

目 次

●巻頭エッセイ：軍事費を災害と温暖化対策に、の声を広げよう

..... 斉藤 和則 1

【特集：いのちとくらしを守る】

・生活保護基準の引き下げと医療扶助の締め付けにどう対応するか

..... 尾藤 廣喜 2

・介護保険優先原則問題の本質と課題～浅田訴訟と天海訴訟を踏まえて～

..... 山崎 光弘 12

●イタリアの家庭医と日本の開業医：15周年記念シンポジウム概要報告

..... 竹野 ユキコ 20

●連載〈次世代へのメッセージ〉（2）：雑誌と自分史―「雑」は多様性の演出

..... 野村 拓 24

●論文：

・社会医学系専門医のすすめ..... 吉中 丈志 38

●2014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114名を対象とした精神保健および
身体調査の報告 渡邊 貴博 44

・報告書、研究助成報告一覧、機関誌・ニュースバックナンバーなど

..... 19、56、57、60

軍事費を災害と温暖化対策に、の声を広げよう

齊藤 和則

7月の西日本豪雨から1週間目、広島県の海沿いのある地区に災害ボランティアに入った。がけ崩れで道路と鉄道が寸断され、応援が来られなかったところである。急峻な山から下る川に車がはまり込み、ブランコや滑り台は水に浸り、砂で川底が上がって水が道路まで溢れていた。作業予定の現場へ向かう途中は、人の背丈ほどに堆積している砂の上を歩いた。この地域は真砂土からできていて、豪雨時の土石流は道には砂を留め、家の中には泥を残した。地元自治会長さんの指示であるお宅の土を外へ出す作業を手伝った。泥がついた教科書とノートが玄関先にていねいに束ねてある、ご一家の思い出を処分するのはさぞかし辛かっただろう。

今回のボランティアで改めて感じたことは、災害時の人の移動の困難さである。がけ崩れで道路が塞がれたところでは隣接する海水浴場の駐車場が道路に作り変えられ、やっと道がつながった。私の職場では地震の震度による職員の参集基準があり、自分と家族が怪我をしていなければ出勤することになっている。しかし道路がやられたり橋が流されたりすればもちろん、街路樹の倒壊、夜間であれば街灯や信号トラブルでさえもたどり着けないかもしれない。

医療と介護の施設はどうだったのか、平時以上に怪我や病気で受診や入院、そして介護が必要になるはずだ。政府の地域医療構想など急性期病床の削減や病院集約方針で、災害に対応できるのだろうか。避難生活で慢性の病気が悪化したり、環境や人間関係の変化でのストレスは災害関連死につながる。被災前のコミュニティを維持しながらすぐかけられる医療機関、利用できる介護施設の維持が必要である。いろいろな分野の支援者も応援

に来る。人を送り出した事業所は業務を継続しなければならず、特に医療と介護従事者の人員は国の責任として増やしておく必要がある。

自然災害は日本全域で次々に起きている。私の住む関西でも、6月の大阪の地震で最大震度6弱、北部を中心に亡くなった方、建物の損壊などの被害が出た。7月の西日本豪雨では、京都と兵庫、滋賀でも土砂崩れがおきた。紀伊半島は台風の通るたびに大きな被害が出る。昔の水の流れ、元々の地盤、盛り土など人の手が加わっているかなど、自身の住むところ、それも市とか町単位ではなく町内、隣近所の土地の特性の情報がある。市町村合併による行政の広域化も災害対応では心配だ。自治体と一緒に近所、人と人がつながり続けられるまちづくりをしたい。

今回入ったこの地区で、自衛隊員は堤の決壊部に土嚢を積み、川底を浚渫していた。熱中症であろう、気の毒にも担架で運ばれた隊員もいた。国民の多くは、戦闘訓練ではなく災害救援で人々と町を守る自衛隊の真の役割を期待している。他国での災害協力もきっと喜ばれ、隊員のやりがいや誇りになるだろう。今年度5兆1900億円の軍事費が来年度政府案は5兆3000億円、後年度負担を加えるとその倍だ。災害がその規模、強度、頻度でこれまでのレベルではなくなった今、私たちは政府に対し銃器ではなく重機に、快適な仮設住宅と住宅改修に、橋や道路の保全に、核ではなく風力・太陽光発電に、そして温暖化対策にお金をまわせとの声を広げよう。

(さいとうかずのり、全日本民医連副会長・社会医療法人同仁会理事長)

生活保護基準の引き下げと医療扶助の 締め付けにどう対応するか

尾藤 廣喜

1 三つの事例から

【人工透析の患者さんの医療費を誰が負担するのか】

1972年（昭和47年）、ある地方自治体の生活保護担当課長が厚生省（現在の厚生労働省）の社会局（現在の社会・援護局）保護課を訪れた。この自治体の住人である当時月収20万円ほど（大学卒業生の初任給が4万円程度だった時代）の自営業の世帯主が、重い腎臓病のため、人工透析の治療を受けていたところ、国民健康保険の自己負担分の費用（当時3割）が月に20万円から25万円ほどかかり、これを支払うと生活費が全く残らなくなるので、生活保護を適用したいと思うがどうかという相談であった。当時、人工透析の治療がやっと医療保険の適用対象とはなったものの、他に公的に費用を負担する制度はなく、保険の自己負担部分については、個人で費用負担する他なかった。このために治療を受けられないことを理由とするさまざまな悲劇が報道されていた時代であった。厚生省の生活保護担当者は、人工透析の費用を生活保護費（医療扶助）で負担することにためらいを覚えたが、この制度が、「健康で文化的な最低限度の生活を保障する」ものであることから、「他の制度がなければ、生活保護制度で負担するしかない。」と判断し、医療扶助単給の適用に踏み切った。この決断によって、医療保険の自己負担分が多額である場合には、これを公的に負担する制度の道が開かれ、国民皆保険の制度化の目的である「いのちと健康は誰もが平等だ」という考え方が、貫かれることになった。

実は、この話には続きがある。このように生活保護制度を利用する人に関しては、多額の医療費の自己負担できない部分を公的に医療扶助で負担することが認められたが、生活保護を利用できな

い人（もっと多額の収入があったり、資産を持っている人など）については、公的な負担が全くないという矛盾がそのまま残ったのである。そして、これを解消する制度として、医療保険の自己負担分が月額で一定の金額を超えた場合には、これを医療保険から、後日金銭で支払うという制度（高額医療費の療養費払い制度）を作ろうということになり、この制度は1973年（昭和48年）から発足することになった⁽¹⁾。

このように、生活保護制度は、憲法25条に基づいて、「健康で文化的な最低限度の生活」を保障する制度であるところから、「前例がない」とか、「費用がかかりすぎる」という理由で「最低限度の生活」を保障しないとの対応は許されない制度なのである。

生活保護制度の「最低限度の生活」を保障するという制度活用が、さらにすすんで医療保険制度の矛盾をも解決する「力」になったのである。

【孤立死した2人の姉妹】

2012年（平成24年）1月20日、札幌市白石区で42歳の姉と40歳の障害を持つ妹が孤立死した状態で発見された。姉は病死であったが、知的障害を持つ妹は、寒い北海道で、電気、ガス、水道も打ち切られ、凍死（餓死）の状態であった。実は、この間姉は、3回にわたって福祉事務所に生活保護の相談に訪れていた。しかし、3回とも、「まだ若いから探せば仕事は見つかるはずだ」「懸命なる求職活動がなされていない」などの理由で、追い帰され、生活保護の申請には至らなかった。そして、その後も国民健康保険の保険料を支払えなかったことから、結局医療も受けられないまま、姉はめまいや吐き気などの体の不調を訴えながら懸命に仕事を探していたが見つからなかったのである。生活保護制度を利用できないままの2人の

孤立死であった。実は、同じ札幌市白石区では、この25年前にも、母子家庭の母親が生活保護申請を認められず餓死した事件があった。

生活保護の窓口は何回も訪れながら、2人が孤立死してしまったということは、大変大きな問題である。しかも、福祉事務所の担当者は、2人の死亡後にその原因の調査に訪れた調査団のメンバーに対し、「(お姉さんが)もう一歩前に出て欲しかった」などと述べており、窓口で追い返したことにについて反省の色が全くなかった⁽²⁾。

この事件は、生活保護制度が、いったい何のためにあるのかが厳しく問われた事件であるとともに、保険料が支払えなかったために、医療からも遠ざけられるという日本の医療保険の現状の問題点をも示した事件でもあった。

【利根川心中未遂事件】

2015年(平成27年)11月22日、埼玉県熊谷市の利根川で高齢の夫婦が死亡しているのが見つかり、県警深谷署が、殺人と自殺ほう助の疑いで三女を逮捕するという事件があった。

母親(81歳)と父親(74歳)の遺体の近くの川岸に、三女(47歳)が低体温症の状態で見つかったのである。

三女は、「生活が苦しく、認知症の母の介護に疲れた。父が『死にたい』と言うので3人で車に乗り川に入ったが、車が止まり、母親の手を引いて川に入った」と言ったという。母親は長年認知症を患い、三女はその介護のため、3年前に仕事をやめ、父親は74歳の高齢で新聞配達をして家計を支えていたものの、事件のちょうど10日前に、頸椎損傷からくる手足の痺れなどから仕事を辞めていた。

三女は、生活保護申請中であり、母親についても介護保険の認定手続き中であり、間もなく、生活保護の開始決定と介護認定がなされる予定であったという。にもかかわらず、三女が、なぜこのような行動に出たのか、その点が大きな問題となった。

三女は、裁判で、父親が「死にたい」と言ったこと、さらに、認知症の母親が介護への感謝の気持ちがなく、精神的に疲れていたことなどを動機

としてあげたが、それ以上に私が注目した点は、「本当は生活保護など受けたくなかった」、保護の審査のための家庭訪問でいろいろと家庭の状況を聞かれたことを「惨めに思った」と言っている点である。また、三女は、介護保険の認定手続きをしながらも、介護保険料を支払っていなかったことを非常に気にしていたとのことであった。そして、三女は、家庭訪問をきっかけに、「死ぬ日を早めよう」と決めたということであった⁽³⁾。

裁判員裁判で審理が行われたこの事件の判決は、検察官の懲役8年の求刑に対して、懲役4年の実刑判決となった。また、判決では、三女について、「社会的な援助を受けて生きることでもできたのに、認知症であったにせよ、死ぬことに同意したわけではない母の殺害と、父の自殺をほう助する決断をした上、自ら心中の実行時期を早め、(略)主体的かつ積極的に本件犯行を行った被告人は、生命を軽視していたものといわざるを得ない」としている。

しかし、この判断は、今、この国の社会全体に蔓延する(させられている)「生活保護を受けるのは恥」「保険料を払わないのなら、給付を受けられないのは当然」という雰囲気・思考傾向を全く理解していないものというべきである。

もともと、生活保護を利用することは憲法25条に基づく「権利」であり、もちろん何ら「恥」ずべきことではない。また、介護の保障は、保険料を支払ったことの対価として認められるものではなく、もともと、「国に対する権利」として存在すべきものである。したがって、確かに三女は、堂々とその「権利」を行使すべきだったのであるが、今、社会全体がこれを容易に許さない状況になっているのである。それを理解せず、三女の判断を単なる個人的な判断の誤りだと非難することは、あまりに皮相な見方というべきではないか⁽⁴⁾。

この事件は、生活保護や介護認定を申請する側だけでなく、いまや社会全体に広がろうとしている社会保障の権利意識の欠如が背景にある。これを改め、この事件のような悲劇の再発を防ぐためには、国が先頭に立ち、社会全体で社会保障の権利性について、教育・広報に辛抱強く取り組む必要があることを示している。その意味では、後に述べる生活保護バッシングの影響は甚大である。

憲法25条は、1項で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」とし、2項で「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と規定している。生活保護制度は、この憲法25条に基づく制度である。

私たちの誰もが、病気になったり、障害を負ったり、高齢になったり、一人親世帯になったりすることによって、「健康で文化的な最低限度の生活」を維持できなくなることがあり得る。そのような場合に、国民が、国に対して、権利として「健康で文化的な最低限度の生活」を保障することを求めることができるために制度化したのが、現行の生活保護法（以下「法」という。）に基づく制度である。また、国は、「社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」のであるから、生活保護制度の充実と向上に努めなければならない義務も負っている。

にもかかわらず、生活保護制度の運用が、先にあげた三つの事例において、全く違ってきているのは、なぜなのであろうか。また、この45年の間に、制度の運用は前進しているのだろうか、後退しているのだろうか。また、その相違の原因はどこにあるのだろうか。これらを分析してみるとする。

2 生活保護利用者数の動向と 貧困の深化・格差の拡大

まず、制度発足以来現在に至るまでの生活保護利用者数の推移がどうなっているのか、また、主に最近の約25年間に、この国の貧困と格差がどのように推移しているかについて、分析する。

【生活保護利用者数の推移とその特徴】

1950年（昭和25年）に生活保護法（現行法）が施行されてからの生活保護制度の利用者数の推移をみると、図1のとおりである。現行制度発足当時、生活保護利用者数は2,046,646人、世帯数は699,662世帯、保護率は2.42%であったが、経済の発展とともに生活保護制度利用者、世帯数とも、全体的傾向としては徐々に減少して、利用者数も

1995年（平成7年）には882,229人と最少数になった。しかし、その後は増加に転じ、2005年（平成17年）に1,475,838人、そして11年（平成23年）7月には2,050,495人と制度発足以来最多数となった。なお、15年（平成27年）3月の2,174,331人をピークにその後は減少の傾向を示し、18年（平成30年）5月には2,103,644人、世帯数1,637,825世帯、保護率は1.66%となっている。

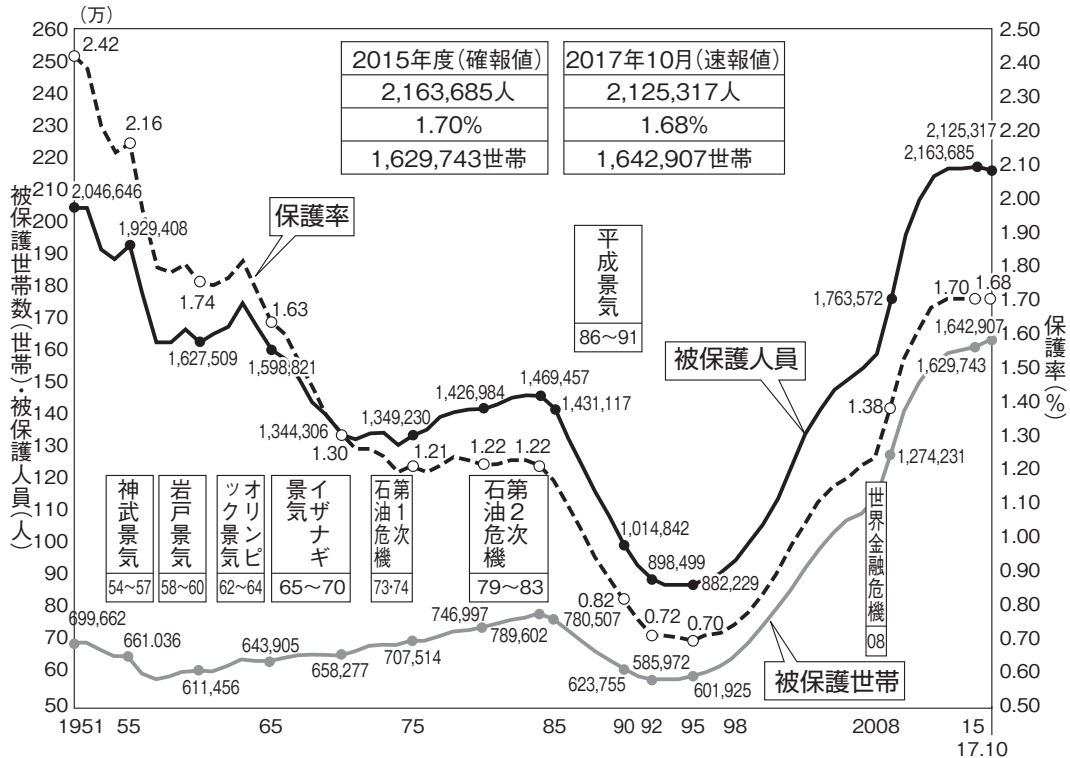
この減少傾向は、貧困が改善したものではなく、後に述べる生活扶助基準の引き下げ、そして、稼働年齢層の利用者が減少したことが原因と判断される。

しかも、2016年（平成28年）5月から18年（平成30年）5月までの間の「世帯類型別現に保護を受けた世帯数」の推移を分析すると、高齢者世帯は831,597世帯から880,195世帯へと5.84%、障害者世帯は189,221世帯から196,716世帯へと3.96%それぞれ増加しているのに対し、母子世帯は11.96%、傷病者世帯は10.47%、その他世帯は5.23%それぞれ減少している。このように生活保護制度利用者全体は減少の傾向を見せる中でも、高齢者と障害者の利用者は、依然として増加傾向にあるのである。

【餓死者数の推移】

かつて、日本には、もはや貧困はないと言われた時期もあった。しかし、その内実は、「餓死」する人があとを絶たない状況が続いていたのである。統計に表われた餓死者数（食料の不足による死亡）は、1992年（平成4年）に21人、95年（平成7年）に58人、98年（平成10年）に78人、2001年（平成13年）に62人、03年（平成15年）に93人と増加し、その後も、06年（平成18年）に57人、09年（平成21年）に58人、12年（平成24年）に31人、15年（平成27年）に59人と減少はしているが、未だにあとを絶たない状態である（いずれも「厚生労働省人口動態統計」による）。これに栄養不良のための病死、セルフネグレクト（自己放棄）などの死亡を加えた実質的な「餓死」者の数はこの数倍はあると考えられる。

図1 被保護世帯数、被保護人員、保護率の年次推移



出典：被保護者調査より厚生労働省社会・援護局保護課にて作成
(2012年3月以前の数値は福祉行政報告例)

【1世帯当たりの平均所得金額と貯蓄なし世帯の推移】

一方、1世帯当たりの平均所得金額は、1994年(平成6年)の6,642,000円から2015年(平成27年)には5,458,000円と激減している(「厚生労働省国民生活基礎調査」による)。また、貯蓄なし世帯の推移を見ても、1992年(平成4年)には9.3%だったものが、2016年(平成28年)には48%と急増している(「金融広報中央委員会家計の金融行動に関する世論調査」による)。

【貧困率の推移】

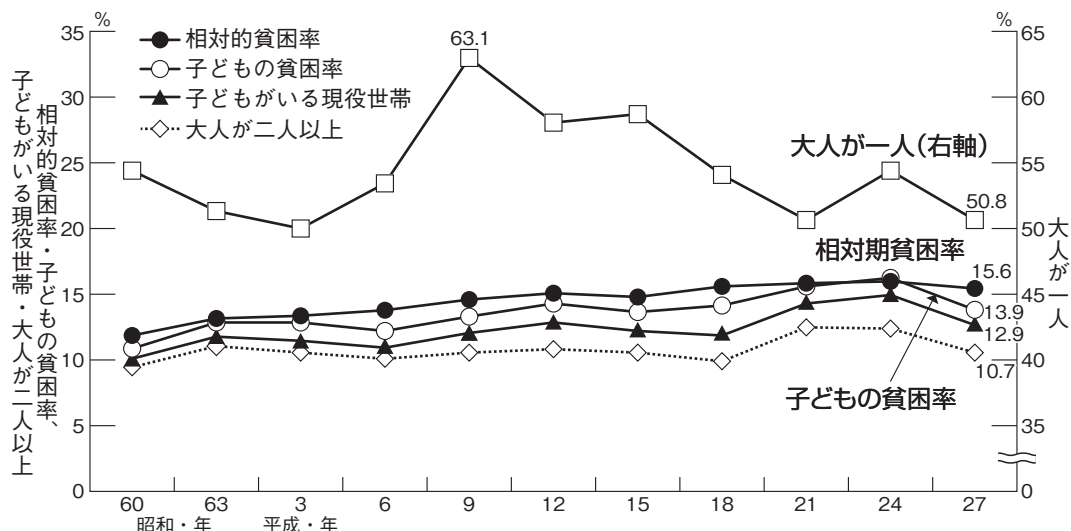
貧困率の年次推移を示したのが、図2である。これによれば、1991年(平成3年)には13.5%(子どもについては12.8%)、2000年(平成12年)には15.3%(同14.5%)、06年(平成18年)には15.7%(同14.2%)、そして、12年(平成24年)

には16.1%(同16.3%)と悪化している(「厚生労働省国民生活基礎調査」による)。なお、15年(平成27年)には、15.6%(同13.9%)と数値的には若干改善しているように見えるが、これは、貧困の基準となる貧困線(世帯の可処分所得の中間値の半分の金額)自体が低下していて、相対的に貧困世帯の割合が低下しているように見えるところからこのような結果になったもので、貧困化が進んでいる実態に変わりはない。

【ジニ係数の推移】

経済的格差の程度を示す数字にジニ係数がある。これは、0から1までの数字で表し、0に近いほど格差が少なく、反対に1に近いほど格差が大きいことを表す。この数字の推移は、1993年(平成5年)に0.439(税金や社会保障により所得再分配した後は0.365)、99年(平成11年)に0.472(同0.381)であったものが、2005年(平成

図2 貧困率の年次推移



- 注：1) 平成6年の数値は、兵庫県を除いたものである。
 2) 平成27年の数値は、熊本県を除いたものである。
 3) 貧困率は、OECDの作成基準に基づいて算出している。
 4) 大人とは18歳以上の者、子どもとは17歳以下の者をいい、現役世代とは世帯主が18歳以上65歳未満の世帯をいう。
 5) 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。

出典 厚生労働省政府統計（平成28年 国民生活基礎調査の概要）

17年）に0.526（同0.387）、11年（平成23年）に0.553（同0.379）、14年（平成26年）に0.570（同0.376）と、徐々に格差が拡大している（「厚生労働省14年（平成26年）所得再分配調査結果」による）。

以上のとおり、貧困が深化し、格差が拡大し、事例の2、3で見たような深刻な事例の状況にある今こそ、本来は、国民の健康で文化的な最低限度の生活を保障する生活保護制度の内容と運用を充実しなければならないはずである。しかし、現実には、生活保護の現場、そして、今政府が採っている政策は、以下のような状況になっているのである。

3 生活保護制度の現場の状況

【「水際作戦」「硫黄島作戦」「沖合作戦」と呼ばれる事態の進行】

現場では、生活保護の申請窓口において、さま

ざまな理由で申請を受け付けず門前払いすることにより拒否する「水際作戦」といわれる行為、生活保護の申請窓口においては受け付けるものの、その後、稼働能力の極端な活用や扶養の強制を求めるなどさまざまな圧力をかけることによって、保護の辞退に導く「硫黄島作戦」⁽⁵⁾といわれる行為、そして「沖合作戦」⁽⁶⁾といわれる行為が今でも横行している。

その口実には、まず、親族や別れた夫に扶養を求めたうえで、保護を申請しなさいとか（扶養の条件化）、まだ若いのだから探せば仕事は見つかるはずだ、もっと、就労の努力をしなさい（稼働能力活用の強調）ということが使われることが多い。札幌市白石区の姉妹孤立死事件は、その典型である。また、本来は生活保護の利用対象となるべき人を、「生活困難者自立支援法」の利用に誘導し、生活保護の利用から遠ざけるという形で「沖合作戦」が採られていることも指摘されている。

【生活保護バッシングと制度への偏見の助長】

2012年（平成24年）には、ある芸能人の母親が生活保護を利用していたという報道をきっかけに、いわゆる「生活保護バッシング」が一気に広がった。この件は、当該芸能人が、できる範囲で母親に仕送りもしていたし、生活保護制度は、仕送りがなされた範囲内で、これを収入として認定し、保護費を削るという制度であり、不正受給でも何でもないケースだったのである。ところが、自民党の一部議員が、これを不正受給だと主張し、騒ぎ立て、そして、「生活保護は、不正受給が蔓延している」とか、「生活保護を受けることを恥だと思わなくなったのが問題だ」といった発言を繰り返した。

現実には、不正受給は2010年（平成22年）当時、件数で1.80%、金額ベースでは0.38%であり、不正受給が蔓延しているという事実などはなかったところである。また、貧困に陥ったときに、生活保護を利用することは、先にも述べたとおり、憲法25条にもとづく権利であり、「恥だと思う」必要など全くないのである。

このような、根拠のない「生活保護バッシング」によって、生活保護制度が誤解され、「スティグマ（恥の烙印）」が世の中に広まっていくことこそが大きな問題である。利根川心中未遂事件は、まさにこのような「生活保護バッシング」の影響で発生したものといえる。

【極めて低い捕捉率】

生活保護の利用要件を満たす人のうち現実に利用している人が占める割合を生活保護の捕捉率という。日本では、これが極めて低いのが、特徴である。私たちの調査⁽⁷⁾によれば、捕捉率は、ドイツで64.6%、フランスで91.6%、イギリスで47%、スウェーデンで82%と推定されている。これに対して、日本の捕捉率は、15.3%から18%と推計されている。

2018年（平成30年）5月に、厚生労働省が「国民基礎生活調査」に基づく推計を公表したが、これによると、所得のみに注目した捕捉率の判定で

は22.9%、保有している資産も考慮した捕捉率の判定では43.7%であった。このように、やはり捕捉率は2割前後（収入比較）、4割前後（収入と一部資産を考慮して比較）で、約6～8割もの受給漏れがあることが明らかになっているのである。

このように低い捕捉率は、日本において、生活保護がその機能を十分に発揮していない状況にあることを明確に示している。

4 相次ぐ生活保護基準の大幅な引き下げ

これまで述べたとおり、貧困が深化し、格差が拡大していく中で、今こそ生活保護制度の充実を図る必要がある。ところが、現実には、以下のとおり、保護基準自体が次々と引き下げられている。

【高齢加算、母子加算の削減・廃止】

2004年（平成16年）から高齢加算が、また、2005年（平成17年）からは母子加算が、それぞれ、3年間かけて削減・廃止された。これが、生活保護制度発足以来最初的大幅な基準引き下げであった。

これに対しては、この引き下げが憲法25条に違反しているとの理由で、その取り消しを求める「生存権裁判」が全国10地裁、原告約120人で提起された。

高齢加算の削減・廃止については、東京地裁での提訴分についての最高裁判決〔2012年（平成24年）2月28日〕をはじめ、福岡、京都、秋田、新潟、広島、青森、兵庫地裁で提訴した分のいずれについても、上告棄却、上告不受理の判決、決定が出されている⁽⁸⁾。

しかし、高齢加算の削減・廃止が違法・違憲であるとして、100人を超える生活保護利用者が裁判に立ち上がったことの意義は極めて大きいものがあつた。さらに、判決の内容面でも、厚生労働大臣の生活扶助基準の決定の仕方に濫用の事実があれば、違憲・違法となることがあるとの一定の「歯止め」が認められたことは、今後につなぐ成果であつたといえる。

一方、母子加算については、民主党政権下の

2009年（平成21年）に復活することができた。

【生活扶助基準の大幅な引き下げ】

その後、今度は、2013年（平成25年）8月から3年間にわたって平均で6.5%、最大で10%、670億円もの生活扶助基準本体の引き下げがなされた。

もともと2013年（平成25年）の生活扶助基準の見直しにあたっては、審議した厚生労働省の社会保障審議会生活保護基準部会では、報告書で、当時の基準はおおむね妥当であるとする一方、高齢者については、高齢加算が廃止されたので、生活扶助基準をむしろ上げないと生活困難に対応できないとされていた。また、この報告書では、今後は、厚生労働省の事務当局が示した低所得層の消費内容との比較で生活扶助基準を決めるのではなく、最低生活費のあるべき姿を国際的な研究成果を生かしながら、別の方法も検討すべきであるとしていたのである。

ところが、厚生労働省は、基準部会でも議論されなかった「物価が下落している」ということを理由に、しかも、その下落率についても、物価偽装と批判される根拠のない計算方法を採用して、2013年（平成25年）から大幅な生活扶助基準の引き下げを行ったのである。

この引き下げが違憲・違法であるとして、全国29地裁、原告約1,000人で提訴したのが、「いのちのとりで裁判」である。

【住宅扶助基準と冬季加算の引き下げ】

2015年（平成27年）に、厚生労働省は、さらに、本来賃料の実費が支払われるべきである住宅扶助の基準額と冬季に暖房費用など特別の費用が必要になることに対応して支給される冬季加算の引き下げを行った。

【さらなる生活扶助基準の引き下げ】

2013年（平成25年）から5年目、生活扶助基準の見直しがなされる2018年（平成30年）を迎えて、厚生労働省は、2017年（平成29年）12月に、2018年（平成30年）10月から3年間で平均1.8%、最

大5%、年額で160億円に及ぶ生活扶助基準の引き下げを決定した。

この引き下げの第1の問題点は、当事者の生活実態の聞き取りや家計調査などを全く行うことなく実施したことにある。障害者施策の決定において、「私たちのことを、私たち抜きで決めないで」という考え方は、当然とされているが、生活扶助基準の決定にあたっては、これが実行されていないのである。

また、第2の問題点は、国民の下位10%の所得層の消費水準と生活保護利用世帯の消費水準を比較して、保護利用世帯の方の消費が多いとして引き下げを決定したことにある。先にも述べたとおり、生活保護制度の捕捉率が、約2割と異常に低い日本で、このような比較方法をとれば、実際には生活保護を利用できるにもかかわらず我慢して利用していない世帯を比較の対象とすることになる。その結果は、お互いに低い方に向かっていくという「負のスパイラル」になり、次から次へと引き下げをもたらすことになりかねない。

なお、この引き下げについては、国連の経済社会理事会の下に設置された人権委員会から任命された専門家たちは、2018年（平成30年）5月24日に、この「貧困層の社会保障を脅かす生活保護費削減」について警告を発し、この引き下げは、「日本が国際的に負っている義務に違反する」との強い文言で警告し、再考を求めている。

これらの相次ぐ引き下げを図に示すと図3のとおりである。

5 さらに続く生活保護法の「改悪」

生活保護制度の「改悪」は、基準の引き下げだけにとどまらない。

安倍政権は、さらに「法」そのものの「改悪」を行ってきた。

2018年（平成30）6月1日、生活保護法の「改正」法が成立したが、その中には①法63条に基づいた「払いすぎた保護費の返還債権」について、破産した場合に非免責債権にするとともに、保護費からの天引き徴収を可能にするという内容と②生活保護の医療扶助について、これまでは、後発

図3 2018年度予算案における生活扶助基準見直しの問題点

生活扶助基準見直しの内容

平均1.8%・最大5% 基準引き下げ【年160億円削減】→18年10月～3年間で段階実施
7割の世界で減額、都市部の夫婦2人・高齢単身世帯等で約5%の減額！

前例ない大幅引き下げ含め2004年から相次ぐ減額に耐えがたい追い打ち

生活扶助費の推移 (1級地1、各種加算あり)	2004年	2012年	2015年	2020年 今回の引き下げ終了後	減額金額	減額割合
夫婦2人世帯 (40代夫婦、小中学生)		220,050円	205,270円	196,010円	24,040円	-10.9%
母子世帯 (40代母、小中学生)		212,720円	199,840円	190,490円	22,230円	-10.5%
高齢単身世帯 (75歳)	93,850円	75,770円	74,630円	70,900円	22,950円	-24.5%

2004年
老齢加算廃止
(年337億)

2013年
生活扶助
平均10.6%
最大引き下げ
(年670億)

2013年
期末一時扶助
引き下げ
(年70億)

2015年
住宅扶助
引き下げ
(年190億)

2015年
冬季加算
引き下げ
(年30億)

出典：日本弁護士連合会作成のパンフレット

(ジェネリック) 医薬品の使用に「努める」とされていたものを、「原則とする」ことへの変更が入っている。

【法63条の返還請求債権の非免責債権化など】

保護費の返還請求には、法78条に基づくものと、法63条に基づくものと2種類がある。このうち、法78条は、生活保護費を不正受給した場合に返還を求めるための規定であり、この規定による債権の性質は、もともと不法行為に基づく損害賠償請求を求めるものである。ところが、法63条は単に保護費を受け取りすぎた場合の規定であり、この規定による債権は、不当利得返還請求の性質を持つものであり、この両者は全く異なるものである。

にもかかわらず、法63条の返還請求債権について、破産になって免責が認められても、法78条による債権と同じく支払い免除が認められないという扱いがなされることになり、これは「自己の支払い能力を超えた債務負担から解放され、経済的再生を図る道」という破産制度の趣旨を奪いかねないものであり、憲法25条が保障する生存権を侵害するものという他ない。また、生活保護制度利

用者の申し出があれば、法63条の返還請求権について、保護費から天引き徴収することを認めるとの規定も盛り込まれたが、これも、制度利用者が真意に基づいて申し出た場合だけに限定されるかどうかの保証はなく、濫用の恐れがあり、問題である。

【後発（ジェネリック）医薬品の使用の原則化の問題点】

今回の「改正」では、生活保護制度利用者が医薬品を使用する場合には、後発（ジェネリック）医薬品の使用に「努めるものとする」との規定から、使用を「原則とする」との規定に変更された。

この内容は、世界医師会総会が、1981年（昭和56年）に「患者の権利に関するリスボン宣言」を採択し、その中で「患者の自己決定権」が謳われていることを無視している。また、1979年に日本が批准した国際人権規約の「社会権規約」12条が、「到達可能な高水準の身体及び精神の健康を享受する権利」を保障していることにも反する。

もともと、日本の医療は、これまで経済的な差に関係なく「いのちと健康は平等に保障されるべきだ」という考えに立って制度の運用を行ってき

た。この考えの下では、生活保護制度利用者のみが「劣等処遇」で良いという考え方は、認められるはずがない。後発（ジェネリック）医薬品の使用の原則化は、このような日本の医療の在り方を根本的に覆すものであり、到底認められない。

【薬局の一元化】

厚生労働省は、2018年（平成30年）3月2日付の生活保護関係係長会議において、「被保護者が処方せんを持参する薬局をできる限り一か所に」する事業を全国で推進するとの方針を打ち出した。

しかしながら、生活保護利用者の中には、多くの疾患を抱えているものが少なくなく、一か所の薬局のみでは必要な処方薬が置かれていない可能性があり、その場合には、通院や服薬自体に支障が起きる可能性があり、結果的に受診や服薬の抑制につながることになる。このような取り扱いは、生活保護利用者のみに差別的な医療の運用を強いるものであり、「患者の自己決定権」を侵害し、「社会権規約」12条に違反し、個人の尊重を規定した憲法13条及び憲法25条にも違反している。

6 必要とされる取り組み

このように、生活保護制度全体に違法不当な運用が横行し、生活保護基準が次々に引き下げられ、法の「改悪」が続いている背景には、財政赤字を理由とした「社会保障制度改革推進法」による社会保障財政全体の削減、制度の後退政策がある。そして、生活保護制度への攻撃は、その先駆けとして行われているのである。

このような事態に対応し、憲法25条に基づく「生存権」保障を実質化するためには、以下のような取り組みが必要である。

【一つ一つの事例を大切にフォローする】

私たちは、一つ一つのそして、一人一人の要求、願いをまず大切にしなければならない。生活保護制度の違法な解釈、運用が現場で行われていることに対し、この相談に乗り、福祉事務所との交渉や、申請の同行、場合によっては、行政への不服

申立て、裁判を行うということが必要である。

そのため、各地の生活保護支援法律家ネットワーク、法テラス、弁護士会、司法書士会などの相談窓口、「生活と健康を守る会」などの運動団体やNPOの相談、申請同行機関などを有効に活用すべきである。

【他の社会保障制度、雇用保障の充実を求める運動との連携を強化する】

生活保護制度の「改悪」「引き下げ」は、既に述べたとおり、「社会保障制度改革推進法」の一環として、しかも、他の制度の改悪に先行して行われている。このように、生活保護制度が攻撃されやすいのは、制度に対する偏見があり、制度利用当事者が、権利として利用を請求しづらいところに行政が付け込んでいる面がある。しかも、生活保護制度は多くの制度に連動しているため、これを引き下げると自動的に他の各種制度の引き下げにつながり、財政の圧縮に効果的だということもある。

このような実態からすれば、生活保護制度のみの充実を図り、単独で「引き下げ」に対抗することには多くの困難を伴う。医療、介護、年金、障害者施策、住宅政策、労働政策など他の施策の充実、底上げと連動した取り組み、運動が必要である。

2015年（平成27年）10月に、「生活保護アクションin日比谷 25条大集会」が開催され、4,000人が日比谷公園に集った。ここには、生活保護の利用者だけでなく、障害者、年金受給者、非正規労働者、医療従事者、介護従事者などの幅広い人たちが、生活保護制度の充実を求めて集まった。このような運動をさらに強める必要がある。とりわけ、最低賃金の引き上げ、年金の引き下げ反対運動との連携をさらに強化しなければならない。

【医療に求められる取り組みと運動】

先に述べたとおり、今、医療保障の後退の動きが顕著になってきている。

生活保護の分野では、後発（ジェネリック）医薬品の使用の原則化、薬局の一元化がその代表的な動きであるが、これに対応する運動を広げるこ

とが必要である。後発（ジェネリック）医薬品の使用については、あくまでも「原則」とされていること、また、「医師の知見に基づき」行うものであることからすれば、医師が「患者の自己決定を第1にする」という原点に立てば、この問題は克服できる。また、薬局の一元化についても、「できる限り」という限定がついており、これを活かして、一元化が不都合な場合には、複数薬局を選べるという「患者の自己決定」を守る必要がある。

また、医療扶助については、単給も認められるのであるから、この活用をもっと図る必要がある。さらに、国民健康保険料の減免制度の活用、無料低額医療制度の拡充・強化と制度の広報も大切である。

今、医療扶助の財政の締め付けを目的として、一部負担制度の導入が一部で議論されているが、たとえ一時的とはいえ、生活保護基準に含まれていない費用の負担を求めることは、憲法25条に反するものというべきであり、医療制度全体の後退に対する反対運動とともに断固反対していかなければならない。

【いのちのとりで裁判への支援を】

2013年（平成25年）からの大幅な生活扶助基準の引き下げに対して、これが違憲・違法であるとして、全国29地裁、原告約1,000人で提訴したのが「いのちのとりで裁判」である。生活保護基準は、単に制度を利用している人だけの問題ではない。基礎年金の額、最低賃金の額とも関連している。また、就学援助制度の利用基準、さらには、施設等の利用基準にも影響する「ナショナルミニマム」である。この裁判に関心を持ち、是非とも支援していただきたい。

【「生活保護法」から「生活保障法」へ】

私たちは今、「生活保護法」から「生活保障法」への名称変更、捕捉率の調査・向上義務を明文で書く、生活保護制度の広報義務・教示義務が国にあることを明文で書く、扶養義務と資産要件の緩和を図る、保護基準の決定方法を法律で定める、生活保護担当職員の専門性を確保し、人員体制を

充実させる、生活保護一步手前の困難層の支援を明文で書くなどを内容とした真の「生活保護法改正」案を提案している。⁽⁹⁾

社会保障制度の後退、切り捨てが進む中、憲法25条の保障する「生存権」確立を求める声は大きく広がっている。私たちは、この広がりと絆の深さに確信を持ちながら、「いのちとくらし」を守る運動をさらに強めていく必要がある。

（びとう ひろき、弁護士・生活保護問題対策全国会議代表幹事）

- （1）立岩真也・尾藤廣喜・岡本厚著『生存権』同成社
- （2）全国「餓死」「孤立死」問題調査団編『「餓死・孤立死」の頻発を見よ！』あけび書房
- （3）雨宮処凛「利根川介護心中未遂事件～『本当は生活保護なんて受けたくなかった』。逮捕後、三女が漏らしたという言葉の意味～の巻 雨宮処凛がゆく！」「参院選と、利根川一家心中事件の裁判。の巻 雨宮処凛がゆく！」 マガジン9
- （4）みわよしこ「生活保護申請直後に一家心中、行政の責任論だけで語れない深層」ダイヤモンド・オンライン
- （5）太平洋戦争末期に「硫黄島」において日本軍が採用した米軍を上陸させ、内陸部で一人一人を殺害する作戦と同様に、申請は受け付けるものの、その後、さまざまな無理な要求して、保護の辞退に導くことからこのように呼ばれている。
- （6）生活保護の申請窓口ですら近づけず、保護をあきらめさせられるか、他の制度の利用に導くかという手法で、保護申請に至らなくすること。「水際」ですら近づけない点で、申請権の保障上問題の多い手法であると言われている。
- （7）生活保護問題対策全国会議監修、尾藤廣喜、小久保哲郎、吉永純編著『生活保護「改革」ここが焦点だ！』あけび書房、101頁
- （8）生存権裁判を支援する全国連絡会編『朝日訴訟から生存権裁判へ いま、改めて「朝日訴訟＝人間裁判」から学ぶ』あけび書房
- （9）生活保護問題対策全国会議編『これがホントの生活保護改革「生活保護法」から「生活保障法」へ』明石書店

介護保険優先原則問題の本質と課題

～浅田訴訟と天海訴訟を踏まえて～

山崎 光弘

1. はじめに

2013年の浅田訴訟以降、障害者が65歳等になると、自治体から障害福祉サービスから介護保険サービスに移行が求められ、市町村民税非課税世帯の障害者は自己負担が発生する、サービスの量と質が低下する、環境変化に対応できない等の問題が生じる。さらに、自治体によっては、介護保険制度の対象となった障害者が同制度に申請しない場合、障害福祉サービスを打ち切る場合がある等の問題が社会的に表面化した。こうした一連の問題を「介護保険優先原則問題（以下「優先原則問題」）」と言うが、現在、この問題は岡山の浅田訴訟に留まらず、千葉や広島でも訴訟問題へと発展している。

本論では、岡山の浅田訴訟・千葉の天海訴訟の概要、優先原則に起因する諸問題、これを引き起こす介護保険制度と障害福祉制度の違い等を示すとともに、この根本にある日本の福祉における社会保険方式優先の問題を明らかにする。ただし、浅田訴訟・天海訴訟ともに係争中であるため、裁判の判決や動向についてここでは言及しない。

2. 浅田訴訟と天海訴訟の問題意識

岡山の浅田さんは、2013年65歳を迎えるにあたって、岡山市から障害者総合支援法7条 他法優先の原則に基づき、介護保険制度への申請、障害福祉制度から介護保険制度への移行を求められた。介護保険制度は市町村民税非課税であっても利用料負担が発生する。

現在、障害福祉制度では非課税世帯の利用料は無料となっているが、2006年4月に施行された障害者自立支援法でも利用料負担が課されていた。この際採用された応益負担方式（1割負担）は、

障害が重く支援を必要とする人ほど費用負担が重くなる。結果として、支援を必要とする人ほど経済的理由から支援を受けられないといった問題が生じ、2008年以降、全国各地で障害者自立支援法違憲訴訟が繰り広げられた。そして、2010年同訴訟団と厚生労働省（国）との間で、「基本合意文書」が締結され、同年4月から非課税世帯の障害者の利用料は無料となった。この合意において、以下の2点が明記されたことは重要である。

1 「国（厚生労働省）は、速やかに応益負担（定率負担）制度を廃止し、…新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては…憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする。」

2 「国（厚生労働省）は、障害者自立支援法を、立法過程において十分な実態調査の実施や、障害者の意見を十分に踏まえることなく、拙速に制度を施行するとともに、応益負担（定率負担）の導入等を行ったことにより、障害者、家族、関係者に対する多大な混乱と生活への悪影響を招き、障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し、原告らをはじめとする障害者及びその家族に心から反省の意を表明する…」

こうした合意がなされたにもかかわらず、65歳等になると障害者は利用料負担（応益負担）の問題に再度直面する。これは「基本合意」に矛盾するとして、岡山の浅田さんと千葉の天海さんは同制度への申請を拒否したところ、2013年岡山市は浅田さんの、2015年千葉市は天海さんの障害福祉サービスをすべて打ち切った。

当時、浅田さんは重度訪問介護を月249時間（うち25時間は移動介護）、天海さんは居宅介護を月約60時間受給して一人暮らしをしてきた。障害者にとって支援の打ち切りは生活の崩壊だけでなく、命の危機にもつながりかねない。浅田さんはボランティアを活用することで、天海さんは月約

14万円の全額自己負担をすることで、当面の生活をしのいだ。しかし、両者ともこの継続は困難であるとして介護保険制度の申請を行わざるを得なかった。これは生活や命を盾に取った、自治体による介護保険制度への強制移行に他ならない。浅田さんは2013年9月、天海さんは2015年11月に障害福祉の打ち切りは自治体の障害者総合支援法7条の運用違反・裁量権の逸脱であるとして行政訴訟を起こしたのである。

3. 障害福祉制度と介護保険制度の違い

前述したように、障害福祉制度と介護保険制度では利用料負担という点において大きな違いがある。特に、介護保険は2015年の制度改定で現役並み所得者は2割負担、2017年の制度改正で3割負担となった。さらに、2018年4月に財務省財政制度等審議会財政制度分科会は最低負担率を2割負担に引き上げを求めている。しかし、以下のように障害福祉制度と介護保険制度の違いはこれだけに留まらない。

3-1. 理念と対象の違い

最も重要な点として、両制度の理念そのものの違いが挙げられる。確かに、両制度ともにサービス給付法という点では共通している。しかし、2014年の障害者権利条約への批准に先立って、2011年に障害者基本法が改正され、障害福祉制度は権利法として位置づけられた。この理念法を受けて創設されたのが障害者総合支援法（2012年成立）等であり、同法 第一条（目的）は次のように規定されている。

「この法律は、障害者基本法の基本的な理念に

のつとり、…障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう…」。

これに対し、介護保険法において基本的人権の享受は明記されていない。「…国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め…」（第一条）とあるように、介護保険法の最大の目的は介護の社会化にあった。

このように、障害福祉制度と介護保険制度では理念が全く異なっている。また、障害福祉制度は身体障害だけでなく、精神障害者・知的障害者、2013年からは難病等も対象として制度設計がなされているが、介護保険が主として対象としているのは加齢に伴う身体障害と認知症であり、制度の前提が全く異なっている。こうした相違によって、両制度の認定基準や支援のあり方・内容等の違いが生じるのは当然の帰結である。

3-2. 認定基準の違い

現在、障害支援区分と要介護度の認定では主に以下の3点に違いがある。

- ① 障害支援区分認定においては、運動機能の低下に限らず、意欲低下・多動・易疲労感・環境の変化や状況に応じて、「できる」場合と「できない」場合がある時は「できない」と評価する。これに対し、要介護認定の場合は頻回な状態で評価する。
- ② 障害支援区分認定と要介護認定において、食事・口腔清潔（歯磨き等）・排尿・排便・薬の管理／服薬・買い物等を一連の行為として評価するという点では共通しているが、項目によって、この内容は支援区分認定のほうがより充実している（図表1参照）。
- ③ 障害支援区分認定では金銭の管理・調理・掃

【図表1：一連の動作の内容が異なる主な項目】

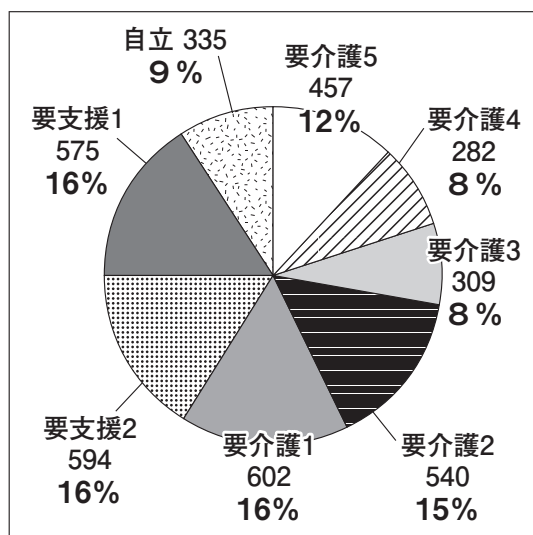
	障害支援区分	要介護認定
薬の管理／服薬	薬等の用意から服薬等の確認までの行為であり、薬の必要性の理解や内服薬を服用する時間や薬の数量等の理解を含む	薬や水を手元に用意する、薬を口に入れ飲み込む（水を飲む）という一連の行為
買い物	商品の選択や代金の支払い、店員との意思疎通、商品の持ち帰り等の行為	食材、消耗品等の日用品を選び、（必要な場合は陳列棚から商品を取り）、代金を支払うこと

（出典：筆者作成）

除・洗濯・電話等の利用・交通手段の利用も一連の行為として評価する。要介護認定は爪切りや洗顔など身体動作に係る評価項目は細かいが、社会生活に係る項目は少ない。

こうした認定基準の違いから、障害者が介護保険制度に移行した場合、障害支援区分と比べて要介護度は低くなる。厚生労働省による「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等についての運用等実態調査結果（以下「実態調査」）」（2015年2月）によれば、介護保険に移行した障害者の約32%が要支援に、約31%が要介護1・2になることが明らかにされている（図表2参照）。こうした変化は、障害の状態は変わっていないにもかかわらず、介護保険移行後の支援量の減少をもたらす。

【図表2：介護保険移行後の障害者の要介護度】



（出典：厚生労働省「実態調査結果」（2015年2月）より筆者作成）

3-3. 支援内容等の違い

2016年の障害者総合支援法の改正による「高齢障害者負担軽減策」において、障害福祉制度の家事援助と介護保険制度の生活援助は相当するサービスであることが明確化された。

しかし、これらの支援は全く同じものではない。なぜなら、介護保険制度の生活援助の場合、通知「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等につい

て」（2000年11月発出）で①利用者以外のための行為、②日常生活に支障がないと判断される行為、③日常的な家事の範囲を超える行為が禁止されている。これに対し、障害福祉制度の家事援助の場合、こうした規定はなく、より柔軟な支援が行える仕組みとなっている。また、高齢者の生活援助と障害者の家事援助の提供時間および報酬設定が全く異なっている。このため、介護保険への移行後、家事援助で利用できた高いところの掃除してもらえなくなったというケースや、サービス支給時間が1回あたり60分から45分になり、支援の質が低下したというケースも生じている。

さらに、障害福祉制度には就労支援や社会参加のための移動支援など、社会参加のための支援があるが、介護保険制度に相当するサービスはない。2016年の第2回未来投資会議において安倍首相が介護保険制度を「自立支援」にシフトすると明言したことによって、介護保険制度にも「社会参加」にかかる支援が導入されつつある。しかし、ここで言う「社会参加」とは要介護の軽度化・介護保険からの「卒業」を目的としたものであり、障害福祉制度において社会生活を保障するための支援とは根本的に異なっている。

また、障害者の介護保険制度への移行にあたって、それまで利用してきた障害福祉サービス事業所が介護保険サービスの提供資格を持っていない場合、事業所を変更しなくてはならないという問題もある。発達障害者や高次脳機能障害者、知的障害者の中には、対人関係の変化・環境変化等に弱い人たちもおり、一部報道では介護保険事業所への移行によって自傷行為に至る人たちがいることも明らかにされている。

4. 厚生労働省の対応

現在、厚生労働省は、利用料負担に関しては「高齢障害者の負担軽減策」（2018年4月施行）、支援量の減少に関しては障害福祉サービスの「上乗せ（介護保険制度への移行によって減少した支援量を障害福祉サービスから支給）」、介護保険制度にない障害福祉固有のサービスの関しては「横出し（固有のものは障害福祉サービスを支給）」、対人関係や環境変化に起因する問題に関しては「共生

型サービス」(2018年4月施行)で対応しようとしている。しかし、これらの施策にはそれぞれ以下のような問題があり、「優先原則問題」の根本的解決にはつながらない。

4-1. 「高齢障害者の負担軽減策」に係る問題

同軽減策の対象となるには次の5つの条件を満たさなくてはならない。①介護保険相当障害福祉サービス(ホームヘルプ・重度訪問介護・デイサービス・ショートステイ)の支給決定を原則5年間受けていること、②生活保護受給者または非課税世帯、③障害支援区分2以上、④65歳以前に介護保険給付を受けていないこと、⑤要介護認定で要介護1以上であること。

この5年規定があるため、障害福祉サービスにできるだけ頼らずに生活をしてきた視覚障害者や聴覚障害者等は軽減策を利用できない。また、介護保険第二号被保険者で要介護状態となった障害者も対象外となる。さらに問題なのは、要支援者は同施策の対象にならないという点にある。前述したように介護保険に移行後約32%の障害者は要支援となるが、彼らは負担軽減策の対象にならないのである。

厚生労働省は要支援者への支援は地域支援事業で行われること、費用負担も少ないことを理由として挙げている。現在、財務省から要介護1・2の人たちへの支援の地域支援事業への移管が求めているが、この理由を踏まえれば、この移管が実現した場合、要介護1・2となる約31%の障害者も負担軽減策の対象外となる。全体で言えば、介護保険に移行する60%以上の障害者はこの施策を利用できなくなる可能性があり、この施策は形骸化しかねない。

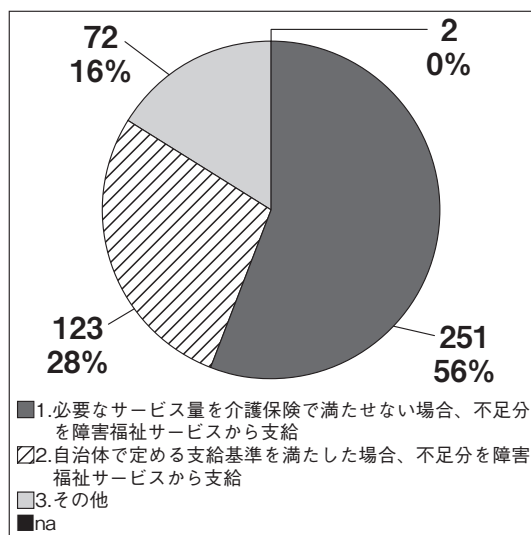
4-2. 障害福祉サービスの「上乗せ」に係る問題

厚生労働省は、2015年2月に上述の調査結果に基づいて、事務連絡を発出した。同事務連絡では、「障害福祉サービス利用者が要介護認定等を受けた結果、居宅介護サービス費等区分支給限度基準

額の範囲内では、利用可能なサービス量が減少すること考えられる。しかし、介護保険利用前に必要とされていたサービス量が、介護保険利用開始前後で大きく変化することは一般的には考えにくいことから、個々の実態に即した適切な運用をお願いしたい。」と「上乗せ」の適切な運用を求めている。

しかし、2014年に日本障害者センターが行った調査(506の市・特別区が回答)で、2017年通知の解釈には違いがあり、障害福祉の上乗せに関して厚労省が定める基準以上の独自基準を設けている自治体が448のうち123(28%)あること(図表3参照)等が明らかになっている。このように「上乗せ」の運用には地域間格差があり、支援量が減っても自治体の独自基準を満たせないために、「上乗せ」が認められない障害者もある。また、岡山の浅田さんは障害福祉サービスの上乗せを認められたものの、障害福祉を利用していった時より95時間/月、支給時間は少なくなった。このように、実態としては「上乗せ」による支援量減少の是正は困難な状況にある。

【図表3：自治体の「上乗せ」の基準】



(出典：筆者作成)

4-3. 障害福祉サービスの「横出し」に係る問題

障害固有のサービスの「横出し」は「上乗せ」と異なり、必要に応じて自治体は支給を認める。

しかし、社会参加の移動支援に関しては支給決定がなされても、採算性の問題から対応してくれる事業所がないという問題も生じている。

4-4. 「共生型サービス」の問題

「共生型サービス」とは介護保険制度・障害福祉制度の事業所要件を満たしていなくても、介護保険事業所が障害児者を、障害福祉事業所が要介護者等の受け入れを可能とする仕組みである。現在のところ、サービス種別はホームヘルプ・デイサービス・ショートステイに限られるが、これにより厚生労働省は対人関係・環境の変化に起因する問題の是正を図っている。

しかし、「共生型デイサービス」の報酬単価を踏まえると、障害福祉事業所が「共生型介護保険サービス」を提供した場合、介護保険制度への移行に伴う区分（要介護度）の低下とあいまって収入減となること、介護保険事業所が「共生型障害福祉サービス」を提供した場合、要介護1・2の人たちより障害者を受け入れたほうが収入増になることが明らかになった。また、「共生型ホームヘルプサービス」でも障害福祉固有の資格しか持っていないヘルパーや事業所が同サービスを提供した場合、報酬は減算される仕組みとなっているⁱ。こうした報酬設定を踏まえれば、障害福祉事業所が高齢障害者を受け入れることは現実的には困難であり、対人関係・環境の変化に係る問題の是正は困難であると思われる。

以上のように、「優先原則問題」に対する厚生労働省の是正策は、実際にはあまり機能しないことは明らかである。さらに、重要なことはこれらの是正策は「介護保険優先原則」を前提としている点にある。確かに、「高齢障害者の負担軽減策」や「共生型サービス」を活用できる障害者も一部いることも事実であるが、これは同優先原則の強化につながりかねないため注意が必要である。

5. おわりに

本論では、「優先原則問題」とその背景にある障害福祉制度と介護保険制度の違いおよび介護保

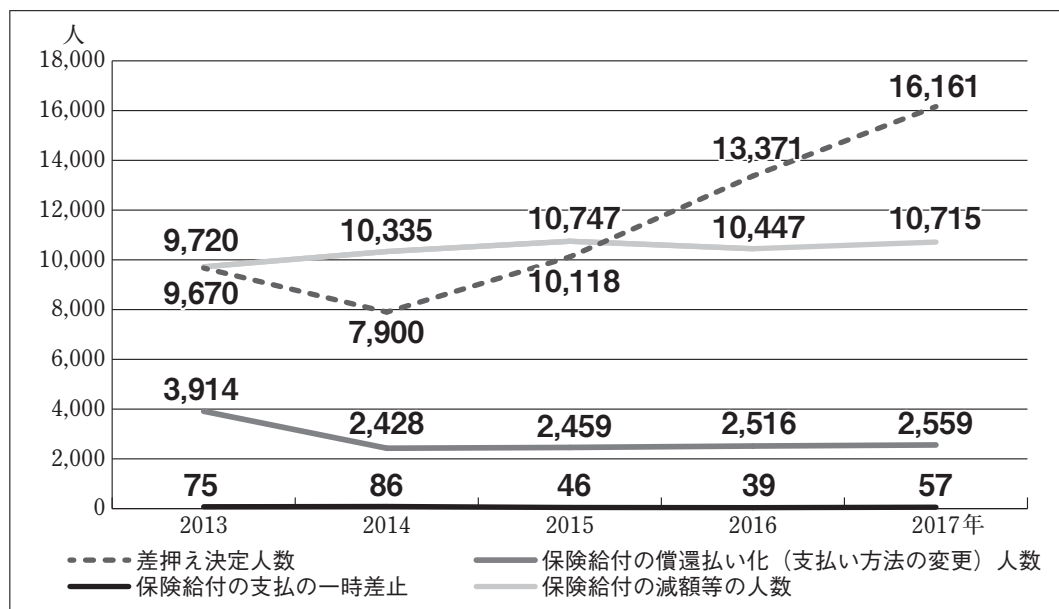
険制度への移行が障害者の生活に与える影響を明らかにするとともに、厚生労働省の同問題に対する是正策の限界について指摘した。介護保険制度は定年まで世帯主が正職員として働き、老齢厚生年金も受給している人たちを対象として設計された制度である。これに対し、障害者は所得保障も就労機会の保障も不十分である。こうした違いを無視して、介護保険制度内の公平性だけを強調し、介護保険制度への移行を強制することには無理があると考ええる。また、8月28日には、省庁による障害者雇用偽装（水増し）問題が発覚し、本来障害者差別を是正すべき公的機関が差別の主体であったことが明らかになった。この問題は、日本には根深い障害者差別の社会構造が残っていることの現れと言えよう。

障害者の生活や命を脅かしかねない介護保険制度への移行強制や障害福祉サービスの打ち切りも、その根本にあるのは障害者差別であり、人権侵害と言えるのではないだろうか。そして、こうした行為が容認されれば、先の差別構造がさらに再生産・強化される危険性もある。今求められるのは、障害者権利条約に基づく不当な差別の撤廃と合理的配慮の提供義務化の徹底化であろう。

ただし、この問題を通して障害者が求めているのは、障害福祉施策の拡充・障害者に限定した合理的配慮の徹底化等にあるわけではない。その根本にあるのは、社会福祉においても社会保険方式を基礎とし、障害福祉に優先することが憲法25条や障害者権利条約にふさわしいのかという問いかけであることを忘れてはならない。日本の社会保険方式は「自助の共同化」とされ、保険や利用料を払えない人は必要なサービスや支援を受けることはできない仕組みである。このため、保険料を支払えず、資産を差し押さえられる人は年々増大している（図表4参照）。さらに、介護保険制度は介護の社会化を掲げながらも、同制度は、経済的理由により支援等が受けられない責任を本人や家族の自己責任へと転嫁する。この問題は、若いうちから障害福祉を利用し、障害者自立支援法の問題に直面してきた障害者だからこそ実感できるのである。

もちろん、社会保険方式自体を否定するわけではない。医療における国民皆保険制度は世界的に

【図表 4：介護保険料滞納者への対応】



（出典：介護保険事務調査結果より筆者作成）

見ても重要である。しかし、要介護状態も含めて障害は、原則、多くの病気と違って完治や回復は見込めず、慢性疾患と違って規模の経済等によって薬価等の負担額が軽減されるものでもない。負担上限があるとはいっても、サービスを使えば使うほど負担も重くなり、費用負担はなくなる。これは障害者自立支援法違憲訴訟団の提起した根本的問題である。

さらに、介護保険制度の改正によって基準等の厳格化・自己負担の強化が進む中で、利用抑制の問題や介護破産への不安が広がっている。これは、介護保険制度の創設時に指摘された「保険あって介護なし」に他ならないと考える。介護保険の生みの親と言われた元厚労省老健局長 堤修三氏でさえ、「団塊の世代にとって介護保険は『国家的な詐欺』となりつつあるように思えてならない」と警鐘を鳴らしている。

あらゆる世代で貧困問題が拡大する中、社会保険方式が社会福祉制度の基本で良いのか。「優先原則問題」の本質とは、障害者の問題だけでなく、日本の社会保障政策のあり方に対する問題提起なのである。

【参考文献】

- e-gov（一）「介護保険法」、<http://www.e-gov.go.jp/>、2018年9月3日アクセス。
- e-gov（一）「障害者総合支援法」、<http://www.e-gov.go.jp/>、2018年9月3日アクセス。
- 厚生労働省（2010）「基本合意文書」、厚生労働省、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/goui/index.html、2018年9月1日アクセス。
- 社会・援護局 障害保健福祉部（2007）「通知：障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」、厚生労働省。
- 社会・援護局 障害保健福祉部（2014）「認定調査員マニュアル」、厚生労働省、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kubun/index.html、2018年8月15日アクセス。
- 社会・援護局 障害保健福祉部（2013）「障害保健福祉関係主管課長会議：障害福祉サービスの対象となる難病等について」、厚生労働省、https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kaigi_shiryou/index.html、2018年9月2日アクセス。
- 社会・援護局 障害保健福祉部（2015）「事務連絡：障

害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意点等について」、厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzanbu/0000111532.pdf>、2018年8月20日アクセス。

社会・援護局 障害保健福祉部（2015）「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等についての運用等実態調査結果」、厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12203000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu-Shougai-fukushika/chousakettuka.pdf>、2018年8月20日アクセス。

社会・援護局 障害保健福祉部（2018）「事務連絡：共生型サービスについて」、厚生労働省、http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1209/kj00018577.html、2018年8月30日アクセス。

社会・援護局 障害保健福祉部（2018）「高額障害福祉サービス等給付費等に関する支給認定について」、厚生労働省、<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/kourousyoutuuti.html>、2018年9月4日アクセス。

社会保障審議会 障害者部会（2016）「『障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律』について」、厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000128839.html>、2018年9月5日アクセス。

老人保健福祉局（2000）「通知：指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」、厚生労働省、<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/824.pdf>、8月15日アクセス。

老人保健福祉局（2014・2015・2016・2017・2018）「平成25年度・26年度・27年度・28年度・29年度 介護保険事務調査の集計結果について」、厚生労働省。

老人保健福祉局（2014）「全国介護保険担当課長会議：

一定以上所得者の負担割合の見直しについて」、厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000064545.html>、2018年9月5日アクセス。

老人保健福祉局（2017）「全国介護保険担当課長会議資料：『地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律』の公布について」、厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000170090.html>

老人保健福祉局（2018）「介護認定審査会委員テキスト2009改訂版（平成30年4月改訂）」、厚生労働省、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/nintei/index.html、2018年8月15日アクセス

佐賀新聞（2012）「障害者65歳で要介護 関係者に戸惑い」、佐賀新聞。

財政制度等審議会 財政制度分科会（2018）「社会保障について②」、財務省、https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia300425.html、2018年5月10日アクセス。

首相官邸（2016）「総理の一日：2016年11月10日 未来投資会議」、首相官邸、<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi>、2018年9月10日アクセス。

【注】

i 詳細は、山崎光弘・峰島厚（2018）「経済成長戦略としての『我が事・丸ごと』地域共生社会批判」、『障害者問題研究』Vol.46、No.1、全障研出版部、pp72—79を参照。

（やまざき みつひろ、日本障害者センター事務局次長、障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会事務局）

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 いのちとくらし編	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 いのちとくらし編	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 いのちとくらし編	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 いのちとくらし編	2014年6月14日	(在庫僅少)
『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 いのちとくらし編	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
『地域医療と自治体病院—展望を岩手 から学ぶ』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2017年7月15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

イタリアの家庭医と日本の開業医:15周年記念シンポジウム概要報告

竹野 ユキコ

1. はじめに

2018年6月16日東京、17日京都にて、イタリアから招聘したフランチェスコ・ビアヴァーティ前 SNAMI 理事長の講演を中心に、イタリアと日本の地域医療に関するシンポジウムを開催した。これは研究所15周年記念の企画であり、いずれ報告書を発行予定であるが、さきに概要を報告する。



発端は2013年度に実施したイタリアの視察である。2013年10月末から11月初めにかけて本視察を実施し、補足視察を2014年3月に行った。視察詳細は『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』を見てほしいが、在庫がほぼなくなってしまった。他の報告書同様、いずれPDFで公開予定である。

イタリアの医療は税でまかなわれる医療制度（国民保健サービス、SSN）であり、病院は地区保健公社 AUSL が経営を管理している。一次医療を担う家庭医のクリニックは地域で数が決められており、予約を取ってから受診する必要がある。クリニックでは問診・聴診と簡単な検査のみで、専門的な検査や病院には家庭医の紹介状をもって患者が行くことになる。地域での開業数が決められているので、家庭医を希望する医師は空きができるまで、救急アルバイトなどをして待たなければならない。一方で、病院でも診察する専門医は AUSL 管轄外となるプライベートな診療も行い、患者は民間の医療保険を活用しながら SSN とプライベート診療とを利用する。

日本は開業は自由である一方、患者が来たら基本的に断ることができず、高額な医療機器を備え

る診療所が多く、イタリアとは大きく制度が異なる。したがって企画検討当初には、なぜイタリアの、しかも家庭医を取り上げるのかという声が出た。東京シンポジウムの開会挨拶で高柳新副理事長が述べた内容が、理由の一部といえるだろう。以下に当日の挨拶を引用する。

「地域医療は、よく三角形のピラミッドに例えられます。一次医療が土台、その上に二次医療、三次医療です。本当はそれでしっかり安定しているはずですが、その三角形がほとんど逆さまのような状況になりつつある。第一次医療がとても大切だということは共通の認識なのに、現実にはどんどんと専門化が進んでいます。油断すると、第一次医療はどここの国でも、医療費節減のゲートキーパーに押し込まれてしまう。よほど本気で腹を立てないと、第一線の医療が、何かこう低級な医者を集まりというようにされて、へこんでしまう。

日本の若い医者たちは、もう早い時期から専門家になりたいという方向に向かっています。専門家への道は、とても大切なものを失っていく過程でもあります。木を見て森を見ずという諺がありますが、木どころの沙汰ではなく、いまや木から葉っぱ、葉っぱから葉脈、その葉脈の先も顕微鏡など、ありとあらゆるものを使って突きつめていく、とてもピンポイントに鋭くなっていく流れです。

そうすると、医者同士でもさっぱりお互いに話が通じなくなります。診療所の現場にいますと、いろんな大学から回ってくる患者の報告、紹介を見ますが、ありとあらゆる横文字、横文字というより記号、略字が並んでいます。仕方がないので略字辞典などを買って見る。ところが辞典にもないような略字が、どんどんと遠慮なく出てくる。その分野の専門家同士でしか通

じないような世界に突入することが、進歩であるような現象が進んでいます。

医療従事者も横につながってない、自分の所属している職場だけに閉じ込められているという現象が起こっています。こういうのを何とかしたい、物事を広い視野で、横に見ていくと、しっかり見えてくることがあるはずなのです。

したがって、イタリアの家庭医の状況、それから日本の開業医を中心とした地域医療の現状をクロスさせて、何とか大きな流れに、日本でも国際的にも、大きな流れにしていく局面にあるというふうに思っております。」

イタリアの家庭医は、担当する患者数や報酬、処方できる薬の種類も決まっている。一方で、クリニックの開く時間は定まっており、患者が家庭医を変更することもできる。自由開業制でも出来高払いでもない医療の現状を知ることでもある。こうして理事会での議論を経て、歴史や文化的背景の異なる国を平坦に横並びに比較することはしないようにと心がけ、東京と京都でシンポジウムを行う準備を進めた。

2. 東京シンポジウム「イタリアの家庭医と地域医療の日伊比較」

(1) 東京での視察

ピアヴァーティ先生が来日した6月14日午後、中野区にある中村診療所を訪ねた。中村診療所は東京のシンポジストである中村洋一先生が院長であり、診療所の案内と近所への訪問診療にも同行し、中村先生に案内されて新渡戸記念中野総合病院を訪問した。中村先生は診療所へ戻り、一行は副院長に病院を案内され、地域の開業医と連携を密接にとっていく様子をうかがった。その後は病院からほど近い中野区医師会を訪ね、事務局長から中野区医師会の説明を受けた。

(2) 16日の内容

明治大学リバティタワー教室で開催した東京のシンポジウムには、定期総会に出席した会員のほかに、全国保険医団体連合会や東京保険医協会、民医連の関係医師など60名近くが出席した。開会

の挨拶を高柳新副理事長が行い、地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ主宰でもある村口至・坂総合病院名誉院長が司会をつとめ、イタリアと日本の医療関連データ比較紹介と本日のシンポジスト紹介を行った。その後、ピアヴァーティ先生による講演が同時通訳で行われた。

講演はイタリアの医療制度を古代ローマからたどり、第二次大戦中に国民保険として整備された共済制度（雇用者とその家族だけが対象）から、1978年に国民保健サービス（SSN）が制定されることが説明された。SSNは後年にチケット制度が導入され、限定的ではあるが患者負担が生じるが、当初はすべての人に無料で医療サービスを保障する制度となった。SSNのシステムや運用、医療費の割合などのほか、家庭医と病院の関係など、家庭医の役割について伺い、イタリアの医療全体に関してを伺った。またイタリアではいくつか存在する医師組合の一つ、SNAMIの理事長として長年活躍してきたピアヴァーティ先生から見て、医療の中で果たす役割の大きさに比して、家庭医は専門医よりも一段低く見られる傾向があり、組合としてSSNの中心であるAUSLとの契約内容の改善に尽力してきた一方で、定年を迎えてバーンアウトとなり、医師をやめてしまう人も多いという話も伺った。

続いて日本から日本医師会常任理事である石川広己先生の報告があった。冒頭では、OECDによる調査から、平均寿命やがん死亡率といったデータの評価と各国民による健康の自己評価には大きな差があることが示され、認識による差異という指摘もあった。日本の国民皆保険制度を維持しながら、医学の進歩と平均寿命の伸長に伴う認知症の増加や出生率の低下に伴う人口減少にどう立ち向かうのか、地域包括ケアの構築に向けてどう動くのか、その中で地区・都道府県・全国という三層構造を持つ日本医師会が何を目指すかということが紹介された。

視察でお世話になった東京保険医協会理事、中村診療所院長である中村洋一先生からは、訪問診療と在宅診療についての報告があった。地域医療の課題として、認知症患者が増加していること、健康寿命をいかに伸ばすかということ、在宅での看取りをいかに増やすかという点があると挙げら

れた。地域の病院でのカンファレンスに開業医が参加する取り組み、中野区医師会を中心に様々な診療科の訪問診療を連携する取り組みなどが紹介された。人生の終わりをどのように過ごすのかには、医療と介護の連携とケアの質をいかに高めていくかという点も重要であると指摘があった。

会場からは、医師一人ではなく、複数人のグループで診療所を開業する可能性について質問があった。最後に中川雄一郎理事長から市民の立場、医療を受ける立場からのコメントがあった。

3. 京都シンポジウム「イタリア家庭医と日本の開業医の未来」

(1) 17日の内容

17日、京都府保険医協会の会議室を会場に、京都のシンポジウムは開催された。午前中新幹線で移動し、ホテルへ荷物を置いてそのまま会場へ移り、昼食打ち合わせを行った。会場には40名近い出席があり、質疑応答を行いながら進められた。

冒頭に京都シンポジウムのコーディネーターである吉中丈志・京都保健会理事長、京都府保険医協会理事から、イタリアの家庭医の心意気を感じ取り、日本の開業医の将来の方向性を考えるきっかけにできればという挨拶があった。

次に松田亮三・立命館大学教授から、イタリアの医療がEUのなかでどのような特徴を持つのか、医療機構の編成、医療財政、医療供給、支払いの仕組みなどについての概要報告があった。こうし

てイタリアの医療について大枠をとらえたうえで、ビアヴァーティ先生の講演を聞く形になったが、項目を絞り、途中に質疑応答をはさみながらの進行となった。

休憩後は日本の開業医の現状について、3本の報告があった。まず垣田さち子・京都府保険医協会理事長から、日本の医療保険制度が成立する歴史的経緯、ご自身が副院長である垣田医院の仕事の紹介により、開業医が地域に果たす役割について報告があった。次に高木幸夫・上京診療所所長から、超高齢社会を迎えるにあたっての予防や包括的ケアを担うプライマリーケアの専門家が必要というOECDの提言が紹介され、家庭医や総合診療が注目される背景について報告があった。なお高木報告の中で登場した草野医師には、翌日の訪問診療でお目にかかり、同行させていただいた。最後に高島啓文・右京医師会会長から、右京医師会の地域医療への関わりが報告された。京都市と協力し、医療・介護をはじめとする多職種の連携と高齢者の在宅生活を支援する取組の推進を図るためモデル的に設置した「京都市右京区在宅医療・介護連携支援センター」を右京医師会内に立ち上げ、会員にアンケート調査などを行い、今後の在宅医療を含む地域医療の課題を挙げた。

ビアヴァーティ先生からは、SSN前後のシステムの違い、検査や診療予約での待ち時間の長さの問題、新たに設置された「健康の家」(家庭医と専門医が集まる施設)は小さな総合病院の利点はあるものの、地域にあったオフィスよりも患者の通院距離が長くなるなどの懸念があるといった



東京のシンポジウムの様子



京都シンポジウム後の集合写真

コメントがあった。また会場からは家庭医の研修制度、家庭医としての質の担保などへの質問があり、医師免許を持っているのに研修を受ける3年間に患者に触れることができないことや、患者数人頭割で報酬が定まっているからいいとしてしまう家庭医もいる現状などについてコメントがあった。ボローニャ空港の常駐医療スタッフが医師ではなく看護師になったことや、「健康の家」の所長を看護師にしていることなど、本来の医師と看護師の役割があいまいとされている現状は、日本においても同様な問題があるのではないかと思います。

最後に渡邊賢治・京都府保険医協会副理事長が閉会の挨拶を行った。垣田先生と一緒に京都シンポジウムの司会を担当した高山一夫・京都橘大学教授には、実は東京の懇親会でも司会をお願いし、連日、進行時程をチェックいただいた。

(2) 京都での視察

18日は朝に大きな地震があって驚いたが、松田先生と吉中先生に案内され、京都保健会の上京診療所を視察し、以前は病院であったという施設を見てから草野医師の訪問診療に同行させていただいた。その後、垣田医院を訪ね、診療所や通所リハビリテーションの様子を見せていただいた。

4. おわりに

双方のシンポジウムに参加することができて、東京での制度的な説明と議論、京都での質疑応答が中心となった議論の双方を合わせると、イタリアと日本の地域医療がより鮮明になるという印象を持った。報告書の編集に力を注ぎたい。

ビアヴァーティ先生には、本当にお世話になった。かなり早くから当日資料案を送付くださったことで、日本側の準備がそれに牽引されて進めることができた面もある。そもそもイタリア視察でお世話になった青山愛さんから、SNAMI 理事長（当時）であるビアヴァーティ先生をご紹介いただかなければ、今回の企画はできなかった。また

今回の通訳・資料翻訳等を引き受けてくださった朝岡さん・小池さん・市口さんへの依頼も、関係する方々からのご紹介があってこそ実現したことだった。その他、東京・京都の関係各位には本当にお世話になったことを、役員をはじめ研究所関係者にもさまざまな協力していただいたことをここに記し、改めて御礼申し上げたい。また事務局内の話ではあるが、主任研究員の石塚がピアヴァーティ先生とイタリア語で連絡を取り合ったことも、成田空港への出迎えや京都のシンポジウム出席など、東西に飛び回ってもらえたこともとても大きい。

医療を提供する側、医療を受ける側、それぞれが関心を持つ点に違いはあるだろうし、限られた時間内では不十分な面があっただろうが、イタリアの地域医療を、第一線で支えてきた家庭医を通して知ることによって、日本の地域医療を考える材料を提供できたのではないかと考えている。少子高齢化が急激に進行する日本で、医療・介護をどう担保し、増え続ける費用をどうするのか、さまざまな側面からの議論がなされている。しかし議論する上で忘れてはいけないのは、患者や利用者は一人一人が違うのだから医療や介護は人手がかかるものだという認識ではないだろうか。医療や介護の現場から挙げられる事例は、統計資料になると一人一人が見えなくなるが、数字の背後には現場でそれぞれの対応に尽力する関係者がいることを思い、患者や利用者などの生活があることを忘れないようにしたい。一定の型どおりになる部分と、その人ならではのオーダーメイドになる部分とのバランスがあることを念頭に、考えるようにしたい。

あくまで医者は患者に触れて診療するのが大切であり、世代を超えて家族を丸ごと診るのが家庭医であると、どちらの会場にもそのような心意気を持つ医療関係者が多くいたことが印象的であった。

（たけの ゆきこ、研究所事務局長）

次世代へのメッセージ(2)

雑誌と自分史―「雑」は多様性の演出

野村 拓

●「読む雑誌」「書く雑誌」「つくる雑誌」

昭和2(1927)年は、明治60年なので、今年は明治150年、世代的には、私などは「最後の活字世代」というべきなのかも知れない。『少年倶楽部』でものごころがつき、蛍の光、窓の雪の『蛍雪時代』で受験勉強し、戦後は週刊誌をよみながら長時間通勤に耐え、体力下り坂になってから、健康雑誌にまどわされ、老後の店じまい方法論まで雑誌に頼った世代といえる。だから、この世代の雑誌・履歴は、そのまま明治150年の文化・文明史になるのではなかろうか。いささか、力不足ではあるが、自分自身を材料に「活字世代」の「読む雑誌」「書く雑誌」「つくる雑誌」の流れをたどってみたい。

しかし、冒頭に述べたように、ものごころは『少年倶楽部』などによって、つくものではない。大人たちの雑誌の盗み読みによってつくものではないか。『キング』『日の出』など娯楽雑誌は子供の好奇心を刺激してくれたし、付録の「流行歌集」などは大いに勉強した。

姉たちの読む『婦人公論』も拝借して山本有三の連載「路傍の石」も読んだが「公論」も「ヘチマコロンの」「コロンの」も女性用の日用品のように考えていた。戦前の出版物は名古屋の空襲で焼かれてしまったので、戦後、大阪・上本町の古本屋で『画報 躍進之日本』をただみたいな値段で大量に買った。金を払って、さて持ち帰ろうとしても持ち上がらないので、タクシーで大学まで運んだ。

昭和12(1937)年から昭和17(1942)年までのもので、1937年7月号は日中戦争前に編集されていたので、〈図1〉のように松竹大船の女優さんたちの水着姿が表紙に使われている。そして、次

の8月号から、ガラリーと編集内容が変わり、日本軍は中国大陆の泥沼に足をとられていく写真集となっている。

2年後の1939年には、戦争勃発とともに中国大陆に送られた大阪日赤の従軍看護婦が無事帰還して生魂神社に参拝する姿などが報じられたが(〈図2〉)、その後、再度召集された看護婦たちの運命は厳しいものがあった。

この雑誌には「海外短信」のような外国ダネものっているが、「コアラ」の写真には「熊も木にのぼります」と説明されている。女子プロレスの写真も紹介され、ロープで相手の首を締めているから、「プロレス」のはずだが、編集部は説明すべき言葉をもっていなかったようである。

やがて、太平洋戦争、当時の岸信介商工大臣は、この雑誌に「南方資源の開発」を執筆している(〈図3〉)。

●振り返る「精神形成期」

前々稿で、人生を15年ずつのステージに区切って「第7ステージ(90歳―?)論」を展開したので、この区分にしたがって振り返って見よう。

この時期(0-15歳)を総括的にふりかえると2つの点に気づく。ひとつは小学校就学までは親・兄弟の下で遊びほうけていた方が、多彩な思考回路を持つように脳が発達するのではないか。この点、「親の都合」を優先させざるをえないいまの子どもは気の毒である。足の裏に地べたを感じ、近所の子と遊びながら、明るいうちに帰ってくる父親を待つことのできた私はしあわせだったのだろう。

あるとき、父は大きな荷物を抱えて帰って来た。中身は「コリント・ゲーム」という今日のパチン



〈図1〉『画報 躍進之日本』1937.7.



① 白衣の天使かへる——事變勃發と共に中北支戦線で惡疫と戦ひ
 傷病勇士の看護にあつた日赤大阪支部病院の看護婦さんの一部はこ
 の程なつかしの故郷へかへり生國魂神社へ無事歸還を奉告した。

〈図2〉『画報 躍進之日本』1939.7.

コの前身のような遊具である。パチンコ発祥の地が名古屋とされているのは、温室栽培が盛んであった尾張・三河地方で空襲の被害を避けるために温室を解体して地下に埋めたまま戦後を迎えた板ガラスと軍需工場、東洋ベアリングあたりのベアリング用の球との合作、と言われており、パチンコの板ガラスのサイズは温室のサイズと一致するとも言われている。

その後、また父が大きな荷物を抱えて帰ってきたので新型コリント・ゲームへの期待を持ってついて歩いたが、なかから出てきたのは（後からわかったことだが）清水登之の「カプリ島」の絵で

あった。独特なモダニズムの画家、清水登之を好んだ父は、後にわずかな疎開荷物に選んでくれたので、名古屋の空襲で焼けることもなく、今もわが家のリビングに納まっている。

清水はニューヨーク在留中に生まれた息子に「紐育」（ニューヨーク）から1字を取って「育夫」と名づけたが、学徒出陣の清水育夫海軍主計少尉は1944年11月、台湾付近で、米潜水艦に撃沈された戦艦「金剛」と運命をともにした。

父、清水登之は育夫の墓地で号泣し、一種軍装（冬服）と二種軍装（夏服）との2枚の肖像画を精魂込めて描き、まだこれからという年で他界した。

マルクス主義を学び、啓蒙的国文学者、羽仁新五から話術・論法を習った。

〈図4〉は『伊賀百筆』で、当時の状況を集約したものが掲載されている。羽仁新五の神戸女学院時代の教え子小森香子のエッセーも貴重な文献である。また、雑誌『市民』の創刊や、劇団『市民劇場』などにかかわり、いうなれば、「市民革命なき日本」における「内なる市民革命」、自己変革の時期であった。

また「社会科学」が新鮮に魅力をもって迫ってきた時期でもあったので、おそれ気もなく、学生社会科学連合の委員長なども務めてそれなりの勉強もした。そして、自然科学の社会的成り立ちを研究する「科学史」に興味をもつようになり、日本科学史学会に入会し、「ダーウィニズムの農業技術的基礎」などを報告した。また、「育成型共著」の声を掛けて戴き、相川春喜・田中実・山崎俊雄編『発明発見図説』(1954、岩崎書店)の「生物・医学編」を担当させていただいた。当時は薬学関係の雑誌の編集部にいたが、やったこと、やられたことは、どこかで生かすことができるもの、という「哲学」をもつべきではないか。

これは第3ステージ(30-45歳)にさしかかる話だが、1958、1959年に松川七郎の『ウィリアム・ベッティ』上下2巻本が出され、イギリス市民革命時代の戦士にして学者であったペティーについて学ぶことができたのはしあわせであった。

その上巻(1958)から作成した「ペティの自分史」が〈図5〉(30ページ)である。イギリス市民革命の戦士でもあったペティは自然体(人体)に対する解析方法としての解剖学を、政治体(社会)に適用することを試み、『アイルランドの政治的解剖』(1691)や『政治算術』(1690)を著し(両著とも実際の執筆時期は1670年代)、「永遠の法と真理の標準に従う」「政治的医学」(Political Medicine)を唱えた。

また、おなじくイギリス市民革命の戦士であったトーマス・シデナムは一介の町医者にすぎなかったが、17世紀を代表する医学者であった。シデナムはロックやボイルの親友であり、市民革命における議会軍の戦士でもあった。ヒポクラテス医学の正統的な継承者であり、なによりもベッドサイドで疾病を経時的に観察することを重視した。

シデナムは日本の蘭学者によって「舎電汎」として翻訳されているが、これは「市民革命なき日本」における「内なる市民革命の医者」志向というべきである。

私自身、主著の『医学と人権—国民の医療史』(1969、三省堂)で「市民革命なき医学」から説きおこしたが、いまから「ブルジョア革命としての市民革命」を起こすべき状況ではない。人それぞれに痛切に戦争体験もふくめて自己変革的に「内なる市民革命」を遂行して、次のステージに向けて足並みを揃えるべきだろう。

このあたりから、私も遅ればせながら研究生活にはいり、歴史的対象としての「雑誌」に接することになった。

●歴史的対象としての雑誌

明治10(1877)年創刊の『東京医事新誌』は「旬刊」の医学雑誌であり、日本で最初に赤十字マークを使った(ただし誤用)雑誌とされている。扉に赤十字マークが入れられているが、編者は「医学雑誌であることを意味するマーク」のつもりで入れたという。

この年の西南戦争に際して「適塾」出身の佐野常民が日本赤十字の前身と言える「博愛社」を組織したが、「赤十字マーク」のほうは、ひと足早く、『東京医事新誌』によって誤用されていたのである。この旬刊雑誌の「雑件」欄は、新聞がとりあげるにはマイナーで、かつ専門・学術的な記事が多く、医学史研究資料として有益であった。

明治16(1883)年創刊の『大日本私立衛生会雑誌』には前記、佐野常民、森林太郎(鴎外)の上司、石黒忠恵、済生学舎の創始者、長谷川泰などが論客として登場する。初期のものは東北大学にしかなかったので、お借りして(複写機がなかったので)丹念にノートをとり、『医学と人権』(1969)に多用した。

大日本私立衛生会創立の動機は、不平等条約の下で海港検疫権を持たぬ日本は、国民の衛生意識の向上によって外来伝染病の脅威と闘わなければならない、という趣旨であったが、同じ年に、不平等条約撤廃のための政治的アクションとして鹿鳴館が店開きし、伊藤博文以下、政府要人が外人

伊賀百筆

IGA 100 PENS

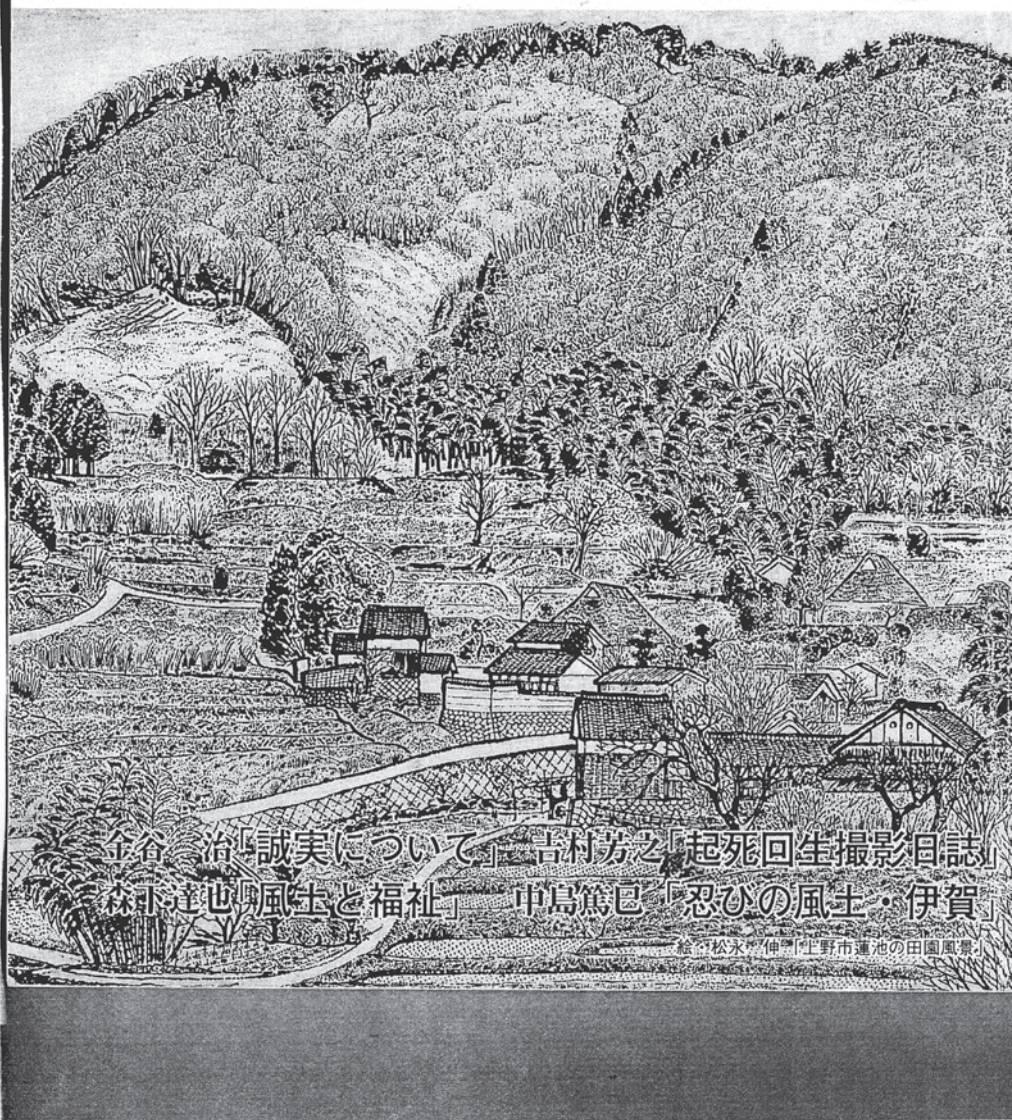
〈特集Ⅰ・羽仁新五氏の50回忌〉

久保文武・野村 拓・森川 博・小森香子 ほか

〈特集Ⅱ・さようなら好川貫一さん〉

佐伯晴郎・西村 徹・石滝禎男 ほか

VOL. **4**

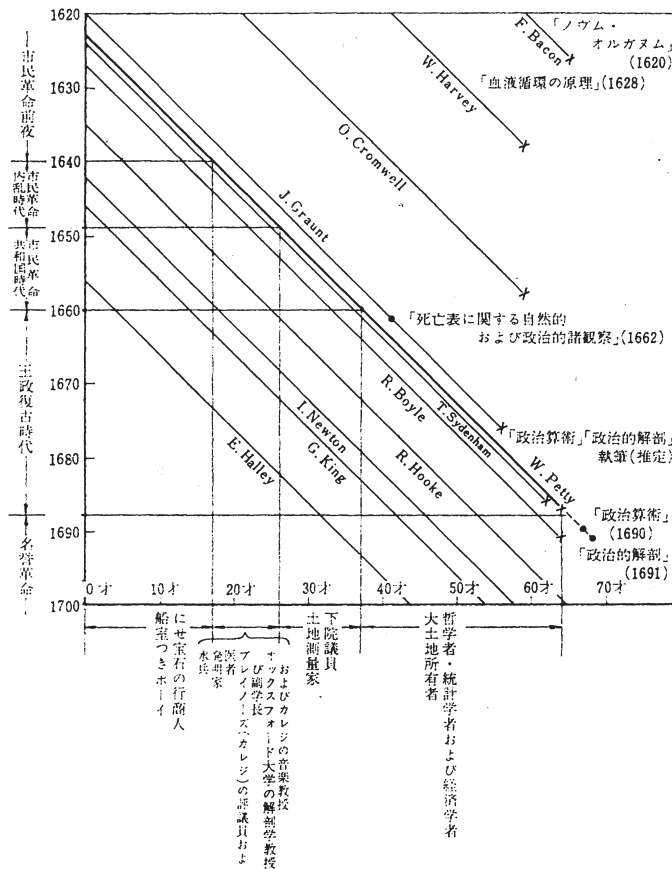


金谷 治「誠実について」 吉村芳之「起死回生撮影目録」
森下達也「風土と福祉」 中島篤巳「忍びの風土・伊賀」

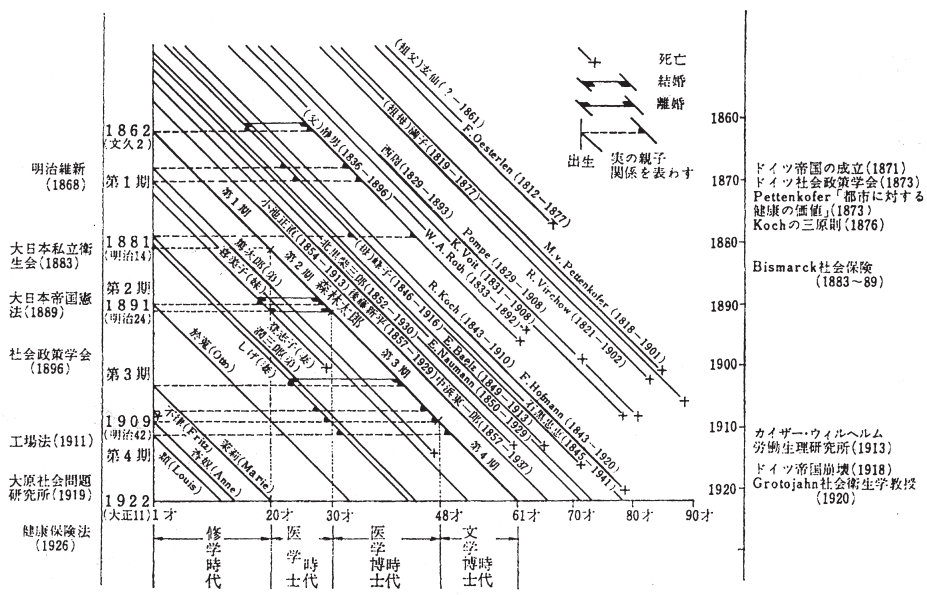
絵・松永伸男 上野市蓮池の田園風景

〈図4〉『伊賀百筆』(No.4.1998.)

〈図5〉 Lexis-Nomura 図法によるペティの生涯の再構成
野村拓『医療製作論攷1』(1976医療図書出版)



附図 Lexis-Nomura 図示法による国外関係系附図



を招待し、陸・海軍軍楽隊、宮内省洋楽部のスリーバンドで「ガニ股のワルツ」を踊るのである。

この時期に上・中流の子女を対象に発行されていた雑誌『女学世界』には、しばしば大日本私立衛生会のメンバーが、衛生的「うめ草」記事を書いていたし、「生活費」と「生存費」を区別した家計指導記事なども掲載されていた。

1883年といえば、ドイツでビスマルクによる「疾病保険」が実施された年であるが、日本でも、長谷川泰は「資本ノ源タル力役（労働）」というとらえ方をしている。この長谷川泰が西洋医学速成コースとして創始した済生学舎の紀要『済生学舎医事新誌』は短い寿命（明治30年代）であったが、興味深い論文が掲載されている。

後藤新平はロンドンとベルリンの都市衛生行政を比較した論文を発表しているし、（無署名）での「英国ラザム述：衛生工事ノ効果」はBaldwin Lathamによるクロイドン市における上水道工事がもたらした死亡率低下の保健経済的計算である。

また、海外医学事情に限らず人文・社会科学領域まで精力的に紹介したのが明治の終わりから大正期にかけて富士川游によって出された『人性』である。論文抄録形式のものが多く、1860年代、ドイツにおける「乳児死亡率と徴兵検査成績」との相関に関する論争など興味深いものがある。

研究対象として取り上げた明治期の雑誌は以上のようなものだが、大正期ともなれば学会も増え、それぞれが「学会誌」を出すようになるが、医師団体の方は大正8（1919）年の法定日本医師会設立まではバラバラである。大正デモクラシー的雰囲気我代表する医学雑誌があればとりあげてみたいが、そのようなものは特になく、先駆的業績が「単行本」として輝いた時代ではなかったか。名前は「社会医学雑誌」でも広告に「日本製六〇六号五割五分割り引き」（梅毒治療薬サルバルサン）の広告が載るような雑誌であった。

こんな状況のなかで大正後期から昭和11（1936）年あたりまで出された『日本之医界』は面白い存在であった。

●バトンタッチ雑誌・文献

昭和初年からの普通選挙法以前の、多額納税者

だけが選挙権をもっていた時代には医師の代議士は多かった。その1人である土屋清三郎が出した『日本之医界』は土屋個人の体力・精神力の消長に比例する形で大正末期から昭和初期にかけては「週刊」で発行された。

大正デモクラシーの残照ともいえる東大・社会衛生学講座新設運動は製薬業界の寄付講座「臓器薬品化学講座」に敗れ、社会衛生学講座教授に予定されドイツ留学中の国崎定洞助教授は「民族衛生学」に変質しつつあるドイツ「社会衛生学」に失望してドイツ共産党に入党し、その後ソビエトに入りスターリン粛正の犠牲者となった。

当時は医学部薬学科だったので医学部の新設講座を「社会衛生学」と「臓器薬品化学」が争う形となり、文部省としては金のかからぬ「寄付講座」の方に軍配を挙げたのである。新設講座は武田薬品の臓器製薬部門と密接な関係を持つことになるが、このような時期に製薬産業の広告をとりこんだのも土屋の才覚というべきだろうか。（図6）は武田薬品の「スペルマチン」の広告。

この時期、『公衆衛生』が大日本私立衛生会雑誌機関誌『公衆衛生』として発行された時期があり、慶応大学教授から内務省医官に転じた高野六郎が才筆をふるった。旧制中学時代に読んだ高野六郎の随筆集『医者黒焼き』に収められた、ナボリの便所の汚さを論じた「穢談ナポリ」のオリジナルはこの雑誌に掲載したものである。

●読む雑誌から書く雑誌へ

明治以来の医学雑誌を読むことで、随分、勉強させてもらい、手の及ばぬところは後進にバトンタッチしつつある。『人性』『公衆衛生』『人口問題』『民族衛生』『統計集誌』『日本医療団情報』『日本医療団報』などなどである。もうしばらく手元において検討してからバトンタッチ予定のものが『日本医学及健康保険』である。この雑誌は明治10年創刊の『東京医事新誌』の後身であり、戦時下の出版統合で『日本医学及健康保険』となり、いよいよ空襲の危機が迫った1944年7月、健康保険を切り離して、わずか22頁の雑誌『日本医学』として終刊号を出した。日本医学雑誌史の骨格をなす雑誌なので、もう一度、どこかで活用してみ



文獻

橋本節齋氏、氏原均一博士、坂口勇博士、早尾虎雄博士、小田俊三博士、中野生清博士、其他多數醫家の報文あり。

最近醫學上の最も重要な問題たるホルモン療法に據り、機能旺盛なる男性動物の生殖腺(主として睪丸及び攝護腺)より、そのホルモンを總括的に完全に抽出したるものなり注射液及び内服用錠劑あり。

スperlマチン

男性生殖腺ホルモン製劑

一圍範用應一

- 一、神經衰弱、殊に生殖器性神經衰弱、生殖機能障害(早漏、勃起力減退、陰萎等)。
- 二、新陳代謝機能沈衰症、心臟代償機失調症、初老期衰微。
- 三、精神病殊に早發性痴呆の或る種類、肢端知覺異常症。
- 四、腎臟疾患殊に尿毒症、動脈硬化症、尋常性瘡癤。
- 五、慢性モルヒネ中毒症。

〔用法〕

注射は、最初一般に毎日一回二cc宛(重症には二回)皮下注射す。注射部位は上膊又は肩胛間部を可とし、可及的緩徐に行ふべし。錠劑は一回三錠宛一日三回食前に服用せしむ。

〔價格〕

注射液 二cc管(二圓二〇) 二cc管(六圓二五) 二cc管(二八圓五〇)
内用錠 五〇錠(二圓五五) 二〇〇錠(九圓二〇)

店商衛兵長田武 式株社會 町修道市阪大 元賣發

店商衛兵新西小 式株社會 町本市京東 店約持東關



28-136 (K)

◇廣告主に御用の節は何卒『日本之醫界』の廣告によりと御書添へ被下度候◇

〈図6〉「スperlマチン」の廣告(『日本之医界』Vol.18. No.23. 1928.3.21.)

たい気持ちがある。それからもう一点。医師主導の『医学ペン』として創刊が準備され、入沢達吉の助言を受け入れて『科学ペン』として1936年に創刊された総合科学雑誌は、日本文化史として、あるいは「日本インテリゲンチヤ論」として再検討されるべき雑誌である。

リベラルを中心に右は元陸軍軍医総監から左は唯物論研究会までふくみ、編集長格は精神科医、式場隆三郎というのが雑誌『科学ペン』の面白さであった。シゲリストの翻訳も「サイゲリスト」の名で登場しているし、ジョージ・サートンの「科学史と新ヒューマンズム」も紹介されている。藤森成吉の小説も載り、宮本百合子も、中条百合子で1回、宮本百合子で1回、計2回登場しているが、中身は例えば「キュリー夫人傳」のようなものである。概して科学的なものに重心がおかれていたように思う。

すでに「社会科学」はご法度で「唯物論」はマークされている状況下でのギリギリの「自然科学の社会科学、自然科学の歴史学」としての「科学史」であったと思う。いろいろ教えられた雑誌であつたけれども、やはり雑誌は学ぶだけでは面白くない。身の程知らずに書いてみるのも活字媒体としての雑誌の良さである。

引き受け手のない『医療政策史』の原稿を雑誌連載（ただし原稿料はタダ）という形で引き受けてくれたのは『健康会議』で、その後もタダの原稿を数多く書かせてもらった。

『健康会議』への連載を始める前に藤沢薬品のPR雑誌『いずみ』（1965.4.）に「医療政策史への道」という決意表明の一文を書いたが、これには、そこそこの原稿料をいただいた。

1966年の5月からはPR誌『ヘキストMD』への「医学史」連載がはじまり、以後今日まで2、3本、多いときには5本の連載が途切れることはなく、連載が生活のリズムづくりになっている。

1973年には『大阪保険医雑誌』が創刊され、1983年には『月刊保団連』も創刊され、とにかく書く機会が増えた。『医療生協運動』には、試論的なものを数多く掲載し、『民医連医療』連載の場合にはそれなりに慎重を期した。

大胆な発想は、1970年前後の時期には『医薬ジャーナル』の単発論説として発表し、後には『医

療経営情報』の連載ものとしてとりあげた。

語りかける文体、2人称的文体の試みとしては『ナース・ステーション』連載の「看護婦のための医療経済入門」連載を書き、『看護実践の科学』には看護と英語と音楽とを結び付ける“Music, English, Nursing”を連載した。そして、この雑誌への各種連載の締めくくりとして「グローバル教養学」を書き「グローバル医療政策学」を学習のゴールとして示した。

なお、「読み、連載化し、原稿料を雑誌の購読料に」という特殊なサイクルを回したのがMedical Economics誌（〈図7〉）である。1923年創刊のこの雑誌は、自由診療の国、アメリカにおける診療費の相場表として、アメリカ医師会雑誌（JAMA）よりもよく読まれている、などと言われていた。2週間に1度の発行でぶ厚い雑誌の7割までが広告で、広告の合間に本文が飛び飛びに配置されるという雑誌であった。表紙写真も、ホテルのルーム・サービス用のテーブルの上にあぐらをかいて、無然とした表情で客室に運ばれて行く医者や、メスを持ってローラー・スケートで病院の廊下を走る姿など、ひねりのきいたものであった。そうかと思うと、1970年の大阪万博の際には、和式トイレの使い方として「尻を床上5インチに保て」という注意書きが載ったりした。これをネタに使いながら、著作権にふれないような書き方で『現代医療』に24回連載した。

●晩年の「豊かな時間」を生かす「雑誌づくり」連載

2006年、傘寿祝い記念に『連載年表』という巻物をつくっていただいたが、これには長短取りまぜて75本の連載が横並びに収められているが、その後のものを加えると、かれこれ100本近くなる。

先に述べた「内なる市民革命」の一環として始めた北九州・市民の会の『くらしと福祉・北九州』では創刊以来20年以上、247回（2018年8月現在）テーマを変えながら連載を続けている。

書くことの大切さを教えられたのは、小学校低学年の生活綴り方以来だが、「話ならできるが、書くのはちょっと…」という人と出会うことが増えると、書くことの必要性をますます感じるようになった。しゃべれるけれど書けない、というこ



〈図7〉 Medical Economics 誌1966.5.16.

とは「おしゃべり」には論理性がないからであり、書いたもの、そして特に活字になったものは、次の仕事の足場になるが、書かない人、書けない人には足場のない玩具箱をひっくりかえたような頭脳構造にとどまっているわけである。

正直なところ、むかしから友人への手紙はすらすら書けたが、改まった形で目上の人に手紙を書くのは苦手であった。独特の形式、敬語を知らなかったからである。しかし、横並びの関係で自由な形式ならいくらでも書ける、というのも、一種の「内なる市民革命」というべきなのだろう。

昔の人のように、巻紙にさらさらとはいかなくても、「はがき」一枚書けば、200字程度での話に「オチ」の付け方が分かってくる。そして200字で「オチ」がつけられれば雑誌の「編集後記」などにも応用が効くようになる。

日常的雑用も昼飯時の雑談も「オチ」のヒントぐらいにはなる。「雑」を集合させ、組み合わせで「論」に昇格させることもできる。「論」に昇格させれば「原稿料」に化けることもある。その金で外国雑誌を講読して、それをネタに…というサーキュレーションも考えられる。

かくのごとく、あちこちにんやらかやら書いて居るうちに、あつという間に定年になるが、定年までに執筆の腕を上げておくことも必要だろう。

1953年に人工心肺装置が開発されてから、人間を機械的に生かしておく状態を Dying と呼ぶようになり、Death & Dying というテーマでシンポジウムが組まれたり、同名の本が出されたりするようになった。これをどう訳すかである。大阪弁には「死にかけ」という言葉があるが、これははるかに意味するところが広く、後期高齢者はもちろん、前期高齢者までも含まれてしまう。例えば、電車のなかでの女子学生の会話に

「ホラなんたらいうたな、あの『死にかけ』の先生…」

と「死にかけ」の先生のレポート提出の相談が出てきたりするが、これは多分、国立を定年になって私学に再就職した「前期高齢者」を指しているのだろう。表現はどうでもいいが、私にとっては、「死にかけ」が再就職したがる気持ちが分からない。

現役時代、雑用に追われて、自分の時間は1日

2時間程度で年間730時間、これが、1日16時間に抑えても年間5840時間に増えることに胸はときめかないのだろうか。それとも、もう頭のはたらしが「死にかけ」になっているので、月給をくれるところがあればもらい得ということなのだろうか。

私はそうは思わない。月給をもらうために働く姿は「世を忍ぶ飯の姿」であり、これからは俺の本質を見せてやるぞ、という気概を発揮すべき区切りが「定年」だと考えている。月給をもらうために働く姿を「世を忍ぶ飯の姿」とすれば「定年」はそのような空間からの痛快な解放である。周辺は「俺の飯の姿」しか知らないだろうが、これから俺の本質を見せてやるぞ、という気概を発揮するときが来たからである。

では「俺（自分）の本質」とはなにか。それは「食べる分だけはみずから耕す覚悟を持った生涯学習」である。人間、100坪の土地の農業的利用法を知っていれば飢えることはない。また、「医療」依存をミニマムに抑える「ひとそれぞれの保養術」は経験的に身につくものである。

1960年3月、阪大医学部助手に採用されたときには、これで生活の心配なく24時間研究に専念できるのかと思ったら、大きな間違いであった。「雑用は降る星のごとく」である。それで、いつとはなく「月給は雑用の対価」と割り切って、なるべく「雑用の負荷」を軽減しながら自分の仕事を進めよう、というスタイルに変わってきた。朝早く起きて出勤前に一仕事しておこう、というスタイルである。生涯学習的なテーマを決め、「雑用の対価」として月給を貰う姿は「世をしのぶ飯の姿」で本当の姿は「独立・野村研究所」なのだと割り切ろう、と考えるようになった。

本も書こう、雑誌原稿も書こう、そして、印税・原稿料は半分は洋書購入費に使い、後の半分はヒューマン・リレーション（？）用に使おう、などと考えた。そして断片的な時間を活用するには「連載方式」がいいだろう、ということになり、1966年以来、3-5本の連載を続けてきた。

道から農作業をしている人を指さして「しっかり勉強しないとあなりますよ」と子供に教える「愚かな母親」が登場したのは1970年代だろうか。そして、ああならないためには「お受験、いい学

校、いい会社…」と「仮の姿」の序列上位をめざすように仕向けたのである。この世代が「定年」を迎えると中身のない「人間の脱け殻」ができるが、脱け殻にならないための学習が「生涯学習」であり「自分史学」の系統化、「社会科学としての自分史」づくりである。そして、めざすところは「自前の情報空間」づくりとあわよくば「小遣い稼ぎ」にもつながるような情報のため池、簡単にペーパーが漉けるような「紙漉き原液」づくりである。

これらは学習→働きかけ→手ごたえの取り込み、というサイクルをまわすことによって得られる豊富な記憶、多彩に思考回路を「自分史」を軸に系統化したものとも言える。これらを芯にした日常24時間こそが「定年」に左右されない学習スタンスであり、逆に言えば「研究空間」における姿などは「世を忍ぶ仮の姿」に過ぎない。

この年になって気づくことは、いろいろやったこと、やらされたことが、どこかで役にたっていること、また、意識的にどこかで役立てなければ、という気持ちかはたらいていることである。そしていま、生涯学習の終着駅に近い場所で後進のために総括し、あわせて高齢化社会における「生き方」の参考に供してみたい。

●雑誌とは、自分史とは

「雑誌と自分史」というテーマだから、お付き合いの長い雑誌をいくつか挙げておこう。

1973年1月創刊の『大阪保険医雑誌』は日本最初の保険医雑誌と言っているのではないかな。すでに明治期に日本保険医学会が結成され機関誌を発行していたが、この場合の「保険医」は「生命保険医」であった。社会保険の保険医団体の機関誌としての保険医雑誌のルーツは『大阪保険医雑誌』と考えていいだろう。

私が最初にこの雑誌に書いたのは1974年10月号で題名は「中医協の本質」であった。ということは、当時は全国的視野での性格がもとめられていたわけである。その後1983年に『大阪保険医雑誌』のノウハウを生かす形で全国誌『月刊保団連』が発行されるようになってからはじょじょにローカルな編集に切り替え「大阪の文化誌」、医院の待

合室でも読まれるような編集も心掛けるようになった。大阪の食文化の雑誌『あまから手帖』とも交流し、交換執筆のようなこともした。

大阪保険医協会のなにかのパーティのときに「うめ草記事ぐらいなら、案外上手に書くかも…」と発言したのが縁で、その後、毎月「雑誌部会」に引っ張り出され、いつの間にか「雑誌部顧問」にされてしまった。200号記念、500号記念の節目にはなにか書かされ、記念パーティで「詰め将棋・出題」の有吉九段がやってくると、こういうことは何でも屋の野村先生に、いうことでお相手をやらされ、羽生名人・七冠の右脳と左脳のお話を伺ったりした。

市民の雑誌としての『くらしと福祉・北九州』は1998年の1月に創刊以来、21年間のお付き合いである。

しかし、お付き合いの「キセル的な長さ」なら創刊号の「あとがき」を書き、近く発行される「100号記念」にメッセージを書いた『医学史研究』の57年間だろう。

ときどき、雑誌とは何だろうか。などと考えることがある。私の医学史研究は明治10(1877)年、旬刊で創刊された『東京医事新誌』の「雑件欄」を読むことから始めた。「志し」が感じられるこの雑誌がその後、戦時統合によって『日本医学及健康保険』になってからの「雑件欄」は戦時医療政策研究の必読文献である

大学教官の肩書と陸軍軍医の階級が併記された「辞令」など貴重な資料である。傷痍軍人療養所の紹介で「リハビリテーション」に相当する言葉として「再起奉公」がつかわれていることも、注目値する。

傀儡国家ではあったが満州国の衛生行政担当の日本人医官が、731部隊の「やらせ」（菌のまきらし）によって、仕事をテイク・オーバーされるプロセスも再検討する必要がある。

これだけの由緒ある雑誌が、戦争末期、「健康保険」を切り離してわずか22頁の『日本医学』（終刊号）を1944年7月に出すことになった経過はいたましい。

『東京医事新誌』の「雑件欄」では、いろいろ勉強させてもらったが、雑誌の「雑」とは高度の総合性である。

短命ではあったが、前述の昭和11（1936）年に創刊された『科学ペン』は高度の総合性を備えていた。しばしば発禁処分を受けていたので終刊の時期ははっきりしないが「高度の総合性」を持った科学雑誌であった。

戦後の1973年、川上武さんが季刊『医療と人間と』を創刊されたが、ここには、川上さんが目指した高度の総合性へのベスト・メンバーが示されていると思う。

「読む雑誌」から「書く雑誌」へ、そして「つくる雑誌」へ、というのが雑誌の自分史的道程といえるが、読む段階では「雑学的断片」であったものが、「書く段階」で、人とは違った「切り口」を考えるようになり、「つくる段階」にいたると

「雑」とは「演出された多様性」であることがわかる。雑学の王様が雑誌をつくるのではなく、シャープで系統的な世界観を持った編者が「多様性を演出」することによって、読者間、市民間の共感・連携・連帯の手掛かり、フックを提供するのが、雑誌の存在意義ではないか。おおげさに言えば「市民革命なき日本」における「内なる市民革命」「自己変革」として、連携・連帯の手掛かりを提供する「多様性の提供」が雑誌の使命であり、多様性を提供する軸となりうるのが自分史(座標)ではないか。(2018.8.9)

（のむら たく、医療政策学校主宰）

社会医学系専門医のすすめ

吉中 丈志

1. 社会医学系専門医制度の発足

新専門医制度の難産をしり目に社会医学系専門医制度が発足した。2018年4月開始の新専門医制度よりも1年早い2017年4月にこの制度は始まっている。

2015年6月に関連する学会、団体（日本衛生学会、日本産業衛生学会、日本公衆衛生学会、日本疫学会、日本医療・病院管理学会、日本医療情報学会、全国保健所長会地方衛生研究所全国協議会、全国衛生部長会、全国機関 衛生学公衆衛生学教育協議会）によって「社会医学領域の専門医制度確立について」という提言（以下、提言）がなされた。これを受ける形で、上記10学会、関連団体に日本医師会、日本医学会連合を加えて、一般社団法人社会医学系専門医協会（2016年12月）が設立されて準備が進められた。

提言ではまず、社会医学の課題とこれまでに果たしてきた役割を次のように述べている。「社会医学は、人々の疾病を予防し、健康を維持・増進するために、これまで大きな役割を果たしてきた。具体的には、医学をベースとして科学的なエビデンスを創出して社会に適用し、地域・職域や国レベルの集団とシステムに働きかけ、健康な生活・行動様式の推進、安全な環境の保持、医療提供システム等の構築に貢献し、人々の健康増進、疾病の予防や回復、平均寿命や健康寿命の延伸、安心と安全の保持の達成に必須の大きな役割を果たしてきた」。社会を対象にして医学・科学的なエビデンスを創出すると同時に、個人ではなく地域・職域や国レベルの集団とシステムに働きかける活動、すなわち社会に働きかける活動を社会医学の任務とし歴史的にも確認していることに注目しておきたい。

したがって、社会医学の専門性にもとづく医師の活動を社会医学的活動として位置づけ、社会医学系専門医は日本国憲法25条に規定される国の責

務たる「すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努める」の実践の主役であるとし、「医師は公衆衛生の向上及び増進に寄与するもの」と定める医師法第一条を遂行するためにリーダーシップを発揮することが必須だと強調している。「社会医学に使命感と熱意のある医師が、社会医学領域での専門性を高めて、本領域をさらに発展させていくことが社会的に求められている」と述べて、社会医学系専門医制度を確立する熱い決意を強調している。

2. 概要

最初に、社会医学系専門医の学問的な基盤である社会医学をどのように規定しているかを見ておく。提言では、医学を共通基盤としながらも集団やシステムを対象にすることから、「医学に留まらず、科学全体やさらに経営管理等の人文系にわたる広範な学問体系を応用して理論と実践の両面から保健・医療・福祉・環境とそれらとの社会のあり方を追求する学問」が社会医学であると打ち出している。そのため、新専門医制度の19領域とは「一部共通点を有するものの」、独自の評価・向上システムをもつ専門医制度として構築することを基本方針としている。

そのうえで、社会医学領域の専門医制度の基本を、①専門医の質を保証し、その質をさらに向上させる制度であること（質の向上）、②国民に信頼され、医療および公衆衛生の向上に貢献する制度であること（国民からの信頼）、③人々の健康と命を預かるプロフェッショナルである医師が、使命感、倫理性、誇りと公共への責任をもって、自律的に運営する制度であること（自律的な運営）、の3点に置くとしている（カッコ内は筆者）。

社会医学領域の専門性は、基礎的能力及び、各サブスペシャリティとして領域毎の専門性の二階建で構想されている。

基礎的能力には、医療と社会との関連についての広範囲にわたる専門知識・技術、ならびに問題解決のための能力（8つのコンピテンシー：基礎的な臨床能力、分析評価能力、課題解決能力、コミュニケーション能力、パートナーシップ構築能力、教育・指導能力、研究推進と成果の還元能力、倫理的行動能力）が挙げられている。

二階に当たる各サブスペシャリティについては、どのような人材が求められているかを示すことによって内容を提示している。

- ・地域や国の保健・医療・福祉・環境行政に携わる人材
- ・環境衛生、衛生研究所・環境研究所等の研究に携わる人材
- ・感染症対策等に携わる人材
- ・産業衛生など職域集団の健康維持・増進を担う人材、産業医
- ・大学等で研究・教育を担い、地域や国の保健・医療・福祉・環境保全の活動、制度やシステムに携わる人材
- ・国際保健（コミュニティヘルス、国のシステム）に携わる人材（国際機関、NGO、コンサルタントなど）
- ・保健・医療・福祉などの組織管理、質・安全の管理、情報管理を担う人材、それらの評価・向上を担う人材、それらに関わる政策づくりに携わる人材
- ・保健・医療・福祉・環境分野における関連研究開発（臨床研究含む）と開発物の社会実装、およびその過程の制度的側面・倫理的側面の評価・支援・指導に携わる人材
- ・医療・健康の関連産業・企業等に関わる人材など

今年4月に社会医学系専門医協会が出した専門医制度の概要は図1のようなものである。研修プログラムは3年で、基本プログラム（公衆衛生総論、保健医療政策、疫学・医療統計学、行動科学、組織経営・管理、健康危機管理、産業・環境保健）と主・副分野（行政・地域、産業・環境、医療の3分野）と実践現場研修から構成されている。「行政機関」としての各都道府県と厚生労働省、「職域機関」としての企業、「医療機関」としての病院、

「教育・研究機関」としての大学等医療機関が主な研修基幹施設として想定されている。現時点で認定されているのは72プログラム（2018年3月21日現在）である。認定された専門医・指導医は計3003名（2018年5月10日）になっている。社会医学系専門医協会と日本専門医機構とは、お互いに独立した組織だが、柔軟な協働や往来を前提としている。「将来、融合して一つの組織になるか、連携した別組織として発展するか、いろいろな可能性」があるという記載もある（社会医学系専門医制度Q&A）。

3. 社会的な意義

では、社会医学系専門医にはどのような意義があるのだろうか？関連する学会からの提言は内部からの動機であるので、外部からどのような期待や要望があるのかを見ていくことにする。

1) 厚生労働省の指摘 保健医療2035

社会医学系専門医制度の創設については厚生労働省で議論された経緯は見当たらない。ここが新専門医制度とは異なる。しかし、経過を振り返ってみると新専門医制度の議論が始まったことに触発されたかのように見える。

また、保健医療2035においては、次世代型の保健医療人材の項に社会医学系専門医に該当する記載が出てくる。そこでは、「あらゆる医療機関において医師をはじめとする医療従事者が、常に良い保健医療の提供に邁進できるよう、ゆとりを持った労働環境で医療従事者による医療の提供を可能とする必要がある。また、保健医療システムがその役割を十分果たせるよう、技術の進歩や時代の要請の変化を捉えた医療従事者像、医療像を常に検討し、その実現に向けて人材育成のあり方も更新し続ける」ことが必要とされ、そのために、「医師の配置、勤務体系の在り方を見直すとともに、技術進歩の活用などにより、医師の業務が生産性の高い業務に集中できるよう」医師の分業を促進し、チーム医療の推進やかかりつけ医の育成などと合わせて「予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントに関する能力を有する医師の養成」を打ち出している。医師一人当たりの

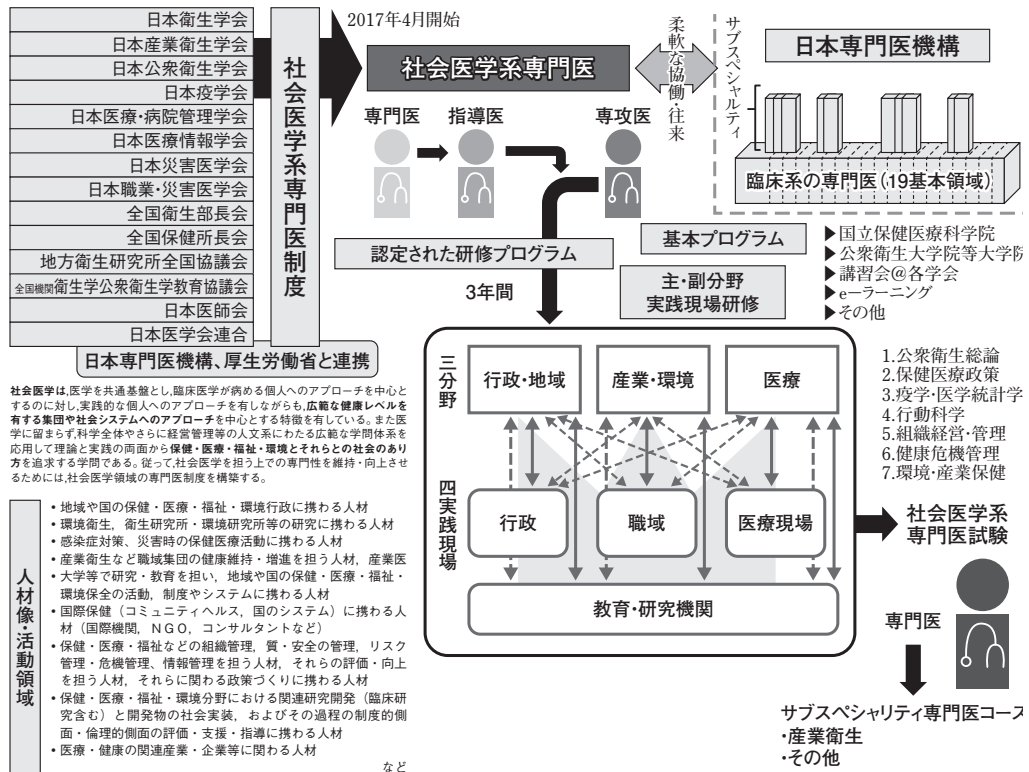


図1 社会医学系専門医制度

出典：社会医学系専門医協会ウェブサイト

生産性を高めるために質の高い専門性を確立するとし、その中に社会医学系専門医の専門性も含まれている構図である。

高い専門性を掲げた医師制度を展望する中で、「公衆衛生大学院の増設等、特に地域での医療政策を主導できる人材の育成とキャリアアップを図る仕組みを創設する。また、医療機関の経営については、医学的な臨床やデータサイエンスのみならず、リーダーシップなどについても高めていくことが求められており、経営学や公衆衛生等の学際的な教育課程を今後充実させていかなければならない」ことが強調されているのである。進化する保健医療と社会環境を適合させるために、政策作りや医療機関の管理運営能力の向上が問題意識としてあげられているということになる。これは医療の国際展開（日本式医療の輸出）にとっても重要な意義を持つ。

2) 日本医師会の指摘

日本医師会では「第7次医療計画策定に向けた医師会の役割」（委員長 松田晋哉・産業医科大学医学部教授）が平成28・29年度病院委員会審議報告（2017年12月）として横倉義武会長あてに提出された。地域医療計画の策定や地域包括ケアシステム作りに向けて、医師会が果たすべき役割を強調した内容である。①医師会は住民の視点に立って各構想区域の医療の課題の明確化とその対策を明らかにし、それを住民にわかりやすく説明する役割があること、②学術団体としての医師会が医療計画策定の基礎となるデータの分析や解釈に積極的にかかわる必要があること、③地域包括ケアシステムが機能するためにも、現在、地域の医師会員が中心となって担当している地域公衆衛生活動の重要性が関係者間で共通の理解として認識される必要があること、などが述べられている。

具体的には、地域医療構想の策定や構想調整会

議を運営していくにあたって、各都道府県医師会の役割の重要性に注目している。都道府県医師会は厚生労働省から提供された「医療計画作成支援データブック」の詳細な分析、必要に応じた追加の調査などを各大学の社会医学系教室等と協力して行い、地域の実情にあった実効性のある地域医療計画の策定を目指すこと、そのためには、地方大学等においても社会医学分野の人材育成が急務であると強調しているのである。この指摘の背景には、「地域と病院は表裏一体、運命共同体」「病院は、公私を問わず、地域の振興に積極的にいかかわるべきである」という考え方があ

また、「予防も含めて全年齢を対象とした地域包括ケアシステムが機能するためには、現在、地域の医師会員が中心となって担当している地域公衆衛生活動（母子保健、学校保健、産業保健、精神保健、老人保健など）の重要性が関係者間で共通の理解として認識される必要がある」と述べ、地域の医師会の会員がこれらの公衆衛生活動を担っていることに着目している。社会医学系専門医は「都道府県や政令市・中核市や保健所、厚生労働省などの保健医療行政分野で働く医師、企業で産業医として産業保健・労働衛生分野で働く医師、医療機関において医療情報管理などの分野で働く医師、大学や研究機関において衛生学、公衆衛生学などの分野で働く医師など、社会医学系の分野で働く医師」（社会医学系専門医制度Q & A）とされていることから、医師会が強調する地域医療に携わる医師の活動と重なる部分が少なくないことに注目しておきたい。

3) 日本医学会と医療界

保健医療2035にしても日本医師会にしても、社会医学系専門医を直接のテーマに論じたものではない。では、提言を出した社会医学系の学会が属する日本医学会はどうか？日本医学会には基礎部会（14学会）、臨床部会（96学会）とともに社会部会（19学会）がおかれている。部会長の体制もあるので本来なら社会部会でも議論がされてしかるべきではないかと考えるが、社会部会において社会医学系専門医を正面から論じた形跡は見当たらない。病院団体など、広く医学界においても同様である。日本においては社会医学についての注

目度や位置づけが高いとは言えず、国際的にみればこの点は大きな弱点ではないかと考える。

4. 社会医学系専門医制度の意義と課題について

WHOは感染性疾患、非感染性疾患、メンタルヘルスなどを重要な疾病対策として位置づけて、健康の社会的決定要因への対応を進めようとしている。その中で、誰も置き去りにしないというスローガンが掲げられ、個人の尊厳の擁護が世界共通の価値観として打ち出されている。

日本では少子高齢化が急速に進み、人口減少に直面するなかで、社会保障の持続可能性が問題となっている。これは国の財政という面からも、人生100年時代の人生戦略という点からも急速に国民生活の実感となりつつある。「お金偏重の人生を根底から変える」、「成長至上主義の次に来る、新しい生き方」（リンダ・グラットン著『ライフシフト』）など、人生も社会も大きく変化しつつある中で、社会保障や医療制度などセーフティネットの在り方が求められているように思う。「安心して住み続けられるまちづくり」（全日本民医連）はこのような文脈に位置づいている。

個人を尊重した健康づくりのために、健康の社会的決定要因に対する社会医学的な対処は不可欠である。そこに医学を基盤として持つ社会医学系専門医が日本においても世界においても果たすべき独自の役割があるのである。

日本においては公衆衛生医師が行政医師を意味する呼称として使われてきた経緯だが、広く社会医学分野をカバーする呼称はなかった。大学の医学部でも歴史的には公衆衛生学、衛生学、法医学などの講座があるのみだった。2000年に設置された京都大学医学部の社会健康医学系（School of Public Health 18講座）は、わが国で初めての公衆衛生大学院であり、医学・医療と社会のインターフェイスを重視した画期的なものであった。こうした流れをみると、質の向上、国民からの信頼、医師の自律的な運営を制度設計の基本に据えており、この分野に専門医制度を確立することは時宜を得ていると考える。

しかしながら、重要性に対して注目度が低い状

況が続いている。社会的にもそうだが、医療界、特に臨床医の間で話題になることは少ない状況である。救急や総合内科などの医師が積極的に社会医学系専門医・指導医の資格を得ている現状は認められるが、一部にとどまっている。社会医学系専門医の研修プログラムは地元大学医学部の社会医学系の講座もしくは都道府県の保健衛生関連部門が設置したものがほとんどであり、病院を中心としたプログラムはまだないのである。

次に社会医学系専門医制度の課題について述べてみたい。創設の経緯からは臨床系の新専門医制度に触発されて発足したことが見て取れるので、日本の専門医師制度から見た医師資格制度は図2のように表して、その中に位置づけてみた。

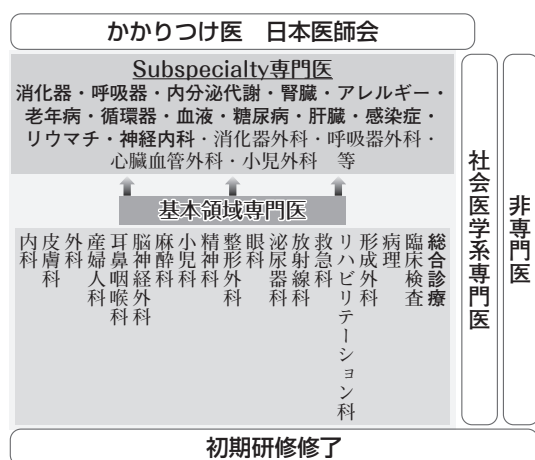


図2 日本の専門医制度 (厚生労働省資料をもとに筆者が作成)

社会医学系専門医は新専門医制度の対象外の部分を広く包括する形になっているが、救急や感染症に限らず、新専門医制度の専門医との重なりを積極的に認めて推進する方向が必要である。保険医資格との関連についても整理すべき重要な課題が残されている。また、医療安全学会、医学教育学会、医学史学会など、日本医学会の分科会や社会的に重要と思われる新興学会などとの関連の整理も必須だと思われる。

60年代の学園紛争を契機に、京都大学医学部の教育はレベルシステム論を基礎にして実施されてきた。医局講座制による縦割りの講義を廃止して生み出された、全く新しい教育システムである。半世紀近くの歴史があり、ホームページには概要

が紹介されている。自然と社会には独自の法則を持つ階層性があるという認識に立って、遺伝子などの分子レベルから細胞、臓器、人間、社会といった階層をレベルとして表し、一方で、感覚系、循環器系、などのように人体を構造と機能にもとづくシステムとして理解しようというものである。1960年代に伝統的な講座制に準拠した教育に代わる新たな医学教育理論として定式化され、医学教育学会にも報告されている(品川嘉也「京大医学部における医学教育研究の現状」『医学教育』第7巻・第2号、p86—89)。学内に教育体制委員会が置かれ、教授会、助手・講師の会である助講会、学生が議論して改良を重ねて進めて来たという経緯がある。これをもとに社会医学系専門医と臨床系の新専門医制度との関連を描いてみたのが図3である。

左に臨床系の新専門医が示してある。この部分は細胞や分子などのレベルでは自然科学、現在ではとりわけ生命科学の諸分野との協働を抜きには語れない状況にあることに注目しておきたい。一方で右の社会医学系専門医についても同様のことが言える。経済、法律、哲学、社会政策など広く人間と社会に関わる諸分野との協働を抜きにしては医学や医療は語れない。医学、医療と社会とのインターフェイスという点では規制科学を視野に入れることはもちろん、より広く社会科学や人文科学との連携・協働を広げなければならない。また自然科学と社会科学という枠組みを超えて複雑系に関する知見など必ずしも従来の枠に収まらないアプローチも視野に入れることも検討しておくことが必要ではないか？

このような視点を持ちながら社会医学と社会医学系専門医制度の発展を期待したいと思う。

5. 社会医学系専門医プログラムを整備し専門医の育成を始めよう

全日本民医連は第43回総会で「共同組織とともに安心して住み続けられるまちづくりの運動、住民本位の自治体づくりに本格的にとりくみます」として、地域づくりを大きな課題として打ち出した。個別の総合内科や総合診療専門医が取り組む



図3 京都大学医学部のレベルシステム論と専門医

(筆者作成)

のだけでは不十分である。地域や自治体を対象にした活動が重要であり、そのことは民医連運動の原点である。政策を豊かにしソーシャルキャピタルの醸成も進める必要がある。連携や連帯はそのためのキーワードである。

個々の臨床医の努力によってこうした活動を進めるには限界がある。臨床医は身体的、精神的、社会的に個々の人間を対象にしている専門家だからである。総合的な視点が強調されているが、それはあくまで患者を総合的にみることに焦点が当てられているという枠での話である。社会に働きかけるためには、社会を対象にした専門性が必要であることは論を待たないだろう。AIなどIT技術の飛躍が社会を変えつつある中で、少子高齢化が進み地域包括ケアが叫ばれる時代、一方で国際化、地球規模の時代にあって、経済、法律、倫理、哲学などの専門家とコラボすることの重要性も高まっている。

民医連の病院や診療所と地域や自治体、大きく変化しつつある社会とをつなぐ専門家が必要であ

り、これこそが社会医学系専門医ではないか。社会医学系専門医が共同組織などと協力することによって地域づくりを質的に飛躍させることができるだろう。非営利・協同総研いのちとくらしへ参画し、人文・社会科学分野の専門家と交流を深め研究を進めることも重要である。これが総会方針で「本格的に取り組めます」と強調している意味だと思う。

特に診療所長や病院長、医療安全や感染、救急などの任に当たっている医師が社会医学系専門医となることの意義は極めて大きい。研修プログラムの整備を進めて社会医学系専門医を育成できる方針を持つことを提案したい。保険医の役割は重要であることから全国保険医団体連合会などと協議しながら進めることも視野に入れておく必要があることを付記しておきたい。

(よしなか たけし、公益社団法人京都保健会理事長)

名古屋市の一地区における 路上生活者114名を対象とした 精神保健および身体調査の報告

渡邊 貴博

はじめに

厚生労働省の概数調査によると2016年1月現在の「ホームレス」数は6,235人であり、1999年の調査開始以来減少の一途をたどっている。名古屋市でも概数調査では2014年1月現在264名と2003年1月の1,788名と比べ大幅に減少している。ところがその一方で、「住居のない者」からの生活相談は2,207名から寄せられている。「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」（以下、措置法）では「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし、日常生活を営んでいる者」と「ホームレス」は定義され、実態把握はいわゆる「野宿の人」の目視調査だけである。ところが、ホームレス支援の現場では、野宿者に限らず、さまざまな背景をもとに住居の確保もままならないで困窮している「ホームレス状態」の人々の存在が指摘されている。また、一度は自立支援施設に入所できても、結局中途退所してしまう人々の割合も増大傾向にある（平成19年度38.2%→平成25年度48.5%：名古屋市）。中途退所者は、より困難を抱え、路上生活が長期化しやすいことも支援の現場で指摘されている。「ホームレス状態」者や中途退所者の背景の一つに、知的障害や精神疾患が指摘されているが、2008年に行われた東京都の一地区で森川らが実施した調査を除き、詳しい調査は行われていない。一方、例えばEU加盟国ではホームレスは「路上生活者」に加え、「知人や親族の家に宿泊している人、安い民間の宿に泊まり続けている人、福祉施設に滞在している人」なども含むとされ、家はあっても居住権が侵害されやすい状態もホームレス状態と定義しており、ホームレス支援の構築に際しても、精神疾

患の有病率を含む全国的な詳しい調査が行われ、それらの知見を活かした支援が検討されている。我々は支援団体と協力し、名古屋市の一地区における路上生活者の精神疾患有病割合を含む実態調査（以下、「本調査」）に取り組み、路上生活に至る要因ならびに路上生活長期化の要因等について分析を行った。本報告では、その結果を踏まえ、今後の路上生活者支援の在り方について考察する。

I 調査実施の概要

I—1. 本調査に至るまでの経過

ホームレス状態にある人々への支援をより一人一人に寄り添ったものに深化させたいと志向する名古屋の支援団体 NPO 法人ささしまサポートセンター（以下、「SSC」）と、全日本民主医療機関連合会精神医療委員会、愛知県民主医療機関連合会、岐阜大学の研究者とで合同調査実行委員会を結成した。2013年10月27日に、本調査の先行研究となるパイロットスタディーを18名の当事者に対して実施した。その結果、精神疾患を有する者が61%、知的障害を有する者が38%であった（『いのちとくらし研究所報』No53）。ここで得た知見をもとに合同調査委員会を開催し、インタビューフォームの作成、調査マニュアル等の整備等を行った。調査対象者当事者に海外のホームレスに該当する一時保護所の入所者を含むこととした。支援団体が実施する炊き出しの場で調査協力を案内し、SSC が実施する巡回相談で調査について宣伝した。名古屋市健康福祉局の協力のもと、一時保護所入所者に調査協力の案内を行った。

I—2. 本調査日時および場所

2014年11月2日（日）午前8時半～午後5時
調査会場：ウインク愛知（名古屋駅近く）

I—3. 調査実施者

医師32名（精神科医師25名）、歯科医師7名、臨床心理士15名、精神保健福祉士14名を含め、総勢132名のボランティアで調査を実施した。

I—4. 調査目的

本調査の主要な目的は名古屋市の一地域におけるホームレスの心身の健康状態を明らかにし、ホームレス状態に至る要因とホームレス状態を抜け出しにくくしている阻害要因を解明し、当事者に寄り添った支援のあり方を検討することである。

I—5. 実施内容

調査対象者は名古屋市内のホームレスとした。本調査におけるホームレスの定義は措置法に記された「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし、日常生活を営んでいる者」に、一時保護施設入所中の当事者を加えた者である。炊き出しや巡回相談、夜回り、一時保護施設での協力のもとでの調査への参加依頼状を配布して呼びかけ、承諾を得たホームレス114名を対象とした。依頼状には11月2日午前8時より午後14時までの間に炊き出し会場の一つである公園を集合場所として参加登録を行う旨を記載した。当日は参加登録の上で近くの貸会議室に誘導を図り、調査・面接を実施した。なお協力者に対してはQUOカード3,000円を謝礼として配布した。

調査は内科医による身体診察、歯科医による歯科検診、採血検査、別に作成したインタビュー質問紙での聴取、DSM-IV-TRに準拠したMini International Neuropsychiatric Interview (MINI) による質問紙を用いた精神科医面接、知能検査としてWAIS-Ⅲ簡易版として大六式およびJART 25を実施した。

I—6. 倫理的配慮

本調査研究は岐阜大学大学院医学研究科医学研究等倫理審査委員会の承認を受けている（承認番号26—133）。また、今回の調査の中で医療・福祉サービスを希望した参加者には、SSCを通して医療機関・福祉事業所を紹介した。全ての参加者には、対面にて研究に関する説明を行い、同意を得た。また、説明文章は簡便で理解しやすいように配慮し、漢字にはふりがなを付記した。

II 研究調査結果と概要

II—1. 対象集団の特徴（表1）

一時保護施設が35人、路上生活者が79人（「未回答」の3人を含む）であった。平均年齢は54.1歳〔標準偏差（SD）：12.6〕、最年少20歳、最年長は78歳であった。性別は男106名（92.9%）、女8名（7.1%）で男性が多かった。過去の生活保護歴は58名（50.8%）と過半数で、再度路上生活に陥っていることが分かった。ここから生活保護制度利用については経験し、諸制度利用による路上生活からの脱却方法を理解しているのにも関わらず、何らかの要因で路上生活を余儀なくされていることがうかがわれた。現在の精神科通院が7名（6.1%）、愛護手帳（療育手帳）2名、身体障害者手帳2名であった。

II—2. 精神障害ならびに知的障害の有病割合（表2, 3, 4）

精神科医師による調査の結果、何らかの精神疾患の診断があったものが48人（42.1%）で、その内訳は気分障害20人（17.5%）、アルコールを含む物質関連障害16人（14.0%）、精神病的障害5人（4.4%）などであった。WAIS-3簡易版（大六式）による判定でFIQが70に満たない知的障害は39人（34.2%）であり、さらに中等度以上の知的障害は16人（14.0%）であった。精神疾患および知的障害のいずれも有する者が18人（15.8%）、知的障害のみが23人（20.2%）、精神疾患のみが30人（26.3%）であった。西尾の報告^{*(2)(3)(5)}

表 1) 対象集団の特徴

性別	男性106 女性 8
平均年齢	54.1±12.6歳
居住場所	公園39 空き地16 地下鉄 2 駅構内 6 建物の軒下 8 河川敷 1 一時施設35 その他 4 未回答 3
路上歴	平均3.5±4.4年 (中央値 1 年)
路上回数	平均2.2±2.6年 (中央値 1 年)
生活保護歴	あり58 なし56
現在、精神科を受診	あり 7 なし107
過去、精神科を受診	あり21 なし93
手帳	あり 4 なし110
手帳種類	愛護 2 身体 2
年金受給	あり13 なし101
年金種類	老齢基礎 4 老齢厚生 3 老齢共済 1 老齢厚生+企業 2 障害基礎 1 自衛隊 1 不明 1
飲酒量 (合/週)	飲まない69 1合 3 2合10 3合 2 4～5合 3 6～10合10 11～20合 8 それ以上 9
喫煙 (本/日)	吸わない33 1～10本/日30 11～20本43 21～30本 3 それ以上 5
ギャンブル	する38 今はしない50 しない26

表 2 精神疾患の有病率

診断名	n (%)
気分障害	20(17.5)
物質関連障害	16(14.0)
精神病性障害	5 (4.4)
人格障害	4 (3.5)
不安性障害	3 (2.6)
精神疾患なし	66(57.9)

表 4 精神疾患および知的障害 (IQ70未満) の割合

	n (%)
知的障害 (IQ70未満) のみ	23(20.2)
精神疾患のみ	30(26.3)
精神疾患 + 知的障害 (IQ70未満)	18(15.8)
非該当	43(37.7)

表 3 知的障害 (IQ70未満) の割合

	n (%)
軽度知的障害 (IQ70未満)	23(20.2)
中等度以上知的障害 (IQ50未満)	16(14.0)
正常 (IQ70以上)	75(65.8)

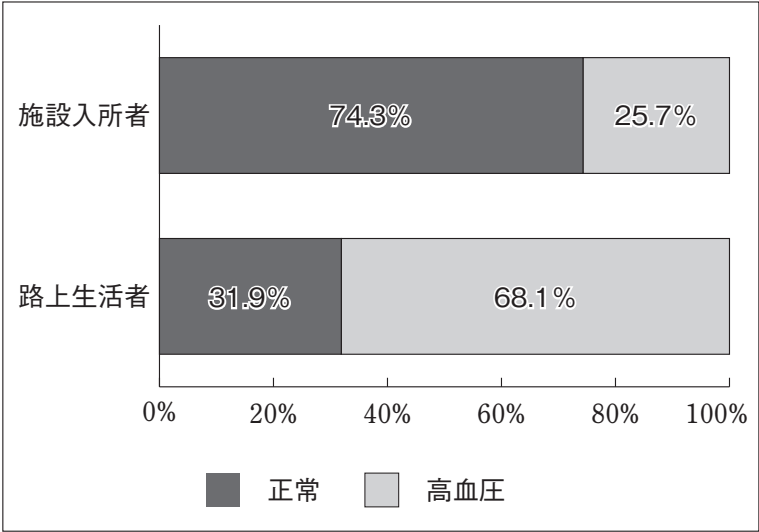
に詳細が記されている。168人を対象とした池袋の調査 (森川・鈴木ら2009年) では、うつ病15%、アルコール依存19%、精神病性障害10%、IQ70未満34%と報告されており、今回の調査もほぼ同様の傾向だった。したがって、本邦での路上生活者の特徴として精神疾患、知的障害を有している者の割合が高いといえる。

Ⅱ－３．身体的健康状態；国民栄養調査との比較

内科医による診察および採血結果では2015年の国民栄養調査と比較して明らかな有意差が生じたものは高血圧のみであり、生活習慣病関連検査はほぼ同じであった。また、これら生活習慣病関連検査値の異常の有無と、精神・知的障害の関連は認められなかった。また、20-39歳の人は、それ

以上の世代の人と較べて、肝機能異常と肥満である者の割合が高いことがわかった。施設入所群は9人（25.7%）、路上生活者群は54人（68.1%）が未治療の高血圧症と診断された（表5）。施設入所者のほうが、生活保護での医療扶助受給が得られやすく、医療へのアクセスが保証されていることが差異として生じた可能性がうかがわれた。これら詳細については山本^{※(4)}らが報告している。

表5 保護施設および路上生活者における高血圧有病率



歯科検診では平成23年の歯科疾患実態調査との顕著な差異として、処置歯数が3分の1、一方喪失歯は4.5倍という点が認められた。未処置歯数が全国0.8歯に比べ2倍の1.6歯、要治療歯数も4.0であった（表6）。以上から齲蝕が進行し、未処置のままに放置されていることと、過去の経過から喪失歯が多いことがわかった。ガム検査では

咀嚼機能の低下が認められ、現在歯、機能歯とはよく相関していた（表7）。咀嚼機能が悪いとBMIが低い傾向は見られた。低体重者では6割が咀嚼障害であった（表8）。調査対象者全体では栄養状態の差異は認めないものの、現在歯の喪失が咀嚼機能低下を招き、低体重を作り出している関連性がうかがわれた。

表6 歯科検診の結果

	平均	全国	So	C 1	C 2	C 3	C 4	F	dm	dt	P 4	M
健全歯	10.8	12.3	*	*								
処置歯	4.2	12.7						*				
未処置歯	1.6	0.8			*	*						
喪失歯	11.4	2.6					*		*	*	*	*
現在歯	16.5	25.9	*	*	*	*		*				
DMF	17.2	16.2			*	*	*	*	*	*	*	*
要治療歯	4.0				*	*	*				*	
年齢	54.1	50-54										

全国：平成23年歯科疾患実態調査50-54歳の状況

表7 咀嚼機能と現在歯との相関（ガム検査）

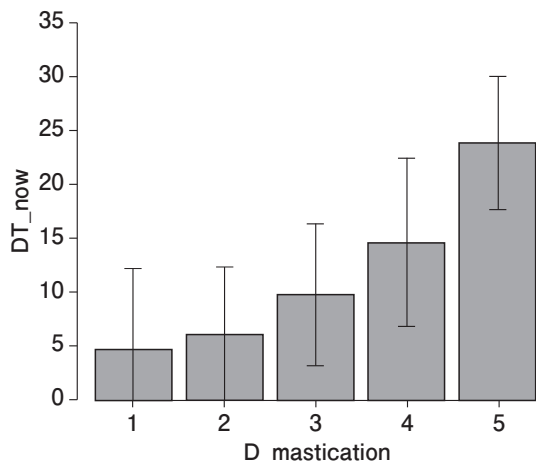
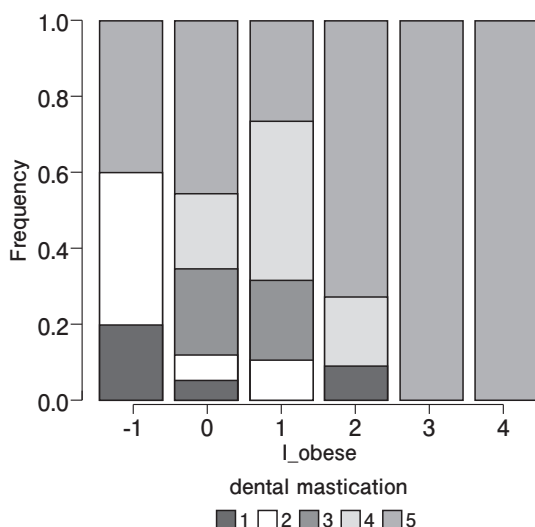


表8 肥満度と咀嚼機能の相関

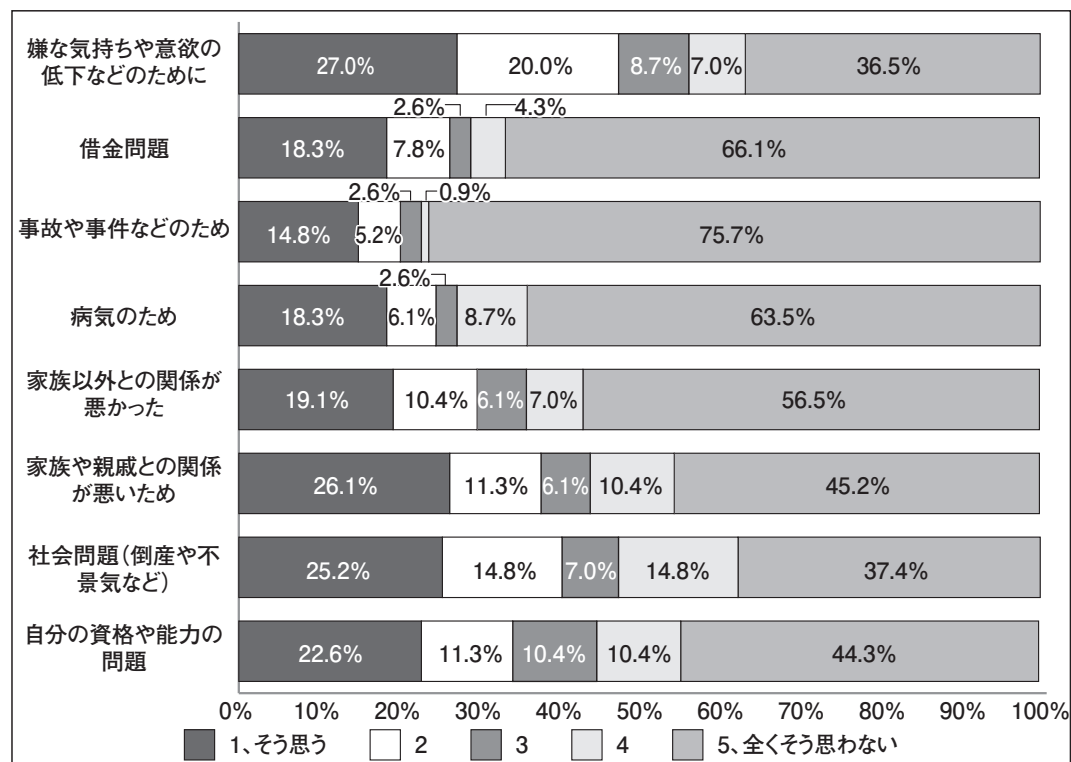


II—4. 路上生活に至る要因について

「なぜ路上生活に陥ってしまったのか」の質問項目に対して最も回答項目が多かったものが「いやな気持ちと意欲の低下などのため」(47%)であり、

次いで「社会問題」(40%)、「家族や親戚との関係悪化」(37.4%)、「家族以外との関係悪化」(29.5%)と続いた(表9)。これらの回答から、何より自分自身の課題ととらえつつも、社会問題と対人関係の悪化のもとでホームレス化に至っている

表9 質問項目「なぜ路上生活に陥ってしまったのか」への回答

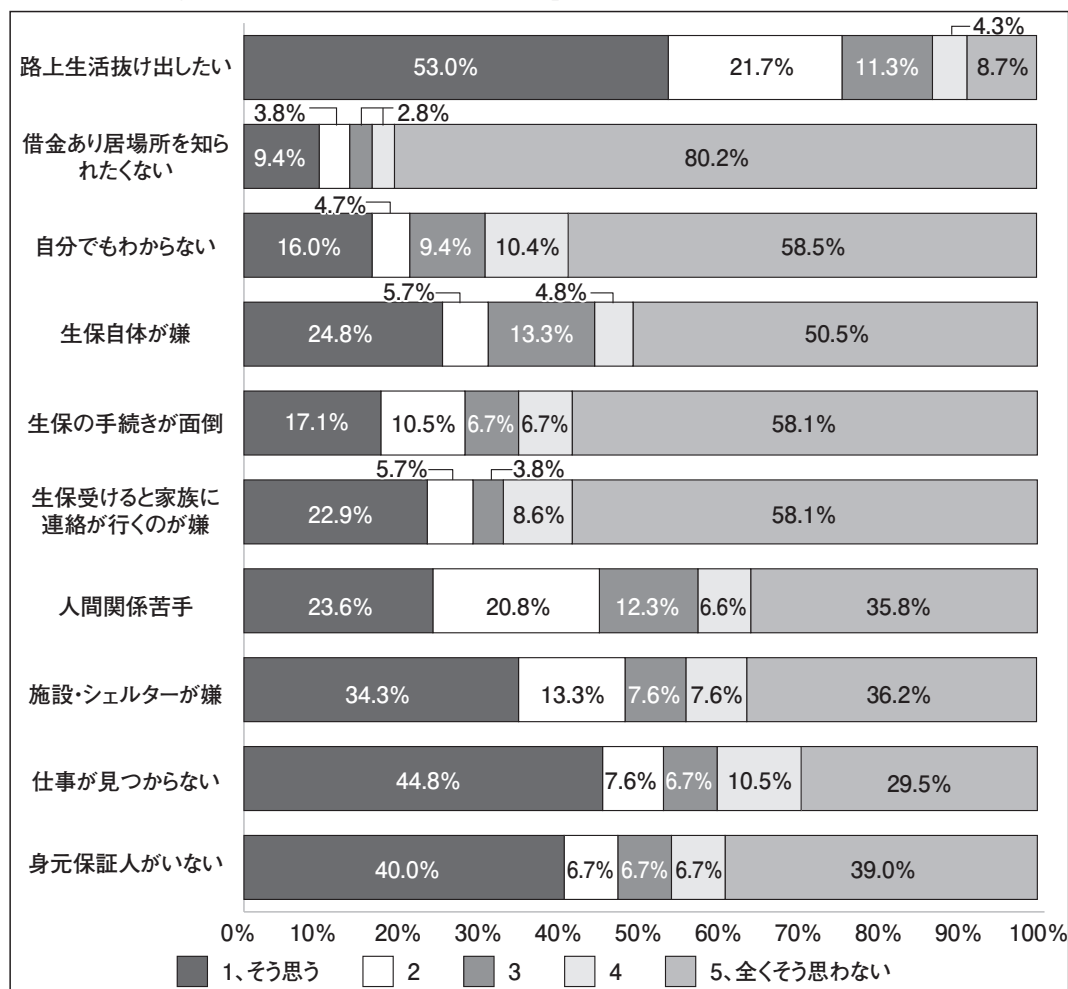


と認識している傾向がうかがわれた（表9）。

さらに調査対象者全体の74.7%が路上生活から抜け出したいと回答していた一方で、「なぜ路上から抜け出せないか」に対する回答から、その阻害要因としては「仕事が見つからない（52.4%）」「自立支援施設の忌避感（47.6%）」「人間関係が苦手（44.4%）」「身元保証人がいない（46.7%）」との回答が目立った。つまり、仕事があれば生活保護を受給せずに抜け出せると志向しつつも現状

では叶わず、一方で生活保護制度を利用するためには苦手な人間関係を克服し、忌避する自立支援施設を利用したうえで、見つかる当てのない身元保証人を見出さなければ居宅生活が困難と考えている路上生活者の認識が反映された結果と考えられた。したがって、「はじめに」で述べたような現行のホームレス支援の枠組みでは脱ホームレス化が困難な事態に陥ったまま推移している当事者の認識がうかがわれた（表10）。

表10 質問項目「なぜ路上生活から抜け出せないのか」への回答

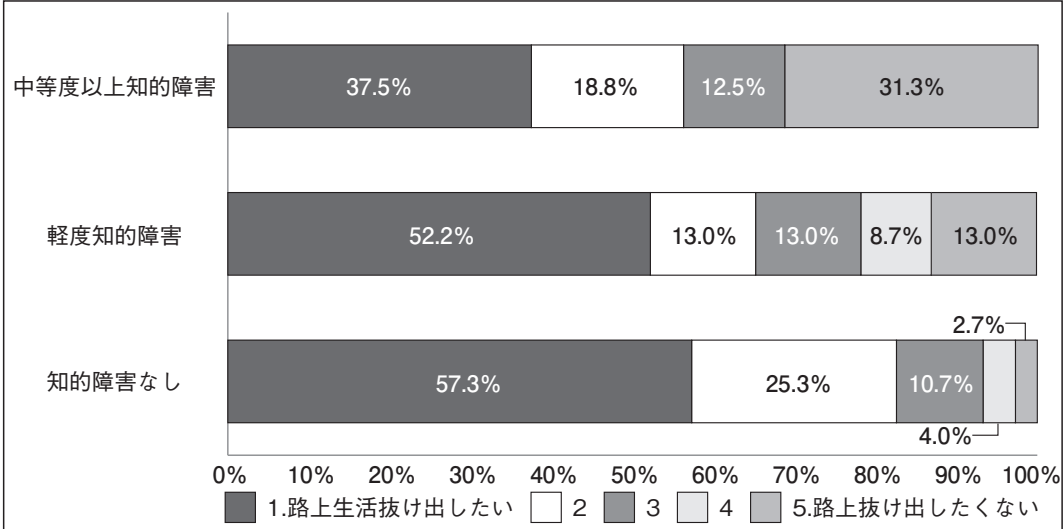


路上生活から抜け出したい気持ちに関する質問項目では知的障害を有さない群では82.6%が路上から抜け出したいと回答する一方で軽度知的障害群では65.2%、中等度以上の知的障害では56.3%と有意に低下していた。知的障害を有しているこ

とが、路上生活から抜け出す有意な阻害要因であることが示唆された。

Ⅲ 個々の障害・疾患特性と路上生活をもたらす要因について

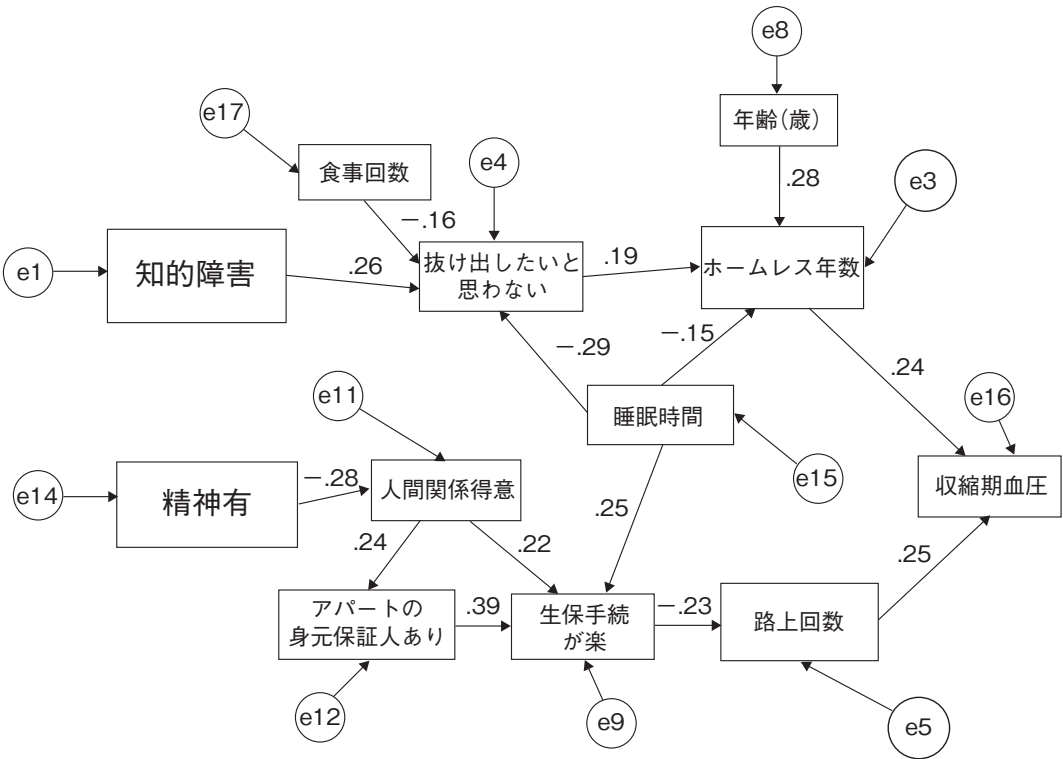
表11 路上生活から抜け出したい気持ちと知的障害（IQ70未満）



調査結果では知的障害を有していることと路上生活から抜け出したい意欲が有意に低下していることが示唆された。我々はさらに疾患毎の困難性の差異の存在を明らかにすることを目的に解析を進めた。まず知的障害群と精神疾患群での比較検

討を行った。測定項目間の関係について、構造方程式モデリング（共分散構造分析）を用い探索的にモデル構築を図った。その際、欠測値のあるデータセットに対しては、完全情報最尤法（Full Information Maximum Likelihood method）で推

図 A 知的障害と精神疾患



定した。モデルの採用に当たっては、カイ二乗確率 >0.05 、RMSEA <0.05 、標準化係数の推定値の有意確率 <0.05 とした。統計解析には、Microsoft Excel 2007、統計解析ソフト Amos Ver17.0および Statics 17.0を使用した。知的障害そのものが路上から抜け出したい気持ちを有意に低下させている要因であり、結果として路上生活の長期化を招いていた（図 A）。食事回数の増加が抑制的に影響しており、炊き出し支援の有用性が示唆された。精神疾患群では対人関係の課題（したがってアパートの保証人が見つからない）から生活保護手続きに対する忌避感を招き、ホームレス化の回数を増加させる要因となっていた。いずれの群においてもホームレス化が高血圧を招き、身体的不健康さを来す要因となっていた。また睡眠時間はいずれの群に対してもこれらの要因に対して抑制的に作用していることが分かり、ホ

ームレスに対する睡眠衛生の改善が脱路上化に有効である可能性が示唆された。

さらに、精神疾患群の下位診断で見た違いを説明するために、正常、気分、依存、反社会性の4群について、「聞き取り質問」のQ1～8、Q10～Q19（資料参照）と借金額について、ノンパラメトリック検定である Kruskal Wallis 検定を実行した（ α 水準 $=0.05$ ）。有意差を認めた質問項目は6項目であった（表12）。気分障害群ではすべての項目において正常群と比して「そう思わない」と答えるスコアが低く、これらの質問項目についての要因が課題であること、依存症群では正常群と同様の回答傾向であり、これら以外の要因が課題であること、反社会性パーソナリティー障害群では対人関係での困難性が目立ち、生活保護手続きへの忌避感が少ないことから対人関係の援助が課題であることが示唆された。

表12 聞き取り調査票回答の4群間比較

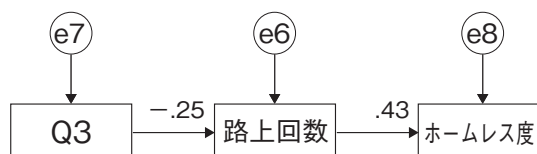
	正常 (N=66)	気分障害 (N=20)	依存 (N=16)	反社会 (N=4)	χ^2 乗値	p-value
Q3 家族以外(友人や会社の上司・同僚など)との関係が悪かったアパートを借りるための身元徐上人がいない(1 と思う、2、3、4、5 全くそう思わない)	57.1	33.3	62	60.5	13.473	0.004
Q8 嫌な気持ちや意欲の低下などの気持ちの問題	58.4	38.0	54.9	44.9	7.734	0.052
Q11 アパートを借りるための身元保証人がいない	53.5	33.8	51.2	34.9	9.494	0.023
Q13 施設・シェルターを利用するのが嫌だから	49	33.8	51.2	34.9	9.56	0.023
Q14 人間関係を築くのが苦手だから	55.1	30	53.3	33.8	14.012	0.003
Q16 生活保護を受けるための手続が面倒だから	49.4	39.1	51.5	68.5	10.954	0.012

さらに疾患毎に各調査項目間の2変量間の相関行列を打ち出し、疾患毎の特徴の解明を試みた。統計学的に有意となった要因が抽出できた疾患群は正常群と気分障害群のみであった。正常群では

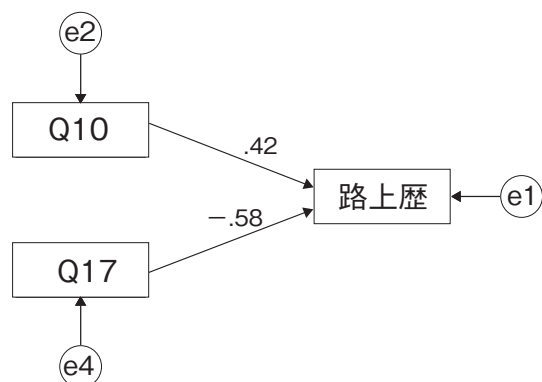
Q3「家族以外との関係が悪くない」ことが路上回数の減少に寄与していることが示された（図 B）。路上生活に至って家族以外に頼れる存在がいることは抑制要因になることは経験的にも認知されており、頼れる存在を作っていくことが有用であることが示唆された。

気分障害群ではQ10「路上から抜け出したいと思わない」が路上歴増加に寄与し、Q17「生活保護を受けることが嫌ではない」が路上歴減少に寄与するという2つの回答項目が有意差をもって影

図 B 正常群



図C 気分障害群



響していた(図C)。路上から抜け出す意欲があり、生活保護への忌避感が少なければ路上歴が減少することを示しており、気分障害ゆえに存在しうる意欲低下を前提にした働きかけが有用であると示唆された。

これら以外には有益なパス図を抽出することができなかったが、各疾患毎に路上歴・路上回数に影響する相関係数から指摘される特徴を述べる。正常群では睡眠時間が路上歴の減少($r=0.264$)に寄与し、睡眠時間に影響する要因は1日の食事回数($r=0.413$)であった。気分障害群は図Cのとおりである。物質使用性障害群では有意差は認められなかったものの、回答項目の欠損が顕著であった。とりわけ借金に関する回答項目が欠落していた。統計学的には解明できなかったものの、顕著な回答項目の欠損からうかがえる借金問題が物質使用障害群には潜んでいる可能性が高く、複合的な要因が路上生活を招いている可能性が示唆された。

精神病性障害群では睡眠時間($r=0.264$)が路上歴の減少に寄与していた。反社会性パーソナリティ群では路上回数と過去の自殺歴($r=1.000$)、路上歴と借金額($r=1.000$)、ギャンブル($r=1.000$)の寄与が示唆された、

IV 本調査の限界

本調査の研究デザインは一時点の横断調査であり、疫学的な因果関係を言うことはできない。しかし、得られた結果はいずれも路上生活者支援の臨床経験によくマッチしており妥当なものと考え

る。本調査で測定したのは路上回数と今回の路上期間で、過去からの通算路上期間を測定していなかった。通算路上期間に影響する要因を、解明することはできなかった。しかし、今回の路上生活期間と路上回数に影響する要因を解明し得たことは、今後の路上生活者支援のあり方に十分有益な知見を提供していると考える。また、物質使用障害群では借金などの金銭問題に関する質問項目の欠落が目立ち、統計的な解析では欠損データとして扱わざるを得なかった。しかし、これ自体が支援に当たる際の有意義な所見と考えられた。疾患ごとの特性については母数が少ないために精神病性障害($N=4$)、反社会性パーソナリティ障害($N=4$)においては有意なパス図は作成し得なかった。今後、より大規模な調査が待たれる。

V まとめ

本調査は、本邦におけるホームレスを対象とする身体的健康問題も含めたホームレス化との関連を研究する初の大規模調査である。路上生活者に占める精神疾患、知的障害の割合は、2009年に実施された池袋での調査とほぼ同様の結果だった。池袋、名古屋と異なる地域において得られた結果から、我が国におけるホームレスは一般人口と比して有意に精神疾患、知的障害を有している者の割合が高いことが解明された。路上生活者の身体的健康問題としては高血圧未治療者が有意に多く、とりわけ歯の喪失と齲歯未治療に伴う咀嚼機能の低下が併存していた。路上から抜け出すことを阻害する要因としては、障害や疾患による特性が示された。知的障害群では路上から抜け出したい気持ちが有意に低下しており、食事回数が抜け出したい気持ちを強化し得ることから、路上から抜け出すための動機づけとそのための継続的な支援が必要であることが示唆された。精神障害群では睡眠時間の寄与が期待され、医療につなげることがホームレス化の阻害要因につながる可能性が示唆された。気分障害においては対人関係の困難さと生活保護手続きへの忌避感が有意な要因であることが示唆され、物質使用障害(主にアルコール依存症)では回答項目の欠落からうかがえる金銭問題での課題の存在が強く疑われた。反社会性

パーソナリティ群では借金、ギャンブルとの関連が示され、金銭問題について支援する必要性が示唆された。知的障害を伴わず精神疾患を有しない正常群では、家族以外との対人関係の改善がホームレス化の阻害要因となることが示唆された。そして、ホームレス化を招く要因については各々の群での特性が指摘されたことから、特性に配慮した支援の枠組みが必要であると考えられた。したがって、本邦のホームレスに対する支援は措置法に基づいた、路上に生活している者を対象とした一律の支援となっている限界が示されたと考える。自立支援施設では集団生活を前提としており、これらの施設での一定期間での生活継続を前提として、賃貸住宅への転居、生活保護受給という段階的な支援モデルとなっている。実状としては施設の途中退所率が50%を超える事態となっており、本調査で明らかとなった知的障害、精神疾患の特性に対する合理的配慮が行き届かず、支援が充分に行き届いていない可能性がある。集団生活での課題、家族関係の悪化を背景とした忌避感、疾患そのものへの配慮、アディクションへの対応、借金への対応など、医療と福祉の複合的な個別支援が必要であることが強く示唆された。これを実践していくためには、現行法に基づいて様々な障害を含む複合的な課題を抱える当事者が課題を解決し、さらに合理的配慮が不十分な下での生活能力評価を前提とした居宅支援ではなく、複合的な問題解決の支援を居宅生活の下で同時並行に進めていくハウジングファーストモデルが適している。ハウジングファーストとは1988年ロサンゼルスで開始されたアプローチを起源とし、ホームレス状態にある人を段階的に独立した住居に移転させるのではなく、まず住まいを確保することを第一とし、路上から直接アパートへの入居を支援するアプローチである。医療と福祉の支援が乏しい精神疾患や知的障害を有した当事者にとって、現行法での段階的な支援システムは集団生活での適応を余儀なくされることなどから不適応を惹起しやすい構造となっている。まず住居を確保したうえで、当事者の抱える複合的な課題にとって必要な医療と福祉および生活支援を重層的に実施していく個別的な支援システムが必要であると考えられる。

(わたなべ たかひろ、調査責任者・岐阜勤労者医療協会みどり病院精神科)

- 1) 森川すいめい、上原里程、奥田浩二ほか、東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率. 日本公衆衛生雑誌. 2011; 58 (5): 331-339
- 2) Nishio A, Yamamoto M, Ueki H, Watanabe T, Matsuura K, Tamura O, Uehara R, Shioiri T. Prevalence of mental illness, intellectual disability, and developmental disability among homeless people in Nagoya, Japan: A case series study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Dec 18. doi: 10.1111/pcn.12265. [Epub ahead of print]
- 3) 西尾彰泰、堀田亮、佐渡忠洋、水谷聖子、渡邊貴博、松浦健伸、田村修、植原亮介、山本真由美: 名古屋におけるホームレスのメンタルヘルス実態調査—精神・知的障害がホームレスに至った原因や抜け出せない理由に与える影響—、社会医学研究.第32巻2号、2015
- 4) Nishio A, Yamamoto Y, Horita R et al. Prevalence of Mental Illness, Cognitive Disability, and Their Overlap among the Homeless in Nagoya, Japan. *PLoS ONE*. 2015;
- 5) Nishio A, Horita R, Sado T et al. Causes of homelessness prevalence: Relationship between homelessness and disability. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017; 72 (3): 180-188
- 6) 名古屋市ホームレス援護施策推進本部事務局: 国による「ホームレス実態に関する全国調査」にかかる名古屋市分のホームレス数の調査結果について(平成28年 4月28日付)
- 7) 大六一志、山中克夫、藤田和弘ほか. 日本語版 WAIS-III の簡易実施法—全検査 IQ を推定する方法の試行版—. 日本心理学会第72回大会発表論文集. 2008: 405
- 8) 水谷聖子、澤田さやか、鵜飼亜紀、渡邊有紀子、森本深雪: 市民団体・他機関との連携共同による支援—クロスアディクションで生活困窮を繰り返していた男性の事例報告—. 第48回日本看護学会論文集在宅看護2018: 71-74

聞き取り質問

通し番号 _____

まず、あなたが路上生活に陥ってしまった原因についてお伺いします。5段階でもっとも当てはまるところに○をつけてください。

- Q 1 自分の資格や能力の問題で仕事を失ったから
- | | | | | |
|------|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| そう思う | | | | 全くそう思わない |
-
- Q 2 社会の問題(倒産や不景気など)
- | | | | | |
|------|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| そう思う | | | | 全くそう思わない |
-
- Q 3 家族や親戚との関係が悪いため
- | | | | | |
|------|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| そう思う | | | | 全くそう思わない |
-
- Q 4 家族以外(友人や会社の上司・同僚など)との関係が悪かったため
- | | | | | |
|------|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| そう思う | | | | 全くそう思わない |
-
- Q 5 病気(身体の病気、精神の病気)のため
- | | | | | |
|------|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| そう思う | | | | 全くそう思わない |
-
- Q 6 事故や事件などのアクシデントのため
- | | | | | |
|------|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| そう思う | | | | 全くそう思わない |
-
- Q 7 借金問題
- | | | | | |
|------|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| そう思う | | | | 全くそう思わない |
-
- Q 8 嫌な気持ちや意欲の低下など気持ちの問題
- | | | | | |
|------|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| そう思う | | | | 全くそう思わない |
-
- Q 9 その他の理由(自由回答)
-
- Q10 あなたは、路上生活から抜け出したいと思いますか？
- | | | | | |
|-----------|---|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 非常に抜け出したい | | | | 全く抜け出たくない |
-
- 5 番の場合その理由(自由回答)
-

次に、路上生活から抜け出したいと思っている方(前問5以外の人)に質問します。あなたが路上生活から脱出することができない理由についてお伺いします。それぞれについて、5段階でもっとも当てはまるところに○をつけてください。

Q11	アパートを借りるための身元保証人がいない	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5
Q12	仕事が見つからない	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5
Q13	施設・シェルターを利用するのが嫌だから	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5
Q14	人間関係を築くのが苦手だから	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5
Q15	生活保護を受けると家族に連絡が行くのが嫌だから	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5
Q16	生活保護を受けるための手続きが面倒だから	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5
Q17	生活保護自体を受けるのが嫌だから	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5
Q18	なぜ路上から脱出できないのか自分でもわからない	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5
Q19	借金があるので居場所を知られたくない	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	5
	1	2	3	4	5	5

借金が理由のひとつにある方(前問5以外の人)に質問します。あなたが、これまで借りて返済しなかった借金は総額でいくらありますか？

総額 ()万円くらい

誰から借りましたか？(複数回答)

()家族 ()親戚 ()仕事関係 ()友人
()銀行 ()サラ金 ()ヤミ金 ()その他

Q20 その他の理由(自由回答)

Q21 インテイク(自由記載)

【事務局ニュース】2018年度研究助成の決定と奨励研究の創設

2018年度研究助成への応募総数は20件でした。検討の結果、以下の5研究に助成することが決定しましたのでお知らせします。

また実践報告や若手研究者を対象に「奨励研究」を創設し、通年で募集することになりました。現在、2件が奨励研究として採択されています。

○2018年度助成研究（共同研究2件、個人研究3件、合計232.6万円）○は共同研究代表

- ・（共同）45万円「社会的困難を抱える医療生協組合員の生活実態調査～アクションリサーチを通じて～」(岸本貴士（尼崎医療生活協同組合・組合員活動部、副部長、佛教大学大学院社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程、2年）○／横山壽一（佛教大学社会福祉学部、教授）／小林健一（尼崎医療生活協同組合組合員活動部、課長）)
- ・（個人）47.6万円「互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合型組織（日本・イタリア）の事例をふまえて～」(田中夏子（都留文科大学地域社会学科、非常勤講師）)
- ・（個人）40万円「流域再生をめぐる河川政策における住民参画の現状と課題―荒瀬ダム撤去と家地川堰堤を事例に―」(森明香（国立大学法人高知大学地域協働教育学部門、助教）)
- ・（共同）60万円「社会的連帯経済としての生協・フェアトレードの実践のサステナビリティ―新自由主義・市場経済の下での持続可能性確保の戦略―」(辻村英之（京都大学大学院・農学研究科、教授）○／原田英美（京都大学大学院・農学研究科、研究員）)
- ・（個人）40万円「イギリス医療政策への新自由主義の導入と医師の自己教育論の展開についての研究」(柴原真知子（京都大学大学院医学教育・国際化推進センター、非常勤講師）)

○奨励研究の募集

- ・対象：実践家（年齢不問）や研究者（応募時に概ね40歳未満）で、「非営利・協同」や「いのちとくらし」に関する調査・研究の成果（1万字以上）を2年以内に『いのちとくらし研究所報』へ投稿できる者。会員かどうかは問わない。
- ・助成金額：1件10万円以内
- ・応募方法：所定の「奨励研究申請書」「奨励研究交付申請書」の2枚を事務局宛に郵送で提出する。別紙の追加は認めない。また応募書類は原則として返却しない。
- ・申し込み期限：通年（予算の範囲で実施）

募集詳細は研究所のウェブサイトをご覧ください。

（[トップ](#)＞[調査・研究情報](#)＞[研究費助成（研究助成・奨励研究）](#)）

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―」(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「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)『いのちとくらし研究所報』58号

●概要報告「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―」(高橋幸裕ほか)『いのちとくらし研究所報』58号

●「認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み」(山田智)『いのちとくらし研究所報』60号

●概要報告「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究―若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握―」(高木和美)『いのちとくらし研究所報』62号

●概要報告「高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題」(坂本毅啓・石坂誠)『いのちとくらし研究所報』63号

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第63号（2018年7月）——【特集】住環境とセーフティネット

- 巻頭エッセイ：多様な生き方を認め合う共生社会の実現に向けて、なにを取組むのか（金子努）
- 【特集：住環境とセーフティネット】
 - ・「新たな住宅セーフティネット法」は貧困居住を救えるだろうか？（中島明子）
 - ・フランスの高齢者をめぐる住環境と高齢者住宅—Abbaye—Bords de Marne—Cité Verte Domicile & Servicesの事例—（小磯明）
 - ・非営利・協同の資金調達と草の根金融の展望（多賀俊二）
 - ・座談会：2018年診療報酬・介護報酬改定による医療福祉への影響（根岸京田、林泰則、（司会）八田英之）
- 2014年度研究助成概要報告：高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題（坂本毅啓・石坂誠）
- 新連載〈次世代へのメッセージ〉（1）：「自分史座標」のつくり方（野村拓）
- 書評：杉本貴志編、全労済協会監修『格差社会への対抗 新・協同組合論』（日本経済評論社、2017年11月）（松本政裕）
- 書評：『社会保障レボリューション—いのちの砦・社会保障裁判』編者 井上英夫・藤原精吾・鈴木勉・井上義治・井口克郎、高菅出版、2017年9月（八田英之）

第62号（2018年3月）——【特集】非営利・協同の実践と思想

- 巻頭エッセイ：「One for all. All for one.」と自己責任を考える（長瀬文雄）
- 【特集：非営利・協同の実践と思想】
 - ・イタリア連帯思想並びに社会的協同思想とその実践—資本主義を超える新たな経済体制論—（津田直則）
 - ・（視察報告転載）イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
 - ・（視察報告転載）ポローニャの医療機関と非営利・協同組織（石塚秀雄・自立と包括的ケアのためのネットワーク（MAIA）—パリ西地区のMAIA, CLIC, Reseauxの活動—（小磯明）
 - ・非営利・協同研究の軌（第3回）鼎立社会構想の基盤となる非営利・協同運動の連帯—富沢賢治氏へのインタビュー記録—（久保ゆりえ、菰田レエ也）
- 2014年度研究助成概要報告：若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—（高木和美）
- 〈医療政策・研究史〉（20・最終回）：第7ステージ（90歳—？）論（野村拓）
- 投稿論文：NPOと労働者協同組合のクロスロードとしての社会的企業—生活困窮者とワーカーズ・コレクティブとの協同（連帯）実践を事例に—（菰田レエ也）
- 書評：『協同の再発見：「小さな協同」の発展と協同組合の未来』（田中秀樹編、家の光協会）「小さな協同」の視点から「協同の実践」を捉える（中川雄一郎）
- 書評：マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳、野田浩夫訳者代表『健康格差—不平等な世界への挑戦』（日本評論社、2017年8月）（高山一夫）

第61号（2017年12月）——【特集】追悼坂根利幸

- 巻頭エッセイ：人権教育と自主規制教育——医療倫理と道徳科—（尾崎（川堀）恭一）
- 【特集：追悼坂根利幸】
 - ・故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって（根本守）
 - ・坂根利幸さんを偲んで（角瀬保雄）
 - ・坂根さんの宿題（富沢賢治）
 - ・あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。（高柳新）
 - ・坂根利幸さんと30有余年（二上護）
 - ・坂根利幸氏を偲ぶ（非営利・協同の探求の達人）（石塚秀雄）
 - ・非営利・協同の軌（第2回）：「民主経営」の実務の改善にかけた人生—坂根利幸氏へのインタビュー記録—（久保ゆりえ、

竹野ユキコ)

- ・坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧(事務局)
 - 山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について(岩本鉄矢)
 - 座談会: フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度(松田亮三、小磯明、吉中丈志、司会: 石塚秀雄)
 - シリーズ〈医療政策・研究史〉(19) 研究者の60-90歳戦略(野村拓)
-

第60号(2017年9月)——【特集】非営利・協同をめぐる動向

- 巻頭エッセイ: 輝く看護を、今一度見つめ直す(柳沢深志)
 - 【特集: 非営利・協同をめぐる動向】
 - ・2017年度定期総会基調講演: 非営利・協同の理念とナショナルセンターづくりの課題(富沢賢治)
 - ・講演録: 社会的連帯経済の出現—世界そして国連の動向—(The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN)(パスカル・ファン・グリータイゼン、訳・まとめ: 今井迪代)
 - ・非営利・協同の轍(第1回): 研究者として非営利・協同の実践に携わること—角瀬保雄氏へのインタビュー記録から—(久保ゆりえ、竹野ユキコ)
 - シリーズ〈医療政策・研究史〉(18) 世代的重なりの中での学習(野村拓)
 - 鶴岡市における「介護予防・日常生活支援総合事業」の到達点と医療生協やまがたの取組み(岩本鉄矢)
 - 2014年度研究助成報告: 認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み(山田智)
 - フランスの在宅入院の事例研究—サンテ・セルヴィスの実践と戦略—(小磯明)
-

第59号(2017年6月)——【特集】医療のアクセス障壁を考える

- 巻頭エッセイ: しつけも生活維持も家族に丸投げ—憲法24条改憲と25条—(鈴木勉)
 - 【特集: 医療のアクセス障壁を考える】
 - ・医療のアクセス障壁—実態分析への接近と状況把握について(松田亮三)
 - ・2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査(山本淑子)
 - ・千葉県における無料低額診療事業のひろがり(柳田月美)
 - ・東大阪市における国保四四条減免の適用経過と現状(川添一彦)
 - ・資料「#最低賃金1500円になったら」投稿抜粋(後藤道夫)
 - 地域医療構想策定をめぐる福岡県の現状と課題(洗川和也)
 - フランスの医療事故補償制度の現状(石塚秀雄)
 - フランスの在宅入院制度に関する研究—在宅入院全国連盟の活動と課題—(小磯明)
 - インタビュー: マイナンバー制度と医療分野への影響(石川広己、聞き手: 八田英之)
 - シリーズ〈医療政策・研究史〉(17): 医療政策研究者にとっての「平成」(野村拓)
-

第58号(2017年3月)——【特集】ワーク・ライフ・バランス

- 巻頭エッセイ: 人間社会のゆくえ(根岸京田)
- 【特集】ワーク・ライフ・バランス
 - ・インタビュー: 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、インタビューア: 門田裕志)
 - ・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)
 - ・投稿論文: オランダにおけるワーク・ライフ・バランス—コンピネーション・モデルに見る労働と生活—(久保隆光)
- 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)
- 2014年度研究助成概要報告: 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)
- 2015年度研究助成概要報告: 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)
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ岩手調査: 岩手の地域医療と財政(井上博夫)
- 書評:
 - ・「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』(八田英之)

- ・吉永純、京都保健会『いのちをつなぐ無料低額診療事業』（今井晃）
 - シリーズ〈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）
-

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・マーマットに会う（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）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.63 (2018.8.31発行)

副理事長のページ：天保四年の台風、岡田真澄「かみつふさに三たび遊ぶ日記」から（八田英之）、役員エッセイ：マルクス・エンゲルス THE YOUNG KARL MARX（小磯明）、公助についての辞書の取り扱い（石塚秀雄）、外国語勉強法（3）大高研道氏の場合（その1）：コミュニケーションの手段としての英語①

○ No.62 (2018.5.31発行)

理事長のページ：公共空間あるいは公共圏（2）（中川雄一郎）、副理事長のページ：湖に浮かべたボートをこぐように（高柳新）、役員エッセイ：自由と寛容の危機（杉本貴志）、海外医療体験：スペイン透析体験記（その2）（石塚秀雄）

○ No.61 (2018.2.28発行)

理事長のページ：公共空間あるいは公共圏（1）（中川雄一郎）、韓国だより：文在寅（ムン・ジェイン）ケアについて（朴賛浩）、海外医療体験：スペイン透析体験記（その1）（石塚秀雄）、本の紹介、外国語勉強法（2）：石塚秀雄氏の場合（その2）

○ No.60 (2017.11.30発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（3）—反知性としてのポピュリズム—（中川雄一郎）、副理事長のページ：社会保障の2018年問題（八田英之）、役員リレーエッセイ：ドイツの介護保険・認知症ケア・在宅ホスピス視察（小磯明）、外国語勉強法（1）：石塚秀雄氏の場合（その1）

○ No.59 (2017.8.31発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（2）—ポピュリズムとは何か—（中川雄一郎）、副理事長のページ：政府発表「相対的貧困率」の減少と貧困の拡大・深刻化（後藤道夫）、役員リレーエッセイ：「利権」を煙に巻く東京ならではの手法（窪田光）、役員リレーエッセイ：地域医療構想をめぐる動向について（内村幸一）

○ No.58 (2017.5.31発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（1）—アメリカにおける反知性主義—（中川雄一郎）、副理事長のページ：地獄への途も（高柳新）、役員リレーエッセイ：共謀罪法案 あまりにも乱暴・危険（二上護）、三木清の協同主義（石塚秀雄）、本の紹介

○ 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

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 F A X 番号：

03 (5840) 6568

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 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	()	F A X 番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

・入会金と会費 (1) 入会金

団体正会員..... 10,000円

個人正会員.....1,000円

賛助会員 (個人・団体)0円

(2) 年会費 (1口) 団体正会員.....100,000円 (1口以上)

個人正会員.....5,000円 (1口以上)

団体賛助会員..... 50,000円 (1口以上)

個人賛助会員.....3,000円 (1口以上)

【次号65号の予定】(2018年12月発行予定)

- ・持続可能な開発 (SDGs)
- ・社会医学系専門医
- ・その他

【編集後記】

今号は「いのち」「くらし」を守るための制度がどう働いているのか、現状や課題を取り上げました。医療の現場、介護保険と福祉の狭間、生活保護制度の運用に関してなどのほか、大雨や地震などの災害を乗り越えて人々の生活を成り立たせるものは何か、社会-経済的分野での協力や協同についても改めて考えたいところです。(竹)

【投稿規定】

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

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

4. 採否

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

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

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

② 投稿原稿は返却いたしません。

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

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

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

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

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

TEL：03-5840-6567／FAX：03-5840-6568

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