いのちとくらし

第69号　2019年12月

目　次

●巻頭エッセイ：人類史の「巨大な曲がり角」と新たな協同組合像の模索
……田中　秀樹　1

●特集：自治体と災害
・公共施設の統廃合・再編の動きと課題
—指定管理者制度と公共施設等総合管理計画—　……角田　英昭　2
・2019年秋の台風災害を考える……八田　英之　10

●論文
・ドイツの介護保険改革（２）介護強化法の給付と鑑定……小磯　明　20
・総合診療の立場から見る社会医学系専門医制度……草場　鉄周　30

●継ぎ足し生涯学習のすすめ－２「高速世界史認識」と「健保百年」
……野村　拓　32

●2016年度研究助成報告：医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題　……川口　啓子　40

●書評：
・佐藤一子著『「学びの公共空間」としての公民館—九条俳句訴訟が問いかけるもの—』……梓澤　和幸　50
・西沢いづみ『住民とともに歩んだ医療　京都・堀川病院の実践から』（生活書院、2019年、349ページ）　……松田　亮三　53

・事務局からのお知らせ……29

・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
……９、19、47、56

表紙写真：信州安曇野（撮影：前沢淑子）

人類史の「巨大な曲がり角」と新たな協同組合像の模索

田中　秀樹

【現在の位置】現在は人類史上の「巨大な曲がり角」にある（広井良典『人口減少社会という希望』、見田宗介『現代社会はどこに向かうか』）。広井によれば、現在は「定常型社会」であった江戸時代から、急激な成長・拡大期を経て、「“第三の定常期”への移行という大きな構造的変化」の中にあり、「成長・拡大期が“地域からの離陸”の時代だったとすれば、定常期は“地域への着陸”の時代」となる。見田も、「『近代』という壮大な人類の爆発期」は「１回限りの過渡的な『大増殖期』」であり、「『現代』とはこの『近代』から、未来の安定平衡期に至る変曲ゾーン」と見る。この「変曲ゾーン」は人口減少社会、すなわち高齢化社会であり、それに続く「定常社会」もしくは「安定平衡期」は、後生殖期が長いヒトの特徴からもたらされる「後生殖期が普遍化する社会」である（広井）。したがって老年期の生理的機能の低下とともに障がいが普遍化し、そこでは「ケア」が「中心的なコンセプト」になる。

【人口急増・経済成長下の協同組合】近代、すなわち人口急増による都市化と市場の深化拡大を伴う経済成長の下で、発展したのは農協や生協といった信用・販売・購買協同組合が典型であり、商品や貨幣の流通場面を主戦場とする、いわば商品交換者の協同組合であった。また、協同組合は、共同体の解体後に現れた近代的個人を主体とし、その利害の一致に基づくアソシエーションと把握された。商品交換者の協同組合は事業規模の拡大とともに地域から離れ、「会社化」、脱協同組合化の危機に直面した。

【人口減少・高齢社会と協同組合】今、人口減少・高齢化社会の下で誕生し勢いがあるのは「小さな協同」であり、特にケアに関わる協同組合であろう。「小さな協同」が小さいのは、その働きかける対象が、商品や貨幣ではなく人間や生き物であり、ケアの関係を基本とすることによる。かつて協同組合運動の主体であった農家三世代家族や子育て期の労働者家族に比べ、高齢化と競争社会化と共に家族は縮小、弱体化し、その凝集力は弱まり、したがって、その拠点性も弱まり、高齢化した「弱い」個人や家族が協同の主体として登場している。「小さな協同」の特徴は、助け合いに端的にみられるように、ケア・ワークの協同・協働として、協同蓄積機能を持つこと、そして、グローバル化が地域の定住条件を壊しつつある中で、地域的な協同の蓄積、すなわち地域づくりへと展開していることである。

【協同組合論への反省】協同組合における協同の絆についてみると、近代における私的所有に基づく独立した個人（強い個人）同士の利害の一致による結合だけではなく、一回限りの生の根源的平等性と生命の弱さに基づくケアによる結びつきも見られたのではないか。従来の協同組合論においては共同体を遅れたものとみる視点が根強く、共同体的関係の解体の進歩性が前面に出るあまり、生命の平等性や弱さに基づく他者関係への視野を見失ってきた側面がある。アソシエーションとしての協同組合を、近代的個人の利害の一致に基づく団結形態と捉えるだけでなく、その団結＝結合の質を、商品交換者同士の相互承認関係だけではなく、一回限りの生への配慮（ケア）に基づく人間同士の相互承認関係、すなわち個性の承認と発揮へと展開させることこそが、本来の協同組合の役割であり存在意義であろう（宮崎隆志『にじ』2019夏号）。生協・農協は大規模化し地域から離れてきたが、ケアの関係を内部化することにより、再び地域に根ざすことができるのではないか。その実践の解明が求められる（その一端は拙編著『協同の再発見』家の光協会）。

（たなか　ひでき・広島大学教授）

公共施設の統廃合・再編の動きと課題

―指定管理者制度と公共施設等総合管理計画―

角田　英昭

はじめに

総務省は2014年４月、公共施設の統廃合・再編を本格的に推進するため、各自治体に公共施設等総合管理計画を策定するよう要請した。現在99％の自治体が計画を策定し、既に実行段階に入っている。この計画は、これまでのような自治体による個別、施設ごとの統廃合・再編に止まらず、公共施設を中長期的な視野に立って全面的に見直し、総量削減、経費抑制を国主導で推進していくものである。同時に、公共施設の管理・運営については、指定管理者制度が先行して実施されており、その到達点、課題も踏まえ、ソフト（管理・運営）、ハード（再編・整備）の両面から検討をしていくことが必要である。

１．指定管理者制度の現況

最初は指定管理者制度である。総務省は2019年５月に2018年「公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果」を公表した。それによれば、既に７万６千以上の「公の施設」にこの制度が導入されており、導入後の状況を見ると、それは公の施設のあり方、制度運営、当該施設で働く人達、利用者・住民に大きな影響を及ぼし、制度の抜本的な見直しが緊急の課題になっている。ここには組織･業務の徹底した外部化･民営化、人員･経費の削減、業務の質や公共性、専門性、人材育成を軽視した制度運用の実態がある。この制度を主導してきた総務省自身が「今日までの自治体のこの制度の利用状況をみると、コストカットのツールとして使ってきたきらいがある」と指摘し、「本来、指定管理になじまないような施設にまで指定管理の波が押し寄せている」「自治体が内部で非正規化をどんどん進め、官製ワーキングプアを大量につくってしまった」(2011年１月５日片山義博総務相(当時)記者会見)と述べ、２度にわたって制度運用の再点検と是正を求める通知を出している。

（１）2018年導入状況等調査結果の概要

この調査は、制度の施行（2003年９月）以来、３年ごとに実施されてきたもので、2018年４月現在の調査結果は次の通りである（**表１**）。

●表１　指定管理者別導入状況と指定取り消し等の件数

	2006年９月	2009年４月	2012年４月	2015年４月	2018年４月
導入施設数	61,565	70,022	73,476	76,788	76,268
管理者別内訳（複数回答可）					
株式会社	6,762(11％)	10,375(15％)	12,799(17％)	14,998(19％)	16,342(21％)
財団・社団法人等	22,264(36％)	19,275(28％)	19,385(26％)	19,680(25％)	19,570(25％)
公共団体	331(0.5％)	434(0.6％)	275(0.4％)	239(0.3％)	268(0.3％)
公共的団体等	27,718(45％)	29,824(43％)	29,432(40％)	28,419(37％)	26,323(34％)
ＮＰＯ	1,043(2％)	2,311(3％)	2,836(4％)	3,525(5％)	3,781(5％)
その他	3,447(6％)	7,803(11％)	8,749(12％)	10,481(14％)	10,679(14％)
指定取り消し等の件数（調査日以前３年間の合計件数）					
	34	2,100	2,415	2,308	2,657

＊総務省「公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果」から筆者が作成、割合は小数点第１位を四捨五入

○導入施設数は76,268で調査開始以来、初めて減少に転じた。自治体区分別では、市区町村が初めて減少となり61,364、指定都市は若干増え8,057、都道府県は前回に次いで減少し6,847である。

○指定管理者別では公共的団体等（地縁団体を含む）が最も多く、次が財団・社団等である。これらの割合は調査ごとに減少している。一方、法改正で参入可能となった株式会社は、毎回着実に増え全体の２割超になっている。これが政府側のねらいである。

○指定期間は５年が54,531（71％）で最も多い。当初は３年が最多であったが、それでは職場運営や専門的な蓄積、人材育成、利用者との信頼関係、チームワーク等に支障をきたすため改善されてきた。

○指定管理者の選定手続・選定基準・選定理由等の事前公表は、どの項目も未だ６割前後であり、手続き上の民主主義、透明性の確保が求められる。選定基準の内容では、「施設のサービス向上」「団体の業務執行能力」「管理経費の節減」が高いが、実際には「管理経費の節減」が重視されている。

○指定管理者の評価では、実施施設は61,524（81％）と多いが、公共サービスに係る専門的知見を有する外部有識者の視点を導入している施設となると大幅に減少し21,924（29％）である。

○施設別の必要な体制、地方自治体・利用者への損害賠償、施設修繕、個人情報保護、大規模災害時の役割・費用分担等の明示では、「選定時に示している」「協定等に記載している」「その両方に提示、記載している」は９割超であるが、労働法令遵守、雇用・労働条件の配慮規定は７割以下であり、早急な改善が求められる。雇用・労働条件の主な内容は、人員配置、勤務体制、労働時間に関することが圧倒的に多く、実際にも人員削減、非常勤化、賃下げ、雇い止め等が発生しており、実態把握が必要である。

○指定取り消し、業務停止、期間満了指定取り止め（以下「指定取り消し等」）の状況では、今回は2,657件で過去最高となり、本格実施以来12年間で9,480件にもなる。施設別では、基盤施設は公園、駐車・駐輪場、公営住宅が多く、社会福祉・文教施設では福祉保健センター、介護支援センター、保育所、児童クラブ・学童館、公民館・市民会館等が多い。

指定取り消し等の理由（**表２**）では、「施設の休止・廃止」が890件（34％）で最も多く、以下、「民間等への譲渡・貸与」643件（24％）、「費用対効果・サービス水準の検証結果」289件（11％）、「指定管理者の経営困難等による撤退等」（業務不履行、不正事件含む）160件等となっている。

指定取り消し等になった後の管理の状況では（**表３**）、「施設の統廃合、民間等への譲渡・貸与」が1,467件（55％）で最も多く、これに「施設の休止」165件を加えると1,632件（61％）にもなる。結果的に当該施設の６割以上がこうした方向で淘汰されている。一方、「直営に戻す」も791件（30％）あり、それは一定の評価はできるが、そこには業務委託も含まれており、常勤職員は少なく、経費節減が徹底されている。

●表２　指定取り消し等の理由

理由区分	件数
経営困難・業務不履行・不正事件	160(6%)
合併・解散	105(4%)
休止・廃止	890(34%)
民間譲渡・貸与	643(24%)
費用対効果・サービス水準検証	289(11%)
その他	571(22%)
計	2,657

＊総務省2018年「公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果」から筆者が作成（表３も同様）

●表３　指定取り消し等の後の管理

区　分	都道府県	指定都市	市区町村	合　計
直　営	2	9	780	791(30%)
休　止	1	3	161	165(6%)
統廃合・譲渡	63	77	1,327	1,467(55%)
再指定	3	11	86	100(4%)
その他	1	5	128	134(5%)
合　計	70	105	2,482	2,657

（２）制度運用の到達点

指定管理者制度は施行以来、公の施設の民営化・

民間委託の「切り札」として予想を超える規模、スピードで猛威をふるってきたが、導入数は2018年調査で初めて減少に転じた。これは制度導入に歯止めがかかったというより、既に多くの施設に導入され、かつ公共施設等総合管理計画と連動し新規施設の設置が抑制され、既存施設の統廃合・再編が進んでいるためである。既に都道府県、指定都市は頭打ちであり、施設数の多い市区町村でも導入率50％以下の施設はまだかなりあるが、ここでも減少に転じている。

総務省が「地方行政サービス改革の取組状況の見える化」として公表している施設別の導入状況をみると、都道府県、指定都市では導入率が８割超の施設も多い(**表４**)。これで各分野の実態、課題が的確、リアルタイムに把握できるのだろうか。蓄積された知識やノウハウ、人材も失われ、企画・政策能力も脆弱化していくことは必至である。

制度導入後も様々な問題が発生している。最近の事例では、川崎市市民ミュージアムで制度導入に伴い指定管理者と雇用契約を結んでいた元副館長が、１年で雇い止めとされた。移行前の財団法人時代に比べて賃金が大幅にダウン、学芸員の賃金増や組合結成の必要性を訴えたところ、2018年２月に契約更新しない旨の通告がされた。現在、従業員としての地位確認等を求める訴訟を起こし係争中である。同施設では「指定管理者制度の導入に伴い、同社に移った学芸員は16人中９人にとどまった。その後も離職は続き、本年度に入ってからは館長、学芸部門長も退職する異例の事態」（神奈川新聞2018年８月31日）となっている。学芸員の募集要項（2019年）をみると、採用は週５日の契約社員で大学・大学院卒業で給与月額20万円である。同副館長は「突然の雇い止めで頭が真っ白になった。このままでは若い学芸員のモチベーションは上がらない。寄贈者との信頼関係にも影響が出る。ミュージアムの質が確保できるのか心配だ」（同上）と訴えている。

何より問題なのは、自治体が選定委員会を設け、審査し、議会の議決を経て指定した公の施設の指定取り消し等が、制度の本格実施以来9,480件にもなり、その５割以上（2018年調査では61％）が統廃合、休止、民間譲渡・貸与になっていることである。その中で、自治体の公共施設政策の方向も施設の再編、仕分け機能に軸足を移し、担当職員も施設の管理運営をどの団体に委ね、協定を締結し、指定管理料を決める、そうした実務にシフトしている。最近はPFIなど他の手法との一体的運営で、公共施設の設計、建設、維持管理、運営等のすべてにおいて市場開放、民営化・民間委託が徹底されている。

●表４　主な施設における指定管理者制度の導入状況

	市区町村	指定都市	都道府県
体育館	39％	92％	95％
産業情報提供施設	74％	87％	53％
開放型研究施設等	49％	88％	27％
大規模公園	42％	52％	88％
公営住宅	14％	70％	67％
図書館	18％	24％	13％
博物館	28％	49％	50％
公民館・市民会館	22％	47％	―
文化会館	51％	86％	92％
特別養護老人ホーム	74％	92％	100％
介護支援センター	51％	100％	100％
福祉・保健センター	54％	86％	71％
児童クラブ・学童館等	23％	71％	86％

＊総務省「地方行政サービス改革の取組状況等に関する調査（平成31年３月29日公表）」の「指定管理者制度の導入状況」から筆者が作成

（３）新規開拓の標的は社会教育施設

図書館、博物館の導入状況（**表４**参照）を見ると、都道府県は12％、50％、指定都市24％、49％、市区町村18％、28％と低く（施設の性格からして当然であるが）、政府はこの間、社会教育施設の所管をハードルの高い教育委員会から首長部局へ移管できるよう画策してきた。当初は構造改革特区を活用して推進を図ろうとしたが、遠野市以外は殆ど進まず戦略の見直しを行った。それが今回の地方分権一括法である。地方分権改革における「提案募集方式」を活用し、三重県名張市から要

望があったとして「義務付け・枠付けの見直し」の名のもとに、2019年の通常国会で社会教育法など関係法の改正を強行し、社会教育施設の首長部局移管を可能にした。これは法制度的には自治体の権限であるが、政府はこれで社会教育施設の複合化、集約化、指定管理者制度の導入促進を図ろうとしており、今後の運用に警戒が必要である。詳しくは長澤成次著『公民館はだれのものⅡ』（自治体研究社2019年８月）をお読みいただきたい。

（４）公共施設等総合管理計画との連動

2018年調査は、公共施設等総合管理計画の策定、具体化の時期と重なっており、調査結果はその取組方針を如実に反映している。たとえば、指定取消し等の件数は2015年調査の2,308件から2,657件（過去最高）に増え、その後の管理状況でも施設の統廃合・民間譲渡等は1,050（45％）から1,467（55％）に大幅に増えている。実質的には同総合管理計画と連動し、施設の総量抑制、統廃合・再編の格好の手法になっている。

また、指定管理者制度の運用、公共施設の再編は、今は原則自治体単位に行われているが、今後は自治体戦略2040構想に見られるように圏域単位の行政推進（法制化）が検討されており、そうなれば自治体の枠を越えて集約化、複合化、統廃合が加速する。これも今後の大きな課題となる。

２．公共施設等総合管理計画の背景と財政措置、実行方針

この計画も既に実行段階に入っており、基本計画に沿って具体的な統廃合・再配置計画、長期修繕計画、個別施設計画等が提起されており、利用者、住民、地域の側も判断を迫られている。

（１）計画策定の背景と理由

１つは、公共施設の老朽化である。どの自治体も公共施設は高度経済成長期以降の1970年代から80年代にかけて集中的に整備しており、今後、大規模改修に加えて一斉に更新時期を迎え、経費が急増する。公共施設は一般的に築30年で大規模改修、60年で更新が必要とされている。

２つ目は、人口減少、人口構成の変化、少子高齢化の進展と地域の変容である。それに伴い小中学校や子育て施設、高齢者施設、地域施設等の再編が提起されている。

３つ目は、財政の悪化である。自治体は介護・子育て需要の増大、貧困化の拡大等で社会保障経費が急増しているが、国は制度・施策の改善はせず、地方に更なる行政改革や経費削減を求めており、自治体では単独事業、特に経費が急増する公共施設関連経費が標的にされている。

そのため、総務省は計画の策定に向けて各自治体に、①所有する公共施設等の現況と将来見通し、②総人口や年代別人口の推移と今後の見通し、③公共施設等の維持管理、修繕、更新等に関わる中長期的な経費とそれに充当可能な財源の見込みを明らかにするよう要請している。その趣旨は、端的に言えば人口減少と財政状況から施設総量と維持管理費の削減を徹底させるものである。ここにはそれで住民の暮らし、地域がどうなるのか、その視点が全く欠落している。

（２）計画推進に向けた財政措置

政府は計画を着実に進めるため、2015年度以降、財政支援（誘導）を行っている。具体的には、①公共施設の解体撤去事業、②延床面積の減少を伴う施設の集約化･複合化事業、③施設の転用事業、④長寿命化事業、⑤立地適正化事業、⑥市町村役場機能緊急保全事業、⑦ユニバーサルデザイン化事業に係る地方債の特例措置、地方財政措置である。内容は、地方債の充当率を90％にする、交付税参入率は財政力に応じて30～50％（集約化・複合化事業50％）するというものである。

（３）本格実施に向けた実行計画・方針

各自治体の実施方針をみると、多くは①施設の総量を削減する、②新規施設は原則つくらない、③複合化、集約化を図る、④予防保全・長寿命化を推進する、⑤ PPP/PFI を優先活用する、⑥受益と負担の適正化を行う、⑦資産の有効活用を行うことを柱にしている。現在、それらを踏まえて

実行計画が示され、施設診断、必要性、民間活用、大規模改修・更新の時期・規模、長寿命化対策、削減目標、施設の統廃合・複合化・集約化・再配置計画、機能転換、財政運用の効率化、施設利用の有料化･値上げ、未利用資産の売却、跡地利用、売却益の運用等が提起されている。

実行計画の要となる施設総量の削減目標は、0～50％を超える自治体まで様々であるが、多くは今後30～40年間で10～30％程度となっている。それは主に人口減少・財政面からの試算であり、実質的には国の指針に沿って今後の人口減少、充当可能な財源に見合う数値目標になっている。

3．主な論点と取組みの課題

（1）指定管理者制度

1つは、この制度の本来的な趣旨である。指定管理者制度を定めた地方自治法第244条の2第3項には、一部改正後も「公の施設の設置の目的を効果的に達成するために必要があると認められるときは」という前文は残っている。その解釈は、「公の施設の管理は、その設置主体たる地方公共団体が直接これにあたるのが原則」「住民の利用をより有効、適切に行うことができる場合に…団体に委ねることを許容するというのが法の趣旨」（日本評論社・基本法コンメンタール『地方自治法』2001年3月）とされている。その意味では、法改正後も直営が原則であり、管理を団体に委ねられるのは「公の施設の設置の目的を効果的に達成する」場合であって、経費削減など「もっぱら当該の地方公共団体の便宜のみに役立つにすぎないものは本項の要件を充足しない」（同書）とされている。総務省も「公の施設の設置の目的を効果的に達成するため必要があると認めるときに活用できる制度」と通知（自治行政局長2010年12月28日「指定管理者制度の運用について」）しており、この制度趣旨、原則を徹底させていくことが重要である。

2つ目は、上記の趣旨や制度運用の実態を利用者、住民、議会等に知らせ、制度導入に歯止めをかけていくことである。日弁連は2017年4月に指定管理者基本条例案を示し、各施設への制度採用の是非検討、導入要件の設定、非該当施設の明確化、指定管理候補者の選定基準、指定管理者の欠格事由･条項､指定取消し事由等を提案している。筆者も公共性の高い社会福祉施設や社会教育施設は、指定管理者制度の適用除外にする関連法の改正を提案している。その趣旨は学校のように個別法で管理の主体を明記することである。

当面の重点は、首長部局への移管が可能となった社会教育施設への対応である。部局移管、指定管理者制度導入の是非判断はあくまで自治体の権限であり、早急に宣伝と学習を強め、自治体、議会に働きかけ、導入にストップをかけていくことが必要である。2018年調査でも市区町村は、議会の不同意が24件、協定締結協議不調が25件ある。

3つ目は、導入施設の管理運営、実施体制の整備、充実である。自治体は公の施設の管理を各種団体に委ねたとしても、当該施設が設置目的に沿って効果的に管理・運営されるよう必要な措置を講じていく責務がある。具体的には、その施設に相応しい人的、物的能力が具備されているか、適切な委託料や雇用・労働条件等が確保されているか、実施体制やリスク分担等が協定書に明記され確実に実行されているか、それらを精査し実質化していくことである。総務省が二度にわたって発出した通知にもそれは明記されている。

自治体によっては既に指定管理者の限定、非公募の拡大、指定期間の延長、人材や指定管理料、雇用・労働条件の確保、公契約条例の適用など独自の措置を講じて改善を図っている。また、静岡や京都等では研究者、自治体労働組合が事業主・労働者アンケートや聞き取り調査、懇談、視察等を行い、その結果の分析、評価を踏まえて改善提案を行っている。こうした先進例､提案等に学び、広げていくことが重要である。

（2）公共施設等総合管理計画

1つは、施設総量削減への対応である。政府は「計画の実効性を確保するため」可能な限り数値目標を定めるよう要請し、自治体の多くは国の指針に沿って人口減少、充当可能な財源等を基礎にして目標を設定している。しかし定めていない自治体もある。長野県飯田市では、市が一律的な数

値目標は設定せず、「市内の地区ごとに施設の必要性を住民主体で議論してほしい」との考えから地域別検討会議を設置し、地域が主体的に公共施設のあり方を検討し決めている。本来、基礎的な公共施設は日常生活圏に整備していくのが基本であり、地域住民の主体的な参加は不可欠である。

人口減少への対応では、国立社会保障・人口問題研究所の人口予測を計画づくりの基礎にしている自治体も多いが、それは自治体が何も対策を講じない場合の試算値である。それで危機感を煽り、削減目標を高く設定するのは、地域、自治体の将来を自ら放棄することである。現在、各自治体は「地方創生」施策により人口減少対策、持続可能な自治体、地域づくりを進め、それを踏まえた独自の目標人口を設定している。基本的にはそれを基礎にして計画を立てるべきである。また、老齢人口も固定的、消極的に捉えず、元気な高齢者は多く就労率も高い、社会的な位置づけや役割も変わってきており、積極的に考えていくことが必要である。厳しさだけを強調し、意図的に削減目標を高くし、公共施設を一律に統廃合・再編すれば、人間らしい暮らし、地域を維持することはできない。安易な統廃合で人口流出、地域の衰退、過疎化に拍車がかかっては何の意味もない。

２つ目は、公共施設の複合化・集約化と長寿命化対策である。これは計画の重点である。現在、複合化・集約化は各地で進んでいるが、設置目的、対象、事業運営、条件等が異なる施設を財政効率化という視点で安易に一体化、混在させていいのか。効率優先の複合化・集約化は、結果的に都市部、中心部に施設が集中し、周辺地域は統廃合され、衰退に繋がる。

また、それは施設の大規模化に繋がり、PPP/PFIの優先活用が徹底される。実際の導入例を見ても、PFIは大企業本位、施設は高規格、過剰見積り、高負担等で、施設の維持管理・運営面でも課題が多く、破綻事例もかなりある。具体的には、福岡市臨海工場余熱利用施設（収支悪化、経営破綻で事業者撤退、施設一時閉鎖）、仙台市スポパーク松森（施工不良で天井崩落、利用者多数が重軽傷負う）、北九州市ひびきコンテナターミナル（予測を大きく下回る需要で経営破綻、市が40億円投入し買い取る）、近江八幡市立総合医療センター（赤字続き契約解除、直営に戻す、市が事業者に損出補償金20億円支払う）、野洲市小学校・幼稚園の増改築・維持管理（大幅な経費負担増、市が契約解除）などである。最近では、西尾市が38の公共施設の新設、改修、解体と160施設の維持管理を一括して特定目的会社１社に発注する計画（予算規模約327億円）を進め、大問題になり公金差し止めの住民監査請求、住民訴訟が行われた。その後の市長選挙でも重要な争点になり、推進市長が落選、新市長が中止通告を行い、協議を行っていたが、事業者側は工事を続行、増加費用支払いを求める訴訟を起こしている。

こうした事例が各地で起きている。その意味では実施に際しては的確、慎重な検討、チェック、歯止めが必要である。なお、施設整備は、大企業本位でなく地元中小業者の施設維持管理能力、技術力の向上、育成・支援、関連事業の優先発注を図り、地域経済の循環、活性化、発展につなげていくべきである。

また、施設再編は廃止・統合ありきでなく、長寿命化＝計画的な修繕、耐震化など予防保全を強化し、更新時期の延長、財政の効率化を図っていくことは重要である。問題は安全性の確保であり、地震など災害の多い日本では特に重視すべきである。

〈施設再編に伴う役割機能の見直し、組織改編〉

公共施設の統廃合・再編は、施設の位置づけ、役割機能の見直し、組織改編等も伴う。特に公民館は、この間も生涯学習センターやコミュニティセンター等への改編、最近では国の重点施策である地域運営組織との一体化が進行している。2019年の通常国会では社会教育施設の首長部局移管を可能とする法改正も行われ、こうしたことが加速する可能性もある。安易な組織改編や一体化ではなく、本来の設置目的に沿った役割の発揮こそ求められる。

森裕之氏（立命館大学）は、「公共施設は本来的には住民の共有財産であり、社会経済状況に合わせてそれをどのように活用するかは最終的に住民の判断に委ねられるべき事柄」と指摘し、飯田市の取組みはその先進例であり、それが可能となった背景には「公民館活動や都市内自治を実践してきた行政としての姿勢がある」（『公共施設の再

編を問う』自治体研究社2016年２月発行）と述べている。そこでは地域の自治力の発揮、自主的・自律的な運営、行政との協働が基礎になっている。

おわりに

今日の人口減少、少子高齢化の進展、地域の変容、財政状況等を勘案すれば、公共施設の見直し、政策的な対応は求められる。問題はその中身、進め方である。そもそも公共施設とは地域・コミュニティの核であり、住民のライフサイクル全体を通して福祉の増進を図り、社会・経済活動を営む基盤をつくるもので、自治体の仕事の根幹である。一律的な削減ありきではなく、施設の設置目的や住民の暮らし、地域の実態、将来の姿をよく見極め、まちづくりの一環として住民の参加、合意形成を図って進めるべきである。自治体の財政が厳しく管理経費が増えることは事実であるが、予算を何に使うのか、自治体の本来の役割は何か、公共施設は何のためにあるのか、それらを踏まえ事務事業全体の見直し、政策選択の中で考えていくことが求められる。その意味では住民・地域の側の自治力、提案力も試されている。

（つのだ　ひであき、自治体問題研究所）

（事務局より）長澤先生に『いのちとくらし研究所報』67号へご執筆いただいた論文も再録されています

文部科学省組織再編・
第９次地方分権一括法による「改正」を問う！

公民館はだれのものⅡ

長澤成次著

● 住民の生涯にわたる学習権保障を求めて

定価（本体 2000 円＋税）

公民館は〈社会教育法〉を支えに、地域での教育権・学習権を守り続けてきた。しかし、規制緩和の名の下に、〈社会教育法〉が壊されようとしている。この事実を、戦後の社会教育行政の変遷と公民館の歩みをたどって検証する。社会教育法制定 70 周年記念＝制定当時の全文を収録。前著に引き続き、学びの自由と自治を守る公民館を論じる。

目次より　Ⅰ●文部科学省組織再編と第９次地方分権一括法
文部科学省生涯学習政策局・社会教育課「廃止」を問う／公立社会教育施設の首長部局移管問題と第９次地方分権一括法案／第９次地方分権一括法案と社会教育関連法「改正」の問題点
Ⅱ●公民館をめぐる歴史・政策動向と自治体社会教育行政「新憲法の精神を日常生活に具現するための恒久的施設」としての公民館／公民館への指定管理者制度導入における問題点と課題／「公共施設等総合管理計画」をめぐる政策動向と課題
Ⅲ●人権としての学習権思想の歩みと社会教育法制をめぐる課題　学習権思想の芽生えと社会教育の戦前的性格／憲法・教育基本法制と社会教育法「改正」の歴史／権利としての社会教育を求めて　［資料編］日本国憲法（抄）／社會教育法　他

自治体研究社　〒162－8512 東京都新宿区矢来町 123 矢来ビル４F　TEL 03-3235-5941　FAX 03-3235-5933　http://www.jichiken.jp/　E-mail　info@jichiken.jp

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

2019年秋の台風災害を考える

八田　英之

はじめに

今年の秋、日本列島を相次いで台風が襲った。特に千葉県は、15号、19号、21号（千葉県豪雨）と三度の被害に見舞われた。筆者は、千葉県自治体問題研究所の理事長の任にもあり、2010年以来、防災問題のプロジェクトチームをつくって調査・研究を進めてきた。今回もチームを再起動して議論している。この作業はまだ中間段階であり、まとめは年内にと考えているが、『いのちとくらし研究所報』にもできるだけ早く載せたいと考え、第一報的に報告する。あるいは、第二報で追加・修正があるかもしれないことをお断りしておく。

1．〈台風15号〉

2019年９月５日、南鳥島付近で熱帯低気圧が台風15号となった。アジア名 Faxai（ファクサイ＝女性の名前、ラオス）、この時点では「進路によっては上陸の恐れ」という予報であった。７日の天気予報では、「コンパクトな台風」と表現され、「大したことはないのかな」と奇妙な安心感を持った。ところが、８日朝、上陸の可能性が強まり、且つ勢力が強いことから気象庁は11時緊急記者会見を行い、「記録的な暴風の恐れ」「夜になって台風の接近と共に世界が変わる」と異例の表現で警告した。千葉県一体に暴風警報が出されたのは、８日16時30分である。中心気圧は、８日21時神津島付近で955hPa。それほど勢力を弱めることなく、９日３時前三浦半島通過し、５時前千葉市付近に上陸（960hPa）した。ここでの最大瞬間風速57.5mは観測史上はじめての記録である。気圧傾度は９hPa/10km、これは2018年大阪に大きな被害を出した台風21号の５hPa/10kmを大きく上回る。これによって台風の進路の東側に位置した千葉県を嘗てない強風が襲い、大きな被害を出した。最大風速は45m/s（10分間平均値）とされている。

＊予報・警報、対策について

８日11時の気象庁記者会見については、台風が本土に近づくと勢力を弱める場合が多いことと、今年の近海海水温が高いことから判断が難しく、この時間での記者会見は明るいうちに対処を呼びかける「ぎりぎりのタイミング」という評価がある一方、米軍は５日静岡付近上陸と警告していたことなどから、木村太郎は「気象庁の事なかれ主義」と批判している。８日16時30分に暴風警報が千葉県一帯に出されたのを受けて、県内各自治体は９日の学校の休校を決めたり、市民への強風対策勧奨などが行われたようであるが、それ以上の避難勧告などはなかった。

＊被害、（　）は千葉県

この台風による被害は、東京で風のために壁に頭を打ち付けた女性１名の死亡以外に直接の死者はなかった。しかし、千葉県では台風の後始末（折れた木の伐採中木の下敷きとなり大多喜町で87才男性死亡、屋根の補修時の転落で３人死亡101人重軽傷。長引いた停電の影響による熱中症の疑いで４人死亡）など計８人が死亡している。

これは災害関連死ではないのか？　３・11では福島県で関連死が直接死を上回り、熊本地震では直接死50人に対して関連死218人だった。これには、日本の避難所の問題がある。避難所の生活水準は国連の難民キャンプ以下という。

本年４月３日内閣府は、災害関連死を「災害による負傷の悪化、避難生活での身体的負担による疾病で死亡し、災害弔慰金の支給対象と認められたもの」と定義した。これは、３・11と同じで、関連死の判断は市町村がおこなう。これによれば熱中症死亡は可能性があるが、転落死は困難ということになるのか？　しかし、それでよいのだろうか？

重症12（７、ゴルフ練習場鉄柱倒壊20代女性など）
軽症139（75）
住家：全壊290（269）半壊2744（2576）、一部損

壊54,558（48,106）、床上浸水87（37）
床下浸水113（65）
非住家：公共建物１（０）、その他440（182）

＊長期停電

この台風で全国的に注目されたのは長期にわたった停電の問題であった。

送電塔２、電柱84倒壊、損傷推定2000本。９日時点で93万戸停電、16日73,600戸、25日146戸、９月27日にようやく全て復旧した。2018年台風21号の時の復旧は16日後、今回は19日間だった。初め東京電力は３日間で復旧を目指すとしていた。状況把握が無いまま、国の早期に復旧の見込みを明らかに、という圧力もあったというが、これが被災者のイライラをつのらせた。東電の広報では、これまで風で電柱が倒れたことはないとしていた（int）。携帯電話も基地局が電源切れなどで各地でつながりにくくなった。停電によって水をくみ上げるポンプが動かなくなり、断水は12日午後29,499戸。復旧したのは９月25日である。

＊農水産業損害：９月26日、県は今回の損害を367億62百万と発表。東日本大震災の346億を超えた。漁民も漁に出られなかった。電気が来ず、氷が作れなかったためである。ビニールハウスが風で破壊されただけでなく、電気で温度管理していたキノコなどもやられた。

〈行政の対応〉

県：千葉県の対策本部設置は、10日９時30分頃であった。一日が空費された。森田知事は９日には登庁しなかった。都内の予定をキャンセルし、風雨が強く外に出るのは危険と考え、公舎待機にしたという。しかし、実際には、９日朝には殆んど風は収っており、車で移動できない状況だったとは思われない。さらに、翌日10日には災害対策本部会議を開いた後、公用車で芝山町の「自宅」に行き、その後「私的に視察した」と述べている。公用車の運行記録は「千葉市内」となっていたとのことである。

対策本部の設置が遅れたこともあってか、市町村への県職員の派遣は12日夕方になった。県の災害対応マニュアルでは「市町村が被害報告できない状況の時には県職員を派遣する」となっている。鋸南・多古・酒々井・睦沢では防災無線が長期間使用不可（通信アンテナ故障・発電機故障・停電で光ケーブル不可など）。多古は12日10時までつながらなかった。

千葉県には非常用発電機が468台あるが、今回、自治体に貸し出されたのは６台のみであったという。千葉県が県警と千葉市消防局にヘリの出動要請をしたのは10日後の19日だった。防災ヘリは44都道府県にある。無いのは佐賀・群馬・沖縄の三県。千葉・神奈川・京都・大坂・福岡は消防機関の保有のみである。

国：８月の台風10号の時は関係閣僚会議が２回開かれた。2018年台風21号の時は非常災害対策本部会議が行われた。今回はいずれも開かれていない。最初の関係省庁災害対策会議は10日14時30分である。この日内閣府情報先遣チームが千葉に出発した。

11日内閣改造。国のヘリが上空から状況確認したのは12日。閣僚懇談会で首相が「停電復旧に全力を」と指示したのは13日。経産省停電被害対策本部が置かれたのもこの日である。激甚災害指定は10月11日閣議であった。

〈問題点〉

１　小型だが強力な台風15号に対する危機意識と行政対応はどうだったか

９月８日11時の気象庁の記者会見は「ぎりぎりのタイミング」であったかもしれないが、日中人々は動いており、この会見で「危ない」と思った人はどのくらいいたのだろうか？ 実際、筆者も全く知らなかった。

国や県の対応を見ると事前の危機意識は弱かったと思われる。

森田知事の初期対応時の行動は論外であるが、県の幹部の対応にも危機に際しての緊張感が感ぜられない。恐らく被害状況が解らず、災害対策本部を作る必要を感じていなかったのであろう（注）。県内各地に県の出先機関があり、台風などの翌日には県道の見回りに出るという。しかし、市道の被害や住宅の被害は、目撃しても所管事項ではないから報告しないという。災害対策本部が出来て、全体的被害状況を把握し報告せよと言わ

れない限り、そうしたものだという。豪雨災害は近年の経験も有り、それなりに想像力も働くのであろうが、風による被害については、正常性バイアスによって県幹部の想像力が曇らされていたのではないか。次のような記録がある。

「巳の半ばより、とみに空は墨を流したる如く、辰巳の風激しく吹き・・午の末より更に未申の風入りもみ吹て、・・未の初にはいや吹きに吹きて、今こそ家もたふれぬべし・・。垣根は破れ、軒は何処かへ吹き飛ばされ、近くの御社は倒木に潰され、土蔵は倒れ、馬屋も覆り、目だに当てられず。ここより、富津わたり迄一里半ばかりなるが、家居二百ばかりも吹き崩し、人百人あまり命失いぬ」（岡田真澄「上総日記三」天保四年1833,9,14）

この台風は今回とほとんど同じコースをとったようである。当時よりは今の方が建物は丈夫になっていよう。しかし、風で建物が壊れないということはない。今回も3000軒が全壊・半壊の被害を受けたのである。今回避難勧告はなかった。暴風の中での非難はかえって危険な場合が多いであろう。しかし、暴風警報の場合も、時間的余裕をもって、堅固な建物などへの避難も必要ではないか。

（注）2019年11月24日の千葉日報に、同日22日にひらかれた台風15号を巡る県の対応を検証する外部識者会議の内容が載せられている。そこに出された県当局の報告で「地震の被害想定はあったが台風についてはなかった。風による大規模停電の経験がなく、9日時点で大規模災害が発生しているという認識がなかった」などの初期対応の立ち遅れが告白されている。

2　風よる停電被害

この台風被害で最も注目されたのは、長期間の停電であった。君津市の送電塔2本（45mと57m）が倒壊した。経産省の「電気設備に関する技術基準を定める省令」（以下「電気設備基準」）では、送電塔・電柱は「10分間平均風速が秒速40mの風に耐える」こととされている（人家の密集しているところは20m）。この日木更津では最大瞬間風速は49mであるが10分間の平均では35mであった。この台風の風速は45m/sとされている。しかし、鉄塔は倒れた。電柱は2000本以上が倒れ、損傷を受けた。これは2018年の台風21号での800本以上を上回る。すべてが山武杉が倒れたことによるもの（注）でも、重量物がぶつかったことによるものでもあるまい。かなりの部分は風によって倒れたのである。

要するに、今日の地球環境の変化による災害の凶暴化に、今の電気設備基準では対応できないということであろう。送電線の地下化も議論されているようであるが、電柱の時代は終わったのかもしれない。また、地震に対しても地中線の方が強いという主張がデータを基にされてもいる。経産省も電気設備基準の見直しを含めた検討の為に、現地調査を行ったようである。

断水も停電によるものである。ポンプで水を高所に送ることが出来なくなったのである。

ポンプの電源を複数用意しておかないと、こうした事態が繰り返される危険がある。

（注）千葉県では山武杉が赤枯病に強いということで、戦前挿し木によるその植林が推奨された。しかし、この木はチャアナタケモドキによる非赤枯性溝腐病には弱かった。1960年代以降、国内産の材木が輸入材におされ、林業が成り立たなくなり、山林は放置された。結果、非赤枯性溝腐病が蔓延し、菌によって木質部を失って弱くなった杉が風で倒れるようになっていた。2017年調査では約8割がこの菌に侵されているという（東京新聞）。

3　風による建物被害とその復旧の困難

建築基準法施行令87条2項によって千葉県では、建物は風速34m～38mに耐えるものとされている。しかし、今回、この基準を超える風が吹いたことは確かであり、その多くが屋根の損傷である。基準の見直しは必須ではないか？　鹿野山神野寺の室町時代に建てられた重要文化財の門も全壊、文化財にも被害が出た。

こうした建物の復旧作業やブルーシート張り、倒れた杉の処理などは、素人の高齢者には大変危険な作業であった。4人の死者と101人の負傷者が出たことが物語っている。ボランティアも災害廃棄物の搬送などのほかは、それなりの技術を持たなければなすすべもない。

4　罹災証明の遅れ

東京新聞９月24日は、罹災証明書の発行が自治体の人手不足のため遅れていることを報じている。行政改革と称して人減らしを進めたつけが回ってきたということであろう。

写真を添えるだけでその場で発行するやり方も一部損壊については認められているが、一部損壊と瓦屋根修理にも国が支援することになった今回は、職員による現場確認が求められている。

5　災害弱者

要介護者、在宅酸素や透析の患者などは命の危険にさらされた。富津市の筆者の知人の在宅酸素の患者は、予備のボンベも切れそうになり、病院に連絡。電波状況が悪く、避難入院として受け入れてくれるまで３時間半かかり、病院に行くまでも信号機が止まっているための渋滞で３時間半かかった。リハビリ室や作業室まで酸素を必要とする患者があふれていたという。こうした患者を行政が把握していない。透析の患者は、病院が患者を回って対応したようである。

じつは、2006年３月「災害時要援護者の避難対策ガイドライン」が出されているが、そのもとになった検討会の報告書には、「人工呼吸器・酸素供給装置等を使用している在宅の難病患者等に対しては、保健所・消防署・病院など関係する機関と連携し、避難支援者とともに病院等への搬送などの避難計画を具体化しておくこと」と書かれている。

しかし、この要援護者をリストアップして支援者を付け、避難行動を援助するという「画期的」な方針は、個人情報保護法などの壁に阻まれて、実際にはあまり進まなかった。東日本大震災での障害者の死亡率は、健常者の２倍に上り、死亡者の６割は高齢者だった。これをを受けて、2013年に災害対策基本法が改正され､内閣府は新たな｢指針」を出したが、その後も、行政部局がそれぞれに知りえた情報を役所内で共有することは若干進んだようであるが、その名簿を民生委員まで下すにとどまり、町内会などと協力して平常時に要支援者を訪問して、どのように支援するかを具体化しているところは、多いとは思われない。消防庁によれば、2018年６月現在で要支援者全員の個別計画を伴ったところは14％、一部について作成が43％、全く作っていないが44％という（東京新聞2019.11.2）。

そして、その名簿に在宅酸素の患者などは含まれていない場合が多いのが現実である。

確かに、災害時に避難支援を必要とする人はいて、その支援を具体化しようとすれば、こうしたやり方になるであろう。それが主に地域の助け合いに依存することになるのも他に良い方法が見つからなければやむを得ない。それなら、もっと積極的にこの取り組みの到達点を広く知らせ、具体的な援助を強めるなど本腰を入れるべきである。

自治会・町内会が独自に名簿を作成、区が把握している要支援者の名簿を提供、町内会長と民生委員が訪問して支援者を決めている、という先進的な事例もある（神奈川タウンニュース南区版2018,8,9）。

２．〈台風19号〉（アジア名ハギビス：フィリピン「すばやい」）

台風19号は、2019年10月６日マリアナ諸島東海上で発生した。10月12日19時前、大型（半径800㎞の15m/s の強風域）で強い（風速33m/s ～44/s）勢力で伊豆半島上陸、関東を縦断して福島県沖に抜け、13日12時三陸沖で温帯低気圧に変わった。

この台風は、多くのところで観測史上一位の記録的な大雨をもたらした。台風上陸前から、北方で雨雲が発達し、前線ができ、それに台風本体の雨が続いた、被害は主に河川の氾濫と土砂崩れによる。全国71河川140ヶ所で堤防が決壊し、越水氾濫は16都県285河川で生じた（NHK10/30）。土砂災害も過去最多の805件、これによる死者は14人、行方不明３人、負傷10人。全体では、死者98人、行方不明３人、重傷40人、軽傷439人（これには、東京湾で転覆したパナマ船籍の貨物船乗組員の７人死亡、１人行方不明が含まれていない（「台風によると断定できない」という理由）というネット情報もある。神奈川県の発表した死者数14人・行方不明３人の中には含まれている）、建物被害は、全壊2,240・半壊13,012、一部損壊15,511、床上浸水24,191、床下浸水30,791（政府非常対策本部11/18、この数字には千葉県の10月25日の大雨被害も含まれる）となっ

ている。

11月５日時点の農林水産被害は、2024億円（西日本豪雨3409億）。ただし、さらに増える見込み（NHK）。

しかし、千葉県は台風の東側にあり、またしても強風による被害が出た。市原市では、12日８時頃竜巻のような突風が吹き、軽トラックが横転し１名が死亡した（他に重傷１、軽症21）。停電は138,500戸、復旧は16日であった。断水も起こった。

10月16日時点で、千葉県では、住宅全壊９、半壊24、一部損傷633と報じられている（産経新聞）。

〈問題点〉

１　避難の遅れは？

気象庁が特別警報（既に災害が発生している危険性がある）を出したのは、10月12日15時に静岡、神奈川、東京、埼玉、群馬、山梨、長野に対してである。さらに12日19時から13日０時40分にかけて、茨城、栃木、新潟、福島、宮城、岩手に対して特別警報が出された。この台風については、事前にマスコミなどの報道により、危険度の認識が高かったためか、避難勧告は早めに出ていた。しかし、住民は洪水ハザードマップを知らない人が多く、福島、宮城では上陸地から離れているという意識があったのか、深夜の特別警報でもあり、避難しなかった人も犠牲になったとみられる。NHKの長野･福島･宮城の被災者アンケートでは、８割の人が被害を受けるとは考えていなかった、と答えている。

今回の死者数は、福島31人、宮城19人が他の県より多くなっている。福島県の自治体では、阿武隈川流域に避難指示が出たのは10月12日の夕方。洪水警報は17時であった。

毎日新聞11/11によれば、死者のうち水害死が72人、その50人が屋外で亡くなっており、うち車で移動中の死者は30人に上る。また、自力で避難できない人が、自宅で水死した事例もあった。

２　避難所不足と環境の悪さ

今回はこれまでになく避難した人が多かった。そのために、避難所不足が深刻になった。狛江市では予定された避難所は１ヶ所だったが、最終的には11ヶ所まで拡大した。他の自治体への広域避難も行われた（茨城県境町など）。一方、江戸川区・江東区は電車が動かないことから、広域避難をやめた。

避難所の環境の問題は以前から指摘されているところであるが、今回は台風通過後一気に寒さがまし、避難所で震える事態となった。プライバシーの問題もある。さらに、台東区では、ホームレスの人の避難を断るという事例が生まれた。これに対して、ネット上では拒否を擁護する発信もあったことが驚きである。

また、千葉県では、寝具と食料をもって避難所に来るように指示されたという。これは、普通の事なのだろうか？　もちろん、充分に余裕をもって避難することが望ましいのは確かであり、そうした場合にはそれも可能であろう。しかし、避難は一刻を争う場合もあるであろう。これについては、全国的な実情を調べなければ、と思っている。

３　浸水域とハザードマップ

NHK の調査によると、今回の洪水範囲は多くがハザードマップの範囲内であった。しかし、想定外の浸水もあった。これは、川の規模が小さく浸水想定を行う対象になっていなかった小河川からの浸水であった（ex 宮城県丸森町）。

４　国・県の洪水対策は？

千曲川の場合、堤防の強化は実施済であったが、川底の掘り下げは未実施。八ッ場ダムや地下宮殿の効果が言われている。これらは、厳密な検討が必要であろう。

台風15号の「風」に対して、19号では雨について「記録的」という形容詞が付いた。「これまでに経験したことのないような」という形容もあらわれた。つまり、災害に対する備えを「数十年や百年に一度」というレベルから、「千年に一度」というレベルで見直さなければならない時代に入った、ということではないだろうか。

３．〈千葉県10・25豪雨〉

台風21号が東方海上を通過。千葉県では、10月

24日夜からの上空の寒気と南西の低気圧がもたらした雨にこの台風からの雨雲が重なり、線状降水帯ができ、猛烈な雨になった。前日の17時28分銚子気象台は、「大気の状態が不安定で大雨の見込み。所によっては１時間に50ｍｍを超える」と警告。当日朝９時10分には千葉県内に大雨洪水警報が出されていた。

自治体も、最も早くは鴨川市が８時52分に避難勧告、10時40分に避難指示を行ったのをはじめ、それなりに勧告や指示を出している。しかし、今回はあまりに急速に大雨となり、長柄町のように避難準備情報を出した後、１時間77ｍｍの降雨が記録され、避難指示を出すことでかえって危険が増すと考えて、防災無線放送で垂直避難を４度呼びかけたところもあった。長柄町では２名が死亡しているが、いずれも車での移動中であった。

この豪雨は千葉県内各地で記録的であり、半日で一か月分の雨が降ったと言われた。13時30分気象庁は、千葉市・八街市でその直前の一時間に100ｍｍを超える雨が記録されたとして、記録的短時間大雨情報を出した。

千葉県では、15の川が氾濫し、５ヶ所で内水氾濫がおこった。高滝ダム、亀山ダムで緊急放流が検討されたが、実施には至らなかった（注）。千葉県と福島県で13人の死者を出したが、そのうち６人が車中死もしくは車での移動中の死であった。

（注）亀山ダムの緊急放流が行われていたら、小櫃（おびつ）川が大規模に氾濫し、大寺浄水場が水没する危険があった。そうなったら長期の断水がおこったであろう。

千葉県の死者のうち、４人は土砂崩れによるものである。いずれも土砂災害警戒区域ではなかった。３人の地域は警戒区域に指定する予定の所であったが、まだされていなかった。１人の地域は警戒区域の対象となっていなかった。千葉県のこの警戒区域指定率（自治体が土砂崩れの危険があると判断した区域のうち、実際に指定した区域の比率）は、全国平均の80％に対して、33.07％と格段に低く、行政対応の遅れを示している。警戒対象外の区域での土砂崩れは、19号の際に群馬県富岡市でも起こっており、３人が死亡している。

10・25豪雨は、実感として不意打ちであった。15号で被害を受けた住民も、今回は19号のような備えはしなかったという人が多かった。

10・25豪雨の被害は、死者13人（千葉県11人）重傷１人、軽傷５人、住家：全壊９、半壊９、一部損壊65、床上浸水1,371、床下浸水1,312（11月７日消防庁）。10月25日午後５時30分時点で停電23,400戸、断水4,700戸であった。

〈問題点〉

１　避難の在り方と市民への啓蒙

千葉県のように小さい川が多いところでは、それぞれについて水位の観測などが十分に行われていたとは思われない。水位計が水没して情報発信できない例もあった。こうした川の氾濫情報をどのように把握し、発信するかが課題であろう。

また、このように急速に洪水になるような豪雨の場合、自治体の避難指示などの出し方の判断は難しいことであろう。さらに、日中で人が動いている中で情報を周知させることの困難もある。長柄町の事例はそれを示している。車での移動は危険が多いことは明らかであるが、高齢者の多い地域事情の中では、また、避難所が小学校区に一か所程度で徒歩では30分以上かかる所があるなど、避難に車を使うなとは言い難い事情もある。住民への災害時の行動についての啓蒙、車からの脱出方法などを知らせていくことが必要であろう。

２　土砂災害に対する行政対応

土砂災害指定区域の指定率の低さはただちに改善すべき事であるが、指定基準そのものも今日的には不十分であることが明らかとなった。これを含めた行政対応の見直しが求められよう。

３　ハザードマップの問題

ハザードマップがよく知られていない。洪水危険地帯の全住民に周知すべきなのは当然である。さらに、今回はハザードマップの範囲外の浸水も見られた。茂原市役所と中央公民館は、範囲外であったが今回浸水した。再検討を要する事態であろう。洪水の危険を想定していない小河川・農業用水からの氾濫もあった。太平洋岸の地域では「排水容量が足りなかった。新たな川（排水路）を作

るべきだ」という声もあるという。

まとめと若干の問題提起

千葉県の防災問題については、危機管理の問題、所管範囲を超えた情報集中の問題、土砂災害対応に見られるような立ち遅れ、中小河川の洪水対策、ハザードマップの問題、避難所の在り方、復旧復興の問題、などについては更に追及が必要であり、プロジェクト・チームの課題としたい。

日本全体にもかかわる問題として、避難勧告など関する問題と災害時の「要支援者」の問題がある。

〈「警戒レベル」と警報の関係は？〉

2019年４月から、「警報レベル」という新しい災害時避難の方式が導入・実施された。これは、2018年７月西日本をはじめ全国的に死者224名など被害を出した豪雨災害で、避難勧告や指示に従って実際に避難した人の数が著しく少なく、死者の多くが避難しなかった人であったことから、よりわかりやすく避難情報を伝え、住民避難を促進しようという趣旨であった（次ページ**表**参照）。

しかし、早くも６月２日、長坂哲夫（フジＴＶ社会部気象担当）から、避難勧告と避難指示が同じレベル４とされたことで混乱は生じないか？周知期間がより必要ではないか、記録的短時間大雨情報や気象庁の危険度分布との関係が定かでないことなど、わかりやすくしようとして却ってわかりにくくなったのではないか、という指摘がされていた（FNN PRIME）。

８月21日には、鹿児島県市長会が、６月末から７月初めにかけての記録的な大雨で県内11市町約105万人に避難指示が出されたという事態となったことから、警戒レベルをさらに解りやすくしてほしいという要望が出された。

19号台風では、夏井川が氾濫して８人が死亡したいわき市で、避難勧告を出すのに手間取り（本庁に勧告発令を申請したら書類不備を指摘され時間が経過し、避難指示水位になったという）、いきなり避難指示になった。

表の内閣府のＱ＆Ａでは、「避難指示は・・必ずしも発令されるものではありません。避難勧告が出されしだい、避難指示を待たずに速やかに避難してください」とある。しかし、いわき市の例のように、避難勧告を出す基準と指示を出す基準をそれぞれに設定している自治体が殆どであろう。勧告はお勧めであり、指示が出るまではまだ大丈夫と思っている人が多いのが現状ではないだろうか。

内閣府の説明では、勧告は必須の事で指示はそうでないかのように受け止められるが、災害対策基本法では、勧告と指示はいずれも市町村が「発令することが出来る」ものとされている。勧告と指示が同じレベル４というのはやはり分かりにくい。

また、レベル４イコール全員避難ということが、一人歩きしている傾向はないだろうか。この全員避難というのは、高齢者などの避難の次の段階という意味で用いられているのではないか。もちろん、津波などのように文字通り全員避難すべき場合はある。しかし、水害の場合は、居るところが浸水被害の恐れのない場合には、水平移動で避難所に行くことの方が危険を増す場合もある。全市に避難勧告や指示というのは、アリバイ作りでしかないのではないか。市全域で住民が避難したとしたら、収容する避難所はあるのだろうか。実際に危険なところの住民に、避難の必要を徹底して知らせることが何より重要であろう。

いずれにせよ、警戒レベルと各種警報については、より整理し、何より住民に対する周知徹底と住民自身が判断し、行動できるような情報提供が求められよう。

19号の際に19人が亡くなった宮城県の中で、大郷町では「堤防は決壊するもの」という高い危機意識をもって危険地域の住民が早期に避難し、一名の死者も出なかったという（毎日新聞10/30夕刊）。

また、19号では、いくつかの河川で洪水発生情報が発信されなかった。実際に洪水が起こっているという情報は、避難行動に大きな判断材料になる。この情報は、一級河川の場合、堤防決壊や氾濫がおこっていることを国土交通省や気象庁の職員が現認し、気象庁と国土省の共同事務なので、それぞれの決裁を受けた上で発令しなければならないなど、手続きの複雑さが、背景にあるという。

水害・土砂災害について、市町村が出す避難情報と、国や都道府県が出す防災気象情報を、5段階※1に整理しました。

＜避難情報等＞

警戒レベル	避難行動等	避難情報等
警戒レベル5	既に**災害が発生**している状況です。**命を守るための最善の行動**をとりましょう。	**災害発生情報**※2 ※2 災害が実際に発生していることを把握した場合に、可能な範囲で発令 〔市町村が発令〕
警戒レベル4 全員避難	**速やかに避難先へ避難**しましょう。公的な避難場所までの移動が危険と思われる場合は、近くの安全な場所や、自宅内のより安全な場所に避難しましょう。	**避難勧告** **避難指示（緊急）**※3 ※3 地域の状況に応じて緊急的又は重ねて避難を促す場合等に発令 〔市町村が発令〕
警戒レベル3 高齢者等は避難	**避難に時間を要する人（ご高齢の方、障害のある方、乳幼児等）とその支援者**は避難をしましょう。その他の人は、避難の準備を整えましょう。	**避難準備・高齢者等避難開始** 〔市町村が発令〕
警戒レベル2	避難に備え、ハザードマップ等により、自らの**避難行動を確認**しましょう。	**洪水注意報** **大雨注意報等** 〔気象庁が発表〕
警戒レベル1	災害への心構えを高めましょう。	**早期注意情報** 〔気象庁が発表〕

＜防災気象情報＞

【警戒レベル相当情報（例）】

警戒レベル5相当情報
氾濫発生情報
大雨特別警報　等

警戒レベル4相当情報
氾濫危険情報
土砂災害警戒情報　等

警戒レベル3相当情報
氾濫警戒情報
洪水警報　等

（国土交通省、気象庁、都道府県が発表）

これらは、住民が自主的に避難行動をとるために参考とする情報です。

※1　各種の情報は、警戒レベル1～5の順番で発表されるとは限りません。状況が急変することもあります。

Q&A

質問1）防災気象情報は出てるけど、避難情報が出ていないときはどうすればいいの？
⇒市町村は、様々な情報をもとに、避難情報を発令する判断を行うことから、必ずしも防災気象情報と同じレベルの避難情報が、同時に発令されるわけではありません。
自らの命は自ら守る意識を持って、防災気象情報も参考にしながら、適切な避難行動をとってください。

質問2）避難指示（緊急）は、避難勧告と同じ警戒レベル4に位置付けられたけど、考え方が変わったの？
⇒**避難指示（緊急）は、**地域の状況に応じて緊急的に又は重ねて避難を促す場合などに発令されるもので、**必ず発令されるものではありません。**避難勧告が発令され次第、**避難指示（緊急）を待たずに速やかに避難**をしてください。

質問3）洪水で「警戒レベル4相当情報」が既に出ているなかで、土砂災害で「警戒レベル3相当情報」が出たけど洪水のレベルも4から3に下がったということなの？
⇒洪水の危険性が4から3に下がったわけではありません。洪水は4のままで、土砂災害の3が追加されたのであり、**その地域は洪水と土砂災害、両方の災害を警戒する必要があります。**

【警戒レベル5】では既に災害が発生しています。また、必ず発令されるものではありません。

【警戒レベル3】や【警戒レベル4】で、
地域の皆さんで声をかけあって、安全・確実に避難しましょう。

■詳しく知りたい方は
内閣府　防災情報のページ
内閣府　避難勧告　検索
http://www.bousai.go.jp/oukyu/hinankankoku/h30_hinankankoku_guideline/index.html
スマホ用二次元コード

表：内閣府の防災情報ちらし

改善が求められる。

〈災害時要支援者の問題〉

先にも触れたところであるが、2004年７月の梅雨前線豪雨や台風での高齢者などの被災状況から設けられた災害時要援護者の制度は、2013年の災害対策基本法の改正によって要支援者と名称が替えられ、さらに要支援者の名簿は、本人の同意が得られなければ、実際に支援を具体化する民生委員や自主防災組織に、渡すことが出来ないことが原則とされた。個人情報保護法との兼ね合いからである。この同意は自治体職員が行わねばならない。これは実際上著しく困難なことであり、この制度を実効性のないものとすることであった。この名簿を通常時に関係者に配るには、条例を制定しなければならない。同法49条の11第３項では、アリバイ的に「災害が発生または発生の恐れのある場合は」同意なしで提供できるとしているが、実際上の意味はほとんどない。実際、今回千葉県でも要支援者名簿が災害発生時（後？）に配られた例があったが、いきなり渡されてもどうしようもないと返上したという話もある。千葉県で条例を定めて、日常的に現場に名簿を提供しているのは、54市町村のうち７自治体に過ぎない（2017年11月２日消防庁）。さらに、名簿の作成は殆どの自治体で行われているが、それぞれの要支援者について、複数の支援者を決め避難の具体的個人計画を作るという点では、前述のように14％の自治体でしか完成していないという。千葉県の名簿の作成状況を見ると、自治体による要支援者の数にバラツキが大きい。名簿を現場に卸して具体的に取り組んでいると思われるところでは住民の数％なのに対して、名簿を現場に提供していないところでは、10％を超える例がみられる。これでは実際に職員が要支援者名簿に基づいて面接し、名簿を民生委員や自主防災組織に提供することを了解してもらい、個別支援計画を作るというのは極めて困難であろう。

先進的なところでは、自治会や町内会が民生委員などと協力して、独自に一人暮らしの高齢者などをリストアップし、それと自治体からの名簿をあわせて検討し、訪問して避難方法などについて具体化しているという。

19号台風では、犠牲者の６割を高齢者が占め、自宅で逃げられなくて死亡したケースが最も多いという（毎日新聞2019年11月２日）。

自治体が、より積極的に取り組めるような、災害対策基本法の規定の見直しを含めた国の対応が必要であろう。

（はった　ふさゆき、研究所副理事長、千葉県自治体問題研究所理事長）

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ編

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

ドイツの介護保険改革（２）

介護強化法の給付と鑑定

小磯　明

前号（「ドイツの介護保険改革（１）」）では、「介護強化法制定の背景と保険料」について述べた。今号では、「介護強化法の給付と鑑定」について述べる。

１．第１次介護強化法

（１）介護者支援の強化

介護者支援の強化については、特に第１次介護強化法（Erstes Pflegesträrkungsgesetz, PSG Ⅰ）において家族、もしくはボランティアについて、徹底的に強化した。具体的に何を行ったかというと、在宅給付額を増加した。たとえば、2016年段階の**表１**を見ると、第１次強化法によって拡大された給付の内容がわかる。（　）で記述したのは2014年時点の給付額である。現物給付、現金給付、追加的な世話給付、障害介護給付、グループホーム追加給付、住宅改造の在宅の給付額がすべて増額した。そして、部分入所、入所と比較しても、入所施設に対する現物給付との差が全体として縮小した。介護支援者の強化は、給付額の増加を通して、この段階で行われたことがわかる。

次に、当時はまだ「要介護度０」という使い方を認知症の人に対して行っていた。2016年度以前は認知症の人への追加的な世話給付は100～200ユーロであったが、それを104～208ユーロに若干増額した。それに対して、在宅のグループホーム追加給付は０から205ユーロとなり、部分入所のデイ／ナイトケアは０から231ユーロと給付が受けられるようになった。特筆すべきは、短期入所（ショートステイ）は０から1,612ユーロの給付が受けられるようになった。このように、従来「要介護度０」の認知症の人に対する現物給付が本格的に受けられるようになった。そして、障害介護の給付と組み合わせが可能となり、年間６週間から８週間まで延長も可能となって、異種の給付の組み合わせを柔軟化した。

さらに、現物給付で月上限額689ユーロ（要介護度１：468＋221）をもらえるとして、そのうち色々な事業者のサービスはその分しか使わないとしたら、残りの額を追加的な有償ボランティアによる世話サービスにまわすことが出来るようになり、かなり使い方が柔軟化された。

（２）介護休暇中の所得補償

また介護休暇中の所得補償も行われるようになった。もともと介護休暇というのはあまり長くなかった。これは１週間から10日間休みを取る権利が、介護のための休みが必要になったら、その人の有給休暇とは別に、介護休暇をとることが保障されている。そのときにもともとは給料の保障はなかったが、「その所得補償をしていきましょう」ということになった。また最長で２年まで、本格的に会社を休むことが可能となった。その場合、職場の経営者はその人を解雇することはできない。１年でも２年でもいいが、その間介護のために、休みもしくはパートタイムなどの時短で働くことを保障することが法律で決まった。

そもそも介護時間法（Gesetz über die Pflegezeit（Pflegezeitgesetz-PflegeZG）Vom 28. Mai 2008（BGBL. I S.874））はわずか８条で構成される。「第１条　法律の目的」で「就業者（Beschäftigate）に対し、介護の必要な近親者を家庭的環境において介護する可能性及び職業と家族介護の調和を改善する可能性を拓くことにある」（齋藤純子訳2009ｂ）と述べているように、「その核心は、就業者が近親者の介護のために休業する権利の導入である。介護のための休業として、短期（『労働の短期的支障（kurzzeitige Arbeitsverhinderung）』）と長期（『介護時間（Pflegezeit）』）の２種類を規

表１　2016年度ドイツ介護保険の主な給付

（単位：ユーロ／月）

給付種類		要介護度０	要介護度１	要介護度２	要介護度３	過酷ケース
在宅	現物給付（月上限額）	231（225）	468（450） ＋221（215）	1144（1100） ＋154（150）	1612（1550）	1995（1918）
	現金給付（月）	123（120）	244（235） ＋72（70）	458（440） ＋87（85）	728（700）	—
	追加的な世話給付*（月上限額）	104／208 （100／200）	104／208 （100／200）	104／208 （100／200）	104／208 （100／200）	—
	障害介護給付（年間６週間まで）**	**1612（1550）**	**1612（1550）**	**1612（1550）**	**1612（1550）**	—
	グループホーム追加給付（月）	205（０）	205（200）	205（200）	205（200）	—
	住宅改造	**4000（2557）**	**4000（2557）**	**4000（2557）**	**4000（2557）**	—
部分入所	デイ／ナイト・ケア（月）	231（０）	468（450） ＋221（０）	1144（1100） ＋154（０）	1612（1550）	—
入所	完全入所	０（０）	1064（1023）	1330（1279）	1612（1550）	1995（1918）
	短期入所（年間６週間*まで）**	**1612（０）**	**1612（1550）**	**1612（1550）**	**1612（1550）**	—

＋：認知症など日常的能力が著しく制限されている人への追加的給付。
（　）括弧：2014年時点の給付額・範囲。
＊：従来認知症など日常的能力が著しく制限されている人への世話サービスに対する給付。（身体的障害を持つ）要介護者も104ユーロまで。
＊＊：事業者および家族外の人への介護・世話代。従来は４週間まで、近親者や娘。
＊＊＊：障害介護の給付と組み合わせが可能。それにより８週間まで延長可能。
（出所）連邦保健省及びAOKホームページ。

定する。ただし、長期の『介護時間』を取得することができるのは、一定規模以上の企業で働く者に限られる」（齋藤2009ａ）。

介護のための休業が認められる要介護の近親者は、第７条第３項に限定列挙されている（Joussen, Jacob 2009:72）。世代ごとにまとめると、①父母、祖父母、配偶者の父母（親世代以上）、②配偶者、人生パートナー[1]、準婚姻共同生活[2]のパートナー、兄弟姉妹（同世代）、③子、養子又は里子、配偶者もしくは人生パートナーの子、養子又は里子、子の配偶者及び孫（子世代以下）。世代については、上は祖父母から下は孫まで５世代にわたり、配偶者の父母（Schwiegereltern）や子の配偶者（Schwiegerkinder）も、同居・扶養にかかわりなく含まれる。このように対象となる近親者の範囲が著しく広いことがこの法律の特徴であるが、このことは問題点の一つとしても指摘されている（Preis, Ulrich und Nehring, linda 2008:730）。他方で、継父母（Stiefeltern）や継子（Stiefkinder）は含まれない（Glatzel, Brigitte 2009：1377）[3]。また、準婚姻共同生活のパートナーの子、養子又は里子も含まれない（Linck, Rüdiger 2008：2939）。

齋藤（2009ａ）は、「ドイツ法が同性のパートナー等を配偶者と同様に扱うことを別とすれば、この人的範囲は日本の育児・介護休業法とほぼ同様であるが、日本法は祖父母、兄弟姉妹及びひ孫については同居と扶養を条件としている。ドイツの介護時間法の近親者の範囲の広さは際立っている」と述べている。

休業中の所得補償は、介護時間法をめぐる最大の争点であった。所得補償の有無は、実際に介護休業をすることができるかどうかに大きく影響するからである。この法律には、労働の短縮的支障の期間中について使用者の報酬支払義務の定めはない。したがって期間中は無給となる。ただし、他の法律の規定又は個別的労働契約や集団的労働

協約の規定によって当該義務が生じる場合は別とされる[4]。

以上のように、あまりにも小さい零細企業においては、これは認めなくてもいいという例外規定はあるが、一般的にその請求権が人々に与えられた。ただしその間の所得保障はないが、無利子で資金を貸すという制度がつくられた。しかし残念ながら、この制度を使っている人はほとんどいないということである（2017年調査）。

やはり実際の職場では、介護休暇の所得保障はなかなか難しいことが一つである。もう一つは、ドイツの場合は有給休暇をみんな消化してしまうので、おそらく介護休暇は有給休暇からとっているのだろうと推測される。

2015年からの第一次介護強化法により、在宅介護支援はさらに拡大・強化された。一方で、知的・精神障害が本格的に要介護度体系に組み込まれることはなく、給付の範囲は制限されたままであった。

2．第２次介護強化法

（１）認知症患者の給付の改善

第二次介護強化法（Zweites Pflegesträrkungsgesetz, PSG Ⅱ）は2015年に成立した。本法は、これまでの追加・修正で対処してきた改革と異なり、介護保険制度の枠組みを変える法改正であった。第二次介護強化法の最大の焦点は、身体的障害に重点が置かれていた要介護定義が改まり、認知症者をはじめとする知的・精神障害も同等に考慮されるようになったことである。吉田（2016）は、ヘルマン・グレーヘ連邦保健大臣の言葉として「導入以来20年経った今我々は、社会介護保険を新たな基盤の上に置こうとしている。これにより初めて、身体的障害を持とうが認知症だろうが全ての要介護者が同等に介護給付へのアクセス権を得ることになる」と紹介している。

第二の介護改革では、やっと認知症への給付の改善が本格的に行われた。認知症も含めた要介護度の認定が始まったのは2017年１月１日からであった。その結果がどうなっているかという資料はまだない状況であった[5]。推計では「約50万人が新たに認定を受けるようになるだろう」と言われた（連邦企業金庫連合会）。うち大半は認知症者であろうと言われていた。

業界の定義も「自律性と各種能力の支障のためにどれくらい支援が必要か」という形に変えていくことになった。「今までは支援に何時間かかっていたか」、「90分以上かかると要介護度１」というような基準で決めていたが、全く違うシステムになった。そうしたことから「要介護度０」は廃止された。では、今まで要介護度０だった人はどうなったかというと、いちいち認定作業などしないで、自動的にプラス２ということで、「介護度２」に変更になった。**表１**と**表２**を比べてみると、かなり給付額がよくなったことがわかる。ちなみに、要介護度の名称も従来の介護段階（Pflegestufe）から介護度（Pflegerad）に変更された。

同時に今まで要介護度をもらわないで体が丈夫で認知症だけという人は、入所施設に入っても、現物給付がまったくもらえなかった（**表１**の完全入所０ユーロ）が、要介護体系に組み込まれたことによって、既に給付を受けている人は新たに認定手続きを受けなくても介護度２（770ユーロ）になるので、どんな人でも施設に入っても給付が受けられることに初めてなった。つまり知的な障害を持つ人は介護度が２度分引き上げられた。そして身体に障害を持つ人は介護度が１度分引き上げられた。これは、非常に大きな成果である。

介護度１については不十分と思われるかもしれないが、比較的軽度な要介護者の状態の悪化を防ぐ目的で設けられた。従来は要介護認定が受けられなかった介護ニーズが比較的低い人が対象となる。相談、一般的な世話、住環境の適正化のための給付等が与えられた。

この要介護認定制度は６分野における自立度とその人が持っている能力を評価していく。６分野は６モジュールと言われているが、それぞれ①運動能力（モビリティ）、②認知能力・コミュニケーション能力、③行動及び心理面での症状、④日常動作（セルフケア）、⑤病気又は治療への対処（精神的問題、医療的処置）、⑥日常生活及び社会生活（生活形成、社会的接触）という分野に分かれている。そして、「②認知能力及びコミュニケーション能力」と「③行動及び心理面での症状」は、

表２　2017年からのドイツ介護保険の主な給付額

（単位：ユーロ／月）

給付種類	介護度１	介護度２	介護度３	介護度４	介護度５
現金給付（在宅）	—	316	545	728	901
現物給付（在宅）／部分入所	—	689	1298	1612	1995
グループホーム（追加給付）（在宅＋）	214	214	214	214	214
負担軽減手当*（在宅、償還）	125	125	125	125	125
現物給付（入所）	125	770	1262	1775	2005
入所者（介護度２～５）負担定額**（ただし全国平均見通し）	—	580	580	580	580

＊負担軽減手当：日常生活能力に大きな支障のある人の家族が、例えば有償ボランティアによる通所もしくは在宅の世話サービスを利用した際に、領収書と引き換えに最高125ユーロ／月まで償還を受けられる。支援内容は、認知症者の世話（見守りなど）が中心だが、改革により最近は家事や買い物までバリエーションが広がっている。
＊＊入所者負担定額：ドイツでは介護ホームごと、および溶解度によって介護料金が異なる。よってこれまでは要介護度が高いほど自己負担額が増える仕組みになっていたが。2017年からはこの負担額に、介護度２～５に共通の上限を設ける。額はホームごとに異なる。対象は介護料金であり、食費・居住・投資費は対象外。
（出所）ドイツ連邦保健省。

それぞれの分野ごとに点数を出すけれども、どちらか点数の高いほうだけを考慮することになっている。全体として①～⑥までそれぞれの分野ごとに点数の比重が決まっている（**表３**）。

「運動能力」はモビリティのことで、これは「移動」という意味だが、「寝返りを打てるか」（体位変更の際の自立性）とか「家の中をきちんと歩くことが出来て移動に問題がないか」（短距離の前進運動）、そういった項目がいくつかある。項目ごとに自立度に応じて点数がつくが、その全体の中で、モビリティに関しては、全体の評価の中で10％の比重になる。

最も大きく40％の比重とされているのは「日常動作」のセルフケアの分野で、これは「衛生ケア」や「食事を自分でとれるか」などである。つまり、食事や身体ケアといった日常生活動作における自立性であって、この比重は40％になる。そしてその他が「認知能力・コミュニケーション能力」もしくは「行動及び心理面での症状」が15％の比重である。また「病気又は治療への対処」の「医療的処置」は「自分で薬が飲めるか」といった服薬、「自分で包帯を変えないといけないようなとき、包帯をかえることができるか」といった傷の手当になる。これが20％の比重になる。そして「日常生活及び社会生活」は「生活形成・社会的接触」のことであり、おしゃべりができるかではない。おしゃべりは「コミュニケーション能力」である。「自分で１日の計画を立てて、それなりに行動ができるか」、「一人で外に出られるか」である。これが15％の比重になる。

（２）要介護度の判定のためのモジュール

要介護度の判定のために、法律の附則１には上

表３　６つの各分野の評価比重

分野	評価比重
①運動能力	10％
②認知能力及びコミュニケーション能力又は③行動及び心理面での症状	15％
④日常動作	40％
⑤病気又は治療への対処	20％
⑥日常生活及び社会生活	15％

（原資料）Sozialgestzbuch（SGB）—Elftes Buch（XI）—Soziale Pflegeversicherung.
（出所）渡辺（2016）より筆者作成。

記６分野に対応するモジュールと呼ばれる点数表が定められたことは上述したが、モジュールでは、各分野の基準について、その自立性や能力又は介護措置の頻度等に応じて点数が付され、６つの各分野について、それぞれ合計点が算出される。各分野には、次のような評価比重が定められていて、この評価比重を考慮して総合点数が算出される（**表４**）。評価比重を考慮した総合点数表は、法律の附則２に定められている。そして、総合点数により、次のように介護度（Pflegegrad）１～５が認定される（第15条）（**表５**）。

純粋に身体的な能力をみているのは、モビリティの移動の部分だけである。あとの能力はどの分野も精神面・知的面が関わってくる分野になる。そういったことから認知症が精神面または行動様式で異常という部分のみではなく、全体に評価できるような形になって要介護の鑑定（日本でいう認定）制度に変わった。

表４　総合評価（合計点数及び評価比重を考慮した点数）各モジュールにおける自立性又は能力の障害の重度

モジュール	評価比重	重度０ 障害なし	重度１ 軽微な障害	重度２ 相当な障害	重度３ 重大な障害	重度４ 著しく重大な障害	
①運動能力	10%	0－1	2－3	4－5	6－9	10–15	モジュール１の合計点
		0	2.5	5	7.5	10	モジュール１の評価比重点数
②認知能力及びコミュニケーション能力	15%	0－1	2－5	6－10	11–163	17–33	モジュール２の合計点
③行動及び心理症状		0	1－2	3－4	5－6	7－65	モジュール３の合計点
②又は③のうち高い点数		0	3.75	75	11.25	15	モジュール２及び３の評価比重点数
④日常動作	40%	0－2	3－7	8－18	19–36	37–54	モジュール４の合計点
		0	10	20	30	40	モジュール４の評価比重点数
⑤病気又は治療への対処	20%	0	1	2－3	4－5	6－15	モジュール５の合計点
		0	5	10	15	20	モジュール５の評価比重点数
⑥日常生活及び社会生活	15%	0	1－3	4－6	7－11	12–18	モジュール６の合計点
		0	3.75	75	11.25	15	モジュール６の評価比重点数
⑦家庭外活動		ケアプラン及び介護プランのための手がかりは、上記６分野の評価から得られるため、⑦及び⑧のモジュールの点数は、総合点数で考慮する必要がない。					
⑧家事							

（原資料）Sozialgestzbuch（SGB）–Elftes Buch（XI）–Soziale Pflegeversicherung.
（出所）社会法典11編―公的介護保険、附則２より作成。

表５　総合点数により介護度１～５が認定

総合点数	認定
12.5点以上27点未満	介護度１（自立性又は能力の軽微な障害）
27点以上47.5点未満	介護度２（自立性又は能力の相当な障害）
47.5点以上70点未満	介護度３（自立性又は能力の重大な障害）
70点以上90点未満	介護度４（自立性又は能力の著しく重大な障害）
90点以上100点未満	介護度５（自立性又は能力の著しく重大な障害及び介護における特別な困難）

（出所）渡辺（2016）を一部改編して筆者作成。

（3）誰がどのように鑑定を行うか

それでは、「6分野（モジュール1～6）における自立度・能力の評価」は現状で誰が鑑定するのか。それは、MDK（Medizinische Dienst der Krankenkassen：医療保険メディカルサービス）である（小磯2007）。彼らは自分たちのことを、「疾病金庫、介護金庫のコンサルタント機関」と言っている。職種は看護師と医師が多く、彼らが鑑定する。鑑定の時に使うチェックリストは、渡辺（2016）に詳しい。モジュール1から6の点数表があるので、参考にモジュール1から3までを紹介する。モジュール4から6は省略する。

モジュール1は5つの基準があり、その自立性を各カテゴリーの点数によって評価する（**表6**）。

モジュール2には11の基準があり、その能力の有無を各カテゴリーの点数によって評価する（**表7**）。

モジュール3には13の基準があり、その頻度を各カテゴリーの点数によって評価する（**表8**）。

このように、0点、1点、2点、3点と、項目ごとに点数があって、0点が「自立している」（自立）。そして次の段階の1点は「だいたいにおいて自立している」（概ね自立）。次の2点は「だいたいにおいて自立していない」（概ね非自立）。最後の3点は「自立していない」（非自立）となる。これを鑑定者が要介護者宅を訪問して鑑定する。それを効率的に評価できるように、コンピュータを使って鑑定する。しかし、モジュールの基準についていちいち聞かないそうである。そうすると時間がかかってしまう。実際に見たり、ある一定の運動をしてもらったり、「これはできるか」などと話を聞いたり、家族から話を聞きながら結果を決めるという。全部で質問数（基準数）は66である（**表9**）。これを「5分くらいでこなす」と言っていた。なお、要介護認定の基準については、小磯（2019：表1）にまとめたので参照されたい。

以上が第2弾の介護改革の概要である。

表6　モジュール1　運動能力の分野の点数

番号	基準	自立	概ね自立	概ね非自立	非自立
1.1	寝返り	0	1	2	3
1.2	座位保持	0	1	2	3
1.3	移動	0	1	2	3
1.4	住居内の歩行	0	1	2	3
1.5	階段昇降	0	1	2	3

（出所）渡辺（2016）。

表7　モジュール2　認知能力及びコミュニケーション能力の分野の点数

番号	基準	自立	概ね自立	概ね非自立	非自立
2.1	近距離からの人の認識	0	1	2	3
2.2	場所の感覚	0	1	2	3
2.3	時間の感覚	0	1	2	3
2.4	重要な出来事又は観察の記憶	0	1	2	3
2.5	日常的な多段階的行為	0	1	2	3
2.6	日常生活における決定	0	1	2	3
2.7	事情及び情報の理解	0	1	2	3
2.8	リスクお酔い危険の認識	0	1	2	3
2.9	基礎的な欲求の伝達	0	1	2	3
2.10	要求事項の理解	0	1	2	3
2.11	会話への参加	0	1	2	3

（出所）渡辺（2016）。

表８　モジュール３　行動及び心理症状の分野の点数

番号	基準	自立	概ね自立	概ね非自立	非自立
3.1	突発的かつ不穏な行動	0	1	2	3
3.2	夜間の興奮	0	1	2	3
3.3	自傷行為	0	1	2	3
3.4	器物損壊	0	1	2	3
3.5	他者への加害行為	0	1	2	3
3.6	攻撃的な言動	0	1	2	3
3.7	介護に関連する不穏な発言	0	1	2	3
3.8	介護措置及び他の支援措置の拒否	0	1	2	3
3.9	妄想	0	1	2	3
3.10	恐怖	0	1	2	3
3.11	抑鬱	0	1	2	3
3.12	社会的に不適切な行動	0	1	2	3
3.13	介護に関連する他の不適切な行為	0	1	2	3

（出所）渡辺（2016）。

表９　モジュール１～６　基準番号と基準数

	基準番号	基準数
モジュール１	1.1～1.5	5
モジュール２	2.1～2.11	11
モジュール３	3.1～3.13	13
モジュール４	4.1～4.13＋ 4.K	14
モジュール５	5.1～5.16＋ 5.K	17
モジュール６	6.1～6.6	6
合計		66

注１）基準 4.Kの点数は、月齢18月以下の児童においては、4.1から4.13までの基準を 4.Kに置き換えて「栄養摂取に深刻な問題があり、通常を超える介護集約的な支援を必要とする場合」は20点のように評価する。
注２） 5.Kの基準は「障害児治療施設への通所」であり、「該当なし又は自立」は０、「週の頻度に次の数を乗ずる」は4.3、「月の頻度に次の数を乗ずる」は１である。5.13から 5.Kの各基準については、最初に、６月以上継続して定期的に毎週行う通院又は通所の平均回数及び６月以上継続して定期的に毎月行う通院又は通所の平均回数を調査する。定期的に毎月行う１の通院又は通所には１を乗じ、定期的に毎週行う１の通院又は通所には4.3を乗じて評価する。他の医療施設又は治療施設への３時間超かかる通所については、点数を倍にして評価する。基準5.12から5.15までの点数―児童においては 5.Kまでの点数―を合計する。この合計点数を次の点数によって評価する。０点から4.3未満は０点、4.3点以上8.6点未満は１点、8.6点以上12.9点未満は２点、12.9点以上60点未満は３点、60点以上は６点である。
（出所）渡辺（2016）を参考に筆者作成。

３．第３次介護強化法

そして直近で行われた第３次介護強化法は、まさに「市町村の役割を強化していこう」というものになる。2016年12月には、「第三次介護強化法」が可決され、2017年１月から施行されている[6)]。本法は、要介護者に直接関わる制度改正というより、要介護者が生活している地域の自治体による介護に関わる役割を強化することがその目的である。特に市町村は、これまで介護においては相談事業にまであまり入ってこなかった。結構しっかりやっている市町村もあることはあるが、政策のなかで首長の好意でやっているところがあり、義務ではなかった。「介護支援センター」は市町村

と介護金庫がそれぞれ金を出し合って、ワンストップサービスのような形で色々なことを聞けるような相談所を増やそうとしているが、どうしても、今までのところは介護金庫主導になっているのが実態である。たとえば、社会福祉やその街にあるボランティアサービスなどを紹介するところまで至っていない。本当はそこが大切な制度になっているにもかかわらず、そこのところを何とかしなければということで、総合的な介護相談構造整備のためのモデル事業を今回の改革でスタートした。ただしこれは、ゆっくりとしか動きそうにないプロジェクトである。それは、まず「モデルプロジェクトを提案してください」と自治体に声をかける。それで、「見本になりそうなものにはお金を出していきますよ」ということにして、まず決めていくという作業がある。その後でモデルプロジェクトが何年かにわたって行われ評価されて、すすめるかやめるかを考えるという段取りになった。いわゆる日本でいうと、地域包括ケアシステムのように強化しようということに当たるかもしれない。これが第３次の介護保険改革の概要である。

４．まとめ

以上述べてきたように、ドイツの介護保険の給付は明らかに改善された。総じて新制度下では、既に受給権を持つ人は、少なくとも従来と同程度の、大半の人はこれまで以上の給付を受けられるようになった。そして新認定制度は、身体的支障と知的・精神的な支障の両方をより適切に把握しているといえよう。

もう一つ日本との比較で指摘するなら、日本では軽度な介護保険制度利用者の利用抑制が進められているが、ドイツの介護度１について、「不十分と思われるかもしれないが、比較的軽度な要介護者の状態の悪化を防ぐ目的で設けられた。従来は要介護認定が受けられなかった介護ニーズが比較的低い人が対象となる。相談、一般的な世話、住環境の適正化のための給付等が与えられた」と先述したように、ドイツでは軽度者への介護保険給付が新たに設けられたことは、日本との比較においてまったく正反対の施策の実施であり、特筆すべきである。

さらに、第三次介護強化法によって市町村の役割は法的には強化されたが、モデルプロジェクトの実施はいよいよこれからであり、この点でも今後のドイツでの取り組みは注目すべきと考える。

注

1）人生パートナーとは、「人生パートナー法」に基づいて締結された人生パートナーシップ（Lebenspartnerschaft）のパートナーである。同性の者２名が、婚姻に類似した関係を登録することができる。鳥澤孝之（2010：35）は「ドイツでは、2001年に『生活パートナー法 Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft（Lebenspartnerschaftsgesetz）vom 16. Februar 2001（BGBl. I. S.266）』が成立し、官庁に登録した同性カップルについて婚姻に準じた保護が認められるようになった」と述べている。詳しくは、戸田典子（2002）を参照のこと。それ以前には、ハンブルグ市が1999年から同性カップルの登録パートナーシップ制度（いわゆる「ハンブルグ婚 Hamburger Ehe, hamburg.de.」）を始めるなど同姓パートナーの保護に向けた動きが活発化していた。法文の和訳については、渡邉泰彦（2001）を参照のこと。

2）準婚姻共同生活（Eheähnliche Gemeinschaft）とは、非婚姻の内縁関係を指す。山田晟編『ドイツ法律用語辞典（改定増補版）』大学書林、1993年、p.169参照。同書では「同棲関係、内縁関係、準婚姻的共同生活」の訳語を当てている。

3）特に継子の除外は違憲の疑いがあるが、限定列挙である以上、合憲となるように解釈することもできないと指摘されている。

4）他の法律の規定又は個別的労働契約や集団的労働協約の規定によって当該義務が生じる場合については、齋藤（2009a）で詳しく述べているので、参照されたい。

5）視察調査当時の2017年11月においては、どこの保険者に聞いても、「まだない」と言われていた。

6）第三次介護強化法はいつから始まったかというと、筆者らが視察訪問した2017年から施行された。ちなみに第二次介護強化法は2015年中に成立した。本法は、これまでの追加・修正で対処してきた改革と異なり、介護保険制度の枠組みを変える法改正であっ

た。ただし、施行されたのは2017年１月１日からである。それは新しい要介護度が実施されたのが１月１日だが、それ以外に関しては徐々に第二次改革は施行されてきていた。すべてこれからやることは謳っているが、施行は何年後からになるものがあったりするし、2018年以降とか、一斉に始まったわけではない。ケースマネジメントもこの枠の中で、今後拡大していこうとは考えていないみたいだが、ただその複雑なケースの場合はケースマネジメントすることだけは当時決まっているにもかかわらず、相談所によって「誰が複合的か」、「複合的な人をどうやって探していくのか」など、そういったことは介護金庫ごとに全然違うのが現状であった。2017年当時は、スタンダード化を目指してガイドラインをつくっているところであった。そのような段階であったので、すべてが段々に整備されていった。それと保健大臣ウラ・シュミット氏は、介護保険改革を「抜本的にしなければいけない」と長い間言い続けてきた人であった。そのもとで働いていた保険局長のクニーク氏は、「すごくいい制度の下地はできた。しかし、これからサービスをどのように豊かにしていくか、この改革の命の部分はそこにある」と言っていた（2017年調査）。ということで、筆者らが視察訪問したときには、新しい介護保険制度の枠組みだけができた段階で、実際には変わっていない状況であった。

文献

Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz) vom 16. Februar 2001 (BGBI. I. S.266).

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz-PflegeZG) Vom 28. Mai 2008 (BGBL. I S.874).

Glatzel, Brigitte. Fallen Pflegezeitgesetz-für arbeitnehmer und Arbeitgeber, Neue Juristische Wochenshrift, 20/2009.

Hamburger Ehe, hamburg.de. (https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/9629854/2017-10-01-bwfg-ehe-fuer-alle/).

Joussen, Jacob. Streitfragen aus dem Pflegezeitgesetz, Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA), 2009, 69-74.

Linck, Rüdiger. Offene Fragen des Pflegezeitgesetzes, Betriebs-Berater, 8.12.2008.

Preis, Ulrich/Nehring, Linda, Das Pflegezeitgesetz, Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht, (NZA), 2008, 729-736.

Sozialgestzbuch (SGB) -Elftes Buch (XI)-Soziale Pflegeversicherung.

小磯明「苦悩するドイツの介護保険―バイエルン州MDKの視察と最近の動向から―」福祉の協同を考える研究会『福祉の協同研究』第１号、2007年７月、pp.39-46。

小磯明「ドイツの介護保険制度改革――介護強化法を中心として」福祉の協同を考える研究会『福祉の協同研究』第７号、2019年９月、pp.19-35。

齋藤純子「ドイツの介護休業法制」国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』№242、2009a年12月、pp.71-83。

齋藤純子訳「介護時間法に関する法律（介護時間法）2008年５月28日（連邦法律広報第Ⅰ部874頁）Gesetz über die Pflegezeit（Pflegezeitgesetz-PflegeZG）Vom28. Mai 2008（BGBL. I S.874）」国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』№242、2009b年12月、pp.84-86。

戸田典子「人生パートナーシップ法――同性愛の『結婚』を認めたドイツ」国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』№212、2002年５月、pp.20-30。

鳥澤孝之「諸外国の同性パートナーシップ制度」国立国会図書館『レファレンス』2010年４月、pp.２-44。

山田晟編『ドイツ法律用語辞典（改定増補版）』大学書林、1993年。

吉田恵子「変わるドイツの介護保険第１回　ドイツ介護改革第２弾　認知症への給付が本格化」法研『月刊介護保険』№246、2016年８月、p.23。

渡辺富久子「ドイツにおける介護保険法の改正―認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更―」国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』№268、2016年６月、pp.38-89。

渡邊泰彦「同性の生活パートナーシップとは？―ドイツ生活パートナーシップ法成立をめぐる議論」徳島文理大学『徳島文理大学研究紀要』№62、2001年９月、pp.116-117。

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

【事務局からのお知らせ】

社会医学系専門医制度についてのコメント募集

『いのちとくらし研究所報』では、下記の通り社会医学系専門医制度について扱って参りました。バックナンバーはウェブサイトからPDFでご覧になれます。社会医学系専門医制度についてのご意見・ご感想などを事務局までお寄せください。

○吉中丈志「社会医学系専門医のすすめ」『いのちとくらし研究所報』64号、2018年10月
1．社会医学系専門医制度の発足　2．概要　3．社会的な意義　4．社会医学系専門医制度の意義と課題について　5．社会医学系専門医制度プログラムを整備し専門医の育成を始めよう

○野村拓「社会医学系専門医・考」『いのちとくらし研究所報』66号、2019年3月
●歴史的文脈で考えよう―社会学的補強の必要性　●「社会医学系専門医」を名乗るのであれば　●医学生は先人に学び、社会科学者は医療の比較経済史を

○「（第1回）社会医学系専門医制度座談会」（司会・吉中丈志、出席：小泉昭夫、松田亮三、広瀬俊雄）『いのちとくらし研究所報』67号、2019年7月
●はじめに　●制度の経緯と概要①：社会医学系学会の事情　●制度の経緯と概要②：新専門医制度と公衆衛生大学院　●社会医学系学会の事情と社会の要求　●サブスペシャリティと日本専門医機構　●新専門医制度、かかりつけ医との関係　●臨床との関係、医療組織の管理職資格、基礎医学とのクロスオーバー　●サブスペシャリティとその他資格との関係性　●国際的な動きと医師資格の整理　●専門分化の歴史とイギリスの事例　●医師・非医師の専門性とまちづくりの課題　●産業衛生学会と産業医専門医制度　●若手医師の意見をいれた制度づくりを　●今後の課題

総合診療の立場から見る社会医学系専門医制度

草場　鉄周

1．個人的経験から

社会医学系専門医を論じる上で、筆者が個人的に想起するのは３つの経験である。医学部５年生の時に大学の先輩で医系技官として厚生省（当時）で活躍されていた方が開催された「医系技官の採用説明会」に参加したことがある。ただ、その頃は「いかに良い臨床医になるか？」ばかりを考えていたこともあり、その活動ややり甲斐についてもあまり記憶がなく、「そんな進路もあるんだなぁ」といった感慨のみで過ぎ去ってしまった。もちろん、見学もインターンシップもなかった。

次は、家庭医のトレーニングを終え、室蘭という工業都市の家庭医として働き始めたときに意識した「産業医」である。大企業もあるが中小企業も多いこの町では、医師会が会社と産業医を仲介していたこともあり、自然とその役割を担うことにした。短期間の講習を２回受けて日本医師会認定産業医の資格を取得し、今に至っている。上場企業の工場の産業医としての業務は職場環境の視察や安全管理も含み、中小企業では時間外労働に伴う産業医面接も多く担当した。会社が生活の中で大きな位置を占める日本では産業医の役割は家庭医に匹敵すると感じた。

最後は、臨床研究を通した疫学や医療統計の学びである。家庭医として診療にあたる中で生まれるリサーチクエスチョンは、組織や細胞レベルの疑問というよりもやはり一定の集団における疾病の罹患状況や診断・治療に関連するものが多く、基礎研究よりも臨床研究に自然と関心が向かっていった。疫学は「明確に規定された人間集団の中で出現する健康関連の多様な事象の頻度と分布およびそれらに影響を与える要因を明らかにして、健康関連の諸問題に対する有効な対策樹立に役立てるための科学」と定義されており、臨床研究との親和性は非常に高い。専門家の指導を受ける中で、疫学が日常診療のエビデンスを生み出す基盤にあることも実感した。

こうした経験を振り返ると、総合診療の世界に身を置きながら、意図せずに社会医学系専門医に関連する経験を積んでいることに改めて気づくと同時に、両者には類似する点が多い。この稿ではこうした類似点に着目しつつ、総合診療の立場から社会医学系専門医制度に対する所感や期待を論じていく。

2．総合診療専門医制度と社会医学系専門医制度の類似点

総合診療専門医制度は基本的に医療機関が提供する外来診療、病棟診療、訪問診療、救急診療において職務に従事しながら研修を進める On-the-Job training である。総合診療専門医像は「日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る『地域を診る医師』の視点が重要である。地域のニーズを基盤として、多職種と連携して、包括的且つ多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど）を柔軟に提供し、地域における予防医療・健康増進活動等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。」と定義される（下線は筆者追加、以下同じ）。

その一方、社会医学系専門医制度は「社会医学は、医学を共通基盤とし、臨床医学が病める個人へのアプローチを中心とするのに対し、実践的な個人へのアプローチを有しながらも、広範な健康レベルを有する集団や社会システムへのアプローチを中心とする特徴を有している。また医学に留まらず、科学全体やさらに経営管理等の人文系にわたる広範な学問体系を応用して理論と実践の両面から保健・医療・福祉・環境とそれらとの社会のあり方を追求する学問である。」と規定した上

で、行政・環境衛生・感染症・産業衛生・国際保健・質管理・組織管理などのサブスペシャルティー領域が設定されている。

両者が個人のみならず集団やコミュニティーの健康向上を責務としている点は明らかであり、より深く比較すると、総合診療専門医の能力として、「地域志向アプローチ」が設定され、そこには保健・医療・介護・福祉事業への参画、そして地域ニーズの把握とアプローチが求められているが、これは、社会医学系専門医の「地域や国の保健・医療・福祉・環境行政に携わる人材」が最も近く、地域ニーズによっては「感染症対策等に携わる人材」や「産業衛生など職域集団の健康維持・増進を担う人材、産業医」にも重なりが見られるであろう。

3．各制度の現状と今後の展望

総合診療専門医制度では2018年度の初年度が181名、19年度が178名と専攻医が登録されており、一方、社会医学系専門医制度では17年度が109名、18年度が112名登録されているようである。総合診療専門医の登録専攻医数は全体の約２％であり、諸外国では30～50％の医師が研修を開始するのと比べると非常に少ない。この規模で推移するとすれば、その中から社会医学系専門医制度を選択するルートは大変限られていると言わざるを得ないであろう。しかし、今後の制度の定着・普及が進み、10％程度の専攻医が登録すれば、その規模は１学年1000人程度となり、その連続性も十分現実的となる。

その際、社会医学系専門医は総合診療のサブスペシャルティーとしての位置づけになり得るであろう。なぜなら、総合診療専門研修３年で医師としての修練が終わることについて、内科系や外科系のようなサブスペシャルティーを深める学びの奥行きや選択の多様性がないという点で、多くの若手医師からは不満の声が上がっているからである。現在、日本プライマリ・ケア連合学会を中心に家庭医療専門医制度、日本病院総合診療医学会を中心に病院総合診療専門医制度の設立が進められており、それぞれ地域基盤、病院基盤の総合診療としてのサブスペシャルティーの位置づけが期待されている。そこに、在宅医療、緩和医療のような領域横断分野、更に内視鏡などの技術領域がいずれ選択肢に加わるであろう。そうした広がりの中で行政、国際保健、産業衛生、感染制御などの領域が加われば実に力強く、「まずは総合診療専門研修で基盤を作り、次のステップを考えていこう！」というマインドが若手医師に生まれる可能性が高まる。

また、社会医学系専門医制度から見ても、当初から社会医学系を専攻する意欲を持つ人材に、総合診療専門医としての基盤を持つ医師が加わることで、ジェネラリストの視点を持ちつつ各領域を深めるメンバーを増やすことができる。更に、キャリアチェンジの垣根が下がることで、双方の行き来が容易となり、人材過多の分野から人材不足の分野へと人材の流動化を図ることも可能になるであろう。

4．今後の課題

このように、総合診療専門医制度と社会医学系専門医制度の密接な連携は双方に大きなメリットがある。そのために必要なのは、両領域が対話を開始し問題意識を共有すること、そして、制度の接続のために必要な研修環境や条件のすり合わせである。総合診療専門研修中の社会医学系に関連する経験を研修単位として認めることで、研修期間を短縮することができれば、研修のハードルは下がるだろう。

両制度が無事立ち上がり、制度の定着へと進みつつある現在、中期的視野に立った取り組みがまさに求められていると言えるだろう。そして、それが若手医師の養成、更に、総合診療及び社会医学双方の発展、そして国民の健康・福祉の増進につながることを期待したい。

（くさば　てっしゅう、北海道家庭医療学センター理事長、日本プライマリ・ケア連合学会理事長）

〈継ぎ足し生涯学習のすすめ―2〉

「高速世界史認識」と「健保百年」

野村　拓

●人生後半戦の学習―「論文づくり」型学習ではなく

百歳以上人口が７万人を超え「人生100年時代」などと言われるようになると、「継ぎ足し」などではおいつかなくなる。ラグビーならば前・後半40分ずつ、サッカーならば45分ずつ、人生後半戦は50年、ということである。

プロ･スポーツ選手の引退が報じられるたびに、これからの60-70年をどう生きるのか心配になる。別に心配はしてやらないが、エリート官僚でも同期入省者から事務次官がでる50代の初めから「天下り」に入るが「50年の下り」に耐えられるかどうか。

企業エリートで市場開発型テクノロジーの開発に取り組んだ人達の「末路」はAIに使われるか、「殺人ロボット」に殺されるか､生き残っても「廃人」ということではないか。

では､研究者の場合はどうか。たしかなことは、前半戦の「論文づくり」型学習は、そのままでは後半戦には通用しない、ということである。ノーベル賞か文化勲章でももらわない限り、「論文づくり」しか、できない人の後半戦はおおむねあわれであり、そうならないための学習スタイルを示したのが前稿である。

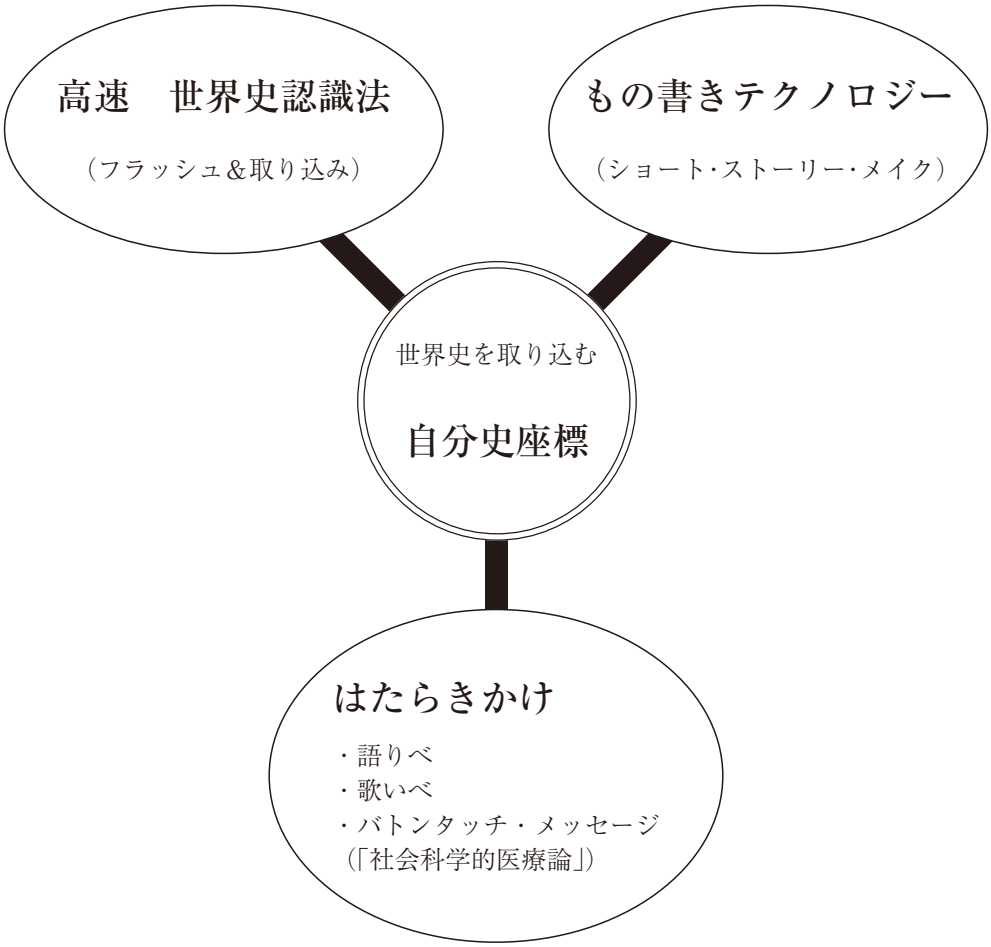
学位論文は人生前半戦の「学者渡世」の「通行手形」であったが、人生後半戦に求められるものは「通行手形」ではなく（悪しきアカデミズムの）「関所破り」をする能力である。啓蒙的論説をたのんでも、論文スタイルの文章に、読みもしない文献リストを一杯くっつけてくる人、単行本の分担執筆をたのめば「はじめに」からはじめる書き方をする。８人の執筆者がみな「はじめに」からはじめたら「本」の目次はどうなるのか、「はじめに」が８つ出てくることになる。自分のポジション、位置取りがわかっていないからである。言い換えれば「座標的な考え方」ができていないからである。

ラグビーのポジション名にTBというのがあるが、これはThree-Quaters Backs（４分の３・バック）の略である。なぜ、４分の３か、HB（２分の１・バック）とFB（フル・バック）との中間の深度だからである。昔のラグビーでは､通常、８人で組むフォワードを１人減らしてバックスにまわすチームがあったが、その１人は位置取りによって「ファイブ・エース」「セブン・エース」と呼ばれた。前者は「８分の５」、後者は「８分の７」の深度､という意味である。そしてこの「深度」と直角に交わる線上に「センター」「ウィング」が位置する。CTBは「センター・スリークォーターズ・バックス」でWTBは「ウィング・スリークォーターズ・バックス」という座標的明快さを示している。

これはクロスセクション的なとらえ方だが、タイムシリーズに、歴史的にたとえれば、イギリス経験論という重量フォワードの安定した「球出し」がボイル、ニュートンと渡ってニュートンがトライ、フランスではデカルト・キャップテンがハイパントをあげて「百科全書派」や「イデオローグ」などが突っ込むラグビー、ドイツは遅れていたのでカントがルール・ブックの編纂、というようなことになるのではないか。

このようなストーリーがフラッシュ的に浮かんでくるようなトレーニングが人生後半戦の学習課題である。

〈図１〉生涯学習の見取り図



●「高速世界史認識」の手法で「建保百年」を観る―医療政策・1911年

ここで、人生後半戦の学習スタイルをシェーマ化した前稿の図を再掲して（**図１**）、間もなく100年を迎える日本の健康保険制度を「高速世界史認識法」の手法でとらえなおしてみよう。

「高速」を生かすためには、まず1911（明治44）年という医療政策節目の年に注目するべきである。この年、強制加入式公的健康保険の本家、ドイツでは疾病保険法が改正されて「家族」にも適用が拡大される一方で入院日数短縮のため、退院後の訪問看護制度などが導入された。

かつて、ビスマルクの疾病保険を、「貧しきドイツの制度」と軽蔑していたイギリスは「貧しさ」のために、ビスマルクの真似をして、この年、1911年に年収250ポンド（職種によっては160ポンド）以下の世帯を対象に強制加入の「国民保険法」を施行した。

イギリス型「社会階層化」（当初は８階層で、現在は６階層）はこの時に始まる。そして提供される医療も「救貧法的医療」と「ミドル用医療」に分化しはじめる。そして、やがて第１次大戦で、傷病兵医療のために「救貧法的入院患者」は追い出されて９万床が用意されるが、この時期から医療技術革新によって病院は「隔離・収容の場」から「ミドル」のための「治療の場」となり、救貧法的入院患者とGPは病院から追い出され、病院は「ミドル」用専門医の支配する場に変わっていくのである。私に言わせれば「医療の複線化」である。その後、病院から追い出されたGPと保健所を結び付ける形でNHSが登場するが「医療の

複線化」はそのままであり、聴診器１本のGPコンサルテーションは受けられても入院のハードルは高い。

アメリカでは、ウィルソン民主党政権によって労働者災害補償法が施行され、さらに公的健康保険法が試みられるが、これは共和党、AMA（アメリカ医師会）、生命保険会社などの反対によってつぶされ、この力学的構図は今日までつづいている。

レズリー・ドイアル（青木郁夫訳）『健康と医療の経済学』（1990. 法律文化社）には「1911年：健康保険、科学的医療そして労働力再生産」という項があるし、その後の仕事としては、『福祉国家の比較政治経済学』と訳すべき本（Thomas Janoski & Alexander M.Hicks:The Comparative Political Economy of the Welfare States.1994. Cambridge Univ. Press.）がある。

ここでは世界60カ国が最初の社会保険立法を行った年をプロットした図が示されているが、プロットは1911年に集中している。この年、日本では工場法が施行され、幸徳秋水事件の埋め合わせのような形で恩賜財団済生会が設立されている。

1911年という年は、労働運動・社会主義運動というプレートの圧力と体制維持、植民地再分割の圧力との間に生じた「歴史の活断層」のようなものかもしれないし、見方を変えれば、近代医学・医療が、その有効性の故に社会政策に組み込まれた年とも言えよう。1873年設立のドイツ社会政策学会の後追いのような形で1896年にスタートした日本社会政策学会は、まず「工場法」をそして「社会保険・健康保険」を課題として取り上げた。

●健康保険の下地、そして先覚者たち

日本における健康保険の下地として考えられるものは「薬価講」「医療利用組合」「実費（軽費）診療運動」「無産者医療運動」、そして先覚者たちの社会医学的アクション、企業の共済組合、生命保険医学（日本保険医学会）などを挙げることができる。

農家が米を出し合って医師と診療契約を結ぶ「薬価講」以外は西欧諸国をモデルにした場合が多く、社会政策学者、桑田熊蔵は、その著『工場法と労働保険』（1909. 隆文館）のなかで「丁抹」（デンマーク）や「瑞典」（スウェーデン）の共済組合をモデルに掲げている。しかし、これら北欧諸国もビスマルクの社会保険の影響を受けているようで、国別に実施時期を示せば次のようになる。

そして、1990年の社会主義崩壊後の東欧諸国の医療について「ビスマルクへの回帰」という言葉が使われているから「モデル」としての影響力は強く、日本の健康保険準備時代にも強く影響したと思われる。

いま、あらためて検討するべきことは「疾病金庫」の強力さである。これはクルップ（鉄鋼独占）やI.G.ファルベン（合成染料独占体）などの後ろ盾により、労働力把握のために「保険医」を酷使し、そのため、「保険医スト」が国家相手ではなく、「金庫」相手に展開された。そしてその都度「金庫」側は「スト破り用医師」を準備して対抗した。そして、1913年、ハルトマン医師の指導する「ハルトマン同盟」が大規模な保険医ストを準備したときには国家が仲裁にはいり、そしてやがて第１次大戦ということになってしまうのである。

戦前の日本の医学雑誌ではドイツの「保険医」のことを「金庫医」と呼び、「金庫に支配されるあわれな医者」と表現した。

以上のような「高速世界史的認識」を予備知識として、日本の健康保険に目を戻してみよう。

	デンマーク	スウェーデン	ノルウェー	フィンランド
災害保険	1898	1901	1894	1895（年）
疾病保険	1892	1891	1909	
老齢保険	1891	1913		
失業保険	1907		1906	

出典（Peter Flora 他編：The Development of Welfare States in Europe and America. 1990. Transaction Pub.）

●複線医療化と格差をなくす運動

日本の健康保険の歴史は「複線化医療」の発生と「保険診療に対する偏見」をなくし、いわゆる「自由診療」と「保険診療」との格差を無くす努力、運動の歴史である。日本の健康保険制度の基礎計算をやった長瀬恒蔵が晩年の回想的随筆のなかで「保険水」（保険診療の水剤）という言葉を使った程、保険診療の中身は低く見られていた。旦那衆相手の医師会規定料金は「円単位」で労働者相手の保険診療は「銭単位」だったからである。

労働者・貧民相手に社会活動として医療に取り組んでいる医師を除く「普通」の開業医にとって、「保険診療」などはどうでもよかった。救世軍の慈善鍋への寄付のようなつもりで「保険請求」もしなかった。政府管掌健保について道府県医師会が「支払い基金」の役割を果たしていたから、請求がないと、政府との診療契約で入ってくる金が余って東京駿河台に立派な医師会館が建ったといわれる。「円単位」の診療をやっている開業医にとって「銭単位」の保険診療は、あまりに低かったからである。

１点単価20銭といっても、実は「変動単価制」の総枠規制で道府県によって単価はちがった。要するに患者が多ければ「単価」を下げる規制を道府県単位で行ったから、実際の「単価」は道府県によって11銭から19銭とばらつき、おまけに根拠不明の医師会査定率がおおむね20％ということであった。また、医師会幹部の「保険医」に対する差別観も相当なものであった。

これらが昭和初期、健康保険スタート時の事情だが、当時の１円は労働者の日当、豆腐が４銭、そばが７銭、岩波文庫の星ひとつが20銭、改造社の廉価本が「円本」、「円タク」が登場し、大阪日赤は「廉価ベッド」の「円床」（入院料１日１円）といった時代であった。（この時期の入院料の相場は１日２円50銭ぐらい）。

外来中心の「労働者本人」の健康保険が昭和２（1927）年１月から、政府管掌保険約100万人、組合管掌約80万人を対象としてスタートしたわけだが、そのころの健康保険の「転機別統計」をみると75％から80％の「治癒率」を示している。

ビスマルクは「治るもの」が（社会保険の対象としての）「病気」であると定義したが、日本では「医者の前から姿を消す」と「治癒」として扱われたのである。したがって「老衰」も４日で「治癒」している。今日の日本のように「Ａさんは元気で病院に通っていますがＢさんは…」と、受診を「元気の指標」とする姿を見れば、ビスマルクは腰を抜かすだろう。

●家族の医療は

ところで、スタート時の健康保険適用者は約180万人、当時の人口を7000万人とすればわずか2.6％程度である。これが敗戦のときには74.9％にまで上昇し、無保険国のアメリカから来た占領軍をおどろかすことになるのだが、この間の歴史的経過については、まだまだ研究不十分である。

1938年の国民健康保険法は農村対象であったが「世帯」単位の加入で「家族」が含まれた。ほぼ同時期にホワイトカラー用の職員健康保険法の施行や健保の家族への拡大適用がなされるのだが、重要な点が見落とされている。それは昭和ヒト桁時代に進められた日赤の「軍人家族の医療費無料化」である。

昭和初期に起きた島根県立病院の日赤への移管問題の動機は日赤病院による「軍人家族の医療無料化」政策の一環であった。軍隊の場合、「本人」の医療は陸･海軍病院にまかせればいいが、「家族」の医療はどうするのか。赤十字看護婦イコール従軍看護婦である日本では、日赤病院が軍人家族の医療に責任を持つのは当然という論理である。

日本陸軍の平時編成は17個師団約25万、１師団は４連隊からなるから68連隊、この連隊が各道府県に少なくとも１つは存在し、「連隊区」は「徴兵区」になっている。連隊のあるところ陸軍病院は存在し、道府県の県都には概ね日赤病院が存在した。このようなシステムのなかで軍人家族の医療を日赤が取り上げたわけである。

また、軍人「本人」の医療についても、見方によっては、日本最大の「企業体」の医療ということになるのに、その中身はよく分かっていない。「呉の海軍共済病院で」という話の制度的背景を説明できない人間が社会保障論や医療保障論をやっているわけである。

「学制」「軍制」「医制」の関連的な骨格的認識の欠如は、研究者が克服すべき重要課題である。

健康保険制度が「健保本人」だけを適用対象としていた昭和初期には保険診療に無関心であった開業医も、適用対象の拡大によって、関心をもたざるを得なくなった。1938（昭和13）年、現在の大阪府保険医協会とは無関係の「大阪保険医協会」が結成されるが、その主張は保険診療への総枠規制がもたらす「変動単価」（患者が増えると単価を切り下げて調節する）を「固定単価」にすることであった。この要求は後に「戦時インフレのなかでの固定単価」として実現するが、そのころ（昭和16年段階）で政府管掌保険は6000万円ほどの黒字を累積していた。この黒字分を診療報酬の引き上げに、というのも大阪保険医協会の要求であったが、その結果をフォローする資料はない。

●国民「皆兵」・国民「皆保険」、そして戦後

1942（昭和17）年の国民医療法、日本医療団令によって、日本の医療供給（提供）体制は戦争遂行のための一元化、ピラミッド化が進行するが、同時期に行政用語としての「国民皆保険」が登場するが、当時は「国民皆兵」と横並びの言葉であった。国民医療法は戦争遂行のための体力管理を目的としていたが、医療にたいする全面的な管理強化のなかで、開業医の「標榜科目ハ自由トスル」は、北島多一日本医師会会長の最後の頑張りではなかったか。翌昭和18年には、日本医師会は官製に改組され、会長は日本医療団総裁が兼務する形となった。

同じ年に厚生省の主催で開かれた「国民健康保険５年、厚生省が街の声を聴く」座談会では〈医師会代表〉は「役人」（医官）ばかりで、開業医は〈保険医代表〉の資格で参加している。

そして、出席した開業医は工員の患者が「保険証」と間違えて「質札」を出したが、もう少しましな紙をつかったらどうか、というような発言をしている。厚生省が「街の声」を聞こうとしただけ、いまよりましだったのかもしれない。

保険医団体の要求でできた「診療報酬算定協議会」は戦後の「中医協（中央社会保険診療報酬協議会）」のプレランナーとなり、支払い基金の役割を果たした医師会に代わって独立した「支払い基金」が生まれ、そこに「中医協」がおかれるような形となった。

「中医協」は「診療側」「支払い側」「中立（学識経験者）」の三者構成となり、「支払い側」は「労」と「資」と呉越同舟であった。

日本医師会は戦争末期の「官製医師会」からいわゆる「新生医師会」に代わるが、変革に戸惑い虚脱状態であった。医療の民主化、社会保障などを要求する保険医団体、民主的医療団体、日本患者同盟などの方が活力を持っていたし、中流、中産階層の没落によって、医師も庶民も横並びのどん底生活、ということになり、かつての「保険医」や「保険診療」にたいする差別的偏見は根拠を失った。「医師の最低生活費研究」がテーマになった時代だからである。

他方、岩手県は、昭和初期から「実費診療所設置運動」が展開され、県の条例として「実費」のとれた「診療所設置条例」が制定された「医療運動の先進地域」だが、旧国民健康保険法に新憲法の精神を盛り込んだ「県民100％国保加入運動」が展開され、昭和30（1955）年に達成するが、これを「県民皆保険」とは呼ばなかった。「良兵産出地帯」などと呼ばれた東北地方で「国民皆兵」と横並びの言葉を使う気がしなかったからだろう。そして、市役所の「兵事係」が召集令状を持ってくるイヤな記憶が風化したころ、日本は「国民皆保険」（1961）となるのである。

新国民健康保険法は1958年、岸信介内閣のときに制定されるが、その政策的動機については今回は省略するが、このあたりから、「皆保険」に対する各団体の姿勢、思惑などについて把握がむずかしくなる。大蔵省は、厚生省は、財界は、医療産業は、日本医師会は、保険医団体は、民主的医療団体は、医療労働団体は、公衆衛生団体は、社会福祉団体は、患者・家族団体は、健保連は、国保中央会は、全国的労働団体は、住民組織は…と、マルチ・ヒストリカル・チャンネルがもとめられることになる。さらに60年安保、1961年の病院（看護婦）スト、保険医総辞退などがどう関わるか、である。

●比較的、見落とされやすい視点は

これから、健保100年に向けて、関係団体はそれぞれに歴史的総括を行うことであろうから、ここでは、比較的、見落とされやすい視点、側面について２、３指摘するにとどめる。ひとつは日本医師会のスタンスである。昭和20年代後半、占領軍のサムス准将によって進められた医薬分業を骨抜きにした功績によって日医副会長（1951）から会長（1958）となった武見太郎は、まず厚生省の一部にみられるイギリスのNHS志向を抑え込みながら「医療行政における窓口一本化」を目指した。つまり、厚生省主導ではなく、医師会主導で、ということである。そして「医師会主導」とは、実は「自由民主党を中心に大所高所から」(1961年の保険医総辞退の妥結項目)ということであった。

武見太郎は政権与党の中枢と結び付きながら厚生省や健保連などを牽制し、「保険診療」そのものを否定した。否定するための論拠を得るためにブレーン学者を取り込んだ。1960年代は勝沼晴雄（東大）の「包括医療」（Comprehensive Medicine）であり、江見康一（一橋大）のケインズ理論であり、1971年の保険医総辞退の頃は紀伊国献三（筑波大）の「管理医学」(Administrative Medicine）であった。

この1971年の保険医総辞退は１ヵ月にわたって実行され、武見会長が斎藤昇厚生大臣をテレビに引っ張り出して「現在の医学は『管理医学』であること」を確認させて、鉾をおさめている。では、なんのための保険医総辞退であったか。それは保険医団体が国民の批判を浴びて崩壊することを狙った総辞退であった。そもそも保険診療をやらず、保険医登録をしているかどうかも怪しい人間が保険医総辞退を号令することがおかしいのであり、端的に言えば、これは日医会長による保険医団体（保団連）つぶしの策謀であった。もちろん、保険医団体としては保険診療の内容に対する不満は多々ある。その不満をプロテストしながら、患者に負担をかけない方法（受託委任）で総辞退を乗り切った保険医団体は賢明であったと思う。

昭和初期、健康保険の実施によって「複線化」した医療を、「保険で良い医療を」の運動スタンスで解消し、医科、歯科合わせて10万を超える保険医団体が形成された過程については、保険医団体が総括的出版物を発行するもの思われるが、ここで再び、武見太郎のスタンスに戻る。

武見太郎のスタンスを医療経済的に見れば、「市場開発型医療の推進者」であった。だから公的規制や公的保険に反対し、保険医団体をつぶしにかかったのである。日医会長をやめる1982には主要新聞の全ページ広告「健保民営論」を掲げた。つまり私保険論者であった。

また、「市場開発型医療の推進者」であったから、製薬産業、医療産業とのかかわりも深かった。

戦後まもないころ、診療報酬の「単価」は経済指標であり、労働者の最低賃金のようなものである、という共通理解の下に「労医提携」が主張された時期があったが、武見太郎は「単価による引き上げ」を要求する保険医団体を「単価乞食」と罵倒し、1958年に１点単価10円に固定し、インフレのなかでの経済指標としての「単価の意味」を喪失させた。事後、診療報酬の改定は「医療産業主導の点数いじり」となり、新薬は比較的高い点数で「薬価基準」に収載され、「実勢価格」との差、「薬価差益」は「医師の潜在技術料」という強引な論理を展開したが、その強引さが保守的開業医層の支持を受けたことも確かである。

「公的医療」「公的保険」など「公的きらい」の武見はオープン・システムの「医師会病院」の設立をこころみたが、これは「アメリカ・1895年の医療政策」などで、オープン・システム病院成立の歴史的条件を学習しなかったために、「成功」には至っていない。

「公的ぎらい」のくせに「公的、国家的問題」にしゃしゃり出たのが「防衛医大」設置の推進である。

みずから「防衛医大設置に関する懇談会」の座長をつとめ、「いまのだらしのない医学教育を受けた連中は軍医としてつかいものにならん」などという放言は愛嬌のうちかもしれないが

・「防衛医大は『脱・専守防衛宣言』であること」（つまり、自衛隊の海外派遣）

・学位令による医大・医学部の卒業者に与えられる医師国試受験資格を「防衛医科大学校」卒業者にあたえる根拠法を「医師法・改正」ではなく、「防衛庁設置法改正」とすることによって、国民

の目を欺き、プロフェッションの団体の長として「医師法」マイナー化をもたらしたこと

これらは武見太郎の歴史的大罪というべきで、「武見財団」の助成を受ける研究者は心すべき問題である。

市場型医療の推進は、ともすれば「医療産業のマネキン・ボーイ」となりがちであり、医療産業は情報産業を介して「医・産複合体」「軍・産複合体」と結びつきやすくなる。そして、「人の弱み」を『福祉市場』としてとらえた本には「ロッキード・マーチン社」が登場するようになるのである。

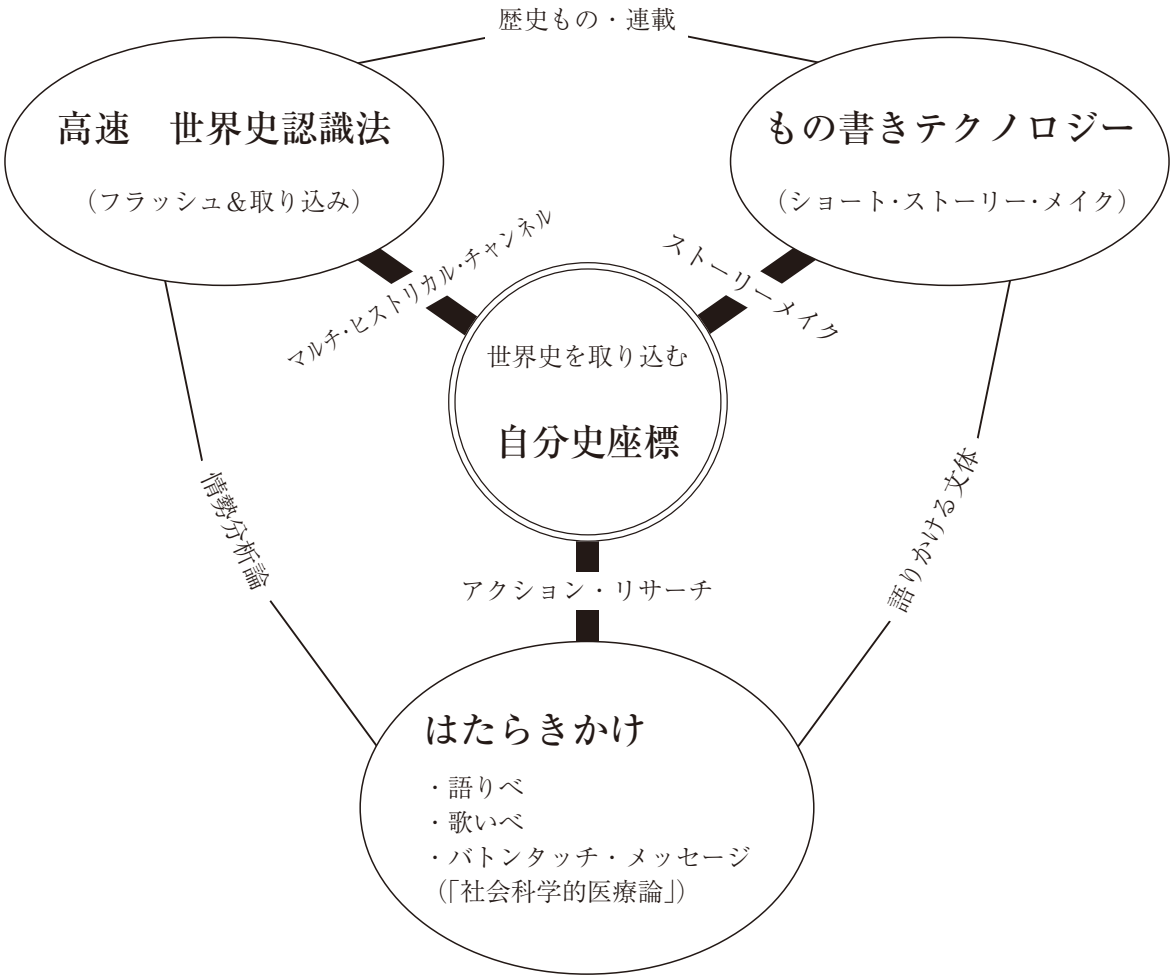
市場開発型医療がもたらした弱者切り捨ての「格差医療」の克服者としての戦いの歴史として「健保100年の歴史」をとらえなおすことの必要性が今日ほど高まった時代はない、といえるのではないか。

●「生涯学習の見取り図」、そして「生涯学習・序説」のシラバス

以上、健保100年を例として「高速世界史認識」の必要性を述べたが、ここで、人生後半戦の学習のあり方を総括的に補強するために、前回掲げた「学習見取り図」の補強版を〈図２〉に掲げることにする。

〈図２〉生涯学習の見取り図

〈生涯学習・スタイル〉



そして、この「補強図」を説明するために、次回、「生涯学習論・序説」を次のようなシラバスにしたがって書いてみようと思う。やはり、「継ぎ足し」ではなく「生涯学習」でなければ、と思うが、そうはいかなかった過渡的世代の「嘆き節」であり、したがって「はじめに」はいささかザレ歌めくが、これは「人生100年時代」の悲鳴でもある。

はじめに
　桃　栗　3年　柿　8年
　蜜柑ゆうゆう13年
　柚子のバカヤロ　18年
　人間そこまで30年
　50年で折り返し
　「下り」えんえん50年
　覚悟はいいか50年
　「人生100年時代」の後半戦は「論文作り」型学習は通用しない。切り替えが必要。
1.「情報連鎖型」学習―「前半戦」補強型の学習
　（1）「単品情報」と「連鎖情報」
　（2）情報のストーリー化、連鎖化
　（3）「高等連鎖術」としての歌、音楽
2.「バトン・タッチ世代」の育成
　（1）「医療経済セミナー」（1974）から「医療経済研究会」（1976）へ
　（2）通信講座『保健医療経済学・教程』とスクーリング（1979）
　（3）国民医療研究所・21世紀プロジェクト（1998）
　（4）「100年の庶民史を勉強する会」（2000）
　（5）「医療史セミナー」（2002）
　（6）「医療政策学校」（2003）
3.「後半戦」学習の見取り図
　（1）「本丸」と3つの「出城」
　（2）「高速世界史認識法」
　（3）「もり書きテクノロジー」
　（4）「はたらきかけ」
　（5）「百話方式」
4. まず「本丸」づくり―「自分史座標」への情報の取り込みと「発信」
　（1）世界史―中間項―自分史
　（2）取り込み演習カード
　（3）「濃縮点」さがし
　（4）視点を変えての「駆けめぐり」
　（5）マルチ・ヒストリカル・チャンネル
5. ストーリーメイク・いろいろ
6. はたらきかけ
　（1）語りかける文体
　（2）コミュニケーション・スキルとしてのユーモア
　（3）コピーライティング
　（4）雑誌編集
　（5）紙芝居・オートスライド
7.「学習見取り図」の補強、そしてバトンタッチ再点検
　（1）社会科学的医療論
　（2）グローバル医療政策学
　（3）開業保険医の歴史
8. 豊かな記憶で「連載」など
あとがき

やはり「健康保険100年」は懸案的「バトンタッチ項目」である。（2019.11.5）

〈補記〉「健保百年」としたのは1922（大正11年）の健康保険法の成立から「かれこれ」の意。百年前の1920年に新設の内務省社会局も農商務省も健保法準備の最終段階に入っていた。

（のむら　たく、医療政策学校主宰）

2016年度研究助成報告

医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題

川口　啓子

はじめに

本稿は、「非営利・協同の医療組織における人事システムと職員・労働者についての研究」に対する本研究所2016年度研究助成によって実施された４つの医療生協職員意識調査から、４医療生協を合算した集計を年代別割合（％）にした結果の一部を報告するものである。年代別に注目した理由は、医療生協の次世代育成を意識したためで、主に20代、30代と全年代平均の現況を比較しながら、その傾向や課題を考察する。

なお、この調査は、「くらしと協同の研究所」（京都市）の基幹研究会「生協労働研究会」における生活協同組合職員意識調査と連携して行われた。

１）調査概要

調査は、2018年10月から2019年２月にかけてアンケート方式で行われた。調査対象は、４医療生協の職員（非正規含む）2841名で、有効回答は2091ケース（73.6％）であった。年代別の人数と構成割合は、**図１**の通りである。

設問は大きく分けて24問で、そのうち複数の設問において５～６段階の評価を求める71の選択肢を含めて95問に答える調査票であった。そのなかから、本稿では、就職動機や職場に対する評価（Q11、23）[1]、仕事・職場・医療生協への思い（Q22①～㉝）、医療生協の理念及び周辺知識（Q17、18、19）に関する設問の結果について、20代、30代、全年代平均（以下、平均と記す）を中心に報告する。

２）就職動機や職場に対する評価

（１）生協で働く動機（Q11）

就職動機の設問では、「地元で働きたかった」という回答が20代38.0％、30代29.8％と最も多く、平均でも28.3％を示す。この動機は、地域の医療や介護を担う医療生協にとって決してマイナス要因ではない。ただし、この動機が医療生協の事業展開やまちづくりといったビジョンと結びついた地元指向であるかどうかは不明である。むしろ、そうしたビジョンと結びつくような就職後の働き方（働かせ方）、事業と運動の在り方が問われるところである。

次いで全年代とも多かった就職動機は「家族・知人の勧め」が22.4％、

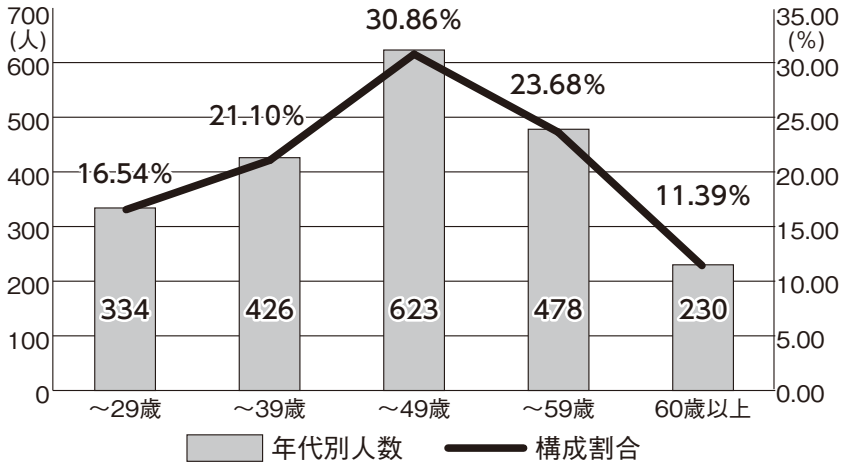


図１　有効回答2091ケースの年代別人数と構成割合

[1] 本文中（Q11）などの記載は、アンケートの設問番号である。なお、アンケート全設問の紹介は、紙幅の都合上、省略した。

「選んだのではなく採用されただけ」が21.9％であった（いずれも全世代平均）。

一方、「理念・活動に共鳴」という選択肢は、60代12.6％が最も高く、20代も9.9％を示すものの、平均すると8.7％にとどまる。この結果は、個人が就職先を選ぶ基準と、組織がその理念を以て求める人材との乖離があることを物語ってはいないだろうか。少なくとも、積極的に医療生協を選ぶという就職動機の弱さをうかがわせる。

（2）働く場として総合判断した点数（Q23）

この設問は、現在の職場に対する評価を点数で問うたものである。**図2**を見ると、若年世代ほど60点未満が多く、職場への定着に不安が感じられる。80点以上は、その逆の傾向を示している（**図2**矢印）。年齢が上がるほど評価が高いのは、だからこそ現在の職場に勤続できたことの現われであるともいえる。

ところで、若年世代は何を基準に評価をしているのだろうか。年代によって、評価の視点や基準は異なるであろう。そのことを意識しつつこの結果を受け止め、考察に通底する問題意識としたい。

3）仕事・職場・医療生協への思い（Q22-①～㉝）

仕事や職場、医療生協への想いを尋ねた設問は全33問（Q22-①～㉝）で、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらともいえない」「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」の5段階評価で回答を求めた。

以下、肯定的回答「そう思う」「どちらかといえばそう思う」、中間的回答「どちらともいえない」、否定的回答「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」にわけ、それがどのような設問に対する評価なのかを紹介する。

なお、これらの評価には、医療生協に働く生協人としてではなく、医療機関（他、関連事業所）に働く専門職としての判断が作用するであろうことも念頭においておきたい。

（1）肯定的回答「そう思う」「どちらかといえばそう思う」

肯定的回答が平均60％を超えた設問は、**表1**にあげた4つの設問のみであった。設問との関係で見る限り、一見、働きやすい職場であるようだが、逆から見れば、40％前後の職員にとっては肯定的な回答ができなかった職場であるとも考えられる。

肯定的回答が平均60％に達しないものの、否定的回答よりは肯定的回答のほうがやや多かった設問は、**表2**の通りである。そのうち、20代、30代の肯定的回答が平均より低い割合を示した設問を太字にしている（数字のみの太字は片方が低いにとどまる）。20代、30代は、総じて平均より肯定

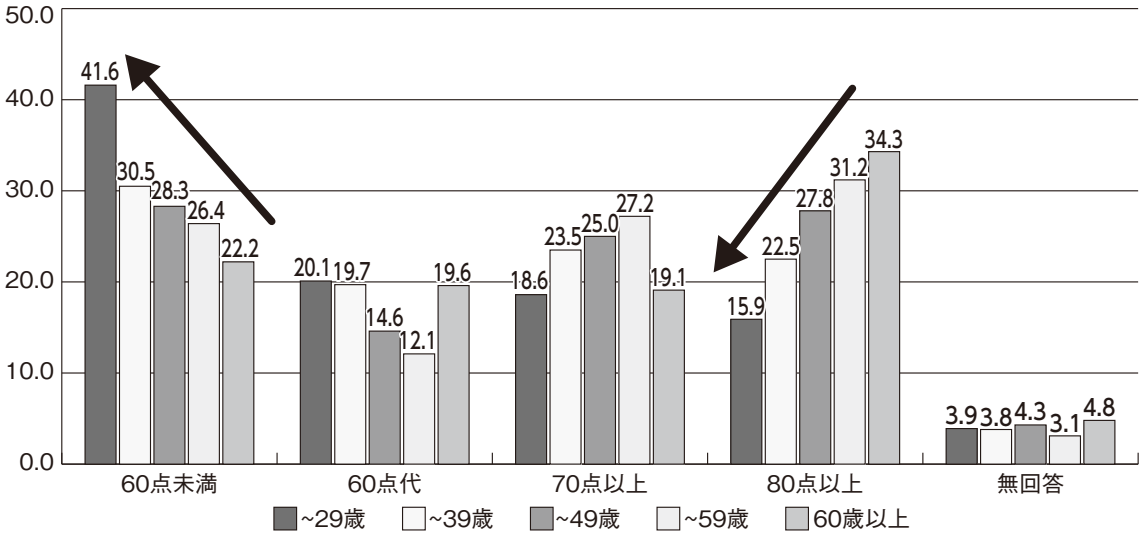


図2　（Q23）働く場として総合判断した点数

表１　（Q22）肯定的回答が平均60％を超える設問

	20代（％）	30代（％）	平均（％）
（Q22-①）自分の仕事にやりがいを感じている	60.2	61.2	65.4
（Q22-④）自分の職場の雰囲気はよい	59.9	55.4	62.2
（Q22-⑤）自分の職場ではスタッフ同士が仕事についてよく議論している	62.3	62.0	61.7
（Q22-⑩）職場の上司との関係はよい	59.0	65.1	63.7

表２　（Q22）否定的回答より肯定的回答が平均してやや多い設問

	20代（％）	30代（％）	平均（％）
（Q22-②）「仕事において組合員と接する機会が多い」	**53.6**	**53.5**	54.3%
（Q22-⑥）「職員の意見が尊重され、仕事や職場の改善に反映されている」	**38.6**	**43.0**	46.0%
（Q22-⑨）「組合員の声を聞くことを大切にしている」	**42.4**	**42.9**	47.5%
（Q22-⑭）「仕事を通じて組合員や社会に役立つことをめざしている」	**30.6**	**37.3**	39.8%
（Q22-⑮）「仕事を通じて自分の成長を実感している」	47.6	48.4	47.3%
（Q22-⑳）「現在の労働時間は適切だ」	**34.7**	41.5	40.9%
（Q22-㉑）「職場では休暇が取りやすい」	**41.3**	50.2	46.8%
（Q22-㉒）「男女が公平・平等に扱われている」	**53.9**	57.0	56.7%
（Q22-㉓）「雇用形態による差別や不公平がない」	38.0	**35.3**	35.9%
（Q22-㉕）「これからも現在の仕事を続けたい」	**38.0**	**44.9**	49.6%
（Q22-㉛）「よりよい医療・介護サービスを提供することに専念すべき」	**42.2**	56.4	52.9%
（Q22-㉝）「医療生協は社会に不可欠の存在である」	**39.8**	**44.4**	50.9%

※以上の設問は、「どちらともいえない」がいずれも40％未満である。

表３　（Q22）中間的回答が平均40％を超える設問

	20代（％）	30代（％）	平均（％）
（Q22-⑦）自分の職場では職員が進んで新しいことに調整している	46.4	40.6	44.7
（Q22-⑧）自分の職場では職員が結果を求めてお互いが競い合っている そう思わない層は平均35.3％で、そう思う層14.8％より多い。	**45.5**	**49.1**	**49.5**
（Q22-⑪）自分は経営面において十分な実績を上げることができている	49.1	51.6	50.9
（Q22-⑯）医療生協では自分の能力を発揮できる	54.8	52.6	51.4
（Q22-⑰）人事評価は公平で納得できる	54.2	44.8	49.2
（Q22-⑱）自分の処遇（職位・等級）は妥当だ	47.6	42.0	45.5
（Q22-㉔）医療生協の職場にはいわゆるブラック企業的な要素は皆無である 皆無とは思わない層は平均31.2％で、皆無だと思う層26.7％より多い。	**42.5**	**40.8**	**41.2**
（Q22-㉖）現在の医療生協で雇用形態・働き方を変更したい	44.6	41.5	41.1
（Q22-㉗）医療生協で働くことを家族や知り合いに勧めたい 勧めたくない層は平均33.4％で、勧めたいと思う層16.5％より多い。	**43.4**	**49.3**	**49.4**
（Q22-㉘）医療生協の経営陣やトップの考え方を理解している 理解していない層は平均36.3％で、理解している層20.5％より多い。 20代に限れば、理解していない層は47.9％と半数に迫る。	**37.1**	**42.7**	**42.3**
（Q22-㉙）医療生協の経営陣やトップの考え方に共感できる 共感できない層は平均34.0％で、共感できる層16.6％より多い。	**46.7**	**48.4**	**48.4**
（Q22-㉚）医療生協の組合員と接するのは楽しい	44.9	50.5	45.8
（Q22-㉜）医療生協は社会問題や地域の課題に積極的に取り組むべきだ	45.8	45.5	41.8

表４　（Q22）否定的回答が多い設問

	20代（％）	30代（％）	平均（％）
（Q22-③）医療生協の組合員が参加する活動によく関わっている	45.5	48.3	44.7
（Q22-⑫）仕事にあたっては与えられた仕事をこなすことだけを考えている	33.5	38.1	33.9
（Q22-⑬）職場での昇進昇格を目指しているか	**48.8**	**50.7**	**61.5**
（Q22-⑲）自分の給与は妥当だ	42.6	40.1	35.8

的回答が低い。それでも、「仕事を通じて自分の成長を実感している」（Q22-⑮）は、20代、30代とも平均よりわずかに高い割合を示した。

（2）中間的回答「どちらともいえない」

表3は、中間的回答が平均40％以上を示した設問である。（Q22-㉘）の20代のみ40％を下回るが（37.1％）、他は20代、30代とも中間的回答が40％以上を示す。

この背景は読み取りにくいが、肯定的回答に至らなかった層が全体として多いということは確かであろう。現状を放置すれば、「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」という否定的回答に傾斜する可能性もうかがえる。これら中間的回答が、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」という肯定的な方向に転化するには、「どちらともいえない」と答えた職員がこれほど多いという現状の分析と課題の抽出が求められる。

なお、**表3**の太字は、中間的回答を除いて肯定的回答と否定的回答を比較した場合、否定的回答が肯定的回答を上回る設問である。なかでも、（Q22-㉘）と（Q22-㉙）は、組織の存続にかかわる設問でもあり、否定的な傾向の背景には何があるのか、職員はどのような問題意識を持っているのか、課題の析出が求められる。加えて、経営陣やトップの考え方がどのように伝えられているのか、そのリーダーシップと求心力が問われる事態を示しているとも言えよう。

（3）否定的回答「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」

表4は、否定的回答が中間的回答、肯定的回答よりも高い割合を示した設問である。そのうち、ひときわ目立った設問は、（Q22-⑬）「職場での昇任・昇格を目指しているか」を尋ねたものであった（**表4**太字）。世代別では、20代48.8％、30代50.7％、40代57.9％、50代69.3％、60代80.9％と、年齢が上がるにつれて否定的回答が多くなる。既に、職責や管理職を担う世代がこれ以上の承認・昇格をめざさないとしても、20代、30代で約半数が否定的回答である状況は、昇任・昇格に伴う将来像や現在の管理職に魅力を見出せずにいるのではないだろうか。

なお、数は少ないものの、昇任・昇格をめざすことの肯定的回答が20代15.3％、30代12.2％と1割を超えて存在したことも付記しておく。

4）医療生協の理念及び周辺知識

前述2）-（1）生協で働く動機（Q11）で言及した通り、就職動機の選択肢にある「理念・活動への共鳴」は非常に少なかった。加えて、**表3**にある通り、（Q22-㉘）「医療生協の経営陣やトップの考え方を理解している」、（Q22-㉙）「医療生

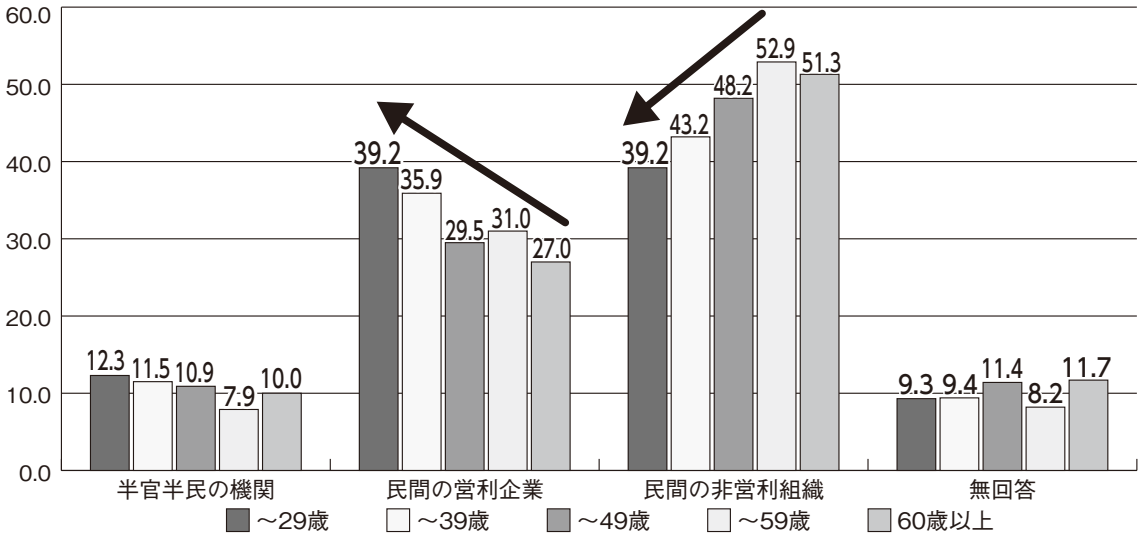


図3　（Q17）医療生協は次のどれに近いか

協の経営陣やトップの考え方に共感できる」についても、やや否定的な方向に傾斜している。この傾向と、以下、（Q17）医療生協は次のどれに近いか、（Q19）理念等の研修経験、（Q18–①～⑯）16の用語を知っているか、の順で周辺知識の現況を見てみたい。

（1）医療生協は次のどれに近いか（Q17）

この設問では、医療生協が「半官半民の機関」か、「民間の営利企業」か、「民間の非営利組織」か、を尋ねている。全年代を平均すると「民間の非営利組織」という回答が多かったものの（46.9％）、それでも半数に達しない（**図3**）。

さらに、年代が若くなるほど「民間の営利企業」という回答が多くなる傾向にあり（**図3**矢印）、20代では39.2％となっている。20代のこの数値は、「民間の非営利企業」と答えた数値と同じであり、所属する組織の社会的性格に関する知識をどのように獲得するかといった課題が浮かび上がる。

（2）理念等の研修経験（Q19）

仕事に直結する研修以外において、理念等の研修の有無について尋ねたところ、20代62.6％、30代60.8％、全年代を平均して62.8％が研修の経験ありと答えている。正規職員に限れば、その割合はもっと高くなるであろうし、就職後に学ぶ機会は十分にあると考えてよい。

なお、今回の調査対象である4医療生協は、すべてが全日本民主医療機関連合会の傘下にある。理念等の研修の有無を問われた場合には、民医連綱領の学習がその経験に含まれることも考えあわせなければならない。後述するように、理念等の研修が必ずしも生活協同組合という法人形態にかかわる知識に結びついているとは限らない傾向にあるからである。

（3）16の用語を知っているか（Q18–①～⑯）

この設問は、①日本医療福祉生協連、②ICA（国際協同組合同盟）、③医療福祉生協のいのちの章典、④無料低額診療、⑤大学生協、⑥員外利用、⑦消費生活協同組合法、⑧総代、総代会、⑨出資金、⑩国際協同組合年、⑪協同組合原則、⑫ロッチデール、⑬賀川豊彦、⑭医療生協と医療法人の違い、⑮医療生協と厚生連の共通点、⑯生協10の基本ケア、という16の用語について知識の有無を尋ねた。

ひとつひとつの用語について、「詳しく知っていて他人に説明できる」「知っている」「少しだけ知っている」「名前だけは聞いたことがある」「全く聞いたことがない」「無回答」の6段階で知識の有無を問うている。

以下、便宜的に「詳しく知っていて他人に説明できる」「知っている」「少しだけ知っている」を【知っている層】と記し、「名前だけは聞いたことがある」「全く聞いたことがない」「無回答」を【知らない層】と記す。

【知っている層】の合計が平均60％以上を示した用語は、③医療福祉生協のいのちの章典、④無料低額診療、⑨出資金の3つだけであった（**表5**）。いずれも、普段の業務や活動から当然知ることになる用語である。年代別にみると若年世代の割合がやや低いが、若年世代であっても働き続ければ【知っている層】が多くなるであろう。

一方、【知らない層】が平均60％以上を示した用語は、**表6**のとおり11の用語であるが、これら全ての用語において「全く聞いたことがない」が

表5　（Q18）【知っている層】が平均60％を超える用語（％）

	20代	30代	平均
③いのちの章典	67.9	68.3	71.3
④無料低額診療	80.3	83.3	80.1
⑨出資金	88.1	91.1	92.5

表6　（Q18）【知らない層】が平均60％を超える用語（％）

	20代	30代	平均
①日本医療福祉生協連合会	62.5	70.7	61.4
②ICA（国際協同組合同盟）	85.3	90.0	85.4
⑥員外利用	89.9	90.1	85.1
⑦消費生活協同組合法	81.1	83.1	73.7
⑩国際協同組合年	88.4	93.9	88.4
⑪協同組合原則	83.3	87.1	82.1
⑫ロッチデール	95.2	96.5	92.1
⑬賀川豊彦	94.6	95.8	92.4
⑭医療生協と医療法人の違い	73.9	73.5	66.1
⑮医療生協と厚生連の共通点	86.3	93.2	87.4
⑯生協10の基本ケア	74.3	83.1	75.1

※いずれの用語も「名前だけは聞いたことがある」よりも「全く聞いたことがない」が最も多数を占めている。

最も高い割合を示した。このことは、深く認識しておきたい。

①日本医療福祉生協連合会、⑭医療生協と医療法人の違い、⑮医療生協と厚生連の共通点についての【知らない層】の多さは、所属する組織の社会的法人格に関する職員の知識不足をうかがわせる。どのような組織に所属して労働力を提供しているのか、所属する組織の社会的性格については根拠法を基礎に学んでおきたい。とりわけ、⑦消費生活協同組合法に関する知識は不可欠なはずである。⑥員外利用も、⑧総代会も、⑨出資金も、この根拠法あってのことである。

医療生協の場合、他に医療法、健康保険法、医師法など数多くの法規に則って組織が運営される。それら法規が組織の構造と機能を規定する。勤続年数が伸び職責や管理職になれば、それら法規を【知らない層】ではいられないが、経験知に頼る学びではなく、新入職時からの体系的学習が求められるのではないだろうか。

また、② ICA[2]（国際協同組合同盟）、⑩国際協同組合年[3]、⑪協同組合原則[4]についても【知らない層】が非常に多い。② ICA（国際協同組合同盟）は設立から100年以上を経過し、1995年のICA100周年記念大会（マンチェスターで開催）では、日生協医療部会（当時）が注目を浴びた。日本の医療生協の活動は国際的評価も高く、翌1996年、加藤昭治日生協医療部会運営委員長（当時）はIHCO[5]（国際保健協同組合協議会）議長に就任している。そうした経過も含め、よりグローバルな視点で協同組合間協同[6]を追求すべき今日にふさわしい思想と実践の普及[7]が望まれる。

協同組合の歴史に登場する⑫ロッチデールと⑬賀川豊彦は【知らない層】が９割を超える。民医連の歴史では、山本宣治のほうがよく知られているだろう。

⑯「生協10の基本ケア」は、2018年５月に日生協（日本生活協同組合連合会）からプレスリリースされた用語で、介護の考え方とスキルの生協標準であると言ってよい。歴史の浅い用語でもあり、【知らない層】が多いのは当然である。地域生協も医療福祉生協も、ともに介護事業を展開する生協法人として、今後は「生協10の基本ケア」を合言葉に介護に対する社会的コンセンサスを確立する役割が求められると考える。

5）自由記述から

自由記述欄に記述があったのは、292ケース（13.96％）である。記述者数は圧倒的に少ないが、この292ケースを年代別にグラフ化すると、**図４**のようになった。おそらく職場の中心的存在であり、発言力も有するであろう40代（31.2％）、50代（24.7％）の記述が多い。また、20代から40代にかけて、経験年数とともに職場に対する問題意識が強くなったともとれる傾向がうかがえる（**図４**矢印）。

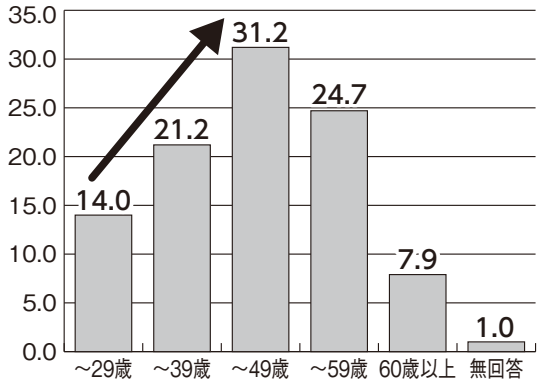


図４　自由記述があった者の年代別割合

自由記述は、一般的傾向として批判的な内容が多くなる。本調査でも概ね７～８割が批判的な内容であった。ただし、一人の記述でも肯定的記述

---

[2] ICA は、International Co-operative Alliance の略（設立1895年）。

[3] 2009年12月の国連総会で、2012年を国際協同組合年とすることが宣言された。

[4] 協同組合原則は1937年に採択され、1995年 ICA 大会で「協同組合の定義・価値・原則」としてまとめられた。

[5] IHCO は、International Health Co-operative Organization の略。

[6] 生協法人のみならず、国内外の農協、漁協、信用組合などあらゆる協同組合を含む幅広い協同を指す。

[7] 2016年、協同組合の思想と実践はユネスコ無形文化遺産に登録された。

と批判的記述が混在することは多く、明確な数値化はむずかしい。また、単純集計の結果を考えるなら、批判的記述の層を多数派と考える必要はない。重要なことは、記述にあった批判から解決すべき課題を見出すことである。

詳細を報告する紙幅はないが、目立つ記述は管理職批判であった。その背景には、事業と運動の二律背反、理念と現実の乖離という２つの問題意識が錯綜する。

事業と運動をめぐっては、運動が業務なのか、自主的活動なのか、なぜ参加しなければならないのか、という類の疑問で、四半世紀前も同様であった[8]。未だに続くこれらの疑問をこれ以上放置すべきではないだろう。これまでの議論を検証し、時代に適った論点整理が必要である。

理念と現実の乖離については、理念が崇高で期待値が高ければ高いほど、ひとたび職場に不満が生じたときの落差は大きい。自由記述には、理念と現実の乖離を問う主張が強く表れていた。

まとめにかえて

若年世代職員の医療生協に対する評価をみると、就職動機は「地元で働きたかった」が多く、職場の評価は「60点未満」に集中し、仕事・職場・医療生協への想いは「どちらともいえない」という中間的回答が目立った。理念及び周辺知識については、研修の経験に比べると「知らない層」が多い。そんな傾向の一方、仕事のやりがいや職場環境については決して厳しい評価ではなかった。

本稿は調査結果のほんの一部に過ぎないが、医療生協第一世代から現在の若年世代までの変化を、わずかながらでも読み取ることができるのではないだろうか。

なお、４医療生協全てにおいて「アンケート結果を知らせてほしい」という記述があった。当然である。すでに、各生協には調査の中間報告として自由記述を含む集計結果を返しているが、問われていたのは「アンケートがどのように役立てられるのか」という内容であった。おそらく、そのこと自体が各生協の組織的課題であると考える。こうした調査は、当事者による分析を伴って初めて建設的な議論へと発展する。そのプロセスこそ、協同組合原則に謳う民主主義を学ぶ貴重な機会であると考えたい。

（付記）

当調査研究は、杉本貴志（関西大学商学部・教授）を座長に、上掛利博（京都府立大学･教授）、川口啓子（大阪健康福祉短期大学・教授）、庄司俊作（同志社大学・名誉教授）、浜岡政好（佛教大学･名誉教授）、内藤三義（佛教大学･名誉教授）、二場邦彦（立命館大学･名誉教授）、若林靖永（京都大学大学院・教授）の８名をメンバーに本研究所の研究助成を得てくらしと協同の研究所「生協労働研究会」として組織された。その後、木本喜美子（一橋大学・名誉教授）の参加を得て、ゲストを招いての研究会を逐次開催。現在も、アンケート調査及び現地調査を基に研究を進めている。

なお、本稿は川口の責任で執筆した。

（かわぐち　けいこ、大阪健康福祉短期大学教授）

[8] 立命館大学産業社会学部と日生協医療部会（当時）の共同研究による医療生協職員意識調査（1994年）の自由記述欄にも同様の記述が目立った。

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、髙山一夫、時井聰『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・イェ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イ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）

●髙山一夫、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）

●渡邉貴博ほか「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」
（『いのちとくらし研究所報』64号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中）

●谷口起代「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査―震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて―」
（『いのちとくらし研究所報』68号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中）

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」（冨岡公子、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」（垰田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代）『いのちとくらし研究所報』32号

●「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置（キャスパー・アプローチ）による効果の検証」（細田悟、福村直毅、村上潤）2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演

●「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」（大友康博、大友優子）『いのちとくらし研究所報』36号

●「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」（上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平）『いのちとくらし研究所報』42号

●概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」（久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子）『いのちとくらし研究所報』44号

●概要報告「研究助成『津波被災地保健師100人の声』（宮城）プロジェクト報告及び『宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン』の検討」（村口至）『いのちとくらし研究所報』44号（別途報告書『「津波被災地保健師100人の声」（宮城）報告』）

●概要報告「県、3市1町（船橋、我孫子、旭、一宮）の『防災計画とハザードマップの検証から学ぶ』」（鈴木正彦ほか）『いのちとくらし研究所報』45号

●概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」（直田春夫ほか）『いのちとくらし研究所報』48号

●概要報告「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」の概要（金澤誠一ほか）『いのちとくらし研究所報』50号

●概要報告「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』研究成果報告書」（川島ゆり子ほか）『いのちとくらし研究所報』51号

●概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究―寒川およびチ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

●概要報告「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究―若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握―」（髙木和美）『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」（渡邉貴博ほか）『いのちとくらし研究所報』64号（ウェブサイトでも全文公開）

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

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

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

●「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査―震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて―」（谷口起代）『いのちとくらし研究所報』68号

BOOK

「学びの公共空間」としての公民館

――九条俳句訴訟が問いかけるもの――

佐藤　一子　著

梓澤　和幸

本書は、公民館という社会教育システムが民主主義社会の中で、どんな存在感を持っているかを問うた作品である。

次の三部構成から成る。

第一部　九条俳句訴訟と学習権の思想。第二部　戦後公民館のあゆみ。第三部　主権者としての学びを育む。

各部ごとに取り上げているテーマと叙述を紹介しつつ、コメントを加えてゆきたい。

第一部では、「梅雨空に　九条守れの　女性デモ」という俳句が、さいたま市大宮区三橋公民館の公民館だよりに不掲載となった問題の経緯と訴訟の顛末が詳しく描かれている。

同公民館では2010年、利用団体に声をかけて、俳句や絵手紙、切り絵などのサークルの作品を公民館だよりに掲載しはじめた。ある俳句会は会員相互の批評と指導者の講評によって秀句を毎月一句選び、2010年11月から掲載してきた。2014年７月号に向けて選ばれた前出の句は、作者が東京で見かけた女性たちのデモに心を動かされて詠んだ。評者も別の機会にこの句に接したが、「梅雨空」という季語の選択と女性たちの鮮やかな服装の色彩の対比、デモの動きある情景描写が鮮やか。「九条守れ」のことばにこめられた女性たちの平和に向かう切実な思いが短詩形の中に凝縮して表現されていて、読者の胸に響く。本書のテーマに引きつけてみると、公民館という学びの場で、このような秀れた句を詠う作者が育っている、ということが注目される。

公民館は世論が二分するようなテーマの俳句は、「公民館だより」には載せられないと不掲載を通知した。

俳句会のグループや作者は、公民館側と交渉したが、公民館側は「たより」は公平、中立であるべきとの観点から、掲載は好ましくないとの理由を文書で通告してきた。その後も交渉は続いたが、公民館の態度は変わらず、作者は2015年６月、さいたま市を被告として、公民館だよりへの俳句の掲載と、慰謝料支払いを求めて提訴した。

2017年10月13日、さいたま地裁は俳句不掲載を違法として、さいたま市に５万円の損害賠償を命じた。双方控訴し、2018年５月18日、東京高裁も不掲載を違法として、さいたま市に5000円の損害賠償を命じた。本書発刊時は最高裁で係争中だったが、さいたま市は最高裁でも敗訴し、慰謝料支払い義務は確定した。掲載を命ずる判決は、一、二、三審とも出されなかったが、さいたま市は自主的判断で当該俳句を掲載することとなった。

訴訟をめぐる動きで、評者は憲法二十六条を根拠とする大人の学習権の判決による認容と、全国的な問題の拡がりに関心を持った。埼玉弁護士会

の人権救済勧告、日本ペンクラブの声明ほかジャーナリスト、作家、俳句団体等の関係者による「九条俳句」表現者声明も出された。日本社会教育学会、日本公民館学会、社会教育推進全国協議会、社会教育・生涯学習研究所の四団体が、学習の自由と公民館に関する教育研究団体等連絡会議を発足させた。

同連絡会議は東京高裁判決を受けて、違憲状態の解消（すなわち、俳句の掲載）を求めて声明を発表している。

右の拡がり、訴訟の原告側勝訴は注目すべきことである。

九条俳句を公民館だよりに掲載しなかった、というさいたま市大宮区三橋公民館の措置は、公民館とは何か、それは社会教育システムとしてどのような存在なのか、という点で深い問いを発していたのである。不掲載は戦後の公民館の歴史や、その中で形づくられた考え方に矛盾する行為として、ゆるがせにできない問題だったのである。

そのような意味で第二部のタイトルが、学びの公共空間がコミュニティーを創る――戦後公民館のあゆみとなっているのは、書籍の構成としてまことに納得がゆく。

第二部では、日本国憲法の下における教育基本法、社会教育法に定められた社会教育の体系と公民館の位置づけが、理念、理論としてまず紹介されている。

民主国家を作ってゆく上で、公民館は新憲法を普及し、市民を啓発してゆく上での有効な方策とされた。

1940年代末から50年代には全国的に普及し、公民館は1954年に３万6321館に達した。

この間の動きを見ると、公民館は戦後改革の下で重要な位置づけを持っていたことがわかる。本書で紹介される1953年に設立された杉並公民館、1949年９月設立の広島市中央公民館の活動は、この歴史的画期における公民館の活動のエピソードとして特徴的だった。

前者では安井郁館長の下に、女性たちの下から盛り上がる学習会活動が行われた。これを背景にビキニ水爆実験、第五福竜丸乗組員被爆をきっかけにして、杉並アピールが起草され、区民の25万人の署名が集まり、それは世界規模で拡がった。

後者では、市民が公民館に被爆の資料を持ち寄り、その資料は1955年に建設された広島平和記念資料館に移された。いま国際社会やメデイアにも注目される原爆資料館の基礎を一つの公民館が築いたことを人々の記憶に残す本書の意義は大きい。

本書は戦後第二の画期を、1960年代から1980年代の公民館の拡充期としている。

1959年、文部省から、小、中学校学区内に330平方メートル以上の面積を持つ施設を一館ずつ設けるとされた。1999年には、１万8257館と、戦後第二のピークをむかえた。

東京都三多摩地域にある国立市の公民館設立運営過程の紹介は、公民館とは何か、という問いに答える意味で興味深い。

1950年代初頭、米軍立川基地の影響で地域環境が悪化したことに対して、くにたち婦人会、青年サークル「土曜会」（会員150人）や、PTAなども要望書を提出して、まちづくり運動が広がり、55年に公民館が開館した。

土曜会のメンバーである徳中功（一橋大学生）が専任職員となり、同会所蔵の1300冊の図書も寄贈された。国立市公民館では、館主催や住民団体の主催学習会も開催され、全国初の公民館喫茶もできた。本書は、市民が主体的に参加する公共空間が躍動的に形成された、と評価している。この実践は1974年の都教育庁教育主事室が事務局となって作成された「新しい公民館像をめざして」という公的色彩の強い文書にまとめられた。

ここにまとめられた公民館像は三多摩テーゼと呼ばれている、という。

第二部終章では、このように歴史的に形成された公民館像が、新しいゆらぎと試練にさらされていることが指摘されている。

第三部は、公民館の追求する理念を、教育基本法や、憲法の示す基本的人権、学習権、表現の自由にてらして理論的に明らかにしている。

引用されている暉峻淑子の言葉が印象的である。

「……対話の持つ平等性、相互性、話し手の感情や主観を排除しない人間的全体性、勝ち負けのない対話の中から生まれるものへの尊敬――それらのことが対話の魅力になっているのです」

公民館の理念は今日大きくゆらいでいるが、下からの民主主義の必須の場として求められている

という。

現在の政権の下で、日本国憲法は危機的な試練に出会っている。恒久平和主義、表現の自由、国民主権原則をゆるがす、改憲発議、国民投票が行われる可能性も否定できない。

「九条守れの平和デモ」を詠む句が、公民館だよりにいったん掲載されなかったことが、政治的な党派を越えて、大きな関心を呼んだということそれ自体が大切である。公民館とは何か、それは、私や、私が住む地域の共同体の行く末にとって、どんな影響力を持つ存在なのか、という問題との関係で象徴的である。

共同体に流れる空気を読んだり、自治体の首長や政治家、地域の有力者の顔色を見ながら作り上げる多数決ではなく、一人ひとりの個人が、家族史や、自らの文学、美術、音楽、歴史、哲学などの学習にもとづいて判断と選択の力を身に付けていく。そのような学びの公共空間を育てていくことの大切さを、本書は分厚い調査と研究の蓄積によって明らかにしている。ともすれば絶望におちいりそうなこの時代に希望の源を明らかにする一冊である。

（あずさわ　かずゆき、日本ペンクラブ理事、弁護士）

BOOK

西沢いづみ『住民とともに歩んだ医療 京都・堀川病院の実践から』

（生活書院、2019年、349ページ）

松田　亮三

1980年代に在宅医療に関わった人で、堀川病院の名前を知らない人はいないであろう。あるいは、むしろ同病院を拠点として活動された故早川一光医師の著作やラジオ番組を通じて、ご存知の方もいらっしゃるかもしれない。

本書は、この病院とその母体となった白峯診療所に焦点を当て、第二次世界大戦後の50年間において、「人びとの暮らしを舞台に、医療者・住民（患者）がどのように医療や介護を捉え対応」（p.６）してきたかを描いたものである。「地域での医療実践を、住民の生活を含んだ地域史やそのなかで培われていく地域医療史という視点」（p.６）から、主題となっている医療機関の運営と診療活動が、『しらみね新聞』などの当時の資料、回顧記事、関係者の聞き取り等をもとに記述・検討されている。評者は歴史研究を専門とするものではないので、以下概要を述べた上で、いくつか触発された点を述べておきたい。

第１章では、関西そして京都における「医療民主化」に向けた医師たちの取り組みが紹介される。レッド・パージが推進される中、若くして大学を離れ、「住民の運動に協力する人材」（p.40）にそうした医師がなっていったさまも、描かれている。同時に、舞台である西陣地域において「上京生活を守る会」が結成され、同会加入の「商店主、露天業者、日雇い労働者などの多く」が、医療へのアクセス上の問題に直面し、その中で「生活と健康の保障を地域の課題としてとりあげるようになった」（以上、p.52より引用）経緯が述べられる。

第２章では、1950年の白峯診療所設立とその後の診療活動が、関連制度の動向を交えつつ描かれ

る。そこでは住民による（返却を想定した）出資金の拠出、「健康を守る会」など学区単位での住民組織の結成、医療扶助を活用した利用援助、医療懇談会の開催などが語られる。その医療活動は、「出っ張り医療」、「踏みこみ看護」という言葉が示すように、単なる診療活動を超えたものであった（p.76）。さらに、理事会組織では、住民代表が理事の半数近くを占めるなど「医療者や住民の双方が、医療機関の運営に関する議論と決定の場を共有できるよう」な独自の組織形態をとっていたことが記述される（p.93）。皆保険の社会的議論が進む中、病院設立の取り組みが行われ、1958年白峯診療所は堀川病院に生まれ変わる。

第３章では、この病院が掲げた、高度な医療内容、気楽で便利な医療、地域の健康を守る、社会事業への取り組み、などの方針の具体化の状況と、病院を支える組織として設立された住民組織、「助成会」を含めた運営組織の特徴が述べられる。さらに、1964年に生じた京都市国保の給付率引き下

げをめぐる「闘争」、健康保険等医療政策への関わり、西陣医学研究会、「パトロール往診」、患者会・医療懇談会などの活動が紹介される。

第４、５章は、冒頭で述べた高齢者医療、在宅医療を扱っており、1970年代から90年代半ばまでの諸活動―高齢者の医療や今日でいう介護の必要性をふまえた疾病予防やリハビリの展開、入院の長期化への対応としての間歇入院制の導入、居宅療養部の発足、地域福祉活動の展開、在宅ケアと連携した病棟区分の再構築、ショート・ステイの開設など―が語られる。さらに、助成会会員が出資社員になるべく行われた西陣健康会への「統一」（1980年）と、その14年後の持ち分のない医療法人への転換の経過が記述される。こうした変化の背景には、西陣地域の居住者と病院との関わりの変容があったという。

終章では、先行研究をふまえつつ―本書は博士学位請求論文を加筆修正したものである―本書での記述が検討される。そこでは、高度医療化を目指しつつ地域に働きかける医療が展開され、住民が「自分たちの病院」として関わり続けていく中で、「治療中心の医療と住民の生活を重視した『生活医療』」が共存したことが、強調されている（p.273）。なお、本文に加えて立岩真也の寄稿、著者の父早川一光に関わる思い出、年表が収載されている。

さて、冒頭に述べたように、評者の関心のおもむくままにいくつかの評釈を加えておきたい。まず、評者にとってもっとも興味深く、また多くの医療に関心を持つ読者にとっても有用と思われるのは、白峯診療所そして堀川病院に関わった人々が、その時々に述べたあるいは振り返った時に述べている理念であろう。例えば、早川は1956年の文章で次のように述べていることが引用されている。「診療所の発展して来た力は、所内の民主的な運営と同時に常に市民・患者の人々の意見をきき、それを尊重して運営するところにあった。之は白峯診療所の特色であり、誇りである。…（中略）…したがって診療所評議会を拡大し、その意見を素直に入れていくことが大切である」（p.92）。なんと明確なメッセージであろうか。

住民代表を運営組織に入れ、堀川病院理事会では当初多数を占めるように構成されたということであるが、このような組織体制は、例えば米国で貧困な地域や人々へのサービス―主に外来医療サービス―を提供する連邦認可健康医療センター（Federally Qualified Health Centers）の要件にもされており、「住民主体」という福祉領域でよく言われる用語とも響き合う。もちろん、生協組織の場合は、組合員ベースでより複雑な仕組みを作り上げているのであるが。

次に、戦後の医療の展開の中に「医療民主化」の取り組みをすすめた人々が一定いて、それが今日にまで―どのような形かは今後さらに検討されるべきだとしても―継続しているということを、一般に普及される書籍によって示したという点は特記されるべきであろう。堀川病院にしても、同病院がかつて所属していた京都民主医療機関連合会に所属している医療機関にしても、それぞれの歴史を振り返る作業を行ってきており、それらは文献資料として本書でも活用されている。ただし、筆者の知る限り、それらは一般書籍として流通する形式では出されていない。当時の社会状況もみた上で、著者は、西陣の一定の住民とその組織と診療所設置とが協力関係を結びながら、白峯診療所を創設し運営してきたことを述べているが、これは貴重な事例を記述したものといえる。

３つ目に、在宅医療の先駆者として取り上げられていた堀川病院が、経営運営上いかなる困難に直面し、それを住民とともに乗り越えていったのかが語られるのであるが、これはサービスの必要とそれを満たす制度との乖離に対する社会的な解の一つを示したもの、ということもできる。本書によれば、1970年代の西陣では、住民が「自分たちの病院」という理念を維持し口も金も出す中で、当時診療報酬では評価されていない訪問看護を広げることができた。もちろん、このようなことは、どこでもいつでも可能とは限らない。そうだとしても、そのような取り組みがなされたことは記憶に留められておくべきことであろう。

本書は50年にわたって、ある医療機関―そしてそれに関わる住民組織―に焦点をあてたものであるが、それゆえにその記載はかなり幅広いものとなり、ストーリー・ラインあるいは中心主題がやや分かりにくい面がある。また、主題との関わりでいっても、多くの追加的な疑問が出てくることを抑えられなかった。例えば、住民と医師・他の

専門職・管理スタッフといった医療機関職員との間で、現実にはどのようなやり取りがなされ、そこでは誰がどのようにイニシアティブをとったのか、住民代表として選出されていた理事とスタッフとの間で葛藤はなかったのか、あったとすればどのようにそれは解決されたのか、理念の共有はあったとしてもそれを具体化する上で、どのようなリーダシップが発揮されたのか、法人財務状況はいったいどのように推移したのか、といった問いである。

このような触発された問いは本書の弱点ともいえるが、同時に本書がそのような問いを社会に触発したという意味では価値の一つともいえる。そして、研究者として考えるのは、こうした問いについて、日本の各地で行われた実践をふまえて記述し、分析していくには、運営組織に関わる資料を蓄積するアーカイブの作成が鍵となるだろう、ということである。日本の社史と言えば多くは記念事業として内部に向けて作成されているが、近年では、トヨタのように企業理念を伝えるだけでなく、企業情報開示の一翼を担うものとして社史を位置づけ、アーカイブズを作成した上で、社史を作成する例もでてきている（公益財団法人渋沢栄一記念財団　実業史研究情報センター「トヨタ自動車株式会社の社史編纂の歴史とアーカイブズ」2014年９月３日，https://www.shibusawa.or.jp/center/ba/bunken/doc002_toyota.html）。遠回りのようであるが、医療や介護に関わる非営利・協同組織が協力して、こうした情報の蓄積を作成・活用していくことは、そこで取り組みをすすめるものの理念、そして誇りを伝えていくために重要ではないか。

かなり脱線してしまったが、本書は戦後日本における「医療の民主化」や、新旧の貧困に直面している医療・福祉組織がいかに取り組みをすすめるか、という課題に関心を持つ人に、さまざまな触発―解答ではない―を与えてくれる本であることは間違いない。結論ではなく、出発点として、本書は読まれるべきであろう。なお、関連書籍として『わらじ医者の来た道―民主的医療現代史』（早川一光・立岩真也・西沢いづみ著、青土社）があり、合わせて読まれることをお勧めする。

（まつだ　りょうぞう、立命館大学産業社会学部教授）

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第68号（2019年 9 月）――【特集】公害問題と自治体

○巻頭エッセイ：人生を彩る介護が花開く未来を（山本一視）
○【特集：公害問題と自治体】
・大気汚染被害者の医療費救済制度創設を求めて（西村隆雄）
・ノーモアミナマタ第 2 次訴訟の分析と対応（中山裕二）
・今、また「水俣病」が教える学術団体の影の側面（戸倉直実）
○論文
・ドイツの介護保険改革（ 1 ）介護強化法制定の背景と保険料（小磯明）
・国際医療福祉協同組合2018年の動向―ICA 国際協同組合連盟委員会報告書―（石塚秀雄）
・「マーモット先生と語る会　格差という病に挑む」（2019年度定期総会協賛シンポジウム）参加報告（竹野ユキコ）
○（新連載）継ぎ足し生涯学習のすすめ―1 「国勢調査（1920）100年、そして…」（野村拓）
○2015年度研究助成報告：東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査―震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて―（谷口起代）

第67号（2019年 7 月）――【特集】地方自治体と非営利・協同セクター

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

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

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

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

○巻頭エッセイ：競争と破壊（杉本貴志）
○【特集：持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター】
・座談会：持続可能な開発目標（SDGs）をどうとらえるか（中川雄一郎：司会、野田浩夫、富沢賢治、岩本鉄矢）
・SDGs の担い手に関する考察（柳澤敏勝）
・2018GSEF ビルバオ大会参加報告（石澤香哉子）
・マドリッドの社会的市場と社会的貨幣（石塚秀雄）
○連載〈次世代へのメッセージ〉（３）：「平成医療史」を考える（野村拓）
○本の紹介：二木立『医療経済・政策学の探究』勁草書房、2018年（髙山一夫）
○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～（山﨑光弘）
○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（吉中丈志）
○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（渡邉貴博）

第63号（2018年７月）――【特集】住環境とセーフティネット

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

第62号（2018年３月）――【特集】非営利・協同の実践と思想

○巻頭エッセイ：「One for all. All for one.」と自己責任を考える（長瀬文雄）
○【特集：非営利・協同の実践と思想】
・イタリア連帯思想並びに社会的協同思想とその実践―資本主義を超える新たな経済体制論―（津田直則）
・（視察報告転載）イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
・（視察報告転載）ボローニャの医療機関と非営利・協同組織　（石塚秀雄）
・自立と包括的ケアのためのネットワーク（MAIA）―パリ西地区の MAIA, CLIC, Reseaux の活動―（小磯明）
・非営利・協同研究の轍（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ズ・コレクティブとの協同（連帯）実践を事例に―（菰田レエ也）
○書評：『協同の再発見：「小さな協同」の発展と協同組合の未来』（田中秀樹編、家の光協会）「小さな協同」の視点から「協同の実践」を捉える（中川雄一郎）
○書評：マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳、野田浩夫訳者代表『健康格差―不平等な世界への挑戦』（日本評論社、2017年８月）（高山一夫）

第61号（2017年12月）――【特集】追悼坂根利幸

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

第60号（2017年９月）――【特集】非営利・協同をめぐる動向

○巻頭エッセイ：輝く看護を、今一度見つめ直す（柳沢深志）
○【特集：非営利・協同をめぐる動向】
・2017年度定期総会基調講演：非営利・協同の理念とナショナルセンターづくりの課題（富沢賢治）
・講演録：社会的連帯経済の出現―世界そして国連の動向―（The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN）（パスカル・ファン・グリータイゼン、訳・まとめ：今井迪代）
・非営利・協同の轍（第１回）：研究者として非営利・協同の実践に携わること―角瀬保雄氏へのインタビュー記録から―（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
○シリーズ〈医療政策・研究史〉（18）　世代的重なりのなかでの学習（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り組み（山田智）
○フランスの在宅入院の事例研究―サンテ・セルヴィスの実践と戦略―（小磯明）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.68（2019.11.30発行）

理事長のページ：「イギリスのEU離脱」再考（中川雄一郎）、副理事長のページ：台風私記（八田英之）、短信（石塚秀雄）、外国語勉強法（５）北島健一氏の場合、役員エッセイ：フィンランド・リトアニアの全世代型社会保障視察（小磯明）

○ No.67（2019.8.31発行）

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

○ No.66（2019.5.31発行）

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

○ No.65（2019.2.28発行）

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

○ No.64（2018.11.30発行）

理事長のページ：MDGsとSDGs（中川雄一郎）、役員エッセイ：コクランの理事辞任騒動と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）

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70号の予定】（2020年３月発行予定）
・ドイツの介護保険改革（３）
・社会医学系専門医制度
・介護保険20年を振り返る
・その他

【編集後記】
2019年秋の台風や大雨は、これまでにないレベルの雨と風になり、甚大な被害をもたらしました。防災という観点からも、地球環境への配慮は今後ますます大きな意味を持つと思われます。生活は仮想世界だけでは成りたたないので、歴史的に経緯を振り返りながら、将来に備えて必要なことを考えたいと思います。（竹）

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

１．投稿者
投稿者は、原則として当研究所の会員（正・賛助）とする。ただし、非会員も可（入会を条件とする）。
２．投稿内容
未発表のもの。研究所の掲げる研究テーマや課題に関連するもの。①非営利・協同セクターに関わる経済的、社会的、政治的問題および組織・経営問題など。②医療・社会福祉などの制度・組織・経営問題など。③社会保障政策、労働政策・社会政策に関わる問題など。④上記のテーマに関わる外国事例の比較研究など。⑤その他、必要と認めるテーマ。
３．原稿字数
①　機関誌掲載論文　　12,000字程度まで。
②　研究所ニュース　　3,000字程度まで。
③　「研究所（レポート）ワーキングペーパー」　　30,000字程度まで。
（これは､機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション･ペーパーなどを募集するものです）。
４．採否
編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会で決定。編集部から採否の理由を口頭または文書でご連絡します。できるだけ採用するという立場で判断させていただきますが、当機関誌の掲げるテーマに添わない場合は、内容のできふできに関係なく残念ながらお断りする場合があります。
５．締め切り
随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）
６．執筆注意事項
①　電子文書で送付のこと（手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます）
②　投稿原稿は返却いたしません。
③　執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる（「ですます調」または「である調」のいずれかにすること）。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。
④　図表は基本的に即印刷可能なものにすること（そうでない場合、版下代が生ずる場合があります）。
７．原稿料
申し訳ありませんが、ありません。

「特定非営利活動法人　非営利・協同総合研究所　いのちとくらし」
事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター２階
TEL：03-5840-6567／ FAX：03-5840-6568
ホームページ　URL:http://www.inhcc.org/　e-mail:inoci@inhcc.org