

高齢者・障害者・生活困窮者を地域で支える仕組みの進展

石橋敏郎、紫牟田佳子、角森輝美、堀江知加
山田綾子、荒木純子

- I はじめに
- II 社会福祉法人制度改革(石橋敏郎)
- III 医療扶助制度の改革(紫牟田佳子)
- IV 精神障害者の地域生活を支える仕組み(角森輝美)
- V 生活困窮者を地域で支える仕組み(堀江知加)
- VI 地域包括ケアシステムと医療(山田綾子)
- VII 利用しやすい権利擁護システムに向けてのその後の改革(荒木純子)
- VIII おわりに

I はじめに

厚生労働省の人口動態統計によると、2018(平成 30)年の合計特殊出生率(女性一人が生涯にわたり生む子どもの推定人数)は、1.42 となり、3 年連続の減少であることが報道された(熊本日日新聞 2019(令和元)年 6 月 8 日)。他方で、総務省統計によれば、2018(平成 30)年 9 月 15 日現在の高齢化率は 28.1%と過去最高の数値を示している。少子高齢化が急速に進めば、当然、社会保障制度には大きな影響が及ぶ。医療・介護分野でも、高齢者数がピークに近づく 2040(令和 21)年度には、医療費として 66 兆 7000 億円(2018(平成 30)年度比で 1.4~1.7 ポイント増)、介護費 25 兆 8000 億円(同 1.4 ポイント増)が必要となるものと予測されている。当然にして、医療・介護分野においても、給付の削減や負担増は避けられまい。同時に、高齢者を病院や施設ではなく地域で支えることにより、医療費・介護費の抑制を図るという方策も着々と進められてきている。

医療・介護・福祉分野において、最近の共通したキーワードのひとつといえば、「地域」という言葉であろうか。これまでの「病院・施設完結型」の治療・ケアから、「地域完結型」へのそれへの動きはいまや共通理解となっている。別な言葉で言えば、これまでの「治す医療」から、「治す」だけでなく、地域という場で、その人の生活を「支える医療」への転換ということであろうか。これを具体的に実現する制度として、地域包括ケアシステムの構築が叫ばれている。地域包

包括ケアシステムとは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住みな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」⁽¹⁾のことである。これが、医療・介護・福祉サービスの必要な者への最終的受け皿となっている。そのため、ここ数年の医療・介護・福祉制度の改革は、そのほとんどが、この方向に沿って進められているといっていよい。ただ、地域生活への移行・支援はそんなに簡単なことではない。たとえば、障害者福祉関係では、厚生労働省は、当初は、2013(平成 25)年度末の施設入所者のうち、12%を 2017(平成 29)年度までには地域生活へと移行させるという目標を立てていたが、2015(平成 27)年度末ではわずか 3.3%しかこれが実現できておらず、2020(令和 2)年度末までに 9%以上を地域に移行させるというように目標値を変更している⁽²⁾。高齢者・障害者の多くが、病院や施設での生活よりも住み慣れた自宅での生活を望んでおり、その高齢者・障害者の意思(自己決定)を尊重して、できる限り住み慣れた地域で高齢者を支える仕組みをつくるという考え方そのものには異論はない。しかし、問題は、どのような仕組みをつくるのか、あるいはそのために人的にも物的にも資源が確保された十分な仕組みがつかれるかということであろう。また、判断能力の低下した高齢者・障害者に対しては、その意思決定を支援していく権利擁護制度の充実が欠かせない。さらに、終末期や看取りも含めて、高齢者を最後まで地域で支えるには、相当の財源と人材の確保が不可欠であるし、家族の意識改革のほか地域の人たちの協力が必要になってくる。社会保障財源が厳しいなか、あるいは介護・福祉の人材が極端に不足するなか、果たして十分な地域包括ケアシステムが構築できるのか、国民の大部分がいまだその不安をぬぐいきれないでいる。

もちろん、地域完結型に向けての新しい改革には、その成果がいかほどになるかは別にして、前向きに評価したいものもいくつもある。厚生労働省は、2019(令和元)年 5 月 27 日、「介護予防の在り方に関する有識者検討会」初会合を開き、高齢者が身近な施設で身体を動かしたり、交流したりする「通いの場」の普及策や効果について議論を始めたとの報道がなされている(熊本日日新聞 2019(令和元)年 5 月 28 日)。通いの場は、公民館など歩いて通える場所で、住民が体操をしたり、趣味を楽しんだりする取り組みで、市町村が実施主体となる。介護・福祉分野での人手不足にも、少しずつではあるが対策が取られ始めている。団塊の世代が 75 歳になる 2025(令和 7)年には介護職約 34 万人が不足するという予想が出ている。政府は、介護分野に外国人労働者の受け入れを拡大するため、新在留資格として「特定技能」枠を設け、2019(令和元)年 5 月 24 日、厚生労働省はフィリピン人 84 人がこれに合格したと発表した。しかし、外国人労働者だけでは到底足りず、介護の人手不足対策の一環として、働きやすい職場づくりや人材育成に力を入れる事業者を「優良事業者」として認証する制度を設けたが、2019(令和元)年 4 月時点で、導入している都道府県は 26 にとどまっていることがわかった。

本稿では、いまや社会保障制度に関する最大の国家的課題といっていよい「地域包括ケアシステムの構築」を中心的テーマにして、高齢者、障害者、生活困窮者という対象別の視点から、あるいは、それを支える仕組みとしての医療、介護、社会福祉法人、成年後見制度など横断的な視点から、多方面にわたって、最近の改革の現状と今後の課題について検討しようとするものである。総体としての地域包括ケアシステムには、こうしたさまざまな分野が密接に関連しており、その関連をどのように理解して調整・連携させていくのが重要である。あるいは多様な施設や多職

種の人材さらには地域住民も含めたところの連携と協力も不可欠であろう。それをどのようにして図っていくのか、その裏付けとなる財政的措置と人材確保は十分期待できるのか、地域包括ケアにはこうした困難な課題がいくつも残されており、その前途は決して容易なものではない。こうした課題をひとつひとつ解決し、これを克服するのはどうすればよいのか、それぞれの論者が別々の視点から知恵を出し合って、なんとか解決の糸口を見いだそうとするのが本稿の意図である。

II 社会福祉法人制度改革

1 社会福祉法人制度の創設

戦前の貧困者・母子・障害者等に対する救済事業には、国や地方公共団体による公設の施設や財団・社団法人設立の事業所によるものももちろんあったが、しかし、圧倒的に多かったのは個人による私的な事業あるいは任意団体による事業として行われていたものであった。しかし、個人的出資や企業からの寄付金に頼っていた個人事業所はその運営面で常に財政的不安を抱えていた。これに対して、わずかな金額ではあったが公的資金からの援助を可能にしたのが社会事業法(1938(昭和13)年)である⁽³⁾。しかし、民間の事業者では、十分な財政的支援を得られないことに加えて、サービスの内容や処遇過程において問題も多く、なかには社会福祉というよりも収益を目的とする事業を展開するなど社会的信用を損ねる事態も数多く起きていた。また、社会福祉事業に民法の公益法人たる社団法人・財団法人が携わる場合にも、法人運営が一人の理事の専断で行われていたり、同族が役員の大半を占める場合があったこと、監督機関である監事が任意設置となっていたことなど、その事業の民主的運営にも疑問がもたれていた⁽⁴⁾。社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」(1951(昭和26)年10月16日)でも、「民間社会事業に対しても、その自主性を重んじ、特性を活かすとともに、特別法人制度の確立」が勧告されていた。こうして、社会福祉サービスの担い手として、良質のサービスを安定的に供給できる仕組みとして新たな特別法人制度を創設する機運が高まっていた。当時の木村忠二郎政府委員は社会福祉法人創設の趣旨を、「社会福祉事業の純粋性と公共性を確保するため特別に設けられた公益法人で、…社会福祉事業を経営する団体の財政的基盤を強化し、…理事・監事・評議員会等の機関を強化し、収益事業に関する監督規定を設けるなどによって、社会事業の民主化と社会事業に対する対世間的信用というものを確保し、…また、『公の支配に属する』社会福祉法人に助成の途を開き、あわせて、各種税法を改正して免税の利益を考慮するなどによって、その健全な育成の策を講じたものであり、…全体として民間社会福祉事業団体の再建整備を目的とするもの」であると説明している⁽⁵⁾。

現在、社会福祉法人制度は、社会福祉事業に関する基本法である社会福祉事業法(1951(昭和26)年)およびその改正法である社会福祉法(2000(平成12)年)に規定されている。社会福祉法人は、学校法人・宗教法人と同様に旧民法34条に基づく公益法人から発展した特別法人であり、その基本的な性格としては、以下のようなものがあげられる。①公益性・非営利性。社会福祉法人は社会福祉事業を行なうことを目的とし(公益性)、残余財産は、個人の持分は認められず、社会福祉法人その他の社会福祉事業を行なう者に(最終的には国庫に)帰属すること(非営利性)。②公共性・純

粋性。社会福祉事業の経営主体は、本来、国や地方公共団体等の公的団体であるべきであること(公共性)、戦前の民間社会福祉事業は、財政的窮乏から、社会福祉事業よりも収益に向けた経営を行ない、社会的信用の失墜を招いたため、社会福祉法人は、なるべく社会福祉事業のみを経営すべきであるとされたこと(純粋性)。憲法 89 条との関係では、同条が「公金その他公の財産は、…公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない」と規定しているので、「公の支配」に属する社会福祉法人には、補助金等の助成の途を開き、同時に、行政による指導・監督等が行われるものとされた⁶⁾。

具体的には、事業を実施するために供された財産はその法人の所有となり、持分は認められないこと、事業からの収益は、社会福祉事業(又は一部の公益事業)に充当すること、資産保有(原則不動産の自己所有)、組織運営(親族利害関係人の要件等)のあり方に一定の要件があること、法令違反、定款違反、その他その運営が著しく適正を欠く場合には、所轄庁による措置命令、業務停止命令、役員解職勧告、解散命令等を受けること等、厳しい規制が課されている。その一方で、施設整備に関して一定額の補助があること、法人税・固定資産税・寄付税制等について非課税等の税制上の優遇措置が講じられている⁷⁾。また、優遇措置そのものではないが、第一種社会福祉事業の経営は、国、地方公共団体または社会福祉法人に限定されたことも独占的地位の付与という意味ではある種の優遇措置といえるであろう。第一種社会福祉事業とは、利用者への影響が特に大きい事業で、事業の継続性・安定性を確保する必要性が特に高く、もし適正運営を欠いた場合は、利用者の人権擁護の観点から問題が多いとして、確実公正な運営確保が必要であるとされる事業である。児童養護施設、特別養護老人ホーム、障害者支援施設等の主として入所サービス施設がこれに属している。これに対して、第二種社会福祉事業は、事業の実施に弊害のおそれと比較的少なく、公的規制を最小限にして、むしろ民間の自主性と創意工夫に委ねた方が望ましいとされる事業である。保育所、高齢者のための訪問介護やデイサービス、障害福祉サービス事業等、主として在宅・通所サービスがこれに属しており、これに関する経営主体は、株式会社、NPO等すべての主体が届出により実施することが可能となっている。これに関して、現在では、社会福祉に関する考え方が大きく変化しており、70 年近くも前の区分である第一種社会福祉事業という概念を設けることの意義およびその経営を社会福祉法人に独占させることへの疑問が提示されている。第一種事業にも第二種と同様に多様な主体の参加を認めるべきではないかという、いわゆる「イコール・フィッティング」論の登場がそれである。

2 社会福祉法の制定

社会福祉事業法制定からほぼ 50 年を経過した頃、日本を取り巻く経済的・社会的・文化的環境は大きく変化してきていた。すなわち、少子高齢化の一層の進展、核家族化、雇用形態の多様化、女性の社会進出、福祉に対する国民の意識の変化等である。これに対して、従来の日本の社会福祉制度は、こうした福祉ニーズの増大および多様化に十分対応できなくなってきた。特に、わが国の社会福祉制度は、戦後まもない頃の低所得者対策を前提とする措置制度によって維持されてきたが、これが時代の状況に合わなくなっており、その抜本的な見直しを迫られていた(社会福祉基礎構造改革)。中央社会福祉審議会の社会福祉基礎構造改革分科会は、「社会福祉基礎

構造改革について(中間まとめ)」(1998(平成 10)年 6 月)のなかで、これまでのように行政庁が行政処分として給付を一方的に決定してきた措置制度を改め、利用者が自ら事業者を選択し、事業者との契約によってサービスを利用する契約制度への移行を提言していた(措置から契約へ)。また、社会福祉法人に関しては、民間企業等他の事業主体との適正な競争が行われるような条件の整備、経営基盤の確立、外部監査や情報開示による適正な事業運営の確保(ガバナンス)を図る必要があると指摘していた。この報告書の趣旨を盛り込んで、2000(平成 12)年 3 月に「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」が成立し、それまでの社会福祉事業法は「社会福祉法」と名称が改められた。既に、1997(平成 9)年 12 月には、契約制度を基礎にした介護保険制度が成立し、2000(平成 12)年 4 月からの施行を迎えようとしていた。

旧社会福祉事業法は、措置制度を前提にしていたので、そこでは福祉事業者と監督者(行政)とに関わる組織・監督規定が大半を占めており、そこには利用者という概念はなく、利用者の保護や権利擁護といった規定は含まれていなかった。また、社会福祉法人は、公的助成と措置委託制度のもとで、経営の安定化が図られていた。そのために、当初、民間社会福祉事業者(社会福祉法人)に期待されていたところの創意工夫による福祉サービスの開発・提供、サービスの質の向上への自主的な試みといった「先駆的」な役割に積極的に取り組む姿勢に乏しいところがあったことを否定できない。新たに制定された社会福祉法は、「措置から契約へ」という動きを受けて、利用者とサービス提供者との対等な関係の構築と、利用者の「自己決定権の尊重」を基本とする社会福祉サービス基本法ともいうべき法律へと脱皮することになったのである。その基本的な規定は以下のようなものである。①利用者の立場にたった社会福祉制度の再構築である。そのため利用者による選択と契約による利用のほかに、利用者保護のための情報提供、利用援助、苦情解決等の規定の整備を行なう。②福祉サービスの質の向上を図るために、社会福祉事業経営者による福祉サービスについての自己評価や情報提供義務、社会福祉法人の財務諸表等の開示義務等の規定が新設された。③福祉サービスを拡充するため、社会福祉事業の 9 事業を追加、小規模事業を行ないやすくするための人員規模要件の特例、社会福祉法人の活性化等に関する規定を盛り込む。④地域福祉の推進に関する規定を整備することである。

3 社会福祉法人制度改革

社会福祉法が制定された時点(2000(平成 12)年)で、すでに社会福祉法人に対しては、民間事業経営という強みを生かした地域福祉の担い手としての自主的な活動が期待されていた。すなわち、「社会福祉法人は、本来、民間の社会福祉事業経営者として有する自主性・自律性を回復することによって、...地域におけるさまざまな福祉需要にきめ細かく柔軟に対応し、あるいは制度の狭間に落ちてしまった人々への支援をも、創意工夫を凝らした福祉経営の下で行うことにより、地域における福祉需要を満たすことを本分とする存在として、今日、とらえられるべきもの」⁽⁸⁾であり、そのことで、高い公共性を有する特別の法人として認められる理由が存在し、そこに税制上の優遇措置などの公的な助成がなされる根拠があるということが明示されている。しかし、社会福祉法人の側で、いまだに行政の仕事を代わりに引き受けているといった措置制度下でのような意識が依然として残っていたのかもしれないが、結果的には、このことが徹底せずに、2016(平

成 28)年 3 月 31 日の社会福祉法の改正に至るのである(完全施行は 2017(平成 29)年 4 月 1 日)。その間に、一部の社会福祉法人で不正経理や資金流用問題等の不祥事が発覚したり、理事長のワンマン経営などの非民主的運営体質がマスコミでも取り上げられるようになった。また、特別養護老人ホームなどでは、多額の内部留保(余剰金)があることが指摘され⁹⁾、社会福祉法人のガバナンスや社会的な役割についての批判が大きくなっていった。また、この背景には、利用者のニーズの増大と多様性に対応するために、保育所経営に次いで、介護保険制度が、利用者と事業者の間の契約制度のもとに、多様な事業主体の参入を認めたことが大きかった。すなわち、介護保険制度は、利用者の需要に応えるだけでなく、多様なサービスの実施や、事業者間の競争によるサービスの質の向上に効果をあげたという実績が存在していた。こうなると、ますます、第一種社会福祉事業を社会福祉法人に限定する必要性や、社会福祉法人だけが公的な助成や税制上の優遇措置等の特別待遇を受けることへの疑問が提示されるのは当然のことであつたろう。「イコール・フットィング論」に対する何らかの回答、あるいは、社会福祉法人の存在意義は何か、もっと言うと、「社会福祉法人制度不要論」への何らかの対応を政府は準備しなければならなくなった。これが 2016(平成 28)年の社会福祉法改正の趣旨であろう。

2016(平成 28)年社会福祉法改正法の内容はほぼ以下のようなものである。

- ①経営組織のガバナンスの強化。議決機関としての評議員会を必置機関とする。一定規模以上の法人への会計監査人の導入等。
- ②事業運営の透明性の向上。財務諸表・現況報告書・役員報酬基準等の公表に係る規定の整備等。
- ③内部留保といわれている「社会福祉充実残額(再投下財産額)」(純資産の額から事業継続に必要な財産額を控除した額)の明確化。残額を有する法人に対しては、社会福祉事業または公益事業を新規に実施するための計画の策定を義務づける。
- ④「社会福祉法人は、社会福祉事業…公益事業を行なうに当たって、日常生活又は社会生活上の支援を必要とする者に対して、無料又は低額な料金で、福祉サービスを積極的に提供するように努めなければならない」(24 条 2 項)という条項を新設。

4 社会福祉法人制度の展望

社会福祉法人という仕組みが、現在、必要なのか、その存在意義が問われるようになってきたのは、ひとえに、この 70 年間に社会福祉を取り巻く社会的・経済的状況が大きく変化したことと、これに応じて、これまで長い間、わが国の基本的な福祉サービス提供の仕組みであつた措置制度が利用契約制度へと変換されたことが大きな要因となっている。旧社会福祉事業法は、GHQ の指導と憲法 25 条の生存権の保障を受けて、社会福祉事業に対する公的責任を明確にするという明文規定を置くことになった。すなわち、5 条(現社会福祉法 61 条)において、国および地方公共団体は、その責任を民間の福祉事業経営者に転化してはならないこと(公的責任の転嫁の禁止)、民間社会福祉事業の自主性を尊重し、不当な関与を行なわないこと(自主性の尊重)、民間福祉事業経営者も不当に財政的支援を仰がないこと(独立性の維持)を規定している。この場合、福祉サービスを民間の福祉事業経営者に委託することは「公的責任の転嫁」ではないと解釈され、ここから措置制度が発足することになった。ただし、あくまでも福祉サービスは公的責任の実施である

から、それを実施する事業所は、公共性を持ち、福祉の事業に専念し(純粋性)、財産的基礎がしっかりしている(継続性)組織でなくてはならない。こうして、社会的信用を得ることのできる仕組みとして社会福祉法人が誕生することになった。こうした措置制度のもとでは、どうしても、社会福祉法人は、「われわれは、国や地方公共団体が本来なすべき福祉に関する任務を代行して行っているのだ」という意識をもちがちであったし、国の方でも、国に代わって福祉の仕事をしてもらっているのだから、社会福祉法人には、補助金助成や税制優遇措置をするのは当然のことであるという感覚をもっていたに違いない。

しかし、少子高齢化の急速な進展、家族形態の変化、雇用形態の多様化、女性の社会進出など福祉を取り巻く環境が激変すると、利用者の増加、ニーズの多様化等に対して従来の措置制度では対応できなくなった。また、措置制度下では、どうしても行政の決めた仕事だけをそつなくこなすというような「行政の下請け」的存在としての社会福祉法人になりがちであった。そこでは「民間」事業者に期待されるような、サービスの質の向上に向けた事業所独自の先駆的試みとか自主的なサービス内容の開拓といった要素が次第に薄れて行ったことは否定できない。こうして、福祉ニーズの増大、多様性に対応する新たな仕組みとして、利用者が事業者を選択するという利用契約制度への転換が行われたのである。利用者の増大とその多様性、利用者の選択権の保障などのニーズに応えるためには、やはりサービス提供機関の多元化は避けて通れない。現に介護保険の居宅介護サービス事業の分野では、社会福祉法人以外にも株式会社等の営利法人、医療法人、生協、農協、NPO法人等それぞれ多様な事業主体が参入している。しかも、営利法人だからといって、営利目的が優先され、その結果、サービスに問題があるというような批判はあまり聞かれない。むしろ、施設整備補助金や税制優遇措置がないために、利用者の獲得や業務の効率化・合理化、サービスの質の向上に一層努めているという担当者の話を聞いたことがある。サービスの質や信頼性の問題は、社会福祉法人だからとか、営利法人だからという問題ではなく、どういう設置主体であろうとも、サービスの質の保障に関する規制の仕方、福祉に対する経営者・職員の意識や熱意、専門性の問題といった要素に帰着する⁽¹⁰⁾。いまや、福祉サービスにおける国や地方公共団体の責任は、公設公営の施設でなければ果たせないという主張をする者は誰もいない。公的責任の果たし方の問題である。民間事業所であろうとも、人員・設備等に関する最低基準を定め、サービスの質の向上に向けた仕組み(情報の公表とか第三者評価とか)を創設し、組織のガバナンスに関する規制を設けることによって、公的責任は十分に果たしうるであろう⁽¹¹⁾。こう考えると、第一種社会福祉事業の経営を社会福祉法人だけに限定することや、社会福祉法人に対する手厚い助成措置(補助金や税の優遇)の必要性については、その正当性の説明に窮することになる⁽¹²⁾。今後は、社会福祉事業に従事する者には、その法人の形態が営利法人であろうが社会福祉法人であろうが、その形態のいかんにかかわらず、施設・在宅サービス全体を通して、職員の配置、施設整備や介護報酬、人員の確保、税制の適用の仕方について、共通に提供されるルールとしてどのような法制度が望ましいのかを考えていかななくてはならない。

5 小括

今回の社会福祉法改正(2016(平成 28)年)は、現行の社会福祉法人という特別法人形態の存続を

一応認めたとえ、他の法人と違って公的資金や税制優遇措置を受けているのであるから、その分、地域貢献事業を展開して自ら優遇措置を受けるだけの「公益性」をもっていることを立証しなさいという趣旨の改正であると理解してよい。このことは、社会福祉法人がこれまでわが国の社会福祉事業に果たしてきた重要な役割を理解していないことでもないし、それを軽視していることでもない。あくまでも、社会福祉を取り巻く経済的・社会的・文化的な環境が大きく変化したことによって、これまでのような措置制度のもとで誕生した社会福祉法人の役割と位置づけに疑問がもたれているのである。社会福祉法人は、「無料又は低額な料金で、福祉サービスを積極的に提供しよう努めなければならない」(社福法 24 条 2 項)という地域貢献の義務は、一部の法人に余剰金(内部留保)があるのでそれを使って公益事業をきなさいという趣旨の規定ではない⁽¹³⁾。たとえ法人の財源に余裕がなくとも、特別待遇を受けていることの見返りとして、地域貢献事業に積極的に取り組みなさいと言っているのである⁽¹⁴⁾。これからは、地域に対して何ができるか、いまこそ社会福祉法人が知恵を絞るときである。既存の制度ではカバーできていないものがないか、既存の資源を使った新しい活用方法はないか(たとえば、デイサービス送迎車の昼間の活用など)、単独の法人では無理ならば複数法人の共同事業でできることはないか、地域貢献ならば社会福祉協議会と同じ土俵に立つことになるので、それとの連携を新しくどう創っていくかなど、知恵を出せば解決できそうな課題はいくつもある⁽¹⁵⁾。社会福祉法制定時もそうであったように、もし、今回の社会福祉法改正後も、自主性・先駆性という民間法人に期待される役割を認識せず、積極的に地域貢献活動にも取り組まなかったとしたら、社会福祉法人の存在意義はますます薄くなって、いよいよ種々の優遇措置を廃止して、株式会社や N P O 法人等の他の民間法人との同等の取り扱い(イコール・フィッティング)をするというところにまで辿りつくことになるだろう⁽¹⁶⁾。

(石橋敏郎：熊本県立大学名誉教授、熊本大学教育学部シニア教授)

- (1)「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」(社会保障制度改革プログラム法、2013(平成 25)年)4 条 4 項、「地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律」(医療介護総合確保法、2014(平成 26)年)、2 条 1 項。
- (2)熊本県第 5 期障がい者計画「くまもと障がい者プラン」(平成 27 年度から平成 32 年度まで)では、福祉施設入所者の地域生活への移行者数を、平成 29 年度末段階で 298 人という政策目標を掲げられている。同 62 頁。
- (3)社会事業法、社会福祉事業法については、鶴沼憲晴『社会福祉事業の生成・変容・展望』(法律文化社、2015(平成 27)年)に詳しい。
- (4)社会福祉事業法制定当時の厚生省社会局長は、社会福祉事業を行なっていた「従来の社団法人、財団法人には(中略)社会的信用や事業の健全性を維持する上において遺憾な点があり、(中略)、純粋性を確立するために、特別法人としての社会福祉法人制度を設けることとしたものである。」と述べている。木村忠二郎『社会事業法の解説』(時事通信社、1951(昭和 26)年)。田島誠一「社会福祉法人に求められていること」(月刊福祉 2015 年 10 月号)、27 頁。
- (5)第 10 回国会参議院厚生委員会での木村忠二郎政府委員の説明。小川政亮『社会事業法制・第 4 版』(ミネルヴァ書房、1992(平成 4)年)、112 頁。
- (6)第 2 回社会保障審議会福祉部会(2014(平成 26)年 9 月 4 日)参考資料集。

- (7)同上、参考資料集。
- (8)社会福祉法令研究会編『社会福祉法の解説』(中央法規、2001(平成13)年112月)153頁。
- (9)社会福祉法人の内部留保問題は、松山幸弘(キャノングローバル戦略研究所研究主幹)が日本経済新聞2011(平成23)年7月7日に掲載した記事により指摘されたといわれている。その記事には、「社会福祉法人が国・自治体から補助金や非課税の優遇措置を受けるのは、公の支配に属しているからである。換言すれば、経営資源をフル活用して公に代わり、拡大するニーズに応えることを期待されているのだ。黒字や補助金为社会還元されず純資産が増え続けるとすれば、それは公に返還するか、他の社会福祉法人に移管されてしかるべきである」。狭間直樹「社会福祉法の改正について」(下関市立大学法政論集第44巻1・2合併号、2016(平成28)年9月)、42頁。
- (10)増田雅暢「福祉サービスと供給主体」(講座・社会保障法第3巻社会福祉サービス法、法律文化社、2001年10月)、122-123頁。
- (11)同上書、126頁。
- (12)原田啓一郎「社会福祉法人」(社会保障法研究第4号、信山社、2014年10月)37-38頁。
- (13)西田和弘「社会福祉法人のガバナンスと地域貢献」週刊社会保障Nº.2996(2018(平成30)年11月5日)、51頁では、充実財産(内部留保)ありと回答した法人は12%で、それも多くは、既存施設の建て替え・整備、新規事業の実施などに充てられることになっており、実際に地域公益事業に関する計画が策定された法人は、わずか3%にすぎないことが報告されている。
- (14)西田、同上書、51頁。野澤和弘「社会福祉法人は世の中に役に立っているか」(月刊福祉2018年10月号)でも、「社会福祉法人がその存在理由を示すには、新たな課題や狭間の問題に公的制度の手が届かない状況であれば、たとえ収益には繋がらない『持ち出し』の活動になったとしても、社会福祉法人が敢然と担っていくしかない」(27頁)とある。
- (15)鼎談「社会福祉法人制度改革後の状況と展望」(月刊福祉2018年10月号)、20頁の浦野正男発言。
- (16)同旨。関川芳孝「解説・社会福祉法改正が求めるもの」(月刊福祉2015年9月号)、16頁。

III 医療扶助制度改革

1 問題意識

わが国の社会保障制度は、医療・年金・介護保険などの社会保険(「共助」)を基本としているが、「公助」の分野である生活保護の受給者は、年々増加し、2019(令和元)年現在209万人である。そのなかでも、公的年金の保険料を納めたが、非正規雇用のため低年金の者や就労経験も保険料納付も無く無年金の者など高齢者世帯が半数を占めている。生活保護費も増加の一途をたどり、現在、約4兆円の税金が使われている。そのうちの約半分が医療扶助費で占められている。医療扶助については、受給者の自己負担がないこともあって、頻回受診、重複受診、薬の転売、モラルハザード等が指摘されてきており、そのために医療扶助費の適正化が取り組まれている。生活保護制度などの社会保障は、国の責務といえども、国民の不断の努力いわゆる血税によって支えられているものであり、支える側の国民に今以上の無理はさせられない。生活保護受給者に対する「公助」を手厚くすれば、支える側の国民の負担が大きくなり、「自助」努力が揺らぎかねない。

増大していく生活保護費をそうでない者にこれ以上負わせることには無理があり、まして、次世代へ先送りをするとはできない。今、生活保護制度の効率化と重点化の改革が求められているのはそのためである。

そこで、本章では、現在抱えている医療扶助制度の様々な問題を整理して、次の3つの段階で検討を加えることにした。①現行の生活保護制度をそのまま維持することを前提にした場合、どのような医療扶助費抑制策があるのか。生活保護受給者の医療費の自己負担がない現行制度のままでは、頻回受診などの問題の解決には限界があることの指摘。②生活保護制度そのものの改革によって問題を解決する方法。その一つとして、生活保護制度は、所得保障に純化することにして、他の7種の扶助は、それぞれ、高齢者、障害者福祉政策などの分野に振り分け、医療については、生活保護受給者も国民の1人として公的医療保険(国民健康保険)に加入することによって対応する方法。③生活保護制度そのものを廃止して、年金も含めて新たに国民すべてに一定金額が保障されるような「最低生活保障給付」のようなものを創設する方法。

2 医療扶助と公的医療保険にわけた理由

医療扶助は、終戦で、日本が、戦災、引き揚げ、失業、インフレ等の廃墟と化した状況を受けて、1945(昭和20)年12月に「生活困窮者緊急生活援護要綱」を閣議決定したことに始まり、その後、GHQによる「公的扶助(国家責任、無差別平等、最低生活保障)三原則」の指令を受け、1946(昭和21)年に旧生活保護法が制定されたことに起源を有する。1950(昭和25)年の「社会保障制度に関する勧告」によると、医療扶助は、医療保険の補完的制度として、診療方針や診療報酬は社会保険医療に準ずるものとされていたが、国民皆保険の準備期に医療保険と医療扶助は分断されることになった。その後、1959(昭和34)年に国民健康保険法が施行され、第6条1項9号により、「生活保護法による保護を受けている世帯に属する者は、国民健康保険の被保険者としない」と定められたことにより、社会保険医療と医療扶助との分断が法律上に明記された。1961(昭和36)年に国民皆保険が達成された以降も、医療扶助は、医療という特別のニーズではなく、貧困からくる医療費も含めた経済的困窮を要保障事故として捉えられることになった⁽¹⁾。生活保護受給者を国民健康保険から外した理由は、当時の第7部厚生労働委員会会議録第28号によると、「生活保護受給者には、保険料の負担能力がないことやその多くが医療扶助を受けており、他の被保険者の保険料負担や国保財政に与える影響も大きいこと等から、従来から被保険者から除外している」ということであつた⁽²⁾。

しかし、被用者保険に加入している生活保護受給者は、約2%いる⁽³⁾。被用者保険の被保険者又は被扶養者である生活保護受給者は、医療費の3割を医療扶助から、7割を保険給付で賄うという点では通常的生活保護受給者とは違った取り扱いをうけている。生活保護受給者は、保険料拠出能力がないという理由で、国民健康保険の被保険者から除外されてきたが、上記のように少数ではあるが、被用者保険加入者たる生活保護受給者が存在し、その人たちは被保険者資格を有している。この点で国民健康保険法第6条1項9号の規定との間で齟齬が生じていると言わざるをえない⁽⁴⁾。

3 医療扶助費の適正化の取り組みとその限界

(1) 医療保障における医療扶助と公的医療保険の併存の困難

生活保護法では、第3条に「最低限度の生活は健康で文化的な生活水準」、第8条2項では「最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、且つ、これをこえないもの」と規定しているが、第52条では、「診療方針及び診療報酬は、国民健康保険の診療方針及び診療報酬の例による」と規定しており、生活保護法そのものには、医療の最低基準を定めた部分はない⁽⁵⁾。医療費の支払いは、表III-1の通り、AとBは医療扶助、Cは、第4条「保護の補足性の原理」のもと最低生活費より収入認定額が上回った額のみを自己負担として他を医療扶助で賄う、Dは生活保護を申請していないので社会保険給付で賄われ、当然自己負担がある。傷病という社会的事故に対する給付を生活保護か社会保険かで分けて、医療扶助と保険給付とに分断することに有効性があるのか、また、日本の社会保障の歴史的流れを振り返ってみて、医療扶助と保険給付との併存は論理的に整合性があるのか疑問を呈する者もいる⁽⁶⁾。そもそも最低生活費に満たない者に医療扶助を行うのだから、Cの社会保険の被保険者や最低生活費を上回る収入のある者で、かつ、医療扶助を受けている者について、第1条「自立の助長」、第34条1項「医療扶助は現物給付」との規定と整合性があるのかについても疑問が残る⁽⁷⁾。また、医療扶助単給者の問題もある。医療扶助単給者とは、生活保護基準よりも上回る収入を得ていたとしても、医療費支出が大きい為に、結果的には最低生活費を下回り、要保護状態になってしまうという場合の受給者である。こうした医療扶助の特性も指摘されている⁽⁸⁾。

表III-1 生活保護受給の有無による医療費の支払い方法

受給	毎月の最低生活費		8種類の扶助を要件内で受給可	
有	A	最低生活費	医療扶助費	
	B	収入認定額	最低生活費	医療扶助費
	C	収入認定額	自己負担	医療扶助費
無	D	収入認定額	自己負担3割、保険給付7割	

(出典)筆者作成

生活保護制度が制定された戦後まもない頃ならまだしも、社会保険各法が適用範囲を拡大してほぼ普遍性を確立した今日では、傷病を本人の経済状態で判断するのではなくて、傷病それ自体を生活危険と捉えることが要請されている⁽⁹⁾。このほか、傷病状態を考慮して就労が可能か否かを検討することから、医療機関の受診をかけもちして、結果が自分に有利になるように試みる生活保護受給者がいることも指摘されなければならない⁽¹⁰⁾。医療扶助について、少なくとも、論理的には、傷病という事実が社会的事故とみなされる今日では、給付において医療扶助と保険給付に分断することは不自然と言える⁽¹¹⁾。

(2) 医療扶助費の適正化の取り組みの内容とその限界

医療扶助は、①診察、②薬剤又は治療材料、③医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

などを現物給付するものである。生活保護受給者のうち約 8 割の者に給付され、そのうち、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病が 2～3 割を占めている。医療扶助は、入院も通院も自己負担がなく、眼鏡、コルセット、施術(あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復)、往診や訪問看護などの費用、必要と判断とされれば交通費などもある。生活保護受給者は、健診受診率が約 1 割程度にとどまり、適切な食事習慣や運動習慣を確立している世帯の割合が一般世帯よりも低いため、より一層の健康管理を求める必要がある⁽¹²⁾。また、頻回受診、重複受診、薬の転売、モラルハザードなどの問題があるため、表Ⅲ-2 の通り、種々の医療扶助費適正化策が取り組まれている。

表Ⅲ-2 医療扶助費の適正化の取り組み

①.被保護者健康管理支援事業について レセプトを活用した医療扶助適正化事業、頻回受診者の適正受診指導の強化等の健康管理支援を行う。 ②.頻回受診の適正化について 平成 30 年度、一定回数以上の頻回受診者には、受診時に福祉事務所の職員が付き添うなどのモデル事業を実施している。頻回受診者に対する適正受診対策は、更なる取組の必要性、最低生活保障との両立の観点なども踏まえ窓口負担(償還払いなど)を含めた方策のあり方を検討している。 ③.薬局と連携した薬学的管理・指導の強化等について 生活保護受給者が処方せんを持参する薬局をできる限り一ヶ所にし、本人の状況に応じて、薬局において薬学的管理・指導を実施するとともに、薬剤師が重複処方等について医師に情報提供を行う予算事業を平成 29 年度から実施している。 ④.後発医薬品の使用の原則化を法律に規定 (生活保護法第 34 条第 3 項の改正)後発医薬品使用割合は約 7 割である。 ⑤.施術に係る医療扶助の適正な給付について 福祉事務所は、施術の給付可否意見書に必要な事項を記載の上、指定施術機関に給付可否意見書の所要事項を記入してもらい、必要時、医師の同意を求める。 ⑥.通院移送費の適正な給付の徹底について 最小限度の日数に限り、傷病等の状態に応じ経済的かつ合理的な経路及び交通手段の最小限度の実費を給付する。
--

(注)頻回受診の指導対象者とは、医療扶助の外来患者で、同一傷病で同一月内に同一診療科を 15 日以上受診している月が 3 ヶ月以上続いている者のうち、主治医・嘱託医が必要以上の受診と認めた者。

(出典)保護課「資料 2 社会・援護局関係主管課長会議資料、平成 31 年 3 月 5 日」、52～62 頁を参照して筆者作成。

このように医療扶助費の適正化が取り組まれているが、根底には、受診した時に自己負担がないことが原因となっているのであり、現行制度のままでは、モラルハザードの危険が残り、医療扶助費抑制策には限界があると言わざるをえない。

4 医療扶助を含めた生活保護制度の改革

(1)生活保護受給者の生活上の義務と国民の責務

生活保護受給者には、生活上の義務として第 60 条で、「被保護者は、常に、能力に応じて勤労に励み、自ら、健康の保持及び増進に努め、収入、支出その他生計の状況を適切に把握するとともに支出の節約を図り、その他生活の維持及び向上に努めなければならない」と定められている。

「自ら、健康の保持及び増進に努め」という文言は、2013(平成 25)年の生活保護法の改正で新しく盛り込まれたものである。この結果、2013(平成 25)年度から、福祉事務所に、保健指導や受診に関する専門職員を配置するなどして、受給者の健康面に関して専門的に対応できる体制が整備されることになった。また、福祉事務所の調査権限を強化して、健康診断結果等を入手可能にし、それに基づいて、健康面の支援をより効果的にすることをめざしている。また、医療分野での国民の責務としては、2014(平成 26)年の医療法改正で、第 6 条の 2 第 3 項に、「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない」と規定されることになった。これにより、国民は、第 1 に、重複受診や頻回受診など不必要・不合理な受診をしないこと、第 2 に、在宅での看取りの希望があれば人生の最期の迎え方を在宅で行えるよう理解すること、第 3 に、社会保障制度は世代間の連帯や支え合いがあってこそ成り立つことを理解した上で、医療の適正な利用に協力する責務があることを明示している条文であると解釈すべきであろう⁽¹³⁾。この点は、生活保護受給者も社会保険医療受給者も同じである。

(2)医療扶助の改革と介護扶助の改革

公的医療保険の意義は、日本は「世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現しており、今後も社会保険方式による公的医療保険を堅持して、国民の安全と安心な暮らしを保障していくこと」にあり、全ての国民が相互扶助の精神の下に保険料や自己負担をして医療を受けることを基本とするものである。公的医療保険の各保険者ごとの所得の比較をみると、表Ⅲ-3 の通り、加入者 1 人当たりの所得が、必ずしも生活保護受給者に支給される最低生活費を上回っているとは限らず、最低生活費よりも低い収入で生活をしながら公的医療保険に加入している者もいることが分かる。保険料は、医療費の支払いや国民の健康の保持・増進のための保健事業や、高齢者の医療費を支えるための拠出金などに使用されている。生活保護基準以下で生活しながらも、医療保険料や自己負担をしている者もいることを考えると、生活保護受給者も同じ医療を利用しているのだから、やはり国民健康保険に加入して、国民一般がしているように保険料や医療費の自己負担を支払い、「社会連帯、保険原理」のなかに組み込まれることによって、医療費を節約していくことが求められる。

表III-3 公的医療保険の各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者
保険者数	1,716	164	1	1,405	85	47
加入数(万人)	3,182	286	3,716	2,914	877	1,624
平均年齢(歳)	51.9	39.7	36.9	34.6	33.1	82.3
医療費(万円)	35.0	19.7	17.4	15.4	15.7	94.9
所得1人当たり /世帯(万円)	84 /140	371 /769	145 /249	211 /387	235 /456	80
保険料(万円) /事業主負担込	8.4	15.7	10.9 /21.9	12.2 /26.7	14.0 /27.9	6.7
公費負担(億円)	43,844	2,521	11,745	737	なし	80,374

(出典) 厚生労働省保険局 平成30年4月19日 第111回社会保障審議会医療保険部会 資料 1-2、「医療保険制度をめぐる状況」13頁。

www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204033.html(2019年6月30日検索)を参照して筆者作成。

公的介護保険は、第1号被保険者と第2号被保険者に保険料を支払う義務があり、この保険料や利用者負担などができない生活保護受給者には、それぞれ生活扶助、介護扶助から保険料と自己負担分がまかなわれている。生活保護受給者は、身体介護、調理、掃除などのサービスの依存度が高く、その結果、介護費として毎年8,560億円程度かかっており、このうち1割に当たる856億円を介護扶助として税金から負担、9割を公的介護保険料と税金で負担している。これでは、生活保護を受給しないで生活費の中でやりくりしながら保険料を払ったり、介護サービスを少しでも受けないように自助努力している者からみれば、現行生活保護制度と公的介護保険制度に不信感をもつことになるかもしれない。介護保険法には、第1条に、尊厳の保持、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設けることが、第4条2項には、「国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする」と規定されているのだから、生活保護受給者も自らが保険料と利用者負担を支払うことが求められる。生活保護制度では、65歳以上の者は、介護保険の適用を受ける第1号被保険者としているのに、国民健康保険法では年齢にかかわらずすべての生活保護受給者を適用除外としており、その点でも取り扱いに統一性がみられない。また、40～65歳未満の被用者保険の被保険者又は被扶養者は、介護保険の第2号被保険者であるが、国民健康保険の適用除外の者は第2号被保険者とならず、介護費の10割が介護扶助となっている点でも違いがみられる。医療扶助と合わせて、制度の見直しが望まれる⁽¹⁴⁾。特に、医療扶助は、出産扶助も含めて、本来、生活保護制度の最低保障原理に馴染まないため、普遍的な医療保障法に一元化されるべきである⁽¹⁵⁾。現在の生活保護制度を維持することを前提にして医療扶助と介護扶助の改革を行うのであれば、医療扶助と介護扶助の金額や基準などを変えるのではなくて、生活保護受給者を特別扱いにしないで、国民の1人として医療保険・介護保険制度の中に取り込んでくることではないか。もちろん、必要であれば、生活保護受給者や低所得者が支払いの負担を大きく感じることがないようにそれぞれの社会保険の中で負担金額等を考慮することは望ましいことである。

(3)所得保障の補完的給付としての生活保護給付へ(生活保護の純化)

生活保護制度には、身体・知的・精神障害者の福祉サービスなども含まれているので、これを

社会福祉法などへ移行したり、住宅扶助を住宅保障法の部門に移行したりして、生活保護制度を所得保障の補完的給付に純化するという改革も望ましい⁽¹⁶⁾。8種類の扶助を「措置」として、すべてにわたって現物や現金を給付するのではなくて、「公的な所得保障」として生活扶助だけを現金給付として行い、医療や介護などについては、医療保険や介護保険に加入させることによってカバーするという考え方である。当然、医療・介護サービスを受けるためには、自らが保険料や利用料などを払うという方法が、生活保護受給者の「尊厳」を守るという意味になるのではない。ただし、生活保護受給者というのは、就労経験のない者や経験の少ない者、高齢者、精神障害者、母子世帯などが大部分であるので、自分のおかれている生活環境とその背景を把握し、貧困から脱却するための相談業務の実施や生活上の義務を果たすように見守りをする業務というのは必要である。しかし、高齢者・障害者世帯には、必ずしも生活保護のケースワーカーが支援をしなくても、医療保険、年金、介護保険、成年後見人制度、各種相談支援制度などの現行の社会保障制度や地域包括ケアシステムでの支援もある。生活保護受給者はケースワーカーだけが担当するという考え方を改め、こうした業務も現行の高齢者・障害者・生活困窮者相談支援体制等を利用することで解決していくというのも、一つの方策ではないかと思われる。今後、生活保護受給者も、地域包括ケアシステムを利用し、高齢者のほか、難病患者、重症心身障害児者、精神障害者などと同様に、地域とのつながりを持ち、地域の人たちによる「助け合い・支え合い」の仕組みのなかで、地域での生活が維持できるように支援する必要がある。

(4)最低所得保障制度の創設

生活保護制度の8種類の扶助で保障された生活というのは、年金等で生活している高齢者の生活水準や非正規労働者などの給与水準よりも高い場合があるから、このことがかえって生活保護受給者の自立につながっていないという指摘がある。「公的な所得保障」を全ての国民を対象としない場合には、年金受給者や働いているが所得の少ない、いわゆるワーキングプアと呼ばれる人たちより、生活保護受給者の受給額が高いとなれば、モラルハザードが広がりかねない。そこで、現在、注目されている「最低所得保障制度」というのは、全ての国民を対象として無条件で一定金額の給付を行うという制度である。「最低所得保障制度」について、その金額をいくりにするかは別として、もしこの制度ができれば、煩雑な収入認定や資産調査といった一切の生活保護業務もなくなるし、貧困層に救済の手が届いていないという漏給の問題の解決にもなる。理論上は、生活保護受給者、生活困窮者などがいなくなる。誰からみても単純明快な解決策である。ただし、最低所得保障の金額をいくりにするのか、その金額が高ければ、勤労意欲を失わせるのではない、低ければ、それだけでは生活できないのであるから新たな生活保護のような制度が必要になるのではない、などなど多くの課題を抱えている。しかし、生活保護制度の負担が増え続け、セーフティネットの網がいまにも破れようとしているときに、これまでの生活保護制度上の課題や問題点を一気に解決するという点では無視できない考え方であろう。

5 小括

医療扶助については、現在、適正化の取り組みが行われているが、生活保護受給者の自己負担

がないままでは、その効果に期待がもてない。今後、高齢化の進展で、医療、年金、介護といったサービスを受ける者が増えることから、医療、年金、介護などの社会保障制度全体が限界にきているため、給付やサービスがカットされたり、保険料や自己負担が増加したり、保険料を納付する年齢幅が広がったりする可能性がある。生活保護受給者側が、「最低限度の生活の保障」を強固に求めても、支えている側の国民にとっては、生活保護受給者の医療や介護などの費用を負担し続けていくことは困難である。国民は、尊厳を重んじられながら医療を受ける権利と同時に、医療費の支払いの義務がある。生活保護受給者も医療保険加入者と同じ医療を受けているのだから、無料ではなく公的医療保険に加入して、相互扶助の精神の下に保険料や自己負担をしていくことが求められる。医療扶助・医療保険と同じことが介護扶助・公的介護保険にもいえる。もちろん医療保険と介護保険の中で、医療と介護の支払の負担を大きく感じることがないように軽減措置をとることは必要であろう。こうすることによって、医療扶助・介護扶助制度そのものを終結することができるように思われる。

さらに進めて、生活保護制度そのものを廃止して、全ての国民を対象とする「最低所得保障給付」を行うとすれば、関連する生活保護行政業務はまったくなくなり、金銭的成本を削減することができる。国民間の公平性の確保や給付と負担の均衡という観点からみると、財源は消費税等が適切であろう。生活保護受給者を含む全ての国民が、現行制度のままでは、公助で生活費用を保障することには限界があるという認識を共有する必要がある、効果的・効率的に機能するような生活保護制度、社会保障制度のあり方を考えていく必要がある。その際には、どこをどう改革したら良いのか、現行制度を維持した上での改革なのか、そうではなくて現行制度を廃止して新たな制度を創設する必要があるのか、今後は誰がみてもわかるような改革案を示すことが必要だと考える。

(紫牟田佳子：大牟田市役所保護課、助産師、博士(アドミニストレーション))

- (1)久塚純一「医療保障の理念と医療扶助の現代的課題」(日本社会保障法学会編『日本社会保障法学会誌第7号、日本社会保障法』法律文化社、1992(平成4)年)、106頁。
- (2)第7部 厚生労働委員会会議録第28号、平成15年7月17日(参議院)14頁。
- (3)「生活保護の医療扶助について」
www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1104-3b_0002.pdf(2017年7月1日検索)。
- (4)嶋貫真人「生活保護に置ける医療扶助の問題点—現状と改革に向けての提言—」
www.asahi-net.or.jp/~uv3k-kmgi/iryohujo.html(2017年7月1日検索)。
- (5)久塚、注(1)、前掲書、108頁。
- (6)同上書、105頁。
- (7)同上書、108頁。
- (8)石田道彦「第6章医療・介護と最低生活保障」(日本社会保障法学会編『講座社会保障法、第5巻、住宅保障法・公的扶助法』法律文化社、2001(平成13)年)、238頁。
- (9)久塚、注(1)、前掲書、109頁。
- (10)同上書、110頁。
- (11)同上書、112頁。
- (12)社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会(第8回)平成29年10月12日、資料3「生活保護受給者の健康管理と医療扶助費の適正化について」、1頁。
- (13)「第8章今後の進め方等 地域医療構想の推進体制の構築」
www.pref.nara.jp/secure/158618/08kousou.pdf(2019年5月1日検索)。

(14)石田、注(8)前掲書、247 頁。

(15)河野正輝「生活保護法の総論的課題」(日本社会保障法学会編『講座社会保障法第 5 巻住宅保障法・公的扶助法』法律文化社、2001(平成 13)年)、69 頁。

(16)同上書、69 頁。

IV 精神障害者の地域生活を支える仕組み

1 問題意識

国は、2004(平成 16)年、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で、精神障害者について「入院医療中心から地域生活中心へ」という地域生活移行政策を打ち出した。しかし、社会保障審議会障害者部会の資料による第 4 期障害者計画実績を見る限り、入院中の精神障害者の地域生活への移行は予定通りには進んでいない。2017(平成 29)年度での精神障害者の退院に関する目標値(地域移行率)は、入院 3 か月で 64%、入院後 1 年では 91%以上、長期在院者の場合は 18%以上を目標としていたが、実績値は、それぞれ、63・3%、87.9%、11.6%となっている⁽¹⁾。入院 3 か月以内の退院率は目標値に近づいているが、長期在院者の退院率は、目標数に近づいていない現状である。

また、第 5 期障害者福祉計画基本指針には、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が明記された。国が策定する障害者福祉政策において「地域包括ケアシステム」という用語が用いられたのはこの時が最初ではないかと思われる。厚労省は、長期入院精神障害者の地域移行を進めるためには、地域包括ケアシステムの構築が不可欠だという認識のもとに、地域移行は、精神科病院や各種支援事業所の努力と連携だけでは限界があり、「自治体を含めた地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら」行っていく必要があると述べている(社会保障審議会障害者部会)。長期入院精神障害者のうち一定数の者を地域生活へと移行させるためには、地域精神保健医療福祉体制の基盤整備は最も重要な柱とされている。この基盤整備を行う上では、精神障害という障害特性のほかに、その人個々人のもつ障害による特性も加味されなければならない。

2019(平成 31)年 3 月に、株式会社日本能率協会総合研究所が出した、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引」によると長期入院患者の退院の可能性について、約 4 割の者は、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能と回答している⁽²⁾。大塚は、精神障害者の地域移行支援の現状と課題について、次の 5 点を課題として挙げている。1 点目は居住資源の整備、2 点目は良質の医療サービス、3 点目は家族支援と障害者福祉サービスの充実、4 点目は精神科医療、福祉の種々の情報公開と、第三者評価の仕組み、5 点目は相談支援体制の整備であるとしている⁽³⁾。また、鼓らは、精神障害者の地域生活支援の課題について、論文の文献研究から精神障害者は疾患による苦痛と共に、疾患によっておこる様々な生活上の困難があり、その困難を解消するには、本人が社会とかかわりを持った生活を営むことができるように、生活全体を支えていくことが課題であるとしている⁽⁴⁾。

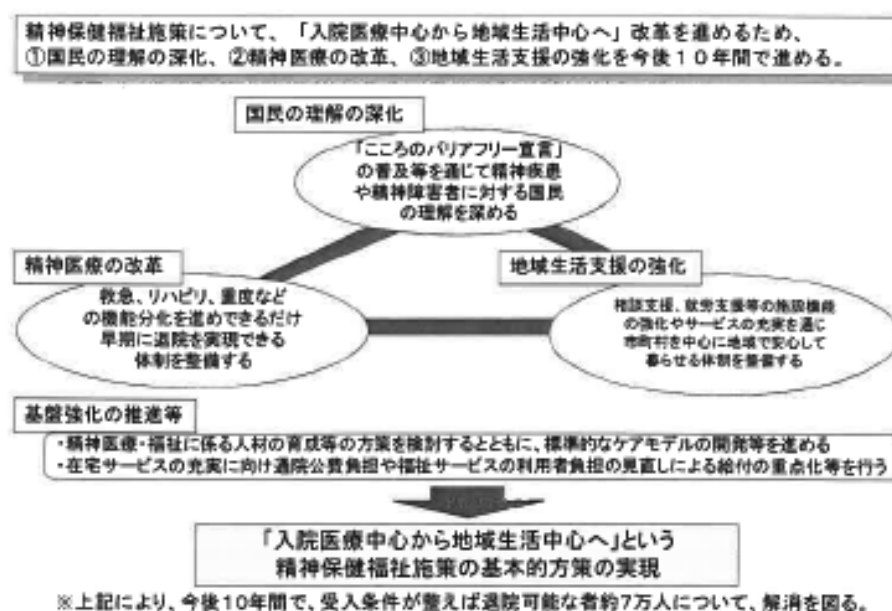
本章では、精神障害者が「入院医療中心から地域生活中心へ」という国の方針にしたがって、スムーズに地域生活へ移行できるように、地域において精神障害者の生活を支える仕組みはどう

あるべきかについて考える。

2 精神保健福祉対策の歩み

日本の精神障害者への支援は、戦前は主に慈善事業として行われていた。その後、欧米の精神衛生に関する知見が導入され、精神障害者に対する適切な医療の確保、保護の必要性和その発生予防の為に、1950(昭和 25)年に精神衛生法が制定された。1965(昭和 40)年に、障害の発生予防から治療、社会復帰までの一貫した政策の推進の中で、在宅医療体制の充実のために精神衛生法の改正が行われた。さらに、1987(昭和 62)年、人権擁護や適切な医療の確保を推進するため、名称が「精神保健法」と改名され、入院制度の見直しや、5 年ごとの見直し規定も盛り込まれた。さらに 1993(平成 5)年に制定された障害者基本法の中で、精神障害者が身体障害者、知的障害者とともに「障害者」として位置づけられ、福祉政策の充実を図ることとされた。1995(平成 7)年に精神保健法が改正され、名称が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)と改名された。その中で、精神障害者の社会参加が目的のなかに明示されることになった。2004(平成 16)年、国は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を打ち出した。このビジョンの中では、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編成」、「地域生活支援体系の再編」、「精神医療福祉施策の基盤強化」という柱があげられている。ここから、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が明確にされ、以後 10 年間の基本的方策が打ち出されることになった(図IV-1)⁽⁵⁾。

図IV-1 精神保健福祉の改革ビジョンの枠組み



(出典)『精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き』2019(平成 31)年 3 月、株式会社日本能率協会総合研究所、P12 より

また、精神障害者の地域移行・地域定着に関する 2010(平成 22)年の閣議決定では、退院支援・

地域生活支援の体制整備が示され、2014(平成 26)年の精神保健福祉法改正では、入院から地域生活への移行目標を含んだ指針の策定等が規定された⁽⁶⁾。2018(平成 30)年度からの第 7 次医療計画では、多様な精神疾患等ごとに、病院、診療所、訪問看護ステーションなどの医療機能を明確にしたうえで、各医療機関の役割分担と相互の連携を推進するとされている⁽⁷⁾。しかし、精神障害者については、その人のもつ特定精神疾患に対する医療のみならず、他の疾患も含めた意味で、その人を全体的にとらえた包括的・総合的医療の体制については、その整備のみならず連携等に関しても、ここでは明記されていない⁽⁸⁾。

3 医療制度のなかの訪問看護

(1) 訪問看護の対象

地域で生活する精神障害者の精神疾患に対する支援策としての一つに訪問看護がある。訪問看護は、入院患者が退院した後の継続看護として、1960(昭和 40)年代に実施され、1983(昭和 58)年に、老人診療報酬の中で、退院後の寝たきり老人に対する医療サービスとして評価されることになった。1988(昭和 63)年には、老人医療受給者以外にも拡大され、その後、退院患者以外の在宅療養患者にも適用対象が拡大された。在宅医療推進のために 1992(平成 4)年の老人保健法改正で、在宅の寝たきり老人などに対して老人訪問看護ステーションから看護サービスを提供する老人訪問看護制度が創設された。1994(平成 6)年、健康保険法等の改正により、それまで老人医療の対象外であった在宅の難病患者、障害者なども対象とした、新たな訪問看護制度が創設された⁽⁹⁾。

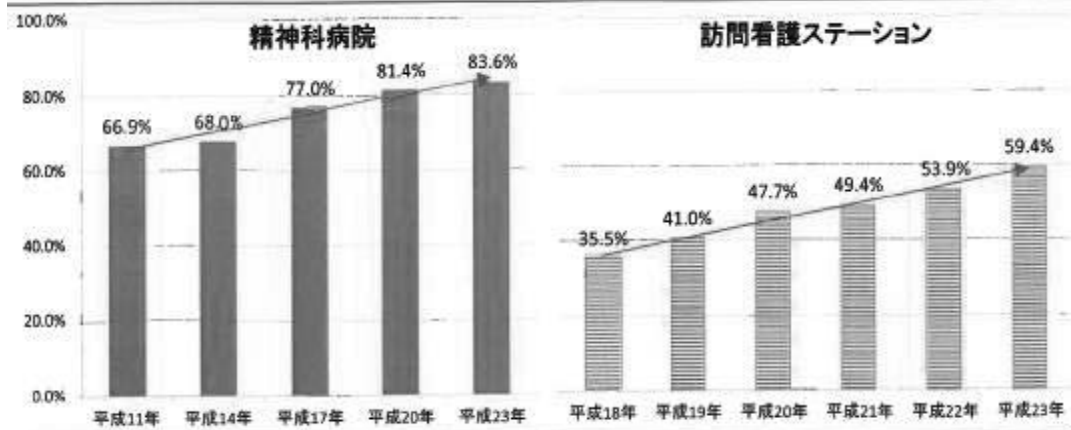
(2) 精神疾患患者に対する訪問看護

精神障害者への訪問看護については、1965(昭和 40)年の精神衛生法改正により、保健所が精神保健行政の第一線機関として位置づけられることになり、そこから保健所保健婦による在宅訪問看護が行われることになった。1986(昭和 61)年に、精神科訪問看護・指導料が診療報酬のなか設定され、精神科医療機関からの訪問看護が広がっていった。1994(平成 6)年、それまでの訪問看護ステーションの年齢制限条項が廃止され、高齢者以外の精神障害者への訪問も可能となった⁽¹⁰⁾。

精神科の訪問看護は、保健所などが行う訪問指導、保険医療機関が行う訪問看護、訪問看護ステーションが行う訪問看護に分けられる。厚生労働省は、保険医療機関が行う訪問看護は、「退院後などの病状不安定期の患者などへの外来医療としての看護サービス」であり、訪問看護ステーション等が行う訪問看護は、「通院困難に陥りやすい精神障害者への生活支援を中心とした訪問看護サービス」であるとして、両者の違いを明らかにしている⁽¹¹⁾。

精神訪問看護は、精神科医師の指示書により、①日常生活の維持、②対人関係の維持・構築、③家族関係の調整、④精神症状の悪化や憎悪を防ぐこと、⑤身体症状の発症や進行を防ぐこと、⑥ケアの連携、⑦社会資源の活用、⑧対象者のエンパワーメント等のケアを目的に、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士により開始される。下の図のように精神疾患患者への訪問看護は増加傾向である。

精神疾患患者に訪問看護を提供している 精神科病院および訪問看護ステーション数の推移



4 地域移行支援をその人らしい制度とするための訪問看護と通院制度の課題

(1) 精神障害者に対する「地域生活支援」と「地域活動支援」

2007(平成 19)年に豊島らが行った、社団法人全国訪問看護事業協会に加盟する九州地方の訪問看護ステーションの管理者に行った調査研究によると、訪問看護の制度上の問題点としては、診療報酬、介護報酬の問題があるとされているが、利用者側からみた課題については出されていない⁽¹²⁾。また、訪問看護事業所における、理学療法士等の訪問看護は、看護業務のリハビリテーションを中心にしたものである場合、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけであり、「訪問看護における理学療法士等による訪問」として区別されている。2018(平成 30)年 3 月の一般社団法人全国訪問看護事業協会が出した「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のための手引き」によると、理学療法士等による訪問の割合が 2009(平成 21)年ごろより増加傾向にあり、訪問看護単位数の 3 割以上を占めるとされている⁽¹³⁾。

精神保健福祉法で精神障害者社会復帰施設が制度化され、これにより「精神障害者地域生活支援センター」が設置された。地域生活支援センターは、精神障害者に対する日常生活の支援、相談、地域交流事業などを行なっている。2006(平成 18)年の障害者自立支援法(2013(平成 25)年に「障害者総合支援法」と改題)の制定により、身体障害、知的障害、精神障害の 3 障害の福祉サービスが一元化されることになった。内容としては、自立支援給付の支給、相談支援、地域支援事業である地域活動支援センター事業等である。精神保健福祉法では、「地域生活支援センター」という名称からもわかるように、精神障害者の「地域生活」に重点が置かれているが、これに対して、障害者総合支援法上の「地域活動支援センター」は、市町村事業である地域生活支援事業に位置づけられており、「地域での活動」という目的が強調されている。すなわち、障害によって働くことが困難な障害者に対する日中の活動をサポートするための福祉施設という位置付けである。確かに、I C F(国際生活機能分類)は、「生活機能モデル」としての意味を持っているが、その中身である「生活機能」については、「心身機能・構造、活動、参加」を基本理念としており、こ

ここでは「活動」は生活機能の重要な項目の一つとされている。しかし、長期入院から地域移行する精神障害者は、現実には、「活動」の前に、まず、地域での「生活支援」が先行して考えられなければならない。郡山らは、精神障害者の生活支援のあり方について、地域生活支援センターが中心となってスタートした生活支援の具体的内容として、①居住生活での掃除、洗濯、ゴミ出しなどの当たり前の日常生活行為に対する生活支援、②食事支援、③病院への通院(会話の支援も含む)、作業所、生活支援センターなどへの同行支援、④近所づきあい、活動支援センターに通う他の仲間との対人関係への支援などをあげている。ちなみに、障害者総合支援法上は、同行支援は、障害福祉サービスの介護給付の一つとされている。同行支援は、視覚障害により移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供をしたり(代筆・代読を含む)、移動の援護等の外出支援を行なうためのサービスとされている。また、相談支援事業としての移行支援事業では、障害者の外出の際の同行支援が実施できるようになっている。

(2) 精神障害者に対する別疾患を理由とする複数支援の必要性

現行制度では、訪問看護の中の訪問リハビリテーションはあくまでも「看護行為」と位置付けられているので、訪問看護師の通院介助による通院リハビリテーションは、精神障害者も利用できると考えられる。しかも、精神訪問看護ステーションが診療報酬の請求ができるのは、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士が訪問指導を行った場合に限定されており、理学療法士は入っていない。この点に関して、精神訪問看護と外来リハビリテーションとの併用利用は可能であろうか。両者は、制度上では併用できないという規定はない。しかし、精神訪問看護を受けている人は、自分では病院や施設に出向けないからこそ訪問看護を受けているものと推定される。別な言い方をすれば、訪問看護利用者は、ひとりで外出して通院サービスを受けることはできないから、あるいは、外出するにしても支援がいることを明確にしたうえで、訪問看護利用の許可が出ていることになる。そうすると、外出が可能であること前提とする外来リハビリテーションと外出不可能者が利用する訪問看護との併用に対しては疑義が出される可能性がある。しかし、精神障害者の疾患や生活能力はそれぞれ個人でさまざまである。精神障害者のなかには精神疾患だけでなく、内科や整形外科に属する疾患を複数抱えた者もいる。精神障害者の特性や個別性を考えると、その人に応じて複数のサービスを受けることも地域生活を支援していく上では欠かせない場合もあり得るのではないか。例えば、次のような事例である。

精神訪問看護を受けているAさんは整形外科的疾患によりある医院を受診した。この時、受診支援を行っている訪問看護ステーション所属のB保健師は、「通院先で身体リハビリを受けることは、自宅で訪問リハビリ訓練を受けるよりも社会参加訓練にもなる」と判断して、現在、訪問看護のサービスを受けているが、社会活動参加訓練の一つとして通院リハビリも併せて受けさせたいと提案したが、「訪問看護を受けている精神疾患患者の場合、通院リハビリとの併用はできない」との病院窓口からの回答であった。精神障害訪問看護が対象とする疾患と整形外科的疾患は別の疾患であり、精神障害者の地域生活支援という目標を達成するためには、両者が必要な場合もありうる。Aさんの場合のように、精神疾患に対する訪問看護と同時に、整形外科に関する疾患に対しては、別疾患による別の支援という理解のもとに、障害者総合支援法上の移行支援事業(地域支援事業)による外出の同行支援を受けながら、あわせて通所リハビリによる受診を含めた専門的

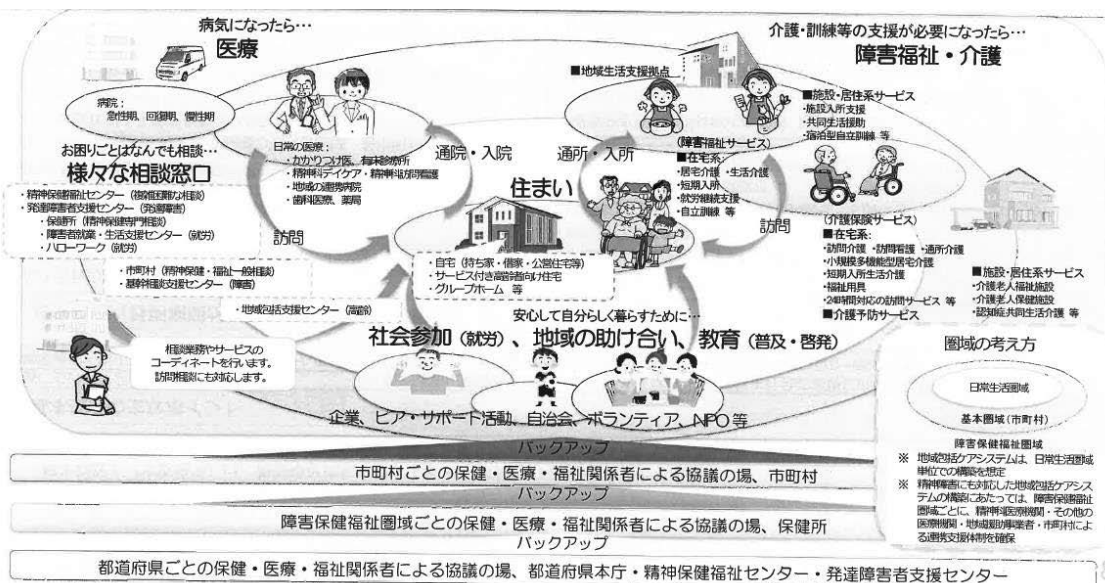
支援が同時に受診できるようにすることが必要である。ただし、地域支援事業としての同行支援は、市町村に任せられている関係上、地域格差が出ないよう国の財政的支援も重要になってくる。

5 小活

精神保健医療福祉の改革ビジョンで描く「入院医療中心から地域生活中心へ」という目標は単なる精神科病床数の削減だけを目指すものであってはならない。高齢者も障害者も、ほとんどの者が住み慣れた地域で暮らし続け、そこで人生の最期を迎えたいと望んでいる。障害者権利条約(2014(平成26)年2月19日発効)19条でも、「全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有する…」とあり、続けて、(a)では「障害者が、…居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わないこと」、(b)では、「地域社会における生活…を支援し、必要な在宅サービスを…利用する機会を有すること」とある。精神障害者の地域生活実現とそのための支援は国際的な常識となっており、その考え方は、日本の障害者基本法、障害者総合支援法にも受け継がれている。精神障害者を含めた障害者に対するわが国の地域生活支援施策が十分なものであるかどうか、この機会に今一度見直してみる必要がある。例えば、上述したように、一般病院の入院患者が退院し、地域での日常生活を目指す場合には、当然の如く、他の疾患による通院は認められているのに、精神障害者には、精神訪問介護と通院リハビリテーションとの同時利用が認められていないのは、説明が付きにくいところである。

また、現在の地域包括ケアシステム構想においては、医療体制に重点が置かれている(図IV-3)⁽¹⁴⁾。確かに、精神基礎疾患の医療的施療は重要な点であるが、地域生活を継続させていくために何が必要かと考えた場合、精神科基礎疾患のみならず、内科や整形外科といった他の疾患も対

図IV-2 地域包括ケアシステム



社会保障審議会障害者部会 H30.6.27 資料

象とするような総合的な医療・リハビリ提供体制が準備されなくてはならない。まずは、日々の診療を行う地域の医療機関をはじめとして、リハビリや福祉関係者の理解が必要であろう。

2014(平成 26)年 7 月に公表された、検討委員会「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」の「取りまとめ」では、長期入院精神障害者地域移行及び精神医療の将来像として、「退院に向けた意欲の喚起」、「本人の意向に沿った移行支援」、「地域生活の支援」を徹底して実施するとしている。精神障害者の地域生活移行を可能にするためには、まず地域生活を可能にするための支援策が十分に整備されていることが前提である。早急の対策が望まれる。

(角森輝美：福岡看護大学教授)

- (1)第 4 期障害者福祉計画実績について 社会保障審議会障害者部会第 94 回資料 4
- (2)精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き 2019(平成 31)年 3 月(株式会社日本能率協会総合研究所)、12 頁
- (3)大塚淳子「精神障害者の地域移行支援の現状と課題」(社会福祉学第 50 巻第 3 号 2009 年)、91 頁
- (4)鼓美紀・辻陽子・酒井正樹・出田めぐみ・祐野修「文献研究から見る精神障害者の地域支援事業の課題に関する考察」(総合福祉化学研究第 3 号、2012)、185 頁
- (5)注(1)前掲資料
- (6)注(1)前掲資料
- (7)『2018／2019 国民衛生の動向』(一般社団法人厚生労働統計協会)、126 頁
- (8)保健師ジャーナル 2017、Vol.73、No.8(医学書院)、634 頁
- (9)厚生労働省ホームページ
- (10)『2018／2019 国民衛生の動向』(一般社団法人厚生労働統計協会)193 頁
- (11)「精神科訪問看護の実施に関連する要因の検討—九州地方における調査から」(日本地域看護学会誌 Vol.15、No.2、2012)、107 頁
- (12) 同上書
- (13)『平成 29 年度老人保健健康増進等事業 訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等により良い連携のための手引き』(一般社団法人全国訪問看護事業協会、平成 30 年 3 月)
- (14)社会保障審議会障害者部会、平成 30 年 6 月 27 日、8 頁

V 生活困窮者を地域で支える仕組み

1 問題意識

2015(平成 27)年 4 月に生活困窮者自立支援制度が始まって以来 4 年が経過した。社会保険の適用対象外あるいは社会保険給付の支給期間を過ぎた者がその後はすべて生活保護制度に降りてくるという事態を避けるために、生活困窮者の自立支援を行う「第二のセーフティネット」として生活困窮者自立支援制度が全国的に整備された。しかし、この 4 年間でその現状はどうなっているのか、とりわけ、生活困窮者の自立支援では「地域づくり」を進めていく重要性が強調されて

いたが、現実にそれが進んでいるのか、これが本章の問題関心である。

一方で、生活困窮者自立支援法に対しては、反貧困・生活困窮者支援に携わるグループの中でも評価が分かれていた。そのうち批判的な見解の多くは、この制度は生活保護をなるべく受けさせないという「水際作戦」のツールになるのではないかというものであった。なお、この批判には根拠がある。その一つに、生活困窮者自立支援法の必要性や内容を検討してきた特別部会がまとめた当初の報告書案(2013(平成 25)年 1 月 16 日)がある。この報告書案の中では、新たな相談支援事業の対象者について、「生活保護制度の見直しと相俟って、就労可能な人が可能な限り生活保護を利用することなく、就労により自立できるようにするという今回の制度改正の目的を踏まえると、新たな相談支援事業の対象者は、生活保護の一手手前の経済的困窮者を中心に検討すべきである」⁽¹⁾(下線筆者)と記述されていたことである。これに対し、「生活保護をなるべく『利用することなく』就労支援を行うのが、今回の制度の趣旨であるならば、可能な限り生活保護制度を利用させない運用が危惧される。すなわち就労支援を口実とした『新たな水際作戦』の懸念である。」⁽²⁾と、委員から批判的意見が出された。そこでこの部分については、最終報告書(2013(平成 25)年 1 月 25 日)では「生活保護制度の見直しと相俟って、生活保護受給に至る前の段階から早期に支援を行うことで、就労を実現するなど社会的経済的自立が可能になるように支援するという今回の制度改正の目的を踏まえると、新たな相談支援事業の対象者は、生活保護受給に至る前の段階にある経済的困窮者を中心に検討すべきである。」と修正され、「就労可能な人が可能な限り生活保護を利用することなく」という文言は削除されたという経緯がある。稼働能力があっても生活保護が必要な者には当然生活保護を支給するという姿勢を明確にするために、最終報告書のような文言に改めたのであろう⁽³⁾。

複合的な課題を抱える生活困窮者に対して包括的な支援を行う新たな社会制度として、生活困窮者自立支援制度に期待された役割は果たされているのだろうか。本章では、2018(平成 30)年に行われた生活困窮者自立支援法(以下「自立支援法」という。)の意義と改正の概要を確認し、地域づくりの視点から、生活困窮者自立支援制度の今後の課題について考察したい。

2 生活困窮者自立支援法の意義

このように生活困窮者自立支援法は制度設計時から誤解や批判があった制度ではあったが、ここで自立支援制度成立の意義を再確認しておきたい。意義としては大きく分けて 4 つを挙げることができよう。

第一に、自立支援法は、社会的包摂という概念を基盤に据えているという点である。貧困に対して、経済的保障のみを目的とするのであれば、金銭給付による最低生活の保障がなされればそれでこと足りることになる。しかし、貧困問題を社会的排除の防止及び社会的包摂の視点で考えると、結果としての貧困状態だけでなく、社会がどのようにその個人を貧困に追い込んだのかという貧困に至るプロセスや、その個人を取り巻く環境など「排除をする側＝社会」の仕組みや制度に目を向けないわけにはいかない。貧困に至る社会的排除のプロセスを明らかにしていくことは、経済的困窮状態だけでは捉えきれない、当事者の抱える複雑な生活課題を個々の要素に分解して明確にするという作業とともに、その解消をめざすためには金銭的給付以外にその人を労

働市場や地域社会と結び付けていくサービスも必要である。いわゆる社会的包摂への政策志向へとつながっていく。それを踏まえて、次の段階では、社会的包摂のために、貧困者によって個々に異なっており、かつ、複雑にからんでいる問題の解決に向けてどのような方策が必要であるかという議論に移っていく。貧困について、それを単なる金銭不足や物質的な欠如と解することなく、人とのつながり、地域での孤立、心身の健康、教育など広範な分野に関わる複合的な要因からくる困窮状態であるという認識を持てば、必然的に、その支援の仕方として、多様な方策の整備、その実施計画の策定、そして個々人に応じた個別・具体的な実践行為が求められることになる。

その意味で、自立支援法が、対象者像や具体的方策をあえて明確にせず、各自治体がそれぞれの地域ニーズに合わせた形で支援の絵を描けるよう、裁量の余地を広くした条文形式になっていることは大きな意義があろう。また、自立支援法が、従来の雇用施策のもとでは、就労準備のための支援を受けても一般雇用に結びつかなかった者を対象として、就労自立のみならず生活自立および社会的自立をも射程においた個別的支援を行うための法的枠組みを設定したことについても積極的評価がなされている。また、雇用の不安定化と雇用保険をはじめとする現行社会保険制度が脆弱ななかで、生活保護制度しか生活困窮に対する有効な救済制度がなかったという現実を受けて、同法によって生活保護に至る前の「第二のセーフティネット」としての重層的な救済システムが構築されたことも評価できる。すなわち、まず、ワンストップの生活困窮者自立相談事業により、地域の生活困窮者が掘り起こされる。その後、さまざまな既存の救済メニューに加えて、自立支援法によって新しく具体化された生活困窮者住宅確保給付金や就労支援、学習支援などの救済手段が適用されることによって、生活困窮者を社会的に包摂していく効果が期待できる。こうした支援は、既存の生活保護の自立支援プログラムなどによって広がってきた、利用者本位の寄り添い型支援の実践のひとつである⁽⁴⁾。このように、ワーキングプアや失業者、ひきこもり、障害者など、その人の特性によって縦割りに分類してきたこれまでの制度の枠を超えて、全体を「生活困窮者」という大枠で捉えることによって、これまでのように制度の狭間におかれる者をつくらない、これが自立支援法の第二の意義である。

第三は、本制度は「自立支援相談」がメイン事業であることである。社会保障を単なる財の配分システムと捉えるのではなく、動態的ないしプロセス的視点を重視し、目指されるべき目標としての「自律」に向けた個人の「営み」に対するサポートを積極的に行うための法制度と位置づけ、そのための整備や充実を規範的に求めるという新しい型のサービスである。最近に至るまで、社会保障法学における貧困問題は、主として公的扶助ないし生活保護法論という形で展開されてきた。社会保障法学の通説では、社会保障の規範的根拠を憲法 25 条の生存権規定に求めてきた。これに対し、菊池は、従来の通説とは別の角度から、社会保障の規範的基礎付けを行う必要があると考え、憲法 13 条を基軸とした基礎付けを行うに至った。その理由として、従来の生存権論では、①給付の前提となる拠出のあり方まで見据えた規範的視座を提供し難いこと、②社会保障法関係の中心に置かれるべき個人を、ともすれば「保護されるべき客体」として捉えがちになり、積極的な能動的な権利義務主体と捉える機会が必ずしも十分でなかったこと、③社会保障をともすれば財の配分による静的ないし帰結主義的な意味での平等を志向するものと捉えがちになり、能動的ないしプロセス的視点も加味した平等の捉え方が希薄であったこと、が挙げられる。憲法 13

条を究極的な規範的根拠とする社会保障法論の展開にあたって軸となるのが、社会保障の目的論である。すなわち、社会保障の目的を、通説において捉えられてきた「国民の生活保障」にとどまらず、より根源的には「個人の自律の支援」すなわち「個人が人格的に自律した存在として主体的に自らの生き方を追求していくことを可能にするための条件整備」にあると捉える。生活困窮者自立支援法との関係で重要なのは、各個人による自主的自律的な生の構築を可能にするためには、単に財の配分における形式的平等を達するだけでは十分でないということである。こうした視点は、最低生活に満たない個人に対して不足分の経済的給付を行えばよいといった、従来の帰結主義的(ないしは結果平等的)視点とは異なる考え方である⁽⁵⁾。自立支援法はこうした新しい考え方を含んでいる。

最後に、「地域づくり」という視点である。制度の目指す「目標」として、①生活困窮者の自立と尊厳の確保、②生活困窮者支援を通じた地域づくりの2点が挙げられている。「生活困窮者の自立と尊厳の確保」は、経済的自立のみならず日常生活自立や社会生活自立など本人の状態に応じた自立を支援し、また、生活困窮者は自己肯定感や自尊感情を失っている場合が多いことから、本人の尊厳の確保には特に配慮することとしている。もうひとつの目標である「生活困窮者支援を通じた地域づくり」は、支援のための地域ネットワークの構築や社会資源の開発・創造だけでなく、「相互に支えあう」地域社会を構築することを目指している⁽⁶⁾。生活困窮者を一方的に支援されるべき客体と捉えるのではなく、地域社会の一員として参加し、ともに「相互に支え合う」参加型包摂社会を創造していくという方向性は、持続可能な社会保障制度の再構築という普遍的な視点とも一致している。この点でも積極的に評価できよう⁽⁷⁾。

3 生活困窮者自立支援法の施行状況とその後の改正

(1) 生活困窮者自立支援制度の現状

自立支援法は2015(平成27)年4月に施行されて以降、複合的な課題を抱えた生活困窮者に寄り添いながら包括的な支援が各地で行われてきた。その結果、相談から支援につながった多くのケースで一定の効果が表れてきている。

2018(平成30)年度の実施状況をみると、新規相談受付件数は全国で139,784件で、39,879件について支援プランが作成され、そのうち約半数が就労、あるいは増収につながっている。また、義務化されている自立相談支援事業以外の、任意事業に取り組む自治体は増加している。制度が開始された2015(平成27)年度と比較すると、2018(平成30)年度の実施状況は、就労準備支援事業については、27%が48%に、家計相談支援事業は22%が45%に、学習支援事業は33%が59%になっている。

一方で、まだ相談につながっていない生活困窮者も数多くいることや、自治体間格差の問題、就労支援など任意事業の実施率が低く、支援の出口が十分に用意されていないなど、様々な課題も見えてきた。相談件数は、人口10万人あたり月15人程度である。しかし、生活に行き詰まった者、悩みを抱える者がそれだけしかいないとは考えにくく、まだ支援につながっていない生活困窮者の存在がかなり見込まれるところである。自ら自立相談支援機関へ相談することが難しい者の把握や、他の窓口からの紹介を積極的に受け入れるとか、制度自体に対する地域住民への一

層の周知が必要である。

また、自立支援事業は、人が人を支えることを根幹とする制度である。しかし、事業の委託先は多くが単年度契約であり、制度を担う相談員や支援員も1年契約で先行きの見えない不安を抱えながら仕事をしている。制度を持続可能なものとするためにも、また相談員や支援員が安心と誇りを持って働けるように、雇用の安定と処遇の改善を図り、確実に人員を確保できる仕組みが必要である。

(2) その後の改正の概要

自立支援法には、附則2条で、制度実施から3年を目途として見直しを検討する旨が定められていたことから、厚生労働省は2016(平成28)年10月に「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会」(宮本太郎座長)を設置し、同検討会は2017(平成29)年3月に「生活困窮者自立支援のあり方に関する論点整理」をとりまとめて公表した。これを受けて、厚生労働省の社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会において、2018(平成30)年通常国会における同法改正を目指して検討が進められ、2017(平成29)年12月15日付けで「社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会報告書」をとりまとめて公表している。

前述したように、生活困窮者自立支援制度は、相談から支援につながった多くのケースがある一方、相談につながっていない者や自治体間格差の問題、就労支援など任意事業の実施率の低さ、就労受け皿の不足など様々な課題も見えてきた。今回の改正では基本理念が新設され、「生活困窮者の尊厳の保持」を図りつつ、困窮の背景にある「地域社会からの孤立」も含めた個々の状況に応じた支援を包括的かつ早期に行うことや、困窮者支援を通じた地域づくりの視点が明文化された。これらは制度創設時から謳われていたことであるが、法文上には明確に規定されてはいなかった。生活困窮者支援に携わる多数かつ多分野にわたる関係者間で、共通認識をもって、一体となって取り組みを進めていくために、理念が法律上明記された意義は非常に大きい。

また、これまで任意事業であった就労準備支援事業や家計改善支援事業は努力義務化され、両事業と自立相談支援事業との一体的実施を促進するとともに、子どもの学習や生活支援事業、居住支援についても政策が強化された。そのほか、自治体の関係部局が連携して相談支援窓口につながる努力義務や、支援関係者間での情報共有の仕組み、都道府県による市等への支援事業(研修や広域ネットワークづくりなど)も創設されることとなった。

さらに、国会審議を通じて、就労準備支援事業と家計改善支援事業については、今後3年間で集中的に実施体制を整備し、全ての地方自治体において両事業の完全実施を目指すことが確認された。また、その他の任意事業も含め、各事業の実施率を高めつつ、次期改正における必須化に向けた検討を行うことが参議院の附帯決議に盛り込まれた。こうした目標に向かって、国や自治体、支援団体をはじめ、すべての関係者が基本理念を共有しつつ、一体となって取り組んでいくことが必要である。

4 生活困窮者自立支援制度の課題

(1) 社会的包摂の視点

生活困窮者の自立に向けて、公的な経済的支援(金銭給付やサービスの提供)だけでなく、就労(中間的就労を含む)やボランティア、地域交流等を通して、他者との絆や地域社会とのつながりを感じ取ってもらうための仕組みづくりが進められている。ここで1つ事例を紹介しておこう。2017(平成 29)年 6 月に、熊本市中央区の子飼商店街の一角に、住民交流の場として「まちかど保健室よってこかい」が開設された。「買い物ついでに飲食や交流ができ、困りごとや心配事の相談が気軽にできるカフェ」とのことで、「熊本市高齢者支援センターささえりあ浄行寺(地域包括支援センター)」を中心に、地域住民や学生ボランティア、商店街等の協力により運営されている。この商店街は、狭い通りに八百屋や肉屋、惣菜屋、食堂、雑貨店などが雑多に並ぶ、熊本を代表する昔ながらの商店街である。店員となじみ客が会話を楽しみながら売買する様子は、昭和の面影を色濃く残している。近所に住む高齢の買い物客が多いが、近くには2つの大学があることもあって、他の地域に比べて学生たちの姿もよく見かける。そのような場所にある「よってこかい」に集まっているのは、誰かに相談したいという意味を持った人だけではなく、ボランティアとの会話を目的に来た人、休憩にお茶を飲みに来る人、学生や夏休みの小学生などさまざまである。自宅以外のこのような居場所があることによって、住民にとっては自分が暮らす地域の一員であるという自己有用感が芽生えているようである。この芽生えこそ、やがて自分は誰かに必要とされているという満足感や誰かの役に立ちたいという奉仕の意欲へとつながっていくのではないかなと思われる。

(2) 縦割り行政の是正

国も指摘するように、現代の生活困窮の原因は、非正規労働者、ワーキングプア、高校中退者、中高校不登校、ニート、引きこもり、生活保護受給者における貧困の連鎖など多種多様である。また、こうした状態に至る背景や原因には、若者の生きづらさや、うつなどの精神的な疾患や発達障害なども考えられる。こうした多様かつ深刻な生活問題に対して、まずアセスメントし、その後、適切な機関・人と連携して、困窮者に寄り添いながら支援することが相談支援事業の趣旨である⁽⁸⁾。

2019(令和元)年 6 月 25 日付の朝日新聞によると、介護や病気、ひきこもりなど複数の問題を抱える人や家庭への一体的な対応を目指し、厚生労働省は、市町村が一つの窓口で相談を受け付けられる体制の整備を進めるよう、来年の通常国会での関連法改正を目指しているという。支援を必要とする人の大半は複数の問題を抱えている一方で、昔から縦割り行政と言われるように、地方自治体では、国の支援事業の根拠法や財源が異なることから、介護の問題は介護福祉部門、病気の問題は医療福祉部門、就労問題は労働行政部門、教育の問題は教育委員会というように、問題の種類や年齢に応じて別々の担当部局が対応している状況である。この縦割り行政の弊害を打破し、複合的な課題に対応できる包括的な支援や、時間が経過して問題が変化しても継続して対応できる伴走型の支援につなげることを目指すという趣旨の改正である。具体的には、細かな使途に縛られない新たな交付金制度の創設などを想定しているという⁽⁹⁾。確かに、補助金の使い方は分野横断的な支援の障壁になっている。生活困窮だけでなく、高齢や身体障害、精神障害、引きこもりなど複合的な課題を抱えたケースに対し、現行の補助制度下で対応しようとすると、補助金の目的外使用として会計検査時に指摘を受ける場合もあり、現場では使いにくいというのが

本音であろう。新たな交付金制度の創設により、自治体行政運営の新機軸を生み出し、横断的で継続的な支援につながることに期待したい。

(3) 生活困窮者支援を通じた地域づくり

法定受託事務である生活保護と大きく異なり、自立支援法に基づく事務は自治事務である。よって国は、それなりの解釈基準を示すことはできても、政省令に定める以外、事務を実施する地方自治体を拘束することができない⁽¹⁰⁾。そのため、各自治体によって位置づけやとらえ方が異なり、その結果、取組みに大きな差がでるのではないかという懸念が制度開始前から指摘されていた⁽¹¹⁾。たとえば、2017(平成 29)年 3 月の「生活困窮者自立支援のあり方に関する論点整理」の中でも、「誰に対しても包括的な自立支援を的確に行える支援体系の構築状況は地域ごとにばらつきがあり、それが支援実施にも投影され、先進体に取り組む自治体と取組みが脆弱な自治体の差が開きつつある」との指摘がなされている。

一方で、効果の高い試みを実施している成功事例や先行事例を紹介して、これを全国に広めようとする動きは制度開始前から行われていた。そもそも生活困窮者自立支援法に規定された支援事業は、これまで「寄り添い型支援」として釧路や埼玉をはじめ先進的な地域での実践が法定化されたものである。こうした先進事例は、低所得者支援の新たな展開として評価しうる側面もあった⁽¹²⁾。

しかし、優良事例を形だけなぞって自分の地域に当てはめても上手くいくとは限らない。相手にするのは人や地域であり、機械やシステムではないからである。また、それぞれの地域における生活環境や地域資源の一つとして同じものはない。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。任意事業の実施率が低いので、全国どこでも等しく事業を利用できる体制を整えるために、国は任意事業を全て必須事業として、各事業の国の負担割合を高めるべきであるという意見もあるが⁽¹³⁾、果たして義務化するだけで地域づくりが成功するといえるだろうか。

取組みが脆弱といわれる自治体は、どこでやっても同じ結果が得られる再現性が高い部分とそうでない部分とを見極めて、自分たちの地域だからこそやれること、やらなければならないことについて、行政も事業者も地域住民もお互いに知恵を絞りながら取り組んでいかなければならない。それが「生活困窮者支援を通じた地域づくり」といえるのではないだろうか。当事者として地域住民が参画し、先行事例等を参考にしながら、それを自分たちの地域に置き換えて、自分たちの地域らしい支援が実践できるか、いまそのことが各自治体に問われている。

5 小括

生活困窮者支援の課題は、単に経済的困窮だけでなく、社会的に孤立していることが多いという認識から出発しなくてはならない。本人の自立を果たすには、何よりも本人が自己の存在を肯定し、有用性を意識しながら生きようとするのが土台となる。そのためには、本人が何らかの社会関係を取り戻せるように、地域の中で居場所や役割りを見つけ、それに積極的に参加できる

ようにしていかなければならない。生活困窮者が抱える課題を解決するカギのひとつは、「地域」にある。地域は、人口減少や財政難の現状にあって、ヒト、モノ、カネの総対数は決して潤沢であるとは言えないかもしれない。しかし、今こそ、「地域」のあり方を見直し、生活困窮者支援を通じて、より多くの地域資源を発掘、創出し、地域全体で支え合う仕組みを創り上げなくてはならない。生活困窮者も含めた地域住民一人ひとりが社会参加できる地域づくりがいま目指されている。

(堀江知加：熊本県県北広域本部阿蘇地域振興局総務振興課、修士(アドミニストレーション))

- (1)2013(平成 25)年 1 月 16 日厚生労働省「第 11 回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」において提案された素案「報告書(案)」、14 頁。
- (2)2013(平成 25)年 1 月 23 日厚生労働省「第 12 回社会保障審議会生活困窮者の支援の在り方に関する特別部会」において藤田委員が提出した「報告書案についての意見」、1 頁。
- (3)石橋敏郎『社会保障法における自立支援と地方分権』(法律文化社、2016 年)、138 頁。
- (4)吉永純「生活保護『改革』と生存権の保障—基準引下げ、法改正、生活困窮者自立支援法」(明石書店、2015 年)、91-92 頁。
- (5)菊池馨実「貧困解決に社会保障はいかに貢献できるか」(貧困研究 1 号、2008(平成 16)年 10 月)、31 頁。
- (6)田中聡一郎「生活困窮者自立支援法はどのようにスタートしたか」(社会保障研究 Vol.1、No.4、2017(平成 29)年)、749 頁。
- (7)菊池馨実「生活困窮者支援と社会保障—貧困・生活困窮者法制の展開と生活困窮者自立支援法—」(社会福祉研究第 124 号、2015 年 10 月)、9 頁。
- (8)吉永純、注(4)前掲書、110 頁。
- (9)2019(令和元)年 7 月 16 日厚生労働省「地域共生推進検討会」が中間報告案をまとめたもの。子供を養う親が高齢化する「8050 問題」のほか、介護と子育てに同時に直面する「ダブルケア」などに対処するため、「既存制度の縦割りを再整理する新たな取組み」の創設の検討を提言するとともに、「複合的な課題に一元的に対応できる自治体窓口の創設など「断らない相談支援」の必要性を強調した。
- (10)森川清「生活困窮者自立支援法は、生活困窮者を支援するか」(賃金と生活保障 1590 号、2013 年 7 月下旬号)、8 頁。
- (11)石橋敏郎・河谷はるみ・木場千春・坂口昌宏「生活保護制度における就労自立支援の問題点」(『アドミニストレーション』第 18 巻 3・4 合併号、2012 年)、60 頁参照。
- (12)吉永純、注(4)、前掲書、91 頁。
- (13)日本弁護士連合会「生活困窮者自立支援法の見直しに向けた意見書」(2018(平成 30)年 1 月 18 日)、2-3 頁参照。

VI 地域包括ケアシステムと医療

1 地域包括ケアシステムの必要性

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65 歳以上の人口は、2018(平成 30)年 9 月の推計では 3557 万人と総人口に対する割合は 28.1%、2024(令和 6)年には 35.3%、その後も、65 歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている⁽¹⁾。わが国は人類史上経験したことのない超高齢社会に向かっている。このような状況の中、団塊の世代(約 800 万人)が 75 歳

以上となる 2025(令和 7)年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。75 歳を超えると集団として見た場合、虚弱な集団となるといえるので、この集団に生じる大きな危機に対応するためになんらかの社会システムを確立しておく必要がある。それが「2025(令和 7)年問題」とよくいわれている所以の 1 つである⁽²⁾。

このため、厚生労働省においては、2025(令和 7)年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援という目的のもとで、たとえ重度の要介護状態になったとしても、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域での包括的な支援・サービス提供体制の構築を推進している。これが地域包括ケアシステムである。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要である。人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じてくる。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要となる。そこで市町村では、2025(令和 7)年に向けて、3 年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を推進しようとしている

2 地域包括ケアシステムの内容

地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築となれば、当然、その地域の社会資源、人口構成、高齢者の状況等を把握しているもっとも身近な存在である市町村が中心となるべきであろう。市町村は、まず、地域の課題の把握と社会資源の発掘を行い、地域の関係者を含めてその対応策を検討し、次に対応策の決定・実行を行うという一連のプロセスを準備している(図VI-1)。

地域包括ケアシステム推進の中心的機関としては地域包括支援センターがある。地域包括支援センターは、中学校区程度の圏域に 1 つ設置され、地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防に必要な援助などを行い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としている⁽³⁾。地域包括支援センターは 2016(平成 28)年 10 月時点で全国に 4873 か所ある(この他に支所やランチを有するところがある)。市町村は、地域包括支援センターの業務を適切な社会福祉法人や医療法人、NPO 法人等に委託することができ、全国では委託型がおおよそ 7 割を占め、市町村直営型は 3 割である。「地域包括ケアシステム」で用いられる「地域」は日常生活圏域と捉えてよい。これはおおよそ 30 分圏内に相当し、ほぼ中学校区に等しい。日常生活圏域は平均すると居住者数 1 万人程度になる。地域包括ケアシステム完成目標年次である 2025(令和 7)年には、その 1 万人うち高齢者が 3000 人、その中の 500 人が要介護者とみられ、うち重い要介護者が 100 人ほど含まれると想定される⁽⁴⁾。

地域包括支援センターが他の福祉・医療・介護サービスを提供する機関と異なる点は、担当圏域を持ち、その圏域が排他的なことである(後方支援のみを担当する少数の基幹型および機能強化型地域包括支援センターを除く)。地域包括支援センターは、圏域内の高齢者で支援を必要とする者全てに対して責任を負う。住民側からすると、地域包括支援センターは自分では選べないし変更できない。そのようなこともあり、地域包括支援センターは市町村の定めた方針に基づき運営

図VI-1 市町村における地域包括ケアシステムのプロセス(概念図)



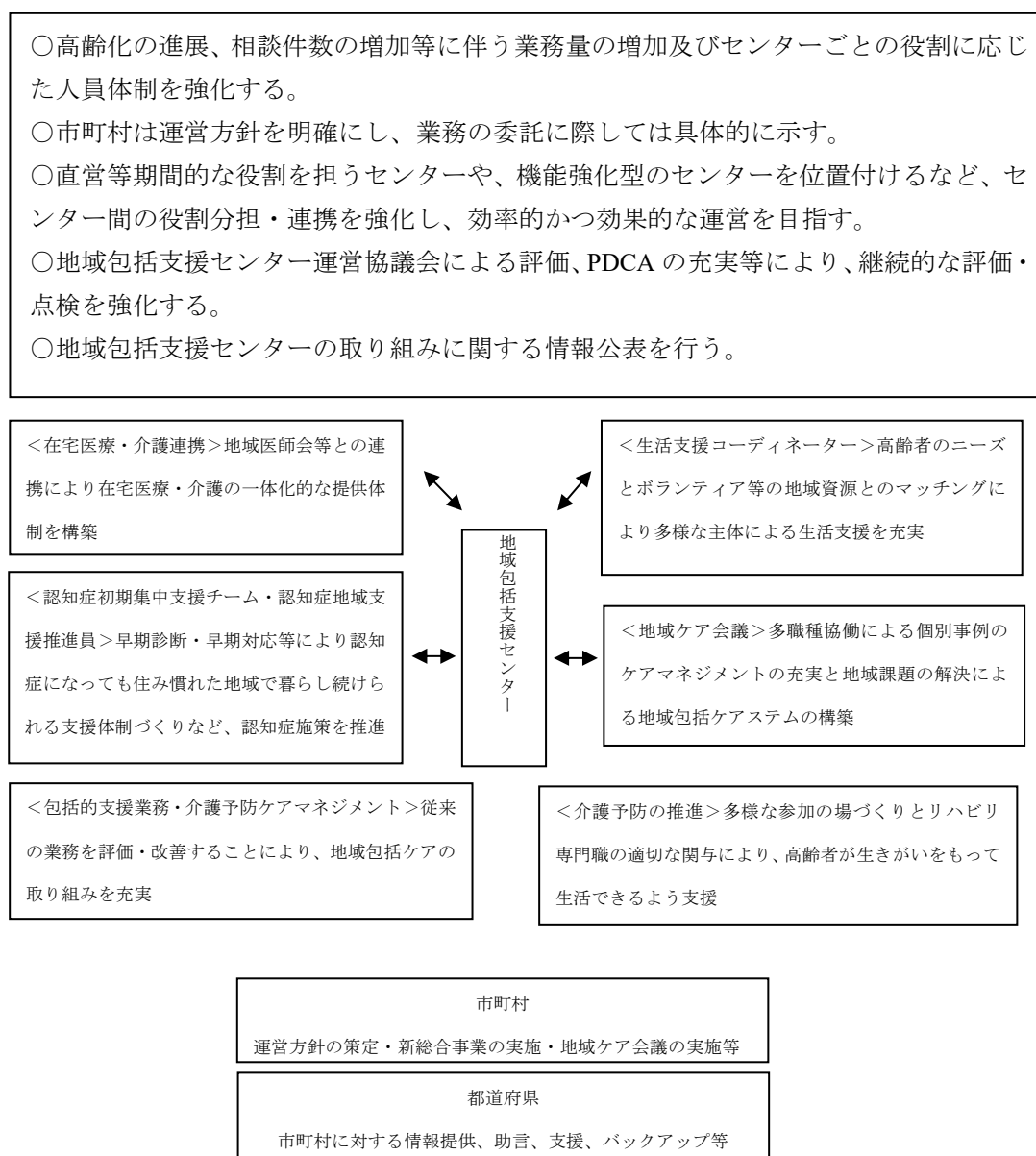
出典：厚生労働省 HP「市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)」

され、公正・中立性を確保されることとなっている。全国どの地域包括支援センターも一定以上の質と量を兼ね備えた組織でなくてはならない⁽⁵⁾。地域包括支援センターには、保健師またはベテランの看護師、ベテランのケアマネージャー(主任介護支援専門員)、社会福祉士の3種の専門職が配置され、地域包括支援センターの基本機能である共通的基盤構築、総合相談支援・権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメント、認知症高齢者の総合的支援等さまざまな機能を担っており、地域包括ケアシステムを構築し推進していくためのまさに中核的機関として位置付けられている⁽⁶⁾。実際は、処遇困難症例などが増えており、地域包括支援センターの職員は現場に出向くことが多いため、現行の地域包括支援センターの配置人数だけでは十分に役割を果たすことができていない現状がある。2025(令和7)年の地域包括ケアシステムの構想から将来像を描くと、地域包括支援センターは、包括的支援事業に加え、①地域ケア会議の推進、②認知症対策の推進、③医療と介護の連携強化、④生活支援コーディネーターの役割など基礎自治体や保険者と密に連携を取りながら地域ケアマネジメント機能の充実に努める必要がある⁽⁷⁾。

地域包括支援センターは、圏域内の高齢者に対して相談業務やサービスのコーディネートを行う。具体的には、地域包括支援センターを拠点として、居宅介護支援事業所に在宅介護を基盤としたマネジメントを提案し、それをうけて居宅介護支援事業所は対象者と話し合い、最後に契約

を結ぶ。このようなトップダウン的なシステム作りをする方が高齢者問題を一手に束ね、必要な部門や職種につなぐことができ、迅速に問題を解決できるのではないかと思われる。地域ケアシステムを構築するためには、保健・医療・福祉など多様なネットワークが必要となる(図VI-2)。ネットワークづくりをする中心的存在となれるように、地域包括支援センターの業務量にあった人員配置を行うことは必須である。まずは地域包括支援センターの人員増、専門職員の確保等の充実策を講じたうえで、2025(令和7)年に向けて地域包括ケアシステムが構築されることを期待したい。

図VI-2 地域包括支援センターの強化



3 地域包括ケアシステムの構築が進まない原因と今後の課題

(1) 医療の現場から

後期高齢者人口の増加に伴い、死亡件数も増加する。2017(平成 29)年では 134 万人の年間死亡者数が、2040(令和 22)年のピーク時には 160 万人強に達すると予測されている。いわゆる「多死時代」を迎えるのである。この死亡者数に占める後期高齢者の割合は 1965(昭和 40)年には 3 分の 1 であったのが、現在は 3 分の 2、2040(令和 22)年のピーク時には 5 分の 4 と大きく変化する。いわゆる若死には大幅に減り、大部分の人々は「老いて死ぬ」という時代となったのである。一方において、大部分の日本人が病院で亡くなるようになったが、この数十年間で高度先進医療の目覚ましい進歩を背景に、生から死までを全て病院で完結させるというような体制にシフトしている。医療機関での死亡率は終戦直後には 10 数%であった。1955(昭和 30)年には病院と診療所を足して、15%が医療機関で死に、自宅での看取りが 77%であったものが、徐々に差が縮まり、1975(昭和 50)年には、医療機関での死亡が 46.7%、自宅での死亡が 47.7%になった。ついには 1976(昭和 51)年頃から「在宅死」より「病院死」が上回り、今は自宅での看取りは 10%台となり、逆に病院死は 80%程度までとなっている。一方、当事者においては「終末期における療養の場所」についての希望調査で、6 割を超える人が自宅で療養したいという希望を持っていることがわかる。高齢者が何らかの形でいったん救急車搬送されたり、入院してしまったりすると、日常生活動作が回復しない限り、病院を退院して自宅に戻ることは少なくなり、退院先として施設またはみなし在宅(有料老人ホーム、グループホームなど)を探すことになる。あるいは、次の入所先が決まるまでは、別な病院での再入院または回復期など入院期間が伸ばせる場所へ移動する。こうしているうちに自宅に帰れなくなる。自宅に帰ったとしても、一度医療機関が携わることで、病状が悪くなるとまた病院に戻ってくるということを繰り返す。病院では治療を目標に、患者が 1 分 1 秒でも延命できることを目指している。あえて言うなら死と闘うという医療を展開してきたともいえる。そして、治療は技術が高度化するほど、入院治療が中心となる。その結果、多くの高齢者が病院で亡くなるようになったといえる。医療機関での看取りが圧倒的に多くなった理由の 1 つとして、わが国はこれまで高度先進医療のめざましい技術革新を軸として、わが国の医療が病院信仰とも表現されるような病院医療中心で展開してきたことが考えられる。

こうした時代における医療のあり方を見直されなくてはならない。将来は、今までのように、最期は病院でという形の医療システムでは持ちこたえられなくなる。これは、個々人の生き方、死生観にも影響されていると思われるので、これからは価値観そのものを変えていく必要がある。人間は「老いて死ぬ」ということは避けられない。亡くなり方、亡くなる場所、すなわち「終の棲家」はどうあるべきか、あるいは社会システムはどうあるべきかというあり方論について、医療関係者だけではなく、国民全員があらためて意識改革する時期に差し掛かっている⁽⁸⁾。地域包括ケアシステムは高齢者をなるべく住み慣れた地域で自立できるように医療、介護、生活支援をネットワークで繋げていくことになるが、その先の死についても、医療機関での最期というのではなく、地域包括ケアシステムで謳っているように住み慣れた地域でどのように看取っていくのか、どのような形で終わりを迎えるのか、国民一人ひとりが考えておくべきである。人生の最期の場所を自分で意思表示できない時は、家族が代わりに意思表示しなくてはならないため、家族

の協力も必要となってくるであろう。そこでは、看取りをタブー視しないことも重要になってくる。今の日本では、超高齢社会でありながら、看取りを口に出すことがタブー視されている。医療の現場においては、医療機関は、命を取り留め、治療を行うという使命があるために、治療を控えるという形での看取りをタブー視していることを常を感じる。

看取りの準備は、医療機関に入る前からできることである。まずは、地域包括支援センターに配置されている介護支援相談員に相談したり、在宅医やかかりつけ医に往診や看取りの対応をしてくれるかどうかの相談をすることから始まる。その後、本人や家族の状態に応じて、在宅医、在宅歯科医、歯科衛生士、薬剤師、看護師、理学療法士、管理栄養士、ヘルパーなどで編成される看取りチームが作られる。在宅で提供される医療サービスは医療保険の適用となり、訪問看護は疾患名によって医療保険もしくは介護保険が適用されることになる。看取りの主体はあくまでも本人であるので、看取られる場所を自宅にするのか介護施設などにするのかも含めて本人の意思を尊重し、その人の人生にとって最善だと見込まれる医療やケアを提供し、自然なかたちでの看取りを実現することは、残された家族にとっても極めて重要な意味を持つと思われる。これからは、医療やケア、そして看取りについて自分の考えが反映される、いわゆる「アドバンス・ケア・プランニング」が重要になってくる。本人や家族が、死期をタブー視しないで、死期に向けて準備することで、自分の最期についての不安を減らしていけることこそが残された人生を充実させることにつながると考えられる⁹⁾。これからは、患者や家族は、病院で亡くなること＝看取りではないことを自覚して、人任せではなく、自分のこと、家族のことだという意識をもって、看取りについて生前から考えておく必要がある。

(2) 在宅医療—「治す医療」から「生活を支える医療」へ—

在宅医療は、入院よりも費用を低く抑えることができるが、家族などの協力が必要不可欠である。入院すれば、たしかに、スタッフや設備が整っており、緊急時はいつでも対応可能となるが、在宅医療だと医療機関のような迅速な処置は難しくなる。この点で在宅医療と医療機関を比べてしまうと在宅医療のデメリットとして捉えがちとなり、このことが在宅医療が進まない理由にもなっている。そもそも、医療機関と在宅医療を比較することが必要であるのか、比較できる内容なのかが問題とされなくてはならない。超高齢社会がすすむなか、「医療は医学の社会的適用である」といわれることがあるが、適用すべき社会の姿が人口構造の変化等により一変する以上、医学や医療のあり方自体の見直しが求められるのである。いわば「病気と共存する」ことが常態になれば「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」の重要性が増していくことになる。

在宅医療の本質が「生活を支える」ことにあるとすれば、医師が訪問診療すればそれだけで事足りるわけではない。医療に限っても急性増悪期には病院との連携が必要となる。また、保健・介護・福祉・住宅、さらにはまちづくりまで含め、在宅医療の構成要素の質を高めることが求められる。しかし、それは必要条件であって十分条件ではない。在宅医療の難しい点は、患者の状態やニーズは一定ではないことのほか、標準的・定型的なサービスの提供で足りる「平時」の場合もあれば、患者の病態が夜間に急変するなど「緊急時」の場合もありうる。そうした変化に柔軟かつ即時的な対応ができなければ「生活を支える」ことにはならない。要するに生活は間断なく営まれており、在宅医療の本質が「生活を支える」ことにある以上、在宅医療の各構成要素の

質を高く保ち、かつそれぞれが有機的に結合して、24 時間 365 日「生活を支える」サービスが確保できてはじめて在宅医療の実質が備わるということになる。地域における各機関・職種の「切れ目ない」連携の重要性が強調されるのもそのためである。しかし、率直に言ってこのレベルの連携が実現できている地域は多くはない。

高齢者が在宅にもどってこない要因の 1 つに、高齢者本人もそうであるが、家族にとっても、病状が急変する時の不安がある。また、在宅患者の状態が変化した時の在宅医の診察、対応、入院施設との連携体制が取れているかどうか、あるいは、在宅医の対応能力と患者や家族との信頼関係が確保されているかについても、いまだ不安をぬぐえない。「急変」という言葉は、高齢者に対しては、必ずしもあてはまらない場合がでてくる。疾患別の死に至るパターンであるが、「がん」の場合は、本人や家族の意思も明確な場合が多く、何か急な変化があったとしても看取りの経過として比較的、在宅での看取りは行いやすい。これに比べ、「非がん系」では高齢者の急性憎悪期と終末期の区別が難しい。このため急性憎悪時に適切な対応を図れるか否かが、在宅医療の継続にとって重要な意味をもつ。ここでも在宅医の診察のスキル向上や病院との適切な連携体制の確保が求められる⁽¹⁰⁾。

(3) 住みなれた地域で高齢者が住み続けるための課題—生活を支えるサービス—

では、医療機関から在宅へもどるために必要なことは何であろうか。病院で治療を終え、仮に在宅に戻ったとしても高齢者にとって医療系サービスは必須である。前述したように、「病気と共存する」ことが常態になれば「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」の重要性が増してくる。医療系サービスは医療機関だけでなく、福祉施設であっても医療職種が配置されていれば提供できるサービスである。施設については、住みかサービスとケアサービスとを「機能として」一度それぞれ分離して捉え直し、その上で適切かつ柔軟な組合せを考える方向が求められる。現在の施設および居住系事業所のほとんどは、住みかとケアの 2 種類のサービスが基本的に自己完結型パッケージになっている。そうではなく、内付きサービスに加え、地域単位で外付けサービスをもっと積極的に利用できるようにしてもよいのではないか。逆に施設で有用なケア人材を育ててきたのであれば、その人材を地域サービスにも提供するあり方も望まれている。事業者ごとに、さらに職種ごとに配置人員を定める基準をゆるめると、次のような工夫が図れるはずである。日常のケアスタッフは、もちろん施設及び居住系事業者の内付けされなくてはならないが、医療系サービスは各事業所に 24 時間貼りつく形よりも、人材を多く抱える組織(病院や有床診療所)が地域の医療サービスを担当し、必要な時に施設ないし居住系事業所に応援にいくあり方があってもよい。また、資源の提供として、施設の個室を看取りの場所として提供することもどうだろうか。施設入所ではなく、自宅の一室として扱い、24 時間家族の出入りを可能とし、本人と家族と一緒に過ごせる場と時間を提供する。看取りになれていない家族でも在宅介護を行い、治療を受けながら亡くなっていくのではなく、自然な形で看取るということもできるようになるだろう。先ほども述べたが、高齢者を支援するためには人生の最後をどのように支援してほしいのか、最期をどのように迎えたいのか、本人や家族に支援の知識も踏まえて提供して、最終的な本人の意思が尊重されるような形で支援をうけることができるようになればよいのではないか⁽¹¹⁾。

慢性的なマンパワー不足を限りある人材で解決するために、地域単位でケアスタッフの充足を

図り、ケア付き住宅ならぬケア付きコミュニティを築くという考え方もあろう。今後は、施設の根拠法が医療法であるか社会福祉法であるかに基づく類型よりも、それぞれの施設が現実を果たしている機能を重視すべきであると思われる。介護施設の本来の機能は、リハビリテーションが充実した在宅復帰支援機能および在宅生活支援機能に他ならない。現行の介護保険施設の中では、老人保健施設を名称による類型ではなく、機能で定義する視点を強調しておきたい。すなわち、老人保健施設創設時以来期待される、中間施設としての在宅復帰機能、および入所者に限らず、通所とショートステイで在宅者にもリハビリテーション提供を果たす在宅支援機能を持つ主体としての存在が真の老人保健施設である。2025(令和 7)年に向けて、「やむを得ず特別養護老人ホームの順番を待つ人の臨時引き受け」機能や「終の棲家」機能を老人保健施設に要求してはならないし、そうした役割が主となっている事業所を老人保健施設と呼ぶべきではないだろう⁽¹²⁾。

4 小括

医療からみた地域包括ケアシステムの課題は、医療機関が地域包括ケアシステムのなかで、ネットワークとしての役割とそのなかでのあり方が明瞭化されていないために、地域包括ケアシステムのあるべき姿には近づくことができていない。地域ケアシステムをあるべき姿に近づけるためには地域包括支援センターが中核となって、ネットワークづくりができる仕組みを作り上げることが必要である。中核ができあがれば、そこから「医療」「介護」「生活支援」「ケアマネジメント」の各分野での課題が明らかになる。医療機関においては地域連携室の医療相談員が地域包括ケアシステムの窓口となって対応する形態はできているものの、以前の退院支援のままでとどまっているところが多く、その本来の役割まで到達していないと言わなくてはならない。地域包括ケアシステム構想は、「高齢者が、住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した日常生活を営む」ことを目指すとしている。このように概念枠組みは早くから明確にされているものの、ではそれを実現するために、何をどこから着手したらよいのか、壮大な保健・医療・福祉・住まい・生活のネットワーク構想のなかで、各分野がどのように連携すればよいのか、それについてはいまだ戸惑いがあり、このことが地域包括ケアシステム構想が進まない原因の一つとなっている。そこにこの構想の難しさがある。在宅医療 1 つをとっても、いまだ他分野との有機的な連携ができていない。私たち自身も、今までと同じような考え方でなく、新たな捉え方が必要と思われる。すなわち、在宅医療を単なる医療提供の技術論で捉えるのではなく、「生活を支える医療」への思想的転換である。そして、「生活を支える医療」という以上、提供者側の理論ではなく、患者や家族の側の視点に立つことが求められる。そして、在宅医療の守備範囲は、狭義の医療にとどまらず生活全般に広がってくる。しかも、在宅医療の重要な構成要素が 1 つでも欠落すれば、あるいは構成要素間の断絶が生じれば、高齢者の生活は支えることができない。これが在宅医療の本質的な難しさであろう⁽¹³⁾。

(山田綾子：一般財団法人潤和会記念病院集中治療室看護師、修士(アドミニストレーション))

(1) 総務省統計局「高齢者人口」<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi971.html>(2019(令和 1)年 8 月閲覧)

- (2)飯島勝矢「在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの必要性」東京大学高齢者総合研究機構編『地域包括ケアのすすめー在宅医療推進のための多職種連携の試み』(東京大学出版会、2014(平成26)年4月)、3頁
- (3)厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
- (4)田中滋「地域包括ケアシステム構築」(ジュリスト No.1433 2011(平成23)年11月15日)、22頁
- (5)福島喜代子「地域包括支援センターの機能ー支援に拒否的な高齢者像とそのような高齢者への働きかけ方」(月刊保団連、2018(平成30)年4月号)、12-18頁
- (6)新田秀樹「変わる福祉の論点・地域のお年寄りを支えるのは誰ー地域包括ケアシステムの構築」増田幸弘・三輪まどか・根岸忠編著『変わる社会福祉の論点』(信山社、2018(平成30)年)、14頁
- (7)青木佳之「地域包括ケアシステムの構築と推進に向けて」(健康保険、2014年7月号)、27頁
- (8)飯島勝矢、注(2)、前掲書、6-10頁
- (9)紫牟田佳子「在宅での看取り政策の推進」(アドミニストレーション第25巻第1号 2018(平成30)年11月16日)、31-37頁
- (10)島崎謙治「在宅医療の現状・理念・課題」西村周三監修・国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム』(慶応義塾大学出版会、2013(平成25)年3月30日)、127-145頁
- (11)紫牟田佳子、注(9)、31-37頁
- (12)田中滋、注(4)、前掲書、28頁
- (13)島崎謙治、注(10)、前掲書、127-145頁

Ⅶ 利用しやすい権利擁護システムに向けてのその後の改革

認知症や知的障害・精神障害などによって判断能力が低下している人を支援していく仕組みとして成年後見制度と日常生活自立支援事業がある。本章ではこの2つを権利擁護システムとしてとらえ、判断能力が低下している人が、必要な時にこのシステムを円滑に利用できるためにはどのような方策が必要かという点を問題意識として、現状と評価すべき点、これからの課題等を検討していくこととしたい。

1 成年後見制度の現状と課題

(1) 成年後見制度の概要

成年後見制度は2000(平成12)年4月に始まった。判断能力が低下している人を対象として、家庭裁判所が適任者を選任して、その者に代理権、同意権、取消権と言った法的な権限を与え、この権限を行使することで利用者の意思決定を支援していく仕組みである。制度の理念として、「ノーマライゼーション」「自己決定の尊重」「本人の残存能力の活用」があげられる。この制度は、判断能力が低下した後に利用する「法定後見」と、判断能力が低下する前にあらかじめ後見を任せたい人を決めておく「任意後見」に分かれている。本章では法定後見を中心に上げる。

法定後見は判断能力の程度により、「後見」「保佐」「補助」の3つの類型に分けられる。「後見」は「精神上の障害により、事理を弁識する能力を欠く常況に在る者」とされており、申立てについて本人の同意は不要である。日常生活に関する行為以外の法律行為について取消権が付与され

る。代理権については財産に関する全ての法律行為が対象とされる。「保佐」は、対象となるのは「精神上の障害により事理を弁識する能力が著しく不十分な者」である⁽¹⁾。「補助」は、「精神上の障害により事理を弁識する能力が不十分な者」を対象としており、申立て時は本人の同意が必要である。それぞれ、同意権・取消権および代理権について民法に規定がある。

後見人は2つの役割を担っている。ひとつは、「身上監護」と、もう一つは、「財産管理」である。身上監護は、具体的には以下のものが挙げられる。①医療に関する事項、②住居の確保に関する事項、③施設の入退所、処遇の監視・異議申立て等に関する事項、④介護・生活の維持に関する事項、⑤教育・リハビリテーションに関する事項、⑥異議申立て等の公法上の行為(ただし、①～⑤の法律行為に関連する行為に限られる)、⑦アドボカシー(ただし契約等の法律行為に関する権限の行使に伴う注意義務の範囲内に限られる)である。①～⑤に関しては、契約の締結、相手方の履行の監視、費用の支払い、契約の解除が具体的な内容である⁽²⁾。身上監護は、被後見人が生活を行っていく上で必要な医療や福祉サービスの手配や、提供されたサービスが適切かどうかの確認、不利益を受けている場合の苦情申立て、介護保険の要介護認定の申請、異議申立てなど多岐に渡っている。

財産管理の具体例としては、預貯金の出し入れ、年金等の受給、保険料、税金、公共料金の支払、家賃の支払い等があげられる。この他にも、不動産売買・賃貸借契約や遺産分割協議、訴訟行為、信託取引などが挙げられる。なお、実際にどのような職務を行うかについては後見人の裁量にまかされている。

(2) 成年後見制度の現状

成年後見制度の利用者数は毎年増加傾向にある。2018(平成30)年12月末日の利用者は約21万人であり、後見の割合が約77.7%、保佐の割合が約16.4%、補助の割合が約4.6%、任意後見の割合が約1.2%となっている。申立人については本人の子が最も多く全体の約24.9%を占め、次いで市区町村長が約21.3%、本人が約15.8%となっている。本人と後見人との関係については、親族以外の第三者が選任されたものが全体の約76.8%、親族が約23.2%となっている⁽³⁾。また、最高裁判所の発表によると成年後見関係の申立て件数は年間で約3万6千件となっていて、申立て件数についても少しずつ増加している状況である⁽⁴⁾。

(3) 成年後見制度利用促進法と成年後見制度利用促進基本計画

近年の成年後見制度に関する改革の中でも、大きな動きとして2016(平成28)年の「成年後見制度の利用促進に関する法律」(成年後見制度利用促進法)の施行がある。これに基づき2017(平成29)年に成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定された。2017(平成29)年度から2021(令和3)年度までの概ね5年間で施策を進めていく工程である。

この法律が施行された背景は大きく2つある。ひとつは成年後見制度が利用者にとって使いにくい制度となっていたことである。近年は、選任される後見人は親族よりも専門職が多くなり、利用者の意思決定への配慮や福祉的な視点に乏しい運用があった。具体的にいうと、財産保全の観点に偏ったために利用者の生活の質を維持向上させるために財産を使うという視点が欠けていたなどの事態がそれである。その結果、認知症高齢者数と比較しても成年後見制度の利用者数が

著しく少ないという現状が続いていた。

もうひとつは、2014(平成 26)年に日本が「障害者の権利に関する条約」(障害者権利条約)を批准したことである。この条約の第 1 条では「全ての障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進すること」を目的とすると明記されている。成年後見制度に関しては、特に条約第 12 条の「法律の前にひとしく認められる権利」が関係しており、従来のような代理決定から意思決定支援への転換が求められていた。それにも関わらず、日本の後見類型は依頼型の包括的代理権であり、第 4 項の「...当該保障は、法的能力の行使に関連する措置が、障害者の権利、意思及び選好を尊重すること、利益相反を生じさせず、及び不当な影響を及ぼさないこと、障害者の状況に応じ、かつ、適合すること、可能な限り短い期間に適用されること並びに権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による定期的な審査の対象となることを確保するものとする。...」という条項に照らせば抵触していると指摘されていた⁽⁵⁾。つまり、条約の考え方は、利用者の保護のために他の者が包括的に代理するという考え方ではなく、まずはあらゆる手段により本人の意思決定が支援されることが最優先され、それでもなお意思決定が困難な場合には、最小限の範囲で代理決定がなされるというという考え方である。

これらの背景を踏まえて、基本計画では、成年後見制度の理念である「ノーマライゼーション」「自己決定の尊重」の理念に立ち返り、おおむね 5 年間で「利用者がメリットを感じられる」ような制度・運用に改善していく方向性が示された。基本計画では施策の目標として以下の 4 つが掲げられている⁽⁶⁾。

特に基本計画④の地域連携ネットワークについては、福祉等の関係者と後見人等がチームとなって本人を見守る体制(「チーム」対応)、福祉・法律の専門職団体が協力して個別のチームを支援する仕組み(「協議会等」)、地域連携ネットワークの整備・運営の中核機関(「センター」)の創設を基本的枠組みとしている。これにより、地域において、権利擁護支援が必要な本人やその後見人等が孤立しないように、チーム体制をつくり、さらに専門職がチームの活動を日常的に支援する体制が整備される予定である⁽⁷⁾。中核機関には、「権利擁護支援の方針についての検討・専門的判断」「本人にふさわしい成年後見制度の利用に向けた検討・専門的判断」「モニタリング・バックアップの検討・専門的判断(後見人等への支援段階)」が役割として想定されている。関係諸機関が、相談受付やアセスメントを行い、権利擁護に向けた支援計画を立てる段階から関わり(成年後見制度が必要か否かも含めて検討)、後見人候補者の推薦、後見人が選任された後の相談体制等を構築しようとするものである。

ただし、今回の促進計画を進めるうえでの課題としては、地域によって体制づくりに差が生まれる可能性があるということである。中核機関の設置については、2018(平成 30)年 10 月時点では、設置は 79 自治体(全体の 4.5%)であり、設置予定時期がわかっているのは 317 自治体(18.2%)、残りの自治体(77.3%)は設置時期さえ未定というように多くの自治体でまだ設置が進んでいない⁽⁸⁾。また、中核機関では専門的な相談・対応が当然必要となるので、それを担う専門職としての人材の確保や育成がなければ、その機能を十分に果たすことができない。権利擁護システムの構築について公的な責任を明確化し、予算を確保した上で、どこに住んでいても利用できるような仕組みの構築が必要であると考えらる。

- ①利用者がメリットを実感できる制度・運用へ改善を進める。
- ②全国どの地域においても必要な人が成年後見制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を図る。
- ③後見人等による横領等の不正防止を徹底するとともに、利用しやすさとの調和を図り、安心して成年後見制度を利用できる環境を整備する。
- ④成年被後見人等の権利制限に係る措置（欠格条項）を見直す。

これらを実現するために基本計画では7つの施策について工程表が示されている。

- ①制度の周知（パンフレット、ポスターなどによる制度周知）
- ②市町村計画の策定（国の計画の周知、市町村計画の策定働きかけ、策定状況のフォローアップ）
- ③利用者がメリットを実感できる制度の運用（適切な後見人等の選任のための検討の促進、診断書の在り方等の検討、高齢者と障害者の特性に応じた意思決定支援の在り方についての指針の策定等の検討、成果の共有等）
- ④地域連携ネットワークづくり（市町村による中核機関の設置、地域連携ネットワーク整備に向けた取り組みの推進）
- ⑤不正防止の徹底と利用しやすさの調和（金融機関における預貯金等管理にかかる自主的な取組のための検討の促進等、不正の検討状況等を踏まえたより効率的な不正防止の在り方の検討）
- ⑥成年後見人等の医療・介護等に係る意思決定が困難な人への支援等の検討（医療・介護等の現場において関係者が対応を行う際に参考となる考え方の整理、参考となる考え方の周知、活用状況を踏まえた改善）
- ⑦成年被後見人等の権利制限の措置の見直し

(4) 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度を利用しようとする場合の申立費用や、後見人への報酬を負担することが難しい利用者に対して公的に支援する制度として、「成年後見制度利用支援事業」がある。この事業は、2000(平成 12)年に国庫補助事業の「介護予防・生活支援事業」のメニューのひとつとして新たに追加されたものである。創設の当初は認知症高齢者のみを対象とし、「申立てに要する経費の全部または一部について助成を受けなければ成年後見制度の利用が困難であると認められること等の要件を満たす」場合に限定して認められていた⁽⁹⁾。しかも、身寄りがなく、経済的に困窮した認知症高齢者などで、親族等による法定後見の開始の審判等の請求ができない状況にある者に対して、市区町村長が申立てを行う場合の支援を目的としたものであった。その翌年には、知的障害者⁽¹⁰⁾、2006(平成 18)年には、対象者が精神障害者にさらに拡充された⁽¹¹⁾。2008(平成 20)年には、障害福祉サービスの分野において、この事業の利用者を市区町村長による後見等の開始の審判請求に限定していた要件を緩和することにより対象者が拡大した。また、市区町村長が申立てを行う場合には、「4 親等内の親族の有無」を確認する運用となっていたが、4 親等以内の親族の有無の確認作業が極めて煩雑であったので、「2 親等以内の親族の有無」を確認できれば良いこととな

った⁽¹²⁾。しかし、それでもなお、この事業については、地域によって実施状況や運用に差がある。この事業の対象となる範囲が拡大されるよう市町村に通知が出されているが、地域によっては、補助する対象者の範囲を市区町村長申立ての場合に限定したり、申立て費用のみを助成の対象とし報酬は含まないなど、いまだに地域によって対応に違いがみられている。

この対応の違いが生まれた背景の一つは成年後見制度利用支援事業への予算配分の問題があった。障害福祉サービスの分野では、障害者総合支援法の改正に合わせて、2012(平成 24)年から必須事業となっているが、一方、高齢者分野では介護保険法の中の地域支援事業の中に任意事業として位置づけられている⁽¹³⁾。このように高齢者と障害者とでは取り扱いが違っているし、予算をどの程度成年後見制度利用支援事業に回すかによって、市町村ごとの格差が出てくることになる。解決の方策として、一つは高齢者分野でも任意事業から必須事業に格上げを行うことである。また、この事業についての周知徹底、利用向上を市町村の福祉計画に重点施策として組み込み、予算を確保していくこと、関係者がこの事業の必要性について行政に働きかけていくこと等で状況が改善していく可能性がある。

(5) 成年後見制度についての情報提供のあり方

すでに成年後見制度の周知・利用促進の努力は行われているが、メリットばかりではなく、本人の不利益につながる留意点もあるのが現状である。成年後見制度利用のメリットについては、悪徳商法の被害から免れることができたとか、相続の手続きができたなどの事例が増えてきた。また、インターネットや啓発誌では、大きな文字で、漢字にはルビをふるなど工夫がされている。しかし、留意点については、ある事項については明記されていないとか、目立たない形で記載されている場合があり、それがのちにトラブルの原因になったりすることがある⁽¹⁴⁾。具体例をあげると、成年後見制度は判断能力が改善しない限り、原則申立て後に利用を辞めることはできない。例えば選任された後見人が想定していた人と違ったために利用を辞めるということとはできないが、そのことについてパンフレット等に記載されていないケースも見受けられる。

このことについても、促進法の施行により、後見人の選任を本人の利益保護のために最も適切な人を選任(あるいは交代)できるようにするための見直しや、報酬算定の方法が財産状況によって決まる仕組みを改め、業務の難易度によって決まる仕組みに変更となる方向が打ち出されており、これまで利用者にとって支障となっていた部分が改善される可能性はある。しかし、最終的な決定は家庭裁判所の裁判官の裁量にまかされており、現実には状況が改善していくかどうかについては今後も注視していく必要がある。

2. 日常生活自立支援事業の現状と課題

(1) 日常生活自立支援事業の概要について

日常生活自立支援事業は、1999(平成 11)年 10 月から「地域福祉権利擁護事業」という名称で都道府県社会福祉協議会を主体とした国庫補助事業として開始されている。2000(平成 12)年には「福祉サービス利用援助事業」として、社会福祉法第 2 条第 3 項に第二種社会福祉事業として位置づけられている。2003(平成 15)年には、事業の実施主体が都道府県社会福祉協議会から都道府県・

指定都市社会福祉協議会に拡大され、2007(平成 19)年に「日常生活自立支援事業」に名称が変更となった。この時に援助内容が明確化され、「定期的な訪問による生活変化の察知」が追加され、相談体制の強化として専門員の資格要件が決められた。

この事業の目的は、認知症高齢者・知的障害者・精神障害者などの判断能力が低下している人に対して、福祉サービスの利用援助や日常生活における財産管理を行うことによって、地域で自立した生活を送ることができるように支援を行うことである。対象者は、福祉サービスの利用について、自身の判断では適切に行うことが難しいと認められる人が対象となるが、一方で、この事業について理解し、契約を締結できる能力がある人とされている。契約締結が可能かどうかの判断については、全国統一の「契約締結判定ガイドライン」にもとづいて本人の利用意思・基本情報・見当識・生活状況の概要・記憶・意思の持続等で確認を行う。なお、契約締結審査会が設置されており、利用希望者の契約能力の審査や支援のための助言が行われている。また、適正な運営を確保するために第三者的な機関である運営適正化委員会が設置されており、事業全体の監視と利用者からの苦情解決にあたっている。

この事業の特徴として3つが挙げられている⁽¹⁵⁾。

- ①判断能力が不十分な人を対象としつつも、あくまでも利用者本人が福祉サービス等の利用について決めることができるように意思決定や各種の手続きを支援する事業であること。
- ②同じ地域に暮らす住民が生活支援員を担っており、住民参加により支えられていること。
- ③本事業だけで自己完結するのではなく、インフォーマルなサービス・活動も含めて地域の社会資源を活用し、利用者の生活を支える地域の援助システムをつくっていくなど地域福祉の視点を重視していること。

日常生活自立支援事業で実施されている援助内容は、次の通りである。

①福祉サービスの利用援助、②苦情解決制度の利用援助、③住宅改造、居住家屋の貸借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出等の行政手続に関する援助等である。①～③について具体的には、預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れの手続等利用者の日常生活費の管理(日常的金銭管理)、定期的な訪問による生活変化の察知といった活動が挙げられる⁽¹⁶⁾。利用料については、訪問1回あたり平均1200円であり、契約前の相談や生活保護受給者については無料となっている。

この事業の担い手は、専門員と生活支援員である。利用の流れとしては、利用希望者は、申請(相談)を行い、専門員は、利用希望者の生活状況や希望する援助内容を確認するとともに、本事業の契約締結能力の判定を契約締結判定ガイドラインに沿って行う。利用要件に該当した場合には契約が締結され、援助内容や実施頻度等の具体的な支援を盛り込んだ「支援計画」が策定される。契約後は、その内容に沿って生活支援員が支援を行う。支援計画は、利用者のその後の状況を踏まえ定期的に見直すこととなっている。専門員は、常勤の職員が主に担っており、原則として社会福祉士の資格を取得していることが条件となっている。生活支援員は多くは非常勤職員であり、何らかの資格を必要とされているわけではないが、もともと民生委員・児童委員、地域でボランティア活動を行っていた人など、前から何等かの形で地域と関わりを持つ活動を行っていた人が多い⁽¹⁷⁾。

(2) 日常生活自立支援事業の現状

全国社会福祉協議会のまとめによると、2017(平成 29)年度末で、実利用者数は、53,484 件である。年間の問い合わせ・相談件数は 2,010,154 件で、新規契約件数は 11,768 件であった。なお、新規契約件数については近年減少傾向にあり、実利用者数の伸びは鈍化している⁽¹⁸⁾。鈍化している理由は、専門員の多忙が主な理由であり、このため利用待機者がでていることが指摘されている。生活支援員の人材確保困難も要因としてあげられる⁽¹⁹⁾。新規契約者のうち生活保護受給者の契約件数は 5,143 件であり、全体の約 43%の割合を占めている⁽²⁰⁾。毎年約 4 割程度が生活保護受給者であり、この傾向は継続している。基幹的社会福祉協議会の数は 1,344 か所であり、専門員は 3,081 名、生活支援員数は 15,966 名となっている。いずれも、年々数が増加している状況である⁽²¹⁾。

(3) 日常生活自立支援事業の課題

日常生活自立支援事業は、相談窓口や支援を行う基幹的社会福祉協議会が年々増加している状況から、相談が寄せられやすい環境が整ってきているといえる。契約に至らずとも 2017(平成 29)年で相談件数が 200 万件を超えており、日常生活自立支援事業に限定されない幅広い相談を受け付けており、この制度が、地域福祉の要として日ごろから機能していることが推測できる。

一方で増え続ける相談や利用者に専門員や生活支援員が対応できないという課題がある。専門員は、利用者の状況にもよるが 1 度だけの対応ではなく、利用締結に向けて面接を重ね、判断能力の確認、契約締結後のフォローなども担うことから業務量が多い。特に判断能力が低下しつつある利用者に対して、病気や障害の特性に配慮しながら意思決定支援を行う過程は、相当の専門的スキルが必要であり、時間がかかることが多い。また、専門員以外の業務も担っている場合があり、専門員の長時間労働にもつながっていると思われる。

また、生活支援員については基幹的社会福祉協議会の約 75%で人材の確保に課題を抱えている⁽²²⁾。生活支援員は非常勤での勤務体制で、報酬は 1 回あたりの定額制かもしくは時給での換算となっている場合が多いため、この仕事のみで生計を立てていくことは難しい。そのような中で生活支援員を確保することには困難が付きまとう。解決のための一つの方策としては、運営のための財源を確保していく必要がある。2019(令和元)年の成年後見制度利用促進関係予算では、権利擁護人材育成事業として生活支援員や市民後見人を養成するための研修の実施や、権利擁護人材の資質向上のための支援体制などを行うことができる予算が計上された。また、地域によっては、必要な人員を確保するために都道府県社会福祉協議会からの委託費以外で自主的に財源を確保しながら不足分を補っているところもある。増え続ける利用希望者に応えるために、まずは財源と必要な人材を確保することが喫緊の課題である。

次に、利用者の経済的負担が理由で、事業の利用が進まないという課題がある。利用料は、1 回あたり平均 1200 円程度となっている。ひと月あたり、1～2 回程度の利用となるケースが多いため、1200 円～2400 円の費用負担が必要となってくる。これ以外にも生活支援員の交通費や、通帳等の預かりを行う場合には別途費用が必要となる場合がある。この経済的負担が利用をとどまらせてしまう一つの要因になっている。一部の地域では低所得者の支援と利用促進を目的として、自治体が助成を行い、非課税者を対象に利用料の減額や、所得状況によって免除する仕組みを作

っているところがある。

3 小括

判断能力が低下した人の財産管理や日常生活を支えていくための権利擁護システムについて、成年後見制度と日常生活自立支援事業の課題について検討を行ってきた。促進法の施行により、これまで成年後見制度の課題に対して、改善の方策が示された。特に財産保全を重視した運用から、本人の意思決定支援や福祉的な視点に立った運用への視点の転換は、利用者中心の権利擁護システムを構築していくうえで評価すべき点であると考ええる。地域包括ケアの考え方である「尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けること」を実現していくためにも、判断能力が低下し権利擁護システムの利用が必要な状態になった人が円滑にアクセスできる環境が必要であると考ええる。そのためには、財源の確保と、担い手の量と質の確保、それに加えて地域格差を解消していく必要があると考ええる。また、判断能力が低下した人に係わる関係者は、どのような手段を使えば利用者の利益を最大限にすることができるのかを十分に検討し、必要があれば成年後見制度を選択していく視点が必要であると考ええる。そのためにもわかりやすく情報を受けられる環境の整備や利用者とのコミュニケーションを通じて意思の表出を支援する技術を向上させていくことが重要であろう。

(荒木純子：サポートオフィスえん、社会福祉士、修士(アドミニストレーション))

- (1)民法 13 条第 1 項において、具体的には「①元本を領収し、又は利用すること。②借財又は保証をすること。③不動産その他重要な財産に関する権利の得喪を目的とする行為をすること。④訴訟行為をすること。⑤贈与、和解又は仲裁合意(仲裁法 (平成 15 年法律第 138 号)第 2 条第 1 項 に規定する仲裁合意をいう。)をすること。⑥相続の承認若しくは放棄又は遺産の分割をすること。⑦贈与の申込みを拒絶し、遺贈を放棄し、負担付贈与の申込みを承諾し、又は負担付遺贈を承認すること。⑧新築、改築、増築又は大修繕をすること。⑨民法第 602 条に定める期間を超える賃貸借をすること。」があげられている。
- (2)上山泰『専門職後見人と身上監護』(民事法研究会、2010(平成 22)年)、101 頁
- (3)厚生労働省「成年後見制度の現状」<https://www.mhlw.go.jp/content/000510481.pdf>(2019(令和元)年 7 月 23 日 最終閲覧)
- (4)最高裁判所事務総局家庭局「成年後見関係事件の概況—平成 30 年 1 月～12 月—」http://www.courts.go.jp/vcms_lf/20190313koukengaikyoku-h30.pdf(2019(令和元)年 7 月 23 日 最終閲覧)
- (5)長谷川千草「成年後見制度との限界と課題」公益社団法人日本精神保健福祉士協会監修『よくわかる成年後見制度活用ブック精神障害や認知症などのある人の意思決定支援のために』(中央法規、2018(平成 30)年 10 月)、214 頁
- (6)厚生労働省社会・援護局地域福祉課成年後見制度利用促進室「成年後見制度利用促進法と基本計画のポイントと今後の方向性」『月刊福祉』第 101 巻第 8 号(2018(平成 30)年 8 月)、16 頁
- (7)同上書、17 頁

- (8)日本経済新聞記事「成年後見の相談窓口 5%弱 市区町村、設置進まず」2019/4/4
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO43315040U9A400C1CR0000/>(2019(令和元)年 7 月 18 日 最終閲覧)
- (9)厚生労働省老健局計画課長通知「老人福祉法第 32 条に基づく市町村長による法定後見の開始の審判等の請求及び「成年後見制度利用支援事業」に関する Q & A について」(2000(平成 12)年 7 月 3 日付け)
- (10)厚生労働省老健局長通知「介護予防・地域支え合い事業について」(2001(平成 13)年 5 月 25 日付け)
- (11)厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「地域生活支援事業の実施について」(2006(平成 18)年 8 月 1 日付け)
- (12)厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡「成年後見制度利用支援事業の対象者の拡大等について」(2008(平成 20)年 3 月 28 日付け)
- (13)介護保険法第 115 条の 45 第 3 項第 3 号は、市町村の地域支援事業のなかに、成年後見利用支援事業を含ませている。また、介護保険法に基づく地域支援事業交付金については、成年後見制度利用支援事業は任意事業に含まれている。
- (14)裁判所「成年後見制度を利用される方のために」。ここでは、手続きの流れの中で小さな文字で「申立ての後は、裁判所の許可を得なければ取り下げることができません」と記載されている。申立て時の費用については記載があるが、後見人への報酬が必要であるとは記載されていない。
http://www.courts.go.jp/vcms_lf/h30koukenriyou.pdf(2019(令和元)年 7 月 14 日最終閲覧)。
- (15)社会福祉法人全国社会福祉協議会「平成 30 年度 日常生活自立支援事業実態調査報告書 日常生活自立支援事業の今後の展開に向けて～地域での暮らしを支える意思決定支援と権利擁護」(2019(平成 31)年 3 月)
https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190419_nichijichousa.pdf(2019(令和元年 7 月 19 日 最終閲覧)
- (16)厚生労働省「日常生活自立支援事業」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/chiiki-fukusi-yougo/index.html(2019(令和元)年 7 月 19 日 最終閲覧)
- (17)厚生労働省「福祉サービス利用援助事業について」
www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1119-7e.pdf(2019(令和元)年 7 月 19 日 最終閲覧)
- (18)注(15)、前掲書、6 頁
- (19)同上書、16 頁～17 頁
- (20)全国社会福祉協議会地域福祉部 「日常生活自立支援事業実施状況」<http://www.zcwvc.net/>調査-研究報告/日常生活自立支援事業 <https://www.zcwvc.net/>日常生活自立支援事業/平成 29 年度/(2019(令和元)年 7 月 20 日 最終閲覧)
- (21)同上書
- (22)注(15)前掲書、29 頁

VIII おわりに

「病院・施設から地域へ」あるいは「病院・施設完結型から地域完結型へ」という動きと、それを受けての地域包括ケアシステムの構築は、いまやわが国の医療・介護・福祉分野に共通する最重要政策目標となっている。具体的には、医療分野では、2014(平成 26)年の医療介護総合確保推進法により医療法が改正され、都道府県は、地域医療構想を医療計画に盛り込むことが義務付けられた。地域医療構想とは、2025(令和 7)年までに、急性期医療に医療資源を集中的に投入することにより入院期間を短縮し(病床規制)、早期退院後の生活を地域包括ケアシステムに任せようという構想である。介護の分野では、特別養護老人ホームの入所者は原則として要介護度 3 以上の者に限定された。また、2017(平成 29)年 4 月までに、要支援者に対する訪問介護と通所介護を市町村が行う地域支援事業(「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」)へと移行させ、高齢者の見守り、配食、ゴミ出しといったサービスはボランティア等の地域住民の支え合い活動によって維持していく方針が打ち出されている。地域の助け合い・支え合いによって超高齢社会を乗り切ろうとする厚労省の『我が事、丸ごと』地域共生社会の実現の一環である。福祉の分野では、たとえば、障害者福祉について、病院や施設から地域生活への移行を促す地域移行支援事業が推進されている。

多くの高齢者・障害者が、たとえ重度の要介護状態になっても地域での生活を望み、住みなれたわが家で人生の最期を迎えたいと望んでいることは周知のとおりである。そうした人たちの希望をかなえるために地域包括ケアシステムの早急なる整備が求められていることも誰もが認めるところであろう。ただ、問題なのは、高齢者・障害者あるいはその家族が、安心して在宅で生活できるような地域包括ケアシステムが実際に実現できるかどうかということである。川上の改革(上記のような病院・施設の入所規制)はどんどん進められているが、肝心の川下の改革(地域包括ケアシステム)の方は遅々として進んでいないことは多くの論者が指摘するところである。

医療・介護・福祉は住民に一番身近なサービスであるので、「地域の実情に応じて多様な取り組みができる」ように最も身近な市町村がこれを担当するという考え方も、一見妥当なようにも見えるが、現実には、「地域の実情」とは財源不足と人手不足のなかで不十分な取り組みしかできていないことを意味している場合が多い。地域住民相互の助け合い・支え合いの精神に基づく「地域共生社会」の実現も、理想としてはそうであろうが、実際には、ボランティア等の人材不足に悩む大部分の市町村にとっては、その運営に苦慮しているという声を多く聞く。職員が不足している郡部の福祉施設に至っては、何年も前から職員募集をかけているが、ここ数年、応募してくれる人さえいないという悲鳴にも似た訴えがあっている。

確かに、先進諸国の医療・介護・福祉政策をみると、地域でいきいきと暮らしながら人生の最期を在宅で迎えている高齢者・障害者の事例が紹介されている。日本のそれがこれまでにいかに病院・施設依存であったかが理解できると同時に、保健・医療・福祉に関する在宅サービスの充実と相互の連携が図られていれば、在宅での生活が可能であることを物語っている。もちろん、諸外国の手厚い在宅サービスは、高負担に支えられていることも多い。今後とも一定の負担を国民にお願いすることは避けられないであろう。そうであればなおさら、政府は、負担をした国民に対して、「おかげで皆さんが安心して暮らせるようなこのような地域包括ケアシステムが実現しま

した」という回答を出さなくてはならない。

地域力を活用するとしても、地域の財源と人材には限界がある。市町村や地域に、日常生活支援を丸投げして、あとはみなさんで力を出し合って何とかやってくださいでは住民も納得しまい。介護費用の給付(現金給付)という現行介護保険法体系のなかに、地域包括ケアシステムという地域福祉あるいは地域づくり政策を盛り込むことの違和感は拭えないが、それ以上に問題なのは、そのことによって国や地方公共団体の公的責任というものがいつのまにか曖昧になってしまうのではないかという危惧である。財源の保障と人材の確保・育成は、国や地方公共団体の責任でなすべき事柄である。それをきちんと示したうえで、地域住民の協力を求めること、それが地域共生社会の実現にむけての第一歩になるのではないかと思われる。