

目次

- 巻頭エッセイ：公営住宅の「訪問&相談会」で見えたこと
.....牛渡 君江 1

- 【特集：ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター】
- ・HPHの取り組みと課題舟越 光彦 2
- ・八王子・長房団地の友の会活動.....竹野 ユキコ 7
- ・インタビュー：長房の活動とヘルスリテラシー
..... 高柳 新・相澤 美里、(インタビュアー：竹野 ユキコ) 11
- ・診療所の師長として地域でみている人達の健康と私の思い
.....相澤 美里 14
- ・介護のヘルスリテラシー：我々は介護に対してどんな備えをしていくことが求められるのか高橋 幸裕 16
- ・活動を見える化することでできること：近藤尚己先生の学習会まとめ
.....竹野 ユキコ 21
- ・イギリスの社会的処方方式と非営利・協同セクターの役割
.....石塚 英雄 25

- 社会医学系専門医・考.....野村 拓 30

- 2015年度研究助成概要報告：非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究—鹿児島・麦の芽福祉会に注目して—
.....石倉 康次、深谷 弘和、申 佳弥 32

- 連載〈次世代へのメッセージ〉(4)：もの書き能力の養成—「知的」老後戦略野村 拓 36

- BOOK：中川雄一郎『協同組合のコモン・センス—歴史と理念とアイデンティティー』(日本経済評論社、2018年5月発行)野田 浩夫 46

- BOOK：『〈食といのち〉をひらく女性たち』佐藤一子・千葉悦子宮城道子編著(農文協、2018年4月発行)中川 雄一郎 50

- ・報告書・研究助成報告一覧、機関誌・ニュースバックナンバーなど
.....29、43、49、55

公営住宅の「訪問&相談会」で見たこと

牛渡 君江

公営住宅は、憲法第25条に基づき、国と地方公共団体が協力し住宅に困窮する低額所得者に対し低廉な家賃で供給される住まいだ。当生協の病院近くにも複数の公営住宅（市営・県営団地）がある。かつては住民も若く活気があったが、現在は子ども会は消滅し認知症と思われる方の徘徊もあるという。職員は民生委員などとの地域交流会で、団地住民のくらしや健康の問題をつかむ訪問行動を提案した。地域包括支援センター職員は「ネグレクトやごみ屋敷のうわさがあり全戸訪問はパンドラの箱を開けるようなもの」、民生委員は「困難を抱える高齢者が多く専門家と連携したい」、団地の町会・老人会役員は「住民の情報がなく孤独死が心配」と話した。病院と町会・老人会は共催して「訪問&相談会」を行うことにした。当日は病院の医師や職員、医療生協組合員、地元の開業医の相談員等140名が参加しての大行動となった。460戸を訪問し368件と対話。17件の相談に応じた。

明らかになったのは、必要な資源へのアクセスに関連した「社会的孤立」だ。若い頃は徒歩や自転車利用だったが、加齢に伴い市営バスを利用する住民が増えた。しかしバス運行が「双方向」から「一方向」となったことで、行きは短時間でも帰りは長時間を要するようになった。さらに近くの小売店の閉店で最も近いスーパーでも1キロ半となり、歩行に問題がある人に至っては月数回の巡回販売だけが頼りとなった。病院までの1キロ程の道のりも大きな負担となっている。

「孤独」の問題も深刻だ。住民アンケートでは「相談相手」は「団地の人」と答えた人は1割で社会的支援の授受の弱さがうかがえた。それを象徴するのは団地の最上階から自ら命を絶つ人がこの一年で数人いたということだ。住民は「今の建物は同じ階でも誰がいるかわからない」という。訪問した職員は「困り事を一人で抱えた人が多く、相談のきっかけができた」「玄関までゴミ

があふれる40代位の方に『何か困っていることはありませんか』と聞くと『ない』と言われ困った」「奥でテレビの音が聞こえるのに玄関まで出てこない人が心配」と住民が抱える問題を肌感覚でとらえた。

電話相談もあった。「無年金で亡くなった夫の姉と同居し経済面で世話になっており生活保護を取りたい（70代女性）」、「妻が認知症で重症化しているが仕事で相談に行く余裕もない（70代男性）」等の継続支援が必要な人には開業医の相談員と手分けして対応することにした。

「訪問&相談会」は中核市にある病院のわずか1キロ程の団地が「陸の孤島」となり、社会的孤立や孤独、貧困が世代を超えて存在することを認識できた。そして住民の4割が「相談相手」に介護支援専門員・民生委員・医師・病院等の「医療福祉関係者」を挙げていることから、今回の活動が住民の期待に答えているという確信を得た。当初この企画に疑心暗鬼だった町会や老人会代表は「来年もとりくみたい」と力を込め話され元気をもらった。

その後、病院は団地との連絡バスの運行を始めた。医療生協組合員は諸団体と共同して「市バスの双方向運行を求める署名」を市に提出した。団地集会場では「フレイル予防教室」を開催し、住民との交流が始まった。

社会的・経済的に不利な条件が人々の健康に及ぼす影響は大きい。「公営住宅」はその設立目的からも特段の配慮を要する住民も少なくない。医療福祉関係者には、個人の権利擁護に加えて公共的な課題の解決のため広く社会に働きかける活動が求められる。健康を守るためのアドボカシー活動の推進者の役割が期待される。

（うしわた きみえ、全日本民医連副会長、医療生協さいたま理事）

HPHの取り組みと課題

舟越 光彦

1、はじめに：国際的な健康政策とヘルスプロモーション

ヘルスプロモーション・ホスピタル（International Network of Health Promoting Hospitals and Services。以下、HPHと略す。）について述べる前に、HPHが作られるにいたる世界の健康政策の歴史を概観する。

1948年に世界保健機関（以下、WHO）が創設された。創設の理念は、「全ての人の健康は、世界の平和と安全を達する基礎である」という信念であり、WHOは戦後の世界の健康政策の推進役となった。この理念は、言うまでもないが二度の世界大戦の惨禍を経験して、戦争を繰り返さないという決意でもあった。当時の疾病構造は結核を中心とした感染症が大きな比重を占めており、医療政策としては入院治療が優先された。

しかし、1970年代に入り、脳血管疾患、心疾患、癌などの当時という「成人病」が増加し、健康政策の対象も感染症から成人病へと変化することになった。このパラダイムシフトを促進したのは、カナダの保健相のラロンドによる「ラロンド報告（1974年）」であった。病因論として、感染症時代の生物学的要因から、成人病の時代には人々のライフスタイルが病気の原因となっており、健康政策の転換を提起したのであった。1978年のプライマリヘルスケアに関するアルマ・アタ宣言では、プライマリヘルスケアと住民参加の重要性が指摘された。なお、この宣言の中で「人権としての健康」が銘記されたが、1948年の世界人権宣言を源流とする人権という価値観が世界人権規約を経てWHOの健康政策の中に初めて明記された。

1986年には、ヘルスプロモーションに関する「オタワ憲章」がWHOにより宣言された。この宣言が出された背景の一つは、個人のライフスタイルに注目が集まった結果、ライフスタイルを修正できない人たちへの批判が広がったからである。具

体的に言えば、社会階層が低い人ほど飲酒、喫煙、肥満、運動不足は多く、しかも、その修正が困難な人たちへの批判が広がったのであった。今でいう、自己責任論である。オタワ憲章は、個人の努力では修正困難な社会経済環境への対策が不可欠であることを指摘し、真に有効な健康改善のための政策として提起されたわけである。提起されたヘルスプロモーションの定義は、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」とされる（2005年バンコク憲章で「その決定要因」が追加となった）。

ヘルスプロモーションのプロセスを進めるには、個人への介入と社会経済環境への介入の2つのアプローチが必要とされる。個人への介入とは、健康教育により禁煙や減塩、運動などについて学び実践することを支援することで、基本的な健康増進活動である。環境への介入とは、地域社会、国レベルの政策のことを指している。一例を挙げれば、勤労世代には、労働時間規制を強化し仕事の後の余暇を活用して運動をすることである。高齢者であれば、バリアフリーの地域環境を作り安心して運動できる身近な地域づくりをすることである。WHOは、ヘルスプロモーションを実践するために必要な5つの基幹戦略を示した。健康的な政策づくり、健康を支援する環境づくり、地域活動の強化、個人の技術の開発、そして、ヘルス・サービスの方向転換である。最後の戦略となるヘルス・サービスの方向転換とは、主に医療機関が伝統的な治療を中心とした機能から、ヘルスプロモーションも実践する機関へと方向転換（パラダイムシフト）を求めたものである。HPHは、オタワ憲章で求められたヘルスサービスの方向転換のモデル事業として始まることになる。それだけ、医療機関がヘルスプロモーションまで担うのは広がりにくい提起であるので、ヘルスサービスにおけるヘルスプロモーションの実践にかかわる理論

化を WHO が後押しする必要があったのかもしれない。追記すべきこととして、オタワ憲章には、健康の改善には必要な条件があることも示している。それは、平和、シェルター（住居）、教育、食料、収入、安定した生態系、持続可能な資源、社会正義、公平である。

以上の歴史的な経過を経て、1990年に WHO 欧州事務局により国際 HPH ネットワークが誕生する。歴史の概観を示したように、HPH の理念の基盤にあるのは、到達しうる最高水準の健康は人々にとって基本的な人権であり、人々の健康は平和の礎であり、健康水準の改善には個人を取り巻く社会経済環境の改善が必要であるという理念である。

2、国際 HPH ネットワーク

1) 理念と特徴

国際ネットワークの理念を表1に示した。先述の世界的な健康政策の到達を踏まえて作成されている。実践的な特徴としては、働きかける対象が、患者、職員、地域住民であることである。日本の保健予防政策は基本的には患者を対象としないこと（正確に言えば、治療の質を上げることとは無関係であること）、職員は産業保健の対象であるので、HPH と日本では働きかける対象そのものが異なっている。この差異が生じるのは、WHO の健康政策の特徴である、場を健康にすること（セッティングアプローチ）を反映したためである。また、エビデンスの創出を重視しているのも特徴であり、今日的に、臨床医にとっても受け入れやすいものとなっている。

2) 運営と加盟数

HPH は、WHO 欧州事務局を密接な連携をとり、その事務局はデンマークに置かれている。加盟施設は約700で、当初は欧州が大半を占めていたが、最近急増しているのは北東、東南アジアである。最も加盟が多いのは台湾で163である。国策としても推奨されており、診療報酬によるインセンティブもあり、加盟病院のベッドは国内のベッドの

表1、国際 HPH ネットワークの理念

- 1、様々な人口集団でニーズや、価値感、文化が異なることを認識して、人間としての尊厳、公正、連帯そして職業倫理を促進すること。
- 2、質の改善と患者や家族、スタッフの健康、環境保護を志向し、自ら学び成長し続ける組織となること。
- 3、治療的なサービスだけでなく、全人的なアプローチで健康サービスに重点的に取り組むこと。
- 4、人を中心に据えた医療により、治癒過程を促進し患者のエンパワーメントに貢献するため、患者と家族のにとって可能な限り最良のヘルスサービスを提供する。
- 5、資源を効率よく、費用効果も高く、健康改善の寄与にもとづき資源を割り当てること。
- 6、他のヘルスケアシステムやコミュニティとできるだけ密接な連携をすること。

70%を占めている。次いで2番目に多いのが日本の103となっている。なお、欧州では北欧とイタリアで加盟病院が多くなっている。

HPH では、毎年5月頃に国際カンファレンスが開催される。参加者は400人から500人で、時々、の国連や WHO の課題も取り入れられている。例えば、持続可能な開発目標（SDGs）、移民の健康問題といった内容である。HPH には、特に関心が高いテーマについて常設の委員会（タスクフォース）が設置されている。移民、公正、多様性に関するタスクフォース、子どもと青年の権利タスクフォース、高齢者にやさしい病院タスクフォース、環境のやさしい病院タスクフォースである。また、国際 HPH ネットワークは、世界医師会や国際病院協会などの国際組織との協力協定書に調印している。このため、日本においても世界的な医療関係団体に属する団体との交流は、旧来の関係性を超えて比較的容易な利点がある。

3、日本における HPH の活動の展開

1) 結成にいたる歴史

そもそも、日本の場合は歴史的に振り返ると積極的に地域の中に入りヘルスプロモーション活動を展開してきた病院、診療所がある。たとえば、先駆けて老人医療費の無料診療を行った岩手県の沢内村の沢内病院、農村医学のメッカであり長野県八千穂村で老人健診に取り組んだ佐久総合病院、そして、社会的に困難な患者を支援してきた民医連の事業所群である。すでに国内での独自の実践もあったが、世界のヘルスプロモーションの実践にも学ぶため2008年に日本で初めて千鳥橋病院が加入した。その後、徐々に HPH への共感が広がり、2015年に日本 HPH ネットワークの結成へとつながった。

2) 日本 HPH ネットワーク

(1) ネットワークの結成と目的

HPH の国・地域ネットワークは、国際ネットワークの支部と位置付けられる。国・地域ネットワークのコーディネーターは、国際ネットワーク

の総会に参加し、理事の選出の権限がある。日本 HPH ネットワークは、国際ネットワークから日本の国・地域ネットワークと認定され、現時点では2番目に大きなネットワークになっている。

ネットワークの結成の目的として定めたのは、「患者・職員・地域住民の健康水準の向上をめざし、住民や地域社会・企業・NPO・自治体等とともに健康なまちづくり、幸福 (Well-being)・公平 (Fairness)・公正 (Equity) な社会の実現に貢献することをめざす(健康水準の向上と幸福・公平・公正な社会)」というものである。

そのために行う事業として、表2に示す6点を定めた。

また、日本病院会、全国自治体病院協議会、全日本民主医療機関連合会、日本医療福祉生活協同組合連合会の代表の先生方に顧問に就任していただいた。また、日本プライマリケア連合学会の理事長、佐久総合病院の統括院長、大学の研究者の先生方にも顧問についていただいた。

(2) 重視している課題

日本 HPH ネットワークでは、ネットワークの目的を実現するために、医療機関レベル (ミクロレベル)、地域レベル (メゾレベル)、社会レベル (マクロレベル) の各々で健康格差に取り組み公

表2、日本 HPH ネットワークが取り組む事業

(イ) ヘルスプロモーションの実践と普及 日本 HPH カンファレンスおよび HPH セミナーなどを開催し、日本におけるヘルスサービスにおいて、WHO のオタワ憲章、バンコク憲章、国際 HPH 基準などが提起するヘルスプロモーションの実践と普及を推進する。	う。
(ロ) HPH の担い手の養成と研修 会員コーディネーターを対象とした研修会などを開催し、ヘルスプロモーションを担う幅広い人材養成と研修を推進する。	(二) 国内外の交流と連携 HPH 国際カンファレンスに日本から代表団を派遣することを通じ、日本の HPH 加盟事業所やアジアをはじめとする世界の HPH ネットワークとの交流・連携を推進する。
(ハ) 研究活動と学術機関との連携・協同 HPH タスクフォースなど国際研究に参加し、日本における国際 HPH ネットワークとしての研究活動を進め、学術機関との連携・協同を行	(ホ) 啓発・広報 ホームページを開設し、インターネットを活用した情報発信を行う。また、ヘルスプロモーションの啓発のための出版物や、ニュースレターの発行を行う。
	(ヘ) その他 本会の目的を達するための上記以外の事業。

正な社会に貢献することを重視している。具体的には、医療機関レベルでは、貧困治療、公正な医療の質という概念の普及と実践、ヘルスプロモーションのマネージメントシステムの普及である。

イ) 「貧困を治療する」という考え方

カナダの家庭医のギャリー・ブロック医師（トロント大学准教授）らが、カナダで実践している活動から学んだテーマである。臨床医にとって健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health, SDH) は、知識として理解しても診療現場で応用することは容易ではない。どちらかといえば、診療とは別な次元の社会問題ととらえられることが多いのではないだろうか。カナダの家庭医は、こうした状況を克服するために、臨床医の思考方法に受け入れやすい貧困問題への取り組み方法を開発している。すなわち、貧困を喫煙や高血圧と同じように健康の危険因子と捉え、臨床的に治療すべき対象と位置づけ、診療の場で問診し治療するという考え方が普及されている。確かに、貧困が健康障害を生じることは社会疫学の多くのエビデンスで証明された事実である。しかも、貧困状態を改善するための社会資源は存在するが、カナダにおいても活用されていない制度が少なくない。さらに興味深いのは、診察室で「貧困を治療する」ためのツール（貧困治療ツール）を開発している。このツールは、3つのステップからなり、経済状態を問診し、貧困の健康への悪影響を説明し、必要な社会資源を紹介していくというものである。現地では貧困治療ツールの普及のためのワークショップが開催されており、カナダ家庭医協会もこうした考え方の普及を後押ししている。

カナダでの実践を参考に、日本 HPH ネットワークでも同様のツール開発を開始した。カナダとの比較では、貧困率は日本の方が高く、治療手段となる社会資源制度（問題はあるものの）も存在する。そのうえ、日常的に社会資源が活用されていない患者に出会うことも少なくないことから、現場での支援は効果を発揮することが期待される。全日本民医連のソーシャルワーカー部会に処方する社会資源のリストを整理してもらい、現在、暫定版の日本版のツールを作成した段階である。今後、修正を図り完成版とするが、理屈としての

SDH のエビデンスが実践の中で生かされるように、ツールがその介在役として役割を発揮することを期待している。なお、ツールの開発に関する疫学研究成果は日本プライマリケア連合学会総会、日本社会医学会総会で発表し、今年の国際 HPH カンファレンスで報告する予定である。

ロ) 公正な医療の質

医療の質は、日本では安全、効果、効率などで測られることが多い。しかし、世界標準は、これに公正が加わる（米国医学研究所）。効果的で安全な医療であっても、患者が置かれた社会経済的な差異で医療のアウトカムに格差が生じては、理想的な質の高い医療といえないということである。公正さを医療の質に組み込むことは、診療に SDH 改善の取り組みを組み込んでいく有用なアプローチだと考えられる。今後、具体的な方法論を作っていくが、基本的なフレームとしては SDH の評価と支援の実施状況を測定することである。具体的には、経済状態や孤立状態を問診し、可能な支援を行うが、その実施率を測定する。さらに、例えば糖尿病の検査である HbA1c の検査結果やがん検診の実施率を経済状態による差がないかも検討する。こうした測定の結果を、計画的に PDCA サイクルで改善することで公正な医療を可視化し、改善することに役立てたいと考える。

ハ) ヘルスプロモーションの可視化とマネージメントシステムの普及

国際 HPH ネットワークが作成した医療機関におけるヘルスプロモーションの自己評価マニュアルの普及を進めている。すでにマニュアルは和訳しており、基本的な評価項目として活用していきたいと考えている。自己評価マニュアルの一部になるが、ヘルスプロモーションの課題である生活習慣（喫煙、飲酒、低栄養、肥満、運動）と SDH について日常的に評価支援できるシステム作りも先行例を紹介しながら普及を図っている。

(3) 行事、ニュースレターなどの運営

行事として、秋のカンファレンスと春のスプリングセミナーを開催している。各々、350人と150人程度の参加である。

2018年10月のカンファレンスでは、「人権としての健康とヘルスプロモーション～アルマ・アタ宣言40周年にあたって～」をテーマに、トロント大学の准教授アンドリュー・ピント先生と東京家政学院大学の松田正己教授に講演していただいた。2019年3月のスプリングセミナーでは、台湾から国立陽明大学准教授のシュウティ・チョウ先生を招いて開催した。

カンファレンスとスプリングセミナーではワークショップを企画しているが、その内容は、貧困治療、地域分析、LGBTなどをテーマに開催した。共通するテーマは、ヘルスサービスとして健康格差を解消し公正な社会に貢献することを学ぶことである。

3) 課題

当面する課題は、ネットワークの活動の質を高めること、量的な拡大を図ることである。そのことを通して、日本のヘルスサービスの中で存在感

を示し、健康格差とたたかう公正な医療の実践を日本の中で普及することに貢献していきたいと考えている。

質の課題では、現在取り組んでいる「貧困治療ツール」の日本版の作製と普及、関連した疫学研究の論文化が課題である。そして、公正な医療の質のプロトタイプを作成しネットワーク内で実践し、医療界に提起することを新たに取り組むべき課題と考えている。そのために、今年のカンファレンスでは、カナダから公正な医療の質の権威であるジョセフ・テッパー先生（トロント、ノースヨーク総合病院院長）を招いて講演してもらうことにしている。

量的な課題では、民医連以外の加盟事業所を増やすことが課題である。大学病院や大規模病院への加盟の働きかけも引き続き進める予定である。

（ふなこし みつひこ、医師、日本 HPH ネットワークコーディネーター、福岡医療団千鳥橋病院）



日本HPHネットワーク結成時の顧問・運営委員

八王子・長房団地の友の会活動

竹野 ユキコ

1. はじめに

ヘルスリテラシーをどう考えるかということで、当研究所副理事長である高柳新先生の紹介で東京・八王子にある長房団地のながふさ共立診療所を訪問させていただいた。長房では高柳先生は週2回、診療をしている。2019年3月1日に訪問し、健康友の会の役員である鳥居宗二郎さん、西山典明さん、杉沢正子さんと、診療所事務の多和兼利さんにお話を伺った。現在、友の会事務局長である鳥居さんは、北団地診療所開設時の事務長であった。西山さんは都営長房西アパート連合会会長であり、診療所設立当初からの友の会会員でもある。杉沢さんもカルテ番号が一桁という設立当初からの関わりがあり友の会役員も務め、数年前までは団地の連合自治会の役員であった。

訪問後、別の診療所での診察を終えた高柳新先生と八王子駅前待ち合わせ、診療所の相澤看護師長にも同席をお願いしてお話を伺い、さらに師長には原稿執筆までお願いした。何より最初に、突然の依頼を快く引き受けてくださった皆様に對し、ここに厚く御礼を申し上げます。

2. ながふさ共立診療所と長房健康友の会

(1) 長房団地と診療所開設

都営長房団地のある土地は、かつて陸軍幼年学校の疎開先（昭和18年疎開、昭和20年八王子空襲で全焼）であったことなど、歴史も含めて伺った。伺った話では、西団地は1964年に作られ、5年ごとに増えていったとのことである。団地には号棟ごとに自治会があり、4連合自治会がある。団地全体では約3,000戸が住んでいる。東京都の「都営住宅団地一覧」には、長房東アパート、長房南アパート、長房アパート、長房西アパートという改築後の名称が並び、設立年は1971年や1976年、

新しいものは2013年などと混在しており、次第に建替えが進んでいる様子が見える。訪問時に診療所周辺を歩いたが、取り壊されて更地になったところ、建替が済んだところ、閉鎖された取り壊し前の棟などがあった。

診療所は1987年に「北団地診療所」として開設された。団地の移転新築計画により北団地の取り壊しが決まり、診療所の移転・新築が求められ、2017年1月から「ながふさ共立診療所」として現在の地に移転した。

東京民医連の第二次長期計画で30診療所を新たに作るとあり、当時は有床診療所であった八王子共立診療所を病院にしたい、そのためには診療所を作って経営基盤をしっかりとしようとなった。そこで医師の死亡により閉鎖となった診療所があった長房団地に診療所を作ることとなり、1987年6月に「長房に診療所をつくる会」が発足した。医師会からは亡くなった開業医と同じ整形外科を標榜することが求められたため、整形外科の医師を所長に迎え、「長房共立診療所」として開設を希望した。しかし当時はみなし法人であり、診療所名には地域あるいは開業医名を使うことを求められたので「長房北団地診療所」と希望したら、すでに長房が名称に入る診療所があったために使えず、最終的には「北団地診療所」の名称で1987年11月に開設となった。診療所が開設してから「長房健康友の会」が発足し、保健予防活動などに積



取り壊し前の長房北団地風景（ながふさ共立診療所・多和さん提供）

極的に取り組んできた。

開設から5年間は、経営的には大変だったという。当時の事務長だった鳥居さんは、月一度の友の会役員会で、診療所のことをいろいろと考えてくれるのを見て、友の会が診療所を支えてくれるという実感を持ったのがこの診療所だと言っておられた。何かあったら地域の人たちに相談するという経験は、他へ異動となっても生かされたとのことであった。

現在の診療所周辺は平坦で、隣に駐車場があり、バス停にも近い。反対側の隣が薬局、さらにその隣はコンビニエンスストアという便利な場所にある。しかし北団地診療所は団地の奥でわかりづらく、また長い坂道を下ったところにあったので、来るときは歩いて帰りに登るのがつらくてタクシーを使う患者もいた。また老朽化した建物は水漏れなどの問題があり、狭くて話が筒抜けだったので個別相談はしづかった。現在は1階に相談室が設けられ、また2階には大きな会議室がある。会議室は開放しており、友の会の活動や地域の交流の場所としても活躍している。現在の診療所の職員は常勤3名、看護師はパート・フルタイムを含めて4名、事務はパートを含めて3名である。

(2) 友の会の活動

八王子・たま健康友の会の会員は、現在5,300人を超えている。支部は4つ（八王子、長房、多摩、西部）ある。入会案内には『誰もが健康で安心して住み続けられる平和なまちづくり』を、共立医療会、いきいき福祉会などの医療機関・介護事業所と一緒に考え、すすめる会です』とある。会

の活動は主に3つ（いきいき健康作り／安心・安全、住民参加のまちづくり／仲間・生きがい・つながりづくり）であるが、地域の特色を反映し、支部活動はそれぞれ重点が異なるという。友の会に入会すると、インフルエンザ予防接種割引や友の会健康診断、歯科無料診断（要予約）の特典がある。1989年に医療法人財団共立医療会が発足し、2005年に共立医療会本部、介護事業部、八王子健康友の会事務所が同一ビル内に移転した。

長房支部の活動は、診療所をつくることから発展し、地域の健康友の会になった。設立時は入会金500円、年会費500円で始まったが、現在は入会金のみ、年会費なしとなり、預金で運営をしている。支部会員は2019年2月現在で1,000所帯を超えている。

現在、長房支部では、旅行会や学習会、カレーパーティや納涼のつどい、芋煮会といった行事を行っている。芋煮会などは診療所の隣接する駐車場を利用し、独居者が多い地域であることから人と話す機会、一緒に食事をする機会となるように、患者でなくても通りがかかった人も立ち寄りやすいようにしている。

健康チェックは年数回、診療所待合室や市の市民センターを借りて行う。血圧、骨密度、体脂肪、血管年齢、認知症等の測定と相談コーナーを開設している。無料で誰もが受けられるものであり、事前の案内チラシは近隣全戸配布のほか、隣接の高尾地域にも案内をした。市民センターを利用することで知らない人も訪れやすいという点がある。

八王子市の基本健康診査の案内をする「お元氣コール」は、役員が分担して会員へ電話をする。



移転した診療所と診療所の案内看板

忘れていたので助かった、受診券をなくしたがどうすればいいかなどといった相談を受けることもある。健診をきっかけに診療所へ来る機会を増やすことにもなっている。また会報「お元気ですか」の配布は、ほとんどが役員の手配りである。

他にサークル活動として、おしゃべりや趣味を楽しむひと休み処（毎週1回）、俳句の会（毎月1回）、歩く会やヨガの会などもある。これらの活動には診療所2階につくられた会議室が利用されている。

またボランティア活動として、車2台で定期通院をする患者の送迎ボランティアを行っている。団地内でもタクシー往復で2千円の運賃がかかるので、診療所の受付窓口や看護師の問診、診察時に、タクシーを利用しなければならない、電車で乗り換えが何度も必要などの通院困難者に対し、友の会に入会すれば無料送迎があることを案内する。現在は5名の友の会会員が運転手で登録しており、運転手には謝礼（1回3千円）が支払われる。月に延べ35～36名を送迎する。ほかに庭の手入れや電球の取り替えなどの助け合い活動も行っている。

友の会では学習会も行う。最近では皮膚科の医師が講師となった。医療に関する疑問や投薬の説明、日常の注意事項など、診療時とは異なり丁寧に聞くことができ、質疑をすることで理解が深められる。病気になって診療所にかかるのではなく、病気にならないように、なっても軽いうちに済むようにと、病気について患者と医療従事者との共同の営みを実際どうやっていくかということに取り組んでいる。

（3）地域の連携

職員が友の会役員と一緒に気になる患者の自宅訪問をし、それが保健センターのケースワーカーとつながって治療へ結びつくこともある。また地域の福祉事務所や訪問看護ステーションなどとネットワークがあり、「気になる人がいるので、診療所で診てもらえませんか」「医療管理をしてももらえませんか」と逆紹介を受けることもある。診療中断していた患者を友の会の送迎車と診療所の診療に必要な医療へと結びつけたこともあった。診療所の会議室は、包括支援センターや民生委員

などの関係者が集まり、困難事例などをはじめとした地域の情報を共有し、対応を検討する地域ケア会議の場所にもなっている。

いつもの時間にコンビニエンスストアに寄る人が今日は来ていないので帰りに寄ってみようか、最近では歩いているのを見ないから訪問しようかなどと、独居者や気になる患者を中心とした見守りの情報交換にもなっている。団地で開催される集いの会の情報なども交換され、芋煮会などの行事も診療所前のポスターで知らせたり声がけしたりしている。

医療提供者と患者・地域住民として、長房の友の会と診療所の職員の関係は非常に近いものを感じられた。近いのはなぜかと理由と伺ったところ、友の会の役員に自治会活動をしている人が多いという回答があった。1DKが増えて孤独死が増えたことへの対応策を協力して講じたり、新たに建設される棟への改善要望を出したり、地域の相談ごと、困りごとに接する機会があると話し合い、役割分担をして解決を目指すという姿勢が自然に出来ているように感じられた。診療所としても、お金がなくても、あるときに支払えばいいから治療継続をと呼びかけている。八王子共立医療会の「いつでも、どこでも、誰もが安心してかかれる医療」「お金のあるなしで差別しない、誰もが平等に受けられる医療」を求めていく姿勢である。生活保護の申請などの相談も受け止め、地域のネットワークとつながり、必要なところを紹介していくという、地域の誰も取り残さないことを目指して活動しているのが見て取れた。その一方で、こうした活動に対して「放っておけばまもなく逝ってくれる人をわざわざ長生きさせて何の得があるんだ」「子どもたちに回した方がいい」「税金を納めている身にもなってみろ」という投書もあると伺った。そういう意見もあると頭に入れておかなければいけないと、友の会の方は言っておられた。

（4）活動の課題

友の会から見ると、診療所の医師の安定が要望としてあげられた。いつもかかっている医師、緊急時はここへということがないと安心だという。現在の所長の松田先生が小児科も診ていることで、子どもの母親たちが情報をやりとりし、小児

科の診療時間の問い合わせなども多いという。

多和さんに見せていただいた資料によれば、団地の居住者で65歳以上は約62%とのことである。またある民生委員が、65歳以上は八王子全体では4人に1人、長房地域では3人に1人、長房団地では2人に1人と言っていたとも伺った。友の会も会員の8割以上が60歳以上であり、活動を支える中心の年齢が70～80代であり、活動の後継者がなかなか集まらないことへの懸念がある。子育て世帯がインフルエンザ予防接種割引などの特典を目的で加入する面はあるが、活動への参加までには至らないことも課題といえる。

3. 今後への取り組み

年齢を教えていただいて驚いたほどに若々しい皆さんの姿から、誰かのために何かをしたい、人の役に立っている、お互い様に頼られたり頼ったりする関係が出来る、生き生きとすることを改めて感じた。杉沢さんは「頭の体操」と言っておられたが、他者のことを考え、どこへどうつなげばいいのか、相談されたらどうしようと一生懸命に考えることが大きいという。団地自治会も友の会の活動も社会参加の一環であり、地域をつなぐ大きな役割を果たしているといえる。それが個人の健康にも積極的な効果をもたらしていることを改めて感じた。また健康や医療の知識を専門家と共有し、何を理解し何が不明なのかを解決しながら健康作りを行うことには、双方向のやりとりの必要性を感じた。

一方で、高齢化が進む地域で友の会や自治会の活動の担い手をどうするかという問題や、地元スーパーマーケットが移転し遠くなってしまうこと、都営住宅の使用承継制度（名義人が死亡すると原則として配偶者のみに承継が認められる）により、親が亡くなると子が60歳以下ならば住み続けられないという問題もある。承継の特例範囲である高齢者・障害者・病弱者が居住する一方で、若い世代は10年期限で出て行く都営住宅の制度をどうするのか、考えていく必要もある。

活動への男性の参加が少ないが、一方で一人参加すると二人三人と増えることなど、従来通りの活動だけでは成り立たない面をこれからどうするのかに対して、健康への関心の双方向のやりとり、「聞き上手なリーダー」という示唆を伺った。西山さんは「活動に関わる聞き上手の人を育てれば、活動は活発になる。話を聞いてほしい人が聞いてもらえないと、『あそこ行っちゃって、俺の話なんか聞きやしないよ、皆さん集まってるだけだよ』と帰ってしまうから、健康友の会で育成ができて、そういう人がつながったら、これは参加してみようかという人が増えてくるといいと思う」と、聞き上手育成を考えてほしいと言っておられた。

今回は健康友の会の活動を伺ったが、生協の組合員活動その他、コミュニティでの活動に共通することだと言えよう。人と関わり社会的な関係をつくりながら健康や医療の情報を活用することで、ヘルスリテラシーは生きてくると考えられる。

（たけの ゆきこ、研究所事務局長）

インタビュー：長房の活動とヘルスリテラシー

高柳 新・相澤 美里

インタビュアー：竹野 ユキコ

1. 長房の活動について

●診療所と地域の距離

高柳 ながふさ共立診療所が所属する八王子共立医療会は、八王子共立診療所から始まっている。終戦直後の結核がまん延して1950年に八王子の駅前幕開けし、広域に、特に山梨方面からも結核の患者がやってきた。当初は「反戦平和独立民主診療所」と名前を届け出ようと役所に行ったら、断られたということもあった。レッドパージになった人たちが退職金をつぎ込んで始まっているし、山村工作隊の拠点の一つでもあったから、最初は共産党系の診療所だった。

しかし、だんだんと地域の医療を担うように切り替わって行って、同時に地域の人たちがいろいろな格好で入ってきて、いろんなことに参加し始めた。だけど、それも今はまた、すっかり医療の構造が変わったこともあって、医療従事者と地域の人たちとの間は、違う意味で離れる傾向もある。患者がお客さまになってしまう可能性がある。

だけど長房は、比較のお客さまにならない。僕の個人的な感覚で言うと、医療を提供する方は、できるだけ一緒になってやれるような医療を、気がついたことを、かなり丁寧にやっている。できれば生活の一部も一緒になってやろうとしている。落語の会をやってみたり、歌を歌ったり、それから芋煮会をやったりと結構いろんなことやってるね。

相澤 そうです、芋煮会は診療所の駐車場であるべくやっていて、友の会と職員と地域の人と、うちは先生も入ってくれるので、それがまた豪華な会になるんです。うちの患者さんだけじゃなくて、地域の人、本当に通りすがりの人が入ってきたり、団地は独居の人が多いため、そういう人たちが、

ちょっと食べるものがあるとか、誰かと話せるという時間になったりするので、結構そういう意味でも、いい会ができていくと思うんです。

団地としては高齢者支援相談センターのある棟の上をほぼ高齢者の独居にしているのだけれど、認知症の一人暮らしや、相談センターも一生懸命頑張ってるけれど困ってしまった場合など、力を貸してくださいとなって、患者さんに連絡を取るような関わりをしています。

高柳 だから、あそこに診療所があるだけで、地域の人たちにとってはとても価値ある存在だ。あるだけで十分だ、そんなに格好つけなくてもいいってね。そう力まずに、みんなの拠り所なんだっていうか。

僕は、とても意欲的にご立派なことをやっていますというのではない、当たり前なことがどう展開していくかに意味があると思う。何か企画して人を集めて、お客さまにはしてはいけない。今後、どういうふうに医療する側と地域の人たちで、本当に力を合わせながら進んでいくのかを模索していくのが肝心だ、という意識なの。

それは生活の実態に沿ったもので、知ったかぶりでも何かご大層なことを言ったり、企画したりするものではない。その人らが主体にやがてなるだろうという、結構、地道にやっていることの積み重ねだ。

ついつい、看護師さんの集団でも民医連でも、何かみんなが喜びそうなことをご大層に展開する。糖尿病にはこんなことをやっています、こんな健康管理です、と言いたくなる。でも、そういうものだけじゃないよっていうのをね。そのためには長房のような頑張りをもっともっと、じっくり進んでいくっていうのがある。もっといろんな地域で、同じように展開していくとか。同時にそれが、やがて住民と、それから開業医の先生たち

が、だんだん影響をくって、そういう精神になっていくっていうか、そういうふうには。

開業医の先生たちも、基本的には点で善戦している。否応なく地域の人たちと触れ合うわけだから、やっぱり、ただ医療提供してますと言っているだけではない。開業医も住民も、診療所も、双方に影響し合っていくところがある。

相澤 うちが困難ケースが多いから、個々でやるより、みんな一気に集まって、地域ケア会議で方向性を考えようというのが多いです。ちょうど移転してから会議室ができたので、包括支援センターから「会議の場所を貸してもらっていい？」と言われ、「どうぞ、どうぞ」と言っています。

多いときは20名近くが集まって、今後この人のためにどうしていこうと考えます。しかも往診の場合だと医師も一緒に入ってくれて、地域ケア会議でこうしていこうと思うけれど、今の病状的にどうですかと、そういうやり取りができるので、うちはすごくいい感じです。

今度は包括支援センターと友の会が仲よくなれるようにできないかと思い、「こういう会がうちの診療所にはあるんです」と友の会を宣伝しています。無料の送迎ボランティアをしたり、お助け隊をしたりと、診療所も関わりながらやっているところもあるのかと、この前もパンフレットを持っていったので、多分、もっと地域交流はできるかな、仕組みのつくり方かなと思います。

高柳 できない所は、やっぱり、医療機関ですと何となく格好つけている。それで医療については、かなり口うるさく、知ったかぶりで介入する。そうすると、やっぱりそれだけの話となる。職員が和気あいあいとしている、一緒に友の会も格好つけない、こっちも格好つけないのは、この周辺だけ見ても、長房が一番だ。それぞれの地域特性もあるけれど、やっぱり、どこかで医療する側が医療提供する側になってしまうのはいけないね。

●医療と生活

相澤 先生が診療で「1人なの、何人で暮らしているの、何の仕事をしてるの」と聞いてくれると、

私たちも聞いているけれど、そうやってみんなに聞くと、あなたを知りたいというのも含めて、やはり患者さんが近くなります。多分、ほかの医療機関では聞かないようなことを聞くので、最初は何でそんなことを聞くのかと言う人もいますが、関わっていくと、そういう理由で聞いたのかとわかってくれます。

高柳 だから気をつけなければいけない面もあるけれど、それはビジネスのレベルと違う仕事なんだ、秘密は守るのだということを伝えなきゃいけない。

相澤 そういう生活背景が病気の原因になっていると気づいていない人もいるから、こちらがそういうのを引き出して聞いていきます。

高柳 医療の論理と暮らしの論理と、どうやって、人間みんなが本当に幸せになるのは、医療知識だけでは幸せになんかなりっこないからね。医療知識はとても重要な一角を占めているように思うけれど、それだけじゃないというのを、むしろ教わったりしながら、こっちも知恵をつけて、一緒になって生きていくかんじかな。

2. 健康と学習とヘルスリテラシー

●主体的に考える基盤整備が必要

高柳 一般的に、健康とか学習とか教育というのは、そんなに簡単にわかっている話ではないんだね。健康とは何かというのは、いろいろな定義があるけれど、本当は、ずっと追いかけるテーマで、何かこう、あらかじめ健康とはこういうものですよとキャンペーンをしていくのは気持ち悪い。戦前だったら、結核撲滅とかハンセン病撲滅とか、気持ち悪いから閉じ込めちゃおうとなっていた。健康とは何かを、人間は追っ掛け続けているものなんだと思う。

どのイニシアチブであっても、ましてや企業や政府では「健康ファシズム」になって気持ち悪い。みんな健康になりましようと言って、運動して、

朝からみんなでたたき起こされて、ラジオ体操に行かなきゃいけない。行きたいやつは行っていいんだよ、今みたいに。行きたくないやつは行かないでいいのよ。健康自身についても、そういうものなんだよね。

それから勉強とか、学習も、実はそういうものなんだよね。決まりきったことを強引に押し付けられたら、勉強嫌いなやつは立つ瀬がない。それは、勉強好きなやつが代わりにやればいい。

戦前は健康ファシズムという言葉がいっぱいあった。健康と言って、厚生省などが旗振ったり、軍隊が旗振ったりしていた。今は、やや民間企業が旗を振っている。戦前は、頑丈な兵隊を確保するために、企業でのそれは、今は頑丈な労働力を確保するために言っていて、体の具合が悪いやつは、困ったやつだとする思想で、できるだけおしゃかを少なくするっていう概念でね。それは企業の労働力確保の支流だ。

それに対して、その人自身やその人を取り巻いているグループにとって、本当に良かれという構造にするのはどうしたらいいのかは、何かこう、権力などは旗振りをするのではなくて、もっと主体的に考える基盤をちゃんとするようにしてほしい。例えば時間を楽にするとか、勉強したいやつが使えるように図書館を充実させるとか、余計なことは説教たれるなど。

健康を増進しましょうというのに反対するやつは、いやしない。しかし、それを企業ぐるみ、国家ぐるみで運動化していくとき、誰のためにやっているかを見定めないといけない。本当に本人のために考えているのか、本人のためのような顔をして、企業利益や厚労省の考えていることを実現するために展開しているのかを見極めないといけない。これは、基軸のひとつなんだよ。

●医療を情報に押し込めない

ヘルスリテラシーはある意味で、医療を情報にシフトさせているわけ。情報を手に入れて、消化できて、それを適用できるかなどと、情報に勝手

な価値をつくり出している。それでまた、それを学ぶことに不当な価値を押しつけてきている。

医療にとって最も大切なのは、ちゃんとした医学の発展。それから、社会保障制度がどこまで充実してるのか。さらに医療を担う人たちが、どこまで公共性を持っていて、権力や行政の使い走りになるのではなく、患者のために頑張れるかを、どう養成していくかということ。その大体3つぐらいに成り立っている。医学のまともな発展、社会保障制度、それから医者や看護師などを含めたそういう人たちが、金儲けのためになったわけじゃないという医療制度、養成制度、そういうのがね。これらは市場ビジネスや競争の論理ではできないこと、金儲けの論理と競争の論理では、そういうのはできない。しかし情報だけだと、そういうのが全部なくなってしまう懸念がある。

医療を考えるときには、さっき言った3つの構造をそれ自身として考えることと、歴史的に考えていくことが必要で、健康概念にしても、戦前の健康はどうだったのかという歴史的考察も大切だ。

情報へのアクセスが弱い、それを自分で判断ができないことから始めるのではなく、その背景、情報を得るまでに至る経済的な面を考えなければならない。それをカバーするのは社会保障であることを忘れてはいけない。

情報にも、歴史的にも学問的にもかなり確かなものもある。だけど、医療のように人間相手にしてる仕事だと、はっきりしない情報もたくさんある。それから操作された情報もある。さらには勘違いした情報もある。もう情報だって、4つぐらいには少なくとも分けられる。その情報を、国家が出している情報と、長房が出してる情報のどちらに価値あるかと言ったら、長房の診療所が現場でつかんでくる情報のすごさがある。厚労省の健康日本21なんかより、よほど確からしいと思うね。

(たかやなぎ あらた、医師・研究所副理事長；
あいざわ みさと、ながふさ共立診療所看護師長；
たけの ゆきこ、研究所事務局長)

診療所の師長として地域でみている人達の健康と私の思い

相澤 美里

私が共立医療会の職員となって10年以上が経過しました。

入職当初は大学病院での勤務がベースになっていたため、戸惑いがありました。

「患者さんの生活背景に関わる。必要時は患者さんの家に行って様子を見に行く。患者さん（友の会）と地域を周って様子伺い含め、友の会のお誘いをする。」などなど。

そんな中、目的が捉えられず、共立医療会の看護が出来ていないと思った時、退職を希望したこともありました。

しかし、上司や仲間、友の会の方、患者さんに支えられ、続けてきた結果、共立医療会での看護を貫き通す意味を見つけることが出来ました。

そして、あっと言う間に10年という月日が過ぎていました。

出会った患者さんの数だけ、背景があり、ドラマがあります。

感情、考え方も十人十色。

外来・在宅・健診。どれをとっても短時間の関わりの中で、どれだけ患者さんに寄り添うことが出来るのかが診療所でのケアの大切なポイントになると思っています。

では、業務で忙しい中、十人十色の患者さんと寄り添うためにはどうしたら良いのか。

まず、患者さんと出来るだけお話をします。そこで、困っていることなどがあれば、この患者さん・家族に自分達がしてあげられることは何だろう…と考え、行動にうつしています。

業務で忙しいといっても、スタッフが「師長は今、患者さんと話す時間とっているな。」と察知してくれ、他の業務はまわしてくれています。逆も同じです。

患者さん第一という考えの中、役割分担が自然と出来るようになりました。

患者さんとの関わりは、寄り添いと思う医療側の考えが押し付けだと思わせてしまわぬよう注意しています。なので、時間がかかることもありますが、人との繋がりは始まりがあり、寄り添う気持ちがあれば少しずつでも近づいていくものです。

患者さんが頼りに出来る所、また心を開ける所と当院を想ってくれるよう、日々の関わりを大切にしています。

当院では、「困難ケース」と呼ばれる患者さん対応が多いかもしれません。

統計でも高齢者の多い地域、団地が周囲にある、独居、老々生活の方などが多い所に診療所があるからだと思います。

困難ケースと言っても、関わる人達の世界に介入させていただく訳ですから簡単なことではありません。しかし、そこで諦めるのではなく、当院の出来る限りの事をして、患者さんが笑顔になり、その後も何かあった時に一人で抱え込むのではなく、相談できる所が当院であったり、ケアマネジャーであったり、SOSを出せるようになって欲しいと思います。

地域の特性（団地で悩みを言うとすぐ広まってしまう、恥ずかしい等）で、悩みを抱えているが心を開く場所がない方も多くいらっしゃいます。

お金の問題、家庭問題、病気の問題、子供の問題、生活の問題、暴力問題などなど。

病気のことはもちろん、私としては、診療所に時には泣き言を言いに来てくれても良いのです。

嬉しかった話をしてくれても良いのです。

「病気を診てもらおう診療所」というより、「自分を見てくれる診療所」と思っただけいたらと思っています。

「困難ケース＝関わりが多く必要なケース」と思い、より多くの人との連携をとりみんなで力を合わせて支える環境作りを常に意識しています。

当院のスタッフ全員、薬局、友の会の方、地域の方、あんしん相談センター等、日々協力体制を向上させ、自分達の強みとして、患者さんのために活かせるよう、今後も関わりを深めていきたいと思えます。

やはり日々努力、積み重ねです。

初めの1歩から繋がり、お互いの信頼関係という深い絆に変わっていくのです。

私達が関わらせていただいているのは、患者さんの背景、現在、人生そのもの。

そう！『いのちとくらし』です。

人権の尊重、無差別平等…様々な状況下であっても同じ人間。

これからも、笑顔多き時間を過ごしていただくために、出会えた患者さん・ご家族に寄り添っていきたいです。

中には寄り添いを求めていない方もいます。

けれど、話を聞いていると、聞いてもらうことが必要だったのだと気付く方もいらっしゃいます。

診療所として、諦めない関わり、毎回の声掛けが重要になります。

今後も、患者さん一人一人と真剣に向き合って、友の会、地域の方々ともお互いに支え合いながら地域の診療所として受診するとホッと出来て、患者さんが自慢出来るような「私（患者さん）の診療所」になりたいと思えます。

ながふさ共立診療所、頑張ります!!

(あいざわ みさと、共立医療会ながふさ共立診療所看護師長)

介護のヘルスリテラシー：我々は介護に対してどんな備えをしていくことが求められるのか

高橋 幸裕

はじめに：介護の持つ意味とヘルスリテラシー

介護には老化や事故・病気等によるリスクにより、被介護者となる立場と介護者となる立場の二つがある。ここでは介護に内包されたリスクに対して、個人レベル且つ市民の目線から見た手段としてのヘルスリテラシーのあり方について考えてみたい。

中山和弘によれば、ヘルスリテラシーとは「健康や医療に関する情報を入手し、理解し、評価し、活用（情報を使うことでより健康に結びつくような、よりよい意思決定を行うこと）をする力¹」としている。

介護は老化等に伴う身体的変化に対するリスク対応であることから、健康や医療とも関係が深い。無論、ヘルスリテラシーは自らが責任を持って担う部分はあるが、それを補完する仕組みがなければならぬ。我々は高齢社会に生きる中で介護という視点から見たヘルスリテラシーが、人生の最後の最後までを「生ききる」ためのスキルとして大きな部分を占めてくると考える。

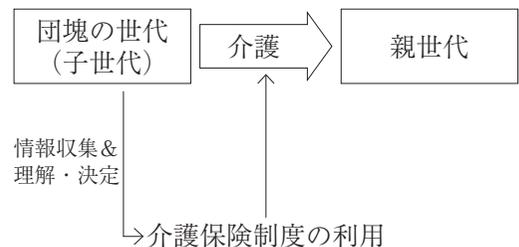
1：被介護者の視点からのヘルスリテラシー

①市民がヘルスリテラシーを身に付けてきた背景
介護保険制度が始まる以前の措置制度では行政による決定が福祉サービスを利用する前提であったが、現在は自己責任（自己決定）の下、契約に

基づいた介護サービスを利用することとなっている。団塊の世代が高齢者となった今日、今後さらにヘルスリテラシーを身につけた者が増加すると見込まれる。その背景には介護保険制度が始まった当初、団塊の世代の親たちは既に高齢者であり、かつ福祉サービスは行政が担うものという前提があった。また2012年に団塊の世代が高齢者となって以降、要介護者と要支援者が545.7万人になり、2015年には606.8万人となっている²ことから分かるように介護サービスを必要とする者が増加してきていることも理由として挙げられる。

結果として、ヘルスリテラシーを身に付けた親世代がそれほど多くない中で、団塊の世代はヘルスリテラシーを身に付けた最初の介護者となった。（図1）但し、それは明確な目的意識の下でヘルスリテラシーを学んだというわけではなく、親が介護保険制度を利用する中で身に付けていったものである。

（図1）団塊の世代が親の介護を行っていた時



（出典）筆者作成

¹ 中山和弘「ヘルスリテラシーとは」『ヘルスリテラシー』福田洋・江口泰正編著 p.4より引用。もちろん、ヘルスリテラシーに関する定義はNutbeam、米国医師会等が示している。

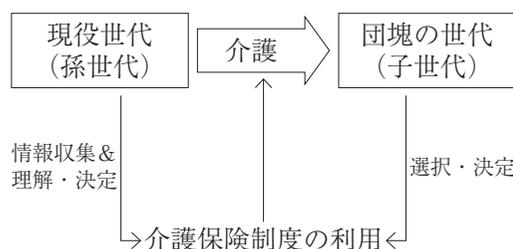
² 内閣府「図1-2-2-7第1号被保険者(65歳以上)の要介護別認定者数の推移」『高齢社会白書平成30年版(全体版)』（2019年2月20日閲覧）

具体的には、地域包括支援センターが2006年の制度改正に伴い創設され、介護予防事業の展開、地域包括ケアシステムの導入等、いわゆる被介護者にならない（なりにくくする）ための政策が展開されてきたことで、これを身に付ける要因となってきた。つまり、介護保険制度の見直しにより、ヘルスリテラシーを身に付けることが後押しされたのである。結果的に、団塊の世代は介護サービスの情報を取捨選択することに慣れた、いわゆる必然的にヘルスリテラシーを習得した層が形作られてきた。

②被介護者になりにくくなるための考え方と姿勢

既に述べたように、親世代を介護した経験のある団塊の世代は介護保険制度の導入に伴いヘルスリテラシーを身に付けた最初の世代である。現在は団塊の世代を介護する子ども（現役）世代が、それを習得しつつある。（図2）

（図2）団塊の世代が高齢期となった現在



（出典）筆者作成

ただ、そこには課題がある。ヘルスリテラシーの習得状況や機会にばらつきがあり、確かな基盤としてなりえていない部分があるからだ。その習得状況にばらつきがあることを踏まえながら情報発信者である行政、NPO法人やボランティア等の民間団体は如何にして専門的な情報発信し、市民が受け取れるようにするのかを考える必要がある。すなわち、健康情報の分かりやすさ、アクセスのし易さ、サービス利用の使い勝手の良さである。これは被介護者になった者への対応策としては基本的に同じである。

具体的には、専門職の立場からは専門用語を極力用いず平易な言葉で説明する、情報発信媒体と

して紙媒体とインターネットツール（SNS等）を併用する、民生委員・児童委員等の地域のキーパーソンを活用する、民間団体はテーマを定めた活動が地域や個人のニーズに即したものであるかを常にチェックし展開していくことが求められる。

他方、これを実現していくためにも市民側はどういった方法であれば情報を受け取りやすいのか、受け取れるのか、取捨選択しやすいのかという意思表示をしていく必要がある。すなわち、自らが被介護者になりにくくするための関連する知識について学んでいく姿勢が求められる。例えば、地域で開催される健康イベントに参加すること、地域包括支援センターの専門職（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）から助言を受けること、健康診断を活用し、現在の状態から今後の見通しを立てていくことである。（図3）

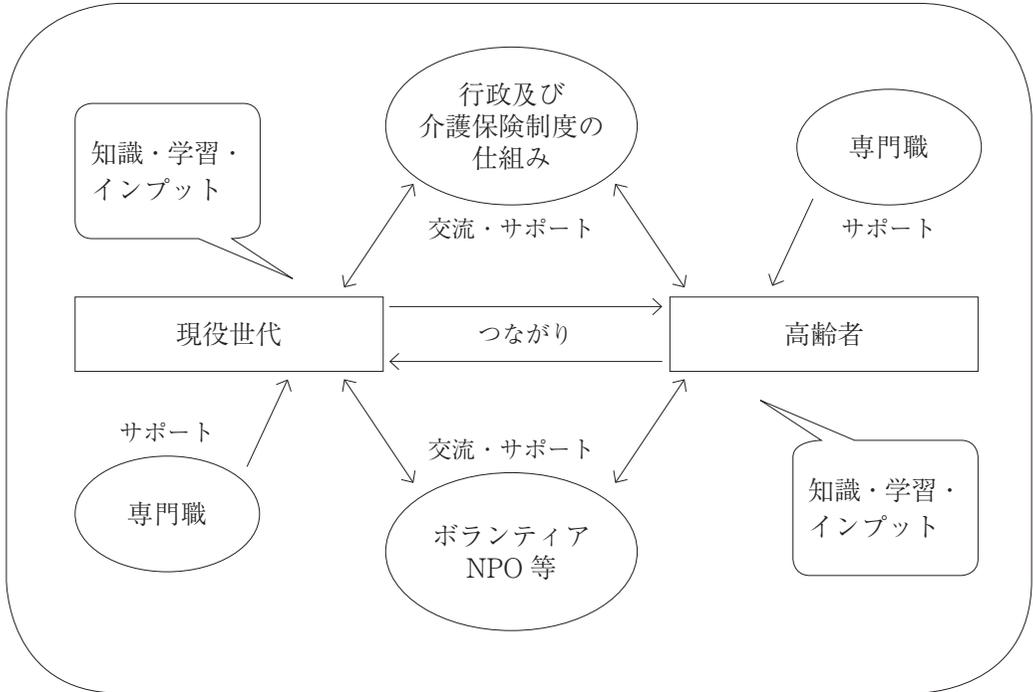
同時に、情報を提供する側は情報発信をすることが求められ、それを受け取る市民は自立した生活の継続する手段として健康寿命を可能な限り延ばしていくためにも、その基盤となる基礎的知識を身に付けていく姿勢が求められる。

③被介護者となって以降、個人レベルとしてどうしていくことが必要か

健康に気を付けていながらも被介護者になってしまうことがある。それは個人の責任として片づけてしまうことは簡単であるが、果たしてそれが妥当なのだろうか。確かに、地域包括支援センターの整備や地域包括ケアシステムの構築が進められている中で、自堕落な生活により健康管理を怠った、介護予防事業等を活用しなかったのは個人の責任だという批判もあろうが、そのようになった背景には、社会的資源にアクセスできないような生活環境、体質・遺伝等の様々な要因が重なったことであり、それだけの理由のみで決定づけられることには無理がある。だからこそ、健康管理に注意を払いつつも、被介護者として家族による介護負担を極力抑えつつ、余生をどのようにして過ごしていくかという指針となるヘルスリテラシーの活用が重要になってくる。

では、被介護者になってから求められるヘルスリテラシーとはどのようなものが考えられるのか。個人レベルで見えていけば、自分自身の状態を

(図3) 様々な社会資源を用いてヘルスリテラシーの習得支援



(出典)筆者作成

知ることである。介護保険制度を利用する際、要介護認定が行われた際の内容を確認するとよい。要介護認定が行われた直後であればADLやIADLが分かるため、何もする必要はない。(無論、必要があれば医療機関で検査もすればよい。)

要介護認定等から明らかになった結果を踏まえ、今、自分自身がどのようなことができるのか、できないのかを把握しておくことで現時点の要介護状態を維持（ADL・IADLが低下するスピードを緩やかに）していくための手段を考えることができる。同時に、認知症を罹患することで自己決定が困難になる場合も備えておく必要がある。例えば、介護サービスを通じてどのような生活がしたいのか（どのようなサービスが利用できるのか）、どのような最期を迎えたいのかを家族に示しておくことが必要であろう。

いずれにしても高齢者となるということは、誰かから支援を受ける可能性が高まることを意味する。そのための備えを考えることも介護におけるヘルスリテラシーでは求められることである。つまり、被介護者になった際のヘルスリテラシーとは現状の把握、見通し、家族との情報の共有を組

み合わせていくことである。

(表1) 被介護者となって求められる個人レベルのヘルスリテラシー

内容及び方法
①自らの身体状態の把握を行う(要介護認定結果等の活用)
②要介護状態の維持をする手段の確保をする(サービスの利用等)
③自己決定が困難になる場合に備える(家族や支援者に希望を伝える)

(出典)筆者作成

④被介護者となって以降、社会レベルとしてどうしていくことが必要か

では、次に社会レベルのヘルスリテラシーとして行政、民間団体等の社会資源は被介護者に対してどのようなことを行っていくことが必要なのか。これは被介護者に対するニーズへの対応と考えてもよい。

上述した内容と重複するが、行政側は介護保険制度に対するアクセスとサービスの利用のし易さ

を常に模索していく姿勢が求められる。前例主義に陥らないことが必要である。社会福祉領域では既存のサービスで充足されないものは新たなサービスの創造を行い、課題解決をすることが基本とされている。何よりも被介護者は様々な生活上の課題を有していることが多いため、ヘルスリテラシーに基づいた自己決定がしにくくなる場合もある。だからこそ、「使い勝手の良い行政」であることが求められる。

他方、自己決定はできたとしてもそれが実現しなければ絵に描いた餅になりかねない。事実、介護サービスを利用する際に家族の意向が大きく反映される場合も珍しくはない。その上で、ヘルスリテラシーを踏まえたあり方という事で自己決定を念頭におくと、介護サービスの内容から人生の最期の迎え方までを包括した形を、その時点での希望として家族や関係者に伝えておくことも必要である。

つまり、家族を通しながらも介護サービスのコーディネートを行う介護支援専門員からどのようなサービスが受けられるかを確認し、介護状態となった自分自身の生活設計をしていくことが必要である。同時に、サービス提供側である介護職、福祉職、医療職もそれに対応した総合的支援体制とでもいうべき多職種連携が円滑に実施できる状況を構築することが求められる。

(表2) 被介護者となって求められる社会レベルのヘルスリテラシー

内容及び方法
①使い勝手の良い行政になること
②現時点で望ましい生活のあり方を具体化できるようにしておくこと
③サービス提供をする側は被介護者の情報収集を行い、体制構築をすること

(出典)筆者作成

2：介護者の視点からのヘルスリテラシー

①家族を被介護者になりやすくするために、自らができること

親（親族も含む。以下、同じ。）が高齢となってくると、子どもは介護者予備軍になる。できる

限り、親が自立した生活を続けられるような環境を家庭全体で作っていくことが求められる。日々、健康管理をするにも自己流の食事管理や運動をするだけでは不十分である。地域包括支援センターを利用する等して、専門職の力を借りることも必要である。そのためにも家族の一員として、初めは健康や医療といった情報収集をして親に提供することが簡単にできることとして挙げられる。

他方、親が遠方に暮らしている場合であると、それが難しい場合もある。「遠くの親戚より近くの他人」という言葉があるように、社会資源の活用を考えることもあり得る。親の交友関係を把握して協力を仰ぐことも考えられる。すなわち、親同士のネットワークを活用し支え合いの関係を構築することである。子どもがすぐに出来ることとして、年末年始や盆時期の帰省に合わせて親とかかわりのある人たちと話をすることをするのもよい方法であると考えられる。

いずれの場合も地域にあるものを最大限活用しながら、将来を見越して早めに情報とネットワークを活用できるよう、自分自身がいつ介護者となってもよいように準備をしておくことが大切なポイントである。

②家族が被介護者になった後に自らができること

家族が被介護者となった時、それは自らが介護者になるということである。いざ介護者となった場合、様々なことが積み重なり冷静さを保つことが困難な状況も想定されるが、まずは現状がどうなっているのかを理解し、今後どのように親を支えていくのかを考えていくのが最初の課題となる。

例えば、介護者である子どもは親と共に話し合いながら情報収集を行い、どのようなサービスを活用していくのかを考えていくことである。団塊の世代以降の親は人によっていくらかの差はあるにせよ、ヘルスリテラシーを身に付けている世代であることから、どういった生活をしたいのか、介護者の希望がどういったものであるのかを選択することが可能である。その上で、親子で話し合いながら、どういった形で介護サービスの利用をすればよいかを決めていくことができれば、結果としてヘルスリテラシーを最大限活用した介護生

活へと繋がっていくことになる。

また、要介護度の見直しを利用して生活環境の変化や今後について考えが変わった場合等、状況に応じて見直していくことも忘れてはならないポイントである。その際にも新しい情報（例えば、新しい介護用品や介護サービスの利用、終末期となった場合はどのようにしていくのか等）を踏まえた自己決定をしていくことも有効な手段であるとする。但し、介護保険制度にも利用できるサービスの範囲があることから、その枠組みに収まりきれない場合は別途、専門職と相談をしながら対応策を考えていく必要がある。

介護者は親を介護しなければならないという重圧にさらされることになり、周りが見えなくなることが往々にしてある。だからこそ、如何にして自分の負担を軽くしていくにはどうすればよいのかを専門職や社会資源等、使えるものを何でも使いながら過ごしていく姿勢が必要である。

3：介護のヘルスリテラシーをより良いものとするために

ここまでいろいろと書き連ねてきたが、全ての市民が最初から専門的な勉強しなければならないのか、毎日の生活に追われて将来の介護問題について思いを巡らせ、行動する余裕がない等、様々な事情で情報を活用することが難しいことが予想できる。確かに現代社会は多くの情報に溢れ、情報の取捨選択をすることは非常に難しいと言える。また情報の陳腐化もあつという間である。

だからこそ、言い方が悪いが、発想の転換で自分が介護問題に直面した際に如何に楽をするかを念頭に置いたヘルスリテラシーの活用方法を考えればよい。その方法とはインターネットの活用もよいであろうし、口コミを用いてみるのもよい。情報を活かすも活かさないのも自分次第である。

結果的には自分だけでなく、家族や周辺の人も大きな渦で巻き込んでいく介護問題であるという事を踏まえるならば、上述したことは小さな労力と時間さえ惜しまなければ実現できるはずである。そして、人との繋がりのあり方、学ぶ姿勢、情報収集をする行動力、これを今一度見直せば、

ヘルスリテラシーは自分と家族の介護問題に非常に役に立つ存在であると言える。

参考文献

内閣府「図1-2-2-7 第1号被保険者（65歳以上）の要介護別認定者数の推移」『高齢社会白書平成30年版（全体版）』（2019年2月20日閲覧）

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html

公益財団法人日本都市センター『地域包括ケアシステムの成功の鍵—医療・介護・保健分野が連携した「見える化」・ヘルスリテラシーの向上—』

公益財団法人日本都市センター、2015年

厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会第145回（H29.8.23）資料2『介護人材確保対策（参考資料）』（2019年2月20日閲覧）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000175125.html>

佐々木淳『在宅医療カレッジ 地域共生社会を支える多職種の学び21講』医学書院、2018年

高橋幸裕「特別養護老人ホームにおいて求められる多職種連携に関する研究—終末期介護での調査結果を踏まえての考察—」『尚美学園大学総合政策論集』第25号 pp.55-78、尚美学園大学編集委員会、2017年12月

高橋幸裕・角能・古賀恵海「介護現場における介護職と看護職による『看取り』と『死』の持つ意味の差異を踏まえたケアの提供方法と連携方法の構築に関する研究」『2016年度研究助成 ジェロントロジー研究報告』no.13 pp.104-113 公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団、2018年10月

ドン・ナットビーム／イローナ・キックブッシュ、

島内憲夫／編訳、大久保菜穂子／鈴木美奈子／訳

『21世紀の健康戦略シリーズ7 ヘルスリテラシーとは何か？21世紀のグローバル・チャレンジ』垣内出版、2017年

福田洋・江口泰正編著『ヘルスリテラシー 健康教育の新しいキーワード』大修館書店、2016年

（たかはし ゆきひろ、尚美学園大学総合政策学部総合政策学科専任講師）

竹野 ユキコ

はじめに

研究所の「共同組織の共同調査」プロジェクトでは、民医連の共同組織の活動が地域の健康にどのような影響を与えているかについて研究中である。現在、医療法人の健康友の会や医療生協の組合員活動など、3カ所の現地調査を行った。それぞれの共同組織ではつながりづくり、健康づくりを行っているが、客観的に健康に効果がある、意味があることを実証していくことが大切だと言われている。その糸口を教えていただこうと、近藤尚己・東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野准教授にお願いし、2017年9月16日に学習会を開催した。

近藤先生からは、共同組織の活動には地域に出てソーシャル・キャピタル醸成の中心として活躍する可能性があること、それには活動を「見える化」して周囲とつながる必要があること、調査結果から課題を共有してさまざまな人々・組織との連携をつくるノウハウは、一般のビジネス世界からも学ぶ姿勢が必要であること、連携のアイデアは関係者が定期的に意見交換することで生まれるということを知った。

また各地の調査事例をあげていただきながら、具体的な内容を教えていただいた。以下は個人的に理解できた範囲でのまとめとなるが、概要を紹介する。

1. 人のつながりと調査評価基準

人のつながりづくりと健康づくりには明確な関係性があり、良いつながりと悪いつながりがある。これらから見えるデータをとるには、測定方法が妥当であり、精度・信頼性が高い、この二つを合わせて正確性がある、信頼できる、的外れでないことが重要である。調査項目は聞きたいことを聞くものであり、後で聞いてもばらつきが少なく、

精度が高い「物差し」で聞くことが必要となる。また目的とすることをしている人としていない人を比較することも大切であり、友の会活動などを評価する場合も、活動している人と活動していない人も含めた地域全体の情報を得ることが出来る。測定の際には、データをどこまで当てはめるかを設定し、その母集団を調査対象者たちがどこまで代表しているか、代表性を確保することが重要である。

例えば、友の会活動などで県連の全員のデータをとれるならば、全数調査、悉皆調査になる。ただし、それだけだと活動に参加している人のデータしか取れないので、県民全員のデータを取って、友の会活動をしている人、いない人という両方があるといい。調査をするときはサンプリングすることになるが、恣意的にある地域の人たちを選ぶのではなく、統計的に無作為に選ぶようにしないと偏ったサンプルになる。以上のような注意点に留意が必要なため、実際に調査をする場合は、量的調査、社会調査を専門とする研究者などとの協力が必要である。

(1) 山梨県の無尽講の調査

無尽講は昔からの互助活動であり、山梨と沖縄ではいまでも盛んに行われている。10人ほどで組織し定額を毎回支払い合うもので、例えば10人で1万円ならば1回に10万円集まる。これをメンバーの誰かが使うことに工面する。健康長寿のトップランナーである山梨は、人づきあいが濃いことがNHKの調査でも出ており、一方で「余所者意識」という言葉が生きているように思うという回答も最も高い。そこで山梨は人づきあい、人間関係が特殊なのかもしれない、それが健康に関係するのかもしれないということで調査を行った。

まず山梨県の高齢者をランダムに選択し、8年間を追跡した。最初はインタビューでしっかり話を伺い、次からは郵送で回答を寄せてもらった。

内容は身体活動、ADL、身体機能、要介護になったかどうか、生死などである。山梨では9割近い人が新聞のお悔やみ欄に掲載するので、追跡できなくなった人はそれを追いかけて拾い上げた。初回調査は96%の追跡率になった。途中で何か問題がある人の追跡ができなくなると、結果にバイアスがかかるので、追跡率を上げることも大切である。

8年間を見ると、無尽講には二つのタイプで参加する人がいた。一つは楽しみで頻繁に参加しているタイプ、もう一つは掛け金が高くお金を目的にするタイプである。中には1回10万円というものもあった。所得水準や学歴といった背景の影響を除いても、楽しく活発に参加している人は要介護になりにくい、掛け金の高い無尽に参加している人は要介護になりやすいという統計的な傾向が見つかった。こういう組織参加にもいい面と悪い面がある。

社会学者のポーテスは、人付き合いのマイナス面を「余所者を排除してしまう。グループから過度の要求があるとストレスになる。出る杭は打たれるという抜け駆けの禁止」と指摘している。無尽講もその傾向があり、ひとたび入ると、10人だったら10回は抜けられない。1回10万円ならば、100万円を払うまでは追いかけるというストレスがある。友だちとの楽しみ目的ならば安い面もあるが、そうではないとむしろ体に悪いかもしれないということが判明した。

(2) 高齢者サロン活動の評価：愛知県武豊町

サロン活動とは、高齢者や子育て中の親子など、地域の誰もが気軽に立ち寄れる仲間づくりと出会いの場である。千葉大学の近藤克則教授を筆頭とする「一般社団法人日本老年学的評価研究機構」(JAGES、ジェイジス)では、全国30の自治体と高齢者を追跡し、データを使った高齢者サロン活動の評価を行った。全国の地域包括支援センターや社会福祉協議会が連携して場をつくるが、人のつながりをつくることでお互いに助け合う仕組みができる、それがソーシャル・キャピタルになるのではないかというコンセプトである。

愛知県の武豊町では、半径500mごとの地図を作り、サロンを戦略的に作った。高齢者は500m

を超えると参加しなくなり、近ければ近いほど参加する傾向があるので、武豊町全体にサロンがあるように設定し、サロンをつくと要介護予防になるのかを検証するために追跡した。その後、サロンに参加する人は、参加していない人よりも要介護になる確率が半分に減ることが判明した。これは性別や年齢や所得といった影響は統計的に解析をして除いている。さらに、もともと健康だからサロンに参加しやすいという傾向もあると考えられるので、計量経済学的手法を使って除いている。

誰が参加したのかという毎回の名簿情報は、比較可能な形で、複数の活動同士で集計できることが大事である。また会場までの距離も住所がわかれば明らかにできる。参加している方の健康状態、できれば所得情報など、参加や健康に影響しそうなその他の要因もある程度にできるだけ取っておくことが大事である。

何を明らかにしたいかで項目を決めるが、これはデータを取りはじめるときに仮説を立て、明らかにしたいことや定期的にモニターしたい項目を決める。調査の項目や調査票のデザインを決める、事前の準備段階が非常に重要である。データをしっかりベースラインで取り、その後、介入した時にはその後の値も取る、それを比較群と介入群とでデータを取ると、各群の変化量、各群の間の差を「差の差 (ディファレンス・イン・ディファレンス)」と言い、その差の差の分析をすることで効果が評価できる。

(3) 見える化による変化①：熊本県御船町

熊本県の御船町では、各課横断で「地域包括ケア支援会議」をしている。地域包括支援センター、介護保険課、税務課、地域振興課、農業推進課、交通課などから人が集まり、高齢化の問題をどう解決するかを横断的に考えている。お互いの事業や悩みの発表、調査によって見える化した地域診断データを使ったワークショップを行う。一緒に検討することで各課の業務が明らかになり、同じような事業を同じような地域・別予算で行っていたことが解消され、さらに新しいことが始まった。

ある過疎の農村地区では、最初に農業振興課が里山育成事業という住民主体の地場産品の活性化

で、廃校した小学校の配膳室でお弁当をつくり配食サービスを始めた。そこに介護保険課がかかわり、見守り事業が一緒になった。さらに会食をしようという話が新しいサロンになった。この地区は人のつながりや交流も多かったが、一方で閉じこもりの人も多く、既存のサロンには参加していないように思われた。そこで新たな集いの場として廃校を利用した「ほたるの学校」という学校形式の新しいサロンが始まり、会食サービスのお弁当(100円補助が出るので400円になる)につられ、閉じこもっていたが数年ぶりに出てきた人もあらわれた。里山育成は農業推進、見守りは介護保険、サロンづくりは地域包括と社協という個別の活動が、廃校になった小学校でまとまり、連携した事例になった。

(4) 見える化による変化②：長崎県松浦市

長崎県松浦市では、保健師が地域診断書、地図化しているデータを使い、各地区で地域懇談会を住民と一緒にいったところ、閉じこもりや買い物難民の多い地区に一気に新しく「お寄りませ」サロンが開設された。客観的なデータでの見える化によって、地域の住民を動かすことが出来た。

さらに追加的な効果として、移動販売の売り上げが伸びた。閑散としているところで売れないため、移動販売業者はあまり行きたくない地域だったが、「今度サロンをやるからそこで営業してほしい」となると、買い物難民が多いサロン参加者は移動販売で買うようになった。サロンの参加者は買い物が出来てサロンに参加できて楽しい、移動販売業者も売れて嬉しいと、お互いにプラスになった。

2. 調査や見える化でわかること

(1) 地域の活動と健康効果

サロンに参加した人たちは、それ以外の地域活動に参加する確率が7割くらいと、サロン活動に飽き足らず、いろいろなことをやりはじめる波及効果がある。つながりづくりの健康効果も高い。おそらく友の会活動にも、そういうことがあるのではないかと。地域のいろいろな活動やまちづくりの先頭に立つような発展が増えるといいのではな

いか。保健師さんなどは、そういうリーダーを求めている。まずは「こういう活動をしています」と町や町の委託している地域包括支援センターや社協、保健師さんたちと話せると、新しいことができるのではないかと。

(2) 課題共有、優先順位付け、プランニング

見える化によって、いろいろな人との課題共有が出来る。いろいろな部署で共有できると、仲間を増やせる。活動がこんなに役立っているとわかると、出資してくれる人が出てくることにつながることもある。具体的には社会福祉協議会や地域包括支援センター、まちづくりに貢献したい企業のCSRなどが考えられる。また日本では養子縁組のソーシャル・インパクト・ボンドの事例があるが、サロンや友の会活動などにソーシャル・インパクト・ボンドを導入する場合、目標値と達成度により支払いが決まるため、効果評価が鮮明にできなければならず、このためにも見える化は重要となる。

また地域には、サロンや友の会活動があるところと、ないところがあるが、見える化しないと気づかない。それらを明らかにすれば地域全体で一気に計画するのではなく、順序立てて進めることが出来るようになる。また今やっていることをしっかり評価し、どうプランニングするかを考えるときに、データが重要になる。

(3) きっかけづくりとしてのデータ活用

まちづくりは、病院だけでも社協だけでも学校だけでも出来ない、みんなで進めるものである。集まったときに個々の活動がこういうことをしているとデータで示されていることは強みになるので、活動の客観的な評価をしてほしい。サロンや友の会の効果と堅苦しく言わずとも、ここで何人で何をしていると数値化し、見えるようにするだけでも、良いコミュニケーションツールになる。また地図にマッピングして見えるようにすると、この地区にサロンがない、誰かしませんかとなることもある。友の会、高齢者サロン、その他の活動などを、それぞれ個別に評価するのではなく、高齢者の必要な場という意味での協力が必要である。

おわりに

質疑応答の際に、上手くいくサロン活動の特徴は何かという質問があり、ボランティアの負担が分散出来ることが挙げられた。

質問に対して、ボランティアの善意に頼り切るのではなく、少なくとも活動に必要な資金プラスアルファのお金が回る形で行う、レポートなどの作業がみんなで分担されるなどが例に挙げられ、神戸市北区で作られた「地域の集い場立ち上げ支援ガイドブック～“集い場”立ち上げ支援のための虎の巻～」にある「だけクラブ」という仕組みの紹介もあった（無料ダウンロード可能、参考資料参照）。これはサロンをする際に「サロンの日の鍵開けだけ、してくれませんか」「お菓子を1品だけ、持ってきてくれませんか」と、作業を限定して依頼すると「それぐらいならいいよ」となり、特定の人にいろいろな作業が集中してしまうことも避けられる仕組みでもある。

近藤先生は、従来の健康運動を奨励するなどの押しつけがましい形ではなく、自然と人が交流し、思わず健康的なことをしてしまう仕掛け作りをいかにするかを強調した。また介護者のケア対応のために地域で関係者が集まることも重要だが、介護者となる前の健康インフラ作り、まちづくりのケア会議もより普及してほしいと述べた。近藤先

生からは今後に向けた非常に多くの示唆をいただくことができた。改めてここで感謝を申し上げます。

- 【参考資料】「日本老年学的評価研究」(JAGES)のライブラリー・地域連携ツールのURL(下記などが無料ダウンロードでき、自由に印刷・配布が可能)
<https://www.jages.net/library/regional-medical/>
- ・「地域の集い場立ち上げ支援ガイドブック～“集い場”立ち上げ支援のための虎の巻～」
 - ・「介護予防のための地域診断データの活用と組織連携ガイド(ポケット版)」こちらはオールカラー冊子版(A5)を購入することも出来る(1冊800円(税抜)送料別)

【参考文献】

- 近藤尚己「健康格差対策の視点から見た民医連の活動と共同組織」『民医連医療』No.508、2014年12月
- 川上憲人／橋本秀樹／近藤尚己編『社会と健康：健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ』（東京大学出版会、2015年）
- 近藤尚己『健康格差対策の進め方：効果をもたらす5つの視点』（医学書院、2016年）

（たけの ゆきこ、研究所事務局長）

イギリスの社会的処方方式と非営利・協同セクターの役割

石塚 秀雄

1. はじめに

いわゆる先進国における医療介護政策は、福祉国家の揺らぎの中で共通の政策的傾向を持っている。医療、介護、予防、保健、公衆衛生の統合的政策と地域化、サービス供給の多様化、効率化を目指すという点で共通性を示している。我が国においては2014年にいわゆる「地域包括ケア法」が作られ、主として高齢化対策として組み立てられている。地域包括ケア方式は、医療福祉の医療専門分野と社会生活維持のためのサービス（非医療専門分野）の組み合わせを想定し、さらに地域社会の市民団体との連携を想定している。しかし、政府の政策である自助、共助、公助という優先順位の考え方からすると、公的サービスの削減のための手段として、あるいは従属手段として自助、共助が位置づけられている。筆者は「公助」という概念は、公的責任（公的サービス）に関して論理的にあり得ないと考えるが、それはさておき、日本の地域包括ケアの先駆けのモデルともいえるイギリスの社会的処方（social prescribing）が日本と異なる点は、患者の参加と地域社会団体（非営利・協同組織）の関与あるいはパートナーシップを重視している点である。ここでは、社会的処方システムにおける非営利・協同セクターの位置づけに絞ってイギリスの事例を見ていくことにする。ただし、ここで言うイギリスとはイングランドのことである。

2. 社会的処方の特徴

イギリスにおいては、2006年頃から、NHS（国民医療サービス）制度改革の一環として、社会的処方方式が提案された。社会的処方とは①医療従事者による患者への取り組み、および介護、公衆衛生、公共施設、その他非医療部門による、制度的サービス供給（いわゆるフォーマルセクター）、

②市民団体、非営利組織の協力（インフォーマルセクターによるサービス提供）、③市民（患者）の福利と活動への参加、により構成される（National Social Prescribing Network、2016）。ここで対象となるのは、市民（患者）は単なる病人という範疇ではなくて、社会サービスを受ける対象となる高齢者、障害者、ホームレス、女性、薬物中毒者、少数派外国人、トランスジェンダーなどを含む。

従来の医療サービス概念と異なる点は、医療介護が、その専門分野で完結するのではなくて、コミュニティの関与すなわち、非医療的専門とのリンクさせるということと、市民の社会経済的問題、心理的問題を、NHS 制度の中にも含めるということである。その動機としては、プライマリケアをより広い社会的経済要因とを結びつけること、また医療の不平等の克服、高齢化、社会的排除、社会的孤立、貧しい住宅環境への対応があげられている。社会的と呼ばれるゆえである。また、「個人化（personalization）」が重視される。これは市民が自分の生活と必要を自分で豊かにできるようにするためのサービスの実施ということであり、日本的「自助」とは異質のものである。「自己照会（self-referral）」方式は、患者がそのニーズを、家庭医（GP）を通じて、非医療専門家にアクセスすることを保障するものである。

しかし財政的動機としての社会的処方システムは、NHS の公的費用を、多様なステークホルダーをくみいれることによって削減することにある。とりわけプライマリケアにおける GP へのアクセスを減らすための予防的措置としての患者のセルフケアによる社会的処方の役割が重視されている。

NHS がかけ人々（患者）の参加の原則は次のようなものである。①人々の要求を直接聞くこと。推測するのではなく。②平等と多様性を認め、異なる意見に耳をかた向けること。③医療不平等

の人たちの参加を促すこと。④人々がテーブルにつきその能力と経験を発揮できるようにすること。⑤わかりやすい情報、多様なニーズの相談に乗ること。⑥人々の参加のための予算確保。⑦仕事の透明性、誠実性、エビデンスの確保。⑧対話重視。おしゃべり回避。誰もが仕事が発揮できるようにすること。⑨経験交流。⑩成果の記録と意義の共有。

日本風に言えば住民参加、患者参加とも呼べるが、イギリスでは public involvement と呼んでいる。これは具体的には、住民と地域の CCG（診療委託グループ）との関係の中で実施される NHS 原則である。この原則に基づいて住民や患者の意見や要望を仲介伝達フィードバックする媒体は、非営利・協同セクター社会サービス機関、ヘルスウォッチ（Healthwatch）、地方自治体、介護品質機関（COC）などがある。

ヘルスウォッチは1991年に設立されたチャリティ登録の非営利組織である。医療知識情報の公益化を促進し、検査調査なども行い、地域の GP と協力し、地方自治体、NHS との交渉などをおこない、また情報発信をしている。会費を基礎財源として、製薬会社などからの献金は受けていない。

またいわゆる「共助」とみなされる部分は社会的処方においては、明確に非営利・協同セクターの役割が位置づけられている。それらと NHS サービスとの橋渡しをする者として、地方自治体はコミュニティ・ナビゲーター、コミュニティ・コネクター、社会的処方コーディネーター、コミュニティケア・コーディネーター、ローカルエリア・コーディネーターなどを通じて、非営利・協同セクターと公的セクターとのパートナーシップが重視されていることに特徴のひとつがある。これらの全体を「社会的処方ネットワーク」と呼んでいる。

社会的処方システムによる効果は、一例をとるならば、生活の質（wellbeing）の向上したと思う患者は77%、GP 診療を受けるのが減ったという人が33%、薬局に行くのが減った人が50%となっている（NHS Merton, 2018）。

3. 非営利・協同セクターの役割

イギリスでは、非営利という用語はあまり使わ

れず、伝統的にはボランティアである。そしてコミュニティと社会的企業との組み合わせがイギリスでは考えられているが、それはヨーロッパで呼ばれている社会的経済・連帯経済セクターの考えとほぼ重なるものである。イギリスではボランティア・コミュニティセクターは約35,000団体、社会的企業セクターは約10,000社が登録されており、非登録を含めるとそれに倍する規模が非営利・協同セクターを構成しているといわれる。

非営利・協同セクターと行政・地方自治体との協働を制度化したものが「コンパクト、compact」と呼ばれるものである。1998年に全国コンパクトが設立され、翌1999年にコンパクト法（code）が作られた。地域コンパクト（local compact）が全国に作られた。2010年にキャメロン首相の保守党政府と非営利・協同セクター側の組織（協定では「市民社会組織」と呼んでいる）であるコンパクト・ボイス（compact voice）がコンパクト協定を新たに結んで市民社会における公的セクターと非営利・協同セクターの協働を推し進めることを再確認した。キャメロンは「ビッグソサエティ」を標語にし、上からの協同組合作りを提唱するなどして従来の協同組合陣営を困惑させるような側面を持っていたが、保守党なりの市民社会重視をしていた。しかし、キャメロンはイギリスのEU離脱の国民投票の提唱者であり、現在のイギリスの混乱を作り出した、やはりエキセントリックな政治家であったといえよう。

コンパクトは総務省（Cabinet Office）の市民社会局の所管となっている。各地方のこの両者の間で、毎年、ローカル・ジョイント・アクションプランが作られている。これは非営利・協同セクター側が作成し、地方自治体側の承認を得る方式である。

コンパクトの目的は、市民社会の活動において非営利・協同セクターの役割を重視し支援することで、内容は、経済、社会の多様な分野にわたる。社会的企業支援、社会サービス支援をするが、コンパクトのめざす原則は次のようなものである。加えて、非営利・協同セクターと行政のそれぞれの役割が示されている。①強い多様な自立した市民社会、②公的サービスの透明化効率化、③要望に応えた高品質のサービス、④きちんとした事業

管理、⑤平等で公正な社会。

具体的には、地域において、地方自治体が所管する CCG（診療委託グループ）と HWB（保健福祉会議）はコンパクトの事業の大きな柱である。これらは2012年の「社会的介護法 social care act」に基づいて設置された。CCG は一般医（GP）や医療従事者、非営利社会サービス組織、行政の代表により構成されている。HWB は、NHS 代表、非営利セクターの社会サービス機関代表、CCG 代表、地域ヘルスウォッチ（local Healthwatch）代表および地方自治体代表などにより構成される。HWB は従来の NHS 公的医療サービスと、新たに社会的介護（social care）とをリンクさせたもので、ローカル・パートナーシップを強化したものである。HWB におけるヘルス（health）とは心身・社会的健康を指し、単なる病気病弱を対象にするものでないとされる。ウェルビーイング（wellbeing）とは、人の社会的・感情的・精神的な良好状態を指す。HWB の機能は、地域の医療介護ニーズの調査（JSNAs）を実施し、共同保険介護戦略（JWHSs）の作成すること、包括的な事業を実施し、行政の関与負担を軽減することである。

4. 社会的処方システムと非営利・協同セクター関連法令

NHS 法（2006）でも、非営利・協同組織の定義が第275条で規定されている。具体的にはチャリティ組織、コミュニティ・インタレスト・カンパニーも含む。

（1）保健社会的ケア法、HSC、2008年

同法は、2006年の NHS 法を受け継ぐものである。2010年に成立した保守党キャメロン政権がおこなった NHS 改革の一環である。政策の一部では、NHS プライマリケア・ファンデーションを解体して、GP による診療所グループに再編した。さらに地方自治体に保健社会的ケア会議を設置したことである。

（2）公的サービス（社会的価値）法、PSA、2012年

同法は、公的セクターの事業のうち、経済的、社会的、環境、福祉の分野の事業を、公的契約を

通じて委託化する、すなわち民営化促進を目指したものである。しかし、この民営化と委託先は非営利・協同セクターとしたものであり、営利化への道ということはできない。イギリス的には、サードセクター、社会的企業などとのパートナーシップを進めるものである。

（3）平等法、Equality Act、2010年

CCG の医療介護活動に影響を与えている法の一つとして平等法がある。これは、年齢、人種、宗教、性差などで差別をしてはいけないことを明記したものである。

（4）公契約規則、Public Compact Regulation、2015年

同規則は、公的調達規則を細かく規定している。契約対象者を特定化してわけではない。

（5）介護法、Care Act、2014年

同法は、地方自治体が住民の生活向上（wellbeing）の取り組みに責任をもつことを定めた。

（6）コンパクト法、Comapct Code、1999年

行政とボランティアセクターの協働事業について規定している。非営利・協同セクターはボランティアセクターと表現されている。

5. 社会的処方システムの意義

イギリスの社会的処方とは直接的には地域医療サービスの内容の拡大であるが、それぞれの立場での意義は異なるといえる。NHS 制度を管理する公的セクターからすれば、国民医療サービスの効率的運営すなわち財源の節約、医療アクセスの不平等の改善が大きな目的である。市民・患者側からすると市民権と健康権社会権の拡大と医療費の効率的使用であり、ヘルスリテラシーの議論とも共通する。またそれは市民社会の活性化である。市民権はイギリス的に言えば、「シチズンシップ」という市民参加ということである。社会的処方とは、医療制度に関わることであるが、その取り組みが作られる背景には、より広範な市民社会の発展のための取り組みと諸種の法制度化の積み上げがある。そしてなによりも政府・地方自治体という公的セクターが非営利・協同セクターの役割を積極的に評価しパートナーシップを作り上げて

いることである。それには何よりも非営利・協同セクターの実態がなければならない。日本ではイギリスのそうした取り組みを、ともすれば民営化市場化としてだけ見なす傾向があるのは、正確な議論とはいえない。その原因は、日本に非営利・協同セクターの実態と認識が非常に不足しているというやむを得ない理由もあるからである。

主要参考文献

K. Steadman, et “Social Prescribing”, Work

Foundation, 2017

“Annual Report 2017-18”, HealthWatch, 2019

“Social Prescribing” Healthwatch, Oxfordshire, 2018

“Social prescribing at a glance, North West England”, NHS, 2016

“Healthy Dialogues”, NHS Merton, 2018

“Five Year Forward View”, NHS, 2014

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

報告書

非営利・協同総研いのちとくらし／全日本民医連／保健医療研究所共催 イギリスの医療・福祉と社会的企業視察報告書

248p、頒価500円、ISBN 978-4-903543-14-7

発行日 2016年6月15日

発行 特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし

2015年10月31日(土)～11月8日(日)実施のイギリス視察報告と、ロンドン認知症ケア視察の報告も入っています。

ロンドン、サンダーランドにおけるNHS医療と介護の関係や、社会的企業が提供する社会サービス、子ども・若者支援など、現地内容と論考によってイギリスの状況を知ることができます。(表紙2色、本文モノクロ)。

【目次】

- ・日程概要(事務局)
- ・イギリスの医療・福祉と社会的企業視察の総括

●第1部 医療・福祉視察

1. イングランドのNHSファンデーション・トラストの構造
2. 英国の医療・介護の動向
3. ガイズ・アンド・セント・マス病院—National Health Service (NHS) 制度における当事者の参加—
4. 資料：サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT
5. (1) サンダーランド市民病院トラスト (Sunderland City Hospital & Colleagues)
(2) サンダーランド市民病院 (院内見学)
6. 英国のGPクリニック 視察報告
7. エイジUK ルイシャム・アンド・サザーク ストーンズ・エンド・デイ・センター (Age UK Lewsham and Southwork Stones End Day Centre)
8. イギリスのアルツハイマー研究の最先端と日本の治験研究—アルツハイマー病治療剤の臨床試験と医師主導治験

八田英之

石塚孝雄
高木幸夫
馬渡耕史
山田 智
小磯 明
小磯 明
村口 至
竹野ユキコ・熊倉ゆりえ
小磯 明

●第2部 社会的企業視察

- ・イギリス社会的企業研究20年を振り返って
- ・イギリスの感想
- ・女性による女性のためのコミュニティ・ビジネス Account 3 (アカウント3)
- ・非営利住宅供給会社とコミュニティ開発—イングランド、サンダーランドのジェントウー Gentoo の事例—
- ・英国社会的企業のインフラストラクチャー組織 SES (Sustainable Enterprise Strategies) の現況
- ・英国・従業員所有企業の展開—Sunderland Home Care Associates Ltd. の事例—
- ・就労支援と学校教育—イギリスと日本との就労支援の在り方とその背後にある思想に着目して—
- ・イギリス社会における非営利セクターの存在意義

中川雄一郎
志藤修史
二上 護
石塚孝雄
熊倉ゆりえ
熊倉ゆりえ
走井洋一
杉本貴志

○第2部資料編 視察インタビュー記録

1. アカウント3 (Account 3)
2. サンダーランド・ホーム・ケア・アソシエーツ (SHCA)
3. ジェントウー (Gentoo)
4. フラワー・ミル (Flower Mill)
5. ボックス・ユース・プロジェクト (The Box Youth Project)
6. スペース・ツー (Space 2)
7. サステイナブル・エンタープライズ・ストラテジーズ (SES)

○感想その他

- ・マルクス・エンゲルス、英国の社会調査
- ・東ロンドン見学とトインビーホール

小磯 明
竹野ユキコ

●補論：2015年9月ロンドン認知症ケアの視察報告

(いずれも小磯明)

1. サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT- キングス・ヘルス・パートナーズの取り組み—
2. 継続的ケア・ユニット—グリーンベール・スペシャリスト・ケア・ユニット
3. クロイドン・メモリー・サービス (サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT)
4. サットン・ケアラーズ・センターとアドミラルナースの連携
5. デイメンシア UK- アドミラルナースの貢献—
6. 認知症診断率の改善



野村 拓

歴史的文脈で考えよう—— 社会学的補強の必要性

「疾病と貧困の悪循環」を断ち切ろう、という動機から生まれた社会医学は、多分に社会変革的な志向を持っており、その志向ゆえに抑圧されて、戦争体制にはいり「軍事専門医」の登場となった経過を知っておくことがまず必要だろう。そして、戦後「社会医学」は復活し、「格差なき医療実現」のために一定の役割は果たしたが、同時に、アメリカ医療社会学の影響などで人畜無害化も進化した。

アメリカの『医療社会学』の訳者は「サービス」を「奉仕」と訳し、「レジデント」を「住み込み医」と訳した。皮肉を込めて「住み込み医」はなかなかの名訳と言う人もいるが、お笑い芸人のネタ本に使えるような中身である。医療社会学の名のもとに「錠剤の色彩別プラシーボ効果の研究」などが登場し、社会変革の「社会」は「ソーシャル・ゲーム」の「ソーシャル」に退行・変化しつつあるのではないか。

いま、「社会医学系専門医」と称する場合の「社会」も多分に総花的、無性格で気分的な言葉ではないだろうか。総花的であれば定義もながたらしくて分かりにくい。恐らく、臨床的分業としての専門性とは違った次元で「保健医療をトータルにとらえ、指導性を発揮しうる専門性」を考えているのだろうが、この場合、社会科学的補強が不可欠である。これがないと、専門化に伴う「視野狭窄症」と「思い上がり」により、731部隊のような「軍事専門医」を生むことになる。しかもこの731部隊は飛び離れた存在ではなく、生体解剖事件や毒ガス研究などが他大学の専門医によって展開されたことを忘れてはならない。そして、社会医学が抑圧され、「軍事専門医」が登場した歴史的経過を再確認することが必要である。

1933（昭和8）年、時の陸相、荒木貞夫、文相、鳩山一郎の合作で全国の学校に「靖国神社参拝」を強制し、荒木は細菌兵器研究にゴーサインを出した。同じ年、滝川事件が起こり、『女工と結核』の著者、石原修は、文官分限令により阪大を追われた。

それから8年後の1941（昭和16）年3月の阪大医学部教授会では「医学概論」と「国家国防医学」をカリキュラムに導入し、「国家国防医学」の内容は「大陸医学」「航空医学」「毒ガス研究」などによって構成されていた。

「医学概論」によって「保健医療をトータルにとらえ」、「国家国防医学」に依拠して「指導性を発揮」するのだ、例えば「石井式濾水機」などは「大陸医学」の成果である、などと強弁されると、「社会医学」イコール「国家国防医学」になってしまう。そうならないためには「社会医学」や「社会科学的補強」が必要である。私は1991年の社会医学研究総会講演で『社会医学を社会科学的に補強する』と題して、以下のようなお話をした。

1. はじめに
2. 政治経済学と社会医学
3. 社会政策の人道主義
4. 人間労働をめぐって
5. 医療経済的関心
6. 社会科学の解禁と社会医学の再生
7. 社会医学研究分野からの社会学者の撤退と医学者の社会科学的認識の後退
8. 医療経済研究会とその姿勢
9. 社会医学への提言
10. 社会科学との接合面—社会的再生産と医療
11. 医療担当者用の社会科学
12. Social Medicine の国際動向
13. 日本の社会医学

いささか、欲張った内容で、時間配分を誤り、前半だけで時間切れになってしまったが学会誌にはフルテキストが掲載されている。

「社会医学系専門医」を名乗るのであれば

「社会科学的補強」を「設問化」すれば、次のようなことになるのではないか。

- ・「水道事業民営化」が課題視されたとき、19世紀中葉のロンドンの「水道会社別・コレラ死亡率」の統計がフラッシュ的に浮かんで来るか。
- ・アメフトの「ターンオーバー」から、産業疲労や労働強度の指標としての Labour Turnover を連想するか。関連して早期 Turnover を「産業的乳児死亡」とよぶことも。
- ・Consumption という言葉の「消費」以外の意味。労働力の再生産失調、結核菌発見以前の産業結核（ジリ貧病）を意味することを知っているか。
- ・The Reproduction of Mothering. という本の Reproduction の訳は「生殖」ではなく「社会的再生産」だが、この言葉の意味が説明できるか。
- ・「社会的共同消費手段としての医療」という表現の説明ができるか。

もし、答えられないのであれば、社会科学用語・概念を共有しえない「お受験」「もやしの暗室栽培型」の「ソーシャル」医学ということになる。

医学生は先人に学び、社会学者は医療の比較経済史を

かつて、医学生たちが、夏休みに汗まみれになってフィールド・ワークをやり、「医学生ゼミナール」で社会学者顔負けの発言をしていたころは「社会科学」の「社会」であったが、夏休みにエアコンの効いた部屋で国家試験用の補習授業を

受けた世代の「社会」は気分的「ソーシャル・ゲーム」の「ソーシャル」に近いのではないか。

言い換えれば、使われる言葉としての「社会医学」や「公衆衛生」の意味・内容が退化しているのではないか。当然のことながら、この「退化・退行」は医学教育にも反映される。公衆衛生学の講義で、G. ローゼンの名著『公衆衛生史』(1953. 増補版1993.) が使われることなど、まずないだろう。例えば、この本には

「イギリスではフリードリヒ・エンゲルスが、ドイツではルドルフ・ウィルヒョウが公衆衛生を、搾取をあきらかにし不健康な社会条件を劇的に示し民主的解決を求める焦点的存在として位置づけた。」

と書かれてある。ここでの「公衆衛生」に比べれば、現在の「公衆衛生」はいささか公衆便所である。

医学情報の指数曲線的増大の重圧はよくわかるが、医師には生涯学習として「社会科学」的素養を身につけてもらいたいし、他方、社会学者に対しては、例えば、専門医制についての比較経済史的研究などが、現在、もとめられている研究のひとつである。

大英帝国の植民地支配が生んだ「ミドル」を対象にしたイギリスの専門医（顧問医）、先発移民の「ミドル」化と後発移民や奴隷無視の上に市場開発的に発達したアメリカの専門医制度、日本の場合、「総合診療専門医」づくりの背後に潜む自治医大、産業医大、防衛医大関係者、などの思惑、「軍事化」に迎合しやすい「専門医」の危うさ、など、社会学者が腕を發揮すべきテーマである。

「社会学者を名乗るのであれば」医療的非力は許されない。社会学者が医療面でパワーを發揮しなければ、医師層の社会科学的認識の深化はのぞめないからである。(2019.2.12)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

非営利・協同体における若手職員の 育成および主体形成に関する研究 —鹿児島・麦の芽福祉社会に注目して—

石倉 康次、深谷 弘和、申 佳弥

調査研究の背景

1990年代以降、非営利・協同体の中でも、社会福祉供給体のあり方は大きく変化してきた。社会福祉基礎構造改革以降、社会福祉現場には、市場原理が持ち込まれるようになり、措置委託制度から、契約制度へと移行し、多様な供給体が福祉サービスを提供するようになった。近年では、2016年に社会福祉法改正によって社会福祉法人制度改革がすすめられたが、その背景には、これまで社会福祉を担ってきた社会福祉法人が、新たに参入してきたNPOや株式会社などの多様な法人とのイコール・フッティングをすすめようとする動きが指摘される（村田，2011；石倉，2015）。

このような社会福祉供給体のあり方の変化は、従事している福祉労働者の環境にも影響を与えている。これまでと異なる競争的な価値観が持ち込まれることで、事務量が増えるなどの量的な変化だけでなく、利用者との関係性の変化など質的な変化も生じている。これらの労働の変化を背景にして、入職してから3年以内に離職する労働者の割合が高く（介護労働安定センター，2016）、離職者が増えるとチームによる支援実践が困難となり、労働環境は好転せず、離職者が相次ぐという負のサイクルを止めることができていないのが現状である。全社協などでは、職員が将来の見通しを持つことができるように技術や力量を高め、専門性を向上させるキャリアパスの構築などの取り組みを拡げているが、抜本的な解決には至っていない。中でも若手職員の離職は、様々な年代の人を支援する社会福祉現場では、バランスを欠いた支援につながり、さらにこれまで積み上げてきた支援実践を次世代へとつなげていくことを困難に

している。

このような現状に対して、改めて「非営利・協同」という視点から社会福祉労働のあり方を見つめなおし、人材育成のあり方と、その人材が継続して働き続けられる組織運営を検討することが求められている。

本調査研究は、こうした競争的な市場原理の流れに対抗して、「協同」を意識した法人運営を展開している鹿児島県にある社会福祉法人麦の芽福祉社会を対象として、法人の運営および人材の育成について検討をおこなうものである。法人が掲げている理念や価値観に従事する職員で共有する運営をどのようにおこない、それぞれ職員はどのように理念や価値観を語るかを整理する。それを通じて、「非営利・協同」を掲げる供給体の今後のあり方を模索することとする。

調査の概要

今回の調査の対象は、鹿児島県にある社会福祉法人麦の芽福祉社会（以下、麦の芽福祉社会）である。麦の芽福祉社会は、1981年に設立され、現在は約549人（2019年2月末）の職員が従事する社会福祉法人である（清原ほか，2001）。療育施設、障害者の就労支援施設のほか、グループホームやその運営や施設づくりにおいては、麦の芽福祉社会の後援会的母体であると同時に、利用者（麦の芽福祉社会では「なかま」）・家族・職員も含めた全会員自らが活動の担い手となり、その活動に参加・参画して利用していく、「協同の組織「むぎのめ」という任意団体が主体となっている。そして、地域住民との関係づくりのなかで、ライフステージを通じた支援実践が展開されている。

今回、調査対象として麦の芽福祉会を選定したのは、麦の芽福祉会が「“きょうどう”（協同）」の理念を基にして法人内でボトムアップ型の意思決定の独自の仕組みを作り上げていることにある。理念として、すべての構成員で意思決定を目指すことは簡単だが、実際に運営の形まで落とし込んでいる法人は少なく、こうした組織づくりが人材育成にも影響を与えていると考え、調査をおこなった。

実施した調査は2つに分けられる。1点目は、「麦の芽福祉会の組織づくりと意思決定の仕組み」に関する調査である。麦の芽福祉会が、「“きょうどう”（協同）」を掲げた運営をどのような組織運営のなかで実施しているのかを明らかにした。2点目は、「職員の語りにみる育ちの契機と人材育成」に関する調査である。1点目の調査から明らかになった仕組みが従事する職員にどのような影響を与えているのかを職員へのインタビューから明らかにする。調査にあたっては、2015年12月20—21日、2016年2月10—14日、9月24—25日の計3回で職員へのインタビューをおこない、その他、麦の芽福祉会が発行している刊行物、書籍、会議資料などを補足資料として取り扱い調査をおこなった。

調査①の結果：麦の芽福祉会の組織づくりと意思決定の仕組み

調査①では、麦の芽福祉会の組織づくりを整理し、若手職員が育つ環境がどのように整えられているのかを検討する。組織づくりのなかでも意思決定の仕組みが若手職員の育成には大きく影響すると考え、分析をおこなった。

麦の芽福祉会ではボトムアップでの意思決定プロセスが重視されている。各事業所が事業計画、予算、人材の採用などを「運営委員会」によって検討し、各事業所の代表者で構成される「運営審議会（現在は経営共同委員会と呼称）」で検討され、具体化が図られている。理事会がトップダウンで意思統一を図る体制になることで、「私的所有」による組織運営とならないことが意識されている。また、障害のある当事者、家族、職員がそれぞれ連合会を組織し、法人の意思決定に参画して

いる。さらに、地域のイベントや事業の拡大や構想について検討する「未来委員会」、年間を通して職員研修などを企画する「教育研修センター」、自治体との懇談や署名活動を検討する「RS委員会」という3つの委員会を通して当事者、家族、職員が運営に参画している。

こうした当事者、家族、職員、そして地域住民が意見を表明する場が準備されているが、これらの各種委員会や連合会が検討する内容は「タスク」と呼ばれる。「タスク」は、1年間の総括と次年度への展望を検討するものであり、各事業所レベルや委員会、連合会で検討が重ねられ、12月頃から年度末にかけて「合同タスク」という法人全体での検討が実施される。一般的な法人においても年間の総括などを実施しているが、麦の芽福祉会の「合同タスク過程」には、当事者や家族も参加し、すべての構成員で財政状況や、施設補修や新規事業計画などを含めた法人の現状を討議し、さまざまな立場から吸い上げられた意見が提出され、次年度以降の展望を検討する機会となっている。

調査の結果から、このような意思決定の仕組みづくりは、理事会が意思決定の強い権限を持ち、トップダウン型になりやすい法人の構造的な問題を取り除き、「協同」の理念を実際に当事者や家族、職員が体感することができる仕組みとなっていることが明らかになった。

調査②の結果：職員の語りにみる育ちの契機と人材育成

調査①で明らかになったように、麦の芽福祉会では、ボトムアップによる意思決定プロセスを取り入れている。それは、法人が抱えている理念を組織づくりに具体的に反映させたものである。法人理念が職員に理解されているかどうかは、ミッションを重視する非営利・協同体での人材育成では重要な点である。そこで、調査②では、従事している職員が、働く中で、どのようなことを感じ、理念を意識するような場面がどれほどみられるのかを実際にインタビューで聞き取ることにした。

インタビュー調査の結果を以下3点に整理した。

1点目は、職員が組織運営に参加している手配

えを実際に語っていたということである。調査①で明らかになったような各種委員会や連合会への参加は、出席するだけでなく「タスク」に取り組むことで、構成する一人一人の意見が大切にされ、「勝手に決められている」という思いを職員が持つことが少ないことが語られた。さらに、運営面で、徹底して当事者や家族の意見を大切に作る組織づくりが目指されるために、職員が理念への矛盾を感じにくいという面があることも明らかになった。

次に2点目は、職員が実際に理念を実感しているという点である。麦の芽福祉会では、法人理念とともに、自分たちがおこなっている支援実践の本質を見失わないために「タスク」に応じてスローガンを掲げている。例えば、「障害のある人（なかま）も職員も誰も見捨てない」や「すべては“ねがい”からスタートする」といったこうしたスローガンは、インタビューの中でも職員の口からも随所に語られた。これらのスローガンは、「“きょうどう”（協同）」という理念の下で、支援者が当事者に支援する一方通行のものではなく、当事者も家族も、職員も「一緒に」「共に」取り組んでいく理念を実感していることがうかがえた。

3点目は、職員が働きながら、それぞれの価値観を変容させている点である。職員へのインタビューでは、それまでにイメージしていた「働いて給料を得る」という点に固定化していた働き方の価値観が、法人運営に参加し、意見を表明する機会をもつことで、経営に携わっていくことや、地域に必要な新たな社会資源を生み出すなど、「働く」ということのイメージを受動的なものから主体的なものへ変容させていったことが多く語られた。また、支援に対する価値観においても、当事者や家族、地域住民と共に社会資源を創出する機会を持つことで、一方的なものから双方向の関係性へと変化したことなどが語られた。

以上のように、インタビューからは理念や支援実践の中身について多様に語る職員の姿が整理された。これは、調査①で明らかになったように、多種多様な意見表明の機会を職員が持っていることが影響していると考えられた。

これからの「非営利・協同」の組織づくりと人材育成へのヒント

今回、「非営利・協同」の組織づくりと人材育成を検討するにあたって、鹿児島県の社会福祉法人麦の芽福祉会を対象とした調査を実施した。調査研究から考察された「非営利・協同」の組織づくりと人材育成へのヒントを以下にまとめる。

第1点目は、「非営利・協同」の理念を組織運営に具体化することの重要性である。社会福祉を供給する法人の多くは、人権保障、地域貢献や民主主義といった公益性の高い理念を掲げている。しかし、理念のみが形骸化し、そこに従事する職員が理念との矛盾を感じている現状もある。一方で、麦の芽福祉会では、調査①で明らかになったように徹底して「協同」の理念を、多種多様な意見がボトムアップ型で集約される仕組みへと具体化している。社会福祉施設の職員にとって離職の要因となる人間関係や職場環境の問題は法人内でのコミュニケーションの欠如によってもたらされていることが多い。市場原理が導入されることで、社会福祉の供給体の中でも管理職と一般職員という労使関係、サービス利用者と提供者という契約関係が明確になる中で、対立の関係性が生まれやすい状況になっている。その状況で、組織運営に対するトップダウンで法人の意思統一をはかるのではなく、当事者や家族、地域住民だけでなく、職員も一緒になって、ボトムアップでの意思統一が重要となる。「一人はみんなのために、みんなは一人のために」で法人の運営に携わることが、コミュニケーションを活性化し、離職の要因を軽減することにつながっていくと考えることができる。

第2点目は、職員が所属する法人への安心感や帰属意識を通して理念を体感していることである。調査②のインタビューでは、麦の芽福祉会に従事する職員が、「障害のある当事者や家族だけでなく、自分たちも同じように大切にされている」ということを語っていた。その安心感や帰属意識を通して、「誰も見捨てない」「すべては“ねがい”からスタートする」といったスローガンや、「みんなで決める」というプロセスを通して「協同」の理念を体感していた。職員の離職は、周囲が気づかないうちに「自分はこの仕事に向いていない」

という思いを職員自身が強めていくことによって生じることがある。「迷ってもよい」「できなくても支えてもらえる」という安心感が、職員の定着にもつながっていくと考えることができる。キャリアパス構築などで、能力や技量など「できること」が増えることへのやりがいや、手応えを強調するだけでなく、「この職場にいて大丈夫」という安心感や帰属意識を育む組織づくりが求められることが調査を通じて明らかになってきた。

第3点目は、情勢を分析し、実践の方向性を言語化することの重要性である。麦の芽福祉会は、調査①でも示したように、「タスク」と呼ばれる取り組みを通して年間の総括と、次年度への展望を法人全体で議論している。そこでは、法律や制度の動向を分析しながら、スローガンを生みだし、議論の土台を形成している。例えば、市場原理に基づく政策動向に対しては「競わず、つぶれず、失わない」というスローガンを掲げている。本来、地域社会でのより豊かな生活を目指す社会福祉供給体同士が、市場原理に基づいて、利用者の獲得や、人材の確保などで、競い合い、結果として、事業が疲弊し、共倒れとなってしまう現状を言語化している。職員同士が、こうした政策のもとで事業が展開されていることを自覚し、ゆえに当事者や家族、地域住民と協力して事業をすすめる必要性に気づいていくことができるのである。

調査後ではあるが、麦の芽福祉会の母体であった「協同の組織“むぎのめ”」は発展的に解消され、新たに「福祉生活協同組合むぎのめ」を設立した。麦の芽福祉会が福祉生協づくりを目指したのは、イコール・フッティング政策が進められ社会福祉法人の存在基盤が危うくなる中で、永続的に社会保障、社会福祉運動事業を守り抜いていくためと

している。サービス利用者と提供者という利用契約関係ではなく、「共同所有・共同運営」という関係性を当事者・家族、地域住民と築き、事業所レベルでも営利を目的とする私的所有ではなく、非営利を目的とした共同所有を目指す供給体へと全国に先駆けて取り組みをはじめている（内田、2018）。

今回、麦の芽福祉会への調査を通じて、非営利・協同体における職員の人材育成と、それを可能にする組織運営について検討をおこなった。法人運営側と職員、またはサービス利用者と提供者といった対立構図を生み出しやすい政策を適切に分析し、当事者、家族、地域住民、職員といった法人の構成員が「自分が大切にされている」という実感をもつ組織づくりが、職員のスキルアップや、資質の向上といった「やりがい」「専門性」を強調するキャリアパス構築をすすめていく以上に重要であることが示唆された。

村田文世（2011）「福祉市場化における社会福祉法人経営―「事業ドメイン」からみる新たな公共性―」『社会福祉学』52（1） 16—28

石倉康次（2015）「社会福祉法人制度改革の動向」『障害者問題研究』42（4） 74—77

清原浩・黒川久美・中村隆司（2001）『「協同と協働」が拓く障害者の福祉』クリエイティブかもがわ

内田芳夫（2018）「麦の芽はなぜ福祉生協をめざすのか―福祉運動の新たな地平を拓く」『みんなのねがい』621 44—46

（いしくら やすじ、総合社会福祉研究所理事長、ふかや ひろかず 天理大学、しん かや、同研究所事務局）

次世代へのメッセージ(4)

もの書き能力の養成—「知的」老後戦略

野村 拓

●書かなきゃダメ

若い人から、手書きのきれいな手紙をもらうと嬉しくなる。きれいな手紙が書けるということは、いまや宝物のような才能である。また、若い人が相手になってくれることも嬉しい。求められて話をすることは、私の健康法の一部だが、原稿なしで話せることは、どこかで一度、書いたことのある事項である。総記憶量は総執筆量に比例し、豊かな記憶は「もの書き能力」の必須要件である。

定年の年(1991年、64歳)、個人誌「マクロ」に、書くことの大切さを中心に据えた「後輩へのアドバイス」14カ条を以下のように書いた。

〈後輩へのアドバイス〉

そろそろ歳なので、将来この分野で仕事をしようという後輩のために、いくつかのアドバイスをまとめてみようと思う。

1. 初心者のうち、教室研究会などで発表の順番がきたら、必ずフルテキストを用意すること(コピーして配るかどうかは別にして)。

小生でも、「衛生史と社会経済史の接点」(1960.11.)、「明治初期における衛生」など、初期には、教室研究会のたびにフルテキストを配った。

2. 医療政策論、医療経済学のように人文・社会科学寄りの学問の場合はフルコピーで一語一句先輩にチェックしてもらうのがいいが、先輩がバカな場合もある。そんな時でも自分自身のためにフルテキストを作っておくべきである。またバカな先輩でもなにか一つぐらいはいいところを持っているはずである。

3. 「話すこと」と「書くこと」との落差に早く

気付くべきである。「話すこと」には非論理性やいい加減なところが伴いがちである。また無駄をはぶいて精緻な論理的組み立てで話すると聞き手がくたびれてしまうので、「遊び」が入ってくる。したがって「書ける人」の話も、「書けない人」の話も、話としては大差がない。こんなところから「私は話ならできるけど、書くのはちょっと」という一群の人達が登場する。これは書くことを通じての論理的トレーニングを怠った結果であって「あたし論理的にはしっかりしているんだけど文章力が……」というのはウソである。

4. 座談会には当分出るな。座談会とは、座談の名手たちがかもしだすダイナミックスの面白さに読み物的価値を認めて始まったものだが、最近では座談の下手な人間たちによる座談会が多過ぎる。資料類をドサリと机の上において、ポツリポツリと兎の糞のような発言をして会をしらせさせ、おまけに速記がまわってくると、あらためて無謬の作文をでっちあげたりする。こんな奴らとは付き合くな。

5. 「仕事は時間の関数」と割り切ること。もう少し時間があればいい仕事になると錯覚して先送りしないこと。これをやりはじめると「オール・オーバーラップト」という最悪の形になり、紙屑の山のなかでダニにくわれながら生涯を終えることになる。

また「俺も年をとったら歴史ロマンを書く。いまは実験だ。」などといっていた人間が年をとってまともなものを書いたためしはない。実験がダメというのではなく、何事も若い時のトレーニングが大切ということである。

6. 締め切りが来れば、二日酔いでもインフルエンザにやられていても必ず書くこと。そして悪

条件下で書いたものであることを弁解しない。弁解癖がつくと、あらかじめ弁解を予定したような原稿しかかけなくなる。

7. 「ひねりだし」と「ひらめき」——ワープロは「ひねりだす」作文にはフィットするが、「ひらめき」や「ほとぼしり」にはついていけない。「ひらめき」用には、使用済みのコピーの裏白を半裁（B5）にして、ペンを走らせるのがいいのではないか。

8. 「書きおろし」と「寄せ集め」 およそ本というものは、「書き下ろし」が原則であって「寄せ集め」は本ではない。したがって「寄せ集め」の書評を頼まれた時には断ることにしている。「寄せ集め」は新人育成や、共同研究発表の際だけに許される型式である。

9. シラバスとブリッジ 「書き下ろし」の場合、当然のことながら、まずシラバスを作成することになる。しかし、「第1章 空気」「第2章 水」というような本ではなく、物事の歴史的展開を書く場合には、章と章とのつなぎ、ブリッジをあらかじめ作成しておく必要がある。つまり、ブリッジ部分の叙述を通らなければ第1章から第2章へは展開できないという関門を設けておかないと、叙述がどうどうめぐりをするおそれがあるからである。ただし、ブリッジは単なる「つなぎ」、「接着剤」ではない。形の上では接着剤に見えるかも知れないが、実は著者の世界観そのものなのである。

10. 構想力も構築力もない人間から文献、資料をまきあげろ 「こんなことをやりたい」「あんなことがやりたい」といいながら文献資料を持ち出した人たちのうち、何パーセントが著書その他の形で活かしているだろうか。

もちろん、未知の可能性を持った若手に対して利用を禁ずるわけにはいかない。しかし、先の見えた人間で、構想力も構築力もないことが歴史的経過のなかで明らかになっているのに、後生大事に貴重な文献、資料を抱えこんでいるものが少なからずいる。泥棒以外の手段で、これらの資料をまきあげることが積極的に考えるべきである。

11. スケジュールの前倒し できるかぎり長期的なスケジュール表を作成し、どのあたりで仕事

が重なるかを把握し、仕事のヤマを「前倒し」的に処理すること。あくまでも「前倒し」が原則であって、後へ倒すことは破滅への第一歩と考えるべきである。

12. パラ（並列）ではなく、オルト（直列）で「いま、仕事を6つばかりかかえているので…」などと嬉しそうな顔をしている人間は、概して仕事をしていない。かかえて暖めていれば卵がかえるというわけではない。やはり仕事はひとつずつ片付けていくしかない。人間は同時にひとつの仕事をしかできないのだから、パラ（並列）ではなくオルト（直列）でやるよう仕方がない。小生のような「仕事師」がいうのだから間違いない。

13. チャンネルの切りかえ方 しかし次元のちがった仕事を直列的にこなしていくためには、頭の切りかえ、チャンネルの切りかえがうまくなければならない。これがなかなかむずかしい。家で仕事をしているときなら、しばらくテレビをみるのもいいだろう。なるべくのめりこまずにすむような番組を選ぶこと。どちらが勝ってもいいような駄戦、凡戦をしばらくみていれば、「やっぱり仕事の方が面白い」という気分になるはず。ここにテレビの効用がある。

14. その時のコンディションで3段階ぐらいにベストコンディションのときにやる仕事、最悪のコンディションのときにやる仕事、その間ぐらいのときと3段階ぐらいに分けて仕事をする。小生の場合、最悪のコンディションのときにやるのが新聞のスクラップ、だからムラがあるかも。

4番の座談会で槍玉にあげた「無謬居士」は保団連初代事務局長、白井正志のことである。座談会らしくザックバラに話した他の出席者に対して失礼ではないか。

8番は立派なことを書き過ぎてしまった感じ。

これは60代から30代へむけてのメッセージであったが、それから30年近く経ってしまい、メッセージの対象世代もそろそろ定年、しかも時代は「人生百歳時代」などという恐るべき言葉が使われるようになり、定年は人生のハーフタイムで、これから「後半戦」が延々と続きそうな状況である。

亀の甲より年の功、「年功アドバンテージ」をいかに生すかが課題となり、年功を盛り込んだ「もの書きテクノロジー」などが、人生後半戦の彩りになるのではないか。

●それから7年経って(7歳)一冊の書きテクノロジー

1997年には「新人」に饅頭のアンコの部分、私
が皮の部分を担当する形で

- ・野村拓・松田亮三『わかりやすい医療経済学』
- ・野村拓・藤崎和彦『わかりやすい医療社会学』

を「看護の科学社」から出した。アンコがない
と皮をかぶせることができない、と催促しながら。
そのとき「シュークリームは皮が先だと言う声も
聞こえて来たが。

看護学校の教科書、副読本ねらいであったが、
この本を使って講義のできる教員がいなければ
売れない、というごく当たり前のことがはっきり
した。

さらに、アンコになる新人育成の意味で、名張
市赤目の対泉閣で以下のような合宿を行った。

もの書きテクノロジー (1998.2.5)

1. 『わかりやすい医療社会学』から
6—(2) もの書きテクノロジー
2. 雑誌連載と生活のリズム
3. いま連載中のもの
(1) 長期連載で、そろそろ締めくくりを考
えているもの
「20世紀医療史」(「月刊保団連」)
(2) 短期連載で「前倒し」したもの
「出会いふれあい」(「看護実践の科学」)
(3) 「鮮度」と「視点」が重視されるので、「前
倒し」のきかないもの
「医療縦横無尽学」(「医療経営情報」)
(4) お付き合い連載
(5) 新連載準備中のもの
「看護と介護—地域で考える」(「看護実践
の科学」)
4. 単発もの
(1) 評論的なものは、どんな切口で切っ
てみるか。相手(読者対象)によって切口を変

える。座標軸を45度回転させることで煙にまく手
も。

(2) 論文は「家元」制なので、「家元」の流
儀に合わせる。(「家元」がバカな場合は悲惨)

(3) プロジェクトの報告 参加者の仕事を生
かしながら冗漫にならないように

5. 雑誌と新聞
6. 指定された字数にたいする感覚
200字でなにが書けるか
300字では 「あとがき」、ミニコラム
400-800字 コラム、本の紹介
1000-1200 雑誌の1ページもの、書評、海外
事情など
2000-2400 雑誌2ページで評論式のもの
(ここまでの字数では、序論、本論、結論式の
書き方は無理、ただし、実験論文は別)
7. 単行本の場合
(1) まず構想力、構築力
(2) やみくもの資料集めをするのではなく
(3) シラバスづくり
(4) シラバスに対応した資料の分類、整理
(5) 章と章とのつなぎ(ブリッジ)も考える
(6) 全体のバランス感覚
(7) いい意味での商品性

8. 日常的心掛け
(1) 新聞のスクラップ
(2) 文献整理—例えば「マクロ」(「マクロ」
で紹介した洋書を部屋に積み上げてそれだけ
では利用できない)
(3) 日常的に使える時間内でパソコンにイン
プットできるような情報量では、いまの私の仕
事はできない
(4) 目玉は一生使うから大切に

この「もの書きテクノロジー合宿」の参加メン
バーを中心に、24人の分担執筆で国民医療研究所
プロジェクトとして『21世紀の医療・介護労働』
(2000、本の泉社)を出し、次のプロジェクト・
ワークに向かうプロセスで「続・もの書きテクノ
ロジー」合宿を前回と同じ名張市で行った。レジ
ュメも「前回の続」の形をとっている。

● さあ3年経って(7歳)「もの書きテクノロジー」

(続) もの書きテクノロジー (2001.6.5)

9. その後、3年経って

(1) 終わった「連載もの」

- ・「20世紀医療史」(1-72) (「月刊保団連」)
- ・「医療縦横無尽学」(1-18) (「医療経営情報」)
- ・「看護と介護—地域で考える」(1-12) (新谷 恵美、高木和美と連名) (「看護実践の科学」)
- ・「看護海外文献」(1-12) (「看護実践の科学」 2000.1.-12.)
- ・「音の記憶・Sound History」(1-12) (「くらしと福祉・北九州」 2000.3.-2001.2.)

(2) 新連載および連載中のもの

- ・「医療の社会科学」(「民医連医療」 2001.1.-)
- ・「Music, English, Nursing」(「看護実践の科学」 2001.7.-)
- ・「音の記憶・Sound History 戦後編」(「くらしと福祉・北九州」 2000.3.-)
- ・「海外医療文献」(「月刊国民医療」 2000.7.-)

(3) 「監修」的な仕事

- ・国民医療研究所編・野村拓監修『21世紀の医療・介護労働』(2000. 本の泉社)
- ・『どう変える介護保険・ケアマネ609人の証言』(桐書房)
- ・野村拓責任編集「看護婦のための看護政策の学び方」(「ナースアイ」増刊)

(4) プロジェクト・リーダーとして

- ・「赤十字の国際比較」(全日赤・国民医療研究所共同プロジェクト)
- ・「21世紀の医療政策づくり」(国民医療研究所)
- ・「DRG 研究」(保団連・国民医療研究所共同プロジェクト)

10. 常に芯になる理論的なもの(例えば、時間軸、空間軸)を鍛えておくこと

「空間軸」は難しいので、どちらかと言えば「時間軸」で

「連載もの」などは枝葉の部分

● 豊かな記憶を持つために

2回の「もの書きテクノロジー」合宿で感じた

ことは、ものを書くには豊かな記憶と言葉を持っていなければならない、ということである。貧乏は恥ではないが、言葉に貧しいことは恥じるべきではないか、豊かな記憶と言葉を持つことが生きてきた証しではないか、ということである。同時にものを書いたことのない人の記憶の貧しさもわかってきた。他方、ものを書いたことのない「同世代」とは話が合わなくなった。言葉も記憶も貧しいからである。同時に若い世代が相手になってくれることを有り難く感じるようになった。メッセージを送る相手がいるから書く、話を聞いてくれる人がいるからレジュメをつくって話す。

2000年にスタートした『100年の庶民史を勉強する会』(京都)は昨年(2018)180回を超え、2002年スタートの『医療政策学校』(大阪)は160回を超え、レジュメの集積が「紙漉き原液・タンク」のような役割を果たし、比較的容易に「ペーパー」を漉くことができる。

もちろん、豊かな記憶をもつための努力は年相応に行われるべきで、著書のある人は自著を読み返すだけで、一挙に記憶がよみがえることがある。また、自著を持たぬ人にとっては、「書き下ろし」のできる時期は人生のなかで、意外に短いものであることを承知していなければならない。早い話、私など「連載もの」はどうか書けても「書き下ろし」はもはや無理である。

この「連載もの」は多忙な現役時代、断片的な時間を生かす「もの書き」でもあるので、ライフ・ステージ全体にまたがる「もの書きテクノロジー」と言えるのではないか。そして「もの書きテクノロジー」をライフ・ステージ別に取り上げたのが野村拓「ライフ・ステージ別に著作を考える」(「日本医療経済学会会報」No.80.2017.)であり、以下の構成をとっている。

はじめに

1. 「馬の足」から「通行人A」へ
2. 下請け「分担執筆」
3. 編者の指揮能力で判断
4. 単著の3通り—「連載から本」へ、「書き下ろし」、「寄せ集め」
5. 指揮能力が問われる単独の編著
6. 外れた教科書ねらい
7. 自分史バージョン

ここでの「馬の足」や「通行人A」は、偉い先生の代筆を承った助手や院生のことである。分担執筆で名前が出るようになって、先輩方がおいしいところを取って、カスのようなテーマが回ってくることもある。受けるか、受けないかは、そのときの虫のいどころでいいことだが、編者の指揮能力のあり方については研究しておいた方がいいだろう。

いわゆるグローバル化時代における「豊かな記憶」のためには、海外文献の紹介という記述行為が必要だが、これは単行本中心がいい。実験科学者が専門分野のフロントを知るために雑誌を参照するのは当然だが、「もの書き」を意識した場合、雑誌論文はほとんど役に立たない。雑誌論文しか

読んだことのない人の老後は、ノーベル賞でももらわない限り、概してあわれである。全体のなかで物事をとらえる単行本の方が「豊かな記憶」「もの書き能力」と結び付きやすいからである。そして、いまや、「もの書き能力」に世界史的認識が不可欠な時代となりつつある。

●グローバル化時代の世界史学習—高速認識の試み

1986年に WHO から出された『教育における保健医療経済学』には私の名前も載っている(図1)。

あとは江見康一、西村周三、紀伊国献三、前田信雄など、私を含めて7人。グローバル化時代のものがたるものであり、当然のことながら、「も

SURVEY ON EDUCATION AND TRAINING PROGRAMMES IN HEALTH ECONOMICS



(1)	(2)	(3)	(4)
Nihon (Emi)	School of Medicine; Dept of Med Care Admin	Hospital Management	2 Hrs/Yr
Osaka (Nomura)	School of Medicine	Health Economics	4 Hrs/Yr
Osaka (Nomura)	School of Medicine; Dept of Hygiene	Orientation of Medical Problems	36 Hrs
Osaka (Psukui)	Institute of Social & Eco Research & Dept of Eco	Public Expenditure	1 Semes
Osaka (Nishimura)	Faculty of Dental Medicine	Dental Health Adm	6 Hrs
Saitama Prefectural Junior Coll (Maeda)	Section on Public Health Nursing	Health Economics	1 Semes (16 Hrs)

〈図1〉WHO『教育における保健医療経済学』(1986) とその一部

の書きテクノロジー」にも「世界史的認識」が求められることになる。世界史的認識とは、譬えて言えば、「重箱の中身をトータルに把握すること」で、重箱の隅の「塗りのはげ具合」を研究することではない。

トータルな形で、世界史を自分史座標に取り込むことによって「豊かな記憶」をもつことができるようになり、「豊かな記憶」は「もの書き能力」を高めてくれるはずである。しかし、死ぬ間際になって、やっと「世界史」がわかったのでは、「もの書きテクノロジー」としては手遅れである。だから方法・手段としての世界史的認識は高速に行われなければならない。そのためには、古代ギリシャから始めてイタリア・ルネサンスで「人生・時間切れ」という学習法のほかに、世界史の凝縮ポイント、凝縮ゾーンをさがして、そこから溯る形で世界史を構成する学習と併用する必要があるのではないか。

その凝縮ポイントとしては、西欧近代を高速・集約的に受容した「蘭学」などが有力ではないか。スペインの支配からの「独立革命」(1609-48)という形で、ヨーロッパ最初の近代化革命を遂行し、見方によってはイギリス市民革命への基地ともなったオランダ、そのオランダの「海乞食」から生まれたオランダ海軍の海軍2等軍医、ポンペの蘭学、という意味である。

(「世界史の濃縮ポイント」としては、「表札」を勝海舟が書き、「教育参考館」に「ネルソンの遺髪」が置かれた「江田島・海軍兵学校」が一番、ふさわしいのだが、レベルに達していない人達の誤解を招きやすいので、「リーダーズ・ファイル」の形で希望者に配布するつもり。内容は「高速・世界史認識のノウハウ」である。)

では、「高速・世界史認識」の到達目標は、ときかれれば、「今日の問題へのフラッシュ的対応」と答えたい。

例えば、水道事業民営化がプログラムに上がったときには、19世紀中葉のロンドンの水道会社別の「コレラ死亡率」統計が浮かんでこなければならない。

「公衆衛生法」による公共上下水道が整備された動機、経過も忘れて水道事業を民営化し、かつての植民地支配のツケともいえる移民・難民の流

入をドーヴァー海峡で食い止め、1830年代にコレラを持ち込むのはインド人と断じて「コレラ撲滅か、インド人撲滅か」というスローガンを掲げた時代に回帰しようとしている政治への批判原理は「高速・世界史認識」があって、始めて説得力をもち得るのである。

この「高速・世界史認識」のノーハウの蓄積こそは「年期」「年功」というべきものでこの「年功アドバンテージ」を生かした「もの書き」こそ「知的」老後戦略の核心的部分と考えている。

●頭のストレッチと文献のバトンタッチ

もはや、文献をひっくりかえして「もの書き」という年ではないので、いわゆる「文献」は次世代にバトンタッチし、「自著」と「記憶」と「味付け用の洋書」ぐらいで書けるものを書く、これが超高齢者の「もの書きテクノロジー」ではないか。ただし、バトンタッチする相手を養成できなかった人は「情報ゴミ屋敷」になるおそれは十分にある。

バトンタッチ資料はもらって喜ぶ相手に、もらって喜ぶものを渡すべきで、そのためには、平素の研究上の交流が必要である。もともと、和書はあまり持っていなかったのも、歴史資料的雑誌類を、それぞれ、もらって喜びそうな人に送ってしまうと、ほとんどなくなってしまった。

洋書で、買ったけれども読む暇のなかったものは、読み返して『洋書古本市』という雑誌連載に使っている。「大阪保険医雑誌」連載ものの題名は「ヒストリカル・カフェー平成医療史」だが、このカフェのなかに「古本市」があって、店番をしながら「昭和BGM史」で紹介した歌を聞いているような気分である(図2)。

ネタに新しさはなくても、切り口の新しさ、オリジナルな組み合わせ、この年でなければ語れない話を縦横無尽に展開することが「頭のストレッチ体操」、健康法になるのでは、と考えている。同時に、「情報ゴミ」を出さぬように、断片的な情報もA4、B5のルーズリーフの台紙に貼りつけて「ファイル」化したり、人にやったり、あるいはこれまでに54冊出した「リーダーズ・ファイル」(「本」と「ノート」の中間製品)に編集したり

している。

前記、『高速・世界史認識のノウハウ』が何冊目になるかは、今のところ不明である。

他方、台紙に貼った情報・資料類は「世界史座標への取り込み演習カード」として、「合宿」「研究会」などで若手に提供するつもりである。

毎週、月曜日には郵便局の赤いクルマが、わが家に発送郵便物を取りにくる。「次世代へのメッセージ」の発送である。(2019.1.30.)

(のむら たく、医療政策学校主宰)



〈図2〉現在のスタンスをカット化すれば

研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

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

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

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

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

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

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

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

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

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

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

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

(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中)

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

2016年6月15日発行

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

- 渡邊貴博ほか「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」

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

研究助成報告(機関誌掲載など)

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

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

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

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

●概要報告「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」(高山一夫ほか)『いのちとくら
し研究所報』54号

●「中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察」(宋曉凱)『いのちとくらし研究所報』
55号

●「臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか?～いのちを守るための医療者養成
の観点からロールモデル像とその影響の解明～」(菊川誠ほか)『いのちとくらし研究所報』56号

●概要報告「宮崎県北地域における子どもの社会的排除と『排除しないまちづくり』の取り組み」(志
賀信夫)『いのちとくらし研究所報』58号

●概要報告「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研
究―概要―」(高橋幸裕ほか)『いのちとくらし研究所報』58号

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

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

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

●「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」(渡邊貴
博ほか)『いのちとくらし研究所報』64号 (ウェブサイトでも全文公開)

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

中川雄一郎『協同組合のコモン・センス —歴史と理念とアイデンティティ—』

(日本経済評論社、2018年5月発行)

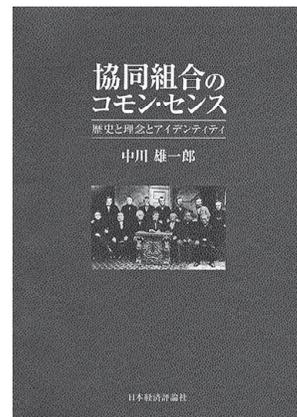
野田 浩夫

柄谷行人は「交換様式入門」という文章の中で、生産力—生産様式を土台にして社会構成体が形成されるとする史的唯物論はエンゲルスが考え出したもので、それをマルクス死後に剰余価値の発見と並ぶマルクスによる画期的発見としたのもエンゲルスだと言っています。マルクス自身は資本主義経済を捉える方法論としては採用せず、資本主義以前の社会構成体通史を俯瞰する「導きの糸」としてのみ採用していたというわけです。

(http://www.kojinkaratani.com/jp/pdf/20171207_jp.pdf?fbclid=IwAR3RgjbH9_SRvnk2hIUBygQcK7IxnbtSjCXManpIZAb0j3Esv8ECH5PLw)

柄谷は、国家や国民意識を生産力—生産関係の土台によって規定される上部構造の一部とみなすことが、それらを事実上軽視することになり、結果的にスターリン的な国家主義を生み、ドイツではナチスの国家主義への敗北につながったと論じています。

彼が主張するのは交換様式を生産様式よりもベーシックな土台とみなす考え方です。その土台はA：互酬（贈与と返礼）、B：服従と保護（略取と再分配）、C：商品交換（貨幣と商品）の3交換様式の様々な率の混合からなるもので、その上に築かれる基礎的な社会構成体としてA：共同体、B：国家、C：都市（市場）があり、その近代的形態はA：ネーション、B：国家、C：資本だとし、図のように例示しました。



1 基礎的な交換様式

B 服従と保護 (略取と再分配)	A 互酬 (贈与と返礼)
C 商品交換 (貨幣と商品)	D X

2 基礎的な社会構成体

B 国家	A 共同体
C 都市 (市場)	D X

5 近代世界システム(資本=ネーション=国家)

B 国家	A ネーション
C 資本	D X

現在はもちろん資本という土台が圧倒的な位置を占める資本制の時代ですが、その土台には国家、ネーションも同時に存在します。国家による交換、つまり税の徴収と徴兵、それに対応する社会保障、国防などの再分配はもっぱら資本の支配を補完するものになっています。ネーションによる交換も慈善やボランティア、それに対応する「絆」意識などさらに微々たる補完物になっています。

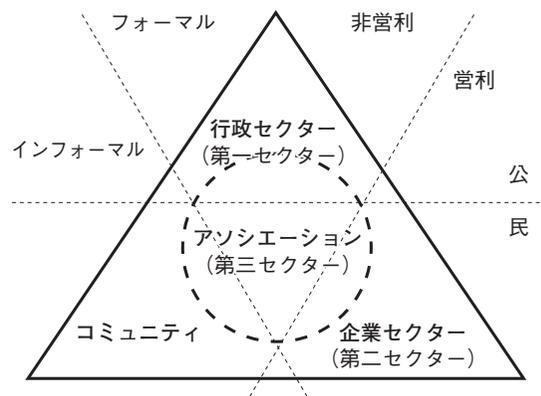
柄谷は、マルクスの「資本論」は彼が経済学研究に専念するためAやBの領域をカッコに入れて、C：資本の領域のみを扱ったもので、もし彼が生き延びていれば「資本論」と同じ熱意で「国家論」や「ネーション論」に取り組み、その作業の結果、「資本+国家+ネーション」が安定して不動のものに見える現代の資本主義体制を乗り越える真の展望が示されたとします。それが図のXに相当する部分であり、アソシエーションこそがXだと柄谷は別のところで発言しています（岩波新書『世界共和国』2006年179ページ）。そのXを明らかにすることは現代に課せられているというわけです。

多くの人たちにとって突飛に映るこの「交換様式土台論」ですが、実はそれほど驚くものでもありません。

マルクス主義陣営から2016年に出版された後藤道夫先生たちの『資本主義を超えるマルクス理論入門』大月書店では、渡辺憲正先生が「生産関係は直接の生産関係だけでなく、分配関係、交換関係も含む。これらの全体が社会の経済的土台をなす」と書かれています（168ページ）。交換関係も生産関係とならぶ土台なのだということが現代のマルクス主義者によって明言されているのです。

これを読むと「生産・交換様式」という造語が必要なのではないかと思わせられもします。

さらに当研究所の顧問である富沢賢治先生の『非営利・協同入門』1999年同時代社を読むと「ベストフの福祉の3領域」は福祉領域という限定つきですが4つの要素からなる土台を提案していると解釈できます。同書21ページの図に沿って言えば①第1セクター：国家・行政、②第2セクター：私企業・市場、③コミュニティ、④第3セクター：非営利組織の図解は現代社会の土台としての生産・交換関係の領域を表現するものとなっています。③コミュニティはネーションに相当します。



このように考えてくると、柄谷もベストフもともに重視する「アソシエーション」こそ、次の時代の主要な交換様式となることを準備する、いわば未来社会を形成するセクター、つまりXであることが自然に理解されます。

さてそのようにアソシエーションを未来社会にとって特別なものとして位置づけると、それを萌芽として抱いていそうな「協同組合」が、果たして自らをそのようなものとしてその歴史の中で自覚してきたのかどうかをぜひ知りたくになります。

つまり協同組合主義の自覚とは何か、ということなのです。

それに依ってくれるのが、今回書評に取り上げた中川雄一郎先生の新刊『協同組合のコモン・センス』です。

先生の過去の講演を集めたものですが、ロッチデール公正先駆者組合、国際協同組合同盟ICA、レイドロー報告、現代の非営利・協同運動と、19

世紀から現代に続く協同組合運動の歴史が丹念に追跡されているので、並べられた5章を丁寧に読み進めれば、協同組合がどこから来て、今何を課題として、未来をどう展望しているかが明確になってきます。

ここでは、私たち民医連にとって切迫している人口減少時代の「まちづくり、まち育て」とそれに積極的に関わろうとする民医連のあり方を考える上で格好な材料となっている第3章「地域づくりと社会的企業—共生経済と社会的企業」に絞って触れておくことにします

2015年イギリス労働党が最左派のジェレミー・コービンを選んだことは世界の驚きを呼び起こし、2017年のイギリス総選挙で予想を覆す議席増を果たし、与党保守党を過半数割れに追い込んだことでコービンの声価が確立したことはよく知られています。2017年の労働党のマニフェストのなかでは、寂れた地方生活の再生のために協同組合と社会的企業への政府からの援助が目をつけました。これは日本の人口減少地方、大都市貧困地域の再生の大きなヒントにもなるものです。

本書第3章はそれに先立つ20年前、1990年代イギリスの協同組合と社会的企業による「共生経済」の様子をいち早くレポートしたもので、2017年労働党マニフェストの理解の最良のガイドとなっています。

これを読むと、民医連が医療の本質と規定している「共同の営み」も中川先生が重視している「共生経済」の六つの特徴の第四に掲げられる「健康管理の施設を持つこと」のなかに含まれることがわかります。民医連は単独の運動ではありえず、共生経済の一員として存在して初めて意義を獲得できると無理なく考えることができます。

少し難しく感じる、協同組合の本質としての「ハーゲルのいう『承認の必要性』、つまり「シチズンシップ」も共生経済のなかで確立される平等な人間の尊厳であることが理解できます。ハーバースマスにしたがって、十分なコミュニケーションを保障するコミュニティこそがシチズンシップが発揮される場であり、協同組合がめざすものだという主張も説得的です。ここからさらに考えるとシチズンシップとは、生産の場においてそう名づけられる労働者階級の、消費(労働力再生産)、交換、

生活の場におけるありかたの呼び名だと思えます。

この章の主題である社会的企業については、利用量に応じた利潤の配当を認めている伝統的な協同組合から一歩進んで、利潤の分配を許さず利潤は社会に再投資する存在であることが述べられています。すでに医療生協は配当を禁止されていますからそれに近いものと思えますが、本書は社会的企業によるシチズンシップの実現、地域経済の自己完結の可能性についてイギリスの歩みを紹介しながら日本での展望を示しています。そこでは社会的企業と市場の問題が大きな課題になりますが、社会的企業が市場を規制し、地域市場を作ることも可能だとされます。そして、日本における社会的企業の可能性は「協同労働の協同組合」たる労働者協同組合の法制化によって開かれるということも訴えられています。もし労働者協同組合が法制化されれば民医連の法人形態についての議論も大きな変化が生まれることが予想されます。

ここから今後の民医連像を想像すると、雇用力に富む社会的企業・協同組合として衰退する日本の地域再生を牽引する姿が見えてきます。そういう本として広く読まれることが期待されます。

最後に、私が本書を読んで考えたことをもう一つ追加すれば、昨今のSDGsに見られる国連の力の由来がどこにあるかという疑問への答です。中川先生、富沢先生からは、ILOとICAが推進力になっていると教わりましたが、より深いところでは協同組合を典型とするアソシエーションへの人類の切望ではないでしょうか。かつて大帝國が各地で分立していた時は普遍宗教としてそれは形を現し、資本主義が世界を席卷した19・20世紀にはインターナショナルに結集する社会主義への熱望となりましたが、資本のグローバリゼーションが深化するいまでは協同組合主義が、過去のそれらを内包しながら、人類の合言葉になっているのではないかという思いも抱かせられました。

やはり、協同組合は未来の生産と交換様式の主役であり、それを鋭く自覚した存在だというの本書を読んだ感想です。

(のだ ひろお、研究所理事、医療生活協同組合
健文会理事長)

報告書等の発行一覧

詳細はウェブサイトの出版情報をご覧ください

視察報告書、翻訳

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

ワーキンググループ報告書、ワーキングペーパー

タイトル	著者名	発行日	備考
『公私病院経営の分析—「小泉医療制 度構造改革」に抗し、医療の公共性を まもるために—』	医療経営比較ワーキング グループ	2006年3月1日	ワーキンググループ 報告書 No.1
『地域の医療供給と公益性—自治体病 院の経営と役割』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2015年4月30日	ワーキンググループ 報告書
『地域医療と自治体病院—展望を岩手 から学ぶ』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2017年7月15日	ワーキンググループ 報告書
『Red Store、Yellow Store、Blue Store and Green Store:The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century』	Takashi SUGIMOTO (杉本貴志)	2006年11月8日	ワーキングペーパー No.1
『友愛社会とは何か—ヨーロッパから 学ぶ社会像』	富沢賢治	2010年3月1日	ワーキングペーパー No.2
『地域医療と自治体病院をめぐる住民 運動』2013/09 第一報	八田英之	2013年10月15日	ワーキングペーパー No.3
『東日本大震災からの復旧・復興事業 の取り組みと課題に関する研究—気仙 沼市の復興状況を事例として—』	小磯明	2015年3月31日	ワーキングペーパー No.4
『TPP・共済問題研究会報告要旨集 TPPと共済規制問題』	中川雄一郎	2016年8月31日	ワーキングペーパー No.5

『〈食といのち〉をひらく女性たち』

佐藤一子・千葉悦子・宮城道子編著(農文協、2018年4月発行)

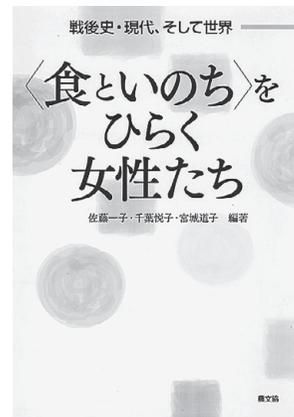
中川 雄一郎

本書は、「〈食といのち〉をひらく女性たち」のテーマの下に、12名の女性共同執筆者によって取り組まれた研究成果である。本書はまた、多様な専門分野の研究者による「学際的な協力」が「食といのちをひらく女性たち」の意識を読者に伝えることに成功した一例である、と言ってよい。その点で、本書が『暮らしのなかの食』という社会的・文化的な課題を通じての出会いであり、性別役割分業のなかで女性を中心となってきた食をめぐる歴史と社会的実践を多様な研究の視点から振り返る意義ももっている」との佐藤一子氏の言葉には何らの惑いもない。

佐藤氏は「まえがき」で、本書が「暮らしのなかの食」について「いのちを育む女性の営み」に焦点を当て、しかも「歴史的・社会的・国際的な視野」を定位して追究された「生活文化」論であると断り、こう述べている。

食は言うまでもなく日々の生活における最も重要な営みであり、食を欠いては私たちは生きていくことができない。特に育ち盛り子どもたち、体力を消耗する仕事をしている人々、あるいは病を抱えて生活している人々にとって、どのような食を摂取するかという問題は何よりも重要な関心事である。食の営みは、生命を維持し、日常活動を行ううえで必須であるばかりでなく、料理のおいしさや家族・友人との楽しみの共有、健康食、郷土食、そして民族性や国際性によって育まれてきた生活文化でもある。

人間にとって「食」は欠くことのできない「営み」であり、したがってまた人びとによって育まれる「生活の文化」でもあるとする本書の主張は、



「歴史的・社会的・国際的な視野」を通して明らかにされるのであるが、同時にまた「食」の歴史のおよび社会的な視点は、「歴史と社会」と「文化」の密接な関係性をわれわれに気づかせてくれるという点で、もう一つ別の重要性を持っていると私は考えている。もちろん、グローバルな現代社会にあっては「国際的な視点」もまた、「暮らしのなかの食」の相互交流を一般化させることから、今や欠くことのできない視点であることは、言うを俟たない。それ故、「食の貧困、困難を克服し、暮らしのなかで豊かな食文化の創造を通して、食といのちの問題に向き合う女性たちの社会的ネットワークのもつ発信力と社会変革への可能性に注目する」との第一の指摘も、そして「女性たちは、家父長制や女性差別の社会にあっては忍従を強いられながらも、家事・育児・家内労働・生活共同において常に中心的役割を果たし、生活の知恵と技術を活用して相互に学び合い、支え合って社会参画と社会発信を行ってきた」との第二の指摘も、共に正鵠を射ていると言いうべきであろう。

そこで本書は、上記二つの指摘を受けて、序章

と Part I～III とに分けて構成することで各論点を明確にする。すなわち、

序章：いのちを育む食に向き合う（佐藤一子・千葉悦子・宮城道子）

- (1)生活問題としての食と女性の社会的発信
- (2)食と女性をめぐる近現代史
- (3)いのちを育む食と生活創造に向けて—女性が拓く食と社会
- (4)本書の構成

Part I：食の安全と暮らしの創造に向けた女性たちの歩み—戦後史—

戦後の農村社会における生活改善を起点としながら、農村生活の課題解決、農山漁村の第1次産業の家族的労働から次第に共同を発展させ、起業の力量を持つに至った農村女性の歩みの歴史的展開をあとづける。また都市の消費者・生活者として女性たちが食の安全や暮らしと食の問題について社会参画の道を切り拓いてきた活動に注目する。

第1章：戦後農村における生活改善と女性（辻智子）

第2章：食・いのち・暮らしを守る農家女性の協同活動（千葉悦子）

第3章：地域の食を守る農山漁村の女性起業（宮城道子）

第4章：食の安全・共同の子育てを求める生協女性ネットワーク（近本聡子）

Part II：現代日本の食といのちを守る女性たちの取り組み—実践と課題—

消費生活や学校給食、子育てをめぐる多様な展開をみせている生産者・消費者の連係、ワーカーズ・NPO・ボランティアなどの取り組み、そして原発事故被災地において生命の安全に基づく地域の生産復興を支える女性たちの実践を取り上げ、現代日本の食と暮らしをめぐる多様な社会的課題を掘り下げる。

第5章：福島原発の足元で食の安全を築く女性たち（岩崎由美子）

第6章：地域の「食」を協同労働で支える——ワーカーズ・コレクティブと高齢者生

協の事例から（田中夏子）

第7章：地域と連携する学校給食と食育（山田浩子）

第8章：食を通して暮らしをつくり守る「こども食堂」（岩松真紀）

Part III：国際社会に広がり発信される食の安全と食文化—国際的展開—

国際社会における食の安全、環境・生態系破壊と食、開発途上にある地域での貧困を克服し自立を支える食の取り組みに注目する。ここでは人類的な課題としての食の生産・加工・流通・消費への関心が広がっており、ローカルからグローバルへ、市民的ネットワークの発展がみられる。食の取り組みと女性の参画によって、国連の提唱する「持続可能な開発目標」（SDGs）への具体的な筋道が捉えられている。

第9章：イタリアのスローフード運動と食教育の推進（佐藤一子）

第10章：オーガニック食品を求めるドイツの女性運動（高雄綾子）

第11章：韓国の「食」運動の創造的展開と食生活教育（金 侖貞）

第12章：持続可能な社会とアジアの女性たちの社会参画——食の創造者として、生活を育む者として（大橋知穂）

さて、本書の書評に取りかかるのであるが、紙幅の都合で、本書の論考総体について簡潔に論評することで書評とし、筆を擱くことを許していただきたい。

ところで、本書には「文化」——例えば、「生活文化」や「食文化」あるいは「食文化論」や「生活の豊かさを彩る文化」——という言葉（用語）が散見されるが、この「文化」についてここで簡単に触れておきたい。というのは、「食の文化」（「食文化」）に限定しても、われわれは総じて、「文化」という言葉・用語を、例えば「食はそれぞれの民族、地域ごとに多様で豊かな文化として継承され、人々の喜びや楽しみの源泉ともなっている」（序章）というような生活の有り様を表現するために用いるけれども、「孤食」というような、ある意味で「現実に散見されるが、本来的な人間的関係

ではない」生活の有り様を表現するためには用いない、つまり「孤食の文化」(「孤食文化」というような表現をしないだろう。なぜなら、われわれ人間は「お互いに協力し協同することによってはじめて安定した生活を営むことができる」という人間の歴史を認識しているからである。ヘーゲル観念論の基本テーゼ「精神はわれわれであり、歴史であり、歴史のなかで自己を知る」ではないけれど、要するに、われわれはお互いに協力し協同することによって日々生活を営んでいるのだという「人間の本来的な関係」を自覚しているのである。その意味で、序章の次の指摘は重要である。

食は、家族の団欒と憩いに充足感をもたらし、地域の行事や人々のつながりなど、人間関係の共同性を支える重要な構成要素ともなっている。「おふくろの味」も世界共通の文化であろう。個々人の嗜好、選択、健康志向など、人生哲学においても食文化の問題は奥深い。生活の慣習や地域的伝統に育まれながら、食は家族や個々人の生活の豊かさを彩る文化として伝承され、創造され、享受されてきた。

しかしながら、われわれはまた、「文化」の定義や概念が多様であることを認識しなければならない。なぜ多様なのかと言えば、それは、文化と社会が相互に密接な関係にあるからであり、したがって、「文化の主題」(the subject matter of culture) が常に「人間的な世界」(the human world) の歴史と現状とに向かい合い、それらを広く、深く考察するようわれわれに求めるからである。とはいえ、すぐ前で触れたように、文化の概念は決して「獲物漁りの概念」^{えものあさ}ではない、ということである。すなわち、「何でも彼でもが『文化』であると解釈しようとする悪しき性癖」をわれわれは排除しなければならないのである。「孤食」あるいは「使い捨て」という言葉に「文化」を付け足して「孤食の文化」(the culture of isolated

meals) や「使い捨て文化」(throwaway culture) と表現する悪しき性癖は「文化の概念から分析的、論理的な思考の価値を奪い取ってしまう」のである。リチャード・ジェンキンスは「文化の本質」についてこう述べている*。

文化の真の本質は、直接的で即自的な集団を超越した、協力・協同関係(co-operative relations) を確立している人間的な共同体(human collectivity) 同士の拡大されたコミュニケーションを確たるものにする基本的な必要条件を創り出すことである。しかしながら、このような能力は、自然に創り出されるのではないのであるから、……すべての物事が個人一人ひとりの人間的発達のプロセスの一部として習得されなければならない。われわれが知っていることのほとんどは、何よりもまず、われわれは教えられなければならない、ということである。

R. ジェンキンスはまた、このような「文化論」からわれわれが引き出し得る「文化を貫いている共通のテーマ」を示唆してくれているので、その「共通のテーマ」を引き出すと、次の3つにまとめることができるだろう。

- (1)文化は、最も信頼できる人間性豊かなものであり、人びとの複合的なコミュニケーションと人びとの間の諸関係を受け止めるわれわれの能力とに根ざした物事を遂行する、人間に特有な方法である。
- (2)文化は、それ自らのなかにコントロールされた発展と変化・変革の影響を取り込む。すなわち、文化は、そう言ってよいならば、個人一人ひとりが有為な人間に成長していく媒体である。
- (3)文化はまた、人間の協同性(共同性)を区別し、識別する実体であり、またある行為・行動・活動と他の行為・行動・活動に関わるそ

* Richard Jenkins, *Foundation of Sociology: Towards a Better Understanding of the Human World*, 2002, p.39.

† ここでいう「実体」とは、「それ自体で存在し、偶然や他の物事によって左右されないもの」(substance)を意味する。

これらの特定な^{パターン}様式を区別し、識別する実体である。

かくして私は、本書が展開している「暮らしのなかの食の実態と課題」について学びつつ、「食と女性と歴史と社会」に簡潔に言及するのであるが、先に記した本書の構成を活かして、本書の「共通テーマ」である「<食といのち>をひらく女性たち」を総体として観ていくことで、現代の「食文化」を簡潔に俯瞰してみよう。

序章：「食と女性」の近・現代史には「矛盾と葛藤のもとで自立を遂げていく女性たちの困難な歩みが刻まれている」と、本書は言う。それは、一方では、明治期から昭和初期にかけて吹聴された啓蒙主義的な「男女平等・教育の普及・職業婦人の活躍」といった社会思潮の下での「女性」が存在し、しかし他方では、「家父長制的な国家道徳の下での良妻賢母としての主婦である」女性が存在する、という矛盾が付いてまわった。丸岡秀子は、1980年代に彼女が編集した『日本婦人問題資料集成』（第7巻 生活）のなかで「生活」について論じ、「生活とは、家庭を作り、その成員となり、家庭を構え、社会を成立させ、その営みを通して人間が生命を燃焼させる全過程」であると定義して、女性とその全過程で「歴史の歩み」と「社会の歩み」に関わることの課題を提起した。丸岡のこの課題提起は、「食に向き合ってきた」女性たちにとって、「食の文化」の概念を、したがつてまた「食」のアイデンティティを歴史的、社会的に捉える基本的な視点を示唆しているという意味で重要である。「生活防衛」の視点から——第二次世界大戦後に見られた社会的に広く共有された——労働組合婦人部、日本協同組合同盟、国際婦人デー、農村公民館や地域婦人会などの社会運動への女性の参加の広がり、その一例である。

1960年代から1990年にかけて「生産と消費の問題」として農村と都市の双方で生起し、人びとの「生活と労働」に大きな影響を及ぼした公害・環境汚染と食の安全問題に典型的に見られた現象の背後には、農業基本法による「農業構造改善事業」、大規模工業開発、女性の就業率の拡大と核家族化

の広がり、それに労働現場の合理化と長時間労働等々による「生活構造の変容」があった。「人びとのライフスタイルや価値観」も変化し、「生活問題に取り組む女性団体の動向にも新たな状況が生まれ、『消費者運動』としての展開、社会的発信がなされるようになった」。

しかしながら、この時期はまた「大量生産・大量消費・大量廃棄」の観念の下で「モノにあふれ、飽食の現象が広がる一方で、女性の就労、多忙化による家事・調理時間の極限までの節約、インスタント食品や加工食品への依存による食卓の貧困」が広がり、「食生活の新たな課題」が問題となっていく。この問題の重大性は、「食の質」の低下のみならず、「食卓の団欒が失われていく」ことにもあった。「食卓の貧困化」によって人びとの「生活と労働」における最も基本的なアイデンティティが失われていく状況が広がり、とりわけ子どもたちがその「被害者」になっていく。家庭崩壊、児童虐待、そして孤食化が「子どもの貧困」を深刻化させている。今や再び、「食卓の貧困化」と「孤食」は——かつて暉峻淑子氏が『豊かさとは何か』で問いかけ、かつその方向性を明示したように——「人間の豊かさとは何か」をわれわれに問うているのである。

「食」は、人びとの「生活と労働」にとって不可欠な行為であり活動でもあって、いわば人間的な生活と労働における「普遍的な特質・特性」(ethos)であることは、誰もが知るところである。本書も、「食」の行為・活動がもたらす人間的な機能を通じて人びとの間に「共同意識」を生み出し、それを育み、持続可能なものにしていく「女性の社会的発信と主体形成」を促しているのであるが、しかしながら、すぐ前で触れたように、現代日本の「食」の現実には「食卓の貧困化」と「孤食化」によって人びとの間の「共同意識」の弱体化を食い止めることに苦悩しているのである。その意味で、本書の意図するところは、「食の豊かさの重要な機能である共同性」によって——「生活の日常性から発する創意工夫や問題提起」を通して——いのちを育む食への取り組みの思想と実践を明らかにすること、これなのである。

さて、本書は、序章のこのような意図に基づいて、前に示しておいたように、Part I～Ⅲの「3

つのアプローチ」を以て本書の課題を追究している。「思想と実践のアプローチ」は、往々にして型通りにしてかつ表面的になりがちであるが、「本書の構成」が説明しているように、本書のそれは具体的で、また理論的でもあることから、われわれ読者の意識と明確に結びつくよう誘導されることを断っておく。

最後に、PartIIの第5章「福島原発の足元で食の安全を築く女性たち」に言及しておく。本論は序章の「3 いのちを育む食と生活創造に向けて一女性が拓く食と社会」の(2)原発事故が問いかけるいのち・食・安全・次世代につなぐ課題」で協同組合との連携を含む、簡潔ではあるが適切なアプローチによって、いくつかの視点をわれわれ読者に提供してくれている。例えば、JAとの連携による「安全な食を取り戻そうと農の再生に果敢に取り組む生産者の協同実践」がそうである。このような協同実践の事例としては、例えば、JA

新ふくしまは福島大学との連携に基づいて実行された「水田と果樹園の全圃場を計測してマップ化する『土壌スクリーニング・プロジェクト』」がある。この事例は、必ずしも「女性たち」ではないが、このような協同実践が女性農業者の「食と農の再生の取り組み」に影響を与えたことは「協同実践のアプローチ」の有効性を証明しているといっていよい。なぜなら、これは「食を通して、女性たちの生活面での心配りや生活技術、人をつなぐ力が活かされ、被災者に寄り添う活動や被災者自らが復興に立ち上がる姿が見て取れる」からである。第5章は読者に、このように困難な環境のなかにあっても「人びとに生きる希望を与える女性農業者の力を確信」させてくれるだろう。

(なかがわ ゆういちろう、研究所理事長・明治大学名誉教授)

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

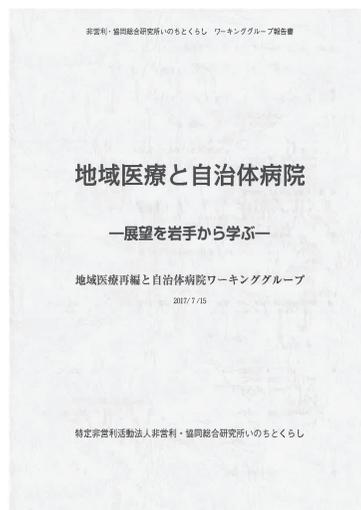
- 自治体病院の新たな段階の危機をどう打開するか
—岩手調査を手がかりとして— …村口 至

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>

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

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

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

第64号（2018年10月）——【特集】いのちとくらしを守る

- 巻頭エッセイ：軍事費を災害と温暖化対策に、の声を広げよう（斉藤和則）
- 【特集：いのちとくらしを守る】
- ・生活保護基準の引き下げと医療扶助の締め付けにどう対応するか（尾藤廣喜）
- ・介護保険優先原則問題の本質と課題～浅田訴訟と天海訴訟を踏まえて～（山崎光弘）
- イタリアの家庭医と日本の開業医：15周年記念シンポジウム概要報告（竹野ユキコ）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（2）：雑誌と自分史—「雑」は多様性の演出（野村拓）
- 論文：社会医学系専門医のすすめ（吉中文志）
- 2014年度研究助成報告：名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告（渡邊貴博）

第63号（2018年7月）——【特集】住環境とセーフティネット

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

第62号（2018年3月）——【特集】非営利・協同の実践と思想

- 巻頭エッセイ：「One for all. All for one.」と自己責任を考える（長瀬文雄）
- 【特集：非営利・協同の実践と思想】
- ・イタリア連帯思想並びに社会的協同思想とその実践—資本主義を超える新たな経済体制論—（津田直則）
- ・（視察報告転載）イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）

- ・(視察報告転載) ボローニャの医療機関と非営利・協同組織 (石塚秀雄)
- ・自立と包括的ケアのためのネットワーク (MAIA) —パリ西地区の MAIA, CLIC, Reseaux の活動— (小磯明)
- ・非営利・協同研究の轍 (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ス・コレクティブとの協同 (連帯) 実践を事例に— (菰田レエ也)
- 書評:『協同の再発見:「小さな協同」の発展と協同組合の未来』(田中秀樹編、家の光協会)「小さな協同」の視点から「協同の実践」を捉える (中川雄一郎)
- 書評: マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳、野田浩夫訳者代表『健康格差—不平等な世界への挑戦』(日本評論社、2017年8月) (高山一夫)

第61号 (2017年12月) —— 【特集】 追悼坂根利幸

- 巻頭エッセイ: 人権教育と自主規制教育——医療倫理と道徳科— (尾崎 (川堀) 恭一)
- 【特集: 追悼坂根利幸】
- ・故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって (根本守)
- ・坂根利幸さんを偲んで (角瀬保雄)
- ・坂根さんの宿題 (富沢賢治)
- ・あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。(高柳新)
- ・坂根利幸さんと30有余年 (二上護)
- ・坂根利幸氏を偲ぶ (非営利・協同の探求の達人) (石塚秀雄)
- ・非営利・協同の轍 (第2回): 「民主経営」の実務の改善にかけた人生—坂根利幸氏へのインタビュー記録— (久保ゆりえ、竹野ユキコ)
- ・坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧 (事務局)
- 山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について (岩本鉄矢)
- 座談会: フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度 (松田亮三、小磯明、吉中丈志、司会: 石塚秀雄)
- シリーズ〈医療政策・研究史〉(19) 研究者の60-90歳戦略 (野村拓)

第60号 (2017年9月) —— 【特集】 非営利・協同をめぐる動向

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

第59号 (2017年6月) —— 【特集】 医療のアクセス障壁を考える

- 巻頭エッセイ: しつこく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四四四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」の取り組み（志賀信夫）
- 2015年度研究助成概要報告：特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—（高橋幸裕）
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ岩手調査：岩手の地域医療と財政（井上博夫）
- 書評：
 - ・「医療を守る運動プロジェクト」、岡野孝信、岡部義秀編著『地域医療の未来を創る：住民と医療労働者の協同』（八田英之）
 - ・吉永純、京都保健会『いのちをつなぐ無料低額診療事業』（今井晃）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（16）：医療政策学校—その成り立ちとオリエンテーション—（野村拓）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.65 (2019.2.28発行)

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

○ No.64 (2018.11.30発行)

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

○ No.63 (2018.8.31発行)

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

○ No.62 (2018.5.31発行)

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

○ No.61 (2018.2.28発行)

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

○ No.60 (2017.11.30発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（3）ー反知性としてのポピュリズムー（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）ーポピュリズムとは何かー（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）ーアメリカにおける反知性主義ー（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

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

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所の FAX 番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

- ・会員の別 正会員（個人・団体） 賛助会員（個人・団体）
・入会口数 （ ）口

ふりがな	
団体名称または氏名	

※団体正会員の場合は法人・団体を代表して入会する個人名を、個人正会員の場合は所属・勤務先等を記入して下さい。(団体正会員は、入会時に登録された個人が定款上の社員となります。)

※団体会員で、登録する人物と実務担当が異なる場合は、担当者の氏名も記入して下さい。

(団体会員のみ)	ふりがな 代表して入会する個人名	
	ふりがな 実務担当者名	
(個人会員のみ)	ふりがな 所属・勤務先等	

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

〒番号	—		
住所			
電話番号	()	FAX番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

- ・入会金と会費 (1) 入会金
- | | |
|--------------|---------|
| 団体正会員 | 10,000円 |
| 個人正会員 | 1,000円 |
| 賛助会員 (個人・団体) | 0円 |
- (2) 年会費 (1口)
- | | |
|--------|-----------------|
| 団体正会員 | 100,000円 (1口以上) |
| 個人正会員 | 5,000円 (1口以上) |
| 団体賛助会員 | 50,000円 (1口以上) |
| 個人賛助会員 | 3,000円 (1口以上) |

【次号67号の予定】(2019年6月発行予定)

- ・社会医学系専門医制度座談会
- ・種子法廃止と水道法改正
- ・公共施設の統廃合
- ・その他

【編集後記】

ヘルスリテラシーは「健康を決める力」ですが、長房団地へ取材に行き、個人・社会関係が重要だと思いました。インタビューでは高柳先生から「現象・法則・本質」をきちんと見るようにと指摘がありました。社会と医療の関係、医学教育などにかかわる社会医学系専門医については、次号でも続けて取り上げる予定です。(竹)

【投稿規定】

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