

いのちとくらし

第43号 2013年6月

目次

○巻頭エッセイ：民医連の経営課題と幹部集団づくりの課題…今井 晃 1

【特集1 京都・地域シンポジウム報告】

— 医・食・住・環境 市民シンポジウム 災害医療とまちづくりを考える —

○主催者挨拶……………吉中 丈志 2

○「被災地は今」被災地からのメッセージ……………熊谷 俊夫 3

○記念講演「がんの体験から」……………鳥越 俊太郎 4

○まちづくりからの発信……………古武 博司 11

○災害医療とまちづくりを考える～地域医療からの発信～…尾崎 信之 15

○食物アレルギー対応避難拠点づくり—食物アレルギーをもつ家族と地域の安全、連帯のために……………長澤 澄子 20

○くらしからの発信……………吉永 淳 23

【特集2 憲法問題と非営利・協同】

○シチズンシップと国民主権……………中川 雄一郎 30

○宇都宮健児弁護士（前日弁連会長）インタビュー：

人権や憲法をかたちだけにせず、権利主張するたたかいをつくる

……………インタビューアール：河添 誠 38

○投稿論文：ドイツにおける看（介）護職養成・資格制度改革の経過に関する聞き取り調査報告（中間報告）……………濱島淑恵・高木和美・芦田麗子 48

○イタリアの医療労働人口と非営利・協同セクター……………石塚 秀雄 58

○医療政策・研究史（2）：かけだし時代の研究……………野村 拓 62

・事務局ニュース……………37

・単行本・ブックレット案内、バックナンバー……………29、72

（表紙写真：前沢淑子）

民医連の経営課題と幹部集団づくりの課題

今井 晃

2010年、30年間勤務した法人（社会医療法人社団 健生会）から全日本民医連に異動し、2012年に東京民医連へ戻ったが、経営改善が相変わらず困難かつ最大の課題であった。この間、東京民医連は大法人の一つに医師や経営のトップ幹部を送って立て直しをはかり、また、対策員会を設置して支援中の法人が一つ、さらに心配な法人がもう一つある。いずれも拠点と位置付けている法人である。自分では、非営利・協同の実践的課題と位置付けて挑戦している。

今年の3月末に『健生会60年のあゆみ』（健生会60年史編纂委員会）が届けられた。東京都立川市を中心に、地域で住民と共に奮闘し2病院13診療所等を有する医療法人になった歴史をまとめたものである。離任の際に完成を託したこともあり大変うれしかった。

健生会は、1980年代後半に20億円超の債務超過となり経営危機に陥った。90年代は、この克服に全力をあげた。「常務理事会と理事会がイニシアチブをとって経営指標をだし、それを事業所の側で討議して実践可能なものかどうか吟味し、さらに両者の協議で実際の予算として決め、また毎月予算達成状況を点検」する予算管理、「病院のベッド管理の改善」と可能な「施設基準の取得」「医療活動の活発化」による収益確保、「各職場、職種ごとに定員を定め」守ること、資産購入規則・稟議決裁規定・会計業務規定の制定などルールに基づく管理運営などが、定着していった。公認会計士の坂根・根本両氏のサポートも大きかった。事務長会議等には、経営討議資料として、事業所別の損益計算書と医療・介護の統計表（患者数など）、貸借対照表と資金繰り表、事業所別労務統計（稼働人員数・超勤時間など）などが供され活発に議論された。「煩わしいほどの様々な数字指標を全社員（注：社団の構成員。社員総会が最高決議機関）、全職員に提起して集团的に検討する

現在の経営のあり方は、この時代に確立した」と『あゆみ』は記す。

また、同書で健生会に派遣された田中光春氏は「再建は…医療と同様、経営を科学する集団に、経営体質を変え」、「思想と科学の領域で医者と響きあうことができ」る事務長・事務幹部ができれば再建は可能と思っていた旨の発言をしている。30代半ばで法人部長や事務長に抜擢された人たちを含む経営幹部集団は、旧弊に囚われず山梨の教訓や民医連の経営方針、公認会計士の助言を現実具体化していくことに必死に取り組んだ。激しい論議が常であったが、団結は増したように思う。経営課題を医師集団や看護集団に正面から提起し議論できるようにもなった。債務超過克服という結果も重要だが、実は、再建までの過程でつくられた組織の体質、幹部集団の成長が極めて大きな成果であったと思う。

民医連経営において、上述した経営管理事項は必須のことばかりである。しかし、経営困難に陥ったほとんどの法人では、これらが不十分であり、それだから経営困難に陥ったとも言える。そういう法人に対し、個別の経営指導を行うのだが、表面的にしか改善されない例も少なくない。また、最近、医療安全に関わって「レジリエンス」（復元力）というキーワードが注目されているが、経営においても復元力の強い法人とそういう力の弱い法人とに分かれるのである。

問題は、やはり経営管理の専門的担い手である事務職、経営幹部集団のあり方にかかっている。民医連は、会計講座の開催（600人以上が修了）、事務幹部学校（200人以上が修了）などに力を注ぎ始めたが、さらなる方策検討が求められている。非営利・協同の医療・福祉経営にとって大きなテーマと思う。

（いまい あきら、研究所専務理事・東京民医連事務局長）

災害医療とまちづくりを考える

主催者挨拶

吉中 丈志（京都民医連中央病院院長）

皆さん、こんにちは。今日はお花見日和でありますけれども、多くのみなさんにご参加いただきまして、たいへんありがとうございます。私どもが開くこの「災害医療とまちづくり」というシンポジウムは、今年で第2回目になります。東日本大震災がありました2011年の9月に第1回目を開きました。

震災の後に「きずな」という言葉がずいぶんと言われるようになり、どういうことかと考えてみました。阪神・淡路大震災のときに私の脳裏に浮かんだのもやはり「きずな」という言葉でした。この「きずな」という言葉で、みんながいたく共通感覚としてあるのは「命の大切さ」ではないかと思っております。私たちの地元、近畿地方では、今後、南海地震の危険性が指摘されているところです。その際の災害時の医療をどうするか、

食事をどうするかなどと、いろいろなことを想定し心配もして震災の対策を立てるわけですが、そこをつなぐ絆のベースになる「命の大切さ」、これをもう一度、思い起こすところから始めたい、そのように考えて、今日のシンポジウムの企画をさせていただきました。

実はこの3月の京都マラソンの際に、被災3県の県人会の方が、被災の前と直後と、それから今とですね、復興がまだ進んでいないということも含めて、同じ場所で撮った写真を展示しておられました。報道で知って訪ね、今日お越しいただきました。やはり震災から2年が経ち、どうしても震災の記憶そのものも風化しやすくなりますので、会場の廊下で展示をしていただきました。

今日は命の大切さということ、鳥越俊太郎さんにお越しいただいて「がんの体験から」というテーマでお話をいただきます。その後には各々の分野、医・食・住というところからご報告いただき、震災に対してどう備えていったらいいのかということを考えるシンポジウムにさせていただく予定です。いろいろとご発言をいただき、有意義な時間が過ぎたら良いなというふうに思っております。どうかよろしくお願いいたします。

（よしなか たけし、京都民医連中央病院院長）



「被災地は今」被災地からのメッセージ

熊谷 俊夫（東日本大震災「負けねえぞ被災地」福島・宮城・岩手
三県人会合同プロジェクト実行委員会事務局長）

皆さん、こんにちは。ただ今、ご紹介いただきました京都岩手県人会事務局長の熊谷と申します。京都岩手県人会というのは、京都府に在住しております岩手県出身者の親睦の会です。京都には42都道府県の故郷を愛する県人会があります。京都山口県人会、京都福岡県人会、京都の出身者のためにはふるさと京都会などがあります。なぜ、京都にはたくさんの県人会があるかと申しますと、毎年開催される全国高校駅伝男・女、都道府県対抗女子駅伝などで故郷から出場するチームを出身者が応援する、そういうことを契機にたくさんの県人会が出来たのです。

2011年3月11日、東日本大震災が起きました。テレビの映像でその惨状を見たときの、被災地を故郷とする県人会員たちのショックは言葉に表すことはできません。故郷が流されていく…、壊されていく…。そういう映像がいまだ脳裏から離れません。すぐには被災地に行くこともできず、連絡することもできず、まさに宮沢賢治の詩にある「おろおろ歩き」という状況・状態でした。

我々県人会は、大震災の直後から支援活動を行ってきました。しかし震災から1年後である昨年の夏、「時が経つにつれて大震災に対する関心、復興支援に対する世の中の意識は薄れているのではないか、低くなっているのではないか、風化しつつあるのではないかと、そのように感じました。そこで被災県である福島県・宮城県・岩手県の三県人会が、初めて合同で、復興応援のイベントを企画しました。

8ヵ月間の準備を経て、今年3月8-10日の3日間、東日本大震災復興支援を一つのコンセプトで開催された京都マラソン2013のゴール地点である市内岡崎のみやこメッセおこしやす広場を会場に合同イベントを行い、翌日、3.11には市内で街頭募金を行いました。合同イベントは、シンポジウム「被災地を忘れない」を開催し、パネル写真展「子どもたちの未来のために」では震災前、震災直後、そして現在の様子、それを比較する写真展を開催いたしました。また被災三県の知事や市町村長さんから「被災地は今」というメッセージをいただき、そのパネル展示も行いました。多くの方々に東北へ出かけていただきたいという思いで観光展示、あるいは郷土芸能の放映、そして最近元気になりつつあります被災地の物産類の販売などを行い、たくさんの来場者の方々に被災地への思いを共有していただきました。

私たち福島・宮城・岩手の被災三県人会は、これからも息長く、三県会の絆で被災地の故郷復興を応援し、「我々も負けねえぞ」と、訴えていきたいと思っております。どうぞご支援・ご協力をよろしくお願いいたします。

先ほど、主催者からご紹介がありましたが、本日は、パネル写真展の一部を1階、それからこのフロアに展示しています。どうぞご覧になっていただきますようお願いいたします。どうもありがとうございました。

（くまがい としお、京都岩手県人会事務局長）

記念講演「がんの体験から」

鳥越 俊太郎（ジャーナリスト）

● 「まさか」への備え



皆さん、こんにちは。今日は、災害医療とかまちづくりというのが大きなテーマですね。私はがんの患者で、がんの患者と災害医療とまちづくりとは、直接はあまり関係ないので、最初は講演の依頼にずいぶんと困ったのです。しかし、よく考えてみると、東日本大震災のような、ああいう災害が来るという予想は、誰もしていないわけです。皆さんは大きな揺れと津波と、それから福島第一原子力発電所のトラブルと、思ってもみなかったことに遭遇して、「まさか」と思われたのではないのでしょうか。

実はがんの患者も、がんになるなどと思ったことはないのです。私も全然、頭の中にはありませんでしたので、私も「まさか」と思いました。小泉純一郎さんが「人生には、三つの坂がある。上り坂、下り坂、まさかという坂がある」という名文句を言われました。その「まさか」という坂が私にもやってきましたし、それから東日本大震災の場合にも「まさか」ということをお感じになったと思います。人生には予想もしないようなことが次々と身に降りかかってくる、そういう点では通じることがあるのではないかと。その「まさか」に備えて、ある程度、常日頃から心構えや準備を

していた方が、本当にそうなったときに切り抜かれるということを感じましたので、そのがんの話ですれば、少しは皆さんの心の準備というものが、今後、私たちの身に降りかかってくるかもしれない「まさか」—自然災害だけではありません、いろいろな「まさか」が私たちにいつ何時、降りかかってくるか分からないですね—、そういうときにどう対応するのかに生かせるのではないかと考えます。「困った、たいへんだ」と言って、後ろを向いて逃げ出すのか、それとも、ちゃんとそれを受け止めながら、真正面から立ち向かって、それを切り抜けていくのか。私は真正面からがん向き合ってきたのですけれども、そういうような話を、私の経験をお話ししたいと思います。

● 戦争を忘れない

その前にひとつだけ、ちょっと私の感想を申し上げておきます。東日本大震災に限らず、こういう大震災があると、メディアはもちろん大きく取り上げます。そして、皆さんもびっくり仰天されます。2万人近くの人が東日本大震災では亡くなり、そして仮設住宅が作られ、まだ本格的な住宅というのは作られていませんので、多くの皆さんがまだ仮設で暮らしておられる。その中でご年輩の方が、ひとり誰に看取られることもなく仮設のなかで亡くなっていくことが1件、2件ではなく、何十件も起きています。いわゆる孤独死、孤立死があり、「たいへんだな。こんなことは見たくもない」と誰もが思うでしょう。しかし、私たちが忘れてならないのは、あの太平洋戦争のときには、私たちが受けた災害はもっと大きなものだったということです。

東日本大震災や阪神・淡路大震災は、もちろん文明・文化が発達したなかで起きたので、非常に大きく、いろいろな角度から取り上げられていま

す。そして、どうしたらいいかということが議論されて、いかにも「人類史上、こんなことはなかった」かのように錯覚しがちです。しかし実は戦争ほど、人間に対してこれ以上のものはないという災害を押し付けてくるものはないということを、皆さんにはぜひ忘れないでほしいのです。自然災害でびっくりしているわけですがけれども、実は、自然災害よりももっと怖いのは、戦争という名の人災です。

いま、北朝鮮が核ミサイル配備など、いろいろとやっています。それで安倍政権は、今にも国防軍をと言いつつ勢いです。政権が新しくなった途端に、なんとなくキナ臭い感じになっています。

私はそういうのを見るにつけ、「どんなことがあっても戦争だけはしてはならんぞ。戦争ほど、重大な災害を人間に及ぼすものはない。そのことを日本人は忘れていてではないか」ということを、私はこういう東日本大震災のことを取り上げる会があるごとに、むしろ「東日本大震災もたいへんだけど、戦争ということの方が何百倍もたいへんだよ」と申し上げているのです。

昭和20年3月10日の東京大空襲では、一夜にして焼夷爆弾で10万人が亡くなりました。焼夷爆弾というのは、アメリカが日本の木造住宅用に開発した油の爆弾です。それで焼夷爆弾を何万発も東京上空でまき散らしたので、東京はあつという間に焼け野原になりました。そして一夜にして10万人が亡くなりました。さらに5ヶ月後、広島では、原爆1発で15万人が亡くなりました。東日本大震災の2万人で私たちは大騒ぎしていますけれども、その何倍もの人間が1発の爆弾で亡くなっているのです。それから数日後、今度は長崎です。ウラン型原子爆弾を作って、どれだけ威力があるかということを広島でテストしたら15万人ぐらいの人が亡くなり、家屋などがいっぺんになぎ倒されて、非常に大きな効果があった。それではプルトニウムで作ったプルトニウム型原子爆弾はどれだけ効果があるのかということで、本当は九州の小倉に落とすはずだったのです。ところが小倉の上空は雲で隠れて落とせないの、長崎に変更して落とし、これで7万人が亡くなっています。

そして、広島も長崎も、直撃で一瞬にして15万人と7万人が亡くなっただけではなく、その後、

放射能の影響によって、毎年毎年、何人もの人が亡くなって、今でも亡くなっています。原子爆弾の影響というのは、それくらい今でも続いています。一方、福島原発の事故では、確かに放射能汚染があり、放射線が今でも出ていますし、放射能汚染があるので大変です。しかし、広島・長崎では15万人・7万人、そしてその後、何万人という人が亡くなっている。それが戦争なのです。そのことを皆さんは忘れていませんか。私は皆さんが忘れてしまうのが悔しい。忘れて欲しくない。たいへんなことが日本にあったのです。だから日本は、戦争だけはどんなことがあってもしないという不戦の誓いをしたはず。憲法9条で戦争を放棄したはずなのです。

ところが今、安倍政権になってから、国防軍を作る、そして憲法第96条を改正して憲法改正を国会の過半数で出来るようにし、国民投票にかける、そういう準備が徐々に始まっていて、ヘタすると憲法9条も改正されてしまう。改正かどうか知りませんが、改悪かも知れません。とにかく変えて、そして「他国との紛争を武力で解決はしない」、つまり「武力は使わない」、それから「武器を持たない」ということを変えようとしています。すでに自衛隊が武器を持っていますから、これはもう有名無実になっていますけれども、少なくとも、他国との紛争を武力でもって解決しない、尖閣諸島や竹島の問題、北方領土の問題を武力でもって解決する、「解決する」というと聞こえはいいけれど、「戦争をしない」ということが、憲法9条にハッキリと書かれている。これを少し変えていこうという動きがある。そのことにもっと国民は目を向けるべき、東日本大震災のことに目を取られ、気を取られて、そちらを忘れてもらっては困るということ、こういう場だから私はあえて皆さんに言いたいと思います。

東日本大震災はもう、たいへんなことは分かっている。私が言わなくても、皆さんも見ているから、東日本大震災のことがいかにたいへんであったかということ踏まえたうえで、それでもなおかつ、戦争のことを忘れないで欲しい。したがって、「二度と戦争を日本人はしない」ということを、改めてここで皆さんに誓って欲しいと思います。ありがとうございます。

●がんと戦争—発見と告知

そういうことで、私のがんの話をして。私の、自分の戦争の話です。

2005年の夏に、私の戦争が始まりました。最初は、私はビールが好きでいつも飲んでいたのですが、急に、ビールが不味いなと思ったのです。それではまだピンと来ていません。なんかおかしいなという程度です。次におかしいなと思ったのは、トイレで流すときに、たまたま見たら、水が赤黒く濁っていたのが2度ほどありました。よく「コータールのように真っ黒の便が出たときは、これはいよいよ危ない」と言われています。そういうことが知識として頭の中にありましたので、私は「これは何かあるのかな」と思ったのですけれども、たまたま京都に取材で来ていまして、朝にトイレへ行って見たら、便器の中が真っ赤に鮮血で染まっていました。その瞬間、私は「しめた、これは痔だ。がんではない」と思いましたよ。なぜか？痔ですから、肛門のところにイボ痔というのはできていますよね。それが割れてパッと出血しますから、酸素に触れあう時間が短い、まだ血液が酸化していないので、便器は真っ赤なのです。だから、「これは痔だ」と思ったのですね。

人間は、どうしても自分の良い方に取りたがるわけです。最悪のことを考えないで良い方へ考える、人間にはそういう傾向がありますね。私もそうです。私も決して強くはありません。弱い人間ですので、「ああ、痔で良かった」という気が一瞬、したのです。しかし、やはり赤黒い水が出ているというのが頭の中に残っていますから、これは人間ドックに行つて診てもらわなければいけないと、人間ドックへ行きました。

人間ドックでは、皆さんもご存じのように尿検査、血液検査、レントゲン検査などなど、いろいろ検査します。しかし、これではほとんどがんは見つかりません。生活習慣病、動脈硬化がどうか、血圧が高いとか、そういうのは分かりますけれども、がんがあるかどうかというのは、人間ドックでは分からないのです。ただ一つ、人間ドックでも分かるがんがあるそうです。レントゲンを撮りますが、レントゲンで小さな肺がんなどは見えない。一般的に、助かる段階で肺がんが見つ

かるのは、CTスキャン、もっと精密な断層撮影で分かります。したがって人間ドックで分かるがんというのは、私がやりました大腸がんです。

人間ドックには検便というのが付いています。検便と言うと、昔の回虫・ギョウ虫・サナダ虫、マッチ箱に入れて持って行ったことを思い出すかも知れませんが、あれではありません。清潔になりましたので、今はもう、皆さんのお腹の中に回虫・ギョウ虫はいません。今の検便の目的はただ一つ、便の中に血が混じっているかどうか、便の潜血反応を調べる、これが検便の目的です。私は2日間検査してプラス・プラス、つまり「潜血反応がありますよ」と言われ、「精密検査をしてください」となったのです。精密検査はいろいろありますけれども、最終兵器は大腸の内視鏡、この大腸の内視鏡は、肛門からカメラを入れ、大腸を全部調べるのです。

大腸というのは下腹部を大きく右端から横断して左へ行き、真ん中から肛門へ降りています。この全体を大腸と言うのですね。ただ、部分的に「ここは上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸、直腸、肛門」と言っています。で、統計によると、だいたい6～7割はS状結腸から直腸あたりにがんができるそうです。

大腸の内視鏡はおやりになった方もいらっしゃると思いますが、別にそんなに検査そのものは苦しくないのです。しかし準備がたいへんです。腸の中に少しでも物があるとカメラで見るときに陰になって見えないので、食べた物を全部、腸の中から除去しないとイケない。そのために、もちろん前日から、下剤を飲んだりするのです。さらに当日、病院に行つてニフレックという下剤を2リットル、ペットボトルを2本渡されて、「これを2時間で飲んでください」、これがたいへんなのです。これで私は本当に嫌な、嫌なと言うか、たいへんな思いをしましたね。と言うのは、私が行きました病院は古い病院なので、見に行つたらトイレが2つしかない。ニフレックを飲んでいる人は5人ぐらいいる。トイレの取り合いです。そういうことがありますから、皆さんも大腸の内視鏡をやるときは、トイレの数をちゃんと確認したうえでやっていただきたいと思いますね。数が少ないところでやったら、えらい目に遭います。

検査のとき、私はカメラが体の中に入っていくのを見ていました。ベッドの上に寝たら、上にモニターがあって、モニターに全部、映っている。それで先生と一緒に、見ていたのです。最初は盲腸までたどり着いて、盲腸からずっと引き返して来る。カメラを引きながら先生は診察をするのですが、S状結腸を過ぎたあたりに、私の場合は3.3センチぐらいの馬蹄形に肉が盛り上がり、言わば腫瘍があったのです。それを見た瞬間に「これはもうあかん」と思いましたけれども、先生に一応、「先生、これは良性じゃないですよ」と聞きましたら、先生が「そうですね、良性ではありませんねえ」と、明るい声で言われました。「がんですか?」「がんですね」ということで、私は診察室で告知を受けていません。目撃したのです。

やはり、診察室で先生から「どっちを言われるのだろう」と思いながら待っている、そのドキドキ感よりも、パッと自分で見た方が衝撃は少ないものですね。「うわーっ、えらいものを見ちゃった」という感じはしました。「ああ、これががんか。がんだよなあ」と、呆然とした気持ちがなかったわけではありません。けれども、目の前が真っ暗になったとか、「どうしよう」と、うろたえた気持ちとかですね、それはなかったのです。あれが診察室だったらどうだったのかなと、ちょっとは思いますけれども。それで先生に「先生、これはどうすればいいのですか」と聞きましたら、検査をしていた内科の先生は「うーん、これは手術で切ったらいいのではないですか」とおっしゃいました。「切ればいいのか」というので、「複雑なことはない。ようするに切ればいいんだ」ということで、すんと気持ちが落ち着きました。

●がんと戦争—手術と絆

しかし、私は仕事柄、新聞記者とテレビとを、ずっと48年ぐらいこのお仕事を続けてきますし、取材をして報道するというをやっていますので、がんになる前から「自分ががんになったら全部を記録して、一応、取材をする」ということを自分で決めていました。それで、予感がありましたので、ディレクターに頼んで「カメラを持って来てくれ。そして、自分がもしがんであれば、が

んだと分かったときから、その瞬間から自分の手術も、そして最後にくたばるまで、全部、記録に残してくれ。がんというものは本とか口では言われても、なかなか映像的には残っていないので、映像として残して欲しい」ということを頼んでおきましたので、ディレクターが待っていました。

その映像を見ますと、私が検査を終え、検査室から出てきて「鳥越さん、どうでした」と聞かれています。半分笑ったような感じで、やっぱりここは私の人間性と言いますか、へそ曲がりというか、あまのじゃくな人間性がよく出ておりまして、「がん」と言いたくなかったのです。何と言ったか。「ビンゴだよ、ビンゴ、ビンゴ」。ディレクターは何のことかよく分からなくて、ちょっと説明してくださいとなりました。それで、私はカメラの前に立って、大腸がんが見つかったことを報告し、「入院して、ちゃんと手術する」ということを報告しています。後にその映像はテレビに放映されました。しかし、そのときは、そういうことに使うつもりではなかったのです。ただ、記録用に撮っておきたかったので録画したのです。

記録しながら、「あっそうだ、家族に言わなければいけない」と思いました。やはり思いつく最大の絆は、家族なんですね。家族という絆で私たちは基本的には成り立っていて、その家族と家族がつながり合って一つの集団、いろんな集団を作っている。私は「まずは第一の絆、家族に知らせなければ」と思い、取りあえずウチの奥さんの携帯に電話をかけました。ところが何度鳴らしても留守電なのです。上の娘、留守電。下の娘、留守電。

私の頭の中では、娘と女房は、父親や夫ががんかどうかという人生の一大事に立っているときですから、テーブルの上に携帯電話を置きながら、じっと待っている。そういうことを勝手に空想していたのですが、全然違いました。後で私が「あのときはどうしたの」とウチの奥さんに聞いたら、「えっ、何時頃? ああその頃ねえ、銀行に行っていたのでマナーモードにしていたわ」とあっさりと言われ、二の句が継げなくて、そんなものかと思いました。もちろん娘たちは仕事なので、携帯電話はマナーモードにしています。そういう状況で、私の場合は「絆と言ってもこれぐらいの

ものか」と拍子抜けしたのです。

私は最初の手術をしたときに、大腸を20センチほど切りました。腹腔鏡という手術をしたのですが、ベッドで麻酔から醒めてくるそのときに、「あ、誰かが右手を握っている。左手も握っているな」と思ったら、右手は長女が、左手は次女が握ってくれていました。女房は足下に立っていました。つまり、ウチの家族に取り囲まれて、しかも手を握ってもらっていたのです。

ちょうど私の長女は医療関係のスタッフをやっており、スピーチセラピスト、言語聴覚士ともいますが、言葉を失った人のリハビリをやる仕事をしています。その長女の手の握り方がちがったのです。普通、私たちが手を握るときには、その人の手を上から握るではないですか。ところが、長女は下から私の手を支えて、手と手で私の手を挟んでくれる。それが非常に不思議で、「どうしてそんなことをするの」と聞いたら、「これは医療者の間では、患者さんに対してやる普通の当たり前のことよ」と言われました。ああそうなんだと思いました。私たちはベッドにいる患者さんを励ますとき、上から握るけれども、やっぱり下から支えて上から押さえると、安心感が100倍は違うのです。皆さんもどなたかのお見舞いに行ったときに、下からと上からの両手で手を握ってあげると、握られた方は100倍も安心感が違うと私は思います。私の場合は、取りあえず2005年の10月に手術を終えたのです。

●がんと戦争—計4回の手術

私の大腸がんは、Ⅰ～Ⅳまであるステージのうち、ステージⅡでした。がんが腸管を少し飛び出し、腹膜播種と言って、がん細胞が腹膜の中ばらまかれると、もうお手上げになるというような状況だったので、Ⅱbと言われたのです。それを聞いて、娘たちはそこまで深刻なのかとショックを受けて、やっぱり泣いたようですね。私は全然そんな深刻な感じはなく、「ああステージⅡか」ということで、「取りあえず取って良かったなあ」ということだったのです。

それからは3ヵ月に1度ぐらい検査をしています。CT検査やいろいろな検査をするのですが、

そのうちにどうも肺に影がちょっと見えると言われました。「ここはおかしいかな。でもまだ小さいし、大丈夫だろう」と言われながら、1年が経ちました。そして、2007年の1月4日、正月気分がまだ冷めやらぬときです。夜、消化器外科部長から電話がかかってくる。「鳥越さん、明日の朝に病院に来られますか」「えっ、どうしたのですか」「今日、手術室で呼吸器外科部長と鳥越さんの胸の画像を一緒に見ていたら、呼吸器外科部長は『ちょっと影が怪しいので、病院に来てもらってください』と言うのです。だから、明日に来てください」ということでした。1月5日でまだ正月なのだと思いますが、体のことですから仕方がないから行きました。病院に行くと、呼吸器外科の部屋に通され、もう画像が置いてありました。そして画像を指さされ、「これは大腸がんの肺への転移で間違いなし。手術しましょう」「えーっ、そんな、まさか」。本当に予想もしていなかったので、びっくりしました。そこで1月12日に入院、1月15日に手術というのが、その場で決まりました。あつという間に肺の手術をすることになりました。

肺の手術も胸腔鏡という、胸に3ヵ所の穴を開けて、そこからカメラを入れて、カメラをモニターに映しながら手術する方法でした。そういう内視鏡の手術は非常に日本では進んでいます。肺の場合は、昔は背中から肩甲骨に沿って切って、肋骨を2～3本落とし、そして手術と、肺の手術はたいへんなかったです。今は胸腔鏡という肋骨の間からカメラとそれから手術器具を入れて肺の一部を切り取るという手術なんです。手術そのものは1時間ぐらいです。麻酔などがありますから、前後合わせて1時間半とかかかりますけれども、私の場合は月曜日に手術をして、金曜日に退院して、翌週の月曜日にはもうテレビに出ていました。月曜日に手術して、翌週の月曜日にもうテレビに出演できる。今の肺の手術は、それほどに技術が進んでいるのです。

手術で2ヵ所に転移していたのがわかりました。これは大腸がんの転移です。そのときに呼吸器外科部長が、私は麻酔で寝ていましたけれども、私の奥さんに「鳥越さんの大腸がんはⅡ期と言いましたけれども、肺に転移がありましたので、あの

大腸がんはステージⅣです」と言ったそうで、ステージが一気にⅣになりました。小学校なら学年が上がるのはいいのだけれど、がんだけは、ステージが上がるのはちょっと困りものです。ウチの奥さんは何も分からないものですから、「先生、Ⅳの後は何ですか」と聞いてみた。すると先生が「いや、Ⅳの後は何もありません。終わりです」と言われたというのです。

半年後の8月16日、忘れもしません、大文字の送り火の日です。私は毎年、送り火の日には京都に来ているのですが、2007年8月だけは手術の跡が痛いのをずっと我慢しながら、病室で、五山の送り火の実況中継を見ておりました。ところが実は、右の肺は取って見たら良性だったのです。炎症跡、つまり悪性腫瘍ではない。呼吸器外科部長は私に向かって「鳥越さん、良性で良かったね」と言いました。私は心の中で「良性なら取らないでも良かったのに」と思いましたけれども、そうしたらその声が聞こえたかのように、先生が「いやあ、肺は取ってみないと分からんからねえ」と言われまして、そんなことを言われても思いました。肺に転移したけれど、右の肺には転移をしていないということが分かっただけでも良いかなと前向きに考えて、私はそのように手術を受け止めました。

さらに1年3ヵ月後、今度は「肝臓にPET-CTで1.5センチほど、どうも転移の影がある。手術しましょう」と言われました。肝臓は、腹腔鏡も胸腔鏡も使えない。切らなければいけないのです。みぞおちから背中まで38センチ、ズバッと切って、そして肝臓をちょっと前に出して、そして直接、エコーを当てます。それでがんのあるところを特定し、えぐり取るというやり方で、肝臓を70グラム取りました。肝臓は再生しますので、70グラムを取ってもまた元に戻ります。今は戻っています。ただ、38センチも切っていますから、これがなかなか、今でもちょっと痛いぐらいです。

ただ、非常に感謝しているのは、私の手術をしてくれたのは5～6人の先生のチームですが、そのチームのなかで縫ってくれた先生が、糸目を残さない縫い方をしてくれたのです。皆さんもよく覚えておいてください。埋没法と言います。埋没法という技術で縫うと、内側から縫うので糸目が

残らない。これは美容整形などの手術のときに使うやり方だそうです。皮膚と皮膚とを内側から縫っていくから、糸目が上へ出てこない。皮膚がつながる。そして、自然に糸は取れていくという、そういう患者にとっては非常に負担のないやり方で縫っていただきましたので、私の縫い跡はわりときれいです。筋がちょっと少し残っていますが、だんだんと、年々歳々、消えていきます。以上が、私のこれまでのがんの4回の手術の経緯です。

●見つめ直すきっかけにする

それでも私は、がんになって良かったと思っています。がんになったお陰で、私は桜の花を見たときに、それまでは「ああ桜が咲いている」で済んだのが、やはり残り時間ということを考えますから、ものを感じる力がちょっと深くなりました。桜の花を見ると「ああ来年も見られるのかな」などと、やっぱり思いが深くなる。がんのお陰で、私はより濃密な人生を送ることができているかのように思います。

それから、健康にも気を付けるようになりました。今までは体のことはあまり考えていなかったのです。適当に食べて、適当に寝れば良いと思っていました。それけれども、「やっぱり食事と睡眠と運動、この三つは大事だ」ということを教えられました。今の私の食事を申しあげますと、朝はじゃこ豆腐、ヨーグルト、トーストに紅茶、これだけ。昼は一切、食べません。そして夜は、お魚が中心です。まあ、鶏のササミとキャベツのサラダなどは食べますけれども、基本的にはお肉は食べません。というふうに気を配り、それから、高カロリーなものはあまり食べません。低カロリーで、腹一杯は食べない。これは寿命を延ばす効果が期待できる遺伝子、サーチュイン遺伝子というのがあるのですが、この遺伝子はお腹が減っている飢餓状態のときに活性化するということがアメリカの大学で証明されているのです。だから適当に自分を飢餓状態におきながら、カロリーを控えめしていると、その方が長生きをして若々しく生きられるそうです。本当にそうなのかどうかは、ちょっと私も自信がないですけども、そういうことが今、

言われています。だから、もし若々しく長生きしたいという人は、あんまり腹一杯、何千キロカロリーも摂らずにいる方がいい。私はだいたい1日1400~1500キロカロリーぐらいしか摂っていません。がんのお陰で、そういうことも考えるようになりました。

がんになる前と今では、仕事の量は3倍に増えました。これはがんのお陰ですね。それはもう、体に気を付けますから、当然、元気になります。そして今はジムに週に3回行って体を鍛えていますから、がんになる前より遥かに元気です。だから去年の12月9日、ホノルルマラソンに出たのです。自分の体力を試してみようと思い、ひょっとしたらリタイアするかもしれないけれども、完走できるかもしれないと思い、やりました。完走しました。今年の3月で73歳になりましたので、走ったときは72歳ですけれども、がんを4回手術した72歳は、ホノルルマラソンでもそう走ってはいません。

驚いたのは、走っている最中に、何人もの人に声をかけられたことです。みんな、がんの患者さんです。がんの患者さんがホノルルマラソンを走っていて、私にいろいろなことを話しかけてきて、走りながら相談されるのです。走るがん相談室でした。びっくりしました。

だから、がんは昔とは違います。昔は、がんは「死の宣告」のようなところがありましたけれども、今は、早く見つけて早く処置すれば、がんは死ぬ病気ではありません。むしろ自分の人生を豊かにする、自分の人生をもう一回見つめ直すことをさせてくれる、一つのきっかけになる良い経験だと私は前向きに考えます。

災害というものも、東日本大震災もたいへんな災害で、多くの人命が失われ、街が失われ、港が失われ、田畑が失われ、いろいろなものが津波とともに、地震とともに失われていったわけですけれども、考え方を変えれば、これを機会に、災害に強い街、災害に強い商店や病院など、そういうものを新しく作り直していけばよいのだと思うの

です。そういうことが今、東北の街では行われています。

ただ、やはり、津波にも侵されないような高台に街を作るということは、たいへんなことです。みなさんの賛同も得なければいけないし、みんなが賛成して、全員一致してそこに行こうという気にならないといけない。しかし、中には「海の見えるところに住みたい」という人もいます。私は奥尻島にも行きましたが、奥尻島でも、やはり「俺は漁師だから、海が見えるところに住みたい」という人と、「津波の被害のない高台に住みたい」という人の二つに分かれたそうです。東日本大震災でもそうでしょう。なかなか、みんなが一致して「山の高台に街を作ろう」というように、サツと話は進まないですね。

いろいろな問題はありますけれども、しかし、これから100年、200年、何百年という未来を考えて、新しい街づくり、災害に強い、自然災害に耐えられる街づくりをしていけば、それはそれで、前向きに考えれば一つのきっかけになるだろうと思います。それから、都市化するとどうしてもお互いの人と人とのつながりが疎遠になって、「隣は何をする人ぞ」と、全く誰が住んでいるのか分からないというのが、都会のマンションでは当たり前です。しかし、そういうことでは災害になったときに、お互いに助け合うということがなかなか難しい。やはり大事なものは絆だ、人と人との間を結ぶもの、それは絆という綱であるということ、改めて見いだして、そういう街づくりをしていただきたい。そうすればきっと、単なる後ろ向きの、失っただけの、何かを喪失しただけの災害ではなくて、これからの生かしていくことができるたいへん貴重な経験になると、私は自分のがんの経験からして、そういうふうに思います。私の話はこれぐらいで終わらせていただきます。どうもご静聴、ありがとうございました。

(とりごえ しゅんたろう、ジャーナリスト)

まちづくりからの発信

古武 博司（「西陣の町家・古武」主宰）

●町家の減少と保存活動

私たちの暮らしと、街の風景、社会のありようは、条例や国の法律で大きく規定されます。そういう条例や法律を決めるのは、選挙によって選ばれる議員さん方によりますが、最近、その選挙の投票率が低迷をきたし、時系列で見ますと少しずつ下がってきています。私は上京区の選挙管理委員会の委員長を務めています。選挙管理委員会としては啓発活動がいたらないのかなと思っています。

街の風景は、私たちのなりわいと暮らしが反映されます。二十数年前、壬生寺の周りに行きますと、町家の大屋根には物干し台がずらっとしつらえられ、総絞りがたくさん干してありました。そういう光景は、今はありません。祇園祭の山鉦が建てられる四条室町・新町界隈には、大店・呉服店の町家がずらっと並び、夕方の5時、6時、7時にもなりますと、集配のトラック便が並んで自転車も通れない、そういう賑わいを呈しておりました。私が活動しております西陣の地域も、町家の大屋根には天窓がいくつもありまして、その天窓の下には必ず機が置かれていまして、街を歩きますと、機音がいたるところから聞こえてきました。今、そういう光景はありません。もちろん室町通も、今はマンション・ホテル、居酒屋や学習塾、駐車場へと変わってきています。京都の街がそっくり地場産業の街ではなくなったと思います。堀川通・今出川通も共同住宅の大通りになりました。町家が並んでいるという光景は全くありません。私の風景の原体験は、そういう町家が建ち並ぶ京都の街でしたから、急速に減っていくのは寂しいと思い、町家の保存活動を行っているところです。

●町家の成立と京都の変化

町家は職住一体型の市街地に存在する住居です。「西陣の町家・古武」を訪れた方々には、なぜ町家ができなのかということをお話しています。市街地の変化の中で町家が誕生して発展し、元禄期に完成する経緯を話しますが、一昨年（2012年）の3.11以降、市街地の変化について、さかのぼって付け加えています。794年からの話だけではダメだという状況に変わりました。



例えば、今、私たちが歩いている地表面の下には数十メートルの沖積層があり、その下に岩盤の古生層があります。沖積層を押しつけて古生層がピョット出てきたのが船岡山です。ふもとが海拔80メートル、船岡山が110メートルですから、高さ30メートルの丘として上に出ているのです。これが平安京の基軸となっております。その古生層の下には、211億 m^3 の水量を蓄えている地底湖があります。211億 m^3 は、琵琶湖の8割にあたります。京都はこうした地下構造から出来ているという話をし、「大地は動いています。動いているところに原子力発電所はダメですよ。今すぐ止めなさいよ」という話を付け加えているのが、この3.11以降の町家の活動の一つの変化です。

794年、都が京都に移ってきますが、平安京とはどんな都だったのでしょうか。『源氏物語』を見れば分かりますが、王朝雅です。そういう光景は、内裏から一条北城の地帯、立派な離宮が建ち並ぶ館を舞台とした描写です。では庶民がどういう描写をなされているかと言いますと、土佐光長の餓鬼草紙を見てください。累々たる死体が路上に並び、糞便している人々が描かれています。それから、もう一つの絵巻物を見てもらいますと、累々たる死体に野鳥と野犬が群がり、食い荒らしている様子が描写されています。衛生がものすごく悪いですね。そういう光景も、平安時代の庶民

の暮らす街の光景です。

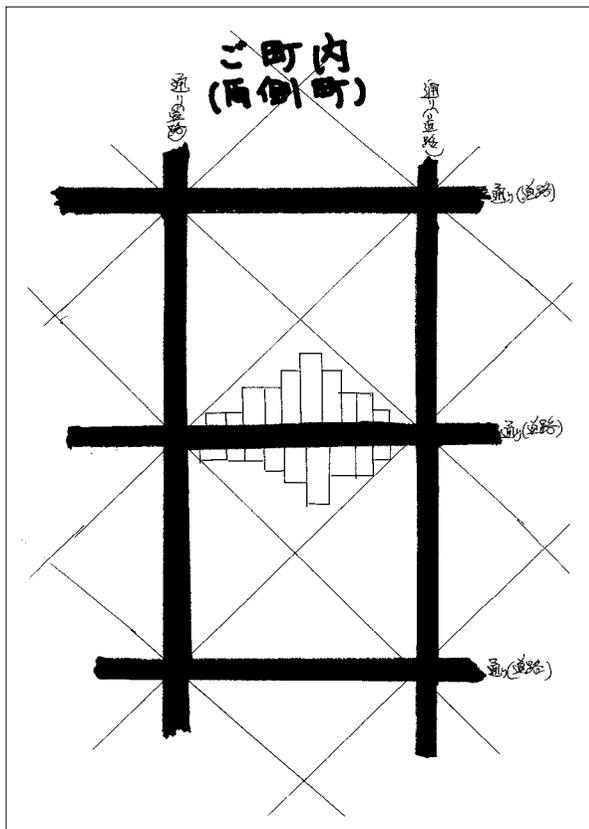
それから『方丈記』を見ると、1177年に大火が起きます。ちょうど五条寺町の北西あたりから火が出て、内裏を全部、一夜のうちに焼き尽くしています。それから1180年には、旋風(つむじかぜ)です。今年は大河ドラマで「八重の桜」をやっていますけれども、その新島襄の館が建っているあたりから旋風がおこり、六条まで吹きすさび、木の葉のごとく家が舞い上がったという描写があります。たくさん死んでいるはずです。次の1181年、養和の大飢饉では、4万2300人が死んだと記録されています。4万2300人がどこで死んだか。一条から九条まで、寺町である東京極大路から朱雀大路まで、その間で4万2300人が亡くなっている。当時の人口は10万人前後ですから、5割近い人が死んでいるのです。そういう悲惨な光景が起っています。さらに1185年には、大地震です。「地面が溶けて、水が湧き出て、家々が壊れる音、雷鳴のごとし」という記述があります。

これだけ続くと、社会にもものすごく不安が蔓延します。救いを何に求めるかと言えば、宗教です。それまでの宗教は、天台・真言宗で、大きな仏像と大伽藍を建てたら、それで救われるということを書いていました。庶民はそういったものを建てられません。そこで登場してくるのが、法然、親鸞、日蓮、栄西など、鎌倉仏教の祖師が誕生します。「『南無阿弥陀仏』『南無妙法蓮華経』と唱えたらそれで良いのですよ。救われます。」と、説きました。今で言う心のケア、カウンセリングですね。それから、死体が累々としていきますから、全部を集めて火葬にします。そして救済する人の救護施設を作るのです。そういう事業をやるから、鎌倉仏教がものすごく影響力を持って、信者がいっぱい集まるのは当たり前です。こうした活動は今も続いていますね。会場であるこの花園大学も、仏教系ですね。そういうふうにして、庶民信仰寺院が増えてゆきます。

●平和安定の街づくりと町衆の自治

1467年にはじまる応仁・文明の乱が終わってから、戦国時代に入ります。以後、110年間、戦国時代が続きます。殺し合いばかりをしていると、

図表1 ご町内(両側町)



権力者も「こんな殺し合いはやめよう」と感じていきます。平和な街、平和な地域が作られるルールを作りました。何をやるかということ、武家は武家のルール、武家諸法度。お公家さんや朝廷は、禁中並公家諸法度。それで、朝廷と武士階級の間を行ったり来たり、ウロウロしている層、「僧侶」の「僧」です。案外、これがいっぱいいるのです。今の政党状況と一緒にですね。そこで諸宗寺院法度というルールを作ります。こうして270年間、ルールを作って平和が維持されます。

それから京都の場合は、天皇が御所にお住まいですから、武士階級が大手を振って市中に君臨しません。生産力が向上し、商業が発達してきたら、それを誰がコントロールするのかと言えば、町衆です。

町衆はどういう単位で住んでいるかと言いますと、図表1「ご町内(両側町)」をご覧ください。条・坊・保・町の単位で道路割りができます。町は一辺120メートルです。120メートルおきの道路

で、平安・鎌倉・室町は全部、築地塀で囲まれています。築地塀の中にそれぞれ、住んでいましたが、応仁の乱でなくなってしまいます。道路に沿って店を持つ町家がずらっと並びます。道路の両側を一つの単位とする両側町、ご町内になります。そこで、町式目というルールが作られます。簡単に言えば、行政・司法・立法・裁判権をこの町衆が持ってコントロールする、そういう自治がとられた時代が続きます。

このようにして、京都は戦国以降、平和安定した治世が続いて、街づくりがされてきました。京都は1200年の街と言われるかもしれませんが、自然と暮らしの有り様は大きく違うのです。1100年の間は、ライフラインが自然の中にあったのです。しかし、今も含めてこの100年間は、自然のライフラインを潰し、便利だったらそれで良いということだけで、人工のライフラインを作ってきたのです。もし想定されている大災害が起こったら、この100年間で人間が作り上げたライフラインは、ことごとく木っ端微塵になります。これからの街づくりは、1100年の自然のライフラインに寄り添った街づくりをしないと、100年、200年後の人たちの生活の保証はできないと思います。

●まち歩きマップと目に見えるセーフティーネット

図表2「平安京の街路に応仁・文明の乱後の町組領域イメージ図」(次ページ)で「上の町」と書いてあるところが、現在の土佐区にあたります。土佐区役所では、「京・土佐探訪」事業として、1200余年の歴史と文化を踏まえて、街を歩いて未来社会を見ていこうという地図をいっぱい作っておられます。これは西陣地域で、私が案内している地域の地図です。絵は専門の方が描きましたが、私が作りました。こうした地図は土佐区全域にあり、土佐区役所のホームページに掲載されています。1100年間、ライフラインが自然環境の中にあ

り、ここで暮らしてきた権力者・権威者・庶民・文化人といった人たちの暮らしの現場が描かれていますので、ぜひ、まち歩きマップを見て散策していただいたら、ありがたいと思います(京都市土佐区役所「京・土佐探訪」ページ <http://www.city-kyoto.lg.jp/kamigyoo/page/0000110810.html>)。

最近、中高年者の街歩き観光がすごく多いのです。まるでデモ行進のように、250人、300人と歩いているのです。観光というよりも、ウォーキングをしている感じですね。そういう人たちは、歴史と文化を訪ねて歩くということに主眼をおいて街を歩くので、広域的に歩きます。

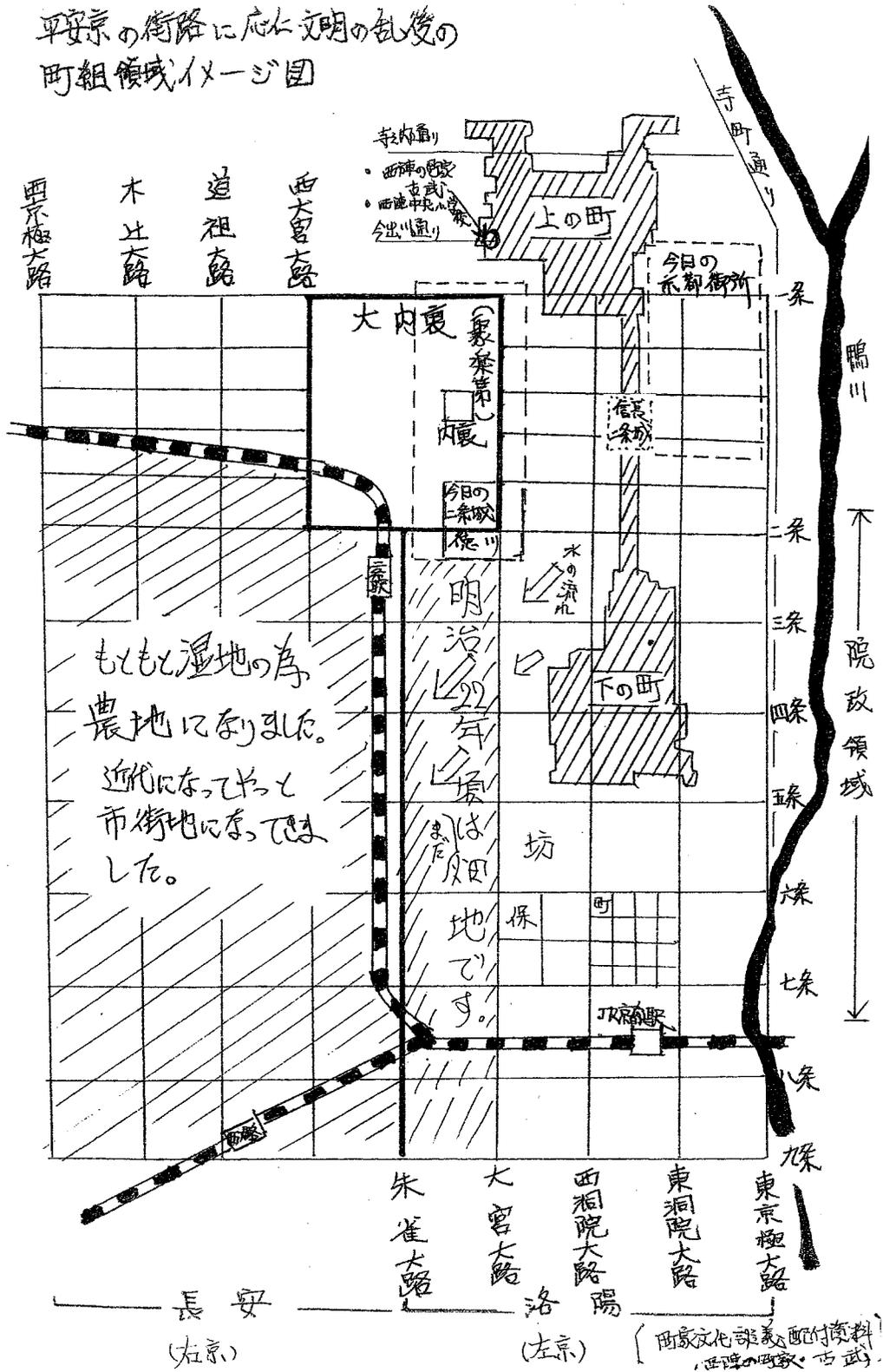
今、光が当たっているのは東山です。いっぱい観光客が訪れます。しかし東山は坂が多く、道も細いですから、災害が起こったら大変です。そういう点では、土佐にも、東山にも、中京区、下京区にも行くといった人の動きがありますので、防災といっても、ピンポイントではダメですね。やはり面として見ないといけない、そういうふうに思います。それで、地域医療ということと併せて、面としての医療をどうするかということが大事だと思います。

先ほどの図表2で「かつて農地だった」と記した地域は、今はこの全部に家が建っています。それに「洛陽」と書いたところには、今出川・堀川から、鴨川・西洞院川・小川・大宮川・夷川・東洞院川と、たくさんの川筋がありました。今、堀川は溝の中に川筋があるだけです。しかし、災害が起こって水道が止まっても「あそこに水があるな」と、目に見えて分かるようなセーフティーネットの街づくり、これが大事だと思います。観光客はなおさら情報が伝わらないので、観光客にも分かってもらえるようなセーフティーネット作りをすれば、これは絶対に効果があります。それには行政の力と皆さん方の地域の力と、この京都の全てが合わさった力が大事かなと思います。

(ふるたけ ひろし、「西陣の町家・古武」主宰)

図表2 平安京の街路に応仁・文明の乱後の町組領域イメージ図

平安京の街路に
応仁・文明の乱後の
町組領域イメージ図



災害医療とまちづくりを考える～地域医療からの発信～

尾崎 信之（中京西部医師会会長（当時））

●阪神・淡路大震災からの教訓

災害が起こった場合に地域医療をどう守っていくかについて、中京西部医師会での取り組みをお話させていただきます。

日本で非常に大きな災害が起こったときに医療はどうかですが、これは18年前の阪神・淡路大震災にさかのぼります。ここから初めて取り組まれたと言っても過言ではありません。

まず、阪神・淡路大震災のときは、急性期の現場における医療が欠落していました。これは医療だけではないと思います。あのときは、当時の首相が「なにぶんにも初めてのことで」和答弁し、国会が騒然となったことを私も覚えておりますけれども、医療だけでなく、危機管理、とにかく急性期をどうするかという視点が欠落していました。それから、災害医療を担う拠点となる病院がありませんでした。神戸などにある大きな病院ですらも、1階が潰れてしまったのです。また重症の患者さんの搬送が行われなかった。災害地域では治療できないから、すぐに安全なところに運びたいと思っても、運べなかったのです。まず、近寄れません。道路も何もないので、こういうことが出来なかった。さらに医療情報が全く伝達されませんでした。あのときは固定電話と携帯電話がすぐにつながらなくなりました。私事ですが、私の長男が神戸に近いところにおりまして、どうなっているかと非常に心配していたら、1回だけつながったのです。「無事だから安心して」と言って、ブツッと切れたのですが、それだけでも私と女房は非常に安心しました。これほどやはり情報は大切なのですが、これが全くズタズタになってしまった。

こういう反省から、日本はやり直したのです。10年かかりました。まず、平成17年にDMAT（災害派遣医療チーム、Disaster Medical Assistance Team）が出来ました。これは政府の肝いりで始

まっています。本当に大きな災害が起こったときに全国から駆けつける大きな組織です。これは医者だけでなく、看護師も歯科医も薬剤師もコメディカルも含む全部の医療関係者、それから消防・警察・自衛隊、これらが全て急性期の対応に集まってきてくる、こういうものができあがりました。

そして、災害拠点病院を構えるようになりました。これは、この間の東日本大震災程度では決して壊れない病院をまず作っておいて、必ずそこを中心として周りの医療を守ろうという発想です。そこにはヘリポートその他を設置し、逆にそこから遠くの病院に運んで、すぐに手術や治療をしましょうということで、警察・消防、それから自衛隊が医者などと連携してやります。

それからEMIS（広域災害救急医療情報システム、Emergency Medical Information System）という強固な情報システムを確立しました。すなわち固定電話、携帯電話、それからメール、そして最終的には衛星通信と、情報伝達の手段を何重にもめぐらせて確保していくことになりました。

その次、急性期はDMATが来てくれますが、DMATは48～72時間で帰るので、その後をどうするかというので設立されたのが、JMAT（日本医師会災害医療チーム、Japan Medical Association Team）です。これは日医「救急災害医療対策委員会」が平成22年に日本医師会に提言し、各地の医師会に呼びかけ、DMAT撤収後の数ヶ月間をフォローする医療態勢を作ろうとして始まりました。2年前の東日本大震災では、平成23年3月17日に発令され、7月15日までの4ヶ月間、がんばりました。京都からもたくさんの先生方が交代で行き、サポートさせていただきました。こういったことが行われております。



●地域の医師会の役割

急性期に、DMATはどのようなことをするか言うと、現場活動・域内搬送・医療機関支援のほか、広域医療搬送などです。被災地の大きな病院を拠点とし、すぐ近くからも、遠いところからも、DMATとして非常に大きなERチームが来てくれる。こうした非常に大きな態勢が出来て、東日本大震災ではかなり大きな成果を上げたとも私も確信しております。

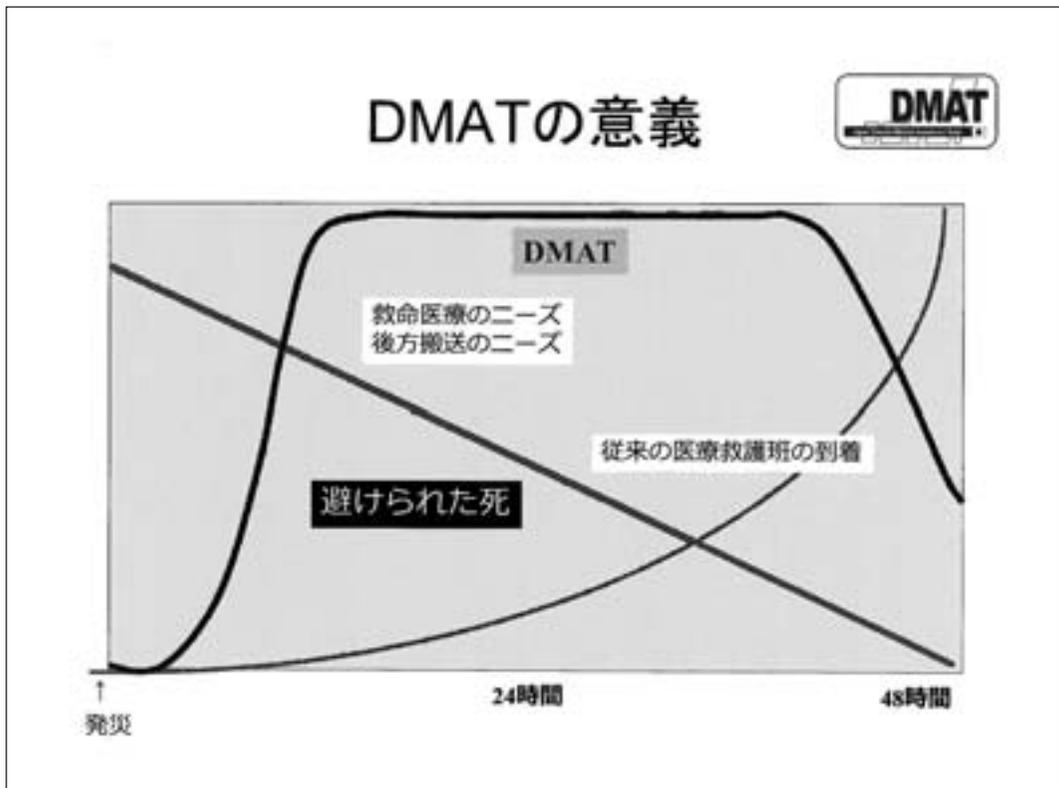
しかし、そうなると中京西部医師会は、いったい何が出来るのだと、我々の居場所はないのではないかと最初は非常に悲観したのです。しかし、**図表3「DMATの意義」**を見てください。DMATは発災からだいたい10～24時間で駆けつけてくれます。その後に「従来の医療救護班の到着」があり、ここはJMATなどで対応できます。すると災害が起きて10時間ぐらいまでの「避けられた死」、DMATが来てくれるまでをなんとかしなければなりません。ここが我々、中京西部医師会の存在意

義があるのではないかとディスカッションいたしました。まずDMATが来るまでと、その後、JMATが帰った後も数年かかると思いますので、ここで我々はがんばっていこうと、そういうところに我々の存在意義があるのだらうということで、充分にディスカッションし考えているところです。

●地域の資源を積み上げる

実は私の同級生が、神戸で開業して震災に遭いました。彼はお父さんの外科の病院を継承し、そのときに診療所を鉄骨3階建てに変えたそうです。すると、あの阪神・淡路大震災の朝、突然、本当に下からベッドが天井に突き上げられるような、激しい縦揺れを感じたそうです。びっくりしていると今度はドスンと落ち、横揺れとなり、家が潰れると思った寸前で助かったそうです。すぐに窓の外を見たら、今まで見えていた家が全部なくて、どこへ行ったのかと思ったら、つぶれて下の方に屋根がある。びっくりして「助けに行かなあかん」

図表3 DMATの意義



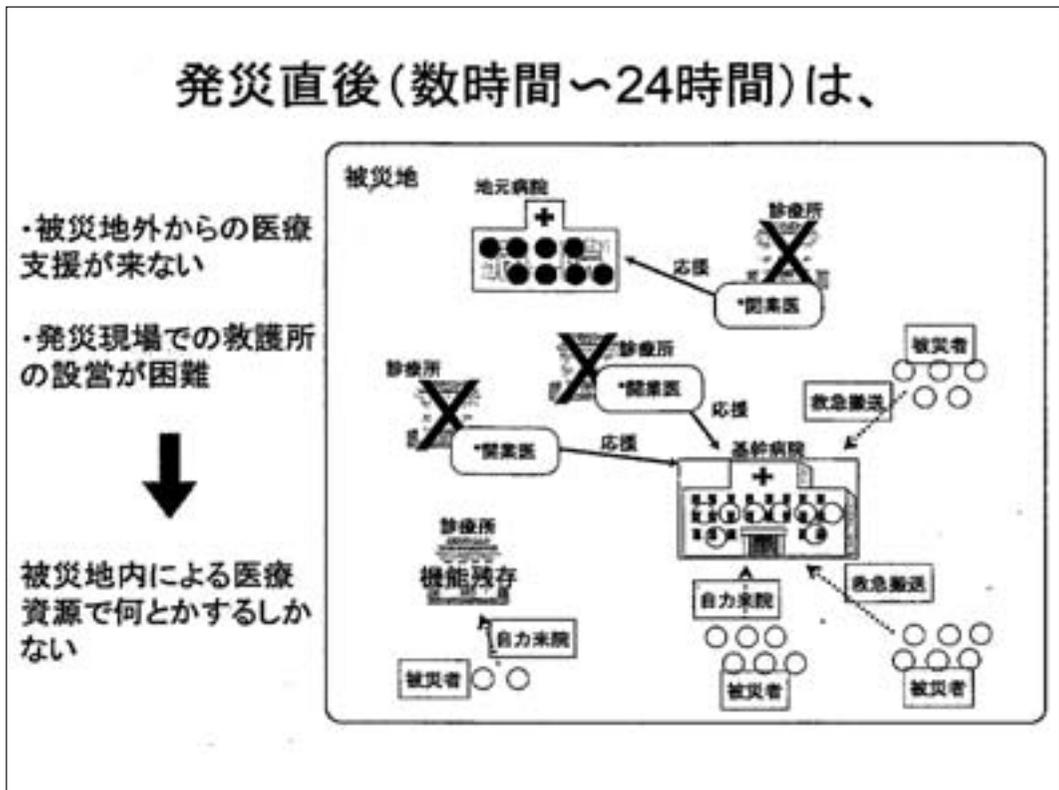
と、一生懸命に這い出て、なかなか自分の家でもすぐに階下には行けなかった。診療所を開けたところで夜が明けたのです。ところが、開けた途端に、頭に怪我をした子どもを連れてお母さんなどが「先生、すぐに治してくれ」とたくさん来られたそうです。助けに行くよりも、たくさん入ってこられた。それで、なんとかして診療道具を一生懸命に集めてきて、次から次へ診て、縫って、縫って、縫いまくった。1日中縫いまくった。ほとんど食べずにがんばった。そして、夕方になると、突然、人が来なくなったそうです。非常に暗くなって、シーンとしている一晩を過ごし、非常に不気味だったそうです。なんとか自力で食事をして、次の日もまた明るくなると、また「母さんを診てください」と患者さんが来られる。こうして、なんとかがんばってやったのだと聞きました。

このことを聞き、「これをやろう」と、今、我々は一生懸命にがんばっているところです。図表4「発災直後の医療資源」を見て下さい。先ほどの友人は診療所の機能が残存し、医者もがんばって

いたケースになります。ところが、診療所のなかには診療所は機能しないが医者はある、あるいは、地元の小さな病院の一部の機能がやられてしまうこともある。また機能も医者も全部がしっかりしている基幹病院、こういうところには患者さんも来られるでしょうし、我々からも患者を送るだろうということになるわけですね。これが10時間ないし24時間は続くだろう。もし、診療所はダメでも、開業医の先生が大丈夫だったら、マンパワーとして地元の病院に行くことにしましょう。もし、診療所がそのまま残り、しかも医者も大丈夫だったら、そこでがんばって、来られる被災者の方たちを助けてくださいと、それぞれの力を積み上げていこうということです。そして、それぞれが基幹病院と連絡を取っていくというモデルを考えています。ここに、地域の医師会である我々の存在意義があるのではないかと考えております。

また京都府医師会が「JMAT 京都」構想を考えていて、これはかなりできております。日本医師会は今後、各都道府県単位での JMAT 組織を構築

図表4 発災直後の医療資源



することを提案しており、JMAT 京都は「京都府で起こった場合は、近くからすぐに来ますから、がんばってください」ということです。

この近辺では京都市立病院が災害拠点病院に指定されております。3月2日に内覧会、3月11日から稼動しておりますが、7階建ての新館ができました。免震構造で、屋上には非常に立派なヘリポートがあり、実際にこの目で見てきました。周囲を見渡せる、いくらでもヘリコプターが来られるような立派な新館ができました。手すりがないので非常に怖かったですが、とにかく立派なヘリポートです。皆さん、どうぞ安心してください。

●情報の共有と防災訓練

もう一つ、情報は非常に大事なものではないかと考えています。阪神・淡路大震災のときには、本当に苦労したのです。資料にある「中京西部医師会緊急連絡網」、この連絡網がズタズタになってしまうと情報が入ってこないし、またデマなどが飛んでくるとたいへんなこととなります。なん

としてもこの情報網だけはきっちりしようと、毎年、更新しています。

府医師会と中京西部医師会は必ず連絡を取り、中京西部医師会と班長が連絡を取ります。我々の医師会は小学校区で9班に分かれており、今日の会場周辺は朱四・朱八班になっています。この班長と医師会とは必ず連絡を密に取り、班の中におられるA会員の先生方とは必ず密接に連絡を取るようになっています。ただし、個人と個人とでこういうことをあまりしないように、なるべく班の中で集まり、班長同士、それから医師会、それから府医師会とで、お互いにデータを共有しようとしています。誤った情報が入ってくると非常に困るので、これをきちんとしたルートで共有していきましょうということです。

手段としては、先ほど言いました固定電話、携帯電話、それからメールも活用し、最終的には衛星通信もやりましようとなっています。ただし、この衛星通信は京都府医師会などもやっているのですが、重要なものから順番が与えられるので、我々はいちばん最後の方になると思います。意外に使えるのは、実はアマチュア無線です。本当に



堅実に役に立ちます。私事ですが、昭和37年、中学校3年生の時に免許を取りまして、JA コールを持っております。去年、更新いたしました。そして京都府医師会は伝統的にアマチュア無線が盛んですので、最終的には、ハンデイトランシーバーでやっていこうとも考えております。とにかく、この情報網だけはきっちりしていきたいと思っております。

口先の計画だけではなく、実際に防災訓練を始めました。我々だけではなく、行政、業者、それから京都市民と、本当にいろいろな人たちと協力し、去年は11月18日に朱雀第七小学校のグラウンドを借りて、中京区総合防災訓練をやりました。こうして、いつ来るかは分かりませんが、その日に備えています。

最後に、京都新聞の記事ですが、災害時のためにカルテを病院間で共有し、相互バックアップを

して、もし患者さんが自分の持っているお薬手帳や保険証などをなくされても、これでなんとかしていこうという取り組みのご紹介です。これは完全に私個人の意見ですが、個人情報さえ保護されれば、これは非常に良いことだと思うのです。これの小型版、中京西部医師会で各診療所の院長が年に1回ずつ、自分でバックアップしておく。そして、CD-ROM や USB などのメディアに保存し、いざとなったらそれを持って移動する。例えば自分の診療所がやられたら、他の診療所などに行き、メディアを挿せば患者さんの名前と病名と薬などがきっちり保存されている、こういうことを考えております。そのための第一は、診療所の完全デジタル化が必要ですし、先生方といろいろと検討していきたいと思えます。

(おざき のぶゆき、中京西武医師会会長(当時))



食物アレルギー対応避難拠点づくり—食物アレルギーをもつ家族と地域の安全、連帯のために

長澤 澄子（長澤農園）

●災害と食物アレルギー

私は右京区太秦で有機農業を営んでおります。圃場は住宅地に囲まれた市街化区域内の農地です。このような市街化区域内農地の多機能型利用について、同志社大学政策学部教授今里茂先生のご指導をいただき、2009年に地域の方々とのコミュニティ農園「ねこのひたい」を開設しました。

この「ねこのひたい」に、食物アレルギーのお子さんを持つ家族が参加され、秋の収穫祭では食物アレルギー対応の小麦・大豆・魚・卵・牛乳などを使用しない除去食作りをしました。このとき、そのお母さんが「災害時に子どもが一人になり、もしパンを貰って食べれば、小麦アレルギーのため、アナフィラキシーショックを起こし、悪くすると死んでしまいます」と心配を話されました。

食物アレルギーを持つ子どもたちは、日常でも口に入れて良いものが制限されており、災害が起これば制約はより厳しくなります。実際に神戸の災害時には、竹輪が入った豚汁を、小麦アレルギーや卵アレルギーのおさんは食べることができなかったと聞きます。決して好き嫌いをしているわけではないのです。

こうしたことから、災害時に備え、食物アレルギーに対応できる避難品避難所の必要性を強く感じ、まず、身近なネットワークを築きたいと思いました。

2010年には、右京区を活動の拠点とする食物アレルギー児と親の会「ひこばえ あおむしの会」とご縁があり、2011年5月から3回のプレ炊き出しを実施することができました。第1回プレ炊き出しは、「ひこばえ あおむしの会」のお母さん方と大人のみで、火の起こし方、家にある野菜を使つての調理を行いました。第2回プレ炊き出

しはアレルギーを持つお子さんとそのご家族で、火の起こし方、調理、その他に子どもたちによる食器作り、ハイゼックスによる炊飯を行いました。また、2007年の新潟県中越沖地震で避難所生活をされた方に参加していただき、その体験をお聞きしました。第3回プレ炊き出しは、食事作りだけではなく、ハイゼックスによるパン作りや冬の寒さ対策、災害時の伝言ダイヤルについても学習しました。



●いのちをつなぐ本当のライフラインづくり

3回のプレ炊き出しを行い、いくつかの課題が見えてきました。

一つ目は、公共の避難所などでどのようにして周囲の人にアレルギーを持っていることを知ってもらうかということです。プレ炊き出しでは、受付でアレルギー表示のカードに各自記入していただき、服に貼り付けました。また、プレ炊き出しには参加されませんでした。この取り組みのことを知った京都市西京区の福西児童館母親クラブでは図表5「緊急・災害時カード」を作成し、児童館のイベントで配布しています。しかし、このような表示がなくても、避難所で保護者のいないお子さんを見かけたら、「アレルギーはないか。食べてはいけないものはないか」と、尋ねてもらえるようになってほしいと思っています。

二つ目の課題は、アレルゲンの混入を防ぐことです。アレルゲンを使用したことのない調理器具の確保と維持が挙げられます。調理工程において

図表5 緊急災害時カード

緊急・災害時カード

20 年 月 日現在 氏名： (男・女) 血液型： (Rh + -) 生年月日： 年 月 日 住所： 電話番号： その他連絡先：	かかりつけ病院 電話番号： 担当医： 処方薬： メモ
---	--

福西児童館母親クラブ

緊急・災害時カード

緊急・災害時カード 私は、アレルギーを持っています。 下の表に○してあるものが 食べられません			
卵	乳	小麦	そば
落花生	えび	かに	あわび
いか	いくら	オレンジ	キウイ フルーツ
牛肉	くるみ	さけ	さば
大豆	鶏肉	豚肉	まつたけ
もも	やまいち	りんご	ゼラチン
バナナ			

留れている場合には、救急車で 大至急病院に運んでください。		
次の○のような症状が出ます		
呼吸困難	喘息	嘔吐
下痢	じんましん	
私は _____ で アナフィラキシーショック を 起こしたことがあります。		
メモ		

食物アレルギーとなる食材が混入してしまうだけでなく、調理器具に付着している、または、ゆで汁に成分が溶出している、小麦粉・そば粉などが空気中に舞っているということも、注意が必要です。特に敏感な方は、アレルゲンを使った鍋をよく洗っても、その後の使用でアレルギーを発症することがあるそうです。こういうことを防ぐため、できれば調理場を隔離し、アレルゲンになる食材、特に症状が重くなることが多く、命に関わるような卵・乳製品・小麦・ソバ・落花生などを持ち込まないようにすること、このようなアレルゲンを使ったことのない調理器具・食器に目印を付け、別に保存することができれば良いと思います。これらの他にも多くのアレルゲンがあるため、使用した食材・調味料の表示の展示も必要になると思います。

また、ハイゼックスという高密度ポリエチレン製の非常用炊飯袋があります。これは米を炊くだけでなく、米粉と水、ジュースなどで、蒸しパンも作れます。アレルゲンの混入を防ぐだけでなく、水が不足しているときなど、米粉の活用とともに有効だと思います。

課題の三つ目は、事故発生時の対応です。2012年12月、東京都調布市立小学校において、給食でのアナフィラキシーショックによる児童の死亡事故がありました。この小学校では同年9月にも食物アレルギーの事故があり、10月に教職員の研修会を行っています。それでも再度、事故を起こしています。

3回のプレ炊き出しでは、小麦・卵・乳製品・ソバ・落花生など、アレルギーを起こしやすい食材は会場に持ち込んでおりませんので、幸いに事故はありませんでした。しかし、事故の可能性は、常に考えておくべきだと思います。ヒューマンエラーを意識し、アレルギーに対する正しい知識を持つこと、事故発生を想定した訓練を繰り返し行うことが大切であると思います。特にアナフィラキシーショックについては注意が必要です。

アナフィラキシーショックとは、強いアレルギー反応の結果、腹痛や嘔吐、血圧低下、呼吸困難などが同時に急激に現れる症状で、放置すれば命に関わる重い状態になります。対処法は、もちろ

ん早急に医療機関で受診することが一番ですが、エピペン注射を持っている場合は、注射を打ち、呼吸・心拍・意識状態などを確認しながら、適当な場所で足を頭より高く上げた体位で寝かせる、嘔吐に備えて顔を横向きにするという一次救命処置を行い、救急車で医療機関へ一刻も早く搬送することが望まれます。

このエピペンとは、ハチによる刺傷や食物アレルギーによるアナフィラキシーショックに対する、緊急補助治療に使用されるペン型の注射器です。アドレナリンが充填されているそうです。この注射器のことを初めて聞いたとき、アナフィラキシーショックを起こした方がいたら、取りあえず注射をすればよいのだと簡単に考えてしまいました。しかし実は、この注射器は誰でも使用できるわけではなく、使用者は医師、患者本人、未成年の場合は説明済みの保護者、必要に応じて救急救命士、保育士、教員、看護師などが使用できるのです。また注射のタイミング、使用後の処置など、規制や難しい問題があります。

こうした課題を踏まえての今後の活動目標ですが、事故を起こさない訓練とともに、事故を想定した訓練を何度も繰り返し行うことが大切であり、アレルギーを持たない方も、他人事ではなく、自分のこととして関わってこそ、いろいろな気付きがあると思います。そのために、アレルギーを持たない方や医療関係者の方も参加していただいたプレ炊き出しを実施できればいいと考えています。また、防災訓練とは別に、食物アレルギーに対する理解を得るために、家庭でできる米麴、大豆を使わない味噌などの調味料や保存食、アレルギー除去食作りの学習会を行う予定です。このような活動によって、地域のリーダーを育成し、公共の避難所では対応しにくい、食物アレルギー対応の自立型避難所作りを広めていきたいと思っています。

最後に、ライフラインとは、電気やガス、水道などと思われていますが、本当のライフラインとは、命をつなぐ食や人との結び付きではないでしょうか。

(ながさわ すみこ、長澤農園)

くらしからの発信

吉永 純（花園大学教授）



●日頃の備え、社会保障を知る

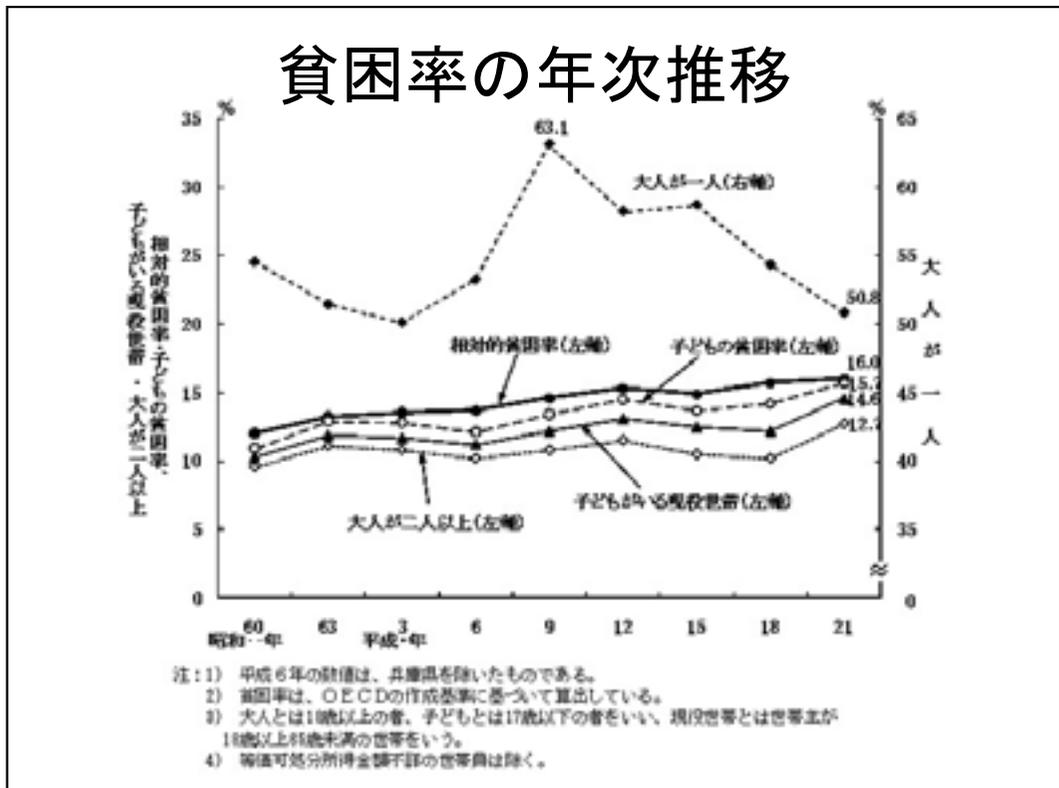
これまでのお三方のお話は災害をかなり意識した内容だったと思うのですが、私の話は若干、趣が違ふかもしれません。災害に対しては、日頃の備えという意味での社会保障が本当にしっかりしているのかということと、災害時特有の社会保障的な対応、例えば医療費を無料にするなどの対応と、その二つがあると思います。私自身は岩手に3回ほど調査などで行かせてもらい、いろんなことを感じましたが、今日は、主には日頃の備えである社会保障が、今、どうなっているのかを中心に、お話をしたいと思います。

先ほど鳥越さんのお話があり、がんで4回も手

術を受けられたというご体験を話されました。しかし安心して4回も手術を受けるのは、お金のことを考えたら、実はわりとたいへんだと思うのです。本当に安心して手術を受けられることがみんなに保障されているのかを考えるうえで、貧困という私の研究領域を中心に、今の日本がどうなっているのかということをお話しさせていただきたいと思います。

まず図表6「貧困率の年次推移」ですが、これは政府が2011年に発表したものです。平成21（2009）年の調査なのですが、相対的貧困率が

図表6 貧困率の年次推移



16.0%とは、日本には貧困な人が16%いるという意味です。これは6人に1人が貧困な人ということです。この会場は500人が入りますので、数の話だけで言えば、この会場で80人ぐらいは貧困だということなのです。資料に戻ると、子どものいる家庭の貧困は15.7%で、今、子どもの貧困が非常に問題になっています。ここは平成18（2006）年の前回調査と比べ、1.5%も増えているのです。そしてひとり親の家庭の貧困は50.8%と半数を超えています。ひとり親では2世帯に1世帯以上が貧困ということです。これが主な数字です。

この貧困率16.0%というのは、世界でも有数の貧困国であることを示しています。OECD30カ国の中で、日本より貧困なのは、メキシコとトルコ、それからアメリカです。その次に日本が来て、当時の人口換算では2040万人が貧困であったこととなります。日本は世界でもトップクラスの貧困率だということを、まず、知っていただきたいと思えます。

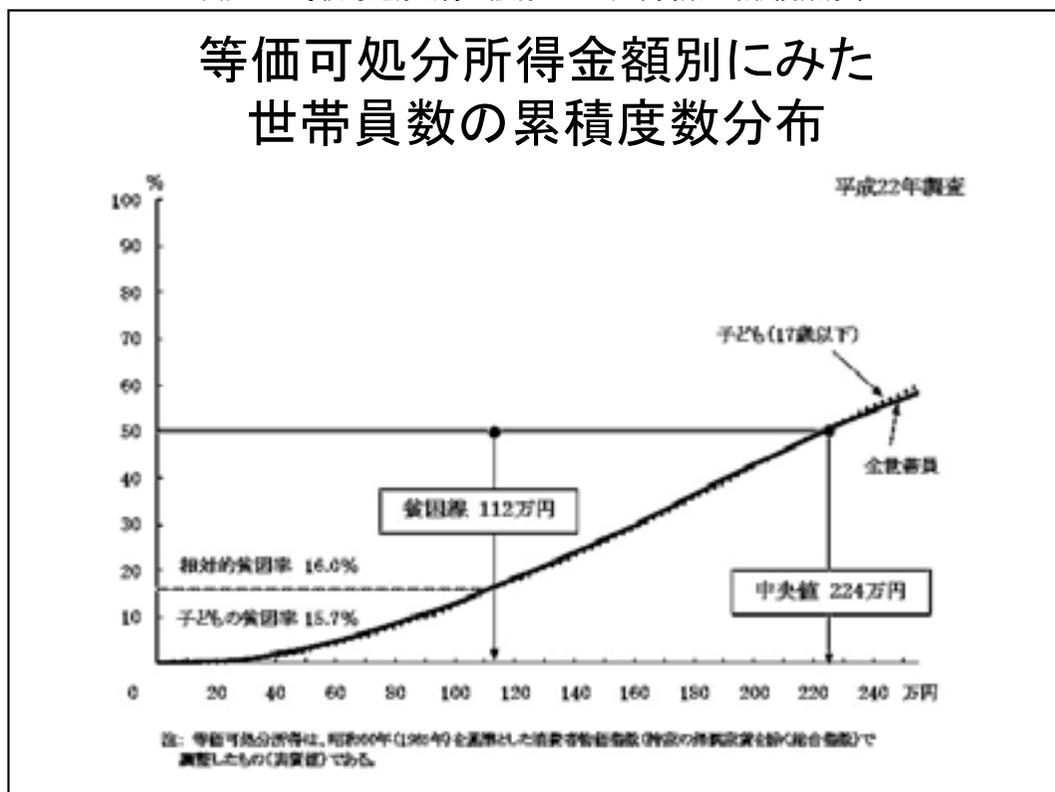
それでは、お金で言えばどれくらい貧困かと言

うと、図表7「等価可処分所得金額別にみた世帯員数の累積度数分布」を見て下さい。大金持ちの人、ユニクロの柳井さんや孫正義さんなどは、グラフのずっと右上トップになります。ちょうど真ん中の人の値を中央値と言いますが、一人暮らしの人に換算して、税金などを抜いて224万円、これが日本の標準的な年収です。月収では、18万6000円です。もちろんこれは中央なので、この人の半分である112万円、月収9万3000円未満の人が貧困とされる人です。実感としてはびっくりされるかもしれませんが、国が示した貧困率はこのように厳しい実態を示しています。

●「生活保護＝最多」の意味

生活保護を受けている人は、平成7（1995）年には88万人でしたが、昨年に過去最高を更新し、今はもう215万人ぐらいいままでに増えています。受ける人が増えるのが悪いというような報道がたくさんありますけれども、そうではなく、これは貧

図表7 等価可処分所得金額別にみた世帯員数の累積度数分布



困が広がっている結果なのです。好きで生活保護を受けている人は、ほとんどおりません。様々な葛藤の末、やむなく福祉事務所に来る方が大半です。「不正が多い」「役所の調査がずさん」等々の言説が広がっていますが、それはマスコミが作った虚像だと、私自身は思っています。

ところで、先ほど、2009年の貧困率が16%、人数では2040万人と言いましたが、その当時、2009年の保護率は1.38%でした。2040万人のうち176万人しか、生活保護を利用されていない。このギャップに注目していただきたいのです。「生活保護を受ける人が増えた」と問題視されていますけれども、実は日本で貧困だとされている人のうち、1割も生活保護を受けていないのが現状です。これは、生活保護を受けるには貯金を持っていたらダメ、自動車を持っていたらダメ、あるいは大学生だったらダメなどと、ダメの連続だからです。「いったん人間を丸裸にして、薄い服を1枚ずつ着せてあげるといのが、生活保護という制度だ」と、ある有名な研究者が言われましたが、本当に

制度の本質をよく示した言葉だと感じます。

それでは、どんな人が生活保護を受けられるのかというと、失業者、ひとり親世帯、病気になられた場合、高齢者で年金が少ない場合、残念ながら若者も今は増えています。

●貧困と「すべり台社会」

新聞を見ましたら、民医連の調査によると去年1年間で58人が医療を受けられず、手遅れで亡くなったとありました。そのうち67%の人は、医療保険が短期保険証や資格証明書だったそうです。要は、お金がないから医療を受けられず、亡くなってしまった。安心して医療を受けられない、4回も手術できない、そんな人がたくさんいるということなのです。

それでは生活保護はどのような方向に向かっていくか、生活保護の10年前と今の世帯構成を比較します。図表8「世帯類型別の保護世帯数と構成割合の推移」でご注目いただきたいのは、やはり高

図表8 世帯類型別の保護世帯数と構成割合の推移



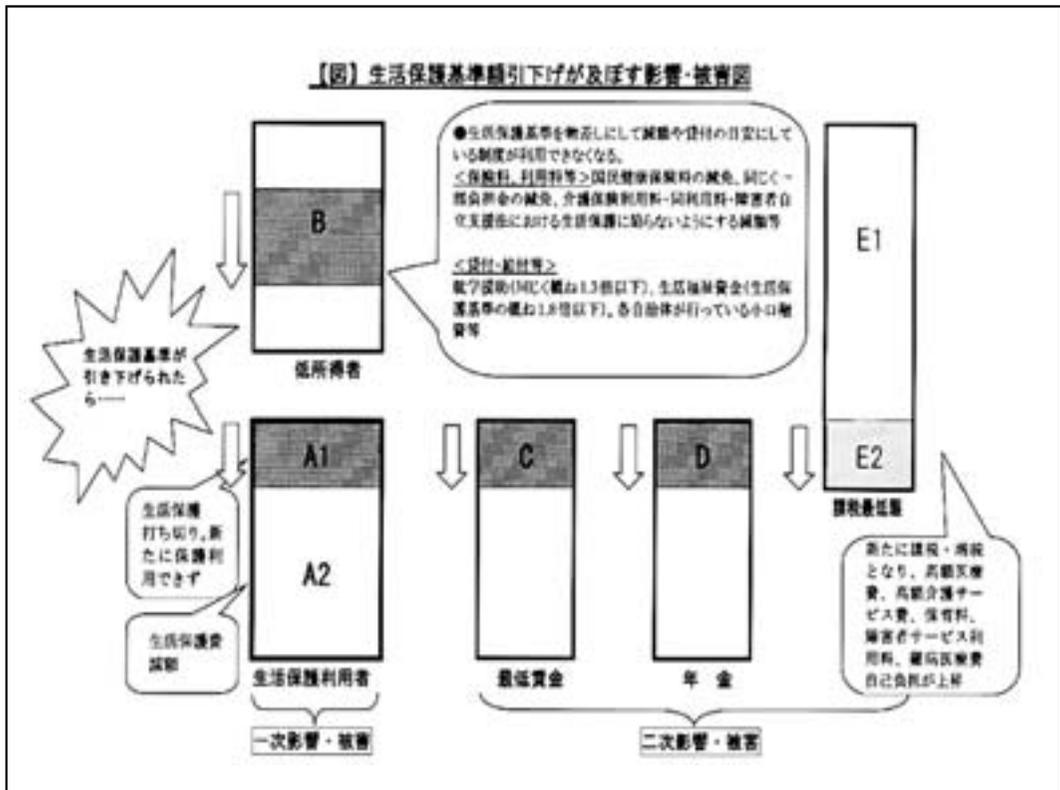
高齢者が40万世帯から68万世帯、46%から43%と、絶対数では一番のところが増えていることです。高齢者の場合は、一定の年金がある方と不安定な方とで二極化します。自営業の方や国民年金だけという方の場合は「生活保護を年金代わりに」というケースが出てきます。今、政府はここに手をつける気は全くありません。

政府が目しているのは、「その他世帯」です。失業者や働ける年齢と考えられる人に働いてもらおうと、いろいろ手を打つというのです。確かに人数は4倍に増えています。しかし、**図表8**の(参考)を見ていただきたいのですが、年齢では50歳以上が5割以上を占めています。50歳以上の方がハローワークに行ったら、仕事はもう警備などの仕事しかありません。そういう人たちに「働け」と言っても、これはなかなか実効性のある話にはならないだろうと思います。

次に子どもの貧困です。子どもの貧困の特徴は、子どもには責任が全くないことです。もちろん大人にも責任はないと思いますが、子どもは

貧困家庭を選んで生まれてくるわけではないし、成長していく世代の不利になります。例えば、私も中学3年の頃はクラブ活動をして、飯を3杯ぐらい食べたり、1年間で15センチぐらい身長が伸びたりした時期がありました。10歳から15歳の時期に食べられないというのは、これはすごいダメージです。さらにこの年齢は、人間関係で揉めたらどう仲直りするかなどの社会性を身に付けなければいけない時期ですし、知識も身に付けなければいけない時期です。そういうときに、お金がないことによって食生活が不十分だったり、勉強ができなかったりしたら、これは非常に人生のスタートでの不利になる。例えて言えば、人生を50メートル走とすれば、5メートル後からスタートするようなもので、これを回復するのは非常に難しいということになると思いますし、こうした子どもたちが親になると、その子どもにも「貧困が連鎖する」となってしまう。ですから、子どもたちの貧困は、「いま、そこにある危機」であると同時に、「将来にわたって禍根を残しかねない問題」、

図表9 生活保護基準額下げが及ぼす影響・被害図



一刻の猶予もならない問題なのです。さすがに国もいろいろと手を打っているところです。

さらに、高齢者の貧困は、自営業の方や中小企業で厚生年金がなかったところで働いた場合など、基礎年金のみか旧国民年金の方が1000万人を超えています。そういう方々の年金額は月額5万円を切っています。これはもう明らかに生活保護基準を下回っています。こういうところに手を着けない限り、貧困はもう減ることがあり得ません。

雇用・労働、住宅が確保できなくなると本来は社会保険等があるはずですが、カバー出来ていない。「すべり台」のように転げていくと、生活保護が、最後のセーフティーネットが増えざるを得ないのです。その次は「刑務所」になる。いま、お年寄りの犯罪が非常に増えています。コンビニへ行って缶コーヒーを盗み、「俺は盗んだから、刑務所へ入れてくれ」と、「刑務所へ行ったら、食べる物と寝る所はある」ということなのです。1回ぐらいでは入れてくれませんが、そういう悲しい話が珍しくなくなってきています。

●生活保護基準額引き下げの影響

いま、政府は生活保護の基準額を引き下げると言っています。今回の引き下げの特徴は、過去最大、7.3%の引き下げであることです。今までの最大引き下げ幅は0.9%ですから、桁違いの大きさと言えます。そして、ほとんどの世帯で減額になります。特に子育て世代、子どもや世帯人数の多い世帯では、最大1割の減額になります。

図表9の生活保護を受けている方をAとすると、基準額が下がるということは、このA1だけが減り、「生活が苦しくなるな」というだけではありません。就学援助は生活保護の基準の1.3倍とか1.1倍などと決めていますから、給食代や修学旅行代が無料になるこの制度でなんとか踏ん張っている人たちに、大きな影響を及ぼしますし、ここからはじかれる人が出てきます。また最低賃金Cも生活保護基準を上回るように努力していましたが、基準が減ったら最賃を上げなくてもいいとなりますから、ここにも影響します。年金Dにも影

図表10 住民税 非課税と課税での違い

住民税 非課税と課税での違い

	非課税	課税
医療費の自己負担限度額〔70歳未満〕	上限額 35,400円	上限額80,100円以上
介護保険サービスの自己負担限度額	上限額24,600円	上限額37,200円
保育料〔国基準〕※自治体により軽減しているところが多い	9000円(3歳未満児)	1万9500円... 税額によって保育料は上昇
障害児・者の居宅・通所サービス料	負担なし	所得に応じ上限9,300円以下、37,200円以下
障害者の入所サービス料	負担なし	上限37,200円
障害児の入所サービス料	負担なし	所得に応じ上限9,300円以下、37,200円以下
難病患者の医療費〔特定疾患治療研究事業〕	負担なし	課税額により、2,250円〔外来〕から23,100円〔入院〕までの負担

響します。次に課税最低限Eです。税金には課税できる所得の限度があり、生活保護基準をだいたいの参考にして決めています。生活保護基準が下がれば課税最低限も下がり、税金を払わなければならない人が増えます。これが大きな影響です。さらに、税金によって保育料は決まっています。他に医療費などもです。

図表10の区分を見て下さい。非課税・課税の違いで、高額医療費限度額は3万5400円から8万100円になります。介護費も2万4600円から3万7200円、障害者のいろいろなサービス、難病患者の医療費は非課税ですと自己負担はありませんが、1円でも課税されればこれだけの金額になります。

このように、生活保護費というのは、本当は「ナショナル・ミニマム」と言って、私たちの生活の土台を作っているのです。決して生活保護を受ける人だけの問題ではありません。

国は「今回、基準額を下げたのは、物価が下がっているから下げた」と言っています。しかし皆さん、どうですか、食費は下がっているでしょうか？水光熱費は、灯油代、バス代はどうですか？我々の生活に身近なもののお金は、下がっていないのです。薄型テレビ、冷蔵庫、パソコンなど、10年に1度、買うかどうかのようなものは、確かにガクンと下がっています。そういうのも平均し

て、国は「物価が下がっている」と言っています。ここに、非常に大きなごまかしがあると、私は思います。

保護費の引き下げだけでなく、最近の生活保護の見直し案が示されたとき、ある自治体の職員が「国が『厳格化』にお墨付きを与えた意味は大きい。餓死者が出ても自治体が矢面に立たず、国の責任にできる」と言ったという新聞記事がありました（「毎日新聞」2012年9月29日）。言っている言葉ですが、しかし、「厳格化」のもたらす意味を分かっているのでしょうか。

よく問題にされる不正受給についてですが、金額は生活保護費総額の0.38%、世帯の1.80%です。量的には、目くじらを立てるほどの金額ではありません。また内容の検討も必要です。なかには本当に悪い人もいますが、高校生のアルバイト収入なども不正受給とみなされているのです。

最後のセーフティーネットである生活保護を頼る人は、これからも増えていくだろうし、本当に災害のことを考えたら、日頃の社会保障をしっかりしておくということ、災害時の生活保護を柔軟に運用するということが大事だと、私は考えております。

（よしなが あつし、花園大学教授）

国民の安全・安心を取り戻すために必要なことを探求

角瀬保雄 監修 非営利・協同総合研究所「いのちとくらし」編



医療と地域社会の ゆくえん

震災後の国で



震災と原発事故が示したのは、人の命にかかわる問題を「効率」や「経済成長」の論理に立脚しないがしろにしてきた政治・社会の歪みでもあった。その痛切な教訓を記録するとともに、新たな焦点とならているPPP、医療をめぐる「成長戦略」、社会保障制度改革推進法などの問題点を解明、非営利・協同という可能性を探る。

4月26日発売

(目次)

- 第1章 被災地・宮城県からの報告
- 第2章 福島第一原発事故の構図
- 第3章 先端医療と日常医療の関係
——IT、バイオの問題にふれて
- 第4章 社会保障制度改革推進法と今後の医療、介護、年金
- 第5章 DTPと国民皆保険制度
- 第6章 医療における非営利・協同組織の役割と課題

四六判上製 定価2100円(税別)
ISBN 978-4-706-05680-9

シチズンシップと国民主権

中川雄一郎

はじめに

昨年12月末に行われた衆議院総選挙の結果は「シチズンシップと国民主権」に関わる二つの重大な矛盾をわれわれに見せつけた。一つは、投票率が戦後最低の59.32%（前回より約10%減）であったこと、もう一つは、自民党が「(小選挙区でも) 4割の得票にもかかわらず8割の議席を得た」こと、したがって、自民党の全得票数も全有権者の4分の1(25%)にすぎなかったことである。言い換えれば、この総選挙での自民党の「勝利」は、死票が多数生じる「小選挙区制の恩恵」を受けてのことであったのである。投票を棄権した有権者約4,229万人(全有権者数は約1億396万人)を、自民党をはじめとする各政党、マスメディア、そしてとりわけ「安倍政権」はどう考えるのか、その見解を是非伺いたいものである。およそ民主主義を実際に政治の基礎としている諸国での大統領選挙や国会議員選挙において全有権者のわずか4分の1の支持票で政府を形成している国は数少ない、と言われる。近年のアメリカ合衆国の大統領選挙がその例に該当するとのことであるが、今回の「安倍政権」もその数少ない例に該当することになる。

言うまでもないが、この「有権者少数派政府」の問題は、今述べたように、「小選挙区制」という政治制度の本質に関係している。すなわち、この問題は、小選挙区制を主とする政治制度が結果的に個々の市民の意志や要求からかけ離れたところで機能してしまい、現在の政権政党を支持した有権者よりも多数である他の有権者の政治的意識や生活意識、したがってまた社会的意識から政治制度が乖離していることから生起しているのである。そうなると、個々の市民はあえて政治的権利を行使しないことを一つの選択肢と考えるようになる。「戦後最低の投票率」はそのことを言い表しているのである。すなわち、「あえて政治的権

利を行使しないことを一つの選択肢と考える」個人は、自分の政治的、経済的、社会的な発言や提案、さらには生活上の発言や提案は周知的、傍流的で重要ではないと決めつけて、政治的、経済的、社会的な諸活動に参加することをほとんど意味がないだろう、と判断してしまうのである¹⁾。現在の日本において投票率を次第に低下させていく第1の要因こそ、合理的に民意を反映させることを阻害している「小選挙区制」という「政治制度」なのである。

この小選挙区制はその恩恵に与った「有権者少数派政府」の安倍政権を生み出すことを許したのであるが、そのことによってさらなる問題が浮上する。それは、今回の総選挙後の政治のプロセスが明らかにしているように、安倍政権が有権者多数派の政治的、社会的、生活上の主張や要求を斟酌せず、政治的、経済的、社会的、それに生活全般に関わる自らの主張を強引に押し通そうとしていることから、個々の市民の共通する経済的、社会的、政治的な意識によって支えられているさまざまな共通の社会制度の基盤が危険に晒されるのではないかと、との不安である。そしてこの不安の根底には、市民生活の基礎を成す国民主権と民主主義が、したがってまたシチズンシップが、危機に晒されるのではないかとこの危惧が存在しているように私には思えるのである。イギリスの政治学者キース・フォークスはこう述べている²⁾。

民主主義は、(人びとを社会的に排除しない) 社会包摂的な性格を持ち続けるのであれば、ゼロサム・ゲームに没頭するようなことはあり得ないのである。そうであればこそ、われわれは(政治や政府が)社会のさまざまな声に耳を傾けて斟酌するよう期待するし、また可能な限り社会包摂的であるよう期待しないではいられないであろう。そしてこのことは市民権や政治的権利を尊重していくことに必ずや繋がっていく

であろう。

本稿は、フォークスのこの主張と相容れない政治姿勢を取っている有権者少数派安倍政権と自民党の—国家権力を拘束するのではなく国民を拘束し、また国民主権と民主主義を、したがってまたシチズンシップを危機に晒す—「日本国憲法改正草案」を念頭に置きながら、シチズンシップと国民主権との関係に論及し、以って日本社会における「シチズンシップ」意識のあり方を示唆しようとするものである。

シチズンシップと自民党の「改正草案」

自民党および安倍首相は「国民主権」を好まないようである。というのは、彼らは専ら—「憲法改正」の戦略として—憲法第96条の「国会の発議要件緩和」（総議員の「3分の2」から単純多数決の「2分の1」に緩和）を主張しているものの、じつは、その本音は、国民主権を実質的に否定するための、「第1章・天皇」第1条、「第2章・戦争の放棄」第9条、「第3章・国民の権利及び義務」第11条、12条、13条、19条、21条、24条、それに「第10章・最高法規」第97条、99条などの改悪（自民党の草案では「改正」）にあるからだ。そこで本稿では主に現行の日本国憲法の第11条、12条、13条、21条、24条、そして97条に論及することで自民党と安倍政権の「現行憲法の改悪」が意図するところを探ってみることにしたい。

まず、基本的人権を規定している現行憲法の第97条について。自民党の「改正草案」では第97条がすべて削除されている。私には、憲法が「基本的人権を国民に保障する」と述べている97条を「改正草案」が全文削除している、というこの事実だけを取ってみても、自民党と安倍政権の「基本的人権や市民権の抑制の意図」と「歴史認識の欠如」とが透けて見えるのである。97条を全文削除した一つの意図は、第1条で天皇を「元首」と位置づけ、第3条で国旗を「日章旗」、国歌を「君が代」としてこれらを「尊重しなければならない」と国民に義務づけることを正当化するためである。現行の日本国憲法前文と自民党の「改正草案」前文

を読み比べてみれば、このことが十分理解できる。現行憲法第97条の条文は次のものである。

この憲法が日本国民に保障する基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であって、これらの権利は、過去幾多の試練に堪へ、現在及び将来の国民に対し、侵すことのできない永久の権利として信託されたものである。

見られるように、この条文は、基本的人権こそ多くの人びとが長い歴史のなかで自由を求めて闘い取ってきた普遍的で全人類的な権利であり、したがって、基本的人権は自由の概念の広がりに伴って広がっていくことを示唆しているのであるから、「現在及び将来の国民に信託される永久の権利」だと断じている。日弁連の「意見書」が指摘しているように、第97条は「第3章・国民の権利及び義務」の第11条と共に、「基本的人権の尊重こそが憲法の最高法規性を実質的に裏付けるものであり」、したがって、民主主義政治の要諦であることを高らかに謳っているのである。第11条の条文はこうである。

国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。

ところが、「改正草案」では、「国民は、全ての基本的人権を享有する。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利である。」となっており、（…永久の権利として）「現在及び将来の国民に与えられる。」が削除されている。なぜ削除されたのか。思うに、一つは、自民党が権力支配的意識から基本的人権の概念的、理念のおよび現実的な広がりを忌避しようとしていること、もう一つは、「改正草案」の第12条と第13条にじつに危険な文言を書き込むためである。両者を並べて見てみるとそのことがよく分かる。

【現行憲法第12条】

この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなけ

ればならない。又、国民は、これを濫用してはならないのであって、常に公共の福祉のためにこれを利用する責任を負ふ。(下線は中川)

[改正草案第12条] (国民の責務)

この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力により、保持されなければならない。国民は、これを濫用してはならず、自由及び権利には責任及び義務が伴うことを自覚し、常に公益及び公の秩序に反してはならない。

(下線は「改正草案」)

[現行憲法第13条]

すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。(下線は中川)

[改正草案第13条] (人としての尊重)

全て国民は、人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公益及び公の秩序に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大限に尊重されなければならない。(下線は「改正草案」)

「改正草案」の第12条は、「自由及び権利には責任及び義務が伴う」という「権利と責任の二元法(論)」、すなわち、「権利と責任の対立」を前提にすることで、市民をして権利の行使を抑制させたり、あるいは市民が判断すべき責任のあり方を無視して、責任を果たすよう強制したりする「権力構造」を作りだそうとしている。本来、憲法には、「自由及び権利には責任及び義務が伴う」といった条文が挿入されるのではなく、「個人の権利の行使が個人の責任や義務を果たすことになる」という、「公共の福祉」に資するような「権利と責任の相補性」に基づく「自由及び権利」の享受と行使は、自治権を有する個人であり統治能力のある自律的な個人によってなされる、とのことを謳った条文が挿入されなければならないのである。なぜならば、シチズンシップには「権利と責任のまさにその特質は民主主義に基づいて取り決められなければならない」という理念が埋め込まれているからである。

「改正草案」になぜこのような権利抑制的な条

文が挿入されるのかと言え、多くの保守主義政治家がしばしばそうするように、社会サービスの受給権を責任や義務の履行に従属させることで、「対立する権利と責任」を再結合させようとするからであろう。保守主義政治家が、平等な権利は—その功罪に関係なく—「市民的秩序全体の安寧に役立たない誤った平等」である、としばしば主張するのも同じ次元の思考によるのである³⁾。

また、自民党の「改正草案」には、現行憲法の「公共の福祉のために」あるいは「公共の福祉に反しない」という言葉に換えて、「公益および公の秩序に反しない」という言葉がしばしば出てくるが、「公共の福祉」と「公益・公の秩序」とはまったく異なる言葉である。前者の「公共の福祉」にも、確かに「公共の福祉の名の下にあらゆる基本的人権の侵害が是認される危険性がある」し、また「居住・移転・職業選択の自由」(22条1項)と「財産権」(29条2項)が「公共の福祉による制限を受けることは、規定上明らかにされている」。さらにこの他に12条と13条の「公共の福祉」を根拠にした制約を受ける可能性もあるが、それでも、現行憲法は、総じて「民主主義の原理と基本権(基本的人権—中川)の意義に照らして厳格に解釈されなければならないと考えられている」⁴⁾のに対して、後者の「公益」と「公の秩序」はその時々政府や国家権力によってどのようにも考えられ、規定されてしまう危険性が極めて大きいのである。この点については、第21条と第24条について現行憲法と自民党の「改正草案」とを対照してみると一層明白になる。

[現行憲法第21条]

集会、結社及び言論、出版その他一切の表現の自由は、これを保障する。

検閲は、これをしてはならない。通信の秘密は、これを侵してはならない。(下線は中川)

[改正草案第21条] (表現の自由)

集会、結社および言論、出版その他一切の表現の自由は、保障する。

2 前項の規定にかかわらず、公益及び公の秩序を害することを目的とした活動を行い、並びにそれを目的として結社をすることは、認められない。(下線は「改正草案」)

3 検閲は、してはならない。通信の秘密は、侵してはならない。

[現行憲法第24条]

婚姻は、両性の合意のみに基いて成立し、夫婦が同等の権利を有することを基本として、相互の協力により、維持されなければならない。

配偶者の選択、財産権、相続、住居の選定、離婚並びに婚姻及び家族に関するその他の事項に関しては、法律は、個人の尊厳と両性の本質的平等に立脚して、制定されなければならない。

[改正草案第24条] (家族、婚姻等に関する基本原則)

家族は、社会の自然かつ基礎的な単位として、尊重される。家族は、互いに助け合わなければならない。 (下線は「改正草案」)

2 婚姻は、両性の合意に基づいて成立し、夫婦が同等の権利を有することを基本として、相互の協力により、維持されなければならない。

3 家族、扶養、後見、婚姻及び離婚、財産権、相続並びに親族に関するその他の事項に関しては、法律は、個人の尊厳と両性の本質的平等に立脚して、制定されなければならない。 (下線は「改正草案」)

「改正草案」の第21条は、現行憲法第21条を亡きものにしようとする以外の何ものでもない。ここで挿入されている2項の「公益及び公の秩序を害する」という曖昧で如何様にも解釈され得る基準は何を意味するのか、そしてその曖昧で如何様にも解釈され得る基準で、言論や出版それに「一切の表現」が「公=公権力=政府・国家」の利益と秩序に反すると判断されてしまえば、結社、言論や表現の自由、したがって思想の自由も亡くなってしまふのである。まして教科書などは「政府の主張」に即して書かれることは確実である、と考えて差し支えない。「改正草案」は出版、言論、表現の自由などに強い制約を設ける「反民主主義への先祖返り」であると言うべきである。

「改正草案」第24条の1項は—3項の扶養、後見、親族といった用語と関連させると—いかにも不自然な、しかし気づかぬよう忍び寄ってくる「家族制度」に基づく介護、すなわち、家族による高齢者介護や障害者介護を正当化するための新自由

主義的な「自己責任論」ではないのか、と思わせる条文である。これは、1985年5月にスコットランド国教会長老派総会においてミセス・サッチャーが行なった—そしてイギリス市民の怒りを呼んだ—あの有名な演説の一節にどこか似ている。彼女は、「イギリスには社会というようなものは存在しません。存在するのは個人としての男女と、それに家族なのです」(There is no such thing as society in Britain. There are individual men and women, and there are families)と公言したのである。彼女は、「イギリスには社会というようなものは存在しないのであるから、イギリス国民は自らの経済的、社会的、政治的な諸結果をすべからず自己責任として受け止めて対処せよ」との「自己責任論」を説いた心算であったのだろう。この演説の数年後にミセス・サッチャーは「家族をコアとする高齢者ケア」のための法律「コミュニティケア法」を成立させるのであるが、彼女の意図するところを見抜いていた市民は—その法律を逆手にとって—地域コミュニティをコアとするケア協同組合やケア事業体の社会的企業を設立して「コミュニティにおいて、コミュニティによってなされるケア」(care in community and by community)を実践し、在宅ケアやグループホーム・ケア方式に基づく高齢者ケアと障害者ケアなどの介護分野において大きな成果を生み出してきたのである。

その点で、「改正草案第」24条1項の「不自然な家族制度」が、もし高齢者介護・障害者介護を含む「介護・医療の新自由主義政策」を意図しているのであれば—サッチャー元首相を見做って—せめて地域社会(地域コミュニティ)にまでその範囲を広げなければならないだろう。ただ家族内で「相互に助け合う」だけではまったくの不十分であることを自民党は肝に銘じなければならない。なぜなら、民主主義社会においては、家族といえどもその一人ひとは、社会を構成する正当かつ対等平等な資格・権利を享受した個人として、したがってまた積極的な市民として、権利を行使するための社会的枠組みを創り出し、それを維持する役割を果たすよう求められるからである。われわれはこれを「参加の倫理」と呼んでいる。その意味で、人びとが、市民たる個人として「参加の倫理」を体現することをシチズンシップと称する

こともできるであろう。換言すれば、シチズンシップは、個人としての市民には「自分自身の生活について判断を下す能力のある」こと、したがってまた「コミュニティに貢献する能力がある」ことを承認することによって、市民である彼らに「個人の自治」を与えるのであって、この「個人の自治」が「権利を行使する人たちによる政治的行動の承認を常に意味する一連の諸権利に反映される」のである。かくして、人は一市民たる個人として一国家であろうと他の組織であろうと個人を支配しようとする強権的な「上意下達の承認受諾関係」とシチズンシップの際立った特徴である「参加の倫理」とを明確に区別するようになるのである。

ここまで論及してきて、私は「個人の諸権利」ではなく、主権者である「絶対君主の諸権利」に焦点を当てて絶対君主制を理論づけたトマス・ホッブズ（1588—1679）の政治思想を論じているフォークスの次の主張を思い起こした。自民党的「改正草案」思想がこれにじつによく当てはまるのである。フォークスはこう述べている⁵⁹。

ホッブズは参加型シチズンシップ論にきわめて懐疑的であった。それどころか、絶対主義権力に向けた主権者（絶対君主）の権利を擁護する彼のロジックは「シチズンシップの意識」のための概念的余地をほとんど残していない。その代わりに、シチズンシップと結びついた、コミュニティの共通の利害に対する責務が国家への全体的な服従に置き代えられるのである。すなわち、平時の人間的な触れ合いの基礎が無政府状態によって破壊されないよう保障し得るのはただ主権者（絶対君主）だけなのである。ホッブズは、個人にとっての唯一の「権利」は自己保存の権利であると述べているが、その権利は、結局のところ、いかなる有意義な意味においても権利でないことが分かる。何故なら、主権者（絶対君主）は生殺与奪権を有する、とのことをホッブズは容認しているからである。

こうして見てくると、私は、自民党的と安倍政権の「憲法感覚」がじつに古色蒼然としていることに改めて驚いたと言うべきか、われわれ市民が、

個人的にも社会的にも、基本的人権や民主主義の意識を世界的規模で「生活世界」に根づかせていく役割を担わなければならないこの時代に、以前に増してそのような憲法感覚を披露することをまったく理解できない。自民党的と安倍政権のこの古色蒼然たる憲法感覚は彼らの「改正草案」の前文と現行憲法の前文とを比較してみれば一目瞭然である。私には、前者は非歴史的、国家主義的、物質的で、総じて「反知性主義」⁶⁰的という点で一貫しているように思える。また現今の自民党的による実際の国際的、国内的な政治的行動を鑑みると⁷¹、「改正草案」前文の次の一節をわれわれはどのように理解すればよいのか、あまりの「反知性主義」に大いに戸惑うのである。「我が国は、先の大戦による荒廃や幾多の大災害を乗り越えて発展し、今や国際社会において重要な地位を占めており、平和主義の下、諸外国との友好関係を増進し、世界の平和と繁栄に貢献する。」（下線は中川）戦争（侵略戦争）と自然災害を区別できずに同一レベルのもののみならずその思考によって書かれたこの前文が何を言わんとしているのか、私には皆目理解できないのである。

自民党的と安倍政権のこのような「反知性主義」的憲法感覚の一つの重大な要因は、彼らにはシチズンシップ論が決定的に欠けている、ということである。一例として、現行憲法第13条の「すべて国民は、個人として尊重される」を「改正草案」が「全て国民は、人として尊重される」という抽象的表現に変えてしまったことを取り上げてみよう。なぜ「個人として」ではなく、「人として」に変えたのか、大いに問題である。これは、自民党的と安倍政権が、シチズンシップが近・現代の民主主義の基礎であることを無視していることから必然的にそうなったのだと言ってよい。

フォークスが論じているように、「シチズンシップは、疑いなく、社会の至るところで引き起こされる権利の侵害や不公正に異議を申し立てる理念として大きな潜在能力を持っている」のであるが、そのシチズンシップの及ぶ範囲を広げていったのは、自由主義が「平等と個人の権利を擁護することによって」なのである⁸¹。自民党的と安倍政権は、自由主義が果たしたこの役割に無関心であるので、徒に国民の具体的な諸権利に反撥して、

権利を享有する具体的な「個人」から、国家が国民に与える何らかの「安全」と引き換えに何らかの「自由」を手放す「抽象的個人」としての「人」に変えようとしているからである。しかしながら、自由主義の伝統にあっては、シチズンシップは何よりも「一連の個人的権利」と定義されているのであり、それ故にこそ、「権利を有することは個人の自治を意味する」のである⁹⁾。要するに、権利は個人によって享有されなければならないのである。したがって、現代において市民としての個人は積極的な市民として尊重されなければならないのである。

むすびに代えて：シチズンシップと国民主権

じつは、「改正草案」第13条の「人として尊重される」というこの文言は、シチズンシップの観点からすると、「国民主権」に関わる重大な問題でもある。というのは、シチズンシップは、「個人にはさまざまな権利を享有する資格があることを承認する理念」であり、また「個人には安定した統治を支える共同の責任があることを承認する理念」でもあるからである。シチズンシップはまた、受動的ではなく、能動的なステータスであって、国民を、「自治権を有する個人、統治能力のある自律的な個人として認めようとしなさい」いかなる強制力による支配とも相容れない理念であるからである。シチズンシップのこのような特徴的性格は、シチズンシップと民主主義が密接に関係していることを意味しているのである。

シチズンシップのコアは「自治・権利・責任・参加」である、としばしばそう私は主張してきた。本稿では、そのうちの自治について既に言及したので、ここで「権利と責任」について言及することで、「国民主権はシチズンシップと共にあることによって維持され、深化する」ことを論じることとする。

シチズンシップは、「権利と責任」が対立ではなく相補的な関係にあること、また「権利と責任」の相補的な関係は一既に言及した—「上意下達の承認受諾関係」を拒否する「参加の倫理」を求める。要するに、「権利と責任を結び合わす鍵」そ

れが参加の倫理なのである。このことについてはキース・フォークスの次の主張がヒントを与えてくれる¹⁰⁾。

シチズンシップが女性にとってより大きな意味を持つためには、シチズンシップの平等主義の価値がどうすれば私的領域の個人関係にも適用されるようになるのか、また子どもや他の扶養家族へのケアの不平等で一方的な負担が女性の肩にかからないようにして、どうすれば女性が市民として十分に（社会的な）参加ができるよう諸資源を手に入れ、それらを利用できるようになるのか、という問題にわれわれは取り組まなければならないのである。しかし、決定的に重要な点は、自由主義の伝統の中心をなす平等という理想が女性の自立の機会を広げてくれる推進力を女性に与えることが不可欠である、ということである。

この主張は、シチズンシップの「平等主義」という価値が女性に一方的な負担をかけることなく「家族のケア」を行うことを可能にし、そうすることで女性が社会的な諸活動に参加することを可能にするような機会を創り出すこと論じているのであるが、重要なことは、これら二つの可能性を実現するために「平等という理想」が「女性の自立」を実現する経済的、社会的、政治的な推進力を女性に与えること、このことが社会的に理解され認識されること、これである。これはまたヘーゲルの言う「承認の必要性」あるいは「承認を求める闘い」に他ならない。すなわち、ヘーゲルが主張するように、「個人は自らが他者によって承認されることではじめて幸福に導かれる」のであるから、「対等平等な人びとの間での相互の承認のための秩序」を形成する権利を国民は保障されなければならない、またその「相互の承認のための秩序」を維持し、深化させていく責任を国民たる個々の市民は履行するのである。こうして、権利と責任が相互に依存し、相互に補い合うのである。実際のところ、現代の女性にとっての「権利と責任の相補的關係」は、女性の自立のために平等を求める諸権利の行使が女性の家庭的、社会的な責任を履行し、かくして政治的、経済的な行為者と

しての女性を生み出すことになる。このように、われわれが日常生活において経験している参加の倫理は、権利と責任の相互依存を、したがってまた相補的關係を明らかにしてくれるのである。

このように、国民主権とは、「自治・権利・責任・参加」をコアとするシチズンシップが民主主義の前提条件として承認されることによって、国民が「平等という理想」を追求する闘いを「権力」が保障することに他ならないのである。最後に、フォークスの次の「シチズンシップ」論の一節を引用することで筆を擱くことにする（彼のシチズンシップ論は自民党の「改正草案」を圧倒するであろう）。

実際のところ、シチズンシップは民主主義の前提条件とみなされる。権利と責任が一たとえ公式的にはガバナンスの構成要素でないにしても—ガバナンスの民主的システムに必ず含まれるのは、民主主義には平等な「参加する権利」という理念が必ず伴うからである。民主主義はまた、例えば、「言論の自由」の権利、「結社の自由」の権利、それに「異議を唱える自由」の権利といった「意見の表明」に必要な市民権を伴う。逆に言えば、民主主義は政治的組織体としての国家のメンバーシップを「従属的身分」から「市民の身分」に、すなわち、シチズンシップに変えるのである。個人一人ひとりを自己統治することができる自治的で自律的な行為者と認識することによってはじめて、積極的なシチズンシップが可能となるのである。（中略）

（「真理の本性」が権利を求める）そのことが論理的に含意していることは、大多数の人たちが共に生活できるよう差異を認識し、民主主義の諸制度をそのための政策決定に辿り着く唯一可能な方法として擁護することなのである。民主主義は普遍的な真理を達成しようとするのではない。そうではなく、民主主義は多様な市民同士の間の関係を築いていこうと努力することなのである。¹¹⁾

注

1) Keith Faulks, *Citizenship*, Routledge, 2000, p.112. (中川雄一郎訳『シチズンシップ』日本経済評論社、2011

年、p.166.)

2) *Ibid.*, p.112. (同上、p.166.)

3) *Ibid.*, p.70. (同上、p.102.)

4) 『社会福祉辞典』大月書店、2003年、p.133. なお、「福祉」の概念については次のように大まかに説明できよう。「人々の生活の望ましい状態をさして規定される場合と、生活問題の予防・解決をめざす制度・政策としての社会福祉を略称して規定される場合がある。

(特に前者の場合) 従来、最低の生活水準を指示する概念として、その水準以下の状態を否定的に評価するために用いられたが、次第に、社会のすべての成員が最低生活水準以上のより向上した生活を営むべき理念として、幸福、満足、最適性とほぼ同義に、厚生経済学での厚生概念に近い形でも用いられるようになった。その変化にともない、この概念は単に生活水準だけでなく、生活機会、生活の質、ライフスタイルなどの側面も含み、多次的に構成されると考える論者もいる」(見田宗助・栗原彬・田中義久編『縮刷版・社会学辞典』弘文堂、1994年、pp.757-758.)

5) Keith Faulks, *op.cit.*, p.22. (中川雄一郎訳、前掲書、p.32.)

6) 石川健治「立憲国家への反逆に動く議会政治家たちの真に戦慄すべき事態」(朝日新聞「オピニオン」、2013年5月3日付け朝刊)

7) 例えば、安倍首相の供物奉納、自民党国会議員を中心とする「靖国参拜」問題、核不拡散条約(NPT)再検討会議第2回準備委員会で提出された「核兵器の非人道性に関する共同声明」に「唯一の戦争被爆国」を掲げる日本政府が賛同を拒否(朝日新聞、2013年4月25日付夕刊)、「4・28主権回復式典」の強行(沖縄県では「4・28政府式典に抗議する『屈辱の日』沖縄大会」が開催される)それに日本軍による朝鮮侵略、中国侵略など侵略戦争を事実上否定、それに福島原発事故原因が究明されていないにもかかわらず、ベトナム、トルコ、サウジアラビアへの原発技術売り込み外交などである。

8) Keith Faulks, *op.cit.*, p.106. (中川雄一郎訳、前掲書、p.157.)

9) *Ibid.*, p.56. (同上、pp.82-83.)

10) *Ibid.*, p.61. (同上、p.89)

11) *Ibid.*, p.111. (同上、pp.164-165.)

(なかがわ ゆういちろう、研究所理事長・明治大学教授)

【事務局ニュース】 1・10周年記念懸賞論文・論考の募集

- ・内 容：非営利・協同セクターおよび、社会保障、医療、経営管理労働問題など、研究所の定款に掲げる目的に添った、人々の「いのちとくらし」に関わる社会的経済的的政治的分野について、また2011年東日本大震災および福島第一原発事故を受けて、東北地方のみならず日本社会全体の課題として、政治・経済・社会・生活等幅広い領域における復興再建の実践的・理論的内容についての論文・論考を募集します。
- ・応募資格：研究所の会員および団体会員の職員
- ・字 数：4,000～6,000字
- ・締 切：2013年9月30日（月）消印有効
- ・選 考：選考委員会による選考を行います。
最優秀賞（10万円）1人、優秀賞（5万円）2人、佳作（2万円）2人
- ・選考作品は10周年記念号に掲載

詳細は事務局へお問い合わせ下さい。

【事務局ニュース】 2・会員募集と定期購読のご案内

会員募集 「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の会員を募集しています。会員には正会員（個人・団体）と賛助会員（個人・団体）があり、入会金・年会費は以下のようになっています。また、機関誌『いのちとくらし研究所報』を追加購入される場合、会員価格でお求めいただけます。なお会員への機関誌送付部数は、団体正会員1口5部、個人正会員1口1部、団体賛助会員1口2部、個人賛助会員1口1部となっています。

○会員の種類

- ・正会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布され、総会での表決権があります。
- ・賛助会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布されます。

○会費（年会費）

	区 分	適 用	入会金	年会費(一口)
正会員	団体会員	団体・法人	10,000円	100,000円
	個人会員	個人	1,000円	5,000円
賛助会員	団体会員	団体・法人	なし	50,000円
	個人会員	個人	なし	3,000円

定期購読 機関誌定期購読の申し込みも受け付けています。季刊（年4冊）発行、年間購読の場合は研究所ニュースも送付いたします。また、会員の方には機関誌が送付されますが、会員価格で追加購入もできます。詳細は事務局までお問い合わせください。

- ・1冊のみの場合：
機関誌代 ￥1,000円＋送料
- ・年間購読の場合：
機関誌年4冊＋研究所ニュース＋送料
￥5,000円

人権や憲法をかたちだけにせず、権利主張するたたかいをつくる

インタビュアー：河添 誠

●憲法と弁護士、弁護士会

—— 宇都宮さんは、弁護士になられたときから憲法をずっと意識されていると思うのですが、宇都宮さんにとっての憲法というのはどういったものかということのお考えを改めてお聞かせいただければと思います。

宇都宮 私の仕事は弁護士ですので、弁護士というのは、弁護士法1条に「弁護士の使命」というのが書いてあるんですね。そこには基本的人権の擁護と社会正義の実現が弁護士の使命だと書いてあります。その基本的人権とは何なのかということを明確にしているのが憲法です。憲法が基本的人権を保障している。結局は弁護士の仕事というのは、憲法に基づいて、憲法が保障する基本的人権を実現できるように人権を侵害された人々を救済するというような仕事なので、だから、私は弁護士の仕事は今の憲法と直結しているし、そして憲法が土台になっていると考えています。

法律というのは下位規範なので、それが憲法の定めているいろんな人権保障とか、そういうことに合致しているかどうかということで法律の評価がされていくので、常にわれわれの仕事そのものが憲法にいつも立ち戻って活動をする。弁護士の活動の基本、原点みたいなものです。

—— 弁護士の世界はそうあるべきという宇都宮さんのお考えはあると思うのですが、現在の弁護士の全体の雰囲気というか、そういったところはどうでしょうか。

宇都宮 まず、今、弁護士と言ったのですが、弁護士、裁判官、検察官というのは法曹三者と言います。法曹三者もやっぱり、私は人権を守ることが基本にならなければおかしいと思っています。立法・司法・行政の三権分立中で、人権保障の

観点から立法府と行政をチェックするのが司法の役割なのだと思います。ちゃんと国民の人権が守られているかどうか、そういうことをチェックするのが司法、とくに裁判所の役割だろうと思っています。

実は弁護士法1条に、先ほど言った基本的人権の擁護と社会正義の実現が弁護士の使命であると明記されているのは、世界的にも珍しいと思います。日本の弁護士法が非常に格調高い内容を弁護士の使命として挙げているというのは、私はすばらしいことだと思っています。

日本の弁護士会というのは、強制加入制をとっています。どういう弁護士であっても、弁護士会に所属しないといけない。各都道府県に52の弁護士会がありまして、そこに所属すると同時に、日本弁護士連合会の会員にならなければいけない。弁護士会から離れたら、もう弁護士の仕事はできないわけです。

少し歴史的な話をしますと、弁護士の立場は、戦後になって戦前とは大きく変わったんですね。戦前、弁護士というのは国家のコントロール下、監督下に置かれていた。だから、弁護士の懲戒権は国が持っていました。国が気に入らない活動をやる弁護士は、国のほうから懲戒請求をして資格剥奪ができた。有名なのは布施辰治という弁護士です。

—— 戦前、朝鮮人民を支援した弁護士ですね。

宇都宮 布施弁護士は1929年8月に、検事局から東京控訴院に懲戒を申し立てられています、その原因になったのが、1928年3月15日の日本共産党に対する治安維持法による全国的な弾圧事件、3.15事件に関する大阪地方裁判所での彼の弁護活動を理由にして懲戒請求をして、最終的には、1932年11月に大審院で弁護士除名の判決が確定して、弁護士の資格を失っています。

それ以外にも戦前は、弁護士と弁護士会は国家、具体的には司法大臣の監督下に置かれていて、検事長は司法大臣の命により、またはその認可を受けて、国家の意に沿わない弁護士の懲戒を申し立てることができたし、司法大臣は弁護士会の総会の監察、決議の認可取り消し、議事停止などを行う権限を有していました。

このように、戦前の弁護士・弁護士会は、完全に国のコントロール下に置かれていました。その結果、国民の人権が守られなかった。こういう反省のもとに、戦後は、弁護士、弁護士会を国が監督する制度がなくなって、弁護士の資格剥奪というのは弁護士会しかできないという、弁護士自治を確立したのです。

実は、今のところ、司法書士、行政書士、税理士、公認会計士は、全部国家の監督下に置かれています。弁護士だけが監督下に置かれていないから、弁護士会としては、かなり自由に国家を批判できるような集団になっているわけです。

もちろん、弁護士全員が基本的人権の擁護活動をやっているかというのと、さまざまな弁護士がいるのも事実です。われわれのように多重債務者、クレジット・サラ金の被害者救済をやる弁護士もいれば、サラ金会社の顧問になる弁護士もいるし、労働事件で労働者側に立つ弁護士もいれば、企業側に立つ弁護士もいるわけです。また、イデオロギー的にも右から左までさまざまあります。

だけど、その弁護士法1条がある関係と、先輩方の戦後の積み重ねの伝統だと思うのですが、弁護士の世界は正論が通る世界ですね。建前として人権擁護のために必要だということであれば、弁護士会の決議に賛成せざるを得ないということです。

それから、弁護士の世界には、建前だけではなくて、本気で人権擁護活動をやっている弁護士に対しては、敬意をはらうという風土があるということです。

例えば、私たちは2006年に大きな貸金業法の改正をやりましたが、その前に、弁護士会の決議として、出資法の上限金利を引き下げて、グレーゾーン金利を撤廃すべきであるという提案をしたことがあります。当然、弁護士会の会員には、反対側の貸金業者の顧問弁護士もいるのですが、そう

いう提案が圧倒的多数で可決されるという世界ではあるわけです。

だから、弁護士会の運営として、正論を前面に押し出した政策を進めようと思ったら、やりやすいところがある。ただ、どの程度本気でやるかというのは、人によって、立場によって違いがあると思います。

2010年に、私が日弁連会長に選ばれたわけですが、私のようなクレジット・サラ金の被害者救済をするような弁護士が日弁連の会長になるということは、世界の弁護士会の中で非常にまれなケースだと思うのです。それは日本の弁護士会の特徴だと思います。

だから、日弁連でも、人権擁護を前面に掲げた活動を、非常にやりやすい環境にあります。弁護士会の決議などは常に憲法の観点とか、人権擁護の観点から出されていますから、かなりの確なものが出てくるわけです。

—— なるほど。その日弁連のとりくみをもっと進めようと、宇都宮さんが会長選に出られたと思うのですが、もっとも前進させたいと思われたことはどういうことなのでしょう。それから、自分がなられてから、どういう活動を意識されて、どういうふうにごこの日弁連を動かそうと思っておられたのでしょうか。

宇都宮 日弁連には、多分200ぐらい委員会があったのではないかと思います。いろんな委員会から上がってくる意見、あるいは日弁連が採択する意見書というのは、極めて憲法を踏まえた人権擁護の観点から、的確なものが出されています。

ただ、私たちのやってきたクレジット・サラ金の運動と比べると、これまでの日弁連の活動は大きく違っていました。私たちのやってきた運動では、サラ金の高金利を規制する、取り立てを規制する、過剰融資を規制するような運動をおこなって、立法を行い国の制度を変えて、多重債務者が生まれやすい社会に変えることをめざしました。私たちは決議というのは運動をやる出発点だと考えていますが、日弁連のいろいろな委員会の多くは、決議をやって終わりというところが多い

わけです。人権大会で素晴らしい決議をやるが、それで満足してしまっていました。

その象徴的なケースは、例えば、原子力政策の転換の決議でした。私が会長になった直後の2011年3月11日に東日本大震災と原子力事故が発生しました。それで日弁連でも、原発事故の被害者救済とか、原発の問題を突っ込んで議論するようになったのです。

そこで、いろいろ調べたら、1976年と1983年と2000年の人権大会で、原子力政策の転換の決議をあげている。人権大会というのは、年1回、開かれる日弁連の最大のイベントです。日弁連の場合は、福島第一原発事故の起こるかなり前から脱原発の決議をあげていたのです。

アメリカのスリーマイル島の事故が起こったのは1979年3月で、チェルノブイリが1986年4月ですから、1976年という、それらの事故のだいぶ以前から日弁連は脱原発の見解をもっていたということになります。ただ、決議をあげているだけなんです。脱原発の決議ができたというのは、当時から原発訴訟をやっている弁護士がいて、そういう人たちが日弁連の公害環境委員会の中に入っていたからです。ただ、そのときに、なぜ脱原発運動をやらなかったのか。もっと原子力政策の転換の運動を全国民に呼びかけて広げて、国の政策を転換させることができたら、福島第一原発の事故は防げたかもしれないわけです。

人権大会の決議だけで世の中が変わりはしないから、問題はそれを変えるような国民的な運動と、国家に対する働きかけをどうするかということが重要なわけです。

だから、私としてはそういう問題意識で、人権を守る具体的な運動をやろうと。運動をやるとしたら、日弁連の会員弁護士は3万2、3千人いるのですが、弁護士だけでは世の中は変わらないわけです。やはり国民的な運動を起こして、世論を味方につけて、国会や政府に対してアプローチしていくことが重要だと思いました。私が会長になったときは、貧困問題を解決する運動をおこなうために、すぐに貧困問題対策本部をつくりました。

それから、司法修習生の給費制の問題に取り組みました。1947年、新憲法下で三権分立の民主主義的な国家体制ができて、裁判官、検察官だけで

はなく、弁護士も司法の一翼を担う人材として位置づけられるようになりました。また、弁護士、裁判官、検察官の卵を司法修習生として国が国費で育成することになりました。

つまり、弁護士というのは、場合によっては国民の人権を守るために国家とたたかうときもあります。国に歯向かってくる者を助ける弁護士も司法制度を担う人材であると認めて、国費で育成するという大きな考え方の転換が戦後すぐにあったわけです。

それで戦後ずっと司法修習生には国費が投入されてきたのに、司法制度改革の一環として、私が日弁連会長になった2010年から給料を全部カットすることになるという計画になっていました。その一方で、司法修習生の間は、法律の専門家を育てるわけだから、修習専念義務が課されており、土日もアルバイトなんかをやってはいけないという制度でした。働くことを一切禁止して、給料は全額カットする。生活ができない修習生に対しては、お金のない人にはお金を貸すというような制度でしたから、これは経済的余裕のない人を法曹になりにくくする制度でした。これはとんでもないということで反対運動を始めるために、私が会長になるとすぐに給費制維持の対策本部をつくりました。

そのときも国民との結びつきが必要だということで、クレジット・サラ金問題の運動をやってきた消費者団体、労働団体などに呼びかけて、市民の権利を守るような法曹を育成するためにも、司法修習生の給与の支給継続が必要だという市民連絡会をつくってもらいました。それから、やはり当事者運動が重要だから、若い弁護士やロースクール生が、「ビギナーズネット」という運動団体をつくって、一緒に運動してもらいました。

それから、ほかの課題についてもできるだけ弁護士だけでやらないようにと指示しました。たとえば、取り調べの可視化の問題についても、冤罪にとりくんできた日本国民救援会、布川事件とか、足利事件などの冤罪事件の支援者団体、アムネスティ・インターナショナルなどをまとめて、市民連絡会をつくっていった。そういう運動という発想がこれまであまりなかったのです。

● 貧困問題と憲法

—— ところで、貧困の問題と憲法の問題というのは、世間的には別々のものという語られ方を多くされていると思います。ただ、宇都宮さんの場合、そこは相当強く結びついていると思うんですけれども。

宇都宮 貧困の問題については、象徴的なのは、憲法は25条で生存権保障をうたっているし、それを具体化したのが生活保護ですので、日本の社会保障というのはそれを基本に組み立てられなければいけないと思っていますね。

—— 運動としてはどうですか。宇都宮さんがこれまで反貧困の運動をされてきたときに、憲法を守る運動や、生かす運動など、そういったものと反貧困の課題とをどういうふうに結びつけようと意識された局面とか、具体的にあれば、少し伺いたいですか。

宇都宮 生活保護を申請するのは権利なのですが、権利を行使している人はごく少ないのが実態です。生活保護を受ける権利をもっている、実際に受けている人は約2割程度です。裁判闘争も重要だけど、裁判闘争は運動の一環であって、裁判闘争で勝つことも重要なのですが、それは一部にしすぎません。もっと重要なのは、そのことによって、生活保護に対する偏見がなくなったり、本当に利用すべき人が利用できるようになったりしているか、これが問題なわけです。日本の社会は、そういう状況には必ずしもなっていない。

たとえば、私たちが多重債務問題にとりくんだときは、最初は取り組む弁護士がいない状態から始めて、最終的には52弁護士すべてで多重債務相談窓口をつくったわけです。そして、弁護士会に行けば多重債務の相談ができる体制をつくったので、結果として、それが土台になって貸金業法の改正ができました。その結果、当時、多重債務者の数も減っていきました。2006年で5社以上借り入れは230万人いたのが、今、30万人ぐらいになっている。それから、1983年11月1日から貸金業規制法が施行されたのですが、当時の登録貸金

業者数は約4万業者ぐらい、今は2200業者に減ってきています。だから、多重債務の被害にあっていてる人が誰でも弁護士を利用できるようになっています。

ところが、生活保護問題がそうなっているかというと、そうっていないわけです。だから、貧困問題対策本部をつくって、全国各地でこの問題を取り上げて、多重債務相談と同じように生活保護の相談とか、労働相談ができる体制づくりをめざしました。

今、生活保護の権利行使できている人は、約2割で215万人ですから、残り8割の人が権利行使できれば、生活保護受給者はあと800万人も増えることになります。1000万人ぐらいが生活保護の申請をする社会であれば、生活保護に対する偏見などはかなりなくなっていくと思います。

だから、生活保護の権利行使のためにも偏見を取り除いていくような運動をしなければいけない。生活保護を受けてはいないけれど生活が苦しく、生活保護が受給できるのに我慢している低所得者層の人たちが、一番、生活保護受給者に対する偏見を持っている。

極端なケースでは、兵庫県小野市のように、生活保護受給者がパチンコをやっているのを市民が見たら通報するというような条例を制定したところがあります。こういうような問題が起こっているのは、いかにこの国に憲法が定着していないかということを示しています。権利だと言うのですが、その権利の感覚がないわけです。

国会議員でも「生活保護をもらっているのは恥だと思わないから問題だ」と言う人がいます。生活保護が権利として十分に理解されていないことが問題です。学校でも憲法25条を知識として教えているけど、具体的な権利行使の仕方まで教えていません。生活保護の申請の仕方、どこに行き、どういう書類を出せばいいのか。申請が拒否されて、水際作戦に遭ったときに、どこに相談すればいいのか。こういうことをきっちり教えていないわけです。だから、生活保護が利用できる人でも、実際に申請する人が一部にとどまっている。権利の行使の仕方をきっちり教育していけば、孤立死とか餓死がなくなる可能性もあるわけです。

私は、憲法のテーマで講演することも多いので

すが、護憲運動に関しては、憲法改悪を反対するかどうかということも重要ですが、今ある憲法の人権規定を本当に定着させる運動こそ重要ではないかと思っています。だから、学校教育では憲法25条の具体化としての生活保護の申請の仕方、権利を行使する方法を当たり前のように教える、憲法28条の勤労者の団結権の具体化である労働組合づくりを教えなければだめなんだと思っています。

それから、憲法21条の集会、結社、表現の自由を教える場合は、デモのやり方、集会のやり方、ビラのまき方まで教えるべきであって、憲法21条を単に知識として知っているということだけでは、必ずしも憲法21条の人権が定着することにはならないのです。

だから、今までの護憲運動とか、「九条の会」の運動だけでは不十分なのではないか。あわせて憲法が定める基本的人権について具体的に権利行使する運動をもっと積み重ねていかないと、憲法を守る上においても大きな力が育たないのではないかと思っています。

憲法が定める基本的人権の権利行使を国民がみんなできるような状態になっているかどうか。それをするために、弁護士、弁護士会はどれだけ支援できるか、そこが重要であると思います。

ところが一方で、そういう活動は弁護士のやることではないと思っている弁護士もたくさんいるわけです。また、そういう人の相談を受けたこともない人がかなりいるわけです。それは、弁護士の頭でっかちなと言われるところです。

—— それは、弁護士は裁判を扱う人というような理解の仕方のほうが、伝統的には多かったということですか。

宇都宮 どちらかと言えば、そういうこともあったでしょうね。弁護士の仕事はあくまでも裁判が中心であるという位置づけだったのかもしれない。

—— 運動をやるなどというのは、あまり考えられないということでしょうか。

宇都宮 考えていた人もいるのではないかと思

うのだけど、今までの弁護士の活動スタイルとしては、個別に相談に来た人の権利を守るための裁判闘争を中心にやっていたと思うんです。それとは違って、私たちのやったクレジット・サラ金運動というのは、被害者を救済するために法改正を必要としたので、そのことをめざして、弁護士自身も運動を広げていったということですね。

—— そうですね。大きな成果をあげていきました。

宇都宮 それと、弁護士だけではだめで、当事者団体の組織化に成功しました。弁護士以外の集団との連携をつくり上げないと法改正運動はうまくいきませんから。

●なぜ都知事選の政策の柱に憲法を入れたのか

—— 宇都宮さんは、クレジット・サラ金の運動から反貧困の運動へつながって、さらに運動の延長線上で日弁連の会長として活動されてきたわけですけど、2012年には都知事選にも立候補されました。実際にたたかわれて、今どう思われているのでしょうか。それから、都知事選はこれだけ世の中が右にいつているときに、憲法問題をわざわざ掲げると票にならないのではないかという議論が相当ありました。しかし、宇都宮さんの立候補を支えた「人にやさしい東京をつくる会」は、その政策の「4つの柱」に、憲法を大きな柱のひとつとして掲げました。

宇都宮 都知事選の「4つの柱」の内のひとつは脱原発でした。日弁連会長時代に福島第一原発事故と遭遇して、被害者支援をやりながら、やはり日弁連ができなかった原子力政策の転換を都知事としてやりたいと思いました。もし、私が、いま、日弁連会長をやっているとしたら、憲法改悪反対対策本部と原子力政策の転換の脱原発のための対策本部はつくっていたと思います。その延長線上の問題として脱原発を都知事選でも訴えました。実は、原発の問題も、基本的には憲法と深く結びついているわけです。

一つは、ああいう原発によって、ふるさとを奪われて、家族がばらばらになって、仕事を奪われて、まさに憲法25条が保障する生存権が侵害されているわけです。しかも、原発を稼働させる中で産み出される高レベル放射性廃棄物は、将来世代の人間の生存権も危うくさせています。もちろん、生存権だけではなくて、憲法13条の幸福追求権、憲法29条の財産権、憲法22条の居住及び職業選択の自由など、さまざまな侵害などが起きています。震災が起こった後に、日弁連の定期総会で、東日本大震災と福島第一原発事故による被災者・被害者救済のための宣言を採択しましたが、この宣言の中では「人間の復興」こそが重視されなければならないと強調しました。

「人間の復興」は何なのかというと、憲法が保障する基本的人権を被災者・被害者が回復する、それが「人間の復興」なんだ。「人間の復興」こそが復興の中心にならないとだめなので、建物や道路などのインフラの整備、そういうことだけにかまけてはだめなんだということです。被災者、被害者が憲法の定める基本的人権を回復できているのかどうか、そこが重要だと考えました。反貧困というのは憲法25条の問題でもあるわけで、日の丸・君が代の強制問題は、思想、良心の自由、憲法19条の問題です。実は、都知事選で掲げた政策の「4つの柱」というのは、すべて憲法と絡んでいるのです。

それから、特に石原知事が2012年4月にアメリカに行って「尖閣諸島を購入する」と言い出して、それが伏線になって、野田内閣が2012年9月に国有化を発表しました。その結果、中国との関係が悪化しました。中国では反日デモがあって、尖閣をめぐるいろんな対立が激化して、この領土問題を契機に、国家主義とかナショナリズム的な傾向が非常に強くなっていきました。こうした流れで、軍事力の強化、集団的自衛権の行使の容認というのが出てきていました。そこで、むしろ、そういうことであれば今こそ平和憲法を守って、東京こそが平和都市宣言をしていくことが重要であることを訴えました。北京、ソウルと東京が平和都市会議を開いて、自治体レベルでの友好改善、関係改善を図っていく、アジアにおける平和的な環境をつくるという役割ですね。政治がきな臭くなる

なかで、この憲法を掲げるというのは、非常に重要になってきているのではないかと思います。

—— 今から見ると、現在、国政で焦点になっている問題を先取りしたような政策の柱になっているのではないかと思います。

宇都宮 安倍政権になって、全部、私が都知事選で掲げた政策方向と正反対の方向になっちゃっていますね。

●現在の改憲動向の問題点

—— そうですね。今、非常にきな臭い雰囲気になっています。安倍政権は憲法改正の中身を自民党改憲草案として出していますが、もう一方で、改憲の中身を問わずに、96条だけを改憲して、さらなる改憲へのハードルを下げようとしています。この改憲手法には維新の会なども積極的だというふうに報道されています。

宇都宮 2012年の都知事選と同時に行われた総選挙で安倍政権ができて、改憲勢力が衆議院の議席の3分の2を超えているということで、今度の参議院選挙の結果次第では、改憲が現実的な政治課題になったというふうに捉えなければいけません。

今の安倍政権は、集団的自衛権の行使については解釈改憲をやるようとしています。安保法制懇をつくって、国家安全保障基本法を制定させて、アメリカと一緒に戦争をやるようとする体制をつくらうようとしています。

それから、憲法改正の動きの問題として、生活保護制度改悪を突破口にして、社会保障制度全体の改悪をやるようとしています。これは、実質的な憲法25条の空洞化を図ろうとしているのではないかと、われわれは捉えるべきだと思うのです。

そのほか、東京と大阪の日の丸・君が代の強制や、教員に対する管理統制の強化、教育委員会を解体して、市長・教育長の権限を強化するとか、国定教科書づくりなども、こういう実質的な教育の改悪で、憲法改正の突破口的な役割をさせようとしていると思います。

憲法改悪が行われる前であっても、表現の自由に関してはデモ規制を始めているし、憲法が保障する基本的人権に対する骨抜き制限を進めようとしているということを、警戒しておく必要があります。

憲法改正の手続きを定めた憲法96条先行改正の問題ですが、これまでは、自民党は、96条先行改憲はあまり言っていませんでした。それが急浮上してきているのは、維新の会などが96条先行改憲に賛成しているの、一緒になって、96条改正を先行させる動きが強まっているのです。96条改憲のあとは、憲法9条を含む憲法全体の改悪です。改憲手続きを容易にさせようとしているのだけど、私たちは、憲法を勉強したときには、憲法には一つの理念と三つの原理があるというふうに習っています。

一つめの理念は立憲主義で、憲法というのは国家権力が暴走して、国民の人権が侵害されるのを防ぐために、国家権力を行使する人々にたがをはめている。そういうものだ。

三つの原理は、国民主権と基本的人権の尊重と恒久平和主義。憲法学者の中では、この三つの原理と一つの理念を変更するような憲法改正は、およそ認められないという説が支配的です。そういう立憲主義の理念から、改憲については国会の発議条件を一般の法律以上に厳しくしているわけで、それを緩やかにするというのは、そもそも立憲主義そのものを放棄することになりかねません。これが改正されれば、国会で多数派をとったら常に憲法改正の発議ができるようになってしまいます。そうすると、権力者の意のままに憲法を変えることが容易になるから、結局は立憲主義の理念を掘り崩す一つの突破口になっているわけです。

—— 大切なご指摘ですね。あくまでも私の印象ですが、学校で憲法を習ったときに、憲法の三原理というのは習った記憶がありますが、立憲主義を憲法の一つの基本理念というかたちでは、学校教育の中では教えていないのではないかと思います。

宇都宮 憲法学者は立憲主義の理念を重視するので、改憲論者の小林節さんですら、96条改憲に

ついては、立憲主義を壊すもので反対ということを行っているわけです。だから、これは非常に重要な点です。96条改憲が問題になってから、いろんなところで憲法学者の反対意見が出されています。ですから、いま、民主党の海江田さんなんかも立憲主義の理念から96条改憲反対という立場をとっています。

そういう意味では、自民党の改正草案が、どの程度そういう憲法論的な検討がなされたのか、ちょっと問題だと思っています。96条以外にも、立憲主義を象徴している条文があります。現行法では99条に「天皇又は摂政及び国務大臣、国会議員、裁判官その他の公務員は、この憲法を尊重し擁護する義務を負ふ。」つまり、立憲主義の象徴的な条文が99条で、ここでは、憲法の尊重擁護義務を負う名宛人として権力を行使する人だけを挙げているわけです。国民が入っていないわけ、国民は縛るものではないから。

ところが、自民党の「憲法改正草案」はこの102条で、「全て国民は、この憲法を尊重しなければならない」としています。国家権力を行使する人よりも前に国民の憲法尊重義務を強調しています。しかも、2項では、権力の行使者をあげているけれど、天皇と摂政を落としているわけです。

「国会議員、国務大臣、裁判官、その他の公務員は、この憲法を擁護する義務を負う」となっていて、天皇と摂政がはずれている。それは憲法改正草案で天皇を元首化したことと関係があるかもしれないけれど、いずれにしても立憲主義の考え方を放棄しようとしているということになります。

また、安倍首相は、外国では改憲手続きが簡単で何度も改憲がなされているが、日本では他国と比べて改憲手続きが厳格なために、改憲できずにいると主張していますが、間違っています。ほかの国も、憲法改正については、一般の法律をつくるよりも、はるかに厳しい改正条項になっていて、それをクリアして改正が行われているということ、正確に認識していないと思うんです。

こういう乱暴な議論で96条改憲先行論が打ち出されています。96条の後に来る憲法改正の中身について、あまり議論させないようにしているけど、やはり、その中身についての議論というのをやっていかないと、きわめて危ない。権力を縛る憲法

のはずが、権力の都合のいいような内容に、逆に国民を支配し、国民の人権を制約するような憲法に変えられる危険性があるということです。

●改憲の危機に対抗する運動

—— 改憲をめぐる戦後最大の危機ともいえる、非常に緊迫した情勢になっているわけですが、憲法を守る運動について、お考えがあればいかがいたいのですか。

宇都宮 まず、憲法改悪を阻止する運動が一つ重要です。7月の参議院選挙では、改憲派が3分の2を占めることがないよう護憲勢力を伸ばすことが重要です。それから、護憲のグループのイデオロギーや、政治的立場を超えたつながりをどう広げていくか。国会で改憲の発議がされても、国民投票があるわけです。万が一国会発議されたとしても、国民投票で勝ち切るような、次の段階も考えた運動を今からやっておく必要があると思います。そのためには、イデオロギーや政治的立場を超えた護憲運動のつながりをどう広げていくかが大切だと思います。

特に、今は公明党が96条改正や9条改正に慎重な対応をとっているのは、バックの創価学会の意向だと思います。公明党や創価学会などとの将来的な連携も視野に入れた運動をやっていく必要があると思います。

この前、キリスト教系の女性団体の集まりで憲法の問題を話してきたのですが、憲法を守る活動に非常に熱心です。そこで聞いたのですが、藤沢の「九条の会」は、創価学会の婦人部と一緒に集会をやる動きが出てきているそうです。これは極めて重要なことではないかと思っています。

それから、民主党の中でも改憲派と護憲派に分かれているのですが、その中で護憲派の力を強めるということと、選挙で改憲派を落としていくということが重要です。

また、改憲の意識が高まっている一方で、改憲問題についてのマスコミの報道も多くなり、国民も憲法に関心をもってきているので、立憲主義の問題など、いろんな憲法の原理・原則が変えられようとしているなど、憲法について国民的な議論

や運動をしやすい環境がつくられていっているのではないかなと思うんです。僕が憲法の講演に行っているところは、参加者が多くなっていると感じています。

5月3日は、愛媛県の憲法集会で講演したのですが、1000人ぐらい参加していました。もちろん、集会主催者も、憲法改悪反対の運動を少しでも広げようとがんばっているから、多くの市民が参加したわけですが。ちょうど同じ日に、日本会議が憲法改正を求める集会をぶつけてきていた。だけど、圧倒的に憲法改悪反対の集会のほうが参加者が多かったようですね。

その辺の運動をどうやるかということが非常に重要で、むしろ、改憲問題が出てきたから、憲法について改めて国民が考える機会が訪れていると思っています。立憲主義というのは、難しい言葉だけれど、みんなで1回ちゃんと憲法を考えようということについて、国民に広く訴えやすくなってきているのではないかと思います。

●権力行使としての生活保護申請運動

——反貧困の運動課題との関係ではどうでしょうか。

宇都宮 生活保護について権利を行使することが大切だと思います。生活保護に対する偏見をなくしていく世論づくりや、運動の広がりやが決定的に僕は重要だと思います。

生活保護の問題も、一面ではバッシングが強まっているようですが、もう一面では生活保護の利用者がどんどん増えていっている。ああ、生活を支えてくれる制度があるんだということを知る人が増えて、生活保護を利用する人が増えているわけです。これは非常に大きな意味があります。生活保護利用者が増えていることと、多重債務者が減っていることによって、生活に追いつめられる人が減っていると思います。このことが年間の自殺者が3万人を切ったことにも大きく貢献していると思います。こうやって、生活保護がじっさいに生活を支える大切な制度だということが広まっていけば、生活保護に対する偏見やバッシングも

減っていくと思いますね。生活保護を利用できる人が、もっと申請に行き利用することを支援して、生活保護の受給者を増やすことが大切ですね。

—— 生活保護の受給者が増えていることをプラスにきちんと位置付けることは大切なお指摘だと思いました。生活保護受給者が増えていることが貧困の広がりや指標としてだけ語られがちです。実際には、受給率が20%を割っているというようなことを前提にするならば、宇都宮さんが先ほどからおっしゃられているように、もっと何百万人も人、一千万人を超える人が受給申請して当然なんだということですね。当たり前なことなんですけど、改めて大切なことなんだと思います。

宇都宮 たとえば、ドイツでは、生活保護受給者は、全人口の9.7%で793万人の人が利用しています。生活に困窮したときに、あたりまえに生活保護を受ける社会になれば、偏見やバッシングなど起こらないわけです。

—— そうですね。日本で生活保護受給者は国民の1.6%ですから、格差は歴然としていますね。

宇都宮 生活保護をめぐる運動課題としては、裁判闘争は、朝日訴訟などのすばらしいたたかひの歴史もあって、これはこれで先進的な判例をとるたたかひとして続ける必要がありますが、同時に、生活保護の受給申請をどれだけ増やすかということ、すごく重要な運動として捉えるべきではないかと思っています。

それから、生活保護をとってよかったという積極的な話をたくさん知らせていくことも大切だと思います。弁護士の中にも、生活保護があったから、自分は夜間の大学だけ進学できて弁護士になれたという人もたくさんいます。たくさんの方が助けられている生活保護の良さを強調して、生活保護がいかに重要な制度かということをお訴えることも必要ですね。

あと貧困の問題では、非正規労働者の待遇改善のための支援が非常に重要ですね。その辺の問題をどうしていくかということ、この辺はまだ十分とりにくまれているところなんです。

—— 生活保護が不正受給などのネガティブな話としてしか語られていないのは、問題だと思います。本当は生活を支えて、それによって明るく生きていけた人がたくさんいるわけで、それを強調するというのが必要ですね。非正規労働者の待遇改善のためにも、非正規労働者自身が権利主張できるような支援が必要ですね。

宇都宮 貧困の課題も含めて人権の課題を具体的に実現するためにも、憲法をめぐる運動のあり方を変える必要があると思っています。もちろん、9条はとても重要なのですが、憲法が保障している一つ一つの基本的な人権の意味をもう1回勉強するということが大切だと思っています。また、同時に、一つ一つの基本的な人権を実質化させ、具体化させていくような運動の重要性を理解してもらうということが必要ではないかと思っています。このあたりが、まだまだ十分とりにくまれているのではないかと思います。立派な憲法はあるけれど、それを生かしてきれていないというか。

●司法を人権擁護の立場に変える

—— 憲法というと、多くの方がなんとなく文字だけのものというふうイメージしてしまうので、関心を持たないわけですが、実際の生活には大きな影響力を持つてくるということですね。そのためにも、それを実質化させるような運動と、それから学習も含めて必要だということ、改めて今日お話を伺って思いました。

宇都宮 本当はそういう憲法の人権保障の観点から法律の問題とか、行政の問題をチェックするのが司法の役割なのに、それが十分やられていないというのは大きな問題です。最近でいうと、東京大空襲訴訟で上告受理却下ですからね。非常に問題がありますね。だから、最高裁のあり方とか司法のあり方というのは、非常に問題があります。司法のあり方も、変えていかなければいけないと思います。

日本の司法の問題は、一つは、連合軍に占領されたときに、軍国主義に協力した人の公職追放が行われたのですが、軍人や特高警察、そういうと

ころに従事した人だけが追放されました。メディアで戦争協力した人や、あるいは治安維持法なんかを適用して弾圧に加担した裁判官などは追放していないわけです。そして、裁判所内部からもこのことを問題にする議論が起こらなかったことが問題です。

それと、日本は極東国際軍事裁判（いわゆる東京裁判）で、戦争に協力した軍人などは断罪されたけれど、日本国民として戦争責任の追及運動を十分広げることができなかったという問題は、深刻に受け止めなければいけません。その辺がドイツとの違いですね。ドイツは、今でもナチス協力者には時効がなく、見つかったら処罰される。それから、ドイツは裁判所の中でも、ナチスに協力した裁判官の批判運動が起きて、裁判官の中に裁判官組合ができています。原発反対や、米軍基地反対のデモや集会に参加する裁判官も多い。ドイツは憲法裁判所というのがあるのですが、戦後500件近くの違憲判断を出しています。ドイツは個人の尊厳、それから基本的人権を守る視点から司法が立法と行政をチェックする。だから、完成した原発についても稼働差し止めといった判決が最高裁で出るわけです。

——司法を憲法の規定する人権擁護の立場に変えるという大きな課題も運動にしていかなければいけませんね。

宇都宮 いずれにしても、憲法というのは、もちろん、今の憲法はすばらしいのだけれど、憲法で保障されている基本的人権一つ一つが日本の社会に定着しているかということ、まだまだ定着して

いない面があるのではないのでしょうか。このことは戦後のこれまでの闘い方の不十分さを反映しているとも言えます。むしろ、改憲の危機を機会にもう1回、国民が憲法の内容や精神を学んで、それを実質化させるたたかいを始めることが重要ではないかと思っています。

特に、権利や人権というのは他人から与えられるものではなく、たたかいとらないと、本当に自分のものにならないわけで、そういうたたかいを日本の社会として十分やってきたのかどうかということが問われていると思います。ピンチだけれど、ピンチをチャンスに変えるいい契機にはなっていると思います。憲法改悪反対運動をやる中で、憲法の内容について国民的議論が行われて、憲法の内容が社会に定着することになれば大きな意味があることだと思います。

—— 情勢は厳しく見なければいけないですね。

宇都宮 厳しいけれど、また日本の社会はなかなか正論が通りにくいけれど、長い目で見れば、正論は必ず理解されていくのではないかなと思っています。

—— 人権を守るたたかいを軸にすべての運動を組み替えていくという、今後の運動を考えるうえで、とても大切なお話をうかがえたと思います。長い時間ありがとうございました。

（うつのみや けんじ、弁護士・前日本弁護士連合会会長）
（2013年5月10日実施）

ドイツにおける看(介)護職養成・資格制度改革の経過に関する聞き取り調査報告

(中間報告)

濱島淑恵*・高木和美**・芦田麗子

(*は執筆者。**は研究代表者。)

1. 本研究の背景

日本における高齢者ケアの現場では、介護職の労働条件、社会的地位の低さ、離職率の高さと慢性的な人材不足等の深刻な問題が解決されず、固定化している現状がある。また近年では、高齢者ケアの現場（施設や居宅）における医行為のニーズ¹⁾がより一層増大しているが、不十分な看護職の配置基準のため、質・量ともに十分な医行為（医行為と看護は不可分であり、このことは高齢者ケアも例外ではない）を実施することが困難な現状が問題視されてきた。常態的に医療法上禁止されている無資格者による医行為が行われており、2000年代初頭から政府は、無資格者による医行為を認める通知行政を積み重ね（高木；2003）、2012年の社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、医師法第17条に拘わらず、介護福祉士が一定の研修・訓練を受けることで医行為の一部を行えるようにされた。医行為を伴わない看護について、1958年厚生省通知（8月25日付保険発第111号）における看護助手の業務は、「看護婦長及び看護職員の指導、監督の下に、病室内の環境整備、空床時のベッドメイキング、入浴の準備・後始末、食事の配膳・下膳・後始末等の身の廻りの世話、看護用品及び消耗品の整理整頓等患者の症状に直接かかわりのない範囲の業務を行うものであること」とされていた。これが1994年厚生省通知（8月5日付保険発第100号）で、「看護補助者は看護婦長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排せつ、入浴、移動

等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行う」とされ、従来無資格者には認められていなかった直接的な看護業務を看護補助者（あるいは看護助手）が大幅に担えることとされ、看護の質を保持するための歯止めが切り崩された（高木；1998、pp48-49）。そして今回の法改正では、喀痰吸引等を「日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの」と位置づけることで、介護職による医行為を合法化した。これは看護だけでなく医行為の質も希薄化させる政策である。

一方で「認定介護福祉士」の設置によるキャリアアップの可能性を探る議論も行われている。介護福祉士の業務範囲、看護と介護の役割分担、キャリアアップの問題が注目を集め、制度改革が進められつつあるととらえることもできるが、これらの方向性が高齢者の生命・健康・生活を守りうるような質・量ともに適切かつ十分なケアを提供しうるのか、また同時にケアの担い手の生命・健康・生活をも守りうる適切な条件下でそれが行われうるのか、という点については更なる議論が必要である。そもそも、看護労働と介護労働は同一労働ではないという考え方をもって各養成教育を分離することに合理性があるか、厳密な議論を要する。

このような情勢下、2000年代初頭にドイツで実施された看(介)護職の養成・資格制度の改革は日本国内でも注目を集め、これを紹介する先行研究は少なくない。但しこれらの先行研究はドイツ

における制度改革の紹介に止まっており、紹介された内容は日本の制度にあてはめた誤認も少なからずあり、ドイツにおける改革の意義・効果、課題等中身に関する十分な議論には至っていない。

ドイツでは特に1990年代から2000年代初頭に、日本と同様、高齢者の長期ケア施設での人材不足を抱え、高齢者ケアを主に担う「高齢者看護師」の労働条件及び社会的地位の低さ、キャリアアップの限界性、高齢者ケアの現場における医行為の必要性の問題が指摘され、これが看（介）護養成・資格制度改革の背景のひとつとなっている。この制度改革によるドイツの経験は、日本において介護職の養成および人材確保に関する問題を議論するに際し、重要な知見を与えるものであると考えられる。

そこで本研究チームは研究代表者高木和美が2005年に実施したドイツ調査を踏まえ、その後の制度改革の経過と現時点で指摘されている効果・意義、課題を把握し、日本における介護職養成・資格制度のあり方を検討する糸口とすることを目的として、2011年度および2013年度にドイツでの聞き取り調査を実施することとした。本報告はその中間報告であり、2011年11月の聞き取り調査から得られた情報について整理、確認を進めることとする。

2. ドイツにおける看（介）護職員養成・資格制度改革

（1）制度改革前的高齢者長期ケア職の資格

ドイツには看（介）護を担う専門職の資格として、疾病者看護師（Krankenpfleger）、小児（疾病者）看護師（Kinderkrankenpfleger）、高齢者看護師²⁾（Altenpfleger）の資格があるが、本研究では主に高齢者の長期ケアに携わる疾病者看護師と高齢者看護師に焦点を絞る。ここで制度改革が行われる以前の両資格について簡単にまとめておきたい。

まず「疾病者看護師」は国家資格であり、医師による治療の補助を行うことができ、主に病院で就労している。高齢者の長期ケア施設、訪問サービスの職場で就労することも可能である。高齢者の長期ケア施設では全ケア職員の50%以上が看護

師（高齢者看護師または疾病者看護師）でなければならないため³⁾、高齢者の長期ケア施設で就労している疾病者看護師も少なくない。

次に「高齢者看護師」についてであるが、これは州法に基づく州資格であったため、教育内容、教育年数、授業時間数等は州によって異なっていた。総じて授業時間数は疾病者看護師より短く、基礎的な医療・看護に関する教育は受けるものの、医師による治療の補助を行うのに十分な内容ではなく、主な就労先は高齢者の長期ケア施設もしくは在宅サービス部門であった。病院での就労も可能ではあったが、就労できる病棟は限られていた。

高齢者看護師は疾病者看護師に比べ、労働条件、キャリアアップの条件が整っておらず、社会的地位も低く見られていた。それに加え、医行為の必要性が増す現場の業務に適合していない教育内容の不十分さも指摘されていた。それらを背景として高齢者長期ケア施設では高齢者看護師の定着率の低さ、看護師不足の問題が生じていた（高木；2005・2011）。

（2）高齢者看護師の養成・資格制度改革とその背景

2000年、「高齢者看護の職業に関する法律（Gesetz über die Berufe in der Altenpflege）」（以下、高齢者看護師法⁴⁾）が連邦議会で可決された。但し、バイエルン州が、州法に介入する本法律は憲法違反であるとの訴えを起し、これにより連邦憲法裁判が行われた。そのため本法律の執行は判決後の2003年となった。

ここでは、「高齢者看護師」は「疾病者看護師」と同じ連邦法に定められる「看護師」とされ、教育・訓練時間の底上げが行われた（高木、2005・2011）。そして、ケアを担う専門職である小児疾病者看護師・疾病者看護師・高齢者看護師の3資格の養成教育に関する、ジェネラル化（年齢等によりタテワリの資格を設け、養成教育もタテワリに行われていたものの統合化）、アカデミー化（大学教育化または学士教育の方向）に歩みを進めることになった。

この2000年初頭より始まり、現在ドイツで進められている制度改革の背景としては、本研究代表者の高木和美が2005年度に行ったドイツ調査、及

び他の先行研究を踏まえると、以下の点が挙げられる(保住;2009,松本;2011,高木;2005・2011)。

第1に、高齢者長期ケア施設で提供される「ケアの質」の問題がある。ドイツにおいても高齢者長期ケア施設では常時「医行為」が不可欠となっており、実際、高齢者看護師もそれを行っていた。しかしながら、上述したように、高齢者看護師はそれを遂行しうる疾病者看護師と同等の教育訓練を受けているわけではなく、また、州ごとの養成カリキュラム・養成時間にバラつきがあったため、一定水準以上のケアをどの高齢者看護師も遂行する、ということが困難な現実があった。さらに、裁判では「看護・ケアの本質」に関する議論が科学的根拠をもとに徹底的に行われた。そこで疾病者看護師、小児疾病者看護師、高齢者看護師の業務内容は別々の職業とはいえないこと、実際の現場でも分業して連携するといった関係にはなく近接・重複していること、基本的にいずれの職員も看護教育を必要としていることが指摘された。つまり、これらの看護師が行っている業務はどのような行為も本質的に同じ労働であること、そして「全人的ケア」として提供されるべきものであることが判決で確認された。

第2に、高齢者看護師の労働上の問題と施設での人材不足の問題が指摘されている。高齢者看護師は、その業務内容が他の看護師と基本的に同一であるにも関わらず、養成教育の内容、労働条件、キャリアアップの条件が整っておらず、社会的評価(例えば賃金格付け)も低い状態に置かれていた。そのため、高齢者長期ケア施設では慢性的な看護師不足が起こっており、その確保が急務であった。

第3に、EU内での国際的な労働力移動の円滑化の問題がある。従来の養成・資格制度に基づく「高齢者看護師」は「看護師」として認められないため、看護師としてEU内の他国で働くことができない。国境を越えて就労する場合にはより複雑な手続きを経て、看護師以外の労働者とされる⁵⁾。

以上のような諸問題に対する対策として、ドイツでは、看護師資格を国家資格のみとし、全ての看護師養成教育は、看護学を基礎とし(州資格の時代から看護学を基礎としていたが、到達水準は州ごとにバラバラであった)、補助者が看護師教

育課程に入る条件を整備し、国家資格取得の諸条件をEU加盟国の基準にあわせるため、ジェネラル化・アカデミー化を図ることになった。

3. 2005年ドイツ調査の成果

ドイツにおける制度改革の開始後、2005年6月に高木和美はドイツにおいて看(介)護職養成・資格制度改革に関する政府・各種団体関係者、研究者に対する聞き取り調査を実施した。そこで、以下の点を確認した(高木;2005,2011)。

第1に、最も基本的な看護は高齢者看護師の業務にこそ存在している点、疾病者看護師は診療の補助業務にシフトされてしまうが、それに重ねて看護も求められており(看護は、診療の補助と統一的に遂行される)、疾病者看護師と高齢者看護師を分ける理由は見当たらないという点が、高齢者看護師法制定までの議論の中で確認されてきた。

第2に、連邦憲法裁判の判決において、高齢者看護師、疾病者看護師ともに「全人的ケア」が求められること、高齢者長期ケア施設での医行為の必要性は増しており、実際に医行為は多くの高齢者看護師が担っており、今後とも求められる業務であること、高齢者看護師の養成教育時間のレベルの引き上げ(連邦における質の担保)とそのための疾病者看護師と高齢者看護師、小児疾病者看護師の統合教育を実現させることが明示された。

また、その後の動きとして、高齢者看護師および疾病者看護師のタリフ⁶⁾が統一され、格差が是正されるという労働条件の変化が起こっていること⁷⁾、そして、ジェネラル化には様々な方法が考えられており、数多くのモデルプロジェクトが各地で動き始めていることが確認された。

4. 2011年ドイツ聞き取り調査の概要

(1) 調査の目的

2011年の聞き取り調査の目的は、これまでの調査・研究では明らかにされていない看(介)護職員養成・資格制度改革の経過、現段階での意義・効果、課題を明らかにし、ドイツにおける議論の方向性を理解することである。そして2013年度

に予定しているドイツ調査に必要な基礎的情報を入手することである。

(2) 調査対象者と質問項目

1) 調査対象者

4名に対して聞き取り調査を行った。氏名、所属およびバックグラウンドを以下に示す。この4名の聞き取り対象者は、我々の研究テーマと2011年11月に調査したい項目をトーマス・クリー氏（フライブルグ・プロテスタント専門大学教授）に送り、調査に同意を得られる方々のリストをいただき、そのうち、我々の限られた調査期間の中で、我々から個別に送付した依頼状をみて、時間を取ることが可能であった方々である。彼らのバックグラウンドを聞くことはドイツにおける看護職員のキャリアアップの実例を調査する意味で我々にとって重要であった。

①連邦看護協会・広報担当（Deutscher Berufsverband pflegeberufe）クヌッペル氏（Johanna Knüppel）

ハノーバーの医療機関で30年間疾病者看護師として勤め、10年間職業政策に関わった。ベルリンの看護協会（高齢者看護師も含む）は勤務7年目であり、現在は専門機関誌の編集およびスポークスマンを担当している。看護師の職業教育を3年間受け、その後、様々な病院で看護師として働いてきたが、その間、継続教育、中級管理職の教育も受けた。看護の仕事をしておよそ20年後、単科大学で健康経済の教育を受けた。「看護協会」という職場では編集、書く、読む、発表するための知識・技術を学んできた。財源によって看護の質、内容が変えられることに疑問を感じていた時、看護協会に働く機会を得て、現在に至っている。

②連邦健康省看護問題オンブズパーソン（Ombudsraubeim Bundesgesundheitsministerium für Fragen der Pflege）

バイキルヒ氏（Elisabeth Beikirch）

連邦健康省の看護問題および看護の脱官僚化のためのオンブズパーソンである。小児疾病者看護師資格を有している。どこへ行っても看護職員的位置づけ等の矛盾を感じ、看護職員が政治に参加する必要性を強く感じていたが、ベルリンで小児

疾病者看護師として働いた時、健康保険関係機関との関係を築き、その内部にまで入り込むことが可能になった。州の行政機関とのつながりを築いていく中で、東西ドイツの看護システムの統合を体験し、また看護職業のクオリティの発展に関する諮問委員として、看護のプロフェッショナル化に長く取り組んできた。

③カリタス会専門連盟連盟長（Kathorischer Krankenhauesverband DeutschlandseV.）シュナイダーハン氏（Angela Schneiderhan）

約500の病院が加入しているカリタス連盟の連盟長（組織のトップ2）。一般的に、大きな組織のトップには、50歳台くらいの男性が多く、シュナイダーハン氏のように若い女性が就いているのは珍しいとのことである。また、カリタス連盟の本部はフライブルクにあるが、活動の拠点はベルリンであり、そこでは主に政治的な活動をしているとのことである。カリタスはドイツで一番大きな看護教育機関であるとシュナイダーハン氏は言っている。専門職の教育を全く受けずに16歳から高齢者のケアを始め、その後小児看護の教育を受けるため、関連の現場で働きつつ学び始めたが1年たった時点で賃金等の条件が悪かったため、大学へ行き看護マネジメントや経済を学んだ。その後、病院での勤務を経てカリタス会へ入り、小規模から大規模まで様々な病院で勤務し、最終的には小規模病院のトップとなり、現在に至っている。

④労働者福祉連盟・暮らしと看護公益有限会社労働者センター・ゼールツエハウス「アルタークルーグ」入居棟主任看護部長（Arbeiterwohlfahrt Wohnen&Pflegen gGmbH Seniorenzentrum, WohnbereichsleitungPflegeleitung。2011年の調査時点）；岡田澄子氏

ドイツ在住。2011年度のドイツ調査および2005年度の高木和美によるドイツ調査の通訳者。高齢者看護師の資格を有する。ドイツの高齢者長期ケア施設に長年勤務し、現在は看護部長を務める。2002年度に日本で修士号を取得している。

2) 質問項目

最初に調査対象者のキャリアについて質問し、

その後主に以下の3点について質問を行った。なお、岡田氏については、ドイツにおける看(介)護職養成・資格制度に関する基礎的情報、他の3名の聞き取り結果を補足する事柄について聞き取りを行った。

- ①ドイツで進みつつある疾病者看護師、小児疾病者看護師、高齢者看護師のジェネラル化の状況と課題、意義、看護職業像全体における医療業務の位置について
- ②看護師の雇用・労働条件の現状、変化について(今後どう変わっていくべきか、職員配置水準、賃金、就業形態、キャリアアップなどの現状と展望)
- ③看護のクオリティー確保のための監査、記録、他の業務とのバランスについて

(3) 調査期間

調査期間は2011年11月5日～11日である。

(4) 調査方法

通訳として岡田澄子氏(2005年度ドイツ調査でも通訳を依頼しており、今回も事前にメールで入念な打ち合わせを行い、我々の調査の背景・目的について十分に理解している)を介し、調査員2名(高木和美、濱島淑恵)が質問項目3点を中心に聞き取りを行った。調査対象者には事前にこれらの質問項目をメールで送り、資料等の準備を依頼しておいた。

5. 2011年ドイツ聞き取り調査の結果

今回の聞き取り調査によって確認された要点を以下に示す。

(1) ジェネラル化、アカデミー化による「ケアの質の向上」、「科学的根拠に基づいた全人的ケアの実現」に向けた取り組みについて

第1に、ジェネラル化(年齢等によりタテワリの資格を設け、養成教育もタテワリに行われていたものの統合化)およびアカデミー化(大学教育化または学士教育の方向)を行うことはドイツ国内では既に意見の一致をみており、今回の調査対

象者全てがジェネラル化の必要性を明言し、専門職の行う看護は、包括的で客観的な根拠に基づく労働とみなし、科学的根拠に基づいた全人的ケアの実現に対する強い意志がみられた。例えば、看護協会のクヌッペル氏は、EU内での労働力移動の円滑化の必要性を念頭に置きながら、科学的根拠に基づいたケア実施の不十分さ、高齢者看護師が展望を持って高齢者長期ケア施設でケアの質を高めていくことの必要性を指摘し、ジェネラル化およびアカデミー化が不可欠であるとの見解を示した。また、カリタス会のシュナイダーハン氏は、カリタス会として「看護師養成教育はジェネラル化すべき」との提言を行っており、包括的ケアを担える力量を身につけた小児・高齢・疾病、全てを把握できる看護師が必要であること、そうすることで職場移動の道も開ける⁸⁾ことを指摘した。

今回の聞き取り調査では、専門職員の行う看護とは、科学的根拠に基づく全人的ケアであるという認識が大前提となり、それを実現するために各機関・組織が積極的に取り組む姿勢がみられた。ここでいう看護には当然高齢者の長期ケアも含まれる。付け焼き刃的に簡単な研修を受けさせ、医行為を介護職に担わせようとする日本との違いが明確に出ていると言えよう⁹⁾。

第2に、ジェネラル化のモデルプロジェクトに関する報告書が出されており、そこでジェネラル化の効果が指摘されていることを、看護協会のクヌッペル氏への聞き取りで確認した。その効果として、ジェネラル化された教育を修了した者は、働き始めたばかりの時は戸惑うが、かれらはそれをすぐに自ら克服できること、また幅広い知識、応用力が身につけているためできる行為が幅広いことが挙げられていた。他方、クヌッペル氏は、全人的ケアを実施することは難しく、全人的ケアをしたくてもできないという労働現場の現実、自分の想像、やりたいことと違うという現実にショックを受け、疾病者看護師、高齢者看護師の初級教育を始めた学生や資格を取得し仕事を始めた人達がすぐにやめてしまう、という「アリタスショック」(日常のショック)が以前から起こっていると語っていた。それを踏まえると、ジェネラル化された教育を修了した者はそのような状況、事態に直面しても乗り越える能力を備えていると理

解できる。

第3に、看護師養成を行う「教員の質」も重視されており、大学で学び、学位を有する者、いわば学問として看護を学び、科学的な根拠に基づいた体系化された看護を教授しうる者でなければならないという認識がみられた。修士や博士の資格取得が必要とまでは言わず、大学教育を受けた者が必要とのことである。看護協会のクヌッペル氏は、高齢者看護師のケアの質の向上に関連して、専門学校校長の条件は、「教育関連の学部」を出た「学士」とされたと述べた。また、カリタス会のシュナイダーハン氏は、教員になる者は、過去には向上教育を受けた者が多かったが、最終的には全ての教師が学位をもたなければいけなくなるであろう、としている。そして、「学位は職業教育とは異なる。アカデミーである。」と表現していた。これらの発言からも看護を科学的根拠に基づいたものとする認識、そして科学的根拠に基づく全人的ケアの実現に向けた強い意志が見受けられる。

第4に、ケアの質を確保するための記録・書類（看護記録や法務省とMDK¹⁰によるダブル監査のための書類）の作成が逆に足かせになっているという問題が生じていることが確認された。連邦健康省内に実務室を持つ看護問題オンブズパーソンのバイキルヒ氏は、看護の質を向上させる趣旨で行われる監査が看護職員を記録作業に追い立てているとし、今後は書類作成の簡素化を進める必要性があると指摘していた。さらにバイキルヒ氏は、審査・監査者側の力が強くなりすぎており、この問題はいわば「看護と権力の問題」でもあると語った。他方、岡田氏は監査に追われるのは確かだが、例えばMDKが施設を訪れた時、いろいろ相談ののってもらい、MDKの助言を生かし施設でのケア体制を向上させた経験もあると語った。

（2）労働条件、社会的地位の改善及び現場での専門職不足の解消について

高齢者看護師と疾病者看護師の賃金表が統一されたものの、調査時点では、実際に高齢者看護師の労働条件及び社会的地位が改善され、高齢者長期ケア施設の看護師不足が解消されているとはいえない状況であることが聞き取りにより確認され

た。

その背景・理由のひとつとして、そもそも病院の方が高齢者長期ケア施設よりも給与が良いという現状があるとのことであった。すなわち病院の多くは公立であり、公務員の看護職員のタリフに基づいているが、高齢者長期ケア施設はタリフではなく事業所独自の賃金モデルを採用している民間団体や企業の経営による所が多く、その場合、タリフよりも低い賃金設定になっていることが通常である。すると、ジェネラル化によってどこでも働けるようになった看護師は比較的給与の良い病院へ流れ、高齢者長期ケア施設はより看護師不足になる可能性がある、ということである。看護協会のクヌッペル氏もこの点を指摘し、高齢者看護の現場で働く専門職員（疾病者看護師、高齢者看護師）は減少すると予測していた。但し、この問題状況はジェネラル化によって起こったことではなく、これまでも起こっていることであり、分けて考える必要があるとの認識を示していた。また、カリタス会のシュナイダーハン氏は、近年、激化する事業所間の競争が病院、高齢者長期ケア施設をコスト削減に走らせ、看護従事者の最低賃金¹¹を割ることはないものの、特に競争の激しい高齢者長期ケア施設やソーシャルステーションでは看護師の労働条件に大きな打撃が生じてであろうと予測している。そして、ジェネラル化すると、病院の方が賃金が高く、職場の移動可能性が高いため、高齢者看護師を必要とする領域が危機に陥る可能性があることをクヌッペル氏同様に指摘していた。しかしながら、ジェネラル化は看護師の流動化を起こすものであり、疾病者看護師が高齢者看護の現場へ行く場合もあるとの推測も示した。両氏ともに、介護保険財源にも規定され、高齢者長期ケア施設における看護師の労働条件の改善は見込めず、看護師不足も維持される可能性を指摘しているが、それをジェネラル化を否定する根拠と認識していない点に注目したい。

また、高齢者看護師の労働条件において改善がみられない理由として、経営者側の「意識」の問題も背景にあることがカリタス会のシュナイダーハン氏によって指摘された。すなわち、経営者はその者が修得している「知識・技術」ではなく、「何をするか」という「表面的な行為」にしか意

識が及ばないため、表面上「同じ業務」をしているのであれば学士を有していても高い賃金を支払う必要はないという価値意識があり、むしろ大学を出た看護師は必要以上の知識を有しているとみなし、積極的に雇おうとしない場合もある、とのことであり、経営者側の意識改革の必要性が指摘されていた。

(3) 向上教育、キャリアアップについて

向上教育とその先にあるキャリアアップについても、看護師をより魅力的な資格、職業とするため力を入れている姿勢がみられたが、従来から、向上教育を個人の責任で行うものではなく、労働条件の一環として位置づけ、職場の責任としてそれに取り組むことを当然のこととする労働環境が一般化されている点が特徴的であった。

カリタス会のシュナイダーハン氏によると、向上教育のひとつに集中治療、麻酔、痛み、傷のケアについて専門的な知識・技術を修得する「スペシャリゼーション」があるが、その高額な教育費を労働者のみが負担することは困難であるため、カリタス会では、労働者と使用者との間で双方の負担割合を決めているとのことであった。さらにカリタス会としてスペシャリゼーション教育の提供も行っているとのことであった。

また、岡田氏は自分の職場について、施設側と職員とで話し合いを行い、それぞれの家族的責任の事情や向上教育を受ける条件（曜日、時間帯）に合わせて、正規雇用のままで柔軟にシフトを組むのが通常であり、それによって給与も決定されると説明した。

さらに、カリタス会では看護職業教育について、ジェネラル化の必要性とともに「向上教育整備の必要性」を提言しているとのことであった。ドイツはアメリカと比べると看護師のキャリアアップの可能性が非常に狭いことを問題点として挙げ、袋小路ではなく、突き抜けができる道が極めて重要であるとし、シュナイダーハン氏は個人的にもこの点に重点を置いているとのことであった。このように、看護職員の向上教育およびキャリアアップの整備を、「労働条件」の一部としてとらえた上で積極的に取り組む体勢は、日本では一般的ではない。

しかしながら、制度改革が進められてもなお、就業した職場によってキャリアアップの可能性・選択肢が異なるという問題が残っていた。看護協会のクヌッペル氏は、病院よりも施設で働く場合、キャリアアップの道が狭いことを指摘した。これに関して岡田氏は、病院で働く看護師のキャリアアップの選択肢にはターミナル、手術、麻酔、特定の治療行為、及びマネジメントといった種類があるが、高齢者長期ケア施設の場合は、そこで求められる業務の範囲、労働条件を左右する社会保険（職場の人件費の出どころ）等により、選択肢そのものが極めて少ないため、高齢者長期ケア施設で働く看護師はキャリアアップの機会が少なく、その点では病院で働くより魅力が少ない、と説明した。

以上のように、キャリアアップの可能性・選択肢は、賃金と同様、就業した職場によるところが大きく、高齢者長期ケア施設で働く看護師が不利である点は変わっていなかった。ただし、ジェネラル化、アカデミー化が進められるなかで、キャリアアップの可能性・選択肢に変化が起これることも考えられる。この点は引き続き動向に着目していく必要がある¹²⁾。

(4) 財源問題について

調査時点で、最も大きな問題となっていたのが「財源」についてであった。看護師養成に要する費用について、疾病保険金庫、介護保険金庫、州、それぞれの負担割合をいかにするか、という点で調整が行われていた。そもそも看護師の養成教育に社会保険、州で財源を賄う方法をとっているということは、社会の責任で看護師養成を行っている（現場実習の学生の労働に賃金を支払われること、養成校での授業料等を州が負担する）と言え¹³⁾、注目すべき点である。ジェネラル化後もこの方法は引き継がれることになっており、ケアを担う専門職の量的・質的確保を社会全体で責任をもって進めていることがうかがえる。

6. 2011年ドイツ聞き取り調査の総括と今後の課題

2011年に実施したドイツ聞き取り調査の結果を

総括すると、まず、2000年代初頭の制度改革開始時にはジェネラル化、アカデミー化に関して、賛否両論が混在していた。しかし、国際情勢や看護職員に求められる専門性、キャリアアップの保証等についての議論の末、それらを進める方向で一本化され、それを大前提として各機関、組織は取り組みを始めていた。

またこのジェネラル化には、看護師資格を魅力的なものとするという狙いが一貫してみられた。すなわち、看護師資格をジェネラル化することで、全ての領域で働けるいわば自由に職場移動できる資格にすること、高齢者看護師も含めた全ての看護師がEU内で円滑に労働移動を行えるようにすることが強く意識されていた。さらに、労働条件の一環としての向上教育を大前提とし、その機会を職場が提供し、キャリアアップの道を拡大、整備することの必要性が認識され、その方法が模索されていた。

さらに、ジェネラル化、そしてアカデミー化は、「科学的根拠に基づく全人的ケア」の実現を強く志向したものであることが再確認された。ジェネラル化のモデルプロジェクトの結果でもその効果が示されている。また教師のアカデミー化の必要性も強調されていた。

一方、いくつかの残された課題も明らかになった。労働条件、キャリアアップの可能性は、職場が公立である病院か民間事業所である高齢者長期ケア施設かによって規定され、また施設経営者側の経営の効率化を図りたいとの考え方の問題もあり、高齢者長期ケア施設で働く看護師の不利な状況は継続していた。ジェネラル化、アカデミー化の動きが出てきたことによって全ての看護師の置かれている状況が即座に改善されたとは言い難く、高齢者長期ケア施設における看護師不足は、容易には解消されていない現状があった。たとえジェネラル化によって個々の能力が向上したとしても、不十分または不適切な人員配置、労働条件下であれば、その能力の発揮は難しいのではないかと考えられ、この点は重大な課題であると言える。また、本来はケアの質を確保するための監査システムが、その書類業務の多さのために良質なケア実施の阻害要因になっているとの問題も指摘された。これらの問題は、ジェネラル化、アカデミー

化が進められていく中で、その解決に向けて何らかの展開をみせる可能性があるため、今後の動向に着目していく必要がある。

今回の調査では、ドイツにおける看（介）護職養成・資格制度改革の経過に関する大枠を把握することに努めたが、時間的制約が大きい中で行った4名のみに対する調査であり、今後、ここで得られた情報の代表性、妥当性を検討する必要がある。しかしながら意義ある示唆も多く得られた。

例えば、高齢者のケアを担う専門職資格が看護師と介護福祉士とに格付けられ分断された日本では、高齢者ケアの現場において医行為の必要が増しても、「高齢者ケアとはいかにあるべきか」という根本的な議論は無しに、足りない部分だけを便宜的に安上がり介護福祉士に担わせる道が選択された。それに対して、「科学的根拠」に基づいた「全人的ケア」に徹底的にこだわり、それを実現しうる看（介）護職養成制度を構築しようとするドイツの姿勢は、看護を必要とする人々の生命・健康・生活の質に配慮するものであり、また一方では外国人労働者の展望を開くものでもあり¹⁴⁾、称賛に値する。そして、モデルプロジェクトの結果が示すように、それが一定の成果をあげている点は注目すべき事実である。

さらに、「科学的根拠に基づく全人的ケア」を提供しうる看護師養成とかれらの向上教育・キャリアアップの道を、労働者個人の責任ではなく、職場、社会の責任として進めようとしている点も学ぶべき点である。高齢者の生命・健康・生活を守りうる質・量ともに適切かつ十分なケアを提供すること、同時にケアを担う者が、その生命・健康・生活を守りうる適切な条件下で、将来的展望をもちながら、適切かつ十分なケアを行えるようにすることは、まさしく高齢者ケアの事業所、そして社会保障の主体が果たすべき責務であろう。

ドイツの看（介）護職養成・資格制度改革は進行中である。今後は2012年に「新看護職法」（Neue Pflegerberufegesetz）¹⁵⁾の法案が策定されるなどの新たな政策的動向を踏まえながら、各機関、組織におけるジェネラル化とアカデミー化の具体的な取り組み内容、ケアの質、教師の質の向上の進捗状況、労働条件、向上教育、キャリアアップに関する動向、ドイツ国内およびEU内における看

看護師の流動化の現状、そして財源負担について、引き続き聞き取り調査を行う予定である。

7. おわりに

2000年初頭以降のドイツにおける看(介)護職養成・資格制度改革では、看(介)護とは何か、それはいかにあるべきか、といった「ケアの本質」に関する抜本的な議論が行われてきた。そしてその議論で示された「科学的根拠に基づいた全人的ケア」を実現しうる看(介)護職養成・資格制度の確立を目指している。これは看(介)護職の本質に基づく抜本改革であることを認識しなければならない。

無論、ドイツも決して完璧ではなく、多くの問題点を抱えている。先述したような高齢者長期ケア施設における看護師の労働条件、社会的地位の低さとそれからくる看護師不足問題に限らず、医療費抑制政策の推進、医師の勤務時間短縮化が、病院における看護師の労働条件、勤務条件の悪化をもたらした。看護師の配置基準が撤廃され、病院で働く看護師の置かれている状況は極めて厳しいものとなっている。しかし、それでもドイツは表面的、便宜的な問題解決を選択するのではなく、「ケアの本質」を踏まえた看(介)護職養成・資格制度の確立を迫っている¹⁶⁾。

日本も多くの問題を抱え、それらには緊急度が高く、早急に手を打たなければならない事柄も少なくない。しかしながら対症療法に終始するのではなく、原点に立ち返り、ケアの本質に関する抜本的な議論を徹底的に行った上で、医行為のニーズが高まる高齢者長期ケア施設において適切かつ十分なケアを提供しうる専門職の養成・資格制度を構築していくことこそが真に高齢者の生命・健康・生活、またケアを担う専門職の生命・健康・生活を守ることができると言える。これを先伸ばしにしていけば、対症療法のはころびがさらなる問題の深刻化を引き起こす可能性もある。ドイツで積み重ねられてきたような本質的議論は、日本においてももはや避けることのできないものであり、それに着手すべき時はすでに訪れていると言えよう。

なお、本稿は2011年度の岐阜大学活性化経費(「介護現場での医療ニーズに対応する介護職員養成に関する研究」)によって実施した調査研究の成果の一部である。

<注>

1) 近年、「医療的ケア」という言葉が用いられるが、その明確な定義を厚生労働省は示していない。この用語は、同じ痰の吸引等の医行為であっても、一定の条件に該当すればそれを生活援助行為のひとつとし、治療行為としての医行為から区別し、家族や介護職が行えるようにするために用意されたものにとらえることができる。医行為を必要とする多くの障がい児・者、難病患者、高齢者の置かれた切迫した状況は極めて深刻である。しかしながらこのような事態は、医療費抑制を背景とした看護師の不十分な配置、看護と介護を分断した専門職養成を進めた結果として生じている。本来は必要とされている医行為を適切かつ十分に提供しうる専門職養成に向けた徹底した議論と取り組みが不可欠であり、「医行為」の必要性をカムフラージュすることになりかねない曖昧な用語を安易に用いることは避けられるべきであろう。

2) 「Altenpflege」は「高齢者(老人)介護士」と訳す場合が多くみられるが、疾病者看護師、小児疾病者看護師と同様、「pflege」という用語を用いているため、「高齢者看護師」とここでは訳す。ドイツにおいては、疾病者、小児疾病者、高齢者各々の看護師の労働の核心は看護と認識されており、看護学が各看護師養成教育の柱とされている(高木、2005年)。

3) 2011年の調査時点では、州の制度として50%規定が設けられていた。もとは連邦レベルの制度として50%規定があったため、州ごとに看護師配置の条件を切り下げやすくなったと言えよう。看護協会のクヌッペル氏、カリタス会のシュナイダーハン氏は医師の労働時間短縮に疾病保険財源を使うため、病院における看護師配置の条件が引き下げられる傾向にあると述べていた。

4) この法律は「高齢者介護士法」と訳す場合が多くみられるが、注2)と同様の理由でここでは「高齢者看護師法」と訳す。

5) 松本氏(2011; pp29-30)は以下のように説明している。まず、「職業資格の承認に関する指令」(2005年)では職業の3区分が示され、(i)その養成教育に関してヨーロッパレベルでの統一された最低基準が適用される職業(医師、看護師、歯科医師、獣医師、助産師、薬剤師および建築士)、(ii)同指令の譜表Ⅳに掲げる手工業、商業などに関する職業、(iii)上記(i)、(ii)のいずれの区分にも属さない職業となっている。疾病者看護師は(i)に分類されるが、制度改革前の高齢者看護師は(iii)に分類されるものであ

った。そして (iii) に分類される職の場合、相手国の担当官署に対して職業資格に関わる養成教育の内容等の書類を提出し、審査を通過する必要がある。

6) 労働協約であり、連邦全体の賃金モデルである。職業、資格、家族構成等による。

7) 2010年より最低賃金も統一されている。ただし、無資格者も含む全てのケア従事者の最低賃金となっているためその水準は十分とは言い難い。

8) 例えば、疾病者看護師は病院の各診療科や高齢者施設、訪問サービス等で働けるが、高齢者看護師は、病院で働ける診療科は限られている。

9) なお、ドイツでも看護補助者が注射を行う場合があるが、それは看護部長の指導のもとで、看護補助者本人の同意を得た上で行われ、責任は看護部長にある。

10) MDKとは「Medizinischer Dienst der Kassen」の略であり、直訳すると「疾病金庫及び介護金庫の医療サービス」となるが、この機関は要介護認定の実施、監査、および医学的支援を行っているため、「医療サービス」というよりも「医学的審査機関」とした方が実際に即していると考えられる。

11) ここでいう最低賃金は、無資格でケア現場で働く人々に対するもので、看護補助者の養成教育を受けた者は、最低賃金を上回る賃金で働くのが通例である。

12) たとえば、ジェネラル化によって統一された基礎看護教育を土台としたスペシャル化が今後どのように展開されるかが注目される場所である。または「全人的ケア」のスペシャリストというスペシャル化の道も考えられよう。

13) 実習中は実習生に対して、受け入れた一事業所から報酬が支払われる。ただし、雇用契約をかかわった事業所以外の事業所（現場）へも実習に出かけるため、賃金を支払っている事業所としては、資格取得後、自らの現場に就労しない者に対する負担感が残る（岡田氏の言）。

14) ドイツではポーランド等からの出稼ぎ・移民労働者とその第2ジェネレーション（移民労働者の2世）の教育、労働、生活等の問題への対策が重要視されている。看護協会のクヌッペル氏は、第2ジェネレーションに看護教育を受けてもらう構想を看護協会は有しており、提言活動を行っているとして述べていた。ドイツにおける看（介）護職養成制度では、最初は無資格でスタートしても、「看護」と「介護」で分断された日本とは異なり、さらなるキャリアアップの道が用意され、ドイツ国内のみならずEU内で評価される看護師の地位を獲得する可能性がひらかれている。

15) 3つの看護師資格の統合、新たな教育制度の創設について定めたものである（土田武史, 2012年）。

16) 即時解決とはならないであろうが、病院における看護師の労働条件の悪化をくいとめるべく取り組みも、提言活動を続けてきたクヌッペル氏の看護協会をはじめ

めとして、政治の中核へと入り込んでいったバイキルヒ氏のような看護師も含め、看護師の組織的な政策決定場面への参画等で進められると考えられる。

<参考文献>

榎本和代・横山利枝「ドイツとオーストラリアの看護の現状と課題」『アドミニストレーション』第15巻1・2合併号, 2008年, pp25-41

保住芳美「ドイツの老人介護士養成教育およびその教員養成システムについて」『川崎医療福祉学会誌』vol.18No.2, 2009年, pp337-346

石川れい子「こうして決まった改正法：介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度のあり方に関する検討会で話し合われたこと」『訪問看護と介護』vol.17No.9, 2012年, pp795-801

金泉志保美「医療的ケアの必要な小児の退院に向けての看護支援」『群馬保健学紀要』No.30, 2009年, pp29-39

松本勝明『ドイツにおける介護者の確保育成策』一橋大学経済研究所世代間問題機構, 2008年, pp1-33

松本勝明「家族介護者の支援と介護従事者の確保・育成—ドイツの取組み—」『社会政策』第1巻第3号, 2011年, pp91-101

松本勝明『ヨーロッパの介護政策—ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析』ミネルヴァ書房, 2011年

峯川浩子「ドイツにおける高齢者介護の担い手—老人看護師制定までの経緯と展望」『看護管理』13巻5号, 2003年, pp374-381

峯川浩子「ドイツ連邦共和国におけるAltenpflegerInの制度的位置づけ—老人介護士から老人看護婦（士）へ?」『年報医事法学』17巻, 2002年, pp9-22

高橋幸裕「高齢者ケア施設における医療的ケアに対する実態と課題」『一橋研究』36(4), 2012年, 29-48

高木和美『新しい看護・介護の視座』看護の科学社, 1998年

高木和美「ホームヘルパーにおける医療行為の一部解禁策が意味するもの」『社会医学研究』第21号、日本社会医学会, 2003年, pp34-45

高木和美「ドイツにおける高齢者看護師（AltenpflegerIn）の職業領域に関する判決とその理由」『社会医学研究』第23号, 2005年, pp63-73

高木和美「ドイツ・高齢者看護師を看護師に統合する制度改革の意味—2005年6月の聞き取り調査から—」『いのちとくらし研究所報』36号, 2011年, pp80-100

土田武史「ドイツの介護保険改革」『健保連海外医療保障』No.94, 2012年, pp1-8

（はましま よしえ、中部学院大学准教授・たかき かずみ、岐阜大学教授・あしだ れいこ、東海学院大学客員講師）

イタリアの医療労働人口と非営利・協同セクター

石塚 秀雄

1 社会保険制度から国民医療制度へ

イタリアは人口5800万人、65歳以上の高齢者比率20%である（2009年度）。イタリアは20州の連合的国家である。1978年の医療制度改革（法第No.833/1978）により、イギリスモデルに類似したイタリア型のNHS（SSN、Servizio Sanitario Nazionale、国民医療サービス）制度に切り替えた。それまではドイツ・ビスマルクモデルである社会保険制度を採用していた。1970年代にその担い手である疾病金庫の財政破綻が発生したこと、また社会保険制度では無保険人口という制度的谷間も発生し、皆保険を達成できなかったこともあり、理想的にはより普遍主義的なイギリス型の国民保険サービスSSN（NHS）制度に切り替えたのである。歴史的に社会保険制度は、国民保険制度に先行して誕生したものであるが、そもそも職域保険的性格を持ち、したがって職域的格差が生じやすい。またイタリアは南北の地域経済格差も長らく存在し、そのような問題を克服する制度的変更としても1978年度医療制度改革を見ることができる。医療財源制度を社会保険モデルから単に国家管理型モデルあるいは公的管理モデルに移行させるということではなく、医療サービス供給が全面的に公的セクター化したというものではない。基本的には医療アクセスの国民的平等化をはかりつつ、州政府および地方自治体による管理運営を主体とした、医療資源の適正配分と患者のニーズの実現を、効率と競争という推進要素を入れながら、実現していこうとするものであった。

SSN 医療サービス供給のうち、第一次医療である一般医師はゲートキーパーとして、公的医療の担い手である。SSN 制度下における病院サービス供給の60%は公営病院で40%は契約民間病院である。介護サービスの多くは契約民間供給によるものである。もちろん、SSN 制度外の医療も存在し、

また民間保険の加入率は国民の約15%である。SSN 外の医療についての統計は入手できないが、労働人口統計数字から推測するならば、2010年度の医療従事者人口は724,245人（内、フレキシブル労働者38,568人）であり、SSN の646,236人を引いた労働人数79,979人（全体の11.0%）と、そして非営利・協同組織による医療分野（121,389人）と福祉社会サービス分野（151,437人）の計352,805人がSSN 以外の民間医療福祉従事者と見なすことができる（保健省資料。なお、重複と数字の年度差があるので概要にすぎない）。結局、医療福祉セクターの総労働人口は約138万人と推定できる。従って、イタリアの医療サービスはほとんどを公的医療が占めており、それに伴うウェイトイングタイムの問題やより充実した医療への患者要求などからのSSN 外の民間非営利医療福祉サービス（ただし、財源的には公的扶助を受け取るものが多い）と、わずかの営利的医療福祉サービスとの組み合わせにより構成されるということができる。なお、イタリアの医師総数は237,388人、看護師総数は334,918人であり、以下に示す各表における数字はSSN 制度における数字である。

1978年法833号「国民医療サービス制度（SSN）」法では、国家の役割、州の役割、そして、末端の地域機関として地域医療単位USL（Unita sanitarie locali）の設置を定めた。USLは住民数5万人から20万人を目処として組織されるとしたもので、その役割は、保健、予防、衛生など地域保健全般に関わる15項目にわたる。USLの運営は、行政、医療従事者、住民代表などにより構成された委員会方式で行われる。そして、現在ではUSLはより公営企業体的な性格を重視したASL（Aziende Sanitarie Locali、地域医療事業体）という名称で再編され、より広域化している。ASLは全国8,097自治体に地域医療担当事務所を置きつつも、それを全国147カ所のASLに組織している（2013年度）。

1978年の制度転換により医療の主たる財源は、

それまでの社会保険料から税金（国税は消費税、所得税、地方税は事業税、個人所得税）に切り替えられた。これらを「国民医療基金FSN」としている。医療サービス供給費用については、2001年に政府が制定した医療のナショナルミニマムである「基本医療基準（LEA。医療、介護、入院基準）」に基づいて支払われる。

しかし、現行のSSN制度においては、患者の医療費負担が完全に無料化されているわけではない。家庭医受診は無料だが、病院受診等には一定の患者負担（20%および薬代の一部など）はあるが、低所得者、高齢者、障害者などのと医療費は無料である。LEAでは薬、診察、予防医療についてのプラスリストとDRGに基づく、除外リストがある。しかし、州政府は除外リストを含める裁量権を持つ。一方、医療サービス供給は州政府が責任をもち、ASLが管轄し、直接、公的病院を運営し、また民間病院と契約を行う。医療機関（病院・診療所）は公的セクター（公立病院など）と民間セクター（営利病院、非営利病院など）がSSN制度において認定協定を結びサービスを提供する形を取っている。家庭医（一般医）もSSN制度の下で最大1,500人の患者を担当している。家庭医はグループネットワークの形成が促進されており（LHU）、医療と介護サービスなどと組み合わせがすすんでいる。1998年以降、政策的に在宅医療が促進されており、非営利・協同事業組織がその多くを担っている。患者はSSN制度でカバーされるが、手術など待ち時間は公的病院では数ヶ月になることもあり、SSN適用外の民間病院を受診する場合もある。こうした民間医療の比率は15%程度である。

1990年代および2000年代にそれぞれ医療制度改革を進めた（1993年第517法、1999年第229法【政令】）。州政府（regioni）と地域自治体（locali）が医療供給主体となるような制度作りをし、また医療機関の財政的自立性の方向を打ち出した。中央政府はSSN制度の基本的な規則を作り、州政府の自主性を高めたのが1999年の医療改革であった。

2 非営利医療組織の位置づけ

1978年法の第1条「原則」の冒頭では、「共和

国は、個人の権利と共同の利益のために健康を擁護する」と述べられている。そして、「SSN制度は、国家、州、地方、そして市民参加により実施される」とも記している。そして第1条の末尾では、「自主的アソシエーション【Le associazioni di volontariato, 市民的非営利組織】はこの法律に基づきSSNに協同することができる」と記している。さらに第45条「自主（ボランタリイ）アソシエーション」ではその一形態としてのIPAB（社会福祉慈善公共機関）を認定している。続いて第46条「自主的共済」で、自主共済は自由であると規定し、財政的にはSSN制度からは自立するものとしている。

IPAB、「社会福祉慈善公共機関」の歴史は古く、イタリア統一国家が作られた1861年以降、それまで活動していたキリスト教系の在俗団体の慈善的活動や社会福祉活動を地方自治体などの影響下に置こうとする動きによって、法律は1890年の慈善組織法が始まりである。この法律により、約22,000のIPABは行政の統制下におかれ、地域住民の社会サービスの担い手の役割を課せられた。また労働者運動の台頭により1904年に共済組合法が制定され、社会補償の中に組み込まれることとなった。いわゆる社会保険制度の原型である。そしてIPABは医療制度における民間供給セクターの役割を付与されることになった。さらにこうした民間セクターの社会サービス組織としてはECA（地方自治体社会福祉事業体）【法律1937年制定】が貧困、保健医療などの分野での社会サービスに活用された。これらのIPABやECAは現在も幅広く活動を行っている。また、1923年にIPAB法が制定され、2001年に改正政令【207号】が出された。2001年改正法では、第2条で社会的統合【社会的排除の】目的を明記し、また、第6条ではIPAB事業体の一部として公営企業【Aziende pubblica】と名称変更が可能となり、その法人格は自主的な非営利組織であり、経済効率性の重視を求めている。

ところで医療（福祉）セクターにおける非営利組織の種類は、イタリア統計局【ISTAT、2010】によれば、ボランタリイ組織（21,000）、社会的協同組合（7,363）、財団（3,720）、アソシエーション（112,656、ただし1999年度数字）の中では、

医療福祉社会サービスの事業を行うものが多く存在する。社会的協同組合（法1991年第381号）の種類のうち4分野が医療福祉事業部門であり、数としては全体の14.3%を占める。また、社会的有用非営利組織（ONLUS、政令1997年460号）では、2分野が医療社会サービスの分野と規定されている。社会的企業（法2005年155号）でも医療介護社会サービスの分野が規定されている。認定アソシエーション（61,304）のうち55.2%は医療福祉サービス分野であり、また、非認定アソシエーション（140,391）のうち、医療分野が9,176（6.5%）、福祉社会サービス分野が19,344（13.8%）を占める（いずれも ISTAT 資料に基づく）。

こうした非営利・協同事業組織の医療福祉社会サービス活動は、2000年法第328号「福祉社会サービス扶助法」や2001年官報指令11号「医療介護基準」などに基づいて事業活動を行っている。

また SSN 医療分野では、民間病院（Cassa di cura）、民間介護施設（Casa di riposo）、をはじめ、表で示したいわゆる公的な医療機関（Istitui pubbliche）もまた概念的には非営利セクターの中に分類されている。たとえば ASL 医療機関はその非営利企業性が重視されている。

イタリアにおいては、医療福祉サービスは、税を基本とすると SSN 制度の下、普遍主義的サービスの原理に立ち、公営と民間の供給者を組み合わせている。それらはともに社会的経済企業という枠組みで統計局の分類が行われているのである。

これらは社会経済政策的に考えれば、医療福祉資源の有効的組み合わせの推進ということであり、公的医療福祉機関の自主性と企業性を重視すること、地方分権すなわち自律性を住民参加により重視すること、また非営利・協同事業組織で、シチズンシップという市民の社会的経済的参加により地域の医療福祉供給を補完していくという組み合わせが、イタリアでは進められており、それはまたイギリスやスウェーデンなどにも同様な傾向であるということが見て取れる。

表1 国民保健サービス(SSN)の従事者数(2010年度)

職種分野	職能区分	人数
医療介護サービス	医師、看護師、その他	453,305
専門職	弁護士、技術者、宗教者、その他	1,570
技術系	分析・統計、技術員、社会サービス、その他	116,607
教務事務	経営、業務、その他	74,206
合計		646,236

出所/イタリア健康省、" Personale delle A.S.L. e degli Istituti di Cura Pubblici, Anno 2010"

表2. イタリアの SSN 医療従事者内訳(2010年、人数)

職種	合計	男性	女性	
医師	107,448	67,788	39,660	
(内数、一般医)	(46,209)	(71.0%)	(29.0%)	平均患者数 1,129人
有資格専門家	18,224	8,160	10,064	生物学、物理学、心理学、薬学、その他
看護師	263,803	60,601	203,202	カテゴリ1, カテゴリ2,
医療技術者	33,470	13,860	19,610	
リハビリ師	20,015	3,742	16,273	
検査技師	10,093	6,291	3,902	

出所/イタリア健康省、" Personale delle A.S.L. e degli Istituti di Cura Pubblici, Anno 2010"

表3. 医療専門家統計区分(ISTAT,イタリア統計局)

- 2.4. 医療専門家(Specialisti della salute)
 - 2.4.1. 医師(Medici)
 - 2.4.1.1. 一般医「開業医」(Medici generici)
 - 2.4.1.2. 臨床専門医(Specialisti in terapie mediche)
 - 2.4.1.3. 外科専門医(Specialisti in terapie chirurgiche)
 - 2.4.1.4. 診療病理医(Laboratoristi e patologi clinici)
 - 2.4.1.5. 歯科口腔外科医(Dentisti e odontostomatologi)
 - 2.4.1.6. 画像放射線治療診断医(Specialisti im diagnostic per immagini e radioterapia)
 - 2.4.1.7. 公衆衛生専門医(Specialisti in igiene,epidemiologia esanita pubblica)
 - 2.4.1.8. 麻酔医(Anestisisti e reanimatori)
 - 2.4.2. 看護師・助産師(Infermieri ed ostetrici professionisti)
 - 2.4.2.0. 看護師・助産師(Infermieri ed ostetrici professionisti)

表4. 技術系内訳 (2010年、人数)

職種	合計	男性	女性
分析	300	210	90
社会学	82	28	54
社会扶助	634	260	374
専門技術協力	2,944	2,348	596
技術補助	3,112	2,678	434
プログラマー	744	535	209
技術員 Operatori Tecnici	36,845	24,497	12,348
補助技術員 Operatori Tecnici Assistenza	45,903	10,548	35,355
特別補助員 Ausiliari Specializzati	19,585	7,706	11,879

出所/イタリア健康省、"Personale delle A.S.L. e degli Istituti di Cura Pubblici, Anno 2010"

注1. 技術員とは、SSN 制度における保健全般における各種専門作業に従事する職種で、資格内容は32種類にわたる。主として介護サービス従事者。

表5. 病院の種類 (2006)

種類	数	ベッド数	医師数	その他医療従事者
公的病院 小計 pubblici	654	177,729	102,390	252,542
・病院公団 AO. Azienda ospedaliera	99	63,372	40,622	102,291
・ASL 病院 Presidio Osp. UAL	458	88,624	46,697	120,875
・大学病院 A.O.U. integrate con SNN/ Univi/Pot. Univ private	10	6,289	5,200	7,606
・高度医療研究病院 I.R.C.C.S.	55	12,414	6,591	14,291
・教会系病院 Osp. ecclesiastico	32	7,030	3,280	7,490
民間病院 小計 privati	629	54,879	20,767	31,320
・SSN 契約民間病院 Casa di cura Accreditata	563	50,655	18,952	29,706
・非契約民間病院 Casa di cura non accr.	66	4,224	1,915	1,614
病院合計	1,283	232,608	123,157	

出所/ISTAT, "SanluteeSanita", 2010

注1. Aziende ospedaliera とは、A.O. pubbliche と呼ばれる。ASL 制度に組み込まれた公営病院である。法律405/2001
注2. I.R.C.C.S.とは Istituto di ricovero e cura a caratte

rescientific. 科学的回復治療研究所と直訳できる。2003年政令283号により、高度医療研究を目的として指定された病院。公営事業体と民間事業体と約半々。財団形式が多い。
注3. 医療従事者の報酬形式は、一般医は担当人数割(患者数約1500人)の報酬。専門医は時間給プラス各自の能力に基づく固定料金。その他の医療従事者は賃金となる。病院の収入は、公的病院の場合、ASL 運営病院の場合は人数加重分(レベル1)となり、州レベルの公的病院の場合と民間病院の場合はSSN に基づく料金またはDRG による支払いが収入となる。財源は、国税および州による社会保障税であり、その中から「州保健基金」に充当され、そこからさらに全国に147ある各地域 ASL に配分される。

表6. 介護サービス施設数 (2009)

種類	公営	比率	民間認定	比率	合計数
病院介護施設	638	54.4%	534	45.6%	1,172
救急特別介護施設	3,847	39.8%	5,811	60.2%	9,658
地域入所介護施設	1,475	25.8%	4,240	74.2%	5,715
地域準入所介護施設	1,007	40.1%	1,503	59.9%	2,510
その他地域介護施設	4,824	88.6%	628	11.4%	5,444
リハビリ施設	234	24.2%	743	75.8%	968
合計	12,025	47.2%	13,442	52.8%	25,467

出所/保健省、"Annuario statistic del SSN, 2009"

注1. いわゆる特別介護施設とは、診療所、作業所等をさす。
注2. その他の地域介護施設には、透析センター、温泉療法センター、精神病センター、母子相談センター、地区センターなどを含む。

表7. 主要医療分野別労働従事者数 (2010)

分野	従事者数	内数、医師数	内数、看護指数
病院分野	151,641	26,058	67,038
診療分野	260,113	51,178	123,295
大学病院分野	85,968	16,932	33,811
リハビリ病院分野	82,155	14,550	30,690
科学的リハビリ分野	38,154	6,082	14,271

出所/保健省 "Personale delleAziende Ospedariale, 2010" に基づき、石塚作成。

表8. 薬処方箋数 (2009)

項目	処方箋数	一人あたり回数	一回平均金額
数字	570,893,623	9.5	21.11ユーロ

出所/保健省 "Personale delleAziende Ospedariale, 2010" に基づき、石塚作成。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

医療政策・研究史（2）

かけだし時代の研究

野村 拓

●報告はフルテキストで

むかしの資料をひっくりかえしていると、「R. H. Shryock『近代医学発達史』研究」(1960.3.25.)というガリ版2枚のレジュメが出て来た。教室研究会用のものだが、助手採用が3月16日付けだから、採用10日目の報告ということになる。

- ・ Shryock の経歴と業績
- ・ Shryock の歴史観、医学観
- ・ 19世紀前半の公衆衛生運動
- ・ 問題点

という内容であった。この時は時間の関係でいわゆる「レジュメ」であったが、時間に余裕がある場合には、フルテキストを用意するように心掛けた。教室研究会(1960.10.13.)での報告「衛生史と社会経済史の接点」はフルテキストだったので、ほぼ、そのまま「比較衛生史・試論」として日本科学史学会関西大会(1960.11.13.)で発表した。

これは特別のことではなかった。なにしろ複写機のなかった時代のことである。借りた資料は必要と思われる箇所を「抜き書き」して返却した。借りた資料が洋書の場合は厄介である。「抜き書き」というわけにはいかないので、必要な部分に見当をつけて〈図1〉のように翻訳してから返却した。この洋書は H. E. Sigerist: Landmarks in the History of Hygiene. (1956) だったと思う。訳せば『衛生史の陸標』となるが、かけだし研究者にとっての一里塚であった。

要するに、複写機がないと、ひとりでのフルテキストができあがるわけである。東北大学から借りた初期の「大日本私立衛生会雑誌」からもせっせとノートを取り、1961年5月の日本科学史学会で「明治初期の衛生」として報告した。

「大日本私立衛生会」の創立も、「鹿鳴館」の店開きも明治16(1883)年である。前者は日本が海港検疫権をもたぬ不平等条約、外来伝染病入り放題の状況下で、国民に対する衛生啓蒙を通じて被害をくい止め、健康水準の向上をはかろうとする団体であったし、後者は周知のように、「不平等条約撤廃」のためのガニマタのダンスパーティーであった。

「大日本私立衛生会」創立時の会頭は佐野常民で副会頭は長与専斎、ともに「適塾」の出身者である。「適塾」の「ゾーフ部屋」での塾生たちによるオランダ語辞典丸写しの苦勞に比べれば、研究会でのフルテキストなど、もののかずではない。

1961年12月12日の教室研究会での報告「命価説とその周辺」もフルテキストのガリ版であった。「命価」は後藤新平が『国家衛生原理』(1889)で使った言葉で、そのルーツを William Farr から William Petty までさかのぼってみたもの。

●「人間の可能性」の評価

「命価」とは、要するに、人間の生存と稼得の可能性を計算したものである。W. Petty は農地の売買が20年分の収穫額でおこなわれていることからのアナロジーで、年収を年利5%で「資本還元」(capitalized)したもの、つまり、20年分の収入が「人間の資本価値」とした。

この計算法は、後に1873年の W. v. Pettenkofer の啓蒙講演『都市に対する健康の価値』でも使われているが、多くの日本人が苦手とする考え方である。

W. Petty の考え方を、その後の人口統計、経済統計を踏まえて精密化したのが W. Farr であり、これに注目したのが後藤新平ということになる。

人口動態統計から「人間の可能性」にアプローチする方法とは別に、Ernst Engelによる人間の「費用価値」「収益価値」という研究もあるが、これらについては、日野秀逸・野村拓『医療経済思想の展開』（1974、医療図書出版社）の「人間の経済的価値に関する学説史」を参照されたい。

要するに、この時期の研究は医学・衛生学（社会の上部構造）と社会の下部構造、土台とを結ぶ中間項としての「人口」に着目しつつあった時期である。そして、この時期、もっとも啓発された本がM. C. Buer: *Health, Wealth, and Population in the Early Days of the Industrial Revolution*. (1926)〈図2〉であった。

最近、復刻版が出されているが、この本のような、古典的人口統計を踏まえた人口学の本はほかにみあたらない。

人殺しの都、ロンドンの「人口勘定」はマイナスつづきで、アイルランドなどから流入する民によって維持されていることを数的に示している点などすごいと思ったし、イギリス市民革命後の1700年代は、画期的な医学的業績はなかったが、親切な臨床的相談と市民的看護が発達した時期、という歴史的指摘には感銘した。「市民社会における看護」という視点でもう一度読み返して見たい。看護が、いきなりスクタリの野戦病院からはじまったような看護史で看護教育をやっているのか、と考えるからである。

とにかく、この本によって、社会の上部構造としての医学・衛生学と土台とを結ぶ中間項としての人口現象、人口政策にねらいをさだめて「本漁り」をした。M. C. Buerの「本」から10年後に出された（『市民の科学』で有名な）ホグベン編の『政治算術』（W. Pettyの古典と同名）から、1880年代にオランダの学者Boekhがはじめて「人口再生産率」を計算したことを学んだ〈図3〉。

●人口政策の変遷

次に、人口現象と医学・衛生学とのかかわりを見るために、戦前・戦中段階における人口問題研究誌の論文を年代順に配列、検討して見た〈図4〉。この作業からわかったことは、日本の人口政策が、1935-37年あたりを境にして変わっていることで

あった。つまり、大正中期の米騒動あたりから、人口問題は過剰人口の問題、移民政策の問題として、主として社会政策学者によって、とりあげられてきたのが、1936年の陸軍主導の「保健国策」あたりから、「生めよ殖やせよ」に変わっていったのである。

「人口を増やす」ということは「死亡」を減らし、「出生」を増やすことだが、当時の死因の最たるものは「乳児死亡」と「結核死亡」であったから、これは医学・衛生学の領域であり、この時期から、人口問題への医学者の参加が顕著になる。そして、民族衛生学者による、年齢別、社会階層別の「妊娠能力」の調査などが行われることになる。そして、その結果は1941年1月の『人口政策確立要綱』（男は数え年25歳、女は数え年22歳までに結婚して生涯通算で5人以上生むこと、など）に反映された。

これらの歴史的経過については医学部の衛生学実習のテーマでも取り上げ、〈図4〉のように、人口問題関係の論文の年次別リストも作成した。

●労働力人口の把握

一方で人口政策と医学・衛生学とのかかわりを調べながら、他方で「漠たる人口」ではなく、その質的な中身、兵力、労働力の担い手としての人口という把握も試みた。イギリスの労働衛生学者の書いた教科書からLabour Turnoverという言葉に注目した。M. Greenwoodが1915年の論文で使った概念で、労働者の「入れ替わり」であり、日本の『職工事情』では「職工ノ出入」という言葉がつかわれている。

M. Greenwoodのユニークな点は、これを「間接的ではあるが、労働者の疲労についての有効なモノサシ」とした点にある。つまり、労働条件が厳しすぎると、労働者ははやくやめてしまう。これは「産業的乳児死亡」(Infantile Industrial Death)というべきものであって、企業にとっても非効率的だ、という指摘である。

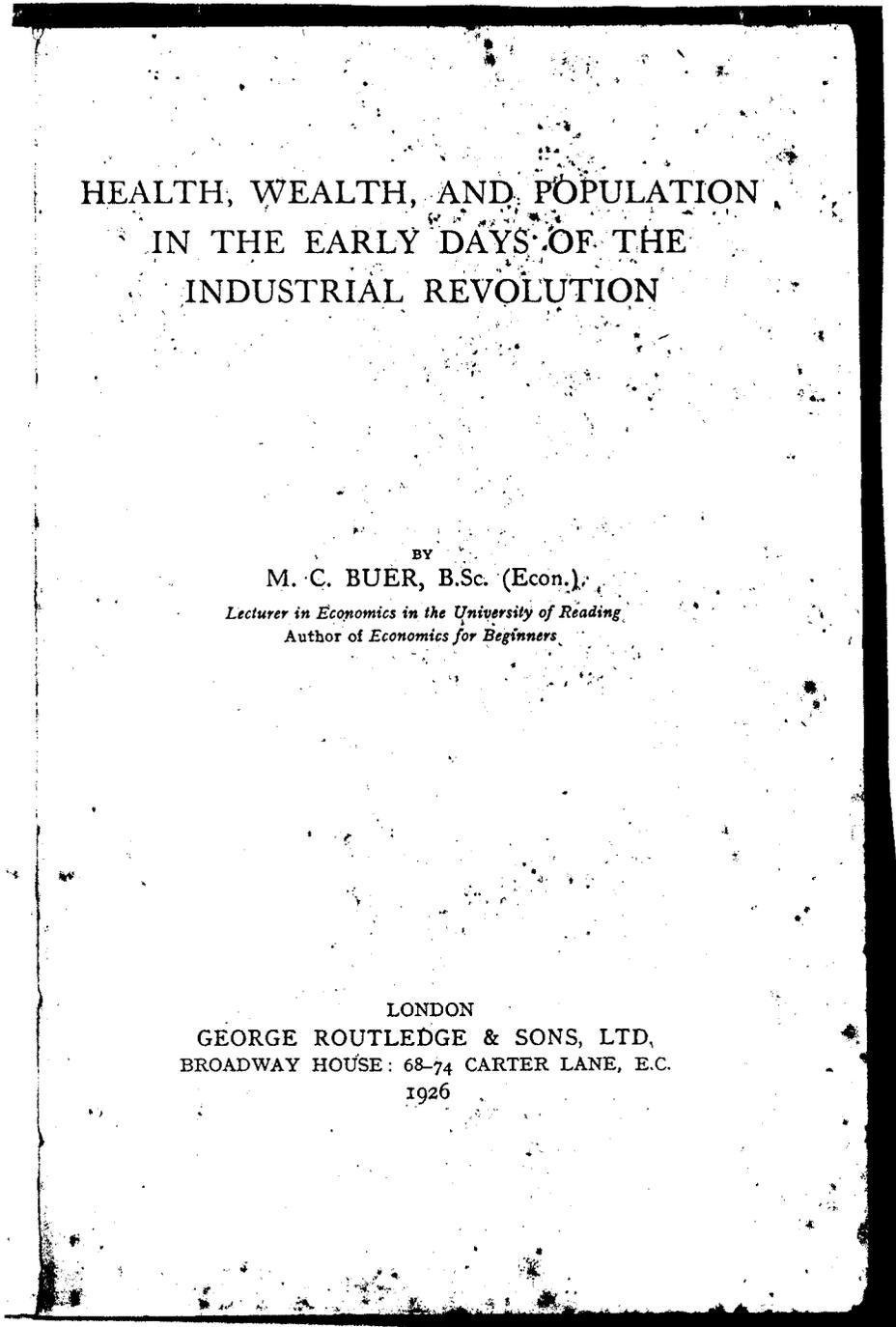
この「労働力交替率」と訳すべき指標は、1年間を単位とすれば明治期の日本の工場、鉱山では100から130%と言われていた。

つまり、100人の労働者数を維持するためには、

毎年、130人を採用しなければならず、これでは労働生産性は保証できないわけである。M. GreenwoodのLabour Turnoverに関する学説は、第1次大戦時に、軍需工場に動員された婦人労働者の類

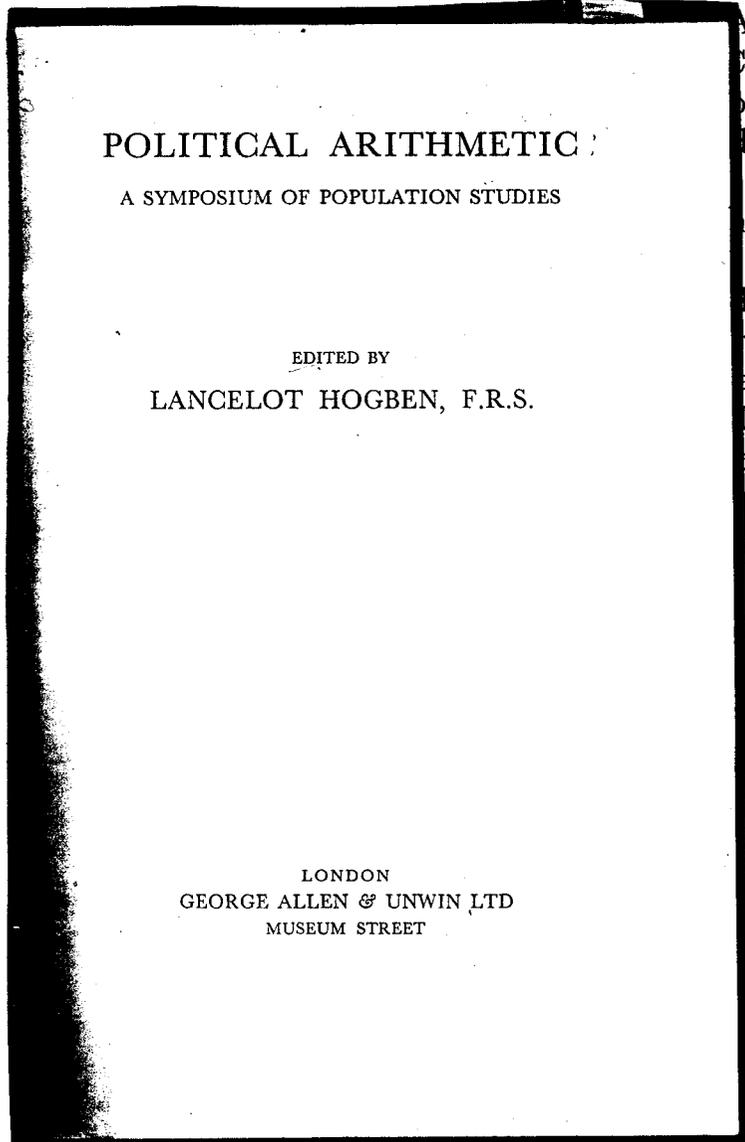
繁な交替が生産性に寄与しなかったことに動機づけられているが、同時期のアメリカで、「軍事的健康」と「産業的健康」とのダブル・スタンダードが生まれたことにも注目した。兵隊には「不適」だ

〈図2〉イギリス産業革命時代の「健康・富・人口」をとりあげたM. C. Buerの名著（1926）



〈図3〉最初の人口再生産率の計算者として Boekh の名をあげたホグベン編著『政治算術』（1936）

A simple and direct method of measuring fertility with due regard to the fact that the proportion of women of child-bearing age in the population is not fixed, and that the number of children borne by women varies at different ages during the period of reproductive life, was devised first by Boekh, and thereafter neglected for many years. It has been developed by R. R. Kuczynski and applied by him to an analysis of recent changes of fertility in all countries for which reliable statistics are available. The technical issues which arise in connection with the calculations involved have been set forth in his three volumes on *The Balance of Births and Deaths* and in his



A more compact and Charles's *Twilight of* volume Dr. Kuczynski point. In the second fertility on the age early decline of its

how that continued the level of fertility. raised to the survival tence "it becomes a e people" to discover is it is necessary to rating to accentuate the conditions of a

が軍需工場の労働者としたならば「適」だというクラスの設定であり、具体的には「扁平足」(flat foot)があげられていた。人口の質的内容を考える場合、兵力、労働力という視点からの分析は必須のものであり、人口と「兵力」とをむすぶものとしての「選兵基準」「廃兵基準」、人口と「労働力」とをむすぶものとしての「採用時身体検査基準」「定期健康診断・肩たたき」が存在することを知らなければならない。

また19世紀末から20世紀初頭にかけて、労働者の8時間労働制要求に対応する形で単位時間あたりの労働密度の増大が図られ、Taylorによる「時間研究」(Time Study)やGilbrethによる「動作研究」(Motion Study)などが相次いで登場した。注目すべきことは、「時間研究」や「動作研究」と、労働者の疲労(Industrial Fatigue)に関する研究とが表裏をなしていることであり、このことを示したのが〈図5〉のイギリス産業疲労調査局の報告書(1923)である。

また、マクロに人口と労働力との関係をとらえ

ようとした仕事としては西野陸夫の「労働寿命」の研究がある。これは第1回の国勢調査(1920)と10年後の国勢調査(1930)の労働者年齢構成を比較し、年齢分布の幅から「労働寿命」の概念を提起したものである。つまり、分布の幅の狭さは「労働寿命の短さ」を表すという主張であった。

このような国政レベルでの統計資料の活用とは別に、労働現場において動態的に労働者を把握する試みとしては、科学的社会衛生学を志向した加野太郎の業績がある。

『産業福利』(5巻11号、1930)に掲載された「小山工場より観たる紡績工場の衛生状態」〈図6〉は43頁の大論文で、クロスセクションの労働事情分析だけではなく、「従業員の乳幼児に於ける衛生状態について」など、「労働者の世代的再生産」の方向にふみこんだ調査研究になっていた。

●「医学史研究」創刊、そして第1回総会

このような先人の研究業績に触発されながら、

〈図4〉学生実習で作成した人口問題論文リスト

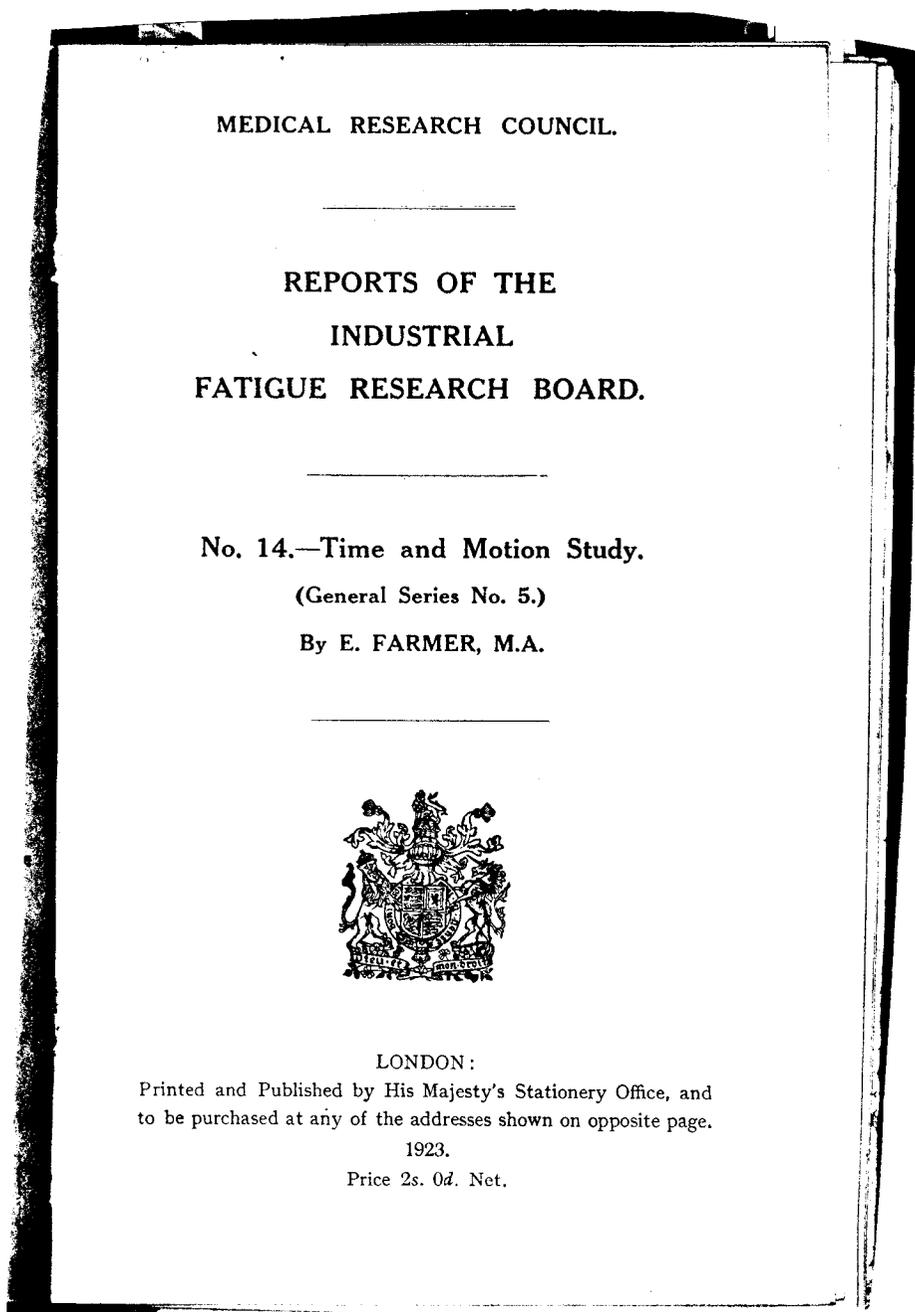
昭和16年 (研究関係) 資料

大阪大学医学部		人口問題研究	女性(第1号)	最近の我が国死亡率の若干の傾向(=)
館橋 空田 嘉彰	人口問題研究	女性(第1号)	最近の我が国死亡率の若干の傾向(=)	
横田 年	女性(第2号)	女性(第2号)	多産者家系調査報告(第1回)	
笠岡尚武	女性(第3号)	女性(第3号)	社会環境が乳幼児の発育に及ぼす影響に關する一考察	
岡崎文規	女性(第4号)	女性(第4号)	初婚者・職業別・婚姻年令	
兒山千枝	女性(第5号)	女性(第5号)	所与階級別出生及婚姻の状況	
中川友香	()	()	濟州府瑛峯村に於ける結婚及妊娠出産に關して	
笠岡尚武	女性(第6号)	女性(第6号)	トウモロコシの婚姻費の金初婚に關して	
島村俊彦	女性(第7号)	女性(第7号)	初婚者の結婚費	
岡崎文規	()	()	トウモロコシの人口政策摘要	
橋本三郎	女性(第8号)	女性(第8号)	多産に關するニ三の統計的觀察	
本多 龍雄	女性(第9号)	女性(第9号)	トウモロコシの児童扶助金制度の改正と最近各国の家族政策の概観	
河野 邦彦	女性(第10号)	女性(第10号)	北米合衆國に於ける人口政策の動向	
兒山千枝	()	()	妻の婚姻年令と出生の關係に就て	
本多 龍雄	衛生学 第18巻(第5号)	衛生学 第18巻(第5号)	最近の制限家族出生率の概観(追)	
後藤 生	社会教育 第12巻(第140号)	社会教育 第12巻(第140号)	人口の人口動態	
15年 岡山直太郎	エロニスト 第19巻(第22号)	エロニスト 第19巻(第22号)	第5回人口調査の特殊な特色	
中川友香	人口研究 第2巻(第9号)	人口研究 第2巻(第9号)	人口増進と生活費削減	
岡崎文規	乳幼児研究 第15巻(第1号)	乳幼児研究 第15巻(第1号)	婚姻率の變動	
松田 健雄	本邦乳児死亡率統計 40年	本邦乳児死亡率統計 40年	本邦乳児死亡率の概観的研究	
兒山千枝	乳幼児研究 第15巻(第5号)	乳幼児研究 第15巻(第5号)	乳幼児研究 第15巻(第5号)	

この時期には、概観的な仕事とケース・スタディ的な仕事を進めていた。概観的な仕事は、後藤稠助教授と共同で行った『戦後職業病概観』（1961）（『生命保険文化研究所所報』No7, 1961）であり、ケース・スタディの方は「フォローアップ・スタディ・69人の労働者とその家族」である。

『戦後職業病概観』は、職業病を通じて、社会の上部構造と下部構造とを結び付けることを試みたもので、そのころ、しきりに指摘された大企業と中小零細企業との「二重構造」と職業病とのかわり、危険・有害作業の「下請け化」などを意識したものであった。

〈図5〉イギリス産業疲労調査局「時間・動作研究」（1923）



小山工場より觀たる紡績工場の衛生状態

富士瓦斯紡績
小山工場醫長 加野太郎

第一緒論

總て衛生上の問題を討究するには實驗衛生學と社會衛生學的方法を必要とし、此の兩者に依つて初めて一方的の偏りたる結論を補正し得るものである。即ち兩者は楯の表裏の如く又車輪の軌道に於けるが如き關係を有するものにして WOLF の言の如く兩者の結合に依つてのみ初めて一團體の健康状態に關する正當なる見解が得られる。

工場に於ける衛生状態を知る爲にも勿論兩方面の調査は必要なるが、充分なる設備及餘裕なき等の關係上、本稿に於ては只統計を主として吾小山工場の衛生状態を論ずるに過ぎない。従つて其見解も偏見にあらざるやを懼れる。

Prinzing の説の如く統計の眞髓は比較に在り比較無き統計は死物に等しきものなるにより、今後各工場に於ける此の

方面の調査發表の益々多からんことを希ふ次第である。

統計が正確なる爲には其の基礎となるべき材料確實ならざる可からざるは申す迄も無いが、正確なる基礎材料を得る事は中々に困難にして特に觀察者多數なる場合には、其の主觀の差異に依り益々材料を不正確となすものである。

科學的社會衛生學 (Wissenschaftliche Sozialhygiene) の目的とする處は社會的事情が團體の健康状態に及ぼす影響を統計的に究明して、定則即 George Mayr の謂ゆる社會生活に於ける定則 (Gesetzmässigkeiten im Gesellschaftsleben) を確立するに在る。

本來團體の健康状態を測る尺度としては死亡率を用ひ罹病率は應用されない。之れ元來死亡率を以てする方法が優れ居るに非ずして、罹病率は二三の疾患を除くの外其の明示困難なる爲である。此の點に於て吾々は大きい態度を異にし主

「69人」の方は、丸山博教授が、敗戦直後の食料事情の悪かったところに、都市労働者の家庭で生まれた赤ちゃんは順調に育っているのか、順調に育つためにはなにが必要か、というフォローアップ調査であると同時に、区役所に粉ミルクの配給を求めるような「アクション・リサーチ」でもあった。

調査の主役は保健婦さんたちであり、丸山氏の厚生省赴任によって中断されていたものを、教授就任によって再開が試みられたわけである。しかし、十数年のブランクは大きく、9つ事業所から選んだ69世帯のうち、6つの事業所はつぶれ、3つの事業所、29世帯しか把握できなかった。

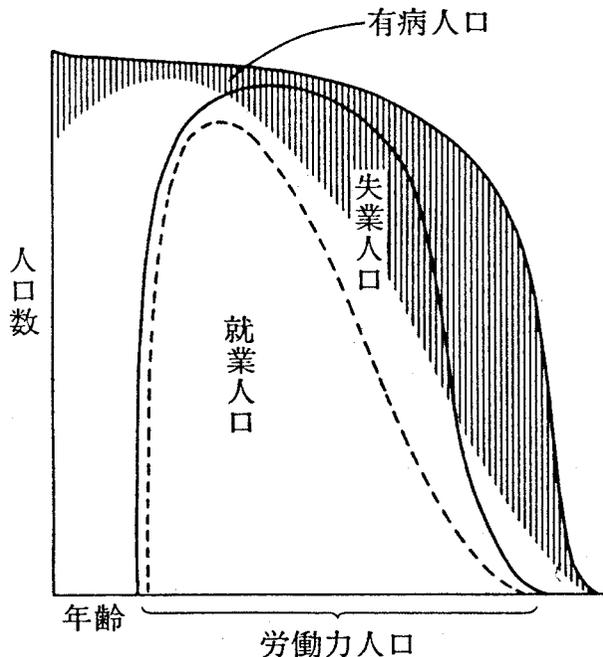
いろいろ手を広げながら、〈図7〉のような、人口の年齢構成、労働力人口、就業人口、有病人口、それぞれの関係を頭に描きながら、「労働者の年齢構成と労働力交替率」の関係についての統計学的関係に的をしばりつつあった。もし、この

時期にパソコンが導入されていたら、研究はかなりちがった展開になっていたと思う。そして、もうひとつ「もし、パソコンが導入されていたら」ちがった展開になっていただろう、と思われるのが「医学史研究会」の事務局体制である。

1961年の春、創刊号〈図8〉が出され、その年のうちに2号、3号を出して、11月には「第1回総会」が盛大に開催された。会員数は400名を突破し、会務処理と機関紙編集に追われることになった。しかも、寄せられる原稿のレベルは私を失望させるものが多かった。意気揚々たる丸山博代表幹事とはうらはらに、私の方は医学史研究会とのお付き合い（特に雑用をかぶるお付き合い）は最低限の義務的なものに止めよう、と決意した。

（のむら たく、北九州医療・福祉総合研究所所長）

〈図7〉 人口の年齢構成、労働力人口、就業人口、有病人口の模式図



〈図8〉「医学史研究」創刊号(1961)の表紙

STUDIUM HISTORIAE MEDICAE

医学史研究

1

1961

創刊のことば……………丸山 祐(1)

いわゆる<医学の危機>について…中川米 達(2)

医学史研究の現代の方向……………川上 武(6)

神経主義の歴史的発展……………松本 淳 治(9)

我国における医学道程の
科学史私観……………木本 学 甫(12)

明治末期における精神衛生の発展…松田方 一(14)

明治以後における結核史を
いかに区分したらよいか……………小松良 夫(17)

研究ノート

兵裕学と医史学……………関根道 夫(24)

日本労働衛生史について……………野村 茂(27)

私の職業病研究への反省……………山田 信 止(30)

ひろば

医学史関係の講義リスト・看護史サークルだより・医
史学の講義内容・誰もが話し合える医学史を・その他(36)

衛生史関係の自著目録……………三浦 豊 彦(23)

疾病と月令について……………根本 順 吉(35)

ゲッチンゲン医史学文献について…三浦 豊 彦(29)

新しい薬……………(25)

本の紹介と感想

George Rosen: A History of Public Health・その他(38)

1960年度医薬学史関係論文・記事目録(1)……………(41)

会員名簿・規約・執筆のしおり・あとがき

Contents

Hiroshi Maruyama: Editor's Note……………(1)

Main Articles

Yonezo Nakagawa: On the So-called
"Crisis of Medicine"……………(2)

Takeshi Kawakami: Orientation of the
present medico-historical researches……………(6)

J. Matsumoto: The historical
development of Nervism……………(9)

G. Kimoto: A view from the history of
science on the course of Japanese medicine……………(12)

H. Matsuda: The development of mental
hygiene during the later Meiji period……………(14)

Y. Komatsu: How should we divide the history
of tuberculosis after the Meiji period?……………(17)

Notes

M. Sekine: Folklore and medical history……………(24)

S. Nomura: On the Japanese labour hygiene……………(27)

N. Yamada: Reflexion on my
studies of occupational diseases……………(30)

Opinions and Letters

List of medical schools delivering lecture of the
medical history, introduction of medicine and
philosophy of medicine, etc……………(36)

Letter from the Circle for History of Nursing……………(37)

Book Reviews……………(38)

Bibliography of the history of medicine of Japan
-1960……………(41)

医学史研究会

Published by COLLEGIUM ad STUDIUM HISTORIAE MEDICAE

OSAKA UNIVERSITY, MEDICAL SCHOOL

Kita-ku, Osaka, Japan

総研いのちとくらしブックレット

(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

総研いのちとくらしブックレットNo.1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

研究所発行による最初のブックレットは、第1章・日本の医療制度や診療報酬問題をめぐる歴史的概括、第2章・日本の医療・介護制度の直面している問題と二つの道、第3章・診療報酬、介護報酬についての提言という構成となっており、全日本民医連からの委託研究報告書を基に、診療報酬制度をめぐる動きや用語解説などが加筆されて作成された。



総研いのちとくらしブックレットNo.2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

デンマーク社会事業省が発行した「Social Policy in Denmark」の翻訳。2002年、デンマークへ高齢者福祉視察に行った訳者が、デンマークの社会政策全般の枠組みをはじめに、子ども・家族政策、労働援助、障害者、社会的困窮者への対策など、アクティベーションの福祉政策が一望できる内容となっている。序文・宮本太郎（北海道大学）。



総研いのちとくらしブックレットNo.3

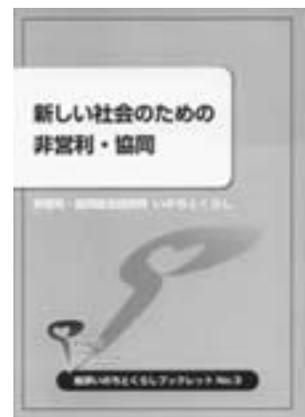
『新しい社会のための非営利・協同』

(ISBN 978-4-903543-04-8、2008年3月5日発行、A5判75ページ、頒価200円)

これまで『いのちとくらし研究所報』で発表してきた論文や座談会をまとめたものです。新しく用語解説を巻末に入れてあります。

【目次】

- はじめに 鈴木 篤
非営利・協同とは 角瀬保雄
(1) はじめに
(2) 理念としての非営利・協同
(3) 経済主体としての非営利・協同
(4) 経済セクターとしての非営利・協同
(5) 非営利・協同の課題
(6) 非営利・協同と労働
非営利・協同と社会変革 富沢賢治
(1) 社会変革の歴史
(2) 非営利・協同組織とはなにか
(3) 非営利・協同セクターとはなにか
(4) 社会経済システムにおける非営利・協同セクターの位置と役割
(5) 結論
非営利・協同の事業組織 坂根利幸
(1) 非営利・協同の意義
(2) 非営利・協同の出資と所有
(3) 協同の民主主義
座談会「非営利・協同入門」
角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸
用語解説
あとがき 石塚秀雄



総研いのちとくらしブックレット

No. 4 『非営利・協同Q & A』

ISBN 978-4-903543-08-6

2010年9月1日発行、A5版116ページ、頒価300円

このブックレットは、非営利・協同の原則や理念などを、学者研究者等11名の執筆者により短い一問一答形式で、一般読者、学生、非営利・協同関係の人々向けに編集したものです。

非営利・協同について、その基本的考えをまとめてわかりやすく説明した本は、これまでほとんどありませんでした。このブックレットは、非営利・協同とはなにかについての理解を深めるための、格好のテキストになるものと確信しております。また巻末には「さらに深めたい人へのおすすめの本リスト」がついています。

このブックレットを多くの方に読んで活用いただきたいと考えております。

※50部以上ご注文いただいた場合は、頒価から2割引きとさせていただきます。

(美和書店、保健医療研究所でもお取り扱いいただいています)

ブックレット『非営利・協同Q & A』の目次

1. 非営利・協同の原則 (Q1-Q8)
2. 非営利・協同の担い手 (Q9-Q17)
3. 非営利・協同の展開 (Q18-Q22)
4. 非営利・協同と制度 (Q23-Q27)
5. 非営利・協同と経営・労働 (Q28-Q37)
6. 非営利・協同の社会的位置 (Q38-Q44)



連絡・申込先：非営利・協同総研いのちとくらし 事務局

(担当：石塚秀雄、竹野ユキコ)

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

電話：03-5840-6567 FAX：03-5840-6568 e-mail:inoci@inhcc.org

ブックレット『非営利・協同Q & A』(頒価300円、送料別※)注文用紙

※メール便、ゆうメール、レターパック、宅急便などでもっとも低料金となるものでお送りします

●お名前：

●郵便番号：

〒 —

●部数：

部

●電話番号：

()

●ご住所：

●その他：送付方法の指定や領収書のご希望などがあればお願いします

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第42号 2013年3月—介護保険制度と非営利・協同セクター—

- 巻頭エッセイ「東電・福島第一原発事故と健康権」小西恭司
- 座談会「介護サービスにおける非営利・協同性の実現とは、現状と理論」林泰則、山田智、加藤久美、井田智、司会：八田英之
- 「2012年『改正』介護保険法・改定介護報酬の問題点～介護保険で私たちの介護保障は可能か?!～」藤松素子
- 2006年度研究助成報告「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」上野勝代
- 「21世紀の協同組合と非営利・協同セクター—憲法」堀越芳昭
- 「ケベックの社会的連帯金融」石塚秀雄
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第9回研究会報告「日本医師会の医療政策などもよまばなし」石川広己
- 「朝日資料の整理を終えて」朝日訴訟の会・岩間一雄
- 書評 全日本民主医療機関連合会歴史編纂委員会編『無差別・平等の医療をめざして』角瀬保雄
- 医療政策・研究史（1）「科学史への関心」野村拓

●第41号（2013年2月）—貧困問題と生活保護制度の再検討

- 巻頭エッセイ「連帯経済への道」津田直則
- 貧困問題と生活保護制度の再検討「はじめに～本特集の趣旨」吉永純
- 「あるべき生活保護基準とその重要性～社会保障審議会生活保護基準部会の検討枠組みについて」布川日佐史
- 「生活支援戦略（新たな生活支援体系）を読み解く」岡部卓
- 「生活保護基準額の引き下げによって影響・被害を受ける制度概要」吉永純
- 「社会保障制度の構築こそ、ディーセントワークへの道」都留民子
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第8回研究会報告「石川県内の公立病院—奥能登4病院を中心に—」武田公子
- 社会福祉と医療政策・100話（95-100話）「20 医療・福祉職の世界史」（最終話）野村拓
- 本の紹介・中川雄一郎・杉本貴志編、全労済協会監修『協同組合を学ぶ』黒子和彦、中島崇博

●第40号（2012年10月）—自治体病院再編動向

- 巻頭エッセイ「生存権と健康権」野田浩夫
- 2012年度定期総会記念講演「福島原発以降の生命科学—私のミミズ研究」中村方子
- 座談会「新自由主義政治の現段階といのちを守る社会運動の課題」渡辺治、長瀬文雄、（司会）河添誠
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第7回研究会報告
 - （1）「自治体病院の再編等をめぐる最近の動向について」山本裕
 - （2）「千葉県自治体病院の2009VS2010経営実績比較」八田英之
- 「フライブルク市の医療福祉サービスの非営利・協同事業組織」石塚秀雄
- 書評 二木立著『TPPと医療の産業化』角瀬保雄
- 社会福祉と医療政策・100話（91-95話）「19 百話方式」野村拓

●第39号（2012年8月）—TPPと共済・医療。福島と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「『日本社会と社会科学』のゆくえ」内山哲朗
- 「TPPと共済事業」相馬健次
- 「TPPと医療イノベーション政策」石塚秀雄
- 「東日本大震災後の非営利・協同組織の課題」富沢賢治
- 「福島の農協・漁協と原発事故の影響と現状、地域社会への影響」高瀬雅男
- 「福島第一原発事故から一年？明らかになったことと今後の課題」伊東達也

- 座談会「非正規労働の拡大と労働契約法改正などをどうみるか」木下武男、伍賀一道、後藤道夫、河添誠
 - 「朝日訴訟と生存権」岩間一雄
 - 「ギリシャの医療制度と社会的経済」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話（86-90話）「18 喪失と閉塞の時代」野村拓
-

●第38号（2012年3月）—日本社会の変容と非営利・協同セクター、公益と公共の変容

- 巻頭エッセイ「22年前に書いた『東京電力～原発にゆれる電力』と現在」谷江武士
 - 「法人制度改革の動向について（公益、一般法人制度を中心に）」根本守
 - 「障害者政策の課題からみた2011年障害者基本法改正」鈴木勉
 - 座談会「東日本大震災1年後の課題」中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会：石塚秀雄
 - 「TPPと米国の対日医療戦略」高山一夫
 - 「ドイツの電力協同組合と地域社会」石塚秀雄
 - 「国際協同組合年と日本の社会的経済セクター」杉本貴志
 - 社会福祉と医療政策・100話（81-85話）「17 反社会保障の風」野村拓
 - 書評 ジャン＝ルイ・ラヴィル編、北島健一・鈴木岳・中野佳裕訳『連帯経済—その国際的射程』石塚秀雄
-

●第37号（2012年1月）—シリーズ東日本大震災公開シンポジウム（第1回）

- 巻頭エッセイ「震災の顔と私たちの明日」藤末衛
 - 「福島原発問題と市民社会のゆくえ—いのちとくらしをどうまもるか—」難波謙二
 - 「福島の汚染周辺地域の生活は今」藍原寛子
 - 「原発以後の日本の市民社会、地域共同のありかたとは」大高研道
 - 「復興構想会議の復興構想7原則の問題点」石塚秀雄
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第6回研究会報告「自治体財政と公立病院」初村尤而
 - 「フランスの医療事故補償制度の最新動向」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話（76-80話）「16 売り買い医療」野村拓
 - 書評 小村富美子著『日本の薬剤師—医療社会学の視点から—』廣田憲威
 - 書評 キース・フォークス著、中川雄一郎訳『シチズンシップ—自治・権利・責任・参加』富沢賢治
-

●第36号（2011年9月）—震災原発と日本のゆくえ

- 巻頭エッセイ「非営利・協同論の探求」坂根利幸
 - インタビュー「色平哲郎医師に聞く『3.11震災と日本のゆくえ』」色平哲郎、インタビュー・石塚秀雄
 - 「被災地宮城からの報告—漁業権は沿岸漁業のかなめ—」庄司捷彦
 - 「『社会保障・税一体改革』の特徴と問題点」相野谷安孝
 - 「日の丸・君が代強制をめぐる一連の最高裁判決をどう読むか」窪田之喜
 - シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント（その4、最終回）」富沢賢治、中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会：石塚秀雄
 - 2008年度研究助成報告「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」大友康博、大友優子
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第4回研究会報告「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」武内和久
 - 「ドイツ・高齢者看護師を看護師に統合する制度改革の意味—2005年6月の聞き取り調査から—」高木和美
 - 社会福祉と医療政策・100話（71-75話）「15 社会階層と健康・医療」野村拓
-

●第35号（2011年6月）—震災原発問題と人々の協同

- 巻頭エッセイ「地から生えるように」野村拓
- 緊急座談会「福島第一原発と市民社会」角瀬保雄、中川雄一郎、坂根利幸、高柳新、司会：石塚秀雄
- 「東日本震災、原発による農民の現状と今後のたたかい」笹渡義夫
- 「破壊されたのは人生そのものだった—大震災・津波・原発事故の被災地をあるいて—」池上洋通
- シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント（その3）」秋葉武、大高研道、高山一夫、司会：石塚秀雄

- 第13回自主共済組織学習会報告「保険業法改正法（2010年法）と共済の課題」相馬健次
 - 「協同組合と政治的中立性原則の問題」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話（66-70話）「14 ベトナム戦争前後」野村拓
 - シリーズ医療産業における労働力「④イタリアの医療機関の特徴」石塚秀雄
 - 書評・鈴木勉／田中智子編著『現代障害者福祉論・新版』石塚秀雄
-

●第34号（2011年3月）—特集：持続可能な社会システムに向けて／地域と医療保健

- 巻頭エッセイ「先進医療技術を楽しむ」鈴木篤
 - 「低炭素社会への課題：緑の経済成長とグローバル化の視点から」植田和弘
 - 「新自由主義VS連帯経済」北沢洋子
 - シリーズ『「非営利・協同Q&A」誌上コメント』（その2）杉本真志、中川雄一郎、八田英之、司会：石塚秀雄
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第3回研究会報告「地域医療・自治体病院の再生について考える」山本裕
 - 「韓国の非営利・協同医療機関訪問記」角瀬保雄
 - 「医療・福祉政策学校（通称、赤目合宿）の歩み」高木和美
 - 「共済法の課題と展望—PTA・青少年教育団体共済法の成立と平成22年保険業法の改正を踏まえて—」松崎良
 - （寄稿）「命平等の国づくりを」小林洋二
 - 社会福祉と医療政策・100話（61-65話）「13 人口・途上国・貧困」野村拓
 - 書評：農林中金総合研究所企画、斉藤由理子・重藤ユカリ著『欧州の協同組合銀行』平石裕一
-

●第33号（2010年12月）—特集：社会的薬局／地域と医療保健—

- 巻頭エッセイ「条件不利地こそ協同の力の発揮どころ」田中夏子
 - シリーズ『「非営利・協同Q&A」誌上コメント（その1）」富沢賢治、八田英之、坂根利幸、司会：石塚秀雄
 - 「欧州における社会的薬局の活動について」廣田憲威
 - 「ヨーロッパの社会的薬局」石塚秀雄
 - 第8回公開研究会報告「佐久病院の概況と再構築計画について」油井博一
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第2回研究会報告「保健師の仕事」菊地頌子
 - 「シンポジウム 国境を超える患者と病院（2010年8月28日）参加報告」竹野ユキコ
 - 「EUにおける越境医療ルールづくり」事務局
 - 「韓国の社会的経済と医療—新しい取り組み手の登場」エリック・ビデ、訳：石塚秀雄
 - 「社会的事業所制度と障害者の労働」斎藤三
 - 社会保障と医療政策・100話（56-60話）「12 運動・胎動の時代」野村拓
 - 2007年度研究助成概要報告『「多摩市民生活実態についてのアンケート」調査結果の概要』近澤古晴
 - 書評 「分かち合い」の経済社会は実現できるのか—神野直彦『「分かち合い」の経済学』小塚尚男
 - 書評 石田一紀、埜田和史、藤本文朗、松田美智子編『高齢者介護のコツ～介護を支える基礎知識』川口啓子
-

●第32号（2010年8月）—特集：社会保障と社会の危機—

- 巻頭エッセイ「私と研究所」角瀬保雄
- 「社会保障の機能不全とその克服に向けて」伊藤周平
- 定期総会記念講演「学校は子どもの貧困を救えるか」青砥恭
- 「韓国の介護保険制度と市民社会（NPO・NGO、労働組合）（下）」秋葉武
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第1回研究会報告「千葉県と宮城県の『地域医療再生計画』について」八田英之
- 社会福祉と医療政策・100話（51-55話）「11 健康と社会保障」野村拓
- 「医療ツーリズムの概観と問題点」吉中文志
- 2005年度研究助成概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代
- 書評 宮本太郎著『生活保障』安井豊子
- 書評 中川雄一郎監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『地域医療再生の力』松本弘道
- 医療産業における労働力③「フランスの医療機関、医療専門家数と報酬」石塚秀雄

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.42 (2013. 05. 31発行)

理事長のページ「経済学と倫理(2)」(中川雄一郎)、副理事長のページ「総研の10年と会計」(坂根利幸)、「アメリカの診療報酬債権投資詐欺」(石塚秀雄)、書籍紹介・細田満知子著『パブリックヘルス 市民が変える医療社会—アメリカ医療改革の現場から』(高山一夫)、「地域シンポジウム概要報告」(竹野ユキコ)、「沖縄の厳しい現実とともに、地域連帯の可能性を示したシンポジウム」(河添誠)

○No.41 (2013. 02. 28発行)

理事長のページ「経済学と倫理(1)」(中川雄一郎)、副理事長のページ「地域医療の再生と中核病院」(八田英之)、副理事長のページ「無料定額診療と『維新』票」(後藤道夫)、「ベネズエラの社会的生産企業」(石塚秀雄)、「『貧困』報道の『貧困化』」(河添誠)、「参加報告 2013年冬期医療・福祉政策学校概要」(竹野ユキコ)

○No.40 (2012. 12. 31発行)

理事長のページ「シチズンシップ再考」(中川雄一郎)、副理事長のページ「非営利組織と消費税」(坂根利幸)、「スペイン・マドリッドの自治体病院の民営化とストライキ」(石塚秀雄)、「宇都宮健児さんとともにたたかった都知事選」(河添誠)、「ドイツ視察概要報告」(竹野ユキコ)、「各国の消費税」(石塚秀雄)

○No.39 (2012. 08. 31発行)

理事長のページ「少子高齢化社会と雇用問題(2)」(中川雄一郎)、副理事長のページ「説明できない事実は無視してよいのか」(八田英之)、「アメリカのオキュパイ運動の与えた意味—そして、日本の現在」(河添誠)、「米国、協同組合による雇用促進法案」(石塚秀雄)

○No.38 (2012. 05. 31発行)

理事長のページ「少子高齢化社会と雇用問題(1)」(中川雄一郎)、副理事長のページ「頭痛にはバップアリン」(高柳新)、理事リレーエッセイ「イルカ放送の向こうに」(吉中文志)、「水道事業の海外進出と民営化」(石塚秀雄)、会員投稿「水車を回せ」(平石裕一)

○No.37 (2012. 02. 29発行)

理事長のページ「『無言国ニッポン』の深層心理」(中川雄一郎)、副理事長のページ「マネー・ウォーズ」(坂根利幸)、理事リレーエッセイ「『てんでんこ』思考停止病」(八田英之)、理事リレーエッセイ「戦争と格差・差別の実相をつたえる」(柳原晃)、「スウェーデンの保育制度と日本の新システム」(石塚秀雄)

○No.36 (2011. 12. 10発行)

理事長のページ「『失敗の新自由主義』: オバマ政権は真剣に失業と向きあっているか」(中川雄一郎)、副理事長のページ「ゆりかごからゆりかごまで」(高柳新)、「ドイツの電力供給の経済セクター」(石塚秀雄)、本の紹介・京都民医連中央病院大震災災害支援対策本部編『東日本大震災の支援活動の記録—災害支援と地域づくり—暮らしに生きる学問をめざす』、せせらぎ出版、2011年11月(事務局)、井上英夫・後藤道夫・渡辺治編著『新たな福祉国家を展望する(社会保障基本法・社会保障憲章の提言)』旬報社、2011年10月(細田悟)、「第10回全日本民医連学術・運動交流集会、生協総研生協総研賞第8回表彰事業受章式に参加して」(竹野ユキコ)

○No.35 (2011. 09. 20発行)

理事長のページ「デンマークとイギリスを訪ねて」(中川雄一郎)、副理事長のページ「戦争、原発を商いにする世の中は駄目だ」(高柳新)、「アメリカの災害対応ガイド」(石塚秀雄)、参加報告「医療・福祉政策学校 夏季合宿概要」(竹野ユキコ)、会員アンケートまとめ

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

単行本案内

◎ 「医療難民」「健康格差」はなぜ生じるか どう克服するか
『日本の医療はどこへいく 「医療構造改革」と非営利・協同』
角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2007年9月25日発行、新日本出版社、238ページ、定価1995円（税込）
ISBN 978-4406050616



目次

はじめに

序章 無保険、無医村の時代から現代に

第1章 医療保障と非営利・協同

第2章 日本の医療供給体制の現状と今後

第3章 2006年「医療改革」の行く末

第4章 高齢社会の実態、医療・介護における格差の広がり

第5章 米国の格差医療と非営利組織の役割

第6章 ヨーロッパの医療制度改革と非営利・協同セクター

おわりに

参考文献

角瀬保雄
高柳 新
角瀬保雄
岩本鉄矢
八田英之
廣田憲威
高山一夫
石塚秀雄
高柳 新

◎ 「崩壊」の構造を変える 『日本の医療はどこへいく』第2弾！
『地域医療再生の力』
中川雄一郎監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2010年1月25日発行、新日本出版社、237ページ、定価2100円（税込）
ISBN 978-4406053334



目次

はじめに

第1章 自治体病院はどこへ行く

第2章 京都における医療機関の動向から地域医療の再生を考える

第3章 東京における開業医と住民運動の連携

第4章 佐久総合病院と地域医療

第5章 明日の見えない医療経営—経営論点と処方箋

結びにかえて——地域医療と「非営利・協同」

中川雄一郎
村口 至
吉中丈志
前沢淑子
石塚秀雄
坂根利幸
杉本貴志

【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

<input type="checkbox"/> 読者の声	機関誌や研究所に対するご感想・ご意見・取り上げて欲しいテーマなどをお寄せください（機関誌等に掲載することもあります）。	
お名前・ご所属等		年齢 才
ご連絡先住所	〒	
電話番号・電子メールなど		

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

- ・会員の別 正会員（個人・団体） 賛助会員（個人・団体）
・入会口数 （ ）口

ふりがな	
団体名称または氏名	

※団体正会員の場合は法人・団体を代表して入会する個人名を、個人正会員の場合は所属・勤務先等を記入して下さい。(団体正会員は、入会時に登録された個人が定款上の社員となります。)

※団体会員で、登録する人物と実務担当が異なる場合は、担当者の氏名も記入して下さい。

(団体会員のみ)	ふりがな 代表して入会する個人名	
	ふりがな 実務担当者名	
(個人会員のみ)	ふりがな 所属・勤務先等	

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

〒番号	—		
住所			
電話番号	()	FAX番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

- ・入会金と会費 (1) 入会金
- | | |
|-------------|---------|
| 団体正会員 | 10,000円 |
| 個人正会員 | 1,000円 |
| 賛助会員(個人・団体) | 0円 |
- (2) 年会費 (1口)
- | | |
|--------|-----------------|
| 団体正会員 | 100,000円 (1口以上) |
| 個人正会員 | 5,000円 (1口以上) |
| 団体賛助会員 | 50,000円 (1口以上) |
| 個人賛助会員 | 3,000円 (1口以上) |

【次号44号の予定】 (2013年9月発行予定)

- ・座談会：各地の民医連MSWから見た貧困の現場と生活保護の課題
- ・TPPのISD条項と医療への影響
- ・道州制構想の問題点と地方自治の危機
- ・被災地保健師アンケート報告、ほか

【編集後記】

10周年記念企画の一環で京都民医連中央病院との共催で地域シンポジウムを開いたので、その報告を特集の一つとしました。もう一つの特集は国民主権とシチズンシップ、そして憲法についてと言えるでしょうか。改めて国民、市民とは何か、権利と責任とは何か、憲法とは何かを考えていきたいものです。

【投稿規定】

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

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

4. 採否

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

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

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

② 投稿原稿は返却いたしません。

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

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

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

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

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

TEL：03-5840-6567/FAX：03-5840-6568

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