

目 次

- 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
取り組むのか金子 努 1

【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 2
- ・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 8
- ・非営利・協同の資金調達と草の根金融の展望.....多賀 俊二 26
- ・座談会：2018年度診療報酬・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 32

- 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 52

- 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 70

- 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 78

- 書評：『社会保障レビュー—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 82

- ・研究助成報告一覧、報告書、機関誌・ニュースバックナンバーなど
..... 25、67、84

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

私事であるが、今年4月22日、地元のソフトボール大会へ参加中に、左足アキレス腱断裂事故にあい、約1か月ギブス固定、その後補装具に変え、いまま治療とリハビリテーションを続けている。56歳にして初めての経験であるが、貴重な体験を重ねている。私は、このたびのことで、車いすや松葉杖での生活を体験し、さらに制限された歩行での生活がいかなるものかを身をもって感じている。

受傷後、私の周囲の人たちに随分と助けられた。そして、人によって障害の人との向き合い方が違うことにも気づかされた。日頃、ほとんど話をすることのなかった人が、私の姿を見て、私が求めずとも必要な配慮を積極的に提供した。そのことに驚いたとともに、とても嬉しかった。逆に、なにをすればよいのか戸惑い、足早にその場を離れていく人もいた。また、慣れない松葉杖でスーパーマーケットへ行って、四苦八苦しながら買い物する姿を物珍しそうに見ている小学校低学年の児童と何も言わない母親、レジでもたもたしながら時間のかかっている私をイライラしながら後ろで待っている客。他方では買い物籠を片付けるのを手伝ってくれたり、気遣ってくれる人など…。この1か月余りで、いろんな人と出会うことができた。

日頃の私は、勤務先の大学で教鞭をとりつつ、認知症の人や精神障害の人の地域での暮らしをテーマに研究している。多様な生き方を認め合う共生社会の実現を理念として賛同する人は多い。しかし、現実には自分の暮らす近所や地域で認知症の一人暮らしの人がいると話は違ってくる。

認知症の人は自分で適切な判断をし、行動する

ことが難しい人と捉え、他者の介助や協力なしには日常の生活を送ることが困難であると考える人がある。そうした考えの人は、家族なり親族がその認知症の人を面倒見るのであれば別だが、そうでなければ「何か事故等が起きない保証はあるのか」「事故が起きた時の責任は誰がとってくれるのか」など、不安が高じ、結局、その認知症の人を地域から排除する方向に進む。

このたびの自分の体験を通して考えさせられたのは、他者の置かれた状況や生活に対し、自らの理解が及ぶ人とそうでない人があり、そのことが応答の違いに結びついているということであった。自らの理解を他者の理解へと広げるには、他者との直接的な出会いと対話が重要である。対話により合意に至らずとも、自分との違いを知ることができる。

自分とは違う人と“共に暮らす地域社会”をつくるのか、それとも、その人たちを“排除し続ける地域社会”にするのか、その選択が迫られる。それは換言すると、“誰にでも当てはまる最大公約数的な生活”の実現か、それとも“その人らしい、極めて個別性の高い生活”の実現か。“誰にでも当てはまる最大公約数的な生活”の実現は、それに当てはまらない人を排除することになる。

“その人らしい極めて個別性の高い生活”の実現は、多様な人々の生き方を認めるものであり、それこそが共生社会の実現に結びつくものと考えられる。このような考えから、まずは私の周囲の人たちとの対話をこれまで以上に続けていこうと考えた。

(かねこ つとむ、県立広島大学教授)

「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

はじめに

2006年の住生活基本法に連動して翌年「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）」が制定されたが、その成果が十分ではなかったために改正され、2017年10月に「新たな住宅セーフティネット（以下住宅SN）法」がスタートした。

日本における新自由主義の浸透は、格差を広げ中間層を解体し、貧困にあえぐ人々を増大させた。それは路上生活者のように目に見える貧困はむしろ減少したものの、「屋根の下に隠れた貧困」者層一親と同居せざるを得ない若者世代、高齢の親の年金に頼って生きる人々、一時施設や簡易宿泊所、ネットカフェのような非住宅や、脱法ハウスといわれる劣悪なシェアハウスで暮らす人々を拡大させ、もはや持家取得がゴールではなくなってきた。

これに対し住宅SN制度は、今後の日本の住宅政策にとって重要ないくつかの普遍的施策課題—民間賃貸住宅の質の向上、居住支援というソフトな施策、住宅手当（家賃補助）—といった内容を含みながらも検討すべき課題を抱えている。

1. 「新たな住宅セーフティネット法」の登場

少子高齢社会を背景に、日本初の住宅にかかわる基本法「住生活基本法」が2006年6月に制定され、これに基づく住生活基本計画（全国計画）が策定された。住生活基本法は、「豊かな住生活の実現」に向け、それまでのハコモノの供給だけではなく、国民の住生活の質を向上させようとする

ものであった。しかし、基本的には新自由主義に基づく住宅政策へと転換したもので、「市場流通に乗らない公営住宅や要配慮課題については、建築計画法よりも薄くなり、行政政策における住宅の公共性、居住福祉が後退したともいえる。」¹ものであった。

そうしたことを考慮し、市場において自力では適切な住宅を確保できない人々に対して、2007年に「住宅SN法」が制定された。この法に居住支援協議会が位置付けられ、翌年には愛知県が居住支援協議会を立ち上げている。その後東京都23区でも、江東区2011年、豊島区2012年、板橋区2013年と相次いで居住支援協議会が設置された。しかし、公営住宅を中心とする公的住宅施策が後退する一方で、民間賃貸住宅の活用は思うように進まなかった。

そこで注目されたのが全国的に増えた空き家である。2008年の住宅・土地統計調査では757万戸13.1%を数え、今後も人口縮減、過剰供給等によって空家の増加が見込まれる。この空き家・空き室を住宅困窮者の住宅として活用することが提起され、「住宅SN法」を改訂し、「新たな住宅SN法」に繋がったのである。

「新たな住宅SN法」は、①住宅困窮者向け賃貸住宅の登録制度、②登録住宅の改修・入居への経済的支援、③住宅困窮者のマッチング・入居支援の3つの柱からなる。

居住支援協議会は「新たな住宅SN法」の下での住宅困窮者の窓口として、改めて設置が推奨されている。2018年3月末現在で、70協議会が設立。全都道府県及び23区市町で設立され、東京都では前述した3区その他、4区4市が加わった。活動内容は、住宅確保と情報提供のための住宅相談（含

¹ 塩崎賢明主査「住生活基本法体制の到達点と課題—居住弱者の住生活に着目して—」住総研『研究論文集・実践研究報告集』No.44、2017年版、pp.25-36.

住宅斡旋)、家賃債務保証や保証人確保、入居後の見守り、また空き家を活用した住宅困窮者への住宅提供等、各自治体の実情に応じて対応している。

2. 住まいに困窮する人々—居住支援協議会の相談窓口にみられる住宅困窮の実態と課題

「新たな住宅SN制度」を検討する前に、住まいに困窮する人々の実態について、居住支援協議会の相談窓口に来た世帯を概観しよう。

筆者はある東京都特別区の居住支援協議会の運営にかかわってきた。この居住支援協議会は比較的早く設立され、多くの議論の末、当初の居住支援協議会の「王道」である住宅確保のための相談窓口をつくり、高齢者、障がい者、ひとり親世帯を対象に住宅確保等の支援を行ってきた。

居住支援協議会を利用する居住者層は、特に所得制限を設けているわけではないが、収入があれば何とか解決が見つことが多く、相談に来るのは生活保護受給該当層から公営住宅居住該当者層周辺の世帯が多くなっている。

2015年10月に住宅相談窓口が開設されると、最初に解決が難しいと思われていた精神障碍の方が相談に来たが、幸運にも相談窓口で紹介した住宅に成約でき、幸先のよいスタートとなった。

(1) 相談者数について

相談は週1日3人までの予約を原則とし、住宅政策担当者と居住支援協議会会員である不動産業者が窓口で相談にあたっている。以下では2015年10月1日～2018年3月31日の2年半の相談窓口に来た実質183人から住宅困窮の一端をみる。

(2) 相談者の概要

①性別と年代—女性が相対的に多い

女性5割強、男性3割と女性が多く、他に夫婦やひとり親等が来ている。

年代では、70代が4割強と最も多く、60代以上が8割以上を占める。80代以上の8割は女性であった。最年少は20代男性、最高齢は90代女性であり、この女性は親族の住む自治体の老人ホームに

入居した。

②世帯類型—高齢者が7割

相談者の世帯類型をまとめたのが表1である。高齢者が7割以上を占め、障がい者が2割を超える。ひとり親は12世帯あった。内1世帯は精神障がい者である。

障がい者全体で、転居が実現したのは3世帯だけだった。つまり成約できたのは1割弱で、残り9割の人々はこの期間に住宅を見つけることはできなかった。ひとり親も同様に相談窓口で住宅が見つかった人は無く、精神障がい者がある世帯については福祉事務所で生保を検討する。

生活保護受給者は16世帯（1割弱）で、住宅斡旋を求めてきた。また、相談窓口では、その人の状況により生保の受給を勧めている。

表1 世帯類型

世帯類型		世帯数		%	
高齢者*		133		72.7	
障がい者	高齢・身体障がい者	19	38	10.4	20.8
	高齢・精神障がい者	3		1.6	
	60歳未満の身体障がい者	6		3.3	
	60歳未満の精神障がい者	8		4.4	
	知的障がい者	2		1.1	
ひとり親		11		6.0	
ひとり親・精神障碍		1		0.5	
合計		183		100.0	

* 高齢者は60歳以上

(3) 性別等と月収

月収が判明している83人についてみると（表2）、収入無しが4世帯、10万円未満が19人（23%）で、15万円未満を入れると半数以上を占める。東京都23区における生活保護費（単身、60代：約133,000円）を目安にみると、生保基準以下の人が予想以上に4割を超えて36人いた。

(4) 緊急連絡先の有無

何かあった時にすぐに対処ができる「緊急連絡先」が不可欠だ。「有る」人が8割いるものの、「無し」「不明」が20世帯1割あり、「有る」とはいえ遠方の人を指定している世帯が12あり、これらの問題に対処する必要がある。

表2 性別月収別相談者数（世帯数）

	月収（円）	男性	女性	夫婦	ひとり親	合計	
1	無し	2	2			4	19 22.9%
2	3～5万円未	2	3			5	
3	5～10万円未	5	5			10	
4	10～15万円未	11	14		2	27	32.5%
5	15～20万円未	6	13		2	21	25.3%
6	20万円以上	2	10	3	1	16	19.3%
合計		28	47	3	5	83	100.0%

（５）相談の理由

ではどういう理由で住宅に困窮して相談窓口に来たのだろうか。

最も多いのは、立退きやアパートの建て替え、取壊しによる退去を求められるものあり、家主との不和・嫌がらせを含めて３割である。特に旧耐震基準による木造老朽アパートの建て替えが進み、それに伴う立退きが増えている。こうした立退きに対し、まずは借家人の権利として、正当事由にあたるかどうか、退去先住宅の斡旋や引っ越し費用の請求等、家主とよく相談することが肝要であるが、高齢者・障がい者の場合１人では難しい場合が多い。

第２に多いのは、「より安い家賃のところに転居」である。死別・離別により同居人（配偶者等）がいなくなって収入（年金）が減り、家賃を下げたいというのが目立ち、女性が多い。

第３に、住宅の質が悪いかバリアフリーになっていないことによる住宅の問題が約１割弱、騒音や空気汚染等の近隣環境の問題も１割弱の世帯が抱えている（表３）。

（６）相談結果—住宅を確保した世帯は少ない

183世帯中、住宅相談で成約したのは11世帯（6%）。他に自分で探した15世帯、都市機構（UR）に入居が1世帯あり、合わせると27世帯（15%）であり少ない。（表４）。

紹介されたが不成約だったのが21世帯（12%）。内6世帯は家主側の理由で断られている。筆者が窓口にいる時も、80代の単身女性の場合、3つの該当物件があったが家主に問い合わせると、いずれも断ってきた。15世帯は紹介された物件の条件が合わず不成約であった。

表3 相談の理由

相談の理由	MA	
高額家賃の解消	33	18.0
同居者がいなくなり家賃を下げたい	11	6.0
家族・知人等との同居を解消	6	3.3
夫・息子（家族）からの暴力	3	1.6
住宅の質①階段、バリアフリー等	13	7.1
住宅の質②設備、狭さ、老朽化、日照通風	9	4.9
近隣環境の悪さ（騒音、空気、治安等）	9	4.9
近隣との人間関係、嫌がらせ	3	1.6
立退き、家主からの嫌がらせ・不和	27	14.8
アパートの建て替え・取壊し	29	15.8
契約更新、施設・社宅からの退去	6	3.3
同居するため	4	2.2
通院のため	3	1.6
ペット可のところ	3	1.6
その他	31	16.9
不明	16	8.7
合計	197 (183)	100.0

表4 相談結果（成約状況）

No	成約状況	世帯数		%	
1	成約	相談窓口で紹介したところで成約	11	27	6.0
2		都市機構（UR）へ入居	1		0.5
3		自分で探した物件に成約	15		8.2
4	不成約	紹介したが、不動産・大家側の理由で不成約	6	21	3.3
5		紹介したが、本人の条件に合わず不成約	15		8.2
6	適切な物件が見つからず		9	4.9	
7	紹介・情報提供のみ		41	22.4	
8	他機関（福祉事務所等）に紹介		11	6.0	
9	その他（引越しを辞めた他）		14	7.7	
	不明		60	32.8	
	合計		183	100.0	

また相談者の条件にあう物件自体がなかったのが9世帯ある。今後さらに探すことを含めて、情報提供に留まったものが2割と多く、主に福祉事務所につなげられた世帯が11あった。

【大家側の理由で不成約】

高齢者（80代・60代男性）、精神障害のある人（精神障害2級の60代男性）が大家から断られており、相談員が不動産屋に付添って行っても断られた事例（80代男性）がある。

【本人の条件に合わずに不成約】

実際に物件を見内し、条件に合わないとして不成約になったものは15世帯（8%）ある。

【適切な物件が見つからず】

紹介物件自体が見つからなかった世帯が9（5%）の内、90代80代の女性は高齢を理由に見つからず、身体障がい者用バリアフリー物件が無く、通院や人間関係等からエリアを狭く限定したために該当物件が無い例があった。

（7）居住支援協議会による相談窓口から見える課題

以上の結果からみえてくることは、第1に成約率が低く、特に低所得で高齢・障害・ひとり親等の重複した属性を持つ人々の住宅確保の困難であること。

第2に、依然として高齢・障害を理由に入居の拒否が行われていることだ。

第3に、住宅困窮に直面する原因に、民間賃貸住宅の取り壊しによる立退きが増えており、民間賃貸住宅の質の向上を図る意味では重要だが、転居が難しくその対策が必要になっている。

第4に、民間賃貸住宅が施策に浮上したもの、低家賃物件は低質であり、建て替えやリノベーション等により家賃が上がれば、住宅SNの機能は果たさなくなる点である。

尚、この自治体では住宅困窮者の住宅確保がより可能になるよう、仕組みを再検討している。

3. 住宅困窮者に対する「新しい住宅セーフティネット制度」の効果

期待されて登場した改正住宅SN法だが、柱の

1つである登録住宅の登録件数が進まない。国は2020年までに登録数17万5000戸（年間7万戸）を目標にしていたが、昨年10月から今年3月末まで、目標3.5万戸に対し登録件数は80件、621戸（国土交通省）、住宅困窮者のみの専用住宅は218戸と桁違いに少ない（全国賃貸住宅新聞2018年5月7日）。

その理由を、煩雑なインターネット登録制度や、住宅確保要配慮者用専用住宅は10年以上の管理期間であることなどが指摘されている。しかし、現場から聞こえるのは、自治体が供給促進計画を策定するにあたり、この制度が持続可能な制度ではないために躊躇していることだ。また賃貸住宅業界からみると、登録住宅の基準（原則25㎡、耐震基準や設備基準）を満たす賃貸物件であれば、登録制度に乗らなくても住宅需要があるからでもある。もう少し検討してみよう。

（1）利用者にとって最大の課題である住居費負担について

登録住宅の家賃は近傍同種の家賃（市場家賃）でよい。しかし、「市場では適切な住宅を確保できない」という最大の理由は低所得である。これに対し住宅SN制度では、家賃低廉化補助（家賃補助）と家賃債務保証料の低廉化を挙げている。家賃低廉化については、収入分位25%以下の世帯に対し、最大国2万円、自治体2万円で合計4万円が出る。

ところが、家賃補助制度が住宅SN法になく、予算措置によっていることもあり、当初の予算計画で年間5000戸と登録住宅の目標の1割にも満たず、支援期間は原則10年である。困窮する高齢者の支援に期間が限定されるのは無慈悲な制度としか言えない。

これを補う形で、八王子市では住宅確保要配慮者用専用住宅に対し、市営住宅家賃相当額で入居できるよう、本来家賃との差額を家主に補助（上限4万円）を行う。期間は10年である。

家賃補助についてはバブル期以降、東京都23区で実施され、その後いくつかの区が撤退したが、現在12区で実施されている。目黒区は「公営住宅を補完するもの」と位置付けているが、それに見合った戸数を確保できているわけではない。

（２）民間賃貸住宅の質の改善—耐震・バリアフリー・用途変更等の改修費支援—について

住宅 SN 制度では、登録住宅について、①耐震改修、②間取り変更、③シェアハウスへの改修、④バリアフリー改修等の工事に対する補助金が用意されている。国による直接補助 1／3（限度額 50万円／戸）と、国と自治体による補助（工事費の 2／3 限度額 100万円／戸）がある。これらの改修費補助を受けた場合は 10 年以上は住宅困窮者専用住宅とし、国による直接補助を受けた場合は家賃の上限（公営住宅並み家賃）が設定される。このことは当然ではあるが、家主や事業者が積極的に活用できない理由にもなっている。

（３）入居を拒まない登録住宅を実質的に増やすために

民間賃貸住宅では「入居を拒まない」としながらも、様々な理由で「高齢者・障がい者」らの入居は困難だった。当初から予想されている死亡時や家賃滞納等のトラブルが発生した時のリスクがあるからだ。これに対して住宅 SN 制度では次の対応をしている。

1 つは国交省に登録している家賃債務保証料低廉化補助（家賃債務保証業者に最大 6 万円まで補助）、2 つには自治体の居住支援法人や居住支援協議会等による支援。新たに設けられた居住支援法人は、家賃債務保証、入居のための情報提供と相談と見守り等の生活支援を行う。

こうした居住支援の実施は今後一般的にも居住政策として必要になるが、現在は業務内容が体系化されていないこともあり、法人として手を挙げるところは少ない（東京都 5 月 8 日現在 3 件）。

他方、居住支援組織の育成と共に、こうしたリスクをカバーするために、行政施策に期待するだけでなく、民間賃貸住宅業界自身でも積極的に対応策を講じることも必要であろう。

（４）３つのボタンの掛け違い

以上をみてくると、「新たな住宅 SN 制度」はいくつかのボタンの掛け違いがあることに気づく。

第 1 は、市場では適切な住宅を確保できない人を対象にしながら民間に依存していることだ。市場主義を貫く政府は公営住宅を拡充せず、むしろ

真に困窮する人の入居を理由に、入居条件の厳密化を図っている。市場では適切な質の住宅を確保できない人々は、耐震性や居住性に問題のある質の悪い低家賃住宅に住まざるを得ない。低質低家賃住宅が温存され悲劇を生むことになる。

第 2 は、空き家活用と結びつけて、住宅困窮者に対して住宅を提供しようとしている点である。空き家の活用は、耐震基準・建物設備の老朽化等の住宅水準の問題と所有関係や相続等の問題があり、住宅として活用するにはハードルが高い。また、空き家を活用して住宅困窮者に提供する圧力が高いのは大都市であるが、新たな住宅 SN の登録基準をみたす住宅であれば、市場で入居できる人はいる。空いているのは問題を抱えているからである。耐震性能を満たし、併せてバリアフリーのリノベーションを行えば家賃が上がり、住宅困窮者は入居できない。

そして第 3 は、「セーフティネット」という施策の基本的枠組みである。新自由主義による施策では、住宅確保は自己責任であり、そこから落ちた人々を救うためにセーフティネットが張られるが、そのネットはあまりに狭い。本来住宅は人間が人間らしく生きるための基本的権利であり、人権を基盤にした普遍的居住政策が必要だ。

欧米諸国では、公営住宅・社会住宅の供給と併せて社会保障としての住宅手当（家賃補助等）が住宅 SN にあたる、非常にシンプルな枠組みである。

日本には憲法 25 条に基づく公営住宅がある。しかし 2013 年で全住宅の 3.9%、都市再生機構と公社の賃貸住宅をいれても 5.6% しかなく、国の削減計画を受けて 2005 年をピークに減少している。2009 年度から入居者収入基準の大幅引き下げで応募者数は減少した。それでも応募倍率は東京の場合世帯向け住宅で平均倍率 24 倍（2017 年度）、団地によっては数百倍にもなっており、セーフティネットとしての活用は益々難しくなっている。また、先進国で導入されている住宅手当（家賃補助）制度にあたるものは無く、自治体独自の民間賃貸住宅への家賃助成が僅かにあるだけで、公営住宅の補完にはとても届かない。そこで次々にセーフティネットを張ろうとするが、新たな住宅 SN 制度でも、かなり限定され、実質的に住宅困窮者の

支援が届かない。

こうしたことから、「新たな住宅SN制度」の2つの問題が浮上する。

1つは政策矛盾である。現実に低家賃住宅を提供するために居住水準の緩和が行われ、現行の国の最低居住面積水準を下回る住宅が承認され²、住宅政策がなし崩しにされている。同じく家賃低廉化を目的にシェアハウスが注目され、この床面積についても緩和されている。シェアハウスは、共同居住の良さを組み込んだ住まい方に意義があるにもかかわらず、シェアハウスを供給する業者の中には「家賃低減が目的」として低質なシェアハウスを普及させている。

2つは住宅SNにひっかかることができた、非常に僅かな幸運な世帯と、そうでない多くの世帯というように、新たな不平等が持ち込まれることである。このネットからこぼれ落ちた人々は、相変わらず低質な民間賃貸住宅に住まざるをえない。

結—「セーフティネット」から居住保障へ

「新たな住宅SN」に対し否定的なことを述べてきた。旧セーフティネット法が成立した頃の期待に反し、公的責任を放棄し、民間の空き家と結びつけて住宅困窮者支援が展開されるようになる

ことで、その限界に言及せざるを得なかった。

しかし、多くの矛盾を抱えながら、様々な自治体の居住支援協議会を始めとして、多様な実践が取り組まれている。東京都では、住宅部局ではなく福祉保健局生活福祉部において、特定非営利活動法人すまい・まちづくり支援機構が中心となつて、居住支援・生活支援のあり方を深め、実践してきている³。また住宅確保の一環で、立退きにたいする相談窓口等の対応も重要である。

本稿ではこれらに触れることが出来なかったが、実践されている1つ1つの事例の積み重ねを通して、限界を突破する方向を見出すことが可能になるかもしれない。またこれを機に民間住宅の公営住宅化や家賃補助が国の制度として位置づけられるならば、震災被災地における見なし仮設住宅における居住継続にとっても有効となる。

結論を急げば、公的責任による居住保障の実現と住宅困窮の原因である雇用と居住の不安定の解決といった根本的対策の方向へとギアを入れ替え、「セーフティネット」という言葉の呪縛から解き放され、落ちてくる人の一部の人だけを救うセーフティネット政策ではなく、誰もが安心して安全に住める居住政策へ転換し、住宅運動の方向を見定める必要があると思う。

(なかじま あきこ 和洋女子大学名誉教授)

² 「東京都住宅確保要配慮者賃貸住宅供給促進計画」(2018年3月30日)では、建設年代ごとに各戸の床面積水準を緩和し、1995年までに建設された賃貸住宅は「15㎡以上」等となっている。

³ 特定非営利活動法人すまい・まちづくり支援機構は、「都内における生活困窮者の居住支援・生活支援に実績のある特定非営利活動法人自立支援センターふるさとのか、株式会社ふるさとと一体となって諸課題の解決に向けた検討や実践に取り組んでいる団体」である。『平成29年度 地域居住支援もでる事業報告書』東京都福祉保健局、2018年3月。

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

I はじめに——背景としての高齢化

フランスの人口高齢化が始まった時期は日本より早いものの、高齢化のスピードははるかに遅い。例えばフランスは、高齢化社会（65歳以上の人口が7%を超える）から高齢社会（65歳以上の人口が14%を超える）になるまでに、実に126年を要している。同様に、スウェーデンでは85年間、欧州でもっとも高齢化のスピードが早いイギリス

でも40年を要した（表1）。これらを比較すると、日本での「24年間」がいかに早いかがわかると同時にフランスの緩やかさがわかる。

フランスの人口高齢化は緩やかで、高齢化対策も効果的に実施されてきたと一般的に評価されてきた。確かに急激な人口高齢化は見られないが、着実に高齢化の過程を辿っている。特に、農村部における高齢化が進んでいることは容易に推測できる。

表1 世界の高齢化(国際比較)

国別	高齢人口の到達年		所要年数
	7% (年)	14% (年)	
日本	1970	1994	24
フランス	1864	1990	126
スウェーデン	1887	1972	85
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1975	46
イタリア	1927	1988	61
アメリカ	1942	2014	72

(資料)公益財団法人長寿科学振興財団。

表2はフランスの2060年までの人口推計である。2015年から2060年にかけて、総人口は64.5百万人から73.6百万人まで長期にわたり増え続けている。年齢別の人口内訳では、20歳未満、20～59歳層が比率を下げ、60～74歳、75歳以上層が比率を増やしている。特に75歳以上の後期高齢者層は2015年の9.3%から2060年には16.2%が見込まれている。60歳以上高齢者数と総人口に占める割合を見ると、実数、率とも増加していることは一目瞭然である。

INSEE (2011) によると、フランスの平均寿命は、男性で1994年の73.6歳から2008年に77.6歳へと4.0年増加した。女性の場合も同様に81.8歳

から84.3歳へ2.5年増加した。年金年齢に近い60歳時点の平均余命で見ても、同じ期間に男性で19.7年から22.0年へ、女性で25.0年から26.8年へと増加した。

II 課題の設定

1. 高齢者を取り巻く家庭・居住環境

75歳以上で子らと同居する者の割合は、夫婦・寡婦（夫）いずれの場合も低い。INSEE (2002) の統計によれば、フランス全国で、世帯主が退職者である住居は770万戸、そのうち39%が一人暮

表2 フランスの人口予測

(100万人)

	総人口	内訳 (%)				(再掲) 60歳以上 (%)
		20歳未満	20～59歳	60～74歳	75歳以上	
2015	64.5	24.2	51.0	15.5	9.3	24.8 (38.4)
2020	66.0	23.9	49.6	17.0	9.4	26.4 (40.0)
2030	68.5	23.0	47.5	17.1	12.3	29.4 (42.9)
2040	70.7	22.4	46.6	16.3	14.7	31.0 (43.8)
2050	72.3	22.3	45.9	15.9	16.0	31.9 (44.1)
2060	73.6	22.1	45.8	15.9	16.2	32.1 (43.6)

(資料) INSEE, *Projection de Population 2007–2060*, 2010.

らし、52%が二人暮らしである。

そして、家に対する愛着や固執度、住み替えに対する意識は、本稿のバック・グラウンドである。フランス人高齢者の持ち家率を表3から経年で見

ると、1984年の56.1%から2002年の70.7%へと18年間で14.6ポイント高くなっている。一方、賃貸は1984年の30.6%から2002年の23.9%へと6.7ポイント低くなっている。

表3 65歳以上高齢者における持ち家率

(%)

	1984	1988	1992	1996	2002
持ち家	56.1	59.7	63.6	65.8	70.7
賃 貸	30.6	28.7	26.4	24.9	23.9
その他	13.4	11.6	10.1	9.3	5.5

注1) 対象はフランス本土の65歳以上世帯。

注2) 持ち家の定義は、現住所である住居を不動産所有していること。

(資料) INSEE. 及び、国勢調査。

表4 不動産所有率 (2002年)

(%)

	退職者	50歳以上現役	全世帯
現住所である住居不動産のみ所有 (持ち家)	55	48	44
持ち家+ほかの不動産 (別荘・貸家等) も所有	19	19	12
持ち家ではなく、ほかの不動産のみ所有	3	5	3
不動産非所有	24	28	41
合 計	101	100	100

(資料) INSEE.

もう一つ大事な問題として「住み替え」の課題がある。奥田 (2008) は、「退職者世帯の4分の

3は、現在の住居に12年以上住んでいる。60歳以上の高齢者が住み替えをする率は、全世帯平均の

32%に比べて9.75%と低い。しかし、高齢者の住み替えにおいては、①退職時、②84歳付近、の2点にピークがある」と指摘する。そして、「①は、より快適な住環境を求めて身体自由な夫婦での大都市から地方への住み替えで、70歳頃まで続く。②は、後期高齢期に伴う身体的な不自由、配偶者の近く（“スプーンの冷めない距離”）への住み替え傾向が見られる。いずれにも経済的負担、精神的負担を伴うものであり、住み替えを実行に移すには、かなりの要因が重ってからとなる」と述べる。

INSEE の HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance) によると、80-89歳のうち13%が住み替えをし、10%が住宅改修を行ったが、いずれの場合も、身体的低下による必要に迫られてのものであった。

表4を見ると、「退職者」と「50歳以上現役」の「不動産非所有」は24%と28%であるが、「全世帯」では41%と高率になる。

2. 高齢者住宅の種類とケア

(1) 高齢者住宅の概要

高齢者住宅は、昨今の在院日数短縮化政策を補うべく医療機能を有する施設と、医療機能を持たない純然たる不動産商品とに大別できる。

奥田(2008)は、「特に、医療型施設では、少しの生活支援が必要な自立者向けから、軽度の要介護者向け、さらには、アルツハイマーを含む重度の要介護者向けのものが多様に存在する。これら施設は、許認可制の下、入所者の平均要介護度に準じて、国・地方自治体から予算(医療・介護・生活の3種料金)を受ける」と述べる。

そして、「フランスでは、要介護度、自立度、入居希望者およびその家族(子供、嫁、婿、孫)の収入によって、様々なタイプの長期滞在施設が、私立、公立、さらに、協定、非協定併せ約10,300以上存在する。その料金幅も広く、月76,300円から304,900円のものまであり、月当たりの平均自己負担額は、114,500円である(FMP Mutualité, 2002)」と指摘する。さらに、「料金とは別に、入居希望者は、自分の健康状態に最もあったタイプの医療サービスを持つ施設を選択する必要がある。一方、低所得者への Aide Sociale 社会福祉手

当¹⁾ 給付の条件としては、当該者の収入のうち、90%以上が協定施設の食・住居費に費やされ、家族の最低食料義務額(親であれば子供に対して養育義務がある。フランス民法第203~214条により制定)を差し引いた額が、支給される」(奥田2008)。

もう一つ、日本ではあまり知られていないフランスの制度に、「受け入れ家庭制度」がある。この受け入れ家庭は、県から認可を受けた一般の家庭(医療者であるなどの資格要件はない)が、有償で高齢者(自立・非自立)や障害者を受け入れて滞在させる。

以下、奥田(2008)と『日医総研フランスレポート』等から、「高齢者の多様な住まい」と「高齢者入所・居住施設・収容キャパシティ」をまとめておく。元データは DRESS-Direction de Recherche et d'Étude en Sanitaire et Socialeである。しかし、料金、数値、データは2001年のものであり、現在のデータに変更しなおす必要があるが、ここでは参考として述べておく。

(2) 高齢者の多様な住まい

Foyer-Logement(寮-住宅)²⁾ は、月額料金の平均は約305ユーロから763ユーロとかなり幅がある。Foyer-Logement は、在宅とホームの中間に位置する。ワンルーム、または2ルームのアパート型であり、個人の家具などを持ち込めるという特徴がある。自立した高齢者が対象であり、医療体制はない。75歳以上の高齢者の3%、85歳以上の5%が寮-住宅に入居している。

Residence service(サービス・レジデンス)は、月額料金の平均は約915ユーロである。アパートを購入または賃貸するケースである。自立した高齢者と半自立の高齢者が対象である。医療警備が付いている。

Maison d'Accueil Rurale Personnes Agees (MARPA)(地方老人ホーム)も Residence service と同じく約915ユーロである。15~20人と小規模で、自立度促進治療計画に参加している。自立した高齢者と半自立の高齢者が対象である。看護・医師の定期的な訪問がある。75歳以上の高齢者の9%、85歳以上の高齢者の19%が老人ホームに入居している。

Maison d'Accueil pour Personnes Agees

Autonomes et Dépendantes (MAPAD) (自立・非自立老人ホーム) は、多様な月額料金となっている。月763ユーロから3,049ユーロと幅が大きい。自立、半自立、非自立の高齢者が対象であり、医療体制は完備している。

Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles (CANTOU) は、月額料金の平均は約915ユーロである。小規模であり、コミュニティの生活に参加しているのが特徴である。認知症、アルツハイマー、知的能力低下の高齢者が対象である。医療体制が付いている。

Unite de soin de Longue Duree (長期滞在型入院施設) は、医療保険から医療費負担がある。ハウス・アメニティは、本人または家族の負担、または社会福祉手当が1日81ユーロある。公立病院に附属しており、恒常的な医療観察、ケアを要する高齢者が対象である。施設は85歳以上高齢者の3%を収容している。

Famille d'Accueil (受け入れ家庭) は有償である。県の行政局監視の下、局と提携契約を交わした家庭が高齢者を受け入れる。規定はない。現実的には、要介護度の高い非自立者には難しい。一般家庭のため、医療提供体制はない。6,000人の高齢者が受け入れ家庭に迎え入れられている。

以上が政府、地方自治体主導型の高齢者滞在型施設として、まとめることができる。そして、75歳以上の高齢者の87%、85歳以上の73%が在宅で

生活している。

一方、民間の不動産会社、セキュリティ・サービス会社の中にも、1970年代より高齢者対象滞在施設の建設・販売業における急成長が目立つようになってきた。Hotellerie du Grand-Age (高齢者ホテル)、Residences-Service (サービス・レジデンス) と呼ばれるこれらのアパルトマンは、24時間セキュリティ警備を最大の魅力としている。これらのアパルトマンを購入、賃貸契約、または入居権利を購入し、さらに月々の管理料を納める。不動産価値としては、一平米あたり価格が、市場の一般の不動産に比べ20~35%ほど高い。このため、必然的に、富裕層のみにアクセスが限られることになる³⁾。医療経済研究機構でも「民間ケア付き住宅」を次のように述べている。「民間営利事業者（介護事業者や不動産会社）が経営するケア付きマンションは『レジデンス』と呼ばれており、個別自立手当での給付対象でないことが多い。ただし、入居者は高所得層であり自己負担している。サービス内容は緊急通報や、食事、洗濯、清掃サービスなどであり、施設内に看護師・介護職員を配置している」(医療経済研究機構2007:41)。

高齢者入所・居住施設・収容キャパシティをまとめた一覧表を奥田(2008)から表5として掲げておく。これを見ると、フランス本土の中でも、パリ市・近郊県首都圏における住居数、床数が多いことがうかがえる。

表5 高齢者入所・居住施設・収容キャパシティ (2006年)

	高齢者専用住宅・寮 (住居数)	老人ホーム (床数)	在宅看護・介護 (訪問床数)	長期滞在ケア施設 (床数)
フランス本土 (a)	153,006	432,804	81,404	71,724
パリ市・近郊県首都圏 (b)	27,076	50,089	10,384	8,184
(b/a)	(17.7%)	(11.6%)	(12.8%)	(11.4%)

注1) (b/a) は、フランス本土に占めるパリ市・近郊県首都圏の割合。

(資料) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. & Enquetes EHPA, FINESSE, SAE.

(3) 高齢者の死亡場所

ここでは高齢者の死亡場所について見ておく。2006年、60歳以上の死亡数436,071人のうち、自宅での死亡者数は114,427人と、約4分の1を占める(26.2%)。日本の自宅死亡割合は、12.2%(2006年)である(厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年人口動態調査」)。

「60歳以上」から「85歳以上」の階層別に見たとき、「80歳以上」の死亡場所がホスピスまたは高齢者施設」の割合が20.0%へと他の階層と比べて大きく増大することが特徴的である(表6)。一方、「60-64歳」と「65-74歳」では12.0%弱であった私立病院での死亡割合が、「85歳以上」になると約半分の5.8%に減少することも特徴的で

表6 高齢者の死亡場所（2006年）

(人・%)

死亡場所	60－64歳	65－74歳	75－84歳	85歳以上	60歳以上全体
自宅（その他の個人宅含む）	6,777 (26.8)	18,458 (25.0)	38,755 (25.0)	50,437 (27.7)	114,427 (26.2)
公立病院	13,597 (53.8)	40,807 (55.2)	82,450 (53.2)	79,630 (43.7)	216,484 (49.6)
私立病院	3,016 (11.9)	8,672 (11.7)	14,949 (9.6)	10,564 (5.8)	37,201 (8.5)
ホスピスまたは高齢者施設	450 (1.8)	2,612 (3.5)	13,581 (8.8)	36,353 (20.0)	52,996 (12.2)
公道・戸外	517 (2.0)	1,066 (1.4)	1,021 (0.7)	312 (0.2)	2,916 (0.7)
その他	912 (3.6)	2,245 (3.0)	4,167 (2.7)	4,723 (2.6)	12,047 (2.8)
合 計	25,269 (100.0)	73,860 (100.0)	15,4923 (100.0)	182,019 (100.0)	436,071 (100.0)

注1) 対象はフランス本土死亡者。

注2) 奥田（2008）表10を改変して作成。

（資料）INSEE.

ある。

「60歳以上全体」で見ると、自宅での死亡割合は26.2%とどの階層と比べてもほぼ同じ割合と考えられるが、本稿が対象とする「ホスピスまたは高齢者施設」では12.2%と少ないことは意外であった。

3. 本稿の目的

フランスの住宅政策に関する研究業績には、社会保障との関係からアプローチしている研究業績がある（都留民子2000；2003；2004；2005）。そして、社会住宅政策からアプローチしている研究業績もある（檜谷美恵子1995；1999；2008）。さらに、マイノリティの社会的統合からアプローチしている研究業績も見受けられる（左地亮子2017）。本研究はこのような住宅政策と異なり、視点としては高齢者政策における住宅問題に焦点を当てている。それは、次に述べる視点からのアプローチであるともいえよう。

Forette, Françoise (ILC-FRANCE 代表者・精神科医・Broca 病院理事長) は、高齢化の主な傾向と課題として、「平均余命における女性優位は、各年齢や時期を通してほぼ世界共通であるが、フ

ランスにおける女性の伸びには、やや停滞傾向が見られる。その原因はおそらく女性喫煙者の肺がんの増加ではないかと推測されているが、高齢人口における女性優位には大きな変化はない。残念ながら全ての国民が等しく優れた健康状態にあるわけではなく、フランスでは住む場所が寿命に大きく影響している。フランス北部とパリ近郊を比較すると、北部に住む男性の平均寿命は5年短い、女性における差は2.7年に留まっている」（Forette）と述べている。

そして、「在宅と施設を合わせた、要介護高齢者の絶対数は約120万であるが、その割合は60歳以上人口のわずかに6.63%であることを強調しておく必要がある。これらの高齢者は身体機能の低下を伴う非自立高齢者となっており、90歳を過ぎた超高齢期には、特に女性の非自立割合が急激に増加する」（Forette）とも述べている

Forette が述べるように、住む場所が寿命に大きく影響することは容易に想像できる。そして、本事例がフランスに対する住宅政策の位置について、市場との関係からも示唆を得られるのではないとも考える。

本稿は、フランス・パリ市近郊に所在する高齢者住宅における高齢者の状況について紹介し、課

題を検討することが目的である。ただし、本稿で事例とする高齢者住宅は、フランスの中でも平均的ではあるものの良い事例として海外からも視察者が訪れる住宅であることに留意する必要がある。

Ⅲ 調査結果

本稿で事例として取り上げる Résidence-Services pour personnes âgées, ABCD (Abbaye-Bords de Marne-Cité Verte Domicile & Services) という公立の高齢者向けレジデンス・サービス(以下、本稿では「高齢者住宅」という)は、パリ市近郊のマルヌ県に所在し、調査日は2016年10月10日である。住宅は、199名居住できる L'Abbaye(アビイ)棟、110名居住できる Les Bords de Marne(マルヌのほとり)棟、そして110名居住できる La Cité Verte(緑のまち)棟に分かれており、合計約400名が入居している。そして、ABCDでは地域住民600人に在宅介護サービスも提供している。

1. ABCD の概要

(1) 3つの経営理念

ABCDの経営理念は次の3つである。1つ目は、個人の自由な選択である。例えば、食事は何時にどこで取ろうが決まりはなくまったく自由である。自分が取りたい時にとる。服装も自由で、朝起きてパジャマで来ようが着替えて来ようが構わない。2つ目は、開放的な高齢者住宅である。例えば託児所は外部の住民も利用しており、職員だけのものではない。そして3つ目は、家の機能を持っていることである。あくまでも家の延長であり、少し住所が変わっただけという感覚である。ゆえにフランスでもまだ根強い、「ああ、おじいさんやおばあさんが施設に入れられてしまった」というネガティブなイメージではなく、誰もが来たくするようなイメージの住宅である。

そしてここに入ったら、治療を受けたり、療養のために来たりするのではなく、生活に少し付き添ってもらい、生活を少し助けてもらい、そういう感覚にしたいとの思いから、あくまでも住まいの延長という環境にしている。

入居者の自立度は自立して元気な高齢者もいるし、要介護度が非常に重い高齢者もあり、すべての要介護度の高齢者が入居している。建物を見学すると、3つの経営理念が反映された建物になっていることがわかる。例えば、ポストはすべて記名式ポストになっている。これはフランスによくある集合住宅や普通のマンションの玄関ロビーにあるのと同じである。いちいちレジデンスの人が郵便を取りに来て、各階の看護師が配るなどということはない。

(2) 地域住民、子共たちとの交流

高齢者住宅に敷設してあるシアターを開放しており、地域の人たちに使ってもらっている。レンタルルームを会場として貸すことで ABCD の収入になる。入居する高齢者も階下に降りてきて、少額でコンサートを見ることもできる。一般の学生や主婦たちも来て、コンサートを有料で見ることができる。すべてが ABCD の収入となる。本当にまちに密着した感じになっている。シアターを開放することで外部からたくさんの地域住民が来る。高齢者の施設だからと隔離するのではなく、まちの若い世代も含めて全ての世代の人たちが一体となって暮らしに密着する施設を目指している。

開放型のコンサートは1か月に1回行っている。それだけでなく、近くの幼稚園の発表会やピアノコンサート、バイオリンコンサート、小さな演劇などの何かしらのイベントを頻繁にしている。

ABCD 内の託児所に地域の小さな子供を持つ親世代の人たちが、子供を連れてくることで、世代間の交流を持つようにしている。託児所をつかったことで高齢者に若々しい元気をもたらせてくれるという利点は予想していたことであった。同時に、毎日朝から晩まで忙しい両親に対して、高齢者のようにゆっくり時間が流れている人たちと一緒にいる子供たちも落ち着くという効果も得られた。各階でティータイムに一緒にお茶を飲んだり、昼食を高齢者住宅に行って一緒に食べたり、レストランでみんなで食べたりしている。子どもたちが絵を描いたときには、それを見せにいく。高齢者は好きな時間に本や紙芝居を読み聞かせたりしている。そういうことが好きな高齢者が託児所に来て遊んでいく。

(3) 外の人たちを取り込む

天井まで吹き抜けで、南側がガラス張りの空間があった。吹き抜け区間を通過すると、レストランの建物に行く。その間の廊下には色々なブティックが軒を連ねている。

1969年に最初の建物だけが建った。次に1998年にそこを改装して、2001年にもう一つの建物を改装した。ブティックは外部に開放している。ダンスやリラクゼーションサロン、美容院、開業リハビリを行っている。フリースペースやリハ室では近所の住民がヨガ、太極拳、ジム、癒し教室などを行っている。外から地域住民の人も来られるし、入居者は無料でプログラムを利用できる。各スペースを色々な団体に貸している。特にスヌーズレンルームは、記憶、問題行動症状のある人が来て、落ち着くという。医学的ではないまったく別の方法からのアプローチで、効果が認められる人もいれば、そうでもない人もいる。恐怖感や焦りがある人が来ると、リラックスして落ち着くことが検証されているという。入居者だけでなく、在宅チームや開業看護師が利用者を連れてきてセラピーをする。

これらは、施設の中に外からの違う世代の人たちが入ってくる間口になる。主に住宅の中の人々が利用するために作ったとしても、それを外の人にも開放して交流することを目的にしている。

とてもユニークな美容院を例に考えてみる。まず美容師が自分の美容院を持ちたいと思ふ物件を探す。家賃は市価の相場よりはるかに安く設定している。安い家賃で美容院を開業できるという利点がある。そして ABCD に入居者の高齢者には本当に安い値段でサービスを提供する。さらに若い世代の普通の客たちも、建物の外側の出入り口から入って来る。つまり、出入り口が建物の外側と内側に2ヶ所あり、住民も高齢者も利用している。そして美容院も助かるし、ABCD に家賃が入る仕組みになっている。このようにすることで、施設や高齢者老人ホームに対する社会のネガティブなイメージを払拭し、一般の人が普通に入ってくることで世代間交流の場になっている。

交流が目的でも、ビジネスで成功しているかが重要である。高齢者住宅の中で美容院を営むことはビジネスとしてはあまりいいイメージでは

ない。そのため、家賃を安くしている。そして入居者に安くサービスを提供する代わりに入居者の家族、ABCD で働く職員、そういう客も安定した客となるので、ビジネスとしてもうまくいっていると推測できた。

昼と夜、どちらでも希望があれば入居者はレストランで食事をとれる。レストランは、ホテルのレストランにいった気分になれるくらい立派である。レストランにはメニューが豊富にありチョイスできるので、入居者本人の自由な選択というコンセプトにマッチしている。たとえば、自分の名前が書かれた郵便箱のところに降りていって、鍵を開けて取っていくのと同じように、レストランに降りてきたら自分の食べたいものを注文できる。施設に入っているのとは違う感覚を感じさせる要素になっている。

アルコールも食事代の中に入っており、費用を別に払う必要はない。赤ワインや白ワインの一杯、ビールの一杯くらいはすべて ABCD の食事代に入っているが、シャンパンだけは別料金を払う。入居者の家族には別途家族料金があり、家族チケットを買うことになっている。ほかには、クリーニングルームと薬局が入っている。

(4) 入居者の部屋

部屋は廊下を挟んで両側に分かれていた。真ん中にサロンがあり、ここで朝食を取ったり、お茶を飲んだりする。

朝食は8時から10時で昼食は11時から13時、夕食は18時から20時半である。サロンは、朝食だけである。昼食と夕食は1階のレストラン、あるいは部屋から出られない、歩けない高齢者だけは部屋で食事を取る。ほとんどの高齢者が1階のレストランで食べる。身づくろいして、なるべく部屋から出るようにという目的がある。

部屋の中に家具はない。空のところに自宅から自分の家具をもってくる。認知症の人でも、自分の部屋の鍵はもっている。ここはあくまでも家の延長なので、自分の家の鍵は自分が持って歩くものだからである。外出するときに自分の家の鍵を持ち忘れたら家に入れられない。そういったイメージをもってもらえるように、入居者に鍵を持ち歩かせている。

もしも何か問題が起きて、失くしてしまったりどこにいったかわからなかったりしたときのために、看護師が予備の鍵を持っている。まちでどの世代の人たちが不動産を借りるのと同じである。契約をして鍵をもらって、予備の鍵を管理人に持っていてもらうという契約にサインする。フランスで当たり前のことを同じようにしているわけである。

部屋はひとり1室で、20～25㎡と、だいたいどの部屋も同じ大きさである。部屋にはトイレとシャワーが付いている。視察当時、もう1棟新しい住宅を建設中であったが、そこは部屋の広さが30㎡だそうである。月2,500ユーロ（約30万円）である。壁やカーテンは変えてもいいが、はじめに入るときにはABCDで用意していたものがある。だいたい3年に1回定期的に改装する。もしも入居者がペンキの色が気に入らなかったら、変えても構わない。

2. 課題

(1) 人員配置

人員配置は1対0.7である。入居者1人当たり0.7人の職員の配置である。フランス全国の平均が1対0.6なので、ABCDは少し多めである。1対0.6より若干多い1対0.7にしていることで、色々な面でのクオリティが上がってくる。これは入居者数対ケアスタッフ数ではなく、総スタッフ数なのでメンテナンスや事務（アドミニストレーション）などの人も入っている。ケアスタッフとは限らない、そういう人たちを含めての1対0.7である。ケアスタッフ、厨房で働く人、メンテナンスする人、そういう色々な人の数が0.7である。

一方、ケアスタッフは30対3である。入居者30人に対して看護助手3人である（1フロア30人なので、30対3のことを10対1と言わない）。いかに手薄でやっているかフランスの介護の動きとしてわかる。これが人員配置である。看護師資格はないので、注射などはできない。ほとんどヘルパーの仕事くらいである。一方看護師は50対1で、これは入居者50人に対して看護師1人ということである。

社会福祉の制度の中で高齢者部門とは別に障害

者部門がある。この障害者部門は1対1という配置が義務となっている。この（1対1の）1というのはすべての総スタッフの数のことで、対障害者1名、これを高齢者のほうにも求められていて、特に家族の会、患者団体は、高齢者施設にも1対1を広めようと動いている。

このように障害者の施設などをみると、1対1でそれが守られているわけである。一方、高齢者施設になると1対0.6が国の平均で、低いところだと1対0.5を下回るところもある。ABCDは1対0.7の配置であるから国の平均よりは良い。

もう少し詳しくいうと、いろいろな議論はあるが国の基準はないということである。1対1にしようという議論は色々な方面から上がっているが、実態的にも法則でもない。

国は、もっとどんぶり勘定である。「あなたの施設入居者が100人いるのなら、これでやってください」と予算を配分する。ABCDは、国の平均給与が決まっているので、割り算していくと、だいたい何人雇えるか計算をする。「必ず雇わなければいけない」という配置の数ではなく、法定配置はないのである。

(2) 財源

民間でも公立でも高齢者施設の財源は3つある。1つ目の一番大きなものは、国からの医療保険の医療費で30%である。たとえば医療費をだすという、看護師の給与である。国からバジェットがきて、そのバジェットをみて、看護師の給与を勘案して「2人雇えるな3人雇えるな」と検討するそうである。そして、看護師にケアをしてもらう行為によって医療収入がある。

2つ目の財源は県からのAPA（個別化自立手当て）である。たとえば作業療法士やリハスタッフ、そういう高齢者の自立を支援するための費用が県からの財源である。つまり、国の医療費のバジェットは施設全体の30%であり、県の介護費用は施設全体の10%である。

残りの60%は自己負担である。自己負担は患者の収入によって、あるいは要介護度によって変わってくる。この60%の自己負担によって、たとえばアドミニストレーションやキッチン、清掃といった、そういう医療と介護以外のスタッフ費用を

この60%の自己負担で賄う。

ここから見てくることは、いかに資金が足りていないか、潤沢な介護保険財源がないために、自己負担にしわ寄せがきているか、である。この点が、大きな問題である。家事支援は、完全に自己負担である。身体にさわる必要があることは大雑把にいうと医療費や介護費として財源が手当てできるが、それ以外のこと、例えば、手を引いてもらって散歩に出かけたり買い物に行ったり、そういったものは自己負担になるのである。

(3) サービス

もう1つの大きな問題はリクルートの問題である。いかに人手が不足しているかという、労働の問題である。上述したような配置では忙しく重労働であるという労働条件の悪さが見えてくる。ABCDの中にSSIAD（在宅看護介護支援事業所）とSSAD（家事支援）の両方をもっている。この2つだけで、HAD（在宅入院）はABCDではやっていない。家事支援では何をやるかという、買い物の付添いや買い物をする、食事をつくってあげる、掃除をする、そういったことをしている。

SSAIDは何をやるかという、患者の体に直接さわっての行為である。清拭したり体位変換したり、手を引いてトイレに連れて行ってあげたりするのは看護師と看護助手である。家事援助のほうは、無資格者である。

ABCDの資料から説明すると、Domicile & Services（ドミシーユ・サービス）は看護ケアとあり、保険から大部分が賄われる。そして、AIDE À DOMICILE（エイド・ア・ドミシーユ）は、家事援助の部分である。たとえば買い物をしたり掃除をしたり、アイロンをかけてあげたり食事をつくって食べさせてあげたり、そういったことをやりに来てくれるけれども、あくまでもこれらは自己負担のサービスになる（ABCD提供資料：Domicile & Services 7 JOURS SUR 7）。税金の所得税控除はあるが、わずかである。

(4) ケアマネジメント

ケアマネジメントは、6か月ごとに各自のケースを色々な側面からみていく。それを決めるのがコーディネーターである。さらにコーディネ

ーターはメディカルな側面からみる。入居者にはABCDが家なので、必ずかかりつけ医がいる。往診をお願いして、指示書を書いてもらう。しかし、ABCDにもコーディネーターがいるわけで、そのコーディネーターもメディカルな側面が見られるわけである。それでかかりつけ医の処置があっているならコーディネーターもOKをだした処置をする。二人の医師が関わることは無駄のように思われるが、それがフランスの仕組みである。

また、ABCDでは毎週リハビリ士を雇っている。リハ室も空いている。入居者に、「この人にリハビリした方がいいのでは」と思っていたとしても、かかりつけ医が車でやってきて、「リハビリを週何回やること」ということを指示書に書かなかったら、入居者はせっかくABCDに入居してリハビリ室も使えるのに、使えないわけである。そういったときにはABCDのコーディネーターが、リハビリの指示書を出す。これがフランスのやり方であるが、日本人の考え方からすると、「始めからだせばいいではないか」と考えてしまう。フランスのコーディネーターはあくまでもスーパーバイズするドクターである。

ターミナルケアには、緩和ケアや疼痛管理をやっているモバイルチームが病院からやってくる。モバイルチームがABCDにやって来てスタッフ達をサポートする。それでターミナルケアをやっていく。ターミナル病棟に移したりすることなく、あくまでもABCDで最期の看取りをする⁴⁾。

(5) 入居基準

入居者の平均年齢は87歳で、1000分の720要介護度である。慢性期療養病院で、要介護度が高い患者の場合は1000分の800である。だからここもかなり重めと考えられる。要するに、慢性期療養病院に行くほどではないけれども、わりと元気な人もいるので、1000分の720要介護度である。入居するクライテリアは何かというと、こういう疾患が必要ということではなく、入りたいと希望した人はすべてOKである。そして平均在院日数は3年間である。

ウェイトンリストはあるが、待機期間が平均1年というのはあまり意味がない。その1年と

いうよりは、まずプライオリティとしては「この地域の人」ということである。なぜなら、ここが公立だから、この地域で県税を納めている住民がプライオリティになる。そして次に、認知症のある人はない人よりプライオリティが上になる。さらに独居の人、子供がいない人、いても遠くにいる人、とにかく独居の人もプライオリティになっていくので、ウェイトिंगリストは部屋の数と同じ200人である。

Ⅳ 考察

1. 居住費の負担をどう考えるか

表7をみるとわかるように、1日当たり宿泊料

金が1万円以上となっており、とりわけ、要介護度の高いGIR1と2の合計金額が14,155円と非常に高い金額となっている。自立した高齢者が1カ月暮らすと考えた場合、30万円強の居住費が必要であり、大きな出費と考えられる。果たして、これだけの費用を支払える高齢者はどれくらいいるのか疑問である。これに対しては、「利用者の経済力で賄いきれない場合は、県税を財源とする社会扶助(aide sociale)が支払うことになる。ただし、全ての施設において社会扶助が利用できるわけではなく、施設と県の間での二者協約をした施設に限定されている」(医療経済研究機構2007:40)。

日本の「要介護」とされる状態をフランスでは「依存(dépendance)」という用語を用いる(原田啓一郎2007)。Personne âgées dépendanteを「依

表7 ヴァル・ド・マルヌ県の高齢者住宅の料金表(2016年3月1日現在)

TARIFS 2015 (料金)	Au 1 ^{er} mars (3月1日時点)		
HEBERGEMENT PERMANENT ET TEMPORAIRE (終身と臨時的の宿泊施設)	Hébergement (宿泊)	dépendance (依存)	Total (合計)
TARIF JOURNALIER “HEBERGEMENT” (1日当たり宿泊料金)	74.58€ (10,143円)		
TARIF JOURNALIER “DEPENDANSE” POUR LES GIR 1 ET 2 (GIR 1と2の1日当たり料金)		29.50€ (4,012円)	104.08€ (14,155円)
TARIF JOURNALIER “DEPENDANSE” POUR LES GIR 3 ET 4 (GIR 3と4の1日当たり料金)		18.73€ (2,547円)	93.31€ (12,690円)
TARIF JOURNALIER “DEPENDANSE” POUR LES GIR 5 ET 6 (GIR 5と6の1日当たり料金)		7.94€ (1,080円)	82.52€ (11,223円)

TARIFS 2015 (料金)	Au 1 ^{er} mars (3月1日時点)		
ACCUEIL DE JOUR (自宅)	Hébergement (宿泊)	dépendance (依存)	Total (合計)
TARIF JOURNALIER “HEBERGEMENT” (1日当たり宿泊料金)	28.94€ (3,936円)		
TARIF JOURNALIER “DEPENDANSE” POUR LES GIR 1 ET 2 (GIR 1と2の1日当たり料金)		15.91€ (2,164円)	44.85€ (6,100円)
TARIF JOURNALIER “DEPENDANSE” POUR LES GIR 3 ET 4 (GIR 3と4の1日当たり料金)		10.10€ (1,374円)	39.04€ (5,309円)
TARIF JOURNALIER “DEPENDANSE” POUR LES GIR 5 ET 6 (GIR 5と6の1日当たり料金)		4.77€ (649円)	33.71€ (4,585円)

(資料) RESIDENCES ABBAYE / BORDS DE MARNE, TARIFS JOURNALIERS ACCORDES, Arrêté No2015/067 Du Conseil Général du Val de Marne. (調査時に ABCD より入手した資料より作成。)

注1) 2015年平均ユーロ=135.81円÷136円で計算。

注2) 日本の「要介護」とされる状態をフランスでは「依存(dépendance)」という用語を用いる。

注3) GIR 1～6までの要介護状態は次の表のとおりである。

要 介 護	GIR 1	最も重い要介護者。身体的・精神的に全ての自立を失い、外部からの永続的介助を必要とする人。寝たきりのことが多い。
	GIR 2	高度の要介護者。2種類のタイプがあり、身体を動かすことはできないが精神的機能は完全には失われていない人、あるいは精神的自立は失われているが身体活動は保たれている人。
	GIR 3	中等度の要介護者。精神的自立があり、移動もできるが1日に何度も介助を必要とする人。多くは排泄において要介助。
	GIR 4	起居、衣服の着脱、摂食に援助を必要とする人。2種類あり、移動はできないが排泄や日常生活に介助が必要な人、あるいは移動はできるが日常生活や食事に介助が必要な人。
自 立 ほ ぼ	GIR 5	要支援者。独立して生活、食事はできるが、外出や家事に援助を必要とする人。
	GIR 6	自立している人。

(資料) 日本総合研究所『介護施設等の費用体系に関する総合調査』2004年、p.37。

存高齢者」と訳出するのは違和感があるので、フランスで「依存」という用語を用いられているのは高齢者の社会的位置づけの歴史のその違いがあることに留意しつつ、本稿でも「要介護高齢者」とすることにします。その上で、自立した高齢者の料金にさらに要介護に応じて上乗せされた要介護高齢者の料金「依存(dépendance)」の合計を見ると、さらに負担額は大きくなる。2002年に特定介護給付(PSD, prestation spécifique dépendance)を廃止して新たに創設した個別化自立手当て(APA, aide allocation personnalisée à l'autonomie)や2005年2月11日法により創設された障害補償給付(PCH, prestation de compensation du handicap)が適用されたとしても、自己負担額がなくなることはない。そう考えると、フランスの要介護高齢者の生活がどのくらい充実しているかは、詳細な調査が必要と考える。なお、フランスにおける「住宅手当て」の変遷については、仲村優一・一番ヶ瀬康子編(1999: 37-38)を参照されたい。

また、「州、県、市町村の関係をみると、社会

保障分野に関する限り、福祉を中心に県が果たす役割が大きい。これは、日本において国から都道府県へ、さらに市町村へという流れがあるのと異なる。この背景には、フランスの場合には、県や市町村の人口規模が日本より小さく、財政能力が低い小規模自治体が多いことも関係している」(伊那川秀和2012)。

「県にとって社会福祉分野は、伝統的に重要な位置を占める。福祉関係では社会扶助の大半(児童・家庭、高齢者)は、1983年の地方分権法により県の権限とされた。さらに、その後最低所得保障制度も、県に権限が移譲されている。この累次の権限移譲は、いわば福祉の県単位化(départementalisation)の過程であった(Lafre, R. 2011)。それを象徴するように2004年法改正では、「県は、…社会事業政策を決定し実施する。県は、その圏域において協力を得ながら展開される活動を調整する」(CASFL.121-1)とされた。ここにおいて県は身近な行政である社会事業のリーダー(chef de file)としての地位を付与される

表8 高齢者の介護に関連する費用

(単位: 10億ユーロ)

	公費	個人負担	合計
医療	12.2	0.1	12.2
介護(フォーマルな日常生活支援)	8.1	2.4	10.5
介護(インフォーマルな日常生活支援)	—	7~11	7~11
居住	3.3	8.2	11.5
合 計	23.5	17.7~21.7	41.2~45.2

注1) 2014年の値。

(資料) Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Les notes du conseil d'analyse économique, n° 35, octobre 2016.

ことになった (Cristol, D. 2011)。

先に、財源のところでも触れたが、高齢者の介護に関する費用は、算出するのは容易でない。それは、純粋な介護費 (日常生活支援費) だけでなく、医療費や居住費を含めなくてはならず、また、家族等によるインフォーマルな介護の費用も考慮しなくてはならないからである。こういった広範な定義で介護に関連する費用を算出すると、表 8 の通り、国家レベルで計算すると 410 億～450 億ユーロとなる。

「公費に限ってみると 235 億ユーロであり、これはフランスの GDP の 1 % に当たる額である (この額は今後 2040 年までに、GDP の 0.3～0.7 % 増加すると予測されている。これは、年金の増加率に比べれば緩やかな増加である)。その内訳は約半分が医療費 (疾病保険金庫の負担)、約 3 分の 1 が日常生活支援費 (APA の費用が大半、税制上の優遇措置も含まれる) である。公費による居住費の大半は ASH である」 (フランス医療保障制度に関する研究会編 2017 : 122)。

「個人が負担している費用については 170 億～210 億ユーロと推計され、公費の 8 割強に匹敵する金額となっている。その内訳は約半分が日常生活支援費、約 3 分の 1 が居住費である。家族等によるインフォーマルな介護の費用はしばしば忘れられがちで、そのために、在宅介護の方が安上がりだという、必ずしも正しくない考えにつながるとされる」 (フランス医療保障制度に関する研究会編 2017 : 122)。

フランスの年金制度に関して、本稿で触れる余裕はない。視察時の話では高齢者の年金は月平均 1,200 ユーロ (163,200 円) といわれており、残りは自費と福祉補助が半々と言われていた。したがって、高齢者が手にする年金の額に照らして、居住費の割合がどれくらい占めるかは不明である。フランスにおいて居住費は大きな負担となることは想像に難くない。しかし、一方では、今回の事例よりも高額な高齢者住宅も存在することも、場所とサービスを問わなければ、もっと安い金額の高齢者住宅も存在することも事実である。

パリ市とその近郊においては、平均以上の高齢者住宅等に住むことは、一般的に高額所得者にとっては難しくないとも推測された。

2. パブリックとプライベートの違い

パブリックとプライベートの住宅ではどこに違いがあるのか。ABCD は公立なのに、部屋代が 30 万円超というのは、パブリックを利用する人には高い気がする。プライベートとパブリックだったら確かに多少はプライベートの方が高い。だからといってそんなに差があるわけではない。プライベートもパブリックも 2,000 ユーロ (272,000 円) から 3,000 ユーロ (408,000 円) は自己負担を払わなければならない。唯一違う点は、プライベートは株主がいるし、建設費用は自分で銀行から借りなければならない。一方パブリックはそれが補助として公的に入るため、株主への影響はない。だから建設費用もない。その分安くなるかということ、案外そうでもない。

パブリックが金をだして安くすることができるのであって、プライベートは自分の金をだすから値段が上がるのであって、その差があまりないようだったら、儲けはどこへいつているのかと疑問に思うかもしれない。国に返すわけでもないし、職員の給料が高いわけでもない。ABCD はパブリックだが、贅沢 (ラグジュアリー) ではなくアメニティやレクリエーションがたくさんあったり、サービス面に配慮していたりするということである。

一方、プライベートはこの部分をそういった形で還元するのではなく、株主への配当や銀行への借入金として返すのである。ケアの質は同じかもしれないが、余分な食事やレクリエーションといった、そういった贅沢はプライベートの方はないかもしれない。

プライベートがよく取る戦略は、こういった都市部には造らないで、かなり地方の土地代の安いところに建てて、20 万～30 万円の入居費用でやることをやる事が多く、都市部に ABCD のようなものがあるとしたら公立が多いようである。

営利のところはまず必ず借金を返さなければならないということ、それから株主への配当をしなければいけない、この 2 つがあるので、入居者への恩恵という形で還元することは事実上難しい。

当然、もっと入居費用の安いパブリックの高齢者住宅もある。ABCD は家賃 30 万円だけれども、

パブリックでも高いほうである。平均すると、パブリックが1日当たり平均50ユーロ（6,800円）の自己負担、民間非営利が1日当たり55ユーロ（7,480円）の自己負担である。そしてプライベート（まったくの民間営利）が1日当たり70ユーロ（9,520円）の自己負担だそうである。しかし、70ユーロだからといって、その質が一番いいとは必ずしも限らない。

もう少し補足的に述べておこう。

民間と公立では、すごく贅沢なものを除けば、似たような内容で民間の方が少し割高である。すごく贅沢なものになると、富裕層の人だけを対象にした建物を造っている。そういったものは日本にも存在すると思われる。そういうところを視察調査するのも面白いかもしれないが、ABCDはフランスの国民にとって平均的で身近な高齢者住宅であり、視察先としては大変良いと考えられている。

財源に関しては3つ持っていることは既に述べたところである。県からは介護費用のAPAがある。フランス語の表現で「閉めた封筒に入れたお金」と表現をする。「すなわち閉めた封筒に入っている封筒の中のお金で、これで何でもあなたたちのやることは賄ってね」ということである。よく言えば裁量権を与えられているともいえる。このように介護に関しては自分で決めることができる。しかし医療に関してはあくまでも行った行為に対して医療収入が付く。外付けのかかりつけ医の医師がおり、ABCDでは常駐の看護スタッフを雇っているが給料はさほど高くないという。国から医療費と建物を貰っているが、建設費は含まれない。それから国からの医療費は30%で介護費用は県から10%で、残りの60%は自己負担となっているので、ABCDでさえやはり自己負担は1,000ユーロ（136,000円）から2,000ユーロ（272,000円）になるわけである。

実際問題として国民にとっては大変な問題である。支出できる高齢者には問題ない額であるが、支出できない高齢者で要介護になったときに、本当に行き場所がなくなる。在宅で生活できているうちは良いが、在宅維持しきれなくなったときに、悲しい事情だが、フランスの介護問題となって起こってくる。

ジム・ケメニーは、「デュアリズム」と「ユニタリズム」の概念を使って、「ハウジングと福祉国家」について述べた（Kemeny, Jim. 1992）。筆者はかつて、フランスをユニタリズムの国に分類し、『ユニタリズム』は、民間賃貸セクターと社会賃貸セクターの統合による賃貸住宅供給をはかる。ヨーロッパでは、住宅政策が社会保障の基盤であるため、全国民を対象に普遍的に保障するユニタリズムの国はもちろん、低所得者を分別して保障するデュアリズムの国（イギリス、アイルランド、アメリカ、カナダ、ニュージーランド、オーストラリア）でも、家賃補助を導入して居住保障を行っている」（小磯2017：410）と述べた。本稿で述べた高齢者住宅の事例を検討すると、ユニタリズムの国が、民間賃貸セクターと社会賃貸セクターの統合により賃貸住宅供給をはかるということは事実としても、どのくらい上手く機能しているかについては別途研究が必要である。

3. 介護人材の不足

先に述べた人員体制の課題や担い手不足の課題は、介護人材の不足の問題である。

介護人材の不足は深刻で、EHPAD（Établissements d'hébergement pour Personnes âgées dépendance）の44.4%が職員の確保が困難としている。そのため、十分な人員配置も実現されていない。ABCDの人員体制も、同じ状況であることは既に述べたとおりである。高齢者住宅や施設介護の人員よりも、在宅介護についてはさらに深刻な状況で、50%の事業所が職員の確保が困難としており、特に、訪問介護職員についてはその割合は65%にのぼる。また離職率も高く、魅力ある職業とはなっていない。

「特に、在宅介護支援に関しては、女性が多く、パートタイムの雇用で、そのために複数の仕事を掛け持ちしなくてはならず、不規則な労働時間で、移動に時間を要するがそれは報酬に反映されず、身体的にも精神的にも大きな疲労を伴うが、大半の介護職員は単独で職場に行き、その仕事内容を共有する場すら用意されていない、というのが現状である。2012年のデータによれば、在宅介護支援の職員の月収は790ユーロ（107,440円）であっ

た」(フランス医療保障制度に関する研究会編2017:130)。

さらにフランス医療保障制度に関する研究会編(2017)から述べると、「こういった状況を打破するために政府は、2002年、介護職員の免許を、養成課程及び報酬の面で病院の看護助手と同レベルの位置づけにした。さらに2016年には、介護職員の免許を医療心理学分野の補助者の免許と統合して『訓練及び社会生活支援者』の免許を創設し、より多様性のある働き方を可能とした。2014年に始まった介護人材確保のためのプランでは、介護職の価値をあげるために、要介護状態の高齢者の特殊性に着目した教育を進めることとしている」(フランス医療保障制度に関する研究会編2017:130)。

「教育は不可欠の要素であるが、やはり介護人材不足の解決のためには、若者にとって魅力ある職業としなくてはならない。具体的には、報酬アップや働き方の改善(困難事例には複数の介護職員で対応する。人員配置を多くする。チームの中での情報交換や調整の時間を設ける等)が必要とされている」(フランス医療保障制度に関する研究会編2017:130)。

ABCDで「スタッフ教育で何か工夫していることがあったら教えてください」と質問した時、次のような答えが返ってきた。「たとえばケアスタッフのために、アルツハイマーの人はどうしたらいいか、ターミナルケアはどうしたらいいか、最期の看取りのときは家族にどうしたらいいか、そういったプログラムが色々ありまして、職員教育をたくさんしております」。色々な教育プログラムをケアスタッフにすることはフランスではすごく盛んだという。介護職員の不足問題は、日本もフランスも同じであることが、調査から理解できた。フランスの介護職の人材育成政策については、藤森宮子(2010)に詳しいので参照されたい。

また、フランスの介護職の給与体系は、日本では低くて手がいないのと同じで低いという。そして、「高齢者というのは、日本のように敬老の精神がないフランスではやはり汚い仕事である」との言葉には少し驚いた。一般的に言えば、汚い仕事に就くことは魅力的ではない。なるべく社会と若い人が共存できるように改善していくべ

きと思われるのがフランスの現状であった。そして、介護職に外国人が多いことも特徴であり、今後の日本に共通する課題でもあったと考えられた。

4. 日本への示唆と研究の限界

最後に、少し大きな視点から考えてみる。

都留は、『福祉国家』『社会国家』に統治されたフランス社会では、『住宅』とは、安全な地域・健康を保持させる清潔な住環境・文化的に尊厳ある日常生活を維持させる住居を意味し、そういった『住宅』が国家責任のもとで、すべての住民(外国人を含む)に保障されるべきものとみなされている。わが国のように住宅を『資産』と位置づけ、入居や居住をめぐる困難・問題を世帯の『自己責任』として片付けるような状況は、少なくとも第二次世界大戦後のフランス社会では見られない」と述べている(都留2005)。

そして、『住宅の権利』は、法によって基本的な社会権の1つであると宣言され、社会意識においても、さらに政権党のいかににかかわらず、住宅の公的かつ社会的な保障に疑義が呈されることはない。フランス『福祉社会』においては、住宅保障は、社会保険・社会保障などとともに、グローバルな社会政策の要なのである」とも述べている(都留2005)。

「フランス社会も富は市場経済において生産される国であり、先進資本主義国の例に漏れず住宅をめぐるのは、それが高価な財ゆえに、にもかかわらず人間生活に不可欠な財であるゆえに、巨大な市場が形成されてきた。したがって『住宅』は、建設産業・不動産産業・金融産業などの市場や投資のロジック(住宅の商品化を通じた経済効果＝高利潤を追求する動き)と、市場経済に抗して人間(生活)を保護するという社会保護の2つのロジックが他の領域よりも明確に交錯し、そして激しい攻防をみせている領域」なのだと都留は指摘する。

都留の指摘はその通りと考える。しかし、社会保障における住宅保障は政府の責任と考える人の割合が低い日本人には、フランスにおける「住宅の権利」は理解しにくい。日本の住宅政策は、社会保障よりも産業の活性化や、経済の成長と強く

結びつけられているのが現状である。2000年から5年ごとに実施されている全国規模の意識調査によれば、生活に困っている人に、政府が責任を持って住まいを提供すべきだ、と考える人は、少数にとどまっている⁵⁾。わが国でも、住宅政策が介護政策と交錯するところで、高齢者の経済力を問題とする文脈でもやっと語られる時期に来ているように思われる。しかし、フランスのように住宅保障は社会保障領域の1つであるといった意味でのせめぎあいになるまでにはまだ多くの時間を要するであろう。そういった中で、フランスの事例から学ぶべき点は何か。日本の高齢者のいる世帯のうち、27%が貧困状態であり、男性の単独世帯は36.3%、女性の単独世帯では56.2%の貧困率である（唐鎌が「国民生活基礎調査」2016年より計算）。フランスにおいても、市場経済のロジックに抗した人間の生活を重視する視点をもっていることは重要と考えるし、日本においてはもっと生活重視の視点を強調すべきと考える。

最後に、本研究の限界についてであるが、本研究は高齢者の年金といった所得保障について、住宅費用との関係で分析できていない。この点では岡伸一(2012)を参照されたい。また、家族手当・家族政策といった視点や、福祉国家論からのアプローチは一切考慮していない。この点については、宮本悟(2017)、泉眞樹子ら(2017)、千田航(2010)や齊藤笑美子(2006)を参照されたい。

注

- 1) 社会福祉手当とは、住宅手当（収入・住居面積条件あり）、在宅維持手当、高齢者最低保障（収入・家族の最低食費義務・相続財産よりの徴募条件あり）。さらに、動・不動産売却却利益などの相続財産が45,734ユーロ以上（6,219,824円。1ユーロ=136円で計算）である場合、相続者は、手当返却、および生前担保を必要とする（奥田2008）。
- 2) 日本総合研究所『介護施設等の費用体系に関する総合調査』（p.54）では、Logement Foyerを「高齢者アパート」と訳している。そして、要介護高齢者入所施設であるmaison de retraiteを「高齢者ホーム」と訳している。
- 3) 奥田七峰子「フランス医療制度・社会保障制度研究」（<http://naoko.okuda.free.fr/care1.html>）。このこと

を、奥田（2008）では、「非医療型は、不動産バブルが追い風となり、退職年齢近辺の前期高齢者層が投資目的で買い、元気なうちに住み替えるためのもので、防犯セキュリティ重視のものが売れている。言うまでもなく、こちらは自費である」と述べている。

- 4) ターミナルケアについては、本稿で考察する余裕はないので、篠田道子（2017）、松田晋哉（2009）を参照されたい。

- 5) 武川らの調査によれば、「住宅の提供」は「政府の責任」であると答えた人は、2000年34.0%、2005年43.0%、2010年39.7%に過ぎない（武川正吾・白波瀬佐和子2012：23-26）。

文献

- Cristol, D, <<La réorganisation des services de l'État en matière sociale>>, in RDSS, N° 1 /2011, pp.32-34.
Domicile & Services 7 JOURS SUR 7.
DRESS-Direction de Recherche et d'Étude en Sanitaire et Sociale.
EHPA (<http://www.ehpa.org/about/our-activities/>).
Forette, Françoise「フランスの高齢化 その課題と取り組み」（日本語訳：国際長寿センター）n.d. (http://www.ilc-japan.org/aging/doc/OGR11_0203.pdf).
FMP Mutualité,2002. (<https://www.mutuelle-cheminots.fr/glossaire/federation-mutualiste-parisienne-fmp/>).
HID, Handicaps-Incapacités-Dépendance.
Hôpital Broca(<https://www.aphp.fr/contenu/hopital-broca>).
ILC France(<http://www.ilcfrance.org>)
INSEE, Projection de Population 2007-2060, 2010. (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380813>).
INSEE, Statistiques de l'état civil et estimation de population, 2011.
Kemeny, Jim., Housing and Social, Theory, Routledge, a member of the Taylor & Francis Group,1992.（ジム・ケメニー／祐成保志訳『ハウジングと福祉国家 居住空間の社会的構築』新曜社、2014年）。
Lafore, R, <<Les <<territories>> de l'action sociale: l'effacement du modèle<<départementaliste>> ?>>, in RDSS, N° 1 /2011, pp.14-16.
Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (<http://www.bdsp.ehesp.fr/reseau/min-sante/>).

Quelles politiques publiques pour la dépendence ?

Les notes du conseil d'analyse économique, n° 35, octobre 2016.

RESIDENCES ABBAYE / BORDS DE MARNE, TARIFS JOURNALIERS ACCORDES, Arrêté No 2015/067 Du Conseil Général du Val de Marne.

泉眞樹子・近藤倫子・濱野恵「フランスの家族政策——人口減少と家族の尊重・両立支援・選択の自由——」国立国会図書館『調査と情報』第941号、2017年2月16日。

医療経済研究機構『諸外国における介護施設の機能分化に関する調査報告書』2007年3月。

伊那川秀和「特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係 フランスの社会保障制度における国と地方の関係」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No180、Autumn2012、pp.18-27。

岡伸一「特集：公的年金の支給開始年齢の引き上げと高齢者の所得保障 フランスにおける年金改革と高齢者所得保障——年金支給年齢の引き上げを中心に——」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No181、Winter2012、pp.40-50。

奥田七峰子「特集：世界の高齢者住宅とケア政策 フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No164、Autumn2008、pp.77-88。

奥田七峰子「フランス医療制度・社会保障制度研究」(<http://naoko.okuda.free.fr/care1.html>)。

唐鎌直義「経済教室 高齢化する貧困（下） 社会保障の抑制政策響く」『日本経済新聞社』2018年3月27日。

小磯明『高齢者医療と介護看護——住まいと地域ケア』御茶の水書房、2016年。

公益財団法人長寿科学振興財団 (<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyojyu-shakai/sekaichi.html>)。

厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年人口動態調査」。

齊藤笑美子「フランスにおける家族領域の自由・平等化と社会保障領域への影響」『一橋法学』第5号第3号、2006年11月、pp.1135-1157。

左地亮子「フランスにおける移動生活者のための『適合住宅』政策——居住福祉を通じたマイノリティの社会的統合の試み——」居住福祉学会『居住福祉研究』

No23、2017年、pp.49-61。

篠田道子「特集：高齢者ケア 終末期ケアの動向と尊厳死法の改正」健康保険組合連合会『健保連海外医療保障』No115、2017年9月、pp.1-10。

武川正吾・白波瀬佐和子編『格差社会の福祉と意識』東京大学出版会、2012年。

千田航「第3特集：福祉国家再編の比較政治学 フランス福祉国家研究における社会保障と家族政策の位置づけ」『新世代法政策学研究』Vol.6、2010年、pp.183-202。

都留民子『フランスの貧困と社会保護——参入最低所得（RMI）への途とその経験』法律文化社、2000年。

都留民子「第Ⅳ編 フランス」小玉徹・中村健吾・都留民子・平川茂編『欧米のホームレス問題——実態と政策（上）』法律文化社、2003年、pp.201-301。

都留民子「第Ⅲ編 フランス」中村健吾・中山徹・岡本祥浩・都留民子・平川茂編『欧米のホームレス問題——支援の実例（下）』法律文化社、2004年、pp.153-220。

都留民子「特集：住宅政策と社会保障 フランスにおける住宅政策と社会保障」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No152、Autumn 2005、pp.33-45。

日医総研『日医総研フランスレポート』(http://www.jmari.med.or.jp/research/world_fr/wr_167.html)。

日本総合研究所『介護施設等の費用体系に関する総合調査』2004年。

原田啓一郎「特集：フランス社会保障制度の現状と課題 フランスの高齢者介護制度の展開と課題」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No161、Winter 2007、pp.26-36。

檜谷美恵子「フランスの社会住宅政策——ベッソン法の制定とその後の動向——」『都市住宅学』第11号、1995年、pp.20-25。

檜谷美恵子「第3章 フランスの住宅政策」小玉徹・大場茂明・檜谷美恵子・平山洋介『欧米の住宅政策——イギリス・ドイツ・フランス・アメリカ——』ミネルヴァ書房、1999年、pp.155-236。

檜谷美恵子「地域空間化するフランスの住宅政策とそのガバナンス」立命館大学政策科学会編『政策科学』第15号3号、2008年、pp.149-182。

藤森宮子「日仏比較の視点から見る——フランスの介護職と人材育成政策」京都女子大学『京都女子大学

現代社会研究』第13号、2010年、pp.73-88。
フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2016年度版』平成28年度医療経済研究機構自主研究事業、医療経済研究機構、2017年3月。
松田晋哉「特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題 フランスにおける終末期ケアの現状と課題」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No.168、Autumn 2009、pp.25-35。

松村祥子・出雲祐二編「フランスの社会福祉」仲村優一・一番ヶ瀬康子編委員会代表『世界の社会福祉 フランス・イタリア』旬報社、1999年、pp.23-318。
宮本悟『フランス家族手当の史的研究』御茶水書房、2017年。

(こいそ あきら、『文化連情報』編集長、法政大学現代福祉学部・大学院公共政策研究科兼任講師)

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
- ・ A4版 100ページ
- ・ 2017年7月発行

<内容>

はじめに

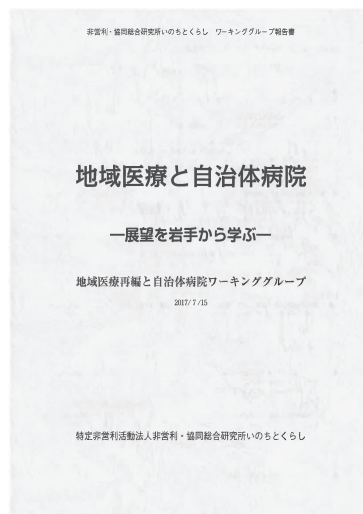
- 自治体病院の新たな段階の危機をどう打開するか
—岩手調査を手がかりとして— …村口 至

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
- ・ A4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>

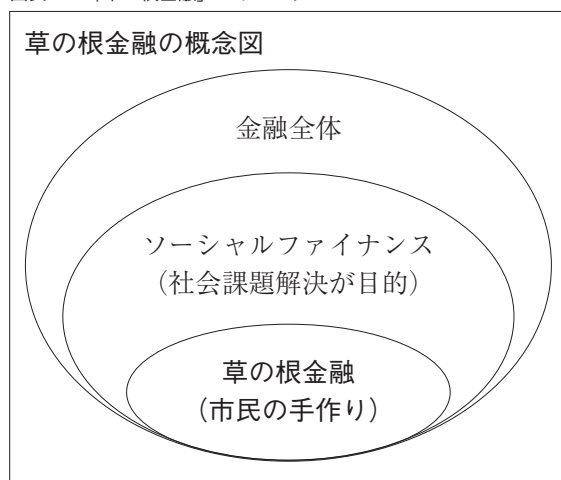
非営利・協同の資金調達と草の根金融の展望

多賀 俊二

はじめに

筆者は、草の根金融（ソーシャルファイナンスのうち、社会課題を解決するため、一般の人が金融機関に頼らずに行う手作り金融の営み）の普及・発展を目指し、2016年4月に「草の根金融研究所『くさのーね』」の商号で、ソーシャルファイナンス・草の根金融を主な分野とする金融コンサルタントとして独立し、活動してきた（図表1）。

図表1 「草の根金融」のイメージ



本稿は、こうした筆者のこれまでの経験・知見と、非営利・協同の資金調達の現状を踏まえ、非営利・協同セクターと資金調達の関係と今後の展望について、問題提起しようとするものである。

本稿では、本稿の読者が非営利・協同セクター（特に医療福祉関係）の実務者、研究者の方々であることを念頭に置き、なるべく丁寧に説明しつつ、論を進めたい。

（本稿のうち、意見に係る部分は筆者個人の見解である）

図表2 非営利・協同の資金調達の全体像

類型	事例（事業体）	事例（個人）
「もらう」 寄付・会費・助成	寄付・会費、助成金・補助金、クラウドファンディング（寄付型・購入型）	生活保護、奨学金（贈与型）
「借りる」 融資	代表者からの借金、市民債券（疑似私募債）、金融機関／NPOバンク等からの融資、ソーシャルレンディング（融資型クラウドファンディング）	奨学金（貸与型）、生活再生融資（生協、生活サポート基金、社会福祉協議会等）
「出資を受ける」 投資	株式会社の「株式」、一般社団法人等の「基金」、ファンド等の「持分」、匿名組合契約の「出資」（出資型市民ファンドを含む）、株式型・組合型クラウドファンディング	（明確なものはないが、個人事業を行う際に仲間から「出資」を集めるとすれば、この欄に該当すると思われる）
「稼ぐ」 事業収入	事業収入（委託事業、自主事業）	就労、創業（生業）による収入

1. 非営利・協同の資金調達に係る現状認識

（1）資金調達には4つ×2層ある

まず、非営利・協同¹の資金調達の全体像を整理してみたい。筆者が非営利・協同の資金調達について説明する際には、4つの次元で説明している（図表2）。これを「事業」から「個人」まで拡張すると、4×2のマトリクスが出来上がる。以下の記述はこのマトリクスを前提としている。

（2）非営利・協同の資金ニーズから市民自らが創造した草の根金融の営み

前述の表における資金ニーズのうち、特に「借りる」「出資を受ける」を満たすため、市民自らの手で、草の根金融の営みが行われてきた。その主な営みを紹介したい。

① NPO バンク

NPOバンクとは、「市民が自発的に設立し、市民からの出資に基づいて、市民事業など社会的に求められているニーズに対して融資を行う、非営利の金融機関」のことである。

1 本稿で取り上げる「非営利・協同」とは、主として小規模な事業体および個人（特に生活困窮者）を念頭に置いている。

融資先は個人でも事業でもよいが、一般には、社会的企業に融資を行うものを指す場合が多い。

NPOバンクは、1994年「未来バンク事業組合」が起源であり、2002年「北海道NPOバンク」設立後、徐々に一般化してきた。現在は全国に15団体が存在している。

NPOバンクは通常、市民からの出資を原資とし、貸金業法上の貸金業者（特例による「特定非営利金融法人」）として運営している場合が多い²。市民から受ける出資には、利息・配当はなく、元本保証もない。

融資金利は年1～5%程度と低金利で、融資金額の上限は数百万円から多くて1,000万円程度である。

融資審査は市民と専門家がボランティアによる審査委員会を作っているのが一般であり、融資先訪問等も取り入れつつ、融資先の財務面、経営力、社会的意義等を綿密に審査している。この審査プロセスに加え、NPOバンクと借り手との間における密接な信頼関係の形成や、融資先の公開（市民による監視と融資先への返済の動機づけにつながる）などを通じ、小規模ながら、貸倒れがほとんどない健全経営を実現している。

さらに、「momoレンジャー」（若者ボランティア）による融資先事業の支援（コミュニティ・ユース・バンク momo）、映画製作などのリスクの高い案件に対して、有志の出資金を担保として融資する手法（特別担保提供融資＝未来バンク事業組合）などのユニークな手法を取り入れているのも、NPOバンクの特徴である。

②生活再生ローン

生活再生ローンは、生活困窮者向けに、家計相談とセットで、必要な場合には融資を行う手法である。

現在、生活再生ローンは、民間金融機関（労働金庫、一部信用金庫・信用組合）、生協（信用生協（岩手県等）、グリーンコープ（福岡

県等）、みやぎ生協、生活クラブ生協千葉）、NPO（生活サポート基金（東京都等））のほか、社会福祉協議会等でも行われている。

特に信用生協の手法は、多重債務者問題が政府で議論されたとき、「日本版グラミン銀行」モデルとされ、またこの家計相談の手法は、生活困窮者自立支援法「家計相談支援事業」のモデルにもなった。

③市民債券（疑似私募債）

市民債券（疑似私募債）とは、主に非営利のソーシャルビジネスが、社債を発行するかにように、均一の条件で組織内外の多数の者から金銭を借り入れることであり、静かに利用されてきた³。

市民債券は、「債券」といっても国債や社債のような有価証券ではなく、法的には金銭消費貸借契約の束に過ぎない。「債券」に模した証紙が借り手に手渡されることもあるが、これは金銭消費貸借の契約書が記念品程度の意味（ここに温かい気持ちがこもっているのだが）しか持たず、この証紙を渡しても、債権の譲渡にはならない。

市民債券は、人と人とのつながりがベースの資金調達なので、必要な額を機動的に調達できるとは限らないし、万一債務不履行になれば、つながり自体が崩壊の危険にさらされる。しかし、市民債券は借入条件を柔軟に決められる（無金利の場合も多い）他、自分たちで資金を直接集めるという充実感（直接金融（貸し手とのつながり）を実感できること）で、団体の士気高揚に繋がることもある。また、貸し手が借り手の応援団として、貸し手の商品やサービスを支えることもあり、まさに草の根金融の真骨頂たる温かい資金調達手段である。

④（出資型）市民ファンド

そもそも、非営利・協同の事業の中には、
・投資額の大きい事業（福祉施設の建設等）
・リスクが高いと思われがちな事業（市民・地域共同発電所等）

2 他に、公益法人（貸金業法の適用除外）の形態をとる場合もある。

3 生協の「組合債」、ワーカーズコープの「協力債」なども市民債券と同質の疑似債券である。

- ・当たりはずれ（ボラティリティ）が大きな事業（映画制作、ゲーム、音楽等の「コンテンツビジネス」など）

をはじめ、そもそも融資による資金調達が行かない事業がある。

例えば、屋根を借りて太陽光パネルを設置する市民共同発電所は、売電契約によって安定したキャッシュフローを生み出すように見えるが、災害でパネルが吹き飛ばされて近隣に被害を及ぼすことや、屋根の持ち主が収去を要求する場合等、事業が破たんするリスクは意外に高い。そうした場合には、代表者一人が金融機関に対して融資の保証を行うより、仲間皆でリスクを分担する方が、当事者の意思にかなう。

こうしたことから、市民ファンド（集団投資スキーム（出資者から広く出資金を集める仕組み）を利用して、市民から志ある出資金を集め、これを社会性ある事業に投資する「市民のプロジェクトファイナンス」）による資金調達が、2000年代から盛んに行われてきた。

⑤その他の手法

その他、草の根金融の手法としては、以下のようなものがある。

- ・市民信託（一般社団法人自然エネルギー共同設置推進機構によって提唱）
- ・合同会社出資（499人までなら金融商品取引法の対象外とされる。発展途上国の社会起業家に「社会的投資」を行う ARUN 合同会社が有名）
- ・オーナー制度（太陽光パネルにおける「ソーラーシェアリング」等）
- ・ベンチャーキャピタル的手法（一般財団法人 KIBOW による社会的企業への株式投資等）

2. 非営利・協同の資金調達が抱える課題

（1）事業体の資金調達が抱える課題

①資金の足腰を鍛える必要性

2017年11月26日、筆者はみやぎ NPO プラザ様のフォーラムで、分科会「NPO の資金

の現状」を担当し、席上で参加者に、ご自身の団体の資金面の問題を書いていただいた。

そこで多かったのが、委託事業や助成金に基づく事業が終了し（あるいはもう一步踏み出す判断をして）、今後の運営資金に苦慮する姿だった。

この点の解決策としては、以下の2点の支援を行い、非営利・協同の事業基盤（足腰）を鍛えることが重要と考える。

ア 寄付者を組織化し、会費収入を増やす（ファンを増やす意味で、「ファン度レイジング」「フレンドレイジング」と呼ぶこともある）こと

イ 寄付・助成・融資を開拓するために事業をデザインし、事業計画に結実させること

②金融機関と事業体をつなぎ、事後サポートを行う機能

2000年代初頭までは、非営利・協同というだけで金融機関は融資に二の足を踏む状況があった。しかし、現在は、日本政策金融公庫や一部信用金庫等が、非営利・協同の事業体にも積極的に融資しており、また各都道府県等の信用保証協会による保証の対象に NPO 法人（特定非営利活動法人）等が加わったことにより、非営利・協同の事業体が融資を受ける環境は、かつてに比べて相当程度改善しているように思える。

このような状況下では、融資を受けたい事業体と金融機関の間に立ち、

- ・融資による事業発展の道筋をつけるための事業計画の整備

- ・融資を受けるための情報の整備

などの支援があれば、非営利・協同の事業体が融資を受ける道筋はかなり開かれるはずであるが、問題はこの中間支援を担う組織の層が薄いことであり、今後非営利・協同セクターの総力で、拡充を図りたい。

③草の根金融に対する規制の壁

草の根金融は現場の必要から営まれてきたものだが、金融制度の枠外に捨て置かれてきたものでもある。ただ放置されているのなら当事者が健全に運営すればいいだけだが、ファンド詐欺（集団投資スキーム）や商工ロー

ン問題（貸金業者）など、形式的に草の根金融と同じ手法が、悪徳商法的手段として用いられることがしばしば社会問題化したこともあり、草の根金融は金融制度の規制強化のとはっちりを受け、息苦しい思いをしてきた。

NPOバンクは、出資の側面（金融商品取引法）と融資の側面（貸金業法）で、2005年から2010年ごろまで、規制強化による存続の危機に立たされてきた。今日では、両面とも例外措置が取られ、NPOバンクは形式上は存続可能になっているが、年間10万円に及ぶ金融ADR（訴訟外紛争解決制度）の負担など、NPOバンクに重荷になる負担を除去しきれているわけではない。

しかし、そもそも市民の非営利金融を消費者金融と同じ法制度で取り締まることに無理があるというのが現場の実感でもあり、今後、NPOバンクにふさわしい法制度が必要とされている。

市民ファンドについても、金融商品取引法の規制強化によって、市民ファンドの組成も一般の投資ファンドと同様の規制下に置かれるようになり、市民ファンドを組成するには、金融商品取引法上の「第二種金融商品取引業者」として登録するか、これら業者に手数料を支払うしかなくなってしまった。この点が、非営利・協同の事業体が仲間から資金を集める上での障壁となっており、制度的手当が望まれる。

市民債券については、規制強化というより仕組みがないことが問題である。市民債券は法的には単なる金銭消費貸借の束であり、金融商品としての法的根拠がない。このことが「市民債券＝グレー」とそしられる原因ともなっている。しかしそもそも、資本金1円、株主一人であっても、会社であれば少人数私募債（募集49人以下、金額1億円未満）による資金調達が可能なのに、NPO法人や一般社団法人は同様の資金調達ができないのは、いかにもバランスが悪い。この点も、制度の穴として埋めるべきところである。

（2）個人（生活困窮者）の資金調達が抱える課題

①「もらう」資金調達の不全

貧困率が15%を上回る日本社会では、貧困は必ずしも特別な人の問題ではない。貧困は失職、病気、ケガ、事故、配偶者との離別・死別などによってほとんどの人に起こり得る、普通の問題である。

そうした貧困に陥った人へのセーフティネットとしては、本来生活保護が機能すべきところであるが、生活保護水準以下の人々にとって生活保護は十分行き渡っていないのが現状であり、まずは必要な人に生活保護が行き渡ることが必要である。

②生活を再建し、「稼ぐ」ために「借りる」必要性

とはいえ、今は生活に困窮していても、家計を見直し、必要であれば生活の再建に必要な資金を借りて債務を圧縮すれば、生活の再建は可能である。しかし、生活再建ローンの取り組みはいまだ全国に普及しておらず、さらなる普及が必要である。

また、可能であれば、就労するなり小さな事業を行うなどして、自力で稼ぐ方が、生活水準の向上にもなるし、尊厳の回復にもなる。

しかしいざ稼ごうとすると、
・小事業を行うための設備資金や仕入れ費用
・就労するための資格取得費等
などが必要なのに、当事者にその資金がないことが、当事者の自立を妨げているのではないか。

3. 非営利・協同にとっての草の根金融の展望

（1）非営利・協同にとっての金融の意義

前述したとおり、かつてに比べて非営利・金融の事業体への融資や信用保証は制度面では充実しており、時には「NPOバンクは不要になったのでは？」という声を聞くこともある。

しかし、ソーシャルファイナンスに長く関与してきた身から言えば、そうした議論は、資金調達の機能面に偏り過ぎている気がしてならない。NPOバンクの創始者たちの考えに目を向けると、

・ゆうちょ、大銀行の資金運用への不満

- ・環境や社会に有用な方向に私たちの資金を運用したい（ならば自分たちで作ろう！）
- ・社会的企業、社会的排除を受けた人などに必要な資金を供給する必要性
- ・自分たちの資金を自分たちで運用する意義
- ・志あるお金を地域で回す（「志金循環」、「お金の地産地消」）

といった点が強調されてきた。今後はこうした側面を深掘りし、資金調達（あるいは金融）の背後にある、経済・社会・文化に対する考え方こそ問われるべきではないか。

非営利・協同ということ言えば、本来は

- ①目指すべき経済・社会のあり方（それを「社会的経済」「連帯経済」などと呼ぶかはともかくとして）があり、
 - ②それを具現化するために個別の事業体や協同組合があり、
 - ③さらに各事業体・協同組合や、組員・利用者を支えるために金融が存在する
- イメージだと思う。本誌の読者であれば、モンド

ラゴン協同組合（スペイン）における労働人民金庫を想起すればわかりやすいだろうか。

そのために、まずは①の部分（経済・社会のあり方）に関する議論を、非営利・協同の内外でしっかり重ねることが、今後につながるように思う。

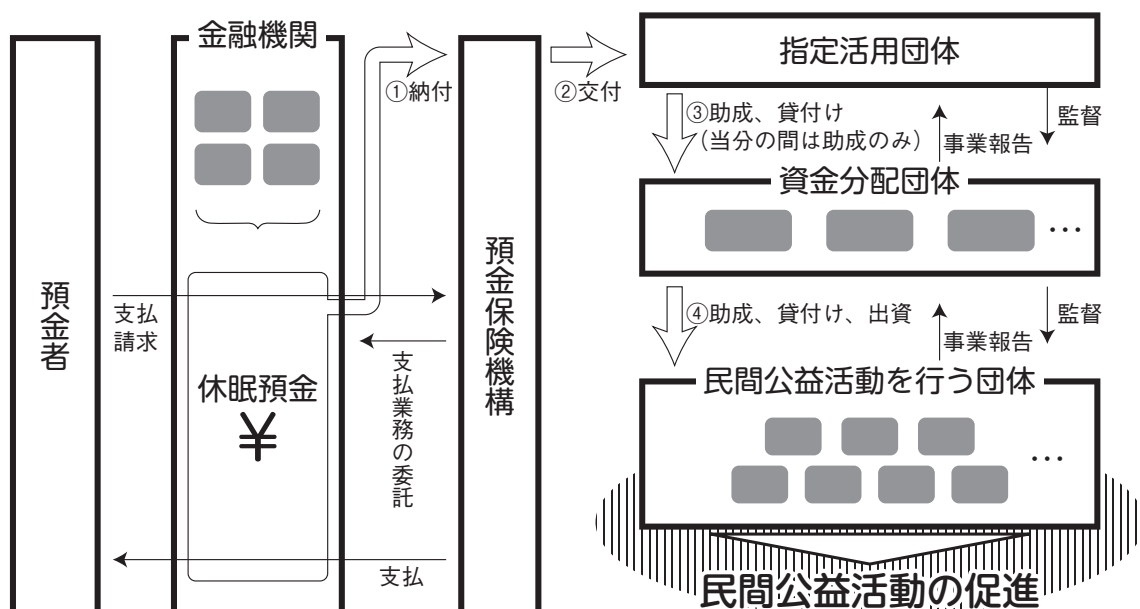
（２）非営利・協同の骨太な金融システムを作ろう～休眠預金の活用に向けて

①「資金分配団体」に期待される役割

そのうえで、非営利・金融が目指す社会を実現するための金融の役割を考えるうえで、意外にも参考になるのが、内閣府「休眠預金等交付金に係る資金の活用に関する基本方針」における「資金分配団体」の役割に関する記述である。

休眠預金活用の仕組みの概略としては、図表３のように、新しく設立される「指定活用団体」が休眠預金の資金の受け皿となり、ここから「資金分配団体」を通じて、民間公益活動を行う現場の団体に供給（助成・貸付・出資）されるイメージである。

図表３ 休眠預金活用のイメージ^４



４ 内閣府・金融庁「民間公益活動を促進するための 休眠預金等に係る資金の活用に関する法律 説明資料」スライド12より。

http://www5.cao.go.jp/kyumin_yokin/setsumeisiryoku/siryoshu.pdf

この「資金分配団体」の役割として、同「基本方針」は以下の通り述べている（傍線筆者）⁵。

- ①指定活用団体が提示した優先的に解決すべき課題を踏まえ、地域・分野等ごとの実情と課題を俯瞰的かつ具体的に把握・分析し、案件の発掘・形成を積極的に行う。
- ②社会の諸課題の効果的・効率的な解決に向け、「包括的な支援プログラム」（中略）を企画・設計し、これに基づき、民間公益活動を行う団体を公募により選定し、資金支援及び非資金的支援を必要に応じ伴走型で提供する。
- ③民間公益活動を行う団体の事業の特性及び発展段階を踏まえつつ、革新的手法により資金の助成、貸付け又は出資を行うこと等を通じ、民間公益活動の自立した担い手の育成を図る。
- ④民間公益活動が適切かつ確実に遂行されるように、民間公益活動を行う団体に対する必要かつ適切な監督を行う。
- ⑤民間の創意・工夫の発揮を促すように支援を行うことで、社会の諸課題を解決するための革新的な手法を開発し、実装する。
- ⑥民間公益活動を行う団体に対して現地調査を含む継続的な進捗管理及び成果評価の点検・検証を実施し、その評価結果等の有効活用を促す。
- ⑦民間企業や金融機関等の民間の資金を民間公益活動に呼び込むための具体策を策定し、実施する。

これを筆者が読んだとき、第一印象としては「ここまで高度な機能を担える組織は、日本のどこにも存在しない」だったが、一方、これはソーシャルファイナンスや助成活動の担い手に対する強い期待の表れでもあると受け取った。

非営利・協同ということでは、枠内の「民間公益活動」を、「非営利・協同」と読み替え、傍線をつないで読めば、非営利・協同が目指す社会に

向けた金融の役割について、イメージがわくのではないか。

②非営利・協同の新たな金融組織の構想に向けて

今後、非営利・協同が目指す社会のための金融システムを実現するためには、①で資金分配団体の役割とされた機能（案件の発掘・形成、伴走型支援、助成、貸付け又は出資…）をどのように実装するか検討することで、骨格が見えてくると思われる。この骨格を発展させれば、ヨーロッパのソーシャルバンクのような姿が描けるかもしれない。

そのうえで、まずは休眠預金に頼らない形で非営利・協同のための金融組織を立ち上げ、実績を積み、将来的に休眠預金の支援を受けることを展望したい。もしこの構想が具体化すれば、非営利・協同を担う事業体および当事者個人への資金供給や非資金的支援は飛躍的に充実し、目指す社会への距離が近づくと考ええる。今後の本件に関する非営利・協同における議論と実践に期待したい。

③新たな担い手を増やし、にぎやかな草の根金融の営みを！

しかし、「資金分配団体」が一つ二つでただけでは、いかにも草の根金融の担い手は層が薄く、足腰が弱い感が否めない。

本来、ソーシャルファイナンスは、経済のゆがみを金融でひっくり返すようなものであり、革新的なアイデアに満ちた分野として、社会起業をめざす人にとっても魅力は大きいはずである。

また、特に社会的に排除された方々を支援している団体にとって、金融という手段が使えることは、支援の幅を確実に広げる可能性がある。

こうした関心に応えるような取り組みを通じて、ソーシャルファイナンスの新たな担い手を発掘し、草の根金融の営みをにぎやかにできれば、非営利・協同にもより多様な資金供給が可能になると考えられる。そのための取り組みを、今後、本項の読者をはじめ、非営利・協同セクターの皆様とともに進めたい。

（たが しゅんじ、草の根金融研究所「くさのーね」代表）

5 「基本方針」10ページ。

http://www5.cao.go.jp/kyumin_yokin/kihonhoshin/kihonhoshin_1.pdf

2018年度診療報酬・介護報酬改定による医療福祉への影響

出席者：根岸 京田（ねぎし きょうた、医師、東京保健生活協同組合理事長、全日本民医連副会長）
林 泰則（はやし やすのり、全日本民医連事務局次長、医療介護福祉部）
司 会：八田 英之（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）

●はじめに

司会（八田） 報酬改定が行われ、4月から実施されています。点数表を見なくなってからずいぶん時間が経っていますが、今回どうなっているのかと改めて見てみました。すると定額制になったはずなのに、報酬のしくみが驚くほど複雑になっていて、端的に言うとも報酬を得るための加算などの施設基準等の要件が、非常に細かく組み立てられるしくみになっていました。

「たたかいと対応」という言葉があります。最近の事務は、たたかうことよりも対応ばかりに迫られているのではないかという話をする人もおりますが、今回の改定のいろいろな表を見て、これは医事課だけで済む仕事ではないと思いました。つまり、いまの報酬体系は医事課だけが点数を勉強して、こうすればいいだろうということで済むようなしくみにはなっていません。病院全体で改定に立ち向かって、どのような自らの病院のポジションを定めるのかということに全力を上げて対処しないと、とてもじゃないけれど立ち行かないしくみになっているのだということを改めて感じ入りました。

今回の改定は、まず大きくは2025年に向けて、病院を再編成していくということ、もう一つは、それにとまって第一線の医療、診療所や開業医等々のあり方にさまざまな意味での変革を迫っていくこと、そして、それは地域包括ケアという言葉のもとで括られていく一環であろうというように思われるわけです。

今日は、それがどのように具体的な形で進められようとしているか、どのような状況がそれによってもたらされるであろうかについて、できるだけ分かりやすく詳らかにしていきたいと思ってお

ります。

まずは根岸先生から、自己紹介とこの診療報酬改定などによって、とりわけ病院や診療所等でのような状況が出てくるであろうかという点をお話いただけますでしょうか。

●一般病棟入院基本料の再編・統合

根岸 全日本民医連副会長の根岸です。東京民医連の会長もしていますが、ふだんは東京保健生活協同組合という都内の医療生協の法人の理事長です。日常的には根津診療所の所長をしていますので、病院そのものからは少し離れている状態ですが、私たちの法人には100床前後の小さな病院が二つあるので、中小病院という意味ではこれからどうやって生き残るかという、ポジショニングを厳しく迫られるような状況ではあります。ただ今回の改定について言えば、同時改定で惑星直列でと前評判でいろいろ言われていたわりには、あまり大きな影響はなかったというのが率直な印象です。

むしろ、「病院は地域に目を向けろ」という意思を感じます。地域包括ケア病棟の点数が上がる、地域連携についての加算が付く、そういう意味では国としてはまだ医療機関が地域に顔を向ける程度が少ない、もっとしっかり地域のほうを向けというメッセージを出しています。

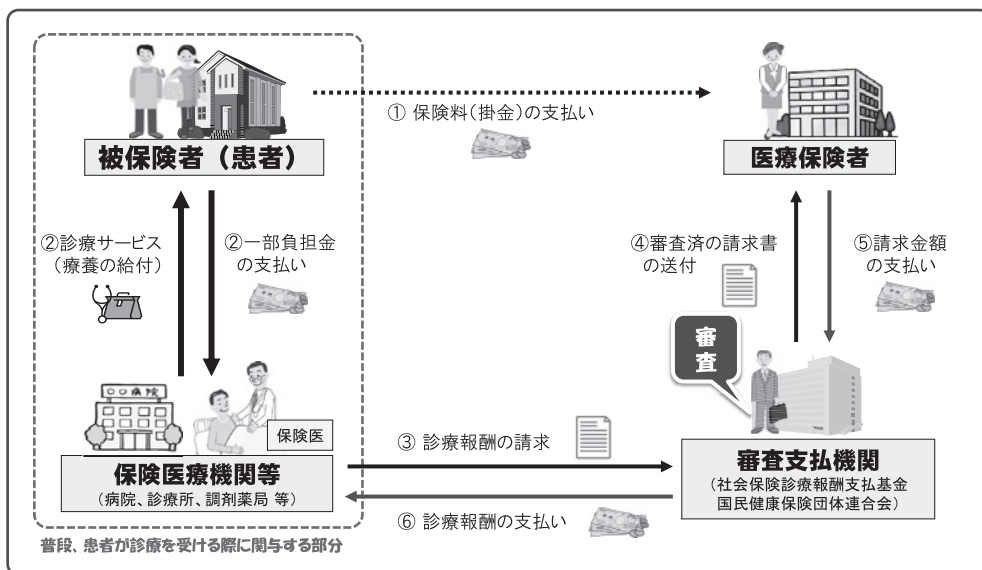
国の一番のターゲットは急性期の医療なのでしようが、看護職員配置7対1の病床を削減することについて10対1に移行するためのいろいろな段階が設けられており、今回で一気に変えるということではなく、何回かに分けて段階的にやっていくのかなという気はします。

資料1 保険診療と介護報酬の流れ（厚労省ウェブサイトより）

診療報酬・介護報酬ともに1点（単位）＝10円で計算し、介護報酬はさらにサービスの人件費割合と全国8つの地域区分で調整して算出となる

保険診療の流れ

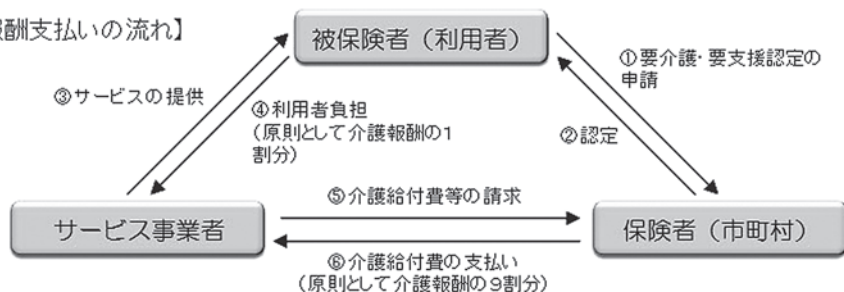
保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



介護報酬について

- 介護報酬とは、事業者が利用者（要介護者又は要支援者）に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者を支払われるサービス費用をいう。
- 介護報酬は各サービス毎に設定されており、各サービスの基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組みとなっている。
- なお、介護報酬は、介護保険法上、厚生労働大臣が社会保障審議会（介護給付費分科会）の意見を聞いて定めることとされている。

【介護報酬支払いの流れ】



司会 急性期の7対1は多過ぎると言われていたわけですが、今回、制度としては7対1、10対1という表現がなくなりました。10対1との差を取り払って一つの入院料とした上で、2階建ての構造にしたと言われていますけれど、2階建ての構造というのはどういうことでしょうか。

根岸 いままで10対1でやっていた病院はそのままやってください、7対1から急に10対1にはできないので移行としてその間のいろんな段階は認めるけれど、10対1が上に上がることはできない、そういう意味での2階建てということだと思います。

司会 「重症度、医療・介護必要度」がI現行の評価方法、II診療実績データによる評価方法と分かれ、その患者割合が入院料1はI=30%以上、II=25%以上など、いろいろ出てきております。これらは4月からの新しいデータを出していかなければいけない。いままでだと大体3カ月ぐらいの実績で、となりますから、必然的に4月に改定があっても、4月から対応できているところはほとんどないことになります。

最初の1、2、3の部分をやって、すぐ4月中に届け出すれば確かにできます。しかし報酬の骨子が出てきたのが今年の2月の末ですし、それで1カ月前だてという話だから、日常的にデータはありますというところだったら対応できるかもしれないけれど、これに乗るならば、ほとんどは10月になるのではないのでしょうか。

根岸 でも、いまの体制の病院の皆さんはかなりやっているといます。

林 改定前からこの方向が出てきた時に、手ぐすねを引いて待っているような雰囲気がありました。ただある程度の蓄積、準備がないとすぐには移れないのはおっしゃるとおりなので、実態としてどのくらいあるのかというのは、おそらくこれからデータが出てくるのではないかと思います。

司会 しかも看護体制、それから入院患者のなかでの重症度、それもどういうのを重症度というか

が細かく決まっていて、そのデータを当然出さなければいけない。その他いろいろな要件が非常に複雑に定められています。これらをうまくクリアしてやっていけるのか。

方向として国がめざしている方向というのは、高度急性期は18万床でいい、一般急性期は35万床、亜急性期は26万床と、いまの一般病床90万床を変更していこうとしているという状況です。そのなかで薬価の部分を除けば本体のところでは微増とはいえ、一応プラスになっているという話なので、あまり大きな影響がないように見えます。その辺のところ、どう考えていったらいいのでしょうか。何回かに分けてやっていくのではないかということでしたが。

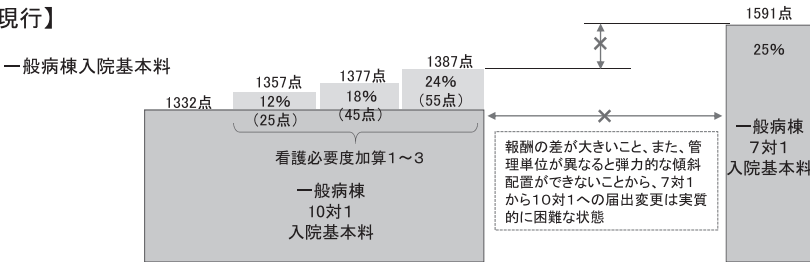
根岸 看護必要度やその辺の要件はちょっとずつ上がるのですが、けっこうギリギリでやっているところが多いので、1%、2%上がるのでもかなり影響が出てはくと思いますね。とくに7対1で、頑張って救急車をいっぱい受けてやっている急性期の病院はいいと思いますが、小さい病院でなんとか看護体制だけ整えて7対1でやっていたようなところは、一番厳しい状況になるのではないのでしょうか。

むしろ大病院については増収などもあるかと思っています。そういう基幹病院ではないような急性期でやっていた小さい病院、7対1で頑張っていましたというところが、どんどん変化を迫られていくことになる。そういう意味で7対1のなかで分化していくのではないのでしょうか。

司会 それは当然考えられますね。資料として「全日病ニュース」を拝見したのですが、そこに厚生労働省保健局医療課の課長補佐の女性のお話が続いています。入院料が1から7までずっと並ぶような、そういう細かなしくみというのは、ほとんどの診療報酬請求がコンピューターでやられており、ビッグデータとして蓄積されて、それでどういじったら、どうなりそうということがかなり蓄積されちゃっているから、それに基づいてやっているんで、一見、柔らかそうでいて、それなりに効果を上げるということが出てくるのかなという気もしています。やはり実にきめ細かですね。例

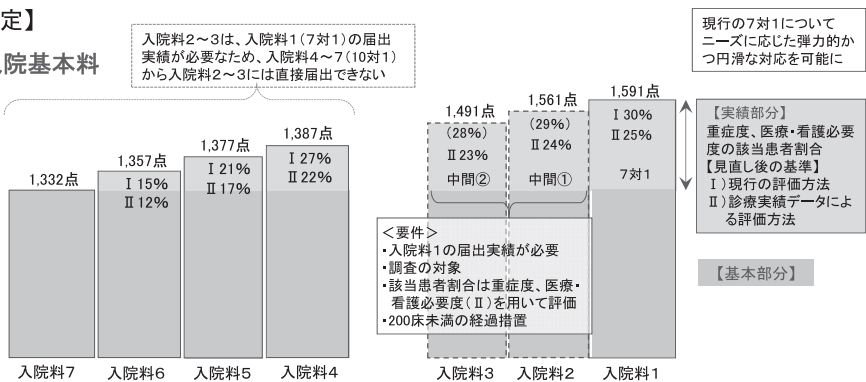
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～7）の内容

➤ 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

	入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	(28%以上)※	(29%以上)※
	重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上※	24%以上※
平均在院日数	21日以内						18日以内
在宅復帰・病床機能連携率	—						8割以上
医師の員数	—						入院患者数の100分の10以上
データ提出加算	○						
点数	1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

(※200床未満は、経過措置あり)

えば「EF 統合ファイルを使って策定する」(注：E ファイルは診療明細情報、F ファイルは行為明細情報、この二つのファイルの存在を前提に病院が統一ファイルを作成して提出するもの。)などと言っている。

7対1を分解させていくという方向が明確にあることはあるのだけれど、どんな格好で出てくるか。先生が先ほどおっしゃられた、とりわけあまり規模の大きくない病院での救急、重症度の水準のクリアが一層厳しくなるのではないかというのは、当然予想されることだろうと思います。

●地域包括ケア、回復期リハビリテーション

司会 地域包括ケア病棟の入院料や回復期リハビリテーション病棟の入院料についてはどうですか。先生のところも地域包括ケアでしたか。

根岸 そうですね。地域包括ケア病棟は自院以外の急性期の病院から受けて地域に帰す、あるいは地域で急性期の患者さんを直接受けてまた地域に帰す、たぶん最初の目論見としてはそういうイメージだったのです。今までの地域包括ケア病棟は、急性期の自分たちの施設に地域包括ケア病棟をつくり、自分の急性期の病床の受け皿としてつくったという経緯が多いのです。

今回の改定では自院からの移動ではもうだめということになっていきますから、本来のあり方に近づいていくということかもしれません。しかし患者さんにとっては病院をあちこちと移らなければいけなくなるということなので、いろいろ手間は増えると思います。

私たちの法人には練馬区に大泉生協病院という94床の病院があって、47床が地域包括ケア病棟です。練馬区は医療過疎地域で、急性期の病院は順天堂大学練馬病院や地域医療振興協会の練馬光が丘病院などいくつかしかなくて、そこがいっぱいになるとどんどん地域に送らなければいけないという状況なので、私たちのところの地域包括ケア病棟は急性期病院からの受け皿として機能しています。

司会 地域包括ケア病棟にいられる期限は、一般的にどのくらいでしたか。

根岸 60日です。

司会 だから2カ月ぐらいで移らなければいけないわけですね。大体どういうところに移りますか。

根岸 基本、在宅ですね。地域包括ケア病棟に来る段階で、かなり地域に帰ると意識して来られるので、9割近くは地域に帰ります。

司会 そうですか。そんなに帰る。

根岸 すぐまた入院したり、けっこう無理して帰したりというケースもありますけれど、基本はそういう形です。

司会 その点での役割は、一般的に地域包括ケア病棟は果たしている。在宅とのつながりで。

根岸 ちょっとした手術や検査とか、いろいろできるようになったので、ちゃんと機能すれば、大きな急性期の病院に行かないで、地域包括ケアシステムのなかでの地域包括ケア病棟が地域のなかでまわっていく形はありえるかと思います。

司会 地域包括ケア病床というのは、今後も高度急性期は別として、それ以下の急性期のところから亜急性期まで貫いて存在できるような考え方ですものね。

根岸 丸め(注：医療行為を単価ごとに積み上げる出来高払いではない、包括払いの別名)なので、ある意味、何もしなくてもお金が入るような格好になっていますから、小病院の一般病床でどんどん日当円が落ちていくという状況ではないので、余裕をもっているという。

司会 民医連のなかでも、だいぶ広がったような感じがします。

根岸 あとは一定程度の時間があるので、その間

に在宅部門とのいろんなやりとりをし、患者が家に帰るということについて家族がイメージを膨らませる猶予期間があります。

司会 独自の位置が確保されていくということでしょうか。

根岸 そういう意味では、うまく生かしようがあるというか、民医連がやってきた医療にかなり近いようなところはあります。

司会 資料によれば、まさにいま言われたように地域のほうからの受け入れとか、そういうのをきめ細かく、とくに在宅で療養になっている患者の受け入れの機能を重視したというように言われています。病院から来るのと、在宅から来るのとでは違うところがありますか。

根岸 急性期の病院から来ると、一定程度決着がついてと言いますか、治療は継続している場合もありますけれど、それなりに落ちついた人が移ってくるという感じです。ただ、最近はそうとも限らない。どんどん、どんどん出てくるのです。肺炎なら肺炎しか治さないの、別の病気があったなど、そういうことがすごく目立ってはきました。

司会 そのところはだんだんアメリカに似てきたのでしょうか。

根岸 そうですね。急性期の病院は肺炎だったら肺炎だけ治療して、心臓だったら心臓だけ治療する、総合的に診るのは地域包括ケア病床というような住み分けはますますはっきりしてきました。

司会 回復期リハビリテーション病棟ということについては、目標としている国の内容としては、亜急性期という表現を使っています。そこにはいまの回復期病床、緩和ケア病床などが含まれます。回復期病床はいま7万1千床ぐらいあって、厚労省のお役人は量的にはもう十分だと言っていますが、そうでしょうか。

根岸 これは西高東低で、関西はかなり充足していると思います。関東、とくに東京周辺は病院を運営している法人は民医連に限らず、地価が高いなどいろいろあって経営が大変です。そこまで手がなかなか回らないうちに、関西の資本が来て、関西の法人が東京に回復期リハビリテーション病院をつくるというのが相次いでいます。

司会 西のほうの法人が東に来て、作っているのですか。そうした所での差額病床の話などを聞くのですが、どんどん医療機関の階層分化が進むという感じさえしてきますね。

●かかりつけ医と日本の開業医

司会 診療所については今回の改定はどうでしょうか。

根岸 診療所はかかりつけ医機能を強化しようというスローガンです。前回の診療報酬改定で地域包括診療料が言われ、慢性疾患については患者と医師個人との契約にして、他の医療機関にかかるな、あちこちかかるなというしくみができましたが、あまり広がらなかったのです。

今回はもう少しその要件を広げていこうという感じがしますが、どうでしょうか。広がるとは思えないですが、このあたりは医師会への配慮かもしれません。

司会 医療機関は報酬が増えるかもしれないけれど、患者さんは負担が増えるだけで、それによってどういうメリットがあるのかが定かではないですね。

根岸 例えば私たちの診療所で内科にかかっている、整形外科はあちらで、泌尿器科がこちらでと、いくつかかかっている患者さんの場合、あちこちで痛み止めが出ていたり、あちこちで湿布が出されていたりしますから、そういうのを一本化していこうということでしょうが、どこまでこれがいくか。

結局、患者さんの囲い込みなので、地域の医師会もなんとなく共存共栄で皆さんやっているの

が、誰かが囲い込みを始めたら、ばっと広がってしまうのではないかという気はします。これに乗り遅れたら自分のところの患者さんがどんどん取られてしまうようなイメージになっていくとどうなるのか。患者さんにとっても医療機関にとっても、お互いにあまりメリットがないような感じがします。

司会 かかりつけ医ということになると、ヨーロッパのしくみでみると、そのかかりつけ医は介護のところまでを含めてずっと診ていくような感じ、そういうふうに見えます。日本は自由開業医制で診療報酬はもともと出来高払い、これはいまのところも変わっていません。それをかかりつけ医にするならば、登録患者数に応じた定額報酬に相当近い形にしなければならない。患者のコントロールさえしてくれればいいのだ、余計な検査などはやらなくてもいいのだということまで報酬体系を変えていかないと、そういうゲートキーパーの機能を持たせるというのはできませんよね。

いまのかかりつけ医の話はちょっと中途半端で、先生が言われたように、進行するののかという疑問があります。林さん、診療所と在宅ケアの関係も含めて、そのあたりはどうですか。

林 どこまで本気なのかということですね。

司会 厚生労働省が本気でやる気があるのかどうなのか、どうも財界などからいろいろ言われることがあるので、アリバイづくり的にやっているのかなという気がしないでもない。

根岸 イギリスのように地域でこの先生ということであるのはいいですが、日本のように入り乱れて自由開業しているなかに患者を囲い込むようなことをさせると、医師会は黙っていないような気がします。

林 何人もの開業医の先生方にかかっておられる患者さんもいますよね。その場合のかかりつけ医とはどう考えたらいいのか。中心になる先生を一人決めるのでしょうか。

根岸 そのなかで誰かが契約したら、その人がかかりつけ医になっちゃいます。

林 財務省からは、かかりつけ医以外を受診した場合に外来の自己負担を増やすという見直し案が提案されています。医療費を抑えるために導入しようという意向はかなり強いのかもしれない。

今回は医療と介護の同時改定であり、医療機関とケアマネジャーの連携は報酬上ずいぶん評価をされました。しかしそれはかかりつけ医との関係ではありません。さらにかかりつけ医だけではなくて、かかりつけ薬剤師など、いろいろな形で枠組みが広がっているの、将来どのように具体的に機能していくのかはまだ不透明なところがあります。

司会 まだよく見えませんね。一見そういうことが打ち出されているという感じは確かにあり、メニューができ始めたけれど、本気になって推進するつもりなのかということですね。大体、日本の内科開業医とか、外科の開業医とか、小児科の開業医とかは、米国の primary and family care physician みたいなものではありません。それぞれにある意味で専門的であって、もちろん内科のお医者さんがほとんど患者さんの家ぐるみを診ているなんてことはたくさんありますけれど、それでは怪我した時もそこに行かなければいけないのか、膀胱炎になってもそこなのかとなると、日本の場合、国民はそういうアクセスのきつさを容認できそうにはありません。

●在宅医療と介護の連携

司会 在宅医療ということについてみると、これは引き続き評価をしていくという方向なのでしょう。

根岸 そうだと思います。病院から外来へ、外来から在宅へと、もうすべてが在宅へ、在宅へと、こういう流れがまだ続くと思います。

在宅では今回は連携をかなり出してきました。とくに介護との連携、歯科との連携をちゃんとやっていこうと。しかし在宅医療の質の評価、どう

ということが行われているかという点では実はあまりデータがなく、まだはっきりしていないようなところもあります。その辺は医療の側でやりなさいということかもしれませんが、ただ在宅へと押し出していますけれど、質の担保は誰がしているのかというのが、まだはっきりしません。何を指標に在宅に行ってよかったというのが、実はよく分からないです。とりあえず診療報酬を上げたというのに留まっている状況です。

司会 地域包括診療所が相当引き上げられました。それから初診の場合の加算など、ずいぶん上げているし、その一方で、いわゆる病院に併設されている介護施設の往診などは大きく下げている。同じ介護施設のところでの往診は別の法人であっても、一カ所にあって、ざっとたくさん診るというわけにはいかない。これは前の改定からできなくなってきていますが、在宅医療の質の評価との関係ではどうなのでしょうね。

林さん、連携の点数が増えていることについて、具体的には例えばどういう点数に注目されましたか。

林 例えば特別養護老人ホームで、施設が看取る場合に「看取り介護加算」が付きます。それを算定した場合には、いままでは関係を結んでいる関係医療機関の在宅関係の診療報酬の算定がかなり制約されていました。それが緩和されて、医療機関の側で算定できる在宅の報酬が拡大しました。

また、先ほど申し上げたケアマネジャーとの連携です。それは入院・入所時の医療機関との連携や、退院・退所時の医療機関との連携のほか、さらにがんの末期の際のケアマネジメントについても、いままでは症状が変化してケアプランを変更するたびごとに、サービス担当者会議を開かなければいけませんでした。今回の改定で、担当する医師から指示を得ておけば、いちいち担当者会議を開かなくても柔軟にケアプランが変更できるとことになりました。そういう点では、在宅の重度化、看取りの実態に一定程度即した中身にはなっていると思います。

●介護医療院（※）の創設

※介護医療院とは：平成30年4月より創設、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設（厚労省ウェブサイトより）

司会 「特養の末期の収容患者の云々」というのが確かに出ていますが、その関連で介護医療院には民医連の法人はどのくらい着手しそうですか。

林 いまのところ、何カ所か検討しているところがあると聞いています。ただ全体としてはまだ様子見の状況だと思います。4月から具体的に介護医療院をスタートさせたところは4カ所あるそうです。おそらく本格的な対応はこれからで、2018年度中に移行するところがけっこう出てくるのではないかという話にはなっているようです。

司会 いまのところ、介護医療院というのは3つぐらい体系があって、最後の3つ目というのはほとんど住宅型で、外付けサービスになっています。介護療養病床の転換とか、いくつか中身はあるのだけれど、あれを見るといままでよりは経営的にはやりやすいのかなという感じがしました。実際のところはどのようなのでしょうか。

林 介護医療院は、転換型老健と同程度のタイプと、介護療養病床の同程度のタイプという、大きく2つに分かれています。

司会 そうそう、老健移行型と介護病床移行型の1、2。

林 確かに基本報酬は少し上がっているんです。ただし1床当たりの面積などの施設基準をクリアしていない場合の経過措置に該当すると、上がった分がそのまま減算になります。

注目されているのが「定着移行支援加算」が設けられたことです。算定できるのは1年間に限定されていますが、地域住民への周知や地域の行事

や活動等に参加することなどが要件になっていて、1日一人あたり93単位（1単位10円の場合930円）付くので、50床を転換させるとそれだけで年間1,600万円強の増収になります。3年後の改定がどうなるかは分かりませんが、いまのところはかなり手厚く対応はされている。おそらく出来るだけ早期に転換せよというメッセージなのだろうと思います。

また、介護保険施設に区分されるので、通常ですと各都道府県・市町村の介護保険事業計画の総量規制の対象になるのですが、介護医療院は総量規制の枠外になっています。まだ自由度はそれなりにあるので、できるだけ早期にいまの介護療養病床を中心に、転換していく流れはつくられていくのかと思っています。

司会 さんざん介護療養病床を廃止するといったのに廃止できなくてずっとやってきていますから、もうここでもってケリをつけたいという意識が見えます。

林 生活と介護を医療で支えるというのが介護医療院のコンセプトだそうです。看取りまで含めて対応する施設とされていますが、介護療養病床の廃止や慢性期病床の削減を図る際の転換先というのが第一目的なので、そうした目的を越えて、喧伝されているような理想的な姿で展開できるのかどうかはまったく未知数というのが、いまの状況ではないでしょうか。

司会 そうですね。いま言われた支援策の話で、いろいろ開設準備契機支援事業の単価が62万円から80万円に上がるとか、いろいろ一生懸命に介護医療院をスタートさせよう、なんとかやらせようとしているというのは、かなり見えます。

ただ介護医療院については「社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスにかかわる利用者負担軽減事業の対象外とする」とあり、そこが分かりませんでした。

林 私もそれはあまりチェックしていなかったですが、それだと入りませんね。

司会 なんて外したのかな。例えば医療法人が介護医療院をやると、いまやっているような無料低額診療をやるというのもできないのか、という疑問が出てくる。

林 それはちょっと要チェックですね。結構重要な話です。

●病院のポジショニング選択

司会 今後、医療機関がどのような選択をしているかなければいけないかというところですが、私は千葉で自治体病院の人を相手に話をする準備でもって調べてみて、びっくりしたんです。民医連の100床台の65病院のうち、DPC 病院が8、一般病床だけは5しかない。あとの40はケアミックス、慢性が12。つまり100床台の病院のなかでも、そのくらい差が出ている。先ほどの通り、7対1の重症度要件が実際上厳しくなって、段階はあるけれど、じりじりと7対1ではなく看護師さんを減らして10対1にしてくださいと言わんばかりの状況が出てきているだろうと思うんですが、民医連のDPC、100床台のところもある。これなんか、どうでしょう。

根岸 どうやって運営しているのかを聞いてみたいです。たぶん、分野に特化しているか、救急を頑張っているとか、かなりなことをやっていないと維持できないですよ。本当にその地域で急性期DPC機能が必要なかどうかは、かなりシビアに見ていかないといけないと思います。

司会 圧倒的にはケアミックスの方向ですね。地域包括病床と、それから回復期や療養型、一般のところは10床とか、そんなふういろいろ地域要求に対応してやっていくという流れになるのだと思うのです。大泉生協病院のように、その地域のなかでの病院がどんな配置になっているかというのは、すごく大きく影響してきますね。

根岸 今度の地域包括ケア病床とか病棟とか病院とかとなっていくと、中小病院の一般病床の意味があまりなくなってきます。いろんなことが地域

包括ケア病棟でできるようになると、地域包括ケア病棟だけの病院というのもこれから増えてくるのではないかと思いますね。

司会 なるほどね。そういうところだと外科系などはどうなのでしょう。

根岸 難しいと思いますが、手術は外付けになっているので、どこまで何をやるかによります。どちらにしても大きな手術、全身麻酔の手術を中小病院の一般病棟でやっていくというのは、かなり地域差があるでしょうけれど、少なくとも都市部では難しいと思います。

司会 なんでもやっていた、やれたという状況から、自ずから病院がどういうところを選んでやっていくか、選択と集中というか、そういうことをやらざるを得ない局面になっているのは確かだと思います。それが果たして、地域の住民との関係ではどうかと。とりわけて民医連のように、住民組織が直に病院と結びついているという場合に、いかに理解を求めていくかと。

根岸 それは地域でだいぶ違うと思いますね。例えば東京の場合、患者さんは大きな病院に早く紹介してくださいという期待をしていますから。

司会 東京の場合はそうですか、なるほど。その辺は条件がありますから、それはありますね。

根岸 治療が終わったからまたここへ帰ってくるというスタイルです。

司会 千葉の健生病院は、かつて千葉市のなかで救急車受け入れトップを5年も続けたという、患者さんはそういう記憶をもっているんです。すると、友の会から最近では救急車で行っても、すぐ他にまわされると言われてしまうこともあり、なかなか転換に苦労してきました。地域包括ケア病床もできましたし、やっと少し落ちついて、いろいろなことができるようになってきたかな。いまは健生病院を中心にして、老健があり、グループホームがあり、デイサービスやデイケアもあるとい

う構造になっていますから、そういう意味ではその地域全体としてどういうふうにとータルな地域包括ケアをつくっていくかという議論ができる状況も生まれていますね。

●2018介護報酬改定の評価と地域包括ケア

司会 林さんに改めて伺いたいのですが、今回の介護報酬改定についての全体的な評価と、どういう問題があるかをお聞かせいただけますか。

林 今回の改定は+0.54%でした。前回の改定は全体が-2.27%で、医療でいういわゆる入院基本料にあたる基本報酬のところが軒並み下げられました。その結果、先日発表された東京商工リサーチの調査では、老人福祉・介護事業者の2017年度の倒産件数が過去最多となりました。

司会 たしか史上最高の115と、とにかく統計以来、初めての倒産件数でしたね。

林 倒産という手続きを経ない廃業は今も続いていて、前回の改定以後、地域の介護サービス基盤を大きく毀損させるような事態が生じています。厚労省の介護事業経営実態調査では介護サービス事業の利益率が大幅に下がるという結果が出されました。

こうしたなか、全老健（全国老人保健施設協会）など12団体が中心になって、2017年秋に介護報酬引き上げを求める請願署名に取り組み、1カ月で180万筆の署名を集めました。そういう世論や運動があつての+0.54%かと思います。

ただプラスになったとはいえ、あまりにも低すぎる改定率ですから、前回の改定を含めて、介護報酬切り下げによるダメージを根本的に回復するにはまだほど遠い水準の引き上げであるという点、第一の評価のポイントです。

さらに改定の内訳が示されていて、自立支援などの評価で+1%、他方で改革工程表に基づく適正化で-0.5%と、かなり内部ではメリハリがついた改定になっています。プラスの部分は、いままです話に出ていた政府が進める地域包括ケアを推

進していくことを目的とした、さまざまな加算評価に充てられたのだと思います。

具体的には、病床削減による地域の重度化に対応させて、医療ニーズや看取り、中重度のケアなどをかなり厚く評価をしています。この間、介護保険を中重度中心の給付体系に切り換えていく制度の見直しが実施されていますが、今回の報酬改定にもその流れがよく反映されていると思います。

もう1つは、病床削減の対応で地域包括ケアのコストが増えていくことになりますが、それを回避するために、できるだけ重度化させないということで、「自立支援」の考え方が前面に出てきています。ここはリハビリが非常に強化されたという中身です。国の言うキーワードでいうと、重点化が図られた部分だと思っています。

一方で、適正化の-0.5%の部分では、在宅生活を支える基本サービスのところが徹底的に引き下げられています。デイサービスでは、時間区分が2時間単位から1時間単位の区分になり、報酬も大規模型のところで、どう時間を組み替えても基本報酬が2~5%程度マイナスになります。このままでは事業の存続を左右するような水準まで下げられています。それからヘルパーの生活援助の利用回数に上限を設け、福祉用具の貸与価格に上限価格も設定していくなど、利用を規制する中身がずいぶん設けられました。

つまり中重度への対応を評価する、連携を評価する一方で、生活の基本を支えるサービスを徹底的に削り込む。いくら医療や介護を重視・評価したとしても、生活の基盤を維持できなければ、そもそも医療や介護そのものが成り立ち得ないと思います。その意味でずいぶんいびつな改定になっており、総介護給付費を徹底的に削るという大枠のもとで、重点化、適正化というメリハリをつけた結果ではないかと思っています。

しかし、重点化の部分で加算が新設されたといっても要件のハードルが高いため、算定が困難な小規模事業所が淘汰されていくなど、全体として事業所の差別化がいつそう図られていくと考えられます。また、仮に加算を算定できたとしても、そのために職員体制を厚くするなどの追加的なコストや手間を要することから、収益は増えるけれども必ずしも利益が増えるとは限らない構造にな

っており、全体として+0.54%の引き上げで、いまの介護事業の底上げを図り、サービスを充実させることができるかという、決してそうではない。むしろ、さまざまな矛盾と問題を抱えている改定ではないかと思っています。

その背景には、病床を削減し、そのための受け皿として地域包括ケアを整備し、その地域包括ケアを基本的に支えていくのが介護保険であるという、いわゆる「川上」「川下」の一体的改革があります。

ただし、まだ全面展開には至らず、小幅の改定にとどまっている部分もあります。例えば「自立支援」のところで、要介護度の改善などを評価して加算をつけるなどの内容がかなり入るか予想されていました。時期尚早ということで、今回は見送られた部分がありますが、次の改定では入ってくると思います。また生活援助だけを専門とする職員の養成も今年度から開始されましたので、次期改定では生活援助の報酬がかなり下げられることが予測されます。

そういう意味では2025年に向けたワンステップの改定だと思います。2012年度から2025年に向けて一体改革がスタートしました。厚生労働省は、2018年度は中間折り返し地点であり、これから後半戦に入ると位置づけています。診療報酬もそうだと思いますが、今改定はおそらく全体として次期改定の助走となる改定だろうという印象をもっています。

司会 生活援助のホームヘルプサービスの点数はどうなりましたか。

林 下がっていますが、下げ幅は思ったより小さかったです。先ほど申し上げたように、生活援助はそれに特化した担い手にやらせて、報酬を大幅に下げるとの方針だったのですが、担い手が出てくるのはこれからですから、実際に動き始めると生活援助の報酬は大幅に下げられるだろうと思います。今回の生活援助の改定はやはり経過的な改定だと思いますね。

司会 それに対してデイサービスは、もう相当に下げられました。

林 相当に、というのはその通りです。デイサービスは相対的に利益率が高いサービスとされていますので、目をつけられたということだと思います。

●制度の揺れと新総合事業

司会 そのあたりとの関わりで、いわゆる新総合事業の状況についてもいろいろな見方が出ています。私は社会福祉法人の理事長ですが、うちではホームヘルプサービスを千葉市と船橋市の2カ所でかなり大規模的にやっています。

船橋市では、いわゆるA型、生活援助を従来の事業者が総合事業の報酬でカバーするというのがほとんど進行していません。ニチイなどの営利企業のところは、もう全然やりませんと言っています。

林 実際に撤退していますよね。

司会 その一方で、千葉市の場合は、かなりそれを一生懸命やり始めている事業者がいます。するとうちの利用者さんがそちらの方が安いと流れていきます。単価が8割か9割ぐらいと安いので、利用者さんの自己負担も少ないわけです。そういうことで流れている状況があって、千葉市ではやむなくやる、船橋市は様子を見るということで、やらざるを得ないという、そういう状況です。全国的にはどうでしょうか。

林 自治体によって状況はかなり違いますね。予防給付に相当する、いわゆる現行相当サービスだけしかやらないという、慎重なスタンスをとっている自治体もまだあります。一方では、いま言われたように人員基準を緩和して、報酬単価を下げたサービスをメインにしていこうという自治体もあります。事業所に対する影響の現れ方も、利用者に対する現れ方もまちまちですね。

ただ、共通する矛盾はいろいろ見えてきています。もともと基準緩和のサービスは、十数時間ぐらいの研修を受けた無資格者にやらせるというのが前提だったんです。

司会 認定ヘルパーですね。

林 その認定ヘルパーが全然養成されないまま、結局、単価が低いままで受けざるを得なくなり、既存の事業所のヘルパーが対応しているため、単価が人件費にぜんぜん見合わなくて経営が悪化しているなど、構造的な矛盾が出ています。

司会 市町村ではA型の在来型サービスをする事業者がいなくなったところがある、あちこちで出てきています。

林 出てきます。

司会 もう受けられないということになってしまったから、利用者さんがそちらのほうに行ってくださいと言われても、全然給付されないという状況がもうすでに生まれているということが、ちょっと前の新聞に出ていました。何市町村という数字まで出ていた。

林 結局、なぜできないかというと、単価が低いことと人手不足です。職員がいない、どうしようもないと。

司会 ただでさえ低い報酬ですが、うちなどは入ってくる報酬の85%は出すことにしています。つまり報酬が市町村によってさまざまだから、それでよければ受けるという方式でやっていますが、時給にしてやはり100円ちょっと下がります。それでもやってくれていますが、一生懸命やる気にはとてもならないでしょうね。

林 この4月から「みなし」指定が外れたので、それを機に総合事業から撤退する事業所が出てきています。厚労省の調査では、撤退した事業所がある市町村が676市町村で、受け入れ先がなくなって利用調整が必要な利用者が610人発生していることが報告されています（参院厚労委員会での加藤勝信厚労大臣答弁）。この610人がどうなったかは調査中とされていますが、今後こうした事態が広がっていくことが予測されます。

司会 今年3月に共同組織調査でさいたま医療生協にお伺いした時に、これは一つの見識だと思ったのですが、A型の従来型の利用者がみなして単価を下げられたものでやるという事業はやらない、これはただ低賃金、より低コストで在宅サービスをやらせようというだけなので、よほどの事態がなければやらない、極めて慎重な見極めが必要だというスタンスです。

その一方で、B型と言われるいわゆる健康づくりのいろいろな取り組みは、すでに草加市では生協の支部が市から委託を受けて事業に取り組むというスタイルが表れていて、これはこれでいままです生協でやっていた健康づくり運動やそういうようなものの延長線そのままなので、これはやらないという理由がないということでした。しかし、そのために市の責任が免罪されて、全部そっちにお任せというのでも困るので、あれこれいろいろ要求して、けっこう市の財政的責任を果たさせているのです。とくに感心したのは、家賃全部を市の負担にしていることです。

林 それはいいですね。

司会 開設時の事業所の家賃は市で賄って、法人で持ち出しは絶対しないという方針でやっています。

林 持ち出しをしないことは非常に重要ですね。自治体自身も高齢者の居場所をつくらなければいけないという問題意識はもっているんで、開設時の初期費用を補助するところなどが増えてきています。

司会 民医連ではどんな議論になっていますか。

林 これは市町村がどういう計画をもっているかによりますので、そこをよく分析をして、対応することが基本かと。中には自治体から事業を委託されている法人もあります。

司会 埼玉だけではなく、他にもあるのですか。

林 いくつか報告を受けています。こちら側の意

向も伝え、すり合わせをしながら一緒につくり上げていくような活動が出てきています。しかし一方では、事業者丸投げみたいな部分もある。

司会 それは自治体の責任をちゃんと果たさせないといけませんね。

林 そこなんですよ。

司会 共同組織と見極めながら、いかにして要求に応えるものやっていくのかという形で、そこは積極的に取り組んでもいいのではないかと思います。しかし、いわゆる介護保険給付で行われていたものを、実際上は認定後に厳しく狭くして、安上がりのところでやらせるというようなものは、これはやはり邪道もいいところで、しかもいまの状況だとまよくいくかどうか分からない。中心的にやっている株式会社のホームヘルプサービスがこれだけ、みんなそっぽを向いているでしょう。これは合理的でないということです。

林 おそらく、事業の設計上にそもそも問題があるのでしょう。

司会 考え方の上でどこか間違っている。介護予防の問題が話に出てから、これで3回目か4回目になります。いずれもうまよくいっていないでしょう。

林 そうなんですよ。チェックリストを使って、いわゆる特定高齢者を抽出して予防サービスの対象にして対応しようとしたんですが、まったく広がってなくて、あれは失敗だという厚労省の総括があるのです。

司会 自らもそういう総括をしていますか。

林 それを敷き直して再スタートさせる意味で総合事業が出てきたそうです。現在の総合事業は、訪問型サービス、通所型サービスという予防給付の受け皿と同時に、一般介護予防事業も組み入れた事業になっています。

司会 それにしても介護保険分野の方針の立案はどうなっているのでしょうか。ブレが大きいような気がします。

林 あまり一貫性がないです。右往左往している感じです。

司会 一番大きいのは財源の不安定性でしょうか。介護保険の財源が豊かでない。需要や発生する要求に対して、財源的に不安定なものだから、いろいろすることになる。しかも供給のほうでも、医療のように体系が、しくみがきちんと出来上がっているわけではない。

林 給付が介護保険料に直接に反映するしくみになっているので、市町村は保険料をあまり上げたくないと思えば、給付を下げていくしかないですから。

司会 それをやっているとマイナスの循環で、制度の存在意義を否定することになるから、だから、うまくいかないでしょうね。

●地域密着型という構想

司会 もう一つ、最近、いわゆる地域密着サービスなどの形で、中学校区単位を見据え、病院・診療所から在宅医療・介護と、一つのまとまりをもった地域をトータルにやっていこうという話があります。これは考え方としては間違っていない、いいことだと思うのですが、実際にどうやっていくかという点ではどうでしょうか。みごとに上手くいっているというモデルのようなところはありますか。

林 厚労省が地域包括ケアの好事例などを紹介してはいますが、全体としては上手くいっていないのではないのでしょうか。地域密着型サービスや地域支援事業は、地域包括ケアを推進していく突破口のひとつとして位置づけられています。そこがうまくいっていないければ、やはり地域包括ケア全体があまりうまくいっていないのではないかという話になります。

司会 地域密着事業は改定のたびに、点数をオヤツと思うほど上げるなど、いろいろしていますね。

林 いまの重点は、24時間訪問サービスである定期巡回・随時対応型訪問看護介護と、従来の小規模多機能居宅介護に訪問看護を組み合わせた看多機（看護小規模多機能型居宅介護）です。普及・拡充の対象になっていますから。今回の介護報酬の改定でも、有床診療所が1床使えば看多機を開設できるという基準を設けたり、看多機のサテライト型を制度化したりするなど、このあたりは政策上かなり力が入っている部分です。

地域密着型は市町村が管轄するサービスですから、一番地域の事情が分かっている市町村が切り盛りをしていく点では、それなりに合理的だとは思いますが。ただ、市町村自身が実施するという計画をもたない限り、整備は進まない分野なのです。そのため、いまだに定期巡回サービスが一つもない市町村もあります。

提供主体となる民間事業者は、利用者が集住しておらず採算の確保を見込めない地域には参入しません。そういうところでは市町村が直営でやる必要がありますが、きびしい財政事情もあり、展開はちょっと容易ではないという感じです。

定期巡回サービスを制度化する法改正の審議の際、厚労省の担当者は、定期巡回サービスが定着すれば、特養の待機者はゼロになると説明していました。要するに24時間、在宅の支援をすれば、特養と同じレベルの介護ができると。ただしそうするには、費用があまりにも高すぎます。

司会 それはその通りなのだけど、前提になる24時間体制のイメージが貧困すぎると思いますね。デンマークやスウェーデンは、まさにそれをやっているのですが。

林 例として紹介されていたのはデンマークの在宅ケアです。デンマークをモデルにすると説明されていました。

司会 デンマークをモデルにするのだったら、その通りやりなさいということです。あそこは1人に3人で対応して、8時間3交代で定期巡回に回

ってきます。それが、日本はどういう基準でしたか。

林 根本的に違うのは、日本の場合、あるエリアを担当する定期巡回サービスを、様々な法人が地域で林立している中でひとつの法人が受託することからいろいろと難しい部分があるけれども、デンマークは、委託事業所が変わってもスタッフが所属を変えてそのまま担当を継続する体制になっているようです。

司会 デンマークの場合には家族がいない在宅ケア、ほとんどが高齢者の一人暮らしです。それで24時間在宅でまかなうといったら、時々様子を見ているところの話ではなくて、1時間や30分ごとに行って、ちゃんとおむつ交換をしたり、いろいろしたりとやらなければ成り立たない。

日本の場合には、その辺について本当に本気でやっているのかという感じがちょっとします。しかも法人でやるのなら、東京の下町のようにそれなりに人口が密集しているところでなければできないでしょう。

林 地域包括ケアは住まいが基本とされていますが、基本的には高齢者を集住化させて、ひとつの集合住宅で対応するということが前提になっているみたいですね。

司会 サ高住（サービス付き高齢者向け住宅）でしょう。それを進行させてはいるけれど、またそれはそれで不思議ですね。最初のうちにサービスした後で2階に上げた梯子を下ろすという算段なのかもしれないけれど、サ高住の往診は効率的です。ある時期はそれで報酬が大いに稼げるわけです。そうかと思うと、ばさっと下げるといふ。

林 あのやり方はすさまじいです。

司会 本当にすさまじいです。あっという間にネタをばらしてきます。もういいのかという話になります。

林 逆に言えば、政府がやりたかったことは、サ高住などの住まいに医療や介護を入れていくということだったはずですが、その報酬を下げてくるというのですから。

司会 それだけ高すぎたというので下げたのですが、それだったら最初のうちからちょっと考えて手を打って、ばさっと下げるのではなく着実に浸透していくようなことを考えればいいのと思います。

ともかく、本当の意味での在宅ケアについて、こういうふうにしていけば安心して住み続けられるという確立した包括ケアが生み出されているようには、まだ見えません。

民医連での看多機の広がりはどうでしょうか。

根岸 増えていますね。看多機は私たちもやっています。

司会 いかがですか。

根岸 看多機は気楽に行って、ちょっと具合が悪かったら泊まって、週末、家族が出掛けるから泊まってなどとできて、すごくいいと思います。しかし泊まる期間が長くなると、けっこう自己負担が多いのです。最初はそれで利用者がぜんぜん集まらなくて苦労しました。

林 先生のところは区と掛け合って、宿泊費の補助を承認させたのですよね。

司会 ほう、素晴らしい。補助を受ける前はどのくらいの自己負担になりますか。

根岸 月に何回も泊まると、20万円近くなります。

司会 一ヶ月で20万円近くですか。いまはどのくらい補助をするのですか。

根岸 文京区と交渉し、無料低額保証制度に準じて（つまり事業所負担で）入所費用を減免しています。

資料3：東京保健生活協同組合の看多機の減免

千石にじの家の宿泊費減免の取り組み

1日4,200円となる自己負担について、東京保健生活協同組合は文京区へ2度申し入れ、下記の通り承認されている。

- 1) 生計困難な方の宿泊費1泊2,600円を免除とする。
- 2) 対象者は所得第1段階に準じた生計困難者とする。
- 3) 東京保健生活協同組合の無料低額診療事業運営規則に準じて運用する。
- 4) 利用者のうち1割が所得第1段階を想定し、宿泊日数平均8日、利用者3名とした場合、1ヶ月62,400円宿泊費収入が減収になるが、利用者の受け入れが広がることで事業収入は確保できる。

根岸 私たちの法人は文京区にあり、看多機と病院の地域包括ケア病棟と療養病棟と老健が、ほぼ300メートル範囲内にあります。ある意味、こういう患者さんはここへ、こういう患者さんはここへといろいろ選べるような状態になっています。最初は全然みんなイメージが湧かず、3施設で患者を取り合ってどうするんだ、というような話がありましたが、いろいろ試行錯誤して使い勝手がよくなりました。

司会 しかし、20万円は高いですね。いま老健や特老に入ると、ひと月の負担はどのくらいですか。

林 15～16万円ぐらいです。

司会 うちのグループホームでは1カ月で14万円なにがしですから、そのくらいだと思います。看多機は宿泊料が保険給付に含まれていないのですか。

林 泊まりと通いをふくめては月定額です。ひと月あたりの支払いになるので、どうしてもまるまる使うと高くなるし、あとは限度枠との関係で他のサービスが利用しにくくなってしまうというのがあります。

司会 なるほど。看多機と小規模多機能とは、どの点が違いますか。

林 小規模多機能の看護機能を強化したのが看多機です。医療的な対応を強化したので、重度の人たちが看多機を利用されています。

根岸 私たちの診療所では、デイサービスがだんだんうまくいかなくなってやめてしまったのですが、スペースが空いたところを地域に開放しています。すると社協がけっこう交流会をやりたいがっていて、一緒にやってくれませんかと来るんです。あと、地域の子育て支援をしているNPOが週に1回、そこで子育ての人たちのためのカフェをやるなど、診療所の空いたスペースを、いろんな団体が使っています。都市部だからなのでしょうが、そういうニーズもけっこうあります。スペース開放の大家さん収入はあまりないですが。

司会 介護施設でも公共スペースを確保しなさいということになっていますからね。うちのところだと、すぐそばに保育所があります。保育所の人子どもを連れて行くと、おじいちゃん、おばあちゃんと交流などをいろいろやっています。

財政だけではなく中身をしっかり見極めて、交流を組織するなどいろいろして、そのレベルを引き上げていくような、ちゃんとした自治体の責任の果たし方を追求しないといけません。

林 この前、朝日新聞に出ていましたが、8割ぐらいの自治体が自分たちのオリジナルの健康体操

をもっているそうです。しんぶん赤旗でも高知の100歳いきいき体操などが紹介されていました。

司会 東大阪市では健康体操をやって、介護保険の費用が2億円減ったなどとNHKが報道しました。それについて東大阪の市議会議員さんは、それに参加できない人がどんどん介護度が悪くなったと怒っていました。確かに8割ぐらいまでは巻き込めるのかもしれないけど、残り2割のそこに行かない人たちが無視されるという状態になってしまいます。一つのことをあまり一生懸命にやりすぎるとそういう感じはあって、健康体操でもあまり凝りすぎないほうがいいだろうと思います。

林 市町村は健康体操の普及を中心にしながら、各地域で居場所、通いの場をつくっていきこうとしています。

司会 まずは居場所ですね。居場所をつくって、お互いに顔見知りになって、おしゃべりができるような状況が出てくると、それこそ本当の互助のスタートみたいなもので、それをちゃんと保障するというのでしょうか。

根岸 文京区の健生病院の前にあった医療福祉貸与事業が撤退したので、そのスペースの利用を周りに呼びかけたんですね。全然知らなかった地元のNPOの人たちが来たり、障害者支援団体が来たり、テーブルの上でやるスポーツの協会など、いろんな人がやってきて、週間スケジュールをつくって運営を開始しようとしています。

実は民医連も診療所だけで見ていると、ちょっと元気がないんです。訪問診療や病院は注目されるけれど、外来を中心とした診療所の機能の注目度が相対的に下がっているなかで、新しいあり方があるのかなと思っています。

林 大家さんの収入は、やはりあまり入らないのですか。

根岸 そうなんです。大家さん収入をもっと取ったらどうかとも言っていますが、地域のNPOなどは本当に資金がないなかで活動していますから。

司会 高いと利用できない、安いから来るというのは確かにあるかもしれませんね。

いずれにしても、厚生労働省のどの政策も、まるまる全部、地域要求や人々の要求にかけ離れたものにはなりません。もともと医療需要や介護需要があるわけで、それに対して対応するというところが出てこざるを得ない。そこに財政的な理由などからいろんな歪みが与えられるという状況です。それをどのようにたたかって、対応するかという問題があると思います。

本当に今回の改定というのは階段の踊り場的な感じで、次にまた上がっていくというような、少しこの前の改定でやり過ぎたことなどのいろいろな状況の修正も見つつ、しかし基本的に病院を再編成していく、地域のなかでの総合事業や地域包括ケアを進めていく。さしあたりちょっと様子を見つつ、しかし、明確に方向性は打ち出していくというのが、今回の改定なのだろうと思います。

●問題① 事務実務の増加

司会 最後に、今回の改定や医療介護の問題などで注意したいことがあればお願いします。

林 最初に制度が複雑になっているという話がありましたが、これだけ改定のたびごとに加算が多くなって要件が増えてくると、算定に必要な書類も増え、現場の事務負担が本当に大変になっています。例えば今回の改定で、「身体拘束廃止未実施減算」という減算措置が強化されたのですが、それを回避するためには、身体拘束した場合の理由をきちんと記録し、会議を開いてその議事録を残し、それを職員に周知するための文章をつくって、定期的に見直してその記録を残すということが求められます。加算を取るとか、減算を回避するために、膨大な記録を余儀なくされるということなのです。政府は改革工程表で2020年代初頭までに介護事業所のペーパーワークを半減するとしています。いまだ本格的に着手されていないばかりか、それに逆行するような改定内容になっています。

結局、記録に時間をとられて利用者のところに行く時間が削られるという、非常に本末転倒な話

になっていますし、記録が増えるといことはそれだけ制度が複雑になっていくということです。利用者、家族にとってますますわけのわからない制度になっていく側面があります。この点も今回の介護報酬の問題としてつけ加えておきたいと思います。

司会 本当に増えていますね。介護事業所の所長の仕事は、本当に必死になって、そういういろいろな事務作業をやっているような感じがあります。もう一つは、それが監査の強化でやられますね。

林 実地指導や監査では記録がないとアウトですから。

司会 本当にそういう点では事務の仕事は様変わりで、コンプライアンスには相当気をつけないと。実はうちもあやうく大損失を食らうところだったんです。一段と適法性の確保ということを管理者のところでやらないと、あとでとんでもないことになる。本当に、あれだけ書類仕事が多かったら、そのうちの一つぐらい抜ける危険がかなりありそうな気がします。

根岸 病院も医事課の仕事はすごく複雑で、他の職員はほとんど分からないので、請求すべきものが請求されていなかったとか、落ちていたとかいうのが、あとになって気づく。どうするんだ、これは、みたいな。

司会 そうですね。その辺のところは大変です。

●問題② 自立概念の変化と天海訴訟

林 もう1点いいですか。今回、自立支援が前面に打ち出されていることが特徴です。いままでは自立というと、介護が必要になっても必要なサービスを受けて、その人らしく暮らしていくということを意味していました。しかし安倍政権になって、未来投資会議という経済成長戦略を打ち出す審議会のなかで、自立というのは介護がいらない

状態だと首相が明言しました。要するに、自立支援と称して、できるだけ介護保険という公的サービスから離れてもらうという方向が非常に強まってきているのです。

アウトカム評価などもそういう流れから出てきていると思いますし、総合事業がさきほど話題になっていましたが、できるだけボランティアに移し、介護サービスから卒業してもらうという動きが今後非常に強まってくるのではないかと考えています。だからこちらとしても政府が掲げる制度理念に対する対抗、たたかいをこれから重視しなければなりません。

司会 イデオロギーのたたかいは非常に重要ですね。自助・互助・共助論などもそうですし、いまの自立の概念の問題もそうですね。

デンマークに大昔に行った時にデンマークの人に言われたのですが、全身が拘縮していて体を動かさなくて、意思を伝えることは口に加えた棒で画面のアルファベットを突ついているという人について、その施設の人が、「ああ、あの人は自立しています」と言ったのです。なぜかという、彼は自分の意思をちゃんと表明できるので、表明や意思に従ってケアをすればいいだけなので、あの人は自分の意思決定ができる限り、人は自立しているんですと言っていたのです。そこはさすがにデンマークと思いました。

林 少なくとも介護保険制度が始まった時には、まさにそういう「自立」だったはずなのです。

司会 そうです。自立とは介護がいらない状態ですと言ってしまうと、障害者の自立はあり得ないということになってきます。そうすると、自立というのは何かという話になります。介護保険さえ使わなければ、どういう状況になっていたって自立なのかといった馬鹿げた話になります。これは明確に哲学の貧困もいいところです。

根岸 財政的なところだけでしかものを考えていない、ひどいですね。

司会 私のところでは障害者の共同作業所をやっ

ており、就労継続支援B型訓練としてレストランを運営し、その接客サービスと部品の組立や郵便物の配達など、いろいろな委託されたものを作業するという二つの事業をやっています。そういう関わりがあって、私は千葉で行われている天海訴訟という裁判の支援する会の代表もしています。

天海訴訟は、つい最近勝訴した岡山の浅田訴訟とまったく同じです。非常に強引に65歳で障害者給付を打ち切って介護保険に移らざるを得なくした、それを怒っての訴訟なのですが、その訴訟のなかで介護保険と障害者給付の理念の違いが明確に出てくるのです。

障害者給付は国際的な条約などを受けて、障害者自立支援法の時の大騒動などもあって、負担をできるだけ低減させるという獲得した成果がありました。政府と障害者団体との「基本合意」です。しかもあの時は民主党政権で、そういう成果の上に立っているから、やっぱり介護保険に比べると障害者にとって有利で、社会参加の部分などでいろんな形で違ったものがあります。

ところが今回、例えば天海さんの場合だと千葉市民で住民税非課税だから、障害者給付だと負担ゼロです。それが介護保険に移ると月額15,000円です。月9万円程度の障害者年金のなかからそれが出ていくというのは、まさに生活の質そのものを破壊してしまうということですから、たたかっているのです。裁判で向こうはほとんど論理的に展開していないけれど、そのなかで必ず言うてくるのは、自助→互助→共助→公助、この順番だと。これが社会保障だという政府の法律をそのまま繰り返しています。だから公助である障害者はあとで、共助である介護保険が先だと言うのです。

介護保険が共助だなんて、ごくごく最近の話です。21世紀になってすぐくらいまでは、厚生労働省は「介護保険は公助です」と言っていました。それを共助にして、そういう理屈立てをしているというだけに過ぎないのですが、そのような新自由主義に基づくイデオロギー的なものがさまざまに展開がされてきたのが、いま安倍政権のもとで毒のある花が咲いているような感じでしょうか。ちょっとひどく、そういうイデオロギッシュな攻撃が行われているなという感じがしますね。あとはそれこそ首相がそう言ったというので付度して

いるのではないのでしょうか。

●問題③ 在宅訪問と職員の安全確保

根岸 いま東京では介護職員のハラスメントがすごく問題になっていて、筑波大学の先生と一緒に、介護事業者たちのハラスメント、とくに訪問看護ステーションのハラスメントの実態調査というのをしたのです。かなり驚くような実態で、暴力だったり、言葉だったり、セクハラだったり、8割ぐらいの人が何らかのハラスメントの経験がありました。

司会 主に利用者さんからですか。

根岸 利用者さんと家族です。これは一人で訪問している以上、たぶん防げないのではないかと思います。制度上も複数訪問としてももらわないと、解決できないと思います。

今回、二人で訪問、運転手さんのような人が一緒に同行訪問という案がありました。考えてみれば、介護は密室のなかで行われていて、二人きりという状況なので、働く側の職員の安全という問題もこれから大きくなるかなという感じがします。

司会 やっぱ東京は社会現象が一步先に現れるのでしょうか。千葉の田舎だとそれほどのではなくて、利用者さんの苦情、とくにすぐ怒る利用者さんというのはもちろん上がってきます。いまのところハラスメントは上がってきていません。すぐ怒るなど、いろいろ粗暴な面のある利用者さんがいると、ある地域の介護事業者さんは「それでは今度はそちらへ」と言って、半年ずつぐらいでぐるぐると事業者が変わるんです。それで一回りすると、ケアマネジャーに「もう、あそこの家には誰も行きませんよ」と言って圧力をかけて、家族などに鎮静化させるようにと、いろいろやっているようです。

林 それも一つの防衛策で、面白いですね。

司会 地域によって業者間情報がわりとよく行き

交い、仲良くやっているところもあるようです。

根岸 被害を受けた職員もほぼ全員、上司には報告をしているわけです。けれど法人としてのしくみがないと「あなたがもうちょっとうまくやればよかったんじゃないの」のようなことを言われ、被害を受けた職員が二重に傷つけられてしまうケースもあります。

司会 それは本当に気をつけないといけませんね。管理者が現場の人たちにきちんと対応しないと。

根岸 ちょっとこれから大きくなる問題ではないかと注意しています。

司会 在宅ではいろいろな事件が起きています。訪問看護をして死亡第一発見者になるケースもあります。最初の方は慌てふためいてすぐ警察に連絡したところ、その職員が相当な時間にわたって拘束されて、いろいろ話を聞かれてとなったので

す。だからそういう時のルールを決めました。職員を守ることを本気になっていろいろ考えないと、もちろん当然、警察には届けますが、それを慌てふためいてすぐやると、いいことはあまりない。まずはすぐ事業所に連絡し、事業所の人が飛んでいって状況を確認し、その上で大家さんと警察に連絡するとルール化して、二人で一緒に立ち会います。二人でやると対応が違うからね。

根岸 第一発見者を疑うというのは、警察の鉄則ですから。

林 介護はたしかに警察と直面する機会が多いです。

司会 介護は在宅だから、殊更ですね。今日はいろいろな問題提起をすることができました。ありがとうございました。

(2018年4月13日実施)

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

1. はじめに

団地の高齢化という現象は、地方の過疎化とは異なり、全国の都市部で見られるようになってきている。特に、現在のUR都市再生機構（以下、UR）は、旧都市公団として全国の都市部における住居の確保を政策的に担ってきた経緯があり、その高齢化の進展は管理者としてのURにとって非常に危機感を持っているとも言える。

本稿では、高齢化した団地として、福岡県北九州市小倉南区にある徳力団地を事例として取り上げ、そこにおける住民の福祉ニーズを実態調査から明らかにするとともに、自治会を中心とした地域活動（住民自治活動）が何を担い、そして今後の課題として何が明らかとなってきたのかを示す。九州の一地方の高齢化団地での事例、というだけではなく、全国の高齢化現象が見られる団地（戸建て、マンション等を問わず）においても、地域づくりにおいて参考になる点があると筆者らは考えている。

2. 高齢化した団地における住民の福祉ニーズ

（1）徳力団地の概要

徳力団地とは、福岡県北九州市小倉南区にある、URが管理運営する団地である。徳力団地のある北九州市は九州の玄関口と言われる場所にあり、古くは四大工業地帯として有名な鉄鋼業を中心とした政令指定都市であった。現在は公害問題を克服した経験から環境産業にも力を入れており、環境モデル都市となっている。北九州市の2018年3月時点の推計人口は94万8,225人、42万8,012世帯

であるⁱ。同時期における小倉南区の推計人口は21万703人、8万9,324世帯であり、市内7区の中で八幡西区に次いで2番目の人口規模である。

徳力団地周辺は、JR新幹線・在来線の小倉駅から北九州モノレールで移動が可能な郊外であり、団地までモノレールで15分ほどの移動であるが、一方で多くの緑に囲まれた住宅街が広がっている地域である。徳力団地自体の開発は、1966年から1970年にかけて行われ、戸数は2,325戸、自治会調べで約4,000人が生活しており、高齢化率は約36%前後と言われている。図1は団地全体の地図であるが、この地図の下側（東側）にモノレールの駅があり、中心にスーパーマーケットや商店街、管理事務所、そして自治会が入っている住民集会所が配置されている。団地内には幼稚園や診療所も設置されている。

（2）住民調査から見えてくる住民の高齢化と関係性の希薄さ

2016年1月から3月にかけて、徳力団地管理者であるURと徳力団地自治会、そして北九州市立大学地域創生学群地域福祉コースの連携の下、住

写真1 徳力団地と地域活動の様子



資料：学生提供

図1 団地全体の地図



資料：UR 賃貸住宅・徳力団地物件情報ページより。(https://www.ur-net.go.jp/chintai/kyushu/fukuoka/90_0520.html、2018年3月1日時点。)

民に対して生活状況や困りごと、要望等を把握するためのアンケート調査を実施した。対象者は団地に住んでいるすべての住民であり、アンケート票と返信用封筒を同封の上、各戸にポスティングをして、管理サービス事務所に設置された回収箱に投函するか、もしくは同窓口へ直接提出をするか、あるいは郵送による回収とした。さらに配布後、大学生が戸別訪問の際にアンケート票提出のお願いをして回った。配布数は1,869、回収数977、回収率は52.2%であった。URによるアンケート集計結果の開示後、調査分析協力者として筆者の坂本がデータの提供を受け、二次分析を行ったⁱⁱ。以下、この二次分析結果を基に、住民の福祉ニーズについて見ていくことにする。

まず、図2の回答者の世帯主の年齢層について見てみると、60代から80代が多く、先の自治会調べの高齢化率同様に、築年数の経過とともに、団

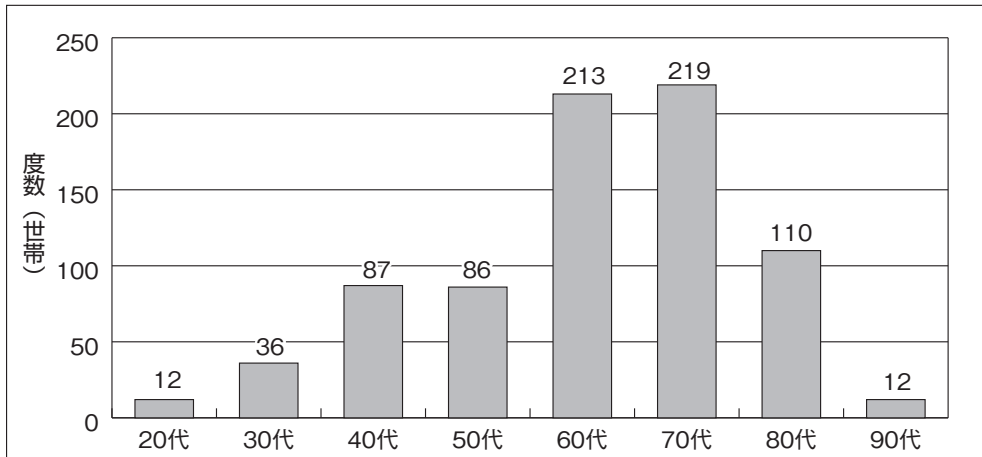
地住民の高齢化が進んできていることがわかる。

一般的に住民の高齢化が進展すると世帯収入も低くなる傾向が見られるが、徳力団地においても同様である。今回の調査でも、図3のように世帯年収が300万未満の世帯が約7割を占める。また、12.7%（119世帯）が100万円未満となっており、低所得層が一定数存在していることがわかる。

次に、表1の世帯主の年齢別に世帯人数を見てみると、若年層においては3人以上の世帯の占める割合が多いが、世帯主の年齢が高くなっていくと世帯人数が少なくなっていく。住民の高齢化とともに独居化が進むと同時に、独居高齢者が徳力団地へ流入してくることもあり、団地内には独居高齢者が多く居住していることがうかがえる。

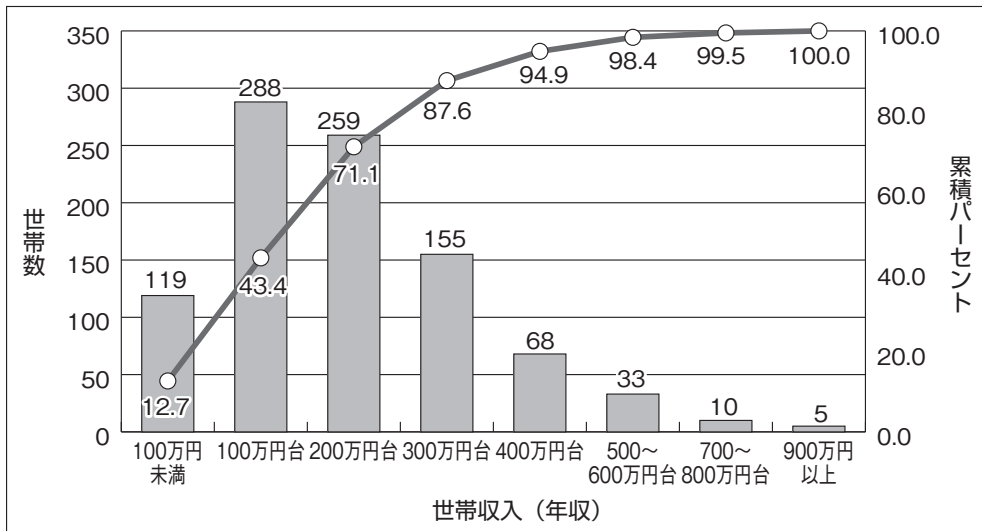
日常生活に関する困りごとを見てみると、徳力団地の立地条件の良さ、周辺環境の良さが現れており、買い物や通院、公共交通機関などで困るこ

図2 世帯主の年齢層 (N=775)



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

図3 世帯収入 (N=936)



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

とについては回答が少ない(図4)。高齢者介護施設についても、2番目の高さを持っているものの、団地の商店街内にデイサービスセンターやサロンが設置されており、さらには2018年夏頃に小規模多機能型の介護事業所が開設される予定があることから、このような困りごととはますます解消されていくのではないかと考えられる。

一方で、最も困りごととして回答率が高かったのは「親族や気軽に話せる友人が近くにいない」の12.06%であった。独居高齢者が特に多い地域性を踏まえると、団地住民同士の関係性の希薄さ

が課題として見えてくる。

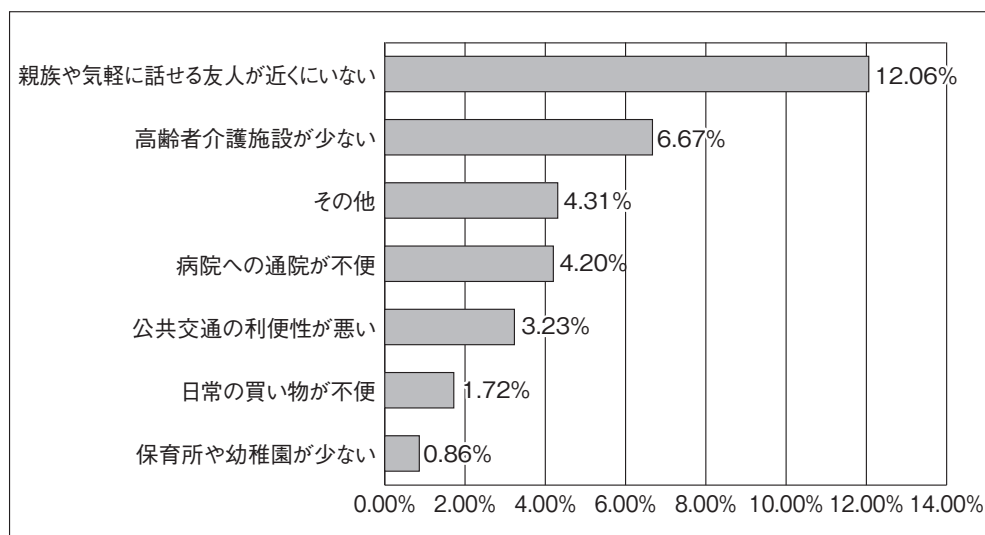
図5のように、地域のつながりの実感については「感じない」と「どちらかといえば感じない」を合わせると半数を超えており、ここからも関係性の希薄さが課題として挙げられる。これを裏付けるように、図6の周囲とのコミュニケーションの程度を見てみると、「あいさつ・立ち話をする程度」が最も多く68%を占めている。さらに「関わりがない」は27%となっている。一方で、お茶や食事を一緒にするような、何かを一緒にする関係性は全体の5%ほどでしかない。この点からも、

表1 世帯主の年齢別に見た世帯人数（カイ二乗検定P＝0.000）

			世帯人数					合計
			1 人	2 人	3 人	4 人	5 人以上	
年 齢 層	20代	度数	1	8	2	1	0	12
		年齢層の%	8.3%	66.7%	16.7%	8.3%	0.0%	100.0%
	30代	度数	14	8	10	3	1	36
		年齢層の%	38.9%	22.2%	27.8%	8.3%	2.8%	100.0%
	40代	度数	29	24	20	13	1	87
		年齢層の%	33.3%	27.6%	23.0%	14.9%	1.1%	100.0%
	50代	度数	36	33	12	4	1	86
		年齢層の%	41.9%	38.4%	14.0%	4.7%	1.2%	100.0%
	60代	度数	101	83	24	5	0	213
		年齢層の%	47.4%	39.0%	11.3%	2.3%	0.0%	100.0%
	70代	度数	109	103	7	0	0	219
		年齢層の%	49.8%	47.0%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%
	80代	度数	63	38	7	2	0	110
		年齢層の%	57.3%	34.5%	6.4%	1.8%	0.0%	100.0%
	90代	度数	5	7	0	0	0	12
		年齢層の%	41.7%	58.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
合 計		度数	358	304	82	28	3	775
		年齢層の%	46.2%	39.2%	10.6%	3.6%	0.4%	100.0%

資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

図4 日常生活（周辺環境）での困りごと（複数回答、N＝929）



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

日常のコミュニケーションを十分に取れるような関係性が構築することができておらず、関係性の希薄さが浮き上がってくる。

しかし、地域のつながりについては「とても必要だと思う」が29%、「どちらかといえば必要だと思う」が59%と、合計88%が地域のつながりが

必要であると考えている（図7参照）。

以上を踏まえると、徳力団地においては住民の高齢化が見られ、しかも独居と低所得の世帯が多く見られ、さらに地域のつながりが希薄である点が課題として挙げることができる。それでは、地域包括ケアや地域共生社会で言われるように、地

域住民による互助に基づいた取り組みは可能なのであろうかⁱⁱⁱ。この点について、本調査のボランティアに関する調査結果と、要介護者のいる世帯に対する調査結果から、課題点について考察を進めていくことにする。

図5 地域のつながりの実感 (N=948)

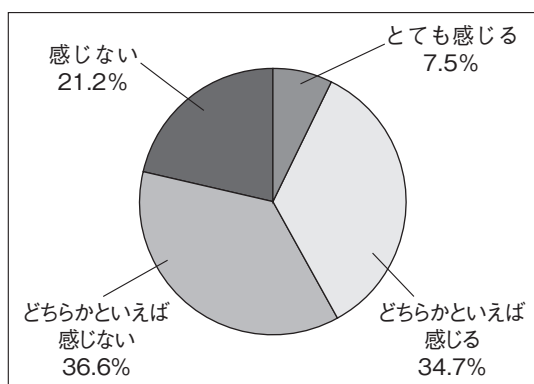


図6 周囲とのコミュニケーションの程度 (N=899)

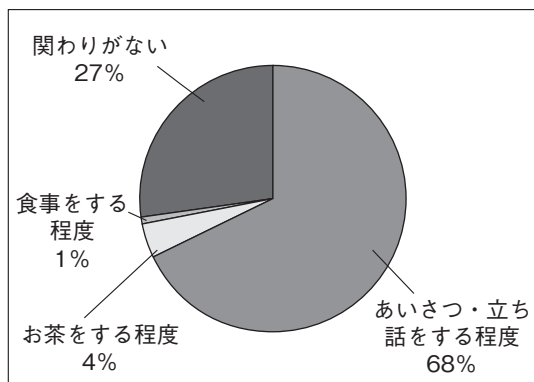
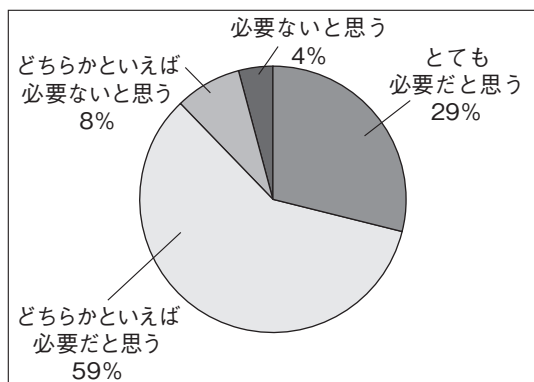


図7 地域のつながりの必要性 (N=943)



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

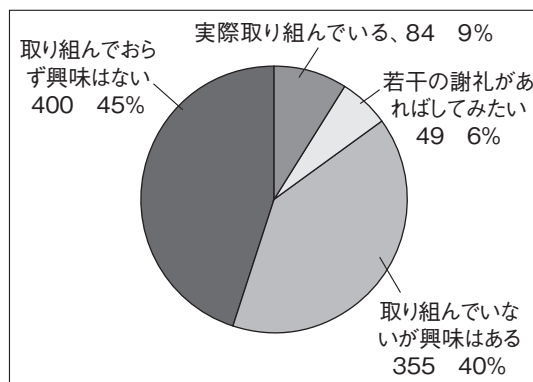
(3) 住民のボランティアに対する意識と福祉ニーズ

ボランティアへの興味については、図8のように「実際に取り組んでいる」、「若干の謝礼があればしてみたい」、「取り組んでいないが興味がある」の3つを合わせると、55%と半数を超える。このすべてがボランティアとして参加するとは考えることは難しいが、半数はボランティアに対して何らかの関心を持っていると言える。

ボランティアに何らかの関心を持っている回答者に対して、興味のあるボランティア活動について尋ねたところ、「スポーツ、健康づくりの活動(サークル)」が29.5%と最も多く、次いで「特にない」が28.4%、「趣味等による交流活動(サークル)」が24.8%と続く(図9)。サークル活動はどちらかと言えば余暇的活動であり、誤解を恐れずに表現すれば「楽しい」活動への興味が高いと言える。一方で、「子ども自身や子どもを育てている親を支援する活動」が11.1%、「町内会・自治会活動等の地域活動」が14.1%、「地域の安全や美観を守る活動」が17.4%、そして「高齢者や障がいのある人など、手助けが必要な人を支援する活動」が19.4%となっており、地道で福祉的な活動については、先の「楽しい」サークル活動よりも興味が低い。換言すれば、介護や子育て支援については、ボランティアとして比較的興味を持ってもらえていないと言える。

ボランティア活動に参加しやすい条件についても見てみると、「時間や期間にあまりしばられない

図8 ボランティアへの興味 (N=888)

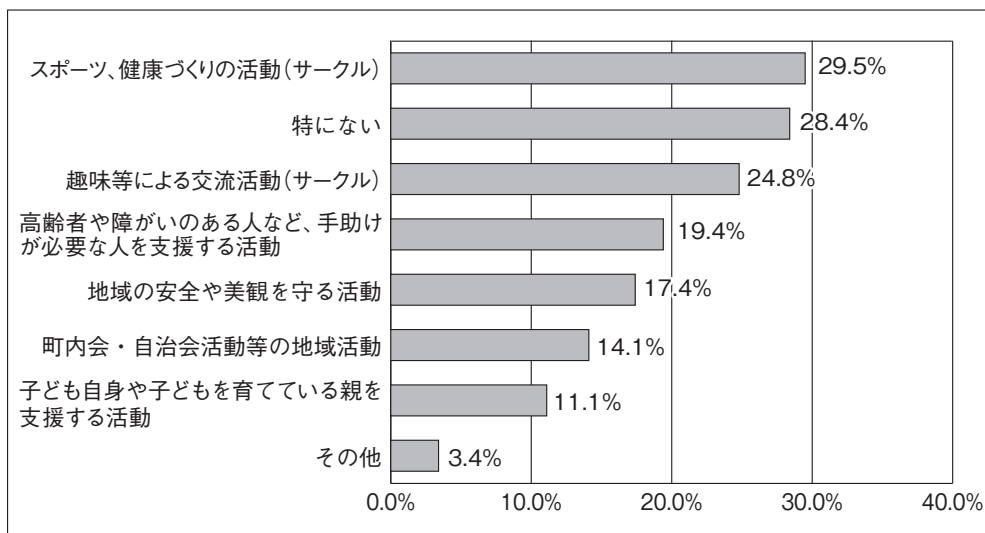


資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

いこと」が52.9%と最も多く、次いで「身体的な負担が少ないこと」が30.7%と続く（図10）。できるだけ好きな時間に好きなだけ、それも「楽にやれるのであればボランティアに参加します」という意識が垣間見える。これについては年齢に関係なく、ボランティアへの参加条件における「安・近・短（単）」要件として見られる傾向と言える（坂本：2012、P.23）（坂本：2015、P.32）。しかし、ここまで見てきたようにボランティア

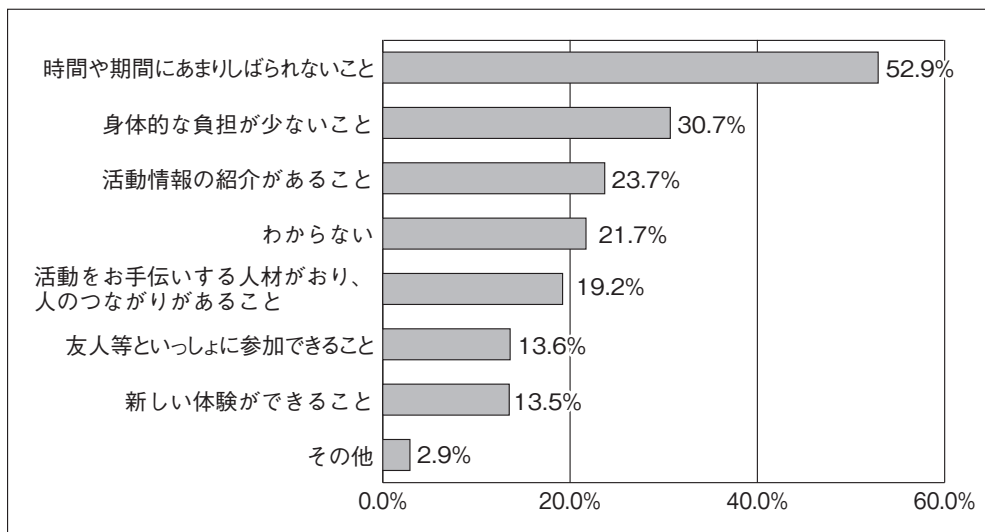
に対して興味はあるが、サークル活動などへの興味であり、地道で支援を行うような福祉ボランティアに対してはあまり興味を持ってもらえない、もっと言うと福祉ボランティア活動へ参加しようという意識はそれほど高いわけではないとすると、実際の福祉ニーズと照らし合わせたときに齟齬は起きないのであろうか。次に、要介護者のいる世帯による調査への回答に焦点化し、福祉ニーズとボランティアへの参加意識の齟齬について見

図9 興味のあるボランティア活動（複数回答、N=552）



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

図10 ボランティア活動に参加しやすい条件（複数回答、N=646）



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

ていくことにする。

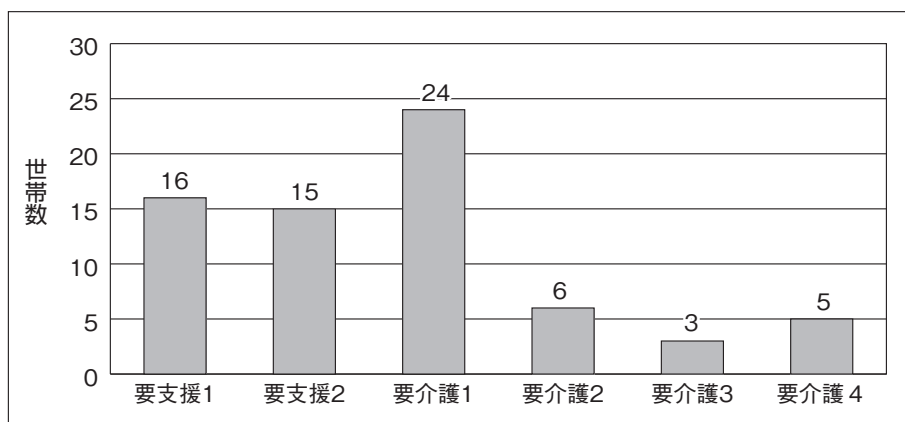
調査した時点で、回答者の中で要介護者がいる世帯は70世帯であった。そのうち、要介護度の有効回答が69であった。図11はその要介護度の分布であるが、全体的に要支援1から要介護1の軽度の要介護者の占める割合が高い。介護保険制度の改革論議の中では、専門的介護よりも、ボランティアなどによる見守りを中心とした支援を通して、住み慣れた地域で暮らし続けましようと言われている介護度であることを踏まえると、住民のボランティアへの関心が重要になってくると考えられる。

さらに、要介護者以外に子どもなども含めて、「緊急時に一人で避難することができない人がいる」という世帯は126世帯(13%)ある(図12参照)。

この回答者の中で「手助けを頼める人」については、図13で示したとおり、45%が「同居人」と回答しており、21%が「ご近所」と回答している。さらに、34%の「いない」という回答に着目すると、集合住宅である団地の特性を踏まえると、風水害や地震などの自然災害だけではなく、近隣の火災などによる緊急時に一人で避難することができない可能性があると言え、ボランティアによる避難支援が必要な世帯が一定数存在していると言える。

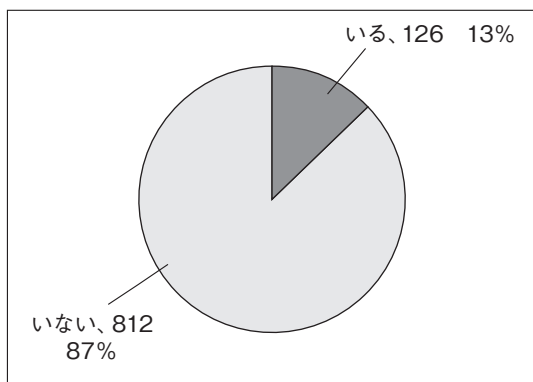
次に、要介護者のいる世帯が感じている利用したいサービス・支援について見ていく。図14は要介護者が「いる世帯」と「いない世帯」に分けて、利用したいサービス内容について集計したものである。まず、「いない世帯」では「特になし」が

図11 要介護度の分布 (N=69)



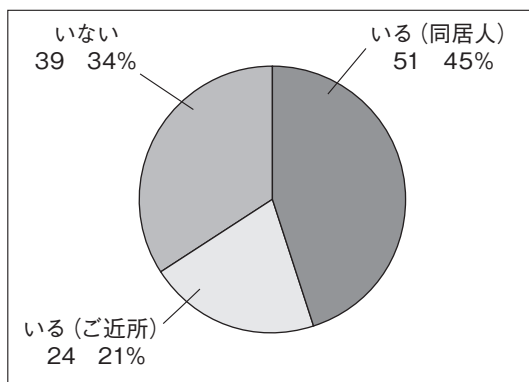
資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

図12 緊急時に一人で避難することができない人の有無 (N=938)



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

図13 緊急時避難の際に、手助けを頼める人の有無 (N=114)

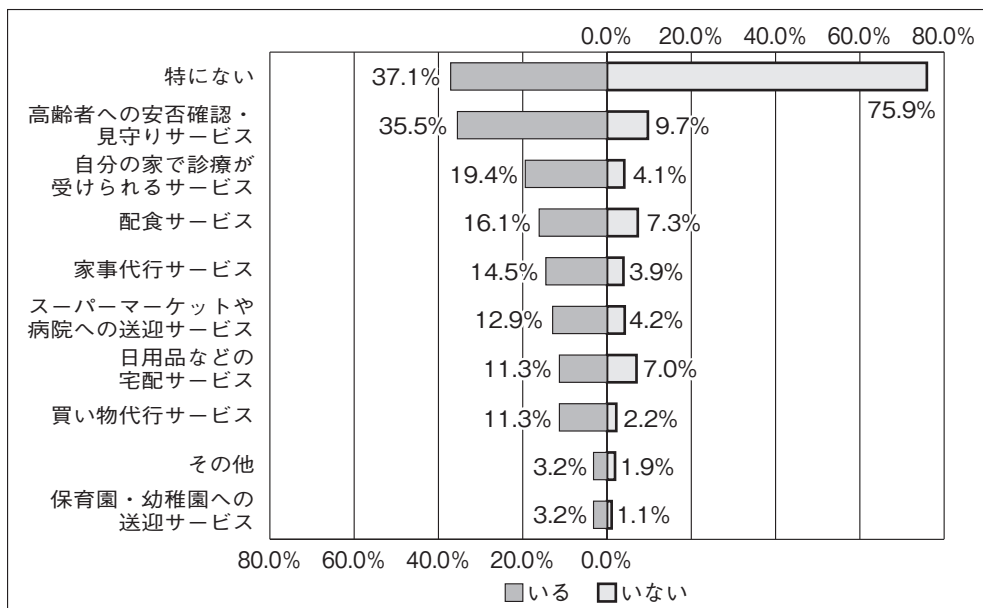


資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

75.9%と圧倒的に多い。「いる世帯」に対して2倍の開きがある。一方で「いる世帯」は全体的に何らかのサービスを利用したいという割合が高くなる。「高齢者への安否確認・見守りサービス」が35.5%、「自分の家で診療が受けられるサービス」

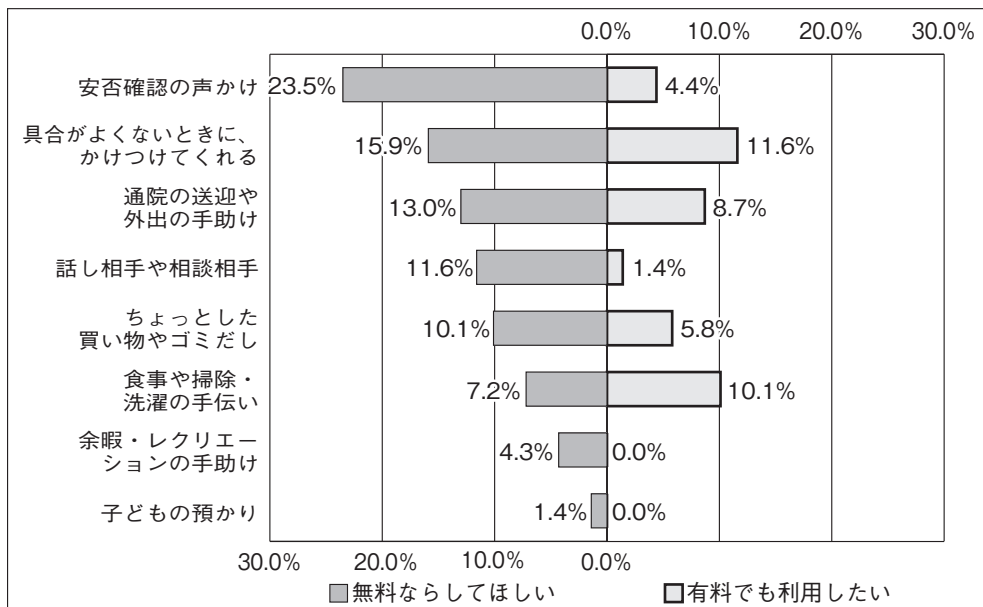
ス」(訪問診療)が19.4%と、医療・介護関係のサービスへの要望が多い。その他にも、「配食サービス」、「家事代行サービス」などの家事援助に関する割合も、「いない世帯」よりも「いる世帯」の方が高くなっている。医療・介護とともに、生

図14 要介護者の有無別に見た利用したいサービス（複数回答、N=702）



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

図15 要介護者のいる世帯が利用したい支援（複数回答、N=68～70）



資料：UR2016年調査結果より筆者作成。

活に根差した支援を求めていると言える。

さらに、要介護者のいる世帯が利用したい支援について、無料なら利用したいか、有料でも利用したいかを尋ねたところ、無料では「安否確認の声かけ」が23.5%と最も多く、次いで「具合がよくないときに、かけつけてくれる」が15.9%、「通院の送迎や外出の手助け」が13.0%、「話し相手や相談相手」が11.6%と続く（図15参照）。一方で有料でも利用したい項目としては「具合がよくないときに、かけつけてくれる」が11.6%、「食事や掃除・選択の手伝い」が10.1%、「通院の送迎や外出の手助け」が8.7%と続いており、医療・介護サービスに近い支援については有料でも利用したいという要望があることがわかる。

ここからわかることは、安否確認や話し相手・相談相手といった日常の関わりとして行われる支援については無料提供を望んでいるということである。しかし、現在の介護保険制度と地域包括ケアの枠組みで考えると、これらの支援は地域のボランティアを担い手として想定されている。つまり、要介護者のいる世帯のニーズとしては無料で日常的行為に関わる支援を求めている、その支援はボランティアとして担われることが期待されているが、そのボランティアとなる地域住民はどのような日常的な行為に関わるような活動よりも、サークル活動などのように余暇・レクリエーション的な活動に対して興味を持っており、ここにニーズとボランティアにおけるミスマッチが起きていると言える。このようなミスマッチを解消することを目指す取り組みの一つとして、団地の外からの支援としてどのようなことが取り組まれており、さらに今後はどのような課題があるのかについて、次章で見ていくこととする。

3. 包摂型コミュニティの構築にむけた取り組み

（1）大学生ボランティアによる活動①戸別訪問活動

2011年の夏頃から取り組まれているのが、北九州市立大学地域創生学群地域福祉コースの学生による、独居高齢者宅への戸別訪問活動である。当

初はケースワークの母であるメアリー・リッチモンドで有名な活動名から「友愛訪問活動」(M E.Richmond:1899、翻訳版2017)と称していたが、2016年頃より現在の戸別訪問活動へと呼び名を変更している。

学生が2名1組になり、自治会から訪問先の名簿リストを受け取り、自治会からの「お遣い」という形式で訪問を行っている。学生は週1回、1日に10～20件ほど訪問するが、団地全体の独居高齢者を回りきるのに概ね半年ぐらいかかっている。2017年度は6名の学生が活動に取り組んでおり、2017年8月には高大連携事業として毎回15名ほどの高校生と大学生と一緒に戸別訪問活動へ取り組んでもいる。これまでに訪問活動を通して、自治会も把握できていない「引きこもり家庭」の発見や、専門職による支援への接続などに取り組んでいる。

（2）大学生ボランティアによる活動②子どもの居場所づくり活動

2016年春頃に、URのエリア担当者からの相談で取り組み始めたのが、夏休み期間中の子どもの居場所づくりである。UR側からの相談内容は、夏休み期間中に学校給食がお休みになる影響からか、欠食児童の存在が確認されており、何らかの対策をしたいということであった。これを受けて、大学生でメンバーを募り、当初は「子ども食堂」ということで夏休み期間中の活動として取り組むこととした。2016年8月は盆休み明けから4回開

写真 2 学生による戸別訪問活動



資料：学生提供

保護者アンケートの結果としては、非常に好評を得た。中には「子どもは、「大学」という場所があって、どんなことをするのかを教えてもらっていた。お兄さん、お姉さんみたいになるために大学へ行く!!」と言っていたので、よほど楽しかったみたいでよかった。」といった意見や、「普段、接することのない年代、大学生の方々と過ごすことができて、娘もいつかあんなかわいいお姉さんになりたい。だからがんばるというのは聞いて、

北九大
地域創生学部
と
橋が岡の自治会 共催

参加費 無料
定員になり次第
申し込み用紙へ
申し込みます。

20名

① 参加する日時に
○印をつけてください。
↓
7/28・8/4・8/11・8/18

② 参加希望日、学年

切り
し
り
線

・ 年
・ 年
・ 年

③ アルバムの有・無
有 ()
無 ()

④ 住所
.....

⑤ 保護者氏名

⑥ 保護者連絡先

北九大生と

食べよう！ 遊ぼう！ 勉強しよう！

【日時】 10:00 ~ 15:00 【場所】

橋が岡の自治会 事務所

① 7月28日 (金)

② 8月4日 (金)

③ 8月9日 (水)

④ 8月24日 (木)

⑤ 8月29日 (火)

【持ちもの】

口 水 ヒュウ 口 ぼうれい 口 宿題

昼食は
何か
おたのしみ*

参加者イラスト

写真4 午前中の勉強時間



61

本当にありがたく思っています。」と言った、子どもの成長に関わるような意見もいただいた。また、「両親共に働いているので、長い夏休みをさみしく過ごして欲しくなかった。」といった、夏休み期間中の子どもの居場所問題があることも確認された。今後の要望としては「来年度も是非利用（参加）させて頂きたいので継続して頂けると嬉しいです。」や、「今年、初めて参加させて頂きましたが、本当に感謝しています。本当にステキな場なので、私も周りの方々へ良さを伝えたいと思います。来年も続けて頂きたいです。」といったような、活動の継続性への期待も見られた。

今後の課題としては、活動内容のさらなる充実

化もさることながら、財源として自治会費から提供を受けており、学生による独自財源の確保が必要となっている。また、本来参加して欲しい、あるいは参加が必要であろう子どもが参加できていないのではないかという指摘もされており、アウトリーチ的な関わりを通して、必要な子どもに支援が届くような取り組みも視野に入れて、2018年度も活動を行う予定でいる。

（3）生活協同組合とURと自治会と大学生が連携したサロン活動

高齢者の居場所づくり活動として取り組んでいるのが、2016年12月から始まった「おしゃべりカフェ・みんなの広場」である。これは福岡県生活協同組合、UR、団地自治会、そして大学生が運営に携わっている。毎週金曜日の13時から16時に、

写真6 午後の遊び時間（屋内）



写真7 午後の遊び時間（屋外）



資料：学生提供

写真8 サロン活動



写真9 サロン活動と連動した公開講座（11月に開催した防災講座）



資料：筆者撮影

徳力団地内の集会所の一角で行っている。ドリンク1杯(クッキー付き)50円で販売している。毎回多くの高齢者に参加してもらっており、大学生も喫茶の提供だけではなくサロンで高齢者の方々と交流も行っている(写真8)。

2017年8月からは、参加者体験型の講演会を毎月1回企画しており、11月には専門家による防災講座も行った(写真9)。この時には段ボールベッドの組み立て体験を行うなど、参加した高齢者にとっても充実した時間を提供することができた。その他にも、大学生による高齢者向けのスマートフォン入門講座を行うなど、地域の高齢者にとって有益であろう講座を企画して提供している。

(4) UR 都市機構による地域医療福祉拠点化とミクストコミュニティの取り組み

ここまで紹介してきたような調査活動や地域活動が、この徳力団地において展開することができる背景には、ハード面だけでなくソフト面の充実化を図ろうとする UR の取り組みの存在が大きい。地域医療福祉拠点化を基にした「ミクスト

コミュニティ」の充実を掲げ、UR が管理している団地を活用した地域づくりについて取り組んでいる。

UR によれば、「地域医療福祉拠点化の取り組みでは、地域の関係者の方々と連携・協力しながら、豊かな屋外空間を備え、多くの方々が住まう団地を“地域の資源”として活用し、地域に必要な住宅・施設・サービスの整備を推進していきます」と述べている^{iv}。その上で、「団地を含む地域一体で、“多様な世代が生き生きと暮らし続けられる住まい・まち”《ミクストコミュニティ》」の実現を目指すとしている(図17参照)。

取組みの内容については、図18の通りである。徳力団地での取組みは、この中で言うならば②と③にあたる部分と言える。また、①についても団地内の介護事業所誘致が進められている。

4. 今後の課題

ここまで、徳力団地をフィールドとして住民の福祉ニーズから始まり、それに対する地域活動について紹介してきた。これらを踏まえて、今後の課題について考察を進めていきたい。

図17 地域医療福祉拠点化とミクストコミュニティのイメージ図



資料：UR 都市機構提供資料より。(http://www.ur-net.go.jp/welfare/kyoten/kyotenka_pamphlet_jirei201707.pdf、2018年3月1日時点)

図18 地域医療福祉拠点化の主な3つの取組み

①地域における医療福祉施設等の充実の推進

- ・団地を含む地域全体で在宅医療・看護・介護サービス等が受けられ、安心して住み続けられる環境づくりを目指しています。
- ・その環境づくりに向けて、団地内の敷地や賃貸施設に医療・福祉施設等を誘致し、地域における医療・福祉施設等の充実を推進しています。

②高齢者等の多様な世代に対応した居住環境の整備推進

- ・高齢者の方が安心・安全に住み続けられるよう工夫した住宅や多世代のニーズに合った住宅の整備を進めています。
- ・共用部のバリアフリー改修や見守りサービスの提供も進めています。

③若者世帯・子育て世帯等を含むコミュニティ形成の推進

- ・団地内の屋外空間や賃貸施設、集会所等を活用し、多世代交流の機会の創出や生活支援サービス機能の導入を進めています。

資料：UR 作成パンフレット「多様な世代が生き生きと暮らし続けられる住まい・まちを目指して～地域医療福祉拠点化によるミクストコミュニティの形成～」より筆者作成。

まず一つ目の課題としては、高齢化した団地における住民の抱える課題は、高齢者問題だけではないという点である。ATB 活動はその一例であると言えるし、住民ニーズとしても若年世代から子育て支援の要望が挙げられている。さらに掘り下げると、仮説段階ではあるが、高齢化した団地では家賃が安くなる傾向があり、子育て世帯の中で経済的理由から高齢化した団地を選択することがあると考えられる。結果的に、それは経済的に余裕の無い子育て世帯を集めることになってくる。つまり、高齢化した団地では子育てに関する福祉ニーズも存在していることを念頭に、地域づくりを考える必要があるということである。

二つ目の課題点としては、徳力団地での様々な地域活動を通して、安心して暮らし続けられるまちづくりに取り組んだ結果、ますます独居高齢者など、生活機能に脆弱性を抱えた、バルネラブル（脆弱性）な高齢者を集めることになっているということである。現場レベルで聞いた話ではあるが、独り身の高齢者が UR へ入居相談をしたところ「徳力団地ではいろいろな活動が取り組まれているから、そこへ住むと良い。」と言われて転居してきた高齢者もいるとのことである。これが本当であれば、ますます徳力団地では独居高齢者の

世帯が増えることを意味し、見守り対象者数が増えることを意味する。やればやるほど、支援対象者は増えていくという、供給によるニーズの掘り起こし現象が起きてしまうのだ。しかし、地域活動を継続して行くには、多様な世代による住民の構成が必要である。多世代交流型というだけではなく、多様な世代が居住しているからこそ、お互いを補い、支援していくことも可能となるのだ。これに対する一つの取組みとして、2017年の春から、地域活動に取り組んでいる学生が徳力団地に転居し、一住民としてくらしながら、地域活動に参加し続けている。このような取組みを、試験的段階から本格的導入段階にまで発展させることで、多様な世代が居住するコミュニティ形成へとつながっていくのではないかと考えられる。

最後、三つ目の課題としては、団地自治会に求められる連携力の維持と世代交代である。今回は団地自治会についてあまり紹介してこなかったが、第3章で紹介したような取組みが展開することができている背景には、2018年に創立50周年を迎える団地自治会の力が大きい。UR の担当者によれば、北九州市内における UR が管理している団地の中には、自治会機能が無い団地もあると言われている。そのような中で、50年に渡って自治

会活動が継続されているということが、地域づくりの原動力である。同時に、この自治会の顕著なところは、外部の社会資源と連携していくことに積極的であるということである。徳力団地自治会では、平日の日中に団地内集会所内の事務所に必ず自治会役員等が複数在駐している。役員にとっては大きな負担ではあるが、これもまた、徳力団地における活動において大きな柱となっているのである。しかし、この自治会にも高齢化の波が押し寄せてきている。自治会役員の次の担い手不足に悩んでいるという点は、どこの地域とも変わりはない。スムーズな世代交代を通して、自治会が求められる連携力を維持し続けることは、非常に大きな課題となってくるであろう。

5. おわりに

本稿では、北九州市における高齢化した団地における住民の福祉ニーズと、それに対する地域活動の成果、そして今後の課題について述べてきた。一地方における取り組みであり、他の団地にはない好条件ということもあるのかもしれない。従って普遍化できない点も含まれている点には留意が必要である。しかし、他の同様な課題を抱えた地域での今後の取り組みについて、何か参考になることがあれば幸いである。

最後になったが、本稿は、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による2014年度研究助成（研究期間：2015年度～2016年度、採択テーマ：「高齢化した団地における住民の福祉ニーズに対する自治会活動の役割と今後の課題に関する調査研究」）の助成を受けた研究成果、及び2017年度北九州市立大学特別研究推進費（研究機関：2017年度、採択テーマ：「北九州地域における社会的包摂を志向したコミュニティワーク実践に関する実証的研究」）の助成を受けた研究成果の一部である。また、調査の実施・分析にあたっては、団地自治会およびURとの連携・協力のもと行われた。徳力団地の地域住民と自治会の方々には、いつも暖かく学生を見守り、接して下さった。そして2011年から地道に活動へ参加し続けてきた北九州市立大学地域創生学群地域福祉コースの学生諸君のお陰で、本研究テーマは継

続的に取り組むことができている。大変お世話になっている皆様へ、この場をお借りしてお礼を申し上げる。

参考文献

- 金子勇（1993）『都市高齢社会と地域福祉』 ミネルヴァ書房。
- 金子勇（2006）『社会調査から見た少子高齢社会』 ミネルヴァ書房。
- 河合克義（2009）『大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立』 法律文化社。
- 齋藤清一・三好秀和編著（2017）『高齢社会の医療介護と地方創生』 同友館。
- 坂本毅啓（2012）「学生は地域活動に対してどう考えているのか ～サービスマーケティングの持つ可能性」『北九州医療・福祉総合研究所 年報』 北九州医療・福祉総合研究所、第19号、P.13～P.31。
- 坂本毅啓（2015）「ボランティア活動に対する学生の意識～科目『サービスマーケティング入門Ⅰ』の受講者分析～」『地域創生マイルストーン』 北九州市立大学地域創生学群、第5号、P.22～P.38。
- 坂本毅啓（2017）「北九州市における子どもの居場所づくり——多様な存在による連携の重要性——」 坂本毅啓・志賀信夫編著『地方都市におけるインクルーシブな地域づくり』 大阪市立大学都市研究プラザ、P.71～P.79。
- 坂本毅啓（2017）「高齢化団地住民への調査結果から考える社会福祉制度の課題——コミュニティ形成のための財政的支援の重要性——」『大阪保険医雑誌』 大阪保険医協会、第45巻通巻610号、P.38～P.43。
- 坂本毅啓・石坂誠（2017）「高齢化団地におけるインクルーシブな地域づくりの実践と課題」『地域ケアリング』 北隆館、第19巻第6号、P.69～P.72。
- 全弘奎（2015）『包摂型社会：社会的排除アプローチとその実践』 法律文化社。
- 志賀信夫（2016）『貧困理論の再検討——相対的貧困から社会的排除へ』 法律文化社。
- 筒井のり子（2004）『ワークブック社会福祉援助

技術演習⑤ コミュニティソーシャルワーク』
ミネルヴァ書房。

難波利光・坂本毅啓（2017）『雇用創出と地域——地域経済・福祉・国際視点からのアプローチ——』大学教育出版。

増田寛也（2014）『地方消滅』中央公論新社。

Mary E,Richmond 著（1899）、門永朋子・鶴浦直子・高地優里訳（2017）『貧しい人びとへの友愛訪問—現在ソーシャルワークの原点—』中央法規。

山田知子（2010）『大都市高齢者層の貧困・生活問題の創出過程——社会的周縁化の位相——』学術出版会。

（さかもと たけはる 北九州市立大学地域創生学群准教授、いしざか まこと 佛教大学大学院博士後期課程）

i 北九州市ウェブサイト「推計人口、及び推計人口異動状況(Excel 版)」より。(http://www.city.kitakyushu.lg.jp/soumu/file_0373.html、2018年3月1日時点)

ii 本稿で用いた調査結果については、坂本(2017)及び坂本・石坂(2017)において初出した調査結果の再掲が含まれている。

iii ここで言っている地域共生社会は、厚生労働省が設置した「地域力強化検討会」において作成された「最終とりまとめ」（2017年9月12日）で提起された概念のことを指す。詳しくは厚生労働省ウェブサイト (http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000176885.html) を参照いただきたい。

iv UR 作成パンフレット「多様な世代が生き生きと暮らし続けられる住まい・まちを目指して～地域医療福祉拠点化によるミクストコミュニティの形成～」(第2版、2017年5月発行)より引用。以下のURの取り組みについても、同資料から引用した。

研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

- 青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聡『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』

ISBN 4-903543-00-5 (978-4-903543-00-0) 2006年6月発行 (在庫なし、ウェブサイトでPDF公開中)

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

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

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

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

- 日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院（医療従事者）と市民と行政の共同を—』

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

- 磯野理ほか「旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」

（概要は『いのちとくらし研究所報』52号掲載、全文はウェブサイトでPDF公開中）

- 松浦健伸ほか「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」

（『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中）

- 高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』

2016年6月15日発行

ISBN : 978-4-903543-15-4 (概要は『いのちとくらし研究所報』54号に掲載)

研究助成報告(機関誌掲載など)

- 「非営利・協同に関する意識調査」(岩間一雄)『いのちとくらし研究所報』16号
- 「往診専門診療所の満足度調査」(小川一八)『いのちとくらし研究所報』17号
- 「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」(富岡公子、他)『いのちとくらし研究所報』22号
- 「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」(細田悟、沢浦美奈子、平松まき)『いのちとくらし研究所報』24号
- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号
- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埴田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号
- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演
- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号
- 「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」(上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号
- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』44号
- 概要報告「研究助成『津波被災地保健師100人の声』(宮城)プロジェクト報告及び『宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン』の検討」(村口至)『いのちとくらし研究所報』44号(別途報告書『「津波被災地保健師100人の声」(宮城)報告』)
- 概要報告「県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の『防災計画とハザードマップの検証から学ぶ』(鈴木正彦ほか)『いのちとくらし研究所報』45号
- 概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」(直田春夫ほか)『いのちとくらし研究所報』48号
- 概要報告「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」の概要(金澤誠一ほか)『いのちとくらし研究所報』50号
- 概要報告「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』研究成果報告書」(川島ゆり子ほか)『いのちとくらし研究所報』51号
- 概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチ

チハル日中合同検診を通して―」(磯野理ほか)『いのちとくらし研究所報』51号 (全文はウェブサイトで公開)

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

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

●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

次世代へのメッセージ(1)

「自分史座標」のつくり方

野村 拓

●伝えたいこと

2018年5月26日、大阪府保険医協会役員・事務局研修会で「いま、保険医協会の役員・事務局に伝えたいこと」をテーマに講演を依頼され、次のような骨子を用意した。

1. はたらきかける力ー豊かな記憶(量)、フラッシュ能力、生きた言葉
2. 記憶とは
3. 「情報の連鎖化」としての「ストーリー・メイク」
4. 「自分史座標」のつくり方
5. 自分史座標への取り込み
6. ミニマムの世界史的常識
 - ・基礎教育における「日常」(ドミトリー)と「歴史」(ミュージアム)
 - ・学習アンテナ
 - ・四大生コース
 - ・院生コース
 - ・社会人コース
 - ・生涯学習コース
7. なぜ世界史か
8. 自分史と内なる「市民革命」
9. はたらきかけーそのベースとしての情勢分析論
10. 医療政策学校のあゆみ
11. 「はたらきかけの美学」を持って
 - ・「科学」と「芸術」との違い、そして両者の中間的存在
 - ・「はたらきかけ」は「屁理屈」や「お題目」ではなく「美学」で
 - ・はたらきかけの美学
12. みずからの高齢化対策
〈番外〉もの書き健康術
今回はこのレジュメの中から「自分史座標」の

つくり方を「音楽的フラッシュ」からスタートさせることを試みてみた。

●フラッシュ能力・演習として100曲を思い出す

1. 小さな喫茶店ー「あのとき ラジオは甘い歌を」
2. 故郷を離るる歌ードイツ民謡で巣立ち、別離の歌「さらば故郷」
3. モン・パパー「うちのママ ダンスが上手 うちのパパ ダンスがきらい」
4. からたちの花ー「みんな みんな やさしかったよ」
5. あの町 この町ー「いま来たこの道 帰りゃんせ」
6. 赤トンボー「十五でねえやは嫁にゆき」
7. しゃぼん玉ー「生まれてすぐに飛ばずに消えた」 幼女の死への痛恨?
8. 出船の歌ー「ドンとドンとドンと波乗り越えて」 藤原義江
9. あさねー「覚めるにゃ 覚めたが まだねむし」 登校拒否?
10. ベチカーはじめてクラシック歌手の歌を聞く
11. 月の砂漠ー昭和の叙情歌「2人並んでゆきました」
12. 進水式ー「金色の槌 高く躍れば」 小学唱歌 5年
13. 暗い日曜日ーダミアのシャンソン「ソンプル デイマンシュ」
14. 旅愁ー「更け行く秋の夜 旅の空の」
15. 「空にゃ今日もアドバルーン」ー二・二六事件の帰隊勧告にもアドバルーンが
16. 「デコ坊よ 帰ろうか」 無声映画時代に活動弁士が歌ったが

17. 討匪行―「雨降りしぶく鉄兜」藤村義江作曲
してみずから歌う
18. 丹下左膳―「今宵片割れ 名残の月に」
19. 丘を越えて―「鳴るは胸の血潮よ たたえよ
わが春を」
20. 野崎小唄―「野崎参りは屋形船で参ろ」チン
ドン屋に教えられる
21. 無情の夢―「あきらめましょと別れて見たが」
昭和初年からいまでも
22. 蛍―「蛍の宿は川端柳」小学唱歌 3 年
23. 「カチューシャ可愛いや」―大正・昭和と歌
い継がれた
24. 早春賦―「時にあらずと声も立てず」格調高
き 8 分の 6
25. 国境の町―「櫓の鈴さえ淋しく響く」国境は
ソ満国境
26. 酋長の娘―「色は黒いが南洋じゃ美人」
27. 船頭可愛いや―「夢もぬれ濡れましょ 潮風
夜風」
28. 月は無情―「月は無情というけれど コリヤ」
29. ケンタッキーの我が家―兄から教えられた最
初の英語の歌
30. 菩提樹―旧制高校生の愛唱ドイツリート
31. 野ばら―兄から教えられた最初のドイツ語の
歌
32. 久しき昔―戦時中の中学音楽教科書では国産
歌詞に
33. マドロスの恋―映画「狂乱のモンテカイロ」
(1933) の主題歌
34. コロラドの月―「過ぎし日の夢もなく コロ
ラドの夜をゆく」
35. ホノルルの月―「ホノルルの月は白く冴えて
涙を誘う」
36. 山の端の月の出―「悩める胸に 月の白き夜は」
37. アレコキー―「うるわし思い出にウクレレつま
びけば」
38. アロハ・オエーハワイ王国最後の女王の王女
時代の作
39. スペインの騎士―「われらの別るとも な忘
れたまいそ」
40. 湖畔の宿―1940年、高峰三枝子主演映画の主
題歌
41. お使いは自転車に乗って―轟夕起子主演映画
の主題歌で戦時下には珍しいモダンさ
42. ラバウル航空隊―「銀翼つらねて 南の戦場」
43. 巡航節―「吹くな春風 散らすな桜を」
44. 特攻節―「燃料片道 涙で積んで」
45. 「兵学校三勇士」―「寒風肌刺す古鷹おろし」
46. 「ソルベークの歌」―空しく時をすごした詠
嘆のアリア
47. 歌の翼に―ナチにモニュメントを根こそぎ破
壊されたメンデルスゾーンの歌曲
48. 伊太利の庭―クラシック・タンゴ
49. 森の小径―1940年の作だがよく歌われたのは
戦後
50. 冬の星座―元歌は「いとしきモリ・ダーリン」
51. モン・パリー―「ひととせあまりの 長き旅路
にも」
52. ゴンドラの唄―大正期の唄だが映画「生きる」
でリバイバル
53. 北帰行―「窓は夜露に濡れて」、旧制旅順高
校の唄
54. ジーラ・ジーラー―「優しかりし君 初恋の人」、
アルゼンチン・タンゴ
55. カミニート―「花のいまは散れど 夢のいまも
消えず」藤沢嵐子の持ち歌
56. ばらのタンゴ―ドイツ・タンゴで戦時中から
歌われていた
57. ラ・メール―シャルル・トレネ作、芦野宏が
持ち帰ったのは1954年ごろ
58. ミラボー橋―「思い出みな流れて行く」芦野
宏の持ち歌
59. ムーラン・ルージュの歌―テレビ放送がはじ
まったころ、ばらの花とこの曲でエンディン
グ
60. 枯葉―「落ち果てて 過ぎし日の色褪せた恋
の歌を」
61. パリ祭―7月14日、ミドル以上は避暑地で
は？
62. ラ・セーヌ―川の流れには3拍子が多いので
は
63. バラ色の桜んぼの木と白いリンゴの花―「2
人はやがて歌う ゆりかごを中に」
64. 詩人の魂―ピアフにマルセーユなまりを徹底
的に矯正されたモンタンの歌
65. 漕役刑囚の唄―「船漕ぐわれは 鎖につなが

- れ」
66. 小さなひなげしのように―「ばらは恋の花と人はいうけれど」
 67. 兵隊が戦争に行く―「自由の名の下に 笑顔で出て行くバリ」
 68. 愛の賛歌―If you love me, really love me
 69. 頭がい骨の歌―「俺が死んだとき 歌声はなく」
 70. 風に吹かれて―「その答は友達よ 風に吹かれている」
 71. さくらんぼの実るころ―パリ・コンミュン
のころから歌われた古いシャンソン
 72. サン・トア・マミー 「2人の恋は終わったのね」
 73. ラスト・ダンスは私と―「あなたの好きな人と踊ってらしていいわ」
 74. 星影のワルツ―明治生まれの母が好んだので
 75. ケ・セラ・セラー「お金持ち それとも貧乏絵描き」
 76. ライム・ライト―チャイコフスキーからの盗作では、と言われているが
 77. パダン・パダン―エディット・ピアフの絶唱
 78. 小雨降る径―淡谷のり子さんの「しみじみ」型シャンソン
 79. Too Young―We are not too young
 80. Believe me―アイルランド民謡でハーバード大の記念歌
 81. いとしのエリー―「泣かしたこともある」
 82. 峠のわが家―カンザス州の州歌
 83. 魅惑のワルツ―「昼下がりの情事」の主題歌
 84. シェルブールの雨傘―千年の時を待つシャンソン
 85. 煙が目染みる―無理に消した恋の炎のくすぶりが目に占める、タバコではなく
 86. シューベルトのセレナーデ―時々思い出す「クラシック軸」
 87. 若き日の夢―When I grow too old to dream
 88. 帰らざる河―どこかでマリリン・モンローを、ということになれば
 89. ヘイ・ジュード―人生は計算じゃないよ、計算とフンドシは外れる
 90. 荒城の月―日本の歌を世界に
 91. マギー、若き日の歌を―「歌おう声低く マ

- ギー 若き日の歌を」
92. サウンド・オブ・サイレンス―映画「卒業」はハチャメチャであったが
 93. 思い出のグリーン・グラス―The old home town looks the same
 94. アモール・モナムール―「命あるかぎり 歌い続ける愛の名」
 95. コンドルは飛んで行く―4500種の歌詞があるという
 96. ドナウ川のさざなみ―そのさわりをポップス化したのが「アニバーサリー・ソング」
 97. ロッホ・ローモンドスコットランドの樵が歌うと譜面と違うが
 98. カヴァレリア・ルスチカーナ（間奏曲）―人生の「悔恨」を音楽化すれば
 99. アヴェ・ヴェルム・コルプス―（恐らく）モーツァルト最後の作
 100. The beautiful dreamer―フォスター最後の作

こう並べて見ると、「どうして、あの歌を入れないのか」と自問自答せざるを得ない一群の歌があるが、その理由は照れ隠しとかすかな嫌悪感によるものだろう。

リストの終わりごろには、何か「終末観」のようなものが漂う。「アヴェ・ヴェルム・コルプス」（99番）はモーツァルトの死の半年前のもので、恐らく最後の作品だろう。イエス・キリストの生誕を祝う曲でありながら、なにか透明感のある悲しみが感じられる。3回転調して元にもどるが、これぐらいいは聞いたなら、譜面化、再生できなくてはならない。

The Beautiful Dreamer（100番）もおそらくフォスター最後の作品だろう。音楽資本ともいうべき「楽譜屋」にしばらくとられた惨憺たる人生の最後を美しく歌いあげたフォスターの美学である。

人生の悔恨を音楽的に表現した「カヴァレリア・ルスチカーナ」（98番）の間奏曲も欠かせない。「かくかくしかじかであった」という「過去」のほかには「あってほしかった過去」を背負って生きているからである。アルゼンチン・タンゴの「ジエラ・ジエラ」（54番）の一節

「優しかりし君 初恋の人 いまはいずこに

ジーラ ジーラ」

も甘酸っぱい悔恨である。

蒸気機関車が走っていたころ、心に別離を刻んで汽車を乗り降りした駅がある。東海道線 蒲郡駅、中央線 鶴舞駅、関西線 伊賀上野駅などである。だから「汽車から降りたら小さな駅で…」に始まる「思い出のグリーングラス」(93番)も外せない。The old hometown looks the same と英語で入るのもいいだろう。

●「思い出」のストーリー化

ここには掲げなかったが

「ダンシング・オールナイト」の「思い出をなぞるように」歌いながら「ストーリー化」することも大切である。ここに挙げた100曲をストーリー化した100話を時系列に配列すれば、「自分史座標」のようなものができあがるからである。

この場合の難点は、ライフ・ヒストリーに沿って、童謡、小学校で習った歌の順に思い出せばいいのだが、最初に思い出すのは、ものごころがついたころ、小耳にはさんだ大人たちの歌だからである。

1 番に「小さな喫茶店」をもってきたのは、兄や姉たちが歌うテンポのいいタンゴの曲の「あのときラジオは甘い歌を」という歌詞がわかりやすかったからである。これをストーリー化するのであれば、ラジオの普及とタンゴの輸入がほぼ同時的であったこと、そして「二人はただ黙って 向き合って いたっけね」と言う、当時のつつましい男女関係などを付け加えればいい。

2 番目の「故郷を離るる歌」はドイツ・リートだが、姉や兄たちの「巣立ち・離別の歌」として聞いた。隣家の屋根越しに暮れなずむ夕日、巣立ち、離別への決意表明のような歌声、これらは私にとっての「原風景」のようなものである。

3 番目の「モン・パパ」は、「モダン」イコール「女房に尻に敷かれる亭主」という雰囲気、歌、「ウチの女房はダンスが上手」に始まり「人に言えない苦勞するヘッヘ」で終わる曲への断片的記憶を補強するために入れた。

うちのママ ダンスが上手 ウチのパパ ダン

スがきらい

遊びにゆくのは いつもママ 留守番するのはいつもパパ

ママがモボと ランデブーすりゃ パパはうちで子守唄

それがすめばだいどころで じゃがいもの皮をむく

が「モン・パパ」の一節である。

7 番目の「しゃぼん玉」の「生まれてすぐに飛ばずに消えた」は、乳児死亡率の高かった時代に幼女を失った野口雨情の心情を歌ったもの、とも言われている。

このように想念をめぐらせればBGM100曲から「自分史座標」を構成することができる。アルベニスのタンゴ(NHKの「名曲アルバム」では「前奏曲とタンゴ」は少年の日への郷愁をかき立ててくれるし、挫折の時期に聞いたシャンソンは再生への地下水脈となっている。

鳥取医療生協労働組合が呼んだ当時著名なポップス・ピアニストに

「『ミラボー橋』(58番)を2つほど下げて弾いてください」

とお願いして

「ミラボー橋にセーヌは流れ

思い出みな 流れて行く」

と歌ったのはいい思い出になった。

また、新宿のシャンソン喫茶で聞いた沢庸子さんの「語り」系シャンソン「小さなひなげしのように」(66番)も忘れられない。

ばらは恋の花と 人は言うけれど

どうしてそんなに ひなげしが好きなの

いまからそのわけ 聞かせてあげよう

長身を黒のイブニングで包んだ「歌いべ・語りべ」であった。

●歌にまつる記憶連鎖からのショートストーリーメイク

歌にまつる記憶連鎖から「ショート・ストーリー」を書いたり、母や姉たちが歌った歌についての「あやふやな記憶の文献的確認」をやれば、私

の場合、大正期から明治期までさかのぼることができる。

母が時々歌った「あな嬉し 喜ばし 戦い勝てり」は戦勝を喜ぶ明治国民国家の歌であり「日清談判破裂して 品川乗り出す『吾妻』艦」という子供のまりつき歌も知る。それにしても「談判」が「破裂」とはいかにも明治的表現である。

昭和18（1943）年、明治神宮外苑競技場で「学徒出陣壮行会」が開催されたとき、日本陸軍にはブラスバンドの演奏にマッチする行進曲がなかったので、なんと西南戦争（1877）に由来する「抜刀隊」（外人作曲）が繰り返し演奏された。「我は官軍 我が敵は 天地容れざる朝敵（西郷隆盛）ぞ」に始まる歌で、「朝敵征伐」の歌である。

もし、この歌は「外人作曲」だから、排除したるなにが残るか、残る「行進曲」は

宮さん 宮さん お馬の前でヒラヒラするもの
なんじゃないな

トコトンヤレトンヤレナ

あれは朝敵征伐せよとの「錦の美旗」じゃ 知らないか

トコトンヤレトンヤレナ

になってしまう。この三河漫才のような歌の作詞は品川弥二郎、作曲は大村益次郎（村田蔵六）だから「松下村塾」と「適塾」との合作ということになる。雨の神宮外苑競技場で、「朝敵征伐」のトコトンヤレトンヤレナで行進すれば東条も身の程を知ったのではないか。しかし、「歌」から出発して、日本近代化の道具立てをひと撫でする手法、これは同時に記憶情報を連鎖させながら確かなものにする手法である。

また、「トコトンヤレナ」を譜面化すれば「ララソ ミミミド レレソソミミミド レレソソミミミド レミレドラ」となることを知る再生能力も身につけておかねばならない。この能力のあるなしで記憶力に雲泥の差が出るからである。明治生まれの父母から聞いた話を付け足せば「聞き取り明治150年史」が編纂できるのではないか。

私の長男が生まれたとき、母は私の知らないローカルなる子守歌を歌ったが、帝政ロシア時代の

ロシア国歌の断片も歌った。ロシア皇太子訪日歓迎のために女学校で教えたものの名残りだろう。長崎県島原の産である母の卒業証書には「長崎県士族 沢 千枝」と書かれてある。母の奈良高等女学校の通信簿では「裁ち方」と「縫ひ方」とが独立した科目として採点されているから、「裁縫」は統合・合成語であることがわかる。

「三重県 平民」の父、野村熊太郎の名前の由来は、幕末生まれの祖父、野村勘兵衛が横浜での見世物、虎と熊の喧嘩で熊が勝ったからで、もし虎が勝っていたら「虎太郎」となっていたかもしれない。多分、虎は衰弱していたのではないか。

『伊賀の人々』（1951、伊山人士録刊行会）は、父を次のように紹介している。

野村熊太郎（明21）

上野市向島町の人。上中の大先輩で、東京帝大の法学士。東京控訴院部長まで行ったが、判事生活にあきたらず退職。その後は名古屋地裁所属の公証人を6年やり、現在向島町で弁護士開業中。

洒脱な、人間的に味のある人で大のスポーツ好き。若い時、義太夫に凝ったことがあり、酔えば江戸前の伝法肌の粹人肌もチラチラすると云う。奥行のある人。ユーモアを解す。上野市監査委員の外、庭球協会の会長をしている。

「ユーモアを解す」となっているが、浄瑠璃、義太夫を解し、都々逸を謳うことはできても、西洋音楽はダメであり、私の断片的西洋音楽的記憶は主として母から得たものである。そして、耳から入った「歌」を頭のなかで、譜面化し、口から再生する能力は記憶を豊かにする上で、重要な能力である。いいかえれば「歌」は情報連鎖のキーであり、「はたらきかけ」のボディ・テクノロジー（カンバス・絵の具も楽器もつかわなくてすむ）たり得る、ということである。しかし、「はたらきかけの美学」は「かくし味」として使うから「美学」なのであって、表に出してしまうと「美学」でなくなってしまうかもしれない。

●ユーモアのセンス

医療・福祉職の「コミュニケーション・スキル」

をテーマとした洋書には、その試験方法として5段階の評価方式が載っている。「3」以上が合格で、その条件は「ユーモアのセンス」が必須要件であって、「4」や「5」は「ユーモアのセンス」に加えて、「適正な音量」「明快な発音」などが加えられている。

「ユーモアのセンス」がないと落第だが、追試験までに「ユーモアのセンス」を身につけるのは不可能だろう。外国人のスピーチは「ユーモア」で笑わせ、日本人のスピーチは英語の言い間違いで笑わせる、などといわれるが、外国人の場合、日常的にユーモアの仕込みに努力している節も見られる。

例えば、明治30年ごろの、イギリス人による日本の紀行文を読むと「日光を見ずして結構を言うな」がちゃんと英訳されているし「小田原評定」はThe Odawara Conferenceとして、「ウィーン会議」や「会議は踊る」と横並びで紹介されている。これを、どこでいかに使ってやろうか、などと考えながら「本」を書いたのではなかろうか。

ユーモアはある意味で「語りの美学」といえるが、琵琶法師の語る「諸行無常の響き」を韻律にした『平家物語』こそニッポン最大・最長のシャンソン(菊村紀彦:『ニッポン・シャンソンの歴史』1989. 雄山閣)といわれている。だから「語りの美学」は「語りべ・歌いべの美学」であり、古代ギリシャの長編叙事詩が「歌いべ」によって歌い継がれてきたように、情報の接着剤としての「歌」は記憶を豊かにする「キー」であると同時に相手の美意識に働きかける手掛かりともなりうるのである。

「トシの割には記憶力はいい方ではないか」などとうぬばれている内に、比較対象としての同世代が、身近なところには居なくなってしまった。クラス会、同期会などは次々に解散、「幹事死亡により自然閉幕」という会もある。幹事が死ぬと通知が行かなくなるからである。

今年は「明治150年」だが、私の生まれた昭和2年は「明治60年」ということになる。90歳の私は「明治150年」の3分の2を生きた骨董品である。父が、幕末生まれの祖父のスネをかじりながら、寄席がよいで身につけた「ユーモア」を取り込みながら、学習・はたらきかけ(フラッシュ)―手

ごたえの取り込み―さらなる学習、というサイクルをまわさなければならない。しかし「はたらきかけ」はある程度の蓄積をフラッシュさせることであり、蓄積は「ストーリー・メイク」の積み重ねであり、これは日常の心掛けである。

現役時代は、朝早く起きて、15分間でエンジン全開にもって行き、朝飯前に「1単位」(短文、短い連載なら1回分)書くことを心掛けた。同時に「百話・百曲」を想起するようなフラッシュの頭の回転も心掛けた。簡単に言えば、毎朝、「1単位」で「100単位でひと仕事」という発想である。

ある意味で、「ショート・ストーリー・メイク」と「百話・百曲方式」とは、多忙な現役時代の有効な時間活用法である。「リーダーズ・ファイル」(Vol.1-40、新Vol.1-7)「百話・百曲方式」を拾ってみると次のようになる。

(Vol. 1.)『自分史100話』

(Vol. 6.)『医療・福祉職の世界史』の中の「社会福祉と医療政策・100話」

(Vol.18.)『時間活用としての「連載」』と(Vol. 30.)『貧困・軍備・人口』から「海外新刊紹介・100話」

(Vol.33.)『情報連鎖用BGM100曲』

(Vol.36.)『還暦から卒寿へ―向老・抗老の30年』から「ショート・エッセー100選」

この他、「看護史学習プランとしての看護史100話」(『医学史研究』No.94.2011-2012)もある。

また「ショート・ストーリー・メイク」関連も主なものを挙げるだけで、次のようになる。

(Vol. 3.)『ショート・ストーリー・メイク』

(Vol. 4.)『語りうる〈限界時代〉と〈限界世代〉』は、ショート・ストーリー70話

(Vol. 9.)『戦争に向かう医療』には「有事戦争博物館・50話」

(Vol.20.)『エッセーから新社会科学へ』には「漫歩計」24回、「雑花展」30回など

●記憶に系統性を持たせるには

私が「自分史」にこだわるのは、記憶を体系化

する場合の「軸」に、「自分史座標」を使うことが有効だと考えるからである。「世界史」を学習する場合にも、「世界史」を「自分史座標」に取り込む気持ちが必要であり、世界史と自分史の交点に「市民革命」と「内なる市民革命」を設定するぐらいのスケールをもたなければならない。

「世界史」と「自分史」では距離がありすぎると思えば、中間項的「専門史」をもって来るのもいいだろう。

「リーダーズ・ファイル」の(Vol.1.)『自分史100話』で、(Vol.2.)に『海軍史と医学史』を持ってきたのは「世界史」と「自分史」とをつなぐ「中間項」としてあり、同巻は次のような構成となっている。

1. 自分史への取り込み
 2. 「近代」と自分史との交点
 3. 効率と人権との相剋
 4. 医学史、世界史と自分史の起点
 5. 日本海軍のエリート教育
 6. 広角「医学史」へ
- 〈あとがき〉地球市民の良識と節度

海軍史は大航海時代から帝国主義段階までをコンパクトに表現しているし、臨床医学の確立者であるオランダのヘルマン・ブールハーヴェー坪井信道一緒方洪庵(適塾)バージョンとオランダの海軍2等軍医ポンペー医学も海軍も長崎伝習、というコースを、「適塾」の柱の刀傷を眺めながら想起することもできる。

日々死滅する細胞もあれば、日々新たに生まれる細胞もある。細胞分裂のように勝手に増殖してはくれない。しかも、死滅する細胞の補給は必要である。だから、朝起きて15分で「エンジン全開」にもって行き、朝飯前に「ショート・ストーリー」の一つぐらいは書いておく習慣を身につけておくことである。

ショート・ストーリーの書き方、規定された字数のある場合の書き方、何字あればなにが書けるか、という見当の付け方、などについては

「リーダーズ・ファイル」(Vol.3.)『ショート・ストーリー・メイク』
(Vol.4.)『語り得る〈限界時代〉と〈限界世代〉』

+ (Vol.18.)『時間活用としての「連載」』

(Vol.36.)『還暦から卒寿へー向老・抗老の30年』などで「200字でなにが書けるか」「500字では」「1000字では」という形で取り上げた。しかし、短い字数での表現ということになれば俳句、川柳17字、短歌の31字という表現形式がある。

戦後、間もないころ「短歌・俳句第二芸術論」というのが主張されたことがある。下の句に「根岸の里の侘び住まい」をもってくれば、頭に「水ぬるむ」でも「長雨や」でも「季語」になるものをもってくれば「俳句」になるし、さらに「それにつけても金のほしさよ」を付け加えれば「短歌」になる、というのである。

他方、研究者がよく使う「レジュメ」という言葉には「総決算」という意味もあり、伊藤整によれば俳人、松尾芭蕉の「レジュメ」(人生の総決算)は「旅に病んで 夢は枯れ野を 駆けめぐる」だとされている。人生の総決算を17字数で表現する「川柳」ならば

「盥から盥へ移る チンブンカン」がある。最初の盥は「産湯」(うぶゆ)で後の盥は死後の「湯灌」で、その間はチンブンカンという洒落のめしである。ライフサイクル的浮き沈みという視点に立てば

「ボーフラの蚊になるまでの浮き沈み」があるが、これはいささかも悲しい。

戦時中、伊賀上野に疎開された音楽教師、栗田三郎作曲の合唱曲に子供用の「芭蕉賛歌」と大人用の「奥の細道」がある。前者は芭蕉の有名句に節をつけたソロと子供のコーラスを交互に配列したもので、後者は本格的な混声4部の合唱曲。そのなかでのソロ

「さまざまのこと 思いだす 桜かな」を、しみじみと思う年頃になった。

ストーリー・メイクに関しては、2013年から2014年にかけて雑誌「看護実践の科学」に「ストーリー・メイク百科」として12回連載した。毎回のテーマと小見出しからストーリー・メイクのおおよその手法が想像できると思われるので、以下に掲げる。

1. 「お話し」能力
・ゲーム・ピコピコ時代 ・ショート・スピーチと短文

- ・1,000字あれば
- 2. 連想・組み合わせ・味つけ
 - ・卒業シーズン　・師とはなにか
 - ・もっと毅然として
- 3. 「三題ばなし」の手法
 - ・「さまざま桜」　・「北国の春」
 - ・「桜の園」
- 4. ブック・プロムナード
 - ・使ってみたい言葉　・挫折・冷やかし・気分転換
 - ・ロマン・プロムナード
- 5. ポケット版・講話集
 - ・大日本私立衛生会　・ポケット版・衛生講話集
 - ・「はみ出し」医者・3分類
- 6. その時、彼女は
 - ・南北戦争のころ　・奴隷の保健経済
 - ・看護史では
- 7. 縦横文化と年表
 - ・タテ書きとヨコ書き　・年表オリジナル
 - ・ストーリーメイクと年表
- 8. 再現法・あれこれ
 - ・回想と絵心　・「音の記憶」で再現
 - ・デカンショ・クラス会
- 9. 漢字1字のストーリー
 - ・漢字1字特集　・時代と価値観
 - ・グローバル化時代の漢字1字
- 10. グローバル・ストーリー・メイク
 - ・「グローバル日本化？」という本　・英訳しにくい日本語
 - ・Kamishibai（紙芝居）
- 11. 閉幕の美学
 - ・幕の内側と外側　・終末への美意識
 - ・往事茫々　・視力検定アルバム
- 12. グローバルしめくくり
 - ・グリーン・ケア　・クラスルーツ（草の根）の運動
 - ・「思い出のグリーン・グラス」

●日本語の妙味を生かした「年表」

前傾の「ストーリーメイク百科」のなかの「7. 縦横文化と年表」では、タテにもヨコにもつなが

る日本語活字の特性を生かした「年表」の意味を強調した。

ヨコ組みで「歴史的事項」を並べ、幅の狭いタテ枠に時期区分やトレンドをタテ組みで入れることはアルファベットでは不可能だからである。この日本語の特性を生かした「年表づくり」を自分の専門領域でやっておけば、「ストーリー」を配列して作成する「自分史座標づくり」も楽になるし、逆に、世界史的事項を自分史座標に取り込む場合の「中間項」的役割も果たしてくれると思う。最後に、私の考える「看護・福祉職の年表社会学」の構想を示して、今回の結びとしたい。

〈看護・福祉職の年表社会学〉

—人間相手の仕事の立ち位置—

〈コンセプト〉

序—年表社会学とは

1. 人間相手の仕事、そして歳とともに充実する仕事
2. 「人たるに値する生活」とは
3. 「人間の運命」の歴史
4. 「人間の扱われ方」の歴史
5. 「人間相手」の職種の登場
6. 「病める貧者（sick poor）」に対して
7. 「階級」「階層」の歴史、そして「社会保障」「社会保険」の歴史
8. 貧困、社会事業、社会福祉
9. 日本の戦後、世界の戦後
10. 医療・福祉の国際課題化
11. 看護史の骨格的補強
12. 社会福祉学の再構築
13. 年表づくりの意味と方法

なお、次回以降はこの構想にどれだけ肉がつけられるか、チャレンジしてみたい。

今回は「百曲集」に始まり「年表学」の提起に終わったが、私は「日本語年表」と「西洋音楽の楽譜」とはもっとも優れた「紙文化」と考えている。（2018.4.24.）

（のむら　たく、医療政策学校主宰）

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

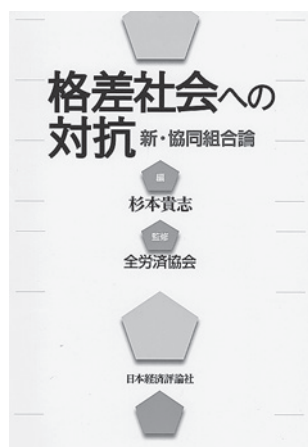
本書を手にしたのは、庄内まちづくり協同組合「虹」の理事会で、今後の協同事業の協議に際して共通の認識を持とうという岩本氏(同組合顧問)の提案を受けたことによる。

本書は、全労済協会が設置した研究会で2015年から17年6月まで18回にわたる論議にもとづいてまとめられたものとある。その構成は、第1部格差社会に挑む協同組合(1～4章)、第2部「食」と「職」を守る協同組合(5～8章)、第3部地域で「協同」する協同組合(9～10・終章)、の各章を、杉本貴志・重頭ユカリ・宮地朋果・加賀美太記・青木美紗の各氏が執筆されている。章ごとに要点を概観的に紹介する。

序章「格差」と「協同」

序章では、杉本氏は格差社会の現実を図と表で示し、格差の克服を論じようとする本書が協同組合をテーマにする理由を、「産業革命を経て競争社会が確立するなかで、格差という競争の弊害にいち早く目を向け、それを協同によって克服しようとした人々によって始められた協同組合の事業と運動が、今日においてもその有効性を失っておらず大きな可能性を秘めているという思いを執筆者一同が現在の協同組合を調査・研究する中で等しく共有することができたからである」とあげている。

しかし現実には格差が深刻化する社会の諸問題を解決するのに協同組合が大いに貢献できるという認識は、日本国内ではまだまだ広まてはいない。「職」と「食」をはじめとする人々の格差社会における生活のありようを見て、協同組合という人々の結合体はなにをなすべきなのか、何が期待できるのか、「協同」の存在意義と可能性とを



あらためて考え、読者に示すことが本書の課題であるとまとめている。

第1部 格差社会に挑む協同組合

(第1章～第4章)

第1章、働き方改革は福岡から

本章では「格差社会での労働問題の解決」を協同組合の中でどのように解決できるのか、という視点での考察と福岡の生協の事例が示されている。

そもそもは労働者の解放を目指して創始された運動である協同組合が、労働者問題を含む社会問題への関心の希薄化と、価格とコスト削減の意識が強く求められる流通業の中で事業展開するという生協の雇用環境と実態が示されている。

私が所属する生協共立社では、「生協は願いを実現するために運動と事業の2つの手段を持っている」と学習しているが、本章では、雇用労働者としての労働と生協運動者としての活動が混然一体となっており、組合員は対価を得ることなく生協運動に従事している、という理屈で、生協職員労働者性、労働者としての当然の権利がおろそ

かにされがちであることが、組合員と職員が両輪としてつくりあげた「日本型生協」が潜在的・構造的に持っていた弱点と指摘し、組合員の願いに応えることが最も大切という視点はあっても、労働者を使用する事業体の社会的責任という視点は委託の問題点の検討からは見当たらない、としている。

人員不足という新たな雇用環境変化の中で、エフコープとグリーンコープの2つの取り組みは、組合員と共に格差社会の「労働」問題の解決を目指している。

第2章、日本の協同組織金融機関と金融排除

この章では、金融における格差問題を金融排除と同様とみなし、協同組織金融機関が排除の防止において果たしている役割について検討している。

日本の銀行業を営む金融機関は、大きく株式会社の銀行と協同組織金融機関に区別される。協同組織金融機関は、信用金庫・信用組合・労働金庫・農協・漁協の5種類あり、規定する法律を含め、歴史的な経緯から現在でもそれぞれの監督機関が異なっている。当然、ガバナンスの違いもある。株主の利益を最大化するために業務を遂行する銀行に対して、協同組織金融機関は出資者である組合員・会員のために業務を行う。

本章では、①金融機関の店舗への物理的なアクセス、②企業向け融資、③個人向け融資、以上の3点において、協同組織金融機関は、金融排除の防止に大きな役割を発揮していることを評価している。そして今後の課題として、店舗への物理的なアクセスが困難になる地域が増えることの懸念、企業の資金需要の縮小の中で比較的優良な中小企業の融資獲得の激化による優良取引先の奪取の恐れをあげている。

第3章、協同組合による生活困窮者支援

本章では、社会構造の変化に伴い増加している生活困窮者に対して、生協や協同組織金融機関がどのような対応を行っているか、どのような意味を持つかを述べている。

協同組合による生活困窮者支援の事例では、信用生協・農協・グリーンコープの具体例が示されている。協同組合のこうした活動が持つ意義につ

いて2つの観点から筆者はまとめている。1つは支援を行う分野について、協同組合が組合員や地域に密着しているがゆえに地域内で問題が生じていることを把握し、その解決に向けて動き出そうとする力を持っている。2つ目はその対象について、組合員以外にも支援を広げていることをあげ、それは生活困窮者を同じ地域に暮らす仲間としてみる共感の念があるからとしている。協同組合が生活困窮者支援を行う場合は、組合員の自発的な意思や合意もので行うべきであり、行政や政治的な動きでの押しつけや阻害があってはならないと述べている。

鶴岡の協同組合連携で、組合員の要求に対し、「これは生協の問題ではありません」という対応では、「生協は自分たちの広範な生活を守る」ことにはならない。「協同の力」＝「自分達で自らの生活を守っていくこと」が大切という考えを共有していることと共通する。

第4章 格差社会における共済の可能性

保険業法改正などで、共済と保険を同じ扱いにする考え方が台頭してきており、共済が今後も独自性・優位性を維持するための対応が求められていると筆者は述べている。

共済と保険の加入時の共通点では、「共済らしさ」の確定した概念があるわけではなく、同じ技術を基礎にしていること。相違点では、リスクに応じた負担を課し、保険原理を追求する姿勢を取るのか、組合員間の連帯のような別の価値基準を有するのかの立場によって何が望ましい料率分類と考えるか。共済の緩やかなリスク区分の例に「一律掛金」の例を紹介している。

支払査定時の相違点では、その差が小さくなっているように思われると述べ、地震に関する支払の相違点について考察している。

日本の共済は、意義・役割、歴史的背景からも他国とは異なる独自の成長を遂げてきたが、近年の保険会社との競争の中で本来の姿を見失いつつあるように思える。共済の優位性を維持していくためにも、技術や表面的な総意のみに着眼するのではなく、組合員の良好な関係の構築と維持、組合員の当事者意識の醸成が求められるし、その努力をしていかなければ共済の保険化がますます進

むことが考えられると述べている。

第2部 「食」と「職」を守る協同組合

(第5章～8章)

第5章 「食」を支える協同組合の現状と課題

本章では、「食」を支える生協の立ち位置、コープ商品・無店舗事業、それらの格差社会における役割と課題が述べられている。

小売企業の大規模化の流れの中で、生協グループの供給高は第3位の位置を占め、日本で暮らす人々にとってごく当たり前の買い物先の選択肢になっている。その枠の中には規模や事業内容、方針が異なる多様な単協が併存している。

コープ商品と無店舗事業・共同購入を柱に躍進し、組織率が約4割に達したことで組合員の質的な多様性が高まっている。そのことが「生協らしいコープ商品」はどうあるべきかの回答を複雑にしている。

格差社会での共同購入については、班活動も含め、地域の人と人のつながりに貢献する面も再評価されつつあることと、その仲立ちとして職員が大きくかわってきたこと、さらに今後の役割も拡大していくと考えられる。又、「夕食宅配」や「こども食堂」で高齢化社会と格差社会に向き合う事例が増えている。新しい「食」を支える試みを含め、「生活」の協同組合としての「らしさ」の新しい発揮・挑戦が求められている。

第6章 協同組合が創る農産物流通

本章では、農産物が生産者から消費者に行きつくルートを示し、主に市場外流通の変遷・生協産直の変化・状況を記している。

消費者と生産者の運動として広がった生協産直は、安全安心を求めた消費者と安全な農産物を届ける生産者の直接取引から、消費者のニーズに応えるために、安価で便利で安全を追求した科学的根拠に基づいたものに変化してきている。

生産者と消費者の距離を縮める生協産直の新たな動きの実例（みやぎ生協めぐみ野・エフコープ地場野菜コーナー・京都生協の支所独自企画等）を紹介している。生協産直は時代とともに変容してきたが、生産者と消費者がお互いの立場を理解したうえで取引を成立させることはより一層重要

になるだろう。

農産物直売所が各地で取り組まれている。経営を安定させる手段として地場産以外のものを仕入れる傾向にあるが、第1次産業の生産者が協同することで直売所全体を地域ブランド化することは、異種の協同組合が協同することで可能となる興味深い事例と述べている。

第7章 協同組合の職員のモチベーション

協同組合を運営することは理論上、組合員と職員の区別はない。しかし組織が大きくなり、多くの協同組合は職員が組織の経営を専門的に担っている。お金のみに価値がおかれる社会の流れを受け、協同組合においても経営主義が強まり、事業目標の達成を最優先事項としながら職員が働く状況に陥っている。こうした環境で働く職員はそれぞれの仕事の中で協同組合を意識する機会が少なくなっている。

職員の『4面性』＝「運動者性」（組織者・協働者）、「労働者性」（被雇用者）（専門業務従事者）が程度の差はあったとしても1人の職員に備わっており、組合員・職員・役員をつなぐ「連結者」としての職員独自の役割を持つ。そのためにモチベーションを高めることが大切であり、協同組合らしさを実感できる組合員との接点が大きな意味を持つ。

その事例として、おしゃべりパーティ報告書の読み込みを紹介している。

JAの女性営農指導員、大学生協の一言カードの活動でも、パート職員も含め、組合員とのコミュニケーションを円滑にすることが職員のモチベーションになっている。

給与・人事諸制度も職員のモチベーションを高める重要なファクターだが、協同組合では組合員のパートナーであることを実感できる機会とその気付きを行動に移せる動機づけが必要であり、組合員や職員同士のコミュニケーションから気づき、ステップアップできるかどうかのキープointと受け止めた。

第8章 女性労働とワーカーズ・コレクティブの可能性

女性労働については、「女性活躍推進法」が10

年間の時限立法で成立しており、雇用主に義務が課せられている。仕事と私生活の両立支援、育成・登用の見直しをすることが女性のみならず男性にとっても働きやすい環境をつくることになり、重要だとはじめに述べ、協同組合が示す働き方の選択肢としてワーカーズ・コレクティブという働き方をあげ、グリーンコープの調査の結果を紹介している。

第3部 地域で「協同」する協同組合

(第9章～終章)

第9章 協同組合間協同の現状と展望

協同組合間協同のタイプには、第1に同種協同組合間、第2に異種協同組合間、第3に同種の地域・全国的な連合会など、第4に海外の同種・異種を問わない情報交換・貿易など4つの類型に分類でき、第2の異種協同組合間協同が注目されていると述べている。

異種協同組合間協同が注目される理由は、社会環境と社会における協同組合の立ち位置の変化をあげ、組合員がくらす地域コミュニティの視点に立つことが求められている。もはや単独では組合員のニーズに対応することが難しくなっている。また、協同組合が先駆的に生み出した様々な仕組みが、営利企業に模倣されて、「協同組合」でなければならない理由が組合員に見えにくくなっている。協同組合自らが「らしさ」を強く発信しなければならない。こうした事情が異種協同組合間協同が注目される理由である。

新しい取り組みが全国で生まれつつある中で、組合員がくらししていくために必要な「協同」として、協同組合と営利企業が「共同」する取り組みも生まれており、協同組合らしい協同のあり方を模索するという課題が協同組合間協同には突きつけられている。

第10章 協同組合の事業連合と連合会

この章では、さまざまないきさつや理由から設立された、さまざまな性格の連合組織の事業・運動の諸側面を見て、3種の連合組織が連合することの意味と課題を考察している。

「5. 単協・組員主権と連合組織」の最後に、「大きな協同」のなかに「小さな協同」をつくることの意義が盛んに議論されていると記されている。私が所属する生協共立社は定款に「連邦制」を謳い、1つの法人として事業を運営しながら10の地域生協組織で構成している。生協共立社の統一運営を生みながら早期にこの世を去った故佐藤日出夫さんは、現在の格差社会の中での生協共立社の運営を見てどのような思うのか聞いてみたい気がする。

終章 協働のコミュニティは東北から

「レイドロウ報告」の衝撃は日本の協同組合界で大きかったといわれる理由に日本の協同組合法制の在り方によるものであらうと記されている。しかし本章に紹介されているもの以外も含め、東北では3.11以降の「協同」の取り組みは、それまでとは大きく変わっているように感じる。

本章の最後は「置賜で、庄内で、福島で、いま協同組合の新しい地平が切り拓かれようとしているのである」で結ばれている。

協同組合は資本主義が生み出す格差に対抗し克服するための運動として生まれたと学んできた。毎日の業務で競争経済に巻き込まれ、協同組合を意識する機会が少なくなっている職員や、協同組合に関わる人々に本書のご一読をお勧めしたい。

(まつもと まさひろ、生活協同組合共立社、庄内まちづくり協同組合「虹」代表理事理事長)

『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

昨年9月30日に本書が発行された。今年3月14日、本書で触れられている「浅田訴訟」の判決が岡山地裁であり、裁判所は「(岡山市による浅田さんへの障害者総合支援法による給付の打ち切り処分は、) 支援法の解釈・適用を誤っており、違法」とし、処分を取り消し、慰謝料など100万円の支払いを命じた。社会保障裁判の歴史は、ここにまた一つの重要な勝利を勝ち取った。

本書は、朝日訴訟以来の社会保障裁判、憲法25条の生存権を現実に実現するための裁判によるたたかひの歴史を、それに関わった学者・弁護士・運動家が、それぞれの立場から述べることで、それぞれの裁判が、どのような論点で、どのような運動で取り組まれたのかを具体的に明らかにしている。

「序章 社会保障裁判の展開と権利としての社会保障」(藤原精吾)は、社会保障の歴史を述べたのち、「父なる朝日訴訟と母なる堀木訴訟」以降の社会保障裁判の歴史を簡潔に叙述し、これらの裁判が現実の政策を動かす政策形成訴訟として大きな歴史的役割を果たしてきたこと、そこからの教訓に学んで、現在「第四の波」と言われる多くのたたかひに役立つものとするを、本書の目的としている。

「第1章 朝日訴訟」では三人が執筆している。「1 朝日訴訟10年の闘い」(新井章)では、朝日訴訟の歴史を述べ、一審判決では勝利したが、高裁・最高裁では敗訴となった。にもかかわらず、この裁判は、生活保護基準を大幅に引き上げさせ、社会保障を向上させていく大きな政策的役割を果たした。さらに、生存権の意識が普及され、「権利はそのために闘う者にのみあたえられる」ことの正しさを立証した、とする。



「2 朝日訴訟と労働者・労働組合」(公文昭夫)は、この裁判が、中央社会保障推進協議会を生み出す契機になったことを当事者として証言し、企業の枠を打ち破る労働運動の在り方を教えた、という。社保協は総評解体を乗り越え、今や全国、地域にまで存在し、地域の中で現実に社会保障を前進させるためのセンターになっている。

「3 現代の経済社会状況から朝日訴訟の意義を再考する—若者世代から見た朝日訴訟—」(井口克郎)は、現在と朝日訴訟の当時を対比しつつ、特に、朝日訴訟の地裁判決で、生活の「最低限度の水準は、決して予算の有無によって決定されるものではなく、むしろこれを指導支配すべきものである」としたことの意義をのべ、今日の大企業の膨大な内部留保や配当金に対して適切に課税し、生存権を守る財源とすべきことを指摘する。

「第2章 堀木訴訟—ひとりのお母さんのねがい」では、「1 『堀木訴訟が拓いた道』」(藤原精吾)で、全盲のために障害福祉年金を受給していた原告が、児童福祉手当の併給が認められないことを不当として訴えた裁判の経過を明らかにする。一

審で勝利し、法改正が行われ、併給が認められることになった。しかし、国はこの判決の影響を恐れ、控訴し、大阪高裁は国の主張する社会保障の立法裁量論を認め、最高裁もこれを踏襲し、その後の生存権をめぐる裁判において、国民の権利を否定する根拠となる判決を下した。このような反動的判決を許した原因について総括されている。

「2 若者世代から見た堀木訴訟—ケアの視点から」(根岸弓)「3 若い世代への伝言—堀木訴訟に参加した元学生から」(鈴木勉)は、現在の若者に引き寄せて、論じている。特に鈴木は、アマルティア・センの発達の人権保障説を紹介しつつ、現代は「障害のある人が障害者問題を解決する主体として立ち現れている時代」と指摘する。また、この章には「4 小川政亮先生 ビデオトーク」「5 堀木訴訟への思いとこれから」(堀木訴訟に関わった多くの人のメッセージ)が収められている。

「第3章 生涯のある人と裁判」には、「1 行政の周知徹底義務を求めた永井訴訟—社会保障の手続き的権利をめぐる」(尾藤廣喜)「2 障害者自立支援法違憲訴訟の本質と経過」(藤井克徳)「3 二四時間の安心を一介護の充実訴訟(和歌山石田訴訟と和歌山 ALS 訴訟)」(長岡健太郎)「4 障害者福祉の“年齢制限”一六五歳問題のもたらす歪み—(浅田訴訟)」(呉裕麻)が載せられている。特に、障害者自立支援法違憲訴訟は、2010年1月に、国と訴訟原告団・弁護団との基本合意文書を勝ち取り、自立支援法を廃止させた画期的なたたかいであった。

「第4章 生活保護裁判の新しい波—いのちのとりで裁判」では、「1 生活保護裁判の第三の波—相次ぐ勝訴判決」(尾藤廣喜)で1990年以降の生活保護切り捨て政策の下での、制度の違法・不当な運用に抵抗する闘いが述べられ、「2 社会保障裁判第四の波—生存権裁判の意義と課題」(鈴木静)では、今世紀になってからの生存権裁判(小

泉政権の下での生活保護の老齢加算廃止で、実質生活保護費が2割削減されたことに対し、全国9か所で100人が訴訟)が紹介され、「新たに今後の社会保障の展望と生存権のあり方を議論する動きが始まっている」とまとめている。

「第5章 年金で健康な文化的生活を」(田中明彦)は、厚労大臣が、2013年10月から2014年3月までの年金額の減額を決定したことに対して、2015年5月、13都府県で1549人の原告がこれを違憲とする訴訟を起こした、これについての論述である。

「第6章 課題と展望」(井上英夫)は、全体の総括、結論である。井上は「社会保障裁判で何をどう闘うか」と問いかけ、憲法をめぐる厳しい状況を踏まえつつ、社会保障裁判は人権を守る闘いであることを確認し、理論的な課題と、運動の組織論を展開する。そして、憲法九七条の死守を訴える。

巻末に社会保障裁判年表が付いているが、これは、極めて有用である。

実は、評者は浅田訴訟とほとんど同じ内容の天海裁判(千葉地裁で審理中)を支える会の代表を務めている。支援の輪は思想信条を越えて、障害者問題にかかわる人々には広がっている。編者の井上先生にはこの裁判で意見書を願っている。だからというわけではない、本書は、まことに有益でしかも面白い。社会保障の問題は、全国民に関わることであるにもかかわらず、貧困、障害、医療、介護など、それぞれの範囲にとどめられがちであった。それを打ち破ってきた闘いが、本書に示されている。すべての人に一読を勧めたい。

(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)

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第62号（2018年3月）——【特集】非営利・協同の実践と思想

○巻頭エッセイ：「One for all. All for one.」と自己責任を考える（長瀬文雄）

【特集：非営利・協同の実践と思想】

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

第61号（2017年12月）——【特集】追悼坂根利幸

○巻頭エッセイ：人権教育と自主規制教育——医療倫理と道徳科—（尾崎（川堀）恭一）

【特集：追悼坂根利幸】

- ・故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって（根本守）
- ・坂根利幸さんを偲んで（角瀬保雄）
- ・坂根さんの宿題（富沢賢治）
- ・あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。（高柳新）
- ・坂根利幸さんと30有余年（二上護）
- ・坂根利幸氏を偲ぶ（非営利・協同の探求の達人）（石塚秀雄）
- ・非営利・協同の軌（第2回）：「民主経営」の実務の改善にかけた人生—坂根利幸氏へのインタビュー記録—（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
- ・坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧（事務局）
- 山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について（岩本鉄矢）
- 座談会：フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度（松田亮三、小磯明、吉中丈志、司会：石塚秀雄）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（19）研究者の60-90歳戦略（野村拓）

第60号（2017年9月）——【特集】非営利・協同をめぐる動向

- 巻頭エッセイ：輝く看護を、今一度見つめ直す（柳沢深志）
- 【特集：非営利・協同をめぐる動向】
- ・2017年度定期総会基調講演：非営利・協同の理念とナショナルセンターづくりの課題（富沢賢治）
- ・講演録：社会的連帯経済の出現—世界そして国連の動向—（The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN）（バスカル・ファン・グリータイゼン、訳・まとめ：今井迪代）
- ・非営利・協同の軌（第1回）：研究者として非営利・協同の実践に携わること—角瀬保雄氏へのインタビュー記録から—（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（18）世代的重なりの中の学習（野村拓）

- 鶴岡市における「介護予防・日常生活支援総合事業」の到達点と医療生協やまがたの取組み（岩本鉄矢）
 - 2014年度研究助成報告：認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取組み（山田智）
 - フランスの在宅入院の事例研究—サンテ・セルヴィスの実践と戦略—（小磯明）
-

第59号（2017年6月）——【特集】医療のアクセス障壁を考える

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

第58号（2017年3月）——【特集】ワーク・ライフ・バランス

- 巻頭エッセイ：人間社会のゆくえ（根岸京田）
 - 【特集】ワーク・ライフ・バランス
 - ・インタビュー：ストレスチェック時代のメンタルヘルス—労働精神科外来の診察室から見えること—（天笠崇、インタビューア：門田裕志）
 - ・高齢者介護をめぐるワーク・ライフ・[・]アンバランス（川口啓子）
 - ・投稿論文：オランダにおけるワーク・ライフ・バランス—コンビネーション・モデルに見る労働と生活—（久保隆光）
 - 実践志向共同研究（アクション・リサーチ）のすすめ—「支える医療」共同研究プロジェクトを振り返りつつ（松田亮三）
 - 2014年度研究助成概要報告：宮崎県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」の取組み（志賀信夫）
 - 2015年度研究助成概要報告：特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—（高橋幸裕）
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ岩手調査：岩手の地域医療と財政（井上博夫）
 - 書評：
 - ・「医療を守る運動プロジェクト」、岡野孝信、岡部義秀編著『地域医療の未来を創る：住民と医療労働者の協同』（八田英之）
 - ・吉永純、京都保健会『いのちをつなぐ無料低額診療事業』（今井晃）
 - シリーズ〈医療政策・研究史〉（16）：医療政策学校—その成り立ちとオリエンテーション—（野村拓）
-

第57号（2017年1月）——【特集】イギリスEU離脱

- 巻頭エッセイ：世界の潮流は社会的連帯経済（柳澤敏勝）
- 【特集】イギリスEU離脱
 - ・対談「EU離脱・トランプ・新自由主義の現段階」（二宮元、進藤兵、司会：後藤道夫）
 - ・「EU離脱」をめぐる国民投票を眺めながら（松田亮三）
 - ・新たな始まり？—サンダーランドの社会運動家から見たイギリスEU離脱—（マーク・H・サディントン、翻訳：熊倉ゆりえ）
 - ・「新たな始まり？」へのコメント：歴史のなかで自己を知る（中川雄一郎）
 - ・イギリスの国民投票が教えてくれたこと（中川雄一郎）
 - ・書評：堀真奈美『政府は医療にどこまで介入すべきか—イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』（ミネルヴァ書房／2016年6月／267頁／定価4000円＋税）（小磯明）
- 論文

- ・医療・介護の情勢動向について（山本淑子）
 - ・住民の願いに寄り添う地域医療をめざして～広島県地域医療構想案についての広島民医連の見解～（藤原秀文）
 - ・日本の皆保険制度を支えてきた開業保険医（垣田さち子）
 - 投稿論文
 - ・オランダ社会が目指す新たな働き方（久保隆光）
 - シリーズ医療政策・研究史（15）：学習展開と著作（野村拓）
 - 2012年度研究助成概要報告：乳産婦・幼児期の子どもをもつ母親の食生活に対する意識に関する研究―東日本大震災前後、及び地域比較―（吉井美奈子）
-

第56号（2016年9月）——【特集】2016年度定期総会記念シンポジウム

- 巻頭エッセイ：マイケル・マーモットに会う（野田浩夫）
 - 【特集】2016年度定期総会記念シンポジウム
 - ・基調講演「日米の医療セーフティネットを考える」（高山一夫）
 - ・個別報告①「日本における低所得者への医療保障の実態」（後藤道夫）
 - ・個別報告②「民医連における無料低額診療の現状」（内村幸一）
 - ・補足、質疑応答、会場からの補足
 - 論文
 - ・千葉県の自治体病院の現状と地域ビジョン（八田英之）
 - ・EUの移民問題と社会的経済（石塚秀雄）
 - シリーズ医療政策・研究史（14）人口政策と医療政策―間もなく国勢調査（1920）100年―（野村拓）
 - 2013年度研究助成報告：臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか？～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～（菊川誠ほか）
 - 書評：岩永靖永・樋口恵子編『2050年超高齢社会のコミュニティ構想』（岩波書店、2015年）（今井晃）
-

第55号（2016年7月）——【特集】非営利・協同組織の管理と運営

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

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.62 (2018.5.31発行)

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

○ No.61 (2018.2.28発行)

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

○ No.60 (2017.11.30発行)

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

○ No.59 (2017.8.31発行)

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

○ No.58 (2017.5.31発行)

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

○ No.57 (2017.2.28発行)

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

○ No.56 (2016.12.10発行)

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

○ No.55 (2016.8.31発行)

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

機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし 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	()	FAX番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

・入会金と会費 (1) 入会金

団体正会員..... 10,000円

個人正会員.....1,000円

賛助会員(個人・団体).....0円

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

個人正会員.....5,000円 (1口以上)

団体賛助会員..... 50,000円 (1口以上)

個人賛助会員.....3,000円 (1口以上)

【次号64号の予定】(2018年9月発行予定)

- ・定期総会・15周年記念シンポジウム
- ・生活保護基準引き下げ
- ・障害者福祉と介護保険
- ・その他

【編集後記】

6月に定期総会と15周年記念シンポジウム(東京・京都)を開催しました。関係する皆様のご尽力があってのことで御礼申し上げます。イタリアと日本の事例それぞれに複雑で異なるなかにも、根底には医師・医療提供者として通じるものがあるように思えました。住環境をはじめ生活のセーフティネットをどのように考えていくのか、共通することから学びたいと思います。(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きます場合があります。

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所(レポート)ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

4. 採否

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

5. 締め切り

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

6. 執筆注意事項

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

② 投稿原稿は返却いたしません。

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

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

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

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

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

TEL : 03-5840-6567 / FAX : 03-5840-6568

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