

目次

- 巻頭エッセイ：人生を彩る介護が花開く未来を……………山本 一視 1

●特集：公害問題と自治体

- ・大気汚染被害者の医療費救済制度創設を求めて……………西村 隆雄 2
- ・ノーモア・ミナマタ第2次訴訟の分析と対応……………中山 裕二 6
- ・今、また「水俣病」が教える学術団体の影の側面……………戸倉 直実 15

●論文

- ・ドイツの介護保険改革（1）介護強化法制定の背景と保険料
……………小磯 明 20
- ・国際医療協同組合2018年の動向—ICA 国際協同組合連盟委員会報告書—
……………石塚 秀雄 30
- ・「マーマット先生と語る会 格差という病に挑む」（2019年度定期総会協賛シンポジウム）参加報告 ……………竹野 ユキコ 34

- （新連載）継ぎ足し生涯学習のすすめー1「国勢調査（1920）100年、そして…」……………野村 拓 38

- 2015年度研究助成報告：東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて— ……………谷口 起代 46

- ・事務局ニュース、報告書、研究助成報告一覧、バックナンバーなど
……………36、37、57、60

人生を彩る介護が花開く未来を

山本 一視

個人的な経験からで恐縮である。

昨年、10年間同居した義母が亡くなった。アルツハイマー型認知症だった義母は徐々に進行して歩けなくなり、一緒に出掛けられなくなり、ときどき誤嚥するようになり、最後の半年くらいは在宅で肺炎の治療を2回、それでも行けるときには全介助の車いすでデイに出かけた。急逝したその日の通夜。22:30ごろだったろうか、デイの介護担当者の皆さんがつぎつぎに訪ねてきてくれた。夫の事業を手伝っていた義母はプロの仕事にうるさく、スタッフが彼女の洗髪中にほかの利用者の様子のことで他の職員と話そうものなら「あなた、それがお金をいただいてしている仕事なの？」と手厳しく叱ったそうだ。「まるで私たちを雇って従業員として教育しているようでしたよ。でも叱られてよかったんです。」と担当者のみなさん。送迎の時に車が揺れると「オウ！」とそのたびに発声するようで、「今日は何オウだったかってみんなで話すんです。新人だと20オウでしたとか。俺は3オウ！とか。可笑しいでしょ？楽しかったんです。」突然の別れに涙と鼻水でぐしゃぐしゃになりながら、私たち家族の知らない故人の話をしてくれる。みんなで泣き笑い。妻は「私が一番会いたかった人たち」と介護スタッフの弔問に感謝していた。

数年来、実に本人と家族の意向をくみながら診療してくれた在宅専門医、困ったときにフットワークよく来てくれた訪問看護師。突然母を失った妻は、そういう方々に心から感謝しつつも、ずっと通所系介護で世話になったスタッフのみなさんに「一番会いたい」のだった。通夜の夜、すこし離れたところから延々と続く思い出話を聞きながら、だれしも人生の主題は日々のくらしなのだ、そこに欠かせない介護の大切さは医療とは別次元

なのだと気づいた。

介護保険制度が始まって20年になろうとしている。現物給付ではないというこの制度のもつ根本的欠陥は、当時の「介護の社会化」という言葉に秘められた、「介護で大変な目に遭う家族（健常者）」に焦点を当てる目線と無関係ではないと思う。介護の受け手当人も「介護が必要になる人々」というレイヤーで括られ、そこに、100人いれば100通りの介護があるというような「固有の尊厳をもつ個人」はまだ立ち現れていなかった。

20年の間に人口構成も変わり介護実践も積み重ねられ、いまや介護はそれを必要とするひとりひとりの人生に欠かせないというだけでなく彩りでもある。この間に発展してきた個人の尊厳を掲げる健康権の認識にかなう介護がこれから先豊かに花開いていくのかどうか。個々の事業所、個々のプロの力走だけではなく、制度の改革や担い手の増員が必要なのはいうまでもない。しかしそこで重要なのは、その制度の改革に当事者参加のギアが入ることではなかろうか。認知症の家族という当事者を経験してはじめて本当の介護の大切さを理解した自分の経験から強くそう思う。「Forではなく With。」、SDH教育の旗手、武田裕子先生の言葉である。当事者と一緒に考え行動するとき、制度をよくする本当の力が備わることは、これまでの公害、ワクチンそのほかの闘いの歴史が証明している。

介護を受ける当人、その家族という当事者が参加することで、介護のある人生の価値がまっとうに認識され、「介護」が人権意識をむしろリードするような時代を迎えたい。

（やまもと かずみ、全日本民医連副会長・千鳥橋病院院長）

大気汚染被害者の医療費救済制度創設を求めて

西村 隆雄

1、はじめに

わが国の高度経済成長期以降にもたらされた太平洋沿岸工業地域の深刻な大気汚染被害については、四日市公害訴訟判決を契機に公害健康被害補償法による救済が実施された。

しかしその後の都市部における自動車排ガスによる大気汚染については、東京大気汚染公害訴訟の和解で、東京都の医療費助成が実施されたことなどを除くと、大半の地域の被害者は何らの救済もないまま放置され、また都の助成制度も新規認定が打ち切られるなど切下げがなされている。

ここでは、東京大気裁判和解で、東京都助成制度をかちとった経緯を振り返ったうえで、今まさに求められている国のレベルでの大気汚染被害者の救済制度をめぐる攻防と今後のたたかいについて報告する。

2、東京大気裁判和解と東京都医療費助成制度創設

東京大気汚染公害訴訟は、1996年5月、気管支ぜん息、慢性気管支炎、肺気腫に苦しむ公害被害者が、国、東京都、首都高速道路公団とトヨタをはじめとする自動車メーカー7社を被告として、損害賠償と公害差し止めを求めて提訴。東京全域をおおいつくす面的汚染による被害の救済と、初めて被告として訴えた自動車メーカーの加害責任の追及が大きなテーマとなった。

しかしながら、2002年10月の東京地裁一次判決は、国・東京都・首都高には勝訴したものの、面的汚染による因果関係を否定し、救済を巨大幹線道路の沿道50メートルに限定し、自動車メーカーの加害責任も否定されるという、大変に厳しい内容となった。

しかし原告団を先頭に、これにひるむことなく、深夜にわたるのべ5000人の判決行動で、トヨタを

はじめ被告メーカー各社から、行政が救済制度を検討する場合には、前向きに対応する旨の内容を含む「確認書」を獲得。その後、メーカーとりわけトヨタを包囲する一大運動を展開した。一方、法廷内では、強引にディーゼル化を推進して、東京の深刻な大気汚染を引きおこした自動車メーカーの責任を明らかにし、幹線沿道にとどまらない面的汚染によってぜん息などの発病、増悪をもたらしたことを分厚く立証して、被告を追いつめていった。

こうした中、トヨタ、東京都に焦点をしばっての連続的な大行動と高裁あてに要請行動を展開する中で、2006年9月、東京高裁は、結審に際して、「裁判所としては、出来る限り早く、抜本的、最終的な解決を図りたい」との『解決勧告』を行った。

これを機に、東京都は、高裁あてに医療費救済制度の創設を提案。その後、自動車メーカー、そして頑強に抵抗する国にも財源拠出を決断させて、2007年7月7日画期的な和解成立に至ったものである。

和解の最大のポイントが、この東京都の医療費助成制度の創設であった。具体的には、都内に引き続き1年以上住所を有する気管支ぜん息患者で、非喫煙などの要件を満たす者を対象に、収入制限等一切なしで、医療費の自己負担分全額を助成するというもので、財源は都が三分の一、国が三分の一、メーカーと首都高が六分の一ずつ負担するというものであった。

3、東京都助成制度をめぐる攻防

制度創設以来、本制度によって救済を受ける認定患者数は増加の一途をたどり、2015年7月末時点の認定総数は何と9万人を突破した。

そして同制度の認定を受けた患者に対するアンケート結果図1によれば、「お金の心配がなく治

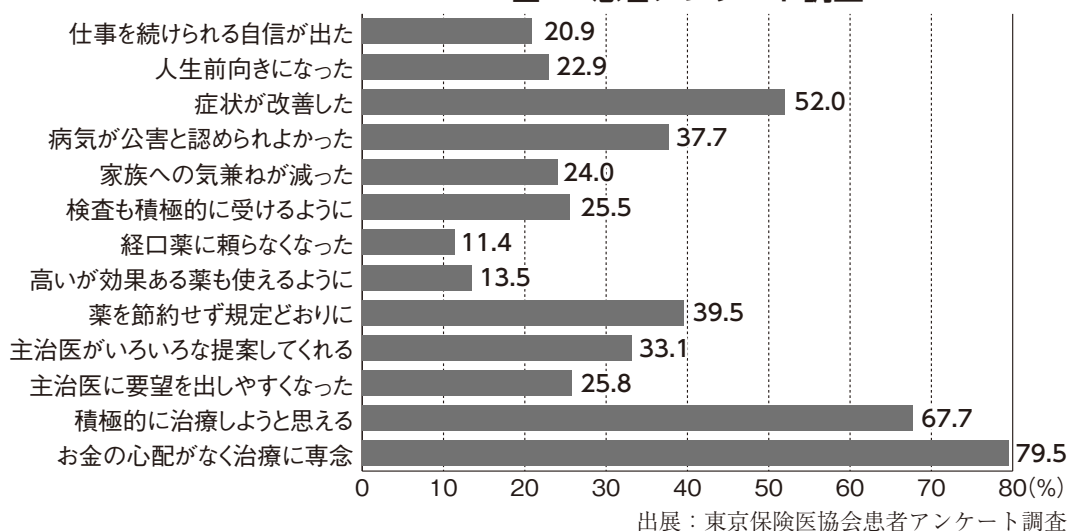
療に専念できるようになった」79.5パーセント、「薬を節約せず規定どおり飲むようになった」39.5パーセントといった点は予想されたところであったが、「症状が改善した」が何と52.0パーセントと過半数を超え、早期に十分な治療を受けることによって、ぜん息症状自体が着実に改善していることが実証され、結果的には重症化による入院、治療が避けられることから、全体としての医療費も削減できるところとなっていることが推察される。

ところが東京都は2011年春、本制度「見直し」

を言い出し、「国やメーカーに追加の拠出を要請するが、協力を得られない時、東京都だけが拠出するのは難しい。その場合、制度としては廃止も…」とのことであった。

これに対して東京患者会は、必死の大運動を展開し、その結果①2015年4月以降新規認定打ち切り、②自己負担上限額を6000円とし、これを超える部分は全額助成とする、③2018年までの3年間の全額助成継続（通算10年間）で決着するに至った。

図1 患者アンケート調査



4、国レベルでの被害救済を求めて

(1) 大気汚染被害者の救済の歴史

1960年代の高度経済成長下で、工業地域を中心に深刻な大気汚染がひきおこされ、これによって、呼吸器疾患患者が各地で多発するところとなった。

こうした中で、全国的に公害反対運動が大きな高まりをみせ、1972年の四日市公害判決とこれに引続く、各地の公害患者会の活動が大きな契機となり、1973年公害健康被害補償法（公健法）が成立した。同制度は、財源の8割を固定発生源たる企業、残りの2割を移動発生源としての自動車（具体的には自動車重量税）に負担させることとし、医療費の全額支給に加えて障害の程度に応じて生

活補償も支給するという、大変にレベルの高い救済が実現するところとなった。

しかしその後、経団連を先頭に「公害は終わった」キャンペーンがくり返され、国は1988年3月をもって公害指定地域を全面解除し、以後公害患者の新たな認定を打切った。

(2) 国の責任を裁く判決の連弾

こうした被害者切り捨ての流れに抗して、各地で大気汚染公害裁判のたたかいが展開された。とりわけ自動車公害をめぐる国の責任が迫られた裁判では、大阪西淀川2～4次判決に始まって、川崎、尼崎、名古屋南部、そして東京1次判決に至る5つの判決で、国は5連敗を喫し、おまけに尼崎、名古屋南部判決では、国に対し公害差止め

判決が相ついで下されることとなった。広範、深刻な大気汚染被害がその後も継続し、これとその元凶である自動車排ガスを中心とする大気汚染との間に因果関係が認められることが、裁判上確立されるに至ったのである。

これをふまえて、被害者と世論は、一刻も早く救済制度の創設をと国に迫ったが、国は「局地沿道の調査を行って、その結果をふまえて判断したい」と判で押した答弁をくり返し、救済を先のばしにして逃げ続けた。

以上の調査として鳴り物入りで実施されたのが、環境省のいわゆる SORA プロジェクトであった。

5、国の消極姿勢とその不当性

(1) SORA プロジェクト

2011年に報告書が公表された SORA プロジェクトは、学童コホート調査、幼児調査、成人調査の3つからなるもので、学童コホート調査で自動車排出ガスへの曝露とぜん息発症との間に有意な関連性が認められたほか、成人調査でも非喫煙者について自動車排ガスとぜん息発症との間に有意な関連性が認められた。

この点、環境省の佐藤環境保健部長（当時）も、全国公害患者会に対する説明の場で、学童・幼児・成人の各調査の中で、大気汚染の健康影響を検討する上で最も優れているのは学童コホート調査であり、この中で自動車排ガスの指標である EC（元素状炭素）および NO_x で関連性が認められたことが極めて重要と認めていたのである。

ところがその後まもなく環境省は幼児調査と喫煙者を含む成人調査について関連性が検出できなかったことを理由に「自動車排出ガスへの曝露との関連性があるという一貫した結論は見いだせなかった」として、救済制度の創設を拒否するところとなった。

しかし幼児調査は他の2つの調査とは異なり、幹線道路からの距離を考慮しないなど自動車排ガスの影響を把握する調査設計となっていなかったため関連性が検出しえなかったのであり、そのことが自動車排ガスの影響を否定する理由にはならず、成人調査においては喫煙の影響が排除されな

いために関連性が認められなかっただけであり、非喫煙者に相関が見られたことが重要なものであり、これらと学童調査を同列に並べて因果関係を否定しようとする環境省の態度の不当性は明らかである。

(2) サーベイランス調査

あわせて環境省は、新たな救済制度創設に消極的な理由づけとして、これまで環境省が実施してきたサーベイランス調査の結果を持ち出してきた。

この調査は、前述の1988年の公健法新規認定打ち切りの際に、国は、大気汚染は改善されたとしてもその影響は「白」ではなく、いまだ「灰色」であると認めており、なおその健康影響を継続的に観察していくことが必要だとして、1996年から毎年、全国38地域の3歳児および2004年からは6歳児も追加してそれぞれ8万人強を対象にサーベイランス調査を実施してきている。

環境省は、この調査において、3歳児および6歳児調査で、SPM（とくにディーゼル車の排ガスに多く含まれる浮遊粒子状物質）と気管支ぜん息との有意な関連性が認められる結果が得られたことが何度かあったが、毎年確実に関連性が認められる状況にないことから、大気汚染とぜん息等の因果関係が明らかでないとしている。

しかしそもそも同調査は、調査設計自体が不十分で、大気汚染との関連を見出しにくい調査であると指摘されてきたが、調査開始以来のデータを毎年、一括して統合して解析した結果（統合解析）において、6歳児については、統合解析がスタートした2008年度以降2015年度まで、毎年SPMと喘息有症率の正の有意な関連が見出されているのが注目される。

一方、同調査について検討を加え、海外雑誌に投稿された学術論文では、各地域ごとの1996-2000年平均と2006-2009年平均の大気汚染濃度、有症率のデータを用いて統計解析を行った結果、大気汚染の低下が子供のぜん息有症率の低下と相関していることが証明されたとされているのが注目される。

(3) 「大気汚染改善」論

ところで、環境省は、新たな救済制度創設に消

極的な理由として、近年大気汚染が改善してきていることもあげている。

しかし、NO₂（二酸化窒素）、SPM（浮遊粒子状物質）などの汚染状況が改善傾向を示したのは、ごく近年のことであり、近年注目を集めるPM_{2.5}にいたっては、年度によって多くの測定局で環境基準をクリアできない深刻な汚染が続いている。

仮に近年改善傾向にあるとしても、逆にそれまでは深刻な状況にあった大気汚染によって発病した患者は、一旦罹患すれば治癒することはなく、今なお被害に苦しんでいるのが実態である。

この点、前述の2008年にスタートした東京都のぜん息医療費救済条例で新たに認定を受けた患者のアンケート調査でみても、どの年齢階層をとってみても、発病年（診断年）は平均して1990年前後となっており、現在のぜん息者の多数が1990年代まで、すなわち大気汚染が改善傾向を示す以前に発病したことが明らかとなっている。

6、自動車メーカーの責任

前述の東京大気裁判の東京地裁判決では、自動車排ガスとぜん息の因果関係が認められ、自動車メーカーは被害の発生を予見できたとされたが、どういう対策を取ればどれだけの被害が回避できたのが明らかではないとして、メーカーに勝訴するに至らなかった。

しかしトヨタをはじめとした自動車メーカーは、第1次オイルショックを契機に、燃費が良いことを大宣伝して、1970年代後半以降それまではガソリン車が主力であった小型トラックでディーゼル車を開発、製造販売を劇的に拡大、一方1980年代には、それまで副室式が主流であった中小型トラックで、直噴式の製造販売を劇的に拡大した。これによって、PM（粒子状物質）を大量に排出する車種が激増し、大気汚染の激化がもたらされた。裁判では、こうしたメーカーの行為がなければ、例えば東京の大気汚染は4分の1にとどまったことが明らかにされている。

しかしながらトヨタなど自動車メーカーは、都

制度に一時金として33億円を出しただけで、その後の追加拠出は一切拒否。一方東京以外の被害者に対しては、一銭も負担していない。これに対して電力、鉄鋼、石油化学などの工場企業は、四日市公害判決を契機に創設された公害健康被害補償法の財源を、1973年以降現在に至るまで負担し続け、最新の2018年度単年の負担額でも318億円にも上っているのである。

7、新たな公害調停のたたかい

（1）求める救済制度の内容

今、私たちが求めている新たな救済制度の骨子は、①自動車が集中集積し、環境基準を上回る大気汚染のあった地域で、②気管支ぜん息、慢性気管支炎、肺気腫を発病した患者に対して、③医療費の自己負担分を助成するもので、④財源は国、地方自治体、高速道路会社、自動車メーカーをはじめとする関連業界というものである。日本環境会議の試算では、単年度の予算規模は、約100億円と見込まれている。

（2）新たなたたかい

以上をふまえて、2019年2月、全国患者会と全国の汚染地域の患者94名が立ち上がって、国（環境省）と自動車メーカー7社を相手に救済制度創設を求めて、公害調停を申し立てた。

我々としてはこの中で、これまでの到達点をふまえて、国、メーカーの責任を徹底的に明らかにし、合わせて制度創設の必要性を説得していく。そしてとりわけ、今日、無公害車化、EV（電気自動車）化をめざす世界の趨勢の中で、いまだ排ガス公害に苦しめられている大気汚染被害者の実態と、その責任を果たそうとしないトヨタをはじめとする日本の自動車メーカーの不当性を国際的にも明らかにする運動を展開して、早期に制度創設を実現していく決意である。

（にしむらたかお、弁護士）

ノーモア・ミナマタ第2次訴訟の分析と対応

中山 裕二

はじめに

水俣病がチッソ（株）を加害者とする公害病であることは、ご存知だと思います。すでに解決していて、教科書に出てくる歴史上の出来事と思われる方も多いのではないのでしょうか。しかし今も裁判が続き、たたかい続ける患者がいることをご存知の方は少ないのではないかと思います。

そこで、拙稿では、水俣病の公式確認以降の歴史を振り返りつつ、現在の水俣病がどうなっているか、特にいま、たたかわれているノーモア・ミナマタ第2次訴訟について、お伝えしたいと思います。

チッソによる地域支配、チッソ城下町

チッソが水俣に工場を作ったのは1908(明治41)年、水俣村（当時）民あげての大誘致運動の結果でした。1926（大正15）年に開業した国鉄水俣駅は、水俣工場の正門に向かい合わせに作られました。工場内には製品出荷用の引込線が敷かれ、チッソの3交代勤務に合わせて運行ダイヤが組まれました。1931（昭和6）年には、「現人神」であった昭和天皇による工場視察が行われています。地域や住民にチッソの力を見せるにはこの上ない仕掛けでした。その翌年から水銀を触媒として使うアセトアルデヒド生産が始まり、1968（昭和43）年まで無処理の廃水を水俣湾などに垂れ流し続けたのです。

歴代工場長が町長、市長を務めるなど、水俣における地域の支配の事実が枚挙にいとまはありません。このことが、以下に述べるようなチッソの水俣病に対する傍若無人な対応の基本にあり、この体質が水俣病を引き起こすべくして起こしたことは間違いありません。

水俣病公式確認

1956（昭和31）年5月1日、チッソ付属病院の細川一（はじめ）院長は、「類例のない疾患が発生している」と水俣保健所へ報告しました。行政が初めて知った日として水俣病公式確認の日となっています。

この日には、2004（平成16）年以来、毎年、水俣病犠牲者慰霊式が行われています。

水俣病の症状

水俣病は、チッソ水俣工場の廃水による広汎かつ深刻な環境汚染の結果、食物連鎖を通じて発生した水銀中毒です。その症状は多岐にわたります。

故原田正純先生が作られた、ピラミッドの図にあるように、メチル水銀を取り込んだ量によって差がありますが知覚障害、視野狭窄、失調、聴力障害、言語障害などがあります。四肢末梢性や全身性の表在感覚障害が中心的な症状です。

公式発見前後には、重篤な症状を呈する急性劇症型の患者さんが発生しています。当時の患者名簿を見ると発症した日が特定されています。その多くは、発症後、長くせず亡くなっています。公式確認前後の時期に記録がない中、亡くなった患者さんも少なくありません。

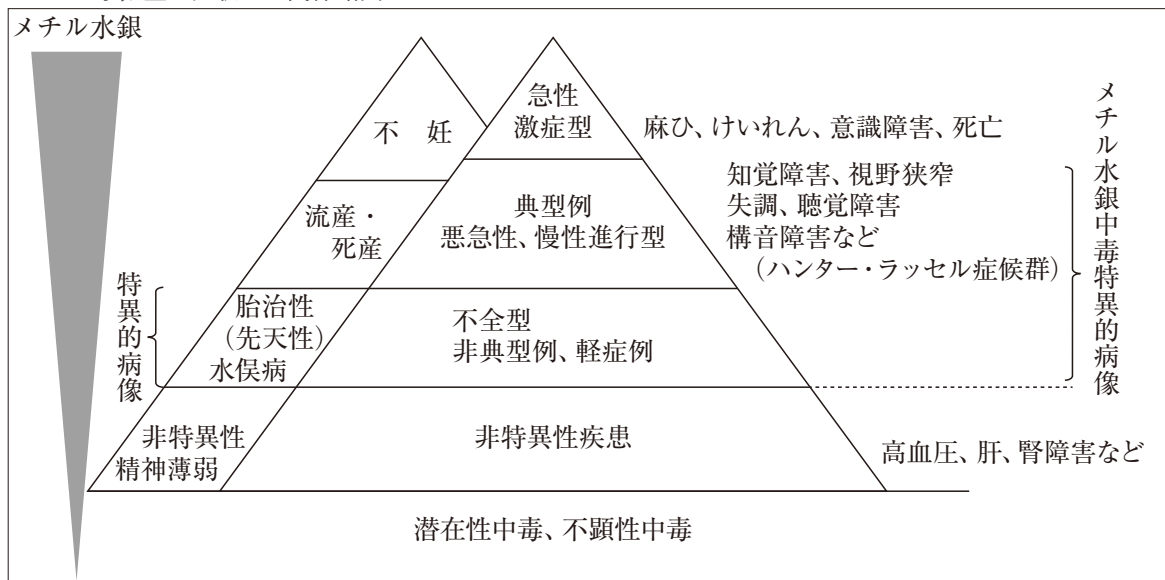
今に続く患者は、慢性水俣病といわれています。外見からはそれとわかりませんが、手足や全身にわたる感覚障害、手足のしびれ、こむらがえり、まわりが見えにくいなど、症状はひと様々であり多様です。

チッソの原因究明妨害

公式確認以来、チッソは、徹底した原因究明妨害を展開しました。

1956（昭和31）年11月、熊本大学は「ある種の

メチル水銀量と症状との関係略図



作成：原田正純

重金属で人体への侵入は魚介類による」と結論づけていましたし、1959（昭和34）年までには、厚生省の食品衛生調査会水俣食中毒部会（部会長：鰐淵健之熊本大学学長）は水俣病の原因について「水俣湾周辺の魚介類中のある種の有機水銀化合物による」と断定しました。水俣湾周辺に水銀を使う工場はチッソ以外になく、チッソが犯人であることは明白でした。

それに対しチッソは旧日本軍が海に投棄した爆薬のせいだ、腐った魚のアミンやマンガン、セリウム、タリウムなどの重金属が原因だと、次々と御用学者を使って諸説を振りました。一方で原因を追究していた熊本大学に工場排水を提供することはありませんでした。時間を稼ぎ、この間に増産につぐ増産をしています。

アセトアルデヒドの生産は、公式確認後の1957（昭和32）年から急速に増え始め、ピークは、1960（昭和35）年からの数年間です。1962（昭和37）年に落ち込んでいるのは、チッソの労働争議の影響です。

第1の水俣病つぶし

そしてチッソや国・熊本県は、1959（昭和34）年までに水俣病をつぶしにかかります。いずれも

1959（昭和34）年11月、12月に集中しています。

まず漁民です。不漁に悩み、魚が捕れても売れない状況が続く中、チッソに対し、廃水停止など求め、団体交渉を求めました。これをチッソが拒否したため、警官隊に守られた工場に乱入し、漁民に多くの逮捕者が出ました。漁民騒動といわれています。地元の国会議員が漁民を煽り、チッソに向かわせたという証言もあり、チッソが用意した刑事弾圧にはめられたのではないかと考えられます。その後、水俣市漁協とその他の漁協はチッソと文書を取り交わし、「騒動」はおさまりました。

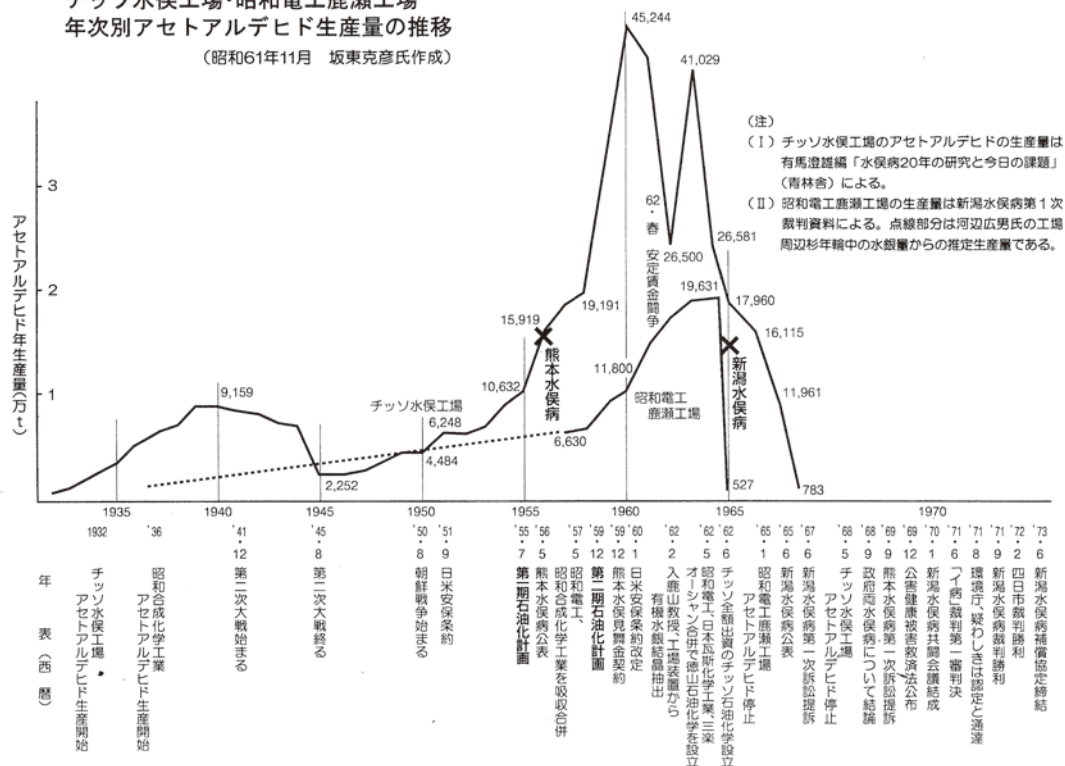
この間、国や熊本県は、魚を捕ること、食べることを規制しませんでした。当時の厚生省の見解は、「水俣湾内のすべての魚介類が有毒化している根拠がないので、食品衛生法の適用はできない」というものでした。

さらに厚生省は水俣病の原因に迫っていた食品衛生調査会水俣食中毒部会を答申翌日に、同部会を解散させました。

そして、医学界では、翌年に熊本大学医学部第一内科の徳臣晴比古教授が、「1960年水俣病終焉説」を唱えます。彼は、前年に熊本大学がメチル水銀説を発表する際の中心メンバーで、これを止めようとした学者や官僚とたたかいました。ところが翌年にはこの終焉説を唱えているのです。大

チッソ水俣工場・昭和電工鹿瀬工場 年次別アセトアルデヒド生産量の推移

(昭和61年11月 坂東克彦氏作成)



さく強い学者取り込みの動きがあったと思います。

原因隠ぺい

1959(昭和34)年12月、チッソはサイクリーターと称する「浄化」装置をつくり、チッソの廃水はきれいになったと大宣伝します。竣工式でサイクリーターから出てきた「廃水」を当時の工場長が飲んで見せました。のちにこれは、水道水だったことが暴露されますが、アセトアルデヒド工場の廃水は、もともとサイクリーターを通っていないことも暴露されました。

チッソは、製造工程を熟知しているのはもちろんですが、付属病院で自社の廃水をかけたエサを与えたネコが、自然発症ネコと同じく発症したことを確認しています。10月のことですが、この時すでにチッソは、自社の廃水が原因であることを十分認識しています。

ところが、12月30日チッソは患者団体との間で、水俣病の原因は不明であり自らには責任はないという前提で、「見舞金契約」を結んでいます。こ

の中には「将来水俣病がチッソ工場排水に起因することが決定した場合においても新たな補償金の要求はいっさい行わない」とする条項がありました。公式確認後3回目の正月を迎える直前であり、「斡旋」にあたった熊本県知事、水俣市長、県議会議員などは、患者に対して、これを飲まなければ手を引くと恫喝しています。この見舞金契約こそ原因隠ぺいの最たるものといっても過言ではないと思います。

そして「水俣の街は平和になった」

1960(昭和35)年の年頭、水俣工場の工場長は年始のあいさつで、「水俣の街は平和になった」と述べました。増産に励もうというものであり、これをすすめるために市長や知事、議員や有力者を総動員して漁民、患者を黙らせたのです。

水俣病は「終息」し、その結果、水俣湾周辺で発生した患者100名程度の原因不明の病気とされ、先天的な症状を有する患者が存在するが、脳性小児マヒもしくは類似患者であり、これも原因不明

とされました。社会的な水俣病の抹殺がなされたのです。

国は、なぜチッソを生かし水俣病をつぶしたのか

1959（昭和34）年当時、日本は戦後の高度成長を目指している真っ只中でした。石炭から石油へのエネルギーの転換政策がすすめられ、全国に石油化学コンビナートが建設され、建設準備もされていました。政府は国策である戦後の高度経済成長の大方針を何がなんでも推進していました。

これに貢献していたのがチッソでした。チッソは千葉県にある丸善石油の化学コンビナートに参画することになっており、その資金作りをせまられていました。その稼ぎ頭が、化学肥料であり、プラスチック製品づくりに欠かせないアセトアルデヒドという製品でした。アセトアルデヒドは全国シェアの70%から80%を持っていました。これをつかって他のメーカーがビニールやプラスチック製品を大量に生産していました。これが戦後の産業を支えていたのですから操業を止めるなど考える余地はなかったのです。

そしてチッソは、水俣工場をスクラップ化し石油化学コンビナートの資本を蓄積する（ビルド）ために患者切り捨てに徹し、構わず増産をしたのです。典型的なスクラップ・アンド・ビルド方式をとったのです。スクラップ化とは、患者のみならず水俣市そのものを見捨てるという冷徹な資本の判断だったとも言えます。

この時期に必要な対策をとっていなかったために、昭和電工が第2の水俣病を新潟で引き起こしました。また水俣では、胎児性水俣病が1963（昭和38）年まで生まれるという、悲劇を繰り返しました。この患者さんは「この時点で国がちゃんと対応しておれば、私は病をもって生まれてくることはなかった」と述べています。この上なく重い言葉です。

アメリカに従属する

もう少し大きな視点で考えると日本がアメリカの巨大な石油資本に組み込まれ、アメリカの支配

下にはいる、そして安保条約改定の年を控えていたことも要因だと思います。

日本がアメリカの世界戦略に組み込まれ従属する、いまに続く国の形を作った時期に重なります。ちなみにこの翌年に我が国初の原子力発電所である東海発電所の建設がはじまりました。

水俣病裁判が始まる

患者たちは、1960（昭和35）年水俣病終焉説の前に沈黙をせざるを得ない時期を過ごします。しかし新潟で起きた水俣病裁判に励まされ、また政府が水俣病を公害病と認定（1968（昭和43）年）したこともあり、さらに水俣病市民会議などの支援体制ができたこともあって1969（昭和44）年水俣病第一次訴訟を熊本の裁判所に提訴しました。

1973（昭和48）年の一審判決で、チッソの責任が確定し、1959（昭和34）年の見舞金契約は公序良俗に反するとして無効とされました。

患者救済をすすめる仕組みができ、チッソと患者団体間で補償協定が結ばれました。このことによって、救済を求める患者が急増しました。

しかし、これを機に被害を小さく見せようとするチッソ、国・熊本県・鹿児島県と正当な救済を求める被害者のせめぎあい、たたかいの歴史が再び始まりました。

第2の水俣病つぶし

熊本大学の研究班や民間医師団によって、1973（昭和48）年、苛性ソーダ工場を原因とする福岡県大牟田市と山口県徳山市（現周南市）の第3、第4の水俣病の発生が報告されました。環境庁は、御用学者を大動員して、ただちにこれを「誤報」として葬り去りました。

この動きを契機に、1970年代前半にふたたび水俣病をつぶす動きが出てきました。オイルショックが日本経済を直撃したころです。水俣病とともにイタイイタイ病や大気汚染公害なども終わったことにしようとする政府や財界の強い意志が働きはじめました。

水俣では、患者補償が過ぎるとチッソが倒産するというキャンペーンがなされ、チッソ存続を求

める市民運動などが展開されました。そのこともあって、チッソに対する金融支援、つまり患者補償に充てる資金を熊本県が県債を発行してチッソに貸し付ける仕組みがつくられました。

また一部マスコミや議員などが、いま騒いでいるのは金欲しさの「ニセ患者」とする発言を行いました。環境庁（当時）は、環境保健部長名の通知によって認定基準の改悪を行います。いわゆる昭和52年（1977年）判断条件です。患者を切り捨てることによって、水俣病を早期に終わらせることを政策として本格化させます。

そして地域振興の名のもとに公共事業予算の大盤振舞いが始まりました。

チッソと地域の発展こそ必要であり、そのためには水俣病は邪魔になるし、患者は騒ぐなということです。患者にとって一番苦しい時期だったかもしれません。

水俣病第二次訴訟

第一次訴訟に続いて提訴され、熊本地裁での審理、判決をへて、1985（昭和60）年福岡高裁で、「環境省の判断条件は厳格に失する」という判決を勝ち取りました。裁判所が、私たちが信頼する県民会議医師団が確立した病像を認めたのです。そして「水俣病特別医療事業」という現在の医療費救済の原型となる制度を国と熊本県、鹿児島県に作らせました。

水俣病第三次訴訟の提起

1979（昭和54）年、第二次訴訟の一審判決後の交渉で、熊本県知事が原告を水俣病でないとした判断が誤りであったことが判決で明確になったので、知事による認定を求めました。しかし熊本県の公害部長は、「水俣病の認定基準は行政と裁判所では違う」と強弁しました。

このことを契機に、1980（昭和55）年チッソとともに国と熊本県を被告に据えた水俣病では史上初めて国家賠償裁判を提訴しました。また史上初めて、2千名近い原告団が熊本、東京、京都の各地裁でたたかう、本格的な集団訴訟でした。そして司法による救済制度の確立をめざしました。

政治解決

水俣病第三次訴訟では、熊本地裁で2回、京都地裁でも国と熊本県の責任を明らかにする判決をかちとり、それにもとづき裁判所での和解協議を行いました。長い時間がかかりましたが、1995（平成7）年に、和解の成果に基づく政治解決を実現しました。

この中で、水俣病の救済手続きについて、資料や判断を国、県に独占させないよう医師団の資料と救済基準を採用させ、救済の範囲が大幅に広がりました。これまで、行政が認定したもの以外は水俣病でないとしてきた国の方針を変えることになりました。そして裁判をしなかった被害者の救済にもつながりました。

水俣病関西訴訟最高裁判決

1995年の政治解決以降も続いていた裁判があります。水俣病関西訴訟とよばれ、大阪地裁、大阪高裁でたたかわれてきました。2004（平成16）年に最高裁の判決で、国、熊本県の水俣病についての責任が確定しました。

この判決を契機に、公害健康被害の補償等に関する法律（以下、公健法）に基づく認定申請を行い、救済を求める動きが一気にひろがりました。そして不知火海沿岸で、あらたに救済を求めるたたかいが始まったのです。

ノーモア・ミナマタ第1次訴訟

2005（平成17）年に水俣病不知火患者会は、ノーモア・ミナマタ訴訟を熊本地裁に提起しました。

ノーモア・ミナマタ第1次訴訟は、熊本地裁2,492名、大阪地裁306名、東京194名、3地裁合計2,992名でたたかいました。国が初めて和解協議のテーブルにつき、2011（平成23）年訴訟上の勝利和解を勝ち取りました。

その前年2010（平成22）年には、水俣病被害者の救済及び水俣病問題の解決に関する特別措置法（以下、単に特措法）が成立し、ノーモア・ミナマタ訴訟の成果として53,000人余りを救済することができました。

救済数一覧

水俣病患者総数（熊本県、鹿児島県） 2019年5月末				
補償制度と時期	熊本県	鹿児島県	合 計	備考
①行政認定患者（1969年～現在）	1,790	493	2,283（A）	認定申請総数 20,000人超
②1995年政治解決策（1995年）	8,834	2,706	11,540（B）	
③ノーモア・ミナマタ一次訴訟（2010年和解）			2,794（C）	県別には未集計
④水俣病特措法（2010年～2012年）				
（内訳） 保健手帳からの切替	14,797	1,998	16,795	
一時金＋医療費他	19,306	11,127	30,433	
医療費のみ	3,510	2,418	5,928	
小計	37,613	15,543	53,156（D）	
ノーモア・ミナマタ訴訟＋水俣病特措法 合計	（C）＋（D）		55,950（D'）	
合 計	48,237	18,742	69,773（E）	

（筆者作成）

この間、2013（平成25）年に溝口訴訟で最高裁は、四肢末梢優位の表在感覚障害のみでも水俣病と認定しようとしました。

一見すると無機質な数字ですが、これまでの患者のたたかひの成果です。一人一人に人数分だけ様々な被害と苦悩があります。

現在も、国や県が水俣病と認めた患者は、2,283名の行政認定患者だけです。しかし、先に紹介した患者のたたかひによって、30倍近い6万7千人をこえる被害者が救済されてきたのです。

県民会議医師団

このたたかひの中で、欠かしてはならないのが県民会議医師団（団長：藤野紘医師）の存在です。1971（昭和46）年に結成され、たたかう患者に寄り添ってきました。地域にも出かけ検診を重ね、診断書を書き、法廷では証人に立ちました。臨床では数万人の患者を診察し地域での調査、研究を重ね水俣病像を確立しました。この病像が、6万7千人の被害者を救済する基準となっています。今も患者を支え続けている存在です。

7万人の救済をかちとったうえで

7万人を救済してもなお課題が残りました。環境省が、特措法で居住地域と居住期間（出生

年）によって、救済対象地域内と地域外という線引きをしたからです。この線引きには、健康調査や環境調査など裏付けになる科学的な根拠はなく、公健法によって、過去認定された患者が存在する地域か否かでしかありません。この線引きによって、対象地域外の出身者は公的な検診を受けられず、事実上の門前払いになり、また要件が満たされていないとして、1万人の人たちが切り捨てられました。さらには特措法があるということを知らなかった方々もいました。まだまだ申請者が出てくる可能性があったにもかかわらず2012（平成24）年7月、患者団体がこぞって反対したにもかかわらず、国は申請の窓口を締め切ったのです。

ノーモア・ミナマタ第2次訴訟の提訴

この被害者が原告となって提訴したのが、ノーモア・ミナマタ第2次訴訟です。2013（平成25）年に熊本地裁に提訴しました。

原告に名を連ねた患者たちは、これまで水俣病を自身の問題としては考えてこなかった層ではないかと思います。水俣病というのは、子供のころに見聞きした重篤で激しい症状を呈する患者のことであり、自分と結び付けることは少なかったと思います。幼少期から手足のしびれやこむらがり、ころびやすいなどを自覚していたけれど、社

会的な不利益を受けるのではないかという思いもあって、このような症状をあえて水俣病と結びつけることはありませんでした。しかし特措法などで、身近な人たちが水俣病と診断され救済されていく中、やっと自らも民間医師団の検診を受ける決心をしました。そうすると手足の感覚障害が確認され、まっすぐ歩く検査は簡単にできると思っていたものができないなど、いまさらに自らの症状に愕然としました。約8割の原告が指定地域外です。

したがって、この裁判はスタートした時から、特措法の不備を補完しすべての被害者を救済するためのたたかいにならざるを得ないものになっています。

熊本地裁1,491名、大阪地裁140名、東京地裁82名でたたかわれています。被告は、チッソとともに国と熊本県、慰謝料400万円、弁護士費用50万円を請求している国家損害訴訟です。

ノーモア・ミナマタ第2次訴訟での国の対応

国はいかかわらず、被害の実相に迫ることから目をそむけ、救済を拒否しています。魚介類を食べたか、そのことと症状に因果関係があるのか、大きな論点です。

論点ともかかわって国の主張について述べます。

一つは、「公式確認後、行政は魚を食べないように周知したので、住民は魚を食べていない」というたぐいの主張です。これは、いままでの裁判でも主張されてこなかったもので、国の責任の根幹にかかわることを否定しようとしています。この主張が当時の生活実態から、いかにかけ離れているか、少し考えればわかることです。国はマスコミなどを通じて食べないように呼びかけたとはいいますが、貧しい農村で、新聞をとっている世帯は16%であり、ラジオのある家は少数でした。

二つ目にこれまでの判決で批判され続けている病像について、今度は日本神経学会も巻き込んで、患者を切り捨ててきた「昭和52年判断条件（環境庁環境保健部長通知）」にいつそう固執する姿勢をみせています。国は、健康調査や環境調査を行っていませんし、民間の医師が明らかにしている

被害のあらたな知見を取り入れることを拒否しています。真実から意図的に目をそらしています。

いずれも歴史の改ざんにあたると思います。南京事件や従軍慰安婦問題などを歴史から抹殺しようとする歴史捏造の水俣病版ともいえるものだと思います。

水俣病患者と水俣病被害者

私は、水俣病患者と水俣病被害者は同義語として使っています。ところが、国は、この裁判の中で、公健法で認定されたものを水俣病患者とし、政治解決や特措法で救済されたものは、水俣病被害者としています。水俣病被害者について、患者ではないと主張しています。すなわち、政治解決や特措法はいずれも政治的判断のもとで、短期間のうちに対象者を選んだので、国が基準とする昭和52年判断条件をみたした患者とは違うということです。

このかたくなな姿勢は、水俣病の実相に向き合わず、患者を切り捨てることによって幕引きを図ってきた国の対応そのものです。民間で調査、研究、臨床で活動する医師の意見を聞かず、何よりも国は、不知火海沿岸地域全域での住民健康調査を行っていません。特措法で国は、健康調査を義務付けられました。しかし、特措法成立から10年たつにも関わらず「調査手法を研究中」だとして何ら具体的な調査をしていません。

40年前の基準に固執し、新たな知見を取り入れず、基本中の基本である健康調査をしない国の姿勢が、公式確認から63年を経てもなお解決しない本質的な理由です。

ちなみに毎年5月に行われる水俣病犠牲者慰霊式の慰霊対象になっているのは、公健法で認定されて亡くなった方だけで400人余りにとどまっています。救済制度確立前や政治解決、特措法、裁判で水俣病と認めた亡くなった数万人におよぶであろう方々は対象になっていません。

秋から全国的な運動を

おおむね2年後からは、熊本地裁を皮切りに、各地で判決が続くテンポですすんでいます。判決

に基づき、和解協議をかちとり、一刻も早い患者救済をめざしたいと考えています。

そこで、裁判所あての公正判決署名を全国規模で集めることを決めました。単に署名を集めるだけでなく、今一度、水俣病の被害の実態を知っていただくようにしていきたいと思っています。

そのためには、地元はもとより全国各地のみなさまと交流を深め、水俣病の今を知っていただくよう要請行動を行っていく決意です。各地で規模の大小にかかわらず、懇談会や集会を重ねてまいりたいと思いますので、ご協力いただきますよう心からお願いしたいと思います。

チッソの現状

ここで現在のチッソのことについて触れておきます。

2011（平成16）年、水俣病特措法によって、チッソは分社化し、事業子会社である JNC を設立しました。ちなみに J はジャパン、N は新しいという意味のニュー、C はチッソです。チッソの従業員、生産財などすべてを JNC に移し、チッソは JNC の株式を保有しています。分社化した JNC は、水俣病の責任は負わないことになっています。

チッソの狙いは、この株式譲渡をなしとげ、水俣病を起こしたチッソを消滅させることです。こんな理不尽なことを許すことはできません。

この株式譲渡については、環境大臣の許可が必要で、その条件はふたつあります。水俣病被害者の救済が終了することと経営が安定、向上し株がしかるべき価格で売れることです。

裁判が続いていますし、県知事に対して救済を求めている被害者も多数いる中では、被害者救済が終了している状況とはいえません。また、JNC は昨年まで3期連続赤字で、今年6月の株主総会では、業績不振の責任をとって社長と専務がそろって辞任する異常事態です。

熊本県から借りている県債の残高は、2,170億円になっています。この返済についてはめどがたっていないといえます。

つい最近報道されたのは、JNC が100%出資し、液晶パネルなどを作っている「サン・エレクトロ

ニクス」を2020年3月に工場を閉鎖するということです。サン・エレクトロニクスは、JNC 水俣工場に隣接して立地し、水俣市民でもある従業員114名の解雇につながります。単なる雇用の問題ではなく、チッソおよび JNC が水俣病問題にどう責任を果たすかという問題です。

ごく最近の水俣の動き（時系列で）

その1 病名改正。

2019年3月、チッソ、JNC 水俣工場正門に程近い駐車場に、畳1枚分の大きさの看板が立てられました。「メチル水銀中毒症へ病名改正を求めろ!! 水俣市民の会」とあります。病名改正を求める運動は、公式確認2年後からあり、水俣市議会でも議論されたり、厚生省などへ申し入れなどが行われています。1970年代になって病名変更を求める署名運動なども行われましたが、ここ40年ぐらいは何もありませんでしたので、今回の看板はいかにも唐突です。病名改正はチッソを擁護する人たちがすすめた運動だったので、患者の中では今でも抵抗感があります。旧くて新しい問題です。

その2 水俣市役所の部署名変更。

水俣市役所には、「環境課水俣病・もやい推進係」がありました。しかし昨年就任した現市長は2019年4月、これを「環境課環境もやい推進室」とし、「水俣病」が消えました。

その3 特別委員会名。

水俣市議会では、2019年の6月議会で55年前から水俣病を担当してきた「公害環境特別委員会」から「公害」を削除し「環境特別委員会」とし、「公害」が消えました。議員提案だったのですが、提案者は、水俣病問題を議論するのは、これまでと全く変わることはなく、環境問題をさらに幅広く取り扱うため、と説明しました。ところが、これに賛成した議員は、後日、新聞取材に対し「改称は水俣を明るくする第1歩。JNC 上場を含め、いろんな改革に向け行動していかなければならない」（2019年7月4日、西日本新聞）と答えています。

この3つの出来事は、名称から水俣病、公害という文字を消し去るということですが、わずか3カ月の間に連続して起きており、強い意志を感じ

ます。しかし、名称から水俣病を消したところで、水俣病を解決したことにならないのは明白です。

戦争法を平和安全法制と呼び、カジノを総合型リゾートと言いかえ、本質をごまかし続ける安倍首相の手法と重なって見えます。

おわりに

国や県にとって、水俣病問題の解決は「紛争の終了」という意味です。被害の救済が終わったかどうかではありません。私たちが、すべての被害者の救済を求めてたたかい続けることが、大事だと思います。

この点で、当事者である患者が文字通り命をかけてたたかい、情勢を切り開いてきたことは忘れてはならないと思います。国や財界が総力をあげてつぶそうとした水俣病を、昭和44年の提訴以来、切れ目なく裁判をたたかい、また裁判以外のたたかいをふくめて、患者救済をすすめてきました。

たたかってこられたすべての患者のみなさんに心から敬意を表したいと思います。また、それを支えてこられた医師や弁護士、支援の方々、広範な国民のみなさまにも心からお礼を申し上げたいと思います。

このような先人のたたかいに学びつつ、いま私たちの要求の前に立ちはだかるチッソ、国、県に対し新しいたたかいに全力をあげて挑んでいきたいと思います。

また、私たちのたたかいは、福島につながっていると思っています。水俣病と原発事故被害は、ともに国策によって引き起こされた公害であり、国や東京電力による幕引きを許してはなりません。ともにたたかっていきたいと思っています。

最後に、いよいよ証人尋問が始まるノーモア・ミナマタ第2次訴訟に対するご支援を重ねてお願い申し上げます、終わりたいと思います。

(なかやま ゆうじ、NPO みなまた代表理事)

今、また「水俣病」が教える学術団体の影の側面

戸倉 直実

1、私がなぜ水俣病を追い続けるのか

個人的な出来事から紹介することをお許ください。『みなまたは終わっていない』（かがわ出版、2010年）という本があります。2009年に不知火海沿岸住民を対象とした検診の報告書です。原田正純医師らの呼びかけに全国から医師144人、看護師その他の専門職600人以上が集まり、1000人を超える住民を調査し、9割を超える受診者に水俣病にみられる感覚障害を認めました。私も参加した医師の一人でした。「水俣病の申請するのに神経内科専門医が必要だから来てほしい」という依頼が突然来たのです。終わったと思っていた水俣病の検診を、今、しなければならない訳に、思い当たることがあり、すぐ承知しました。私の勤務先には「被爆医療」を専門とする医師がいて、自然と被爆者の診療をしていました。戦後40年も過ぎていた時期に、火傷痕などはほとんどないのに「ぶらぶら病」と呼ばれる全身倦怠感で仕事ができない患者さんが様々な病気で受診していました。癌と診断された被爆者は認定されていましたが、それ以外の病気の方々は認定されず、「被爆者手帳」を持って受診していました。新たな申請をする患者さんも来られており、被害者に線引きをする政策が被爆者と水俣病は同じだと思いました。

水俣病が公式確認されたのは1956年、当時メチル水銀を摂取した可能性の高い住民は47万人ともいわれていました。水俣病と認定されていた患者さんは約2千人（認定未処分者6千人）、和解や救済措置で医療費負担を免除された人が2万7千人しかいないこともこの時に初めて知りました。水俣病を診療したことのない私に何ができるのか、全く分からないままに引き受けてみて、どの患者さんも感覚障害があることに驚きました。受診者は軽症でわかりにくいだろうと予測していた

のですが、明らかな感覚障害があるにもかかわらず、様々な事情によって、数十年の時を隔てて、初めて検診を受けた方が多かったのです。

衝撃を受けて水俣から戻り、地域のミニコミ誌に「水俣病の検診で感覚障害の患者さんをみました」というレポートをしたところ、「私の症状と同じです」と名乗り出た患者さんがいました。直ぐ近くの市内にお住まいで、手足の感覚障害があり、大学病院で検査を受けても原因不明で治らないと言われていたということです。早速受診していただき、保健手帳を取得されました。医師としてその病気を知らないことの罪を感じた初めての体験でした。その後、首都圏で多くの不知火海沿岸出身の方が診察を希望していることがわかり、東京民主医療機関連合会の医師達で100名以上の方々を診察することになっていきました。

2011年、首都圏の住民が被曝者となった福島第一原子力発電所の人災が起きました。当事者となった私達に、国は線引きをし、被害者の差別をしたのです。その時の学者たちの空虚な安全神話と不安に対応するためのリスクコミュニケーション手法を見て、歴史の繰り返しを感じました。ここにみられる共通項は、政府と企業による「人災」にもかかわらず真実が明らかにされていない点です。過ちを繰り返さないためには、歴史をさかのぼって、終わっていない「人災」に対応していかなければならないとの思いを強くしています。

2012年に水俣病特措法による救済は終了してしまいました。その後も、自分の症状が昔住んでいた不知火海沿岸のメチル水銀中毒と関係があるのではないかと、ようやく気付いた方々がおられます。けれども、現在は1972年に定められた認定制度しかなく、認定基準が複数の症状を示さなければ認められない厳しいものであるために、感覚障害を主症状とする多くの方が認められず、裁判の原告となって、国と闘っています。その裁判の中で、今になって、「日本神経学会の見解とされる

もの」が政府側の証拠として出されたことは、驚きであり、さらにその内容を知って、黙っていることはできません。

2、日本神経学会の環境省への2018年5月10日「メチル水銀中毒症に係る神経学的所見に関する意見照会に対する回答」の問題点

「メチル水銀中毒症に係る神経学的所見に関する意見照会に対する回答（以下「回答」と略しています）」について、「回答」に至る経過と「回答」の内容そのものについて問題があります。私は、日本神経学会は「回答」を撤回すべきと考えています。会員として、理事会に再検討してほしいと考え「要望書」を仲間とともに提出しましたが、会員に対する回答としては説明が不十分であり、2019年5月には再要望を行いました、答えは変わりませんでした。

（1）「回答」が環境省に出された経過の不透明性

環境省からの「メチル水銀中毒に係る神経学的知見に関する意見照会（回答依頼）」が2018年5月7日に出されており、回答はその3日後にされています。これでは、十分に検討する時間があったとは言えません。この点について、神経学会発表の「2017年度第5回日本神経学会理事会議事要旨 2018年1月26日」では、

「メチル水銀中毒症をめぐる議論への意見 首記の問題について高橋代表理事から現段階で環境省に依頼され、神経学会のワーキンググループで取り纏められた神経学会の見解（案）が披露され、理事からはおおむね肯定的な意見が出された。しかし本問題が社会的に複雑な要素を含む問題であることを考慮に入れ、見解（案）の理事会承認には慎重を期して、見解（案）を各理事が十分検討したうえで、次回理事会で継続審議する旨の説明があった。」

とあり、正式な文書の照会がある前に、何らかの形で依頼があり、ワーキンググループが組織され、

見解が作成されたことになります。しかし、ここではどのような目的で、見解を作成することになったのかわかりません。さらに次の「2018年度第1回理事会議事要旨 2018年4月14日」では、

「メチル水銀中毒症をめぐる議論への意見について 高橋代表理事から、資料（20）に基づき2018年1月の理事会で説明があったメチル水銀中毒症をめぐる問題に関する本学会の見解について、見解を取りまとめたいこと、その見解をHPで公表することについて提案があった。その後の審議では様々な意見交換があったが、本学会の見解として取りまとめられた内容は承認された。しかし公表の仕方については、学会から一般社会に公表する方法ではなく、本件に関する見解の取りまとめを依頼してきた環境省に回答する方法で、代表理事に環境省との調整を依頼することになった。」

そして「2018年度第2回理事会議事要旨 2018年5月23日」にて

「メチル水銀中毒症に係る神経学的知見に関する意見提出について（資料6）高橋代表理事から、資料に基づき、4月14日の理事会、その後のメール審議で了承をいただいた環境省からの意見照会に対する回答を5月10日に行ったことが報告された。」

理事会要旨によれば、環境省の意見照会の文書が理事会で検討されることはなく、最後には「メール審議」がなされて、代表理事に調整が一任されます。「回答」が正常な手続きを経ないで、まとめられた経過がこの短い要旨からも読み取れます。

（2）会員に公開されず、裁判の証拠資料という形で明らかにされた点

「回答」をすることについて、一般会員に公開しないまま、理事会決議で環境省に提出したことは、学術団体としての公平性を保つ民主的な手続きとは言えません。環境省からの照会の質問事項が、

裁判の論点であることから、裁判証拠資料として使用されることを承知の上で「回答」していると理解するのが自然です。私もまた裁判資料として提出された後に、「回答」があることを知人から教えられました。2019年5月に大阪で開催された日本神経学会第60回学術大会の社員総会でもこの「回答」についての報告はされませんでした。この文章を書いている2019年8月時点においても約8000名の神経学会員のうちの大多数がこの「回答」の存在すら知らないのではないかと思います。

（３）「回答」の作成に関与した「ワーキンググループ」が非公開であること

ワーキンググループの責任者と構成員などの公開を要望した私たちに対して、「個人情報」という理由で氏名を明らかにしていません。日本神経学会の見解と位置付けた「回答」の裏付けとなる具体的な根拠を示していません。学術団体としての信頼を揺るがす、あり得ない態度と言わざるを得ません。

（４）環境省が照会した３点の「回答」の内容への異論

私は、もともとメチル水銀研究者ではありません。詳細な解説は専門家に譲り、臨床医であれば共通して指摘できる初歩的な誤りについて述べます。

①第１の照会事項『「神経系疾患の診断にあたっては、神経内科に十分習熟していることは必要ではない』について』では、「神経学的診察が『神経学に習熟した神経内科専門医』であることを必要とする。」と結論しています。実際には、多くの精神神経科医や内科医が水俣病検診に携わり、神経診察をしています。神経診察技術は、医師の普遍的な技術であり、神経内科専門医の独占技術ではありません。何人かの神経内科専門医から、「水俣病の検診を頼まれたが、所見がよく解らなかった。」との感想を聞いています。私の経験では、むしろ神経内科医の方が誤診しやすいかもしれません。専門知識によれば四肢末梢優位の感覚障害は、末梢神経障害といいこみがちですが、腱反射が亢進している例も多く矛盾しています。この症状はわからない神

経所見となりがちです。より深く知れば、メチル水銀中毒は中枢性の感覚障害を含むことがわかります。私自身も、10年前に水俣病検診に参加するまで、中枢性の感覚障害により、全身性の感覚障害をきたしている症例があることを知りませんでした。現在、神経内科専門医の何割がこの事実を知っているのでしょうか。その事実を誰も調査していません。

②第２の照会事項『「メチル水銀中毒による神経系疾患においては、症候の変動がみられることは争う余地がない』について』見解は「以上のことから、ある時点で実施した神経学的診察で得られた神経徴候に矛盾がある場合や、経時的に神経徴候が大幅に変化する場合には、中枢神経系の器質的病変によるものとは考えにくい。」と記載しています。一般の臨床医であれば、神経徴候の変動や経時的な変化は、パーキンソン病や認知症、多発性硬化症などの変性疾患でも、脳血管障害でも神経疾患では日常的に変動も経時的な変化も認められるものであることを経験しています。見解の作成者が、極めて臨床経験に乏しいか、自己の経験を無視して、教科書に書かれた架空の典型例に囚われていると思わされます。

③第２の照会事項に触れる中で「何ら日常生活動作の障害がみられない場合は、中枢神経系の器質的病変の有無の判定は、慎重に行う必要がある。」との記載を追加していることは、この見解を作成する態度を表しています。日常生活動作の障害は、病変の程度によって起こされるものであり、軽症であっても器質的病変を同定することが神経学的な診察です。日常生活への影響を考慮するのは、その障害を「認定」する可否かの判断を目的とする場合で、社会的・政治的判断となります。神経症状の診断とは異なるものであることを混同しています。

④第３の照会事項『「メチル水銀曝露終了後更に長期間経過後に、老化に伴い臨床症候が顕在化することもある」について』に対し、「メチル水銀中毒症における曝露停止から発症までの潜伏期間についても、『数か月からせいぜい数年』という考え方が、少なくとも現時点では医学的な定説となっている。」と記載され、「一部の学

者からこれまでの定説に反するような仮説の提唱がなされているようである。(中略)その取り扱いには細心の注意が必要である。」と、書き添えられています。10年後の研究で「遅発性水俣病」と名付けられた報告例が存在しています。私たちの調査でも、複数の方から30年を過ぎて自覚症状が現れたり、悪化したと聞きとっています。その後の公的機関による、長期の追跡研究が極めて少ないことこそ問題です。不知火海沿岸と阿賀野川流域でメチル水銀曝露者に同じ現象が起こっている事実に対して「仮説」と切り捨てる見解は誤りといえませんが、

3、「回答」をした専門家たちの心理状態に潜む危険と対応

1977年に認定基準が定められてからの長期の沈黙を破って、日本神経学会が見解を発表したことについて、政治的な意図を感じざるを得ません。

ここで個人的なエピソードを紹介します。私は2011年5月18-20日の日本神経学会に「首都圏在住のメチル水銀被曝露者の神経症候」をまとめ、143人の被曝露者の神経症状が水俣で見られる症状と共通していることを報告しました。その中で首都圏の曝露者の中には汚染地を離れてから発症し、30年以上を経て増悪した例が含まれていることを発表しています。次に、2012年12月1日の日本神経学会関東・甲信越地方会にて、「出生から成長期のメチル水銀曝露者の神経症候—首都圏在住者の実態調査より—」の演題発表を行いました。この発表の際、座長から次のような質問を受けました。「演者は、患者の感覚障害をどのようにして詐病と見分けたのですか？」と聞かれたのです。想定外の質問に戸惑っていたところ、会場にいられていた恩師が「私は水俣病患者を診察した経験があります。感覚障害は主観的なものです。今の演者への質問は失礼だと思います」と助け舟を出してくださり、ほっとしたことを覚えています。後にその恩師から、大学内で水俣病に係る研究を禁止されていたことを聞きました。

今回、日本神経学会が「回答」で示した態度は、裁判で被告の国・環境省に沿うものとなっています。この「科学の不確実性」に基づく真実から目

を背けさせる手法は「アグノトロジー—無知の文化的生産—」という造語で、2005年スタンフォード大学のロバート・プロクターらによって、研究されてきたことを知りました。藤岡毅の「低線量被ばく問題とアグノトロジー」論文の中で、科学者が歴史の中で誤った行動をした前例の中に水俣病事件も含まれていると指摘されています。少し長いのですが以下に引用します。

「水俣病事件においてもチッソ水俣工場の排水に原因を求める見解に反論するために同工場は水俣病の研究組織を立ち上げて反論した。さらに熊本大学医学部研究班が中心となった厚生省食品衛生調査会・水俣食中毒特別部会が、水俣病の原因物質は有機水銀化合物だとする結論を厚生大臣に答申するや否や、日本化学工業会が中心となって「爆薬説」をマスコミに発表して有機水銀説を相対化した。このように複数の説を併存させることによって「原因はまだ不明」という印象を作り出すこともアグノトロジーの手法である。特別部会を解散させた後、政府が設置した水俣病総合調査研究連絡協議会では、設立当初、有機水銀説を支持する科学者が多数を占めていたが、第3協議会で日本化学工業会水俣病研究懇談会委員長の田宮猛雄日本医師会会長や勝沼晴雄東大医学部教授、赤堀四郎阪大学長、石本真東大助教授が加わり有機水銀説批判を展開するようになった。第4回協議会では赤堀四郎の「有機化合物だけを取り上げない方がよい」という発言を契機に、清浦雷作東京工業大学教授の「アミン中毒説」、戸木田菊次東邦大教授の「腐敗アミン説」など様々な異説が議論されるようになり、「原因不明」とされたまま、その後10年近くにわたって工場排水の垂れ流しは続けられ、結果として、膨大な数の水俣病患者が生み出された。チッソ水俣工場のアセトアルデヒド生産の維持という経済的・政策的利害の追求のために企業・業界と行政（政府・自治体）の連携によって「有機水銀説」という科学的「知」の「無知」化がすすめられたのである。—中略—このように日本の公害問題においてはしばしば生じることであるが、専門家の「不確実性」の強調が問題の本質をはぐらかし、被害の放置につながったという事例は枚挙にいとまがないのである。」

4、終わりに

今回の日本神経学会見解は、学会の権威をもって事実を明らかにせず、アグノトロジーと名付けられた手法を用いて、回答者らの無知と不作為を「不確実」や「仮説」を理由に、問題を先延ばしにするものです。高齢化した被害者は生きているうちに被害事実を認めてほしいと願っています。いくら科学の営みを遅らせたとしても、歴史の中でいずれ真実は明らかにされるでしょう。

日本神経学会倫理綱領には、「2）本会員は、研究、教育、診療およびその他の活動が社会に与える影響を考慮し、常に社会の信頼を得るよう努める。3）研究においては、高い研究者倫理に基づき、正しく、誠実な公表に努める。」とあります。情報があふれる社会において、学術団体が正しい情報を流さなければ、人々が惑わされ、被害が拡大する事実があります。日本神経学会は、社会に有害な影響を与え信頼を損なう、今回の「回答」を撤回するしかありません。

参考文献

全日本民主医療機関連合会編著（2011）「みなま

たは終わっていない」かもがわ出版

高峰武（2016）「水俣病を知っていますか 公式確認から60年 ―問題はなぜ続くのか」岩波ブックレット948

内野誠・荒木淑郎（1984）「慢性水俣病の臨床像について―最近の水俣病認定者100人の神経症候の分析を中心に―」『臨床神経学』（24）235-239

原田正純（1994）『慢性水俣病・何が病像論なのか』実教出版

西澤正豊・下畑享良（2015）「新潟水俣病の神経学」『神経治療』32（2）119-122

高岡滋（2011）「水俣病の健康調査の必要性を問うシンポジウム すべての被害者を救済せよ！」報告集

ノーモア・ミナマタ被害者弁護団全国連絡会議

ノーモア・ミナマタ全国支援連絡会議

藤岡毅（2018）「低線量被ばく問題とアグノトロジー」『研究ノート』69—87

中野浩（2015）「水俣病事件における歪曲作用―ある行政機関報告書に掲載された科学者名簿の意味―」『市民研通信』179（33）1—7

（とくら なおみ、東葛病院付属診療所所長）

ドイツの介護保険改革(1)

介護強化法制定の背景と保険料

小磯 明

はじめに

筆者は、2017年8月から9月にかけて、ドイツ・フランクフルトとミュンヘンを視察調査してきた(小磯明 2017)。ドイツでは、介護保険改革で軽度者にも給付を拡大した。認知症ケアと在宅緩和ケアについても、新たな取り組みを始めていた。また、複合型高齢者施設など、ドイツらしい新たな住宅作りにも着手していた。

筆者がミュンヘンを初めて訪問したのは2005年11月で、この時は、バイエルン州MDK(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: 疾病金庫)への訪問と在宅ケアの取り組みとして、カリタス・ゾチアルスタチオン(Caritas Sozialstation)の事業について調査した(小磯 2006; 小磯 2016)。その後、ドイツを訪問したのは、2012年11月3日から11日にかけて総研が主催・企画したドイツ視察調査であった。AWO(労働者福祉団体)が運営するケーニッヒスブルンの高齢者施設やフライブルク大学関連病院の視察、そしてヴォーバン地区の再生可能エネルギー調査を行った(小磯 2015)。この時の訪問先は、ミュンヘン、フライブルク、ヴァイセンブルク、シェーナウ、フライアムト、ヘデルベルク、ローテンベルク、フランクフルトなどのドイツの街とスイスのヴァーゼルであった。医療福祉関連の視察は、高齢者施設2カ所と病院1カ所の事業所を訪問した。

筆者はすでに2008年介護改革と2012年の2つの改革(介護保険新展開法と新介護職法)について述べている(小磯 2014)。そこで本稿では、2017年の視察調査を踏まえて、ドイツ介護保険の変遷を述べた後、今回の改革を行った背景について述べ、改革の内容のうち、財源としての保険料について述べることにする。研究方法は、現地視察調査と帰国後の文献調査による。

1. ドイツ介護保険制度の変遷

ドイツの介護保険法(Pflegeversicherungsgesetz)は、1994年に公布され、1995年に保険料の徴収が開始され、その3ヶ月後にサービスの給付が開始された。より正確に言えば、ドイツでは介護保険制度が段階的に導入されており、1995年の1月に保険料の徴収がはじまり、4月に在宅サービス、翌1996年7月に施設サービスが開始されている。つまりドイツの介護保険制度は、1994年の公布から数えて25年目であり、1995年1月の保険料徴収から数えると、2020年1月で25年目を迎えることとなる。

そもそも介護保険の制度を定めるのは、社会法典第11編—公的介護保険(Sozialgesetzbuch—Elftes Buch—Soziale Pflegesversicherung)(以下、本稿では「介護保険法」という)である。近年では、2013年1月1日施行の介護新構築法(Gesetz zur neuausrichtung der Pflegeversicherung)及び2015年1月1日施行の第1次介護強化法(Erstes Pflegestärkungsgesetz)により介護保険法が改正され、給付の拡充や、給付の柔軟な請求に関する規定等が定められてきた。具体的には、介護新構築法の「主な改正内容は、認知症の要介護者に対する給付の引き上げ、保険料率の引き上げ、追加の民間介護保険の加入に対する助成等である」(渡辺富久子 2012)。第1次介護強化法においては、「在宅介護の支援強化、介護保険の財政基盤の強化等が定められた」(渡辺 2015)。「この法律により、在宅介護のための年間給付総額は14億ユーロ、施設介護のための年間給付総額は10億ユーロ増額された」(渡辺 2016)。

2015年には、さらに第2次介護強化法(Zweites Pflegestärkungsgesetz)が制定された。この法律も介護保険法の一部を改正する法律であり、2016年1月1日に施行された要介護認定の基準の変更

に関する規定である。2013年以降の一連の介護保険法の規定の変更は、一体として介護保険制度の新機軸をなすものとされている（Deutscher Bundestag 2015：61）。

第2次介護強化法による介護保険法の改正により、2017年以降の要介護認定においては、身体的機能の低下のみではなく、認知機能の低下も同等に評価されることになった。その結果、全体として認知症患者に対する給付が改善されることとなる。また、従来、3つに分けられていた要介護等級（Pflegestufe）は、改正後5つの要介護度（Pflegegrad）に分けられた。

2017年1月1日に施行された第3次介護強化法（Drittes Pflegestärkungsgesetz）では、要介護者に直接関わる制度改正というより、要介護者が生活している地域の自治体による介護に関わる役割を強化することが目的である。その法内容は、第一に2008年の「介護保険発展法」により設置することが可能となった「介護支援拠点」を新たに設置するための権限を、地方自治体に5年間の限度で付与するというものである。次に、それまで介護金庫が実施してきた介護相談事業について、地方自治体の介護相談員が実施するというモデル事業を全国で60実施するというものである。さらに、地方自治体による追加的な介護給付の実施とそのための財源確保もその内容となった。

第1次介護強化法から第3次介護強化法が最も新しい改革であり、ドイツにおけるこれまでの介

護改革の中でも、最も抜本的な改革と言われている。このような改革を行った背景と介護保険料について述べる。

2. 改革を行った背景

（1）認知症患者の増加

ドイツでも認知症の患者が社会の高齢化に伴って増加してきた。これまでの要介護定義は身体的な障害に注視してつくられていた定義であった。それに関しては、介護保険設立当初から疑問の声が寄せられ議論されてきた。要介護定義を変えることは給付を増加させることと、一度作ったものを変えることは難しいことから、構造的な変革をすることなしにここまでできてしまったのが現状である。

ドイツ・アルツハイマー協会（Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V.（DALzG））が推計したこれからの認知症の人の数の推移を示したのが表1である。ドイツの65歳以上人口が（a）、認知症の人の数が（b）になる。65歳以上人口は2040～60年には17.1百万人から23.0百万人と推移するのに対し、認知症者数は2030年には200万人を超え2050年には290万人となり、2060年には若干減少するもののほぼ横ばいともいえる288万人になることが予測されている。2040年には、65歳以上高齢者数の10%以上が認知症患者と推計されている。

表1 ドイツの65歳以上高齢者数と認知症者数の推移(推計)

年	65歳以上高齢者数(a) (百万)	認知症者数(b) (実数)	b / a (%)
2014	17.1	1,551,600	9.07
2020	18.3	1,774,100	9.69
2030	21.8	2,075,640	9.52
2040	23.3	2,465,400	10.58
2050	23.1	2,904,660	12.57
2060	23.0	2,882,400	12.53

注1) 移民の増加が継続するものと仮定。

(出所) ドイツ・アルツハイマー協会より作成。

ドイツの介護保険制度は必要なサービスをカバーする範囲は狭く、介護に必要なサービスをすべ

て賄うことができないため、しばしば「部分保険」と称される。そして年齢による取扱いの区別はな

い。そもそも「介護」の訳語が当てられるドイツ語の“Pflege”は、「面倒を見る」「世話をする」という意味であり、病児の看護についても用いられる言葉である。本稿でも「世話」という言葉を使用しているが、「介護」の訳語であることに留意されたい。

このように、ドイツの介護保険は部分保険であり、家族による在宅介護を中心とした制度である。ドイツの介護保険が、こうした認知症患者の増大に耐えられるとは到底考えられない。

そもそも1995年にドイツで介護保険が発足した時、その評価基準は主に身体的介護に対応しており、認知症患者や精神障害者の多くは要介護とは認定されなかった。しかし、認知症対応への批判が高まり、2002年に認知症患者への世話・ケア（Betreuung）などに対して、介護保険から年額460ユーロの世話給付を基本給付に付加して行うこととした。

2005年に政府は、現行の要介護概念では認知症を要介護と認定することが難しいとその見直しを行うとして、2006年に連邦保健省に要介護概念の見直しに関する専門委員会が設置された。

2008年の改革では、要介護概念の見直しは見送られたが、認知症患者に対する給付改善が行われ、年額460億ユーロの追加的な世話給付が月額100ユーロまたは200ユーロ（重度の場合）へと大幅に引き上げられた。また、認定基準では要介護に該当しない者（いわゆる「要介護度0」）であっても、認知症などで日常生活能力が著しく低下している場合には、上記と同額の世話給付が支給されることになった。さらに、要介護度Ⅰ～Ⅲの者が認知症と認定された場合も追加の世話給付が行われることになった。

2009年に専門委員会による報告書が提出された。そこでは、認知症などを要介護の概念に入れるとした場合には、介護に要する時間を尺度とする概念では捉えられないとして、新たに要介護者の自立の度合いを尺度とする概念に代えなければならないという提案が行われた。

2013年の改革で、要介護概念の改正に向けた前提づくりが行われた。そこでは、要介護度0であっても認知症で著しく日常生活に支障がある者には、新たに要介護度Ⅰの半額相当の給付が行われ

ることになった。また、要介護度Ⅰ・Ⅱの認知症患者には通常の介護手当および介護サービスの給付額を支給することに改められた。これに前述した世話給付が付加された。認知症患者の介護の負担の大きさが認識されたのである。

（２）女性の就業率の増加

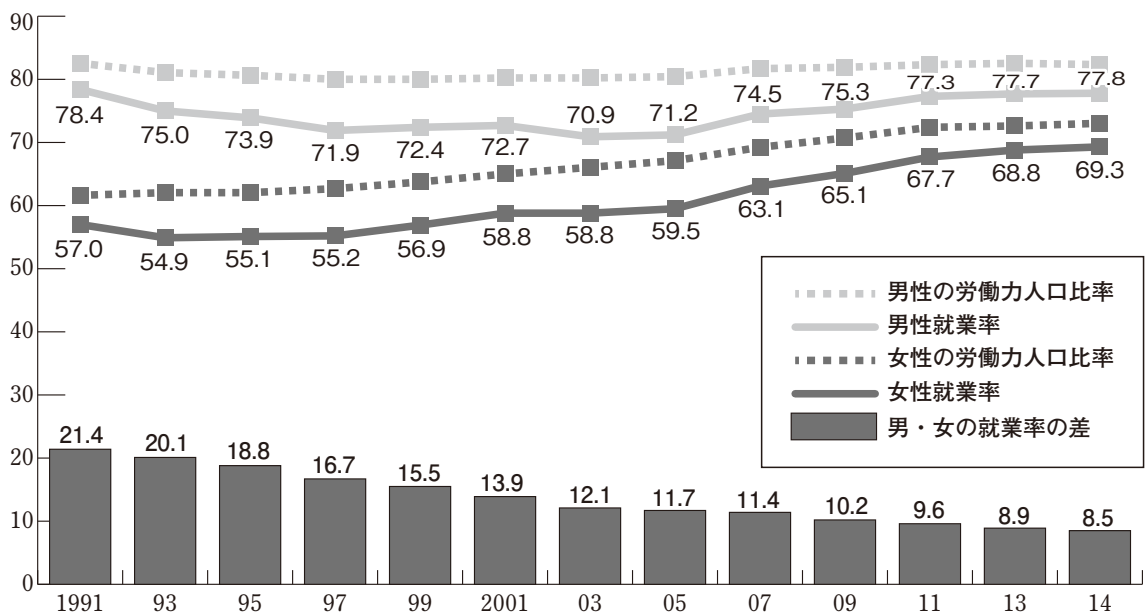
ドイツの女性の就業率を示したのが図1である。1991年から2014年までの、15歳から64歳までの「男・女の就業率」と「男・女の労働力人口比率」をそれぞれ折れ線グラフで示している。棒グラフは、就業率の男女差である。

上の実線は男性の就業率であり、2014年時点を見ると女性の就業率（下の実線）は70%くらいになる。当然女性就業率は現在も上昇しており、最近では70%以上になっており、男性とほぼ変わらない状況まできている（2017年調査）。棒グラフの「男女の就業率の差」をみると、男・女の就業率の差が縮まってきているのは一目瞭然である。やはり2014年をみると、8.5%（77.8%－69.3%）まで差が縮まっている。1991年の21.4%から12.9ポイント下がった。

社会構造が変化しているのは高齢化だけではなく、女性の就業が質量とも高まっていること、そして可動性が高まっていることも挙げられる。むしろこちらの社会構造の変化の方が非常に大きな問題といえよう。「可動性」とは何かというと、仕事の関係で故郷にとどまることができず、親からかなり遠いところに住まなければならないこと、出張が多くて親の家の近くに住んでいたとしても世話をする時間がないという人が増えていることである。ドイツでは従来、親の近くに住みながら介護をするのが一般的であったことを考えると、深刻な事態といえよう。

（３）独居高齢者の増加

次に、独居の人が多いといわれるドイツでは、実際にどれくらいの単身世帯が存在しているかを示したのが表2である。この表は、2014年と1999年の65歳以上の独居者の率を調査した結果である。左側の男性のうち65歳以上「単身世帯」をみ



注1) 労働力人口：15歳以上の人口のうち「就業者」と「完全失業者」を合わせたもの。

注2) 就業率：15歳以上の人口に占める「就業者」の割合。就業者は「従業者」と「休業者」を合わせたもの。

(資料) Statistische Bundesamt, Mikrozensus, auf Anfrage.

(出所) WSI GenderDatenPortal 2016.

図1 就業率と労働力人口比率

ると、1999年が16.8%、2014年が19.4%で、差は2.6ポイントしかなく、率としても少ない。それに対して女性をみると非常に高率であること、そして1999年の50.8%から2014年の44.6%に6.2ポイント減少していることが見て取れる。

なぜ減少しているのか。これらの世代は、1999年の段階では男性が戦争で死亡して、女性が一人で住むことが多かった。しかし現在は生存男性が多く、パートナーと一緒に住んでいる。65歳以上の女性の項目の44.6%の横に49.3%という数字がある。これはペアでパートナーと一緒に住んでいるという率になる。

一番右側が、「子どもと住むなどその他の生活形態」になり、これは男女ともに減っている。ドイツでは子供と住むことが少なかったが、少ないなりに1999年には9.7%であったが、2014年には6.1%となり、15年で3.6ポイント減少した。ただしここで把握されていないのは、高齢者住宅に住んでいる、あるいは介護ホームに入っている人である。単純に1人部屋であれば1人で住んでいる単身世帯とカウントされるので、その割合は不

明である。

(4) 誰が在宅介護をしているか

図2は、誰が在宅介護をしているかを示している。主な介護者と要介護者の関係をパーセンテージで示している。

一番上は男・女のそれぞれの合計で、女性(2010)が72%、女性(1998)が80%である。男性(2010)は28%、男性(1998)は20%である。女性の割合は減少し男性の割合は増加している。女性の割合は減少傾向だということがこの図からわかる。

誰が介護しているかを上位3位まで見ると、一番多いのは娘で、1998年は23%で2010年は26%である。2番目に多い「女性パートナー」は主に妻ではあるが、ドイツには結婚というかたちをとらないで一緒に住んでいることが多いので、ここでは妻とはなっておらず、「パートナー」という言葉を使っている。「女性パートナー1998」が20%、「女性パートナー2010」が19%である。3番目に多いのが「男性パートナー1998」で12%、「男性

表2 Männer und Frauen nach Altersgruppen und Lebensform
(男性と女性の年齢階層と生活形態)

(単位: %)

年齢階層	男性			女性		
	単身世帯	夫婦 (パートナー) 世帯 ¹⁾	その他世帯 ²⁾	単身世帯	夫婦 (パートナー) 世帯 ¹⁾	その他世帯 ²⁾
2014年						
18-39	26.8	38.4	34.7	18.4	50.2	31.4
40-64	21.6	72.0	6.4	16.7	71.9	11.4
65以上	<u>19.4</u>	78.2	<u>2.4</u>	<u>44.6</u>	<u>49.3</u>	<u>6.1</u>
内訳						
65-69	17.1	80.6	2.3	27.7	68.1	4.2
70-74	16.7	81.2	2.1	35.0	60.8	4.2
45-79	18.5	79.6	1.9	46.0	48.3	5.6
80-84	23.3	73.8	2.9	60.1	31.7	8.2
85以上	34.2	60.8	5.0	73.7	14.1	12.2
1999年						
18-39	20.7	47.8	31.5	13.3	59.9	26.8
40-64	13.4	82.2	4.4	13.5	78.5	8.0
65以上	<u>16.8</u>	80.1	<u>3.0</u>	<u>50.8</u>	39.6	<u>9.7</u>
内訳						
65-69	12.6	85.2	2.2	31.6	62.5	5.9
70-74	13.7	83.9	2.4	44.6	47.9	7.5
45-79	18.4	78.5	3.2	60.2	30.3	9.5
80-84	26.2	69.4	4.3	71.2	15.9	12.9
85以上	38.6	52.8	8.6	72.4	6.9	20.6

注1) 日本では「夫婦世帯」などと言うが、ドイツでは結婚していなくても同居している「パートナー」もいるので、表では「夫婦 (パートナー) 世帯」とした。

注2) Alleinstehende in einem Mehrpersonenhaushalt, alleinerziehende, ledige Kinder. (子どもと住むなどのその他の生活形態)。

(出所) Ergebnisse des Mikrozensus-Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz.

パートナー2010」で15%である。2010年だけを見ると、娘に介護されている人が26%、妻、もしくは女性パートナーに介護されている人が19%である。そして夫、もしくは男性パートナーに介護されている人が15%となる。

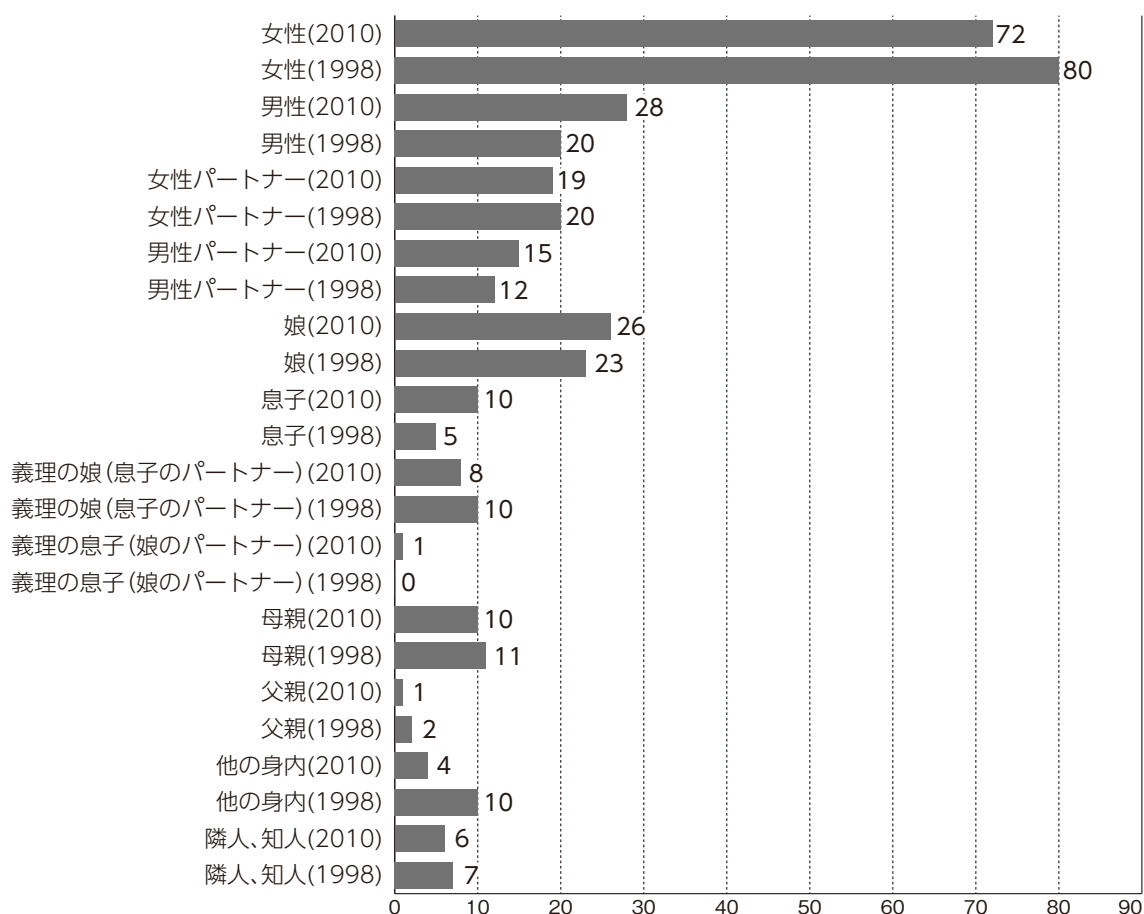
(5) 公的年金に義務加入する男女の介護者の数

図3は「公的年金に義務加入する男女の介護者の数(千人)」である。年金をもらうまでに、本格的に介護をしている人を対象とした統計であ

る。介護保険で、「この人は在宅の介護者である」ことがしっかり認められて、年金の補助を受ける資格を持つ人の数である。それが母数となって調査した図である。

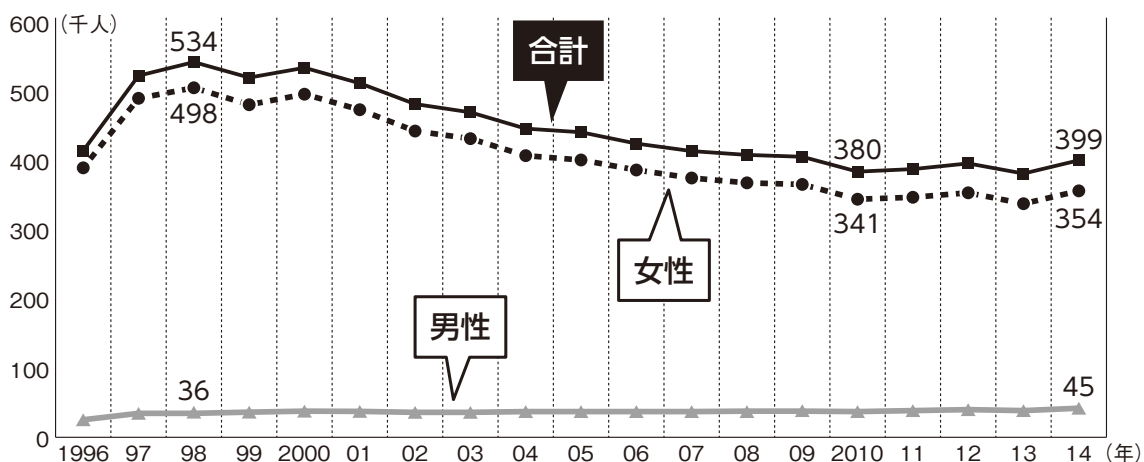
一番上が合計で399,000人、次が354,000人で女性、その下の45,000人が男性になる(2014年)。これを割合にすると、88.7%となり圧倒的に女性が多い。男性は11.2%しかない。

なぜこのようになるのか。介護保険においては「主な介護者」と認められる時間数を介護している男性が少ないからである。つまり、図ではカウントされていない男性がいれば、女性が多くなる。



(出所) Schmidt, Manuela / Schneekloth, Ulrich 2011: Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Witerentwicklungsgesetzes", bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Berlin.

図2 主な介護者と要介護者の関係；1998年と2010年



注1) 一般の仕事の時間数が週30時間以内、かつ介護を週に少なくとも14時間は行っている人。

(出所) WSI FrauenDatenReport ; Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung.

図3 公的年金に義務加入する男女の介護者の数 (千人)

年金をもらえる資格を得るためには「一般の仕事の時間数が週30時間以内、かつ介護を週に少なくとも14時間は行っている人」という条件が最低基準になる。このような基準があることから、女性が圧倒的に公的年金に義務加入することが理解できよう。ただしこの基準は、第二次介護強化法で改正された。新しい基準は、介護者については従来の「週に14時間以上介護する者」から「通常は週に2日以上で合計10時間以上介護する者」に要件が変更となった（松原 2018）。また、離職して要介護2以上の要介護者を介護する場合には、失業保険料が介護金庫から支払われることとなった。

4. 改革の評価

（1）国民は介護改革をどう考えているか

以上が、介護改革が行われた主な社会的変化の背景である。そのような中で、国民は介護改革をどう捉えているか。連邦保健省による世論調査（2015年）によると、「やはり歳をとったら少しくらい障害があっても自宅にとどまりたい」という人が9割であった。そんな中で抜本的に変える必要があるということで、やっとアンゲラ・メルケル政権が重い腰を上げて、改革を実施したということである。ただし要介護定義に関しては、ドイツ社会民主党ヘルムート・シュミット首相がゲアハルト・シュレーダー政権の保健大臣をしていた時に「要介護定義はこれではだめだ」ということで、「認知症を含めた要介護度定義に作り直す」ことを大々的に謳っていた。その時代から、要介護定義を見直すための政府の委員会等があった。つまり、要介護定義の見直しに10年の歳月をかけてやっと実施されたということである。

今回それで改革が行われ、第一次介護強化法が2014年末に決議された。2015年秋の世論調査によると、給付が増える方向に決まったが、77%の国民が「介護改革の正しい方向への一步」だと判断をしていた（連邦保健省による世論調査、2015年）。出典が連邦保健省なので本当のところは定かではないが、大きな反対がなかったことは事実である。

（2）専門家の評価

吉田恵子（2016）は、「従来の改革には批判的だった専門家らも、今回の改革は前向きに評価している」と述べている。介護制度の著名な研究者であるハインツ・ロートガン教授は、「新認定制度を『身体的支障と知的・精神的支障の両方をより適切に把握でき』、また『寛容』と評価」したと述べている。「新制度下では、受給者数も、大半の既存受給者の給付も増えるからだ」という（BARMA GEK 2015；国際長寿医療センター 2016：135）。

「連邦保健省医療介護保険局長（2002～2010）として新要介護定義の基盤づくりを率い、現在は有力保険者の一つ、企業疾病金庫の統括連合会理事を務めるフランツ・クニープス氏も、新給付制度を『当事者とその家族の個人的状況を明らかに改善する』とみる。それは、自立度を主な測定基準とする新認定制にあり、これにより『介護を愛する人すべてが初めて統一体系下で把握される』と、その画期性を説いている」。「反面、給付を増やしても必ずしもケアやサービスの改善に繋がらず、また『改革がどれだけ福祉政策に重要性や持続可能性をもたらすかは、今後の発展如何である』ことも指摘する」と吉田（2016）は述べる。

5. 財源としての保険料

（1）保険料の算定

介護改革の最も重要な点は、財源としての保険料である。全体として給付が増大することになるので、財源が必要となる。ドイツの介護保険は1995年に導入されてから、「保険料率は法定されており、1996年7月1日以降は、総所得の1.7%である（表3）。

介護保険料の算定については、公的疾病保険の保険料算定の所得上限額が適用される（2005年：月額3,525ユーロ＝約52万円）（和田勝編 2007：162）。保険料は、被保険者と使用者との労使折半であり¹⁾、被用者と雇用主は、労働報酬の0.85%をそれぞれ負担していた。ただし、2005年1月1日から増額された0.25%の保険料に関しては、子

表3 保険料率の推移

(%)

	1995	2005	2008	2013	2015	2016	2017
保険料率	1.70	1.70 (1.95)	1.95 (2.2)	2.05 (2.3)	2.35 (2.6)	2.35 (2.6)	2.55 (2.8)

注1) 上段は一般の被保険者の保険料率。下段()は子のない被保険者の保険料率。

(出所)筆者作成。

のいない公的介護保険加入者のみが負担することになっている。「公的介護保険の保険料において子の養育を考慮することに関する法律 (KiBG, 介護保険 子の養育考慮法)」(2004年12月15日)により、2001年4月3日の連邦憲法裁判所判決が公的介護保険制度に反映されることになった。この判決は、子のいる保険料納付者を子のいない納付者よりも保険料のうえで優遇するための規定を、2004年12月31日までに定めることを課した(和田編 2007: 163)。

子の養育考慮法 (KiBG) は、2005年1月1日より施行され、子どものいない、満23歳以上の被保険者は、0.25%の保険料が追加徴収されるようになった。これにより、子がいる、または子がいた加入者は、公的介護保険の保険料面で、子のいない加入者よりも優遇されることになった²⁾。

(2) 保険料の引き上げ

「ドイツの介護保険では1995年の実施以来、保険料率を据え置いてきたが、2008年8月から保険料を1.70%から1.95%に引き上げた」。「また2005年の改正で、子のない被保険者に対する保険料率が0.25%引き上げられたが、今回の改正でもその上乗せは変わらず、子のない被保険者に対する保険料率は2.20%に引き上げられた」³⁾。「これにより2007年の3億2,000万ユーロの黒字となり、2009年にはさらに9億9,000万ユーロの黒字となった」(小磯 2014)。

2009年に発足したキリスト教民主・社会同盟 (CDU / CSU) と自由民主党 (FDP) の連立政権が検討を行ってきた介護保険法の改正法案が、2012年6月に連邦議会、9月に連邦参議院を通過した。法律の改正により、要介護状態が新しく定義されるまでの暫定措置として、認知症の要介護者に対する給付が引き上げられることになった。

給付改善のために、保険料率は2013年1月1日から2.05%に引き上げられた(第55条)。これによる介護保険の収入増は、約10億ユーロ/年と見積もられていた(渡辺 2012)。

(3) 基金の積み立て

「保険料率は2015年1月1日から0.3%引き上げられ、所得の2.35%となった(第55条)。これにより、介護保険の収入は1年間に36億ユーロ増える。引き上げ分の0.3%のうち0.2%は、在宅介護及び施設介護のサービス改善のために使われる⁴⁾。残りの0.1%分は、ドイツ連邦銀行において管理される。基金における積立ては、2015年から2033年までの間行われる。この際、1年間に使うことのできる上限額は、2034年末までに積み立てられた準備金の20分の1の額である(第131条～第139条)」(渡辺 2015)。

この介護準備基金は、保険料の長期的安定策として画期的な試みとみえなくもない。だが、その効果は実質的にはきわめて小さく、「無視しうるほどのもの」にすぎないという批判を受けてもいる(小槲治宣 2015)。「19年にわたって積立てられた場合の基金の資産状況は、利子率等に左右されるが、約230億(0%)～400億ユーロ(3%)の間と見積もられる。2035年以降、この金額の20分の1が保険料抑制のために用いられた場合、その抑制効果は、最大でも0.1ポイントである」(小槲 2015)。一方、介護強化法パートIIによる要介護概念の根本的な見直しが図られた場合(15%のコスト増となる)には、保険料率は2030年に3%、2040年には3.5%、そして2045年には4%に達し、基金が底をつく2055年には4.7%になると予測されている(Jacobs & Rothgang 2014)。こうした中で保険料の上昇が0.1ポイント抑制されたとしても、それが「焼け石に水」程度の効果しか持ち

得ないのは確かであろう。

(4) 第2次介護強化法の保険料引き上げ

2015年には第2次介護強化法が制定された。この法律も介護保険の一部を改正する法律であり、2016年1月1日に施行された改正部分と2017年1月1日に施行された改正部分がある。第2次介護強化法による改正の眼目は、2017年1月1日に規制された要介護認定の基準の変更にに関する規定である。2013年以降の一連の介護保険の改正は、一体として介護保険制度の新機軸をなすものとされている。新しい要介護認定が保険財政に与える影響を考慮して、保険料率が0.2%引き上げられ、2.55%（被用者の場合労使折半）とされた（第55条⁵⁾。子どもがいない23歳以上の者の保険料率は、折半分に0.25%を加えた1.525%となった。

6. まとめ

整理すると、保険料率は1995年以降2005年まで1.70%であり、2008年、2013年、そして2015年の第1次介護強化法から2017年の介護改革にかけて大きく引き上がった（表3）。計算してみるとわかるように、1995年当時の一般被保険者の保険料率1.7%から2017年の2.55%まで0.85%増加したが、これは1995年の保険料率（1.7%）から50%増加したこととなる。

さらに補足すると、2019年1月には3.05%に保険料は引き上げられた。

以上のように、ドイツ社会の環境の変化は、介護保険の根本的な改革を要請したと考えられる。そのための財源を確保するために、これまで保険料を引き上げてきたことについて本稿は述べた。

注

- 1) 雇用者（企業）の負担を軽減するため、ザクセン州を除くすべての州で、州法による法定休日（「懺悔と祈りの日」）を1日削減した。ザクセン州では、祝日が廃止されず、被用者は保険料総額の1.35%を負担し、使用者は0.35%を負担する。ザクセン州でも2005年1月1日以降、子の養育考慮法（KiBG）に基づいて、子のいない加入者の保険料が上げられた（和

田編 2007：163）。

- 2) 詳細は、和田編（2007）の第11章「3 介護保険子の養育考慮法」（pp.235-238）を参照されたい。

2001年4月3日連邦憲法裁判所判決において、介護保険の保険料を決める際には、子の養育による貢献を考慮すべきであるとし、違法判決を下した。判決理由について、第3回報告書の中で次のように要約されている。「（前略）賦課方式は次世代の保険料に頼らざるを得ないこれから育っていく世代、つまり現在の子どもは、将来は『高齢者』のために、強制保険に加入して保険料の負担を受け、集団的な資金調達義務を課せられる。それによって子どものいない被保険者は、保険の適用を受ける際に、保険料を義務づけられている他の被保険者は、養育のために消費と資産形成を諦めるという不利益を被っている。子どもの養育により、被保険者である両親は、公的介護保険に二重に貢献をしていることになる。すなわち、保険料を支払うだけでなく、制度の維持に欠かせない次世代育成という貢献を果たしているのである。（後略）」（和田編 2007：236）。

- 3) ドイツの社会保険は労使折半が原則となっているが、介護保険料率の引き上げによる使用者側の負担増が企業の国内投資を防げる恐れがあるとして、介護保険料率の引き上げと引き換えに失業保険料率が4.2%から3.3%に引き下げられた（小磯 2014：16-53）。
- 4) そのうち、施設介護のサービス改善に充てられるのは年間10億ユーロである。これにより、ケアを行なう者の助成が、従来の2万5千人分に増強される（渡辺 2015）。
- 5) 保険料率は法律により定められ（第55条）、全国一律である。

文献

- BARMA GEK pflegereport 2015.
Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5926, 07.09.2015, S.61.
Drittes Pflegestärkungsgesetz vom 23.Dezember 2016.
Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V. (DAIzG) (<https://www.deutsche-alzheimer.de/>).
Ergebnisse des Mikrozensus-Bevölkerung in Familien/ Lebensformen am Hauptwohnsitz.
Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17.Dezember 2014

- (BGB 1 I S.2222) .
- Gesetz zur neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23.Oktober 2012 (BGB 1 I S.2246) .
- Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz, Pflege Fuß bei Pflegefonds.in: Gesundheit und Gesellschaft, 6 (17) ,SS.26-29, 2014.
- Schmidt, Manuela/ Schneekloth, Ulrich 2011; Abschlussbericht zur Studie “Wirkungen des Pflege-Witerentwicklungsgesetzes” ,bundesministerium für Gesundheit (Hg.) , Berlin.
- Sozialgesetzbuch-Elftes Buch-Soziale Pflegesversicherung vom 26. Mai 1994 (BGB 1 . I S. 1014, 1015) .
- Statistische Bundesamt , Mikrozensus, auf Anfrage.
- WSI FrauenDatenReport ; Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung.
- WSI GenderDatenPortal 2016.
- Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGB 1 I S.24224) .
- 一般財団法人長寿社会開発センター 国際長寿センター 『平成27年度 地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査研究 報告書』 老人保健健康増進等事業による研究報告書、2016年3月。
- 小磯明「まだ未成熟に思えるドイツの『介護の社会化』」日本看護協会出版会『コミュニティケア』Vol.08、No03、2006年3月、pp.59-61。
- 小磯明「ドイツの医療と介護——医療保険制度と介護保険改革を中心として——」福祉の協同を考える研究会『福祉の協同研究』第6号、2014年3月、pp.16-53。
- 小磯明『ドイツのエネルギー協同組合』同時代社、2015年。
- 小磯明『高齢者医療と介護看護』御茶の水書房、2016年、pp.360-364、pp.370-377。
- 小磯明「【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」非営利・協同総合研究所いのちとくらし『研究所ニュース』No60、2017年11月30日、pp.7-10。
- 小柳治宣「ドイツ介護保険の抜本的改革の行方」『週刊社会保障』No2845、2015年10月12日、pp.62-67。
- 松原直樹「ドイツ介護保険法の改正」桐生大学『桐生大学紀要』第29号、2018年、pp.49-58。
- 和田勝編『日本・ドイツ・ルクセンブルク 国際共同研究 介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社、2007年。
- 渡辺富久子「【ドイツ】介護保険法の改正」国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』No253-2、2012年11月、pp.12-13。
- 渡辺富久子「【ドイツ】介護を強化するための介護保険法の改正」国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』No262-1、2015年1月、pp.12-13。
- 渡辺富久子「ドイツにおける介護保険法の改正—認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更—」国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』No268、2016年6月、pp.38-89。
- 吉田恵子「変わるドイツの介護保険第2回 ドイツ介護改革第2弾 新要介護定義にもとづく認定がスタート」法研『月刊介護保険』No247、2016年9月、p.23。
- (こいそあきら 法政大学現代福祉学部・大学院公共政策研究科兼任講師・「文化連情報」編集長)

国際医療協同組合2018年の動向

—ICA国際協同組合連盟委員会報告書—

石塚 秀雄

1. はじめに

ICA（国際協同組合連盟）の一委員会であるIHCO（国際医療協同組合委員会）の2018年報告書(Cooperative Health Report 2018)が出された。英文で約230ページある。したがって英語原文を読もうとする人は少ないであろうが、その考え方の構図について若干のコメントをしておく必要はあると思われる。

ICAは世界の地域別にまとまって活動しているが、全体的には事業分野別の委員会が設置されており、医療分野、保険共済分野もそれらの一つである。医療福祉協同組合は世界的にまんべんなく作られているわけではなく、一部の国にとどまっている。しかしながら、医療は世界各国で必要不可欠な事業であり、また各国によっても制度や状況は異なる。医療協同組合は先進国事例と発展途上国の事例の両方に目配りをしている。IHCOには日本からも委員がでている。

IHCO2018年報告は、全世界の動向を取り上げているわけではない。調査してとりあげられている国は、その会員である主として以下の15カ国である。すなわち、スウェーデン、スペイン、イギリス、ベルギー、フランス、イタリア、ブラジル、アルゼンチン、コロンビア、カナダ、オーストラリア、日本、シンガポール、マレーシア、米国である。しかし、ヨーロッパ、アジア、アフリカのその他の諸国にも、また中国、韓国にも協同組合や非営利組織の医療セクターは存在しているのである。IHCOの年次報告書であるので、内部の活動報告であってかまわないのであるが、世界的に医療協同組合セクターの全体像が示されたものではないことに留意しておく必要がある。さらに、協同組合に限定するという範疇主義により、一部の共済組合を含めているものの、医療福祉セクターおよび非営利・協同セクターを幅広くとらえると

いう観点も不足している。たとえば、日本については、医療生協と農協の厚生連が取り上げられているが、民医連については触れられていない。民医連については英文の学術論文としてペストフ（Pestoff）や石塚が言及しているが見過ごされている。民医連は英語の概念表記でいえばアソシエーション（association）および協同組合（cooperative）ということになるであろう。これらの民医連に言及した学術論文が気づかれなかったといえればそれまでであるが、これはIHCO報告書が相変わらず協同組合区分に視野を固執している結果でもある。その弊害として非営利・協同の医療セクター全体像が把握できず、結果として医療システムそのものの課題把握を難しいものにしてしまうという問題が生ずることである。またIHCO報告にある各国データも参考値として見るべきものにすぎない。このIHCO報告書における区分は協同組合保険、協同組合医療、協同組合薬局である。この区分は従来の枠組みを踏襲しており、共済組合、非営利組織などの形態を等閑視しており、また介護分野も明確化されていない。しかし、IHCO報告には見るべき点も多い。以下はその論点を整理してみた。

2. 不均等な各国の医療制度と協同組合医療

IHCO報告では医療協同組合が関わる医療サービスをどのように位置づけているかといえ、医療制度のあり方としては、整理すると次の4つに分類している。すなわち、①主として公的医療制度の下で、民間、非営利、協同組合が医療サービスを提供している。例、日本、フランス。②主として公的医療制度の下で公営医療機関が主で、民間・非営利、協同組合が補完する。イタリア、イギリス、スペイン。③主として公営医療による公

的医療制度だが、全人口をカバーしていない。例、ブラジル、コロンビア。④貧困層だけを公的医療制度でカバーする、混合型医療制度。例、アメリカ。

そして最近の世界的医療制度の傾向として次の4点を上げている。すなわち①医療費格差、地域医療格差の増大、②公的医療の後退と患者負担の増大、③医療従事者のオーバーワーク化、④患者ニーズへの医療イノベーションによる対応。

ところで、医療制度における医療協同組合の独自の存在意義あるいは役割とはなんであろうか。世界的に共通してあげられている医療システムの傾向の中で医療協同組合の問題としてあげられているのは、①医療政策の中で営利医療が重視され、協同組合医療が軽視されていること、②非営利・協同の医療セクターの形成が営利医療化に負けていること、③非営利・協同の医療セクターの統計が整備されていないこと、が指摘されている。すなわち、医療の営利化が進行し、現に優勢となっている。一方で非営利・協同セクターは弱小で統計も不十分であるということである。統計が整備されていないということは、その存在の必要性が政府において認識されていないということである。そして先に示された医療制度4分類のそれぞれの国々において、非営利・協同医療セクターの役割は異なるという視点から非営利・協同医療セクターを見ていく必要がある。

医療制度が基本的に非営利性をうたっているのは、日本の医療法も例外ではない。それは医療が公衆衛生・保健という国民の安全に関わるものであるから政府による管理を必要とするのである。つまり国家の安全に関わるものであるから、社会保障と同じ扱いであり、決して道徳的な原則から医療が非営利原理をもつとされているのではない。また医療提供者としては公営、民間営利、民間非営利の3種類が存在し、それらが公的医療の提供者になり、またさらには公的医療の範囲外の営利医療も並立して存在する。こうした枠組みの中で医療協同組合がどのような役割と位置づけを明らかにするかは重要であろう。

さらにまた医療福祉協同組合の形態の違いも区分されなければならない。報告書では形態を協同組合 cooperative および 共済組織 mutual aid organization としているが、まず世界的には協同

組合と共済組合は組織原理が多少異なる。日本の場合、共済組合法は存在せず、さらにまた2005年の保険業法の改悪によって共済概念そのものが無効化されている。世界的には、共済組合は出資金（資本）を必要としないものであり、協同組合は出資金（資本）を不可欠とするものである。また（医療福祉）協同組合の種類においても、労働者協同組合、消費者（利用者）協同組合、社会的協同組合、混合型協同組合などに分かれる。日本の場合は生協、農協の一部門として医療福祉や共済事業が位置づけられている。さらには、報告書では扱われていないが、非営利組織およびアソシエーション（人的結社、人的団体、あるいは市民組織）の形式においても世界には医療福祉機関が存在している。これらは出資（資本）を存立の必要条件にしていなが、非営利・協同セクターの一員に含められるべきものである。ただし、これらの区分の仕方においては、見解の相違があり、同類系のものと見なすべきでないという見解も有力である。その物差したる判断基準は、公益性、利潤の配分、組織の所有者が誰かというものである。したがって医療福祉協同組合を論じる場合、それを協同組合であるという狭義の範囲で見ると、非営利・協同組織という広義の範囲で見ると、これは、医療制度のあり方や医療運動論を見る上で無視できない重要な事柄である。

報告書の基本的観点は、医療協同組合と協同組合保険あるいは共済制度との関連を重視している。すなわち、医療協同組合の発生の原因は、公的医療制度の不在あるは不備であったのであり、公的医療制度を補完するものとして発生したのではない。補完だという見解は、公的医療が制度化されて主要なものとなったからであり、事後的な定義づけにすぎない。すなわち、一般論として、非営利・協同セクターが公的セクターあるいは民間セクターを補完するものだとする考えは、歴史的な発生経過とその理由の順序を逆に考えるところから来ている、現象による本質の見失いにすぎない。すなわち、現行の公的医療制度との関係では非営利・協同医療機関の身の振り方は①公営セクターに吸収された、すなわち公営化した、②非営利・協同医療機関として存続、③営利医療機関となる、である。もちろん非営利・協同医療機関

であることがその存在の理由ではあるが、そのためには公的セクターと営利セクターとの差異化をみずから自覚的に位置づけなくてはならないのである。

従って、医療福祉協同組合の存在理由は、公的医療制度の形態区分によって幾分異なるということになる。単純に言うと、協同組合が組合員の共通のニーズあるいは相互扶助の必要のために作られたということであれば、①公的医療制度が優勢な国においては、中間層を主たる患者（利用者）とし、②公的医療制度が不十分な国では、貧困層を主たる患者（利用者）とし、③公的医療制度がほとんどない国においては貧困層と中間層を主たる患者（利用者）とするという傾向が見られる。もちろん、実際はそう単純ではない。すなわち医療分野における社会保険制度あるいは共済組合制度という形態も存在しているからである。いずれもその出自は市民労働者階級の自主的事業であるが、国によっては公的医療制度の中に組み込まれているものも多いからである。報告書では、たとえばベルギーは人口の99%が医療共済組合制度に加入しているとされている。従って医療福祉協同組合のあり方を考える上では、医療費を誰が負担するのかという配分についても考慮に入れなければいけないということで、報告書でもそのような観点から共済組合も医療福祉協同組合の枠内に入れているのである。ついでに言えば薬局協同組合も同一の範疇に入れているのである。もっとも日本においては薬局協同組合という種類は存在しない。

しかしながら医療福祉協同組合あるいは協同組合がどのような階層を主たる対象としているのかという議論の中で、国によっては、協同組合が貧困層を対象としているのではなく、中間層や富裕層のためにあるという批判が出てくる場合があるのである。こうした矛盾は、公的医療制度そのものの多様性も絡んで見た目としては多様なバリエーションを呈している。すなわち、公的医療制度が普遍性あるいは貧困層を重視しているとも限らないからである。

医療福祉協同組合の形態から見ていくと、労働者協同組合の形態の場合は、組合員は医師をはじめとする医療従事者により構成されるものである。報告書ではブラジルやアルゼンチンがその事

例に当たるとされている。アルゼンチンの場合、その発展の原因は、2000年以降の急速な医療の営利化だとされている。

一方、消費者（利用者）協同組合の形式を取る国としては、カナダやシンガポール、日本があげられている。カナダでは主たる利用者は高齢者、社会的弱者、貧困層、慢性病患者などである。日本の場合は農村医療としての役割が指摘されているのは、農協の厚生連を指している。シンガポールの場合は、地域協同組合的なマルチステークホルダー型と見なされている。いわばイタリアの社会的協同組合と類似した形態のものと位置づけられている。

3. 医療福祉協同組合の存在意義

公的医療制度が優勢的に存在する場合、医療福祉協同組合の存在意義はあるのだろうか。たとえば、医療福祉協同組合は公的医療機関あるいは公的医療制度にとって替わるものであろうかという問いを立てられるものであろうか。答えはもちろん否であるが、だからといって補完するものであると言い切るべきでもない。世界的に見て、公的医療制度あるいは福祉国家の「ゆらぎ」という変動の渦中において、国によってそれぞれ特徴は異なるものとはなるが、いわば、役割の分担・共存が不可欠になっているというべきではないであろうか。医療福祉協同組合が民営化（営利化）の先兵であるという主張は、少なくとも日本の医療福祉の非営利・協同セクターについては言うことはできないであろう。とはいえこうした議論がどれほど医療制度の議論の中で重要性があるのかという関心度が低いのはそれなりの理由がある。すなわち、非営利・協同セクターの占有率が大きいとはいえない、あるいは小さいことである。報告書によると、調査対象国の医療協同組合の対人口占有率は以下のようにになっている（表1）。

すなわち、医療福祉協同組合の存在意義の議論は、従来の社会的階層区分論や公的医療制度的ものさしから行うべきものから、住民・患者の新しいニーズの実現という議論にシフトしつつあると見なされているのである。もちろん、それらのニーズの実現は公的医療制度の中身についての議論

表 1. 調査した医療福祉協同組合の規模

国	医療福祉 協同組合数	職員数	患者対人口 比率
オーストラリア	175	15,653	—
ベルギー	785	19,702	16.3%
ブラジル	1,933	96,023	11.6%
カナダ	130	1,132	1.1%
コロンビア	152	Q7,383	17.7%
フランス	1,832	36,344	18.4%
イタリア	6,756	233,397	9.1%
日本	145	91,969	9.6%
シンガポール	4	2,271	30.7%
スペイン	507	52,006	13.8%
スウェーデン	298	19,367	—

注. 年度は2013-2016と各国ばらばら。参考値にすぎない。
イギリスはデータなし。

出典：報告書から石塚作成

でも当然目指されているものであるが、医療サービス供給の公的セクター、営利セクター、非営利・協同セクターのどれかが単独で実現できるものではないことは認識されつつある。もちろんこれらのニーズは単に患者のニーズにとどまらず、医療従事者の労働のあり方、病院などの医療機関の経営形態のあり方、医療費・薬代・福祉サービス費

用等の負担や支出のあり方、医療政策の決定過程のあり方などの検討が含まれるのであり、その中で、医療福祉協同組合に代表される非営利・協同セクターの役割と存在意義および問題点が確認されるべきなのである。

IHCO 報告書の後半は、主要各国の特徴の事例を紹介している。いずれも各国の公的医療制度との関連で医療福祉協同組合がどのような役割を果たしているかという共通の物差しで紹介されており、世界的に主要な医療福祉協同組合の概要をつかむことができ、世界の大まかな現状を知る上で、有用である。読者としては、なぜ、各国での違いがあるのかという問題意識をもって読むことが有意義だと思われる。グローバル化の中で、情報や知識を自国言語だけを媒体にして獲得することの不十分さは、国際理解上の政治的・経済的・社会的な判断に影響を与えることが多大である。日本では英語を第二母語とするような教育を進めてきているのであるから、もっと英語資料に眼を通すということがあっても良いのかもしれない。興味のある人には ICHO 報告書をざっと一読することを勧めたい。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

「マーモット先生と語る会 格差という病に挑む」

(2019年度定期総会協賛シンポジウム)参加報告

竹野 ユキコ

○はじめに

世界保健機関（WHO）は、健康を「単に病気ではない、虚弱ではないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも完全に満たされた状態であること」と定義している。しかし世界中で人々の健康には格差が存在し、格差は社会的な不公平が原因にある、これを変えることが必要だと指摘したマイケル・マーモットの「The Health Gap」が2015年に出版された。著者であるマイケル・マーモットはロンドン大学の疫学・公衆衛生学教授であり、前世界医師会会長である。2017年に和訳出版された『健康格差』（日本評論社）の翻訳には全日本民医連の医師が多く関わっており、研究所の野田浩夫理事が訳者代表、斉藤和則理事も翻訳を担当している。

マーモット先生が6月に来日するのにあわせて若手の医師や医学生を対象に「マーモット先生と語る会」が企画されることを知った。例年、当研究所の定期総会では記念講演やシンポジウムを開催しているが、2019年度はこの企画に協賛し、独自企画は行わないことになった。協賛決定後すぐに会員向けの案内をしたものの、ほどなく定員となってしまい、参加キャンセル待ちになったという声も届いた。ここに概要を報告し、すこしでも様子をお伝えできればと思う。

○概要

企画はマーモット先生と語る会実行委員会が主催し、事務局を日本 HPH ネットワーク事務局が担当した。呼びかけ人は五十嵐隆（国立成育医療研究センター理事長）、近藤尚己（東京大学大学院医学系研究科公共健康医学准教授）、島内憲夫（日本ヘルスプロモーション学会会長・日本 HPH ネットワーク CEO）、神馬征峰（東京大学大学院

医学系研究科国際地域保健学教授）、鈴木康之（日本医学医教育学会理事長）、武田裕子（順天堂大学大学院医学研究科医学教育学教授）の6名であった。

プログラムは開会挨拶、前半：日本からの報告、後半：マーモット先生講義、マーモット先生との対話、まとめ、閉会挨拶という内容である。当日は研究所の定期総会があったため、途中から参加することになった。したがって順天堂大学医学生たちによる「基礎ゼミの5週間で学んだ『健康の社会的決定要因』（SDH）」報告、水本潤希、チーム SAIL、愛媛県立中央病院総合診療科による「社会的バイタルサイン：日常診療に健康の社会的決定要因を実装する」報告は、実際には聞くことが出来なかった。ただし配付資料から、後者の報告は診療（最下流）にいたる上流（社会的背景）への留意が必要であること、バイタルサインの乱れは医学的緊急事態と言えるが、社会的バイタルサインの乱れは社会的緊急事態ととらえることが出来るという例示があり、わかりやすい説明だと思った。SDH は健康問題に影響し、社会的バイタルサインは患者の上流に向かって漕ぎ出すツールであること、社会的診断によって患者を真の意味で治療することが出来るという報告は、診療室の外へ関心を拡大して病気に立ち向かう姿を伺うことが出来た。

西岡大輔（東京大学大学院医学系研究科健康・社会学分野博士課程、日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医、同健康の社会的決定要因検討委員会）「日本の健康の社会的決定要因の現状と社会疫学が示すエビデンス、その対策」報告では、統計データからも日本の医療費は安く・寿命は長いすぐれたシステムといえるが、健康に影響を与えうる「健康の社会的決定要因」もあることが指摘された。近年の日本では貧困率が上昇し、ひとり親世帯の半分以上が貧困状態であること、

非正規雇用は増加傾向にあり、また増加する外国籍患者に対する診療体制が不十分であること、ひとりぐらし高齢者の増加などについて、エビデンスが蓄積していることを指摘している。これらは日本の社会保障が徐々に弱くなり、綻びが生じているとし、地域包括ケア・地域共生社会の枠組みで、医療と介護と保健と福祉の連携による総合的ケア、つまり医療と社会が統合した生活モデルによるケアを目指すことの重要性が指摘された。そのために日本版「社会的処方」を英国 NHS の Social Prescribing を参考に、医療従事者・社会福祉の研究者・社会疫学者で概念化しているとのことであった。

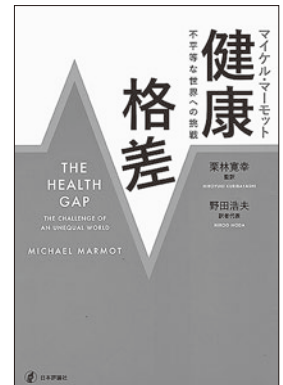
後半のマーモット先生の講義は、当日がロンドンのグレンフェル・タワー火災（現地時間6月14日）から2年目であることに触れて始まった。グレンフェル・タワーは貧困者の多い地区にあった高層公営住宅だが、すぐ近くは富裕層の多い地区となっている。死者70名以上の被害をもたらした火災は、まさに貧富の格差の象徴となってしまった。マーモット先生は、社会的な不公平が健康の不公平をもたらすことを、具体的な例を示して『健康格差』を圧縮して講演された。

マーモット先生との対話は、前半の報告者と会場からの質疑応答で行われた。時間の関係でやや駆け足気味となったが、個人的にマーモット先生の言葉で特に印象的だったのは、消防士は火災を消すが日常には火事が起こる前に防火対策を行うのであるから、医師も病気を治療する前に social fear を防ぐ活動をするべきだ、という指摘である。日本側の発言からも、診察室から社会的な処方として様々な関係者とつながり、健康予防の領域へ踏み出すという使命感と今後への期待に高揚した会場の熱気を感じた。

閉会挨拶では、マーモット先生の講演で二つの重要な指摘があったとまとめられた。一つは真実を語ること、医師も看護師も最も信頼されている職業の一つであるのだから、知識人の責任としてうそを暴く、また真実を語る際にはエビデンスを使って語ることが重要であるという指摘である。また正義に対して誠実であること、正義を目にしたらアドボケイトしていくことが必要であると指摘した。

また閉会挨拶では、今回はマーモット先生の広さと深さを目の当たりにする機会となり、同様の内容が書籍に記してあっても、目の前で語られる言葉を聞く体験が大きな力となったのではないかと述べた。最後に日本側の若手ドクターや学生

から SDH の取り組みが報告され実際に多くの成果が出ていることに触れ、この動きがますます活性化することを期待すると締められた。



○今後への期待と課題

会場の順天堂大学 A 棟講堂（定員500名）は満席となり、会場からは SDH の取り組みが広がること、活性化することへの熱意を感じられた。また、医学の分野では SDH や社会的処方への取り組みが確実に進んでいることを知ることができた。しかし日本からの報告や質問から聞くことが出来た範囲では、社会的処方のパートナーとして自治体関係者や NPO、ボランティアなどは社会的資源として想定されているが、非営利・協同セクターという枠組みとしての認知はこれからの課題であると感じた。一方で、協同組合や社会的連帯経済に関心を持つ人々にも、医学の分野でこのようなことが考えられていることはあまり知られていないのではないかと考えられた。双方とも、健康を軸とした社会的問題の解決に目を向けており、研究や活動の領域が重なり得ると言える。個人的には、何らかのかたちで交流する機会、横のつながりを作ることが出来ればいいのではないかと考える。特に医学生と院生などの若手が交流する機会を作ること、今後のより大きな成果を期待できるのではないかと感想を持った。

医師や医療関係者などによる地域住民に対する健康意識向上や公衆衛生の啓蒙といった活動は、日本では開拓農村における保健婦の活動や長野県の佐久総合病院による農村医療などをはじめとした歴史的な事例蓄積が多くある。また患者・住民

が主体となる健康チェックや健康体操、健康に関する学習会といった健康作り、病気を知り予防しようとする取り組みは、生協の組合員活動や健康友の会の活動の一環として連綿と行われてきている。これらの活動はSDH へのアプローチの一つと言えるだろう。社会疫学の実証研究の成果とし

て見えるデータを共有することにより、日本の非営利・協同セクターの活動が新たな枠組みで評価されたととらえることが出来るのではないだろうか。

(たけの ゆきこ、研究所事務局長)

【事務局ニュース】 2019年度研究助成の決定と奨励研究の継続募集

2019年度研究助成への応募総数は12件でした。検討の結果、以下の2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」を通年で募集しています（予算の範囲）。2019年度は9月現在、奨励研究として2件が採択されています。

○2019年度助成研究（共同研究2件） ○は共同研究代表

- ・（共同）「水道と法の公共性の解明—Flint Water Crisisを手がかりとして—」（稲葉一将（名古屋大学大学院・法学研究科、教授）○、小牧亮也（名古屋大学大学院法学研究科・学術研究員））
- ・（共同）「ベトナム市民社会研究—公害から住民のいのちを守る非営利組織の活動に着目して—」（吉井美知子（沖縄大学人文学部国際コミュニケーション学科、教授）○、Tran Dinh Lam（ベトナム国家大学ホーチミン市人文社会科学大学教授、ベトナム・東南アジア研究センター所長（開発経済学））、Thanh Phan（ベトナム国家大学ホーチミン市人文社会科学大学教授（文化人類学））、木口由香（環境 NGO・メコンウォッチ、職員））

○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）

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	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『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

新連載〈継ぎ足し生涯学習のすすめ—1〉

国勢調査(1920)100年、そして…

野村 拓

● 昨一人にとって、制度にとって、歴史にとって

「人生100年時代」という恐るべき言葉が使われるようになった。しかし、100歳を人間諸能力のピークとする世界があることも知った。西陣織作家、故山口伊太郎氏は2007年に105歳で亡くなられたが、生前、この仕事での能力のピークは100歳、99歳はやや未熟、101歳はやや衰え、という意味のことを言っておられた。西陣織で王朝絵巻、源氏物語を織る世界では100歳が能力のピークなのかと恐れ入った。

定年のころには、人生は15年掛ける5の75歳を考え、それを通り越すと「やけくその80代」となり、今「開き直りの90代」を迎えている私の場合、まことに不見識な「継ぎ足し人生」といわざるを得ない。こゝらで性根を入れて「生涯学習計画」を練り直さねば、と考える。

その場合、100年という単位でものを考えるのは、それなりの意味がありそうに思える。

来年(2020)は、第1回国勢調査の大正9年(1920)から100年。そのころ生まれた人達がまだ数万人は存命という長寿社会である。当時の東京市は15区、京都市は「上京」「下京」の2区、大阪市は「東」「西」「南」「北」の4区、名古屋市は少し違って「東」「西」「中」「南」の4区、名古屋市に「北」がないのは、それに相当する地域が名古屋師団のただっ広い練兵場で人が住んでいなかったからだろう。

この年(1920)、内務省の「社会課」は「社会局」に格上げされ、農商務省は健康保険法の準備として、医療費負担能力をしらべる家計調査を始めた。新設の内務省社会局には東大法学部でドイツ法専攻のエリート(もちろん、高文試験合格者)が入り、後に、日本の政治や医療行政で、重要な役割をは

たすことになる。灘尾弘吉や古井嘉実などである。

エリート入省者たちはドイツに海外出張して、ドイツの疾病金庫など健康保険の参考資料を集めて帰国し、それら資料をもとに、ノンキャリアの物理学校出身の長瀬恒蔵が健康保険制度の基礎計算を行った。

この分野は「ドイツ文化圏」であり、ドイツでトイレに行ったらドアに「ダメ(Dame)」(女)と書いてある。それでもう片方のドアにまわると、そのドアには「ヘーレン(Herren)」(入れねえ)(男)と書いてある、などという留学生小咄がまことしやかに語られた時代であった。

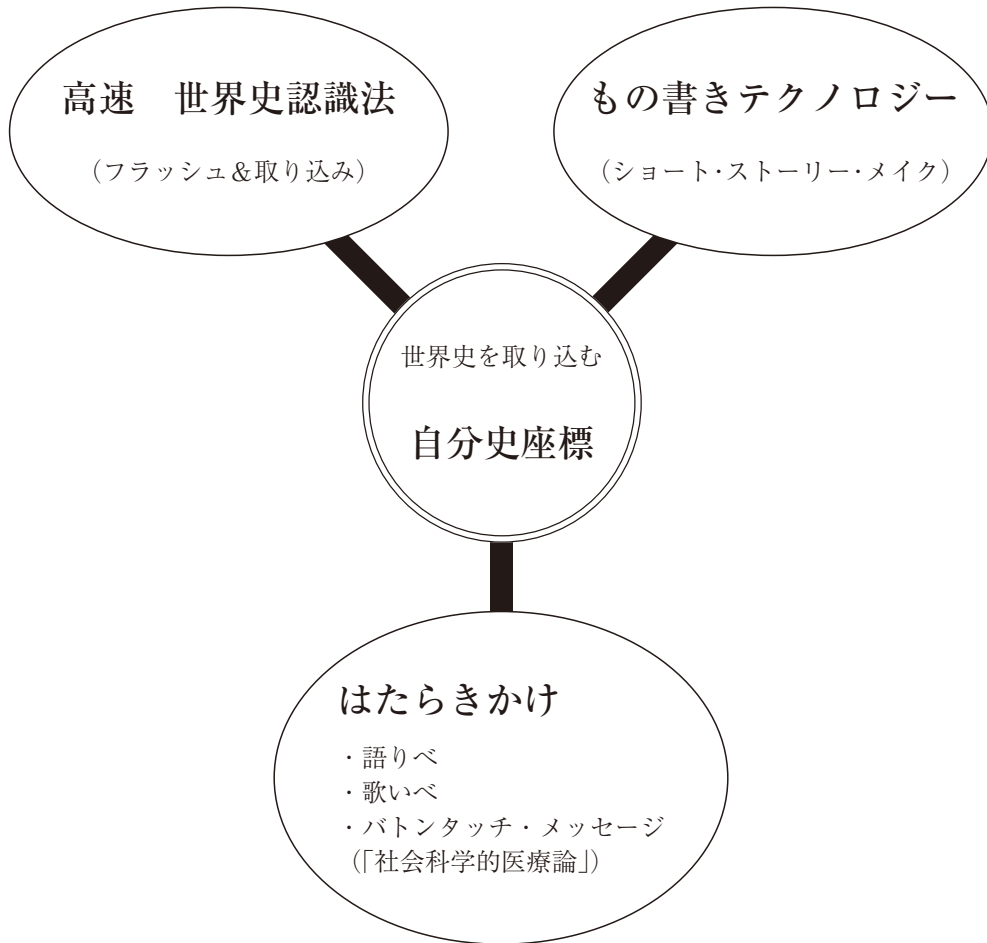
ドイツ文化圏であっても、計算・集計はソロバンで、ほぼ3年かけてB5判3巻ほぼ1000頁の報告書が出されている。しかも掛け算、割り算は困難なので、言うなれば足し算による数字だけであり、比、比率、指数の類いは一切なく、考えようによっては「統計の宝庫」のようなものである。

前回、「高速 世界史認識法試論」で「視点を変えて世界史を駆け巡る」必要性を指摘したが、究極的には、世界史を自分史座標にとりこんで、世界史的視野からの判断ができるようになることである。まず、世界史を自分史座標に取り込むことを中心に据えた「生涯学習の見取り図」を描いてみよう。

● 学習・見取り図

〈図1〉は「本丸」と3つの「出城」から成っている。「本丸」は世界史を取り込む「自分史座標」であり、「自分史座標」のつくり方については『いのちとくらし』65号で述べ「もの書きテクノロジー」については同じく66号で、そして「高速 世界史認識法」については67号で述べた。「はたら

〈図1〉生涯学習の見取り図



きかけ」については、目下、進行中のものが多いので後述する。

「本丸」は「遠心分離器」ではなく「求心取り込み器」で、世界史と自分史との対話を通じて、世界史を自分史に取り込んだ座標軸。これを「本丸」とした3つの出城が「高速 世界史認識法」、「もの書きテクノロジー」「はたらきかけ」。

では「本丸」ではなにが進行しているのか。それは「人生100年時代」にふさわしい「時代を織る」仕事である。前述の西陣織作家の真似はできないが、「西陣織」ではなく、『時代』を織ってみよう、というわけで山口伊太郎氏が亡くなられた2007年、「かもがわ出版」から『時代を織る』と『親と子 百年の自分史』を出した。

世界史を取り込んだ自分史座標は記憶の中核であり、その総量はレジュメ類まで含めて「総執筆

量」に比例する。

また、「記憶」はモノや情報の整理の骨格を形成するので、記憶の薄弱な人は「ゴミ屋敷」というよりは「ゴミ部屋」の主人になりやすい。だから生涯学習の目標も記憶の強化、フラッシュ力の強化、ということになる。

「記憶」が「主人公」で、「整理」は「侍女」である。人生100年時代の「記憶」の鍛え方をまず考えるべきであり、「記憶」が弱ければ、部屋が「整理」されていても、ゴミ部屋同様に必要なものは出てこない。

●「人間の可能性」という視点 —『社会衛生年鑑』(1920)100年

第1回国勢調査は1920(大正9)年であったが、

報告書が出始めるのは3年後である。1920年段階で、出版物として光彩をはなっていたのは大原社会問題研究所の『日本社会衛生年鑑』(1920)で〈図2〉のように、裏表紙に欧文目次を入れた堂々た

る国際的存在である。日本の社会統計学の起点として、日本の人文・社会科学がどこかに置き忘れてきた「人生いかに生きるべきか」に答える形で「人間の可能性」追求の学として「社会統計学」

〈図2〉 志が輝く本
『日本社会衛生年鑑』



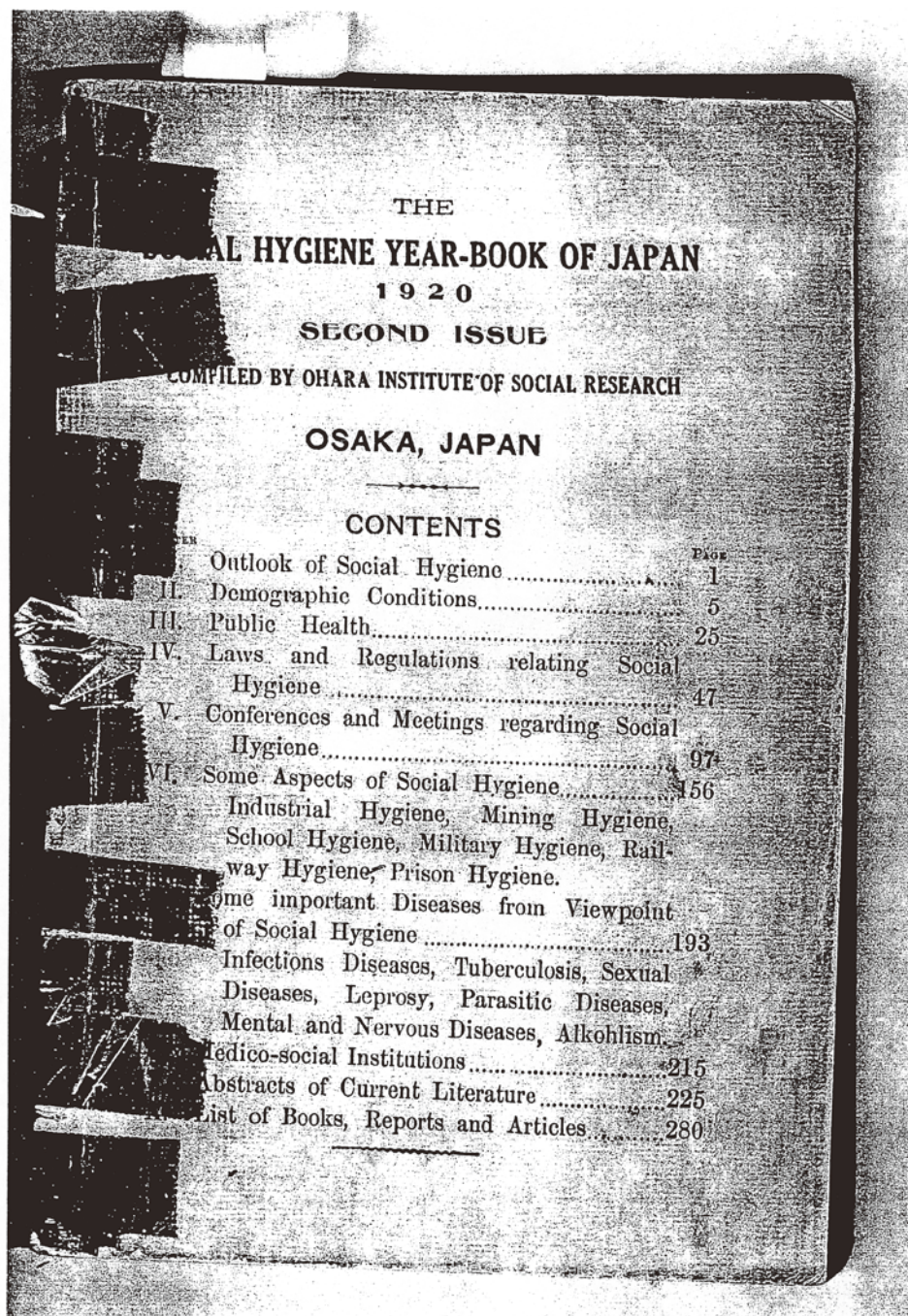
入門書の作成を考えてみることも必要ではないか。例えば、以下のような構成で。

『入門 社会統計学』

1. 生き方、学び方、そして「はたらきかけ」
2. 市民的可能性の科学として
3. 社会統計学の歴史から一人生のテーマを考え

よう—

4. 貧困と虐待の社会統計学
5. 障害と傷痕の社会統計学
6. 健康と医療の社会統計学
7. 高齢化・グローバル化の社会統計学
8. 政府統計の組み替え利用法



9. 社会調査とまとめ方

10. どう発信するか

●社会統計学の視点で世界を駆けめぐる

考えてみれば、100年前は「人生いかに生きるべきか」がよく論じられた時代であった。河上肇は『貧乏物語』出版（1916）と同じ年に統計学者と公衆衛生学者との共著 How to live の翻訳も出している。「生」の可能性への市民的自覚が芽生えはじめた時代はあまり続かず、「生かすも殺すも権力者次第」、人をだまして儲けるのは資本の特権、という時代に突入する。

しかし、まだ軍縮的雰囲気もあって、徴兵検査で甲種合格であっても兵隊に取られない「甲種合格・籤のがれ」というカテゴリーを生じ、そこに目をつけたのが「徴兵保険」である。子供のときから保険を掛けはじめ「兵隊」にとられたら「保険金」が降りるというシステムである。「富国生命」などという名称もそのときの名残だが、その後の経過はご存じのとおりで「甲種合格・籤のがれ」は愚か、乙種、丙種まで根こそぎ動員されることになるが、この保険は平時を想定しているので「戦時」は適用除外になることが、契約書のどこかに、読めないような字で印刷されていたらしい。

ある意味で「人生100年時代」も「保険商品」の売り込みコマーシャルに使われ、公的年金ではカバーできませんからわが社の…ということになるのでは。

こんなことも含めて、社会統計学の視点で世界史を駆けめぐるしてみよう。

統計学の開祖には2人の医師(医学者)がいる。1人は解剖学教授のウィリアム・ペティ（1623-1687）で、もう1人は医学・哲学教授で国王の侍医ヘルマン・コンリング（1606-1681）である。前者は「政治算術学派」の、後者は「大学統計学派」の、それぞれ起点に立つ。

ペティは自然体の解析（人体解剖学）から政治体の解析（政治的解剖）への道を歩むが、侍医、コンリングはいわゆる「国勢学」（国状学）を建設する。国王の資産内容がその健康状態に影響するのであれば、国王の健康管理者である侍医が「国勢学者」であったことは当然のことといえるかも

しない。

ペティの親友、ジョン・グラントによる「死亡表」の研究（1662）は有名だが、死亡に関する統計的研究を裏返せば「生存の可能性」の研究となる。人間の生存の可能性を「生存（残）曲線」として示したのはグラントであるが、これを年齢別死亡率調査を通じて精密化したのは天文学者エドムンド・ハレであった。また、全体として人口は増えているのか、減っているのかについて、J.P. ジュースミルヒ（1707-1767）は、人口はある規則性をもって増加するものであり、ここに『神の秩序』（1741）がはたらくのだ、と主張した。

このあたりまでの人口統計はおおむね「教会」での「洗礼数」「埋葬数」に依拠したものであった。そして、17世紀から18世紀へ、政治算術学派、大学統計学派のほかに「確率論」が登場して、統計学は新しい段階に入る。

政治算術、国勢（状）学、確率論の3つの流れはケトレーの段階で合流し、1830年代は「統計狂時代」などと呼ばれるようになった。そして、人間の諸能力は「平均的人間」を中心として「正規分布」をなすという思想は近代市民社会の指導理念のような形でうけいれられた。

フランス革命の理念としての「平等」を研究方法として「方法化」したものが「平均」である、というとらえ方もできよう。たしかに、この時期に活躍したフランスの衛生統計学者、R.R. ヴィエルメは、労働者や貧民の健康状態を「パリ市民」の「平均」と比較することによって、その改善の必要を提起したし、ケトレーの仕事で、もっとも頻繁に引用されているのはヴィエルメの仕事である。

ヴィエルメによって「死亡率一般」は「職業、社会階層別死亡率」に深化されるが、その理論的継承者はパリで医学修業の後、イギリスで開業後、公衆衛生学者に転じたウィリアム・ファーである。

彼は1801年から10年ごとに実施された「人口センサス」を活用しながら1850年代に年齢別・職業階層別死亡率についての優れた研究を公表し、生存の可能性と稼得の可能性を総合して「人間の経済的価値」を示した。これは後藤新平の『国家衛生原理』（1889）のなかで「ファルの『命価説』」として紹介されている。

他方、ケトレーは多くのケトレー信者を生んだ。ダーウィンの従兄弟ゴルトンである。具体的、経験的な医学の世界を嫌った彼は数の世界に飛び込み、人間の諸能力の遺伝に関する数的解明を試みた。彼の場合、ケトレーの正規分布曲線は金科玉条であり、やがて分布の裾野をどのあたりでチョン切るべきか、という不遜な思想が「優生学」という形で登場することになるのである。

数理統計学の流れは、ピアソンにいたって大きなよどみをつくる。ここにおいて、人間的諸事実から離れて、数的操作から誘導されるさまざまな確率モデルが乱舞を開始するのである。現実からモデルへではなく、まずモデルがあって、モデルがあてはまりそうな現実を漁るという手法は、例えば、医学部の学位取り工場の工場長などによって採用され、実験結果に訳の分からぬ統計検定が適用され、金魚の糞ほど共著者がぶらさがった論文が量産されるようになるのである。

社会統計学は数理統計学のような凶器は持たぬが、これといった決め手も持たない。素朴に社会的な大量現象を追うのが社会統計学なのだが、その課題が時代の要請として「社会における病気」の把握に向けられるようになった。死亡現象から疾病現象へ―年齢別死亡率から年齢別罹病率へ―である。そして、社会保険の普及、生命保険会社の発達がこの傾向に拍車をかけながら20世紀に入るのである。

このあたりまでは、国勢調査(1920)、健保(1922)100年ともいうべき社会統計学の前史である。とくにゲオルグ・フォン・マイヤー(1841-1925)の社会衛生統計学の流れは「大原社会問題研究所」に受け継がれ、工場医、加野太郎などの優れた業績を生んだ。

このような「高速 社会統計学の世界史」にさらに「高速 健康保険前史」的なものを加えて考えてみよう。

●「健保100年史」、構想をフラッシュ

この場合は、なんといっても、ビスマルクによる「強制加入式の疾病保険」(1883-89)が生んだ「疾病金庫」の統計の国際的影響力が決定的であり、日本の長瀬恒蔵の『傷病統計論』(1935)の

骨格は、これに依拠している。

社会政策的枠組みのなかでの傷病統計は「疾病金庫」統計によって代表されるが、「市場経済のもとでの傷病統計」は、20世紀に入ってからである。

社会統計学の流れはマイヤーあたりから、やっと流れらしくなるが、最初の試練は「社会における疾病」をどうとらえるかであった。結局、そのメルクマールは「労働能力の有無となんらかの受療」ということに落ち着くわけだが、ここにおいて、「疾病統計」「医療費統計」とは表裏一体のものとなる。しかし、「医療を受けたこと」を「疾病」の指標とする調査では「潜在疾病」は把握できず、ここに医療統計の難しさがある。

この時期、1920年代の各種医療統計のなかでは、前々回に紹介したアメリカ医療費委員会(CCMC)の仕事が光彩を放っており、医療経済学の古典的位置をしめている。1925年、なぜアメリカは経済的繁栄のなかにありながら、医療を受けられない人が多く、また、医療サイドからみれば「診療費」のコゲツキが多いのか、からスタートし、28巻の報告書ができたころには世界大恐慌の中心となって「医師にも公的救済を」が叫ばれるようになった歴史的経過は、改めて『健康保険100年史』のなかでトレースする必要があるそうである。考えてみればCCMCもそろそろ100年である。

また、CCMCにおける「病的状態」に関する社会科学的定義が、戦後日本の「国民健康調査」の「傷病」の定義に援用され、もっとも進歩的保健調査といわれた『国民健康調査』の中核として大きな意味をもっていたものが、なぜ姿を消したのかも、歴史として明確化しなければならない。そんなこともふくめて『健康保険100年史』を構想すれば次のようなことになるのではないか。

1. 2022年は健康保険法100年
2. 世界史のなかの日本の健康保険
3. 健康保険前史
4. 社会政策的人道主義の医学
5. 法学的「医療論」「開業医論」
6. 戦争と国民管理の中で
7. 格差を無くす運動
8. 国民の権利と医師の裁量
9. 健保連は財界の反社会保障政策の「生き贄」?
10. 標榜科目自由、出来高払い、皆保険

11. 「輝き」も「困難さ」も増す
12. 微妙なバランスの上に軽業的に成り立つ

最終章を「微妙なバランスの上に軽業的に成り立つ」したのは、海外からの「評価度」も「崩壊の危険度」もともに高まっている日本の「皆保険」制度である。最近の年賀状には、昨年、大病をしたが日本の医療制度に感謝、という内容のものが増えてきた。外国の研究者は「どうしてそんなことが可能なのか」と言う。「解」のない連立方程式に「解」を出しているからである。そして、その「解」の出し方こそ『健康保険100年史』の核心部分である、という意味である。

●マルチ・ヒストリカル・チャンネル

前述の「軽業的バランス」に少し説明を加えよう。

2000年に介護保険法が施行されて、国民の多くが気づいたことがある。それは介護保険料はとられても、介護サービスを受けるときには「要介護認定」というハードルがもうけられていることである。

よく考えてみると、医療以外の各種社会福祉的、社会保障的サービスを受けるにはことごとく行政サイドからの「必要度認定」的なハードルがもうけられている。なぜ、医療だけはプラチナ・カード一枚でどこでも受診できるのか。もちろん、紹介外来制の病院もあるし、生活保護法による「医療券」発行や、国保の保険証取り上げや「差し押さえ」もある。しかし、「要医療認定」なしにどこでも受診できる制度は外国の研究者が「どうしたらそんなことが可能ですか」と驚く制度である。

予想される結論のひとつは、国民の受療権意識と医師の診断学的裁量とが重なり合って行政的介入を排除してきたからであり、日本国民の教育水準の高さ、節度のわきまなども現行システムの保持に貢献していると思う。

このあたりの解明のためには医療を構成する数多くの要素をバランスよくとらえる能力、いいかえれば「医療をトータルに把握する力」が求められる。しかも、これは多変量解析のように、それぞれの構成要素を計量的にとらえることが困難な分野である。残された方法は「マルチ・ヒストリ

カル・チャンネル」での把握、つまり、構成要素それぞれの歴史を束ねる方法である。これはまさに年季仕事であり、冒頭で述べた「西陣織作家」100歳ピーク説に匹敵するかもしれない。

「個別・分野別医療史の束としてのマルチ・ヒストリカル・チャンネル」としては「リーダーズ・ファイル」(Vol.29)『カラーとシェーマの医療史』が試論の仕事となるだろうが、フラッシュ的になんでも「100年・100話」を構想しうる頭の回転力も必要である。例えば

- ・自分史100話
 - ・昭和史100話
 - ・世界貧困史100話
 - ・世界の看護史の補強点100話
 - ・看護・福祉職の世界史100話
 - ・国勢調査100年
 - ・「社会衛生年鑑」100年
 - ・健康保険100年
 - ・好きな歌100曲
- などなど。

●「はたらきかけ」の中身―苦もあり、楽もあり

要するに、生涯学習とは「はたらきかけ・とりこみサイクル」を通じて世界史を自分史座標に取り込むことである。世界史を、視点を変えながら高速で駆けめぐり、「マルチ・ヒストリカル・チャンネル」の束として「自分史座標」をつくりあげることである。

「はたらきかけ」にはいろいろある。「楽しみ」としてやっているのは「語りべ・歌いべ」、生活のリズムづくりのためにやっているのが月刊誌の「連載もの」書き。それから、次世代への「志のバトンタッチ」として書きつつあるのが「苦もあり」の方の代表格である。

「語り」は医療政策学校「月例研究会」と夏・冬合宿、最近は「世界史を30分で歌う試み」なども加えている。そして、メロディを聞けば、たちどころに「譜面化」して再生するトレーニングなども考えている。歌の持つ情報連鎖機能は大きいからである。

「自分史座標」への取り込み演習については、「マクロ」などを生かした「取り込み演習カード」

の作成を試みつつある。

ここでもう一度「学習見取り図」の「本丸」部分に目を転じてみよう。絶えず世界史を自分史座標に取り込む心掛けは必要だが、ライフステージのある段階で「個人誌」を発行することはきわめて有効である。

私の場合は、定年の6年前から手書き「野村研だより」を、そして、2年前から本格的雑誌としての「マクロ」に変え、No.42からNo.166まで1000頁の文献資料集にまとめ、その後は「アトランダム・手作り」の形でNo.281まで続いている。

- ・所属機関の情報装置利用から（定年により「自前」に）
- ・「洋書」の世界史的ポジショニング
- ・文献、資料のバトン・タッチと「次世代へのメッセージ」
- ・自分史座標の更なる補強

などが主な目的であったが、これは「はたらきかけ」の道具にも、忙しいときの「講義の省力化」にも利用できた。

例えば、学生に「マクロ」を配って「興味のある洋書を3点挙げせさせる。福祉系学生と看護学生、医学生に同じものを配って回答を比較すれば、

ちょっとしたエッセー種になるわけである。「マクロ」は「本丸」と（出城）「はたらきかけ」とのシャトル便のようなものであり、現在は、「洋書」の世界史的ポジショニングを通じての「自分史座標」への「取り込み・演習」の教材としての活用を考えている。

「はたらきかけ」のうち、もっとも難しいのは、医療的ないし医療政策的「はたらきかけ」であり、その根拠理論の構築である。諸外国から評価されている日本の「皆保険」制度は、実は各構成要素の「軽業的バランス」の上に成り立っているものであり、「評価されている部分」を維持しながら改善をはかる（例えば無給医局員の問題、ILO看護職員条約の未批准、国保差し押さえ、要路者の医療政策オンチなどなど）ために必要な知識、アクションの方向性を示すことは容易なことではない。このことを次世代へバトン・タッチ・メッセージとして示すと同時に「根拠理論構築への一助」として「社会科学的医療論」の歴史的トレースを次回以降試みてみたい。（2019.8.30）

（のむら たく、医療政策学校主宰）

東日本大震災および原発事故を契機に 生まれた「共創」的实践活動の調査

一震災・原発事故からの社会の再建にむかう
ヘルスプロモーションの理論構築にむけて一

谷口 起代

【はじめに】

東日本大震災の津波による電源喪失で起こった福島第一原発事故は、日本が高度経済成長を経て構築してきた社会の豊かさや繁栄が、それを成し遂げるための負担を一部の地域に背負わせ、その地域住民の健康的な暮らしを一瞬にして奪うリスクの上に成り立っていたという社会の矛盾を露呈した。東日本大震災によってピーク時は34万人以上（復興庁調べ）が日常生活を奪われ避難生活を余儀なくされたが、その後、宮城県と岩手県の自然災害による避難生活者と福島県原発事故（人災）による避難生活者の間には健康被害の現れ方が大きく異なった。震災関連死についていえば、福島県2250人、宮城県、928人、岩手県467人（平成30年9月30日現在）、関連自殺は福島県111人、宮城県57人、岩手県50人（令和元年5月30日厚生労働省自殺対策推進室）と福島県が突出して高く、この要因として、事故責任が明らかにされない、被災者への救済が不十分かつ不公平、放射線不安とそれにまつわる情報への不信感に加え、暮らしそのものが奪われ、至るところで分断・対立が起こり、その解決の見通しがたたないまま、こころの折り合いをつけることができない状態に長期間さらされていることによる過度なストレスが指摘されている（伊藤、2017年）。

本調査やそれ以前の調査で出逢った福島県の被災者の多くから、「なぜ、このような目にあわねばらないのか」といった憂いの言葉を当然ながら聞いてきたが、それ以上に繰り返し聞いたのは、「このような思いは誰にもしてほしくない」、「繰り返してはならない」という力強い主張であった。

このことを真摯に受け止め震災・原発事故の教訓を活かすのであれば、震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションは、被災者が個々に身体的・社会的・精神的に健康な状態になるプロセスを創出するのみでなく、このような事が起こらない社会創りも視野に入れねばならないといえるだろう。それは、暮らしを犠牲にし、コミュニティを崩壊する危険性のない経済活動を、つまり、経済を回すこととコミュニティを創ることが一体となったあり方を模索していくことが、今後のヘルスプロモーションの重要な位置を占めることを意味する。尚、ヘルスプロモーションは、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようになるプロセス」であり、個人への能力付与を超えて、地域活動の活性化や健康的な公共政策づくりまでも含む、保健・医療・福祉の分野にとらわれない包括的概念である（島内、2015年）。

筆者はこれまでの研究で、ヘルスプロモーションを「市民が主体的に行う広義の「健康」——日常生活の資源となり得る健康——に向かって、ローカルな世界からはじまる社会の改革に向けた運動」と再定義し、誰もが安心して暮らせる社会にむけたヘルスプロモーションの核となる概念として「共創」理論の構築を試みてきた（谷口、2015）。ここでいう「ローカル」とは、抽象的な地域という空間を指すのではなく、生活において関わり合う具体的な関係を指している。誰もが安心して暮らせる社会に向かうには、ヘルスプロモーションとして、老い、障害など様々な事情があっても共に生きられる社会を、共に創っていくという「共創」の関係を生み出す環境を整えていく

ことが重要となる。図1の下段は、筆者がこれまでの研究において、障害者や路上生活者と共に生きる実践活動の事例から導き出した、「共創」の関係から生まれる活動のプロセスの展開を図示したものである。この図で記したように「共創」の関係からは、互いの困難を引き受け合う関係性から生まれる、どのような事情があってもそのままに生きられる社会の渴望という祈りや願いが芽生える。それが通底音のように流れ出すと、直面する様々な困難は活動の展開の契機・糧となって、「共に生きる世界」を構成するプロジェクトを生む。人々の健康は、喜怒哀楽を共にし、困難を互いに引き受け合い、存在自体を肯定し合う、この「共創」の関係の中で得られる安心の中にある(谷口, 2015)。

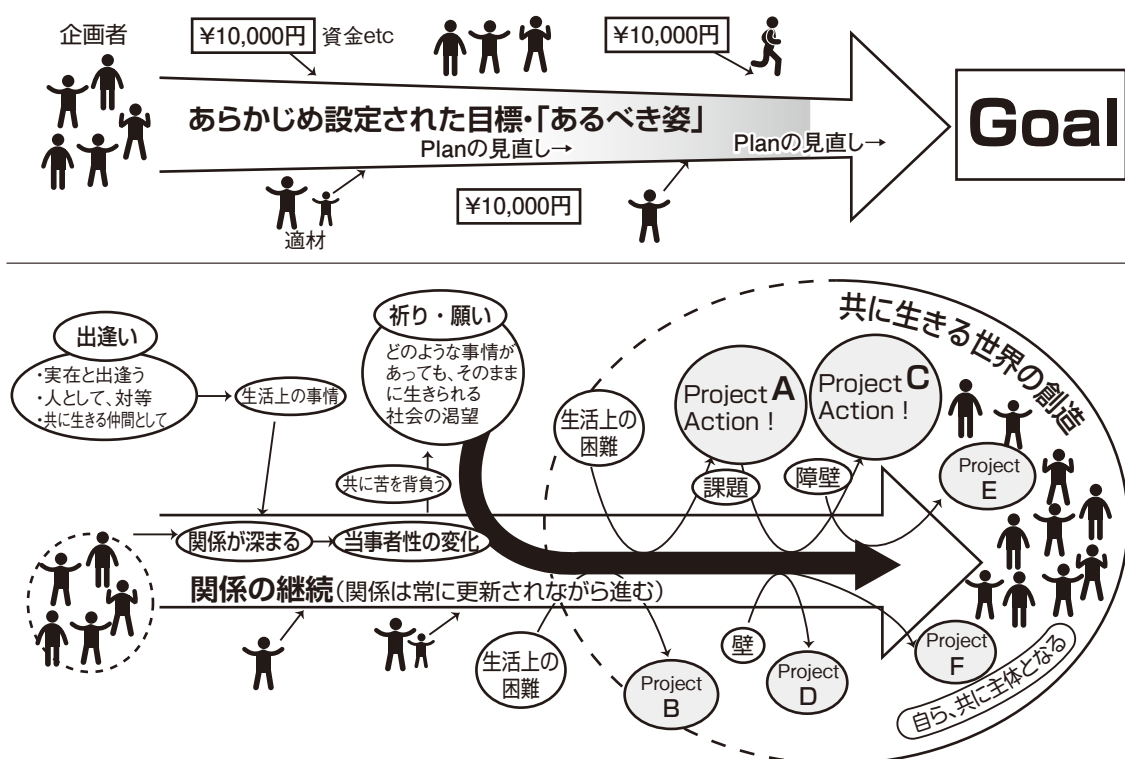
本研究は、このような「共創」の関係を構築していくことと矛盾しない、すなわち、「共に生きる世界」=コミュニティを構築していくことと一体となった経済活動のあり方を導き出すことに向かうものである。その第一歩として、福島第一原発事故を契機に地域再生や社会的事業を被災者と

「共創」的な関係を持ちながら取り組む者へ、聞き取り調査を主軸とした、活動の実態調査を実施した。本調査の目的は、震災・原発事故からの社会の再建に向かうヘルスプロモーションの理論構築に向けて、「共創」的实践が直面する経済的課題を、実践者らがどのように克服しようとしているのか、また、克服していけるのか、実践からの有益な洞察を導きだすことである。

【調査の概要】

以下のとおり、1. 福島県内で、震災・原発事故を契機に活動をはじめた者、2. 福島県外で、震災・原発事故を契機にはじまった活動の調査および研究会活動を行った。1.2の聞き取り調査から、実践者らが、経済的基盤を確立していくうえで拠り所になっている世界観を更に掘り下げる必要が出てきたため、研究期間を延長し、追加調査として、3. 次世代へつなげる活動を支える世界観・生命観に関する研究を行った。

図1 上：一般的なプロジェクトの進み方 下：「共創」的实践活動の展開



1. 震災・原発事故を契機にはじまった「共創」的実践活動の調査（福島県）

以下の団体に所属する個人（5名）への聞き取り調査を行った。調査のポイントは、各団体や活動者自身の活動の変遷、直面している経済的課題、その課題をどのように克服しようとしているか（してきたか）、経済的基盤を確立するにあたっての指針などである。尚、下記（括弧）内の調査対象者の年齢（年代）は、インタビュー当時のものである。

①一般社団法人 AFW 代表 Y 氏

（男性 30代、インタビュー日：2016年2月7日）

原発事故当時は東電社員として事故現場でも作業。2012年7月から、福島第一原発作業員の現状を世に伝え、社会全体が廃炉現場の環境を支えていくことを訴える活動を開始。2013年の11月、仲間と共に任意団体を立ち上げ、より積極的に、廃炉現場の現状に関する情報発信、廃炉作業を行う作業員の支援および作業員と住民をつなげる活動を行う。2015年6月、Appreciate（正しい評価と敬意を含んだ感謝）、FUKUSHIMA（復興へと歩む福島県全体）、Workers（働く人たちへ）の頭文字を並べた「AFW」を社団名として法人化。廃炉に関する理解を求める活動から、より広く住民と意思を共にし、福島第一原発と向きあいながらすすめる地域づくりを活動の軸に据えて、「次世代に託せるふるさと創り」を目指す。一般個人を受け入れる福島第一原発のスタディツアーや廃炉の勉強会の開催など、暮らしの視点で「福島第一原発」を学べる環境作りのほか、楢葉町の古民家を拠点としたコミュニティづくりや米作りに参画、地域再生に必要な取り組みを包括的に行っている。

②いわき未来会議 事務局員・PRAY + LIFE 主宰 アーティスト F 氏

（女性 30代、インタビュー日：2016年2月7日）

いわき市在住。福島のことを後世へ残し伝えることを目的に PRAY + LIFE を仲間と共に立ち上げる。PRAY + LIFE のウェブサイト の FUKUSHIMA Voice のコーナーでは、2011年4月から開始した取材で聞き取った、震災・原発事

故を体験した人々の日常を生きる言葉が紡がれている（現在、34名）。「さいたまトリエンナーレ 2016」では、原発事故の被災者から募った思い出の品を、経験を風化させず残し伝える表現として、漆で黒くコーティングしてインスタレーションとして発表。これ以外にも、震災・原発事故後にいわき市内で開催された数多くのアートプロジェクトに関わってきた。

2012年夏頃から、未来をつくるためのプラットフォームづくりの準備に関わる。立ち上げメンバーの一人として、これから30年間対話を続けていこうという決意のもと「未来会議」を2013年1月にスタート。「未来会議」は、市外、県外からの参加も積極的に受入れ、人と人、人と団体、団体と団体が出逢い、参加者それぞれが抱えている・感じている問題や課題を、共有・可視化し、ネットワークを形成するきっかけを提供し、未来のために今何ができるのか、未来へ向けて創造的に話す場であり、課題解決のためのアクションのフォローアップまでを視野に入れて活動している。実際に、「未来会議」からは、浜通りで活動する人たちをゲストとして囲んで語り合う「MIRAI BAR」や、「子ども被災地支援法フォーラム」、「医療未来会議」「こどもプロジェクト」など、多くのプロジェクトが生まれている。

③もりたかや（いわき駅前商店街の洋品店）の CSR 担当者 A 氏

（男性 30代、インタビュー日：2016年2月5日）

いわき駅前平3丁目商店街の洋品店「もりたかや」の長男。震災時は都内で働いていたが直後にUターンし、駅前商店街という立地条件と婦人服の老舗としての知名度の高さを活かし、水や物資の配給をはじめとした救援活動を実施。震災後2年目に元々針子さんの居住スペース兼工場だった2階の空きスペースを自力でスタジオに改築。もりたかやの社会貢献事業と位置づけ地域のアートプロジェクトや学生と地域をつなげる活動の拠点として提供。平3丁目商店会の活性化に積極的に関わり、恒例の七夕祭りなどの行事に若い世代が関わり共同作業をする機会を提供している。2階のスタジオは、いわきの「未来会議」から生まれ定期的に開催されている「MIRAI BAR」の会

場にもなっている。

④ NPO 法人蓮笑庵くらしの学校 古民家再生プロジェクト担当（当時）K 氏

（インタビュー日：2016年1月24日、5月13日
女性 20代）

南相馬市出身。震災と原発事故をきっかけに、東京から福島へUターン。「被災者をNPOとつないで支える合同プロジェクト」仙台事務局立ち上げに参画。2012年1月から「ふくしま連携復興センター」で事務局を務めるほか、福島に生きる同世代の女性のつながりの場づくりや情報発信を行う。2015年から2年間、福島県田村市の蓮笑庵（民画家渡辺俊明が美の浄土を願ってつくった自然豊かなアトリエ）を拠点に、東日本大震災後に設立された「特定非営利活動法人 蓮笑庵くらしの学校」（2013年6月20日設立）で、古民家再生プロジェクトを担当。2017年から2年間、高校の家庭科講師を務め、2019年4月よりフリーランス。

⑤ 飯舘村村民までいな対話の会 代表 S 氏

（30代 男性、インタビュー日 2016年5月14日）

飯舘村出身。一時期都内で仕事をしていたが震災時は飯舘村で生活、婦人服製造工場の工場長。飯舘村が4月22日に計画的避難区域になった（その後区域再編で居住制限区域に指定された）ため、仮設住宅が完成した7月下旬に伊達市仮設住宅に避難。2012年5月に福島市で開催された「ダイアログ」に参加し、対話によって安心や気づきが得られることを体験。原発事故後の暮らしを再建していくうえで対話の可能性を感じ、2012年7月から飯舘村の若者の対話の場を、都内のプロセスワークのファシリテーターと協同でスタート。「までいな（ていねいな）対話の会」と名付け、代表となる。対話の会は2014年3月まではほぼ月に1回のペースで開催（その後、不定期に要望があった時に開催する形式へ移行）。また、飯舘村村民救済申し立て団の事務局を担当。ライターとして飯舘村の現状や仮設住宅での村民の日常や思いを発信する活動もしている。

⑥ 視察・訪問（個別インタビュー以外）

・ふくしま復興塾第3期最終発表会にて、塾修了

生12名の活動発表を視察。

（2016年1月23日）

・わけさこハウス視察、住民と座談会。（2016年1月23日）

東京都出身で2012年に福島県郡山市に移住した30代男性が運営する郡山駅徒歩10分の住宅地にあるゲストハウスを兼ねたシェアハウス。「わ（私の）、げ（家）、さ、こ（おいで）」は福島の方言で「私の家において」という意味で、福島に関心を持つ若者が福島に来て人とつながる玄関口としての機能を持っている。

・双葉郡未来会議主催の広野町視察ツアーに参加。双葉郡未来会議、いわき未来会議のメンバーと共に双葉未来学園、広野駅、堤防、防災緑地工事現場、Jヴィレッジ、広野町火力発電所を視察。振り返りワークショップ。（2016年2月6日）

2. 福島県外の活動の調査と研究会活動

東日本大震災と原発事故は、首都圏に生活する者にとっても、暮らしを見つめ直し、新たな生き方を模索するきっかけとなった。そこで、震災・原発事故をきっかけとして活動をはじめた人たちのうち、「共に創る」というコンセプトを重視している活動に注目し、その活動方針や経済的な課題を調査し、類似した課題を持つ者たちとの間で意見交換・交流をする研究会活動を行った。

⑦ 孀恋共創プロジェクト（群馬県孀恋村）

筆者の声かけではじまったプロジェクトであるが、カナダ人看護師2名（震災時に日本に滞在）、首都圏在住の研究者、介護従事者、会社員、自営業者や、孀恋村の建築家が連なり、中古の別荘を改築し、現代の暮らしを見つめ直すきっかけになる場を、関心のある者と共に創っていく活動をしている。キャンプや薪割り体験合宿、浅間山の大噴火からの復興の歴史を学ぶ学習会、対話合宿などを開催。ペイフォワード（次に来る人のために利用料を多く払い、それによって誰かが無料で利用できる）のしくみを取り入れ、キャンプや自然体験をする機会のない子どもたちが無料で滞在できる、「思い」の循環をつくる取り組みをしている。

⑧第1回 合同研究会 2015年10月10・11日 婦
恋村くるみの家

震災・原発事故を経験して二拠点居住に踏み切った、福島県白河市で「風廻家^{*}」を運営するメンバーと婦恋共創プロジェクトのメンバーで合同研究会を開催。二拠点居住に至る経緯や現在の活動内容のプレゼン、課題や可能性と連携について意見交換。

^{*}「風廻家」は、震災後に週末だけでも福島県の畑を耕すことを通して震災・原発事故に向き合うことをはじめた福島県出身で関東在住（東京勤務）の女性がはじめたゲストハウス。思いを共有する者数名で運営。現在、運営上の都合から関係者のみ、土日のみ開いている。都会から離れ一息つく機会と福島の課題を肌で感じ暮らしを見つめ直す機会を提供している。（2018年に閉鎖）

⑨共創研究会（立教大学）2016年4月23日

双葉町から避難した人々を撮ったDVD「ある町^{*}」の鑑賞。その後、震災後に福島県内で活動をしていた3名（元NPO法人コモンズのスタッフ、NPO法人シャプラニールのスタッフ、飯館までいな対話の会代表S氏）をゲストとして迎え、原発事故で避難区域になった地域にあった（失われてしまった）共同体的暮らし、首都圏にはすでに失われていた暮らしをテーマに対話。

^{*}「ある町」は、双葉町出身の学生が、「震災や原発事故以降に“いろんな語り方”をされている自分の好きな町や人とはなんだろう」という気持ちから2012年から2016年まで（大学3～院2年）撮り続けた作品。

⑩第2回 合同研究会 2016年5月24・25日

婦恋共創プロジェクトと共創研究会のメンバーで活動の進捗の共有と課題に関する意見交換。

3. 次世代へつなげる活動を支える世界観・生命観に関する研究（追加調査）

福島県内で活動する実践者らの多くは、活動の拠り所となる指針を、福島の歴史を見直すことや過去の厄災からの再生の記録から創り上げようとしていた。聞き取りを行った5名のうち3名は、複数回、水俣を訪問し水俣の活動者らと個人的なつながりを持ち、次世代へつなげる活動をどう創るかということを語り合ってきたことから、

水俣の文献調査を軸に、厄災から次世代へつなげる活動の事例、それを支える世界観・生命観に関する研究を行った。また、2017年5月に水俣を訪問し、患者会が主催する乙女塚での慰霊祭に出席、一般社団法人水俣病センター相思社、からたち（反農薬水俣袋地区生産者連合）、エコネット水俣の視察調査を行った。

【調査結果および調査から見えてきたこと】

1で調査した福島県内で震災・原発事故を契機に活動をはじめた5名の実践者らは、原発事故による被災という事実と真っ正面から向き合い、福島県の被災者と共にあることを第一に活動している人たちである。筆者は2012年4月～2013年3月まで福島県いわき市小名浜の復興支援センターのコーディネーターとして定期的に福島県を訪れ、若者たちの座談会を開催していたため、未来会議事務局員のF氏（②）、もりたかやのA氏（③）とは直接会ったことがあり、時に共に活動をしてきている。他の3名についても、直接会話を交わすことはなかったが、彼らの活動については耳に入っていた。当時、いわき市では、仮住まいをはじめた双葉郡の避難者といわき市民との間での軋轢が表面化しはじめており、この状態がいつまで続くのかまったく先行き不明の中、実践者らは目の前の課題をこなすことに疲れはじめ、対話の場を自ら創りはじめた時期であった。今回、3年程の年月を経て聞き取り調査を行った訳であるが、実践者らの語りは2012年当時とは大きく変化していた。

それは、経済的基盤をどう確立するかに対する答えには辿り着いていないが、活動する上での方針は明確になっていることであった。たとえば、もりたかやのA氏（③）の場合、2013年に話した時点では、改修した2階のスペースを使った地域貢献活動をいかにして経済的に成り立たせるかということに悩んでいた。しかし、その後、「価値」ということを繰り返し問い直す中で、お金に換算可能な価値と不可能な価値があり、自分自身がお金に換算できる価値にとらわれていたことに気づいた。そして、「2階スペースは、お金に換算す

る価値とは『別もの』として考えています。経済は、本業の洋品店で、2階のスペースでの活動はそのことを混ぜるものではないと今は考えています」という答えに辿り着いた。「2階では、お金では測れない価値を創造している、それが、ずーっとめぐりめぐってお金という価値で洋品店や商店街にまわってくればいいんだ」と思っている。そして、そのように踏ん切りがついてから、つながりたい人たちが活用してくれるようになったということを楽しそうに語っていた。

A氏のような「別もの」として捉えるという整理の仕方は、AFWのY氏(①)にも通底していた。Y氏は、一般個人が福島第一原発を見学する機会を提供したり、廃炉勉強会を開催したりしている。それに対して、「そこで生計を立てていくでなく、そこは、もう目指せないと思っている。どうがんばっても、目指すべきでもないのかなって」考えている。そして、経済的な基盤を確立するには、「王道を行くしかない」と語った。彼の言う「王道」とは、たとえばアフリカでポリオワクチンを配るということに対して「それって何か意味があるんですか？」とは多くの人が言わないように、「社会がそれを必要と認めて存在意義が認められることで社会が支援するところまでいく道」である。「今、生計が成り立たないということは、ある種必要とされていない取り組みと思われている段階。だから、そこは、脱却していくことかなと」考えている。そのためには、現在開催している勉強会について、「それ(お金のことを考えること)をやってしまうと、より悪い方向にいく、お金のことは遠ざける方向にやった方がよりうまくいくので」と語っていた。ここには、震災後の5年間に助成金によって行われた様々なプロジェクトを見続けてきた末での批判的な視点があった。

助成金事業の支援活動に2年間携わった蓮笑庵くらしの学校のK氏(④)も、同様の思いを持っていた。彼女は2年間の体験から、一番の課題として、「仕組みの中でしか動けない」ことを挙げ、「隙間を埋めようと民間がやっていて本当にやるべき課題が見えてきても、そこに結びつかず、外見上はいくつものプロジェクトが生まれたが本質的に何も変わっていないことに嫌気がさして」し

まった。そこで気がついたのが、「この土地に紐付いたもの、福島だからということの意味や価値に向き合えていない」ということだった。そして、インタビュー当時所属していたくらしの学校ならそれをやるのではないかと思い至った。そこで決めているのは、助成金を取るにしても「魂を売らなくてすむレベルしかやりたくない」ということである(実際、当時、くらしの学校は助成金をとりやすい立場にあった)。なぜなら、「経済的に貧困くらいになった方が、助成金で安定しているからうんぬんじゃなくてほんとに落ちるとこまで落ちないと、(暮らしを創り直すことは)できないかなと思っている」からだ。それは、この土地の人たち、つまり、自分の祖父や祖母がなぜ(原発を受け入れるほどに)豊かさを求めてしまったのかを、寒い一軒家(くらしの学校に勤務するようになって借りた場所)で生活してみて初めて自分の体で少し理解できた気がしており、「自分もそういうことを1つ1つ体験していかないと、何をしたらいいのか出てこないのではないと思う、今、そういうタイミング」だからであると語った。

K氏のように魂は売らないこと、経済的に貧困くらいになっても、暮らしを創ることの本質を問い続けていくという姿勢は、まていな対話の会のS氏(⑤)にもみられた。彼の場合は、それを、「コンビニでバイトしてでも何でもいいけど、生活を成り立たせる覚悟はもっているつもりではいます。」という言葉で表現した。S氏の場合は、自然の中で生き、本当に生命力のあった飯館の人たちが、「皆、ストレスで蝕まれているっていうのを実感するから、本来の人間の生命力だったり、本来の生き方をちゃんと生きていってほしい」ということから活動をはじめており、その蝕まれている状況を創っている「語れなさ」をなんとかしようという中で、「1つスナックみたいな場、非日常の異空間ではあるけれども生活に根ざしている。そんな場」を創ることを考えている。まずはその基礎を学ぶということで、通信大学で心理学や行動科学を専攻している。

未来会議の事務局を担いアートプロジェクトをいくつも担っているF氏(②)の場合、経済的基盤を彼女自身がどう確立するかという問いには

直面していなかったが、いわき市が夫の勤務地だったから住むことになり原発事故後の混乱に向き合うことになった彼女にとっては、いわき市に住み続けるかどうかということが大きな決断であった。

それについて、彼女は、はじめから「見捨てるものか、守りたい」と思い、すぐに、がれき掃除に加わった（「」内の言葉は、2013年11月7日、円居の場 in いわきという座談会での言葉）。そして、その時にいわきに住んでいたから目の当たりにしたことを記録していこうと、被災した人たちから聞き取りをする PRAY + LIFE の活動を2011年4月からは始めている。彼女が開設した「PRAY + LIFE」のサイトにはその時の率直な思いが綴られている。以下彼女の活動を牽引してきた思いを引用する。

「物事があまりにも大きく、受け止め切れない中、いわきに住む私はせめて、時間とともに消えてゆく体験や想いを少しでも残していこうと思いました。そこに同じ人間としての顔が見えてきたら、ほんの少し何か変化しないだろうか？ そう思い、個人への聞き取りをし、1人1つの話という形式で残していくことを始めました。

お話を伺うと、様々な人が様々な想いで立ち、事情、環境、情報源、家族、友人など、数えきれないものが重なり入り組んだ中に私たちが生活していることを感じます。そこには、何が正しくて何が間違っているのかといった理論や判断を越えたところにある、人の生きる姿そのものがあります。

もちろん、聴くことが出来る内容も伝えられる事も物事の一端でしかありませんし、ほんの僅かでしかありません。誰かが傷ついてしまうこともあり、そのことに対する気持ちの揺れは消えません。もう忘れたいと言う方もいます。それでも形にすることにしたのは、出会う一人ひとりがままたらない中であっても魅力を放っており、存在そのものが力であり、それが未来へ続く今を作りだしているようにも感じたからです。」

彼女の震災・原発事故直後の「見捨てるものか」という決意、そして、「時間とともに消えていく体験を残していこう」という思いは薄れることなく、2016年に被災者の思い出の品を漆でコーティングし展示した「Vayger」というインスタレー

ションの発表という形に結実した。また、RRAY + LIFE の「存在そのものが力であり、それが未来へ続く今を作っている」というテーマはそのまま、彼女が設立メンバーの一人となった「未来会議」や「はまどおり大学」の基本的なコンセプトとなっている。

ここまで福島県内で活動する5名の実践者らの調査結果をまとめ、主に、彼らがどのような方針や姿勢を持って活動をしているかを記してきた。この調査からは、本研究開始時に期待していた「経済的基盤を確保するための指針や手法」に対する直接的で明確な解答は得られなかった。だが、しかし、そのことこそが、震災・原発事故からの社会に向かうヘルスプロモーションの理論構築において1つの重要な手がかりを与えているとも考えられる。

実践者らの語りからも明らかであるが、彼らが、「経済的基盤を確保するための指針や手法」に辿り着いていなかったのは、従来の経済的価値にしばられないという決意があったからである。もし、従来の経済のあり方に対する問いが生じていなければ、おそらくより簡単に稼ぐ道を得ていたであろう。しかし、彼らは、従来の経済活動とそれを支える価値に無自覚にも同意していたことが、原発事故とその後の人々の混乱や対立、分断といった現状を引き起こしていると感じ、社会が成り立っている根底から考え直さなければならなかった。さらに、震災後に大量に生まれた福島県内での助成金事業の成り行きを目撃し（ある者はその事業を運営する当事者として疲弊し）、それが本質的な解決につながらないことを目の当たりにしたことが、従来の経済活動の前提にのっけては同じことを繰り返してしまうという思いを強固にした。

従来の経済的価値にしばられない、ということとは、たとえば、分かりやすい結果や短期的な成果、効率や数値といった図りやすい価値に惑わされず、はっきりとしたゴールが見えないままに長期的に構えるということである。これは、もりたかやのA氏(③)の「お金では測れない価値を創造している、それがずーっとめぐりめぐってお金という価値で…まわってくればいい」という語り

や、AFWのY氏(①)が「今、生計が成り立たないということはある種必要とされない取り組みとされている段階。だから、そこは、脱却していく」という言葉に現れている。そして、蓮笑庵くらしの学校のK氏(④)の「経済的に貧困くらしになった方が…ほんとに落ちるところまで落ちないと、…できないかなと思っている」という言葉や、までいな対話の会のS氏(⑤)の「コンビニでバイトしてでも何でもいいけど、生活を成り立たせる覚悟はもっているつもりです」という言葉に表されているように、彼らは、すぐに結果は得られないことは充分に分かりながらも、そこに向かうということに対する迷いは持っていない。

従来の経済的価値にしばられないことと引き替えて、福島の実践者5名が辿り着いた境地は、「出逢った人や起こった出来事一つ一つに向き合い、現在を生きることから、これまでにないものを創造していく」という地道な生き方をするのであった。この姿勢は、2の調査で出合った福島県外で活動する者にも共通していた。たとえば、婦恋共創プロジェクトでペイフォワードのしくみを取り入れたり、都会では体験できない薪割りや畑仕事をしたりして、現代の暮らしを見つめ直す機会を創っているのはそのためであった。研究会(⑧⑨⑩)では、都会ではすでに失われ都会に住む者は体験したことのない、共同体的な「暮らし」が福島の双葉郡にはあったのだということを再認識し、「暮らし」が奪われるということの大きさや、すでにそれが奪われている都会の生活者が気づかずに失っているものに思いをよせ、「共同体で生きるということを体験したことのない自分たちは、どこから何をしたらいいのだろうか」という問いから、「せめて、日々をていねいに生きるということをしていきたい」という意見や、「自分たちが何をすでに失っているのかを知ることからはじめたい」という意見が出ていた。

震災・原発事故で突きつけられた問いを我が事として受け止め、暮らしを見つめ直し、被災者や原発事故という事実と向き合い「共創」的活動をはじめた者は、まず、従来の経済的価値にしばられないという道を選択した。この選択は、活動の経済的基盤を従来の経済システムの中で確立しよ

うとする、つまり事業性を追求すると、本質的なことが何も解決されないという実体験に基づくものであった。従来の経済活動のあり方を根底から問いなおし、暮らしを創り直す(それには、経済を回す必要がある)というのは、答えの出しようがない問いに挑むようなものである。

ところで、本調査では、追加調査として、福島県の活動者と水俣の活動者の交流や、水俣に関する文献調査を行った。そのことから、福島で活動する多くの者が水俣で同じような問いに向き合い続けてきた人たちと出会い、精神的な支えを得てきていることや、次世代へつなげる活動の創り方や拠り所とする思想を学んでいることが分かった。

たとえば、水俣では、海に出られなくなった漁師が丘にのぼり、「被害者が加害者にならない」ということで、農薬をつかわない甘夏の栽培をはじめたが、それが世代交代を経て現在も事業として続いている。これは、放射能不安がまだまだ色濃かった(調査時にはまだ避難解除されていない区域も多かった)福島県において、直接模倣するようなモデルにはならなかった。しかし、このような事業が生まれることで被害者が役割を見つけ、人や土地との関係を取り戻し、暮らしを取り戻していったということは、福島で活動する者に大きなヒントを与えたであろう。たとえば、もともと福島の土地に根ざした誇りを取り戻すことから暮らしを取り戻すという文脈で、わけさこ(⑥)のオーナーがはじめた福島の酒とつまみのセットの通信販売に結びついている。また、蓮笑庵くらしの学校のK(④)が畑を耕し古民家再生プロジェクトを担当する決意をした背景にも、水俣との交流で得た学びが影響していた。

福島の活動者の多くは、早い時期から、地域に広がる分断や対立、単純な善悪でものごとを語ることができない現実と直面し、苦しんでいた。事故の責任があいまいなまま、地域が分断され、住民の心が蝕まれていく。そのような中で、対話からの未来を切り開こうと活動をはじめた「未来会議」のメンバーは何度も水俣を訪問した。そこで、半世紀以上に国策によって被害者、加害者が同じ地域に生まれ、暮らしが奪われ、住民同士の分断を体験した水俣で、人々はその受難の経験をどのように受容してきたのか、地域はどのようにし

て立ち直っていったのかを辿った。そして、水俣の患者認定闘争のリーダー的存在であったが、「私もまた欲望の価値構造の中で（チッソと）同じことをしたのではないか」ということに気づき、被害者・加害者の対立構図から脱却していった緒方正人や、苦しみの元凶である水俣病を「のさり」（恵み）とみなし、他人を変えるよりもまず自分が変わればよいと述べた患者・杉本栄子らの、いわゆる〈赦しの思想〉に出逢った。このような出逢いを経て、2017年、「絶対的な正しさや常識はない」ことを前提にゼロからスタートすると歌った共に学ぶ場、「はまどおり大学」¹は生まれている。

ここで本調査から見えてきたことをまとめることとする。本調査で聞き取りを行った者は、いずれ経済的基盤を確立していくということが前提であっても、まずは、起こった出来事との「和解」——たとえば、土地とつながり、誇りを取り戻し、対話という場という対立構図を超える思想を形成していく土壌を確保するといったこと——の方を、より重要視して取り組んでいた。そして、そのためには、従来の経済的価値にしばられないという選択をしていた。このことから、根本から暮らしを再生することが課題となる時、従来の経済的価値にしばられない時空を必要とするということがいえるのではないだろうか。もちろん、本調査での聞き取りの対象人数から一般論は引き出すことはできない。しかし、本調査の対象者が

つらなる「未来会議」は、いわき市内で活動する20代～40代位の若者の相当数が緩やかに連なるプラットフォームとなっていることを考慮するなら、この、従来の経済的価値にしばられない時空の必要性は、決して例外的なことではないと考えられる。

【おわりに】

本研究は、「共創」的關係の中に生きることの中に健康があるという前提から出発し、震災・原発事故からの社会に向かうヘルスプロモーションの理論構築に向けた第一歩として行った。当初の目的は、震災・原発事故を契機に「共創」の実践活動を行っている者への聞き取りを行い、彼らの経済的基盤の確立のための指針や手法を調査し、そこから人々の暮らしを守ることと矛盾しない経済活動のあり方につながる洞察を得ることであった。しかし、実践者らへの聞き取り調査からは、その目的に直接的に結びつく知見は得られなかった。代わりに得られたのは、現在の経済活動から一時的に退却することの必要性であった。

このことは一見、本研究に成果がなかったかのように映る。しかし実際は、本調査の結果は、一度奪われた暮らしの再建という大きな課題に対する重要な知見を与えてくれている。水俣の事例に関する追加調査では、従来の経済的価値にしばられない時空でこそ可能な事²があり、それが暮ら

¹ はまどおり大学の紹介文「Our Story」は以下のとおりである。

「この地域は、東日本大震災の被害にあい、ゼロからのスタートといえるほど大きな影響を受けた地域もあります。そのような経験は、私たちに「本当に大事なものは何か」を考えさせる機会ともなりました。また、震災の混乱期から復興といわれる過程を通じて、私たちは、暮らしてきた地域によって文化や考え方が違うこと、少しの場所の差で震災の影響が大きく異なったりもすること、大事にしたいことや大切なものを守る（失わない）ための手段は人によって違うことなど、多くを気づかされ、悩みました。

私たちは、異なる一人ひとりが大切にされ尊重され、誰もが暮らしやすい環境や生き方を探れたらと思いました。そして、予測が難しいこれからの時代を生き抜くためにも、もう少し力をつけることが必要なのではないかと感じました。

そこで私たちは、「絶対的な正しさや常識は無い」ことを前提に、物事をゼロに戻して考えるところから始め、様々な視点から学び気づきを得ながら、自分の限界を突破し、潜む可能性を引き出す学びや研究を、はまどおり大学で行なっていきたいと考えています。それぞれの違いは、愛すべきでこぼこ。誰もが自分らしさを発揮できる地域を目指して、共に学んでみませんか。」

² たとえば、「飢い直し」。人と人、人と自然、人と死者、加害者と被害者との間で再度つながりを取り戻し、関係を紡ぎ直していくような活動。

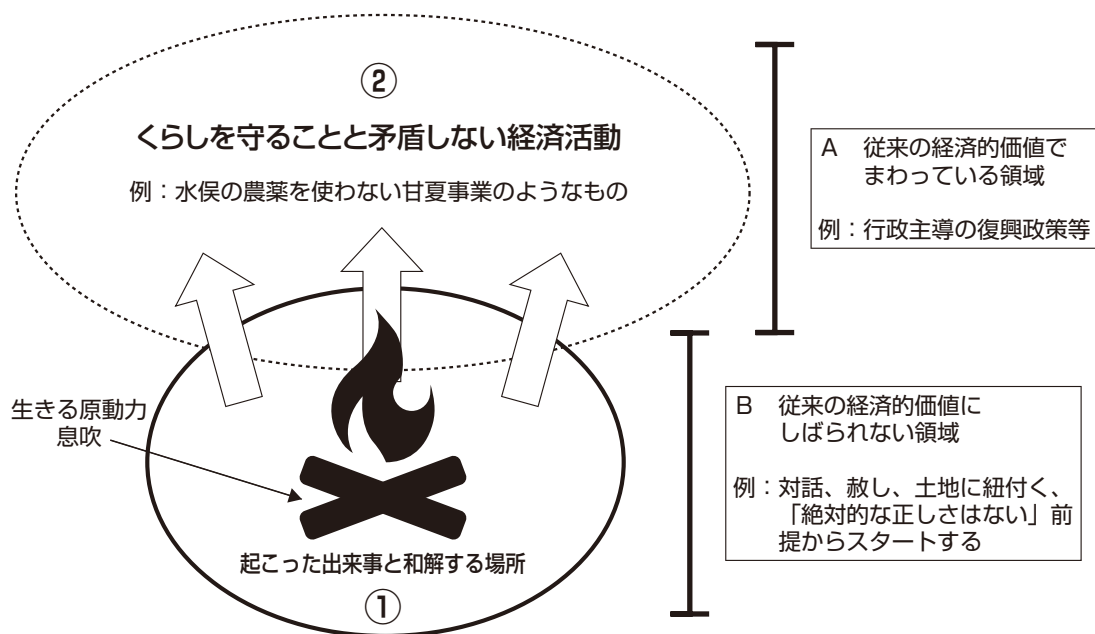
しを取り戻すことに向かう人々の心を根底から支えてきたことを示していた。さらに、水俣の事例から活動の糸口を見いだしていった福島の実践者らの軌跡をたどると、起こった出来事との和解——たとえば、土地とつながり、誇りを取り戻し、対話の場という対立構図を超える思想を形成していく土壌を確保するといったことを経て、実践者らは活力を得、未来への希望を語ることが可能となり、次世代へつなぐといった長期的な視座を獲得し、そのことで矛盾だらけの復興政策によって本質的なことが置き去りにされている様子を目の当たりにしながらも、福島で未来を見据えた活動をしながら生きることができていた。つまり、根本から暮らしを再建することが課題となる時、従来の経済的価値にしばられない時空間で行う事柄が、その再建の歩みに活力を吹き込むのである。

追加調査を含めて本研究で得られた知見をまとめて、図2のように、暮らしを守ることと矛盾し

ない経済活動の予想図を作成してみた。暮らしを守ることと矛盾しない経済活動には、Bの領域における活動があることが重要となる。福島県の事例でそれに該当するのは、未来会議のような対話の場①で、それがAの領域でも流通可能な経済活動②を行うことに活力を与える。今回の福島県内で活動する者の調査では、この②を生み出す手立ては見つかっていない状態であった³。②の経済活動は、Aの経済システムと関係を持つが、依存しないものである。つまり、従来のシステムとは異なるもの、たとえば水俣の農薬を使わない甘夏の栽培と販売事業のように、従来の経済システムの領域でも交換可能な価値を、従来の経済活動とは異なる原理で生み出す活動である。

福島県で活動する実践者らが示したのは、起こったことを置き去りにせず、一つ一つに向き合いながら暮らしの再建に取り組むのであれば、Aの領域から一旦退却し、Bの領域において①を構

図2 暮らしを守ることと矛盾しない経済活動（予想図）



³ 福島の調査で視察した「わけさこハウス」のオーナーが2017年8月に株式会社を設立して行っている事業は、この②に該当するかもしれない。調査時は一般社団法人勤務であり法人設立に至っていなかったため調査はしていないが、彼の会社(株式会社エフライフ)の基本コンセプトは「たいせつなものをたいせつにして生きていくことのお手伝い」であり、福島県の酒造がセレクトする自慢のお酒とおつまみのセットの定期購入サービス、福島の食と職が出逢うローカルスナックshokushoku fukushima、わけさこハウスの3本柱で運営されている(2019年6月時点)。

築することが必要であるということであった。このことは、そのまま、震災・原発事故からの社会の再建に向かうヘルスプロモーションにおける優先課題としてみることもできる。暮らしの再建における重要課題はBの領域における①を構築することであり、実際、福島県の被災者の震災関連死や自殺が宮城県・岩手県と比べて突出して多かったのは、このBの領域における①を創ることができなかったことに起因しているといえるだろう。というのも、①は、共同体的暮らしが営まれていれば、すでにあるものであり、被災者にとっては、震災・原発事故によって一瞬にして奪われてしまったものだからだ。

これまでの議論は、主に原発事故で被災した地域の再建に焦点をあてて展開してきた。しかし、暮らしを再建する、つまり、コミュニティを再生するという課題は、現在、日本全体の、特に都市部の課題である。本研究で到達した、従来の経済的価値にしばられない領域（B）で、福島の実践者らがおこなったように何らかの活動をつくることは、そのまま震災・原発事故を契機にコミュニティの重要性を再認識した日本の個人化が進んだ都市部におけるヘルスプロモーションの優先課題となり得るのではないだろうか。

日本における戦後の急速な経済成長は、個人化、コミュニティの崩壊と引き替えに達成された。多くの者は、かつては当たり前であった共同体的暮らしが持っていた、関係の中に生きる安定と安心を失った。又はそのような安定と安心を知らないで育った。関係の中に生きることをしがらみと捉え自由を阻むものという価値観が広く共有されていた。どちらがより良いかは個々人によって意見が異なるであろう。しかし、重要な点は、仮に、多少のしがらみに窮屈な思いをしようとも、関係の中に生きる安定や安心を選ぼうとしても、そう簡単にそれが得られない、どうしたら人とつながれるのかその方法が分からないという位に、コミュニティの崩壊が進んでしまっているということだ。都市部の人間が体験してきたのは、福島の被

災者が一夜にして体験した喪失とは異なり、段階的な喪失であるといえる。段階的な喪失は、その当事者にとって、喪失体験として認識されづらい。そのため、都市部においては、おそらく、まず、コミュニティが崩壊したことで何を失ってきたのかを知ること、そして、その失ったという事実を悼みそのことと和解する、経済的価値にしばられない時空間を創ることが重要となるだろう。本調査は、そのような時空間において人と人が出合いつながることが、コミュニティを共に創っていきこうという者たちに息吹を吹き込み、地道な活動を継続していく原動力となるということを、示唆している。

【引用文献】

- 伊藤浩志, 2017, 「復興ストレス—失われゆく被災の言葉」, 彩流社.
- 島内憲夫, 2015, 「ヘルスプロモーションの近未来—健康創造の鍵は?」 日建教誌 23 (4): 307—317.
- 谷口起代, 2015, 「『共創』概念の研究—ヘルスプロモーションの思想と実践」 博士論文.
- はまどおり大学 <http://hamadori-daigaku.com>
- PRAY+LIFE <http://www.praylife.net/fukushimavoice/>

【参考文献】

- 石戸諭, 2017, 「リスクと生きる、死者と生きる」 亜紀書房
- 緒方正人, 2001, 「チッソは私であった」 葦書房
- 小野文生, 2017, 「〈非在のエチカ〉の生起する場所—水俣病の記憶誌のために」 山名淳・矢野智司編著『災害と厄災の記憶を伝える—教育学は何ができるのか』 勁草書房: 31—59.
- 小松理虔, 2018, 「新復興論 ゲンロン叢書001」 株式会社ゲンロン

（たにぐち きよ、立教大学社会デザイン研究所研究員）

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)

- 渡邊貴博ほか「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」

(『いのちとくらし研究所報』64号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

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」(埴田和史、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 (ウェブサイトでも全文公開)

●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

●「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」(渡邊貴博ほか)『いのちとくらし研究所報』64号 (ウェブサイトでも全文公開)

●「北海道の病院看護における労働編成と人材育成―道央の急性期病院: 勤医協中央病院を事例に―」(谷川千佳子)『いのちとくらし研究所報』65号

●概要報告「非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究―鹿児島・麦の芽福祉会に注目して―」(石倉康次、深谷弘和、申佳弥)『いのちとくらし研究所報』66号

●「漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関する研究」(宮澤晴彦)『いのちとくらし研究所報』67号

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第67号（2019年7月）——【特集】地方自治体と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：だれもが主体者として創る楽しい共生社会（池上洋通）
- 【特集：地方自治体と非営利・協同セクター】
 - ・公共施設等の統廃合をめぐる動きと課題—千葉県習志野市を事例に（長澤成次）
 - ・福祉先進都市・京都市の凋落—京都市3施設一体化問題の経緯と運動から（中村暁）
 - ・公共サービスの民営化を考える 水道を中心に（尾林芳匡）
 - ・種子法廃止による社会的影響（印鑰智哉）
- キューバ憲法改正と所有形態の追加について（石塚秀雄）
- 座談会：（第1回）社会医学系専門医制度座談会（小泉昭夫、松田亮三、広瀬俊雄、（司会）吉中丈志）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（5）完：「高速・世界史認識法」試論（野村拓）
- 2016年度研究助成報告：漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関する研究（宮澤晴彦）

第66号（2019年3月）——【特集】ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：公営住宅の「訪問&相談会」で見えたこと（牛渡君江）
- 【特集：ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター】
 - ・HPHの取り組みと課題（舟越光彦）
 - ・八王子・長房団地の友の会活動（竹野ユキコ）
 - ・インタビュー：長房の活動とヘルスリテラシー（高柳新・相澤美里、インタビュアー：竹野ユキコ）
 - ・診療所の師長として地域でみている人達の健康と私の思い（相澤美里）
 - ・介護のヘルスリテラシー：我々は介護に対してどんな備えをしていくことが求められるのか（高橋幸裕）
 - ・活動を見える化することでできること：近藤尚己先生の学習会まとめ（竹野ユキコ）
 - ・イギリスの社会的処方方式と非営利・協同セクターの役割（石塚英雄）
- 論文：社会医学系専門医・考（野村拓）
- 2015研究助成報告概要：非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究—鹿兒島・麦の芽福祉会に注目して—（石倉康次、深谷弘和、中佳弥）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（4）：もの書き能力の養成—「知的」老後戦略（野村拓）
- BOOK：中川雄一郎『協同組合のコモン・センス—歴史と理念とアイデンティティ』（日本経済評論社、2018年5月）（野田浩夫）
- BOOK：『く食といのち』をひらく女性たち 佐藤一子・千葉悦子宮城道子編著（農文協、2018年4月）（中川雄一郎）

第65号（2018年12月）——【特集】持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：競争と破壊（杉本貴志）
- 【特集：持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター】
 - ・座談会：持続可能な開発目標（SDGs）をどうとらえるか（中川雄一郎：司会、野田浩夫、富沢賢治、岩本鉄矢）
 - ・SDGsの担い手に関する考察（柳澤敏勝）
 - ・2018GSEF ビルバオ大会参加報告（石澤香哉子）
 - ・マドリッドの社会的市場と社会的貨幣（石塚秀雄）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（3）：「平成医療史」を考える（野村拓）
- 本の紹介：二本立『医療経済・政策学の探究』勁草書房、2018年（高山一夫）
- 2012年度研究助成：北海道の病院看護における労働編成と人材育成—道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に—（谷川千佳子）

第64号（2018年10月）——【特集】いのちとくらしを守る

- 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）
 - 【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）
 - ・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）
 - 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）
 - 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）
 - 論文：社会医学系専門医のすすめ（吉中文志）
 - 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）
-

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）ボ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・協同の轍（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）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.67 (2019.8.31発行)

副理事長のページ：護憲派 3 分の 1 の闘い（高柳新）、木下ちがや『「社会をかえよう」と言われたら』大月書店、2019年（野田浩夫）、機関誌67号「福祉先進都市・京都市の凋落」の周辺補足（中村暁）、佐々木隆治「福祉国家論の意義と限界—70年代西独「国家導出論争」を手がかりとして」感想（『闘わなければ社会は壊れる』岩波書店、2019、第7章）（石塚秀雄）、『老いる前の整理ははじめます！：暮らしと「物」のリアルフォトブック』の感想（竹野ユキコ）

○ No.66 (2019.5.31発行)

理事長のページ：協同組合研究組織の連帯に寄せて（中川雄一郎）、役員エッセイ：移民と民医連（岸本啓介）、EU 議会と社会的経済セクター（石塚秀雄）、日本協同組合学会第38回春季研究大会の概要（竹野ユキコ）

○ No.65 (2019.2.28発行)

副理事長のページ：＜夫婦で子育て＞の中間層化と低賃金（後藤道夫）、役員エッセイ：統計不正（田中淑寛）、韓国だより：韓国の外国営利病院開設反対運動（朴賛浩）、外国語勉強法（5）田中夏子氏の場合、シカゴの若者雇用創出のコミュニティ運動（石塚秀雄）

○ No.64 (2018.11.30発行)

理事長のページ：MDGs と SDGs（中川雄一郎）、役員エッセイ：コ克蘭の理事辞任騒動と HPV ワクチン副反応被害問題（高田満雄）、外国語勉強法（4）大高研道氏の場合（その2）：コミュニケーションの手段としての英語②、ドイツでなぜ労働者協同組合が発展しなかったのか（石塚秀雄）

○ 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）

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69号の予定】(2019年12月発行予定)

- ・ドイツの介護保険改革（2）
- ・社会医学系専門医制度
- ・公共施設の統廃合
- ・その他

【編集後記】

今回は公害問題の特集に取り上げました。特集は歴史的な経緯を含めて執筆をお願いし、全体を振り返ることが出来るようにしました。後記を書いている9月現在、地球温暖化に関して国連などで若者が大人たちに向けた怒りを発言しています。自然をめぐる様々な問題に対して、経済活動優先ではなく、健康や将来の世代のことを考えて動けないものだろうかと考えます。(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きます場合があります。

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

4. 採否

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