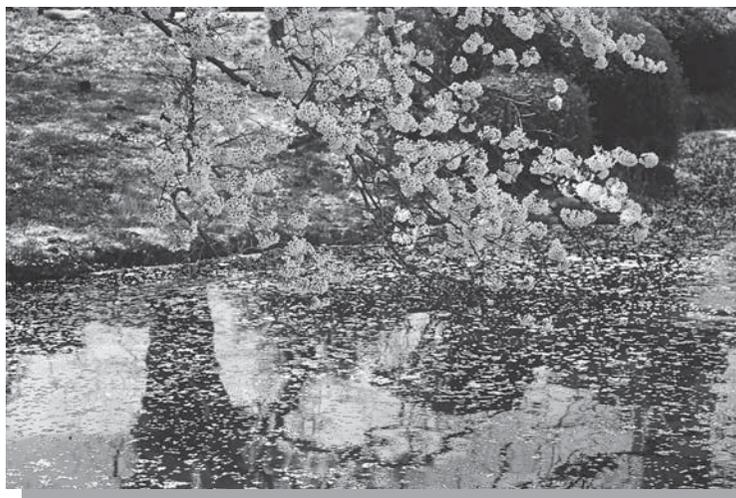


Review

●特集：医療DXの諸問題

- ・日本の医療DXをめぐる現状と課題 ……寺尾 正之
- ・マイナンバーカードと健康保険証廃止をめぐる問題 ……松山 洋
- ・医療のデジタル化による地域医療・福祉の課題と可能性 ……松原 為人



いのち
とくらし

研究所報

No. 82

目次

- 巻頭エッセイ：軍拡は止め、憲法前文の決意にたち戻れ…横山 壽一 1
- 特集：医療 DX の諸問題
 - ・日本の医療 DX をめぐる現状と課題……………寺尾 正之 2
 - ・マイナンバーカードと健康保険証廃止をめぐる問題……………松山 洋 9
 - ・医療のデジタル化による地域医療・福祉の課題と可能性…松原 為人 18
- 連載
 - ・欧州各国事情、地域社会と医療制度（3）
ドイツ・フライブルクの地域医療と非営利・協同 ……石塚 秀雄 24
- 論文
 - ・日本の医薬品産業構造の変化に関する研究……………小磯 明 29
 - ・「新型コロナ」～千葉からの報告（NO.2）……………八田 英之 45
 - 新型コロナ第8波に際しての緊急提言（千葉県自治体問題研究所）… 46
 - 「千葉県の新型コロナ」座談会記録（千葉県自治体問題研究所）… 48
- 奨励研究論文
 - ・ダウン症候群のある人について「知る」こと
——「身体的現れの政治」を手掛かりに ……竹内 優希 57
- 書評
 - ・津田直則『資本主義を超える経済体制と文明—改革から変革へ』（晃洋書房、2022年）……………石塚 秀雄 74
 - ・岩田正美『生活保護解体論—セーフティネットを編みなおす』（岩波書店、2021年）……………長友 薫輝 76
 - ・研究助成報告一覧、機関誌・ニューズバックナンバーなど…………… 79

軍拡は止め、憲法前文の決意にたち戻れ

横山 壽一

テレビに戦場が映し出され、軍事専門家が戦況を解説する番組が当たり前になって1年。日々多くの命が奪われ、町が壊れ消えていく姿を、世界中の人々がリアルタイムで見るなかで戦争は続く。数々の悲惨なテロ事件など小さな出来事だったと思わされるほどの凄まじいばかりの破壊。恐ろしいのは、見慣れていくと戦場がまるで映画の一シーンのように見えてきて、現実であるという感覚が薄れていくことである。

しかし、来年度の大軍拡予算は、国民を一気に現実に戻した。軍事費は6兆8千億円を超え対前年比で26.3%増、「防衛力資金」への繰入と合わせると10兆2025億円にのぼる空前の規模でGDP比も1.778%と1%を大きく超えた。政府は、2027年度にはGDP比2%まで引き上げる方針で軍拡予算はさらに続く。大幅な増額は攻撃能力を飛躍的に引き上げるためで質的变化を伴う。敵基地を攻撃する「スタンド・オフ防衛能力」を備えるとして米国製の長距離巡航ミサイル「トマホーク」を導入、それだけで2000億円を超える。莫大な契約額で後年度負担も162%増の7兆円となり、既定分と合わせると10兆円を超える異常さ。財政民主主義も予算の単年度主義もお構いなしである。

しかも兵器は科学技術の急速な進展を背景にハイテクが進み億単位が当たり前。しかも技術の差が勝敗を決するため開発競争が激化し、開発費用も急騰していく。大学を含め研究者を巻き込む動きは強まり、公募・委託研究のための「安全保障技術研究制度」の費用も112億円と規模が拡大、民生分野の先端技術の取り込みも進む。学会議への介入問題はこの動きと無関係ではない。

兵器を増やし機能を高めれば、それを担い操作する人材や部隊の増強が必要になる。「防衛力整備計画」は、地上発射型を配備する地对艦誘導弾部隊を5年以内に11個中隊を編成し10年以内に7

個連隊に増やすとしている（現在5個連隊）。「人的基盤の強化」として人材確保、教育・研究体制の強化の予算も増額された。現在、自衛隊員はいずれの部隊も定員を下回っており勧誘に躍起になっている。この状況が続けば、「国難」と称して「徴兵制」も検討課題にのぼる可能性も否定できない。

いかなる戦争も一日にして突然始まるわけではない。時間をかけて準備が進み、戦争体制へと仕上げられていく。その危険を、通信傍受法、安保安法、秘密保護法、共謀罪法が成立するたびに感じてきたが、軍拡予算はその危険を新たな次元へ、より現実へと近づける動きで背筋が凍る。

軍拡予算は、ロシアのウクライナ侵攻、北朝鮮のミサイル発射、台湾をめぐる米中の動きなど安全保障をめぐる動きを背景にしていることは間違いない。しかし、緊張が高まる時に軍事力の強化で対応すれば一層緊張を高め、戦争の可能性を高めるだけである。それがやがては世界規模の戦争に行く着かざるを得ないことを、すでに人類は経験し多くの国が知っている。

今こそ、憲法前文のあの決意を思い起こす必要がある。「日本国民は、恒久の平和を念願し、人間相互の関係を支配する崇高な理想を深く自覚するのであって、平和を愛する諸国民の公正と信義に信頼して、われらの安全と生存を保持しようと決意した。」9条はその決意の表明であり、どんなに武器を増やしても決して誰も勝者になれないという認識の表明でもある。

今こそ、世界のため、ウクライナのため、そして日本のために、憲法を高らかに掲げ「平和を愛する諸国民の公正と信義」に訴える時である。広島出身を売りにするなら岸田首相はその先頭に立つべきで、軍拡などもってのほかである。

（よこやま としかず、金沢大学名誉教授）

日本の医療 DX をめぐる現状と課題

寺尾 正之

はじめに

政府は、「ポストコロナの経済社会のビジョン」として「最先端のデジタル国家になる」ことを掲げ、第5世代移動通信システム（5G）などのデジタル基盤やIoT（モノのインターネット）、人工知能（AI）といったデジタル技術によって社会の変革を進めるというデジタルトランスフォーメーション（DX）を推進しています。

健康・医療分野は、デジタル化政策の重点分野の一つとされています。現在、内閣主導で進められている医療 DX の政策的な背景には、国民に対して「健康の自己責任」と行動変容を求め、公的医療費を抑制するとともに、デジタル化された個人の健康・医療情報を利活用して、新たな産業基盤とするねらいがあります。

骨太の方針と医療 DX

岸田文雄内閣は2022年6月7日、「経済財政運営と改革の基本方針2022」（以下、骨太の方針2022という）を閣議決定しました。社会保障については、「全世代型社会保障の構築」と「社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進」を二つの柱に据えました。

「全世代型社会保障の構築」に向けて、「これまでの社会保障の構造を見直し、能力に応じて皆が支え合うことを基本」とし、「2040年頃を視野に入れつつ」、「中長期的な改革事項を工程化」する方針を示しました。

「社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進」については、「医療・介護費の適正化を進めるとともに、医療・介護分野での DX を通じたサービスの効率化・質の向上を図る」としています。

骨太の方針2022を踏まえ、政府の全世代型社会保障構築会議は2022年12月16日、報告書を公表し、

「全世代型社会保障の基本理念」として、「社会保障の DX（デジタルトランスフォーメーション）に積極的に取り組む」ことが盛り込まれました。具体的には、①デジタル技術に対応した「医療・介護サービス提供体制の改革」、②マイナンバーやマイナンバーカードと紐づいた公共機関や民間事業者が保有する社会保障関係などの「各種データの連携」と「本格的なデータ利活用」、③「自らの健康・医療情報を自分で管理・活用」することなどです。

社会保障 DX の基盤としているのはマイナンバー制度です。官民が保有している社会保障の各制度に関連するデータについて、マイナンバーやマイナンバーカードの IC チップに搭載されている利用者証明用電子証明書の発行番号（シリアルナンバー）と紐づけて、データの連携と活用を推進する方針を示しました。マイナンバーやマイナンバーカードと紐付いているデータを AI で分析するなどして、合理的根拠（エビデンス）に基づいて、個別の社会保障政策を立案するという枠組みを構築するとしています。

全世代型社会保障構築政策の根本には、国民の個人情報をマイナンバーカードと紐づけて収集・蓄積し、そのデータを AI が分析した結果に基づいて、政策を立案するということがあると思われます。

データヘルス改革から医療 DX へ

厚生労働省は、コロナ禍のもとで、健康・医療関連情報の集約と利活用を進める必要があるとして、「新たな日常にも対応したデータヘルス集中改革プランについて」（2020年7月）を策定し、「データヘルス改革に関する工程表」（2021年6月策定）として推進されてきました。

データヘルス集中改革プランは、ACTION 1・2・3の実現を目指しています。ACTION 1は、

全国の医療機関における患者の医療情報を患者と医師、医師と医師が共有する仕組みの拡大です。ACTION 2は、電子処方箋の仕組みの構築です。いずれも医療機関・薬局間での情報連携の仕組みです。ACTION 3は、自身の保健医療情報を活用できる仕組みであるパーソナルヘルスレコード（Personal Health Record、以下PHRという）の拡大です。

こうした仕組みの実現に向けて、個人の健康・医療情報を集積・管理するデータベースとして「オンライン資格確認等システム」を構築します。2023年4月から全国の保険医療機関・調剤薬局ではオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されています。

ACTION 1はレセプト情報（ひと月の診療にかかった費用をまとめたもの）、ACTION 2は処方・調剤情報がそれぞれ集積され、情報連携させていきます。ACTION 3によって行政機関の窓口であるマイナポータルを通じて、自身のレセプト情報や処方・調剤情報を閲覧し、健康管理に役立てるというものです。ACTION 1・2・3はマイナンバーカードの取得と利用が前提とされています。マイナンバーカードを健康保険証として利用することや、マイナポータルにログインすることで運用が可能となるのです。

レセプト情報等の共有

全国の医療機関が患者の医療情報を確認できる仕組みとして運用されているオンライン資格確認等システムに集積されているレセプト情報や、特定健診情報を被保険者個人単位で紐づけて管理することで、「この患者Aさんは、××年に〇〇病院で△△の手術を行い、現在は、◇◇の治療薬が投与されている」などの情報を確認することができます。

医療機関がこれらの情報を閲覧するには、当然ですが患者の同意が必要となります。患者自身もマイナポータルを通じて、自身の医療情報を閲覧できるようになります。

患者と医師、医師と医師が、病歴・手術歴、透析、投薬など個人の医療データを共有・確認できる医療情報連携ネットワークを構築することは必

要ですが、本人の同意やプライバシー保護に十分に留意した運用が求められます。

電子処方箋の導入

オンライン資格確認等システムをベースに、2023年1月26日から処方・調剤情報を全国の医療機関・調剤薬局で共有できる電子処方箋システムの運用が開始されました。

現在は、院外処方箋のみが対象で、退院時処方箋やリフィル処方箋、労災や自賠責の診療で発行する処方箋は対象外です。生活保護適用の患者も対象ではありません。

患者は、マイナンバーカードを健康保険証として利用する場合も、現在の健康保険証のいずれの場合でも、電子処方箋を希望することができます。

電子処方箋のメリットの一つとされているのが、他の医療機関・薬局の処方・調剤も含む重複投薬・併用禁忌についての自動チェック機能です。医師が処方内容を電子カルテ等に入力した後、重複投薬等のチェック結果を確認し、処方内容を確定させた上で、電子署名を行い、処方箋を管理システムに登録します。

管理システムでは処方箋の登録にあわせて、引換番号と処方内容が記載された「処方内容（控え）」を医療機関に送信します。患者には紙の処方箋の代わりに、この「処方内容（控え）」を渡します。

「処方内容（控え）」は処方箋の原本ではないため、電子処方箋に対応していない調剤薬局に患者が「控え」を持参しても、調剤することはできません。また、医師・歯科医師は患者が紙の処方箋を希望した場合でも、処方内容を含む電子ファイルを作成して、管理システムに登録することが必要です。

政府は、今から2年後の2025年3月末にはオンライン資格確認等システムを導入した「概ね全て」の医療機関・薬局を対象に、電子処方箋の導入を目指しています。導入は任意として運用が始まりましたが、25年度以降に原則義務化される可能性があります。

PHR の拡充

PHRはマイナポータルを通じて、自分自身の生涯にわたる健康診断や治療・投薬履歴などの健康・医療情報をPCやスマートフォンから閲覧やダウンロードし、健康・疾病管理に役立てる仕組みです。

医療機関・介護事業者、自治体、保険者等の組織がそれぞれ集積している自分自身の保健医療情報を、PHRとして電子的に共有し活用することができるようになります。保健医療情報として、▽乳幼児健診▽学校健診▽職場健診▽特定健診▽薬剤▽手術・移植▽透析などのほか、健診・検診データの標準化を行った上で、対象をがん・肝炎ウイルス・歯周病などの検診にも拡充していく方針が示されています。

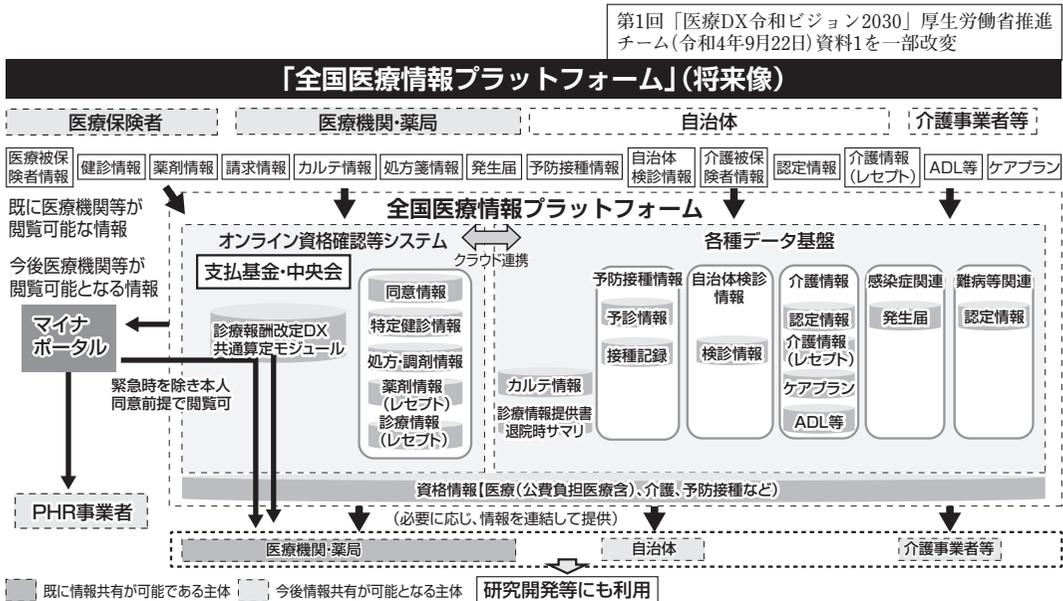
「全国医療情報プラットフォーム」に拡張

データヘルス改革で構築したオンライン資格確認等システムは、健康・医療・介護分野を含む全国医療情報プラットフォーム（図1を参照）に拡張していく方針です。

政府の医療DX推進本部（本部長：岸田文雄首相）は、第1回医療DX推進本部幹事会を2022年11月24日開催し、全国医療情報プラットフォームを構築することによって、①誕生から現在までの生涯にわたる健康・医療データを自分自身で一元的に把握、②本人の同意を得た上で、全国の医療機関等が必要な診療情報の共有、③健康・医療データを活用した民間事業者によるヘルスケアサービスの提供、製薬企業等によるデータの二次利用、などが実現されることを強調しています。

全国医療情報プラットフォームの構築は、健康・医療全般にわたる個人情報を、国が一元管理するとともに、民間PHR事業者がビジネスとして医療データを利活用して、新たな産業基盤とするねらいです。この全国医療情報プラットフォームの基盤となるのが、マイナポータルです。

図1 全国医療情報プラットフォームの概要



(出所)内閣官房 第1回医療DX推進本部幹事会(2022年11月24日)提出資料(資料2)

マイナポータルに個人情報を集積

マイナポータルとは、2017年に開設された政府が管理・運営するウェブサイトです。国民が利用することができるオンラインサービスで、医療や福祉・介護、雇用・年金、子育てなどで行政手続きを利用することや、行政機関等が保有している自身の個人情報を確認し、第三者に提供することができます。マイナンバーカードの健康保険証としての利用申し込みの登録も行います。

デジタル庁は、このマイナポータルにおおむね全ての国民がつながり、個人情報を大規模に集めることを目指していますが、その手段としているのが「デジタル社会のパスポート」と位置付けられているマイナンバーカードです。マイナポータルに利用者登録して、個人情報を見るには、マイナンバーカードと4桁の「利用者証明用電子証明書パスワード」が必要になります。マイナンバーカードを取得していない人は、自身の医療情報であっても閲覧することができない仕組みになっています。

マイナポータルには、税務情報や医療保険情報、年金情報、世帯情報などの非常に重要な情報が管理されていますが、こうした情報の民間 PHR 事業者による利活用を広げようとしています。

政府は、マイナンバーカードの IC チップには税金や年金、医療などの情報は記録されていないから大丈夫だと宣伝していますが、マイナポータルに集まった個人情報の民間 PHR 事業者による利活用が拡大すれば、漏えいや不正利用のリスクが高まります。また、マイナンバーカードには氏名や生年月日、住所なども記載されていることもあり、4桁のパスワードは推測が付きやすいと言われています。万が一これらの情報が流失してしまった場合の被害は甚大となります。

医療 DX の柱の一つとされている PHR は、「個人起点」の健康管理を行うために不可欠な基盤と位置付けられています。マイナンバー法において「利用制限」などは課されていないマイナポータル上で、自身の健康診断や治療・処方履歴、電子カルテを含む健康・医療情報を閲覧・管理することができます。

さらに、マイナポータル上のこうした健康・医療情報を、本人の同意に基づいて民間 PHR 事業者のヘルスケアサービスに提供することで、自分にあった助言をヘルスケアサービスから受けることが可能となります。

マイナンバーカードをキーにして、ひも付けられた健康・医療情報を AI がプロファイリングし、健康リスクを細かく予測して、健康リスクの低減に向けた「お知らせ」をマイナポータルに表示し、行動変容を促すなどのサービスを有償で提供することが想定されます。

電子カルテ情報の標準化

全国医療情報プラットフォームにおいて、個人の医療情報を利活用するキーとなるのが電子カルテ情報です。マイナンバーカードの健康保険証利用によって共有するレセプトデータや特定健診などの医療情報ではありません。電子カルテ情報は、個人情報保護法で要配慮個人情報とされ、利用目的の区別にかかわらず、「本人同意」を得ないで取得することや、利用目的の変更は認められていません。

現在、厚生労働省は、電子カルテ情報の標準化に取り組んでいます。標準化によって、情報の表記の仕方やデータの出力形式が統一されることや、標準コードを付けることにより、異なるシステム間においてデータの互換性が確保されることを目指しています。

電子カルテ情報の標準化によって、個人の病歴などの医療情報が医療機関間で共有・交換されるだけでなく、全国医療情報プラットフォームにおいても、国民のカルテ情報が管理されることになります。全国の医療機関がカルテ情報を登録する「電子カルテ情報交換サービス」(仮称)を構築し、2025年度以降に電子カルテ標準化及び全国システムの運用を開始する予定です。

「健康の自己責任」を土台にした医療 DX

岸田内閣が推進する医療 DX のシナリオというべきものが、自由民主党政務調査会が2022年5月

17日に提言した「医療 DX 令和ビジョン2030」（以下、医療 DX ビジョンという）です。医療 DX ビジョンには、①全国医療情報プラットフォームの創設、②電子カルテ情報の標準化などが盛り込まれましたが、いずれも政府の医療 DX 推進本部幹事会において具体的施策の検討が行われています。

自民党の医療 DX ビジョンの特徴は、「国民自身が自らの健康づくりや健康管理に主体的に関与できるような環境を整備する」ことを医療 DX の基本方針としていることです。国民一人ひとりが医療情報にアクセスできるシステムの整備を行う一方で、国民には自身のデータに基づいて健康の自己管理を行うよう求めています。

この医療 DX ビジョンの土台とも言えるのが、社会保障制度改革プログラム法（「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」2013年12月5日に成立、以下、プログラム法という）です。プログラム法には、①「政府は、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図る」（第2条2項）とともに、②「個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討を行い、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励する」（第4条2項）ことが盛り込まれました。

現役時代から自らの健康状態を把握し、主体的に健康維持や疾病・介護予防に取り組み、生涯現役であり続けることを目指すという考え方です。このプログラム法に規定された内容を医療 DX ビジョンとして提言し、健康の自己管理への環境整備と自助努力が喚起される仕組みをつくるのがねらいです。

「健康の自己責任」論の考え方に沿って、国民全体の健康増進や医療の向上を図るのではなく、国民に対して自己責任と行動変容を強要し、医療・社会保障の給付抑制を進めようとするものです。しかし、新型コロナウイルス感染症対応をはじめ、疾病には誰もががかかる可能性があります。自助努力や自己責任、家族や地域コミュニティの助け合いで解決できる問題ではありません。だからこそ、医療保険制度など社会保障の政策と制度がつけられてきたのです。疾病予防や健康管理を、自助や助け合いに任せようとする政策の展開は、国や地方自治体の公的責任を曖昧にすることになります。

新たな産業基盤としての医療 DX

経団連は2022年4月12日、「Society5.0の扉を開くーデジタル臨時行政調査会に対する提言」を公表しました。

提言は、国民の膨大な個人情報、個人データは、企業にとって利益を生み出す重要な「資源」にはかならないとして、新たな成長の原動力として医療 DX を柱に据えています。産業構造を大きく変えて国際競争力を強化し、経済社会の再構築を図るという戦略を描いています。

具体的には、個人データを企業が利活用できるような形で提供する「データ連携基盤」を構築するため、「産学官」が一体となって集中投資を行うことを求めています。例として挙げているのは、個人の胎児期から亡くなるまでの健康状態、学校・社会教育における学習履歴などの個人情報をデータ化し、企業や行政が持っているそれ以外の個人データとひも付けて、データ連携基盤に集積することです。AI（人工知能）は集積されたデータ量が増えれば増えるほど正確性が増します。膨大な個人データを、企業や行政がAIを使って自動的に分析、評価・差別・選別（プロファイリング）した上で、企業がビッグデータとして利活用することを主張しています。

さらに、個人の生涯にわたる健康・医療情報について、個人情報保護法上の要配慮個人情報も含めて「情報銀行」に蓄積し、活用できるようにするためには、電子カルテ情報の標準化とその普及が不可欠だとしています。

情報銀行とは、▽提供先（企業や研究機関等）の条件▽提供するデータ（行動履歴や購買履歴等）の条件などを登録し、第三者提供への同意を委任しておくことで、本人が指示することなく企業へ個人情報を提供できる仕組みで、こうしたサービスをビジネスとして成立させようとしています。

また、マイナンバーカードの健康保険証利用を進め、個人がマイナポータルで自身の健康・医療情報を取得するとともに、民間事業者のPHRサービスを利用しやすいシステムに整備することを求めています。（図2を参照）。

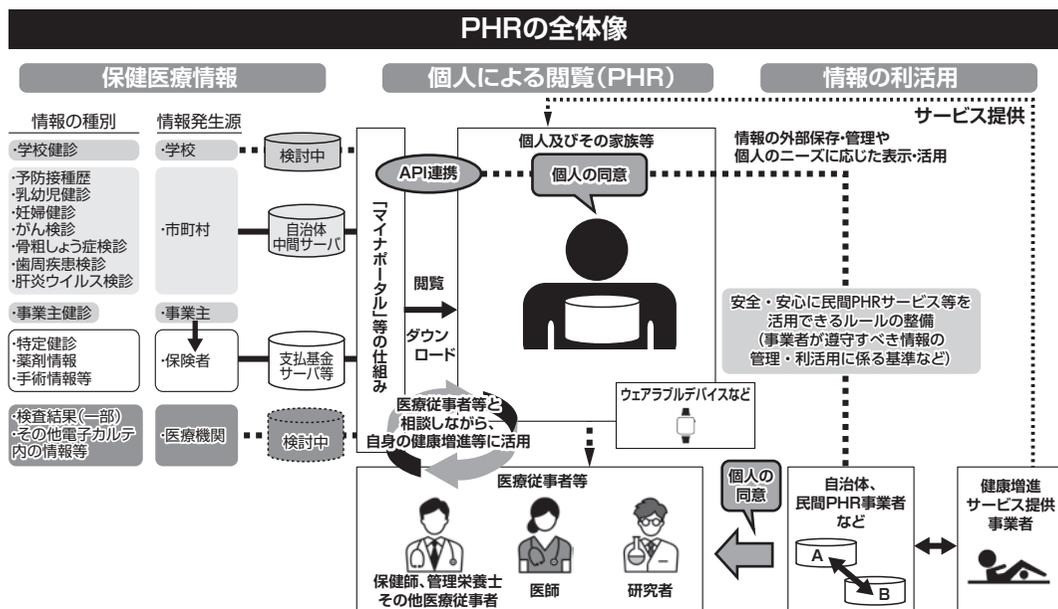
すでに、製薬・医療機器をはじめ、健康アプリや生命保険等のPHRサービス事業を展開する企

業15社が集まり、2022年6月16日に「PHR サービス事業協会（仮称）」設立宣言を行い、「幅広い業種によるPHRサービス産業への参画」を呼びかけ、2023年度早期の設立を目指しています。

経団連は、健康・医療情報について、マイナンバーをキーとして国が一元的に管理することが重

要だとして、国がマイナンバーを用いて、国民一人ひとりの健康・医療情報を一括して管理できる機能を持ったデータ連携基盤として、全国医療情報プラットフォームの構築が不可欠だと主張しています。

図2 PHRの全体像



(出所)厚生労働省 第4回健康・医療・介護情報利活用検討会(2020年10月21日)提出資料(資料6)

2022年11月2日に開催された政府の経済財政諮問会議において十倉雅和経団連会長ら民間議員は、「マイナンバーを通じた所得等情報、世帯状況、口座情報の活用」など、「マイナンバー利活用を前提とした給付と負担の制度改革」を提言しました。

こうした提言のねらいには、個人ごとの給付と負担の情報を総合的に把握し、「社会保障個人会計」を導入することがあります。必要に応じて給付するという社会保障の原理を否定し、負担と給付の等価交換という市場原理に置き換えようとするものです。

マイナポータルは、「社会保障個人会計」のシステム基盤にも変容することが可能です。マイナポータルを通じたPHRの拡充は、社会保障個人会計の導入に向けた地ならしとなる懸念がありま

す。

医療情報の利活用に対する社会的規制を

マイナンバーカードの利用者証明用電子証明書の発行番号(シリアルナンバー)と、レセプト情報や電子カルテ情報、電子処方箋情報などがひも付けられ、個人の治療データ、薬の処方箋などのデータが国と医療機関等で共有されることとなります。さらに、民間PHR事業者が利用者に対して識別番号とひも付けして、民間での利活用を広げようとしています。

個人情報保護法では、医療情報の一次利用について、要配慮個人情報の取得や個人データの第三者提供は原則として本人同意の取得を求めています。

す。

医療機関がオンライン資格確認により患者の診断や検査、服薬の医療情報を利用（一次利用）する場合は、個人情報保護法により本人同意が必要となります。本人同意するとすべての医療情報が開示されてしまいます。本人が開示する情報を選択することはできません。

こうした医療情報について、製薬企業や保険会社などによる二次利用を促進するため、入口規制（同意原則）から出口規制（利活用審査）に変更する方向です。

内閣府健康・医療戦略推進事務局は2022年12月27日、「次世代医療基盤法検討ワーキンググループ」を開催し、①現在ある匿名加工医療情報に加えて、新たに「仮名加工医療情報」（仮称）を創設する、②仮名加工医療情報を作成・提供する事業者を国が認定する仕組みを新たに設ける、③国が認定した利活用者に限り、仮名加工医療情報を提供可能とする仕組みを設ける、などの見直し案を提示しました。

仮名加工医療情報とは、他の情報と照合しない限り、個人を特定できないよう加工した情報で、個人情報から氏名やID等の削除が必要になります。

また、厚生労働省の「医療分野における仮名加工情報の保護と利活用に関する検討会」が取りまとめた「これまでの議論の整理」(2022年9月30日)では、個人の医療情報を仮名加工した上で利活用するに当たっては、利用目的や第三者提供先に関する個別具体的な明示がなくても、それらの妥当性を客観的に審査して認められた場合には、「他の目的での利活用」や「他者への第三者提供」を

可能とするルールを整備する方向です。

内閣府は、「本人の同意を得て取得」という規制を緩和し、オプトアウト（本人が反対をしない限り、個人情報の第三者提供に同意したものとみなす）方式で医療情報を集めて、製薬企業や保険会社等が二次利用目的に使用できるデータを増やせるように次世代医療基盤法を改定する方針です。

医療は人命に関わる上に、高額な開発費用を伴うこともあり、高度な倫理基準と人権感覚が求められます。社会的規制の存在は極めて重要です。国民参加のもとで、社会的規制が国の責任によって厳正に行われるための仕組みを作らなければなりません。

個人の医療情報を受け取り、集積する側（企業や国など）が、何に利用しているのか、誰が監督するのか、透明性を確保することが不可欠です。個人の医療情報の利活用は、データ保護という信頼の上に成り立っているのです。

欧州連合（EU）では「個人情報（データ）は人権」との原則のもと、2016年に制定された一般データ保護規則（GDPR）など人権保障のための法整備を進め、個人情報保護のチェック機能などを拡充しています。

わが国では、医療情報のデジタル化とその利活用ばかりが先行していますが、個人が自分の情報・データの使われ方をコントロールできる権利など、国民・患者の人権を守る仕組みの整備が求められます。

（てらお まさゆき、公益財団法人日本医療総合研究所 研究・研修委員）

マイナンバーカードと健康保険証廃止をめぐる問題

松山 洋

はじめに

国は、医療機関にマイナンバーカードを健康保険証として扱うオンライン資格確認整備を義務付け導入を促進しています。更に、2024年秋には健康保険証を廃止してマイナンバーカードで受診するよう法令改正するとしています。オンライン資格確認整備の義務化、健康保険証廃止が医療現場、患者・国民に与える影響について解説します。

1. 医療現場とオンライン資格確認整備

(1) 健康保険証の目視確認（資格確認）

医療機関を受診した際、定期通院では月初めに、新規の患者には必ず健康保険証（以下、保険証）を職員に提示しています。職員が保険証の券面情報を目視でチェックして、患者が加入する保険種類・有効期限や資格内容（窓口負担割合等）などを確かめる資格確認です。受診した患者が保険証の持ち主（名義人）と同じかどうか確かめる本人確認も常識的範囲で行っています。

医療機関は、患者を診療した日の翌月10日までに、患者ごとに実施した診療行為点数などを記したレセプト（診療報酬明細書）を審査支払機関（支払基金、国保連）に提出し、診療報酬を請求します。資格情報が誤ったレセプトが請求された場合、医療機関にレセプトが差し戻されます（返戻）。例えば、保険証情報の転記ミスや患者が転退職直後に旧職場の保険証で受診した資格喪失があげられます。被用者保険の保険証には有効期限の記載はなく、医療機関では受診時に資格喪失しているかはわかりません。返戻されたレセプトについて、正しい情報がある場合、医療機関は正しい情報を記載して請求します。

(2) オンライン資格確認とは

オンライン資格確認は、医療機関と審査支払機関の間を専用のインターネット回線（≒レセプトをオンライン請求する回線を使用）を結び、患者が受診した時に審査支払機関に照会をかけてリアルタイムで資格状況の返信を受けるものです。

オンライン資格確認は、①マイナンバーカードを健康保険証として利用するもの、②健康保険証を利用するものに分かれます。①は、法令上は「電子資格確認」と規定され、マイナ受付、マイナ保険証などと通称されています。

「骨太の方針2022」及び方針を受けた厚労省令案（4月施行予定）などにおいて、医療機関に3月末までに整備を原則義務付けるものは、第一に電子資格確認です。第二に、電子資格確認とは、マイナンバーカードを利用した電子的手段（オンライン）により行う「資格確認」です。従って、電子資格確認に際して、医療情報閲覧（電子処方箋も含め）の機能の実装までは義務付けていません。第三に、義務付けるのは、医療機関側の体制整備です。マイナンバーカードで受診した患者が電子資格確認を求めた際に、医療機関で対応できるよう予め体制を整備しておくものです。4月以降も、患者が保険証で受診するか、マイナンバーカードを利用するかは任意（自由）です（※2024年秋以降の保険証廃止は次の段階の問題となります）。第四に、本人確認に関わって、顔認証（生体認証）システム導入は必須ではありません。汎用のカードリーダーでマイナンバーカードを読み取り、本人確認は職員が目視（マイナンバーカード写真と突合）で行う運用も可能です。第五に、電子資格確認を整備する場合、オンライン資格確認に使う回線としてレセプトをオンラインで請求する回線の整備が必要となりますが、医療機関にオンライン請求することまでは義務付けていませ

ん。

以上を踏まえた上で、実際の運用面においては、医療機関に義務化内容などの説明が十分にされないまま、国・三師会からの強い働きかけ、補助金や診療報酬の設定要件などを通じて、電子資格確認の導入に留まらず、▽顔認証機能付きカードリーダー設置、▽医療情報閲覧機能の整備、電子処方箋の実装、▽レセプトのオンライン請求への移行も含めたフルセット整備が強力に促進されています。

(3) オンライン資格確認等システムと医療情報連携

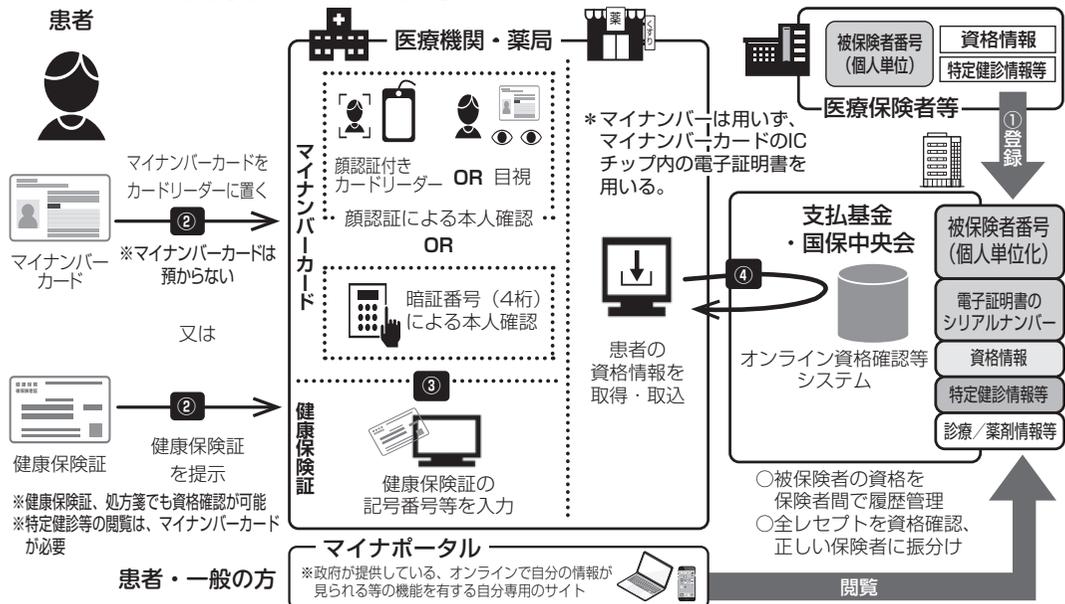
支払基金等では、公的医療保険制度（公費医療一部含む）に関わって、被保険者番号、資格情報（有効期限、窓口負担割合、負担限度額情報など）、医療情報（診療情報、特定健診結果等）などについて、被保険者ごとに一元的・継続的に履歴を管理しています。これら情報にマイナンバーカード（ICチップ）に内蔵したシリアルナンバー¹を紐づけて管理しています。オンライン資格確認等システムと呼ばれます（図表1）。

保険証に記載された被保険者番号を本人情報と紐付ける「医療等ID」として使い、個人の資格情報・医療情報を管理しているため、保険証でもオンライン資格確認は可能です。わざわざ、マイナンバーカード（シリアルナンバー）も使い紐付けており、マイナンバーカード普及のために医療を利用する狙いが明らかです。

患者はマイナンバーカードで受診した際、医療機関に備え付けた顔認証付きカードリーダー（以下、CR）にカードを読み取らせませす。読み取った個人情報オンライン資格確認回線を通じて審査支払機関（オンライン資格確認等システム）に照会がかかり、引き当てられた資格情報（資格なし含め）などが医療機関に即時に返信されます。医療情報閲覧機能を実装した医療機関では、マイナンバーカードで受診した場合、患者がCRのタッチパネル上で「同意」を押すと、医療情報も返信されており、オンライン資格確認等となります。

保険証でオンライン資格確認を行う場合は、受付職員が専用端末パソコンに、保険者番号、被保険者番号、生年月日等を入力して、支払基金等に照会し返信を受けます。保険証の場合、医療情報閲覧などは認められていません（図表2）。

図表1 オンライン資格確認とオンライン資格確認等システム



（出所）「オンライン資格確認の導入で事務コストの削減とより良い医療の提供を～データヘルスの基盤として～」、2022年11月、厚生労働省保険局。

政府が進めるデータヘルス改革など「医療DX」では、まずはオンライン資格確認等システムにレセプト情報（電子レセプト）を蓄積していきます。次に、院外処方箋や電子カルテ情報を蓄積・管理するデータ基盤を各々構築しつつ、オンライン資格確認等システムに連携させていきます。自治体や保険者が有する患者・国民の健康・医療情報も連携させていきます。乳幼児健診、学校健診、予防接種履歴や自治体検診（歯周疾患、骨粗鬆症、肝炎ウイルス、がん）などが計画されています。健康・医療・介護等情報を結合・連携

したビッグデータ基盤（全国医療情報プラットフォーム）を構築して、医療費抑制を図るとともに、ビッグデータを企業の利益追求に利用することが最終的な狙いです²。

こうしたビッグデータ基盤をバックヤードにして、患者がマイナンバーカードで受診した際、医療機関に他院のレセプト、処方箋（調剤内容含む）、電子カルテ、検診など様々な健康・医療情報を開示していく計画です。全国の医療施設間で診療情報を蓄積・利用する医療情報連携（EHR：Electronic Health Record）の深化・拡大です。

図表2 資格確認の種類と仕方

	確認・操作	保険資格	医療情報の閲覧	高額療養費等の情報の閲覧	本人確認
目視（従前の方法）	職員が目視	券面情報	×	×	目視
オンライン	マイナンバーカード（電子資格確認）	患者がカードリーダー操作	○（※1）	○（※2）	顔認証（※4）
	保険証	職員がPCに入力（※5）	×	△（※3）	目視

- ※1 医療情報の閲覧については、患者の同意が必要。
- ※2 閲覧には、カードリーダー操作にて患者の同意が必要。閲覧できる情報は、マイナンバーカードは高額療養費、長期高額疾病（人工透析、血友病、薬害HIV）。
- ※3 保険証の場合は高額療養費のみ取得が可能（患者に口頭等で同意を取る）、長期高額疾病は照会は不可。
- ※4 顔認証が上手くいかない場合、患者が暗証番号（4桁）を入力する。暗証番号を忘れた場合、職員が目視で行う。
- ※5 一部のカードリーダーでは保険証を読み取る機能を搭載しており、患者が操作する。

同様に、ビッグデータ基盤から、患者・国民が利用するマイナポータル（マイナンバーカードでログイン）に情報を導出（閲覧・ダウンロード）させ自己管理・利用を進めます。PHR（Personal Health Record）と呼ばれる患者・国民の責任で自身の医療・健康情報を管理し利用する仕組みです（図表1・下段）。

データヘルス改革は、マイナンバーカードの利用が入口となります。更に、マイナンバーカード（今後スマホ搭載も予定）の常時の携帯・利用に向けて、保険証の廃止などが政策的に要請されることとなります。

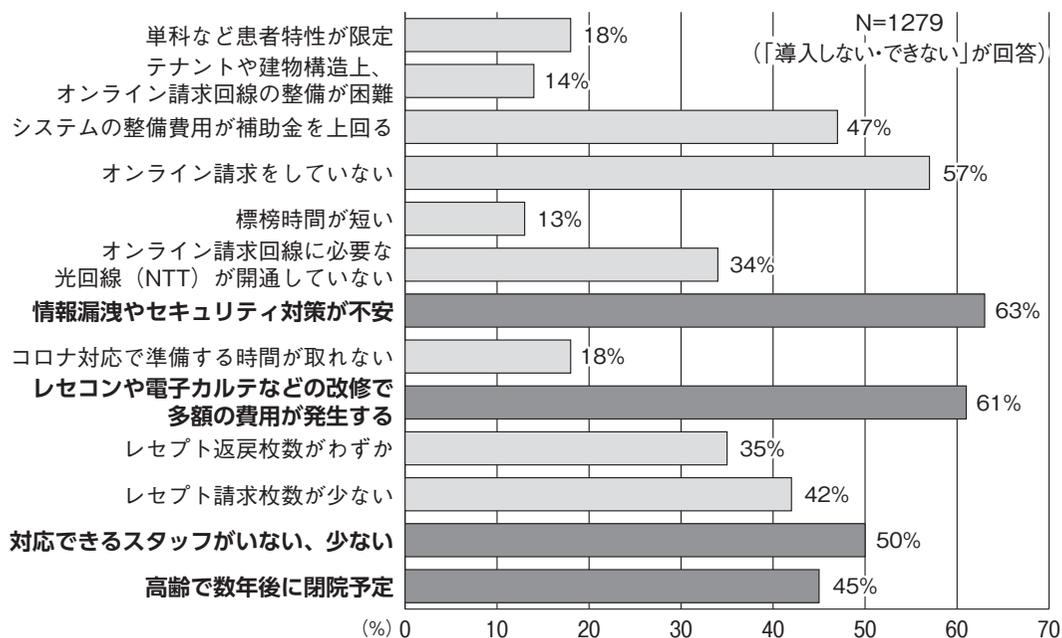
2. 負担が大きいオンライン資格確認

（1）煩雑な手間・作業を要する体制整備

医療DXは、マイナンバーカード受診を前提（入口）に置いており、医療機関・薬局では電子資格確認の整備が前提となります。そのため、国は、診療報酬を電子請求（オンライン、光ディスク）する医療機関・薬局に2023年3月末までにシステム整備するよう求めています。全体の約96%が義務化対象です。義務化より除外されるのは、紙レセプト請求する医療機関・薬局です（現時点で75歳以上程度の医師等、レセプト手書き作成者など）。運用開始した医療機関等は、義務化方針が示される直前（22年5月下旬）で13%にすぎません。CRを申し込んだ医療機関は全体の92.2%に達しますが、準備を完了した医療機関は、義務化期限を間近に控えた現在（3月12日時点）でも65.6%です。病院で78.1%、薬局で84.8%に対して、診療所に至っては医科が57.7%、歯科が57.4%と9割目標には遠く及びません。

全国保険医団体連合会の会員調査（22年10～11

図表3 オンライン資格確認を導入しない、導入できない理由



(出所)「保険証廃止・オンライン資格確認義務化意識・実態調査」、2022年11月28日、全国保険医団体連合会。

月実施。回答医療機関数=8,707。以下、保団連調査)では、システム整備を義務付けられた中でも、「導入しない・できない」と回答する医療機関が15%見られます³。理由として、「情報漏洩、セキュリティ対策が不安」が63%、「レセコン、電子カルテの改修で多額の費用が発生する」が61%、「対応できるスタッフがいない、少ない」が50%、「高齢で数年後に閉院予定」が45%などと回答しています(図表3)。整備が不要といえる閉院予定者を除くと、患者情報を安全に守ることをはじめ整備・運用に関わる負荷が大きいことがわかります。

整備に当たって、医療機関は、支払基金より交付されたCRを設置し、オンライン資格確認回線(NTTのフレッツ光などスペック指定あり)を整備した上、回線に接続するオンライン資格確認端末(パソコン)を導入・設定します。更に、資格情報を取り込むレセプトコンピュータ、医療情報閲覧に要する電子カルテシステム等院内システムの改修が必要となります(図表4)。

建物構造(ビル診で光回線未整備、建物自体が古いなど)、地理的環境(光回線未通など)など

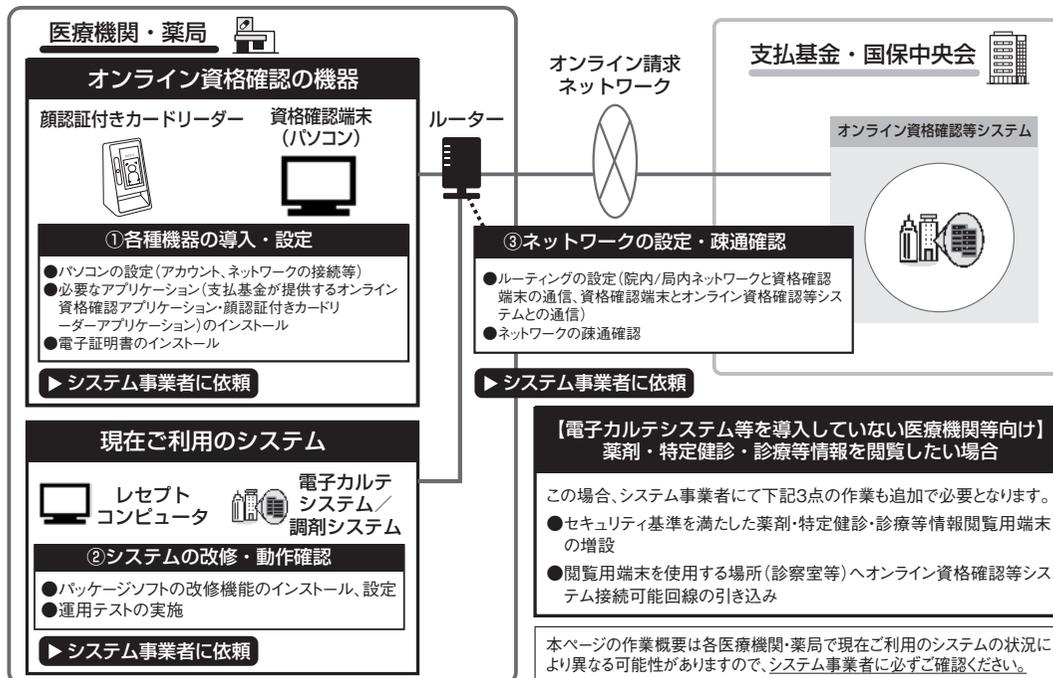
に応じて、改修規模・工事期間は増します。運用開始後のトラブル・事故に直結するため、既存の院内ネットワーク(光電話、光テレビ、ネットなど)への影響の有無や、CR、確認端末やレセコン、電子カルテなど機器相互の連携・影響などは入念なチェックが必要です。個人情報をやり取りするため、利用する光回線、確認端末、利用者(ユーザーID、パスワード)の支払基金への届出等も行います。

対応できるベンダー数も限られ、オンライン請求回線を新たに敷設する場合、着手から運用開始準備完了まで少なくとも半年程度かかります。コロナ対応にも追われる中、診療所は人手が少なく、ICTスキルも高いわけではなく、対応する院長や職員へのストレスは甚大です。

(2) セキュリティ対策はじめ業務負担の強化

導入に際して利用規約含め4本のマニュアルを熟知した上、導入後は11本の基本マニュアルを最低限理解するとともに、支払基金が流す更新情報

図表4 オンライン資格確認等に要するシステム整備(標準イメージ)



(出所)「オンライン資格確認の導入で事務コストの削減とより良い医療の提供を～データヘルスの基盤として～」、2022年11月、厚生労働省保険局。

などをチェックすることが必要です。

ほとんどの医療機関が補助金を使い整備しますが、常時マイナンバーカードで受診できることが補助金の交付要件とされています。故障放置、都合の良い時だけ稼働(繁忙時間帯は保険証で確認)などは補助金返還となりかねません。更に自院が義務化対象となった場合、整備・運用は国の指導、監査の対象となり、処分が最も重い場合、保険診療が扱えなくなります。相当のICTスキルや対応できる職員が必要です。運用に際しては、高齢者などCR操作に不慣れな方への手助けも必要です。病院などでは支援に対応する職員配置も必要となります。

電子カルテなど院内システムへの接続は、ランサムウェア(ファイルを暗号化し読取り不可能にする)対策をはじめセキュリティに万全を期することが不可欠です。セキュリティが堅牢とされてきた中核病院へのサイバー攻撃により電子カルテが使用できなくなり(外来診療が2月間停止)、診療所へのサイバー攻撃(電子カルテが使用不能)も続くなど、医療機関のシステムセキュリティの

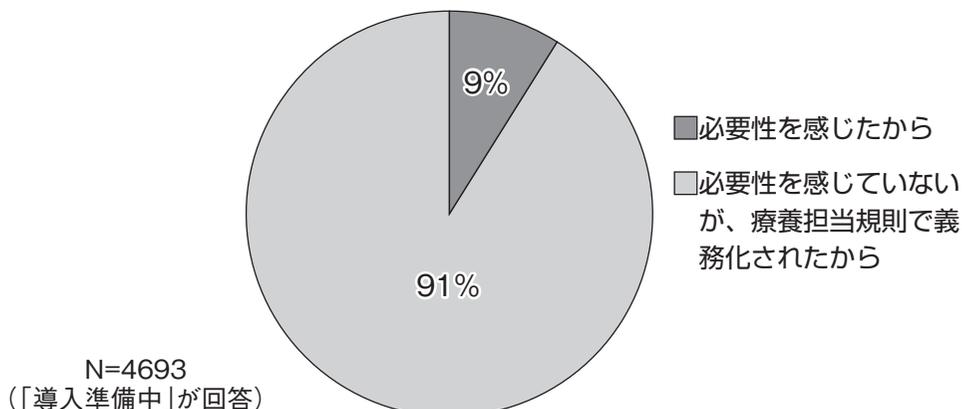
抜本的強化は急務です。とりわけ、外部とオンライン接続しない光ディスクで報酬請求してきた医療機関(医科診療所の24%、歯科診療所の67%)にとっては、電子資格確認を通じた常時オンライン接続導入に対するセキュリティ上の不安は計り知れません。国は医療機関が遵守すべきセキュリティガイドラインを示すのみで、セキュリティ対策に要するコストも手当てしないまま、医療現場に責任を丸投げしています。

(3)「導入メリットに疑問」が現場感覚

導入が進んでこなかった大きな理由には、導入メリットが低い点もあります。義務化方針が示されて以降、「導入を準備中」の医療機関(N=4,693)に理由を聞いたところ、「必要性を感じていないが、療養担当規則で義務化されたから」が91%と圧倒的です(図表5)。新患や救急患者が特に多い医療機関では導入を検討する余地もありますが、大半の医療機関は異なります。

システム導入により最新の資格が分かり返戻が

図表5 オンライン資格確認導入を準備中（見積・契約）の理由



(出所)「保険証廃止・オンライン資格確認義務化意識・実態調査」、2022年11月28日、全国保険医団体連合会。

減るとしてはありますが、資格喪失後の受診等による返戻はレセプト全体の0.27%にすぎません。しかも、資格喪失後の受診（うち新資格が判明）について、医療機関が電子レセプトで請求している場合、返戻せずに保険者間で処理しています。結局、資格誤りなどでの返戻は診療所では月に1～2枚あるかどうかです。「雀を打つのに大砲が必要か」というのが現場の実感です。

医療情報閲覧のメリットがあげられますが、患者がCRのタッチパネルで閲覧に「同意」することが必要です。同意した率(2023年2月実績)は、特定健診情報は20.5%、レセプトの薬剤情報は47.1%、レセプトの診療情報は19.6%に留まらず(CRのタッチパネルのボタン操作で「理解」の実効性が担保されているかどうかは別途慎重な検証が必要です)。実際的なところ、普及率が7割(70歳以上は約85%)と定着した「お薬手帳」などで確認しているところが多いのが現状です。必要であれば健診結果も患者に持参してもらえばすみます。また、診療科の特性に応じて確認が必須となる薬剤はある程度決まってきます。処方時に注意を受けている患者も多く、受診時に医療者に相談しているのではないのでしょうか。難病、透析、在宅をはじめきめ細かい対応を要する患者や医療密度が高い患者などは関係者間で事前に情報連携しています。

システム導入に際して補助金が出ますが、国は診療所での導入目安は27.8万円～70.2万円と見て

おり、補助上限(42.9万円)を超える想定です。保団連調査(N=3,814)でも、39%の医療機関で導入コスト(見積額含め)が補助金を上回ったと回答しています。また、オンライン資格確認できる対象患者は通常の公的医療保険に限られます。難病等の公費負担医療や子ども医療費助成のような地方単独事業などは別途、受給者証の確認が必要です。

導入・運用上の負荷、費用負担や導入メリットの低さから、自院で義務化された場合、60歳以上の高齢の医師・歯科医師を中心に1割前後が閉院・廃業を検討すると答えています(愛知県、神奈川県、大阪府の各保険医協会調査)。地域を熟知したベテランの医師等の閉院は、患者・住民、地域に多大な損失です。

(4) 顔認証(生体認証)は人権侵害の恐れも

他人の保険証を使うなりすまし受診が横行しており、顔認証(生体認証)を行うマイナンバーカード受診が必要との声がネット上などでは聞かれます。しかし、これまで保険証の目視による資格確認に関わって、なりすまし受診の横行などは公式上報告されていません。例えば、不正事案が取りざたされた在留外国人の国保適用・給付に関して、在留上の資格を偽装して国保加入していた違法事例は基本的に確認されていません⁴。在留す

る外国人が被保険者に占める人口割合と比べて医療費が多いとも報告されていません⁵。医療機関では患者の本人確認が追加で必要と判断した場合、写真付き身分証の提示を求めることができる通知（2020年1月）も示されており、必要に応じて確認しています。

生体認証は個人のプライバシー侵害に直結します。EUでは生体認証（顔認証等）は原則禁止し、米国も州によっては厳格に規制しています。日本弁護士連合会が指摘するように、マイナ受付に際する顔認証については「これまで顔写真による本人確認すらしなくても大きな不都合は存在しなかった上、当面写真なしの健康保険証と併用されることに照らしても、顔認証システムを利用しなければならないほどの厳格な本人確認は行政上の必要性に欠ける」と言うべきです⁶。具体的根拠も不明瞭なまま、人権に直結する「顔認証」の整備を求める政策的合理性は乏しいと言えます。実質上生体認証を強要する形となる「保険証廃止」は論外です。

導入・運用上の負担、低いメリットなどからも、医療機関にオンライン資格確認整備を義務付ける政策的合理性は全くありません。

（5）4割でトラブル CR 起動不全も

保団連調査では、電子資格確認を導入した医療機関（N=1,235）の4割でトラブルが報告されています。トラブル内容として「被保険者情報が迅速に反映されない（有効な保険証でも「無効」と表示された）」が61%、「カードリーダーの不具合」が42%、次いで「電子カルテ・レセコンなどの稼働に影響した」が23%などです。患者に聞くと明らかに有効な保険証でも、保険者・事業者側でのデータ更新・登録の遅れにより「無効」と返信されるなどです。保険者への確認などで患者を待たせるなど、オンライン資格確認になっていないとの声も聞かれます。

CR不具合は、顔認証が上手くいかないといった機能不安定などです。2022年末には支払基金が交付するCRの5社のうち3社の製品で、想定内のシステム更新（Windows Updateなど）にも関わらずCRが起動しなくなる事故が起きています。

医療機関に4万3,000台以上が納入・実装される見込みです。厚労省は問題は解消したとしていますが、オンライン資格確認を開始する医療機関が増えるにつれて、未知のトラブルや有害事象が出てくることも懸念されます。

3. 無責任・無理筋極まる保険証廃止

（1）マイナンバーカードで受診は求めている

現在、マイナンバーカードで受け付けた受診（調剤）は、医療機関では200人に1人、薬局では156人に1人です（直近の医療費動向となる2022年9月分より推計）。1週間平均（1施設当たり）では、病院は10.3人、薬局は2.9人、医科診療所は3.6人、歯科診療所は2.2人にすぎません（2023年2月実績）。デジタル庁の調査（2022年12月実施）によれば、保険証としての利用申し込みは全体で55.1%となりますが、申し込みのきっかけは「マイナポイントがもらえるから」が89.1%と圧倒し、「利用している病院・薬局で保険証として利用できる」は14.3%、「健康保険証利用にメリットを感じた」は11.6%にすぎません⁷。殆どの人はマイナポイント目的でカード申請・登録したにすぎません。

（2）保険証廃止でデータヘルス改革を強引に推進

マイナンバーカード受診が伸び悩む中、河野太郎デジタル大臣は2022年10月、総務省・厚労省など関係省庁間で協議した結果として2024年秋に保険証廃止を目指すと発表しました。「骨太の方針2022」で記した保険証の「原則廃止」（申請すれば保険証を交付する）ではなく、「廃止」とした上で24年秋と時期を明示したものです。お金（マイナポイント）で釣ってもマイナンバーカードの保険証利用が浸透しない事態に業をにやして、マイナンバーカード利用を法律で強制する強硬手段に訴えて、データヘルス改革を強行するものです。様々に批判を受けつつも、保険証の代替として医療給付（一部負担払い）を認める「資格確認書」

(仮)の発行について、▽マイナンバーカードを紛失・更新中▽介護が必要な高齢者や子どもなどマイナンバーカードを取得していないといった「マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況」にある者に限定した上、本人の「申請」に基づき発行し、有効期間は最長1年に留める運用としています⁸。あくまでマイナンバーカードで受診するよう求めるものです。

(3) 迅速な受診を保障する皆保険制度を壊す

保険証の廃止など患者・国民、医師・歯科医師などは望んでいません。保団連調査(N=8,692)では、医師・歯科医師の65%が保険証廃止には反対し、賛成はわずか8%です。1億3千万人が公的医療を受ける中、使い慣れた保険証を1年半先に廃止するというのは暴挙と言わざるを得ません。

公的医療保険に関わる法令では、保険料を支払っている被保険者に対して保険者が保険証を発行することを義務付けています。保険者の責任で保険証が遍く国民に届けられることは、国民皆保険制度の大前提です。保険料を支払っている者でも、申請漏れ等により「無保険」となる者が続出することは必至です。命に関わる医療を迅速・確実に保障している保険証を申請方式で運用することは、国・保険者の責任放棄であり、無責任極まるものです。

マイナンバーカード受診を基本とすることは、カードを使わない自由をはじめとする基本的人権への侵害はもとより、カード紛失・盗難等のトラブルが格段に増え、個人情報流出や経済的被害などのリスク拡大は図り知れません。犯罪を誘引する引き金ともなります。

オンライン資格確認に対応できない医療機関は閉院・廃業を強いられた上、対応した医療機関では、セキュリティ対策強化、マイナンバーカード紛失・更新切れ・破損時への対応上の負担に留まらず、マイナンバーカードには資格情報の記載がなく、システム不具合時には資格確認が極めて困難となります。大規模な災害やシステム障害ともなれば、医療現場が大混乱することは必至です。

資格確認書の発行にしても、保険者や被保険者に余計な事務負担を課す上、認知症患者、高齢者や障害者、引きこもり当事者をはじめマイナンバーカードの取得・携帯・管理に困難を抱える人(医療・介護・福祉施設関係者など代理人の負担も含め)は相当数に及びます。

少なくとも、保険証は全員に交付した上で、マイナンバーカード利用は任意とする方がはるかに簡便かつ合理的です。保険証廃止方針は即時撤回すべきです。

4. 医療現場の目線に鑑みたデジタル化を

オンライン資格確認を整備した医療機関が全体の5割に達しない中、3月末の整備期限を猶予する経過措置が示されています。▽導入準備中だが3月末までに間に合わない場合は9月末まで猶予することに加え、▽オンライン資格確認に接続可能な光回線が整備されていない、▽訪問診療のみ提供(現行CRは受付回り設置より訪問先で使用できない)、▽改築工事中・臨時施設、▽廃止・閉院予定(24年秋までに)、▽原則70歳以上で極めて零細な医療機関など整備が特に困難な事情などで猶予を認めています。医療現場の実情に見合うよう経過措置が柔軟に解釈・運用され、閉院・廃院をできる限り防ぐようにすることが求められます。

オンライン資格確認整備の「義務化」撤回を求めた訴訟(オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟)も起こされています。医療機関に多大な負担を強いるシステム整備を国会審議(法律)も経ない省令で強行する国の姿勢が問われています。

国は、2024年秋の保険証廃止を目指して、保険証を廃止する法案を3月7日に提出しました。体制整備面では、現在義務化を免除する紙レセプト提出の医療機関にも、資格確認に特化した「簡素な仕組み」を開発して導入させる構えです。

国は、医療の質の向上などを掲げ医療DXを進めていますが、全国各地で医療情報連携ネットワークが現場の医療連携の実情に応じて、医療団体、自治体や患者・住民の信頼関係を基盤にして構築

されてきています。まずは、こうした地域の実践の拡充に向けた公的支援の抜本的強化こそが必要です。

かりに全国で連携する標準システムを構築していくのであれば、医療機関の参加は任意とした上、患者のヘルスリテラシー、医療現場の意見や実情を十分に踏まえ、必要最小限の情報を共有する制度設計に留めるべきです。リスクが多いマイナンバーカードは利用すべきではありません。災害など緊急時には被保険者番号等でも医療情報閲覧を

認めている以上、平時でも保険証情報を介した閲覧運用が検討されるべきです。

マイナンバーカード利用ありきの医療 DX ではなく、地域の医療現場、患者・国民に寄り添い、現場が求める施策を具体化していく堅実な施策が求められています。

(まつやま ひろし、全国保険医団体連合会事務局主幹)

-
- ¹ IC チップ内に登録された「利用者証明用」電子証明のシリアルナンバー。シリアルナンバーはカード毎に付与され5年単位で更新されます。地方公共団体情報システム機構(J-LIS)が、更新前後のシリアルナンバーを関連付ける履歴を管理しており、マイナンバーカード取得者はシリアルナンバーとその履歴によって生涯にわたって特定されます。実質上、第2のマイナンバーともいえます。
 - ² 国のシナリオ(狙い)となる「医療 DX」に関わる詳論は、拙稿「医療情報のデジタル化とデータ連携が医療を変質させる」を参照されたい。『医療 DX が社会保障を変える』(稲葉一将・松山洋・神田敏史・寺尾正行、自治体研究社、2023年)。
 - ³ 「保険証廃止・オンライン資格確認義務化 意識・実態調査」(全国保険医団体連合会、2022年11月28日)。回答医療機関=8,707(医科診療所=5,186、歯科診療所=2,668、病院=449件、NA=390、無効=14)。整備状況ごとの回答内訳は、「運用開始済み」が26%、「導入を準備中(見積もり、契約等)」が54%、「導入しない・導入できない」が14%、NA が6%。
 - ⁴ 「在留外国人の国民健康保険適用の不適正事案に関する通知制度の試行的運用について」、厚労省課長通知、2017年12月27日。
 - ⁵ 社会保障審議会医医療保険部会資料、2019年6月12日。
 - ⁶ 日本弁護士連合会、「行政及び民間等で利用される顔認証システムに対する法的規制に関する意見書」、2021年9月16日。
 - ⁷ デジタル庁、「マイナンバーカードの取得状況に関するアンケート調査結果」、2023年1月31日。
 - ⁸ デジタル庁、「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会 中間とりまとめ」、2023年2月17日。

医療のデジタル化による地域医療・福祉の課題と可能性

松原 為人

1. はじめに

コンピューターがこの50年間に大きく進歩し現代社会に深く浸透している。コンピューターが扱えるのは電気信号の On/Off で表現されるデジタルデータのみであり、多くの分野で、これまで紙やフィルムに保存された連続性のあるデータであるアナログデータで行われていた業務が、コンピューターを用いて、すなわちデジタルデータを用いて行われるように変わったのは必然である。

「デジタル化」はデータのデジタル化（デジタルイゼーション）からプロセスのデジタル化（デジタルライゼーション）へと広がっていった。今後求められるものは「デジタルトランスフォーメーション（以下 DX）」と呼ばれる、組織全体さらには社会を変革する「デジタル化」である（図1）。

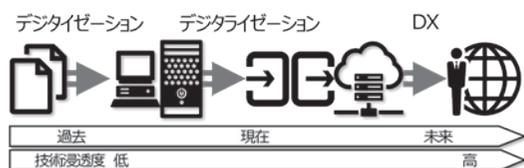


図1 デジタル化の経緯

（出所）図はすべて筆者作成。

「DX とは進化し続けるテクノロジーが人々の生活を豊かにしていくものである」とその提唱者であるエリック・ストルターマンが述べている。DX と銘打たれた施策が「どのように還元されるべきか」は一考を要し、多額の税金を用いて行われる国策の場合は特に重要である。

本稿では医療の「デジタル化」に関連した技術進歩と「DX」の中核となる技術を概説し、地域医療に大きな役割を果たすことができるのか考察してみたい。また、医療と介護・福祉は明確に切り分けられるものではなく、地域医療においては一体化して取り扱うべきものであり、区別が曖昧であることをご了解いただきたい。

2. デジタル化の発展とそれを支える技術の進歩

いくつかの新たな技術があってこそ今日の発展があるが、技術本体のみならず、どのように社会に実装されてきたか重要である。

（1）パーソナルコンピューターの普及とネットワーク技術の進歩

当初は「大型汎用機」と呼ばれ非常に高価なものであったコンピューターが、パーソナルコンピューター（以下 PC）の普及で、データをサーバに保存しローカルエリアネットワーク（以下 LAN）につながった PC で処理をするクライアントサーバシステムが容易に構築されるようになった。インターネットの普及も相まってユビキタスと呼ばれる「いつでもどこでも」データにアクセスできる状況が実現した（図2）。



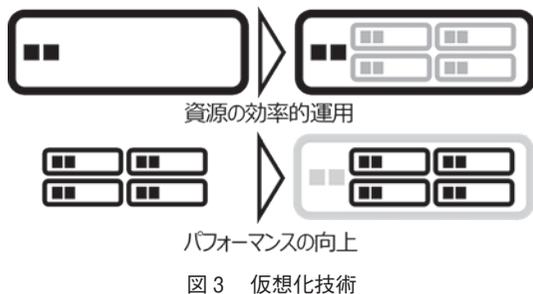
図2 ユビキタス

（2）仮想化技術

現在ではクライアントサーバシステムが一般的になった2000年頃と比較すると、PC の性能は数十倍、通信速度は数千倍、データ容量は数万倍になっているが、求められる処理も同様に増加してきた。一般にサーバは一つの用途に1台とされており、業務の複雑化を受けて必要なサーバ台数が増加していったが、非常に高負荷となるサーバからほとんど使用されないサーバまで、非効率的な資源運用を強いられてきた。

仮想化技術は1台のサーバに仮想的に複数台の

サーバを構築し、逆に複数のサーバを結合することを可能にした。それにより資源の非常に柔軟な運用が実現できた。現在の DX を支える技術の根底にあると言える（図 3）。



(3) クラウド技術

仮想化技術で大量のデータの保存と処理が可能になり、同時にワイドエリアネットワーク（インターネットと同義、以下 WAN）の高速化がすすみ、LAN 外に WAN で接続したサーバにデータを置く「クラウド」が登場した。さらには、ソフトウェアやデジタル化で開発されてきた様々な資源をクラウドから提供を受けることが出来るようになった。利点は導入・運用コストの削減、柔軟な拡張性やセキュリティの向上など非常に多い。また、使用するデバイスの種類に依存しない（Windows/iOS、PC / タブレット / スマートフォン）ことも大きな利点である（図 4）。

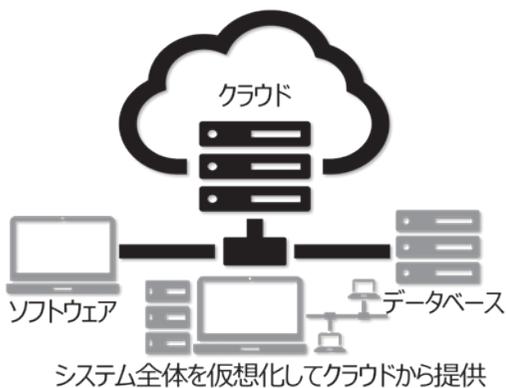


図 4 クラウド技術

(4) IoT

Internet of Things の略で、あらゆる機器をイ

ンターネットに接続し双方向の通信を可能とする技術である。Bluetooth などの短距離通信技術の進歩が大きく貢献している。複雑な接続環境を持たなくても、また遠隔地であっても機器の情報収集や操作が可能となった（図 5）。



図 5 IoT

3. DX を支える 4 つの技術；「ABCD」

AI（人工知能）

AI には明確な定義はないが、これまで決められた方法で決まった結果を出すことしかできなかったデジタル化されたシステムに、推論と探索を行う能力を備えたものである。

AI の発展に貢献したものが学習技術の発展である。「機械学習」はデータの特徴を AI に与えて膨大なデータを処理することで推論を可能とする技術である。さらに発展した「ディープラーニング」はデータの特徴を AI 自身が判断するもので、画像認識や言語解析などのより汎用的な能力に近づいてきたと考えられる（図 6）。



図 6 AI

Big Data

ビッグデータはデータ量が「ビッグ」なだけではなく、その速度（高速）・多様性（データベースで扱えない非構造化データ）の特性を持つ。しかし、従来の技術ではいくらリソースが向上してもそのデータを活用することは困難であり、言わば「大量のデータを収集した」に過ぎなかった。

ところが、AIが普及したことで、人間には不可能と思えるビッグデータの処理が可能となった（図7）。

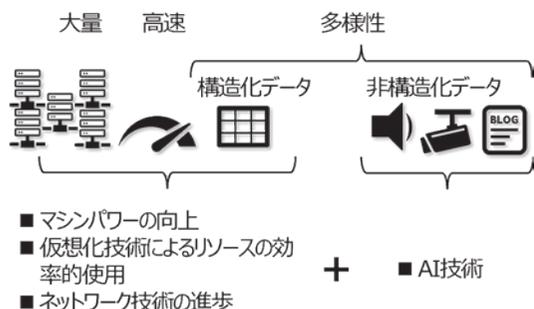


図7 Big Data

Cloud

IoTとクラウド技術の進歩により、さまざまなデータをリアルタイムで大量に収集できるようになった。リアルタイム（≒長時間）に様々なデータを収集するには電力消費の少ない低速の通信が適しており、これにはIoTの技術が、リアルタイム（≒大量）のデータの保存にはクラウド技術が寄与している。

Data Integration

データ統合は多様化したデータを処理し実用化する技術である。

ビッグデータはそのままでは活用が困難であるが、データ統合を行い、価値のある「インテリジェンス」として受け取ることが出来れば非常に大きな意味を持つ（図8）。



図8 データ統合

4. 医療のデジタル化

医療のデジタル化には3つの方向性があると考えられる。すなわち、データの保存、データの活用、

機器等のロボット化、である。

(1) データの保存

医療データは法的に診療記録に集約される。アナログデータを紙・フィルム等に保管していた時代は、その保存と検索が課題であった。経年的な劣化が避けられないこと、物理的な保管コストがかさむこと、情報の検索が非常に困難であることなどの欠点があり、当初から医療現場が直面していた問題であった。法整備がすすみ、電子カルテ（以下EMR）が導入され、これらの課題は劇的に改善された（図9）。



図9 EMRの登場

保存の方法も、自院のサーバで構築したクライアントサーバシステムを用いたシステムから、データあるいはEMRのソフトウェアをクラウド化したものまで、技術の進歩に合わせて変化している。非常に高額であったシステム構築も、クラウド技術を用いたEMRの開発で、小規模病院や診療所での導入、さらには在宅医療での使用が普及した。

心電図モニターや血圧計、体温計等の周辺機器もデジタル化が進み、データ集約も在宅も含めてIoTやクラウドを用いてリアルタイムに行うことが可能となった。

(2) データの活用

デジタル技術が浸透していなかった時代では、例えば個々の患者の検査データを集計する場合は集計表等にデータを書き写して行っていた。また、数百人、数千人のデータとなれば、多くの人間と多くの時間を費やさなければならなかったが、デジタル化されデータベースに保存されている現在では一瞬で完了できるようになった。また、データを結合して様々な方向から評価することも容易である。これらは、構造化データ（データベースで

処理できる形式のデータ)として構築されたものであり、集計を前提として保存されたものである。

診療記録の大半は医療従事者によるカルテ記載である。制約のない自由記載で生成されたデータの扱いは非常に困難である。いわゆる「カルテを読み取り理解する」ことが必要となり、そのような能力を持ったAIの出現を待たなければならない。

一方で、データの共有はデジタル化によって大きく発展した。データの出力様式とマスタ整備による標準化がすすみ、一定のプラットフォーム上で相互にデータ閲覧することが可能となっている。ただし、それぞれのシステムに固有の個人IDが存在し、その結合(名寄せ)はマニュアル的に行わざるを得ない(図10)。

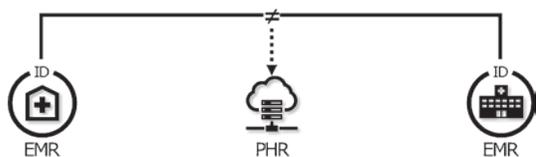


図10 「名寄せ」の必要性

「寄せない」限りは「繋がらない」ため、最終的には医療共通IDでの名寄せは必須である。マイナンバーとの紐づけは、経済と福祉をデータで結び付けることが可能となり、新たな価値の創出の期待があるが、セキュリティと人権の課題への国民の不安・不満がある。それは、まさに現政府の姿勢への表れであり、方法論としての問題ではない。

(3) 機器等のロボット化

情報を感知し、判断し、動作することがロボットの定義である。「どらえもん」のように判断が高度に汎用化しているものは実在しないが、定型なものを加えればロボット技術は医療に浸透してきていると言える。

a) 手術支援ロボット

低侵襲である鏡視下手術が浸透したが、構造上・技術上の制約がある。デジタル化の技術は手術鉗子の精密な動作を可能とし、これまでは不可能であった手術手技を実現した。

b) リハビリ用ロボット

体幹および四肢に装着し、脳から発せられた生体信号をキャッチし、迅速に適切な動作の支援を行うものである。

c) 介護ロボット

定義を満たした機械システムが「介護ロボット」として、移乗介助、移動支援、排泄支援、見守り・コミュニケーション、入浴支援、介護業務支援の6重点分野に投入されはじめている。

機器が高額であること、サイズが大きく扱いにくいことがあり、十分な介護の質の向上と業務支援に資するものとは言い難く、今後の進歩が期待される場所である。一方で人員削減の代替として進める動きもあり注意を要する。

d) AIを用いた診療支援

画像解析は機械学習の成果でありAIの得意と分野で、画像診断への応用が進んできている。しかし、あくまでも法的責任は医師にあり、現時点では「診療支援」ととどまっている。

問診技術は一定の熟練が必要であるが、問診と推測される診断をフィードバックし機械学習することで、問診の精度を高めるシステムが提供されている。また、オンラインで問診を行うことで受診に要する時間を短縮することができる。

記録の記載も、音声認識と文書作成機能を合わせて簡易化することが可能になっている。

e) 業務の効率化と自動化

医療を提供するために様々なデータが必要になり、単純作業の繰り返しではあるがその作業に費やされる労力は決して小さくない。PCの作業を自動化するRobotic Process Automationが導入されている。シナリオに基づく定型作業が主だが、AIを用いて非定型作業への応用が取り組まれている。

5. 地域医療におけるデジタル化

地域医療の定義には明確なものはない。

「僻地医療」や「離島医療」は医療が提供される「場所」を指すものであるが、「地域医療」は「地域」に限られたものではない。

「地域包括ケア」の構想は地域医療の在り方とも深く関連している。入院医療と専門的医療を提

供する「病院」と、総合診療・在宅医療を提供する「かかりつけ医」、さらには生活全般を支える「福祉」の密な連携が欠かせない。現在は連携の隙間を埋めるための「包括化（≒一体化）」が重視されている。地域医療とは地域包括ケアを支える医療の根幹であり、地域包括ケアの視点からは医療の提供の場としての「地域」があるかも知れない。

一方で、「地域住民が抱える様々な健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」（自治医科大学監修（2009）『地域医療テキスト』医学書院）と梶井英治は述べており、医療提供の「姿勢」や「方法」を指示したものである。

このように「地域医療」とは、地域包括ケアを支える医療の在り方であり、そこで求められる医療の本体や医療従事者の姿勢であると言える。

また、「地域医療≒病院外治療」との視点もある。観察の問題や治療本体の問題で入院が必要であった治療も、医療機器の小型化・省力化と通信技術の進歩から在宅での治療が可能となった分野もある。この是非については様々な議論があると思うが、少なくとも技術の進歩はここまで到達している。

（1）診療記録および介護記録の結合

病院の診療記録とかかりつけ医の診療記録、さらには介護事業所の介護記録のそれぞれの情報が地域医療の実践には必要となる。未だにデジタル化されていない情報も多く、現状は「診療情報提供書」や「看護サマリー」、「訪問看護指示書」等の情報共有で行われている。それぞれがサマライズして共有されるが、求める情報を満たしているとは限らず、連携の質に影響を与えている。

医療・介護の提供は患者を中心に時系列で提供されるが、「入院時にすでに在宅復帰支援が始まっている」と言われるように、双方が継続し、並行してかわらなければならない。そのためにも、入院診療記録、外来診療記録、介護記録が一体となった情報運用には大きな期待が持てる。ただし、これには投薬や検査結果だけでなく、医療従事者の思考が読み取れる記載の共有が欠かせない。これは政府が現在すすめようとしている Personal

Health Record（個人健康記録、以下 PHR）の運用では実現できない。

（2）情報共有

医療分野・介護分野間の情報共有に留まらず、各分野も複数の医療従事者・事業所が地域医療にかかわっており、その中での情報共有も重要である。前者が縦方向の共有とすれば、後者は横方向の共有と言える。両者が存在することでより強固な地域医療の連携が構築される（図11）。



図11 二方向の連携

病院内のチーム医療ではEMRのもとで各メンバーの情報共有が行われている。また、クローズな領域内でのコミュニケーションツールの使用も可能であるが、病院外ではそのようなインフラがなく、情報共有がセキュリティーの面からの制限を強く受ける。閉鎖されたネットワークを構築し、個人情報への配慮を怠ることなく、記録の統合以外にも有効な情報交換が行われる仕組みが重要である。

（3）共通した評価基準の策定

地域医療は疾患のみを見る医療ではなく、生物学的、心理学的、社会的なアプローチが求められる。特に生活の視点からとらえた場合に、評価を共有するためには、標準化された指標が必要である。

ICF（国際生活機能分類）は、リハビリや介護の分野ではよく知られている。評価と同時に支援策の方向性も定まる期待がある。医療・福祉ともに必要であり、一体化して共有できる仕組みが求められる。

(4) 地域の資源の把握

地域医療を展開するうえで、地域で活用できる資源を知ることは重要である。そのためには「地域診断」という手法を用いて、以下のような情報を収集する（Community as Partner Model）。

- 地域を構成する人々（人口動態、世帯構成、就業状況など）
- 物理的環境（地理的条件や住環境など）
- 経済（基幹産業、地場産業、流通システムなど）
- 政治と行政（行政組織、政策、財政力、住民参加など）
- 教育（学校教育機関、社会教育機関など）
- 交通と安全（治安、災害時の安全、ライフライン、交通など）
- コミュニケーション・情報（地区組織、通信手段、近隣関係など）
- レクリエーション（レクリエーション施設と利用状況など）
- 保健医療と社会福祉（医療システム、保健システム、福祉システムなど）

一部はすでにデータ化され、活用可能な形で公開されているが、後述の「社会的処方」に結びつくような属性が付与されると大きく利用価値が高まると考える。

(5) 社会的処方

地域医療における「処方」は疾患に対する薬物やリハビリの処方に限らない。「社会的処方」とは、課題を解決するために、地域の活動やサービスなどの社会参加の機会を処方することである。

地域医療のめざすところは、個人、地域、さらには社会に存在する「健康の社会的決定要因（以下SDH）」を可視化し、それを改善することであると言える。すなわちヘルスプロモーションの実践に他ならない。地域の資源の情報が蓄積されていれば、医学的情報として疾患の状況やADLと、生活の情報（前述のICF等）としての評価が結合でき、AIを用いてSDH改善の視点からの推奨案を必要時に提示できれば有効活用できると考える。

(6) 地域医療のアウトカム評価

前述のように地域医療はさまざまな要素が組み合わさり提供されている。PHRのデータを用いて、疾患の状況とICFに基づく生活の評価を、個人への社会的処方等の結果として科学的に考察できれば、施策のアウトカムが適切に可視化でき、医療・福祉政策として何が必要であるかが明確になるだろう。

6. おわりに

診療情報を確実に保存すると同時に共有する視点で、医療におけるデジタル化は病院を中心に発展してきた。現在では診療所や介護事業所でも情報の電子保存や共有は進んできている。全体では非常に大きなデータの蓄積が行われていると言えるが、これらを活用して「DX」に結び付ける技術は進歩しているが、未だにデータ統合の問題が大きく立ちはだかっている。

原因は、そのアウトカムについて人々の生活の視点より、それらを「成長産業」と位置付け、利権の影響を強く受け、国民に対する説明が十分に行われていないからではないか？

また、営利化の視点を持った医療・福祉政策は「普及」より「推進」に重きが置かれる。すなわち、その施策の恩恵を受けることが困難な人々に対して十分な対策を講じることが無く、「切り捨て」と思われても致し方ない対応が行われることが大きな問題である。

医療、福祉、さらには個人の経済活動まで関係する機微な情報を扱うことについて、それを提供する見返りが国民にとってはあまりにも小さく、不安と不信を生じさせる政府の在り方が、本来は医療・福祉にとって絶対に必要であるデータの統合を阻んでいることは明らかである。

（まつばら ためひと、公益社団法人京都保健会
民医連中央病院院長）

ドイツ・フライブルクの地域医療と非営利・協同

石塚 秀雄

1. ドイツの医療福祉制度の特徴

ドイツの医療制度は強制的社会保険制度（国民皆保険）を基本とし、高額所得者、公務員、自営業者などは民間保険（営利・非営利）の加入を認めている。連邦政府が制度の全体的枠組みを設定し、17ある各州が医療サービスの提供の責任を持つ。医療供給機関（病院）は公的セクター、非営利セクター、営利セクターに分かれる。個人開業医はほとんどが社会保険疾病基金と契約をしている「金庫医」とも、また統計的には「救急医」とも呼ばれ、日本の保険医とほぼ同種である。保険医ではない約1万人の自由医がおり、彼らは疾病金庫とは契約をしていない医療社会保険機関である。連邦医療制度委員会は、全国疾病保険医師・歯科医師協会、ドイツ病院連合会、全国疾病保険基金の4団体により構成されている。

表1. ドイツの病院数(2021)

ベッド数規模	病院数			規模別合計
	公的病院	民間非営利病院	民間営利病院	
合計数 (経費合計)	450 (68,004,025)	499 (34,344,207)	585 (18,256,907)	1,534 (120,605,139)
99以下	45	72	340	457
100-199	89	124	118	331
200-499	173	229	92	494
500以上	143	74	35	252

出所：Kostennachweis der Krankenhäuser 2021, に基づき作成。

注：数字は他の記述と合わない場合がある。

表2. 精神病院数(2021) (単位1,000ユーロ)

ベッド数規模	病院数	経費
合計数	290	6,228,289
99以下	129	670,973
100-199	74	1,336,306
200-499	79	3,518,036
500以上	8	702,975

出所：Kostennachweis der Krankenhäuser 2021, に基づき作成。

供給サイドが個人開業医、公立病院、非営利病院、営利病院と分かれており、介護サービス供給者も公的、非営利、民間と分かれ、また、2007年以降より効率化や競争化を法的に導入した。しかし、公的セクターの病院においては、赤字克服すなわち経費節減の圧力は医療従事者に対しては、医療費財政の項目的あり方の中で人件費として計上されていることから直接的には賃金報酬の低減、労働強化の圧力として現れ、病院経営の改善への参加要求は二次的なものになる。一方、民間営利病院においては高度専門医療に特価することにより競争性と収益性を挙げることを目指す傾向にある。民間非営利病院の多くはキリスト教系の病院である。

ドイツの社会保険制度には自主管理の伝統があり、職能と地域に分かれた疾病金庫が自主管理的に実施してきた。しかし、1993年の社会保険構造法(GSG)から2007年の法定疾病保険競争強化法(GKV-WSG)により、疾病金庫の整理統合が進められ、1993年に257あった疾病金庫は2010年には166に減少している。疾病金庫は地域疾病金庫(11)・企業疾病金庫(88)、同業者疾病金庫(6)などに分かれている。社会保険料は所得割であり、いずれの疾病金庫においても共通の規準が適用される。したがって以前は職能的に格差があった社会保険料は同一規準化されていわば皆保険となっている。但し、医療費支出は日本の診療報酬制度とはそのあり方は異なる。

全国医療基金(Gesundheitfund)が保険料の基準設定を行っている。しかし、各疾病基金は、保険料や医療費用でこぼこの調整を行っている。医療社会保険料は、総賃金の15.5%(2011年度)である。

一方、疾病基金では、なるべく最初に一般医を受診するように進める傾向にある。一般医の多くは個人開業医であり、各疾病基金と契約を行って

いる。社会保険医でない個人開業医はごく少数である。社会保険の基準は州単位で決められている。全国883の社会保険医地域区分にわかれて、社会保険基金と連動している。一般医の規模は医師会によりコントロールされている。社会保険医（疾病金庫医）の診療報酬は人頭割の報酬を基礎として診療業務上の手当が追加される。

ドイツでは病院数は1991年の2411から徐々に減少して2012年に2017となり2021年には1887となった。病院ベッド数も同様に1991年の66,565から2012年に501,425となり、2021年には483,606となった。公的病院数も1991年の1,110から2012年には601となり、2021年は547に減少した。2021年度においては公的病院29%（547）、民間非営利病院32%（604）、民間営利病院39%（736）との割合になった。但しベッド数については公的病院が48%、民間非営利病院32%、民間営利病院20%となっている。

表3は病院への支払い総額である。いわゆる診療報酬は、DRG方式に切り替わって、いわば項目点数方式になり、結果として病院における医療の競争が促進された。支払いにおける病院の区分が公的セクター、非営利セクター、営利セクターと三区分になっていることは、医療費用統計における概念区分がそのように意識されているということが、日本と比較して特徴的である。また家庭医費用は项目的には病院財政統計には含まれていない。

さらに病院への医療費用の支払い（いわゆる診療報酬）が賃金として項目化されていることによ

って、病院医療従事者の医療診療に対するインセンティブのあり方は、日本とはかなり異なることになる。とはいえ疾病金庫と契約していない自由診療医師（自由医）は比率は少ないが存在する。

2. フライブルク地域社会について

ドイツは人口8,300万人、16州で構成される連邦共和制の国である。フライブルクは正式にはフライブルク・イム・ブライスガウ（Freiburg im Breisgau）である。ドイツ南西部バーデンヴェルテンベルク州（人口1,112万人）フライブルク県の中心都市である。行政的には独立市である。ドイツの一番下左はずれにあり、フランス国境のライン川まで10km、フランスのストラスブールまでは直線で65km、スイスのバーゼルまでは50kmであり、逆に州都のシュトゥットガルトまでは130kmである。黒い森シュバルツバルト山地からイン川に下る丘陵地帯に位置する。標高270mであり、周辺地域はさらに高い標高である。フライは自由、ブルクは町の意味であり、12世紀以降自由都市として、銀の生産取引などで栄えた。1457年に設立されたフライブルク大学は、1386年に設立されたドイツ最初のハイデルベルク大学から数えて5番目に古い大学である。そのほか日本人留学生もいる音楽大学、教育大学、カトリック大学、プロテスタント大学などがあり、文化環境としてとしても有名である。フライブルクは近隣自治体との地域的連携があり、したがっていわゆる医療圏として考えると、フライブルク市を取り

表3. ドイツの病院基本経費(2021年)

(単位1,000ユーロ)

	合計	公的病院	民間非営利病院	民間営利病院
人件費合計(注1)	77,611,369 (100%)	43,507,092 (56.1%)	22,532,647 (29.0%)	11,571,631 (14.9%)
一医師	24,406,422 (100%)	13,221,671 (54.2%)	7,229,194 (29.6%)	3,955,557 (16.2%)
一看護師	25,218,609 (100%)	13,310,011 (52.8%)	7,787,247 (30.9%)	4,121,350 (16.3%)
物件費合計(注2)	47,458,981 (100%)	27,029,380 (60.0%)	12,681,566 (26.7%)	7,748,035 (16.3%)
一医薬品	24,159,852 (100%)	14,195,499 (58.8%)	6,192,272 (25.6%)	3,772,081 (15.6%)
病院総経費総計	126,942,214 (100%)	71,510,952 (56.3%)	35,715,889 (28.1%)	19,715,373 (15.5%)
家庭医(救急)(注3)	7,242,078 (100%)	5,283,407 (73.0%)	1,403,617 (19.4%)	555,054 (7.7%)

出所：Kostennachweis der Krankenhäuser 2021, に基づき作成。

注1. 人件費の職能区分は11ある。とりあえず医師と看護師区分のみを示した。

注2. 物件費の区分において最大は医薬品で予算の約半分を占めている。営繕、総務費、入院食費などが含まれている。

注3. 家庭医は一般医とも呼ばれるが、統計項目では「救急」という用語が使われている。

囲んでいるようにしているブライスガウ県（Breisgau-Hochschwarzwald、人口26万人）と下部に位置するエメンディングン郡（Emmendingen、人口17万人）、スイスと国境を接するレーラッハ郡（Lörrach、人口23万人）などからアクセスがあるので、フライブルク地域医療圏は大まかに言って人口50万人はカバーしていると想定できる。

フライブルクの地域は40の行政区（gemeinde）があり、最大地区で11,263人、最小地区45人である。フライブルクの人口は234,000人（2022年）で、65歳以上18%（42,000人）、移民（外国人）17%（40,000人）である。独身33%、既婚33%である。家庭のうち単身家庭は50%である。社会保障については表4のようになっている。

表4. フライブルク市の社会保障受給者数(2021年)

項目	人数
失業手当	14,487
生活扶助（65歳以上高齢者・貧困者）	5,852
難民救済手当	1,252
貧困住宅手当	2,990
子供の貧困手当（15歳以下）	13,038
介護手当	4,200
救急介護	1,223
介護施設入所者	1,859
障害者数	18,280

出所：Sozialleistungen, Freiburg, 2021に基づき作成

老人（65歳以上）貧困率5.2%。貧困者15,300人、要介護者総計7,349人となっている。65歳以上の高齢者で生活扶助（sozialhilfe）を受けている者は男1,193人、女1,528人、計2,721人である。障害者数18,280人（以同様上2021年統計）。

フライブルクの属するバーデンヴェルテンベルク州は人口1,112万人であるが、病院数は242（ドイツ全体では1887）、医師数は25,782人（ドイツ全体203,286人）である。表5では公的病院が基本的に公衆衛生・医療を担っていることが分かる。公的病院数はここ20年において減少している。

表5. バーデンヴェルテンベルク州の病院(2021年)

病院の種類	病院数	医師数	ベット数	医師以外医療従事者
病院合計	242 (1887)	25,782人 (203,286)	54,1865 (483,606)	137,896人 (1,041,806人)
公的病院	83 (547)	19,332人 (111,320)	36,519 (230,999)	101,098人 (582,586)
非営利病院 (注1)	53 (607)	3,969人 (58,018)	9,879 (155,904)	21,804人 (301,305)
営利病院	106 (733)	2,481人 (32,948)	7,787 (96,793)	14,994人 (157,915)

出所：Grunddaten der Krankenhäuser 2021, Statistisches Bundesamt, 2022 ()内数字はドイツ全体。

(注1)非営利病院の原文はFreigemeinnützige Krankenhäuserである。

表6. バーデンヴェルテンベルク州病院基本経費(2021年)
(単位1,000ユーロ)

	ドイツ合計	バーデンヴェルテンベルク州
医師数	416,120人	53,567人
一自由医		5,197人
一家庭医		21,043人
一病院医		27,345人
病院数	1887	246
病院総経費	126,942,214	16,035,550
人件費	77,611,369	9,926,250
一医師	24,406,422	2,971,911
一看護師	25,350,218	3,046,302
物件費	47,458,981	5,858,535
一医薬品	24,159,852	3,135,421
病院総経費	126,942,214	16,035,550
家庭医（救急）	7,242,078	1,446,310

出所：Arztstatik 2021, 及び Kostennachweis der Krankenhäuser 2021, に基づき作成。

フライブルク地域には公的病院が17ある。最大はフライブルク大学病院でベッド数1,554である。

表7. フライブルクの病院、介護施設数(2021年)

項目	人数
病院 (Krankenhaus, kliniken)	32
診療所 (Kleine Kliniken)	17
介護施設	33 (1,655ベッド) 公的50%, 民間50%
デイケアセンター	122
短期介護施設	24
病院介護ベッド数	2,027ベッド

出所: Sozialbericht, Freiburg, 2021及び Alterheim, Kliniken, 2021に基づき作成。

注: 民間には非営利および営利会社を含む。

3. フライブルク地域の非営利・協同セクター

フライブルク地域の統計資料は散見できないが、バーデンヴュルテンベルク州においては協同組合の数は協同組合連合会 (BWGV) に加入しているのは800、組合員数390万人である。これらは伝統的な協同組合とよばれ、最近20年に出現した「新協同組合」とよばれるエネルギー協同組合、社会サービス協同組合、文化協同組合等は数えられていない。伝統的協同組合は農業や経済的職能に基づく区分のもので、社会的文化的分野における事業は2006年のドイツ協同組合法改正以後に発達した協同組合である。またドイツ特有の非営利組織である「自助組織グループ」(selbsthife gruppen) は社会サービスや保健医療、社会的統合などの分野で活動している。自助組織はドイツ全体で約10万組織、会員数350万人とされている。全国組織としてNAKOSがあり、疾病金庫とも連携している。その約8割は患者関係団体とみなされている。患者受診相談(費用、手続きなどアクセス)、薬物中毒者社会復帰など、自助組織(selbsthilfe)は社会保障法における社会扶助(sozialhilfe)の分野に非常に関わった活動をしている。協同組合法の改正により、近年は自助組織が協同組合に改組するなどの動きもある。

4. 結び

フライブルクの地域医療はいわゆる皆保険制度により、社会保障制度にありがちな加入する疾病

表8. バーデンヴュルテンベルク州の協同組合の種類(2021年)

協同組合の種類	協同組合数	組合員数
庶民銀行	140	
ライファイゼン(総合農協)	300	
小売業	357	
住宅	150	46,000
家畜農業		
学校		
山林		
電力エネルギー		
自助(社会サービス)		
介護施設・サービス		
その他		

出所: 石塚作成

金庫によって患者負担に格差が生じることを軽減していくというドイツの医療政策の流れの中にある。フライブルクが環境都市としても有名なのは化石燃料による発電から自然エネルギーによる電力供給をソーラー、風力、農業廃棄物などによる市民電力協同組合をいくつも地域に作って対応しているからである。地域の活性化は、健康、経済、社会・文化・生活保障、住民参加などの組み合わせによるものであり、医療政策単独の対応改善で地域社会がよくなる訳ではない、ということをつライブルク地域の事例は示していると思われる。ドイツの社会保険制度はビスマルク制度と呼ばれ、世界的に最初の試みとして評価されているが、その職能的機能ゆえに自治自主性が尊重されてきたが、近年の医療制度改革では、格差を最小にする方向で各種疾病金庫のスリム化を図ってきた。こうした流れの中で従来市民運動(非営利組織)と協同組合運動の棲み分けでやってきたドイツは、次第に相互関係を持つようになり、生活保障制度との関連で、次第に社会的連帯的経済とよばれる概念が協同組合運動の中にも受け入れられるようになって、ヨーロッパのEU社会政策との整合性が促進されている。地域医療政策に関しての住民参加はドイツの場合、自助組織を主たる団体として患者の権利と要求を実現するところに特徴がある。ドイツにおいても病院数は漸次減少している。社会保障制度に基づく病院医療従事者の待遇は労働組合との交渉により決められ、開業医

も含めていわゆる診療報酬とは全面的に連動していない。ドイツにおける地域医療の改善は公的セクター、民間非営利協同セクター、民間営利セクターの病院経営の地域的棲み分けがあり、日本と共通したところがある。異なる点はドイツではかなり詳細な医療経営統計、社会統計がつくられていてアクセスもできるので、議論がある場合、その判断材料にすることができることである。各利

害当事者（行政側、医療提供側、患者市民側）がデータに基づき議論ができるということで、より良い改善方法を考える可能性があるということである。分権的な政治が地域における議論を促進できるといえる。

（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

日本の医薬品産業構造の変化に関する研究

小磯 明

1. 本稿の背景と目的

医療、医薬におけるイノベーションの創出によって生まれた医薬品は、革新的な治療手段の提供、あるいは予防、最先端・良質な医療へのアクセスに寄与し、最終的には国民の健康寿命の延伸につながる。手代木は、医薬品は「アカデミア、ベンチャー企業を含む周辺産業へと広がり、科学技術立国の実現に貢献」(手代木, 2019, p.88)すると述べる。

現在の医薬品の研究開発は、生命科学の発展により医薬品技術やプロセスを低分子医薬からバイオ医薬へと大きく変化した。その結果、創薬アプローチは、多くの化合物を作成し、その中から薬となる物質をスクリーニングする確率論的アプローチから、病気のメカニズムを解明し、薬の標的を定めた上で、それに作用する物質を作成するといった論理的アプローチが求められるようになった。

田中は、「製薬企業は、過去に蓄積してきた低分子医薬の知識や技術を活かせなくなり、新たな技術や知識を自社開発により構築するか、もしくは、提携やM & Aにより外部から獲得するのかの選択に迫られている」(田中, 2010, p.121)と指摘する。

こうした背景のもとで、製薬企業は、新たな医薬品開発に必要な資源を外部から導入し、新薬のパイプラインを確保することにより、安定的に新薬を創出する手段をとる傾向にある。しかし、外部からの資源導入は、研究開発費の高騰に繋がり経営を圧迫する可能性がある。

現在、サプライチェーンの乱れから、医療用医薬品が調剤薬局に供給されない事態が生じている。その原因を解明することはしないが、医薬品産業がどのように変化し現状に至ったかを知ることが本稿の目的とする。

そのため本稿は、医薬品産業の動向に注目する。楠本は、本来的には「日本の医薬品業界の問題の所在とその解決の道筋を明らかにするためには、医薬品の市場動向・海外産業との競合・国内企業動向・流通動向等の様々な視点からの検証が必要となる」(楠本, 2014, p.29)と述べる。しかし本稿では、紙幅の関係と研究上の制限から、日本の医薬品産業構造の変化についてのみ述べることとする。

2. 日本の医薬品市場

(1) 日本の医療用医薬品市場規模の推移と薬効別の市場状況

①日本の医療用医薬品市場規模の推移

図1は、1989(平成元)年～2021(令和3)年までの33年間の暦年の売上高を示したものである。平成の30年間に令和の3年間を加えた期間である。1989年の売上金額は5兆5,260億2,300万円であったが、2021年の売上金額は10兆5,990億3,100万円となっており、1.92倍化している。1995年まで増加した売上金額は1998年までの3年間は減少するが、1999年から再び順調に増加し2015年からやや減少傾向となる。

前年比を示した図2をみると、1994年、96年、97年、98年、2006年、17年、18年、20年は前年比マイナスだが、それ以外の年は前年比プラスで推移している。しかし対数近似線を引くと漸減しており、日本における医療用医薬品市場は、33年間の期間で見ると、成長市場ではなかったということができよう。

②薬効別の市場状況

では、どの薬効が市場で伸長したか、どの薬効が減少したかを示してみよう。ここでは主要16薬効(ATC分類¹)について暦年で示すこととする。

る(図3)。

大きく伸長したのは抗腫瘍剤(L01)である。1989年の3,280億4,900万円から2018年の1兆2,001億5,800万円まで、30年間に3.66倍化した。一方、減少した薬効は全身性抗菌剤(J01)である。1989年の9,655億5,700万円から2018年の2,194億9,700万円まで、30年間に1989年対比で22.73%まで減少した。

(2) 医薬品生産額

次に、医薬品生産額はどのようになっているのか。図4は、暦年での日本の医薬品生産額を示している。ここでいう輸入とは、主成分の数において国産より輸入の方が多量な医薬品原料から国内製造業者が最終製造工程を行った医薬品のことである。輸入品、すなわち外国製造業者が最終製造工程を行った製品及び最終製造工程と包装・表示工程を行った最終製品は含まない。2006年から生産及び輸入の定義が変更されたため、2000年まで遡及して医療用医薬品生産額を修正している。*が付いている1975~1995年は、旧定義に基づく数値を記載している。2019年から薬事工業生産動態統計調査の調査方法が変更されたので、詳しい変更内容は「薬事工業生産動態統計調査方法の変更について(通知)」(平成30年4月10日付け医政経発0410第1号厚生労働省医政局経済課長通知)を参照されたい。引用元資料の修正に従い、遡及的に数値を修正している。

図4からわかるように、医薬品生産額の増加とほぼ平行で、医薬品生産額に占める医療用医薬品生産額の増加がみられる。同様に、医療用医薬品の生産額に占める医療用のうち輸入が占める増加は、医薬品生産額と医療用医薬品の生産額に比べて、2018年までは漸増傾向を示している。そして2019年に急上昇している。これらが図4から読み取れる特徴である。次に、もう一つの図5を検討してみよう。

図5からは、対前年比伸び率は、1980年(14.5%)、95年(7.3%)と2019年(37.3%)を除くと、概ね±5%の範囲内に収まる変動である。しかしながら、2020年には-1.9%まで急降下することが特徴的である。そして、1%刻みで表示した縦軸でみると、対GDP比の推移はほぼ横ばいで推移している。実数値でも、最も低い2000年の1.10%から最も高い2019年の1.69%までで推移している。2018年においては1.24%であり、それ以外では1980年の1.43%が高い数値である。つまり、対GDP比でみると、医薬品生産額は最低値の1.10%から最高値の1.69%でも、わずか0.59ポイントの増加にすぎない。

3. 医療用の割合と輸入割合

「医療用生産額のうち医療用の占める割合」は、1975年の81.7%から2020年の91.6%まで、45年間で9.9ポイント増加して推移する(図6)。また、「医療用のうち輸入が占める割合」をみると、1985年に29.5%となり30%を割って以降、2017年まで25%前後で推移するが、2018年に72.4%に急増した。1985年対比で42.9ポイントの増加である。2020年においても69.2%と、医療用のうち輸入が占める割合は約7割を占めている。

この図6からわかるように、輸入品の割合が約7割と、これまでの輸入品の占める20%台の割合から格段に増加した。これをさらに大薬効分類別に示したのが表1である。2020年の日本の薬効分類別の医薬品生産額と国産・輸入の割合を示した表である。

なお、国産とは主成分の数において半数以上が国産の医薬品のことである。また、元資料には、要指導医薬品・一般用医薬品を含む薬効大分類ごとの合計が記載されているが、本表では省略した。

この表1からわかるように、放射線医薬品(76.0%)、生物学的製剤(54.7%)とアルカロイド系麻薬(天然麻薬)(99.9%)は国産50%以

¹ 解剖治療化学分類法(Anatomical Therapeutic Chemical Classification System)は医薬品の分類に用いられる。普通はATC分類またはATCコードと呼ばれる。WHOの医薬品統計法共同研究センター(Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology)によって管理されており、1976年に発行が開始された。この分類法では、医薬品は効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴によって5つのレベルでグループ分けされる。

上であるが、それ以外の大薬効分類のほとんどが輸入であり、医療用医薬品生産額に占める輸入の占める割合は0.1%から100.0%まで分布している。つまり、34の大薬効分類では総数の3割は国産であるが、輸入は7割を占めているのである。

4. 貿易収支

図7をみるとわかるように、2020年の輸入金額は3兆1,972億6,400万円であり、輸出金額は8,359億7,500万円なので、2020年の輸出入差額(=貿易収支)は、2兆3,612億8,900万円の輸入超過(赤字)である。1994年には2.72倍だった輸出入差額は、2020年には3.82倍となっており、1.1ポイント増加している。

ここまでをまとめると、日本の医薬品産業においては、販売額は増大しているが、生産額では国内生産額は漸増しており、輸入額が急増しているという構造である。一方、輸出額の増加は鈍化傾向であるといえよう。

以上の医薬品販売額と生産額を踏まえて、次に製薬企業数の推移についてみておこう。

5. 日本の製薬企業

(1) 用途区分別製薬企業数

図8に示される医薬品・医療機器産業実態調査の調査対象は、現在薬機法(旧薬事法)²に基づき医薬品製造販売業、製造業、輸入販売業の許可を得て、医薬品を製造販売、製造、輸入販売している企業である。2006年度以降(*)は、薬機法(旧薬事法)に基づき医薬品製造販売業の許可を受けて医薬品を製造販売している企業のうち、日本製薬団体連合会の業態別団体(15団体)³に加盟している企業である。

図8にみられる特徴は、まず製薬企業総数の大

幅な減少である。1975年度の1,359社から2019年には286社となり、45年間で1,073社減少し、1975年度対比21.04%まで減少した。特に、2004年度から2005年度には1,026社から972社に減少すると、2006年度には364社となり一気に608社減少した。

次に、主に医療用医薬品を製造販売する企業数は、1975年度の330社から2019年度には3分の1の104社まで減少した(1975年度対比31.51%)。同様に、主に後発医薬品を製造販売する企業数も、1999年度時点での71社から2019年度には39社となり、21年間で32社(45%)減少した。

その他、主に一般用医薬品を製造販売する企業数、医療用・一般用医薬品以外の医薬品を製造・販売する企業数、薬価基準収載品目を有する企業数もそれぞれ軒並み573社、274社、68社減少した。

このように製薬企業数の減少した結果として、上位に位置する企業の医薬品売上高に占める割合は集中する結果となった。

表2は、日本における医薬品売上高でみた製薬企業の上位集中度を示している。医薬品・医療機器産業実態調査の調査対象は、現在薬機法(旧薬事法)に基づき医薬品製造販売業、製造業、輸入販売業の許可を得て、医薬品を製造販売、製造、輸入販売している企業である。2006年度以降(*)は、薬機法(旧薬事法)に基づき医薬品製造販売業の許可を受けて医薬品を製造販売している企業のうち、日本製薬団体連合会の業態別団体(15団体)に加盟している企業である。2004年度[†]、2018年度[†]は、大手企業を含む相当数の企業が集計対象から漏れ、実態から乖離していると推量されたため、転載していない(日本製薬工業協会、2022)⁴。各売上高は、連結決算を行っている企業は連結決算にて、行っていない企業は単体決算にて回答している。

表2にみられる特徴は、まず集計企業数の大幅な減少である。1994年度の1,788社から2019年度

² 薬機法については、小磯(2021)を参照されたい。

³ 日本製薬工業協会、日本ジェネリック製薬協会、日本OTC医薬品協会、日本医薬品直販メーカー協議会、(一社)日本眼科用剤協会、日本漢方生薬製剤協会、日本家庭薬協会、外用製剤協議会、(一社)日本ワクチン産業協会、輸液製剤協議会、(一社)日本血液製剤協会、(一社)全国配置薬協会、(一社)日本臨床検査薬協会、医薬品製剤受託協会、(一社)再生医療イノベーションフォーラムの15団体である。

には292社となり、26年間で1,496社減少し、1994年度対比16.33%まで減少した。特に、2005年度には1,231社あった企業数は2006年度には371社となり、860社が一気に減少した。

次に、上位5社の集中度である。1994年度時点で18.3%であった集中度は、2019年度には47.6%となり、29.3ポイント増加した。同様に、上位10社の集中度では、1994年度時点で30.9%であった集中度は、2019年度には60.7%となり、29.8ポイント増加した。上位30社の集中度も同様に1994年度時点で55.7%であった集中度は、2019年度には83.1%となり、27.4ポイント増加した。そして上位100社の集中度では、1994年度時点で83.8%であった集中度は、2019年度には97.6%となり、13.8ポイント増加した。このように、上位集中度においては、上位5社で5割弱、上位10社で6割強まで集中度が高まったことが大きな特徴である。そして、上位30社で8割強まで集中度は高まったのである。

(2) 製薬企業の合従連衡

図8と表2の結果から、もう一つ検討する必要があるのは、どのようにして製薬企業数が減少したのか、である。それは、医薬品企業の合従連衡をみれば理解できると考え、図示することとする。

合従連衡とは、その時の利害に従って、結びついたり離れたりすることをいう。図9は、日本製薬工業協会が調査した2021年現在のものを筆者が加工した図である。1983年に鳥居薬品がメルク⁵に買収され⁶、1996年に北陸製薬⁷がBASF⁸に買収されて以降、2000年から2020年までの買収、合併、吸収、販売分離移管や子会社化などが続いている⁹。例えば、三菱ケミカルホールディングスは、2020年に田辺三菱製薬に株式公開買付(TOB)を仕掛けた。図9から、ミドリ十字、吉富製薬、東京田辺製薬、三菱化学、田辺製薬の日本の製薬企業5社が合併しながら田辺三菱製薬(三菱ケミカルホールディングス)になったことがわかる。同じ2020年に興和が興和創薬を吸収するなど、1983年時点で46社あった製薬企業が2021年には29

⁴ 2022年10月14日、厚生労働省の医薬産業振興・医療情報企画課に電話で問い合わせしたところ、厚生労働省としては、データを発表しているのだから、それらを見てほしいということだった。そこで、e-Statから医薬品・医療機器産業実態調査の2004年度と2018年度のデータを確認した。2004年度は調査対象客体数1,710、回答数1,279で回答率は74.80%、2018年度は調査対象客体数428、回答数319で回答率は74.36%で、他の年度と遜色ないと考えた。ただし、調査回答者のうち、大手製薬企業の解答者数は不明である。したがって、「2004年度⁺、2018年度⁺は、大手企業を含む相当数の企業が集計対象から漏れ、実態から乖離していると推量されたため、転載していない」と判断したのは製薬工業協会である。

⁵ メルクは、ドイツ・ダルムシュタットを本拠とする化学品・医薬品メーカーである。その始まりは17世紀に遡り、現存する医薬品・化学品企業としては世界で最も長い歴史を有しているとされる。メルクの資本の70%は創業家であるメルク家によって所有されている。

⁶ 1983年10月、鳥居薬品は米国メルク社に対して第三者割当増資を行い、同社は鳥居薬品発行済株式総数の50.5%を取得し鳥居薬品の親会社となった。

⁷ 北陸製薬は呼吸器用薬、消化器用薬、抗菌剤等を主力とする医薬品メーカーであった。経営不振で大手化学の独BASFに買収された。その後、2001年にBASFの医薬品事業部門(Knoll AG)の売却に伴い、米アボット・ラボラトリーズの傘下に入った。2003年には国内で同じアボット・ラボラトリーズの傘下であったダイナボットと合併し、アボットジャパンとなり現在に至る。福井県勝山市にあった旧北陸製薬の本社や研究所は閉鎖されたが、工場は「アボットジャパン勝山事業所」として残った(M&A オンライン)。

⁸ BASFは、ドイツ南西部のルートヴィヒスハーフェン・アム・ラインに本社を置き、150年の歴史を持つ世界最大の総合化学メーカーである。フランクフルト証券取引所、ロンドン証券取引所上場企業(FWB: BAS, LSE: BFA)、スイス証券取引所にも上場しており、ニューヨーク証券取引所、東京証券取引所にもかつて上場していた。

⁹ 勝田(2008)参照。

社に合従連衡した。

図9は、主な製薬企業5社についてのみ事例として図示している。

6. 海外市場戦略

以上みてきたような貿易収支、日本における医薬品売上高でみた上位集中度、そして合従連衡を踏まえて、日本の製薬企業の海外進出を検討しておく必要がある。最適な事例として武田薬品工業の地域に関する売上情報(年度別セグメント分析)が役に立つ(図10)。

図10からわかるように、全体として2016年度から2019年度まで売上高は増加しているが、2020年度は若干減少している。特に2019年度は前年度対比でも大きく増加している。そして表3からは、どの地域で増加しているかがわかる。日本は漸減しているが、米国では2020年度は2016年度の3倍化となっている。欧州およびカナダが2.3倍化し、2017年度と2018年度減少したアジアでは2020年度は1.4倍まで増加し、中南米は1.7倍、ロシア／CIS¹⁰も2019年度には1.3倍化し2020年度は減少した。

7. まとめ

これまで、日本の医薬品産業構造の変化を検討してきた。

第一に、日本の医療用医薬品市場規模を1989年から2021年までの33年間(暦年)を金額でみると増加しているのだが、前年対比では漸減しており、日本の医療用医薬品市場は成長市場ではなかった。その要因の一つを主要16薬効でみると、市場で伸長した薬効と減少した薬効がみてとれた。大きく伸長したのは抗腫瘍剤であり、30年間に3.7

倍化している。一方、減少した薬効は全身性抗菌剤で、2018年の売上対比23%弱まで減少した。この2つの薬効の間に14の薬効が増減していた。

第二に1975年から2020年までの47年間(暦年)を医薬品生産額の長期変動で検討したところ、医薬品生産額とほぼ平行で医療用医薬品生産額も増加したが、2018年を境に医療用医薬品生産額に占める輸入品の割合が急増した。これも金額ベースでは増加傾向であったが、医薬品生産額対前年比伸び率でみると微増でありながら2019年は急上昇していた。しかし対GDP比でみると、医薬品生産額は最低値の1.10%から最高値の1.69%のわずか0.59ポイントの増加にすぎなかった。しかも2018年までは漸減横ばいで、20%台で推移していた医療用生産額の中の輸入品が占める割合は2019年に72.4%まで急増し2020年も7割を占めている。34薬効大分類で検討しても、放射線医薬品、生物学的製剤とアルカロイド系麻薬(天然麻薬)は国産50%以上であるが、それ以外の大分類のほとんどが輸入であり、医療用医薬品生産額に占める輸入の占める割合は0.1%から100.0%まで分布していた。当然、このような状況を踏まえると、貿易収支では輸入額が急増している一方で輸出額の増加は鈍化傾向であり、2020年の輸出入差額(貿易収支)は2兆3,612億8,900万円の輸入超過(赤字)であった。

第三に、製薬企業数の推移について検討した結果、1975年度から2019年度までの45年間で、1975年度対比で21.04%まで減少し、同様に「主に医療用医薬品を製造販売」する企業数も31.51%まで減少した。どのように製薬企業数が減少したかをみた合従連衡では、1983年に鳥居薬品がメルクに買収され1996年に北陸製薬がBASFに買収されて以降、2000年から2020年まで買収、合併、吸収、販売分離移管や子会社化などが続いた。

¹⁰ 旧ソビエト連邦の構成共和国で形成された国家連合の独立国家共同体 Commonwealth of Independent States の略称。本部はベラルーシの首都ミンスクに置かれる。1991年12月、バルト三国とジョージア(グルジア)を除いたロシア、ウクライナ、ベラルーシ、カザフスタン、ウズベキスタン、タジキスタン、トルクメニスタン、キルギスタン(現、キルギス)、モルドバ、アゼルバイジャン、アルメニアの11カ国によって共同体創設のための議定書調印が行われた。これによってソ連は消滅した。1993年12月にはジョージアが加わり12カ国となったが、ウクライナ(1993年)とトルクメニスタン(1994年)は客員参加国に変更となった。さらにジョージアが2009年に脱退、ウクライナも2014年に脱退宣言を行ったため、2015年時点での正式参加国数は9である。

第四に、日本の製薬企業の海外進出の最適な事例として、武田薬品工業の地域に関する売上情報についての年度別セグメント分析（2016～2020年度）を行った結果、2016年度から2019年度まで売上高は増加しており、特に2019年度は前年対比で大きく増加していた。地域別にセグメントすると、日本は漸減しているが、米国では2020年度は2016年度の3倍化となり、欧州およびカナダが2.3倍化し、2017年度と2018年度減少したアジアでは2020年度は1.4倍まで増加し、中南米は1.7倍、ロシア／CISも2019年度には1.3倍化し2020年度は減少した。つまり、日本は漸減だが、その他の地域で増加していたことがわかった。

日本の医薬品産業構造の変化を検討してきたが、結論として、日本市場の縮小傾向と海外市場への進出が顕著であった。その内容としては、合従連衡に象徴された国内外の企業買収があげられる。その結果、国内製薬企業数が減少し、上位企業への集中度が高まったのである。

【参考文献】

勝田英紀（2008）「外資系製薬会社のM & A戦略と日本の製薬会社の対応」『商経学叢』第55号、第2号、pp.27-35。
小磯明（2021）「薬機法改正と薬剤師・薬局のあり方」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『いのちとくらし研究所報』第74号、pp.44-51。
楠本眞司（2014）「医薬品産業の現状に関する一考察—産業循環の視点から—」『尚美学園大学総合政策研究紀要』第24号
厚生労働省「医薬品・医療機器産業実態調査」各年。
厚生労働省「薬事工業生産動態統計年報」各年。
厚生労働省「薬事工業生産動態統計調査方法の変更について（通知）」（平成30年4月10日付け医政経発0410第1号厚生労働省医政局経済課長通知）。

近藤正観（2013）『1秒でわかる！ 医薬品業界ハンドブック』東洋経済新報社。

財務省「貿易統計」各年。

手代木功（2019）「医薬品産業の現状と将来展望」『月刊卸薬業』Vol.43, No. 2, pp.86-93。

田中隆世司（2010）「医薬品開発における組織間関係に関する一考察—ネットワーク分析を中心に—」『日本経営診断学会論集』9巻、pp.121-127。

内閣府「国民経済計算年次推計」各年。

日本製薬工業協会（1997）『DATA BOOK 1997-98』。

日本製薬工業協会（2022）『DATA BOOK 2022』。

【インターネット資料】

e-Stat

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450152&tstat=000001034412>（2022年10月14日閲覧）。

IQVIA「医薬品市場統計—売上データ」

https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/japan/topline-market-data/2018/toplinedata__1989_2018.pdf?_=1632157370314（2022年12月25日閲覧）。

M & A オンライン <https://maonline.jp/calendars/371>（2022年10月21日閲覧）。

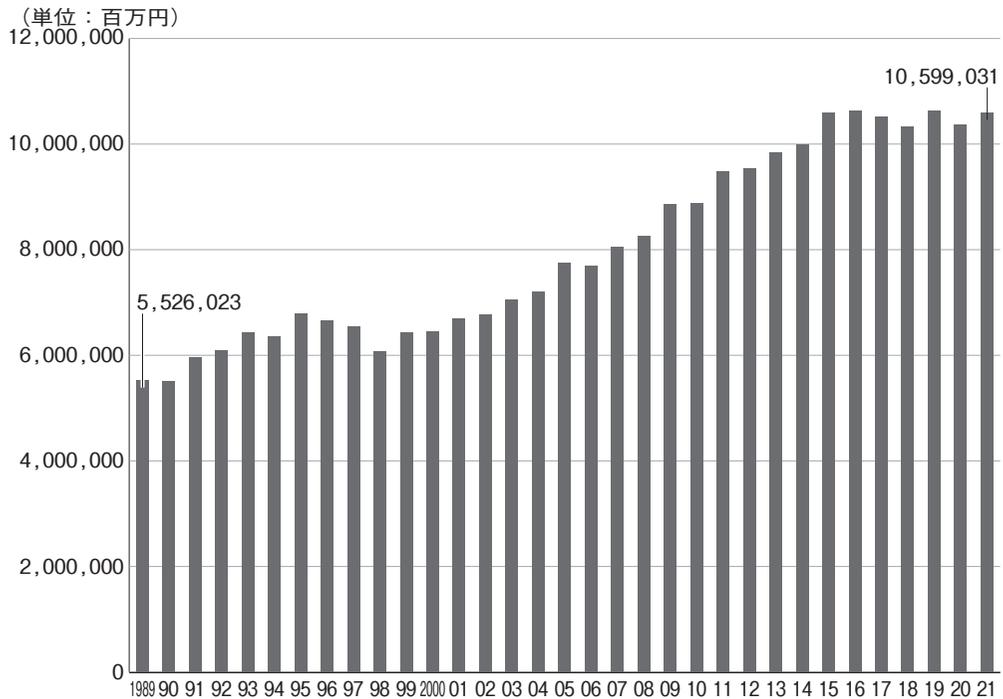
製薬協 <https://www.jpma.or.jp/about/dantai/index.html>（2022年10月26日閲覧）。

武田薬品IR情報「地域に関する売上情報」
<https://www.takeda.com/jp/investors/financial-data/>（2022年10月5日閲覧）。

鳥居薬品の歴史

<https://strainer.jp/companies/1259/history>（2022年11月6日閲覧）。

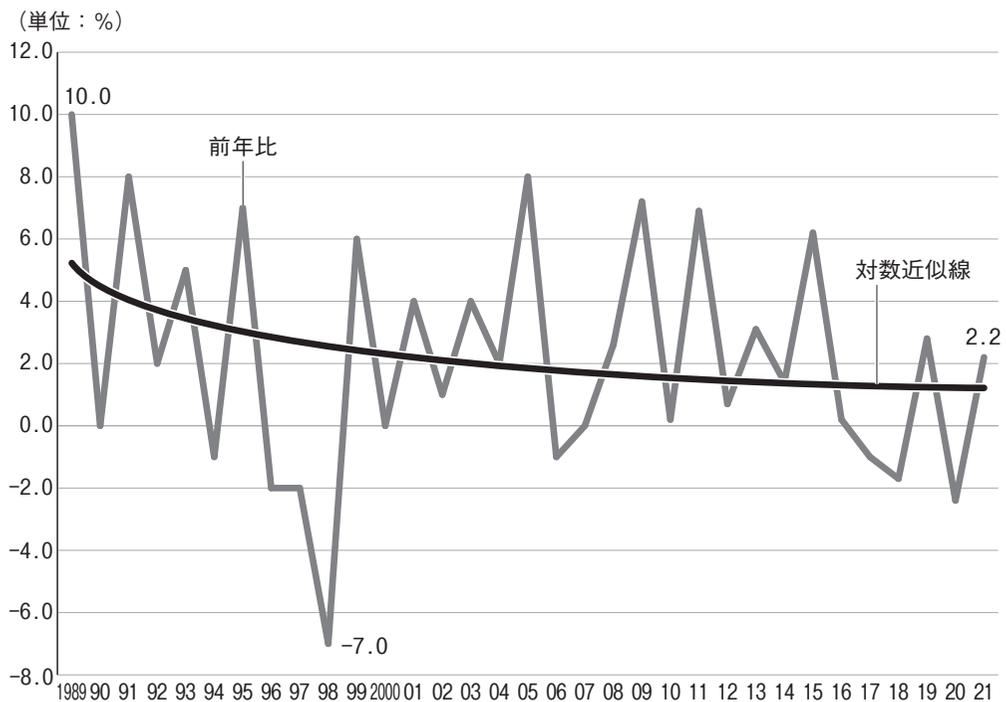
（こいそ あきら、公益財団法人政治経済研究所 研究員・法政大学講師）



注) 各年の1月～12月の売上額を表示。

(出所) IQVIA「医薬品市場統計—売上データ」より筆者作成。

図1 日本の医療用医薬品市場規模の推移

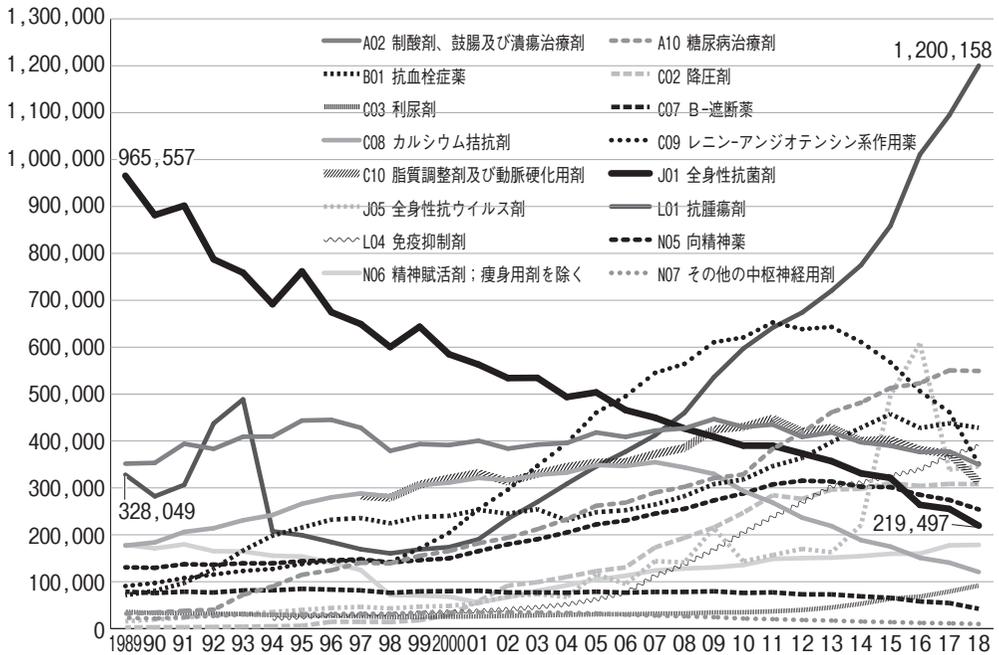


注) 各年の前年比。2007年の「前年比」はデータベース上に前年の情報がないため非表示となっている。

(出所) 図1に同じ。

図2 日本の医療用医薬品市場規模の推移 (前年比)

(単位：百万円)

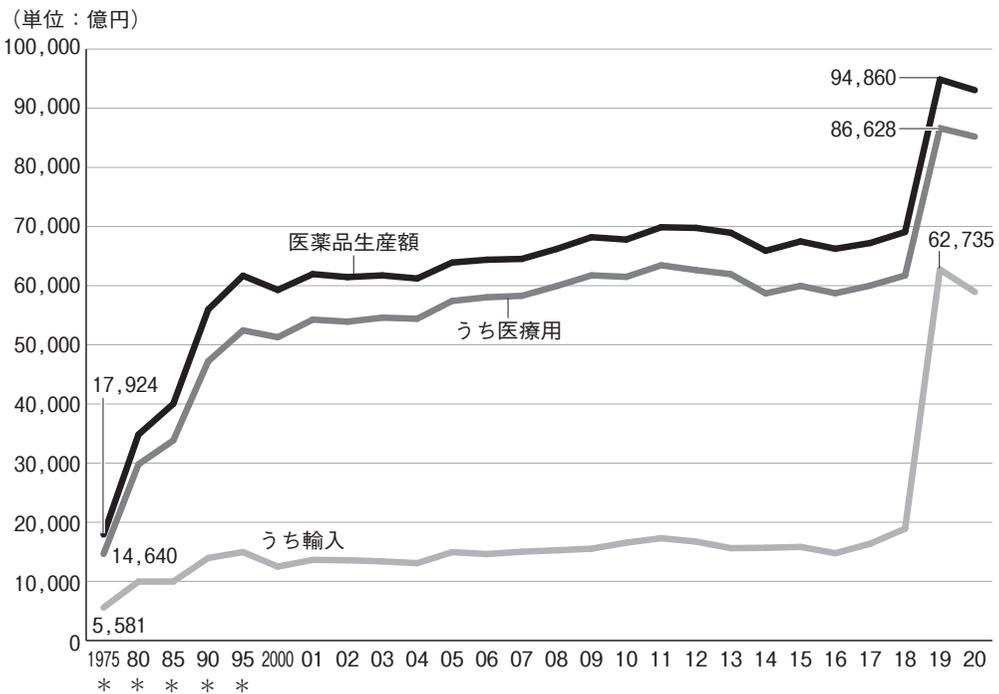


注1) 各年(1~12月)の売上金額は薬価ベースである。

注2) 16の折線は見にくく金額がわかりにくいので、本稿末に元データを参考資料1として掲載したので参照されたい。

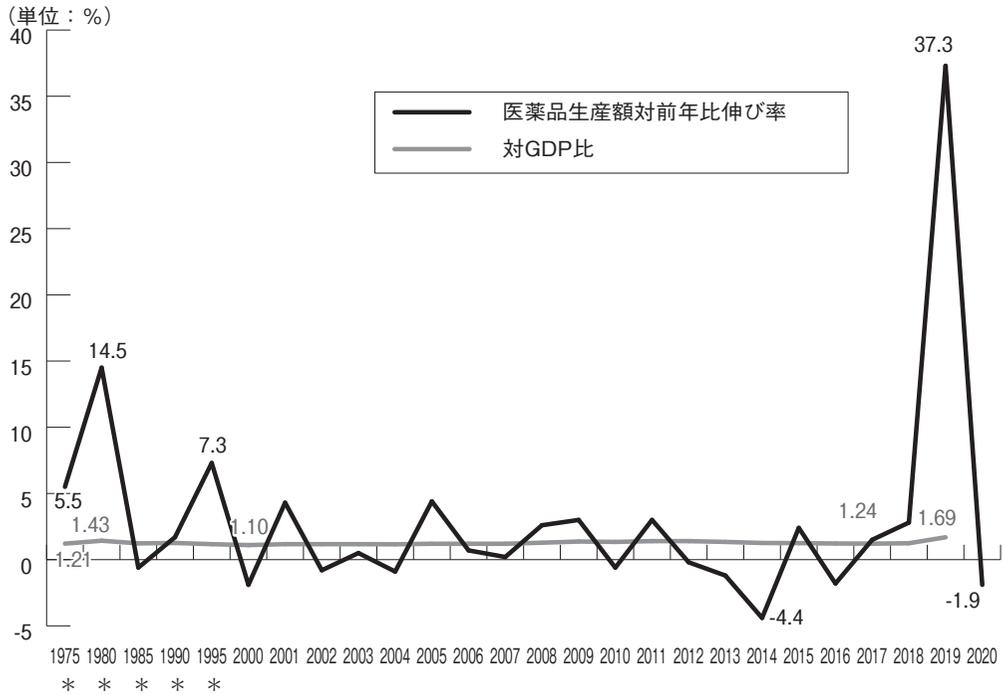
(出所) 図1に同じ。

図3 主要16薬効市場規模の推移(薬価ベース)



(出所) 厚生労働省「薬事工業生産動態統計年報」より筆者作成。

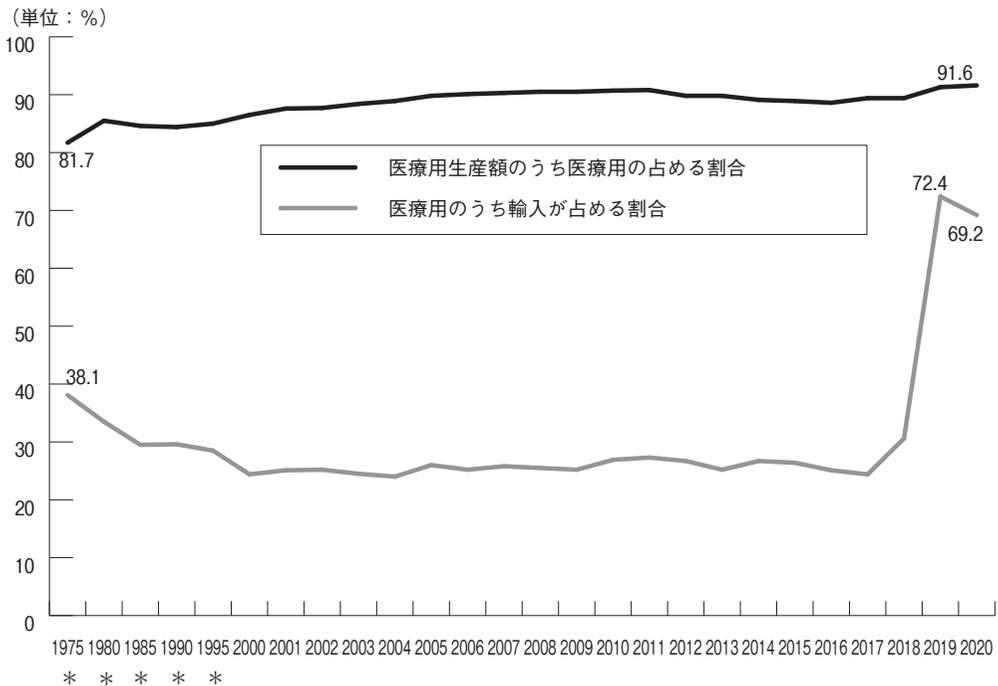
図4 日本の医薬品生産額



注) 各年の GDP 値について1975年は1990 (平成2) 年基準、1980~1990年は2000 (平成12) 年基準、1995年以降は2011 (平成23) 年基準の数値を採用。2020年の GDP は未記載。

(出所) 厚生労働省「薬事工業生産動態統計年報告」、及び内閣府「国民経済計算年次推計」より筆者作成。

図5 日本の医薬品生産額の対前年比伸び率



(出所) 図4に同じ。

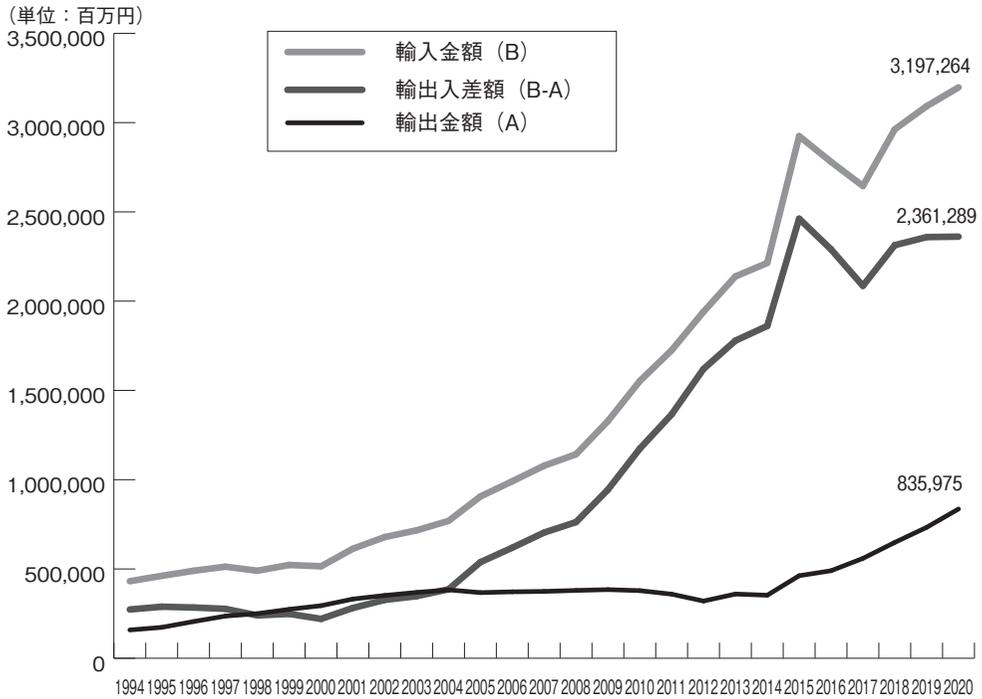
図6 日本の医療用医薬品生産額に占める輸入品の割合

表1 日本の薬効分類別の医薬品生産額と国産・輸入の割合（2020年）

（単位：百万円）

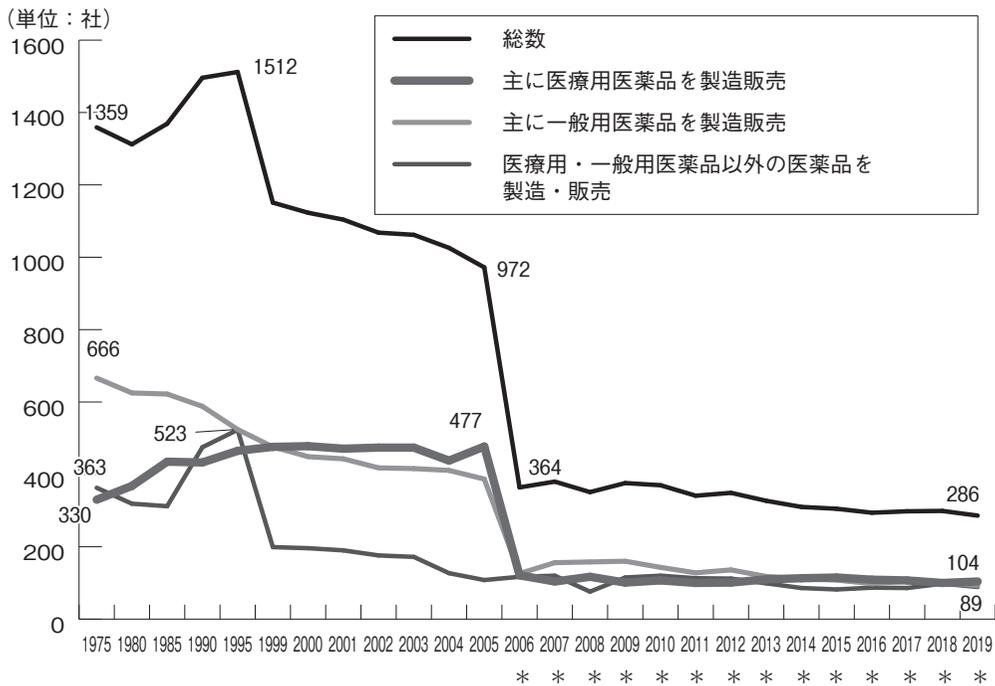
薬効大分類	医療用医薬品		国産		輸入		(%)
	生産額	構成比(%)	生産額	(%)a	生産額	(%)b	a+b
総数	8,519,501	100.0	2,624,703	30.8	5,894,798	69.2	100.0
1 中枢神経系用薬	913,442	10.7	236,349	25.9	677,093	74.1	100.0
2 抹消神経系用薬	27,280	0.3	3,884	14.2	23,396	85.8	100.0
3 感覚器官用薬	191,858	2.3	46,418	24.2	145,440	75.8	100.0
4 循環器官用薬	930,194	10.9	320,572	34.5	609,622	65.5	100.0
5 呼吸器官用薬	99,784	1.2	26,723	26.8	73,061	73.2	100.0
6 消化器官用薬	485,175	5.7	161,342	33.3	323,833	66.7	100.0
7 ホルモン剤（抗ホルモン剤含む）	253,457	3.0	111,217	43.9	142,240	56.1	100.0
8 泌尿生殖器官及び肛門用薬	170,280	2.0	65,131	38.2	105,149	61.8	100.0
9 外皮用薬	241,803	2.8	42,930	17.8	198,873	82.2	100.0
10 歯科口腔用薬	10,103	0.1	1,166	11.5	8,937	88.5	100.0
11 その他の個々の器官系用医薬品	1,090	0.0	123	11.3	967	88.7	100.0
12 ビタミン剤	110,945	1.3	27,469	24.8	83,476	75.2	100.0
13 滋養強壮剤	109,884	1.3	5,080	4.6	104,804	95.4	100.0
14 血液・体液用薬	641,258	7.5	297,814	46.4	343,444	53.6	100.0
15 人工透析用薬	58,352	0.7	25,709	44.1	32,643	55.9	100.0
16 その他の代謝性医薬品	1,206,714	14.2	435,672	36.1	771,042	63.9	100.0
17 細胞賦活用薬	59	0.0	—	—	59	100.0	100.0
18 腫瘍用薬	1,215,990	14.3	99,957	8.2	1,116,033	91.8	100.0
19 放射線医薬品	51,120	0.6	38,837	76.0	12,283	24.0	100.0
20 アレルギー用薬	184,076	2.2	38,199	20.8	145,876	79.2	100.0
21 生薬	3,294	0.0	51	1.5	3,244	98.5	100.0
22 漢方製剤	154,611	1.8	990	0.6	153,621	99.4	100.0
23 その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品	4,004	0.0	—	—	4,004	100.0	100.0
24 抗生物質製剤	185,715	2.2	70,987	38.2	114,728	61.8	100.0
25 化学療法剤	247,109	2.9	59,699	24.2	187,411	75.8	100.0
26 生物学的製剤	539,204	6.3	294,966	54.7	244,239	45.3	100.0
27 寄生動物用薬	842	0.0	1	0.1	842	99.9	100.0
28 調剤用薬	9,267	0.1	3,376	36.4	5,891	63.6	100.0
29 診断用薬（体外診断用医薬品を除く）	40,833	0.5	7,409	18.1	33,424	81.9	100.0
30 公衆衛生用薬	3,994	0.0	574	14.4	3,420	85.6	100.0
31 体外診断用医薬品	376,418	4.4	174,220	46.3	202,198	53.7	100.0
32 その他の治療を主目的としない医薬品	20,729	0.2	8,079	39.0	12,649	61.0	100.0
33 アルカロイド系麻薬（天然麻薬）	17,838	0.2	17,817	99.9	21	0.1	100.0
34 非アルカロイド系麻薬	9,880	0.1	438	4.4	9,442	95.6	100.0

（出所）厚生労働省「薬事工業生産動態統計年報」を加工して筆者作成。



(出所) 財務省「貿易統計」より筆者作成。

図7 日本の医薬品の貿易収支の推移



(出所) 厚生労働省「医薬品・医療機器産業実態調査」各年より筆者作成。

図8 日本における製薬企業数：用途区分別

表2 日本における医薬品売上高で見た製薬企業の上位集中度

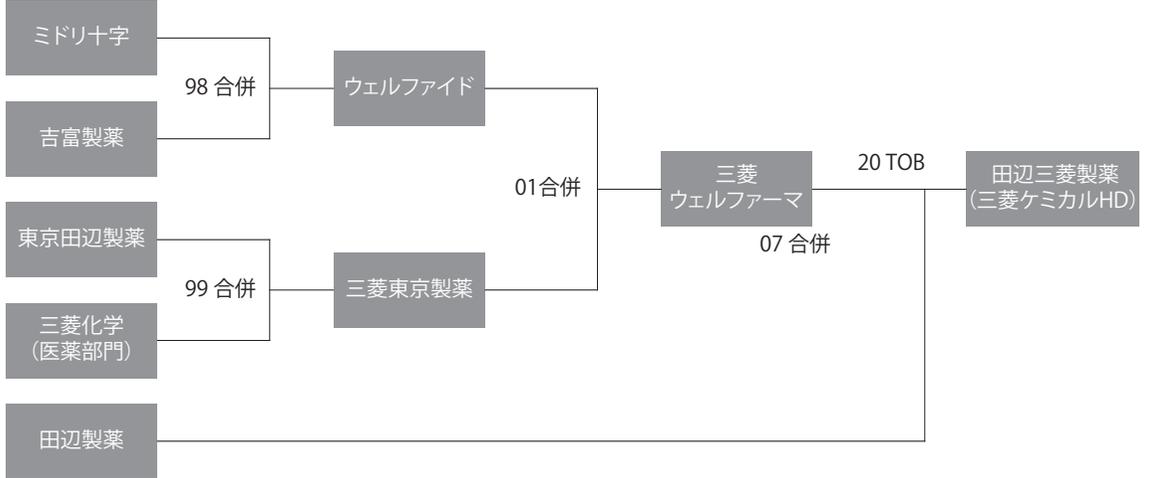
(単位：社・%)

年度	集計企業数	上位5社	上位10社	上位30社	上位50社	上位100社
1994	1788	18.3	30.9	55.7	68.9	83.8
1995	1691	19.3	31.4	56.3	69.6	84.2
1996	1596	22.2	34.6	59.2	72.2	85.3
1997	1562	23.6	36.0	62.9	75.9	87.4
1998	1627	20.3	32.2	60.1	73.0	85.8
1999	1427	23.6	36.6	65.6	78.8	90.7
2000	1396	26.7	40.6	68.0	80.6	92.3
2001	1391	27.4	41.5	69.3	81.5	92.2
2002	1347	28.3	42.3	69.7	82.0	92.8
2003	1342	28.6	42.5	70.8	82.3	92.7
2005	1231	35.5	49.8	74.9	85.1	94.3
2006*	371	37.6	50.8	73.5	83.9	94.7
2007*	381	40.2	54.2	76.8	86.6	95.9
2008*	351	43.5	58.0	78.9	87.9	96.7
2009*	378	40.3	55.3	80.0	88.7	96.4
2010*	374	37.9	52.9	77.8	87.0	96.0
2011*	344	37.1	51.6	76.9	86.3	96.1
2012*	352	36.1	51.1	76.7	86.5	96.0
2013*	330	36.4	51.2	77.1	87.4	96.6
2014*	318	37.1	51.9	76.9	86.4	96.3
2015*	314	39.2	51.8	76.6	86.5	96.3
2016*	299	39.3	52.7	78.8	88.2	96.9
2017*	303	38.2	53.0	79.2	88.4	97.0
2019*	292	47.6	60.7	83.1	90.0	97.6

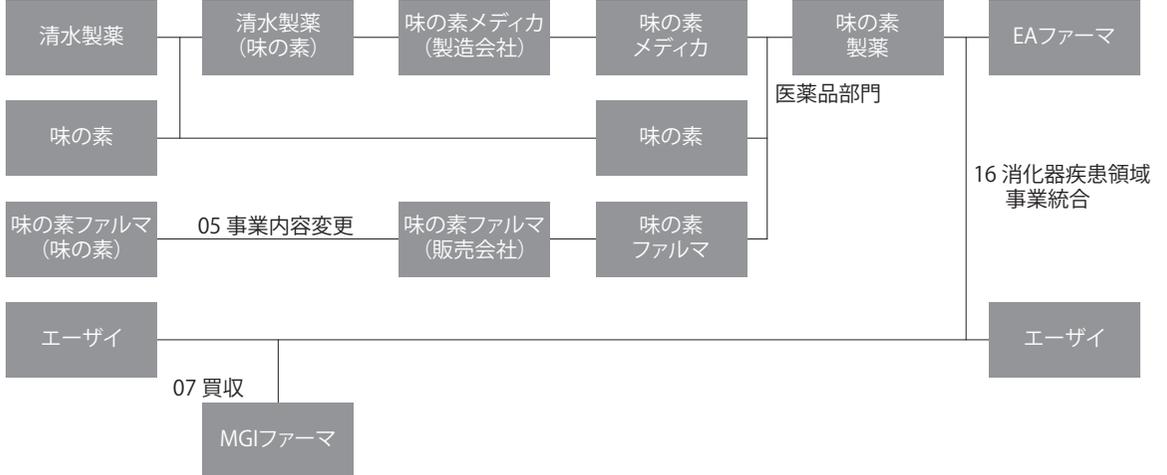
注) 2004年度、2018年度は大手企業を含む相当数の企業が集計対象から漏れ、実態から乖離していると推量されたため転載していない(日本製薬工業協会,2022)。

(出所) 図8に同じ。

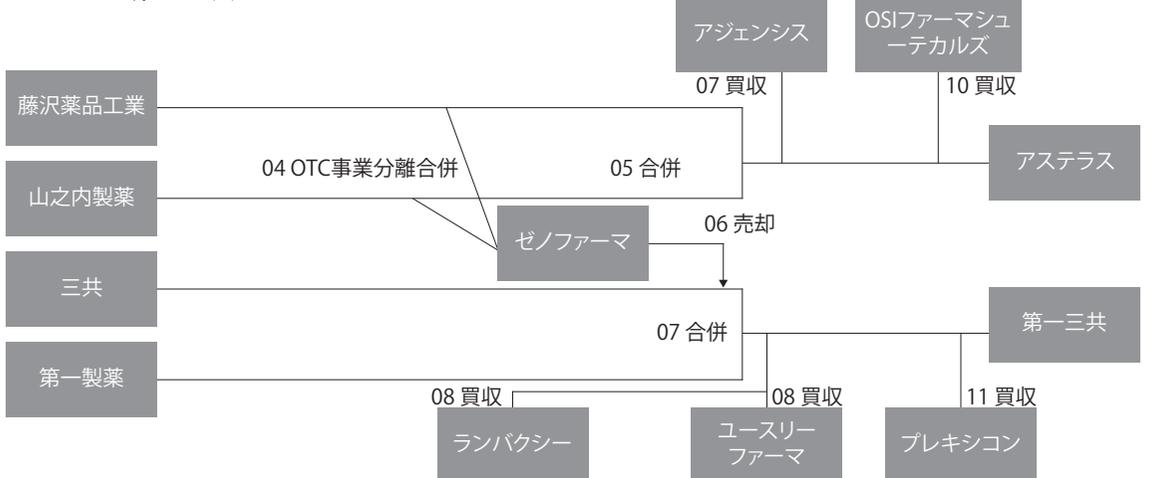
田辺三菱製薬

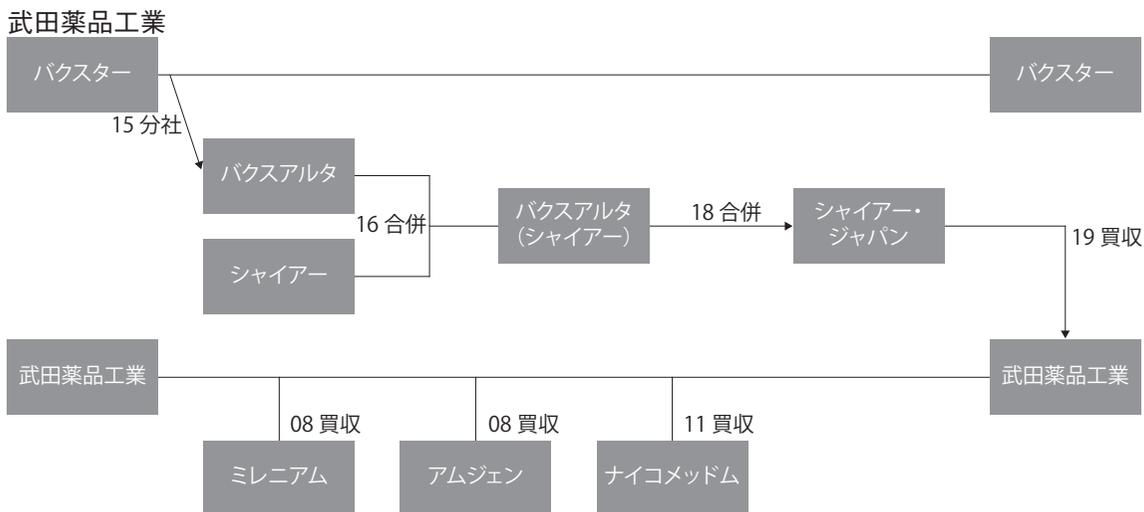


エーザイ



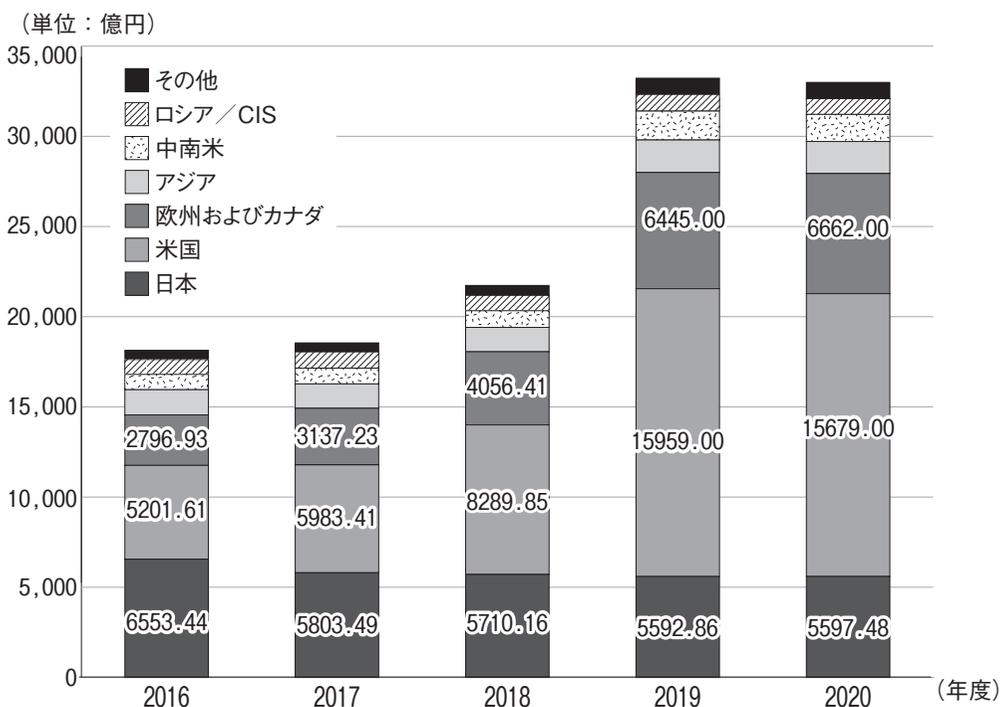
アステラス・第一三共





(出所) 日本製薬工業協会 (2022)、及び近藤 (2013) より筆者作成。

図9 2000年以降の主な製薬企業の合従連衡



注1) 売上収益は、顧客の所在地を基礎とし、国又は地域に分類している。

注2) 「その他」には、中東・オセアニア・アフリカが含まれている。

(出所) 武田薬品工業2021年度 IR 情報「地域に関する売上情報」より筆者作成。

図10 武田薬品工業の地域に関する売上情報

表3 地域に関する売上情報 (2016年度を100とした増減率)

(単位：%)

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
日本	100.00	88.56	87.13	85.34	85.41
米国	100.00	115.03	159.37	306.81	301.43
欧州およびカナダ	100.00	112.17	145.03	230.43	238.19
アジア	100.00	92.22	93.45	146.63	138.48
中南米	100.00	104.33	121.51	197.89	167.69
ロシア／CIS	100.00	118.58	103.81	133.45	100.09
その他	100.00	88.84	112.15	209.79	201.55

注1) 売上収益は、顧客の所在地を基礎とし、国又は地域に分類している。

注2) 「その他」には、中東・オセアニア・アフリカが含まれている。

(出所) 図10に同じ。

参考資料1 図3 主要16薬効市場規模の推移（薬価ベース）

年	A02 制酸剤、 胃腸及び潰瘍 治療剤	A10 糖尿 病治療剤	B01 抗血 栓症薬	C02 降圧 剤	C03 利尿 剤	C07 B -遮断薬	C08 カル シウム拮 抗剤	C09 レニ ン-アン ジオテン シン系作 用薬	C10 脂質 調整剤及 び動脈硬 化用剤	J01 全身 性抗菌剤	J05 全身 性抗ウィ ルス剤	L01 抗腫 瘍剤	L04 免疫 抑制剤	N05 向精 神薬	N06 精神 賦活剤； 痩身用剤 を除く	N07 その 他の中枢 神経用剤
1989	351,680	31,838	71,380	23,035	35,601	78,709	177,017	90,753	—	965,557	15,524	328,049	—	130,619	178,568	2,576
1990	353,321	34,343	80,590	21,633	33,301	75,823	183,790	97,221	—	881,732	19,617	281,960	—	129,627	171,132	2,787
1991	394,018	37,833	97,225	24,450	33,009	78,682	206,168	107,713	—	901,646	23,295	306,481	—	137,193	179,530	2,979
1992	383,218	40,275	127,396	26,769	31,787	76,959	214,086	115,263	—	787,326	28,956	437,530	—	136,220	165,129	3,503
1993	409,058	72,127	166,481	29,894	30,899	81,374	230,978	122,992	—	758,601	31,216	488,687	—	139,179	164,509	4,088
1994	409,429	90,006	198,304	29,531	28,776	81,672	242,165	127,222	—	691,590	35,196	207,416	21,368	139,216	155,492	5,006
1995	443,556	114,759	215,449	31,069	28,150	84,732	266,093	137,874	—	761,641	39,885	199,136	24,437	143,629	153,638	5,941
1996	445,055	124,453	232,356	31,347	27,291	83,181	279,877	143,657	—	674,575	43,956	184,487	28,427	145,459	140,857	14,615
1997	428,157	140,326	235,802	32,080	26,405	81,487	288,044	144,845	282,819	649,290	46,286	169,141	30,066	147,682	124,816	14,510
1998	378,970	138,956	224,377	31,553	24,568	76,309	281,878	141,585	278,935	600,254	42,988	160,309	30,992	140,917	71,532	14,016
1999	393,433	155,278	238,180	33,880	25,139	79,434	305,839	170,939	306,954	643,620	46,728	168,796	34,133	146,036	70,649	17,793
2000	391,242	165,275	240,229	34,924	25,331	79,728	311,298	204,170	320,136	584,918	48,146	173,684	35,819	149,759	68,000	29,184
2001	400,632	181,953	253,071	34,977	26,094	80,618	321,242	254,641	331,656	562,999	54,561	190,401	37,664	165,189	55,726	58,496
2002	383,713	193,717	244,934	34,627	27,114	77,158	316,342	296,236	313,200	534,179	69,036	234,327	41,240	179,836	66,769	91,846
2003	392,301	211,916	254,543	34,499	28,391	77,044	327,932	346,799	330,194	534,603	73,665	269,961	45,363	190,536	80,527	98,929
2004	395,660	233,093	230,773	33,534	29,316	76,546	332,645	395,881	344,921	493,729	67,569	308,523	51,750	204,888	92,282	110,219
2005	418,112	261,924	248,179	32,546	30,502	78,683	348,687	460,348	354,013	503,629	115,928	345,808	62,288	222,107	104,352	122,587
2006	408,593	268,691	252,367	29,594	30,673	76,676	346,717	495,426	354,958	465,804	95,106	377,240	76,212	230,454	112,671	130,605
2007	422,148	290,149	264,499	27,647	31,848	78,167	354,806	545,205	372,140	449,654	143,764	412,253	112,630	245,064	123,927	173,006
2008	427,027	302,370	282,397	26,160	32,406	78,164	343,481	564,424	385,278	426,650	141,076	460,021	136,914	255,305	128,251	193,549
2009	446,651	320,715	308,188	24,376	34,442	79,458	329,811	610,531	424,734	409,066	214,120	535,963	168,478	273,327	130,361	215,530
2010	429,890	328,689	317,894	21,382	34,764	76,064	293,444	620,790	430,184	390,091	143,217	597,027	205,069	288,271	135,577	247,088
2011	434,997	383,422	346,439	20,105	36,821	77,258	268,568	652,682	447,685	389,867	156,846	641,588	238,446	307,485	148,638	284,343
2012	408,604	417,520	363,728	18,330	39,725	72,990	236,505	638,544	419,656	373,371	170,009	673,871	268,997	315,251	150,319	276,499
2013	418,289	461,357	397,776	17,122	45,046	72,908	218,509	643,122	427,980	356,900	162,813	720,465	303,527	313,646	151,312	296,314
2014	397,394	481,864	428,425	15,054	52,960	68,738	188,606	611,037	400,129	330,959	220,676	774,940	311,143	302,575	154,559	298,044
2015	389,788	512,923	457,456	13,816	63,735	65,583	174,814	567,489	402,686	321,198	497,127	858,854	325,862	301,623	159,492	309,923
2016	376,365	523,209	427,639	12,152	68,253	57,963	150,870	506,326	380,849	263,807	608,069	1,010,870	339,122	285,253	159,878	304,168
2017	377,550	550,498	437,852	11,280	78,984	54,525	140,593	461,390	372,973	255,195	339,089	1,094,646	369,180	274,294	177,529	308,510
2018	349,783	549,304	428,094	9,839	91,855	42,230	120,651	351,148	312,968	219,497	346,050	1,200,158	389,410	254,049	178,492	307,931

(出所) IQVIA 「医薬品市場統計—売上データ」より筆者作成。

「新型コロナ」～千葉からの報告(No.2)

八田 英之

2021年3月の会報に「千葉からの報告」NO.1を載せていただいた(「コロナの1年～千葉の田舎からのレポート」『いのちとくらし研究所報』74号)。その後、コロナは何波にもわたって襲来し、今は第8波の最中である。政府は、コロナが蔓延するに任せているように思われる。死亡者、高齢者施設のクラスターは最多を更新し続けている。

2022年12月、私が理事長をしている千葉県自治体問題研究所の主催で、コロナに取り組んだ保健師、病院関係者、保険医協会、介護従事者に集まっていたいただいて、2020年からの千葉県のコロナの問題を振り返る座談会を行った。そして、その議論に基づき、自治体問題研究所としての第8波についての「緊急提言」を行った。それぞれの県での運動の参考までに会報に載せていただくことにした。

私個人のコロナにかかわる事についていえば、NO.1で述べたことと大きな変化はない。

この研究所の活動や天海裁判の会議は多くがリモートであった。高裁の裁判の日には東京に行ったが、Zoomの会議も悪くはないのだが、やはりフェイスツーフェイスでないと深まらない様な気がすることもある。

千葉勤労者福祉会は、2020年度はすれすれで黒字にしたが、2021年度は、デイサービスで小規模

なクラスターがあり利用者が減少、高齢のホームヘルパーのリタイアなどでこの年度は大幅な赤字となった。そのために船橋市で公募した特別養護老人ホームの建設に携わることが出来なくなった。

地元では、西上総文化会の研修会の参加者が減った。古文書研究会の方は変化がない。NPOほしなの総会が文書議決になった。飲み会がほとんどなくなった。ふつつ健康友の会の活動や富津市の財政白書の作成や図書館問題に協力するなどは続けているが、参加者は少ない。

国内の旅行には、妻と二人で感染の波を潜り抜けるようにして良く出かけた。ほとんどが車利用。行った先で泊り客がわれわれ二人だけということもよくあった。

総じて、コロナ下で自粛生活が日常化し、群れて活動することが困難になっていると思われる。コロナは日本社会に深い傷を負わせたように思える。

四年目もコロナの春となりける死者最多さへ小さなニュース

(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、西上総文化会会長)

新型コロナ第8波に際しての緊急提言

2023年1月11日

千葉県自治体問題研究所

昨年11月から新型コロナの流行は第8波にはいり、正月の人流の拡大とともに、深刻な様相を呈しています。当研究所は、12月18日に保健師、開業医、病院関係者、介護従事者に集まっていたが、「千葉県の新型コロナ」について、流行の始めから今日まで、それぞれの現場で何が起こったのかについて、座談会を開き、お話を伺いました。これに基づき、第8波が死者数、高齢者施設でのクラスターなど最悪と言える状況となっている中で、緊急の対策が必要であると考え、以下の提言をいたします。国や県をはじめとする自治体が、コロナ対策について、必要とすることすべてを実行するように、多くの皆さんが声を上げていただくよう、お願いいたします。

<提言>

1、コロナで死ぬ人を減らすために、高齢者施設職員の定期・頻回検査を行い、介護分野への支援を強化すること！

コロナによる死者の90%は高齢者です。最近では、高齢者施設でクラスターが発生して入院を要する場合にも入院できないという事態になっています。施設入所者の感染源は職員である場合が殆どだと考えられます。これを防ぐには、オミクロン株などの特性を考えれば、施設職員のコロナの検査を週2～3回行い、早期に無症状の感染者を発見し、そこから入所者に感染が広がるのを防止する以外にありません。千葉県の2021年3月と4月の対策本部会議でも高齢者施設での検査の結果が報告され、その効果は実証されています。自治体は、施設が希望すれば検査キットを配るといふにとどまらず、定期・頻回検査を強く要請し、その結果の報告を求めるべきです。陽性者が発見されたら、当然一定期間仕事に就くことができません。ただでさえ人手不足の中で陽性者が出ては、施設の運営に支障をきたすことから、施設の自主性に任せただけでは、この検査は全体的なものに

なりません。陽性者が出た場合の施設への援助を含めて具体化することが必要です。オリンピックの時には、関係者の毎日の検査が行われました。PCR検査ならプール方式でも良いと考えられます。一刻も早い具体化が必要です。

介護事業者の倒産は最悪となっています。医療と同様に介護は社会を維持していくために欠かすことのできない仕事です。コロナ禍で奮闘している介護施設に対する支援を国に要求するとともに、自治体レベルで可能な支援を具体化するべきです。

2、クラスターが発生した施設への医療支援を行い、要入院患者は入院させること！

高齢者施設は医療施設ではありません。これだけ患者が増えてしまえば、そのすべてを入院させることは困難ですが、せめて施設へ医師が毎日往診して必要な指示を出すことを行うべきです。そして医師が入院治療を必要と判断し、本人が希望したら入院できるようにすべきです。高齢だからという理由で入院治療を受けさせないというのは、いのちの差別であり、人権侵害です。

3、コロナ病床を迅速に拡大できるようにすること！

国は財政的な理由からか、昨年11月からコロナ病床の利用が50%を切った場合、補助金を削減してきました。やむを得ず病床を減らしたところに次の波が襲ってきます。病院の看護師などにも感染が広がり、コロナ病床をすぐに増やすことができない場合もあります。結果、良心的な病院は、コロナ病床ではないところにコロナ患者を入院させることとなりますが、この分は診療報酬のコロナ加算はありますが、補助金の対象にはなりません。こうしたことが、コロナになっても容易には入院できない事態をつくっています。対策を講じて、入院が必要な患者の推移に合わせて、コロナ

病床を増やすことができるようにするべきです。

4、在宅コロナ患者と家族を守る支援を！

今ではコロナになっても自宅療養が殆どになってしまいました。自分で検査キットを買って、陽性ならコールセンターに連絡し、自宅でじっとしている有様です。買い物にも行けません。食事の宅配は利用できるのか？パルスオキシメーターは届くのか？熱さましや咽の痛みを抑える薬をもらうにはどうしたら良いのか？苦しくなった時にはどうしたら良いのか？往診はしてもらえるのか？在宅の患者に必要な情報と生活維持のための支援が必要ですが、それが必ずしも十分ではありません。在宅患者の相談を受け止め、ワンストップで対処する体制を調べ、自治体、保健所が広く広報し、在宅の患者を支えねばなりません。

5、発熱外来など第一線の医療を支援し、薬と検査を行き渡らせること！

コロナは急激に症状が悪化することがある病気です。自己診断だけでは不安です。発熱外来などで受診し適切な医療を受けられることが、第一義的に必要です。特に休日・夜間の体制は弱く、正月休みの期間は特に弱体でした。医師会と協力して、休日夜間の発熱外来を調べ、住民に知らせる

ことが必要です。開業医が発熱外来を行うに際して、PCR検査の支援体制と、薬が必要です。抗体カクテル療法がどこで行われているか、塩野義製薬のゾコーバはどこで投与されているのか、こうした情報は秘密にすべきことなのでしょうか？これらの薬は病気の初期段階でこそ効果が期待されるものです。開業医が診察し、検査し、薬を出すことができる態勢が求められています。

6、「ワクチン疲れ」を克服するエビデンスに基づくキャンペーンを！

5回目のワクチン接種率は高齢者でも50%レベルで、12才以上では46%程度です。接種率が下がったのには、ブレークスルー感染のために、「ワクチンは効かない」という認識が広がり、重症化予防効果の認識が充分には浸透していないことが考えられます。これを克服するには、きちんとしたエビデンスに基づく、効果を広く知らせることが重要です。死亡者の内、何パーセントの人が5回目のワクチンを打っていたのか、ワクチンを打った回数と死亡との関係などについてのきちんとしたエビデンスに基づくキャンペーンを行うことが大事ではないでしょうか。

以上

「千葉県の新型コロナ」座談会記録

出席者 自治研 H (司会)・千葉自治研事務局 A、保健師 F、保険医協会 N、民医連 I、介護福祉士 K

H 第8波の最中にお集まりいただきありがとうございます。座談会の目的は、千葉県では、新型コロナ禍で何が起ったのか、県の対応はどうだったのか検証し、今後の対策に資するため記録としてまとめておこうということです。はじめに、県の対策本部の公表されている記録に添って経過を述べます。

<第1波>

県は、2020年1月23日に第1回健康危機管理対策本部を立ち上げた。この時点で国内感染者は1名であり、「ヒトヒト感染は明確ではない」という認識であったが、1月30日の第2回会議では、同日県内最初の感染者が確認され、「感染対策に全庁一丸となって対処する」と知事が表明した。2月6日の第3回会議で、帰国者接触者外来と相談センターが設置された。この時点で県内6名確認。1人は無症状であった。2月25日に国が新型コロナ対策の基本方針を公表した。テレワークやイベントの自粛、積極的疫学調査などの内容。同日の第5回県対策本部会議では、感染確認13名中6名が経路不明であることが報告され、市中感染の広がりが懸念された。この時期の県内の感染は、東京に近い市川が最も多く(3/7、22人中17人が市川)、県は市川市と協議している。

3月19日、国の専門家会議は、コロナ疑いの患者について、37.5度以上の発熱が4日以上続いた場合にのみ、相談センターを経由して、医療機関受診を進めるという方針を打ち出した。これは、この方針が打ち出されてから少しのちに明らかになったことではあるが、新型コロナの病像が、発症まで4、5日の潜伏期間があり、発症2日前頃から他者への感染がおこり得、無症状の人からの感染も起こりうるというものであることから見

て、全く感染拡大を放置するものであった。このような方針が取られた背景には、国にこのような感染症のパンデミックが起るといふ想定が全くなく、病床確保もPCR検査の体制もなかったことがあげられる。千葉県のこの時点(3/7)で確保している病床は182床で、PCR検査は1日120件が可能であるにすぎなかった。この「37.5度以上、4日」の方針が訂正されたのは、5月7日である。

3月26日、県対策本部は名称を「新型コロナウイルス感染症対策本部」と改めた。3月30日、東庄町の船橋市指定の障害者施設でクラスターが発生した。ここの職員は感染防御の資材が無く、ゴミ袋を貼り合わせて防護衣とし、介護にあたった。

4月7日、国は1ヶ月の「緊急事態宣言」を発した。後に明らかになったところでは、第1波のピークは4月1日頃とされている。このころ、4月28日時点で、東京都では2,619人が要入院とされたが、確保病床は2,000床であった。第1波ですでに必要な医療を受けられずに在宅で死亡するという事態が発生した。千葉県は、5月4日の段階で、累計865名の感染確認、入院中268(重症19)、ホテル33、施設68、調整中182という状態であった。

国の事実上感染放置の方針にもかかわらず、国民は外出自粛などロックダウン並みの防衛策を講じ、5月の末には第1波は収束した。千葉県の第1波の死者は(3/28~5/28)、41人である。

<第2波>

第2波は、2020年7月から起った。7月11日の第11回本部会議で、医療体制の備えは、要療養者最大1,891人、病床確保1,200床、ホテル1,400室、臨時医療施設150を確保する、検査については需要のピークを2,792件/日と想定、保健所機能強

化（応援体制・マニュアル見直し）、コールセンター・患者移送などの外部委託、患者情報の一元管理、などの方針が打ち出された。

しかし、この想定をはるかに超える事態が第3波でうまれる。第2波（7/7～9/24）の死者は27人であった。

政府は第2波の最中、7月22日からゴーツウ・トラベルを開始した。西浦博（北大教授・当時）はこれによって6割ほど感染が拡大したとしている。それが中断されたのは、第3波が深刻になった12月の末である。

第2波では、若年層の感染拡大が目立った。政府の感染対策では、ホットスポットと称して、飲食店、繁華街での感染対策に中心が置かれるようになった。これは千葉県も変わらない。

また、8月28日、安倍首相の退陣表明と同じ日に、政府のコロナ対策の上で、注目すべき転換があった。その一つは、発熱外来を開業医レベルでも行うことを要請し、患者が直接医療機関にかかれる道を開いたことである。これを開設した場合、最大27万円／日の補償も付けられた。

（注1）開設して患者が来なかった場合の補償、20人以上患者が来たら補助はなくなる。大勢患者が押し寄せて頑張ると補助がなくなるというのは一見奇妙だが、患者が来れば診療報酬が請求でき、この時期のPCR検査は診断料を含めて2万円近かったから、あまり不満の声は出なかったようである。

第二に、高齢者施設の職員について定期的に頻回の検査を行う、という方針である。これが徹底されていたなら、その後のコロナによる高齢者の死亡を大きく減らせたと思えるが、実際には厚労省は、その実施をサボタージュした。

<第3波>

11月から第3波が始まる。12月28日、第18回の本部会議で、県は「医療の緊急事態宣言」を発した。この時点で、要療養者1,713人、入院中456人（重症20人）、ホテル239人、調整中1,018人であった。この調整中というのは、医師がコロナと診断して、要入院またはホテル療養が必要であると考えた場合、保健所に連絡して保健師などが入院先などを探し、患者を搬送する、その行き先探し

をしている人数が1,018人いるということである。要療養者は、1月7日には2,720人、2月2日には5,309人となり、調整中の患者が4,322人と、必要な医療が受けられない「医療崩壊」状態となった。国は、1月8日2度目の「緊急事態宣言」を発した。3月5日の第22回本部会議から、自宅療養が公式に採用され、340人が自宅療養となっている。3月18日、宣言解除の日の第23回本部会議で、高齢者施設職員へのPCR検査の実施結果の報告がされている。709施設22,399人へ実施し、9人の陽性者が確認され、隔離措置が取られた。3月3日から医療従事者へのワクチン接種が始まり、ホテルへの往診体制、後方病院の拡大、変異株スクリーニングの拡大などが方針として出された。第3波（11/30～3/19）の死者416人。

<第4波>

2021年4月5日、第25回本部会議。ここから熊谷知事になる。保健所設置市の首長（船橋・柏・千葉）、市長会長、町村会長が次回からオブザーバー参加するようになった。高齢者施設職員のPCR検査は、これまで2,478施設75,259人に実施され、30人の陽性者を確認している。4月12日から千葉市の高齢者ワクチン接種が始まった。

第4波は、関西中心に起こった。4月24日3度目の「緊急事態宣言」が行われた。千葉県は、県北西部などの蔓延防止措置を行った。第4波の死者、165人。この時点でほとんどがアルファ株になっていた。

<第5波>

対策の中心がワクチン接種の推進となり、集団接種が推進された。6月末にはデルタ株が1割になった。6月中旬から市原、木更津などこれまで感染が広がっていなかった地域でも感染が拡大した。ワクチン接種と感染拡大のせめぎ合いの様相を呈した。7月28日の第36回本部会議（書面開催）で、千葉県は「緊急事態宣言」を要請した。7月30日から8月8日まで行われた東京オリンピックは、「緊急事態宣言」下でのオリンピックになった。オリンピックの強行によって、6割程度感染が拡

大したという研究がある（東京財団研究所）。8月17日の第37回本部会議で、現在の状況がステージ4（病床使用率76%、重症73%、医療逼迫）とされた。要療養10,458、内入院中1,022（重症94）、ホテル438、調整中1,217、自宅7,781と報告されている。9月9日第39回本部会議では、要療養10,822、内入院中902（重症93）、ホテル380、調整中636、自宅8,901である。自宅療養フォローアップセンター、パルスオキシメーター2.5万台、酸素濃縮装置35台、往診対応医583人、訪問看護ST193などが整えられた。この時点で千葉県のワクチン接種率は、高齢者87.42%、全世代40.37%となっている。9月から抗体カクテル療法が県内72医療機関で始められた。第5波の死者（6/24～11/22）、328人、デルタ株。

<第6波>

11月25日の第43回本部会議で、次の波に備えた方針が協議された。保健所体制を整備し、自宅療養を支援することがメインである。病床確保フェーズ3で1,736床、臨時待機施設200を確保する。発熱外来は現在729。12月末からオミクロン株になってきた。急速な感染拡大が起り、1月17日に蔓延防止措置を要請。12月28日から薬局チェーンに依頼して、希望者の無料PCR検査がはじめられた。2月10日第49回本部会議の報告では、要療養34,674、内入院中1,994（重症19）、ホテル314、調整中3,263、自宅29,555となっている。オミクロン株の重症化率は高くはないと言われた。確かに感染者数に対する死者の割合は、アルファ株1.2%、デルタ株0.7%、オミクロン株0.2%と伝えられている。しかし、感染者数が10倍になれば、死者数も大きく増える。しかもオミクロン株はブレークスルー感染する（ワクチンを打っていてもかかる、ワクチンを打ってから一定期間内なら重症化予防効果はある）。

結果、第6波（2022/1/12～5/2）の死者数は724人に達した。オミクロン株である。

<第7波>

第6波の後、1日500人程度で感染者数が下げ

止まりし、7月から再び上昇し始める。今度はオミクロンから派生したBA5である。8月4日、県は第54回本部会議で「BA5対策強化宣言」を発するが、その内容は、65歳未満で基礎疾患のない軽症の人は、検査キットの配布をうけ、陽性者登録センターに登録して、オンライン診療を受けられるように、高齢者施設や保育所の濃厚接触者の特定はやめる、というようなものであった。ただ一つ、高齢者施設職員の頻回検査を実施するとしたのは評価できるが、実態は施設が要望するだけ検査キット（抗原検査）を配るので、あとは施設の裁量でやってくださいというものであった。従って、その実施結果の検証は困難であろう。第7波（5/5～10/1）の死者833人。

<第8波>

11月中旬位から、再び感染者数が増加し始めた。オミクロン対応ワクチンの接種も始まっているが、国民の「ワクチン疲れ」の様子もうかがえ、第7波を超える大流行になるのではないかと懸念される。この時期の日本の感染者数が世界一になったと報じられている。

H それでは、これからそれぞれこの間に体験されたことをレポートしていただきます。

まずFさんから。

F 私は県職員を退職した保健師で、この間第3波と第7波の時に要請されて松戸保健所の仕事に携わりました。ここは、松戸・流山・我孫子の三つの市、82万人を管轄していますが、第3波の時は、感染症担当の保健師の配置は4人で応援体制も弱く、電話が殺到していました。在宅待機中に呼吸困難など訴えられても、中々入院先が見つからず、携帯電話を持たされて、時間外にも探し回り、数時間以上もかかったこともありました。臨時の保健師の採用は、臨時職員と2社の派遣会社が入っていました。私が所属する会社は残業1時間しか認めないということで仕事を残して帰っていきます。応援の外部職員も同様です。残った仕

事は常勤職員が引き続き処理していました。見かねて私は時間が過ぎてもボランティアでそれなりに応援しました。常勤の人も諸般の事情で帰らざるを得ないという人もありましたが、多くの職員が終電車で帰る日々が続いていました。併せて、一人の患者に対して入院勧告・就業制限などの文書発行、県・国からの膨大な連絡・文書対応や報告事務に悩殺されていました。

聞いた話では、ホテル療養から自宅に帰った一人暮らしの人が、連絡が取れなくなり、ご家族に連絡して見に行ってもらったらお亡くなりになっていたということがありました。このころは、在宅患者のパルスオキシメーターも無く、ホテルでの療養支援体制も整っていなかったのです。保健所長さんは日に日に痩せていくような感じで、必死に県に応援を要請していました。とにかく第3波の時は、保健所のキャパシティをはるかに超える業務で、メンタルになったり、退職に追い込まれるなど悲惨な状態でした。

第7波（2022年7月～9月）の時には、かなり応援体制が強められ、第3波の時に30人くらいだったかと思いますが、第7波の時には朝会に100人以上が集まっていました。自宅療養が基本になり、パルスオキシメーターも配られるようになりましたが、時間がかかって、着いたときには治っていたという例もありました。入院必要患者でも入院には5日以上待たされ、その間、往診や投薬で乗り切っていました。高齢者・基礎疾患・妊婦などのハイリスク患者の状態把握と対応、高齢者・障害者・保育園施設のクラスターの対応は保健所がやり、その他の患者は外部委託で状態確認を実施していました。高齢者・障害者施設、保育所の濃厚接触者の特定は国基準に基づいて施設自身が判断し対応していました。

9/26からは国の通知により医師からの発生届けは全数報告から65歳以上・入院必要・重症化で投薬や酸素が必要・妊婦に限られ、他は患者さん本人の自己申告で登録申請に変わりました。

12月中旬からは保健所で実施していた患者の健康状態の確認・対応はすべてファストドクター（在宅医療専門の医師グループ）へ外注されることになりました。保健所は高齢者施設のクラスターは継続してフォローするようですが、医療機関から

の感染者の全数届出から一部届けとなり、保健所がやっていた重症化リスクの高い患者などのフォローも民間委託し業務範囲が縮小されています。正確な数の把握や実態の把握が可能なのか疑問です。

（注2）コロナ禍での保健所の業務は、第1波の時には、帰国者接触者相談センター（コロナについてのすべての相談窓口だった）と帰国者接触者外来（感染症指定医療機関に設置、すぐにこれでは対応できなくなり、病院、保健所、ドライブスルー方式など拡大されていった）での対応、採取した検体の検査所への搬送、入院措置とホテル療養の手配、感染源と濃厚接触者を把握するための積極的疫学調査、であった。第3波の頃から自宅療養の支援が加わるようになった。

H ありがとうございます。千葉県でも保健所が減らされたなかで、感染症の対策の最前線に立たされ、過重な負担がかかった実態が明らかにされ、結果として命が失われる事態がおこったことがよくわかりました。皆さんからFさんに質問はありませんか。

I 第1波の時には、病院でコロナを疑って検査をしようと思っても中々してもらえないという状態がありましたが、千葉県の検査対応はどうだったのでしょうか？

F 第1波の時には現場に入っていませんでしたので、自分の体験でお話はできないのですが、まず仕組みとしてすべて公衆衛生対策の行政検査としてやることになっていました。しかし、感染者の急増の中で、到底対応しきれなくなったと思います。パンデミックを想定しての検査体制が無かったのです。2009年の新型インフルエンザの時の総括で検査などの保健所機能の充実が言われたのですが、具体化はされなかったようです。それと、聞いたところでは、感染症の専門家たちが広く検査をすることに反対したということですが。

（注3）日本感染症学会と日本環境感染学会による「新型コロナウイルス感染症に対する臨床対応の考え方」で「PCR検査の原則適応は、『入院治療の必要な肺炎患者で、ウィルス性肺炎を強く疑う症例』とする。軽症例には基本的にPCR検査を推奨しない」とし、これが政府の「受診の目安」、

「37.5度以上4日間」の根拠とされた。2020年4月29日現在で人口1万人当たりの検査件数は、イタリア305、アメリカ180、タイ26、ベトナム22、日本13という状態だった（緒方剛「新型コロナウイルス対応における保健所の役割と課題」『モダンメディア』67巻2号）。

H それでは、Iさん、コロナ患者の入院治療にあたった病院の立場からおねがいします。

I 船橋二和病院は、第1波の2020年4月よりコロナ入院対応を行いました。感染症対策の認定を受けた医師を中心にチームがつくられ、県連で対策委員会を開いてきました。この時は20床に対して入院患者は10人程度でした。この頃はコロナに対する一般の理解も十分ではなく、看護師が保育所で不愉快な思いをしたという話を聞いています。その後感染減少によってコロナ病棟は返上しましたが、第3波で12月に再開しました。1月3日には満床になってしまいました。PCR検査の機械を2台導入しました。また、発熱外来を行う民医連の診療所も多いのですが、時間帯や動線の工夫が必要です。プレハブの建設や施設改修なども実施しました。

残念ながら、2021年3月と2022年2月に二和病院でもクラスターが発生しました。1回目は入院時の検査では陰性だった患者が実は感染者で、そこから感染が広がったと思われ、2回目も通院患者から感染したようです。コロナの感染力の強さと発症前から感染力を持つことから、院内感染やクラスターを完全に封じ込めることは、難しいと言われています。1回目のクラスターでは新規入院を停止したなどの影響で、約1.6億円の減収となりました。他の県ではこうした場合、「みなし重点医療機関」として補償している例もあることから、県に対して空床補償を申請、県は申請を一度は却下しましたが、対県交渉で現場からの声で訴え、厚労省に働きかけるなどした結果、補償を実現することができました。

コロナの問題で重大だと思ったのは、第3波以降の感染の波の時に、医療逼迫を理由として事実上、高齢者に対するトリアージ、差別が行われたことです。87才の入院患者が人工呼吸器など高度な医療が必要だということで搬送を要請したので

すが、県から「高齢だから搬送対象にできない」と言われ、お亡くなりになりました。また、重症になった47才の女性の場合も受け入れ先が見つからず、二和病院では、人工呼吸器の使用は想定されていませんでしたが、院長判断で人工呼吸器をつけ、回復して退院されました。第5波、東京オリンピックの時には、千葉市の場合、救急患者の半分が搬送されなかったと聞いています。

経営的に見ると、2021年度は本業の事業損益では、大幅な赤字、それをコロナの補助金で補って黒字になったという状況です。

H ありがとうございます。空床補償をたたかって実現したというあたりは、さすがに民医連という感じです。また、高齢者への差別という問題は、これからの日本の医療の在り方にかかわる大きな問題であると思います。Iさんの報告について、なにかご質問はありますか。

N 人工呼吸器を使わないというのは、どういうことなのでしょう。

I 二和病院は中等症以下の患者を受け入れる病院として指定されていて、人工呼吸器を使用して管理することが必要な患者は、それを担う病院に移送することが原則だったのです。

F クラスターの事ですが、2回というのは少ない方じゃないでしょうか。松戸の方では何度も繰り返して起っています。

I そうですね。近隣の施設も感染が広がり、感染や濃厚接触のために看護師など職員が休んでいて、救急機能が危うい状況です。

H それでは次にN先生をお願いします。

N 私は県保険医協会の役員をしていますが、実は歯医者で、今日は医科の先生の都合がつかず、私が参加することになりました。私自身、8月にコロナにやられました。あまり熱もなかったのですが、朝出勤したらスタッフから、「声がおかしい」と言われ、キットで検査したら陽性、すぐに予約

をキャンセルして休診です。全くどこで感染したのか見当もつかず、オミクロンの感染力の強さに驚きました。歯科の診療は患者の口腔に接しますから、感染しやすいと思われがちですが、実際は小外科ですので普段からサージカルマスクや手袋をするなどしていますから、歯科での感染はあまりなかったと思います。始めの頃、厚労省にも誤解があって、「不要不急の患者は診療しないように」などという通達もありましたが、多くの歯医者は予約を減らし、待合室の混雑を避けるなどして診療を継続しました。しばらくして通達は撤回されましたが、その影響も残ったのでしょうか、患者さんの側で受診を控える傾向はあったようです。

保険医協会では、これまで数回会員のアンケート調査を実施して、コロナの影響を調べています（直近調査の回答数361、回収率10%）。今年4月～8月の診療分について、2019年の同時期と比較しての回答をいただきました。それによりますと、およそ50%の医療機関が「以前に戻った。増えた」としていますが、4割が「患者数・診療報酬ともに減った」と回答しています。増えた所は、発熱外来などコロナ診療に取り組んだところが多いと考えられます。会員の3分の2が発熱外来に取り組んでいますが、していないところは、例えば発熱患者と通常の患者の動線を区別することが施設的にできないなど、それなりの理由があるようです。診療科別では、患者数で産婦人科、耳鼻咽喉科、皮膚科が特に大きく減少しています。歯科はさらに厳しく、4割台にしか回復していません。13.7%の医療機関が、「今後の見通しが立たず、閉院も考えている」としているのは重大だと思えます。

国が全数把握を止めることについても、自分で感染を確認した患者がちゃんとフォローアップセンターに届けてくれるか、実務が大変など不安の声が寄せられています。最近では、ワクチン接種が、あまり進まなくなっていて、感染症2類の変更を求める声もあがっています。しかし、コロナとインフルエンザを同じだとは言い切れないう、こういう緩めた対策でいいのか、いつまで続くのか不安の声が大きいです。

第1波の頃は、とにかくマスク、消毒薬などが

足りなくて、協会がタイから医療用以外の消毒薬を購入して会員に配布する、マスクを購入して配るなどしました（効果と適法性は確認済み）。これは大いに感謝されました。このように、経過をまとめていただくと、いろいろ思い出されますし、これから先の事を考えていくにも役に立つと思います。

H ありがとうございます。何かご質問はありませんか？

なければ、私から、今の第8波の状況とかかわりますが、今政府は、一般の診療所で診ることを基本にしていますが、その上での問題点についてご指摘いただきたいのですが。

N こういう事態になると、いくつかの医療機関で対応するというのは無理で、今の発熱外来のような形で医療界全体で対処するほかないと思います。二和病院さんで購入されたような全自動のPCR検査機器を開業医がすぐに利用できるような形で公で購入して配布すれば、受診してすぐに診断が付きまします。次に必要なのは薬です。今のコロナの薬は早い時期に服用することで効果がある薬です。開業医がその薬の処方ができるような薬の供給を実現してほしい。ホテルや自宅療養もやむを得ないでしょう。しかし、コロナは急変することのある病気です。パルスオキシメーターはもちろん、医師の往診、保健師の対応などをきちんとし、何時でも必要なら入院できる体制をつくる必要があるではないでしょうか。そして、開業医が入院が必要だと判断したら、すぐに受け入れてくれるように病床を確保してほしい。保健師さんが大苦勞された入院先探しを、開業医がすることはできません。

I 今政府は、50%ルールと言われていますが、コロナ病床が50%未満の入院である場合、半分返上するように言ってきています。その措置を受けて、多くの病院が申請病棟を返上しました。そうするとすぐに満床になりますから、良心的な病院は、返上した、今ではコロナ病床ではない病床にコロナ患者を入院させています。

H ありがとうございます。第8波のこれからが心配ですが……。次にKさんお願いします。

K 私は、H理事長の下で介護部長をしています。介護福祉士です。今までのお話を伺って、介護の分野で少しがんばりすぎたかもしれない、という気がしています。訪問したコロナ患者さんのサチュレーション（酸素飽和度、パルスオキシメーターで測る）が、92くらいだと、「90を切っていないから、救急車は呼べないね」という傾向がありました。医療が必要な要介護の人に医療が提供されず、介護の看取りだけになっていいのか、改めて考えたいと思います。

第1波の時は、とにかく感染対策の物が不安でした。当法人は2月頃からアルコール、マスクなど購入して備え、また、民医連の事業協組合の頑張りでなんとか補給されたという感じです。また、介護分野は、当初感染対策マニュアルもなく（半年後ころに動画のマニュアルがきた）、不安でしたが、県民医連から医療面での学習支援や病院から看護師の介護事業所ラウンドなどを受けて、対処出来ました。当時、デイサービス等は自主休業という動きもありましたが、法人で議論して、社会を維持していくのに不可欠の仕事ということで、出来る限りの感染対策をして、事業を継続するという方針にしました。職員の多くが近くに住んでいて、自転車通勤の人が多かったのも幸いだったと思います。

感染対策ということで、施設入所者への面会が制限され、利用者のQOLに影響が出たのではないかと懸念されます。2020年度は、あまり利用者の減少もなく、なんとかギリギリで経営出来ましたが、2021年度は、利用の自粛が相当起り、在宅介護の高年齢のヘルパーさんが減り、かなりの赤字になりました。介護事業所の倒産・閉鎖はぜひぶん増えています。

（注4）日本全体で2020年は年間118件で過去最多となったが、2022年度は1～9月で既に100件を超え過去最多を更新するのではないかとされている。

テレワークの推進と感染への懸念から家族介護が拡大しましたが、不適切な高齢者への対処やADLの低下が起こったのではないかとされています。

2022年、デイサービスでクラスターではありましたが、小規模な（利用者2職員2）複数の陽性者が発生しました。第3波の時、市からの連絡で、グループホームなどの入居者が感染した場合、医療体制上対応できない場合があるので、施設内で対処してほしいということでした。初めに申し上げたように、これも医療を受ける権利という点で問題だと思います。陽性者が発生した場合BCP（事業継続計画＝災害などの非常時においても事業を継続していくための計画）が大切だということで、それぞれの部署で計画をつくりました。おかげで生活支援ハウスで感染が起こった時は、最小限の影響で抑えることができました。

介護分野では営利企業がすでにおよそ50%のシェアを占めていますが、こうした大手の訪問介護事業者では、感染の危険を避けるためコロナ感染者は対応しないと決めている所があるようです。

H ありがとうございます。検査の問題はどうだったでしょうか？

K 2020年12月から職員の週1回のPCR検査を目標に行ってきました。この時は1人無症状感染者が発見されて、利用者さんへの感染を防ぐことができました。しかし、県や千葉市はしばしば検査事業を中断したので、日本財団の事業を利用しました。船橋では市からの検査に対する援助はありませんでした。今は、千葉市は「必要なだけ抗原検査キットを配布するので事業所で計画を立てて使ってください」という対応です。

H ありがとうございます。それでは、これからは少し論点を絞って議論したいと思います。まず、コロナについての県の対応はどうだったかという点では如何でしょうか。

I マスコミを通じた印象でしかありませんが、熊谷知事はイニシアチブをとろうとしているようには見えるんですが、現場から見て効果的な政策があったかどうかは疑問です。評価できそうなのは、薬局チェーンを使った希望者への無料検査と、ワクチンの大規模会場くらいでしょうか。

F 2009年の新型インフルエンザの時は、現役の時でしたが、全く応援体制もなくて、保健所内では私が感染担当で1.5人で対応しました。月150時間の残業が3ヶ月続きました。この時の教訓から、新型インフルエンザなどについての法律がつけられ、検査体制の強化なども言われたはずで、県にも危機管理室などができたのですが、今回、それが有効に働いたとは思われません。同じことが繰り返されたように思います。

2022年8月1日の保健所の朝礼で所長から、前日の保健所長が参加した会議での熊谷知事の挨拶を紹介していましたが「頑張ってください」と言うだけで、第7波の感染爆発の現実への対処の具体的方針が聞けずがっかりした人もいたようです。

A コロナの問題は、災害対策と同じで、例えば消防については火事が無くても平時から備えています。感染症対策も同じように備えるというのがまず考え方として、必要なのではないのでしょうか。

H 千葉県は、国の方針に大変忠実で、国の方針に無いことはやらない。コロナの場合も、はじめ検査を制限する国に忠実に、PCR検査が保険適用された時期にも、医療機関が検査を外注した場合には、自己負担分の公費補てんをしない、などということがありました。マスコミにたたかれてからは是正されました。

ただ、2020年8月の国が高齢者施設の職員検査の方針を出した後に、県として実施したようで、本部会議の議事録をみると2021年3月には、これが有効な対策であると評価しているように見えます。しかし、その後どのくらい現場で行われたのか、Kさん如何ですか。

K 現場レベルでは県が熱心に職員検査を進めているという感じはなくて、やっぱりやらなかったり、というように感じました。「必要なだけ検査キットを」というのも最近の事です。これも現場の感染対策の考え方で、施設によって差が出てくるのではないかと、と思います。

H 最後に、全体としてコロナと日本の医療の在

り方という点でご意見ををお願いします。

I コロナのような感染症に対しては、検査できる体制と命を守る医療体制の整備だと思います。日本は最初の時期の方針が間違っていた。検査の能力が無かったから、というのは第1波までは許せても、2020年8月の政府方針の後でも大規模な社会的検査（杉並区が名付けた高齢者施設職員などに対する頻回検査）に取り組もうとしなかったことは許せないと思います。偽陰性、偽陽性の問題が言われましたが、偽陰性はすべての検査にあることであり、定期頻回検査で相当程度カバーできると思います。実際、オリンピック関係者には毎日の検査を行ったのです。偽陽性の発生は1%程度と言われており（緒方剛 前出）、そういうものとして考えればよいことではないでしょうか。検査・ワクチンパスポートを進めれば、経済社会活動との両立も可能だったと思います。

医療体制の問題は、今回入院医療の中心になったのは、国・公立・自治体の医療機関でした。政府はこれの再編縮小計画をあきらめてはいません。日本のICUなどがかなり少ないということも明らかになりました。いざという時に命を守る体制をつくることは、国の責任だと思います。

N 第一線の医療の立場からすれば、治療できる薬がほしいです。日本ではワクチンも作れなかった。研究開発・科学技術の力が落ちていていると思います。長期的な視野に立った研究を国が軽視している。大学を独立行政法人にし、予算を減らす。企業と手を組んだ短期的に成果の上がりそうな研究ばかりになる。もっと長期的な視野に立った研究を保障するために、もっと教育研究にお金を注ぐべきです。

これからもコロナのような感染症が起きると思いますが、水際対策も時間稼ぎという意味で重要ですが、何れは入ってくる、そうした時に開業医を含めて、日本の医療界全体で対処するためには、正確な情報とたたかえる武器が必要です。今の状況では、武器なきたたかいはまた強いられそうです。

K コロナ禍で改めて介護の仕事の重要性を再確

認しました。もっと社会的に認めてほしい。もっと人手が必要です。それなのに、特別養護老人ホームの職員基準を3対1から4対1に変えようという政府の動きがあります。今でもギリギリなのに、もっと多くの人を少人数で介護しなければならなくなったら、辞める人が増えるか、介護の質が下がるか、ということになると思います。高齢者が粗末に扱われる国にはなってほしくないです。

F 千葉県保健師の数は、全国的に見て少なく、実数で2,084人、人口10万人当たり33.3人、下から6番目です(2018年)。保健所職員で見るとさらに少なく、最下位を争うレベルです。今回のコロナで起こった事態は、国が公衆衛生を軽視してきた結果です。保健所法が無くなって、地域保健法になりました、そこには公衆衛生という言葉さえありません。千葉県は国に忠実に保健所を減らしてきた。いまは専任の医師の所長がないため兼務のところさえあります。13保健所中で検査所は7ヶ所だけです。こうした公衆衛生軽視のつけが回ってきたという面があると思います。本来なら人口20万人に1ヶ所の保健所が必要です。松戸保健所管内ならあと3ヶ所増やさなくてははいけません。こうした健康危機に対する専門的な能力を持った危機管理センターが必要ですが、千葉県の今回の対策本部の事務局は健康福祉政策課でした。公衆衛生を重視し、業務に精通した職員の養成が求められていると思います。私たちも、保健所は本来何をするとところなのかを、改めて明らかにして広く訴えていかなければならないと思います。

A 今日は大変勉強になりました。それぞれの現場で並大抵でないご苦労があった、これを多くの人に知ってもらうことが必要だと思いました。一

方、コロナはまだ終わっていません。今、日本が感染者数で世界一になっているそうです。そして、政府は患者の全数把握を止めてしまいました。オミクロンになった今年の死者の方が昨年までより多くなっている。その理由についてのきちんとした分析も聞かれない。後遺症の問題も相当にあるようなのに、それについての国の十分な調査報告や対策もない。国民のワクチン疲れもあって、またまた高齢者が入院できないという事態が起きるのではないかと心配です。

H ありがとうございます。今の高齢者のトリアージ、入院できないという事態が、これから制度的になっていくのではないかと、ということが民医連の医師などが心配していることです。御承知のように、国は病院を高度急性期、急性期、回復期、慢性期に機能別に再編成しようとしています。その中で、例えばある民医連の高度急性期の病院でも高齢の肺炎患者は、自分の病院で診ることができない、そういう状態に追い込まれています。そこでは、そうした患者について、医療連携の中で紹介するなどして患者の適切な医療を受ける権利を守ろうと努力していますが、そのような大都市で連携が進んでいるところはともかく、田舎ではそうした連携は望むべくもなく、小規模でも多機能を持たざるを得ない。コロナの問題はそうした今進んでいる事態についての警鐘なのではないかと思っています。

本日は、本当にありがとうございます。この座談会をまとめて、今後の取り組みに役立てたいと思います。これで座談会を終わります。

(2022年12月18日、千葉県自治体問題研究所で開催されたもの)

ダウン症候群のある人について「知る」こと

——「身体的現れの政治」を手掛かりに

竹内 優希

I はじめに

出生前検査は、いわば胎児の障害を出生前に「知る」ことであり、それを可能にする技術であるといえる。この出生前検査をめぐるのは、障害とされる属性をもつ人びとの「命の選別」につながっているという点が、1968年に日本で羊水検査が導入されて以来、大きな論点とされてきた。

本稿は、この出生前検査をめぐる新たな状況を背景として、ダウン症候群のある人びととその家族に着目して行ってきたフィールドワークの成果であり、ダウン症のある人の「生きられた経験」としての「障害」が他者に知られてゆくプロセスについて検討することを目指すものである。そのために、出生前検査と「障害」を生きる人との関係をめぐって、医療技術によって客体化される「障害」に対し、その生きられた経験に目を向けることの重要性を論じる議論〔渡部 2014；二階堂 2016〕に倣いつつ、近年の文化人類学における議論を参照する。

具体的には、まず、胎児の疾患・障害を「知る」ことへのアクセスをより簡便にする NIPT という新たな出生前検査の導入と広まりが、ダウン症者や家族たちに衝撃や危機感をもたらしているという状況を背景として確認する。そのうえで、医療技術によって客体化される「障害」と、「生きられた経験」としての「障害」を区別する議論を参照する。そして、ダウン症のある人びとにとってもっとも身近な存在のひとりである親たちが、ダウン症のあるわが子を育てるなかで、その存在を了解してゆくプロセスの一端を、その語りから明らかにする。さらに、筆者が参与観察をおこなってきたダウン症啓発イベント「バディウォーク」の実践を、そのようなプロセスを家族の外部の社会へと開いていこうとする試みとして位置づけ

る。そして、「身体的現れの政治」の概念を通して、検査によって客体化された障害を「知る」こととは異なる位相にある、「障害」を知る¹ことの一様態として考察を行う。

1 本稿の背景

筆者が、文化人類学の視座から出生前検査について研究したいと考え、その調査のために情報収集を始めた2019年6月ごろには、ちょうどNIPT（無侵襲的出生前遺伝学的検査／母体血を用いた出生前遺伝学的検査）の運用をめぐる、日本産科婦人科学会による「指針」改訂が問題となっていた。この問題を伝える新聞記事には、しばしば検査の対象として「ダウン症など」の文字が躍っていた。「ダウン症候群」はこれまでも、あまりにもしばしば、出生前検査の対象の筆頭として名指されてきた。筆者は、そのような状況に対するごく素朴な疑問からフィールドワークを開始した。すなわち、「名指される側」となっているダウン症のある人、あるいはダウン症のある子どもを産んだ母親たちについて、親の会への参与観察やインタビューによって知ろうとすることが、調査の出発点であった。

2020年6月にNIPT「指針」再改訂¹の問題が持ち上がると、親の会などで活動するダウン症者の家族たちのなかで、NIPTがはらむ問題への危機感が急激に強まったように、筆者には感じられた。加えて同じころから、新型コロナウイルス感染拡大の影響が深刻化していった。その結果、筆者のフィールドワークにおいては、直接会って活動をともしたり、インタビューをしたりする機会が減少した一方で、オンライン開催に切り替えられた啓発イベントや勉強会によって、膨大な量の情報が入ってくるようになった。そうした情

報のなかでも特に目立って感じられたのが、ダウン症啓発活動として行われるさまざまなイベントや講演会の存在であった。NIPTの問題と時を同じくしてそうした啓発活動が盛んにおこなわれることは、多くのダウン症児・者の家族たちが啓発をしなければならない状況がある、ということを暗に示しているだろう。加えて、特にオンラインでの啓発活動に多く触れるなかで、むしろそれらとの比較において、コロナ禍以前から携わっていた対面での啓発活動がおこなっていることは、実のところ何であるのだろうか？という問いが浮かび上がってきた。

啓発や情報発信の活動において、適切な情報を必要な人に届けるという側面には、非常にわかりやすい意義がある。この点については、コロナ禍において広まったオンラインでの活動について、対面よりもむしろ、情報の授受の効率や利便性がよいという感想がしばしば聞かれるようになった。その意味で、本稿の後半で取り上げるような対面でおこなうイベント型の啓発活動は、適切な情報の授受という面だけで考えれば、オンラインでの活動でも十分代替可能であるといえる。だが、筆者のインフォーマントたちは、コロナ禍においても常に、何らかの形で直接に集う場を継続させる方法を模索し続けていた。もちろん、ダウン症啓発に限らず、「オンライン」はあくまで「対面」の代替であるという感覚はある程度広く共有されていると思われる。ではそこで、「啓発」という活動に懸けられているものが、正しい知識やイメージの発信だけではないことにあらためて目を向けたとき、そうした活動に熱意をもって取り組む人びとにとって、そこに懸けられているもの、その意義を、どのように言語化することができるの

だろうか。

本稿は、筆者がフィールドワークのなかで抱くようになったこのような問いに対して、ダウン症のある子どもをもつ親たちが、「障害」のあるわが子の存在を了解していく／しようとするプロセスの一端を引き受けなおすことを通じて応答しようとするものである。

2 NIPTの衝撃

NIPTは、母体血中に浮遊する胎児のDNA断片を、「次世代シーケンサー」と呼ばれる装置で直接解析し、胎児の遺伝学的特徴を調べる技術である。検査精度が比較的高いのは、染色体のトリソミーであるが、原理的には胎児の全ゲノムを解析することも可能だと言われている〔山中2017:50〕。ダウン症候群は、染色体トリソミーのなかでもっとも発生頻度が高い21番染色体のトリソミーに由来する。

この検査技術が日本で導入される動きについては、2012年8月29日、「妊婦血液でダウン症診断 国内5施設 精度99%、来月にも」という見出しで初めて報道²され、1990年代の母体血清マーカー検査導入以来の大きな社会的論争を呼んだとされる。この記事の内容ひとつをとっても、「妊婦の血液で、胎児がダウン症かどうかほぼ確実にわかる新型の出生前診断を、国立成育医療研究センター（東京）など5施設が、9月にも導入することがわかった。妊婦の腹部に針を刺して羊水を採取する従来の検査に比べ格段に安全で簡単にできる一方、異常が見つければ人工妊娠中絶にもつながることから、新たな論議を呼びそうだ」などと、ダウン症候群のみを標的とするかのように

¹ この2度の改訂案には、認定施設の要件を緩和し、遺伝カウンセリングの機会を削減するものであるとして、小児科や臨床遺伝など他の医学系学会、JDSのような障害当事者団体、フェミニストの有志などからは強い反対の声が上がった（NIPTのよりよいあり方を考える有志 2020「NIPTのよりよいあり方に関する提言」（2020年7月22日第4回母体血を用いた出生前遺伝学的検査（NIPT）の調査等に関するワーキンググループ机上配布資料2）https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo_145015_00005.html 2021年2月26日取得）。

また、2022年10月現在、改訂指針は、2019年6月付の厚生労働省子ども家庭局母子保健課課長通知により凍結されている（日本産婦人科学会「母体血を用いた出生前遺伝学的検査（NIPT）」指針改訂についての経緯・現状について」https://www.jsog.or.jp/modules/news_m/index.php?content_id=843。2022年10月30日最終閲覧）。

² 読売新聞 2012年8月29日朝刊。

書かれている点、非確定的検査³であるにもかかわらず「精度99%⁴」「ほぼ確実」と表現した点などが、不正確かつ、特にダウン症候群に対して、誤解と偏見を助長する内容であったことが批判されてきた [玉井 2014a; 山中 2017など]。

2013年に策定された日本産科婦人科学会によるNIPTの実施指針には、その前文で「治療の対象とならない先天的な異常については、出生前診断を行うことにより、障害が予測される胎児の出生を排除し、ついには障害を有する者の生きる権利と命の尊重を否定することにつながる」との懸念がある⁵と記されている。このように、出生前検査、いわば胎児の障害を出生前に「知る」こと、そしてそれを可能にする技術をめぐることは、障害という属性をもつ人びとの「命の選別⁶」につながっているという点が指摘されてきた。これは、1968年に日本で羊水検査が導入されて以来、大きな論点であり続けてきた問題である [二階堂 2016: 1]。

その後の報道においても、臨床研究として実施されたNIPTを受検し、確定診断によって胎児に染色体異常が見つかった妊婦のうちの高い中絶率が報じられた⁷だけでなく、「ダウン症協会は反対している」などといったように、「障害の当事者団体」と「妊婦のニーズ」をいたずらに対立させる、事実とは異なる図式が流布されたとされる [坂井 2013: 25-26]。

NIPTの導入をめくり、再びこうした「命の選別」の問題が大きく取り上げられるようになったことは、検査対象の筆頭として名指されたダウン症候群のある人たちの家族、そしてダウン症当事者たちにとって衝撃的なものであったことが、さまざまな資料から見てとれる。たとえば、臨床心理士として遺伝相談に携わり、自身もダウン症のある長男をもつ母親である玉井真理子は、NIPTに関する編著書の冒頭において、その報道に初めて触れたときのことを振り返っている。「[ダウン症]という言葉が、これでもかと（というのは、

³ 出生前検査のうち、侵襲性のある羊水検査や絨毛検査は確定診断だが、NIPTは、胎児に染色体異常性数性などがある可能性を確率で算出する。この精度は、母体の年齢が低いほど低くなるとされている。非確定的検査として、NIPTのほか超音波検査、母体血清マーカー検査等が含まれる。

⁴ NIPTでは、感度(罹患者が正しく罹患者と診断される確率)と特異度(罹患者でない人が正しく罹患者でないとして診断される確率)がともに99%以上である。だが、検査が「陽性」「陰性」と出たときに、実際にそれぞれ罹患者である／いない確率を示す陽性的中率と陰性的中率は、母体の年齢等の事前確率により大きく左右される [山中 2017: 41]。

⁵ 公益財団法人日本産科婦人科学会倫理委員会 母体血を用いた出生前遺伝学的検査に関する検討委員会 2013 「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査に関する指針」

⁶ 柘植あづみ [2022: 182-183] は、ヨーロッパやアメリカと比較して、日本では出生前検査を受ける妊婦の割合が非常に低いことを指摘し、そこにこの「命の選別」という論点が羊水検査の登場当初から提示されてきたこととの関連を示唆している。一方で二階堂祐子は、このような言葉遣いが、いわば表面的に影響力を持ち続けてきたことに隠れた問題点を指摘している。二階堂はまず、出生前検査と障害当事者との関連を検討するなかで、障害のある胎児を中絶することと、そこで検出されるものと同じ障害をもって現に生きている人の生命とのあいだには厳密には論理的な関係がないという指摘 [立岩 2013] を確認する。そのうえで、出生前検査を「命の選別」であるとするまさにそのロジックが、出生前検査に「社会的・倫理的問題がある」ことを指摘するための単なるお題目となり、思考停止の道具と化している、という状況を批判している。そしてこのロジックが成立してきた歴史的経緯を、脳性麻痺の当事者団体である「青い芝の会」が中心となって展開した「胎児チェック反対運動」などにおける主張から丁寧に辿り直すことで、こうした異議申し立ての言葉がもっていた本来のラディカルな力と論点を掘り起こしている [二階堂 2016: 11-43]。

⁷ 読売新聞 2015年4月11日朝刊「新型出生前検査「陽性」1.7% 病気判明の8割が中絶 開始1年半まとめ」など。なお、柘植 [2022: 184] によれば、臨床研究を実施したNIPTコンソーシアムが発表した検査結果で2013年から2020年にかけて、NIPTを受検したのちに確定検査によって陽性が確定した例のうち、その結果を受けて中絶した割合は、21トリソミー(ダウン症)で87.5%、18トリソミーで60.3%、13トリソミーで69.0%であったという。

まったくの私の主観であるが) 繰り返される文面に、このまま再び国際線に乗って息子と一緒にいっそ国外逃亡でもはかろうかと思ったくらいだ」[玉井 2014a : 6]。また、「ダウン症」という言葉が、上述したような当事者団体へのデマを伴いながらネガティブな文脈で頻繁にマスメディアに登場したために、公益財団法人日本ダウン症協会は、ダウン症のある人たちに向けての「メッセージ⁸」を発表するという対応を取っている（「[ダウン症]と「中絶」が頻繁に同時に使われる」[こうしたニュースなどを見たり聞いたりすると、「ダウン症」は生まれてきては困ると言っているように思えます。それで、「ほくは（わたしは）生まれてこないほうがよかったの?」とわたしたちに聞いた人もいます。いいえ、けっしてそんなことはありません!））。

出生前検査の実施や規制等をめぐっては、確率で算出される NIPT の結果についての説明など、検査そのものに関して、あるいは対象となる疾患・障害に関して、医学的に適切な知識・情報が、必要とする人に適切な形で伝えられることや、十分なケア体制が整えられること、また、「適切な」体制とはどのようなものであるのかが十分に議論されることの重要性は言を俟たない⁹。

一方で、より簡便かつ高精度な検査の存在に直面する妊婦や家族に対して必要だとされるのは、単にそうした検査にまつわる客観的で正確な知識や情報を「知る」ことだけには留まらない。検査の対象とされている疾患や障害がある人びとが、現実にとどのように育ち、生きているのかに関する具体的な情報が、出生前検査に関わる相談やカウンセリングに際しても十分に提供され、より広く社会的に知られていくべきであるという点も、繰り返し指摘されてきた。たとえば、厚生労働省に設置された NIPT に関するワーキンググループに

おいて、玉井浩は、小児科医でありダウン症者の父でもある立場から、ダウン症のある人について医学的側面だけでなく、教育や福祉といった、ライフステージに沿った社会的側面についても言及している¹⁰。あるいは、ダウン症のある人とその家族を丁寧取材してその姿を生き生きと伝えるルポルタージュを出版した放送作家、姫路まさのりは、著作の冒頭で NIPT がダウン症者や家族たちに与えた衝撃に触れたうえで、だからこそ、「[ダウン症の方々の当たり前の日常を伝える]」のは、「今」だと思った」[姫路 2015 : 217] と述懐している。

II 先行研究と本稿の視座

出生前検査をめぐって、その検査によって「検出」される疾患や障害とともに、実際に生きている人々の姿に焦点を当てようとする視座を共有しつつ、これを社会学的な見地から論じた先行研究として、渡部麻衣子や二階堂裕子の研究を挙げることができる。渡部麻衣子は、NIPT が「より確実により簡便に胎児の医学的な状態を知ることが可能にしつつある今、医学が人の「生」を支配する傾向が強まっている」[渡部 2014:43]として、人の生を分類する専門知である「医学のまなざし」とは異なる認識としての「家族のまなざし」の可能性に着目している。そして、カテゴリー分類を前提とする「医学のまなざし」とは異なる、障害のある人との生活における「生きられた経験」を通して形成されてきた「家族のまなざし」を社会において共有しようとする取り組みを紹介し、そうした「家族のまなざし」を積極的に擁護していくことが、「[医学のまなざし]による人の「生」の支配から自由であるために」重要な、ひとつの方法であると主張している [渡部 2014 : 85]。

⁸ 日本ダウン症協会ホームページ 「その他の事業 出生前検査について」<http://www.jdss.or.jp/project/05.html>より取得。2022年10月30日最終閲覧。

⁹ 情報提供やカウンセリング体制に関する議論や、生命倫理的な観点からの議論には膨大な蓄積があるが、本稿では立ち入ることができなかった。

¹⁰ 玉井浩「NIPTの対象とされるトリソミーについて」厚生労働省第2回母体血を用いた出生前遺伝学的検査(NIPT)の調査等に関するワーキンググループ[令和元(2019)年11月27日]資料1 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09015.html (2023年2月26日最終閲覧)

また、二階堂裕子は、出生前検査について、「障害」をもって実際に生きている人びとの経験との関係から論じている。そのなかで、「障害」をもって生きる調査協力者たちが出生前検査に対し、不快や侮辱を受けたような思いをもっていることを確認しつつ、出生前に検出され、胎児に付与される「障害」を「浮遊する障害」、対して、「その身体とその人固有の時間を刻んできた」時間性をもつ「障害」を「遡行される障害」として区別した〔二階堂 2016：191〕。そのうえで、出生前検査について論じる際には、医療者は出生前検査において「浮遊する障害」を扱っているのであり、「医療者が障害を生きている人に“配慮”して出生前検査などの医療技術を使うのなら、その配慮は、「遡行される障害」がどのようなものかを知ることからしか始まらないのではないか」〔二階堂 2016：192〕と述べている。

さらに、近年の文化人類学における議論からは、こうした「その身体とその人固有の時間」を帯びた存在が、いかにして知られうるのかについての示唆を得ることができる。文化人類学者の左地亮子は、他者との身体的なかわりが予測不可能な仕方では生じる「現れの空間」を政治の条件としたハンナ・アレントの議論を批判的に考察し、「必然的にジェンダー化、人種化され、それゆえ公的領域から排除されてきた身体が様々な表現手段を通して「現れの権利」を行使する「身体の政治」を主張したジュディス・バトラーの議論を援用しながら、フランスにおけるジプシー巡礼祭の事例を「身体的現れの政治」という視座から考察している〔アレント 1994；バトラー 2018；左地 2021〕。

アレントにおいては、人間が「何（what）」（民族や性や地位等の属性）ではなく、比類なき「誰（who）」として相互に現れる空間が「現れの空間」と呼ばれ、人が他者との身体的相互行為の中で自らの「誰」性を露わにしながら、自由に言論を交わし、他者と共に「複数性という人間の条件を現実化」する「公的」領域とされており、それこそ

が政治の条件であるとされる。これに対しバトラーは、アレントが、「話し、行動するために公的に現れる身体と、私的で前政治的な領域に格下げされた、性的で、労働する、女性の、外国人の、無言の身体」を分割し、前者を言論と行為の主体として特権視し、後者を排除した点を批判している〔バトラー 2018：114〕。

こうしたバトラーの議論に加え、ジャック・ランシエールによる政治における「感性的な布置」に関する議論¹¹も参照しながら、左地は、フランスのジプシー巡礼祭を事例として、「身体的現れの政治」について考察している。そこでは、ジプシー巡礼祭という「祭り」は、マイノリティたちが偶発的に、他者と共に、「誰」という個別具体的な身体として現れうる空間であり、ジプシーたちを「市民の共同体」外部に位置づけるような感性的布置を揺さぶる「身体的現れの政治」の空間として捉えられている。

こうした議論において重要なのは、デモや祭りのような^{アセンブリ}集会において集合する、差異をもった人びとの諸身体は、共通の言葉や一致した行動、統一的な主体の表象、単一の主張に回収されない、と主張されていることである。そこで「身体的現れの政治」として見出されているのは、マジョリティがマイノリティの差異を承認するか否かをめぐる「アイデンティティの政治」ではなく、特定の政治的要求や権利主張を出さず、それゆえに「政治的ではない」と見なされる「諸身体の複数性、その必然的でありつつ予測不可能な出会い」〔左地 2021：479〕に賭けられている可能性である。

さらに、バトラーは『アセンブリ』において、そのようにつねにすでにジェンダー化され、人種化されたものとしての諸身体が「集まる」ということ自体が、行為遂行的に人びとの政治的意志を行為化（enactment）する、ということを強調している。ここにおける「行為化」は同時に、必ずしも意見を同じくしない複数の諸身体が協調して行動することを示してもいる〔佐藤 2018：

¹¹ ランシエールは、政治の領域に現れることのできる市民とそうではない非市民とのあいだの分割が、「感性」の水準によるものであることを指摘し、その「既存の感性的な布置」に対して、人びとが感性的な表明を通して意義を申し立てる行為をこそ「政治」と名づけている〔ランシエール 2005, 2008〕。

321]。左地はこのことを「共にあること」の行為遂行的な可視化」[左地 2021:485]と表現している。

また、重度の知的障害のある人の暮らしに着目する猪瀬浩平[猪瀬 2022]は、文化人類学の視座から「障害」の身体的側面の位置付けについても考察するなかで、アネマリー・モルの提示した疾病の「実行」¹²という概念[モル 2016]を、障害における「インペアメント」の側面に導入している。それによって、「障害」の身体的側面とされる「インペアメント」もまた所与のものではなく、ある人を取り巻く、人間も非人間も含めた他者たちとの関係によって、その都度偶発的に実行されていくものであることを示している。そのうえで、上述してきた「身体的現れの政治」の議論を援用しながら、「共生の文化」とは、「抽象的な思想として存在するのではなく、知的障害のある人やその介助者、たまたま居合わせた人たちの投げ込まれた空間に埋め込まれ、そこで起きる偶発的で、時に誤りや衝突、すれ違いを含んだ出来事のなかで生成変化するもの」[猪瀬 2022:20]であると述べている。

以上の先行研究を踏まえ、本稿では、出生前検査と「障害」を生きる人との関係をめぐり、医療技術によって客体化される「障害」に対して、その生きられた経験に目を向けることの重要性を論じる議論[渡部 2014; 二階堂 2016]に倣いつつ、近年の文化人類学における議論を参照することで、いかにして「遡行される障害」が知られるのかを検討することを目指す。

具体的には、ダウン症とともに生きる人びとにとって、もっとも身近な存在のひとりである親たちが、どのようにしてダウン症や「障害」のある人びとを知り、またそのプロセスを通して、知ることをどのように社会に開いていこうとしているのか、その一端を理解する方法として、事例を通して記述していく。本稿後半では特に、そのような知ることのひとつの様態として、筆者が参与観

察をおこなってきたダウン症啓発イベント「バディウォーク」の実践に着目し、「身体的現れの政治」の概念をとおして考察を行う。

Ⅲ 調査概要

本稿での記述は、筆者が2019年7月よりおこなってきたフィールドワークにもとづいている。

当初は出生前検査を直接のテーマとして、2020年1月ごろからは、ダウン症候群のある人やその家族の生活や経験に焦点を当てて、近畿地区を中心としてインタビュー、およびイベントや親の会の活動への参与観察を中心に調査をおこなってきた。

具体的には、ダウン症のある子どもをもつ母親もしくは両親(7組、うち両親は3組)、助産師(1人)への半構造化インタビュー(各1時間~2時間)をおこなった。そのほかにも、インタビューの形式をとらずに自宅に訪問したり、イベント等で顔を合わせたりするなどして信頼関係の構築に努めた。特に、近畿地方にて「バディウォーク」を主催する人物であるTMさんとは、バディウォークを含むイベント等の企画・打ち合わせ、その他の活動への参与観察をおこない、日頃から継続的に関わっている。

その他、ダウン症や出生前検査に関する勉強会や講演会に参加するほか、インフォーマントが参加する、学生とダウン症児・母親たちとの交流会などに許可を得て参加・見学した。¹³

インタビュー等の内容がセンシティブな内容を含む場合があることから、調査者に対する話しやすさ等を優先するため、基本的に録音や録画はおこなわず、その場で、および調査直後にフィールドノートに書き留めて記録をおこなった。

なお、調査にあたっては、筆者の立場や目的等を説明し、論文等に掲載する可能性があることについて確認を得たうえでインタビューおよび参与観察をおこなっている。本稿の執筆にあたっては、

¹² ここで「実行」と訳されている概念は、原著では、バトラーにおいて「行為化」と訳されている語と同じ enactment である。

¹³ 本稿では事例として登場しないが、2019年11月より、日本ダウン症協会の地方支部において、月1回の役員会に参加している。

事例の記述について草稿段階でインフォーマントに確認を取り、記述の内容と表現について掲載の同意を得た。

Ⅳ 比類なき「誰」を了解することとしての知ること

出生前検査をめぐるのは、「最新のそしてバランスのとれた」[玉井 2014b: 34] 適切な情報提供の体制をいかに整備し、保証するかが不可欠な論点であることは言うまでもない。だが、本稿で焦点を当てるのは、情報の授受としての「知る」という側面ではなく、固有の身体において、生きられた経験の時間性を帯びた存在としての人が障害を生きるしかた、二階堂が指摘する「遡行される障害」が、どのようにして知られるのか、という側面である。

まずこの点に関連して、筆者のフィールドワークのなかで出会った次のようなささやかな一場面を紹介したい。この事例は、インフォーマントのひとりである UN さんの誘いを受け、ある中学校での「いのちの授業」（ダウン症のある子どもと母親との交流会）に参加した際の、フィールドノートの記録である。

【事例①：「きちんと知ったうえで」】

生徒たちとの交流会が終わり、控室に戻っていく途中で、中年の女性の先生に声をかけられる。「大学院で研究をされているんですね」と。

思いがけず声をかけられたので少し慌てながら、今のところのテーマ（出生前検査について）や文化人類学専攻であること、まだ修士1年の駆け出しであることなどを話すと、「これから大人になって、お母さんになる子も多いと思うんです。そのときに、なんにも知らないで、ただ9割の人が中絶するっていうことだけ聞いて、じゃあわたしも、となってしまうたら……」ということで始めた授業なんです。こうやって実際ふれ合って、話を聞いて、きちんと知ったうえで、それでも無理というのだったらもう仕方ないけれど……」と、今回の授業について話してくれた。（2019年11月

20日 フィールドノートより）

このとき、「いのちの授業」をおこなった学校の教員から筆者がかけられた言葉には、「ふれ合う」こと、すなわち、単に知識や情報としてだけではなく、実際にダウン症のある子とその親に会い、直接関わりをもつことが、知るということのひとつの重要な要素として捉えられているということが表れている。こうした「ふれ合う」ことを重視する姿勢は、たしかにごくありふれたものではある。そして本稿の主張は、このごく当たり前の姿勢と大きく異なるものではないかもしれない。だがあえて、先行研究の議論も踏まえながら、ここで「ふれ合い」として示された知ることの様態を、まずは親たちがわが子を、その身体における差異も含めて比類なき「誰」として了解していくプロセスと捉えていく。そうすることによって、「情報の授受」には留まらない対面での啓発活動の意義についても、そのような「誰」としての了解のプロセスを、親子や家族の外部にある社会へと開こうとする試みとして理解し、言語化することができるのではないかと、ということを示したい。

そして本稿の記述はまた、それ自体が、個別具体的な語りや事例を通し、親たちがわが子という他者を了解してゆくプロセスの一端を掘り下げていくことによって、そのプロセスを私たちが共に引き受けていくための試みでもある。

【事例②：「そっちの日常」が「おもしろくないかも」】

KTさんは、三人姉妹の母親であり、子どもたちのうち次女のTちゃん（2022年現在、小学校低学年）にダウン症がある。KTさんは、次女と三女、それぞれの妊娠時に出生前検査をめぐる葛藤を経験している。その葛藤や苦悩は、単に「障害」というものの位置付けだけでなく、家族との関係など複数の要素が積み込まれたものでもあるのだが、¹⁴そのなかにおいて、子どもにダウン症がある／あるかもしれないということについて「口では、どんな子でも産むといいながら、イヤヤと思っている部分、割り切れていない部分があ

¹⁴ 出生前検査をめぐる女性たちの経験や葛藤に関しては、別稿にて検討したい。

る。もともとどっちつかずの性格で、言い表しづらいですけど、どっちともいえない—」という、「もやもやとうまく言えない」思いを抱えていた時期があったという。

KTさんは、子どもの「障害」について、そのような「どっちつかず」で「もやもや」とした思いを抱えている部分があることを吐露しつつ、同時に、以下のようなエピソードを語ってくれていた。

三女が生まれる前、家族4人で出かけたときに、たまたま同じ、子ども2人に両親という4人家族を見かけて、ふつうだったらああいう感じかなあと思ったことがある。きょうだいでしゃべったり、遊びまわったり。でもそっちの日常を想像してみたときに、それはそれであんまりおもしろくないかも、平凡やな、って思った。もちろん、平凡っていうのを悪く言うわけではないけど。TMさんともつながれて、いろんな人と出会ったり、自分になかった考え方を知ったり、障害のある人のことを知ろうとすることで視野が広がったりと、障害のある子が生まれると人生が豊かになるってこういうことか、と思った。

Tちゃんは保育園の年長で5歳、ふつうの子ども、障害のある子ども一緒に保育園に通っている。それは、Tだけのためによかったなじゃなくて、ほかのきょうだいの子のためにもよかったなと思う。

ただ大変なことは確かにあって、先日も二回目の脱走を。できることが増えてきてうれしくて、どんどんやってしまうので。それは発達のアンバランスさによるもので、定型の子は、できることと同時にやっちゃだめなこと、危ないことも理解していくけれど、Tちゃんは、できる！うれしい！で突っ走ってしまっ、だめなこと、危ないことの理解が追いついていない。そこがアンバランス。

(2019年8月18日 インタビュー記録より)

さらに、次の事例は、先に触れた中学校での「命の授業」に参加した帰り道、この授業にダウン症のある子どもの母親として参加していた、KRさ

ん、YKさんの会話である。

【事例③：「見える世界が変わった」】

YK：この子を育てていて、見える世界が変わった。目の前にあったガラスが、ぱーんと割れたような……

KR：目から鱗、という感じ。うちは上にお兄ちゃんがいて、健常の子だから余計に。

YK：そうそう、目から鱗。わたしはほんとに狭い視野で生きてきたんやなと思った。この子が産まれてなかったら、ほんまにしょうもない—しょうもない年寄りになってたやろなって。

家の近くに作業所があって、駅までの送迎バスをよく見る。成年の作業所なので、もう年のけっこういった母親が、成人男性—もう息子のほうがお母さんより体が大きい—を迎えに来たりもする。あるとき、そういう男の人が、お母さんに、「今日な、僕泣いてん」と話していて、お母さんが背中をポンポンしながら笑って受け答えしている（「なんで泣いたん？」とか「しゃあないなあ」のような、あっけらかんとした様子を再現）。そうしてふたりで、駅の通路の手すりに寄って窓の外を見ている、という姿を見かけて。以前の自分だったら、あんな年になってまで、と不憫に思って、思わず目を背けたりしたかもしれない。でもこの子を育てるようになって、違った見方ができるようになった。そのときわたしは、なんか、クスってなったんですね。それは、そのお母さんが、そういうふうでも、全然しあわせなんだな、いい家族だなんていうのがわかったから。視点が切り替わったんやね。

(2019年11月20日 フィールドノートより)

事例③のYKさんは、おそらくは知的障害があるとされるであろう成人男性とその母親の姿を見て、「以前」、すなわちダウン症のある子どもを育てるようになる前の自分であれば、「不憫に思って、思わず目を背けたりしたかもしれない」と言う。だが、ダウン症のあるわが子を育てていくプ

プロセスを経て、ほほえましい気持ちでその親子の姿を眺め、その「しあわせ」を実感をもって想像できるようになったと話している。

これは、以前のYKさんにとっては、「障害者」というカテゴリー、それも否定的なものとしてのカテゴリーを通してしか認識できなかったであろう男性が、その母親にとっての比類なき「誰」である存在であるということが、まさに自らにとっての比類なき「誰」として、ダウン症という「障害」のある子どもを育てるというプロセスを通して了解されたということであると捉えることができるように思われる。

さて、子育てに限らず、あるいは、障害があるとされる人と対するときに特別にそうであるというわけでもなく、他者と親密に関わろうとする過程では、顔をもつ「誰」として、その他者と関係せずにいることは難しいだろう。だが、障害があるとされる人と関わる時、その関わりには、より多くの差異¹⁵に直面することが多いと考えることができるのではないか。こうした差異は、もちろん社会の側がかれらを無力化する作用（ディスアビリティ）によって強いられていることも多い。と同時に、かれらの独自の身体状況や都合（障害の身体的側面）に、ともに関わっていく¹⁶必要がより多いということでもあるだろう。

事例②でKTさんが語っている「脱走」のエピソードにも示唆されているように、ダウン症のある子を育てている母親たちは、そうした、ディスアビリティあるいはインペアメントとしてわが子の周囲に表れるより多くの差異に、子育てのなかでその都度付き合ってきたのであろうことが推察できる。Tちゃんの「脱走」が、KTさんの話のなかで（半ば冗談めかしていたとしても）苦労話として触れられているように、もちろんその対応や関わりがうまくいくときばかりではなく、危険を伴う状況の存在や親たちの心配、苦労や苦悩を、いたずらに等閑視することはできない。

それでも、そのような場面も含めてわが子の身体や行動、それらを取りまく状況と「都度付き合っていく」ということの積み重ねの経験こそが、ダウン症があるということも含めて、かつ、そうしたカテゴリーを越えた比類なき「誰」として、わが子という存在を了解してゆくプロセスであると捉えることができるのではないだろうか。それが、たとえばKTさんの場合には、「子どもに障害がある」ということ自体には「割り切れない」思いを払しょくできずにいるとしても、「ふつう」の家族にふと目をやったときに、現在の「豊かに」なった人生の実感として訪れた。またYKさんの場合には、我が子以外の「障害のある人」とその周囲の人たちにとっても同じように、細やかに別様な現実が積み重なってきた、ということへの想像力をいつの間にかもたらしており、そのことが彼女の「視点が切り替わった」という経験に象徴されていた。そのように解釈することができるのではないだろうか。

以上、本章では、ダウン症の子をもつ母親たちによる2つの語りを、ダウン症のあるわが子が、その母親にとってその身体条件や差異を含めて、比類なき「誰」として了解されてゆくプロセスとして記述してきた。

これを踏まえたうえで、次章では、そのような、身体条件や差異をつねに含みこんだわが子を、比類なき「誰」として知ってゆくという、親たちが経験するプロセスを、より広く外部へひらこうとする試みとして、ダウン症啓発イベント「バディウォーク」のひとつの実践に焦点を当てる。

V 「身体的現れの政治」としての「バディウォーク」

本章では、前章で見えてきたような比類なき「誰」性を家族の外にひらき、カテゴリー（「何」性）を越えて「共にあること」を行為遂行的に可視化

¹⁵ レイナ・ラップは、出生前検査を主題とした民族誌において、ダウン症のある子どもの親たちが、サポートグループなどの集合的な活動に参加することによって、差異(difference)を受け容れ、差異のある子どもの親という新たなアイデンティティを編成するなかで、ある世界の見方を形成し、伝達していくと述べている[Rapp 1999:290]。

¹⁶ 猪瀬浩平による民族誌的記述[猪瀬 2019, 2022]には、「ともに関わっていく」際のエピソードが豊富にとりあげられ、その豊かさが説得的に描き出されている。

しようとする取り組みとして、「バディウォーク」という実践について考察する。本稿で事例として取り上げるのは、2019年に調査を始めて以来、筆者にとってもっとも身近なインフォーマントであるTMさんが主催するバディウォークであり、筆者も2019年以来、毎年企画段階からの参与観察をおこなってきた。

「バディウォーク (BUDDY WALK)」とは、1995年10月、「ダウン症啓発月間」の一環として、全米ダウン症協会 (NDSS) によってニューヨークで創始されたチャリティウォーキングイベント¹⁷であり、現在では世界300カ所以上で開催されている。イベントの柱となるのは、「だれもが参加できる1マイル (約1.6km) の行進」 (=ウォーク) であり、「ダウン症への理解と受容 (acceptance)、社会的な平等 (inclusion)」を促進することが目的とされている。日本では、2012年、NPO 法人アクセプションズによって東京で初めて実施され、以来、仙台、横浜、大阪、名古屋、広島などの各地域に広まっている¹⁸。各地のバディウォークの様子について、TMさんはよく冗談交じりに「ダウン症だらけ」と表現しているが、たしかにTMさんが主催する会場にも、ダウン症のあるたくさん子どもたちと (小さな子どもほど多くはないとはいえ) 成人、その家族、支援者などが賑やかにひしめく。

近年、ダウン症に関する啓発活動として国内でも存在感を高めており、日本各地に広まっているバディウォークだが、TMさんの主催するイベントにおいては、後述するように「福祉っぽさ」が意図的に薄められており、バディウォークを定義

づける「チャリティウォーキング」についても、「チャリティ」の要素は大きく前面に出されていない。同時に、ダウン症のある人々のためのよりよい医療や制度について、具体的な要求をおこなうためのものとも言い切れず、ダウン症児の親どうしが子育てに関する情報や悩みを交換しあうような「実践共同体」としての役割 [cf. 猪瀬 2005; 末次 2020] も、一年に一回という頻度ゆえに強いとは見えない。またイベントであるがゆえに、個人や家族への個別の細やかな相談や情報提供の場とも異なっている。言ってみれば、年に一度のイベントにすぎないバディウォークをおこなうこと、それ自体は、障害があるとされる人びとを無力化する社会や生活環境の改善、あるいは、個々のダウン症のある人たちへの具体的な支援に直接寄与するわけではなく、一見してわかりやすい意義を見出しにくい活動であるとも言えるかもしれない。¹⁹

実際、筆者の調査のなかでは、TMさんの活動に対して、「単なるイベントにすぎない」ものと捉え、その意義に懐疑的な意見を聞くこともあったし、実を言えば筆者自身も、調査を始めたばかりの頃には、そうしたイベント型の啓発事業の意義を掴みかねていた。「ただ一緒に歩く」ことを核とするイベントという形式で、彼女たちは一体何をしているのだろうか。そのことを、前章で確認してきた、親としてダウン症のあるわが子を理解していくプロセスを念頭に置きながら、「身体的現れの政治」という視座をもとに検討していきたい。

¹⁷ NDSS ホームページ「Find your local Buddy Walk®」<https://ndss.org/national-buddy-walk-program>。2022年10月30日最終閲覧。

¹⁸ NPO 法人アクセプションズホームページ「バディウォークとは」<http://acceptions.org/buddywalk/>。2022年10月30日最終閲覧。

¹⁹ もちろん、このような要素はどれも、実際のバディウォークのなかにまったく存在していないわけではない。筆者が継続して参加してきた、TMさんが主催するバディウォークにおいても、会場案内用テントなど会場の一部で、ダウン症のある子が生まれたばかりの親たちに対し、ピアサポートや親の会、子育てサークルなどにつなげるためのパンフレットが配布されたり、ダウン症児のいる家庭への支援の拡充を行政に求めるための募金箱が設置されたりしていた。

だが本稿で行いたいのは、バディウォークというイベントがもちうる意義について、そうしたいわば機能的な側面とは異なる面に潜勢力を見出し、検討の俎上に上げようとする試みである。

1 TMさんの《バディウォーク》：雑多な人びとが出会える場

TMさんは、2010年に次男であるIくんがダウン症をもって生まれて以来、4人の子どもを育てながら、ダウン症に関する啓発やピアサポートなど、さまざまな活動に取り組んできた。彼女の活動のなかでも、2014年以来ひとつの大きな柱となってきたのが、地元での「バディウォーク」の開催である²⁰。

この地域での《バディウォーク》は、2014年、TMさんが中心となって初回を開催して以来、毎年秋におこなわれている。2015年から2019年までは、観光エリアに位置する公園を会場としてきた。

TMさんが主催する《バディウォーク》は、日本のなかでも「変わっている」と自他ともに認める雰囲気をもつが、これは、《バディウォーク》の企画・運営が、いわゆる当事者団体ではないためであるとされている。バディウォークを主催する団体はその多くが、ダウン症児者の親から構成される「当事者団体」である。だが、TMさんの場合は、彼女を代表とする「団体」の形をとってはいるものの、実際には、それぞれミュージシャンとデザイナーであり、ダウン症のいわゆる「当事者」ではない（ダウン症のある人本人でも、その家族でもない）2人の男性、SさんとKさんが加わった3人が企画・運営をおこなう「チーム」あるいは「ユニット」のような形態になっている。イベントの主催者はTMさんであり、彼女が強い信頼を寄せるSさんとKさんは、ともに企画・運営の中心を担いつつも、最終的にはTMさんが「当事者」である主催者として、責任を負う形になっているという。この3人が、ダンサーや映像作家、商店主などの関係を活かして毎年のイベントを作り上げるのだが、その特徴はかれらの内外で、しばしば「福祉っぽくない」という言葉に集約されている。

一例として、2019年9月におこなわれた《バディウォーク》の概要を述べる。

イベントは午前11時ごろ、会場である公園と隣

接する劇場を囲む道路（約1キロメートル）を、管打楽器の演奏やダンサーたちのパフォーマンスとともに練り歩くウォークによって始まる。まだ開始直後ということもあり、このときのウォークにはごくゆるやかな雰囲気が漂っており、様子を見ながら公園内の芝生広場に留まっている参加者も多い。ウォークのあとは、しばらく芝生広場に設けられた「ステージ」でのパフォーマンスが続く。この年は、管打楽器のバンド、ダンスチーム、クラウンなど11組が出演したが、そのうちダウン症のある人を含む団体は、全体の半数弱にあたる4組であり、残りはダウン症とは特に関わりのない親子のダンスチームや、Sさんを通じて《バディウォーク》に関わるようになったミュージシャン、ダンサーたちである。かれらのようなプロのミュージシャンやダンサーの存在は、「福祉イベント」らしからぬ会場の雰囲気にも大きく影響している。

16時ごろにステージパフォーマンスが全て終了すると、最後に開始時と同じルートを再びウォークして、17時ごろにはイベントが終了となる。この最後のウォークでは、ステージに出演した楽団やダンサーたちが、一般の参加者たちを巻き込んでさらに賑やかな演奏とダンスを披露しながら練り歩く。さらに、会場内で開いていたワークショップでできあがった作品（この年は野染めの横断幕）も持ち出されるので、ステージ出演者たちの色とりどりの衣装とも相まって、風変わりだが活気ある祭りの様相を呈する。

《バディウォーク》を構成するもうひとつの要素はチャリティマーケットであり、2019年は25の出店があった。各店舗は、当日の売り上げの10～20%を、このバディウォークの運営協力金として寄付することになっている。出店者のほとんどは、障害のある人が通う作業所といったような、「福祉」領域に属するものではなく、TMさんやSさんらの知り合いの商店主²¹や、近隣の地域で営んでいる飲食店である。会場の雰囲気は福祉・啓発イベントというよりも、この公園で頻繁に開かれている「手作り市」や「蚤の市」といったイベン

²⁰ 以下では、匿名性を維持しつつ煩雑さを避けるため、一般的なイベント名としては引用符なしのバディウォーク、TMさんが主催する固有のイベントについては《バディウォーク》として記述する。

トのそれに近い。

当日の会場設営や運営に関しても、TMさんたちの個人的なつてを中心としてボランティアの学生や運営スタッフを集める。ボランティアに参加する学生や高齢者に声を掛ける際にも、ミュージシャンであるSさんが語るように、「福祉に貢献しろという誘い方はしていない。自分の人生にとってプラスになるからおいで、という言い方をしている」のだという。

このようにして、《バディウォーク》は、「福祉」や「障害」といった領域にもとから関わりをもっていたわけではない店主や学生、仕事を引退した高齢者などの人びとが、それぞれ異なる文脈での接点から集まってくるような場として構想され、運営されている。こうしたことを、TMさんは、「知ってる人ばかりが集まってきても意味がない、知らない人が出会うのが重要」「何のイベントかわからないくらいの方がいい」と、常々表現している。

ダンサーやミュージシャンたち、店主たち、さまざまなつてで誘われて来るボランティアたち、ステージで練習の成果を披露するグループ、そして友人たちとの再会やお祭り気分を気兼ねなく味わうダウン症のある人と家族たち……。かれらは、ひとつの《バディウォーク》という場に集まってはいるが、利害や主義主張、アイデンティティが一致するわけではないし、もっといえば、そういったものをこの場において積極的に提示してすらいらないと言ったほうが近いかもしれない。TMさんの《バディウォーク》には、「ダウン症啓発イベント」という名目のもととはいえ、そのような比較的雑多な人びとが集まり、ウォークやワークショップ、屋外での食事などを通して、多かれ少なかれ、身体として共に現れる。

さらに、会場となる公園は観光エリアに位置しており、周辺には複数の文化施設が点在する、見通しのよい空間になっている。そのために、観光や他の文化施設を目的にこのエリアを訪れる人びとは、《バディウォーク》のことを全く知らなくても、その真ん中を通り抜けてしまうことがある。

そうした通りすがりの人や観光客たちも含めて、《バディウォーク》の場は、ダウン症のある人たち、家族やその周囲の人たち、そして単なる観光客や近隣の人びとなどが、互いにあらかじめ選んだわけではない他者として、偶発的に出会ってしまう場でもある。

TMさんは、《バディウォーク》を中心として、さまざまな変化を経ながらも10年以上にわたって行ってきた活動は、ひと言で言えば「こうなったらいいなという光景を、作り続ける」ことなのだと言っている（2022年2月11日の会話）が、まさにそれは、「共にある」ことを行為遂行的に可視化〔左地 2021：485〕しようとする試みであると捉えることができるだろう。

2 「日常」へのこだわり

また、TMさんは、《バディウォーク》を開催し始めた当初から、参加のために通らなければならない受付もなく、内外の境界が曖昧なつくりの公園で実施することで、「いつ来てもいつ帰ってもいいし、そーっとのぞいて様子をうかがって帰ってもいい」というように、その場への参与のしかたに幅をもたせることができるように意図してきたという。そのような形でイベントをおこなうことは、《バディウォーク》を始めたころのTMさんにとって、「あっちの世界とこっちの世界と区切って見てしまっている、はじめのころのしんどいご家族に、あっちでもこっちでもない、壁はない、ということ伝えるのにちょうどよかった」のだと語る。TMさんにとって、ダウン症のある人が多く集まる《バディウォーク》の場を、決して「特別な場所」ではない、ただ単に楽しそうな場所となるようにデザインすることは、たとえば生まれたばかりのわが子に「障害」があるということがわかり、衝撃や悲しみ、不安を抱えているような「はじめのころのしんどいご家族」に対して、「あっち」と「こっち」、つまり、「障害者の世界」と「ふつうの世界」が断絶して存在しているわけでも、苦悩や悲しみに満ちた「障害」とい

²¹ 一部には、自身がダウン症のある子どもの親である出店者もあり、そうした人もTMさんとの交友関係を通じて《バディウォーク》に協力している。

う特殊な領域 [cf. Kato 2010] があるわけでもないのだということを示し、「当たり前に明るい」²²ダウン症のある人びとの姿を伝える格好の手段でもあったのである。

この点に関して、もう少し丁寧に見ていきたい。注目したいのは、TM さんやともに《バディウォーク》を企画運営する周囲の人たちの、「当たり前」や「日常」という言葉の含意である。筆者との TM さんの会話や、彼女たちがおこなう《バディウォーク》の企画に関する話し合いのなかでは、「日常」という言葉がしばしば重要なキーワードとして確認されていた。

たとえば、コロナ禍において《バディウォーク》の開催形態を変えていかざるをえなくなったとき、打ち合わせのなかで、会場で食べ物を提供する出店が困難になったことがしばしば話題に上がっていた。TM さんたちは、《バディウォーク》の会場で気軽に飲食ができない状況を残念がり、これまでの《バディウォーク》でそうした場を重視して作ってきたことに言及していた。

その背景にあるのは、《バディウォーク》において、ダウン症のある人たちが「当たり前暮らしのなかに存在してることが、見えるように」したいという、TM さんの考え方である。「わたしらにとっては Iくんはふつうに家にいる存在やからね」と話す TM さんにとって、「当たり前暮らしのなかに存在して」いることとは、「家族の日常の姿が見える」ことであり、それは、「舞台の上と観客席とか」²³だけじゃなくて、ふつうに一緒にご飯を食べたり遊んだりしている姿。それこそそのへんに座ってカレー食べてたりとか」だ

と表現される。

実際、《バディウォーク》と銘打ってはいないものの、2022年3月に TM さんらが同じ会場で主催した同型のイベントでは、次のような出来事があった。

【事例④：気づいたら一緒に食事をしている】

スタッフとして参加していた女性の子どもで、ダウン症のある中学生の男の子の姿がいつのまにか見えなくなっている。そのことに気づき、受付にいたその女性と、TM さん、私とで会場を見渡すと、彼は見知らぬ家族連れと一緒に、桜の木を囲った縁石に腰かけ、にこにこカレーを食べている。その家族のなかには、ほかにダウン症のある子どもの姿は見当たらない。男の子の母親である女性は、受付テントのところから、おおらかに身振りを交えながらお礼を伝えていた。

(2022年3月27日 フィールドノートより)

この出来事は、食事という、まさに身体に直接関わる場面において、ダウン症のある彼と、別の家族たちとが、身体のレベルにおいて偶発的に、相互に「現れてしまった」出来事と捉えることができるのではないだろうか。もちろん、左地や猪瀬も慎重に指摘しているように、こうした偶発的な「現れ」の空間は、表面的な相互理解しか生まないかもしれないし [左地 2021: 485]、ときに誤りや衝突、すれ違いを含み、不気味なものや不可知なもの、敵意の現れとしてすら捉えられる可能性もある [猪瀬 2022: 20]。だが、そうした不和やぎこちなさを内包した身体的現れの空間

²² 「当たり前に明るい」という言葉は、TM さんが筆者との初対面の際に語った言葉である。自身のこれまでの活動について尋ねた筆者に対し、TM さんは、「一貫してしていることは、外に向けて、Iちゃんを産んだ時に何も知らなかった、ダウン症のこと、障害のこと、それが社会のなかでどういうものなのか。それを、手の届くところに、一緒に居られる場所をつくるということ、「こういう人が生きてます」ということを発信するということ」だと答えた。そしてその背景として、「[障害のある人は、]「仮名」な人になってしまっている。特別な才能があるとか、闘ってる人じゃなく、当たり前に明るい話題がない」と感じていたことを語っていた。

²³ 筆者が参加してきたこの《バディウォーク》では、たしかにダウン症のある人たちによるダンスなどのパフォーマンスの機会も用意されている。だが、そのパフォーマンスは、客席から一段高い舞台ではなく、公園の芝生のエリアの一部で、頭上に樹木や電灯を利用してフラッグを張り巡らすことで緩やかに示された「舞台」で行われ、「観客」との境界は物理的に曖昧になるように演出されていた。このため、ダンスの演目に飛び入り参加する参加者が出ることもある。

は、両者が居合わせる瞬間に限らず、それを取り巻くより広い条件や文脈のなかに投げ込まれており、それゆえにどのような「現れ」となりうるのかは偶然性に開かれている〔猪瀬 2022:20〕。そして、「政治」としての「身体的現れ」において、不和や衝突をも含めた人びとの複数性を行為遂行的に担保することこそが、このように偶然性に開かれていることに賭けられているものであるといえる〔左地 2021:485〕。おそらく、そうであるからこそ、あらかじめ選んだわけではない他者と互いに現れてしまいうる場としておこなわれる《バディウォーク》にとっては、そこがなるべく「楽しい」環境であるように配慮されることが重要なのだろう。

3 空間のサポートと個別的な身体

2020年以降の《バディウォーク》は、新型コロナウイルス流行の渦中にあり、飲食の提供を伴う大人数での集会在が制限された状況での開催となった。

2020年は、例年会場としていた公園が感染症対策に伴う制限から使用できなかつたため、隣接する劇場の小ホールを会場とし、劇場の外周をまわるウォークを組み込みながらも、ダンスワークショップを中心的な内容として、事前予約により人数制限を設けておこなわれた。ここには、数年前から《バディウォーク》に関わってきた映像制作チームが本格的に参加し、イベントの様子を動画配信サイトを通じて同時配信することになった。

この企画においては、屋内のホールという空間の限定性や事前予約制によって、公園での開催に比べて、身体の偶発的共在の契機が減少、あるいは制限された面があることは否定できない。だが一方で、そうした制限や限定性によって、《バディウォーク》においてTMさんが重視するある側面が、浮き彫りになる場面にも遭遇した。

【事例⑤：「逃げ場は必要」】

会場として使用する劇場を下見に訪れた際、TMさんは、「うちの子絶対しんどくなる」「逃げ場は必要」と指摘し、ホールの外のロビーや、ホール内でもイベントの中心から外れて休憩できる

ような場所が確保できるかどうか、また壁面の鏡をカーテンで隠せるかどうかなど、参加する子どもたちにとって不快に感じられそうな強い刺激を低減したり、そこから逃れられる環境が用意できるかどうかといったことを細かく確認していた。

(2020年6月15日 フィールドノートより)

このごくささやかな場面からは、バトラーが述べている、路上や公園での集会において、条件であると同時にその目的でもあるものとしての空間的支援＝サポートという側面〔バトラー 2018:95-97〕についても考察することができる。

実は、彼女の活動こそイベント開催を中心として続けられてきてはいるが、TMさんの家族は、ダウン症のあるIくんを含めて皆、大勢の人が集まる賑やかな場所はどちらかと言えば苦手である。子どもたちは《バディウォーク》にやっても、隅のほうでじっとしていたり、会場の賑わいから離れて一人で気ままに遊んでいたりする。そのためTMさんには、空間が限定されたホールを会場とするに当たって、「どうすれば、我が子（や似た性質の子どもたち）が苦しくないか」という視点が自然と生まれてきたのだと推察される。またそのような「逃げ場」は、TMさんの子どもたちのような参加者が喧噪から逃れられる場であると同時に、たとえば乳幼児を抱えた母親や家族にとっても、座って一息つけるような場を確保することにもなるだろう。

さらに、上述したように、TMさんたちの打ち合わせのなかでは、感染対策のために会場で食べ物を提供する出店が困難になったことが、しばしば話題に上がっていた。会場で食事ができる環境を整えることは、いかにも「福祉イベント」らしくない、賑やかなお祭りのような雰囲気をつくると同時に、《バディウォーク》が「家族の日常の姿」を垣間見せる場であるために重要な鍵を握っている。そのことがこの文脈で重要だと思われる、もうひとつの点は、温かい食べ物が現地で調達できるかどうかということは、特に小さな子どもを連れた家族にとって、居心地のよさを大きく左右する要素にもなりうるということであろう。

もちろん、このときTMさんが気に懸けていた空間的サポートのあり方が、あらゆる属性や身

体の特徴をもつ人びとに対してあまねくアクセスを可能にするものである、などと言うことはできない。ここで筆者が着目したいのは、このときの《バディウォーク》において、普遍的にサポートイブな空間や状況が、完全に達成されているか否か、などということではない。そうではなく、着目したいのは、TMさん自身や、彼女にとっての比類なき「誰」であるところの子どもたちの、ごく個別で具体的な視点、それも、彼女自身が主催するイベントのスムーズさを削ぐようにすら見えるような心身の都合を通して、その空間が検証されているということである。

バトラーが『アセンブリ』において繰り返し主張しているのは、つねにすでに「ジェンダー化され、人種化された身体」[バトラー 2018: 114]として、人びとが現れうるということの重要性であった。それと同じように、TMさんが目を留めていたのは、既存の空間や、TMさん以外のアーティストや劇場関係者たちとの協働を通して作り出される企画のなかで、そこになめらかに適合できないかもしれない、つまづきのある身体の個別具体的な具体性であったと捉えられるだろう。

一般化された「子ども」「障害者」「ダウン症者」の手前で、TMさんが私的な身体の都合に留まって、その都合との関わりで、イベントという多くの人に開かれた場のことを考えていた場面は、「身体的現れの政治」という観点から見たときに、示唆に富むものである。すなわち、ここで述べたいのは、そうしたTMさんの配慮の仕方に目を留めたとき、ほかの人の個別で具体的な心身の都合もまた、同じように聴かれうる可能性に気づくことができる、と言えるのではないか、ということである。それは、普遍的な「インクルージョン」の手前において、「わたし」、そして「あなた」の個別具体性、そのごちなさや不都合さに立ち返り続けることだと言い換えることもできるかもしれない。

誰にとっても完全に居心地のいい環境を整えることなど不可能である以上、ここで筆者がおこないたいのは、TMさんたちがつくりあげている《バディウォーク》の場がユートピアなのだと述べることではない。また、ユートピアではないことそのものを指摘して《バディウォーク》の意義

を云々することでもない。そうではなく、筆者が述べたいのは、彼女たちの実践における、一見ごくささやかなプロセスに目を留めることで、身体として人びとが現れるしかたを、さらに別のしかたで複数化していくための参照点とすることができるのではないかということである。

本章では、ダウン症啓発という機会において、比類なき「誰」性を家族の外にひらき、カテゴリー（「何」性）を越えて「共にあること」を、行為遂行的に可視化しようとする取り組みとして、筆者のインフォーマントが主催する《バディウォーク》という実践に着目してきた。《バディウォーク》という啓発イベントは、たとえばダウン症のある人のための医療や社会制度を要求したり、ダウン症のある胎児の選別の中絶を批判したりするような一貫した「主張」がなされるわけでもなければ、ダウン症についての正確な情報や知識を広めることを主眼に置いたものとも異なっている。本章ではこれを、「身体的現れの政治」という視座を参照することで、「共にある」ことを行為遂行的に可視化[左地 2021: 485]しようとする試みとして捉え、「日常」性の重視や空間の条件への着目といった、いくつかの具体的な側面から描き出してきた。

それによって、たとえばダウン症という属性をもつ人びとを、固有の身体と時間性をもつ比類なき「誰」として、私たちはいかにして知りうるのか、という問いに対するひとつの応答を、当事者家族の実践をもとに示すことができたと考える。

VI まとめ

本稿は、NIPTの導入と広まりをめぐるって社会的議論が生じたなかで、医療技術によって客体化される「障害」に対して、その生きられた経験に目を向けることの重要性を論じる議論[渡部 2014; 二階堂 2016]を踏まえながら、近年の文化人類学における「身体的現れの政治」に関する視座を参照することで、いかにして「廻行する障害」[二階堂 2016]が知られうるのか、そのひとつのあり方を検討してきた。

第IV章でみたように、ダウン症のある子どもを育てる親たちからは、その子育てのプロセスのな

かでの、親自身の価値観の変容にまつわる語りを聞くことがしばしばある。本稿では、そうした価値観の変容をめぐる語りを、ダウン症があるという属性をもつわが子の固有の身体において、その都度の状況に付き合っていくなかで、カテゴリーを越えた比類なき「誰」として、「障害」のあるわが子という存在を了解してゆくプロセスとして捉えてきた。

そして、第V章で「共にあることの行為遂行的な可視化」として捉え、記述してきた《バディウォーク》において、主催者であるTMさんがおこなおうとしていることは、同時に、(言葉や表象、情報としてだけではなく)身体として、直接かつ偶発的に現れる場を通して、他者をそうした了解のプロセスに巻き込む契機を作り出すことであるとも考えられる。

私たちがそのようなプロセスに巻き込まれることによって、ダウン症のある身体を生きる人を比類なき「誰」として了解してしまったとき、この「私」にとって、かれらの生きている生は、「命の選別」という文脈から脱臼し、出生前検査によって検出される「ダウン症候群」とは別物になっているだろう。つまりそのようにして、時間性のなかにある固有の身体としての「誰」として、「遡行される障害」に出会う契機を準備することは、二階堂が指摘するような、「浮遊する障害」と「遡行する障害」を区別して出生前検査についても考えていく素地を、広く用意することにつながるのではないだろうか。

これまでも繰り返し述べているように、筆者には、本稿で取り上げた《バディウォーク》が、単に理想的な場であると述べるつもりはないし、また、本稿に登場した親たちの語りのすべてが、《バディウォーク》と直接結びついているわけでもない。それぞれの「了解」のしかた(あるいは、そのできなさ)は、つねに個別的で複数的なものである。だがむしろ、そうであるからこそ、比類なき「誰」としての偶発的な出会いを生み出すような「身体的現れ」の空間は、各地でさまざま異なるバディウォークにおいても、当然バディウォーク以外の場においても、複数的なしかたで実現されるし、実際に(部分的であれ)実現してもいると考えられる。本稿は、そうした多様な場、

多様な知る様態のあり方を捉えるために、ひとつの視座を提示することを目指したものである。

参考文献

- Kato, Masae, 2010, Cultural Notions of Disability in Japan : Their Influence on Prenatal Testing. in Sleeboom-Faulkner, M, (ed.), *Frameworks of Choice : Predictive & Genetic Testing in Asia*. Amsterdam University Press.
- Rapp, R. 1999, *Testing Women, Testing the Fetus*. Routledge.
- アレント, H. 1994 (1958) 『人間の条件』 志水速雄訳 筑摩書房.
- 猪瀬浩平 2005 「空白を埋める——普通学級就学運動における「障害」をめぐる生き方の生成——」 『文化人類学』 70 (3) : 309-326.
- 2019 『分解者たち：見沼田んぼのほitoriを生きる』 生活書院.
- 2022 「それなりに整った世界で叫ぶ——『分解者たち：見沼田んぼのほitoriを生きる』の先で」 第56回中四国人類学談話会 2022年8月27日 於 広島大学 配布資料.
- 坂井律子 2013 『いのちを選ぶ社会 出生前診断のいま』 NHK 出版
- 左地亮子 2021 「身体的現れの政治——フランスのジプシー巡礼祭を事例に」 『文化人類学』 86 (3) : 477-487.
- 佐藤嘉幸 2018 「解説 アセンブリ、不安定性、行為遂行性」 ジュディス・バトラー 『アセンブリ：行為遂行性・複数性・政治』 佐藤嘉幸・清水知子訳 青土社 : 306-330.
- 末次有加 2020 「〈自閉スペクトラム障害〉をめぐる解釈レパトリーの構築過程——幼稚園と親の会の共同性を中心に——」 『保育学研究』 58 (2-3) : 93-104.
- 立岩真也 2013 (1997) 『私的所有論』 生活書院 (勁草書房).
- 玉井真理子 2014a 「はじめに」 玉井真理子・渡部麻衣子編 『出生前診断とわたしたち「新型出生前診断 (NIPT)」が問いかけるもの』 生活書院 : 3-9.
- 2014b 「出生前診断をめぐる相談の現場から」 玉井真理子・渡部麻衣子編 『出生前診断

- とわたしたち「新型出生前診断 (NIPT)」が問
いかけるもの』生活書院：20-41.
- 柘植あづみ 2022『生殖技術と親になること——
不妊治療と出生前検査がもたらす葛藤』みすず
書房.
- 二階堂祐子 2016「生きられる障害と出生前に検
出される障害—障害のある女性／男性の語る妊
娠と出生前検査—」博士論文 明治学院大学大
学院.
- バトラー, J. 2018『アセンブリ——行為遂行性・
複数性・政治』佐藤嘉幸・清水知子訳 青土社.
- 姫路まさのり 2015『ダウン症って、不幸です
か?』宝島社.
- モル, A. 2016『多としての身体——医療実践に
おける存在論』浜田明範・田口陽子訳 水声社.
- 山中美智子 2017「日本の遺伝カウンセリングの
歴史と出生前検査」山中美智子・玉井真理子・
坂井律子編『出生前診断 受ける受けない誰が
決めるの?』生活書院：18-55.
- ランシエール, J. 2005『不和あるいは了解なき了
解——政治の哲学は可能か』松葉祥一・大森秀
臣・藤江成夫訳 インスクリプト.
——— 2008『民主主義への憎悪』松葉祥一訳
インスクリプト.
- 渡部麻衣子 2014「医学の『まなざし』・家族の『ま
なざし』——出生前検査の投げかける問い」玉
井真理子・渡部麻衣子編『出生前診断とわたし
たち「新型出生前診断 (NIPT)」が問いかける
もの』生活書院.
- (たけうち ゆうき、京都大学大学院博士後期課
程)

津田直則

『資本主義を超える経済体制と文明—改革から変革へ』

(晃洋書房、2022年)

石塚 秀雄

現在の資本主義制度あるいは体制は巨大な経済格差を生み、少数の富裕層と人口の三分の一以上の貧困層を作り出し、人権を無視し、今や戦争も引き起こしかねないくらいに「新しい戦前」の様相を呈している。日本の首相は「新しい資本主義」というスローガンを口にしてはいるが、その中身はまったくなにもない。しかし、そうした現行資本主義を批判する側に新しいビジョンや代案はあるのだろうか。著者は「資本主義を超える経済体制」のビジョンを説得力をもって展開し、なおかつ「文明」の転換という視野もそこに与えている。本書は、現状の資本主義社会を良くないと思いつつ、どうしたらこのどうしようもない資本主義を転換して、より良き社会を作る経済体制を作れるのかと考えても、具体的なイメージが湧かないし、協同組合や非営利議論もほとんど知らないという人にも是非読んでもらいたい本である。また非営利組織や協同組合を知っている人にも読んでもらいたい本である。専門的な記述もあるが、取り上げる事例は実際に実践されているものばかりなので、単なる机上の議論として読まなくてすむであろう。そして、未来の経済体制の萌芽は世界各地で取り組まれている実験的企業によって、具体的に想定することが可能だという、新しい視点を読後感として持つにちがいない。すでに、旧来の「社会主義経済体制」の到来を信じる人は少ないであろうし、現行の中国の「資本主義的社会主义経済」を資本主義に取って代わる経済体制だと考える人も少ないであろう。「資本主義の腐植土の上にしか新しい経済体制が生まれぬ」というマルクスの言葉は依然として有効であることを読後感とし



て持つことができるに違いない。新しい経済体制はある日突然に出現するのではない。試行錯誤の実験的試みが必要なのである。

著者は経済学者らしく企業形態を問題にする。営利の株式会社と違う非営利の企業や協同組合の実践例としてスペイン、イタリア、フランス、アメリカ、カナダ、オーストラリアの取り組みを調査し分析をしている。ところどころに挿入されている著者の作成する、新しい経済体制への必要条件などに関する各表は、一般読者にも参考になるであろう。しかし、著者の議論はあるべき論を展開するようなことはなく、あるべき企業形態に関わる問題の所在を的確に議論している。

読者は資本主義の牙城であるアメリカで、新しい経済体制の萌芽たる企業形態の実験が制度的に

なされていることに驚くであろう。自主管理企業の実験的試みとして旧ユーゴの自主管理企業の実験の失敗、イギリスの共同所有企業（ICOM）の実験的試みの流れの中で、アメリカのESOP（従業員株式所有計画）が法整備化された。法は諸刃の剣であり、自分だけに都合良いものではない。ESOPを実施している株式会社はアメリカに現在約6,000社あり、経済学者D.エラーマンによれば、そのうち1,000社程度が民主的経営体制をとっているという。すなわち従業員管理企業となっている。それもクライスラー社や航空会社ユナイテッドといった従業員5万人の大企業が労働組合の主導によりESOP会社になったりしたことは、日本においてもESOP会社の実験が可能であることを示している。そして野村総研などがそれを推進しているのは資本家側に都合のよいように利用しようという意図である。われわれが資本主義を批判するならば、具体的に従業員の主権が確立できるよう株式会社というアイデアを実践的に社会変革の一環として取り組んでもよいであろう。さもなくば、旧来からある日本の社員持ち株制度という単なる愛社精神と株配当目的の、従業員参加抜きを促進するという一方で、ESOPの本来の目的、すなわち従業員主権を資本（株式）を所有することによって実現するという目的から違ったものになってしまうであろう。

著者は将来の労働者が主人公の企業の所有形態をその決定形態と利益配分形態を整理してわかりやすい表にしている。所有形態の区分としては、社会的所有（国有）、労働者無所有、労働者共同所有、労働者個人所有、労働者個人・共同所有（混合型）に整理している。これらには具体例として旧ユーゴ、アメリカ、ドイツ、イギリス、日本などの企業組織を挙げている。これらの事例はそのほとんどについて著者が現地調査をしたものである。そもそも一夜にして資本主義企業の転換や新しい民主的企業などが登場することはあり得ないのだから、将来あって欲しい企業形態はどのようなものか、とりわけ所有、決定権、利潤分配については、経済学を知らなくとも労働者主権の観点

から考えてみるのが肝要であろう。

著者は従来の資本主義企業にとって代わる新しい企業形態において「連帯のシステム」の必要性を強調している。イタリアの協同組合の事業連合（コンソーシアム）をイタリア的アイデアとして良き実践例として取り上げている。また地域コミュニティ形成に寄与する協同組合的地域連帯の事例としてオーストラリアの地域コミュニティを取り上げている。さらに地域コミュニティとの関連でいえば地域通貨の実験も取り上げている。とはいえ、著者の本書での強調点は、ありうるべき企業形態と運営形態の分析にある。その中でとくに事例として取り上げているのはスペインのモンドラゴン協同組合グループの運営方法の先駆性である。企業における資本蓄積、資金調達、ビジネスとガバナンスの制度的分離などを優れたアイデアとして評価している。モンドラゴンは約8万人規模の労働者協同組合グループであるが、その機能的連帯を評価している。民主的企業における効率実現と価値実現は、市場競争において不可欠なことがらであるとしている。

本書は資本主義企業の弊害にとって代わる企業形態モデルを所有、決定、地域の暮らしという関係で、経済体制について説得的に分析している。それはイデオロギー的主張でもなく、また実例を挙げているので空想的なものでもない。資本主義をよくないと思っていて人々の連帯的社会ができればよいと思っている一般の読者に是非読んで欲しいし、また協同組合や社会経済に関心のある人にも読んでもらい、問題点を整理するのに良い本である。著者は本書では特に取り上げていないが、グローバル経済の中で、どのような連帯ネットワーク形成の実験が進行しているのか、また労働が資本に優越するあるいは労働が資本をコントロールするという視点で社会的連帯金融の問題について議論をしてもらいたいというのが、著者へのさらなる期待である。

（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

岩田正美

『生活保護解体論—セーフティネットを編みなおす』

(岩波書店、2021年)

長友 薫輝

1. 著者から学ぶ姿勢

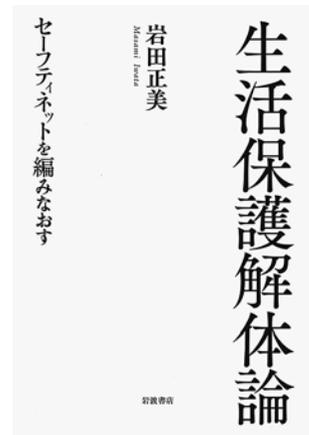
著者が屹立として、冷静に理路整然と話す姿が印象に残っている。2019年10月10日の名古屋地裁の法廷にて、私はゼミ生全員とともにある裁判を傍聴していた。2013年から段階的に実施された生活保護基準の引き下げに反対して、全国で1,000名以上の原告が提訴した裁判である。この日、著者が原告側の証人として法廷に立った。当時のゼミ生に先日会う機会があったので確認したところ、「岩田先生の事実に正確に向き合い発言されている姿が記憶に残っている」とのことであった。

2011年から5年以上、著者は社会保障審議会の生活保護基準部会の部会長代理を務めたこともふまえて、原告側の証人として「財政削減のために利用されたのかもしれない」、大幅削減を容認しておらず「部会にて議論もしていない」「納得できない」などと発言した。著者の言動に触れ、研究者の社会的責任の重要性を痛感する契機となった。

2. 生活保護の「解体」を提起

本書は貧困研究の第一人者として知られる著者が生活保護の解体を提起した話題作である。生活保護はもちろんのこと、社会保障制度や関連する公共施策などについても分析が加えられている。

本書の特徴となる視点は「『国民皆保険、国民皆年金』という日本の社会保障のメインストリームと、そこから排除され、周縁化された生活保護という位置取りで生活保護をとらえ、しかもメインストリームの中にも低所得者対策という名の社会扶助が仕込まれているという複雑な構図を検



討」(「あとがき」p.308)することになった。

「あとがき」に記されているように、生活保護をはじめ社会保障の研究者は少なく、研究は細分化されているため、社会保障と生活保護をひっくるめた制度論はほとんどないといってもいい状況にある。

そのような中だからこそ、本書が提起する視点に立脚した分析、そして提案内容について、研究者はもちろんのこと、政策立案に直接的に関わる省庁や自治体職員、医療や福祉現場の職員は特に本書を読むことを薦めたい。

生活保護の解体といっても、もちろん貧困研究の第一人者が提起する「解体」であり、「生活保護をまずは基礎的生活の最低限保障として把握し、生活の基礎的ニーズに着目して解体する(p.36)」という点にある。

3. 本書の構成

本書の問題提起は社会保障費ならびに生活保護費抑制を主眼として生活保護の利用抑制を意図するものではなく、「生活保護を解体して福祉国家の制度全体の中に再配置し、貧困への生活保障力を高めよう」(p.34) とするところにある。

よって、本書の構成は第Ⅰ章にて生活保護制度の概要と現状および課題を整理し、第Ⅱ章では「国民皆保険・皆年金体制」の中の低所得者対策と生活保護の関連を問い、第Ⅲ章では生活保護の解体、編み直しを行う際の基本的な考え方および保険や扶助の原理問題を整理・検討、第Ⅳ章では具体的な提言、終章では貧困基準をどのように考えるか、資産調査や所得把握、ベーシックインカムなどの課題検討となっている。

社会扶助である生活保護は社会保険料の支払いなどを条件としない所得保障という点に着目されることが多いが、実際には本書で触れられている通り、生活保護は医療、住宅、教育といったすべての生活面に関する保障がなされている。ただし、貧困の解決には所得保障が中心的な手段であり、もっと社会扶助が使えるように社会保険や社会手当の組み合わせで柔軟に配置することではじめて社会保障が成り立つ、というのが本書の提案でもある。

だからこそ、著書が述べているように生活保護は「私たちの『共同財源』から配分されるものであって、その配分の基準や条件は私たちが決めるべき」(p.295) との指摘は、相次ぐ政府による生活保護基準引き下げの動向などをふまえたものとしても重要であろう。

4. 社会扶助と皆保険体制の編み直し

続いて、社会扶助と社会保険に関連して本書の提案を理解するために、具体的に医療に関する記載部分、皆保険体制に関して分析し提案されている第Ⅱ章を中心に触れておきたい。

生活保護費の約半分は医療扶助に要しており、医療保障の課題解決は重要である。本書は医療扶助を解体し、国民健康保険（国保）の枠組みの中に社会扶助を位置づける方向で編み直すことを提

案する。

現在、国保は生活保護を適用除外としているが、これを生活扶助基準以下であれば保険料免除規定を新たに設定し、自己負担についてはゼロ規定を新設するというものである。あるいは、保険料と自己負担をまかなうための社会扶助制度を国保の一部に位置づけるという手法の提案もなされている。また、現行の公費医療制度と合体するという設計もあり得るとしている。

これらの提案については現在進行している国保の都道府県単位化、つまりは広域化の完成を条件としたいとする。国保を運営する保険者からの「反対の大合唱がおこる」(p.186) ことを理由とし、「精神疾患にかかわる長期入院、あるいは頻回転院問題を解決し、地域医療を拡大していくことが、医療扶助でも国保でも、共通して重要だ」(上記同) とも述べている。なお、ここで記されている「地域医療を拡大」という表現にあまり出会ったことはなく、意図する内容については明らかではない。医療保険者の規模拡大を意味しているようにも思われるが、本書では不明である。別途、詳細な検討を期待したい。

5. 貧困の解決に向けた社会保障の再構築へ

医療扶助を国保に参入させるという案については著者のみならず、「骨太の方針2021」や「骨太の方針2022」においても提案されている。生活保護費の約半分を占める医療扶助を国保（あるいは後期高齢者医療制度）に移管するというものである。

政府の提案は公的医療費抑制策の一環として性格を強く反映したものといえよう。都道府県が公的医療費抑制の管制塔の役割を果たすべきとして、2018年度より都道府県が新たに国保の保険者に加わった。いわゆる国保の都道府県単位化自体は新たな公的医療費抑制の手法である。この国保に生活保護の医療扶助部分を加えることで、都道府県によるガバナンス強化を期待し、いっそうの医療費抑制を図るというのが政府の提案である。

著者と政府の提案内容は表面的には同じように見えるが、主旨は異なる。政府の提案は著者のも

のとは異なり、公的医療費抑制を意図した医療扶助の国保参入案である。もちろん、いずれの提案内容でも国保財政の課題、あるいは国保加入者の保険料高騰といった現実的な課題に直面する。一方で、医療扶助が国保に移管すれば、生活保護費の約半分が削減されることになる。

なお、医療扶助や国保があっても、実質的には医療を受けられない人々への配慮が必要だとして、著者は無料低額診療制度を「継続すべきかもしれない」(p.188)とする。ということは、医療扶助を国保に移管しても、この現状は変わらな

いことが容易に想定される。無料低額診療制度を利用せざるを得ない人々の生活実態を把握し分析する必要性が浮上していると解釈するのが妥当であろう。

上記の通り、本書にはいくつかの懸念はあるものの、貧困解決に寄与する社会保障制度へとどのように再構築していくのか、著者による提案への回答を、私たちの共同の努力によって作成していくべきだろうと感じた次第である。

(ながとも まさてる、佛教大学准教授)

研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

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

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

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

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

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

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

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

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

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

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

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

(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中)

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

2016年6月15日発行

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

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

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

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

(『いのちとくらし研究所報』68号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

●川口啓子「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」

(『いのちとくらし研究所報』69号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

●眞木高之ほか「松江生協病院における医療アクセスの阻害要因と社会経済的関連要因の考察—救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査—」

(『いのちとくらし研究所報』71・72号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

●田中夏子「互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合組織（日本・イタリア）の事例をふまえて」（『いのちとくらし研究所報』74号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中）

●相川章子ほか「精神保健福祉領域におけるピアサポートの普及啓発およびピアスタッフ養成に関する研修プログラムの開発」（概要は『いのちとくらし研究所報』74号に掲載、全文はウェブサイトでPDFを公開中）

奨励研究論文

●研究概要：根岸謙「ドイツの住宅協同組合（Wohnungsgenossenschaft）による住宅の建築・居住に関する法的枠組みについて―住宅協同組合によるいくつかの実例をもとに―」東洋法学64巻1号（2020年7月）107-132頁（根岸謙）『いのちとくらし研究所報』73号

●世紀転換期イギリスにおける生活協同組合と帝国（浮網佳苗）『いのちとくらし研究所報』75号

●奨励研究論文（概要）：非営利・協同組織における内部通報制度の構築（日野勝吾）『いのちとくらし研究所報』76号

●寄付における信託法上の信託の成立に関する一考察（小出隼人）『いのちとくらし研究所報』77号

●患者参加による医療の満足度向上に関する研究―A医療生活協同組合4医療機関の利用委員会による患者満足度向上の促進要因と阻害要因の関係性―（水野（河合）良二）『いのちとくらし研究所報』81号

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 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告 「民間研究所論～概要～」 (鎌谷勇宏ほか) 『いのちとくらし研究所報』 52号
-
- 「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」 (松浦健伸ほか) 『いのちとくらし研究所報』 53号 (ウェブサイトでも全文公開)
-
- 概要報告 「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」 (高山一夫ほか) 『いのちとくらし研究所報』 54号
-
- 「中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察」 (宋曉凱) 『いのちとくらし研究所報』 55号
-
- 「臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか?～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～」 (菊川誠ほか) 『いのちとくらし研究所報』 56号
-
- 概要報告 「宮崎県北地域における子どもの社会的排除と『排除しないまちづくり』の取り組み」 (志賀信夫) 『いのちとくらし研究所報』 58号
-
- 概要報告 「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—」 (高橋幸裕ほか) 『いのちとくらし研究所報』 58号
-
- 「認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み」 (山田智) 『いのちとくらし研究所報』 60号
-
- 概要報告 「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—」 (高木和美) 『いのちとくらし研究所報』 62号
-
- 概要報告 「高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題」 (坂本毅啓・石坂誠) 『いのちとくらし研究所報』 63号
-
- 「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」 (渡邊貴博ほか) 『いのちとくらし研究所報』 64号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 「北海道の病院看護における労働編成と人材育成—道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に一」 (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 (ウェブサイトでも公開)
-
- 「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」(川口啓子)『いのちとくらし研究所報』69号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアンケート調査から」(堀場純矢)『いのちとくらし研究所報』70号
-
- 「松江生協病院における医療アクセスの疎外要因と社会経済的関連要因の考察～救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査～」(眞木高之ほか)『いのちとくらし研究所報』71・72号
-
- 「イギリス卒前医学教育政策における教育概念の通時的分析：1990年代から2010年代」(柴原真知子)『いのちとくらし研究所報』73号
-
- 「互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合組織（日本・イタリア）の事例をふまえて」(田中夏子)『いのちとくらし研究所報』74号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「精神保健福祉領域におけるピアサポートの普及啓発およびピアスタッフ養成に関する研修プログラムの開発」(相川章子)『いのちとくらし研究所報』74号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「有床助産所における子育て支援機能の評価と課題—助産所で出産していない地域の母親が助産所の子育て支援に参加する要因」(井澤幸、児玉善郎)『いのちとくらし研究所報』76号
-
- 概要報告：カール・ポランニーの情勢理解—ファシズムの台頭とオーストリアの存続— (笠井高人)『いのちとくらし研究所報』77号
-
- 「病院看護の編成と育成機会としての多職種ケースカンファレンス—北海道南部X病院の事例から—」(谷川千佳子)『いのちとくらし研究所報』78号
-
- 「水道と法の公共性の解明—Flint Water Crisisを手がかりとして—」(稲葉一将・小牧亮也)『いのちとくらし研究所報』78号

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第81号（2022年12月） — 【特集】 地域医療構想と2022診療報酬制度改定

- 巻頭エッセイ：いのちの『唄』に寄り添って（川上和美）
- 特集：地域医療構想と2022診療報酬制度改定
 - ・地域医療構想がもたらすもの—5 病院へのインタビューをもとに検証する（眞木高之）
 - ・コロナ禍で浮き彫りになった脆弱な医療提供体制（佐々木悦子）
 - ・座談会：専門医制度と地域医療構想（（司会）吉中丈志、村口至、山本一視、山田英樹）
- 連載：欧州各国事情、地域社会と医療制度（2）フランスのオルレアン地域医療と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
- 奨励研究・投稿論文
 - ・患者参加による医療の満足度向上に関する研究—A 医療生活協同組合 4 医療機関の利用委員会による患者満足度向上の促進要因と阻害要因の関係性—（水野（河合）良二）
 - ・協同組合インターンシップにおける学生の経験と学び—（石澤香哉子）
- 追悼野村拓先生
 - ・〈「もの書き百歳」のすすめ・3 >頭のなかに「情報ドーム」づくり（野村拓）
 - ・野村拓先生を偲んで（高山一夫）
 - ・野村拓先生 追悼（吉中丈志）
 - ・追悼 野村拓先生（松田亮三）
 - ・野村拓先生追悼（垣田さち子）
- 書評
 - ・吉中丈志編『七三一部隊と大学』京都大学出版会、2022年4月（藤井渉）

第80号（2022年9月） — 【特集】 2022年度定期総会記念講演

- 巻頭エッセイ：介護職員養成に思う（川口啓子）
- 特集：2022年度定期総会記念講演
 - ・講師紹介（中川雄一郎）
 - ・100年を経た未来図—カール・ポランニーと機能的社会主義（重田園江）
 - ・司会コメント（高山一夫）
 - ・質疑応答（尾崎恭一、富沢賢治）
 - ・閉会あいさつ（後藤道夫）
- 新連載
 - ・欧州各国事情、地域社会と医療制度：（1）イモラ医療公社（AUSL）—イタリアの事例の概要—（石塚秀雄）
- 連載
 - ・〈「もの書き百歳」のすすめ・2 >読み返せる「自著」をもとう（野村拓）
- 書評
 - ・藤井渉『ソーシャル・ワーカーのための反「優生学講座」』現代書館（吉中丈志）
 - ・23期・弁護士ネットワーク『司法はこれでいいのか。』（現代書館）野原光名誉教授の書評 解題（梓澤和幸）
 - ・『民主主義』、この使い古された常套句の再生を求めて—『司法はこれでいいのか。』との対話（野原光）

第79号（2022年7月） — 【特集】 地域医療構想と自治体病院統廃合

- 巻頭エッセイ：真実の物差し（大島民旗）
- 特集：地域医療構想と自治体病院統廃合
 - ・地域医療構想の現段階～地域医療と自治体病院 WG 中間報告～（八田英之）
 - ・全国最低水準の千葉県の医療提供体制—コロナ禍でも自治体病院の役割発揮—（長平弘）
 - ・京都府における病院統廃合の現状と医療守る地域の取り組み（松本隆浩）
 - ・青森県西北五地域医療調査報告 2022.5（村口至）

- ・多死社会のなかでの地域医療と ACP を考える（早川佐知子）
- 論文・投稿論文
 - ・フィンランドの介護人材養成ー共通資格制度（ラヒホイタヤ）の事例と日本の現状ー（小磯明）
 - ・投稿論文：利用者の QOL 向上のために介護福祉士に求められるコンピテンシーと養成（教育）上の課題ーデンマークの社会保健アシスタントとの対比からー（高木剛）
- 新連載
 - ・＜「もの書き百歳」のすすめ・1＞もの書き、手紙、そして歴史認識（野村拓）
- 書評
 - ・「いのち・地球を未来につなぐ～これからの協同組合間連携」石田正昭編著、家の光協会（中川雄一郎）

第78号（2022年3月） — 【特集】 追悼角瀬保雄

- 巻頭エッセイ：タテ型の見方を ヨコ型に置きかえてみる（橋本吉広）
 - 特集：追悼角瀬保雄
 - ・父の回想（角瀬建二）
 - ・角瀬保雄先生を偲んで（『経済』2021年11月号、No. 314より転載）（中川雄一郎）
 - ・信念・学問・労働者の友（高柳新）
 - ・角瀬先生が悪人と呼ばれた頃（富沢賢治）
 - ・角瀬保雄先生の思い出～非営利・協同に接近した頃（八田英之）
 - ・角瀬保雄先生追悼（小磯明）
 - ・角瀬先生の思い出（根本守）
 - ・角瀬先生を偲んで（田中淑寛）
 - ・角瀬先生を偲んで（千葉啓）
 - ・角瀬先生を偲んで（坂根哲也）
 - ・角瀬保雄先生のお人柄（石塚秀雄）
 - ・角瀬先生の思い出（竹野ユキコ）
 - ・角瀬保雄先生と研究所の関わり（執筆一覧など）
 - 座談会・論文・投稿論文
 - ・座談会：コロナ禍で進行する医療提供体制改革を立ち止まって考える（高橋雅哉、尾形和泰、垣田さち子、松田亮三、（司会）吉中文志）
 - ・コロナ禍で進行する医療提供体制改革と開業医の役割ー外来機能報告制度のねらいを中心に（中村暁）
 - ・労働者協同組合法と非営利・協同（富沢賢治）
 - ・社会的連帯経済と労働者協同組合（柳澤敏勝）
 - ・長期避難生活を送る地域住民の困難の経時的変化と支援に関する考察（安田真奈美・新田真由美）
 - 連載
 - ・社会科学の医療論の構築（6・最終回）：バトンタッチ・テーマと「情報ドーム」（野村拓）
 - 研究助成
 - ・2012年度研究助成報告：病院看護の編成と育成機会としての多職種ケースカンファレンスー北海道南部X病院の事例からー（谷川千佳子）
- 2019年度研究助成報告：水道と法の公共性の解明ーFlint Water Crisis を手がかりとしてー（稲葉一将・小牧亮也）

第77号（2022年1月） — 【特集】 コロナ禍を考える（6）今後に向けて

- 巻頭エッセイ：家族を通して見えるジェンダー（今村千加子）
- 特集：コロナ禍を考える（6）今後に向けて
 - ・座談会「コロナ禍2年の振り返りと今後に向けて」（吉中文志、野田浩夫、高柳新、（司会）八田英之）
 - ・全日本民医連・増田会長に聞くコロナ禍と民医連ー振り返りと今後に向けてー（増田剛、インタビュー：今井晃、竹野ユキコ）
 - ・コロナ禍における民医連の医療・介護活動とコロナ後に向けた活動（根岸京田）
 - ・歯科からみたコロナ禍と世界の歯科口腔保健の潮流～民医連歯科の「コロナ禍における歯科影響調査」とWHO第74回総会の口腔保健に関する決議から～（岩下明夫）

- ・健康課題のグローバルな緊密化をふまえた共通理念—健康権と普遍医療給付—（松田亮三）
 - 論文・投稿論文
 - ・スペイン・エロス共生協と経営・労働問題（石塚秀雄）
 - ・児童養護施設の小規模化による子ども・職員の変化と課題—労働組合の有無別・職階別のインタビュー調査から—（堀場純矢）
 - 連載
 - ・社会科学的医療論の構築（5）：「戦間期」、2次大戦、そして戦後（野村拓）
 - 書評
 - ・ウェブ夫妻型労働組合論の歴史的位置——書評：木下武男『労働組合とは何か』岩波新書、2021（栗原耕平）
 - 研究助成・奨励研究
 - ・2017年度研究助成概要報告：カール・ポランニーの情勢理解—ファシズムの台頭とオーストリアの存続—（笠井高人）
 - ・奨励研究論文：寄付における信託法上の信託の成立に関する一考察（小出隼人）
-

第76号（2021年9月）—【特集】定期総会記念シンポジウム：コロナ禍と日本の社会保障

- 巻頭エッセイ：逆転無罪と逆転有罪（小口克巳）
 - 特集：定期総会記念シンポジウム：コロナ禍と日本の社会保障
 - ・基調講演：コロナ禍と日本の社会保障（後藤道夫）
 - ・医療現場からの報告（山田秀樹）
 - ・コロナ禍の支援現場からみた制度の課題（渡辺寛人）
 - ・ディスカッション・閉会あいさつ（司会：八田英之、高柳新）
 - ・特別講演：新型コロナワクチンについて（高田満雄）
 - 連載：
 - ・社会科学的医療論の構築（4）：市民革命から第1次世界大戦まで（野村拓）
 - 書評
 - ・高橋均『競争か連帯か—協同組合と労働組合の歴史と可能性』旬法社、2020年（190頁）（富沢賢治）
 - ・明日香壽川『グリーン・ニューディール—世界を動かすガバナリング・アジェンダ』岩波新書、2021年（野田浩夫）
 - 研究助成・奨励研究
 - ・2017年度研究助成概要報告：有床助産所における子育て支援機能の評価と課題—助産所で出産していない地域の母親が助産所の子育て支援に参加する要因（井澤幸、児玉善郎）
 - ・奨励研究論文（概要）：非営利・協同組織における内部通報制度の構築（日野勝吾）
-

第75号（2021年6月）—【特集】コロナ禍を考える（4）介護と医療の現場から

- 巻頭エッセイ：擦り込まれた病巣「強い軍隊に守ってもらいたいという思い」（眞木高之）
 - 特集：コロナ禍を考える（4）：介護と医療の現場から
 - ・民医連の介護事業所における新型コロナウイルス感染症対策（平田理）
 - ・『人権を護る看護師になる！』—コロナ禍の東葛看護学校の教育実践報告—（山田かおる）
 - ・コロナにまけない！食料×生活支援プロジェクト（東京都豊島区南大塚）～アンケートから考える「ひとり親家庭・母子家庭」に求められる支援～（西坂昌美、山根浩）
 - ・越谷市で市民が運営している介護者サロン「ティータイム」の状況報告（大家けい子）
 - ・コロナ禍の介護者家族の生活～介護者の集い「オアシス」の場合～（村松治子）
 - 論文：
 - ・「65才の壁」を突き崩すまでたたかいはつづく～天海訴訟千葉地裁不当判決について～（資料「天海訴訟 判決の骨子と問題点 2021.5.24 向後剛」）（八田英之）
 - ・ドイツ協同組合法と協同組合運動（石塚秀雄）
 - 連載：
 - ・社会科学的医療論の構築（3）「自前の情報ドーム」づくり（野村拓）
 - 奨励研究論文
 - ・世紀転換期イギリスにおける生活協同組合と帝国（浮網佳苗）
-

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.81 (2023.2.28発行)

韓国だより：韓国の脱核運動の現状（朴賛浩）、役員リレーエッセイ：身につまされる「原因の原因」（松田貴弘）、活字と教養の危機（杉本貴志）、中国の社会的経済（石塚秀雄）、「非営利・協同」の発信（竹野ユキコ）

○ No.80 (2022.11.30発行)

理事長のページ：「沖縄『復帰五〇年の記憶』と「沖縄季評」に触れて（中川雄一郎）、副理事長のページ：勤労年齢のメンタル不調増大をどうとらえるか（後藤道夫）、役員リレーエッセイ：「歯科技工士」をご存知ですか？（岩下明夫）、プロレタリア・エスパーントの頃（石塚秀雄）

○ No.79 (2022.8.31発行)

理事長のページ：再び「沖縄『復帰50年』」に触れて（中川雄一郎）、副理事長のページ：医療問題をわかりやすく伝えるには？（八田英之）、役員リレーエッセイ：家事の科学～平和で労働時間が短縮される未来社会をめざして～（西坂昌美）、会員エッセイ：「医療問題」日経新聞記事より（村口至）、中国の所有制度の実験（石塚秀雄）

○ No.78 (2022.5.31発行)

理事長のページ：沖縄「復帰50年」の現状（中川雄一郎）、副理事長のページ：戦争なんかしている場合か。（高柳新）、役員リレーエッセイ：平和の種（山本淑子）、医療提供体制の未来（吉中丈志）、会員エッセイ：老後地方移住したら医療環境の違いが…（一会員）、カント 永遠平和のために（石塚秀雄）

○ No.77 (2022.2.28発行)

韓国だより：韓国の甲状腺がん訴訟（朴賛浩）、会員エッセイ：コロナ禍の診察室にて（大澤芳清）、役員リレーエッセイ：批判から提言へ：『現代会計基準論』再読から（田中淑寛）、「黄色い点字ブロックの内側に下がってください！」（大高研道）、ヨーロッパのマスク事情（石塚秀雄）、『無差別・平等の医療をめざして』読書会について（竹野ユキコ）

○ No.76 (2021.11.30発行)

理事長のページ：イギリス協同組合法と J.S. ミル（中川雄一郎）、副理事長のページ：インフォーマルケアの社会的保障と「休業」（後藤道夫）、役員リレーエッセイ：生きているドイツ協同組合法（二上護）、出来事（岩本鉄矢）、小室圭論文を読む（石塚秀雄）

○ No.75 (2021.8.31発行)

理事長のページ：労働者協同組合法の成立に寄せて—イギリス労働者協同組合運動の歴史に触れて—（中川雄一郎）、副理事長のページ：北三陸紀行（八田英之）、役員リレーエッセイ：温故知新一新しい労働、生活様式と新しい社会（吉中丈志）、星の王子さまの翻訳（石塚秀雄）、新型コロナワクチン体験記（2021年8月）（竹野ユキコ）

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83号の予定】（2023年6月発行予定）

- ・コロナ禍における介護の現状
- ・その他

【編集後記】

振り返れば情報伝達は、口伝から文字の発明、手書きから印刷の普及、電信の発展からデジタル化へと変化してきました。それは技術の進歩による効率化とセキュリティ対策の繰り返しといえるのではないのでしょうか。個人情報保護されたうえで適切にデータが扱われる、未来に向けた信頼できる対応を考える機会となればと思います。（竹）

【投稿規定】

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

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

- ① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。
- ② 研究所ニュース 3,000字程度まで。
- ③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。
（これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです）。

4. 採否

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

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

- ① 電子文書で送付のこと（手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます）
- ② 投稿原稿は返却いたしません。
- ③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる（「ですます調」または「である調」のいずれかにすること）。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。
- ④ 図表は基本的に即印刷可能なものにする（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:<https://www.inhcc.org/> e-mail:inoci@inhcc.org



特定非営利活動法人
非営利・協同総合研究所 2023年3月31日
いのちとくらし 頒価 1,000円

〒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2F
mail:inoci@inhcc.org
URL:https://www.inhcc.org/
Tel:03-5840-6567
Fax:03-5840-6568

Review of Nonprofit Health Care Cooperation (Inochi-to-Kurashi) No.82 March 2023

- Opening Essay: Stop Military Budget, Return to Peaceful Constitution Mind ——— Toshikazu YOKOYAMA
- Special Issue: Health Care DX
 - Actual Situation and Perspective of Health Care DX in Japan ——— Masayuki TERAO
 - On Obligation of Identity Card (My Number Card) for Health Insurance Card ——— Hiroshi MATSUYAMA
 - Problems of Digital Medical Care in Regional Health Care System ——— Tamehito MATSUBARA
- Series, Local Community and Health system in Europe(3) Freiburg, Germany ——— Hideo ISHIZUKA
- Changing Pharmacy Industry Structure in Japan ——— Akira KOISO
- Report of Chiba Regional Health Care to Covid 19 Epidemic ——— Fusayuki HATTA
 - Suggestions to Defend Eighth Wave of Covid 19
 - Note of Roundtable “Covid 19 in Chiba Prefecture”
- Knowing Human Deeds of Down’s Syndrome in Political Context ——— Yuki TAKEUCHI
- Book Review:
 - Naonori Tsuda, “Economy System beyond Capitalist System” Koyo Shobo, 2022 ——— Hideo ISHIZUKA
 - Masami Iwata, “Deconstruction of Poverty Living Benefit System” Iwanami Shoten, Publishers, 2021 ——— Masateru NAGATOMO