

医療・介護・福祉分野における人材の不足と その解消のための対応策

石橋 敏郎

木場 千春

紫牟田 佳子

I はじめに	
II 介護分野における人材不足とその対応策	木場千春
III 医療分野における看護師不足とその対応策	紫牟田佳子
IV 福祉事務所の民間委託・非正規職員化	石橋敏郎
V おわりに	

I はじめに

超高齢社会の到来を受けて、医療・介護・福祉サービスの利用者は年々増加しており、その結果、ここ数年、財源問題とともにサービスを支える人材の不足が目立ってきた。介護分野では、介護保険制度がスタートして今年で21年目を迎える。創設当初は、サービス供給体制に対する不安もあって、「保険あって介護なし」という状態になるのではないかとの懸念もあったが、いまや要支援・要介護高齢者にとっては欠かすことのできない重要な制度として定着している。しかし、介護保険の利用者は、制度開始時（2000（平成12）年4月）は約149万人であったが、2019（平成31）年4月では約487万人に達し、それにともない介護費用も3兆6千億円から11兆7千億円へと、いずれも3倍以上の伸びをみせている。このように、要支援・要介護高齢者の増加とともに、介護費用が膨張し続けており、この費用を今後国民でどのように負担するのか、財源面から制度の見直しが迫られている。

先行きを危惧する材料は財源だけではない。厚生労働省が出した介護人材の必要数の推計によれば、2025（令和7）年度末までに約245万人の介護職員が必要であり、いまのままでは約55万人が不足するという。介護職員の数そのものは、当初より3.5倍に増えているのであるが、介護を

必要とする高齢者の数がそれ以上に増加したために、需要に追いついていないのが現状である。共同通信が、2020（令和2）年2月から3月にかけて、都道府県庁所在市と政令市の計52自治体に調査を行っているが、それによると、回答した50自治体のうち、実に49の自治体が、介護保険制度の将来について、「懸念している」、「どちらかといえば懸念している」と答えている。その理由としては、介護費用の膨張（26自治体）、財源の確保（20自治体）という回答をおさえて、介護現場での人材不足（45自治体）をあげる自治体が圧倒的に多かったのである。人材不足を解決するために何が必要かを問うたところ、一番多かったのは「介護職の賃金のさらなる引き上げ」であった。確かに、2月に公表された政府資料をみると、介護職員の賃金は、全産業の労働者賃金に比べて平均で月額約9万円程度安いことがわかる（熊本日日新聞、2020（令和2）年3月30日）。これに対して、国は、介護報酬の改定や処遇改善交付金・処遇改善加算などで、月額平均5.7万円の改善（2017（平成29）年段階）を図ってきたが、それでも人材不足は解消されていない。これまで、特別養護老人ホームは待機者の数が多く、なかなか入所できないことが問題となってきたが、全国の特養のうち約13%が、募集しても介護職員が集まらないために、要介護高齢者の受入れを制限しているという調査結果が出されている（同上、熊日新聞）。人材不足対策としては、処遇改善策はもちろんのこと、中高年齢者等を含めた多様な人材の確保、介護ロボットやICT（情報通信技術）の活用、介護職の魅力についての情報発信、外国人労働者の受入れなど、多様な対策をとってきたが⁽¹⁾、いまだ根本的な解決には至っていない。

看護師、保健師、助産師、准看護師等の看護職員の不足も深刻である。2016（平成28）年末で約166万人が看護職として就業しているが、2025（令和7）年には、196万人から206万人程度必要であると推計されている。1992（平成4）年には、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」（法86号）が制定され、厚生労働省は、看護職員の確保のために、看護職員の養成促進、復職支援、離職防止に取り組むことを公約している⁽²⁾。また、昨年度（2020（令和元）年）から蔓延した新型コロナウイルスの脅威によって、医療・介護・福祉の分野の人材不足は、一層明白になってきた。特に、コロナ対策の最前線にある保健所、感染症指定医療機関の人手不足は、危機的な状況にあり、このままでは医療崩壊という惨事さえ招きかねないところまできている⁽³⁾。

新型コロナウイルス感染拡大の影響で、生活保護申請者は増加を続けており、2020（令和2）年9月現在、204万9409人に達している。生活保護行政を第一線で取り扱う福祉事務所は、ケースワーカー（法律上は「現業を行う所員」）の人手不足を、民間委託や非正規職員の採用によって補おうとしている。従来は、ケースワーカーの数は、市部では被保護世帯80世帯につき1人というように、法律で定数が定められていたが、地方分権一括法（2000（平成12）年施行）の施行により、「標準」配置数と変更されたために（社会福祉法16条）、現在では、1人で120世帯を担当するケースワーカーまで出始めている。確かにケースワーカーの数自体は増えているのではあるが、それが被保護者の増加に追いついていないために、それに対応するケースワーカーの数が不足するという深刻な事態に陥っている。この危機的ともいえる事態を業務の外部委託や非正規職員の雇用によって補おうとしているのである。しかし、生活保護受給者に対するケースワークは、人権やプライバシーといった重大な問題が絡むだけに、職員には高い専門性と倫理観が要求される。民間委託や非正規職員化によってそれがおびやかされることになりはしないか、先行きを危ぶむ声も多い。

そこで、本稿では、介護・医療・福祉分野における人材不足に対して、政府はどのような対策を打ち出してきたのか、その対策の効果と問題点を探りながら、今後の人材不足解消のための有効な方策とはなにか、そのあり方について考えていきたいと思う。

- (1) 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室「福祉・介護人材確保対策について」2019（令和元）年9月18日。
- (2) 厚生労働省ホームページ、「看護職員確保対策」。
- (3) 菅義偉首相は、2020（令和2）年11月16日開催の「新型コロナウイルス感染症対策本部」で、感染症対策のためには保健所の体制強化が欠かせないとして、国の方で約600人の保健師等の専門職員を自治体への派遣職員として確保したと述べている（熊本日日新聞、2020（令和2）年11月17日）。さらなるコロナ感染拡大を受けて、政府は、2020（令和2）年12月7日、医療人材不足を補うために、大阪府と旭川市に自衛隊の看護師数十名を派遣する方向で調整に入った（熊本日日新聞、2020（令和2）年12月8日）。

Ⅱ 介護分野における人材不足とその対応策

1 人材不足の背景と現状

2025（令和7）年には、第1次ベビーブーム期に生まれた団塊の世代が75歳以上となり、後期高齢者が2,000万人を突破するとともに、認知症や医療ニーズを併せ持つ要介護高齢者の増大が見込まれている。こうした中、わが国では、これまでのように施設や病院ではなく、すべての人が住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らせるように、いま「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。地域包括ケアシステムのなかには、地域住民相互の支え合い・助け合いの仕組み（地域共生社会）も含まれている。こうした地域住民、行政、保健・医療・介護・福祉等各種専門機関との協力・連携を模索しながら、「21世紀型のコミュニティの再生」を図ることは、わが国における喫緊の課題である⁽¹⁾。

こうした「地域包括ケアシステム」の構築のための最も重要な基盤のひとつが介護人材の確保である。介護人材については、2000（平成12）年の介護保険制度創設当時の約55万人体制からスタートし、その後、順調に増加を続け、2018（平成30）年には約177万人となり、要介護高齢者等に対する介護サービス提供を支えてきた⁽²⁾。第7期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護人材の需要を見ると、2020（令和2）年度末には約216万人、2025（令和7）年度末には約245万人が必要と推計されている⁽³⁾。

一方、既に生産年齢人口（15歳から64歳）は減少局面に入っており、2025（令和7）年には更なる減少が進むことが見込まれている。経済状況の好転に伴う他産業への人材流出といった懸念もあるなか、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会の人材需給推計（暫定値）によると、現状の施策を継続した場合、2025（令和7）年には約30万人の介護人材が不足するとの見通しが示されている⁽⁴⁾。

また、医療的ニーズの高まりや、認知症高齢者、高齢者のみ世帯の増加等に伴い、介護ニーズの高度化・多様化が進んでおり、それに対応しうるためには、介護人材の質的向上を図る必要が

ある。いまや、2025（令和7）年の超高齢社会に向け、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築は、国家の最重要課題であり、これを実現するためには、基盤の一つである介護人材を、量・質ともに安定的に確保するための具体的方策とその実現のための道筋を示すことが不可欠である。

2 介護人材確保に向けた4つの基本的な考え方

2015（平成27）年2月25日に、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会から「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」が提出された。その中では、介護人材確保の取り組みは、次の4つの基本的な考え方に立って進めることが必要であるとされている。

(1) 持続的な人材確保サイクルの確立

人材の量的確保と質的確保を両輪として、介護人材の「量」と「質」の好循環を進めるという視点に立ち、その上で、「参入促進」、「労働環境・処遇の改善」、「資質の向上」という3つのアプローチによる総合的な政策対応を図る。

(2) 介護人材の構造転換（「まんじゅう型」から「富士山型」へ）

若年者人口の減少、介護ニーズの高度化・多様化等、現在の介護人材にかかる課題を踏まえ、次の5つの「目指すべき姿」を見据え、介護人材について、現行の「まんじゅう型」から「富士山型」への構造転換を図ることが必要である。その際、対象とする人材のセグメント（層）に応じた、きめ細やかな方策を講じる必要がある。

- ① 「すそ野を拓げる」～人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る。
- ② 「道を作る」～本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する。
- ③ 「長く歩み続ける」～いったん介護の仕事についた者の定着促進を図る。
- ④ 「山を高くする」～専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す。
- ⑤ 「標高を定める」～限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める。

(3) 地域の全ての関係主体が連携し、介護人材を育む体制の整備

政策対応に当たっては、介護事業者をはじめ、都道府県など地域の関係者の適切な役割分担のもとに、連携して取り組みを進めていく体制を構築することが重要である。

(4) 中長期的視点に立った計画の策定

2025（令和7）年を介護人材確保にかかる当面の目標年次とした上で、今後、戦略的に政策展開を図るために、定量的な目標を定め、時間軸に沿った対策を、計画的に講じていくことが必要である。

3 介護人材確保のための具体的な方策

(1) 介護の仕事への参入促進

2025（令和7）年に向け、介護人材を量と質の両面から確保するため、国は地域と二人三脚で、「参入促進」を進めるための対策に取り組んでいる。介護の仕事の魅力発信などによる普及啓発に向けた取り組みとして、①介護の日（11月11日）や福祉人材確保対策重点期間の設定、②小・中・高校生等若者向けの介護・福祉のしごとの普及啓発に係るパンフレット等の作成、③「介護のしごと魅力発信等事業」の実施等がある。

「介護のしごと魅力発信等事業」では、2020（令和2）年度において、公募により選定された事業実施団体により、福祉・介護分野への多様な人材の参入促進を目的として、福祉・介護のしごとの魅力を国民に広く伝える事業が行われている。具体的には、福祉・介護に対して抱いているイメージを向上させるための「体験型・参加型イベント」の開催や「世代横断的な広報活動」の展開、「若年層、子育てを終えた層、アクティブシニア層、介護事業者に対するターゲット別のアプローチ」等が実施されている。

(2) 労働環境・処遇の改善

介護職に人材が集まらない原因の一つに賃金が低いことが指摘されてきた。例えば、介護労働安定センターが行った調査によると、2014（平成26）年段階で、福祉施設の介護職の月給は全国平均で常勤が21万9700円、訪問介護員（ホームヘルパー）は22万7000円で、全産業平均賃金の32万9600円よりも約11万円低い結果となっている。このため、厚生労働省は、2009（平成21）年から介護報酬の改定、処遇改善加算などの措置により、介護職員の処遇改善に努めてきた。その結果、2017（平成29）年までの実績を合計すると、賃金は平均で月額5万7000円のアップとなっている。さらに、全産業平均の賃金と遜色ない賃金水準を目指し、2019（令和元）年10月より更なる処遇改善策が実施されている。新しい経済政策パッケージに基づき、介護人材確保のための取り組みをより一層進めるため、経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を進めることにしている。具体的には、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるように柔軟な運用を認めることを前提に、介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費1,000億円程度を投じて、処遇改善を行おうとするものである⁽⁵⁾。介護職員の処遇改善は、介護職員処遇改善加算により行われている。

① 処遇改善加算の基本的考え方

介護職員処遇改善加算は、2011（平成23）年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金による賃金改善の効果を継続するという観点から、2012（平成24）年度から交付金を介護報酬に移行することで創設されたものである。介護職員処遇改善加算の目的は、介護職員の安定的な処遇改善を図るための環境整備を図るとともに、介護職員の賃金改善に充てることである⁽⁶⁾。

2015（平成27）年度の介護報酬改定においては、事業主が介護職員の資質向上や雇用管理の改善をより一層推進することによって、介護職員が積極的に資質向上やキャリア形成を行うことができる労働環境の整備がめざされた。また、介護職員自身が研修等を積極的に活用することにより、介護職員の社会的・経済的な評価が高まっていく好循環を生み出していくことが重要である

ことを踏まえ、事業主の取り組みがより一層促進されるように処遇改善加算が拡充された。

2017（平成 29）年度の介護報酬改定においては、介護人材の職場定着の必要性、介護福祉士に期待される役割の増大、介護サービス事業者等による昇給や評価を含む賃金制度の整備・運用状況などを踏まえ、事業者による、昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みの構築を促すため、更なる処遇改善加算の拡充が行われた。

2018（平成 30）年度の介護報酬改定においては、処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での処遇改善加算の取得を認める区分であることを明示していたものの、この区分の取得率が低かったことや今後の報酬体系の簡素化を図るという観点から、一定の経過措置期間を設け、処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）を廃止することになった。また、処遇改善加算の対象となるサービスに、新たに介護医療院サービスが加わった。

2019（平成 31）年度の介護報酬改定においては、介護職員の確保・定着につなげていくため、処遇改善加算に加え、介護職員等特定処遇改善加算が創設された⁷⁾。これは、経験・技能のある介護職員に重点化しつつ、介護職員の更なる処遇改善という趣旨を損なわない程度において、一定程度他の職種の処遇改善も行うことができるようにして、柔軟な運用による更なる処遇改善が行われた。

② 処遇改善加算等の対象となる職種

処遇改善加算等の対象となる職種は、次のいずれかの職種とされている。ホームヘルパー、生活支援員、児童指導員、指導員、保育士、障害福祉サービス経験者、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員、訪問支援員。

③ 処遇改善加算等の仕組み

処遇改善加算は、サービス別の基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの総単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を算定する。加算は次の全5区分（加算Ⅰ～加算Ⅴ）からなり、区分ごとに設定された要件を満たした介護事業所で働く介護職員の賃金改善を行うためのものである。

イ 加算（Ⅰ）については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ、職場環境等要件の全てを満たすこととされている。「加算Ⅰ」を取得することで、介護職員1人当たり月額3万7千円相当の加算を受け取ることができる。

ロ 加算（Ⅱ）については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、職場環境等要件の全てを満たすこととされている。「加算Ⅱ」を取得することで、介護職員1人当たり月額2万7千円相当の加算を受け取ることができる。

ハ 加算（Ⅲ）については、キャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱのどちらかを満たすことに加え、職場環境等要件を満たすこととされている。「加算Ⅲ」を取得することで、介護職員1人当たり月額1万5千円相当の加算を受け取ることができる。

ニ 加算（Ⅳ）については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれかの要件を満たすこととされている。「加算Ⅳ」を取得することで、介護職員1人当たり月額1

万3千5百円相当の加算を受け取ることができる。

ホ 加算（Ⅴ）については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれの要件も満たさない場合とされている。「加算Ⅴ」を取得することで、介護職員1人当たり月額1万2千円相当の加算を受け取ることができる。

処遇改善加算の申請のためには必要な要件がある。その一つはキャリアパス要件であり、これには、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの3種類の要件がある。キャリアパス要件Ⅱは、次のイ、ロ及びハの全てに適合することである。

イ 福祉・介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件（福祉・介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

ロ イに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めていること。

ハ イ及びロの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての福祉・介護職員に周知していること。

キャリアパス要件Ⅲは、次のイ及びロの全てに適合することである。

イ 福祉・介護職員の職務内容等を踏まえ、福祉・介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び一又は二に掲げる具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

一 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、福祉・介護職員の能力評価を行うこと。

二 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。

ロ イについて、全ての福祉・介護職員に周知していること。

キャリアパス要件Ⅳは、次のイ及びロの全てに適合することである。

イ 福祉・介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次の一から三までのいずれかに該当する仕組みであること。

一 経験に応じて昇給する仕組み

「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること

二 資格等に応じて昇給する仕組み

「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。

三 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み

「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。

ロ イの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての福祉・介護職員に周知していること。

もう一つの要件は、職場環境等要件である。加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）の職場環境等要件は、2015（平成27）年4月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての福祉・介護職員に周知していることである。加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の職場環境等要件は、2008（平成20）年10月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての福祉・介護職員に周知していることである。

（3）資質の向上

上記（1）による「参入促進」、（2）の「労働環境・処遇の改善」を図ることにより、介護人材の量的確保を進める一方、今後、高度化・複雑化する介護ニーズに対応するには、介護人材の質的確保・向上を併せて進めなければならない。こうした介護人材の「資質の向上」を進めるに当たっては、以下の視点に立って進めることが必要である^⑧。

- ① 今後、人材需給が逼迫する中で、限られた人材をより有効に活用するには、これまでのように介護人材を一律に捉え、意欲・能力の異なる人材層の違いを問わず、一様に量的・質的な確保を目指してきた考え方を転換し、多様な人材層を類型化した上で、機能分化を進める。この際、それぞれの人材層の意欲・能力に応じた役割・機能、必要な能力、教育、キャリアパスのあり方に応じた具体的な方策が求められる。
- ② 専門性の高い人材として、中核的な役割を果たすべき介護福祉士については、専門職としての社会的評価と資質を高めるための具体的な方策を講じることが必要である。このため、介護ニーズの多様化・高度化やマネジメント能力の必要性の高まりに対応した養成・教育プロセスの確立や役割の明確化等の方策が求められる。
- ③ 介護福祉士の資質及び社会的評価の向上の観点から、資格取得方法の一元化（養成施設卒業生への国家試験義務付け等）の実施を進める。その際には、時期の明示とともに、必要な環境整備等を進めることが必要である。

こうした観点に立ち、従来の全ての介護人材が介護福祉士であるべきであるとの考え方を転換し、「介護人材の全体像の在り方」、「介護福祉士が担うべき機能の在り方」、「介護福祉士資格取得方法の一元化」の3点について検討を進め、介護人材の類型化・機能分化や介護福祉士の社会的評価とその資質向上を図り、介護現場の中核を担う人材と位置付けるための取り組みを進めるべきである。

（4）2025（令和7）年に向けた総合的な確保方策の策定

2025（令和7）年には、約30万人の介護人材が不足するとの見通しが示されているが、この不足の30万人の介護人材を確保していくためには、国において速やかに「介護人材確保のための基本的な考え方」を明らかにして、それに基づき必要となる法令改正や、地域医療介護総合確保基金等を活用した都道府県による参入促進、労働環境・処遇の改善、資質の向上に資する施策の立案といった取り組みを進めることが重要である。そのうえで、国は、2025（令和7）年に向けた介護人材確保施策の全体像を、介護人材確保のための「総合的な確保方策」として明らかにすべきである。その際には、供給のみならず、地域包括ケアの構築が進むことに伴う、医療・介護の役割分担の変化、地域全体で介護人材を確保する視点のほか、自助・互助・共助の役割の明確化、

新たな介護技術や介護ロボット等の支援機器の開発・導入、わが国の人材の働き方の変革などの多様なイノベーションも踏まえた介護人材の需要の在り方についても、十分に検討を行うべきである。

4 課題

介護職員の処遇改善策として、介護報酬における介護職員処遇改善加算を紹介したが、課題も残されている。介護職員の賃金の引き上げは、すでに介護事業所で働いている労働者について、他産業への転職を抑制する効果がある⁽⁹⁾。他産業への人材流出を防ぐことは、介護人材確保において重要である。介護報酬は介護サービスの値段であり、介護職員の賃金の引き上げに影響を与えるが、同時に介護保険料の引き上げや利用者負担の増大に直結するため、介護サービスの利用抑制に作用しかねないというデメリットもある⁽¹⁰⁾。

介護の仕事の魅力発信などによる参入促進では、各事業を通して多彩なアプローチが行われており、イメージ向上のための啓発活動として評価できる。このような意識改革に国が取り組むに至ったのは、介護人材不足が重要課題として認識されているに他ならないといえる。意識改革は長期的に重要であるが、目下の介護人材不足への対応は急務である。定年後の元気高齢者（アクティブシニア）の参入や外国人介護人材の受入れ⁽¹¹⁾、ロボット・センサー、ICTの活用など、介護業務を分担し効率的に進められる体制づくりが求められる。加えて、介護職員の専門性の向上も課題の一つである。専門性と賃金等の労働条件とは密接な関連性を持っている。専門性を高め、それによって介護職に対する社会的な評価を高めていくこともまた、処遇改善へとつながる重要な要素であろう。

5 小括

要支援・要介護高齢者がピークを迎える2025（令和7）年に向けて、その環境整備が急がれている。その際の最大の課題は何といても介護人材の確保である。これまで厚生労働省は、介護職員の処遇改善（賃金の引上げ）はもちろんのこと、多様な人材の確保・育成（介護福祉士をめざす学生への就学資金貸付、中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施など）、介護職の離職の防止・定着促進・生産性向上（介護職の負担軽減のための介護ロボット・ICTの積極的活用、研修受講費の負担軽減など）、介護職の魅力発信、外国人介護労働者の受け入れなど、さまざまな対策を実施してきた。確かに、介護職そのものの数は徐々に増えてきているものの、介護を要する高齢者の増加に追いついていないのが現状である。そこに、新型コロナウイルス感染症の拡大が追い打ちをかける格好になった。

2020（令和2）年12月10日、介護報酬の2021（令和3）年度改定について、政府、与党は引き上げる方向で検討に入ったことが報じられた。改定率は前回の2018（平成30）年度の0.54%前後となる見通しである。新型コロナウイルスの感染拡大により利用者が減少し、経営が悪化する事業所が続出しており、その経営を安定させるためと、慢性的な人手不足に陥っている介護事業所職員の処遇改善のためである。

介護保険制度が開始された2000（平成12）年4月には、保険料は納付したものの、介護施設の整備や介護職員の確保が十分できていなければ「保険あって介護なし」になるのではないかとの不安が国民の中に広がっていた。しかし、当初は要介護高齢者数もそれほど多くなかったこともあって、ほぼ順調にスタートしたといつてよい。しかし、超高齢社会を迎えて、まさに今は、「保険あって介護なし」の状況に追い込まれようとしている。介護サービスは、所得保障と違って、サービスを提供する物的施設と人的設備の両方がそろわなければ成り立たないサービスである。コロナ禍のもとで、介護人材不足は一層深刻さを増してきている。今後は、介護人材の確保のために、国は、着実に結果が表れるような効果的な、かつ、具体的な方策の実施が急務であるといえる。

（木場千春：西九州大学健康福祉学部准教授、博士（アドミニストレーション））

- (1) 2015（平成27）年2月25日社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」。
- (2) 厚生労働省「平成12年介護サービス施設・事業所調査の概況」、「平成30年介護サービス施設・事業所調査の概況」から介護職員（訪問介護員）の従事者数（通所リハビリテーションの職員数を除く）を抜粋して集計。
- (3) 2018（平成30）年5月21日社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」。
- (4) 前掲報告書、注(1)。
- (5) 2019（令和元）年9月18日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室「福祉・介護人材確保対策について」。
- (6) 2019（平成31）年3月26日付け障発0326第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知「福祉・介護職員処遇改善加算及び福祉・介護職員処遇改善特別加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」。
- (7) 特別加算は、介護保険サービスと比べた障害福祉サービス等の特性を踏まえ、福祉・介護職員処遇改善加算の要件を緩和した一定額の加算であり、助成金の対象とされていなかった障害福祉サービス事業所等の福祉・介護職員の処遇改善をより一層推し進めることを目的として創設されたものである。なお、特別加算は、福祉・介護職員処遇改善加算とのいずれかを選択するものとし、併算定することはできない。
- (8) 前掲報告書、注(1)。
- (9) 花岡智恵「介護労働力不足はなぜ生じているのか」日本労働研究雑誌 No.658、2015（平成27）年。
- (10) 原田啓一郎「介護人材不足と高齢者の介護保障」法学セミナーNo.767、2018（平成30）年。
- (11) 丁洋「わが国における外国人介護人材の受け入れ政策の展開と課題」城西現代政策研究13巻2号。丁は、外国人介護人材受け入れについて、受け入れ費用や日本語能力の課題を指摘したうえで、留学生に対する福祉教育の支援と促進による外国人介護人材受け入れは、介護人材不足解消の最善策であるとしている。

Ⅲ 医療分野における看護師不足とその対応策

1 問題意識

超高齢社会を迎えて、医療・介護などのこれまでの社会保障のしくみでは、対応しきれない事態が数多く出現してきている。今後、国民には応分の負担増が求められることになるところだが、それと同時に、超高齢社会を支えるための医療・介護体制の一層の整備・充実が緊急の課題となっている。高齢者は、加齢とともに様々な疾患が多くなり、認知症や身体機能の低下によって必然的に医療や介護のニーズが増大してくる。しかし、それを支えるための医療・介護供給体制の整備は十分に整っているとはいえない。特に医療機関、介護施設、在宅医療、訪問看護、地域包括事業などで働く看護師等の不足が社会問題となっている。

しかし、「看護師不足」とは、何も今に始まったことではない。まず、1945（昭和 20）年に、「第 2 次世界大戦後の医療体制の構築、病床の整備」という政策課題が掲げられたとき、次に、1958（昭和 33）年に「基準看護で入院する患者数に対する看護師数の配置」に関する看護基準の設定のとき、そして、1985（昭和 60）年の「病床規則を中心とする医療体制の見直しによる増床」問題のときなどにすでに看護師不足が課題として挙げられていた。さらに、2020（令和 2）年現在においては、「新型コロナウイルス感染症の治療と感染拡大防止」のための対策で看護師不足は一層顕著になっている。さらに、2025（令和 7）年、団塊の世代が 75 歳以上を迎える超高齢社会においては、看護師不足は一層深刻化していくことが予想されている。厚生労働省の「第 11 回看護職員需給分科会」によって「2025（令和 7）年看護職員の需給推計結果」が公表されているが、それによると、2025（令和 7）年段階での看護師の必要数は 188 万人～202 万人、これに対して看護師供給予想数は 175～182 万人と見込まれている。従って、6 万～27 万人の看護師が不足すると予測されている。

そこで、この章では、看護師不足問題を取り上げて、看護師不足の現状を概観して、その主な原因は何か、どうすればそれを解消できるのか、これまでの対策をふまえて、看護人材の養成・確保のための方策について考察することにした。

2 看護師不足の現状

(1) 日本の看護師数

就業している看護師数は、厚生労働省が公表している「平成 30 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」によると、表III-1 の通り、2018（平成 30）年には、1,218,606 人であったが、その後、看護師数は年々増加しており、これに対して准看護師は減少している。

表III-1 就業している看護師等の年次推移、各年度末現在の実人員

年次	保健師（人）	助産師（人）	看護師（人）	准看護師（人）
2000（平成 12）	36,781	24,511	653,617	388,851
2012（平成 24）	47,279	31,835	1,015,744	357,777
2014（平成 26）	48,452	33,956	1,086,779	340,153
2016（平成 28）	51,280	35,774	1,149,397	323,111
2018（平成 30）	52,955	36,911	1,218,606	304,479

（出典）厚生労働省「平成 22 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」2 頁と「平成 30 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」2 頁を参照して筆者作成。

病院勤務看護職員は、日本看護協会看護統計資料室「病院勤務看護職員数、病床対比（年次別）」によると、表III-2の通り、2016（平成28）年で1,004,272人、病床百床対看護職員数は64.3人であり、これも年々増加している。

表III-2 病院勤務看護職員数、病床百床対看護職員数

年次	施設数	病床数	看護職員（人）	病床百床対看護職員（人）
2000（平成12）	9,266	1,647,253	767,807	46.6
2012（平成24）	8,565	1,578,254	944,640	59.9
2014（平成26）	8,493	1,568,261	977,654	62.3
2016（平成28）	8,442	1,561,005	1,004,272	64.3

（出典）日本看護協会看護統計資料室「病院勤務看護職員数、病床対比（年次別）」を参照して筆者作成。

（2）日本の看護師数と国際比較

病床百床当たりの臨床看護職員数をみると、表III-3の通り、日本は、86.5人であり諸外国と比べて圧倒的に少ない。次に、人口千人当たりの総病床数をみると、日本は、13.1床でありイギリスと比較すると5.2倍も多い。そして、平均在院日数をみると、日本は28.2日、急性期は16.2日であり、アメリカと比較すると4.6倍、急性期は2.9倍も長くなっている。このような違いがあるのは、①アメリカなどは、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を果たしていること、②Nursing Homeに所属の医師は配置されておらず、ここでの医療は開業医師で行われ、病床数に含まれないこと、③日本は、公的医療保険で患者の自己負担の上限が決まっているが、アメリカは入院費用が高いため、入院せずに病院の周辺の宿泊施設に泊まって通院するという事例が多いという事情があることなどであり、各国の医療制度や体制の違いによって人数や配置などが異なるからである。

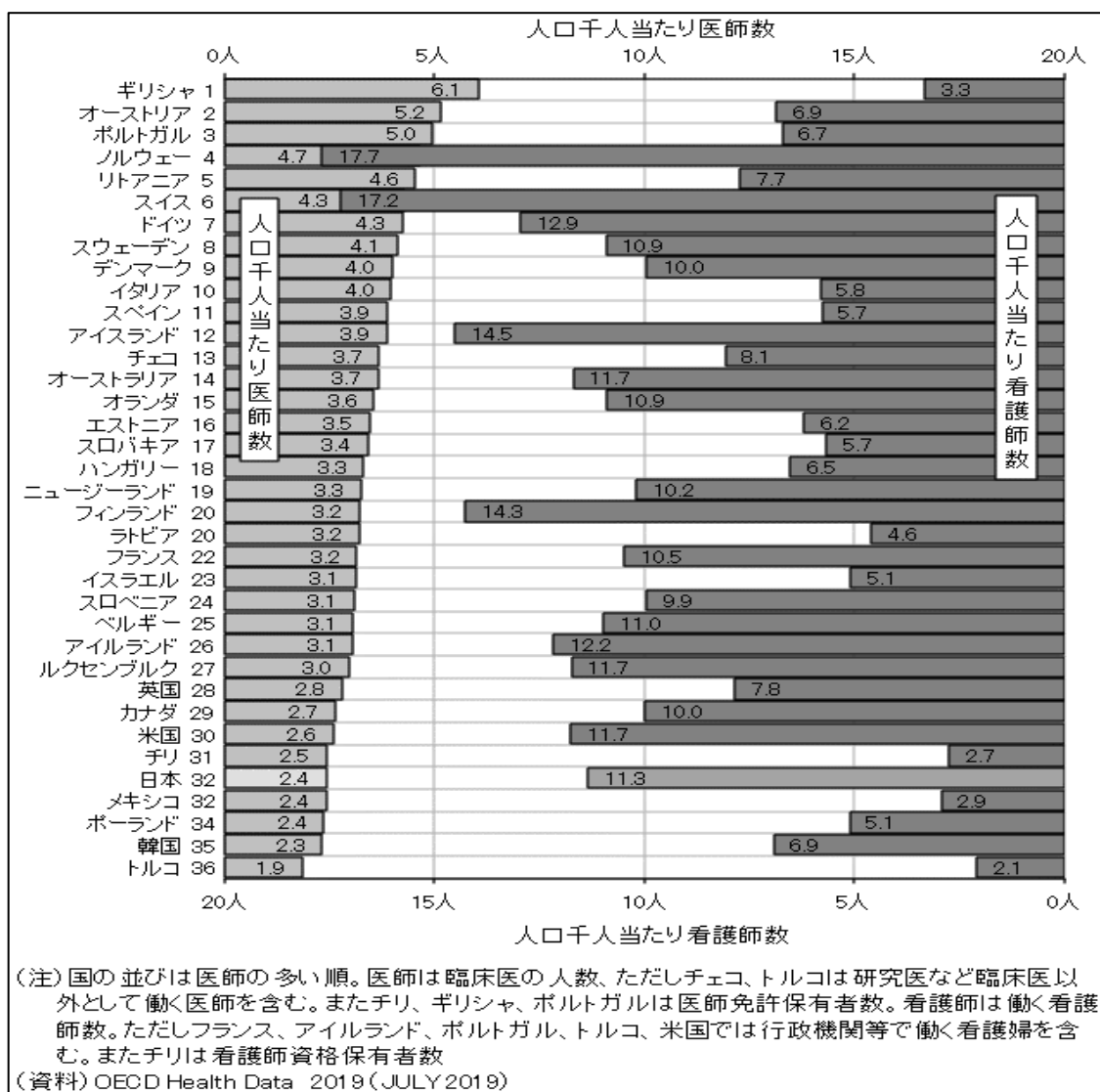
表III-3 看護職員数、医師数、平均在院日数、などの国際比較

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
人口千人当たり 臨床医師数	①2.4	4.3	3.2	2.8	2.6
人口千人当たり 臨床看護職員数	①11.3	12.9	②10.5	7.8	②11.7
病床百床当たり 臨床医師数	①18.5	53.1	52.8	110.8	①93.5
病床百床当たり 臨床看護職員数	①86.5	161.6	②173.3	308.5	①②419.9
人口千人当たり 総病床数	13.1	8.0	6.0	2.5	①2.8
平均在院日数 (急性期)	28.2 (16.2)	8.9 (7.5)	①9.9 ①(5.6)	①6.9 (5.9)	①6.1 (5.5)

（注）OECDHealthData2019」（2017年データ）。平均在院日数の（ ）書きは、急性期病床（日本は一般病床）の平均在院日数である。日本は精神病床を重複計上している。①とは2016年のデータ。②とは実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。（出典）財務省「社会保障について②（参考資料）2019年11月1日」7頁を参照して筆者作成。www.mof.go.jp/about_mof/councils/.../03.pdf（2020年11月7日検索）。

人口千人当たりの看護師数は、表III-4の通り、多い順にみるとノルウェー17.7人、スイス17.2人、アイスランド14.5人であり、これに対して、日本は11.3人であり、36カ国中10位である。医師数は、多い順にみるとギリシャ6.1人、オーストリア5.2人、ポルトガル5.0人であり、日本は2.4人で36カ国中32位である。

表III-4 看護師数・医師数の国際比較（OECD諸国、2017年又は直近）



(出典) honkawa2.sakura.ne.jp/1930.html (2020年11月8日検索)。

(2) 30万人の就業准看護師と70万人以上の潜在看護職員

1951(昭和26)年に創設された准看護婦制度は、中学校卒業を要件としていることもあって、准看護師養成の教育水準では、医療技術の進歩と共に求められる看護実践能力に対応できないのではないかと考えられている。1996(平成8)年、厚生省(当時)は、「准看護婦問題調査検討会」

において、21世紀の初頭の早い段階を目途に看護婦養成制度の統合に努めると提言している。就業している准看護師数が徐々に減少しているのは、准看護師から看護師になるための「看護師学校養成所の通信制課程」について、2018（平成30）年度から入学要件が、これまでの「准看護師として10年以上の就業経験があること」から「7年以上」へ大幅に短縮されたこともあると考えられている。さらに今後「5年以上」に短縮できないか、文部科学省と厚生労働省で検討をしてきた。一部には、看護師として、高度化・専門化を求めなくても准看護師として十分に働くことができているという理由で准看護師のニーズもあると主張する者もいる。現在、約30万人の准看護師が、医療や福祉等の現場で活躍し、地域医療の向上に大きな役割を果たしている⁽¹⁾。超高齢社会をいかに支えていくかを考えた場合、医療と介護と一体になって地域を支えている准看護師の存在は大きい。

一方、就業していなくて潜在状態といわれている潜在看護師は、2010（平成22）年時点で約31万人、潜在准看護師は約41万人であるといわれている⁽²⁾。看護職員の総数を増やすために、70万人以上いる潜在看護職員の掘り起しのために、日本看護協会は、届出制度により、再就職の意思を確認してマッチングの強化を図るなど看護職員の確保や働きやすい環境づくりの推進を行っている。次に「看護師不足」と言われる主な原因をみてみよう。

3 看護師不足の主な原因

(1) 看護師の負担過重

2020（令和2）年8月現在の日本の病院における病床の総数は、厚生労働省「医療施設動態調査」によると、1,599,891床、「一般病床」は888,026床、「精神病床」は324,956床、「療養病床」は293,407床である⁽³⁾。また、病院の平均在院日数は、厚生労働省「2019（令和元）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」によると、27.3日であり、病床別では「一般病床」は16.0日、「精神病床」は265.8日、「療養病床」は135.9日、「介護療養病床」は301.4日である⁽⁴⁾。日本の病床数が多い理由は、「精神病床」を計上していることや高齢者人口の割合が世界で最も高く、医療や介護などのサービスを必要とする対象者が多くなっていることも一因であると考えられている。看護師不足の主な原因の1つ目として、日本は、人口千人当たりの臨床看護職員数が11.3人であり諸外国と比較すると多い方であるが、総病床数が多く、平均在院日数が長く、病床百床当たりの臨床看護職員数が少ないために、1人の看護師が、入院患者を多く受け持つ結果になっていることがあげられる。

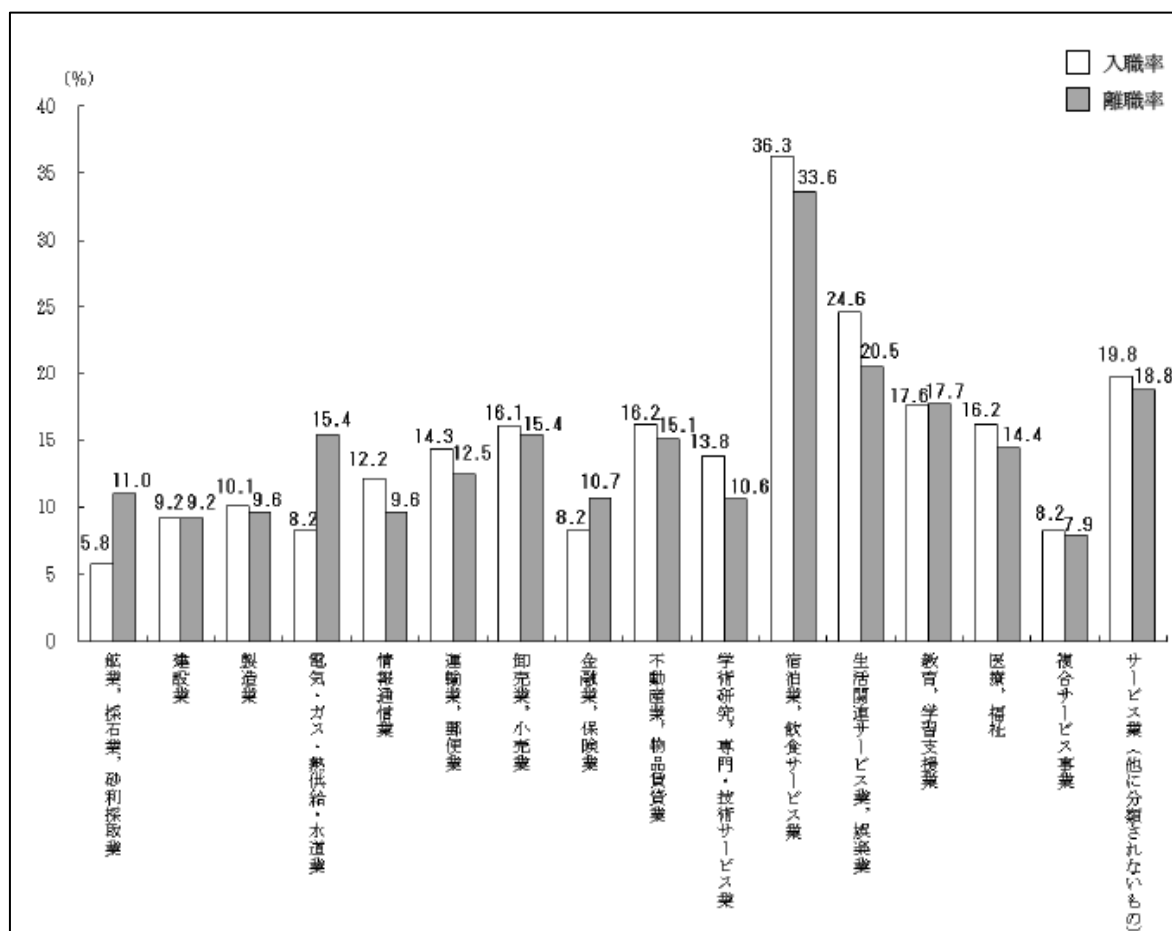
(2) 看護師の離職

看護師不足の主な原因の2つ目として、「離職」が考えられている。「産業別にみた入職率・離職率」と「看護師の離職率と雇用形態別にみた看護師等の人数と割合」について、みてみよう。

① 産業別にみた入職率・離職率

2019（令和元）年1年間の入職者数については、厚生労働省の2019（令和元）年「雇用動向調査の結果の概況」によると、8,435.4千人、離職者数は7,858.4千人でそのうち「医療、福祉」の入職者数は1,210.5千人、離職者数は1,070.5千人である。常用労働者数に対する割合である入職率は16.7%、離職率は15.6%であり、産業別では、表III-5の通り、「医療、福祉」の入職率は16.2%、離職率は14.4%である⁽⁵⁾。

表III-5 2019（令和元）年産業別入職率・離職率

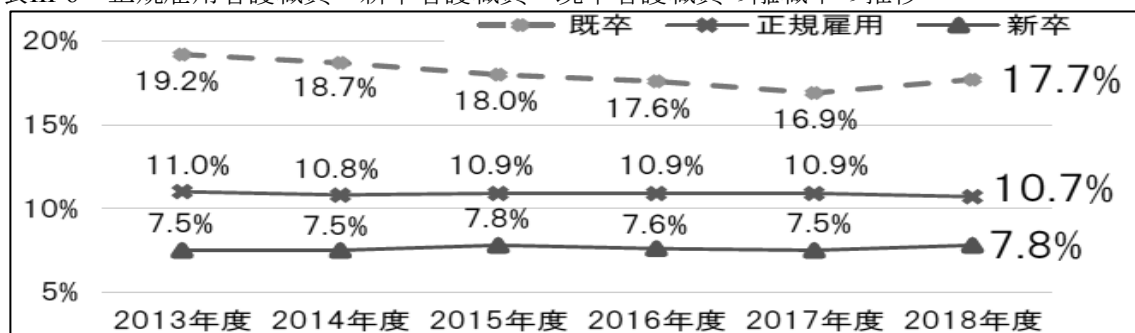


(出典) 厚生労働省「2019年（令和元年）雇用動向調査結果の概況」12頁。
www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/.../gaikyoku.pdf (2020年11月14日検索)。

② 看護師の離職率と雇用形態別にみた看護師等の人数と割合

看護師の離職率は、日本看護協会の「2019年病院看護実態調査」によると、表III-6の通り、2018（平成30）年度の正規雇用では10.7%、前年度比0.2%減、新卒採用者では7.8%、前年度比0.3%増、既卒採用者では17.7%、前年度比0.8%増である。

表III-6 正規雇用看護職員・新卒看護職員・既卒看護職員の離職率の推移



(注) ①フルタイムおよび短時間勤務の正規雇用職員。正規雇用看護職員離職率とは、総退職者数（定年退職を含む）が平均職員数に占める割合。

正規雇用看護職員離職率＝当該年度総退職者数/当該年度の平均職員数×100。

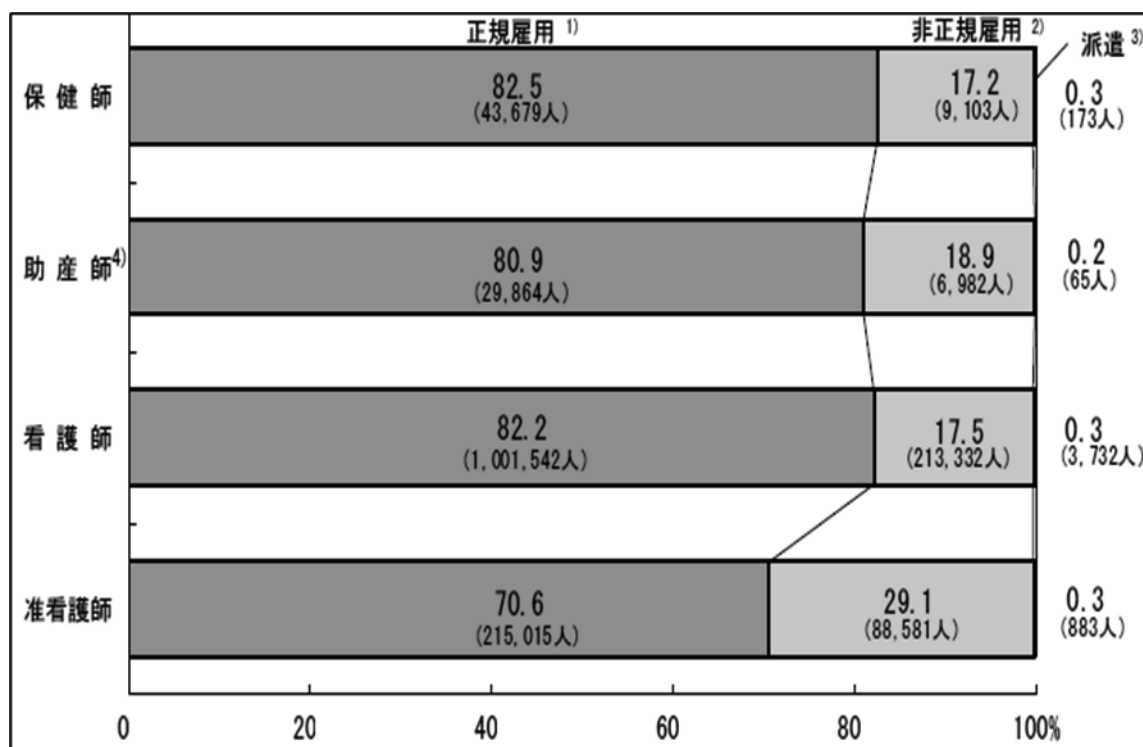
平均職員数＝（年度当初の在籍職員数＋年度末の在籍職員数）/2。

②新卒採用者離職率＝当該年度新卒採用者退職者数/当該年度新卒採用者数×100。

③既卒採用者離職率＝当該年度既卒採用者退職者数/当該年度既卒採用者数×100。

(出典) 公益社団法人日本看護協会 2020年3月30日「2019年病院看護実態調査」。

表III-7 2018（平成30）年末現在の雇用形態別にみた看護師等の人数と割合



(注) 注括弧内は実人員である。1)「正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者をいう。2)「非正規雇用」とは、名称に係わらず、「正規雇用」及び「派遣」に該当しない者をいう。

3)「派遣」とは、派遣会社から派遣されている者をいう。4)「助産師」とは、助産所開設者を含む。

(出典) 厚生労働省令和元年9月4日「平成30年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」4頁。

ただし、日本看護協会の離職率は、「正規雇用看護職員・新卒看護職員・既卒看護職員」を対象

としたものであり、「非正規雇用」「派遣」には、ふれられていない。雇用形態別にみた看護師等の人数と割合は、表III-7の通り、「正規雇用」が、「非正規雇用」より多いのであるが、それでも「非正規雇用」の保健師は9,103人（17.2%）、助産師は6,982人（18.9%）、看護師は213,332人（17.5%）、准看護師は88,581人（29.1%）に上っている。

(3) 看護需要の増大

看護師不足の主な原因の3つ目として、超高齢社会を迎えて看護需要が増大することがあげられる。このままいくと、2025（令和7）年には、看護職員が6万～27万人不足すると見込まれている。厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」による「看護職員需給分科会（中間とりまとめ）」によると、都道府県からの報告では、2025（令和7）年の看護師の需要推計が180万人である。これに、超過勤務時間や有給休暇の取得日数などに3つの幅をもたせて推計したところ、看護職員の需給推計は、表III-9の通り「シナリオ①、超過勤務10時間以内、有給休暇5日以上」の場合は188万人、「シナリオ②、超過勤務10時間以内、有給休暇10日以上」の場合は190万人、「シナリオ③、超過勤務0時間、有給休暇20日以上」の場合は202万人必要であり、これに対して、供給推計は175～182万人であり、看護職員が最小で6万人、最大で27万人不足すると推計されている。

表III-9 2025（令和7）年看護職員の需給推計（人）

	④平成28 看護職員	2025（令和7）年看護職員			
		⑤ 報告値	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
需要推計	1,660,071	1,801,633	1,880,682	1,897,561	2,019,773
①病院	1,346,366	972,849	1,015,301	1,024,413	1,090,390
精神関連		132,052	137,904	139,142	148,103
精神病床		93,387	97,526	98,401	104,739
②		38,664	40,378	40,741	43,364
③診療所		299,224	312,395	315,199	335,499
訪問看護		46,977	112,558	117,502	118,556
医療保険	/	26,523	27,691	27,939	29,739
介護保険		47,370	49,433	49,877	53,089
②		38,664	40,378	40,741	43,364
介護保険	149,683	187,413	195,692	197,448	210,165
学校関連	117,045	136,201	142,266	143,543	152,788
供給推計		1,746,664	1,746,664～1,819,466		

（注）①は有床診療所を含む。②は精神病床からの基盤整備。③は無床診療所。④は平成28年看護職員就業者数（厚生労働省医政局看護課調べ）。⑤は都道府県報告値（係数等処理前）。

（出典）厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会・中間とりまとめ（令和元年11月15日）」

看護師を必要としているのは、医療機関だけではない。介護施設や在宅看護など看護師による医療ケアを要するサービスの多様化が進んでいて看護へのニーズは高い。在宅サービスに必要な訪問看護職員が約11.7万～12.6万人、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、そして居宅サー

ビスなどの介護保険サービスに携わる看護職員も約 19.5 万～21 万人と見込まれている。

ただし、単に、2025（令和 7）年に看護職員の人数が揃えばいいというだけではない。従来の看護師の役割のほかに、超高齢社会で求められる「多死、在宅での看取り、孤独死（孤立死、独居死）、家族や介護者へのケア（グリーフケア）」などの対応も必要であり、精神・障害分野等においても、精神病床を含めた精神保健衛生への対応や医療的ケア児への対応など多様な役割が看護師に求められている。

4 看護師確保の必要性と看護師確保の対策

(1) 看護職員が退職する理由と看護師確保の必要性

① 看護師が働き続ける理由、退職する理由

看護師が働き続ける理由としては、「キャリアプランの一致（成長できる職場、専門性を発揮できる職場環境など）」、「良好な人間関係」、「労働環境が良い（福利厚生や労働条件が整っている）」、「看護実践能力についての自信（学んだことが実践に結びつくことで自信がでてくる）」、「特に辞める理由がない」、「ストレス・マネジメント（ポジティブな思考、気分転換）」などがある⁽⁶⁾。

一方、退職理由については、厚生労働省が公表している「看護職員就業状況等実態調査結果（退職の主な理由 3 つまで）」によると、「出産・育児のため」（22.1%）が最も多く、次いで「その他」（19.7%）、「結婚のため」（17.7%）、「他施設への興味」（15.1%）、「人間関係がよくない」（12.8%）、「超過勤務が多い」（10.5%）、「通勤が困難」（10.4%）、「休暇がとれない、とりづらい」（10.3%）、「夜勤の負担が大きい」（9.7%）、「責任の重さや医療事故への不安」（9.6%）、「本人の健康に問題がある」（8.6%）、「給与に不満がある」（8.0%）などということがあげられている⁽⁷⁾。退職理由としては、本人の結婚、出産、育児などのライフステージの変化によるものもあるが、超過勤務、休暇がとれない、医療事故への不安などの労働環境に原因するものもあり、複数選択式の質問の場合には、回答者がどれを重視したのかが解り難い。「結婚、出産、育児が、退職理由であっても、それを重視したのだろうか。もし、これらが、主な退職理由になるのであれば、職場において、結婚、出産、育児に関連した支援や労働状況を改善する支援などにもっと力を入れることによって、看護師確保の解決になるのではないだろうか。」という指摘もある⁽⁸⁾。もし、一人の看護師が退職した場合、その人が担当していた仕事量というのは、医療現場で残って働いている他の看護師に加わってしまうため、結局、現場の看護師の疲労が増したり、医療事故への備えも不十分になったりすることが考えられる。働き続ける理由と退職理由をふまえると、労働環境の改善を行うことが根本的な看護師不足の解決の 1 つになると言える。

② 看護師確保の必要性

日本は、人口千人当たりの臨床看護職員数が 11.3 人であり諸外国と比較すると多い方であるが、総病床数が多く、平均在院日数が長く、病床百床当たりの臨床看護職員数が少ないという状況が明らかである。このような状況下においては、総病床数は多いのに、病床あたりの医療従事者数が少ないので、短期間に多くの患者を診ることができず、他の諸国から比べると医療の生産性や

効率性が低いのではないかという指摘もある⁽⁹⁾。一方、1人の看護師が、入院患者を多く受け持っていて忙しく働いている労働環境のもとでは、全体的にみれば広く薄い医療体制になっているので、その分、患者の全身状態の観察やカルテ内容・検査・薬剤の確認などがおろそかになる可能性もある。これが医療過誤の原因になりうる。実際に起こった医療事故の中で、有名なものとしては、1999（平成 11）年に、横浜市立大学病院で2人の患者を取り違えて手術を行った事件、東京都立広尾病院では、薬剤を取り違えた点滴をされて患者が死亡した事件、最近では、2017（平成 29）年に、山梨県立中央病院では、違う血液型の輸血をされて患者が死亡した事件、2018（平成 30）年に、山口県国立病院機構関門医療センターでは、抗がん剤を過剰投与されて患者が死亡した事件などがある。いずれも、患者名・血液型・薬剤名や量の確認ミスがもとでこうした重大な医療事故に繋がったものである。このような状況では、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、医療技術の進歩についていけない、あるいは、患者1人にかかる時間が短くなり、個別患者に対して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、まずは、看護師不足などを解決することが必要である。

（2）看護師確保の対策

① 看護師の復職支援、離職防止と定着促進、養成促進、地域偏在の調整

看護職員の確保について、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」（平成 4 年法律第 86 号）（以下、看護師等人材確保法と称する）に基づき、「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的指針」が出された。この指針は、超高齢社会における保健や医療を担う看護師等の確保を図ることによって、国民に良質かつ適切な医療の提供を図ることを目的としている。これにより、厚生労働省等では、看護師の復職支援、離職防止と定着促進、養成促進、地域偏在の調整という施策を展開している。

まず、「復職支援」とは、潜在看護師や潜在准看護師を対象とした人材確保対策である。2015（平成 27）年 10 月 1 日から改正看護師等人材確保法が施行されて、離職者の届出制度が始まっている。これまでは、各都道府県に設置されているナースセンターには、就業していない看護師等を把握する仕組みがなかったため、ナースセンターと離職者との接点がなかった。この改正法の施行により、ナースセンター側から、離職中の看護師等が再び医療・介護・福祉の現場に復職できるよう、情報発信やアプローチを行うことが可能になり、具体的には、復職に向けた研修や無料の職業紹介などの支援を行っている。離職者は約 70 万人以上いると推計されており、潜在看護師や潜在准看護師の復職支援が推進されれば、看護師人材確保の一助になると考えられている。

次に、「離職防止と定着促進」とは、長時間労働や当直、夜間・交代制勤務など厳しい勤務環境にある医療従事者が、健康で安心して働ける環境の整備を促進することである。2014（平成 26）年 6 月に成立した「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」（法律第 83 号）による医療法の改正により、医療従事者の勤務環境の改善に関する規定が創設され、同年 10 月 1 日に施行されている。これにより、各医療機関は、PDCA サイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境の改善に取り組み、「医療勤務環境改善マネジメン

トシステム」を導入することが推奨され、また、各都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するための機能をもつ医療勤務環境改善支援センターが設置されることになった⁽¹⁰⁾。

次に、「養成促進」については、すでに、看護師学校・養成所数の入学定員が増加されていて、国家試験の合格者数は、2,000（平成 12）年度には 46,817 人（合格率 96.4%）だったものが、徐々に増加して 2019（平成 31）年度は 56,767 人（合格率 89.3%）となっている。看護師の養成のさらなる促進に向けて、2015（平成 27）年 3 月に「看護師養成所における社会人経験者の受け入れ準備・支援のための指針」が出されている。これにより、看護学以外の分野を専攻して大学を卒業した者や社会人として一定の就労経験を経た者が、看護師になることを希望した場合に、奨学金制度や教育訓練給付金の活用、学費の納入回数の配慮や減免などができるようになった。

そして、「地域偏在の調整」とは、看護職員が、都道府県別に佐賀県や宮崎県のように充足している地域と東京都や神奈川県のように不足する地域がある場合や、医療機関では充足していても訪問看護事業所や介護保険施設では不足している場合など領域別の偏在について、看護職員の総数確保と共に都道府県別や領域別に調整を行なう必要があるということである。これについては、都道府県ナースセンターの研修支援等が求められる。

② 看護職員の確保についての国の責務、看護師の責務、国民の責務

看護職員の確保について、看護師等人材確保法が制定されている。この法律の第 1 条には、「この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び保健医療を取り巻く環境の変化等に伴い、看護師等の確保の重要性が著しく増大していることにかんがみ、看護師等の確保を促進するための措置に関する基本指針を定めるとともに、看護師等の養成、処遇の改善、資質の向上、就業の促進等を、看護に対する国民の関心と理解を深めることに配慮しつつ図るための措置を講ずることにより、病院等、看護を受ける者の居宅等看護が提供される場所に、高度な専門知識と技能を有する看護師等を確保し、もって国民の保健医療の向上に資すること」と目的が規定されている。

まず、国及び地方公共団体の責務については、第 4 条に、「国は、看護師等の養成、研修等による資質の向上及び就業の促進並びに病院等に勤務する看護師等の処遇の改善その他看護師等の確保の促進のために必要な財政上及び金融上の措置その他の措置を講ずるよう努めなければならない。」と定められている。次に、看護師等の責務は、第 6 条に「看護師等は、保健医療の重要な担い手としての自覚の下に、高度化し、かつ、多様化する国民の保健医療サービスへの需要に対応し、研修を受ける等自ら進んでその能力の開発及び向上を図るとともに、自信と誇りを持ってこれを看護業務に発揮するよう努めなければならない。」と定められている。そして、国民の責務としては、第 7 条に「国民は、看護の重要性に対する関心と理解を深め、看護に従事する者への感謝の念を持つよう心がけるとともに、看護に親しむ活動に参加するよう努めなければならない。」と定められている。

5 小括

看護師不足対策は、1945（昭和 20）年の「第 2 次世界大戦後の医療体制の構築、病床整備」から始まり、その後、75 年を経て、社会状況の変化に伴いながらも、今もなお厳しい状況が続いて

いる。看護師の退職・看護師不足を防止するために、医療機関では、夜勤専従・パートタイマー・短時間勤務導入、子育て支援の充実、教育研修体制の充実、定年後の継続雇用制度の導入による定年退職者の再雇用など多様な勤務形態の導入に取り組んでおり、そのうち、6割以上が「一定の効果がある」と回答している⁽¹¹⁾。看護師は、女性が多く、結婚・出産・育児のために少なくとも一時的な休業が必要となる。産前産後休業や育児休業を経て無事に元の職場に復帰できればいいのだが、さまざまな個人的事情や職場環境に関する事情で退職を選ばざるを得ない看護師もいる。一旦、職場を離れた看護師が、年々新しくなる医療技術の進歩や厳しい勤務環境を前に復職をためらっている実態がある。それをそのまま放置すれば、看護に係わる人材不足は加速し、看護の質や量の低下、ひいては医療の安全の確保ができなくなる事態を招きかねない。一方、長く働いている看護師が働き続ける理由としてあげているのは、キャリアプランの一致、良好な人間関係、労働環境が良い等である。なかでも、「労働環境が良い」とは、具体的には、福利厚生や労働条件が整っていること、時間外勤務がないこと、年次有給休暇がとりやすいこと、負担が少ない環境であることなどである。職場によっては、看護師1人あたりの負担には、大きな差があることも多い。その負担も退職する理由になっている。看護の担い手を増やすことや復職支援、離職防止と定着促進、養成促進、地域偏在の調整も大事であるが、まず、「現に働いている看護師」に対して、労働環境の改善を進める視点も必要であろう。そのためには、多様な勤務形態の導入に取り組む医療機関等を増やし、取り組む内容を増やしていく必要があると思われる。医療機関の求める理念を共有し、人間関係を良くし、教育を充実させ、看護師が長く勤められる病院にすることが重要である。

これから、2025（令和7）年に向けて、医療機能の分化・強化、安心・安全な医療の実現、効率化・適正化の推進が進められていく。また、在宅での生活を支援するための「地域包括ケアシステムの推進」が行われ、今後、地域包括ケア病棟や訪問看護などの看護師が増えることが見込まれている。病床機能を変更したことで、看護師の人数が余剰した医療機関がある場合に、同じ地域で不足している医療機関に異動・出向させることや地域包括ケアシステムの構築のために、看護師を地域内外や法人内外に異動をさせるという可能性もある。こうなれば、看護師の給与等の待遇を保障して、これまでにない多様な勤務の形態を検討する必要がある。看護師および准看護師自身も、地域の医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーションなど、地域の保健・医療・福祉資源を総合的に活用していくという考え方をもち、医療と介護を総合的にとらえることができる高度な幅広い知識を持つ人材をめざすという努力をしていかななくてはならない。

また、2015（平成27）年、医療事故調査制度が施行されて、医療の安全確保と医療事故の再発防止がすすめられている。医療現場においては、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が指摘され、それが看護師不足の一因ともなってきた。その点で、医療事故調査制度の意義は大きい。これと併せて、「医療事故の補償」が強く求められている。仮に、医療事故が起きたとしても、患者救済がなされ、また、看護師や医師なども訴訟の負担が少なくなれば、人材確保のための方策の一つとなろう。看護師の確保とは、看護師教育、労働環境の改善、看護師の地域偏在の調整等の方策のほか、医療事故調査制度、医療事故の補償という幅広い対策や制度の充実のなかで実現していくものと考えられる。

（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) 厚生省健康政策局看護課 田村「1996/12/20 准看護婦問題調査検討会報告の概要」
<https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s1220-1.html> (2020年11月1日検索)。
- (2) 公益財団法人連合総合生活開発研究所「看護職員の労働時間問題に関する研究委員会報告書2013年10月」8頁。
- (3) 厚生労働省令和2年10月26日「医療施設動態調査(令和2年8月末概数)」1頁。
- (4) 厚生労働省令和2年9月29日「令和元(2019)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」2頁。
- (5) 厚生労働省令和2年9月30日「2019年(令和元年)雇用動向調査結果の概況一」6頁、11—12頁。
- (6) 中野沙織 岩佐幸恵「中堅看護師の職業継続に関する文献検討—『離職』と『職業継続』の理由に焦点をあてて—」The Journal of Nursing Investigation Vol.16, No.1,2 : 10-22, MARCH 31, 2019。
- (7) 「資料2 看護職員就業状況等実態調査結果」28頁。
www.mhlw.go.jp/stf/houdou/.../2r98520000017cnt.pdf (2020年11月8日検索)。
- (8) 韓慧「日本における看護師不足の実態」13頁、15頁、22頁。
petit.lib.yamaguchi-u.ac.jp/.../file/.../D300010000001.pdf (2020年12月4日検索)。
- (9) 武藤正樹「日本の病床と地域医療構想」国際医療福祉大学学会誌(2019)第24巻2号、1頁。
- (10) 「平成27年度版厚生労働白書」330頁。
www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15/ (2020年11月1日検索)。
- (11) 社団法人日本看護協会「第5回第7次看護職員需給見通しに関する検討会」平成21年12月14日資料2「看護職員の確保に向けて」14頁。
www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1214-17b.pdf (2020年11月8日検索)。

IV 福祉事務所の民間委託・非正規職員化

1 福祉事務所の組織とケースワーカーの業務

現行福祉事務所は、その起源を、1950(昭和25)年10月16日の社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」に求めることができる。同勧告では、「社会福祉業務を能率的、科学的に運営するため、…民生安定所を設ける」となっていた。その後、1951(昭和26)年の社会福祉事業法の制定に伴い、「福祉事務所」という名称が使用され、都道府県と市にはその設置が義務付けられることになった。こうして、福祉事務所は、当初は、福祉三法(生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法)を担当する現業行政機関としてスタートした。現在では、社会福祉法(2000(平成26)年3月、社会福祉事業法改正)のなかに規定されている。福祉事務所の担当する業務は、都道府県と市部とで違っているが、紙面の関係上、ここでは市部の福祉事務所を念頭におきながら、しかも、生活保護業務に従事するケースワーカーの業務に限定して論じていくことにしたい。

福祉事務所には、所長の他に、指導監督を行う所員(査察指導員)と現業を行う所員(家庭訪問と面接とをあわせて行う所員)、事務を行う所員を置かなくてはならないことになっている(社福法15条1項)。このうち、もともとは家庭訪問員のことをケースワーカーと呼んでいたようであるが、現在のケースワーカーの仕事は下記に示すように広範囲にわたっている。査察指導員とケースワーカーは、その専門性を確保する観点から社会福祉主事の資格を有していなくてはならないとされている(同15条6項)⁽¹⁾。しかし、2016(平成28)年の厚生労働省「福祉事務所人員体制調査」によれば、社会福祉主事資格を有する者は、査察指導員で72.8%、ケースワーカーでは有資格者は71.7%にすぎないという報告がなされている。これは明かに社会福祉法15条6項違反である。その後、各種委員会や行政内部監査などによる指摘を受けて次第に有資格者は増えてきてはいるものの、地域によってはいまだ要件を満たしていない福祉事務所も多数存在する⁽²⁾。

ケースワーカーの業務は、生活保護に関する相談、面接、受給者への家庭訪問、各種調査、保

護の要否判定、指導・指示、各種医療機関・介護機関との調整、受給者への生活指導・通院指導・就労支援など生活保護行政全般にわたっている（社福法 15 条 4 項）⁽³⁾。しかも、最近では、貧困だけでなく、心身の疾患、多重債務、孤立、引きこもり、外国人など生活保護受給者の抱える生活課題は重複化・複雑化している。このことに加えて、ケースワーカーの配置数が法定義務から「標準」へと変更されたことに伴う担当世帯負担増のために⁽⁴⁾、ケースワーカーの業務は質量ともになお一層過重化・激務化してきているといわなくてはならない。それにもかかわらず、生活保護担当のケースワーカーの経験年数は、1 年未満が 23.6%、3 年未満が 38.1%と全体のほぼ 6 割を占めており⁽⁵⁾、しかも 1 年から 3 年で他の職種へ配置転換されることがほとんどであり、こうした複雑化・処遇困難化した受給者の生活課題に応えるだけの専門性が確保されているかといえ、それにはほど遠い感があると言わざるを得ない。当然にしてケースワーカーの仕事に対する「やりがい感」は低下していく。平成 30 年度大分市包括外部監査報告書「生活保護等に関する事業について」（平成 31 年 3 月）によると、ケースワーカーの中で「仕事にやりがいがある」、「やりがいを感じることが多い」と答えた人は合わせてわずか 18%にすぎず、「ケースワーカーの仕事はできればしたくない」が 26%、「やりがいを感じない」が 37%にも上っていることが分かる。やりがいを感じない理由としては、支援や説明に対する受給者の理解がない、クレームや理不尽なことを言われる、処遇困難ケースの対応に苦慮している、担当ケース数が多いなど様々である。そのため、心身のストレスを感じていることや、被保護者との対応を考えて夜眠れないことがあるなど深刻な悩みがつづられている。その結果、当然のことであろうが、今後の対応策としては、ケースワーカーの増員、保護業務の一部外部委託が必要であるとする意見につながっている⁽⁶⁾。

2 生活保護ケースワーク業務の外部委託

生活保護ケースワーク業務の外部委託問題は、規制緩和や「官から民へ」という行政改革が推進されていた時期から本格的に議論されるようになった。それはケースワーカーの不足からくる業務の多忙化とケースワーカー自身の心身両面での負担過重が明確になり始めていた時期とも一致する。それまでは政府は外部委託には否定的な姿勢をとっていた。2003（平成 15）年 11 月 26 日、内閣府がまとめた「行政サービスの民間開放等に係る論点について」では、「生活保護法第 19 条第 1 項及び同条第 4 項により、生活保護の決定及び実施については市長が行うこと、及び委任はその管理下にある行政庁に限ると規定されているため、外部委託できない」と明記されており、その理由として、生活保護行政は国民の生存権に直接影響するものであり、被保護者の個人情報扱うことや保護費の支給・返還などの権力的行政処分を伴うものであることが述べられている⁽⁷⁾。この時点では、国としては、生活保護行政の民間委託は、全面的に生活保護法 19 条に違反するという明確な立場をとっていた。しかし、2004（平成 16）年、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」報告書に、新たに設けられた自立支援プログラムの実施に当たり、積極的な「アウトソーシングの推進」が掲げられて以来、外部委託の問題はその推進の方向へと政策転換されることになる。2006（平成 18）年 12 月 25 日、規制改革・民間開放推進会議「規制改革・民間開放の推進に関する第 3 次答申—さらなる飛躍を目指して」では、「自立支援業務を中心に専門性を有する社会福祉士、特定非営利活動法人等への外部委託、嘱託、非常勤

職員の積極的な活用も図ることがケースワークの質を高める観点から有効であり、…各自治体の実情に応じた取組を促すべきである」と記されており、自立支援業務に限ってではあるが、外部委託推進へとはっきりと舵を切っていることがわかる⁽⁸⁾。以後、数回にわたった「生活保護に関する国と地方の協議」でも同様である。「地方自治体では、就労支援専門員等専門家の活用やNPO・社会福祉士会等の専門機関への委託等を進める」（2011（平成23）年）、「稼働能力のある者に対する就労支援や不正受給対策等の業務を効率的・効果的に行う観点から、ケースワーク業務の重点化や外部委託のあり方…に関し、関係者で議論を深めていく必要がある」（2017（平成29）年12月5日）⁽⁹⁾。最近では、2019（令和元）年12月23日、閣議決定「生活保護ケースワーク業務の外部委託化」において、①現行制度で外部委託化が可能な業務の範囲について令和2年度中に整理して、必要な措置を講ずる。②現行制度では外部委託が困難な業務については、外部委託を可能とする方向で検討し、令和3年度中に結論を出し、その結果に基づいて必要な措置を講ずるとして、外部委託化を拡大するために法改正の方針まで打ち出している。外部委託の理由は、民間のノウハウを導入することによって、細部にわたる訪問等の機会が確保され、そのことによって自立助長が促進され、あわせて民間の目による不正受給の防止にも貢献するというものである。しかし、ケースワーク業務の外部委託化については、慎重な意見もある。委託は法律上は「請負」であるので、受託者は別組織の職員となり、福祉事務所から直接に指揮・命令や指導ができなくなること、委託契約期間は1年間であるので、事業の継続性が保障されないのではないかとか、あるいは、個人情報の漏えいの危険があるのではないかなどの指摘は依然として多い。

ケースワーク業務の外部委託化には、クリアしなければならない2つの法制度上の壁がある⁽¹⁰⁾。ひとつは、保護の実施機関は「保護の決定及び実施に関する事務の全部又は一部を、その管理に属する行政庁に限り、委任することができる」（生保法19条4項）という規定であり、もう一つは、「社会福祉主事は、…知事又は市町村長の事務の執行を補助するものとする」（生保法21条、補助機関）の規定である。新生活保護法は、1950（昭和25）年5月4日に公布（法144号）されたが、社会福祉事業法の制定（1951（昭和26）年3月29日法45号）と相まって、1951（昭和26）年5月31日に改正法が公布（法168号）された。19条4項の規定は、改正法の際に盛り込まれたものである。その趣旨について、小山進次郎は次のように解説している。①生活保護の事務は、もともと市町村長を実施機関としていたのであるが、社会福祉事業法の制定により福祉事務所の所管事務とされたこと、②福祉事務所は、行政処分権をもつ行政庁ではなく、行政機関にすぎないこと、③生活保護行政は機関委任事務であるから十分に責任の持てる機関に委任する必要がある等の理由から、「法律の形式技術の上からの制約であって、実際上においては法第19条（実施機関）第4項の規定による委任の問題として処理されることになるのである」と説明している⁽¹¹⁾。また、19条5項の「保護の実施機関は、保護の決定及び実施に関する事務の一部を、政令の定めるところにより、他の保護の実施機関に委託して行うことを妨げない」という規定に関しても、「ある一つの福祉事務所の所管区域『全部』』についての委託をすることは適当ではない。事務の委託を自由に無制限に行わせることは、徒らに法律上の保護の実施機関としての都道府県知事又は市町村長の責任を回避させ、義務を遁脱させることとなり、却って保護の効果を阻害し、要保護者にも著しい不利益、不便を与える結果となるのであるから、…」⁽¹²⁾と述べ、実施機関としての公的責任をあらためて強調している。こうした生活保護法制定当初の説明からみると、19

条4項は、本来は生活保護業務は知事・市長の担当すべき事柄であるが、それを処分権限のない福祉事務所に生活保護の決定および実施を執行できるように委任という形で権限を与えたということであり、そこには、業務の一部を民間に委託するなどという発想はまったく存在していなかったと言わなくてはならない。それが、少しずつ動き始めたのは、1999（平成11）年の地方分権一括法の制定により、機関委任事務が廃止され、新たに法定受託事務と自治事務に再編されたことである。これにより、生活保護事務の大半は法定受託事務とされたが、加えて、「相談及び助言」に関する規定（27条の2）が創設され、これは国の関与が極力制限されている自治事務の位置づけとされた。これによって、これまで事実行為とされてきたケースワークの相談・助言業務が生活保護法上に法的根拠を与えられることになり、その業務が大半を占める自立支援プログラムも27条の2を根拠に実施される事業という理解がなされるようになった。そうなれば、自立支援プログラムは地方自治体の裁量の幅が広い自治事務に位置付けられることになるので、その業務の全部または一部（たとえば、就労相談支援、家計改善支援、子どもの学習支援など）は、自治体の判断によって民間へ委託できるということになる。この点では、「自立支援プログラムは、今から考えれば、『外部委託（民営化）・非正規化・規制緩和』と極めて親和性が高い」という指摘も当たっているのかもしれない⁽¹³⁾。現に、生活困窮者自立支援法（2013（平成25）年、法105号）の制定と連動して、生活保護法のなかに新たに設けられた被保護者就労支援事業（55条の7）に関しては、事業の一部または全部の民間委託が認められている。すなわち、保護の実施機関は、被保護者からの相談に応じて、必要な情報提供および助言等の事業を行うものとされ（同条1項）、その事業の全部または一部を労働省令で定める者に委託することができることになっている（同条2項）⁽¹⁴⁾。委託先としては、社会福祉協議会や社会福祉法人、NPO法人、社会福祉士会等が考えられる。

ただし、業務のどの範囲まで委託が認められるのかについては、自立支援プログラムの根拠を27条の2（相談及び助言）に求めるか、27条（指導及び指示）に求めるかによって、法的効果が違ってくことに注意しなくてはならないであろう。自立支援プログラムを自治事務たる27条の2の「相談及び助言」に根拠をもつものとするれば、法定受託事務たる27条の「指導及び指示」とは明らかに異なるのであるから、受給者が自立支援プログラムへの参加を拒否したり、計画内容に従わないときに発生する効果は、単に支援計画の変更がなしうるのみであって、提示された自立支援プログラムに従わないことを理由として、保護の停・廃止といった不利益処分は課すことができないという解釈が成り立ちうる⁽¹⁵⁾。そうすると、自立支援関係の相談・助言は、保護の開始や停・廃止といった行政処分とはまったく無関係なものとして理解されるので、これを全面的に社会福祉法人やNPO等に委託することも可能となろう。これに対して、就労自立支援プログラムは、27条の2の相談・助言規定に根拠をおくものではなく、27条の規定も関係してくることがある事業だと理解する場合には違った解釈にならざるをえない。すなわち、就労自立支援プログラムは、生保法1条の「自立助長」に法的根拠を置き、同法4条1項「能力の活用」、60条「能力に応じて勤労に励む義務」の判断基準となるものであり、それをもって保護の開始や継続が決定され、27条の指導・指示をもってしても改善が見込めない場合には、指導・指示違反として、62条3項の規定により保護の変更、停止又は廃止ができるという考え方によれば、相談・助言の内容とそれに対する被保護者の対応によっては、行政処分に結びつく可能性があるのであるから、

自立支援プログラムの外部委託も安易に認めるわけにはいかないということになるのではないかと⁽¹⁶⁾。

ところで、この問題は、従来から論争になっていた生活保護費支給業務とケースワーク業務の分離論・一体論とも関係してくる。分離論とは、たとえば、現行の医療扶助は国民健康保険法へ、高齢者・障害者等の保護受給者へのケースワークは各福祉法の定める福祉サービスへと移行させ、生活保護法は純粋な金銭給付法として純化させ、年金や各種手当法を補完する補足的所得保障給付として再編成するという考え方である⁽¹⁷⁾。これによって、保護受給者のスティグマの軽減、ケースワーカーの専門性の確保と負担軽減が図られやすくなる。この立場からすれば、必ずしもケースワーク業務を現行のように福祉事務所職員に限定する必要がなくなるので、社会福祉士会、社会福祉法人、NPO 法人等への民間委託も推奨されるべきという方向に動くことになる⁽¹⁸⁾。さらに、分離論には、保護費決定者とケースワーク従事者とが同一であることへの疑問も含まれている。ケースワークに対する受給者の態度次第では、保護費の停・廃止へとつながる可能性があるからである。これに対して、要保護者へのケースワークは、その個人の心身の能力、生活歴、心身の状況、生活環境、親子・親族関係、自立支援の必要性と程度など多くの要素を考慮して行われなくてはならず、その的確なアセスメントに基づいて保護費が支給されるのであるから、最低生活保障とケースワークは一体のものとして取り扱われなければならないというのが一体論である⁽¹⁹⁾。この点、就労自立支援プログラムの創設のきっかけになった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」報告書が、保護受給者の自立支援プログラムへの「取組にまったく改善が見られず、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」と提言して以来、ケースワーク業務と保護費支給との関係はいっそう親密になったものとみることができよう。

逆に、自立支援プログラムの実施によりケースワーク業務の外部委託化が推進されたとみる向きもあるが（たとえば生保法 55 条の 7 の創設）、これは、高齢者に対する相談・助言や、稼働能力のある受給者でも保護費の支給にまったく関わらない純粋な生活上の相談・助言等の活動は、より専門性の高い民間機関に委ねることも可能であるという考え方によるものである。被保護者就労支援事業の外部委託可能規定（55 条の 7）はこのような趣旨で設けられた規定と理解すべきである。

しかしながら、就労自立支援とは無関係な高齢者であっても、受診命令に従わない場合などは、指導・指示に続いて、最終的には保護の停・廃止ということはあるのであるから、相談・助言活動であっても保護費の支給に関連する部分がないとはいえない。相談・助言のすべてを民間委託できるとするのではなく、どこまでが委託できるのか、そのあたりの境界線ははっきりさせておく必要はあろう。

3 ケースワーカーの非正規職員化

ケースワーク業務の外部委託と、ケースワーカーの非常勤職員化は、専門性の確保という観点よりは、財源対策および人材確保対策、さらにケースワーカーの負担軽減対策という側面の方が大きい。そのため、どの福祉事務所においても福祉事務所職員の非常勤職員化が進んでいるのも

事実である。ただ、外部委託は法的には請負であり、福祉事務所から委託先に直接指示ができないとされているが、非常勤職員は雇用関係にあるので福祉事務所長の指揮・監督が及ぶといった違いもある。

大阪市の場合、2019（平成31）年度では、生活保護関係職員のうち、非常勤職員は、高齢者世帯訪問嘱託（244人）、資産・扶養調査嘱託（48人）、適正化担当嘱託（68人）、年金裁定請求支援等嘱託（30人）、医療適正受診推進嘱託（24人）、事務嘱託（92人）であり、全体の約3割（28.6%）を占めている。特に高齢者世帯が増えていることに伴い高齢者世帯訪問嘱託が年々増加しているという。これは、高齢者世帯は介護保険などの他の制度で支援がなされることが多くなったので、ケースワーカーによる支援はその分控えてもよいという考え方によるものとされており、その結果、大阪市のケースワーカーの充足率は70.5%まで低下している⁽²⁰⁾。また、訪問嘱託職員には社会福祉主事の資格をもたない職員もおり、職員の専門性にはかなりの差があること、および、ケースワーカーとの情報共有の点でも問題があることが指摘されている。さらに、非正規職員の数は厚生労働省の監査ではケースワーカーの標準配置指数には換算されないし、非正規職員による家庭訪問は正規の訪問実績とはならないので、「少なくとも年2回は訪問する」（厚生労働省保護実施要領）という条件も満たしていないのではないかという報告がなされている⁽²¹⁾。

福祉事務所のケースワーカーには大学を出たばかりの未経験者かつ無資格者がなっているという現実をみて、その「専門性」を確保すること、あるいは、専門家で補うという意味を込めて、社会福祉法人等の専門機関への外部委託を行ったり、社会福祉士といった資格をもった人材を非常勤職員として採用するというのであれば、それほど批判も起きないかもしれない。長年社会福祉法人やNPO法人等で面接・相談業務に携わってきたOB等を非常勤職員として採用しても技術的な差異はないという意見もあるからである。しかし、福祉事務所の非常勤職員の実態をみると必ずしもそうではない。かえって、訪問先で受給者から質問を受けても、「自分は本職のケースワーカーではないので分からない」というような逃げの対応になってしまったり、嘱託職員とケースワーカーとの意思疎通・連絡・情報共有ができていない場合があるなどの問題点が指摘されている⁽²²⁾。

外部委託と非常勤職員化とを比較してみると、自治体側の意見としては、一般に、外部委託よりも非常勤職員化の方がどちらかといえば抵抗感が少ないようにみうけられる。しかし、それでも非常勤職員化に賛成という意見は20%程度にすぎない⁽²³⁾。非常勤職員は、委託の場合と違って、雇用関係にあり、福祉事務所に所属する公務員であるので、福祉事務所長の指導の下に一体的な行動ができるという点が違いなのかもしれないが、それでも、非常勤職員化によって個人情報保護や被保護者との信頼関係の構築などに不安を感じている自治体も多い。また、非常勤職員については、「働き方改革」のもとで、正規職員との不合理な格差を是正し、賃金・手当・賞与などの点で不合理な取り扱いがないように、処遇改善策をとることが各自治体に求められている。そのことにも真剣に取り組まなければならない。非常勤職員の専門性を重視してとりわけ資格のある者を非常勤職員として採用するのであれば処遇改善はなおさらのことであろう。

4 小括

ケースワークの外部委託や職員の非常勤化よりも、まず正規の職員を増やして、ケースワーカーの標準数を満たすことが先決だという主張はもちろん正論であろう。しかし、現在の生活保護行政を取り巻く社会・経済状況をみる限り、そのような主張の実現化は低いような気がする。それならば、次の策として、ケースワーク業務の外部委託・非常勤職員化について、現行生活保護法、社会福祉法上それが許されるか、許されるとしたどこまでなのかという議論を整理して、弊害が出ないようにすることが重要ではないのか。まず、生保法 19 条 4 項は、保護の実施機関は保護の決定及び実施に関する事務をその管理に属する行政庁に限り、委任することができるとなっているから、まず、ケースワーク業務は「保護の実施」に該当するかどうかの議論がありえよう。ケースワーク業務は「保護の実施」に含まれるとなれば、委託先は福祉事務所長に限られることになる⁽²⁴⁾。また、就労自立支援プログラムの法的位置付けとも関連するが、場合によっては、就労相談・助言を受けての被保護者の行動次第で、自立の方向に向かったり、あるいは、その反対に、結果的には、保護の不利益処分にも結び付くことがあるという見解に立てば、ケースワークと最低生活保障は一体的なものであり、安易な委託には反対せざるをえないという立場になろう。次に、「現業を行う所員は、所の長の指揮監督を受けて、…事務をつかさどる」（社福法 15 条 4 項）という規定、福祉事務所には社会福祉主事を置き、その社会福祉主事が生活保護法に関する事務を行うという規定（社福法 18 条）、社会福祉主事は知事または市町村長の補助機関であるという規定（生保法 21 条）との関連も考慮しなくてはならない。これらの規定から、「現業を行う所員（ケースワーカー）」は公務員でなくてはならないとみるのが普通の解釈であろう⁽²⁵⁾。そうだとすれば、非常勤職員は公務員であるからこの要件を満たすとみるのか。それでは、外部委託された者は、公務員ではないが、ケースワーカーの補助的役割としての位置付けであるので、上記規定にいう「生活保護法に関する事務」には当たらないとみるのか、そのあたりのことははっきりしていない。現行法制度のもとでは、ケースワーク業務全体を委託することはできないという点では一致をみているようであるが、それでは、上記、生保法・社福法との関係で、どのような立場の職員にどの範囲での業務を委託ないしは担当させることができるのかについて、もう少し明確な棲み分けをする必要がありはしないか。当然に守秘義務や個人情報保護についてもはっきりとさせておかななくてはならないことは言うまでもない。それがなされないままに、このまま外部委託と非常勤職員化がどんどん進んで行けば、いつか弊害も起きてくるかもしれない。弊害が大きくなれば、当然にして、従来から議論的になってきたケースワーク業務と保護費支給業務との分離論・一体論も含めて、いつそのこと法改正まで視野に入れた検討の方向に進んだ方が賢明なのかもしれない。

（石橋敏郎：熊本県立大学名誉教授）

- (1) 社会福祉主事の任用資格は、大学等において社会福祉に関する科目を 3 科目以上履修していることという緩やかな要件であり、その科目には、家政学、栄養学、経済学、法学などの社会福祉とはかなりかけ離れた科目も含まれており、俗に「三科目主事」と呼ばれてその専門性に疑問がもたれてきた。田畑洋一『公的扶助論』（学文社、1999（平成 11）年）51-52 頁。
- (2) 大阪市公正職務審査委員会は、平成 30 年度の大阪市の査察指導員 170 名のうち、社会福祉主事の資格を有する者は 68 名（40.0%）、ケースワーカー 852 名のうち有資格者は 608 名（71.4%）であるという報告を受

- けて、これは社会福祉法違反であるので、大阪市に対して具体的な配置計画を策定するよう求めている（平成 30 年 11 月 26 日勧告）。岸和田市も同様の勧告を受けている。
- (3) 社会福祉法 15 条 4 項では、ケースワーカーの業務として、「家庭を訪問し、…面接し、本人の資産、環境等を調査し、保護の…必要の有無及びその種類を判断し、本人に対し生活指導を行う等の事務」と規定されているが、生活保護法にはケースワーカーの業務の範囲に関する規定はない。
 - (4) 2019（令和元）年度の大阪市の被保護世帯数は 11 万 4590 世帯であり、これを 852 人のケースワーカーで担当しているので、ケースワーカー 1 人あたりの平均担当世帯数は 134 世帯となっている。谷口伊三美「ケースワーク業務の外部委託化—大阪市の実施体制から考える」賃金と社会保障 No.1754（2020（令和 2）年 5 月下旬号）35-36 頁。
 - (5) 厚生労働省「福祉事務所人員体制調査」2016（平成 28）年。なお、生活保護担当職員だけでみると、査察指導員で社会福祉主事資格を有している者は 82.7%、ケースワーカーでは 82.0%である。
 - (6) 平成 30 年度大分市包括外部監査報告書「生活保護等に関する事業について」（平成 31 年 3 月）大分市ホームページ www.city.oita.oita.jp/o233/shisejoho/kansa/documents/。桜井啓太「福祉事務所の人員体制をめぐる近年の状況」賃金と社会保障 No.1745・46（2020（令和元）年 1 月合併号）。
 - (7) 桜井啓太「生活保護ケースワーク業務の外部委託化提案の経緯とこれから」賃金と社会保障 No.1754（2020 年 5 月下旬号）8 頁。牧園清子「生活保護と民間委託」松山大学論集 25 巻 2 号（2013（平成 25）年）153-154 頁。
 - (8) 2010（平成 22）年、「構造改革特区提案受け付け」（第 4 回）の際に、民間団体「市民でつくるヨコハマ若者応援特区実行委員会」が、生活保護の申請受理・実質的決定までも、NPO 法人に委託する特区方式を提案している。さすがに申請受理・支給決定まで全面委託することについては厚労省も拒否しているが、その際に、ケースワークの一部は民間委託してもよいとの見解を述べている。桜井、同上書、9 頁。
 - (9) この会議の席上、全国知事会代表の松井一郎大阪府知事は、生活保護世帯を高齢者世帯と稼働世帯に分け、65 歳以上の高齢者世帯のケースワークは外部委託し、ケースワーカーは稼働世帯の対応に重点化することを提案している。
 - (10) 全国公的扶助研究会「令和元年 12 月 23 日閣議決定『生活保護ケースワーク業務の外部委託化』について」の見解（案）（2020（令和 2）年 9 月 12 日）では、ケースワークの民間委託は生保法 19 条 4 項、同 21 条に反するという法律上の理由と、保護の決定・実施はケースワークと一体化しているという実態的理由で外部委託化に反対している。
 - (11) 小山進次郎『改訂増補・生活保護法の解釈と運用（復刻版）』中央社会福祉協議会、1951（昭和 26）年、復刻版 2004（平成 16）年、294 頁。また、「改正法第 19 条は、新法制定において期待されていたが解決しえなかった積年の条件を福祉事務所の設置という特定の機構に結び付けて実現したものであり、これを発展的過程よりみれば救護法以来の伝統を一擲し新生面を開拓したことになり、生活保護制度の現代的展開の当然の帰趨とも云いうる」とも述べている（同 296 頁）。
 - (12) 同上書、328 頁。
 - (13) 桜井、前掲書、注（9）。
 - (14) 被保護者就労支援事業については、従来は予算事業として行われてきたものを、法律上明確化し、生活困窮者自立支援法に基づく自立相談支援事業の就労支援に相当する支援が被保護者に対しても行えるように制度化したものである。もちろん、委託先の職員等には、委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らして

- はならないという守秘義務が課せられており（生保法 55 条の 7 第 3 項）、違反すると 1 年以下の懲役または 100 万円以下の罰金が科されることになっている（85 条の 2）。
- (15) 「被保護者が自立支援プログラムを選択しない、あるいは自立支援プログラムが不調に終わったことにより指導・指示違反として保護の廃止を行うことができないことに留意する必要がある」（岡部卓「生活保護における自立支援」社会保障法 24 号、2009（平成 21）年、157 頁）。「プログラム不参加や不十分な取り組みの直接的効果として保護の廃止を行うことは、生活保護法上不可能であるということになる。…廃止の契機になるのは、自立支援プログラムに従わなかったからではなく、結果として保護の要件に欠くことを理由とするのである」（丸谷浩介「生活保護自立支援プログラムの法的課題」社会保障法 24 号、2009（平成 21）年、188 頁）。「被保護者が（就労自立）支援計画に従事しなかったことによって発生する効果は、自立に向けた支援計画の変更などであって、給付には直接影響を及ぼさないということになる」（丸谷浩介「ケースワークの法的構造」社会保障法 33 号、2018（平成 30）年、82 頁）。
- (16) 石橋敏郎『社会保障法における自立支援と地方分権—生活保護と介護保険における制度変容の検証』法律文化社、2016（平成 28）年、55 頁。確かに、就労自立支援プログラムに対する不服従がすべて保護の廃止に直結するわけではない。「就労支援プログラムによる支援を受けている際などにおける言動は、一般的な社会道徳的、倫理的規範に照らして、不穏当なものがあり、誠実さ、真剣さ、ひたむきな努力にかけていると評価されても仕方がない言動であるということが出来るが、…一般的な社会的規範の遵守が保護の要件とされているものではなく、また、求職活動に対する評価については、表面的な言動に捕らわれることなく、その稼働能力等に照らしながら評価すべきものであるから、（当該被保護者の）不穏当な言動等をもって、直ちに稼働能力活用意思がないと判断すべきは…相当ではない」（東京高裁平成 27 年 7 月 30 日判決、賃金と社会保障 No.1648）という判示もある。しかし、ここで述べられていることは、当該被保護者や生活困窮者のもつ具体的な稼働能力や生活環境を考慮して、「稼働能力活用要件」を判断すべきであると言っているわけではない。どのような言動が稼働能力活用の意思を疑わせることになるのか、その当事者のもつ特別の事情を考慮したうえで、どう判断するかの問題である。したがって、自立支援プログラムと保護費支給という行政処分とは関連を有していると言わなくてはならない。
- (17) 河野正輝「生活保護法の総論的課題」社会保障法 7 号、1992（平成 4）年。「かくして、精神的ないし人格的自立の助長という考え方を推し進めれば進めほど、福祉サービスは非権力的な社会福祉法の部門へ吸収統合され、生活保護は補完的所得保障給付へ純化されるほかなくなるのである」（同 73 頁）
- (18) 清水浩一「社会福祉改革と生活保護法の『改正』の展望—新しいソーシャルワーカー像を求めて」賃金と社会保障 No.1355、2003 年 10 月上旬号。「一般に『外部化』は、効率化に名を借りた、公的責任の後退と安上がりの福祉の手段と考えられてきた。この点は否定できないであろう。しかし、福祉事務所と社会福祉主事の実情をみたとき、『外部化は論外』と言い切れるだろうか。あるいは、将来に期待を持てるだけの展望があるかといえば、かなり疑問である」（同 11 頁）。
- (19) 吉永純「生活保護ケースワーク民間委託の問題点—現行法制、給付とケースワーク、現場の意見を踏まえた考察」賃金と社会保障 No.1754、2020（令和 2）年 5 月下旬号、28 頁。
- (20) 谷口、前掲書、注（7）、35-36 頁。
- (21) 同上書、38 頁。この点に関して、2017（平成 29）年 12 月 5 日の「国と地方の協議」で、大阪府は次のような提案をしている。①最低年 2 回としていた家庭訪問調査を年 1 回とする。②ケースワーカー標準配置数

のなかに、非常勤の高齢者世帯訪問員等も含めて計算する（桜井、前掲書、注（10）、18頁）。これは、法律の基準に現実を近づけていこうとするのではなく、現実基準を合わせて行こうという提案である。

(22) 全国公的扶助研究会見解、前掲書、注（13）。

(23) 厚生労働省保護課「令和元年度生活保護担当指導職員ブロック会議資料・ケースワーク業務の負担軽減について」（賃金と社会保障 1748号、2020年2月下旬号）を分析した結果、外部委託に賛成の自治体は7.2%、反対が44.8%、非常勤職員化については、賛成が22.4%、反対が23.2%であるとの分析がある。委託に反対の理由としては、委託では福祉事務所側からの指導ができなくなり、組織としての指導に一体性がなくなるなどがあげられている。吉永、前掲書、注（22）、29-30頁。

(24) 吉永、前掲書、注（23）、25頁。

(25) 公的扶助研究会見解、前掲書、注（13）。

V おわりに

2020（令和2）年初頭に日本でも発生した新型コロナウイルス感染症は保健・医療・福祉の分野での人材不足をいっそう際立たせる結果となった。慢性的な人手不足が続いているなかで、新型コロナウイルス感染症がさらなる追い打ちをかけたのである。介護分野では、感染拡大の影響で訪問介護職の不足に拍車がかかり、2020（令和2）年9月現在の有効求人倍率は実に15.47倍という驚くべき数値に達している。それにもかかわらず、介護労働安定センターが行なった「介護労働実態調査」（2019（令和元）年）によると、介護サービスに従事する事業所の約9割が「採用が困難である」と回答している。医療分野では、コロナ対応で看護師が不足し、2020（令和2）年12月から大阪市立総合医療センターはがん患者専用病棟を一時閉鎖するまでにまで追い詰められている（朝日新聞2020年12月1日）。こうした事態に対して、厚労省は2020（令和2）年5月8日に、「新型コロナウイルス感染の拡大に対応する医療人材の確保の考え方及び関係する支援メニューについて」を示し、医療人材の負担軽減のための補助事業の実施、潜在看護師の現場復帰などの対策を都道府県に要請しているが、好転の兆しはみえていない。

介護職人材不足の原因としては、賃金等の労働条件が悪い、身体的・精神的に仕事がきつい、社会的評価が低いなどがあげられている。このうち賃金については、介護報酬の改定や処遇改善加算などの対策がとられてきたが、しかし、これも人材不足の歯止めとは未だになっていない。これに関しては、ヘルパーの労働条件の確保についての国の責任を問う第1回の裁判が2020（令和2）年1月20日に東京地裁で始まったことが注目される。この訴訟は、東京のホームヘルパー3人が、訪問介護の現場での労働条件は劣悪であり、このままではヘルパーの人材不足は一層深刻なるという危機感から、国を相手取って、国は労働基準法遵守のための適正な権限行使を怠ったとして、国家賠償法により損害賠償を求めたものである⁽¹⁾。この裁判では国の責任が認められる可能性は低いとみられるが、介護職の労働条件の低さと人材不足への問題提議としては十分なものがある。今後とも、処遇改善、離職防止、潜在人材の掘り起し、人材の養成、ICTの活用など、重層的な、それも効果の上がるような現実的な方法での対応策が求められる。

それと同時に、社会保障法学からの「人材確保のための理論的貢献」も望みたい。サービス給付の内容や水準に関する研究はかなり進んできたように思われるが、それを支えているサービス

供給体制についての研究はいまだ十分とは言えない。たとえば、荒木誠之氏は、社会保障の法体系論を立てる際に、社会保障給付を、所得保障給付と生活障害保障給付とに分類し、保健・医療・介護・福祉サービスを生活障害給付に位置付けることによって、供給体制の整備が理論的にも要請されることを早くから主張していた⁽²⁾。あるいは、別の視点からの考察も可能であろう。医療・介護・福祉サービスは、利用者にとっては、それなくしては生存さえ危うくなる必要不可欠の給付であるから、それを提供する関係者・スタッフの存在は不可欠であるといわなくてはならない。サービス提供のスタッフの数そのものが足りていなかったり、また足りていたとしても現場で十分な労働条件や快適な労働環境が与えられていなくて、精神的に不満足なままに勤務していたとすれば、それはすぐさま患者・利用者へのサービスの量と質に影響するであろう。そう考えると、患者・利用者の生存権保障からみた人材確保というアプローチはできないものだろうかと思う⁽³⁾。保健・医療・介護・福祉の人材不足問題は、その解消のための地道な対策の積み重ねという実務面からの努力と同時に、社会保障法学からの理論的な面での補強も求められているように思われる。

- (1) 訴状によれば、ヘルパーの労働時間は利用者本人の病気や都合でいつでも変更可能な状態に置かれており、不安定であること、移動時間や待機時間が労働時間としてカウントされないこと、ホームヘルパーの月額平均賃金は 8 万 300 円程度であり、福祉施設の介護職員の平均賃金 10 万 8000 円と比較しても低いこと、3 年未満で 65% の離職率となっていることなどが指摘されている。
- (2) 「生活障害については、国がこれに対する克服ないし軽減する施設を設け、それを提供・利用させることによって、生活障害を除去することが、より適切かつ合理的と考えられる」（荒木誠之『社会保障の法的構造』有斐閣、1983（昭和 58）年、49 頁）。「社会福祉法は、その提供すべき社会サービスを可能にする施設と専門的人員が確保されてはじめて、現実的機能を発揮できるのである」（同『社会保障の法的構造』314 頁）。「歴史的背景が、医療給付を社会福祉給付と区別してとらえる見解を支えてきたのである。しかし論理上からいえば、医療の現物給付を支える施設（病院・診療所）と従事者（医師その他のメディカルスタッフ）の適正な養成・配置の必要性和、社会福祉サービスとその面での必要性和の間には、なんら本質的な違いはない」（同 315 頁）。石橋敏郎「社会保障の変容と荒木理論の現代的意義」アドミニストレーション 25 巻第 2 号、2019 年 3 月、熊本県立大学総合管理学会、20 頁。
- (3) 「介護サービスとは、人が人に直接提供するサービスであり、個人の生命・生活に直接関わるものである。その実施過程では、介護サービスを提供する介護従事者個人の資質や能力に加え、その勤務に関わる労働条件や労働環境が介護サービスの質を大きく左右する。…これを憲法 25 条の生存権や 13 条の自由権をベースにして介護を受ける権利という根本から介護サービスの質とのかかわりで問う場合、介護従事者は利用者の人権ないし権利の担い手として、介護保障の一主体として位置づけられることになる」（原田啓一郎「介護人材不足と高齢者の介護保障」法学セミナー767号、2018（平成 30）年 12 月号、40 頁）。