぞれ増加する見込みとなっている⁽¹⁰⁾。

厚生労働省は、2016(平成28)年度の同制度の負担金及び補助金として、前年度比25億円増の425億円を概算要求している。このなかで、子どもの学習支援の充実・強化や生活困窮者等の就農訓練・中間的就労の推進を優先課題として挙げ、生活困窮者世帯の子どもの高校中退防止や家庭訪問の強化、民間団体のノウハウの活用による農業体験や研修の実施に力を入れていく方針である⁽¹¹⁾。

3. 生活困窮者自立支援に果たす社会福祉協議会の役割

これまで生活困窮者自立支援事業の実施状況を概観し、その実施にかかる委託先として社会福祉協議会が全体のうち8割近く選ばれていることを確認した。そこで、本項では、なぜ社会福祉協議会が生活困窮者制度を実施するのか、その意義をまとめていくことにしたい。社会保障審議会「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」報告書(2013(平成25)年1月25日)は次のように書いている。

「生活困窮者が孤立化し自分に価値を見出せないでいる限り、主体的な参加へ向かうことは難しい。一人一人が社会とのつながりを強め周囲から承認されているという実感を得ることができることは、自立に向けて足を踏み出すための条件である。新たな生活支援体系は、地域社会の住民をはじめとする様々な人々と資源を束ね、孤立している人々が地域社会の一員として尊ばれ、多様なつながりを再生・創造できることをめざす。そのつながりこそ人々の主体的な参加を可能にし、その基盤となる。」

すなわち、社会福祉協議会は、生活困窮者個人への支援を通じて、最終的には相互に支えあう仕組みを地域に構築していく地域づくりの事業の一環であるという認識のもとに、生活困窮者自立支援制度に取り組むことにしたのである。すなわち、「生活困窮者自立支援＝つながりの再構築＝地域づくり」という理解のもとに、地域福祉推進の中核である社会福祉協議会の事業としてふさわしいものとして実施することになったのである⁽¹²⁾。

また、同特別部会報告書においては、新たな相談支援の在り方として、「それぞれの地域において、これまでの分野ごとの相談支援体制だけではなく、複数の者がチームを組み、複合的な課題に包括的・一元的に対応できる体制が必要である。」と述べられている。この地域で展開する「包括的な支援」という場合の「包括」の意味については、次の5つにまとめることができよう。まず第1の意味は、地域生活上の多様なニーズや困難をもつクライアントを援助対象とする点にある。クライアントが過ごしている日常生活の場で援助を展開するということは、そこでの「生活のしづらさ」を対象とすることになる。つまり、高齢者、子ども、障害者といった対象別に専門機関が機能するのではなく、総合的に地域生活の福祉ニーズに広く対応することが求められる。同時に、他国籍住民、多重債務者、ホームレス、引きこもりなど、従来から十分にアプローチできなかった対象者への働きかけも含まれることになる。

第2の意味は、ニーズ発見から見守りまで、つまり予防的支援から継続的支援までを含めた総合的な支援が行われなくてはならないという点である。重篤な状態になってから専門的な援助を提供するのではなく、そのような状態になる前に積極的に働きかけていくことである。それによってクライアントのダメージを軽減でき、より早く健全な状態に戻ることができる。また、危険な状態を脱してからも、地域住民が中心となった継続的な見守り活動が不可欠となる。

第3の意味は、特定のクライアントの各ライフステージにかかわることができること、つまり1人のクライアントあるいは世帯の生活の変化に長期的展望をもって支援の手を差しのべることができる点にある。これまでの福祉援助は、年齢によって根拠法が異なり、援助の継続性が保たれないことが少なくなかった。この多様なライフステージにわたる長期的なアプローチが可能になるのは、ワーカーが要支援者の生活の場にかかわってくるからである。

第4の意味は、多様な担い手たちがそれぞれの立場から相談活動に参画し、ネットワークや連携・協働によって総合的・体系的に働きかける点にある。ここでの担い手には、専門職

や行政関係者だけでなく、地域住民やボランティア等も含まれる。これは、地域の課題を地域で解決するという地域福祉の潮流を追い風として、総合相談事業が重視されるようになったことと密接に関係している。

第5の意味は、クライアントと地域との関係を重視し、総合的かつ一体的に地域とのつながりに向けて変化を促す点にある⁽¹³⁾。つまり、生活困窮者自立支援における問題解決とは、要支援者個人の変化(たとえば、経済的には多少の収入が得られて安定してきた)だけを促すことではなく、本人を取り巻く地域環境を一体的に視野に入れて、地域とのつながりを回復するための変化を促すことに大きな特徴がある。

社会的孤立の広がりや、地域の生活課題を潜在化させ、その結果、地域の分断や断絶を深刻化させていく。そこで社会福祉協議会においては、2012(平成24)年10月に「社協・生活支援活動強化方針」を策定し、地域のあらゆる生活課題に対応するため、相談窓口の充実やアウトリーチによって、地域住民の支え合いや関係機関、専門職とのネットワークを広げながら地域福祉を推進する方針を内外に示し、現在、全ての社会福祉協議会でこの取組みを進めている。

これまでも、社会福祉協議会は生活福祉資金貸付事業や日常生活自立支援事業、在宅サービス、地域包括支援センター事業等、さまざまな事業を通して個別的な支援に対応してきた。新たに始まった生活困窮者自立支援制度を1つの手段として、地域福祉が一層推進されるかどうか、そのために社会福祉協議会はどのような役割を果たしていけるのかが問われていることになる。生活困窮者支援そのものが社会福祉協議会のめざす地域福祉のゴールなのではなく、あくまで地域福祉の推進のための方策として捉えることが必要であろう⁽¹⁴⁾。

4. 社会福祉協議会による取組みの現状とその問題点

ここでは、筆者の聞き取り調査と自立相談支援制度に関する先行研究をもとに、自立支援事業の実態をまとめていくことにしたい。筆者は、事業を実施している市町及び社会福祉協議会にて、自立相談の状況や支援対象者の就労状況などについて聞き取り調査を行った。その調査の結果について、概要を以下に紹介することにした。

まず、A市はいわゆる平成の大合併により2市8町とで合併した県下最大の面積を持つ自治体である。その反面、高齢化率は35.7%(2015(平成27)年4月1日現在)を超えており、高齢化が最も進んでいる都市でもある。この合併によりA市社会福祉協議会(以下、「A市社協」という。)は、300人を超える職員を抱える大規模な社会福祉協議会となった。A市社協は高齢者・障害者等の多い地域生活を支えるために、訪問介護やデイサービスなどの種々の福祉サービスを行っているほか、多様な福祉ニーズに応えるため、地域の特性を踏まえ、ボランティア活動やサロン活動、成年後見センターの設置など創意工夫を凝らした独自の事業に取り組んでいる。また、生活困窮者という課題についても、A市の生活保護世帯数は年々増加し、合併直後の349世帯から10年で倍増となっている状況を踏まえて、A市社協は、

2013(平成 25)年 10 月からモデル事業として生活困窮者総合相談モデル事業を実施しており、自立支援法が施行された今年度は同市からの委託を受けて、必須事業の自立相談支援事業、そして任意事業の就労準備支援事業及び家計相談支援事業の 3 事業を実施している。

「生活相談支援センター」という名称で「生活困窮」という用語はあえて出さずに、市内の社協支所内に 3 か所の相談窓口を開設した。なお、A 市社協は同市本庁及び支所内に併設されているため、相談窓口も市庁舎内にあることになる。そのため、生活保護のケースワーカーや行政関係課との連携が非常にスムーズだという利点があるとのことであった。相談窓口については、リーフレットやホームページによって、住民へ積極的に周知を行っている。この相談窓口における来所による相談受付時間は平日の午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分までであるが、電話による受け付けは、24 時間、365 日対応している。また、相談窓口用に設けた電話は携帯電話につながっており、直接支援員がいつでも相談を受け付けられる体制が整っていることが特徴的である。これらの取組みから相談者に対する細やかな配慮が感じ取れる。

一方で、内容を問わず相談を広く受けることにしているため、寄せられる相談の内容は多種多様にわたっている。例えば、ごみの分別がわからないから教えてほしいなどというような相談もあるという。一通り相談を受けた後で、アドバイスを与えるのであるが、本制度によって支援が必要と判断される相談はごく一部であり、現在のところ自立支援プラン作成に至るのは受付相談件数の 1 割程度であるという。A 市社協の聞き取り調査で、厚生労働省が目標として掲げている相談件数やプランの作成件数には反映されないが、実際にはプラン作成に至るまでの間に多くの時間や労力を割いて対応している事例が多々あることがわかった。また、ひきこもりの単身世帯の者の情報が提供されれば、アウトリーチによる生活困窮者の発見の実践として、支援員が何度もその家に足を運び接触を試みることにしているが、実際には一向に本人との面談には至らないというケースもあるとの話であった。この場合、支援活動記録は残すが、相談件数としては計上されない。A 市は、地理的に広いという地形状の問題から 1 回の訪問に往復 2~3 時間、ハローワークへの同行に半日~1 日を要することもある。このことから、取り組み状況や成果を可視化するのは非常に難しく、相談件数やプラン作成件数によってのみ事業の実施状況を評価したり、事業に対する社会福祉協議会の取り組み姿勢を云々するのは適切ではない。

次に、生活困窮者を支援する支援員は、A 市社協の嘱託職員として単年度ごとに契約で採用されている。モデル事業時には主任相談支援員、相談支援員、就労支援員を各 1 名ずつ計 3 名配置していたが、自立支援法施行後は 4 名増員し 7 名で業務にあたっている。なお、7 名のうち福祉業務経験者は 1 名で、その他は福祉業務未経験者で元金融関係者や教員、農協職員等が採用されているとのことであった。さらに、県下で最大の面積をもつ A 市を 7 名で担当しなければならないため、実際は各々が相談支援員と就労支援員を兼務して活動しているという。自立相談支援事業の実施にあたっては、十分な専門性を有する支援員を養成することが求められており、国において養成研修が行われているが、中央での 3 泊 4 日程

度の研修でソーシャルワーク未経験の者が専門性をどこまで確保できるかどうか不安も残る。どのように支援員の専門性を高めていくかは今後の課題となろう。

このA市社協は、就労支援についても、先進的な取組みをしている。かつて水産業が盛んであったA市は、現在産業全体が衰退しており、そもそも雇用の場が決して多くないこと、また、就労支援が必要と判断される者の中には車の運転免許を持たない者やひきこもりなど、早期の就労が困難な者も含まれている。そのような中でも、失業していた者に県外の仕事をあっせんしたケースや、なかには就労後月30万円を超える収入が得られるようになり、完全に経済的自立に至ったケースもあるという。また、障害者やひきこもりなど仕事を見つけることが困難な者に対する働く場を提供する組織「ソーシャルファーム」⁽¹⁵⁾も運営している。そのひとつとして、障害者や引きこもり、生活困窮者等に対して墓地清掃管理サービス事業を2015(平成27)年6月から始めている。この事業は、公的資金や寄付金で賃金を捻出するのではなく、労働によって対価が得られるサービスを創出する点に重きを置いている点が特徴的である。この事業によりA市において新たな仕事と収益を生み出す仕組みが整えられた。A市社協が注文を受け、地元の石材会社の担当者が講師となって墓石の種類から、清掃の仕方までの講習を行ったという。単に賃金が得られるだけでなく、作業を担う者が、専門技術を修得できること、さらには社会に貢献することで働く喜びを体感できることや、地域における自分の役割を自覚すること、自分の存在価値を見出せることで、その者と社会との接点が再び構築されることが期待できる。まさに生活困窮者対策の理念に合致した取組みであるといえよう。A市社協は、この作業を担える者が同市内に数百人程度いるのではないかと見込んでいる。このサービスの利用を希望する問い合わせは、現在全国から20件ほど寄せられており、この事業の定着化にも注目したい。

次に、町村部における社会福祉協議会の実施状況を紹介する。調査を行ったのはB町である。このB町はモデル事業に取り組みながらも、法施行後、モデル事業の実施体制が継承されず、新たな体制で実施している特異な事例だと思われる。その経緯は次のとおりである。生活困窮者自立支援制度は福祉事務所を設置する自治体の実施主体となるため、一部を除き町村部の実施主体は都道府県となり、B町を所管するのは県C福祉事務所である。B町の近隣市町村圏域は以前から消防やゴミ処理、障害者自立支援等の分野で連携して行政サービスを提供していた実績があり、同圏域内の自治体と協議した結果、本制度のモデル事業も圏域が一体となった形で実施することになった。そこでB町を含む同圏域内の2市2町及びこの2町を所管する県C福祉事務所が協定を締結し、代表してD市が一括して予算措置を行い、国及び県からの補助金交付、受託者への委託料支払等の事務局業務を担い、生活困窮者自立支援事業を実施してきた。なお、事業の受託者となったのは、同圏域内にあるE社会福祉法人であり、各市町に1名ずつ、計4名の支援員を配置した。2013(平成25)年10月からのモデル事業により同圏域は1年5か月の取組みが蓄積されたものの、法施行後、B町を所管する県は各地域の社会福祉協議会に業務を委託することを決定した。そのため、モデル事業時に実施していた圏域での体制は終了し、B町はB町社会福祉協議会が、そしてD市

はモデル事業に引き続き E 社会福祉法人がそれぞれ本事業を実施していくこととなったのである。しかしながら B 町は、実施主体が変更になることについて懸念を持ち、ケースの継続性や蓄積したノウハウの重要性を感じて、法に基づかない生活困窮者自立支援に関する事業を町独自の予算で実施することに決めた。こうして B 町では法施行後、法に基づく事業として社会福祉協議会の窓口と、町独自の窓口と二重に設けて実施することになったのである。県からの委託を受けた B 町社会福祉協議会は 2 名の支援員を配置した。このうち 1 名は新規に採用された職員であり、2 名ともに他の業務も兼務している。一方で町事業の担当支援員としては、モデル事業時に配置していた E 社会福祉法人の支援員 1 名を町の包括支援センターにフルタイムで配置している。

B 町内に相談窓口が 2 つあることについて、相談者の混乱等特段の問題はいまのところないという。また、都市部においては「相談できる場所が身近にない」とか「相談できる人がいない」という問題があげられるが、B 町では逆に「社会福祉協議会の職員は身近すぎて相談しにくい」という声も聞かれるという。当然、支援が必要と判断されれば、最終的には現在住んでいるまちの関係機関が相談者の情報を共有しながら支援を行うこととなるが、早期相談、早期発見という点からすれば、実施主体が異なる窓口が 2 つあることは、結果的には、相談者がより安心して相談できるというメリットになっている。2015(平成 27)年 4 月から 9 月までの相談実績として、B 町社会福祉協議会が 25 名、町独自の窓口は 6 名(いずれも実数)からの相談を受け付けている。相談者は稼働年齢層が中心で、親の年金に収入を頼っている者やリーマンショックの頃に都会から戻ってきたが地元での就労先を見つけられない者等が見受けられる。

B 町独自の窓口は支援員が 1 名という人員の制約もあって、積極的なアウトリーチを行うことは難しく、来所相談が前提の実施体制になっているという。町独自の事業は 1 年間の単年度事業ということもあり、財政状況によってはいつまで継続して実施できるか不透明な部分もある。今後は、B 町社会福祉協議会との役割分担を行いながら、アウトリーチによる相談者の確保にも期待したい。

一方で、独自のスタイルで実施してきた B 町を含む圏域での実践が、法施行後に引き続き展開できなかったデメリットは大きい。法施行直前に所管する県福祉事務所の具体的な実施方針が固まったということも一因としてあるだろうが、そもそも本制度は地域の実践を後押しするために創られた制度ではなかったのか。B 町のようにモデル事業の実績が継承できないというような現場の混乱があったことは、本制度の反省点であろう。法が定められたことによって一定のルールに基づき実施しなければならなくなったことで、これまでのやり方が変更を余儀なくされたという事例の一つであろう。

ここで取り上げた 2 市町のように、モデル事業時代から本事業に着手し、先進的な事例として取り上げられる自治体は、ある程度規模の大きな自治体であって、地域資源がすでにある程度備わっていたり、地域において民間の活力が育成されていたりする場合が多い。問題は、それよりもずっと規模の小さい自治体や地域資源が乏しい自治体等での本事業の実施

である。社会福祉協議会が生活困窮者自立支援事業の委託先として多くの自治体から選ばれているのは、社会福祉協議会が地域福祉の担い手としてこれまで地域の生活課題に対応してきた実績とノウハウを持ち合わせ、自治会や民生委員などといった地域との強固なつながりもあるといった強みがあるからであろう。しかしながら、地域に支援の担い手が育っておらず、他に適当な委託先がないという消極的な要因も関係していると思われる。事実、社会福祉協議会に対して行ったヒアリングの中では、自治体が委託先を公募した際、他に応募者がなかったため、最後の砦として社会福祉協議会が手を挙げたという苦渋の声も聞かれた。いずれにせよ、地域において生活困窮者自立支援に対する社会福祉協議会への期待は大きいということである。

5. 生活困窮者自立支援事業の課題

最後に、社会福祉協議会が生活困窮者自立支援事業を展開していくにあたって、どのような課題があるのかをいくつかまとめておきたい。まず第1に、生活保護制度との関係と相談支援員の心構えの問題である。生活困窮者自立支援制度は生活保護制度との一体的な実施によって実現されることとなっているが、両制度の区別も明確にしておかなくてはならない。特に、自立支援制度による支援が必要な人と生活保護受給が必要な人の区別である。生活困窮者自立支援事業のなかに、生活保護申請の助言や申請の援助をすることが明示されていないため、受託団体は生活保護について助言や援助をしようとしても、委託した自治体が受託団体の業務範囲の外であると主張し生活保護についての助言や援助を事実上禁止するのではないかという意見があった⁽¹⁶⁾。これを受けて、自立支援法では、厚生労働委員会において「自立相談支援事業の相談窓口においては、相談者の困窮の状況に応じて生活保護制度の下で生活再建を図ることも含め、最善の対応を行うよう指導を徹底すること。また、自立相談支援事業の…実施の途上で自立支援計画の実行が困難になった場合や、最低限度の生活が維持できないと判断された場合には、生活保護への移行を促すことも含めた適切な対応を講ずるよう指導すること。」という附帯決議がなされている⁽¹⁷⁾。稼働年齢層であり、健常者であるが働いていないという生活困窮者の中には、住居を持たない者や職業能力不足だけでなく、社会的経験や人間関係などに数多くの欠落があって、働こうとしても働けない、もしくは働き続けることが難しい者が数多く含まれている。就労支援以前に、居住の安定や精神的な安定を図り、生活基盤を整えることが必要である。そのうえで中長期的な視点で就労支援を行う必要があると考える。その意味でも最低限の生活を営むことができない状況にある生活困窮者に対しては、生活保護制度を適用することは重要である。稼働能力があるからといって生活保護の助言や案内をしないなど、安易に判断しないような留意が必要である。生活困窮者事業は、決して生活保護の「水際作戦」のために創設された制度ではないのだから、生活困窮者の「健康で文化的な最低限度の生活の保障」を奪うものであってはならないし、この事業に従事する者はそのことを自覚しておかなければならない。

第2に、アウトリーチの重要性である。「支払った者しか受け取ってはいけない」という自己責任原則が強固に内面化してしまっている現在、「手助けを求める」ことには多くの人が抵抗感を抱いている。多くの人たちが、本当にどうにもならなくなるまで頑張ってしまう、その結果、本人からアクセスがあった時には問題がこじれすぎていたという事態になっている場合が少なくない。事態の深刻化は、一般に想像されているのとは違い、「自助努力の欠如」の結果ではなく「自助努力の過剰」である場合もあることを示している⁽¹⁸⁾。実際、所持金が数百円で、その日食べる物もないという状態で生活困窮者自立支援事業の相談窓口を訪れたという事例はヒアリングを行ったどの自治体でも聞かれたことである。もちろん、情報や知識の不足も相談窓口へアクセスできない原因の一つだと考えられるが、他人に頼ってはいけないという気持ちや、福祉を利用することの後ろめたさから、ぎりぎりのところまで必死に頑張っていて、支援を受けることを自ら避けてきたということも十分に考えられる。そのため、社会福祉協議会がもつ既存のネットワークを活用するだけでなく、新たな支援の輪を開拓しながら、積極的に地域に出向いて、早期に対象者を発見・把握することが必要である。

第3に、支援を担う人材の育成である。自立相談支援事業の実施にあたっては、十分な専門性が必要とされているが、社会福祉士やキャリアコンサルタントなどの資格は支援員の要件となっていない。社会福祉協議会に勤める者の多くは社会福祉士等の資格を保有しているとのことであったが、実際、事業に従事する人材は、本事業のために新たに採用された福祉未経験の者であったり、資格保有者でも現場は未経験という者も多い。そのため国は当分の間、中央研修として直接、支援員の養成研修を行うこととしている。2014(平成 26)年度は、「自立相談支援事業」に従事する支援員の養成研修を実施し、625人が終了している。2015(平成 27)年度は「自立相談支援事業」「就労準備支援事業」「家計相談支援事業」の従事者養成研修を実施することとし、およそ960人を養成する予定である。各支援員の配置は本研修の受講が要件とされており、中央研修だけではその養成が追い付かない可能性がある。今後、各県での伝達研修を始め、近隣の社会福祉協議会や実施機関の相談員同士の情報共有の場や事例検討の場を一定の圏域内で積極的に設けていくことが必要である。

この人材育成に関連して、行政職員は定期異動によって担当が短期間で変更になる可能性がある反面、民間は担当者の継続性という点でメリットがある。しかし、ヒアリングを行ったA市社協においては、法に基づく生活困窮者自立支援事業は自治体から単年度の委託契約で行われているため、次年度以降も同社協が受託する確約はないということであった。生活困窮者の支援は、長期的な支援が必要な場合が多く、単年度で十分な成果を出すことは難しい。特に自立相談支援事業においては、要支援者と支援員との相互の信頼関係の構築が重要であるし、支援員自身が支援に携わりながら業務スキルの向上やノウハウが蓄積することで安定的な支援が可能となる。そのため単年度で受託者が変更となった場合には、個人情報引継ぎに時間を要し、年度末や年度当初の業務に支障が生ずる可能性がある。仮に、情報が引き継がれたとしても年度をまたがる要支援者は、新たな受託先の支援員に経歴等

を一から説明する必要があるあったり、前支援員と築いた信頼関係が継承されないことも考えられる。また、新たな支援員が業務に必要な能力を習得するのも時間を要するなど、マイナス面は大きいと考えられる。本法の理念の一つである切れ目のない「継続的な支援」をめざすのであれば、自治体が事業を委託する場合、単年度契約ではなく長期継続契約の適用も検討すべきであろう。

第4に、既存の制度やサービスの隙間をつなぐ支援策の充実である。その支援策の一つに、レスキュー事業がある。失業手当や生活福祉資金貸付制度などの公的な制度は書面による手続きが必要であって、実際に支給されるまでに時間を要する場合が多い。前述したとおり、生活困窮者自立相談支援事業には、所持金も持たずその日食べる物もない状況で相談窓口を訪れる者も少なくない。このように急迫した状況にある生活困窮者に対し、迅速な生活援助（現金給付ではなく、食糧や日用品などの現物給付）を行うことで、公的制度を利用できるまでの中継ぎ的役割を果たす制度が必要になってくる。この取組みは、2004（平成16）年4月から大阪府社会福祉法人老人施設部会が社会貢献事業（生活困窮者レスキュー事業）として先駆けとなって始めたもので、この活動を参考に、神奈川県や埼玉県、熊本県等の社会福祉法人協議会でも同様の事業が広がっている。趣旨に賛同した会員法人による拠出金を原資として、原則として現物給付による緊急援助に活用している。加えて、リユース可能な生活物品（冷蔵庫等の家電製品他）を施設の関係者や地域の方々にも呼びかけて施設においてストックして貸与する活動や、企業等から余った食料品を収集し、社会福祉協議会等を通じて寄付するフードバンク活動を行う事例も生まれている⁽¹⁹⁾。社会福祉協議会には、こうした既存の制度では対応できない、いわば制度の狭間に存在する生活困窮者に対し、その隙間をつなぐための具体的な支援策を講じる役割も期待したいところである。

なお、生活困窮者対策の当事者は、生活困窮者と支援員だけでない。支援する者には、関係機関の職員やボランティアだけではなく、地域住民も含まれる。それは、生活困窮者対策が生活困窮者のためだけに行われるものではなく、われわれの住む地域社会の安定や活性化につながることでもあるからである。よって、社会福祉協議会は、自治体から一方的に地域づくりを委託されるのではなく、地域資源を最大限に生かした地域づくりを地域住民とともに進めていくという姿勢で、地域住民の気運も醸成しつつ事業を展開していくことが必要であろう。一方で、低賃金労働を体験したアメリカ人女性ジャーナリスト、バーバラ・エーレンライクは、著書の中で「富める者と貧しい者が両極端に分化した不平等な私たちの社会は、いとも不思議な眼鏡を生み出し、経済的に上位にある者の目には、貧しい人々の姿はほとんど映らない仕組みになっている。貧困層のほうから富裕層を、たとえばテレビとか雑誌の表紙とかで、簡単に見ることができるのに、富裕層が貧困層を見ることはめったにない。たとどこか公共の場所で見かけたとしても、自分が何を見ているのか自覚することはほとんどない。」と指摘している⁽²⁰⁾。無縁社会という言葉がある昨今、どれだけ真剣に生活困窮の実態を見ようとするのか、それが地域の中で生活する住民にも問われている。

（堀江知加：熊本県職員 主任主事）

- (1) 厚生労働省ホームページ「生活困窮者自立促進支援モデル事業」を参照。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059387.html> (2015年8月21日閲覧)
- (2) 厚生労働省ホームページ「生活困窮者自立支援制度の事業実施状況について(2015年6月8日掲載)」を参照。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000088324.pdf> (2015年8月21日閲覧)
- (3) 2015年7月3日付け熊日新聞の記事を参照。
- (4) 厚生労働省社会・援護局地域福祉課長通知「生活困窮者自立支援制度に関する手引き策定について」(平成27年3月6日付け社援地発0306第1号)『自立相談支援事業の手引き』15-16頁を参照。
- (5) 3種ある支援員は兼務することも可とされており、兼務の場合も1人としてカウントしている。
- (6) 岡部卓編著『生活困窮者自立支援ハンドブック』(中央法規、2015年)
- (7) 厚生労働省ホームページ「生活困窮者自立支援制度支援状況調査の結果について(集計結果平成27年9月分)」を参照。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/2709.pdf> (2015年11月23日閲覧)
- (8) 厚生労働省「生活困窮者自立支援制度全国担当者会議資料【資料1】生活困窮者自立支援制度の取組状況(平成27年9月14日)」を参照
- (9) 住宅支援給付事業の実績については、厚生労働省「生活困窮者自立支援制度全国担当者会議資料【資料3】住宅確保給付金について(平成27年9月14日)」を参照。
- (10) 厚生労働省前掲注40)参照。
- (11) 厚生労働省「生活困窮者自立支援制度全国担当者会議資料【資料4-1】平成28年度概算要求等について(平成27年9月14日)」を参照。
- (12) 全国社会福祉協議会地域福祉部「社協における生活困窮者自立支援制度への取り組み状況について」(月刊福祉2015年8月号)33頁を参照。
- (13) 岩間伸之・原田正樹『地域福祉援助をつかむ』(有斐閣、2012年)32-33頁。
- (14) 岩間伸之「新たな生活困窮者支援制度の理念と「総合相談」の推進—社会福祉協議会に求められる役割」(月刊福祉、2013年11月号)26頁。
- (15) 特定非営利活動法人 NPO人材開発機構「新しい障害者の就業のあり方としての ソーシャルファームについての研究調査(厚生労働省・平成22年度障害者総合福祉推進事業)」の中で、ソーシャルファーム(Social Firm)とは、「障がい者の雇用を前提とした事業運営システムの下、企業 的経営手法を用い、障がい者だけでなく、労働市場において不利な立場にある人々(いわゆる就労弱者)を多数(3割以上)雇用し、健常者と対等の立場で共に働くとともに、国からの給付・補助金等の収入を最小限にとどめた組織体」と想定されている。
- (16) 森川清「生活困窮者自立支援法は、生活困窮者を支援するのか」(賃金と社会保障15巻2013年7月下旬号)8頁や、ホームレス総合相談ネットワーク「生活困窮者自立支援法案に反対し廃案を求める意見書」(2013(平成25)年6月3日)。
- (17) 衆議院厚生労働委員会「生活困窮者自立支援法案に対する附帯決議」(2013年12月4日)、参議院厚生労働委員会「生活困窮者自立支援法案に対する附帯決議」(2013年11月12日)
- (18) 湯浅誠『反貧困—「すべり台社会」からの脱出』(岩波新書、2008年)162-163頁。
- (19) 社会福祉協議会政策委員会「新たな福祉課題・生活課題への対応と社会福祉法人の役割に関する検討委員会報告書」(2012年10月29日)
- (20) バーバラ・エーレンライク著、曾田和子訳『ニッケル・アンド・ダイヤモンド—アメリカ流社会の現実』(東洋経済新報社、2006年)285頁。アメリカのワーキング・プアの状況が日本で知られるきっかけとなった本である。

X 保健・医療・福祉制度の変容

1 利用者負担増

1973（昭和 48）年は「福祉元年」と呼ばれる。1954（昭和 29）年 12 月から 1973（昭和 48）年 11 月までの約 19 年間にわたる高度経済成長の後押しを受けながら、社会保障制度の大幅な拡充と給付内容の改善が行われた年である。具体的には、70 歳以上の高齢者の老人医療費が無料となったこと（老人医療費無料化）、健康保険の被扶養者の給付率が従来の 5 割から 7 割に引き上げられたこと、医療費の自己負担分が一定限度を超えて高額になった場合に高額部分を払い戻す制度である高額療養費制度が導入されたこと、年金の給付水準の大幅な引き上げと賃金スライド制と物価スライド制が導入されたことなどである。しかし、その後は、日本経済が低成長期あるいは不況期に入ることになった。これと歩調を合わせるかのように、日本では少子高齢化が急速に進みはじめ、社会保障財政は年々悪の一途をたどることになった。

これを受けて 1980（昭和 55）年代にはいると、社会保障制度は、これまでの拡充路線から「負担増、給付減」という形での見直し路線へと大変革を迫られることになる。その最初ともいべき改革は、1982（昭和 57）年制定の老人保健法であったろう。老人保健法は、老人医療費の抑制を図るべく、これまでの 70 歳以上高齢者の医療費無料化を廃止し、一部負担金として、外来各月 400 円、入院は 2 ヶ月を限度に 1 日 300 円を課すことになった。このときの一部負担金は、無料だと気軽に病院に行くという高齢者の心理を、有料ならば受診を控えようかという気持ちに変えるための「受診抑制策」としての性格をもつものであった。しかし、この金額では抑制の効果がほとんどでなかったために、その後、外来の一部負担金は、400 円→800 円→1200 円→2000 円と増額され、入院も、1 日 300 円（2 ヶ月限度）→500 円（以後、限度なし）→710 円→1000 円→1200 円と増額されていった。2001（平成 13）年 4 月 1 日、改正老人保健法が施行され、75 歳以上の高齢者の自己負担額は 1 割となった。この時点では、一部負担金は、受診抑制策というより、11 兆円にも及ぶ老人医療費の財源に対する高齢者自身の寄与という性格を帯びるようになった。もともと、老人保健法は、高齢患者の負担増だけでなく、従来の医療制度を見直すための「質的」改革も含まれていた。ひとつは、老人医療費を、国、都道府県、市町村、各医療保険者（共済・政管健保・国保等）が公平に負担するために、高齢者が多く加入している国保にそれぞれ拠出するようにしたことである。これまでの保険料は、自己の所属する保険団体に自己の保険事故（疾病）に備えて拠出するという明確な位置づけ（帰属保険者集団内での相互扶助）を与えられていたが、老人保健法の仕組みは、自己の保険料が他の保険団体の高齢者医療費に回されるという新しい事態を生じさせた。そこで、この場合の保険料を他の保険者の被保険者を救済するという趣旨で「連帯保険料」と呼ぶ場合もあ

る。もうひとつは、疾病構造の変化により、生活習慣病（高血圧、肥満、糖尿病等）の予防のために、40歳からを対象とした保健事業を創設したことである。これによって、予防・治療・リハビリテーションの一貫した医療体制の確立が目指されることになった。

その後も老人医療費の高騰は続き、ついに、2008（平成20）年4月からは、老人保健法が改正され、「高齢者の医療の確保に関する法律」（高齢者医療確保法）が施行されることになった。高齢者医療確保法のもとでは、65歳以上75歳未満の前期高齢者は、3割の一部自己負担、70歳から74歳までの高齢者は2割の自己負担（現役並みの所得がある高齢者は3割）、75歳以上の後期高齢者は1割自己負担（現役並みの所得がある高齢者は3割）というように高齢者の自己負担も拡大していく。健康保険法も改正ごとに保険者の保険料と一部自己負担が引き上げられていった。1984（昭和59）年改正では、それまでは無料であった被保険者本人に1割の自己負担が導入された。1994（平成6）年改正では、入院時の食事代が一定額以上は患者自己負担とされた。1997（平成9）年改正では、被保険者本人負担額は2割、2002（平成14）年にはそれが3割に引き上げられた。2006（平成18）年の医療制度改革によって、2008（平成20）年4月1日を期して、これまでの政管健保は、その運営をこれまでの国から全国健康保険協会という特別の法律によって設立される法人（公法人）に移されることになり（「協会けんぽ」）、医療費財源は都道府県ごとに設けられた支部が1年単位で決定することとされた。こうして都道府県ごとに医療費の高低を反映させた保険料が設定される仕組みとされたため、都道府県で保険料率に格差がみられることになった（たとえば、2012（平成24）年度の保険料率は、長野県では9.85%に対して佐賀県では10.16%）。協会けんぽに加入しているのは中小零細企業であり、もともと組織としての財政基盤が弱い上に不景気で経営状況が悪化したために、保険料率はほぼ毎年のように上がっていき、発足時の8.2%から2012（平成24）年には、平均で10.0%まで上昇している。健保組合の2012（平成24）年度保険料率8.3%と比してその格差は拡大する傾向にある。そのため、協会けんぽ側は現行の国庫補助割合を現行の16.4%から20.0%に引き上げるよう国に要望している。

介護保険法も2000（平成12）年の施行期には、介護保険料が平均して3000円程度だったものが、3年おきの改定ごとに高くなり続け、現在では5000円近くになっている。2005（平成17）年の改正では、介護保険施設では、4人程度の相部屋であっても部屋代を徴収することとし、また食事代も自己負担させることになった。

医療と介護保険の分野だけでなく、障害者福祉の分野においても負担増という動きは一貫して続いてきている。しかし、こうした負担増は、「足りないから国民に負担を増やしてもらおう」という意味で、その負担が公平であるかどうか、負担額が過重すぎないかという議論は残されるものの、給付と負担の場バランスを取るという意味では分かりやすいものといえる。これらは、制度の「変容」という表現よりも、高齢化による財源確保のための「変化」と呼ぶべきものであろう。しかし、特別養護老人ホームの入所者を要介護中重度者に限定することにしたり、病院での入院期間を短くして、あとは地域における在宅ケ

ア（地域包括ケアシステム）に期待するというような動きや、稼働能力を有する生活保護受給者には就労に向けて自立してもらおうという自立支援の考え方、あるいは、要支援者に対する介護予防給付のうち通所介護と訪問介護を市町村の地域支援事業に移行させるという地方分権の更なる推進といった近年の展開は、単なる財政的対策ではなく、保健・医療・福祉サービスのあり方あるいは質に対する基本的考え方の転換をともなっているように思われる。このような現象を本論では「変容」という言葉で表している。医療における混合診療の解禁の動きもこれに属するものであろう。

2 病院・施設から在宅へ、自立支援、地方分権

（1）病院・施設から在宅へ

「社会保障・税の一体改革大綱」（2012（平成24）年2月17日閣議決定）では、医療サービス提供体制の制度改革の方向性として、①病院・病床機能の分化・強化、②在宅医療の推進、③医師確保対策があげられており、あわせて地域包括ケアシステムの構築が掲げられている。2012（平成24）年8月22日、「社会保障制度改革推進法」（法64号）が制定され、それに基づいて、社会保障制度改革国民会議が設置され、その報告書が2013（平成25）年8月6日に出されている。その報告書には以下のような文章がある。

「『医療から介護へ』、『病院・施設から地域・在宅へ』という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に進められるべきものである。」

ここでは、病院の機能分化をすすめることで、医療は、急性期のしかも短期間の治療に重点をおくこととし、早期退院の後には、できるだけ、介護保険の担当する在宅ケアへと移行させていくという方向が志向されている。別な言葉で言うと「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換を図るということである。その後、これからの社会保障制度改革の全体像とその進め方に関する基本法として、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年12月13日、法112号、いわゆる

「プログラム法」）が制定された。この法律では、第2条1項で、政府に対して「社会保障制度改革を推進するとともに、個人がその自助努力を喚起される仕組み……」を作ることができるように環境の整備等を行う努力義務を課しており、同2項では「住民相互の助け合いの重要性を認識し、……」とあり、全体にわたって自助・自立のための環境整備という視点が強調されている。第4条4項では、「政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化

の進展に対応して地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防・・・、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。）を構築することを通じ、・・・とあり、病院から在宅への移行をスムーズに行うために、地域包括ケアシステムの構築が必須の条件であることを規定している。介護保険制度改革については、「政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。」（5条1項）として、地域包括ケアシステムの構築に向けて、要支援者のための地域支援事業の見直し（同5条2項1号）と、要支援者への支援の見直し（同2号）を図ることが記されている。こうした政策を具体化した立法が「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（「医療・介護総合確保推進法」、平成26年6月25日、法83号）である。

医療・介護総合確保推進法の主な内容は以下のとおりである。

①地域における効率的かつ効果的な医療供給体制を確保するために、医療機関は都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県はその報告をもとに、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を描き、それを地域医療構想（ビジョン）として医療計画に盛り込むこと。

②都道府県の医療計画、介護保険事業計画に記載されている医療・介護の事業（たとえば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）を実施するために、消費税増収分を活用して新たに都道府県に基金を設置する。

③地域包括ケアシステムを構築するために、在宅医療と介護を連携させるとともに、現在全国一律に行われている予防給付のうち訪問介護と通所介護を市町村が実施する地域支援事業に移行させ、市町村の実情にあわせて、市町村で創意工夫しながら実施してもらうことにする。

④特別養護老人ホームについては、在宅での生活が困難な中重度（要介護3以上）の要介護者を入所させる施設へと機能変換する。

医療法で定められている病床区分は、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床（医療法7条）である。医療・介護総合確保推進法により、医療機関は都道府県知事に対する病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告させる制度が設けられたことにより、これまで第二次医療圏ごとに基準病床が決定されていた一般病床は、今後は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という区分ごとに病床数が定められ、医師や看護師の人員基準もこの4つの区分ごとに決められる可能性がある。そのねらいは、病床数の削減と在院日数の短縮を図ることにより医療費を削減し、短期間で退院させられた患者を地域包括ケアシステムで面倒をみて行こうとすることである。だが、病床の削減ばかりが先行して、その受け皿となる地域包括ケアシステムのほうはいまだにその整備は遅々として進んでいない現状である⁽¹⁾。病床規制と入院期間短縮により、病院か

ら地域へと強引に移行させられた患者が、もし在宅で十分なケアが受けられないとすれば、病床規制と入院期間短縮に対する批判が再燃することになるだろう。とくに、在宅医療を担う医師の確保を含めて医療との連携が実現するかどうか地域包括ケアシステム成功の鍵となるであろう。

(2) 自立支援

最近の社会保障制度改革のキーワードのひとつは「自立支援」という言葉である。たとえば、生活保護法の第1条は「最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。」と規定しているほか、介護保険法が「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、…」(第1条)介護サービスを提供するとか、あるいは障害者総合支援法が、市町村は、「障害者が自ら選択した場所に居住し、又は障害者若しくは障害児が自立した日常生活を営むことができるよう、…」必要な自立支援給付を総合的かつ計画的に行うなどと規定している。

自立とはどのような状態を言うのか、あるいは自立に向けてどのような支援が必要かという議論については、自立概念をめぐるいくつかの視点というレベルの違いによる分類がなされている。たとえば、社会保障審議会福祉部会「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」報告書(2004(平成16)年12月15日)では、自立支援の内容として、安定的な就労を得てできれば自己の収入だけで生活を維持できるようにするための「就労自立支援」のみならず、就労が困難な者あるいは就労が不可能な被保護者であっても、できる限りその有する能力に応じて、自分で自分の健康・生活管理を行うとか、身の回りのことは自分でできるようになるとかなどのように、日常生活において自立した生活を送るための「日常生活自立支援」、あるいは、日常生活は独力でできるとしても、社会的なつながりがなく、引きこもり状態を続けているのであれば、とても「健康で文化的な生活」とはいえないので、近所付き合いとか社会的参加を回復・維持するなど社会生活におけるつながりを支援するための「社会生活自立支援」の3つが提示されている。また、要保障者のニーズや自立支援のやり方からの分析も可能であろう。まず、最低生活を営むことができない者に対する生活保護給付や失業中の生活保障である雇用保険給付などの金銭的給付による自立支援があげられる。そのほか、疾病によって生活能力・労働能力の一時的な喪失を回復させるための医療給付、障害者・要介護高齢者がその有する能力に応じて自立した生活を送れるように支援するための福祉・介護サービス給付などである⁽²⁾。

自立支援が主張されるようになった背景には、社会的包摂(social inclusion)の考え方がある。社会的包摂とは、国民一人一人を社会の構成員として取り込むことをいう。これまでのように貧困者に対しては生活保護という金銭給付だけを与えておけばよいという考え方ではなく、生活保護受給者のうち稼働能力のある者は、職業訓練等のサービスを提供することによって労働市場に復帰してもらおうとか、稼働能力がない高齢の生活保護受給者の場

合には、社会から孤立しないように、地域での活動やボランティア等で社会参加できるように支援していくことが大事であるという思想である。たとえば、厚生労働省社会・援護局「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉の在り方に関する検討会」報告書（2000（平成12）年12月8日）では、従来の社会福祉は主たる対象を「貧困」としてきたが、現代社会においては、心身の障害・不安（社会的ストレス、アルコール依存等）、社会的排除や摩擦（路上死、外国人の排除等）、社会的孤立や孤独（孤独死、自殺、虐待等）といった問題が重複しており、「全ての人々を孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合う（ソーシャル・インクルージョン）のための社会福祉を模索する必要がある。…（そのためには）、金銭やサービスの供給だけでなく、情報提供、問題の発見把握、相談体制を重視し、社会的なつながりを確立していく必要がある。」と述べられている。社会保障審議会福祉部会「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」報告書（2004（平成16）年12月15日）では、生活保護制度のあり方を、「最低生活保障を行うだけでなく、生活困窮者の自立・就労を支援する観点から見直すこと、つまり、被保護世帯が安定した生活を再建し、地域社会への参加や労働市場への『再挑戦』を可能とするための『バネ』としての働きを持たせることが特に重要である…」という視点から検討を加えている。また、「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉の在り方に関する検討会」報告書は、生活保護受給者および生活困窮者の自立支援を「地域づくり」の視点から捉えていることも特徴的である。「生活困窮者が孤立化し、自分に価値を見出せないでいる限り、主体的な参加へ向かうことは難しい。一人一人が社会とのつながりを強め周囲から承認されているという実感を得ることができることは、自立に向けて足を踏み出すための条件である。新たな生活支援体系は、地域社会の住民をはじめとする様々な人々と資源を束ね、孤立している人々が地域の一員として尊ばれ、多様なつながりを再生・創造できることを目指す。そのつながりこそ人々の主体的な参加を可能にし、その基盤となる。」という文章は、地域とのつながりの再生が生活保護受給者・生活困窮者に対する自立支援の基本的視点であることを明示したものである。こうした、「社会的包摂」思想を、社会保障給付のなかに取り込んでくること自体（これも一種の「変容」であろうか）についてはもちろん是認できよう。

問題は、就労支援が半ば強制的に行われたり、不安定な非正規雇用であっても何が何でも就労してもらうようなやり方で実施される場合とか、あるいは、最低生活を保障する最後のセーフティネットたる生活保護給付が就労への取り組み状況によって影響を受けるような事態に立ち至ったときである。「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」報告書では、生活保護受給者のうち稼働能力を有する者が、自立支援に向けての積極的取り組みをせず、文書による指導・指示をしても「なお取組に全く改善が見られず、稼働能力の活用等、保護の要件を満たしていないと判断される場合等については、保護の変更、停止又は廃止も考慮する。」とされている。ここでは、社会保障給付たる生活保護給付の受給が、就労自立に向けての取り組み姿勢と絡めて考えられている点で、大きな「変容」とよべる現象であろう。

就労自立支援においては、受給者の生活環境、身体的・精神的状況、家族関係、地域とのかかわり、職業に対する希望等、個々の受給者の状態に応じた就労自立支援プログラムが作成され、途中で受給者の意向を聞いて修正・変更がなされ、無理のない形と手順で、就労へと向かわせるような根気強い取り組みがなされなくてはならないのであり、いやしくも受給者の意思を無視したような就労支援は慎まなくてはならない。また、低賃金でもとにかく就労させるというようなやり方では、結局、生活が安定せず、再び生活保護受給へと舞い戻ってくるという結果にならざるをえない。アメリカ合衆国では、1987年、就労支援計画の効果についての4つの報告書が提出されている。この4つの報告書は、共通して、母子家庭の母親が就労自立支援プログラム計画に参加して、就労に至った場合であっても、低賃金労働に従事していること、そのため上質の保育所を利用することができないこと、大部分が健康保険のない職場で就労しており、病気になった場合は医療費が支払えないことなど、最終的には安定した経済的自立に至っていないと述べている⁽³⁾。生活保護受給者の就労自立支援は、医療サービス、保育所などの福祉サービスの充実、仕事の機会の創設、最低賃金の上昇といった幅広い福祉政策との抱き合わせのなかで実施されなくては効果があがらないことも報告されている。

(3) 地方分権

〔地域密着型サービス〕

地方分権については、介護保険法がその先端を走っているといわれている。介護保険における地方分権は、都道府県というより市町村に実施主体としての裁量権を与える方向で推移してきた。まず、介護保険法の2005（平成17）年改正で、市町村の判断で設置・運営できる「地域密着型サービス」が設けられたことをあげなくてはならない。社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2004（平成16）年7月30日）では、「地方分権の推進—市町村の『保険者機能』の強化」という項目が設けられ、「今後市町村が保険者としてより主体性を発揮した運営を行っていくためには、サービスの量や質について保険者としての関与を強めていくことが必要である。サービス体系についても、地域の独自性や創意工夫が生かせるような方向で見直しを進め、財政面だけでなくサービス面も含めた地方分権の徹底を図っていくことが重要となる。」と述べられている。これを受けて具体的方策として「地域密着型サービスの創設」が提言されている。現行制度の介護サービスは全国共通のサービスとして位置づけられているので、基準や報酬が画一的となっており、地域の特性に即したものになっていないという批判があった。そこで地域の特性に応じて、多様で柔軟な形態のサービス提供が可能となるようなサービス体系として登場したのが「地域密着型サービス」である。地域密着型サービスは、その利用が市町村圏域内にとどまるような小規模のサービスであり、市町村長が事業者の指定・指導監督を行うとともに、介護保険事業計画に定めたサービス整備量を超える場合には市町村

長はその指定を拒否できる権限を持つものとされた。また、サービスに関する基準や報酬の決定についても、定型的ではなく、地域の特性に十分配慮した対応を行うものとされている。この提言を受けて、2005（平成17）年の介護保険法改正で「地域密着型サービス」が新たに創設されることになった。地域密着型サービスとしては、小規模多機能居宅介護（通いを中心としながらも、短期間の宿泊も可能とする施設）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型介護老人福祉施設（定員30人未満の特別養護老人ホーム）を含めて9種類のサービスがある。いずれも、市町村長が指定し、原則としてその市町村の住民のみが利用できることになっている。また、地域の実情に応じた指定基準、介護報酬が決定できるようになっている。

しかし、地域密着型サービスについては、市町村ごとの整備格差や種類別の極端な格差が指摘されている。2009（平成21）年4月1日現在での調査ではあるが、夜間対応型訪問介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型老人福祉施設については、未設置の市町村が50%程度あり、特に町村部をにあってはほとんど設置が進んでいない実状が報告されている。種類ごとでは、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の設置率が一番高く、逆に夜間対応型訪問介護は未実施の市町村が95.2%あり、ほとんど実施されていない状況にある⁽⁴⁾。その原因として、地域密着型サービスの種類によっては介護報酬が低いものがあり、収益の上がらないものには事業者が参入してこないという経営上の事情もあるようである。

〔サービス基準の条例化〕

次の地方分権推進の動きは「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（第1次一括法、2011（平成23）年法37号）による2011（平成23）年介護保険法の改正であろう。これまでは施設サービスも在宅サービスも、人員基準及び設備・運営基準、利用定員・入所定員に関する基準については厚生労働省令で定められていた。それを都道府県条例（地域密着型については市町村条例）で定めることにしたのである。ただし、極端に低いサービス基準が条例で設定されるようなことがないように、それぞれの項目ごとに厚生労働省令との関係で、「従うべき基準」、「標準」、「参酌」の3つの基準が適用されることになった。「従うべき基準」とは条例の内容を直接に拘束するもの、「標準」とはよるべき基準であり、合理的理由がある範囲内で異なる内容の条例が可能なもの、「参酌」とは異なる内容の条例が可能なものである。たとえば、在宅サービスについては、従業者の員数、居室・病室の床面積、適切な処遇・安全の確保・秘密の保持については「従うべき基準」、利用定員については「標準」（小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護事業の利用定員は「従うべき基準」）、その他の事項については「参酌」基準とされた（74条1項・2項・3項、78条の4第1項・2項・3項など）。指定介護老人福祉施設については、従業者の員数、居室・病室の床面積、適切な処遇・安全の確保・秘密の保持については「従うべき基準」とされ、その他の事項は「参酌」基準となっている（88条3項）。入所

定員については、特別養護老人ホームは「従うべき基準」、養護老人ホームは「標準」と改正された（老福法 17 条 2 項）。

市町村の実情に応じて、地域に合った介護・福祉サービスが提供できるように、サービス基準を条例化したのであろうが、条例の定め方しだいでは不安材料もある。例えば、福祉事務所に配置される「現業を行う所員」（ケースワーカー）の数は、社会福祉事業法（昭和 26 年、法 45 号）では、福祉事務所の「所員の定数は、条例で定める。但し、現業を行う所員の数は、各事務所につき、それぞれ左の各号に掲げる数以上でなければならない。…二 市の設置する事務所にあつては、被保護世帯の数が二百四十以下であるときは、三とし、被保護世帯が八十を増すごとに、これに一を加えた数…」（社会福祉事業法 15 条）と規定されていた。つまり法律で一定数以上のケースワーカーの配置が義務付けられていたのである。しかし、現行の社会福祉法では、「所員の定数は、条例で定める。ただし、現業を行う所員の数は、各事務所につき、それぞれ次の各号に掲げる数を標準として定めるものとする。」（社会福祉法 16 条）となったために、福祉事務所設置自治体の職員数や財政事情によって、ケースワーカーの配置数が減らされたところが多く、それまで 80 ケースに 1 人の割合で配置されていたケースワーカーが、1 人で 120 ケース以上を担当しなければならなくなっている自治体がある。ケースワーカーからは、過大な負担と蓄積する疲労に対する不満や、時間が足りずに十分なケースワークができないという不安の声が上がってきている。条例による介護・福祉サービスの基準の設定しだいで同様の事態が起きてこないか、危惧されるころであろう。

〔地域支援事業〕

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法、2014（平成 26）年 6 月、法 64 号）は、「効率的かつ質の高い医療供給体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、…」、介護保険法を含む 19 の関係法律を改正することを目的とした法律である。地方分権に関しては、これまで要支援者に対して全国一律で行われていた予防給付のうち、訪問介護と通所介護の 2 つを分離させて、2017（平成 29）年度までに市町村が実施する地域支援事業に段階的に移行させることが一番の大きな改革であろう。これにより、市町村の実情にあわせた多様なサービスの提供ができるようにしたいとの趣旨である。社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010（平成 22）年 11 月 30 日）では、「単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。」という提言を受けて、介護保険サービスに加えて、配食、見守り、ゴミ出し、洗濯物の取り入れなどといった日常生活支援サービスを組み合わせる新しい「介護予防・日常生活支援総合事

業」(新しい総合事業)がスタートすることになった。日常生活支援サービスは、社会福祉法人、NPO、民間企業、協同組合、ボランティアなどの地域の多様な主体を活用して実施されることになる。そこには、高齢者が、サービスの受け手ではなく、これからはボランティアとして日常生活支援サービスの提供者なることへの期待もこめられている。それは、これまでの介護予防サービスが、高齢者の心身機能の維持・改善という機能維持・回復訓練を中心としてきたことに対する反省として、高齢者が自ら生きがいをもって地域でそれぞれの役割を果たせるように、「地域活動への参加」という視点を導入しようとした試みである。高齢者が、地域で社会参加や社会的役割を果たすことで、生きがいを持つことができ、それが介護予防につながるという考え方である。生活支援サービスには、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除などの家事支援等が考えられるし、高齢者の社会参加としては、一般就労、起業、趣味活動、健康づくり活動、地域活動、ボランティア活動などがある。こうした多様な生活支援サービスが効果的に受けられるように、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やネットワーク化などの業務を担当する「生活支援サービスコーディネーター」が新たに配置される予定になっている⁽⁵⁾。

また、新しい総合事業の実施に当たっては、サービスの内容、人員配置基準、職員の資格、利用料、事業所に支払われる報酬単価等についても、市町村の裁量で決定できるとされ、これによって市町村への権限移譲がまた一步進められることになった。たとえば、市町村が、新しい総合事業を事業者へ委託した場合の費用の単価については、サービスの内容に応じて市町村が設定することになる。

予防給付のうち訪問介護と通所介護を市町村の行う地域支援事業に移行させ、日常生活支援サービスと組み合わせた新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」(新しい総合事業)に再編成した目的は、市町村が地域の実情に応じて、住民の多様な主体による柔軟な取り組みが実現することで、効果的かつ効率的な介護予防サービスの提供ができるようになるということにある。確かに、都市部と山村部では提供される介護予防サービスの量と提供の仕方については同様でないことは理解できる。しかし、介護保険財政の窮迫に苦しんでいる市町村の実情を住民はみんな知っているので、「地域の実情にあわせて」という用語は、財政の厳しい市町村は財政事情に応じたサービスの提供であってよいというように聞こえるのではないかと思われる。新しい総合事業の内容、人員配置基準、配置される職員の資格、利用者が支払う利用料、この事業を実施する事業所に支払われる報酬単価等がすべて市町村の判断で決められるとなると、そこにも、市町村の財政の影響が出てくるのではないかという不安はもっともなことであろう⁽⁶⁾。市町村による地域格差は、2005(平成17)年の介護保険法改正で導入された地域密着型サービスにおいてもすでに指摘されてきたことであった。一定の財源確保、人員配置や報酬単価、それにより確保される一定水準のサービスが保障されたうえで、それより高水準のより充実した内容のサービスを提供しようとすることは、それは市町村の介護サービス行政に対する考え方や姿勢の差で

あって是認されうることである。しかし、市町村の取り組み方によっては、一定水準のサービスさえ確保できなくなるような事態は避けなくてはならない。地域支援事業の内容、サービス水準に極端な格差が出ることはないように、ナショナル・ミニマムとしての財源確保と設備・人員基準設定については、国が当然にして責任をもってなさねばならないことであろう。

さらに、生活困窮者自立支援法の就労自立給付金を除くすべての事業、および、生活保護法の被保護者就労支援事業は、社会福祉協議会、NPO 法人、社会福祉法人等への委託が可能になっている。市町村への権限移譲はさらに進んで、民間団体にその実施を任せようとするところまで来ている。生活困窮者自立支援事業を民間に委託すれば、委託された民間団体の規模や人的資源、力量によって、サービスの量と質について、それ以上の格差が出るのが懸念されている。ここでも、一定水準のサービスの確保のための方策が国と地方公共団体に求められている。

(石橋敏郎：熊本県立大学総合管理学部教授)

- (1) たとえば、定期巡回・随時対応型訪問介護の事業者数は、2014（平成 26）年 7 月末現在で全国に約 510 ヶ所しかなく、それも大都市に偏って開設されており、青森、宮城、栃木、徳島県では実施事業者は 0 であるとの報告がなされている。坂口昌宏「介護保険における地方分権と市町村の役割」石橋敏郎他「介護保険制度の新たな展開（下）」アドミニストレーション第 21 巻第 2 号（2015（平成 27）年 3 月）36 頁。
- (2) 菊池馨実「自立支援と社会保障」菊池馨実編著『自立支援と社会保障—主体性を尊重する福祉、医療、所得保障を求めて』（日本加除出版、2008（平成 20）年 5 月）358-360 頁
- (3) 石橋敏郎「アメリカにおける公的扶助制度の最近の動向について—公的扶助受給者に対する就労奨励政策の展開」社会保障法第 6 号（1991 年 5 月）137 頁。
- (4) 畠山輝夫「改正介護保険制度移行後の介護保険サービスの実態に関する調査」日本大学文理学部地理学科「介護保険制度化における地域福祉の検証プロジェクト」（2010 年 3 月）4 頁。<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/resources/6916fc04-df19-42ee-8bce-c4dd176025dc/all.pdf>
- (5) 石橋敏郎「介護保険制度改革における 2014 年改正の意味」石橋敏郎ほか著「介護保険制度の新たな展開—2014 年改正を中心として（上）（下）」（下）第 IX 章、アドミニストレーション第 21 巻第 1 号（2014 年 11 月、第 2 号、2015 年 3 月）、44 頁以下。
- (6) 日本弁護士連合会「『地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案』における介護保険体制に関する意見書」（2014（平成 26）年 4 月 11 日）では、要支援者に対する訪問介護・通所介護の地域支援事業への移行は「提供するサービス内容や価格は市町村の裁量で決めるとされており、市町村間の格差が生まれることが懸念される。市町村事業は、市町村の財政状況や介護のための人員の確保の困

難性などの基盤整備の状況から、地域差が生じる可能性が懸念される。」とある。賃金と社会保障 No. 1611 (2014年6月上旬号) 45頁。

XI おわりに

「変容」という言葉を国語辞典で引くと、「姿・形を変えること」とある。この意味でとらえるならば、社会保障制度の「変容」というときには、社会保障の財源が足りないので、医療保険であれば、健康保険本人の自己負担金が1割から3割に引き上げられたとか、介護保険料が当初の3000円台から現在では5000円近くになるうとしているというような負担増現象を指してそう呼んでいるとは思えない。こうした現象に対しては、消費税を5%から8%に、最終的には10%に引き上げて、社会保障財源に充てるというような財政政策で対応できる問題であるからである（もちろん、何%がいいのか、どの分野にどれだけ充当するのかの問題はある）。そうではなくて、「変容」は、社会保障制度のこれまでの基本的な考え方や理念、仕組み、給付の性質等が大きく変わったときに使われる言葉であろう。

たとえば、2016（平成28）年4月1日から実施される患者申出療養制度は、困難な病気と闘う患者からの申出を起点として、国内未承認医薬品等の使用や国内承認済みの医薬品等の適応外使用などを迅速に保険外併用療養として使用できる仕組みを創設することであり、これによって患者の治療の選択肢を拡大することを目的としている。この制度は、患者からの申出を受けて臨床研究中核病院が安全性・有効性のエビデンスをつけて実施計画を作成し、その計画の内容を国が審査し、安全性・有効性を審査したうえで実施されるものである。厚労省は、国において安全性・有効性等を確認するし、これまでの保険外併用療養費制度の中に位置づけるものであるため、いわゆる「混合診療」を無制限に解禁するものではなく、国民皆保険の堅持を前提とするものであると説明している。これまで、歯科治療で金合金の使用を患者が選択したときは、保険診療部分については「療養の給付」として認め、それ以外を自己負担とするとか（厚生省保健局長通知）、厚生労働大臣が定める「選定療養」や「評価療養」を受けた場合には、保険診療との併用を認め保険外併用療養費を支給するという形で、国の一定の管理下のもとでごく一部の医療行為に限定して混合診療が認められてきた。しかし、今回の患者申出療養制度は、患者の意思（自己決定）を最優先項目とし、これを最大限尊重することで、審査期間を大幅に短縮し、しかも実施医療機関を限定しないというやり方をとっている点で、これまでの保険外併用療養費制度とはかなり違った性質のものとは見なくてはならない。混合診療を認める根拠は、患者がたとえ高額な自己負担であっても、最新医療や新薬による治療を受けたいというのであれば、患者の意思を尊重し、それが可能になるように、患者自らが医療を自由に選択できる環境づくりを進めるべきであるということにある。そこには、患者と医療機関との間の契約によって保険外医療を認めようという方向性がみうけられる。

社会保障給付については、国が国の責任において、要保障者に対して生存権（憲法 25 条）に基づく生活保障給付として支給するものであるという理解が一般的であった。ところが、最近、社会保障給付を提供者と受給者との間の「契約」概念でとらえようとする動きがみられるようになってきた。これまで、「契約」が介入する余地がないと思われてきた生活保護の分野でさえも、たとえば、アメリカ合衆国では、すでに 1980 年代から、母子家庭に対する扶助（AFDC）に「契約」概念がもちこまれようとしていた。すなわち、稼働能力を有する生活保護受給者には、行政機関が提供する就労自立支援プログラムに参加して、自立に向けて努力する義務が、他方、行政機関には、受給者が自立できるような機会を提供する義務と生活保護給付を支給する義務とが課せられるというように、双方に義務を課すところの「契約」が当事者間に締結されたと考えるのである。したがって、受給者が就労に向けての努力を怠った場合は、その反対給付としての生活保護給付は停止ないし廃止されるということになる。「契約」という言葉は使われてはいないが、社会保障審議会福祉部会「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」報告書（2004（平成 16）年 12 月 15 日）でも、同様の内容のことが書かれている。

「契約」概念導入の理由については、給付の内容・性質に応じて異なってくる。たとえば、患者申出療養制度の場合は、国内未使用医薬品であってもそれによる治療を受けたいという患者の意思（自己決定）を尊重しようということであったり、あるいは、医療費が高騰しているのだから、所得の高い者が自己負担で高額な医療を受けてもらえればそれだけ財源に寄与できるという考えもあるかもしれない。生活保護制度の場合は、稼働能力のある者は「能力に応じて勤労に励み、…生活の維持、向上に努めなければならない。」（生活保護法 60 条）義務があるのだから、受給者が勤労の義務を果たすべく努力することを条件に生活保護給付を支給すべきであるとか、そういった理由になるかもしれない。そうすると、日本でも、アメリカのように、社会保障給付の支給に関して、受給者にも一定の義務を課すような「契約」概念が登場してくることが予想される。社会保障のなかに「自律」や「選択」といった要素を重要な規範として持ち込んで、社会保障を受給者が生き方を自由に選択できるための条件整備として理解していこうとする学説は、一面ではこのような「契約」概念の余地を残したものと理解すべきであろうか。

市町村への権限移譲を中核とする地方分権については、最新の改革では、2014（平成 26）年介護保険法改正により、保険給付として行われていた要支援者に対する訪問介護と通所介護事業を、市町村が運営する地域支援事業へと移行させるとともに、これに見守り、配食、買い物支援などの日常生活支援サービスを組み合わせた新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）に再編成したことであろう。移行の理由は、要支援者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じて、住民の多様な主体による柔軟な取り組みにより、効果的かつ効率的にサービスの提供ができるようにすることである。介護保険法が制定された当初も、市町村が介護保険の実施主体（保険者）とされた理由が「市町村が地域の実情に応じて…」取り組めるからだということであった。そのた

め、市町村が独自に取り組める市町村特別給付の規定が盛り込まれ（62条）、その例として、おむつ支給、移送サービス、寝具乾燥サービス、配食サービス、訪問理容美容サービスなどがあげられていた。しかし、実際にはおむつ支給が大半であり、それらを含めて市町村特別給付を実施している市町村は、厚生労働省の調査では、2011（平成23）年度ではわずか135保険者（8.5%）であり、保険給付費全体に占める割合は0.02%（2012（平成24）年度）にすぎないことがわかっている。しかも、この比率は、介護保険制度実施直後の2001（平成13）年度からほとんど変わっていない。介護保険財源の苦しい市町村にとってはそれどころではないのである。これと同じように、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」がどこまで「地域の実情に応じた」事業を展開できるのか、やはり期待と不安とが同時によぎる。確かに、今回の新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」は、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の地域の全資源を巻き込んで実施される事業であるので、その点では、地域の実情を反映したものになりやすいのかもしれない。しかし、他方で、ボランティアをはじめとして、その担い手不足は慢性的に続いているし、サービスによっては一定の資格保有者が従事しなければならない場合もあるから、その有資格者の確保も困難なのではないという声も聞かれる。ましてや、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」には、将来約5~6%程度と予想される給付見込み額の伸びを、約3~4%程度に抑えるという枠がはめられている以上、設備や人員の縮減は避けられないのではないか、そうなれば、それによるサービスの質の低下という事態も起こるのではないかという不安がつきまとう。「地域の実情に合わせて…」とは、それなりの質の低いサービスがその地域の住民に提供されることを許容する用語であってはならない。地域間格差も程度問題ではあるが、ある一定限度を超えたような格差は介護保険法の趣旨に反するものとなろう。

最近の社会保障制度の「変容」は、そのすべてが、背景に社会保障財源の窮乏化があることは間違いない。したがって、低所得者に配慮した形での国民への負担増の要請については、その程度の問題こそあれ、多くの国民もそれは引き受けざるをえないという意識は持っているのではないか。しかし、所得の多寡に応じた医療・介護サービスの提供がなされるようになるのか、住んでいる地域によってサービスに格差がみられるということについては、国民は簡単に納得するわけにはいかないであろう。社会保障制度を取り巻く経済的・社会的・文化的環境が大きく変わってきた現在、社会保障制度が「変容」をとげながら、現代社会に適応してきた事実は認めなくてはならないし、従来のような機械的・画一的なやり方では適応できないこともだれしも理解できる。ただ、「変容」の内容が問題である。国民は、いつでも、どこでも、だれでも、高い水準の保健・医療・福祉サービスが受けられるというこれまでの「国民皆保険」の理念を維持した上での「変容」かどうか、われわれは、これからも絶えず慎重に見極めていく必要がある。

（石橋敏郎：熊本県立大学総合管理学部教授）