

## 目次

- 巻頭エッセイ：マイケル・マーモットに会う……………野田 浩夫 1

### 【特集】 2016年度定期総会記念シンポジウム

- ・基調講演「日米の医療セーフティネットを考える」……………高山 一夫 2
- ・個別報告①「日本における低所得者への医療保障の実態」  
……………後藤 道夫 15
- ・個別報告②「民医連における無料低額診療の現状」……………内村 幸一 22
- ・補足、質疑応答、会場からの補足……………27

### ●論文

- ・千葉県の自治体病院の現状と地域医療ビジョン……………八田 英之 31
- ・EUの移民問題と社会的経済……………石塚 秀雄 38

### ●シリーズ医療政策・研究史 (14)

- 人口政策と医療政策―間もなく国勢調査(1920)100年―……………野村 拓 45

- 書評：岩林靖永・樋口恵子編『2050年超高齢社会のコミュニティ構想』（岩波書店、2015）……………今井 晃 56

- 2013年度研究助成報告：臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか？～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～……………菊川 誠ほか 58

- 会員短信……………64

- ・研究助成報告一覧、報告書、機関誌・ニュースバックナンバーなど  
…………… 44、62、66

(表紙写真：前沢淑子)

# マイケル・マーモットに会う

野田 浩夫

9月3日、一橋大学で、世界医師会会長になってしまったイギリスの著名な疫学者マイケル・マーモットさんの講演を聞き、その後で2時間近く少人数で懇談を持つ機会を得た。なんだか夢のような時間だった。

そのチャンスが訪れた理由は、2016HDCA (Human Development and Capability Association、人間開発とケイパビリティに関する国際学会) 東京大会が、一橋大学経済学研究所・規範経済学研究センターをホストに、後藤玲子教授を大会長として開かれ、アマルティア・セン、マーサ・ヌスバウム、マイケル・マーモットという豪華陣が基調講演を行い、それらはすべて市民に公開されたからである。

僕は一生の内に会いたい人が3人いた。すなわち加藤周一、マイケル・マーモット、アマルティア・センである。

加藤さんとは生前2回食事を一緒にする機会があった。近くに座って聞きたいことは聞けたし、僕が要領のえないことを言ってしまうと、「それで何が言いたいのか」という鋭い反撃もいただいた。今から考えると、僕の考え続けていることの根幹に関わることだったが、そういうことは言葉にできないものだという事も分らせて貰った気がする。

今回は、アマルティア・センの講演を聴く機会でもあったわけだが、それは前日9月2日だったので参加する条件がなかった。参加できても直接話をする事はできなかったのも、それを見逃したのはよしとしよう。

マーモットさんに直接会えたのは何重もの幸運があった。広島という同郷を持つことで親しくさせて貰っている倫理学者・川本隆史さん(東大、国際基督教大学)が後藤玲子さんに僕を紹介してくれたことが決定的だった。

それはそれとして、僕としてもマーモットさんに会っておく切迫した理由があった。それはマーモットさんの新著 *The Health Gap — the Challenge of an Unequal World* を読み始めたたん、これこそが、21世紀の『君たちはどう生きるか』(吉野源三郎著) だと思ったからである。健康という全ケイパビリティの根幹になるものについて正確な知識を持つことが、貧困と格差の中で無力化している日本の青年の未来に不可欠なものであり、どうしても彼らが読める日本語の本として届ける必要がある。

幸い、マーモットさんの快諾を得ることができた。訳出に賛同してくれる友人らと協力して必ず目的を実現したい。残念なのは新品を持参した岩波文庫の『君たちはどう生きるか』を受け取ってもらえなかったことである。もし、ロンドンに持ち帰ってもらい、マーモットさんのところにいる日本人学生に、この本は君たちにとってどういう意味を持つかと尋ねてもらえると真意が伝わったはずなのだが。

妻の命日でもあった。彼女が肩を押してくれたような気がする。

(のだ ひろお、全日本民医連副会長・医療生活協同組合健文会理事長・研究所理事)

基調講演◆『日米の医療セーフティネットを考える』

高山 一夫(京都橋大学教授、研究所理事)

はじめに

どうも皆さん、こんにちは。京都橋大学の高山です。この1～2年間、総研から研究助成を賜り、アメリカ、ワシントン D.C. などへの視察も含めた研究成果をまとめました。それが、お手元の冊子『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』です。タイトルは仰々しいのですが、研究を進める中で、「社会包摂」ですから、当然貧困というものを社会的排除と捉えてそれを包摂する、つまり貧困問題を解決するというのを医療の領域でどう考えるべきかという議論をしました。

その中で、アメリカ医療のセーフティネットというものに焦点を当てて、現地で聞き取りをしましたので、今日ご紹介します。また、私の報告の後に後藤先生や内村さんのご報告があるということになります。全日本民医連では、「無差別・平等」という理念を掲げてきましたが、改めて今日に備えて『無差別・平等の医療を目指して』をざっとまた読み返してきました。今から申し上げる

セーフティネット供給者 (Safety Net Provider ; SNP) は、貧困な人へのケアや支援ということをミッションの中心に据えています。そうした SNP の理念を、どう「無差別・平等」とかかわらせるのか。あるいは、非営利・協同という運動と経営の事業の理念とどう結合するのか、というところは、オープクエスションという形で、後半に議論したいと思います。

今回の報告では、研究助成をいただいた研究の概要報告をさせていただきます。詳しいことは、こちらの研究成果報告書をご覧いただければと思います。本日の報告では、3つの柱を立てました。1つ目の柱は、アメリカの無保険者問題とセーフティネット供給者についてです。2つ目は、オバマ医療改革についてです。仮にトランプ大統領が登場すれば最初に葬り去られるのかもしれませんが、現在でも改革の成果がかなりでています。ただ、改革が無保険者等への支援を柱とする SNP との関係では、少し悩ましい部分もあります。3つ目の柱は、現地調査の概要です。

【図表 1】

1、米国の無保険者問題とSNP

- ▶ 無保険数の推移(1990年～2014年)
  - ▶ 改革前の2012年は4,795万人(総人口の15.4%)が無保険者に
  - ▶ 2000年代を通じて雇用主による保険提供が低落する傾向
  - ▶ 医療扶助メディケイドおよび高齢者保険メディケアが増加

医療保険加入状況の推移

	総人口 (千人)	医療保険加入者(%)					無保険者		
		合計 <sup>1)</sup>	民間医療保険			公的医療保険		(%)	(千人)
			合計	うち雇用主	メディケイド	メディケア			
1990年	248,886	86.1	73.2	60.4	9.7	13.0	13.9	34,719	
1995年	264,314	84.6	70.3	61.1	12.1	13.1	15.4	40,582	
2000年	279,517	86.3	72.6	64.2	10.6	13.5	13.7	38,426	
2005年	293,834	85.4	69.2	60.7	13.0	13.0	14.6	41,752	
2012年	311,116	84.6	63.9	54.9	16.4	15.7	15.4	47,951	
2014年	316,168	89.6	66.0	55.4	16.0	19.5	10.4	32,968	

<sup>1)</sup> 民間保険と公的保険に同時加入する者は1人として数えている。  
出所) U.S. Census Bureau (2012) および do. (2015)より作成。

# 1. アメリカの無保険者問題とセーフティネット供給者 (SNP)

## 無保険者問題の概要

ここにおられる方は、皆さんよくご承知かと思いますが、アメリカの無保険者問題の状況について、アメリカのセンサス局の統計を整理しました(図表1)。2012年のところで見ると、約5,000万人(15.4%)が無保険でした。これは調査した6月1日時点でのアンケート調査結果なので、5,000万人がずっと無保険だったというわけではありません。ですから、調査時点で一年以上にわたり無保険だった者の数となると、ちょっと数は減ります。それでも2,000万人を超えてきます。あとは、転職や失業など、いろいろな理由で偶々無保険だったという場合もあります。

しかしいづれにしても、その調査時点では人口の15%、6人に1人が無保険であるわけですから一ちょうど日本の相対的貧困率と同じような比率ですけれども一、米国は医療アクセスという点で、非常に大きな問題を抱えているということになります。

また、アメリカでは公的保険メディケア(Medicare)がありますが、これは高齢者と障害者・慢性腎疾患患者に限定された社会保険です。メディケアの対象者を広げれば、国民皆保険に近づくのですが、それは政治的にできない。オバマ医療改革でも、公的な医療保険を拡大する方針はすぐに撤回せざるをえなかった。もうひとつ、米国にはメディケイド(Medicaid)という貧困者向けの医療扶助制度があり、改革に伴い、このメディケイドの受給要件を緩めることで無保険者を減らした州がありますが、すべての州にそれを強制することは法的に難しい。この点については、日本の医療扶助をどうするかという問題とあわせて、後ほど議論したいところでもあります。いづれにしても、こういう背景があるために、公的医療保険や医療扶助ではなく、民間保険の加入者を増やそうということになっているのです。

民間保険というと、個人で加入するものと、企業が従業員向けに提供するものとの2種類あります。加入者数で見れば、やはり企業が福利厚生の一環として提供する保険の方が多いです。ただ、

日本の健康保険と違うのは、アメリカでは雇用主に対して、従業員への健康保険の提供を義務づけてはいません。ハワイ州、マサチューセッツ州、バーモント州のように、一定規模以上の事業主には健康保険の提供を義務づけている州もあるのですが、基本的には任意です。ですから、組合の力が弱いとか、労働者が組織されていない職場では、なかなか医療保険が提供されないということになります。

公的な医療保険であるメディケアとメディケイドを受給できず、さらに職域を通じた保険加入もできない人たちが、無保険になっていく。こういう構造になります。趨勢としては、オバマケアの手前まで、メディケイドの受給者数が一貫して増えています。リーマン・ショックが2008年にあったとの事情もありますが、2000年代末にはぐっと上がっています。それから、米国でも人口の高齢化が進行していますので、メディケアの受給者数もじりじり上がってきていると言えます。先ほどの総会で専務もおっしゃっていましたが、アメリカでは日本とは桁違いに無保険の人が多く、医療アクセスの差というのが、非常にはっきりと出ています。

医療保険の有無と医療格差について、図表2(次頁)で紹介した数値は、アメリカの『厚生労働白書』に相当する、*Health, the United States* からとったものです。つまり米国では、白書をつくるたびに、医療格差に関する統計をちゃんと整理しているわけですね。その一部を紹介しますと、例えば、「日常的に利用する医療機関がありますか」というアンケートにおいて、①民間の保険に入っている人、②医療扶助を受けている人、そして、③無保険者に分けると、①の医療扶助を受けている人と②の医療保険に入っている人とのあいだにはそれほど差はないのですが、③の無保険者になると、数字に大きな差がみられます。それから、「過去12カ月間に受診しなかった」という項目でも、医療保険加入者・メディケイド受給者と無保険者とのあいだに、3倍ぐらい差が出ます。さらに、検診などの受診率では、無保険者は5から6割へと減っています。これらの数値はすべて統計的に有意です。

## SNP 概念とその役割

ここで SNP の役割の話になります。セーフティネット供給者の概念等については、米国医学研究所 (Institute of Medicine ; IOM) が、2000年に *America's Health Care Safety Net* という本をまとめておりまして、これが基本文献になっています。IOM によれば、アメリカには国民皆保険や NHS がいないため、普遍的な医療保障を欠いている。そういう状況の中で、無保険者やマイノリティなどの医療弱者 (vulnerable patients) に対して、診療、あるいはソーシャルサポートを含む支援を行うことを主たる目的とした医療機関を指して、SNP と定義します。具体的には、地方政府立の公立病院とか、コミュニティ・ヘルス・センターと言われる外来のクリニックです。それから、日本のかつての保健所を思っただけであればよいのですが、各自治体の保健局ですね。これらがとくに「コア SNP」と呼ばれています。

SNP が対象とする医療弱者というのは、範囲が結構広くて、無保険者はもちろん該当しますが、実は医療扶助メディケイドの受給者も含まれます。なぜかという、メディケイドは各州によって運営されるので、詳細はいろいろ違うのですが、一般的には、例えばメディケアとか民間保険と比べると、診療報酬の単価がかなり低いと言われてます。メディケイドの患者をたくさん抱えることは、医療機関にとって必ずしも経営的にはプラスにはならないわけです。そのため、メディケイ

ド患者も敬遠されがちであり、IOM は医療弱者に含めたわけです。他にも、HIV/AIDS など特定の感染症患者、慢性疾患で治療しにくい病を抱える患者、文化的・言語的に異なる移民やマイノリティ、そして、しばらく前にフロリダ州で悲劇があった性的マイノリティ・LGBT なども、医療弱者に含まれます。ネイティブ・アメリカンと退役軍人も医療弱者に入っていますが、彼らに対しては、インディアン・ヘルス・サービスとベテランズ・ヘルスという連邦政府の制度があります。ただ、民間病院ではあまり診てもらえないので、連邦政府立の医療機関が近隣にない場合には、やはり医療アクセス上のバリアに直面するといわれています。ホームレスや薬物依存 (substance abuse) も、医療弱者に含まれます。受刑者が含まれることについて、受刑者は疥癬など特有の疾患を有し、あるいはいろいろな事情からいわゆる問題行動を起こしかねないという点で、アメリカでもなかなか受け入れてもらえないのです。この点は日本でも同じだと思います。

じつは、アメリカの病院には、日本の療担規則が定める応召義務という縛りはありません。ER (救命救急室) はありますけれど、アメリカの ER は病院とは切り離されています。ですから、ER で何がしかの処置をしたら、あとはそれで帰してもいい。そのまま病棟に上げて、処置や手術、入院できるかどうかは、病院側の判断となる。そもそも外来を設けていない病院もあり、医療弱者

【図表 2】

無保険者の受診抑制・アクセス制限				
▶ 医療保険加入者・メディケイド受給者と無保険者との比較				
医療保険加入状況と医療アクセス (2006-07年)				
	日常的に利用する医療機関を持たない者の割合		過去12ヶ月に受診しなかった者の割合	
	18歳未満	18-64歳	18歳未満	64歳以下
民間保険加入者	2.6	9.8	9.4	13.9
メディケイド受給者	4.3	11.5	9.7	11.4
無保険者	30.9	52.8	31.9	37.4
	マンモグラフィー検査受診者の割合		子宮頸部がん検診受診者の割合	
	40-64歳の女性		18-64歳の女性	
民間保険加入者	74.2		84.3	
メディケイド受給者	64.2		80.3	
無保険者	39.7		67.1	

出所) DHHS, *Health, the United States*, 2009より作成。

が来院した場合、病院としては、入院お断りとしてもとくに問題はないのです。もちろん、連邦政府が運営するメディケアと診療契約を結んでいる病院がメディケア患者を断ったら、これは行政処分になります。しかし、メディケアとの契約が解消するだけなので、日本とは大分違います。アメリカだと、加入している保険によっては、自宅の近くにある病院であっても利用できないという場合が珍しくないのです。そこがフリーアクセスの日本とは、大分違うということになります。

定款やミッションで医療弱者に対して診療するということを掲げ、実際にも患者数の大半がそういう人たちで占められているような機関が、セーフティネット供給者(SNP)と呼ばれます。どんなことをやっているかという、民医連の無低診事業とか、ソーシャルワーカーやケースワーカーの職員がやっていることと、おそらくはそれほど違いがないはず。研究成果報告書のなかでも、共同研究者の石橋先生が、京都民医連第二中央病院との比較で非常に興味深い考察をされていますが、日米でそんなに違いはないと思います。

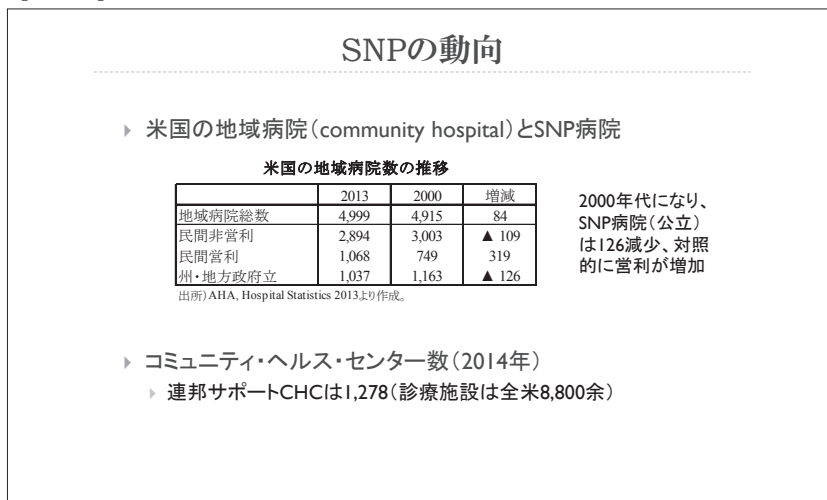
SNPは、一般的な診療に加えて、外傷・熱傷やお産といった領域では、専門的ケアも行っています。あと、SNPの活動で特徴的なことは、やはりソーシャルサポートですね。英語がしゃべれない人が多いですから。ワシントンD.C.だって英語をしゃべれない人が多いはず。他にも、病院までかかるタクシーやバスのお金がないとい

う場合もあります。それから、地域に出ていくアウトリーチにも積極的で、そこでのいろいろな指導を行うということもあります。後ほどお話しする現地調査報告のところで少し紹介できるかもしれません。

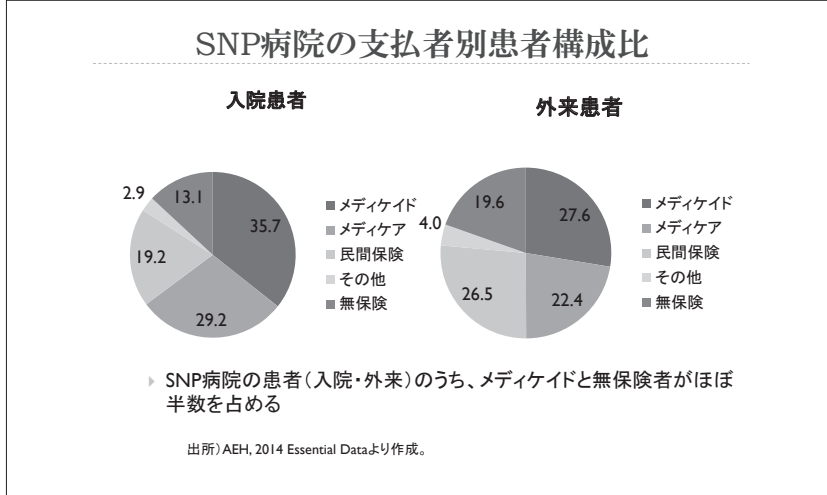
あとは、SNPの活動をやりたいという医学生—日本でも医師確保が課題だと思いますが—、そういうことに関心のある医師や看護師の研修やトレーニングもしています。例えば、HIV/AIDSに苦しむマイノリティのケアに関心のあるドクターがいたら、そういう人はぜひSNPでぜひ研修してくださいといった具合にです。研修の内容自体は、特別にユニークなことをやっているというわけではないかもしれませんが。

米国の地域病院数の推移をみますと、州・地方政府立病院はコアSNP病院です(図表3)。今回の視察で訪問したプロビデンス病院というのは民間非営利の病院なのですが、民間非営利の中でも、とくに黒人の貧困患者の診療を中心にやっているという点で、広義のSNPといえます。日本では地域の拠点になる病院は自治体病院だというイメージがありますけれども、アメリカの場合は、どちらかというが無保険者とか、先ほど言った医療弱者の診療を中心にやっています。いわゆる「市場の失敗」を政府が補完するという公共経済学の理論が、米国の医療提供体制では現実のものとなっているわけです。1病院当たり平均病床数も、公立病院は120~130床と非常に小規模です。専門

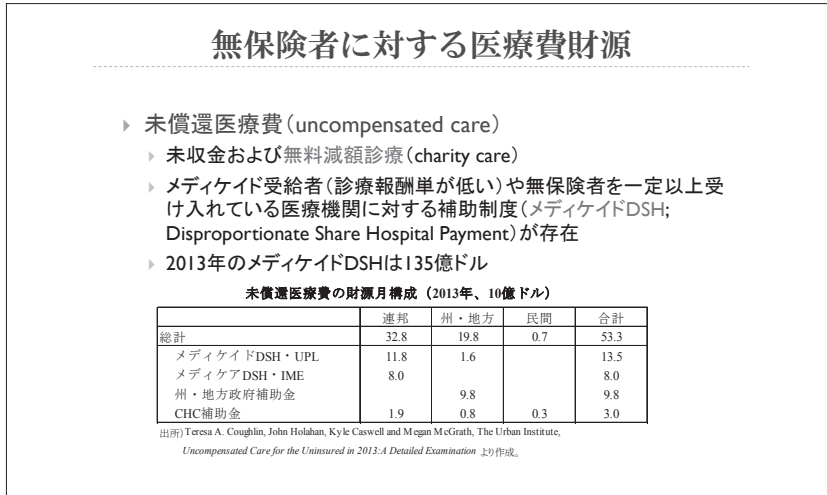
【図表3】



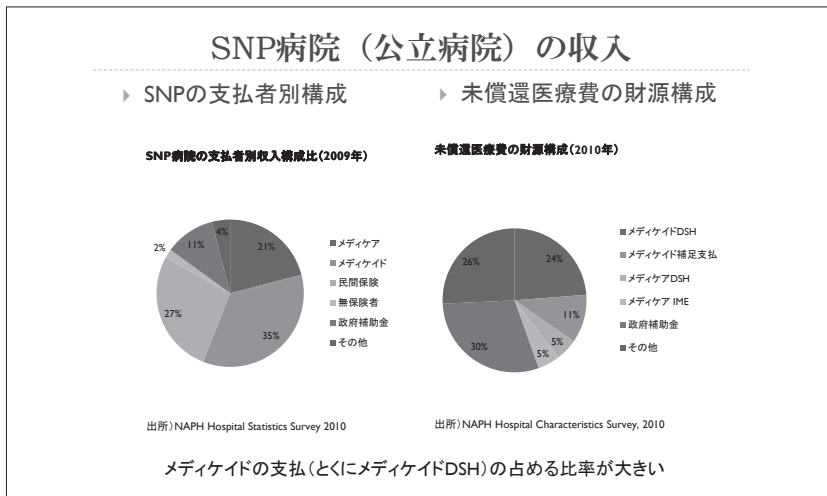
【図表 4】



【図表 5】



【図表 6】



的なケアが必ずしも全部そろっているわけではないからです。SNPの機能について、医療弱者の中でも、感染症管理、薬物中毒の治療、さらにメンタルなどに重きを置いているので、一般の急性期病院とは異なる部分があるということです。

これら公立病院とは別に、コミュニティ・ヘルス・センター（CHC）というのもあって、これは外来のみです。組織としては1,200ぐらい全米にあって、施設としては8,800カ所のサイトがあります。入院を必要としない者については、連邦政府の補助金を受け取っているCHC（federally qualified CHC）が、その主力になっております。ですから、入院を必要としないようなところだとCHCにいき、入院が必要ならば公立病院に行くわけです。

### SNPを支える財政補助制度

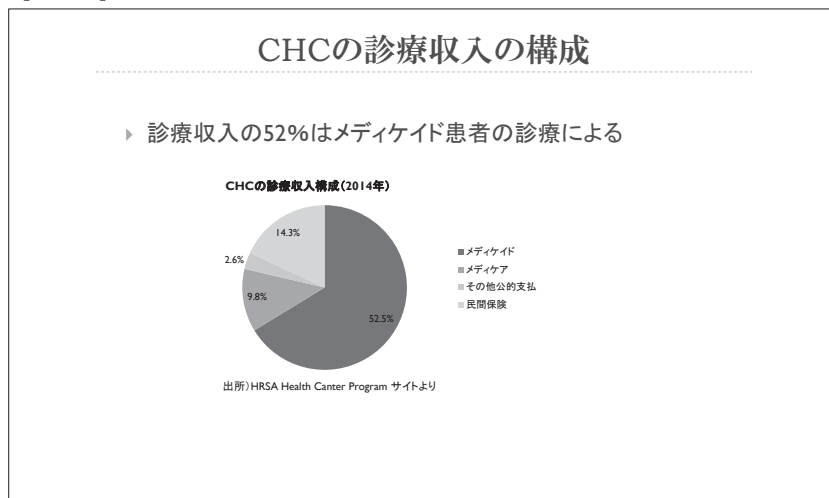
SNP病院は医療弱者を対象にしているわけですが、事業として成り立つのかということが、当然課題です。無低診事業も病院の持ち出しだと聞いておりますけれども、SNP病院の場合はどうか。現地視察でアメリカ公立病院協会（AEH：American Essential Hospitals）を訪問しました。昔は“American Association of Public Hospitals”と言ったのですが、2013年に名前が変わりました。そのAEHを訪問した際に頂いたデータから、SNP病院の支払者別患者構成比を作成しました（図表4）。見ると、入院患者の35.7%がメディ

ケイド（医療扶助）の患者、外来も4分の1です。入院患者の13.1%、外来患者の19.6%が無保険者で、医療扶助と無保険者を合わせると、入院・外来でも半分弱ぐらいが医療扶助または無保険だということになります。要するに、入院・外来ともに患者の約半数は医療扶助か無保険というのがセーフティネット病院の特徴です。ただし、そうした医療弱者専用というわけではなく、民間保険加入者も受け入れています。

また、制度的に無保険者に対する医療費財源としてどのようなものがあるかと言いますと、アメリカでは、未収金および無料減額診療というのがあります。無低診ではなく、無料減額診療です。患者の所得に応じて、病院が請求する医療費を免除したり割引いたりする仕組みで、スライディングスケールといいます。割引診療が原則的にできない日本とは違いますね。この制度はチャリティケア（charity care）と呼ばれています。このような制度を含め、診療報酬がもらえない医療ということで「未償還医療」（uncompensated care）という概念があります。

メディケイドを一定数以上受け入れている場合については、“Disproportionate Share Hospital Payment: DSH”（ディーシュと読む）とよばれる、診療報酬を上乗せ・追加してくれる制度もあります（図表5）。2013年で135億ドルを、メディケイドDSHと同アッパーリミット（UPL）で補填しているのです。メディケアにも同じくDSHがあ

【図表7】





り、医学教育（IME）とって留学生を入れた場合などのコストの補填もあります。それから、直接州政府や自治体からの補助金というのがあります。病院については、このDSHと補助金が大きいということになります。他方、コミュニティ・ヘルス・センターは、連邦政府が認定しているCHCに対しては、連邦政府からも補助金が交付されます。

SNP病院の収入を米国公立病院協会（現在のAEH）のデータで見ると、2009年は未償還医療費の財源構成は、メディケイドDSHがおおよそ24%、それから政府の補助金が30%ぐらいですね（図表6）。その他は、一般の寄付、メディケア・メディケイドのDSH、アッパーリミット等の追加の支払い、医学教育も5%ぐらいになります。ですから、SNPに対しては、医療弱者を診療しているということに対して、一定の補助制度があるということですね。実はこれが、オバマケアの施行とともに、難しいことになるという感じですね。CHCのほうは、メディケイドの支払いと、その他の公的支払（公衆衛生法330条に基づく連邦補助金）で収入の90%を占めます（図表7）。同じSNPでも、病院よりCHCの方が補助金に依拠する部分が大きいということです。

## 2. オバマ医療改革とSNPに対する影響

### オバマ医療改革の3つの柱

オバマ改革とその影響という2つ目の柱に移ります。オバマ改革そのものについては、最近、日本医療総合研究所（以前の国民医療研究所）の『国民医療』という機関誌に依頼されて短い文章を書きました。こちらも見ただけだとご参考になるのではと思います。

オバマ医療改革の主な内容の1つは、有名な「医療保険加入と罰金支払いの選択制」の導入があります（図表8）。アメリカでは、医療保険に入るか入らないかは自由です。高齢者保険メディケアは社会保険なので、現役世代も強制加入で保険料を拠出しなければなりません、それ以外については、個人が加入するか否か、また企業が従業員に提供するかどうか、自由です。その状況に対

して、保険に加入するかペナルティーを支払うかという選択制を導入したのです。憲法違反じゃないかとも争われましたが、一応合憲だという判断が出ています。

加入条件として、個人加入型の民間保険に加入する場合は、公開加入期間（open enrollment period）というのがある、その期間内に手続きすることになっています。未加入の場合の罰金は、2016年では、「世帯所得の2.5%（上限2,085ドル）又は695ドルの高い方」となっていますが、年々上がって行って、最終的には医療保険に入ったほうが得だということになります。また、次に述べる取引所を通じて個人加入型の医療保険に加入した場合、保険料相当分を税額控除する仕組みも導入されました。

企業に対する選択制（従業員への医療保険提供か罰金支払い）は、従業員数50人以上の企業が対象です。ただし、従業員50人以上でやっている企業の約9割は、既に医療保険を提供しています。50人未満の中小・零細企業で働く人々は、個人加入型の医療保険に加入することになります。

2つ目は、医療保険取引所（exchangeまたはmarketplace）の開設です。加入したいと思っても、どの保険に入ったらいいかわからないという問題がでてきますが、保険料と保険給付をいちいち約款を見て選ぶことは大変難しいです。ずいぶん昔に、ブルークロスの保険約款をもらったのですが、大部の冊子で、「こんなの、よう読まんわ」と思いました。ですから、医療保険を4つに分けて、プラチナ、ゴールド、シルバー、ブロンズと、患者自己負担率ならびに保険料によって大きく分類して、プラチナは手厚いけれど保険料が高い、ブロンズは患者負担率が高いけれど保険料が安いというように分けています。保険取引所をインターネット上につくって、あたかも証券取引所と同様、そこで上場されている保険については、取引所のお墨付きなので大丈夫ですよと、したわけです。

3つ目は、医療保険会社に対する規制強化です。まず保険給付については、法定給付というのを導入しました。保険約款の細かい字で、「この薬には適用しません」とか「既往症は認めません」とかをやると、いわゆる一部保険の問題が生じるの

【図表 8】

## 2、オバマ医療改革とSNPに対する影響

オバマ医療改革(ACA法)の主な内容	
1、医療保険加入が罰金支払いの選択制の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人加入型はopen enrollment period期間中に手続が必要</li> <li>罰金は世帯所得の2.5% (上限2,085ドル) 又は695ドルの高い方 (2016年)</li> <li>50人以上を雇用する企業にも導入 (罰金は各2,000ドル、6万ドルは控除)</li> </ul>
2、医療保険取引所 (exchange/ marketplace) の開設	<ul style="list-style-type: none"> <li>州政府がオンライン上に設置 (未開設27州住民は連邦取引所を利用)</li> <li>上場保険は4つのタイプ (プラチナ、ゴールド、シルバー、ブロンズ) に分類</li> <li>取引所で加入した個人 (連邦貧困基準400%まで) に税額控除を適用</li> <li>従業員100人以下の企業向けの取引所SHOPも開設</li> </ul>
3、医療保険会社に対する規制強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>合理的な理由を欠く加入拒否・更改拒否の禁止</li> <li>保険金支払いの上限設定の禁止</li> <li>法定保険給付 (10項目) の義務付け</li> <li>調整地域料率の採用 (年齢による保険料格差は3倍まで)</li> </ul>

【図表 9】

## オバマ医療改革の概要 (続)

オバマ医療改革(ACA法)の主な内容	
4、メディケイド受給要件の緩和 (Medicaid Expansion)	<ul style="list-style-type: none"> <li>所得要件を連邦貧困基準の133% (実質138%) に拡充</li> <li>要扶養児童のいない成人に対しても適用</li> <li>適用者は代替的給付プランを受給 (家族計画等の給付を義務付)</li> <li>2016年3月時点で19州が未拡充</li> </ul>
5、医療提供体制の改革	<ul style="list-style-type: none"> <li>プライマリケア中心のアカウンタブルケア組織 (ACO) の導入</li> <li>Medicare Shared Savings Programにより、医療の質と医療費に関する基準を上回るACOに対して追加的なメディケア診療報酬を支払う</li> </ul>
6、財源の調達	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療保険、製薬、医療機器、日焼けサロンに対する課税 (fees &amp; taxes)</li> <li>メディケア社会保険料の引き上げ (個人所得年20万ドル以上が対象)</li> <li>高額医療保険への課税、非課税医療貯蓄口座の上限を2,500ドルに制限</li> </ul>

【図表10】

## オバマ医療改革の成果

- ▶ 2014年の無保険者総数は3,300万人 (総人口の10.4%)
- ▶ ACA法の施行前年 (2013年) と比較して無保険者が883万人減少
- ▶ とくに、民間保険の個人加入型と、メディケイド受給者とが伸長
- ▶ 無保険者の中心は、ACA法の対象外とされた不法移民に

**類型別医療保険加入割合の比較：2013年と2014年**

	2013年		2014年		変化	
	人数 (万人)	比率 (%)	人数 (千人)	比率 (%)	人数 (千人)	比率の差
民間医療保険	20,104	64.1	20,860	66.0	756	1.9
雇用主提供型	17,442	55.7	17,503	55.4	61	▲ 0.3
個人加入型	3,576	11.4	4,617	14.6	1,041	3.2
公的医療保険	10,829	34.6	11,547	36.5	718	1.9
メディケア	4,902	15.6	5,055	16.0	153	0.4
メディケイド	5,492	17.5	6,165	19.5	673	2.0
無保険者	4,180	13.3	3,297	10.4	▲ 883	▲ 2.9

出所) U.S. Census Bureau (2015) Health Insurance Coverage in the United States: 2014 より作成。

で、法定給付を入れたわけです。契約書の重箱の隅を突つたような一部保険をつくらせないということで、保険会社に対してかなりの規制強化をしました。調整地域料率まで導入して、年齢と居住地と喫煙の有無と性別、その4つ以外で保険料に差をつけてはいけないということとし、かつ、年齢による差も3倍までとしました。これには保険会社もかなり反対して、5倍じゃないとやってられないとか、かなり議会では議論になったのですが、オバマ政権が抑え込んだわけです。

### オバマ医療改革の成果

オバマ医療改革では、無保険者を減らすために、取引所を通じた民間医療保険への加入促進と並んで、メディケイド拡充 (Medicaid Expansion) を導入しました (図表9) (前頁)。これは、メディケイドに限って受給要件を連邦貧困基準 (いわゆる生活保護支給の基準) の133% (従前ベースで言うと138%) まで緩和する仕組みです。さらに、受給要件から扶養児童をはずしました。いままでは、所得が低くても、子どもがいない成人は、自己責任で放置されていました。HIV/AIDSの患者とか、慢性疾患、精神疾患を有する貧しい大人が、医療扶助の対象から漏れていたわけです。オバマケアでは、そこも対象にしようということでした。オバマ政権としては、全米で一気にやらせようと考えていたのですが、合衆国憲法違反だと共和党系の州知事から提訴され、最終的には、このメディケイド拡充をやるかやらないかは州政府の判断だと合衆国最高裁が判断しました。2016年3月時点では、19の州がメディケイドを拡充していません。医学雑誌では、拡大した州に居住しているか否かによって、例えばHIV/AIDS患者のメディケイド受給率に大きな差が生じている等の事例が紹介されています。

ただし、メディケイド拡充で新規に医療扶助を受給した人々に対しては、従来のメディケイドとは別に、代替的プラン (alternative plan) から受給することが義務づけられました。オバマケアを批判する人は、従来の給付内容と比較して、ここを攻撃しているようです。

改革のための財源については、新しい税金を課したり、払える人からとるとか、非課税のものを

制限するとか、いろいろやったということですね。

オバマ医療改革の成果ですが、2014年と2013年の医療保険加入状況を比較すると、はっきりします (図表10)。まず、無保険者が883万人減りました。これだけの成果は、いろいろな医療制度改革をやっているアメリカにあって、メディケア・メディケイドを創設したジョンソン政権の1965年の社会保障法ぐらいしかありません。オバマケアを批判する人々もいますが、この数字はすごい。米国も今までいろいろな改革をやってきましたが、これだけ無保険者を減らしたことはないのです。

保険加入類型でどこが増えたかということ、今までは民間保険の主流は雇用主提供型だったのですが、そこは伸び悩んでいて、個人加入型の加入者がぐっと増えました。加入か罰金かの選択性を入れると同時に、取引所をつくって加入しやすくしたことの成果です。比率としては3.2ポイント伸びて、1,000万人の人が新しく個人加入で民間医療保険に入ったのです。つまり、勤め先の企業が提供してくれないなど、今まで保険に入れなかった人たちが加入できたわけです。それからメディケイドも、31州とD.C.が受給要件を緩和したこともあって700万人ぐらい増えました。結果、全体として無保険者が約800万人減りました。個人加入型の医療保険とメディケイド拡充によって、医療保険の加入者が増えたということです。

ただ、無保険者がまだ3,300万人います。この数も今後少しずつ減っていくという予想がされていますが、最終的には2,000~2,500万人ぐらいが無保険者として残るでしょう。無保険者のなかには、ネイティブ・アメリカンとか、医療保険に入りたくない宗教系のグループなどもありますが、そういう人を除いていくと、やっぱり、不法移民と言いますか、市民権を持っていない移民労働者が残されるということになって、そこに今後の課題があります。これについても、最初は対象に含めることとされていたのですが、とくに保守派の人が「不法移民の中絶に対して政府はお金を払うのか」などのロジックで、かなり強引な巻き返しを図りました。政治的妥協ということで、不法移民は改革の適用対象外になってしまったのです。このひとたちの医療アクセスが、今後の医療改革の課題として残るわけです。

## 医療改革後の SNP の役割

医療改革後における SNP の役割ということで、Hall & Rosenbaum 編 *The Health Care "Safety Net" in a Post-reform World* という本があります。本書での先生方の議論の内容は、こうです。オバマ改革によって、医療弱者がいなくなるわけではない。SNP の役割は、若干変わりつつも、市民権を持たない非合法移民の診療や支援など、今後とも残るといことです。マサチューセッツ州など、医療保険改革を既にやっているところでもその種の結果が出ていて、ボストン・メディカル・センターなどの代表的な SNP では、患者数がとても増える。州が新たに創設した公的医療保険（コモンウェルス・プラン）に新規加入した人々は、どこを受診するかというと、やっぱり SNP を受診するのです。そのため、民間医療保険への加入やメディケイドを拡充したからといって、SNP はもう要らないとはならないのです。SNP が好きだからとか、近くにあるからとか、貧困な地区にあるからということかもしれません。

もう1つは、Rosenbaum 先生の同僚である P. Shin 先生をお呼びしたときに、1つ論点として提起していただいた点です。オバマ改革によって無保険者が減って、支払い能力のある患者が増えるのだから、その部分についての補助金や追加的な制度（特に DSH など）は削減していいだろうという議論があり、例えばメディケイドの DSH は、2018年から25年かけて、累計430億ドル削減することが決まっているようなのです。DSH 削減が SNP の病院に対してどのような影響を与えるのかについてはいくつか論文も出ており、財務的に不安定化するということが言われております。今回視察したプロビデンス病院が加盟しているアセンション・ヘルス（Ascension Health）というグループ全体の動向を紹介されました。退院患者数で見ると、メディケイドを拡大した州では、メディケイドに入る人が増えますから、自己負担の患者が減り、そうした患者からの医療収入が減ったということです。拡大していない州はもちろん変わりません。SNP の病院への経営的な面かどうか、事業に対してどうだったのかというのは、今はまだ資料を集めてぼつぼつ出始めている段階かなと思います。

## 3. 現地調査の概要と日本への示唆

2015年2月16～21日に現地調査に行きました。100年ぶりの大雪で、誰かものすごい雪男がいて大変だったんですが（笑）、それでも現地のエージェントの方にも大分がんばっていただきまして、一応回ってきました。その辺は、総研の機関誌やニュースにもいろいろ書かせていただきましたが、SNP として、ユナイテッド・メディカル・センター（United Medical Center）とプロビデンス病院（Providence Hospital、民間のカトリック系の病院）を訪問しました。この地区の個々人の貧困者を対象にしているので、地域の人はこの病院を SNP として見ています。それから、Rosenbaum 先生はワシントン州立大学の先生ですが、その先生の助教授の先生方（シン先生、ホートン先生）と懇談しました。さらに、ワシントン D.C. には全国団体の本部があり、今回は CHC の全国団体（National Association of Community Health Centers）と公立病院協会（America's Essential Hospitals）を訪問しました。米国厚労省の医療計画局とメディケア・メディケイド・センターにも訪れました。医療提供体制改革に関する今後の研究のために、アカウントブルケア組織の話も聞きました。こうしたところに行って、いろいろな話を聞けたということです。

ユナイテッド・メディカル・センター（UMC）の立地するところは貧困地区で、観光では絶対に近寄らないようなエリアです。ホワイトハウスなどの観光名所とは、ポトマック川を挟んで反対側になります。僕らは車でずっと移動していたのですが、車中からカメラを向けると、「オイ、コラ」とか言われて（笑）。早く逃げろみたいな、そういう感じでした。UMC は、もともとは公立病院ですが、運営については、ベンチャー企業をつかって成功し、いまは社会貢献に切りかえた人を CEO として招聘しています。そのおかげか、運営は大分変わったそうで、外観がきれいに見えました。エントランスのすぐ横の壁に、「支払い能力にかかわらず、メディケイドや医療保険の有無を問わず、患者は以下に述べる診療を受ける権利を有する…」との看板が、英語とスペイン語の2か国語で大きく掲示がされていました。SNP な

ので、こういうことをしっかり入り口に書いてあって、お金がないとか、医療保険がない、メディケア、メディケイドを受給していない場合でも、こういう権利がありますと、はっきり書いてあるわけですね。もちろん、「当院は、メディケイド・プログラムに参加しています」とも、はっきり書いてあります。日本だと、民医連病院は患者の権利とか病院の理念が書いてありますね。

じつは、UMCへは、事前のアポイントが最後までとれず、しかも視察当日に雪が降って視察がすべてキャンセルされるなか、飛び込みで訪問しました。通訳者を交えて、とにかく話を聞かせてくれと頼んだところ、パブリック・リレーションズのディレクターが「仕方ないな」と言って、「暇だからいいよ」「10分だけ会ってあげる」となり、話し始めたら盛り上がって2時間（笑）。石橋先生から、「京都の民医連第二中央病院ではこんなことをやっています」などと盛り上がってしまい、最後は「よう来た」「日本ではそんなことをやっているの?」と。

詳しい内容は報告書に書いてありますが、D. C.の貧困地区で、外国人が来ることがないようなところ。「ほんまかいな」と疑ったほどですが、3%の住民が薬物を介したHIVだそうです。公営住宅が麻薬の売買の巣になっているとか。ですから、ディレクターは、貧困者こそ一軒家に住むべきだと言っていましたね。マンションや集合住宅にいと、そこで麻薬だとか、高校を中退して妊娠してとか、そんな話がいっぱい。あと脂質異常というか、高脂血や糖尿などの患者も多いそうです。

そういう地区なので、ナースが同乗するものも含めてモバイル・クリニックというのをやっているのだそうです。巡回ですね。マンモグラフィも入れているというので、本当ですかと尋ねたら、マンモの機械を乗せて運べる大きなトラックみたいなクルマで巡回するそうです。必要があれば病院につなぐ。日本だと、患者囲い込みにより健保法違反だと叱られるかもしれませんが。もちろん、一般的な保健指導もやるとのこと。

印象的なのは、パブリック・リレーションズと言っても、偉そうに部屋にいるのではなくて、ふだんはずっと外に出ていて、学校とか、教会とか、

そういうところに医者を必ず連れて出掛けて行くのだそうです。嫌がる医者を引き連れて行くことによって、患者に医者の顔を覚えてもらうとか、医者の方にも、患者さんの生活背景を知ってもらうということをやっているとのこと。あとは広報誌を6万部、地域に全戸配布しているのだそうです。聞き取りアンケートなどいろいろなこともやっているとか。

では、そういったお金はどこから出ているのかと聞くと、これは市からの補助金だということです。もともと市がつくったというのがありますが、地域の健康問題が改善するならばよしということで、何をやるかは病院の判断で、補助金がほとんど出ているのです。日本の場合は、細かく救急についてどうとか決められていて、地域に出向いたからといって補助金が使えないので、病院の持ち出しになってしまう。最後に、オバマケアとの関連でDSHはどうかというと、「いや、うちらは、それはもらっていない」とのこと。財務担当の方ではなかったのですが、詳しくはわかりませんが。

次に、プロビデンス病院というカトリック系の非営利病院を訪れました。外観はちょっと古い感じがしますが、担当の人のお話を聞いて、病棟の見学もさせてもらいました。貧困な患者のため病院なのですが、部屋はかなりきれいです。全ての部屋や廊下にタッチパネルのようなものがあって、これが自慢だと言っていました。同行された医師が、「誰が入力するのですか」と質問して、先方も「ドクターは嫌がりますが」などと盛り上がっていました。また、ERには最新のCTも設置されていて、これが今の自慢だとのこと。SNP病院というのは、もう本当にみすばらしいのではないかと思っていたのですが、プロビデンス病院は、新しい技術や機械を入れてがんばっています。「寄付を集めるのが結構大変です」とは言っていました。

ジョージ・ワシントン大学では、Rosenbaum先生にはお会いできなかったのですが、シン先生とホートン先生にお会いしました。オバマ改革によっていろいろなことが義務化されたことについて、話が盛り上がりました。また、コミュニティ・ヘルス・センターについて、ブッシュ政権のときもオバマ政権のときも、政権にかかわりなく結構

お金がついていて、この間も2011年から新しくさらにCHCの近代化のお金がついているのだそうです。結構いまは恵まれているとのこと。また、今後の研究ということで、アカウントブルケア組織との関係など、いろいろお話を聞きました。オバマケアによって医療保険料が跳ね上がったという事実もあるようです。

それから、CHCの全国団体であるNACHCに行きました。D.C.ではユニティという組織が42カ所のサイトを持って運営しているとのこと、ドラッグ対応とか通院支援、栄養指導、さらには住宅の斡旋までやっているようです。医者がなかなか来てくれないので、ナース・プラクティショナーを使うとか、最近ではメディカル・ホーム(patient-centered medical home)という言葉がアメリカであるのですが、メディカルじゃなく、ヘルスケア・ホームとよぶべきだということも聞きました。

次に、アメリカの厚労省を訪問しました。なかなか厳重な警備でしたけれども、最初にお会いしたときに、先方は制服で来られるわけですね。アメリカではユニフォームが4つある、陸海空軍とパブリック・ヘルスだと言われました。レクチャーをしていただいたのはハヤシ先生という方で、アメリカ人ですけれど、ずっと日本語でプレゼンテーションをしてくれました。アメリカのCHCについて、医療計画局が実施しているいろいろなプログラムについて、かなり丁寧にお聞きすることができました。可能であれば、日本にお呼びしてもいいのではと思います。

医療計画局というところで、米国公衆衛生法330条に沿っていろいろなことをやる。「地域差がすごくあって大変です」とか、とくにヒスパニックの話で言うと、農業労働に従事している人などは、季節に応じて大きく移動するわけですから、それに合わせてやるのは大変だという話とか、詳しいことは、冊子に書いてあります。また、イネープリング・サービスというCHCの必須のサービスも最近定めて、そういったことをやっているそうです。それから、さっきちょっと出ましたけれども、厚労省としてはメディカル・ホームという概念を、強調しているのだと聞きました。

米国厚労省ではもう1つ、メディケア・メディ

ケイド・センター(center for Medicare and Medicaid Service ; CMS)でお話を伺いました。オバマケアにおける医療提供改革について、医療の効率化とか質の向上についてです。CMSでは、いわゆるデータヘルスを推進し、効率と質についての精緻な指標を定めて、MSSPというメディケア診療報酬制度改革とリンクしているとのことでした。

最後は公立病院協会です。ここは大体知っていたことの確認で終わってしまいました。みんな疲れていたというのもありますけど。

視察ということで、もう一度もし機会があれば、UMCは非常におもしろかったですね。また、CHCという意味では、ユニティを見学できればよかったと思っています。応接者は、地域のニーズの把握とリーダーシップということをかなり強調されていました。米国厚労省では、やっぱり地域差がすごく大きいということなので、その辺の対応がいろいろあるということも興味深かったです。

団体の聞き取りのなかで、SNPが果たした役割は改革後も依然として大きいということが確認できました。お金の面でどうかということや、ワシントンD.C.はちょっと特別なようです。独自に市でいろいろな制度をつくっているから、そこは大丈夫だけど、州によってはいろいろあるでしょうということでした。

## おわりに

まとめとして、日本において、アメリカのSNPのようなものを構想したらいいかどうかを考えてみたいと思います。個別報告で触れられると思うのですが、ご承知のとおり、無低診事業について、かつては抑制通知がありましたね。その根拠は、要するに、国民皆保険によって、そういう必要性が薄れたということです。他方、アメリカは国民皆保険制度をもたないがゆえに、SNPが生まれて、医療弱者に対応する仕組みになっている。日本の場合は、国民皆保険で普遍的医療アクセスというのは、一応制度的にはできているということで、そういう意味では、SNP的な対応そのものはあまり重視されなかったのかもしれない。ただ、日本の国民皆保険がどうなるかとい

うことは、ランセット誌に出た論文などでも、やはり貧困・格差の広がりや、税金・保険料負担に対する痛税感・不公平感が高まるなか、皆保険が揺らぐ可能性も指摘されているわけです。

私自身は、日本においても SNP 的な役割というのをしっかり考える必要があるだろうと考えています。同行された京都民医連第二中央病院の先生方の話でも、やっぱり何かと困難な患者が増えてきて、なかなか医療だけでは終わらない。薬を処方しても飲まないとか、ごみ屋敷になっていてそれどころじゃないとか。だから、お休みの日に患者のところに安否確認に赴くなど、ボランティアでやっているそうです。貧困者・医療弱者の支援ということでは、アメリカの SNP はいろいろやっていますが、日本でもソーシャルワーカーの活用などをどう進めるかが課題です。それから、組織のあり方と関わって、SNP と無差別・平等をどう関係づけたらいいのか。「民医連の病院は SNP なんですか」という質問をしたら、「いや、無差別・平等です」と、大変正しい答えが返ってくる（笑）。無保険者や生保受給者対象の SNP だと宣言する必要はもちろんないのですが、国民皆保険を有する日本においても、受診抑制が拡がっており、無低診事業の必要性が高まっている。無差別・平等の理念を実現するうえで、SNP 的な役割を組織として位置付けることも大事だと思います。

制度的には、アメリカは各級政府の補助金制度や DSH などの診療報酬追加支払いなど、SNP に対する特別な制度がある。日本の場合は、無低診と言っても別に補助が交付されるわけではなく、自治体の補助金も救急などに限られている。アウトリーチとか、ソーシャルサポートをやっても、まったくお金にならないという問題があります。

その辺は、制度の改善課題として、運動として取り組む余地があるかもしれません。

それから、ここは私も検討しているところですが、今回のメディケイド拡充、あるいはクリントン政権時代に遡る小児医療保険（CHIP）は、医療扶助のみの受給ということで、資力調査を緩和し、スティグマも弱いのですね。日本でも、医療扶助を拡充したらいいじゃないかという議論もありますけど、やっぱり、医療扶助ではスティグマとかミーンズテストがあるので、現状では、社会保険で対応したほうがいいわけですね。ただ、社会保険は保険原理が伴うので、医療扶助を公的扶助から切り離して、ここだけスティグマとか要件を緩和して運営する方向はあるのかなと。この辺は、むしろ他のコメンテーターに質問をしたい。アメリカのメディケイドそのものの研究も要るかなということですよ。

それから、SNP 的な役割を強化するとして、その担い手はどうするのかという課題もあります。今年3月の京都橋大学でのセミナーで議論になって、シン先生から、コミュニティ・ヘルス・ワークフォースについて、いろいろ取り組みがあると教わりました。メディカル・ソーシャル・ワーカーなどが中心になってくるのですが、そういった人たちを取り巻く状況や政策動向についても、これから調べたいと考えています。関連して、ナショナル・ヘルス・コープという、連邦政府の医師派遣事業もあり、この辺も調べられたらおもしろいのではないかと、というサジェスチョンをいただきました。総研からまた研究助成をいただければようなら頑張りますと、ちょっとお願いだけをしてしまして（笑）、5分延長しましたが、報告を終わりたいと思います。ご清聴、ありがとうございました。

# ◆個別報告①:「日本における低所得者への医療保障の実態」

後藤 道夫(都留文科大学名誉教授、研究所副理事長)

## 1. 未受診経験者(過去1年間)の割合

私が依頼されたテーマは「日本における医療保障の現状」ですが、これは少し大き過ぎるので、内容を絞らせていただきました。「低所得者への医療保障の実態」、それも「国保と後期高齢」に焦点を当ててお話しします。経済的な受診抑制がどのレベルのもので、何を原因として、どのようになっているのか、という関心事を中心にしたものです。

受診抑制については部分的にいろいろなアンケートがあったのですが、2012年の国立社会保障・人口問題研究所(以下、社人研)の「社会保障・人口問題基本調査」(約2万人規模の調査)で、ほぼトータルな信用できるデータが出たというのが私の印象です。「あなたは、過去1年間に病気やけがの治療のために病院や診療所を受診した方がよいと思ったのに、実際には受診しなかったことがありますか」という質問に対して、「ある」と答えたのが14%です。

図表1(次頁)は、その回答者の収入階層別の未受診理由(全数を分母にしたパーセンテージの棒グラフ)です。「第I10分位」が、一番収入が低い階層です。そこには「医療保険未加入を理由として」が約1%弱あります。それから「加入しているが、支払い困難だ」というのが3%程度あります。こちらが大きいんですね。この2つが経済的理由で目立っているわけですが、同時に「通院困難」というのも結構な数字があります。収入が高くなればなるほど、「時間がなかった」が増えています。低所得層の「医療保険未加入」と「加入しているが支払い困難である」という数字は、高所得層に比べて数倍も大きくなっています。まとめると、低所得層にとっては、自己負担の困難を中心とした経済問題が、受診抑制の大きな原因

になっているというのが、現状だろうと思います。

図表2は、年齢階層別のものですが、大体これは予想のつく範囲の話でして、未受診割合は、勤労年齢層に多くなっています。図表1と2をまとめると、「医療保険未加入」と「窓口支払い困難」は、とくに低所得層に多く、「時間がなかった」は勤労年齢層と高所得層に多い理由です。それから「身体的理由及び距離的理由による通院困難」というのは、高年齢層と低所得層に多い。

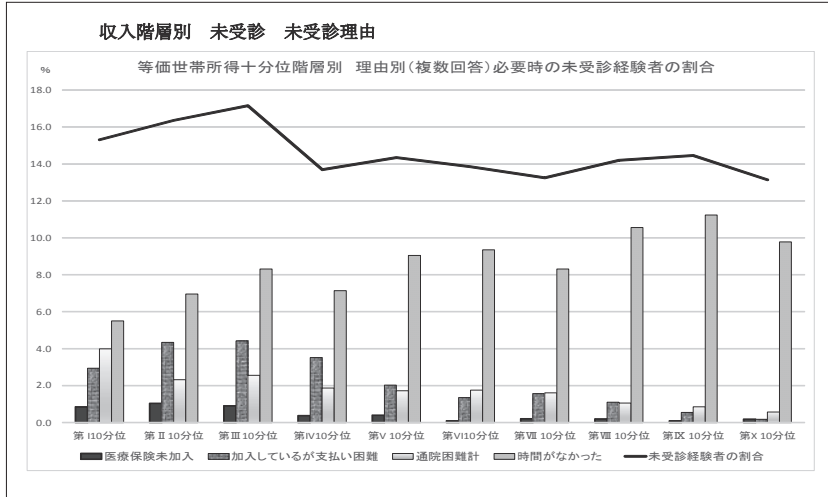
## 2. 未受診理由の考察

この未受診理由を少し立ち入って考察してみましょう。まず「医療保険未加入」というのが、実際にはどのぐらいいるのかということですが、社人研の調査だと、回答者全体の0.4%が、「入っていないということを理由に未受診経験がある」という答えになります。では、加入していない方は、日本の国民の中にどのぐらいいるのかということですが、国民生活基礎調査で、おおまかな推計が出せます。医療保険に加入しているかどうかの調査項目もありますが、「その他」と「不詳」を足して、生活保護利用者を除くと、およそ140万人程度になります。この中には、例えば自衛隊員も20数万人ぐらいいますが、彼らも未加入であることには間違いないので、数字に含めるとしましょう。そうすると140万人ぐらい、国民の1%強が医療保険に加入していないということになると思います。自衛隊員を除いて、この人たちは大変な困窮状態にあると思います。

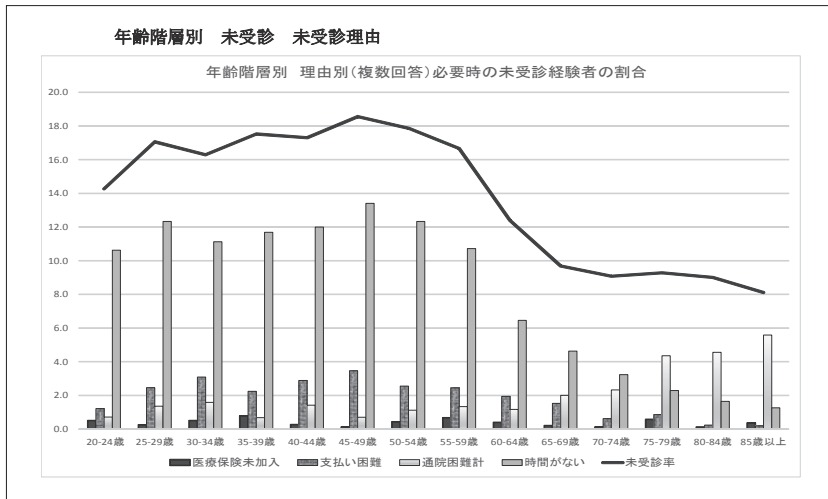
生活保護の被保護者調査によりますと、2014年の生活保護利用開始者のうちで医療保険未加入、あるいは不詳という人は全国平均で3割です。不詳というのは、聞き取ることも不可能だという話も全部含めますから、未加入よりもっとひどいと考えたほうがよいと思います。主要都市で見ます



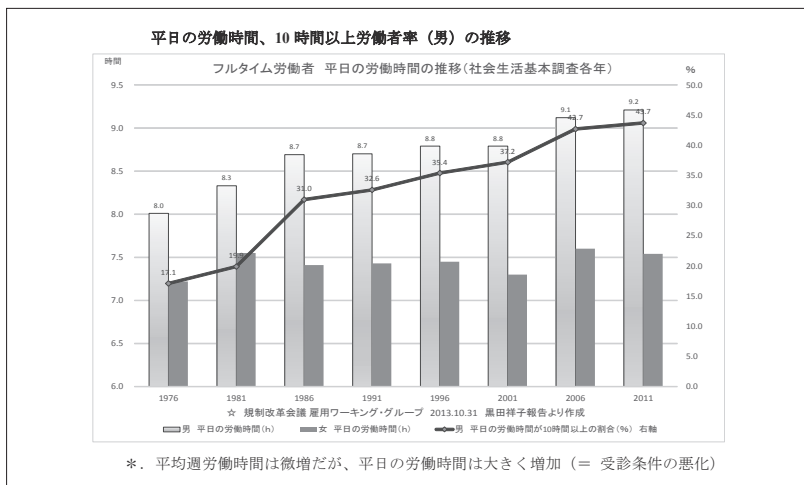
【図表 1】 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障・人口問題基本調査」(2012年)より



【図表 2】 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障・人口問題基本調査」(2012年)より



【図表 3】 規制改革会議ワーキンググループ資料より



と、東京がどんどん上がってきています。長らく4割だったのですが、最近5割になってまいりました。大阪は、ひどいときは8割、7割だったのですが、最近は5割弱になっています。いずれにしても、生活保護利用開始者のうち、医療保険に入っていないというパーセンテージは極めて高いので、この医療保険未加入の人たちは、非常に厳しい困窮の中にいるということは、ほぼ間違いなからうと思います。

次に、一部負担金の支払い困難問題です。未受診経験の理由としては、医療保険未加入の5.2倍が「お金の面で行けない」と、社人研のアンケートでは答えています。ですから、日本の場合おおまかに言うと、未受診経験の直接的な経済的理由の中心は、一部負担金支払いの困難にあるというふうに考えて間違いなからうと思います。この辺は、アメリカとは少し違うのかなという感じが致しました。低所得層の場合、実際に払っている医療保険の保険料、例えば、均等割7割軽減という低所得層が、国保だとおよそ800万人弱おります。この人たちが払っている保険料の総額と、実質一部負担金総額を推計してみますと、圧倒的に実質一部負担金総額のほうが多いのです。したがって、日本の場合は一部負担金の支払い困難が、非常に大きな位置を占めているということをもっと認識した方がよいのではないかと思います。この点は後で確認します。

3つ目に「通院困難」という理由がありますが、かなりの数字が出ております。ただ、「遠い」とか「不便」というのも、かなりの部分が実は経済的理由だろうと私は考えております。愛知老年学研究プロジェクト、たしか1万数千人ぐらいのデータだったと思いますが、交通条件を理由とする割合は、収入階層によって明白に違っているわけですね。ですから、実際には「通院困難」というのも広義の「経済的理由」に入るのだらうと思います。

最後に、「時間がなかった」というのは、勤労年齢だと非常に高い比率になっています。これは、生活がかかった長時間労働から抜けられないという状態がひどくなっていることを示しています。現在、長時間低処遇というのが、だんだん基本パターンになってきているわけですね。実は、私は

昨日の夜中までずっと、非正規・正規の49時間以上労働は、とくに男性だと250万円未満の所得層がすごい勢いで増加している、というデータをつくっていました。「時間がなかった」という話は、長時間低処遇が凄惨な状態になっているという背景を考えると、「長時間働いているんだから、たくさん稼いでいるんでしょ」という話にはならないということですね。

長時間低処遇について、図表3は規制改革会議のワーキンググループの中で、ある研究者が発表したものです。土日を除いて平日に限ると、10時間以上労働者の割合は、1970年代・80年代に比べるとかなり上がっているのです。平日は10時間を超えるというのが普通の姿になってしまっている。そうすると、医者に行けないのは当たり前、ということになります。「働き過ぎて、しかも低所得で、体を壊して」という人間の数がものすごい勢いで増えているのは、皆さんご承知のとおりです。「患者調査」で、1990年から2011年で見ると、うつや神経症状の増加がおよそ2倍以上になっています。働き盛りで見ると、とくに20代と30代で4倍というレベルになっています。協会けんぽの傷病手当の数でいっても、各年齢層で5倍ぐらいになっています。「時間が無い」ということの中身は、お金や健康破壊の問題を含めて相当深刻だということですね。ですから、広義の貧困の一部と見て間違いないでしょう。

### 3. 未受診以外の受診抑制

未受診以外の受診抑制の問題も考えておかなければなりません。治療の量や質の抑制がかなりあるのではないかと。つまり、全然医者に行かないわけではないが、投薬を制限する、検査を制限する、治療を抑制するなど、お医者さんに言われたとおりやらない、という場合が相当増えているのではないかと。図表4は、日本医療政策機構「2007年『日本の医療に関する世論調査』」からで少し古いデータですが、「薬を処方してもらわなかったことがある」や「勧められた検査や治療、経過管理等を受けなかったことがある」などの数字が、かなりのパーセンテージに上っています。しかも、収入階層別にはっきりした格差があります。この調

【図表 4】

**日本医療政策機構 2007年「日本の医療に関する世論調査」** 20歳以上 無作為抽出  
 日本医療政策機構 2007年「日本の医療に関する世論調査」  
 「過去12ヶ月以内に、費用がかかるという理由で、医療を受けることを控えたことがありますか？」

(%)	(1)薬を処方しても わなかったことが ある	(2)具合が悪いとこ があるのに医療機 関に行かなかった ことがある	(3)医師に勧められ 検査や治療、経過 管理等を受けな かったことがある	(4)歯の治療が必要 だったが、歯科医 に行かなかったこ とがある
高所得・高資産層	4	16	9	13
中間層	11	25	16	23
低所得・低資産層	18	40	26	40

\*、世帯収入・純金融資産ともに回答した回答者 1076人  
 \*、高所得・高資産……年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2000万円以上  
 低所得・低資産……年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満

- ・ 治療の量/質の抑制は未受診に近い規模。 重複の状況不明

【図表 5】

**2011 大震災被災者の未受診と受診回数抑制**  
 岩手県保険医協会「被災された方の医療費負担にかかるアンケート」

医療費負担が免除されている方（国保、後期高齢者医療）へ。来年4月から負担が生じた場合、これまで通り通院できますか。		免除が打ち切られた方（社会保険の方）へ。打ち切り後、通院に差し支えはありませんでしたか？	
国保・後期高齢 加入者 2347名		被用者保険加入者 698名	
これまで通り通院する	50.3	これまで通り通院した	51.7
通院回数を減らす	32.8	通院回数を減らした	36.4
通院できない	10.8	通院できなくなった	10.0
わからない	6.1	その他	1.9
無回答	0.0		
計	100.0 (%)	計	100.0 (%)

\*、仮設住宅および保険医協会会員医療機関に配布 被災通院者対象 2012.12~2013.1  
 \*、被用者保険加入者の場合、被災者への一部負担金免除措置は2012年9月に打ち切られた。

- ・ 大震災被災者では、未受診：受診回数抑制 ≒ 1：4

【図表 6】

**通院患者の治療中断等の経験（開業医） 保険医団体連合会調査**

【この半年間に、患者さんの経済的理由が原因と思われる治療中断事例があったか】

(%)	2010年		2012年	
	医科	歯科	医科	歯科
あった	33.6	51.3	49.6	64.0
なかった	37.3	24.6	20.0	10.0
分からない	28.4	23.4	27.9	24.5
無回答	0.7	0.6	2.4	1.5

【この半年間に、患者さんから経済的理由のために検査や治療、投薬を断られたことがあるか】

(%)	2010年		2012年	
	医科	歯科	医科	歯科
あった	45.5	39.3	60.3	51.7
なかった	43.1	46.9	28.3	31.8
分からない	9.5	12.4	9.2	15.0
無回答	2.0	1.4	2.3	1.6

\*、2010年度受診実態調査（医科6035、歯科3105）  
 2012年「会員の実態・意識調査」（医科1646、歯科1330）

査では、「過去12ヶ月に、具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがある」という数字は、高所得層で16%、中間層25%、低所得層40%と、中高所得層でも非常に高い数字になっているのです。

受診抑制について、大震災のときに岩手や宮城の保険医協会がいろいろな調査をされていました。図表5を見ると、これまで通院回数を制限していた人たちが、震災のおかげで2、3年は一部負担金が出るようになったので行く回数が増えた、ということがわかります。しかし、今度は免除が打ち切られたために、相当な数字が上がっています。

治療の中断・中止という問題については、図表6に保険医団体連合会（保団連）によるお医者さんへのアンケート調査があります。「患者さんの経済的理由が原因と思われる治療中断があったか」、また、「患者さんから経済的理由のために検査や治療、投薬を断られたことがあるか」という質問に対し、いずれも2010年と12年ともに相当な高率ですね。

こうした現状について、まだはっきりしたデータがなくて、きちんとした整理はとてできない状態ではありますが、受診抑制のパターンは次のようになると思います。「未受診」、「治療の中断、中止」、「行く回数を減らす」、「薬、検査、治療などを断る、あるいは、減らす」といったものです。

「回数を減らす」というのは、はっきり「未受診」になるよりは、はるかに回数が多いと考えたほうがいい。受診抑制というのは、相当広い範囲に広がっていると考えたほうがいいと思います。ただ問題は、「1年間に行かなかったことがあるか」という質問に対する答えが、回数を減らしたということなのか、1回も行かなかったということなのか。社人研の2012年のアンケートはかなりよくできたものだと思いますが、ここまでは詰めていないということですね。しかしここを詰めて議論しないと、どのぐらい深刻な受診抑制なのか、そのレベルがわからないのです。したがって、詳細な現状までは明白になっていないのですが、受診抑制の問題は相当大規模になっているだろう考えます。

#### 4. 生活保護と医療保険・他の社会保障諸制度との谷間

医療保障の問題を考えるとときに、日本では、生活保護と医療保険との谷間の問題を考えざるを得ません。生活保護以外の諸制度は、基本的に最低生活保障基準を持っておりませんので、必ずすき間ができるようになっているのですね。

医療保険と生活保護、つまり医療扶助の間にも膨大なすき間があるということは、もう明白だろうと思います。そのことを推し量る1つの材料が、

【図表7】

	総世帯数 A	最低生活費未満の世帯 B	被保護世帯数 D	低所得世帯率① B/A (%)	保護世帯比① D/(B+D) (%)	非保護倍率 B/D
総数	4802	597	108	12.4	15.3	5.5
単身世帯	1198	238	81	19.9	25.4	2.9
高齢者世帯	439	106	44	24.2	29.5	2.4
その他の世帯	759	132	37	17.4	21.7	3.6
2人以上世帯	3604	359	27	10.0	7.0	13.3
高齢者世帯	474	35	5	7.3	13.5	7.0
母子世帯	74	46	9	63.1	16.0	5.1
その他の世帯	3056	278	13	9.1	4.4	21.4
子どものいる世帯(再掲)	1256	154	12	12.2	7.4	12.8
現役世帯	1145	141	12	12.3	7.8	11.8
大人1人	83	47	10	56.9	16.8	4.7
大人2人以上	1062	94	2	8.8	2.4	47.0
非現役世帯	111	13	1	11.7	3.6	26.0

(万世帯) (万世帯) (万世帯) (%) (%) (%)

\* 「現役世帯」とは、世帯主の年齢が18歳以上64歳以下の世帯をいう。「大人」は18歳以上の者、「子ども」は17歳以下の者をいう。  
\* 厚生労働省 社会・援護局保護課「生活保護基準未満の低所得世帯数の推計について」より作成(原資料は国民生活基礎調査2007)

厚生労働省の試算です(図表7)。これは、援護局保護課が2010年4月、民主党政権のときに出してくれたありがたいデータです。生活保護基準未満の収入の世帯と生活保護受給世帯の合計が705万世帯あったのですが、そのうち生活保護(生保)を利用している世帯が108万で、利用率は15.3%でした。ということは、生保を利用している世帯の5.5倍も、基準未満でありながら利用していない世帯がいるということです。子どものいる世帯全部に限って見ると、この未利用倍率は12.8倍になります。さらに、この12.8倍の中で、大人が2人以上いる世帯になりますと、たしか40数倍という数字になります。つまり、ほとんど生活保護は受けていないということです。したがって、すき間に落ちている人たちが膨大な数いるということになります。

この5.5倍という数字ですが、住宅費が計算にはいっていませんので、それを考慮して私が補整したデータでは、基準未満でありながら生保を利用していない世帯の数は、生活保護を受給している世帯の7.1倍になります。現在の生保を利用している人数にこの倍率を掛けますと、およそ1,190万人、あるいは、住宅費を考慮して補整した7.1倍で1,500万人が、現在この谷間にいるということになります。この谷間の人たちが、相当受診抑制、その他を含めて苦勞されているということは明白だろうと思います。

## 5. 医療保険が医療保障の制度であるために

これを克服するためにはどうするかという問題を考えなければなりません。

基本的には、皆保険と低所得の両立を可能にするためには2つのやり方があります。1つがイギリス型です。年金保険でのやり方ですが、一定基準以上の収入者のみ社会保険の対象にして、基準以下の低所得者には生活保護で対応する。もう1つのドイツ型だと、一定基準未満の収入者の保険料を公的機関による代替拠出でまかない、基本的に全部保険でカバーするというやり方になります。日本はどちらでもないということですね。保険料支払いの最低所得基準がない上に、一部負担金3割というのは相当無理な数字で、ここに集中して巨大なすき間に落ちてしまう人が現れるということだろうと思います。

低所得層がいま、どのぐらい一部負担金と保険料を払っているのか。2014年度で計算してみたものが図表8です。上の表が国保、下が後期高齢です。7割軽減世帯の被保険者数は、2014年度で781万人おりますが、この保険料調整額の総額が1,343億円です。実質一部負担金というのはきちんと計算されておりませんので、推計するしかないので、全世帯の一部負担金総額は出ております。これを被保険者数で割って、1人平均値を

【図表8】

低所得者の保険料総額と一部負担金総額					
国民健康保険 低所得被保険者負担推計(2014年度)					
	被保険者数	保険料調停額	実質一部負担金平均値×被保険者数	実質一部負担金推計値(同左×0.76)	所得総額
7割軽減世帯	781	1343	3595	2732	4248
全世帯	3303	28787	15199	—	274471
	(万人)	(億円)	(億円)	(億円)	(億円)
* 実質一部負担推計 注 全国消費実態調査2014 品目等144表 二人以上の世帯によって 年収200万円未満世帯の医薬品、歯科診療代、入院料への支出を平均値と比較すると0.76					
* 保険料は介護納付金分を除外した					
* 『実態調査』2014年度によれば、保険料減免総額は270億円、うち7割軽減世帯の保険料減免総額は13億円である。負担金減免総額62億円					
* 一部負担金減免は厚生労働省発表によれば総額で108億円だが、そのうちの7割軽減世帯分は明らかにされていない					
後期高齢者医療保険 低所得被保険者負担推計(2014年度)					
	被保険者数	保険料調停額	実質一部負担金平均値×被保険者数	実質一部負担金推計値(同左×0.74)	所得総額
9割軽減被保険者	476	216	3605	2668	1462
8.5割軽減世帯	255	196	1931	1429	2533
全世帯	1518	10570	11,497	—	128453
	(万人)	(億円)	(億円)	(億円)	(億円)
* 実質一部負担推計 注 全国消費実態調査2009 二人以上の世帯・高齢者世帯編、主な年間収入が 年金等の世帯(第6表)によって、貯蓄額150万円以下世帯の医薬品 + 保健医療サービスへの支出を平均値と比較すると0.74					

出して、それに低所得であるがゆえの支出の少なさというのを消費実態調査のほうで約0.76と割り出してそれを掛けると、実質一部負担金の7割軽減世帯781万人が払った総額は2,732億だということになります。この人たちの保険にかかわる所得総額は4,248億円。ですから、保険料総額と実質一部負担金総額を足すと、ほとんど所得総額と等しくなってしまうと、残りはないという、とんでもない状態ですね。後期高齢になると、もっと差がはっきりします。現在まだ9割軽減、8.5割軽減でやられておりますので、被保険者の数が476万人、255万人ですね。それで保険料調整額は、総額で216億円、196億円です。推計した一部実質負担金の総額は、9割軽減世帯で2,668億円、8.5割軽減で1,429億円となります。とくに9割軽減世帯だと所得総額を超えているわけですね。所得が極めて低い人たちですので、均等割の部分が主な保険料になります。その保険料が、場合によっては8.5割、9割で、国保で7割という軽減をされておりますので、実際に払っている保険料の額はかなり少なめになっていて、実際には、実質一部負担金のほうが、ずっと負担が大きい。しかも、これは全員の平均ですので、一年に一回も医療機関に行かない方もいるわけですから、実際にお医者さんに行くときには、これの何倍か、あるいは数十%増しという数値になるわけですね。

ではどうするか、という問題ですが、結局、この国保の7割軽減層、後期高齢の9割、8.5割軽

減層の医療保障を、保険料の代替拠出方式（ドイツ型）で、スキマがないように、つまり、保険料を賦課する所得の下限値をきめてやる、というのでよいと考えています。加えて、一部負担金の引き下げ、あるいは、一部負担金の本格的減免ですね。思い切って、保険料7割軽減、8.5割、9割について保険料をゼロにする。それから一部負担金もゼロにすると考えた場合、保険でそれを行った場合に、国保の場合は781万人の最大必要額は4,075億円ということになります。これを医療扶助単給方式で全部カバーするとなると、大体2兆3,000億円程度かかるということになる。後期高齢は、後期高齢の保険内で全部免除してしまうとすると、最大必要額は4,500億円ぐらいです。しかし医療扶助単給方式にすると、1人当たりの医療費は後期高齢だと90万円ぐらいかかっていますので、6兆7,000億円ということになります。

要するに、このように広く所得の低い人たちの保障を保険の枠でやる、その分のお金を政府が出す、とした方が、全額を生活保護であつかうよりも政府の負担金額ははるかに少なくて済むということです。もちろん、その分、企業を含めてほかの人たちが医療保険料を払うことにはなりますが、このほうがリーズナブルかなと考えています。

他のいろいろな観点もあるわけですが、今回は低所得問題、受診抑制問題に限定した報告としました。

# ◆個別報告②「民医連における無料低額診療の現状」

内村 幸一(全日本民主医療機関連合会事務局次長、研究所理事)

### 1. 無料定額診療事業開始の経緯

全日本民医連の無料低額診療事業の取り組みについて、その概要をご報告させていただきます。

無料低額診療事業は、社会福祉法第2条3項9号において、生活困難者が経済的な理由によって、必要な医療を受けられる機会を制限されないよう、無料または低額な料金で診療を行う事業と定義されています。私たち民医連の医療機関は、創立以来、無差別・平等の医療実践に取り組んで、とりわけ経済的な理由で受診できない人たちへのさまざまな相談、援助活動に意識的に取り組んできました。格差社会が進行していく中で、2008年に、この無料低額診療事業の取得に挑戦しようということ呼びかけて、全国各地で自治体への働きかけを強めたという経緯がありました。

当時の方針の文書を見ますと、「国保加入世帯の約2割、474万6,000世帯があまりにも高い保険料のために滞納を余儀なくされており、全国で短期保険証が115.6万世帯、資格証明書が34万世帯に発行されている。そういう情勢の中で、「受療権」を奪われた状態にどう対応するのかということが、私たちの組織に問われたといった議論がされていました。

先ほどもお話がありましたが、政府は医療費を抑制するために、無料低額診療制度について「歴史的に役割は終わった」とか、「社会が変わった」として、積極的に届出を受理しないというような動きもありました。ところが、国会の小池参議院議員の質問趣意書に答える形で、一定程度方向転換が図られて、なかなか進まなかった私たちの届出も、ある程度受理されるようになってきたという経過です。

### 2. 事業所による取り組みの概況

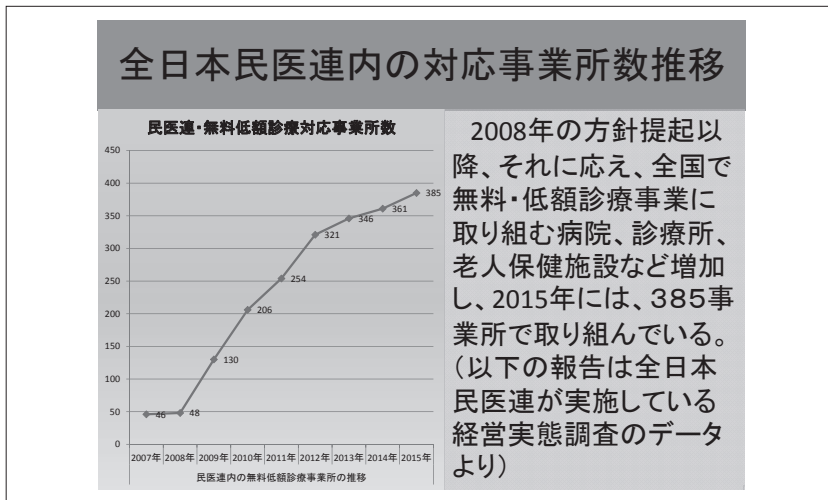
図表1は、私たちの事業所の無料低額診療事業

に取り組む病院、診療所、歯科、老人保健施設の数の推移です。グラフのように増えてきました。2008年当時は約50の事業所で取り組んでいましたが、2015年は385事業所となっております。図表2は、この3年間で報告のあった患者数と減免の額をグラフにしたものです。2014年の1年間で269の事業所から報告がありましたが、減免に該当した患者さんが25万1,000人、事業所が減免した金額は約4億5,000万円という金額に上っています。減免患者数については、2012年と比較すると、23万人から25万人と大きく伸びています。13年から14年にかけて若干減っていますが、年度ごとに事業所から報告をいただいている数が異なり(2012年234事業所、2013年251事業所、2014年269事業所)、また、報告いただいている医療機関も若干違いますので、単純に比較して、増えた、減ったというのは、少し難しいかなと思っています。いずれにしても、減免額については、かなりの増加傾向ということが言えると思います。

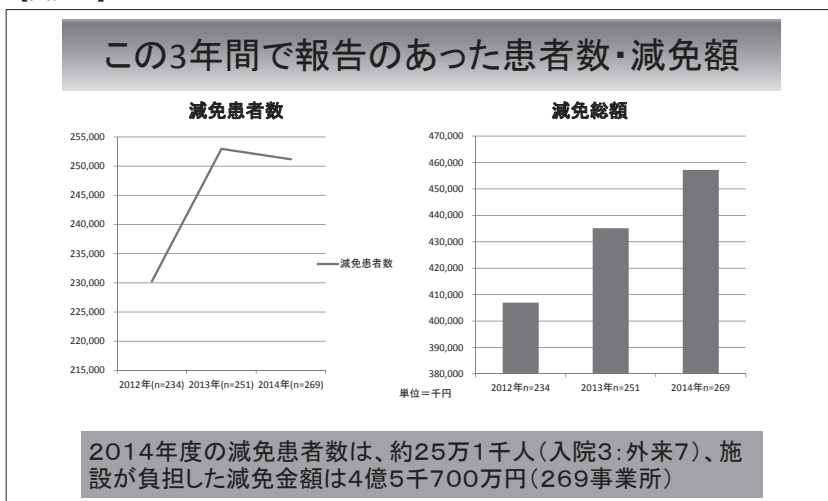
### 3. 施設ごとの受け入れ患者数

施設ごとに、どの程度、減免の患者さんがいらっしゃるのかというのを調べてみました。図表3は、2014年度1年間で1施設あたりの減免患者数を、少ないほうから順番に並べています。横軸が1つ1つの事業所、縦軸が減免をした患者さんの数です。269の事業所から報告があり、そのうち22の事業所は、減免の患者さんはゼロという報告でした。100人未満のところは101事業所、37%が100人未満と答えています。逆に、1,000人以上の利用者がある事業所は47事業所ありました。さらに、5,000人を超えているところは15事業所、1万人を超えている事業所は5事業所で、グラフの後ろのほうになると急激に上に伸びるというような形になっています。一番多い事業所は、年間で1万8,300人の減免の患者さんがいらっしゃった

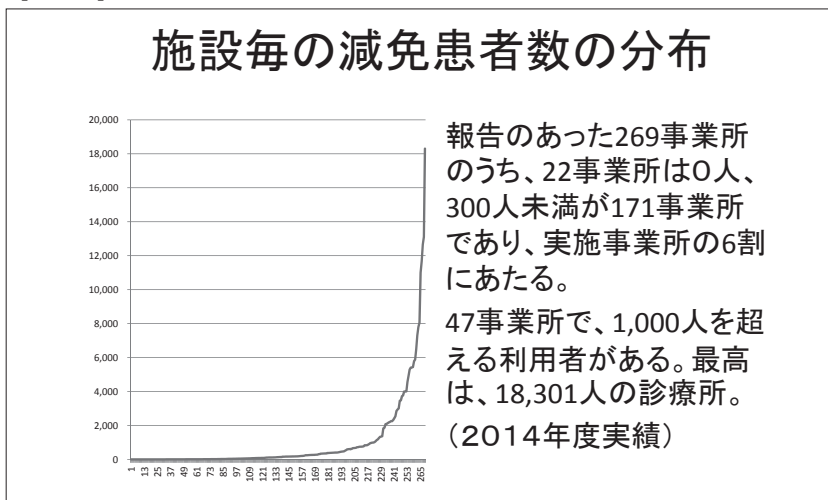
【図表 1】



【図表 2】



【図表 3】



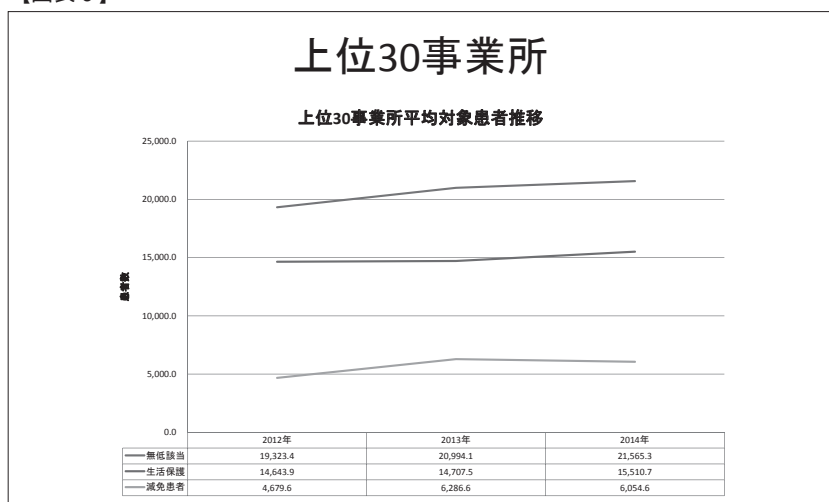


【図表 4】

### 2年間比較可能な216施設を見ると

1施設あたり	2013年	2014年	増減	増減率
全患者数	55,775	55,361	-414	99.3%
無料・低額診療患者数	6,655	6,838	183	102.8%
生活保護患者数	5,517	5,773	256	104.6%
減免患者数	1,138	1,065	-73	93.6%
施設が負担した減免額	1,934,829	1,989,872	55,044	102.8%

【図表 5】



という報告になっています。医科の診療所で、1日の外来が400人ぐらいの比較的規模の大きい診療所で1日あたりに換算すると、毎日400人のうち6、7人は外来で減免の方がいらっしゃるというようなイメージになるかと思います。ちなみに、この診療所は、外来患者さんのうち9.9%が生活保護の方とのことです。合わせると24%の生活困窮の方がいるという状況になっています。

経年的な比較をするため、2年間共通してデータを出していただいているところだけを抽出しました(図表4)。216施設のうち、全体の患者数は0.7%ほど減少していますが、全体のうち生活保護と減免の患者さんを合わせた無料低額診療患者

数は6,655人から6,838人と、2.8%増加しています。生活保護の方は5,517人から5,773人と、4.6%増えています。減免の患者さんは、逆に、1,138人から1,065人と、6.4%減少するという形になっています。

全体で減免の患者さんが多い上位30の事業所を抽出しますと、こちらのほうも、生保の患者さんの割合が伸びて、減免の患者さんの割合が若干減っているという傾向が出ました(図表5)。これだけで何とも言うのは難しいのですが、無料低額診療事業で低所得の方を掘り起こして、それが生活保護につながっていると言えると思います。

## 4. 減免適用者の保険加入について

報告していただいている減免患者さん25万9,000人の中で、一部不明の方も含めて、医療保険の未加入者は2,923人でした。回答のない方もいらっしゃるのですが、はっきり「医療保険未加入ですよ」と回答された方は1,923人(0.7%)ということでした。印象としては、もう少し無保険の方が多いのかなと思っていましたが、ほとんどの方が医療保険には加入されているということでした。先ほど、後藤先生のお話の中にもございましたが、医療保険に入っているということが、必ずしもセーフティーネットにはつながっていないということがよくわかりました。

## 5. 無料定額診療事業に取り組めない事業所

全日本民医連の事業所のうち、今、無料低額診療事業に取り組んでいるところは約半分です。内科と歯科と老人保健施設あわせて約780のうち368施設でしか実行できていないということです。

届出に至っていない事業所の状況がどうなっているかといいますと、届出する自治体の窓口の対応の問題、事業所の中での診療体制の問題、職員体制の問題、経営的・財政的な心配などがあります。そういう中で、慎重な議論がされていたり、あるいは、いまひとつ踏み出し切れていないという状況もありますので、そこは今後しっかりと議論していきたいと思っています。

## 6. 事例紹介

事例を2つだけ紹介させていただきます。

### (1) 事例1

50代の女性で、2012年に乳房のしこりで近くのお医者さんを受診して、その後、大学病院を紹介されて乳がん・肝転移の診断を受けた方です。治療費の負担が重くて、2015年4月にご自身で治療を中断されてしまい、それ以降病状が悪くなって、2015年11月には呼吸が苦しくなり、そのまますごく痩せてしまって、救急車で搬送されたところ転

移も拡大していたという方です。その後も、入院中のベッド代や治療費が払えないで区役所に相談したり、いろいろしながら、無料低額診療にたどり着いて、民医連の事業所につながるということになりました。11月の下旬ぐらいから、民医連の事業所が訪問診療を始めているのですが、残念ながら、12月初旬にはお亡くなりになったということで、救えなかったケースです。

ご主人の話によると、1カ月の入院費の請求書が50万円で、高額療養費の話も聞いたんだけど、いったんは立て替えて払わなきゃいけないと聞き、2カ月も3カ月も50万円づつ払うのはとても無理だということで、どうしても退院せざるを得なかったとのことでした。報告いただいた担当者によれば、ご夫婦は韓国出身の方で、お住まいの地域との結びつきもあまり強くない、いろいろ相談する場所もなかったようだということと、2015年4月、中断する前に無料低額診療の窓口にとどり着くことができたなら、もう少し違う援助ができたのではないかと、というコメントをされていました。

### (2) 事例2

もう一つの事例です。これは70代の男性で、2014年10月に、民医連の病院に本人から電話相談があつてつながりました。30年ほど前に他県から転居してきて、自営業を始めた。奥様が精神疾患、お母様が要介護ということで、自営業の仕事が続けられなくなって、奥様とお母様の介護をしながらアルバイトをしてきた。14年7月に喉に何か詰まる感じがあつたが、保険証がなくて我慢していたら、10月ぐらいには食事がとれなくなった。この地域は、民医連の無料低額診療がラジオのスポットで流れているところで、それを聞いて、民医連の病院に電話をされた。車で1時間ぐらい離れている距離だったそうですが、そこにつながったということでした。

電話を受けた相談員が、自治体の保健師さんに連絡をして、「何とか協力してもらえないか」というお話をしたのですが、「保険料を支払わなかったのは自己責任だ」ということなどを言われ、国保課につなげても「相談に乗れないわけではないけども、要綱に沿った国保料を支払ってもらわないと保険証は発行できないよ」と言われるよう

な対応だったという報告を受けています。最終的には、生活保護の申請が認められて、その後こちらの病院に入院されたということですが、こちらでも、その後しばらく時間が経ってから、残念ながらお亡くなりになったというケースです。報告者のコメントでは、実際の保健師さんに話をしたところ、「本人は生活保護を受けたいというふうには言っていませんでした」と言われ、「じゃあ、あなたは生活保護という制度がありますよ、とりますか、というふうに勧めたんですか」、「私のほうからは、そのことは言っていません」というやりとりがあったと聞きました。自治体の対応等の問題も非常に大きいと思います。

## 7. 実践的な課題

私たちがこの間に取り組んできて見えてきた課題です。1つは、無料低額診療事業の適否や基準の判断は、実施する医療機関に任されていて、はっきりとした基準があるわけではないことです。それから同時に、医療機関の側で見ても、例えば、生活保護基準の110%とか120%というふうな基準を決めて、適応の判断をするわけですが、実際には、行政が生活保護の支給のときに行う調査のようなことは、われわれには調査権限がありませんから、できません。なので、実態の把握というのはなかなか難しいということと、中にはモラルの問題のある方もいらっしゃいます。そういう中で、窓口になる担当者と最終的に判断する事業所の管理者のところでは、いつも葛藤があると思います。生活保護基準以下とか、それに近い水準で生活されている方というのはすごくたくさんいらっしゃいますので、それをそのまま全部無料低額診療事業の適応ということに自動的にしてしまえば、医療機関としても、かなり経営的に大変な問題になってしまうということも併せて言えますので、そういう意味での適用の判断というのは、事業所ごとにかかなり難しい判断をしているという状況もあるかと思っています。

2つ目には、無料低額診療で対応したからといって、それで終了ではないということです。その先の医療費の扱いですとか、国保法44条に適用させるという課題ですとか、恐らく医療費の問題だ

けじゃなくて、生活の問題・住むところの問題など、いろいろな問題を抱えていらっしゃる方がたくさんいます。そこにいかに適用させていくのかということも考えていかなければなりません。われわれとしては、無料低額診療の適用ということで終わりではなく、その先につなげていかなければならないのです。しかし、結構な割合で、無料低額診療で対応して安心してしまっているところもありますので、その先に進めていくということも、考えなければいけないと思っています。

3つ目に、調剤薬局や訪問看護についてはこの事業が適用されませんので、医療機関で受診して調剤薬局でお薬をもらうということになると、薬代が丸々かかってしまうことがあります。これでは療養の助けになりませんので、そこでもいろいろな苦勞をされています。自治体から補助をいただくというような運動にも取り組んでいて、幾つかの自治体ではそういう動きもつくれていますけれども、まだまだ、課題があるかなと思っています。

4つ目に、無料低額診療事業自体がまだまだ知られていなくて、先ほどの事例もそうですけれども、もっと早く利用していただければ、もう少し違う展開ができたかなというところもあると思います。

## 8. 今後の発展方向

今後の私たちの方針としては、全ての民医連の事業所で、無料低額診療事業をやっていききたいということを掲げています。併せてこの事業の見える化にも取り組んで、事例の集積とか、事例を活かして社会にはたらきかけるということも含めて、職員の教育や社会保障の充実を目指す運動に活かしていきたいです。

先ほども申し上げましたが、保険薬局や訪問看護の適用の拡大ということにもつなげていきたいです。また、今日のお話の中にもありましたけれども、民医連以外の事業所、とくに公的な医療機関、公立の医療機関の方が、こういう事業に積極的に取り組むように求めていくということも、すごく大事なのではないかなというふうに思います。自治体病院では、取り決めてそういう市民の

ための制度を持っているということを謳っているところもあるのですが、実際の運用はほとんどできていないようです。そうした自治体病院へのは

たらきかけについても、取り組みを強めていきたいと考えています。

## ◆補足、質疑応答

高山 社会包摂を医療の中でどう進めたらいいのか、医療機関はどういう役割が果たせるのだろうかというところを追求していく中で、イギリスについて調べるという案も検討しましたが、今回はアメリカのSNPをやろうと考え、ワシントンD.C.に行きました。とくに京都民医連の先生に共同研究者として参加していただいたので、日本でSNPをどう考えるのかということは、現地でも毎晩その話をしましたし、今回の報告書でも一定それが反映されています。私自身もそこが問題意識としてありました。

今日の無料低額診療事業の話などでも、いろいろな実践の蓄積はかなりあると思います。しかし個々の法人、もっと言うとそこにいる現場のスタッフのボランタリーな対応で、何とかやり繰りしているのが実情ではないかと思えます。そうではなく、組織のミッションに明記し、組織としてしっかり対応してゆべきだと考えます。

今日は「谷間」の話を後藤先生にお聞きして改めて勉強になったのですが、日本の無保険者に対しては、制度として対応すべき問題、補助金の問題、医療以外の活動についての診療報酬の可能性など、運動の課題として考えるべきこともいろいろあるように思いました。

最後に、担い手をどう確保・養成するのかという課題に対しては、アメリカのSNPも医師の確保に苦労していると、現地調査ではっきりと言っていました。ナース・プラクティショナーなどで代替しているところもありますし、狭い意味での医療だけの対応では解決しない場合もあります。広い意味でコミュニティ・ヘルス・ワークフォースをどう養成するかについて、政策的にも少し探索しているところだし、各SNPの団体などでも、今いろいろやっているところだと聞き、資料を幾つかもらったので、そのあたりの現状分析や追跡調査も、もし機会があればやってみたいと

考えております。

Q1：お話の中に、たしか住民が運営機構の中に一定数入らなければ補助金をもらえないというのがありました。それはどういう決まりになっているのですか。

A1（高山）：コミュニティ・ヘルス・センターで、連邦政府から補助を受け取るためには、ガバナンスにおいて、施設を利用している患者が理事会メンバーの過半数を占めなければならないという縛りがあります。これは米国公衆衛生法第330条の規定に由来し、CHCは、住民主導のコミュニティに根ざした施設でなければいけないという理念を保障するものです。

ただ、アメリカでは、SNPに限らず民間の非営利病院においても、理事会や評議会に、住民の代表が入ることは珍しくないのです。自由開業医制に由来する日本の病医院運営とは、歴史的にも制度的にも大きく異なるようです。

Q2：後藤先生の報告の中で、国保の納めている保険料よりも、窓口負担の金額のほうが大きいという話をされていましたが、かなりインパクトのある話です。結局、保険料が払えない、払っても医療にかかれぬという話ですよね。そういう意味で、無低診の意味が非常に大きいという側面がある一方、貧乏な民医連が、身銭を切って無低診をやっているということで済む問題ではないという話だとも思えます。そこら辺の数字を、もう少し確定的にこうだと言えるデータは出てこないのでしょうか。

A2（後藤）：実質窓口負担の細かい収入階層別のデータは、少なくとも公表されていないです。多分、集計していないのだろうと思います。

今の44条減免の規模が、2006～08年は大体毎年全国で6億円でした。2011年、東日本大震災のあ

った年に266億円になりました。2014年は109億円です。44条減免は、ご承知のとおり、経済的な変動に対してそれを保障するという思想でできているもので、国会でも恒常的低所得は保障しないと繰り返し答弁されています。しかし現実問題としては、低所得の基準を政府が2010年に出しています。とりあえず、急激にここまで下がったという場合の「ここまで」というのは、生活保護基準でやるという話を出したわけです。

最近またそれを改めて、生活保護基準が下がったので、生活保護基準の1.1倍だと言いました。実際には「3カ月ぐらい経ったら、後は生活保護で面倒を見て」という話を、国は言っているのです。ということは、3カ月以内だったら、政府の44条解釈の「所得減少」という話を擬制適用して、自治体で44条の大規模な適用の大運動をやってもいいのではないかと私は思っています。また、自治体の減免要綱等では、所得減少と区別される「低所得」条項を備えているところが2014年で370自治体へとずいぶん増えました。内村さんの報告の中にもありましたが、無低診はそうした運動のための大事な材料として、社会保障運動の情報のベースとして使うというのが一番大事なポイントではないか。それ自身によって救える部分というのは、日本国民全体で見たらそれほど大した範囲にはならないので、どう考えても、44条減免を本気で自治体ごとにやらせるという手じゃないかと思うのです。

44条減免は、地域的偏りがものすごく激しいです。まだ都道府県の最近のデータを手に入れないのでわかりませんが、2006～08年ぐらいのデータでいきますと、1年間に6億円ぐらい減免されるでしょう。そのうち、2億数千万円は大阪府です。それから、広島県が1億数千万円、東京都も1億数千万円なのです。この3都県で大半をしめる。だから、他のところは44条減免をほとんどやっていないということですね。

地震があると、その地域だけぱっと増えるという構造になっていて、「これほど低所得が増えているときに、44条減免を使わせないと何事だ」という話が、もっと自治体レベルで大規模に運動されて、民医連がその先頭に立っていいのではないかというふうに思っています。

司会：44条の話でいくと、国民健康保険の都道府県化が2018年だから、そこまで実績をつくらないといけません。例えば東京都でいくと、23区の国民健康保険料は十数年連続値上げです。これは結局、23区の区長会という組織で決めますが、運動体がほとんど影響力を持たない。これが三多摩だと、市ごとに国保協議会がありますから、立川市でも運動で若干引き下げられました。ところが、今度東京都一本になったら、全部同じになってしまうのではないかというので、東京民医連も危機感を持っていたりするのですが。

Q 3：セーフティー・ネット・プロバイダーの病院は、アメリカはほとんど自治体系、公的である。病床機能などはどれほど大きくなかったという話がありました。貧困者を対象にしていることによる経営の難しさがある一方、DSHで一定以上のメディケイドを受け入れると上乗せがあるというお話もありました。自治体病院ががんばってやればやるほど赤字が増えていくというような感じになっていくと、その辺の状況はどうでしょうか。

A 3（高山）：訪問先であるアメリカ公立病院協会（America's Essential Hospitals）に加盟している病院（全公立病院の3割程度）の資料によれば、医業収益率が一番新しい数字でマイナス3.2%、全病院の平均がプラス5～6%なので、医療収益率に8ポイントもの差があり、赤字を出しているようです。ただ、これはDSH込みの数字なので、もしメディケイドDSHが全額カットされたとしたら、医業収益率がマイナス13%ぐらいにまで悪化するとも予測されています。そういう意味では、メディケイドDSHの削減は、SNPにとって致命的になる恐れがあります。

メディケイドDSHは連邦政府が一定額を拠出しているのだから、それが減るといことは、州政府や地方政府の負担増というかたちでも跳ね返ってきます。自治体にとっても、DSH削減問題は重大です。そういう意味で、SNP病院の経営の見通しは苦しいですね。

Q 4：メディカル・ホームの話がありましたが、どういう内容なのかをもう少し教えてください。

A 4 (高山)：メディカル・ホームというのは具体的にこうだということではなく、患者中心の質の高い効率的な医療を提供するというオバマ改革の掲げる理念を具体化する1つの事業として、あるいは、それを支える概念です。

これはプライマリーケアを中心に、ソーシャルサービスを併せるというものです。従来そういう事業は医療ではなく福祉でやっていたものに、多少医療機能を持たせてやろうということ考えているそうです。ただし、これもまだ取り組み始めたところだそうで、CHCの全国団体に聴き取りを行った際には、「これからなんです」という話でした。

しかも、始まる当初から、メディカルよりもヘルスケアのほうがいいのではないかと、という話を別のCHCで聞いたりしました。そういう意味では、まだ理念の段階にあるように思います。これからもし機会があれば調べたいですね。

Q 5：内村さんに伺いたいのですが、無低診は病院の財政上、どういう条件が整えばプラスになるのか、あるいは、どういう条件をオーバーしたらマイナスになるのか、その辺の検討が整理された文書や資料というのはあるのでしょうか。

A 5 (内村)：多分ないと思います。もし無料低額診療事業ということをやっていなければ、その患者さんうちには来ないので、お金の話で言えば、例えば健保に入っていれば7割は収入が入ってくるので、全く人が来ないよりはプラスになるのではないかとこの見方をするケースもありますが。現状でいくと、かなりの減免額を施設が負担しているという状況です。先ほどお話しした一番多い診療所は、減免している額が2,500万円ぐらいですね。14年度の経営実績でいくと、6,600万円の赤字の事業所で、そのうち2,500万円が減免額だと考えると、ちょっと切ない感じがします。

ただ、全日本民医連が無料低額診療事業を始めるときの方針の中でも、受診抑制によって患者さんが減っている中で、受診しやすくするという意味でもこれに取り組もうという考え方がありました。ただ減免して、その分がマイナスになるということだけでは必ずしもないと思うのですが。精

密な状況の把握・研究を、もう少ししないといけないかなと感じました。

## 【会場からの補足】

岩本 (庄内医療生協)：民医連で無低診を始める議論の際に、「無低診を行えば固定資産税が免除になる」という話がありました。しかしそれは公益法人の場合であって、現状では普通の医療法人が固定資産税の免除を申請しても全然対応してくれません。また、われわれのような生協法人は、無低診の実施の有無とは無関係に医療・介護事業施設に関わる固定資産税は免除になっていましたので、本人負担の医療費に関わる免税額は100%法人の持ち出しです。

今井 (東京民医連)：民医連の中でも、多分上位5つぐらいは公益法人ですね。京都が一番だと思います。京都、北海道、横浜などが多分トップスリーですすごい数になっています。最近、東京都は、公益法人のなかに無料低額診療の実施で税金免除をしているのに、無料低額診療の実績が乏しくて税金免除の意味がないと、見直す動きがあります。

野田 (宇部協立病院)：例えば、無料低額診療事業を公立病院に広げていくというのは、これは民医連が働きかけるものではありません。共同組織が自分たちの力で無料低額を要求していくという運動をしていかなければならないでしょうし、無料低額の限界を考えると、後藤先生が言われたように、やはり共同組織こそが地域の社会保障運動を担って、国保法44条の拡大とか、生活保護の医療扶助単給型への援用とか、そういうところを求めていくものにならないといけないと思います。

自分が担当するところだけを答えたいと思うのですけれど、今年は共同組織、生協の持つ力を引き出していく、そういう年にしたい。早速ちょっと後藤先生と共同組織委員会で話し合っていきたいと思います。

住民組織は、当事者運動として医療機関から自立する形で何をしたらいいかということ、教えていただいたように、話し合っていきたいと思っています。

坂田（宮城民医連）：先ほど国保44条の話がありました。宮城の中で今も一番大きい課題は何かという、被災者の医療費の窓口負担の免除、これが5年経った今も大きな課題なんです。

被災3県と言われる中でも、岩手はまだ県と市町村が負担して窓口負担を免除しているのですが、宮城については9つの市と町以外は、国保でも打ち切って、なおかつ後期高齢については全く打ち切られているんですね。市町村ごとに同じ対応ができない、ということで、これはもう一律に打ち切りだと。そういう意味で、もともと減免の問題では、最初に社保の方が打ち切られて、その後残ったのが国保と後期高齢で、国保についてもそうやって非常に絞られてきた。

本来一番大変なはずの後期高齢者がそうやって打ち切られるなど、被災者の中で全く対応が違う。隣りの人と全く違う。ですから、むしろ今、免除されている人のほうが少ない中で、自分が免除されているということを、例えば、仮設住宅だとか、公営住宅の中で言えないような状況が生まれていたりします。また、同じ家族の中でも、国保か後期高齢かで対応も変わるということで、そのこと

が非常に今、経済的な負担になっています。さらに、住まいも仮設住宅から公営住宅に移る中で、新しく家賃も発生していて、経済的になお厳しくなっている。

これは宮城だけでなく、熊本でもこれから同じ問題は出てくると思います。そういう意味で言うと、震災は日本中どこで起きても不思議ではない中で、震災などの災害のときに、医療にきちんとアクセスできる、保障されるということを考えて場合、窓口負担との関係でどうしていくかが、やはり大きな課題だと思っています。先ほど、先生がおっしゃったとおり、宮城県も44条の適用は非常に少なく、年に1件か2件ぐらいだと思うんですね。

そういった課題等も併せて考えていく必要があるかなと非常に感じました。

司会：それでは、今日は大変忙しい中、それぞれ報告をまとめていただいた3人の方に、ぜひ拍手をお願いしたいと思います。会場の皆様もコメントをありがとうございました。

（2016年6月18日開催）



# 千葉県自治体病院の現状と地域医療ビジョン

八田 英之

## はじめに

2008年当時「医療崩壊」といわれた深刻な事態は、現在ではすでに対策が打たれた過去の問題であるかのように見える。しかし、安倍政権の下で地域医療は再び新たな段階での危機を迎えつつあるように見える。本稿では、千葉県の自治体病院の現状を分析し、地域崩壊につながりかねない「地域医療ビジョン」について問題を指摘する。

## 小泉改革を先取りした千葉県堂本県政

千葉県では、堂本知事の時代に、小泉改革を先取りして県が地域医療から手を引くことを意図した県立病院の再編統合の方針が打ち出された。2004年3月の「県立病院経営健全化・将来構想」である。そこでは、ガン・救急・精神・こども・循環器の五つのセンター機能を統合して病院を一つにする、東金・佐原・鶴舞（循環器センター）という地域医療型の病院は、県立病院としては廃止し、市町村などを主体にあらたな地域病院とすることが打ち出された。県立病院は高度医療に特化するということである。八つの県立病院を一つにするというのであるから相当に過激な改革案であり、当然に多くの反発と反対の運動を生んだ。

例えば、こども病院ではそこに通院するために近くに引っ越した人もおり、一つの巨大病院に吸収されてしまえば、独自の専門性の追求が弱まるのではないかと懸念された。急速に反対運動は広がり、結果、県はセンター病院を一つにする構想は棚上げにした。しかし、三つの地域病院を廃止する方針は撤回しなかった。そして、東金病院をはじめとして山武地域の自治体病院では、集団退職など医師体制の崩壊がドミノ倒しのように起こ

った。もちろん、その原因は一様ではないし、大学が新臨床研修制度のあおりで医師を派遣できなくなったという全国と共通する理由もあるが、県が地域医療から手を引くという方針を出したことが、一つの要因になったことは否定できない。過重な労働の上に、県立病院ではなくなり、新しく作られる病院には自分の居場所はなさそうということになれば、辞めていく医師が出ない方が不思議というものである。こうして千葉県では全国に先駆けて医療崩壊が始まった。その頂点が2008年10月の銚子市立総合病院の閉鎖であった。

時の政権の政策動向に無批判に追随、あるいは先取りしてきた千葉県の体質的ともいえる在り方が医療の分野でも表れ、住民の視点で見れば失政という他はない県立病院再編成方針が、千葉県の医療崩壊を増幅した。

では、ここで千葉県の自治体病院の経営を見よう。

## 千葉県の自治体病院の経営

### (1) 県立病院

小泉改革の下で、2009年度まで県立病院は赤字基調であったが、2010年度は全国的な動向と同様に、診療報酬改定の好影響を受けて黒字に転換した。黒字基調は2013年度まで続いたが、安倍政権のマイナス改定によって、2014年度は赤字に転落した。

ただし、これは医業収益の3割以上の他会計繰入金や補助金を含めての話である。自治体病院への一般会計からの繰り入れは、必要なものであり、一定の法的な基準もある。しかし、法定基準以上の繰り入れも存在しており、県立病院の経営については、より立ち入った検討が必要である。例えば、一見してわかる通り、民間病院などに比較し



表1 千葉県立病院全体の2009,2010,2014年の経営（総務省と県の資料により筆者作成）

単位百万円

	2009年度 (率)	2010年度 (率)	2014年度 (率) 《全国》
医業収益	28,281 (100%)	30,604 (100%)	34,420 (100%)
入院収益	19,340 (68.4)	21,218 (69.3)	21,968 (63.8)
外来収益	8,564 (30.3)	9,002 (29.4)	9,461 (27.5)
補助金・繰入金	9,774 (34.6) 15,707 (55.5)	10,416 (34.0)	12,349 (35.9)
総収益	38,423 (135.9)	41,412 (135.3)	44,608 (129.6)
医業費用	37,401 (132.2)	38,497 (131.6)	42,215 (122.6)
給与費	19,598 (69.3)	20,226 (66.1)	22,789 (66.2) 《54.4》
材料費	9,283 (32.8)	9,591 (31.3)	10,411 (30.2) 《23.3》
経費	5,772 (20.4)	5,975 (19.5)	6,428 (18.7) 《23.7》
減価償却費	2,571 (9.1)	2,550 (8.3)	2,227 (6.5) 《9.0》
医療外費用	1,801 (6.4)	1,788 (5.8)	2,180 (6.3)
経常利益	-777 (-2.7)	1,126 (3.7)	-973 (-2.8)

(注) 医業収益と総収益で総務省の数字と県病院局の数字が一致しない。これは、総務省では医業収益に入れていた他会計繰入金を県の報告書では、まとめて医療外収益としているためかと思われる。そして、県の報告では、資本的収入に他会計からの繰り入れが1,634百万円計上されている。他の資料との整合性から、総務省の数字を用いた。補助金・繰入金の2009年度は、右が総務省の数値から筆者が算出したもの。

て、材料費と経費の医業収益に対する比率が多すぎるように見える。また、総務省の全国平均値と比べると、給与費と材料費で千葉県が上回っている。ただ、これは病院のタイプによって違うので（精神病院やリハビリ病院、救急、こどもなどで

は人件費率が高くなる）、これだけで判断はできない。病院ごとに見てみよう。

まず、他会計からの負担金・繰入金は、どの病院も相当下がっている（実額でも）。次に、医業費用のところを見ると、2014年度では、救急セン

表2 県立病院の構成比2009→2014（総務省資料により筆者作成）

	循環器		佐原		精神		ガン		救急		こども	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
負担	86.0	32.9	70.8	50.8	53.6	44.1	52.8	26.3	88.6	42.7	73.2	39.5
医費	141.0	131.8	128.8	131.8	122.7	129.4	121.7	116.4	153.0	108.2	127.2	127.7
給与	68.4	70.1	75.6	79.6	76.2	85.4	57.7	56.7	86.9	64.7	69.6	68.3
材料	31.7	32.2	23.6	21.8	27.9	24.2	38.1	35.3	36.2	21.5	31.9	32.0
減償	18.1	7.2	8.3	5.8	3.0	3.5	6.9	6.2	8.0	5.6	6.4	6.6
経費	21.8	19.8	20.9	24.0	15.3	15.6	18.3	17.1	21.2	15.4	18.8	19.9
経常	-19.1	-8.7	-13.1	-19.2	23.2	4.9	1.8	2.4	6.3	-2.8	7.8	2.8

(注) 表の説明：この表は医業収益を100としてそれぞれの勘定科目が何%であるかを示したものである。「負担」は、他会計繰入金や補助金などがどのくらいの割合になるかを示す。繰入金の中には医業収益に分類されているものと医療外収益に分類されているものがあるが、前者は国の基準内のもので後者はそれを超えるものかと思われる。ここでは合計して表示した。

「医費」は、医業費用。「給与」は人件費であるが、管理事務などの人件費は「経費」に入っている。

「材料」は、薬・診療材料などの費用であるが、検査の外注費は「経費」の委託費に入っている。

「減償」は、減価償却費であるが、この間に減価償却費の計算方法が替えられたようで、2014年度は、ある時期からの建物は20年の定額法となっている。

「経常」は、経常利益。

このように、民間病院とは仕訳がかなり異なるので、比較の上では考慮を要する。

ターが最も良い数値を示している。少し意外な感じがするが、材料費の大幅引き下げに成功していることと、ここでは医業収益に入っている繰入金

が大きな比重を占めている。さらに検討するために、2009年度と2014年度のそれぞれの勘定科目の伸び率を見してみる。

表3 2009年度を100とした2014年度の伸び率

	循環器	佐原	精神	がん	救急	こども
医業収益	124.3	116.0	105.0	126.5	149.8	130.0
医業費用	116.2	118.8	110.7	121.0	106.0	130.5
給与費	127.2	122.2	117.7	124.3	111.5	127.6
材料費	126.1	107.1	91.1	117.2	89.2	130.5
減価償却費	57.1	81.0	121.1	113.8	104.9	133.7
経費	113.0	132.9	106.9	118.4	109.2	137.2

循環器センターは、それなりに収益を増やし、経費の伸びを抑制して経営改善を進めたことがわかる。

佐原病院は、収益の伸びが低く、人件費と経費の伸びが収益の伸びを上回って経営を悪化させている。人件費は、県立病院では人数でしかコントロールできず、職員の賃金は県で一律に決められる。それは、この表の他の病院の給与費の伸びが類似した数値を示していることでも示されている。しかも人数も医療にかかわる法定基準があって、それに拘束されている。材料費は収益の伸びの範囲内に抑えられている。佐原病院の経営悪化は、以上の点から総合的に判断して、収益を上げていくことのできる医師体制が不十分な為、なのではないかと推察される。

精神医療センターは、収益がほとんど伸びておらず、また、何らかの設備投資が行われたのか、それとも会計方法の変更によるものか、減価償却費が伸びており、材料費を減らして黒字を維持してはいるものの、利益額を大きく減少させている。

がんセンターは、収益の伸びに支出がそれなりに対応しており、経営を改善している。

救急センターは、材料費を減少させ、費用の伸びも収益の伸びを下回っている。経営は改善しているが、赤字になったのは、医療外の他会計繰入金の縮小によるものである。

こども病院は、収益の伸びをやや支出の伸びが上回り、黒字幅を減少させた。

全体として、県立病院の経営は、病院管理の改善が図られ、他会計からの繰入金が減少するなど

一定の改善が進んだといえる。しかし、繰入金の減少によって、表面上の赤字額は増大している。

また、前述したが全国平均と比較すると、給与費率と材料費率は千葉がかなり高くなっており、2016年度は、4月からの診療報酬のさらなるマイナス改定があり、今後が懸念される。

## (2) 県立以外の自治体病院

次に県立以外の自治体病院の経営状況を見てみよう(次頁表4)。

千葉県内の県立以外の自治体病院は、2009年3月31日まで24あった。2009年4月1日「浦安市川市民病院」が民間に経営移譲され、一方2014年4月に「地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター・東千葉メディカルセンター」が開院したので現在も24である。そのうち、銚子市立病院・柏病院・国保鋸南病院が指定管理者による運営であり、国保成東病院が「地方独立行政法人さんむ医療センター」となった。

指定管理者の三病院は、利用料型であり、総務省などへの報告では、病院の経営状況は解らない。柏と2015年度からの銚子市立病院は、市が設立者である医療公団の経営なのでそれなりに経営情報も公開されているが、勘定科目の設定などが他の病院と異なり、この表では利用料金型での経常利益額のみ載せた。鋸南病院と2014年度までの銚子市立病院は、医療法人が指定管理者であり、医業収益や医業費用の中味が公表されていない。透明性を欠くという意味でも、こうした民営化そのものである指定管理者制度は、自治体病院として不

表4 県立以外の自治体病院の経営（公表されている総務省などの資料により筆者作成）

病院	医収伸	外負担		給与		材料		経費		減償		経常	
青葉	124.7	45.7	28.0	58.9	56.9	24.0	25.0	28.0	27.2	16.5	11.4	26	-580
海浜	123.9	27.8	17.3	60.4	59.6	20.9	20.1	29.7	24.8	6.0	7.1	8	-290
銚子		*913 百万											0.2
市川リハ	94.0	29.0	34.0	74.1	88.8	6.6	8.5	22.1	21.9	19.7	14.0	0.7	-71
船橋セン	127.5	16.4	12.8	50.3	50.3	26.8	23.7	21.4	23.7	9.5	9.0	240	741
国保松戸	114.9	16.4	15.6	62.6	64.5	23.2	25.0	19.7	17.1	3.4	3.9	74	-304
東松戸	94.9	22.8	47.1	83.3	98.8	9.8	7.5	25.4	29.4	5.4	6.7	-207	-90
旭	109.6	6.0	8.2	41.1	41.4	34.2	31.7	23.3	15.7	6.4	9.3	454	313
柏													*15
鴨川国保	98.7	1.6	4.0	55.6	61.8	9.3	9.0	29.0	34.4	3.2	6.2	15	-72
富山国保	95.4	13.4	21.8	66.5	73.2	15.0	12.6	20.0	12.6	7.0	8.1	9	20
国保匝瑳	66.4	13.5	22.4	42.7	69.3	11.8	14.1	21.9	29.5	6.3	10.9	-52	-169
成東*	114.6	45.6	8.1	98.0	57.4	20.3	15.1	22.5	16.7	4.7	7.8	-272	30
大網	111.4	6.6	13.6	54.0	53.2	21.6	32.0	19.9	15.8	6.5	4.0	-141	-57
多胡中央	116.9	18.1	19.5	69.0	68.3	12.1	12.6	16.8	16.9	9.2	11.8	9	-20
国保東庄	114.5	9.0	23.2	47.4	47.5	33.9	34.0	11.3	14.2	10.1	6.2	-17	33
東陽	103.2	57.0	67.3	80.3	75.9	14.1	11.7	37.2	45.7	9.6	15.3	81	68
国保鋸南													*-32
小見川	93.6	16.1	11.8	50.2	52.8	23.4	23.7	18.4	26.6	2.5	5.7	373	-173
いすみ	103.7	17.6	26.2	52.3	60.0	22.0	18.4	28.0	27.7	9.1	14.6	-107	-177
君津中央	123.5	10.3	10.3	43.8	45.3	26.0	26.0	24.7	21.5	8.8	9.4	275	-82
大佐分院	105.7		7.7	45.1	47.2	12.8	11.6	31.4	33.7	4.2	5.2	42	44
公立長生	83.2	17.8	27.1	55.3	66.9	14.7	15.9	23.5	20.8	4.7	5.3	-139	319
浦安市川	2009,4,1	民間移譲											
東千葉			24.9		69.4		26.1		30.6		21.7		-1540

（注）「医収伸」は、2009年度を100として2014年度にどれだけ収益が増えたかを示す。それ以外は左が2009年度、右が2014年度の医業収益に対する構成比。「経常」は、経常利益の額で単位は百万円。

適切な経営形態である。

従って、残りの20病院について2009年度と2014年度の比較分析をしてみた。

まず、医業収益を20%以上伸ばしたのは、青葉、海浜、船橋、君津の4病院、20%未満が、松戸、東松戸、旭、成東、大網、多胡、東庄、東陽、いすみ、大佐和の10病院、マイナスなのが、市川、東松戸、鴨川、匝瑳、小見川、長生の6病院である。診療報酬改定が大規模病院中心であったことや医師体制の問題を反映している。

他会計からの繰入金の比率を引き下げた病院が7、増やした病院が13、給与比率を下げた病院が7、上がった病院が12。材料費率を下げた病院が10、上がったないし横ばいの病院が10。経費率を下げた病院が11、上がった病院が9。減価償却費

率の下がった病院が5、上がった病院が15である。通常、定率償却の場合は、この比率は次第に下がっていく。それがこれだけ上がっている病院が多いということは、全体的に設備投資が大いに活発であったとも思えないので、計算方法の定額制への変更の影響が大きいのかと思われる。

結果、2009年度の黒字病院は13、2014年度は8となった。繰入金の増減と経常利益の赤字黒字を勘案して、経営改善したかどうかを見ると、改善したのが5、悪化したのが15ということになった。改善と判断できるのは、青葉、海浜、船橋、成東、君津の5病院で、これは20%以上収益を増やしたところと独法化したところである。（青葉と海浜は赤字だが、これは大幅に繰入金を引き下げられたことによると思われる、内容的には改善している。

繰入金を引き下げ、かつ経常利益を黒字にしている病院は、船橋と成東の2病院。)

全体的に見て、診療報酬で優遇された大規模病院で経営が改善し、郡部の中小規模の病院やリハビリ病院のような入院期間の長い病院が厳しい状況におかれている。これらの病院の材料費率や経費率を見ると多くのところで引き下げや低い水準で維持しているところが多く、経営改善の努力の跡が見える。しかしながら、収益が伸びず、その伸びを上回る人件費の伸びが経営悪化をもたらしているところが多いのである。

郡部の病院は、地域の存続に不可欠の存在であるが、今のような中小病院軽視の診療報酬改定が続き、経営努力にもかかわらず、赤字傾向が続くようだ。と再び地域医療の危機が到来する危険がある。その点で地方独立行政法人さんむ医療センターになった成東病院の経営改善は注目される。ただし、2009年度の人件費率の高さは、2010年度からの独法化にともない職員の退職金を支給したためである。独法化が万能の処方箋ではないことは明らかで、住民に開かれた病院になっているかなど、注意すべきことはいろいろあるが、さらに踏み込んだ調査などを行いたいところである。

全体としてみると、千葉県の自治体病院は、全国的動向と同様に、安倍政権になって以降、再び困難な事態に直面しており、2016年度の診療報酬改定も全体としてはマイナス改定であったから、いっそう厳しくなっていると思われる。そのために、一般会計からの繰入金も増やさざるを得ず、自治体病院のあり方が、もう一度問われる局面が出てくることが予測される。

## 千葉県の地域医療ビジョン・保健医療計画の一部改訂について

千葉県は、2016年4月15日、国が定めた2025年にめざす地域医療提供体制の構想＝地域医療ビジョンを取り込んだ形で、千葉県保健医療計画の一部改訂を行った。これは、2025年に向けて、医療機関の病床機能を分化・再編成することを意図したものである。

すなわち、現在の病床が急性期を扱う一般病床であるかどうかにかかわらず、厚労省が作成し

た「必要病床作成ツール」に基づいて推計された高度急性期・急性期・回復期・慢性期という機能ごとの必要病床を定めている。厚労省の分類は、入院経過日数順に一日当たりの診療報酬点数をならべ、一日3万円以上の全患者延べ日数を高度急性期の医療需要とし、3万円未満6千円以上を急性期、6千円未満1750円以上を回復期とし、これから導かれるそれぞれの入院受療率の数値に将来年度の性年齢階級別人口と一律に定められた病床機能ごとの病床稼働率をかけて算出している。慢性期病床については、「在宅医療等で対応可能な患者が一定数いる」ことから、「地域差解消に向けての補正率」(療養病床の入院受療率の一番少ない県のレベルまで、あるいは一番多い入院受療率の県を中央値まで引き下げる割合で医療圏の入院受療率を引き下げる)を用いて計算している。そして、これを病院機能報告制度によってそれぞれの病院から報告された数値と比較して過不足を論じている。

これにはいくつかの問題がある。例えば、平均日当円が3万円を超える病院は数多くあるが、それぞれの患者の入院経過日数ごとにどれだけの診療報酬であるかを並べると、入院時の検査や手術などの日には、5万円、10万円ということもあるが、それ以外の日は3万円を下回ることがかなりある。それを3万円で区切ることが適切かどうか？患者の様態の安定を観察する余裕もない、極端に労働過密の病院にならないか？また、現在の病床機能報告制度は、それぞれの病院の判断によって届けられているので、統一された基準によるものではなく、必ずしも実態に即したものではないことは厚労省自身が認めていることである。

それでも、とにかく必要病床数を決めた。ところで、もう一つ基準病床数というものがある。これは保健医療圏ごとに病床を規制する基準であり、既存病床が基準病床を上回っている医療圏では、新たに病院を作ることや増床はできない。千葉県の基準病床、必要病床、既存病床を医療圏ごとに表にしてみよう(次頁表5)。

すなわち、合計で見ると、基準病床は必要病床を4,105床下回っており、既存病床も必要病床に対して3,147床不足している。ところが、既存病床は基準病床を958床超過している。これは何を

表5 千葉県の医療圏ごとの基準病床、必要病床、既存病床

医療圏	基準病床A	必要病床B	既存病床C	A-B	A-C	B-C
千葉	7,629	8,434	7,495	-855	134	789
東葛南部	11,403	13,010	10,876	-1,607	527	2,184
東葛北部	9,999	11,699	9,366	-1,700	633	2,333
印旛	5,251	5,548	5,679	-297	-428	-131
香取海匠	2,731	2,181	3,209	550	-478	-1,028
山武長生夷隅	3,203	2,931	3,603	272	-400	-672
安房	1,577	1,641	2,022	-64	-445	-381
君津	2,029	2,370	2,472	-341	-443	-102
市原	2,077	2,140	2,135	-63	-58	5
合計	45,899	50,004	46,857	-4,105	-958	3,147

意味しているのか？例えば、千葉医療圏では、必要病床には789床不足しているが、基準病床と既存病床の差は、134床しかなく、したがって134床までしかこの地域で増床はできないということになる。同様に東葛南部は2,184床の増床が必要なのに527床まで、東葛北部は2,333床にたいして633床まで。それ以外のすべての医療圏では、増床や病院建設はできない。国のネライは、基準病床で病院のベッドを増やさず、必要病床で既存の病院の機能変更を進めることにあるといえる。ところが、これは新たな矛盾を生む。すなわち、全体として急性期病院を減らしていくのであるが、千葉・東葛南部・東葛北部では、基準病床に対して既存病床が不足しているので、急性期病院の開設や増床が申請された時に県は拒否できない、ということに論理的にはなるであろう。逆に、郡部では、病床全体が増やせないで、既存の病床の回復期や療養型への転換が迫られることになり、急性期を見ることのできる病院がさらに減らされていくことになる。

この機能分化を進めるために、医療圏ごとに地域医療構想調整会議が設けられ、それぞれの病院の地域の中での役割分担が話し合われるというのであるが、その実効性はあるのかどうか？さらに、地域医療介護総合確保基金を活用するというのだが、果たして機能転換が順調に進められるのかどうか。相当に時間がかかることだけは確かであろう。おそらく、厚労省は地域医療ビジョンが各県で作られたなら、急性期病院の報酬を引き下げ、回復期などに誘導することであろう。

さらに、保健医療計画は、現状の延長線上で、人口の減少と高齢化の進行を前提にしている。現在進んでいる過疎がさらに進行し、地域崩壊が進むことをある意味前提にしている。そして、少なくとも現在の千葉県の地域医療ビジョンは、地域社会を再興していくのに資するのではなく、むしろ過疎を促進していくものと言えるのではないのか。

例えば、既にみた山武・長生・夷隅だけでなく、内房の富津市南部から館山まではかなりの医療過疎である。東京湾岸の保田や金谷の住民の多くが、山を越えて太平洋に出て亀田病院へ通っている。これらのところで新たに病院を作ることはできない。高度医療は木更津の君津中央病院か亀田病院でしか受けられない。これらの地域で心筋梗塞になったときに助かる確率は、千葉などよりかなり低い。

現在の計画は、こうした医療格差を温存し、さらに拡大することになるのではないのか？本来なら、地方で暮らす人が増えていくような施策の一つとして、医療政策も考えられていくべきではないだろうか。ドイツやフランスでは、医療供給体制の少ないところの医療機関の報酬を手厚くして医療格差の解消に努めている。

## おわりに

千葉県の自治体病院、特に郡部のそれがあらたな困難な事態に差し掛かっている。これは、2008年当時と異なり、材料費や経費の節減など一定の経営改善努力をしたうえでの困難である。これに

地域医療ビジョンによる病院の「機能別再編成」が加わり、田舎では急病の時に安心してみてもらえる病院が失われていく。これは、地域そのものを崩壊させていくものではないか。あらためて地域医療と自治体病院の適正な配置や在り方を再び考えなければならない時期になってきたのではないだろうか。

## ＜補足＞銚子市立病院と東千葉医療センターの「その後」について

銚子市立病院は、前市長の強引で不透明な医療法人を指定管理者とするやり方とあまりに高額な繰入に対して議会が反発し、混乱を繰り返した。新市長はそれ

よりは透明性のある市が出資する公社に委託するやり方に切り替えた。繰入額は減ったが、看護師の退職が起り、稼働病床が減少し、厳しい事態が続いている。

東千葉医療センターは、千葉大学から一定数の医師が5年契約で派遣され、地域の救急医療では積極的な役割を果たしている。しかし、看護師確保が困難であり、病棟稼働が計画より遅れ、赤字額が拡大し、計画を2年後ろ倒しにした。管理体制を強めて経営努力がされているが、東金市と九十九里町の繰入金が増大し、限界になってきている。県の積極的な関与なしには極めて厳しい事態になる危険がある。

（はった ふさゆき、千葉勤労者福祉会理事長、研究所副理事長）

# EUの移民問題と社会的経済

石塚 秀雄

## 1. EUの理念と移民問題

イギリスの国民投票によるEU離脱の決定は、EUのあり方にも大きな影響を与えそうだ。第一は、EUの形がどう変化するのか、第二はEUの理念がどう変化するのか、第三はEU各国のEUに対する関係はどう変化するのか、であろう。しかし、ここではそれには言及しない。またイギリス自体の変化やヨーロッパにおける政治的变化についての論評は今後多くなされると思われるので、ここでは、EUの社会的経済政策との関係についてみていきたい。今回のイギリス離脱のイデオロギーの争点は、移民問題と国民主権であった。言い換えれば、移民に象徴される社会的弱者への社会的排除をどう社会的統合に転換させていくのか、またEUの政策に対して各国の地域住民の主権（決定権）をどのように確保するかである。EUはこの地域主権を「補完性原則」として認めているが、EUの財政金融政策ではそれはあまり機能していない。こうした各国国民の間にある不満の解決の方向として、一国主義や排外主義、民族差別・人種差別の方向に進むことは誤りであるが、アメリカの大統領選挙に見られるように、そうしたイデオロギーが一定の支持を得ている現象もある。

EUの理念は経済的には単一市場、社会的には社会的ヨーロッパの実現である。この二つの目標に向かって、ヒト、モノ、カネの交通をEU域内で自由化するという施策がとられてきたのである。EUにおける国境なきヒトの移動の自由は、自由主義経済の枠内において、労働力のスキルのマッチングを想定したものであった。すなわち、専門職や高度スキルを持つ「移民」の移動の自由であったが、現実にはグローバル化した賃金格差を当てにした移民やまた難民もEUに流入してき

たのである。EUは2000年前後から移民難民政策を整備し対応を始めてきた。

自由主義的理念と、一方で、社会的ヨーロッパがめざす平準化的福祉社会の実現のすりあわせは、緊張と矛盾をはらみつつも、EUの社会政策の中で、主としてEU社会経済委員会の政策として実施されたのである。とりわけ社会的経済セクターを、たとえば移民、失業、社会的排除に対する政策的取り組みの担い手とするEUの政策もすくなく進められてきた。EUは一枚岩ではない。実際には、加盟国28カ国の中に、4区分くらいの経済的社会的格差がある。EUはその理念として、金融財政的取り扱いの対等平等という建前の一方、格差是正のための地域（リージョナル）開発という政策を主として社会経済委員会を通じて行ってきた。EU委員会による各国財政赤字に対する一律的な基準というあしかせ適用をして国家財政の緊縮政策（社会保障の縮小など）を強要したことが、イタリア、ポルトガル、スペイン、イギリスなどの財政危機を引き起こし、各国内でEUに対する反発を強めたことは記憶に新しい。これはEU委員会における大企業よりの新自由主義的傾向にもとづく政策であった。EUはこの一律的財政基準の適用はすべきではないし、むしろ国家間格差があることを認め、EUは緩やかな経済的統合をすすめるべきであった。

## 2. EUへの移民難民の流入

したがって、EU委員会の性急な金融財政政策も、今回のイギリス離脱の一因であると思われる。とはいえ、EUは社会的ヨーロッパの実現という平等なヨーロッパ市民権の促進というよき目標も一方でかかげており、その努力もすすめている。それは実体的には、新自由主義的政策が引き起こ

表1. EUの主要国における非EU移民数 2015年

国名	総人口数	外国籍数	比率	外国出生数	比率
ベルギー	11,258,434	1,300,493	11.6%	1,898,993	16.1%
デンマーク	5,659,715	422,492	7.5%	595,876	10.5%
ドイツ	81,197,537	7,539,774	9.3%	10,220,418	12.5%
スペイン	46,449,565	4,454,354	9.6%	5,891,208	12.7%
フランス	66,415,161	4,355,707	6.6%	7,908,661	11.9%
イタリア	60,795,612	5,014,437	8.2%	5,805,328	9.5%
オランダ	16,900,726	773,288	4.6%	1,996,318	11.8%
オーストリア	8,576,261	1,131,164	13.2%	1,474,560	17.2%
ポルトガル	10,374,822	395,154	3.8%	864,814	8.3%
スウェーデン	9,747,255	731,215	7.5%	1,602,522	16.4%
イギリス	64,875,165	5,422,094	8.4%	8,411,921	13.0%
ポーランド	38,005,614	108,279	0.3%	611,855	1.6%
ハンガリー	9,855,571	145,727	1.5%	475,508	4.8%

出所：Migration Statistics, House of Commons, UK, 2016により作成

注：外国出生数とは、居住地の国籍を取得している者を含む。外国籍数と外国出生数の差がいわゆる帰化数と見なせる。

す、地域格差と社会的排除の是正を促進することであるが、ここでもEU内部での社会政策や労働政策では綱引きが行われており、社会保障や雇用における緊縮政策の動きに対して、各国で反対運動が起きている。福祉国家と資本主義経済は表裏一体であり、新自由主義的経済になって福祉国家は揺らぎ始めたのであるから、単に福祉国家を維持したいという要求のみでは不十分であり、そこで新福祉国家の実現というアイデアも出てくるのである。したがって、新自由主義的政策を克服する新たな経済的社会的アプローチというものを提示する必要がある。

社会的経済は、1980年代からEUが取り組み始めた新しい経済イニシヤチブ、すなわち経済セクターであり、その主たる目標は、社会的排除、地域格差、EU市民の経済権・社会権の拡大という、一言で言えば、社会的ヨーロッパの実現の一方策である。もちろん、経済セクターの中での社会的経済の占める比率は、ヨーロッパにおいて10%程度で大きいとは言えないが、いわゆる営利セクターと公的セクターの失敗部分を補うサードセクターという位置づけを与えられているのである。

したがって、EUの社会的経済セクターの取り組みが、移民問題や地域主権問題に関連して、今

表2. EU(18カ国)における移民の上位母語分布 2012. (16-64歳)

母語言語	人数	比率
アラビア語	1,921,900	13.4%
ルーマニア語	1,208,100	8.4%
ポルトガル語	880,200	6.1%
ポーランド語	836,200	5.8%
アルバニア語	606,000	4.2%
スペイン語	573,100	4.0%
トルコ語	539,400	3.8%
英語	498,600	3.5%
フランス語	397,200	2.8%
ドイツ語	386,200	2.7%
その他	9,638,400	67.1%
計	14,355,300	100%

出所：Indicators of Immigration 2015, OECD, 2015により作成。

注：EU27カ国中のうち18カ国分である。



表3. EU 主要国への難民申請者数 2015年

ドイツ	シリア	アルバニア	コソボ	アフガニスタン	イラク	その他
	158,655	53,605	33,425	31,380	29,785	134,750
フランス	スーダン	シリア	コソボ	コンゴ	バングラディシュ	その他
	5,315	4,625	3,825	3,800	3,345	49,660
イタリア	ナイジェリア	パキスタン	ガンビア	セネガル	バングラディシュ	その他
	17,780	10,285	8,015	6,370	6,015	34,780
スウェーデン	シリア	アフガニスタン	イラク	無国籍	エルトリア	その他
	50,890	41,190	20,190	7,445	6,515	29,880
イギリス	エルトリア	イラン	パキスタン	スーダン	シリア	その他
	3,735	3,680	3,245	3,005	2,840	21,865
オーストリア	アフガニスタン	シリア	イラク	イラン	パキスタン	その他
	24,840	24,720	13,225	3,380	2,890	16,450
ベルギー	シリア	イラク	アフガニスタン	ソマリア	不定	その他
	10,295	9,215	7,730	2,010	1,090	8,650
オランダ	シリア	エリトリア	イラク	アフガニスタン	無国籍	その他
	18,640	7,390	3,010	2,550	2,460	8,985
ハンガリー	シリア	アフガニスタン	コソボ	パキスタン	イラク	その他
	64,080	45,560	23,690	15,010	9,175	16,920

出所：Asylum statistics, Eurostat, 2016により作成。

後も有効に機能するのと思われる。EU の移民問題とは EU 圏内のヒトの移動の自由に関わることであった。したがって、EU 圏外からの難民・移民問題は数量的に新たな問題であった。難民とは、国連による定義では「人種、宗教、社会集団、政治的意見などの理由による迫害の恐れから避難する人」とあり、単に居住国を変える移民とは定義に違いがある。もちろん、重なる部分もある。

仮に、日本政府のように難民・移民を瀬戸際でストップさせて、受け入れないという政策をとるならば、そもそもヨーロッパにおける難民・移民問題に関わる諸問題は生じないであろう。理念的にも自由主義的経済を掲げて、ヒトの移動の自由を排除することは矛盾を生ずる。現在のヨーロッパにおけるテロ事件の頻発の原因は、アメリカおよびそれに追従したヨーロッパ各国のアフガニスタン戦争、イラク戦争、リビア攻撃、シリア紛争などによる中近東イスラム地域の不安定化である。難民の発生は、あたかも古代のゲルマンの大移動のようにヨーロッパに流入してきているのである。根本的解決策は、グローバル経済の平準化と中近東の政治的安定化しかない。

### 3. EU の移民問題と社会的経済

ヨーロッパにおける現在に続く移民問題は、19世紀の資本主義および帝国主義の展開や世界大戦に伴い発生した問題である。その意味でも、グローバル化経済社会において、移民排斥などの排外主義は、これまでも国内経済社会の問題解決の手段とはならず、矛盾を激化させるものでしかなかった。現在、ヨーロッパで見られる一部の排外主義的、国民国家指向的ないわゆる内向き現象も、資本主義の矛盾を解決するものにはならないことは明白である。移民問題の解決のためには、第一に、資本主義的グローバル化によって経済的社会的に破壊された、生まれ育った地域すなわち自国において生活ができるようにすることである。第二に、移民にたいして人権に基づく、地域住民と同等の経済権、社会権を付与する政策を採用することである。社会保障などの平等公正な取り扱いに加えて、移民が地域の中で同等に暮らせるための、教育、雇用、貧困克服、すなわち社会的排除から社会的結合を進める経済政策・社会政策が

必要である。EUにおいては、移民問題は理念的に、EU域内のヒトの移動の自由という基本的権利と位置づけられている。それは資本の移動の自由とセットとなっているという点では自由主義的理念であり、また社会的ヨーロッパにおけるEU市民権の体现という意味では、人権および社会権という理念である。たとえば、イギリスからフランスへ移住すること、あるいはその逆も「移民」という概念に当てはまるのであり、日本における移民概念とは、多少異なるものである。したがって、EUにおける移民とは出入り自由なヒトの移動であり、出て行くヒト（イミグレ）と入ってくるヒト（エミグレ）の両方を指すのであり、その差し引きが国家としての実数ということになる。

移民問題は、ヨーロッパにおいては古くて新しい問題であり、ヨーロッパ社会に組み込まれたものであるから、移民を全面的に排除するという選択肢はあり得ない。しかし、移民排斥運動というのは、イデオロギー的なものとして起こりうる。本来、EUの移民すなわちヒトの自由な移動の権利というのは、理念としてEU圏内（加盟国）におけるヒトの移動の自由についてであった。しかしながら、非EU地域からの、とりわけイスラム圏内からの移民・難民の流入は、EUのアイデンティティすなわち、キリスト教圏としてのヨーロッパのあり方を揺るがすものになっている。また、現在、ヨーロッパで問題となっているのは中東およびアフリカからの難民問題である。これは従来の移民問題とは性格を異にする。しかし、現在のヨーロッパでは、移民と難民の問題が重複して受け止められる傾向にある。EUにおける非EU圏からの移民は、2014年において19,566,332人であり、EUの総人口の約4%である。移民のうち、15-64歳の労働人口比率は78%である。しかし、EUの人口の約10%が移民で構成されていると言われる。移民排斥などの排外主義がイデオロギー的には顕在化するとしても、経済・社会政策的に移民排斥を採用することは不可能である。もちろん、制限などの数量調整を行うことはあり得る。

社会的経済は当然ながら移民問題に特化した事業をしているわけではないが、移民の人権を保障することを事業目的の一つに掲げている、社会的事業体・社会的企業である。はたして社会的経済

セクター以外の経済事業体で、そのような使命と価値を表明している企業形態が存在するであろうか。社会的経済企業とは、協同組合、共済組合、非営利組織、アソシエーション、財団、社会的企業など、社会的共同性・非営利および民主的参加的経営をその基本的性格として経済事業体である。

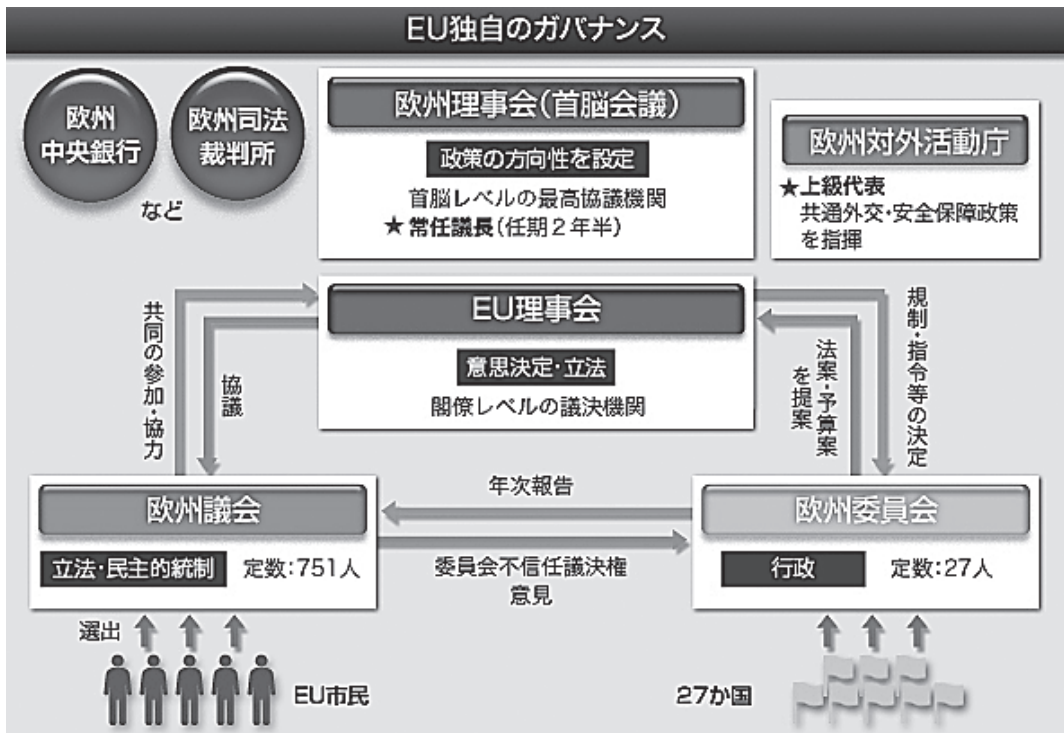
## 4. EUの社会的経済にかかわる政策

EUにはEU委員会（EC）とEU議会（EP）があり、この二者は対抗的である（次頁図参照）。EU委員会に行政的主導権があり、各国の官僚により構成されている。一方、EU議会はヨーロッパ全体の選挙区から選ばれ、EU市民の代表たる性格をもつ。EU委員会は経済政策において単一市場を目指した新自由主義的傾向を示すことが多く、EU議会はそのチェック機能として社会的ヨーロッパの実現に力を入れ、時として対立する。EU議会（定数751名）の構成は、大まかにいって、右派、左派が拮抗する状態である。要するに、EUの機能は一枚岩ではない。EUの社会政策は、EU委員会の新自由主義的傾向とEU議会の福祉社会的指向が衝突する領域である。そして社会的経済の政策もECとEPの綱引きの領域である。EU社会経済委員会が主としてその調整実行の場である。

EU委員会では、社会的経済は社会的結合総局（DG3）が主たる所管局であり、その他雇用社会事業社会的包摂総局、企業産業総局、内部市場総局などが関係する。

EU議会においては、社会的経済グループがあり、またEU議会における経済金融委員会、雇用社会事業委員会、内部市場消費者保護委員会などが関係する。

EU委員会はこの分野を「ソーシャルビジネス」と総称しており、その中に社会的経済を入れて考えている。ソーシャルビジネスはソーシャルイノベーションとリンクしており、社会的発展を目標とした営利ビジネス（事業）を主として想定している。その中で社会的企業（ソーシャル・エンタープライズ）や社会的経済の企業体の特徴は、非営利目的、剰余金の制限分配、従業員の事業参加



出所：外務省「わかる！国際情勢」Vol.53 EU（欧州連合）～多様性における統合

など、民主的経営を行う企業ということである。

EU 委員会は、2010年に「EU2020年戦略」を作った。「スマートな成長・持続可能な成長・包括的成長のための戦略」と銘打ったものである。2020年のEUの目標は、雇用率75%（20-64歳）、開発研究投資はGDPの3%、貧困・社会的排除層を2千万人以下（2010年は8千万人）に、などの目標を掲げている。しかし、競争的グローバル経済の危機の中での雇用政策や貧困対策と社会的排除の克服という考えであって、EUが当初に掲げた「社会的ヨーロッパ」という言葉は消えている。

この2010年の「EU2020戦略」に先だって、2009年2月にEU議会は、「社会的経済に関する決議」を採択した。この決議は1994年の社会的経済に関する決議からはじまり、2002年の「雇用強化に関する決議」、2006年の「ヨーロッパ社会モデルに関する決議」、2008年のEU委員会の「経済的社会的結合のためのボランタリイの役割決議」および「社会的ヨーロッパの取り組み」通達などを踏まえたものである。また2008年に制定された「EU小企業法」の中でも社会的企業が取り入れられた。

この2009年決議では、社会的経済は国によっては「サードセクター」とか「連帯経済」などと呼ぶものも含んでいるが、ヨーロッパにおける社会・福祉モデルの一つであり、EUの労働市場の6%、2,000万人の雇用規模をもつものであり、社会的経済企業が雇用創出や貧困の克服、社会的排除の克服のための経済事業を行うものであり、EUが政策的にもっと位置づけるべきであると述べている。

ところがEU 2020戦略は、成長戦略とイノベーションが強調され、雇用の増大も目標に掲げているが、地域社会に根ざした雇用は目標から失せて、国際競争力や技術イノベーションが強調されている。EU域内の雇用がこれらの分野で増加する見込みは少ないであろう。また社会的排除の取り組みにおいて、社会的経済セクターの役割に対する言及も直接的には見られない。営利企業と社会的アクターとの社会的対話という旧来の手法を踏襲しても、それは社会的イノベーションとしては不十分であろう。こうしたEU委員会の新自由主義的政策が、EU各国の国内からのEUへの不満となって現れるのは、当然である。しかし、旧来の

国民国家的手法での解決は困難であり、それではポピュリズムやナショナリズムを誘発することになろう。リージョナルな共同体として地域社会の主権と発展を重視する社会的経済的な手法を広く導入することが必要である。

## 5. 社会的経済と移民問題対応

EUの社会的経済の規模は雇用数1,400万人、雇用の6%を占める。協同組合の組合員数は1億人を超え、医療や保険の共済組合の組合員は1億2千万人である(CIRIEC, 2012)。

EUにおける社会的経済連帯経済アプローチは、移民を含めた社会的弱者の活動的生活を支援するための手段としては、最適な形態である。それはなによりも、社会的・非営利的、公益的、公正的、連帯的な経済的活動手段であるからである。移民のハンデである教育、職業訓練、社会的結合、社会的排除の克服などを目的に掲げる経済事業体・企業を促進させるのが社会的経済連帯経済であるからである。その意味で、EUも社会的経済アプローチをそれなりに進めていきているが、EU委員会における新自由主義的傾向は、社会的経済に対して必ずしも好意的ではない。社会的弱者としての移民に対する生活保障の分野は、住宅、教育(職業、言語)、社会保障、医療、経済活動・雇用、社会生活など多岐にわたる。

EUにおける社会的経済グループは、2000年10月に「社会的経済と移民若者のヨーロッパ社会への統合」の課題を掲げ、社会的経済セクターがその取り組みを行うプログラムを作成し、各国の社会的経済セクターにおいて実施をすすめた。EUでEU市民として働いて、自立するようになることが、なによりも移民問題の解決になり、また地域での社会生活の実現となるという地域開発(コミュニティ・ディベロップメント)の実行になる、という考えが、なによりも貧困や社会的排除を克服する手段のひとつになり得るのである。すなわち社会的に排除したり、住民が主体的に活動しない地域社会は、いのちとくらしを守る地域として

は持続できないのである。

また国際労働者協同組合委員会(シコパ、CICOPA、本部ブリュッセル)は、2016年4月に「移民難民宣言」を行った。それによると、国連は、世界の移民が2000年の1億7,300万人から2015年の2億4,400万人に増加していると発表している。労働者協同組合は国際機関や各国政府とも協力して、移民難民の人間らしい暮らし(ディーセント・ライフ)ができるように労働やサービスにアクセスできるように取り組み、世界の移民難民が直面する差別や排除に反対して戦う、としている。シコパは移民を輩出する国においても労働者協同組合の設立を支援することを含めて、移民問題に貢献しようとしている。また、シコパの支部であるヨーロッパ労働者協同組合委員会(セコップ、CECOP、本部ブリュッセル。EU17カ国、約50,000協同組合、140万人)は、EUに対して、労働者協同組合をはじめとする社会的経済企業が、他の企業形態に比べて経済的社会的危機に対して弾力性があることに注目すべきであると主張している。

## 6. EUに望まれる社会的経済セクターの重視

EUの運営において、新自由主義的傾向や経済グローバル化に寄り添った傾向が強くなることは確かである。しかし資本主義的経済による否定的現象、すなわち経済危機や社会的危機は、具体的には失業の増大、社会保障の低下、社会的格差や排除の増大を生み出してきた。これを改善するための新自由主義的アプローチは解決不能の段階に達している。移民難民問題はそのシンボリックな問題をEUに突きつけている。EUは真の社会的ヨーロッパを目指すことにおいて、とりわけ貧困や失業を克服する経済的手段として、また地域開発的手段として、また共生社会の実現のためにも社会的経済の積極的な役割を政策的に促進すべきであろう。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

# 報告書

## 非営利・協同総研いのちとくらし／全日本民医連／保健医療研究所共催 イギリスの医療・福祉と社会的企業視察報告書

248p、頒価500円、ISBN 978-4-903543-14-7

発行日 2016年6月15日

発行 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

2015年10月31日(土)～11月8日(日)実施のイギリス視察報告と、ロンドン認知症ケア視察の報告も入っています。

ロンドン、サンダーランドにおけるNHS医療と介護の関係や、社会的企業が提供する社会サービス、子ども・若者支援など、現地内容と論考によってイギリスの状況を知ることができます。(表紙2色、本文モノクロ)。

### 【目次】

- ・日程概要(事務局)
- ・イギリスの医療・福祉と社会的企業視察の総括

### ●第1部 医療・福祉視察

1. イングランドのNHSファンデーション・トラストの構造
2. 英国の医療・介護の動向
3. ガイズ・アンド・セント・マス病院—National Health Service (NHS) 制度における当事者の参加—
4. 資料：サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT
5. (1) サンダーランド市民病院トラスト (Sunderland City Hospital & Colleagues)  
(2) サンダーランド市民病院 (院内見学)
6. 英国のGPクリニック 視察報告
7. エイジUK ルイシャム・アンド・サザーク ストーンズ・エンド・デイ・センター (Age UK Lewsham and Southwork Stones End Day Centre)
8. イギリスのアルツハイマー研究の最先端と日本の治験研究—アルツハイマー病治療剤の臨床試験と医師主導治験

八田英之

石塚秀雄  
高木幸夫  
馬渡耕史  
山田 智  
小磯 明  
小磯 明  
村口 至  
竹野ユキコ・熊倉ゆりえ  
小磯 明

### ●第2部 社会的企業視察

- ・イギリス社会的企業研究20年を振り返って
- ・イギリスの感想
- ・女性による女性のためのコミュニティ・ビジネス Account 3 (アカウント3)
- ・非営利住宅供給会社とコミュニティ開発—イングランド、サンダーランドのジェントウー Gentoo の事例—
- ・英国社会的企業のインフラストラクチャー組織 SES (Sustainable Enterprise Strategies) の現況
- ・英国・従業員所有企業の展開—Sunderland Home Care Associates Ltd. の事例—
- ・就労支援と学校教育—イギリスと日本との就労支援の在り方とその背後にある思想に着目して—
- ・イギリス社会における非営利セクターの存在意義

中川雄一郎  
志藤修史  
二上 護  
石塚秀雄  
熊倉ゆりえ  
熊倉ゆりえ  
走井洋一  
杉本貴志

### ○第2部資料編 視察インタビュー記録

1. アカウント3 (Account 3)
2. サンダーランド・ホーム・ケア・アソシエーツ (SHCA)
3. ジェントウー (Gentoo)
4. フラワー・ミル (Flower Mill)
5. ボックス・ユース・プロジェクト (The Box Youth Project)
6. スペース・ツー (Space 2)
7. サステイナブル・エンタープライズ・ストラテジーズ (SES)

### ○感想その他

- ・マルクス・エンゲルス、英国の社会調査
- ・東ロンドン見学とトインビーホール

小磯 明  
竹野ユキコ

### ●補論：2015年9月ロンドン認知症ケアの視察報告

(いずれも小磯明)

1. サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT- キングス・ヘルス・パートナーズの取り組み—
2. 継続的ケア・ユニット—グリーンベール・スペシャリスト・ケア・ユニット
3. クロイドン・メモリー・サービス (サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT)
4. サットン・ケアラーズ・センターとアドミラルナースの連携
5. デイメンシア UK- アドミラルナースの貢献—
6. 認知症診断率の改善



## 〈医療政策・研究史〉(14)

# 人口政策と医療政策

## — 間もなく国勢調査(1920)100年 —

野村 拓

第1回国勢調査は大正9(1920)年だから、間もなく100年である。大正9年という年には内務省に社会局がおかれた年でもあり、労働問題、貧困問題を抱えて「社会政策ラウンド」に入った年と言えるのではないだろうか。労働保護立法としての工場法は既に成立、施行され、健康保険法が準備されつつあった時代でもあったが、なによりも「米騒動」で揺さぶられた時代であった。

為政者の頭を過った問題は、「人口過剰なのは？」という疑念ではなかったか。明治のはじめには米の収穫高は3,000万石で、人口は約3,000万人、1人1石(こく)という目安が成り立っていたのに、その後の展開で米の収穫高は4,000万石台なのに、人口は5,500万人に近づいているのではないか。真剣に移民・植民計画を立てなければいけないのではないか、という意識が強かったのではないか。

ここで「1人1石」という目安を理解するためには、しばらく「メートル法的世界」と絶縁しなければならない。石(こく)は年貢取り立ての容積単位で

「1石は10斗、1斗は10升、1升は10合、1合は10勺(しゃく)」

という見事な十進法になっている。

車窓から眺める圃場整備された水田は30間掛ける10間の長方形になっている場合が多く、これが1反(たん)という面積単位となり、10反が1町(ちょう)となる。有島武郎が小作に解放した土地が450町というから、大地主であったわけである。

この水田1反が宅地に転用されるとどうなるか。30間掛ける10間が「3間掛ける5間」20軒分に分割されびっしりと1戸建てが建つのである。

では、農地としての1反からとれる米の量は、と言えば米10俵ぐらい。4斗俵だから4石と言っ

たところ。「3反百姓」なら12石で、小作料(年貢)に8石もっていかれると粟や稗を食べないとやって行けない。

「米が主食」であった明治期の軍隊は「1人1日6合」(年間約2石)を食べ、肉体労働は少なくとも1日4合(年間約1.3石)を目安とした。軍隊の飯盒は4合炊きであり、「薬の『食間服用』とは、1杯目と2杯目の間ですか、2杯目と3杯目の間ですか」という質問が出たりした。

街に出れば、牛丼チェーンやマクドナルドがあった訳ではない。米以外に食べるものがない時代での「1人年間1石」はギリギリの生存ラインであった。前掲の小作人一家の取り分が4石で、6人家族だったとすれば2人は「口減らし」で働きに出さねばならなかった。そしてそのような低い「目安」さえ怪しくなった時期に第1回国勢調査(1920)は行われたのである。

### ●世帯は〈1人世帯〉から〈51人以上世帯〉まで

調査の集計には、おそらくソロバンが使われたと思われる。集計には8~9年かかり、昭和3(1928)年から昭和4(1929)年にかけて、全3巻の報告書として公表された。まず驚かされることは「世帯」の概念であり、商店も町工場も「世帯」の扱いになっているので、「1人世帯」から「51人以上世帯」まで、19段階に分類されており、大阪府を例にとれば以下のように分類される。

	世帯数	総数
1人世帯	36,783	36,783
2人世帯	91,814	183,628
3人世帯	106,793	320,379
4人世帯	93,998	375,992

5人世帯	77,283	386,415
6人世帯	58,586	351,516
7人世帯	40,050	280,350
8人世帯	24,255	194,040
9人世帯	14,012	126,108
10人世帯	7,885	78,850
11人乃至15人世帯	8,457	103,026
16人乃至20人世帯	1,304	24,473
21人乃至25人世帯	446	10,038
26人乃至30人世帯	178	4,924
31人乃至35人世帯	76	2,507
36人乃至40人世帯	42	1,599
41人乃至45人世帯	19	815
46人乃至50人世帯	6	287
51人以上ノ世帯	19	1,149

そのころの大阪市は東、西、南、北の4区、京都市は上京、下京の2区、名古屋市は東、西、中、南の4区（東京市は15区）であった。

前述のような「巨大世帯」が存在したのは、商店や家内工業の従業員（「職業使用人」「家事使用人」）が「世帯」にふくまれていたからであり、全国統計では

人員	53,480,683人
世帯	11,121,603世帯

となるが、

「職業使用人」	1,238,783人
「家事使用人」	634,882人

が含まれていた。

これらは、農村「過剰人口」（後述）の「口減らし」的性格をもっているが、「家事使用人」の9割は女性であり、いわゆる「女中、子守」であり、これらが大都市の中流家庭の家事・育児を支えた形となった。

東京府	106,980人
大阪府	47,297
兵庫県	28,101
福岡県	23,024
京都府	22,199

というように、大都市に集中しているのは、中流

サラリーマン家庭が求める「家事・育児サポーター機能」に対応したからである。

単純化すれば、日本の人口は、中絶行為に対する刑法的取り締まりと、農村自体の出産力、そして農村「過剰人口」がもたらす「家事・育児サポーター機能」によって、増勢的に保持されてきた、と言える。

国勢調査に関連して、もう一点、指摘しておきたいことは、国勢調査準備段階における日本の人口の歴史的調査によって、徳川吉宗の時代で約2,600万の人口を保持していた、とされていることである。これはヨーロッパにおける中世末期から市民革命への時代と比較して、おどろくべき多さである。参考までに、イギリス（イングランド・ウェールズ）における名誉革命から産業革命初期までの人口を示せば、次のようになる\*。

1688（年）	5,500（千人）
1700	5,475
1710	5,240
1720	5,565
1730	5,796
1740	6,064
1750	6,476
1760	6,736
1770	7,428
1780	7,953

この数字に比べると、徳川吉宗の時代の2,600万人は驚くほど多い。外来伝染病の侵入を阻止することになった鎖国政策や「百姓は生かさず、殺さず政策」が、これだけの人口を保持したのだろう。

日本は「近代化」の起点において約3,000万の人口が用意した「豊富・低廉な労働力」を持ったわけであり、これらをいかに食いつぶして「今日的状况」が生まれたのか、これが国勢調査100年の区切りでまず考えておくべきテーマである。

\*M. C. Buer: Health, Wealth and Population in the Early Days of the Industrial Revolution. 1926. Routledge.

## ●人口政策と医学

第1回国勢調査(1920)のころの人口問題は、主

〈図1〉南米移民（「第2回人口問題全国協議会報告書」1939）



## 南米諸國の移民政策に就て

日伯中央協會主事  
日秘協會主事

岡 本 和 夫

唯今御紹介に預りました岡本で御座います。今日の九時に開會されました、私は第二番目になつて居りますので、大體九時半頃に御報告申上げるべき義務があつたので御座います。延び引きならん要件がありましたので遅れまして洵に申し譯御座いませんでした。その要件に就きまして一寸申上げ、之又御諒承願ひ度いと存じます。

晩中着き切つて、然も丁度その私の遅刻しまし成べく全部を申き度いと思ひまへの人間が新大



として社会政策サイドから、「過剰人口」や「移民政策」の問題として取り上げられ、医学サイドからの関与は希薄であった。イギリスのように、公衆衛生の指標として人口現象をとらえる思考法は戦後のことに属する。そもそも、「公衆衛生」という言葉も組織も存在しないに等しかった。

大日本私立衛生会が一時期、機関誌名を「公衆衛生」としたことと、1938年、ロックフェラー財団の全額寄付によって「公衆衛生院」ができたことぐらいである。

公衆衛生学も医学的人口学も未成熟ではあったが、人口問題に重要なかわりを持つ社会医学的、労働科学的研究は展開されていた。日本の工業（紡績業）がいかに、農村からの「出稼ぎ労働力（紡績女工）」を食いつぶして発展したものであるか、を明らかにした石原修、労働者家庭における乳児死亡率の高さを指摘した暉峻（てるおか）義等の仕事などは、この時期にすでに公表されていたし、1930年の第2回国勢調査との比較によって「労働寿命」の短縮傾向を指摘した西野陸夫、日本の工業が工業みずからの責任において「労働者の（世代的）再生産をおこなっていない」ことを指摘した安藤吉政の仕事なども評価されるべきだろう。

しかし、人口問題への医学サイドからの関与が増大したのは1936年あたりを節目とした人口政策の転換以降である。露骨な言い方をすれば、「過剰人口始末」から「戦争用人口の培養」への転換である。

高率の小作料にあえぎながら、娘を出稼ぎに出し、「良兵産出地帯」などおだてられていた農村自体の「不健康さ」が徴兵検査成績にあらわれ始めたからである。

特に、昭和期に入ってから、徴兵検査における「甲種合格率」が30%を割るようになったことに、陸軍当局は危機感を抱いたし、満州事変(1931)に動員された兵隊の結核罹患にはショックを受けた。

1936(昭和11)年の二・二六事件の後、成立した広田内閣の寺内陸相は「保健国策一健兵健民」政策を提言するが、これは健康な兵隊を確保するために、国民は健康であらねばならない、より多くの健康な兵隊を確保するために、人口は増やさなければならぬ、という提言であった。ここには、「戦力たりうるもの」をより多く確保することと

裏腹に「戦力たりえない（と権力者が判断したもの）」の抹殺が盛り込まれていた。この段階ではハンセン病患者対策がプログラムに挙げられているが、次の国民優生法(1940)では、精神病患者の「断種」にまで発展する。

また、関東大震災(1923)時の救援活動に端を発したといわれる「保健活動」は、その後、発展して東京・京橋に「都市保健館」、埼玉・所沢に「農村保健館」（いずれも1935年）が設立されるが、このあたりで陸軍主導の「保健国策」に呑み込まれ、1937年に制定・施行された「保健所法」では、「保健所ニ於テ調査スベキ項目」の筆頭に、管轄地域における徴兵検査成績既往10カ年があげられるようになるのである。

同時に、「軍事マンパワー」確保用の人口政策だけではなく、従来の「過剰人口対策」としての南米移民（〈図1〉）のほかに「侵略的・乗っ取り型」の満州移民（〈図2〉）が加わることになり、その侵略哲学は、満州国の将来人口を5,000万人とすれば、その1割の500万人は日本人でなければならぬ、というものであった。もう、ここまで来れば「産めよ、増やせよ」である。

## ●「場当たり」人口政策

人口増加策を取る場合には、「出生の増加」と「死亡の減少」が課題となるが、当時の日本では、乳児死亡と結核死亡が大きなウェイトを占めていたので、この分野を中心に医学者の人口問題への参画が増えることになる。

人口問題研究会『第2回人口問題全国協議会報告書』（1939）では、医学サイドから次のような報告が寄せられた（〈図3〉）。

そして、1941年の年明け早々に『人口政策確立要綱』が閣議決定され、数え年、男25歳、女22歳までに結婚して、生涯通算で5人以上産め、ということになるのである（〈図4〉）。

そして、やがて、敗戦。振り出しに戻って「戦後過剰人口の分析」（〈図5〉）ということになるのだが、戦前と違う点は優性保護法によって「経済的理由による中絶」が認められたことである。

「産めよふやせよ」は180度転換して、受胎調節、育児制限、家族計画の時代となり、かつて「子宝

〈図2〉満州国乗っ取り (左) は独立文書で (右) は人口問題研究会の前掲報告書、安井誠一郎は戦後、東京都知事となる

# 滿洲移民と分村計畫

拓務省拓務局長 安井誠一郎

私も實は材料を整備して参つて居りませんので、皆さんの御研究の資料になるやうなことを申上げ兼ねると思ひます。同時に私の申上げたいと思ふ點の要旨は先に野間さんからお話がありましたので重複を避けまして、先づ簡單に大體滿洲移民並に分村計畫に就てどんな考へを持つて居るかと言ふことに就て御説明申上げたいと思ひます。滿洲移民國策をどう云ふ風な形で動かして居るかと言ふ點に就きましては先に一寸お觸れになりましたやうに昭和

## 第三回關東局移民衛生調査委員會會議

昭和十一年一月十日午前九時ヨリ

於關東局内三階會議室

### 會議錄目次

一、出席者……………	(一)
二、會議速記録……………	(五)
(イ) 開會之挨拶……………	東條英機……………(五)
(ロ) 昭和十年度委員會事業報告……………	移民衛生調査委員會委員長 關東局警務部長 小坂隆雄……………(八)
(ハ) 講 演……………	關東局警務部警備課長 鹽澤清宣……………(一七)
(ニ) 滿洲ニ於ケル移民政策ニ就テ……………	關東局警務部警備課長 鹽澤清宣……………(一七)
(三) 委員ノ研究報告……………	……………(二〇)

協 滿 て け 換

(15)	産業の發達と遺傳學	京都帝國大學 教授 理學博士	木原均	九九一
(16)	産業労働者の健康状態に就て	保健院技師 醫學博士	引地亮太郎	九九九
(17)	農業労働力損耗の一原因としての疾病に就て	日本勞働科學研究 所所長 醫學博士	暉峻義等	一〇二一
(18)	河豚中毒の豫防	九州帝國大學 教授 醫學博士	福田得志	一〇二八
(19)	慢性麻藥中毒症の治療	醫學博士	酒井由夫	一〇三七
(20)	米國生れの日本人の體格	東京市衛生試驗 所所長 醫學博士	石原房雄	一〇四四
(21)	労働者の缺勤率に關する研究	厚生技師 醫學博士	大西清治	一〇四九
(22)	國民體位低下對策としての身體檢査成績の活用	醫學博士	竹内茂代	一〇五三
(23)	都市青少年の體育問題	厚生省體育官 醫學博士	野津謙	一〇六三
(24)	戰時體制下に於ける兒童保護の意義に就て	厚生技師 醫學博士	西野陸夫	一〇六八
(25)	日本主要食品の營養價と市價	營養研究所所長 技師 醫學博士	佐伯矩	*
(26)	學校給食事業の將來性に就て	營養研究所技師 醫學博士	樋口太郎	*
(27)	營養改善が發育・罹病率・死産・乳兒死亡率・作業能率 醫療費・賣藥費・食費の上に及ぼす影響	營養研究所技師 醫學博士	近藤光之	*
(28)	麥のビタミンB <sub>1</sub> 含量竝に米との比較	營養研究所技師 醫學博士	松澤九二雄	*
		營養研究所所長 技師 醫學博士	原徹一	*
		營養研究所所長 技師 醫學博士	佐伯矩	*
		營養研究所技師 醫學博士	松室秀夫	一〇七四
		營養研究所技師 醫學博士	大磯敏雄	

〈図3〉人口問題への医学者の関与

第五部 人的資源涵養に關する問題……………八四一

第五部研究報告會座長報告……………本會監事 關屋貞三郎……………八四三

(1) 本邦に見る出生性比の月別移動に就て……………東京帝國大學 醫學部助手 相澤憲……………八五一

(2) 戦時の性比……………慶應義塾大學 醫學部助手 立川清……………八五八

(3) 本邦に於ける結婚年齢と出生率との關係に就て……………公衆衛生院教授 醫學博士 川上理一……………\*

(4) 出生間隔に就て……………慶應義塾大學 醫學部 塚原寛一……………八六七

(5) 本邦婦人の妊孕率に關する研究、特に婦人の不妊症に就て……………東京帝國大學 助教授醫學博士 篠田 紘……………八七五

(6) 中支二・三農村地方に於て調査せる支那人の婚姻及び子女數に就て……………上海自然科學研究所員醫學博士 小宮義孝……………八八二

(7) 乳兒死亡の強度を示す統計値に就て……………大阪帝國大學 醫學部助手 丸山博……………八九二

(8) 要保護階層者の罹病率並に正當なる診療日數に就て……………<sup>財源</sup>救療部長醫學博士 飯村保三……………九〇六

(9) 本邦に於ける寄生蟲病蔓延の現況と其の豫防樸滅策に就て……………厚生省防疫官 醫學博士 木村猛明……………九〇〇

(10) 日本の癩患者數と其の増減及他民族との比較……………國立癩療養所長 醫學博士 林文雄……………九〇四

(11) 妊産婦の榮養要求量……………榮養研究所技師 藤本薰……………\*

(12) 熱源性物質の創傷治癒に及ぼす影響……………榮養研究所技師 速水 泱……………

(13) 朝鮮住民の生命表(第二回)……………榮養研究所技師 大磯敏雄……………九六一

(14) 斷種制度の遺傳學的基礎……………<sup>京城帝國大學 教授 醫學博士</sup>醫學博士 青木延春……………九六〇

醫學博士 水島治夫……………九六六

# 子寶 報國

厚は大臣金光斎夫

## 男廿五、女廿二で

### 結婚させる

東京中央結婚相談所

## 田中孝子

すなわち、新聞で御承知のやうに、一月十七日の閣議に日本民族百年の人口政策大綱が決されて、結婚法の制定などが問題となつてゐるが、それによると人口増強を圖るため、早婚を奨励し、男子は廿五歳、女子は廿二歳を標準として結婚せしめ、一夫婦五人の子女をあげるを標準とする。

これと同時に、東京における唯一の公営結婚相談所である市役所の結婚相談所も積極的活動を開始し、東京全市の新婚者に對しカーダにより種々の調査をはじめたが、それによつてみると、男子の現在廿六七歳が一番多く、三十歳前後これに次ぎ女子は廿歳から廿六七歳で晩婚になる一方である。更に、若し新婚者の月給は七千圓が一が多、よつて結婚費用は月給一ヶ月とすると當局は標準としてゐるので、結婚費用は七千圓までとする。

これは、尙今回の調査より千圓以上の結婚費用を要する者は時局を考慮して、不心得者である。

また、七千圓の月給では、現在の物價高騰は夫婦の新生活も無理だといふので、結婚増給、又は臨時ボーナスを出すなど考慮中である。これに伴いて、夫婦共稼ぎの奨励などが話題の中心となつてゐる。

これにつき田中孝子女史は次の如く談つた『いはゆる「共稼ぎ」』についてですが男女共に設けられ、家賃を希望するものとせぬ

き嫁として勤めねばならぬ、それでは新妻の體の休まる暇もなく、却つて健康を害することになる。この點を姑が理解して嫁をいたはつてやるやうにせねば尙尙と家庭の調和は雅かしいのです、それから今噂に上つてゐる結婚資金の貸與ですが、これは百圓か二百圓位で成るべく多數の人々に均等に貸していただきたい、この金は新家庭の調度や家賃の敷金位にあてられるやうにして知つておすんが生れた程度貸與するやうにして合理的ではないかと思つてゐます。

因に帝都における唯一の公営結婚相談所である市の結婚相談所の統計で見ると昭和十三年年度の相談申込者は男二百十八人、女二百十四人であつたものが、同十四年度には男二百九十七人、女四百卅四人、更に十五年年度一月現在では男三百八十二人、女五百六十二人で昭和十三年年度の二倍といふ力強い數字を示し、一時は閉鎖の運命にあつた同相談所も、一掃時代の寵兒となつた觀がある。市でも新年度から豫算、第四千圓と同相談所の増大強化、若し東京中央結婚相談所として國家結婚相談所を提出することになった。



前日遺志の夫を遺した大連の氏を信じた孝子女史の結婚に、初めから希望するものとせぬ

〈図5〉ふたたび「過剰人口論」

## 戦後過剰人口の分析

本田 龍雄

### 1. 戦後の国民経済と人口の動き

戦争は巨大な国富を灰とスクラップにかえた。その消耗は、戦力に関係するものを除いても、全国富のほぼ4分の1におよび、丁度昭和10年以降の蓄積分を不意にしてしまったと推計されている。国民的生業の場は、手労働の農業と、なべ釜でいどの工業生産と、そしてやみ商売にと、いいかえれば、はだかの労働力を最大の資本とした生産体制に逆もどりすることによって戦前以上にふくらみはじめた労働力人口との均衡を保つのに辛じて成功したが、国民経済と人口のアンバランスはすさまじい食糧難として直裁に実感された。

(「人口問題研究所年報」1956.)

報国」と色紙に書いた厚生大臣は避妊薬を告示することになった(〈図6〉)。

そのころ出されていた助産婦団体の機関誌には「助産」の記事は殆どなく、家族計画で塗りつぶされていた。そして、いわゆる「ベビーブーム」が一過性のものであることに、殆どの方は気づいていなかったのではないか。

このベビーブーム世代が労働年齢に達した時期

は、ちょうど1960年代の高度経済成長期でもあったが中卒労働力は「金の卵」と言われた。ということは、集団就職列車で農村地帯から若年労働力を吸い上げれば、もうあとが続かない構造になりつつあったことに気づかなかつたのである。

たしかに、戦後の農地改革で、かつての小作人は自作となり、しかも食糧不足から一種の「米本位」制が続き、自分の土地で米作りをする人たち

〈図6〉厚生省の避妊薬推奨  
(野村拓『医療と国民生活』1981. 青木書店)



は戦後復興の原動力となった。しかし、日本経済全体が復興してくると、零細規模の農家の収入で工業製品を購入して消費生活を送ることが難しくなり、新卒労働力だけではなく「大人」の出稼ぎが常態化するようになった。良くも悪くも、かつての「過剰人口」を生み出した農家の団欒も、子どもたちが遊びまわることのできた農村的「クッション」も失われつつあった。

新しい農機具を買うために出稼ぎに出て、出稼ぎのために「減反」という悪循環も見られた。一家の働き手が都市でサラリーマン化する「3反兼業農家」も増え、次の世代の後継者が得られないところも増えた。要するに、農業自体、農村自体、農家自体、みずからを再生産できない状態になっていたのである。

「中卒労働力は金の卵」から「かあちゃん労働力は最後の労働力」といわれるまでに10年もかからなかった。

## ●なぜ「笛吹けど、出生増えず」なのか

戦前段階では、先覚者たちが「日本の工業は、工業みずからの責任で労働力の再生産を行っていない、必要な労働力を農村から吸い上げている」と批判したが、いまや過疎化から地域崩壊への道をたどりつつある農村が増えるなかで、「出生率の増加」の旗を振っても農村としては、応えようがないわけである。

そして、いよいよ人口が減りはじめるプロセスを、各年頭の新聞記事から拾うと次のようになる。

2005年	人口自然増 初の10万人割れ 出生数は過去最低 (朝日)
2006年	西暦3300年に日本人が消える (朝日)
2007年	06年ベビーは108万人 6年ぶり増 人口は連続減 (赤旗)
2008年	出生数 昨年は減少 06年より3000人減少 (中日)
2009年	人口減 急速に進む (中日) 人口5.1万人自然減 08年人口動態 (朝日)
2010年	人口自然減 7万5千人 過去最大 (朝日)
2011年	人口減最大の12万3千人 新成人、人口の1%割る (朝日)

2012年	人口自然減20.4万人 (朝日)
2013年	日本人、21万人減る 2012年 (朝日) 人口減少 戦後最大 (赤旗)
2014年	日本の人口24万人減 過去最多更新 7年連続 (朝日)
2015年	赤ちゃん最少100万人 14年推計 人口減幅は最大 (赤旗)
2016年	出生数5年ぶり増 人口減は9年連続 (朝日)

ではなぜ「笛吹けど、出生増えず」なのか。これまで人口問題、人口政策を学んで来て、重要なヒントとなった論著がいくつかある。ひとつは、イギリス産業革命初期のロンドンは死亡率が出生率をうまわまる「マイナス勘定」で、ロンドンが、その人口を維持するためには、農村からの「流入民」を必要としていた、という M. C. Buer の指摘である。つまり、都市は人口を再生産する機能を持っていなかったわけである。

ここでの「都市ロンドン」を「工業」に置き換えたのが、戦時下の安藤政吉の論文で、くり返しになるが日本の工業は、みずからの責任で工業人口を再生産しなかった、という指摘を行っている。

もうひとつは、人口問題をテーマとしたものではなく、小作、自小作層の貧困をテーマとしたもので、戦時下における茨城県北部の小自作農家のケース・スタディ (天達忠雄) である。ここでは、貧しくとも「生活空間の豊かさ」と「ゆっくりとした時間の流れ」が感じられる。これらは、作物生育の速度に規定される世界ののびやかさであり「こどもは？」

「そのへんで遊んでいますよ」

という「ゆとり」である。そして、これらの「ゆとり」、クッションが「子産み」「子育て」のテンポに合っているわけである。

例えば、牛は人間と同じく280日、おなかにいるわけである。しかし、工業の世界では20世紀初頭にストップ・ウォッチによる「フォード・テイラー・システム」が導入されてから、「秒きざみの利潤追求社会」となった。「秒きざみ」の社会で、280日の妊娠期間にその後に必要な育児期間を加えて「秒換算」すれば天文学的数字になってしまう。そして、「秒キザミ労働」によって巨大化した資本は、「株取引」で1,000分の1秒の早押しゲ

ーム、このようなことが行われる「都市」で、天文学的秒数を必要とする「子産み」「子育て」が順調におこなわれるはずがない。

2016年G7サミット参加国の農村人口比率を比較すると、次のようになる。

アメリカ	17.6 (%)
イギリス	17.7
イタリア	31.2
カナダ	19.8
ドイツ	15.9
フランス	20.7
日本	7.0

(TBS ブリタニカ2016年版)

このように「秒キザミ」に支配される社会の人口、都市人口が国民の93%を占め、農村人口が7%に過ぎない点に、「笛ふけども出生増えず」の根本原因がある。しかも、その7%の人口も若者の流出によって高齢化し、限界集落化し、廃村は続出している。

もちろん、農業・農村のありようが直接人口現象を規定するわけではないが、作物や家畜の成長・生育の時間によって規定される社会の「ゆるやかな時間のながれ」が「子産み・子育て」によりなじみ、「秒キザミ社会」はなじまない、ということである。

## ● 「秒刻み」の時間と共有できるゆるやかな時間

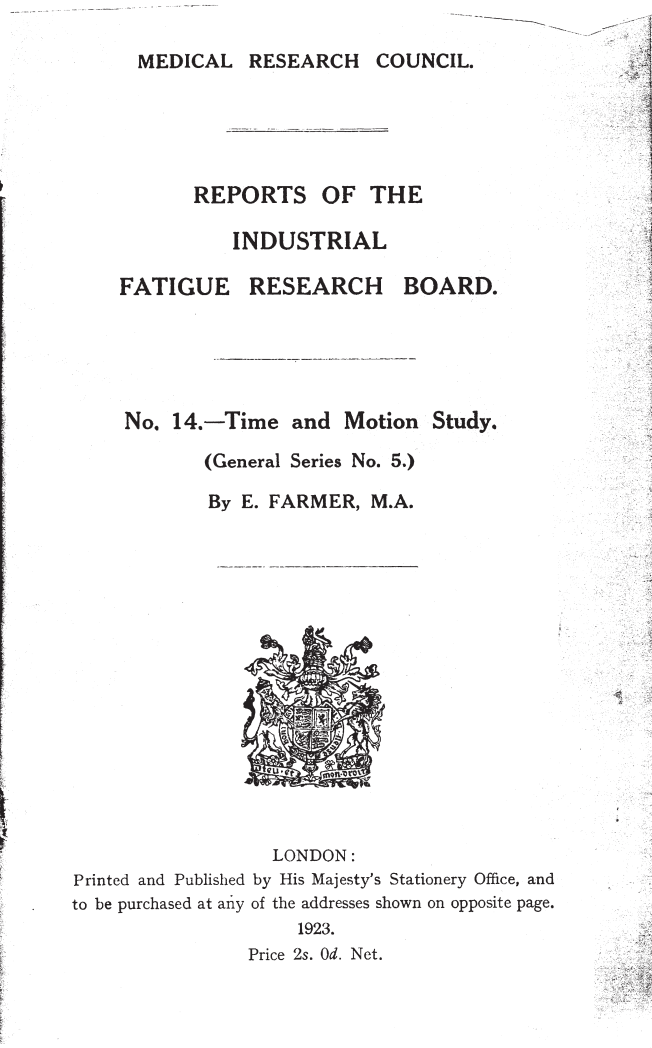
この稿は、1920年の第1回国勢調査を起点にして論を展開したが、同じころ、アメリカでは前述のように「秒きざみの労務管理」が登場した。それぞれの労働工程をストップ・ウォッチではかる「タイム・スタディ」や、労働者の指の豆ランプをつけてシャッターを開けっ放しにして動作のムダをはぶく「モーション・スタディ」などである。

そして、このような「研究」と表裏をなす形で「労働者の疲労の問題」が

クローズ・アップされ、英国・産業疲労局は〈図7〉のような報告書を出した。それから100年近く経ち、「秒キザミ」は一部労働者の疲労の問題から、国民的疲労、いらだちの問題にひろがり、わずかに抵抗をしめしているのは、作物・家畜の成長・生育時間に規定される農業分野と「ゆるやかに流れる時間」を患者・クライアントと共有することが望まれる医療・福祉分野ぐらいである。このような状況下で「笛吹けども…」なのである。さて、どこから手をつけるべきなのか。(2016.7.26.)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

〈図7〉英国・産業疲労局が取り上げた「タイム・スタディ」





## 若林靖永・樋口恵子編『2050年超高齢社会のコミュニティ構想』（岩波書店、2015）

今井 晃

本書は、公益財団法人生活協総合研究所が組織した2050研究会のまとめである「2050年超高齢社会のコミュニティ構想」の提言を解説したものである。本書の問題意識と提言は「はじめに」で紹介されている。総人口が1億人を割り込む2050年、「超高齢・少子・人口減少・単身社会」と元気な高齢者の大きな塊の存在だけを「確信を持って予測できる確かな社会」と想定し、地域コミュニティがどのように変容し、また課題を発生させるか、それにどう向き合い適応していくか。また、そこにおいて「現在の生活協同組合のビジネスモデルと組織モデルで組合員・地域住民の毎日の暮らしに役立つことができるのか」。それとも生協以上に上記の社会変化にうまく適応できるビジネスモデルや組織モデルがあるとするれば、それはどのようなものか等である。

提言自体を読んでもらいたいのが、簡単にまとめれば①全国1万5千の小学校区に「集いの館」をつくる。②それは、コンビニ業態の店、暮らしの相談にワンストップで応じる「よろず相談デスク」、老若男女全世代を対象とするフリースペースで構成する。③血縁ではなく「地縁」家族の家であり、プラットフォームとする。④運営主体は、元気な高齢者である。「集いの館」のビジネスモデル・組織モデルの核心は、「元気な高齢者がチームを組んでお店を運営し、あらゆる暮らしの相談に応じ、日常生活上でサポートを必要とする高齢者、子育てファミリー、幼児、学童を支える」ものだという。そして、すでに始まっている未来と認識して、現在直ちにそれぞれの地域で「集いの館」づくりを始めようと呼びかけている。

本書は、本文六章に加え編者二人と神野直彦氏（東大名誉教授、政府税調会長代理）による座談

会「『連帯』の構想—超高齢社会を生き抜くために—」で構成されている。編者でもある若林靖永氏（京大教授）が構想の全体像を示す第一章。同じく編者の樋口恵子氏（東京家政大学女性未来研究所所長）が長寿化や単身化の進行のなかで標準家

族（両親と子2人）が少数派に転じるファミリーレス社会と大介護時代への対処法を提示する第二章。そして、「単身社会のゆくえと親密圏の再構築」と題した宮本みち子氏（放送大学副学長）の第四章。この三つの章を紹介しよう。

第一章では、2050年まであと30年以上あり、社会経済政治がどうなるかは想定できないとしても現在進行中の「動かぬ与件」があり、これにもとづく課題に対し、今から対処をしていく必要があると説く。この「動かぬ与件」は14項に整理されている。超少子高齢化・人口減社会の継続、高齢者の「社会的排除」の広がり、おばあさんの時代、高齢単身世帯が標準世帯、従来の家族の変容ないし崩壊、元気な高齢者、大介護の時代、空家の激増、自治体の「消滅」と統合、高齢者の多様なニーズと就労、台所・食卓の変化、支える側と支えられる側の二分法の終わり、ジェンダー格差の解消、商助の重要性、以上である。これらの課題にどう向き合うかの論議、考察のなかから構想は生まれたが、その明るい展望の基底として「元気な高齢者の大きな塊」を置いたという。

第二章では、2050年に向う時代認識のキーワー



ドとして5つが提示される。①人生100年時代。政府の2012年「高齢社会対策大綱」では、すでに「人生65年社会から人生90年社会へ」がキャッチフレーズになっていると紹介されている。②ファミレス（ファミリーレス）社会。少子化は1950年代から急速に進行していること、婚姻率が急激に低下していることを指摘し、子や孫のいない後期高齢者が3割程度となる。介護を家族・血縁に頼ることは現在よりはるかに困難になる。③大介護時代。介護保険開始以来の介護は「男性化」「血縁化」「多様化＝老々化・ヤング化・遠距離化など」「長期化＝生涯化」「多重化＝同時多発化」と大きく変化し、この対応は立ち遅れている。さらに介護職の低処遇による深刻な人手不足も含めて具体的な対策の急務であることを主張する。このまま進めば2050年は「ケアなき里の超高齢社会にっぽん」となり、大介護戦争に二度目の敗戦をこうむるだろうと強く警告している。④ワーク・ライフ・ケア・バランス。地域・行政・企業・家庭すべてがワーク・ライフ・ケア・バランス社会を構築する。⑤男女共同参画。一例として、人口流出率の高い自治体の議会の女性比率が低いことを指摘している。

第四章「単身社会のゆくえと親密圏の再構築」では、「2050年は一人暮らしが多数派となる」「2030年には全世帯のうち3世帯に1世帯が単身世帯、7世帯に1世帯が高齢単身世帯となる」。2050年には、中年期からずっと単身だった高齢者の一人暮らしがはるかに増える。国立社会保障・人口問題研究所によれば単身世帯の増加は、もっぱら晩婚化・未婚化・離婚増加・親子同居率の低下など結婚・世帯行動の変化によってもたらされる。この単身社会の課題として、「低所得単身者の増加と所得格差拡大」「高齢単身者の増加による医療・介護需要の高まり」「近親者や知人のいない社会的孤立者の増加」「安定した住宅のない低所得単身者の増加による新しい住宅問題の発生」が指摘されている。ただし、単身世帯割合は、2035年になっても欧米と同程度であるが、日本の場合は高齢化の影響が大きい。家族以外の人と交流のない人の割合は、OECDのなかで日本は15%を越え、多くの国が2～10%の範囲にあるのと比べ突出している。家族を想定した生活保障や介

護のあり方の見直し、持ち家政策から多様な住宅政策の必要性など注目すべき指摘が多い。

医療・福祉関係者にとって、目下の最大のテーマの一つは、間違いなく地域包括ケアシステムないしはネットワークである。その基本的な理念や構想は、安倍政権が推奨しているからと言って否定すべきものではなく、その構築のために努力していかなければならない。この地域包括ケアシステム／ネットワークの「地域」は、中学校校区を想定しているが、都道府県はもとより、同じ都道府県においても経済・産業・地理・交通・文化など「地域」の有り様は大きく異なる。医療・介護の基盤整備状況、医師会や医療・介護事業者の姿勢と取り組み、地方自治体の政策と取り組み、住民の関心と動向などもまちまちである。したがって、その地域でどのような地域包括ケアを展開し、運営するかは、きわめて自治的な営為となる。そのためにはしっかりした財政基盤が必須である。さらに、今日、高齢者ばかりではないが貧困と孤立の問題は、深刻さを増している。住宅の問題も切実であり、高齢者、低所得者、障害者のための住宅政策は皆無である。これらへの対策を放置したままでの地域包括ケアは、本来有り得ないはずである。

本書が提唱する「集いの館」構想は、素敵な構想である。すでに必要とする地域も多々あるだろう。しかし、地域包括ケアと同じくその実現のためには、国の政策と財政の福祉国家型への転換、地方自治の前進がどうしても必要である。本書の座談会のなかで樋口氏は「どうすれば社会保障にもっと税金を投入する政府ができるか、それが前提。2030年代には介護保険も医療保険も崩壊する。2030年を乗り越えることができたなら2050年の展望も開けてくる。そのために別枠での財政出動が必要」と主張し、若林氏も「政治が関わらなければ解決できない」と述べている通りである。

少子高齢問題、医療・介護問題、協同組合、地方自治やまちづくりに関心を持つ人にぜひ一読をすすめたい。

（いまい あきら、研究所専務理事、全日本民医連事務局次長・東京民医連事務局長）

# 臨床研修医は現場の医師から何を 学び人生の糧としているのか？

～いのちを守るための医療者養成の観点から  
ロールモデル像とその影響の解明～

研究助成申請者 九州大学大学院医学研究院医学教育学講座 菊川 誠  
共同研究者 勤医協中央病院 臺野 巧  
健和会大手町病院 山口征啓

## 研究の背景

臨床医学教育において臨床指導医の重要性は論を待たない。申請者は、これまで大学病院・臨床研修病院のさまざまな現場で医学生・研修医への臨床指導、教育管理・運営を行ってきた。人々のいのちを守る活動を継続発展させていくためには、後継者育成は極めて重要な課題である。国際連合の専門機関である世界保健機関（WHO）は、プライマリヘルケアの充実には、医療者養成が全人類の課題であると謳っている（Unicef, 1978）。2011年東日本大震災の時、申請者も支援に入ったが、現場では日本中の医師・歯科医師・看護師・薬剤師・栄養師・作業療法師・理学療法士など多くの医療福祉スタッフが自身の利益を顧みず、特に民間レベルで献身的に援助を行っていた。そして、現在も復興を支援している。

どのようなしたら、心ある医療・福祉従事者が育つのかについて、医療者養成に携わる者のみならず、最前線で立ち向かっている実践家にとっても重要な課題であろう。医学教育の分野において今注目されていることは、ロールモデルの影響である。学習者は、ロールモデルを重視し、その後の生き方をロールモデルに大きく影響されていることが複数の海外の調査研究で示されている（Elzubeir and Rizk, 2001）。しかし、日本の文化、医療分野において、医学学習者がどのような医療従事者をロールモデルと認識し、どう影響されるのかを調査した報告はほとんどない。申請者は、研修医からみたよき臨床指導医の特徴を調査し、

欧米とは異なる認識を日本の研修医は持っていることを明らかにした（Kikukawa et al., 2013）。従って、日本の医療従事者、特に初学者は欧米とは異なるロールモデル像を持ち、異なる影響を受けている可能性がある。

今回、日本における医療学習者、特に初期研修医からのロールモデル像を明らかにして、それが研修医の行動や認識にどう影響しているのかを明らかにすることが本研究の目的である。ロールモデル像とその影響が明らかになれば、次世代の医療・福祉の担い手をどう養成していくためにどう我々が行動すればいいのか重要な示唆を与えることにつながるため、その研究意義は大きいと考えた。

## これまでの研究の成果

- ① 研修医からみた優れた指導医像の質的研究を実施し、31項目を抽出した。（Kikukawa et al., 2013）
- ② 23名の佐賀大学医学部附属病院所属研修医より抽出された優れた臨床指導医の因子に、欧米で報告されている複数の評価表の項目を加え、53個から成る評価表候補リストを作成した。Delphiのパネリストは、佐賀大学医学部附属病院の臨床研修医10名、指導医10名、医学教育専門家5名とした。これを基本資料として、現在世界の医学教育研究で盛んに使用されているModified Delphi Approach（2 rounds）により、各項目の順位付けによる絞り込み選定を行い、最終的に27項目を確

定して、アジアでは初となる内容妥当性の検証された指導医評価表案を作成した。その中には、ロールモデルに関する項目も含まれており、研修医のみならず、指導医、教育専門家もロールモデルを重視していることが確認された。(Kikukawa et al., 2014)

- ③ 全国16臨床研修指定病院で指導医評価を実施し、計304名の指導医に対して初期研修医が評価を行い1368枚が回収できた。

## 研究方法

### ①対象者

2つの研修病院（大手町病院、千鳥橋病院）に協力を依頼した。研究の主旨を口頭で説明し、文書で同意の得られた初期研修医からインタビューを実施した。インタビューガイドラインは以下の通りである。

1. 指導医の中でロールモデルとなっている先生（方）はいますか？

2. もしいた場合、その先生をなぜロールモデルと感じましたか？どのような点でロールモデルだと思いましたか。できるだけ具体的にお聞かせください。

3. その先生（方）からどのような影響を受けていると思いますか。

できるだけ具体的に教えて下さい。協力者には、図書カード1000円分を謝礼として渡した。

### ②解析方法

Thematic analysis にて解析を行った。インタビューを録音し、個人情報に消去し逐語録にした。逐語録を研究代表者が読み、意味を抽出し、カテゴリに分類した。

## 結果

2つの研修病院から6名の初期研修医にインタビューを実施した。属性は以下の通りである。

年齢： 平均28歳（26—33歳）
ローテート経験科数： 平均5科（3—10科）
研修期間： 平均14か月（11—24か月）

性別： 男性5名 女性1名
---------------

解析の結果、以下の4つの因子【憧れ】【具現化された目標としての模倣欲求】【模倣内容】【成功体験】が抽出された。以下“ ”は、典型的発言である。

【憧れ】は、現時点では、研修医にはできないことを、指導医ができていてという事実によって心が強く惹かれている状態である。

“自分も欲しいなっといったところがありますね。優柔不断なんで。”

また【憧れ】は、直接模倣欲求に繋がっていた。それは、目標という目指すものが目の前に具体的に存在するという事実から、到達可能な目標という意味を含めながら、真似をしたという心理的欲求になっていた。

“これだけ忙しい生活してる中で、いろんなところから呼ばれてても、すぐにまず行動できるように自分もなりたいな”

“もう検査出す前の時点で、ある程度、自分の中で鑑別も絞れるようにどんどんなってきた、少しずつ身体所見の精度も上がってる自覚が結構、まだ2年目ですけど、ちょっとずつついてくるような感覚があるので、今後も続けて行きたいな”

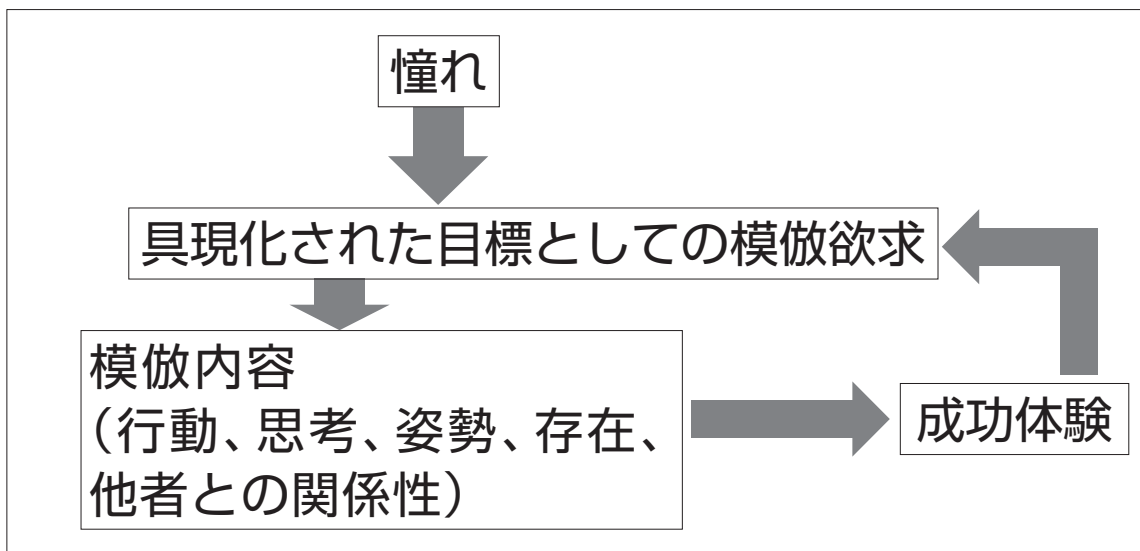
“ロールモデルがいらっしやるみたいなんで、それに負けないように頑張ってるって”

【模倣内容】とは真似をしたいと認識した内容である。指導医の行動、思考、姿勢、存在、他者との関係性など多岐に及んでいた。

“その先生は、そういうのを示すためにも学会とか、研究とか、論文読んだり、そういうことはやっぱり形になるし、あとは、学会とか発表すると、それだけでその自分の頭の中で内容がまとまったりとかして、より深い理解につながるんだとかです。そういう事をおっしゃってて、その影響もあって、今度、自分も普段経験した症例について学会発表することになってですね。”

“その先生の考え方が基本的に自分の今までのずっと診察の考え方になってる部分がある”

“手技に対して一つ一つちゃんと意味と根拠もつ



て、人にも説明できるような感じで、しっかりや  
ってる先生って言うのがすごく印象強かったの  
で、他の手技とかでもちゃんと自分でやる時に意  
味を考えながらするようになりました。”

“自分がその上の立場に立った時には、まあその  
後輩を叱るというか指導する上ではもっとその自  
分が出来てないところはやっぱり叱る権利がない  
と思うし。…そんな風にちゃんとそうありたいと  
いうか。”

“自己犠牲の精神、その中で家庭も持たれてて、  
どれだけ緊急 Ope が間に入っているいろいろ呼ばれ  
ても、全然嫌な顔せずに患者さん第一で行動され  
てる姿”

“患者さんのフォローの仕方とかそういうのを一  
緒に経験できて、こんな感じでしゃべったらいい  
のかとか、雰囲気づくりじゃないですけど、そう  
いうのが学べてあの人を真似してやって行けたら  
いいな”

“(スタッフに) 当たるのは絶対よくないなって  
言うのはすごく意識するようにしています。”

【成功体験】は、実際に模倣した結果、臨床現場  
で成功体験に繋がった場合、模倣欲求が強化、継  
続されていた。

“それで、身体所見を丁寧に取ったことで、診断  
とか救命とか治療に直結する場合がかなり多くて”  
“自分の将来像っていう感じで、すごく手技がう  
まくて、で、一つ一つの手技をちゃんと理屈と根

拠もってされてて、その先生から教えてもらおうと  
やっぱりすごく上達も早く”

## 考察

本研究は、日本における医療学習者、特に初期  
研修医からのロールモデル像を明らかにして、そ  
れが研修医の行動や認識にどう影響しているのか  
を明らかにすることである。

模倣に関する研究はさまざまな視点で行われて  
いる。バンデューラらは、他の人の行動を観察す  
ることだけでも、模倣が生じることを実証した  
(Bandura and McClelland, 1977)。また学習と  
いうものを個人としての営みではなく、社会的行  
動の意味があるとして社会学習理論を提唱した。  
今回抽出された「憧れ」も、研修医が指導医の観  
察を通して形成された認識である。その認識が模  
倣欲求を刺激した流れと理解することができ、バ  
ンデューラらの観察学習理論と矛盾しない結果と  
なった。今後の研究としては、研修医のどのよう  
な準備状態あるいは認識の状態が、指導医への憧  
れに関連しているのか、について明らかにするこ  
とは重要なテーマであろう。

興味深いことは、模倣内容が単に観察可能な指  
導医の行動にとどまらず、思考や姿勢など、いわ  
ゆる直接観察できない価値観をも含むことであ  
る。どのような状況のもとに価値観の模倣が生じ

るのかは医療者養成においてこの点は重要な意味を持つと考えられる。価値観の模倣は、その後の医師の行動に大きな影響を及ぼす可能性があり詳細な研究が今後期待される。

明和らによれば、比較認知科学において模倣は2つの意味があるという(明和政子, 2005)。1つ目は、道具の使用や制作など遺伝的に伝わらない情報を伝達する手段としての意味である。個人の試行錯誤なしで所属集団に特有な適応的スキルを効率的に獲得できるという。このことは文化形成という形で世代を超えて情報やスキルを伝達することを可能にしたという。2つ目は所属集団の中で生存するために、他者とのコミュニケーションを成功させる手段としての意味である。円滑なコミュニケーションをおこなうためには、他者が自分と同じ心の状態をもつ存在として他者の行為を予測あるいは理解する必要がある。この他者理解の能力により複雑な社会生活を人類は可能にしている。その基盤となる役割を模倣が担っているという。乳児を対象とした研究では、模倣は自分自身が同じ行為で得た経験を観察した他者の行為に照らし合わせることを可能にして、乳児は他者が何を体験しているのかを心的状態と結び付けて認識できるようになるという。明和の視点は医療者養成の文化形成にも重要な示唆を与える考え方である。ただ、成人の模倣はさらに複雑系になりつつあることが予想される。チンパンジーや乳児での模倣は、比較的単純な模倣に留まるが、価値観の模倣などさらに高次元、複雑系の模倣は人間だけであるという。模倣は本能の一部であるという認識から、どのように模倣能力を発展させていくのか更なる研究が期待される。また、社会科学的にも、観察がどのような認知に影響を及ぼし行動や思考を変化させていくのかという更なる研究が期待される。

今回の知見では、模倣欲求が生じる際に、対象者(指導医)への「憧れ」が存在していた。この憧れはあくまで観察者自身の認知行動である。観察者のそれまでの認知がベースになっており、その認知を通して観察された対象者がどう受け止められた結果、模倣欲求に繋がったのかはこれから

の研究課題である。

今後、インタビュー数をさらに増やして、その認知プロセスを解明していくことが重要であると考えられる。

## 謝辞

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におかれましては、本研究に助成いただき感謝申し上げます。また、研究に協力いただいた研修医の先生、病院スタッフに深謝いたします。

## 参考文献

- BANDURA, A. & MCCLELLAND, D. C. 1977. Social learning theory.
- ELZUBEIR, M. & RIZK, D. 2001. Identifying characteristics that students, interns and residents look for in their role models. *Medical Education*, 35, 272-277.
- KIKUKAWA, M., NABETA, H., ONO, M., EMURA, S., ODA, Y., KOIZUMI, S. & SAKEMI, T. 2013. The characteristics of a good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study. *BMC medical education*, 13, 100.
- KIKUKAWA, M., STALMEIJER, R. E., EMURA, S., ROFF, S. & SCHERPBIER, A. J. 2014. An instrument for evaluating clinical teaching in Japan: content validity and cultural sensitivity. *BMC Medical Education*, 14, 1-8.
- UNICEF, W. 1978. Primary health care report of the International Conference on Primary Health Care WHO Alma-Ata.
- 明和政子 2005. 模倣はいかに進化してきたのか?—比較認知科学からのアプローチ—. *バイオメカニズム学会誌*, 29, 9-13.

(きくかわ まこと、だいの たくみ、やまぐち ゆきひろ)

## 研究助成報告(機関誌掲載など)

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

●概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」(磯野理ほか)『いのちとくらし研究所報』51号 (全文はウェブサイトで公開)

---

●概要報告「民間研究所論～概要～」(鎌谷勇宏ほか)『いのちとくらし研究所報』52号

---

●「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」(松浦健伸ほか)『いのちとくらし研究所報』53号 (ウェブサイトでも公開)

---

●概要報告「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」(高山一夫ほか)『いのちとくらし研究所報』54号

---

●「中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察」(宋曉凱)『いのちとくらし研究所報』55号

---

## 研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

●青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聰『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』  
ISBN 4-903543-00-5 (978-4-903543-00-0) 2006年6月発行 (在庫なし、ウェブサイトでもPDF公開中)

---

●Hugosson, Alvar Olof、神田健策、大高研道『地域社会の持続的発展と非営利・協同(社会的経済)の実践—スウェーデン・イエムランド地域の事例研究—』  
2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

---

●東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト(代表 藤野健正)『Supportive Periodontal Therapyの臨床的効果について—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』  
2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

---

●日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院(医療従事者)と市民と行政の共同を—』  
2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

---

●磯野理ほか「旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」  
(概要は『いのちとくらし研究所報』52号掲載、全文はウェブサイトでもPDF公開中)

---

●松浦健伸ほか「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」  
(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでもPDF公開中)

---

●高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』  
2016年6月15日発行  
ISBN: 978-4-903543-15-4 (概要は『いのちとくらし研究所報』54号に掲載)



# 会員短信

## 英国国民投票を考える

先日の英国国民投票報道の中で、サンダーランドという名前が出てきた。貴機関誌55号でも熊倉氏が報告されるなど、これまで多くの関係者から同地区での低所得者等を対象とした幅広い分野での社会的企業の活発な取り組みが紹介されてきたことを思い出した。確か、その関係施設からの卒業生が弁護士になって後輩の面倒を見ているという写真もあり、着々と成果がでている様子が大きく取り上げられていたと思う。

これは世界の協同組合を含む社会的企業がめざすべき新たな活動の方向を示すものであり、日本においても改悪農協法を乗り越えるための総合農協としての意地を、その正当性を示すために大いに参考にすべき取り組みであり、まさにサンダーランドは新たなロッチデールとして、協同組合の聖地としていいのではと思っている。

ただ、国民投票の結果は意外であった。移民にやさしい同地区なのだから当然、残留派が勝つのではと思っていたが、「離脱票が61.3%だった。JP モルガンの予想を上回った」(ロイター)という。さらに、投票前、THE WALL STREET JOURNALは「EU 残留派は、EU から離脱した場合に英国自動車産業が受ける打撃は大きいと主張している」と日産の自動車産業の拠点として同地区を紹介するとともに、自動車産業側がEU から離脱した場合の悪影響を警告しているという記事とともに、「しかし、…移民や国境管理も心配だ」という本音ともとれる理髪店関係者の話も載せていた。

結果は雇用よりも増える移民を心配したということになるのだろうか。投票結果の分析はそう簡単なものではないよと笑われそうである。なぜなら、事例として取り上げている同地区の社会的企業といえども票数の割合にしたらずかなものだろうし、また票は地区の状況だけではなく、貴研究所ニュース54号で中川先生が述べられているように自国の意思が反映されないというEUの運営そのものに対する長年の英国民の反発があるという要素も考えなければならないからだ。



ともかく、サンダーランドを社会的企業の聖地のように思うことから始まって、各課題について安易に類推、拡大解釈することの怖さを知ったように思う。それにしても、あの卒業生の弁護士の笑顔が忘れられない。是非、今回の投票結果との関係について専門家によるご説明をいただければと思う。

最後に、別な話題で恐縮だが、参加ということで最近考えることがあった。先日、上野の「国立西洋美術館」(そ

の数日後に世界遺産になった)の常設展を訪れたとき、なんと館内で有名な絵画をバックに写真をとっていいと案内された。さっそくモネの睡蓮(有名な部分とは違うものの)をバックにした写真は一生ものに思えて、美術館の粋な計らいにうれしくなった。世界遺産になって敷居を高くせず、むしろ大衆目線にすることが大いに客を呼ぶことにつながる。我が協同組合はどうか、世間にひろく、受け入れられることを考えるべきかと思った。(2016年7月)

(長谷川誠司、団体職員)

## 2016年度医療・福祉政策学校夏合宿に参加しました

8月27、28日に三重県名張市で開催された合宿に参加しました。テーマは「人口政策」で、自由演題もありました。世話人の高木先生には以前に本誌へ紹介をご執筆いただいたことありますが、長い歴史のある場所です。今回も学生・研究職・医師・看護師・介護職・事務職など、年齢も20代から80代までとさまざまな参加者が、昼の研究会では卒論報告、中間報告を含む研究報告、医療福祉現場の報告などから学び、夜の懇親会では歓談して過ごしました。オン・オフと硬軟合わせて交流できるのは、貴重な機会だと思います。全11報告は下記の通りですが、複数の報告者が「学会での報告の前に、ここで発表するのがとても緊張する」と言っておられたのが印象的でした。

### 【報告一覧】

- ・(27日)メリハリ自分史(野村拓)／介護をめぐる諸問題—介護福祉士養成校の学生にみる貧困の諸相(川口啓子・大阪健康福祉短期大学)／人工妊娠中絶後の精神的支援(片岡里穂・北九州市立大学)／日本における高齢者の貧困と社会保障政策(垣田裕介・大分大学)／犯罪からの〈社会復帰〉を問い直す(中間報告)(掛川直之・大阪市立大学都市研究プラザ)／即興音楽を用いたコミュニティ創成(沼田里衣・大阪市立大学都市研究プラザ)
- ・(28日)「自分史座標」への取り込み・記憶術(野村拓)／「傷痕」の歴史(藤井渉・花園大学)／貧困の基準に関する議論(志賀信夫・大谷大学)／社会的包摂と属性～社会保障政策の捉え方～(鎌谷勇宏・大谷大学)／北九州における少子高齢化問題～大都市比較統計による分析から～(坂本毅啓・北九州市立大学)

さまざまなテーマに触れられたことで視野を広げ、今後につなげたいと思っています。実践の立場からもぜひ参加をしてほしいとのこと、次回は1月下旬です。(竹野ユキコ)

### ●「会員短信」原稿を募集●

皆様の近況などについて、お知らせ下さい

- ・字数：1,000字程度、写真等もOK
- ・締切：特になし(直近の機関誌へ掲載予定)
- ・事務局にて選択して掲載させていただきます
- ・送付先：研究所事務局(裏表紙裏を参照ください)

◎ TPP・共済問題研究会報告要旨集 TPP と共済規制問題

ISBN 978-4-903543-16-1

著者 中川雄一郎

発行日 2016年8月31日

頒価 500円

執筆者名簿 (原則として報告順)

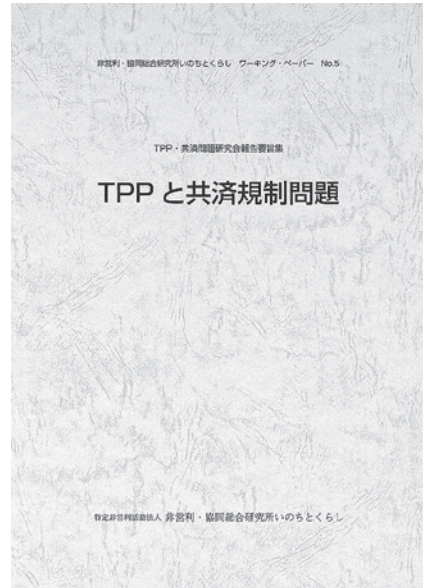
- 中川雄一郎 明治大学教授  
 今尾 和実 JA 共済総合研究所元理事長、JA 共済連元理事長  
 橋本 光陽 全国保険医団体連合会 (保団連) 事務局次長  
 関 英昭 青山学院大学名誉教授  
 藤木 千草 ワークーズ・コレクティブ及び非営利・協同支援センター  
 田中 誉人 NPO 法人アビリティクラブたすけあい職員  
 小塚 和行 公益財団法人 生協総合研究所研究員、コープ共済連元執行役員  
 高橋 信一 全労連共済前専務理事  
 前川 雄司 弁護士 東京合同法律事務所  
 小林 正春 全労連共済専務理事  
 渡邊 文夫 民医連厚生事業協同組合前専務理事  
 齊藤 真悟 公益財団法人 生協総合研究所研究員  
 相馬 健次 日本協同組合学会会員、ロバート・オウエン協会会員

目次

はじめに (中川雄一郎)

第一部 TPP と共済事業

1. 共済制度の変遷と共済批判について (今尾和実)
2. TPP と共済—これまでの米国等からの要求について (橋本光陽)
3. TPP 協定の ISDS 条項について (関 英昭)
4. TPP と日本協同組合学会の対応 (藤木千草)



5. TPP と法曹界 (前川雄司)

第二部 法規制と共済事業の対応

6. これまでの共済規制立法とひとつの懸念事項 (相馬健次)
7. 保険業法による規制—少額短期保険業者への転換 (田中誉人)
8. 保険業法改定の経過と認可特定保険業者への転換 (橋本光陽)
9. 生協共済をめぐる法制度の動向と対応 (小塚和行)
10. 労働組合共済—とくに全労連共済の組織と事業 (高橋信一)

コラム

- ・労働組合共済は、一石三鳥!! (小林正春)
- ・共済の契約者保護機構について考える (齊藤真悟)
- ・相互扶助、経済と尊徳 (渡邊文夫)

研究会開催記録

# 『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

## 第55号 (2016年7月) —— 【特集】 非営利・協同組織の管理と運営 ——

- 巻頭エッセイ：東芝財務不正事件に思う（野村智夫）
- 【特集】 非営利・協同組織の管理と運営
  - ・座談会：非営利・協同組織の管理と運営（小磯明、根本守、吉中丈志、司会：八田英之）
  - ・フランスの非営利・協同の医療社会サービスの運営—ウニオプス（石塚秀雄）
  - ・英国・従業員所有企業の展開—Sunderland Home Care Associates Ltd. の事例—（熊倉ゆりえ）
- 真の国民のための医薬分業とは～日本の医薬分業政策、調剤報酬の矛盾と課題～（高田満雄）
- シリーズ医療政策・研究史（13）明治150年の医療—「モデル追いかけ」から「モデル」に—（野村拓）
- 2010年度研究助成報告：中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察（宋曉凱）
- 投稿論文：貧困者・生活困窮者支援の在り方を考える—長野県民医連生活保護受給者実態調査の自由記述の分析から—（石坂誠）

## 第54号 (2016年3月) —— 【特集】 共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題 ——

- 巻頭エッセイ：今、民医連の看護学校で（窪倉みさ江）
- 【特集】 共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題
  - ・座談会：共済事業の今後と TPP の共済への影響（橋本光陽、相馬健次、高橋巖、司会：中川雄一郎）
  - ・成田市特区での医学部新設について（八田英之）
  - ・介護をめぐる諸問題～介護福祉士養成校の学生にみる貧困の諸相～（川口啓子）
  - ・「地域包括ケア」—その前提（上林茂暢）
  - ・山口県にみる地域包括ケア・システム構築の現況—断片的に（野田浩夫）
- 論文
  - ・19世紀欧州庶民銀行発生に係わる諸問題について（平石裕一）
  - ・非営利住宅供給会社とコミュニティ開発—イングランド、サンダーランドのジェントウー Gentoo の事例（石塚秀雄）
  - ・英国社会的企業のインフラストラクチャー組織「SES」の現況（熊倉ゆりえ）
- 書評 松本勝明編『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社 2015年3月（八田英之）
- 2012年度研究助成概要報告：諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究～米国ワシントン D.C. 現地調査を中心に～（高山一夫）
- シリーズ医療政策・研究史（12）「はたらきかけ」と自分史（野村拓）

## ●第53号 (2015年12月) —— 【特集 1】 戦後70年と未来／【特集 2】 医療福祉と地域コミュニティ ——

- 巻頭エッセイ：戦後70年と未来（朴賢緒）
- 【特集 1】 戦後70年と未来
  - ・非営利・協同の過去70年とこれからの70年（富沢賢治）
  - ・戦後70年と民医連運動の課題（藤末衛）
  - ・敗戦直後まで—いのちとくらし点描—（山口孝）
  - ・沖縄のころ（野村秀和）
- 【特集 2】 医療福祉と地域コミュニティ
  - ・医療の市場化、「営利化」（角瀬保雄）
  - ・地域医療構想をめぐる北海道の現状と課題（太田美季）
  - ・地域医療ビジョンと地域包括ケアについて～千葉県の現状と課題～（加藤久美）
- 隠され続ける TPP 合意の真実（鈴木宣弘）
- 図書館の公共性と民営化についての論点（石見尚）
- 英国の社会的企業と社会サービスの現状と課題—協同組合の政治的自立性の発揮の視座から—（澤口隆志）

- シリーズ医療政策・研究史(11) グローバル医療政策学の構築—まわり道でも世界史を—(野村拓)
- 2012年度研究助成報告:名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告(松浦健伸ほか)

### ●第52号(2015年9月)——非営利・協同組織の社会的有用性と公益性——

- 巻頭エッセイ:新専門医制度のスタートを前にして(阿南陽二)
- 2015年度定期総会記念シンポジウム「地域のくらし連携について考える—鶴岡から学ぶ—」
  - ・鶴岡から何を学ぶことができるか(杉本貴志)
  - ・事業協同組合方式による「住み続けられるまちづくり」(岩本鉄矢)
  - ・社会福祉法人からみた地域のくらし連携(井田智)
  - ・生協共立社連邦運営の基本的考え方(松本政裕)
- 質疑応答
- 無差別平等の医療を貫いた60年、山梨勤医協の公益性とは何か(梶原祐治)
- 協同の事業組織の社会的有用性と公益性(柳沢敏勝)
- 介護保険制度をめぐる動向—介護報酬2015年改定、補正給付の見直しを中心に(林泰則)
- イングランドのNHS ファンデーション・トラストの構造(石塚秀雄)
- 書評:地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書『地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と課題』(田岡康秀)
- シリーズ医療政策・研究史(10) グローバル医療政策へ(野村拓)
- 2011年度研究助成概要報告:民間研究所論~概要~(鎌谷勇宏)

### ●第51号(2015年6月)——医療供給の変化と課題——

- 巻頭エッセイ:協同の明日に希望を託して(大八木秀明)
- 座談会「非営利・協同の医療機関を取り巻く状況と経営上の課題」(小磯明、谷口路代、田中淑寛、司会:石塚秀雄)
- 医薬品産業での新自由主義政策のさらなる進展について(高田満雄)
- 国保制度の都道府県化—国のねらいと市町村担当者の「幻滅」—(中村暁)
- シリーズ医療政策・研究史(9) 国家的医療の解体と市場化(野村拓)
- フランスの社会的連帯金融の動向(石塚秀雄)
- 2012年度研究助成概要報告:「社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究」研究成果報告書(川島ゆり子)
- 2013年度研究助成概要報告:旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチハル日中合同検診を通して—(磯野理)
- 会員からの情報提供:先端医学技術展開に市民がどのようにかかわるのか—東北メディカル・メガバンクの展開に批判的にかかわって—(村口至)

### ●第50号(2015年3月)——「政府の成長戦略・改革」と非営利・協同セクター——

- 巻頭エッセイ:「地域連携」雑考(増田剛)
- 医療における構造改革型「地方分権」の担い手創出—国保都道府県化のねらいと皆保険体制解体—(後藤道夫)
- 未確立な医療をはびこらせ、健康保険制度の秩序を壊す「患者申出療養」の危険(高橋太)
- 協同組合における非営利とは何か—農協「改革」の非現実性—(田代洋一)
- 政府主導の「農協改革」と協同組合の株式会社化—その狙いと危険性—(堀越芳昭)
- 講演:非営利・協同と協同労働(角瀬保雄)
- 最近の社会的経済研究動向—社会的経済システム比較ワーキンググループ報告より—(竹野政史)
- シリーズ医療政策・研究史(8):「日本医療団」再考(野村拓)
- 津波被災地の医師からの報告—気仙沼市医師会の活動と防災対策、地域医療(森田潔/まとめ:竹野ユキコ)
- 投稿論文:貧困者・生活困窮者の自立・発達に適合性をもつ福祉供給組織のあり方についての考察—非営利・協同組織に着目して—(石坂誠)
- 2012年度研究助成研究概要報告:「近年の最低生活費の算定方法に関する研究 報告書」の概要(金澤誠一)

---

●第49号 (2015年1月) ——地域の住民・非営利組織による社会サービスの取り組み

- 巻頭エッセイ：地域づくりの新しい要素（植田和弘）
- 越谷市における「地域の住民・非営利組織による社会サービスの取り組み」（大家けい子）
- 「仕事おこし懇談会inこしがや」がめざしていること（飯島信吾）
- 心かよう 支えあう町づくりを目指して一大田区のささえあいコミュニティコープの活動（伊藤宏一）
- 民医連とともにあゆむ共同組織の取り組み（竹野ユキコ）
- 「グローバル社会的経済フォーラム」参加報告（今井迪代、熊倉ゆりえ）
- シリーズ医療政策・研究史（7）：戦時下医療政策の研究（野村拓）
- 投稿論文：介護保険制度における「共助」と生活協同組合の介護事業の展開—高齢者生活協同組合の事例—（熊倉ゆりえ）

---

●第48号 (2014年10月) ——アベノミクスと医療社会保障

- 巻頭エッセイ：生産力の新しい指標としてのQOL（野田浩夫）
- 安倍政権の医療・介護制度改革（横山壽一）
- 医療の国際展開による医療総動員（吉中丈志）
- 東北メディカル・メガバンク（ToMMo）を考える
  - ・参加報告：東北メディカル・メガバンクを考える市民フォーラム in 仙台（八田英之）
  - ・参加報告：市民のための基礎学習講演会「ヒト遺伝子研究と生命倫理」（竹野ユキコ）
  - ・主催者から：ToMMo 市民フォーラムを開催して（水戸部秀利）
- 事務局長に聞く：民医連の取り組みと課題（岸本啓介、インタビュー：竹野ユキコ）
- 医療政策・研究史（6）：雑務回避とマイペース（野村拓）
- ドイツの医療従事者数（石塚秀雄）
- 2009年度研究助成概要報告：都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究（直田春夫）

---

●第47号 (2014年7月) ——労働と社会の新しいあり方

- 巻頭エッセイ：「新成長戦略・骨太方針」と地域医療（山本裕）
- 座談会：社会的経済、連帯経済と経済学（津田直則、北島健一、富沢賢治、司会：石塚秀雄）
- アベノミクスと労働改革の諸問題（橘木俊詔）
- 安倍政権による派遣法制の改変構想批判（伍賀一道）
- フランスの社会的経済・連帯経済法の成立と意義（石塚秀雄）
- 医療政策・研究史（5）：八面六臂の巻（野村拓）
- 投稿論文：高齢者の暮らしと地域の「あればいいな」～姫路医療生協地域調査における要支援・要介護者のヒアリングから～（川口啓子・小田史）
- 書評：中川雄一郎・JC総研編『協同組合は「未来の創造者」になれるか』（角瀬保雄）
- 書評：堀越芳昭・JC総研編『協同組合研究の成果と課題 1980-2012』（相馬健次）

## 「研究所ニュース」バックナンバー

### ○ No.55 (2016.8.31発行)

理事長のページ：首相の「言い訳」(中川雄一郎)、副理事長のページ：安倍政治と向き合う—金メダルは金(カネ)メダルではない(高柳新)、差別社会の克服と社会的経済(石塚秀雄)

### ○ No.54 (2016.6.30発行)

理事長のページ：イギリスの国民投票が教えてくれたこと(中川雄一郎)、理事エッセイ：南房総の戦争遺跡(今井晃)、年金積立金の市場化はいかがなものか(石塚秀雄)、新刊紹介

### ○ No.53 (2016.2.29発行)

理事長のページ：大学人は戦う(中川雄一郎)、副理事長のページ：貧困への大学生の怒りと民主党政権の経験(後藤道夫)、副理事長のページ：「お世話になりました、今日は失礼して家に帰らせていただきます」(高柳新)、「空想から科学へ」(石塚秀雄)、「ようこそ文化のリッチな東ロンドンへ」(竹野ユキコ)、本の紹介

### ○ No.52 (2015.11.30発行)

理事長のページ：戦いすんで日が暮れて(中川雄一郎)、副理事長のページ：枕詞の修飾語？(八田英之)、EUにおける社会的経済の動向(石塚秀雄)、本の紹介

### ○ No.51 (2015.8.31発行)

理事長のページ：発想の転換(中川雄一郎)、書評：デヴィッド・グレーバー著・木下ちがや他訳『デモクラシー・プロジェクト』(野田浩夫)、韓国だより：マーズ(MERS)事態と韓国の医療の課題(朴賛浩)、ベニスの商人、ヘイトスピーチと保険(石塚秀雄)、本の紹介：大場敏明・高杉春代著『「地域包括ケア時代」到来！ともに歩む認知症医療とケア』(竹野ユキコ)

### ○ No.50 (2015.5.31発行)

理事長のページ：「時代を把握する」ということ(中川雄一郎)、シカゴの若者雇用創出運動(石塚秀雄)、ワーキンググループ報告書と「保健医療2035」(竹野ユキコ)

### ○ No.49 (2015.2.28発行)

理事長のページ：ICA ブループリントの「アイデンティティ」(中川雄一郎)、副理事長のページ：地域崩壊と自治体財政危機の一場面(八田英之)、理事エッセイ：ワシントンDCでのセイフティネット医療供給者調査(松田亮三)、新役員抱負(野田浩夫)、ピケティ『21世紀の資本』の前後読み(石塚秀雄)

### ○ No.48 (2014.12.15発行)

理事長のページ：グローバル社会的経済フォーラム2014(GSEF2014)(中川雄一郎)、副理事長のページ：ブラックバイトと雇用保険(後藤道夫)、理事エッセイ：高齢者と後継者(岩本鉄矢)、EUの派遣労働と非営利・協同組織(石塚秀雄)

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。

# 【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57号の予定】** (2016年12月発行予定)

- ・イギリスとEU離脱国民投票
- ・地域医療ビジョンと地域包括ケア
- ・研究助成報告、その他

**【編集後記】**

今号は6月に開催された定期総会記念シンポジウムの報告を中心にまとめました。誰もが医療にアクセス出来ることをめざすアメリカのSNPの取り組みと日本の現状との議論が伝われば幸いです。次号のイギリス特集では政治学者による対談の他、イギリス現地の声をお届けする予定です(竹)

**【投稿規定】**

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

**1. 投稿者**

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

**2. 投稿内容**

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

**3. 原稿字数**

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所(レポート)ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

**4. 採否**

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

**5. 締め切り**

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

**6. 執筆注意事項**

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

② 投稿原稿は返却いたしません。

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

④ 図表は基本的に即印刷可能なものにする(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](mailto:inoci@inhcc.org)