

いのちとくらし

第71・72号 2020年10月

目 次

- 巻頭エッセイ：若き日の読書でつかんだ、「民」の論理と「市民の政治」
..... 岡崎 祐司 1

- 特集1：東日本大震災9年
 - ・3.11東日本大震災から復興9年目とコロナ対応を、岩手県との比較で宮城県を見る
..... 村口 至 2
 - ・東日本大震災における宮城県での住宅・生活再建と教訓について～浮き彫りになった災害ケースマネジメントの制度化の必要性～ 小川 静治 12
 - ・岩手の9年を振り返る..... 遠藤 洋史 18
 - ・岩手・山田町の9年を振り返る..... 佐藤 照彦 22
 - ・福島原発事故発生から9年 福島から..... 伊東 達也 28
 - ・福島子ども甲状腺がん—放射線誘発子ども甲状腺がんの歴史をふまえて
..... 齋藤 紀 33

- 特集2：コロナ禍を考える
 - ・座談会「新型コロナウイルスの社会的・経済的影響と非営利・協同」
..... 山田 秀樹、今井 晃、高柳 新、後藤 道夫、司会：竹野 ユキコ 46
 - ・新型コロナウイルス拡大による中小業者への影響..... 長谷川 清 71
 - ・日本の看護労働とコロナ..... 山崎 ちひろ 75
 - ・アメリカにおける新型コロナウイルス感染症の現状—社会的側面と政策対応を中心に— 高山 一夫 80
 - ・新型コロナウイルスとアメリカの看護労働—Physician Assistant と上級看護師への緊急タスクシフトを中心に 早川 佐知子 87
 - ・中国・山東省における新型コロナウイルスの影響—
..... 宋 曉凱・権 慶梅 96
 - ・コロナ禍とE.U.、仏独の雇用問題対応策..... 石塚 秀雄 101

- 論文：
 - ・地方独立行政法人の運営に移行した公立病院の収支構造の変化とその背景
..... 岩本 鉄矢 106

- 継ぎ足し生涯学習のすすめー4（完）：生涯学習のしめくくり
..... 野村 拓 120

- 書評：
 - ・高山一夫著『アメリカの医療政策と病院業—企業性と公共性の狭間で—』
..... 八田 英之 130

- 2017年度研究助成概要報告：松江生協病院における医療アクセスの阻害要因と社会経済的関連要因の考察～救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査～
..... 眞木 高之、他 132

- ・研究助成報告一覧、機関誌・ニュースバックナンバーなど... 45、129、144、147

表紙写真：新潟県湯沢町（撮影：前沢淑子）

若き日の読書でつかんだ、「民」の論理と「市民の政治」

岡崎 祐司

あることから、少年期から青年期にかけて自己形成に影響を与えた本を、振り返る機会があった。私が高校生だったのは1980年代前半である。そのころ、背伸びをして月刊誌『話の特集』（編集長、矢崎泰久）を定期購読していた。表紙が和田誠で、永六輔、岩城宏之、小沢昭一、色川武大、蓮見重彦などそうそうたる文化人・知識人が執筆していたと思う。読者欄に私が送った拙文が何度か採用され、それを読んだ大人から私宛に、励ましとも批判とも受け取れるハガキが届くことも面白かった。今では考えられないが、投稿者の名前と年齢、住所が明記されていたからである。

「話の特集」で哲学者山田宗睦（革新自由連合の代表の一人）を知った。これも今では考えられないが、山田は昼のワイドショーにコメンテーターとして週1回、出演していた。わたしは山田の本業より政治評論を集めた『市民の政治とは』（三一書房、1981年）をよく読んだ。テレビ時代の選挙について、久野収の話（「理性の手段化」、「市場支配的合理性」）を引き、人民と統治機関、消費者と生産物、目的と思考との直接コミュニケーションが否定され、そのコピーとしての技術が介入し、政治も“コピー支配”が成立しているという指摘には、政治はますます悪くなるのではないかと焦りを感じた（『『代表』神話の崩壊』）。

もう一冊は、小田実『「民」の論理、「軍」の論理』（1978年、岩波新書）である。小田は究極的には敵＝人間を殺すことを原理とし、必要がなくなれば立ち去る「軍」に対して、みんなで生きる・くらしをたてるために、生まれ育ったところにいるまでもいる「民」の論理は絶対に両立しないことを述べていた。中曽根内閣時代には、強まる「軍」の論理をどう押し戻せばよいのか、焦りを感じて

いた。そんな私が、同じころに、むのたけじ『詞集たいまつ』に強く惹かれたのも、当然かもしれない。

山田、小田、むの評価はいろいろあったのかもしれないが、三氏とも国内や戦地で太平洋戦争を経験し、何らかの形で戦後政治に関わり、権力者と市民の力関係を変えようと地道に訴えてきた。私のなかでは、彼らの言葉はいまでも重い意味をもつ。それは、安倍政権以上に強権性を強め、軍事大国化に突き進み、いっそう歪んだ形での新自由主義改革—自由の抑圧、メディア支配、同調圧力強化、沖縄差別、動員主義などを拡げる—を推進することが明らかな菅政権のもとに、自分がおかれているからである。

ただ、三氏の時代と異なるのは、アベ政治がすでに官僚の矜持と論理を崩壊させ、防波堤なき対米従属社会をつくり、貧困と生活困難に関心をもたず地球温暖化対策に不熱心で、次の世代に責任をもたない政治を定着させ、戦後の保守政治をも崩してしまったことである。しかし、もうひとつの違いは、新自由主義改革からの脱却と立憲主義を基軸とする野党共闘が本格的になり、共通政策がつくられようとしていることである。争点は明確であり、共闘は広がっている。

「民」の論理にもとづき「市民の政治」をめざすわれわれにとって、いままでになかった情勢が訪れている。私は、次のビジョンを「新しい平和・福祉国家構想」として考えているが、今の情勢に自分の研究がなかなか追いつかずにいる。若き日に直感的につかんだ論理をずっと心におきながら、いま、焦燥感と期待感を高めている。

（おかざき ゆうじ、佛教大学社会福祉学部教授）

3.11東日本大震災から復興9年目とコロナ対応を、 岩手県との比較で宮城県を見る

村口 至

はじめに：編集子より、東日本大震災後9年目の到達についての原稿依頼があったが、コロナで行動範囲が狭くなり独自の調査に限りがあることや、10年目に掛かる時にコロナ・パンデミックに遭遇したことで、9年目復旧の到達点の問題点をコロナがどのように照らし出したかという視点で課題に向かうことにした。かねてより、当研究所の「地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ」では、岩手県に注目して調査研究し3編の論考^{(1),(2),(3)}を出してきた。よってここでも、私の住む宮城県を岩手県との対比で問題点や課題を把握したい。

(1)宮城県の復興を医療機関の到達点と問題点を岩手県との対比で見る。

(2)両県のコロナ対応を比較し、宮城県の課題を探る。

宮城県の3.11大震災復興の問題点については、その初動から県民を置き去りにし大手ゼネコンはじめ中央大企業を誘導するという特徴を示した⁽⁴⁾。結論としては、3.11復興事業は、歴史的課題であった「仙台一極集中」を再加速する結果になったこと、それは旧来からの地方行政改革としての“行政の合理化と縮小化”を復興の名のもとに、推進した結果、被災した2つの公立病院の診療所化と2次医療圏を7から4へ減らすことで各医療圏面積の拡大を図ったことに示されている。コロナ対応行政では、歴史的な県政の「自助・互助・公助」の行政哲学のもつ問題点が現知事の施策のもとで、岩手県との比較で、一層浮き彫りになった。

なお、大震災復興に関しては、本誌の小川清治論文で総論的叙述をしているので、そちらを参照いただきたい。

基本的には、先の論考⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾で以下の点を指摘した。

①復興計画の策定の特徴…県民を排除、中央依存、民間活力、知事の独断専行（三菱総合研究所研究等依存）⁽²⁾⁽⁴⁾

②地域生活支援後回し、巨大防潮堤建設強行（浜を壊す大型防潮堤建設強硬…漁師の声無視）、生活圏を高台移転など巨大ゼネコン事業誘導

③地元力を無視し中央の産業界誘導（県内の建設業界の嘆き節）

④仙台一極集中の施策にアクセル…地方行政枠の広域化で生活の場を失う

⑤震災便乗型施策

- ・漁協組合の漁業権のはく奪・民間企業誘致、仙台空港民営化（資産価値300億を東急グループに90億円で売却）・仙台中心地に防災拠点建設強硬（専門家の意見無視）、水道事業民営化（提起）
- ・保健・医療分野では、
- ・2次医療圏の圏域拡大で減少化（7⇒4）
- ・保健所つぶし（9⇒7、医師保健所長3人化で全員兼務）政令都市仙台市保健所（5⇒1）
- ・民営化（県立病院を売却し老人施設へ）、
- ・仙台一極集中化促進、広域化（被災地学校の再編統合、国保病院の診療所化）

ここでは、地域医療の復興に焦点をあてて検討したい。

I 3.11震災復興の到達点

1) 両県知事の復興に臨む姿勢

〈岩手県達増知事〉

「東日本大震災津波からの復興—岩手からの提言—」（令和2年3月発行、岩手県）の380ページの冊子の冒頭に達増知事が登場し、以下のように

語っている。一部抽出してみた。

- ・「答えは現場にあり」3.11の翌日ヘリコプターで沿岸被災地の状況確認をした。
- ・共通理念として「犠牲になった方々のふさとへの想いを継承する」「一人一人の幸福権を保障する」
- ・復興計画策定に、後藤新平（東京復興計画）や阿部千一2代目知事（チリ津波復興）の考え方を参考にした。
- ・「愚者は経験に学び。賢者は歴史に学ぶ」経験とは自分の経験であり、歴史とは他人の経験です。
- ・復興の一番のポリシー「未来に追いつく復興」一方、

〈宮城県村井知事〉

- ・2011.3.18記者会見「県内では、家を失い、家族をも失った方がたくさんおられます。県は、そうした人たちへの支援を最優先で取り組んで参ります。郷土の仲間の苦しみを自分の苦しみと受け止め、皆で協力し合う、そういうすばらしい県民性をぜひとも皆さん、力を合わせて発揮しようではありませんか。」
- ・2011.4.12記者会見「震災復興の基本方針や計画を早期に策定した上で、単なる復旧ではなく、まちや産業を再構築し、「元気なみやぎ」「安全・安心な宮城」をつくり上げていくための取り組みを、県民の皆さまとともに進めてまいりたいと考えております」

ここには、個々の県民の努力と助け合い…つまり「自助・共助」を前面に出し、知事としてこの事態を、どのように歴史的に、理念的に捉えるかが述べられていない。震災で、茫然自失しているときに、「県民お一人お一人が復興の主体であるということ、源であるということ。それから、単なる復旧ではなくて再構築であること」と繰り返す。「基本理念につきましてですが、…人口の減少なり少子高齢化、現在のさまざまな課題に対応した、いわゆる課題 解決型の地域づくりであるということ。できるものであれば10年後には新しい考え方や取り組みを取り入れた復興をなし遂げることによって、壊滅的な被害からの復興のモデルを構築したい」（第1回宮城県復興会議、最後の一言）。

この宮城復興会議は平成23年5月2日～8月22日の期間に4回開催され、12名の委員のうち宮城県に関わりあるのは2名（東北大学大学総長と津波研究教授）のみで4回の会議の2,3回目は、東京で開催、座長は三菱総研理事長であった。県民の见えないところで会議を開いているとの批判が起り、最終回は仙台で行ったがその時はほぼ草案が確定していた。

その結果として、“未来を見据えての大胆な民営化”（漁協組合から漁業権を奪い民間に渡す、空港の民営化全国で第1号、いまた、水道の民営化案推進等々）これらはすべて国家プロジェクトに掲載している事業）を、漁民の嘆き節を残して強引に進めた。

一方、岩手県の達増知事は、県復興会議専門委員会15名はすべて県外の研究者等で構成したが、それを受けての復興委員会25名のメンバーはすべて岩手県人で構成したうに、その具体化を図るために総合企画専門委員会とともに女性参画推進委員会（13名）を設置し、女性の目での復興を重視している。まず人が住めるように原状回復を優先して復興事業を進め、公立学校も、県立病院も移設はあっても原状回復を図った。

復興のスタートから、両県が対照的であることがわかる。

2) 医療施設の復興について

(1)大震災直後の沿岸被災地の医院の普及状況

（表1）に沿岸被災地の両県の被災と医師の動向を示した。

（表1）3.11沿岸部の被災とその結果
診療所の被災状況

	全壊 ～半壊	休廃止	休廃止率	非被災 地転出	転出率	死亡 ・不明
宮城県	69	44	63.70%	28	40.60%	7
岩手県	53	10	22.20%	3	6.70%	6

*宮城県は、宮城県医師会による。アンケート調査

*岩手県は、岩手県医師会「復興強絆」による。個別調査による。

*転出は、県医師会名簿による。宮城県は平成22年と25年比較。岩手県は平成22年と平成24年比較による。

*上記は、震災後1～2年経過時点であるが、診療所医師の他地区への転出率は宮城県の方がはるかに高い。

*宮城県の震災3.5年後の時点での津波被災地7医師会の訪問調査では、移動医師69名中同一管内移動は、73%、仙台転出は16%であった²⁾。

大震災後8年経過した段階を両県の資料で見ると、岩手県の沿岸被災地の医療施設（自院または仮設施設で診療）の再建では、被災前240施設中、新設・再開は211施設、廃業は24施設で新設・再開率は87.9%となっている。県立4病院は、すべて復旧済みである（「いわて復興の歩み」⁶⁾による）。

一方、宮城県（内陸の地震被災地を含む全県域）では、復旧率100%となっているが、それは病院と有床診療所のみを対象とし、しかも「災害復旧補助金等の活用申し出があった施設」のみで、115施設100%復旧としている。これでは、廃院や移設などの実態は全くわからない。つまり震災前には、県内に病院・有床診療所が336施設あったが、うち115施設が復旧のための補助金を申請した。申請したところはすべて復旧した。地域がどうであろうと、「お役所が関与したところはすべて復旧した」といっているに過ぎない。なお、無床診療所は全県でその5倍もあるわけで、そこは復興事業の対象にならなかったことはないはずで、復興の課題に入れていなかったことを物語っているように見受けられる。ここには、復興目標をどこに設定したかなど基本視点が問われる内容になっている。

なお、以下同様に、障害者福祉施設復旧率99%（震災前施設数670、再開した施設数137）、高齢者福祉施設復旧率100%（同463、同198）、保育所（へき地保育所含む）復旧率98%（同374、同133）と、いずれも医療施設と同じ基準の復旧率で示されている。これをもって、震災復旧がほぼ達成として良いものか、極めて疑問が残る。

なお、（公立）仮設内科診療所5施設はすべて本格建設で再開、（公立）仮設歯科診療所6施設のうち3診療所が廃止になった。仮設薬局2は、新設3となっている（「みやぎ・復興の歩み」⁵⁾による）。

では、大震災を挟んで両県の診療所（医療法人＋個人経営）はどう変化したのかを以下に見た。震災前年の2010年と2018年を比較すると（表2）、全国的には、2.3%の増加に対して、岩手県は8.4%の減少、宮城県は2.8%の増加となっている。両県の県都である盛岡市、仙台市では、それぞれ6.2%、8.6%とそれぞれ増加し、いずれも県都圏に集中する現象が見られる。宮城県の場合は、仙

（表2）診療所2010年と2018年の比較

診療所2010対2018（2010年を100としたときの2018年の割合）		
	総数	医療法人＋個人
岩手県	96.1	91.6
宮城県	105.3	102.8
盛岡市	105.7	106.2
仙台市	108.4	108.5
全国	102.3	101.0

（表2、厚労省医療機関動態調査による）

台一極集中現象が一層強まったといえる。

（2）県立・公立病院の動向

岩手県では、大震災の前後では県立や公立（国保病院）の閉鎖や診療所化はなかった。

県立病院22、公立病院8が、9つの2次医療圏に配置されている。津波沿岸部でも大きな津波被害を受けているが、すべて現状復旧している。従来から、これら沿岸部の県立病院の土・日・祝日の医師体制の助勤に、県医師会が支援してきたという経過もあり、壊滅した陸前高田市には、早期に開設された民間団体の仮設診療所を県医師会が引き受けて、複数診療科化で継続するなど医師会と県の協力関係が日常的に作られていた。また、県の奨学生の配置を県医務局が検討する際に、岩手医大医学部長が座長となり、国保連合会も参加して検討するなど、日ごろから県と、医大と医師会との協力関係が構築されている。もちろん、厚労省の病院つぶし政策には、岩手県も免れることはできず、過去には、県立病院の統合や縮小などが進められたが、県労組と組んだ地域住民の抵抗運動が激しく行われたことも今日の地域医療の到達点を評価するうえで注視すべきと思われる³⁾。

一方、宮城県では、沿岸被災地の2国保病院を閉鎖し無床診療所化したほか、地方にあった県立呼吸器・循環器専門病院を売却し老人施設にしたほかに、3つあった県立病院（ガンセンター、小児病院、精神科病院）を地方独立法人化し、純然たる県立病院「ゼロ」の県になった。全国的には「県立病院ゼロ」の県は5県のみで、すべて地方独立法人化である。次々と新ウイルス・パンデミックの来襲が予告される中で、「赤字と医師不足」を理由に、県南部の公立病院の廃止・吸収の企画の強行と、新たに仙台市内の2公的病院と隣市の県立がんセンターの統廃合が今日、組上に上って

いる。これらに対する県知事の対応は、「赤字さえなくなれば」としか思えない対応である。

(3)厚労省による県立・公立病院の再編統廃合の提起

厚労省は、2020年1月19日に全国440の県立・公立病院の再編統廃合を提起した。それによると、岩手県は9施設（県立4、公立5）、宮城県は16施設（県立1、公立15）となっている。なお、宮城県の県立1は、前述した如く、すでに高齢者施設に売却されている。なお、厚労省は、コロナ流行を受けて、この方針「再統合の再検討」を指示している（3月4日）。当然と言えば当然であるが、今後のパンデミックを予測した全国的なベッド管理計画を提起すべきであろう。もちろん医療機器配備計画も含めてである。

Ⅱ コロナ対応の状況

1) コロナ・パンデミックの問題、課題

コロナ・パンデミックの問題、課題はなにか、その取り組みを岩手県との対比で宮城県を検証した。

中国武漢で原因不明の肺炎の発生をWHOが報じたのは2020年1月9日であった。厚労省が、指定感染症に指定したのは1月28日、国が「新型コロナウイルス感染症対策本部」を設置したのは1月30日、WHOが「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」と発したのは1月31日であった。翌2月1日には、「指定感染症等」に指定する政令、①2次医療圏ごとの「帰国者・接触外来」設置と②その外来の受診調整を行う「帰国者・接触者相談センター」の各保健所への設置を指示した。

宮城県が、対策本部を設置したのは1月27日、感染症対策専門部会議を招集したのが1月29日。2月4日コール・センター設置、帰国者・接触者外来（21ヶ所）の開設日は不明。2月6日県感染症ネットワーク会議（行政・感染症指定医療機関）開催。

一方岩手県では、WHOが武漢を報じた1月9日に県医師会が、感染症指定医療機関に対して対策等の徹底を要請。1月21日県のHP（ホームページ）にアップし県民への情報提供開始と初動は

早かった。1月29日感染症医療連絡会議（指定医療機関）を開催し患者発生時の具体的対応を協議。

2月5日庁内各部局連絡会議、2月7日県感染症対策委員会、2月8日「帰国者・接触者相談センター」「帰国者・接触者外来」設置、2月11日県感染症対策専門委員会設置、2月18日県対策本部設置となる。宮城県に比して初動は先んじたが、県本部などの体制作りはやや遅れた感がある。

(1)岩手県の対応

岩手県は、コロナ陽性者「ゼロ」が7月末まで続き、全国的にも注目されていた。私が懸けた電話では、県民（医療従事者など）は、「人口密度が全国一低いからであろうが、いずれ発生するだろう」と落ち着いたものであった。しかし、調べてみると、しっかりした準備が早々となされていたことが分かった。6月から始まって8月にかけて県内9医療圏すべてに、検査センター（10ヶ所）を設置し、保健所に負担が集中しないような体制を作り上げていた。それは、地区医師会が先導し、地元行政に検査所を設置させ、医療スタッフは医師会が配置する、費用は県が持つという方式である。県医師会は、早々と医療人の損害賠償保険を懸けてサポートした。県のHPでは、目立つようにコロナコーナーを設け、保健所やセンターでの相談電話の件数や、検査受験者数を毎日掲載し、県民の不安感の動向も含めた情報を開示した。陽性者が出てからは、かなり詳しい個別の状況をアップしていた。我が身に引き連れて参考になるものであった。

- ・県民は、心配な時はかかりつけ医に相談し、必要に応じてその医師から紹介されたコロナ患者対応意思表示して手上げた医院を受診し、その判断で、検査センターを案内される。そこで、検査を受けるという手筈である。全県9医療圏に10ヶ所を同じ方式で開設している。保健所に過度に集中することは避けられている。
- ・陽性者が発生していない段階から、発生ステージをフェーズ0～3の4段階に対応した医療の受け皿（病院・ベッド数、医療器材）を明示し、県民に分かりやすくしていた（県HP）。

- ・患者受け入れ指定医療機関でも、ベッドがあっても専門医不在のところには、他病院から専門医を派遣するなど相互協力方針を作っている。
- ・医療関係者の訓練のために ICAT（Infection Control Assistant Team）を知事の采配で必要なところに派遣し指導、入念な受け入れ準備をしている。この組織は、3.11に結成され、その後も継続していた。日常は医療機関に属している医療人を、県知事の指名でチームを結成し、必要なところに派遣する。本人と所属元の医療機関には県が費用を補てんするという優れものだ。
- ・県医師会報「いわて医報」（月刊）では、5,6,7月号と1ページから10余ページにわたって、コロナ関連記事で埋まっている。各地区医師会のとり組みや県の関係会議の報告も詳しく掲載されている。医師会員にとり必要な情報が掲載され、医師会幹部や県当局の動向が手に取るようにわかる編集になっている。
- ・9つの2次医療圏全てに保健所と県立病院が配置されているのが岩手県の特徴だ。その県立病院の多くが感染症指定医療機関になっている。

(2)宮城県の対応

宮城県はどうか。東北地方では最も人口が多く、各県から仙台に学生が集まる「學都仙台」であり、そのうえ首都圏支店都市であり、罹患者も多くなるとは予想されていた。コロナ罹患者は、仙台市を中心に半円状に拡大している。

県民の反応は、首都圏との交流関係が強いから、仙台は東京支店都市だからと当然のごとく受け入れている。では、隣県の岩手県と比べてどんなシフトを組んでいるのかとの視点で以下調べてみた。

- ・私の所属する病院は、地元の保健所から依頼された検査機関になっている。保健所から指示を受けた被疑者が来院して検査し、検体は保健所で回収している。ここの保健所の管轄地域は広大で、仙台市を挟んで（飛び地）南部まで及ぶために、被疑者はJR乗継ぎで1時間もかけて来院することになる。多くは、自家用車とのことではあるが、熱発者に40～

50分の運転を良しとはできない。

- ・仙台市の保健所の職員の「過労死寸前」と地元紙に報じられた。つまり、電話相談からその他の業務まで保健所に集中しパンク状態になったのであった。
- ・地域医師会との協力で、岩手方式を実施しているのは県北の岩手県と隣接する登米と気仙沼の2地区のみである。ただし県の後押しはなし。
- ・県のHPには、8月6日の「宮城県アラート」（県知事は、東京の小池知事と昵懇だ）を発したときから、大きく表示した。それまでは、目を皿のようになければ見えないという代物だった。検査陽性者情報は、毎日の分が掲載されているが、全市町村の表で細かい数字はととても見にくい。岩手のように、コロナと関係しない相談件数などの表示はない。感染症専門家会議を「アシスタント会議」と呼称し“専門家”として位置付けているのかあいまいだ。PCR調整会議も設定しているが、両者ともに会議報告がないために、どんな議論をし、それが県本部にどのように反映されているか県民には分からない。
- ・県本部会議議事録や資料には、専門家会議等の報告文書資料はない。
- ・宮城県医師会「医師会報」（月刊）では、コロナに関しての、県医師会としての企画記事はない。会員の投稿が1,2みられる程度である。理事会・常任理事会報告には、県の会議への出席の記載があるが、内容の記述に乏しい。日本医師会からの頻繁に指示文書があり、その多くは診療報酬に関する事項である。それを地区医師会に伝達した記載はある。しかし、解説はない。このように、コロナについて、県医師会や地区医師会がどのように取り組んでいるかについては、ほとんどわからない状況に会員は置かれている。
- ・県の受け入れ病院：感染症指定医療機関（7病院）＋入院医療機関（13病院）＝90床程度確保から令和2年6月1日段階で、入院協力医療機関を1病院に減らし、50床程度に減らした。ここには、県立病院は1病院もない。なお、県立病院“ゼロ”の都府県は、全国に5

県しかない。全て地方独立法人である。

(3)宮城、岩手両県の比較を試みる

①コロナ対策のための体制の比較

(表3)に示すように、人口では1.8倍の宮城県の対応力の方が岩手県より劣っていることがわかる。感染症指定病院ベッド1台当たりの人口比は2.4倍、感染症指定病院+協力病院数では、11:49で岩手県の2割2分、場所を開示してある検査外来(医師会と行政企画)数は、2:10で2割の実現率、公表PCRの1日実行件数は、岩手の1/7というように宮城県のお寒い対応実態がある。

(表3) 宮城、岩手両県の比較

	宮城県	岩手県
人口	2,295,472	1,250,142
感染症指定病院(ベッド)	7 (29)	16 (38)
指定1ベッド当たり人口	79,154人	32,898人
協力病院	4	33
帰国・接触外来	7 保健所 + 2 支所	9 保健所 + 1 県対策室
帰国・接触外来医療機関	公表なし	19
地域医師会検査外来	登米、気仙沼	9 全医療圏 + 1
PCR可能件数/日	120件	864件

岩手県：医療器械(4.19現在)人工呼吸器375台、同・新生児用48台、ECMO13台、簡易陰圧装置48セット

*民間病院にも県から年2~300万円規模の医療機器が支給される。

宮城県：上記の如き情報の開示なし

②二次医療圏別に見た県立・公立病院の比較

地域で人々が安心して生活できる条件の基本にある医療機関が、過去20余年にわたって赤字や医師不足で統合や閉鎖を迫られてきた。また地域の医療機関は、地域の経済や人の流れなどにも関わって機能する。ところが宮城県は、かつてあった二次医療圏9つを4医療圏に減らし、1つの医療圏の面積を広げた。大震災の翌年に、厚労省が全国的な医療圏の見直しの際に、被災3県は除くと“配慮”したにもかかわらず、宮城県は2つの医療圏の併合を強行した。地元の反対にも耳を貸さずにである。こうした地域医療の希薄化は、人口減少にも拍車をかけるに違いない。

(表4)は、二次医療圏単位で両県を比較した。表に示すように、仙台には人口の66%、病院の56%、診療所の71%が集中している。土地の面積は、ほぼ均等になっているので、人口や医療機関が過度に仙台に集中していることを示している。仙台医療圏には、塩釜保健所管轄(人口48万人)も含まれている。ここは、塩釜市周辺の数市町に加え、仙台市を超えての名取市、岩沼市も入っている。かつては、それぞれ保健所があった都市である。県の上からの目線での業務合理化の結果である。仙台市には5つの行政区があり、当初は各区に保健所は配置されていたが、政令都市化の大合併の数年後に1保健所と5支所に縮小再編された。こ

(表4) 二次医療圏単位でみた諸指標

	人口(千人)		面積%	病院数		診療所数	
宮城県	2,334	100%	100	140	100%	1,659	100%
仙台	1,529	66	23	79	56	1,170	71
大崎・栗原	276	12	32	26	19	167	14
石巻・登米・気仙沼	352	24	24	22	16	210	13
仙南	177	8	21	13	9	112	7
岩手県	1,280	100%	100	93	100%	874	100%
盛岡	477	37	24	39	42	361	41
岩手中部	225	18	18	13	14	153	18
胆江	135	11	8	9	10	102	12
両磐	129	10	9	10	11	84	10
気仙	64	5	6	3	3	37	4
釜石	49	4	4	6	6	26	3
宮古	86	7	17	6	6	46	5
久慈	59	5	7	4	4	32	4
二戸	56	4	7	3	3	33	4

のように宮城県は近年、保健所つぶしを激しく行った。

岩手県は、人口や医療機関は、その4割弱が盛岡に集中しているが、人口も土地の広さも、医療機関もほぼ偏りなく配置されていることが分かる。9保健所のうち5保健所は、1ヶ所当たり人口10万人以下である。

(表5) 二次医療圏ごとに見る公的病院の占める病床比率

		一般病床
		公的病院比率%
宮城県	公的病院	60.3
	仙台	55
	大崎・栗原	63
	石巻・登米・気仙沼	79
	仙南	74
岩手県	公的病院	60.5
	盛岡	38
	岩手中部	66
	胆江	67
	両磐	73
	気仙	100
	釜石	75
	宮古	100
	久慈	90
	二戸	100

(表5) は、二次医療圏ごとに見た、公的病院一般病床数の占める比率である。全県での公的病院は両県とも6割で同じであり、県都では仙台55%にして盛岡38%であるが、地方では6～7割、岩手県ではすべてが県立である医療圏が3つある。全県にわたり地域医療を守るシフトとしての県立病院の重要なポジションが示されている。達増岩手県知事の「県民にあまねく医療の均霑（きんてん）を」の理念の実行をここにも見ることができる。

2) 両県の保健所機能の比較

ここでは、外部から市民が知りうる情報をもとに、両県の保健所機能を比較してみた。私の半世紀の医師人生で、保健所がこれほどまでに国民の注目を集めたことはなかった。(表6) は、各保健所のHPで見た保健所活動を比較した。HPには、市民に知ってもらいたいことが表現されていると考えたからである。

(表6) HP に表れた保健所の活動比較：

3要素（コロナ、3.11、地域との関係）に関してそのHPに掲載状況を評価した。

◎きわめて詳しい ○標示あり ×表示なし

	自治体名	コロナ	3.11関係	地域組織
宮城県	県	△→○	○	○
	仙台市	◎	×	×
	石巻	◎	◎	○
	気仙沼	○	○	×
	登米	△	×	×
	大崎	×	×	×
	栗原	○	×	×
岩手県	塩釜	×	×	×
	仙南	×	×	×
	県	◎	◎	◎
	盛岡市	◎	◎	◎
	県央保健所	×	×	×
	奥州	△	×	×
	中部	×	×	×
	一関	×	×	×
	釜石	△	×	○
	宮古	○	×	○
	大船渡	○	×	◎
	久慈	×	◎	×
	二戸	×	◎→×	◎→×

* 岩手県の保健所は、地域保健所運営委員会との呼称を用いるところが多い。

3項目全て◎は盛岡市保健所と岩手県で、復興状況を毎年欠かさず報告書作成・表示。盛岡市では、市民の保健委員の活動もある。

宮城県の医師・保健所長は3人しかおらず、一人が2～3保健所を兼任している。つまり医師が常駐している保健所は1ヶ所もない。

この表では、宮城県の保健所より岩手県の保健所活動がより豊かであることを伺わせる。とくに、盛岡市保健所はすべての項目が◎で、市民もその活動に参加している。また4,5の保健所では、地域保健所運営委員会を毎年開催し、地域の医療関係者、婦人団体、商工会、消防の代表等が参加して協議している。地域公衆衛生の基盤を作る努力をされていることを伺わせる。

一方、宮城県は歴史的に保健所潰しとして名を馳せていたことがある⁷⁾。

(表7) は、東北地方各県の保健所数と1保健所当たり人口を示した。

(表7) 東北地方各県の保健所数と1保健所当たり人口

	人口 (千人)	保健 所数	1 保健所当り 人口 (千人)	
全国	126,706	469	270	東北順位
北海道	5,320	30	177	
青森県	1,278	7	182	④
秋田県	996	9	110	⑥
岩手県	1,255	10	125	⑤
宮城県	2,323	8	290	
山形県	1,102	5	220	
福島県	1,822	7	260	②

(表7) に見る如く、宮城県の1保健所当たり人口は東北で最も多く、岩手県の2.3倍、全国平均の1.07倍と保健所にかかる負荷の大きさを示唆しています。

以上の、各表に示すことをまとめると、

- ①感染症登録ベッド1床あたり、宮城県は79,000人で岩手県は32,000人であり、宮城県のベッド対応の厳しさは、2倍以上であること。
- ②協力病院を含めると、1病院当たり人口は、宮城県208,000人に対して岩手県は25,500人であり、より広域的な対応を可能にしている。つまり、罹患者は遠い医療圏の病院に入院することは避けられる。
- ③岩手県は、医療器材保持状況やPCR検査可能数も含めて開示するなど受け入れ態勢の公開性が高い。風評被害等対策で、協力医療機関名は公表していないが。
- ④仮に、全県民にPCR検査を実施するとすれば、宮城県は19,000日、岩手県は1,450日要することになる。宮城県の体制の厳しさは、恐ろしい。
- ⑤県当局や保健所の活動をHPで見える限り、岩手県の保健所は、地域保健所運営委員会などを開催し、地域の諸団体と協議する場を持っている。これは、地域公衆衛生活動の基盤として重要と思われる。宮城県は石巻保健所や気仙沼保健所に3.11以降の地域医師会や機関病院との交流の場が見られる。
- ⑥コロナ対策の県本部会議議事録は、両県とも県HPに掲載されているが、宮城県のそれには専門家会議（アドバイザー会議）等の審議報告もなく、司会者の知事の問題意識の範囲での審議になっている。専門家を「アドバイザー」と称して副次的な位置づけにも問題を感じる。一方岩手県では、専門家会議の資料や議事も公表されており、県民に分かりやすい。地域医師会の動向も、当会議で確認されている。岩手県では、県の対策本部会議や専門家会議の法的・県条例的位置づけも明記し、行動規範も条文で明らかにしている。宮城県にはそれはない（見当たらない）。
- ⑦県医師会のコロナ対応を両県の「医師会報」（月刊）で見える限り、取り上げる記述量や内容は遥かに岩手県の方が充実している。県のトップの意志や地域医師会の取組が具体的にわかるように記述されている。地区医師会主導で全県に検査外来が普及するうえでエンジン役を果たしている。
- ⑧コロナ対応で、地域の公衆衛生体制の重要性が明らかになった。保健所を核にした地域連携体制の構築がかぎを握るが、今回は岩手県を含めて、保健所がイニシアチヴを発揮したとは言えない。突然、体制の弱い保健所に業務が集中したということにしても、全国的に保健所体制の“貧困”ぶりが露呈したと言えるであろう。
- ⑨地域に公衆衛生・医療・介護の連携組織作れず。
コロナ・パンデミックは、個人の情報から始まって地域の情報管理が重要であるが、そのベースとなる地域保健・医療の連携組織が決定的である。その地域保健・医療づくりに、宮城県は問題を残している。つまり、岩手県のような、地域組織（医師会－保健所－県・市町村）の形成に遅れている。
・ただし、仙台市は、今春の経験を総括して「新型コロナウイルス感染症対応検証結果報告書」（440ページ）を8月早々に出した。その結果として、地区医師会会員アンケートで145名の協力医による、検査外来にとり組むことになった（11月開始予定）。同市では、早期に「危機管理課」を設置し、専任・兼任のスタッフを配置し、全庁挙げて課題に取り組むことを始めていた。
マスコミにもとりあげられた「保健所職員の過労死寸前」状態に対して、体制の強化を強調

し、対策を示している。

【まとめにかえて】今後の自然大災害とウイルス・パンデミックに備えるために

「岩手県のゼロはいつまで続くのだろう」と多くの国民は、ある種の緊張感をもって眺めていたに違いない。私もそうであった。しかし、旧友に電話しても、「県土が広く、人口密度が低いからだ」と皆、同じように返ってくる。果たして、それだけだろうかと思いつつ県のHPなどを覗きながら、現地も訪ねてみた。わかったことは、「ゼロ行進」を支えたしっかりした仕組みがあった、ということだった。それは、3.11大震災復興の取り組みのあり様の反映でもあった。

コロナは、誰でも罹るという公平性と誰でも等しく守られるべきという人権の平等性の2つの視点を浮き彫りにした。その上に、そのことを多くの人々が認識を一気に共有した。しかし既に、貧富の格差によって罹患率が違うことや、入院ベッドや医療機器の制約などによって、年齢や重症度でも、それ以外でも対応に格差が生じることも人々は、目の当たりにした。マスク不足から始まり、感染症専門の病院や専用のベッドが極めて少ない事、ECMOなどの機械も限られている事など、多くの国民は「なぜ?!」と思ったに違いない。

「PCR 検査対象を広げろ」の声も、何か分からないままあいまいにされている。専門家の発言も、政府に押されてか、明確に語ってくれない。思い起こせば、3.11のフクシマの時も、「学者って、何をしてたの?!」との思いを国民は共有した。しかしそこには、国家が学者や専門家の役割を日ごろから軽んじてきた姿が透けて見えた。

岩手県が、今後次々と押し寄せるかも知れぬパンデミックに対して、十分対応できるかと言えば？（クエスチョン・マーク）であろう。しかし、宮城県に比して遥かに受けてたてる体制にあることも間違いない。そこに見える教訓を以下にまとめたい。

1. 保健所を人口10万人あたり1ヶ所に増やすこ

と。福祉・保健統合施策から保健所機能を独立させ、地域公衆衛生全般を担えるようにすること。公衆衛生医師の養成に県が責任を持つこと。

2. 今回できた県の対策本部機能を、日常的に保健所が中心となって果たせるような保健所機能の強化を図ること。それを保証するしっかりと法的根拠を設定すること。今後、いつまでも、特別体制では行かないであろう。これには、イタリアの AUSL が参考になると思われる⁸⁾。
3. 公立病院や公的病院つぶしをやめ、県立病院への移管を進めること。
4. 行政－医師会－大学の地域医療での日常的協力・連携関係の構築に努めること。
・医師派遣、PCR 等検査体制の構築、専門医療体制の構築（相互乗り入れなど）これには地域医師会の問題意識を高め、保健所との日常的な地域公衆衛生の活性化に取り組むこと。
5. 県土づくりでは、「一極集中から多極化へ」それに合わせた、保健所、県立・公立医療機関の配置、建設を。残念ながら2020年作成(案)「新・宮城の将来ビジョン（2021～2030）中間案」では、コロナを取り上げているが、その問題意識はない。
6. 大震災やウイルス・パンデミックに際してトップ（知事など）の果たす役割は極めて大である。行政機構を動かすときの法的・県条例的根拠を明らかにすること。またその役割を具体的に明示すること。それは、行政の全機構・組織を「生かす」ことにつながるに違いない。
7. 労働組合の闘いの重要さ
岩手県の県医療局労働組合は、過去においても県立病院の再編縮小には、地域県民と共に断固戦い、県民の医療を守ってきた確固とした実績がある³⁾。3.11で、大槌町の若い保健師と話していた時に、急に腕を振り上げて断固闘うのだ！と決意を述べたときの姿を今でも鮮やかに思い出す。彼女は労組役員であった。今回も、コロナ便乗の2交代制強要に反対の狼煙を上げている。この組合は、県立病

院職員で構成し、県医労連に結集し、岩手医大労組や日赤病院労組等と連帯して闘っている。また、医療職外の県職員労組とは、地方公務員共闘会議で同席し、待遇改善などに取り組んでいる。

一方、宮城県の場合は、県職員労働組合があるが、賃上げ・待遇改善での3者共闘として県教組、高教組と対県交渉に参加することはない。県民に向き合う行政か否かを決定するうえで、労働組合の存在も重要な要素になっていることを教訓としたい。

なお、本稿で使用・援用したコロナ等に関する両県の情報は、2020年8月初旬の時点のものである。

《註》

- 1) 非営利・協同総合研究所いのちとくらしワーキンググループ報告書 No1、『公私病院経営の分析』2006年
- 2) 同上『地域の医療供給と公益性—自治体病院

の経営と役割』2015年

- 3) 同上『地域医療と自治体病院—展望を岩手から学ぶ—』2017年
- 4) みやぎ震災復興研究センター、『東日本大震災100の教訓 地震・津波編』かもがわ出版、2019年
- 5) 宮城県、みやぎ・復興の歩み9 NOW I S. ～「いま」を見つめて～9 令和2年3月
- 6) 岩手県、いわて復興の歩み 2011—2019.3東日本大震災津波からの復興の記録 令和2年5月
- 7) 保健所医師グループ編著『危機に立つ保健所—再生への歴史的展望と実践理論—』珠真書房1978.3
- 8) 非営利・協同総合研究所いのちとくらし『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』2014年

(むらぐち いたる、坂総合病院名誉院長)

東日本大震災における宮城県での 住宅・生活再建と教訓について

～浮き彫りになった災害ケースマネジメントの制度化の必要性～

小川 静治

何等かの自然災害で被災した人々が最初に直面する問題が「住まい」と「食料」である。特に「住まい」は被災者を最も悩ませるものである。一人ひとりの暮らしの復旧と復興の大前提となる「住まいの確保」。東日本大震災の足掛け10年のなかで何が問題となり、どのような教訓があったのか考える。

1. 東日本大震災における宮城県の住宅被害

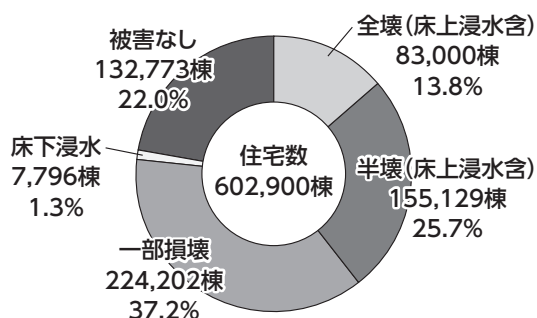
東日本大震災における宮城県の住宅被害は、2008年の住宅総棟数602,900棟の39.5%にあたる238,129棟が全壊・半壊の被害を受けた。図1のように、県内住宅の80%近くが何等かの被害を受けた。このように甚大な被害となったのは、津波による浸水被害が大きかったことが挙げられる。青森県から千葉県までの6県浸水面積合計561km²のうち、宮城県浸水面積はその6割に相当する327km²にも上り、宮城県のダメージが最も大きかった。

東日本大震災での住宅被害の最大の特徴は、こ

の津波被害にある。1995年の阪神・淡路大震災は戦後最大の地震災害となったが、津波被害はなかった。従って、「災害危険区域」として住居用の建築物の建築が制限されることはなかったから、土地所有被災者の土地は残った。しかし、東日本大震災では、建築基準法第39条により「地方公共団体は、条例で津浪、高潮等による危険の著しい区域を災害危険区域として指定するとともに、同区域内における住居の用に供する建築物の建築の禁止その他の制限で災害防止上必要なものを条例で定めることができる」とされ、沿岸部の12市町で災害危険区域が定められた。それは109.3km²もの面積ⁱで、浸水面積の約33%を占めるものだった。これらの地域では住宅修繕して住むことは可能でも、新たな住宅建設はできない。被災者が慣れ親しんだ被災元地に戻ることは叶わず、「災害公営住宅入居、防災集団移転・土地区画整理・がけ地近接等危険住宅移転等の各事業」への参加か、各自確保宅地での新築か、民間賃貸住宅への移転かをそれぞれ判断しなければならなかった。

これらの住宅被害を受けた被災者に対する住宅再建のための支援制度で中心となったものは、被災者生活再建支援制度による支援と災害救助法による応急住宅修理であった。

宮城県での被災者生活再建支援法による基礎支援金支給件数は132,568件、また、災害救助法による応急住宅修理（当時一世帯当限度額52万円）を行った住宅は60,648棟（2013年3月末時点）と報告されているⁱⁱ。これら制度、特に被災者生活再建支援制度による住宅再建がどのようになされたのだろうか。



資料：宮城県（平成29年2月28日時点）
※継続調査中、平成20年住宅・土地統計調査

図1 宮城県の住宅被害内訳

2. 被災者生活再建支援金からみる住宅再建の内容

被災者生活再建支援法は1998年11月に成立・施行され、2004年・2007年の改正を経て現在の内容となった。支援法は様々な弱点を持ちながら、制度開始以来、4968億円が支給され、そのうち東日

本大震災では3690億円が支給されたⁱⁱⁱ。阪神・淡路大震災後、兵庫の被災者を中心に国民的大運動の結果実現した支援法は、確実に被災者の生活・住宅再建に貢献していると評価できるだろう。表1^{iv}から、東日本大震災における被災3県の支給状況から住宅再建の概要をみてみよう。

表1 被災者生活再建支援金からみる住宅再建

	被災者生活再建支援金支給決定件数					災害公営 住宅戸数	民間住宅 等用地 戸数	住いの再建終了世帯の再建内容（単位：件）			
	基礎支援金 支給件数	計	加算支援金支給決定件数					計	災害公営・ 防災集団 移転・区画 整理によ る	元地・新規地 や賃貸物件調 達による	被災家屋補 修による
			建設・購入	補修	賃貸						
		％は「基礎支援金」比				％は「建 設・購入」	％は「基礎 支援金」比	％は再建終了世帯内構成比			
岩手県	23,173	14,495	10,584	2,989	922	5,734	7,317	20,229	13,051	4,189	2,989
	100%	63%	46%	13%	4%	25%	69%	87%	65%	21%	15%
宮城県	132,568	97,587	36,697	42,747	18,143	15,823	8,895	113,410	24,718	45,945	42,747
	100%	74%	28%	32%	14%	12%	24%	86%	22%	41%	38%
福島県	36,789	27,630	16,691	8,754	2,185	8,084	1,841	35,714	9,925	17,035	8,754
	100%	75%	45%	24%	6%	22%	11%	97%	28%	48%	25%
3県計	192,530	139,712	63,972	54,490	21,250	29,641	18,053	169,353	47,694	67,169	54,490
	100%	73%	33%	28%	11%	15%	28%	88%	28%	40%	32%

注1）被災者生活支援金支給決定件数は岩手県19年9月、宮城県・福島県19年11月

注2）災害公営住宅戸数・民間住宅等用地戸数は河北新報20年4月14日より

周知のように被災者生活再建支援金は「基礎支援金」と「加算支援金」から構成される。住宅再建支援のための加算支援金をみると、同じ被災県でも再建手法の違いが浮き彫りになる。岩手・福島が「建設・購入」で再建する世帯が基礎支援金支給件数比45%超なのに比べ、宮城は28%と低い。逆に宮城は「補修」が同32%、「賃貸」が同14%となっていることが特徴的である。

災害公営住宅整備戸数は基礎支援金支給件数比で宮城がもっとも低く12%に留まる。反面、土地区画整理・防災集団移転促進・漁業集落防災機能強化の各事業で供給する「民間住宅等用地」戸数は岩手が基礎支援金支給件数比で69%と際立った比率になっている。岩手の場合、災害公営住宅とこの区画整理・防集・漁集を含めた「復興交付金事業」に依拠する割合が94%となっている。表中の「住いの再建終了世帯の再建内容」を見ると、基礎支援金支給件数比で「住宅再建終了」と言えるのは、岩手87%、宮城86%、福島97%となった。

このように多くの被災者はとりあえず住宅を確保し（住まいを復旧させ）、生活の復興に向かう条件を確保したと言えるが、「住宅再建終了」と言い切れるかは議論の分かれるところであり、少なくとも「在宅被災者」の存在から見れば、「「現行支援制度の枠組みでは」住宅再建終了」とすべきであろう。

宮城の場合、災害公営住宅や区画整理・防集等の復興交付金事業による再建より、被災元地での住宅補修で今までの居宅に住み続けている世帯が住宅再建世帯の38%を占める。このことは修理が必要な個所を残しながらも資金が不足しているため修理しきれないでいる「在宅被災者」の存在を想起させる。また、あらたな土地や賃貸物件を調達して再建する割合（41%）が多いのも仙台市を中心とする都市機能の高い内陸部で、被害の少なかったバッファゾーンが存在があったためであろう。震災直後、「みなし仮設住宅」として賃貸物件が認められ、その後継続して住んだ世帯も多

かったこともうかがえる。

災害公営住宅、高台への防災集団移転等における問題は、すでに様々な面で現れてきている。基礎支援金支給者の9割近い「住宅再建が終了した」被災者にとって、それが満足度の高いものなのかそうでないのか、その評価にはまだ時間が必要である。

さらに、これらの住宅再建に復興予算（復興交付金事業）はどれ位使われたのかをみてみよう。

3. 住宅再建に係る復興予算等

復興交付金は「復興特区法に基づき、東日本大震災により著しい被害を受けた地域における復興地域づくりに必要な事業を一括化し、一つの事業計画の提出により、被災地方公共団体へ交付金を交付するものであり、被災地の復興を支える中核的な制度」とされた。基幹事業（「5省40事業」）と効果促進事業とで構成されるが、基幹事業に係る地方負担分の50%は追加的に国庫負担し、それでもなお生じる地方負担は地方交付税を加算して全額手当される。

2020年6月26日の第27回配分まで国費3兆3280億円（事業費4兆1690億円）が各自治体に配分されており、そのなかでの住まいの確保に係る事業費は以下の数値となっている。

表2 住まいの確保に係る復興交付金の事業費
（第27回配分までの合計）

交付金事業	活用市町村	事業費（億円）
災害公営住宅整備事業	63	7,048
防災集団移転促進事業	28	5,544
都市再生区画整理事業	22	4,627
	113	17,219

（出所：復興庁ホームページ）

つまり、基幹事業の事業費全体の41%が住まいの確保に係る事業にあてられた。復興交付金事業は各自治体が毎年その進捗状況を公開することになっており、一定の分析が可能である。筆者のフィールドワーク自治体である女川町を例に、住宅再建に係る事業費がどう使われたのかをみてみよう（数値は2020年3月時点）。

表3 女川町住まいの確保に係る復興交付金事業

交付金事業	事業費（億円）	一戸当事業費（万円）
災害公営住宅整備事業	261	3,035
防災集団移転促進事業	246	3,497
都市再生区画整理事業	593	4,491

災害公営住宅一戸当たりの事業費は3000万円を超える。また防災集団移転の土地整備にも3500万円を要する。大規模な事業となった区画整理は4500万円近くにもなる。これらの事業が行われたのは、沿岸部の過疎化が進んでいた地域であった。例えば石巻市分浜のように造成費用約3億3千万円をかけて6戸分の宅地造成をしたものの、現在は2戸しか入居していないという防災集団移転地も少なくない。多額の事業費が投入されたが、それが持続可能性のあるものなのか、今後問われることになる。

平時においても住宅取得は家庭にとって一大事業である。それが突然、災害により住宅を喪失し、その再建を実現することを全壊・半壊の約24万世帯ちかひ被災者が迫られた。それは多くの被災者、特に高齢者、障がい者、低所得等の社会的弱者にとっては極めて難易度の高いことであった。東日本大震災ではそのような被災者にどう向き合い、個々の問題をどう解決していくのか問われた。

4. 求められた住宅・生活再建のためのシステムズ・アプローチ

トルストイの「アンナ・カレーニナ第1編」では「幸福な家庭はどれも似たようなものだが、不幸な家庭はいずれもそれぞれに不幸なものである」という。自然災害で被災した人々の被害の内容も一人ひとりそれぞれである。年齢、家族、収入、仕事、健康、資産、近所付き合い…それぞれ全て異なる。それはさながら個々人単位で「一つ体系」あるいは「システム」として複雑に絡み合って属人化している。

それぞれの事情を抱えた被災者を震災からの復興の中心に位置づけることは当然のことである。

しかし、政府の復興構想会議の「復興構想7原則」には「被災者」という言葉がなかったように、現行の災害法制は「被災者中心＝人中心」ではなく、「制度中心」のものになっていると言わざるを得ない。様々な「被災者支援の制度」が「申請主義」と「縦割り」で運用されているからである。

そのような状況のなかで、被災者は住宅と生活の復旧・復興に取り組まなければならなかった。本来なら、被災者それぞれの複雑な入り組んだ事情を一つの体系或いはシステムとしてとらえ、またその問題解決にあたっては、単純な申請主義や縦割り行政から脱し、部分ではなく全体を、要素だけではなくその繋がりや関係性を重視した問題のとらえ方と解決方法としての「システムズ・アプローチ」が求められた。

仙台市では震災直後、最大1万2千世帯が仮設住宅に入居していた。阪神・淡路大震災の例から、住宅再建がうまく進まず、仮設住宅に長く残る世帯が出てくるのが懸念されていた。まだ萌芽的で結果的に批判される弱点もあった取組だった

が、2012年から仙台市が取り組んだ「生活再建推進プログラム」はシステムズ・アプローチとして評価できるものであった。住宅再建だけに着目するのではなく、それを生活再建全体のなかに位置付けて問題解決を図ろうという施策は理にかなったものだった。今日「災害ケースマネジメント」と呼称されるこの取組は、今後の自然災害の多発が予想されるなかで、被災者生活再建支援制度や住宅再建支援制度の拡充とともに制度化が強く望まれる。以下、仙台市の取組を振り返る。

5. 仙台市における災害ケースマネジメント

自然災害は被災者が置かれていたコミュニティや自治体の脆弱性を一気に表出させる。被災者が災害によって抱える様々な困難に対し、現行の被災者支援制度は適切に対応できていない。

住宅再建一つとっても現行の被災者生活再建支援法は全壊・大規模半壊以外の被災者は対象とな

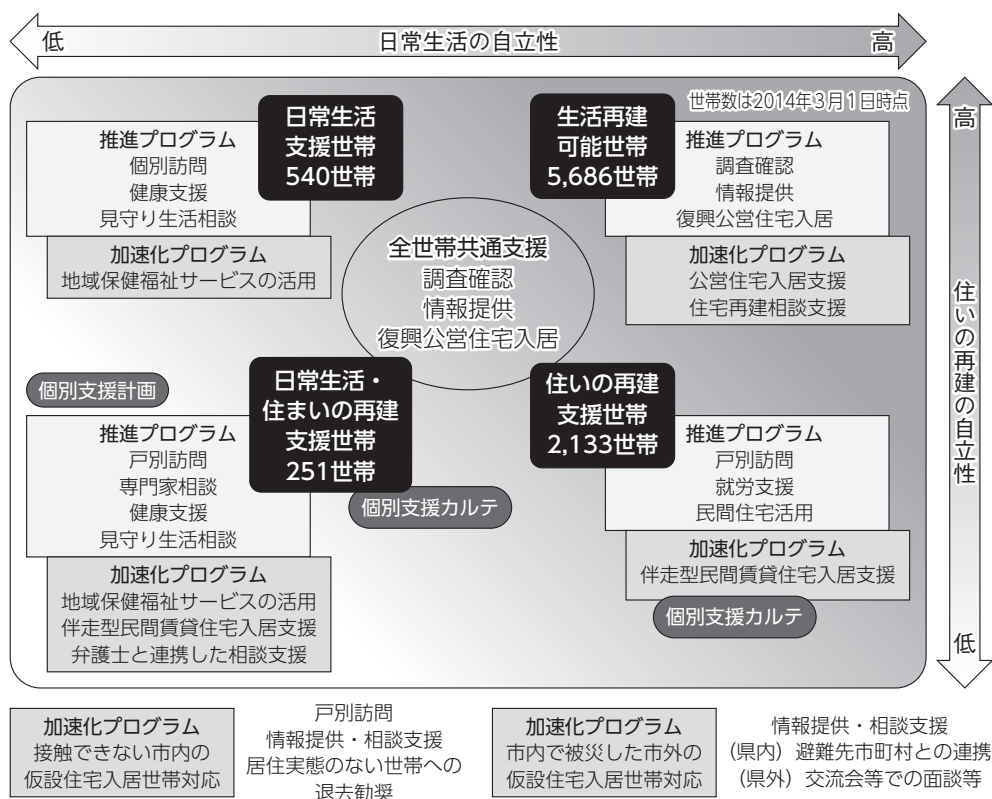
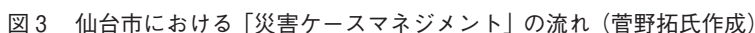


図2 東日本大震災時の仙台市被災者支援の内容（筆者作図）

仙台市の取組の特徴は、被災世帯を4つに類型

このような仙台市の災害ケースマネジメントは、仮設住宅入居者に対する支援という面では新たな支援枠組みをつくったものとして、おおいに評価できるものである。こうした取り組みは、その後の自然災害被災者（仮設住宅入居者）に対する支援として各地で継続されてきている。

「(鳥取中部地震により) 中部1市4町を中心に住家被害は約15,000棟に及び、古い住宅を中心に屋根瓦(特に土葺きの瓦)のズレや落下が数多



く見られたほか、外壁のひび割れ・落下、塀の倒れ等が多数発生しました。これに対して、被災世帯の住宅再建及び修繕のための支援措置を講じるなど、県や市町村の積極的な支援により、鳥取県中部地震発災から約1年でブルーシートが残る住家は概ね5%にまで減少しました。しかし、発災後1年経過してもなお、住宅修繕に着手することが出来ない世帯があり、その中には健康面、資金面での問題を抱えていたり、高齢者世帯で修繕にむかう気力を失ったりしている方々などもおられます。

このような世帯へ対応するため、行政や民間団体などで構成する『生活復興支援チーム』を新設し、困りごとの解決策を具体的に提案することで被災者の生活復興を後押ししていく鳥取県版ケースマネジメント『生活復興支援』に取り組むこととなりました。また、今後再び大きな災害が発生した際にも同じ考え方で支援に取り組むため、平成30年4月に、この被災者の生活復興体制を全国で初めて条例に規定し、恒久制度としました。』

（『生活復興支援に取り組んでいます』鳥取県発行御パンフ 2018年）

制度化にあたっては、「発災から約1年ブルーシートが残る住家は5%にまで減少したが、それ以上減らなかった。知事（平井伸治氏）が新聞で宮城の災害ケースマネジメント等の記事を見て、導入検討の指示があった」（鳥取県危機管理局長西尾浩一氏）と、知事のリーダーシップの下で具体化が進められたという。つまり、まず住宅再建（修理）を入口にして、そこから生活再建の諸問題の解決を目指すものとしてこの制度がつくられたのである。鳥取県に続き、各都道府県での制度化を求める取り組みも進められているが、国レベルでの制度化が強く求められる。

7. 最後に

東日本大震災から10年をむかえるにあたり、NHKは今春アンケート調査をおこなった。「当初、あなたが思い描いていた復興と比べて、今の復興の姿をどう考えますか？」という質問に対し、48.8%の回答者が「思い描いていたより悪い」と回答している。そしてそんな被災者の思いに対して「寄り添う」という言葉が定番のフレーズとして使われた。しかし、「具体的にどう寄り添うのか？」と問い返した時、それは情緒的なものでしかなかったのではないかと。被災者の住宅と生活の再建というテーマに超具体的に答えを出さねばならない時、災害ケースマネジメントという手法が有効であることを東日本大震災からの復旧・復興の過程は示したと同時に、未だ成らない被災地における復興において、現瞬間も災害ケースマネジメントが切実に求められていると考える。

以上

-
- i 『自然災害後の土地利用規制における現状と課題』（公財）ひょうご震災記念21世紀研究機構研究調査本部2015年3月
 - ii 『災害に強いまちづくり宮城モデルの構築』157p 宮城県土木部 2017年3月
 - iii 『「被災者生活再建支援制度の在り方に関する実務者会議」検討結果報告』2020年7月
 - iv みやぎ震災復興研究センター事務局長遠州尋美氏 作図を加工

（おがわ せいじ、東日本大震災復旧・復興支援みやぎ県民センター事務局長）

岩手の9年を振り返る

遠藤 洋史

1. 3.11大地震発生

2011年3月11日（金）14時46分、日本周辺における観測史上最大のM9.0の大地震が発生、そして三陸沿岸巨大津波の発生により壊滅的な未曾有の被害をもたらし、岩手県の死者・行方不明者は、5,794人、家屋被害は、全壊・半壊は併せて26,077棟にのぼり（平成29年2月28日「いわて震災津波アーカイブより」）、そのほとんどは津波による被害だった。

盛岡市は、震度5弱だったが、盛岡医療生協の川久保病院、在宅総合センターひだまりの電気、水道、ガスは2日半の停止となった。病棟120床、ショートステイ42床の配膳、トイレ用水の運搬は、人海戦術で行われた。回復期リハビリ病棟の患者用タンス、床頭台はほとんど全部倒れたが、負傷者がいなかったのは不幸中の幸いであった。余震

の不安から、ベッドを全て廊下に出し、入院患者さんは3日間廊下で過ごすこととなった。介護施設では、全利用者の安否確認を行い、虚弱高齢者や独居で不安の方にはデイサービスでの宿泊、食事提供を行った。

県内各所で道路は寸断され、ガソリンは確保できず、沿岸被災地との連絡も困難だった。しかし、盛岡市内にある事業所に全壊・半壊の被害はなかったため、日常診療も取り戻しつつあり（とは言ってもガソリンがなく職員の通勤確保もままならず、往診は自転車、介護事業所は通常サービスを中止といった困難な状況は続いていたが…）、巨大津波の状況を知り、3月14日に沿岸部の支援も視野にいた災害対策本部を設置し、3月19日に職員から第一次救援隊を沿岸地域へ派遣することとなった。

2. 被災地沿岸部支援へ

3月19日、職員12名で支援物資をバスに積み込み三陸沿岸南部の大船渡・陸前高田に派遣、大船渡民商会館を拠点に支援を開始した。家屋が流され現在地も掴みづらい状況の下、地図を頼りに共同組織の方々の安否確認等を行った。

そんな中で大船渡市役所の医療支援調整会議に参加し、盛岡医療生協チームは、赤崎地区、蛸の浦地区を担当することとなった。避難所の赤崎漁村センターには、100人以上が避難しており、その周辺の公民館と集落を担当。盛岡医療生協のマンパワーだけでは長期支援が困難なため、北海道民医連、青森民医連、秋田民医連から医師、看護師の他、リハビリ、介護福祉士、医療相談員、事務など総勢124名もの支援、共同組織の炊き出しボランティアといった心の支えとなる支援を受け、避難所での救護室（避難所診察室）を立ち上げ、往診や住民の要求を聞き取るための全戸訪問も行った。中には、対人関係の難しさやペットと



離れられないために自ら孤立している人もおり、心の問題やコミュニティが今後の課題になることが考えられた。

3. 仮設住宅引きこもり防止の取り組み「お茶っこ会」

避難所での医療支援は2011年5月31日に終了したが、その後、介護事業部が大船渡市の保健師と懇談したところ「仮設住宅に移住後の引きこもり予防、生活不活発病予防の取り組みを盛岡医療生協に頼みたい。仮設住宅に併設される集会所などで住民を集め、健康チェック、体操や講話、交流を実施してほしい。イメージとすればサロン」との要請を受けて、仮設住宅での「はつらつお茶っこ会」を開始。大船渡市でのお茶っこ会は同年9月まで行われた。

一旦そこで大船渡市での被災地支援は終了するが、2012年から「岩手県生活と健康を守る会」より相談を受け三陸沿岸中央部の山田町・大槌町の仮設住宅でのお茶っこ会を4月～11月の期間で毎月開催することとなった。被災者の大半が仮設住宅から公営住宅に移行する2018年までこの取り組みは継続した。

盛岡市から沿岸部までの距離は片道100*以上（片道2時間超）。内陸部から沿岸部までは県中央部を北から南まで流れる北上川を越え、その東側にある北上山地の山峡を通る道しか沿岸部への道はない。北上山地を越えても津波により道路や建物も大幅に変わりカーナビなどでの位置情報もあてにならず、とりあえず近くなったら連絡を取り合いながらなんとかたどり着く。行くだけでも困難ではあったが冬季を除いて月に2回、職員を派遣し続け、延べ223人の職員がお茶っこ会に参加し、被災者は延べ645人が参加した。お茶っこ会では、血圧、体脂肪等の健康チェックや軽体操を行い、参加者からはおしゃべりする場を設けられたことが喜ばれた。「久しぶりに笑った」「体動かすのはいいね」という感想が出され、逆に元気をもらった職員も多かった。

一方で、仮設住宅群が高台に建てられ、段差や砂利道など高齢者の生活には厳しい環境だと様々な問題を知ることにも出来た。

ほとんどの被災者が公営住宅に移行してからは、今まで近所だった知人がバラバラになり参加者を募るのが難しくなったため、2019年度は年に2回、再び顔を合わせるコミュニティの提供の場として「ミニ健康まつり」を開催した。これは繋がりを大事にしていきたいという若い職員の発想から始まった。医療講話として医師から「ロコモフレイル予防のために」、理学療法士のリハビリ体操「ロコモトレーニング」、管理栄養士による「減塩レシピ」、血圧・血管年齢などの健康チェック等、盛りだくさんの内容で盛り上がった。この健康まつりは、山田町の後援を受け、広報にも掲載され広く町民に呼び掛けた取り組みとなった。

高齢化も進む中、災害公営住宅を中心とした新たなコミュニティづくりの重要性を改めて感じたが、どのように呼び掛けて集まってもらうのかは新たな課題となった。



お茶っこ会



出発前

4. 岩手県と復興支援

岩手県が復興支援として全国的に注目されているのは、県として医療費の免除制度を継続しているためである（2020年8月現在）。他の被災県では一定の期間が過ぎれば免除制度が打ち切れ、受診抑制が起きている。岩手県で医療費免除制度が継続しているのは、岩手県保険医協会が毎年取り組んでいる被災者アンケートにより、一人ひとりの声が県政に届けられ大きな影響を与えたことや、震災前から県と市町村がきめ細かく情報共有や意見交換されていたこと等、地方自治の在り方がいかされた。また、達増拓也県知事の「誰もおきざりにしない」という思いで要望が受け止められていることも根底にある。

全日本民医連で発行している「民医連新聞（2020年3月2日号）」には達増知事と尾形文智盛岡医療生協理事長との対談が掲載された。達増知事は、「復興は『人間の復興』でないといけない。大規模災害では、家を失ったり、仕事の間がなくなったり体や心の不調が出てくるなどいろいろな

被害が複合的に重なる。そうした時に医療については我慢してしまうことが構造的に出てしまう」という思いから市町村と情報交換、意見交換を繰り返し継続しているとのこと。また、「県や地方自治体が住民の命と健康を守ろうとする時、医療はなくてはならない存在。民主主義の原点の言葉でもある『生命、自由、幸福』の、生命はもちろん、自由、幸福の追求を保障するためにも、医療の充実が最重要課題。あるべき医療とは、地域に根差していなければならない。医療は、地域の中で働き、暮らし、特有の自然環境や特有の歴史や文化の中にいる人を診て、治療する。こうした地域医療の感覚を失うと、医療そのものが成り立たない。例えば感染症対策でも、生身の人間が地域の中でどのように働き、暮らしているか、それを抜きにして対策しても、机上の空論となる。あるべき医療を実現するためにも、地域が、自治ががんばらなくては、そう思っている」と述べられた。これは地域医療構想や医師不足問題にも繋がる課題であり、コロナの影響により医療の脆弱さがあからさまになったただけにより深刻である。改めて市政、県政の重みを実感した。

復興は、今もなお続いている。高齢化、生業の再生の道はひと際険しいのが現状である。しかし、コロナの影響が全国的に収束の目途がついていない中で、災害復興はさらに難しくなっている。このような状況の中で、今一番求められているものは何か、岩手民医連はどのように被災者、復興者に手を差し伸べられるのか、この9年で学んだことを振り返り、学習や討論を深める中で1人1人の職員、共同組織、他団体と共に課題を明確にし、切り拓いていくことが重要である。



健康まつり

テーマ
大人も子どもも健康寿命！
一緒にやろう「ロコモ予防」！
参加無料
お気軽にお立ち寄り下さい！

ミニ健康まつり

会場：山田町中央コミュニティーセンター
2019年5月28日 火 13:00～15:00

医療講話
「ロコモ・フレイル 予防のために」
13:00～
川久保病院 小児科医
小野寺 けい子医師

健康チェックコーナー
★血管年齢 ★骨量
★体組成計 ★足指筋力 ★握力
無料で測定いたします♪

「リハビリ体操」
家でできる
筋トレ運動の
紹介も！

減塩
管理栄養士による
減塩レシピ
紹介!!

スーパーボール
すくい
子どもも楽しめる
企画もあります
♪♪

★「ロコモ」とは？
「立つ」「歩く」「走る」「のぼる」などの能力が低下する「ロコモティブシンドローム（運動機能障害）」の通称。高齢者が数々の病気を併発してしまう原因の一つとして考えられています。

★「フレイル」とは？
フレイルとは、「年齢に伴って筋力や心身の能力が低下した状態」のことです。具体的には、「足腰の筋力が衰えて、歩くのに足が重なる状態」、「寝たがやすむり際に落ちこもりがち」になるなど、多くの高齢者は、フレイルを経て要介護状態へ進むと考えられています。

主催：岩手県民主医療機関連合会
共催：やまだ共生作業所
後援：山田町

（組曲：連絡）080-1819-7255
（組曲：広報）090-3124-9786

健康まつりの案内

5. 新型コロナと岩手県

コロナ問題に関しては、岩手県は、県立病院数も多く、全国初の常設の感染制御支援チーム「ICAT」を立ち上げ、対応している。7月28日までコロナ陽性者数は0人と全国の中でも長く0人を維持してきた。当初、検査件数があまりにも少ないこともあり、その為に0人になっているのではないかと不安も強く、「絶対帰るな（帰省するな）」「岩手1号はニュースだけではすまない」というLINEのやり取りを紹介したツイートも話題になったように、県全体に緊張の糸が張り詰めていた。医療機関としても対応策が見えないだけに不安も強く、近隣の病院と情報共有しながら感染対策は徹底した。

もちろん経営にも大きな影響を与えた。岩手県保険医協会の調査によると、県内の8割を超える医療機関で患者数が減少し、減少幅は10%~20%という回答が最も多く、半数以上減った医療機関もあるという。保険収入に関しても大半の医療機関が減少しており、中には前年同月比で70%以上減少した医療機関もあった。川久保病院の外来患者数も同じく減少、健診は受け入れが難しいと判断し5月は中止としたことにより大幅な減収へとつながった。それに衛生用品の高騰による費用面での打撃については他の医療機関と同様だろう。また、盛岡医療生協は、共同組織（医療生協組合員）の出資金が資本となっており、その共同組織活動に当面医療・介護現場の職員を派遣することが難しく、盛岡医療生協の魅力を伝えることも難しくなったことから出資を募るのも困難となっ

た。事業としての経営課題としてこのような状態が長丁場となることを見据えた経営計画が新たに求められること明らかになったのが実情だ。

岩手民医連で新たな取り組みとして、「子ども食堂」を実行委員会形式で初めて開催する予定だった。コロナ対策の関係上慎重に進めていかなければならないのは承知の上で、多くの人が経済的に影響を受けた状況だからこそ必要な取り組みとして開催する方向で決意した。事前に町内会役員や民生委員などに紹介するための説明会などを行ったが予想以上に期待され、ニーズも強く感じた。ところが、開催直前に県内初の感染者が報告され、結局中止となった。地域の方や大勢集まる予定だったボランティアの方々には事前に中止の要件（市内で感染者が発生した場合等）を告知していたが、みんながっかりした。

このような状況なので先ほど述べた被災地の「ミニ健康まつり」も開催未定であり、昨年開催して大好評だった「外国人医療相談会（無料健康診断）」も継続的に行う予定だったが開催が難しい。

当面コロナとの共存は避けられない。だからと言って全てを自粛すれば良いわけでもない。医療機関の立場として感染防止対策が最優先だとしても、数多くあるニーズや課題の中で、どうすれば実現出来るのかを新しい視点と工夫で見出していく事がやはり重要であり、そういった模索の積み重ねが前進にも繋がるだろう。

（えんどう ひろし、岩手県民主医療機関連合会事務局長）

岩手・山田町の9年を振り返る

佐藤 照彦

1 はじめに

岩手県山田町の佐藤照彦です。障がい者施設(就労継続支援B型事業所)を運営する小さな社会福祉法人の理事長をしております。東日本大震災に際しましては、多大なご支援をいただきありがとうございました。

大震災から9年5カ月になります。山田町の被災と復興の現状、被災にどう取り組んできたかについてと新型コロナウイルスの影響について報告します。

2 山田町の被災と現状

(1) 人的被災と現状

死亡・行方不明者は823人です。人口は2011年3月1日の19,270人から、2020年8月1日の15,160人と4,110人・21.3%減。0歳14歳までの子どもは、2,302人から1,408人と894人・38.8%減。15歳から64歳の労働人口は、10,928人から7,787人と3,141人・28.7%の減。65歳以上の高齢者は、6,040人から5,965人と75人減。減少率は0.12%ながら、高齢化率は31.34%から39.34%に急増、まもなく40%超となると思います。

人口減少、若年層の減少は、町の活力を弱めています。働き場所を求めて、若い人たちが地域を離れています。人口減少の最大の理由は、雇用の場がないことです。

(2) 家屋被災と現状

被災家屋の合計は3,362棟で、震災直後1,940戸仮設住宅を建設し、ほぼ全室入居していましたが、2020年8月末で全戸解体となりました。ただし、台風19号で被災した人達が入居している旧タブの木荘仮設(52戸)のみ残しました。

高台移転・盛土などの土地造成は2018年度に完成。造成された土地1,175区画で、内空区画348、

16区画の売れ残りがあり、一般者にも売ろうとしています。売れた土地や区画整理で本人に渡された土地には、かなりの家屋が建築されています。造成された土地が全て売れ、本人に渡された土地に家屋がほぼ建築されるのは、まだまだ先と思われます。

災害公営住宅は、県・町で777戸建設する計画を、640戸(県営231戸、町営409戸)に縮小し、2018年度に完成しました。当初は、かなり空室がありましたが、現在空室はなくなりつつあります。

公営住宅の入居者は、高齢者が多く、今後住宅料金が上がると滞納者が増えると思われ、その対策が必要です。

今後は、新住宅地や公営住宅の自治会やコミュニティ活動に力を入れなければなりません。

(3) 漁業の被災と現状

町の基幹産業は漁業・水産業です。漁船は登録2,138隻中、被災1,791隻、復旧計画583隻完成。船はできたが魚が獲れません。震災後、海の状況が変わり、岩手の主要魚種であるイカ、サンマ、サケが獲れないのです。収入がなければ後継者が育ちません。今、世界三大漁場といわれる三陸沿岸漁業は危機的状況にあります。

私は岩手県漁民組合相談役として、沿岸漁民の固定式刺し網でサケを獲らせよという願いを実現する戦い「浜の一揆」を支援しています。さらに沿岸の魚資源を根こそぎ獲りつくす大型底びき網漁や大型巻き網漁の規制を実現する闘いも支援していきます。

カキ・ホタテ養殖施設4,172台は全滅。復旧計画2,160台完成。ワカメ養殖施設531台全滅。復旧計画340台完成。水揚げしています。養殖業者は、カキ・ホタテ290人から150人に、ワカメ35人から27人に減っています。

アワビ、ウニの磯漁業も水揚げが減っています。磯焼けがひろがり餌となる海藻が育たなくなって

いるからです。磯焼け対策と餌やり対策を急がなければなりません。

魚市場は、山田・船越湾ともに復旧しました。水産加工業者37社のうち、被災を免れたのは1社のみ。再開したのは29社。再開した業者も魚が獲れないので苦戦している状況です。多くの従業員は職を失いました。

（４）商工業、商店街の被災と復興の現状

国道45号線の両側にあった中央商店街、銀行、郵便局は全滅。被災後仮設で営業していた商店は半数ぐらい2地域に分かれて本設再開。仮設の解体により、かなりの商店は廃業。3銀行は陸中山田駅周辺にならんで再開。郵便局は仮設で営業中。本設再開した商店も、人口減と工事に従事していた人達の引き上げにより経営は厳しくなっています。地元の建設業者も、復興が終了した後の工事量の激減により廃業が再編をせまられると思われます。

（５）医療・介護・福祉施設の被災と復興の現状

県立山田病院は、1階部分が浸水し大規模半壊。仮設診療所で診察していましたが、2016年秋に50床の病院として再建されました。仮設診療所時、4人いた常勤医が内科医3人になり医師不足の状態です。

私は地域医療を守る会の会長でもあり、病院、町と連携し医師招へいにも努めていますが、きわめて厳しいです。県立病院の充実は県の大きな責任であり、その責任をはたすよう多くの県民のみなさんと力を合わせ頑張らねばと思っています。

4施設あった医院は被災なし1施設。1医院は再開。2医院は廃院。5施設あった歯科医院は全て全壊。3医院は再開。2医院は廃院。

特別養護老人ホームは、海から離れたところに立地していて被災なし。

海辺に立地した老健施設は、利用者・職員共に多くの犠牲者を出しました。被災した施設は医院と一体となった施設として再建されました。

老人・障がい者のグループホームも被災。いずれも安全な場所に再建されました。

9保育所中、4保育所が被災。いずれも復旧しました。

障がい者施設も被災。利用者・職員とも全員無事。施設は安全な場所に再建されました。私が理事長をしている、やまだ共生作業所は海辺から2km程離れたところにあり、被災しませんでした。

（６）学校の被災と合併・廃校

9校ある小学校中1校（船越小）が被災。県立青少年の家に間借りしていましたが、2014年4月から新校舎に移りました。被災を免れた3小学校の校庭には仮設住宅が建設され、不自由な学校運営となっていました。2016年度中に仮設住宅は解体されました。

震災後出生数は年100人以下となり、町教育委員会は中学校2校を1校に、小学校9校を1校にと素案を示し各学区ごとに議論してきましたが、2020年度に中学校1校、小学校3校に移行することに決まりました。県立山田高校も2020年度から1学年1学級の学校に減級されました。

（７）交通機関の被災と復興の現状

JR山田線（宮古～釜石間）は被災し運休中でした。三陸鉄道への移管が決まり、2019年3月23日に開通しました。2019年10月の台風19号で再び被災し運休。その後2020年3月20日に再開通しております。

三陸高速道の建設工事は進捗しています（山田・宮古間、山田・大槌間は完成）。県内の完成（洋野・陸前高田間）と全体の完成（仙台・八戸間）はもう少しかかります。再建され、三陸沿岸162kmが一本のレールにつながった第3セクター三陸鉄道と、完成される三陸道を、どう地域の発展に生かすかが今後の大きな課題だと思います。

（８）安全機関の被災と復興の現状

山田消防署、山田交番、多くの消防屯所が被災。山田消防署と山田交番は、県立山田病院近くの高台に新築再建されました。被災した消防屯所も再建されました。

3 大震災にどう取り組んできたか

私は大震災に4つの分野での活動に力を入れました。それぞれの分野での活動を報告します。

(1) 私が理事長をしているやまだ共生会や障がい者施設やまだ共生作業所の活動

やまだ共生作業所は震災を免れました。この作業所を避難所として活用するとともに、障害者や高齢者支援の活動拠点として積極的に活動してきました。

震災後、行政の支援は受けず、自力で職員や保護者で米を確保するとともに、近所の農家にも米を提供していただき、発電機とガソリンを手に入れ、保護者宅の小型精米機で精米し、作業所で使わせていただくとともに、近くの避難所や役場にも少量ですが届けました。

作業所を再開してからは、避難所等から通う利用者は弁当を持参するのが困難なため、行政からおにぎりの支援を受けました。

震災翌日から遺体の搜索、安置所への搬送のため、作業所のワゴン車2台を町に提供し、全国の警察が応援に来るまで使用させました。その後は、町内の葬祭社の依頼を受け、2台の車両を使わせました。

作業所は無事でしたが、利用者の父親が流され、今も遺体が見つからず、パート職員の奥さんが死亡するなど犠牲者も出ました。

また、私のところは全壊、作業所の管理者の家も流出・全壊するなど、利用者・職員の家屋被害は多く出ました。

そうした中、作業所に避難し宿泊した職員・家族が利用者を護り、作業所を再開するため力を合わせて頑張りました。被害を受けなかったパート職員の一部も駆けつけ、一緒に頑張りました。

3月下旬からきょうされんに加入する北海道・青森・秋田・埼玉・大阪各支部から連日2名から4名の支援が入り、大変助かりました。

4月6日、職員体制等準備は整っていなかったけれど、きょうされんの協力を得て、作業所を再開しました。作業所の再開は、地域の方々、避難所の方々にも喜ばれました。

それは、作業所の主な事業であるダンボール・新聞・雑誌・ビン・缶・鉄くず等の資源回収を皆さんが待ち望んでいたからです。作業所が地域で大きな役割を担っていることを改めて認識させられ、うれしく思いました。

きょうされんの協力を得て、長期欠席の利用者宅、退所した利用者宅、そして避難所や在宅の利用者以外の障がい者を訪問し、支援する活動を開始しました。

4月下旬、斉藤なを子きょうされん副理事長が、野際紗綾子難民を助ける会東北事務所長を作業所に案内して来られ、以降、難民を助ける会より多大な支援を受けることになりました。私は、障害者だけでなく、避難所や民家に避難した高齢者への支援も強く要請しました。野際所長は、私の要請を受け止めて下さり、より多くの方々への支援が可能となり、障害者団体とも協力して、在宅支援に力を入れることが出来ました。

さらに、県社協の協力をいただき、県や県社協から米や介護用品等を届けていただき、多くの障がい者・高齢者を支援することが出来ました。

また、きょうされん岩手支部の協力を得て、NPO法人JPF（ジャパンプラットフォーム）の補助を受け、障害者・低所得高齢者への通院・買い物等への無料移送サービスを7月4日から開始しました。

1日4～5人の利用者から始まったこのサービスは口コミで広がり、利用者は1日20人から35人となり大変喜ばれました。

第1次補助では、3ヶ月で400万円（2011年7月4日～2011年10月31日）、次の補助では1,800万円（2011年11月1日～2012年10月25日）、第3次は750万円（2012年10月26日～2013年3月31日）、第4次は800万円（2013年4月1日～2013年9月30日）、第5次154万円（2013年10月1日～2013年12月31日）の補助を受け、延べ14,000人程の利用者がありました。

その後アメリカのNPO法人から724万円の補助を受け、2014年2月10日から2015年11月30日までサービスを続けました。その後はどこからの補助もなくなり、心ある人々の支援をいただき、2020年3月に終了するまで続けました。

補助がなくなった時に、このサービスに代わる交通弱者への低額料金、安い料金での足の確保を行政に働きかけました。

避難所から仮設住宅に入居して間もなく、障害者や高齢者、とりわけ1人暮らしの方々が仮設で寂しい思いをしている、「津波で死んだほうが良

かった」という方もいる、何とかしてもらいたいという声が私のもとに寄せられました。

早速、そうした障がい者や高齢者を対象に作業所にお招きし、お茶っこの会を開催し、元気を出してもらう活動をしました。7月22日9人で第1回目を行い、おしゃべりしたり、お茶を飲んだり、作業所が手作りで用意したおしるこやすいとん等を食べたり、カラオケを楽しんでもらったりしました。

毎週1回、午後1時過ぎから3時頃まで行っていました。多い時は40人を超える参加者で新しい方も少しずつ増えていました。

この活動は、新型コロナウイルスの影響の関係で2020年2月末で中断するまで、403回開催しました。この会には山田病院からミニ健康出前講座として、2013年から2019年7月まで、59回来ていただきました。

さらに、仮設の風呂は小さいので、温泉に入っ手足を伸ばしたいというので、2011年12月13日には温泉に行きました。以降、毎月1回、近隣の温泉や宮古の湯ったり館等に行きました。この活動は2016年まで48回行いました。

2012年の8月から新たに各仮設の集会所を巡回して、お茶っこの会の開催を増やし、マッサージを希望する方には、補助金を出す活動を始めました。マッサージは極めて好評です。NPO法人ゆめ風基金からの50万円の補助を、その費用に充てました。マッサージが一番喜ばれました。

県の生活と健康を守る会（生健会）とAAR（難民を助ける会）から、それぞれ月1回の支援も受けました。

法人単独の仮設でのお茶っこの会は、2012年から2015年にかけて113回。岩手民医連との協働による「軽体操とお茶っこの会」は2012年11月から2018年9月まで66回。岩手弁護士会との協働による「弁護士とお茶っこの会」は、2014年5月から2017年10月まで87回開催しました。

在宅の障がい者を集めてのお楽しみ会も2013年から2015年で22回開催しました。

こうした活動の積み重ねが、障がい者や高齢者に生きる希望を育み、元気を出してもらい、自殺・孤独死防止につながると信じています。

郷土の特産品の販売にも協力しています。

町の真の復興は、漁業や農林業、商工観光業が復興し、郷土の特産品が売れることであり、観光客が山田に来てくれることです。

鮭が不漁のため、新巻鮭はつくれませんでした。漁民組合と協力し、全国の皆さんに販売できるように準備したいと思っています。

山田町には干しいたけづくりの名人が2人もいます。しいたけや松茸も獲れます。

こうした特産品の販売に私たちの法人・作業所が役担えるようにしたいと思っています。

（2）県立山田病院の再建と地域医療を守る活動

私は、山田町の地域医療を守る会の会長もしています。

会をつくったのは、2009年7月です。県立山田病院の医師不足（整形外科医院長と外科の副医院長の2人だけ）が深刻になり、危機感を抱き、地域の主な団体の皆さんに呼びかけつくりました。

震災前、年会費500円の会員600人を組織し、病院スタッフと地域住民との交流、地域住民との地域医療懇談会などの活動をしてきました。

2011年3月11日の大震災によって大規模半壊し、休診に追い込まれた県立山田病院を早期に再建させることは、山田町の復興のシンボルでした。

私は町長、町議会議長に働きかけ、2011年11月22日、「町長・町議会議長・地域医療を守る会会長」の連名で、達増知事、岩手県保健福祉部長、遠藤医療局長に県立山田病院の早期再建について要望しました。

その席上、知事は再建は明言しませんでした、「その方向で検討する」と話しました。

当初、積極的でなかった知事も、知事選・県議選を経ての世論の盛り上がりで、被災3県立病院（陸前高田・大槌・山田）の再建を決断しました。

山田病院は、2015年3月の入札会で業者が決まり、その後着工。2016年秋にそれまでの60床から50床の病院として再建されました。

私は被災地の医療・介護・福祉の状況を多くの人に知ってもらうため、求めに応じて2012年7月29日「医療・介護・福祉・社会保障フォーラム IN 花巻」で、発表者の一人として発言しました。続いて、同年10月28日「いのちと健康を守る住民のつどい IN 山田」でも、発表者の一人として発言

しました。

また、2013年1月19日の「県立山田病院の整備に関わる住民の意見交換会」には、多数の参加があり、積極的な発言が沢山でした。

県立山田病院・行政・地域医療を守る会の三者は、医師の招へい活動、地域住民とのつながりなどについて話し合い、結果報告を行うなど、充分とはいえないながら良好な関係を築いています。

医師の招へい活動は極めて厳しい状態です。現在は病院の周辺にプランター50個を設置し、気持ちよく通院してもらうなどの活動をしています。

この間、地域医療を守る会と別に、やまだ共生会と岩手県民連の協働で、「ミニ健康まつり」を三回開催してきました。本年はコロナウイルスの影響で開催できるかどうか分かりませんが、今後も継続していきたいと思っています。

（３）漁民組合の結成と三陸沿岸漁業の復興をめざす活動

漁業の被災は、大変なものでした。漁協組合員はそれほど減っていないのに、実際に漁業に従事している漁業者は、震災前の半分以下です。

不満を訴えて立ち上がった漁業者の要求を取り上げ、漁民と対話し、行政に要求をぶつけて要求実現の戦いを起こしました。

この戦いの中から、行政や漁協にすぎるだけでは駄目だ、自らの要求を実現するためには漁民が力を合わせ頑張らなければと訴え、漁民組合の結成を促し、2011年10月23日、20人で山田漁民組合を結成しました。

農民連・農民組合との交流会「漁業復興と漁民組合を語る漁民のつどい」を開き、紙とも子参議院議員に来てもらい「漁民との意見交換のつどい」を開くなどの活動を展開してきました。

この運動を山田の漁民だけの運動から沿岸全域の運動に発展させるため、山田漁民組合を解散し、2012年1月22日、岩手県漁民組合を結成しました。

岩手県漁民組合は、三陸沿岸漁業を守るため、大型底びき網漁、大型巻き網漁の漁業規制を求めるなど、対県・対政府交渉を重ねました。しかし、政府も県も漁民が納得できるような回答はありませんでした。そこで弁護士と相談し、漁船漁業者の長年の願いである固定式刺し網でサケを獲らせ

よと県知事に集団申請し、不許可になった後、不許可の取り消しと許可の義務を求めて県知事を相手に行政訴訟を行ってきた私達は「浜の一揆訴訟」と言っています。盛岡地裁では10回の口頭弁論のうへ敗訴しました。

仙台高裁に控訴し、7回に及び口頭弁論をしたが、2020年2月25日に敗訴しました。その後、弁護団と原告団は最高裁に上告しています。

最高裁の判断がどうなろうと、私は三陸沿岸の漁業を守り、沿岸漁民と漁村を守るため頑張る決意でいます。

（４）生健会の結成と生きる希望を育む活動

大震災は多くの皆さんに大きな不安と生きる希望を奪いました。

私は被災者を支援する活動、漁民組合の活動、地域医療を守る活動に忙しく飛び回っていました。

避難所から仮設住宅に移り、多くの人たちがほっとしたのもつかの間、新たな問題が次々起こり、解決をせまられていました。

そうしたとき、紫波町の生健会の皆さんが「生健会として山田を支援することになりました」と言って、チラシ配りにやってきました。山田向けのチラシをつくってもらい、配るのを手伝いました。その後、渡辺県連会長、村上県連顧問が度々来られ、生健会を山田につくってほしいと訴えられ、会をつくることを約束しました。

会をつくったのは2011年11月2日です。20人でのスタートです。会をつくる前から、仮設を訪ね「何でも相談会」を何度か開催し、生健会をPRしたり、要求を聞き、要求を実現するため、対町・対県交渉を行い、対政府交渉も行いました。

こうした取り組みと、紫波の皆さんが来町する度に、米・野菜を持って来ていただいたり、自転車をとくさん運んでくれたことも会員を増やすのに、力になりました。

会員は、毎月増え、2012年10月には100人を越える会となり、会員や被災者の声を行政に反映させることができました。

しかし、山田の生健会には…

- ・会長の自分があまりに忙しく、多方面の活動をしているので、役員会を開かないできたこと。
- ・100人を越える会員を班に結集させていないこ

と。

・「生活と健康を守る新聞」の読者が少ないことなど、大きな弱点を克服できなかったため、会員は減り続け、2020年3月からは、コロナの影響で「お茶っこ会」も開けず、会の活動は中止状態となっています。

4 新型コロナウイルスによる影響

新型コロナウイルスによるやまだ共生会・やまだ共生作業所への影響は、会と作業所の存続をおびやかしかねない重大なものです。

やまだ共生作業所の主な仕事は、新聞紙・ダンボール等・紙類・一升ビン・ビールビン等、ビン類それに鉄・非鉄など金属類の廃品回収と分別整理・出荷です。

年間の回収量は、新聞120トン、ダンボール300トン、雑誌50～70トン、一升ビン7,000本、ビールビン2,000本、鉄80トン、非鉄5トン、プレススチール缶12トン、プレスアルミ缶25トンを出荷していました。

出荷先は、宮城県の大きな業者ですが、2019年1月4日、新聞紙1kg23円だったのが、その後下がり続け、2020年4月1日から現在も5.5円。雑誌は13円から2.5円に、ダンボールは19円から5.5円。鉄は17.5円から7円まで下がり、現在は9円。プレススチール缶は22.5円から10.5円まで下がり、現在は16.5円。プレスアルミ缶は106円から73円まで下がり現在は85円となっており、大幅な減収になり、2019年度決算は、利用者が多数入院したことなども重なり、836万円の赤字となって

しまいました。このままでは今年度はさらに多額の赤字になってしまいます。

50%以上収入減の事業者への200万円支給については申請して貰いました。

さらに震災後、やまだ共生会・やまだ共生作業所を支援していただいた県内外の皆様には支援をお願いしたり、山田の海の幸・山の幸を購入していただくお願いをしています。これまでに50人を超える方々から200万円を超える支援金をいただいています。

職員や利用者の給料・工賃を下げることなく、この危機を乗り越えるため、あらゆる努力をしなければと思っています。

5 おわりに

大震災の被災状況と9年5カ月たった現状がどうなっているか、大震災にどう取り組んできたか新型コロナウイルスの影響がどう表れているかなどについて報告させていただきました。

この他にも、これからの町づくりをどうしたらよいか、山田で安心して暮らしていくために雇用をどう創出するのかなど、沢山の課題があります。

今回、こうした課題については報告できませんでした。

この4月に80歳となった私が、これからどれだけの活動ができるかわかりませんが、元気である間、頑張りたいと思っています。

(さとう てるひこ、社会福祉法人やまだ共生会理事長)

福島原発事故発生から9年 福島から

伊東 達也

1. 被災者・被災地は怎么样了

1) 避難指示解除区域の居住率は30.4%

2020年現在、避難指示の出た12自治体のうち双葉町を除く11市町村に帰還宣言が出ましたが、戻る人は少なく、居住率（居住者数は発表されても帰還率は発表されていません）は30.4%（「令和2年7月27日、福島県避難地域復興課発表「区域等の居住状況」」で、69.6%の32,149人が戻っていません。

2) 避難指示困難区域はいまだ帰還宣言が出ていない

解除宣言が出た11市町村のうち、7市町村にまたがって帰還困難区域（337km²で東京23区のほぼ半分の広さ）が残っており、22,098人には、まる9年経っても帰還宣言は出ていません。

3) 避難指示区域で元住んでいた自治体に戻っていない人は約5万6千人

以上のほか避難指示の出た12自治体全体には「旧緊急時避難準備区域」（実際はほとんどの人が避難した）があり、政府は帰還宣言区域から除外しています。この区域に住んでいた人を含めて「元住んでいた自治体に戻っていない」総人数は2020年7月27日の段階で56,267人います。

なお、事故発生の2011年3月11日時点の住民登録147,428人比では83,175人（この9年間で亡くなった人も含みます）が戻っていません。

4) 福島県民全体に戻っていない人数は不明

以上は避難指示区域内の人ですが、区域外からのいわゆる自主避難者も多数出ました。ですから自主避難者のうちまだ戻っていない人数を加えることになりますが、その人数は発表されていないため、不明です。

5) 復興庁が発表している「福島県民の県外への避難状況」では29,706人（7月9日現在）となっている

避難のとらえ方の違いによるものとしても、余りにも乖離が大きく、避難の実情からはかけ離れているといわざるを得ません。

6) 帰還宣言が出て戻った人は高齢者が多く、子どもは極端に少ない（資料「避難指示が解除され

避難指示区域等の居住状況（避難12市町村）

資料 令和2年7月27日
避難地域復興課

市町村	時点 (直近)	避難指示が解除された区域等 (帰還困難区域を除く)			帰還困難区域等	旧緊急時避難準備区域			合計			H23.3.11時点 の住民登録状況 (避難指示 + 旧緊)
		居住者数	住民登録数	居住率		居住者数	住民登録数	居住率	居住者数	住民登録数	居住率	
田村市	R2.6.30	224人	266人	84.2%		2,907人	3,102人	93.7%	3,131人	3,368人	93.0%	4,497人
南相馬市	R2.6.30	4,303人	7,938人	54.2%		40,633人	41,574人	97.7%	44,936人	49,512人	90.8%	61,024人
川俣町	R2.7.1	348人	740人	47.0%					348人	740人	47.0%	1,252人
広野町	R2.6.30					4,294人	4,763人	89.2%	4,249人	4,763人	89.2%	5,490人
楢葉町	R2.6.30	3,996人	6,750人	59.2%		19人	35人	54.3%	4,015人	6,785人	59.2%	8,011人
富岡町	R2.7.1	1,472人	9,057人	16.3%	3,484人				1,472人	12,541人	11.7%	15,961人
川内村	R2.7.1	145人	282人	51.4%		1,902人	2,256人	84.3%	2,047人	2,538人	80.7%	3,038人
大熊町	R2.6.30	244人	487人	50.1%	9,806人				244人	10,293人	2.4%	11,505人
双葉町	R2.7.1	0人	235人	0.0%	5,600人				0人	5,835人	0.0%	7,140人
浪江町	R2.6.30	1,428人	14,046人	10.2%	2,865人				1,428人	16,911人	8.4%	21,434人
葛尾村	R2.7.1	418人	1,282人	32.6%	103人				418人	1,385人	30.2%	1,567人
飯館村	R2.7.1	1,465人	5,109人	28.7%	240人				1,465人	5,349人	27.4%	6,509人
合計		14,043人	46,192人	30.4%	22,098人	49,710人	51,730人	96.1%	63,753人	120,020人	53.1%	147,428人

※居住者数は、新規転入者を含む。

※双葉町の避難指示解除準備区域の住民登録数は、帰還困難区域に含む。

※広野町は平成30年9月末より町独自で実施している居住実態調査の結果を反映させている。

た区域での小中学校の通学者」)。

その原因には放射能被ばくの不安や生活基盤（働く場、交通機関、商店、医療や介護など）が極めて不十分な体制になっていることがあります。

特に比較的人口の多かった浪江町（事故時の人口19,870人）の居住者が1,428人（居住率8.4%）、富岡町（同15,920人）は1,472人（同11.7%）、大熊町（同10,960人）は244人（同2.4%）であり、商店街も住宅地も取り壊しが進み、地域社会はともに機能できない状態となっています。

7) 県民の生業の基礎となってきた農業、林業、漁業、観光業などは深い打撃を受け、9年経っても事故前の水準に戻っていません

特に沿岸漁業などは漁獲量が3.11前の15%にしかありません。

また、180万県民の少なくない人が、放射能被ばくによる将来の不安をかかえて生活しています。

2020年6月の福島民報社と福島テレビによる共同県民世論調査では「普段の生活で放射線を意識していますか」が39.8%となっています。

2020年3月の朝日新聞社と地方自治総合研究所による共同避難者調査では「放射性物質による健康を害する人が出てくると思う」「多少出てくると思う」が合わせて71%となっています。

多くの県民は、山歩きや海水浴を自制する、山菜をなるべく食べないようにするなど、自ら律する生活を余儀なくされています。

2. 事故収束をめぐる…リスク・被害は現在も続いている

1) 使用済み燃料のリスク

使用済み燃料は20年近く冷却が必要です。万一冷却不可能になれば第二の重大事故になる可能性はゼロではありません。その取り出し時期が何度も延期されており、例え取り出しても最終保管の見通しは立っていません。

2) 溶けた核燃料（デブリ）のリスク

桁違いの放射線を出すデブリは880トンと推定され、取り出し方法すら決まっていません。例え取り出しても保管の見通しは立っていません。

3) 施設の老朽化のリスク

各施設の傷みはひどく、安全を維持するために重要な格納容器（3号機）の耐震補強が必要な施設まで出ています。

4) 汚染水増加のリスク

地下水流入抑止の切り札とされた凍土壁の効果は限定的で、依然として汚染水の増加が続いています。国は海洋放出しかないとしていますが、県民の多数は強く反対しています。

5) 放射性物質の拡散のリスク

大型ガレキ撤去作業などで、20[※]も離れた水田を汚染する事故の発生や、聖火リレーの出发点とされたj ヴィレッジ敷地内で高い線量が測定され

避難指示が解除された区域での小中学校の通学者数（2020年5月）

市町村名	2010年度	2018年度	2019年度	2020年度（％は2010年度比）
田村市（都路地区）	228人	110人	91人	74人（32.5%）小41・中33
南相馬市（小高地区）	1,087人	126人	112人	113人（10.4%）小64・中49
川俣町（山木屋地区）	99人	15人	3人	3人（3.0%）小0・中3
広野町	541人	219人	240人	222人（41.0%）小154・中68
楢葉町	686人	107人	109人	139人（20.3%）小100・中39
富岡町	1,487人	23人	26人	40人（2.7%）小25・中15
川内村	166人	65人	65人	71人（42.3%）小44・中27
浪江町	1,773人	7人	16人	26人（1.5%）小21・中5
葛尾村	112人	18人	14人	13人（11.6%）小8・中5
飯館村	531人	79人	61人	65人（12.2%）小33・中32
双葉町	(557人)			小・中とも戻っていない
大熊町	(1,484人)			小・中とも戻っていない
合計	6,710人	769人	737人	766人（11.4%）

①川俣町の山木屋小学校は2019年から休校となっている。

（筆者作成）

②合計数に双葉町と大熊町は入っていない。

たりしています。

6) 巨大地震・津波に万全を尽くさないリスク

東電が事故後、想定している検討用津波の最高の高さは26.3mとしているが、これに対する対策はとられていません。

7) 加えて低線量被ばくのリスクが重なる

18歳未満の甲状腺検査の結果を例にとれば、いわき市では過半数（55%）のA2判定者（のう胞20mm以下、結節5mm以下あり）が出ています。二次検査不要で、問題なしとされていても、多くの両親、祖父母などに強い心配をもたらし、だれにも語れない苦しみをもたらしています。

事故発生を受けての検査であり、これらも低線量被ばくのもたらした被害、リスクです。

3.2021年度以降の政府の「復興の基本方針」から

政府は2021年度以降に向けた東日本大震災にかかわる「復興の基本方針」で

- ① 復興庁は10年間継続するが、復興予算(岩手・宮城・福島)の3県が中心)は2011年度から2020年度までの約32兆円であったが、2021年度以降は5年間で1兆円半ばとする。
- ② 原発事故被害の福島県では「イノベーション・コースト構想」を推進する。
- ③ 12市町村の旧避難区域に設定された医療と介護保険の減免措置は見直しをする。
- ④ 帰還困難区域の除染は全体を除染しない、などを打ち出しています。

この中で推進を図るとされている「イノベーション・コースト構想」について取り上げます。

4. イノベーション・コースト(国際研究産業都市)構想について

1) 福島の復興計画は、2011年8月に「福島県復興ビジョン」(委員12名、座長鈴木浩・福島大学名誉教授、座長代行山川充夫・福島大学教授)が最初でした。ビジョンは、1. 原子力に依存しない、安全・安心で持続的に発展可能な社会づくり、2. ふくしまを愛し、心を寄せる全ての人々の力を結集した復興、3. 誇りあるふるさと再生

の実現の3つの理念を掲げ、そのもとに7つの主要施策にまとめています。今、読み返しても住民に寄り添った内容が随所に出ているものでした。

このビジョンがそのまま基本となって、2011年12月に「福島復興計画(第1次)」が作られ復興はスタートしました。

しかし、2014年に国が「イノベーション・コースト構想」を打ち出すと、復興計画の中心がこの構想に移るようになった感があります。

2) イノベーション・コースト構想の対象地域は、避難指示の出た12自治体+相馬市・新地町・いわき市の15自治体として、この地域に新たな産業基盤を築く国策プロジェクトとされています。

新たな産業とは、①廃炉、②ロボット・ドローン、③エネルギー・環境・リサイクル、④農林水産業、⑤医療関連、⑥航空宇宙の6分野です。

3) 構想が作られるまでの主な経過は以下。

2014年1月、当時安倍政権の経産省副大臣・原子力現地災害対策本部長だった赤羽一嘉(公明党)議員らがアメリカのハンフオード・サイト*や災害対応ロボットの実証施設などを視察。

*カナダと国境を接したワシントン州の乾燥地にある。第二次世界大戦中原子爆弾を作製するマンハッタン計画でプルトニウムの精製工場の設置場所となり一時5万人が働いた。戦後はソ連に対抗するため拡張され9基の原子炉、3基の処理施設などが設置された。その後徐々に活動を停止。現在は米国最大級の核廃棄物・放射能汚染問題を抱える地となっている。

帰国後、赤羽副大臣は「福島・国際研究産業(イノベーション)都市研究会」(福島県知事など産学官21名)を立ち上げ、2014年6月に報告書を発表。

2017年5月、福島復興再生特別措置法(福島特措法)の改正の時に、イノベーション・コースト構想を法律に盛りこむ。

2019年12月、復興庁・経済産業省・福島県の3者が「福島イノベーション・コースト構想を基軸にした産業発展の青写真」を取りまとめ、この中で構想の重点分野に医療関連と航空宇宙を重点分野に追加した。

4) 福島県のイノベ構想関連事業予算一大規模

土木事業やベンチャー企業に傾く

この3年間の主な事業費をみると、①ロボット・ドローンのテストフィールド関連153億円、②アーカイブ施設57億円、③水素エネルギー関連7億円、④その他インフラ整備費として道路関連1,130億円、小名浜港と相馬港整備56億円などの合計2,501億円で、予算額は土木事業やベンチャー企業などに傾いたものになっています。

この6月には、イノベーション・コースト構想で県が浜通りに整備する国際教育研究拠点について、復興庁の有識者会議は政府への最終提言をまとめています。

それによると、構想に参画する大学や研究機関、企業などを統括する「創造的復興の中核拠点」を作り、ロボット・農業・廃炉・リスクコミュニケーションなどで世界水準の新技術や新産業、ベンチャー企業を生み出す。具体的には研究者や学生ら約600人が拠点で活動し、5000人規模の雇用創出をめざし、研究者やその家族を受け入れる「研究タウン」を建設するとしています。

このような研究機関などの誘致は、一般的には県民が反対するものではないのですが、移住者による新しいまちづくりは、ふるさとを奪われた人から自分たちが願う自然豊かで、濃密な関係を持った地域社会での生活の復旧・復興が一層後回しにされるのではないかとこの複雑な声が出ています。

5. 住民の願いにもとづいた真の復興を求めて

イノベーション・コースト構想は原状回復は脇に置いて、原発（の科学・技術）がダメならロボットや無人航空機や水素燃料などの新しい科学・技術に頼りながら新たな産業・新たな仕組み作りを目指すことが復興の中心になりつつあります。

この点では、ナオミ・クラインなどが言う「ショック・ドクトリン」、つま大惨事を利用して新自由主義路線（過剰な市場原理主義）を持ち込む「惨事便乗型」まちづくりに近いとも言えます。

復興は、被害者の声を基本に置き、被害の実相と向き合い、その克服を図っていくことが大切だと考えます。住民（福島県民）の多くが求め、望んでいることは、元の生活（暮らし）の復旧であ

り、その復興です。

6. 原発事故の法的責任を求める裁判

事故の法的責任を認めない国と東電に対して県民・国民が取り組んできた一つに、刑事罰裁判と損害賠償の集団訴訟による約30件の民事裁判があります。

これまで後者の裁判で地裁判決が出たのは17件。うち、国も被告にしているのが13件で、国の責任を認めたのは7件に対し、昨年度以降認めない判決が続いて6件となり、国の逆襲が強まっている感があります。

現在までに高裁判決が出たのは2件。そのうちの「いわき・避難者訴訟」について述べます。

東電だけを被告にし福島地裁いわき支部での判決は不当な判決でしたが、仙台高裁で勝利判決を勝ち取りました。原告は東電に判決の受け入れを求めましたが、東電は拒否し最高裁に上告しました。

その東電の申立理由書で「かかる原判決を前例として残すことは、本件事故による甚大な数の賠償事案に影響を及ぼすだけでなく、今後の不法行為法・損害賠償法体系全体にも禍根を残すものとなり、追加損害賠償が多発することも懸念される。そのため、上告審により、最上級審として、法理論に適った統一的な判断を示されることは、社会・経済的にも正常な司法機能の維持のためにも必須なものであって、上告を受理していただき、最上級審として、法理論に適った統一的な判断を示されるよう切に望むものである」と求めています。

同時に、申立理由書には異例の元最高裁判所判事による「意見書」を別添資料として提出しています。事実上、先日退陣した安倍政権と共闘を組む東電の徹底した被害者攻撃はとどまることがありません。

なお、最大の原告団による生業訴訟が9月30日に仙台高裁で判決が出るのをはじめ、群馬訴訟の東京高裁判決など、続々と判決が続くこととなります。読者の皆さんのご支援をお願いします。

私自身が原告団長をしているいわき市民訴訟もこの10月21日、第42回をもって結審となり、来年

3月までに福島地裁いわき支部で判決が出る予定となっています。

最後に

いま、春以来のコロナ禍がもたらした問題は、多くの福島県民には原発事故後の生活と重なって映っています。強制避難を強いられた人々を中心にコロナ禍を超える苦しみが9年間も続いているという怒りの声です。

しかし、依然として自公政権と電力会社は原発を再稼働させ、原発推進・核燃料サイクル政策推進を変更する意向を全く示していません。『原発大事故 次も日本』を何としても防がなければなりません。

自公政権と経団連などは、自然エネルギーは安定して電気を供給できないこと、原発なしでは日本のエネルギーは不安定になるなどの理由を挙げていますが、2013年9月から2015年7月まで2年近く1基の原発も動かなかったが停電は起こりませんでした。

3.11後、大きな国民運動によって『原発なくす』の声が国民の過半数を続けています。3.11の惨状と教訓を語り続け、粘り強い運動を続けることが最終的に決着をつけることになるでしょう。

(2020年9月10日)

(いとう たつや 原発問題住民運動全国連絡センター筆頭代表委員、いわき市民訴訟原告団団長)

福島子ども甲状腺がん

—放射線誘発子ども甲状腺がんの歴史をふまえて

齋藤 紀

一、はじめに

1986年のチェルノブイリ原発事故（国際原子力事象評価尺度 INES レベル7）は放射性ヨウ素内部被ばくによる甲状腺がん発生の問題を劇的に示したものでした。そして2011年 INES レベル7という原発事故被災の共通性のもとに置かれ、引き続いて子ども甲状腺がんの問題と直面した私たちにとっては、チェルノブイリ原発事故甲状腺がんは重要で不可欠な先行事例となりました。

本稿の課題は日常的に地域住民の不安や疑問に向き合ってきた臨床医として、放射線誘発子ども甲状腺がんに関するこれまでの研究史を学び、福島第一原発事故後の甲状腺がんが提起する問題について冷静に考えることといえます。

二、放射線誘発子ども甲状腺がんの歴史

（一）外部被ばく

（1）子ども甲状腺が放射線に感受性が高く被ばく後に甲状腺がんが発生することは、戦前（1930年代）から戦後にかけて頭頸部疾患に対して比較的広く行われた医療用外部被ばく（X線、 γ 線）の経験から学んだことでした。照射野に甲状腺組織が入り被ばくすることに起因があったのでした。

アメリカのメモリアルホスピタル（ニューヨーク）で1932年から1948年までに扱った甲状腺がんは430例にのぼり、そのなかに28例の3歳から18歳の子ども甲状腺がんが含まれていたことをDuffy（ダフィ）らは報告しました（図1）。報告の一つの核心は子ども甲状腺がんがextremely rare（極端に稀）であるにも関わらず、28例中の10例（35.7%、10/28）が胸腺腫大に対する放射

線治療を受けていた事実でした。かれらの慧眼でした。Duffy らの報告がこの分野の嚆矢とされたのです¹⁾。

図1

THYROID CANCER IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

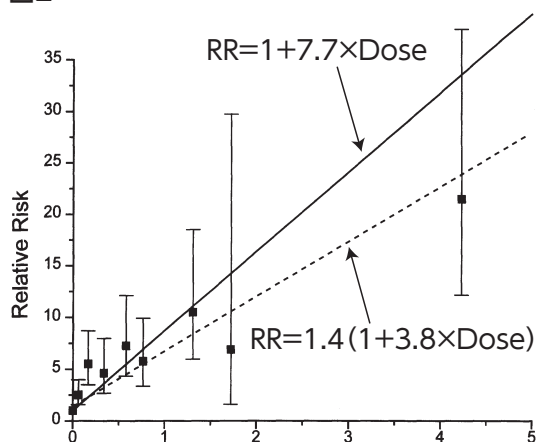
A Report on Twenty-Eight Cases

B.J.DUFFY JR., M.D., and PATRICK J. FITZGERALD, M.D.

Duffy BJ & Fitzgerald PJ. Cancer 3:1018-1032, 1950

（2）その後、1995年 Ron（ロン）らによって「外部被ばくと甲状腺がん」について5つの「コホート研究」と2つの「症例-対照研究」の7報告（12万人）が集約され、その中には15歳未満の子ども甲状腺がん473例も含まれていました。Ron 報告は15歳未満子ども甲状腺がんにおけるグレイあたりの過剰相対リスク（ERR/Gy, Excess Relative Risk/Gy）を7.7/Gy（95%信頼区間2.0-28.7、平均被ばく線量0.37 Gy）と示したのでした（図2）。

図2



Ron E. Radiat Res 141:259-277, 1995

グレイあたりの過剰相対リスクとは、例えば 7.7/Gy とは 1 Gy (1000mGy) 被ばくで対照 (自然発生性がん) より 770% 発がん数が増加することを示しています。線量当たりの過剰相対リスク表記が便利なのは被ばく線量が 1/10 になった場合、過剰相対リスクはそのまま 1/10 になります。0.1 グレイ被ばくの場合は 0.77 (77%) 増加 (対照の 1.77 倍)、0.01 グレイでは 0.077 (7.7%) 増加 (対照の 1.077 倍) となることです。もちろんこのような理解が可能となるのは線量とリスクとの相関が線形線量反応 (直線的関係) を示している場合となります。放射線誘発子ども甲状腺がんの過剰相対リスクが示されたことで、私たちは被ばく線量と子ども甲状腺がん発症の関係を初めて定量的に理解することができたのです。

Ron 報告には原爆被爆者の事例も含まれていますが、被爆者集団での過剰相対リスクは 15 歳未満群で 1 Gy あたり 4.7 (95% 信頼区間 1.7-10.9、平均被ばく線量 0.23Gy) とされ、全体のリスク (7.7/Gy) より低く出ています。しかし両者の 95% 信頼区間はほぼ重なり (被爆者 1.7-10.9、全体 2.0-28.7)、両群のリスク評価は矛盾しないばかりでなく、被爆者 15 歳未満群の 95% 信頼区間の幅は全体の 95% 信頼区間の幅よりも 1/3 と狭く、ばらつきが少なかったのです。このことは被爆者 15 歳未満群で示された過剰相対リスク 4.7/Gy の疫学的信頼性が高いことを示しています (後述での下線は諸報告の代表的リスク値を示します)。

また年齢と放射線感受性の関係についても Ron 報告は教えてくれています。15 歳未満群をさらに層別化し、5 歳未満群の過剰相対リスクを 1.0 (基準) とした場合、5-9 歳 0.5、10-14 歳 0.2 と疫学的有意性をもってリスクは低下します ($p = 0.004$)。つまり 10-14 歳群に比べ、5 歳未満群子どもの発症リスクは 5 倍 ($1.0/0.2$) 高いことを示したのでした。放射線誘発子ども甲状腺がんにおいては低年齢性が決定的な影響因子であり、5 歳未満群の高感受性は際立っていることを示したのでした。

(二) 内部被ばく

(1) Ron 報告は甲状腺の外部被ばくでしたが、

ヨウ素代謝の中心である甲状腺はかりに放射性ヨウ素であっても区別なく取り入れる組織であり、そのことにより内部被ばくが生じます。放射線ヨウ素内部被ばくによる子ども甲状腺がんの発生は 1986 年のチェルノブイリ原発事故下の子供たちに出現しました。

私たちはチェルノブイリ事故甲状腺がん過剰発生の第一報を 1992 年 Nature に掲載されたベラルーシの Kazakov (カザコフ) 報告³⁾ から得ることができました。Kazakov らは事故 4 年後の 1990 年からベラルーシの各州で子ども甲状腺がんの増加がみられるとし、131 例の甲状腺がんを報告したのです。かれらは、これは「チェルノブイリ原発事故の直接的な被害」(direct consequence of the accident at Chernobyl) と結論づけたのでした。ベラルーシはチェルノブイリ原発の北-北西に接し、事故直後から北-北西方向に流れた放射性プルームが直撃した国だったのでした。

当時、この報告を読んだ私には、同時に掲載された放射線影響研究所 (放影研、日本) 重松逸造理事長のコメント (「増加が明白に被ばくによるものかどうかについては、データは限定的であり予備的なもの (preliminary)」) が強く印象に残ったのでした。重松コメントは個人被ばく線量の評価がないこと、スクリーニングのバイアスについて検討がないこと等を指摘するものでした。

注記) スクリーニングとは無症状者も含み、その調査集団 (人) が有する疾病数 (人) (有病率) を調べるもので、病院を受診した有症状者から得られるその地域 (県、全国) における疾病発生率 (罹患率) より高くなる可能性が生じます。

それから 3 年後の 1995 年、ベラルーシの Stsjazhko (スツジャツコ?)⁴⁾ はあらためてベラルーシ、ウクライナ、ロシアの汚染地域での甲状腺がんの罹患率 (毎年の新患数) 増加を報告したのでした (表 1)。表 (Table 3) は 1996 年の Cardis (カージス) 論文⁵⁾ に引用されたもので、Stsjazhko は国際的な子ども甲状腺がん罹患率が 100 万人に毎年 0.5 人程度であることを踏まえつつ現地の異常さを報告したのでした。

表 1

Table 3 Distribution of thyroid cancer cases in children (under the age of 15 at diagnosis) in Belarus,Russia,and in the Ukraine.

Location	1981-1985		1986-1990		1991-1994	
	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
Belarus (whole country)	3	0.3	47	4.0	286	30.6
Gomel	1	0.5	21	10.5	143	96.4
Ukraine (whole country)	25	0.5	60	1.1	149	3.4
Five most northerly regions	1	0.1	21	2.0	97	11.5
Russia	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bryansk and Kaluga regions	0	0	3	1.2	20	10.0

NA,not available.Data from Stsjazhko et al. (60).

Stsjazhko 報告罹患率推移

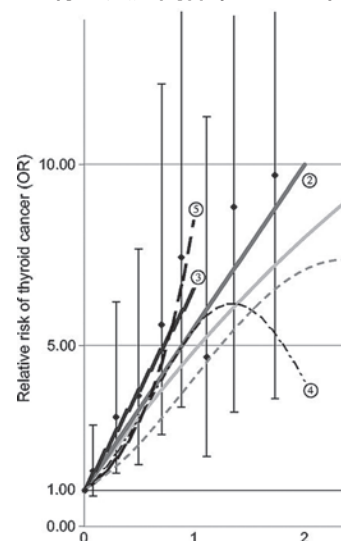
Cardis E. .Environ Health Perspect 104:643-649, 1996から引用

報告は15歳未満子どもについて、1981-1985年、1986-1990年、1991-1994年の3期間における100万人あたり罹患率（人／年）が、例えばベラルーシでは0.3（その内ゴメリ州0.5）、4.0（10.5）、30.6（96.4）と著しい増加であることを伝えたのでした（Gomel ゴメリ州は最汚染地域）。

1986年の事故はソ連邦を崩壊させ、その激変の中でベラルーシその他各国が独立し、しかしその独立は「先例のない被ばく」をその肩に背負うことでもありました。当時の私は、共同通信特派員が急遽送ってくれた当時の国連事務総長の発言草稿を忘れることができませんでした。甲状腺がんの起因論争がまだ消えてない時期、エジプト出身の第6代事務総長（1992年就任）、国際法学者ブトロス・ブトロス・ガーリ（1922—2016）は、「科学が倫理を圧殺することは許されない」と述べ、チェルノブイリの甲状腺がん問題へ国際支援を訴えたのでした。

（2）2005年の Cardis の報告⁶⁾はそれまでの報告と比べ最大規模の住民ベースの「症例-対照研究」（後ろ向き研究、retrospective study）で、チェルノブイリ甲状腺がん研究の一つの到達といえました。調査対象はベラルーシとロシア連邦の15歳未満子どもで、放射性ヨウ素¹³¹I（¹³¹I）甲状腺被ばく量は中央値（median dose）で0.356 Gy（ベラルーシ）、0.039Gy（ロシア）、甲状腺の最大被ばく量は9.5Gy（ベラルーシ）、5.3Gy（ロシア）に及んだとしています。被ばく状況の深刻

さが示されています。図3は甲状腺被ばく線量2 Gy 未満の範囲で見た場合、対象群の対照群に対する相対リスクをオッズ比（OR）で示すもので、推計モデルの違いによって5.5/Gy～8.4/Gy（ $p < 0.001$ ）になること、そして線形線量反応（直線関係）をとることを示したのでした。オッズ比から1を引き示される過剰オッズ比（EOR、OR-1）でみれば4.5/Gy～7.4/Gy となり、過剰オッズ比を過剰相対リスクと近似と考えると⁷⁾、ちょうど Ron 報告（外部被ばく）での過剰相対リスク4.7/Gy～7.7/Gy とほぼ一致したのでした。

図3 線量反応関係(2グレイ未満)

Cardis E.JNCI 97:724-732,2005

linear model (線形モデル) でみた場合 (図中②、太い実線) 1 グレイ当たりオッズ比 (OR / Gy) は5.5 (95%信頼区間2.2-8.8)、過剰オッズ比 (OR-1) は4.5/Gy となりました。

(3) 2006年の Tronko (トロンコ) の報告⁸⁾は、甲状腺がんの発生率を前向きに調査するもので (前向き調査、prospective study)、疫学調査でもっとも信頼のある初めてのコホート研究といえました。ウクライナで汚染のもっとも強かった地域にいた18歳未満子どもたちのコホート (32,385名) について、1998年から2000年にかけてスクリーニング調査を行い、13,127名について触診、超音波検査、10mm 以上結節 (5 mm ~10mm でも悪性が疑われる結節) に対する吸引細胞診を実施し、45例の甲状腺がんを確定診断したのでした。

コホート群の個人線量の計測は1986年5月と6月 (事故10日から60日以内) に、直接甲状腺に γ 線計測器を当てて実施し、background を補正し ^{131}I を導き、0-0.29Gy 群6990名、0.30-0.99Gy 群3597名、1.00Gy 以上群2540名 (計13,127名) を確定したものでした。

甲状腺がん有病率は放射性ヨウ素 ^{131}I 被ばく量と有意の線形線量反応を示し、過剰相対リスクは 5.25/Gy (95%信頼区間1.70-27.5、 $p < 0.001$) と示されました。Ron 報告、Cardis 報告と矛盾しない、ほぼ近似するものでした。

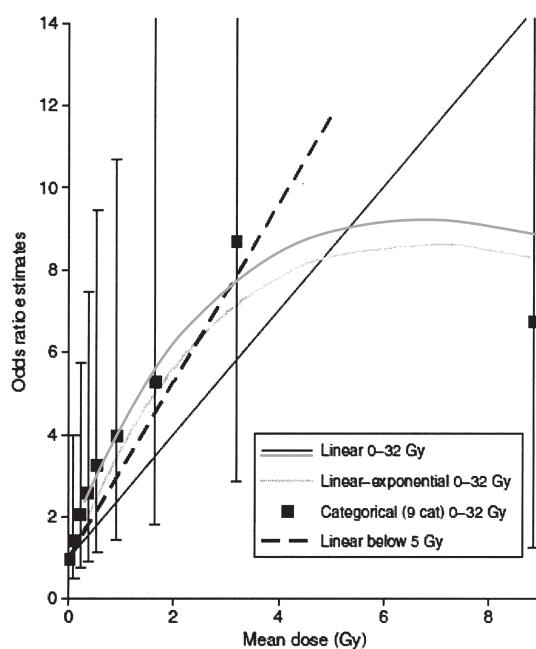
被ばく時年齢のもつ影響についてみると、1 Gy あたり過剰相対リスクは5歳未満 9.08 (95% CI: 1.33-84.8)、5-9歳 7.00 (1.76-33.04)、10-18歳 3.39 (0.68-19.68) と低減したのでした。有意ではないものの ($p = 0.58$) 5歳未満群のリスクは10歳以上群の2倍を超えるとみられるのでした ($9.08/3.39 = 2.7$)。

(4) 2011年の Zablotska (ザブロッツカ) 報告は、ベラルーシ18歳以下の子どもで、放射性ヨウ素 ^{131}I 個人線量が調べられている11,611名のコホートに対して行われたスクリーニング調査 (1996~2001年、2002~2004年) を示しました⁹⁾。線量分布は平均値0.56Gy、中間値0.23Gy、最大被ばく量は32.8Gy と推計されたのでした。いずれの数値をみても最大汚染地域ベラルーシならではの深

刻な甲状腺被ばく量といえました。触診とエコー検査で10mm 以上の結節を確定し、5.0mm 以上でも悪性が疑われるケースは穿刺吸引細胞診が実施されがんの確定が得られたものです。

5 Gy 未満の範囲では線形線量反応関係 (直線関係) を示し過剰オッズ比 (EOR) は2.05/Gy (95%信頼区間0.81-5.47 $P < 0.001$) と示され、さらに1 Gy 未満に限定してみると EOR は4.92/Gy (95%信頼区間1.32-17.12) と示されたのでした (図4)。

図4 線量反応関係(グレイ当たりのオッズ比)



Zablotska LB.Br J Cancer104:181-187,2011

年齢別の検討では事故時年齢0-4歳 EOR/Gy4.02 (95% d 信頼区間0.98-15.07)、5-11歳 1.95 (0.41-6.17)、12-18歳1.40 (NE-4.95) と有意差は示されないにしても、5歳未満群の高感受性は5歳以上群の2倍以上の可能性 ($4.02/1.95 = 2.06$ 、 $4.02/1.40 = 2.87$) を示しました。

(5) 2012年の Ivanov (イワノフ) 報告¹⁰⁾は、ロシアの子ども (0-17歳) について、1991-2008年の間に309,130人を対象としてフォローし、その中に978名の甲状腺がんを確認しています。事故から20年間の知見とも言えます。過剰相対リス

クは3.22/Gy (95 % 信頼区間1.56-5.81 P < 0.001))と報告しました。信頼区間からは既知のリスク評価と矛盾しないものとなっています。Ivanov 報告は被ばく時18歳以上群では過剰相対リスクは認められなかったことも指摘したのでした。

(三) 小括

Ron 報告(1995)からIvanov 報告(2012)まで比較的大規模な報告が蓄積され、放射線誘発子ども甲状腺がんの研究はその疫学的基礎を整えることができたといえます。まさに福島第一原発事故の時まで、営々として研究がつづけられていたといえます。

子どもたちの犠牲と世界の科学者の困難な努力を経て到達した先行研究がここにあります。私たちは福島第一原発事故の子どもたちに向き合うとき、この到達を学ぶ必要があるといえます。

外部被ばくの研究に内部被ばくの研究を加えて得られた知見は、放射性誘発子ども甲状腺がんのリスクは、第一に有意の線形線量反応関係をもち、第二に過剰相対リスクはほぼ5.0/Gyと示され、第三に被ばく時年齢0-4歳群がもっとも放射線感受性の高いということでした。

三、福島第一原発事故子ども甲状腺がん

原発震災と称される福島第一原発事故の背景には日本列島周囲に4つのプレートが会合集中し、その結果日本列島はまれに見る地震多発地帯という地質学的特性があったこと、他方には安全神話の徹底、地域経済の原発依存、原発利権の深い構造、INES レベル3以下の事故の蓄積・隠蔽など、一連の反国民的な政治的特性がありました。このふたつの流れが引き返せない極に達したときに福島第一原発事故は生じたといえます。

(一) 県民健康調査(以下、県民調査) 甲状腺検査における甲状腺がん

(1) 県民調査甲状腺検査の概括と甲状腺がん多発論

県民調査甲状腺検査は福島県の18歳以下の子ども約36万人を対象として計画され、県内の汚染程度を3区分し原発近隣自治体から始まりそれぞれ1年で調査し、最初の先行検査(2011-2013年度)を3年で終え、つぎの本格検査は県内を2区分にまとめて調査し2年(2014-2015年度)で終え、つぎの本格検査第二回も2年(2016-2017年度)で終了しています(各年度の終了は翌年途中まで)。全体の概括を表2として示します。

表2 先行検査、本格検査(第一回)、本格検査(第二回)概括

	先行検査(検査1回目) (2011-2013)	本格検査第1回(検査2回目) (2014-2015)	本格検査第2回(検査3回目) (2016-2017)
受診者	300,472 (81.7%) ¹⁾	270,540 (71.0%)	217,916 (64.7%)
がん数 ²⁾	116 (F/M, 77/39=2.0)	71 (F/M, 39/32=1.2)	30 (F/M, 18/12=1.5)
有病率 ³⁾	0.04%	0.03%	0.01%
診断年齢	17.3±2.7 (8-22)	16.9±3.2 (9-23)	16.4±2.8 (12-23)
事故年齢	14.9±2.6 (6-18)	12.6±3.2 (5-18)	9.8±2.9 (5-16)
手術数	102	52	24
乳頭癌 ⁴⁾	100 (98.0%)	51 (98.1%)	24 (100.0%)
腫瘍大	13.9±7.8mm (5.1-45.0mm)	11.1±5.6mm (5.3-35.6mm)	13.2±6.5mm (5.6-33.0mm)
C判定	1例 (3×10 ⁻⁶)	なし	なし
集約	2018 (H30). 3.31	2018 (H30). 3.31	2019 (R1). 12.31

1) 対象者数に対する受診者比率 2) 細胞診でのがん疑い例含む

3) 受診者数中のがん発見率 4) 術後病理診断

甲状腺エコー検査による判定（分類）はA 1：嚢胞、結節所見なし、A 2：嚢胞 $\leq 20\text{mm}$ 、結節 $\leq 5.0\text{mm}$ 、B：嚢胞 $\geq 20.1\text{mm}$ 、結節 $\geq 5.1\text{mm}$ 、C：直ちに精密検査必要事例と区分され、甲状腺結節が 10.1mm 以上事例で悪性が疑われる場合（あるいは 5.1mm 以上事例でも強く悪性が疑われる場合）、穿刺吸引細胞診が実施されがんが確定されます¹¹⁾。

概括すれば、これまでの有病率は先行検査から本格検査第二回まで、 $0.04\% \sim 0.01\%$ 、受診者中1万人当たりで4人から1人（=100万人に400人から100人）となります。ところでこの頻度が、福島の子もたちに甲状腺がんが多発しているのか、と騒がれる引き金となったのです。

（2）エコー検査有病率とがん統計罹患率の比較

（i）県民調査甲状腺検査においては、検査対象者の中から甲状腺がんがどの程度発見されるのかが最大のポイントとなりました。その場合今回のように無症状者に対して最初から甲状腺エコーを用いて診断される発見率は、甲状腺腫大などで病院を受診し、そこで診断される発見率よりも著しく高くなることです。理由は甲状腺エコー検査においては頸部の皮膚、脂肪、筋肉、血管などに全く邪魔されずに甲状腺組織内の結節（例えばがん）を発見してしまうため、甲状腺エコー健診における発見率（有病率）と、病院で毎年発見され、県レベルや全国レベルにまとめられる発見率（罹患率、がん統計罹患率）とを比較すれば、前者における「多発」自体は自然なことであり、不思議でもなんでもありません。原発事故から独立した方法論上の帰結といえます。

（ii）福島における「多発論」主張の真髄は集約された事例は決して、「がん早期のものを発見しているものではない」とし、「罹患率の50倍にも上るその発見率の高さは方法の違いでは説明がつかない」と主張されたことでした¹²⁾。少なからずの医師・医学者も含め、強い思考停止が導かれたと言えます。

注記）罹患率の50倍との主張の根拠は、福島県中央部の先行検査発見率約 0.06% （約600人/100万人）について、

事故（放射性物質流出）から4年間（2011～2014年）における有病率とみて、1年間の有病率を150人/100万人/年とし、それが本邦の罹患率3人/100万人/年の50倍に当たるとしたのでした。仮に先行検査実施期間を「一時点」とみれば、罹患率3人/100万人に対する600人/100万人となり、罹患率の200倍となります。

ところで臨床現場の感覚を言えばエコーで甲状腺結節が指摘されても本人が自覚しないことがほとんどであり、仮にその指摘をうけ医師が甲状腺触診をしても結節を確認できないことも珍しくありません。つまりエコー検査で甲状腺がんを発見してしまう「健診」での発見力と、本人の自覚症状の出現を待って診断される「臨床」での発見力と、その差異は極めて大きいのです。

エコー検査による甲状腺がん発見率アップの威力をみるためにエコー検査の影響のない時期（臨床へのエコー導入前）の「臨床」での発見率と、その後エコーが導入され、エコーによる無症状者「健診」での発見率を比較します。前者を1975年の成人がん統計罹患率、 $2.14\text{人}/10\text{万人}$ （ 0.00214% 、20歳以上）¹³⁾とし、後者を2011年の甲状腺エコー健診報告（宮崎ら）¹⁴⁾の発見率 0.38% （20歳以上、21,856名、平均49.7歳、細胞診実施基準は県民調査とほぼ同様）とします。健診での発見率は「がん統計罹患率」の約180倍（ $0.38\% / 0.00214\%$ ）となります。

注記）甲状腺がんの特徴は成長が遅く、またすべてが症状をもつような甲状腺がんになるわけではないと知られており、従って健診で発見される甲状腺がんはまだ自覚・他覚所見がなく病院受診に至っていないケースとなります。

（iii）さてこのような「健診」と「臨床」の発見率乖離は県民調査甲状腺検査でも当然留意されます。しかし子どもの場合は成人のようにエコーでの甲状腺健診は基本的になされておらず、学校健診などの一部を除いて存在しません。しかし甲状腺エコーが頸部の皮膚、脂肪、筋肉、血管などに全く邪魔されず結節を発見してしまうのは、成人も子どもも同様であり、このようながん発見率

の乖離が子ども甲状腺健診でも当然に起きると見ることができます。がん発見アップ率が仮に成人と同じとみて、成人でみられたがん発見のアップ率（180倍、2011年）を、エコーの影響のない時期（1975年）の子どもがん統計罹患率に乗じたならば、その比率は、同じ2011年時点での無症状の子ども甲状腺健診で得られる甲状腺がん発見率（有病率）と近似する可能性があります。

エコー検査の人為的影響を受けなかった1975年がん統計で、子ども（1-19歳）罹患率（0.15人/10万人、0.00015%）¹³⁾に180倍を乗じた場合どうなるか。数値は0.027%（0.00015%×180）となります。この数値は実際に先行検査から本格検査第一回、本格検査第二回の各年度の有病率0.04%から0.01%とほぼ近似となっていることが分かります。つまり乖離が50倍に上るからと言って、その有病率の高さがそのまま放射線被ばくの影響の根拠にはならないのです。

（iv）「多発論」主張の真髄のもう一つの指摘、「早期のものを発見しているのではない」とは、すでに「臨床」レベルのものを発見しているのではないか、との意味を含んでいます。これは、福島子ども甲状腺がんは基本的に10.1mm以上の進展事例を取りあげていること、高率にリンパ節転移を有している事実のことをさしています。これは後述します。

さてリンパ節転移事例も含めて有病率の高さが放射線被ばくの影響と判断するにはどうするか。被ばく線量と有病率との相関性を確認するしかありません。

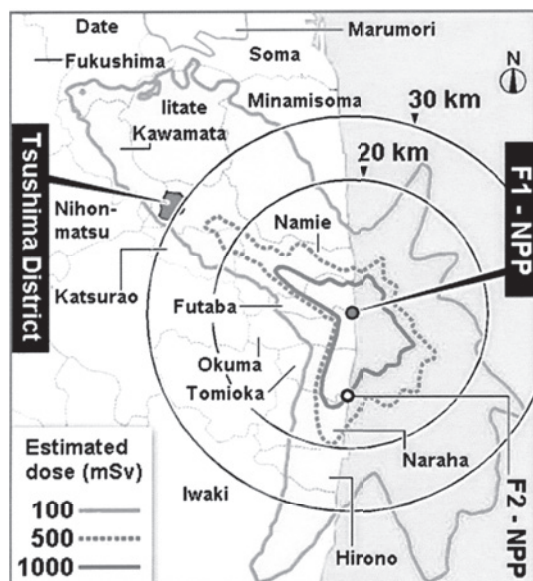
（3）甲状腺被ばく放射性ヨウ素131の推計

（i）重要なことは放出された放射性ヨウ素131甲状腺被ばく量と有病率との線量反応関係の有無、及び、低年齢層における有病率はどうか、ということになります。既述した研究史が強く教える視点です。

事故後もっともはやく住民の甲状腺被ばく量の計測に動いたのは弘前大学の床次（とこなみ）らでした¹⁵⁾。2011年4月12日～16日にかけて沿岸地域から浪江町津島地区（図5）に辿りついた45名

の避難者と浪江町住民17人の計62名について、NaI(Tl)シンチレーションスペクトロメーターを頸部（甲状腺）にあて、放射性ヨウ素131の内部被ばく量（甲状腺等価線量）を推計し、19歳以下子どもで最大被ばく量（呼吸ルート）を23mSv（中央値4.2mSv）と報告したのでした（経口ルート：25mSv、中央値4.7mSv）。浪江町津島地区は事故直後におけるSPEEDI（緊急時環境線量情報予測システム）により1歳児甲状腺被ばく量が100mSvに達するとされていた地域でした。床次らの知見は実際の計測からそれを初めて是正したものとなりました。事故から1年4カ月後の2012.7.13、新聞報道で一般市民も知るところとなりました。

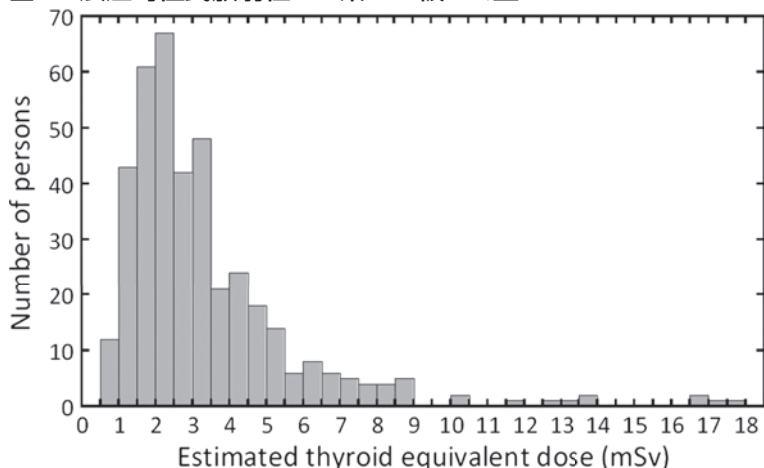
図5 津島地区と100mSv範囲



Tokonami S.Sci Rep 2:507,2012

（ii）床次らの報告の限界は著者ら自身も触れるようにその数の少なさでした。同じ研究室の細田らの報告¹⁶⁾は、その問題を打破するものでした。さきの床次らの計測では放射性ヨウ素131と同時に甲状腺組織における放射性セシウム137、セシウム134内部被ばく量も計測できていました。彼らはまず甲状腺組織における¹³¹Iと¹³⁴Csの比を0.9と割り出しました（¹³¹I/¹³⁴Cs=0.9、¹³¹I=0.9×¹³⁴Cs）。放射性ヨウ素131が自然界から消失

図6 浪江町住民放射性ヨウ素131被ばく量



Hosoda M. Environ Int 61:73-76,2013

した2011年7月～8月に浪江町からの避難者2393人に Whole body counter (WBC) で放射性セシウム134、137の内部被ばくを計測し、そのなかで放射性セシウム134を計測できた399人について、先の式 ($^{131}\text{I} = 0.9 \times ^{134}\text{Cs}$) を用い、399名の甲状腺における放射性ヨウ素131を求めたのでした。

結論的には放射性プルームの下にいて最も多く被ばくしたと見られた浪江町住民2393名の甲状腺被ばく放射性ヨウ素131は、最大は18mSv (子ども)、95パーセンタイル値 (低いほうから高いほうへ向けて95%の部分) 3.7mSv、50パーセンタイル値 (ちょうど半分の高さの部分) 0.5mSv と割り出したのでした (図6)。図6のヒストグラムでは、検出限界以下部分は除かれており右端の最大値が18mSv (1人) です。細田らの報告は原発事故による放射性ヨウ素131 (半減期8.04日) を放射性セシウム134 (半減期2.06年) から再構築する方法を追求した初めての報告となりました。

なお細田らは別の報告¹⁷⁾で、放射性ヨウ素短半

減期¹³²I (半減期2.3時間) についても福島県各地 (及び一部宮城県) で土壌、植物、水等で測定し、甲状腺等価線量への寄与率は2%以下と推計し子ども甲状腺への影響は無視できることを示したのでした。

(iii) 他方、Kim (キム) ら¹⁸⁾も複数の研究報告を連結させ、甲状腺における放射性ヨウ素131と放射線セシウム137との比、 $^{131}\text{I} / ^{137}\text{Cs} = 2.0$ を割り出したのでした。より保守的に考え (被ばく量をより高めに考え)、 $^{131}\text{I} / ^{137}\text{Cs} = 3.0$ ($^{131}\text{I} =$

$3.0 \times ^{137}\text{Cs}$) と設定し、地域別の放射性ヨウ素131被ばく量を推計していったのでした。それにより1歳時甲状腺放射性ヨウ素131被ばく量の最大値は30mSv、30mSv被ばくの自治体としては双葉町、飯舘村、いわき市、また20mSvの地域は大熊町、広野町、浪江町、葛尾村、南相馬市、また10mSvは富岡町、楢葉町、川俣町、10mSv未満は川内村及び、その他の県内自治体と推計したのでした。

(iv) 大平ら¹⁹⁾はこれらのデータをもとに甲状腺放射性ヨウ素131被ばく量と有病率 (年齢・性別補正) との相関性を調べ、10mSv未満自治体での有病率を1.0とした場合、相対リスクは10mSv、20mSv地域1.50 (95%信頼区間0.71-3.16)、30mSv地域0.63 (0.31-1.27) と増加傾向をみせず、甲状腺放射性ヨウ素131被ばく量と有病率の間には線量相関性は見られないことを示したのでした (表3)。

表3 1歳子ども甲状腺線量 (^{131}I) と甲状腺がん有病率

	<10mSv	10, 20mSv	30mSv
10万人対 (人)	13.7	18.8	9.6
オッズ比 (95%信頼区間)	1.00	1.50 (0.71-3.16)	0.63 (0.31-1.27)

Ohira T. Epidemiology 30 : 853-860, 2019 齋藤作表

事故から約10年、市民・母親の心配を聞き、実際に福島の子どもたちを見、そして臨床医としての耳目をそば立ててきたつもりです。しかし甲状腺がんの事例数が報道され続けるのに対し、かつてチェルノブイリ事故の現地医師たちが、おそらくは見聞したであろう子どもたちの「甲状腺腫大-甲状腺がん」の訴えは福島においては直接的にも、小児科医を通じてもついでなかったのです。

（４）有病率推移、結節サイズ推移、事故時５歳未満の甲状腺がんの有無

（i）さて先行検査での有病率は0.04%、本格検査第一回では0.03%、本格検査第二回では0.01%です。県民調査を開始して有病率の低減傾向が見られています。しかし腫瘍サイズは本格検査第二回でも平均13.2mm ± 6.5mm（サイズ幅は6.6mm ~ 33.0mm）と示され、先行検査、本格検査第一回時のサイズと全く変化ありません。つまり過剰診断を回避するため10.0mm 以下のものの穿刺吸引細胞診は極力回避するという細胞診の基準を守っていることを示しています。

したがって有病率の低減傾向の理由は、第一に受診率の低減（先行81.7%→第一回71.0%→第二回64.7%）、第二に吸引細胞診を実施する基準に合う事例（10.1mm 以上、かつ悪性が疑われる事例）の実質的な減少があるとみられることです。後者について少し考えてみます。

（ii）先行検査（30万476人）では1.0mm 以上の結節を有する子どもの比率が全体の1.4%、そして5.1mm 以上の結節を有する比率は0.8%認められています（先行検査資料）。甲状腺がんは結節性病変であり、福島の子ども甲状腺がんが放射性ヨウ素131の影響を強くうけ全体として腫瘍増大のポテンシャルを高めているなら、福島子ども全体における結節を有するものの比率の動向は重要です。先行検査開始から約3年後の本格検査（27万540人）においては、結節（1.0mm 以上）を有するものの比率は1.4%と変わらず、そして5.1mm 以上結節を有するものの比率も0.8%と不変でした（本格検査第一回資料）。

そのうえで言えば先行検査、本格検査第一回検査を通じて、10.1mm 以上（悪性）事例甲状腺を

切除し続けているという介入の事情も細胞診適応事例（10.1mm 以上悪性事例）の減少をもたらしていると言えます。

（iii）しかし全体としての受診者数が減少しているとしても、本格検査第二回でも217,916人が受診し、そのなかでB判定群（ほとんど5.1mm 以上結節群）0.7%と増加せず²⁰⁾、かつC判定事例が一例も認めていないことは、少なくとも放射性ヨウ素被ばくによる発がんのポテンシャルが明確でないことを示しています。

また甲状腺がんの診断数はこれまで総計217例となっています（2019年12月31日現在）。そのなかに事故時年齢5歳未満例はなく、診断時の平均年齢でみれば先行検査17.3歳（±2.7歳）、本格検査第一回16.9歳（±3.2歳）、第二回16.4歳（±2.8歳）とすべて10歳以上に集中しているのが分かります。

このようなことも放射性ヨウ素被ばくによる発がんのポテンシャルが認められないことを示唆しています。

（５）子ども甲状腺がんにおけるリンパ節転移

福島子ども甲状腺がん事例が放射線被ばくの影響を受けていると主張する理由の一つが、その「多発さ」でしたが、もう一つがリンパ節転移の多いことも被ばくの影響を疑う論拠になりました。手術後に確認された術後診断ではリンパ節転移は77.6%（97/125）に及ぶものでした²⁰⁾。しかしそのような場合においても、放射線ヨウ素131被ばく量との線量相関関係は見られなかったのです。

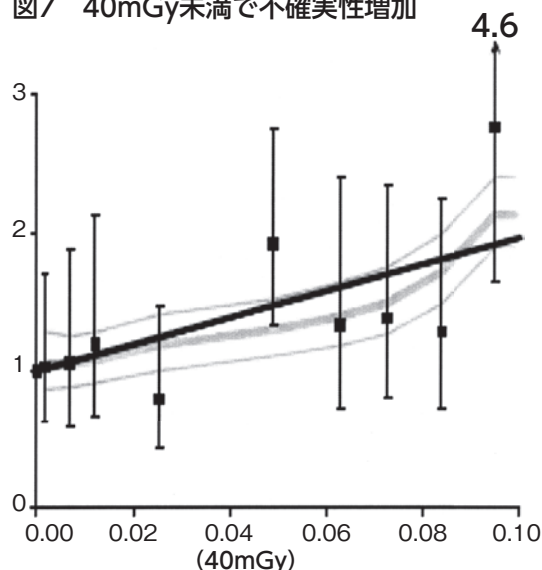
さて子ども甲状腺がんについては、従来から初診時にすでにリンパ節転移や臓器転移が多いとされていたのです。2016年 Paris（パリ）らの報告²¹⁾ではリンパ節転移の比率を成人と子どもで比較した場合、成人30-40%、子ども60-80%とその差は歴然としています。臓器転移では成人2-14%、子ども20-25%（ほとんど肺）と示されています。病理学者の菅間²²⁾によれば小児甲状腺は濾胞間の結合組織が疎であり、リンパ間隙が開いていることを指摘し、子ども甲状腺がんにおけるリンパ節転移やリンパ行性転移（リンパの流れに沿って転移が進むこと-齋藤）が多い根拠とみてい

ます。

原発事故という事態において、はからずも実施することになった大規模甲状腺検査によって、無症状子ども甲状腺がん事例においてもすでにリンパ節転移や遠隔転移が生じていることが明らかにされたと言えます。

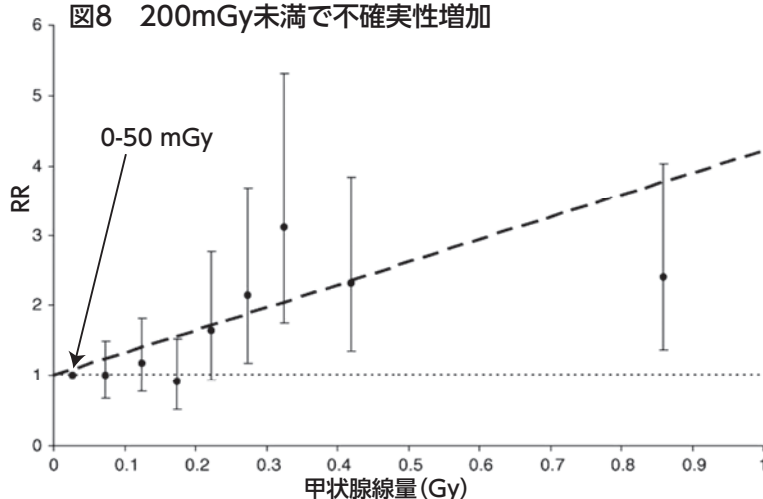
さて通常「がん」における転移の意味は進行期を意味し、予後不良を意味するものですが、子ども甲状腺がんに限っては予後が極めて良好であることが知られていました。Dermody（ダモディ）らの報告（2016）²³⁾は、子ども乳頭がんについて（手術＋放射線）治療後15年生存率は甲状腺がんの進展が局所に限局するならば99%、遠隔転移（骨、肺、脳）でも92%の生存率としています。菅間（2017）²⁴⁾も若年者乳頭がんでは20年生存率は98%を超えると述べています。福島での病理診断もほぼすべて（98～100%）乳頭がんとなっています。子ども甲状腺がんの特徴がここにあり、リンパ節転移や遠隔転移の臨床的意味が他の固形がんの場合とだいぶ様相を異にしていることが分かります。

図7 40mGy未満で不確実性増加



Lubin JH. JCEM 107:2575-2583,2017

図8 200mGy未満で不確実性増加



Ivanov VK. Radiat Protect Dosimetry151:489—499,2012

（二）なぜ線量相関性がでてこないか

福島子どもたち甲状腺がんが「多発」であることの意味も理解し、かつ放射性ヨウ素131被ばく量と有病率との相関性が見られないこともわかりましたが、なぜ低い線量と高い線量の差があるにもかかわらず、甲状腺がんの有病率に差異が出ないのかということです。

外部被ばくの子ども甲状腺がん事例において、どの程度以下の線量でリスクが確認できなくなるかを調べた報告があります。Lubin（ルビン）ら²⁵⁾は、おおむね40mGy以下ではリスク増加が不確実（95%信頼区間下限が基線下）になることを示したのでした（図7）。図からは80mGy以下において既に不確実性が増すことが分かります。内部被ばくでの検討はロシアのIvanov報告（既述）¹⁰⁾があります（図8）。図に示されるように200mGy以下で不確実性（リスク平均値や信頼区間下限が基線下）が示されています。

福島子どもたちの甲状腺被ばく線量はLubinらの指摘の40mGy以下にあり、またIvanov報告の対照群の線量域（0～50mGy）に相当しています。つまり福島での被ばく範囲ではリスク増加は疫学的に示されないといえます。

(三) 小括

放射線障害の考え方には「しきい値なし仮説」があります。わずかの線量でも障害は生じるとする考え方です。その考えにたって福島県の子どもたちですが、放射性ヨウ素131を甲状腺に30mSv (0.03Gy) うけたと仮定します。罹患率としてはどの程度の甲状腺がん発生が予想されるのか考えてみます。

チェルノブイリ甲状腺がんの知見から過剰相対リスクを5.0/ Gy とします。0.01Gy (10mSv) 被ばくなら0.05 (5%) 増加 (対照の1.05倍) となり、福島での0.03Gy (30mGy) では0.15 (15%) 増加 (対照の1.15倍) となります。子ども甲状腺がんの罹患率は100万人に3人と見られていますので、1.15倍では3.45人/100万人となります。100万人中で0.45人の増加です。私はこの数値は私たちの実生活のなかで把握できない数値であることを話してきました。そして福島での甲状腺がんに対する放射線の影響は自然発生性甲状腺がんの毎年の罹患率のなかに埋もれざるを得ないと述べてきたのです。

四、最後に

子どもたちの犠牲を通じて明らかになったことは、福島原発事故による子ども甲状腺がんの過剰発症は臨床的、疫学的に認められなかったと言うことでした。そして被ばく線量の寡少さを踏まえれば、今後においても罹患率レベルで放射線誘発性甲状腺がんとしての過剰発生は生じ得ないということです。もはやこれから生きる子どもたちを医学的に問題視し、調査対象化しつづける社会的理由はないということです。甲状腺エコー検査が臨床に導入されて40年、その中で子どもたちの甲状腺がんエコー検診が必要とされてこなかった理由をもう一度理解し、その状態に立ち返るべきと思います。福島の子どもたちを甲状腺エコー検査で生涯にわたり縛るとすれば、かつて国連事務総長ガériが警告した言葉 (「科学が倫理を圧殺することは許されない」) は、そのまま福島の地でも通用する懸念を覚えざるをえません。

さて原子力発電の存在は事故の既然・未然、過去と将来を含めて、子ども甲状腺がんの第一級の危険因子であること、そして再生可能エネルギーへの転換こそが福島の子供たちに報いる道であること、この10年間の葛藤と本稿がたどり着いた結論といえます。

文献

- 01) Duffy BJ & Fitzgerald PJ. Thyroid cancer in childhood and adolescence. *Cancer* 3:1018-1032,1950
- 02) Ron E et al. Thyroid cancer after exposure to external radiation: a pooled analysis of seven studies. *Radiat Res* 141:259-277, 1995
- 03) Kazakov VS et al. Thyroid cancer after Chernobyl. *Nature* 359:21,1992
- 04) Stsiazhko VA et al. Childhood thyroid cancer since accident at Chernobyl. *BMJ* 310:801,1995
- 05) Cardis E. Epidemiology of accidental radiation exposures. *Environ Health Perspect.* 104(suppl 3):643-649,1996
- 06) Cardis E et al. Risk of thyroid cancer after exposure to ¹³¹I in childhood. *JNCI* 97:724-732,2005
- 07) Cardis E et al. Cancer consequences of the Chernobyl accident:20 years on. *J Radiol Prot* 26:127-140,2006
- 08) Tronko MD et al. A cohort study of thyroid cancer and other thyroid diseases after the Chornobyl accident: Thyroid cancer in Ukraine detected during first screening. *JNCI* 98:897-903,2006
- 09) Zablotsuka LB et al. Thyroid cancer risk in Belarus among children and adolescents exposed to radioiodine after the Chornobyl accident. *Br J Cancer* 104:181-187,2011
- 10) Ivanov VK et al. Radiation-epidemiological studies of thyroid cancer incidence in Russia after the Chernobyl accident (estimation of radiation risks, 1991-2008 follow-up period). *Radiat Prot Dosimetry* 151:489-499,2012
- 11) Suzuki S. Childhood and adolescent thyroid cancer on Fukushima after the Fukushima daiichi nuclear

- power plant accident: 5 years on. Clin Oncol 28:263-271, 2016
- 12) Tsuda T et al. Thyroid cancer detection by ultrasound among residents ages 18 years and younger in Fukushima, Japan: 2011 to 2014. Epidemiology 27:316-322, 2016
 - 13) 志村浩己、2014.2.22 放射線と甲状腺がんに関する国際ワークショップ（東京）、
 - 14) 宮崎朝子ら、人間ドック全受診者に対する甲状腺超音波健診の結果と結節性病変の経時的変化. 人間ドック25巻：789-797, 2011
 - 15) Tokonami S et al. Thyroid doses for evacuees from the Fukushima nuclear accident. Sci Rep 2:507, 2012
 - 16) Hosoda M et al. Estimation of internal exposure of the thyroid to ^{131}I on the basis of ^{134}Cs accumulated in the body among evacuees of the Fukushima daiichi nuclear power station accident. Environ Int 61: 73-76, 2013
 - 17) Hosoda M et al. Activity concentration of environmental samples collected in Fukushima prefecture immediately after the Fukushima nuclear accident. Sci Rep 3:2283, 2013
 - 18) Kim E et al. Internal thyroid doses to Fukushima residents-estimation and issues remaining. J Radiat Res 57(S1):i118-i126, 2016
 - 19) Ohira T et al. External radiation dose, obesity, and risk of childhood thyroid cancer after the Fukushima daiichi nuclear power plant accident: The Fukushima Health Management Survey. Epidemiology 30:853-860, 2019
 - 20) Yamashita S et al. Lessons from Fukushima: Latest findings of thyroid cancer after the Fukushima nuclear power plant accident. Thyroid 28:11-22, 2018
 - 21) Paris MT et al. Management of differentiated thyroid carcinoma in children: Focus on the American thyroid association pediatric guidelines. Semin Nucl Med 46:147-164, 2016
 - 22) 菅間 博. 小児甲状腺癌の病理組織学的特徴、特にびまん性硬化型乳頭癌. 内分泌甲状腺外学誌30: 281-286, 2013
 - 23) Dermody S et al. Pediatric thyroid cancer: An update from the SEER database 2007-2012. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.89:121-126, 2016
 - 24) 菅間 博 小児甲状腺がんとは. 全国保険医新聞 2017.6.25号
 - 25) Lubin JH et al. Thyroid cancer following childhood low-dose radiation exposure: A pooled analysis of nine cohorts. JCEH 107:2575-2583, 2017
- (さいとう おさむ、医療生協わたり病院・医師)

地域医療と自治体病院

—展望を岩手から学ぶ—

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

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書第二弾を発行しました。

- ・ 頒価 1,000円
- ・ ISBN 978-4-903543-17-8
- ・ A 4 版 100ページ
- ・ 2017年 7 月発行

<内容>

はじめに

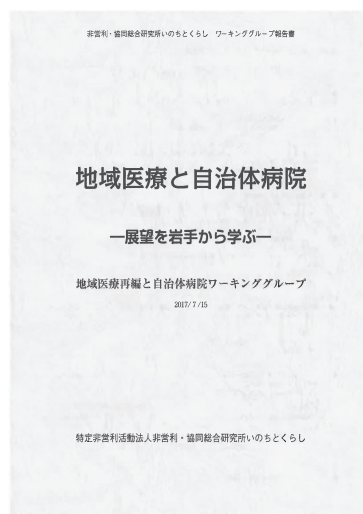
- 自治体病院の新たな段階の危機をどう打開するか
—岩手調査を手がかりとして— …村口 至

第1部 自治体病院危機の現段階

- 第1章 新公立病院改革ガイドラインと自治体病院の動向
…田岡 康秀
- 第2章 千葉県に見る自治体病院の現状 …八田 英之
- 第3章 地方自治体病院及び地方独法化した病院の経営分析
…根本 守

第2部 岩手調査

- 地域医療の公共性を守る自治体病院の役割
—岩手県県立病院等を訪問して— …村口 至
- 第1章 岩手県医療局と医師対策、医師連 …村口 至
- 第2章 岩手県の自治体病院の経営分析 …根本 守
- 第3章 岩手県の医療住民運動と県立病院について
…八田 英之
- おわりに …村口 至
- 資料(転載)：岩手県の地域医療と財政 …井上 博夫



地域の医療供給と公益性

—自治体病院の経営と役割—

好評発売中

- ・ 頒価 1,000円
- ・ ISBN 978-4-903543-13-0
- ・ A 4 版 160ページ
- ・ 2015年 4 月発行

【連絡先】 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
〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8-2F 電話03-5840-6567 fax03-5840-6568
電子メール inoci@inhcc.org URL: <http://www.inhcc.org/index.html>

「新型コロナの社会的・経済的影響と非営利・協同」

出席：山田 秀樹（やまだ ひでき、医師、立川相互病院副院長）
今井 晃（いまい あきら、東京民医連事務局長、研究所専務理事）
後藤 道夫（ごとう みちお、都留文科大学名誉教授、研究所副理事長）
高柳 新（たかやなぎ あらた、全日本民医連名誉会長、医師、研究所副理事長）
司会：竹野 ユキコ（たけの ゆきこ、研究所事務局長・研究員）

（事務局より） 今号の座談会は、新型コロナウイルス感染症拡大に関して、今までの対応やどうすることが起こっていたか、現在どんな状況にあり、何が課題なのか、さらにこの先、何を大切にしたいと企画されました。なお当日資料は、発言者ごとにまとめて末尾（59～70ページ）に掲載しているので、そちらを参照ください。

●病院から見た医療・社会への影響

山田 まず病院の簡単な紹介をします。立川相互病院は、287床の民間病院になります。2009年に新型インフルエンザの診療協力機関に登録をした関係で、COVID-19の対応にも当たったという経過です。診療の状況ですが、入院患者は合計で60名です。PCR検査は外来患者で約1,500件の診療に当たっています（山田資料1、2）。



これまでの経過を少しお話しします。まず、4月の状況です。第1波の折に、東京は医療崩壊をしていたと思っています。例えば、ECMOが切り札だと言われますけれども、すべて稼働中で、当院の転院依頼は断られたり、当院も人工呼吸器が足りなくなって、急遽レンタルをしたり、あるいは、救急の医療体制は本当に崩壊をしてしまっていて、うちに本来は来るはずのない足立区や中央区から、発熱の患者さんの救急依頼があったり

というようなことでした。国民の皆さんはご存じなかったと思うのですが、医療機関の側から見ると、医療崩壊していたと言っていると思います。

また、保健所も大変忙しくなったというのは皆さんもご存じだと思います。近隣市の老人施設でクラスターが発生したときに、保健所は対応できないということで、当院に施設長から連絡があって、泣きつかれたような形で出張PCR検査を行ったこともありました。そういう意味では、国の本来一番重要な保健所の機能も破綻していたと思います（資料3、4）。

医療崩壊には、二つの側面があって、一つは医療体制が崩壊してしまっていたということと、もう一つは経営危機ということになります。当法人で4月からの4カ月間で4.5億円の赤字になりました。かつてない大幅な赤字になります（資料6）。

診療体制のことで言いますと、通常診療を縮小せざるを得なくなって、そのために予定されていた手術を延期し、健診等も全面禁止になりました。外来については、患者さんがコロナの感染を恐れて受診控えをすることも起こりました。また、入院患者については、病院として面会制限を行ったために、家族とコミュニケーションがうまく取れずに退院調整に手間取るという事態も起きました。

感染対策では、当院で言うところ3,000万円ぐらいの持ち出しになっています。これは国の一次補正、二次補正でカバーされるものと信じておりますが、実際には査定でカットされた部分もあります。今後、全額カバーされるかどうか、不安な状況にあります。さらに、国民の皆さんも大変不安に思われたと思いますけれども、マスクを中心に医療資材がかなり不足しました。例えば、サージカル

マスクは90%以上、中国で作られていたということで、供給が間に合わない。このことに代表されるように、市場原理任せのサプライチェーンでということが、大きな弊害になったことが明らかではないかと思っています。

社会面で考えますと、一番明らかになったのは、かつてない貧困が非常に顕在化したことです。経済の問題が命の問題に直結することが顕在化したのが、一番の問題かなと思っています。社会共通資本であるはずの医療というものが、実は非常に脆弱な体制にあって、医師不足や看護師不足、それを補うための医療側の使命感だけで何とか体制を支えてきたという実態も、国民の目に明らかになったのではないかと思います。

さらに、先ほど申し上げたような新自由主義の矛盾、このことも明らかになったと思います。そもそも、COVID-19などの新興感染症が、なぜ最近頻発するかということ言えば、環境破壊が背景に大きくあるだろうと思っています。

患者側のところで何が起きていたかというお話を少しします。例えば、当法人の歯科では、4～9月で相談が12件、無保険が7件で、無料低額診療（無低診）を活用しましたし、あるいはPCR検査をしていますと、特に若い女性の休業、失業という中で、夜の街関連でダブルワークをせざるを得ない、その場で感染をしてしまったというような方が複数名見受けられました。

COVID-19そのものに限れば、入院費用は無料になります。しかし情報格差で、入院費用が心配だからと、お金がないために自宅で感染したパートナーと2人で頑張ってコロナを治したけれど、その後に腎盂腎炎を併発して、その高熱には耐えられずに救急車でうちに搬送されたというような事例もありました。高齢者に関しては、特に、平時でも受け入れが困難な透析患者の方が、どこも引き受け手がないということで自宅待機中に亡くなるというような大変悲しい事態も起きています。

不安から来る差別や偏見の問題は、当院も4月に職員に陽性者が出たということで、かなりパッシングを受けました。また経営危機の問題で、私がテレビ出演をしたということでも、「あの病院はコロナ病院だ、近付きたくない」と地域からかなり警戒されたこともありました。まったくほか

の病気で入院されている家族が、コロナ病院の中に入りたくない、荷物を玄関に置いて逃げるということも実際に起きました。

私たち医療従事者はそういうことに関しては、使命感で耐えることができます。しかし一方で、地域の中でどんなことが起きていたかの一例を挙げますと、近隣市に在住の30代の夫が陽性になり、保健所から指示があって、奥さんと保育園に通うお子さん2人が濃厚接触者としてPCR検査を受けに来られました。2日後に、私から奥さんは陽性、お子さん2人は陰性という電話を差し上げたんです。奥さんは、夫の病状や自分が陽性であるということを差し置いて、子ども2人が陰性だったということで泣いて喜んで感謝をされました。保育園第1号に我が子をさせるわけにはいかない、地域は大変な状況なんだということで、本当に喜ばれて、「ありがとうございます」とおっしゃったのが印象的な話でした。ただ、この話には後日談があって、ご夫婦が自宅療養を行われた後に診断書を希望されて私のところに電話がありました。その処理をする際に、市役所から「妻と子どもはPCR検査で陰性確認をしないと保育園に登園させない」と言われたという相談を受けました。行政が率先して差別や偏見を煽る事態が起きているということに、大変、私自身がショックを受けて、「保健所に相談して対応できなければ、私のほうで市役所に申し入れをするので、ご連絡ください」と言いました。保健所は適切に指導してくださったようで、私のところには、その後の連絡はありませんでしたけれども。この国が、病気やウイルスよりも人が怖い国になっているのではないかということ、差別や偏見が正義の衣を着て、自己責任論が闊歩しているということに、大変懸念を覚えたというような状況です（資料4、5）。

司会 第一波のときには医療崩壊の実態があり、お金と命とが直結し、差別と偏見の風潮があったということですね。

●医療経営の状況

司会 医療経営の状況について、お願いします。

今井 簡単な資料を作りました。日本病院会と病院団体協議会の資料に合わせて比べています。今井資料—表1、これは病院のみなので、必ずしも東京民医連全体の状況が掴めるわけではありません。しかし平均1病院当たりを割り出してみたというものです。



平均病床数は162ですから、後ほどお話しする日本病院会の4割程度の規模になります。4月は収入11%減（入院関係7.6%減、外来15.7%減、健診関係56%の激減）となりますが、費用は、人件費を始め、ほとんど変わりません。材料費は、当然、入院診療、外来診療が減った分は減っているのですが、4月は収入比2割の赤字です。

5月については、さらに収入は減少しているで、5月についても17%の赤字。6月はやや持ち直したとは言っても、前年から通常の年であれば、5%、6%の減収というのは、もうそれだけで大激減です。本来、毎年少しは伸ばしていくものですから、そこが減少というのは、大変な打撃なんです。4月、5月がひど過ぎて鈍感になっている面もあるかと思います。しかし6月で10%の赤字ですので、大変なひどい状態です。

7月に、何とかやや回復しましたが、それでも、4%の赤字です。健康診断、保健予防、人間ドック、特定健診等が6月後半ぐらいから復活してきたということも影響しております。ただ、ここで7月になっても、外来のところは7%減という状況です。入院はコロナの対応等で病床を空けることが入った減収ですが、外来は7%そのものの減少と、こういう状況になっています。

表2は、医科法人（医療法人と医療生協）の赤字状況です。東京民医連には病院を持っている法人が8つありますが、4月が約8億円、5月が6億円、6月が2億5,000万円、7月がトントンにやっと戻したということです。山田先生のおられる立川相互病院を持っている健生会は、4億5,000万円の赤字です。そのほか健和会と東京勤医会という大きな病院を持っているところが3億円を超える赤字という状況になっています。健和会、

勤医会、健生会は、コロナの入院対応等をしている病院なんですが、問題は、入院対応をしていないところも含めて大幅な赤字だということ、こちらの方がより深刻かと思います。

病院のない診療所中心の法人では、外来と在宅の収入、介護、健診も入りますが、こちらの赤字率がもっとひどいです。4月、5月は2割の赤字、ほとんど壊滅状態です。6月、7月もそれぞれ赤字ですので、これは診療所のみの方にとっては大変厳しい状況です。ちなみに、一番上の南葛勤医協は芝診療所が中心で、健診等が大体収入の5割を占めているところ。4、5、6月とほとんど健診ができない状態だったので、7割から8割の赤字という、ほとんど持ち出しの状況になっています。

いま議論になっているのは、入院については、コロナの関係で対応したところには一定の補助金が今後入ってくるけれども、外来に関わる部分はほとんど補助金等の関係がなく、また全体として外来が戻って来ないと言われていることです。ひどいところでは2割、それ以外でも1割ぐらいの患者が減ったまま戻って来ていません。これは長期処方の影響や遠隔診療、あるいは電話再診等の影響もあって、コロナ感染の危険を冒してまで医療機関へ行きたくないと多くの患者さんが考える状況になっているのではないかと思います。

表3は、日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会が共同して集めた資料で、2020年7月までの状況です。ここは平均病床数が424で、東京民医連より規模が約2.5倍であり、コロナの対応をしているところが相当数あるだろうと思いますが、経営状況は、ほとんど同じ、あるいは、東京民医連よりもひどい状況が見受けられます。しかし傾向は似ていますから、これは全国の調査ですので、東京がひどいと言われますが、全国もやはり同じようにひどい状況が続いているということです。

表4、表5は患者状況です。入院患者統計を見ると4月が85%で前年からマイナス15%、7月になっても88%という状況です。表6をみると手術については4月が83%、5月66%、6月、7月は約80数%と、こういう状況がずっと続いているので、経営的には打撃が相当大きいということです。

同じ傾向は、表7 救急の受け入れ件数でも、4月、5月は、60%台、6月が70%台です。資料にはありませんが8月はやっと81%という状況ですので、収入の大きな部分を占めるところが軒並み打撃を受けているということです。

東京民医連の話に戻りますが、こういう状況ですと資金的に行き詰まる可能性が高いので、7月までに、合計で76億円の借金を行いました。病院法人で多い所は11億円とか9億円とかの規模で借金をして、何とか回しています。ほとんどが福祉医療機構という公的な金融機関からの借り入れで、今をしのいでいるということです。

コロナの入院対応で頑張ってきた法人は、今後、補助金が入るので、半分から6、7割はカバーできるかもしれません。しかし今後、深刻になるのは、コロナの対応をそれほどやっていない中小病院、あるいは診療所法人のところですね。補助金が入る予定もほとんどないのに経営的には同じですので、これは相当深刻になっていくだろうと懸念されます。

コロナ対応をしている・していないにかかわらず、「面としての地域医療」を守るため、医療全体として収入を保障する仕組みを作らせないと、今後、新型コロナとインフルエンザの両方の対応ができなくなるのではないかなと思います。また、医師や看護師が持ちこたえられるかどうかということも出てくるのかなというふうに思います。

●診療所から見たコロナの状況

司会 ありがとうございます。病院や診療所の大変な経営影響という話がありましたので、高柳先生に診療所の現場から見たお話を頂けたと思います。

高柳 雑談的に、僕や僕の家族レベルの話をしてします。最初は1月の終わり、2月の頭ぐらいに、息子から「父さん、もう診療はいいから仕事を辞めて、家にもぐって本を読んでいろよ」と言われたので、それが大変に僕を激励しまして、むしろギアが入って診療所に出かけている感じです。

僕には、息子や娘、それから孫たちもいます。孫が急に学校に行かなくなって、うちにいること

になり、マスクや手を洗うことがやけに出てきました。今まで、僕はマスクと手を洗うとかが嫌いなタイプで、『手を洗いすぎてはいけない』という本も出している感染症疫学の藤田絃一郎先生の主張にしたがって、むやみやたらと洗うこ

とはない、落っこちた食べ物は拾って食えというような、正しいのかはよくわからないけれど、かなりバーバリックに乗り越えていくタイプだったので、非常に微妙な気持ちになりました。

それから、僕の友人たちからは、いろいろな相談がありました。新宿で文化祭を企画して大規模に区が助成するようなイベントがあるが、それをどうするか、それはやめた方がいいのではないかと。プライベートな歴史研究会をやっていて、会員10名ぐらいだけれども、続けざまに集まりをやって構わないか。僕にも正しく判断できないけれども、やっていていいんじゃないの、そういうレベルの相談をずいぶんしました。

最初のうちは、診療所も普通にやっていたように思います。そのうち、ビニールのカーテン、最初はおんぼろのカーテンだったのがだんだん立派なカーテンに変わっていったり、看護師さんの方も、最初はどうってことはなかったけれど、だんだん丁寧に手袋をはめ、顔をガードし、帽子をかぶったり、発熱患者は車に待機させたりとなりました。最近では、ほとんど車に待機させていますけれど、最初のうちは、インフルエンザと同じ程度の対応をしていました。

患者さんのことで言いますと、熱を出している人がコロナを心配してやって来て、もう何カ月もそういう状態だ、2カ月、3カ月と。よくよく調べてみたら、更年期障害だったという患者さんがいました。僕は70~80名、糖尿病の患者を診ているのですが、コロナ問題で、1割から2割はもうデータがバラバラになってきたというかと、とても不安定な状態になっています。また長く僕が診ていた人でも、コロナを契機に診療所までやって来るのが大変なので、自分の家の近くに転院したという人が出ました。102歳の人でしたので、僕



も誇らしいような思いでいつも仲良くしていたのですが。

それから、コロナで2カ月ぐらい家に閉じこもりになってしまって、年を取っているものだから、ついつい寝たきりのような状態になって、急速にうつのような状態になっている患者がいました。外に行って散歩をしていいということが少しずつわかってきているのは、つい最近のことで、最初のうちは、むやみやたらと「家に閉じこまれ」ということが徹底された気がします。そういう患者さんがいました。

慢性の患者さんではなく、急に猛烈な腹痛で、どこかに駆け込まなきゃいけないのだけれど、コロナで怖いので売薬で持ちこたえていた患者さんがいました。我慢しきれなくなって、僕がいる診療所に来て、血算だけやってもらった。後日、僕が診たんですけど、白血球が2万近くて、CRPという炎症を見る検査が25で、もうちょっとで急性腹症で手術という大変なことになったはずだった。しかし、どういうわけか、その1週間ぐらい経ったところで、それがスッと治まっていると。強いて診断をつければ、尿管結石プラス腎盂炎かな。どちらにしても、とても怖いことを患者さんはしている。僕らもゾッとしているようなことが、急性の人でも起こっています。

そういう患者さんのひとつひとつのことで言うと、医学的にも心理的にも経済的にも、とても打撃を受けていて、医学的な知識だとか、不安、恐怖、やりきれなさみたいなものを抱えて、この間、過ごしているように思っています。

僕は、患者さんのこととか、同時に、職場の看護師さんたちや事務の人たちと「コロナウイルスとアベノウイルスとの戦いだね」と冗談も言いながら、この間、持ちこたえているんです。何と言っても、これからの我々の、広く言えば、人間の全体のくらしがどう変わっていくのかということ突き付けられたなど、しみじみと思っています。

●統計から見る社会状況

司会 最初の頃は、確かに「とにかく家にこもって」という感じでした。その結果、仕事の面で困った方もたくさん出たと思います。そこで後藤先

生に資料の説明をいただき、社会で起きていることについてお話をお願いします。

後藤 あまりにもたくさんのことが起きているので、何から話していいのかわからないぐらいです。GDPが4月から6月で28%減の数字が出たのは、かなり大きなことです。後藤資料1、大きく見ると、労働者の数とGDPとは平行して動き



ます。グラフで見ると、GDPの数値が出た日より2期ないしは3期遅れぐらいで、雇用の変動が出て来るようです。それを考えると、7月の統計数字をみると、4月、5月、6月よりはさまざまな労働統計の数字は戻っているのですが、このまま行くのかについては、全然わからない。むしろ、かなり大きく悪化する可能性が十分あると思います。

資料2に、経済状況を働き手のほうから見て、いくつかの数値の対前年同月比を取ってみました。

資料2-1は全産業で、雇用者と自営業者等を合わせた就業者数です。従業者数というのは、休業しないで実際に働いている人の数です。それから実際に働いている人の、1人当たりの平均月間労働時間が破線です。それから、月間の総支出総労働時間を全部まとめたのが二重線です。この二重線で見ると、7月は結構回復した、と言ってもまだ94%という、前年から見ればだいぶ低い状態にあります。資料3、4からも言えるのですが、全体として、日本のコロナのとりあえずの雇用数への影響は、実はそれほど大きくはないのです。

大きくないと言っても、リーマン・ショックのとき、一番大きく雇用が対前年同月で下がったのは110万人ぐらいですが、今回は既に93万人下がっています。今回は影響がどこに表れているかというと、非正規の解雇は目立ちますが、全体として派労働時間が減って収入が減ったというところ、被害が集中しています。これはリーマン期にはあまり見られなかった構造です。非正規の人が、時間が減って、収入が減って、休業が増えてというので、この2～3カ月間、大問題になっていま

した。これはよく考えると奇妙な話で、収入が減って食えなくなれば、労働者がその企業を辞めて雇用保険で食いつないで、食える仕事を何とか探そうとするというのが普通の行動パターンだと思いますが、どうも今回それが見えにくい。ほとんど休業手当も払ってくれないような企業に国民がしがみついている、という状態が、見えるわけです。何でこうなったのか、すごく気になります。

資料5は労働政策研究・研修機構（JILPT）が作った資料で、資料6は「しんぐるまざーず・ふぉーむ」が同じ項目をふくめて行った調査です。どちらも時間が減った、収入が減った、というのが非常に大きな比率になっていて、基本的には同じ構造で被害を受けていますが、「しんぐるまざーず・ふぉーむ」の調査の数値は大変大きい。

よくわからないのは、これほどボロボロになっていても、雇用数の統計に全体の動向を反映するような変化が起きていないことなのです。恐らく、この10年ぐらいで短時間労働、シフト労働がすごく大きな位置を占めたからではないかという気がしています。

シフト労働は、あらかじめ労働時間や何曜日に働くかが決まっています。月の初めや真ん中に、初めて何時間、どう働くというのが決まる働き方です。「シフト労働だから休業手当は払わない」と経営者がうそぶく、本当は違法なことがごく普通にまかりとおっていて、それに労働者の側がほとんど対抗できていない状態です。

しんぐるまざーず・ふぉーむの調査を見て改めて驚愕したのですが、日本は100年前の世界にまた戻ったのか、というような数値がごろごろと並んでいます。

例えば資料6の図16、子どもが給食を食べていたのが、この間になくなった影響がどう出ているかというデータです。1日の食事の回数が減ったというのが、なんと18%もいる。食事の量が減ったのが15%。炭水化物だけの食事が増えたのが約50%います。これはもう、日本は第三世界ではないかと思うような数字が並んでいるわけですね。だから、日本の母子世帯はOECDタイプの相対的貧困率で5割程度という、世界的にも極めて珍しい状態にあるわけです。やはり社会保障、雇用の場面での保障は本当に崩れている状態で、コロ

ナ禍のような大規模な事態が起きると、どこまで落ち込んでいくのかがはっきり見えた気がしています。多くの方が「新自由主義でボロボロにされた世界がどんなにひどいものかということが、よくわかった」とおっしゃっていて、本当にそのとおりだと思います。

資料7ですが関連して、資料7-1に出しておきましたが、やはり格差がさらに広がっています。相対的貧困率が改善したと政府は言っていて、確かに表面上はちらっと改善はしているのですが、41度の熱を出して苦しんでいる人間が、40度8分になったから改善したと言っているようなものです。ちゃんと等価可処分所得を実質値にして、十分位値を取ってみると、見事に一番下の下位10%層の下がり方が激しくて、これは全然改善されていません。

これは子どもがいる世帯で取っても、世帯全体で取っても同じです。1997年を100にすると、格差が拡大して一番下が特に大変ボロボロのような状態になって、なおかつ全然それが改善されないままこの20年ぐらいきて、そこにコロナ禍で致命的な大きな打撃がやって来たということだろうと思います。

何でそうなったのかという話のひとつひとつのヒントのようなものですが、例えば今の日本は、困ったときに社会保険で助けてもらうことが、特に収入の場面では非常に薄くなってしまっています。雇用保険が典型ですが、雇用保険がいつの間にか、ものすごく小さな制度になってしまったんです。

資料8のグラフですが、上の2本の線は離職者の数を表しております。98年を100とした指数で表していますが、上が雇用保険の資格喪失です。被保険者で離職した人は雇用保険の資格喪失の届けが出されます。2番目の線は、ハローワークが離職票を交付した数です。離職票は、失業給付を受けることを含めて、労働市場に留まることを予定してる人たちが取るものです。もう次の仕事が決まっていたり完全にリタイアしたりする人たちは入りません。下の2本は失業給付の数を表す線です。上の線は初回受給者、要するに失業給付をもらい始めた人数です。下の太い線は1カ月に1回でも失業給付をもらった人の年間平均です。全

体の傾向は、離職を表す数字は微増しているのに、給付を表す数字は激減しているということです。つまり、今の日本の雇用保険の力は、これほどに小さくなってしまっているのです。

その結果何が起きてるか。実はまだ十分に解明ができていないですが、人々が失業できなくなっているんです。失業しなくなっていて、離職したとたんに関の仕事に就く比率が、圧倒的に増えています。資料9のグラフはそれを表しています。1年間のうちに転職して今の仕事に就いた人たぢで、離職期間15日以内に転職した人が濃い部分、15日から1カ月未満で転職した人が薄い部分です。両方を足すと1カ月未満で就職した人ということになります。例えば真ん中のフルタイムの人たぢだけに限った数字は、男女計で40%から61%へと増えています。

要するに今はもう、失業して雇用保険をもらって新しい仕探す準備をするという余裕がもうなく、ただちに何でもいいから目の前にある仕探に飛びつくという行動パターンに、どうも全体がなっていると思えます。

これは仕会のいろいろな場所で見察される、極度の余裕のなさの大きな要因のひとつだと思います。ギリギリの行動をして目いっぱい頑張って、何とか毎日を過して、とても先のことを考て準備をする余裕がない状態を作り出しているということだろうと私は解釈しています。しかし政府が言うとは逆で、「労働市場の状態がとても良くできているので、失業しないで次の仕探に移れる、素晴らしいことだ」という解釈になります。

2013年に、政府は「失業なき労働移動の実現」というスローガンを出しました。これは失業のことを少しわかっている社会学者から見れば、何という乱暴なことを言うのかという話です。すでに1999年にも若干ニュアンスの差はあるのですが、同じ言葉が使われ、政策としては失業給付を大きく縮小する方向が打ち出されています。2000年、2003年、2005年ごとに大きな制度改悪がありました。むしろ、失業時の生活を保障しながら失業期間を短くするというのが当たり前なのですが、保障を縮小することで、失業してられないような状態にして、失業期間を縮めたわけですね。

従って、今回のコロナ禍でいろんな所で困って

おられる方が頼りにするのは、結局さまざまな給付金、一時的に住宅費の肩代わりをしてもらえる住宅確保給付金などであり、最後のところは生活保護となっています。普通ならば社会保険がいろいろな場所の仕探やサービス提供を支えるという大きな枠組みがしっかり座っていなければいけないのが、この20年間で相当部分が崩された結果、人々が仕探を求めて走り回り、低い水準から全然抜けられない状況です。労働時間をどんどん減らされて収入を減らされても、人々はほとんど抵抗ができないという相当ひどい状態に陥っているということが、改めてわかった次第です。

どうするかという話はなかなかすぐには見えてきません。しかし、いろいろな場所で見労働組合や医療、介護、福祉、教育などの現場の方がたたかっておられます。結局、そこに期待を寄せてそういう作業を大きくしていくしか、手はないのだらうと思います。ただし相当にひどくなっています。福祉国家型の仕会を作ろうと私はずっと言ってきましたが、福祉国家型の労働と社会保障を実現するという目標は、今の日本の打ちのめされた人びとには贅沢な目標にうつるのではないか、そういうところまで来てしまっている可能性がだいぶあると、最近は感じております。

●問題の本質と、これから何ができるか

高柳 何かうまい処方箋を思い付いているわけではないのですが、このコロナ問題をきっかけに、僕が僕自身に言い聞かせていることがあるんです。

一つは、この研究所のテーマでもある「いのちとくらし」。どういう経緯でこういう名前にしたのかは記憶にないですが、実に重大な名前を付けた研究所だかと、今更のように思っています。また現実に起こっていることを引き続き、徹底的に追い掛けなくてはいけないとも思いますね。後藤先生、山田先生も言われているように、コロナ禍は歴史的に非常に重大な問題を含んでいます。分野別にも、膨大な、ありとあらゆるところに問題が出てきていて、それをできるだけ正確に追い掛け続ける必要がある。現実を踏まえて国民のいのちやくらしに立脚して、どう追い掛け続けるかとい

うことだと思っているんです。

それで僕が自分に言い聞かせてるのが、第1に論理的に科学的にしっかりものを見ていこうと考えています。

2番目に、ぶれずに階級的立場、民衆の立場に立ってものを考えて続けようと考えています。科学の中立性とか、政治的中立とかという価値観にみょうに翻弄されないように、頑なに民衆の利益の立場からものを追い掛け続けよう。

3番目に、できることなら絶えず実践的に物事をどう変革していくのかという立場で考えていかなければいけないんじゃないかと。これがとりあえずの僕の、現在の中間総括のようなものです。

言うまでもないですけど、いのちとくらしに関わるすべてのこと、人間の歴史の過去・現在・未来に関わる大問題に、われわれは今、直面している。それも一時的に、何となくやり過ぎせば、そのままある程度もとに戻っていくような、そんなことではどうもなさそうだと。目の前にさまざまに起こってくる現象、その相互関係だとか、その中で何が本当に重大な、最もポイントになるのか、ということに立ち向かわなきゃいけない局面だと、自分に言い聞かせているところなんです。これは井上ひさしがどこかで言っていたことですが、「こういう問題を記憶し続けて、権力に抗議し続けて、それでみんなで前向きに生き延びていくことが肝心だ」、そういうことが今、もう一度確認される必要がある局面のように、僕はしみじみ思っています。

後藤先生もよく言ってる「たたかわなければ」、それを再確認して、何となく後ろから追い掛けてもうまくはいかないと。場合によるともっと悪くなるという危険をしみじみと考えています。今こそもう一回、新福祉国家論や非営利・協同論、民医連関係で言えば民医連とはそもそも何か、その組織論や運動論というのが整理される必要を感じていますね。

山田 冒頭ですこし述べたように、地域で起きているさまざまな困難や現実についても、私は専門職の立場として、しっかり視野を広げていかないといけないなと思っています。なかなか問題の本質、それは先ほど高柳先生が言われたようなこと

ですけれど、そこにまで市民の目がまだ、想いが到達してないと思うんですね。

欧米も含めて、最近は「エッセンシャルワーカーに感謝と敬意を」ということで、例えばスタンディングや拍手などの行動がいろいろ行われました。しかし日本での問題は、感謝と敬意で止まっているということです。さらに問題の本質、そもそも何で私たちはこんなに不安な思いで日々を過ごさなければいけないのか、人々が本当に困っていることは何なのか、ということに思いを馳せれば、先ほど高柳先生が言われたような新自由主義の問題や、福祉がないがしろにされている状況というようなことに行き着くと思います。

ですから、市民が行っている小さな善意を、いかに運動やたたかいのほうに結び付けていくのか。この問題の本質は何なのかということに目を向けさせるような運動を作っていくのがやはり私たち、専門家の役割なんだろうと、私自身は思っています。まずはそこから始めたいなと。

それからコロナ禍で先ほど言ったとおり、経済的な問題がいのちの問題に直結している。後藤先生のお話でも大変よくわかりましたけれども、例えば私たちの経営問題ですね。テレビで訴えたことで、国民民主党の議員さんが参議院の予算委員会で、二次補正予算の議論で私たちのことを取り上げてくださったお陰で、二次補正予算が、中身が一回り大きくなったなと思っています。それは議員さん個人の考えだけではなく、やはりこの間の政治レベルで市民と野党の共闘が広がって来ているという背景があつてこそ、国民民主党の議員さんが取り上げてくれたということだというふうに思っています。

ですから粘り強く運動を続ける中で、そういう出会いや思いがけない展開があるのだらうと思っていますので、すぐに世の中がガラガラポンと変わるとは思いませんが、地道な運動を続けて行きたいと思っています。

後藤 少し具体的な、どの辺りからこじ開けるかという話をします。さきほど雇用保険のことを話しましたが、首都圏青年ユニオンのリーダーの人たちと話したときに、彼らに考えていることをちょっと言ってみました。というのは、給付制限と

いう制度があり、自己都合で辞めた場合には、給付を3カ月間待たされます。だからいろいろな手続期間を合わせると、4カ月待つことになるのです。すると蓄えがない人や緊急度が高い人は、とても待ってられない、最初から雇用保険を当てにできない。もう、どんどん悪い方向に流れてしまう。だから給付制限の制度を、この際、変えるべきではないかと。実はこの10月から、厚労省が給付制限を3ヶ月から2ヶ月に短縮するそうです。

以前の大災害のときに、給付制限期間を1カ月に特例で短縮するということが行われたことがあります。今回もコロナが原因で失業したということがはっきりとわかる人には、1カ月という特別措置をハローワークレベルでやっているのではないかと思いますけれども、シフト労働者には使いづらい制度になっているようです。このような改良措置、さらに、もともと離職理由による給付制限を廃止せよという要求は、大きな支持を受ける可能性もある、というのがひとつひとつ。

それから給付の金額が、いまは日額で上限が8,300円ぐらいです。45歳、50歳で家庭を持っている男性が失業したときの上限値です。この数値は2003年に25%ほど切り下げられた水準のままなので、これを元に戻す。

非正規でも10年も同じ場所で店長として働いていたり、正規雇用だけれど実際上は非正規に近い姿で働いていたりするが世帯収入を主に担っているという人は、性別を問わず、かなりいます。だから、そういう方たちが失業したときに耐え切れるためには、金額を元の水準に戻さなくては行けない。いろんな相談事例を伺っていると、これも恐らく支持を受ける可能性があると思います。

その辺りから、チャンスがあれば大きな運動にできないかというようなことを考えています。

今井 後藤先生の資料を見せていただくと、生易しい話ではないと思いましたね。

全国の民医連では、医療や介護の無料低額診療事業が、相当に増えています。データがまだそろっていませんが、無低診の申請や相談は、去年と比べると数割、多い所は約2倍に増えています。東京でも大阪でも増えていますし、なかでも外国人の深刻な事例があります。

このことと、後藤先生の資料の一番下層の10%の人たちと、民医連ではつながっているかという、そうでもない。運動団体の多くもそんな状況ではないか。だから、先ほどのシングルマザーの人たちや、この第1十分位の人たちとの接点をどうつくりあげるのか、増やすのかといったことが、日本のいろんな運動のところで問題なのではないか、逆に中間層が引き下げられてしまう大きな要因にもなっているのかなと思っています。

話は変わりますが、7月に共産党の志位委員長が行った7つの提案のうち、第1番目が「ケアに手厚い社会をつくる」です。このケアは単に医療と介護だけではなく、保育や障害、それから先ほどのシングルマザーや生活保護も含めた全体のケア、そういうものが地域社会で今より手厚くやれるようにというものです。

医療関係はまだ守られていた面があるけれど、やはり分断で個別に叩かれてきた歴史があります。これだけ下層の人たちがどんどん痛めつけられて、中間層が引き下げられてしまうと、どんどんと悪くなるのではないかなと思うので、ケアに手厚い日本・社会を作るネットワークづくりを運動的にやれることがないと、本当に分断されてしまうのではないかという気がします。

●地域でエネルギーをためる

今井 民医連で言うと、共同組織の人たちの元気がなくなっています。地域でいろいろなことでつながって、歌ったり歩いたり、将棋や囲碁をしたり、あるいは学習会や平和の取り組みをしたりとできていたのが、急激に縮小してしまったので、健康にも悪影響があるのではないかと思います。これらの活動の再建と、ケアに手厚い社会を作るネットワークを作っていく動きが重要なと。

高柳 僕の行っている診療所は、八王子の団地にある小さな診療所です。都営団地ですので、生活保護を受けている人や母子家庭の人たちもたくさんいます。そういう人たちをバックにした共同組織の支部がありますが、集まって歌を歌ったり、ときどき社会保障の勉強をしたり、ほかに駐車場でお祭りを開いて盛り上がったというのベース

にしていました。そういうのが空間的、物理的にシャットアウトをくっているから、どうにも具合が悪い。みんなで集まって、一杯やろうよということができない。だから、いったい「不要不急」というのは何なのだと思いますね。

実は我々の仕事というのは、みんなで群れて、楽しんで、要求をまとめて、それを突きつけていくことでもある。小さなレベルで要求を突きつけるというのは、いきなり国会に向かって突き進んでいくようなものではなく、例えばもっとちゃんとPCRの体制を組んでほしいなど、自治体にこうしてほしいという要望なのだけれど、それが物理的に今、ややストップをくっている。

そのこと自体に、僕は心配してはいません。みんな、満を持すのを待っていると思います。だから、いろんな所でリーダーシップを発揮できる人たちが問題提起をして、ある局面で集まろうということが許されれば、必ずまた一気に盛り上がってくると僕は思っています。経営の問題では確かにかなりへこんでいますけれど、僕の小さな空間では、職員はむしろやけに踏ん張っているという印象です。

山田 立川でもやはり集うことができなくて、分断されてしまっていて、共同組織の担当者から「お元気ですか」コール、電話訪問をやると、大変喜ばれるんです。共同組織で活動する人たちは、やはり人とのつながり、顔を見て話をする基本的なコミュニケーションを大変に大事にされていた人たちだと思いますし、それを活力に頑張ってこられた方たちだと思います。

そういう意味では、エネルギーをためていると、さきほど高柳先生もおっしゃっていましたが、コロナ禍が明けて、あるいは明けなくても、もっと国がきちんと体制を、例えばPCR検査の強化等も含めて、社会活動と医療、感染対策とを両立させる体制がとれて、自粛から活動が少し広がっていく段階になれば、一気に運動が広がっていくのではないかなと思っています。

もう一つ、実は私たち職員も、地域に出ることができていないのです。病院のなかで感染リスクや不安を当然抱えているとはいっても、職員は粛々と頑張っているというのが、私たちの印

象です。医療者は現在、ものすごく自粛を課せられているわけです。先日、看護部が看護職員に対してアンケートを取ったのですが、病院からも行動制限を課せられているけれども、そのことに関して不満を持つ職員というのは、ほとんどいないのです。やはり使命感を持って、自分の生活を律することに関しても、困難を伴っていても一生懸命頑張らなければと、前向きに頑張ってくれています。そういった意味でも、職員の関わりが強まれば、さらに運動は大きくなるのではないかなという期待を持って、現状を見ている状況でしょうか。

今井 最近、自治労連の資料を見せていただく機会があったのですが、都立病院でコロナの対応をしているところでは、人員の配置などを上意下達でやっているそうです。職員の意向調査も一切しない、アンケートも取らない。労働組合はアンケートを取るように要求をしているのですが、病院は全然しないので、非常に不満がたまっていると労働組合のアンケートに書いてありました。

その点では立川相互病院がいい例ですが、全国あるいは東京の民医連も、職員とのコミュニケーションや経営情報の開示を丁寧にして、またコロナの対応の意向調査もやっています。配置についてはなかなか苦勞もしていますが、それでも丁寧にやろうとしている。そういうコミュニケーションや情報提供をするなかで、その地域、今の社会、このコロナ禍で、医療職として自分が社会的に役割をきちんと果たしていると感じられるので、すごく頑張っている面が大きいだろうと思います。

そういう職員が圧倒的であれば、借金がどうであれ、踏み倒しても社会のために俺たちは頑張ると、こういうことにつながる面があるかなと思っています。そういう点では目いっぱい借りて生き延びるということです。医療は何があっても生き延びなければ駄目だ、それが社会的要請だという立場でいきたいですね。

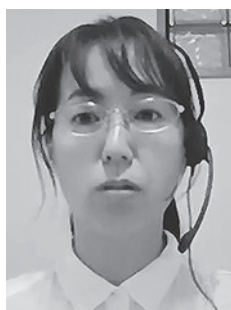
高柳 国民は支持するよね。

●地域声を集めて考える

後藤 現実問題として、運動がすぐにそこから起

きてくるかという、それはいつの時代でもそうですが、そう簡単なことではありません。そういう方たちの状況や要求や気分をよくわかっている運動家たちが、社会にどれだけ分厚くいるかが決定的なポイントになります。そういう点で見ると、2008年、2009年、2010年の反貧困の運動は、日本全体で蓄積をかなりの程度残しました。今、30代、40代ぐらいで、地域でいろんな運動をしている方は、皆さん反貧困運動の影響を受けています。だからそういう意味では、あのころよりはずっと分厚くいるとは思っています。

司会 少しサポートがあれば動けたり展望が開けたりするかもしれないのに、自己責任ですべてやれと言われてしまうと、もうどうしていいかわからないという状況に押し込まれている人が、きっとたくさんいるのではないかと思います。声を挙げたいけれどできない人たちの声を集めて、それを社会にきちんと出していくことと、一緒に意見を代弁する形をとることが必要ではないのかと、伺っていて思いました。



後藤 この間、生活相談、労働相談などの場所に、すごくたくさんの相談が来ています。例えば日弁連の貧困部会など、たくさんの弁護士グループが積極的に動いており、それらがつなぎとなって地域の運動家や労働組合が相談のネットワークを組んで、全国的に集中するようなことも起きています。相談事例を通じて理解したことを、運動団体が政策化して、省庁と話し合うということもされてきました。それによって、かなり細かい改善が前に進んだ場合もあります。

前から思っているのですが、貧困と医療、貧困と介護といったところでの大規模な相談窓口が民医連を中心にできたら、すごく多くの意見や状態を吸い上げる窓口になるのではないのでしょうか。

高柳 まったく賛成ですね。それぞれの分野で、場合によると僕らが知らない分野も含めて、どう

いう課題とたたかいがあるのか、どう力を合わせて前進させるかということにすべてがかかっている。その蓄積、いわば日本国民のたたかう力、民主的力の水準が、全体を決するでしょう。

山田先生もおっしゃったけど、上から何かがゴロゴロボンとやると、どんな権力もろくなことはない、それはもう今までの歴史が証明しました。国民全体が自分のことだけではなく、みんなで力を合わせて、どういう幸せやどういう世の中、どういう生活を獲得していくかと考える水準が高まる努力をする、その中に我々はずっと身を置き続けざるを得ない。

だから僕らの知らない分野とも大いに交流して、たたかいをつなげていくということが大事になる。ある意味で命をじかに扱ってる我々の世界がイニシアチブを取る、「いのちとくらしの研究所」のイニシアチブが、今こそ要求されている気がします。細かくはもっと整理しなければいけませんかね。もう一つ、現実の各分野の話を、この研究所でも引き続きいろいろな形式で追いかけて続けたいといけないのではないかなと、僕は思いますね。

今井 山田先生のお話にもありましたが、東京では共同組織の月間を、コロナのなかで困っている人、苦しんでいる人の相談を受ける、あるいは支援するということに視点を当ててやろうとしています。コロナで苦しんでいる人たちのところへどれだけ行けるかというのが、メインスローガンになっています。昨年までは会員をどれだけ増やしたかが大きな関心だったけれど、今年はそうではないのです。

それから医療・介護の現場では、まだそういう面もあるのですが、この半年間の前半戦は、コロナ禍は初めてのことであり、慌てて取り組んできたという面が強かった。おそらくこれからも感染の状況は大きく変わらないけれども、後半戦は、やはり地域の課題にシフトしていくことが重要になるかなと。そういう意味での後半戦を、これから始めたいと思っています。

そのときに民医連としても、地域で貧困問題に取り組んでいる NPO やボランティアグループなどにつながって、一緒に相談活動等をやってきた

というのが、やはり2008年、2009年の派遣村等々の取り組みからずっと続いているわけです。まったくゼロからではないので、そういう取り組みを、さらにこのコロナのなかでこそ広げていくようにしていきたいと思いました。

●いのちとくらしを守る

司会 コロナによって本当に多くの領域で膨大な問題が引き起こされているので、とても一度の座談会で話ができるものではないですが、一言ずつまとめていただけたらと思います。

山田 医療の分野に限って言えば、コロナ禍で、それに非常に脆弱な医療体制のなかで、各地の民医連の話を聞くと、これまでになかった医療団体としてのつながり、地域の病院、開業医、行政とのつながりがものすごく広がった、どこの地域でもそういうことが起きている聞いています。先ほどのお話にあった地域で草の根ネットワークから運動を広げていくということでは、私は大きな財産が一つ増えたと言えると思っています。

それぞれに一致できるところ、できないところがやはりあるわけですが、共通のテーマや意見が対立するようなことに対して、一致点を求めて落としどころをつくって運動を進めていくという、地道な努力を今後も続けていかなければいけないなと思っています。

一方で、後藤先生がおっしゃったように、民医連は現場で起きている事例を大事にして発信していくということは、比較的得意としてやっていると思うのです。その一方で、先ほどから出ているケアの分野で一致する、例えば保育や生活保護などを支えている団体などと医療や介護の枠を超えた広がりをつくることは、自分の地域で見ても得意ではないと思っています。そういうものを作っていくことが、今後の地域の運動を大きく広げて、その中から新たなものを生み出していきつかけになるのではないかなと、今日のお話であらためて思いました。

今井 研究所としての付き合いの幅を、ケアをもっと大事にしようというところの人たちに広げる

工夫をしたいし、しましうというところで、まとめにしたいと思います。

後藤 基礎的な対抗する地力、パワーが、この数十年間でどんどん削られてきた気がしています。その最大の原因は、やはり労働組合が弱すぎることです。今でも弱くなっている傾向は全然変わらないので、何とか巻き返しの芽を出したい。種はいろいろなところにありますから、調べて、提言をして、つなげてアドバイスをしてということ、あと10年ぐらひは頑張れると思うので、やっています。

高柳 直感ですが、今回のように国民、地域住民が、行政の問題について考えざるを得ないとなっているのは、めったにないことだと思います。コロナという共通のテーマで、それぞれがいろいろなことを考える。これまでもみんな頑張ってきているわけだけれど、一つのテーマで、しかも行政の重要性、政治の重要性を直感していることはめったにないと、まず思いますね。

それから、これも僕が自分に言い聞かせていることですが、1918（大正7）年、ちょうどスペイン風邪のウイルスがはびこった時期ですけど、日本の精神科の草分けである呉秀三が、とても重要なことを言っています。呉先生は、精神科の病気のことを言っているのですが、正確に言いますと、「我が邦、十何万の精神病者は、実にこの病を受けたもの、不幸の外に、この邦に生まれた不幸を重ねるものと言うべし」とね。病気も大変だけれど、実にくだらない国に生まれるという苦しみを持っていると言っている。これは有名な東京の精神病院のなかに、記念碑になって書かれているらしいです。僕は見に行ったことはないのだけれど、重大な指摘なんですね。

日本がほかの国と比べてどうかと言うとき、ドイツなどの対応と比べるとね、しみじみ、実に無責任な、うそつき政権だと感じています。当然のようにコロナと向き合い病気ともたたかいますけれど、トータルに日本の民主主義のために、いのちとくらしを守るために前進しなければならない。それが我々の使命かなと思います。

『コロナ後の世界』（筑摩書房、p.159）の中で、

宇野重規氏はこう言っています。「たしかに東日本大震災においても、日本社会が、そして日本政治が大きく変わるきっかけになると期待されたが、その期待は裏切られた。ある意味で、今回こそ、日本政治を変えない限り、未来は開けないままであろう。日本政治の真価が今まさに問われている。」、全く同感です。

司会 「非営利・協同」「いのちとくらし」の入った研究所の名前を、こんなに重く感じることに
なるとは思いながら、今日のお話を伺ってきま

した。いのちとくらしの基盤になる健康は、身体的・精神的なことだけではなく、社会的にも充足したものだというのが、WHO の定義であったか
と思います。その社会的な面への保障が、時間をかけていろいろと削られてきてしまっています。コロナ禍の現在から、どう変えていくのかということ
を、今までに学びながら、これからの人たちにも問いかけて、私たちも動ければと思います。
今日はありがとうございました。

(2020年9月14日実施)

1

立川相互病院287床中規模民間病院のCOVID対応

日付	対策
2月10日	・ 都の要請で「帰国者・接触者外来」運用開始 (2009年新型コロナウイルス診療協力医療機関となっていたため)
2月19日	・ COVID-19疑い患者の初入院、初PCR検査実施(行政)
3月31日	・ 陰圧テント設置
4月1日	・ 練馬区から患者受け入れ1例目(陰圧室5床定床)
4月8日	・ HCU増床16床をCOVID専用病棟へ変更(10床定床・6床見守り)
5月	・ 5/1 看護師不足で1病棟47床閉鎖→ソーニング工事 5/22 ⇒疑似症病棟として運用開始(13床定床・34床閉鎖)
7月6日	・ 重点医療機関として1病棟100床増設(増設病棟として運用開始) (当初13床→現在23床)・東京ルール制医療者要請協力病院

4

COVID診療にかかわる主な課題

1、医療側

人＝そもそも医師看護師不足にコロナ対応の
特別体制の疲弊(1.5-2倍の人員要する)、
過重労働、ストレス

金＝感染対策支出増、収入減＝経営破たん
の危機
物＝医療資材不足、PCR検査体制強化の遅れ
また、通常診療との併走困難

2、患者側

格差と貧困の顕在化、自粛と補償の問題
⇒経済問題が命の問題に直結
PCR検査のハードルの高さ
差別・排外主義が正義に「自己責任論」

2

診療状況

■入院 第1波 18名 第2波 42名 計60名

➢うち、重症者3名、中等症30名、軽症27名

➢経口挿管3名(4件) →2名軽快退院
ECMO転院1名

■PCR検査；外来受診者のみ
(術前や院内対応、クラスター支援対応は除く)

➢4月-9/8で約1424件 陽性者80名
(5.6%)

5

第1波医療崩壊の2つの側面
体制破綻と経営危機

1、医療体制の破綻

①発熱救急患者は受け入れ先無し⇒7月より東京ルールが
開始された＝(必ず受け入れる病院を指定)

②通常診療の縮小/検診中止通達＝経営にも直結

➢コロナ対応でベットも検査も手術も縮小(待機者増加)

➢面会制限で家族と認識のずれ＝退院の遅れ⇒ベット回転
率が悪化/満床が続く状態＝救急お断りの悪循環

③コロナ対応

重症高齢者コロナ患者で都内は満床状態⇒4月都内ベット
なしで、当院第1・2号は練馬、大田区在住

ECMOは余裕なく稼働し転院お断り＝辛い人工呼吸管理で
回復

3

東京は、4月に医療崩壊していた

- 4月の当院入院例の多くは都内各地から
- 一般診療と合わせ、レスピレーターが足りなくなりそうで、
2台急遽レンタル
- ECMO転院依頼したら「すべて稼働中」
- HCU専用病棟は3月より準備していたものの、看護師
の不安解消のためアンケート意向調査や面談など準備に
手間取り、入院お断り発生。
- 近隣市老人施設クラスター発生。保健所対応できず、
施設長より依頼で、当院が代わって出張PCR検査実施
- 当直帯、足立区・中央区から50件、100件断られた
発熱・コロナ疑い救急患者の受け入れ要請。
一方で救急患者そのものは減少(感染恐れ外来受診や
救急要請は減る)

6

2、経営危機

①病院単独では、4-6月で前年比経常利益2億円減収
で、年末で資金ショートの前倒しで、福祉医療機構から緊急
融資3億円(＝借金)を受けるが、返済のメドなし

②法人では4-7月で4.5億円の赤字

4～7月累計 経営の到達点
コロナ禍という新常态に対抗できる医療経営構造を
つくりあげましょう。

単位：百万

国定科目	前年実績	増減率(%)	予算注
事業収益	4,732	88.9	-590
入替収益	2,327	88.4	-304
外資収益	938	80.6	-225
運用収益	494	99.6	-1
その他収益	434	103.3	14
事業費用	5,211	57.1	-153
経常利益	-479	-9.6	-415

表1 新型コロナウイルス感染拡大による東京民医連15病院への影響

n = 15

(単位：千円) 平均病床数：162	4 月分			5 月分			6 月分			7 月分		
	2019年 4 月	2020年 4 月	前年比	2019年 5 月	2020年 5 月	前年比	2019年 6 月	2020年 6 月	前年比	2019年 7 月	2020年 7 月	前年比
医業収益	247,831	220,043	-11.2%	253871	211912	-16.5%	251899	232457	-7.7%	265713	250400	-5.8%
入院診療収入	179,740	166,028	-7.6%	183507	162183	-11.6%	179622	170230	-5.2%	188539	179747	-4.7%
外来診療収入	53,168	44,846	-15.7%	53010	43389	-18.1%	51511	48208	-6.4%	55520	51612	-7.0%
健診・人間ドック等収入	8,057	3,537	-56.1%	10118	1222	-87.9%	13824	6736	-51.3%	14328	11555	-19.4%
その他医業収入	6,866	5,632	-18.0%	7236	5118	-29.3%	6942	7283	4.9%	7326	7486	2.2%
医業費用	267,126	263,484	-1.4%	257941	248883	-3.5%	262447	256830	-2.1%	265514	259849	-2.1%
医薬品・診療材料費	31,741	28,691	-9.6%	23359	19745	-15.5%	24827	24053	-3.1%	28755	26901	-6.4%
人件費	165,366	166,021	0.4%	165320	163331	-1.2%	168279	165251	-1.8%	166492	163054	-2.1%
その他経費	70,019	68,772	-1.8%	69262	65807	-5.0%	69341	67526	-2.6%	70267	69894	-0.5%
医業利益	-19,295	-43,441		-4070	-36971		-10548	-24373		199	-9449	
医業利益率	-7.8%	-19.7%		-1.6%	-17.4%		-4.2%	-10.5%		0.1%	-3.8%	

表2 新型コロナウイルス感染拡大の東京民医連医科法人への影響

病院を有する法人(n = 8)

(単位：千円)	2020年 4 月		2020年 5 月		2020年 6 月		2020年 7 月	
	経常利益	事業収益比	経常利益	事業収益比	経常利益	事業収益比	経常利益	事業収益比
健和会	△165,213	-16.0%	△147,380	-15.0%	△28,357	-2.6%	5,720	0.5%
健康文化会	△50,252	-15.2%	△39,753	-12.2%	△27,598	-7.9%	△14,895	-4.3%
東京はくと医療生協	△52,655	-14.5%	△53,608	-15.5%	△23,075	-5.9%	△4,171	-1.0%
東京保健生協	△69,123	-13.7%	△27,756	-5.5%	△19,159	-3.5%	16,796	2.9%
城南福祉医療協会	△44,778	-9.0%	△66,108	-14.2%	△8,801	-1.7%	8,906	1.6%
東京勤医会	△146,780	-12.6%	△128,837	-12.2%	△101,257	-8.7%	10,343	0.8%
健友会	△25,532	-7.6%	△3,660	-1.1%	8,786	2.5%	8,627	2.4%
健生会	△225,069	-20.4%	△167,844	-15.6%	△59,054	-4.8%	73	0.0%
合計	△779,402	-14.6%	△634,946	-12.5%	△258,515	-4.6%	31,399	0.5%

病院のない法人(n = 12)

(単位：千円) 病院のない法人(n = 12)	2020年 4 月		2020年 5 月		2020年 6 月		2020年 7 月	
	経常利益	事業収益比	経常利益	事業収益比	経常利益	事業収益比	経常利益	事業収益比
南葛勤医協	△54,621	-77.3%	△53,510	-87.0%	△14,738	-13.6%	△8,169	-6.4%
ひこばえ会	△3,156	-6.1%	△4,375	-8.4%	△7,588	-14.4%	610	1.0%
東京葛飾医療生協	△6,610	-16.3%	△4,402	-11.3%	△1,054	-2.3%	△1,308	-3.0%
目黒医療生協	△1,431	-4.5%	534	1.7%	3,030	9.2%	1,890	5.5%
東京西部保健生協	△6,455	-17.5%	△5,118	-14.5%	△7,346	-20.2%	△7,619	-20.7%
共立医療会	△6,842	-20.7%	△6,869	-22.3%	△2,303	-5.7%	542	1.3%
西都保健生協	△21,616	-17.3%	△24,943	-20.7%	856	0.6%	△2,015	-1.5%
ゆうの会	3,152	17.1%	1,397	7.7%	2,285	11.5%	3,821	17.6%
北多摩中央医療生協	△3,599	-17.5%	△3,836	-18.5%	△635	-2.7%	1,200	4.8%
健愛会	△4,602	-10.8%	△4,742	-11.1%	△1,759	-3.9%	3,712	7.3%
アカシア会	△3,347	-9.4%	△5,372	-16.2%	156	0.4%	451	1.2%
はたがや協立会	△196	-2.5%	38	0.5%	732	8.1%	247	2.8%
合計	△109,324	-22.9%	△111,198	-22.6%	△28,364	-4.8%	△6,639	-1.1%

表3 コロナ患者受入状況における経営指標の比較

n=177

(単位：千円)	4月分 平均病床数：424			5月分 平均病床数：424			6月分 平均病床数：424			7月分 平均病床数：424		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比	2019年7月	2020年7月	前年比
医療収益	1,038,679	919,543	-11.5%	1,033,865	841,283	-18.6%	1,037,075	968,523	-6.6%	1,104,420	1,034,789	-6.3%
入院診療収入	684,683	611,041	-10.8%	683,135	562,732	-17.6%	684,600	626,309	-8.5%	720,787	674,467	-6.4%
外来診療収入	308,000	274,704	-10.8%	305,711	250,731	-18.0%	300,791	297,412	-1.1%	328,624	311,028	-5.4%
健診・人間ドック等収入	16,271	7,870	-51.6%	17,816	5,395	-69.7%	21,192	16,380	-22.7%	23,369	20,404	-12.7%
室料差額・その他医療収入	29,724	25,928	-12.8%	27,203	22,424	-17.6%	30,492	28,421	-6.8%	31,641	28,890	-8.7%
医療費用	1,075,335	1,079,818	0.4%	1,043,546	995,758	-4.6%	1,125,381	1,123,941	-0.1%	1,089,239	1,080,669	-0.8%
医薬品費	189,431	190,187	0.4%	169,171	152,764	-9.7%	167,799	175,010	4.3%	184,968	183,800	-0.6%
診療材料費	127,396	117,685	-7.6%	114,824	91,010	-20.7%	118,823	110,246	-7.2%	129,561	121,923	-5.9%
給与費	504,562	514,246	1.9%	514,912	515,567	0.1%	586,004	588,755	0.5%	520,121	523,238	0.6%
その他経費	253,947	257,700	1.5%	244,639	236,417	-3.4%	252,755	249,930	-1.1%	254,589	251,708	-1.1%
医療利益	-36,657	-160,276		-9,681	-154,475		-88,306	-155,418		15,181	-45,880	
医療利益率	-3.5%	-17.4%		-0.9%	-18.4%		-8.5%	-16.0%		1.4%	-4.4%	

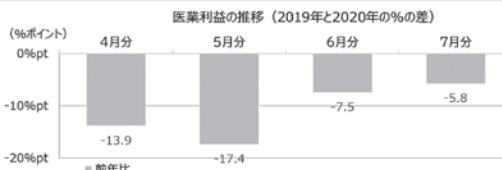
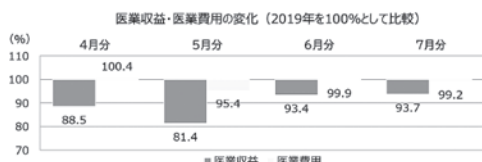


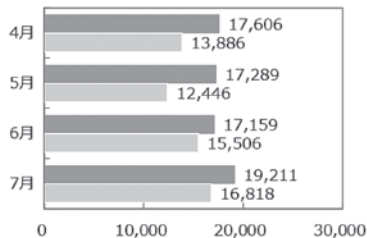
表4 外来患者統計

n=177

(単位：人)	2019年				2020年			
	4月	5月	6月	7月	4月	5月	6月	7月
外来患者延数	17,606	17,289	17,159	19,211	13,886	12,446	15,506	16,818
初診患者数	1,830	1,886	1,826	2,017	1,076	1,038	1,407	1,584
(再掲) 紹介状あり	787	759	806	886	495	439	671	733

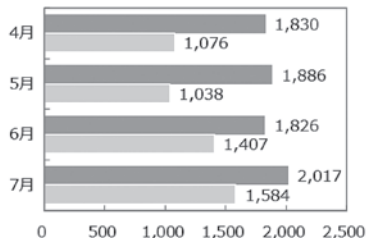
外来患者延数

■ 2019 ■ 2020 (単位：人)



初診患者数

■ 2019 ■ 2020 (単位：人)



(再掲) 紹介状あり

■ 2019 ■ 2020 (単位：人)

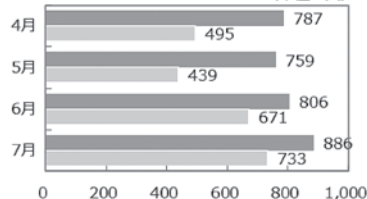


表5 入院患者統計

n=177

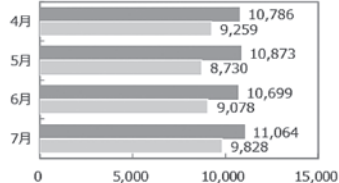
	2019年				2020年			
	4月	5月	6月	7月	4月	5月	6月	7月
月間日数 (日)	30	31	30	31	30	31	30	31
入院患者延数 (人)	9,962	10,092	9,884	10,216	8,579	8,144	8,404	9,081
新入院患者数 (人)	811	807	805	874	649	576	703	758
退院患者数 (人)	824	781	815	848	680	586	674	747
入院患者延数 (人) ※1	10,786	10,873	10,699	11,064	9,259	8,730	9,078	9,828
病床利用率 (%) ※2	78.8	77.4	78.2	77.6	68.4	63.1	66.8	69.3

※1：入院患者延数+退院患者数

※2：入院患者延数÷(月間日数×許可病床数_合計)×100

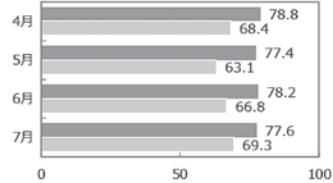
入院患者延数

■ 2019 ■ 2020 (単位：人)



病床利用率

■ 2019 ■ 2020 (単位：%)



(参考) 新入院患者数

■ 2019 ■ 2020 (単位：人)

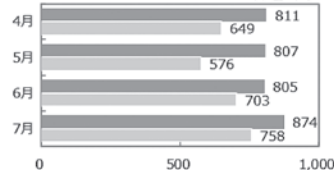


表6 手術・内視鏡等件数

(単位: 平均件数)	病院数	2019年					2020年				
		4月	5月	6月	7月		4月	5月	6月	7月	
手術件数 (手術室)	177	307	296	308	343		255	197	270	306	
検査・治療 (内視鏡)	176	560	548	592	622		367	290	470	526	
検査・治療 (血管造影)	171	100	96	98	110		80	67	88	101	

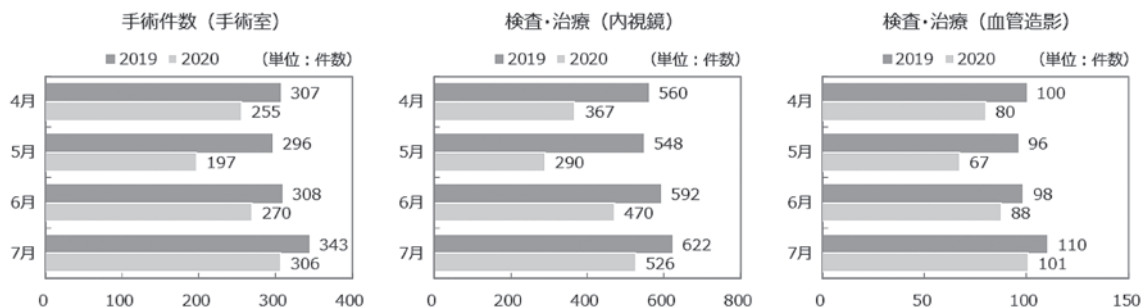
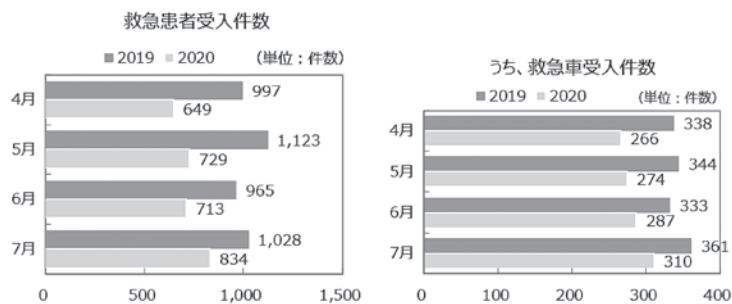


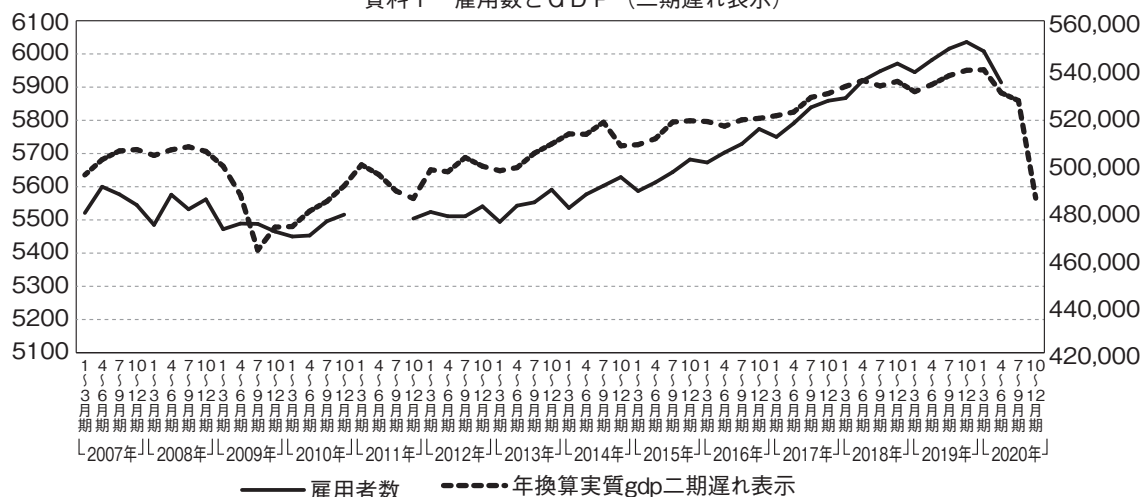
表7 救急受入件数

	2019年					2020年				
	4月	5月	6月	7月		4月	5月	6月	7月	
平均値 救急患者受入件数	997	1,123	965	1,028		649	729	713	834	
うち、救急車受入件数	338	344	333	361		266	274	287	310	
総数 救急患者受入件数	176,469	198,727	170,876	182,024		114,852	129,050	126,142	147,612	
うち、救急車受入件数	59,750	60,975	58,863	63,905		47,089	48,542	50,744	54,950	

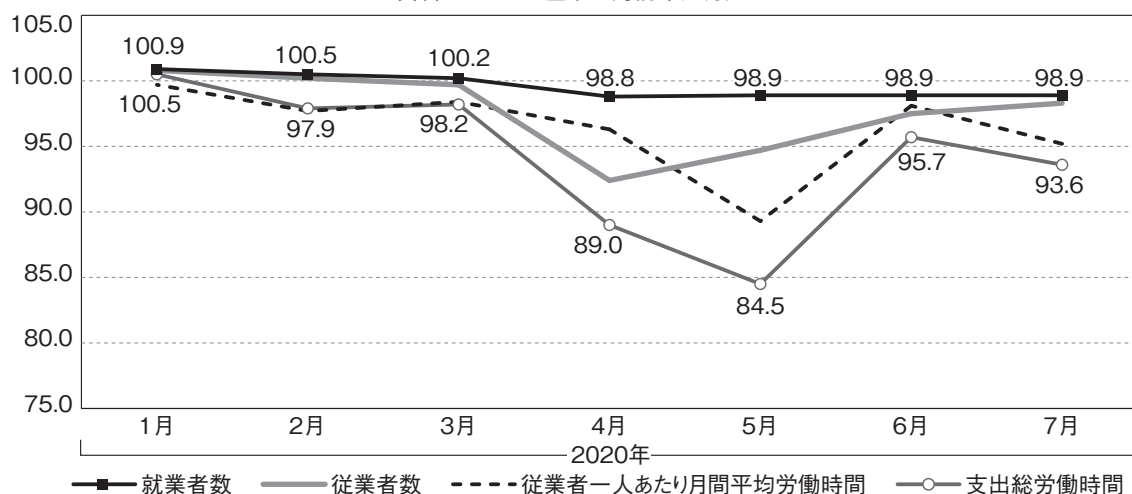


(表3～7は、日本病院会・日本病院協会・日本医療法人協会「新型コロナウイルス感染拡大による2020年7月分病院経営状況調査」2020.9.10より引用)

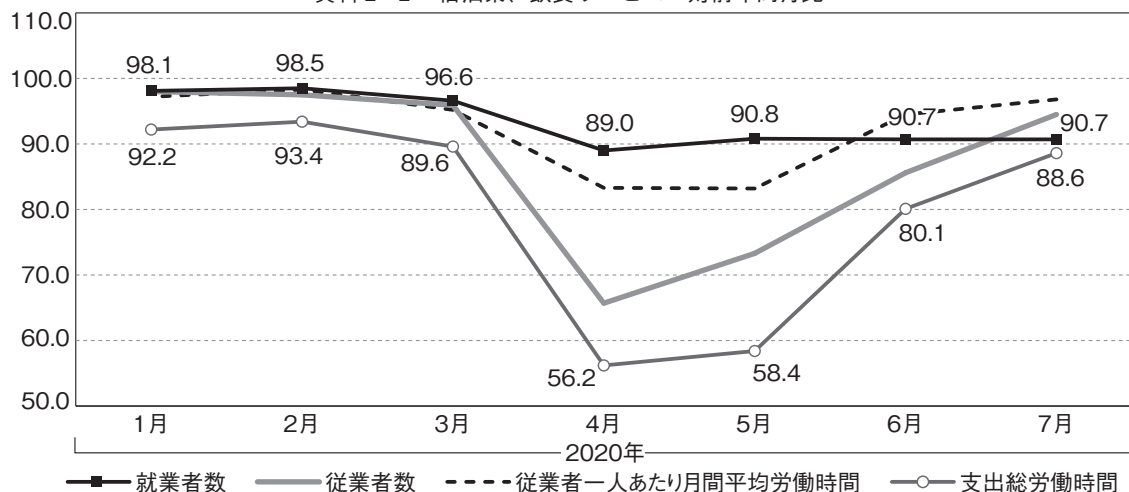
資料1 雇用数とGDP（二期遅れ表示）



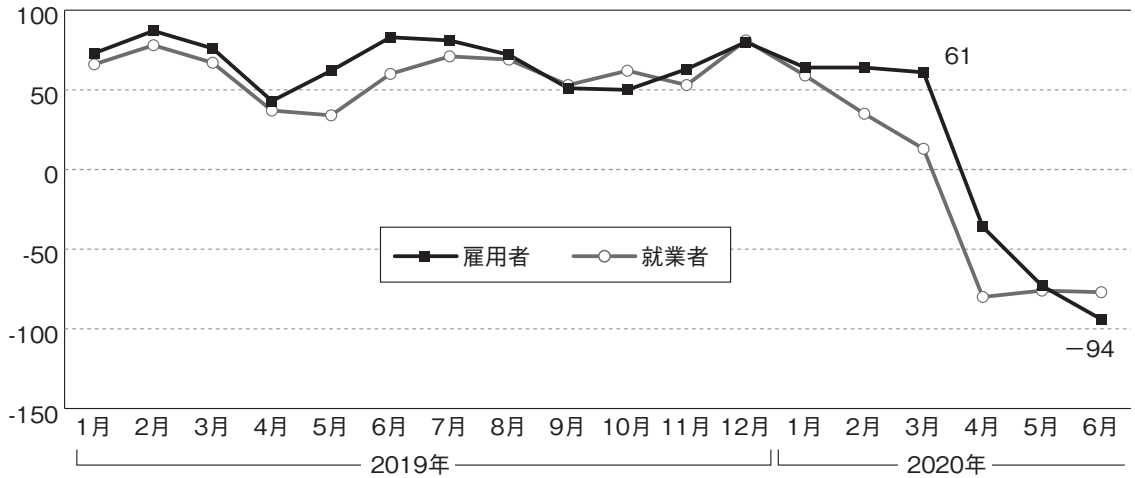
資料2-1 全産業 対前年同月比



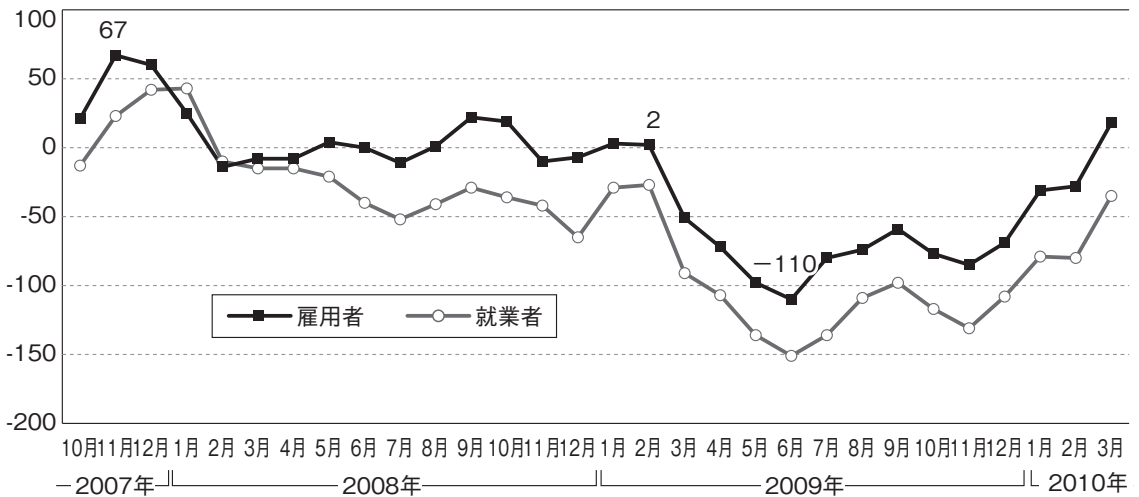
資料2-2 宿泊業、飲食サービス 対前年同月比



資料3 コロナ期 雇用者と就業者 対前年同月比増加分



資料4 リーマン期 雇用者と就業者 対前年同月比増加分

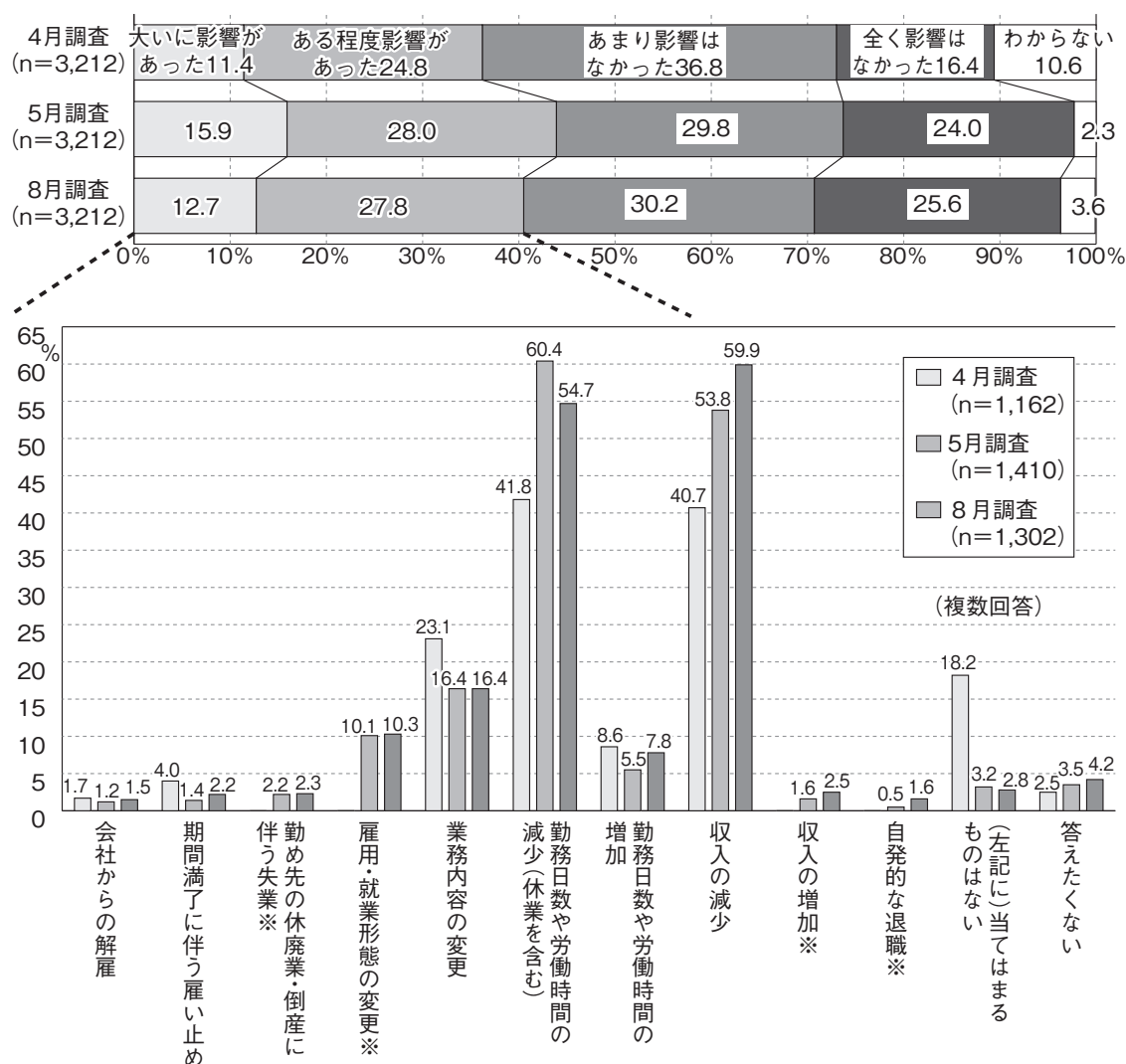


資料5 JILPT「新型コロナウイルス感染拡大の仕事や生活への影響に関する調査」

図表2 新型コロナウイルス感染症に関連した自身の雇用や収入にかかわる影響

	n	影響があった計	(複数回答)										(左記に) 当てはまるものはない	答えない
			会社からの解雇	期間満了に伴う雇止め	勤め先の休業・倒産に伴う失業	雇用・就業形態の変更	業務内容の変更	勤務日数や労働時間の減少(休業を含む)	勤務日数や労働時間の増加	収入の減少	収入の増加	自発的な退職		
計	4,307	40.9	0.7	1.0	1.0	4.1	6.8	21.8	3.2	24.5	1.2	0.8	1.1	1.9
就業形態														
正社員	2,848	39.3	0.8	0.6	0.9	4.1	7.2	17.6	3.2	23.1	0.8	0.4	1.2	1.9
非正社員計	1,459	43.9	0.7	1.9	1.3	4.0	6.0	30.0	3.3	27.3	1.9	1.8	1.0	1.8
非正社員の内訳														
パート・アルバイト	1,021	45.6	0.6	0.8	1.8	3.8	6.0	32.7	3.3	30.1	1.9	2.0	0.9	2.0
契約社員・嘱託	289	36.7	—	2.4	0.3	4.5	6.9	19.0	3.8	17.3	2.1	1.0	1.7	1.4
派遣労働者	149	45.6	2.7	8.1	—	4.7	4.0	32.9	2.0	28.2	2.0	2.0	0.7	1.3

図表3 新型コロナウイルス感染症に関連した自身の雇用や収入にかかわる影響についての「4月調査」「5月調査」「8月調査」の比較



※「4月調査」では、「(左記に) 当てはまるものはない」との回答が一定程度、見られたため、「5月調査」と「8月調査」では同調査に無い選択肢も追加している。

資料6-1 しんぐる・まざあずふぉーらむ調査 2020.7

表1 新型コロナウイルス感染症に関連した自身の雇用や収入にかかわる影響①（影響の有無）

			n	大いに 影響が あった	ある程度 影響が あった	あまり 影響が なかった	まったく 影響が なかった	わから ない	「影響が あった」 計
本調査	計		1,816	38.5	32.3	18.3	8.4	2.5	70.8
	1つの仕事を していた	正規	444	19.1	32.9	29.1	17.3	1.6	52.0
		非正規	855	42.1	33.1	17.4	6.7	0.7	75.2
		自営等	89	76.4	19.1	3.4	1.1	-	95.5
	2つ以上の仕事をしていた		204	52.0	37.3	7.8	2.0	1.0	89.2
	仕事をしていなかった		224	35.7	28.6	16.1	5.8	13.8	64.3

JILPT 調査	計		4,307	16.3	28.7	28.9	23.7	2.5	44.9
	民間雇用者	正規	2,848	13.4	28.8	31.4	23.8	2.6	42.2
		非正規	1,459	21.9	28.3	24.1	23.4	2.3	50.2

JILPT（独立行政法人労働政策研究・研修機構）調査は、「新型コロナウイルス感染拡大の仕事や生活への影響に関する調査」（一次集計）結果（5月調査・連続パネル個人調査）2020年6月10日速報より
<https://www.jil.go.jp/press/documents/20200610.pdf>

表2 新型コロナウイルス感染症に関連した自身の雇用や収入にかかわる影響②（影響の具体的内容）

			n	複数回答（％）									当てはまるものはない	答えたくない	
				会社からの解雇	期間満了にともなう雇い止め	勤め先の休業・倒産にともなう失業	雇用・就業形態の変更	業務内容の変更	勤務日数や労働時間の減少	勤務日数や労働時間の増加	収入の減少	収入の増加			自発的な退職
本調査	計		1,816	3.1	3.2	3.9	6.4	11.3	39.6	2.0	47.7	0.4	4.4	4.8	0.9
	1つの仕事をしていた	正規	444	2.7	0.5	1.1	5.4	10.8	23.9	4.1	33.3	0.2	3.8	1.1	0.5
		非正規	855	3.4	4.7	4.0	6.9	11.6	49.9	1.5	52.4	0.2	4.8	1.9	0.8
		自営等	89	1.1	-	4.5	4.5	21.3	42.7	-	82.0	2.2	1.1	2.2	1.1
	2つ以上の仕事をしていた		204	4.4	5.4	9.8	8.8	16.7	62.7	1.5	72.5	-	7.4	1.0	0.5
	仕事をしていなかった		224	2.7	2.7	3.1	4.9	2.7	8.9	1.3	21.9	1.3	2.7	28.1	2.7

JILPT調査	計		4,307	0.8	0.6	1.0	4.5	8.1	26.6	2.4	24.4	0.8	0.3	1.4	1.8
	民間雇用者	正規	2,848	0.8	0.3	0.6	4.8	8.9	22.8	2.6	21.3	0.6	0.2	1.5	1.9
		非正規	1,459	0.8	1.2	2.0	4.0	6.6	34.1	2.1	30.3	1.0	0.5	1.3	1.4

資料6-2 しんぐる・まざあずふぉーらむ調査 2020.7

図2 影響の具体的内容（2020年2月就業者）正規・非正規の比較

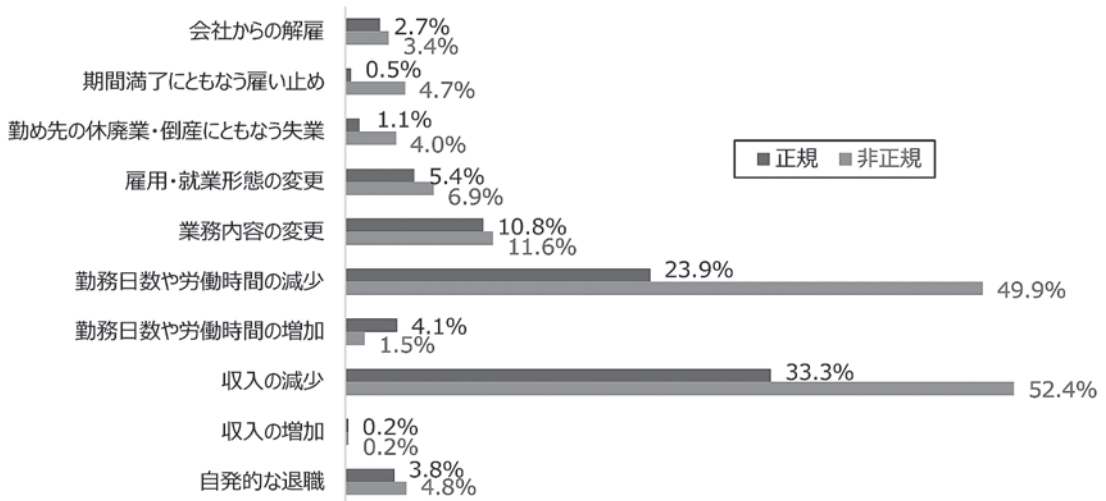


図4 「就労収入なし」になった割合
(2020年2月「1つの仕事をしていた」正規・非正規別)

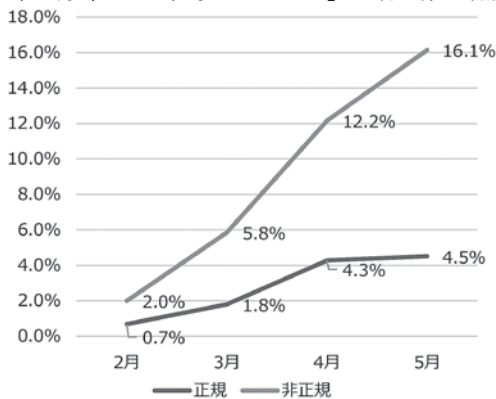
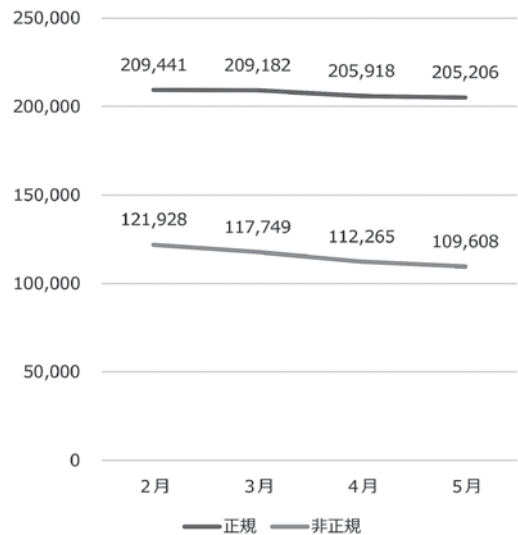


図5 平均就労収入の変化（「就労収入なし」除外）
(2020年2月「1つの仕事をしていた」正規／非正規別)



資料6-3 しんぐる・まざあずふぉーらむ調査 2020.7

図16 子どもの給食がなくなることによる子どもの食生活への影響
n=1556（ふだん学校や保育園などで給食を食べている子どものいる世帯）

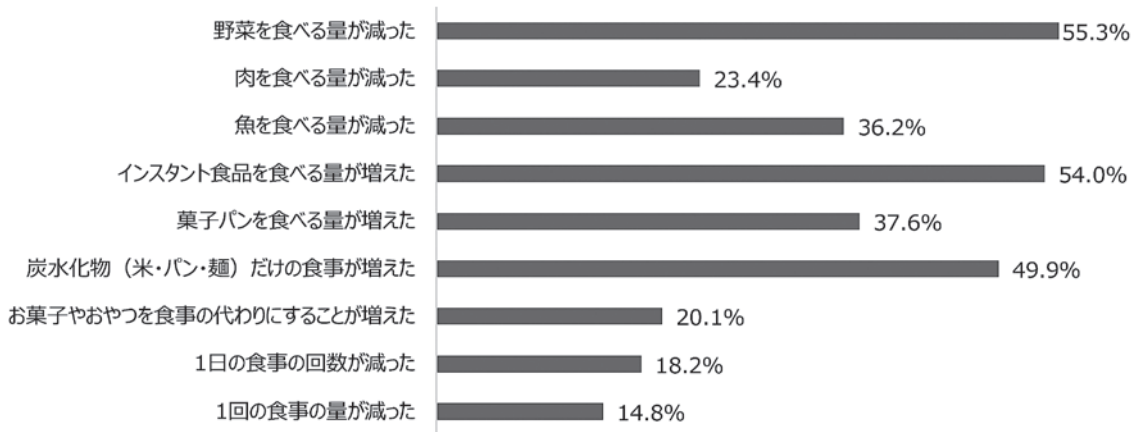
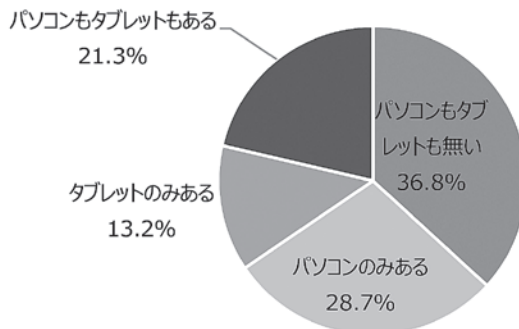


図17 自宅に使えるパソコン・タブレットがあるかどうか

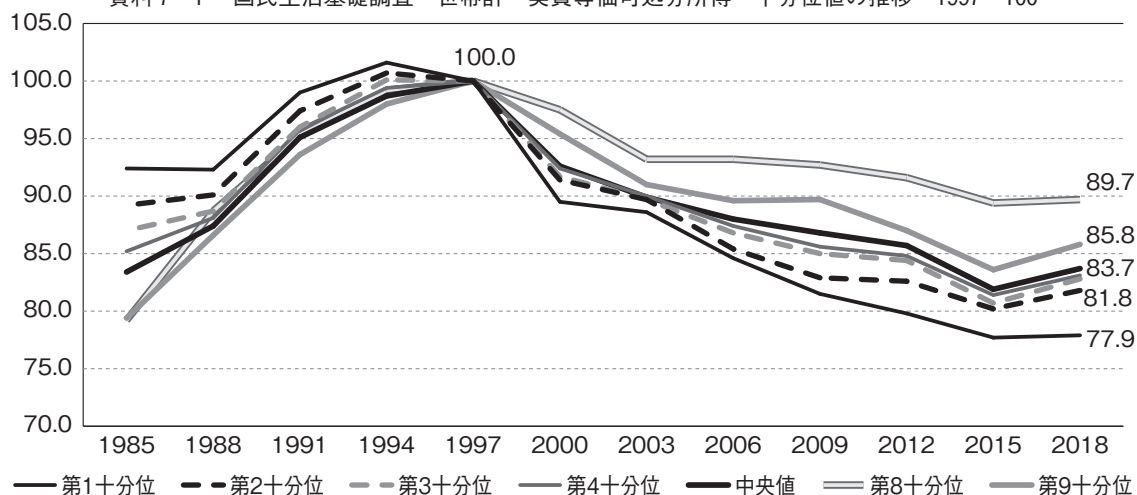


n=736（中学生以上で学校に通っている子どものいる世帯）

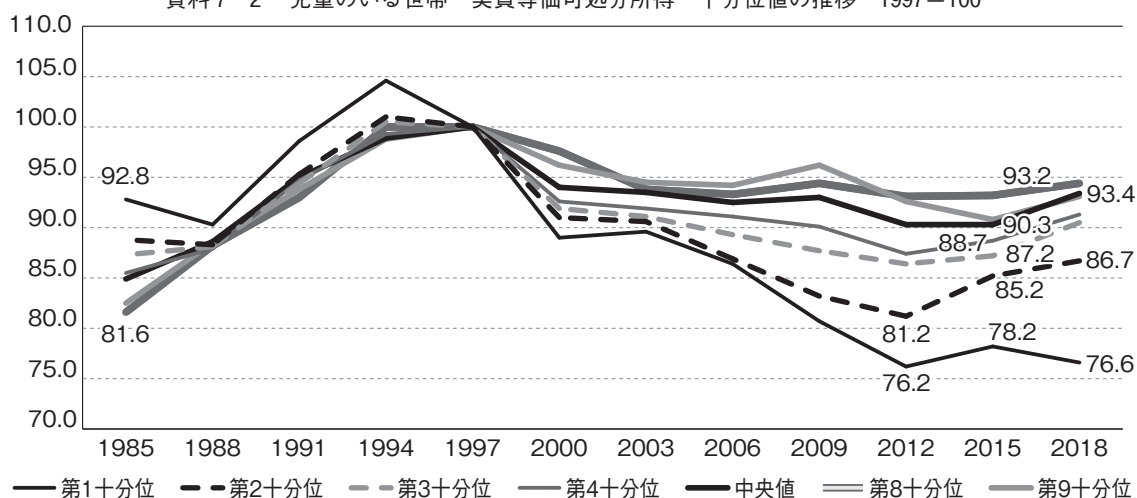
表8 制度の認知度

制度	認知度	知っている（聞いたことがある）	知らない（聞いたこともない）
特別定額給付金	99.6%	1808	8
子育て世帯への臨時特別給付金	96.4%	1751	65
低所得のひとり親世帯への臨時特別給付金	78.9%	1433	383
高等教育の修学支援新制度（2020年4月開始）	44.6%	810	1006
新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金・支援金	67.9%	1233	583
住居確保給付金	52.7%	957	859
市区町村の社会福祉協議会などで申し込む生活福祉資金の特例貸付（緊急小口資金）	69.7%	1266	550
市区町村の社会福祉協議会で申し込む生活福祉資金の特例貸付（総合支援資金）	48.6%	882	934
自分の市区町村の社会福祉協議会の存在	58.5%	1062	754

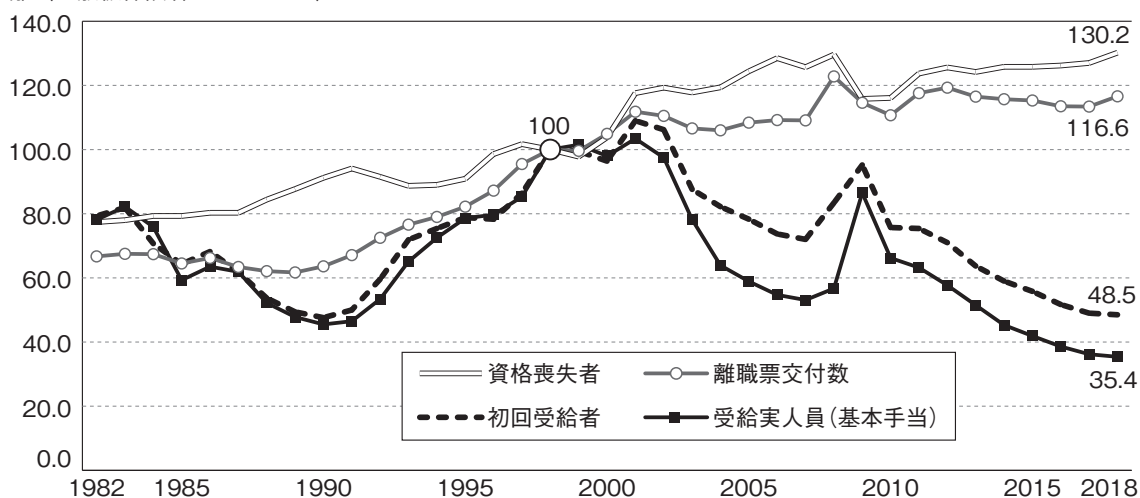
資料7-1 国民生活基礎調査 世帯計 実質等価可処分所得 十分位値の推移 1997=100



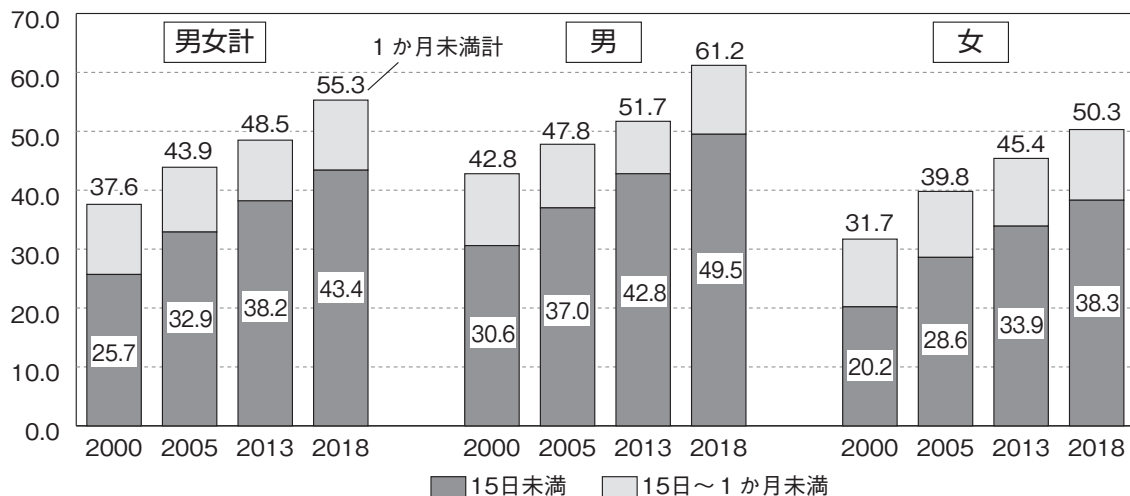
資料7-2 児童のいる世帯 実質等価可処分所得 十分位値の推移 1997=100



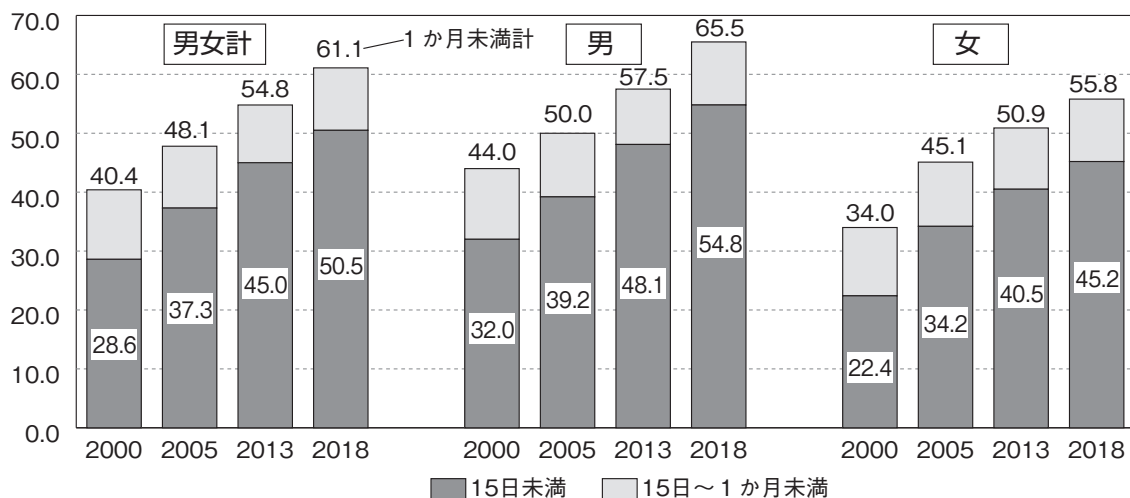
資料8 雇用保険失業給付 離職指標（資格喪失者、離職票交付）と給付指標（初回受給者、受給実人員）の乖離（一般被保険者 1998=100）



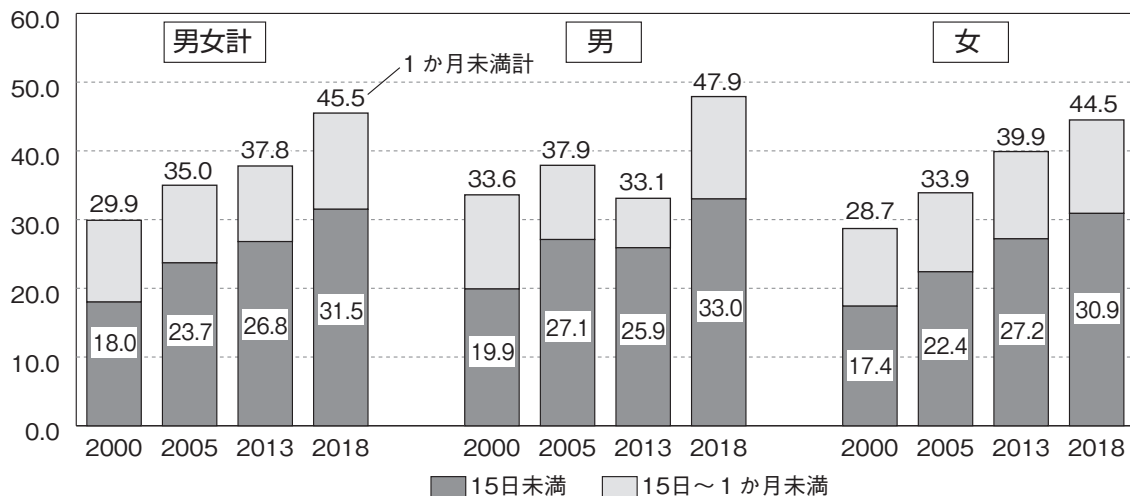
資料9-1 離職期間1年未満転職入職者のうち離職期間1ヶ月以内の割合 フル・パート計



資料9-2 離職期間1年未満転職入職者のうち離職期間1ヶ月以内の割合 フルタイム労働者



資料9-3 離職期間1年未満転職入職者のうち離職期間1ヶ月以内の割合 パートタイム労働者



新型コロナウイルス拡大による中小業者への影響

長谷川 清

◎ はじめに

100年に一度と言われる感染症が全世界を襲い、9月末の被害状況は3,300万人以上が感染し、100万人以上の方がなくなっています。

日本政府は、優れた経験を持つ先進から学ばず、新型コロナウイルスに対し科学的・疫学的に適切な対応をしないばかりか無策に等しく、「国会を開催して審議を尽くせ」の世論を拒み続けるなど、国民の生命とくらしを守る政治の責任を放棄しています。

新型コロナウイルス感染発症から半年以上が経ちますが、未だ収束の目途は立っていません。国民の不安と怒りは遂に、安倍首相を降板に迫り込みました。

コロナ禍による中小企業の休業・倒産は30万社に及ぶと予測されています。既に解雇や雇い止め、倒産が急速に広がっています。ウイルスの感染収束が見えない現在、中小業者は、「資金繰りが限界」「感染したら廃業するしかない」の危機に怯え、自らの商売を休業・倒産から守るため「今日を生き抜く闘い」を強いられています。

私は、起業してからちょうど50年を迎えた印刷屋です。コロナ禍に自ら体験していることを通して、地域経済振興の役割を担っている中小業者の立場からコロナ問題を検証できたらと思っています。中小業者の現状をご理解頂ければ幸いです。

◎ 新型コロナウイルスの及ぼした影響

内閣府は8月18日、4月～6月期の国内総生産（GDP）が戦後最悪の年率27.8%減少したと発表しました。生命を失いかねない感染症に対する不安と突然襲った大幅売上げ減少が与えた影響はあまりに大きく、リーマンショックの比ではありません。

中小業者にとって、昨年の消費税10%増税が経営圧迫となって苦勞しているなかでの新型コロナショックの直撃でした。コロナ発症後から数ヶ月の短期間で、全産業の売上げが30年ぶりの低水準に陥った打撃の大きさを考えると、中小業者にとっては、これからますます消費不況が深まり、景気回復には一定期間を要する厳しさを痛感せずにはおれません。

国と東京都は、世界では常識の「自粛と補償は一体」を認めず、「給付金」や「協力金」を支給しましたが、売上げ減少50%以上の条件や業種を指定したため、コロナ禍に苦しむ中小業者全体を励まし、営業継続を支援するものになっていません。

政府は、世論に押され、初めて国民一人ひとりに直接支援する金10万円を支給しました。経済対策として、今までの融資制度とは別枠の無担保、無利息、長期返済のセーフティネット融資や税金・社会保険料の支払を1年間猶予する制度を導入しています。又、売上げ額が昨年同月比で50%以下を条件に持続化給付金を支給、第二次補正予算では家賃支援給付金制度を導入しました。雇い止めを受けたフリーランスの人や解雇された人に対する生活支援メニューも拡充されました。自治体によっては助成・給付金以外に店舗改装やデリバリー事業展開に対する支援が創設されています。

◎ 安倍政権の無策・失政に、国民の怒りが爆発

安倍政権は、新型コロナウイルス発症後、防疫対策として最も大切な感染者を捕捉するPCR検査を軽視し続けました。税金の使い方が間違っていると悪評だったアベノマスクを始め、経済政策も失政の連続でした。準備が整わず開始したGOTO・キャンペーンは、大企業優遇の最たる政策で、地元中小業者には恩恵が届かず、地域振興策とは名ばかりの取り組みでしたが、東京を組み

コロナウイルスの影響から営業・暮らしを守る主な制度

	名称	内容	給付対象・条件など	窓口
資金繰り 営業支援	持続化給付金	上限・中小企業200万円、個人事業主100万円	2019年に比べて、2020年の売上減少50%以上が1月でもあれば。	経済産業省
	感染拡大防止協力金 第3回	一律20万円	東京都の休業要請に応じて、休業や時短営業をした飲食店・カラオケ施設。東京都ステッカー貼り出し必須。9月から申請開始。	東京都
	家賃支援給付金	家賃の2/3×6ヶ月分	5月～12月の期間で売上が半減の月が連続3ヶ月が30%減が対象。月額上限、法人100万円・個人50万円。	経済産業省
	東京都家賃等支援給付金	家賃の1/12×3ヶ月	国の家賃支援給付金を受けていることが条件。東京都内にある賃貸物件が対象。	東京都
	緊急雇用調整(安定)助成金	休業手当の100%	従業員へ休業手当を支払った場合、その全額を国が助成。日額上限15,000円。労働保険加入必須	ハローワーク
	業態転換支援事業	上限100万円(助成率80%)	飲食事業者で、新たに「宅配」「テイクアウト」「移動販売」を開始する際の初期費用。サービス利用料、宣伝広告費、器具備品購入費、リース・レンタル料も可。	東京都中小企業振興公社
	小規模事業者持続化補助金(コロナ特別対応型)	上限100万円(事業再開枠+50万円)	顧客・売上を増やすために取り組むのに必要な経費。感染拡大防止のための設備費用など。	日本商工会議所
	新型コロナウイルス対策設備投資支援事業	上限50万円(補助率1/2)	新型コロナウイルス感染拡大防止のために、店舗や事務所の改装や設備投資を行った経費。	北区産業振興課
	融資 日本政策公庫	最大6,000万円	利息3年間0%、4年目から1.36% 返済最長15年、元金据え置き最大5年。	日本政策金融公庫
	融資 東京都	最大3,000万円	利息3年間0%、4年目から借入額により1.7%～2.4% 返済最長15年、元金据え置き最大2年。	東京都
	融資 北区	最大1,000万円	利息1年目0%、2年目以降利息0.4%、信用保証料全額補助	北 区
生活支援	傷病手当金	平均賃金日額×2/3	新型コロナ感染が疑われる場合、自宅療養を示す事業主の証明があれば支給対象になる。	協会けんぽ東京都支部
	休業補償給付	平均賃金日額×80%	業務中または通勤中に新型コロナに感染したと認められ、仕事を休んだ場合に支給される。	北区労働基準監督 署
	住宅確保給付金	単身世帯で月53,700円～	休業や失業で家賃が払えなくなった人。	北区 福祉事務所
	緊急小口資金	最大20万円の貸付け(無利息)	新型コロナにより収入が減少し、生計を維持するために貸し付けが必要な人。返済期限2年以内。	北区 社会福祉協議会
	総合支援資金	最大60万円の貸付け(無利息)	新型コロナによる失業などで生活の維持が難しくなった世帯。返済期限は10年以内。	北区 社会福祉協議会
	生活保護	最低生活費・医療費など支給	失業・傷病その他、生計の維持が困難な場合。	北区 福祉事務所
減免・支払い猶予	国民健康保険料等の減免	前年所得により最大全額免除	新型コロナの影響で今年の収入が3割以上減少すると見込まれる世帯。後期高齢者医療制度や介護保険料も同様の制度あり。	北区役所
	電気・ガス・水道などの公共料金の支払い猶予		新型コロナの影響で電気・ガス・水道など公共料金の支払いが困難な場合。	各電気会社、ガス会社、水道局など
	携帯電話やインターネットなどの支払い猶予		NTT、KDDI、ソフトバンクなどの支払いが困難な場合。	各通信会社
	所得税・消費税の支払い猶予	原則1年の支払い猶予	新型コロナの影響によって、納税すると生活が困窮する場合や感染した場合など、納税が困難な方。	税務署
	住民税の支払い猶予	原則1年の支払い猶予	新型コロナの影響によって、納税すると生活が困窮する場合や感染した場合など、納税が困難な方。	北区役所
	固定資産税の減免	半額または全額免除	4月以降3ヶ月間の売上が前年同期比で30%～50%減少で半額免除、50%以上減少で全額免除。	都税事務所
	国民年金保険料の支払い猶予	保険料の減免・納付猶予	新型コロナの影響で保険料を納付することが困難になった場合。ただし免除額に応じて給付額も下がる。	北区年金事務所

出典：北区民商ニュースより

入れて再チャレンジする際は、置き去りにされた半数の小規模事業者の参加が補償されなければなりません。持続化給付金の際に問題となった事務委託の「中抜き」発注は、支給の遅れの原因にもなりました。他分野でも明らかになっている癒着を決して許すことはできません。

2020年版「中小企業白書」は、政府系金融機関の相談は99%が資金繰りだったと報告しています。「白書」によるとこの1年、小規模企業の休廃業が4万3,348社、企業倒産が8,383件と11年振りに増加したこと、特に14%の事業者がお客様から消費税をもらえていない現実の下で、56%の人が経営不振の1番の原因は消費税と指摘しています。

廃業が開業を上回る流れのなかで、この10年間で118万業者が減少しました。コロナショックによって、これから30万業者が撤退を余儀なくされる規模の大きさを考えると「激震の時代」を迎えていると言っても過言ではないと思います。

安倍政権のコロナ対策には「国民に寄り添う」姿勢が全く感じられませんでした。国民と向かい合って直接「声」を聞けば、求められる適切な政策実行はできた筈です。

安倍政権を引き継いだ菅首相は、「自助・共助・公助」を主張し、貧困と格差を一層広げる「新自由主義」路線の踏襲を宣言しています。

◎ 中小業者の現状と民商・全商連のこの間の闘い

「売上げが全く無くなった」「家賃や従業員の給料が払えない」「借入金の返済ができない」「自粛が続けば商売がもたない」など、中小業者の悲痛な叫びが街中に広がっています。全国の民商には連日切実な相談が寄せられています。

融資や給付金の獲得は緊急・切実な要求です。1日も早い支給が待たれています。しかし、提出書類が煩雑で申請には手間が掛かり、ウェブ対応が求められているため、申請をあきらめた人も少なくありません。100年に一度の有事に、申請完了まで援助する相談窓口を全国の公共機関に設置しなかったことは、政府の大きな失政です。

8月末日現在、全国の民商が相談にのった持続化給付金の実行件数は約45,000件、給付額は約

510億4,565万円となっています。

全商連は、1,002人から影響調査の回答を得ました。政府の緊急事態宣言解除(5月25日)後も、前年同月比で売り上げが減った業者が約7割に及んでいます。前年同月比50%以上減少が条件の持続化給付金対象者は、37.2%です。家賃支援給付金は、前年同月比50%以上減少もしくは30%減少が3ヶ月継続していることが条件であり、これに合う対象者は55.8%でした。両制度を利用できない4割・5割以上の人は「月が越せない」状態で逼迫しており、明日の展望さえ見出だせていません。国・自治体の支援が「足りない」と応えたのは当然のことです。

業種別に売上げ減少の多い順から見ると、宿泊70%、飲食69.6%、運輸53.3%、小売52.9%、製造業52.4%になっています。

民商・全商連は、経済産業省や国交省、中小企業庁に現場の抱える問題点を指摘、制度の拡充に努め、業者運動のナショナルセンターの役割を発揮しています。

東京では民商・東商連が、自治体交渉を通じて、国の制度を補完する「家賃支援制度」や「給付金」支援を獲得、地域振興の面からも地元業者から歓迎されています。コロナ問題の相談を積極的に受ける中で、多くの業者を民商の仲間に迎えることができました。

◎ 今日を生き抜き、アフターコロナを迎える展望を探る

中小業者が戦後最大の苦境を乗り越えてアフターコロナを迎えるには、自助努力の範囲では不可能です。この項では、私自身の体験を通して業者として今日を生き抜く課題を見つめ、アフターコロナを迎えるための展望を共有したいと思います。

〈問題点1、消費税の減免は最高の景気対策〉

消費不況が長引く中で、業者の一番の悩みが消費税です。赤字でも納めなければならない消費税は税金滞納額の57.3%を占めています。消費税が「営業破壊税」と言われる所以です。

コロナ禍の中で、各種税金や社会保険料が1年間猶予されることになりました。今まで行われて

いた「差押え」も休止させています。しかし、時限立法のため期限が来れば再び苦境に立たされるのに変わりはありません。私は、持続化給付金を200万円受領しましたが、5月は消費税・中間納税のため140万円必要でした。納税猶予の制度を利用しましたが、最終消費税額は決算後11月に支払うことになります。持続化給付金制度は経営維持に資する支援策ですが、消費税の支払いに消える現実、私だけではなく多くの中小業者の抱える悩みの種です。一方、消費税は、5年連続実質賃金がマイナスになっている家計にとって「生活破壊税」となっています。

コロナの影響が広がるなかで、消費税減免の世論が急速に強まっています。私は、今だからこそ「令和の徳政令」として、「感染の収束が確認されるまで、消費税を含む各種税金と社会保険料の減免」の実現を切に求めます。景気回復と中小業者の休業廃業・倒産を防止する最善の対策と信じています。

〈問題点2、「自粛と補償は一体」融資制度の拡充こそ大切〉

これまで述べたように、政府と東京都は、「自粛と補償は一体」を認めませんでした。休業要請の対象者は分断・制限されたため「協力」に相応しい補償額になっていません。東京都の第3次要請（9月1日から15日迄、協力金は15万円）は「固定費の足しにならない」と不評でした。「協力すれば、手当を出す」考え方の限界を証明しました。

コロナ対策として、官民共に融資制度が拡充され40兆円規模になりました。セーフティネット・別枠融資として、現在借入れしている金額に上乗せするか複数の一本化が可能になりました。基本的に担保なし、保証人なし、据置期間最長5年、返済最長15年と条件は緩和されています。自治体独自の融資制度も創設されました。生活保護や緊急小口資金など生活支援融資や国民健康保険料の減免などは弱者保護を優先するために、希望者全てが受理されるべき制度として今後の拡充が望まれます。コロナ禍にあって、中小業者の経営を守るためには、融資制度が本流になってこそ可能になります。

〈問題点3、ウィズコロナに挑戦し、アフターコロナを共に迎えるために〉

私が所属する豊島民主商工会のある池袋では、既にサンシャイン通りの一等地で有名チェーン店が撤退し、西口の顔である丸井の閉店、東武百貨店の移転やメガバンクの縮小が発表されています。

コロナショックは、街の様相までも激変させた上に[新しい生活様式]の探究を突きつけました。大型店・大資本はスクラップ・アンド・ビルドを容易に行いますが、私たち小規模事業者は商売の継続か廃業かの選択を迫られています。

私達は、「中小業者の存在事態が社会貢献」を誇りに営業と運動をしてきました。

民商の特長は異業種の団体で、運動体組織であることです。仲間同士がお互いの商売を支え合い、地域の消費者と地域経済の振興とコミュニティを育んで行きます。

◎ おわりに一地域振興こそ、中小業者の望み

新型コロナウイルスは、国民の生命と健康を脅かし、30万中小業者の消滅危機、非正規雇用の131万人減少、雇用・雇い止め5万人など、地域経済に止まらない地域社会全体を疲弊させています。

私たち中小業者は、「負けてたまるか、つぶされてたまるか!」の気概を持っています。決して「座して、死を待つ」ことはしません!私たちは持続可能な地域経済・社会の構築に挑戦します。その実現のために知恵を出し合い、協力・共同の力を発揮して、新しいアフターコロナの時代を幅広い仲間の団結で迎えたいと思います。

医療関係の皆さんが、患者に寄り添って治療に当たり、新型コロナウイルス撲滅に全力を尽くしておられることに、改めて敬意を表します。

地域住民の健康と暮らしを守る運動の共同の推進者として、同じコミュニティの一員として語り合えることを喜びと感じております。

（はせがわ きよし、東京商工団体連合会副会長・豊島民主商工会会長）

日本の看護労働とコロナ

山崎 ちひろ

はじめに

2020年の始まりから、世界的な規模で拡大した新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の脅威に直面して、医療・看護の現場が危機的状況に陥っている。日本においては4月7日に7都府県¹⁾に発出された緊急事態宣言は、4月16日には対象地区が全国に拡大された。街頭では、感染予防物品やその材料となる医療資材の品薄状態が続く、日常的にそれらを利用していた市民が入手できない状況に陥った。その後、5月25日に約1ヶ月半ぶりに緊急事態宣言は解除されたが、第二波・第三波の到来は避けられないといわれる状況が続く、現在、第二波²⁾の影響を引きずっている最中にある。日本社会では、政府による日常生活の実質的な制限のもと、第一波を乗り越えてきたような感覚があるが、経済活動を維持しながら感染予防対策を講じなければならないという状況にあって、その制限が緩和された今、適度な自粛生活を継続することを不安視する声も多い。

このような中で医療・看護の現場は、従来の医療提供体制の維持とCOVID-19の重症患者の受け入れに悪戦苦闘の日々が続いている。特に看護実践においては、密集・密閉・密接のいわゆる3密状態を避けたい対人援助の場面が数多く存在することから、感染のリスクと隣り合わせのなか、第一線で働く看護職の窮状は改善されないままである。

そこで、今回の論稿ではわが国の看護労働とコロナ禍の現状に触れ、この半年間を振り返り、限られた範囲ではあるが今後の課題を提起してみたい。

1. 日本の看護労働の現状

1) 過酷な労働現場

病院等における看護師の労働状況の厳しさには、変則的な夜勤勤務、頻繁な時間外勤務に加えて、重症患者への集中的な看護業務の遂行の難しさ、持続的な緊張感や責任の重さがのしかかる。仕事とプライベートの両立に至っては、家事・育児に留まらず、親や家族の介護の担い手としての役割や個別の家族イベントも加わり、二重三重の負担が重なることも珍しくはない。一方で、医療専門職であり続けるためには、医療チームの一員としてその職責を遂行すべく、継続学習や自己研鑽の機会に積極的に触れ看護スキルの向上に取り組んでいるが、国家資格を取得し専門職としての社会的役割を果たすための努力は表面化されない。多くの対人関係職種と同様に、多面的に多忙である。

2) ILO 看護職員条約の未批准のなかで

国際労働機関(以下、ILO)は、ディーセント・ワークについて、「人々の権利が保障され、十分な収入を生み出し、適切な社会的保護が与えられる生産的な仕事を意味する。それはまた、全ての人が収入を得るのに十分な仕事があること。」と説明している。かつて、慈善事業や家事労働(アンペイド・ワーク)をルーツに持つ看護労働にあっても、ディーセント(decent; まともな、適正な)であることを求め続けてきた。ILOが1977年に採択した「看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する条約(第149号)」³⁾は看護職員条約とも呼ばれ、当時の日本の看護労働者にとって、非常に魅力的な内容を持つものであった。しかしながら、条約の採択・発効から40年以上が経過した2020年の日本には、この看護職員条約を批准していない現状がある。

3) 看護師の過労死

「看護職員の労働実態調査」⁴⁾によると、看護職員が過重労働によって疲労を蓄積し、心身に

大きな負担が生じている現実が改めて明らかにされており、看護師の過労死に関する事案も珍しくはない。東京都済生会中央病院（東京都港区）で働いていた24歳の看護師（致死性不整脈、2007年に労災認定）、国立循環器病センター（当時名称、大阪府吹田市）の25歳の看護師（クモ膜下出血、2008年に公務災害認定）、KKR 札幌病院（北海道札幌市）に勤めて1年目の新人看護師（鬱病・過労自死、2018年に労災認定）は、いずれもこれからの看護を担うはずであった未来ある若者である。過労死ラインといわれる月60時間を容易に超える過酷な業務の犠牲になった。これらの労災認定は過重負担労働の氷山の一角であり、心身の不調を訴えやむを得ず実践から退いた看護師たちの人数が正しく把握されているとは言い難い。患者の命を救い守るはずの看護師が、自分の身をすり減らして業務に従事している様は、それだけこの職業が適切な支援のないままに、“目の前にいる患者のために”という倫理観や、自身の未熟さを言い訳にはできないと考える使命感のうえに成り立っていることを示している。

4) 「医師・看護師等の新しい働き方ビジョン」

2017年4月に厚生労働省より『新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 報告書』がまとめられた。54頁にわたる内容を概観すると、医師不足の現状において医師の働き方をサポートする役回りとして、看護職には更なる能力発揮を求める記載が数行程度にまとめられている。看護職への言及は、「多様かつ複雑な患者の医療・生活ニーズに寄り添い、多職種と連携しながら患者のケアを中心的に担うとともに、補助的な医行為を行うなどして医師の補完的役割を担い、今後の我が国の医療では極めて大きな役割を担い得る職種である」と説明されている。

これに対し、日本医療労働組合連合会（日本医労連）は、「医師の長時間労働を指摘しているが、その対策として、…（中略）…医行為の業務移譲、看護師・薬剤師・介護職等の業務範囲の拡大によって医師の労働負担を軽減しようとしている。しかし、看護師の業務範囲の拡大は、患者の安全にかかわる問題であり、恒常的な人手不足にある看護師への過重負担をもたらす、離職に拍車をかけ

ることにもなる。」との批判的見解を示している。

医労連の見解のように、あくまで“医師の働き方”に重きを置いたこのビジョンは、看護職にとってのディーセント・ワークが可能となるように描かれているかは疑問が残る。こうした行政の動きからも、看護職の労働環境改善が円滑に進んでいるとはいえず、労働に関する意識改革の必要性について、当事者である看護職自らが発信していくことが重要である。

2. コロナ禍にある看護労働者

1) “エッセンシャルワーカー”という呼び名

慢性的に課題を抱えてきた看護労働の現場に迫り打ちをかけたのが、コロナ禍であった。このようななか欧米で、医療福祉・保育、保安、行政、公共インフラ、一次産業、製造業、運輸物流、流通などに関係する労働者をエッセンシャルワーカー⁵⁾と呼び始め、一定のリスクを込めたムーブメントが話題になり、感染拡大のリスクが高まった日本においてもたびたびメディアで取り上げられた。人々が日常生活を送るうえで欠かせない仕事を担っている人、市民の暮らしの安全・安心を守るためにも業務を止めることができない業種は、まさに必要不可欠な仕事(essential service/business)に従事する人(＝エッセンシャルワーカー)というわけである。

しかしながら、コロナ禍において急激にこれらの業種が“エッセンシャル”になったのではない。世界中で“Stay Home”が叫ばれる以前から、これらの業種の重要性は変わってはいないはずである。当事者ではない人々が付けた呼び名は、リスクに下支えされることで理想化し、当事者たちにより一層のプレッシャーを与えることになりはしないのだろうか。

2) 差別と偏見、生活への脅かし

エッセンシャルワーカーと呼ばれる一方で、コロナ禍における看護労働の現場では、リスクに下支えされることや専門職としての使命感では、決して拭い切れない過酷さがある。見えないもの・未知のものに対する人々の不安や恐怖は、それに接触する機会が多い看護師たちへ差別や偏見といった

人権侵害の形でぶつけられ、看護師たちは心無い仕打ちを受けたりすることもあった。耐え切れず退職する看護師たちもいた。また、COVID-19感染患者を受け入れている病院に勤務していることを理由に、看護師のいる家族全体を感染リスクとみなし危険視するような冷ややかな対応を受けたという報告もある。看護師を親に持つ子どもの保育園への登園拒否や配偶者に対する職場からの出勤拒否など差別的な問題まで浮上した。そうした仕打ちに傷付けられ、自分にはよい看護はできないという自責の念や期待に応えられなかったという挫折感を抱かせるような状況では、働きづらさに拍車をかける一方である。

また、7月の東京女子医科大学病院（東京都新宿区）の夏季賞与の不支給により、看護師400人が退職するという報道は記憶に新しい。後日、賞与支給の方向に転じたことで大量退職は回避されたが、経営側の軽率ともいえる方針は、日頃から看護労働者をどのように見ているかが露呈した事例であり、コロナ禍において外出自粛や受診控えによる全国の病院経営が危機状態にあることを鑑みても看過できないものであった。情報社会といわれて久しい時代に、働く人の生活を守るどころか脅かしただけのこの行為は、ソーシャルネットワークサービスを通じて拡散した。コロナ時代の病院経営史にも汚点として残り、時間が経過してもなお引き合いに出されることだろう。雇用者側のスタンスは、場合によっては被雇用者の職場コミットメントを削ぐことにつながりかねない。

3) 職能団体や学術団体の取り組み

公益社団法人日本看護協会（現会長：福井トシ子氏）は、会員約76万人（2020年8月現在）が所属する看護職の職能団体である。これまでも政府に対し様々な要望書を提出し、看護職の置かれている現状や働き方について意見を表明してきた。4月の時点で、COVID-19感染拡大に関連して「妊娠中の看護職員の休業に伴う代替職員の確保について」や「新型コロナウイルス感染症対応している看護職に対する危険手当の支給等について」の要望書を厚生労働大臣および経済再生大臣へ提出している。看護職は24時間365日患者に関わっていることから、感染リスクは甚大であるこ

とに触れ対応を求めた（日本看護協会ニュースリリース2020年4月16日号）⁶⁾。また、厚生労働省やナースセンター、都道府県看護協会と連携し、復職を希望する看護職の経験などを確認しながら、求人施設に乖離のない丁寧なマッチングを行い、現場を離れていた復職希望者が安心して安全に業務を遂行できるように、就業前には感染管理の講義や演習などの研修を充実させ、支援している（日本看護協会ニュースリリース2020年5月22日号）。

さらに、9月8日より「看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査」を実施している。感染拡大にも対応できる医療提供体制を確保するためには、看護職員が医療現場において安全・安心に働ける体制整備を行うことが重要であるとの見解から、あらゆる領域で活動する看護職員の労働環境などの実態を把握し、国への政策提言や臨床現場への支援に結びつけることを目的として行うとしている（日本看護協会ニュースリリース2020年9月2日号）。

他にも、看護系学術団体のひとつである日本看護倫理学会は、4月に「新型コロナウイルスと闘う医療従事者に敬意を」という声明を出している。看護倫理の観点から、医療従事者に対する誹謗中傷や風評に対し、「人類が直面している驚異の最前線で働く医療従事者が報われないどころか、その家族ともども理不尽な扱いを受け、差別されている」として毅然とした態度を示している。世界中で、これまでに経験したことのない未知のウイルスに不安を抱くのは当然のこととして、理性ある行動を求め、医療従事者の尊厳を守ることを要望している。

こうした職能団体や学術団体の取り組みは今後とも注目していく必要がある。

4) 今後の課題

第一に、互いの基本的人権を脅かさない市民生活の維持のためには、市民への継続的な支援が不可欠である。一人一人が、自分自身や身近にいる大切な人を守るために健康に留意した生活行動をとることで、感染を未然に防ぐことができるし、万が一、罹患したとしても重症化を防ぐことが可能となり、ひいては医療・看護に携わる人を間接

的に支援することにつながる。その前提として、現状を正しく認識するための質の高い情報の提供や専門的な知見を結集したリスクコミュニケーション、広範囲にわたる正しい感染予防対策の普及活動と実施体制の整備（および必要な専門家の配置）が一層求められる。また、コロナ第一波のタイミングには国外の輸出規制にともなって医療資材が輸入できず、日常的に医療的ケアを必要とする人々の元へ物資が届かないといった事態も発生した。そうした医療資材や感染予防に必要な物資（衛生材料や使い捨てマスク・手袋・エプロンなど）の国内生産ラインを確保し、海外輸入に依存しないで済むよう自国で賄える体制を再構築することも必要である。さらに、今後は季節性感染症の流行期を迎えるタイミングも重なってくるなかで、安全なワクチン開発・普及までの道のりは不透明であり、第三波への備えが十分であるとはいえない。政府の新たな方針としては、現在の相談窓口である保健所の業務負担を軽減する目的で、COVID-19感染が疑われる場合の「かかりつけ医」への電話相談が周知されているが、地域の医療提供体制への支援が進まないなかでは、またもや医療従事者の倫理観や利他性に頼るだけとなり、医療・看護現場の疲弊はますます続くことになるだろう。“想定外”といわれる状況を可能な限り想像し、物資の確保や人材の配置をシミュレーションし体制を整えることが喫緊の課題である。

この国のいつでも・どこにいてもアクセス可能な医療制度は世界に誇れるものであり、この恩恵に与ることができるということは、現代日本に生まれた私たち国民の権利でありながらギフトに等しい。その医療制度が崩壊しかかっている現実を知り、私たちの暮らしを支える防波堤には、私たちと同じ“人間”が間違いなく介在しているという事実を忘れないこと、誰かにとっての大切な人がこの瞬間も自らの命を削りながら闘ってくれていることを念頭において、医療現場で働く労働者にかかわる政治的な議論にも取り組んでいくことが望まれる。

おわりに

これまで述べてきたように、日本の看護労働は

コロナ禍において、コロナ危機以前の課題が改めて指摘され、より鮮明になったことは言うまでもない。しかしながら、第二波を受けて、COVID-19感染者数こそ日々報道されているものの、医療・看護の現場の状況については報道件数も下火となり、すでに一過性の現象とされてしまっている印象もあることは否めない。医療労働者、とりわけ看護労働者の置かれている現状は、現場任せのその場しのぎのまま経過してしまい、いま変わらなければ、今後さらに過酷な状況が続いても、改善されぬまま課題は据え置かれてしまうのではないかといった危惧さえある。

このような中にあっても、看護職を目指す学生たちは、コロナ世代と呼ばれながらも、託された期待に応えようと必死に学習に取り組んでいる。彼らが近い将来、看護の新たな担い手として医療の現場にエントリーするまでに、看護労働者の処遇を少しでも改善させることや、看護専門職として自らの働く環境を整備するための力を授けることが、現場で働く専門職、そして私たち教育者・研究者に課せられた使命である。

参考

- ・国際労働機関（1977）『看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する条約（第149号）』
https://www.ilo.org/tokyo/standards/list-of-conventions/WCMS_239030/lang-ja/index.htm（2020/08/30）
- ・国際労働機関（1977）『看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する勧告（第157号）』
https://www.ilo.org/tokyo/standards/list-of-recommendations/WCMS_239204/lang-ja/index.htm（2020/08/30）
- ・日本医療労働組合連合会（2017）「看護職員の労働実態調査」<http://www.irouren.or.jp/research/kango/kango-2/>（2020.08.30）
- ・厚生労働省『新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 報告書』, 2017.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161081.pdf>
- ・日本医療労働組合連合会の談話（2017.04.13）
<http://irouren.or.jp/lines/2017/04/20170417150324.html>

- ・ 日本看護協会ニュースリリース (2020.04.16)
https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200416173648_f.pdf
- ・ 日本看護協会ニュースリリース (2020.5.22)
https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200522145032_f.pdf
- ・ 日本看護協会ニュースリリース (2020.9.2) https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200902161306_f.pdf
- ・ 日本看護倫理学会 (2020.04.02)「新型コロナウイルスと闘う医療従事者に敬意を」 声明 <http://jneanet/9.html#200403>

注

- 1) 2020年4月7日に東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、兵庫、福岡の7都府県に緊急事態宣言が発出され、4月16日に対象を全国に拡大した。このうち当初から宣言の対象とした7都府県に、北海道、茨城、石川、岐阜、愛知、京都の6道府県を加えた13の都道府県を、特に重点的に感染拡大防止の取り組みを進めていく必要があるとして、「特定警戒都道府県」と位置づけた。
- 2) 日本感染症学会が7月16日に「東京では第二波を思わせる感染症例の増加」と公式HPにて見解を示したが、日本政府は第二波に関する公式発表をしていない。7月下旬から経済政策として「Go To キャンペーン」を実施。
- 3) 『看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する条約 (第149号条約)』第63回総会で1977年6月21日に採択された。この条約で「看護職員」とは、看護及び看護業務を提供するすべての者をいうと定義さ

れ、条約の批准国は、可能な限り、住民の最高の健康水準を得るために必要な看護の提供を目的とする政策を採用し、適用する。看護職員は、労働時間、週休、年次有給休暇、教育休暇、出産休暇、疾病休暇、社会保障の分野で、少なくともその国の他の労働者と同等の条件を享受する。看護業務の計画に看護職員が参加すること、並びに看護職員に関係する決定について看護職員との協議を促進するための措置がとられるものとする。同名の補足的勧告『看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する勧告 (第157号)』が同時に採択されている。

- 4) 日本医療労働組合連合会 (以下、日本医労連) が1988年以降、約5年に一度のペースで実施している全国調査である。
 - 5) 代表例として多いのは、医師や看護師、薬剤師、介護福祉士など医療・介護、宅配便の配達員や運送業者・郵便局員などの流通に従事する人、スーパーやドラッグストアなどの小売業に従事する人、公共交通機関で働く人、電気やガス・水道・通信などインフラ業に従事する人、消防職員や警察官、公務員などがある。
 - 6) 8月下旬の時点で、「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」により医療従事者に慰労金が給付されることが決まり、医療機関・施設に勤務する「患者・利用者に接する業務」に就いている者全員が対象となる。
- (やまさき ちひろ、岐阜聖徳学園大学看護学部助教)

アメリカにおける新型コロナウイルス感染症の現状

—社会的側面と政策対応を中心に—

高山 一夫

はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）によるパンデミックの発生は、世界中の人びとの生命や健康を危うくするのみならず、各国の政治や経済、社会に対しても、少なくとも短期的には、さまざまな影響を及ぼしている。この小論では、コロナ禍という災害のいわば社会的な側面について、アメリカの事例を対象にして考察したい¹。

本稿の構成は次の通りである。1節では、新型コロナウイルス感染症がもたらした健康被害が、地理的および人種・エスニシティ間において不均衡なかたちで生じていることを述べる。続く2節では、雇用と国内総生産の点からマクロ経済への影響を概観するとともに、医療機関とくに病院業に及ぼす影響と、大量の失業の発生に伴う医療保障制度の揺らぎを取り上げる。最後の3節では、トランプ政権と議会共和党による政策対応の主な内容をまとめるとともに、そこにみられる問題点を指摘する²。

1. 新型コロナウイルス感染症がもたらした健康被害の状況

アメリカ疾病対策センター（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）によれば、2020年9月1日時点におけるアメリカ国内（海外領土を含む）における累積感染者数は600万4443人、累積死者数は18万3050人である³。世界保健機関が公表した同日の世界全体の累積患者数は2532万7098人、累積死者数は84万8255人であることから、アメリカ一国で世界全体の患者総数の23.7%、死亡総数の21.6%を占める計算となる⁴。今回のコロナ禍による健康被害が世界で最も深刻なのはアメリカであり、ブラジルとインドが続いている。2020年3月11日に世界保健機関がパンデ

ミックを宣言したとはいえ、新型コロナウイルス感染症による患者数および死者数の様相は、国や地域によってずいぶんと異なっている。感染症の広がりや健康被害には、社会的な側面を伴うことが伺える。

アメリカ国内においても、健康被害の状況は一樣ではない。地理的な傾向についてまとめた表1をみると、患者数が多い州・市から順に、カリフォルニア州、フロリダ州、テキサス州と、いわゆるサンベルトの諸州が並んでおり、続いてイリノイ州とニューヨーク市で多いことがわかる。また、人口10万人当たり患者数に着目すると、南部諸州の中でも比較的州民所得の低いルイジアナ州、アリゾナ州、ミシシッピ州が上位に位置している。サンベルトの諸州とニューヨーク市が多いことは、自然条件等の違いというよりも、むしろこれらの州・市において、比較的所得の低い黒人やヒスパニック（ラティーノ）系人口の比率が高いことが、反映した結果だと思われる。

表1において注目すべきことは、人口10万人当たり死者数である。表に示した通り、死者数の多いニューヨーク市とニュージャージー州に続いて、マサチューセッツ州やコネチカット州といった、比較的医療保障の整ったニューイングランド諸州が上位に位置している。マサチューセッツ州公衆衛生局の報告によれば、8月8日時点での累計死者数8500人のうち、5561人が長期ケア施設（Long-Term Care Facilities）の入所者であり、また5474人が80歳以上、死亡者の75.3%が白人（ヒスパニックを除く）である⁵。コロナ禍の健康被害は、死亡に関しては、所得水準や人種・エスニシティ構成よりも、むしろ年齢や施設入所などと関連しているようである。

表1 アメリカ国内における健康被害の状況(2020年9月1日時点)

総数（人）		人口10万対	
累積患者数			
カリフォルニア州	704,085	ルイジアナ州	3,195
フロリダ州	616,629	フロリダ州	2,895
テキサス州	612,969	アリゾナ州	2,814
イリノイ州	236,725	ミシシッピ州	2,799
ニューヨーク市	235,264	ニューヨーク市	2,801
累積死亡者数			
ニューヨーク市	23,703	ニューヨーク市	282
ニュージャージー州	15,945	ニュージャージー州	178
カリフォルニア州	12,933	マサチューセッツ州	131
テキサス州	12,536	コネチカット州	124
フロリダ州	11,187	ルイジアナ州	106

出所) アメリカ疾病対策センターのウェブサイト(注3参照)より作成。

患者数と死者数にみられる違いは、人種・エスニシティ別の統計を見ることで、より鮮明となる。表2は、アメリカ疾病対策センターが公表している8月18日時点の患者数、入院患者数(重症者)、死亡数について、白人の数値との比較で示したものである。同表から分かるように、健康被害はアジア系を除くマイノリティ・グループにおいて白人よりも大きく、とくに重症化し入院する者の数は、4～5倍にも達する。すなわち、アフリカ系黒人やヒスパニック・ラティーノ系、およ

びアメリカ先住民・アラスカ先住民においては、白人やアジア系住民と比較して、相対的に感染リスクが高く、かつ重症化しやすいといえる。ただし、死亡数は、アフリカ系黒人において2倍に達するものの、その他のマイノリティ人口では1.1～1.4倍にとどまっており、格差の程度は緩やかである⁶。死亡については、やはり年齢や基礎疾患、またそれらに起因する長期ケア施設への入所の有無が、格差をもたらしているようである。

表2 人種・エスニシティ別にみた健康被害の状況(白人との比較)

	アメリカ先住民 アラスカ先住民	アジア系	アフリカ系 黒人	ヒスパニック ラティーノ
患者数	2.8倍	1.1倍	2.6倍	2.8倍
入院患者数	5.3倍	1.3倍	4.7倍	4.6倍
死亡数	1.4倍	超過なし	2.1倍	1.1倍

出所) アメリカ疾病対策センターのウェブサイト(注6参照)より作成。

アメリカでは、黒人差別反対運動(Black Lives Matter)が高揚するなか、コロナ禍に起因する健康被害における格差も含めて、システミックなレイシズム(systemic racism)―政治や経済、社会、文化のあらゆる部面に浸透している、意識的・無意識的な人種差別―の問題が、改めて社会的な争点として浮上している。世界で最も経済的に豊かなアメリカにおいて、新型コロナによる健康被害が深刻化した理由を考える際には、この点

を看過しえない。アメリカ疾病対策センターも、医療アクセス、職業、教育、所得格差、居住環境などにみられる差別(discrimination)が、マイノリティ人口のリスクを高めていると指摘している⁷。

2. アメリカの経済と医療制度に対する影響

新型コロナウイルス感染症がアメリカの経済および医療制度に及ぼした影響へと視点を転じた。マクロ経済への影響について、代表的な経済指標である雇用動向をみると、2020年4月に世界大恐慌時を上回る2070万人もの失業増加を記録したものの、5月以降7月までは回復基調にある。ただし、表3に示すように、2月との比較では、な

お1288万人、8.45%の雇用が失われたままである⁸。

保健医療（Health care）においても、2020年5月以降は回復傾向にあるものの、2月との比較では、79万7000人、4.83%の雇用減である。より詳細な内訳をみると、病院では減少率が2.41%にまで回復する一方、診療所等（内科・歯科診療所や外来医療施設、在宅医療機関等）やナースিংホームなどでは、いまだ5～6%台の減少率であり、雇用の回復は遅れ気味である。

表3 雇用者数の動向

	2020年2月	2020年7月	2月から7月の変化	
			減少数	減少率
非農業部門総計 ¹⁾	152,463	139,582	▲ 12,881	▲ 8.45
保健医療 ²⁾	16,507	15,711	▲ 797	▲ 4.83
診療所等 ³⁾	7,855	7,406	▲ 450	▲ 5.72
病院	5,261	5,134	▲ 127	▲ 2.41
ナースিংホーム等 ⁴⁾	3,391	3,171	▲ 220	▲ 6.48

1) 数値はすべて季節調整済み。なお、総計の数値は2月と7月ともに速報値。

2) 保健医療部門の数値はいずれも季節調整済み。7月は速報値。

3) 内科診療所、歯科診療所、外来医療施設、臨床検査施設、在宅医療機関など。

4) スキルド・ナースング施設（Skilled Nursing Facilities）、入所者施設など。

出所）労働統計局のウェブサイト（注8参照）より作成。

実質国内総生産においては、2019年度第4四半期の2.1%増加と比較して、2020年度第1四半期はマイナス5.0%、第2四半期はマイナス31.7%（8月27日の第2次推計）となっている⁹。ロックダウンに伴い、経済活動が激しく落ち込んだことがわかる。また、第1四半期における実質国内総生産の減少幅5%のうち、4.75%がサービス支出の減少に起因しており、とくに保健医療の寄与度は2.15%とすべての産業部門で最も高かった。すなわち、保健医療部門が、アメリカ経済全体の落ち込みを主導的に牽引したわけである¹⁰。

次に、新型コロナウイルス感染症が医療制度に及ぼした影響を考察しよう。まず、医療機関への影響について、アメリカ病院協会が2020年5月に公表した報告書においては、3月から6月末までの4か月間で、病院は、新型コロナ患者の医療費、緊急性のない手術等の延期、防護服その他の費用などの合計で、2026億ドルの損失を被ったとの推計結果を示している¹¹。さらに、同協会が6月に公表した報告書では、前年度までとの比較で入院

患者数が19.5%、また外来患者数が34.5%減少したこと等を理由に、7月から12月までの期間における損失を1205億ドルと見込んでいる¹²。5月と6月の報告書を合わせると、2020年の1年間を通じて病院が被る損失は3231億ドル（2026億ドル＋1205億ドル）となり、後述する医療提供者救済基金（病院への配分額は546億ドル）では、損失を埋め合わせることができない計算となる。2018年の病院費用の総計は1兆1918億ドルであることから、仮に病院協会の推計どおりであるならば、今回の新型コロナウイルス感染症によって病院が被った損失は、病院業の年間支出の3割近い規模となる¹³。

ただし、病院協会の推計は被害が深刻な地域のサンプルに基づいており、推計結果は過大であるとの批判もある¹⁴。また、医学雑誌に掲載された別の研究論文では、病院全体の損失は1280億ドルであり、うち950億ドルは民間医療保険から公的医療保険・医療扶助への転換による診療報酬単価の減少に起因しており、民間医療保険加入者の受

診率の低下は約5%、損失額として330億ドルにすぎないという¹⁵。いずれにしても、コロナ禍が医療機関に経営に及ぼした影響については、今後の各種統計の公表を俟たねばならない。

病院業全体への影響よりも、むしろ懸念すべきは、非都市部に立地する中小病院の経営危機である。コロナ禍が病院経営にもたらす影響は一樣ではなく、規模が小さく、また財政余力に乏しい病院ほど深刻な影響を受けるためである。例えば、医療過疎地域に立地する病院（rural hospital）—全米に1300病院を数える—は、コロナ禍以前より経営が危機的状況にあり、2005年から19年にかけて170超が閉院（2019年は18件）、2020年も8月半ばまでで既に14病院が閉院を余儀なくされている。また、1300の医療過疎地域の病院のうち、859病院がメディケアから31億ドルもの「借金」（過去の実績に基づく診療報酬の前借り）をしており、本格的な返済が2020年末からはじまるという。しかも、3節で述べる CARES 法による医療機関への補助金に関して、都市部に立地する大規模病院に手厚く配分されがちであるとの報道もある¹⁶。

結果として、医療過疎地域での病院閉鎖が相次ぐとともに、病院チェーンによる寡占化（水平的統合）や関連施設の買収（垂直的統合）が加速することが予想される¹⁷。アメリカでは、メディケア・メディケイドの創設をはじめとする医療政策上の大きな転換を機に、病院業をはじめとする医療産業が大きな変化を遂げてきた歴史がある¹⁸。今回のコロナ禍もまた、病院業の新たな再編成を促すのかもしれない。

新型コロナウイルス感染症がアメリカの医療保障制度に及ぼした影響も看過しえない。アメリカでは、現役世代とその扶養家族の多くが雇用を通じて民間医療保険に加入しているため、失業は多くの場合、医療保障の喪失をも意味する。ファミリーズ USA の報告書によれば、2020年2月から5月にかけて、失業に起因する無保険者が全米で540万人増加したという。とくに、マサチューセッツ州（15.9万人、93%増）やハワイ州（3.4万人、72%増）など、医療保障が比較的充実していた州において、無保険者が大幅に増加している¹⁹。雇用主が提供する医療保険に依拠するアメリカの医療保障制度の弱点が、コロナ禍に起因する大量失

業の発生により、浮き彫りになったといえる。

なお、2014年から施行された ACA 法（Patient Protection and Affordable Care Act; オバマケア）は、医療扶助制度メディケイドの受給要件を緩和（所得要件の緩和と扶養家族要件の廃止）するとともに、医療保険取引所を通じた個人加入型医療保険への加入を促すことで、無保険者問題の改善を図った。失業に伴う医療保険加入状況の変化を分析した研究によれば、失業による医療保険加入状況は、ACA 法の施行前の4.6%減少に対して、施行後は逆に1.4%増加しており、施行前後で6ポイント改善したという。医療保険加入率の改善のうち、医療保険取引所はプラス2.6ポイント、また、メディケイドはプラス3.7ポイントであった²⁰。そのため、もしもトランプ政権が執拗に迫及している ACA 法の廃止が実現していたならば、今回のコロナ禍に起因する無保険者の問題は、さらに深刻さを増していたことは疑いを得ない。

3. トランプ政権の対策と今後の展望

今回のコロナ禍に対して当初は楽観視していたトランプ政権も、その後次第に問題の深刻さを認識したのか、3月13日の大統領宣言（proclamation 9994）において、正式に国家非常事態（National Emergency）を宣言した²¹。トランプ大統領は、今回の事態を新型コロナウイルスとの戦争であると規定するとともに、ウイルスの起源とされる中国を強く非難している。しかし、感染症の原因となる病原微生物を相手どった戦争は、かのテロとの戦争と同様、非対称的で終わりのない戦いであり、それゆえ、国家非常事態宣言がいつ解除されるかの目途も立っていない。

トランプ政権と議会共和党は、3月から4月にかけて4つの経済対策立法を矢次早に提案し、民主党も基本的には賛成したため、法案はいずれも迅速に成立した。①新型コロナウイルス対策補正予算法（CPRSAA、3月6日成立）、②家族ファースト・コロナウイルス対策法（FFCRA、3月18日）、③コロナウイルス支援・救済・経済保障法（CARES、3月27日）、そして、④給与保護・ヘルスケア充実法（PPPHCEA、4月24日）の4つ

である。これら一連の経済対策立法による財政支出は凄まじく、議会予算局の試算によれば、2020年からの向こう10年間で総額2兆4040億ドル、アメリカの国内総生産の1割に匹敵する規模である²²。

なかでも、第3弾のCARESは単独で1兆7210億ドルと、米国の財政史上最大の歳出を伴う法律である（表4）。

表4 連邦財政赤字の増加予測（2020年から2030年の10年間、単位：10億ドル）

	CPRSA	FFCRA	CARES	PPPHCEA	総計
連邦財政赤字の増加額	8	192	1721	483	2,404
裁量的経費の増加	8	2	326	162	498
義務的経費の増加	0.05以下	95	988	321	1,404
歳入の減少	0	94	408	0	502

出所）議会予算局の報告書（注22参照）より作成。

CARESは、医療関連の支出として、公的医療保険であるメディケア・メディケイド・小児医療保険における患者自己負担等の免除を予算化したほか、とくに大きな費目として、公衆衛生およびソーシャル・サービス緊急基金（Public Health and Social Services Emergency Fund）に対して1270億ドルを割り当てた（表5）。公衆衛生およびソーシャル・サービス基金は、元々は2006年の

ハリケーン・カトリーナを機とした大規模災害に対応するために、ブッシュ政権時代に創設された基金である。CARESは、同基金のなかに新たに1000億ドルの医療提供者救済基金（CARES Act Provider Relief Fund）を設けることを柱に、医療機関に対しても補助を行った。（なお、第4弾のPPPHCEAにより、医療提供者救済基金にさらに750億ドルが追加されている。）

表5 CARESにおける医療関連予算の概要

1、医学研究開発関連
・ PHSSEF に1270億ドル（うち1000億ドルはPRFに拠出） ・ 保健福祉省に130億ドル（疾病対策センターや国立衛生研究所など） ・ 国防総省に100億ドル（うち40億ドルは軍関係者向け） ・ 退役軍人庁に190億ドル
2、メディケア・メディケイド・小児医療保険
・ メディケアの定率負担削減（新型コロナ患者が対象） ・ メディケア入院患者に対する診療報酬の増額（同上） ・ 連邦メディケア支出の削減措置を2020年12月まで停止、2030年まで期間延長 ・ ポスト急性期ケアの提供に係るメディケア給付のルール変更 ・ メディケイド DSH ⁽¹⁾ 削減スケジュールの延期 ・ MFPD ⁽²⁾ に対する助成を2020年11月末まで延長
3、その他の保健福祉省のプログラム
・ 下記の事業に対する連邦補助の拡充 コミュニティ・ヘルスセンター、医師不足対策プログラム、患者教育等 ・ コミュニティ・メンタル・ヘルスサービス試行プロジェクトを2年間延長

（1）Disproportionate Share Hospital payment

（2）Money Follows the Person Demonstration

出所）表4に同じ。

トランプ政権と共和党主導の米国議会による今回の経済対策は、財政規模の点では画期的な政策対応といえるものの、しかし、それが医療機関と医療現場を支えるためには、医療提供者救済基金の配分ルールとその実態をふくめ、今回の経済対策の具体的な内容や、それがもたらした結果を精

査する作業が不可欠である²³。巨額の補助金制度を創設したとしても、病床や医療従事者、また、医療用マスクや防護服、人工呼吸器など、医療提供に不可欠な人員や施設、物資などを現物で確保できなければ、医療現場を支えることはできない。

アメリカでは、医療従事者の感染や死亡も依然

として深刻である。『ガーディアン』紙と『カイザー・ヘルス・ニュース』のジャーナリストらが詳細に分析した結果、氏名等が判明している167名のうち、52人(31%)は個人防護用具(PPE)が不十分であった。また、死亡のうち103名(62%)が非白人で、53名(33%)は米国外の出生(さらに25名はフィリピン出身)であったという²⁴。新型コロナウイルス感染症患者の治療の最前線を担う人びと、とりわけマイノリティや外国人である医療従事者の、いのちと安全をどう守るのが、鋭く問われているといえる。

非都市部ないし医療過疎地域において、地域医療を担う医療機関に対する手厚い支援も不可欠である。なかでも無保険者やマイノリティ、メディケイド受給者などの診療を主として手掛ける医療機関が診療を継続できなくなると、当該地域住民の医療アクセスが悪化するのみならず、先に見たような人種・エスニシティ間での健康格差ともあいまって、さらなる社会不安を惹起しかねない。

本稿で述べてきた健康被害と経済危機に対処するためには、個人や企業、医療機関といった個々の経済主体だけでなく、公権力と財源を有する政府の主導的な役割が不可欠である。連邦制をとるアメリカにおいては、合衆国憲法修正第10条によって、州政府に多くの権限が留保されており、感染症対策も基本的には州政府(および地方政府)が対策を実施し、連邦政府はそれらの活動を支援することとされている。ただし、大規模な自然災害やテロリストによる攻撃など、国土安全保障省・連邦緊急事態管理庁がさだめる「破局的事件」(catastrophic incidents)に該当する場合には、連邦政府が計画を策定し、活動を主導することとされている²⁵。パンデミックである今回の新型コロナウイルス感染症は、この破局的事件に該当する。

しかし、国家非常事態を宣言した当のトランプ大統領は、学校や経済活動の再開に慎重な州知事や市長らを非難し、また、個人防護具や人工呼吸器の調達を各州の責任に委ねるなど、感染対策における連邦政府のリーダーシップを適切に発揮しているとはいえない。さらに、専門家の意見をとすれば軽視し、むしろ感染対策を政治的・イデオロギー的な争点と化すことで、アメリカ国民の

分断を拡げている。構造的な人種差別問題の改善と医療保障の拡充、医療機関への実効性ある支援、そして感染対策における連邦政府の適切なリーダーシップを欠いたままでは、アメリカにおけるコロナ禍は、なお深刻な状況にとどまらざるを得ないと考える。

(たかやま かずお、京都橋大学教授)

- ¹ コロナ禍を災害の一種ととらえ、その社会的側面と国・自治体の役割を論じた研究として、岡田知弘「『コロナ禍』を地域・自治体から考える」『住民と自治』687号、2020年7月、6-9頁を参照。
- ² 高山一夫「アメリカの医療政策動向① 新型コロナウイルス感染症とトランプ政権-経済対策立法を中心に」『文化連情報』509号、36-39頁、および、同「アメリカの医療政策動向② コロナ禍に揺れるアメリカの医療保障」『文化連情報』510号、46-49頁も併せて参照されたい。
- ³ <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#cases> (2020年9月1日最終アクセス、以下、同じ。)
- ⁴ <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- ⁵ <https://www.mass.gov/doc/covid-19-dashboard-august-8-2020/download>
- ⁶ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/covid-data/hospitalization-death-by-race-ethnicity.pdf>
- ⁷ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html>
- ⁸ <https://www.bls.gov/ces/data/employment-situation-table-download.htm> (なお、数値はthe monthly B Tables, Employees on nonfarm payrolls by industry sector and selected industry detail (事業所データ、季節調整済み)を用いた。)
- ⁹ <https://www.bea.gov/news/2020/gross-domestic-product-2nd-quarter-2020-second-estimate-corporate-profits-2nd-quarter>
- ¹⁰ <https://www.bea.gov/sites/default/files/2020-07/gdpind120.pdf>
- ¹¹ <https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/05/aha-covid19-financial-impact-0520-FINAL.pdf>

- ¹² <https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/06/aha-covid19-financial-impact-report.pdf>
- ¹³ <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsProjected>
- ¹⁴ <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200825.24660/full/>
- ¹⁵ Teasdale, B. and K.A. Schulman, "Are U.S. Hospitals Still "Recession-proof"?", *The New England Journal of Medicine*, July 1, 2020, DOI: 10.1056/NEJMp2018846
- ¹⁶ "Prognosis for Rural Hospitals Worsens With Pandemic", *Kaiser Health News*, August 26, 2020.
- ¹⁷ <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200825.24660/full/>
- ¹⁸ 高山一夫『アメリカの医療政策と病院業－企業性と公益性の狭間で－』法律文化社、2020年を参照。
- ¹⁹ <https://www.familiesusa.org/resources/the-covid-19-pandemic-and-resulting-economic-crash-have-caused-the-greatest-health-insurance-losses-in-american-history/>
- ²⁰ Agarwal, S.D. and B.D. Sommers, "Insurance Coverage after Job Loss- The Importance of the ACA during the Covid-Associated Recession", *The New England Journal of Medicine*, August 19, 2020, DOI: 10.1056/NEJMp2023312
- ²¹ <https://www.federalregister.gov/documents/2020/03/18/2020-05794/declaring-a-national-emergency-concerning-the-novel-coronavirus-disease-covid-19-outbreak>
- ²² <https://www.cbo.gov/system/files/2020-06/56403-CBO-covid-legislation.pdf>
- ²³ "COVID-19 Bonanza: Stimulus Hands Health Industry Billions Not Directly Related To Pandemic", *Kaiser Health News*, March 30, 2020, 二木立「二木教授の医療時評その180 コロナ感染爆発のアメリカの大統領選挙と医療政策への影響を複眼的に予測する」『文化連情報』507号、2020年6月、12-16頁。
- ²⁴ "Exclusive: Over 900 Health Workers Have Died Of COVID-19. And the Toll Is Rising", *Kaiser Health News*, August 11, 2020.
- ²⁵ FEMA, *National Response Framework*, 4th ed., 2019. https://www.fema.gov/sites/default/files/2020-04/NRF_FINALApproved_2011028.pdf

新型コロナウイルスとアメリカの看護労働

—Physician Assistant と上級看護師への緊急タスクシフトを中心に

早川 佐知子

1. はじめに

新型コロナウイルス（以下、COVID-19）が世界中に広がり、多くの人々が毎日報道をチェックすることを日課としていたであろう。前半はイタリアをはじめとする欧州諸国が、そして途中からはアメリカがレポートの中心となり、混乱した医療現場や屋外に居並ぶ棺といった信じがたい光景が日々画面に映し出されていたことは記憶に新しい。とりわけアメリカの場合、今秋に大統領選挙を控えていることもあり、政治的な思惑をも絡めた為政者の COVID-19 への対応や、それに対する有権者の反応がヴィヴィッドに報道された。

感染者数、死者数ともに世界最多（2020年9月5日現在）であるアメリカの医療現場で、労働者に起こった問題を挙げれば数限りない。ただし、日本でも共通に起こった問題と、アメリカ特有の問題に分けることは可能である。例えば、医療労働者の不足やそれに伴う過重労働、医療労働者の感染、マスク等の保護具の不足、精神的ストレスなどは、細かい点を除けば、日本とも共通する。しかし、一時帰休（furlough）やレイオフが相次いだこと、そしてそれらへの抗議運動が頻発したことは、アメリカに象徴的な出来事である。また、

現場で医師の不足を補うために、上級看護師（Advanced Practice Registered Nurse、以下、APRN）や Physician Assistant（以下、PA）らの中間職種に大幅な権限委譲がなされたことも、アメリカ特有の現象であった。

本研究では、これらのアメリカ医療に特徴的であった出来事のうち後者、つまり COVID-19 を機としたタスクシフトに焦点を当てたい。日本でも、タスクシフトは「医師の働き方改革」をめぐって議論の俎上にのぼったものの、未だ大きな前進を見ていない。今回の騒動にあって、いかに医師が不足し、疲弊しようとも、中間職種を導入したサポート体制を構想するような政策的な動きは皆無であった。もしも日本がアメリカ並みの感染者数を出していたら？あるいは、今後、そのような状況が訪れたら？という仮定のもと、人的な医療提供体制についての議論の一助となれば幸いである。

2. 上級看護師と Physician Assistant

（1）中間職種（Mid-Level-Provider）の概要

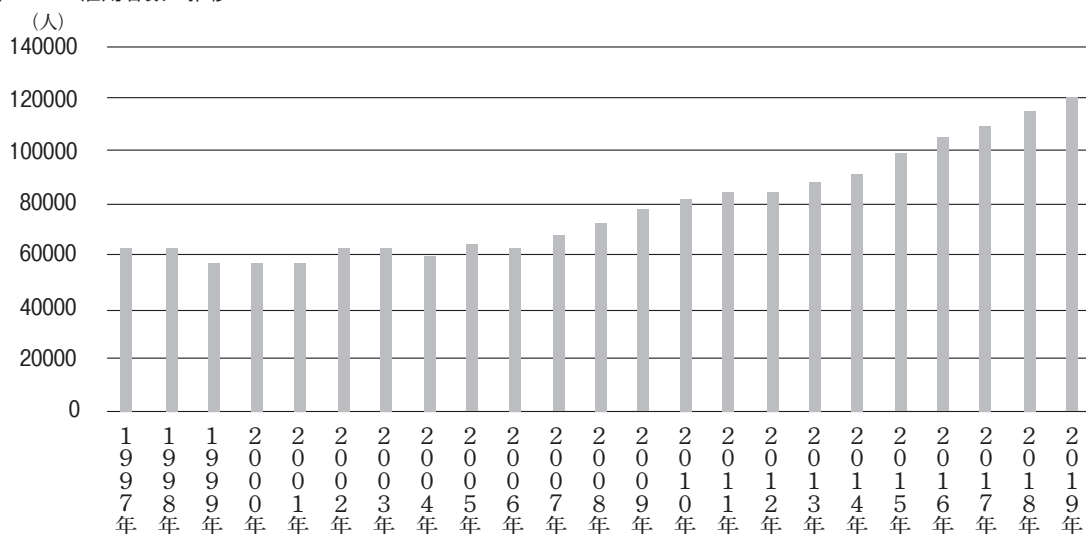
アメリカでは医師と正看護師（Registered Nurse、以下 RN）のいわば中間に位置する職種

表1 アメリカの中間職種の概要

医学教育ベース	Physician Assistant (PA)	■衛生兵がルーツ ■1960年代に創設される
看護教育ベース (上級看護師)	Nurse Practitioner (NP)	●家庭医学、成人、急性期、小児科、婦人科、精神科、老年、腫瘍科、産科の各分野のエキスパート ●1960年代に創設される
	Nurse Anesthetist	●麻酔を専門とする ●麻酔科医と協力、あるいは単独で施術 ●資格化されたのは1945年だが、職業団体は1931年に創設
	Nurse Midwife	●助産を専門とする ●職業団体が創設されたのは1955年だが、養成プログラムは1930年代から

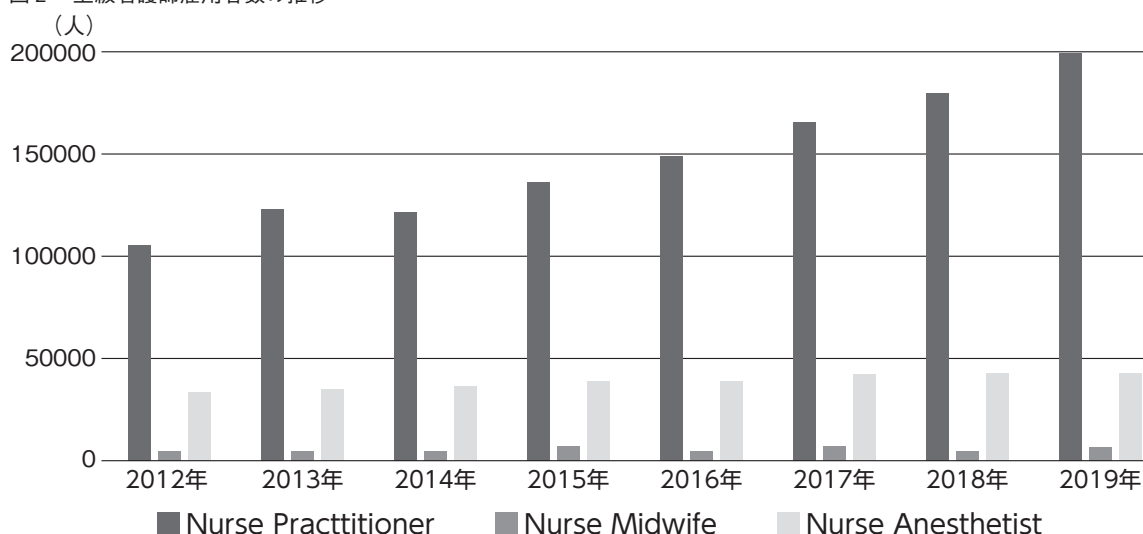
筆者作成

図1 PA 雇用者数の推移



U.S. Bureau of Labor Statistics, OES Data 1997-2019より作成

図2 上級看護師雇用者数の推移



U.S. Bureau of Labor Statistics, OES Data 2012-2019より作成

がいくつかあり、年々、その存在感を高めている。これらの中間職種を大きく二つに分けるとすれば、看護師の資格を前提とし、看護教育をベースとした上級看護師と、衛生兵にルーツを持ち、医学教育をベースとしたPAがある。上級看護師は、各看護分野のエキスパートである Nurse Practitioner（以下、NP）、麻酔を専門とする Nurse Anesthetist、助産を専門とする Nurse Midwife の3つが主な資格となる。

これらのうち、NPとPAは、共に1960年代に

創設されている。第二次世界大戦後、アメリカでは1950年代のヒル・バートン法によって医療施設の整備がなされ、国民の医療へのアクセスが向上した。1960年代には公的医療保険が創設されたことにより、さらなる医療需要の増加が起こった。それゆえ、医師、とりわけ地域のプライマリケアを担う医師の人手不足は深刻となった。このような時代背景のもとで、医師のサポートをすることができ、時にはある部分を代替することも可能な中間職種、すなわちNPとPAという資格が検討

されるようになったのである¹。

これらの新しい職種は、少しずつ現場の医療専門職や病院経営者、そして患者からも受け入れられるようになった。また、専門職団体の主導による資格制度の整備、職務範囲の拡大、養成課程の高学歴化なども実現された²。そのため、現在では現場において、なくてはならない職種となり、医療職のキャリアアップという意味でも非常に人気の高い資格となっている。とりわけ、ここ10年の増加は著しい（図1、図2参照）。

（2） 職務範囲に関する議論

アメリカの場合、医療の専門資格は、すべて州ごとに登録するシステムになっている。そのため、それぞれの資格が行いうる職務の範囲に関して、州によって異なる。これまでの経緯を振り返れば、プライマリケア医不足の状況にある現場からの求めに応じて、あるいは各専門職団体が中心となった運動を推進した結果、狭かった職務の範囲を徐々に拡大してきたと言える。現場の医師との関係は概ね良好であったものの、アメリカ医師会はこれら中間職種の職域拡大について反対の立場を取ってきた。

PAとNPに限れば、共通する論点の中心は常に「自律性」と「処方権」が中心になった。「自律性」に関しては、資格によって論点が異なる。より独立性の高いNPは「開業権の有無」を巡って争いが生じた。原則として医師と協働するPAの場合、開業権は与えられないものの、①オーダーへの（医師との）共同署名の要否、②医師が監督／協働できるPAの人数、③協働／監督に関する事前の取り決めの要否、④監督官庁について（州の医事局に含めるか、独立させるか）、⑤自律的に決定できる職務の範囲、が論点として争われた。処方権については、危険性によってレベルが分けられており、どの段階まで処方を許可するかという議論が行われている。

これらの事項について、広く認めている州もあれば、非常に限定的である州もある。この幅を決定づける要素としては、人口あたりプライマリケア医の数や、各州職業団体政治力など、さまざまであった。例えば、NPの場合、最も権限が広く認められているレベルを指す“Full Practice Authority”とは、「患者の評価、診断、オーダー、検査結果の解釈、処置の実施と管理、薬物の処方とコントロール」がすべて可能であることを指す³。現在、23の州でFull Practice Authorityが認められている。これらの州は西部・中西部の人口密度の低い州がほとんどである。一方で、人口密度の高い州ほど職務の範囲が制限的であることが特徴的と言える⁴。

しかし、COVID-19による類を見ない患者数の増加は、このような職務範囲の取り決めをめぐるじわじわとした攻防を一変させたのである。

3. 新型コロナウイルスの感染拡大によるタスクシフト

（1） ライセンス制度をめぐる緊急措置

アメリカの場合、2月までは先んじて感染が拡大した中国や欧州諸国の様子を対岸視していた。しかし、3月に入ってから急激に感染者数・死者数が増加し（図3参照）、さまざまな緊急措置が検討されることになった。

3月下旬には1日あたり感染者数が20,000人を超える日が続き、なおかつ当時はニューヨーク州を始めとする限定的な地域に感染が集中していたことから、現地の医療機関は大混乱に陥った。未曾有の重症患者が押し寄せ、多くの医療従事者も感染して現場を離れざるを得ない状況にある中、医療従事者の深刻な不足を補うための興味深い提言がなされている。Bayne et al. (2020) は、医療専門職のライセンス制度が緊急事態における医療提供の妨げになっていると指摘した。このライ

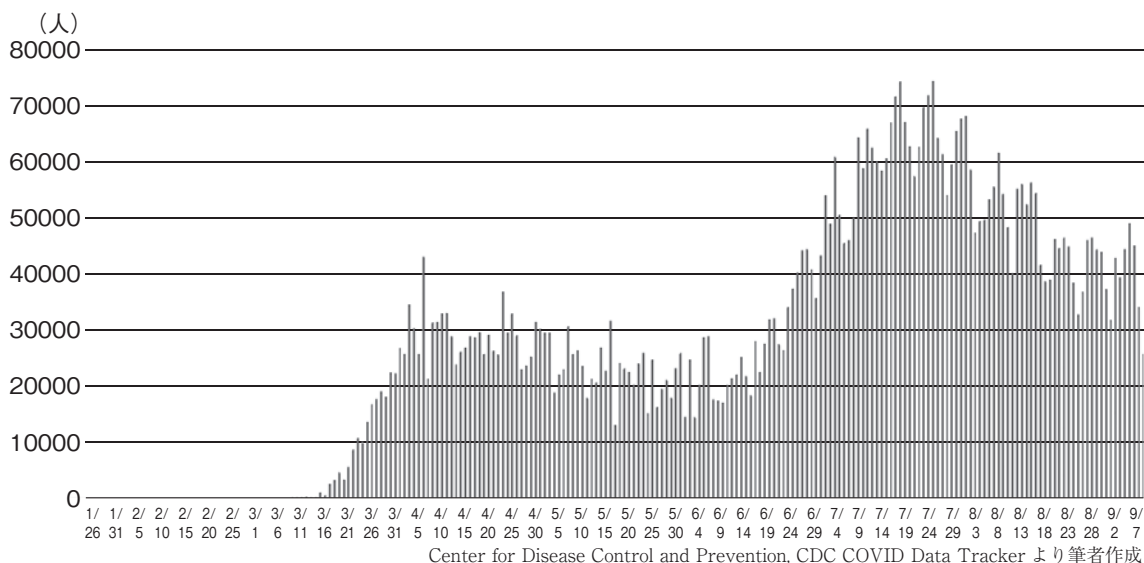
1 PAに関しては、ベトナム戦争から帰還した衛生兵の雇用をつくるという意味合いも強かった。これについては早川（2018）（2019）に詳しい。

2 現在では原則として大学院の修士課程で養成されている。

3 American Association of Nurse Practitioner の定義による。

4 Mitchell(2020), p. 4。

図3 アメリカ国内における1日あたりのCOVID-19感染者数の推移



センス制度をいくつかの観点から修正し、フレキシブルにすることで、より必要な場所に、必要な人材を配置できるという提案である。Bayneらは、有効性の度合いによって、これを3つのレベルに分けた。

最も有効であるとされる Tier 1 は、医師以外の専門職の職域を包括的に拡大する方法である。とりわけ、PA と上級看護師たちは、州法の規制によって「医師の監督のもとに」という条件つきで、高度な医療行為が認められることが多い。そのため、医師が足りない場合、あるいは医師自身が感染によって現場を離れた場合には、彼女らのスキルが活かせなくなってしまうのである。このような事態を避けるためにも、職務範囲に関する州法の規制、とりわけ「医師の指示・監督」に関する条項を一時的に停止し、PA および上級看護師が自律的に動けるようにすることを求めている。後述する他の施策と比べた場合に優位であるのは、これらの PA・上級看護師が既に組織の一員であることを前提としている点である。協働するスタッフや装置など、環境をよく理解しており、その上で職務の範囲を拡大するのであれば、安全

面での懸念は少ない。

また、このような職域拡大の応用として、さまざまなライセンスの要件を一時的に緩和する措置も考えられるとしている。例えば、最終学年の医学生にある程度の医療行為を認めること、あるいは、外国人医師がアメリカ国内で医療行為を行う場合に必要となる研修の免除などである。その他、従来であれば人工呼吸器の操作が認められていない Licensed Practical Nurse (LPN)⁵に教育を行うことで、操作できる人員を一時的に増やすことも検討すべきとした⁶。

善後策の Tier 2 は、州外のライセンスを持った医療専門職の活動を認める方法である。前述のようにアメリカの場合、医療専門職の免許制度は州の管轄となっており、一部の例外を除いて、ライセンスの効力は州内に限られる。州を移動して医療行為を行う場合には、書き換えの手続きが必要となり、今回のような緊急時には大きな妨げとなるのである⁷。Bayne らがこの提言をした3月下旬には、既に14の州が、この規制を停止していた。初期に感染者の多かった州へ、他州から応援に駆けつけた医療専門職も多い。ただし、Tier 1

5 LPN とは、正看護師 (Registered Nurse) と比べると短い養成課程でライセンスが取得できる看護職を指す。日本の准看護師制度に近い。

6 Bayne et al.(2020), pp.3-5

と比較して劣後するのは、感染が全国的に拡大し、あらゆる地域で人手不足になった場合には、効果が薄まるという点である⁸。

そしてこの中では最も有効性が低い Tier 3 は、リタイアした医療専門職に医療行為を認める方法である。アメリカでは多くの医療専門職のライセンスが更新制度を設けている。これには、2-3年の期限の間に州法で定められた単位の継続教育を受講し、その上で更新手続きを行う必要がある。このため、ライセンスが失効している層が存在する。この層に働きかけ、緊急に現場へ戻ってきてもらうということである。既にこの時点で7つの州は、リタイアした医療専門職に特別の権限を与えている。しかし、当然のことながら、この施策はリスクが大きい。専門職自身が高齢であるため、自らも感染リスクが高いこと、そして、現代の医療環境に素早く適応できない場合もあることを Bayne らは指摘している。とはいえ、4つの州は更新期限を延長したり、継続教育の受講要件を満たしていなくても更新を認めるという措置を行なっている。そして、3つの州では更新にかかる手数料を無料にしている⁹。

本研究では、これらの提案のうち、最も有効性が高いとされている Tier 1 の職域拡大について、詳しく見てゆきたい。これらの職種は既に職域拡大を実現させつつある最中であったということがポイントである。一から職域拡大の議論をしている間は間に合わないし、緊急時とは言え、まったく前例のなかった試みを行うことはリスクが高い。「どこまでを中間職種に委ねるべきか」というこれまでの議論や試行錯誤があつてこそ、必要に応じた素早い修正が可能になったと言える。

（2）PA をめぐる動き

① PA に関する州法の一時停止・適用除外

PA の場合、COVID-19 をめぐる緊急措置として医師の監督要件に関する規制が主な議論の対象となった。職業団体である American Academy of Physician Assistant によれば、9月10日現在、アーカンソー、アラスカ、ケンタッキーを除く47州が、何らかの「規制一時停止・適用除外」の措置をとっている。修正のレベルはさまざまであるが、8州では Executive Order（州知事命令）によって、医師の監督要件を一時停止・適用除外と

表2 PA に関する州法の一時的停止・適用除外のレベル（2020/09/10現在）

州知事命令による監督要件の一時停止・適用除外	ヴァージニア、サウスダコタ、テネシー、ニュージャージー、ニューヨーク、ミシガン、メイン、ルイジアナ
現行の州法によって監督要件を全部（もしくは部分的に）一時停止・適用除外	アイオワ、アイダホ、アラバマ、アリゾナ、イリノイ、インディアナ、テキサス、デラウェア、ノースダコタ、ハワイ、ミネソタ、モンタナ、ロードアイランド
いくつかの行為に関する要件（ライセンス、医師との比率、遠隔医療など）を一時停止・適用除外	ウエストヴァージニア、ヴァーモント、ウイスコンシン、オクラホマ、オハイオ、オレゴン、カリフォルニア、カンザス、コネティカット、コロラド、コロンビア特別区、サウスカロライナ、ジョージア、ニューハンプシャー、ニューメキシコ、ネヴァダ、ネブラスカ、ノースカロライナ、ペンシルヴェニア、フロリダ、マサチューセッツ、ミシシッピ、ミズーリ、メリーランド、ユタ、ワイオミング、ワシントン
措置なし	アーカンソー、アラスカ、ケンタッキー

AAPA ウェブサイト “COVID-19 STATE EMERGENCY RESPONSE”¹⁰ より筆者作成

7 COVID-19の発生以前から、州単位のライセンス制度には既得権者を守る参入障壁であるとの批判もあった。一時的な人員不足に対応する派遣や臨時雇いの医療専門職は州を跨いで活動することも多いし、近年では遠隔医療が普及する妨げになるとも指摘されている。いくつかの州では、ライセンスを互いに有効とする協定を結んで対応していた。

8 Bayne et al.(2020), p. 5

9 Bayne et al.(2020), pp. 5-6

10 <https://www.aapa.org/news-central/covid-19-resource-center/covid-19-state-emergency-response/>（2020年9月10日アクセス）

した。

例えば、2020年3月20日に、州知事命令による修正を行ったメイン州を見てみよう。中間職種の職域拡大のほか、ライセンスをめぐるいくつかの点に言及している¹¹。

以上のように、いくつかの州では、PAが独立して判断したり、リーダーとしてチームに指示を出すことが一時的にせよ可能となった。この後、彼らの働き方はどのように変わったのだろうか。

②ゼネラリストとしてのPAの活躍

職業団体であるAAPAは、2020年5月19日に

「COVID-19 and the Physician Assistant Workforce¹²」という調査報告書をリリースした。

調査の主眼は、COVID-19に対処するPAの労働環境を明らかにすることである。例えば、バーンアウトのレベルや安全性を担保できる保護具が行き渡っているか、一時帰休を命じられたか否か、賃金の変化などが調査項目に挙げられている。

本研究の目的から興味深い項目は、「COVID-19の間にどのような経験をしたか」という問いである。COVID-19患者との直接的な関わりで言えば、52%のPAが検査に携わり、47.4%が診断、40.0%が処置に携わっている。また、「雇用の変化」

COVID-19の治療を促進し、ウイルスを封じ込めるための、 特定医療専門職のライセンスに関する州法の一時停止に関する命令

- A) 医師、Physician Assistant、もしくは看護師のうち、他州で有効なライセンスを持っている者、そして過去10年間に懲罰的な、あるいは反社会的な行為（ライセンスの喪失、執行猶予、制限を含む）を行っていない者、そしてCOVID-19への医療行為の援助のために緊急のライセンスを求めている者は、州が緊急事態にある期間において有効となるメイン州の緊急ライセンスを即座に発行する。このライセンスを与えられたすべての医師、Physician Assistant、もしくは看護師はメイン州において対面的な医療行為を提供することができ、州を超えた遠隔医療を行うことができる。緊急ライセンスフィーは、このパラグラフが適用除外になることに準拠する。
- B) 医師、Physician Assistant、もしくは看護師のうち、他州で有効なライセンスを持っている者、継続的な治療を受けるために州外へ移動しているメイン州在住の患者を担当している者は、州が緊急事態にある期間においてはメイン州のライセンスを取得することなく遠隔医療によって医療行為を行うことができる。
- C) 医師、Physician Assistant、もしくは看護師のうち、この命令から2年以内に有効だったメイン州のライセンスを持っている者、そして過去10年間に懲罰的な、あるいは反社会的な行為（ライセンスの喪失、執行猶予、制限を含む）を行っておらず、未解決の訴訟、公開捜査がない者は、求めに応じて即座にライセンスを再度有効化する。そして、そのライセンスは州が緊急事態にある期間において有効となる。緊急ライセンスフィーは、このパラグラフが適用除外になることに準拠する。
- D) COVID-19への医療行為を援助する（または援助する予定の）Physician Assistant および上級看護師に対する医師の監督要件・協働要件は、公衆衛生が緊急事態にある間、一時停止する。
- E) 医師、Physician Assistant、もしくは看護師のうち、有効なメイン州のライセンスを持っている者、もしくは州が緊急事態にある間に更新する予定の者は、3月15日、あるいは「未来の公衆衛生を守るための州民の緊急事態宣言2020」あるいはそれに続く緊急命令以降の有効期限より30日まで期限を延期することができる。
- F) 医師、Physician Assistant、もしくは看護師のうち、有効なメイン州のライセンスを持っている者、もしくはこの緊急命令に従って医療行為を行う権利を得た者は、映像と音声、音声のみ、あるいはメイン州民が医学的に必要とするその他の電子機器を含む、すべての様式の遠隔医療による医療行為を行うことが認められる。一方で、州の患者のプライバシーと信頼性に関する法律の遵守は、COVID-19の緊急事態に対応する目的においては、一時停止とする。

11 太字箇所は筆者による。

12 [https://www.aapa.org/download/65014/\(2020年9月10日アクセス\)](https://www.aapa.org/download/65014/(2020年9月10日アクセス))

表3 NPに関する州法の一時的停止・適用除外のレベル（2020/09/10現在）

州知事命令が発令されたものの、すでに失効	カンザス（5/31失効）、テネシー、ミシガン（7/13失効）
職務を行うのに求められる要件のすべてを一時的停止	ウイスコンシン、ケンタッキー、ニュージャージー、ニューヨーク、ルイジアナ
職務を行うのに求められる要件の一部を一時的に適用除外	アーカンソー、アラバマ、インディアナ、ウエストヴァージニア、ヴァージニア、オクラホマ、カリフォルニア、サウスカロライナ、テキサス、ノースカロライナ、ペンシルヴェニア、マサチューセッツ、ミズーリ
措置なし	イリノイ、オハイオ、ミシシッピ、ジョージア、フロリダ、デラウェア、ユタ
すでに Full Practice を獲得	アイオワ、アイダホ、アラスカ、アリゾナ、ヴァーモント、オレゴン、コネティカット、コロラド、コロンビア特別区、サウスダコタ、ニューメキシコ、ニューハンプシャー、ネヴァダ、ネブラスカ、ノースダコタ、ハワイ、ミネソタ、メイン、メリーランド、モンタナ、ロードアイランド、ワイオミング、ワシントン

AANP ウェブサイト “COVID-19 STATE EMERGENCY RESPONSE”¹⁶⁾ より筆者作成

という問いについては、5.9%が専門分野の変更、9.9%が配置転換を経験している。

これについては、Grimaldi（2020）がニューヨークの医療機関において、さらに詳しい考察を行なっている。Grimaldi は PA のゼネラリストとしての側面が、今回のような緊急事態には有効であったと述べている。整形外科の分野では、COVID-19以前、つまり通常時には、PA は各専門医の橋渡し役であり、パートナーであった。研修医とともに手術の第一・第二助手を務め、術前・術後の管理を行っていた。また、外来においては患者との最初の接点となった¹³⁾。

3月以降は、一般の患者と COVID-19の患者とが混在して病院を訪れるようになった。そこで、病院はトリアージセンターを設立し、PA と研修医が主軸を担い、必要に応じて電話で医師に指示を仰ぐ体制で運営した。また、COVID-19検査所においても、PA が中心となったようである。PA はさまざまな分野に対応できるよう、ゼネラリストとしての教育を受けている。このため、非常

時には必要に応じてサポートに入ることができ¹⁴⁾、フレキシブルに医療提供体制を作ることに貢献できると結論づけている¹⁵⁾。

（3）NP をめぐる動き

③ NP に関する州法の一時的停止・適用除外

NP と PA の職務は、従来から重なる部分も大きい。しかし、最も大きな差異は、第一に、資格取得の時点で専門分野が決められているスペシャリストであること、第二に、州によっては独立開業が可能であるなど、より自律性が高いことである。NP の場合は、すでに23の州では、「患者の評価、診断、オーダー、検査結果の解釈、処置の実施と管理、薬物の処方とコントロール」がすべて可能である“Full Practice Authority”を獲得している。そのため、これ以外の州でのみ、州法の一時的停止・適用除外が争われた。ほとんどの州は、上記6つの Practice のうち、すでにいくつかの権利は獲得済みである。よって、COVID-19を機としてどれを追加的に NP が独立して行いう

13 Grimaldi（2020）, pp 1-2。

14 ニューヨーク州では、州知事命令により選択的手術が停止となった。そのため、手術室を担当していた PA の多くは COVID-19患者に対応する部門に再配置されたと地元テレビ局の WPIX-TV (PIX11) が報じている。また、ニューヨーク州を拠点とする病院グループ Northwell では、グループ全体で約1200人いる PA のうち、急性期医療と救急医療の経験のある者が、医師に代わってチームリーダーとなるケースも多かったという。https://www.pix11.com/news/coronavirus/in-this-together/physician-assistants-called-to-covid-19-front-lines（2020年9月10日アクセス）

15 Grimaldi（2020）, pp 2-3。例えば、New York-Presbyterian Hospital の場合、通常時から夜間に対応できる採血専門技師や心電図検査技師がいなかったため、PA が採血と心電図検査を担当していたという。

16 https://www.aanp.org/advocacy/state/covid-19-state-emergency-response-temporarily-suspended-and-waived-practice-agreement-requirements（2020年9月10日アクセス）

るよう修正したのか、その範囲については、州によってさまざまである。AANP の分類によれば、レベルは表 3 のようになる。

平時より Full Practice が独立して可能な州も多い一方、未だ COVID-19 が収束していない段階で早々に州知事命令を失効させている州もあるなど、NP に対する評価には温度差があることがわかるであろう。NP はより自律性が高く、独立開業も可能であることから、競争相手と見做され、医師会からの風当たりが強いのである。今回のような緊急時にあっても、従来からの力関係は影響していると言わざるを得ない。なぜなら、州知事命令を失効させた州、および修正措置を講じていない州は、決して人口あたり感染者数が少ない州ばかりではないからである。むしろ、修正措置なしのフロリダ、ミシシッピ、ジョージア、そして州知事命令を失効させたテネシーは、人口あたり感染者数のトップ10 に数えられる¹⁷。かえって、人口あたり感染者数の少ない州ほど、Full Practice を獲得できている割合が高いのは皮肉である。

④中西部における NP の職務範囲に関する実証研究

最後に、NP の職務範囲と COVID-19 による死亡率の相関関係を調べた興味深い研究を紹介したい。中西部 7 州はもともと、NP の権限について、比較的制限的なスタンスをとっていた。しかし、これらのうち、インディアナ、ウイスコンシン、カンザス、ミシガン、ミズーリの 5 州は COVID-19 を機に規制を一時停止し、NP の職務範囲を拡大させた。一方で、イリノイ、オハイオの 2 州は、何らの緩和措置を講じなかった。

これらの 2 グループを比較したところ、職務を

拡大させたウイスコンシン、カンザス、ミシガンの各州は、COVID-19 による死亡が 1 日当たり約 10 症例減少させる効果があったという¹⁸。仮に、イリノイ州で NP の職務範囲を Full Practice に修正していた場合、シカゴ市を含む Cook County では COVID-19 による死亡率を 8 % 減少できたであろうと分析している¹⁹。「職業資格制度は消費者を守るために存在するとされ、NP の職域拡大は安全性に懸念があると言われてきた。しかし、この調査では職域拡大が COVID-19 による死亡率を減少させる結果となった²⁰」として、Chung は規制に再考を促している。

4. 終わりに

本研究では、COVID-19 という非常時において、医師不足を緩和するための医療専門職の緊急タスクシフトについて明らかにした。9 月 10 日までに、アメリカ国内で 6,310,663 人がウイルスに感染し、うち 189,147 人が死亡している²¹。この、世界でも最も深刻なレベルの事態に対し、アメリカという国がどのような方法で医療の危機を乗り越えようとしたのか、世界中が注視していたことと思う。ここで提示できたことは、そのうちのわずか一部分に過ぎない。ただ、無保険者を含む医療アクセスの格差、数多の民間・公的医療保険が混在した複雑極まりない保険制度による混乱、経営上の合理性や国家の医療費削減を優先させた結果としての感染症対策の不足など、起こったことはすべて、COVID-19 以前からの医療の延長線上にある。水面下で蠢いていた、あるいはすでに表面化していたそれらの問題が、COVID-19 を機に拡大した姿で国民の目の前に現れたに過ぎない。

本研究でとりあげた問題も、これまで長きにわ

17 人口10万人あたりの感染者数が多い順に10州を挙げると、ルイジアナ (3,312) フロリダ (3,018) ミシシッピ (2,940) アリゾナ (2,873) アラバマ (2,733) ジョージア (2,713) サウスカロライナ (2,476) テネシー (2,448) ネヴァダ (2,384) アイオワ (2,245) となる。2020年9月10日現在の CDC COVID Data Tracker による。

18 インディアナ、ミズーリについては、3月中旬以前のカウンティ単位での死亡数のデータが残っていないため、この比較対象から外している。Chung (2020), p. 4。

19 Chung (2020), p. 1。

20 Chung (2020), p. 7。

21 CDC COVID Data Tracker による。

たって議論が続けられてきたことの発展形であり、すでに制度的な枠組みはできていた。アメリカでも医師不足が懸念され、中間職種へのタスクシフトを模索してきたからこそ、州知事命令等による緊急措置が可能になったのである。数多の感染者・死亡者が生じている以上、この施策がどの程度有効だったのか、現段階では明らかではない。そしてもちろん、成功事例として提示するつもりもない。

ただ、今後日本にさらなる感染拡大が起こったり、他の新たなウイルスによるパンデミックが発生し、医療が逼迫した場合にも、弱点はこれまでの弱点を拡大させた形で現れる。そして、乗り越えるための方法も、やはり我々が持っているカードの中からしか講ずることができないことは確かであろう。アメリカと比較すればパンデミックの規模こそ小さかったものの、感染者や関係者の方々、医療や福祉に従事される方々が経験したご苦労や払った犠牲は、等しく重いものだったはずである。今一度、従来から抱えてきた問題がどのように拡大しうるか、そして、危機を乗り越えるための武器になる日本の医療の強みとは何だったのかを議論してゆきたい。

参考文献一覧

American Academy of Physician Assistants
(2020) *COVID-19 and the PA Workforce Trend and implications for PAs*

Bayne, Ethan, Norris, Conor, Timmons, Edward
(2020) “A Primer on Emergency Occupational Licensing Reforms for Combating COVID-19”, *George Mason University MERCATUS CENTER POLICY BRIEF*, March 26, 2020

Cung, Bobby W. (2020) *The Impact of*

Relaxing Nurse Practitioner Licensing to Reduce COVID Mortality: Evidence from the Midwest, University of Illinois Labor & Employment Relations Project for Middle Class Renewal

Grimaldi, Peter W. (2020) “Restructuring a Physician Assistant Department at an Orthopedic Specialty Hospital in Response to the COVID-19 Pandemic”, *The Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surge*, 18 August 2020

Marfell, Julie A., Kelso, Lynn (2020) “The Nurse Practitioner in the Time of COVID-19”, *University of Louisville Journal of Respiratory Infections*, Vol. 4, Issue 1

Mitchell, Matthew (2020) (“First, Do No Harm: Three Ways That Policymakers Can Make It Easier for Healthcare Professionals to Do Their Jobs”, *George Mason University MERCATUS CENTER POLICY BRIEF*, March 24, 2020

早川佐知子 (2019) 「新しい医療専門職の導入による分業体制の変化に関する考察：1970年代の Physician Assistant の事例から」『経営論集』第66巻1号，明治大学

早川佐知子 (2018) 「Physician Assistants and Social Policies in the 1960s」『医学史研究』第100号，医学史研究会

AANP ウェブサイト

AAPA ウェブサイト

Center for Disease Control and Prevention,
CDC COVID Data Tracker

WPIX-TV (PIX11) ウェブサイト

(はやかわ さちこ、明治大学経営学部専任講師)

中国・山東省における新型コロナウイルスの影響

宋 曉凱・権 慶梅

I はじめに

2019年末に発生した新型コロナウイルスは中国経済に甚大な影響を与えた。国家統計局が公表した2020年第1四半期の国内総生産（GDP）は前年比6.8%減となった。経済活動が深刻な打撃を受けた背景には、中国政府が都市封鎖など厳しい新型コロナウイルス対策を講じ、経済活動をほぼ全面的に停止したことにある。新型コロナウイルスの収束に伴い、3月から操業再開を促進する様々な支援策が切れ目なく打ち出され、経済活動の正常化が進められている。その結果、第2四半期（4～6月）のGDPは3.2%増となり、プラス成長に転じ、2020年上半期の実質GDP成長率は前年同期比マイナス1.6%減となった。

山東省は中国第2位、約1億人の人口を誇り、GDPは広東省、江蘇省に次ぐ第3位の中国有数の省である。新型コロナウイルスは山東省にも様々な影響を及ぼしているが、ここでは、山東省における新型コロナウイルス対策の変遷を振り返りながら、その影響を分析していくことにする。

II 新型コロナウイルス対策の変遷

（1）感染拡大期（1～2月）

湖北省武漢市の衛生部門が「原因不明の肺炎患者」の存在を公表したのは、2019年12月31日のことであった。山東省では翌年の1月19日に新型コロナウイルスの感染拡大防止チームを立ち上げ、感染拡大防止業務に当たった。21日に第1例の感染者が報告され、24日の昼12時までに15例も報告された。事の重大さに鑑み、山東省政府が「突発的公共事件総合緊急対応マニュアル」に基づき、「重大かつ突発公共衛生事件」レベルで1級（特に重大）の緊急対応を取った¹。さらに、26日に「新型コロナウイルスの感染拡大防止業務をさらに強化することに関する通知」を発した。具体的な内容として、都市間移動の長距離バスの運行停止、湖北省から人員流入の食い止め、湖北省に滞在歴がある者の追跡、集会の停止、消毒・隔離、感染者の集中治療を行うなどであった。これにより、日常生活品の購入以外、ほぼすべての経済活動が

表1 新型コロナウイルスの感染防止対策

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①マスクの着用、検温②都市間移動の長距離バスは運行停止する。②人が集まる場所は原則閉鎖する。（公園・映画館・カラオケなどの娯楽施設）③日常生活に必要な買い物は1家族1名のみ、2日に1回許可される。④解熱剤・咳止めは薬局で直接販売せずに、症状がみられた場合は病院にて診察を受ける。⑤都市部の一部集合住宅においては、複数の出入口がある場合に1ヵ所のみを開放する。⑥集合住宅の敷地内に入るには「通行許可証」の提示を求める。⑦通勤の際は会社が発行する「出勤証明」を持たないものに対して住宅からの外出を認めない。 |
|--|

1 「国家突発公共事件総合緊急対応マニュアル」によると、疫病など公共衛生に関する突発事件について、事件の性質、危険度、影響範囲などに基づいて、最高レベルから順に1級（特別重大）、2級（重大）、3級（比較的重大）、4級（一般的）の4つの等級に区分している。

停止された。地域によって、その具体的な対策は異なるところがあるが、おおむね表1のとおりである。

(2) 経済活動の再開期 (3～4月)

国家衛生健康委員会は国内での新規感染者数の沈静化に応じて、2月25日に記者会見を開き、国内各都市は緊急対応レベルを適切に調整し、エリアごとに、レベルを分けて現状に応じた予防・抑制対策を行い、秩序よく生活・生産活動の正常化に取り組むよう呼び掛けた。これを受けて、山東省政府は2月26日の758名をピークに感染者数が減少し始めたことを踏まえて、3月7日より緊急対応レベルを1級から2級に引き下げた。

山東省内では、新型コロナウイルスの流行が収束段階に向かっているものの、海外流入の感染者が徐々に増えているため、「第2波」として感染拡大に対する警戒が高まっている。また、感染拡大の防止に比類する重要課題である経済の正常化だが、省政府は「第2波」の襲来に警戒しながら、経済活動の再開を進めた。

(3) 確実な安定期 (5月～)

山東省では、3月12日から5月5日まで連続55日間感染者が出ず、また、連続19日間海外流入による新規感染者もないことを考慮し、緊急対応レベルが2級から3級に引き下げられた。省政府は「新型コロナウイルスの常態化に向けた感染防止案」を公布し、感染防止・抑制に取り組むつつ、企業の操業再開における制限を整理・簡素化し、生産・生活の全面的な回復を加速させた。

Ⅲ 新型コロナウイルスによる影響

2018年、山東省の第1次産業（農業）、第2次産業（工業）と第3次産業（サービス業）の域内総生産（GRP）はそれぞれ4,950.5億元（6.5%）、3兆3,641.7億元（44%）と3兆7,877.4億元（49.5%）であった。新型コロナウイルスは山東

省の経済にどのような影響を与えたのであろうか。

1) 農業

山東省は中国有数の農業大省で、穀物、肉類、果実、野菜、水産物はそれぞれ全国の8%、9%、12%、13%、14%を占める。新型コロナウイルスが与えた農業への影響は農産物の生産、販売、流通の多方面にわたる。

一つは、生産活動の遅れである。山東省でも感染拡大を防ぐために人や車両の移動などに対して厳しい規制措置が講じられたため、その影響で資材の供給不足だけでなく、農作業に従事する労働力が極端に不足している地域も多く、生産活動の遅れが見られた。

もう一つは、市場取引の停滞である。農村部では、住民が感染を恐れて集落の出入り口の道路を勝手に封鎖するなどの混乱も起きているため、業者が農産物を効率的に市場へ輸送することができず、買付拒否、買付制限、買叩きなどの問題が発生した。さらに、物流の停滞により、価格の暴落も見られた。例えば、山東省寿光野菜卸売市場では、大根は1月28日の2.8元/kgから0.6元/kgに下がり、済南市歷城区市場におけるイチゴ価格は40元/kgから6元/kgに下落した²。

農業生産の安定化、農産物の安定供給を図るために、省政府弁公庁が「新型コロナウイルスの対応を積極的に進め、農業生産の早期回復に努め、農産物の安定供給を確保することに関する若干の措置」を公布した。その主な内容は、(1) 農業企業の操業再開を促進し、農業生産の安定化を図ること、(2) 需要と供給のアンバランスを解消し、農産物販売ルート拡大を図ること、(3) 物流停滞の解消、(4) 農業支援資金の統一使用、財政・税の優遇措置を講じること、(5) 農業融資の取組強化などである。

これらの強力な支援策により、農産物の生産、販売、流通のいずれも徐々に軌道に戻った。山東省発展改革委員会が3月18日に公表した情報によると、重点的に観測している55品目の価格は安定しており、野菜、水産物の価格は下がり、卵や肉

2 楊萍、李首涵、袁方曜「新冠肺炎疫情对山东省農業的影響及應對建議」『農村經濟与科技』2020年第7期、225ページ。

の下げ幅は緩やかになり、穀物、食用油、肉、卵、牛乳などの生活必需品の供給量が安定し、その価格は今後下がっていくと予想される³。

2) 工業

山東省では、企業活動の再開を2月10日と決められたが、再開にあたって、報告・登録制度が導入され、(1)感染防止・コントロール体制の完備、(2)従業員の健康状況・直近14日間の主な移動先などの情報確認管理、(3)隔離施設と感染防止用物資の手配完了、(4)内部管理体制の完備、感染防止に関する宣伝・研修の完了が操業再開の条件となった。

山東省工業与信息化庁によると、2月21日まで、操業再開した一定規模以上の工業企業⁴は24,411社で、全体の86%を占めた。他方で、民間企業に限ってみると、操業再開率は2月21日時点で30.1%にとどまった。企業が操業再開にあたって直面した課題は何であろうか。

山東省工業与信息化研究院は2月下旬に新型コ

ロナウイルスが山東省工業企業への影響に関する調査を行った。それによると、企業の操業再開上のネックとして、「物流の停滞」(58.3%)と「原材料の調達難」(51.7%)が上位に挙がった。また、「資金不足」(42%)、「従業員の移動制限などが及ぼした人員確保の困難」(33.3%)、「業務再開に必要な防疫物資の不足」(28.7%)、「需要の減退」(18.6%)を課題としたところも多かった。企業が政府に期待することの上位項目には、「税の減免」(75.4%)と「社会保険料の減免」(53.8%)が挙がった。また、物流(44.2%)、融資(43.1%)、防疫物資(30%)、家賃や水道電気料金の補助(20.7%)を選んだ企業も多かった⁵。

企業の多くは、新型コロナウイルスという未曾有の事態を乗り切るために、これを喫緊の課題とし、各種対策を講じている。国や省政府も新型コロナウイルスの感染拡大を極力防止すると同時に、経済への悪影響を最小限に抑えるべく、企業の操業再開への支援策、及び経営上に直面する諸問題をめぐり、一連の支援策を打ち出している。

表2 国と省政府による企業の操業再開支援策

支援策	主な内容	制定者
「新型コロナウイルスの感染状況に対応し、中小企業の安定かつ健全な発展を支援することに関する若干意見」	国有企業からの賃借物件に関する賃貸料の減免措置	省政府
「外資企業の営業、操業再開の加速と外資企業による投資促進に関する若干措置」	外資系企業を対象とする19項目の支援策	省政府
「段階的に企業社会保険料を減免することに関する通知」	企業の養老(年金)・失業・労災保険の企業保険料の減免	国務院
「企業の操業再開率を高め、重点プロジェクトの実施を促進する若干の措置」	企業の操業再開を促進する11項目の支援策	省政府
「新型コロナウイルスの感染防止と経済社会発展業務を統一的に推進することに関する若干意見」	金融支援、税の減免、操業再開の報告・登録制度の廃止、物流や交通停滞の解消、重点プロジェクトの推進などが主な内容である。	省政府
「就業、民生、市場主体を確保するための10条に及ぶ措置」	免税や家賃補助、雇用補助金等の経済政策である。	省政府

出所：筆者が作成

3 山東省政府が3月18日に行った記者会見で公表した。

4 その年の主な業務による売上高が2,000万元以上の工業企業を指す。

5 山東省工業与信息化研究院「山東省工業企業受疫情影響情況調査報告」『山東工信研究』2020年第1期。

表2は国と省政府の支援策を取りまとめたものである。

国や省政府の支援策と企業の自助努力と相まって、3月10日操業再開した一定規模以上の工業企業は26,088社に上り、全体の99.7%を占めた。また、職場に復帰した従業員は461.9万人で、従業員総数の87.7%を占めた。

3) サービス業

新型コロナウイルスの感染防止を行う効果的な施策として、社会的距離を取ることが挙げられるが、これは飲食など対面での接触を要するサービス業に大きな影響を与えることになる。

山東省では、観光産業、飲食業、娯楽業などのサービス業は、新型コロナウイルスの感染拡大期に、営業停止を容儀なくされ、深刻な打撃を受けた。しかし、経済活動の再開期に入っても政府は商業サービス、生活関連サービスなど、新型コロナウイルスとの関係が薄く、経済活動再開に重要とは言えない業種ですら、政府からの再開許可が下りなかったり、労働者の職場復帰が遅れたりしたことから、操業が再開されたものの、低い水準にとどまった。

まず、観光業界について、1月23日、文化観光部は国内の団体ツアー、1月27日から海外ツアーの中止を指示した。各地の観光スポットは閉鎖され、約4万社の旅行会社と3,000万人の観光業従事者が休業に追い込まれた。3月の初めから山東省内の観光スポットが徐々に営業を再開した。当初観光客の戻りは鈍かったが、5月の「労働節」や6月の「端午節」の連休を経て、まず近場の観光地への小旅行から回復が始まった。7月14日、省境をまたぐ団体旅行は173日ぶりに認められたが、海外ツアーの再開見通しがいまだに立っていない。中国旅游研究院によれば、2020年の国内観光客数が前年より延べ9億3,200万人減少し、国内観光収入は同1兆1,800億元落ち込むであろうと推測されている。地方政府からの支援策や創造的なプロモーション活動により、国内の観光業はすぐに回復できるが、国際観光業の問題は解決のめどが立っていない。

次に、飲食業に関して、3月中旬より店内での食事が認められた。店内では、体温チェックや健康アプリの提示・確認、アルコール消毒などの感染対策を行なっているが、客足は完全に戻っていない。先行きの経済的な不安に加え、人々の新型コロナウイルスに対する恐怖は根深く、未だ外出を控える人が少なくないのが実情である。中国料理協会が発表した「2020年上半期（1～6月）飲食業再開状況報告」によると、全国の飲食業の売上高は前年同期比32.8%減の1兆4,609億元、伸び率は前年同期を42.2ポイント下回った。限度額⁶以上飲食企業の売上高は30.2%減の3,119億元であった。しかしながら、全国の大半の飲食企業は、経営状況が新型コロナウイルス感染症発生前の7、8割まで戻り、回復傾向にある。

最後に、映画業界も深刻な打撃を受けた。1月24日、新型コロナの感染拡大が深刻化したことを受け、省内の映画館が一斉に休業を強いられた。その後、国内の感染状況が落ち着く中で、3月23日には新疆ウイグル自治区など一部地域で映画館の再開が始まったが、3月27日に映画業界を所管する国家映画局は緊急の通達を出し、すべての映画館の営業停止を続け、再開済みのものは再び休業するようにと命じた。5月に入ってから国家映画局が、映画館について「予約や人数制限」等の対策をとった上での再開を認めたが、実際には思うように進まなかった。山東省政府も映画館について「しばらく開かない」との方針を示した。7月20日により営業再開が認められたが、倒産などの理由で営業再開できない映画館も多かった。

Ⅳ まとめ

山東省統計局によると、同省の2020年第1四半期（1～3月）の域内総生産は前年同期比5.8%減の1兆4,919.3億元で、第2四半期（4～6月）の域内総生産は前年同期比4.6%増の1兆8,106.5億元であった。新型コロナウイルスの影響で同省の経済成長率は一時的に大幅に鈍化した。政府が打ち出した一連の支援策の下、同省の経済は第2四半期（4～6月）に明らかに好転し、上半期

6 限度額とは、卸売業年商2,000万元、小売業年商500万元、宿泊・飲食業年商200万元を指す。

経済はV字型の回復を遂げた。

このような結果となったのは、政府の思い切った対応によるものだと考えられる。工場の操業や店舗の営業、建設工事などを一旦ほぼ全面的に停止したうえで、再開したことにより、山東省の経済は最悪期を脱しつつある。しかし、すべての産業が回復できたわけでもなく、まだ奮闘している産業も多く存在している。今後、海外からの感染

者流入やそれに伴う感染者増に警戒しながら、これまでの生活や行動パターンを見直し、新しい常態下における経済活動を推進していくことが求められる。

（そう しょうかい、中国曲阜師範大学翻訳学院准教授／副学部長・ちえん ちんめい、中国曲阜師範大学経済学院准教授）

コロナ禍とEU、仏独の雇用問題対応策

石塚 秀雄

1. はじめに

EUは4月8日に「コロナウイルスに対するグローバル的対応」という声明文を出した。パンデミックは、一国だけで対応できるものではなく、まさにグローバル化により感染が急速に世界的に拡散したものである。したがって、一国だけがよくなるということはないので、グローバルな連帯のあり方が問われるわけである。現在、各国の国内対策が重視されるのは、塹壕戦的に当然であるが、経済のグローバル化により急速にパンデミックが拡大したのであるから、その終結のためにはやはりグローバルな共同が必要なわけである。以下、EUヨーロッパ連合のパンデミックに対する基本的対応について、全文概要を紹介する。
【Coronavirus: EU global response to fight the pandemic】

2. EUのコロナ対策提言

4月8日、EUは、加盟各国にたいして、対コロナウイルス対策のための強化のための提言を出した。EUの共同の取り組みは、まずは医療危機、それがもたらす生活のニーズの問題であり、さらには発展途上国の医療・水・衛生体制・パンデミック対策ができるように支援し、その社会経済的影響を緩和することである。

そのためにEUは途上国に対する財政支援を156億ユーロ（約2兆円）を拠出し、これまでのEU支援策と併せて、コロナウイルス対策に充ててもらう。EUのレーエン委員長は次のように述べている。

「ウイルスに国境はない。グローバルな対応が必要だ。EUは休むことなくパンデミックと戦う。協同して取り組むことだけが世界的なコロナウイルスの拡散に対抗できる。そのためにEUは目に

見える形でコロナ被害に遭っている国々への必要な資金を提供し、またWHOによる途上国への取り組みを支援する。」

EUのボレル副委員長も追加発言をしている。

「コロナウイルスパンデミックに対抗するには団結が必要でグローバルな対応が鍵だ。EUとその加盟国は、この医療危機と厳しい状況に対し国内および国外の両面で戦っている。EU市民への供給支援に全力を尽くし、また関係諸国や遠い国々における生活の安心安全のための支援を行う。というのは彼らの問題はわれわれの問題であるからだ。これはみんなとともに勝つかそれとも一緒に負けるかのグローバルな戦いである。国際的な多様な協同が解決への道であり、未来のための真のアジェンダ【工程表】である。」

EU国際パートナーシップ局のウルピライネン局長も次のように述べている。

「コロナウイルスが世界のどこかで生命を脅かしている限り、われわれは安全ではない。国際的な協力とパートナーシップがカギである。コロナウイルスを終息させるためにはグローバルな協働が不可欠である。EUは『みんなに安全な未来を』ということで、とりわけアフリカ諸国との協働作業を進めている。」

EU近隣拡大局のバルエイリ局長は、次のように述べている。

「コロナウイルスパンデミック対策としてEUは、バルカン諸国、東ヨーロッパ、アフリカ諸国にたいして、EUとして38億ユーロ【約5000億円】の資金提供をする。これらの地域が緊急に必要としているのは迅速な医療対応と医療制度の整備、さらにパンデミックによる社会経済的悪化を止めることである。互いに手をつないで分かち合うことでしかパンデミックに勝てない。」

EU危機管理局のレナルチク局長は次のように

警告している。

「われわれこの数十年間、深刻な人権の危機に直面している。コロナウイルスは、もっとも脆弱な諸国、移民、社会的弱者のところで蔓延しており、事態は深刻である。難民キャンプの公衆衛生は一層深刻である。医療・公衆衛生の改善、物資供給などの人道的支援が緊急に必要である。」

EUは「チームEU」を作って、パンデミック対策のために迅速な周辺各国の支援をおこなっている。その財源はEU、EU加盟国、ヨーロッパの金融機関とりわけヨーロッパ投資銀行とヨーロッパ再建開発銀行から拠出されている。バルカン諸国、東欧、アフリカなどの国々の社会経済のためには短期資金と長期資金の両方が必要である。

EUはグローバルな協力を積極的に進め、各地の多様な取り組みを推進し、国連、国際機関、G7やG20の先進国と協力する。

EUは医療支援を必要としているバルカン諸国、中東、北アフリカ、アジア太平洋の一部の諸国への支援を行う。また難民、移民、国内少数民族など弱い立場の人々に対するプログラムも「グリーンディール」「デジタルアジェンダ」を通じて取り組んでいる。基金総額は156億ユーロ【約2兆円】でそのうち対アフリカが32.5億ユーロ【約4000億円】、北アフリカが11億9千万ユーロ【1500億円】である。またEU近隣プログラムでは、総額30.7億ユーロ【約4000億円】のうち、アフリカに20億ユーロ【2600ユーロ】、東欧に9.6億ユーロ【約1100億円】、バルカン諸国とトルコに8億ユーロ【約1000億円】。さらにEU持続的発展基金（EFSD）からこれらのプログラムにたいして別に14億2千万ユーロ【1700億円】が拠出されている。EUはアジア太平洋に12億2千万ユーロ【約1500億円】、カリブ海諸国やアフリカに2億9100万ユーロ【約400億円】、ラテンアメリカに9億1800万ユーロ【約1200億円】、その他諸外国に1100万ユーロ【130億円】を拠出している。

3. EUのパンデミック対応

EUは5億200万ユーロ【約650億円】を次の緊急対策プログラムに支出した。

—WHOと国連への直接支援金。医療制度の改

革をおこなう各国の赤十字や三日月【イスラム】への財政支援。

—発展途上国の医療、水道、公衆衛生（WASH）と運輸整備のための人道的支援。

—ヨーロッパおよび周辺国で不足しているコロナウイルス感染防護物品の生産。

—民間市民防護機構（UCPM）を通じて現物給付の組織化。

—EU発展支援基金を国際金融機関やヨーロッパ金融機関開発機構を通じて地方銀行に提供すること。

—医療機器や医薬品の供給を妨げるような輸出規制の撤廃。

—EUとバルカン諸国との医療機器についての共同調達協定、ヨーロッパ急速診断通信システムの設置。EU連帯基金の活用。

EUは医療機器開発、水道整備に28億ユーロ【約3600億円】

—発展途上国の弾力性のある医療制度、社会防護制度づくり支援。

—コロナウイルス感染拡大を防ぐための各対応策のための支援。

—国際エイズ基金、結核マラリア基金、国際ワクチン予防連盟（GAVI）などの支援。コロナウイルス対策を支援する金融機関への支援。

—発展途上国の診療、予防、ワクチン接種のための支援。

—アフリカ、ラテンアメリカ、カリブ諸国、アジア太平洋諸国の地域医療機関の訓練、疫学的検査強化のための支援。

—バルカン諸国から医療従事者のヨーロッパでの訓練。

—移民、難民および受け入れ国の支援。

EUはコロナウイルス対策の経済的社会的対応に122億8000万ユーロ【約1兆6千億円】

—EU各国などのコロナ危機による貧困、生活苦、労働者保護のための継続的な金融支援。

—バルカン諸国に対する、IMFとともにマイクロクレジット支援。

—EU持続的発展基金による短期リスクシェアリングや貸付による、中小企業、自営業に対する

資産保護、専門的支援。

—ヨーロッパ投資銀行を通じて公的資金を医療設備・部材の調達のために投入。

—重要な産業部門のネットワーク、労働者の権利の確保、企業のCSR（企業の社会的責任）を国際機関とヨーロッパの企業がともに進める。

—コロナウイルス被害を受けた国の負債の軽減についてIMFが救済措置を考えること。

4. フランスのコロナ関連補償

フランスにおける新型コロナウイルスの死者は4月15日の時点で約15,000人に及んでいる。3月23日にフランス政府はコロナウイルス対応として、約2ヶ月間をめどに、地方自治体を対象に非常事態法（法290号、2020年）を発令し、違反に対しては罰金を科すという措置をとった。一方で、経済緊急措置やCOVID19対策は当然ながら、経済緊急措置の対策を取っている。その基本的な考え方は、COVID19により企業や団体が財務危機に陥ったり破産しないように支援することであり、労働者の労働権を守ることであり、休業補償をすることであり、子供青年層を守ることであり、行政手続きを迅速化することであり、住民の医療権を確保することであり、そのために政府・自治体が財政支出をすることである。以下、経済関係についての補償内容について簡単に触れたい。

（1）企業に対する補償

フランス政府のCOVID19対応の貸付(PGE)は、事業主、自営業を対象にしたものである。被雇用者（賃金労働者）に対しては、失業手当が適用される。この貸付(PGE)は政府が直接貸付するのではなく、銀行から企業に貸付を行うものである。その対象となる企業とは、零細企業（Micro E、従業員50人以下）小規模企業（PME、従業員250人以下）、中規模企業（ETI、従業員250—4999人、または事業高500億ユーロ以上）と分かれる。さらに公官庁（公務員）があり、また非営利組織、財団などが事業組織（企業）と見なされている。したがって、企業そのものに対する補償金額は、労働法などの法令に基づき、従業員の規模等によって異なる。またいわゆる自営業である

農民、職人、商人、起業会社（クラウドファンディングなど）、芸術家、自己雇用者などに区分される。コロナウイルス被害の多大な事業分野は、旅行業、レストラン、航空、自動車、文化芸術などがあり、緊急な補償の対象になっている。またコロナ禍の中で、2020年に出された政令で、企業によるコロナを理由にした解雇の制限、勤務時間短縮あるいは休業により賃金の基本70%保障の維持などを企業に命じた措置を取っている。

4月現在、フランス政府は、約3000億ユーロ（約39兆円、GDPの約15%）を国立企業投資銀行（Bpifrance）を通じて貸付することを表明し、緊急措置としてすでに、15万企業に対して220億ユーロ（約3兆円）の貸付を行っている（単純平均一件200万円）。これは名目は貸付であるが、返済の必要はなく、国が銀行に返済の責任を持つ。企業からの申請は、取引銀行を窓口として行う。

（2）労働者への補償

コロナ禍を受けて、労働法の部分的改正を行い、雇用維持の方策を取っている。企業の従業員は、これまでも比較的その権利は守られているが、それでも不安定化がすすんでいる。たとえば、テレワークや在宅勤務（salaries a domicile）などという新しい労働形態がコロナ禍の中で促進されている。さらに日本では非正規労働と呼ばれるような部分労働・短時間労働の従事者は、一層の不安定化を増している。さらには障害者労働者、外国人労働者などがおり、政府はこうした労働者の種類に基づいて、補償手当の区分を実施している。

4月15日のフランス労働省の発表によると、コロナ禍による労働停止（失業）により、360万人の被用者（労働者）が部分的失業手当（CP, chômage partiel）の特別適用を受けており、その支払い総額は110億ユーロ（約1兆4千億円）となっている。CPは正規の失業手当とは別で、それよりも短期労働（3ヶ月）を対象とした副次的な保障であり、不安定労働者を主たる対象としたものである。保障は賃金の原則70%である。少なくとも最低賃金（8.03ユーロ/h）は保障される。これもまた分野は旅行業、レストラン、建設業、商店などが主たる分野である。申請は、事業主（会社）を通じて行う。なお、CPに該当する労働者

数は870万人と見込まれており、今後手当の支出は増大するものと考えられている。

（３）子供・障害者支援

コロナ禍により政令を出して、対応をしている。在宅待機および学校休校に伴い、16歳以下の子供、障害者のいる家庭を維持するために、テレワークなどをしたり、休職しなければならない親（労働者）に対しての補償は、事業主（会社）の責任となり、事業主は、疾病金庫（社会保険）に申請を行う。現在のところ最大21日まで認められる。疾病金庫が審査を行うが、最低金額は一日56ユーロ（約7,000円）である。ただし、フリーの医療従事者・薬剤師については、一日72ユーロから120ユーロ（約15,000円）の補償となっている。

（４）生活困窮家庭支援

コロナウイルスによる生活困窮家庭（famille modeste）に対しては、連帯省と保健省が所管して、活動連帯所得（RSA）、特別連帯手当（ASS）、さらに住宅手当などが支給される。いずれも子供手当に該当し、子供一人あたり100ユーロが基準である。ただし納税基準によって支給金額が異なる。現在まで、400万人、10億ユーロ（約1300億円）が支出されている。

５．ドイツの労働市場と社会政策

ドイツにおけるコロナ禍が経済的影響を与えた産業分野は、やはり、旅行、レストラン、文化芸術などであり、影響が比較的低いのは、公的セクター、金融業、医療、農業などである。また労働市場では、自営業、パートタイマー、フリーランス、有期雇用者などに影響が大きい。

（１）企業に対する補償

コロナ禍対応としては、ドイツ連邦政府は政府の発展信用銀行（KfW, Kredit für Wachstum）に4600億ユーロの財源を渡し、短期的金融的支援プログラムを実施させている。またそこにEU投資銀行の資金も追加されている。それによると、中小企業など一般的貸付では設立5年以上の企業に対してリスク額の80%まで（通常は50%まで）、

最高2億ユーロまで貸し付ける。大企業に対しては20億ユーロまで（通常は5億ユーロ）貸し付ける。従業員10名以上の中小企業には緊急貸付（Schnellkredite）を3ヶ月分事業高を、最高80万ユーロ、従業員50名以上の企業には80万ユーロまでを貸し付ける。返済期限は5年である。

（２）労働市場に対する補償

ドイツ政府はまた、経済安定基金法（WSF, Wirtschaftstabilisierungsfonds, 2020.3.25）を制定して、コロナ禍に対する市場と労働市場の安定化を図っている。予算は約4000億ユーロである。これは2021年末までの時限立法で主として企業による雇用の確保のために使われる。

しかしコロナ禍の影響により短期労働者（Kurzarbeiter）が急増し三分の一が短期労働者となった。そのために2020年3月13日短期労働者賃金危機対応時限立法（Kurzarbeitergeld Gesetz）を12月までの時限立法として制定したが、2021年12月まで延長された。政府はコロナ禍の影響を受けた短期労働者数を235万人と計算して補償手当の対応を実施している。これは短期労働者の収入の70%を補償するもので、児童家庭の場合は最高87%を補償する。またドイツは芸術公共支出が2019年1兆2千億円であり、芸術家向けコロナ対策支出が560億円、民間基金は芸術活動家に当面月12万円支給している。そのドイツでさえ芸術家の消滅を危惧している。その他労働市場については、労働法や社会保険法、社会保障パッケージなどにに基づき、従来の社会保障制度の中でコロナ禍対策を実施している。また医療労働者に対しては、コロナプレミアムとして1,000ユーロが支給され、社会サービス従事者にも手当が支給された。ドイツにおいては共同決定法の理念が単に大企業だけではなくて中小企業の労働協約において準用されることになったのは、コロナ禍のひとつの良い成果だと思われる。また若者の雇用、障害者、児童、在宅サービス、在宅勤務などへのそれぞれのコロナ禍対応が取り組まれている。

おわりに

EUと日本のコロナ禍における社会経済的対応

の大きな違いは、日本の対策が生産と労働という基本を十分に押えておらず、それに必要な細かな規則を作らないことである。日本もまがりなりに既存の社会労働法制の中で対応をしているものの、極めて手薄である。その一方で、自粛や協力金さらにはGoToトラベルなどの消費喚起型の、国民生活を国策で扇動するような形で進められているのが特徴的である。これはスガ政権が「公助」を一番最後に持ってきたように、国がお情けでカ

ネを出すという理念が底にあるからである。生産と労働を守り、コロナ検査により安全を守るという基本精神が欠けているのに対して、不十分な点はあるにしても、社会政策と労働政策を踏まえて、コロナ対策しているEUに見習う点は多々あると思われる。

(いしづかひでお、研究所主任研究員)

地方独立行政法人の運営に移行した 公立病院の収支構造の変化とその背景

岩本 鉄矢

<はじめに>

全国の公立病院は長期間にわたって赤字状態が継続または拡大しており、自治体財政に及ぼす影響も少なくないと言われています。そのために、公立病院への地方公営企業法の全部適用など、首長が任命した管理者による独立採算を原則とした運営への変更等が進められましたが、経営改善に結びついた事例は多くはありませんでした。

そうした状況の下で、「地方独立行政法人法」が2003年7月に制定、2004年4月1日から施行され、公立病院の経営改善を実現する新しい運営方法を可能にする法律として注目されました。2017年末時点で全国で約90の県・市・町立病院が地方独立行政法人による運営に移行しており、その後も増加しています。また、東京都立病院など少なくない病院が、今後独立行政法人への移行を目指していると言われています。

山形県には5つの県立病院があります。その1つであり、1993年酒田市に5番目の県立病院として開設された県立日本海病院が、2008年4月から酒田市立病院と経営統合して設立された「地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構」の下で、日本海総合病院と名称変更し、地方独立行政法人による運営へ移行しました。他の4県立病院は今日も地方公営企業法の全部適用による運営です。日本海病院の地方独立行政法人移行前と移行後、及び他の県立病院の収支内容を比較検討し、運営形態の変更による経営構造の変化と、変化をもたらした主要な要因を探りたいと思います。

比較のために使用した資料は次の通り毎年公表されている報告書等であり、それらの資料には掲載されていない必要なデータは、県の担当部局への聞き取りによるものです。

- 『病院概要』——各病院
- 『山形県病院事業会計決算の概要』——県病院事

業局

- 『山形県病院事業会計決算書』——山形県
- 『山形県病院事業会計決算審査意見書』——山形県監査委員会
- 『病院事業決算状況』——総務省
- 『病院事業決算状況（地方独立行政法人）』——総務省

I. 地方独立行政法人とは

本稿は地方独立行政法人そのものの評価を目的にするものではありませんが、公立病院の経営構造への影響を及ぼす運営が可能となる背景を探る視点から、地方行政法人について整理します。

1. 地方独立行政法人の性格

地方独立行政法人法は第2条で「この法律において「地方独立行政法人」とは、住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものと地方公共団体が認めるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として、この法律の定めるところにより地方公共団体が設立する法人をいう」と定めており、公共的な目的を持ちながら民間企業のような効率的な運営形態を可能にする経営形態であると言われている。

2. 自治体の直営との違い

地方独立行政法人による病院運営の自治体による直営と異なる具体的内容は以下のような事柄が

上げられています。

①法人運営の中核となる役員のうち、経営責任者である理事長は自治体の長が任命し、役員会を構成する理事は理事長の任命による。そのため病院管理者の権限が強化され、医療制度の変化等への迅速な対応や、様々な契約についての自由度の高い対応が可能となる。

②自治体は法人の達成すべき業務目標である「中期目標」を示し、法人はその目標を達成するための「中期計画」を作成し議会の議決を必要とするが、具体的な予算については法人が編成し議会による議決は必要としない。

③職員定数は中期計画の範囲内で弾力的な運用が可能であり、他からの制約を受けずに医師をはじめとする医療従事者の確保が可能となる。

④地方独立行政法人には職員の身分の違いによって、特定地方独立行政法人（公務員型）と一般地方独立行政法人（非公務員型）があり、非公務員型の場合は移行前の公務員とは異なる賃金体系などの制定が可能となる。

「地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構」は非公務員型です。

Ⅱ. 日本海病院と山形県内の県立病院の経営比較

1. 2018年度の各病院の収支実績

表－1は、各病院の『病院概要』の様式に沿って2018年度の収支内容を表記したものです。また、表－2は医業収支、経常収支の区分を明らかにするために表－1の表記の並べ替えを行ったものであり、表－3は各収支科目の医業収益に対する割合を示したものとなっています。

2018年の当年度純損益では、日本海と中央病院が黒字、他の3県立病院が赤字となっています。一方、医業収支についてみると、日本海のみが1.4%の医業利益を確保しているのに対して、他の4県立病院全てが赤字となっています。医業収益に対する医業利益の割合を見ると、こころと河北が▲47%を越える大幅な赤字であり、中央、新庄も▲11.3～▲14.4%の赤字となっています。

県立病院の医業収支の赤字を埋めているのが医

業外収益です。各病院の医業収益に対する医業外収益の割合は、日本海病院8.2%、中央病院18.8%、新庄病院15.3%、河北病院24.7%、こころの医療センター51.4%となっています。新庄病院、河北病院、こころの医療センターはこれほど大規模な医業外収益があっても当年度損益は赤字となっており、中でも河北病院は当年度決算で事業収益比▲26.6%もの大幅欠損でした。

2. 医療外収益の内容とその実態

総務省による公立病院の事業決算状況の報告様式に基づく、医療外収益の内訳は、国・都道府県補助金、他会計負担金・補助金、長期前受金戻入収益、資本費繰入収益などとなっています。表－1に「一般会計繰入金」の金額表記があります。公立病院の公共的な役割を担保するために、県が直接的に負担している金額と言われています。但し、表－1に内訳表記が無い長期前受金戻入収益も、県等からの補助金を充当した償却資産に関わる減価償却費見合額の戻入によるものであり、実態は県の負担額です。そのため実質的には一般会計繰入金額のみならず、医業外収益の大部分が自治体等の負担によるものと推察されます。

3. 病院事業に対する一般会計負担の基準と現実

総務省による病院事業に対する自治体等からの経費負担の考え方とその項目は以下の通りとなっており、各項目ごとに負担基準も示されています。

- ①民間医療機関の立地が困難な地域における医療の提供
- ②不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - ・救急医療の確保　・小児医療・周産期医療の確保　・精神・結核・感染症医療
- ③地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - ・県立がんセンター、県立循環器センター等
- ④広域的な医師派遣の拠点機能の確保
 - ・医師及び看護師等の研究研修
 - ・医師派遣などの医師確保対策
- ⑤その他

表－１ 平成30年度（2018年度）収支報告

（単位＝千円）

			日本海病院	中央病院	新庄病院	河北病院	こころ
収益的収入	医業収益	入院収益	13,073,631	13,305,283	4,924,203	1,766,882	1,706,286
		外来収益	5,460,343	5,065,688	2,121,076	1,124,648	306,213
		その他医業収益	528,452	553,432	266,310	74,071	12,692
		小 計	19,062,426	18,924,403	7,311,589	2,965,601	2,025,191
	医業外収益 (内一般会計繰入)	1,558,345	3,560,349	1,119,749	733,056	1,040,320	
		1,358,769	2,718,086	884,567	491,753	1,040,320	
	特別利益	12,774	471,574	13,833	3,783	5,389	
計		20,633,545	22,956,326	8,445,171	3,702,440	3,070,900	
収益的支出	医業費用	給 与 費 (退職給付費)	8,129,124	10,730,597	4,980,440	2,658,684	2,243,584
		材 料 費 (薬品費) (診療材料費)	5,382,296	5,878,339	1,560,083	463,565	190,751
				3,407,542	798,263	277,408	121,230
				2,341,367	695,219	183,759	16,428
		経費	2,688,071	3,181,432	1,242,391	817,367	232,365
		減価償却費	1,308,764	963,787	457,995	345,042	290,540
		資産減耗費	1,017,854	150,197	42,000	57,840	235
		研究研修費	260,016	157,145	53,192	28,265	22,551
		小 計	18,786,125	21,061,497	8,336,101	4,370,763	2,980,026
	医療外費用	1,022,633	1,147,723	227,792	114,751	109,281	
	特別損失	14,890	36,008	11,394	4,958	5,116	
計		19,823,648	22,245,228	8,575,287	4,490,472	3,094,423	
当年度損益		809,897	711,098	▲130,116	▲788,032	▲23,523	

* 「こころ」の正式名称は「こころの医療センター」

* 日本海病院の「内一般会計繰入金」について金額は総務省病院事業決算状況（地方独立行政法人－29年度）より算出

収益的収入の構成比

		日本海	中央	新庄	河北	こころ
医業収益	入院収益	63.4%	58.0%	58.3%	47.7%	55.6%
	外来収益	26.5%	22.1%	25.1%	30.4%	10.0%
	その他医業収益	2.6%	2.4%	3.2%	2.0%	0.4%
	小 計	92.4%	82.4%	86.6%	80.1%	65.9%
	医業外収益	7.6%	15.5%	13.3%	19.8%	33.9%
	（内一般会計繰入）	6.6%	11.8%	10.5%	13.3%	33.9%
	特別利益	0.1%	2.1%	0.2%	0.1%	0.2%
計		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

- ・ 看護師養成所
- ・ 集団検診等の保健衛生行政事務 等

上記の項目に関わる事業の多くは、民間病院でも他会計から負担金収益無しで取り組まれており、必ずしも採算確保が困難な事業ばかりとは言えません。山形の県立病院でも入院時の室料差額

の徴収は行われている一方、無料低額診療事業に取り組んでいる病院はなく、医業事業については診療報酬制度など民間病院と同じ条件で行われています。2018年度の各県立病院等に対する一般会計からの負担金の支出内訳は、表－４に示した通りです。地方公営企業法の区分に基づく金額が示

表－２ 平成30年度（2018年度）収支報告

（単位＝千円）

		日本海病院	中央病院	新庄病院	河北病院	こころ
医業収益	入院収益	13,073,631	13,305,283	4,924,203	1,766,882	1,706,286
	外来収益	5,460,343	5,065,688	2,121,076	1,124,648	306,213
	その他医業収益	528,452	553,432	266,310	74,071	12,692
	小 計	19,062,426	18,924,403	7,311,589	2,965,601	2,025,191
医業費用	給 与 費 (退職給付費)	8,129,124	10,730,597 19,609	4,980,440 367,763	2,658,684 62,928	2,243,584
	材 料 費 (薬品費)	5,382,296	5,878,339	1,560,083	463,565	190,751
	(診療材料費)		3,407,542	798,263	277,408	121,230
			2,341,367	695,219	183,759	16,428
	経費	2,688,071	3,181,432	1,242,391	817,367	232,365
	減価償却費	1,308,764	963,787	457,995	345,042	290,540
	資産減耗費	1,017,854	150,197	42,000	57,840	235
	研究研修費	260,016	157,145	53,192	28,265	22,551
小 計		18,786,125	21,061,497	8,336,101	4,370,763	2,980,026
医業利益		276,301	▲2,137,094	▲1,024,512	▲1,405,162	▲954,835
医業外収益		1,558,345	3,560,349	1,119,749	733,056	1,040,320
(内一般会計繰入)		1,358,769	2,718,086	884,567	491,753	1,040,320
医療外費用		1,022,633	1,147,723	227,792	114,751	109,281
経常利益		812,013	275,532	▲132,555	▲786,857	▲23,796
特別利益		12,774	471,574	13,833	3,783	5,389
特別損失		14,890	36,008	11,394	4,958	5,116
当年度純利益		809,897	711,098	▲130,116	▲788,032	▲23,523
除一般会計繰入純利益		▲548,872	▲2,006,988	▲1,014,683	▲1,279,785	▲1,063,843

されていますが、表－８に示した各病院の医療内容や患者数等に照らして見ると、何の事業をどの程度行っているから負担金がいくら、という厳密な負担額とはなっていないように見受けられます。

４．実態としての自治体負担額

公立病院の維持に関わる自治体による財政負担は、一般会計負担額として表面化している金額のみでは無く、各病院の欠損金も実際上は負担しなければなりません。

決算処理上では、各病院の欠損額は貸借対照表にマイナスの利益剰余金として累積されていきます。しかし累積欠損額が巨額にのぼれば、自己資金や借入資金の手当のみでは資金収支に困難をきたすことになります。

表－５に示した通り、2018年度末の４県立病院

の累積欠損金の合計は378億円近い金額となっています。それぞれの病院の2018年度医業収益に対する累積欠損額の割合は、中央78.8%、新庄108.5%、河北409.1%、こころ138.3%に達しています。

病院運営を継続するためには、給与や材料費の支払や費用等の負担を継続しなければならず、累積欠損額に見合う資金調達が必要になります。４県立病院合計の2018年度末の未償還企業債及び借入金残高の明細は表－６の通りですが、県の債務保証あるいは県財政から直接の融資によるものであり、実態としては自治体財政による負担となっています。

自治体病院の運営が地方独立行政法人に移行する際は、累積欠損金がある場合は移行前に、その処理を行政の責任で行う必要があります。実際、日本海病院が移行した時の累積欠損金も県の負担

として処理されました。表－５の日本海病院の30億円を越える利益剰余金は地方独立行政法人移行

後の利益の累積であり、移行前の累積欠損金を引き継いだ額ではありません。

表－３ 医業収益100対構成比

		日本海	中央	新庄	河北	こころ
医業収益	入院収益	68.6%	70.3%	67.3%	59.6%	84.3%
	外来収益	28.6%	26.8%	29.0%	37.9%	15.1%
	その他医業収益	2.8%	2.9%	3.6%	2.5%	0.6%
	小 計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
医業費用	給 与 費 (退職給付費)	42.6%	56.7%	68.1%	89.7%	110.8%
	材 料 費 (薬品費)	28.2%	31.1%	21.3%	15.6%	9.4%
	(診療材料費)		18.0%	10.9%	9.4%	6.0%
			12.4%	9.5%	6.2%	0.8%
	経費	14.1%	16.8%	17.0%	27.6%	11.5%
	減価償却費	6.9%	5.1%	6.3%	11.6%	14.3%
	資産減耗費	5.3%	0.8%	0.6%	2.0%	0.0%
	研究研修費	1.4%	0.8%	0.7%	1.0%	1.1%
小 計		98.6%	111.3%	114.0%	147.4%	147.1%
医業利益		1.4%	▲11.3%	▲14.0%	▲47.4%	▲47.1%
医業外収益		8.2%	18.8%	15.3%	24.7%	51.4%
(内一般会計繰入)		7.1%	14.4%	12.1%	16.6%	51.4%
医療外費用		5.4%	6.1%	3.1%	3.9%	5.4%
経常利益		4.3%	1.5%	▲1.8%	▲26.5%	▲1.2%
特別利益		0.1%	2.5%	0.2%	0.1%	0.3%
特別損失		0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%
当年度純利益		4.2%	3.8%	▲1.8%	▲26.6%	▲1.2%
除一般会計繰入純利益		▲2.9%	▲10.6%	▲13.9%	▲43.2%	▲52.5%

Ⅲ. 日本海病院の地域独立行政法人移行前後の収支内容の変化

1. 事業規模の変化

表－７－１は、日本海病院が県直経営としての活動を終了する１年前である2007年度と、独立行政法人に移行後でデータの公表が行われている最直近の2018年度の事業規模等について比較した表です。県直運営の最終年度である2008年度の詳細データが入手出来ませんでしたので、その前年である2007年度との比較となっています。また、臨時職員数については、2007年度の詳細資料がありませんでしたので他の資料からの推計によるもの

です。

許可病床が２割以上増加し、１日平均入院患者数も17%近く増加しています。また、外来患者数は1.5倍以上の増加となっています。さらに、この間、診療報酬の改定などもあり、日当円については入院・外来ともに1.8から1.9倍になっています。その結果、年間の医業収益は2007年度に比べて2018年度は2.35倍に増加しました。

一方、職員数も1.8倍に増加していますが、その増加率は医業収益の増加率を大幅に下回るものです。職員数の変化を正職員と臨時職員に分けてみると、正職の増加率は1.64倍なのに対して、臨時は2.66倍と臨時職員の増加割合が大きくなっています。正・臨時職員の他に病院運営の中で医事、

表－４ 山形県立病院2018年度一般会計繰入金の内訳

(単位＝千円)

	中央	新庄	河北	こころ
救急医療の確保に関する経費	491,842	106,973	106,956	
保健衛生行政事務に要する経費	17,005	17,005	17,005	17,005
精神医療に要する経費				551,883
感染症医療に要する経費	14,978	14,978	44,934	
リハビリテーション医療に要する経費	38,881	35,106	15,102	
周産期医療に要する経費	192,672			
小児医療に要する経費	32,895	23,220	1,935	
高度医療に要する経費	1,061,760	276,886	132,397	99,363
院内保育所の運営に要する経費	16,702			
経営基盤強化対策に要する経費	117,596	75,972	53,885	23,482
基礎年金拠出金に関わる公的負担に要する経費	250,190	116,789	62,673	52,102
児童手当に要する経費	46,334	28,073	9,450	15,143
共済追加費用の負担に要する経費	183,068	85,456	45,859	38,124
企業債利息	213,359	1,202	1,557	27,627
小 計	2,677,282	781,660	491,753	824,729
企業債元金等	1,185,522	190,060	110,256	75,431
医師研究調査事業費	5,000	500	500	500
小 計	1,190,522	190,560	110,756	75,931
合 計	3,867,804	972,220	602,509	900,660

表－５ 2018年度末の累積利益額

(単位＝千円)

	日本海病院	中央病院	新庄病院	河北病院	こころ
利益剰余金	3,078,120	-14,908,906	-7,936,376	-12,132,615	-2,800,373

* 日本海病院の値は2017年度末の法人全体の金額

表－６

2018年度末企業債及び借入金の状況 (単位＝千円)

企業債

借入先	年度末未償還額
財務省（財政融資資金）	24,147,237
地方公共団体金融機構	28,655
山 形 銀 行	6,461,435
合 計	30,637,327

長期借入金

山形県一般会計	800,000
---------	---------

一時借入金

山形県一般会計	3,500,000
---------	-----------

企業債・借入金残高合計	34,937,327
-------------	------------

給食、施設管理、保育所などの分野は委託または派遣職員によって担われています。その人数は臨時職員数を上回っていますが、委託職員に関わる費用は後述する給与費には含まれず、経費の内訳である委託費等に含まれるものなので、その人数の変化についてはふれません（把握出来る資料では、2012年度には326人の委託職員が存在していると発表されています）。

２．収支構造の変化

2007年度と2018年度では事業規模が大きく変わっていますので、収支構造の変化をみるために、表－７－２で医業収益に対する各収支科目の割合を示しています。

純利益率は2007年の▲2.5%から2018年度は＋4.2%に改善し、赤字経営から黒字経営に変化し

ています。特に、医業収支は▲8.4%から+1.4%へ9.8%も改善しています。医業収支改善の最大の要因は給与比率の大幅な低下です。2007年の61.4%が2018年には42.6%へと18.8%も減少しています。

また、医業外収益のうち、一般会計からの繰入額は事業規模が倍以上になっているにも関わらず2007年度と2018年度はほぼ同額で、医業収益に対する比率では16.1%から7.1%へと大幅に低下しています。地方独立行政法人化の目的である、

表－7－1 基礎指標の変化

		2007年度	2018年度	増減	増減率	単位
許可病床		528	646	118	22.3%	床
病床稼働率		84.8%	80.8%	▲3.9%	▲4.6%	%
1日平均	入院患者数	447.5	522.2	75	16.7%	人
	外来患者数	918.6	1,410.2	492	53.5%	人
医業収益		8,338,045.0	19,062,426.0	11,300,198	135.5%	千円
入院日当円		37,333	68,587	31,253	83.7%	円
外来日当円		8,523	15,869	7,346	86.2%	円
職員数	正職員	580	952	372	64.1%	人
	臨時職員	102	271	169	165.7%	人
	合計	682	1,223	541	79.3%	人

表－7－2 収支構造の変化

		金 額（千円）			医業収益対構成比		
		2007年度	2018年度	増減	2007	2018	増減
医業収益	入院収益	6,097,940	13,073,631	6,975,691	73.1%	68.6%	▲4.6%
	外来収益	1,925,973	5,460,343	3,534,370	23.1%	28.6%	5.5%
	その他医業収益	314,132	528,452	214,320	3.8%	2.8%	▲1.0%
	小 計	8,338,045	19,062,426	10,724,381	100.0%	100.0%	0.0%
医業費用	給 与 費	5,117,862	8,129,124	3,011,262	61.4%	42.6%	▲18.7%
	材 料 費	2,278,976	5,382,296	3,103,320	27.3%	28.2%	0.9%
	経費	1,251,500	2,688,071	1,436,571	15.0%	14.1%	▲0.9%
	減価償却費	303,477	1,308,764	1,005,287	3.6%	6.9%	3.2%
	資産減耗費	6,156	1,017,854	1,011,698	0.1%	5.3%	5.3%
	研究研修費	79,639	260,016	180,377	1.0%	1.4%	0.4%
	小 計	9,037,610	18,786,125	9,748,515	108.4%	98.6%	▲9.8%
医業利益		▲699,565	276,301	975,866	▲8.4%	1.4%	9.8%
医業外収益		1,390,592	1,558,345	167,753	16.7%	8.2%	▲8.5%
(内一般会計繰入)		1,341,128	1,358,769	17,641	16.1%	7.1%	▲9.0%
医療外費用		885,375	1,022,633	137,258	10.6%	5.4%	▲5.3%
経常利益		▲194,348	812,013	1,006,361	▲2.3%	4.3%	6.6%
特別利益		3,850	12,774	8,924	0.0%	0.1%	0.0%
特別損失		18,164	14,890	▲3,274	0.2%	0.1%	▲0.1%
当年度純利益		▲208,662	809,897	1,018,559	▲2.5%	4.2%	6.8%
除一般会計繰入純利益		▲1,549,790	▲548,872	1,000,918	▲18.6%	▲2.9%	15.7%

表－8 医療事業概要比較

		日本海	中央	新庄	河北	こころ	単位
許可病床数		646	609	454	186	214	床
運用病床数		646	609	388	162	214	床
診療科数		34	34	18	15	3	科
延入院患者数		190,615	169,192	111,219	45,180	71,418	人
延外来患者数		344,090	266,861	185,443	103,869	33,783	人
手術件数		6,004	7,618	2,671	585		件
救急患者件数		23,164	16,749	11,540	5,728	346	件
許可病床対稼働率		80.8%	76.1%	67.1%	66.5%	91.4%	%
運用病床対稼働率		80.8%	76.1%	78.5%	76.4%	91.4%	%
日 当 円	入 院	68,587	78,640	44,275	39,108	23,892	円
	外 来	15,869	18,982	11,438	10,828	9,064	円
職 員 数	常 勤	838	998	467	249	208	人
	非常勤	225	290	119	66	37	人
	合計	1,063	1,288	586	315	245	人
常勤職員比率		78.8%	77.5%	79.7%	79.0%	84.9%	%

公立病院の運営に関わる自治体の財政負担の軽減という視点からみると、大きな成果をあげていることになります。

Ⅳ. 医業収支構造変化の背景

前章で、日本海病院の収支改善の最大の要因は人件費率の大幅低下にあることを示しましたが、その背景を探るために日本海病院自体の運営形態変更前後の職員体制の変化と、2018年度における県立病院の職員体制との比較を行います。特に、日本海病院と同様に第二次医療圏の中核病院であり高度・専門医療、3次救急医療を担い、事業規模や職員数が類似している中央病院の職員体制との比較を行うことでその内容を明らかにします。

1. 職員関連指標の比較

表－9は2018年度の各病院の職種別職員数を常勤、非常勤に分けて表記したものであり、表－10は日本海病院の2007年と2018年の職種別職員数の変化を示したものです。また、民間の同種病院との比較を行う為に民医連に加盟している許可病床300床以上でDPC病院の2018年度実績を表－11

に集約しました。

これまで示してきた収支内容等を示したデータと、上記の職員数に関わる数値を元にして職員に関わる指標を表－12にまとめました。これらの指標の比較によって日本海病院の人件費率の低さの背景を探ります。

2. 高い稼働実績と低い給与費

表－12をみると、2018年度の日本海病院の職員一人当の事業収益や粗利益は、他の県立病院に比べて最も高い値を示していますが、職員一人当人件費は逆に最も低い値となっています。2007年度の日本海の値と比較しても、事業収益と粗利益は1.3倍に増加しているのに対して、平均人件費は9割以下に低下しています。

同種・同規模病院である中央病院の職種別職員をみると調理要員33人の記載がありますが、日本海には記載がありません。給食部門を中央は自前で運用し、日本海は委託で運用しているためと思われます。その点も考慮すると職員一人当事業収益には日本海と中央との間には大差がないと思われますが、平均給与については日本海は中央の8割以下の水準です。

3. 平均給与が低くなる要因

医療分野では職種による給与単価に大きな差があり、とりわけ医師と他職種との差は大きく、職員数が同規模でも、職種構成が大きく異なる場合は平均給与額に差が生じることがあります。表－13は日本海と中央について職種の構成を比較したものです。医師の割合が中央がやや高い比率となっていますが、常勤医師の割合はほぼ同率であり、初期研修医や専門研修医等の非常勤医師割合の差ですので、医師割合が高いことが平均給与差に大きく影響しているとは考えられません。

また、同じ職種であっても常勤職員に比べて非

常勤職員の給与は大幅に低く設定されています。しかし、職員全体の中に占める非常勤職員の割合は日本海22.2%、中央22.5%とほぼ同比率なので、この要素も平均給与差の理由とすることはできません。

結局、第1章第2項でしめしたように、非公務員型の地方独立行政法人は、公務員とは異なる賃金体系の制定が可能であり、平均賃金額の差は賃金体系の差によって生み出されたものと、推察されます。

日本海の職員一人当給与が中央病院と同じであると仮定すると、人件費率は51.9%に増大し、医療利益率は▲6.4%、純利益率も▲10.4%と大幅

表－9 職種別職員数比較表

	日本海			中央			新庄			河北			こころ		
	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計
医師・歯科医師	109	45	154	113	77	190	44	2	46	26	1	27	9	8	17
看護師	603	26	629	662	13	675	295	5	300	148	3	151	134	3	137
准看護師	1	8	9			0			0			0			0
薬剤師	31		31	25		25	14		14	9		9	3		3
臨床検査技師	37		37	34	7	41	21	1	22	14		14	2		2
放射線技師	30		30	25		25	13		13	8	1	9	1		1
リハビリ技師	36		36	24		24	18		18	11		11	8		8
管理栄養士	10		10	6	4	10	5	1	6	4		4	4		4
調理技能員				28	5		16	5	21			0	16	3	19
臨床工学技士	13		13	8	1	9	4		4	2		2			0
臨床心理士	1		1			0			0			0	5	2	7
精神保健福祉士	1		1			0			0			0	9		9
視能訓練士	3	1	4	3	1	4	1		1			0			0
歯科技工士	1		1	1		1			0			0			0
歯科衛生士		4	4	1	4	5			0			0			0
メディエーター	1					0			0			0			0
遺伝カウンセラー	1					0			0			0			0
社会福祉士	4	1	5	3	2	5	1		1	2		2			0
診療情報管理士				12			4		4	4	3	7			0
事務職	57	72	129	33	30	63	24	10	34	19	10	29	13	7	20
看護系補助者	3	72	75		75	75		51	51		24	24		7	7
技術系補助者	3	16	19	17	13	30	6	12	18	1	7	8	2	3	5
事務系補助者	6	26	32	3	55	58	1	32	33	1	17	18	2	4	6
その他	1		1		3	3			0			0			0
合計	952	271	1,223	998	290	1,288	467	119	586	249	66	315	208	37	245

な赤字になってしまいます。

日本海の平均給与費は他の県立病院に比べると低い値ですが、民医連の300床以上 DPC 病院よりは高い値です。賃金水準の地方差を考慮すると、東北地方の民医連300床 DPC 病院の平均給与費は5,925千円ですので、同じ東北で活動する日本海は12%上回っている水準です。

4. 民医連病院との違い

日本海と民医連の職員一人平均給与はほぼ同じレベルですが、事業収益に対する給与費の割合は41.4%対58.3%と大幅な差がついています。その

主因は業務委託割合の差によるものです。3節の1項で記した通り、日本海では医事・給食等広い分野で業務委託を行っており、そこで働く人の数は常勤と非常勤合わせた職員数の3割にも及びます。

収支報告書には、委託費用は給与費ではなく経費の中の委託費として計上されます。そのため、医業収益に占める給与費の割合は、全ての業務を職員で行う場合の7割程度に留まります。従って、職員のみで行った場合の給与比率は59.1%となり、民医連病院とはほぼ同率となります。民医連病院にも業務の委託はありますが、日本海ほど大規模かつ広範に実施している病院は多くありません。

表－10 職種・雇用別職員数比較

区分		実人数			総数対構成比		
		2007年	2018年	増減	2007年	2018年	増減
医師	常勤	58	109	51	8.5%	8.9%	0.4%
	非常勤	17	45	28	2.5%	3.7%	1.2%
	合計	75	154	79	11.0%	12.6%	1.6%
看護職	常勤	392	604	212	57.5%	49.4%	▲8.1%
	非常勤	13	34	21	1.9%	2.8%	0.9%
	合計	405	638	233	59.4%	52.2%	▲7.2%
技術職	常勤	95	163	68	13.9%	13.3%	▲0.6%
	非常勤	2	5	3	0.3%	0.4%	0.1%
	合計	97	168	71	14.2%	13.7%	▲0.5%
看護補助	常勤	0	3	3	0.0%	0.2%	0.2%
	非常勤	33	72	39	4.8%	5.9%	1.0%
	合計	33	75	42	4.8%	6.1%	1.3%
技術補助	常勤	0	3	3	0.0%	0.2%	0.2%
	非常勤	6	16	10	0.9%	1.3%	0.4%
	合計	6	19	13	0.9%	1.6%	0.7%
事務 事務補助	常勤	35	70	35	5.1%	5.7%	0.6%
	非常勤	31	99	68	4.5%	8.1%	3.5%
	合計	66	169	103	9.7%	13.8%	4.1%
合計	常勤	580	952	372	85.0%	77.8%	▲7.2%
	非常勤	102	271	169	15.0%	22.2%	7.2%
	合計	682	1,223	541	100.0%	100.0%	0.0%

* 2007年度常勤数は定数、非常数は2008年度総数実績からの推計

表－11 民医連加盟300床以上 DPC 病院2018年度実績集計

病院名	職員数	内医師・歯科医師数	事業収益	人件費	材料費	事業利益	許可病床	職員一人平均		
								事業収益	人件費	粗利益
勤医協中央病院	1,030.7	133.7	12,678,744	6,617,698	2,746,218	453,833	450	12,301	6,421	9,637
坂総合病院	659.1	87.1	7,331,388	3,910,935	1,226,538	109,176	357	11,123	5,934	9,262
中通総合病院	889.0	82.0	9,897,959	5,262,546	2,174,600	▲18,672	450	11,134	5,920	8,688
埼玉協同病院	868.6	79.3	10,398,459	5,910,510	2,211,868	▲20,766	405	11,972	6,805	9,425
船橋二和病院	463.7	45.1	4,604,884	3,160,127	661,273	▲212,537	304	9,931	6,815	8,505
東葛病院	673.0	69.0	8,176,008	4,898,754	1,070,070	▲194,282	366	12,149	7,279	10,559
城北病院	530.0	42.0	4,310,271	2,811,753	576,450	▲171,857	314	8,133	5,305	7,045
長野中央病院	687.4	46.1	9,306,159	4,699,651	2,264,076	141,952	322	13,538	6,837	10,245
協立総合病院	539.7	61.8	6,454,107	3,917,548	1,022,961	▲84,235	434	11,958	7,258	10,063
京都民医連中央病院	731.3	73.5	8,332,256	5,184,755	1,033,424	66,322	411	11,394	7,090	9,981
耳原総合病院	878.2	96.7	11,285,174	6,167,961	2,091,947	121,558	386	12,850	7,023	10,468
総合病院松江生協病院	491.2	39.1	5,176,863	3,221,947	894,206	▲44,777	351	10,539	6,559	8,719
総合病院岡山協立病院	599.6	48.3	5,843,318	3,704,340	996,724	120,326	318	9,745	6,178	8,083
健和会大手町病院	841.2	90.3	9,345,842	5,778,802	1,452,947	184,569	499	11,110	6,870	9,383
千鳥橋病院	636.8	57.7	6,368,016	4,104,132	801,613	▲295,786	350	10,000	6,445	8,741
総合病院鹿児島生協病院	524.9	45.6	5,558,979	3,527,958	974,340	▲79,657	306	10,591	6,721	8,734
合 計	11,044.4	1,097.3	125,068,427	72,879,417	22,199,255	75,167	6,023	11,324	6,599	9,314
平 均	690.3	68.6	7,816,777	4,554,964	1,387,453	4,698	376	11,324	6,599	9,314

表－12 職員関連指標比較

		2007年度	2018年度						単位
		日本海	日本海	中央	新庄	河北	こころ	民医連	
職員数		682	1,223	1,288	586	315	245	690	人
事業収益		8,338,045	19,062,426	18,924,403	7,311,589	2,965,601	2,025,191	7,816,777	千円
給与費		5,117,862	8,129,124	10,730,597	4,980,440	2,658,684	2,243,584	4,554,964	
材料費		2,278,976	5,382,296	5,878,339	1,560,083	463,565	190,751	1,387,453	
職員一人平均	事業収益	12,226	15,587	14,693	12,477	9,415	8,266	11,324	
	粗利益	8,884	11,186	10,129	9,815	7,943	7,488	9,314	
	人件費	7,504	6,647	8,331	8,499	8,440	9,157	6,599	
給与比率		61.4%	42.6%	56.7%	68.1%	89.7%	110.8%	58.3%	%
材料比率		27.3%	28.2%	31.1%	21.3%	15.6%	9.4%	17.7%	
事業利益率		▲8.4%	1.4%	▲11.3%	▲14.0%	▲47.4%	▲47.1%	0.2%	
職員中医師比率		11.0%	12.6%	14.8%	7.8%	8.6%	6.9%	9.9%	

*付加価値額は（事業収益－材料費）で算出

*「民医連」は民医連加盟に加盟する300床以上のDPC16病院の平均値

表－13 職種構成比較

	人 数						構 成 比					
	日本海			中央			日本海			中央		
	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計
医師・ 歯科医師	109	45	154	113	77	190	8.9%	3.7%	12.6%	8.8%	6.0%	14.8%
看護職	604	34	638	662	13	675	49.4%	2.8%	52.2%	51.4%	1.0%	52.4%
技術職	163	5	168	155	22	177	13.3%	0.4%	13.7%	12.0%	1.7%	13.7%
事務職	63	73	136	48	32	80	5.2%	6.0%	11.1%	3.7%	2.5%	6.2%
補助職等	13	114	127	20	146	166	1.1%	9.3%	10.4%	1.6%	11.3%	12.9%
合計	952	271	1,223	998	290	1,288	77.8%	22.2%	100.0%	77.5%	22.5%	100.0%

V. 他府県の地方独立行政法人 病院と公営病院の経営構造の 状況

表－14（118、119ページ）は、総務省病院事業経営統計（平成29年度）から、山形県以外の独立行政法人運営病院のうち、非公務員型で病床数400床以上の10病院を統計表の順番で拾い上げ、同一府県にある同規模の10公営病院をピックアップして、それぞれの医業収益に対する経営指標の割合を算出し比較したものです。

10病院の平均値を比較すると、医業利益率は独立行政法人の▲5.3%に対して公営は▲10.5%と赤字割合が倍以上高くなっています。独立行政法人の経費率と給与費率が公立の割合より低いことの結果です。また、運営負担金の割合は独立行政法人の9.7%に対して公営は11.9%と2.2%高くなっていますが、運営費負担金収益を含む経常利益では独立行政法人が0.8%の黒字であるのに対して公営は▲1.6%の赤字となっています。そのため、山形県における日本海病院と他の県立病院ほどの差ではありませんが、自治体の公立病院に対する実質負担率は独立行政法人病院の方が医業収益比で3.8%程度少なくなっています。

但し、各府県の個別病院の比較でみると、公営より給与比率が低い独立行政法人病院は10病院中6病院で、運営費負担金比率のが公営病院を上回っている病院が半数の5病院あり、独立行政法人化すればそれだけで直ちに自治体の負担減に結び

つく訳ではないようです。

<おわりに>

日本海病院の地方独立行政法人への運営変更は、地域における医療需要に対応しつつ自治体財政の負担を軽減したことは間違いありません。そして、その経営改善の主因は、公務員の給与体系を民間の給与体系に切り替える職員給与の引き下げと、業務の大幅な民間委託拡大による給与費の削減によって実現されたものでした。

一方、民間医療機関の現実には、繰り返される診療報酬の引き下げと、医師・看護師等の従事者確保が困難な状況で、ギリギリの運営に追い込まれており、取り組む医療分野の選別と事業規模の縮小で生き残りを図ろうとしています。

今般の新型コロナの感染拡大のなかで、医療機関の従事者の疲弊と経営的困難が顕在化し、事業の存続そのものが危ぶまれる状況が拡大しています。

消防が常に大規模火災や災害に備えた設備機器の拡充と訓練を行っているのと同様に、公的医療機関は地域住民から求められる医療要求に全面的に答えられる備えが必要です。そのためには、もう先が見えなくなっている民間病院の経営手法を取り入れるのではなく、各自治体は、縮小一辺倒の国の医療政策そのものの転換を求める立場からの取り組みが必要なのではないでしょうか。

（いわもと てつや、医療生協やまがた顧問）

表－14 他府県における独法病院と公営病院の収支構造比較
 ＜対象病院と基本収支構造＞

所在府県		秋田県	神奈川県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	滋賀県	三重県	京都府	大阪府
独法病院	病院名	総合病院	がんセンター	中央病院	市民病院	多治見病院	静岡病院	大津市民病院	総合医療センター	市立病院	堺市立病院
	許可病床	456	989	647	400	575	712	441	443	584	487
	給与比率	59.1%	49.4%	42.2%	55.9%	50.8%	41.6%	60.6%	57.7%	50.3%	50.6%
	医業利益率	▲4.3%	▲2.4%	▲1.7%	▲7.0%	▲0.6%	▲8.2%	▲9.5%	▲7.3%	▲6.8%	▲9.3%
	運営負担金比率	10.0%	6.8%	15.2%	10.9%	6.5%	6.2%	5.3%	17.8%	12.2%	12.0%
	経常利益率	3.5%	▲0.3%	9.2%	1.8%	2.1%	▲2.9%	▲12.1%	5.5%	1.6%	▲0.6%
公営病院	病院名	大館総合病院	横浜市民病院	甲府病院	飯田市立病院	市民病院	清水病院	総合病院	市立四日市病院	中部総合医療センター	市立豊中病院
	許可病床	443	482	408	423	609	475	535	568	464	613
	給与比率	55.1%	46.7%	63.8%	60.3%	52.8%	67.5%	50.6%	44.4%	52.9%	54.2%
	医業利益率	▲15.5%	▲4.2%	▲15.7%	▲9.3%	▲9.8%	▲37.6%	▲17.1%	▲1.0%	▲4.0%	▲10.4%
	運営負担金比率	15.7%	7.3%	14.2%	8.1%	11.9%	43.0%	13.8%	6.1%	3.2%	11.1%
	経常利益率	▲3.7%	1.3%	▲7.3%	▲3.4%	▲2.0%	0.1%	▲3.6%	1.3%	0.0%	▲3.6%
比較増減	給与比率	4.1%	2.7%	▲21.6%	▲4.4%	▲2.0%	▲25.9%	10.0%	13.3%	▲2.6%	▲3.6%
	医業利益率	11.2%	1.8%	14.0%	2.3%	9.2%	29.4%	7.6%	▲6.3%	▲2.8%	1.1%
	運営負担金比率	▲5.7%	▲0.5%	0.9%	2.9%	▲5.4%	▲36.8%	▲8.5%	11.7%	8.9%	1.0%
	経常利益率	7.2%	▲1.5%	16.5%	5.2%	4.1%	▲3.0%	▲8.5%	4.2%	1.6%	3.0%

<独法病院と公営病院の構造比較>

	金額（千円）		医業収益対構成費		
	独法平均	公営平均	独法	公営	増減
病床数	573.4	502			
入院収益	11,346,845	8,986,710	63.8%	67.1%	▲3.3%
外来収益	5,592,212	4,038,533	31.4%	30.2%	1.3%
その他医業収益	844,697	368,631	4.7%	2.8%	2.0%
医業収益計	17,783,754	13,393,874	100.0%	100.0%	0.0%
職員給与費	8,890,315	7,091,115	50.0%	52.9%	▲3.0%
材料費	5,099,352	3,719,754	28.7%	27.8%	0.9%
減価償却費	1,612,029	1,073,506	9.1%	8.0%	1.0%
経費	3,048,482	2,834,746	17.1%	21.2%	▲4.0%
（内委託料）	1,523,291	1,329,390	8.6%	9.9%	▲1.4%
研究研修費	77,705	59,424	0.4%	0.4%	0.0%
資産減耗費	2,690	26,877	0.0%	0.2%	▲0.2%
医業費用計	18,730,573	14,805,421	105.3%	110.5%	▲5.2%
医業利益	▲946,819	▲1,411,547	▲5.3%	▲10.5%	5.2%
運営費負担金収益	1,730,272	1,591,707	9.7%	11.9%	▲2.2%
他医業外収益	146,692	327,102	0.8%	2.4%	▲1.6%
医業外収益計	1,876,964	1,918,809	10.6%	14.3%	▲3.8%
営業外費用	794,683	722,988	4.5%	5.4%	▲0.9%
（内支払い利息）	190,950	137,234	1.1%	1.0%	0.0%
経常利益	135,462	▲215,726	0.8%	▲1.6%	2.4%

〈継ぎ足し生涯学習のすすめ—4・完〉

生涯学習のしめくくり

野村 拓

●「人生20年」から「100年」へ

昭和2(1927)年12月生まれの私は敗戦のとき、17歳8カ月であった。そのころ「人生は20年」といわれた。「20歳で戦死」という意味だが、敗戦のころには「徴兵年齢」は19歳に引き下げられていた。そして、戦後を迎え「人生20年」はぐんぐん伸ばされ、いまや「人生100年時代」などと言われるようになった。

昭和初年生まれの世代にとっては、同一人生の間に「人生」の相場が20年から100年に伸ばされ、この間、「継ぎ足し人生」の連続であった。しかし、このような「不見識な人生の見本」は「見識ある人生」追求にとって「他山の石」の役割を果たしてくれるのではないだろうか。

言い換えれば、「人生の長さ」にどのような意味があるのか。「年とともに充実する生き方」は可能なのか。医療・福祉職のように「他人の痛み」を知ることが必要な人達にとって、「人生の年季」は格別の意味を持ちうるのではないか。

では、「人生の年季」に格別の意味を持たせる「学習」はどうあるべきか、これが本稿の主要テーマである。

本稿では、生涯学習の中心を医療・福祉の社会科学と教養に据えた。もちろん「自然科学」は重要であり、「社会科学」は歴史的には自然科学的研究方法を社会に適用したものが多い。解剖学者W. ペティの『アイルランドの政治的解剖』(1691)は「社会科学・草分け」の仕事とみることができるし、外科医F. ケネーの『経済表』(1758)は「血液循環の原理」にヒントを得たものと云われる。

このようなことを考えると、人生の前半戦は自然科学、後半戦は人文・社会科学というタイプの人が意外に多いのではないか。いいかえれば、社

会科学は人生の年季を生かせる分野のようにも思える。

また、同一世代のくせに「人生20年」がずると「人生100年」に伸びてしまったことは、まことに不見識と言うべきだが「社会科学」という研究対象としての「社会」のなかに「研究主体」(自分)がふくまれる分野では「研究主体」(自分)の客観化が必要であり、これは「自分史の社会科学化」を意味する。そしてそのためには、まず「語り」が求められ、「語り」を彩るBGMも必要ではないか。

BGMは連鎖・連携のキーとして記憶を豊かにしてくれる。ある意味で人生はうたう長編叙事詩である。そして、医療・福祉という人間相手の仕事は、しばしば「語り」であり「うたい」であり、ときには「どのような魂が傷つかぬであろう」(ランボー)とうたう「癒し」でもある。

豊かな記憶と、生きた言葉でうたおう「人生のアリア」を。

というわけで、『医療福祉職の生涯学習—歌おう「人生のアリア」を』を構想したときに新型コロナウイルスの来襲で、外出自粛、「おこもり学習」ということになった。いい機会である、「本」にしてしまえ、そのためには、まず「フラッシュ・シラバス」である。

●『医療福祉職の生涯学習』のフラッシュ・シラバス

自家製「情報ドーム」(後述)のなかを稲妻が走るとできあがるのが「フラッシュ・シラバス」である。以下は「新著」のシラバス。

『医療福祉職の生涯学習 —うたおう「人生のアリア」を』

はじめに

1. 生涯学習とは

- (1) 「人生100年」時代の生涯学習—まず「志」
- (2) 自分史・100年
- (3) 『講座 医療政策史』(1968)の復刻(2009)
- (4) 少年よ ホラを吹け—『第三の科学史』(1967)の場合
- (5) ホラ吹き「大構想」の結末
- (6) 「国民医療読本」構想が『みんなの医療総論』(1993)に

2. まず頭の回転を—100曲、100話、100年

- (1) 「好きな歌」「覚えている歌」100曲を思い出す
- (2) コメントを入れてみる
- (3) いくつか「短文」を作ってみる
- (4) 全方位・縦横無尽の展開
- (5) 「情報連鎖のキー」としての歌
- (6) 「医療・福祉の世界史」で100話を考える
- (7) 看護史でも100話
- (8) この100年—医療・福祉の視点で
- (9) この100年を考える—例えば「国勢調査」(1920) 100年

3. 回転軸への取り込み—自分史座標づくり

- (1) 生涯学習の模式図—回転軸と3つの出城
- (2) まず「自分史座標」づくり—100年・100話
- (3) 子が親から聞き取る60話
- (4) 歴史、年齢、自分—Lexis-Nomura 図法
- (5) ペティ・ダイアグラム
- (6) 世界史を自分史に取り込む
- (7) 取り込み「演習」項目
- (8) 「生涯学習模式図」の補強

4. 高速 世界史認識法

- (1) 四大生用・オリエンテーション
- (2) 「高速」の手法で「健保100年」を考える
- (3) 視点を変えて世界史を駆け巡る(その1)—アレルギーの公衆衛生史的考察
- (4) 視点を変えて世界史を駆け巡る(その2)—医薬分業・その難しさの歴史
- (5) 反省しない為政者

5. もの書きテクノロジー

- (1) 朝、起きたら朝食までになにか書こう
- (2) 200字でオチをつけるトレーニング
- (3) 300-400字となれば
- (4) 800字となれば
- (5) 「2人の徳衛さん」
- (6) 「もの書きテクノロジー」合宿
- (7) ライフステージ別「本」の執筆
- (8) 「本」と「ノート」の中間—「リーダーズ・ファイル」

6. 働きかけ、バトンタッチ

- (1) 「はたらきかけ」の今日的意味
- (2) 「生涯学習模式図」の再確認
- (3) 次世代育成の「はたらきかけ」—医療政策学校
- (4) バトンタッチの成否
- (5) バトンタッチの中身—「本」「資料」「志」
- (6) バトンタッチ後の楽しみ
- (7) 「イントロ屋」「そもそも屋」
- (8) 時代考証屋
- (9) もういいだろう『白い巨塔』異聞

7. 限界世代的「語りべ」

- (1) なぜ、いま「語り」か
- (2) 語りべ(その1)「戦争への坂道を転げ落ちた10年間」
- (3) 語りべ(その2)「どん底とドサクサの10年間」

8. うたおう「人生のアリア」を

- (1) 豊かな記憶と生きた言葉で「人生のアリア」をうたおう
- (2) 別離
- (3) 回想
- (4) 郷愁
- (5) 挽歌
- (6) 悔恨、そして終末
- (7) 苦しかりし日々
- (8) 人生の基礎教育の大切さ
- (9) うたおう「人生のアリア」を

あとがき

「フラッシュ」が有効性を発揮するためには、自家用の「情報空間」を持たなければならない。それは「プラネタリウム」やレーダー基地のコン

ソールのような大袈裟なものでなくていい。「自分史座標軸」というこうもり傘の柄を持って広げた場合に傘の骨と骨の間が1分野というようなイメージを持ってもいいだろうし、あるいは浅草・雷門の提灯の内側に情報を貼りつけたようなものを考えてもいいだろう。提灯の内側で360度の方位にしたがって分類、という手もあるだろう。大事なことは瞬間的、同時的な「視野の広さ」であり、これは「ディスプレイ型・劣化人間」に欠けている点ではないか。

●「情報ドーム」とシェーマ化

「情報ドーム」作成に「シェーマ化」は不可欠である。例えば、この連載シリーズ・第2回目に掲げた「生涯学習見取り図(模式図)」を簡略化し、それぞれのパートに『医療福祉職の生涯学習』の章の番号を入れたものが〈図1〉である。

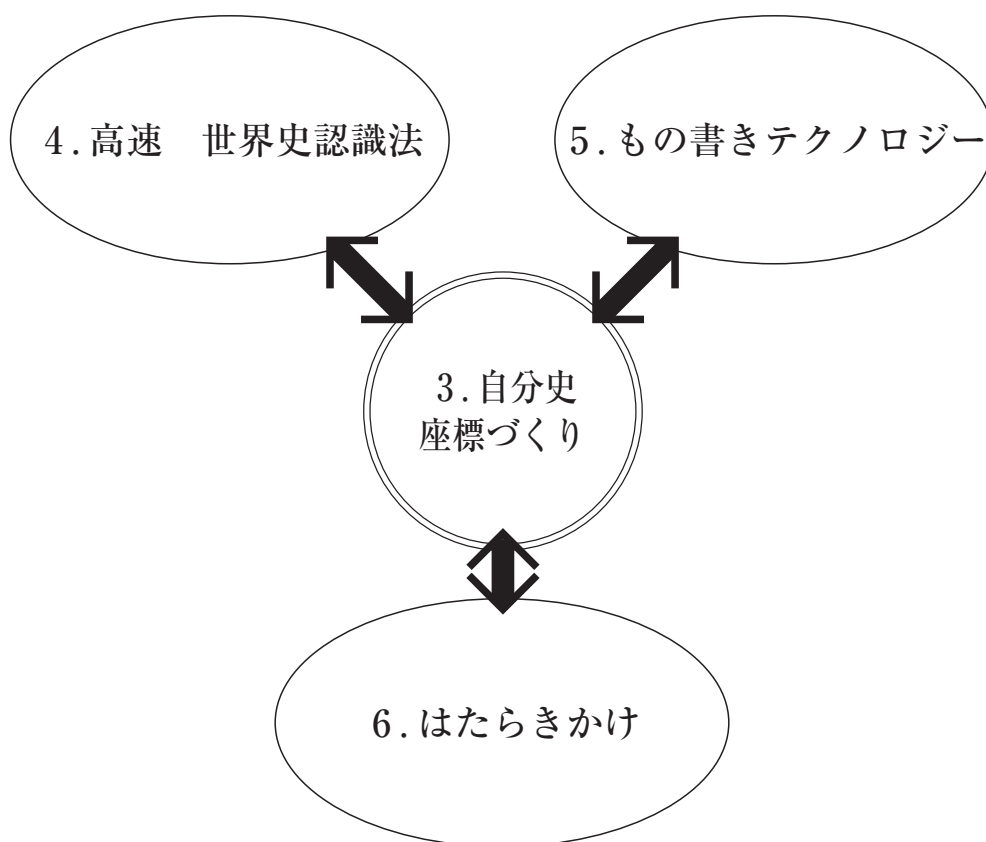
そして、「生涯学習の模式図」と『医療福祉職の生涯学習』の叙述順序とを統一したものが〈図2〉である。

●自前の「情報ドーム」とフラッシュ能力

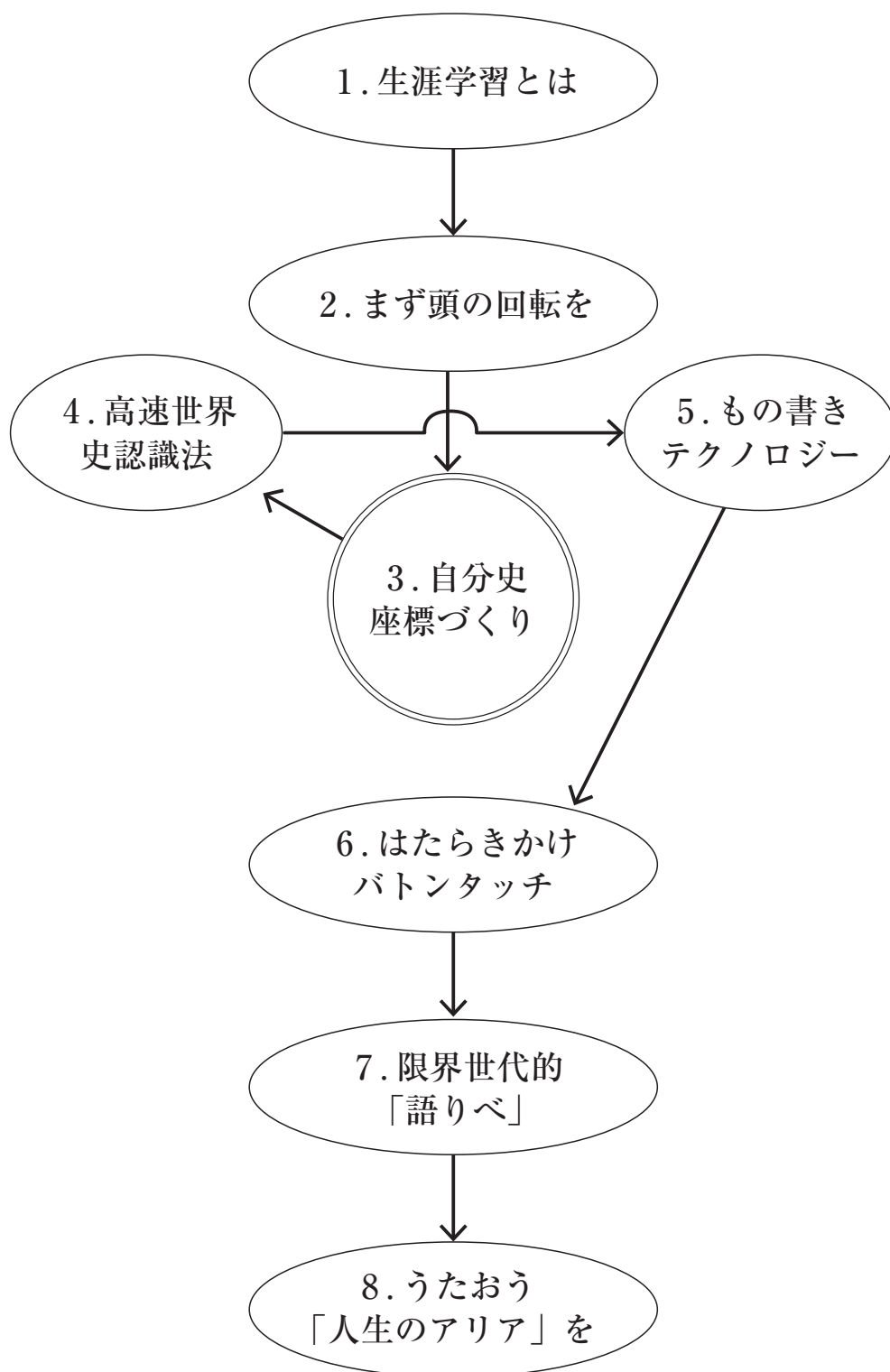
このシェーマの中核的部分は「3. 自分史座標づくり」であり、具体的内容は自前の「情報ドーム」づくりと「フラッシュ能力」の養成である。人生100年のうち、すくなくとも後半の30年は勤め先や所属機関の情報装置を利用することができなくなるだろうから、自前の「情報ドーム」を持ちフラッシュさせながら仕事をすることになるだろう。

多くの場合、人生後半戦のはじめあたりで「情報ドーム」か「情報ゴミ屋敷」かの岐路に立たされる。考えに「系統性」のない人は、ここから「情報ゴミ屋敷での孤独死」の方に一歩ふみだすこと

〈図1〉「学習見取り図」に「章」の番号を入れたもの



〈図2〉「構成図」と「叙述順序」との統一



になる。

「系統樹」のような「自分史座標」と「情報分類ドーム」とを一体化することによって「情報ドーム」ができあがるわけで「自分史座標軸」を柄とするコウモリ傘かビーチパラソルを広げたものが骨で仕切られた「情報分類ドーム」と考えればいいだろう。

分類方法については、人それぞれで「360度の方位分類」もあれば「10進分類」もあるだろう。

大抵の場合、仕事机の周辺は手の届く範囲での「360度の方位分類」になってしまうので説明を省略し、私の考える「10進分類」について簡単に説明すれば次のようになる。

「洋書10進分類」については、本誌連載の「医療政策・研究史・18 世代的重なり」のなかでの学習（『いのちとくらし研究所報』No. 60. 2017. 9.）でのべたが、概略つぎのようなものである。

1. 医療史・医療論
2. 比較医療論
3. 医療と資本、政治
4. 医療マンパワー
5. 看護
6. 高齢化・長期ケア
7. 分野別・医療学
8. 貧困・途上国
9. グローバル医療論・総括編

という大分類の下に「1. 医療史・医療論」についての小分類を

- (1) 医療史と20世紀医療史のフレーム
- (2) 社会政策ラウンド
- (3) 第1次大戦前後
- (4) ナチズム・戦間期の医学
- (5) アメリカの医療史
- (6) 国別・分野別の医療史
- (7) 古典としての CCMC（医療費委員会）
- (8) それぞれの時代のテーマ
- (9) その他

と設定し、その下に次のように洋書を「仮訳の和名」で並べる、という方式であった。

- (1) 医療史と20世紀医療史のフレーム
 - ・『政治体—イギリスにおける病気、死、そして医師、1650-1900』（2001）
 - ・『歴史を通じて日常を学ぶ』（2006）

・『女王様の奴隷貿易商人』（2005）

・『歴史図説・イスラム世界』（2000）

などなどである。

医療をトータルにとらえることのできる人の層を厚くすることが、次世代への基本的メッセージだが、方法的には「本」を中心に世界を学んで欲しい。洋書の目次だけ訳して紹介する作業を続けていけば、いつとはなく「本づくり構想力」のようなものが湧いてくる。

目次の次に〈図表インデックス〉が載っている本は統計表の年次などからその本のもつ「深度」を知り、使えそうなものは記憶に止めておく。巻末の索引で「登場人物」を見れば、なんとなくその本の意図するところが分かるし、洋書を数冊重ねて索引の Japan のところだけ拾い読みして、国際社会での「日本の見られ方」をいろいろ想像してみるのも面白いだろう。いろんな使い方ができるのが「本」であり、索引もなく「表題」以上のことは書いてないのは「本」ではなく「ディスボン」である。

また、1980年代から盛んに出された医療の国際比較に関する研究はなにを生んだか、を考えた場合、資本主義発達史も比較経済史も知らぬ「医療の専門家」の仕事にはおのずから限界がある。この限界の突破は日本の研究者でなければ無理なのではないか、という自負心をもって「洋書」に取り組むことも「バトンタッチ・メッセージ」に加えておきたい。

文章という文字の直線的配列で、立体的、歴史的なことを書く場合、このようなシェーマが「脳裏」という「情報空間」に描かれていなければならないが、これはいささかのワザをとまうノーハウなので、今回の『医療福祉職の生涯学習』を Basic Text とする Further Letter Learning の形で希望者にお伝えすることにして、ここでは「6. はたらきかけ、バトンタッチ」の補論の形で「バトンタッチ・テクノロジー」を述べるに止める。

●語りかけ・はたらきかけ

階段教室に「しらけ鳥」が点々と座る医学部の講義から、公会堂のような大講堂でのマイク片手の講義までいろいろ経験した。「准看から正看へ

のコース」では18歳から40歳までの超複式学級での講義もした。最前列は車椅子の視力障害者が占める会場での講演や、手話通訳者のつく講義も経験した。学年が上に行くほど怪しくなる「4年制老人大学」での講義も引き受けた。

市の教育委員をやったので、幼稚園から小・中・高校生相手に話をし、「教頭会」「校長会」での講演もやった。それぞれに工夫をこらし、それぞれに手ごたえ、反応を得たが、一番、反応が少なく、泥人形相手のような気分になったのは、全国民生委員大会であった。なぜだろうか、といまでもときどき考えることがある。「反応しない技」を身につけないと民生委員はつとまらないからだろうか。あるいは海千、山千相手のはたらきかけが未熟だったからだろうか。

ある時期、「語りかける文体」というものを工夫してみたことがある。「看護婦のための医療経済入門」で雑誌「ナース・ステーション」に7回連載し、後に補筆して『医療問題入門』（1979、医療図書出版）という形にまとめた。

高齢者の多い講演会、例えば国立病院統廃合・移譲問題に関する講演会では「レジュメ」も語りかけスタイルのものを工夫してみたし、1987年9月の第1回全国高齢者大会（京都）の分科会では手づくり紙芝居『昭和医療史』を披露した。

この紙芝居『昭和医療史』は後に2巻物の「オートスライド」となった。

- ・医療の昭和史 第1部 貧困と医療（1926年—1937年）
- ・医療の昭和史 第2部 戦争と医療（1937年—1945年）

の2部である。

もちろん、語りかけ、はたらきかけには「脚本」が要る。そして「脚本」書きという「もの書き能力」が求められる。

学校での講義も、単なる知識の切り売りではなく、「生き方についての問題提起」や「はたらきかけ」「語りかけ」が必要である。やりっぱなしの講義だけなら学校ではなく講習会である。

阪大の「医学概論」講義は専門過程の1年（3年）と4年（6年）に時間配分されていたので、1年の時に「患者体験」を書かせて保存しておき、卒業前の4年の時に配って感想を書かせるという

試みもやってみた。

医学部でも看護学校でも、低学年のときにはほぼ「患者」と同じ立場でレポートを書く。看護学校の1年生は「私が入院したときの看護婦はこわかった。夜中に傷口がいたんだのでナースコールを押したら『我慢しなさい』という声が返ってきた。あの看護婦は私にとって病気以外の最大の敵であった」などと書いたりする。そして2年ぐらいいになり、看護現場の様子が分かってくると「夜中にナースコールを押すのは勇気のいる行為である」などと変わってくる。そしてやがて卒業して、今度はナースコールを押される立場となる。「我慢しなさい」と言うかどうかである。

医学部でも1年のときに「ヤブ医者にひどい目にあった」などと書いた学生も4年になると「俺をひどい目に遭わせたあのヤブ医者も、ある特定の専門分野では有能なのだろう」と変わってくる。患者からプロフェッションへの「乗り移り現象」をどう考えるか、という問いかけ、これは医系教育では必須のはたらきかけである。

衛生学・公衆衛生学実習で5人ほどの学生を引き受けたときには布施保健所にたのんで結核審査会の模様を見学させてもらったが、「あれが一番役に立ちました」と感謝された。感謝はされなかったが40人の保健婦学生のクラスを8人ずつ5グループに分け、1グループに1人ずつ医学生を入れて3時間ほど討論集会をやらせたこともある。多勢に無勢、かなりいじめられたようである。

福祉系の学生との交流も考えて竜谷大に連れて行ったこともある。そのときの竜谷大の女子学生の挨拶は「竜谷大の名誉のために申し上げておきますが、本日はクレイドコロがお休みで」という見事なものであった。

学校での講義・実習は「はたらきかけ」であり、非常勤の講義でも影響力を行使するべきである。

●もの書きテクノロジー合宿

「もの書きテクノロジー合宿」は2回ほど開いたが、これは「論文の書き方」ではなく、染み込んだ論文型悪文からの脱却が目的であった。再三指摘したように、教室の大姑、小姑から仕込まれた論文型悪文は人生の後半戦には通用しないから

である。

「遠心分離器」ならぬ「求心取り込み器」としての「自分史座標」から全方位・縦横無尽的に展開させる書き方を身につけないと、長い「後半戦」は戦えないからである。「論文型悪文」には「医学部型」と「文学部型」とがあり、それぞれに克服法が求められるが、これらにはFace-to-Face lectureが必要であり、このあたりに「合宿」の意味がある。

ここで、一々「悪文例」をあげてもはじまらないので、まず心掛けとして「本」を大切にすることをあげておきたい。その前にベストセラーねらいの「読み捨て本」（ディスボン）と「本」とを峻別しておく必要がある。

昭和初期、大衆本として「円本」（エンボン）が出されたが、当時の労働者の日当は男子で1円あるかなしかであった。生活費をつつましく抑え込まなければ「本」は買えなかった。いまはたらくふく飲み食いした上で「本でも買って、電車で読もうか」といった感じで読み終えると網棚にボイ、という「ディスボン」が多い。

幼時からの読書歴を振り返りながら「本」について考えてみる必要がある。

小学校のころ読んだ『科学図鑑』シリーズ（アルス社）の1冊『科学文明史』にはC. ダーウィンの書斎の写真と庭を散歩するダーウィンの水彩画が掲載されていた。こんな書斎があればいいな、などと思った。この本にはファープルの『昆虫記』も紹介されていたと思う。

中学生のとき、岩波新書の『メチニコフの生涯』を読んだ。メチニコフ夫人、オリガ・メチニコフ著で序文的部分での追憶的記述が印象に残っている。このあたりから、物資不足で本の製本もお粗末になり、お粗末な製本を「新体制版」などと呼んだと思う。

「新体制版」の本としては横光利一の『旅愁』を読んだ。

そのころ出された内務省医官、高野六郎の随筆集『医者黒焼き』には、ナポリの便所の汚さを書いた「穢談（わいだん）ナポリ」が収められており、興味深く読んだが、その「初出」は、後述の雑誌「公衆衛生」に掲載されたものであることが、後に分かった。

「本」にまつわる話をいろいろ思い出すだけで「自分史座標」はかなり強化され、雑多な情報を位置付ける「系統樹」の役割をはたしてくれるようになるのではないかな。

要するに、「もの書きテクノロジー」は小手先の技ではなく、「本」にたいする愛着の精神であり、同時にベストセラーねらいの「読み捨て本」（ディスボン）と「本」との峻別能力でもある。

● 「知的継承の単位」としての「本」

ある構想を持って「本」を書こうとした場合、参考になるのは「本」であって、雑誌論文ではない。また「本」そのものであって「コピー」でも「電子版」でもない。「コピー」や「電子版」では「パラパラ読み」が効かない。

パラパラと目を通して「ビスマルクの嫁さん」の写真に出会う。「こわい顔をしているな」と思いながらストーリーを考える。これが「本」である。疫学事始のジョン・スノーの名を冠したパプの写真に出会う。2020年の新型コロナウイルスによるパンデミックでこのパプも集会禁止の対象になったのだろうかと思像する。紫色の色鉛筆でのマーカーは梶原三郎先生によるもののようだが、先生の関心のあり方は…などに思いがいくのが「本」である。

阪大の医学概論講義で新刊洋書の紹介をやると、学生から「その本は大学の図書館にありますか」と聞かれる。「多分、ないだろう。ここ（医学部）は雑誌論文中心だから」と答えると学生は腑に落ちない顔をするが『本』というものを評価しないのは日本の医学部の悪いところである。「本」より「雑誌」の方が情報が新しいからだろうが、物事を全体のなかでとらえる能力の退化には気づかぬようである。100年史や150年史がイントロでつまづくのは、そもそも「本」というものを知らないからだろう。

私が現役のころ、『日本執筆者事典』という本が出されていたが、当時の阪大医学部でこの「事典」に名前が載っていたのは京大出身の中川米造と私の2人だけであった。執筆者の居ない学部が大著をめざしたお粗末、というべきか。

「本」と言えば、犬養（木堂）家の家庭教師を

やっていた石井桃子が、暖炉の前で木堂の孫たちに「クマのプーさん」を翻訳しながら読んでやり、目を輝かせながら聞く孫たち、という犬養道子のエッセーで読んだうらやましい風景が浮かんでくる。あのころの洋書は袋綴じのまま製本され、ペーパーナイフをいれながら、未知の世界に踏み入れていったのかもしれない。丸善古書展で、お義理で買ったマルサスの古書（1806年）はやはり袋綴じであった。そして、そのとき、先輩から譲りうけた由緒あるペーパーナイフの紛失に気づいた。私はバトンタッチ失格者なのかもしれない。

●バトンタッチ資料・「控え」

梶原三郎先生（阪大名誉教授・衛生学）が「本や歴史資料は、それを生かして使う者がキープすべきもの」と言われたことがある。生かして使えない人間が死蔵するべきものではない。後進の成長に資する形で生かされなければならない。したがって、今回のテーマである後進への「バトンタッチ」では、重要資料類というバトンがふくまれ、私の場合、すでに9割以上終わっているの、その「控え」を以下に列举することにする。

・人口問題・関係

雑誌「人口問題」（1936-1943）

雑誌「人口問題研究」（1933-1937）

雑誌「人口問題研究」（1943-1946）

『昭和18年人口動態統計』（1945.内閣統計局）

・衛生学関係

（大日本私立衛生会機関誌）「公衆衛生」（労働衛生草分け時代の研究者助川浩先生の寄贈）（1927-1934）

雑誌「民族衛生」（1931-1944）

・昭和戦前期の代表的社会調査

大阪・水上生活者調査Ⅱ（1935）

東京・滝野川区健康調査（1938）

・社会統計学

雑誌「統計集誌」（1939-1944）

・戦時下の労働事情（協調会によるもの）（1940）

・医療関係

雑誌「日本医学及健康保険」（1940-1944）

雑誌「医事公論」（1942-1943）

雑誌「日本医療団情報」（1942-1943）

雑誌「日本医療団報」（1943-1944）

厚生省の図書目録（1953）

アメリカ医療費委員会（CCMC）報告書
（1928-1933）

雑誌「科学ペン」（1937-1938）

これらのうち、「日本医学及健康保険」は「メリハリ健保百年」連載終了後にバトンタッチの予定。

資料類の完全なバトンタッチはむずかしいが、「完全」をめざして8分か9分どおり行われればよしとするべきだろう。身辺はかなりすっきりして、仕事がしやすくなるからである。資料だけではなく、「志」のバトンタッチも多少残して「軽い仕事」を楽しむ90代を過ごしたいものである。

なお、貴重な資料類のバトンタッチは相手に歓迎されるが、頭の痛いのは論文・論著の掲載雑誌である。なるべく「リーダーズ・ファイル」に編集して、希望者に配布しようと考えている。

また、連載ものを「本」にした場合、原典は捨ててしまってもいいものだろうか。これは原典には載っているイラスト、挿絵の作者に申し訳ない気がするが。

私が小学校低学年のころ、吉川英治の「宮本武蔵」の新聞連載が始まったが挿絵画家は最初、矢野橋村、後に石井柏亭という一流どころで、作者と横並びという印象をうけたが、「本」になると、絵がなくなってしまうが、これでいいのだろうか。これはかねがね抱いている疑問である。さきほど、コピーや電子版ではなく「本」と書いたが、場合によっては「本」よりも「原典」であり、それゆえに捨てられず、「情報ゴミ屋敷」へ一歩近づくのではないかと悩んでいる。

和書は、もともとあまり持っていなかったし、ほしい人にあげたので辞典、年鑑類を除いてほとんどない。自著の「家族へのアルバム」として残り、複数あるものは「合宿」のとき「阿弥陀くじ」でもやって分けようかと思っている。

洋書は「洋書古本市」（「くらしと福祉・北九州」に連載中、今年7月で50回）に使うので、もうしばらくキープ。「新聞スクラップ」56年分（1966—）は、「大阪保険医雑誌」に連載中の「平成医療史」

次の連載予定の「メリハリ健保百年」に使うのでこれもキープ。これではあまり身軽にならないかもしれないが、「利用予定のない資料」（生きている間に使えそうもない資料）は概ねバトンタッチしたつもりである。

次は「志」のバトンタッチである。

●「志」のバトンタッチ―『社会科学的医療論』

バトンタッチは「資料類」だけではなく「志」を伴わなければならない。「医療政策」や「医療経済」という言葉が市民権を持っていなかった時代に、この分野の仕事に取り組んだ関係で、次世代に後事を託する気持ちが強かったのかもしれない。

1974年に始めた「医療経済セミナー」、1979年に始めた「通信講座・保健医療経済学 教程」と「スクーリング」、1985年からの「野村研だより」、1989年から発行の「マクロ」など、いずれも「志」のバトンタッチを目指したものである。そして、「バトンタッチ」を意識した出版企画が「国民医療研究所」プロジェクトとしての『21世紀の医療・介護労働』（2000.本の泉社・執筆24人）と『21世紀の医療政策作り』（2003.本の泉社・執筆16人）である。

「分担執筆」―「共著」―「単著」という順の踏み方があるかもしれないが、究極は「書き下ろし単著」であり、「書き下ろし単著」は元気のあろうちがいい。私自身は、形の上では雑誌「健康会議」への「講座 医療政策史」の連載（1965.5.一）からは始めているが、これは「書き下ろし・医療政策史」ができあがっていたが、「単行本」としての発行が無名ゆえに難しかったからである。そして、この時期に立命大の「科学史」講義のテキストとして書いた『第三の科学史』（1967）は小なりとはいえ、「書き下ろし・単著」であった。だから、次世代にたいしては、可能性が有る限り「本にきなさい」とすすめ、伝えることのできる

「ノーハウ」は伝えるようにこころがけている。

もちろん、日常的にもとめられる「短文書き」を軽視してはならない。短文が「自分史座標」という「系統樹」に取り込まれて「著書」の骨格を形成することもありうるからである。そして、「系統樹」の形成を心掛けながら、「全方位・縦横無尽の展開力を持ちなさい」というのが、私のファイナル・メッセージである。

いずれにしても、世界史を舞台にした迅速な頭の回転は必要なことだが、頭の回転を速めるためには、回転の速い人と付き合うことが有効ではないだろうか。また、タテとヨコへの重苦しい回転を学者・研究者型とすれば、ななめに軽快に回転させるのがジャーナリスト、評論家型であり、「斜めに逆回転」が水商売型、と言えるのではないか。ものを書くには、いろんな回転を心得ておくべきで、「全方位・縦横無尽学」型とはこのことである。

なお、私の場合、「バトンタッチ並走区間」の最後に「新型コロナウイルス」のおかげで「外出自粛」時代を経験したが、これは「おこもり生涯学習」のいい機会であり、この機会に「社会科学的医療論」の骨格を考えてみたい。

「社会科学的医療論」とは医師（医療者）が心得るべき「ミニマムの社会科学」であり、当時に社会学者が心得るべき「ミニマムの医療論」である。また、社会科学は研究対象としての「社会」の中に「研究主体」（自分）が含まれているのだから、「自分史の社会科学化」によって「学問としての客観性」を獲得できると考えるべきである。

では、そのような「志」を持った人の「情報ドーム」はどうなっているのか。

荒海や 佐渡によこたう 天の川

医学と社会科学の境界領域が「天の川」であり、「佐渡」は「自分」である。（2020.7.21.）

（のむら たく、医療政策学校主宰）

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

「アメリカの医療政策と病院業」

—企業性と公益性の狭間で—

高山 一夫 著

八田 英之

この書は、著者の23年以上にわたるアメリカの医療についての研究をまとめたものである。研究書であるからと心して読み始めたのだが、面白くわかりやすかった。

まず、病院業という言葉に軽い違和感をもつ(日本では医療業とは言うが病院業とはあまり言わない)。その疑問に対してすぐに序章で説明される(オープンシステム、病院が医療産業全体の結節点であることなど)。そして、企業性(営利性とは区別された「医療のサービス商品化を前提とする近代的経営として存続するための活動」と公共性(=公益性)を病院業は内にはらむ(営利病院も非営利病院も)という視点から、非営利病院の形成過程も含めて(これは評者には新しく知ることであった)、アメリカの医療の通史的な解明がなされていく。このリアルな視点が本書全体の成功的な叙述を支えている。

1章と2章は、歴史の前提としてアメリカの医療制度・病院業の全体像が述べられる。医療保障は、公的にはメディケア、メディケイドしかなく、それでカバーされるのは人口の35%ほどで67.2%は企業の福利厚生を主軸とする民間保険であること、それは1945年トルーマン大統領の公的医療保険法が医師会などの反対で潰され、労働組合は個別企業との交渉によって企業が保険料の8割を負担する民間保険による医療の獲得を目指し、それによって1950年代に民間保険中心の仕組みが出来上がったこと、結果無保険者がオバマ改革で減ったとはいえ、280万人(人口の8.8%)いること、病院では非営利病院が6割近く営利病院と公立病院がそれぞれ2割(営利病院の方が多く、増加傾向)、営利病院の方が費用効率は悪いことなどで



ある。

第3章「連邦医療計画の始まりと非営利病院システムの形成」で、病院整備・地域格差是正をめざした1946年病院調査建設法(ヒル・バートン法)以降、病院団体は保守派と結びついて「政府介入なき補助金」を獲得し、1965年まで非営利病院の整備が進められ、1954年から税法上の優遇措置も受けられるようになった。その条件として、非営利病院は診療圏内全住民を差別なく診療することが義務付けられた。貧困者に対しては慈善的に医療を提供することが求められたのである。かくてアメリカの非営利病院主導の病院医療体系がかたちづけられたこと、などが明らかにされる。このあたりの立法過程にまで立ち入った論述はアメリカ民主主義の内実も示して興味深い。

第4章では、1965年社会保障改正法が成立し、メディケアとメディケイド(1960年に原型発足)が作られてからの病院業の急成長と巨大営利病院チェーンの台頭が述べられる。国民医療支出は1960年から1980年にかけて9.4倍になった。一方、非営利病院は債券に依存した設備投資を続けた。

それが、第5章「医療費抑制政策と病院業の再

編」の時代（1980年代後半～1990年代前半）になると、医療費の高騰がアメリカ産業の競争力を奪っていると指摘されるようになり、1986年メディケアの支払制度が定額制（DRG）となり、一気に医療費抑制の時代になる。営利病院の大手は地域的に病院だけでなく専門外来など経営を多角化し、再編されていく。非営利病院は債務負担に苦しみ、営利・非営利を問わず共同購入組織や業務代行業など新たな関連事業を生み出し、病院の企業性が強まり、患者ダンピングなどの公益性を損なう事態を生み出し、世論の反発を招く事態となっていく。

そして、第6章「マネジドケアの台頭と非営利病院の変貌」で、個人加入医療保険では大病を患ったひとが保険加入を拒否されたり、既往症が保険適用されないなどの事態が進行し、結果無保険者が増大した。それにたいするクリントンによる改革の試みは、保険業界などの抵抗を受け、挫折する。一方、保険のタイプは、1986年HMO13%、PPO1%、従来型86%であったものが1993年にはHMO23%、PPO26%、従来型51%とマネジドケアタイプ（保険給付の承認制度）が急増し、医療費の伸びは、1990年の10%から1999年の5.6%へと鈍化する。このマネジドケアの実態については、マサチューセッツ州の実態に沿って説明される。この州は豊かな州であるが、非営利病院がグループ化してITを利用し、費用面から医療標準化を推進しているなど、興味深い。

さらに、第7章は、「無保険者問題の深刻化と病院業の公共性」と題する。1987年3103万人だった無保険者が1999年には4428万人に増大した。それに対して病院は、救急の場合など慈善的に対応せざるを得ないのであるが、そこで病院の公共性が問われることになる。特に非営利病院は、その免税の根拠としてのコミュニティベネフィット基準について議論的になり、「信頼性の危機」に直面する。

第8章「オバマ政権の医療制度改革と病院業」で、1965年の社会保障法改正に匹敵する大きな改革と評価されるACA法（患者保護及び医療費負担適正化法）について述べられる。罰則付きで保険加入を進めたこの改革の結果、無保険者は1年間で883万人減少した。しかし、皆保険には至らず、

サンダースの単一公的保険の主張を生む。オバマ改革では、他にアカウントブル・ケアという医療の質の担保と医療費節減を目指す仕組みやセーフティネットプロバイダー（SNP、また「患者中心のメディカルホーム」（PCMH）など）との関わりも注目されるが、筆者はACA法が、無保険者に対して医療を提供してきたSNPに対して、追加的な報酬支払いを段階的に減らすことでその存立を脅かすと重要な指摘をしている。

次に大統領になったトランプは、オバマ改革を否定する。第9章でそれが述べられる。トランプは初めのオバマ改革の廃止法案が葬られた後も、大統領令で中低所得者の保険加入への補助金を廃止し、無保険者への罰金制度を廃止する法律を強行した。結果、無保険者は2019年に400万人増加するとみられる。こうした中で、病院業は、公立と非営利の病院が減少し、営利病院が巨大チェーン化して拡大している。営利病院はコンプライアンス違反を繰り返している。トランプ改革は医療保障を後退させ、公共性を危うくすると指摘する。

終章は、大変わかりやすい全体の要約と展望である。たしかに、アメリカの病院業の歩みは、「企業化」と「公共性」の間を揺れ動くジグザグなものであった。そして、評者にはその主な方向は、企業性の強まりであるように印象付けられた。

評者は、1988年中央社保協のアメリカ医療視察団の団長としてカリフォルニアとアラバマに行った。報告は『重症・アメリカ医療最前線』にまとめられている。マネジドケアという言葉が使われ始めた頃であった。その後、広瀬輝夫氏、李啓充氏などによるアメリカの医療の現状紹介があった。しかし、そうした現状がなぜあるのか、アメリカの医療制度は、どのようにしてメチャクチャな（ノンシステム、訪米時アリゾナ大学の研究者が語った言葉）仕組みになったのかについて、本格的に教えてくれるものには出会わなかった。今後、アメリカの医療について何事かを語ろうとする者は、本書に目を通すことなしに、語ることはできないであろう。それにしても、アメリカという国は…。

（はった ふさゆき、研究所副理事長、千葉勤労者福祉会理事長）

松江生協病院における医療アクセスの障害 要因と社会経済的関連要因の考察 ～救急搬入から入院となった方を対象にした アンケート調査～

眞木高之¹ 宮本恭子² 堀西祐多³ 岩成浩昭⁴
関耕平² 古川康子¹ 福島聡子⁴ 大國将⁴

はじめに

「果たして松江は安心して医療を受けることができる地域になっているのだろうか？」この疑問に答えるべく、松江生協病院に救急搬送され、入院となった方を対象にアンケート調査を行った。

松江生協病院の医師が夜間当直時に救急搬送された患者を経験したことがきっかけだった。「助けてください」と書いた張り紙を、玄関に掲げ続け、訪ねて来た実弟さんがそれを見つけて救急搬送となった。張り紙を貼りはじめて数日後のことだった。介護保険なども知らないという患者であった。

日本の相対的貧困率は13.9%（2015年生活基礎調査）であり、経験した患者も、貧困状態であった。このような経済的状況が医療へのアクセスの公平性を障害していると思われた¹⁾。また、情報からの疎外も医療へのアクセスを妨げている要因になっていると思われた。

全ての人が必要とする医療を受けることができることは、憲法25条に規定された基本的人権であり、現代社会の発展の中でも最も重要視されるゴールの一つである。しかし、医療を必要としながらも何らかの理由で自ら受診を控える受診抑制の実態がある。特に受診を抑制したために、救急搬送される患者は受診抑制の深刻度が最も大きいと考えられる。受診抑制がどれくらいの頻度で起

っているのか、どのような要因で起こっているのか、またどのような属性の人が受診を抑制しているのかなどの情報は、現代日本の医療制度の問題点を考える上でとても重要である。

医療サービスの受診を障害する要因には、①地理的な制約（最寄りに医療機関がなく、交通手段を持たないうえに気軽に頼る人もいないため、医療機関に簡単にかかれない、など）、②経済的な制約（受診時の窓口負担の高騰や、保険料滞納による資格保険証による医療費の窓口10割負担など）、③時間的な制約（仕事や育児・介護・家事などが忙しく病院に行く時間がとれないなど）が考えられる。さらに、医療や介護のサービスに関する情報を知らない、という④情報からの隔絶も、医療サービスを受ける上での障害要因になっていると思われる。

これらの要因を緩和する政策はそれぞれ異なり、どのような要因の受診抑制がどのような人々に発生しているか知らなければ、効果的な政策は望めない。しかし、受診抑制の実態まで踏み込んでその内容をデータで確認することは容易ではない。厚生労働省の調査においても、受診したデータは存在するものの、受診しなかったデータは存在しない。近年になって、医療へのアクセスや健康格差が注目されるようになり、ようやく直接的に医療受診について尋ねる調査は増えてきている^{2,3)}。また既存のデータを用いた受診抑制への

分析も行われるようになった。しかし、独自の調査を行い「受診を控えた理由」まで把握した分析については十分な研究の蓄積はない。

近年 SDH (social determinants of health; 健康の社会的決定要因) の概念も普及してきている。生物学的因子だけでなく、学歴、労働環境、教育、貧困、社会的孤立など社会経済的因子が健康に影響しているというエビデンスが蓄積されてきた。元世界医師会長のマイケルマーモット医師は著書「THE HEALTH GAP」⁴⁾の中で次のように述べている。「せっかく病気を治した人々を、なぜその病気にした状況に送り返してしまうのか。もちろん医師は病気を治療するわけですが、医師にはぜひ人々を病気にしてしまう状況にも対応してもらいたいと思っている。」このことから我々医療者は地域住民の健康、暮らしを守るために、これまでのように病院に受診した患者の疾患という結果にだけ目を向けるのみでは不十分である。地域住民の社会的困難さが集約され目に見える形で現れやすい病院において、受診抑制、手遅れ事例など不健康な状態を作り出す社会的要因の把握と分析を行い、行政と共に関わる事が求められてきている。

本調査では、受診抑制による影響の深刻度が最も大きいと予想される救急搬送患者を対象に受診抑制に関する調査を行った。受診状況の患者特性を把握し、受診抑制という医療アクセスから捉えた「社会的排除」の実態を考察することで、すべての人が適切な時期に医療にアクセスできるために病院内でどのような対応が可能であるか検討することを目的として救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査を実施した。

方法

1、対象の概要

松江生協病院は、1950年に開設された松江大衆診療所を前身に、1960年に23床の病院に転換して以来、地域とともに半世紀以上を歩み、まちの中の総合病院として発展してきた。全日本民主医療機関連合会に所属する医療機関として、無差別平等の医療の提供をモットーに展開している。2015

年4月には医療療養病棟を開設して病床数は351床となり、救急・急性期・回復期・慢性期までを担う高機能大規模ケア・ミックスが展開できるようになった。救急機能では市内に5つある救命救急センター・救急告示病院の1つとして二次救急を担い、年間約1,300件、松江市救急搬送の約17%を受入れている。

2、調査方法

(1) 調査データ

本稿で用いる集計データの調査対象件数は、2018年3、4、6、7月の4ヶ月間に、松江生協病院に救急搬送されてそのまま入院となった199件であるが、そのうちアンケートが回収できたデータは、54名(回収率27.1%)であった。

(2) アンケート項目の設定方法

主旨に賛同するメンバーを募り、「病院からはじまるまちづくり研究プロジェクト」(以下PJ)を立ち上げた。PJは、松江生協病院職員、島根大学法文学部教官、島根大学医学部学生、で構成された。PJで、受診抑制を控える要因となる社会背景、特に、健康の社会的決定要因などについて、学習を重ねた。島根県健康推進課の課長から、松江市の貧困の状況などについて講義していただく機会を持った。学生の間では、SHIPSという自主研究サークルを立ち上げ、合宿も行った。これら複数回の学習会とミーティングを踏まえ、アンケート項目を設定した。

(3) アンケート項目(後掲資料1)

最初に、救急搬入されるまで、受診を控えていたかどうかの質問を行い、控えていたと答えた方には、その理由について、選択式と自由記載式で回答を求めた。

それ以外に、受診歴、生活歴について、選択式・記述式併用での回答を求めた。

(4) アンケートの集計方法

- ・救急搬入され入院となった患者全例を対象とした
- ・対象患者を松江生協病院地域連携室においてリスト化し、Excel ファイルで管理した
- ・アンケート取得は、入院患者の担当看護師が中心となり、他のスタッフの協力ももらって行っ

た

- ・患者属性情報は、松江生協病院が使用している既存の患者属性シートから、病棟担当事務が抽出した
- ・記載が済んだアンケート用紙は、松江生協病院医療相談室に集中した
- ・記載不備、記載漏れは、医療ソーシャルワーカーと調査研究責任者が、訂正・追記を行った
- ・地域連携室に集まったデータは、最終的に診療情報室に送り、匿名化したうえで、診療情報室で保管した

(5) 倫理的配慮

本研究は松江生協病院の倫理審査委員会の承認を得ている。また、調査協力を依頼する患者に対しては同意書の記載を求めると同時に、調査協力依頼のパンフレットを配布し、その中に個人情報 that 特定されないこと、不利益は発生しないことを明記した。

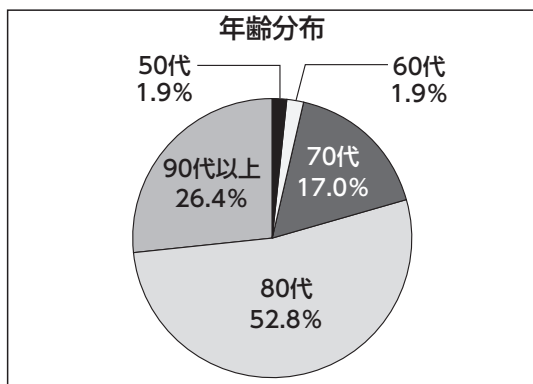
結果

1、全件データ

アンケート収集期間の対象患者は、総数199名。そのうち、アンケート回収数は53名(回収率27.1%)

(1) 年齢分布

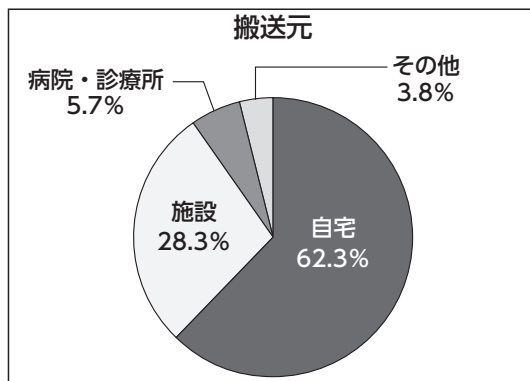
80-89歳が28名と最も多く、90歳以上が14名、70-79歳が9名と、次に続く。70歳以上が、51名、96.2%と、ほとんどが70歳以上の高齢者であった。



(2) 搬送元

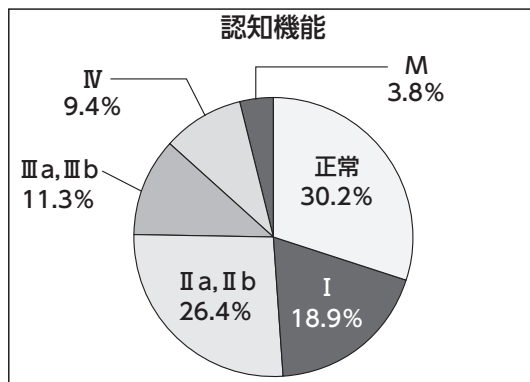
自宅33名(62.3%)、高齢者施設15名(28.3%)と、過半数が自宅からの搬入であった。高齢者施設

の内訳は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、サービス付き高齢者施設、住宅型有料老人ホーム、グループホーム、軽費老人ホームであった。



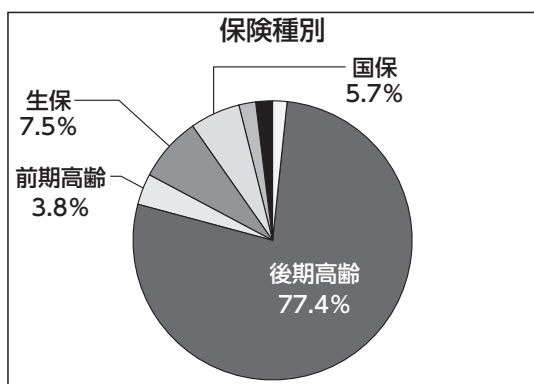
(3) 搬送患者の認知機能

正常 16名(30.2%)、軽度認知症(I)10名(18.9%)、中等度認知症(IIa, b)14名(26.4%)、重度認知症(IIIa, b, IV)11名(20.7%)と、中等度以上の認知症のある方が、47.1%と、ほぼ半数を占めた。



(4) 保険種別

後期高齢 41名(77.4%)、国保3名(5.7%)、生保4名(7.5%)、協会けんぽ1名(1.9%)、組合1名(1.9%)、前期高齢2名(3.8%)と、70%以上が後期高齢で占められていた。

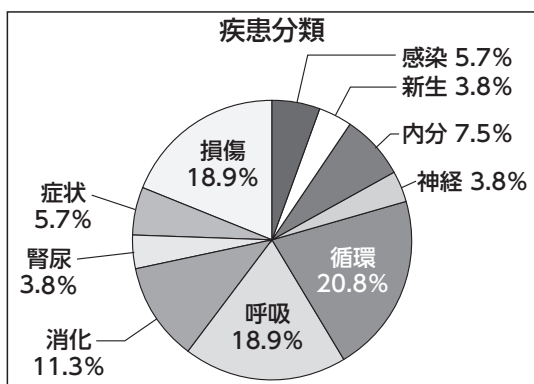


(5) 搬入時刻

8:00-12:00 19名、12:00-16:00 12名、16:00-20:00 11名、と日中に集中しているものの、0:00-4:00 2名、4:00-8:00 5名、20:00-24:00 4名と夜間から深夜、早朝の時間帯にも、全体の約5人に1人が搬入されていることも分かる。

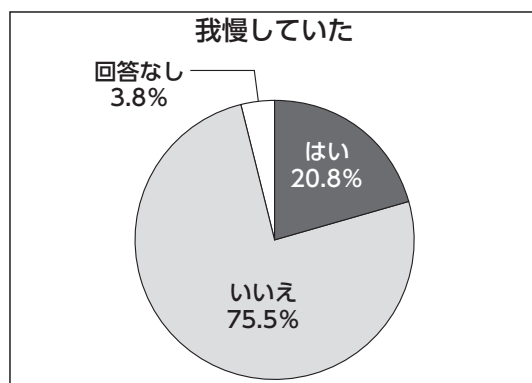
(6) 疾患分類 (ICD10分類による)

「9:循環器系の疾患」11名 (20.8%)、「10:呼吸器系の疾患」10名 (18.9%)、「19:損傷、中毒およびその他の外因の影響」10名 (18.9%)、「11:消化器系の疾患」6名 (11.3%)と、内科および整形外科の疾患が上位を占めた。以下、「4:内分泌、栄養および代謝疾患」、「18:症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」、「1:感染症および寄生虫症」、「14:腎尿路性器系の疾患」、「2:新生物<腫瘍>」、「6:神経系の疾患」が続く。



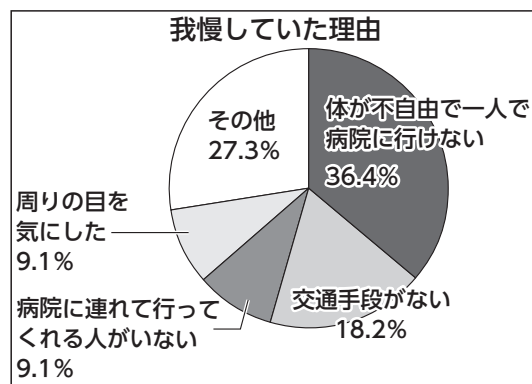
2、受診手控えの背景

(1) 救急搬送されるまで我慢していましたか
「はい」11名 (21%)、「いいえ」40名 (75%)、「無回答」2名 (3.8%)と、5人に1人が我慢をしていた。



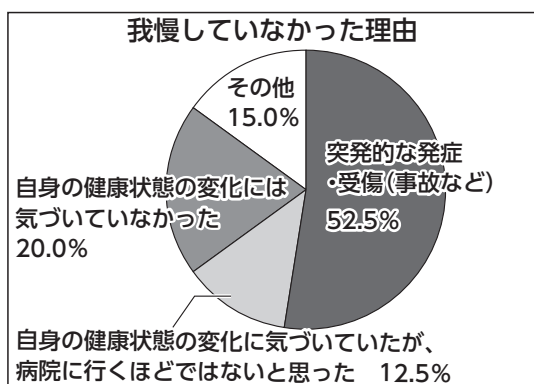
(2) 「我慢していた」に「はい」と答えた人の「理由」

「身体が不自由で一人で病院に行けない」4名、「交通手段がない」2名、「病院に連れて行ってくれる人がいない」1名、「周囲の目を気にした」1名と、自力では医療機関を受診する手段がないことが、理由のほとんどを占めた。



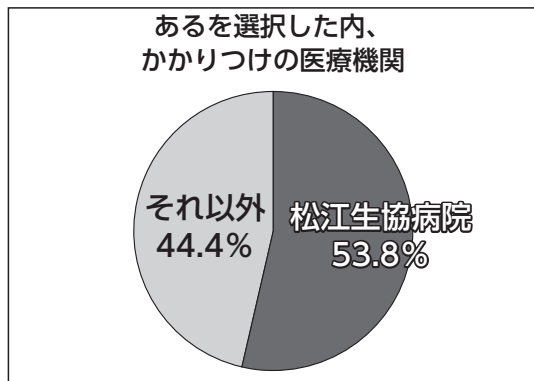
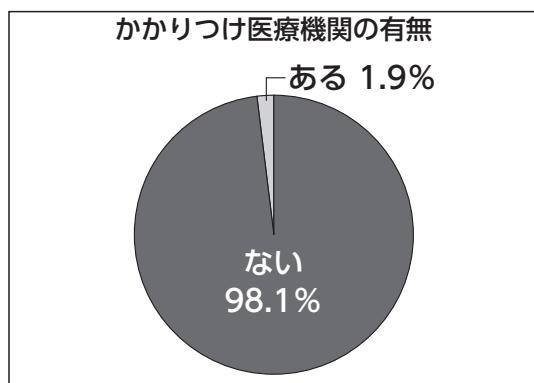
(3) 「我慢していた」に「いいえ」と答えた人の理由

「突発的な発症、受傷」が21名 (52.5%)と最も多く、「自身の健康状態の変化には気づいていなかった」が8名 (20.0%)、「自身の健康状態の変化に気づいていたが、病院に行くほどではないと思った」という方が、5名 (12.5%)であった。



(4) かかりつけ医療機関

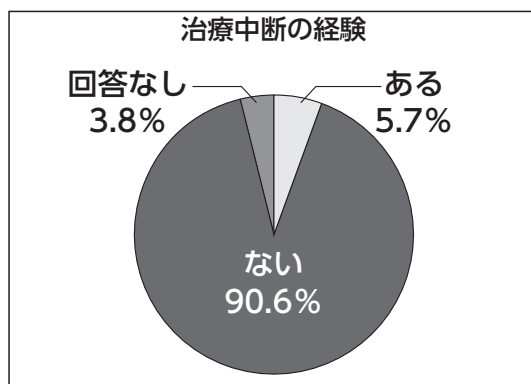
「ある」と回答した方が52名、「ない」と回答した方が1名。「ある」と回答した方のうち、「松江生協病院」をかかりつけとしている方が28名、「それ以外」24名であった。救急搬入から入院となった方のほとんど全てが、かかりつけ医療機関を有している、との回答であった。



(5) 治療中断歴

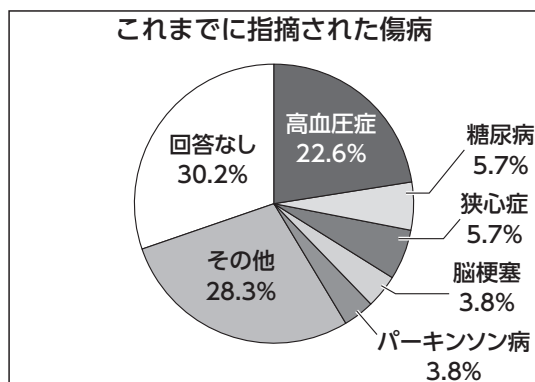
「なし」48名(90.6%)、「ある」3名(5.7%)と、治療中断歴がないと回答された方がほとんど

であった。



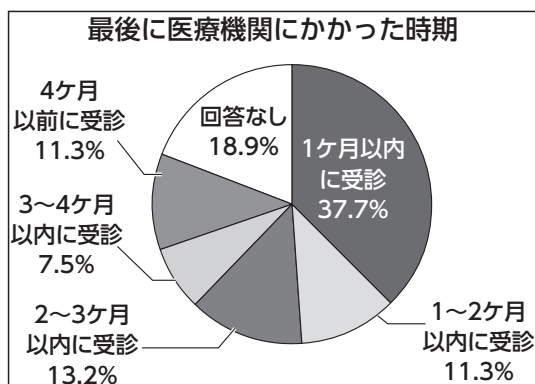
(6) これまでに指摘された傷病

回答数が多かった順は、「高血圧症」22.6%、「糖尿病」5.7%、「狭心症」5.7%、「心不全・弁膜症」8%、「パーキンソン病」3.8%、「脳梗塞」3.8%、であった。



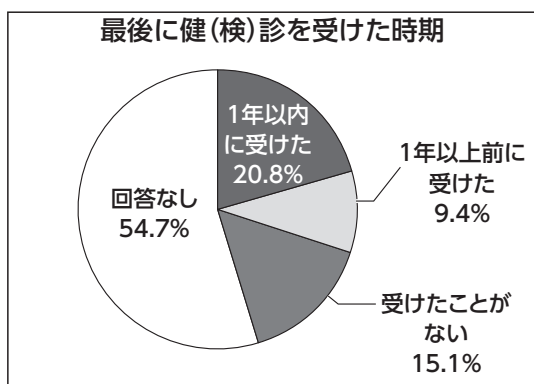
(7) 最後に医療機関にかかった時期

救急搬入前1ヶ月以内に医療機関を受診していた方が20名(37.7%)と最も多く、1～2ヶ月以内が6名(11.3%)、2～3ヶ月以内7名(13.2%)、3～4ヶ月以内4名(7.5%)、4か月より以前に受診6名(11.3%)であった。回答者43名のうち、10名(23.2%)が、救急搬入前3ヶ月以上、医療機関に受診歴がなかった、ということになる。



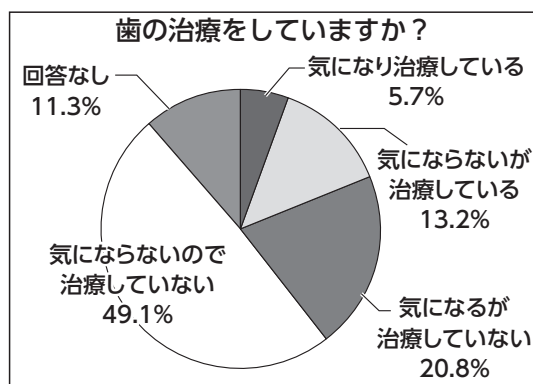
(8) 健（検）診を受けた時期

救急搬入前1年以内に健（検）診を受けていた方は11名、1年以上前に受けていた方は5名、受けたことがない8名、回答不備・回答なしが29名であった。回答があった24名のうち、1年以内に健（検）診を受けていた方は10名で、1年以上にわたり健（検）診を受けていなかった方が14名（58%）にのぼっていた。



(9) 歯の状態・歯の治療歴

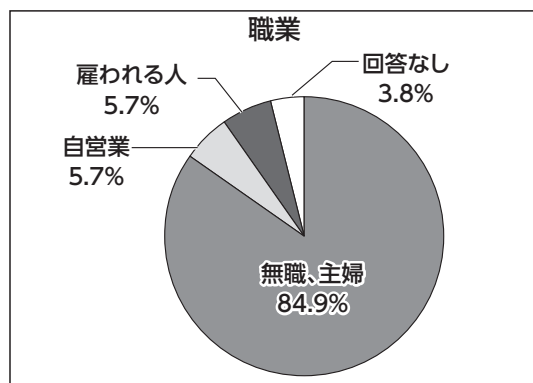
「歯の状態で気になることがなく、治療歴もない」方が26名（49.1%）、「気になるが、治療歴がない」方が11名（20.8%）、「気にならないが、治療歴がある」方が、7名（13.2%）、「気になっていて、治療歴がある」方が3名（5.7%）であった。治療歴がないという方が、37名（69.9%）で、気になっても治療を受けてない、という方も20%を占めた。



3、社会的孤立度の状況、生活状況

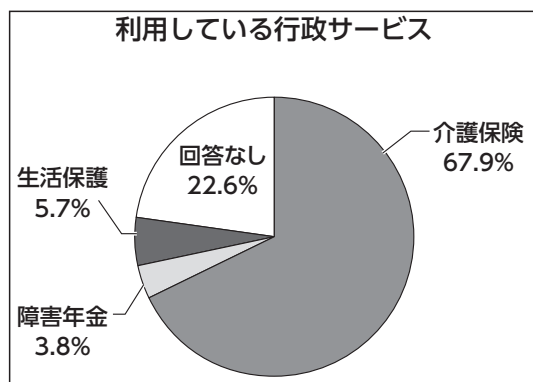
(1) 職業

無職・主婦45名（84.9%）、自営業3名（5.7%）、正社員3名（5.7%）で、ほとんど無職の方であった。



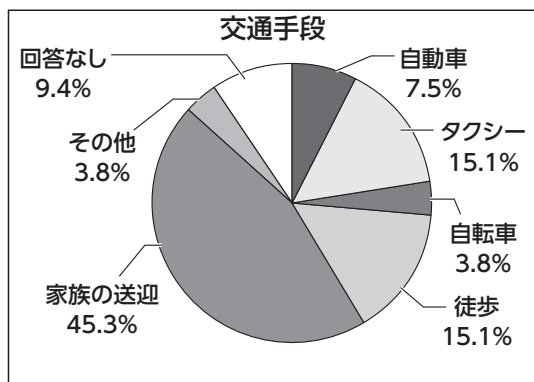
(2) 利用している行政サービス

介護保険36名（67.9%）、生活保護3名（5.7%）、障害年金2名（3.8%）、回答なし12名（22.6%）



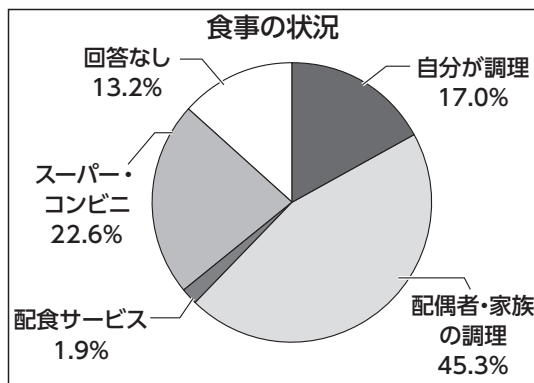
(3) 交通手段

「送ってもらう」24名(45.3%)、「徒歩」8名(15.1%)、「タクシー」8名(15.1%)、「車」4名(7.5%)、「自転車」2名(3.8%)と、自力での交通手段を持っていない方が32名(60.4%)にのぼっており、公共交通機関を利用している方は、一人もいなかった。



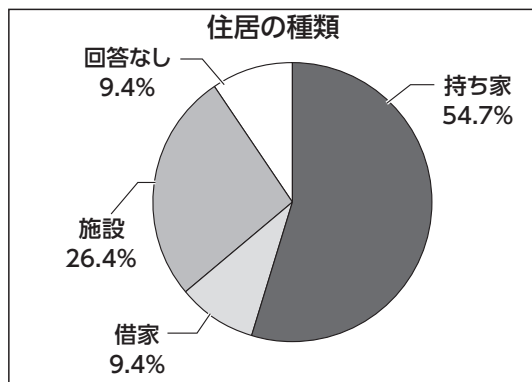
(4) 食事

「家族が作ってくれる」24名(45.3%)、「自炊」9名(17%)、「配食」1名、「スーパー・コンビニ」12名、「回答なし」7名、という結果であった。食事面で、行政サービスを利用する方は、ほとんどいない結果であった。



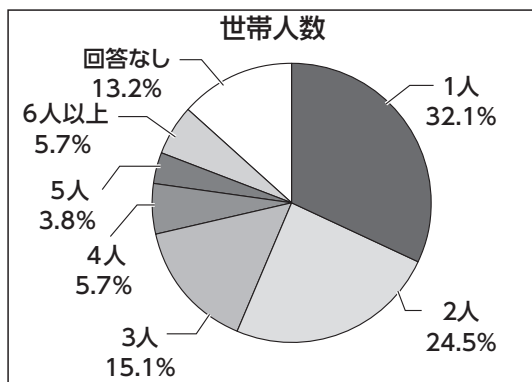
(5) 住まい

「持ち家」29名(54.7%) (内訳: 本人名義15名、家族名義14名)、「施設」14名(26.4%) (内訳: 有料老人ホーム6名、特養5名、老健2名、高齢者住宅1名)、「借家」5名(9.4%) (内訳: 賃貸3名、社宅: 2名)、「回答なし」5名、という結果であった。持ち家の方が過半数を占めていた。



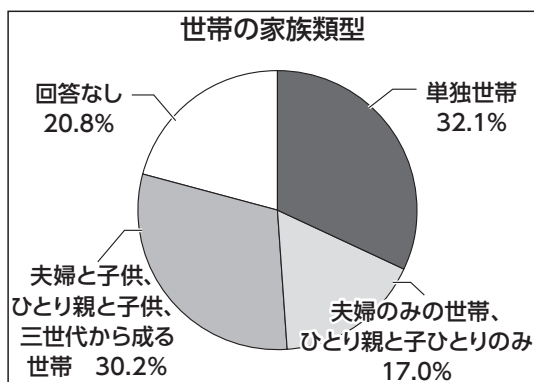
(6) 世帯人数

「1人」17名(32.1%)、「2人」13名(24.5%)、「3人」8名(15.1%)、「4人」3名(5.7%)、「5人」2名(3.8%)、「6人以上」3名(5.7%)、「回答なし」7名、と単身世帯と二人暮らし世帯で、56.6%と、過半数を占めていた。



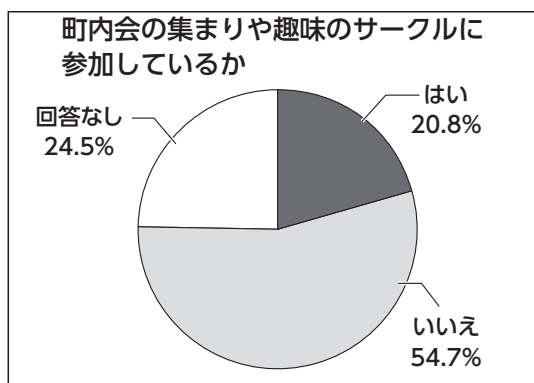
(7) 世帯の家族類型

「単身世帯」17名(32.1%)、「夫婦のみの世帯、ひとり親と子ひとりのみ」9名(17.0%)、「夫婦と子ども、ひとり親と子ども、三世代からなる世帯」16名(30.2%)、という結果であった。



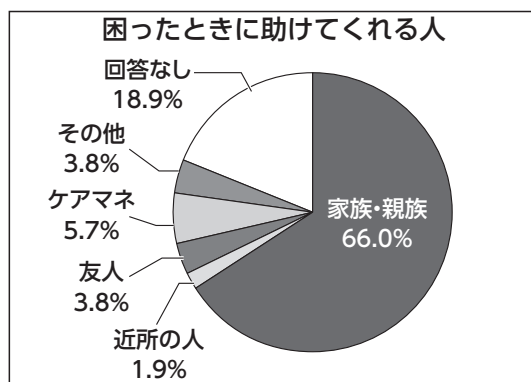
(8) 町内会の集まりや趣味のサークルに参加していますか？

「はい」11名(20.8%)、「いいえ」29名(54.7%)、「回答なし」13名(24.5%)、という結果で、社会参加の機会がほとんどない実状が見て取れる。



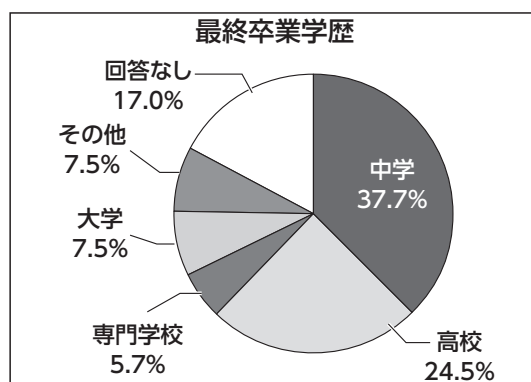
(9) 困ったときに助けてくれる人

「家族・親族」35名(66.0%)、「ケアマネジャー」3名(5.7%)、「友人」2名(3.8%)、「近所の人」1名(1.9%)、「その他」2名(3.8%)、「回答なし」10名(18.9%)。「家族・親族」が圧倒的に多く、行政サービスが、困ったときの一番の助けにはなっていないことが、読み取れる。



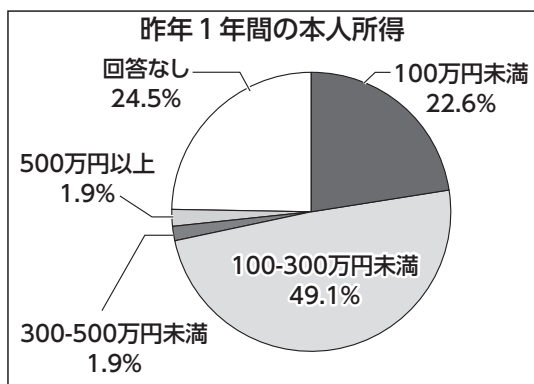
(10) 最終学歴

「中学」20名(37.7%)、「高校」13名(24.5%)、「大学」4名(7.5%)、「専門学校」3名(5.7%)、「その他」4名、「回答なし」9名、という結果で、後期高齢の方が青年だった時代を反映していると思われる。



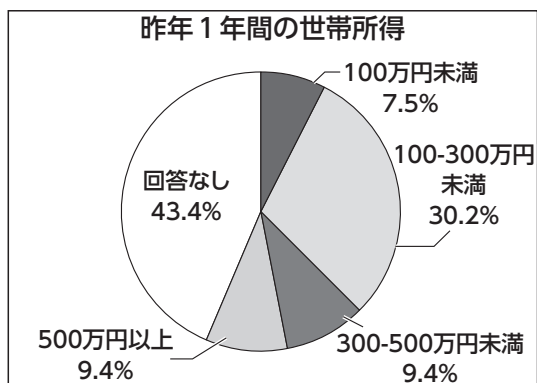
(11) 本人所得

「100-300万円未満」26名(49.1%)、「100万円未満」12名(22.6%)、「300-500万円未満」1名(1.9%)、「500万円以上」1名(1.9%)、「回答なし」13名(24.5%)と、300万円以下の所得の方が多数を占めていた。



(12) 世帯所得

「100-300万円未満」16名(30.2%)、「300-500万円未満」5名(9.4%)、「100万円未満」4名(7.5%)、「500万円以上」5名(9.4%)、「無回答」23名(43.4%)、という結果で、無回答が最も多かったが、回答した中では、300万円以下が多数を占めていた。



考察

アンケートの結果では、救急搬入から入院となった方の5人に一人が受診を抑制していたことになるが、その方々が適切な時期に受診できていれば、重症化も防げた可能性がある。調査前当初、受診抑制の要因は保険証がない、受診するための医療費がない、などの経済的理由が多いと想定していた。¹⁾しかし、アンケートの結果からは、「交通手段がないこと」、「頼る人の有無」「独居という世帯形態」が主な受診抑制理由として挙げられた。これは言い換えると「社会的孤立」が医療機関への受診を困難にしていると言える。冒頭であ

げた患者も身寄りがない独居患者であった。

「交通手段」に関して、今回の調査対象のほとんどが70歳以上であり、高齢者ドライバーの交通事故は後をたらず自動車免許の自主返納の是非が問われる今日である。しかし、このことが高齢者の受診抑制につながっている可能性も考慮し、高齢者が日常的に使用できる安価な公共交通機関の整備を検討することが重要ではないか。

「頼る人の有無」「独居という世帯形態」に関して、困ったときに助けてくれる人はほとんどが家族であり、ケアマネジャーや民生委員と回答した人がほとんどいなかった。今回の調査では同居の家族、近くに住む家族、県外に住む家族なのかは検証できておらず今後の課題である。だが県外で暮らす家族が増えていることが想像できることから、何かあった時にすぐに駆け付けてくれる方がいない場合が相当数あることが予想される。松江市の独居世帯は34.5%（平成27年国勢調査世帯構造等基本集計）にのぼる。ここを補う意味でケアマネジャー等、行政職が社会的孤立にかかわることが今後一層求められるだろう。社会的孤立を防ぐための居場所作りが各地で行われてはいるが、今回のアンケート結果からは町内会や趣味のサークルへの参加率の低さが目立った。このことから社会的孤立を予防できるような有効な居場所作りがなされていない可能性がある。加えて、子供、孫の若い世代が地元で定職につき、安心して子育てができる環境を作るまちづくりが重要であり、それが高齢者の社会的孤立の予防、ひいては高齢者の自己肯定感にもつながるのではないだろうか。

結語

今回の調査は、件数が少なく、また松江生協病院という一医療機関のみでの調査に過ぎない。こういった制限がある調査の結果を一般化することは困難ではあるが、受診抑制の要因に社会的孤立が関与している可能性は大いにあると思われた。今後行政や他医療機関と協力し、松江圏域における受診抑制の要因や属性について調査し、すべての人が適切な時期に医療にアクセスできるよう、一医療機関としても何ができることを課題として

いきたい。

謝辞

本研究にご協力いただいた、島根大学法文学部講師関耕平先生はじめ、島根大学医学部学生、松江生協病院職員の皆様に、心より感謝申し上げます。

利益相反

著者は、開示すべき利益相反はない

- 1) 阿部彩 (2013)「誰が受診を控えているのか：J-SHINE を使った初期的分析」一橋大学機関リポジトリ HERMES-IR
- 2) 菅万里、「社会経済的階層による健康格差と老人保健制度の効果—全国高齢者パネルを用いた試作的研究」『世代間問題研究プロジェクト「世代間問題の経済分析」』308、2007
- 3) 村田千代栄他、「地域在住高齢者の所得と受療行動の関連」『第18回日本疫学会学術総会講演集』130、
- 4) Michael Marmot (2017)「健康格差」栗林寛幸訳、日本評論社

文献

- ・ The Social Medicine of old Age (1948) Joseph Harold Sheldon (イギリス) スープの冷めない距離 高齢者の社会医学

- ・ The Family Life of Old People, An Inquiry In East London (1957) Peter Townsend (イギリス) 邦訳 居宅老人の生活と親族網—戦後東ロンドンにおける実証的研究 山室周平監訳 垣内出版1974
- ・ 貧困と医療 ～無料低額診療制度から見えたもの～石田瞳 他
- ・ Health literacy The solid Facts
- ・ Health literacy and health behaviour
- ・ SOCIAL DETERMINANCE OF HEALTH THE SOLID FACTS Second Edition
- ・ 医療費に係る未収金発生に関する研究 宮本恭子
- ・ 平成29年度圏域別地域公聴会資料 (松江圏域)
- ・ 老人に冷たい国・日本「貧困と社会的孤立」の現実 光文社新書
- ・ 未収金に関するアンケート調査報告 (厚労省保険局)
- ・ 「医療・介護現場から見える貧困調査」第3弾
- ・ 貧困と医療—無料低額診療制度から見えるもの
- ・ 「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 いのちとくらし研究所報 第59号
- ・ 高齢者総合機能評価 国立長寿研究センター 鳥羽研二

※全体報告は、松江保健生活協同組合・病院からはじまるまちづくりプロジェクト『病院からはじまるまちづくり プロジェクト報告集』(2020年6月)として発行されている。

【質問項目】 アンケート用紙

氏名

ID

記載者

当てはまるものに記入、もしくは○をつけてください。(複数項目回答可)

1. 今回、救急搬送されましたが、直近の半年間、あるいは救急搬送されるまでに受診を控えていましたか。または控えたことがありますか

(はい・いいえ) → 「はい」と答えた方は2以降へ

「いいえ」と答えた方は3以降へ

2. 1の質問で「はい」と答えた人

・受診を控えた理由について該当するものに○をつけてください。(複数項目回答可)

仕事・家事育児・介護・待ち時間が長い・忙しくて時間がない
費用がかかるから・保険証がない、または使えない
交通手段がない・医療機関が近くにない・身体が不自由で一人で病院に行けない
どの医療機関に行けばよいか分からない、
病院に行くのが好きでない・病院を信用していない・周囲の目を気にした
病院へ連れて行ってくれる人がいない・その他_____

3. 受診歴

- ① かかりつけ医療機関はありますか? (ある・ない)

「ある」と答えた方→かかりつけの医療機関 (松江生協病院・それ以外_____・なし)

- ② これまで治療を中断したことがありますか? ある(中断時期 _____ 年 月頃)・なし

- ③ 過去に指摘されたことのある病気 (別票を参照し病名を記載して下さい。)

(疾患名: _____)

- ④ 最後に医療機関にかかった時期 (_____ 年 月頃) ・受けたことがない

- ⑤ 最後に健康診断を受けた時期 (_____ 年 月頃) ・受けたことがない

- ⑥ 歯の状態で気になることはありますか? (はい・いいえ)

- ⑦ 歯の治療をしていますか? (はい・いいえ)

4. 生活歴

- (1) 職業

①当てはまる職業に○をつけてください。

1 正社員、2 派遣・契約、3 自営業、4 その他就労、5 主婦、6 失業中・無職

- ② 平均就労時間 (_____ 時間/日)

- ③ 夜勤はありますか (_____ 回/週・なし)

- ④ 仕事の休み (_____ 日/月)

- ⑤ 残業 (_____ 時間/月)

- (2) 利用したことのある行政サービスに○をつけてください。(複数項目回答可)

介護保険・障害者手帳(身体・精神)・生活困窮者支援制度・生活保護・母子・児童関係

車・バイク・自転車・徒歩・バス・電車・タクシー・送ってもらう・その他

・ 自炊・配食・外食・コンビニなどの弁当・ヘルパーさんが作ってくれる・家族が作ってくれるその他

持ち家（本人名義）・持ち家（家族名義）・杜宅・賃貸（アパート・マンション）・住居なし・施設（特養・老健・有料老人ホーム・高齢者住宅）・その他

家族・親族・友人・民生委員・ケアマネージャー・近所の人・その他 ・いない

中学・高校・大学・専門学校・大学院・その他

0-100・100-300・300-500・500-700・700～ 単位：万円

高血圧、糖尿病、脂質異常症、脳卒中、狭心症・心筋梗塞、不整脈、慢性腎疾患、腎臓病、貧血、高尿酸血症・痛風、肺結核、喘息、肺気腫（COPD）、睡眠時無呼吸症候群、逆流性食道炎、胃・十二指腸潰瘍、大腸疾患、B型・C型肝炎、その他の肝臓病、胆石症、甲状腺疾患、緑内障、前立腺肥大、精神疾患、自己免疫疾患、～がん

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)

- 谷口起代「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—」

(『いのちとくらし研究所報』68号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

- 川口啓子「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」

(『いのちとくらし研究所報』69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、福田直毅、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(ウェブサイトでも公開)
- 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・麦の芽福祉社会に注目して—」(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
-
- 「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)『いのちとくらし研究所報』68号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」(川口啓子)『いのちとくらし研究所報』69号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究: 20施設のアンケート調査から」(堀場純矢)『いのちとくらし研究所報』70号

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第70号（2020年3月） — 【特集】介護保険20年を振り返る

- 巻頭エッセイ：沖縄の過去、現在、未来（岩下明夫）
- 特集：介護保険20年を振り返る
 - ・介護保険20年の変化、現在の動向と課題（林泰則）
 - ・地域包括ケアと地域の動き「共同組織とともに作る地域包括ケア」～『健康づくり・まちづくり手引書』作成の紹介～（山田智）
 - ・介護保険で何が変わったのかーケア保障のためのソーシャルワーク（末永睦子）
 - ・介護福祉士養成施設という社会資源ー介護の担い手を地域で育てる（川口啓子）
 - ・ドイツの介護保険改革（3）介護強化法の補論と示唆（小磯明）
- 論文：
 - ・「保険外併用療養」をめぐる動向について（山本淑子）
 - ・2019年秋千葉県台風の教訓と提言（八田英之）
- 継ぎ足し生涯学習のすすめー3：市民的生涯学習のすすめ（野村拓）
- 書評：
 - 吉永純・原昌平・奥村晴彦・近畿無料低額診療事業研究会編著『無料低額診療事業のすべて：役割・実線・実務』（田中淑寛）
- 2015年度研究助成概要報告：児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアナケート調査から（堀場純矢）

第69号（2019年12月） — 【特集】自治体と災害

- 巻頭エッセイ：人類史の「巨大な曲がり角」と新たな協同組合像の模索（田中秀樹）
- 【特集：自治体と災害】
 - ・公共施設の統廃合・再編の動きと課題ー指定管理者制度と公共施設等総合管理計画ー（角田英昭）
 - ・2019年秋の台風災害を考える（八田英之）
- 論文
 - ・ドイツの介護保険改革（2）介護強化法の給付と鑑定（小磯明）
 - ・総合診療の立場から見る社会医学系専門医制度（草場鉄周）
- 継ぎ足し生涯学習のすすめー2「高速世界史認識」と「健保百年」（野村拓）
- 2016年度研究助成報告：医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題（川口啓子）
- 書評：
 - ・佐藤一子著『学びの公共空間』としての公民館ー九条俳句訴訟が問いかけるものー（梓澤和幸）
 - ・西沢いづみ『住民とともに歩んだ医療 京都・堀川病院の実践から』（生活書院、2019年、349ページ）（松田亮三）

第68号（2019年9月） — 【特集】公害問題と自治体

- 巻頭エッセイ：人生を彩る介護が花開く未来を（山本一視）
- 【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）
 - ・ノーモアミナマタ第2次訴訟の分析と対応（中山裕二）
 - ・今、また「水俣病」が教える学術団体の影の側面（戸倉直実）
- 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）
 - ・国際医療福祉協同組合2018年の動向ーICA 国際協同組合連盟委員会報告書ー（石塚秀雄）
 - ・「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）
- （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）

○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）

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、インタビューア：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、申佳弥）
 - 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（古中文志）

○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）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.71 (2020.8.31発行)

理事長のページ：「本当に社会というようなものはあります」“There really is such a thing as society”（中川雄一郎）、副理事長のページ：コロナとコレラ―医師沼野玄昌の災難―（八田英之）、役員エッセイ：ふるさとの町の捕虜殺害事件（今井晃）、医療事故と警察（石塚秀雄）

○ No.70 (2020.5.31発行)

理事長のページ：「検察庁法改正に反対する検察OB 有志の意見書」を読んで（中川雄一郎）、副理事長のページ：自然と社会が交叉するとき（高柳新）、転載：慌てず、騒がず、油断なく（高柳新）、役員エッセイ：外科医師冤罪事件で実感したこと（窪田光）、新型コロナ感染症と自然科学主義（吉中丈志）

○ No.69 (2020.2.29発行)

理事長のページ：スポーツと民主主義―スポーツと「自立」の社会意識―（中川雄一郎）、副理事長のページ：＜男性世帯主賃金＞の幻想化とリビング・ウェイジ（後藤道夫）、2020年1月医療福祉政策学校冬季合宿参加報告（竹野ユキコ）、韓国だより：被曝労働者に一筋の光を（朴賛浩）、映画「夜明け前 呉秀三と無名の精神障害者の100年」の紹介（竹野ユキコ）、特養あずみの里裁判とフランスの事例（石塚秀雄）

○ No.68 (2019.11.30発行)

理事長のページ：「イギリスのEU離脱」再考（中川雄一郎）、副理事長のページ：台風私記（八田英之）、短信（石塚秀雄）、外国語勉強法（5）北島健一氏の場合、役員エッセイ：フィンランド・リトアニアの全世代型社会保障視察（小磯明）

○ 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）

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。

【F A X 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

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

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所の 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73号の予定】(2020年12月発行予定)

- ・コロナ禍を考える (2)
- ・研究助成報告
- ・その他

【編集後記】

ICA モスクワ大会のレイドロウ報告から40年となる今年は、コロナによってさまざまな日常の課題が見えるようになり、生活に影響がありました。機関誌も合併号としましたが、次号は12月、次々号は3月の発行予定です。引き続き「いのちとくらし」の課題に対し、今までと同じに、あるいは今までとは同じではなく、非営利・協同は何かできるのかを取り上げたいと思います。(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く場合があります。

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所(レポート)ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

4. 採否

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

5. 締め切り

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

6. 執筆注意事項

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

② 投稿原稿は返却いたしません。

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

④ 図表は基本的に即印刷可能なものにすること(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