

人間社会のゆくえ

根岸 京田

昨年末からのトランプ現象、世界各地に絶えない紛争、東京オリンピック問題、民医連の経済的事由による手遅れ死亡事例調査まで、元を正せば全て経済が絡んでいる。「経済」の語源は中国の古典にある「経世済民」であり、その意味は「世を^{おさ}り、民を^{すく}う」である。本来は民を救うはずの経済に人々が苦しめられているとは一体どういうことか。それは経済活動の規模が大きくなって人の顔が見えなくなり、自らの経済活動によって影響を受ける人々への共感が薄れたこと、すなわち経済が道徳あるいは倫理的規範を失ったことが大きな原因ではないかと思う。

かつて近江商人は「売り手よし、買い手よし、世間よし」の三方よしを矜持としていた。築地のマグロ仲買人は、競争率の低い競りであっても漁師のことを考えて一定価格以上の値をつけるという。商いに連なる多くの人たちを慮る慣習はかつて確かにあった。それは消費者にとってはやや高い買い物かもしれないが、結局はそれが共存共栄の方法であった。17世紀にトマス・ホブズは、人間の能力の平等は希望の平等を生み、希望の平等が争いを生むと説いた。誰もが希望を抱くことは「誰でも一旗あげられる」ことにつながり、そこに競争と争いが起こる。そして何の規制もない「自然状態」に置かれると人間は必ず戦争状態になるので、人々はある程度の自由を犠牲にして権力者に統治されないと平和を維持できなかつた。それは当時の絶対王政を正当化するロジックであり、現代の民主主義国家には当てはまらないが、道徳を失った経済活動はホブズのいう「自然状態」にあると言えるのではないか。強いものがどれだけ儲けても誰も統制できず、巨大化したマネーが自己規制して理性の僕になるとは思えない。一体、人類にはこのグローバル化したマネーをコントロールできるのだろうか。

理想的な社会の実現のために人工知能に期待する声が高まっている。為替レートや各種税率を最適化し、世界的な富の偏在や格差の問題を解決することは人知を超えているのかもしれない。近年の人工知能の発達は著しく、ビッグデータを分析し投資のタイミングや最適のポートフォリオの設定に導入されているし、医療の世界でも鑑別診断や化学療法プロトコルの設定、画像診断などへの応用が始まっている。人間の知能の発達を人工知能の発達が追い越す時点（技術的特異点）はそう遠くない将来に予測されており、それ以降には全く違う社会が現れるとも言われている。しかし、今のところ人工知能には「共感」はできないという。膨大な知識とある程度の感情を持つことはできるが、他者の痛みを自分のものとして感じることは別次元の高度な情報処理が必要らしい。

ユネスコが認定する世界遺産には自然遺産の他に文化遺産があり、日本から和食や歌舞伎、和服などが登録されているが、2016年にドイツが「協同組合」を登録申請し承認された。その理由は「共通の利益と価値を通じてコミュニティづくりを行うことができる組織であり、雇用の創出や高齢者支援から都市の活性化や再生可能エネルギープロジェクトまで、さまざまな社会的な問題への創意工夫あふれる解決策を編み出している」である。人類が今後も社会を維持し生き残るには、人工知能に頼るのではなく、人間の人間たる所以である「共感する社会」を広げその実践としての非営利・協同の考え方を広げていくしかないのではないかと思う。共感する心を育む教育の力に期待するとともに、人と人とのふれあいを仕事としている医療・介護・福祉分野からの情報発信が極めて重要だと思う。

（ねぎし きょうた、全日本民医連副会長）

ストレスチェック時代のメンタルヘルス —労働精神科外来の診察室から見えること—

天笠 崇（あまがさ たかし、東京勤労者医療会代々木病院精神科医師、（公財）社会医学研究センター代表理事）

インタビュアー：門田 裕志（かどた ひろし、（公財）社会医学研究センター業務執行理事）

●命を落とす前に職場環境の改善

門田 天笠先生は2016年秋に『ストレスチェック時代のメンタルヘルス 労働精神科外来の診察室から』（新日本出版社）を出されました。この本を出すきっかけ、過労死や労災・職業病としての精神疾患などに関して、先生が精神科医として活動されてきたなかで契機になったことがいろいろあると思うのですが、その辺を教えてください。



天笠 1997年だったと思いますが、私は当時、同じ法人内のみさと協立病院の副院長をしていました。埼玉県のある自治体の企画課長さんが今でいう過労自殺をされ、公務災害申請をしたいという話がありました。奥様が労働団体に相談され、そこから意見書作成の依頼があったのですが、これが私の人生初の意見書となりました。医師になって10年目、精神科医になって8年目くらいです。非常につたない意見書でしたし、亡くなった方は自治体の首長さんとも家族的なおつきあいがあったそうで、首長さんは公務災害申請に協力するけれど裁判はなしでという話だったそうです。結果的に公務外、つまり民間で言えば労災としては認められないという結果になりました。奥様から結

果を伺って、本当に訴訟などにはしないのですかと聞いたのですが、そういう約束だったからとご報告をいただきました。当時のつたない知識でも、どう考えてもそれ（公務）しか原因がないと思えたのにそのままになった、これがスタートでした。それが何だか悔しかったというのが一つです。

それからは意見書に手をつけた医師がいるぞと、こちらが努力しなくても意見書・鑑定書（以下、単に「意見書」）の作成依頼がどんどん持ち込まれました。関西では南雲與志郎先生や遠山照彦先生、今は若手も取り組んでいます。関東圏、首都圏ではだいぶ昔の事例では石田一宏先生がやっておられたが、そのころは誰もいなかったのです。結局、今日まで90数事案、意見書作成数を入れたらその2倍になる数の文章を作成しており、これが今の精神科の臨床医としての骨格を作る貴重な財産となっており、育てられてきたという気がします。もちろん亡くなられた方だけではなく、ご存命でありながら仕事の原因だという事案の意見書も書いていますし、臨床の宝となっています。

門田 2002年から私がメンタルクリニックみさと事務長になり、ほぼ同じころに先生が所長となり、2年間、一緒に仕事をしました。そのときにうつ病の患者さんが多く来院されており、これは何とかしなければ、労働者のメンタル的な健康問題をどうしようという話をずっとしてきました。そのあたりから先生が代々木病院で代々木病院EAPケアシステムズ（略称：YES）を立ち上げた経緯などを簡単に説明いただけると、この本の意味合いがよりわかるのかなと思うのですが。

天笠 EAPは、Employee Assistance Program、通常は「従業員支援プログラム」と訳されていて、北米の労働組合が始めたものが原型です。日本では、行政文書などでは「外部専門機関」と書かれることもあります。YESでは労働者ご本人を通して職場環境を評価し、労働ストレス要因をいかに改善していくかということに力を入れてきました。そうした「心の健康診断」を中心としています。その結果を分析することによって、窓口となる衛生委員会に「この事業所の場合は、こういう取り組みをすることがメンタル不調を未然防止することに役に立つと思われまます」と提言します。その後の予防的な取り組みについては、YESにお任せいただければ提供させていただきます。こうした取り組みです。

基本的には今まで医療をやってきたわけで、門田さんの言われたとおり、うつ病を中心にして新しい患者さんを診療することがずっと続いていました。医師法第一条にも医師の役目として「公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保する」とあります。うつ病発生くらいまでは正直それほど深刻に思わなかったのですが、先ほどの話のように命を落としてしまう、しかもどう考えても仕事が原因で命を落としてしまわれる方が続き、その一歩手前のうつ病患者さんが多いということを見ると、どうしてもうつ病そのものを予防できるような取り組みが必要ではないのかと思いはじめました。そういう事業を考えていて、代々木病院に異動した後、当時の経営幹部の方に話したらそれは重要な取り組みだと5年前に事業化してくださって、今に続いている状況です。ちょうどストレスチェック制度義務化にも時期的にあてはまるような事業展開となりました（※1）。

※1 ストレスチェック制度=2014年6月労働安全衛生法の改正で創設、常用雇用者50人以上の事業所に対して義務化された。正式には「心理的負担の程度を把握するための検査等」、実施の目的は①一次予防を主な目的とする、②労働者自身のストレスへの気づきを促す、③ストレスの原因となる職場環境の改善につなげる、の3つ。2015年12月施行。

● 「なやみのみちへ」と自分の気づき

門田 実際にYESで対応した労働者やEAPシステム経由ではなく来る労働者もいると思います。病院や天笠先生を訪ねてくるときに、こういうことを注意してほしいということ、どのあたりで自分が病気だと気づいてもらえるのでしょうか。本では悩みの相談先として、労働組合や職場の衛生委員会や産業医、労基署や民間のいの健地方センターなどがあげられていましたが、ご本人の気づきについて説明いただけますか。

天笠 過労自殺された方の意見書がだんだん増えてきて、症例シリーズ研究として、過労自殺された方の多数症例研究を世界で初めて英文で報告したことがあります。結局、仕事が原因で自殺してしまう、そこに至るまでの経過にどういう共通した点があるのか。病気の自然経過というのですが、過労自殺されるまでの自然経過をまとめて研究したことがあります。そのときにこういうサイン、心身の変化が起きたときに気づくことが出来て適切な対応が出来ていたら、防げたのではないかというのを、共著者同士で見つけました。当時は「ふけやみそちへ」と呼んでいました。仕事が不効率になる、欠勤が目立つなど、職場側が言動としてわかるサインです。これらは過労自殺された方々の血の教訓ですから、広く受け入れられるものにしたいと、門田さんが一週間くらい考えてくれて「なやみのみちへ」（※2）となったわけです。先だって毎日新聞で取り上げられましたが、だいぶ通りがいいようですね。「なやみのみちへ」は上司や同僚が気づくことができる言動上の変化です。それ以外には身体症状、喉が詰まった感じがする、食欲が落ちる、肩がこるなど、身体症状として自分が気づくことができる場合があります。ストレスが蓄積して病気にならない手前の急性ストレス反応が何であるのかを自分でつかめていれば、その症状が出たときに、どんなに仕事上の要求や要請があっても自分の症状に耳を傾けて手を打つことが出来る、その気づきが重要だと思っています。

※2 なやみのみちへ

- 【な】 = (突然) 泣き言をいう、愚痴をいう
- 【や】 = (突然) 辞めたい、退職したいという
- 【み】 = ミス、トラブルが増える (単純なものが多い)
- 【の】 = 能率・能力低下
- 【み】 = 乱れた勤務 (遅刻・早退・欠勤) が目立つ
- 【ち】 = 長時間労働化
- 【へ】 = いつもの本人とくらべ変化と感じられる

門田 そういなかで、先生は代々木病院で労働精神科外来を始めました。

天笠 代々木病院に移ってから、自分自身では労働精神科外来というものを意識してきましたが、内外ともに明示して始めたのは2015年春からです。

門田 この労働精神科外来では、主にどういう人を診療していますか。

天笠 主には休職中、あるいは休職しなければいけない状態の労働者の方々を診ています。復職し、定着するまでを責任を持って診療していく外来です。通常の外来診療は時間を気にせざるを得ない面もあるのですが、労働精神科外来は週1日だけですが、できるだけ時間をかけて丁寧な対応をしようとしています。再発予防対策を含めたり、復職プランを作ったり、ご家族や職場と連携を取ったりするなどの他に、労働運動団体や労働組合、場合によっては弁護士さんなどにも必要に応じて出来る範囲で連携を取るようになっています。

門田 たとえば労働組合から、こういう人がいると相談があって、本人には病識がないケースがあると思います。そんなときに労働組合はどうすればいいのでしょうか。

天笠 病気がどうかという最終的な判断は、医師の専権事項です。だから職場における言動がご本人にとってもマイナスになるような、あるいは懲戒規定に触れるような、もっと言えば就業規則をたびたび踏み外してしまうような事態が起きてい

るとき、そういった事実をご本人に伝えて、それが起きていることは一体どういうことなのかを、ともに働く仲間として聞いていただくといいと思います。ご本人の仕事上のこともあるでしょうし、プライベートなこともあるかもしれないけれども、同じ仕事をする仲間として聞き取っていただき、どうも通常の事情ではそういう言動が起きないと思えたときに、それを率直に伝えていただいて、頭痛であれば脳外科、怪我や骨折をすれば外科や整形外科、おなかが痛ければ消化器内科というように、心身の疲労や精神神経の疲労が蓄積して起きていると思われる事態なのだからと、誘導してもらえればと思います。

うちの労働精神科外来だけではなく、代々木病院の精神科外来を受診する場合は、周囲の方々のご相談に乗ることもあるのですが、それは今の医療機関としては個人情報保護の関係があってやりにくいのです。ご本人が特定できない形で一般的なご相談もありますが、なかなか医療機関としては対応出来ない。その辺はどうしても労働組合や周りの方々に支援いただいて、本人の受診動機を高めていただきたいと思います。私たちは初めて受診することを初診、新しい患者さんを新患という言葉を使いますが、代々木病院の場合、まずはご本人から電話をもらって、こちらが受け入れられる日時に新患として初診していただくことで受診が始まる。そういう流れになっています。

●労働災害としての精神疾患

門田 労働災害としての精神疾患について、先日も日本労働弁護団が「高度プロフェッショナル・裁量労働制の規制緩和に反対し、真に実効のある長時間労働の規制を求める院内集会」(2/10)を開き、2012年以降、労災認定の精神疾患の人たちは年間約400人、毎年ほぼコンスタントに出ているという報告がありました。全体からすれば氷山の一角に過ぎないかもしれませんが、先生が医師になって以降のところで、労災の患者、労働災害が原因と思われる患者さんは、やはり増えていると思われませんか。

天笠 実は二十数年前に、やはり症例シリーズ研

究だったのですが、みさと協立病院の病棟に入院してくるうつ病の患者さんについて、原因やきっかけは何かと調査したことがあります。1970年に浜松医科大学の大原健士郎先生が研究されたことと同じことをやろうと思いました。

当時のうつ病の原因は、男は仕事、女は家庭でした。全体的に数が増えているわけではないと思いますが、業務起因性の判断基準が科学的に改善されてきているので、労災と判断される事案としては増えてきていると思います。

門田 なるほど。

天笠 しかも近年では、女性や非正規雇用者でも増えてきています。昔は、女性患者は家庭や対人関係が主な原因と言われていました。1970年代から90年代当時は専業主婦が多かったと思うのです。それから共働きが増え、非正規として女性が増えてきて、社会参加や社会進出が増えてきているからこそ、女性も増えてきていると言えるのだと思います。

門田 確かに最近の事例では、電通の高橋まつりさん、少し前ですが看護師の村上優子さん、東芝の重光由美さんなど、女性が業務上の問題で病気になる事例が報道されている気がします。

●健康職場と民医連

門田 ところで先生は民医連の病院で診療をされています。民医連のなかで、あるいは他の事業所や一般企業などもみて、「健康職場」と言われるものは増えているか、あるいはまだまだだと思いますか。民医連とその他一般の企業と分けてみたら、いかがでしょうか。

天笠 一般企業では大企業を中心にしながら、健康職場あるいは健康経営というものが、徐々に知られてきているのかなと思います。私自身は1987年に民医連へ就職したので、民医連のそれ以前は本で読んで先輩から聞いたりする形です。特に医療機関でよけいにそうなのかもしれませんが、医療右肩上がりの時代があり、その頃は働きやす

い職場を目指すなどもありました。むしろ当時は、民医連には健康職場が案外と広がっていたのではないかと思います。ところがご承知の通り、医療政策や診療報酬体系の変化でいわゆる医療冬の時代というのがありました。また超少子・超高齢社会になっていくのに、社会システム・医療システム自体が変化に対応しきれず過渡期にあるからこそ、経営問題で、むしろ健康職場的であった民医連の職場は、不健康というか、健康職場的ではなくなっているのが今の実態ではないかと思います。しかし、健康職場・健康経営、民医連のビジョンは何かを掲げて、経営のトップや中心になる人が、職員の健康を守り通しながらどうやって医療経営を成り立たせていくのかという難しい方程式を解いていくことが、いま求められていると思います。

それから学者・研究者の人たちにも、健康経営・健康職場が大切だという認識が広がってきています。特に日本産業衛生学会をはじめとしてその傾向は強くなっています。また経済分析をする方々の研究でも、長時間過重労働を放置したままでは労働生産性は上がらないという実証的な研究も出てきています。

門田 もう少し、民医連のなかでここはちょっと違うのかなという点を、具体的に何かありますか。どこの病院とかではなく（笑）。

天笠 違うのかなというのではないですが、民医連綱領も大いなる議論をして変えました。各法人・病院ごとにも綱領や行動指針を持つところがあると思います。それらと現実との乖離はあると思いますが、ますます大きくなってきているのではないかと。それはどうしてかと追求したり、綱領や行動指針に一步でも近づくために、たとえば経営側としてはこういうことが出来ると思うといった投げかけをするようなことが、あまりされていない気がします。

具体的なことでいえば「たたかいと対応」という言い方がありますが、最近では「対応」が多くて「たたかい」が小さくなってきている気がします。民医連の弱さかもしれないし、社会経済的な変化、政治状況や情勢などもあるとは思いますが、対応

ばかり迫られているような気がします。厚生労働省から方針が出た、出そうだという話があると、審議会で先に情報を拾って先に対応を始めるなど、対応ばかりになっている。二木立先生もどこかで指摘されていた気がしますが、それはどうだろうかと思う点です。

●実践と研究と技術の普及

門田 そういふなかで、現状をもう少し何とかしようと、先生はいろいろなことをなさっています。私が出向している公益財団法人社会医学研究センターの代表理事、働くもののいのちと健康を守る東京センターの理事長、過労死等推進防止対策全国センターの幹事、過労死防止学会の幹事、メンタル労災センターの運営委員、一般社団法人SST普及協会の事務局長もなさっています。それぞれ別法人・団体ではあるけれど、先生の中ではそれらの活動に関わることは基本的に筋が通るのではないかと思います、いかがでしょうか。

天笠 ありがとうございます(笑)。いま挙げていただいたなかで一番わかりにくいのは、「一般社団法人SST普及協会」だと思います。SST (Social Skills Training) とは、そもそもは我が国においては、慢性の精神障害を抱えた方々に対して、ソーシャルスキル(社会生活技能)を体系的に身につけていただくことで再発を減らしたり、社会参加のレベルを上げたりしようという、認知行動療法の中に含まれる治療方法です。1995年にこの協会は作られたのですが、今に至るまでにさまざまところで、たとえば受刑者の矯正施設でも提供されています。一般的にはメンタルヘルス対策としてSSTが有効である、特にうつ病の方々の症状を軽減することと社会機能を上げることには、スキルトレーニングが非常に有効だとメタ解析でも明らかになっています。一次予防という点では、症状を改善するには中程度、職業上の機能を上げるには限定的な効果があるとなっていますが、非常に有効な活動なのです。というわけで、制度やシステムや研究という一方で、実際に予防対策や改善対策を図るための技術としてSSTがあるということで、筋のなかに入った具

体的に取り組める技術となります。過去にこれを提供することで、実際に精神疾患による休業数を減らした実践も出来ましたし、また先ほどのEAPの中で提供できる取り組みとして事業化しています。

門田 そうすると先ほどの代々木病院YESのなかで、臨床心理士さんたちが大きな役割を果たしているのではないかと思います、実際には臨床心理士さんたちのポジションはまだ弱いという印象があります。そこはどうなっていくのでしょうか。

天笠 精神科に限らず、私たちの所属は東京勤労者医療会という法人です。要するに病院や福祉施設の複合体で、自分自身はその中で病院や医療のなかにいる。すると周りを見ると、資格を持つ人間だらけです。医療事務という資格もありますしね。さらにリハビリもそうかもしれませんが、精神科も医師・看護師以外に精神保健福祉士、作業療法士などのいろいろな資格があります。心理士も、新しく公認心理師として国家資格化されました。福祉の世界では、介護支援専門員(ケアマネジャー)の資格が少し前に出来て、今は介護保険の下で、地域生活を支える資格として非常に重要になっています。同じように心理士さんたちも裏付けになる国家資格化で、今後ますます重要になると思いますし、診療報酬点数がどれだけつくかわからないけれど、診療報酬としても裏付けられるようになるのではないかと思います。

少し話がずれますが、詳細は割愛しますが産別会議の流れが二つに分かれ、一つが運動の中心となる平和と労働センター・全労連会館につながります。もう一つはいま私が代表理事をしている社会医学研究センターで、労働者のあらゆる健康問題について調査研究し、対策をとるものとしていくようになりました。だから今日、この運動側の会館でインタビューを受けることは、私の中では歴史的に光栄なことだと思っています。

●ワーク・ライフ・バランスのための課題

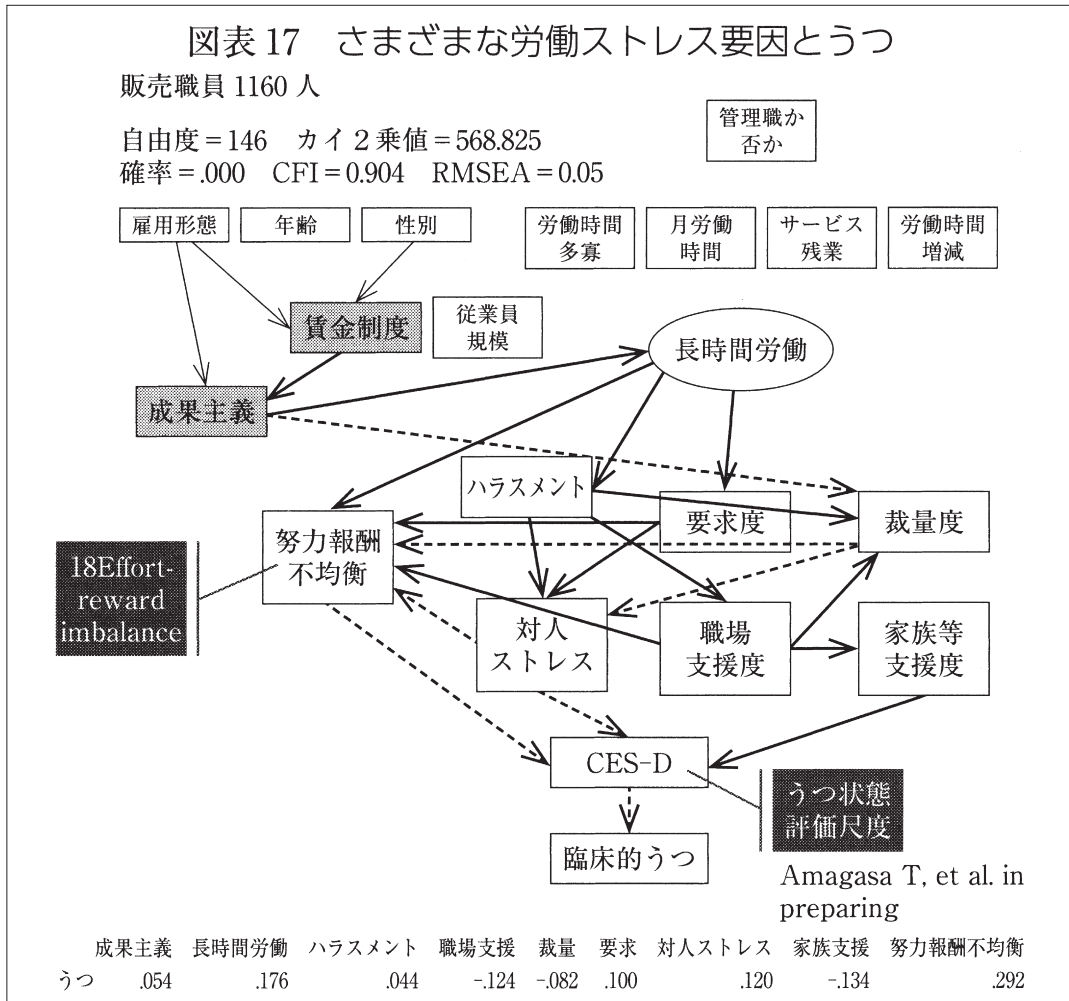
門田 2016年11月は、過労死等防止対策推進法(平成26年11月1日施行)に基づいた3回目の啓発月間でした。シンポジウムが全国各地で開かれましたが、ようやくほぼ全国に広まりました。一方でこの会館の持ち主である全労連も含めて、働き方改革が問題になっているし、先ほど労働弁護団の院内集会でも長時間労働をいかに規制するかというのが話題になっています。

労働精神科外来をしていくなかで、今後の働き方、ワーク・ライフ・バランスという点で、対応ではなく勝ち取らなければならないことも出てくるのではないかと思います。先生はどのような

ご意見をお持ちですか。

天笠 外来を運営する実践だけではなくて、私は法人から1年間、京都大学大学院に内地留学させていただきました。そこでの研究は過労自殺や労働関連精神疾患をいかに予防するかというテーマでした。修士課程だけだったのですが、その後は働きながら博士課程を修了し、学位もいただきました。メインのテーマが労働時間とうつ状態、うつ病との因果関係の解明でした。長時間過重労働を規制しないとだめだ、要するに研究結果は長時間過重労働が精神に悪いということなのは、本でも紹介した通りです。

さまざまな労働ストレス要因がうつ病を生み出している、だからさまざまな労働ストレス要因を



天笠崇『ストレスチェック時代のメンタルヘルス』p.169より

生まれないようにする、生み出す温床・苗床は長時間労働であるというのは、自分自身の研究結果の範囲では決着がついていますから、長時間労働規制がすごく大切だと思っています。労働基準法が定める1日8時間、1週間40時間以上、使用者は労働者を働かせてはならないという原点に、いかに近づけるのか。それらを超えて働かせた場合に、使用者にしかるべき罰則を科すような厳格な労働時間規制をするような法的規制をしないとだめだろうと思っています。

門田 先日、ある新聞の記者から「何時間まで人間は働いて大丈夫なのか」という質問を受けました。基本的に何時間までではなく、8時間なら8時間を守らせる、それ以上働くのはだめなのだという考え方を広めることが過労死の防止になるし、精神疾患の労災認定や、職業が原因となる精神疾患を少なくすることになる、と考えるのもいいのでしょうか。

天笠 それが今の争点です。たとえばヨーロッパでは、週35時間労働制を勝ち取ったところもあるし、それが崩れそうになっているところもあります。1日8時間、1週間40時間、それ以上働いたら厳格な規制罰則があると、もしも日本がなった場合、次に争点になるのは過重労働だと思います。もしも過重労働規制が出来たら、次は一今でも争点ですがハラスメントが問題になる。今の段階では長時間労働規制が正解だと言えますが、あと2つくらい課題があると思います。これらを乗り越えて初めて、社医研センターや全労連会館などの労働運動が目指すような社会になるのではないかと、なるといいなと思いますね。

門田 最初に戻りますが、代々木病院の精神科外来を受診するのだけではなくて、このままではメンタル状況が悪くなると感じた人たちに対して、どうすればいいかというアドバイスはありますか。

天笠 まず代々木病院の精神科外来ということでは、実はこの10年間で精神科の数が増えている民医連の医療機関の精神科を使ってほしいと思います。私自身も労働精神科外来での経験を少しずつ共有したいし、しつとありますし、お互いに切磋琢磨していますから、民医連の精神科を大事にしてほしいというのが一つです。かつ、若手の精神科医師もいますから、そこでぜひ育てる視点で、非営利・協同の精神でやってほしいと思います。さらにいえば民医連に限らず、志のある精神科医師もいます。精神科の医師といい関係を築きながら、場合によっては情報提供をしながら、我が国の精神科医療の質を上げるような取り組みをしてほしいなと思います。

門田 産業衛生学会などでは、職場のなかで良い産業医を作るのは労働者だという話を聞きます。職場巡視などで労働者と話をし、相談に乗ってもらって自分たちの職場環境を良くするように働きかけろ、と言いますが、精神科医も病院も同じように、自分たちが困って自分たちのためになるような形に作っていくのは、患者であり労働者だということでしょうか。

天笠 その通りです。もちろん先輩の医師たちに育てられた面もありますが、まず患者さんであり、労働組合の方々に育てられてきたと思っています。ここで偉そうに私が話しているのは、私が全部考えたことではなくて、そういう方たちの支援や流れといったパワーが言わせていると思って発言しているので、そうしてもらえるのが重要だと思いますね。

門田 今日はありがとうございました。

(2017年2月16日収録)

高齢者介護をめぐる ワーク・ライフ・アンバランス

川口 啓子

はじめに

ワーク・ライフ・バランスをめぐる議論では、喫緊の課題として、ワークからライフへのシフトを促す労働時間の短縮があげられる。これは、高齢者介護を抱える労働者にとっては、ライフの時間を介護に費やすことができ、介護離職を防ぐ議論にもつながる。だが、介護サービスや高齢者施設の不足、また労働者自身の介護知識やスキルの未熟もあり、現実にはワークもライフもダメージ受け、両立は困難を極める。その結果、長年のワークで今日の日本社会を築いてきた高齢者の最期のライフがないがしろにされることもある。

そこで本稿では、ワーク・ライフ・バランスを論じる前段として、もう少しアンバランスについて考えてみたい。とりわけ高齢者介護をめぐる事象には、生活と労働の在り方、言葉をかえれば、人間社会の本質にアプローチする要素があるようにも思われるからである。

たとえば、ある現役労働者がワークに支障をきたす「やっかいな介護」を高齢者施設に任せて離職を免れ、労働時間の短縮にも成功し自分のライフを守ることができたとする。ワーク・ライフ・バランスは、これで一件落着だろうか。誤解を恐れずに言えば、この労働者は高齢者施設に「やっかいな介護」を任せたと、「お世話になります」と言いつつ、自らのワークとライフのバランスをとるだけではないか。また、高齢者施設は、現役労働者のワーク・ライフ・バランスを達成するために「やっかいな介護」を引き受ける、そのような場所にすぎないのだろうか。

多くの労働者たちが似たような考えと行動に移るなら、そこには彼らが置かれた「今の働き方」¹だけを問題視する現役労働者の論理しか貫かれないことになってしまう。こうして、現役労働者が、高齢者を施設に移すことを良しとし、高齢者本人の本来のライフに目を向けることなく、自分のアンバランスだけを是正するとしたら…。こうした追求は、結局のところ、高齢者という社会的弱者にアンバランスのしわ寄せをすることになるのではないのだろうか。

以下、高齢者介護をめぐるいくつかの事象から、生活に焦点を置き考えてみることにする。

介護殺人—加害者の7割は男性

2016年2月14日、毎日新聞（東京朝刊）は、「介護殺人7割が男性」と報じた。過去18年間に国内で起きた60歳以上の介護殺人716件を分析した調査²は、表1～表3の通りである。7割という率は、夫婦間の加害者においても、（無理心中含む）親子間の加害者においても変わらない。

同紙（同日付）はまた、「仕事感覚通じず／頭真っ白に／一人で抱え」という見出しで、認知症の妻に暴力をふるっていた男性の記事を掲載している。

男性は、こう振り返る—「仕事と同じ感覚で、介護も完璧にこなせると勘違いしていた」。

記事には、「男性は建設会社で定年まで40年働き、現場監督として数十人の部下をまとめていた。欠陥のない仕事をし、従業員の安全も確保するため、決められた手順を厳守してきた。妻の介護で

1 さしあたって「労働の時空間から規定される価値や規範を優先的な軸として行動せざるを得ない」働き方としたい。
2 同記事、湯原悦子日本福祉大学准教授（司法福祉論）の調査による。

表1 介護殺人716件の加害者内訳

	男性	女性	不明
件数	512	194	10
割合	72%	27%	1%

表2 夫婦間333件の加害者内訳

	男性	女性
件数	240	93
割合	72%	28%

表3 親子間331件の加害者内訳

	息子	娘の夫	娘	息子の妻
件数	235	10	76	10
割合	71%	3%	23%	3%

表1・表2・表3 出所：毎日新聞（東京朝刊）2016年2月14日付

も1日の計画や手順を細かく決めた。しかし、介護は思い通りではなかった」と書かれ、「朝起きると、妻がおむつから便を垂れ流し、部屋中の畳が汚れていた。深夜には突然起きて奇声を発した。降ってわいたような出来事に、男性は頭が真っ白になり、落ち込んだ。次第に妻にいらだつことが多くなり、いつの間にか手をあげた」と続けた。

認知症高齢者に対するかかわり³⁾は、瞬間々々の最適なかかわり方の積み上げによって当人の「不快」や「不安」をなくし、毎日の「快」と「安心」をつくり出すことである（もちろん簡単なことではない）。この営みは、仕事を計画的にこなすこととは全く次元が異なる。これまで仕事中心だった男性にとっては、ここに妻任せだった家事一般も加わるなら、計り知れないストレスに苛まれることになるだろう。

認知症高齢者へのかかわりに不可欠なことは、何よりも認知症についての知識である。専門医に受診し、原因疾患を知り、治療の可能性を探る。患者の中核症状を把握し、性格や環境に起因する周辺症状も認識しなければならない。さらに、かかわり方の基本的姿勢を学ばなければならないだ

ろう。そうしたことを少し知るだけでも、負担はかなり軽減される。

加えて大切なことは、地域包括支援センターなど外部の専門機関に相談し、決して一人で抱え込まないことである。同記事によると、男性は誰にも相談せず「全てを一人で抱え、自分を追い込んでいた」。後に妻を施設に入所させた男性は、手をあげたことを「妻に申し訳ない」と述べたという。

「今の働き方」のもと、まじめに働き続け家族を養ってきた男性には、認知症の知識はおろか、外部に相談することさえ思い至らないのは無理からぬことである。日本社会は、いつの間にかそうした働き方を多くの男性に強いてきた。本人や家族の意識がどうであるかにかかわらず、「今の働き方」は生活との乖離の上に成り立っている。

毎日、健康で働き続け、家事、育児、老親扶養は妻に任せて安心し、たまの病氣も健康保険で治療をすれば元の生活に戻る。退職後は、子どもたちと一緒に（近居）に暮らし、年金を頼りに悠々自適の生活を送る。やがて、家族に看取られ病院で死ぬのだろう—そんなイメージのまま、認知症や寝たきりなることなど考えも及ばず、無防備に老いる。

超高齢社会になった今でも、介護を他人事とする人は少なくないのではないか。そして、突然「今の働き方」から生活の場に放たれたとき、介護に直面して途方に暮れる。介護殺人の背景には、人は必ず「老いて・死ぬ」というあたりまえが削除された「今の働き方」の論理が潜んでいる。

「申し訳ない」産休・育休・介護休業

次に、「今の働き方」をめぐるアンバランスを、女性を中心に考えてみたい。

現在の女性の就労は、高度経済成長期に形成されたM字型カーブが浅くなり、労働力率は最も少ない時期でも68.0%を示している⁴⁾。また、ラ

3 新介護福祉士養成講座12『認知症の理解』を参照。他に、認知症当事者の手記も含め、今は多くの書籍が出版されている。蛇足ながら、介護ウェブの取り組みにおいては、全ての国民が心身の加齢について学ぶことを重要な課題として位置づけることはできないものだろうか。

4 内閣府「平成27年度男女共同参画社会の形成の状況及び平成28年度男女共同参画社会の形成の促進施策」（平成28年度男女共同参画白書概要）p.3。最新の統計では70%を超えている。

表4 女性を取り巻く状況の変化

	昭和45年 (1970)	平成26年 (2014)	この間の変化
大学進学率	6.5%	47.5%	7.3倍
労働力率(25～29歳)	45.5%	80.3%	1.8倍
平均初婚年齢(妻)	24.2歳	29.4歳	5.2歳高齢
平均第一子 出産年齢(母)	25.6歳	30.6歳	5.0歳高齢
第一子小学校入学	31.6歳	36.6歳	5.0歳高齢
高齢化率(男女計)	7.1%	26.7%	3.8倍
平均寿命(女性)	74.66歳	86.83歳	12.2歳の延び

出所：内閣府「平成27年度男女共同参画社会の形成の状況及び平成28年度男女共同参画社会の形成の促進施策」(平成28年度男女共同参画白書概要) p.2より筆者作成。

イフステージも大きく変化し(表4)、ここからは、女性の高学歴化、就職、晩婚化及びそれに伴う出産年齢の高齢化などが見て取れる。こうした傾向は夫婦共働きの増加を示すものでもあり、いわゆる片働き世帯と共働き世帯の数が1997年(平成9年)には逆転⁵、社会進出の男女の平等化は確かに進んだと言えよう。

一方、意識についてはどうだろうか。内閣府の世論調査によると、『夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである』という考え方に関する意識⁶では、これに賛成する割合は女性37.0%・男性44.7%と男性がやや多く、反対する割合は女性58.5%・男性49.4%と女性がやや多い⁶。こうした男女役割分担に賛成する意識は減少しつつあるものの⁷、男性においては未だ半数近くがこれを肯定(または黙認)する傾向にある。

したがって、『仕事』、『家庭生活』、『地域・個人生活』のかかわり方～希望優先度⁸と「同～現実(現状)」を比べると、男女とも「仕事と家庭

とともに優先したい」という希望が30%を超えるものの、現実には男性は仕事優先(37.0%)、女性は家庭優先(41.5%)で、『仕事』と『家庭生活』をともに優先している⁸は、わずか女性3.4%・男性6.1%という結果になった⁸。つまるところ、性別役割分担を内包した家庭というユニットでワークとライフのバランスをとっているような状況である。

さらに、「子どもの出生年齢別第一子出産前後の妻の就業経歴」(図1)をみると、育児休業の取得は昭和60年代の5.1%から平成12～16年の13.5%へと増えている。ただ、産前産後休業と育児休業を合計した割合は、昭和60年代からほとんど変わらず25%弱で推移し、最近ようやく25%を超えた。このことは、産前産後休業の取得可能な職場が増え、さらに育児休業の取得可能な職場も増えたというよりは、以前から産前産後休業の取得が可能だった職場が育児休業の取得も可能にしたことを示しているにすぎない。あえて進歩した点をあげるとしても、これまで結婚退職だった数値の一部が出産退職に変わっただけではないだろうか。

なお、この背景には、単に身体的・時間的両立の困難さばかりではなく、「両立をしてまで続けたいと思える仕事ではなかった」⁹という理由もあることだろう。

一方、男性の働き方は、「週間就業時間60時間以上の雇用者の割合」¹⁰を見ると、30代、40代男性に長時間労働一過労死ラインと言われる週60時間労働(月80時間の残業)一が見られる。この実態は、彼らが父親として育児に参加する権利、生活の場にかかわる権利を奪っているに等しい。SNS上には、育休を取った父親が退職を余儀な

5 「共働き世帯数の推移」『平成28年版男女共同参画白書』p.47より

6 「平成28年度男女共同参画社会に関する世論調査」(平成28年9月調査) <http://survey.gov-online.go.jp/h28/h28-danjo/zh/z13.html> (2017.2.24確認)

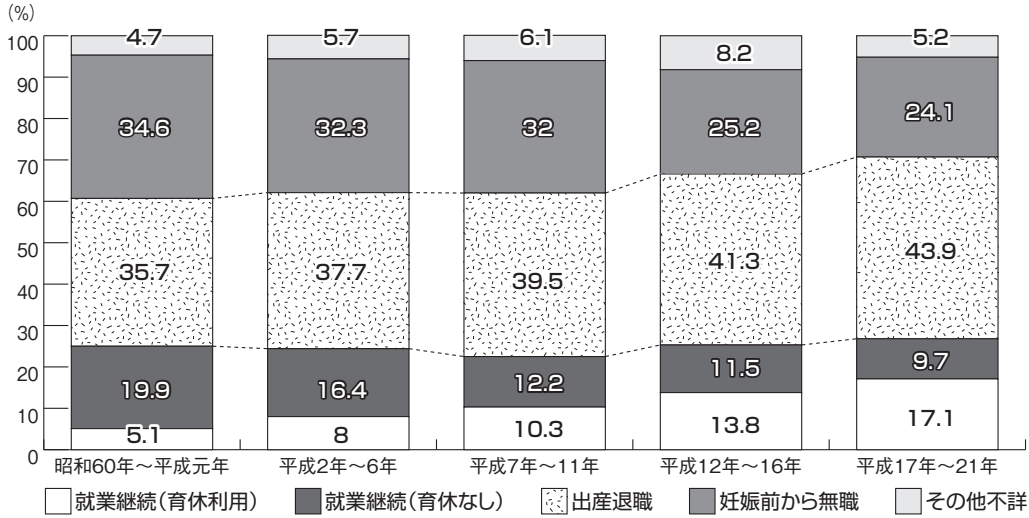
7 『平成28年版男女共同参画白書』p.47によると、平成26年では男女とも約半数が性別役割分担を肯定していた。

8 「平成28年度男女共同参画社会に関する世論調査」(平成28年9月調査) <http://survey.gov-online.go.jp/h28/h28-danjo/zh/z22.html> (2017.2.24確認)

9 内閣府「女性のライフプランニング支援に関する調査」(平成19年)

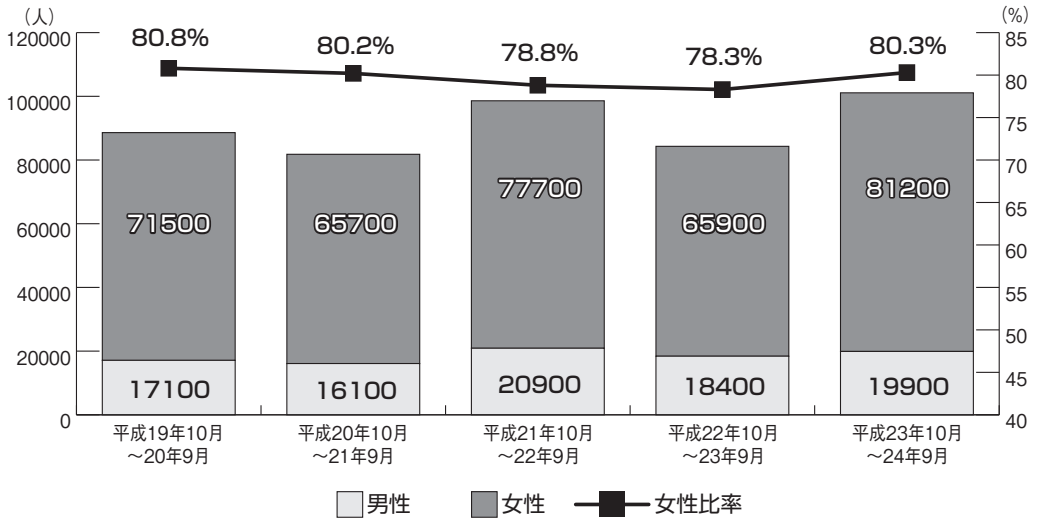
10 内閣府「平成27年度男女共同参画社会の形成の状況及び平成28年度男女共同参画社会の形成の促進施策」(平成28年度男女共同参画白書概要) p.5

図1 子どもの出生年齢別第一子出産前後の妻の就業経歴



出所：『平成28年版男女共同参画白書』 p.49

図2 介護・看護を理由に離職・転職した人数



出所：『平成28年版高齢社会白書』 p.27総務省「就業構造基本調査」(平成24年)

くされたという投稿も多々見受けられる。子どもがみるみるうちに成長するかけがえのない時期には、両親ともに十分に育児にかかわることが可能な働き方を求めたい。

次に、介護について見てみたい。

「男女別介護者数及び介護者に占める女性の割合」は、近年は男性介護者の割合(39.2%)が増えつつあるものの、60.8%を未だ女性が占めている¹¹⁾。また、「介護・看護を理由に離職・転職した人数」では約8割が女性である(図2)。

11 内閣府男女共同参画局「平成24年版働く女性の実情」http://www.gender.go.jp/public/kyodosankaku/2013/201401/201401_04.html (2017.2.24確認)

さらに、先述の女性のライフステージの変化を見るならば、ダブルケアを担う女性が増えることも想像に難くない。「介護・看護を理由に離職・転職した人の年齢構成」¹²を見ると、女性では50歳台が最も多く（35.9%）、男性は60歳台が多い（43.4%）。そして、男女とも、20歳台から介護に関わる離職・転職のケースがあり（男女それぞれ3.1%、2.3%）、30歳台（7.3%、7.5%）、40歳台（9.4%、15.3%）と年齢が上がるにつれてその割合は増えてくる。家庭によっては、子どもの手が離れるまで絶え間なくダブルケアを抱えることになる。しかも、高齢者の平均寿命は延び、健康寿命の延びはそれに追いつかない¹³。したがって、介護期間は年々長くなる一方である。

加えて、離職や転職は所得の低下を招きやすく、介護が終わってからの再就職も難しい。そうした積み重ねが、これまで介護を担ってきた男女の老後に貧困をもたらす。

また、権利として制度化された産休、育休、介護休業ではあるが、多くの労働者は職場に「申し訳ありません」と言って「休み」に入る。しかも、職場復帰すれば、「ゆっくり休めたか」という無神経なねぎらいが飛んでくることもある。休業という名称ではあるが、命がけの妊娠・出産も、24時間体制の育児も介護も、「ゆっくり休む」にはほど遠い。人として当然の「生まれ・育ち・老いて・死ぬ」に伴う職場からの一時離脱は、「申し訳ない」休業の範囲で済ませるべきことではない。もちろん、退職を迫り貧困の悪循環に追いやることでもないはずだ。

男女平等が謳われた日本国憲法（1946年）から71年、男女共同参画社会基本法（1999年）から18年、「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」から10年の時を経たものの、性別役割分担を前提とした「奇妙なワーク・ライフ・バランス」の実態は続く。むしろ、女性の高学歴化

と社会進出を背景に、女性も「男性のように働く平等」が求められ、「今の働き方」の論理が妊娠・出産・育児・介護の在り方を制御する。

「自宅で最期まで」は権利か・希望か

いよいよ「老いて・死ぬ」私たちは、どこでどういう最期を迎えたいと望んでいるのだろうか。

『平成28年版厚生労働白書』から、少し読み取ってみたい。

全国55歳以上の男女を対象に行った調査によると、「治る見込みがない病気になった場合、最期をどこで迎えたいですか」という設問に対して、「自宅」という回答が54.6%を占め最も多い¹⁴。この設問は病気を前提としているが、40歳以上を対象とした病気を前提としない別の調査でも「年をとって生活したいと思う場所はどこですか」という設問には「自宅（これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む）」が72.2%と多数を占める¹⁵。

では、子どもとの同居を望むのはどれくらいなのか。20歳以上を対象とした別の調査では「老後は誰とどのように暮らすのがよいと思いますか」という設問に対して、子どもとの同居を望むものは23.3%に過ぎない¹⁶。近居（34.4%）と別居（36.3%）を合わせた70.7%が同居を想定していない。

一方、「自宅で最期まで療養することが困難な理由」（複数回答）については、「症状が急変したときの対応に不安がある」66.3%、「介護してくれる家族に負担がかかる」64.2%が大きな理由に挙げられ、「自宅で最期まで」が実現できない理由一不安を伺わせる¹⁷。

家族に負担をかけまいとする気持ちは、「こうすれば毎日健康」とか「認知症予防には〇〇が効

12 『平成28年版高齢社会白書』p.28総務省「就業構造基本調査」（平成24年）

13 （同上）p.22「健康寿命と平均寿命の推移」（平成13年～25年）

14 『平成28年版厚生労働白書』p.57内閣府「平成24年度高齢者の健康に関する意識調査」

15 （同上）p.49厚生労働省政策統括官付生活評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

16 （同上）p.48内閣府「国民生活に関する世論調査」（2014年度）

17 （同上）p.58厚生労働省医政局「終末期医療に関する調査」（2010年）

く」などの情報をはじめ、フィットネスクラブや脳トレグッズなど多様な商品に頼る傾向を生む。この傾向は、「〇〇をしなかったから認知症になった」という自己責任を加速する。こうして、「生まれ・育ち・老いて・死ぬ」という生活のあたりまえが、労働の場で生産される多くの商品への依存に組み込まれていく。組み込まれれば組み込まれるほど、妊娠・出産・育児も、介護も、当事者の選択と自己責任に帰せられる。

さて、「自分の介護が必要になった場合にどこでどのような介護を受けたいですか」という設問には、「家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」が最も多く（37.4%）、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」という回答を合わせると79.9%になる¹⁸。これらの意識調査から浮かび上がるのは、いざというときの不安がないような外部の介護サービスを受けつつ、家族ともかかわりながら、自宅で最期まで暮らしたいという、ごく普通の「希望」である。本来、それは「希望」ではなく権利であるはずなのだが、実際には自宅が死に場所になることは少なく、大多数が病院で死亡する。

「死に場所別にみた死亡数・構成割合の推移」によると、日本の病院死の割合は2014年で77.3%を示し¹⁹、国際的²⁰にみても非常に高い数値になっている。

在宅死と病院死の割合が逆転した時期は高度経済成長が続く1970年代で、病院死はまだ数十年の歴史しか経ていない。1961年に国民皆保険が成立するが、その時期以降に生まれた日本人にとって、病院死以外の選択肢を意識する機会はかなり少なくなっているだろう。いつの間にか、「死ぬ」ことが生活の場から切り離され、病院という労働の場が主流になっていたのである。

ただし、病院死のピークは2005年（82.4%）で、徐々に減少しつつある。医療機関から介護施設へと政策的誘導が功を奏したことや、延命治療を望まない意識の高まりなどが背景にある。一方、介護施設での死亡は微増傾向にある。いずれにせよ、「家族に負担をかけたくない」と思う要介護高齢者は、「自宅で最期まで」という自らの権利を忘れ、帰宅願望を秘めて施設に入り施設死を迎える。

筆者も経験者だが、要介護高齢者を抱えながら「今の働き方」を送る現役労働者は、その辛さを訴える気力も残らないほど疲弊する。全てとは言わないが、要介護高齢者の施設入所は、本人の希望よりも家族を疲弊から解放する「家族にとっての問題解決」でもある。こうして要介護高齢者のライフは、施設に働く現役労働者のワークの対象になる。

だが、施設入所者は人口比で言えば圧倒的に少ない。私たちは、「自宅で最期まで」にもっと深入りして考えなければならない。

生活を支える介護労働

65歳以上の人口約3,392万人のうち、介護保険の要支援・要介護の認定を受けた者は569万人を超えて存在するが（16.8%）、施設入所者に限ってみると91万人強、2.7%ほどである。つまり、高齢者の圧倒的多数（97.3%）は現在の自宅で暮らし、多少古びた家でも8割を超える高齢者がその暮らしに満足している²¹。この数こそ、前項で述べた「自宅で最期まで」を権利にすべき人々である。そして、この権利を全うするための介護を提供する人々が介護労働者である。だが、「今の働き方」に支配された生活の場では、介護を受ける側のライフも提供する側のワークもなかなか全うできない現実がある。

18 （同上）p.56厚生労働省政策統括官付生活評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

19 （同上）p.15厚生労働省政策統括官付人口動態・保険社会統計室「人口動態統計」より厚生労働省政策統括官付生活評価官室作成

20 <http://diamond.jp/articles/-/60515>（2014年10月15日）によると、病院死の割合は、1998年オランダ35.5%、1996年スウェーデン42.0%、1998年フランス58.1%と紹介されている（2017.2.24確認）。

21 『平成28年版高齢社会白書』pp.2～5「高齢者の現状と将来像」、pp.24～25「高齢者の介護」、p.38「高齢者の生活環境」より。

要支援2のAさん(87歳)は夫も子どももなく、一人暮らしである。在宅介護を受けながら「自宅で最期まで」と考えていた。ある日、けいれん発作を起こし、病院に救急搬送され、脳の手術を受けた。術後の意識ははっきりとしていたが、左手のしびれがあるため食事が不自由になり(嚥下に問題はなく、胃瘻は拒否していた)、経鼻経管栄養となった。それまで在宅でかかわっていたヘルパーが「経口摂取に戻してほしい」²²と訴えたものの許可されず、自由な右手は管を抜かないようにミトンで拘束された。医学的処置は適切だったのだろうが、わずかな期間で寝たきりとなり半年で亡くなった。

Aさんもヘルパーも望まない形の「老いて・死ぬ」だった。高齢者にとって生活の場で「老いて・死ぬ」がかなわない現実とは、介護労働者にとっては生活を支援するワークを追求できない現実でもある。

一方、こんなケースもある。

認知症で下肢拘縮のあるBさん(70歳)は、週3回、全身の清拭、オムツ交換、口腔ケアなどのサービスを受けている。妻と二人暮らしだが、ヘルパーが来るのを心待ちにしている。3人でカードゲームをするのが楽しみだからだ。介護保険はこれらをどこまでカバーできるか—当然だが、カードゲームは介護保険サービスには入らない。それでも、Bさんの「生きる」活力は、カードゲームをするという人と人との交流にある。Bさんの妻にとっても、このひとときが明日を「生きる」活力の再生産になっている。同時に、介護保険適用外ではあっても、夫妻の笑顔は介護を担うヘルパーの労働—本来のかかわり方を支えている。

若干、話が外れるが、上記にある介護保険適用外については、介護保険制度上の問題でもあるが、それ以前に世間一般に残る「損得勘定で福祉を考える」傾向の方を問題にしたい。「Bさんのところでしているなら、私のところもおじいさんの相

手をタダでしてほしい」というような安易な傾向である。現在の介護保険によるサービスの限定は、むしろヘルパーを「使用人扱い」²³して憚らない利用者や家族に対する歯止めになっていることも忘れてはならない。このような「損得勘定で福祉を考える」傾向の解決には、社会的な支え合いに対する国民の認識の相当な向上が不可欠である。

話をもとに戻そう。

現役労働者にとって生活の場が労働力の再生産につながるように、介護を受けつつ暮らす高齢者も日々生きぬく力の再生産を行っている。現役労働者は労働の時空間と生活の時空間を「分けて考える」ことができるが、リタイアした高齢者の生活はそうはいかない。だが、人生という時間軸において考えると、そういう時代とそうではない時代があり、その全てに貫く営みとして「生きる」がある。子どもたちは、労働者でなくても「生きる」活力を生活の場で再生産しつつ成長する。高齢者も、最期まで「生きる」活力を生活の場で再生産する。「生まれ・育ち・老いて・死ぬ」—それがライフであり、「健康な死」²⁴につながる。

「施設に入っておられる方より生き生きしている」、「(ヘルパーに)要望を素直に伝えている」、「利用者さんの想いが明確」「利用者さんが主役になっている」とは、施設実習と居宅実習を終えて、その比較をした実習生(学生)の素直な感想である。そこには、効率もコストパフォーマンスもなく、大量生産、大量消費もない。ただ、その人の暮らしがあるだけである。

ワーク・ライフ・バランスの土台はライフである。介護—とりわけ在宅で介護を担う労働は、この土台にかかわる労働であり、日常の暮らしに即して他者の生活を支援する。したがって、労働する側の論理だけでは成立しない。高齢者のライフがあって初めて成立するワークなのである。ここに、生活と労働の在り方を本質から問い直す端緒があるのではないだろうか。ワーク・ライフ・バ

22 入院中に介護保険は併用できない。したがって、高齢者が入院中の食事介助をヘルパーに依頼する場合は病院(主治医)の許可が必要でかつ全額自費負担になる。

23 介護福祉士、ヘルパーなどの介護職を「底辺職」と表現されることがある。職業差別的表現として看過できないが、これについては稿を改める。

24 中川米造『医療の原点』岩波書店、1996年、p.112

ランスの議論においても看過してはならないと考
える。

まとめにかえて

私たちは、何のために働いているのだろうか。

介護殺人や高齢者虐待などの背後には、「老い
て・死ぬ」人間の自然の摂理が削除されたような
「今の働き方」がある。乳幼児であれ高齢者であ
れ、人をケアする期間は「休み」―「今の働き方」
からの離脱になる。やむなく決断した介護離職や
転職は、ケアを選んだ人々の未来を脅かす。高齢
者は「自宅で最期まで」という権利を失い、介護
職は生活の場でその労働を全うできない現実に向
面する。このように、高齢者介護をめぐる事象に
は、アンバランスという言葉をはるかに越えた生
活と労働の乖離が存在する。

人類は、「生活がすべからく労働であり、労働
はすべからく生活である」という未分化な原始か
ら数百万年の時間を経て社会を形成し、今も形成
しつつある。その過程で、徐々に生活と労働が分

化し始め、それぞれの時空間が形成された。資本
主義社会に入って加速度を増した分化は、今日、
普段の労働が日常生活を脅かすまでに支配的とな
り、大きなアンバランスを生み出した。

それでも、「生まれ・育ち・死ぬ」はこれまで
の歴史的時間において存在し、人類はそのことを
含む社会の在り方を模索、支え合いの経験を積ん
できた。そして今、多数の人々が「老いて」いく
プロセスを共有する初めての時代を迎え、「生ま
れ・育ち・死ぬ」に「老いて」が加わった。

超高齢社会は、あらためて「生まれ・育ち・老
いて・死ぬ」を前提とした社会の在り方を模索せ
よ、と提起する。生活と労働の未分化・分化・乖
離を乗り越え、生活が土台となる働き方を確立し、
生活と労働の新たな融合へと舵を切る時代を展望
しなければならない。

ワーク・ライフ・バランスは、この射程を忘れ
ずに議論すべき課題である。

(かわぐち けいこ、大阪健康福祉短期大学教授)

オランダにおけるワーク・ライフ・バランス —コンビネーション・モデルに見る労働と生活—

久保 隆光

はじめに

オランダでは、パートタイム労働が拡大し、そしてそのパートタイム労働を活用してワーク・ライフ・バランス（労働と生活のバランス政策）が推進されている。ワーク・ライフ・バランスを推進している要素として、労働時間差別禁止法、労働時間調整法、「柔軟と保障」法の3つの法律が挙げられる。まず、「労働時間の違いを理由として、労働者間に差別を設けてはならない¹」と労働時間数を根拠とした差別を禁止した1996年成立の労働時間差別禁止法によってパートタイム労働とフルタイム労働の均等待遇が成立し、オランダのパートタイム労働は正規労働化された。また、「労働者は、労働契約又は公法上の任命に基づく労働時間の増減を使用者に請求できる²」と定めた1999年の労働時間調整法によって労働時間の編成権を労働者が獲得することになり、自己都合に合わせ柔軟な労働時間を組むことが可能になった。そして、1999年に成立した「柔軟と保障」法によって、有期雇用および派遣労働の連鎖契約に歯止めをかけ一定条件での常用雇用への転換を法文化した。また、労働契約（具体的な労働時間数・帯、また労働者とみなすのかあるいは自営業者とみなすのか等）の推定性や賃金支払いの基準が不明瞭であったオン・コール労働（登録不定期短時間就労）に関しても、不安定労働化させていたそれらの要素を是正した。「柔軟と保障」法によって、有期

雇用、派遣労働、オン・コール労働といった非正規労働の法的地位の是正をした。また近年ではICTを活用したテレワークの推進によって自宅勤務も推奨されており、どこでも働くことが可能となりつつある。

このように、労働時間調整法による柔軟な労働時間の選択により「いつでも」、またテレワークの推奨によって「どこでも」、そして労働時間差別禁止法による均等待遇によってパートタイム労働の正規化、および「柔軟と保障」法による非正規労働の法的地位の是正によって「どんな働き方」でも安定した働き方ができるようになりつつある。つまり、「いつでも」「どこでも」「どんな」働き方³でも可能な社会の構築をオランダは目指している⁴。そして、その結果として、ワーク・ライフ・バランスを図っている。ワークとライフのバランスという観点で見れば、ワークに比重がかかりライフの価値が低く、それが労働問題や引いては貧困問題に繋がっている日本とは対極に、オランダではライフが重視されるとともに、あくまでワークは、ライフの一要素である。生き方の価値観によって、仕事の在り方が定められる。労働時間を調整しパートタイム労働で働くことによってワーク・ライフ・バランスがとりわけ推進されている。

では、パートタイム労働の拡大によって、オランダの社会、生活は一体どのように変化したのであろうか？また、「いつでも」「どこでも」「どんな」

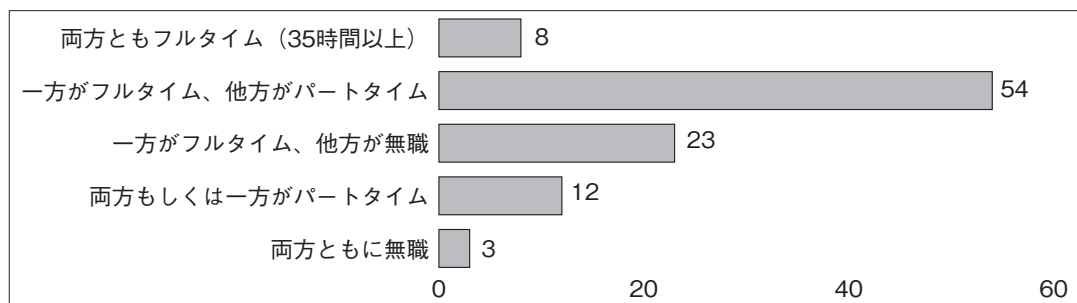
- 1 井田敦彦「オランダにおけるワークシェアリング」『外国の立法』第211号、国立国会図書館及び立法考査局、2002年、57頁。
- 2 井田敦彦、同上書、55頁。
- 3 中谷文美『オランダ流ワーク・ライフ・バランス』世界思想社、2015年、192頁参照。
- 4 久保隆光「オランダ社会が目指す新たな働き方」『いのちとくらし研究所報』No.57、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、2017年。

働き方でも可能な社会の帰結として、どのような社会を迎えたのか？そして、オランダにおけるワーク・ライフ・バランスとはいかなるものか？これらの疑問にたち、本稿ではオランダのワーク・ライフ・バランスの現状を検討することにした。そして、このワーク・ライフ・バランスの現状を見る視点として、夫婦・カップル⁵間でどのような雇用形態で所得を獲得しているのか、所得稼得モデルの観点から検討することとする。先に言及するならば、パートタイム労働を組み合わせたコンビネーション・モデル(別称1.5稼ぎともいわれ

る)という所得稼得モデルにオランダのワーク・ライフ・バランスの特徴があり、またパートタイム労働の拡大の要因が隠されているからである。夫婦・カップル間の所得稼得モデルの視点から考察することによって、オランダのワーク・ライフ・バランスの現状を把握するとともに、その特徴を浮き彫りにする。そして、オランダにおけるワーク・ライフ・バランスが何を示唆しているのか、コンビネーション・モデルから見るワーク・ライフ・バランスの意義を最後に検討する⁶。

1. コンビネーション・モデル

図表1 12歳以下の子供を持つ夫婦・カップル間の所得稼得モデル (2012年：%)



(出典) オランダ統計局 (2013年)

オランダにおける夫婦・カップル間の所得稼得モデルには大きく分けて3つの方法がある。これは、フルタイム労働一人当たりの所得を1.0、パートタイム労働一人当たりの所得を0.5と前提としている。

① 夫婦・カップル両方がフルタイム労働で働く ($1.0 \times 2人 = 2.0$)

② 一方がフルタイム労働で働き、他方が無償労働、無職 ($1.0 + 0 = 1.0$)

③ 一方がフルタイム労働で働き、他方がパートタイム労働で働く ($1.0 + 0.5 = 1.5$)

①はいわゆるダブル・インカムであり、②は性別役割分業モデルに相当する。そしてオランダで主流であり、そして特徴的であるのが③のモデル

5 オランダでは同性での婚姻も認められているため、夫婦のみではなくカップルと表現することが一般的である。本稿では、夫婦・カップルと両表記する。

6 なお、後述する男性フルタイム労働、女性パートタイム労働という組み合わせや、女性がパートタイム労働を選択する理由が、介護、家事、その他のケアのためであるという背景がある。これらの点について、多様な観点から賛否両論オランダ国内でもさまざまな議論がなされている。そして、社会的な評価が定まっていない。この論点については紙幅の関係上、本稿では省略するが詳細については下記を参照していただきたい。久保隆光、同上書。

コレット・ファーガン、ケビン・ワード「イギリスとオランダの非典型労働」、大沢真知子、スーザン・ハウスマン『働き方の未来』日本労働研究機構、2003年。

中谷文美、同上書。

である。夫婦・カップル間でフルタイム労働とパートタイム労働を組み合わせることからコンビネーション・モデル、もしくはその所得合計が1.5となることから、1.5稼ぎともいわれている⁷。このコンビネーション・モデルは、夫婦・カップルともにパートタイム労働で働き1.5を稼ぐことも想定している。ダブル・インカムによって高い所得を目指す2.0ではなく、0.5分だけ所得を低減させる一方で、その分ワーク・ライフ・バランスを行うことがコンビネーション・モデルの意図である。

図表1は、オランダにおける12歳以下の子供を持つ夫婦・カップル間の所得稼得ごとの割合を示したものである。「両方とも無職」を除けば、ダブル・インカムに相当する「両方ともフルタイム」は8%であり、最も低い数値である。また同様に、性別役割分業モデルに相当する「一方がフルタイム、他方が無職」も23%であるが、これも主流ではない。コンビネーション・モデルに相当する「一方がフルタイム、他方がパートタイム」が54%であることから、オランダで主流の所得稼得モデルは、コンビネーション・モデルである。半数以上の夫婦・カップルがコンビネーション・モデルを選択している。また、「両方もしくは一方がパートタイム」の12%の中には、パートタイム労働0.5ではなく、パートタイム労働0.75を夫婦・カップル両方がしている組み合わせ(0.75×2人=1.5)の可能性も含まれており、コンビネーション・モデルによる所得稼得がオランダでは最もポピュラーな組み合わせであり、標準的な所得稼得モデルとなっている。

しかし、そもそもオランダではコンビネーション・モデルが標準的なモデルであったわけではない。1997年に50%を割るまでは、性別役割分業モデルが従来から主流であった。1998年段階では、

性別役割分業モデルが46%、コンビネーション・モデルが39%であったものが、2012年段階では性別役割分業モデルは23%まで下がり、15年間で23%下落している。他方でコンビネーション・モデルは54%まで増え、15年間で15%増加している⁸。性別役割分業モデルの減少分が、コンビネーション・モデルの増加分に概ね移行したことが示されている。

それは、パートタイム労働が拡大している証拠でもある。労働時間差別禁止法によってフルタイム労働とパートタイム労働の均等待遇が図られていることや、そして労働時間調整法によって柔軟な労働時間が選択できることなどによって、ワーク・ライフ・バランスを進めるうえでパートタイム労働が魅力ある働き方に変化し、社会的に定着していることを示している。パートタイム労働での働き方が社会的に肯定的に捉えられていること、換言すればフルタイム労働以外での働き方、そして多様な働き方が社会に浸透していることを指す。

では、コンビネーション・モデルによる夫婦・カップル間でのフルタイム労働とパートタイム労働の組み合わせはどうなっているのだろうか？その組み合わせを、2014年のオランダ統計局の「残業および労働時間ごとの労働参加率⁹」で検討する。この調査では、「週35時間以上」、「週34～20時間」、「週19～12時間」の3つの時間帯ごとに、男女別の労働参加率が調査されている。フルタイム労働に相当する「週35時間以上」では、男性は約80%、女性は約30%となっている。そして、大パートタイムと呼ばれる「週34～20時間」では男性約15%、女性約55%、小パートタイムと呼ばれる「週19～12時間」は男性約5%、女性約15%となっている。フルタイム労働とパートタイム労働での参加形態を性別ごとに合計で見ると、男

7 コンビネーション・モデルの詳細については、以下を参照していただきたい。

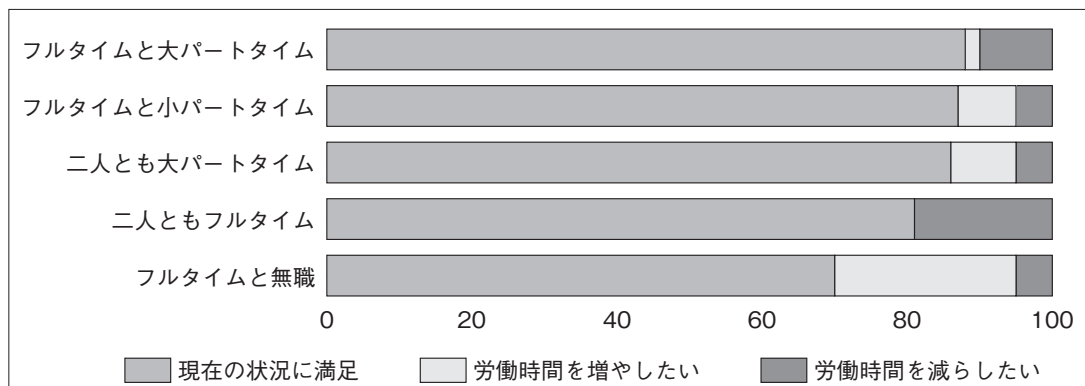
中谷文美、同上書。

前田信彦『仕事と家庭生活の調和—日本・オランダ・アメリカの国際比較』日本労働研究機構、2000年。

8 <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2013/45/more-than-half-of-couples-with-young-children-one-and-a-half-income-earners>。(アクセス確認日：2016年12月20日)

9 <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2014/51/female-labour-participation-stabilising-following-years-of-increase>。(アクセス確認日：2016年12月20日)

図表2 労働参加における夫婦・カップル間の満足度（2007年：％）



(出典) オランダ統計局 (2009年)

性はフルタイム労働が約80%、パートタイム労働が約20%であり、女性はパートタイム労働が約70%、フルタイム労働が30%となっている。この結果より、コンビネーション・モデルの内訳は、概ね男性はフルタイム労働、女性はパートタイム労働という組み合わせが一般化していることが分かる。

では、こうしたコンビネーション・モデルの組み合わせに夫婦・カップルは満足しているのだろうか？図表2は、労働参加における夫婦・カップル間の満足度の調査結果である。この調査は、現在の労働時間数による満足度の結果を示したものである。現状の労働時間数に満足している夫婦・カップル間の所得稼得モデルは、「フルタイムと大パートタイム」が最も多く90%近くまで達している。また、これにほぼ近い値で「フルタイムと小パートタイム」、そして「二人とも大パートタイム」が続いており、「二人ともフルタイム」のダブル・インカムや「フルタイムと無職」の性別役割分業モデルを上回っている。つまり、コンビネーション・モデルの方が満足度が高いことが示されている。労働時間の大小にかかわらず、パートタイム労働を組み合わせた働きの方が、フルタイム労働を組み合わせた働き方よりも満足度が高い。所得の高さよりも時間的なゆとり、ワーク・ライフ・バランスをオランダ社会が求め、それを実行していることが改めて確認できる。

また、「二人ともフルタイム」においては、「労働時間を減らしたい」フルタイム労働者が20%近くおり、パートタイム労働への転換、すなわちコ

ンビネーション・モデルへの転換を希望していることが示されている。そして、「フルタイムと無職」においては、逆に「労働時間を増やしたい」との値が約25%ほど存在している。この結果は、フルタイム労働者がさらに労働時間を増やしたいという可能性もある。しかし、女性のパートタイム労働のこれまでの拡大の経緯から判断すれば、「労働時間を増やしたい」とは、家事・育児に専念していた女性がパートタイム労働によって労働市場に参入したいと希望していると判断することが妥当であると考えられる。「フルタイムと無職」の組み合わせにおいても、コンビネーション・モデルへの転換を希望していることが分かる。

以上のことから、現状においてコンビネーション・モデルを選択している夫婦・カップルの満足度が最も高いこと、そしてダブル・インカムや性別役割分業モデルにおいてもコンビネーション・モデルへの転換を希望していることが分かる。つまり、満足度の高いコンビネーション・モデルへの移行、集約化の傾向がオランダ社会では見られる。

2. コンビネーション・モデルとパートタイム労働の拡大の背景

こうしたコンビネーション・モデルの拡大の要因は、やはり女性によるパートタイム労働が拡大したからである。その女性によるパートタイム労働の背景には、経済的側面と社会的側面の2つが

ある。経済的側面の第一は、家計補助のために女性がパートタイム労働者として労働市場に参入したからである。1970年代のオイルショックの不況期、オランダは世界経済とは逆行し、北海から産出される石油・天然ガスによって好景気に沸いた。しかし、その景気が沈静化すると石油・天然ガスに過度に依存した経済は、一気に高い失業とそれに伴い膨れ上がる失業関連の社会保障の支出によって財政を圧迫するいわゆる「オランダ病」が発症し、極度の不況に襲われた。この状況を打開するため1982年に政労使による政策合意、いわゆる「ワッセナー合意」が締結された。このワッセナー合意以降、オランダは「オランダの奇跡¹⁰」と称されるまでに見事な経済再生を遂げ、パートタイム労働が拡大していく。その合意のひとつに、労働組合が賃金抑制を受け入れる代わりに、企業・経営者側は雇用の維持、雇用創出に努めるという締結がなされた。その当時は、男性が正規労働者として有償労働に就き、女性は専業主婦として無償労働に就くという性別役割分業モデル、いわゆる「男性一人手稼ぎ」モデルが支配的な所得稼得モデルであった。したがって、賃金抑制によって収入が下がった家計を補助するために、女性がパートタイム労働で労働市場に参入し、パートタイム労働が拡大した。

当初、労働組合自体は非正規労働であるパートタイム労働での労働参加に反対の立場であった¹¹。しかし、労働組合が女性たちにアンケートを実施すると、家計補助だけではなく、そもそも就労や社会参加の機会を得たいことなど、多くの女性たちがパートタイム労働の形態で働く機会を求めていることが判明した。そこで、労働組合はこの事実を真摯に受けとめ、パートタイム労働に

賛成する立場に転じた。そして、女性パートタイム労働者を支援するために、女性パートタイム労働者を組織化し、労働組合への加入を図るとともに¹²、パートタイム労働の処遇、労働条件の改善、正規労働化を図るために政策提言を行うことになった。必ずしも労働組合自体の力だけではないが、結果としてこうしたパートタイム労働の正規労働化への取り組みが、その後の労働時間差別禁止法、労働時間調整法、「柔軟と保障」法の制定につながっている。

そして経済的側面の第二は、サービス産業の拡大に伴うパートタイム労働への需要の増加である。1980年代オランダ病の発症により、主力であった石油・天然ガス関連産業をはじめとしたオランダの製造業は大きく衰退した。その一方で、第二次産業から第三次産業への産業の転換が行われ、ホテル、レストラン・ケータリング、教育、介護を中心にサービス産業での労働需要が増え、労働市場の流動化が進んだ¹³。経済のサービス化の拡大の結果、製造業に見られたフルタイム労働のような固定化された定型的な労働時間ではなく、変則的でコマ切れ時間に対応した労働需要が発生し、そこにパートタイム労働の必要性が生じた。その後、医療、福祉の分野、そして金融・保険の分野にもパートタイム労働の需要が波及し、それらの業界でも女性がパートタイム労働者として市場に参入し、パートタイム労働はさらに拡大した。

つぎに、女性によるパートタイム労働が拡大した社会的背景である。オランダは、長らく性別役割分業モデルによる「男性一人手稼ぎ」モデルであった。主たる稼ぎ手は男性であり、女性は家事と育児に専念すべきであるという考えが支配的で

10 Visser Jelle, *"A Dutch Miracle"*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1997.

11 Visser Jelle, *"The first part-time economy in the world"*, Amsterdam, Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies, University of Amsterdam, 2000, pp.25-26.

12 オランダ最大の労働組合「オランダ労働組合連盟（略称：FNV）」の組合員数116万人のうち、女性組合員は約42.5万人であり、執行役員18人のうち女性は12人に及ぶ（2013年改選段階）。

公益財団法人国際労働財団：http://www.jilaf.or.jp/nc_view/masters/view/96（アクセス確認日：2016年12月20日）

13 Jan L. van Zanden, *"The Economic History of Netherlands 1914-1995"*, London, Routledge, 1998, p.89.

あった。そのため、女性はよき母親であれというキリスト教、とりわけカトリックの強い社会通念のもと、結婚、妊娠によって企業を退職することは社会慣習となっていた。しかし、1960年代後半に入ると、若い女性の高等教育化が進み結婚後も就労し続けたことや、離婚率の上昇によりシングルマザーが就労せざるを得ない状況が生じたこと、結婚・妊娠・出産を理由とした解雇の禁止が政策として取られたこと、そしてそもそも家庭外労働を望む女性の増加などの背景¹⁴から、これまでの女性への就労に否定的であった社会通念・慣習に対して社会的発想の大きな転換が起き、女性の就労意識の高まりと就労しなければならないその必要性から女性の就労の道が徐々に拓けた。

また、オランダ特有の社会構成である「柱状化社会」の世俗化も女性パートタイム労働に関連している。柱状化とは、「宗派・信条別の縦割の社会構造（システム）」という意味である。信条別の『柱』とはプロテスタント、カトリック、ユマニズム派、社会民主主義（非宗教系）といった信条別の系列のことである。～こうした各セクトは、各柱ごとに教育（学校）、政党、労働組合、経営者団体、メディア（新聞、放送・テレビ局）、農民団体、住宅協会、病院、スポーツクラブ、高齢者団体等を形成し、誕生から死まで自分の所属する社会システムのネットワークに所属して生きていく¹⁵」ことを指す。つまり、宗派や思想信条をもとにした同一コミュニティー内で、学び、生計を立て、家族を持ち生涯を送ることが1960年代までは当たり前であった。その一方で、宗派や思想信条など柱の違いにかかわらず、所得稼得モデルについては「男性一人手稼ぎ」を前提としており、各柱とも性別役割分業が共通した考えであった。

しかし、柱状化社会は「宗教の世俗化の進展と

非イデオロギー化、都市化やグローバル化など社会の進展にともない徐々にそして急速に溶解¹⁶」していき、それに伴いさまざまな価値観が多様化、混在化し、これまでの「男性一人手稼ぎ」という社会的規範が希薄化するにつれ女性の就労への価値観が転換し、女性の就労、労働参加に対して社会的に寛容となった。そして、こうした社会的背景とともに、先に言及した賃金抑制に伴う家計補助と経済のサービス化に伴う労働需要の高まりという経済的背景が合致し、女性の就労が拡大した。そして、その就労の形態としてワーク・ライフ・バランスを追求、達成できるコンビネーション・モデルの組み合わせが、夫婦・カップル間で選ばれ、オランダ社会でポピュラーな組み合わせとなっている。

3. 「価値のある仕事」のための就労継続

図表3は、第一子誕生後の男女別の労働時間の変化についての調査である。図表3から見られる最大の特徴は、2001-2003年、2006-2008年ともに第一子誕生後、男性は勤務時間の変更がほぼないにもかかわらず、女性は短時間勤務に変更する比率が少なくとも約30%あり、また退職する比率も約10%ほどある。この値から、主に女性が育児を担うこと、そしてそのためにパートタイム労働を選択していることが分かる。

またその一方で、退職する女性の割合が約10%ということから、出産によって就労が途切れ、キャリアダウンすることなく就労を継続していることも伺える。その要因は、やはり労働時調整法によって労働時間を調整し、フルタイム労働からパートタイム労働への勤務形態の変更、もしくは出

14 Ministry of Social Affairs and Employment Directorate of Industrial Relations, “Part-Time Work in the Netherlands”, No.39, Den Haag, 1997, p.7.

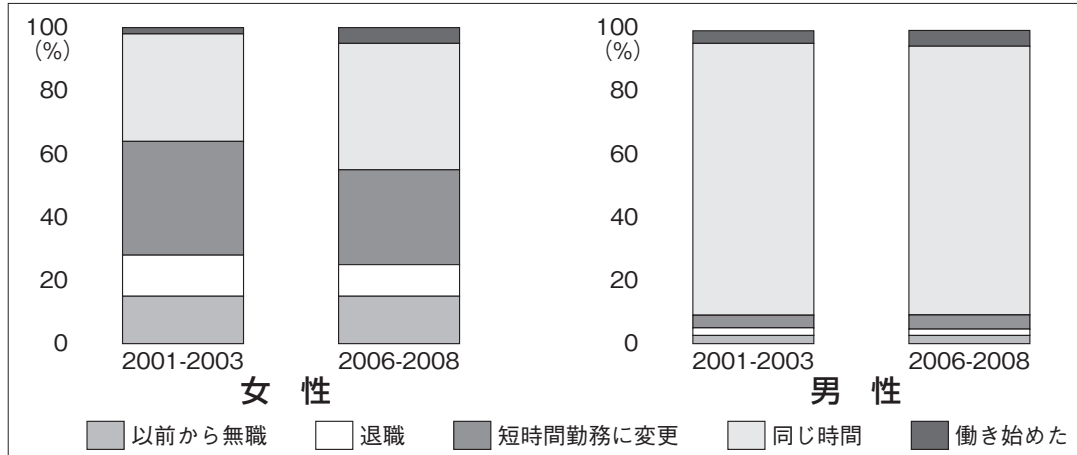
15 長坂寿久『オランダを知るための60章』明石書店、2007年、304頁。

16 長坂寿久、同上書、306頁。

宗教の世俗化について、オランダ国民の半数が無宗教であるとの調査結果が出ている（2016年段階）。CBS, “Helpt Nederlanders is kerkelijk of religieus”, CBS statline, 2016/12/22.

<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/51/helpt-nederlanders-is-kerkelijk-of-religieus>（アクセス確認日：2016年12月20日）

図表3 第一子誕生後の労働時間の変化



(出典) オランダ統計局 (2010年)

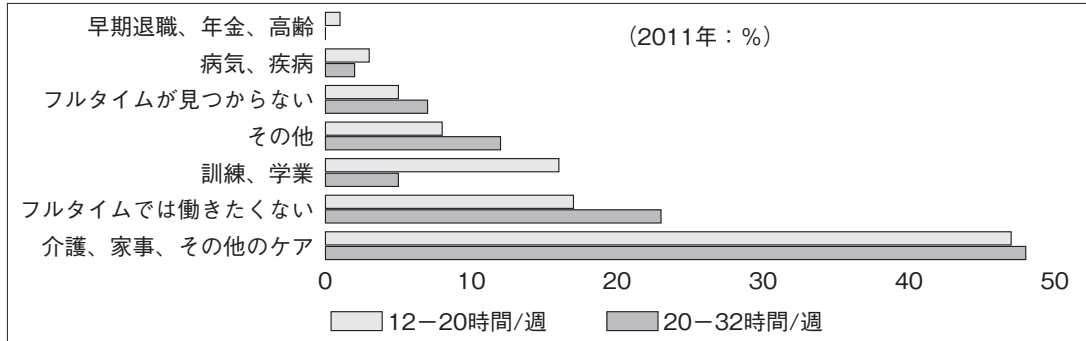
産以前から継続しているパートタイム労働でのさらなる短時間勤務の選択が可能であるからであろう。女性の2001-2003年から2006-2008年への変動を見ると、「短時間勤務に変更」において若干減少し、その分「同じ時間」が拡大している。これらのことを考慮すると、すでに出産前から労働時間を調整している可能性が考えられる。パートタイム労働を活用した継続就労によってキャリアの途切れがなく、日本のようなM字曲線が生じない。日本におけるワーク・ライフ・バランスの達成にあたって、佐藤は「言い換えれば、両立支援制度に過度に依存しなくとも、通常の勤務形態で働きながら子育てとの両立が可能となる職場風土や働き方にすることが本質的な課題となる¹⁷⁾」と指摘し、「『フルタイムでの働き方の柔軟性』を高める」必要性を説いている。オランダでは、正規労働をフルタイム労働のみにせず、パートタイム労働を正規化させ「通常の勤務形態」にすることによって「フルタイムでの働き方の柔軟性」を高めている。オランダでは多様な働き方を推奨している。それは結局のところ、多様な生き方を認めている社会の表れでもある。その一端が継続就労が可能なパートタイム労働であり、ワーク・ライフ・バランスをはかるためにパートタイム労働を組み合わせ

せたコンビネーション・モデルの構築でもある。そして、コンビネーション・モデルの成立によって、継続就労をする理由となっている介護、家事、その他のケアの位置づけも変化している。オランダ統計局が2012年に実施した「性別による労働者が仕事について重視する項目¹⁸⁾」の調査では、「労働時間の自主選択の可能性」を重視している男性は約65%、女性は約75%、「パートタイム労働で働ける可能性」を重視している男性は約55%、女性は約85%である。いずれの項目も半数を超えて高く重視している。この2つの指標が意味することは、「労働時間が自主選択できる」「パートタイム労働で働くこと」、つまり積極的にパートタイムで働くことを社会的に重視し、そして肯定化しているということである。これは、フルタイム労働が唯一の働き方ではないこと、またパートタイム労働で働くことがオランダ社会では軽視されていないことを示唆しており、結果として多様な働き方が可能な社会であることの表れでもある。図表4は「大・小のパートタイムを女性が選択する理由」の調査結果である。この調査結果によれば、「フルタイムが見つからないから」という消極的な理由からパートタイム労働を選択するという理由の低さは、上述した「性別による労働者

17 佐藤博樹・武石恵美子『ワーク・ライフ・バランス支援の課題』東京大学出版会、2014年、2頁。

18 <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2013/48/pleasant-workplace-atmosphere-importan>。(アクセス確認日：2016年12月20日)

図表4 大・小パートタイムを女性が選択する理由



(出典) オランダ統計局 (2012年)

が仕事について重視する項目」調査結果の積極的に「パートタイムで働ける可能性」の高さの結果とも符合する。そして労働時間の大小にかかわらず、パートタイム労働を選択する最大の理由は「介護、家事、その他のケア」であり、その割合は大・小パートタイム労働者ともに50%近くに達している。

これらのことを勘案すれば、介護、家事、その他のケアのためにパートタイム労働を選択していることは明確である。介護、家事、その他のケアのためにやむを得ず消極的にパートタイム労働を選択しているわけではなく、積極的にである。ここでポイントとなることは、介護、家事、その他のケアの位置づけである。重要でありながらも金銭・報酬の側面のみで判断され無償労働と表現される介護、家事、その他のケアを「価値のある仕事」と認識していることである。「オランダの事例が示唆的であると思えるのは、家事と育児、広くいえばプライベートな領域でのケアの営みを『価値のある仕事』とみなす考えが、女性だけでなく、社会全体に広まっていることの重要性である¹⁹⁾」。介護、家事、その他のケアという「価値のある仕事」に取り組むために、「労働時間の自主選択の可能性」や「パートタイムで働ける可能性」を重視している。有償労働を夫婦・カップル間で組み合わせたダブル・インカムではなく、コンビネーション・モデルがオランダでは主流である。ダブル・インカムでは、夫婦・カップルともに仕事が忙しくワーク・ライフ・バランスを図ることが難しいこ

とから、介護、家事、その他のケアをアウトソーシングする傾向にある。しかし、オランダでは、この介護、家事、その他のケアを夫婦・カップル間で行うためにコンビネーション・モデルが採られている。オランダの価値観、そしてコンビネーション・モデルの成立背景には、このアウトソーシングされる介護、家事、その他のケアは、「価値のある仕事」であるという認識の広がりがある。夫婦・カップル間で「価値のある仕事」に取り組むためにコンビネーション・モデルが採られている。ダブル・インカムの2.0ではなく、コンビネーション・モデルの1.5稼ぎの「0.5」の意味合いは、高所得を目指し、仕事に埋没するのではなく、介護、家事、その他のケアを含め「価値のある仕事」に取り組むワーク・ライフ・バランスを達成することにある。それぞれの人びとが、ライフステージに合わせ、仕事と「価値のある仕事」に取り組むことができるよう就労が継続できる労働市場と社会を構築している。1.5稼ぎの「0.5」のインパクトはこの点に集約できるといえよう。

おわりに

最後にオランダにおけるコンビネーション・モデルによるワーク・ライフ・バランスの意義を検討したい。オランダにおけるコンビネーション・モデルによるワーク・ライフ・バランスは、それぞれの人々にとって、自らの暮らし、生き方の重要性、そしてライフとは何か?と、ライフそのも

19 中谷文美、同上書、203頁。

のを問う契機となっている。いかにして暮らし、そして生きていくのかを、オランダ社会は問うている。オランダでは、暮らし方、生き方の価値観によって、仕事の立ち位置が規定されている。それぞれの暮らし方、生き方のなかで、いかに仕事をしていくのかを検討している。ワーク・ライフ・バランスのことばで換言すれば、本来通りワークはライフに内包されている。ワークはライフのなかであって重要な要素を占めるが、あくまでもワークはライフの一要素に過ぎないことを示唆している。

しかし、通常日本で使われるワーク・ライフ・バランスの含意は、「バランス」という言葉に象徴されるように、ライフはワークとともにバランスを取らなければならない天秤(=バランス)にかけられる要素になっている。ライフとワークが同列に並べられ、同じ次元で論じられている。そして、左が上がれば右が下がる天秤のてこの原理のように、ライフとワークのどちらかが上がればどちらかが下がり、どちらかが犠牲を与える、受けるという二律背反の関係になっている。

日本がそうであるように、ワークが先に規定され、その残された時間、労力がライフに回されている現状では、ワークがライフを内包しているというよりは、ワークがライフを支配しているといえるであろう。したがって、この支配されたワークとライフの逆転した関係性を再検討するという論点から日本のワーク・ライフ・バランスは出発している。オランダではライフの重要性を認識しているからこそ、パートタイム労働で働くことが社会的に肯定化され、そしてそれを組み合わせたコンビネーション・モデルが成立している。それぞれのライフステージに応じた生き方、働き方が選択できる社会の構築をオランダは目指している。オランダにおけるコンビネーション・モデルによるワーク・ライフ・バランスは、ライフの重要性、そしてワークとライフの関係性を改めて問い直しているといえるであろう。

【日本語参考文献】

井田敦彦「オランダにおけるワークシェアリング」『外国の立法』第211号、国立国会図書館及び立法考査局、2002年。

久保隆光「オランダ社会が目指す新たな働き方」『いのちとくらし研究所報』No.57、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、2017年。

コレット・ファーガン、ケビン・ワード、「イギリスとオランダの非典型労働」、大沢真知子、スーザン・ハウスマン、『働き方の未来』日本労働研究機構、2003年。
佐藤博樹・武石恵美子『ワーク・ライフ・バランス支援の課題』東京大学出版会、2014年。

中谷文美『オランダ流ワーク・ライフ・バランス』世界思想社、2015年。

長坂寿久『オランダを知るための60章』明石書店、2007年。

前田信彦『仕事と家庭生活の調和—日本・オランダ・アメリカの国際比較』日本労働研究機構、2000年。

【欧文参考文献】

Jan L. van Zanden, “*The Economic History of Netherlands 1914-1995*”, London, Routledge, 1998.

Ministry of Social Affairs and Employment Directorate of Industrial Relations, “*Part-Time Work in the Netherlands*”, No.39, Den Haag, 1997.

Visser Jelle, “*A Dutch Miracle*”, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1997.

Visser Jelle, “The first part-time economy in the world”, Amsterdam, Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies, University of Amsterdam, 2000.

【参考 URL】

オランダ統計局：<https://www.cbs.nl/>（アクセス確認日：2016年12月20日）

公益財団法人国際労働財団：http://www.jilaf.or.jp/nc_view/masters/view/96（アクセス確認日：2016年12月20日）

（くぼ たかみつ、明治大学商学部助教）

実践志向共同研究(アクション・リサーチ)のすすめ

—「支える医療」共同研究プロジェクトを振り返りつつ

松田 亮三

実践志向共同研究(アクション・リサーチ)とは

アクション・リサーチ (action research) という言葉を聞かれたことがあるだろうか。この言葉は、現実が生じている問題の解決を、問題に直面している当事者と連携しつつすすめる研究の仕方(スタイル)を指している^(註1)。ストリンジャーによれば、「特定の問題を解決するための体系的な行動の手段を提供する探求あるいは調査への協働的アプローチ」である^(註2)。社会現象に関わる多くの研究は、究極的には何らかの社会的課題の解決や予防に関わって行われているのであるが、アクション・リサーチの特徴は、研究成果を社会に報告し、知識の豊富化を通じて、その問題解決に貢献するというよりは、その課題に直面している人々と協力して実施し、その場で可能な範囲の解決方策を発見あるいは改良し取り組みを前進させることにある。

この言葉は、社会の漸進的変化の過程を検討した心理学者クルト・レヴィン (Kurt Lewin) —グループ・ダイナミクスに関する研究を切り開いたことでも知られる—が、1944年に公表した論文「アクション・リサーチとマイノリティの問題」^(註3)で用いられ、その後広がっていった。レヴィンは、米国コネチカット州における人種間対立の緩和という課題に関して、対立の背景にあるイデオロギーや紋切り型の見方を、単なる個人の問題ではなく集団の中でこそ生じる問題として把握し、それを変えていくためのワークショップのあり方を検討した。ワークショップ参加者の選出や事後の関係性の保持、専門家の支援などが織り込まれた社会実験が行われた。

こうした現実的課題に対応する研究はますます重要性を増している。例えば、困窮している人、孤独な状況にある人、あるいは震災や移民による急激な環境の変化に直面している人々に対して、その人が抱える病気の治療を行っている際に、生活状態に関わる各種の支援を組織するために、医療機関は何をできるのであろうか。そして、どのように活動をすすめ、どのように他の組織と連携し、地域社会に問題を示していけばよいのであろうか。

このような課題に直面している医療・福祉組織において、研究の進め方に習熟している人—必ずしも職業的研究者とは限らない—と、サービス提供・経営・政策の実務を担っている人が連携し取り組みをすすめることは、複雑な社会や制度の中でいよいよ重要になっている。それをすすめるのが、普遍的な知識を明らかにするというよりは、特定の場面において特定の文脈において有用とされる知識の産出を狙いとするアクション・リサーチである。ただし、そこで得られた知見には何か普遍的なものが入っていることも期待される。

日本では教育分野で先行してこの研究スタイルが活用され、保健・医療・福祉の領域においても活用が広がってきている。この言葉の日本語への定訳は定まっておらず、多くはカタカナで表記されている(注1の文献を参照)。ただ、筆者はこの用語の含む意味を汲んで、今のところ「実践志向共同研究」という訳語を用いている。そこでは、一般的な法則を純化して取り出すことではなく、現実の課題の解決を行うための研究として、そうした課題への解法に関わる知見をすくい上げることが目指されるからである。

社会的困難に直面している患者の支援に向けて—「支える医療」共同研究プロジェクト

筆者は、京都民医連第二中央病院と連携して、社会的困難に直面している患者の支援に向けた取り組みをすすめるべく、この実践志向共同研究(アクション・リサーチ)の枠組みを用いた共同研究をすすめたので、ここでその経験をご紹介します。

この共同研究の前史として、同病院で勤務している医師からの、貧困など社会的困難に直面している患者に対する診療のあり方や医療のあり方についての情報についての問い合わせがあったことを述べておく必要があるだろう。医療現場の方と研究者とのインフォーマルなつながりが背景となり、ゆるやかな課題についての共通認識があって、本プロジェクトがすすめられた、と言ってよい。

「困難に直面している患者・住民を支える医療」共同研究プロジェクト(略称「支える医療」共同研究プロジェクト)が発足したのは、2013年11月のことである^(註4)。それ以前からアイデアはあったものの、プロジェクトをフォーマルな形にするための契約提携や各種作業に必要な資金の調達などの課題をクリアするのにそれなりに時間を要した。プロジェクトでは、筆者と病院の石橋修医師がそれぞれ共同代表の役割を定め、調査を担う研究者・病院職員が参加した研究会議を開催し、取り組みをすすめるための調査を計画した。なお、この研究プロジェクトと並行する形で、制度や政策の研究を行うインクルーシブ医療研究会が行われた^(註5)。

「支える医療」共同研究プロジェクトでは、病院のスタッフと患者を対象として二つのインタビューにもとづく調査(質的調査)を実施した。なお、実践志向共同研究(アクション・リサーチ)では必ずしもこのような調査方法だけでなく、アンケート用紙による調査(量的調査)も用いられる。ただ、今回の調査では、むしろスタッフがみている「困難性」そして受診している患者が感じている「困難性」を、詳細な聞き取りにより明らかにすることにより、今後の取り組みを展望することが目的とされた。

この結果は2016年の春にはまとめられ、すでに

病院の取り組みの検討材料とされている^(註6)。対外的な報告については検討中であり、ここでその詳細を述べることはできないが、この研究をめぐる大まかなストーリーは述べておくことは許されるであろう。

スタッフの聞き取りからは、疾病の発生、生活の状況、診療の場面など、多様な状況で発生する多様な困難性を感じていることが、そして生活保護を受給している患者あるいは無料低額診療制度を利用している患者からは、当人の直面している経済的困難とともに、病院スタッフあるいは病院の診療の仕組みに関わるさまざまな思い、そして各種制度を用いることに際しての思いがあることが示された。

調査結果を受けて、筆者は病院として患者の直面している多様な「困難」について、自ら対応していく部分とそうでない部分を分けた上で、それぞれに取り組みを進めていくことが重要ではないかと提起した。また、病院の側でこのプロジェクトに代表として関わってこられた石橋修医師とソーシャル・ワーカーである是澤雅代さんからは、課題の複雑性をふまえた上で取り組みをすすめるために、多職種参加型の事例検討会の定例化、職員教育における工夫、焦点を絞った調査活動、問診票の工夫などが、今後の取り組みに関わるアイデアとして提出された。

おわりに

実践志向研究(アクション・リサーチ)の真価は研究そのものを終わらせることではなく、その研究が取り組みの推進にどのように役立ったかということであろう。この点の評価はなかなか難しい。というのは、取り組みがすすむかどうかは、調査を通じて得られた知見やアイデアの妥当性も関わるが、病院のおかれている状況や課題そのものの状況によっても変化することが考えられるからである。よい「実践志向共同研究」となったかどうかを評価する仕方については、筆者も模索中である。

最後に、この研究スタイルは、学術の世界でも緩やかではあるが着実に広がってきており、今後医療・福祉に関連する課題の取り組みにおいて、

いっそう活用されていく可能性があることを述べておきたい。医療や各種の対人サービスの現場では、貧困や孤立などさまざまな社会問題について、目の前の人々の直面する生々しい課題が経験されていることであろう。実践志向研究（アクション・リサーチ）は、取り組みをすすめるという人々が、「研究」をその中に組み込んでいくということでもある。すでに多くの取り組みは何らかの仕

方で「調査・研究」に取り組んでいるのではないかとも思うが、このような考え方が学術の分野でも議論されていることを、「非営利・協同総研いのちとくらし」の関係者の方にも知っていただきたいと思い、小文をしたためた。

（まつだ りょうぞう、立命館大学・産業社会学部教授）

注

注1) 実践志向共同研究（アクション・リサーチ）の一般的な説明としては、Ernest T. Stringer (2012) アクション・リサーチ（フィリア）が有用であろう。特に、地域社会において実践をすすめる参加型アクションリサーチについては、武田丈（2015）参加型アクションリサーチ（CBPR）の理論と実践：社会変革のための研究方法論（世界思想社）、がある。具体的な領域での説明として、以下のようなものがある。佐野正之（2000）アクション・リサーチのすすめ：新しい英語授業研究（大修館書店）、アリソン・モートン＝ターバー（2005）ヘルスケアに活かすアクションリサーチ（医学書院）、CBPR研究会（2010）地域保健に活かすCBPR：コミュニティ参加型の活動・実践・パートナーシップ（医歯薬出版）、筒井真優美・江本りな・草柳浩子・川名るり（2010）研究と実践をつなぐアクションリサーチ入門：看護研究の新たなステージへ（ライフサポート社）、科学技術振興機構社会技術研究開発センター・秋山弘子（2015）高齢社会のアクションリサーチ：新たなコミュニティ創りをめざして（東京大学出版会）。

注2) 前掲、Stringer (2012)、9ページ。

注3) Lewin Kurt (1946) Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46.

注4) このプロジェクトの略称であるが、真理探究型の「研究」ではなく、「実践志向研究」あるいは「行動のための研究」であることをより明確に示す何らかの言葉を用いることができればと考えていたが、当時はなかなか思い浮かばなかった。今から考えると、単に「『支える医療』構築プロジェクト」という名称が、その実践的性質を示すのに良いようにも思われる。

注5) 「非営利・協同総研いのちとくらし」等の助成を受け、同研究会が母体となり実施した米国でのセイフティネット医療機関の調査について、高山一夫・松田亮三・石橋修編著（2016）『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』（非営利・協同総研いのちとくらし）を参照。

注6) 詳細は、「支える医療」共同研究プロジェクト（2016）「支える医療」共同研究プロジェクト報告書（未公刊）、に記載されている。

報告書等の発行一覧

詳細はウェブサイトの出版情報をご覧ください

視察報告書、翻訳

タイトル	著者名	発行日	備考
『「スウェーデン・福祉の国づくりを 探るツアー」報告書』	全日本民医連・総研い のちとくらし編	2006年3月1日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『「スペイン・ポルトガルの非営利・ 協同取材」報告書』	角頼保雄・坂根利幸・石 塚秀雄他	2006年3月1日	いのちとくらし別冊 No.2
『フランス 非営利・協同の医療機関・ 制度視察報告書』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2008年3月31日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『キューバ・メキシコ視察報告書—キ ューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全 訳付—』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2010年2月20日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『ドイツの非営利・協同の医療と脱原 発の地域電力事業視察報告書』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2013年3月31日	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『イタリアの非営利・協同の医療福祉 と社会サービスの視察報告書』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2014年6月14日	
『イギリスの医療・介護と社会的企業 視察報告書』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2016年6月15日	総研いのちとくらし ・全日本民医連・保 健医療研究所共催
『スペイン社会的経済概括報告書 (2000年)』(翻訳)	J.バレア、J.L.モンソ ン著 佐藤誠・石塚秀 雄訳	2005年4月15日	いのちとくらし別冊 No.1

ワーキンググループ報告書、ワーキングペーパー

タイトル	著者名	発行日	備考
『公私病院経営の分析—「小泉医療制 度構造改革」に抗し、医療の公共性を まもるために—』	医療経営比較ワーキン ググループ	2006年3月1日	ワーキンググループ 報告書 No.1
『地域の医療供給と公益性—自治体病 院の経営と役割』	地域医療再編と自治体 病院ワーキンググルー プ	2015年4月30日	ワーキンググループ 報告書
『Red Store、Yellow Store、Blue Store and Green Store:The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century』	Takashi SUGIMOTO (杉本貴志)	2006年11月8日	ワーキングペーパー No.1
『友愛社会とは何か—ヨーロッパから 学ぶ社会像』	富沢賢治	2010年3月1日	ワーキングペーパー No.2
『地域医療と自治体病院をめぐる住民 運動』2013/09 第一報	八田英之	2013年10月15日	ワーキングペーパー No.3
『東日本大震災からの復旧・復興事業 の取り組みと課題に関する研究—気仙 沼市の復興状況を事例として—』	小磯明	2015年3月31日	ワーキングペーパー No.4
『TPP・共済問題研究会報告要旨集 TPPと共済規制問題』	中川雄一郎	2016年8月31日	ワーキングペーパー No.5

宮崎県県北地域における子どもの社会的排除と「排除しないまちづくり」の取り組み

志賀 信夫

1. はじめに

本研究は地方都市におけるインクルーシブな地域づくりに関するものである。具体的には、宮崎県北部地域^①における反貧困の取り組みについて研究活動を行った。本研究では、当該地域の実践家と研究者が課題を共有し、ともにその解決法を模索していくという方法（いわゆる「アクション・リサーチ」）を採用した。実践家と研究者によって共有された課題に関する情報は、研究者によって言語化・整理が試みられ、さらに先行事例に関する情報整理とともにそれを実践家と地域に還元してきた。

この取り組みは、既存の社会資源がほとんどない地域におけるものであったため、他の先進的な地域における同様の取り組みと比較すると、他にはない新たな活動や先進的な実践を行っているわけではないかもしれない。また他の先進的な取り組みのなかでは、改めて理論化したり、その理論に基づいた実践の再検討を行わなくても、その取り組みの進捗に影響がないような事柄（小さな気付きや課題）に対して、ややしつこいと思われるほどのこだわりがあるかもしれない。それは、社会資源が非常に少ない地方都市においては、どのような細かな事柄であっても、その事柄が取り組みを大きく発展させるような契機を内在している可能性や、反対にその後の取り組みに致命傷を負わせてしまう可能性を含んでいるからである。都市部と異なり、地方都市における取り組みは、その一主体となる民間団体（任意団体やNPO法人）を構成する人びとの入れ替わり循環が相対的に少なく、一度や二度の問題の顕在化や取り組みに対するネガティブな評価が当該団体の継続可能性に直結するのである。石橋を叩いて渡るような反貧困の実践が必ずしも良いとは報告者も思っていない

いが、これは地方都市における実践の一つの特徴であり、まさにこのような特徴ゆえにいくつかの発見もあったことに鑑みれば、そこから当該地域に限らない他の地方都市の取り組みに対して示唆し得るものもあるのではないかと考えている。

本研究の知見の全てをこの報告書に全て記述することは頁数の関係上不可能なので、以下ではその概要を紹介し、最後に今後の課題および展望について記述することにした。

2. 本研究の成果とその概要

本研究の主な成果として2016年6月、志賀信夫・畠中亨編著『地方都市から子どもの貧困をなくす一市民・行政の今とこれから』（以下、『地方都市から』と略す）を旬報社より刊行した。

『地方都市から』は、学術書というよりは一般向けの書で

ある^②。本書は子どもの居場所づくりに取り組む任意団体「のびのびフリースペース」および「のびのびフリースペース」と協力・連帯しながら排除しないまちづくりを理念として掲げて生活困窮者支援を行っているNPO法人「結い」の両団体の諸活動のなかで得た知見や新たに発見した課題について記述したものである。報告者が当該地域での研究調査活動を開始した当初は、子どもの貧困に焦点化した取り組みに参加することはあまり考えていなかった。しかし、本書のタイトルにあ



るような「子どもの貧困」に着目するようになった理由は、宮崎県は母子世帯が全国的平均よりも高く、反貧困の取り組みや困窮者支援を行う上で避けて通るわけにはいかない問題であったという理由がある。母子世帯の割合の高さや母子世帯の母親の不利性については、『地方都市から』第3章において詳細に記述されている。

この『地方都市から』は、以下のような章構成になっている。

プロローグ	地方都市で始まった小さな動き
第Ⅰ部	子どもの貧困をなくす方法 事例編
第1章	子どもの貧困を考えるための典型例
第2章	子どもの「居場所」の必要性―「心の貧困」と「のびのびフリースペース」
第Ⅱ部	子どもの貧困をなくす取り組み 先行事例編
第3章	地方都市におけるひとり親世帯の現状と支援
第4章	総合的な支援体制による子どもの学習支援―北九州における実践例
第Ⅲ部	子どもの貧困をとらえる視点
第5章	宮崎県における社会的資源と排除しないまちづくり「結い」の取り組み
第6章	「貧困」をどうとらえるか
第7章	子どもの「居場所」づくりは非行を防ぐ？
第8章	子どもの貧困対策を見直す
エピローグ	外からみた地方都市の現状と課題

本書の特徴は、貧困のとらえ方を第6章において明らかにし、執筆者全員が基本的にこの前提から出発していることである。従来、貧困は所得の欠如という側面、すなわち経済的困窮の側面から理解されてきた。それに対して、本書は「(子どもが) well-being を追求する自由を欠如していること」であるという貧困理解に立っている。このような前提に立つ理由は、例えば経済的困窮という視点からのみ貧困を理解しようとする場合、低所得であることと well-being を追求するには所得が不足していることとの区別ができないからである。両者の区別は重要であり、政策および施策に対する評価はもとより民間の実践の効果測定の見点にも影響するのである³⁾。

以上のような貧困理解によって、第Ⅰ部で論じ

ているような虐待、孤食、ひきこもり、居場所の喪失、社会的排除の問題を貧困問題として語ることができると同時に⁴⁾、「居場所」の創出や学習支援等の民間における取り組みを貧困対策のなかにしっかりと位置づけることが可能となるのである。貧困対策における民間での取り組みの位置付けを明らかにできるということは、行政の取り組みとの役割分担を明確にすることができるということでもある。この点については、『地方都市から』のなかでは簡単な言及だけにとどまっているが、別稿(志賀 2017)において詳論した。

本書第Ⅱ部では、宮崎県におけるひとり親の現状と先進的な取り組み(宮崎市)、北九州市における先進的な取り組みについて紹介している。第Ⅲ部では、先にも言及したような貧困のとらえ方、宮崎県北部地域における行政と民間の社会資源との関係性、非行と貧困の関係性等が論じられている。そして最後に、子どもの貧困対策を社会政策的に検討し、市民の実践とどのように関係しているのかについての説明がなされている。

以上のように、現状分析や貧困のとらえ方だけにとどまらず、行政と市民の関係性や社会政策と市民の関係性まで、「子どもの貧困」を切り取るためのいくつかの視点を用意したのは、本書が一般向けの書であり、「①子どもの貧困に関心を持ち始めた方、②子どもと関わる仕事をしていて、子どもの貧困に関心のある方、③既に子どもの貧困をなくす取り組みをされている方」がそれぞれの関心にそってどの章からでも読むことができるようにするためである。

3. 『地方都市から子どもの貧困をなくす』刊行の影響と研究活動の発展

『地方都市から』刊行後、特に宮崎県北部地域において一定の反響があった。地元紙による紹介記事の掲載をはじめ、日向市市議外や日向市主催の福祉関係者研修会等でも紹介された。また、「この地域にそもそも貧困はないと思っていたので、ショックを受けた」という市民の声も多数寄せられた。もちろん、『地方都市から』は未完成な研究の途上で刊行したものであるため、学術的にみれば批判されるべき点は多くある。だが、「地方

都市にも貧困問題がある」という問題提起はできたのではないだろうか。

こうした経緯もあり、2016年7月には内閣交付金事業として発足した「日向市子どもの未来応援会議（子どもの貧困対策会議）」に、『地方都市から』の執筆者のうち、坂本毅啓（北九州市立大学）、日田剛（九州保健福祉大学）、片田正人（NPO法人「結い」）、喜多裕二（のびのびフリースペース）、志賀信夫（大谷大学）の5名が選任された（委員会は全18名）。

この「日向市子どもの未来応援会議」の取り組みに対して、本研究活動が与えた影響の1つとしては、子どもの貧困のとらえ方、行政施策形成の根拠や目標とすべき理念に関するものをあげることができる。

同委員会では、日向市として取り組むべき子どもの貧困の定義を「子どもの幸福（well-being）を追求する自由の欠如・権利の不全」とすることになった。なお、経済的困窮への対応が曖昧にならないように、「経済的困窮」への対応の重要性も明記することになっている。また、この定義から「子どもの幸福（well-being）を追求するための権利と自由の保障」という基本理念が導出されることとなり、これについてもやはり明記されることになっている。このような貧困の定義および貧困対策の基本理念の意義は、今後、日向市のホームページにおいても委員会議事録とともに掲載される予定である（2017年3月15日現在、第4回会議までの議事録がHP上に掲載されている）。

委員会における活動は、市民と行政の協働関係のもとで展開されているが、他にもNPO法人「結い」と「のびのびフリースペース」などのような市民的实践も活発化してきている。両団体は、困窮者支援にとどまらず地域に対する問題提起も積極的に行っており、2016年8月と2017年2月には「地方都市から子どもの貧困をなくす」と題したシンポジウムを延岡市にて開催した（主催：のびのびフリースペース、共催：NPO法人「結い」）。宮崎県北部地域において、貧困というテーマをめぐってこれだけ多くの市民が集うということは過去になかったようであり、市民の関心が徐々に高まってきていることが明らかになった。

4. 今後の研究活動の展望

宮崎県北部地域におけるインクルーシブな地域づくりや子どもの貧困対策の取り組みの非常に特徴的な点は、ひとつひとつの実践の意味や意義、課題に関して理論的な整理を逐一行っていることである。また、大人の貧困ではなく子どもの貧困に着目することによって置き去りにされてしまう点や、危惧されるネガティブな側面についても追究をこころみている。並行して、反貧困の実践や困窮者支援の現場から寄せられた課題を言語化し、整理し、再度現場に還元していくということも継続している。

今後はこれまでの研究をさらに深めながら、地域福祉の推進が社会福祉の抑制という結果を招来しないような取り組みの条件について理論的に整理していきたい。

注

- (1)ここでは、主に宮崎県日向市(人口約6万人)を活動拠点としているNPO法人「結い」と延岡市(人口約13万人)を活動拠点としている任意団体「のびのびフリースペース」に注目した。両団体の主な活動概要については後述する。
- (2)学術書ではなく一般向けの書にしたのは、地域への還元を第一に考えたからである。地方都市では、拙論(志賀 2016a)で指摘したように、相互扶助的で牧歌的な共同体がいまだに残存しており都市部よりも貧困や排除は緩和されていると思われるがちである。しかし、そのような共同体はすでにほとんど残っていない。確かに、都市部のように隣に住んでいる人の顔も知らないということは少ないが、顔を知っていることが相互扶助的な共同体の維持を保障するわけでもない。現実はずっと複雑であり、現在残っている共同体は相互扶助的要素が後景化し、かわりに監視の要素が前景化している。特にこの監視は「噂」によるものである。
- (3)この点は重要なので、わかりやすい説明を与えておきたい。ここでは、世帯所得が上がってもwell-beingを追求する自由は縮小してしまう可能性があるということの具体例を示しておこう。福祉の市場化が進展しそれにかかる費用が世帯所得の増加分を超えれば自由は縮小する。また例えば、大学や専門学校の学費の増加分が世帯所得増加分を超え

た場合にも、やはり自由は縮小するのである。ここで挙げた例は、経済的困窮という視点からの貧困対策としては、生じている否定的現実に対して肯定的な評価がくだされてしまうという矛盾を含んでいる。自由の欠如という貧困理解は、経済的困窮によってのみ貧困を捉え、貧困対策を行おうとする場合に生じるいくつかの不都合を回避することができる。逆のケースも想定できる。例えば、福祉・教育の社会化が進展し、貨幣を使用しなくても生活がある程度保障されるようになれば、世帯所得は変わらなくても自由は拡大している可能性があり得るのである。このとき、生活者からみれば、世帯所得は変わってなくても、家計は楽になったというあらわれ方をするのであろうと予測される。このような理論構成は、拙著(2016b)に詳細に論じた。

- (4) 世帯所得がいわゆる相対的貧困ラインや生活保護基準以上であっても、虐待は世帯内で子どもが排除されている状態であると考えられる。つまりこの場合、虐待されている子どもの well-being を追求する自由は制限されている状態である。子どもの孤食についても同様のことがいえる。日本の母子世帯の母親の就業率は世界的にみても高く、宮崎県の場合はそれよりもさらに高い。一方で、母子世帯の半数以上が経済的困窮状態にあるとみられている。母子世帯の母親の就業率の高さは、母子家庭の母親が経済的困窮を回避しようとしていることのあらわれであると推測できる。このとき、仮に経済的困窮を避けることができたとしても、母親の労働時間が長か

ったり、労働による疲労によって子どもと過ごす時間が剥奪され、孤食などの問題としてあらわれてしまうことも想定される。こうした場合、経済的困窮状態になくても、子どもの well-being を追求する自由が制限されてしまうことがあるだろう。

紹介文献、本研究から派生した研究成果物一覧

- 志賀信夫(2016a)「日本の地方都市における貧困と排除から考える社会政策的課題—母子世帯に注目して」全泓奎編『包摂都市を構想する—東アジアにおける実践』法律文化社、pp.44-53。
- 志賀信夫(2016b)『貧困理論の再検討—相対的貧困から社会的排除へ』法律文化社。
- 志賀信夫・島中亨編著(2016)『地方都市から子どもの貧困をなくす—市民・行政の今とこれから』旬報社。
- 志賀信夫(2017)「『投資』から『子どもの幸福』アプローチへ—子どもの貧困問題に取り組む」教育科学研究会編『教育』No.853、かもがわ出版、pp.90-93。
- 志賀信夫(2017)「住民参加による地域福祉の可能性」関西都市学編集委員会編『関西都市学研究』包摂型都市研究会、pp.1-8。
- 志賀信夫(2017)「『地域福祉の推進』と『個人の福祉向上』の関係性—宮崎県北部地域における実践に関する分析から」志賀信夫・坂本啓毅編著『地方都市におけるインクルーシブな地域づくり(先端的都市研究シリーズ11)』大阪市立大学都市研究プラザ、pp.2-18。

(しが のぶお、大谷大学助教)

特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—

高橋 幸裕

はじめに

介護問題として多く論じられていたことは介護職員の待遇改善、労働環境の改善、マンパワーの確保と定着、キャリアアップなどであった。他方、わが国の高齢者福祉政策では介護保険法が始まるまでは死を想定したものはなかった。これは介護職の養成も同様であって、介護職員初任者研修が始まる以前の訪問介護員養成研修や介護福祉士養成においてヒトの死については十分に学べているとは言えなかった。結果、「超高齢社会となった今日、世帯人員の縮小、核家族化、介護サービスのニーズが増大していく中で人生の最期をどこでどうやって迎えるのか」が本研究の構想をするにあたった契機である。

そこで「人口動態統計（第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移）」¹を見ると、我が国において人生の最期を迎える場所をみると2010年は病院が77.9%であり、自宅は12.6%であるのに対して老人ホーム（特別養護老人ホーム、以下、特養と表記）は3.5%であった。さらに特養は1995年に1.5%、2000年に1.9%、2005年に2.1%、2008年に2.1%、2009年に3.2%と増加傾向にある。

翻って2006年度から介護保険制度では特養において「看取り介護加算」が創設されてから10年が経過した現在、①看取りに対する対応がどのようになっているのか、②今後看取りを希望する利用

者の増加が予想される中でより満足度が高い支援を行うための課題を分析する必要があると考え、本調査を計画、実施することとした。

そのため、より現場目線の課題分析をするため、共同研究者²として介護現場の実態に精通した社会福祉士と介護福祉士を迎え、チームを編成することとした。

調査概要

（1）調査実施地域

以下の2つの地域で調査を行う。

- ①近畿地方（京都府）
- ②九州地方（大分県）

（2）調査対象者

特養において終末期介護を担当したことがある者。

- ①介護職（介護福祉士、訪問介護員2級・介護職員初任者研修、介護職の立場にある者等）
- ②福祉職（社会福祉士、介護支援専門員、生活相談員の立場にある者等）
- ③医療職（医師、看護師、薬剤師、作業療法士、理学療法士等）

（3）調査対象施設の選定方法

本研究は調査結果として普遍性が必要であると考え、異なる地方（近畿地方と九州地方）に設置

1 厚生労働省「人口動態統計年報 主要統計表(最新データ、年次推移)」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf>(2017年1月11日閲覧)

2 清水佐知子(社会福祉士：公益社団法人分県社会福祉士会)、都留新吾(介護福祉士：社会福祉法人九州キリスト教社会福祉事業団)

される特別養護老人ホームを調査対象として選定した。また、普遍性を得るために異なる特徴がある特養となるように心がけた。特に調査協力を依頼するに当たり、最初に研究メンバーが直接依頼できる特養にそれぞれ打診を行った。結果、いくつかの施設では本研究に対する協力が困難であるという回答を受けた。そこで研究チーム代表者である高橋幸裕が、公益財団法人介護労働安定センター京都支部・大分支部へ本研究の趣旨を説明したうえで協力できる可能性がある施設の照会を仰ぎ、利用者の看取りを実施している特養の聞き取り調査実施の承諾を得ることができた。なお、調査協力施設の選定は上記のように研究メンバー及び介護労働安定センターを介しての協力を得ているため、全ての対象地域の特養の中から選定することができておらず、趣旨と合致したところで調査を実施したことを付記しておく。

(4) 調査施設数と調査ケース数

京都府 2 施設

大分県 2 施設

合計 4 施設 (各施設 1 ケース、合計 4 ケース)

(5) 調査対象施設の特徴

①特別養護老人ホーム A (京都府)

行政、医療、介護、福祉、大学、専門職団体等により構成された京都地域包括ケア推進機構が行っている看取り対策プロジェクトの施設行動指針策定として選定された K 市内に所在する施設である。調査協力者全員がこのプロジェクトのワーキンググループとして参加しており、かつ作成された指針の基盤となっていることから、京都府内の看取りのモデル施設である。収容定員は 60 名である。

②特別養護老人ホーム B (京都府)

法人の母体がカトリック団体であることからキリスト教的相互愛の精神に理念を持ち、K 市の委託を受けて 1995 年に開設をした特養である。収容定員は 50 名である。同法人はデイサービスセンター、在宅介護支援センター、地域包括支援センターが併設されており、総合福祉施設として運営されている。

③特別養護老人ホーム C (大分県)

N 市の総合ケアセンターとして位置づけられて

おり、介護保険制度の全てに対応する施設、事業所を有した社会福祉法人が運営している特養である。同ホームの収容定員は 60 名である。調査協力先は 2015 年に厚生労働大臣の視察先ともなったこともあり、先駆的な運営や取組がなされている。

④特別養護老人ホーム D (大分県)

U 市に所在する社会福祉法人が運営している。収容定員は 50 名である。同法人は調査協力が得られた特養とは別に、地域密着型特別養護老人ホームやショートステイ、デイサービス、訪問介護事業、居宅介護支援事業も行っている総合的な施設運営をしている。ここでは終末期介護についての学習会を積極的にに行い、施設職員の研修に力を入れている。

(6) 調査方法

半構造化面接法による聞き取り調査 (インタビュー) を行う。

①人数: 近畿地方 (京都府)、九州地方 (大分県) で各 2 ケース合計 4 ケース (調査対象人数は 1 ケース 3 ~ 5 人程度、最大で合計 20 人程度とする。)

②実施形態: 原則 1 対 1、60 分を限度として半構造化面接法を用いて行う。

③調査実施の準備: 調査の趣旨と依頼文、調査の同意に関する書類を作成する。

④実施方法: 調査実施前に再度趣旨と倫理的配慮、遵守事項等を説明し、調査協力者には承諾書を書いてもらう。記録は調査協力者の許諾を得た上で音声録音する。

(7) 質問項目

以下の内容について質問項目案として設定する。

①担当したケースの概要について (利用者の性別、年齢、既往歴、亡くなるまでの年数、ケアにかかわった専門職等) ※倫理的配慮として、法人・個人が特定されない範囲とする。

②特養で働く職員は自らの専門性はどのように認識しているのか

③情報交換や目的の共有方法とはどのような方法か

④目的を共有する際に重点を置いた事柄とは何か

⑤専門性の違いからくる違いをどのようにして対応していたのか

⑥チームを構成して感じた課題とはどのようなこ

とか

- ⑦チームとしての反省点、改善点
- ⑧その他

(8) 分析方法

以下の方法で分析を行う。

- ①データ処理方法：得られたデータを文字化したうえで、テキストマイニング法にて処理する。加

工されたデータをKJ法にて分類した。分類したデータを用いて活動内容の範囲、連携をするための課題を中心に考察を行う。

- ②要因分析：支援内容をキーワードごとに整理し、各専門職が考える内容について検討する。そこで共通する要因を検討する。

- ③①②について研究チームがそれぞれの視点に立って、課題分析を行う。

調査結果

(表1) 調査実施一覧

	性別	年齢	取得資格	現場経験年数	看取り担当 総件数	調査日	調査地域	備考
1	女性	31	社会福祉士 介護福祉士	9年5か月	2	9月8日	大分県N市	
2	女性	46	看護師	6年1か月	50	9月8日	大分県N市	
3	女性	62	看護師	9年10か月	105	9月14日	京都府K市	
4	男性	35	社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員	12年5か月	105	9月14日	京都府K市	
5	女性	34	社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員	10年9か月	105	9月14日		
6	男性	46	介護福祉士	12年10か月	100以上	9月22日	京都府K市	
7	女性	32	介護福祉士	11年6か月	不明	9月22日	京都府K市	不明：「数が多すぎて把握できていない」
8	女性	52	介護福祉士 介護支援専門員	15年5か月	不明	9月23日	京都府K市	不明：「3分の2以上」
9	女性	48	看護師	4年6か月	不明	9月23日	京都府K市	不明：「数えきれないほどたくさん」
10	女性	54	介護支援専門員 歯科衛生士	2年	15	9月24日	大分県N市	
11	女性	38	介護福祉士	14年5か月	5	9月24日	大分県N市	
12	女性	60	介護福祉士	13年4か月	1	12月16日	大分県U市	
13	女性	31	介護福祉士 介護支援専門員	10年7か月	5	12月16日	大分県U市	
14	女性	27	看護師	2年4か月	5	12月16日	大分県U市	

※すべての調査は2015年に実施している。

考察

1. チーム内における関係性

今回の調査では、各施設がこれまで看取りを希望した利用者の事例のうち最も支援が上手くいったと考えられるものを紹介してもらい、要因分析を行った。テキストマイニング法を用いて分析し

た結果、それぞれの言葉の関係性が明らかになった。以下の図1は調査協力者の発言に基づいて視覚化したものである。これを想起ネットワーク図という。

想起ネットワーク図の見方は出現回数が多い語は円が大きく表現され、想起関係が強い語同士はより太い線で結ばれていることでその関係性が分

いる。これは家族関係にあることにより家族と利用者の関係性が深いことを示している。

②専門職である介護職、福祉職、医療職を見ると太い線でつながっている。これは専門職間において特養内で連携がなされていることを示している。

③①と②の関係性は点線でそれぞれが結びついているが、両者（家族・利用者と専門職）の関係性が薄いことを示したのではない。すなわち②にあるように専門職が1つのチームとして組織し行動しているため、状況に応じて家族・利用者に関わっているからである。

3. チーム全体として円滑な終末期介護を実現するための要素とは何か

今回明らかとなったチーム全体として終末期介護を実現するための要素は、以下の点が挙げられる。

①自らの職種に対する専門性と課せられた役割を知ること。

自らの仕事の特徴と専門性を熟知することが、職務を全うする前提条件となる。そのため、どのような仕事があり役割を果たさなければならないのかを理解しておくことは、円滑なケアを提供するための基盤となる。

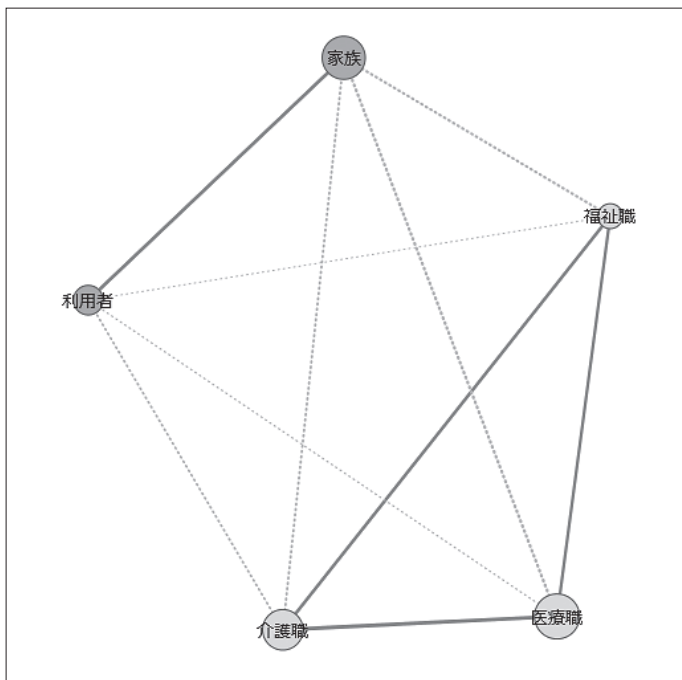
②チームとして参加する他の専門職の専門性と与えられた役割を知る、理解する、認め合う、相互理解（異なる専門職との専門性を乗り越える）をすること。

介護現場ではチームとして利用者を支援することが一般的となりつつあり、より効果的なサービスを提供するためには相互理解をする必要がある。すなわち、①で述べた以外にチームとして構成される専門職がどのような能力や役割を有しているのかを把握することはより質の高いサービスとなると同時に、職種間の支援に関する齟齬をなくす要因となる。

③様々な方法で情報共有をすること。

情報共有は利用者の心身の状態を把握するため

図2 利用者・家族と専門職の関係性



にも必要なものである。従来の情報共有の方法とはノートに記録をつけ、引き継ぎ時に口頭での申し送りが併せて行われていた。今回の調査では全ての専門職が情報共有をするための工夫がなされていた。例えば、職種（介護日誌、看護日誌等）ごとに分かれている日誌の場合は必要事項を反映させた形で記載すること、ICT（情報通信技術）を活用して必要情報を追記できるシステムを利用するなど複数の手段を用いて全ての専門職が情報の把握漏れを防いでいた。

④チームに参加するメンバー内でケアの調整をすること。

時として利用者の支援に対する考え方が専門職間でぶつかり合うこともある。例えば、食事に関する考え方では栄養士は口からの摂取によりQOL（生活の質）が向上すると考える一方で、看護師は口から摂取することで誤嚥性肺炎を発症してしまうリスクを減らし、健康状態の維持増進を図るという場合である。こういったことを如何にして調整をするかということが課題となる。今回の調査結果から社会福祉士が利用者・家族のニーズを受ける役割から対応の調整役を引き受けていた。

⑤①～④に関してチームとして円滑な終末期介護をするための課題

上記の①～④が円滑な終末期介護とするための要素を抽出することができたが、さらに良い実践とするにはいくつかの課題を指摘することができる。それは2つある。1つ目は他の専門職に対して自らの専門性を理解してもらうよう働きかけることである。今回の調査結果からは他の専門職に対して自らの専門性について理解を促すことを確認することができなかった。これは自らの専門性と他の専門性を理解するという点において受け身の姿勢であることから、より相互理解を深めるためにも他の専門職に理解を促すことが必要である。もう1つが、チーム全体として特性を把握することである。それは利用者ごとに対応する専門職の構成はどれも同じではないためである。利用者のニーズに即したチームをより効果的に支援を展開するためにも、構成される専門職の長所と短所を把握することが質の高い終末期介護の実現にもつながる。

4. 各職種における役割と課題

(1) 介護職

今回の調査結果において介護職の役割とは、他の専門職に対する基礎的情報（一次情報）の提供と共有をすることである。介護職は特養において最も長時間かつ緊密に利用者と接する立場にあり、チームケアを中心とした介護サービスの提供をする中において基礎的情報を収集する介護職は他の専門職との結節点にある。そのため、介護職は終末期介護を展開する上で基礎的情報を提供する立場として位置づけられる。

他方、介護職が有する課題もある。それは①日常生活と終末期への緩やかな移行から死を迎えられる体制づくり（専門職間の情報共有と環境づくり）を進めていくこと、②日常的なケアからどのようなニーズを気づいていけるのか、それをどのようにチーム内に活用するのかがである。

(2) 福祉職

福祉職の役割として、円滑な終末期介護を展開する上で果たしていることは、チーム内における情報の伝達と調整をすることであった。職種ごと

に見ると、社会福祉士の場合は利用者・家族に対する相談業務である。介護支援専門員はニーズに基づいたケアプランの作成である。すなわち、前者は情報の収集と専門職間の支援方法の調整、後者は得られた情報に基づいた情報の具現化である。その結果として、福祉職という枠組みにおいて果たしている役割とは異なる専門職が機能的に支援することができるように情報の整理と方針を作ることである。従って、利用者・家族が最も望ましい形の終末期介護を受けるための専門的知見を調整することが役割として位置づけられている。

福祉職として求められる役割を果たす上で求められる課題とは①利用者・家族が抱える問題点をできる限り引き出し遠慮・配慮といった点を解消する方向性を志向すること、②利用者・家族、チームが抱える心の負担や辛さを軽減することに意識を払っていくこと、③利用者・家族が抱える課題に対応するためにチーム内で異なる専門性に基づいた支援方法の調整を行うことである。

(3) 医療職³

医療職が担っている役割は2点明らかになった。それは①健康問題に関することについての意見調整を行うこと、②専門用語をわかりやすく話して共有することである。

前者は介護職や福祉職とは異なり、医療の側面から健康についてアプローチすることを重視している点である。終末期にある利用者は医療依存度が高い場合が多いこともあり、医療職は健康状態をできるだけ安定させることを目的としていることが背景にある。同時に、医療職は往診に来る医師と利用者をつなげて日々の健康状態や変化を伝える役割もあることから、医療面での対応の調整役となっている。

後者は医療に関する専門用語を用いることが多いことから、その他の専門職にも理解できるような言葉を用いることが求められる。その背景には看護師は戦後以降医療の高度化に合わせて専門性を高めている一方で、介護職と福祉職においては生活支援の側面からのアプローチで専門性を有していることから、医療職として用いる言葉をすぐに理解することが難しいからである。すなわち、

3 看護師のみ。栄養士は1名のみの調査協力が得られなかったため除外。

職種（専門性）の違いを超えなければ情報共有が困難となり、円滑な終末期介護を実現することができないことを意味する。

そして、特養の医療職における課題とは①介護職や福祉職との専門性、専門用語、職業文化の違いをどのようにして乗り越えて共有していくのか、②生活支援と医療という異なる視点をいかにして利用者・家族が求める形で対応していくのかである。

5. 総括

今回の聞き取り調査では栄養士が1人のみであり、かつ医師への聞き取りと調査ができなかったこともあり、より多面的なデータを得ることができなかった。しかし、介護職が利用者の日常的变化といった基礎的情報を得ながら、福祉職は利用者・家族の要望を踏まえつつチームとしての調整役を担い、そして看護職は健康管理の役割を担いながらも専門性の違いを乗り越えようとしていることが明らかとなった。この研究成果を応用しやすいようにしていくことだけでなく、今回データが得ることができなかった医師等の職種も含めた分析をすることが必要である。

翻って、より円滑な終末期介護を実践していくためには、いくつかの可能性も残されていることを指摘しておかなければならない。今回の調査結果を通じて以下の2点は、別の調査の機会が得られればその有効性について確認しておきたいこととして記しておく。

①既に述べたように、異なる専門職に対して自らの専門性を理解してもらうよう働きかけることである。情報と課題の共有をするにはできる限り分かりやすい言葉でやり取りをしなければならぬことが明らかとなったが、あくまでも相手に対して理解を示すという視点であった。すなわち、自らの専門性について理解を促す働きかけの視点があれば、より効果的な支援（質の高い、満足度の高いサービスの提供）ができるのではないだろうか。

②チームの活動は様々なことが同時に進行して

行われていることから、隙間の勤務時間を使って専門職種で意思疎通を行うことの意義である。つまり、隙間の時間や会話をする際に意識的なやり取りをすることによって、異なる役割と専門性を結びつけること（連携を深めていくこと）が可能となるのではないかと。

以上の2点は今後増えつつある特養における終末期介護において、より質の高いものを提供できる要素となりうるのではないかと考えている。そうした観点を含めながら特養で看取りを希望する利用者に対してどのような形で支援していくかという課題を検討する必要もある。

最後に、今回の調査ではチームケア、とりわけ終末期介護というヒトの死について関わる難しさを調査協力者のインタビューを通じて感じる事ができた。特養、在宅を問わず介護現場では人手不足に伴ってマンパワーの有効活用が求められている。本調査研究がより無駄のない活動の一助となり、利用者・家族のみならず、介護現場に携わるすべての専門職にとって有益な成果となることを願っている。

謝辞

今回の調査は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より研究助成をしていただいただけでなく、京都・大分の特養関係者の皆様並びに四宮伊智郎公益財団法人介護労働安定センター京都支部長様、大坪佳子同大分支部長様、そして終末期介護の事例についてお話しをしていただいた特別養護老人ホームA、B、C、Dの皆様、研究代表者としてこの場をお借りして深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

※HPに研究報告書全文（PDFファイル）を掲載しています

・高橋幸裕研究室

<http://www.kaigoroudou.com/index.html>

（たかはし ゆきひろ、尚美学園大学総合政策学部専任講師）

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、時井聡『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・イエムト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)

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一」(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

● 「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)『いのちとくらし研究所報』56号

● 概要報告「乳産婦・幼児期の子どもをもつ母親の食生活に対する意識に関する研究—東日本大震災前後、及び地域比較—」(吉井美奈子)『いのちとくらし研究所報』57号

岩手の地域医療と財政

井上 博夫

1. 県立病院を中心とした地域医療展開をしている岩手県の財政構造・状況とその評価

岩手県では県立病院を全国的にみても非常に多数設置していて、基幹病院だけではなく地域医療についてもかなりの程度を担ってきている、そのことが岩手について調査をされる関心だろうと思います。また岩手でそれだけ多くの県立病院を抱えて、財政的に大丈夫なのか、どうやってその財政は賄われているのか、そうした問題意識もあるだろうと思います。さて資料ですが、私は基本的には、オープンにされている統計資料類をもとにして整理していますのでご覧ください。

(1) 岩手における公立病院と県立病院の役割の特徴

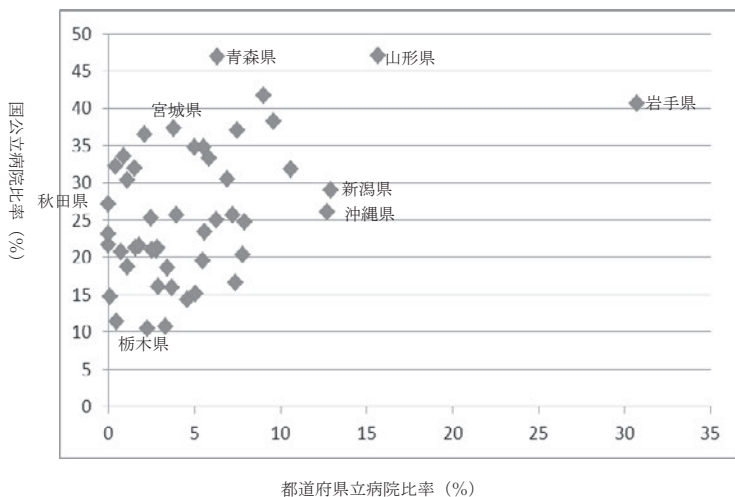
図表 1—1 は、各都道府県の病院数に占める公

立病院の割合を散布図にしたもので、横軸が都道府県立病院比率、縦軸が国公立病院の比率です。縦軸では、民間病院と公立病院との役割分担の低い・高いがわかって、横軸では、そのなかでもとくに都道府県の役割を見ていることになります。こうして見ると、岩手県が他県とはとび離れたところにあることがわかります。まず、岩手の他には山形、青森、宮城も上に位置しており、東北地方の各県は、民間より多いわけではないですが、国公立病院の割合が相対的に高いということになっています。

岩手県は、県立が非常に大きな比率を占めるのが特徴になっています。多くの都道府県の場合には、県立病院はごく少数で数病院というところが多く、なかには都道府県で一つとか、あるいはせいぜい二次医療圏に一つあるという程度です。基幹的な病院は主に都道府県立病院が担い、各地域については公立病院でも市町村立、あるいは国保病院が担うというのが多い。しかし岩手県の場合は、むしろ、そっくりまとめてと言ってもいいぐらい、県立がやっていることになります。そうすると地域医療についての役割分担、何を県が担い、市町村が何を担うのかと、そういう論点が出てきます。岩手県のなかでもそういう議論はあったと思います。

役割分担については、二つの意見があります。一つの考え方は、県は主として高度医療を提供する基幹的な病院を担当し、地域医療はむしろ市町村の病院というものです。この考え方からすると、岩手は普通ではないという捉

図表 1—1 都道府県別の公立病院比率 (2010年10月1日現在)



(出所) 厚生労働省「医療施設調査」より作成。

え方になります。県立病院のなかからも「普通の県立病院」になりたいという意向もあって、その場合には再編・統合を進めたほうが良いという議論につながっていきます。それから市町村立病院の医療従事者のなかからも、医療だけではなく医療と介護が連携をしなければいけない、地域の健康全体について責任をもつ関与をしていくためには県立病院より市町村のほうが良いという意見もあると思います。そもそも県立病院の場合は医療のことしか考えておらず、地域全体の福祉や健康とどう関わっていくかということまで関与してこない傾向があるという批判もありました。

例えば沢内村（現西和賀町）ですが、沢内の医療は自分たちの村立病院をもって、そこが保健活動などと一緒になってやったから出来た、という意見があります。また、一関市と合併した旧藤沢町の場合、藤沢町民病院が藤沢町の病院としてつくられて、それも一度廃止されてから再建という形でつくられたのですが、その時に病院だけではなく福祉関係の施設もすべて町営でワンセットに揃えました。そのことによって、一面ではずいぶん負担が大きいのではないかという声もありましたが、中身を見るとむしろ経営上も黒字になっていて、地域の人にとっても医療と介護・福祉の切れ目がないという点で、町立によって医療と福祉の連携がうまくいっていると言われていました。確かに市町村が福祉の主体で県が医療の主体と分かれているのはよくないという意見があるというのも事実です。

ただし、もう一つの考え方で、財政や人材確保を考慮すると、医療を個々の市町村が担当するのは困難だから県がやる、あるいは県の関与をもっと強めていく必要があるという意見もあります。岩手県の場合は、各地にあった厚生連の病院と国保連の病院を1950年に県立に移管し、県が全県にわたる医療を担当してきました。また、他県の市町村には国保病院を単独で維持し続けるのが困難なところもあって、二つめの考え方に移行しつつあるところもあるという、そんな状況だと思います。例えば県と市町村とで一部事務組合をつくって設立する島根県の隠岐病院の場合、従来は市町村でやっていたものを県が積極的に関与していくことによって、地域医療を維持することになって

います。

私の意見としては、やはり医療を考えた時に市町村の圏域よりももう少し広い圏域でカバーをして、そして医師確保や看護師さん等その他の医療スタッフの確保にもあたる、県の責任をもっと広げて、しかし県は医療だけやるのではなく、それぞれの病院が市町村や保健所、地域とのつながりをもっていくのだという方向が現実的かなと考えているところです。

その点で現在の岩手県が、どこに軸足を置いているのが論点になります（図表1—2、省略）。「地方公営企業年鑑」から震災の影響のない2010年度の統計をみると、岩手県は病院総数95、そのうち都道府県立23、市町村立8です。この8のなかには、国保の病院も含まれます。東北の他県で見ても、青森県が都道府県立5に対して市町村立26、宮城県が4対29と、岩手と逆転している関係が確かに見られます。そういう意味で、全国でもっとも県立病院の多い県になっています。それから岩手では医療法人立もそれほど多くないというのも特徴です。戦後、岩手県立病院ができていった時につくられた創業の精神「県下にあまねく医療の均てんを」を理念にして、岩手県が医療施設を引き受けていった、そういうことです。

（2）岩手県財政の構造と地域医療

岩手と東北各県の財政構造を見ます。図表1—3は都道府県目的別歳出額（2010年度決算）です。古いデータだと思うかもしれませんが、2011年度以降は東日本大震災の影響で非常事態になっていて、通常とは全く違う財政構造になっており、他との比較ができなくなるので、以後も基本は震災直前の2010年度の数値を示すようにしています。

これは目的別の歳出額を県民一人あたりに直したものです。県民一人一人に対して各費目にいくら充てていくかで各県の比較をしました。

まず歳出総額を見ると、東北6県のなかでは宮城県が一番少なくなっていて、全国平均よりも小さいです。これは政令市である仙台市が抜けていることもありますし、一般的に面積と人口密度をもって地方交付税が入ってくるので、地方圏の方が人口過疎などから一人あたりに直せば歳出額は大きくなる、そういう傾向があります。そのご多

図表1—3 都道府県目的別歳出額（2010年度決算、一人あたり、円）

	歳出総額	議会費	総務費	民生費	衛生費	労働費	農林水産業費	商工費	土木費	警察費	教育費	災害復旧費	公債費	その他
青森県	517,466	785	48,383	67,553	20,104	9,172	44,457	43,251	53,710	22,211	108,658	717	87,333	11,132
岩手県	511,733	958	25,734	61,726	37,945	10,329	40,207	52,090	49,265	20,745	110,432	1,169	90,179	10,953
宮城県	350,951	693	23,105	46,641	11,380	5,662	22,527	45,656	30,599	20,157	87,738	750	41,458	14,585
秋田県	585,547	1,019	40,684	65,925	23,998	7,273	51,731	96,128	63,100	22,801	109,084	1,830	90,045	11,929
山形県	493,273	876	41,692	59,949	19,021	13,532	26,305	60,162	56,728	22,595	102,536	358	78,589	10,931
福島県	402,805	671	28,984	51,958	13,716	6,666	25,955	36,492	44,238	21,472	100,034	259	61,262	11,098
全国	386,120	592	30,263	50,497	13,492	5,411	18,595	34,578	44,996	25,316	85,879	685	53,586	22,231

（出所）総務省「地方財政統計年報」より作成。

図表1—4 都道府県歳入額（2010年度決算、一人あたり、円）

	歳入総額	地方税	地方譲与税	地方交付税		使用料・手数料	国庫支出金	繰入金	繰越金	諸収入	地方債	その他	
				普通	特別								
青森県	528,631	97,809	13,200	156,714	153,937	2,776	5,535	87,110	23,053	5,645	48,864	83,122	7,579
岩手県	543,626	85,343	14,453	169,184	165,932	3,252	3,542	78,881	19,547	11,824	66,507	87,962	6,383
宮城県	367,649	102,098	12,423	77,298	75,998	1,300	4,193	44,635	10,102	6,414	46,487	54,972	9,026
秋田県	594,666	82,109	14,317	176,690	173,532	3,158	6,088	73,557	24,847	6,573	110,255	93,335	6,897
山形県	502,638	85,407	14,506	155,858	153,740	2,118	4,141	61,786	20,726	6,766	67,387	80,535	5,527
福島県	418,433	95,469	13,688	107,375	105,793	1,582	4,947	60,485	16,476	4,253	45,031	63,916	6,795
全国	394,042	125,394	12,540	68,996	67,859	1,137	5,211	49,215	18,239	5,512	41,416	61,467	6,051

（出所）総務省「地方財政統計年報」より作成。

分にもれず、岩手県の歳出総額は全国平均に比べれば、一人あたりにして10数万円多くなっています。なかでもどこが多いかというと、この調査と関わりの深い衛生費が目につきます。

医療関係は衛生費のなかに含まれるので、衛生費を見てみると、岩手県は一人あたり37,945円で、全国平均13,492円の3倍弱あります。東北の各県と比較しても、もっとも大きくて1万円以上も一人あたりの衛生費が高いです。その多額の歳出をどうやって歳入面で支えているのかというのが、下の表になります。

図表1—4、これは一人あたりで見た都道府県歳入額です。歳入総額は大体歳出総額と対応する関係になっているので、岩手は全国平均よりも多くの歳入があって、それで歳出を賄っています。

内訳を見ると、一番大きな収入は地方交付税です。岩手県は一人あたり169,184円なので、全国平均68,996円に比べれば10万円ほど多く交付税が入ってきています。他方で、地方税は全国平均よりも低く、その地方税の少なさを埋める以上に地方交付税の金額は大きいことになります。したがって地方圏におしなべて言えますが、岩手県の場合も、地方交付税が非常に大きな意味をもってい

るということです。

地方交付税を普通交付税と特別交付税に分けると、普通交付税は、基本は人口や面積などで求めるものです。それに対して特別交付税は、特別の事情に応じて配分されるということになります。医療関係、病院事業に対する繰入金は、この特別交付税で措置される部分が大きいです。実際、岩手県の場合、特別交付税が他県よりも大きいです。普通交付税も細かく見ると、基準財政需要額の算定をする際に補正係数を用いるのですが、補正をする時に病院数などをいろいろ入れるため、病院関係の事業が大きいのところについては普通交付税の算定額も大きくなるということが表れているかと思います。

さて、全体の歳出でいうと、衛生費が岩手は多いということだったので、衛生費の内訳を見てみましょう。まず図表1—5 都道府県目的別歳出額の一人あたりの推移を見ると、被災三県では2011年度に大きく増加しています。とりわけ福島県が2011年度以降、飛びはねて大きくなります。がれきの処理費は衛生費ではなく民生費に入れているので、それ以外の災害時の衛生費で増えたということになります。福島県の場合には、そうすると、

図表1—5 都道府県目的別歳出額の推移（一人あたり、円）

	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度	
	歳出総額	衛生費	歳出総額	衛生費	歳出総額	衛生費	歳出総額	衛生費	歳出総額	衛生費
青森県	517,466	20,104	547,704	27,872	512,894	18,690	524,032	21,963	502,730	17,450
岩手県	511,733	37,945	937,341	80,055	843,713	48,684	804,379	46,561	743,582	40,180
宮城県	350,951	11,380	777,888	55,805	793,745	26,868	660,438	23,654	555,578	20,268
秋田県	585,547	23,998	596,433	28,157	566,081	16,575	589,175	26,364	583,362	17,625
山形県	493,273	19,021	513,214	22,082	497,725	17,829	509,953	20,798	493,913	21,261
福島県	402,805	13,716	1,095,803	236,748	791,877	132,105	906,054	28,555	966,797	29,765
全国	386,120	13,492	401,548	20,059	390,668	15,147	389,902	13,518	390,970	13,029

（出所）総務省「都道府県決算状況調」各年度版、住民基本台帳人口より作成。

（注）病院事業会計、公立大学付属病院事業会計への繰り出しは、「公衆衛生費」に含まれる。

放射性物質の拡散にともなう健康調査などかと思えます。

さらに衛生費の内容を見たのが、図表1—6衛生費の内訳（p.48）です。これを見ると2011年の震災以降に増えているのは環境衛生費で、公衆衛生費はほとんど変化がないのがわかります。通常の医療関係の経費は公衆衛生費に入るので、そこはあまり変わらないのです。それを確認しておいて、この公衆衛生費の中身を見ていくということが次の課題です。

2010年度の公衆衛生費を見ると、先ほど話したとおり岩手県が飛び抜けて多い（28,786円）ことがわかります。衛生費がどの費目で多いのかを横に見ると、結核対策費から医薬費に至るまで、その他の費目は決して多くはないのです。したがって、岩手県が多いのはほとんど公衆衛生費です。

最初に病院数を見ましたが、他県は都道府県立が少なく市町村立が多い、岩手だけ県立が多いということでした。ですから市町村を合わせて考えるとまた違った姿が見えてくるかもしれないと思ひ、市町村目的別歳出額を見たのが図1—7（p.49）です。岩手県は、市町村の衛生費がとりわけ大きくはなく、そのなかでも保健衛生費は東北の他県に比べてむしろ少ない方なのです。

そこで保健衛生費の金額と内容を都道府県と市町村をあわせて検討してみる必要がありますが、両者を合計しても、岩手の地方財政において医療関係支出が多いという事実に変わりありません。

次いで図表1—8は、都道府県公衆衛生費の性質別内訳です。性質別内訳とは、公衆衛生費を実際にどういう使い方をしているのかというものです。

岩手県の公衆衛生費の歳出合計額は387億1,800

万円です。この約387億円の内訳で一番多いのが「補助費等」201億円、補助費等のうち「市町村に対するもの」はごくわずかで「その他に対するもの」が197億円と大半を占めています。「補助費等」の次に多いのが「貸付金」143億円です。市町村に対する貸付金はないので、貸付金の全額が「その他に対するもの」ということになります。そこで、岩手県の場合、市町村以外の「その他に対する補助金等」と「その他に対する貸付金」、この2つの支出が公衆衛生費全体の89%を占めています（2010年度）。

一方、全国の場合には「公衆衛生費」8,741億円のうち、「補助費等」4,237億円、「貸付金」449億円を合わせて4,686億円と全体の54%です。だから岩手県の「公衆衛生費」が大きいのはこの「補助費等」「貸付金」が多いためで、他県と全然違うことになっているのです。

これらの「その他に対するもの」とは、具体的には病院事業会計に対する支出です。公衆衛生費の財源内訳を図表1—8の下の方に載せておきました。

岩手の場合、「補助金等」「貸付金」が他県より大きいけれども、その大部分は「一般財源等」と「諸収入」で賄われており、二つの財源は合計で360億円あり、財源全体の93%にのびります。そのうち「諸収入」は、歳出である「貸付金」の元利償還金などの形で入ってくるため支出と収入が見合いになる部分が多いと思われるので、財源の大半は「一般財源等」によって充てられていることになります。なお、全国の場合は「諸収入」347億円と「一般財源等」5,335億円で、財源の65%です。

図表1—6 都道府県目的別歳出額：衛生費の内訳（一人あたり、円）

2014年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	17,450	6,141	44	404	7,216	0	1,812	1,832
岩手県	40,180	26,528	22	701	5,869	0	917	6,143
宮城県	20,268	4,497	9	405	6,703	432	855	7,368
秋田県	17,625	5,692	45	108	4,690	448	956	5,686
山形県	21,261	11,654	32	298	2,301	585	1,502	4,889
福島県	29,765	5,035	22	389	5,609	3,362	1,104	14,244
全国	13,029	5,855	33	416	2,195	483	814	3,233

2013年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	21,963	6,890	52	437	8,492	0	1,204	4,888
岩手県	46,561	27,382	22	692	9,833	0	866	7,766
宮城県	23,654	4,639	11	377	7,993	443	840	9,351
秋田県	26,364	6,560	68	0	4,908	344	955	13,529
山形県	20,798	10,756	26	355	2,337	846	1,365	5,112
福島県	28,555	6,765	25	370	9,358	339	1,034	10,664
全国	13,518	6,010	35	474	2,260	521	781	3,438

2012年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	18,690	6,275	48	391	8,886	0	1,101	1,989
岩手県	48,684	28,969	18	707	8,094	0	923	9,974
宮城県	26,868	5,147	11	0	8,840	620	870	11,380
秋田県	16,575	3,221	44	113	3,153	312	962	8,770
山形県	17,829	9,061	19	388	2,460	440	1,326	4,135
福島県	132,105	7,686	23	362	102,045	333	1,058	20,598
全国	15,147	6,305	62	476	3,719	460	817	3,309

2011年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	27,872	9,501	50	638	14,431	0	1,237	2,014
岩手県	80,055	28,432	17	666	21,148	0	915	28,877
宮城県	55,805	5,720	9	301	21,814	499	858	26,604
秋田県	28,157	7,743	41	206	9,768	326	1,000	9,073
山形県	22,082	9,735	24	434	2,583	541	1,350	7,415
福島県	236,748	8,742	19	351	154,003	336	1,086	72,211
全国	20,059	7,071	83	528	5,250	475	843	5,809

2010年度

	衛生費	1公衆衛生費	2結核対策費	3精神衛生費	4環境衛生費	5清掃費	6保健所費	7医薬費
青森県	20,104	7,226	53	819	9,743	0	1,156	1,106
岩手県	37,945	28,786	20	397	5,137	0	943	2,663
宮城県	11,380	4,909	13	185	2,143	404	845	2,879
秋田県	23,998	7,637	44	210	2,456	334	1,107	12,209
山形県	19,021	10,013	25	285	2,423	465	1,331	4,479
福島県	13,716	8,371	24	204	1,825	313	1,091	1,887
全国	13,492	6,880	93	520	2,380	394	851	2,375

（出所）総務省「都道府県決算状況調」各年度版、住民基本台帳人口より作成。

図表1-7 市町村目的別歳出額（2010年度、都道府県別、一人あたり、円）

	歳出合計	衛生費	1保健衛生費	2結核対策費	3保健所費	4清掃費
青森県	509,235	53,328	26,842	109	270	26,106
岩手県	498,681	47,098	19,119	73	443	27,463
宮城県	413,826	37,202	20,530	174	899	15,599
秋田県	524,136	43,380	20,938	122	790	21,531
山形県	456,130	41,617	22,667	135	0	18,815
福島県	423,787	35,392	17,175	73	406	17,738
全国	422,107	37,818	16,857	122	836	20,003

（出所）総務省「地方財政統計年報」、住民基本台帳人口より作成。

図表1-8 都道府県公衆衛生費性質別内訳（2010年度地方財政状況調査、百万円）

	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	合計(全国)
人件費	1	614	313	546	697	804	38,265
物件費	179	485	350	353	188	236	32,402
維持補修費	0	6	0	0	0	5	366
扶助費	1,556	1,506	2,928	1,320	1,414	2,254	188,582
補助費等	5,821	20,129	5,627	4,944	8,365	6,752	423,743
市町村に対するもの	1,183	409	920	528	428	618	78,671
その他に対するもの	4,127	19,719	4,697	4,343	7,818	6,057	330,294
普通建設事業費	878	421	0	161	83	193	21,194
積立金	1,421	1,256	2,218	1,141	1,037	2,006	115,655
投資及び出資金	0	0	0	0	0	0	8,036
貸付金	300	14,300	0	0	0	4,926	44,881
うち市町村に対するもの	0	0	0	0	0	0	971
繰出金	0	0	0	0	0	0	992
歳出合計	10,156	38,718	11,436	8,464	11,783	17,175	874,116
財源内訳							
国庫支出金	2,518	2,105	3,384	1,551	1,686	2,945	225,816
使用料・手数料	12	9	0	3	190	44	1,794
分担金・負担金・寄附金	7	15	12	5	10	10	1,777
財産収入	23	1	3	0	0	1	287
繰入金	866	607	716	525	616	789	56,761
諸収入	305	10,306	0	138	45	4,599	34,713
繰越金	20	7	1	0	10	6	3,713
地方債	0	0	0	0	25	0	15,791
一般財源等	6,404	25,668	7,320	6,240	9,202	8,782	533,464

（出所）総務省「地方財政状況調査」データより作成。

そうすると「公衆衛生費」を賄うために、岩手県が負担をする「一般財源等」が他県に比べればかなり多いこととなります。岩手県の場合、256億円ですが、例えば宮城県は73億円なので、宮城県より183億円多くの一般財源をここに充てていることとなります。岩手県の地方税収入は853億円ですから、病院事業関係繰入だけでこれだけの金額を使っていて、県財政がどのように成

り立っているのかが問題となります。

2. 国保病院を含めた地域医療に対する財政的基盤についての評価

（1）岩手県における病院事業に対する財政措置について

さて、今度は病院事業会計の側から見てみましょう。まずは岩手県で行われている病院事業に対する財政措置についてです。

図表2-1は、県の一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入を見たものです。表の上段右側、繰出合計金額は、岩手県は336億円です。東北地方の他県は0～76億円で、岩手県は相当多くの金額を病院事業会計に繰出していることがわかります。ただし病院事業会計から一般会計への繰入金合計額が103億円ですから、これと相殺した岩手県一般会計からの純繰出額は233億円となります。図表2-2は、これまた一人あたりで見たものです。一人あたりで繰出合計を比較するとやはり岩手県が飛び抜けていて、一人あたり25,000円です。

繰出金の中身は、先ほどの県財政のところで見た際には「補助金等」と「貸付金」と述べましたが、具体的にはこの表のとおり「負担金」「補助金」「貸付金」となるわけです。

図表2-1の下の段を見ますと、繰出金の中身は「運転資金繰出」143億円、「事務費繰出」130億円、「建設費繰出」38億円などに充てられて

います。この繰出のうち「貸付金」143億円は、貸したお金だから返ってきます。それが繰入金のところの「貸付金元利収入」103億円となっていて、ここは相殺されます。結局は県財政から病院事業会計への繰出金としては実質的には「負担金」が重要ということになります。

次に市町村の場合についてです。市町村については、国保直診勘定と公営企業会計をとっている病院事業、その2つについて市町村一般会計との関係を整理したのが図表2-3～6です。

図表2-3、2-4は、県内市町村一般会計から国民健康保険事業会計直診勘定への繰出と、国保直診勘定からの繰入です。さきほどと同じように見てみると、まず岩手県は、絶対額でも一人あたり額でも東北地方の他県より大きく、少なくとも国保病院で見ると、岩手では市町村も病院事業への繰出金が多いということになります。

ただし図表2-5 (p.52) のとおり、市町村の公営企業会計(病院事業)への繰出金の合計額を見ると、岩手県は37億円であり、青森県196億円、宮城県157億円に比べると少ないのです。これを

図表2-1 一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入 (2010年度決算、都道府県、百万円)

	繰 出									
	負担金	うち人件費 財源繰出	補助金	うち人件費 財源繰出	出資金	うち人件費 財源繰出	貸付金	うち人件費 財源繰出	繰出合計	うち人件費 財源繰出
青森県	3,902	9	2	0	0	0	300	0	4,204	9
岩手県	18,599	2,428	741	314	0	0	14,300	0	33,640	2,742
宮城県	0	0	4,265	0	0	0	0	0	4,265	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	5,788	2,067	1,810	0	0	0	0	0	7,598	2,067
福島県	4,001	765	1,998	528	0	0	426	0	6,425	1,293
合計(全国)	173,484	55,470	67,257	28,453	8,036	0	27,665	0	276,442	83,923
	繰 出 (つづき)						繰 入			
	繰出合計の内訳						貸付金 元利収入	繰入金		繰入合計
	運転資金 繰出	事務費繰出	建設費繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他繰出		借入金の 繰入	その他繰入	
青森県	300	2,218	166	1,521	0	0	302	0	0	302
岩手県	14,300	12,989	3,782	2,568	0	0	10,312	0	0	10,312
宮城県	1,801	1,177	10	1,278	0	0	0	0	0	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	0	5,413	226	1,960	0	0	0	0	0	0
福島県	0	3,336	3	1,322	1,337	426	0	0	0	0
合計(全国)	35,996	155,023	18,262	49,768	14,057	3,335	24,170	0	302	24,472

(出所) 総務省「地方財政状況調査」データより作成。

図表2—2 一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入（2010年度決算、都道府県、一人あたり円）

	繰 出									
	負担金	うち人件費 財源繰出	補助金	うち人件費 財源繰出	出資金	うち人件費 財源繰出	貸付金	うち人件費 財源繰出	繰出合計	うち人件費 財源繰出
青森県	2,776	6	1	0	0	0	213	0	2,991	6
岩手県	13,828	1,805	551	234	0	0	10,632	0	25,011	2,039
宮城県	0	0	1,831	0	0	0	0	0	1,831	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	4,918	1,756	1,538	0	0	0	0	0	6,457	1,756
福島県	1,950	373	974	257	0	0	207	0	3,132	630
合計(全国)	1,365	437	529	224	63	0	218	0	2,176	661
	繰 出（つづき）						繰 入			
	繰出合計の内訳						貸付金 元利収入	繰入金 借入金的 繰入	その他繰入	繰入合計
	運転資金 繰出	事務費繰出	建設費繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他繰出				
青森県	213	1,578	118	1,082	0	0	215	0	0	215
岩手県	10,632	9,658	2,812	1,909	0	0	7,667	0	0	7,667
宮城県	773	505	4	549	0	0	0	0	0	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	0	4,600	192	1,665	0	0	0	0	0	0
福島県	0	1,626	2	644	652	207	0	0	0	0
合計(全国)	283	1,220	144	392	111	26	190	0	2	193

（出所）総務省「地方財政状況調査データ」、住民基本台帳人口より作成。

図表2—3 市町村一般会計から国民健康保険事業会計直診勘定への繰出、繰入（2010年度、百万円）

	繰出金							繰入金			
	運転資金 繰出	事務費 繰出	建設費 繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他 繰出	合計	うち人件費 財源繰出	借入金的 繰入	その他 繰入	合計
青森県	28	395	0	40	129	122	715	405	0	0	0
岩手県	63	723	53	256	334	3	1,432	307	0	2	2
宮城県	0	14	0	2	0	90	106	0	0	0	0
秋田県	6	46	2	24	53	22	153	20	0	6	6
山形県	0	172	18	22	39	3	253	20	0	0	0
福島県	26	101	25	100	76	29	357	37	0	0	0
合計(全国)	211	4,594	736	2,355	4,922	1,331	14,149	2,453	0	167	167

（出所）総務省「地方財政状況調査」データより作成。

図表2—4 市町村一般会計から国民健康保険事業会計直診勘定への繰出、繰入（2010年度、一人あたり円）

	繰出金							繰入金			
	運転資金 繰出	事務費 繰出	建設費 繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他 繰出	合計	うち人件費 財源繰出	借入金的 繰入	その他 繰入	合計
青森県	20	281	0	28	92	87	509	288	0	0	0
岩手県	47	538	39	190	248	2	1,064	229	0	2	2
宮城県	0	6	0	1	0	39	46	0	0	0	0
秋田県	5	41	2	22	47	20	138	18	0	5	5
山形県	0	146	15	19	33	3	215	17	0	0	0
福島県	12	49	12	49	37	14	174	18	0	0	0
合計(全国)	2	36	6	19	39	10	111	19	0	1	1

（出所）総務省「地方財政状況調査データ」、住民基本台帳人口より作成。

図表 2-5 市町村一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入（2010年度決算、百万円）

	繰 出									
	負担金	うち人件費 財源繰出	補助金	うち人件費 財源繰出	出資金	うち人件費 財源繰出	貸付金	うち人件費 財源繰出	繰出合計	うち人件費 財源繰出
青森県	9,126	1,250	4,128	946	4,144	0	2,223	0	19,621	2,196
岩手県	2,097	709	516	152	979	0	170	0	3,761	861
宮城県	9,678	2,662	2,728	1,267	3,302	0	0	0	15,709	3,929
秋田県	4,923	179	956	345	995	0	0	0	6,874	524
山形県	6,985	2,094	1,631	146	1,501	0	0	0	10,116	2,240
福島県	3,041	1,288	989	86	2,161	0	400	0	6,591	1,374
合計(全国)	285,347	57,909	102,835	30,049	71,438	55	14,635	70	474,254	88,083
	繰 出 (つづき)						繰 入			
	繰出合計の内訳						貸付金 元利収入	繰入金		繰入合計
	運転資金 繰出	事務費繰出	建設費繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他繰出		借入金的 繰入	その他繰入	
青森県	2,223	8,527	867	5,019	2,976	8	1,809	0	0	1,809
岩手県	0	1,513	185	1,417	24	622	0	0	0	0
宮城県	1,343	7,344	673	4,646	633	1,069	8	0	0	8
秋田県	552	2,337	730	1,900	1,294	60	0	0	0	0
山形県	0	4,174	123	3,536	407	1,877	11	0	342	353
福島県	424	3,153	1,104	1,289	472	149	111	0	0	111
合計(全国)	24,804	206,077	31,421	131,165	34,232	46,555	13,095	0	859	13,953

(出所) 総務省「地方財政状況調査データ」より作成。

図表 2-6 市町村一般会計から病院事業会計への繰出及び繰入（2010年度決算、一人あたり円）

	繰 出									
	負担金	うち人件費 財源繰出	補助金	うち人件費 財源繰出	出資金	うち人件費 財源繰出	貸付金	うち人件費 財源繰出	繰出合計	うち人件費 財源繰出
青森県	6,493	889	2,937	673	2,948	0	1,582	0	13,960	1,563
岩手県	1,559	527	383	113	728	0	126	0	2,796	640
宮城県	4,155	1,143	1,171	544	1,418	0	0	0	6,744	1,687
秋田県	4,442	161	862	311	897	0	0	0	6,202	473
山形県	5,935	1,780	1,386	124	1,276	0	0	0	8,597	1,904
福島県	1,482	628	482	42	1,053	0	195	0	3,213	670
合計(全国)	2,246	456	809	236	562	0	115	1	3,733	693
	繰 出 (つづき)						繰 入			
	繰出合計の内訳						貸付金 元利収入	繰入金		繰入合計
	運転資金 繰出	事務費繰出	建設費繰出	公債費 財源繰出	赤字補填 財源繰出	その他繰出		借入金的 繰入	その他繰入	
青森県	1,582	6,067	617	3,571	2,118	6	1,287	0	0	1,287
岩手県	0	1,125	137	1,053	18	462	0	0	0	0
宮城県	577	3,153	289	1,995	272	459	3	0	0	3
秋田県	498	2,109	659	1,715	1,168	54	0	0	0	0
山形県	0	3,547	105	3,005	345	1,595	9	0	291	300
福島県	207	1,537	538	628	230	73	54	0	0	54
合計(全国)	195	1,622	247	1,032	269	366	103	0	7	110

(出所) 総務省「地方財政状況調査データ」、住民基本台帳人口より作成。

図表2-6、一人あたり額でみれば、岩手県は2,796円となり、全国平均の3,733円に比べても少なく、青森の13,960円に比べれば相当低いこととなります。市町村の公営企業会計（病院事業）への繰出が多いのは、東北地方では青森、宮城、山形で、岩手は少ない。ではトータルではどうか、それを計算したのが図表2-7、2-8です。

都道府県、市町村の病院事業（国保直診勘定を含めて）への繰出を合わせてみます。全体額から見ると、岩手は繰出金の合計が388億円です。

一人あたり金額にするとどこが多く、どこが少ないかが見えてきます。岩手は県に圧倒的に集中していて、市町村一般会計のほうはずっと少ない。合わせてみると、岩手と他県との差異は相当小さくなりますが、それでも病院事業への繰出金額は東北6県で最も大きいです。

純繰出額で見ても同じことが言えます。一人あたり額（図表2-8）の純繰出額が岩手県は

21,000円なので、全国平均の4倍で、東北地方の他県と比べても相対的に大きいということにはなりません。東北6県の中で最も多いという点に変わりはありません。

そういう意味では、県と市町村の全部を合わせても医療にかけているお金は、岩手はやや多い。ただ、県がものすごく多いという図はちょっと違ってくるといえることになると思います。

（2）公立病院事業の経営状況

まず県立病院の話です。岩手のように過疎地域まで含めて県立病院を立地していて、それで経営状況はどうか、それが図表2-9（p.54）です。これも2010年度で見えています

経営指標として、表の下から6番目に「9. 経常収支比率」があります。経常収支比率は経常的な収入を経常的な費用で割ったものです。したがって100を超えたら経常黒字、100を下回っていた

図表2-7 都道府県、市町村一般会計から病院事業会計への繰出金、繰入金（2010年度決算、百万円）

	繰出金					繰入金					純繰出額
	都道府県一般会計から病院事業会計へ	都道府県一般会計から公立大学付属病院事業会計へ	市町村一般会計から病院事業会計へ	市町村一般会計から国保直診勘定へ	合計	都道府県病院事業会計から	都道府県公立大学付属病院事業会計から	市町村病院事業会計から	市町村国保直診勘定から	合計	
青森県	4,204	0	19,621	715	24,539	302	0	1,809	0	2,111	22,428
岩手県	33,640	0	3,761	1,432	38,832	10,312	0	0	2	10,314	28,518
宮城県	4,265	0	15,709	106	20,080	0	0	8	0	8	20,073
秋田県	0	0	6,874	153	7,027	0	0	0	6	6	7,021
山形県	7,598	0	10,116	253	17,968	0	0	353	0	353	17,615
福島県	6,425	0	6,591	357	13,373	0	0	111	0	111	13,261
合計(全国)	276,442	992	474,254	14,149	765,838	24,472	0	13,953	167	38,592	727,245

（出所）総務省「地方財政状況調査」データより作成。

図表2-8 都道府県、市町村一般会計から病院事業会計への繰出金、繰入金（2010年度決算、一人あたり円）

	繰出金					繰入金					純繰出額
	都道府県一般会計から病院事業会計へ	都道府県一般会計から公立大学付属病院事業会計へ	市町村一般会計から病院事業会計へ	市町村一般会計から国保直診勘定へ	合計	都道府県病院事業会計から	都道府県公立大学付属病院事業会計から	市町村病院事業会計から	市町村国保直診勘定から	合計	
青森県	2,991	0	13,960	509	17,459	215	0	1,287	0	1,502	15,957
岩手県	25,011	0	2,796	1,064	28,872	7,667	0	0	2	7,669	21,203
宮城県	1,831	0	6,744	46	8,620	0	0	3	0	3	8,617
秋田県	0	0	6,202	138	6,340	0	0	0	5	5	6,335
山形県	6,457	0	8,597	215	15,269	0	0	300	0	300	14,969
福島県	3,132	0	3,213	174	6,518	0	0	54	0	54	6,464
合計(全国)	2,176	8	3,733	111	6,027	193	0	110	1	304	5,724

（出所）総務省「地方財政状況調査データ」、住民基本台帳人口より作成。

図表2—9 都道府県立病院事業経営指標（2010年度決算、数・百万円・%）

	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	全国
病院数	2	21	3	0	4	7	170
(2) 病床数	935	5,502	869	0	1,647	847	52,244
(3) 病院の立地条件							
1 不採算地区（第1種）	0	5	0	0	0	2	10
2 不採算地区（第2種）	0	1	0	0	0	0	7
3 不採算地区病院以外	2	15	3	0	4	5	153
1. 総収益	20,058	95,090	14,176	0	33,967	11,630	1,061,855
(1) 医業収益	17,846	81,899	10,637	0	28,578	7,556	881,878
うち(ア) 他会計負担金	314	3,037	38	0	1,380	898	35,324
(2) 医業外収益	2,175	13,073	3,459	0	5,109	4,039	178,440
うちウ. 国庫補助金	51	824	16	0	58	13	4,630
エ. 都道府県補助金	0	0	0	0	54	0	305
オ. 他会計補助金	824	3,493	607	0	1,846	1,998	31,884
カ. 他会計負担金	1,167	8,165	2,527	0	2,872	1,999	126,326
(3) 特別利益	37	118	80	0	279	35	1,536
うち他会計繰入金	0	0	0	0	0	0	0
2. 総費用	20,192	96,179	14,098	0	33,786	13,098	1,057,681
(1) 医業費用	19,367	86,942	13,116	0	31,412	12,629	996,764
(2) 医業外費用	825	7,940	780	0	2,128	445	54,482
(3) 特別損失	0	1,297	202	0	246	24	6,435
3. 経常利益又は経常損失	-171	89	200	0	147	-1,479	9,072
4. 純利益又は純損失	-134	-1,089	78	0	180	-1,468	4,174
5. 前年度繰越利益剰余金又は前年度繰越欠損金	-4,322	-18,942	-3,059	0	-19,481	-24,176	-603,790
6. 当年度未処分利益剰余金又は当年度未処理欠損金	-4,455	-20,032	-2,981	0	-19,301	-25,644	-599,617
7. 他会計繰入金（基準額）：特別利益分を除く	2,272	13,866	1,925	0	5,770	2,555	175,729
8. 他会計繰入金（実績入額）再掲：特別利益分を除く	2,304	14,695	3,172	0	6,098	4,894	193,533
9. 経常収支比率	99.2	100.1	101.4	0.0	100.4	88.7	92.3
10. 医業収支比率	92.1	94.2	81.1	0.0	91.0	59.8	82.0
11. 他会計繰入金対経常収益比率	11.5	15.5	22.5	0.0	18.1	42.2	16.3
12. 他会計繰入金対医業収益比率	12.9	17.9	29.8	0.0	21.3	64.8	20.4
13. 他会計繰入金対総収益比率	11.5	15.5	22.4	0.0	18.0	42.1	16.2
14. 実質収益対経常費用比率	87.7	84.6	78.6	0.0	82.3	51.3	76.2

注1) 独法化により「想定企業会計」となっている病院の病院数、病床数は含まない。

注2) ほとんどの病院が「想定企業会計」となっている次の県は経営指標の集計から除いた。秋田県、神奈川県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、大阪府、岡山県、佐賀県。

（出所）総務省「公営企業年鑑」第58集より作成。

ら経常赤字ということになります。岩手県は100.1で、ほぼトントンです。全国（集計対象とした38都道府県の平均）の92.3に比べれば、岩手県立病院の経営状況は決して悪くありません。

さらにその下に「10. 医業収支比率」があります。経常収支の「1. 総収益」は「医業収益」と「医業外収益」及び「特別利益」に分かれますが、この医業収益だけをとったもの、逆にいえば医業外収益は補助金、負担金と税金から入ってくるお

金なので、それを除いた医業収益を分子にして、医療費用を分母にしたものです。

医業収支比率は岩手県の場合94.2で、100は下回りますが、全国の82.0に比べれば良好です。そもそも地方公営企業法は、独立採算原則の例外として一般会計において負担すべきものを定めていますから、それを除いた医業収益の比率が100を下回っているのは当たり前だと言えます。

ただ、医業収益にも他会計繰入金が入ってしま

す。そういう意味では税金が全然入っていないというわけではありません。ただ、これは通常の医業収入で賄うべきではない部分、例えば、結核、感染症、精神、救急などにたいする負担金として出しているものなので、それは入って当然という部分だと思います。

医業収益のなかの他会計繰入金相当額は、地方公営企業法17条の2第1項第1号に定められていて、「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」とされています。医業外収益に計上されている繰入金は、同条同項の第2号で、「当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費」とされています。

結局、他会計繰入金がどうなっているかという点、表の下から7番目の「8. 他会計繰入金（実繰入額）」です。ここの絶対額が岩手県の場合には146億9,500万円と相当に大きいです。ただしその大きさというのは、病院数、病床数が圧倒的に他県より多いためであり、別に病院事業会計が赤字だから一般会計からの繰入をたくさんしているのではなく、先ほど述べましたように、經常収支比率も医業収支比率も決して悪くないのです。したがって、当然、入れるべくして入れているという理解でいいと思います。

それでは他会計繰入金として病院事業会計に入れるべき146億円を、岩手県財政のなかでどうやって工面しているかということが問題になります。表の「7. 他会計繰入金（基準額）」は繰出基準と言われるもので、国が定めている繰出基準に基づいて算定した繰出すべき金額です。それが岩手県の場合には139億円になっています。したがって繰出基準を若干超えて、約8億円オーバーして繰出しています。ただ、繰出基準を超えた繰出というのは、岩手県はそれ程多くなく、他県と比較すると、むしろ少ない方です。宮城県の場合は、繰出額自体は約32億円とそんなに多くないけれども、基準を超えた繰出が約12億円と岩手県よりも大きくなっている。これはむしろ県財政にとって大きな負担になるのではないかと考えられます。以上が岩手県の県立病院全体の経営状況です。

次に岩手県立病院の個々の病院で見ると、経営

状況に差があります（図表2—10、省略）。經常収支比率、医業収支比率で最も低かったのが沼宮内病院で、經常収支比率69.2、医業収支比率54.4でした（2010年）。この病院は、岩手県医療局「岩手県立病院等の新しい経営計画」（2009年2月）で、2011年4月から無床診療所化予定とされ、現在は、岩手県立中央病院附属の地域診療センターとして無床診療所になっています。個別の病院で見ると經常収支比率の悪いところについては、整理されたわけです。すでに無床診療所化されて消えた病院というのが、沼宮内の他に5つあります。こういう実態も踏まえながら、現状で岩手県立病院の経営状況は決して悪くないと見ていただく必要があります。赤字のところは切ったとも言えるわけです。

さて市町村立病院です。図表2—11（p.56）ですが、これは国保病院も含めています。まず病院数です。県立病院とは逆に、他県と比べて岩手県は8病院と非常に少なく、病床数も少ないです。経営状況を見ると、岩手県内市町村立病院の經常収支比率が99.3、医業収支比率が87.9で、そんなに悪くはありません。繰入金も、病院数が少ないため絶対額ではそれほど多くありません。ただ、収益に占める他会計繰入金の割合は相対的に大きく、一般会計への依存度は高いと言えます。

（3）自治体の一般会計から病院事業会計への繰出金と国の財政措置

岩手県は自治体の一般会計から病院事業会計への繰出金が多く、それが県立病院の事業を賄っています。それでも、赤字のところについては整理してきた、そういう経緯だと思います。では繰出金がどのように工面されているかということが問題になるわけです。

先ほど見たように、岩手の場合は繰出基準を超える実繰出はあまりしていませんから、繰出基準がどう定められ、その繰出基準に見合った財政措置がどのようになされているかがポイントになってくると思います。

地方公営企業は、独立採算を原則としています。ただし、地方公営企業法第17条の2第1号、第2号により、むしろ独立採算ではなくて、経費の一部を一般会計からの負担で賄うべきものとされて

図表2—11 市町村立病院事業（国保病院を含む）経営指標（2010年度決算、数・百万円・%）

	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県
(1) 病院数	27	8	28	12	18	10
(2) 病床数計	5,040	793	4,064	2,657	3,436	2,363
(3) 病院の立地条件						
不採算地区（第1種）	3	3	7	1	6	1
不採算地区（第2種）	11	3	12	1	5	4
不採算地区病院以外	13	2	9	10	7	5
(5) 附属施設（診療所数）	14	—	6	—	9	—
職員数（人）	5,192	725	4,232	2,397	3,675	2,460
1. 総収益	91,462	11,973	71,723	39,351	61,430	37,032
(1) 医業収益	80,670	10,063	62,952	34,696	54,793	33,162
うち（ア）他会計負担金	2,975	503	3,381	570	1,858	445
(2) 医業外収益	8,540	1,860	8,032	4,049	6,563	3,850
ウ. 国庫補助金	331	18	258	34	77	52
エ. 都道府県補助金	207	24	155	155	66	27
オ. 他会計補助金	2,405	540	1,858	1,239	1,855	833
カ. 他会計負担金	4,548	1,213	4,952	2,398	4,128	2,583
(3) 特別利益	2,251	51	739	607	73	20
うち他会計繰入金	1,921	50	630	575	73	0
2. 総費用	91,671	12,035	74,592	39,922	61,893	37,586
(1) 医業費用	85,373	11,452	70,125	38,338	58,229	35,915
ア. 職員給与費	41,553	6,204	31,331	18,767	30,238	18,953
(2) 医業外費用	4,853	561	3,469	1,490	3,157	1,581
(3) 特別損失	1,445	22	998	94	507	90
3. 経常利益又は経常損失	-1,016	-90	-2,610	-1,083	-29	-483
4. 純利益又は純損失	-210	-62	-2,869	-571	-463	-554
5. 前年度繰越利益剰余金又は繰越欠損金	-56,590	-12,349	-62,576	-10,081	-31,741	-13,840
6. 当年度未処分利益剰余金又は未処理欠損金	-56,800	-12,410	-65,445	-10,651	-32,204	-14,394
7. 他会計繰入金（基準額）：特別利益分を除く	8,683	2,013	9,546	3,617	7,107	3,549
8. 他会計繰入金（実繰入額）再掲：特別利益分を除く	9,929	2,255	10,191	4,207	7,842	3,861
9. 経常収支比率	98.9	99.3	96.5	97.3	100.0	98.7
10. 医業収支比率	94.5	87.9	89.8	90.5	94.1	92.3
11. 他会計繰入金対経常収益比率	11.1	18.9	14.4	10.9	12.8	10.4
12. 他会計繰入金対医業収益比率	12.3	22.4	16.2	12.1	14.3	11.6
13. 他会計繰入金対総収益比率	10.9	18.8	14.2	10.7	12.8	10.4
14. 実質収益対経常費用比率	87.9	80.5	82.6	86.7	87.2	88.4

（出所）総務省「公営企業年鑑」第58集より作成。

おり、その負担区分に基づいて一般会計から地方公営企業に対する繰出が行われています。

第1号は「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」、第2号が「能率的な経営を行ってもなおその収入のみをもって充てることが客観的に困難な経費です。

この2つは非常に抽象的なので、具体的に第1

号、第2号に基づいて「適当でない経費」とは何で、いくらか、能率的な経営をやっても足りないというのは一体どの部分で、いくらなのかが問題になってきます。この点については、毎年度、総務省が繰出基準を定めて通知をしています。財政的にいえば、この繰出基準の範囲内のものについては、国が財政措置をとるということになっているのです。

したがって、繰出基準がどう定められているかということと、その繰出基準に基づいて、きちんと財政措置がとられているかどうかということが、自治体にとっては問題なのです。もし、ここが適切に出されているとしたら、確かに岩手県は病院事業会計に対する繰出が多いけれども県自身の財政を困難にするものではない、ということになるわけです。

2016年度の繰出基準（「平成28年度の地方公益企業繰出金について」総財公第50号）と、これに基づく通知「『公立病院に係る財政措置の取扱いについて』の一部改正について」（総財公第59号）を参照ください（省略）。

近年の特徴としては、第1に、公立病院の「再編・ネットワーク化」に関する費用に対する財政措置があります。

第2に、既存の財政措置の見直しです。これが通常の地方公営企業法の第1号、第2号に該当するものとなりますが、これについても例えば「公立病院の新設・建替等に係る手続等」のなかで「地域医療構想」との整合性のある病院事業債（都道府県の同意等を得たもの）の元利償還金について地方交付税措置をするという扱いがとられています。したがって「地域医療構想」に基づいてないと新設・建替に対する交付税措置はとられません。具体的には、例えば市町村立病院の建て替えをするというのであれば、その建替計画を県に提出し、県が医療構想に合致しているかどうかをチェックした上で同意しなかったら交付税措置はないということになります。従来の基準的な財政措置に加えて誘導的な財政措置がかなり目に付くようになってきていると言えるでしょう。

一般的な財政措置については、小泉改革のころにかなり病院財政が大変になって、それで地域医療崩壊の危機が叫ばれました。そのあと2009年に財政措置を見直す通知が出され、とりわけ過疎地等の不採算地区病院に対する財政措置が引き上げられました。そういうなかで、いま岩手県については何とか成り立っているという状況です。

3. 総務省「公立病院改革ガイドライン」など国の一連の施策に対する岩手県の対応への評価

（1）岩手県立病院の再編無床化について

ここでは旧ガイドラインへの対応としての岩手県立病院の再編・統合について紹介します。県立病院の再編・無床化についてざっと経緯等をお話ししましたが、岩手地域総合研究所「岩手県地域医療研究プロジェクト報告書」（2010年）をご覧くださいと思います（NPO法人岩手地域総合研究所のウェブサイトからも閲覧可能）。

岩手県の二次医療圏のなかに、気仙医療圏というのがあります。市町村でいうと、大船渡市、陸前高田市、住田町です。そのなかの住田町にあった岩手県立住田病院、これが無床診療所化の対象になりました。この報告書は、その地域について、病院関係者、福祉関係者、住民の方などからヒアリングをして、どうしたらいいかということを検討したものです。

経緯をざっと見ると、公立病院改革ガイドラインが出される前から、岩手県は独自に「県立病院改革基本プラン」（2003年）を立てていました。そこで、5つの県立病院（伊保内、紫波、大迫、住田、花泉病院）を有床診療所化するという措置をしたわけです。その後、公立病院改革ガイドライン（2007年）が出てきたあとに「岩手県立病院等の新しい経営計画」（2009年）をつくり、先に有床診療所化した5診療所に加えて県立沼宮内病院を合わせた合計6施設を無床診療所化することにしました。

これらは実際に、すべて無床診療所化されました。そのなかで、県立花泉病院についてはその他の問題も生じました。県立の無床診療所化ではなく民間で引き受けるところがあると民営化したのですが、まともな経営が行われなかったのです。医師の確保もなされず、入院施設やベッドを維持すると言っていたけれども、結局、ベッドも設けられないままで、情報開示もよくないというので、結局、そこは取り止めになり、再び県が無床診療所として引き継ぎ、現在に至っています。

財政問題が無関係ではなかったと思いますが、県の説明では財政は前面に出されていませんし

た。むしろ、医師不足で病院の維持が困難、再編が必要とされていました。とくにベッドのある病院となると、なかなかそこに行く医師が確保できないので基幹病院に集約する、そういう主張だったのです。それは国のガイドラインの方向性とも合っているのですが、岩手の実情を考えると、そもそも病院数が少ないので、再編したら病院のない市町村が生じてしまいます。

例えば先ほどの気仙二次医療圏の場合でいうと、一般病院については民間も市町村立もなく、県立病院が3つあるだけです。大船渡市に1つ、陸前高田市に1つ、住田町に1つと、各市町村に1つずつ県立病院があって二次医療圏を構成していて、そのなかの基幹病院が大船渡病院という位置づけです。住田町には他に病院がない、診療所については医師が他に2人いたけれども、高齢などでなかなか将来の医師確保が困難という状況でもありました。そういう中で県立住田病院が無床診療所化されれば、とくに在宅との関係での困難、あるいは特養の入居者への医療の提供という関係で困難が生じるという話が地域からは多く出てきました。普段は在宅療養している場合も、何かあった時にすぐ病院に連れていけないと困るということです。

また病院の側からすると、とくに問題になったのが基幹病院である大船渡病院です。住田病院のベッドがなくなると、救急搬送ですぐに大船渡病院に来てしまうことになるので、本来の基幹病院の機能が損なわれてしまう、むしろ再編によって集中される先の病院が機能停止してしまうという主張が、大船渡病院長などからの意見としても出されました。

そうすると、再編・ネットワーク化というのも、それぞれの地域の実情に合わせて考えていかなければならないのです。確かに都市圏で多くの病院があるところでは、機能分担や再編は可能かもしれませんが。しかし岩手のすべての二次医療圏でそれが現実的に可能かという判断を、もう少しきちんとすべきだったのではないかと思います。

岩手県の医療行政に関しては、岩手県の保健福祉部、そして各地域の保健所が担うことになっています。そのなかで県の医療局は、あくまでも県立病院の経営主体です。ですから県立病院の経営

をどうするかということには心を割くのですが、地域医療に対して県立病院が直接責任を負う、あるいは医療局が地域医療に関する政策立案や実施責任を負うという立場ではないのです。それではそれぞれの地域の保健所は、それだけコーディネートするだけの能力や意欲があるかというところではなく、結局は地域医療に対して具体的に責任を負う主体が明確ではない状況になったのではないかと思います。

それから、医師確保の問題についても、岩手県には問題点が多くあると思います。まず、医師数が少ないこと、それから医学部卒業者の地元定着率が低いという問題があります。そういうなかで、岩手県立病院は全部で5,000床を超えるのです。医師数も総数で見れば相当あるわけで、医療局で医師の確保と派遣などをきちんと行える能力があれば、地域医療の確保にもそれなりの力を発揮できると思うのですが、現実には、医療局は医師に対する実質的な人事権を持っていないという問題が指摘されています。この点の対策も課題でしょう。

(2)「新公立病院改革ガイドライン」と岩手県の対応

新ガイドラインの4つの視点は、(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化、(2) 経営の効率化、(3) 再編・ネットワーク化、(4) 経営形態の見直し、です。とくに新ガイドラインと旧ガイドラインとの違いは「(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が加わっていることです。

ただし、新ガイドラインでは、全部の地域に一律にやれと言っているわけではないとも言われています。公立病院をめぐる状況は様々である、それぞれの地域運営は違うのだから、それぞれの地域の実情を踏まえてやりなさいと書いてはいます。

しかし実際にそれが県などに下りてきた時に、県の役人は国が言っていることを具体化するという、そういう視点が強く、地域発想でものを考えるというのが弱いのではないかなと思います。それらをきちんとしていくことが必要だと思います。

(いのうえ ひろお、岩手地域総合研究所理事長、岩手大学名誉教授)

◎ 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)

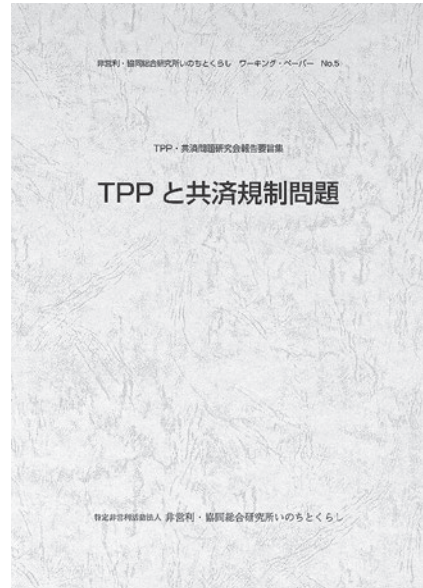
- 中川雄一郎 明治大学教授
 今尾 和実 JA 共済総合研究所元理事長、JA 共済連元理事長
 橋本 光陽 全国保険医団体連合会 (保団連) 事務局次長
 関 英昭 青山学院大学名誉教授
 藤木 千草 ワーカーズ・コレクティブ及び非営利・協同支援センター
 田中 誉人 NPO 法人アビリティクラブたすけあい職員
 小塚 和行 公益財団法人 生協総合研究所研究員、コープ共済連元執行役員
 高橋 信一 全労連共済前専務理事
 前川 雄司 弁護士 東京合同法律事務所
 小林 正春 全労連共済専務理事
 渡邊 文夫 民医連厚生事業協同組合前専務理事
 齊藤 真悟 公益財団法人 生協総合研究所研究員
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

「医療を守る運動プロジェクト」、岡野孝信、岡部義秀編著 『地域医療の未来を創る：住民と医療労働者の協同』

(旬報社／2016年11月／本体1,800円＋税)

八田 英之

本書は、公益財団法人日本医療総合研究所の研究助成を受けて、2013年から15年にかけておこなわれた「医療を守る」研究プロジェクトの最終報告である。16人の医療労働運動の実践家による19の報告と野村拓氏の巻頭言が載せられている。巻頭言の述べるように、「運動の中心」にいた人によって、貴重な記録が残され、教訓を引き出されたことの意義は、大きい。働く者自らの権利を守る運動が、職場である病院を守り、地域医療を守る運動と結びつき、多くの貴重な成果をもたらした。具体的な実践は、感動的ださえある。

内容は、第1章が、1980年代前半から、臨調行革路線の具体化として国が打ち出した国立病院統廃合計画に対するたたかいと労災病院・社会保険病院・厚生年金病院などの公的病院の統廃合・移譲に対する戦いである。

国立病院統廃合・移譲計画は、1986年を初年度とし、おおむね10年で達成させる予定であったものが、実際には、計画の完了は2013年5月となった。全国各地での労働者と住民の抵抗と地域医療を守れという声に押された結果である。また、移譲先はほとんどが自治体や日赤などの公的病院、公益法人などである。第1節はこれらの全国的なたたかいをまとめている。

第2節は、国立統廃合の先駆けとして1984年に廃止が打ち出された群馬県の「長寿園」(80床)の存続運動とそれに引き続く、住民立診療所「大戸診療所」の報告である。7年に及ぶ住民の壮大なたたかいにもかかわらず、1990年に長寿園は廃止される。しかし、労働者と住民は、国が特例で作った国立診療所に満足することなく、自らの手で診療所をつくる運動に立ち上がった。住民は友の会をつくり、労働組合役員が診療所の事務長に

なった。国立診療所が2009年に廃止されたのに対して、大戸診療所は住民の約9割が利用する診療所となっている。人口減少が続く地域で、介護に取り組み、地域活性化に取り組んでいる。

第3節は、和歌山県の国立田辺・白浜病院の統廃合に反対するたたかいである。ここでは、単に統合反対というだけではなく、地域に必要とされる医療について、第三次救命救急センターの設置など実態調査に基づく提言をおこない、実現させている。さらに、白浜温泉病院は、町を中心に県労働者福祉協議会などが出資した財団法人に引き継がれた。

第4節は、福岡県での労災病院存続運動である。CO被災者の会などの患者会と労働組合が労災病院の存続を求め、「地域医療を守る会」を立ち上げ、広範な運動を展開する。結果、筑豊労災病院は指定管理者ではあるが市立病院となり、その運営に市民の声を反映させる「市民会議」に「守る会」が参加している。大牟田労災病院は財団法人に経営移譲された。しかし、「民営化されたら終わりではない。患者住民の求める医療要求を受けて、医療労働者が『医療を守り充実させる』運動を継続しなければならない。」ことを教訓としている。

第5節は、社会保険病院・厚生年金病院等存続のたたかいである。いくつか病院の移譲は行われたものの、「労働組合と地域住民の共同運動」が、



すべての取り組みの土台となり、独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）が設立され、「全国一本の経営・公的病院」として存続していくことになった。

第2章は、自治体病院の統廃合・移譲反対運動である。ここでは、第1節と2節で80年代前半の岩手県立病院の市町村への移譲を阻止したたかいと21世紀に入ってからの県立病院の縮小再編成反対の運動について述べている。第1節のたかいでは、県民医療アンケートの取り組みが、労働組合が地域に出る契機になり、住民が主人公・医療への住民参加という先進的理念が労働組合のものとなったことが指摘されている。第2節では、最も広範な共闘型の運動の広がりが見られる。結果として、縮小再編成は実行されたが、いくつかのところでは、病院が診療所にされても地域の医療と介護を充実させるための取り組みを継続している。また、本書では触れられていないが、山田町では個人加盟の守る会が、東日本大震災後の病院再建とその後の医療活動を共同の取り組みとして探求している。

第3節では、最も広範な共闘と草の根懇談会の教訓に富み、現在も活動を継続している青森県の「西北五地域医療を守る住民の会」と厚生連の新病院を実現した「湖東病院を守る住民の会」（2012年8月で活動を休止）の取り組みが、第4節で北九州市の市立病院の充実を求める運動（門司市立病院の指定管理者、若松病院の産業医科大学への移譲）が、第5節は広島こども病院建設を求める運動によって、未熟児医療センターの内容充実などの成果を上げた取り組みが紹介されている。

第3章は、「厚生連病院の存続と地域医療を守る運動」である。第1節で厚生連病院の精神科の医師確保のために住民が立ち上がった秋田県の鹿角の取り組み（自治体を動かし、魅力ある地域づくりへ）と存続が危ぶまれた湖東病院を全面改築して存続させた「住民の会」（2014年12月解散）の運動が、第2節で長野県・佐久・川西地域の地域医療懇談会の取り組みが（佐久総合病院の移転新築を始め、地域完結型の医療のモデルになりつつある）、第3節で茨城県・高萩協同病院の存続運動（職場委員会を立ち上げて非組合員を巻き込み、地域医療懇談会を重ねて市の一定の負担で厚

生連病院の移転新築を実現）、第4節で栃木県3病院の統合再編問題、第5節で、戦前の医療利用組合以来の厚生連運動を総括し、厚生連の原点を確認している。

第4章は、「医療機関の倒産と労働組合」と題して、評者も全日本民医連の役員として直接かかわった山梨勤医協と東葛病院の倒産について、及び北海道根室の療養型病院の閉鎖に反対する運動から、労働者自身が「企業協同組合」を立ち上げて地域の介護の向上のための取り組みを進めていることの報告が載せられている。山梨・東葛の取り組みでは、実際、労働組合が存在しなかったなら、今日の姿はあり得なかったであろう。また、当時の労働戦線の状況から、右派組合から様々な妨害があったことは、本書で初めて知ることができた。

第5章では、地域医療を守る運動の特徴と教訓、課題がまとめられている。このまとめに異存はないが、あえてないものねだりをすれば、労働運動がその病院で働く医師とどのような関係をつくりだしていったのか、また、西北五地域の経験のように医師確保に大きなエネルギーを注いだ経験もあるが、それをどう評価するのか、などにも触れてほしかった。

もう一つ、確かに、病院の存続は何よりもその病院が地域にとってなくてはならないものとして、患者住民に支持されていることにかかっている。しかし、病院も資本主義の下での経営体であり、自治体病院であってもあまりに多くの赤字が累積すれば、存立にかかわる事態になってくるとは、既に明らかとなっている。勿論、各地で労働組合としての経営分析の取り組みが行われていることは承知しているが、この良い医療と経営の関係、経営問題に対する系統的な労働組合のかかわり方についても、例えば根室の例のような取り組みがあるが、より踏み込んでほしかった。

ともあれ、本書は、本当に貴重な実践の報告であり、地域医療にかかわるすべての人に読んでいただきたい本である。

（はった ふさゆき、研究所副理事長、千葉勤労者福祉会理事長・全日本民医連顧問）

吉永純、京都保健会編著『いのちをつなぐ無料低額診療事業』 (2015年10月、クリエイツかもがわ、207ページ、本体2000円+税)

今井 晃

全日本民主医療機関連合会（民医連）は、2006年以來「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」を毎年行っている。加盟する全国600以上の病院・診療所を対象にし、2010年以降は毎年60例前後が集約されている。全国の医療機関に占める民医連のシェアはせいぜい1～2%であり、単純推計すれば経済的要因から治療が遅れて亡くなっている人は全国で3千人以上ということになる。民医連でも100%集約されているわけでないことを勘案すれば、2016年度の交通事故死者数3,904人を越えると思われる。ちなみに、交通事故死では高齢者が55%を占めている（2016年）のに対し、直近2年の同調査では、高齢者は4割台にとどまり、稼働年齢層の方が多結果となっている。貧困の広がりに対し、国民皆保険制度が空洞化し、医療保障としての機能が失われてきているのである。「フリーアクセス」や「皆保険」が名ばかりとなり、実質的に機能しなくなっている現実、その悲惨な実態の一端をこの調査は示している。

当研究所も昨年6月に社会的弱者や低所得者の医療保障問題をテーマに定期総会記念シンポジウムを開催した。そこでは、受診時に支払わなければならない医療費一部負担金の存在が、日本において受診抑制の大きな原因となっていることが指摘された。また、民医連が取り組んでいる無料低額診療事業の実際も知ることが出来た（※）。

さて本書は、上記の無料低額診療事業について、その実態と機能、社会的意義を広く知ってもらうことを通じ、この事業の拡大と社会保障制度としての整備充実を訴えたものである。無料低額診療事業とは、社会福祉法の規定にもとづき医療機関が一部負担金を減額あるいは免除できる（医療機関の持ち出しで）制度のことである。健康相談の実施やソーシャルワーカーの配置などの要件を満



たし、自治体に届け出が受理される必要がある。編著者は、吉永純氏（花園大学福祉学部教授）と公益社団法人京都保健会である。京都保健会は、京都民医連の最大法人であり、傘下の3病院・14診療所がこの事業を実施し、一部負担金の減免者数、減免金額とも全国最高である。したがって、この事業について社会へ発信するのに最もふさわしい人たちである。

本書では、第1部を「無料低額診療事業がつなぐ医療」とし、章ごとに4つの事例が紹介されている。いずれも興味深い事例であり、大変にわかり易くまとめられている。例えば第3章は、厚生年金を11万円受給しながらもネットカフェを泊まり歩いているという70代のホームレスの事例である。もともと肺気腫で入院した経験もあり、国民健康保険料も納入しており、多少の通院治療費はなんとかなるだろうと思っていた。しかし、息が苦しくなり、無料低額診療事業の紹介チラシに載っていた診療所にかけつけた。肺気腫は酸素吸入

が必要なほど悪化し、心不全も発症、ただちに無料低額診療事業を適用し入院となった。その後、病院のソーシャルワーカーの支援を受けて、介護保険、在宅酸素療法、身体障害者認定、生活保護受給へとつながった例である。チラシは、ホームレス支援ボランティアから2年前にもらい、いざという時のために大事にとっていたものだ。第5章は各事例をめぐるソーシャルワーカー等保健会職員と編著者の吉永純教授の座談会だが、各事例の教訓と課題がわかり易く整理されている。無料低額診療事業が、受診困難者の医療への入り口となることはもとより、さらに利用者に対してソーシャルワークが行われ、介護保険・障害認定・生活保護などの利用に適切に結びつけられ、必要な社会保障制度への架け橋となっていることの意義が強調されている。

第2部は吉永氏による「現代の貧困と無料低額診療事業の果たす役割」である。この事業が医療保障の網から漏れた人たちの最終的な救済手段になり得ること、かつソーシャルワーク付きであることの特徴を強調するとともに、しかし実施医療機関が全国で600にも満たず全医療機関の0.3%と極めて少ないことを問題視している。そして、実施医療機関の拡大、保険薬局への適用、自主事業

から法定事業化等と、国民健康保険の抜本改善(誰も排除しない制度)等によって遺漏なく低所得者への医療が保障される制度への発展を提起している。第3部は制度の変遷と京都保健会の取り組みの歴史がまとめられている。とりわけ注目されるのは、京都保健会の無料低額診療事業を実施している規模が、他の実施法人と比べて格段に大きいことである。民医連の法人で頑張っているところでも総患者数に占める医療費減免対象者数の比率は2%台だが、京都保健会で10%に及んでいる(減免額は1億4千万円を越える)。それは、減免対象の収入基準を生保基準額の200%(2015年度からは190%)と大きく広げているためである(民医連では150%以下の法人が多い)。巻末には、厚労省関係通知などの資料が添付されている。

医療福祉関係者をはじめ一般の方にも広く読んでほしい本である。

※このシンポジウムの内容は、『いのちとくらし研究所報』第56号に掲載してあるので興味ある方はぜひ参照していただきたい。

(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)

〈医療政策・研究史〉(16)

医療政策学校

—その成り立ちとオリエンテーション—

野村 拓

●「医療政策学校」の成り立ち

国民医療研究所が関西の若手研究者と研究者の卵たちで、21世紀の医療を展望するプロジェクト・チームを結成したのは1997年から1998年にかけての時期であった。

1960年の医学史研究会創立、1974年の「医療経済セミナー」から1976年の「医療経済研究会」創立、1990年の大阪社保協再建など、なにかと研究例会や合宿研修の多かった関西で、若手を集めて研究所のファーム・チームを作って、将来に備えよう、というわけであった。

医療経済研究会はしばしば、そして時には大阪社保学校も名張市・赤目で合宿形式の研究会を持った。1979年には「通信講座・保健医療経済学・教程」のスクーリングの場としても使われた。

医療経済研究会が日本医療経済学会となり、赤目を利用しなくなってからも、よそ行きではない勉強会の場として「医療史セミナー」や「もの書きテクノロジー」合宿のような形で利用された。そして、そのような潜在力を国民医療研究所がプロジェクト・チームに吸収したようなものであった。

プロジェクト・チームの第1作は、若手中心に24人の執筆による『21世紀の医療・介護労働』

(2000.本の泉社)で、第2作は16人による『21世紀の医療政策づくり』(2003.本の泉社)であった。この大プロジェクトを進めるについては、「夏・冬」2回の合宿だけでは足りず、春と秋に大阪で研究会、それでも足りず「月例研究会」という形を取るに至った。これが2002年段階であり、この月例研究会が慣習的に「医療政策学校」と呼ばれ、間もなく150回を迎えることになる。

また、『21世紀の医療政策づくり』は仏教大・

通信教育のテキストに採用されたので、その印税の半額をプールして雑誌『医療政策学校』を発刊したが、目下、休刊中である。

この時期、京都では2000年9月に上京病院(当時)、垣田医院、出水リハビリ・センターの職員を中心にして「100年の庶民史を勉強する会」がスタートし、170回を越える月例研究会を重ねている。

これらに福祉系大学教員などを加えた形で「夏・冬」合宿は「医療・福祉政策学校」という名称で定期的開催されている。もちろん、月例研究会に比べて参加者も多いが、市民も研究者も学生も活動家も「横並びの水平性」を原則とした運営を行っている。

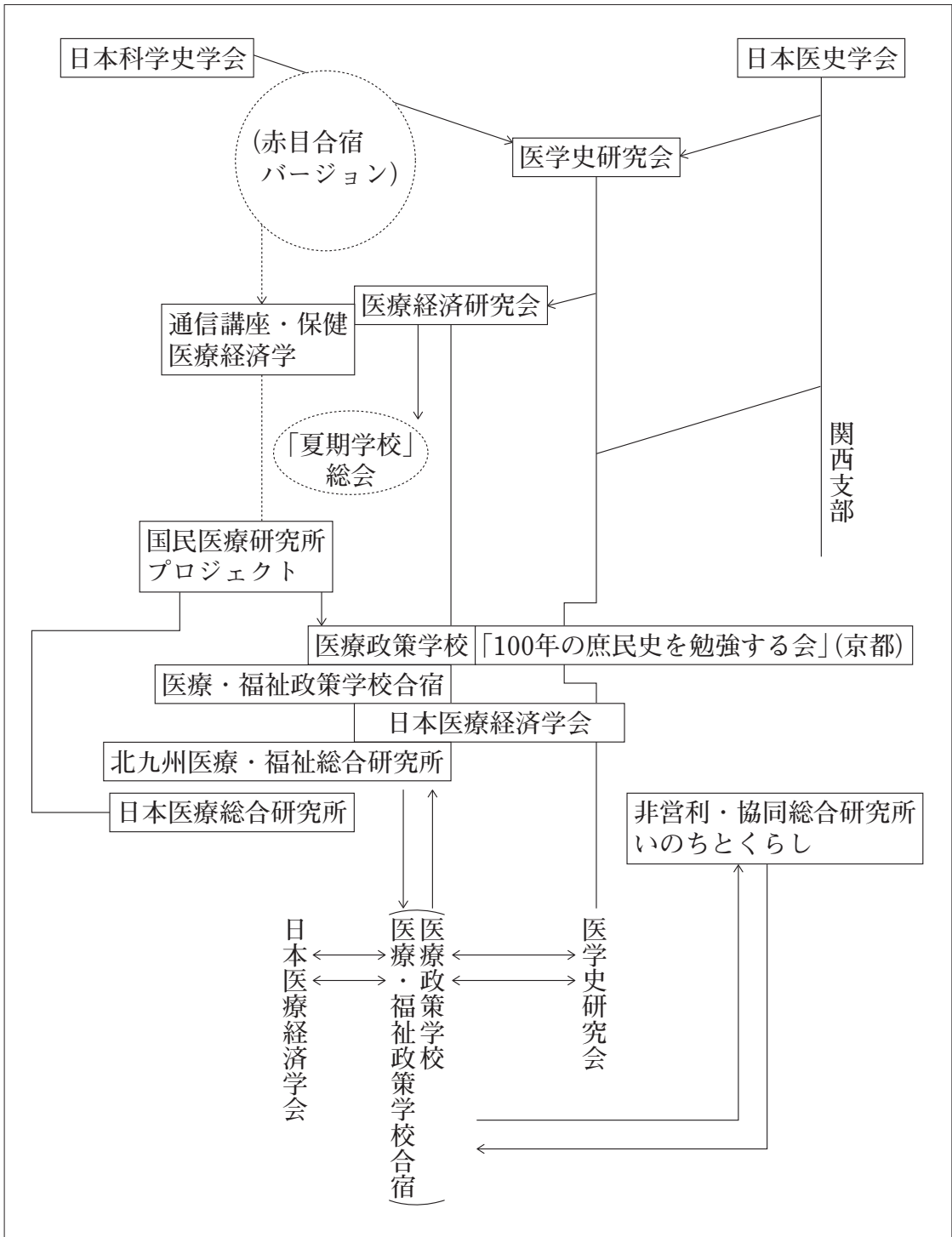
以上の経過をシェーマ化したものが〈図1〉であるが、最近は四大生の参加も増えているので学生から社会人まで視野に入れて、あらためて「オリエンテーション」を考えてみた。なお、学校の名称は慣習を尊重し、月例研究会と雑誌名は「医療政策学校」、夏・冬の合宿は「医療・福祉政策学校」ということで、あとはなりゆきにまかせたい、と考えている。

●学習の到達目標

「医療政策学校」における学習の到達目標は、前回示したように、「医療・福祉寄りの新社会科学」である。しかし、勉強の成果を出版する場合の出版事情は以前よりも厳しくなっている。市場で流通する本は、ベストセラーねらいの「読み捨て本」(ディスポン)であり、まともな本も、採算性、市場性を重視する編集者によって、著者の意図が実現されない場合も多い。

そのような事情になんとか折り合いをつけて、

〈図1〉 医療政策学校の成り立ち



出版にたどり着いたときには、すでに現実との間にタイム・ラグを生じていたりする。

「本」が既に「研究者間の相互交流機能」を喪失しているのであれば、別の交流手段を考えなければならず、そのための、ひとつの試みが「本」と「ノート」との中間の「リーダーズ・ファイル」（ルーズリーフ本）であり、これまでに、次掲の35巻を発行した〈表〉。

「リーダーズ・ファイル」は「紙漉き原液」ようなもので、これから「ペーパー」を漉くのは、比較的容易である。「出版の前段階」と「研究者の相互交流」との2つの意味を込めて、作成してみた。なお、シリーズ第15回「学習展開と著作」では33巻までの一覧を載せたが、その後の2巻を加えてサブタイトルを入れた。

〈表〉〈医療政策学校・「リーダーズ・ファイル」Vol. 1-35〉

1. 『自分史100話』
2. 『海軍史と医学史』—世界史と自分史との「中間項」として
3. 『ショート・ストーリー・メイク』—情報の連鎖化
4. 『語り得る〈限界時代〉と〈限界世代〉』
5. 『医療史の核・「日本医療団」』—開業保険医シリーズ・C巻
6. 『医療・福祉職の世界史』—社会福祉と医療政策・100話
7. 『看護の社会科学』
8. 『健康保険スタート事情』—開業保険医シリーズ・A巻
9. 『戦争に向かう医療』—開業保険医シリーズ・B巻
10. 『「武見日医の25年」と逆風の1980年代』—開業保険医シリーズ・E巻
11. 『占領・民主化・カオスの中の医療』—開業保険医シリーズ・D巻
12. 『開業保険医のスタンス』—開業保険医シリーズ・F巻
13. 『洋書分類学—読まずに強くなる』
14. 『反認知症的生き方』—好奇心・雑食・足
15. 『「本」の社会科学』—「ルーズリーフ本」（リーダーズ・ファイル）の試み
16. 『グローバル薬味学』—文献プロムナード
17. 『研究的・評論的・編集的・エッセー的』—医療政策・研究史
18. 『時間活用としての「連載」』—連載年表51年
19. 『「日本医療団」と戦時医療法制』—Vol. 5. の続編
20. 『エッセーから新社会科学へ』—「新社会科学」の学習アンテナ
21. 『「学習アンテナ」と自分史座標』—「可能性」の比較史
22. 『私と医療経済学』—（通信講座）「保健医療経済学・教程」
23. 『読んでもらう「語り」と「談」』—花沢徳衛さんとの対談
24. 『「はたらきかけ」学』—医療政策学校・学習手順
25. 『「格差なき医療」への歴史的努力』—開業保険医シリーズ・G巻
26. 『明治150年の医療—「モデル追いかけ」が「モデル」に』
27. 『医療政策学校・学習手順』—総記憶量のフラッシュ
28. 『バトンタッチ文献学—100年のスパンで』
29. 『カラーとシェーマの医学史』
30. 『貧困・軍備・人口』—人口学のすすめ
31. 『記憶術とメリハリ自分史』—社会科学的記憶術
32. 『「医療をトータルに語る人」の養成』—世界史的視野での開業医
33. 『情報連鎖用 BGM100曲』—学習プログラムにおける BGM

34. 『リフレッシュ学習』一脳は呼吸する

35. 『医療政策学校・オリエンテーション』一学生も社会人も

この「リーダーズ・ファイル」を「医療・福祉寄りの新社会科学」構築の視点でアレンジすると、以下ようになる。

〈医療・福祉寄りの新社会科学を考える〉

1. 社会科学とは

運動体として社会をとらえ、制御の可能性、方向性を「人権」とのかかわりにおいて研究する学問。

(Vol.20.)『エッセーから新社会科学へ』

1. 細分化、硬直化からの脱却
2. 漫歩計
3. 雑花展
4. 看護・介護の歴史
5. 「新社会科学の学習アンテナ」
6. 社会福祉の学習アンテナ
〈自分史座標の外延部分としての学習アンテナ〉

(Vol.7.)『看護の社会科学』

1. 介護保険の15年
2. 看護と介護—地域で考える
3. 看護婦のための医療経済入門
4. 医療社会学
5. 看護史補強 あ・ら・かると
6. 看護史100話
7. 看護政策の学び方

(Vol.15.)『「本」の社会科学』

1. 「本」のいろいろ
2. 新しい視点を教えてくれた本
3. 「本」とライフサイクル
4. 分担執筆の心得
5. ブック・メイキング
6. 「本」づくりの指揮官学
7. 「はたらきかけ」としての「本」もどき
8. 「ルーズ・リーフ本」(「リーダーズ・ファイル」の試み)

2. 社会科学の特徴(自然科学との相違点)一対

象としての「社会」のなかに研究主体(自分)がふくまれる

社会との交渉としての「自分史」が大きな意味を持つ。

(Vol.17.)『研究的・評論的・編集的・エッセー的』

1. 研究的—「医療政策・研究史」
 - 1) 科学史への関心
 - 2) 駆け出し時代の研究
 - 3) 医療経済のふるしき
 - 4) なぜか医療政策史
 - 5) 八面六臂の巻
 - 6) 雑務回避とマイペース
 - 7) 戦時下医療政策の研究
 - 8) 「日本医療団」再考
 - 9) 国家的医療の解体と市場化
2. 評論的—医療競争曲
〈交通整理的「学校保健論」〉
3. 編集的—『大阪保険医雑誌』編集顧問として
4. エッセー的—「昭和10年-20年」を語る限界世代

(Vol.22.)『私と医療経済学』

1. 科学史、医学史、H.E. シゲリストの医療経済観
2. 「医療経済学の出発点」(1963)
3. 「医療労働に関する労働価値論的考察」(1964)
4. 医療政策史への変針
5. 「医療経済時代の開幕」(1970)
6. 『健康の経済学』(1973)
7. 「医療経済セミナー」から「医療経済研究会」へ
8. 『医療経済研究会会報』創刊(1976)
9. 医療経済研究会編『日本医療の進路』(1977)
10. 『医療経済思想の展開』(1974)「あとがき」における総括
11. (通信講座)『保健医療経済学・教程』(1979)
12. 「医療経済研究会」20年の総括(1996)
13. 社会的再生産失調という視点—『医療と国民生活』(1981)
14. 直面した課題に対して
15. 隣接領域との関係
16. 「はたらきかけ」とパワーダイナミックス

3. 自分史座標と情報の取り込み（記憶）

自分史座標に貼り付いた情報が「記憶」
(Vol.1.)『自分史100話』(略)

(Vol.14.)『反認知症的生き方』

1. 定年後10年は「坂の上の雲」を見つめて
2. 語れる時代の幅
3. 好奇心・雑食・足
4. 「頭の健康」と生き方の処方箋
5. やけくその80代
6. 語るべきは、心掛けるべきは
7. 「語り」にはBGMを一これぞボケ防止

(Vol.31.)『記憶術とメリハリ自分史』

1. 記憶術と自分史
2. 自分史座標にメリハリをつける
3. 戦争への坂道を転げ落ちた10年間
4. どん底とドサクサの10年
5. 晩学のスタート・ダッシュ20年
6. 逆風の1980年代
7. 医療政策から医療運動へ
8. 定年までは手を抜いて
9. 先回りして「老い」を待つ
10. 記憶術としての情報の「風景化」

4. 連鎖情報と単品情報

「情報の連鎖化」としての「ストーリーメイク」

(Vol.3.)『ショート・ストーリー・メイク』

1. ストーリーメイク百科
2. 200字でなにが書けるか
3. 500字では
4. 1頁ものになれば
5. 語りべ、はたらきかけ
6. 歌と外国語になじむ—Music, English, Nursing

(Vol.21.)『「学習アンテナ」と自分史座標』

1. のびやかな社会科学を目指して
2. 自分史座標のつくり方
3. 学習アンテナづくり
4. 「人間の可能性」バージョン
5. 「再生産」という視点
6. 「可能性」の比較史

7. 20世紀をヨコにしめくくると

8. 「社会派医学史」と「比較経済史学派」そして「衛生学史・3部作」

9. 社会医学を社会科学的に補強する

10. 補強すべき事項

11. 適塾・医学史研究会・医療政策学校

12. 『医療の政治力学』(2011)から

5. 学習内容と「手ごたえ」の取り込み

文献的学習内容だけではなく、運動・はたらきかけの「手ごたえ」も「自分史座標」に取り込む。

世界史的事項を自分史座標に取り込む場合には「中間項」を設ける。

「語りかけ」を通して「学習内容」の曖昧さを知る。

(Vol.2.)『海軍史と医学史』

1. 自分史への取り込み

2. 「近代」と自分史との交点

3. 効率と人権との相剋

4. 医学史、世界史と自分史の起点

5. 日本海軍のエリート教育—英国パブリック・スクールを範に—ドミトリー、ミュージアム、スーパーゼネラリスト教育—

6. 広角「医学史」へ—地球市民の良識

(Vol.4.)『語りうる〈限界時代〉と〈限界世代〉』

70話(略)

(Vol.23.)『読んでもらう「語り」と「談』』

1. 文語体と口語体

2. 悲愴感、凜然さ、叙情

3. 先輩との対談、そして外人と

4. 取材のされ方

5. 発言がそのまま活字になる「証人」と「参考人」

6. 座談会のいい加減さ

(Vol.24.)『「はたらきかけ」学』

1. 「はたらきかけ」学とは

2. 医療政策学校の系譜

3. 「はたらきかけ」と自分史

4. 自分史座標の整備

5. 「はたらきかけ」としての「本」

6. 拡大自分史座標としての「学習アンテナ」
7. 情勢分析の例—社会保障運動団体の場合
〈魅力ある社会保障論を (Vol.16.)〉
8. 開業保険医の立場では
9. 情勢分析的エッセー
10. 「はたらきかけ」学・本流をトレースする
11. さらなる「学習」として

6. 歴史構成力の養成

(Vol. 6.) 『医療・福祉職の世界史』

1. 市民の登場
2. 産業革命へ
3. 国民国家へ
4. 植民地支配へ
5. 第1次大戦前後
6. 保健・医療政策の時代
7. 「戦間期」の問題
8. 社会主義・社会福祉・優生思想
9. 市場型医療とファシズム
10. 第2次大戦と医療
11. 健康と社会保障
12. 運動・胎動の時代
13. 人口・途上国・貧困
14. ベトナム戦争前後
15. 社会階層と健康・医療
16. 売り買い医療
17. 反社会保障の風
18. 喪失と閉塞の時代
19. 百話方式
20. 医療・福祉職の医療史
〈補論〉グローバル化と医療

(Vol.26.) 『明治150年の医療—「モデル追いかけ」 が「モデル」に』

1. 150年のスパンで見えるもの
2. 150年を3期に分ける
3. (第1期) 医師養成の「複線化」、そして医療の「複線化」
4. (第2期) 戦争を挟んで「複線化医療」「格差医療」の克服
5. 専門医制への新たな視点
6. 帝国主義の後追い挫折のメリット
7. (第3期) 日本医療のモデル化

(Vol. 8.) 『健康保険スタート事情』

1. 前提的予備知識
2. 市民革命、市民の医者、臨床医学
3. 日本における「社会政策的段階」
4. プレ健保時代の総括
5. 健保、1990年代の総括

(Vol. 9.) 『戦争に向かう医療』

1. 「複線医療」へ
2. 政府管掌健保と組合管掌健保
3. 社会政策的要請と開業医制とのドッキング
4. 「大阪保険医協会」(1938)
5. 医学雑誌での昭和戦前期
6. 無医村を抱え、徴兵検査成績は低下
7. 国民医療法準備期の医療統計
8. 有事・戦争博物館 (50回)

(Vol. 5.) 『医療史の核・日本医療団』

1. 問答無用の「マル秘」路線
2. 「軍医予備員令」(1937)
3. 医薬制度調査会(1938)とその「答申」(1940)
4. 内務省「マル秘」文書 (1937) から
5. 体力管理の「マル秘」
6. 医療管理は「極秘」
7. 「国民医療法」案も「マル秘」
8. 『日本医療団史』という本
9. 国が考えた3本の矢
10. 「日本医療団情報」と「日本医療団報」
11. 調査報告資料

(Vol.19.) 『「日本医療団」と戦時医療法制』

1. (Vol. 5.) 『医療史の核・「日本医療団」』の構成
2. これまでの取り組み
3. これまでの研究の中間総括
4. 「国民体力管理医」をして…
5. 医療保護法の重要性
6. 関連戦時医療資料
7. 国立病院の前身は…

(Vol.11.) 『占領・民主化・カオスの中の医療』

1. 出足早の医療民主化運動
2. 「お役所」は「民主的傾向」に「照応」

3. 「統計空白時代」(1944-46)
4. 未完成「年表」における敗戦直後の時期
5. 占領とは一予算書の和文英訳
6. 「西日本」ではなく、「南日本」で
7. 占領下の研究のその後は？
8. 横ならびのどん底生活
9. なぜか生計費統計は「極秘」
10. ヤミ屋さんの生計費例も
11. もう一度、基本資料の洗い直しを
12. 『医療統計調査報告』
13. 『岩手の保健』『信濃衛生』『厚生』
14. 医学生たち
15. 社会保障の追求と人権意識
16. 厚生省がまじだっところ

(Vol.10.) 『「武見日医の25年」と逆風の1980年代』

1. 「出遅れ日医」のパフォーマンス
2. 『現代の医療政策』(1972) から
3. 1970年代後半の医療問題
4. 日医の政治的動向
5. 『日本医師会』(1976)
6. 講演の演題としての「日本医師会論」
7. 日本医師会と医療行政
8. 逆風の予告編—「今次健保改悪案と日本医師会」
9. 『武見日医の25年』
10. 時評での日医会長交代
11. 逆風の1980年代と日本医師会
12. 健保改悪案にみる軍事優先路線
13. 2次医療圏単位での病床規制
14. 国立病院つぶし
15. 怪しげな事業体・オンパレード
16. 地域社会の「市場化」と1.5次医療

(Vol.12.) 『開業保険医のスタンス』

1. まず診療報酬問題
2. 国保の歴史のおさらい
3. なにが医療を動かしているか
4. 日本の開業保険医のスタンス
5. 国立病院つぶしと魑魅魍魎的事業体の参入—医療の市場化
6. システム総合開発研究所
7. 地域医療振興協会

8. 研究者の魑魅魍魎化と医療産業都市
9. 地域・自治体病院・開業医
10. 医療情勢のとらえ方
11. 「土」と「草の根」からの運動

(Vol.25.) 『「格差なき医療」と開業医』

1. 「格差なき医療」への歴史的努力
2. 開業保険医とは
3. 厚生省がまじだっところとまじでなくなったところ
4. 草の根・医療保障『岩手の保健』
5. 日医・武見執行部の台頭とそのスタンス
6. 権力者はクロスセクション認識、運動体は歴史認識
7. 逆風に抗して
8. 地域に骨を埋める？
9. 「一般」「専門」複合医への評価
10. 保険診療への温度差・勤務医と開業医
11. 医療に軸足をおいた草の根・社会保障
12. 医療情勢分析とはたらきかけ

7. 総記憶量は総執筆量に比例

(Vol.18.) 『時間活用としての「連載」』

1. Too Young, Too Busy, Too Old
2. 連載年表51年(1965-2015)
3. 「1単位」の例—「海外新刊紹介」50回分
4. 単発論説の場合

8. 総記憶量のフラッシュ

(Vol.13.) 『洋書分類学—読まずに強くなる』

1. 医療海外文献に関する12章
2. 「マクロ」の編集・発行から到達した洋書分類
3. グローバル教養学

(Vol.16.) 『グローバル薬味学』

1. 日本への目線
2. 文献プロムナード
3. グローバル特論

9. フラッシュしやすい情報に

「高難度取り込み術」としての「シェーマ化」

(Vol.29.) 『カラーとシェーマの医学史』

- (1-24) 日本の医学史
- (25-36) 世界の医学史
- (37-43) 医学史と統計
- (44-48) 医学史と進化論
- (49-54) 医学史と女性

10. 社会科学的思考実験とフラッシュ能力

(Vol.32.) 『医療をトータルに語る人』の養成』

1. いま、もっとも「社会科学的素養」が求められているのが「医療」分野
2. 医師層の社会科学的認識の序列
3. これまでの「開業医論」の簡単なおさらい
4. まわり道でも世界史的学習を
5. 世界史的視野での開業医（市民の医者）
6. 専門医制への視点としての帝国主義、植民地経営、「ミドル」そして社会政策
7. 帝国主義の「後追い・挫折」のメリット
8. いま、なぜ（開業医）「宣言」なのか
9. 住民参加と世界市民の医者
10. 「医療をトータルに語る人」の養成
11. 「トータルな把握」のための自学自習
12. 社会科学的記憶術のフラッシュ・トレーニング

11. 日常、これ社会科学的思考実験

(Vol.28.) 『バトンタッチ文献学』

25章（略）

(Vol.30.) 『貧困・軍備・人口』

1. グローバル・オリエンテーション
2. 見えてくるもの
3. ジュットランド沖海戦（1916）から100年
4. 間もなく国勢調査（1920）100年
5. 人口学のすすめ
6. なぜ、「笛吹けど、出生増えず」か
7. 「都会育ち」は「農業・農村的」時間の流れを知ろう

12. 「強記一閃」（豊かな記憶量のフラッシュ）

(Vol.33.) 『情報連鎖用BGM100曲』

(Vol.34.) 『リフレッシュ学習』

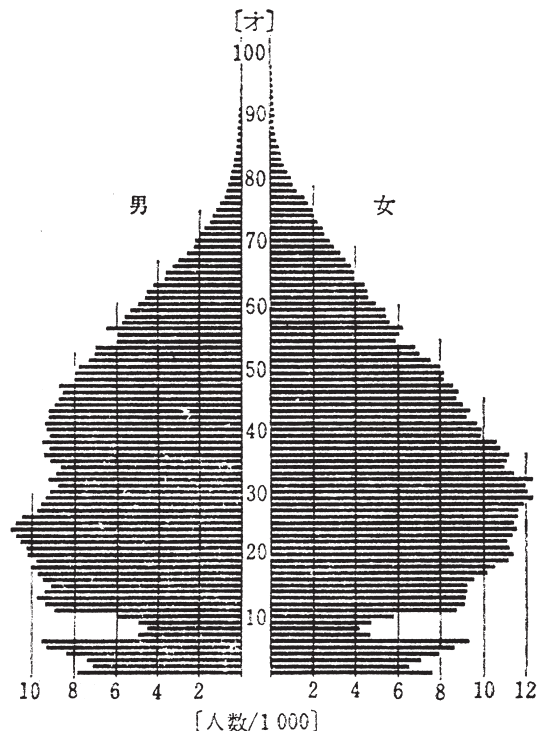
●科学史のすすめ

一見、膨大な情報量に見えるが、これまでの学習・体験によって、かなりカバーできるはずなので、記憶量の整理・統計化として、みていただきたい。そして歴史的にさかのぼっての整理・系統化のためには、「科学史」学習をおすすめする。

四大生用「学習アンテナ」（Vol.31. 収載）はイギリス市民革命を起点にしているのので、例えば、教科書的に書かれた『科学技術史概論』（1979. オーム社）などで、世界史的補強をこころみることは有益だろう。

この本は35年間に31刷を重ねたロングセラーで、私はごく一部を担当したが、ここで、私は「統計を歴史的に見る図」を1枚紹介した〈図2〉。それは1925年のドイツ・ハンブルグ市の年齢構成図で、第1次世界大戦時の傷痕が10歳前後の「くびれ」となってあらわれているが、それだけではない。男子の30代の人口の「へこみ」は「大量の

〈図2〉1925年、ハンブルグ市の年齢編成



第一次世界大戦の傷跡を示すハンブルグ市の年齢構成（1925年）

戦争死」を表している。つまり、「年齢構成図」には100年近い歴史が刻まれているのである。

1967年、立命館大学の法学部と経済学部の教養課程で「科学史」を担当したときには、まず「人口の科学」そして「人間の科学」「労働の科学」「労働力再生産の科学」「歴史的人間の科学」という構想で、小冊子のテキスト『第三の科学史』(1967)を作成した。「学習アンテナ」の補強として、おすすめする。

『第三の科学史』は、私の四大生へのメッセージであったが、2015年の夏合宿に参加の多かった四大生に合わせて急遽作成した「学習アンテナ」は、いま、ふりかえてみると『第三の科学史』との共通点が多い。このテキストの「歴史的人間の科学」のところでは、タテ軸に「暦年」、ヨコ軸に「年齢」、そして「ナナメの線」で「自分史」を示す図法が紹介されている。

また、「連載から本へ」という『講座 医療政策史』方式ではなく、はじめから「体系的に本」を構想する場合の方式が、なんとなく身につく、書き下ろしの『医学と人権—国民の医療史』(1969)に結び付いたと思われる。

では、「院生」に対するメッセージは何か、これは難しい。一言で言えば、「論文」など学者渡世の通行手形なのだから、必要に応じて余裕しゃ

くしゃくと作成できるだけの実力を持って、ということである。所詮、学派、流派によって、指導・評価方法がちがうのだし、流れに従うか逆らうかは、そのときの気分できめればいいこと。流れに従うときには「これは世を忍ぶ仮の姿」であって、本当の自分ではない、という自覚を持つべきである。

孫引きを繰り返すアメリカの医療社会学の論文では、ウィリアム・ペティが、いつの間にか「リチャード・ペティ」に化けてしまったが、『アイルランドの政治的解剖』は「リチャード・ペティ」と書かなければ留学生試験で落とされるかもしれない。そんな世界である。

活動家、社会人に対するメッセージはいろいろある。「基調報告」を書いたことのある活動家は、その追試・検証をやるべきである。社会科学にとって重要な「情勢分析論」はもっときびしく鍛えなおすべきである。

学習内容、「はたらきかけ」・運動の手ごたえを「自分史座標」にとりこんで、「精神の王国」という名の「情報ドーム」をつくりあげる楽しさを味わってみたいものである。

〈図3〉「学習アンテナ」の登場人物・再掲

	人間の可能性	「再生産」というとらえ方	可能性の比較史	医学史
17世紀	(1) ペティ	(2) グラント	(3) H. コンリング	(4) シデナム
18世紀	(5) ド・ウィット	(6) ケネー	(7) A. テーア J.P. フランク	(8) ブールハーヴェ
19世紀	(9) W. ファー	(10) マルクス	(11) ビスマルク	(12) ウィルヒョウ
20世紀	(13) ラウントリー	(14) ポーイング家	(15) ケインズ M. ウェーバー	(16) シゲリスト ローゼン アッカークネヒト
21世紀	(17) (貧困問題)	(18) (軍・産複合体)	(19) (政策学習)	(20) (「はたらきかけ」学)

●学習アンテナ事項の自分史座標への取り組み

「四大生用・学習アンテナ」(Vol.31)に登場する「人物」だけ、取り上げて「略表化」したものが〈図3〉(前頁)である。これらのなかで、(1) 枠のペティを「自分史座標」に取り込むには、私の場合なら、〈図4〉のような思考回路が考えられる。

また、近代科学の歴史をラグビーに譬えて、イギリスの場合は、「重量フォワード」というべきイギリス経験論からの安定した球出し、ボイラーニュートンと球がわたって、ニュートンがトライ。フランスではデカルト主将がハイパントをあげて「百科全書派」や「イデオログ」が突っ込んで行くスタイル、などという話が通用する学生を育てなければならない。そして、ラグビーのポジション名のTBは何の略名か、考えさせることも必要である。

TBはThree-Quaters Backsの略名でHalf Back(2分の1)とFull Back(1)の中間の深度(4分の3)の位置にいるからであり、それと直角に交わる軸の上に、Center Three-Quaters、Wing-Three-Quatersが位置するのだから、そういう「座標的理解」が必要である。

また、(9) 枠のイギリスの開業医で公衆衛生学者ウィリアム・ファーを取り込む場合の思考回路を示せば〈図5〉のようになる。

ファーはパリで公衆衛生を学ぶが、近代公衆衛

生のルーツはフランス大革命の嫡出子ナポレオン軍の軍医団であった。つまり、集団対象の効率を重視する医学の専門家であった。「トリアージ」分類を始めたのは、ナポレオン軍の外科医、ドミニク・シャン・ラレイとされているが、彼の没年はワーテルロー敗戦の年(1815)である。みずから「黒札」をつけたのかどうか。

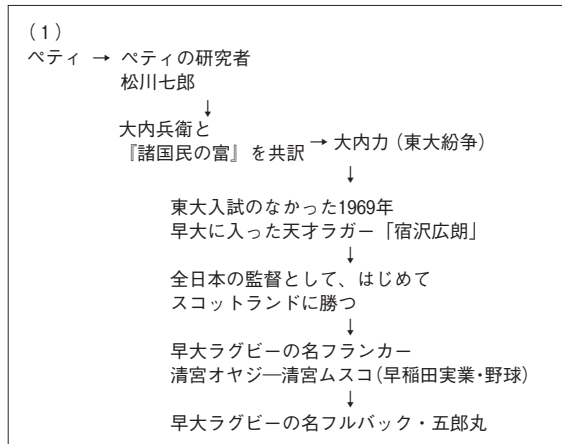
この1815年から欧州が革命の波に揺れ、イギリス公衆衛生法が成立した1848年までの「フランス衛生学の歴史」をまとめたのが(16) 枠のアッカーネヒトである。このようにして、世界史的事項を自分史座標に引き寄せておくことが「大量情報の系統化」に必要である。

●自分史座標からのフラッシュ「昭和・平成医療史」の構想

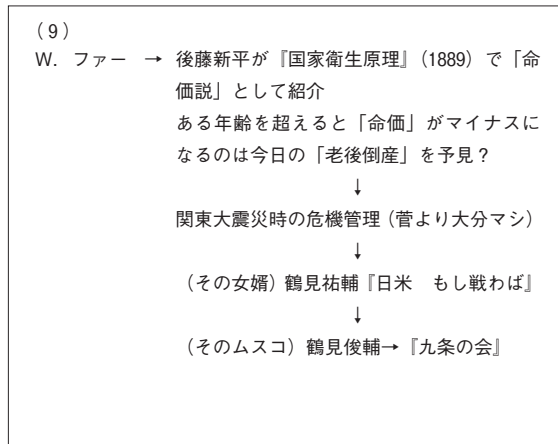
自分史座標への情報の取り込みと各種企画、構想の発表という「フラッシュ」とを交互に繰り返していると、なんとなく脳が呼吸しているような気分で活性化してくる。

いま、脳をフラッシュさせているテーマは「昭和・平成医療史」である。かつて「昭和医療史」を『月刊保団連』に4頁ずつ38回連載して、退官記念出版としたが、それに「平成医療史」22項を加えて、計60項の「昭和・平成医療史」を構築しようというわけである。既成の「昭和医療史」と「予定の平成医療史」を合体させた『昭和・平成医療史』構想は以下の通りである。

〈図4〉 ペティを自分史にとりこむ



〈図5〉 ファーを自分史にとりこむ



『昭和・平成医療史』構想
(昭和医療史)

1. 慌ただしく「大正」から「昭和」へ
・昭和史に対する無知 ・中身は「大正」表紙だけ「昭和」 ・治安維持法・普通選挙法そして健康保険法
2. 健康保険制度のからくり
・変動単価制—粗雑な総枠主義 ・査定率20%、「半点」もあり ・1カ月の保険収入43円
3. 寄付講座の登場
・濫診濫療だって? ・製薬会社は… ・大正デモクラシーの残照消える
4. 乳児死亡と警察行政
・高率の乳児死亡、「母性は国家を属す」・警察行政としての保健行政 ・娼妓を集めて運動会
5. 行き詰まりの時代
・浜口首相の手術料、輸血の軍事利用 ・診療費の値下げ ・弱肉強食思想
6. 満州事変と医療
・減種法、大学は出たけれど ・病院飛行機 ・精神の統制へ
7. 出揃った問題
・国民医療費 ・ラジオの普及で ・結核患者の「外気」小屋
8. 人口問題の変ぼう
・徴兵検査成績の低下 ・3人の男 ・ナチス賛美の医学雑誌
9. 保健国策へ
・陸軍主導で ・日医もヨイショ ・長島愛生園のハリスト
10. 蘆溝橋事件・前後
・戦争の予兆 ・露出狂時代? ・軍医予備員令
11. 総動員体制と医療
・厚生省スタート ・医師も職業能力申告 ・不良と戦死
12. 体力政策
・体力章検定 ・国民体力法 ・国民体力管理医
13. 産めよふやせよ
・新体制運動 ・金鶏かがやく15銭 ・5人以上生め—マンパワー給源としての農村
14. 太平洋戦争・前夜
・忠誠心コンクール ・南方資源図 ・医療管理の強化、戦後への影響
15. 国民医療法の背景
・医療保険の統合、健保黒字分は戦費に? ・医界から大臣2人 ・開戦へ
16. 日本医療団
・開戦と医療7法案 ・医療重点主義、経営内容まで踏み込んで ・岩石おとし
17. 敗色のなかで
・医療の一元化、医師会側と保険医側 ・結核と戦時浮腫 ・病院工場
18. 骨を撒き散らして
・厚生船 ・やせた医学雑誌 ・軍医たち
19. 混乱のなかで
・ポツダム宣言から ・医療の民主化、医師国家試験 ・雑誌創刊ラッシュ
20. 占領下の医療行政
・南日本公衆衛生会議 ・サムスという男 ・登録人頭式も
21. 空腹でも意欲的
・なにを食べていたか ・結核対策 ・医師の最低生活費
22. 医療統計の整備
・病人がどれだけいるか ・行政に科学性を ・もろ刃の剣
23. ゆりかごの社会保障
・国家の健全性 ・ヤミ屋の家計、ゆれる社会保障 ・朝鮮戦争そして
24. 医学生たち
・「社会」という言葉、情熱のガリ版 ・全国組織へ ・この世代の人たちは?
25. 財界対国民の構図
・国立病院つぶしに“待った” ・総資本対総労働 ・厚生省がまじだったころ
26. 国民皆保険へ
・皆保険のルーツ ・医療需給分析、一般保険医と専門保険医 ・ダイナミックスのなかで
27. 60年安保のころ
・『岩手の保健』 ・6年早く皆保険 ・医師の報酬
28. 高度成長と日医
・単価要求の放棄 ・医療保険の統合案 ・医療マーケット
29. 医療における日米関係
・ベトナム戦争 ・献血の促進、売血と疾病の自己責任 ・拝啓、総理大臣殿
30. 医療運動おこる
・人口政策の再転換 ・国民総汚染 ・健保改悪反対闘争

31. 展望された70年代
 - ・無責任・未来学 ・人間の体も営みも ・医大新設、展望の挫折
32. “医療運動” vs “医療管理”
 - ・医療政策の時代 ・保険医総辞退 ・石油ショック前後
33. 石油ショック前後
 - ・石油ショックの前に薬不足 ・狭くなった地球 ・民主的規制
34. 弱肉強食の時代
 - ・強きを助け弱きを挫き ・松竹梅医療 ・弱者の医療抑制マップ
35. 国際化のなかで
 - ・外へはみ出そう ・医療機器汚職 ・「アルマ・アタ」宣言
36. 公的責任からの脱走
 - ・親子ローンと持ち家担保 ・まず老人医療有料化 ・死んでもらえば効率的
37. 供給抑制へ
 - ・そこに病院があるから ・そこに保険医がいるから ・国立病院つぶし
38. 「棄民」対「人権」
 - ・効率化と棄民 ・ゆきつくところは ・昭和の終わり

(平成医療史)

39. なぜ「昭和ドッキング・平成医療史」か
 - ・「複線化医療」の誕生と克服は「昭和・平成」のスパンで ・明治150年の医療史 ・昭和・平成の93年と私の90年
40. 「アルマ・アタ宣言」(1978)と「開業医宣言」(1988)
 - ・いま、軍備に使われている金を「健康」にまわせば ・「象牙の塔・症候群」(WHO) ・「医・産複合体」
41. 「国立病院つぶし」反対・全国行脚
 - ・「圧力調査」、アクション・リサーチ ・新語「政策医療」の登場 ・怪しげなシンク・タンク、魑魅魍魎の事業体
42. シルバー産業と介護保険
 - ・まやかしのプロセス、介護保障→公的介護保険→介護保険 ・シルバー産業振興協会 ・負担はしないが「金もうけ」になるなら
43. 「平成」期の特徴
 - ・高齢化とグローバル化 ・欧州統合と医療 ・標準化死亡比マップ
44. 医療の国際比較
 - ・国際比較マトリックス ・政権交代と医療 ・医療生協「国際フォーラム」
45. 日本医療への目線
 - ・「安上がり」モデル ・対決・乗っ取り型 ・医療産業都市・ツーリズム
46. 20世紀を締めくくる
 - ・『20世紀の医療史』 ・ジョンズ・ホプキンス大の社会派医学史と医学史研究会 ・社会派医学史と医療政策学校
47. 21世紀の展望
 - ・21世紀の医療・介護労働と医療政策づくり ・ゼロ成長と周期的バブル ・情報機器と「頭」の低下
48. 研究団体と運動団体
 - ・国民医療研究所プロジェクト・チーム ・医療経済学の官製化 ・求められる『医療の政治力学』
49. 介護保険スタート
 - ・企業は負担せず、保険料は年金から天引き ・差し押さえ、老々介護、老後破産 ・無責任・放置システム
50. 宣戦布告なき戦争
 - ・軍需産業の在庫整理、軍・産複合体 ・移民、貧困、テロ ・軍事基地のなかの脱税用ペーパー・カンパニー
51. 専門医制への(欠落している)視点
 - ・植民地支配と「ミドル」 ・「ミドル」対象の耐久消費財革命(1920-30)と欲望開発型市場化医療 ・「専門バカ」の「専門医いじり」
52. グローバル・ボトムラインの形成
 - ・バングラデシュの縫製工場の賃金と「ユニバーサル・ロボット」 ・その下に「少年は兵隊に、少女は売春婦に売られる国」(アフリカ) ・より安い「対人サービス労働」がもとめられる国では
53. 看護の分解
 - ・バイリンガル・ナース(アメリカ) ・看護師のいないナーシング・ホーム ・なぜ「看護代替職種」をみとめてはならないか
54. 求められる「新社会科学」
 - ・医療・福祉寄りの新社会科学 ・20歳で戦死する社会では「感染症」をのぞいて医療・福祉とは無縁で済んだ
 - ・いまは国民必修の「新社会科学」
55. 公的支出抑制の市場化
 - ・「民活化」の遺産 ・何でも市場化-不安(生保)、不信(損保)、おもわく(株)そして「医療保険」という言葉の変質 ・踏みとどまるべき一線としての公的医療保険
56. ゆとり・クッションの喪失と秒キザミ社会
 - ・どんぶり勘定で子どもが育った時代、「古い」が生きる生活空間もあった ・秒キザミの労働と天文学的秒数を要する出産、育児 ・なにからなにまで市場経済にむしられる日常
57. 人口減・元年
 - ・貧困の世代間継承としての「子どもの貧困」 ・「人口の再生産」への視点

- ・第1回国勢調査(1920)報告の読み方
- 58. 官僚はクロスセクション分析、運動体は
 - ・衆議院行政改革特別委員会参考人として(1999)
 - ・「歴史的認識は不都合」と考える相手に対して
- 59. 明治150年、「モデル追いかけ」が「モデル」に
 - ・明治・大正の60年は「ビスマルク・モデル」
 - ・昭和・平成の90年は「格差なき医療」実現の努力
 - ・そして世界へ発信
- 60. 医療に軸足を置いた「草の根・社会保障」
 - ・農政学・医政学一体化の教養
 - ・地球市民の教養
 - ・地球市民の医者は

昭和戦後期(1945-1989)は、戦後復興、高度経済成長、技術革新、耐久消費財革命の時代であった。しかし、このプロセスは、国民一人一人を「高額な消費単位」とする革命でもあった。どんぶり勘定で育った「ベビーブーム」世代のあと、「人口再生産率」はあつと言う間に1.0を割り、0.7程度まで低下した。

人口再生産率が1.0であれば「静止人口」の状態と言えるが、はるかにそれを通り越してしまったのである。しかし、「ベビーブーム世代」の労働参加は、この危機状況に対する認識、対策を遅らせただけでなく、「人口再生産率」の代わりに「合計特殊出生率」(「人口再生産率」のほぼ2倍の値となる)というわけのわからぬ指標を使うことによって危機状況を糊塗した。

他方、高度経済成長は公害を巻き起こし、福祉置き去りの状況をもたらし、労働者の使い捨てに対する革新自治体の「老人医療無料化」政策にひきずられる形で、1973年を「福祉元年」として、国のレベルで「老人医療無料化」が実施された。しかし、この年にオイル・ショックが起こり、「福祉元年」はたちまち雲散霧消した。

「中卒労働力は金の卵」と言われたのが1960年代の半ばなら「かあちゃん労働力は最後の労働力」と言われたのが1960年代の終わりごろであった。しかし、このような労働力の代代的再生産失調というべき状況を見捨て、資本は海外に安い労働力を求めて海外進出を試み、海外子会社を利用した脱税までやるようになった。あとは、国内に残された非労働力化した高齢者の始末である。

そして「逆風の1980年代」が「老人医療有料化」

(1982-83)で始まり、次いで健保本人への負担の導入という受診抑制、次いで地域医療計画(1985)による病床数規制、さらには「国立病院つぶし」(1986-)、国保の保険証取り上げ、というように受診抑制、供給抑制が交互にくりかえされながら「昭和戦後期」が終わるのである。

平成期はバブルの崩壊とともに始まるが、これは、すでにモノの生産による市場拡大がゆきづまり、モノからサービス分野へ、さらには「不安」の市場化(生命保険、民間医療保険)、人間相互間の「不信」の市場化(損害賠償保険)、「おもわく」の市場化(証券取引)に経済成長の牽引力を求めた結果である。そして、「市場化」の矛先は公共事業(政府・自治体)や協同組合事業(農協など)に向けられている。

また、かつての日本の経済成長を支えた世代を「団塊の世代」として「社会保障」切り下げの目安に利用しているが、人口の代代的再生産失調によって加速されている「高齢化」問題と「国民国家的救済責任」をもたぬ「多国籍(脱税)企業」主導の「グローバル化」が国民的課題として浮かびあがったのが平成期の特徴と言えるのではないか。

2017年・冬合宿の初日には、「医療政策学校の成り立ち・到達目標」を30分で、そして2日目は「昭和・平成医療史」の骨子を30分で報告した。先人の「志」を取り込み、次世代に「メッセージ」を伝える仕事を、もうしばらく続けてみたい。

(2017.2.8)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

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

石塚孝雄
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
石塚孝雄
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



会員短信

逆境の中で光るもの（57号特集を読んで）

前号でEU離脱に関するサンダーランド市の状況が、現地関係者からの丁寧な報告もあり、よく理解できた。簡単には白黒つけられない複雑な事情がありそうだ。そもそも投票結果だけでその市、市民を白黒はつきりさせようという考えが、せっかちだということに恥ずかしながらやっと気が付いた次第で、恐縮している。

移民はそれほど気にしていないが、EUの官僚組織そのものが嫌いとか、というように我々でもそうなのだが、選挙というものがいろんな要素があるという常識的なところに思いが至らなかったということで、さらに恐縮している。

ネットで見る限り、サンダーランド市はかつては港湾都市として栄え、炭鉱の町でもあったが、今は日産の工場があったりで必ずしも構造転換が遅れたわけではないのだろうが、製造業中心ということで失業率が高いということらしい。

ただ人口は20万人というのだから日本なら県庁所在地なみの主要都市での出来事であり、ここで失業率が高くなると日本なら労働者自身はもちろん国もだまっちはいないだろうが、英国では失業対策など社会保障が行き届いているせいで意外とのんびりしているのかもしれない。

こんな状況下で移民対策を含めた社会運動が、これまでも研究者の方から何度かにわたってご報告があったように、今は点としての存在ながらも力強く展開されているということのように理解できた。

ロッテデール先駆者組合の結成も最初のころはそうだったはずである。初めから華々しく28人がテープカットをしたわけではなく、細々と、隣は何をする人ぞといったくらいの冷やかな周りの住人の間で、熱い気持ちだけはしっかりと持っていたということではないだろうか。

以上は、全く素人感覚での感想である。ついでに、もう大分時間がたったが「リトルダンサー」という映画をご存じないだろうか。確かサンダーランド市と似たような港湾都市を舞台に失業者があふれる中、女の子がするものという常識を覆して地元の少年が最後はロイヤルバレエの主演ダンサーとなって故郷に錦を飾るという話である。

逆境の中でかすかに光るもの、サンダーランド市での社会運動が、あのダンサーのすばらしい跳躍と誇らしい笑顔にぴったりと重なったような気がした。

さらに、ついでに光りものということで津軽の秀峰、岩木山をご紹介します。

(JC 総研 長谷川誠司)



第1回顧問会議を開催しました

2016年6月の定期総会で役員改選があり、研究所の顧問は3名となりました。

2017年定期総会（6月17日の予定、詳細は追ってご案内します）へ向けた準備を始めるにあたり、顧問の皆様にお集まりいただき、研究所の事業全体についてのご意見やご助言を頂く場を作ろうと、第1回顧問会議を3月に開催しました。

会議は事業報告のほか、歴史を振り返ると2017年はロシア革命から100年であるというご指摘から始まりました。100年後の展望として「資本によるグローバリゼーション」に対抗して「人間の絆によるグローバリゼーションの拡大」という大きな視点からの話があり、10年計画を考える必要性が指摘され、そしてまずは出来ることからという具体的ご提案をしていただきました。また高齢者や貧困者が増える社会についての研究活動の必要性や、市民や労働者階級とは何かなど、多岐にわたる意見交換がありました。来年度以降の事業計画づくりに活かしたいと思います。

（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）

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第57号（2017年1月）——【特集】イギリスEU離脱——

- 巻頭エッセイ：世界の潮流は社会的連帯経済（柳澤敏勝）
- 【特集】イギリスEU離脱
 - ・対談「EU離脱・トランプ・新自由主義の現段階」（二宮元、進藤兵、司会：後藤道夫）
 - ・「EU離脱」をめぐる国民投票を眺めながら（松田亮三）
 - ・新たな始まり？—サンダーランドの社会運動家から見たイギリスEU離脱—（マーク・H・サディントン、翻訳：熊倉ゆりえ）
 - ・「新たな始まり？」へのコメント：歴史のなかで自己を知る（中川雄一郎）
 - ・イギリスの国民投票が教えてくれたこと（中川雄一郎）
 - ・書評：堀真奈美『政府は医療にどこまで介入すべきか—イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』（ミネルヴァ書房／2016年6月／267頁／定価4000円＋税）（小磯明）
- 論文
 - ・医療・介護の情勢動向について（山本淑子）
 - ・住民の願いに寄り添う地域医療をめざして～広島県地域医療構想案についての広島民医連の見解～（藤原秀文）
 - ・日本の皆保険制度を支えてきた開業保険医（垣田さち子）
- 投稿論文
 - ・オランダ社会が目指す新たな働き方（久保隆光）
- シリーズ医療政策・研究史（15）：学習展開と著作（野村拓）
- 2012年度研究助成概要報告：乳産婦・幼児期の子どもをもつ母親の食生活に対する意識に関する研究—東日本大震災前後、及び地域比較—（吉井美奈子）

第56号（2016年9月）——【特集】2016年度定期総会記念シンポジウム——

- 巻頭エッセイ：マイケル・マーモットに会う（野田浩夫）
- 【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）
 - ・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）
 - ・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）
 - ・補足、質疑応答、会場からの補足
- 論文
 - ・千葉県自治体病院の現状と地域ビジョン（八田英之）
 - ・EUの移民問題と社会的経済（石塚秀雄）
- 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）
- 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）
- 書評：岩永靖永・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年）（今井晃）

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 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（杉本貞志）
 - ・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、補足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—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）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.57 (2017.2.28発行)

副理事長のページ：貯蓄に依存する介護保険利用と貯蓄崩壊（後藤道夫）、会員エッセイ韓国だより：韓国の協同組合の現状（朴賛浩）、理事エッセイ：消費税の本質（田中淑寛）、マルクス『ゴータ綱領批判』と保険共済（石塚秀雄）、理事エッセイ：フランスつれづれ（小磯明）

○ No.56 (2016.12.10発行)

理事長のページ：異次元の人：安倍首相とトランプ時期大統領（中川雄一郎）、副理事長のページ：匝瑳市民病院訪問記（八田英之）、書評：『資本主義を超えるマルクス理論入門』を読む（石塚秀雄）、理事エッセイ：パリの高齢者ケア視察調査（小磯明）、会員エッセイ：大阪万博の誘致…健康・長寿を利用した新たな儲け話？（田岡康秀）、本の紹介

○ 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一金メダルは金（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）

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。

【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) |